

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/179120>

Please be advised that this information was generated on 2021-09-20 and may be subject to change.

Hoofdstuk 14

4

Multisysteemtherapie voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en hun ouders: Een onderzoek naar de effectiviteit van een ambulante systeemgerichte interventie [1]

TERUG
NAAR DE
INHOUD

Annemarieke Blanckstein, Rachel van der Rijken, Katrien De Vuyst, Jac de Bruijn, Xavier Moonen, Jo Leunissen en Robert Didden

Inleiding

93

Onderzoek toont aan dat jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) een drie tot vier keer grotere kans hebben op het ontwikkelen van emotionele- en gedragsproblemen en/of psychische stoornissen dan jongeren zonder een LVB (Emerson, Einfeld, & Stancliffe, 2011). Vooral wanneer geen interventie wordt ingezet, duren de problemen van jongeren met een LVB vaak onnodig (lang) voort. De hardnekkigheid en complexiteit van de problemen heeft te maken met de multicausaliteit ervan. Bij jongeren met een LVB is onder meer vaker sprake van leerproblemen, minder goede probleemoplossende vaardigheden en een negatief zelfbeeld. Bovendien wordt de LVB lang niet altijd herkend. Onderzoek toont een oververtegenwoordiging van jongeren met een LVB in delinquente jeugdpopulaties. Zij komen vaker dan gemiddeld in aanraking met justitie: naar schatting heeft een derde van de jongeren in jeugddetentie een LVB (Kaal, Overvest, & Boertjes, 2014).

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

[1] Deze bijdrage is een verkorte versie van het gelijknamige en in 2016 verschenen artikel in het themanummer over zorg aan mensen met een licht verstandelijke beperking in *Directieve Therapie*, 36, 204-219.

De grootte van de groep jongeren met een LVB die in aanraking komen met justitie, en de complexiteit van hun problemen en die van hun gezinnen, onderstrepen de behoefte aan effectieve interventies, die zijn aangepast aan hun sterke en zwakke kanten, en aan hun leerstijl. Daarnaast is het van belang dat interventies zich niet alleen richten op de jongeren zelf, maar ook op de systemen om hen heen, zoals het gezin, de vriendenkring en de buurt (De Wit, Moonen, & Douma, 2011).

De behoefte om de sociale systemen, zoals het gezin en het netwerk van het gezin, bij interventies te betrekken wordt steeds groter. Voor gezinnen waarin sprake is van ernstig probleemgedrag en een LVB bij de jongere lijkt dit echter lang niet altijd haalbaar. Doordat zij een beperkter sociaal netwerk hebben, zijn zij vaker afhankelijk van hulpverlening. Uit onderzoek is zelfs bekend dat jongeren met een LVB die in aanraking komen met jeugdzorg een twee keer grotere kans hebben om uit huis geplaatst te worden dan jongeren die niet in aanraking komen met jeugdzorg (Lightfoot, Hill, & LaLiberte, 2011).

Deze vaststelling wordt gesteund door data verkregen uit dossieronderzoek, waarin duidelijk werd dat jongeren met een LVB die de **evidence-based** interventie multisysteemtherapie (MST) kregen vaker uit huis werden geplaatst dan jongeren zonder een LVB. Daaropvolgend ontstond het initiatief om MST aan te passen aan de mogelijkheden van jongeren met een LVB en hun ouders, en deze interventie op haar effectiviteit te onderzoeken. Deze adaptatie van het reguliere MST-programma wordt MST-LVB genoemd.

Multisysteemtherapie & adaptatie

MST is een evidence-based interventie ter voorkoming van uithuisplaatsing van jongeren tussen de twaalf en achttien jaar oud die antisociaal en/of (ernstig) crimineel gedrag vertonen. De interventie duurt drie tot vijf maanden en is systeemgericht (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2010). De interventie helpt jongeren het contact met hun ouders te verbeteren, schoolparticipatie te bevorderen, sociale activiteiten te verbeteren en het contact met 'foute' vrienden te verminderen. De interventie helpt ouders tevens hun competenties te verhogen en in hun eigen omgeving (meer) ondersteuning te vinden, zodat zij de opvoeding weer aankunnen. Door samen te werken met sleutelfiguren uit de omgeving van het gezin beoogt MST de bovengenoemde doelen te behalen. Omdat MST zich richt op multiprobleemgezinnen, die niet zelden het vertrouwen in de hulpverlening zijn kwijtgeraakt, wordt de interventie bij gezinnen thuis aangeboden. Daarbij is het ontwikkelen van een goede therapeutische relatie tussen gezin en behandelaar essentieel. De therapeut is 24/7bereikbaar (Henggeler et al., 2010).

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

Binnen MST-LVB worden andere hulpmiddelen ingezet dan binnen reguliere MST om de interventie af te stemmen op de kenmerken van jongeren met een LVB en hun ouders. Hierbij wordt de richtlijn van het Landelijk Kenniscentrum LVB gevolgd (De Wit et al., 2011): (1 afstemmen van de communicatie door middel van vereenvoudigd taalgebruik en

visuele ondersteuning, en het creëren van een veilige en positieve leeromgeving, (2 concretiseren van de oefenstof door gebruik te maken van voorbeelden, visualisatie en samen oefenen, 3) voorstructureren en vereenvoudigen van sessies door meer sturing en structuur aan te bieden, en meer tijd in te plannen, 4) actief betrekken en inzetten van het sociale netwerk, en extra aandacht besteden aan generalisatie van het geleerde. Een uitgebreidere beschrijving van de aanpassingen is te vinden in het themanummer LVB van Directieve Therapie.

Onderzoek naar de effectiviteit van MST-LVB

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

Methode

Deelnemers & procedure

Tussen maart 2014 en april 2016 zijn gegevens verzameld bij twee MST-LVB teams van Stichting Prisma (de enige organisatie die MST-LVB aanbiedt) en bij 24 reguliere MST teams van zeven organisaties verspreid over Nederland (te weten: de Viersprong, Oosterpoort, Ottho Gerhard Heldringstichting, Juvent, Vincent van Gogh, de Waag en Yorneo). De jongeren kwamen in aanmerking voor het onderzoek als er een laatst bekende IQ-score tussen 50 en 85 was, op basis van een intelligentieonderzoek dat niet ouder was dan twee jaar. Indien voorafgaand aan de interventie geen IQ-score bekend was, vond aanmelding plaats wanneer de jongere onderwijs had gevolgd dat lager was dan VMBO-T. Daarnaast moesten gezinnen voldoende Nederlands spreken.

95

In totaal meldden de MST(-LVB)-therapeuten 247 jongeren en hun primaire verzorgers aan voor het onderzoek. Gezinnen konden op een informed-consent-formulier aangeven of zij deel wilden nemen aan het onderzoek. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 138 gezinnen: 74 reguliere MST-gezinnen en 64 MST-LVB-gezinnen. Bij aanvang van MST (-LVB) rapporteerden de therapeuten over de demografische gegevens van het gezin. Bij afronding van de behandeling vulden zij een vragenlijst in over de behandeluitkomsten. Uit de analyses van de demografische gegevens, waarbij onafhankelijke t-toetsen werden gebruikt en Chi-kwadraten werden berekend om reguliere MST-gezinnen met MST-LVB-gezinnen te kunnen vergelijken, bleek het volgende: MST-LVB-gezinnen hadden significant vaker een zoon of dochter met een lager opleidingsniveau ($p=.001$). Zij hadden ook significant vaker een ouder met een lager opleidingsniveau ($p=.003$) en/of een LVB ($p<.001$) dan reguliere MST-gezinnen. Tot slot hadden MST-LVB-jongeren bij aanvang van de interventie significant vaker een (strafrechtelijke of civielrechtelijke) maatregel opgelegd gekregen dan jongeren die reguliere MST kregen ($p=.005$). Gedurende de interventie werd elke maand een telefonisch interview met de ouder gehouden. Hierin werd, conform de reguliere MST-procedures, de behandelintegriteit (mate van modeltrouw) van de therapeut gemeten.

Instrumenten

In het gelijknamige artikel in Directieve Therapie staat een uitgebreide beschrijving van de instrumenten die in het onderzoek zijn gebruikt. Ze worden hier alleen opgesomd: een verkorte versie van **de WISC-III of WAIS-III** om het intelligentieniveau van de jongere te meten (Wechsler, 2005, 2000), **de Screener voor Intelligentie en Licht Verstandelijke Beperving 18+** om te screenen of bij de ouders sprake was van een LVB (SCIL-18+; Kaal, Nijman, &

Moonen, 2015), **de Sociaal Demografische Informatie** (SDI; MST-NL, 2012) met daarin demografische gegevens (bij aanvang van de behandeling) en gegevens met betrekking tot de zogenaamde Ultieme en Instrumentele behandeluitkomsten (na beëindiging van de behandeling), en de **Therapy Adherence Measure - Revised** (TAM-R; Schoenwald, 2011) om de behandelintegriteit van de therapeuten te meten.

Design en statistische analyses

De behandelresultaten van beide interventies werden vergeleken door middel van eenzijdige Chi-kwadraat toetsen. Om te beoordelen of therapeuten van beide interventies even modeltrouw waren, werd een tweezijdige onafhankelijke t-toets gebruikt.

Resultaten

Tabel 1 geeft de behandeluitkomsten voor beide interventies weer. Wat betreft de Ultieme uitkomsten werden geen significante verschillen gevonden, maar op de meeste Instrumentele uitkomsten scoorden gezinnen die MST-LVB kregen beter dan gezinnen die reguliere MST kregen. In vergelijking met reguliere MST is het percentage gezinnen met verbeterde gezinsrelaties groter bij MST-LVB, is de sociale ondersteuning vaker verbeterd, heeft de jongere vaker prosociale contacten en houden de veranderingen vaker stand. De p-waarde voor politiecontacten benaderde het significantieniveau en geeft eenzelfde trend weer: een beter resultaat na MST-LVB dan na reguliere MST. De therapeuten die MST-LVB uitvoerden waren even trouw aan het behandelmodel als de therapeuten die reguliere MST uitvoerden: $t(135)=0.8$, $p=.94$.

Tabel 1. Uitkomsten voor reguliere MST (MST-R) en MST-LVB.

	MST-R N=74 (%)	MST-LVB N=64 (%)	χ^2 (df 1)	p
Ultieme uitkomsten				
Jongere woont thuis	95	94	.05	.58
Jongere heeft zinvolle dagbesteding	80	84	.50	.24
Jongere heeft geen (nieuw) politiecontact gehad	66	78	2.40	.06
Instrumentele uitkomsten				
Verbeterde opvoedingsvaardigheden	81	89	1.70	.10
Verbeterde gezinsrelaties	81	97	8.35	.002**
Sociale ondersteuning is verbeterd en gezin kan ondersteuning regelen	81	94	4.86	.01*
Jongere slaagt in opleiding/werk	76	84	1.61	.10
Jongere heeft prosociale vrienden/minder contact met probleemjongeren	77	92	5.89	.008**
Veranderingen in gedrag jongere/systemen houden 3-4 weken stand	80	91	3.16	.04*

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

Discussie

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

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

De systemische werkwijze van MST blijkt effectief te zijn voor het bereiken van positieve veranderingen over verschillende systemen (Van der Stouwe, Asscher, Stams, Dekovic, & Van der Laan, 2014). Een van deze systemen is het sociale netwerk van het gezin. Ouders met een LVB beschikken vaak over een kleiner sociaal netwerk dan ouders zonder LVB. Het gebrek aan (sociale) steunbronnen dat kenmerkend is voor deze gezinnen zorgt ervoor dat de ouderlijke stress snel oploopt en het probleemgedrag van de jongere kan escaleren. Daarom pleit onderzoek ervoor dat interventies zich ook richten op interveniëring in het sociale netwerk. MST-LVB is een van de interventies die zich richten op de sterke en zwakke kanten van jongeren met een LVB, en het sociale netwerk hier actief bij betrekken. De adaptatie MST-LVB blijkt er beter dan reguliere MST in te slagen ondersteuning in het sociale netwerk van jongeren met een LVB en hun gezinnen te verbeteren, en gezinnen in staat te stellen zelf formele en informele ondersteuning te regelen.

97

Toekomstig onderzoek

Toekomstig onderzoek zou gebruik kunnen maken van een gerandomiseerd design, waarbij de kans op selectiebias verkleind wordt en de bewijskracht verhoogd ten opzichte van het hier gehanteerde quasi-experimentele design. Ook moet toekomstig onderzoek uitwijzen hoe de effectiviteit van MST-LVB zich verhoudt tot een controleconditie van andere beschikbare behandelvormen voor antisociale en/of delinquente jongeren met een LVB, en welke factoren de effectiviteit (of afwezigheid ervan) voorspellen. Daarnaast is het essentieel om te toetsen of de behandelresultaten op de lange termijn blijven bestaan. Aangezien jongeren en ouders met een LVB moeite hebben met generalisatie en het vasthouden van geleerde vaardigheden, is het van essentieel belang dat toekomstig onderzoek zich richt op langetermijneffecten van interventies.

Dankwoord

Dit onderzoek is gesubsidieerd door het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Wij danken alle jongeren en hun ouders, behandelaren en deelnemende instellingen voor hun medewerking. Ook gaat onze dank uit naar Marina Boonstoppel-Boender, Puck Coenen en alle stagiaires voor hun hulp bij de dataverzameling.

Referenties

- Emerson, E., Einfeld, S., & Stancliffe, R. J. (2011).** Predictors of the persistence of conduct difficulties in children with cognitive delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1184-1194.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. D. (2010).** Multisysteemtherapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kaal, H. L., Nijman, H. L. I., & Moonen, X. M. H. (2015).** SCIL Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking. Voor volwassenen (SCIL 18+) & voor jongeren van veertien tot en met zeventien jaar (SCIL 14-17). Amsterdam: Hogrefe.
- Kaal, H. L., Overvest, N., & Boertjes, M. J. (Red.) (2014).** Beperkt in de keten: Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen. Amsterdam: Boom Lemma.
- Lightfoot, E., Hill, K., & LaLiberte, T. (2011).** Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. *Children and Youth Services Review*, 33, 2069-2075.
- MST-NL. (2012).** Sociaal Demografische Informatie Einde (SDI Einde) 2.0. Nijmegen: Praktikon.
- Schoenwald, S. K. (2011).** It's a bird, it's a plane, it's... Fidelity measurement in the real world. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 142-147.
- Stouwe, T. van der, Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Dekovic, M., & Laan, P. H. van der (2014).** The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 468-481.
- Wechsler, D. (2000).** WAIS-III. Nederlandstalige bewerking: Afname en scoringshandleiding. Lisse: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2005).** Wechsler intelligence scale for children (WISC-III-NL): Handleiding en verantwoording, Derde Editie NL. Londen: Harcourt Assessment.
- 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.