

Multisysteemtherapie bij kindermishandeling (MST-CAN): beschrijving van de behandeling, de psychiatrische problematiek en de rol van de psychiater

F.N. KAMPHUIS, O.M. BRAND-DE WILDE, R.E.A. VAN DER RIJKEN

- ACHTERGROND** In gezinnen waar kindermishandeling plaatsvindt, komen veel onbehandelde psychiatrische problemen voor. Het is van belang in deze doelgroep manieren te vinden om adequate psychiatrische diagnostiek en interventies toe te passen.
- DOEL** Beschrijven van de methodiek en de eerste resultaten van multisysteemtherapie voor kindermishandeling en/of verwaarlozing (MST-CAN).
- METHODE** De psychiatrische problematiek van de eerste 18 behandelde gezinnen werd in kaart gebracht en van de gezinnen werd de primaire verzorger gedurende anderhalf jaar halfjaarlijks geïnterviewd. Daarnaast worden de werkwijze bij MST-CAN en de rol van de psychiater met casuïstiek geïllustreerd.
- RESULTATEN** De meeste gezinnen konden gemotiveerd worden voor psychiatrische diagnostiek en behandeling. In de meeste gezinnen lukte het de veiligheid zodanig te verbeteren dat een uithuisplaatsing kon worden voorkomen; dit resultaat werd behouden gedurende de anderhalf jaar follow-up na afloop van de behandeling.
- CONCLUSIE** De eerste resultaten suggereren dat MST-CAN een veelbelovende behandeling is voor gezinnen waarin sprake is van kindermishandeling. Gerichte diagnostiek en behandeling van psychiatrische problematiek zijn hierbij van groot belang.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 561-568

TREFWOORDEN kindermishandeling, multisysteemtherapie, psychiatrie



Tussen kindermishandeling en psychiatrische problematiek lijkt een circulaire relatie te bestaan. Slachtoffer zijn van kindermishandeling is tot op lange termijn geassocieerd met negatieve uitkomsten wat betreft geestelijke en lichamelijke gezondheid (Felitti e.a. 1998). Naast de samenhang met traumaklachten en hechtingsstoornissen, speelt kindermishandeling onder andere een rol bij het ontstaan van verslaving bij adolescenten (Oshri e.a. 2011), psychopathie (Graham e.a. 2012) en psychotische stoornissen op latere leeftijd (Janssen e.a. 2004). Tegelijkertijd geven kinderpsychiatrische problemen een verhoogd

risico om het slachtoffer te worden van kindermishandeling en is bij mishandelende ouders vaker sprake van psychiatrische problematiek (Jones 2008). Behandeling van de stoornis van de ouders vermindert het risico op recidive van kindermishandeling (Jones 2008).

Hoewel er vanuit de maatschappij veel druk is om kindermishandeling snel te signaleren, blijkt het op gang komen van geschikte zorg een probleem (Maassen 2011; Tabibian 2006). Uit onderzoek naar interventies bij gezinnen waar kindermishandeling plaatsvond, blijkt dat er een hoog uitvalspercentage is (Tabibian 2006) en dat meer onder-

zoek gedaan moet worden naar welke interventies voor welke families helpen om het risico op kindermishandeling te verkleinen (Barlow e.a. 2006). In Nederland wordt het landelijk recidivecijfer na interventie geschat op 60% (citaat Goedhart in Maassen 2011, p. 3016). Aangenomen wordt dat gezinnen waarin sprake is van verslaving, psychiatrische stoornissen en eerdere mishandeling minder goede behandeluitkomsten hebben. In deze gezinnen is bovendien vaak sprake van financiële problemen en chaos (Jones 2008; NVvP 2009).

De zogenaamde *multimodale* behandelingen, waar op verschillende niveaus parallelle interventies gepleegd worden in het gezin, zijn tot nu toe het succesvolst gebleken voor de behandeling van gezinnen waar kindermishandeling en verwaarlozing voorkomen (Van Rooijen e.a. 2011). Dit sluit aan bij het advies vanuit de NVvP-richtlijn Familiaal huiselijk geweld (2009), waarin staat: '*Voor de ouders moet hulp voor de eigen (psychiatrische) problemen, verhoging van hun pedagogische vaardigheden en hulp bij het krijgen van 'basic needs' tegelijkertijd plaatsvinden om een einde te kunnen maken aan een situatie van verwaarlozing van de kinderen*' (NVvP 2009).

Een voorbeeld van een multimodale behandeling is multisysteemtherapie (MST) voor kindermishandeling en/of verwaarlozing (*child abuse and neglect* (CAN); Swenson e.a. 2010). Een gerandomiseerde gecontroleerde trial in de Verenigde Staten met 86 gezinnen toonde aan dat MST-CAN twee keer zo effectief was in het voorkomen van uithuisplaatsing van kinderen als de gebruikelijke behandeling. Daarnaast verbeterden de psychiatrische symptomen bij ouders en kinderen. Bij de kinderen waren na de MST-CAN de zelfgerapporteerde symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) gehalveerd in vergelijking met een toename van deze symptomen bij de controlebehandeling (Swenson e.a. 2010).

Het doel van dit artikel is uitleg te geven over de werkwijze van MST-CAN en de psychiatrische problematiek in de doelgroep te beschrijven. Verder beschrijven we de rol van de psychiater in de behandeling en de eerste resultaten met deze methode. Ook beschrijven we twee casussen om de werkwijze bij deze methode te illustreren.

METHODE

Wij introduceerden MST-CAN in Nederland. De psychiatrische problematiek van de eerste 18 behandelde gezinnen werd in kaart gebracht en van de gezinnen werd de primaire verzorger gedurende anderhalf jaar halfjaarlijks geïnterviewd.

Beschrijving van de behandeling

Multisysteemtherapie (MST) is een vorm van systeemtherapie waarbij men, gebaseerd op een sociaal-ecologisch

AUTEURS

FEMKE KAMPHUIS, kinder- en jeugdpsychiater, MST-CAN-programma, de Viersprong, Amsterdam.

ODETTE BRAND-DE WILDE, klinisch psycholoog-psychotherapeut en manager afd. RD&E, de Viersprong.

RACHEL VAN DER RIJKEN, hoofdonderzoeker systeeminterventies, afd. RD&E, de Viersprong.

CORRESPONDENTIEADRES

F.N. Kamphuis, de Viersprong Amsterdam, Wibautstraat 118, 1091 GP Amsterdam.

E-mail: femke.kamphuis@deviersprong.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-1-2015.

model, stelt dat leden van een systeem elkaar voortdurend beïnvloeden en dat gedrag slechts bestudeerd kan worden in de natuurlijke context. Bij de MST-behandeling wordt gebruikgemaakt van interventies uit de systemische therapie en de cognitieve gedragstherapie (Henggeler e.a. 2010). MST is zowel in het buitenland (Henggeler e.a. 2010) als in Nederland (Dekovic e.a. 2012) onderzocht en erkend als gedragsinterventie voor delinquente jongeren (Ministerie van Veiligheid en Justitie 2011). Uit onderzoek blijkt dat MST een relatief lage uitval kent (Henggeler e.a. 2010). MST-CAN is een adaptatie van MST (Swenson e.a. 2010). Het is een intensieve behandeling van 6 tot 9 maanden gericht op het stoppen van kindermishandeling, waarbij ingezet wordt op het veilig opgroeien van het kind bij de ouders. MST-CAN biedt mogelijkheden voor een moeilijk bereikbare doelgroep, doordat men bij deze behandeling outreachend werkt en tegelijkertijd *evidence-based* behandelingen voor psychiatrische problematiek toepast (Swenson e.a. 2010). MST-CAN richt zich in de eerste plaats op kinderen tussen de 6 en 17 jaar die slachtoffer zijn van kindermishandeling of verwaarlozing (zie voor inclusiecriteria **TABEL 1**). Echter, alle in het gezin wonende of bij het gezin betrokken systeemleden die een rol spelen in de mishandeling en/of verwaarlozing worden behandeld.

Introductie in Nederland

Het eerste Nederlandse MST-CAN-team startte in april 2011 bij de Viersprong in Amsterdam. Een MST-CAN-team bestaat uit een supervisor, drie gezinstherapeuten, een maatschappelijk werker en een (parttime) kinder- en jeugdpsychiater die een gezamenlijke *caseload* hebben van 10 gezinnen. Het MST-CAN-team is 24 uur per dag bereikbaar voor de gezinnen en de vaste therapeut van het gezin heeft minimaal drie

afspraken per week, meestal in de thuissituatie, maar vaak ook op school of bij andere instanties. Het team heeft wekelijks onderlinge supervisie en wordt daarnaast op afstand begeleid door een Amerikaanse MST-CAN-consultant om de kwaliteit van de behandelingen te garanderen. De behandeling vindt in Nederland momenteel altijd plaats binnen een juridisch kader (ondertoezichtstelling met inzet van een gezinsvoogd: OTS), waarbij er nauwe samenwerking is met de gezinsvoogd. In de meeste gevallen wordt drang uitgeoefend waarbij ouders de behandeling opgelegd krijgen om uithuisplaatsing van de kinderen te voorkomen. Dit omdat het ernstige situaties betreft waar frequente monitoring nodig is om de veiligheid thuis te kunnen waarborgen. Het team moet zich vaak zeer vasthoudend opstellen om de behandeling op gang te krijgen en te houden. In de teamsupervisie worden vaak ingewikkelde afwegingen gemaakt betreffende risicovolle situaties en het al dan niet stoppen met behandeling.

Vanaf het begin van de behandeling wordt een veiligheidsplan geïmplementeerd om geweldsescalaties te voorkomen. Hierbij worden steunfiguren ingezet en van het gehele gezin wordt verwacht dat het zich committeert aan het plan. Als gezinsleden zich niet aan het plan houden, wordt hier consequent een analyse van gemaakt en wordt het plan bijgesteld. De gezinsvoogd krijgt de rol van bewaker van de veiligheid. Hij of zij zal streng optreden als het de therapeut niet lukt de ouders te motiveren mee te werken. Bij het veiligheidsplan hoort ook een herhaaldelijke uitgebreide inspectie van het woonhuis van het gezin op veiligheidsrisico's, zoals wapens of rondslingerende medicatie.

Belangrijk bij de MST-CAN-aanpak is dat de betrokkenheid van de gezinnen bij de therapie telkens een punt van aandacht is. Hiertoe wordt van de behandelaars verwacht dat zij alles in het werk zullen stellen om een voet tussen de

deur te krijgen bij de gezinnen. Vaak komt hier ook zeer concrete hulp bij kijken, zoals het samen opknappen van een kinderkamer of het regelen van vervoer naar afspraken. In de benadering van de gezinnen wordt uitgegaan van de krachten van het gezin.

Samen met het gezin wordt gekeken naar de verklaring voor het geweld/de verwaarlozing door te zoeken naar luxerende en onderhoudende factoren en hier concrete interventies op te richten. Mogelijke verklaringen kunnen gelegen zijn in onder andere middelengebruik, lage opvoedvaardigheden of depressieve klachten. Afhankelijk van de oorzaak wordt op maat systemisch en individueel verder gewerkt. Tijdens de wekelijkse supervisies wordt getoetst of de interventies daadwerkelijk worden uitgevoerd en of ze het gewenste resultaat opleveren. Daarnaast helpen de supervisies de therapeut focus te houden in de vaak chaotische gezinnen met een enorme hoeveelheid problemen.

In tegenstelling tot de reguliere MST-behandeling, is bij MST-CAN de psychiater vast lid van het behandelteam. De psychiater heeft een rol in de diagnostiek van zowel de kinderen als de ouders, geeft psycho-educatie en past waar nodig farmacotherapie toe. De psycho-educatie wordt verbonden aan de doelen van behandeling, die meestal door de gezinstherapeut wordt uitgevoerd.

Naast de systeemgerichte behandeling zijn er individuele modules zoals agressieregulatietraining, traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT met *prolonged exposure*) en *reinforcement based treatment* (RBT). Bij laatstgenoemde verslavingsbehandeling wordt thuis regelmatig gescreend op middelengebruik (met urineonderzoek en blaastesten). Ouders kunnen vouchers verdienen als het ze lukt een bepaalde periode nuchter te blijven, waarmee ze bijvoorbeeld een uitje met de kinderen kunnen betalen of kleding kunnen kopen. Deze methode, ook wel bekend onder de naam *voucher based reinforcement therapy*, blijkt een effectieve verslavingsbehandeling (Plebani Lussier e.a. 2006).

TABEL 1 Inclusiecriteria voor multisysteemtherapie bij kindermishandeling (MST-CAN)

- Een gezin waarbij het aangemelde kind in de leeftijd van 6 tot 17 jaar is;
- Er is in de afgelopen 180 dagen een melding van mishandeling en/of verwaarlozing geweest;
- Er is al eerder jeugdhulpverlening geweest in het gezin en er is een gezinsvoogd betrokken (ondertoezichtstelling; OTS);
- Er is een groot risico dat de kinderen uit huis geplaatst zullen worden of;
- Er zijn kinderen die uit huis geplaatst zijn, maar in aanmerking komen voor terugplaatsing.

Casussen ter illustratie werkwijze

Patiënte A, een 40-jarige gescheiden moeder van twee zonen, was met haar gezin in zorg gekomen doordat zij regelmatig ernstige impulsdoorbraken had. Hulpverlening was gestagneerd, onder andere omdat zij hulpverleners had bedreigd en er sprake was van zorgmijding. Patiënte vond dat zijzelf, behalve financiële problemen, geen problemen had. Het gezin dreigde het huis kwijt te raken. De kinderen waren getuige van geweld tussen de ouders en er was sprake van emotionele verwaarlozing. Patiënte maakte zich wel zorgen over lichamelijke klachten en leerproblemen van de kinderen. Ze was boos over de opgelegde MST-CAN-behandeling, maar wilde wel meewerken aan een kinderpsychiatrisch onderzoek. De MST-CAN-

therapeut gaf haar een kaartje voor de metro, zodat ze met de kinderen naar kantoor kon komen.

Uit het onderzoek bleek dat de kinderen beiden problemen hadden in hun ontwikkeling en onder spanning stonden, onder andere door de onvoorspelbaarheid van moeder. Een van de kinderen had cognitieve problemen en de ander had een angststoornis. Psycho-educatie hielp moeder inzien dat behandeling van haar eigen problematiek ook voor de kinderen belangrijk was. Als zij zich minder zorgen hoefden te maken over haar zouden zij zich beter ontwikkelen.

Er bleek bij patiënte sprake van ernstige traumaklachten en gaandeweg werd duidelijk dat er daarnaast sprake was van cannabisafhankelijkheid en multimiddelenmisbruik. Bij haar was eerder een borderlinepersoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd. Tijdens eerdere behandeling voor haar verslaving was ze geneigd benzodiazepinen te misbruiken, omdat zij zonder cannabis veel last had van herbelevingen. In het verleden waren dagkliniek en opname voorgesteld, moeder wilde dit echter niet in verband met de zorg voor haar kinderen. Door het middelengebruik was er een slechte dagstructuur en patiënte was regelmatig onder invloed als ze de zorg voor haar kinderen had.

Het lukte patiënte te motiveren voor verslavingsbehandeling middels RBT, waarin onder andere regelmatige urine-screeningen en CGT-technieken werden gebruikt. Tijdens de detoxificatieperiode thuis gebruikte patiënte kortdurend benzodiazepinen en werd zij extra gemonitord en beoordeeld door de psychiater, omdat de gezinstherapeut zich zorgen maakte over randpsychotische klachten. De klachten verdwenen snel en met psycho-educatie stopte patiënte ook snel weer met de benzodiazepinen. Aangezien er ruim drie afspraken per week plaatsvonden, kon vervolgens vlot gestart worden met behandeling middels verlengde exposure voor meerdere trauma's. De RBT-sessies werden voortgezet om terugval in de verslaving te voorkomen. Zij werd ondersteund door een goede vriendin die bij haar was tijdens een aantal exposure-oefeningen. Ook werd met systeemgesprekken vader meer in zijn rol gezet als ouder, waardoor patiënte meer lucht kreeg.

Met beide kinderen ging het langzaamaan beter, moeder werd consequenter en zij schermde hen beter af voor haar problemen. Bij een van de kinderen werd een beperkt aantal sessies besteed aan een specifieke angststoornis. Alhoewel moeder het stoppen van de behandeling erg moeilijk vond, werd de behandeling goed afgesloten en kon de OTS beëindigd worden.

Patiënte B, een alleenstaande moeder met zes kinderen, werd aangemeld voor MST-CAN, omdat er sprake was van gedragsproblemen bij vrijwel alle kinderen. De omgeving was ervan overtuigd dat deze werden veroorzaakt door

verwaarlozing. Moeder kwam niet naar overleggen met school, was slecht bereikbaar en eerdere hulpverleningstrajecten waren gestrand door gebrekkige medewerking van moeder. De oudste zoon liep voortdurend weg van school en kwam niet tot leren. Moeder was het niet eens met de eerder gestelde diagnose ADHD en motiveerde haar zoon niet om medicatie in te nemen. Ze was afhoudend en devaluerend naar hulpverleners en leerkrachten. De school voor speciaal onderwijs wist niet wat er speelde, de jongen liet zich niet testen. School en gezinsvoogd vonden dat de jongen uit huis moest worden geplaatst, omdat ze zich zorgen maakten over de veiligheid en geen zicht kregen op het gezin.

Toen de MST-CAN startte, was moeder inderdaad erg afhoudend. Zij zei telkens afspraken af en gaf aan behandeling onzinnig te vinden. Doordat zowel de psychiater als de systeemtherapeut het gezin bleven opzoeken, ontstond er toch enige contactgroei. Ze leek zich gehoord te voelen als de psychiater haar bezwaren omtrent de ADHD-diagnose serieus nam en aanbood een second opinion te doen. Ook werd haar angst voor de negatieve gevolgen van medicatie serieus genomen. Moeder wist uiteindelijk haar zoon over te halen mee te werken aan een onderzoek. De jongen liep tot driemaal toe na 10 minuten weer weg. Hij vond het vervelend om op school te worden opgezocht, omdat hij ermee gepest werd. Dit bleek ook de reden dat hij wegliep bij de door school ingeschakelde psycholoog. Uiteindelijk ging hij overstag en liet hij zich thuis psychologisch testen en vertelde hij aan de psychiater samen met zijn moeder waar hij mee zat.

Er bleek inderdaad geen sprake te zijn van ADHD, maar van een sociale angststoornis en een zeer disharmonisch intelligentieprofiel. De jongen werd gepest en had heel weinig zelfvertrouwen. Dit gaf de school nieuwe handvatten en uiteindelijk werd een beter passende school gevonden. Tijdens gesprekken met moeder bleek dat zij voldoende oog had voor de behoefte van de kinderen en ook goed voor hen zorgde met behulp van haar netwerk. Het probleem leek meer te zitten in een groot wantrouwen richting de buitenwereld waardoor ze mensen tegen zich in het harnas joeg. De gezinstherapeut hielp haar beter te communiceren met school, waardoor er minder wantrouwen richting moeder ontstond. Daarnaast werd erop gelet dat alle kinderen meer werden gemonitord. De maatschappelijk werkster hielp moeder de financiën op orde te krijgen zodat haar jonge kinderen een aantal dagdelen naar een kinderdagverblijf konden. Zo hield zij meer tijd over en pasten de oudste kinderen minder vaak op de jongere. De behandeling kon binnen vijf maanden worden afgerond.

TABEL 2 Psychiatrische problematiek van de eerste 18 gezinnen die behandeld werden met multisysteemtherapie bij kindermishandeling (MST-CAN)

Behandeld met MST-CAN	18 gezinnen, 53 personen, van wie 25 kinderen	
Psychiatrisch onderzocht tijdens MST-CAN	39 personen, van wie 19 kinderen en 20 volwassenen	
Eerdere ggz-behandeling in de afgelopen 5 jaar	Gezinsgericht	3 gezinnen: Project aan Huis en Functional Family Therapy, alle niet afgemaakt
	Individueel	3 kinderen en 7 volwassenen, van wie er 4 uitvielen kort na start
	Behandeling	
	Psychologisch onderzoek	10 kinderen en 10 volwassenen
	Psychiatrisch onderzoek	3 volwassenen
Eerdere hulpverleningstrajecten jeugdhulpverlening; geen ggz	Gemiddeld 2,2 eerdere trajecten (varieerde van 1 tot 7 trajecten, zoals gezinscoaching, Safety First, ondersteunende begeleiding via Blijf van mijn Lijf-huis, pleegzorg of gesloten jeugdinstelling)	
Tentamen suicidii in de voorgeschiedenis	5 volwassenen	
Psychiatrische diagnoses	kind	ouder
	Stoornis in middelengebruik	
	Misbruik van alcohol	1
	Alcoholafhankelijkheid	4
	Misbruik van cannabis	1
	Cannabisafhankelijkheid	2
	Afhankelijkheid van cocaïne	4
	Totaal middelengebruik	1
	PTSS	2
	Depressieve stoornis	9
	Persoonlijkheidsstoornis	3
	Ernstige hechtingsproblemen	5
	Oppositieel-opstandige gedragsstoornis	13
	Somatoforme stoornis	1
	Zwakbegaafdheid/verstandelijke beperking	1
	Trichotillomanie	1
	Cognitieve stoornis	2
Gebruik psychofarmaca	15 personen, van wie 6 kinderen	

RESULTATEN

Psychiatrische problematiek

Om een goed beeld te krijgen van de doelgroep, werd de psychiatrische problematiek van de eerste 18 gezinnen die met MST-CAN werden behandeld in kaart gebracht (TABEL 2).

Er was sprake van uiteenlopende, veelal ernstige, (kinder) psychiatrische problematiek. Slechts bij 10 personen werd ooit eerder een individuele psychiatrische of psychotherapeutische behandeling gestart; daarbij was er bij 6 personen een redelijk goed lopend contact zonder uitval. Wel was er in 20 gevallen ooit psychologisch onderzoek gedaan en in

3 gevallen psychiatrisch onderzoek. Bij 3 kinderen en 3 volwassenen werd al in een eerder stadium traumabehandeling geadviseerd, maar was deze niet van de grond gekomen.

Zoals op basis van de in de inleiding beschreven literatuur te verwachten was, vonden wij in de huidige Nederlandse doelgroep (zie **TABEL 2**) een hoge mate van psychiatrische morbiditeit en tot de start van MST-CAN veel zorgmijding, terwijl tegelijkertijd veel zorgaanbod vanuit de jeugdhulpverlening gericht op kindermishandeling niet plaatsvond vanuit de ggz. Naast de psychiatrische problematiek was er in 12 van de 18 gezinnen sprake van partnerrelatiegeweld, dat in 7 gezinnen actueel was tijdens de behandeling. In 9 van de 18 gezinnen waren er bovendien zeer ernstige financiële problemen.

Ondanks de ernstige psychiatrische problematiek en de veelheid aan bijkomende problemen, was bij 10 van de 18 gezinnen de uitkomst zodanig goed dat de ots tegen het einde van de behandeling kon worden opgeheven. Van de 18 gezinnen waren 6 gezinnen eerder met de behandeling gestopt: 3 vanwege uitval, omdat ouders aanhoudend weigerden mee te werken en 3 vanwege dusdanige veiligheidsproblemen tijdens de behandeling dat een uithuisplaatsing werd geadviseerd.

Bevindingen bij follow-up

Omdat MST-CAN gedurende een aantal maanden zeer intensieve hulp biedt in de thuissituatie, is het van belang te monitoren of de behandelresultaten ook standhouden op de lange termijn. Daarom werden alle gezinnen tot anderhalf jaar na de behandeling gevolgd. Halfjaarlijks werd de primaire verzorger gebeld door een onafhankelijk callcenter en werd een gestructureerd interview afgenomen. Na 18 maanden werden geen nieuwe gedwongen uithuisplaatsingen gerapporteerd. Wel was er in één gezin voor gekozen de dochter tijdelijk bij een tante te laten wonen. Deze netwerkplaatsing werd tijdens MST-CAN al gebruikt als time-outmogelijkheid, wanneer er teveel onrust was in de thuissituatie.

In vijf gezinnen gaf de primaire verzorger aan nog individuele psychiatrische hulp te hebben (gehad) na afloop van MST-CAN. Deze hulp was in alle gevallen vrijwillig. Vier kinderen hadden na MST-CAN vrijwillig een aantal individuele gesprekken gehad met een psycholoog of hun voormalig voogd.

DISCUSSIE

Positie van de psychiater in het team

Vanwege de hoge mate van psychiatrische morbiditeit zowel bij ouders als kinderen, speelt de psychiater een belangrijke rol in het team. De psychiater is aanwezig bij

de wekelijkse patiëntenbespreking en is bij elk gezin betrokken bij de behandeling. Het model vraagt om een flexibele inzet. Niet alleen moet de betrokken psychiater zowel kinderen als ouders onderzoeken en behandelen, maar ook moet de psychiater werken op flexibele tijden en locaties. Daarnaast heeft de psychiater een belangrijke rol tijdens de besprekingen met de gezinstherapeuten en regelmatig de gezinsvoogden. Bij de doelgroep is vaak sprake van niet onderkende problematiek. Soms is er wel een diagnose gesteld, maar leidt deze tot stigmatisering. Daarnaast hebben gezinsvoogden minder kennis van eventuele behandel mogelijkheden van stoornissen. De psychiater kan hierbij psycho-educatie geven aan de patiënten zelf, maar ook aan de omgeving.

Zorgmijding, agressie, suïcidale crises en andere schrijnende situaties komen regelmatig voor. In de doelgroep is er naast de genoemde psychiatrische, financiële en sociaal-maatschappelijke problemen vaak weerstand bij de ouders tegen behandeling en het bezoeken van een psychiater. Dit vraagt om een behoorlijke inzet om toch tot contact en een beoordeling te komen. Het is bijvoorbeeld voorgekomen dat een adviesgesprek tijdens een wandeling in de buurt plaatsvond. Ook werd een afhoudende en soms dreigende patiënt in samenwerking tussen de psychiater en de huisarts, met wie een jarenlange vertrouwensband bestond, uiteindelijk effectief behandeld voor zijn depressieve klachten.

In de meeste gezinnen werden alle gezinsleden psychiatrisch onderzocht, maar in een enkel gezin lukte het ondanks alle inspanningen niet een ouder te overtuigen een afspraak te maken met de psychiater. In die gevallen was er wel intensief overleg tussen de psychiater en de gezinstherapeut die vaak meer geaccepteerd werd door ouders.

CONCLUSIE

MST-CAN lijkt ook in Nederland een waardevolle behandeling voor gezinnen waar sprake is van mishandeling en/of verwaarlozing. Zoals beschreven, is in 12 van de 18 behandelde gezinnen een dreigende uithuisplaatsing van de kinderen voorkomen. Dit is van belang omdat het aantal uithuisplaatsingen in Nederland hoog is. Van de kinderen met een ots (totaal ongeveer 11.000) wordt ongeveer een derde uit huis geplaatst (Bartelink 2013). Kinderen die uit huis zijn geplaatst, hebben op latere leeftijd evengoed veel maatschappelijke problemen en gezondheidsproblemen (Schneider e.a. 2009). Er zijn op theoretische grond meer redenen te bedenken waarom het in principe beter is een kind thuis te laten opgroeien of in ieder geval een ultieme poging te doen een veilige thuissituatie te creëren als die er niet is. MST-CAN zou een kans kunnen zijn voor gezinnen waarin men twijfelt of thuis opgroeien haalbaar is.

Bovendien is een uithuisplaatsing erg kostbaar, dus bij voorkoming van een uithuisplaatsing worden ook maatschappelijke kosten bespaard. De gangbare hulpverlening voor gezinnen met zeer ernstige en meervoudige problematiek kost naar schatting 75.000 euro per jaar (Horstik & Veuger 2012). De daadwerkelijke kosten zijn naar verwachting nog hoger, omdat de kosten van uithuisplaatsingen niet werden meegerekend. Een MST-CAN-behandeling kost gemiddeld 45.000 euro per gezin en is dus goedkoper dan andere behandelingen voor deze ernstige problematiek. Onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van MST-CAN vergeleken met andere vormen van hulpverlening zal moeten uitwijzen of MST-CAN inderdaad een waardevolle en kosteneffectieve uitbreiding is van het behandelaanbod voor deze gezinnen.

Zoals in de inleiding is benoemd en passend bij de beschrijvingen van onze eerste casussen (TABEL 2), lukt het de reguliere ggz bij een aantal gezinnen waarin kindermishandeling en verwaarlozing voorkomen onvoldoende ze

in behandeling te krijgen en te houden. Ook voor MST-CAN is dit een uitdaging. Met de inzet van een vaste therapeut die het gezin intensief begeleidt en daarbij nauw samenwerkt met de supervisor, consultant, maatschappelijk werker en psychiater, lukt het om de meeste gezinnen te motiveren voor behandeling met tot nu toe veelbelovende resultaten die ook op de langere termijn standhouden. De meeste gezinnen zijn (uiteindelijk) bereid mee te werken aan psychiatrisch onderzoek en behandeling.

De beschreven casuïstiek illustreert dat diagnostiek en behandeling van psychiatrische problematiek van kind en ouders de situatie voor de kinderen duidelijk kunnen verbeteren. Samenvattend: wij zien MST-CAN als een veelbelovende behandelvorm, waarmee men goed in staat is om de psychiatrische klachten die binnen een gezin aanwezig zijn en die de mishandeling en verwaarlozing uitlokken en onderhouden te behandelen. Dit is mede te danken aan de goede inbedding van de psychiater binnen het behandelend team.

LITERATUUR

- Barlow J, Simkiss D, Stewart-Brown S. Interventions to prevent or ameliorate child physical abuse and neglect: Findings from a systematic review of reviews. *J Child Serv* 2006; 1: 6-28.
- Bartelink C. Uithuisplaatsing: wat werkt? Nederlands Jeugd Instituut; 2013. <http://www.nji.nl/>
- Dekovi M, Asscher JJ, Manders WA, Prins PJ, Van der Laan P. Within-intervention change: Mediators of intervention effects during Multisystemic Therapy. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 574-87.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, e.a. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245-58.
- Graham N, Kimonis ER, Wasserman AL, Kline SM. Associations among childhood abuse and psychopathy facets in male sexual offenders. *Personal Disord* 2012; 3: 66-75.
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB. Multisysteemtherapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2010.
- Horstik I, Veuger A. Rapportage kwetsbare gezinnen Woerden. Stade Advies; 2012.
- Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, e.a. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 38-45.
- Jones DPH. Child Maltreatment. In: Rutter e.a., red. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell Press; 2008. p. 421-39.
- Maassen H. Recidive huiselijk geweld kan omlaag. *Med Contact* 2011; 66: 3014-7.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. Erkende gedragsinterventies voor jongeren. 2011. <http://www.erkenningscommissie.nl/>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn Familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2009.
- Oshri A, Rogosch FA, Burnett ML, Cichetti D. Developmental pathways to adolescent cannabis abuse and dependence: Child maltreatment, emerging personality, and internalizing versus externalizing psychopathology. *Psychol Addict Behav* 2011; 25: 634-44.
- Plebani Lussier JP, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgins ST. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 2006; 101: 192-203.
- Rooijen K van, Berg T, Bartelink C. Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling? Nederlands Jeugd Instituut; 2011. <http://www.nji.nl/>
- Schneider R, Baumrind N, Pavao J, Stockdale G, Castelli P, Goodman GS, e.a. What happens to youth removed from parental care? Health and economic outcomes for women with a history of out-of-home placement. *Child Youth Serv Rev* 2009; 31: 440-4.
- Swenson CC, Schaeffer CM, Henggeler SW, Faldowski R, Mayhew AM. Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol* 2010; 24: 497-507.
- Tabibian N. Effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen. Utrecht: Verwey-Jonker instituut; 2006. http://www.verwey-jonker.nl/doc/jeugd/D8749512_3_027E.pdf

SUMMARY

Multisystemic therapy for child abuse and neglect (MST-CAN): description of the treatment, psychiatric morbidity, and the psychiatrist's role

F.N. KAMPHUIS, O.M. BRAND-DE WILDE, R.E.A. VAN DER RIJKEN

BACKGROUND Many untreated psychiatric problems occur in families where there is child abuse. It is very important to find ways of ensuring that the hard-to-reach families receive adequate psychiatric assessment and appropriate treatment.

AIM To describe the treatment method and first results of multisystemic therapy for child abuse and neglect (MST-CAN).

METHOD We report the psychiatric problems of the first 18 families that were treated and we report the follow-up during the first 18 months. In addition, the MST-CAN treatment and the psychiatrist's role are illustrated by taking two cases as an example.

RESULTS Most of the families agreed to a psychiatric assessment and subsequent treatment. In most families safety improved considerably and out-of-house placements were avoided.

CONCLUSION The first results suggest that MST-CAN is a promising treatment for families where there is child abuse. Essential elements of MST-CAN are targeted psychiatric diagnostic assessment and subsequent treatment.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 561-568

KEY WORDS child abuse, multisystemic therapy, psychiatry