

De Implementatie van Multisysteem Therapie in Nederland: De invloed van Behandelintegriteit en Nonspecifieke factoren op Behandeluitkomsten

Willeke A. Manders¹ & Maja Deković², Jessica J. Asscher², Peter H. van der Laan³ en Pier J. M. Prins²

SAMENVATTING

In deze studie onderzochten we sommige aspecten van de kwaliteit van de implementatie van Multisysteem Therapie (MST) in Nederland. Zowel de invloed van behandelintegriteit als van nonspecifieke factoren van MST op de verandering in een primaire uitkomst (externaliserend probleemgedrag) en secundaire uitkomsten (positieve discipline, negatieve discipline, kwaliteit van de ouder-kind relatie, prosociale vrienden en deviante vrienden) werden onderzocht. De deelnemers waren 147 jongeren (en hun gezinnen) die werden verwezen naar MST. Het betrof jongeren (71% jongens) met een gemiddelde leeftijd van 15,9 jaar (van 12 tot 18 jaar). Jongeren en hun ouders werd gevraagd vragenlijsten in te vullen voor en na MST. Behandelintegriteit werd gemeten met de Treatment Adherence Measure (TAM). We vonden dat de behandelintegriteit gemeten met de TAM even hoog is als in Amerikaanse studies. Opmerkelijk is dat behandelintegriteit alleen verandering in positieve discipline bleek te voorspellen. Daarnaast werd een positief effect gevonden van de relatie met de therapeut op verandering in positieve discipline en van tevredenheid over de behandeling op verandering in prosociale vrienden. Tot slot bleek een lage sociaal economische status meer behandelintegriteit te voorspellen.

INLEIDING

Om ervoor te zorgen dat effectieve behandelingen aangeboden kunnen worden aan jongeren en gezinnen met problemen, is het van belang om barrières voor een goede verspreiding en implementatie van deze behandelingen

¹ Universiteit Utrecht, Heidelberglaan 3, Utrecht

² Universiteit van Amsterdam

³ Vrije Universiteit Amsterdam

Correspondentie naar: Willeke A. Manders, Universiteit Utrecht, Afdeling kind en adolescent studies, Heidelberglaan 3, 3584 CS Utrecht, W.A.Manders@uu.nl.

te overwinnen. Een mogelijk effectieve behandeling voor jongeren die ernstig antisociaal gedrag vertonen is Multisysteem Therapie (MST), oorspronkelijk ontwikkeld in de Verenigde Staten. MST is een behandelingsmodel dat gericht is op het gezin en de omgeving met als doel het aanpakken van meerdere bekende determinanten van ernstig antisociaal gedrag van adolescenten (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998). Deze risicofactoren betreffen kenmerken van de jongere, het gezinsfunctioneren, relaties met vrienden, schoolprestaties, het sociaal netwerk, en kenmerken van de omgeving. MST is gebaseerd op de sociaal ecologische theorie van Bronfenbrenner die veronderstelt dat meerdere factoren in en rondom de jongere het gedrag van de jongere beïnvloeden (Henggeler et al., 1998). Daarnaast maakt MST gebruik van empirisch gevalideerde methoden om gedragsverandering tot stand te brengen (bijvoorbeeld technieken en strategieën uit de sociale leertheorie en (cognitieve) gedragstherapie), maar ook het bieden van praktische hulp bij huisvesting, schulden en dergelijke wordt niet geschuwd. MST wordt in de natuurlijke omgeving van de jongere uitgevoerd: behandelings sessies vinden vaak thuis plaats op tijden die goed uitkomen voor de gezinnen, maar er vinden ook bijeenkomsten plaats op scholen, in buurten of sociale instellingen. In overleg met de gezinsleden stelt de therapeut een aantal duidelijk gedefinieerde behandelingsdoelen op, geeft de taken op die nodig zijn om deze doelen te bereiken, en houdt tenminste één keer per week de voortgang door middel van de reguliere gezinssessies in de gaten. De therapie is altijd maatwerk, aangepast aan de vragen en mogelijkheden van de jongeren en de gezinnen. Met andere woorden, de behandeling is geïndividualiseerd zodat tegemoet gekomen kan worden aan specifieke behoeftes van de cliënten. Ondanks deze flexibiliteit is MST vrij gestructureerd en wordt MST uitgevoerd aan de hand van een set van negen behandelprincipes beschreven in een (uitgebreid) protocol. Deze negen principes vormen de leidraad voor het handelen van de hulpverlener (Henggeler, Melton, Brondino, Scherer & Heanley, 1997).

Effectiviteitsstudies naar MST uitgevoerd in de Verenigde Staten (zie meta-analyse Curtis, Ronan, & Borduin, 2004) en in Noorwegen (Ogden & Halliday-Boykins, 2004) lieten positieve effecten zien. In Zweden (Sundell, Hansson, Löfholm, Olsson & Kadesjö, 2008) en Canada (Cunningham, 2002) werden deze positieve effecten echter niet gevonden (dat wil zeggen dat jongeren in zowel de controle conditie als in de MST groep vooruit gingen, maar de effecten van MST niet beter waren dan die van de gebruikelijke behandeling die de jongeren in de controle groep hadden ontvangen). Ondanks de positieve resultaten in de Verenigde Staten en Noorwegen is het dus de vraag of de in de Verenigde Staten ontwikkelde behandeling succesvol ingevoerd kan worden in andere landen. Uit een meta-analyse uitgevoerd door Curtis et al. (2004), bleek dat effecten groter waren voor behandelingen die uitgevoerd werden onder gecontroleerde condities en met goed gesuperviseerde therapeuten, dan voor

behandelingen die in de praktijk werden uitgevoerd. De effectiviteit van een behandeling kan dus niet los gezien worden van de manier waarop deze wordt uitgevoerd en door wie, met andere woorden, hoe de behandeling is geïmplementeerd.

Een belangrijke voorwaarde voor een behandeling om werkzaam te kunnen zijn is dat een behandeling geïmplementeerd moet zijn zoals deze is bedoeld (behandelintegriteit). Behandelintegriteit refereert naar 'de mate waarin een bepaalde therapie is geïmplementeerd in overeenstemming met essentiële theoretische en procedurele aspecten van het model' (Hogue et al., 1998, p. 104). Verschillende procedures worden gebruikt om de behandelintegriteit van MST te waarborgen.

Ten eerste nemen nieuwe MST therapeuten deel aan een 5-daagse training. Daarna zijn er wekelijkse supervisiebijeenkomsten en regelmatige consultatie met een (Amerikaanse) consultant. Tenslotte worden er 4 keer per jaar 2-daagse boostertrainingen gehouden. Er zijn handleidingen voor MST therapeuten, voor supervisoren, voor consultants, en voor organisaties die MST implementeren. Het systematisch en nauwgezet toepassen van negen behandelingsprincipes door de behandelaar wordt gezien als de belangrijkste indicator van behandelintegriteit. De behandelintegriteit wordt regelmatig gecontroleerd door een gevalideerde vragenlijst die maandelijks bij de ouders telefonisch wordt afgenomen, de Treatment Adherence Measure (TAM).

Bewijs uit studies uitgevoerd in de Verenigde Staten brengt de behandelintegriteit van de therapeut in verband met zowel primaire uitkomsten (bijvoorbeeld arrestaties, opsluiting, en plaatsing in instelling) als secundaire uitkomsten (bijvoorbeeld gezinsfunctioneren, toezicht houden van ouders, en relaties met vrienden) (Huey, Henggeler, Brondino & Pickrel, 2000; Schoenwald, Sheidow, Letourneau & Liao, 2003; Schoenwald, Carter, Chapman & Sheidow, 2008). In Zweden (Sundell et al., 2008) en Canada (Cunningham, 2002) vond men echter geen duidelijk bewijs dat een hogere behandelintegriteit van de therapeut de behandelingsresultaten positief zou beïnvloeden. In Noorwegen (Ogden & Halliday-Boykins, 2004) werd de relatie tussen behandelintegriteit en uitkomsten niet direct onderzocht.

In deze studie onderzoeken we de kwaliteit van de implementatie van MST in Nederland. Ten eerste onderzoeken we of de mate van behandelintegriteit vergelijkbaar is met die in andere landen. Gezien de inconsistente resultaten in verschillende landen voor wat betreft de relatie tussen behandelintegriteit en uitkomsten, onderzoeken we ten tweede of de mate van behandelintegriteit in de MST groep in verband kan worden gebracht met verandering in een primaire uitkomst (externaliserend probleemgedrag) en secundaire uitkomsten (positieve discipline, negatieve discipline, kwaliteit van de ouder-adolescent relatie, hoeveelheid deviante vrienden en – prosociale vrienden).

Om meer inzicht te krijgen in welke mechanismen en processen in het therapeutisch proces van MST tot positieve uitkomsten leiden, onderzoeken we

ook of een aantal nonspecifieke factoren (relatie met therapeut en tevredenheid over behandeling) veranderingen in dezelfde primaire en secundaire uitkomsten voorspellen. Uit eerdere studies bleek dat de relatie met de therapeut en tevredenheid over de behandeling resultaten van de behandeling en/of opvoedingsgedrag kunnen voorspellen (Tolan, Hanish & Dickey, 2002; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006; Thomas, 2006).

Uit een aantal MST studies (Schoenwald, Halliday-Boykins & Henggeler, 2003; Schoenwald & Henggeler, 2002) bleek dat kenmerken van cliënten de behandelintegriteit kunnen beïnvloeden. Zo bleken een lage opleiding en een laag inkomen van ouders positief gerelateerd te zijn aan behandelintegriteit (Schoenwald et al., 2003; Schoenwald, Letourneau & Halliday-Boykins, 2005). Hoewel er geen aanwijzingen zijn dat uitkomsten van MST verschillend zijn voor jongeren en gezinnen met een verschillende achtergrond (Henggeler, Melton & Smith, 2002; Sundell et al., 2008), kan het implementeren van MST in een ander land met een verschillende jeugdzorg en etniciteit wel tot verschillen in uitkomsten leiden. Daarom onderzoeken we of geslacht, etniciteit, en sociaal economische status naast behandelintegriteit ook verandering in primaire en secundaire uitkomsten voorspellen.

METHODE

Opzet en participanten

Data werd verzameld op 5 MST locaties in Nederland als onderdeel van een net afgerond randomized controlled trial naar de effectiviteit van MST (Asscher, Deković, Laan, Prins & Arum, 2007; Deković, Asscher, Manders, Laan & Prins, 2008). In dit artikel wordt alleen de data van de MST groep gebruikt en niet van de controlegroep, omdat alleen van de MST groep informatie beschikbaar is over behandelintegriteit. Data werden verzameld voor de start van MST en direct na MST, ongeveer 6 maanden na de voormeting.

De deelnemers waren jongeren (en hun gezinnen) die zijn verwezen naar Multisysteem Therapie (MST) tussen 2006 en 2010 ($N=147$) en aan de inclusie criteria voor MST voldeden. Inclusie criteria zijn: ernstig en gewelddadig antisociaal gedrag; leeftijd tussen 12 en 18 jaar; en ouders of verzorgers waren gemotiveerd om MST te starten. Het betreft jongeren (71% jongens) met een gemiddelde leeftijd van 15,9 jaar die in ongunstige gezinssituaties leven (54% 1-ouder gezinnen, 47% heeft financiële problemen) en die met zware problematiek te kampen hebben (74% heeft volgens ouder rapportage klinische externaliserende problemen; 67% is volgens jongere rapportage in aanraking gekomen met de politie). Tenslotte, is 48% van de jongeren van allochtone afkomst.

De uitval bij de nameting was 17 gezinnen (11,6%). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen gezinnen die uitvielen voor de nameting en gezinnen die in het onderzoek bleven participeren. De Little's MCAR test liet zien dat de ontbrekende data volledig willekeurig was, $\chi^2(3097) = 3200.556, p = .095$.

Alle participanten werden dus meegenomen in de analyses en met behulp van LISREL 8.8, werd multiële imputatie uitgevoerd middels het expected maximization algoritme (Graham, 2009).

INSTRUMENTEN

Gecombineerde scores

Voor externaliserend probleemgedrag (primaire uitkomstmaat) en de drie opvoedingsdimensies (secundaire uitkomstmaten) werden gecombineerde scores gebruikt van adolescent rapportages, ouder rapportages, en observatiematen. Eerst selecteerden we de indicatoren (schalen van gevalideerde instrumenten) en onderzochten we de interne consistentie van elke indicator. Een enkelvoudige factoroplossing werd getest in LISREL 8.80. Een adequate fit met significante factorladingen van de indicatoren werd als ondersteuning gezien voor het samenvoegen van de indicatoren. Dit was in alle analyses het geval (deze resultaten zijn bij de auteurs op te vragen). Eerst werden alle indicatoren gestandaardiseerd. Standaardiseren vond plaats over beide meetmomenten, zodat de relatieve verschillen in variabiliteit over de tijd behouden bleven. Daarna werd het gemiddelde van de indicatoren berekend. Tot slot, is de interne consistentie van de gecombineerde score gecontroleerd.

Primaire uitkomst

Externaliserend probleemgedrag. Aan ouders werd gevraagd de *externaliserende problemen* schaal van de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) in te vullen. De schaal bestaat uit 33 items die beoordeeld moeten worden op een 3-puntsschaal. De adolescent versie van deze schaal, de Youth Self Report (Achenbach, 1991), heeft 30 items. Adolescenten rapporteerden ook hun delinquent gedrag op de Self-Report Delinquency scale (SRD) (Blom & van der Laan, 2006). De SRD *Gewelddelicten* schaal bestaat uit 5 items en de *Vermogensdelicten* schaal uit 10 items, te beoordelen op een 5-puntsschaal. Tot slot vulden ouders twee schalen van de Disruptive Behavior Disorder (DBD) rating scales (Oosterlaan, Scheres, Antrop, Roeyers & Sergeant, 2000) in: de *Oppositieel opstandige gedragsproblemen* (ODD) schaal met 9 items en de *Gedragsproblemen* (CD) schaal met 18 items. Een hoge score op alle indicatoren en op de gecombineerde schaal geeft meer externaliserende problemen weer. De alpha's waren .84 (T1) and .87 (T2).

Secundaire uitkomsten

Positieve discipline. Dezelfde vier indicatoren werden gebruikt voor adolescent en ouder rapportages. De eerste indicator, *consistentie*, werd gemeten met een 8-item subschaal van de Parenting Dimensions Inventory (PDI) (Slater & Power, 1987) beoordeeld op een 6-puntsschaal. De tweede indicator, *gedragscontrole*, werd gemeten met de zes items van de Parenting Practices question-

naire (Kerr & Stattin, 2000). Als derde werd de schaal *inductieve discipline* (het uitleggen van regels en het wijzen op consequenties) van de PDI gebruikt. Tot slot werd *parental monitoring* gemeten met 6 items (Brown, Mounts, Lamborn & Steinberg, 1993). De observatiemaat was gebaseerd op de Coder Impressions Inventory (CII) (Webster-Stratton, 1998). De observatoren bereikten een overeenstemming van >80 %. De beoordelingen van observatoren op 14 items (3-puntsschaal) die *positief opvoedingsgedrag* representeren werden gebruikt. Een hoge score op alle indicatoren en op de gecombineerde schaal geeft meer positieve discipline weer. De alpha's waren .84 (T1) and .87 (T2).

Negatieve discipline. Twee indicatoren zijn gebaseerd op de antwoorden van ouders en jongeren op de PDI. Ten eerste, *harde discipline*, was de gemiddelde score van de volgende reacties: schreeuwen en fysiek straffen. De tweede indicator, *andere straffen*, betrof negeren, terugtrekken van liefde, en uitoefenen van macht. De derde indicator was de adolescent rapportage op de *Psychologische Controle* Schaal (Barber, 2002) (8 items). De beoordelingen van observatoren op 26 items van de CII, die hard/kritisch opvoeden en permissief opvoeden representeren werden gebruikt om *negatieve discipline* te meten. Een hoge score op alle indicatoren en op de gecombineerde schaal geeft meer negatieve discipline weer. De alpha's waren .94 (T1) en .83 (T2).

Kwaliteit van de ouder-adolescent relatie. De eerste twee indicatoren werden gemeten bij ouders. De eerste indicator, *responsiviteit*, was een schaal met 8 items van de Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst (Gerris et al., 1993). De tweede indicator, *acceptatie van het kind*, werd gemeten met een 12-item schaal van de Parenting Stress Index (Abidin, 1983). De derde en vierde indicator werden gemeten bij ouders en adolescenten. Als derde werd de mate van *conflict en vijandigheid* gemeten met 6 items van de Network of the Relationship Inventory (NRI) (Furman & Buhrmester, 1985). De vierde indicator, *problemen in de communicatie* werd gemeten met 5 items van de Parent-Adolescent Communication Scale (PACS) (Barnes & Olson, 1985). De *hechting* van de adolescent met de ouder werd gemeten met de 12-item Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) (Nada Raja, McGee & Stanton, 1992). Tot slot werden de beoordelingen van de observatoren op 20 items van de CII, die ouderlijke responsiviteit/verzorging en hechting van kind aan ouder representeren gebruikt als observatiemaat van *de kwaliteit van de ouder-kind relatie*. De indicatoren *conflict en vijandigheid* en *problemen in de communicatie* werden omgecodeerd om evenals de andere indicatoren een positieve kwaliteit van de ouder-kind relatie weer te geven. De alpha's waren .77 (T1) en .81 (T2).

Deviante vrienden werd gemeten met een combinatie van 4 items van de Leeftijdsgenoten schaal van de Family, Friends, and Self Scale (Simpson & McBride, 1992) en 7 items van de Deviante vrienden schaal van de Basisvragenlijst Leeftijdsgenoten (Weerman & Smeenk, 2005). Deze 5-punts-schaal meet hoeveel deviante vrienden een jongere heeft. Alpha's waren .92 en .89.

Prosociale vrienden werd gemeten met hetzelfde instrument met een schaal van 7 items, ingevuld door de jongere. Alpha's waren .84 op T1 en T2.

Predictoren

Behandelintegriteit. Er is gebruik gemaakt van een 15-item TAM score. Deze enkelvoudige factoroplossing met 15 betrouwbare items is gevonden in de studie van Schoenwald et al. (2003). De TAM is een vragenlijst die maandelijks wordt afgenomen bij cliënten om na te gaan of therapeuten systematisch en nauwgezet de negen behandelingsprincipes van MST toepassen. Voorbeelditem: 'De therapeut begreep hoe de problemen in mijn gezin met elkaar te maken hebben.' De alpha in de huidige studie was .80.

Nonspecifieke factoren

De relatie met de therapeut werd gemeten met 12 items van de Relationship With Interventionist Scale (Tolan et al., 2002) en met drie extra items van de C-toets (Jumelet, Welling, Jurrius & Havinga, 2004), beoordeeld door ouders en jongeren op een zes-punts Likertschaal, $\alpha = .96$.

De tevredenheid met de behandeling werd gemeten met 10 items van de Satisfaction with Program Scale (Tolan et al., 2002), en met drie extra items van de c-toets, beoordeeld door ouders en jongeren op een zes-punts Likertschaal, $\alpha = .98$.

RESULTATEN

Vergelijking behandelintegriteit met andere landen

De behandelintegriteit in deze studie ($M = 4.36$; $SD = .51$, range 4.14 tot 4.58 per team), is nagenoeg gelijk aan de Amerikaanse studie ($M = 4.41$; $SD = .49$), (Letourneau, Sheidow & Schoenwald, 2002). De behandelintegriteit van MST in Nederland gemeten met de TAM is dus vergelijkbaar met de behandelintegriteit in de Verenigde Staten waar MST ontwikkeld is. De behandelintegriteit is hoger dan gerapporteerd in de Zweedse studie ($M = 4.00$; $SD = .61$) (Sundell et al., 2008).

Samenhang tussen behandelintegriteit en nonspecifieke factoren

Behandelintegriteit hangt positief samen met de relatie met de therapeut ($r = .48$; $p < .01$) en tevredenheid over de behandeling ($r = .40$, $p < .01$).

Effecten van demografische kenmerken, behandelintegriteit, en nonspecifieke factoren op primaire en secundaire uitkomsten

Er werden zes regressieanalyses uitgevoerd om één primaire uitkomst (externaliserend probleemgedrag) en vijf secundaire uitkomsten (positieve discipline, negatieve discipline, kwaliteit van de ouder-kind relatie, prosociale vrienden, en deviante vrienden), te voorspellen door middel van de

beginwaarde van de uitkomsten op de voormeting (Model 1), demografische kenmerken (Model 2), en behandelintegriteit (Model 3). Deze zes regressie-analyses werden nogmaals uitgevoerd met in Model 3 de nonspecifieke factoren in plaats van behandelintegriteit. Doordat we in de eerste stap controleren voor scores op de voormeting, beantwoorden we met deze analyses de vraag of behandelintegriteit (versus nonspecifieke factoren) samenhangt met de mate waarin cliënten binnen de MST groep *veranderen* in deze uitkomsten. Multicollineariteit tussen de predictoren is met behulp van de Variance Inflation Factor (VIF) score onderzocht. De VIF bleek voor alle predictoren onder de waarde 3 te zijn en kan als acceptabel worden beschouwd (Stevens, 2002).

Uit Tabel 1 is af te leiden dat alle zes de uitkomstmaten op de nameting voorspeld worden door de beginwaarde van deze uitkomsten. Zoals uit de niet-significante toename in R kwadraat blijkt, verklaren de demografische kenmerken als groep geen extra variantie. Wel zijn op het niveau van individuele predictoren twee significante effecten gevonden voor etniciteit: allochtone adolescenten veranderen meer in prosociale ($\beta = .23$) en deviante vrienden ($\beta = -.16$) dan autochtonen. Behandelintegriteit en nonspecifieke factoren verklaren alleen extra variantie bij verandering in positieve discipline, respectievelijk 3% en 8%. Een hogere behandelintegriteit van de therapeut en een betere relatie met de therapeut voorspellen een positieve verandering in positieve discipline van ouders. Verder heeft tevredenheid over de behandeling een positief effect op de verandering in hoeveelheid prosociale vrienden.

Omdat de relatie tussen behandelintegriteit en uitkomsten ook niet lineair zou kunnen zijn is onderzocht of de verandering in uitkomstmaten verschilt voor ouders die een lage en hoge behandelintegriteit rapporteren. Alleen voor positieve discipline werd een significant verschil gevonden. Ouders die een hoge behandelintegriteit rapporteren veranderen meer in positieve discipline dan ouders die een lage behandelintegriteit rapporteren ($F(1, 44) = 6.84, p = < .05$).

Effecten van cliëntkenmerken op de behandelintegriteit

Tenslotte werd onderzocht of verschillen in behandelintegriteit verklaard kunnen worden door de cliëntkenmerken: geslacht, etniciteit en sociaal economische status. Samen verklaren deze predictoren 3% ($p < .05$) van de variantie in behandelintegriteit. Op het niveau van individuele predictoren bleek alleen sociaal economische status significant ($\beta = -.19, p < .05$). Geslacht en etniciteit voorspellen behandelintegriteit niet.

DISCUSSIE

In deze studie onderzochten we aspecten van de kwaliteit van de implementatie van MST in Nederland. Een indicator voor succes van implementatie is een hoge mate van behandelintegriteit. Bij MST wordt behandelintegriteit

Tabel 1: Effecten van demografische kenmerken, behandelintegriteit, en nonspecifieke factoren op verandering in uitkomsten

	Externaliserend probleemgedrag		Positieve discipline		Negatieve discipline		Kwaliteit van de ouder-kind relatie		Prosociale vrienden		Deviantie vrienden	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2
Model 1: T1 uitkomsten	.68**	.47**	.67**	.56**	.56**	.34**	.77**	.61**	.31**	.14**	.46**	.24**
Model 2: Demografie		.01		.01		.02		.00		.05		.04
Geslacht	-.07		.07		.07		.02		.05		-.13	
Etniciteit	.04		-.08		.09		-.05		.23**		-.16*	
Sociaal economische status	.07		.02		.13		-.04		.01		-.07	
Model 3: Behandelintegriteit	-.03	.00	.17**	.03**	-.04	.00	.03	.00	-.01	.00	.11	.01
Model 3: Nonspecifieke factoren		.01		.08*		.00		.00		.03		.00
Relatie therapeut	-.08		.28**		.04		.01		-.20		-.04	
Tevredenheid behandelingsdeling	-.04		.02		-.07		.02		.26*		-.02	

Noot. *p < .05, **p < .01.

gemeten met de TAM. De resultaten laten zien dat de behandelintegriteit bij Nederlandse therapeuten gemeten met de TAM relatief hoog is, vergelijkbaar met Amerikaanse studies en hoger dan in de Zweedse studie. In dit opzicht, kan de export van MST naar Nederland als bevredigend worden beschouwd.

Hoewel in de Amerikaanse studies werd gevonden dat een hoge mate van de behandelintegriteit een betere uitkomst van MST voorspelt (Henggeler, Pickrel & Brondino, 1999; Huey et al., 2000; Schoenwald et al., 2003, 2008), vonden wij weinig evidentie hiervoor. Slechts bij één uitkomst, positieve discipline, werd een effect gevonden: een hogere behandelintegriteit voorspelt meer verandering in gebruik van positieve disciplinerende door ouders. Ook als we alleen de extreme scores meenamen (dat wil zeggen, de vergelijking van 15% hoogste en 15% laagste TAM scores) vonden we alleen een effect voor positieve discipline. Aangezien MST gericht is op het versterken van de positieve kanten van het gezin en de jongeren met probleemgedrag kampen, is het verklaarbaar waarom effecten gevonden worden op het door ouders op een positieve wijze in banen leiden van het gedrag van de jongeren.

Onze resultaten komen overeen met die van Canadese en Zweedse studies naar MST. In deze studies werden geen relaties gevonden tussen behandelintegriteit en behandelingsresultaten. Dit zou er op kunnen wijzen dat het instrument om behandelintegriteit van MST te meten niet ideaal functioneert buiten de Amerikaanse context. Littell (2006) wees er op dat behandelintegriteit, zoals gemeten met de TAM, niet specifiek trouw aan MST voorspelt, maar constructen betreft die essentieel zijn voor elke therapeutische interventie. In onze studie blijkt dat de TAM inderdaad samenhangt met de relatie met de therapeut en de tevredenheid over de behandeling, waaruit afgeleid kan worden dat de TAM niet alleen specifieke aspecten van MST meet, maar ook nonspecifieke factoren.

Nonspecifieke factoren blijken iets meer variantie te verklaren (8%) dan behandelintegriteit (3%). Misschien dat voor het bereiken van goede behandelingsresultaten nonspecifieke factoren van de behandeling van even groot, zo niet van groter, belang zijn dan specifieke factoren zoals de mate waarin vastgehouden wordt aan de theoretische principes van een bepaalde behandeling (bijvoorbeeld Clark, 2001; Drisko, 2004; Wampold, 2001; Carr, 2009). Daarnaast vonden we dat nonspecifieke factoren niet alleen de veranderingen in opvoedingsgedrag voorspellen zoals uit vorig onderzoek bleek (Tolan et al, 2002), maar ook de verandering in hoeveelheid prosociale vrienden. Deze nonspecifieke factoren kunnen echter wel beïnvloed zijn door vroege effecten van de behandeling (dat wil zeggen gezinnen die al vooruitgang beginnen te ervaren hebben de neiging de therapeut en de behandeling positiever te zien) en in die zin specifieke effecten in zich bergen (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Sigel, 2000).

Tenslotte, onderzochten we of demografische kenmerken (geslacht, etniciteit en sociaal economische status) veranderingen in de uitkomstmaten en

de behandelintegriteit voorspellen. Uit de resultaten blijkt dat demografische variabelen geen significante voorspeller zijn van uitkomsten. Bij behandelintegriteit bleek, in overeenstemming met eerder onderzoek, dat een lagere sociaal economische status samenhangt met een betere behandelintegriteit (Schoenwald et al., 2003; Schoenwald & Henggeler, 2002).

Hoewel de huidige studie meer inzicht geeft in de samenhang tussen behandelintegriteit, nonspecifieke factoren, en verandering in uitkomsten zijn er enkele beperkingen. Ten eerste hebben onze vraagstellingen betrekking op implementatie in enge zin: is het gelukt om een buitenlandse interventie zodanig te implementeren in Nederland dat het uitgevoerd word zoals bedoeld. Consistent hiermee, zien we een hoge mate van behandelintegriteit als een indicator voor het succes van de implementatie. Uiteraard is het ook mogelijk om implementatie in termen van klinische effecten te definiëren. Om daar uitspraken over te kunnen doen is het nodig om de verandering binnen de MST groep te vergelijken met de verandering in de controle groep. De analyses van de huidige studie zijn alleen uitgevoerd op de data van de MST groep. We hebben gekeken of behandelintegriteit en nonspecifieke factoren de verandering in uitkomstmaten tussen voor- en nameting kunnen voorspellen in de MST groep. Omdat een controlegroep hier ontbreekt, zeggen deze veranderingen nog niets over de effectiviteit van MST. Daarnaast werden geen lange termijn uitkomsten onderzocht en werd er niet gebruik gemaakt van 'objectieve' uitkomsten zoals aantal arrestaties en veroordelingen.

Dit is de eerste studie die wij kennen waarin zowel de invloed van behandelintegriteit als van nonspecifieke factoren van MST werd onderzocht op de verandering in primaire en secundaire uitkomsten. We vonden dat de behandelintegriteit gemeten met de TAM even hoog is als in Amerikaanse studies. Voor therapeuten is het wellicht bemoedigend om te zien dat in dit opzicht de export van MST naar Nederland als succesvol kan worden beschouwd. Opmerkelijk is dat behandelintegriteit alleen invloed had op positieve discipline. In hoeverre de TAM een valide maat is om behandelintegriteit te meten buiten de Amerikaanse context en uitkomsten kan voorspellen blijft nog te bezien. Therapeuten blijken zich goed te richten op gezinnen met een lage sociaal economische status, vaak ook de doelgroep van MST. Van belang is om de behandelintegriteit ook te waarborgen bij gezinnen met een hoge sociaal economische status.

SUMMARY

The quality of the implementation of Multisystemic Therapy (MST) in the Netherlands

In this study some aspects of the quality of the implementation of Multisystemic Therapy (MST) in the Netherlands were examined. The influence of treatment integrity as well as nonspecific factors of MST

on change in a primary outcome (externalizing problem behavior) and secondary outcomes (positive discipline, inept discipline, parent-adolescent relationship quality, prosocial peers, and deviant peers) were assessed. Participants were 147 adolescents (and their families) referred to MST. Seventy-one percent were boys with an average age of 15.9 years (range 12 to 18 years). Adolescents and their parents were asked to fill in questionnaires before and after MST. Treatment integrity was assessed with the Treatment Adherence Measure (TAM). We found that treatment integrity, assessed with the TAM, was as high as samples from the United States. Remarkably, treatment integrity only predicted change in positive discipline. Also positive effects were found for the relationship with therapist on change in positive discipline and of satisfaction with treatment on change in prosocial peers. Finally, low social economic status predicted more treatment integrity.

Key words: implementation, Multisystemic Therapy (MST), treatment integrity, nonspecific factors, treatment outcomes

LITERATUUR

- Abidin, R.R. (Ed.). (1983). *Parenting Stress Index Manual*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Asscher, J.J., Deković, M., Laan, P.H. van der, Prins, P., & Arum, S. van (2007). De effectiviteit van Multisysteem therapie (MST): Knelpunten en kansen bij de implementatie van een randomized controlled trial. *Tijdschrift voor Criminologie*, 49, 57-67.
- Barber, B.K. (2002). *Intrusive parenting. How psychological control affects children and adolescents*. Washington, DC.
- Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Cristoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.
- Barnes, & Olson, D.H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child Development*, 56, 437-447.
- Blom, M., & Laan, A.M. van der (2006). Monitor Jeugd Terecht. Retrieved November, 24, 2009 from <http://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/monitor-jeugd-terecht-2006.aspx>
- Brown, B.B., Mounts, N., Lamborn, S.D., & Steinberg, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, 64, 467-482.
- Carr, A. (2009). Common factors in psychotherapy. In: Carr, A. *What Works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Clark, M.D. (2001). Influencing positive behavior change: increasing the therapeutic approach of juvenile courts. *Federal probation*, 65, 18-27.
- Cunningham, A.J. (2002). One step forward: lessons learned from a randomized study of multisystemic therapy in Canada. *Praxis: Research from the Centre for Children & Families in the Justice System*, June 2002.
- Curtis, N.M., Ronan, K.R., & Bordin, C.M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of family Psychology*, 18, 411-419.

- Deković, M., Asscher, J.J., Manders, W., Laan, P. van der, & Prins, P. (2008). Multisysteem Therapie bij antisociale adolescenten en hun gezinnen: Nederlands evaluatieonderzoek. In J.R.M. Gerris en R.C.M.E. Engels (Red.), *Vernieuwingen in Jeugd en Gezin. Beleidsvisies, gezinsrelaties en interventies* (pp. 103-124). Assen: Van Gorcum.
- Drisko, J.W. (2004). Common factors in psychotherapy outcome. Meta-analytic findings and their implications for practice and research. *Families in society*, 85, 81-90.
- Furman W., & Buhrmester D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21, 1016-1024.
- Gerris, J.R.M., Vermulst, A.A., Boxtel, D.A.M. v., Janssens, J.M.A.M., Zutphen, R.A.H., & Felling, A.J.A. (1993). *Parenting in Dutch families: A representative description of validated concepts representing characteristics of parents, children, the family as a system and socio-cultural value orientations*. Nijmegen: University of Nijmegen, Institute of Family Studies.
- Graham, J.W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60, 549-576.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., & Brondino, M.J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171-184.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., Brondino, M.J., Scherer, D.G., & Hanley, J.H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 821-833.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., & Smith, L.A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Hogue, A., Liddle, H.A., Rowe, C., Turner, R.M., Dakof, G.A., LaParr, K. (1998). Treatment adherence and differentiation in individual versus family therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 104-114.
- Huey, S.J., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2000). Mechanisms of change in Multisystemic Therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 451-467.
- Jumelet, H., Welling, M., Jurrius, K., & Havinga, L. (2004). *De C-toets: Een instrument om feedback te vragen; Handleiding*. Utrecht: MOgroep.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.
- Kerr, M., & Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36, 366-380.
- Letourneau, E.J., Sheidow, A.J., & Schoenwald, S.K. (2002). Structure and reliability of the MST therapist adherence scale in a large community sample. Family Services Research Center, Medical University of South Carolina.
- Littell, J.H. (2006). Letter to the Editor. The case for Multisystemic Therapy: Evidence or orthodoxy? *Children and Youth Services Review*, 28, 458-472.
- Nada Raja, S., McGee, R., & Stanton, W.R. (1992). Perceived attachment to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 471-485.
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C.A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 77-83.

- Oosterlaan, J., Scheres, A., Antrop, I., Roeyers, H., & Sergeant, J.A. (2000). *Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK). Handleiding*. Lisse: Zeitlinger.
- Schoenwald, S.K., Carter, R.E., Chapman, J.E., & Sheidow, A.J. (2008). Therapist adherence and organizational effects on change in youth behavior problems one year after Multisystemic Therapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35, 379-394.
- Schoenwald, S.K., Halliday-Boykins, C.A., & Henggeler, S.W. (2003). Client-level predictors of adherence to MST in community service settings. *Family Process*, 42, 345-359.
- Schoenwald, S.K., & Henggeler, S.W. (2002). Services research and family based treatment. In H. Liddle, G. Diamond, R. Levant, J. Bray, & D. Santisteban (Eds.), *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 259-282). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schoenwald, S.K., Sheidow, A.J., Letourneau, E.J., & Liao, J.G. (2003). Transportability of multisystemic therapy: evidence for multi-level influences. (2003). *Mental Health Service Research*, 5, 223-239.
- Schoenwald, S.K., Letourneau, E.J., & Halliday-Boykins, C.A. (2005). Predicting adherence to a transported family-based treatment for youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 658-670.
- Simpson, D.D., & McBride, A.A. (1992). Family, Friends, and Self (FFS) assessment scales for Mexican American youth. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 14, 327-340.
- Slater, M.A., & Power, T.G. (1987). Multidimensional assessment of parenting in single-parent families. In J.P. Vincent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment and theory*. (Vol. 4, pp. 197-228). London: Jai press inc.
- Stevens, J. (2002). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (4th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C.A., Olsson, T., Gustle, L.-H., & Kadesjö, C. (2008). The Transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-Term Results From a Randomized Trial of Conduct-Disordered Youths. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 550-560.
- Thomas, M.L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy: An international journal*, 28, 201-210.
- Tolan, P.H., Hanish, L.D., McKay, M.M., & Dickey, M.H. (2002). Evaluating process in child and family interventions: Aggression prevention as an example. *Journal of Family Psychology*, 16, 220-236.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. London: Lawrence Erlbaum.
- Webster-Stratton, C., Reid, M.J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A Parent and teacher training partnership in head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 7283-302.
- Weerman, F.M., & Smeenk, W.H. (2005). Peer similarity in delinquency of different Types of friends: A comparison using two measurement methods. *Criminology*, 43, 499-524.