

**Bijlage: Uitgebreide onderzoeksgegevens MDFT**

## Leeswijzer

De huidige paragraaf vat onderzoek samen naar de uitvoering (U) van MDFT. In elke subparagraaf – te nummeren als U.1, U.2, enzovoort – staat 1 onderzoekspublicatie centraal. De *running title* van die publicatie vormt, waar relevant, het kopje van de subparagraaf om het onderwerp van het genoemde onderzoek snel te kunnen identificeren. Elke paragraaf heeft dezelfde indeling: a) titel van de publicatie, b) opzet van het onderzoek, c) de uitkomsten en d) conclusies.

### U.1 INCANT

#### **Publicatie 1. “MDFT lowers the rate of cannabis dependence”**

a. Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C.L. (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.

b. INCANT (International Need for Cannabis Treatment): internationaal effectonderzoek met Nederlandse component. Het ging om een gerandomiseerde en gecontroleerde studie (RCT).

Kabinetsleden van 5 West-Europese landen besloten dat er een behandelprogramma moest komen voor adolescenten met een cannabisstoornis. Internationale deskundigen en de literatuur wezen op MDFT. MDFT werd eerst getest in een pilot (haalbaarheidsstudie), waarin ook logistieke kwesties en het potentieel voor rekrutering van proefpersonen werden bekeken (Rigter e.a., 2004). De pilot pakte goed uit en INCANT werd opgezet.

INCANT liep van 2006 tot 2016. Aan het onderzoek deden behandelcentra mee uit Berlijn, Brussel, Den Haag (2 instellingen: Parnassia Brijder en De Jutters), Genève en Parijs (Rigter e.a., 2010).

De deelnemers aan INCANT waren adolescenten (m/v) van 13 tot en met 18 jaar met een cannabisstoornis, die vaak gepaard ging met een alcoholstoornis en met delinquentie en psychische comorbiditeit (Phan e.a., 2011; Schaub e.a., 2014; van der Pol, Henderson e.a., 2017; van der Pol e.a., 2018; 2020).

Omwillen van de externe validiteit van het onderzoek bleef het aantal exclusiecriteria beperkt (Rigter e.a., 2010): noodzaak van klinische opname, of het niet meester zijn van de plaatselijke taal. Van de jongeren/gezinnen die *informed consent* gaven, werd maar 9% uitgesloten.

Jongeren en hun ouders (N = 450 koppels; in Den Haag: N = 109) werden gerandomiseerd toegewezen aan MDFT of aan de ter plaatse gebruikelijke vorm van individuele psychotherapie (in Nederland: CGT, cognitieve gedragstherapie).

c. Slechts 8% van de jongeren en/of ouders die gepolst werden voor INCANT, weigerde mee te doen (Rigter e.a., 2013). Den Haag verschilde hierin niet van de andere steden.

INCANT kende 5 momenten waarop gegevens over zowel de jongere als diens ouders werden verzameld: bij *baseline* – vlak voor het begin van de toegekende behandeling – en 3, 6, 9 en 12 maanden later. 10% van de jongeren/ouders viel tijdens dat jaar weg uit het onderzoek (Rigter e.a., 2013). Die uitval is gering, zeker als je beseft dat de deelnemende jongeren geregeld van telefoon en adres wisselden (Rigter e.a., 2013).

Noot: uitgesloten en uitgevallen jongeren en ouders verschilden niet van degenen die deelnamen en bleven meedoen (Rigter e.a., 2013).

In INCANT was 75% van de MDFT-jongeren tevreden over de behandeling, bij individuele psychotherapie 70% (Barbéry, 2014; schriftelijke vragenlijst).

Het tevredenheidsoordeel van jongeren en ouders correleerde met de behandeluitkomst: hoe meer de jongeren en ouders over de behandeling te spreken waren, hoe groter het behandel-effect. Dat gold vooral voor MDFT (verschil met vergelijkingsbehandeling  $p < 0,001$ ).

d. Conclusies over de uitvoering van MDFT:

- MDFT is ook in Nederland goed uitvoerbaar.
- Met MDFT kan een brede doelgroep worden bereikt.
- Jongeren en ouders zijn tevreden over deze therapie.
- De geringe exclusie en de hoge graad van *informed consent* maken het aannemelijk dat de uitkomsten van INCANT representatief zijn voor de praktijk.

### **Publicatie 2. "Implementation fidelity of MDFT"**

a. Rowe, C.L., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P., Phan, O. (2013). Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 391-399.

b. Internationaal procesonderzoek met Nederlandse component.

De behandelingsintegriteit, of getrouwheid, wordt in MDFT-onderzoek bepaald door onafhankelijke evaluatie van video-opnames van gezinssessies. Daarbij wordt een gevalideerde adherentieschaal gehanteerd.

c. In INCANT scoorden de Europese MDFT-therapeuten goed op de genoemde schaal, zelfs beter dan Amerikaanse therapeuten in Amerikaanse trials.

d. Conclusie: Europese therapeuten bleken in staat om MDFT te leren, ondanks hun onderlinge verschillen in achtergrond – variërend van psychoanalytisch in Frankrijk tot cognitief-gedragsmatig in Nederland.

### **Publicatie 3. "Cost-effectiveness of MDFT"**

a. Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V.M., Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.

b. Nederlandse kosteneffectiviteitsanalyse ingebed in een RCT.

In INCANT werden op alle locaties en op meerdere meetmomenten vragenlijsten en interviews afgenomen over demografie, middelengebruik, delinquentie en symptomen van psychische stoornissen. Het Nederlandse cohort (N = 109) kreeg bovendien vragenlijsten voorgelegd over zorggebruik, in brede zin, en over de kwaliteit van leven. Een onafhankelijke onderzoeksgroep (iMTA, Erasmus Universiteit) gebruikte die data om een kosteneffectiviteitsanalyse uit te voeren. Gegevens over kosten waren beschikbaar voor 96 adolescenten uit het Nederlandse cohort (49 MDFT, 47 CGT).

c. Vanuit zorgperspectief bezien kostte MDFT op jaarbasis 5.446 euro per jongere en CGT 2.015 euro. Dat verschil is verklaarbaar: CGT bestond louter uit sessies met de jongere, terwijl MDFT zich ook richtte op de ouders en het gezin en dus meer (soorten) sessies telde.

MDFT leidde tot statistisch significant betere kwaliteit van leven (uitgedrukt in QALY: *quality-adjusted life years*) dan CGT.

Economen bepleiten om de kosteneffectiviteit mee te beoordelen vanuit maatschappelijk perspectief. Als behalve zorgkosten ook maatschappelijke kosten (bv. veroorzaakt door gepleegde delicten) werden meegerekend, kostte MDFT 21.995 euro per jongere en CGT 21.330 euro, dus vrijwel hetzelfde. Door het gunstigere effect op de kwaliteit van leven was MDFT, in maatschappelijk perspectief, kosteneffectiever dan vergelijkingsbehandeling CGT.

d. Conclusie: MDFT is, vergeleken met CGT, kosteneffectief in het terugdringen van probleemgedrag (delinquentie, middelenstoornissen) van adolescenten.

### **U.2 "MDFT: a reintegration program for drug-using juvenile detainees"**

a. Liddle, H.A., Dakof, G.A., Henderson, C.E., & Rowe, C.L. (2011). [Implementation Outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees](#). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 587-604.

b. Amerikaans implementatieonderzoek, in gerandomiseerde en gecontroleerde opzet (RCT).

De onderzoekers pasten MDFT toe bij gedetineerde jongeren tijdens de detentie en doorlopend tot 4 maanden na vrijlating. De jongeren vertoonden meervoudig probleemgedrag, gekenmerkt door delinquentie, middelenstoornissen en comorbiditeit. Aan het onderzoek deden 2 Amerikaanse jeugd-detentiecentra mee.

De deelnemers waren 154 jongeren die op gerechtelijk bevel geplaatst werden op een kortverblijfsafdeling. Zij en hun ouders stemden allemaal in met deelname aan de studie.

Kenmerken van de adolescenten: gemiddeld 15 jaar oud, 82% jongens, 60% Afro-Amerikaans, 22% latino en 18% wit (niet-latino).

De jongeren werden toegewezen aan MDFT (N = 76) of aan de gangbare zorg in de centra (*services as usual*: SAU; N = 78).

Jongeren op een kortverblijfafdeling worden meestal binnen een paar weken of maanden vrijgelaten. MDFT-therapeuten hadden dus tijdens de detentie van de jongere maar weinig tijd om een afdoende 'dosis' MDFT te bieden.

Bovendien moest de therapeut in die korte periode de principes van gezinsgericht werken uitleggen aan de medewerkers van het centrum en aan relevante medewerkers van gerechtelijke instanties buiten het centrum: reclassering, advocaat, Openbaar Ministerie, kinderrechter... De therapeut gaf therapie, maar was daarnaast koortsachtig aan het 'netwerken' om er zeker van te zijn dat MDFT kon worden voortgezet na terugkeer van de jongere naar huis.

- c. Instemming met deelname aan de studie betekende niet per se dat de jongere met de toegewezen behandeling kon of wilde beginnen. Bijna iedereen in de MDFT-groep (97%) begon aan de behandeling, maar bij SAU maar 43%.

Eenmaal gestart met de behandeling maakte 87% van de MDFT-jongeren de therapie af, inclusief het deel na vrijlating. Bij SAU was dat 23%.

De MDFT-jongeren en MDFT-ouders waren tevredener over de behandeling dan hun tegenvoeters bij SAU (resp.  $p = 0,01$  en  $0,02$ ).

De MDFT-therapeuten beoordeelden op een vijfpuntsschaal de mate waarin zij samenwerking tot stand hadden gebracht met de andere actoren. De gemiddelde score per item lag op 4,0 of hoger.

- d. Conclusie: MDFT is toepasbaar als brug tussen detentie en maatschappelijke re-integratie van delinquente jongeren.

Noot: de condities voor deze toepassing van MDFT zijn in Nederland gunstiger dan in de VS. De betrokken MDFT-therapeuten zijn in Nederland in dienst van de JJI. Zij hoeven niet als een haas netwerken op te richten met instellingsmedewerkers. Zij hebben vaak ook al banden met vertegenwoordigers van andere gerechtelijke instanties. Bovendien zijn medewerkers van enkele JJI's inmiddels getraind in gezinsgericht werken (zie U.3). Dat vergemakkelijkt de onderlinge communicatie en samenwerking.

### **U.3 "Gezinsgericht werken in JJI's"**

- a. Mos, K., Rigter, H., Simons, I., & Breuk, R. (2015). Gezinsgericht werken in justitiële jeugdinstellingen op afdelingen voor lang verblijf. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies, in opdracht van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd.
- b. Nederlands implementatieonderzoek.

Ook jongeren die in een instelling (JeugdzorgPlus; JJI) geplaatst zijn, kunnen in aanmerking komen voor MDFT. Voorwaarde voor dergelijke residentiële toepassing van MDFT is dat de instelling de methodiek van gezinsgericht werken (GW) hanteert. Vertegenwoordigers van JJI's, behandelcentra en opleidingsinstituten – waaronder Stichting Jeugdinterventies [MDFT] – ontwikkelden samen met onderzoekers een methodiek voor GW (Mos e.a., 2015; Simons, 2018; Simons e.a., 2017). Dat gebeurde onder de vlag van de Academische Werkplaats Forensische Zorg Jeugd (nu Academische Werkplaats Risicojeugd). Werkgroepen van instellingsmedewerkers, therapeuten en een groepering van ouders gaven hun inbreng.

De kerngedachte is dat alle werkvloermedewerkers van een instelling getraind horen te zijn in gezinsgericht werken. Ouders kunnen op 4 manieren betrokken worden of blijven bij hun kind en bij de jji. [1] De ouders moeten op de hoogte zijn van wat er rond hun kind speelt. [2] Ze moeten het kunnen bezoeken, ook op zijn of haar afdeling, en samen dingen doen (bv. koken, films kijken). [3] Ze moeten met stafleden kunnen praten over hun kind en mee kunnen denken over interventieplannen. [4] De ouders moeten bereid zijn om aan gezinstherapie (MDFT) mee te doen.

- c. De methodiek is getest in 2 JJI's, die nog maar net bezig waren met GW (vroege implementatie). Na een eerste, onvolledige ronde van training bleken instellingsmedewerkers in de praktijk voor een deel te handelen volgens de GW-methodiek (Simons, Mulder e.a., 2018).

Door te analyseren waarom ouders wel of niet participeerden kwamen er verbeterpunten naar voren (Simons e.a., 2017; Simons, van der Vaart e.a., 2018; Simons e.a., 2019).

- d. Conclusie: er zijn aanwijzingen dat gezinsgericht werken de kloof tussen thuis en instelling verkleint.

GW is inmiddels doorontwikkeld aan de hand van de uitkomsten van het implementatieonderzoek. Voorbeeld: de ouders wilden graag 1 aanspreekpersoon voor de instelling. Dat is de mentor geworden, de groepsleider die aan de betrokken jongere is toegewezen. De mentor belt de ouders minstens 1 keer per week om bij te praten.

#### U.4 Voorbeeld van ontwikkeling van een nieuwe MDFT-module

- a. Marvel, F.A., Rowe, C.R., Colon, L., DiClemente, R., & Liddle, H.A. (2009). [Multidimensional Family Therapy HIV/STD risk-reduction intervention: An integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders](#). *Family Process*, 48, 69-83.
- b. Amerikaans implementatie- en effectonderzoek (RCT), dat een beeld geeft van de manier waarop MDFT-modules worden ontwikkeld.
- c. Het project had tot doel om ambulante MDFT aan te passen voor gebruik bij gedetineerde jongeren met meervoudig probleemgedrag (delinquentie en middelenstoornissen). Bovendien werden er interventies in de behandeling ingebouwd voor de bevordering van veilig vrijen en de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen.

De doelgroep bestond uit jongeren die 2 tot 3 maanden gedetineerd waren (vergelijkbaar met JJI-jongeren op kortverblijfafdelingen).

De module kwam tot stand met terugkoppeling van jongeren en met inbreng van andere betrokkenen (ouders, staf van het detentiecentrum, justitie). Er werd rekening gehouden met culturele verschillen (bv. in gezinsinteracties en in wijze van uiten) tussen bevolkingsgroepen. Er werd proefgedraaid met de eerste versie (pilot).

Noot: er vond ook effectonderzoek plaats (Rowe e.a., 2016). Daarin ging MDFT zo snel mogelijk na plaatsing van de jongere van start. De therapie ging na vrijlating van de adolescent nog 4 maanden door als ambulante behandeling. MDFT leidde tot de afname van onveilig seksueel gedrag en tot een lagere incidentie van seksueel overdraagbare aandoeningen dan de vergelijkingsbehandeling, die bestond uit de ter plekke gebruikelijke zorg en nazorg voor gedetineerde jongeren.

#### **Onderzoek naar behaalde effecten**

##### **Leeswijzer**

Deze paragraaf gaat over onderzoek naar het effect € van MDFT. Buiten beschouwing blijven systematische literatuuroverzichten als verricht door instanties die de effectiviteit van interventies beoordelen. MDFT is inmiddels effectief bevonden door 27 Europese en Amerikaanse instanties voor erkenning en accreditatie van behandelingen ([www.mdft.org](http://www.mdft.org)).

Bij de beschrijving van uitgevoerd onderzoek worden hieronder de effectgroottes vermeld. Waar die in de genoemde publicatie ontbraken, zijn ze alsnog berekend met de methodiek van Lenhard en Lenhard (2016). Het onderzoek is allereerst in rubrieken verdeeld volgens publicatie. De publicaties zijn daarna gerangschikt naar hoofdindicatie/hoofddoel. Eerst komt onderzoek aan de orde waarin zowel delinquentie als middelenstoornissen primaire uitkomstmaten waren, vervolgens onderzoek gericht op middelenstoornissen en tot slot onderzoek op het vlak van delinquentie. De publicaties zijn genummerd: E.1, E.2 enzovoort.

Verspreid over de 3 groepen publicaties komt ook het derde hoofddoel aan bod: uithuisplaatsing voorkomen.

Tabel 1 biedt een overzicht van de onderzoekpublicaties per primaire en secundaire uitkomstmaat.

**Tabel 1. MDFT bij jongeren: primaire en secundaire uitkomsten.**

UITKOMSTMAAT VOOR MDFT	RELEVANTE ONDERZOEKEN
<b>Primair</b>	
Afname delinquentie	E.1; E.2; E.3; E.4@; E.5; E.10; E.12; E.13; E.14*
Afname middelenstoornis (algemeen)	E.1; E.2; E.3; E.4@; E.5; E.6; E.7; E.8
Afname cannabisstoornis	E.7; E.9
Afname alcoholstoornis	E.1; E.4@; E.7
Voorkoming uithuisplaatsing#	E.2; E.3; E.4@; E.14*
<b>Secundair</b>	
Grotere behandelmotivatie	U.2*; E.1; E.2; E.3; E.6; E.9
Afname comorbiditeit (externaliserend)	E.2; E.3; E.5; E.6; E.11; E.14*
Afname comorbiditeit (internaliserend)	E.2; E.5; E.11
Verbetering gezinsfunctioneren	E.1; E.4@; E.6; E.14*
Verbetering school/werk(prestaties)	E.1; E.4@; E.6; E.14*

\* Studies waarin MDFT (ook) residentieel werd gegeven: jeugdzorg(plus); JJI. @ Studie onder jongvolwassenen in plaats van adolescenten. # Vermijden van uithuisplaatsing, dat wil zeggen: vermijden van plaatsing in de jeugdzorg (zoals JeugdzorgPlus) of in een detentiecentrum (JJI).

#### **UITKOMSTMATEN: DELINQUENTIE EN STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK**

##### **E.1 “MDFT for young adolescent substance abuse”**

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. [Nee](#) (in de VS)
- Het onderzoek gaat over de beschreven Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). [Ja](#)
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. [Ja](#)
- Er is een voormeting. [Ja](#)
- Er is een nameting. [Ja](#)
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. [Ja](#)
  - a. Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2009). [Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 12-25.
  - b. Gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (RCT). Land: VS. Statistische analyses op basis van ‘intention-to-treat’. Deelnemers: 82 jonge adolescenten van 11 tot en met 15 jaar die verwezen waren om ambulante behandeld te worden voor problematisch gebruik van alcohol en/of drugs. Van hen was 84% in aanraking gekomen met justitie omdat ze delicten hadden gepleegd.

Geslacht van de deelnemers: 74% man, 26% vrouw. Gemiddelde leeftijd: 13,7 jaar. De meeste jongeren waren van kleur (38% Afro-Amerikaans; 11% Caraïbisch; 42% latino).

MDFT was hetzelfde interventieprogramma als later toegepast in Nederland.

MDFT werd vergeleken met op CGT gebaseerde groepstherapie. Beide behandelingen duurden 12 tot 16 weken, met 2 sessies van 90 minuten per week, en werden getrouw – volgens vooraf bepaalde normen – uitgevoerd.

Aan MDFT werden 40 jongeren/gezinnen toegewezen, aan groepstherapie 42.

Metingen vonden plaats bij intake, 6 weken later, bij het eind van de behandeling, en 6 en 12 maanden na intake. Alle jongeren/gezinnen bleven tot het eind deelnemen aan het onderzoek (0% uitval).

Delinquentie werd op 2 manieren gemeten: met de Self-Report Delinquency-schaal (SRD; Huizinga en Elliot, 1984) en via de analyse van opgeslagen meldingen in gerechtelijke gegevensbestanden.

Om de frequentie van gebruik van middelen – drugs en alcohol – te bepalen, gebruikten de onderzoekers de TLFB (Timeline Follow-Back; een soort kalender). Verder werd gevraagd naar de problemen die de jongeren door hun middelengebruik ondervonden. Daartoe diende de 17 item-sub-schaal 'Substance Use and Abuse' van de Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT).

Secundaire uitkomstmaten waren: omgaan met delinquente vrienden (volgens de Peer Delinquency Scale), gezinsfunctioneren (het Adolescent Daily Interview van het Oregon Social Learning Center), en schoolprestaties (via de gegevensbestanden van de betrokken scholen).

c. MDFT had een gunstig effect op primaire en secundaire uitkomstmaten.

#### *Behandelmotivatie*

Alle jongeren begonnen aan de toegewezen behandeling. Van de MDFT-jongeren hield 97% de behandeling tot het eind vol, tegenover 72% van de jongeren die groepstherapie kregen ( $p < 0,05$ ).

#### *Delinquentie*

In de MDFT-groep daalde het aantal zelfgerapporteerde delicten tussen intake en de eindmeting bij 12 maanden. Bij groepstherapie steeg dat aantal juist. Ter illustratie: bij de eindmeting zeiden 5 MDFT-jongeren een delict te hebben gepleegd in de 3 weken daarvoor tegenover 23 jongeren in de vergelijkingsgroep. Het verschil tussen de 2 groepen over de tijd heen was statistisch significant (effectgrootte:  $d = 0,31$ ; Cohen's)

d) Het aantal arrestaties liep bij MDFT sterker terug dan bij groepstherapie (middelgroot effect:  $d = 0,55$ ), evenals plaatsing onder toezicht van de reclassering (groot effect:  $d = 0,80$ ).

De jongeren beperkten hun omgang met delinquente vrienden. Die daling was sterker bij MDFT dan bij groepstherapie (middelgroot effect:  $d = 0,67$ ).

#### *Stoornissen in middelengebruik*

Tijdens het onderzoek daalde bij beide behandelingen het aantal dagen van middelengebruik, namen de aan middelengebruik gerelateerde problemen af en groeide het aantal abstinente jongeren. MDFT deed het beter dan groepstherapie op beide maten: afname van aantal gebruiksdagen ( $d = 0,77$ ; middelgroot effect) en vermindering van aan middelengebruik gerelateerde problemen ( $d = 0,74$ ; idem). 'Middelengebruik' omvatte drugs en alcohol. De uitkomsten voor drugs en alcohol waren vergelijkbaar. Voorbeeld: onder de jongeren die bij *baseline* alcohol dronken (20%) ging bij MDFT de alcoholconsumptie tijdens het onderzoek omlaag (met 71%), maar bij groepstherapie juist omhoog (met 19%) (Rowe & Liddle, 2008).

#### *Gezinsfunctioneren*

Het gezin begon beter te functioneren. Ook op dat vlak overtrof MDFT groepstherapie. Het aantal positieve gezinsinteracties nam bij MDFT sterker toe dan bij groepstherapie ( $d = 0,27$ ) en het aantal negatieve interacties nam sterker af (middelgroot effect:  $d = 0,53$ ).

#### *School*

De veranderingen in schoolprestaties waren niet groot, maar ze verschilden wel tussen de 2 behandelingsgroepen. De rapportcijfers werden beter bij MDFT en slechter bij groepstherapie. Aantekeningen van gedragsproblemen – zoals wegsturen uit de klas – namen bij MDFT in frequentie af en bij gedragstherapie toe (effectgrootte:  $d = 0,21$ ).

d. Conclusies:

- Jonge adolescenten die MDFT volgden, pleegden minder delicten – volgens zelfrapportage en registratiebronnen – dan jongeren die met een andere actieve therapie werden behandeld, namelijk groepstherapie op cognitief-therapeutische grondslag.
- MDFT presteerde beter dan de vergelijkingstherapie op alle maten van (problematisch) middelengebruik: frequentie van gebruik, problemen ondervonden door gebruik, en het bereiken van abstinentie.
- De gevonden effecten gingen over middelengebruik in het algemeen: drugs en alcohol, maar ook alcohol los van drugs.
- Ook op secundaire uitkomstmaten – omgang met delinquente vrienden, gezinsfunctioneren en schoolprestaties (zie risicofactoren; hoofdstuk 3) – scoorde MDFT beter dan groepstherapie.
- MDFT verhoogde de behandelmotivatie.

## E.2 “Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment”

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a. Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., Alberga, L. (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.

b. Een RCT, met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. De onderzoekers vergeleken MDFT met ATP (Adolescent Treatment Program), een gangbaar residentieel interventieprogramma.

De deelnemers aan de trial waren jongeren van 13 tot en met 18 jaar, gemiddeld 15,4 jaar oud, die in Miami verwezen waren naar een jeugdzorginstelling. De meeste verwijzingen (85%) kwamen van justitie en de jeugdforensische zorg.

De trial telde 113 deelnemers, verdeeld over 2 groepen. 1 groep jongeren (N = 57) werd niet opgenomen; zij kregen ambulante MDFT. De andere jongeren (N = 56) werden wel opgenomen; zij kregen ATP.

De meeste deelnemers waren jongens (75%). De meerderheid was latino (68%); 18% was Afro-Amerikaans en 13% wit (niet-latino). 4 op de 10 gezinnen waren eenoudergezinnen. 7 op de 10 jongeren waren minstens 1 keer eerder geplaatst geweest in een jeugdzorginstelling. 8 op de 10 hadden 1 of meer arrestaties op hun naam staan.

Alle jongeren hadden een stoornis in cannabisgebruik, 71% ook een stoornis in alcoholgebruik, en 33% een stoornis in gebruik van nog een andere drug. Driekwart (77%) vertoonde een gedragsstoornis (*conduct disorder*), 21% ADHD.

Beide interventieprogramma’s duurden 6 tot 9 maanden. MDFT omvatte de gebruikelijke sessies. Bij ATP ontbraken de sessies met de ouders en die met de jongere samen met de ouders. ATP bestond uit individuele therapie, groepstherapie, vaardigheidstraining op basis van CGT, scholing en opleiding – mee gericht op maatschappelijke re-integratie.

Logboeken en video-opnames van de sessies beoordeelden of de programma’s getrouw werden uitgevoerd.

Delinquentie werd gemeten met de SRD, symptomen van psychische stoornissen met de YSR (Youth Self-Report), verslaving met de Personal Experience Inventory (PEI) en frequentie van middelengebruik met de TLFB. Metingen vonden plaats bij *baseline* – vlak voor de start van de interventies – en na 2, 4, 12 en 18 maanden.

Een eerste hypothese luidde dat ATP in de eerste 2 maanden tot beter resultaat zou leiden dan MDFT, omdat ATP geboden werd in een gestructureerde omgeving (de instelling) en MDFT ‘in het vrije veld’. Volgens de tweede hypothese zou dankzij de invloed van beschermende gezinsfactoren de bereikte behandelwinst beter standhouden bij MDFT dan bij ATP.

c. MDFT en ATP werden getrouw uitgevoerd. De jongeren in de MDFT-groep hielden de behandeling langer vol dan hun ATP-tegenvoeters (6,5 maanden tegenover 3,7;  $p < 0,001$ ).

De eerste hypothese bleek niet te kloppen. In de eerste 2 maanden boekten MDFT en ATP dezelfde behandelwinst. Delinquentie nam significant af (voor de 2 groepen samen:  $d = 0,18$ ). Symptomen van externaliserend gedrag liepen terug (middelgroot effect,  $d = 0,77$ ). Problemen met middelengebruik werden minder ( $d = 1,10$ ; groot effect) en het aantal gebruiksdagen daalde ( $d = 1,36$ ; groot effect). MDFT deed het op 1 maat beter dan ATP: een sterkere afname van symptomen van internaliserend gedrag (middelgroot effect,  $d = 0,42$ ).

De tweede hypothese werd bevestigd. Tussen maand 2 en 18 bleven de scores voor delinquentie stabiel laag in de MDFT-groep terwijl ze wat opliepen bij ATP (verschil tussen de groepen:  $d = 0,42$ ). Het probleemgebruik van middelen en de frequentie van gebruik bleven bij MDFT laag, terwijl de scores bij



ATP stegen als gevolg van terugval (probleemgebruik:  $d = 0,51$  ten gunste van MDFT, middelgroot effect; gebruiksfrequentie:  $d = 1,18$ , groot effect).

De in de beginperiode bereikte behandelwinst op de maat 'symptomen van externaliserende en internaliserende stoornissen' bleef behouden, waarbij MDFT niet verschilde van ATP.

d. Conclusies en bespreking:

- MDFT verminderde bij adolescenten zowel het aantal delicten als problematisch middelengebruik. Die effecten waren duurzamer dan bij vergelijkingsbehandeling ATP.
- De 2 behandelingen hadden een gunstig effect op symptomen van internaliserende en externaliserende psychische stoornissen, in dezelfde mate.
- Ambulante MDFT kan dienen als alternatief voor opname in een jeugdzorginstelling. Ambulante MDFT is minstens zo effectief als een veelomvattend residentieel programma en vermoedelijk minder kostbaar.

### E.3 "Family therapy in juvenile drug court"

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a. Dakof, G.A., Henderson, C., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W.,... Liddle H.A. (2015). [A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court](#). *Journal of Family Psychology*, 29, 232- 241.

b. Een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek, uitgaande van 'intention-to-treat', onder jongeren in een *Juvenile Drug Court* (JDC) in Miami. Die Courts zijn in de VS opgericht omdat veel delinquente adolescenten die voor een kinderrechter verschijnen meervoudig probleemgedrag vertonen waarvoor behandeling nodig is. De rechter biedt de jongere de keus tussen een sanctie als detentie of behandeling volgen. De eerste 6 maanden staat de adolescent onder intensief toezicht van een JDC-team dat bestaat uit een sociaal werker, een jeugdreclasseringswerker, een schoolcontactpersoon en vertegenwoordigers van het openbaar ministerie. Als de jongere goed presteert wordt het toezicht daarna afgebouwd.

De trial vergeleek MDFT (N = 55) met groepstherapie geënt op CGT (N = 57). Voor het onderzoek kwamen alle jongeren van 13 tot 18 jaar in aanmerking die na het plegen van delicten voor de JDC-rechter moesten verschijnen en de behandelingsoptie kregen aangeboden. Van 119 adolescenten stemden er 112 in met behandeling en met het onderzoek.

De deelnemers aan de RCT waren gemiddeld 16,1 jaar oud. Het ging vooral om jongens (88%); 59% was latino en 35% Afro-Amerikaans. Ruim de helft van de gezinnen (54%) was een eenoudergezin. Vrijwel alle jongeren hadden zeker 1 stoornis in middelengebruik: 91% cannabis, 21% alcohol, 24% een andere drug dan cannabis. Bij de helft werd een gedragsstoornis geconstateerd, bij 40% een angststoornis, bij 23% ODD en bij 18% ADHD.

De behandeling duurde 4 tot 6 maanden, met 2 sessies per week bij MDFT en 3 bij groepstherapie.

De onderzoekers bestudeerden logboeken en video-opnames van sessies om de getrouwheid van uitvoering van de behandelprogramma's vast te stellen.

Delinquentie werd gemeten met de SRD, externaliserend gedrag met de YSR, en verslaving met de PEI.

Gegevens over arrestaties werden geput uit het regionale arrestatiebestand. Er waren 5 meetmomenten: vlak voor de behandeling (*baseline*) en na 6, 12, 18 en 24 maanden.

Voor de analyses werden 2 perioden onderscheiden: de eerste 6 maanden (de duur van de behandeling en als regel de duur van het intensieve toezicht) en het tijdvak van 7 tot 24 maanden.

- c. De behandelingen werden getrouw uitgevoerd. Bij MDFT kregen de jongeren gemiddeld 9,4 uur therapie per maand, bij groepstherapie 10,6 uur. De MDFT-jongeren hielden de behandeling beter vol dan degenen die groepstherapie volgden (middelgroot effect:  $d = 0,68$ ).

In de eerste 6 maanden was er geen verschil tussen de behandelingsgroepen. Voor de 2 groepen samen daalden de scores op alle criminologisch relevante maten: symptomen van externaliserend gedrag (*baseline* tot 6 maanden, groot effect:  $d = 2,32$ ), zelfgerapporteerde delinquentie (middelgroot effect:  $d = 0,51$ ), nieuwe arrestaties (groot effect:  $d = 1,22$ ). Een daling deed zich ook voor op de maten 'probleemgebruik van middelen' ( $d = 5,21$ ; groot effect) en 'frequentie van middelengebruik' ( $d = 3,63$ ; groot effect).

In de tweede periode (maand 7 tot 24) overtrof MDFT groepstherapie in het behoud van behandelwinst op 3 maten die relevant zijn voor het hoofddoel 'delinquentie terugdringen': symptomen van externaliserend gedrag ( $d = 0,39$ ), zelfgerapporteerde ernstige delicten ( $d = 0,38$ ) en aantal arrestaties voor ernstige vermogens- en geweldsdelicten (groot effect:  $d = 0,96$ ). Op andere maten verschilden de 2 groepen niet in het behoud van behandelwinst. Voor middelengebruik gingen de scores in die tweede periode iets omhoog, zonder tot volledige terugval te leiden. Die stijging was geringer bij MDFT dan bij groepstherapie (probleemgebruik: 8% tegen 19%). De effectgrootte was middelgroot ( $d = 0,54$ ), maar het verschil was statistisch niet significant.

d. Bespreking:

Richtlijnen voor JDC's (Lynch e.a., 2016) benadrukken het belang om gezinsleden te betrekken bij de behandeling en pleiten voor contact met school- en buurtinstanties. De aanpak in MDFT sluit daarbij aan. De richtlijnen stellen verder dat de leden van JDC-teams getraind horen te zijn in gezinsgericht werken.

Conclusies:

- Volgens zelfrapportage en arrestatiecijfers drong MDFT het plegen van ernstige delicten sterker terug dan groepstherapie.
- MDFT en groepstherapie verbeterden allebei het gedrag van adolescenten op de maten 'probleemgebruik van middelen' en 'frequentie van middelengebruik' (drugs en alcohol samen). Die verbetering zwakte later in de trial iets af, maar bleef grotendeels in stand.
- MDFT is geschikt als ambulante behandeling om een gerechtelijke sanctie als detentie te vervangen.

#### E.4 "Reducing recidivism and substance abuse for young adults"

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a. Liddle, H.A., Dakof, G., Mohammed, A.B., Rowe, C., Henderson, C., Foulkrod, T., Negron, M. & DiFrancesco, M. (2021). *Mulidimensional Family Therapy with young adults*. (submitted)

Al verschenen:

Liddle, H. (2021). *Reducing recidivism and substance abuse for transition age young adults*. Miami: MDFT International.

Samenvatting met casuïstiek in: *MDFT Newsletter*, nr. 10, 20 december 2020, [www.mdft.org](http://www.mdft.org).

b. Een prospectief cohortonderzoek. Het cohort bestond uit een ononderbroken reeks van 25 jongvolwassenen van 20 tot 25 jaar oud die voor de rechter verschenen in het Miami-Dade Criminal Drug Court (zie E.3) en van wie er 22 (88%) voor behandeling (met MDFT) kozen.

De meeste deelnemers aan het onderzoek waren latino's (62%); 29% was Afro-Amerikaans. De meerderheid was man (71%). Alle jongeren woonden nog samen met familieleden, vooral met hun moeder.

MDFT werd aangepast voor toepassing bij jongvolwassenen door thema's toe te voegen die in de transitie van adolescentie naar volwassenheid spelen: zelfontplooiing, vriendschappen, werk vinden en behouden, nieuwe relatie met de ouders ontwikkelen, nieuwe rollen in het leven leren (waaronder voor sommigen het vader- of moederschap), en het op termijn zelfstandig gaan wonen.

MDFT duurde 6 maanden en werd volgens analyse van sessieopnames goed uitgevoerd.

Frequentie van middelengebruik werd bepaald met de TLFB. Om problematisch middelengebruik en delinquentie vast te stellen namen de onderzoekers het ASI-interview af (Addiction Severity Index). Daarvan maakt de Composite Legal Scale (delictgegevens) deel uit. Werkhouding en werkprestaties – zoals op tijd komen, niet verzuimen, en werkafspraken nakomen – werden bepaald met de Development Competence-subschaal van de Status Questionnaire. De zojuist genoemde metingen vonden plaats bij *baseline* en 6 maanden later.

Daarnaast gebruikten de onderzoekers gegevensbestanden van justitie om data over delinquentie en recidive te verzamelen, waaronder arrestaties. Dat gebeurde bij *baseline* en na 6, 12 en 18 maanden.

c. Voor 1 deelnemer moest de behandeling worden afgebroken. Alle andere jongeren volgden de hele behandeling, dus zonder uitval.

Tussen *baseline* en de meting bij 6 maanden, dus tijdens de behandeling, liepen de ASI-scores voor problematisch middelengebruik en delinquentie terug en daalde de frequentie van middelengebruik. Er waren grote effecten op: [1] de vermindering van probleemgebruik van drugs ( $d = 1,87$ ), maar ook van alcohol ( $d = 0,83$ ), [2] een daling van het aantal dagen van drugsgebruik ( $d = 3,84$ ) en dagen van dronkenschap ( $d = 0,71$ ), en voor [3] afname van delinquentie ( $d = 0,86$ ).

Werkhouding en werkprestaties gingen vooruit (groot effect:  $d = 1,19$ ). Aan het eind van de behandeling had 77% van de deelnemers betaald werk of zat op school.

Tijdens de eerste 6 maanden werd – op 1 (dezelfde) uitzondering na – niemand van de jongeren gearresteerd. Over de volle 18 maanden bezien bleef een grote meerderheid (86%) arrestatievrij.

Gevraagd naar de mate van tevredenheid met MDFT gaven alle jongeren de hoogste score ('delighted'). Geen van de jongeren hoefde uit huis geplaatst te worden, op die ene deelnemer na. Er kwamen geen meldingen binnen van huiselijk geweld. Het gezinsfunctioneren werd in 86% van de gevallen beoordeeld als 'goed'.

Het toezicht dat een *drug court* uitoefent duurt 1 jaar. Als de jongere 'slaagt' – aan de eisen voldoet – hoeft hij geen gevangenisstraf uit te zitten; als hij zakt wél. Van de 22 jongeren slaagden er 17 (77%). Dat percentage ligt hoger dan de cijfers die de literatuur over *drug courts* noemt (50 tot 70% slaagt; Dematteo e.a., 2009).

d. Bespreking en conclusies:

- Het risico op recidive nam tijdens behandeling met MDFT af. Een grote meerderheid (86%) werd niet opnieuw gearresteerd. Volgens meta-analyses van studies naar het effect van *drug courts* ligt dat cijfer gemiddeld gezien minstens 20% lager (50% tot 67% werd niet opnieuw gearresteerd (Marlowe, 2021).
- Uithuisplaatsing werd voorkomen.
- De gezinnen functioneerden goed.
- Vrijwel alle jongeren bleven MDFT tot het geplande einde volgen. Dergelijk geringe uitval is opmerkelijk. Delinquente jongvolwassenen stoppen vaak met een behandeling (Satre e.a., 2003).

Dit onderzoek telde geen controlegroep. Daardoor kunnen de gunstige uitkomsten niet met zekerheid aan MDFT worden toegeschreven. Toch is aannemelijk dat MDFT effect had. De beschreven uitkomsten sporen immers met die van gerandomiseerde onderzoeken.

## E.5 "The effectiveness of MDFT – a meta-analysis"

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a. Van der Pol, T.M., Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.M., Doreleijers, T.A.H., Van Domburgh, L., Vermeiren, R.R.J.M. (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.

- b. Een geavanceerde ('three-level') meta-analyse van uitkomsten van gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (RCT's). De onderzoekers hadden geen band met MDFT.

Een intensieve speurtocht in de literatuur leverde 19 RCT's op waarin MDFT werd vergeleken met andere behandelingen op de maten delinquentie, stoornissen in middelengebruik, symptomen van externaliserende stoornissen, en symptomen van internaliserende stoornissen. De vergelijkingsbehandelingen waren werkzame therapieën; vergelijken van MDFT met inactieve interventies zou al te gemakkelijk zijn. Zij varieerden van CGT tot individuele of groepstherapie (vaak ook met elementen van CGT).

Er werden in totaal 61 effectgroottes in de analyses betrokken. In totaal namen 1.488 jongeren deel aan de trials.

- c. Voor alle 61 vergelijkingen en dus voor alle uitkomstmaten samen presteerde MDFT beter dan de vergelijkingsbehandelingen ( $d = 0,24$ ,  $p < 0,01$ ). Die meerwaarde van MDFT werd bevestigd voor elke uitkomstmaat, dus voor vermindering van respectievelijk delinquentie ( $d = 0,21$ ), middelenstoornissen ( $d = 0,25$ ), en symptomen van externaliserende ( $d = 0,17$ ) en internaliserende ( $d = 0,30$ ) stoornissen.

Van de vele geteste factoren hadden alleen zwaar middelengebruik en DBD (Disruptive Behavioral Disorder) invloed op het behandelresultaat. De meerwaarde van MDFT was het grootst bij jongeren met zwaar druggebruik en met DBD.

Tot de factoren zonder invloed op het behandelresultaat hoorden 1. het geslacht, de leeftijd en de etnische achtergrond van de adolescent; 2. de sociaal-economische status van het gezin; 3. de duur van de behandeling; 4. de aard van de vergelijkingsgroep; 5. de duur van de follow-upperiode; 6. het continent waar het onderzoek plaatsvond (Europa of Noord-Amerika), en 7. de betrokkenheid van de onderzoekers bij MDFT (de ontwikkelaars van MDFT versus onafhankelijke onderzoekers).

- d. Bespreking en conclusies:

Losse onderzoeken geven een beeld. Dat beeld wordt scherper als de bevindingen worden geïntegreerd in overzichten en berekeningen waarin alle relevante onderzoeken worden samengenomen. 1 vorm van overkoepelende evaluatie is de meta-analyse.

- Volgens een meta-analyse van 19 studies heeft MDFT meerwaarde boven vergelijkingsbehandelingen. Dat geldt voor delinquentie, stoornissen in middelengebruik en voor symptomen van externaliserende en internaliserende stoornissen.
- De globale effectgrootte was klein ( $d = 0,24$ ). Die effectgrootte slaat op de meerwaarde van MDFT boven werkzame andere behandelingen, dus niet ten opzichte van 'geen behandeling'.

## **UITKOMSTMATEN: STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK (verslavingsproblematiek)**

### **E.6 "MDFT for adolescent drug abuse"**

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a. Little, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). [Multidimensional Family Therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial](#). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.

- b. RCT met analyses op basis van 'intention-to-treat'. Land: VS.

Deelnemers: 182 adolescenten van 13 tot en met 18 jaar die verwezen waren om ambulant behandeld te worden voor problematisch gebruik van drugs. Van de 182 deden er 152 (84%) mee aan de behandeling en het onderzoek. Ze waren gemiddeld 15,9 jaar oud en varieerden in etnische achtergrond: 51% wit (niet-latino), 18% Afro-Amerikaans, 15% latino en 16% Aziatisch en overig. Het ging merendeels om jongens (80%). Van de deelnemers gebruikte 49% alleen cannabis en 51% daarnaast ook andere drugs.

Deze trial stamt uit de begintijd van MDFT. Tegenwoordig wordt in de VS, Nederland en andere Europese landen een intensievere versie van dit behandelprogramma gebruikt, met meer sessies en met minder uitval uit de behandeling, maar de kern is nog hetzelfde.

Het onderzoek vergeleek MDFT met 2 andere behandelingen: groepstherapie voor adolescenten (AGT) en MEI (Multifamily Educational Intervention). MDFT werkt per keer met 1 jongere/gezin, terwijl AGT werkt met een groep van jongeren en MEI met een groep van gezinnen. MEI berust vooral op psycho-educatie; MDFT omvat ook andere interventies (hoofdstuk 3). AGT en MEI leggen veel nadruk op lotgenotencontact.

De jongeren werden volgens het lot over de behandelingsgroepen verdeeld (MDFT: N = 47; AGT: N = 53; MEI: N = 52). De behandelingen duurden 14 tot 16 weken, met 1 sessie per week. Ze werden volgens bedoeling (getrouw) uitgevoerd, zoals bleek uit video-opnames van sessies en uit de behandeldossiers.

Metingen vonden plaats vlak voor de ongeveer 4 maanden durende behandeling begon (*baseline*) en meteen, 6 maanden en 12 maanden na afloop van de behandeling. De onderzoekers maten allereerst de frequentie en ernst van druggebruik, op een schaal van 1 tot 15 waarbij de hoogste scores werden toegekend aan dagelijks gebruik van meer dan 1 drug. Ook externaliserend probleemgedrag (gemeten met de Acting Out Behaviors Scale) en de mate van disfunctioneren van het gezin (Beavers Interactional Competence Scales) werden in kaart gebracht. Verder werden de op school behaalde rapportcijfers geregistreerd.

- c. Bij MDFT voltooide 70% de hele behandeling, bij AGT 53% (minder dan bij MDFT:  $p < 0,05$ ) en bij MEI 65%.

In alle behandelingsgroepen daalde het druggebruik tijdens de behandeling. Gemeten over het hele jaar was de afname bij MDFT sterker dan bij de 2 andere behandelingen ( $d = 0,46$ ). De afname was klinisch relevant; aan het eind van het jaar voldeed 42% van de MDFT-jongeren niet meer aan de criteria waarop de verwijzing was gebaseerd. Dat resultaat was beter dan bij AGT (25%) en MEI (32%).

Ook andere maten wezen op vooruitgang. De gezinnen begonnen beter te functioneren, bij MDFT duidelijker dan bij de andere behandelingen (middelgroot effect:  $d = 0,63$ ). De schoolcijfers gingen omhoog, bij MDFT het meest (groot effect:  $d = 0,87$ ). Externaliserend probleemgedrag nam af, maar hierin verschilden de behandelingsgroepen niet.

- d. Bespreking en conclusies:

- MDFT verminderde druggebruik – ook zogenoemd polydruggebruik – sterker dan 2 andere behandelingen. MDFT is een gezinstherapie die ook individuele behandeling van de jongere omvat; die component ontbrak in de vergelijkingsbehandelingen.
- MDFT verbeterde het functioneren van het gezin en de schoolprestaties: 2 gebieden die bij de onderbouwing van MDFT (hoofdstuk 3) ter sprake kwamen.

## E.7 **“Comparing MDFT and Cognitive Behavior Therapy”**

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

- a. Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, C.E., & Greenbaum, P.E. (2008). [Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy](#). *Addiction*, 103, 1660-1670.

- b. RCT met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. Land: VS.

De deelnemers waren adolescenten van 12 tot 17,5 jaar oud. Zij werden naar het onderzoek verwezen door vooral gerechtelijke instanties, jeugdzorg en scholen. Van de 287 verwezen adolescenten wilden er 224 meedoen aan het onderzoek (78%). Hun gemiddelde leeftijd was 15,4 jaar. 8 op de 10 waren jongens. Etnische achtergrond van de deelnemers: 72% Afro-Amerikaans, 18% wit (niet-latino) en 10% latino. De jongeren hadden 1 of meer stoornissen in middelengebruik. Het ging in 88% van de gevallen over cannabis, in 15% om een andere drug, zoals cocaïne of fencyclidine, en in 24% om alcohol.

De trial vergeleek MDFT (N = 112) met CGT (N = 112). De behandelingen duurden even lang – 4 tot 6 maanden – en verschilden niet in aantal sessies. Uit opnames van sessies bleek dat MDFT en CGT volgens bedoeling (getrouw) werden uitgevoerd.

De mate waarin middelengebruik tot problemen leidde werd vastgesteld met de PEI (Personal Experiences Inventory), terwijl de TLFB diende om te traceren hoe vaak een jongere een bepaalde drug had gebruikt of alcohol had gedronken.

De metingen vonden plaats bij baseline, aan het eind van de behandeling en 6 en 12 maanden na afsluiting van de behandeling.

- c. De frequentie van gebruik van drugs en alcohol daalde tijdens het onderzoek. De 2 behandelingsgroepen verschilden niet in de mate van afname van consumptie van cannabis en alcohol, maar wel waar het ging om de verzamelgroep van andere drugs: voor die categorie was de daling bij MDFT sterker dan bij CGT ( $d = 0,32$ ).

Ook de aan middelengebruik verbonden problematiek werd minder. MDFT overtrof CGT op die maat (middelgroot effect:  $d = 0,59$ ). Het ging hier over alle middelen samen: cannabis, andere drugs en alcohol. Een nadere analyse lichtte alcohol eruit. Problematische alcoholconsumptie nam bij beide behandelingen af, maar dat effect hield alleen bij MDFT stand tot aan de eindmeting, 12 maanden na afronding van de behandeling (Rowe & Liddle, 2008).

De onderzoekers gingen na hoeveel deelnemers er abtinent waren bij de laatste meting. Van de MDFT-groep was 64% abtinent en bij CGT 44% ( $d = 0,31$ ).

d. Conclusies:

- MDFT en CGT waren allebei effectief. De frequentie van het gebruik van middelen nam af en het middelengebruik zorgde voor minder problemen.
- MDFT drong problematisch gebruik van middelen sterker terug dan CGT en resulteerde vaker in abtinentie.
- Het positieve effect strekte zich uit tot alle aangetroffen stoornissen in druggebruik. Ook jongeren met een alcoholstoornis hadden baat bij behandeling.

## **E.8 “Effectiveness of MDFT: two randomized controlled trials”**

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a. Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P., & Liddle, H.A. (2010). [Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher-severity substance abusing adolescents: report from two randomized controlled trials](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 885-897.

b. Het gaat om een geavanceerde nadere analyse van de primaire uitkomsten van 2 Amerikaanse RCT's, die in E.7 en U.2 ter sprake kwamen (zie E.7 en U.2 voor een beschrijving van de onderzoeksopzet en de onderzoekspopulaties).

De eerste trial vergeleek MDFT met cognitieve gedragstherapie (CGT), de tweede met *services as usual* (SAU). Primaire uitkomstmaten waren het al dan niet aanwezig zijn van een stoornis in druggebruik, gemeten met de PEI, en frequentie van druggebruik, gemeten met de TLFB. Psychische stoornissen werden vastgesteld met de DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children; geënt op de DSM).

Het onderzoek analyseerde of we bij jongeren met verschillende gradaties van een problematiek groepen kunnen onderscheiden die verschillend reageren op een behandeling.

Het zoeken naar een klasse-indeling die het beste paste bij de onderzoeksuitkomsten gebeurde met de methode van het latenteklassemiddel. Trends in het beloop van gedragingen en stoornissen werden geëvalueerd met GMM, *growth mixed modelling*. De uitkomsten van de eerste trial dienden voor het opzetten en uitproberen van het analysemodel, die van de tweede trial voor validering van het model en bevestiging van de uitkomsten.

- c. Een indeling van de jongeren in 2 categorieën bleek het beste te passen bij de uitkomsten. De ene groep bestond uit adolescenten met zwaarder druggebruik en zwaardere drugstoornissen en relatief veel psychische stoornissen (gemiddeld 3,2 stoornis, waarbij 'verslaving' niet was meegerekend). Zij kwamen uit gezinnen met verhoudingsgewijs veel conflicten. In de andere klasse ging het om adolescenten met lichtere drugsproblematiek en minder (zware) psychische stoornissen, afkomstig uit minder conflictueuze gezinnen.

Behandeling leidde in beide trials tot minder druggebruik en het minder vaak optreden van stoornissen in druggebruik. Bij de adolescenten uit de 'zware' klasse zette die daling door tot aan de laatste meting (12 maanden na afloop van het interventieprogramma).

In de 'zware' klasse van de eerste trial nam de prevalentie van drugstoornissen sterker af bij MDFT dan bij CGT ( $d = 1,58$ ; groot effect). Voor de tweede maat – lagere frequentie van druggebruik – werkten de 2 behandelingen even sterk. In de lichte klasse hadden de 2 behandelingen een gunstig effect op beide maten, zonder onderling verschil.

In de tweede trial overtrof MDFT weer de vergelijkingsbehandeling in de zware klasse, maar nu juist wel op de maat van frequentie van druggebruik (MDFT versus SAU:  $d = 0,64$ ; middelgroot effect). Op de andere maat – vermindering van stoornissen in druggebruik – presteerden de 2 behandelingen even goed.

In de lichte klasse waren MDFT en SAU even effectief op beide maten.

d. Bespreking en conclusies:

- MDFT is effectief bij adolescenten met lichte en zware drugsproblematiek.
- Bij jongeren met lichtere problematiek is MDFT even effectief als de onderzochte vergelijkingsbehandelingen.
- Bij jongeren met zwaardere problematiek – vaker druggebruik, meer problemen door druggebruik, afkomstig uit conflictueuze gezinnen – werkt MDFT beter dan de vergelijkingsbehandelingen.
- MDFT kan worden ingezet ongeacht de ernst van de problematiek en verdient vooral de voorkeur bij een zwaardere problematiek.

## E.9 “MDFT: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings”

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Ja (en in Nederland, Duitsland, Frankrijk en Zwitserland)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a. Rigger, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C.L. (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.

b. Internationale RCT met Nederlandse component. De trial stond bekend als INCANT (*international need for cannabis treatment*).

INCANT liep van 2006 tot 2016, onder coördinatie van de Erasmus Universiteit, Rotterdam. Er deden behandelcentra mee uit Berlijn, Brussel, Den Haag (2 instellingen: Parnassia Brijder en De Jutters), Genève en Parijs. De analyses gingen uit van 'intention-to-treat'.

Het onderzoek wilde bepalen of MDFT bij jongeren stoornissen in cannabisgebruik terugdringt. MDFT werd vergeleken met de gebruikelijke vorm van individuele psychotherapie ter plaatse (in Den Haag: CGT, cognitieve gedragstherapie; Hendriks e.a., 2011; 2012). De behandelingen duurden maximaal 6 maanden, met gemiddeld 2 sessies per week.

De deelnemers waren adolescenten (m/v) van 13 tot en met 18 jaar oud bij wie een DSM-4-cannabisstoornis was vastgesteld, namelijk cannabisafhankelijkheid (84% van de gevallen) of cannabismisbruik (16%).

Jongens waren in de meerderheid (Den Haag: 80% jongens). Het percentage jongeren met een migratieachtergrond liep tussen de landen uiteen van 30% tot 70% (Den Haag: 47%). De

migratieachtergrond was vaak Turks in Berlijn, Noord-Afrikaans in Brussel, Den Haag en Parijs, en westers en Oost-Europees in Genève (Phan et al, 2011).

Jongeren en hun ouders (N = 450 koppels; in Den Haag: N = 109) werden gerandomiseerd toegewezen aan MDFT of vergelijkingstherapie.

Vragenlijsten en interviews werden afgenomen bij *baseline* en 3, 6, 9 en 12 maanden later. Stoornissen in gebruik van cannabis, andere drugs en alcohol werden vastgesteld met de ADI-Light (Adolescent Diagnostic Interview) en de frequentie van middelengebruik met de TLFB.

c. Alle jongeren hadden bij *baseline* een cannabisstoornis en 4 op de 10 daarnaast een stoornis in alcoholgebruik. Stoornissen in gebruik van andere drugs dan cannabis kwamen nauwelijks voor.

De behandelmotivatie was het grootst bij MDFT. Van de Nederlandse jongeren/ouders bleef 97% minstens 3 maanden MDFT volgen, tegen 24% bij CGT (Cohen's  $d = 1,1$ ; groot effect) (Rowe e.a., 2013).

MDFT verlaagde de prevalentie van cannabisstoornissen over de tijd heen. Die daling was sterker dan bij de vergelijkingstherapie (Den Haag:  $d = 1,0$ ; groot effect). Het verschil bleef bestaan als rekening werd gehouden met de variatie in behandelduur.

MDFT verlaagde verder het aantal symptomen van cannabisstoornis. Het gemiddelde aantal symptomen bij *baseline* was 4,0 (van de maximaal 7). Dat daalde in 1 jaar tijd naar 2,1 (MDFT) en 3,0 (vergelijkingstherapie). Het effect van MDFT was sterker (Den Haag:  $d = 1,29$ ; groot effect), ook bij een correctie voor behandelduur.

De jongeren rapporteerden dat zij cannabis hadden gebruikt op gemiddeld 61 van de 90 dagen voor de baselinemeting. Tot aan de eindmeting bij 12 maanden nam bij MDFT het aantal gebruiksdagen met 43% af en bij de vergelijkingstherapie met 31% ( $d = 0,25$ , niet significant).

Als laatste stap in de analyses werden de adolescenten verdeeld in 2 groepen: de frequente en minder frequente gebruikers van cannabis (aantal gebruiksdagen respectievelijk boven en onder de mediaan). Bij de frequente gebruikers verlaagde MDFT het aantal gebruiksdagen sterker dan de vergelijkingstherapie (Den Haag:  $d = 0,81$ ; groot effect). Dat verschil in mate van afname deed zich niet voor bij de minder frequente gebruikers.

d. Conclusies:

- MDFT beperkte cannabisproblematiek op alle primaire uitkomstmaten: prevalentie van de diagnose cannabisstoornis; prevalentie van de symptomen van cannabisstoornis; en aantal gebruiksdagen.
- Ook de vergelijkingstherapie had op die maten effect, maar – behalve voor aantal gebruiksdagen – zwakker dan MDFT. De effectgroottes ten gunste van MDFT waren groot.
- De mate waarin de jongeren en hun ouders de therapie bleven volgen, lag bij MDFT hoger dan bij de vergelijkingstherapie.

## **UITKOMSTMATEN: DELINQUENTIE**

### **E.10 “MDFT reduces self-reported criminality”**

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee (in Nederland en Zwitserland)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a. Van der Pol, T.M., Henderson, C.E., Hendriks, V., Schaub, M.P., & Rigter, H. (2017). Multidimensional

Family Therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder.

*International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 1573-1588.

b. RCT (INCANT) met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. Opzet van de trial: zie E.9.

Alle onderzoekslocaties van INCANT hanteerden dezelfde vragenlijsten. Sommige voegden er een paar aan toe. 2 sites (Genève; Den Haag) namen als extra lijst de SRD (Self-Report Delinquency) af, waarover hier meer.



In Den Haag deden 109 jongeren mee aan INCANT en in Genève 60 (totaal N = 169). Hun leeftijd was gemiddeld 16,2 jaar. Jongens waren in de meerderheid (80%). Van de jongeren in Den Haag had 47% een migratieachtergrond. In Genève, met zijn vele expatgezinnen, lag dat percentage significant hoger, op 66%. De cohorten uit Den Haag en Genève verschilden niet op andere demografische kenmerken. Driekwart van de jongeren zat op school. Van bijna 60% waren de ouders gescheiden.

MDFT werd vergeleken met individuele psychotherapie (IP): CGT in Den Haag en een meer psychodynamisch georiënteerd behandelprogramma in Genève. Anders dan bij MDFT bestond individuele psychotherapie louter uit sessies met alleen de jongere. Beide behandelingen duurden 6 maanden.

De MDFT-groep telde 85 adolescenten (55 Den Haag, 30 Genève), de IP-groep 84 (54 en 30). De SRD werd afgenomen net voor de start van de behandeling (*baseline*) en 6 en 12 maanden later, steeds met de instructie aan de jongere om terug te denken aan de laatste 3 maanden. Alle gegevens waren compleet bij *baseline*. Bij de eindmeting (12 maanden) bleef 28% van de SRD-lijsten oningevuld (dat speelde vooral in Genève), gelijk verdeeld over de behandelingsgroepen. Anders gezegd: de follow-up na 12 maanden was compleet voor 72% van de deelnemers.

De onderzoekers toetsten 2 hypothesen: [1] Zowel MDFT als IP vermindert het aantal delicten. [2] MDFT overtreft daarin IP.

c. Bij *baseline* gaf 43% van de jongeren aan dat ze geen enkel delict hadden gepleegd in de 3 maanden daarvoor. Alle andere jongeren rapporteerden 1 of meer vermogensdelicten (diefstal bijvoorbeeld). Een deel van de laatstgenoemde subgroep (33% van de hele groep) rapporteerde ook 1 of meer geweldsdelicten te hebben gepleegd. Er bestond bij *baseline* tussen de behandelingsgroepen geen verschil op de genoemde maten.

In een eerste analyse werden per groep alle jongeren samengenomen, ongeacht wat zij hadden vermeld bij *baseline*. Het totale aantal delicten daalde tussen *baseline* en 12 maanden met 70% in de MDFT-groep en 46% in de IP-groep (daling significant, verschil tussen groepen niet). Dat bevestigt hypothese 1. Noot: als de 2 behandelingsgroepen samen werden genomen, bleek de daling in Den Haag sterker te zijn dan in Genève ( $d = 0,79$ ).

Het aantal jongeren die stelden dat ze geen delict hadden gepleegd in de laatste 3 maanden steeg bij MDFT vanaf *baseline* tot de eindmeting. Die trend ontbrak bij IP. Het verschil tussen de behandelingsgroepen was statistisch significant (middelgroot effect:  $d = 0,51$ ).

Voor de jongeren die wél een delict rapporteerden, hing het behandeffect af van het type misdrijf dat was begaan. De onderzoekers splitsten de 2 soorten misdrijven uit die het meest voorkwamen: vermogensdelicten en geweldsdelicten. In het onderzoekjaar daalde het aantal vermogensdelicten onder de jongeren die een dergelijk misdrijf toegaven. Die daling was in beide behandelingsgroepen even sterk. Voor geweldsdelicten lag dat anders. Bij MDFT nam het aantal geweldsmisdrijven sterker af dan bij IP ( $d = 0,43$ ). Dat is steun voor hypothese 2.

d. Conclusie:

- Afgaande op zelfrapportage zorgt MDFT voor afname van het aantal adolescenten dat delicten pleegt.

### E.11 “MDFT decreases externalising behavioural disorder symptoms”

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Ja (en in Nederland, Duitsland, Frankrijk en Zwitserland)
  - Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
  - Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
  - Er is een voormeting. Ja
  - Er is een nameting. Ja
  - Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja
- a. Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rigter, H. (2014). [Multidimensional Family Therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial](#). *BMC Psychiatry*, 14, 26.
- b. RCT (INCANT) met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. Voor opzet van de trial: zie E.9.

Deze studie vergeleek MDFT en individuele psychotherapie (IP; in Nederland: CGT) op vermogen om de prevalentie van symptomen van externaliserende stoornissen te verlagen. Als veel van dergelijke symptomen aanwezig zijn is dat een risicofactor voor het plegen van delicten (Mulder e.a., 2010a).

De onderzoekers analyseerden de gegevens van alle INCANT-centra (Berlijn, Brussel, Den Haag, Genève en Parijs; N = 450). De hypothese luidde: beide behandelingen leiden tot afname van symptomen van externaliserende stoornissen, maar bij MDFT sterker dan bij IP.

De vragenlijst bestond uit 2 versies (Rescola e.a., 2007a,b): 1 in te vullen door de adolescent (de YSR: Youth Self-Report) en 1 door de ouder(s) (de CBCL; Child Behavior CheckList). De YSR en CBCL kennen naast subschalen 2 overkoepelende schalen: 'externaliserende gedragssymptomen' en 'internaliserende gedragssymptomen'.

- c. In beide behandelingsgroepen ging de score op de schaal 'externaliserende symptomen' in de loop van het onderzoekjaar omlaag (berekend met Latent Growth Curve-modellen (LGC)). Dat gold voor zowel YSR als CBCL (in beide gevallen  $p < 0,001$ ).

In de MDFT-groep nam de gemiddelde YSR-score op de schaal 'externaliserende symptomen' in de loop van het jaar af met 29% en in de IP-groep met 19%. De daling was sterker bij MDFT ( $d = 0,26$ ). MDFT en IP zwakten ook symptomen af van internaliserende stoornissen (duidend op bijvoorbeeld angst en depressie); daarin verschilden zij niet.

De CBCL bevestigde het beeld van afnemende externaliserende en internaliserende symptomen, in dit geval zonder verschil tussen de behandelingen.

De onderzoekers vergeleken jongeren die min of meer uit vrije wil bij het behandelcentrum hadden aangeklopt en jongeren die met enige drang, bijvoorbeeld van de jeugdreclassering, waren verwezen. Dat onderscheid had geen invloed op de behandeluitkomsten. Ook jongeren die onder enige drang aan de behandeling begonnen, gingen vooruit.

d. Conclusies:

- MDFT en individuele psychotherapie waren even effectief in het terugdringen van symptomen van internaliserende stoornissen (YSR, CBCL).
- Op de YSR-schaal nam het aantal symptomen van externaliserende stoornissen sterker af bij MDFT dan bij de vergelijkingsbehandeling. MDFT presteerde op die maat dus beter dan individuele psychotherapie.

## E.12 "MDFT: long-term effects on delinquency"

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. [Nee \(in Nederland\)](#)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). [Ja](#)
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. [Ja](#)
- Er is een voormeting. [Ja](#)
- Er is een nameting. [Ja](#)
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. [Ja](#)

a. Van der Pol, T.M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M.D., Doreleijers, T.A.H., Van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2018). [Multidimensional family therapy in adolescents with cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial](#). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 44.

b. RCT (INCANT) met analyses op basis van 'intention-to-treat'.

Ook deze studie vloeide voort uit INCANT. Alleen het Nederlandse cohort (N = 109) werd onderzocht. De betrokken jongeren werden behandeld met MDFT of CGT.

Met hulp van het WODC, het Nederlandse Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, koppelden de onderzoekers de persoonsgegevens van de jongeren van dit cohort aan de landelijke database met informatie over arrestaties door de politie. De analyse bestreek 6 opeenvolgende jaren: vanaf 3 jaar voor de baselinemeting in INCANT tot 3 jaar na die meting.

De nodige gegevens – het jaarlijkse aantal arrestaties en het aantal en de aard van de delicten als vastgelegd bij die arrestaties – waren beschikbaar voor alle 109 jongeren. De ernst van een delict werd bepaald met de BOOG-schaal (Mulder e.a., 2010b). De analyses spitsten zich toe op 2 klassen van misdrijven: vermogensdelicten en geweldsdelicten.

c. Het aantal delicten onder de betrokken jongeren verviervoudigde in de 3 jaar voorafgaand aan INCANT ( $p < 0,001$ ). Ook de ernst van de delicten nam sterk toe ( $p < 0,001$ ). Vanaf het vierde jaar – het jaar waarin de behandeling plaatsvond – nam het aantal delicten scherp af ( $p < 0,001$ ), naar bijna 0 in jaar 6 (het derde vervolgjaar). De daling gold voor de frequentie en de ernst van alle delicten samen, maar ook afzonderlijk voor de categorieën van vermogens- en geweldsdelicten.

MDFT en CGT waren op alle maten even effectief. Mogelijke uitzondering was een effect op vermogensdelicten bij de subgroep van jongeren die het hoogst scoorden op de criteria voor stoornis in cannabisgebruik. Bij hen leek MDFT het aantal delicten sterker terug te dringen dan CGT ( $p = 0,06$ ;  $d = 0,18$ ).

#### **E.13 “The effect of MDFT on police arrests, with 7-year follow-up”**

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee (in Nederland)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja
  - a. Van der Pol, T.M., Cohn, M.D., van Domburg, L., Rigter, H., Vermeiren, R.R.J.M. (2020). Assessing the effect of multidimensional family therapy in adolescents on police arrests against a background of falling crime rates. A randomised controlled trial with 7-year follow-up. *Journal of Experimental Criminology*. doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0
  - b. Het onderzoek had dezelfde opzet als E.12, maar nu met 7 jaar follow-up in plaats van 3. De onderzoekers wilden nagaan of de delictcurves laag zouden blijven naarmate de tijd verder verstreek sinds de behandeling.
  - c. Ook langer na de behandeling, met een follow-up van 7 jaar, bleven de jongeren laag scoren op alle arrestatiematen: aantal en ernst van de delicten (totaal, of uitgesplitst naar vermogens- en geweldsmisdrijven). Dat positieve beeld gold voor beide behandelingen in dezelfde mate.
  - d. Bespreking en conclusies:

Dat delinquentie op de gebruikte maten afnam en laag bleef bij zowel MDFT als CGT, zien we als bewijs dat beide behandelingen effectief waren. Bij deze conclusie valt een kanttekening te plaatsen. In de 10 jaar van INCANT liepen de criminaliteitscijfers onder jongeren in Nederland terug. Het aantal arrestaties daalde met 40%. Mogelijk heeft die algemene trend bijgedragen aan de afname van delinquentie onder de INCANT-jongeren.

In E.10 werd vermeld dat MDFT meer effect had dan CGT op zelfgerapporteerde criminaliteit. Dat duidt op een differentieel behandel-effect, dat we niet kunnen verklaren door trends in landelijke criminaliteitscijfers. Er zijn aanwijzingen dat zelfrapportage beter geschikt is om behandel-effecten aan te tonen dan raadpleging van landelijke bestanden (Asscher e.a., 2014; Fonagy e.a., 2018). Wat ook vertrouwen biedt in de uitkomsten van het zelfrapportageonderzoek is het feit dat de daling in landelijke criminaliteitscijfers voor adolescenten het laagst was voor zelfrapportage (daling met 10% in de jaren dat INCANT liep, tegenover ongeveer 40% voor arrestatiecijfers).

De landelijke daling van arrestatiecijfers met 40% kan niet volledig de 87% afname verklaren die na behandeling (MDFT en CGT samen genomen) optrad en jarenlang aanhield.

Met andere woorden, waarschijnlijk moet een deel van de bereikte afname op conto van de behandelingen geschreven worden.

#### **E.14 “Inpatient and outpatient MDFT in youth care”**

- Het onderzoek is in België uitgevoerd. Nee (in Nederland)
- Het onderzoek gaat over de beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja

- Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Nee
  - a. Hoogeveen, C.E., Vogelvang, B., Rigter, H. (2017). [Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 34, 61-82.
  - b. Retrospectief cohortonderzoek met voor- en nameting.

Het onderzoek vond plaats bij JJC in Leidschendam (nu Schakenbosch). Hetzelfde team bood zowel residentiële als ambulante MDFT.

Het onderzoek omvatte 2 cohorten van jongeren van 12 tot 18 jaar met een machtiging tot uithuisplaatsing in een JeugdzorgPlus-instelling (periode: 2011-2015). De jongeren in het eerste cohort werden daadwerkelijk geplaatst in de JeugdzorgPlus (een vorm van gesloten jeugdhulp). Het ging om 98 adolescenten. Uit die groep trokken de onderzoekers een random steekproef van 32. De uiteindelijke onderzoeksgroep telde 24 adolescenten (75%); 8 jongeren werden uitgesloten omdat in hun dossier gegevens ontbraken. Er waren geen andere exclusiegronden.

Het tweede cohort bestond uit jongeren bij wie JeugdzorgPlus-plaatsing op het laatste nippertje werd afgewend doordat de gezinsleden ermee instemden om de behandeling ambulant (dus zonder opname) te laten uitvoeren. Uit de 114 adolescenten die voor ambulante MDFT kozen, werd een random steekproef getrokken van 36. De onderzoeksgroep bestond uiteindelijk uit 26 jongeren (70%), na exclusie van 10 jongeren door lacunes in het dossier.

2 onderzoekers distilleerden ieder voor zich de gegevens die nodig waren voor het onderzoek. Die stamden uit de dossiers over de jongeren die beschikbaar waren bij *baseline* (aanvang plaatsing en gelijktijdige start van de residentiële behandeling c.q. aanvang van de ambulante behandeling) en bij het eind van de behandeling. Belangrijk in het einddossier was de verplichte evaluatie: een verslag van de MDFT-therapeut van de mate waarin gespecificeerde behandeldoelen waren behaald.

Opname in de instelling duurde gemiddeld 9 maanden. Residentiële MDFT omvatte 2 sessies per week in de eerste 3 maanden en in de negende maand, en 1 per week in de tussenliggende tijd. Als de jongere vertrok uit de instelling, liep MDFT nog 1 à 2 maanden ambulant door. De sessies werden gehouden in de instelling en bij het gezin thuis (sessies met de ouders, maar tijdens verloven en na vertrek uit de instelling ook sessies met de jongere en met het gezin). Ambulante MDFT duurde 6,5 maanden, met 2 sessies per week.

Uit een pilot bleek dat de dossiers gewoonlijk informatie bevatten over 3 soorten probleemgedrag van de jongere, respectievelijk externaliserend/delinquent, gezinsgerelateerd, en schoolgerelateerd. Voor elk van deze categorieën werden 5 subcategorieën onderscheiden, bijvoorbeeld voor externaliserend gedrag: 1. agressie, 2. bedreiging, 3. brandstichting/vernieling/ mishandeling van dieren, 4. vermogensdelicten en 5. weglopen.

De onderzoekers gaven los van elkaar een score 0, 1 of 2 aan de prevalentie van het probleemgedrag (score 2: probleemgedrag gerapporteerd voor minstens 3 subcategorieën). Zij beoordeelden verder in hoeverre een type probleemgedrag veranderde tussen begin- en eindmeting (-1: verslechtering, 0: beeld ongewijzigd; 1 en 2: respectievelijk matige en sterke verbetering van het gedrag). Hun oordelen kwamen goed overeen ( $\alpha$ 's: > 0,74).

- c. De 2 onderzoeksgroepen verschilden bij *baseline* niet in geslacht (residentieel: 54% mannelijk, ambulant: 69%), leeftijd (resp. 15,7 en 15,4) en migratieachtergrond (resp. 38% en 39%). Alle jongeren (100%) vertoonden gezinsgerelateerd probleemgedrag en bijna allemaal (96%) schoolgerelateerd probleemgedrag. Het enige verschil bij *baseline* was te zien bij externaliserend probleemgedrag (prevalentie residentieel: 92%, ambulant: 62%).

MDFT werd getrouw uitgevoerd (video-opnames van sessies).

Het probleemgedrag nam af. Dat gebeurde in de 2 groepen in gelijke mate. De daling tussen de metingen was voor de 3 soorten probleemgedrag – externaliserend/delinquent; gezinsgerelateerd; en schoolgerelateerd – steeds significant ( $p < 0,001$ ,  $d$ 's > 3,1). Nieuw probleemgedrag werd niet gezien. Geen van de jongeren uit de ambulante groep hoefde alsnog geplaatst te worden in de JeugdzorgPlus.

De jongeren en hun ouders waren tevreden over ambulante en residentiële MDFT. Zij gaven MDFT hoge cijfers, respectievelijk 8,3 en 8,4 gemiddeld op een tienpuntsschaal.

- d. Bespreking en conclusies

- De Nederlandse overheid wil dat interventieprogramma's in instellingen voor JeugdzorgPlus rekening houden met gezinsfactoren, zoals de relatie tussen de jongere en zijn/haar ouders (Ministerie van VWS, 2011). MDFT voldoet aan die vereiste.

- MDFT kan residentieel worden uitgevoerd met goed resultaat. Ambulante MDFT kan uithuisplaatsing voorkomen.
- Afgaande op de cijfers van JJC komt zeker de helft van de jongeren met een machtiging voor JeugdzorgPlus in aanmerking voor ambulante MDFT. Daarbij moet wel een 'routine' worden doorbroken. De jongeren in het residentiële cohort hadden doorgaans al 5 of meer eerdere plaatsingen in een instelling of interventieprogramma achter de rug. Dan kiest men de zesde keer al gauw opnieuw, en te gemakkelijk, voor residentiële plaatsing.