

**Het Effect van de Interventies IAG en MST op Externaliserend Probleemgedrag in
Gezinnen met Meervoudige en Complexe Problemen**

Emma Hoekstra

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

Bachelorwerkstuk Pedagogische Wetenschappen

MSc Loraine Visscher

Juni 2022

Abstract

Families with multiple problems, FMP in short, are families who deal with multiple severe problems in different aspects of life. These problems range from parenting problems to financial problems to behavioral problems and beyond. There are various family interventions available that can be implemented by professionals to help FMP overcome their complex problems. IAG and MST are two of those family interventions. This study focuses on the effect of these two interventions on reducing externalizing problem behavior. The aim of this study was to compare the effects of the interventions IAG and MST on externalizing problem behavior in FMP. Data was gathered with help from 26 Dutch social care institutions. They provided a team of professional caregivers to complete questionnaires and inform parents of FMP that were about to receive an intervention to do the same. The questionnaires were completed at the start of the intervention, at the end of the intervention and three months after the intervention. By means of the questionnaires, a t-score could be drawn up that gave an indication of the severity of the externalizing problem behavior. In this study we found that MST is a bit more effective in reducing externalizing problem behavior during the intervention than IAG is. IAG has the same results as MST over time, but the decrease in externalizing problem behavior occurs faster with MST. This makes MST the most efficient intervention to implement for professionals. We conclude that when a family needs intensive help quickly to reduce externalizing problem behavior, MST is the better intervention to implement compared to IAG.

Inleiding

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen, ook wel GMCP genoemd, zijn gezinnen die te maken hebben met meerdere ernstige problemen op verschillende leefgebieden (Morris, 2013; Spratt & Devaney, 2009; Tausendfreund et al., 2016). Voorbeelden van deze problemen zijn opvoedproblemen, gedragsproblemen, gezondheidsproblemen en financiële problemen (Bodden & Deković, 2016). Dit onderzoek zal focussen op gedragsproblemen binnen GMCP, specifiek op externaliserend probleemgedrag.

Externaliserend probleemgedrag wordt gekenmerkt door ongehoorzaamheid, opstandigheid, prikkelbare stemmingen en verbale of fysieke agressie richting anderen (de Mooij et al., 2022). Voorbeelden van dit gedrag bestaan in de praktijk onder andere uit gewelddadige overtredingen en het gebruik van drugs (Zajac, Randall & Swenson, 2015). Externaliserend probleemgedrag komt binnen GMCP vaak voor, wat een ernstig risico vormt voor zowel de jongere die het gedrag vertoont als voor het gehele gezin. Externaliserend probleemgedrag kan bij jongeren leiden tot sociale uitsluiting, marginalisatie op school, een groter risico op externaliserende problematiek op latere leeftijd en een problematische ontwikkeling (de Mooij et al., 2022). De overige leden van het gezin lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van problemen op verschillende gebieden, zoals academische prestaties en sociale competenties (van Assen et al., 2020). Ook is er een groot risico op uithuisplaatsing wanneer er sprake is van externaliserend probleemgedrag. Uithuisplaatsing heeft een negatieve invloed op de ontwikkeling en het welzijn van een jongere (Kääriälä en Hiilamo, 2017; Lee et al., 2014).

Om GMCP te helpen zijn er verschillende interventies beschikbaar die ingezet kunnen worden door professionals. Deze interventies focussen vooral op het verbeteren van de opvoedvaardigheden van de ouders, het verminderen van probleemgedrag van de jongere en

het voorkomen van uithuisplaatsing (Visscher et al., 2020). Interventies die worden uitgevoerd in de leefomgeving van het gezin zijn het meest effectief in het verminderen van de complexe problematiek van GMCP (Burns et al., 2000). Dit soort interventies zijn ontwikkeld om gezinnen bij elkaar te houden en te voorkomen dat jongeren in instellingen belanden. De hulp wordt aangeboden in de huiselijke sfeer en gangbare context van het gezin. Hierdoor krijgt de hulpverlener de mogelijkheid een gedetailleerd beeld op te doen van de situatie en een goede relatie op te bouwen met de verschillende leden van het gezin (van Assen et al., 2020). Voorbeelden van deze in de leefomgeving uitgevoerde interventies zijn Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) en Multi Systeem Therapie (MST).

IAG is een interventie voor gezinnen die minder ontvankelijk zijn voor de hulpverlening (Veerman & Meyer, 2019). IAG richt zich op de jongeren, de ouders en het sociale netwerk van het gezin. Gezinnen kunnen IAG ontvangen via doorverwijzing van verschillende instanties, zoals gemeenten en wijkteams. De interventie richt zich vooral op het voorkomen van uithuisplaatsing en het opnieuw thuis kunnen wonen van uit huis geplaatste kinderen. Hierbij is het verminderen van gedragsproblemen belangrijk, evenals het vergroten van de opvoedvaardigheden van de ouders. De duur van de interventie ligt tussen de vijf en zeven maanden. Gedurende deze maanden bezoekt de hulpverlener het gezin twee keer per week (Veerman & Meyer, 2019). Meerdere studies laten een positieve invloed van IAG op de vermindering van externaliserend probleemgedrag zien. Zo hebben Veerman en Meyer (2019) en Wallin en Nevonon (2007) gekeken naar het effect van IAG op internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij jongeren. Uit deze studies blijkt dat een aantal maanden na de start van de interventie de symptomen van externaliserend probleemgedrag bij jongeren sterk verminderd zijn. Verder laat een quasi-experimentele studie van Damen et al. (2019) ook een vermindering zien in externaliserend probleemgedrag bij jongeren en in opvoedingsbelasting bij de ouders nadat zij IAG ontvingen.

MST is een korte maar intensieve interventie die sterk is gericht op het voorkomen van uithuisplaatsing van jongeren met ernstige externaliserend probleemgedrag (Henggeler, 2001). MST kijkt niet alleen naar de jongere als oorzaak van zijn of haar probleemgedrag, maar houdt ook rekening met contextuele factoren zoals het gezin en de leefomgeving (Burns, 2000). Risicofactoren die bestaan in de context van de jongere kunnen worden beperkt zodat het probleemgedrag afneemt en prosociaal gedrag toeneemt (van Eeren et al., 2013). De hulpverlener werkt intensief samen met het gehele gezin voor drie tot vijf maanden. Door de intensiteit en de flexibiliteit van de behandeling ontwikkelt het gezin snel probleemoplossend vermogen, wat een positieve uitwerking heeft op de afname van externaliserend probleemgedrag (Burns, 2000). De hulpverlener maakt tijdens de interventie gebruik van verschillende soorten therapieën, zoals cognitieve gedragstherapie en oudertraining technieken (Schechter et al., 2012). Meerdere internationale studies tonen de effectiviteit van MST aan. Zo blijkt uit het onderzoek van Borduin et al. (1995) dat jeugddelinquenten verminderde gedragsproblemen vertoonden en minder vaak gearresteerd werden een jaar na het ontvangen van MST. Dit effect was niet aanwezig bij de groep jeugddelinquenten in het onderzoek die reguliere jeugdhulp ontvingen. Soortgelijke effecten werden gevonden in de studies van Asscher et al. (2013) en Ogden en Hagen (2006). Jongeren die MST ontvingen in deze onderzoeken vertoonden minder externaliserend probleemgedrag en werden minder vaak uit huis geplaatst dan de jongeren in de controlegroep die reguliere jeugdhulp ontvingen. Ten slotte tonen Dekovic et al. (2012) aan dat ouders in gezinnen die MST ontvingen een sterke toename laten zien in opvoedvaardigheden.

De bestaande literatuur laat zien dat IAG en MST op verschillende vlakken met elkaar overeenkomen. Het zijn beide intensieve gezinsinterventies die zich richten op het verminderen van externaliserend probleemgedrag en het voorkomen van uithuisplaatsing van jongeren. Echter zijn er geen studies die specifiek hebben gekeken naar het effect van IAG op

de vermindering van externaliserend probleemgedrag, in vergelijking met MST. Voor professionals is het belangrijk om te weten welke interventie het meest effectief is bij GMCP waarbinnen jongeren externaliserend probleemgedrag vertonen. GMCP kunnen zo gelijk de meest effectieve interventie ontvangen. Deze aanpak levert een praktisch voordeel op, zoals het besparen van tijd en geld voor zowel de hulpverleners als het gezin. Verder kan zo voorkomen worden dat het externaliserend probleemgedrag van de jongere uit de hand loopt en de jongere uit huis geplaatst moet worden. Dit onderzoek zal daarom kijken naar het effect van IAG op externaliserend probleemgedrag bij jongeren binnen GMCP, in vergelijking met MST. De onderzoeksvraag luidt: Wat is het effect van IAG op externaliserend probleemgedrag bij jongeren in gezinnen met meervoudige en complexe problemen in vergelijking met MST? In het onderzoek van Visscher et al. (2021) is een behandelingsprofiel opgesteld waarin de interventie MST oververtegenwoordigd is en de interventie IAG juist ondervertegenwoordigd. In dit profiel werd er vooral gefocust op elementen als het reguleren van probleemgedrag en het verbeteren van relaties tussen familieleden. Op basis van dit onderzoek en de hierboven besproken literatuur is de verwachting dat in dit onderzoek MST, in vergelijking met IAG, het sterkst zal bijdragen aan de vermindering van externaliserend probleemgedrag.

Methode

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van al bestaande kwantitatieve data, verkregen door middel van een quasi experimenteel onderzoek. Om deze kwantitatieve data te verzamelen zijn er vragenlijsten ingevuld door hulpverleners en ouders van GMCP. De gezinnen ontvingen gedurende de dataverzameling de interventie IAG of MST waarbij de hulpverleners deze gezinnen begeleidden. De data is verzameld gedurende en na de uitvoering van de interventies in de periode tussen januari 2017 en juli 2018. De vragenlijsten zijn in deze periode op drie verschillende meetmomenten ingevuld. Het eerste meetmoment was aan de start van de interventie, het tweede meetmoment was direct na het einde van de interventie en het derde meetmoment was drie maanden na het einde van de interventie.

Populatie

Eerst zijn er acht interventies geselecteerd die worden ingezet om de complexe problematiek van GMCP te verminderen. De interventies die zijn geselecteerd hebben in Nederland allemaal een minimale effectgrootte van $d = 0.5$. De acht geselecteerde interventies bestonden uit: MST, MDFT, IAG, FF, Gezin Centraal, PMTO, 10 voor Toekomst en Triple P 4-5. Om de data te verzamelen zijn 47 Nederlandse sociale zorginstanties benaderd die één of meer van deze interventies aanbieden aan GMCP. Van de benaderde instanties wilden er 26 meewerken aan de dataverzameling. Deze instanties leverden vervolgens een team aan hulpverleners om vragenlijsten in te vullen en gezinnen te informeren. De hulpverleners benaderden GMCP die op het punt stonden een interventie te ontvangen met de vraag of zij vragenlijsten in wilden vullen voor het onderzoek.

In dit onderzoek is data geanalyseerd van GMCP die de interventie IAG of MST hebben ontvangen en waarvan een ingevulde Child Behavior Checklist beschikbaar was. De inclusiecriteria wat betreft de gezinnen waren: (1) de jongere binnen het gezin is tussen de 4

en de 20 jaar oud en (2) de ouders van het gezin kunnen de vragenlijsten in het Nederlands invullen. In de steekproef is het aantal gezinnen waarvan een ingevulde Child Behavior Checklist beschikbaar is wat betreft IAG bij aanvang van de interventie 125, bij het einde van de interventie 80 en drie maanden na de interventie 34. Wat betreft MST is dit bij aanvang van de interventie 120, bij het einde van de interventie 82 en drie maanden na de interventie 42.

Procedure

De eerste stap in de dataverzameling was een informatiebijeenkomst met het team van hulpverleners. Hierbij werd er gedetailleerde informatie verstrekt over de procedure en het doel van het onderzoek. De informatie over het onderzoek is door de hulpverleners doorgegeven aan de gezinnen die zij op dat moment begeleidden. Wanneer de gezinnen naar aanleiding van deze informatie mee wilden werken aan het onderzoek hebben zij hier schriftelijk toestemming voor verleend.

Gedurende de periode van dataverzameling zijn er vragenlijsten verstuurd naar de ouders van de participerende gezinnen en de begeleidende hulpverleners. Deze vragenlijsten zijn verstuurd op drie momenten. Moment één was bij de start van de interventie (T0), moment twee was aan het einde van de interventie (T1) en moment drie was drie maanden na afloop van de interventie (T2). De ouders en hulpverleners kregen steeds 21 dagen de tijd om de vragenlijsten in te vullen en weer terug te sturen. De ouders kregen per ingevulde vragenlijst steeds een VVV bon ter waarde van tien euro.

Meetinstrumenten

De eerste variabele waar in dit onderzoek naar is gekeken is de variabele ‘ontvangen interventie’. Ontvangen interventie is gemeten door middel van één vraag aan de hulpverlener bij de start van de interventie (T0). De vraag luidde: Welke interventie voert u uit binnen het gezin? Er waren elf mogelijke antwoordopties, deze bestonden uit: ASH, FF, Gezin Centraal,

IAG, IOG, IPG, MDFT, MST, PMTO, Triple P 4-5 en 10 voor Toekomst. Binnen dit onderzoek zijn de antwoordcategorieën IAG, IOG en IPG samengevoegd tot IAG. Dit is gedaan omdat IOG en IPG varianten zijn van IAG. Verder zijn alleen de interventies IAG en MST meegenomen in de analyses. De variabele ontvangen interventie is daarom gehercodeerd naar een variabele met twee antwoordcategorieën, IAG en MST.

Naast ontvangen interventie wordt er in dit onderzoek gekeken naar de variabele 'externaliserende problemen'. De variabele externaliserende problemen is gemeten middels de Child Behavior Checklist (CBCL). De CBCL is een vragenlijst die wordt ingevuld door ouders. De vragenlijst meet vaardigheden en emotionele- en gedragsproblemen van jongeren tussen de 6 en 18 jaar. Er is een competentiedeel met vragen over sport en eventuele hobby's van de jongere. Daarnaast is er een deel over emotionele- en gedragsproblemen waarbij er wordt gevraagd naar het gedrag van de jongere. Dit deel bestaat uit 120 stellingen waarbij antwoord wordt gegeven via een driepunts Likert-schaal. Een voorbeeld van een stelling is 'Huult veel', waarbij de antwoordcategorieën zijn: helemaal niet (0), een beetje/soms (1) of duidelijk/vaak (2). Aan de hand van de CBCL wordt vervolgens een t-score berekend voor de schalen internaliserende en externaliserende problemen. Externaliserende problemen bestaat in de CBCL uit de schalen regelovertredend gedrag en agressief gedrag. Een hogere t-score op de schaal externaliserende problemen betekent dat er meer externaliserend gedrag wordt waargenomen bij de jongere.

De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) heeft in 1999 de betrouwbaarheid en validiteit van de CBCL beoordeeld. De betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit zijn als voldoende tot goed beoordeeld. Verder heeft een recenter onderzoek van Nakamura et al. (2009) ook gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van de CBCL. Om de betrouwbaarheid te beoordelen is in dit onderzoek de Cronbach's alpha berekend. Alle waarden van de Cronbach's alpha kwamen uit tussen de .71 en .89, wat een

voldoende betrouwbaarheid indiceert. Daarbij is er een goede inhouds-, criterium- en begripsvaliditeit aangetoond.

Data Analyse

Eerst is de steekproef geanalyseerd door middel van beschrijvende statistiek. Van de gezinnen die IAG of MST ontvingen zijn er gemiddelden en standaarddeviaties berekend over de scores op de CBCL per meetmoment. Verder is er gekeken naar de verdeling van leeftijd en geslacht in de steekproef, ook weer per interventie onderverdeeld.

Om het verschil in effect van de interventies op externaliserend probleemgedrag te bepalen is er meerdere keren een 'paired samples t-test' uitgevoerd. Om deze toetsen uit te kunnen voeren moeten eerst assumpties worden getoetst. Ten eerste moet de afhankelijke variabele een continue variabele zijn die wordt gemeten op interval- of rationiveau. Ten tweede moeten de verschillen tussen de gepaarde meetmomenten normaal verdeeld zijn in de steekproef. De toetsen zijn uitgevoerd tussen het gemiddelde van meetmoment T0 en T1, meetmoment T1 en T2 en ten slotte tussen meetmoment T0 en T2. Naar aanleiding hiervan kunnen uitspraken worden gedaan over de effectiviteit gedurende de uitvoering van de interventie en drie maanden na het einde van de interventie in vergelijking met het startpunt.

Resultaten

Beschrijving van de steekproef

De selectie van de steekproef die in dit onderzoek wordt meegenomen bestaat uit 385 gezinnen. De gemiddelde leeftijd van de jongeren in deze gezinnen is twaalf jaar met een standaarddeviatie van 3.8. Dit betekent dat het grootste gedeelte van de jongeren in de steekproef een leeftijd heeft tussen de acht en de zestien jaar oud. Er is geen sprake van een normale verdeling van de variabele leeftijd in de steekproef. De variabele laat een linksscheve verdeling zien, dit betekent dat er relatief weinig lage waarden zijn in vergelijking met het aantal hoge waarden. Dit verklaart de hogere gemiddelde leeftijd van de jongeren in de steekproef. De steekproef bestaat voor 60.8% uit gezinnen waarvan de jongere een jongen is en voor 39,2% uit gezinnen waarvan de jongere een meisje is. 62.9% van de gezinnen in de steekproef heeft IAG ontvangen (N = 242). 37.1% van de gezinnen in de steekproef heeft MST ontvangen (N = 143).

In de groep gezinnen die IAG hebben ontvangen is de gemiddelde leeftijd van de jongeren 10.4 jaar met een standaarddeviatie van 3.7. De groep bestaat voor 60.3% uit gezinnen waarvan de jongere een jongen is en voor 39.7% uit gezinnen waarvan de jongere een meisje is. In de groep jongeren die MST hebben ontvangen is de gemiddelde leeftijd 14.9 jaar met een standaarddeviatie van 1.4. Deze groep bestaat voor 61.5% uit gezinnen waarvan de jongere een jongen is en voor 38.5% uit gezinnen waarvan de jongere een meisje is. De verhouding wat betreft geslacht is in beide groepen nagenoeg gelijk.

Assumpties t-toets

Om de 'paired samples t-test' te kunnen uitvoeren is er van te voren gekeken of de data wel aan de assumpties voldoet. Ten eerste moet de afhankelijke variabele in het onderzoek een continue variabele zijn die gemeten wordt op interval- of rationiveau. De afhankelijke variabele is in dit onderzoek externaliserende problemen. Externaliserende

problemen wordt gemeten middels een t-score op de CBCL die uit allerlei numerieke waarden kan bestaan. De afhankelijke variabele is hier een continue variabele gemeten op ratio meetniveau. Aan de eerste voorwaarde is voldaan.

Ten tweede is het bij een 'paired samples t-test' vereist dat de verschillen tussen de gepaarde observaties normaal verdeeld zijn. Om dit te kunnen controleren zijn er voor ieder gezin in dit onderzoek verschillen opgesteld. Eerst tussen T0 en T1, toen tussen T1 en T2 en ten slotte tussen T0 en T2. Om de normaliteit van deze verschillen te kunnen controleren is de Kolmogorov-Smirnov test uitgevoerd (zie Tabel 1). Deze test toetst of de desbetreffende verdeling van een variabele significant verschilt van een normale verdeling. Wanneer de p-waarde van deze test boven de .05 ligt kan er gesproken worden van een normale verdeling. Wanneer de p-waarde van deze test onder de .05 ligt kan er geconcludeerd worden dat de desbetreffende verdeling significant verschilt van een normale verdeling. Verder zijn er figuren gemaakt van de verschillende verdelingen en is er gekeken naar symmetrie, toppen en uitbijters. De drie verschillen lijken volgens de figuren normaal verdeeld te zijn. Er is bij alle drie sprake van een ongeveer symmetrische histogram met één top en weinig tot geen uitbijters. Uit de Kolmogorov-Smirnov test blijkt dat de verdeling van de verschillen tussen T0 en T1 significant verschilt van een normale verdeling ($p < .05$). De andere twee verschillen zijn normaal verdeeld volgens deze test ($p > .05$). Dat er in dit onderzoek niet geheel aan de assumptie van normaliteit is voldaan is acceptabel omdat de steekproef bestaat uit meer dan honderd gezinnen. Wanneer een steekproef groter is dan honderd participanten mag er vanuit gegaan worden dat de t-toets robuust genoeg is om uitgevoerd te worden zonder volledig aan de assumptie van normaliteit te voldoen (Statistisch Handboek Studiedata, 2021).

Tabel 1*Kolmogorv-Smirnov Toets*

	Statistic	Vrijheidsgraden	p-waarde
Verschilscore gemiddelde start interventie en gemiddelde einde interventie	.08	151	.01
Verschilscore gemiddelde einde interventie en gemiddelde drie maanden na interventie	.10	62	.08
Verschilscore gemiddelde start interventie en gemiddelde drie maanden na interventie	.06	74	.20

Noot. Er wordt getoetst op een significantieniveau van $\alpha = .05$.

Effect van IAG en MST op externaliserend probleemgedrag

Het effect van de interventies op externaliserend probleemgedrag is gemeten door middel van t-toetsen die de gemiddelde scores op de CBCL van de gezinnen op de verschillende meetmomenten vergelijkt. Voorafgaand aan deze toetsen is er eerst gekeken naar de spreiding, het gemiddelde en de standaarddeviatie van de scores.

De gezinnen die IAG ontvingen hadden bij het eerste meetmoment, bij aanvang van de interventie, een gemiddelde score op externaliserende problemen van 62.9 met een standaarddeviatie van 9.9. Bij het tweede meetmoment, aan het einde van de interventie, was dit gemiddelde gedaald naar 58.0 met een standaarddeviatie van 10.3. Drie maanden na de interventie, bij het derde meetmoment, was dit gemiddelde nog verder gedaald naar 57.4 met een standaarddeviatie van 13.3. De gezinnen die MST ontvingen hadden bij het eerste meetmoment een gemiddelde score op externaliserende problemen van 69.7 met een standaarddeviatie van 9.3. Bij het tweede meetmoment was dit gemiddelde gedaald naar 63.7 met een standaarddeviatie van 9.5. Bij het laatste meetmoment was dit gemiddelde verder gedaald naar 63.1 met een standaarddeviatie van 10.9.

De t-toetsen zijn eerst uitgevoerd over de scores van de groep gezinnen die de interventie IAG ontvingen (zie Tabel 2). Het verschil in gemiddelden tussen T0 en T1 was significant ($t(72) = 6.31; p < .001$). Het verschil in gemiddelden tussen T1 en T2 was niet significant ($t(24) = -.48; p = .63$). Het verschil in gemiddelden tussen T0 en T2 was significant ($t(33) = 4.33; p < .001$).

Tabel 2*T-toetsen Interventie IAG*

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	95% betrouwbaarheidsinterval
T-toets gemiddelde start interventie en gemiddelde einde interventie	6.31	72	.00	3.90;7.51
T-toets gemiddelde einde interventie en gemiddelde drie maanden na interventie	-.48	24	.63	-5.08;3.16
T-toets gemiddelde start interventie en gemiddelde drie maanden na interventie	4.33	33	.00	3.20;8.85

Noot. Er wordt getoetst op een significantieniveau van $\alpha = .05$.

Vervolgens zijn er op dezelfde manier drie t-toetsen uitgevoerd over de scores van de groep gezinnen die de interventie MST ontvingen (zie Tabel 3). Het verschil in gemiddelden tussen T0 en T1 was significant ($t(77) = 6.36; p < .001$). Het verschil in gemiddelden tussen T1 en T2 was niet significant ($t(36) = .29; p = .76$). Het verschil in gemiddelden tussen T0 en T2 was significant ($t(39) = 3.67; p < .001$).

Tabel 3*T-toetsen Interventie MST*

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	95% betrouwbaarheidsinterval
T-toets gemiddelde start interventie en gemiddelde einde interventie	6.36	77	.00	4.23;8.09
T-toets gemiddelde einde interventie en gemiddelde drie maanden na interventie	.29	36	.76	-2.51;3.37
T-toets gemiddelde start interventie en gemiddelde drie maanden na interventie	3.67	39	.00	2.57;8.87

Noot. Er wordt getoetst op een significantieniveau van $\alpha = .05$.

Discussie

Het doel in dit onderzoek was het vergelijken van de effecten van de interventies IAG en MST op externaliserend probleemgedrag bij jongeren in GMCP. De onderzoeksvraag luidde: Wat is het effect van IAG op externaliserend probleemgedrag bij jongeren in gezinnen met meervoudige en complexe problemen in vergelijking met MST? Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden is er een kwantitatief onderzoek uitgevoerd waarbij gebruik is gemaakt van al bestaande data. Uit het onderzoek is gebleken dat beide interventies een significant effect hebben op het verminderen van externaliserend probleemgedrag bij jongeren in GMCP. De belangrijkste bevinding is dat de afname van externaliserend probleemgedrag tussen start en einde van de interventie sterker is voor gezinnen die MST hebben ontvangen dan voor gezinnen die IAG hebben ontvangen.

De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat er een significant effect bestaat van IAG op het verminderen van externaliserend probleemgedrag bij jongeren in GMCP. De bevindingen betreft het effect van IAG hangen samen met de resultaten van de onderzoeken van Veerman en Meyer (2019) en Wallin en Nevonen (2007). In deze onderzoeken was ook een sterke afname te zien van externaliserend probleemgedrag bij jongeren in gezinnen die de interventie IAG ontvingen. Het effect van de interventie MST op het verminderen van externaliserend probleemgedrag bij jongeren in GMCP is ook significant. Het gevonden significante effect komt overeen met de bevindingen in het onderzoek van Burns (2000). Volgens dit artikel is er al snel na de start van de interventie MST een grote ontwikkeling te zien in het probleemoplossend vermogen van het gezin en hierbij de afname van externaliserend probleemgedrag. Verder komt het effect van de interventie overeen met de uitkomsten in de onderzoeken van Asscher et al. (2013) en Ogden en Hagen (2006). Een belangrijke uitkomst van de analyses was dat het effect van de interventie MST gedurende de uitvoering van de interventie, de periode tussen het eerste en het tweede meetmoment, sterker

significant is dan het effect van de interventie IAG in deze periode. De t-waarde en het betrouwbaarheidsinterval van de t-toets over de gemiddelden van deze twee meetmomenten liggen bij MST hoger dan bij IAG. Dit komt deels overeen met de verwachtingen die zijn besproken in de inleiding, gebaseerd op het onderzoek van Visscher et al. (2021). Hierin is aangegeven dat er verwacht wordt dat MST het sterkste effect zal hebben op het reguleren van externaliserend probleemgedrag. In dit onderzoek was dit echter alleen het geval tijdens de uitvoering van de interventie, wanneer de hulpverlener intensief samenwerkt met het gezin en de jongere. Dit kan komen doordat MST zich als interventie specifiek richt op externaliserende problematiek, waar IAG zich vaak ook richt op bredere problematiek. Dit is terug te zien in de behandelprofielen die zijn opgesteld in het onderzoek van Visscher et al. (2021).

Sterktes en limitaties

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is de grote omvang van de steekproef en uitgebreide dataset waarop de resultaten zijn gebaseerd. Volgens Born en Mol (2006) hangt het van de steekproefgrootte af in hoeverre het resultaat van een studie meeweegt. Aan resultaten gebaseerd op grote steekproeven mag meer waarde gehecht worden dan aan resultaten die voortkomen uit kleine steekproeven. Grote steekproeven zijn stabiel en worden minder beïnvloedt door toevalligheden. Een tweede sterkte is dat de data voortkomt uit een longitudinale studie met meerdere meetmomenten, inclusief een follow-up meting drie maanden na het einde van de interventie. Daarbij komt dat er gegevens zijn verzameld met behulp van zorginstanties verspreid door het gehele land. Dit maakt dat de uitkomsten die voortkomen uit deze data te generaliseren zijn naar gezinnen in heel Nederland.

Dit onderzoek bevat ook enkele limitaties. Ten eerste moet er rekening worden gehouden met relatief veel missende data wat betreft het tweede meetmoment en de follow-up meting. Dit is in longitudinale studies echter vaak niet te voorkomen. In dit onderzoek komt

de hulpverlener niet meer in het gezin na de uitvoering van de interventie en hiermee is er niet meer iemand om de ouders te herinneren aan het invullen van de vragenlijsten. Verder is er in dit onderzoek vooral sprake van data over gezinnen met een jongere van een wat hogere leeftijd, de gemiddelde leeftijd was namelijk twaalf jaar. Vooral in de groep gezinnen die MST ontvingen ligt de gemiddelde leeftijd erg hoog, namelijk rond de vijftien jaar. Dit maakt dat de uitkomsten van dit onderzoek maar in bepaalde mate te generaliseren zijn. Het kan zijn dat het effect van IAG en MST verschilt voor kinderen van een jongere gemiddelde leeftijd.

Implicaties

De bevindingen in dit onderzoek kunnen van waarde zijn voor hulpverleners en beleidsmakers die werken met GMCP. Er is gevonden dat MST een sterker effect heeft op het verminderen van externaliserend probleemgedrag tijdens de uitvoering van de interventie dan IAG. IAG heeft uiteindelijk hetzelfde resultaat, echter is MST de meest efficiënte interventie om in te zetten aangezien de problemen in kortere tijd al sterk verminderd zullen zijn. Dit is voordelig wanneer het externaliserend probleemgedrag uit de hand aan het lopen is, er uithuisplaatsing dreigt en andere gezinsleden onder de situatie lijden. Wanneer een gezin snel intensieve hulp nodig heeft ter vermindering van externaliserend probleemgedrag kan dus het best MST worden ingezet ten opzichte van IAG.

Verder geven de bevindingen in dit onderzoek ook aanleiding voor verder onderzoek. Vervolgonderzoek is nodig om de effectiviteit van de interventie IAG en MST te bepalen voor kinderen van een jongere leeftijd. Betreft IAG zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden naar het effect van de interventie op kinderen tussen de zes en tien jaar. MST is een interventie die alleen ingezet kan worden bij kinderen vanaf twaalf jaar. Betreft MST zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden naar het effect van de interventie op kinderen van twaalf en dertien jaar oud, aangezien de gemiddelde leeftijd rond de vijftien lag in dit onderzoek. Verder kan het interessant zijn om opnieuw te kijken naar het effect van beide

interventies op externaliserend probleemgedrag, waarbij de CBCL wordt ingevuld door meerdere hulpverleners. Zo kan er een nog completer beeld worden geschetst van het gedrag van de jongere. Meerdere beoordelaars zorgen bij het observeren van gedrag namelijk voor een hogere betrouwbaarheid van de resultaten (Lesterhuis et al., 2015).

Conclusie

Dit onderzoek heeft aangetoond dat de interventie MST, in vergelijking met de interventie IAG, een sterker effect heeft op het verminderen van externaliserend probleemgedrag binnen GMCP tijdens de uitvoering van de interventie. Beide interventies hebben op de lange termijn hetzelfde effect, echter vindt het effect van de interventie MST sneller plaats. Naar aanleiding van deze bevindingen kan worden geadviseerd aan hulpverleners en beleidsmakers om MST aan te bieden als meest effectieve en efficiënte interventie voor externaliserend probleemgedrag bij jongeren in GMCP.

Referenties

- Asscher, J. J., Dekovic, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., Prins, P. J. M., Dutch MST Cost-Effectiveness Study Group, & Jansen, D. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of Multisystemic Therapy in the Netherlands: Post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, *9*(2), 169-187. <https://doi.org/10.1007/s11292-012-9165-9>
- Bodden, D. H. M., & Deković, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process*, *55*(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/famp.12144>
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 569–578.
- Born, M. P. H. & Mol, S. T. (2006). Het kwantitatief integreren van empirische studies: de methode van meta-analyse. *Gedrag & Organisatie*, *19*(3), 251-271.
- Burns, B. J., Schoenwald, S. K., Burchard, J. D., Faw, L., & Santos, A. B. (2000). Comprehensive community-based interventions for youth with severe emotional disorders: Multisystemic therapy and the wraparound process. *Journal of Child and Family Studies*, *9*(3), 283–314. <https://doi.org/10.1023/A:1026440406435>
- Damen, H., Veerman, J. W., Vermulst, A. A., van Pagée, R., Nieuwhoff, R., & Scholte, R. H. J. (2019). Parental empowerment and child behavioural problems during youth care involvement. *Child & Family Social Work*, *24*(4), 467-476. <https://doi.org/10.1111/cfs.12626>
- Deković, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J. M., & van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during multisystemic

- therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 574–587. <https://doi.org/10.1037/a0028482>
- de Mooij, B., Beurskens-Claessens, L., Geertse, P., de Mey, W. & Overbeek, G. (2022). Evaluatie van Samen sterker Terug Op Pad (STOP4-7): Een Multimodale Interventie voor Kinderen met Gedragsproblemen, *Jeugd in Ontwikkeling*.
- Henggeler, S.W. (2001). Multisystemic Therapy. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18(3), 75-85. https://doi.org/10.1300/J007v18n03_07
- Kääriälä, A., & Hiilamo, H. (2017). Children in out-of-home care as young adults: A systematic review of outcomes in the Nordic countries. *Children and Youth Services Review*, 79, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.05.030>
- Lee, B. R., Ebesutani, C., Kolivoski, K. M., Becker, K. D., Lindsey, M. A., Brandt, N. E., ... Barth, R. P. (2014). Program and practice elements for placement prevention: A review of interventions and their effectiveness in promoting home-based care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 244–256. <https://doi.org/10.1037/h0099811>
- Lesterhuis, M., Donche, V., de Maeyer, S., van Daal, T., van Gasse, R., Coertjens, L., Verhavert, S., Mortier, A., Coenen, T. & Vlerick, P. (2015). Competenties kwaliteitsvol beoordelen: brengt een comparatieve aanpak soelaas? *Tijdschrift voor hoger onderwijs*, 33(2), 55-67.
- Morris, K. (2013). Troubled families: Vulnerable families' experiences of multiple service use. *Child and Family Social Work*, 18(2), 198–206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00822.x>
- Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 178–189. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9119-8>

- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health, 11*(3), 142–149. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x>
- Schechter, J. C., Brennan, P. A., Cunningham, P. B., Foster, S. L. & Whitmore, E. (2012). Stress, Cortisol, and Externalizing Behavior in Adolescent Males: An Examination in the Context of Multisystemic Therapy. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(6), 913-922.
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10802-012-9612-0>
- Spratt, T., & Devaney, J. (2009). Identifying families with multiple problems: Perspectives of practitioners and managers in three nations. *British Journal of Social Work, 39*(3), 418–434. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm151>
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services, 37*(1), 4–22. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2015.1052133>
- van Assen, A. G., Knot-Dickscheit, J., Post, W. J. & Grietens, H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review, 114*. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104994>
- van Eeren, H. V., Goossens, L. M. A., Scholte, R. H. J., Busschbach, J. J. V. & van der Rijken, R. E. A. (2018). *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*, 1037-1050.
<https://doi.org/10.1007/s10802-017-0392-4>
- Veerman, J. W. & Meyer, R. E. (2019). *Meer zicht op effectiviteit IAG: Analyse van uitkomsten*. Nijmegen: Praktikon.

Versnellingsplan (2021). *Statistisch Handboek Studiedata*. <https://sh-studiedata.nl/Index.html>

Visscher, L., Evenboer, K. E., Scholte, R. H. J., van Yperen, T. A., Knot-Dickscheit J., Jansen, D. E. M. C. & Reijneveld, S. A. (2020). Elucidating care for families with multiple problems in routine practice: Self-registered practice and program elements of practitioners. *Children and Youth Services Review*, *111*.

Visscher, L., Reijneveld S. A., Knot-Dickscheit J., van Yperen T. A., Scholte R. H. J., Delsing M. J. M. H., Evenboer K. E., & Jansen D. E. M. C. (2021). Toward tailored care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care. *Family Process*, *00*, 1–20.

Wallin, K. P. & Nevonon, L. (2007). Intensive Family Therapy: A Program Evaluation. *Journal of Family Psychotherapy*, *18*(2), 1-15. https://doi.org/10.1300/J085v18n02_01

Zajac, K., Randall, J. & Swenson, C.C. (2015). Multisystemic therapy for externalizing youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *24*(3), 601-616.