

Kwantitatief onderzoek naar het effect van Multisysteemtherapie in vergelijking met Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling op internaliserende problemen bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen in Nederland

Student: A.E. Helmantel (s3747883)

Begeleider: Mw. L. Visscher

2^o beoordelaar: dr. M. Warrens

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Bachelorwerkstuk Pedagogische Wetenschappen

Juni 2022

Abstract

Multisystemic Therapy (MST) and Intensive Family Treatment (IFT) are commonly used interventions for families with multiple problems (FMP) within the Netherlands. These interventions are mainly focused on the externalising problems of the child within FMP. Nevertheless, there is a high prevalence of internalising problems in these children. Yet, prior research is not clear about the effectiveness of these interventions on the internalising problems. This research aimed to investigate whether there is a difference in the effectiveness of MST compared to IFT on the internalising problems of the child within FMP, and the influence of gender as a moderator. A quasi-experimental study was performed with a sample of 385 participating families who completed self-report questionnaires that measured the child's internalising problems at the start, the end and three months after the intervention. Several one-way ANOVA tests revealed that there are no significant differences between the interventions. A two-way ANOVA test indicated that there is no moderated effect of gender on a child's internalising problems. This study provides useful insights for caregivers that, despite the internalising problems of the child within FMP, it does not matter if they implement MST or IAG. Moreover, the interventions should target more extensively on the internalising problems of the child within FMP to induce a change.

Multisysteemtherapie (MST) en Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) zijn veelgebruikte interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) in Nederland. Deze interventies richten zich voornamelijk op de externaliserende problemen van de jeugdigen in GMCP. Binnen GMCP is er echter ook een hoge prevalentie van internaliserende problemen bij deze jeugdigen. Bestaande literatuur geeft tot op heden geen eenduidig beeld van de effectiviteit van de interventies op de internaliserende problemen van de jeugdigen. Dit onderzoek richt zich op het verschil in effectiviteit van MST in vergelijking met IAG op de internaliserende problemen van jeugdigen binnen GMCP, en de invloed van geslacht als moderator. Een quasi-experimenteel onderzoek is uitgevoerd met een steekproef van 385 deelnemende gezinnen die vragenlijsten hebben ingevuld over de internaliserende problemen van de jeugdigen aan het begin, eind en drie maand na het einde van de interventie. Verschillende one-way ANOVA testen hebben geen significante verschillen gevonden tussen de interventies. Een two-way ANOVA test liet zien dat er geen modererend effect van de variabele geslacht bestaat op de internaliserende problemen van de jeugdige. Dit onderzoek draagt bij aan handige inzichten voor hulpverleners, omdat de resultaten indiceren

Annida Helmantel

S3747883

Bachelorwerkstuk

dat ongeacht de internaliserende problemen van de jeugdige het niet uitmaakt of de interventie

MST of IAG wordt ingezet.

Inleiding

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) zijn een complexe en diverse groep, die niet eenduidig te beschrijven is. Deze gezinnen kenmerken zich door een opeenstapeling van problemen op verschillende levensdomeinen die zich op hetzelfde moment voordoen (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019; Tausendfreund et al., 2016). Voorbeelden van deze problemen zijn opvoedproblemen, psycho-sociale problemen, socio-economische problemen en gedragsproblemen bij kinderen (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019; Tausendfreund et al., 2016). Naast gedragsproblemen komen internaliserende problemen (e.g. teruggetrokken, angstig/depressief) ook veel voor bij jeugdigen binnen GMCP (Bodden & Dekovic, 2016). Kinderen uit GMCP rapporteerden gemiddeld twee keer zo vaak internaliserende problematiek dan kinderen niet afkomstig uit GMCP (Bodden & Deković, 2016). Daarnaast is er ook vaak sprake van problematische contextuele factoren, zoals negatieve levensgebeurtenissen of een gebrek aan een sociaal netwerk (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019; Tausendfreund et al., 2016). Bovendien is de problematiek binnen GMCP meestal intergenerationeel van aard, waardoor de problematiek vaak nóg complexer is en het voor deze gezinnen lastiger wordt om de problematiek te doorbreken (Johnston & Hauser, 2008; Spratt, 2011). Door de veelvuldigheid aan problemen op verschillende levensgebieden beïnvloeden deze problemen elkaar negatief en wordt de problematiek complexer. GMCP hebben vaak een wantrouwende houding tegenover hulpverleners (Steege et al., 2020; Steketee et al., 2015). Deze houding komt meestal door de vele hulpverlening die het gezin al heeft gehad en de vaak negatieve ervaringen hiermee (Steege et al., 2020; Steketee et al., 2015).

Er zijn veel verschillende soorten interventies die worden aangeboden aan GMCP. Twee interventies die in Nederland veel worden ingezet bij GMCP zijn Multisysteemtherapie (MST) en Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG). Beide interventies worden ambulant ingezet bij het gezin thuis. Door het inzetten van hulp in de thuissituatie wordt het voor het gezin makkelijker om de vaardigheden die ze leren ook thuis toe te passen. Ambulante interventies geven de hulpverleners de mogelijkheid om het gezin te ondersteunen in het aanrijken van handvatten voor het dagelijkse leven (Van Assen et al., 2020). Doordat de interventies nauw inzetten op het dagelijks leven van GMCP wordt de relatie tussen hulpverlener en het gezin verbeterd (Van Assen et al., 2020).

MST is een interventie die ingezet wordt binnen GMCP met een duur van tussen de drie en vijf maanden (MST Nederland/België, 2021). Deze interventie wordt ingezet bij GMCP met kinderen in de leeftijdscategorie van 12 tot 18 jaar. MST bestaat uit een intensief

programma die zich sterk richt op het vergroten van het probleemoplossend vermogen en de veerkracht van het gezin door te werken aan de opvoedvaardigheden van ouders en het sociale netwerk (Deković et al., 2012). Het versterken van deze vaardigheden heeft als doel om een uithuisplaatsing te voorkomen. MST maakt gebruik van de ecologische systeemtheorie van Bronfenbrenner, die gedrag van het kind verklaart vanuit interacties met verschillende systemen om het kind heen; hierdoor richt MST zich niet alleen op het kind en het gezin, maar ook op de rest van de familie, school, vrienden en leeftijdsgenoten (Deković et al., 2012; MST Nederland/België, 2021).

IAG is een interventie met een duur van tussen de vijf en zeven maanden (Van Rooijen, 2020). Deze interventie wordt ingezet bij GMCP met kinderen in de leeftijdscategorie van 0 tot 23 jaar. IAG legt de focus op het verminderen van probleemgedrag van de jeugdige en het versterken van de opvoedvaardigheden van ouders. Het doel is om hierdoor opvoedingsstress van ouders te reduceren en een uithuisplaatsing te voorkomen. Daarnaast focust IAG zich op het belang van het opbouwen van een sociaal netwerk om het gezin heen. IAG maakt gebruik van doelgericht en planmatig werken (Van Rooijen, 2020).

Bestaande studies focussen zich vooral op het effect van MST en IAG op externaliserende problemen van de jeugdigen, maar er is niet veel bekend over het effect van deze interventies op internaliserende problemen van jeugdigen binnen GMCP (Evenboer et al., 2018; Veerman et al., 2005). In het artikel van Evenboer et al. (2018) worden verschillende onderzoeken naar de effectiviteit van interventies voor GMCP met elkaar vergeleken. Hierin valt op dat de effectgroottes voor het verminderen van internaliserende problemen bij IAG nogal verschillen, Cohen's d , voor internaliserende problemen varieerde tussen de $d = .11$ en $d = .71$. De onderzoeken uit deze meta-analyse zijn niet heel recent (2007 tot 2011) (Evenboer et al., 2018). Daarnaast liet een andere meta-analyse naar de effectiviteit van interventies voor GMCP helemaal geen effectgroottes van IAG zien op het verminderen van internaliserende problemen (Veerman et al., 2005). In deze meta-analyse werd het probleemgedrag van jeugdigen alleen opgenomen als externaliserende problemen, waardoor er geen kennis is over de effectiviteit van IAG op internaliserende problemen.

Uit verschillende meta-analyses van Van der Stouwe et al. (2014) en Evenboer et al. (2018) waarin de effectiviteit van MST werd onderzocht, is gebleken dat MST vooral wordt ingezet voor externaliserende problemen. MST blijkt hier effectief voor te zijn en de gevonden effecten van MST voor internaliserende problemen zijn erg klein (Evenboer et al., 2018; Van der Pol et al., 2017; Van Der Stouwe et al., 2014). Cohen's d voor internaliserende problemen varieerde binnen deze onderzoeken tussen $d = .10$ en $d = .76$. De grote variëteit aan

effectgroottes kan duiden op het verkeerd implementeren van de interventies, of op verschillende soorten effectonderzoek. Andere onderzoeken naar de effectiviteit van interventies voor GMCP nemen internaliserende en externaliserende problematiek van de jeugdige samen onder de noemer probleemgedrag (Veerman & Meyer, 2019). Hierdoor kan er geen onderscheid gemaakt worden in het effect van deze interventies op internaliserend probleemgedrag en op externaliserend probleemgedrag.

Daarnaast bestaat er een discrepantie in prevalentie van internaliserende en externaliserende problemen tussen jongens en meisjes: zo komen internaliserende problemen bij meisjes in de adolescentiefase veel meer voor dan bij jongens (Junger et al., 2003; Kovess-Masfety et al., 2020; Martel, 2013). Dit verschil tussen jongens en meisjes is echter niet gevonden voor jongere kinderen (Kovess-Masfety et al., 2020). Aangezien MST en IAG interventies zijn die zich niet specifiek richten op het verminderen van internaliserende problemen bij jeugdigen binnen GMCP, wat juist meer voorkomt bij meisjes, lijkt het dat deze interventies minder goed werken voor meisjes (Martel, 2013; MST Nederland/België, 2021; Van Rooijen, 2020). Op grond van de sterke verschillen in de typen problemen per geslacht, zou het kunnen betekenen dat de effectiviteit voor deze typen problemen binnen en tussen de interventies MST en IAG kan verschillen tussen jongens en meisjes. Evenals andere onderzoeken die concluderen dat de effectiviteit van interventies voor GMCP kan verschillen tussen subgroepen, waaronder geslacht (Austin et al., 2005; Bodden & Dekovic, 2016; Littell & Schuerman, 2002). Dit staat lijnrecht tegenover een andere meta-analyse die geen moderator effecten heeft gevonden van geslacht op de effectiviteit van MST (Van der Pol et al., 2017). Hieruit volgt dat de literatuur geen eenduidige resultaten bevat van geslacht als moderator voor de effectiviteit van interventies voor internaliserende problemen. Deze verschillen in effectiviteit zouden veroorzaakt kunnen zijn doordat de onderzoeken meer jongens dan meisjes bevatten en jongens gemiddeld meer externaliserende dan internaliserende problemen hebben (Van der Pol et al., 2017). Hoewel we weten dat meisjes over het algemeen sensitiever zijn voor de effecten van interventies dan jongens, is het onbekend of geslacht een modererend effect heeft op de effectiviteit van internaliserende problemen bij MST en IAG (Greenbaum et al., 2015).

Kortom, er is tot op heden weinig duidelijkheid over het effect van de interventies MST en IAG op het verminderen van internaliserende problemen bij jeugdigen in GMCP. Dit terwijl deze interventies wel veelvuldig worden ingezet bij GMCP waarvan we weten dat een groot deel van de jeugdigen kampt met internaliserende problemen. Het is daarom van belang om te weten wat deze interventies toevoegen aan het verminderen van deze problemen en de

effectiviteit in kaart te brengen. Hierom is het doel van dit onderzoek om inzicht te verkrijgen in het effect van deze twee interventies op het verminderen van internaliserende problemen. De onderzoeksvraag luidt als volgt: ‘Wat is het effect van MST op het verminderen van internaliserende problemen bij jeugdigen, in vergelijking met IAG?’ Daarnaast wordt er aandacht besteed aan het verschil tussen de subgroepen jongens en meisjes, wat leidt tot de volgende deelvraag: ‘Verschilt het effect van de interventies MST en IAG tussen jongens en meisjes?’

Methode

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek maakte gebruik van een bestaande dataset afkomstig uit een quasi-experimentele studie waarvan de data is verzameld door middel van vragenlijsten die zijn afgenomen tussen januari 2017 en april 2019 (Visscher et al., 2020; Visscher et al., 2021). De vragenlijsten zijn ingevuld door de hulpverleners binnen 26 jeugdzorgorganisaties die interventies voor GMCP hebben aangeboden (kind- en jeugdzorgwerkers, gezinscoaches en/of therapeuten) aan het begin (T0) en aan het eind van de interventie (T1). Daarnaast zijn de gezinnen zelf, die de interventies tussen januari 2017 en juli 2018 ontvingen, meegenomen in het onderzoek. De ouders/verzorgers binnen deze GMCP hebben vragenlijsten ingevuld op drie meetmomenten: aan het begin van de interventie (T0), het einde van de interventie (T1) en 3 maanden na het einde van de interventie (T2).

Populatie

Voor dit onderzoek zijn acht interventies geselecteerd op basis van een systematische review van 30 interventies voor GMCP (Evenboer, Reijneveld, & Jansen, 2018). In de Nederlandse context hebben deze acht interventies allemaal een gemiddelde effectgrootte van $d = .5$ op verschillende domeinen zoals opvoedstress en probleemgedrag van het kind. De acht interventies waren: Multisysteemtherapie (MST), Multi-dimensionele Familietherapie (MDFT), Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG), Families First (FF), Gezin Centraal (GC), Parent Management Training Oregon (PMTO), 10 voor Toekomst (10vT) en Triple P 4-5. Er zijn in totaal 47 jeugdzorgorganisaties benaderd in Nederland die ten minste een van de acht interventies binnen het onderzoek aanbieden. Hiervan waren 26 organisaties bereid mee te doen aan het onderzoek. Hulpverleners die een van de acht interventies uitvoerden zijn gevraagd om gezinnen te benaderen voor deelname aan het onderzoek. Om deel te kunnen nemen aan het onderzoek moesten deze gezinnen de vragenlijsten in het

Nederlands kunnen invullen en moest het kind tussen de 4 en 20 jaar oud zijn bij aanvang van de interventie. Uiteindelijk zijn er 499 gezinnen die deel hebben genomen aan het onderzoek. Deze studie richt zich specifiek op twee van de acht interventies, MST (N=143) en IAG (N=242).

Procedure

Voor de deelnemende jeugdzorgorganisaties is een kennismakingsbijeenkomst georganiseerd om de hulpverleners te informeren over het onderzoek. Vervolgens hebben deze hulpverleners tijdens het eerste bezoek bij de GMCP thuis, de gezinnen geïnformeerd over het onderzoek door middel van een informatiefolder of video. Daarna is geïnformeerde toestemming ontvangen van alle deelnemers van het onderzoek. Nadat de toestemmingsverklaring was ondertekend zijn de vragenlijsten direct opgestuurd naar de gezinnen met behulp van BergOp, een digitaal vragenlijststelsysteem. De vragenlijsten zijn aan het begin van de interventie (T0), het einde van de interventie (T1) en 3 maanden na het einde van de interventie (T2) toegestuurd aan de gezinnen.

Meetinstrumenten

Om de internaliserende problematiek van het kind te meten is gebruik gemaakt van de Child Behaviour Checklist (CBCL), ingevuld door de ouder, en de Youth Self Report (YSR), ingevuld door kinderen vanaf 12 jaar oud. Deze vragenlijsten zijn ingevuld op T0, T1 en T2. De CBCL bestaat uit 120 items over concrete problemen van jeugdigen (Achenbach & Rescorla, 2013). De ouders geven op een 3-punts-Likertschaal aan in hoeverre het item betrekking heeft op hun kind. Voorbeeldstellingen zijn *'het kind huilt veel'* en *'het kind is liever alleen dan met anderen'*. De antwoordmogelijkheden bestaan uit helemaal niet van toepassing (0), een beetje of soms van toepassing (1) en duidelijk of vaak van toepassing (2). Alle items vormen samen een score op het Totale Probleemgedrag. De items kunnen verdeeld worden over 8 schalen. Voor internaliserend gedrag gelden drie schalen, de schaal van angstig/depressief, teruggetrokken/depressief en lichamelijke klachten. De overige vijf schalen gelden voor externaliserend gedrag. De scores worden uiteindelijk genormeerd, de normeringen verschillen per leeftijdsgroep (6-11 jaar en 12-18 jaar) en per geslacht (jongen/meisje). De ruwe scores op de CBCL zijn omgezet in T-scores. Dit zijn gestandaardiseerde scores die de positie van een individu in de normgroep weergeven. Een hogere T-score geeft aan dat er meer internaliserende problemen bij de jeugdige spelen. De interne consistentie en hertest-betrouwbaarheid van alle schalen van de CBCL variëren in de

internationale context van redelijk goed tot zeer goed (Brooks & Kutcher, 2003). In Nederland is de betrouwbaarheid nog onvoldoende gemeten (Verhulst & Van der Ende, 2013). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gemiddeld voor vaders en moeders. Criterium-, inhouds- en begripsvaliditeit is voor de CBCL voldoende bewezen (Achenbach & Recorlia, 2013; Brooks & Kutcher, 2003; Evers et al., 2000; Kelly & Hall, 2009; Verhulst & Van der Ende, 2013).

De YSR bestaat uit 112 vragen over emotionele en gedragsproblemen en bevat soortgelijke items als de CBCL (Achenbach & Recorlia, 2013). De jeugdige geeft aan in hoeverre een stelling betrekking op hem of haar heeft op een 3-punts-Likertschaal met de antwoordmogelijkheden van helemaal niet (0), een beetje/soms (1) of duidelijk/vaak (2). Bij de YSR wordt voor het berekenen van de scores dezelfde schalen gebruikt als bij de CBCL, waarbij de eerste drie schalen betrekking hebben op internaliserend gedrag. De ruwe scores zijn omgezet in T-scores, waarbij een hogere T-score duidt op meer internaliserende problemen. De interne consistentie en hertest-betrouwbaarheid variëren voor alle schalen van de YSR tussen redelijk goed en zeer goed in de internationale context (Brooks & Kutcher, 2003). In Nederland is er nog onvoldoende bewijs voor een voldoende betrouwbaarheid (Verhulst & Van der Ende, 2013). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen jongeren, ouders en leerkrachten is laag tot zeer laag. Criterium-, inhouds- en begripsvaliditeit is voor de YSR voldoende bewezen (Achenbach & Recorlia, 2013; Brooks & Kutcher, 2003; Evers et al., 2000; Verhulst & Van der Ende, 2013).

Data-analyse

Voor de data-analyse is de T-score voor internaliserende problematiek gebruikt en de categorische variabelen van ontvangen interventie (MST/IAG) en geslacht (meisje/jongen). Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn er eerst beschrijvende analyses (frequenties, centrummaten en spreidingsmaten) gedaan voor het beschrijven van de steekproef en om te kijken naar de mate van internaliserende problematiek van jeugdigen binnen GMCP op de verschillende meetmomenten (T0, T1, T2) die MST en IAG hebben ontvangen. Met behulp van one-way ANOVA's met de verschilcores T1-T0 als afhankelijke variabele voor zowel de CBCL als de YSR en met de onafhankelijke variabele van interventie, is gekeken of er significante verschillen bestaan tussen de gemiddelden van de groepen MST en IAG tussen de start en het einde van de interventie. Om te kijken naar de verschillen in gemiddelden tussen de start en drie maanden na het einde van de interventie is een one-way ANOVA uitgevoerd met de verschilcores T2-T0 als afhankelijke variabele voor

zowel de CBCL als de YSR en de interventie als onafhankelijke variabele. Er is een two-way ANOVA met de interactievariabele van geslacht en interventie uitgevoerd om te kijken naar verschillen op de categorische variabele van geslacht binnen de groepen MST en IAG.

Voorafgaand aan het uitvoeren van de ANOVA's in SPSS zijn de assumpties van normaliteit, homogeniteit, onafhankelijkheid van de variabelen en intervaldata gecheckt. In dit onderzoek zijn p -waarden van $p < 0.05$ als significant beschouwd.

Resultaten

Beschrijving steekproef

De totale steekproef ($N=385$) bestaat uit 234 jongens en 151 meisjes. De leeftijd van de jeugdigen die deelnamen in het onderzoek ligt tussen de 4 en 20 jaar met een gemiddelde van 12 jaar en 1 maand. In de groep MST ($N=143$) is de gemiddelde leeftijd 15 jaar en 0 maanden ($SD=1.41$). Deze groep bestaat uit 61,5% jongens ($N=88$) en 38,5% meisjes ($N=55$). In de groep IAG ($N=242$) is de gemiddelde leeftijd van de jeugdigen 10 jaar en 5 maanden ($SD=3.74$). Deze groep bestaat uit 60,3% jongens ($N=146$) en 39,7% meisjes ($N=96$).

In Tabel 1 zijn de centrummaten en de spreidingsmaten af te lezen van de variabelen van de totaalscore op internaliserende problemen volgens ouders en de totaalscore op internaliserende problemen volgens jeugdige op de drie meetmomenten (T0, T1, T2). De verandering in internaliserende problemen tussen start en eind van de interventie is berekend met de verschilcores van de totaalscores van de CBCL en YSR (T1-T0). De verandering in internaliserende problemen tussen start en drie maanden na het eind van de interventie is berekend met de verschilcores van de totaalscores van de CBCL en YSR (T2-T0). Het aantal respondenten waarvan de verschilscore (T1-T0) is berekend van de CBCL bestond uiteindelijk uit $N=151$, het aantal respondenten voor de verschilscore (T2-T0) bestond uit $N=47$. Ouders zijn oververtegenwoordigd in de steekproef, omdat zij veel vaker de CBCL hebben ingevuld dan dat de jeugdigen de YSR hebben ingevuld. Het aantal respondenten waarvan uiteindelijk de verschilscore (T1-T0) is berekend van de YSR bestond uiteindelijk uit $N=58$. Voor het berekenen van de verschilscore (T2-T0) van de YSR zijn er $N=9$ respondenten. In Tabel 2 worden de centrummaten en spreidingsmaten van de verschilcores weergegeven. De verschilscore op internaliserende problemen volgens jeugdige tussen de start en drie maanden na het einde van de interventie is positief ($\mu=8.22$). De verschilscore volgens ouders tussen start en drie maanden na de interventie is negatief ($\mu=-7.96$). In Tabel 3 zijn de verschilcores per interventie af te lezen. Hieruit blijkt dat de toename in

internaliserende problemen volgens de jeugdige tussen T0 en T2 voornamelijk voortkomt bij de interventie IAG ($\mu=16.50$), en niet bij MST ($\mu=1.60$).

Tabel 1

Beschrijvende statistiek van de mate van internaliserende problemen per interventie (N = 385)

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i> ²
IAG	Internaliserende problemen volgens ouder (T0)	125	62.54	9.821	96.44
	Internaliserende problemen volgens ouder (T1)	80	56.49	10.954	120.00
	Internaliserende problemen volgens ouder (T2)	51	57.82	12.104	146.51
	Internaliserende problemen volgens jeugdige (T0)	43	53.93	11.734	137.69
	Internaliserende problemen volgens jeugdige (T1)	19	51.95	14.493	210.05
	Internaliserende problemen volgens jeugdige (T2)	11	59.73	16.242	263.82
MST	Internaliserende problemen volgens ouders (T0)	120	63.18	10.037	100.75
	Internaliserende problemen volgens ouders (T1)	82	59.78	10.341	106.94
	Internaliserende problemen volgens ouders (T2)	25	54.24	12.823	164.44
	Internaliserende problemen volgens jeugdige (T0)	74	54.91	11.989	143.73
	Internaliserende problemen volgens jeugdige (T1)	48	50.19	12.611	159.05

Internaliserende problemen volgens jeugdige (T2)	10	49.80	11.802	139.28
--	----	-------	--------	--------

Tabel 2

Centrummaten en spreidingsmaten van de verschilcores

	<i>N</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i> ²
Vershilscore op internaliserende problemen volgens ouders (T1-T0)	151	-36.00-15.00	-5.23	8.89	79.24
Vershilscore op internaliserende problemen volgens jeugdige (T1-T0)	58	-31.00-18.00	-4.29	9.04	81.69
Vershilscore op internaliserende problemen volgens ouders (T2-T0)	47	-37.00-27.00	-7.96	15.68	245.98
Vershilscore op internaliserende problemen volgens jeugdige (T2-T0)	9	-21.00-30.00	8.22	16.94	286.94

Tabel 3

Centrummaten en spreidingsmaten van de verschilcores per interventie

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i> ²
IAG	Vershilscore op internaliserende problemen volgens ouders (T1-T0)	73	-6.00	9.10	82.81
	Vershilscore op internaliserende problemen volgens jeugdige (T1-T0)	18	-3.00	9.63	92.82
	Vershilscore op internaliserende problemen volgens ouders (T2-T0)	24	-6.79	14.88	221.48
	Vershilscore op internaliserende problemen volgens jeugdige (T2-T0)	4	16.50	12.87	165.67
MST	Vershilscore op internaliserende	78	-4.50	8.78	75.84

problemen volgens ouders (T1-T0)				
Verschilscore op internaliserende problemen volgens jeugdige (T1-T0)	40	-4.88	8.82	77.80
Verschilscore op internaliserende problemen volgens ouders (T2-T0)	23	-9.17	16.72	279.70
Verschilscore op internaliserende problemen volgens ouders (T2-T0)	5	1.60	18.06	326.30

Assumpties

Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag zijn vier ANOVA's uitgevoerd. Om een ANOVA uit te kunnen voeren moet aan verschillende assumpties worden voldaan. De eerste assumptie is de normale verdeling van de afhankelijke variabelen. In Grafiek 1 en 2 zijn de verdelingen van de afhankelijke variabelen verschilcores internaliserende problemen volgens ouders (T1-T0 en T2-T0) weergegeven. De scores zijn redelijk normaal verdeeld, waardoor deze assumptie opgaat voor de verschilcores volgens ouders. In Grafiek 3 is de verdelingen van de afhankelijke variabele verschilscore internaliserende problemen volgens jeugdigen (T1-T0) weergegeven. De scores zijn redelijk normaal verdeeld, waardoor de eerste assumptie opgaat voor de verschilscore internaliserende problemen volgens jeugdigen (T1-T0). De data in Grafiek 4 bestaat uit 9 waarnemingen, waardoor er geen normale verdeling zichtbaar is. De assumptie gaat dus niet op voor de verschilscore internaliserende problemen volgens jeugdige (T2-T0).

De tweede assumptie is dat de afhankelijke variabele een continue variabele is en dat de onafhankelijke variabele(n) categorisch zijn. De verschilcores zijn continue variabelen en geslacht en interventie zijn categorische variabelen, waardoor aan deze assumptie wordt voldaan.

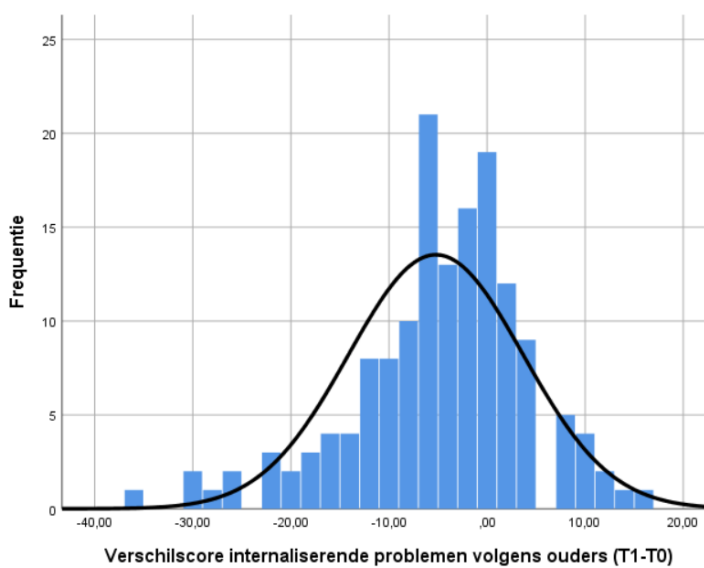
Volgens de derde assumptie van homogeniteit in de data zijn de varianties van de groepen in de afhankelijke variabelen gelijk. De varianties zijn berekend met de Levene's F statistic. Voor de verschilscore internaliserende problemen volgens ouders (T1-T0) geldt $F(1, 149) = .453, p > 0.05$. Voor de verschilscore internaliserende problemen volgens ouders (T2-T0) geldt $F(1, 45) = .201, p > 0.05$. Voor de verschilscore internaliserende problemen volgens

jeugdigen (T1-T0) geldt $F(1, 56) = .558, p > 0.05$. Voor de verschilscore internaliserende problemen volgens jeugdigen (T2-T0) geldt $F(1, 7) = .698, p > 0.05$. Doordat voor alle verschilscores de Levene's F statistic niet significant is, wordt voldaan aan deze assumptie.

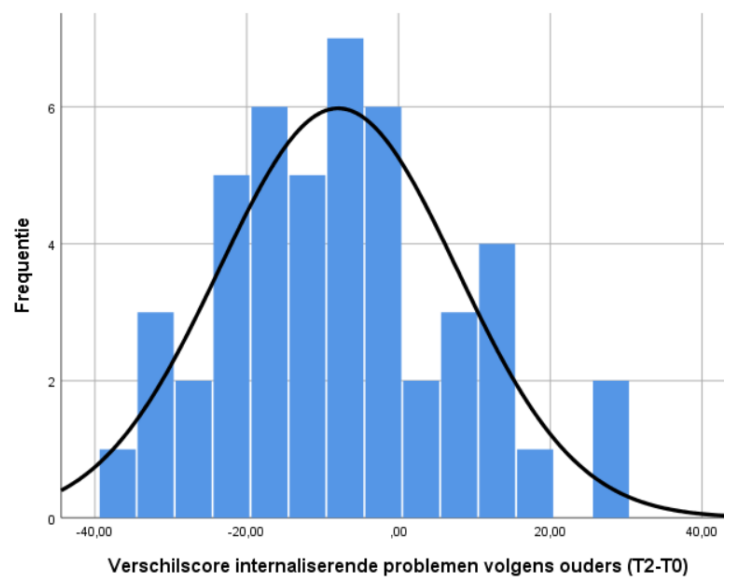
De vierde assumptie is de assumptie van onafhankelijkheid van de data. Er kan vanuit worden gegaan dat aan deze assumptie wordt voldaan, omdat de CBCL- en YSR-vragenlijsten door de deelnemers apart en onafhankelijk van elkaar zijn ingevuld.

Figuur 1

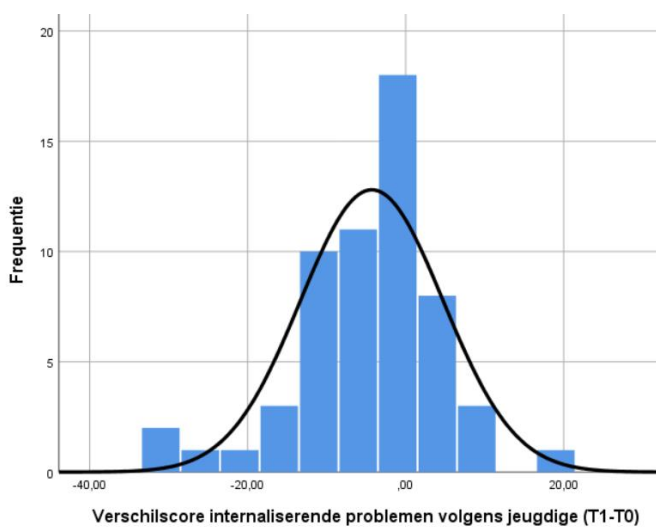
Normaalverdelingen van de vier verschilscores



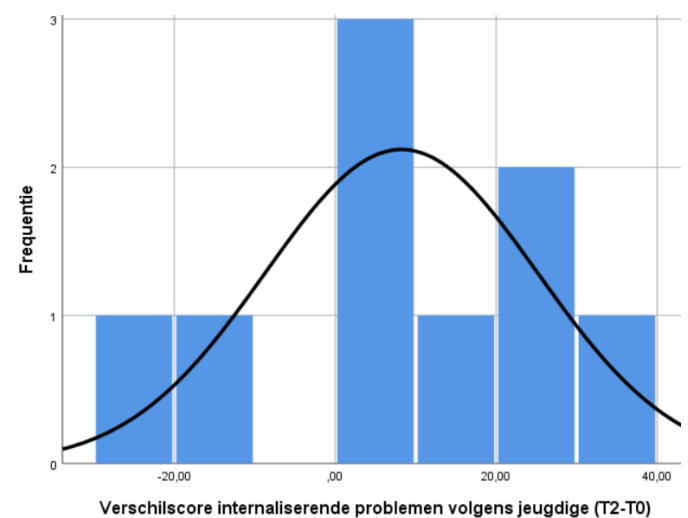
Figuur 1A: de normaalverdeling van de verschilscore van internaliserende problemen volgens ouders (T1-T0)



Figuur 1B: de normaalverdeling van de verschilscore van internaliserende problemen volgens ouders (T2-T0)



Figuur 1C: de normaalverdeling van de verschilscore van internaliserende problemen volgens jeugdige (T1-T0)



Figuur 1D: de normaalverdeling van de verschilscore van internaliserende problemen volgens jeugdige (T2-T0)

Effect van de interventies op internaliserende problemen

Op basis van de analyses met de verschillcores als afhankelijke variabelen en de interventies MST en IAG als onafhankelijke variabelen zijn geen significante verschillen gevonden in de verandering in internaliserende problemen tussen de interventies vanaf de start tot het einde van de interventie volgens ouders $F(1, 149) = 1.071, p > 0.05, \eta^2_p = .007$, en ook volgens jeugdigen $F(1, 56) = .530, p > 0.05, \eta^2_p = .009$. Er is ook geen significant verschil gevonden in internaliserende problemen tussen de interventies vanaf de start en drie maanden na het einde van de interventies volgens ouders $F(1, 45) = .267, p > 0.05, \eta^2_p = .006$, ook niet volgens jeugdigen $F(1, 7) = 1.916, p > 0.05, \eta^2_p = .215$.

Verskil in effect van de interventies op internaliserende problemen tussen jongens en meisjes

In Tabel 3 zijn de analyses met de verschillcore als afhankelijke variabelen en de interactieterm tussen interventie en geslacht als onafhankelijke variabele weergegeven. Hieruit blijkt geen significant verschil in de verandering in internaliserende problemen per geslacht tussen de interventies, zowel volgens ouders als volgens jeugdigen.

Tabel 3

Resultaten van de two-way ANOVA's naar het effect van de interactie tussen interventie en geslacht

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Interventie*geslacht bij T1-T0 volgens ouders	1	3.720	.056	.025
Interventie*geslacht bij T2-T0 volgens ouders	1	.334	.567	.008
Interventie*geslacht bij T1-T0 volgens jeugdige	1	.272	.604	.005
Interventie*geslacht bij T2-T0 volgens jeugdige	0	-	-	-

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in het effect van MST in vergelijking met IAG op het verminderen van internaliserende problemen binnen GMCP. Uit de analyses zijn er geen significante verschillen gebleken in de verandering in internaliserende problemen tussen MST en IAG bij zowel de rapportages door ouders als de rapportages door jeugdigen. Daarnaast zijn er geen significante verschillen gevonden voor het moderator effect van geslacht op interventie voor de verandering in internaliserende problemen.

Er is geen verschil in verandering van internaliserende problemen gevonden tussen MST en IAG. Deze bevinding komt overeen met eerder onderzoek wat tot op heden geen eenduidig beeld heeft opgeleverd over welke van de twee interventies het meest effectief is voor het verminderen van internaliserende problemen van de jeugdige in GMCP (Evenboer et al., 2018; Van der Stouwe, 2014; Veerman et al., 2005). Deze meta-analyses hebben aangetoond dat er veel variatie heerst in effectgroottes van MST en IAG tussen en binnen verschillende studies, berekend bij zowel rapportage door ouders als door jeugdigen.

Eerder onderzoek heeft zich echter nog niet specifiek gericht op het vergelijken van MST en IAG. Dit onderzoek heeft de effectiviteit voor de verandering in internaliserende problemen van de twee interventies met elkaar vergeleken, wat dus een waardevolle toevoeging is aan de huidige literatuur. Doordat er geen significante verschillen zijn gevonden, betekent het dat op basis van effectiviteit het niet uitmaakt welke van de twee interventies wordt uitgevoerd binnen GMCP als er sprake is van internaliserende problemen. Een mogelijke verklaring voor het niet gevonden significante verschil in effectiviteit kan zijn dat MST en IAG zich niet richten op internaliserende problemen, maar voornamelijk op het verminderen van externaliserende problemen en het voorkomen van een uithuisplaatsing (MST Nederland/België, 2021; Van Rooijen, 2020).

In contrast met bovenstaande alinea, is bij de beschrijvende analyses wel een verschil in verandering in internaliserende problemen gevonden tussen MST en IAG. Dit verschil is echter niet significant. Drie maanden na de interventie rapporteerden jeugdigen die IAG hebben ontvangen gemiddeld een stijging in internaliserende problemen ten opzichte van de internaliserende problemen die zij gerapporteerd hebben aan het begin van de interventie. Deze stijging is niet gevonden bij jeugdigen die MST hebben ontvangen. Doordat het verschil niet significant is, kan het zijn dat deze bevinding berust op toeval.

Bovendien is er geen verschil in verandering van internaliserende problemen tussen jongens en meisjes gevonden bij zowel MST als IAG. Deze bevinding komt overeen met verschillende onderzoeken die geen modererend effect hebben gevonden van de variabele

geslacht bij deze twee interventies (Greenbaum et al., 2015; Van der Pol et al., 2017). Andere onderzoeken die wel een modererend effect van geslacht hebben gevonden, hebben zich niet specifiek gericht op internaliserende problemen of een van de twee interventies (Austin et al., 2005; Bodden & Dekovic, 2016; Littell & Schuerman, 2002). Een mogelijke verklaring voor het niet gevonden modererend effect van geslacht tussen MST en IAG kan zijn dat de groepen in beide interventies rond de 60% jongens en 40% meisjes bevatte en deze verdeling invloed heeft op de verandering in internaliserende problemen per interventie. De groepen zijn evenwijdig verdeeld waarbij de jongens bij beide interventies oververtegenwoordigd waren. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat meisjes meer internaliserende problemen hebben en dat ze sensitiever reageren op interventies, dit onderzoek bevestigt dat beeld niet (Greenbaum et al., 2015; Kovess-Masfety et al., 2020). Daarnaast is het mogelijk dat er geen verschil is gevonden tussen jongens en meisjes in internaliserende problemen, omdat de interventie zich ook niet richt op dit type problemen, waarbij het geslacht geen rol speelt (MST Nederland/België, 2021; Van Rooijen, 2020). Deze bevindingen betekenen dat het niet uitmaakt welke interventie (MST of IAG) wordt ingezet bij een gezin waarbij er sprake is van internaliserende problemen bij de jeugdige als er gekeken wordt naar het geslacht van de jeugdige.

Dit onderzoek is een waardevolle toevoeging aan de literatuur, omdat MST en IAG nog nooit eerder met elkaar zijn vergeleken op basis van het effect op internaliserende problemen. Dit onderzoek kent een aantal sterke kanten. Allereerst is de data afkomstig van hulpverleningsorganisaties verspreid door heel Nederland, wat leidt tot een grote generaliseerbaarheid van de resultaten binnen Nederland. Daarnaast zijn in het onderzoek vragenlijsten meegenomen die ingevuld zijn door zowel ouders als jeugdigen, wat de internaliserende problematiek van de jeugdige binnen het gezin beter in kaart heeft gebracht dan wanneer één bron van informatie gebruikt zou zijn.

Het onderzoek kent echter ook een aantal beperkingen. Ten eerste maakte het onderzoek gebruik van zelfrapportagevragenlijsten. Bij dit soort vragenlijsten bestaat een kans dat de respondenten sociaal wenselijk antwoorden. Daarnaast wordt met alleen deze vragenlijsten niet voldoende informatie verzameld over de internaliserende problematiek die bij de jeugdigen speelt. Veel jeugdigen hebben de vragenlijsten op het T2 meetmoment niet ingevuld, wat resulteerde in een kleine steekproefgrootte van T2. Ook wordt de YSR ingevuld door jeugdigen vanaf 12 jaar. De gemiddelde leeftijd van de jeugdigen in dit onderzoek van IAG lag hieronder. Dit maakt het moeilijk het daadwerkelijke verschil in internaliserende problemen door jeugdigen tussen T0 en T2 in kaart te brengen, omdat een groot deel van de

jeugdigen door de minimale leeftijd van de YSR niet heeft meegedaan aan het onderzoek. Dit kan betekenen dat de mate van internaliserende problemen, en het effect van de interventie op het afnemen van deze problemen anders zou zijn bij een grotere steekproef waarbij de visie van jeugdigen in een bredere range in leeftijd wordt meegenomen. Ten tweede is een limitatie dat de gemiddelde leeftijd van de groepen MST en IAG bijna viereneenhalf jaar van elkaar verschilt. Het verschil in gemiddelde leeftijd maakt het lastiger om met elkaar te vergelijken, omdat de prevalentie van internaliserende problemen bij jeugdigen per leeftijd anders is (Kovess-Masfety et al., 2020).

Om meer zicht te krijgen op het verschil in effect van de interventies, is het aanbevolen om meer onderzoek te doen waarbij MST en IAG met elkaar worden vergeleken. Een eerste suggestie voor vervolgonderzoek is om te kijken naar de ervaringen van de jeugdigen zelf die een van de twee interventies hebben ontvangen. Op basis van kwalitatief onderzoek door middel van interviews kan in kaart worden gebracht hoe jeugdigen met internaliserende problemen de interventie hebben ervaren en hoe de interventie invloed heeft gehad op de verandering in hun problemen. Een tweede suggestie is dat er meer onderzoek wordt gedaan naar het modererend effect van leeftijd. Op basis hiervan kan worden bepaald of het relevant is interventies met elkaar te vergelijken waarbij de gemiddelde leeftijd per interventie verschilt, zoals in dit onderzoek. Daarnaast wordt MST ingezet bij jeugdigen van 12 tot 18 jaar en IAG bij jeugdigen van 0 tot 23 jaar (MST Nederland/België, 2021; Van Rooijen, 2020), het verschil in leeftijd kan een verandering in de mate van internaliserende problemen tussen jongens en meisjes verklaren (Kovess-Masfety et al., 2020; Martel, 2013). Hierom is het ook relevant om de interactie van leeftijd en geslacht mee te nemen in vervolgonderzoek. Ten derde is de populatie jeugdigen binnen dit onderzoek erg klein. Een grotere steekproef kan de effectiviteit van de interventies op internaliserende problemen volgens jeugdigen beter in kaart brengen. Daarnaast kan op deze manier worden onderzocht of het verschil gevonden bij de beschrijvende analyses (een toename van internaliserende problemen bij jeugdigen drie maanden na het einde van de interventie) op toeval berust, of dat dit ook geldt voor een grotere steekproef.

Er kunnen op basis van huidig onderzoek ook verschillende aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk. Hulpverleners kunnen op grond van de internaliserende problemen bij jeugdigen binnen GMCP het gezin naar zowel MST als IAG doorsturen, echter is het meer vervolgonderzoek nodig om met zekerheid te kunnen zeggen dat het niet uitmaakt welke interventie dan in wordt gezet. Daarnaast is het relevant dat professionals tijdens de interventie meer inzetten op de internaliserende problemen die spelen bij de jeugdige, op deze

manier kan de effectiviteit van de interventies op internaliserende problemen worden vergroot.

Deze studie laat zien dat er geen significante verschillen zijn gevonden in de effectiviteit van MST vergeleken met IAG in de verandering van internaliserende problemen van jeugdigen in GMCP. Ook zijn er geen significante verschillen gevonden op de verandering in internaliserende problemen tussen jongens en meisjes. De resultaten impliceren dat het niet uitmaakt voor het behandelen van internaliserende problemen welke interventie er wordt aangeboden aan GMCP. Vervolgonderzoek zou zich vooral moeten richten op de ervaringen van de jeugdigen zelf om het effect van de interventies op internaliserende problemen kwalitatief in kaart te brengen. Daarnaast is het voor vervolgonderzoek relevant gebruik te maken van een grotere steekproef en hierbij te kijken naar het moderator effect van leeftijd.

Referenties

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (16 mei 2022). COTAN beoordeling 2013, ASEBA Vragenlijsten, CBCL/6-18, YSR & TRF. Bekeken via www.cotandocumentatie.nl
- Austin, A. M., Macgowan, M. J., & Wagner, E. F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research on Social Work Practice, 15*(2), 67–83.
<https://doi.org/10.1177/1049731504271606>
- 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>
- Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2003). Diagnosis and measurement of anxiety disorder in adolescents: A review of commonly used instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13*(3), 351–400. <https://doi.org/10.1089/104454603322572688>
- Deković, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J. & Van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during Multisystemic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 574-587.
<https://doi.org/10.1037/a0028482>
- Evenboer, K., Reijneveld, S., & Jansen, D. (2018). Improving care for multi-problem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review, 88*, 274–285. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.024>
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J. C., & Groot, C. J. (2000). Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Koninklijke Van Gorcum BV.
- Greenbaum, P. E., Wang, W., Henderson, C. E., Kan, L., Hall, K., Dakof, G. A., & Liddle, H. A. (2015). Gender and ethnicity as moderators: Integrative data analysis of multidimensional family therapy randomized clinical trials. *Journal of Family Psychology, 29*(6), 919–930. <https://doi.org/10.1037/fam0000127>
- Junger, M., Mesman, J., & Meeus, W. (2003). *Psychosociale problemen bij adolescenten: Prevalentie, risicofactoren en preventie*. Den Haag: Ministerie van WVS.
- Kelly, S., & Hall, L. (2009). Measuring anxiety in adolescents exposed to community violence: A review, comparison, and analysis of three measures. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(1), 28–38. <https://doi.org/10.3109/01612840903200027>
- Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* (1ste editie). Lemniscaat.

- Kovess-Masfety, V., Woodward, M. J., Keyes, K., Bitfoi, A., Carta, M. G., Koç, C., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Otten, R., & Husky, M. (2020). Gender, the gender gap, and their interaction; analysis of relationships with children's mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(6), 1049–1057. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01950-5>
- Littell, J. H., & Schuerman, J. R. (2002). What works best for whom? A closer look at intensive family preservation services. *Children and Youth Services Review*, 24(9–10), 673–699. [https://doi.org/10.1016/s0190-7409\(02\)00224-4](https://doi.org/10.1016/s0190-7409(02)00224-4)
- Martel, M. M. (2013). Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1221–1259. <https://doi.org/10.1037/a0032247>
- MST-Nederland/België (2021). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving Multisysteem Therapie (MST)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload op 24 mei 2022, van www.justitieinterventies.nl.
- Spratt, T. (2011). Families with multiple problems: Some challenges in identifying and providing services to those experiencing adversities across the life course. *Journal of Social Work*, 11(4), 343–357. <https://doi.org/10.1177/1468017310379256>
- Steketee, M., Jansma, A. & Gilsing, R. (2015). Wat werkt bij multi-probleemgezinnen? Ervaringen uit Rotterdam. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. Gedownload op 13 maart 2022, van <https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/wat-werkt-bij-multiprobleemgezinnen-ervaringen-uit-rotterdam/>
- 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. A., Knot-Dickscheit, J., Post, W. J. W., & Grietens, H. 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 der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J., Doreleijers, T. A., Van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. (2017). Research review: The effectiveness of Multidimensional Family Therapy in treating adolescents with multiple behaviour problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532–545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>

- Van der Steege, M., de Veld, D & Zoon, M., (2020). Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, BPSW, NIP en NVO.
- Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & Van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 468–481. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006>
- Van Rooijen, K. (2020). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 24 mei 2022, van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Veerman, J.W. & Meyer, R.E. de (2019). *Meer zicht op effectiviteit IAG. Analyse van uitkomsten 2009-2019*. Nijmegen: Praktikon.
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25(3), 176-196.
- Verhulst, F.C., & Van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA-Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar: CBCL/6-18, YSR en TRF*. Rotterdam: ASEBA Nederland.
- Visscher, L., Evenboer, K., Scholte, R., Van Yperen, T., Knot-Dickscheit, J., Jansen, D., & Reijneveld, S. (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, 104856. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104856>
- Visscher, L., Reijneveld, S. A., Knot-Dickscheit, J., Yperen, T. A., Scholte, R. H., Delsing, M. J., Evenboer, K. E., & Jansen, D. E. (2021). Toward tailored care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12745>