

Invloed van non-specifieke factoren op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent teweegebracht met MST.

Master's thesis

Universiteit Utrecht

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Naam: Hasse (H.) van Bekhoven

Studentnummer: 5982545

Begeleider: Esther Mertens

Tweede beoordelaar: Helen Vossen

Inleverdatum: 25 mei 2018

Aantal woorden: 4496

### Abstract

This research focused on the influence of non-specific factors on the change in adolescent externalizing problem behavior brought by MultiSystemic Therapy (MST). The expectations about the intervention and relationship with the therapist reported by parents were examined as possible moderators on the change in externalizing problem behavior of the adolescent after MST. The participants in the study were 147 adolescents (70.8% boys and 29.2% girls) between the ages of 12 and 18 ( $M = 15.34$ ,  $SD = 1.42$ ) and one of their parents (90.2% mother and 9.8% father). Externalizing problem behavior was measured using a separate questionnaire for the adolescent and the parent during the pre- and post-test, the parents' expectations about the intervention were measured using a questionnaire prior to the treatment with MST and the relationship between the parent and therapist is afterwards of MST measured using a questionnaire. No main effects and interaction effects were found. The expectations about the intervention of the parent and the relationship between the parent and therapist were not moderating factors in the post-test of externalizing problem behavior of the adolescent. In order to gain more insight into which non-specific factors influence the treatment result at MST, the influence of non-specific factors on the secondary outcomes of MST and other potentially influential non-specific factors must also be considered. In order to gain insight into the effectiveness of MST, it is advisable to repeat current research with the control group included.

### Samenvatting

Dit onderzoek heeft zich gericht op de invloed van non-specifieke factoren op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent teweeggebracht met Multi Systeem Therapie (MST). De verwachtingen over de interventie en relatie met de therapeut gerapporteerd door ouders zijn onderzocht als mogelijke moderatoren op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent na MST. De participanten in het onderzoek waren 147 adolescenten (70,8% jongens en 29,2% meisjes) in de leeftijd van 12 tot 18 jaar ( $M = 15,34$ ,  $SD = 1,42$ ) en één van hun ouders (90,2% moeder en 9,8% vader). Externaliserend probleemgedrag is middels een afzonderlijke vragenlijst voor de adolescent en de ouder tijdens de voor- en nameting gemeten, de verwachtingen van ouders over de interventie is voorafgaand aan MST gemeten middels een vragenlijst en de relatie tussen de ouder en therapeut is na afloop van MST gemeten middels een vragenlijst. Er waren geen hoofdeffecten en interactie-effecten gevonden. De verwachtingen over de interventie van de ouder en de relatie tussen de ouder en therapeut waren geen modererende factoren op de nameting van externaliserend probleemgedrag van de adolescent. Om meer inzicht te krijgen in welke non-specifieke factoren bij MST invloed hebben op het behandelresultaat zal er ook gekeken moeten worden naar de invloed van non-specifieke factoren op de secundaire uitkomsten van MST en naar ander mogelijk invloedhebbende non-specifieke factoren. Om tevens inzicht te krijgen in de effectiviteit van MST is het raadzaam om huidig onderzoek te herhalen met de controlegroep erbij.

Invloed van non-specifieke factoren op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent teweegebracht met MST.

Gedragsproblemen kunnen verschillende vormen aannemen, zoals oppositioneel gedrag, agressief gedrag en antisociaal gedrag (Matthys, 2011). Deze gedragingen zijn te definiëren als naar buiten gericht probleemgedrag, wat externaliserend probleemgedrag wordt genoemd (Kutcher et al., 2004). Externaliserend gedrag is belemmerend voor de ontwikkeling van een adolescent. Het kan leiden tot problemen op school en vermindering van sociale contacten (Van der Ploeg, 2007). Naast een negatieve impact op de adolescent zelf, leidt de samenleving ook materiële en immateriële ‘schade’, zoals: Herstelkosten van vernielingen, overlastervaring, kosten hulpverlening en gezondheidszorg (Van der Ploeg & Ferwerda, 1998). Daarom is het belangrijk dat er interventies zijn om dit externaliserend probleemgedrag te verminderen (Nji, z.d.).

Multi Systeem Therapie (MST) is een intensieve, ambulante en systeemgerichte behandeling voor adolescenten van 12 tot 18 jaar en heeft als doel het externaliserend probleemgedrag te verminderen (Henggeler, 2011). De behandeling duurt ongeveer vier tot zes maanden en de intensiteit van de behandeling wordt aangepast aan de behoeften van het gezin, waarbij de therapeuten 24 uur per dag zeven dagen per week beschikbaar zijn (Henggeler, 2011). MST is gebaseerd op het Sociaal Ecologisch Model waarbij er vanuit wordt gegaan dat leden van een systeem elkaars gedrag voortdurend beïnvloeden en dit zich uitwerkt op de ontwikkeling van een individu (Bronfenbrenner, 1979). Systemen lopen uiteen van dicht bij het kind en van directe invloed (gezin, vriendengroep, school) tot verder van het kind af en van indirecte invloed (werk van ouders, woonwijk) (Bronfenbrenner, 1979). MST richt zich op deze systemen, waarbij de nadruk ligt op systemen die dicht bij het kind liggen en de adolescent direct beïnvloeden (Nji, z.d.).

Er zijn diverse onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van MST. Verschillende studies in Amerika laten positieve uitkomsten zien, zoals: Afname van probleemgedrag, afname van omgang met antisociale vrienden, afname van uithuisplaatsingen, afname van recidive, afname van psychiatrische symptomen, toename van vriendschappen en toename betere familierelaties (Borduin et al., 1995; Henggeler et al., 1991; Henggeler, Melton, Brondino, Sherer & Hanley, 1997; Henggeler, Melton & Smith, 1992). Ook in Nederland zijn er diverse studies naar de effectiviteit van MST verricht. Zo blijkt uit onderzoek dat MST een positief effect heeft op recidive, uithuisplaatsingen, schoolafwezigheid, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met anti sociale vrienden en dat MST in vergelijking met

gebruikelijke zorg (Treatment as Usual; TAU) op het gevoel van competentie van de ouder, positieve disciplinerend, kwaliteit van de ouder-kind relatie en externaliserend probleemgedrag tot betere uitkomsten leidt (Boonstra, Jonkman, Soeteman & Busschbach, 2009; Dekovic, Asscher, Manders, Prins, & Van der Laan, 2012; Van der Stouwe, Asscher, Stams, Dekovic & Van der Laan 2014). Daarbij blijkt uit onderzoek van Asscher et al. (2014) dat gedragsproblemen zes maanden na afloop van de behandeling sterker afgenomen zijn in vergelijking met TAU. De positieve effecten waren op lange termijn zelfs groter dan direct na afloop van de behandeling. Dit suggereert dat MST in staat is om blijvende verandering in gezinnen te bewerkstelligen. Hierdoor kan gesteld worden dat MST ook op lange termijn bewezen effectief is in Nederland.

Een behandeling kan onderverdeeld worden in specifieke en non-specifieke factoren. Specifiek werkzame factoren zijn de werkzame elementen die specifiek zijn voor een bepaald type behandeling, in de context van de interventiedoelen en de doelgroep, zoals bij MST: Thuisbehandeling en 24 uren bereikbaarheid van de therapeuten (Nji, z.d.). Non-specifiek werkzame factoren zijn onderdelen van een bepaalde behandeling die bijdragen aan de uitkomst van de behandeling, maar die niet gespecificeerd zijn in de praktische of theoretische beschrijving van de therapie, zoals de relatie met de therapeut en de verwachtingen over de interventie (Chatoor & Krupnick, 2001). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat non-specifieke factoren van grote invloed zijn op de resultaten van een behandeling (Frank, 1961; Lambert, 1992; Tambling, 2012; Van den Boogaard, 2014).

In Nederland is er nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van non-specifieke factoren bij MST. Om meer inzicht te krijgen in welke mechanismen en processen in het therapeutisch proces van MST tot positieve uitkomsten leiden, wordt er onderzocht of een aantal non-specifieke factoren veranderingen in de primaire uitkomst (afname externaliserend probleemgedrag adolescent) voorspellen. Als blijkt dat de verwachtingen van de interventie en de relatie met de therapeut invloed hebben op de uitkomst van de behandeling is het nuttig om te kijken hoe deze factoren beïnvloed kunnen worden tijdens een behandeling om betere uitkomsten te genereren. Hiermee kan de implementatie van MST verbeterd worden. Er wordt in dit onderzoek gekeken naar de invloed van de verwachtingen over de interventie en de relatie met de therapeut door ouders, omdat deze een belangrijke rol spelen binnen MST (Nji, z.d.). De onderzoeksvraag luidt: *“Wat is de invloed van non-specifieke factoren (verwachtingen van ouders over de interventie en relatie tussen ouders en therapeut) op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent teweeggebracht door MST?”*

Verwachtingen over de interventie houdt de mate waarin de cliënt verwacht dat de behandeling zal helpen in (Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002). De verwachtingen van de cliënt over de therapie spelen een belangrijke rol in de bereidheid van de cliënt om de voordelen van therapie te verwerven (Arnkoff et al., 2002; Joyce, McCallum, Piper & Ogrodniczuk, 2000). Het is essentieel voor therapeuten om de verwachtingen van de cliënt te begrijpen, omdat positieve verwachtingen verbonden zijn aan het blijven volgen van therapie en het tot stand komen van veranderingen (Tambling, 2012). Wanneer een cliënt hoop heeft op een goede uitkomst is hij meer gemotiveerd en doet hij beter mee in de behandeling, wat uiteindelijk leidt tot betere uitkomsten (Lambert, 1992). Een hypothese met betrekking tot de invloed van deze non-specifieke factor is daarom: Positieve verwachtingen over de interventie bij ouders leiden tot een sterkere afname van externaliserend gedrag van adolescenten.

Een andere non-specifieke factor van een behandeling is de relatie met de therapeut. De therapeutische relatie is samengesteld uit de emotionele band tussen therapeut en cliënt, overeenstemming over taken en overeenstemming over doelen (Bordin, 1979; Sprenkle & Blow, 2004). Ook omvat het zowel eerdere ervaringen van de cliënt en therapeut, als de verschillende aspecten van de huidige relatie tussen hen (Gaston, 1990). Om een sterke therapeutische relatie tot stand te brengen zijn gedragingen van de therapeut, zoals warmte, empathie, aanmoediging en acceptatie van belang (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006). Uit verschillende studies is gebleken dat de kwaliteit van de relatie met de therapeut een consistente bijdrage levert aan het voorspellen van het resultaat van de behandeling (Arnold et al., 2013; Blow, Sprenkle & Davis 2007; Crits-Christoph et al., 2009; Huppert et al., 2014; Thomas, 2006). De relatie met de therapeut heeft invloed op de behandeluitkomst van een psychologische behandeling. Een goede therapeutische relatie leidt tot een betere uitkomst (Goldsmith, Lewis, Dunn & Bentall, 2015). Uit eerder onderzoek naar de invloed van non-specifieke factoren op de uitkomst van MST blijkt dat een betere relatie met de therapeut een positieve verandering in positieve discipline van ouders voorspelt (Manders, Dekovic, Asscher, Van der Laan & Prins, 2011). Verder blijkt uit onderzoek dat de kwaliteit van de therapeutische relatie bepalend is voor het al dan niet doorgaan met een behandeling (Vervaeke, Bleyen & Vertommen, 1997). Een hypothese met betrekking tot de invloed van deze non-specifieke factor is daarom: Een positieve relatie tussen ouders en therapeut leidt tot een sterkere afname van externaliserend gedrag van adolescenten.

## Methode

### Procedure

Met gebruik van kwantitatieve data uit het onderzoek van Asscher, Dekovic, Manders, Van der Laan en Prins (2013) naar de effectiviteit van MST in Nederland is dit onderzoek uitgevoerd. Data is verzameld in de periode maart 2006 tot juni 2011. Vragenlijsten ingevuld bij de voor- en nametingen zijn in dit onderzoek meegenomen. De adolescenten werden door maatschappelijk werkers of de rechtbank doorverwezen naar MST of gingen op eigen initiatief. Een MST-therapeut bepaalde of de adolescent geschikt was voor MST. Alle verwijzende instanties (Raad van de Kinderbescherming, Jongerenrechtters, Bureau Jeugdzorg, Lokale Verwijzingsinstellingen) waren van te voren geïnformeerd over het onderzoek en gaven hun toestemming. De adolescenten en ouders werden geïnformeerd over het onderzoek en hebben hun toestemming voor deelname gegeven.

### Participanten

De populatie van dit onderzoek bestaat uit adolescenten (en hun ouders) die verwezen zijn naar MST vanwege ernstig herhalend en hardnekkig antisociaal gedrag. De steekproef bestaat uit 147 adolescenten (70,8% jongens en 29,2% meisjes) in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. De gemiddelde leeftijd is 15,34 jaar oud ( $SD = 1,42$ ). Van de adolescenten heeft 53,4% een Nederlandse etniciteit. De etniciteit van de overige adolescenten bestaat uit: Marokkaans (18%), Surinaams (17,3%), Antilliaans (4,5%), Turks (2,3%), Moluks (1,5%), Indonesisch (1,5%) en niet anderszins omschreven (1,5%). Van elke adolescent heeft één ouder deelgenomen aan het onderzoek (90,2% moeder en 9,8% vader). Van de ouders heeft 51,4% een Nederlandse etniciteit. De etniciteit van de overige ouders bestaat uit: Marokkaans (20,1%), Surinaams (16%), Antilliaans (2,8%), Turks (2,1%), Indonesisch (2,1%) en niet anderszins omschreven (5,6%).

### Meetinstrumenten

**Externaliserend probleemgedrag.** Ouders hebben de Child Behavior Checklist ([CBCL]; Achenbach, 1991a) ingevuld. Hierbij zijn 20 items van de schaal agressief gedrag en 13 items van de schaal delinquent gedrag ingevuld. Ouders hebben hierbij op een 3-puntsschaal (0 = nooit tot 2 = duidelijk of vaak) aangegeven of bepaalde eigenschappen of gedragingen in de afgelopen zes maanden op hun kind van toepassing zijn geweest. Voorbeelditems zijn: "Liegt of bedriegt", "schreeuwt of gilt veel". De Cronbach's alpha's van de subschaal agressief gedrag zijn uitstekend (voormeting  $\alpha = ,91$ , nameting  $\alpha = ,92$ ; Field, 2013). De Cronbach's alpha's van de subschaal delinquent gedrag zijn goed (voormeting  $\alpha = ,81$ , nameting  $\alpha = ,83$ ; Field, 2013). Deze schalen zijn dus betrouwbaar (Field, 2013). De

twee subschalen correleren matig tot hoog met elkaar ( $r = ,69 - ,70$ ) en worden daarom samengevoegd tot de schaal externaliserend probleemgedrag ouder rapportage. Zowel de schaalscores als de subschaalscores zijn berekend door de gemiddelde scores te berekenen.

Adolescenten hebben de Youth Self Report (YSR; Achenbach, 1991b) ingevuld. Hierbij zijn 20 items van de schaal agressief gedrag en 13 items van de schaal delinquent gedrag ingevuld. Adolescenten hebben hierbij op een 3-puntsschaal (0 = nooit tot 2 = duidelijk of vaak) aangegeven of bepaalde eigenschappen of gedragingen in de afgelopen 6 maanden op hen van toepassing zijn geweest. Voorbeelditems zijn: “Ik spijbel”, “Ik maak veel ruzie”. De Cronbach’s alpha’s van de subschaal agressief gedrag zijn goed (voormeting  $\alpha = ,90$ , nameting  $\alpha = ,92$ ; Field, 2013). De Cronbach’s alpha’s van de subschaal delinquent gedrag zijn acceptabel en goed (voormeting  $\alpha = ,79$ , nameting  $\alpha = ,81$ ; Field, 2013). Deze schalen zijn dus betrouwbaar (Field, 2013). De twee subschalen correleren hoog met elkaar ( $r = ,78 - ,79$ ) en worden daarom samengevoegd tot de schaal externaliserend probleemgedrag adolescent rapportage. Zowel de schaalscores als de subschaalscores zijn berekend door de gemiddelde scores te berekenen.

Vanwege een lage tot middelmatige correlatie tussen ouder- en adolescenten rapportage ( $r = ,38 - ,59$ ) worden deze schalen niet samengevoegd. Uit onderzoek blijkt ook dat er verschillen in oordelen over gedragsproblemen kunnen zijn wanneer verschillende bronnen worden geraadpleegd (Matthys, 2011). In dit onderzoek kunnen de adolescenten en ouders het probleemgedrag van de adolescent anders interpreteren en beoordelen, wat maakt dat samenvoegen van deze rapportages niet gewenst is.

**Verwachtingen over de interventie.** De verwachtingen van ouders over de interventie wordt gemeten middels de Expectancies for Therapy Scale (PETS, Kazdin & Holland, 1991). Deze bestaat uit 7 items. Ouders hebben hierbij op een 6-puntsschaal (0 = helemaal mee oneens tot 6 = helemaal mee eens) aangegeven wat hun mening is over de mate waarin de interventie kan en zal helpen. Een voorbeelditem is: “Ik denk dat deze cursus/training geschikt is voor de problemen die ik bij mijn kind ervaar”. Een totaalscore van de verwachtingen over de interventie is berekend door het gemiddelde te berekenen voor de scores van ouders op de schaal. Item 7 is omgepoold, zodat een hoge score staat voor een hoge verwachting over de interventie. De Cronbach’s alpha voor deze schaal is uitstekend ( $\alpha = ,86$ ; Field, 2013).

**Relatie met de therapeut.** De relatie tussen ouders en therapeut wordt gemeten middels de Relationship with Interventionist (Tolan, Hanish, McKay & Dickney, 2002). Deze bestaat uit 12 items. Ouders hebben hierbij op een 6-puntsschaal (0 = helemaal niet mee eens



tot 6 = helemaal mee eens) hun mening gegeven over de emotionele band met therapeut, behulpzaamheid van de therapeut en technische vaardigheden van de therapeut. Een voorbeelditem is: “[De hulpverlener] kan ons echt helpen”. Een totaalscore van de relatie met de therapeut is berekend door het gemiddelde te berekenen voor de scores van ouders op de schaal. De Cronbach’s alpha voor deze schaal is uitstekend ( $\alpha = ,94$ ; Field, 2013).

### Resultaten

Onderzocht is de invloed van de verwachtingen over de interventie en de relatie met de therapeut door ouders gerapporteerd als moderatoren op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent teweeggebracht met MST. In Tabel 1 zijn de beschrijvende statistieken voor de in de analyse gebruikte variabelen weergegeven. In dit onderzoek is de afhankelijke variabele de nameting externaliserend probleemgedrag, de onafhankelijke variabele de voormeting externaliserend probleemgedrag en de moderatoren de verwachtingen van ouders over de interventie en de relatie tussen ouders en therapeut. In Tabel 2 zijn de Pearson Correlaties tussen de variabelen weergegeven. De voor- en nametingen van externaliserend probleemgedrag gerapporteerd door ouders en adolescenten hangen onderling positief samen. Er blijkt een negatief verband tussen de voor- en nameting externaliserend probleemgedrag gerapporteerd door de ouder en de relatie tussen de therapeut en de ouder. Tussen de relatie van ouders met de therapeut en de verwachtingen van de ouders over de interventies bestaat een positief verband.

Er is een multiële regressieanalyse uitgevoerd. De bijbehorende assumpties zijn hiervoor getoetst (Field, 2013). De afhankelijke variabele, de onafhankelijke variabele en de moderatoren zijn van interval meetniveau. De Durbin Watson Test is uitgevoerd en hieruit blijkt dat er geen sprake is van autocorrelatie. Afgaand op het Scatterplot zijn aan de aannames van normaliteit, lineairiteit en homoscedasticiteit voldaan. Er lijkt geen sprake te zijn van uitschieters. Ook lijkt er geen sprake te zijn van Multicollineariteit. Zowel bij de adolescentendata als de ouderdata is de VIF-waarde lager dan 4 (Field, 2013).

In Tabel 3 en Tabel 4 zijn de resultaten van de multiële regressieanalyse weergegeven. Tabel 3 heeft betrekking op de invloed van de verwachtingen van ouders over de interventie op de relatie tussen de voor- en nameting van externaliserend probleemgedrag gerapporteerd door ouders en adolescenten. Uit de resultaten van de ouder rapportage blijkt dat model 1 51% van de variantie verklaart,  $F(3, 116) = 41,60, p <,001$ . De belangrijke voorspeller in het model is de voormeting externaliserend probleemgedrag,  $t(116) = 11,17, p <,001$ . Deze is significant, wat inhoudt dat de voormeting externaliserend probleemgedrag een voorspeller is van de nameting externaliserend probleemgedrag.

Tabel 1

*Beschrijvende Statistieken van de Variabelen*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
Ext. Probleemgedrag T1 (A)	134	,43	,33	,00	1,77
Ext. Probleemgedrag T2 (A)	111	,37	,32	,00	1,50
Ext. Probleemgedrag T1(O)	144	,73	,39	,09	1,94
Ext. Probleemgedrag T2 (O)	124	,56	,37	,00	1,72
Verwachtingen Interventie T1	142	5,26	,78	2,00	6,00
Relatie met Therapeut T2	122	5,63	,61	1,50	6,00

*Noot. Ext. = Externaliserend. A = Adolescent. O = Ouder. T1 = Voormeting. T2 = Nameting.*

Er is sprake van een positief verband, waarbij een hoge mate van externaliserend probleemgedrag gerapporteerd door ouders op de voormeting samenhangt met een hoge score op de nameting.

Uit de resultaten van de adolescentendata blijkt dat model 1 40% van de variantie verklaart,  $F(3, 102) = 23,87, p < ,001$  en is de voormeting externaliserend probleemgedrag tevens de belangrijkste voorspeller,  $t(102) = 7,35, p = < ,001$ . Welke significant is. Zowel bij de ouder- als adolescentdata is de verwachtingen over de interventie gerapporteerd door de ouder niet significant. Er is dus geen sprake van een hoofdeffect van de verwachtingen over de interventie gerapporteerd door de ouder.

Tabel 2

*Correlaties tussen Voor- en Nameting Externaliserend Probleemgedrag Ouder en Adolescent, Verwachtingen van de Ouder over de Interventie en Relatie tussen Ouder en Therapeut*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Ext. Probleemgedrag T1 (A)	-					
2. Ext. Probleemgedrag T2 (A)	,64**	-				
3. Ext. Probleemgedrag T1 (O)	,45**	,47**	-			
4. Ext. Probleemgedrag T2 (O)	,35**	,50**	,71**	-		
5. Verwachtingen Interventie T1	,02	,12	-,01	-,01	-	
6. Relatie met Therapeut T2	-,06	-,09	-,24**	-,22**	,16*	-

*Noot. Ext. = Externaliserend. A = Adolescent. O = Ouder. T1 = Voormeting. T2 = Nameting.*

\*  $p < ,05$ , \*\*  $p < ,01$ .

Dit betekent dat de verwachtingen over de interventie door de ouder gerapporteerd geen voorspeller is van de nameting externaliserend probleemgedrag. Ook is er geen sprake van een interactie-effect tussen verwachtingen over de interventie gerapporteerd door de ouder en de voormeting externaliserend probleemgedrag. Dit betekent dat de mate van verwachting over de interventie geen invloed heeft op de verandering in externaliserend probleemgedrag.

Tabel 4 heeft betrekking op de invloed van de relatie tussen ouder en therapeut op de relatie tussen de voor- en nameting van externaliserend probleemgedrag gerapporteerd door ouders en adolescenten. Uit de resultaten van de ouderrapportage blijkt dat model 2 52% van de variantie verklaart,  $F(3,116) = 44,08, p <,001$ . De belangrijkste voorspeller in het model is de voormeting externaliserend probleemgedrag,  $t(116) = 10,97, p <,001$ . Deze is significant. Uit de resultaten van de adolescentendata blijkt dat model 2 41% van de variantie verklaart,  $F(3, 102) = 25,59, p <,001$  en is de voormeting externaliserend probleemgedrag tevens de belangrijkste voorspeller,  $t(102) = 8,64, p = <,001$ . Welke significant is. Zowel bij de ouder- als adolescentdata is de relatie tussen ouder en therapeut niet significant. Er is dus geen sprake van een hoofdeffect van de relatie tussen ouder en therapeut. Dit betekent dat de relatie met de therapeut gerapporteerd door de ouder geen voorspeller is van de nameting externaliserend probleemgedrag. Ook is er geen sprake van een interactie-effect tussen de relatie tussen ouder en therapeut en de voormeting externaliserend probleemgedrag. Dit betekent dat de kwaliteit van de relatie met de therapeut door de ouder gerapporteerd geen invloed heeft op de verandering in externaliserend probleemgedrag.

Tabel 3

*Multipele Regressieanalyse op de Invloed van de Verwachtingen van Ouders over de Interventie op de Relatie tussen de Voor- en Nameting van Externaliserend Probleemgedrag gerapporteerd door Ouders en Adolescenten*

	Ouders			Adolescenten		
	B	$\beta$	$\Delta R^2$	B	$\beta$	$\Delta R^2$
Model 1			,51**			,40**
Ext. Probleemgedrag T1	,76	,72 **		,61	,61**	
Verwachtingen Interventie	,02	,02		,10	,10	
Verwachtingen Interventie X						
Ext. Probleemgedrag T1	-,01	-,01		,06	,05	

*Noot. Ext. = Externaliserend. T1 = Voormeting. T2 = Nameting.*

\*\*  $p <,01$ .

Tabel 4

*Multipele Regressieanalyse op de Invloed van de Relatie tussen Ouders en Therapeut op de Relatie tussen de Voor- en Nameting van Externaliserend Probleemgedrag gerapporteerd door Ouders en Adolescenten*

	Ouders			Adolescenten		
	<i>B</i>	$\beta$	$\Delta R^2$	<i>B</i>	$\beta$	$\Delta R^2$
Model 2			,52**			,41**
Ext. Probleemgedrag T1	,74	,72**		.62	.65**	
Relatie met Therapeut	-,02	-,02		-,07	-,08	
Relatie met Therapeut X						
Ext. Probleemgedrag T1	-,03	-,04		-,14	-,12	

*Noot. Ext. = Externaliserend. T1 = Voormeting. T2 = Nameting.*

\*\*  $p < ,01$ .

### Discussie

Met dit onderzoek is getracht te achterhalen wat de invloed is van de verwachtingen van ouders over de interventie en de relatie tussen de ouder en de therapeut op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent teweggebracht met MST. Vanuit het literatuuronderzoek werd verwacht dat positieve verwachtingen over de interventie van de ouders en een positieve relatie tussen de ouder en de therapeut zouden leiden tot een sterkere afname in externaliserend probleemgedrag van de adolescent. De hypothesen zijn niet bevestigd. De non-specifieke factoren hebben geen modererende rol op de relatie tussen de voormeting- en nameting van externaliserend probleemgedrag. Daarnaast blijken de non-specifieke factoren ook geen voorspellers van externaliserend probleemgedrag na MST zijn. Alleen externaliserend probleemgedrag voorafgaand aan MST blijkt een voorspeller voor externaliserend probleemgedrag na MST. Dit betekent dat een hoge mate van externaliserend probleemgedrag op de voormeting, een hoge mate van externaliserend probleemgedrag op de nameting voorspelt.

Vanuit de literatuur werd verwacht dat de verwachtingen van ouders over de interventie invloed zouden hebben op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent na MST, omdat uit verschillende onderzoeken blijkt dat de verwachtingen van de cliënt over de therapie een belangrijke rol spelen in de bereidheid van de cliënt om voordelen van de therapie te verwerven (Arnkoff et al., 2002; Joyce et al., 2000) en dat wanneer een cliënt hoop heeft op een goede uitkomst, hij meer gemotiveerd is en daardoor beter mee doet in een behandeling, wat uiteindelijk leidt tot betere uitkomsten (Lambert,

1992). Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van een modererende rol van de verwachtingen over de interventie van de ouder ligt in het gegeven dat de literatuur ook veel indirecte verklaringen geeft van het belang van positieve verwachtingen. Uit onderzoek blijkt dat verwachtingen van ouders bij een systeeminterventie een voorspeller zijn voor de aanwezigheid tijdens de behandeling en vroegtijdige beëindiging van de therapie (Nock, Phil & Kazdin, 2001). De mogelijk modererende rol van de verwachtingen van ouders over de interventie die in huidig onderzoek is onderzocht betreft een directe invloed, namelijk of de verwachtingen van ouders over de interventie invloed hebben op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent na MST. Hierbij is geen rekening gehouden met adolescenten en ouders die tijdens het proces uitgevallen zijn. Hierdoor zijn huidig onderzoek en de uitkomsten ervan moeilijk te vergelijken met veel andere onderzoeken.

Vanuit de literatuur werd verwacht dat de relatie met de therapeut invloed zou hebben op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent na MST, omdat uit verschillende onderzoeken blijkt dat de relatie met de therapeut invloed heeft op de behandeluitkomsten bij psychotherapie (Arnow et al., 2013, Blow et al., 2007; Crits-Christoph et al., 2009; Goldsmith et al., 2015; Huppert et al., 2014; Sprenkle & Davis, 2007). Een mogelijke verklaring dat in huidig onderzoek geen modererende rol voor de relatie met de therapeut is gevonden ligt in het gegeven dat de aangehaalde literatuur psychotherapie betreft en in huidig onderzoek sprake is van een systeeminterventie. Bij een systeeminterventie ontwikkelt de therapeut met meerdere personen uit het gezin een relatie, namelijk de ouder en de adolescent (Kindsvatter & Lara 2012; Rait, 2000). Hierdoor zijn psychotherapie en een systeeminterventie moeilijk met elkaar te vergelijken. Een andere mogelijke verklaring is dat wanneer er meerdere meetmomenten zijn om de relatie met de therapeut te meten er een grotere samenhang bestaat met de behandeluitkomsten, dan wanneer deze uitsluitend op één moment gemeten worden (Welmers-van de Poll et al., 2018), zoals in huidig onderzoek alleen achteraf de relatie met de therapeut gemeten is. Hierdoor is er dus een kleinere kans dat er een modererende rol gevonden wordt.

Huidig onderzoek kent een aantal kwaliteiten en beperkingen. Sterk aan huidig onderzoek is dat er aparte analyses zijn uitgevoerd voor de adolescent- en ouderdata, waardoor de invloed van de non-specifieke factoren op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent onderzocht zijn in de belevenis van de ouder als de adolescent. Hierdoor is er rekening gehouden met de verschillende oordelen die er over gedragsproblemen kunnen zijn wanneer verschillende bronnen worden geraadpleegd

(Matthys, 2011). Ook sterk is de grootte van de steekproef, namelijk 147 adolescenten en een van hun ouders. Dit is een grote steekproef in vergelijking met andere interventieonderzoeken (Von Sydow, Retzlaff, Beher, Haun & Schweitzer, 2013) en vanwege het gegeven dat jongeren met anti sociaal en externaliserend probleemgedrag vaak moeilijk te bereiken zijn, bijvoorbeeld doordat zij vaak al eerdere hulpverlening hebben gehad en behandeling proberen te vermijden (Van der Ploeg, 2005). Een beperking van huidig onderzoek is dat er uitsluitend is gekeken naar de verwachtingen over de interventie en de relatie met de therapeut door ouders gerapporteerd. Hierdoor is niet bekend wat de invloed is van de non-specifieke factoren in de belevenis van de adolescent, terwijl de adolescent wel de cliënt is. Dit zal daarom in vervolgonderzoek meegenomen moeten worden. Een andere beperking van huidig onderzoek is de steekproef van de ouders. Deze bestaat voor slechts 9,8% uit vaders, terwijl uit onderzoek blijkt dat er een sterkere samenhang bestaat tussen de relatie van vaders en de therapeut bij een systeeminterventie, dan bij moeders (Johnson, Wright & Ketring, 2002). Mogelijk zorgt de steekproef er hierdoor voor dat er geen modererende rol gevonden is voor de relatie met de therapeut op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent. Daarnaast verschillen de voorspellende waarden bij vaders en moeders voor de behandeluitkomsten. Bij vaders is de overeenkomst met de therapeut over de behandeldoelen een grotere voorspeller voor de behandeluitkomst dan de overeenstemming over taken en de emotionele band, terwijl voor moeders de overeenstemming over taken relatief een grotere voorspeller was van de effectiviteit van de behandeling (Johnson et al., 2002). In huidig onderzoek is de relatie met de therapeut met een enkele vragenlijst, namelijk de Relationship with Interventionist (Tolan et al., 2002), gemeten. Hierbij is er geen onderscheid gemaakt in de componenten van de relatie met de therapeut, zoals: de emotionele band, de overeenstemming over taken of de overeenstemming over doelen (Sprenkle & Blow, 2004). Dit heeft als gevolg dat er geen specifieke uitspraken gedaan kunnen worden over welke componenten van de relatie tussen de ouder en therapeut van invloed zijn op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent en een verklaring biedt voor het ontbreken van een modererende rol van de relatie tussen ouder en therapeut op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent na MST.

Om meer inzicht te krijgen in welke non-specifieke factoren bij MST invloed hebben op het behandelresultaat wordt aanbevolen om onderzoek te verrichten naar andere non-specifieke factoren die mogelijk van invloed zijn bij MST, zoals: professionaliteit van de therapeut en structurering van de interventie (Knorth, 2003). Een andere aanbeveling is dat vervolgonderzoek zich moet richten op de secundaire uitkomsten van MST. Er is namelijk al

eerder onderzoek gedaan waaruit blijkt dat de non-specifieke factor relatie met de therapeut veranderingen in opvoedingsgedrag, hoeveelheid pro sociale vrienden (Tolan et al., 2002) en positieve discipline van ouders (Manders et al., 2011) voorspelt. Op deze manier kan er meer specifiek inzicht verkregen worden in de werkzame mechanismen en processen in het therapeutisch proces van MST en om de implementatie van MST te verbeteren. Daarnaast wordt geadviseerd om huidig onderzoek te herhalen met de controlegroep erbij. Op deze manier wordt de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent na MST of TAU vergeleken met elkaar en kunnen er uitspraken gedaan worden over de klinische effecten.

Geconcludeerd kan worden dat de mate van invloed van non-specifieke factoren bij MST zeer complex is. Vanuit verschillende onderzoeken worden er zowel overeenkomstige als afwijkende resultaten gevonden, welke onder andere ontstaan door de gebruikte meetinstrumenten en de specificiteit van de constructen. Uit huidig onderzoek blijken de verwachtingen van ouders over de interventie en de relatie tussen de ouder en therapeut geen invloed te hebben op de verandering in externaliserend probleemgedrag van de adolescent na MST, maar hierdoor kan niet zomaar gesteld worden dat deze non-specifieke factoren op geen enkele manier invloed uitoefenen op het behandelresultaat. Vanwege het geringe onderzoek naar de invloed van non-specifieke factoren bij MST draagt huidig onderzoek bij aan het inzicht hierin en daarmee de implementatie van MST.

### Referenties

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Check List Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). *Expectations and preferences*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 335–356). New York, NY: Oxford University Press.
- Arnou, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., . . . & Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 627-638.  
doi:10.1037/a0031530
- 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. doi: 10.1007/s11292-012-9165-9
- Asscher, J. J., Dekovic, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., Prins, P. J. M., & Arum, S. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: Effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology, 10*, 227-243.  
doi: 10.1007/s11292-013-9198-8
- Blow, A. J., Sprenkle, D. J., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*, 298-317. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x
- Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D., & van Busschbach, J. (2009). Multi System Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren: Twee jaar follow-up studie. *Tijdschrift voor Systeemtherapie, 21*, 94-105.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press.



- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.63.4.569
- Chatoor, I., & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child Adolescent Psychiatry*, *10*, 19-25.
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 1125- 1135. doi: 10.1037/a001704
- Dekovic, 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*(4), 574. doi: 10.1037/a0028482
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: SAGE.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy* *27*, 143–153.
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological medicine*, *45*(11), 2365-2373. doi: 10.1017/S003329171500032X
- Henggeler, S. W. (2011). Efficacy studies to large-scale transport: The development and validation of multisystemic therapy programs. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 351–381. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104615
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Sherer, D. G., & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and

- their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 821-833.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 953-961.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. American Psychological Association.
- Huppert, J. D., Kivity, Y., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2014). Therapist effects and the outcome–alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, *52*, 26-34. doi: 10.1016/j.brat.2013.11.001
- Johnson, L. N., Wright, D. W., & Ketring, S. A. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, *28*(1), 93–102. doi: 0.1111/j.1752-0606.2002.tb01177.x
- Joyce, A. S., McCallum, M., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2000). Role behavior expectations and alliance change in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, *9*, 213–225. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.672
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, *26*, 50-65. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Kazdin, A. E., & Holland, L. (1991). *Parent expectancies for therapy scale*. Yale University, Child Conduct Clinic, New Haven, CT.
- Kindsvatter, A., & Lara, T. M. (2012). The facilitation and maintenance of the therapeutic alliance in family therapy. *Contemporary Psychotherapy*, *42*, 235–242. doi: 10.1007/s10879-012-9212-x
- Knorth, E. J. (2003). De black box van de residentiële jeugdzorg geopend? *Kind en adolescent*, *24*, 102-104. doi: 10.1007/BF03060887
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., Van Daalen, E., Fegert, J., . . . Tyano, S. (2004). International consensus statement on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Disruptive Behaviour Disorders

- (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 11- 28. doi:10.1016/S0924-977X(03)00045-2
- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists*. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Manders, W., Dekovic, M., Asscher, J., van der Laan, P., & Prins, P. (2011). De implementatie van Multisysteem Therapie in Nederland: De invloed van behandelintegriteit en nonspecifieke factoren op behandeluitkomsten. *Gedragstherapie*, 44(4), 327.
- Matthys, W. (2011). *Gedragsstoornissen bij kinderen. Diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.
- NJi (z.d.). *Multisysteem Therapie (MST)*. Geraadpleegd van [https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies-Multisysteem-Therapie-\(MST\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies-Multisysteem-Therapie-(MST))
- Nock, M. K., Phil, M., Kazin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10, 155–180. doi: 10.1023/A:1016699424731
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 211–224. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<211::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of marital and family therapy*, 30(2), 113-129. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Tambling, R. B. (2012). A literature review of therapeutic expectancy effects. *Contemporary Family Therapy*, 34, 402–415. doi: 10.1007/s10591-012-9201-y
- Thomas, M. (2006). The Contributing Factors of Change in a Therapeutic Process. *Contemporary Family Therapy*, 28, 201-210. doi: 10.1007/s10591-006-9000-4
- Tolan, P. H., Hanish, L .D., McKay, M. M., & Dickey, M. H. (2002). *Journal of Family Psychology*, 16, 220-236. doi: 10.1037/0893-3200.16.2.220
- Van den Boogaard, M. (2014). De invloed van compatibiliteit tussen patiënt en behandeling op de effectiviteit van de therapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 121-142.
- Van der Ploeg, J. D. (2005). *Behandeling van gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.

- Van der Ploeg, J. D., & Ferwerda, H. (1998). Wat doen we met problematische jongeren? *Tijdschrift voor Adolescentenzorg*, 4, 195-201.
- Van der Ploeg, J. D. (2007). *Gedragsproblemen: Ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat.
- 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. doi: 10.1016/j.cpr.2014.06.006
- Vervaeke, G. A. C., Bleyen, K., & Vertommen, H. (1997). De invloed van voorkeuren op de beginfase van de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 223-236.
- Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52, 576-618. doi: 10.1111/famp.12047
- Welmers-van de Poll, M. J., Roest, J. J., Van der Stouwe, T., Van den Akker, A. L., Stams, G. J. J. M., Escudero, V., . . . De Swart, J. J. W. (2018). Alliance and treatment outcome in family-involved treatment for youth problems: A three-level meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 146–170. doi: 10.1007/s10567-017-0249-y