



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Bewijs (niet) geleverd? Over reclame in de forensische orthopedagogiek

Hendriks, J.; Stams, G.J.

Publication date

2012

Document Version

Final published version

Published in

Orthopedagogiek: Onderzoek en praktijk

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Hendriks, J., & Stams, G. J. (2012). Bewijs (niet) geleverd? Over reclame in de forensische orthopedagogiek. *Orthopedagogiek: Onderzoek en praktijk*, 51(11), 496-502.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Bewijs (niet) geleverd? Over reclame in de forensische orthopedagogiek

Jan Hendriks en Geert Jan Stams

Proof (not) produced? On advertisement in forensic child and youth care

G *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 51 (11), 496-502
© Garant | ISSN 2211-6273 | november 2012

ABOUT THE AUTHORS

Jan Hendriks is professor at the University of Amsterdam (diagnostics and treatment in forensic child and youth care sciences) and professor at the Free University of Amsterdam (forensic psychiatry and psychology). He also works as a forensic and clinical psychologist in forensic outpatient treatment centre De Waag in the Hague. *E-mail*: j.hendriks@vu.nl

Geert Jan Stams is professor at the University of Amsterdam (forensic child and youth care sciences). *E-mail*: g.j.j.m.stams@uva.nl.

ABSTRACT

Recently, in the field of forensic child and youth care, there is more emphasis on quality of interventions that are used to change behavior of juveniles (and their parents). In the Netherlands, two accreditation committees stimulate this development. To prove that interventions really work is of great societal importance. It is also important for professionals who use these programs, because funding of these programs can depend on this proof. *Evidence based* is a term that is (often) used while it may not be applicable. On the basis of poor designs, or good designs that are poorly carried out, it is claimed that programs are effective. Advertisement for these programs sometimes seems more important than to really prove that programs are superior to others. We present two examples of how Multisystemic Therapy (MST) is promoted in the Netherlands, and also present an example of how sound research on MST has taken place. We try to make clear how progress in the field of forensic child and youth care is harmed by the emphasis on advertisement.

KEYWORDS: Forensic child and youth care sciences, interventions, evidence based, MST (PSB)

OVER DE AUTEURS

Jan Hendriks is bijzonder hoogleraar forensische psychiatrie en psychologie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, bijzonder hoogleraar forensische orthopedagogische diagnostiek en behandeling aan

de Universiteit van Amsterdam en is als klinisch psycholoog werkzaam bij De Waag in Den Haag. E-mail: j.hendriks@vu.nl

Geert Jan Stams is hoogleraar forensische orthopedagogiek aan de Universiteit van Amsterdam. E-mail: g.j.j.m.stams@uva.nl

SAMENVATTING

De laatste jaren wordt er binnen het werkveld van de forensische orthopedagogiek steeds meer nadruk gelegd op de kwaliteit van de interventies die worden gebruikt om gedragsverandering te bewerkstelligen bij jongeren (en hun ouders). Het instellen van erkenningscommissies is daarbij van stimulerende invloed geweest. Bewijzen dat een interventie werkzaam is, is van groot maatschappelijk belang. Tevens is het van groot belang voor de professionals die deze programma's gebruiken omdat erkenning kan samenhangen met toekenning van financiën. *Evidence based* is daarbij een term die te pas en te onpas wordt gebruikt. Op basis van magere onderzoeksdesigns, of goede designs die matig worden uitgevoerd, wordt geclaimd dat programma's effectief zijn. Daarbij wordt reclame voor het programma welhaast belangrijker gevonden dan inspanningen voor de bewijsvoering van de werkzaamheid ervan. Aan de hand van voorbeelden waarop Multi Systeem Therapie (MST) wordt gepromoot en daarnaast ook een voorbeeld van hoe goed wetenschappelijk onderzoek naar deze interventie heeft plaatsgevonden, trachten we duidelijk te maken dat vooruitgang op het gebied van de forensische orthopedagogiek geschaad wordt door te veel nadruk te leggen op reclame.

KERNWOORDEN: Forensische orthopedagogiek, interventies, evidence based, MST (PSB)

Inleiding

De forensische orthopedagogisch instellingen hebben tot eind van de vorige eeuw gewerkt op een wijze die weinig evidence-based was. Dit betekent niet dat het werk per definitie slecht van kwaliteit was, maar wel dat de werkwijze (te) sterk afhankelijk was van de 'kleur' van de instelling en de voorkeur van behandelaar. Door gebruik te maken van methoden/interventies die goed wetenschappelijk onderbouwd zijn, wordt getracht meer evidence-based te werken.

De term evidence-based wordt nogal eens gebruikt als een keurmerk. Evidence-based betekent momenteel echter niet veel meer dan dat er ooit onderzoek is gedaan dat positieve resultaten heeft laten zien. Het zegt nog niets over generaliseerbaarheid van de resultaten. Deković (2010) merkt in dit verband op dat we vrijwel niets weten over de effectiviteit van interventies bij jongeren die antisociaal gedrag vertonen. Littell (2008) geeft in haar artikel met als titel 'evidence-based or evidence-biased' aan waar het bij de effectstudies aan ontbreekt: een complexe

uitkomst wordt gesimplificeerd, niet significante resultaten worden genegeerd en positieve resultaten worden te veel benadrukt. 'Confirmation bias', mede onder druk van de politieke context (er is bewijs nodig dat een interventie werkt, anders zou dat gevolgen kunnen hebben voor subsidies), is het gevolg (Hendriks, 2011). In de Verenigde Staten is dit zeker het geval en in Nederland lijkt het ook die kant op te gaan.

Confirmation bias zien we terug in de wijze waarop bepaalde instellingen hun programma's in de markt zetten. Vaak is er sprake van een gebrek aan nuance en neigt men naar willen overtuigen. In het slechtste geval (a) wordt aangegeven dat het programma werkt zonder dat dit onderbouwd wordt. Soms (b) wordt onderbouwing gegeven voor het programma, maar valt er nogal wat af te dingen op de kwaliteit van de onderbouwing, bijvoorbeeld vanwege het gebrekkige onderzoeksdesign of de slechte uitvoering van een op zich goed design, zoals een RCT. In het eerste geval (a), waarin er geen sprake is van onderbouwing, mag duidelijk zijn dat het gaat om reclame in de trant van Melk is goed

voor elk. In geval (b), van het ontbreken van een goede onderbouwing, hebben we te maken met reclame-uitingen als: 'Uit klinisch onderzoek is gebleken dat product X rimpels met 80% doet verminderen'.

Onderzoek naar MST

Het behoeft geen betoog dat reclame vanuit het oogpunt van verkoop en naamsbekendheid nodig is, maar dat het forensisch werkveld alleen gebaat is bij goede onderbouwing van producten. Het kan nog ingewikkelder worden wanneer een op zich (potentieel) goed product (te) veel met reclame bezig is en daarnaast ook nog middels goed wetenschappelijk onderzoek bewijs tracht te vinden voor de effectiviteit van het product. In deze situatie bevindt het product Multi Systeem Therapie (MST) zich. MST is een intensieve, ambulante, systeemgerichte behandeling voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar en hun ouders. Deze jongeren vertonen ernstig antisociaal en delinquent gedrag. MST wordt gezien als een alternatief voor een uithuisplaatsing. In een periode van 5 maanden wordt getracht het gedrag van de jongere ten positieve te beïnvloeden. De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie heeft MST erkend. Onderzoek doen naar de werkzaamheid van interventies is daarbij noodzakelijk. Op dit moment loopt er een Gerandomiseerde klinische trial (RCT) naar de effecten van MST, die door Zorg Onderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) wordt gefinancierd.

In 2009 werd in het tijdschrift *Systeemtherapie* gerapporteerd over een veranderingsonderzoek naar de effecten van MST (Boonstra, Jonkman, Soeteman & Van Bussbach, 2009). Er werd beschreven wat de effecten van MST zijn op het gedrag van jongeren na een periode van 2 jaar. De onderzoekers kwamen tot de conclusie dat MST een bijdrage levert aan de afname van recidive, schoolverzuim en uithuisplaatsing. Op het eerste gezicht zijn deze resultaten veelbelovend, maar er valt nogal wat

af te dingen op de bevindingen (Hendriks & Stams, 2010).

De gegevens zijn afkomstig uit dossieranalyse en telefonische interviews. De respons was 80%; het is echter mogelijk dat gezinnen die minder positief zijn over MST hun medewerking hebben geweigerd. Gegevens over recidive betreffen geen officiële statistieken, zodat het de vraag is in hoeverre respondenten de waarheid vertellen.

De onderzoekers gebruiken survivalanalyse, een adequate techniek als het gaat om verschillende exposureperioden. Na twee jaar is de kans op recidive 49%. De onderzoekers concluderen dat de verwachte kans van 82% naar 49% is gedaald. Die 82% is het percentage jongeren binnen de gehele onderzoeksgroep dat delicten heeft gepleegd voorafgaande aan de interventie. De jongeren die geen delict hebben gepleegd, zijn niet in de analyse meegenomen. Nu wordt het raadselachtig. Hoe zijn de onderzoekers ertoe gekomen om de verwachte kans op 82% te stellen? Men heeft namelijk geen risicotaxatie-instrument gebruikt om deze kans te kunnen vaststellen. Bij het ontbreken van een controlegroep zou men toch verwachten dat men probeert een vergelijking te maken met bijvoorbeeld de uitstroom na jeugd detentie of effecten van andere interventies, maar deze percentages zijn in de regel lager. Om 49% als een positief resultaat te beschouwen, is derhalve zeer discutabel.

Wat betreft het aantal uithuisplaatsingen blijkt dat vóór de behandeling 46% van de jongeren in een Justitiële Jeugdinrichting (JJI) verbleef. Na twee jaar woonde 86% thuis. Op zich lijkt dit een duidelijke verbetering, maar het is de vraag of deze vergelijking reëel is. Als een groot deel van de populatie gedetineerd is bij aanvang van het onderzoek, doe je het al snel beter. Wellicht is het zinvoller een vergelijking te maken met de woonsituatie voordat men gedetineerd raakte en dan zijn de cijfers uiteraard minder gunstig.

Ook met betrekking tot school of werk melden de onderzoekers positieve resultaten, maar in dit geval is het jammer dat niet duidelijk wordt wat als passend onderwijs of werk wordt beschouwd.

Al met al concludeerden Hendriks en Stams (2010) in het tijdschrift *Systeemtherapie* dat er sprake is van een type (b) probleem: er wordt wel onderzoek gedaan, maar het onderzoeksdesign is matig en de conclusies die de onderzoekers trekken zijn te ongenueanceerd positief. De onderzoekers waren het overigens niet eens met deze kritiek, zoals bleek uit hun reactie in hetzelfde nummer van het tijdschrift *Systeemtherapie*.

MST-PSB

Van dezelfde kant werd vervolgens (Boonstra, 2011) reclame gemaakt voor Multi System Therapy for Problematic Sexual behavior (MST-PSB) in het Maandblad *Geestelijke Volksgezondheid (MGv)*. Dit werd gedaan naar aanleiding van het dreigend verlies van behandelplekken voor jeugdige zedendelinquenten die grensoverschrijdend gedrag vertonen binnen de Jeugdzorg plus instellingen. Ondertussen weten we dat deze behandelplekken (voorlopig) zijn veiliggesteld. Terecht zijn bewindslieden ervan overtuigd geraakt dat een gespecialiseerde residentiele behandelafdeling voor deze daders noodzakelijk blijft (Hendriks, 2012). Het risico is anders groot dat jeugdige zedendelinquenten zullen ondersneden in het reguliere aanbod, waardoor behandeling minder goed zal aanslaan.

Dit laatste geldt dan vooral voor een speciale zedenpleger, het type kindmisbruiker, oftewel de veelal 'obsessieve pleger'. De 'antisociale leeftijdgenootmisbruiker', die naast zedendelicten ook andere vormen van delicten pleegt, wordt immers al binnen reguliere instellingen behandeld. Aangezien zij in gedragsmatig opzicht veel lijken op andere jongeren die in deze reguliere instellingen zitten, is dit weinig bezwaarlijk.

Boonstra (2011) reageerde op de dreigende sluiting van de specifieke residentiele behandelgroepen dat er een goed alternatief is: MST-PSB. Sinds 2009 wordt MST-PSB aangeboden als een intensieve ambulante systeemtherapie voor jonge zedenplegers van

10 tot 18 jaar. Ernst noch complexiteit van de gezinssituatie vormen contra-indicaties voor de MST-PSB behandeling, aldus Boonstra. Zij beschrijft dit programma als 'een werkzaam alternatief voor klinische behandeling'. MST-PSB is drie maal via RCT's onderzocht, betoogt Boonstra, en kwam er telkens beter uit dan individuele behandeling of groeps therapie, zowel op het gebied van de seksuele als de algemene recidive.

Op zich lijken de resultaten overtuigend, maar lezen we de onderzoeken nauwkeuriger, dan blijkt dat het gunstige beeld nuancering behoeft. Het eerste onderzoek van Borduin, Henggeler, Blaske & Stein (1990) betreft een zeer kleine groep ($N = 16$: 8 MST-PSB en 8 controlegroep). De interpretatie van de resultaten wordt verder bemoeilijkt door het feit dat zes van de zestien gezinnen in dit onderzoek voortijdig afhaakten.

Het tweede onderzoek van Borduin, Schaeffer & Heiblum (2009) heeft een wat grotere steekproef ($N = 48$). Na een periode van ruim 8 jaar pleegde 8% van degenen die een MST-PSB behandeling hadden ondergaan opnieuw een zedendelict en 46% van de controlegroep. Nu is 8% een percentage dat men mag verwachten wanneer men dit vergelijkt met andere zedenrecidivestudies (zie bijvoorbeeld Hendriks, 2006). Een controlegroep met 46% recidive komt men echter niet of nauwelijks tegen in de wetenschappelijke literatuur. Met zo'n controlegroep zal welhaast iedere interventie significant beter presteren. De derde studie die Boonstra aanhaalt (Letourneau e.a., 2009) heeft een gemiddelde follow-up periode van 1 jaar en meldt niets over seksuele recidive.

De drie genoemde onderzoeken nader bestuderend, kan men welhaast niet anders concluderen dan dat het bewijsmateriaal dat MST-PSB zedenrecidive verlaagt flinterdun is. Of MST-PSB een adequaat alternatief zou kunnen zijn voor klinische behandeling is onbekend, omdat dit simpelweg niet onderzocht is: er werd telkens vergeleken met poliklinische behandelingen. De genoemde onderzoeken zijn bovendien door de ontwikkelaars van MST zelf uitgevoerd. Replacatie door onafhankelijke onderzoekers ont-

breekt. De slager mag zijn eigen vlees keuren, maar we willen ook graag iemand anders laten controleren of hij dat goed doet.

Een volgend probleem is de generaliseerbaarheid van bevindingen naar de Nederlandse situatie. Wat in de VS werkt, werkt immers niet automatisch daarbuiten. De tegenvallende resultaten van de reguliere vorm van MST in Canadese en Zweedse studies zijn hier illustratief voor (Hendriks & Stams, 2010).

Dit wil uiteraard niet zeggen dat MST-PSB geen goede behandelmethodiek of geen alternatief voor residentiële behandeling zou kunnen zijn. Immers, als een jongere even goed behandeld kan worden terwijl hij thuis woont als in een klinische setting, dan is het eerste zeker te prefereren. In het palet behandel mogelijkheden voor jeugdige zedendelinquenten zou MST-PSB het gat kunnen vullen tussen individuele of groepsgewijze poliklinische behandeling en klinische behandeling. MST-PSB heeft als voordeel dat het goedkoper is dan klinische behandeling, maar als nadeel dat het duurder is ten dan reguliere poliklinische behandeling.

Het zal echter moeilijk zijn te bewijzen dat MST-PSB superieur is aan klinische of andere vormen van gespecialiseerde (poliklinische) zedenbehandeling. We weten dat zowel reguliere poliklinische behandeling als klinische behandeling lage zedenrecidivecijfers (rond de 10%) laten zien op langere termijn (Hendriks, 2006). Gezien de relatief korte behandelduur (5 tot 7 maanden) en de sterke overeenkomst met de reguliere vorm van MST, lijkt MST-PSB vooralsnog meer geïndiceerd voor de 'generalistische daders' (veelal leeftijdgenootmisbruikers).

Het valt te betwijfelen of de vaak zeer ingewikkelde individuele problematiek die we zien bij de kindmisbruikers in zo'n korte periode behandeld kan worden. Voorts zullen er altijd situaties zijn waarbij het onmogelijk is om deze daders te behandelen terwijl ze thuis wonen. Denk aan incest, waarbij ouders de veiligheid van het slachtoffer niet kunnen garanderen; maatschappelijke onrust over dit soort daders, waardoor zij niet thuis kunnen blijven wonen; en de onwil van sommige

ouders om hun kind nog thuis te laten wonen na het uitkomen van een zedendelict.

Concluderend is het zeer onverstandig om de gespecialiseerde behandeling voor jeugdige zedendelinquenten binnen Jeugdzorg plus (of binnen de Justitiële Jeugdinrichtingen) af te bouwen. Het is nog maar de vraag of MST-PSB werkelijk een alternatief kan zijn voor residentiële behandeling. Het zou verstandig zijn als middels grondig en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek aangetoond wordt wat de effecten op langere termijn zijn van MST-PSB in de Nederlandse situatie. Beweren dat MST-PSB *het* alternatief is, alvorens het bewijs is geleverd, is een type b fout en niet meer dan een reclamekreet.

Nieuw onderzoek naar MST

Het zou jammer zijn als we dit artikel zouden eindigen met de conclusie dat er geen goed (Nederlands) onderzoek wordt gedaan naar MST (-PSB). Ten eerste is er wel goed internationaal onderzoek bekend naar MST, dat meestal positieve effecten laat zien. Er zijn echter ook onderzoeken die geen positieve effecten van MST melden: Sundell et al. (2008) en Littell et al. (2005). Het is van groot belang voor MST dat er goed onderzoek wordt gedaan om imago schade te voorkomen: het doen vóórkomen dat MST haarlemmerolie is, zal uiteindelijk alleen maar leiden tot teleurstellingen bij gebruikers van deze interventie. MST is immers geschikt voor een bepaalde doelgroep, onder bepaalde voorwaarden. Wanneer de doelgroep opgerekt wordt en exclusiecriteria niet goed worden gehanteerd, zullen effecten niet of nauwelijks aan te tonen zijn.

De eerste resultaten van het eerder beschreven onderzoek, door ZonMw gefinancierd, bieden een belangrijke steun in de rug van MST Nederland. Deković, Asscher, Manders, Prins en Van der Laan (2012) hebben onderzoek gedaan naar de mediators van interventie-effecten gedurende MST. Bij deze RCT waren 256 adolescenten en hun gezinnen betrokken die MST of Treatment as

laten worden
delict.
verstandig
ling voor
en Jeugd-
e Jeugd-
ing maar de
alternatief
eling. Het
grondig en
onderzoek
op langere
ederlandse
alternatief
een type b
kreet.

IST

kel zouden
geen goed
edaan naar
goed inter-
MST, dat
en. Er zijn
positieve ef-
et al. (2008)
n groot be-
zoek wordt
komen: het
lemmerolie
iden tot te-
deze inter-
oor een be-
voorwaar-
reikt wordt
den gehan-
welijks aan

eerder be-
fw gefinan-
teun in de
ic, Asscher,
(2012) heb-
mediatoren
de MST. Bij
en hun ge-
reatment as

Usual (TAU) ontvingen. In vergelijking met de RCT's die eerder aangehaald werden naar aanleiding van MST-PSB, gaat het hier dus om een studie met een adequate steekproefgrootte en een design dat causale conclusies toelaat. Bovendien gaat het om onderzoek naar de Nederlandse situatie. Dit is van groot belang omdat blijkt dat resultaten uit Amerikaans onderzoek vaak moeilijk te repliceren zijn in ons land.

Belangrijkste resultaten uit dit onderzoek zijn dat competentie van ouders en positieve discipline bleken samen te hangen met een afname van door de ouders en de jeugdige gerapporteerd externaliserend probleemgedrag. Overigens nam het externaliserend probleemgedrag in de controlegroep ook af, maar in mindere mate. Uit vervolgonderzoek door dezelfde onderzoeksgroep zal moeten blijken of MST in vergelijking met de controlegroep delinquent gedrag significant vaker doet afnemen. Wanneer dit het geval is, is dit een van de eerste keren dat voor Nederlandse delinquenten minderjarigen goed onderbouwd wordt bewezen dat een interventie (in dit geval MST) superieur is aan TAU. Wanneer er geen sprake blijkt van significante verschillen, is dat problematisch omdat MST duurder is dan reguliere behandeling. Uiteraard is MST nog altijd veel goedkoper dan residentiële behandeling voor minderjarigen. In ieder geval blijkt uit het onderzoek van Deković et al. dat er voldoende reden is om positieve verwachtingen te hebben over de uitkomsten van het vervolgonderzoek. In ieder geval hoeven we hier niet te spreken van reclame.

Conclusie

In dit artikel hebben we benadrukt dat wij het belangrijk vinden dat interventies gericht op delinquenten jongeren goed wetenschappelijk worden onderbouwd. Door de instelling van erkenningscommissies binnen Justitie en door het NJI wordt ook bevorderd dat goed wetenschappelijk onderzoek ten grondslag ligt aan de interventies die in het foren-

sisch-orthopedagogisch werkveld worden gebruikt. Het gebruik van overheidsmiddelen dient immers goed onderbouwd te worden. In Nederland is echter waar te nemen dat het draagvlak voor robuust onderzoek via de gouden standaard van het Randomized Controlled Trial (RCT) afbrokkelt ten gunste van onderzoeksdesigns, vooral veranderingsonderzoek zonder controlegroep, die een sterke vertekening laten zien in de richting van positieve behandeluitkomsten (Stams, 2011, Weisburd, Lum, & Petrosino, 2001). Overigens staan wij zeker niet afwijzend tegenover studies die gebruik maken van een herhaalde $N = 1$ opzet met baseline-controleconditie in gevallen dat het niet mogelijk is om tot een adequate steekproefgrootte te komen voor een RCT-design (Borckardt et al., 2008). Ook staan wij niet afwijzend tegenover quasi-experimenteel onderzoek (Shadish, Cook, & Campbell, 2002), bijvoorbeeld in gevallen dat om ethische redenen een RCT onmogelijk is.

De term evidence-based wordt daarbij onzes inziens helaas te pas en te onpas gebruikt. De reclameachtige manier waarop bepaalde programma's worden aangeprezen, is een ongewenst neveneffect van de noodzaak om zich te profileren in de forensische markt. Zoals bekend mag worden verondersteld, is reclame bedoeld om te verkopen en niet om te bewijzen. Sommige bewijzen die in de wetenschappelijke literatuur worden aangeleverd, blijken bij nadere beschouwing mager. Het risico is groot dat reclame voor een jeugdzorginterventie zich tegen het programma gaat richten als resultaten tegenvallen of zelfs teleurstellend zijn. Denk in dit geval aan de reclames die in het verleden gemaakt werden voor de Glen Mills School of Den Engh. Nu wordt hier nauwelijks iets meer van vernomen, maar heeft het forensisch veld ook niet kunnen profiteren van de eventueel wel werkzame elementen van deze methodieken!

Het gegeven dat in de toekomst de (forensische) jeugdhulpverlening alleen door de gemeentes gefinancierd gaat worden, die overigens al direct met kortingen te maken krijgen, maakt het aantrekkelijk voor die gemeentes om vooral goedkoop in te kopen,

waarbij men wellicht geneigd is om minder op de kwaliteit te letten (daar hangt immers een prijskaartje aan vast). Als in de nieuwe situatie reclame gaat zegevieren en wetenschappelijk bewijs er niet of nauwelijks meer toe doet, zijn we terug bij af.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D., & Van Bussbach, J. (2009). Multi System Therapie voor ernstig antisociale en deliquente jongeren: twee jaar follow-up studie. *Systeemtherapie*, 21, 94-105.
- Boonstra, C. (2011). Zedenexpertise (Reactie op bericht dreigende sluiting zedengroepen binnen Jeugd-zorg Plus). *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 11, 822-824.
- Borckardt J. J., Nash M. R., Murphy M. D., Moore M., Shaw D., O'Neil P. M. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63, 77-95.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M. & Stein, R. J. (1990). Multisystemic Treatment of Adolescent Sexual Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34, 105-113.
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. & Heiblum, N. (2009). A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders. Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 26-37.
- Deković, M. (2010). Effecten van interventies: baat het niet, dan schaadt het niet? *Kind en adolescent*, 31(2), 98-103.
- Deković, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J. M. en Van der Laan, P. (2012). Within intervention change: mediators of intervention effects during Multisystemic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 1-14.
- Hendriks, J. (2006). *Jeugdige zedendelinquenten: een studie naar subtypen en recidive*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hendriks, J. & Stams, G.J. (2010). Werkt MST? Een reactie op het onderzoek van Boonstra e.a. *Systeemtherapie*, 22(1), 14-19.
- Hendriks, J. (2011). *Wie Joost weet, mag het zeggen (oratie)*. Den Haag: Boom/Lemma.
- Hendriks, J. (2012) Wast Dash echt witter dan wit (over de effecten van MST-PSB). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*. 67(3), 110-113.
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J.E. & Saldana, L. (2009). Multisystemic Therapy for Juvenile Sexual Offenders: 1-Year Results From a Randomized Effectiveness Trial. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 89-102.
- Littell, J. H., Popa, M., Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Review*. Issue 4.
- Littell, J. H. (2008). Evidence-based or biased? The quality of published reviews of evidence-based practices. *Children and Youth services review*, 30, 1299-1317.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Stams, G. J. J. M. (2011). Het recht van de zwakste: De forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 243-258.
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L. H., & Kadesjö, C. (2008). The transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. *Journal of Family Psychology*, 22, 350-560.
- Weisburd, D., Lum, C., & Petrosino, A. (2001). Does research design affect study outcomes in criminal justice? *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578, 50-70.