

INTERNATIONAL CANNABIS NEED FOR TREATMENT

INCANT:

Eindactiviteitenverslag

Periode: november 2006 – april 2010

**BRUGMANNZIEKENHUIS
INSTELLING VOOR PSYCHIATRIE EN MEDISCHE PSYCHOLOGIE
Professor P. VERBANCK
Professor I. PELC (Projectverantwoordelijke)
Mevr. M. GLAESENER (Klinisch therapeute MDFT)
Mevr. Y. GLADSTEEN (Klinisch therapeute en supervisor MDFT)
Dhr. P. SPAPEN (Klinisch therapeut MDFT)
Mevr. K. VAN GERWEN (Klinisch therapeute MDFT)
Mevr. V. ANTONIALI (Individuele therapeute Cannabis Clinic)
Mevr. T. ANGELIDIS (Onderzoekster INCANT)**

Inhoud

I.	Filosofie, achtergrond en doelstellingen	p.5
1.1	Het Belgische project	p.5
1.2	Wetenschappelijke gegevens	p.5
1.3	De therapieën	p.6
	1.3.1 MDFT	p.6
	1.3.2 TAU	p.8
1.4	Doelstellingen van het hoofdonderzoek (Main Study)	p.9
1.5	Duur van het onderzoek	p.9
II.	Specificatie van de klinische taken	p.10
2.1	Oprichting van een team	p.10
2.2	Opleiding	p.11
III.	Onderzoek	p.12
3.1	Overzicht van de evaluatie-instrumenten	p.12
3.2	Overzicht van de inclusie-/exclusiecriteria	p.14
3.3	Promotieactiviteiten van het onderzoek en klinische activiteiten	p.14
3.4	Vergelijkende observaties MDFT/TAU op het moment van de inclusie	p.17
3.5	Vergelijkende observaties MDFT-TAU (0-3-6-9-12 follow-up)	p.18
3.6	Therapietrouw	p.39
3.7	Tevredenheid over de therapie	p.39
3.8	Follow-up	p.41
3.9	Enquête: analyse van de vragenlijsten	p.41
IV.	Conclusie	p.45
V.	Vooruitzichten	p.47
VI.	Bijlagen	p.49

Samenvatting

Onderzoek

Sinds het begin van het onderzoek (november 2006) tot eind maart 2009 (einde van de werving) hebben wij, op basis van de 297 behandelingsaanvragen*, in totaal 108 jongeren kunnen werven die voldeden aan de inclusiecriteria. Van deze jongeren werden 60 patiënten gerandomiseerd volgens het Europese protocol: 30 volgen de MDFT (MDFT Incant) en 30 de « as usual »-therapie (TAU Incant). Naast deze 60 « INCANT »-patiënten worden voor de Belgische studie nog 48 andere patiënten gevolgd in « as usual »-therapie (Belgische TAU). Voor deze laatste groep hebben wij bij gebrek aan personeel een groot aantal patiënten op de wachtlijst moeten zetten.

Na drieënhalf jaar onderzoek en evaluatie brengen de resultaten drie grote verschillen aan het licht tussen de MDFT- en de TAU-groep.

1. Therapietrouw: 63,3 % « drop-out » in TAU tegen slechts 6,7% in MDFT.
2. Daling van het cannabisgebruik: tijdens de laatste drie maanden daalde het aantal dagen gebruik bij de jongeren die werden gevolgd in MDFT.
3. De positievere kijk van de ouders tegenover hun adolescent wat betreft het in zichzelf gekeerd zijn en de somatische klachten.

Tegelijk is de evolutie van een groot aantal andere variabelen gunstiger voor de MDFT-patiënten dan voor de TAU-patiënten. Om eventuele opmerkelijke tendensen te kunnen beoordelen, moeten de resultaten echter worden geanalyseerd met de gehele steekproef uit de andere landen.

Opleiding

De twee MDFT-therapeuten worden opgeleid tot MDFT-lesgevers: Kris Van Gerwen bij het Nederlandse team en Patrick Spapen met de Zwitserse, Duitse en Franse supervisors.

Bovendien volgen drie therapeuten, Valérie Antoniali, Tatiana Angelidis en Marine Glaesener, sinds begin februari 2010 een opleiding over MDFT.

12 andere therapeuten volgden een vierdaagse initiatiemodule over het MDFT-model.

Klinische activiteiten

Naast de organisatie van de MDFT staan wij in voor de eerste afspraken over de analyse van de aanvraag en voor de heroriënteringen indien ze nodig zijn. Wij ontwikkelen binnen de cannabis clinic eveneens multidimensionale balansen (medische, cognitieve, psychologische en relationele aspecten) en organiseren groepen voor de adolescenten en de ouders.

I. FILOSOFIE, ACHTERGROND EN DOELSTELLINGEN

1.1 Het Belgische project

Het A.P.C.R.¹ heeft de nadruk gelegd op de nood aan een onderzoek van de behandelingen voor cannabismisbruikende jongeren. Als behandeling werd gekozen voor de « Multidimensional Family Therapy » (M.D.F.T.), ontwikkeld door C.T.R.A.D.A. in Miami². Deze keuze was gebaseerd op een systematisch literatuuroverzicht. De MDFT leverde immers de beste resultaten op voor de behandeling van cannabismisbruikende jongeren. Vijf landen hebben in het kader van het A.C.P.R. een proefonderzoek gelanceerd, om de haalbaarheid na te gaan van een onderzoek over M.D.F.T. in West-Europa³ onder de naam INCANT (International Cannabis Need of Treatment). De resultaten van dit proefonderzoek (2004-2005) hebben het pad geëffend voor een hoofdonderzoek waarin 5 sites worden gecoördineerd die verspreid zijn over de verschillende betrokken landen.

Sinds maart 2007 neemt België deel aan het Europese onderzoek en volgt daarbij alle aanbevelingen voor het Europese hoofdonderzoeksproject (Incant Main Study).

De gevallen werden geselecteerd op basis van de INCANT-criteria en de richtlijnen van de Europese coördinator (H. Rigter), in samenwerking met de Belgische projectverantwoordelijke (Professor I. Pelc), en met behulp van de randomisatie binnen de ons ter beschikking gestelde « Officiële website van INCANT » (www.incant.eu).

1.2 Wetenschappelijke gegevens

Enkele gegevens over cannabisverslaving en –misbruik bij jongeren.

- a.) Cannabis is de meest gebruikte illegale drug in West-Europa. Het gebruik ervan is in de loop van de laatste 5 jaar toegenomen. Jongeren en jongvolwassenen vormen de grootste groep van gebruikers.
- b.) Sommige gebruikers ontwikkelen een cannabisverslaving (cannabis use disorder). Een Franse studie toont aan dat 6,3% van de jongeren van 17 tot 19 jaar dagelijks cannabis gebruiken.
- c.) Intensief gebruik van cannabis op jonge leeftijd houdt een verhoogd risico in op de ontwikkeling van stoornissen. Jongeren beginnen op steeds jongere leeftijd te gebruiken, waardoor het risico op desocialisatie en op mogelijke gevolgen voor de neurologische ontwikkeling van de hersenen toeneemt.
- d.) Cannabismisbruik bij jongeren lijkt moeilijk te overwinnen zonder behandeling. In een Duitse studie was slechts 14% van de jongeren met een diagnose van cannabismisbruik en 16% van de jongeren met een diagnose van cannabisverslaving na 5 jaar gestopt met gebruiken. 74% van degenen die occasioneel gebruiken, was echter wel na 5 jaar gestopt.
- e.) Cannabis is een sterkere drug geworden. De concentratie van de actieve substantie (THC) is immers hoger dan vroeger.

¹ Action plan for cannabis research (Actieplan voor cannabisonderzoek)

² H. Liddle, Center for Treatment Research on adolescence Drug Abuse : C.T.R.A.D.A., University of Miami School of Medicine (<http://med.miami.edu/ctrada/>)

³ het gaat om Duitsland, België, Frankrijk, Nederland en Zwitserland

- f.) Jongeren die aan cannabismisbruik of –verslaving lijden, vertonen een hoge hiermee gepaard gaande comorbiditeit (angst, depressie, gedragsstoornissen). Een niet te verwaarlozen aandeel delinquent gedrag en problematisch alcoholgebruik zijn eveneens duidelijk aanwezige elementen.
- g.) Deze jongeren met talrijke problemen, waaronder cannabisverslaving, staan vooraf bloot aan een reeks risicofactoren in hun persoonlijke ontwikkeling: genetische componenten, disfunctionele gezinsomgeving, geweld in de kindertijd, kennismaking met alcohol en cannabis op te jonge leeftijd, aansluiting bij peergroups met afwijkend gedrag. Hoewel geen van deze factoren op zich een verklaring vormt, moeten de aangeboden therapieën deze factoren in hun geheel beschouwen.
- h.) In de meeste West-Europese landen lijkt ook de vraag naar behandeling te zijn toegenomen. Dit is ook het geval voor de « Cannabis Clinic » in het UVC Brugmann.

1.3 Therapieën

1.3.1 MDFT

Het gaat hier om de multidimensionale gezinstherapie die meer dan twintig jaar geleden werd ontwikkeld in het *Center of Treatment Research for Adolescent Drug Abuse* (CTRADA) van de faculteit geneeskunde van de Universiteit van Miami. Deze therapie richt zich tot jongeren met een problematisch gebruik van psychoactieve substanties die daarnaast ook meestal diverse gedrags- en andere stoornissen vertonen. De interventiemethoden zijn gebaseerd op de onderzoeksgegevens en richten zich op de processen die het drugsgebruik en de gedragsproblemen ondersteunen in de talrijke omgevingen waarin de adolescent(e) zich ontwikkelt.

De therapeutische strategieën zijn enerzijds geïnspireerd op de strategische (Haley) en structurele (Minuchin) gezinstherapie en bevatten anderzijds elementen van TCC, drug counseling en andere. Gedurende de hele therapie letten de therapeuten op de unieke manier waarop deze processen tot uiting komen bij elk gezin. De behandeling bestaat in de evaluatie van de risico- en beschermingsfactoren, naast het inzetten van de individuele, familiale en sociale middelen die nodig zijn opdat de jongere opnieuw een normaal ontwikkelingstraject zou doorlopen.

Vier terreinen worden aangesneden: de jongere als individu, de ouders in hun ouderlijke functie, de gezinsrelaties en de omgeving buiten het gezin (gemeenschap, school, rechtbank, peergroup). Nu eens zijn er gesprekken met de jongere, dan weer met de ouders of met het hele gezin. De gesprekken worden voorbereid en de situaties worden regelmatig besproken onder supervisie.

De therapie bestaat uit drie fasen:

- Fase I: de intakefase waarin de therapeut probeert om banden aan te knopen met de jongere, zijn ouders en alle betrokkenen (school, arts, vrienden, rechter, jeugdhulpverleningsdiensten (SAJ), diensten voor gerechtelijke bescherming (SPJ),...). Bedoeling is tot een echte samenwerking te komen en de jongere en zijn ouders te motiveren voor de behandeling. In zo'n klimaat kunnen zij zich vrij uitdrukken, zonder bang te zijn om te worden veroordeeld, en zal het therapeutische werk worden gestuurd door ieders problemen en verwachtingen.
- Fase II: motiveren en werken aan verandering: er zullen verschillende thema's worden aangekaart afhankelijk van de situaties, die bedoeld zijn om de emotionele band tussen de jongere en zijn ouders te versterken, de ouders de mogelijkheid te bieden om invloed uit te oefenen op hun kind, de adolescent te helpen zijn gedachten te ordenen en beter te communiceren, of rond de jongere een netwerk van volwassenen uit te bouwen die steun bieden en klaar staan om te praten (ouders en externe hulpverleners). Dit is slechts een greep uit de interventiedomeinen.

- Fase III: de veranderingen bevestigen en het einde van de therapie voorbereiden.

De therapeut moet de motor van het veranderingsproces vormen, opdat het gezin opnieuw in staat zou zijn om de jongere in moeilijkheden te helpen.

Deze therapie kan erg intensief zijn, maar heeft een relatief korte duur (5-6 maanden). Indien nodig kunnen verschillende sessies per week plaatsvinden, soms op verschillende plaatsen (in het consultatiecentrum, thuis, op school, in de rechtbank). Er wordt eveneens voorzien in regelmatige telefoongesprekken.

Deze behandeling is goedgekeurd en erkend in de VS, aangezien deze aanpak de beste resultaten heeft opgeleverd in verschillende vergelijkende studies.

In de VS zijn de systemische therapieën geëvolueerd naar diverse « evidence based » integratiemodellen, afhankelijk van de verschillende problemen.

In Europa is de opleiding algemener en overloopt de verschillende gezinstherapiescholen. Er worden wel supervisies georganiseerd, maar er is geen formele evaluatie of therapie, en er zijn geen therapeuten. Er is enkel een beoordeling van de opleiders. In het algemeen wordt het gezin vaak gezien in zijn geheel, in tegenstelling tot MDFT waar men werkt met verschillende modules.

Hieronder vindt u enkele elementen die een antwoord bieden op de verschillen tussen ACRA (Adolescent Community reinforcement approach) en MDFT.

ACRA is geen therapie die gebaseerd is op het gezin, en zeker geen gezinstherapie zoals MDFT. De sessies gebeuren in groep, met een aantal individuele sessies. De ouders en de gezinnen ondersteunen de verandering, maar vormen niet de drijvende kracht, wat wel het geval is bij gezinsbenaderingen als MDFT.

De doeltreffendheid ervan is niet voldoende bewezen. Hierover bestaan immers slechts twee studies. Het is zeker geen slechte behandeling. Er werd aangetoond dat ze een zekere voorafgaande doeltreffendheid heeft, maar in mindere mate dan MDFT.

Deze therapie wordt in de literatuuroverzichten trouwens niet voorgesteld voor de behandeling van adolescenten met drugsproblemen. Hieronder vindt u een uittreksel van een recente bespreking (Sprenkle review):

"Three comprehensive reviews of adolescent drug treatment since 2002 concluded that research on family-based approaches is consistently distinguished for its methodological rigor and impressive results. In Vaughn and Howard's (2004) hybrid meta-analysis/quality of evidence review, Multidimensional Family Therapy (MDFT; Liddle, 2002) and cognitive behavioral group treatment (CBT) emerged as most efficacious. Becker and Curry's (2008) quality of evidence review revealed that multiple systems-oriented family therapies (MDFT and Mutisystemic Therapy, MST; Henggeler & Borduin, 1990) were among only three approaches (CBT and brief motivational interviewing included) to demonstrate comparatively superior treatment effects in the highest quality adolescent drug treatment studies. Finally, a meta-analysis by Waldron and Turner (2008) reported that only three of 46 adolescent drug treatments could be classified as "well-established," including MDFT, Functional Family Therapy (FFT; Alexander & Parsons, 1982), and CBT. Three additional family-based models in this meta-analysis were considered "probably efficacious" (BSFT, MST, and behavioral family therapy). A fourth review by Austin, MacGowan, and Wagner (2005) focused specifically on family-based interventions for substance use problems and categorized MDFT and BSFT as "probably efficacious" and three other models (MST, FFT, and behavioral family therapy) as "possibly efficacious." Thus, family-based treatments are well established among the most

effective treatments for adolescent drug abuse. The following sections report recent research findings on these family-based models..."

1.3.2 Therapie « as usual »: Cannabis Clinic (T.A.U.)

De gebruikelijke behandeling in de Cannabis Clinic van het Brugmannziekenhuis richt zich tot alle jongeren met problemen door cannabismisbruik of -verslaving.

Uitgezonderd het feit dat TAU een individuele therapie moet zijn en dat de therapeut een contactverslag (contact log⁴) moet invullen voor elk van zijn patiënten, legt het INCANT-onderzoeksprotocol geen enkele richtlijn op.

Binnen onze raadpleging is de TAU zowel gebaseerd op technieken om de motivatie te verhogen als op die van de individuele benadering in navolging van het cognitieve gedragsmodel.

De therapie bestaat uit de volgende fasen:

1. De jongere en zijn ouders worden geïnformeerd over de effecten op en de risico's voor lichaam en geest, evenals over het gevaar voor sociaal disfunctioneren als gevolg van het cannabisgebruik.
2. Multi-axiale evaluatie: voorgeschiedenis en type van gebruik van pschoactieve substanties, lichamelijke, psychiatrische en cognitieve problemen die hiermee gepaard gaan, evaluatie van het sociaal functioneren.
3. Behandeling

De poliklinische behandeling verloopt in drie fasen:

1. Motiveren: de motivatie verhogen om te stoppen met het gebruik van cannabis.
2. Actie voorbereiden: door middel van gedragstechnieken de patiënt aanleren om beter opgewassen te zijn tegen situaties waarin het risico op verslavend gedrag groot is, en om andere nuttige activiteiten te ontwikkelen. De cognitieve methoden zullen het in deze fase mogelijk maken om automatische gedachten, basisprocessen en –overtuigingen te wijzigen, wanneer die bijdragen tot het in stand houden van de verslaving.
3. Tot actie overgaan: de patiënt stopt met gebruiken en er wordt gewerkt aan het voorkomen van hervallen.

Dit model is modulair opgebouwd en houdt rekening met de verschillende therapeutische interventies die wij, zowel in België als in Frankrijk, gewoonlijk toepassen.

De behandeling richt zich op de jongere; er worden evenwel ook bijkomende gesprekken met de ouders georganiseerd (ondersteuning en informatie over het verloop van de behandeling).

De therapeutische sessies vinden eenmaal per week plaats. Ze gebeuren door mevrouw Valérie Antoniali, psychologe, die hierbij regelmatig supervisie geniet. De behandeling is van onbepaalde duur.

⁴ Contact Log: door de therapeut ingevulde Excel-tabel met de frequentie en de duur van de gesprekken met de jongere en zijn gezin

1.4 Doelstellingen van het hoofdonderzoek (Main Study)

Het hoofdonderzoek beoogt een antwoord te bieden op 5 vragen door de gebruikelijke poloklinische therapieën (TAU) te vergelijken met de MDFT.

- a. Is de MDFT doeltreffender dan een gebruikelijke therapie om het cannabisgebruik te verminderen?
- b. Is de MDFT doeltreffender om de risicofactoren die gepaard gaan met cannabismisbruik (gebruik van andere substanties, angst- en depressiesymptomen, gedragsstoornissen, familiaal disfunctioneren, problemen op school, delinquentie) te verminderen?
- c. Is de MDFT doeltreffender om de jongeren in de therapie te houden?
- d. Wat zijn de werkelijke kosten van de MDFT in vergelijking met een gebruikelijke therapie?
- e. Wordt de MDFT aanvaard door de jongeren, hun gezin en de therapeuten?

1.5 Duur van het onderzoek

Aanvankelijk was het onderzoek gepland voor 36 maanden:

- 24 maanden werving: november 2006 → oktober 2008
- 12 maanden voor de follow-ups en de therapieën: november 2008 → oktober 2009
- (- 6 maanden voor het opstellen van het eindverslag: november 2009 → april 2010)

Wegens de opgelegde termijnen voor de certificeringsfase hebben wij het onderzoek uitgebreid tot 38 maanden:

- 26 maanden werving: november 2006 → december 2008
- 12 maanden voor de follow-ups en de therapieën: januari 2009 → december 2009
- (- 4 maanden voor het opstellen van het eindverslag: januari 2009 → april 2010)

II. SPECIFICATIE VAN DE KLINISCHE TAKEN

2.1 Oprichting van een team

Samenstelling van het team:

- Dhr. Professor I. Pelc,
functie: projectverantwoordelijke en wetenschappelijk supervisor

MDFT

- Mevr. Yannik Gladsteen, psychologe (1995), gezinstherapeute (2005)
MDFT-opleiding: gecertificeerd MDFT-therapeute en -supervisor tot 31 december 2009
functie: MDFT-supervisor en -therapeute
arbeidsovereenkomst: halftijds van 20 december 2008 tot 01/01/2010
anciënniteit: in het Brugmannziekenhuis sinds 2004.
- Mevr. Kris Van Gerwen, gegradueerd psychiatrisch verpleegster sinds 1988, gezinstherapeute sinds 1995
MDFT-opleiding: gecertificeerd MDFT-therapeute (april 2007)
functie: MDFT-therapeute en momenteel MDFT-supervisor/lesgeefster
arbeidsovereenkomst: halftijds werkneemster voor het INCANT-project in crisis- en spoedhospitalisatie
anciënniteit: werkt sinds 1989 met volwassenen en jongeren in ziekenhuismilieu in het Brugmannziekenhuis.
- Dhr. Patrick Spapen, psycholoog sinds 1980 en gezinstherapeut sinds 1987.
MDFT-opleiding: gecertificeerd MDFT-therapeut (april 2007)
functie: MDFT-therapeut en momenteel MDFT-supervisor/lesgever
arbeidsovereenkomst: halftijds werknemer
anciënniteit: in het Brugmannziekenhuis sinds 2000. Werkt met jongeren in ziekenhuismilieu en op consultatie.
- Mevr. Marine Glaesener, psychologe en gezinstherapeute
MDFT-opleiding: in opleiding
functie: MDFT-therapeute
arbeidsovereenkomst: werkneemster 30 uur
vanaf 01/01/2010 vervangster van mevr. Gladsteen, die ontslag neemt

As usual

- Mevr. Valerie Antoniali, psychologe
functie: cognitieve gedragstherapeute
arbeidsovereenkomst: voltijds werkneemster
anciënniteit: in het Brugmannziekenhuis sinds december 2003

Onderzoek

- Mevr. Tatiana Angelidis, psychologe
functie: onderzoekster
arbeidsovereenkomst: halftijds van 20 december 2008 tot het einde van het onderzoek

anciënniteit: 3 jaar

2.2 Opleiding

2.2.1 De context van de MDFT-opleiding: overzicht bij het begin van het onderzoek

De therapeuten-supervisors (*supervisor therapist*) die betrokken zijn bij het INCANT-project (5 personen), waarvan de supervisor die in het Brugmannziekenhuis werkt deel uitmaakt, werden opgeleid door het team van Dr. H. Liddle^{5*}:

- 1 week in België (supervisors + therapeuten)
- 2 weken in Miami (supervisors)
- 1 week in Nederland (supervisors + therapeuten)
- 1 week in Miami (supervisors)
- 1 week in Duitsland (supervisor + therapeuten)
- 2 x 2 dagen in Brussel (supervisor en therapeuten)

Na de opleiding kregen de therapeuten-supervisors in juni 2005 de certificering van « MDFT-therapeuten ». De verschillende therapeuten die de plaatselijke teams moesten vormen in de verschillende Europese landen, volgden tijdens de opleidingsweken die plaatsvonden in Europa, een hoofdzakelijk theoretische opleiding over het model.

2.2.2 De context van de MDFT-opleiding sinds januari 2010

Drie personen van het team volgen in de cannabis clinic een opleiding over de MDFT-therapie. Het gaat om mevrouw T. Angelidis, mevrouw M. Glaesener en mevrouw V. Antoniali.

- Mevr. K. Van Gerwen wordt heel binnenkort MDFT-lesgeefster. De heer P. Spapen volgt momenteel een opleiding tot lesgever (2 x 4 dagen voor de opleiding tot lesgever in Parijs en Berlijn), die hij eind 2010 zal beëindigen en waaraan ook het CTRADA-centrum deelneemt. Al deze personen zullen worden gecertificeerd door MDFT Europe.

5 * Dr. H. Liddle: Professor and Director of the Center for Treatment and Research on Adolescent Drug Abuse (CTRADA), the Miller School of Medicine, University of Miami.

III. ONDERZOEK

3.1 Overzicht van de evaluatie-instrumenten

Elke vragenlijst wordt in detail toegelicht na de overzichtstabel.

	JONGERE					OUDER				
	T0	T3	T6	T9	T12	T0	T3	T6	T9	T12
Cannabisgebruik										
ADI-Light	+				+					
Intake Interview	+		+		+	+		+		+
TLFB	+	+	+	+	+					
Urinetest	+	+	+	+	+					
Sociaal gedrag en gedrag op school										
CBCL*						+		+		+
YSR*	+		+		+					
PEI	+		+	+	+					
Gezinsfunctioneren										
FES	+		+	+	+	+		+		+
Levensgebeurtenissen										
Life Events Scale	+				+					
Gehechtheid										
PBI	+				+	+				+
Tevredenheid over de therapie										
SS			+					+		

* de CBCL is de tegenhanger voor de ouders van het YSR. Bijgevolg wordt de CBCL enkel afgenomen van de ouders (en niet van de jongeren) en het YSR enkel voorgelegd aan de jongeren en niet aan de ouders.

Evaluatie van de verslavingen

- Adolescent Diagnostic Interview-Light (ADI-Light; Winters & Henly, 1993). Het ADI-L is een gestructureerd gesprek om het gebruik van substanties tijdens de adolescentie te evalueren op basis van de criteria van de DSM-IV. Het zal gebruikt worden om de diagnose van

cannabisverslaving te bevestigen en de aan- of afwezigheid van het gebruik van andere substanties te bepalen. De afname van het ADI-L neemt ongeveer 30 minuten in beslag.

- Adolescent and parent(s) Intake Interview. Het Intake Interview (CTRADA, 1998) zal afzonderlijk worden afgenomen van de jongere en zijn ouders. Deze vragenlijst van een twintigtal minuten maakt het mogelijk om sociodemografische gegevens te verzamelen, maar ook gegevens over de voorgeschiedenis van de jongere, de gezinssamenstelling, het drugsgebruik, de psychiatrische pathologieën in het gezin, de antecedenten met het gerecht, het zorgtraject, de problemen op school en de relatie met vrienden. Er bestaat een specifieke versie voor zowel de jongere als de ouders.

- Timeline Follow-Back-90 (TLFB-90; Bry et al., 1986; Bry & Kinsley, 1992; Waldron et al., 2001). TLFB-90 is een gestructureerd gesprek om de evolutie van het gebruik van de jongere in de tijd te meten. Het verzamelt informatie over de hoeveelheid cannabis die van dag tot dag gebruikt wordt. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

- Urinalysis

Urinestalen worden geanalyseerd op de aanwezigheid van cannabis, niet enkel tijdens de evaluatie, maar ook tijdens de follow-ups (na 3, 6, 9 en 12 maanden).

Evaluatie van het sociale gedrag

- Personal Experiences Inventory (PEI; Winters & Henly, 1989). De PEI is een vragenlijst die de ernst van het drugsgebruik en de daarmee gepaard gaande problemen inschat. De duur ervan wordt geschat op ongeveer 10 minuten.

- Youth Self-Report (YSR; Achenbach & Edelbrock, 1979; 1983). Deze ingekorte vragenlijst stelt de jongere in staat om gedragsstoornissen en eventuele psychotische stoornissen te inventariseren. Het YSR duurt ongeveer 10 minuten.

- Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1979; 1983). De CBCL is de YSR-versie voor ouders. De checklist brengt eventuele stoornissen aan het licht in het gedrag en de sociale vaardigheden van de jongere. Wij zullen gebruik maken van drie schalen van prosociale kenmerken: de Activiteitschaal (vermogen om deel te nemen aan activiteiten), de Sociale Schaal (vermogen om contact te leggen met vrienden) en de Schoolschaal (meting van de schoolprestaties). Net als het YSR neemt de afname van de CBCL 10 minuten in beslag.

Evaluatie van het gezinsfunctioneren

- Family Environment Scale (FES; Moos & Moos, 1986; Grotevant & Carlson, 1989). De FES is een schaal die het gezinsfunctioneren evalueert. Wij zullen gebruik maken van de subschalen “conflicten” en “cohesie”. De schaal zal worden voorgelegd aan de jongere en zijn ouders. De afnameduur wordt op 5 minuten geschat.

Evaluatie van de gehechtheid

- Parental Bonding Instrument (PBI-French version, B. Pihet, Y. Ledoux, 2000). Het PBI is een vragenlijst met 25 items die de perceptie evalueert van de houding en het gedrag van elk van beide ouders naar de patiënt toe gedurende de eerste 16 jaar van zijn leven. Deze schaal beoordeelt twee dimensies in de ouder-kindrelatie: de zorg (psychologische beschikbaarheid, belangstelling/onverschilligheid, affectieve warmte/afwijzing) en overbescherming (controle/inmenging, infantilisatie/aanmoediging tot zelfstandigheid). De afname duurt ongeveer 10 minuten.

De jongeren moeten de houding van hun ouders onderbrengen in een van de vier volgende categorieën: « optimaal » ouderschap (veel affectie en weinig controle), « dwang zonder

affectie » (veel controle en weinig affectie), « geaffectioneerde dwang » (veel controle en veel affectie) en « laks » ouderschap (weinig controle en weinig affectie).

Evaluatie van de tevredenheid over de therapie

- Satisfaction scale (SS): Deze schaal zal na 6 maanden worden voorgelegd om de tevredenheid te peilen van de jongere, de ouder en de therapeut over de resultaten van de behandeling. Ook al bestaat deze schaal uit vier dimensies, toch heeft het wetenschappelijke comité beslist om slechts één vraag te stellen: « In hoeverre bent u in het algemeen tevreden over de hulp die u heeft gekregen? »

Nieuw (februari 2007)

- Life Events Scale: Deze schaal bestaat uit 16 vragen om de levensgebeurtenissen te evalueren die zich hebben voorgedaan in het gezin (overlijden, geboorte, zware ziekte, verhuizing, verandering van school) gedurende de voorbije 12 maanden. Deze schaal zal enkel worden voorgelegd aan de jongere op het moment van de Baseline en de follow-up na 12 maanden. De afnameduur bedraagt 5 minuten.

3.2 Overzicht van de inclusie-/exclusiecriteria

a) Inclusiecriteria

- de jongere moet tussen 13 en 18 jaar zijn
- de jongere moet beantwoorden aan de criteria inzake cannabisverslaving of -misbruik van het DSM-IV
- ten minste één van de twee ouders moet beschikbaar zijn om zich toe te leggen op de therapie
- het gezin moet het Nederlands of het Frans als omgangstaal hebben
- de jongere en de ouders moeten de voorwaarden ondertekenen

b) Exclusiecriteria

- de jongere moet worden gehospitaliseerd of worden overgebracht naar een bijzonder beveiligde omgeving
- de jongere heeft een medische substitutiebehandeling nodig voor opiaatverslaving
- de jongere of het gezin volgt een therapie die een snellere oplossing biedt dan INCANT en niet kan worden stopgezet
- de jongere neemt deel aan een ander onderzoek

3.3 Activiteiten ter promotie van het onderzoek en aanverwante klinische activiteiten

a) Versturen van brieven en flyers

b) Contacten met scholen / instellingen / maatschappelijk werkers

- Ontmoeting met de directeurs van de vrije PMS-centra: februari 2009 (V. Antoniali en T. Angelidis)
- Ontmoeting met de jeugdrechters: maart 2009 (T. Angelidis, P. Spapen en K. Van Gerwen)

c) Lezingen / animatie

- Les over drugs en het bestaande gebruik, in het kader van de les psychologie van de jongeren die een aggregaat volgen in het ICHEC: 13/02/07 (V. Antoniali en T. Angelidis)
- Animatie in twee klassen van het middelbaar onderwijs in de école des Beaux Arts: 01.03.07 (V. Antoniali en T. Angelidis)
- Conferentie over de MDFT in Doornik: 19/04/07 (P. Spapen)

- Interventie tijdens de presentatie van ELECANT in het Institut de Sociologie van de ULB: 18/06/07 (Prof. Pelc)
- Stand « Consultation pour adolescents consommateurs de Cannabis » (affiches en flyers) tijdens de presentatie van ELECANT in het Institut de Sociologie van de ULB: 18/06/07 (heel het team)
- Interventie in het kader van het colloquium over « Behandeling en onderzoek van verslavingen in het UVC Brugmann »: 27/06/07 (P. Spapen en V. Antoniali)
- Uitdelen van affiches en flyers tijdens het colloquium over « Behandeling en onderzoek van verslavingen in het UVC Brugmann »: 27/06/07 (heel het team)
- Festival Couleur Café: uitdelen van affiches, flyers en visitekaartjes + informatie op een stand, in samenwerking met Modus Fiesta / Modus Vivendi en SePSUD: 30-31/06/07 en 1/07/07 (Y. Gladsteen en T. Angelidis)
- Conferentie « Cannabis in de pubertijd: van occasioneel naar zogenaamd « problematisch » gebruik: voor welke uitdagingen staan de jongeren? » in CCLJ: 24/10/07 (Y. Gladsteen en P. Spapen).
- Animatie van twee workshops « Modeverschijnselen en gebruik (chicha, joint..) », in het kader van de opleiding voor tabacoloog van FARES: 20/10/07 (Y. Gladsteen en T. Angelidis).
- Animatie in klassen van de Europese School (in het Frans en het Engels): 24/10/07 (P. Spapen en Y. Gladsteen).
- Conferentie « Adolescent et Cannabis » in het Athénée Robert Catteau: 20/11/07 (Y. Gladsteen, T. Angelidis)
- Seminarie pedopsychiatrie binnen KUL Leuven: 11/12/07 (K. Van Gerwen)
- Vergroten van de kennis over cannabis in het kader van de opleidingsmodule die wordt georganiseerd door het Hulpnetwerk voor Verslaafden in Brussel: januari 2008 (V. Antoniali)
- Conferenties over « de therapieën voor jongeren » bij studenten van Utrecht: 08/02/08 (K. Van Gerwen)
- Les over drugs en het bestaande gebruik, in het kader van de les psychologie van de jongeren die een aggregaat volgen in het ICHEC: 12/02/08 (V. Antoniali en T. Angelidis)
- Conferentie over « de pubertijd en cannabis » in het kader van een les voor verpleegkundigen: 23/02/08 (K. Van Gerwen)
- Informatiezitting in het Paleis van Justitie voor de advocaten van de jeugdrechtbank: 13/03/08 (P. Spapen)
- Conferentie in het kader van het FNRS (van de cel « recherche systématique en psychologie clinique ») in de ULB: 18/03/08 en 13/05/08 (heel het team)
- Conferentie over « de pubertijd en cannabis » in een jeugdbeweging in Antwerpen: 2/04/08 (Y. Gladsteen)
- Opleiding in het kader van een pedagogische dag in het Athénée Emile Bockstael: 19/05/08 (Y. Gladsteen)

Patrick Spapen geeft tien uur opleiding over de systemische aanpak in het kader van de bijscholing aan de ULB. De cursus gaat over de therapie van jongeren in moeilijkheden, met inbegrip van de verslavingsproblemen.

- Les over jongeren en cannabis aan de ULB (in het kader van de les van mevrouw A. Courtois): april 2009 (T. Angelidis en P. Spapen)
- Seminarie over de Cannabisconsultatie in het UVC Brugmann: april 2009 (deelname van het hele team)
- Uiteenzetting op het congres « adolescences et métamorphoses » van de ligue de Santé Mentale, december 2009 (cf. bijlage)
- Deelname aan het Seminarie van het ziekenhuis over verslavingen (mei 2010)

d) Andere activiteiten

- Optreden in de uitzending « Ze-live » voor jongeren op Plug TV: 11/07 (T. Angelidis)

- Optreden in de uitzending « Back Stage » op Radio Judaica: 12/07 (Y. Gladsteen)
- Interview op Viva Bruxelles, de Brusselse radio van de RTBF: 18/06/07 (Y. Gladsteen)
- Interview op La Première (RTBF): 27/06/07 (Y. Gladsteen)
- Interview op Radio Contact in het kader van de werelddag over verslavingen: 06/07 (V. Antoniali)
- Reportage van mevrouw Pascale Bollekens over de in het UVC Brugmann aangeboden diensten en behandelingen inzake drugsgebruik (RTBF): 29/06/07
- Persconferentie: 02/10/07
- Interview voor de radio La Première: 02/10/07 (Prof. Pelc en Y. Gladsteen)
- TV-journaal van Télé-Bruxelles: 2/10/07 (Prof. Pelc)
- Artikel in Le Soir: 3/10/07
- Uitzendingen « Matin Première » en « Questions Publiques » op La Première: 3/10/07 (Prof. Pelc)
- Artikel van Thierry Goorden in het Journal du Médecin (nr. 1863): 5/10/07
- Radio Campus: 10/10/07 (Y. Gladsteen en T. Angelidis)
- Uitzending « Transversale » op la Première: 12/10/07 (V. Antoniali, P. Spapen).
- Uitzending « Quand les jeunes s'en mêlent » op la Première: 10/11/07 (V. Antoniali, Y. Gladsteen, C. Papageorgiou)
- Artikel van F. Lorge in « Le Ligueur »: 12/11/07 (Y. Gladsteen, T. Angelidis)
- Interview over cannabisgebruik bij jongeren en de cannabisraadpleging voor jongeren en gezinnen, in de krant « Regards »: 18/12/07 (Y. Gladsteen)
- Artikel in Body Talk: januari 2008 (NL)
- Conferentie in het kader van de Science Club (bijeenkomst van wetenschappelijke journalisten): 21/02/08 (V. Antoniali en T. Angelidis)
- Opname voor de uitzending “Matière Grise” (RTBF): 19/03/08 (V. Antoniali)
- Opname voor NCC Chanel (medische zender): 21/04/08 (V. Antoniali)
- Artikel in « Femmes d’aujourd’hui »: november 2008 (V. Antoniali en T. Angelidis)
- Matière grise (RTBF): november 2008 (heel het team)
- RTL-TVI, uitzending over cannabis: november 2008 (V. Antoniali)
- Radio Judaïca (uitzending voor een Engelstalig publiek): december 2008 (Y. Gladsteen)
- Samenwerking met Prospective Jeunesse voor de opstelling van een brochure voor de ouders en volwassenen die de jongeren omringen. Deze brochure zal begin 2010 worden gedrukt en verspreid.
- Verzending, invoer en analyse van een vragenlijst, om een beter inzicht te krijgen in de diensten die zich bezighouden met deze problematiek, de eventuele moeilijkheden waarmee zij te maken krijgen en hun belangstelling voor een specifieke opleiding.

e) Opleidingsactiviteiten

- Houden van MDFT-initiatiedagen voor geïnteresseerde vakmensen (8 en 9 februari 2010 en 1 en 2 maart 2010) en van een opleiding voor de leden van het team van de cannabis clinic
- Alle aanwezige therapeuten waren erg tevreden over het verloop van deze dagen. Er waren 16 deelnemers, onder wie 7 personen van binnen het ziekenhuis, de 9 anderen kwamen uit Brusselse centra of ziekenhuizen.

Wij hebben in samenwerking met Frankrijk een aantal documenten vertaald in het Frans, onder meer het eerste MDFT-interview en talrijke powerpoints die dienen als kennismaking met het model, betreffende de gegevens van het onderzoek over de risico- en beschermingsfactoren en hun onderlinge verbanden, de oorsprong van het model, de algemene presentatie ervan, de verschillende instrumenten, de werkthema's rond elk aspect (adolescent, ouders, gezin en omgeving buiten het gezin), de drie behandelingsfasen en enkele bijzondere thema's (enactment, negatieve houding van ouders, de crisis en het hervallen, de ouders in team laten werken). Dankzij de samenwerking van Kris van Gerwen met het opleidingsteam in Nederland

beschikken wij ook over een Nederlandstalige versie van alle documenten, met inbegrip van het handboek.

De MDFT-opleiding richt zich tot teams (min. 3 personen die werkzaam zijn in het domein). Naast de opleidingsdagen die bestaan in de voorstelling van de verschillende aspecten van het model, therapievideo's en oefeningen, is er wekelijks een supervisie van het geval, maandelijks een live supervisie en maandelijks een supervisie op basis van een interviewvideo. De therapeuten worden beoordeeld aan de hand van een schriftelijk examen, het cijfer van twee videocassettes van een gesprek op basis van vastgelegde criteria die in overeenstemming zijn met het model, evenals door de lesgevers.

g) Artikels en hoofdstukken van boeken

- Antoniali, V., Verbanck, P. (2007, november). Quand cannabis rime avec dépendance. Esprit Libre n°53. Université Libre de Bruxelles, Belgique.
- Antoniali, V., Verbanck, P. (2008). Influence des troubles cognitifs et psychiatriques dans la prise en charge des usagers de cannabis. In E. Streel & L. Chinet (Eds.), Cannabis: Approches thérapeutiques contemporaines: De Boeck.
- Antoniali, V., Verbanck, P. (2008). Modes de prise en charge de l'usage problématique de cannabis. In E. Quertemont (Ed.). Nog niet verschenen
- Spapen, P., Angelidis, T., Antoniali, V., Van Gerwen, K., Pelc, I., Verbanck, P. (2010). La thérapie familiale multidimensionnelle des adolescent(e)s dépendants du cannabis. Thérapie familiale, Genève, 2010, Vol. 31, No, pp.117-132 (ter perse cf bijlage)
- Henk Rigter, Isidore Pelc, Peter Tossman, Olivier Phan, Esther Grichting, Vincent Hendricks, Cindy Rowe. INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. BMC Psychiatry 2010, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/28> (cf. bijlage)

3.4 Vergelijkende observaties MDFT/TAU op het moment van de inclusie

Voor de onderstaande grafieken hebben wij de MDFT-groep vergeleken met de TAU-groep. Aangezien voor de B TAU-groep geen randomiseringsprocedure werd gebruikt, zal die niet het voorwerp uitmaken van een vergelijkende analyse.

Wij hebben een beschrijvende analyse uitgevoerd van de twee groepen in T0 (baseline). Het gaat om een **zuiver beschrijvende** analyse voor zover de indeling bij de ene of de andere groep willekeurig gebeurt (via randomisering). Wij hebben deze analyse uitgevoerd om de algemene kenmerken van onze hele populatie te observeren.

Wij vatten dit samen in een tabel:

	MDFT	TAU
Verwijzers	ouders>rechter>jongere	ouders>jongere>rechter
Geslacht	93,3% jongens	93,3% jongens
Gemiddelde leeftijd	16,6 jaar	16,7 jaar
Nationaliteit	Belg	Belg
Afkomst van de ouders	46,6 % geboren in het buitenland (waarvan 64,3% afkomstig uit een ander Europees land)	26,7% geboren in het buitenland (waarvan 62,5% afkomstig uit een Afrikaans land)
Gezinssituatie	50% gescheiden ouders	63,3% gescheiden ouders
Familiale antecedenten	43,3% drugs- of psychiatrische problemen 40% juridische problemen	33,3% drugs- of psychiatrische problemen 26,7% juridische problemen
Huidige opvolging	23,3% gerechtelijke opvolging	33,3% gerechtelijke opvolging

volgens de jongere	20% opvolging door psycholoog	13% opvolging door psycholoog
Antecedenten jongere volgens ouders	66,7% gerechtelijke opvolging 46,7% opvolging door psycholoog	63,3% gerechtelijke opvolging 30% opvolging door psycholoog
Vrijtijdsbesteding (top 5)	muziek beluisteren >telefoneren >tv kijken>internet/videogames>uitgaan	muziek beluisteren >telefoneren>internet/videogames>uitgaan>tv kijken
Relaties volgens de jongere	58,7% vrienden die drugs gebruiken 29,3% vrienden die al zijn aangehouden	76,7% vrienden die drugs gebruiken 53,3% vrienden die al zijn aangehouden
Relaties volgens de ouders	63,3% slechte invloed 43,3% aardig en steunend 36,7% noch goed noch slecht	60% slechte invloed 50% noch goed noch slecht 33,3% aardig en steunend
Schoolbezoek volgens de jongere	30% algemeen onderwijs 23,3% technisch onderwijs 20% geen onderwijs	40% technisch onderwijs 20% geen onderwijs 13,33% beroepsonderwijs
Schoolbezoek volgens de ouders	63,3% veel slechte cijfers 60% van school gestuurd of regelmatig schoolverzuim	66,7% veel slechte cijfers 60% van school gestuurd of regelmatig schoolverzuim
Werk volgens de jongere	33,3% onregelmatige job 30% regelmatige job	60% onregelmatige job 13,3% regelmatige job
Werk volgens de ouders	36,7% goed 6,7% vaak afwezig	40% goed 20% vaak afwezig
Bron van inkomsten	33,3% loon 30% geld van familie 10% illegale inkomsten	30% loon 26,7% geld van familie 30% illegale inkomsten
Gerecht	43,3% werd reeds aangehouden 0% veroordeeld 0% in de gevangenis	40% werd reeds aangehouden 16,7% veroordeeld 13,3% in de gevangenis
Oorzaak van de gerechtelijke problemen	23,3% drugs 10% geweld	23,3% drugs 16,7% geweld
Levens-gebeurtenissen	58% verandering van school	50% verandering van school

		MDFT	TAU
Cannabisgebruik	ADI-Light cannabis (%)	96,7% verslaving (overmatig gebruik en tolerantie)	93,3% verslaving (moeite om te stoppen en overmatig gebruik)
	TLFB (A dagen)	gemiddeld gebruik: 68,87 dagen op 90 dagen	gemiddeld gebruik: 68,35 dagen op 90 dagen
	Urinetest (ng/ml)	804,76 ng/ml (gemiddelde)	670,83 ng/ml (gemiddelde)
Alcohol en andere drugs	ADI-Light alcohol (%)	46,7% misbruik 20% verslaving	40% misbruik 6,7% verslaving
	ADI-Light andere substanties (%)	- occasioneel gebruik 1 patiënt verslaafd aan amfetamines	- occasioneel gebruik - 1 patiënt verslaafd aan amfetamines
Sociaal gedrag en gedrag op school	CBCL* (gemiddelde score)	In zichzelf gekeerd = 5,32 Somatische klachten = 4 Angst/depressie = 8,53 Crimineel gedrag = 8,32 Agressief gedrag = 14,20	In zichzelf gekeerd = 3,30 Somatische klachten = 2,05 Angst/depressie = 6,15 Crimineel gedrag = 7,65 Agressief gedrag = 11,30

	YSR (gemiddelde score)	In zichzelf gekeerd = 7,95 Somatische klachten = 4,32 Angst/depressie = 11,68 Crimineel gedrag = 10,55 Agressief gedrag = 14,73	In zichzelf gekeerd = 7,42 Somatische klachten = 3,16 Angst/depressie = 8,84 Crimineel gedrag = 10,68 Agressief gedrag = 13,89
	PEI (gemiddelde score)	ervaringen = 71,64	ervaringen = 64,54
Gezins- functioneren	FES jongere (gemiddelde score)	Cohesie= 4,90 Conflict = 3,90	Cohesie= 5,65 Conflict = 3
	FES ouders (gemiddelde score)	Cohesie= 6,76 Conflict = 2,86	Cohesie= 6,95 Conflict = 2,30

3.5 Vergelijkende observaties MDFT-TAU (0-3-6-9-12 follow-up)

Om een beeld te krijgen van de doeltreffendheid van onze therapieën, hebben wij voor de twee groepen (MDFT en TAU) een vergelijking gemaakt tussen de gegevens op het moment van de inclusie (T0) en de gegevens van de follow-ups na 3 maanden (T3), 6 maanden (T6), 9 maanden (T9) en 12 maanden (T12).

		MDFT	TAU	Positieve evolutie in de tijd	Vershil tussen de groepen
Cannabis-gebruik	TLFB (A dagen)	T0 = 68,87 T3 = 42,53 T6 = 39,93 T9 = 43,13 T12 = 40,47	T0 = 68,35 T3 = 62,41 T6 = 65,12 T9 = 59,76 T12 = 70,94	ja (figuur 1)	MDFT (-20,4) >TAU (+2,59)*
	Urinetest (ng/ml)	T0 = 804,76 T3 = 659,45 T6 = 723,62 Stop op T6 = 5 patiënten	T0 = 670,83 T3 = 906,70 T6 = 923,74 Stop op T6 = 3 patiënten	ja (MDFT) nee (TAU) (figuur 2)	MDFT (-81,14) >TAU (+252,91)
	ADI-Light Cannabis	Verslaving T0 = 96,7% Verslaving T12 = 61,9% Misbruik T0 = 3,33% Misbruik T12 = 33,3% Noch misbruik noch verslaving T12 = 4,76%	Verslaving T0 = 93,3% Verslaving T12 = 57,14% Misbruik T0 = 6,7% Misbruik T12 = 33,3% Noch misbruik noch verslaving T12 = 9,52%	ja	Verslaving TAU (-36,16) > MDFT (-34,8%) Misbruik MDFT (+29,97%) > TAU (+26,6%)
Gebruik van andere substanties	ADI-Light Alcohol	Verslaving T0 = 20% Verslaving T12 = 19,5% Misbruik T0 = 46,7% Misbruik T12 = 42,8% Noch misbruik noch verslaving T0 = 33,3% Noch misbruik noch verslaving T12 = 38,9%	Verslaving T0 = 6,7% Verslaving T12 = 21,05% Misbruik T0 = 40% Misbruik T12 = 47,37% Noch misbruik noch verslaving T0 = 53,3% Noch misbruik noch verslaving 12 = 31,7%	ja	Verslaving MDFT (-0,5%) > TAU (+14,35%) Misbruik MDFT (-3,9%) > TAU (+7,37%)
	ADI-Light andere substanties	Amfetamineverslaving T0 = 1 patiënt	Amfetamineverslaving T0 = 1 patiënt Cocaineverslaving T12 = 1 patiënt		MDFT (0) >TAU (+1)
Gezins-functioneren	FES jongere (gemiddelde score)	Cohesie T0 = 4,90 Cohesie T6 = 5,95 Cohesie T12 = 6,45	Cohesie T0 = 5,65 Cohesie T6 = 5,95 Cohesie T12 = 6,25	ja (figuur 3)	MDFT (+1,55) >TAU (+0,6)
		Conflict T0 = 3,90 Conflict T6 = 2,90 Conflict T12 = 2,20	Conflict T0 = 3 Conflict T6 = 3 Conflict T12 = 2,80	ja (figuur 4)	MDFT (-1,7) >TAU (-0,2)
	FES ouders (gemiddelde score)	Cohesie T0 = 6,76 Cohesie T6 = 7,67 Cohesie T12 = 7,81	Cohesie T0 = 6,95 Cohesie T6 = 7,82 Cohesie T12 = 7,70	ja (figuur 5)	MDFT (+1,05) >TAU (+0,75)
		Conflict T0 = 2,86 Conflict T6 = 2,05 Conflict T12 = 1,38	Conflict T0 = 2,30 Conflict T6 = 1,45 Conflict T12 = 1,38	ja (figuur 6)	MDFT (-1,48) >TAU (-0,92)

Legende: ja = betekent dat er een statistisch significante evolutie is in de tijd (tussen T0 en T6), nee = betekent dat er geen statistisch significante evolutie is in de tijd (tussen T0 en T6)

in het blauw = betere evolutie voor MDFT ; in het groen = betere evolutie voor TAU

* dit is het verschil T12 – T0. Hoe hoger het cijfer , hoe groter het verschil. Voor de variabele “cohesie” wijst een positief cijfer op een verbetering.

MDFT (-20,4) >TAU (+2,59) = wanneer het verschil in het geel onderstreept is, wil dit zeggen dat het om een statistisch significant verschil gaat (p-waarde $p \leq 0,05$)

		MDFT	TAU	Positieve evolutie in de tijd	Vershil tussen de groepen
Sociaal gedrag en gedrag op school	Vrijtijds-besteding	T0 = 398,74 T6 = 806,76 T12 = 800,84	T0 = 376,38 T6 = 800,11 T12 = 846,71	ja (figuur 7)	TAU (+470,33) > MDFT (404,1)
	School-bezoek	(figuur 8)		(met de gegevens waarover wij beschikken, kunnen wij niet de statistische test uitvoeren die aangeeft of er een statistisch significante evolutie is in de tijd voor de twee groepen, en een statistisch significant verschil tussen de twee groepen)	
	Werk	(figuur 9)			
	Gerecht	(figuur 10)			
	CBCL (gemiddelde score)	In zichzelf gekeerd T0 = 5,32 In zichzelf gekeerd T6 = 4,05 In zichzelf gekeerd T12 = 4,32	In zichzelf gekeerd T0 = 3,30 In zichzelf gekeerd T6 = 3,29 In zichzelf gekeerd T12 = 3,25	nee (figuur 11)	MDFT (-1) >TAU (-0,05)
		Somatische klachten T0 = 4 Somatische klachten T6 = 2,53 Somatische klachten T12 = 2,21	Somatische klachten T0= 2,05 Somatische klachten T6 = 1,75 Somatische klachten T12 = 1,20	ja (figuur 12)	MDFT (-1,79) >TAU (-0,85)
		Angst/depressie T0 = 8,53 Angst/depressie T6 = 8,11 Angst/depressie T12 = 7,11	Angst/depressie T0 = 6,15 Angst/depressie T6 = 7,20 Angst/depressie T12 = 5,75	nee (figuur 13)	MDFT (-1,42) >TAU (-0,4)
		Crimineel gedrag T0 = 8,32 Crimineel gedrag T6 = 7,23 Crimineel gedrag T12 = 5,84	Crimineel gedrag T0 = 7,65 Crimineel gedrag T6 = 7,55 Crimineel gedrag T12 = 5,60	ja (figuur 14)	MDFT (-2,48) >TAU (-2,05)
		Agressief gedrag T0 = 14,20 Agressief gedrag T6 = 13,92 Agressief gedrag T12 = 11,05	Agressief gedrag T0 = 11,30 Agressief gedrag T6 = 11,55 Agressief gedrag T12 = 10,85	ja (figuur 15)	MDFT (-3,15) >TAU (-0,45)
	YSR (gemiddelde score)	In zichzelf gekeerd T0 = 7,95 In zichzelf gekeerd T6 = 5,68 In zichzelf gekeerd T12 = 5,18	In zichzelf gekeerd T0 = 7,42 In zichzelf gekeerd T6 = 5,05 In zichzelf gekeerd T12 = 4,42	ja (figuur 16)	TAU (-3) > MDFT (-2,77)
		Somatische klachten T0= 4,32 Somatische klachten T6 = 3,05 Somatische klachten T12 = 3,11	Somatische klachten T0= 3,16 Somatische klachten T6 = 3,11 Somatische klachten T12 = 2,05	ja (figuur 17)	MDFT (-1,21) >TAU (-1,11)
		Angst/depressie T0 = 11,68 Angst/depressie T6 = 8,23 Angst/depressie T12 = 8,32	Angst/depressie T0 = 8,84 Angst/depressie T6 = 6,32 Angst/depressie T12 = 6,32	ja (figuur 18)	MDFT (-3,36) >TAU (-2,52)
		Crimineel gedrag T0 = 10,55 Crimineel gedrag T6 = 6,45 Crimineel gedrag T12 = 5,89	Crimineel gedrag T0 = 10,68 Crimineel gedrag T6 = 8 Crimineel gedrag T12 = 5,86	ja (figuur 19)	TAU (-4,82) > MDFT (-4,66)
Agressief gedrag T0 = 14,73		Agressief gedrag T0 = 13,89	ja (figuur 20)		

Legende: **ja** = betekent dat er een statistisch significante evolutie is in de tijd (tussen T0 en T12), **nee** = betekent dat er geen statistisch significante evolutie is in de tijd (tussen T0 en T12)
in het blauw = betere evolutie voor MDFT ; **in het groen** = betere evolutie voor TAU
* dit is het verschil T12 – T0. Hoe hoger het cijfer, hoe groter het verschil. Voor sommige variabelen wijst een positief cijfer op een verbetering.
MDFT (-20,4) >TAU (+2,59) = wanneer het verschil in het geel onderstreept is, wil dit zeggen dat het om een statistisch significant verschil gaat (p-waarde $\leq 0,05$)

1) Opmerkingen over de evolutie in de tijd voor beide groepen

Zoals we in de bovenstaande tabel kunnen vaststellen, is er voor de meeste variabelen een positieve evolutie in de tijd voor beide groepen.

Dit is heel belangrijk en bijzonder verheugend voor het hele team.. Het is een bewijs van het nut van ons werk, waaruit duidelijk blijkt dat een therapeutische behandeling heilzaam is voor de patiënt en zijn gezin.

2) Opmerkingen over de verschillen tussen beide groepen

Over het algemeen kunnen wij vaststellen dat de evolutie (verschil tussen T0 en T12) groter is bij de MDFT (18 variabelen waar MDFT>TAU) dan bij de TAU (5 variabelen waar TAU>MDFT).

Wat de TAU-therapie betreft, vertonen de jongeren een betere evolutie voor een aantal variabelen van de vragenlijst YSR, de vrijetijdsbesteding, evenals voor de daling van het aantal adolescenten die na een jaar verslaafd zijn aan cannabis (ADI-Light).

De jongeren vinden immers van zichzelf dat ze minder in zichzelf gekeerd zijn, minder crimineel en agressief gedrag vertonen en meer tijd besteden aan ontspanning. Bovendien zijn er minder jongeren die verslaafd zijn aan cannabis.

In de MDFT-groep verminderen de patiënten hun gebruik van cannabis (TLFB, urinetest en cannabismisbruik) en andere substanties (alcohol en andere) en vertonen een betere evolutie voor een aantal variabelen van de vragenlijsten CBCL, YSR en FES.

De ouders merken een afname van het in zichzelf gekeerd zijn, van somatische klachten, van angst/depressie, van het agressieve gedrag en van het criminele gedrag van hun kind.

De jongeren hebben dan weer minder somatische klachten, minder last van angst/depressie en minder ervaringen die te maken hebben met het cannabisgebruik.

Bovendien nemen de conflicten zowel bij de jongeren als bij de ouders af en wordt de gezinscohesie na één jaar therapie als beter beschouwd.

Tot slot zijn er drie variabelen waarvoor het verschil tussen beide groepen statistisch aanzienlijk beter is voor MDFT. Het gaat om de afname van het aantal dagen gebruik tijdens de laatste drie maanden (TLFB), de perceptie door de ouders van hun jongere wat betreft het in zichzelf gekeerd zijn en de somatische klachten, en uiteraard het percentage drop-outs.

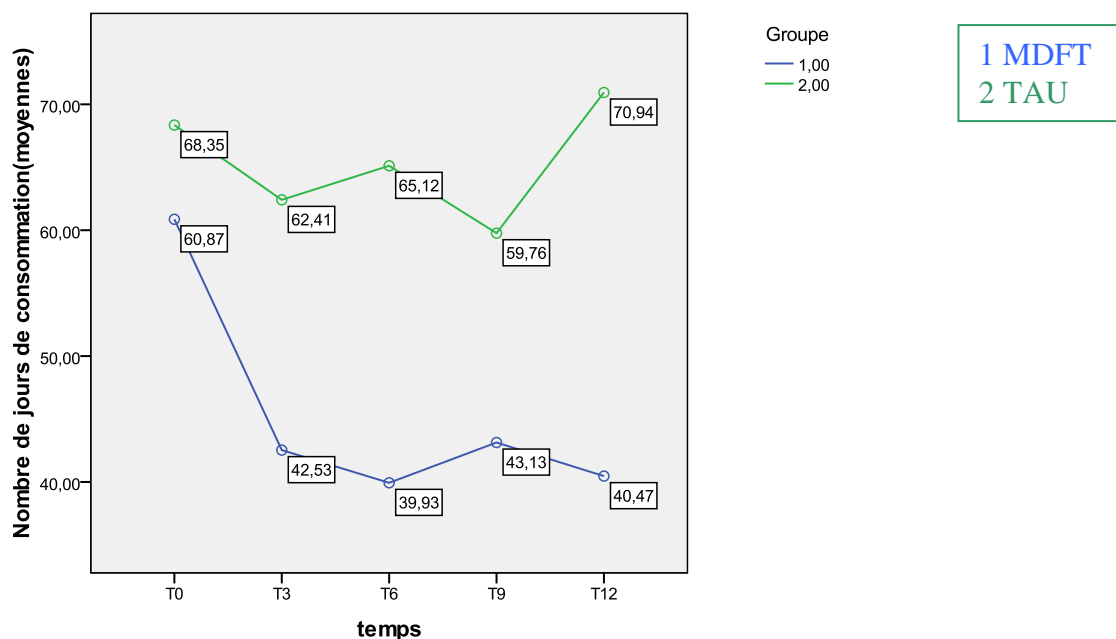
Om de evolutie in de tijd en de verschillen tussen beide groepen in beeld te brengen, tonen wij u de grafieken die overeenstemmen met de samenvattende tabel:

Figuur 1: TLFB

Hieronder vindt u de resultaten van de Timeline Follow-Back (TLFB) die het mogelijk maakt om het cannabisgebruik in de tijd te meten gedurende de **3 voorbije maanden**.

Fig.1

Evolution du nombre moyen de jours de consommation de cannabis durant les trois derniers mois (par groupe)



Het aantal dagen cannabisgebruik daalt met ongeveer een derde voor de MDFT-jongeren. Dit resultaat is statistisch significant. Bovendien is het belangrijk op te merken dat dit resultaat 6 maanden na het einde van de therapie (T12) stabiel blijft.

Opmerking: wij hebben moeten vaststellen dat deze vragenlijst onvolledig is. Hij maakt het immers mogelijk om het aantal dagen gebruik tijdens de laatste drie maanden in te schatten, maar niet het dagelijkse gebruik van de jongeren. Er waren namelijk verschillende jongeren die hun dagelijkse gebruik verminderden, maar helaas was dat niet zichtbaar in deze resultaten. Dit is het geval voor de jongeren van beide groepen.

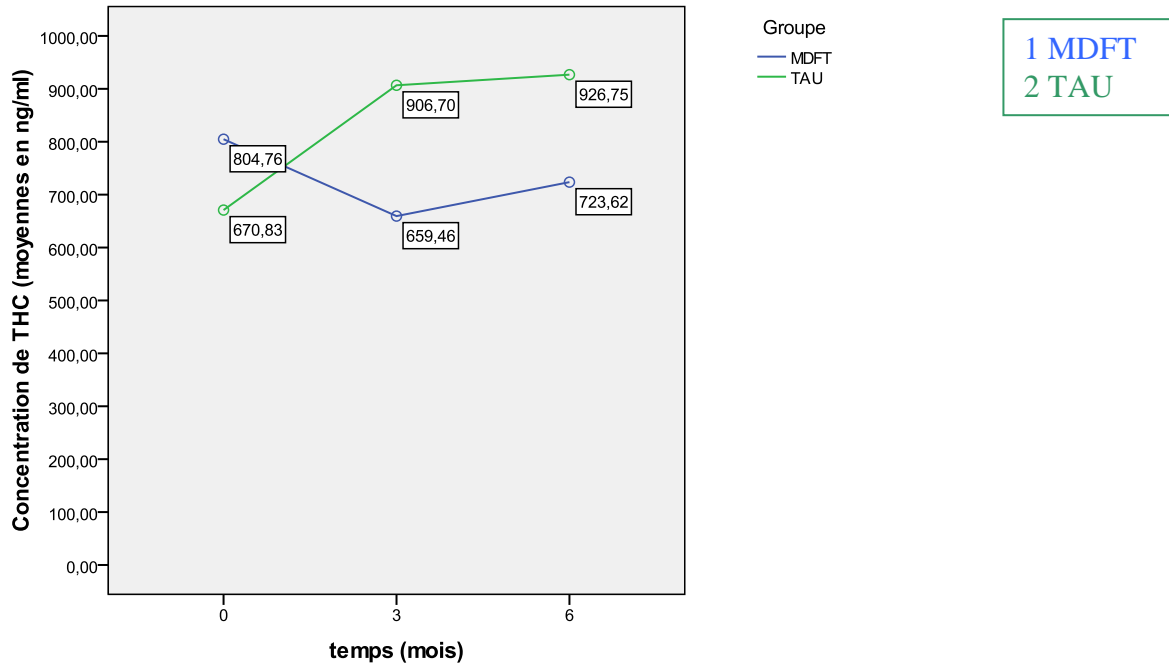
Figuur 2: Urinetest

Voor de analyse van de evolutie van het THC-gehalte in de urine hebben wij ons beperkt tot de gegevens van de eerste 6 maanden. Wij hebben namelijk nadien erg weinig urinetests ontvangen.

De resultaten zijn over het algemeen positiever voor de MDFT-groep. We moeten evenwel opmerken dat er talrijke fout-positieve resultaten kunnen zijn, aangezien de THC-concentraties die op een bepaald moment worden aangetroffen in de urine, afhangen van tal van factoren. Met name cannabis kan worden opgeslagen in de vetmassa van de lichaamswefsels en pas later worden afgebroken, ook al werd er op dat moment niet gebruikt.

Fig. 2

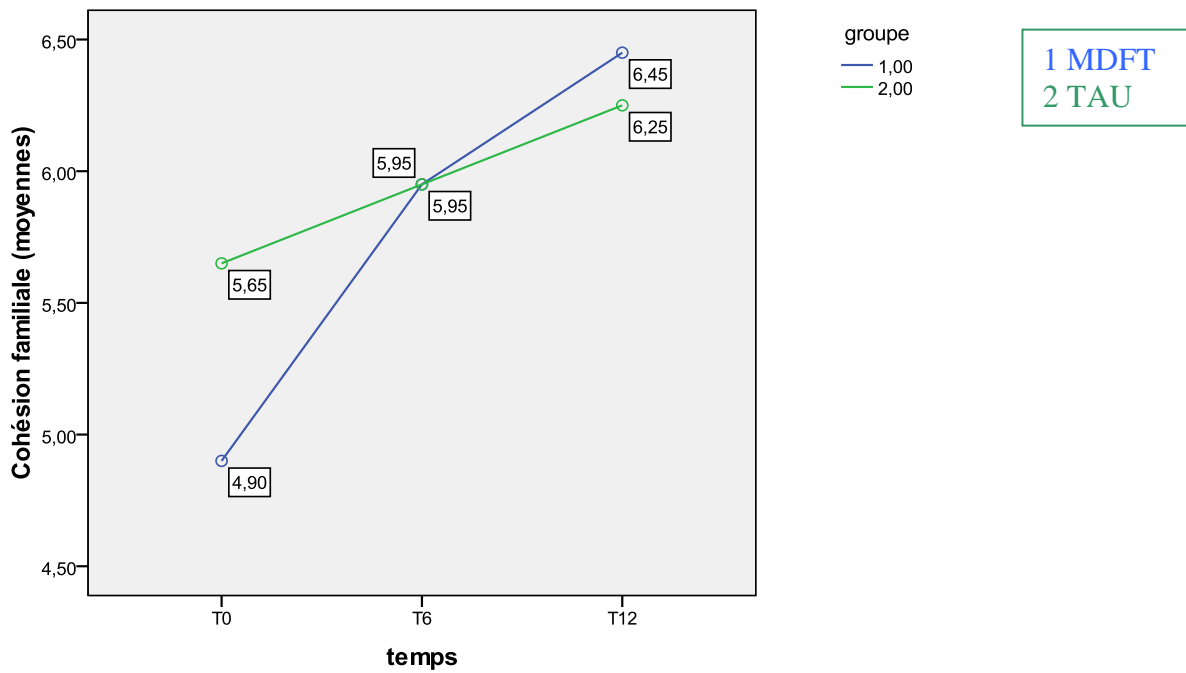
Evolution par groupe de la concentration moyenne de THC dans les urines des adolescents



Figuur 3: FES Jongeren (gezinscohesie)

Fig. 3

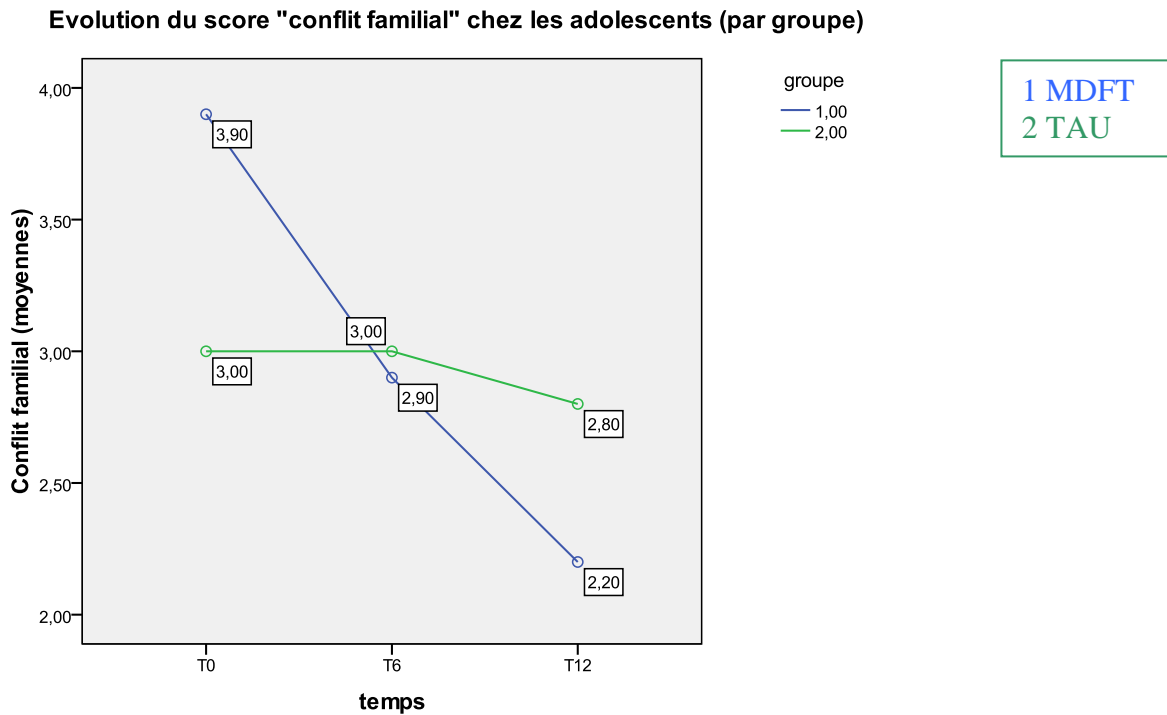
Evolution du score "cohésion familiale" chez les adolescents (par groupe)



De perceptie van de « gezinscohesie » evolueert sneller bij de MDFT-jongeren dan bij de TAU-jongeren.

Figuur 4: FES Jongeren (gezinsconflict)

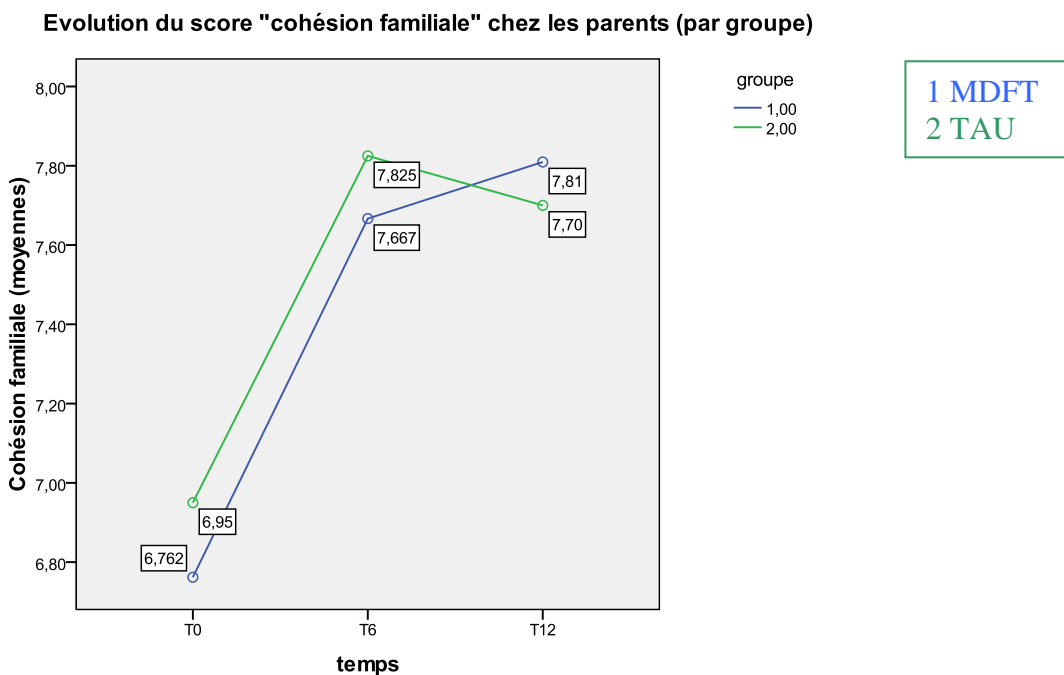
Fig. 4



De MDFT-jongeren nemen minder gezinsconflicten waar dan de TAU-jongeren.

Figuur 5: FES Ouders (gezinscohesie)

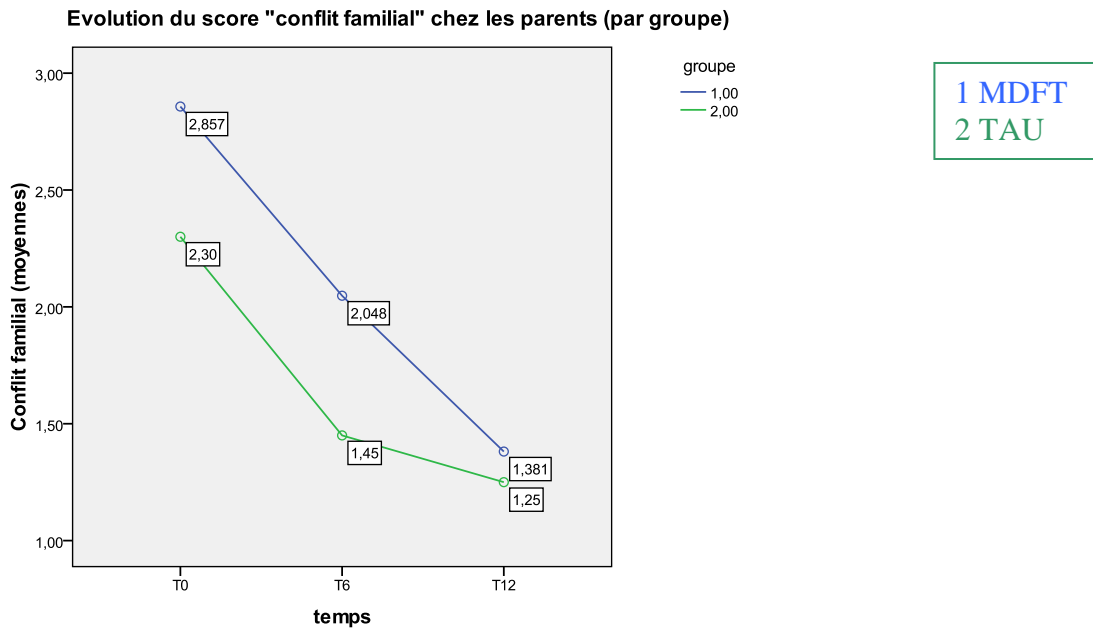
Fig. 5



De perceptie van de « gezinscohesie » bij de ouders evolueert snel in beide groepen, maar ze blijft verbeteren na het einde van de therapie voor de MDFT-ouders.

Figuur 6: FES Ouders (gezinsconflict)

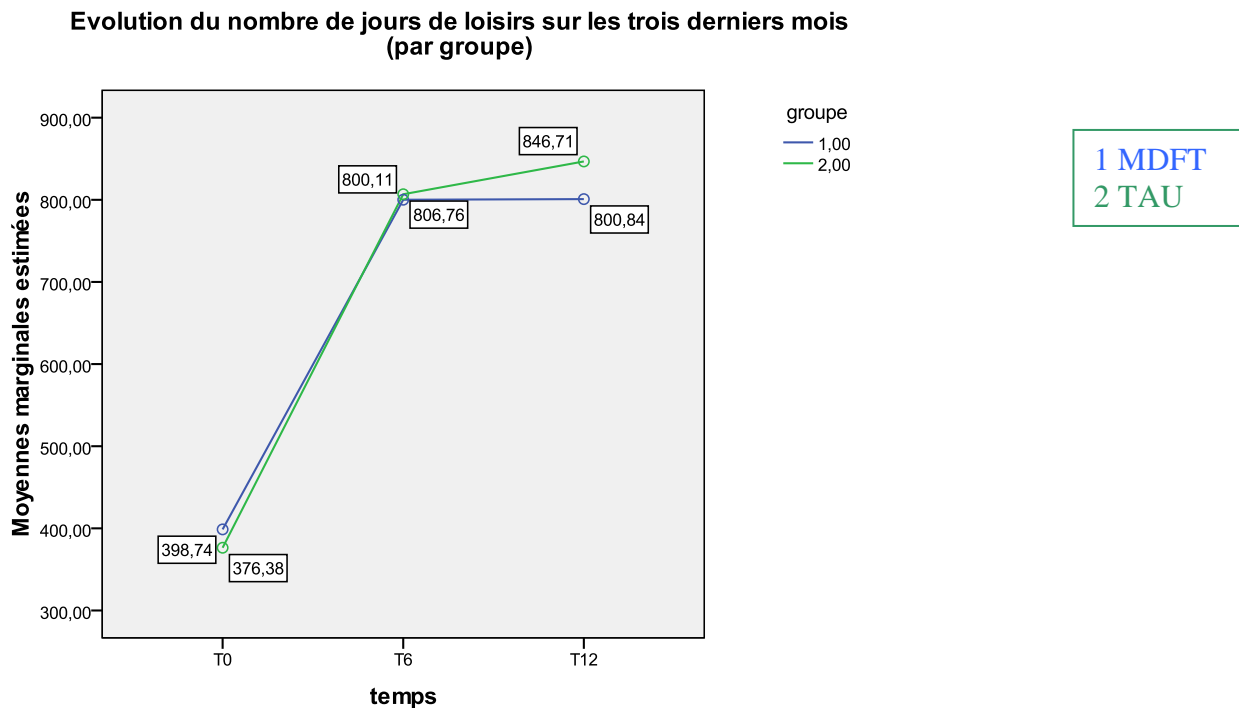
Fig. 6



In beide groepen nemen de ouders minder gezinsconflicten waar tijdens en na de therapie.

Figuur 7: Vrijtijdsbesteding

Fig. 7



In beide groepen is er meer vrijetijdsbesteding. Dit blijft stabiel 6 maanden na het einde van de MDFT-therapie.

Figuur 8: Schoolbezoek (verdeling in percentage jongeren, volgens het type onderwijs)

Fig. 8.1

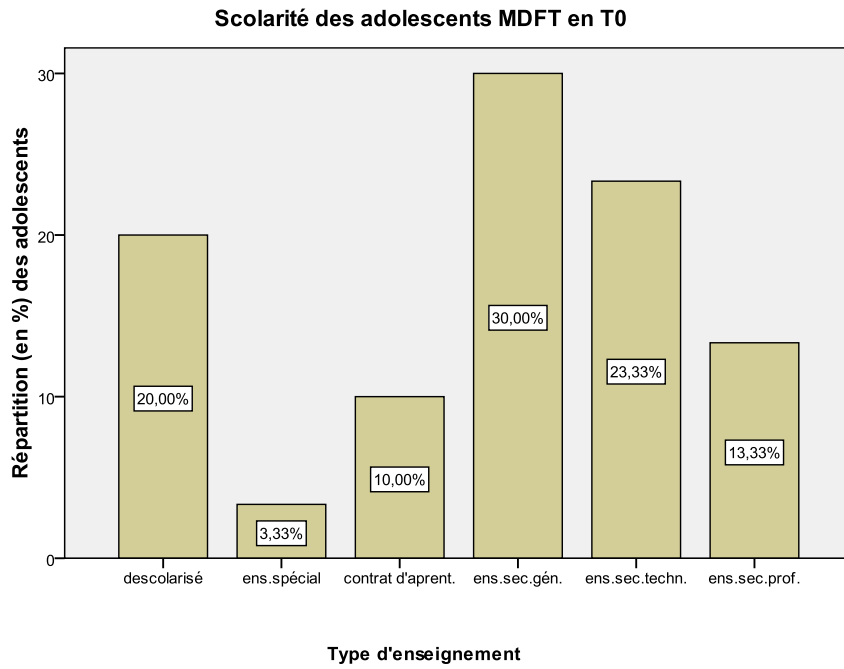


Fig. 8.2

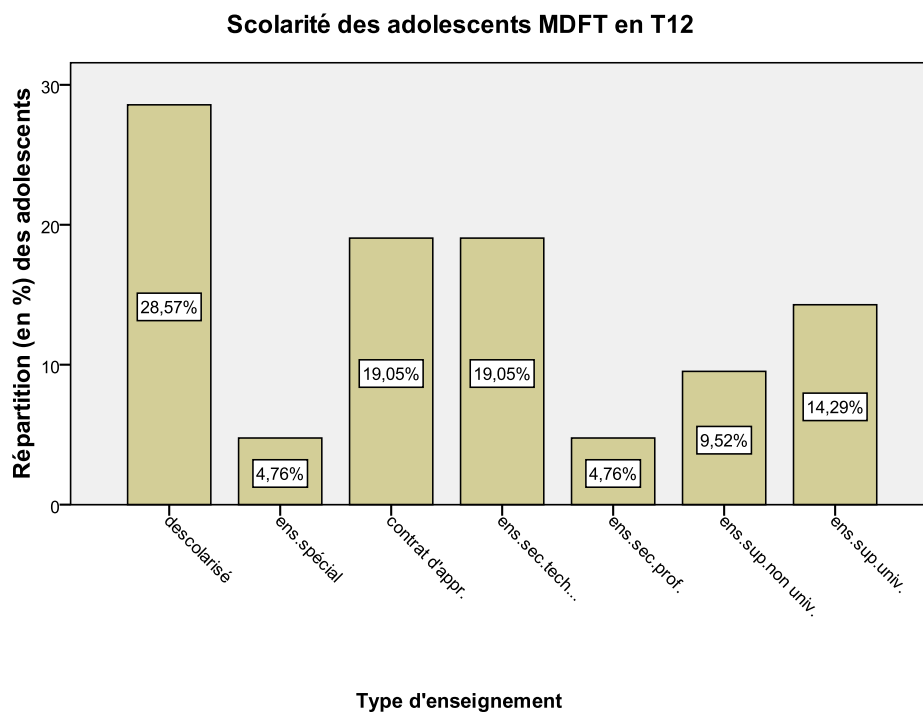


Fig. 8.3

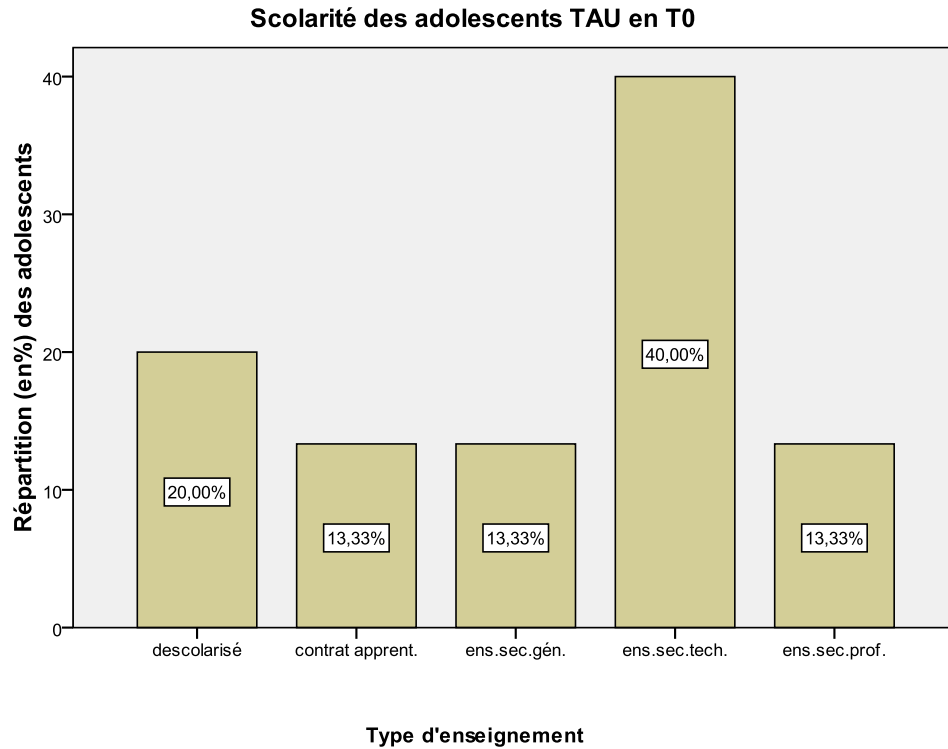
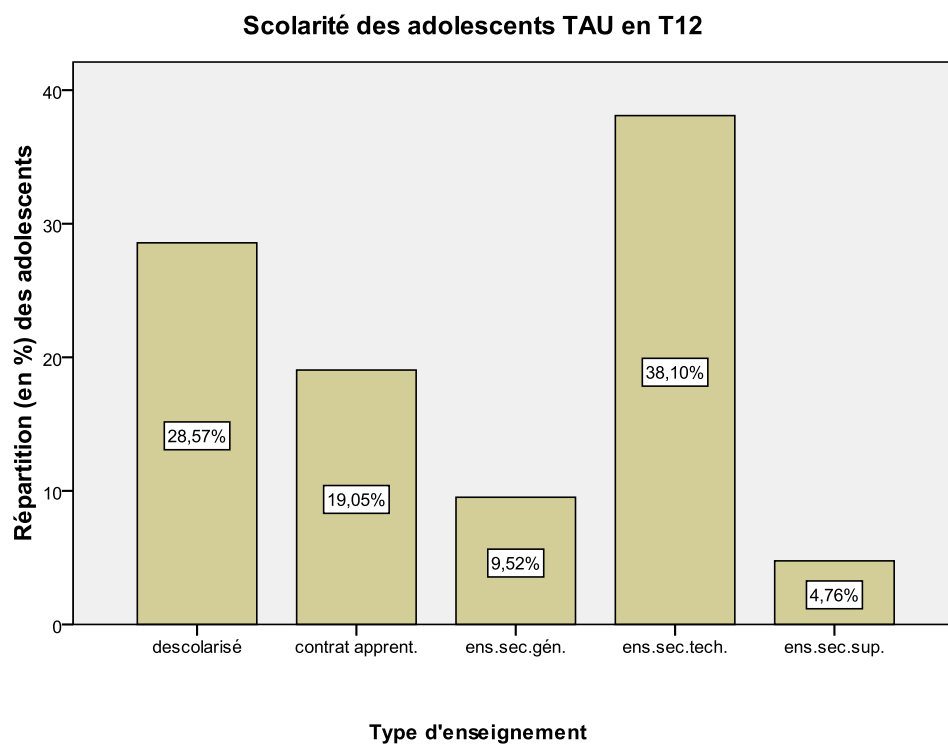


Fig. 8.4



In de bovenstaande figuren 8 kunnen wij twee verschillende tendensen vaststellen in beide groepen, met uitzondering van het percentage jongeren dat niet naar school gaat (20% bij het begin van de therapie en 28,57 % na één jaar, en dit voor beide groepen).

In het begin van de therapie zijn er meer MDFT-jongeren die les volgen in het algemeen onderwijs (30% MDFT en 13,33% TAU). Na 12 maanden hebben bijna al deze jongeren hogere studies aangevat.

De TAU-jongeren lijken daarentegen meer naar het technisch of beroepsonderwijs te gaan.

Het hogere aantal jongeren in beide groepen die na 12 maanden niet naar school gaan, is moeilijk te interpreteren. Een bepaald aantal jongeren die een jaar ouder zijn, vallen immers niet meer onder de schoolplicht. Sommige van hen werken, andere zijn dan weer op zoek naar werk en nog andere proberen een project op touw te zetten.

Figuur 9: beroepsactiviteit

Fig. 9.1

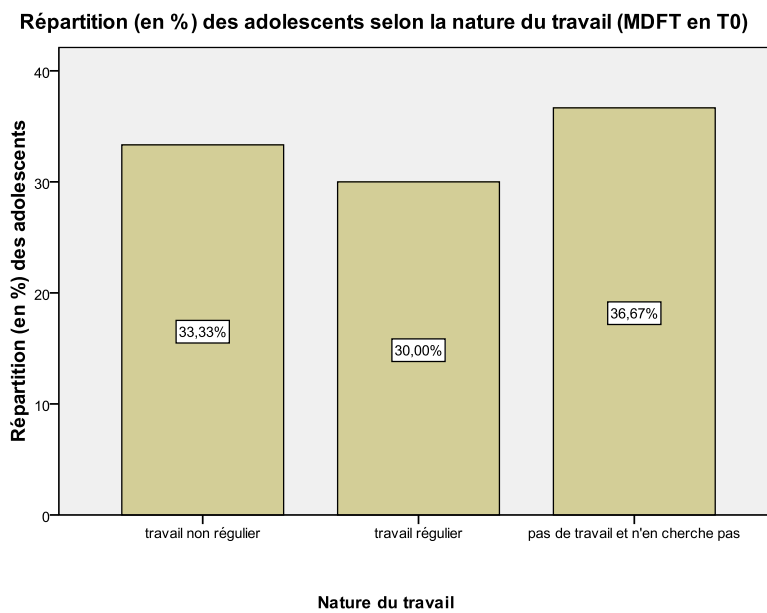


Fig. 9.2

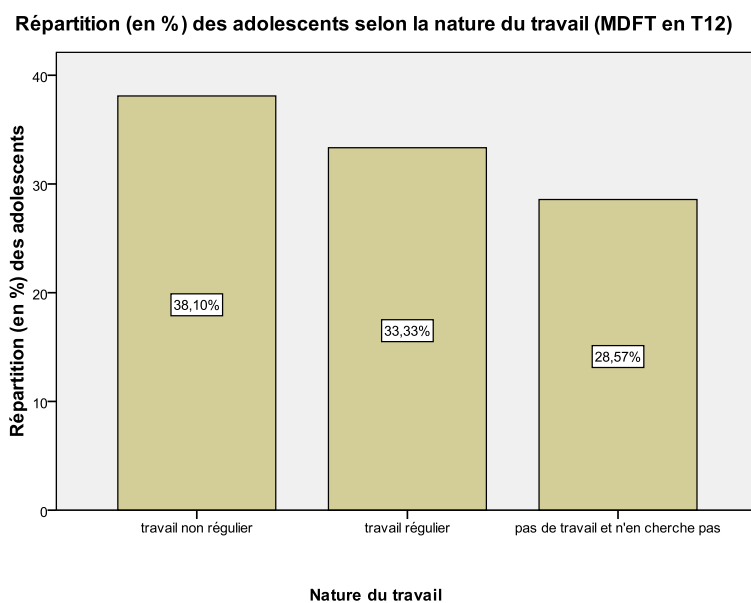


Fig. 9.3

Répartition (en %) des adolescents selon la nature du travail (TAU en T0)

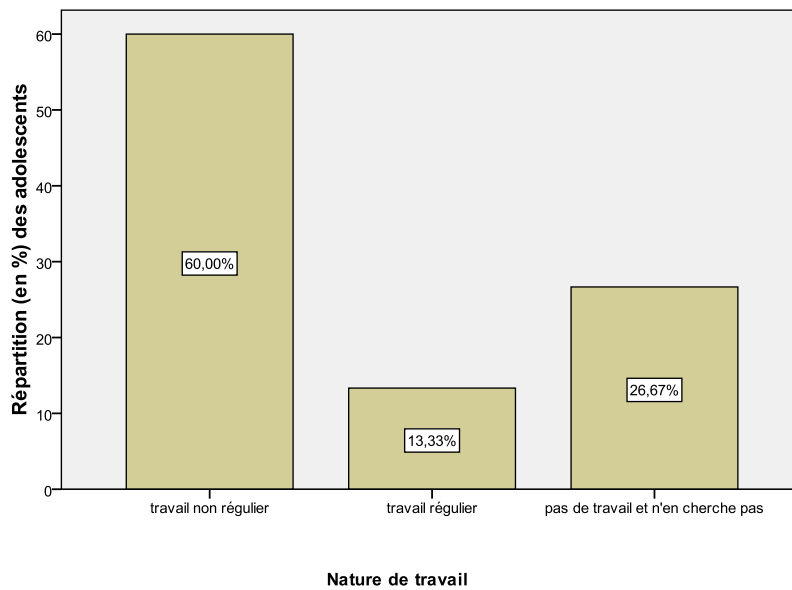
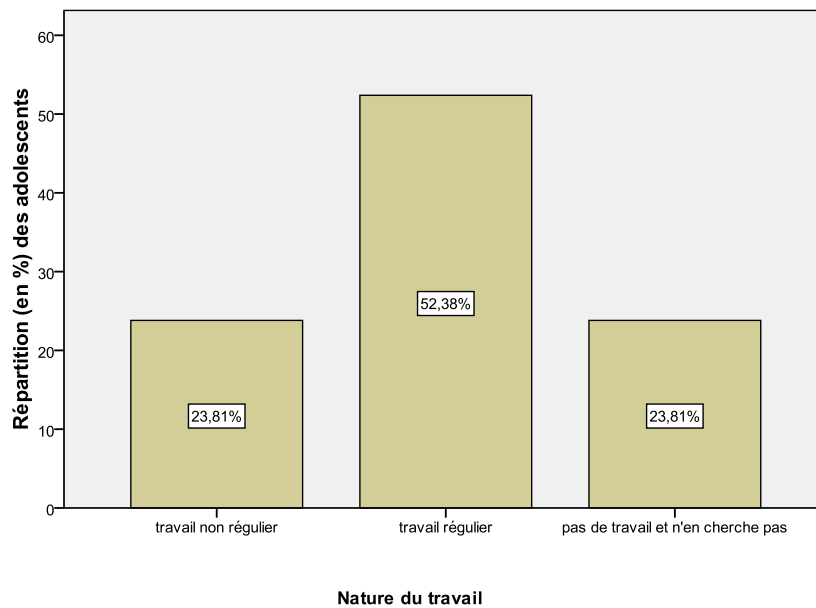


Fig. 9.4

Répartition (en %) des adolescents selon la nature du travail (TAU en T12)



Wat het werk betreft, zijn er na 1 jaar minder MDFT-jongeren die een regelmatige job hebben dan TAU-jongeren (52,38% TAU tegen 33,33% MDFT).

Dit zou kunnen worden verklaard door het feit dat er minder MDFT-jongeren zijn die naar het technisch of beroepsonderwijs gaan of een leercontract hebben. Deze jongeren hebben per definitie een regelmatige job nodig bij een werkgever.

Opmerking: om de impact van de therapieën aan te tonen op de verschillende levensaspecten van de jongere, zouden de jongeren die zowel op school, werk-, gezins- en sociaal vlak afhaken, moeten worden gekwantificeerd. Helaas kunnen wij met de gegevens waarover wij beschikken, geen verfijndere analyses uitvoeren. Hiervoor moeten wij wachten op het Europese verslag dat eind 2010 beschikbaar zal zijn.

Figuur 10: Gerecht (verdeling van de jongeren volgens de rechterlijke beslissingen na verloop van tijd)

Fig. 10.1

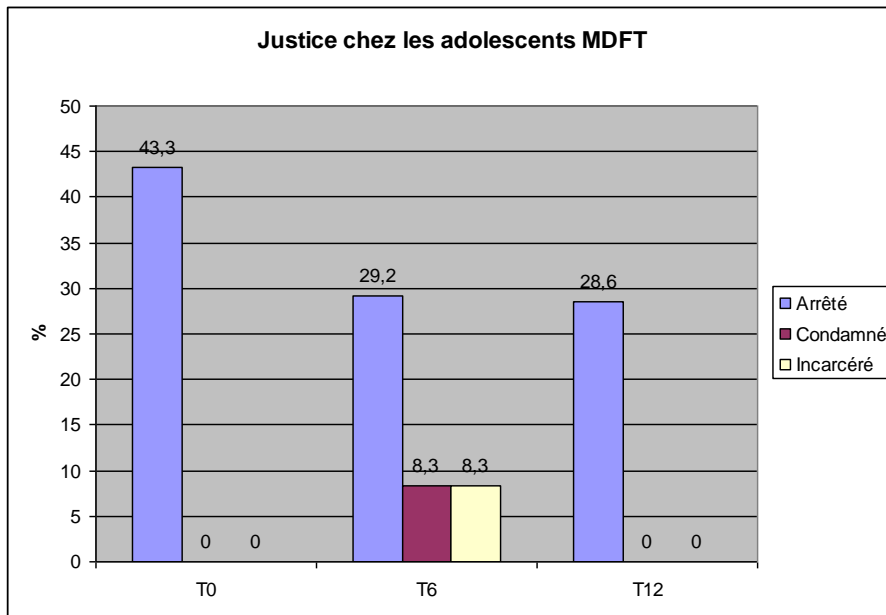
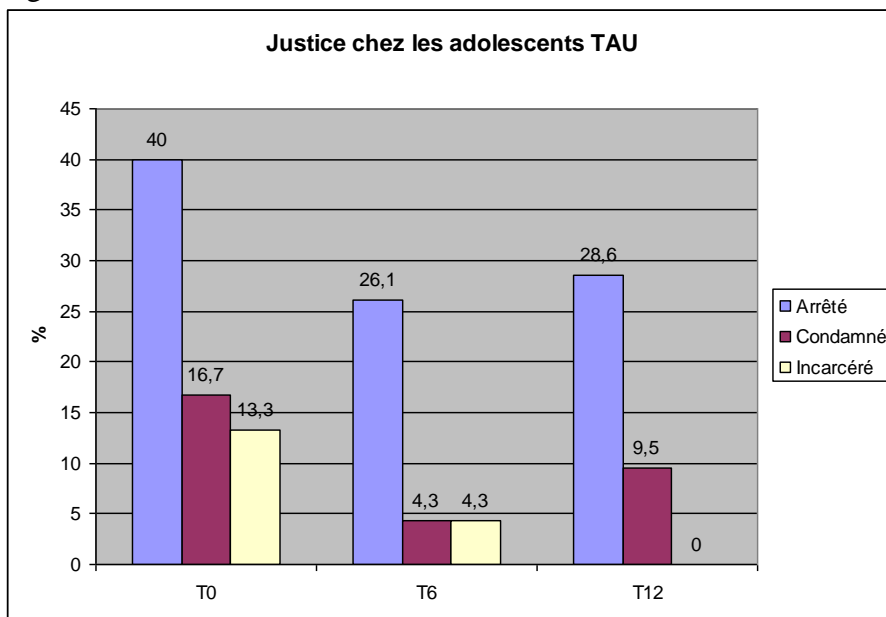


Fig. 10.2

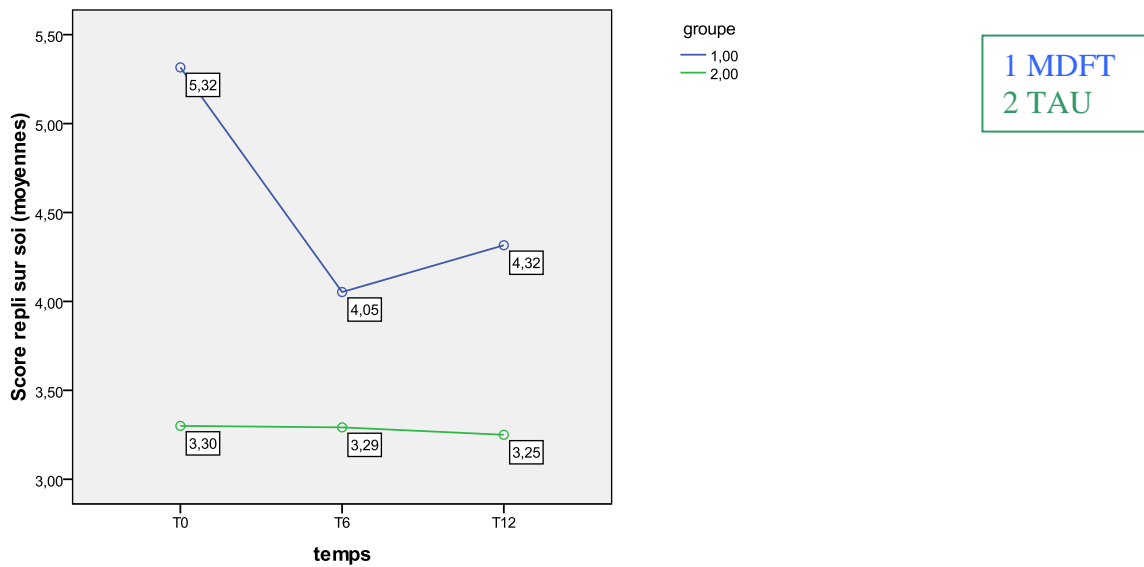


Zoals we op de bovenstaande grafieken kunnen vaststellen, zijn er minder aanhoudingen in beide groepen. Opmerkelijk is dat er voor de MDFT-groep geen jongeren meer zijn veroordeeld in T12, in tegenstelling tot de TAU-groep. Voor de MDFT-jongeren blijft deze afname stabiel 6 maanden na het einde van de behandeling.

Figuur 11: YSR (in zichzelf gekeerd)

Fig. 11

Evolution du score "repli sur soi" chez les adolescents au cours du temps (MDFT et TAU)

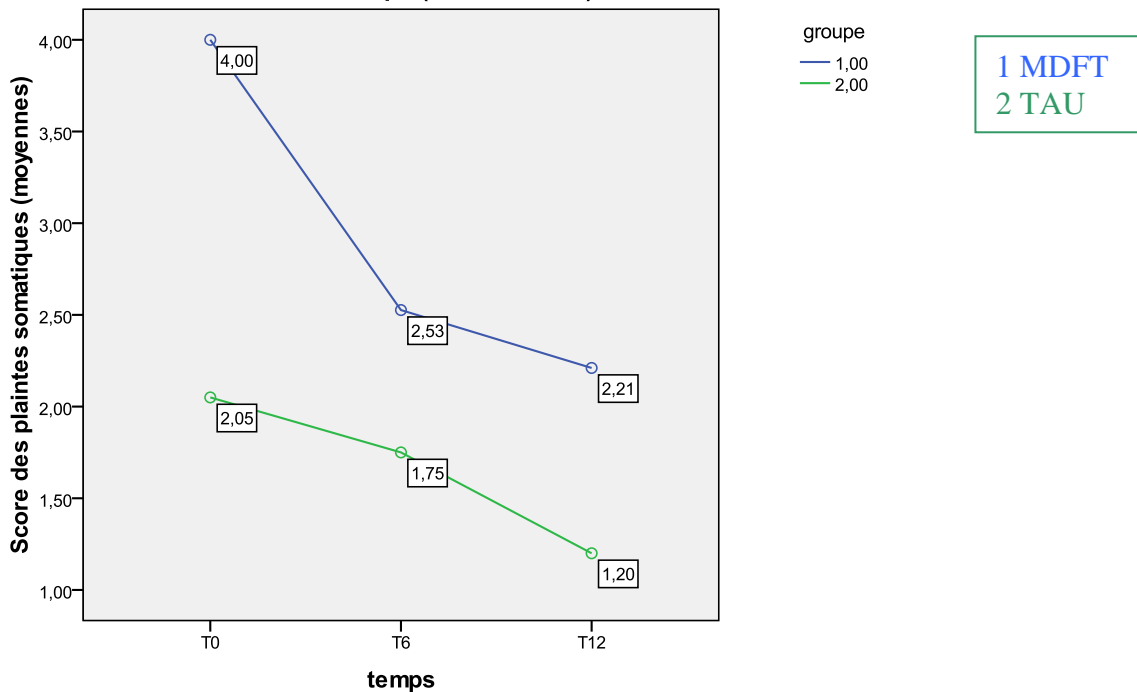


In vergelijking met de TAU-groep is er bij de MDFT-jongeren mettertijd een sterkere afname van het gevoel van in zichzelf gekeerd te zijn.

Figuur 12: YSR (somatische klachten)

Fig. 12

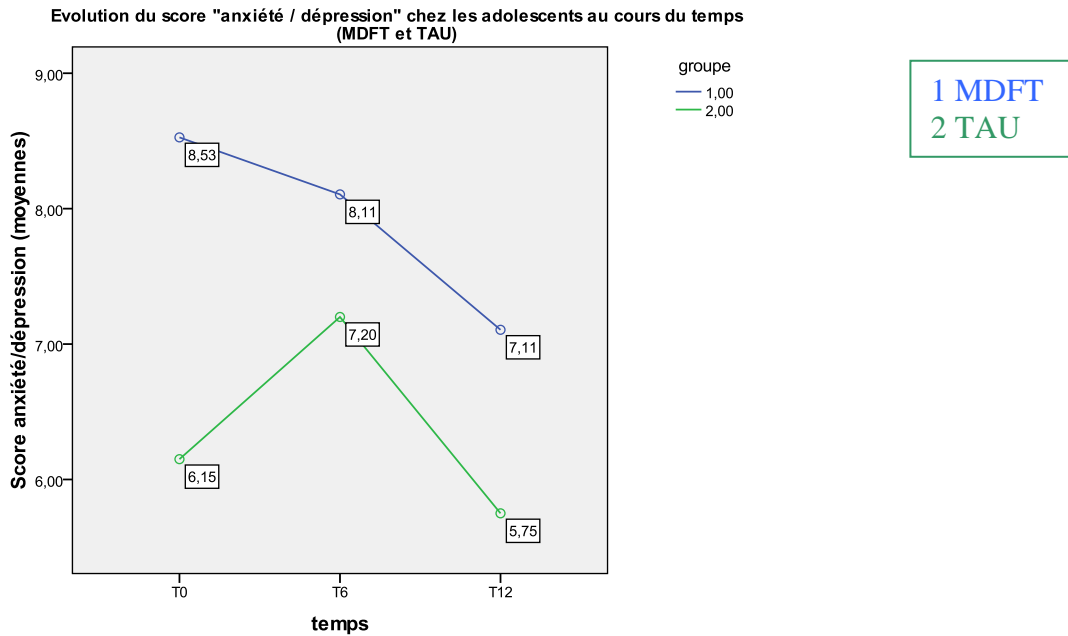
Evolution du score "plaintes somatiques" chez les adolescents au cours du temps (MDFT et TAU)



Bij beide behandelingen zijn er minder somatische klachten. Deze daling is stabiel 6 maanden na het einde van de MDFT-therapie.

Figuur 13: YSR (angst/depressie)

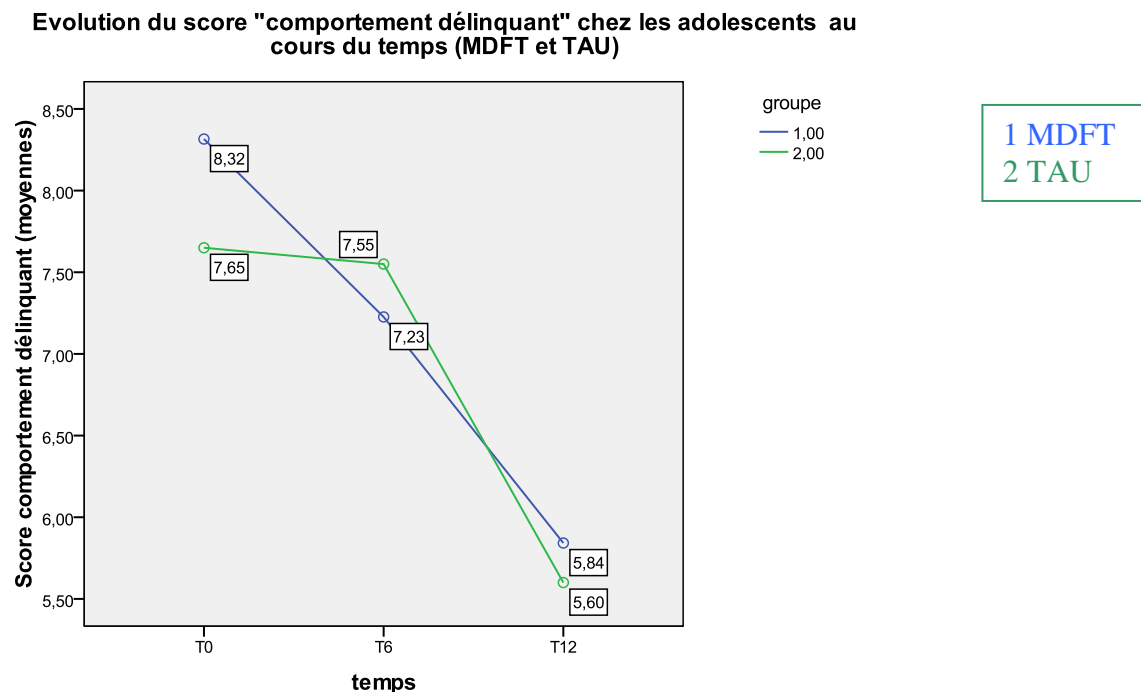
Fig. 13



Bij beide behandelingen is er een daling van de score « angst/depressie ». 6 maanden na het einde van de MDFT-therapie blijft deze score dalen.

Figuur 14: YSR (crimineel gedrag)

Fig. 14

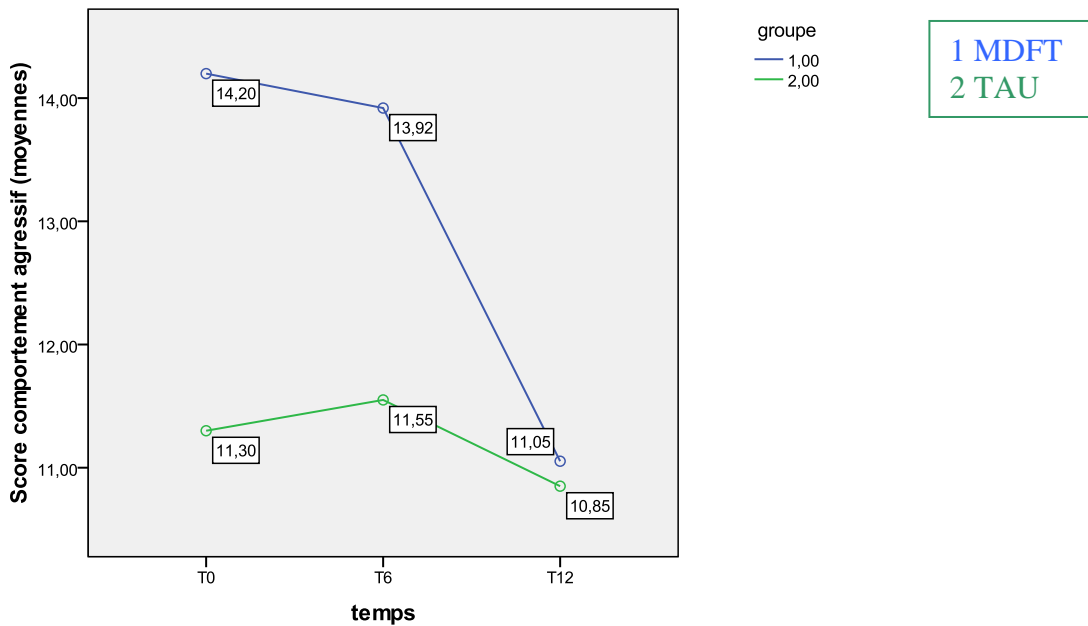


Het criminele gedrag daalt bij beide behandelingen, maar neemt sterker af bij de MDFT-therapie. 6 maanden na het einde van de MDFT-therapie blijft dit cijfer dalen.

Figuur 15: YSR (agressief gedrag)

Fig. 15

Evolution du score "comportement agressif" chez les adolescents au cours du temps (MDFT et TAU)

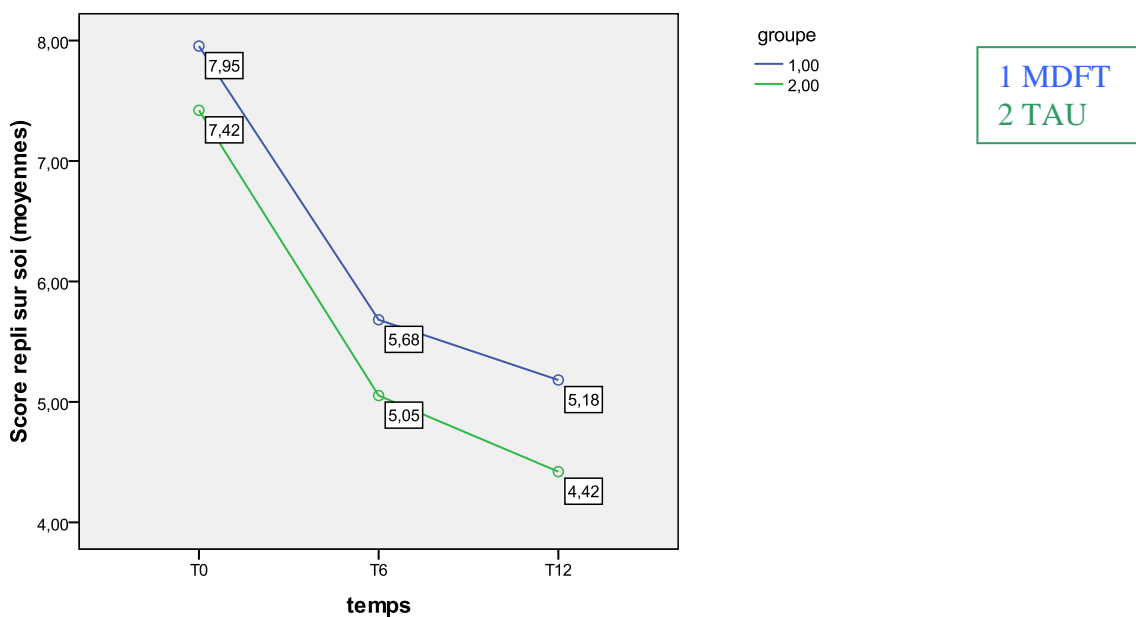


In de 6 maanden na het einde van de MDFT-behandeling daalt de score «agressief gedrag» aanzienlijk.

Figuur 16: CBCL (in zichzelf gekeerd)

Fig. 16

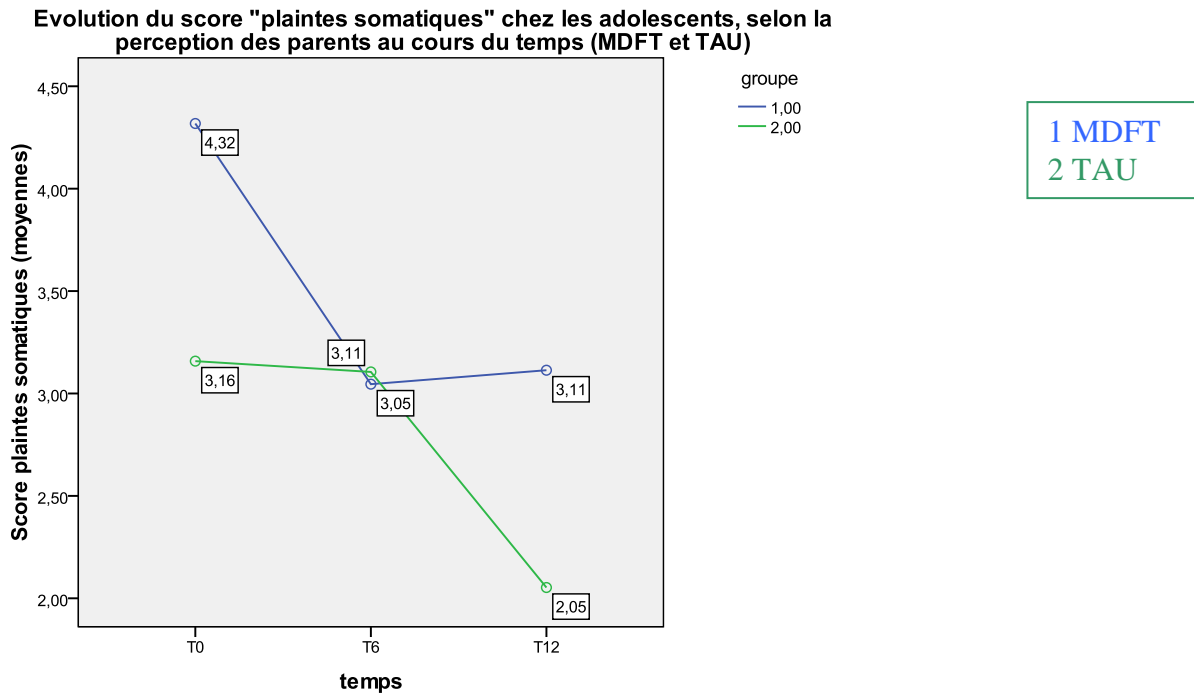
Evolution du score "repli sur soi" chez les adolescents, selon la perception des parents au cours du temps (MDFT et TAU)



De ouders van beide groepen vinden dat hun kinderen minder « in zichzelf gekeerd zijn ».

Figuur 17: CBCL (somatische klachten)

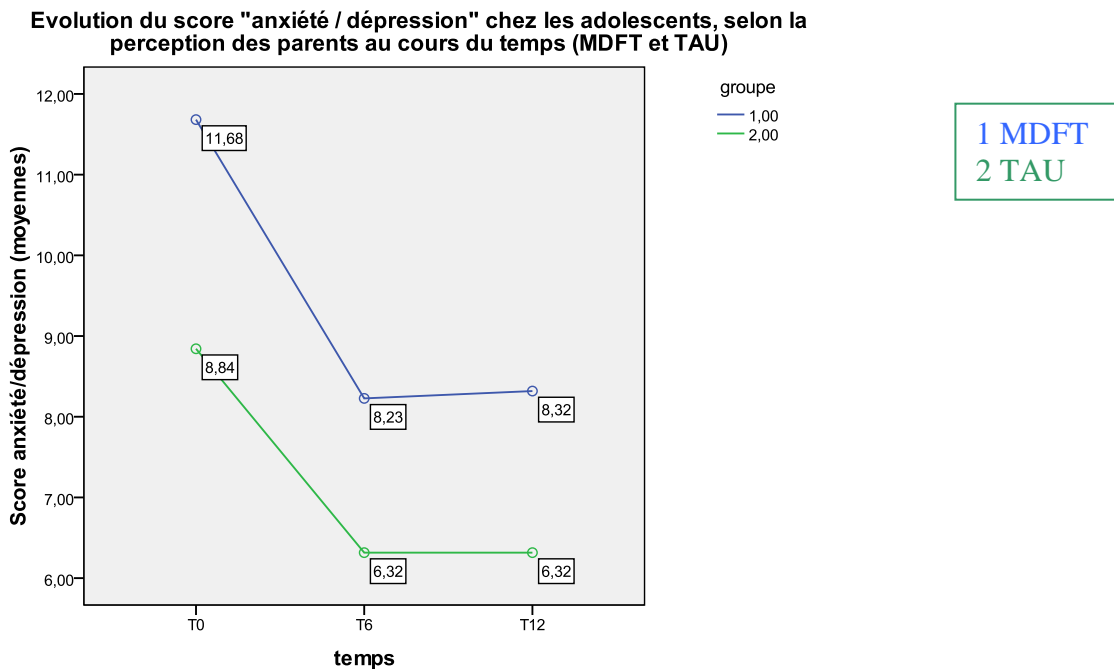
Fig. 17



De ouders van beide groepen vinden dat hun kinderen minder « somatische klachten » hebben.

Figuur 18: CBCL (angst/depressie)

Fig. 18

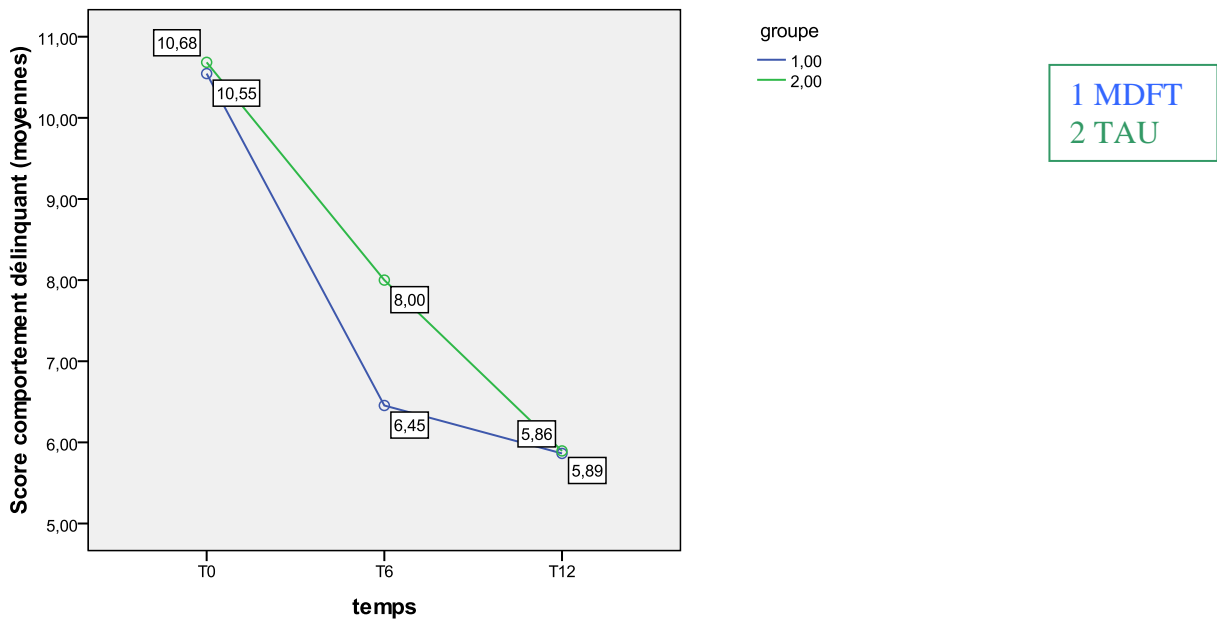


De ouders van beide groepen vinden ook dat hun kinderen minder « angstig/depressief » zijn.

Figuur 19: CBCL (crimineel gedrag)

Fig. 19

Evolution du score "comportement délinquant" chez les adolescents, selon la perception des parents au cours du temps (MDFT et TAU)

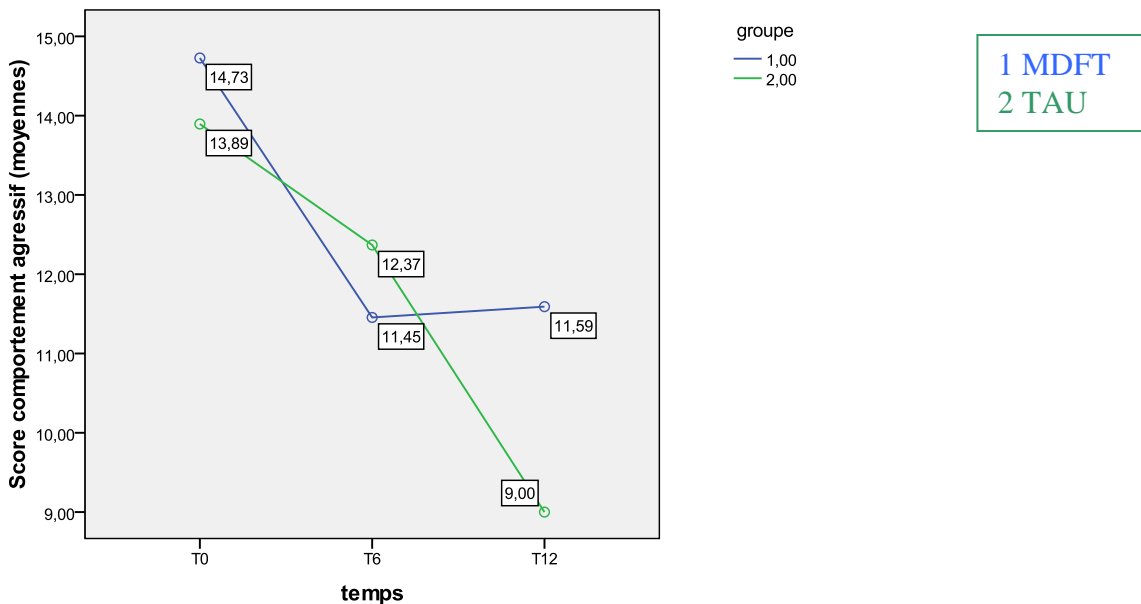


In beide groepen is het criminele gedrag sterk gedaald. Deze verbetering zet zich 6 maanden na het einde van de MDFT-therapie door.

Figuur 20: CBCL (agressief gedrag)

Fig. 20

Evolution du score "comportement agressif" chez les adolescents, selon la perception des parents au cours du temps (MDFT et TAU)

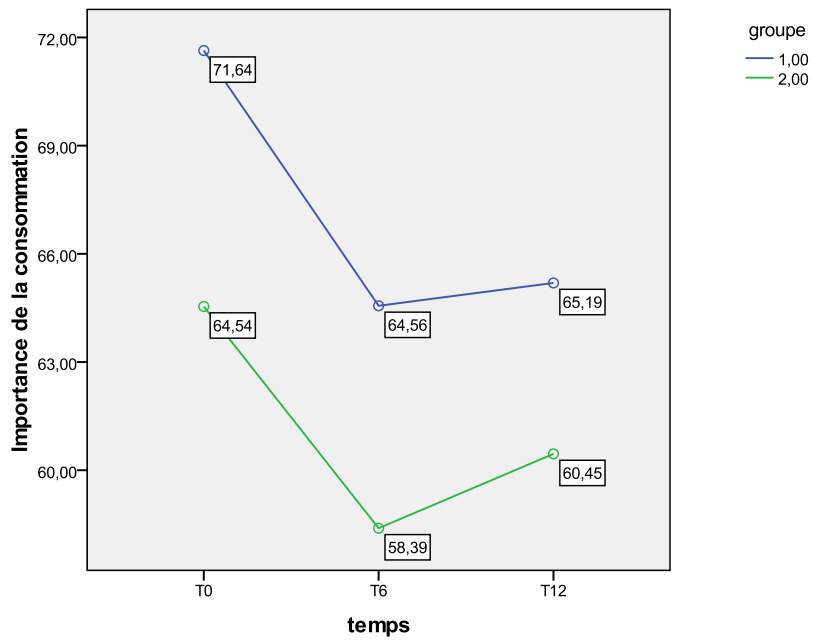


Er is een verbetering van de score voor beide groepen.

Figuur 21: PEI

Fig. 21

Evolution de l'importance de consommation de cannabis au cours du temps (MDFT et TAU)



1 MDFT
2 TAU

Er is een verbetering van de score voor beide groepen.

Figuur 22: PBI

Fig. 22.1

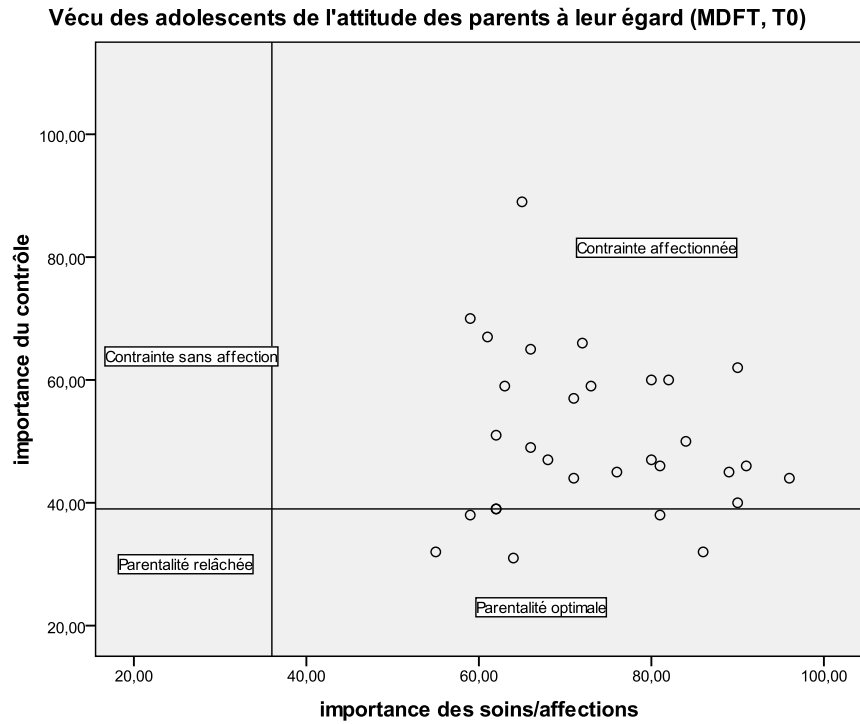


Fig. 22.2

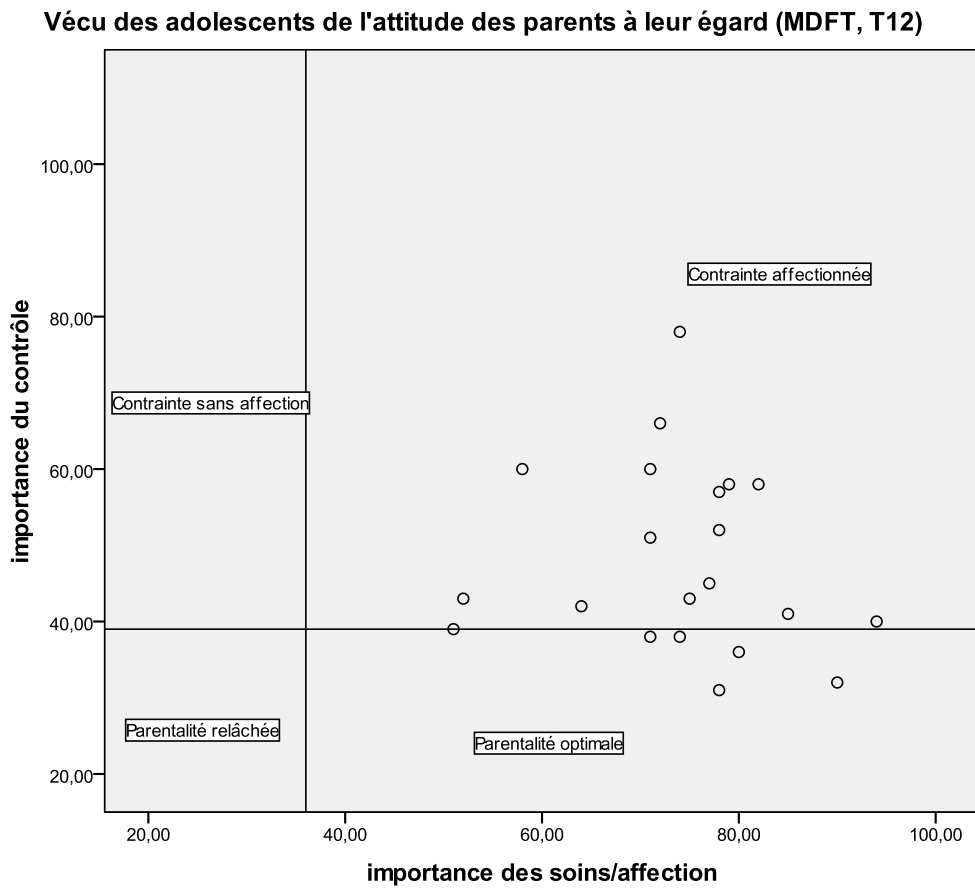


Fig. 22.3

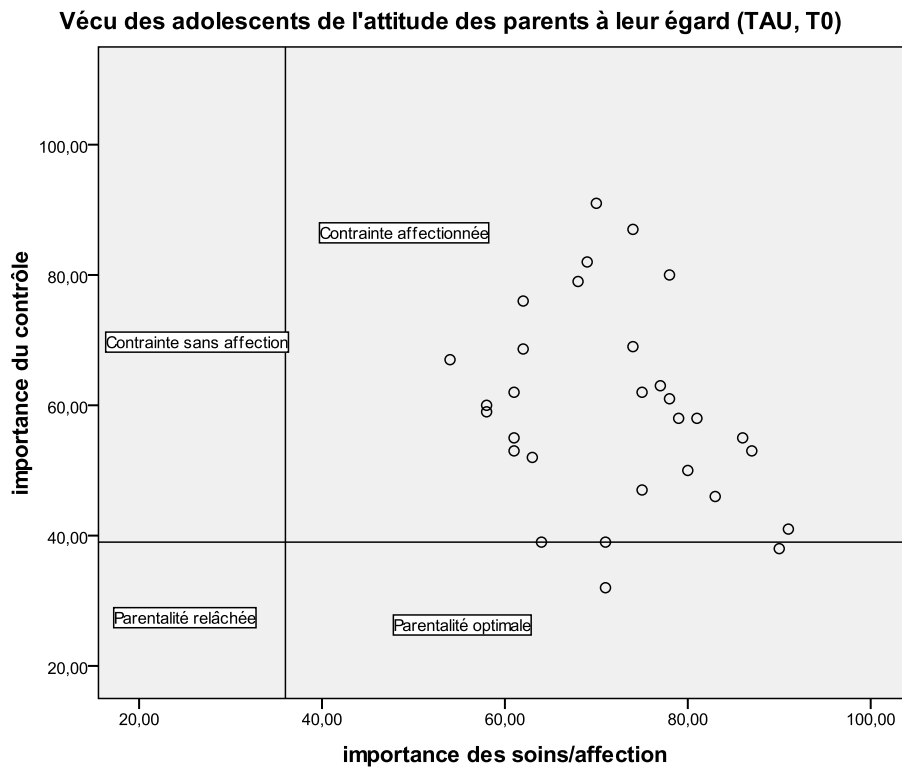
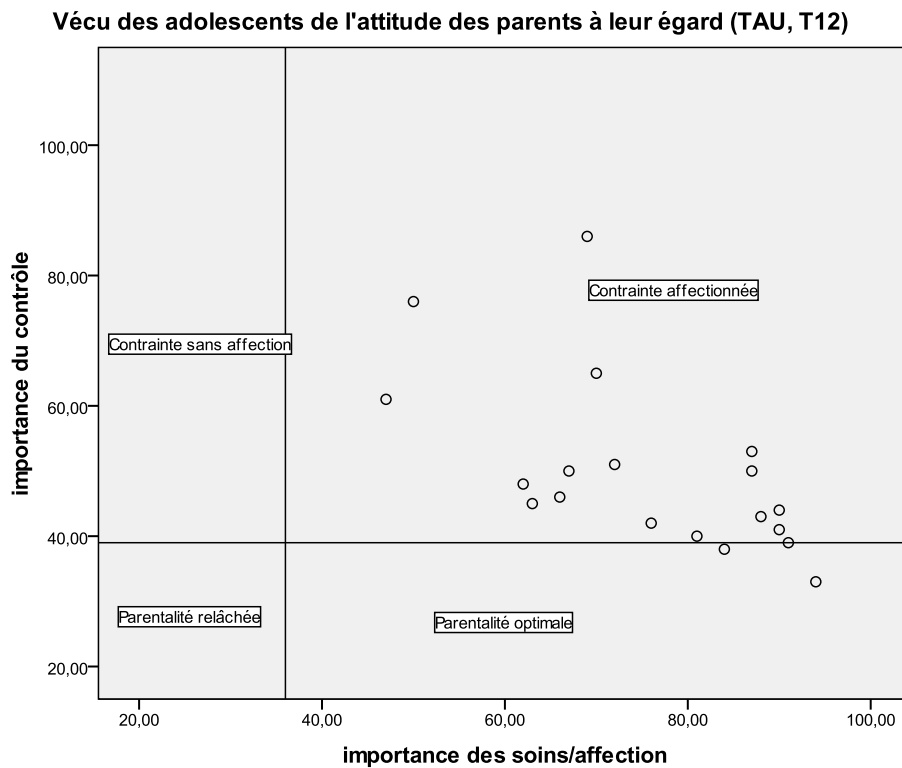


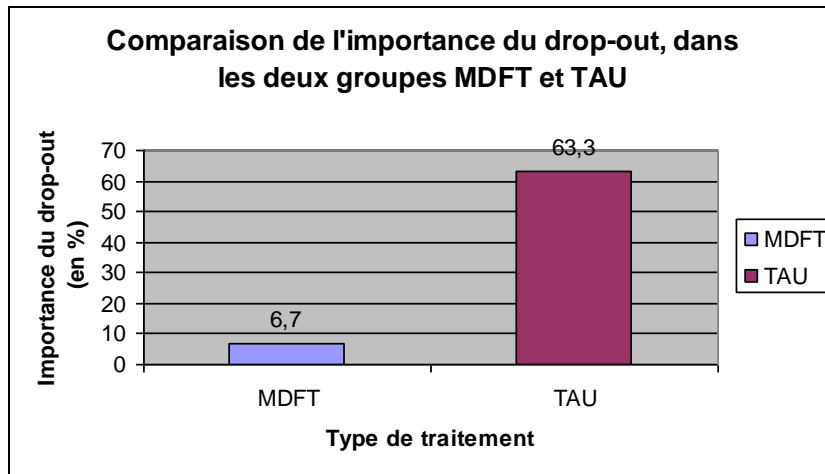
Fig. 22.4



We stellen vast dat de meeste « meningen van de jongeren » zich aanvankelijk voor beide groepen situeren op het niveau van « toegenegen dwang ». Na twaalf maanden hebben de meeste van hen nog steeds hetzelfde gevoel.

3.6 Therapietrouw

Fig. 23



Zoals we in deze grafiek kunnen vaststellen, zijn er slechts 6,7% drop-outs (opgave) in MDFT tegenover 63,3 % in TAU.

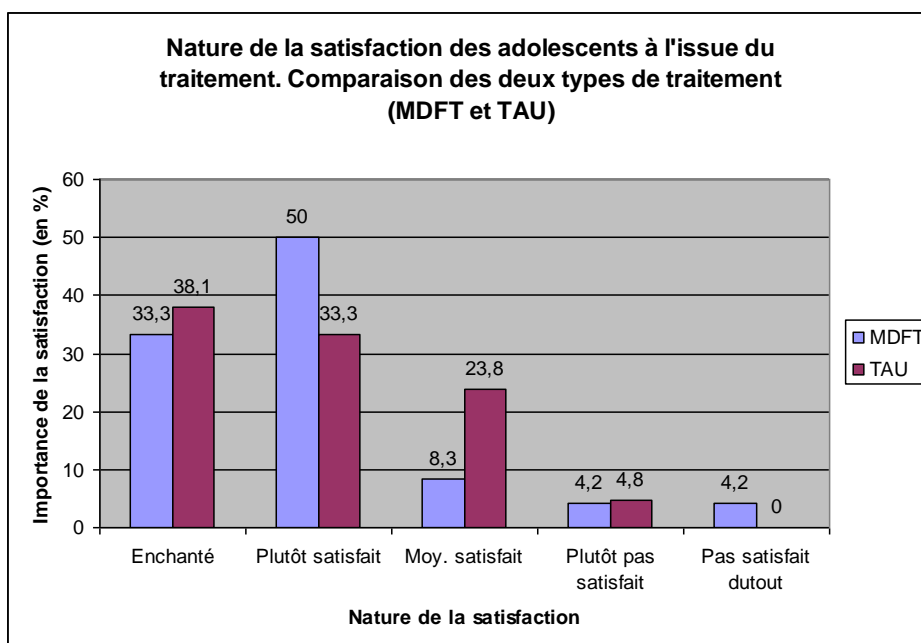
Dit resultaat wijst op een sterk onderscheid tussen beide groepen. Het duidt op een betere therapietrouw wanneer de patiënten in de MDFT worden gerandomiseerd.

Vaak tonen de ouders van de jongeren die in TAU worden gerandomiseerd, enige ontgoocheling over het feit dat ze niet in de MDFT-groep zijn opgenomen, en sommige jongeren komen zelfs niet eens naar het eerste gesprek (33,3%). Bovendien laat het MDFT-model de therapeut in zekere mate toe om de nodige tijd en energie te steken in de deelname van de gezinnen aan de therapie (telefoontjes, huisbezoeken, motiveringsgesprekken,...).

3.7 Tevredenheid over de therapie

De tevredenheidsschaal wordt voorgelegd in de loop van de follow-up na 6 maanden (FU-6).

Fig. 24.1

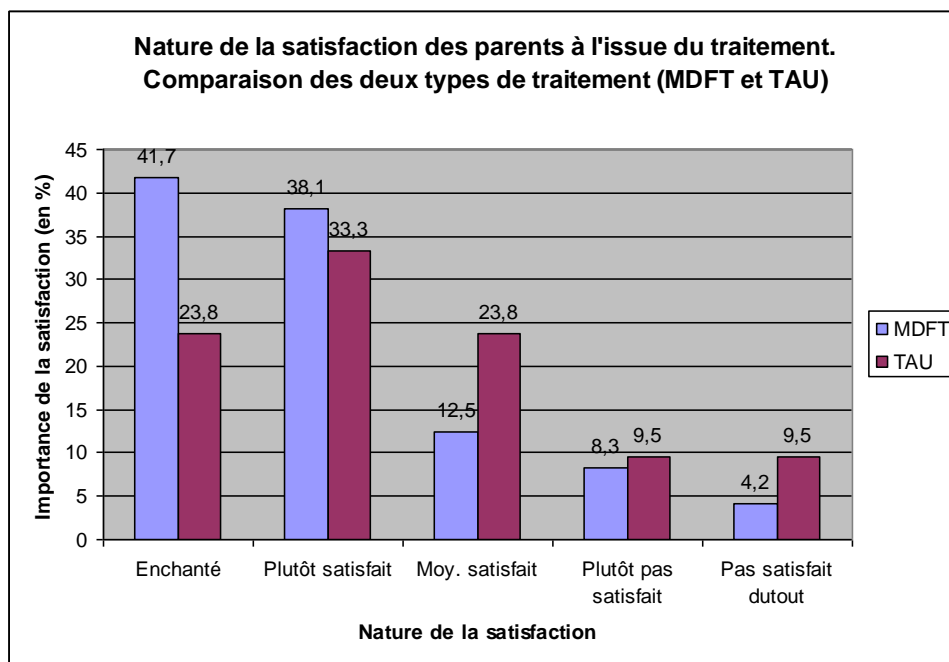


In de bovenstaande grafiek stellen we vast dat van de patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld, 83,3% (50 + 33,3) van de MDFT-jongeren opgetogen of eerder tevreden zijn over hun therapie. Dit is ook het geval voor 71,4% (38,1 + 33,3) van de TAU-jongeren.

Er dient echter op gewezen te worden dat de jongeren geen echte motivatie tot verandering moeten tonen voor de inclusie; ze moeten in eerste instantie de begeleiding aanvaarden. Vervolgens is het aan de therapeuten om met de jongere te werken aan de motivatie om het werk voort te zetten.

De resultaten van de tevredenheidsschaal wijzen erop dat ondanks het feit dat de meeste jongeren geen vragende partij zijn, ze er toch in slagen om zich in te zetten en baat te hebben bij de therapie die hen wordt aangeboden. De therapeutische alliantie dankzij onder andere de technieken van het motivatiegesprek en de MDFT-technieken voor het smeden van de band, is een specifiek kenmerk van onze therapeutische programma's. We moeten jammer genoeg vaststellen dat wanneer de ouders of naasten van een jonge cannabisgebruiker een behandeling aanvragen, deze nog al te vaak geweigerd wordt « bij gebrek aan ernstige motivatie ». Deze motivatie, hoe belangrijk ze ook is, moet uiteraard worden opgebouwd in het begin van de behandeling.

Fig. 24.2



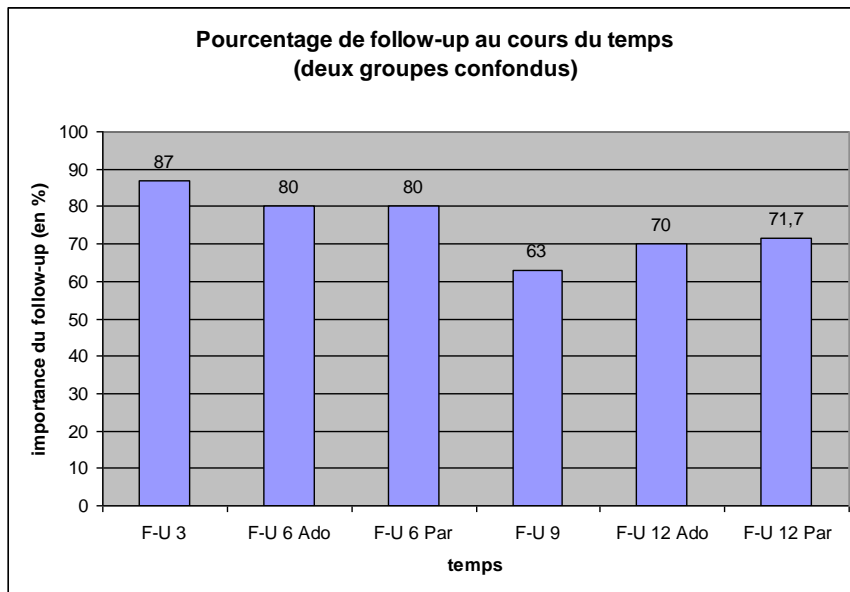
Zoals we kunnen vaststellen, zijn de meeste ouders tevreden over de therapie. 79,8% van de MDFT-ouders zijn tevreden of opgetogen over de behandeling. Dit is ook het geval voor 57,1% van de TAU-ouders.

Sommige ouders van de TAU-groep, van wie het kind de therapie had stopgezet, wisten niet wat ze moesten antwoorden. Volgens hen ligt de fout immers niet bij de therapeut, maar is het de jongere die geen therapie wilde volgen. Zodoende antwoordden zij niet of « matig tevreden ».

Er dient op te worden gewezen dat verschillende ouders van jongeren die de MDFT-therapie hebben gevolgd, vinden dat de vraag of zij tevreden zijn over de therapie, beperkend is. De vraag « In hoeverre bent u in het algemeen tevreden over de hulp die uw kind heeft gekregen? » gaat immers voorbij aan het feit dat ze zichzelf geholpen voelen om de problemen van hun jongere het hoofd te bieden. Verschillende ouders voelden zich dan ook verplicht om te antwoorden met « matig tevreden » of « eerder niet tevreden » wanneer gevraagd werd naar het cannabisprobleem, terwijl ze mondeling aangaven erg tevreden te zijn met de gekregen hulp.

3.8 Follow-up

Fig. 25



Zoals we in de bovenstaande grafiek kunnen vaststellen, heeft een groot aantal gezinnen de follow-up vragenlijsten de eerste 6 maanden ingevuld (wat overeenstemt met de duur van de MDFT-therapie).

Na het einde van de therapie was het voor de onderzoeker echter moeilijker om gesprekken te organiseren voor de follow-ups. Toch hebben wij van meer dan 2/3 van onze patiënten antwoorden ontvangen.

3.9 Enquête: analyse van de vragenlijsten

Om een idee te hebben van het gewicht van de problematische cannabisgebruikers in het gehele zorgaanbod (en ook in bepaalde instellingen die van justitie afhangen), hebben wij meer dan 500 vragenlijsten gestuurd naar verschillende diensten die in het Brusselse en Waalse Gewest in contact staan met jongeren. Het gaat om eerstelijnsdiensten, zoals PMS-centra, jeugdhulpverleningsdiensten (SAJ), diensten voor hulpverlening in open milieu (AMO), residentiële instellingen en gespecialiseerde zorginstellingen voor jongeren of voor verslavingsproblemen. Wij hebben eveneens contact opgenomen met diensten die afhangen van het Ministerie van justitie, de Dienst voor gerechtelijke bescherming (SPJ), de overheidsinstellingen voor jeugdbescherming (IPPJ) en oriëntatiecentra.

Tot dusver hebben wij meer dan 140 antwoorden ontvangen.

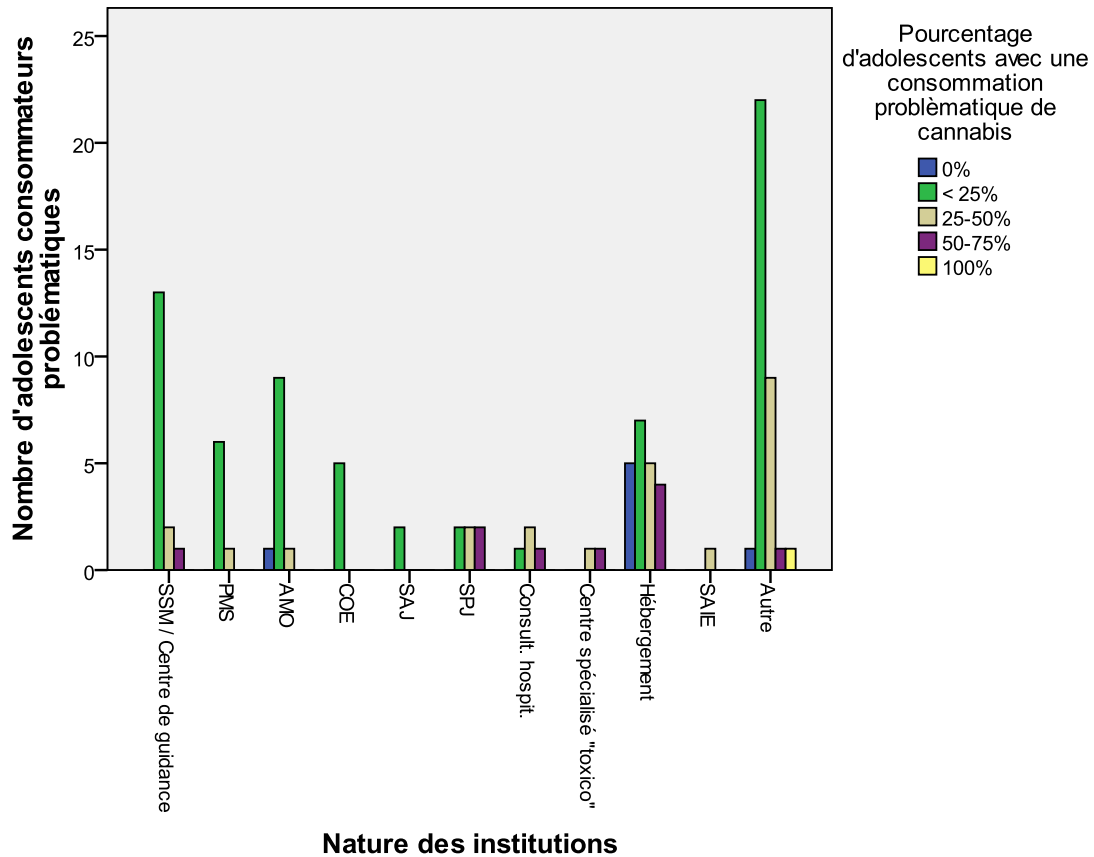
Wij hebben getracht een beter beeld te krijgen van de diensten die het meest met deze problematiek worden geconfronteerd en in welke mate dit gebeurt, van de hulp die aan jongeren wordt aangeboden en van de moeilijkheden die de instellingen voornamelijk ondervinden. Wij wilden ook een idee hebben van de informatie-, sensibiliserings- en opleidingswens van de instellingen die met deze problematiek geconfronteerd worden, of dat nu eerstelijnsdiensten die doorverwijzen of zorgdiensten zijn.

In de hierna volgende grafiek kunnen we vaststellen dat men het hoogste percentage problematische cannabisgebruikers aantreft in de onthaalcentra (IPPJ, psychiatrische ziekenhuizen, SAAE, residentiële diensten voor jongeren). De ambulante centra (centra voor geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuisconsultaties) van hun kant nemen er maar heel weinig op, of detecteren of zien de impact van overmatig cannabisgebruik niet.

Het MDFT-programma laat daarentegen toe om ambulante heel zware cannabisgebruikers op te nemen.

Fig. 26.1

Nombre d'adolescents ayant une consommation problématique de cannabis, par type d'institution

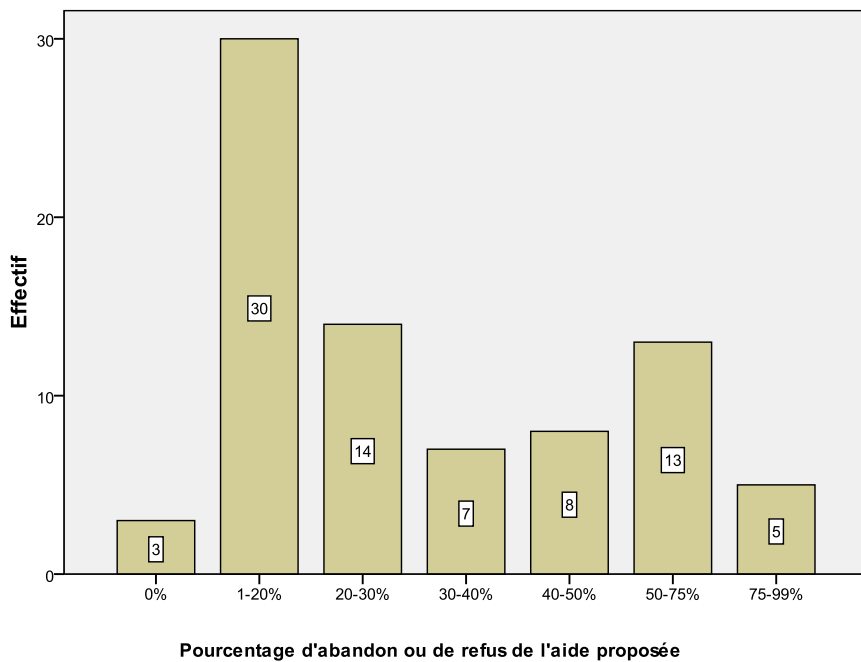


Wanneer deze instellingen aan de jongeren een behandeling voorstellen voor hun cannabisgebruik, weigeren een groot aantal jongeren de behandeling in bijna een kwart van deze instellingen (22,5%), en als ze instemmen met de behandeling, geven ze die snel op.

Door in te spelen op de diverse levensaspecten van de jongeren en te werken aan de motivatie, zijn er in het MDFT-programma veel minder jongeren die de behandeling opgeven.

Fig. 26.2

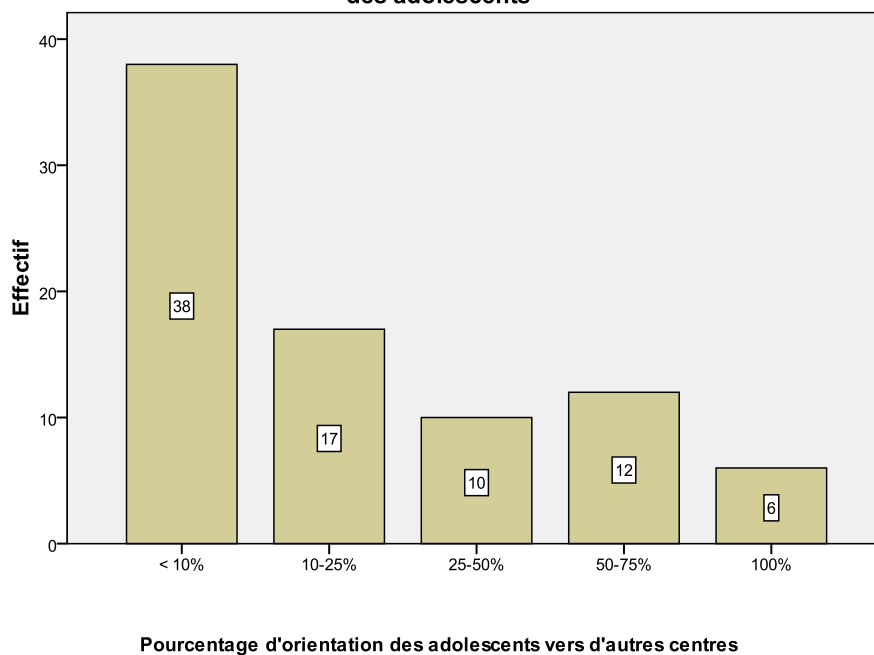
Nombre d'institutions (effectif) qui présentent un pourcentage d'abandon ou de refus de l'aide proposée



Wanneer deze instellingen met dit probleem van therapietrouw worden geconfronteerd, verwijzen ze slechts zelden (<10%) door naar andere meer gespecialiseerde centra. We kunnen stellen dat iedereen van mening is dat dergelijke behandelingen niet doeltreffend zijn en/of dat de jongeren of hun omgeving dit een minder belangrijk probleem vinden.

Fig. 26.3

Nombre d'institutions (effectif) qui présentent un pourcentage de réorientation des adolescents



De instellingen bieden hulp in de vorm van individuele gesprekken (95%), gesprekken met de ouders (62%), gezinsgesprekken (57%) of groepsgesprekken (15%).

De grootste moeilijkheden die de teams in alle instellingen ondervinden, zijn het gebrek aan motivatie bij de jongere om te stoppen (40%) en het gebrek aan opleiding van de hulpverleners (38%).

Wat de opleidingswens betreft:

77% van de instellingen is geïnteresseerd in aanvullende informatie over de gevolgen van de ontwikkeling van cannabisverslaving tijdens de pubertijd.

61% van de instellingen is geïnteresseerd in een opleiding over de diagnose, die een inschatting van de risico- en beschermingsfactoren omvat, in een ecologisch en ontwikkelingsperspectief.

74,5% van de instellingen is geïnteresseerd in een sensibilisering voor de aanpak van deze jongeren en hun gezin (algemene principes).

49% van de instellingen is geïnteresseerd in een opleiding/sensibilisering over de multidimensionale gezinstherapie (MDFT).

66% van de instellingen is geïnteresseerd in een opleiding/sensibilisering over de motivatie-aanpak (meer bepaald: "hoe een patiënt motiveren die geen vragende partij is?").

61% van de instellingen is geïnteresseerd in uitwisselingen/ontmoetingen met andere beroepsmensen die met deze problematiek te maken hebben.

Kortom, de doorverwijzingen van de eerstelijnsdiensten naar de gespecialiseerde centra zijn over het algemeen moeilijk te beheren. Misschien is dit deels te wijten aan het feit dat de zorgteams weinig geloof hechten aan een mogelijk positief resultaat in dit soort situatie waar de patiënten weinig motivatie tonen.

Bovendien is de problematiek van overmatig gebruik aanzienlijk in de onthaalcentra (IPPJ, psychiatrische ziekenhuizen, SAAE, residentiële diensten voor jongeren).

De vraag naar informatie en opleidingen met betrekking tot deze problematiek is groot.

IV. Conclusies

Het INCANT-onderzoek verliep volgens de vastgelegde agenda.

Wij kunnen reeds enkele belangrijke conclusies voorleggen over de Belgische steekproef. De Europese gegevens laten nog even op zich wachten, maar zullen deze conclusies toelichten en verfijnen.

Een beschrijvende analyse wijst erop dat beide therapieën verbeteringen opleveren, maar dat de evolutie van de MDFT-groep groter is. De statistisch significante factoren (p-waarde ≤ 0.05) zijn:

- de daling van het cannabisgebruik in de MDFT
- het drop-outpercentage: 6,7% voor MDFT en 63,3% voor TAU
- De perceptie door de ouders van een betere geestelijke gezondheid van hun kind

In MDFT zijn we erin geslaagd om bijna alle jongeren op te nemen in de therapie, wat opmerkelijk is ten opzichte van deze populatie. Bovendien heeft de behandeling een aanzienlijke invloed gehad op de daling van het cannabisgebruik. Een andere belangrijke factor is de perceptie door de ouders van een betere geestelijke gezondheid van hun kind (minder in zichzelf gekeerd en minder somatische klachten).

Bijna alle andere indicatoren die gekoppeld zijn aan het cannabisgebruik, doen het in MDFT bijna altijd beter dan in de therapie as usual, zonder dat het statistisch significant is.

Enkele opmerkelijke feiten zijn de daling van de agressiviteit, de opmerkelijke afname van het criminele gedrag en de aanhoudingen, en de verbetering van de gezinscohesie.

In beide groepen oefenen de jongeren meer activiteiten uit. Wat de school en de integratie in het beroepsleven betreft, zijn de gegevens moeilijk te interpreteren. Ons klinische gevoel is echter dat het merendeel van hen na één jaar ingeschreven is in een zinvol project.

De hoge graad van tevredenheid over de therapie is een belangrijke variabele. 83,3% van de MDFT-jongeren zijn opgetogen of eerder tevreden over hun therapie, evenals 71,4% van de TAU-jongeren. 79,8% van de MDFT-ouders zijn tevreden of opgetogen over de behandeling. Dit is ook het geval voor 57,1% van de TAU-ouders. Dit bewijst dat dit model in de smaak valt bij de gezinnen en de jongeren.

Een ander belangrijk element dat het resultaat van de in de VS gevoerde onderzoeken bevestigt, is dat de meeste scores (zie de verschillende tabellen) tot 6 maanden na het einde van de MDFT-therapie blijven verbeteren. Dit wijst erop dat de therapeutische impact na de therapie voortgaat. Deze variabele kan niet worden aangetoond voor de as usual aanpak, aangezien de therapie geen vaste duur heeft.

Op het Belgische niveau kunnen wij een antwoord geven op de 5 vragen die het INCANT-onderzoek wilde beantwoorden.

1. **Ja**, de MDFT is doeltreffender dan een gebruikelijke therapie om het gebruik van cannabis te verminderen.
2. **Ja**, de MDFT is doeltreffender om de risicofactoren die gepaard gaan met cannabisgebruik, te verminderen. Maar ook al blijkt uit de verzamelde gegevens dat de MDFT in het algemeen betere resultaten oplevert, toch zijn ze niet statistisch significant, op één uitzondering na. Om deze tendens te kunnen bevestigen, moeten wij wachten op de gecumuleerde resultaten van INCANT Europe met een grotere steekproef.
3. **Ja**, de MDFT is veel doeltreffender om de jongeren in de therapie te houden.
4. De werkelijke kosten van de MDFT ten opzichte van een gebruikelijke therapie zullen worden besproken en geraamd door INCANT Europe. De Amerikaanse studies tonen aan dat de residentiële behandelingen duurder en minder doeltreffend zijn de MDFT. Wij hebben de kosten van een MDFT-therapie geraamd en vergeleken met de kosten van hospitalisaties die gekoppeld zijn aan het cannabisgebruik (bijlage). Bij de MDFT liggen de kosten lager. Bij de « as usual » aanpak op consultatie is er een hoog drop-outpercentage en zijn de resultaten minder goed, ook al gaat het hier al om een gespecialiseerde raadpleging. Men moet eveneens alle onbezoldigde afspraken meerekenen. In de « as usual » aanpak komen die veel vaker voor, in elk geval wanneer het gaat om jongeren met weinig motivatie, wat vaak zo is.
5. **Ja**, de MDFT wordt erg goed aanvaard door de meeste jongeren en gezinnen en door de therapeuten. De therapeuten die hebben deelgenomen aan het onderzoek, zijn erg tevreden over het model dat hen de nodige hulpmiddelen biedt. De therapeuten die hebben deelgenomen aan de initiatiedagen en degenen die een opleiding volgen, delen dezelfde interesse en hetzelfde enthousiasme.

Op basis van deze bemoedigende resultaten zou het verrijkend zijn om de MDFT-technieken meer aan bod te laten komen in de opleiding, en ze op te nemen in de hulpvoorzieningen voor Belgische jongeren met een problematisch cannabisgebruik. De resultaten van ons onderzoek over de behandeling van problematische cannabisgebruikers en de moeilijkheden waarmee de vakmensen te maken krijgen, tonen net aan hoe moeilijk het is om deze jongeren op te nemen in een zorgprogramma zoals dat vandaag bestaat, en ze daarin te houden.

V. Vooruitzichten

Wij hebben subsidies gekregen om de implementatie van de MDFT in ons team voort te zetten tot eind 2010, met een mogelijke verlenging tot 2011.

Wij hebben onze selectiecriteria uitgebreid. Voortaan kunnen wij jongeren tot 23 jaar (in plaats van 18 jaar) behandelen die nog bij hun ouders wonen. De beschikbaarheid en de medewerking van de ouders zijn nog steeds van onschatbare waarde.

Jongeren in psychotische decompensatie die een ziekenhuisstructuur nodig hebben, of jonge drugsverslaafden die moeten ontwennen in een gespecialiseerde eenheid (heroïne), worden uitgesloten.

In aansluiting op de resultaten van het onderzoek en ons klinische experiment stellen wij, wanneer een jongere op consultatie komt op bevel van een rechter, de ouders of een school en hij niet gemotiveerd is, enkel de MDFT voor als type behandeling die haar sporen verdiend heeft in dit soort situaties.

Wanneer de jongere meer gemotiveerd is, kunnen wij op basis van elke problematiek verschillende behandelingen aanbieden: MDFT, individuele cognitieve gedragstherapie, groepstherapie.

Wij zijn momenteel ook bezig met de oprichting van een groep voor de ouders, waarbij wij gebruik maken van bepaalde hulpmiddelen van het MDFT-model.

De MDFT-opleiding en -certificering van 3 therapeuten van het team is aan de gang, in partnership met Frankrijk, Zwitserland en Nederland, evenals de opleiding en de certificering van twee MDFT-therapeuten van het team.

Elk jaar vindt aan de ULB (DES) een initiatie in het MDFT-model plaats binnen de bijscholing van therapeuten.

Het model zal worden voorgesteld aan de VAD voor de Nederlandstalige begeleidingscentra.

Er zullen contacten worden gelegd met de geïnteresseerde centra en de centra die afhangen van het Ministerie van Justie, om de hulp op het vlak van de MDFT-therapie uit te bouwen.

Wij zijn van plan om een Belgische INCANT-presentatie te organiseren.

Wij gaan verder met de organisatie van MDFT-initiatiedagen afhankelijk van de vraag en de beschikbaarheid van het team.

Momenteel worden 11 gevallen (binnenkort 13) gevolgd in MDFT.

In dat verband zal een thesisstudente van de faculteit psychologie van de ULB een kwalitatief onderzoek voeren bij jongeren en gezinnen over MDFT.

Europa: de databanken van MDFT Europe zijn aangemaakt voor de vijf landen die deelnemen aan INCANT, om te kunnen meewerken aan de uitbouw van MDFT-programma's tot verkrijging van normen inzake toetreding tot en competentie in het model binnen een Europese contactgroep.

De presentatie van de resultaten van het onderzoek door prof. H. Rigter zal plaatsvinden tijdens het Belgische voorzitterschap van de Raad van de Europese Unie, in aanwezigheid van de vertegenwoordigers van gezondheid van de verschillende landen.

Nederland: 22 centra hebben een MDFT-opleiding gevolgd of zijn er een aan het volgen.

Het programma wordt terugbetaald door het ziekenfonds.

Er zijn overeenkomsten met het Ministerie van Justitie.

Frankrijk: instandhouding en ontwikkeling van de activiteit om jongeren te begeleiden die in Parijs na een plaatsing door het gerecht, een instelling mogen verlaten. Uitbreiding van het team en opleiding van de therapeuten.

Duitsland: instandhouding van de MDFT-activiteit, opleiding van de therapeuten van het team.

Zwitserland: instandhouding van de activiteit en binnenkort start van de opleiding van nieuwe therapeuten van het team.

Finland: vermoedelijk begin van een MDFT-opleiding

VI. Bijlagen

1. Programma van de vier initiatiedagen rond de multidimensionale gezinstherapie (MDFT) die ons team heeft georganiseerd.
2. Uiteenzetting van Patrick Spapen en Kris Van Gerwen tijdens het Congres « adolescences et métamorphoses », georganiseerd door de ligue de Santé Mentale, die zal worden gepubliceerd in de annalen van het congres.
3. Samenvatting van de inhoud van de workshop die door Patrick Spapen wordt voorgesteld tijdens het 7^e congres van EFTA dat plaatsvindt in Parijs op 29, 30 en 31 oktober 2010.
4. Artikel: - Spapen, P., Angelidis, T., Antoniali, V., Van Gerwen, K., Pelc, I., Verbanck, P. (2010). La thérapie familiale multidimensionnelle des adolescent(e)s dépendants du cannabis. *Thérapie familiale*, Genève, 2010, Vol. 31, No, pp.117-132
5. Kostenraming
- 6 Artikel: Henk Rigter, Isidore Pelc, Peter Tossmann, Olivier Phan, Esther Grichting, Vincent Hendricks, Cindy Rowe. INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry* 2010, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/28>