



SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön (Itla) Kasvun tuki -toiminta tuottaa menetelmäarvioita lapsille, nuorille ja perheille suunnatuista mielenterveyttä edistävästä psykososiaalisista menetelmistä. Arvioon vaikuttavat menetelmän kuvaus, vaikuttavuusnäyttö ja käyttöönoton tuki. Lisätietoja arvioinnista saat katsauksen liitteestä 4, arviointioppaasta (Merikukka ym., 2025) ja verkkosivuilta itla.fi/menetelmapankki

Tämän ja muut menetelmäarviot löydät Kasvun tuen menetelmäpankista.

Menetelmäarvio

5/5

Vahvaa
vaikuttavuus-
tutkimusta

MDFT – Monimuotoinen perheterapeutin työskentely (*Multidimensional Family Therapy*)

Menetelmä nuorten laaja-alaisen ja monimuotoisten käytös- ja päihdeongelmien vähentämiseen (2. arvio)

TIIVISTELMÄ

Ilmiöt: Käytös- ja päihdeongelmat

Johdanto: Nuoruusiän käytös- ja päihdeongelmat aiheuttavat merkittävää taakkaa nuorelle itselleen, hänen läheisilleen ja koko yhteiskunnalle. MDFT – Monimuotoinen perheterapeutin työskentely on perhe- ja systeemiorientoitunut työtapo sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille, jotka työskentelevät laaja-alaisia ja monimuotoisia vaikeuksia kokevien nuorten kanssa. MDFT:n tavoitteena on vähentää nuoren käytös- ja päihdeongelmia sekä tukea nuoren ja hänen vanhempiensa vuorovaikutusta.

Tutkimuskysymys: Onko MDFT-menetelmällä vaikuttavuutta 12–18-vuotiaiden nuorten laaja-alaisiin ja monimuotoisiin käytös- ja päihdeongelmiin suomalaisessa kontekstissa?

Aineisto ja menetelmät: Kirjallisuushaku tehtiin kartoittaville kirjallisuuskatsauksille tyypillisellä *Population, Concept, Context* (PCC) -hakustrategialla, joka kohdistui kysymykseen: Mitä tutkimusta Monimuotoinen perheterapeutin työskentely -menetelmästä on tehty. Hakusanoina käytettiin: P = 12–18-vuotiaat lapset ja nuoret, C = Monimuotoinen perheterapeutin työskentely -menetelmä (*Multidimensional Family Therapy*, MDFT), C = Lastensuojelu, erikoissairaanhoidon avohoito, muu. Ensimmäisenä kiinnostuksen kohteena haussa olivat menetelmästä tehdyt vaikuttavuustutkimukset, joskin mukaan otettiin myös muilla asetusilla tehtyjä tutkimuksia. Systemaattinen haku tehtiin kuuteen tietokantaan: MEDLINE, APA PsycInfo, CINAHL, ERIC, Web of Science ja Scopus.

Tulokset: Menetelmäoppaan perusteella MDFT-menetelmän kuvaus ja teoreettinen perusta on riittävä. Kirjallisuushaun perusteella mukaan valikoitui yksi systemaattinen katsaus, kolme meta-analyysia ja yhdeksän alkuperäistutkimusta. Tutkimukset oli toteutettu Yhdysvalloissa ja Keski-Euroopassa. Suomalaisia ja pohjoismaisia implementointitutkimuksia ei löytynyt. Menetelmän vaikuttavuutta ei ole verrattu hoitamatta jättämiseen (jonotuslistalla oleviin), vaan satunnaistetuissa vaikuttavuustutkimuksissa MDFT:tä on verrattu aktiivisiin interventioihin, kuten tehostettuihin tavanomaisiin palveluihin, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, yksilö- ja ryhmäterapiaan, pitkäaikaiseen laitoshoittoon ja motivaation vahvistamisterapiaan. Näissä vertailuissa vaikutukset vaihtelivat 12–18-vuotiailla nuorilla pienistä suuriin vastemuuttujien osalta ($d = 0,24$ – $1,23$, NNT (*Number-Needed-to-Treat*) = $1,62$ – $7,46$). Päihde- ja käyttäytymisongelmiin liittyvien vastemuuttujien osalta MDFT on muiden vertailumenetelmien veroinen tai joiltakin osin niitä vaikuttavampi. Meta-analyysien sisältyneiden tutkimusten laatu oli korkeintaan kohtalainen, ja katsausta varten arvioitujen tutkimusten laatu vaihteli heikosta hyvään. MDFT-menetelmän käyttöönoton tuki on riittävä.

Menetelmäarvio: MDFT:n menetelmäarvio on 5/5 eli menetelmästä on vahvaa vaikuttavuustutkimusta yhdysvaltalaisessa ja eurooppalaisessa kontekstissa, mutta Pohjoismaiden ja Suomen osalta ei ole tietoa. MDFT:n vaikuttavuusnäyttö 12–18-vuotiaiden nuorten päihde- ja käyttäytymisongelmista on todettu verrattuna aktiivimenetelmiin. Menetelmäarvio perustuu Kasvun tuen arviointijärjestelmän kriteereihin.



Interventiota käyttävä kentän ammattilainen eli MDFT-terapeutti ja menetelmän kotipesän edustaja (Suomen MDFT ambassador) ovat tarkistaneet interventiota koskevat yksityiskohdat.

MDFT – Monimuotoinen perheterapeutin työskentely (myös MDFT-terapia)

Kohderyhmä: 12–18-vuotiaat nuoret, joilla on laaja-alaisia ja monimuotoisia vaikeuksia

Toteutus: Yksilöllisen tarpeen mukaan joustava työtapo, jossa yhdistyvät systeminen perheterapia ja ratkaisukeskeisyys, kesto kuudesta kahdeksaan kuukauteen, tapaamisia kaksi–kolme kertaa viikossa.

Ilmiön kuvaus ja menetelmän tavoitteet: Nuoren käyttäytymisongelmat eivät selity pelkästään yksilön ominaisuudesta. Todellinen muutos nuoren elämässä edellyttää perheen sisäisten suhteiden paranemista. Monen eri elämäntilanteen on muututtava samanaikaisesti. MDFT:n tavoitteena on vähentää ja ennaltaehkäistä nuoren laaja-alaisia ja monimuotoisia käytös- ja päihdeongelmia. Keskeinen tavoite on, että nuoren ja vanhemman vuorovaikutus muuttuu rakentavammaksi ja perhe omaksuu uudet toimintamallit.

Vasteet: Nuoren käytös- ja päihdeongelmien väheneminen.

Menetelmän kotipesä ja implementointi: Suomen MDFT:n kotipesä on Hollannissa. Suomessa toimii MDFT-ambassador, joka on hollantilaisen kouluttajatahon SJI:n (Stichting Jeugdinterventies) palkkaama.



JOHDANTO

Menetelmän tausta

MDFT (monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely) on kehitetty 1980-luvulla Yhdysvalloissa auttamaan käytös- ja päihdehäiriöisiä sekä mielenterveysongelmista kärsiviä nuoria ja korvaamaan riittämättömiksi ja kalliiksi koettuja laitossijoituksia sekä yksilökeskeistä työotetta. MDFT:n keskeisenä työvälineenä on haitallisten ajattelu- ja toimintamallien tunnistaminen, tutkiminen ja muuttaminen. Työvälineen apuna käytetään kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehystä ja interventioita, ja sitä tuetaan ratkaisukeskeisellä suhtautumisella uusien vaihtoehtojen rakentamiseen. MDFT voidaan toteuttaa esimerkiksi lastensuojelun avohuollossa, erikoissairaanhoidossa ja nuorten psykososiaalisissa palveluissa.

Menetelmän kuvaus

MDFT on manualisoitu, mutta yksilöllisen tarpeen mukaan joustava työtapana. Työtavan taustalla on selkeä muutosteoria. Muutoksen edellytyksenä pidetään työntekijöiden vankkoja klinisiä taitoja. Työmalli yhdistää systeemistä perheterapiaa, ratkaisukeskeisyyttä ja palveluohjausta. Yksi työntekijä työskentelee eri kokoonpanoissa yksilö-, perhe- ja verkostotasolla: yksin nuoren, yhdessä ja erikseen kummankin vanhemman, koko perheen ja verkostojen kanssa. Tällä ratkaisulla varmistetaan, että tilanteesta rakentuu kokonaiskuva, vastuu prosessin etenemisestä, hallinnoimisesta ja arvioinnista on selkeästi nimetty ja prosessin hallinnointi perustuu riittävän kattavaan, monista tietolähteistä ammentavaan asiantuntija-arvointiin.

MDFT on tiimiperustainen työmalli. Tiimissä on oma menetelmä-vastaava, ja tiimi toimii ammatillisena tukena jokaiselle sen jäsenelle. Työntekijöillä on rajallinen määrä asiakkaita kerrallaan. Ohjesääntönä pidetään asiakasprosessien vaiheen mukaan enintään kuutta asiakasta. Työ edellyttää yksityiskohtaista ja kirjallista tapaamisten suunnittelua ja valmistelua sekä osuvien välitavoitteiden asettamista ja niiden saavuttamisen seuraamista ja korjaamista.

Kohderyhmä

Laaja-alaisista, monimuotoisista vaikeuksista (käytös-, päihde- ja mielialahäiriöistä) kärsivät 12–18-vuotiaat nuoret, joiden kanssa on kokeiltu kevyempiä avohoidon työmenetelmiä ja joille jatkotoimenpiteenä harkitaan laitossijoitusta. MDFT-terapiaa on kokeiltu lastensuojelussa esimerkiksi kiireellisten sijoitusten ehkäisemiseen, huostaanottojen purkuun ja perheenyhdistämiseen jälleen.

MDFT:n aloittaminen edellyttää, että nuorella on elämässään vähintään yksi aikuinen (huoltaja tai joku muu), joka on valmis sitoutumaan työskentelyyn. Työskentelyn edellytys on nuoren riittävä kognitiivinen kapasiteetti. Akuutti syömishäiriö tai itsetuhoisuus estävät työskentelyn aloittamisen. Tarkempi konsultaatio käydään MDFT-menetelmä-vastaavan kanssa.

Ilmiö

MDFT:n ajatuksena on, että nuoren käyttäytymisen ongelmat eivät selity pelkästään yksilöllisenä ominaisuutena. Todellinen muutos nuoren elämässä edellyttää perheen sisäisten suhteiden parane- mista. Muutoksen on toteutettava monella eri elämänilueella samanaikaisesti, jotta muutos on pysyvä. Vanhemmuuden käytän- teissä ja perhesuhteissa tapahtuvien myönteisten muutosten aja- tellaan ennustavan nuoren ongelmakäyttäytymisen vähenemistä.

Tavoitteet ja vastemuuttajat

MDFT:n tavoitteena on vähentää ja ennaltaehkäistä nuoren päihde- ongelmia, koulunkäyntivaikeuksia, rikollisuutta, käytösongelmia ja emotionaalisia ongelmia. Muita MDFT:n vastemuuttajia voivat olla esimerkiksi koulunkäynnin paraneminen sekä perheenjäsenten itsereflektion ja ongelmanratkaisu- ja sietokyvyn paraneminen. Keskeinen välitavoite on, että nuoren ja vanhemman vuorovaikutus muuttuu rakentavammaksi ja perhe omaksuu uudet toimintamallit.

Teoriaperusta

MDFT pohjautuu systeemiseen ja strukturaaliseen perheterapiaan, sosioekologiseen systeemiteoreettiseen viitekehykseen (Bronfenbrenner, 1979), kehityspsykologiseen ajatteluun ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Se on saanut vaikutteita myös ongelman- ratkaisuterapioista. Sosiaalekologisen näkemyksen mukaan käyt- täytyminen on tulosta yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksesta, ja haluttaessa muuttaa käyttäytymistä on työskenneltävä myös ympäristön kanssa. Hienovaraista riski- ja suojatekijäarviointia teh- dään yhtä lailla nuoresta, vanhemmista, perheestä ja laajemmasta ympäristöstä, jotta interventiot pystytään räätälöimään yksilöl- lisesti tilanteen edellyttämällä tavalla. Muutoksen työväline yksilö- työssä on haitallisten ajattelu- ja toimintamallien tunnistaminen, tutkiminen ja muuttaminen.

Ydinelementit ja joustavuus

MDFT:n keskeisiä elementtejä ovat perheterapeuttinen ote, yksilön ja ympäristön yhteisvaikutus, riski- ja suojatekijöiden kartoitus ja arviointi sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian ja ratkaisukeskei- sen terapian työvälineet. Interventio perustuu käsikirjaan ja tark- kaan ohjaukseen, mutta se on joustava ja sisältöjä voi muokata tarpeen mukaan.

Toteuttajat

MDFT on sertifioitu menetelmä, jonka levittämisestä Euroopassa vastaa SJI, The Youth Intervention Foundation -instituutti (Stichting Jeugdinterventies). Ensimmäiset koulutuspäivät ovat lähiopetus- päiviä, joiden jälkeen varsinainen menetelmä opitaan seuratuissa ja tuetuissa koulutushoidoissa asiakkaiden kanssa. Koulutus kestää 9–12 kuukautta. Koulutettavia voivat olla käytös- ja päihdehäiriöisiä nuoria kohtaavat toimijat, joilla on vähintään alempi korkeakoulu- tutkinto. MDFT-tiimissä on oltava yksi menetelmä-vastaava ja vä- hintään kaksi terapeuttia. Menetelmä-vastaava voidaan kouluttaa yhdessä muun tiimin kanssa, ja hän toimii samalla tiiminsä apu- kouluttajana. Koulutushoidot dokumentoidaan kirjallisesti vii- koittaisina suunnitelmina MDFT-portaaliin. Viikkosuunnitelmassa on valmisteltu kaikki viikon tapaamiset. Instituutin kouluttajat ja MDFT-menetelmä-vastaavat seuraavat työskentelyn etenemistä ja antavat palautetta. Menetelmän integriteetin varmistamiseksi työn- tekijöiden menetelmäuskollisuutta ja -osaamista arvioidaan vide- oitujen perhetapaamisten avulla. Menetelmäuskollisuutta arvioi ulkopuolinen arvioitsija ja kompetenssia menetelmän kouluttaja.

Toteutustavat

MDFT perustuu käsikirjaan mutta on yksilöllisen tarpeen mukaan joustava työtapana, jossa yhdistyvät systeeminen perheterapia ja ratkaisukeskeisyys. Yksi työntekijä työskentelee eri kokoonpa- noissa yksilö-, perhe- ja verkostotasolla: yksin nuoren, yhdessä ja



erikseen kummankin vanhemman, koko perheen ja verkostojen kanssa. MDFT kestää vähintään kuusi kuukautta, enintään kahdeksan kuukautta ja jakautuu kolmeen vaiheeseen: aloitus, läpityöskentely ja lopetus. Tapaamisia on kaksi–kolme kertaa viikossa esimerkiksi asiakkaiden kotona ja muissa arkisissa paikoissa.

Keinot

MDFT:ssä yksi työntekijä työskentelee neljällä eri tasolla samanaikaisesti: tapaa nuoren, vanhemman tai vanhemmat, sekä toimii perheen ja nuoren verkoston kanssa eri kokoonpanoin. MDFT on yksittäisen terapiamallin sijaan työskentelytapa. Se kohdistuu nuoren toimintaympäristöön, joka ylläpitää päihteiden käyttöä ja ongelmakäyttäytymistä (Liddle, 1999). Nuoren elämäntilannetta ja siihen johtanutta elämänkulkua analysoidaan suhteuttamalla se normatiiviseen kehityskaareen. MDFT:ssä kysytään, milloin häiriöt alkoivat ja miksi, mitkä tekijät siihen liittyivät ja minkälaisia ketjuuntuneita seurauksia tästä on aiheutunut. Riski- ja suojatekijöiden arviointi ja kartoitus auttavat tunnistamaan psykologisia, sosiaalisia ja ympäristötekijöitä, jotka vaikuttavat ongelmiin ja niistä selviytymiseen. Perheen lisäksi tutkitaan kasvu ympäristön, kavereiden, koulun ja muun viranomaisverkoston roolia nuorten tilanteessa. Kaikkia nuoren elämässä olevia tahoja ja merkityksellisiä ihmissuhteita ja niiden ilmiöitä arvioidaan ja työestetään osana kokonaisuutta

Opas toteuttajille

MDFT-terapeuteilla on käytössään käsikirjat (manuaali ja interventio-opas), joita terapeutti käyttää menetelmän toteuttamisen tukena. Käsikirja on saatavilla suomen- ja englanninkielisenä. Lisäksi toteuttajat saavat esitysdiat, keskeisten istuntojen kuvauksen ja ohjeistuksen, istuntojen suunnitelmalomakkeet, tapauskuvailomakkeet, menetelmäohjausoppaan ja menetelmäohjauksen raportointilomakkeet.

Materiaalit menetelmän saajille

Suomessa ei ole käytössä materiaalia, jota annetaan menetelmän saajille systemaattisesti. Perheille on jaettu erilaisia tietoisuuksia ja materiaalia vanhemmuuden tueksi.

Kustannukset

Suoria kustannuksia ovat maksullinen koulutus ja koulutuksen jälkeinen kolmivuotinen lisenssi sekä MDFT:n toteutuksesta aiheutuvat kustannukset. Epäsuoria kustannuksia ovat terapeuttien mahdolliset matkakulut Suomessa järjestettäviin koulutuksiin.



Tutkimuskysymys

Onko MDFT-menetelmällä vaikuttavuutta 12–18-vuotiaiden nuorten laaja-alaisiin ja monimuotoisiin käytös- ja päihdeongelmiin suomalaisessa kontekstissa?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Kirjallisuushakua ohjasi kysymys: Mitä tutkimusta Monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely -menetelmästä on tehty?

Hakustrategia ja tiedonlähteet

Hakustrategian muodostamisessa käytettiin kartoitettaville kirjallisuuskatsauksille tyypillistä *Population, Concept, Context* (PCC) -strategiaa (Peters ym., 2020), jossa:

P = 12–18-vuotiaat lapset ja nuoret

C = Monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely -menetelmä (*Multidimensional Family Therapy*, MDFT)

C = Lastensuojelu, erikoissairaanhoidon avohoito, muu?

PCC-strategiaa käytetään kartoitettavissa kirjallisuuskatsauksissa. Vaikka hakustrategia toteutettiin kartoittavana, kiinnostuksen kohteena ovat ensisijaisesti vaikuttavuustutkimukset, joiden tuloksissa on raportoitu käytös- ja päihdeongelmiin liittyviä muuttujia. Mukaan otettiin kuitenkin vaikuttavuustutkimusten lisäksi myös muilla asetelmilla tehtyjä tutkimuksia, ja siksi hakustrategia on PC-C:n mukainen.

Kirjallisuushaku toteutettiin 27.11.2023 (päivityshaku 20.8.2024) systemaattisena hakuna seuraaviin tietokantoihin: MEDLINE, APA PsycInfo, CINAHL, ERIC, Scopus ja Web of Science. Hakustrategia on nähtävissä liitteessä 1. Hakusanat muodostettiin PCC-strategian mukaisesti yhdistämällä kaksi PCC:n osa-aluetta (P ja ensimmäinen C). Lisäksi manuaalisella haulla löytyi yksi viite kirjallisuushaun strategiaa määriteltäessä.

Ennalta määritetyt mukaanottokriteerit tutkimuksille:

- Tutkimuksen kohderyhmänä ovat 12–18-vuotiaat lapset ja nuoret, joilla on laaja-alaisia ja monimuotoisia käytös- ja päihdeongelmia.
- MDFT:n vaikuttavuutta on tutkittu Maailmanpankin korkean tulotason maassa¹.
- MDFT:n implementointia on tutkittu Suomessa tai muissa Pohjoismaissa.
- MDFT:n kustannusvaikuttavuutta on tutkittu Suomessa tai muissa Pohjoismaissa.
- Tutkimus on vertaisarvioitu alkuperäistutkimus tai niistä koostuva systemaattinen katsaus tai meta-analyysi tehty.

Ennalta määritetyt poissulkukriteerit tutkimuksille:

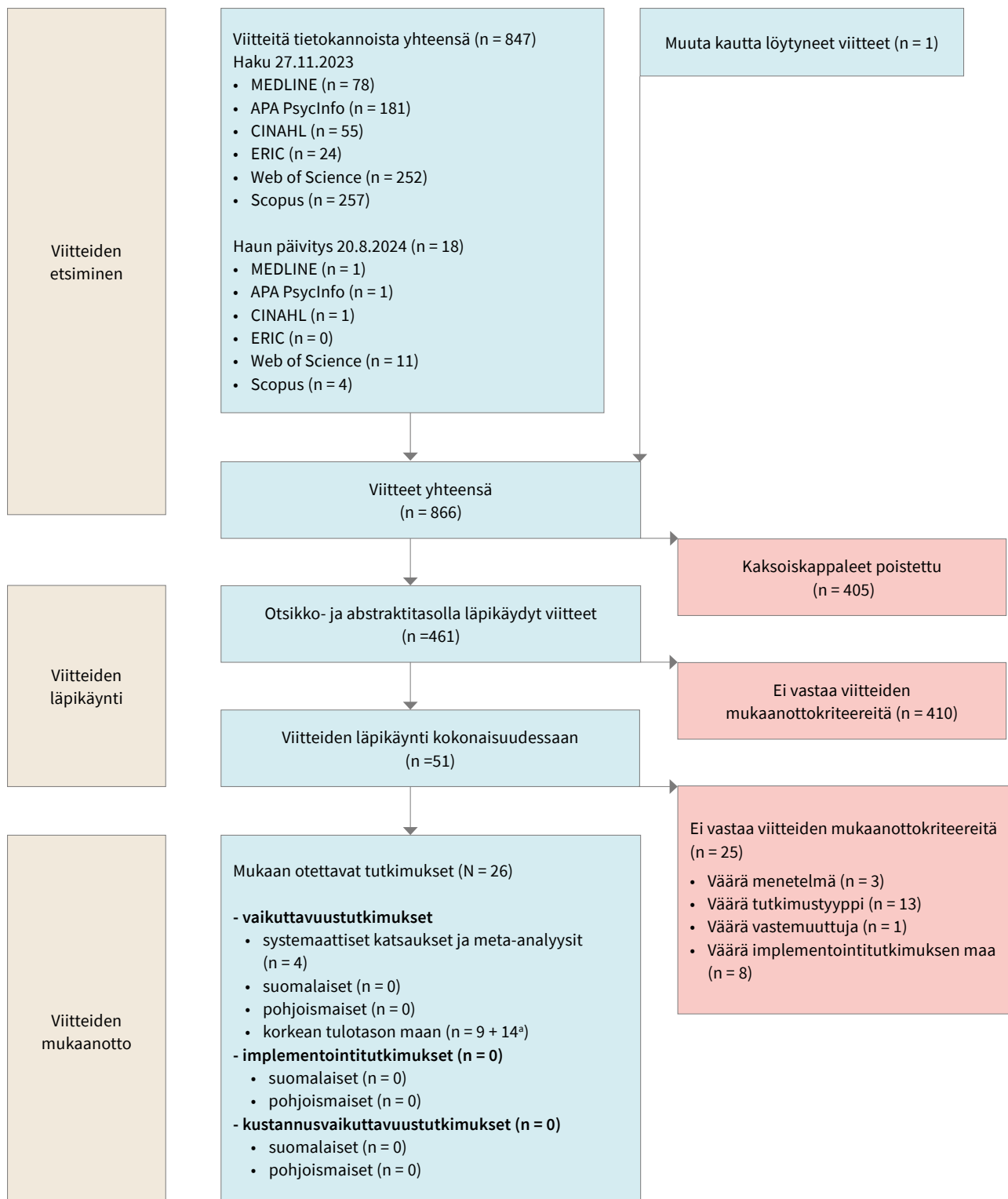
- Tutkimuksella on muu kohderyhmä.
- Vaikuttavuustutkimus on tehty Maailmanpankin matalan tai keskitason tulotason maassa.
- Implementointitutkimus on tehty muualla kuin Suomessa tai Pohjoismaissa.
- Kustannusvaikuttavuustutkimus on tehty muualla kuin Suomessa tai Pohjoismaissa.
- Kyseessä on vertaisarvioimaton tutkimus, pääkirjoitukset tai kommentaarit.

¹ Kasvun tuen asiantuntijat ovat yhdessä arviointitoimintaa tukevan tieteellisen toimituskunnan kanssa päättäneet rajata arviointijärjestelmässä tarkasteltavat vaikuttavuustutkimukset korkean tulotason maihin.



KUVIO 1.

Vuokaavio MDFT-menetelmän systemaattisen kirjallisuushaun viitteiden valinnasta (Page ym., 2021)



^a Meta-analyysseihin sisältyi yhteensä 21 alkuperäistutkimusta. Näistä 14 läpäisi mukaanottokriteerit systemaattisen kirjallisuushaun viimeisessä vaiheessa. Kirjallisuushaussa oli poissuljettu 7 alkuperäistutkimusta seuraavista syistä: vertaisarvioimaton raportti (n = 3, Grichting ym., 2011; Tossman ym., 2010; Verbanck ym., 2010), julkaisematon tutkimus (n = 1, Liddle ym., 2013), toistotarkkuustutkimus (n = 1, Hogue ym., 2008), mediaatitutkimus (n = 1, Henderson ym., 2009) ja väärä vaste (n = 1, Hogue ym., 2004).



TAULUKKO 1.

Menetelmän arviointiin vaikuttavien systemaattisten katsausten, meta-analyysien ja korkean tulotason maiden vaikuttavuus-tutkimusten koontitaulukko

Artikkeli	Kohderyhmä (P)	Tutkittava mene- telmä ja kuvaus (I)	Vertailumenetelmä ja kuvaus (C)	Vastemuuttujat (O)	Aika ja paikka
MDFT-menetelmä- arviointi (ko. systemaatti- nen katsaus)	12–18-vuotiaat	Kuvauksen mukainen MDFT	Mikä tahansa muu hoito tai hoitamatta jättäminen	Laaja-alaiset ja monimuotoiset käytös- ja päihde- ongelmat	Suomi
Yksilödataa hyödyntävä meta-analyysi eli integroiva data-analyysi (integrative data-analysis)					
Greenbaum ym., 2015	<u>Tutkittavat</u> 11–17-vuotiaat (N = 686) <u>Aineisto</u> 5:n satunnaistetun vertailukoetutkimuksen aineisto yhdistettynä yksilötasolla • 5 kpl USA	MDFT sukupuolittain ja etnisyyden mukaan	• CBT (<i>Cognitive behavioural therapy</i>): yksilöllinen kognitiivinen käyttäytymisterapia • AGT (<i>Adolescent group therapy</i>): ryhmäterapia nuorille • Laitoshoido (<i>residential treatment</i>)	Huumeiden käyttö	USA
Yksilödataa hyödyntävä meta-analyysi eli integroiva data-analyysi (integrative data-analysis)					
Filges ym., 2015	<u>Tutkittavat</u> 11–21-vuotiaat <u>Aineisto</u> 5 satunnaistettua vertailukoetutkimusta • 4 kpl USA • 1 kpl Eurooppa	MDFT	• AGT • MEI (<i>Multifamily educational therapy</i>) • MET/CBT5 (<i>Multifamily educational therapy</i>) / CBT-informed individual therapy • CBT • ACRA (<i>Adolescent community reinforced approach</i>) • TAU (<i>Treatment-as-usual</i>): CBT/psykodynaamiset lähestymistavat (<i>psychodynamic approaches</i>)	Nonopioidisten huumeiden, kuten kannabiksen, amfetamiinin, ekstaasin tai kokaiinin väärinkäyttö	USA ja Keski-Eurooppa
van der Pol ym., 2017	<u>Tutkittavat</u> nuoret (alkuperäis- tutkimusten keski- iät vaihtelivat välillä 13,73–16,80) <u>Aineisto</u> 19 satunnaistettua vertailukoetutkimusta (18 julkaistua ja 1 julkai- sematon käsikirjoitus meta-analyysin julkaisun aikaan (Liddle ym.)) • 10 kpl USA • 8 kpl Eurooppa	MDFT	• CBT • GT (<i>group therapy</i>): ryhmäterapia • CT (<i>combined treatments</i>): eri hoitomuotojen yhdistelmät	• Päihteiden väärinkäyttö • Rikollisuus • Internalisoivat ja eksternalisoivat oireet • Perheen toiminta	USA ja Keski-Eurooppa
Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset					
EMCDDA, 2014	<u>Tutkittavat</u> 11–18-vuotiaat, jotka väärinkäyttivät laittomia päihteitä <u>Aineisto</u> 5 satunnaistettua vertailukoetutkimusta • 4 USA • 1 Eurooppa	MDFT	• CBT • vertaisryhmäterapia • MET & CBT • ACRA	• Potilaiden hoidossa pysyminen • Laittomien päihteiden väärinkäytön	USA ja Keski-Eurooppa

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla



Artikkeli	Kohderyhmä (P)	Tutkittava menetelmä ja kuvaus (I)	Vertailumenetelmä ja kuvaus (C)	Vastemuuttujat (O)	Aika ja paikka
MDFT-menetelmä-arviointi (ko. systemaattinen katsaus)	12–18-vuotiaat	Kuvauksen mukainen MDFT	Mikä tahansa muu hoito tai hoitamatta jättäminen	Laaja-alaiset ja monimuotoiset käytös- ja päihde-ongelmat	Suomi
Korkean tulotason maiden satunnaistetut vertailukokeet					
Tossmann ym., 2012 (INCANT-tutkimus ^{a, b)})	13–18-vuotiaat nuoret, jotka täyttävät kannabiksen käyttöhäiriön kriteerit (DSM-IV), (N = 120) • MDFT n = 59 • KKT n = 61	Kuvauksen mukainen MDFT	Käyttäytymisterapiaan (KKT) pohjautuvan motivaation vahvistamisterapia	<u>Päävastemuuttujat:</u> • Kannabiksen käyttö	Tutkittavat rekrytoitiin Berliinissä, Saksassa. Viisi mittausta: • perustasomittaus • 3 kk seuranta • 6 kk seuranta • 9 kk seuranta • 12 kk seuranta
Hendriks ym., 2013 (INCANT-tutkimus ^{a, b)})	13–18-vuotiaat nuoret, jotka täyttävät kannabiksen käyttöhäiriön kriteerit (DSM-IV), (N = 109) • MDFT n = 55 • KKT n = 54	Kuvauksen mukainen MDFT	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT)	<u>Päävastemuuttujat:</u> • Kannabiksen käyttö <u>Toissijaiset muuttujat:</u> • Poltettujen savukkeiden määrä	Tutkittavat rekrytoitiin Hollannissa. Viisi mittausta: • perustasomittaus • 3 kk seuranta • 6 kk seuranta • 9 kk seuranta • 12 kk seuranta
Spapen ym., 2013 (INCANT-tutkimus ^{a, b)})	13–18-vuotiaat nuoret, jotka täyttävät kannabiksen käyttöhäiriön kriteerit (DSM-IV), (N = 60)	Kuvauksen mukainen MDFT	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	<u>Päävastemuuttujat:</u> Ei määritetty <u>Muuttujat:</u> • Kannabiksen käyttö • Perheen koheesio ja konfliktit • Vetäytyminen • Somaattiset oireet • Ahdistuneisuus/depressio • Rikollinen käyttäytyminen • Aggressiivinen käytös	Tutkittavat rekrytoitiin Belgiassa. Viisi mittausta: • perustasomittaus • 3 kk seuranta • 6 kk seuranta • 9 kk seuranta • 12 kk seuranta
Rowe ym., 2016 (Yhdysvaltalainen tutkimus ^{c)})	13–17-vuotiaat päihteitä käyttävät, vankilassa olevat nuoret, joita ei aiottu ottaa huostaan heti vankilatuomion jälkeen, (N=154), • MDFT n = 76 • vertailu n = 78	Kuvauksen mukainen MDFT	Tehostetut tavanomaiset palvelut	<u>Päävastemuuttujat:</u> • Yhdyntöjen yleisyys • Suojaamattomien yhdyntöjen lukumäärä • Seksitaudit	Tutkittavat rekrytoitiin Floridassa, Yhdysvalloissa. Kahdeksan mittausta: • perustasomittaus • 3 kk seuranta • 6 kk seuranta • 9 kk seuranta • 18 kk seuranta • 24 kk seuranta • 36 kk seuranta • 42 kk seuranta
van der Pol ym., 2018a (INCANT-tutkimus ^{a, b)})	13–18-vuotiaat nuoret, jotka täyttävät kannabiksen käyttöhäiriön kriteerit (DSM-IV) (N = 169) koe ja kontrolliryhmien koko ei määritetty • Haag n= 109 • Geneve n=60	Kuvauksen mukainen MDFT	Yksilöterapia (IP), itseraportoitu rikollisuus, Haagissa ja Genevessä	<u>Päävastemuuttujat:</u> Ei määritetty <u>Muuttujat:</u> • Itse-raportoitu rikollisuus • Pidättäytyminen rikollisesta toiminnasta • Rikosten määrä • Omaisuusrikosten määrä • Väkivaltarikosten tekijöiden osuus • Väkivaltarikosten määrä	Tutkittavat rekrytoitiin Haagissa, Hollannissa ja Genevessä, Sveitsissä. Kolme mittaus-ajankohtaa • Perustasomittaus • 6 kk seuranta-mittaus • 12 kk seuranta-mittaus

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla



Artikkeli	Kohderyhmä (P)	Tutkittava menetelmä ja kuvaus (I)	Vertailumenetelmä ja kuvaus (C)	Vastemuuttajat (O)	Aika ja paikka
MDFT-menetelmä-arviointi (ko. systemaattinen katsaus)	12–18-vuotiaat	Kuvauksen mukainen MDFT	Mikä tahansa muu hoito tai hoitamatta jättäminen	Laaaja-alaiset ja monimuotoiset käytös- ja päihdeongelmat	Suomi
Korkean tulotason maiden satunnaistetut vertailukokeet					
van der Pol ym., 2018b (INCANT-tutkimus ^{a, b})	13–18-vuotiaat nuoret, jotka täyttävät kannabiksen käyttö-häiriön kriteerit (DSM-IV) (N = 109) • MDFT n = 55 • KKT n = 54	Kuvauksen mukainen MDFT	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT), Haagissa	<u>Päävastemuuttajat:</u> • Pidätysten määrä • Pidätysten vakavuus	Tutkittavat rekrytoitiin Haagissa. Kuusi tarkastelu-ajankohtaa • Kolmena vuotena ennen hoitoa • Kolmena vuotena hoidon jälkeen
Liddle ym., 2018 (Yhdysvaltalainen tutkimus ^d)	13–18-vuotiaat nuoret, joilla diagnosoitu päihdehäiriö ja vähintään yksi muu psykiatrinen häiriö (N = 113) • MDFT n = 57 • vertailu n = 56	Kuvauksen mukainen MDFT	Pitkäaikainen laitoshoido	<u>Päävastemuuttajat:</u> • Päihdeongelman vakavuus • Käytöshäiriöt • Emotionaaliset ongelmat • Päihteenkäytön yleisyys • Rikollisuus	Tutkittavat rekrytoitiin Floridassa, Yhdysvalloissa. Viisi mittausa: • perustasomittaus • 2 kk seuranta • 4 kk seuranta • 12 kk seuranta • 18 kk seuranta
van der Pol ym., 2021 (INCANT-tutkimus ^{a, b})	13–18-vuotiaat nuoret, jotka täyttävät kannabiksen käyttöhäiriön kriteerit (DSM-IV) (N = 109) • MDFT n = 55 • KKT n = 54	Kuvauksen mukainen MDFT	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT), Haagissa	<u>Päävastemuuttajat:</u> • Pidätysten määrä • Pidätysten määrä	Tutkittavat rekrytoitiin Haagissa, Hollannissa. Kymmenen tarkasteluajankohtaa • Kolmena vuotena ennen hoitoa • Seitsemänä vuotena hoidon jälkeen
Nielsen ym., 2021 (Sveitsiläinen tutkimus ^e)	12–19-vuotiaat nuoret, jotka täyttivät vähintään 5/9 verkkopelaamisen häiriön kriteereistä (DSM-V) (N = 42), • MDFT n = 12 • vertailuryhmä n = 30	Kuvauksen mukainen MDFT	Perheterapia	<u>Päävastemuuttajat:</u> • Digipelaamisen häiriö: oireiden lukumäärä <u>Toissijaiset muuttajat:</u> • Pelaamiseen käytetty aika	Tutkittavat rekrytoitiin vuosina 2016–2018 Genevessä, Sveitsissä. Kolme mittausa: • perustasomittaus • 6 kk seuranta • 12 kk seuranta

PICO-lausekkeen mukaiset kohdat: P (*population*), I (*intervention*), C (*comparison*) ja O (*outcome*) (Davies, 2011).

^a Viiden maan tutkimus vuosina 2006–2010 (International Cannabis Need of Treatment study). Tutkimus rekisteröity 51014277 ISRCTN.

^b Tutkimuksesta tehty protokolla-artikkeli: Rigter, Pelc, Tossman ym., 2010.

^c Tutkimus rekisteröity NCT01910324 ClinicalTrials.gov

^d Tutkimus rekisteröity NCT01737632 ClinicalTrials.gov

^e Tutkimus rekisteröity 11142726 ISRCTN



Tutkimusten valinta

Liitteen 1 mukaisella hakustrategialla saatiin yhteensä 865 viitettä. Lisäksi muuta kautta löytyneitä viitteitä oli 1. Kaksoiskappaleiden ($n = 405$) poiston jälkeen jäljelle jäi 461 viitettä. Kasvun tuen arvioinnin asiantuntija² kävi läpi viitteiden otsikot ja tiivistelmät. Läpikäynnin jälkeen kokotekstivaiheen tarkasteluun jäi 51 viitettä. Viitteiden otsikot ja tiivistelmät läpikäynyt tutkija ja toinen tutkija kävivät viitteet riippumattomasti läpi kokonaisuudessaan. Ristiriitatilanteet ratkaistiin keskustelemalla. Haun eteneminen on kuvattu vuokaaviossa (kuvio 1). Tutkimukset valittiin ennalta määritettyjen mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella. Tutkimusten valintaan käytettiin Covidence-viiteläpikäyntiohjelmää.

Tutkimusten jaottelu

Systemaattiseen katsaukseen valitut tutkimukset jaoteltiin kahteen luokkaan (tarkemmin liitteessä 3):

- 1) menetelmän vaikuttavuusnäytön arvioon vaikuttavat tutkimukset
 - systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit
 - korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimukset, jotka eivät sisällyneet systemaattisiin katsauksiin tai meta-analyysihin
- 2) menetelmän vaikuttavuusnäytön arvioon vaikuttavat, mutta arvioimattomat tutkimukset
 - systemaattisiin katsauksiin tai meta-analyysihin sisällytetyt alkuperäistutkimukset.

TAULUKKO 2.

Alkuperäisartikkelit, jotka sisältyvät systemaattisiin katsauksiin ja meta-analyysihin

Alkuperäisartikkeli	N	Maa	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tai meta-analyysi			
			EMCDDA, 2014	Filges ym., 2015	Greenbaum ym., 2015	van der Pol ym., 2017
Liddle ym., 2001	182	USA	x	x		x
Dennis ym., 2004	300	USA	x	x		x
Liddle ym., 2004	83	USA	x			
Hogue ym., 2004	51	USA				x
Hogue ym., 2008	136	USA				x
Liddle ym., 2008	224	USA	x	x	x	x
Liddle ym., 2009	83	USA		x	x	x
Henderson ym., 2009	83	USA				x
Tossmann ym., 2010	120	Saksa				x
Henderson ym., 2010	224	Sveitsi				x
Verbanck ym., 2010	60	Sveitsi				x
Grichting ym., 2011	60	Sveitsi				x
Liddle ym., 2011	154	USA			x	x
Phan ym., 2011	101	Ranska				x
Rigter ym., 2011	450	Alankomaat, Belgia, Saksa, Ranska, Sveitsi		x		
Hendriks ym., 2011	109	Alankomaat				x
Hendriks ym., 2012	109	Alankomaat				x
Liddle ym., 2013	113	USA			x	
Rigter ym., 2013	450	Alankomaat, Belgia, Saksa, Ranska, Sveitsi	x			
Schaub ym., 2014	450	Sveitsi				x
Dakof ym., 2015	112	USA			x	x

² Arvioinnin asiantuntija on kirjallisuushakuja päätyökseen tekevä tutkija. Epäselvien viitteiden kohdalla hän konsultoi toista arvioinnin asiantuntijaa.



Systemaattiset katsaukset, meta-analyysit ja korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimukset

Taulukossa 1 on kerrottu systemaattisten katsausten, meta-analyysien ja niiden korkean tulotason maiden satunnaistettujen vertailukokeiden keskeiset koontitiedot, jotka eivät sisällyneet katsauksiin tai meta-analyysihin. Manuaalisen haun kautta löytynyt *European Monitoring Center for Drugs and Drug addiction* -organisaation julkaisema vertaisarvioimaton systemaattinen kirjallisuuskatsaus (EMCDDA, 2014) MDFT:n vaikuttavuudesta otettiin mukaan arviointiin vastoin mukaanottokriteereitä. Vertaisarvioimattomuudesta huolimatta katsauksen katsottiin olevan metodologisesti laadukas ja täydentävän hyvin muita löytäneitä vaikuttavuustutkimuksia. Taulukossa 2 on taulukoitu systemaattisten katsausten ja meta-analyysien alkuperäisartikkelit. Tässä katsauksessa arvioidut systemaattisiin katsauksiin ja meta-analyysihin sisällymättömät korkean tulotason maiden alkuperäistutkimukset olivat jääneet katsausten ja meta-analyysien ulkopuolelle julkaisuvuotensa (van der Pol ym., 2018a; 2018b; Liddle ym., 2018; van der Pol ym., 2021; Nielsen ym., 2021), tutkimuskysymykseen vastaamattomien tai epäselvien vastemuuttujien (Spapen ym., 2013; Rowe ym., 2016) tai julkaisumaan (Tossmann ym., 2012; Hendriks ym., 2013; Spapen ym., 2013) takia. Joidenkin tutkimusartikkeleiden osalta jäi epäselväksi, miksi tässä katsauksessa kirjallisuushaussa mukaan otetut artikkelit oli jätetty pois systemaattisista katsauksista ja meta-analyyseistä. Artikkelit vaihtelivat katsauksittain ja meta-analyyseittäin. Katsausta varten arvioiduissa alkuperäistutkimuksissa MDFT:n ensisijaisia vasteita olivat kannabiksen ja muiden päihteiden käytön, rikollisuuden, yhdyntöjen yleisyyden tai digipelaamisen väheneminen.

Tietokannat

Kirjallisuushaun lisäksi tehtiin haku erinäisiin psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta arvioiviin tietokantoihin. Haudut tietokannat olivat ruotsalainen Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), norjalainen Ungsinn ja yhdysvaltalaiset Blueprints for Healthy Youth Development ja California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). MDFT on arvioitu vuonna 2021 CEBC-tietokannassa, joka arvioi ja luokittelee interventioita, jotka on suunniteltu parantamaan lasten ja perheiden hyvinvointia, erityisesti lastensuojelujärjestelmän piirissä.

TULOKSET

Kuvauksen arviointi

MDFT-intervention kuvauksen arviointi on esitetty taulukossa 3. MDFT on kuvattu perusteellisesti MDFT-oppaassa. Intervention kohderyhmä, toteutus ja keinot on kuvattu riittävästi MDFT:n toteuttamiseksi. Ilmiöstä kuvataan aihepiiri, riskitekijät, ilmiön seuraukset ja tavoite, joten ilmiöstä ja intervention tavoitteista on kerrottu oppaassa riittävästi. Kuvauksessa kerrotaan, kuka voi tarjota interventiota. Kuvaukseen sisältyy opas intervention toteuttajalle. Kuvauksessa määritellään päävasteet ja toissijaiset vasteet. Kuvauksessa tuodaan esiin keskeiset elementit intervention toteutuksessa, ja interventio todetaan joustavaksi toteuttaa.

TAULUKKO 3.

MDFT:n kuvauksen arviointitaulukko

Menetelmän kuvauksen ulottuvuus	Ei kuvattu lainkaan	Kuvattu, mutta ei riittävästi	Kuvattu riittävästi
Menetelmän ydinsisältö			
Kohderyhmä	☐	☐	☒
Ilmiö	☐	☐	☒
Tavoitteet ja vastemuuttujat	☐	☐	☒
Teoriaperusta	☐	☐	☒
Ydinelementit ja joustavuus	☐	☐	☒
Menetelmän käyttö			
Toteuttajat	☐	☐	☒
Toteutustavat	☐	☐	☒
Keinot	☐	☐	☒
Materiaalit ja kustannukset			
Opas toteuttajille	☐	☐	☒
Materiaalit menetelmän saajille	☐	☐	☒
Kustannukset	☐	☐	☒



Vaikuttavuusnäytön arviointi

Systemaattisten katsausten ja meta-analyysien laadunarviointi ja tulokset

EMCDDA, 2014: Systemaattisen katsauksen ulkopuolelle jätettiin tutkimukset, jotka koskivat laittomia päihteitä väärinkäyttävien nuorten erityisryhmiä, kuten vangittuja, rikollisia ja nuoria, joilla oli samanaikaisesti mielenterveyden häiriö. Lisäksi suljettiin pois tutkimukset, jotka eivät koskeneet vain MDFT-menetelmää, vaan mielenkiinnon kohteena oli jokin muukin menetelmä. Meta-analyysiä ei voitu suorittaa, koska tutkimusten tuloksissa oli merkittävää vaihtelua, numeerisia tietoja puuttui ja erityisesti vertailuhoidoissa oli vaihtelua, mikä esti tietojen yhdistämisen. Alkuperäistutkimusten harha arvioitiin kuuden osa-alueen mukaan. Tuloksia ei vedetty yhteen, mutta yksittäisten osa-alueiden arviot tutkimuksittain vaihtelivat vähäisen harhan riskin ja epäselvän välillä. Tutkimuksen päätulos on, että MDFT on tehokas hoitomuoto päihteidenkäytön vähentämisessä nuorilla, jotka väärinkäyttivät laittomia päihteitä. MDFT osoittautui erityisesti tehokkaammaksi kuin muut vertailututkimuksissa käytetyt hoitomuodot (kuten yksilöpsykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia) päihteidenkäytön vakavuuden vähentämisessä. Tulokset osoittavat myös, että MDFT:n vaikutukset jatkuivat pidempään, ja MDFT-hoidossa olleet nuoret raportoivat merkittävämpiä vähennyksiä päihteiden käytössä 12 kuukauden seurannan jälkeen. MDFT-hoidossa oli myös pienempi keskeyttämisprosentti verrattuna muihin hoitomuotoihin.

Filges ym., 2015: Meta-analyysistä suljettiin pois tutkimukset, joissa nuoret oli sijoitettu perheen ulkopuolelle, koska MDFT vaatii nuoren ja hänen perheensä aktiivista osallistumista. Kirjallisuushaku ei löytänyt osumia, joissa MDFT:tä olisi verrattu siihen, että nuori ei saa mitään hoitoa tai että nuori olisi ollut jonotuslistalla MDFT:n suhteen. Alkuperäistutkimusten harhan arviointi oli tehty yhdeksän osa-alueen suhteen. Yhdelläkään tutkimuksella ei ollut vähäistä harhan riskiä. Lisäksi kolme alkuperäistutkimusartikkelia oli MDFT:n kehittäjien tekemiä, ja yksi oli sitoutumattoman kirjoittajan yhdessä menetelmän kehittäjän kanssa tekemä artikkeli. Eniten käytetty nonopioidinen huume nuorten keskuudessa oli kannabis. Tutkimus osoittaa, että MDFT oli hieman tehokkaampi vähentämään nuorten huumeidenkäytön ongelmien vakavuutta ja käyttötiheyttä verrattuna muihin hoitoihin lyhyellä aikavälillä, erityisesti 6 kuukauden kohdalla. Vaikutukset kuitenkin pienenevät tai hävisivät 12 kuukauden kohdalla, erityisesti huumeidenkäytön tiheyden osalta. Efektikoot olivat pieniä ($d = [0,24 - 0,35]$, 95 % luottamusväli $[0,06 - 0,59]$), ja tulosten tilastollinen merkitsevyys oli herkkä tutkimuksille, joissa oli metodologisia heikkouksia.

Greenbaum ym., 2015: Kolme artikkelia jätettiin pois integroivasta data-analyysistä eli tutkimuksesta, jossa yhdistettiin alkuperäisaineistoja – ei vain tutkimustuloksia, kuten meta-analyysissä. Yksi eurooppalainen tutkimusartikkeli hylättiin, koska se oli toteutettu useassa Euroopan maassa, kaksi muuta hylättiin mittaamiseen liittyvistä syistä. Mukaan otettujen artikkeleiden valintaa ei perusteltu. Alkuperäisten tutkimusten harhaa ei tutkittu. MDFT on tehokas menetelmä huumeiden käytön vähenemiseen sekä tytöillä että pojilla. Pojilla vaikuttavuus vaihteli etnisyyden mukaan siten, että eniten

menetelmästä hyötyivät afroamerikkalaiset ($d = 1,95$) ja eurooppalaiset ei-latinalaisamerikkalaiset ($d = 1,75$) nuoret miehet.

van der Pol ym., 2017: Meta-analyysiin otettiin mukaan MDFT-menetelmän vaikuttavuutta päihteiden väärinkäyttöön, rikollisuuteen, internalisoiviin ja eksternalisoiviin oireisiin sekä perheen toimintaan tutkineet satunnaistetut vertailukoetutkimusartikkelit. Tutkimuksessa selvitettiin julkaisuharhaa usealla eri tavalla (*file drawer problem* (Rosenthal, 1979), *p-curve method* (Simonsohn, Nelson ja Simmons, 2014) ja suppilokuvaajat (*funnel plots*)). Tulosten mukaan julkaisuharha ei vaikuta meta-analyysin tuloksiin. Alkuperäisten tutkimusten harhattomuutta ei tutkittu. Tutkimuksen mukaan MDFT on tehokas hoitomuoto nuorille, joilla on päihteiden väärinkäyttöä, rikostaustaa tai samanaikaisia käyttäytymisongelmia. MDFT-menetelmällä oli pientä vaikutusta ($d = 0,24$, $p < 0,001$) verrattuna muihin terapioihin. Erityisen tehokas MDFT oli nuorille, joilla oli vakavia päihdeongelmia tai käytöshäiriöitä verrattuna lieviin tapauksiin ($p = 0,017$).

Vaikuttavuustutkimusten laadun arviointi

MDFT-mallin vaikuttavuuden arviointi perustuu yhdeksään korkean tulotason maassa tehtyyn tutkimusartikkeliin: kuuteen länsieurooppalaiseen (Hendriks ym., 2013; Tossmann ym., 2012; Spapen ym., 2013; van der Pol ym., 2018a, 2018b, 2021) ja kolmeen yhdysvaltalaiseen (Rowe ym., 2016; Liddle ym., 2018; Nielsen ym., 2021) tutkimukseen. Vaikuttavuustutkimusten laatua on arvioitu viiden osa-alueen mukaan asteikolla heikosta erittäin hyvään. Kaksi kirjoittajaa pisteyttivät osa-alueet itsenäisesti. Lopulliset pisteet annettiin keskustelujen jälkeen yhdessä. Kirjoittajien pisteet on esitetty taulukossa 4.

Mittaaminen

Mittaamisen luotettavuus vaihteli heikosta hyvään. Tutkimuksissa oli käytetty paljon erilaisia mittareita, joista suurin osa on yleisesti käytettyjä. Mittareiden psykometrisiä ominaisuuksia raportoitiin hyvin niukasti. Osassa tutkimuksia kaikkien mittareiden tuloksia ei raportoitu, vaikka ne mainittiin menetelmäkuvauksessa. Monissa tutkimuksissa käytettiin informantteina nuorta ja nuoren huoltajaa ja itseraportointien lisäksi objektiivisia mittareita kuten virtsanäytteitä ja rikosrekistereitä. Joissakin tutkimuksissa ei määritetty ensisijaista vastetta (esim. Spapen ym., 2013, Liddle ym., 2018). Osassa tutkimuksia lopulliset analysoidut otoskoot jäivät epäselviksi (esim. Rowe ym., 2016, van der Pol ym., 2018a). Joissakin tutkimuksissa aineiston analysoija tai mittaaja oli sokkoutettu. Tutkittavia tai menetelmän toteuttajia ei ollut mahdollista sokkouttaa.

Tilastoaalyysit

Niissä tutkimuksissa, joissa tilastoaalyysit raportoitiin, tilastoaalyysien luotettavuus vaihteli tyydyttävästä hyvään. Valtaosassa tutkimuksia tilastoaalyysit oli hyvin kuvattu ja aineistoon soveltuvia. Yhdessä tutkimuksessa (Spapen ym., 2013) analyysimenetelmiä ei kuvattu lainkaan. Osassa tutkimuksia oli tehty voimalaskelmat, mutta useimmissa niistä voima ei ollut riittävä. Tilastollisesti merkitsevimistä vaikutuksista vain viidessä yhdeksästä tutkimuksesta oli raportoitu koe- ja vertailuryhmän koko. Ryhmien koko oli raportoitu kuudessa yhdeksästä tutkimuksesta. Tutkimuksiin



TAULUKKO 4.

MDFT:n arviointiin vaikuttavien korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimusten laadunarviointitaulukko

Artikkeli	Tutkimuksen arvioitavat osa-alueet					Keskiarvo
	Mittaamisen luotettavuus	Tilasto-analyysien luotettavuus	Harhattomuus	Toisto-tarkkuuden luotettavuus	Yleistettävyyden ja sovellettavuus	
Tossmann ym., 2012	3 p	3 p	3 p	3 p	3 p	3 p
Hendriks ym., 2013	2 p	2 p	2 p	2 p	2,5 p	2,1 p
Spapen ym., 2013	1,5 p	0 p	1 p	0,5 p	1,5 p	0,9 p
Rowe ym., 2016	3 p	2,5 p	3 p	3 p	3 p	2,9 p
van der Pol ym., 2018a	2 p	2,5 p	3 p	4 p	3 p	2,9 p
van der Pol ym., 2018b	3 p	3 p	4 p	4 p	4 p	3,6 p
Liddle ym., 2018	3 p	3 p	4 p	4 p	3 p	3,4 p
van der Pol ym., 2021	3 p	3 p	4 p	4 p	4 p	3,6 p
Nielsen ym., 2021	3,5 p	3 p	4 p	3,5 p	3,5 p	3,5 p

p = pistettä. 0 p = ei raportoitu tai tutkittu, 1 p = heikko, 2 p = tyydyttävä, 3 p = hyvä, 4 p = erittäin hyvä. Puolikkaat pisteet ovat myös mahdollisia.

valikoitumiskriteerit olivat tiukat, joten iso osa nuorista karsiutui pois ennen tutkimusten alkua. Esimerkiksi Rowe ym., 2016 mainitsee tutkimuksessaan, että yhteensä 1 784 nuorta arvioitiin tutkimusta varten ja heistä 1 630 suljettiin pois. Monissa tutkimuksissa oli keskeyttäneitä, mutta osassa tutkimuksia keskeyttämisen syitä ei raportoitu. Keskeyttäneiden osuus oli huomattava erityisesti vertailuryhmissä. Interventio- ja vertailuryhmien välillä oli merkittäviä eroja keskeyttäneiden määrissä. Osallistuminen keskeytettiin usein heti alussa tai pitkin tutkimusta. Osassa tutkimuksia oli tehty herkkyys- ja puuttavuusanalyyssejä. Kaikissa tutkimuksissa aineisto oli analysoitu käyttäen hoitoaieanalyysia. Monissa tutkimuksissa oli paljon erilaisia mittareita, joten myös analyyssejä on täytynyt olla paljon. Esimerkiksi Hendriks (ym., 2013) raportoi testanneensa moderaattorivaikutuksia testaamalla 20 muuttujalla interaktiovaikutusta intervention kanssa. Analyysien raportointi oli kuitenkin niukkaa.

Harhattomuus

Harhattomuus vaihteli tutkimusten välillä heikosta erittäin hyvään. Kaikissa tutkimuksissa oli käytetty satunnaistettua vertailukoeasetelmaa ja aktiivista vertailuryhmää, useimmiten yksilökeskeistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Satunnaistamisen havaintoyksikkö oli aina nuori. Satunnaistamisen suorittajaa ei yleensä mainittu, mutta valtaosassa tutkimuksia satunnaistaminen tehtiin tietokoneohjelman avulla. Satunnaistaminen tehtiin aina perustamittauksen jälkeen. Koe ja vertailuryhmät olivat suurilta osin samankaltaisia, ja silloin, kun eroja löytyi, tutkimuksissa oli vähintään pohdittu eron syitä tai tehty interaktioanalyyssejä. Interventiota lukuun ottamatta ryhmiä kohdeltiin samalla tavalla. Monissa tutkimuksissa interventio kuitenkin johti hyvin erilaiseen kohteluun: yleensä MDFT sisälsi enemmän tapaamisia ja joskus jopa kolmin-

nelinkertaisesti terapiatunteja. Usein kävi siis niin, että MDFT-interventioon osallistuneet saivat paljon enemmän hoitoa kuin vertailuryhmä. Enemmistössä tutkimuksia tutkittavat osallistuivat riittävästi mittauskertoihin sekä koe- että vertailuryhmässä.

Toistotarkkuus

Lukuun ottamatta yhtä tutkimusta (Spapen ym., 2013) toistotarkkuuden luotettavuus vaihteli tyydyttävästä erittäin hyvään. Kaikissa tutkimuksissa menetelmän toteuttajien käytössä oli MDFT-käsikirja ja toteuttajille oli järjestetty koulutusta. Valtaosassa tutkimuksia oli raportoitu laadunvarmennusmenettelyt: terapeutit saivat ohjausta myös intervention aikana, jotkut täyttivät viikoittaista päiväkirjaa, johon tallennettiin tapaamisen osallistujat ja kesto. Osa tapaamisista videoitiin ja videoiden avulla arvioitiin, kuinka tarkkaan interventiota noudatettiin. Joissakin tutkimuksissa (esim. Liddle ym., 2018) myös vertailuryhmän terapeutit täyttivät päiväkirjaa, mutta vertailuryhmän terapeuteilla ei ollut aina käytössä käsikirjaa tai saatavilla tukea. Vertailuryhmän toiminnasta kerrottiin vähän.

Yleistettävyyden ja sovellettavuus

Yleistettävyyden ja sovellettavuuden vaihteli heikosta erittäin hyvään. Kaikissa tutkimuksissa oli toteutettu jonkinlainen seuranta, pisimmät seurannat olivat jopa seitsemän vuotta (van der Pol ym., 2021). Menetelmän antaminen kesti neljästä kuuteen kuukautta. Moneissa tutkimuksissa kaikki osallistuneet olivat mukana seurannassa. Seurannasta pudonneiden samankaltaisuutta taustamuuttujien suhteen tutkimuksissa ei tarkasteltu. Myöskään sitä ei pohdittu, mitä tuloksille olisi tapahtunut, jos vertailuryhmässä kaikilla pudonneilla olisi mennyt hyvin ja koeryhmässä kaikilla pudonneilla huonosti (ns. worst case scenario). Tutkimuksissa oli kirjattu sel-



keästi mukaanotto- ja poissulkukriteerit, ja useimmiten kriteerien täyttävien tutkittavien määrä ilmoitettiin. Valtaosassa tutkimuksia poisjääneiden määrä oli kuitenkin huomattavan suuri. Sen takia tulokset voidaan yleistää koskemaan vain hyvin rajattua joukkoa. Kaikissa tutkimuksissa mukaanotto edellytti DSM-IV-kriteerien mukaista häiriötä joko kannabiksen käytössä tai verkkopelaamisessa (Nielsen ym., 2021), ja nuoren lisäksi vähintään yhden aikuisen tuli suostua osallistumaan. Tutkimuksesta suljettiin pois, jos nuori oli psykoottinen tai itsetuhoinen, tarvitsi laitosp- tai opioidikorvaushoitoa, asui hoitokeskusten alueen ulkopuolella tai ei osannut riittävästi kieltä, jolla hoitoa tarjottiin. Myös iso osa nuorista jäi pois tutkimuksista, koska he eivät suostuneet hoitoon tai tutkimukseen. Monessa tutkimuksessa enemmistö osallistujista oli poikia, joten intervention vaikuttavuutta ei välttämättä voi yleistää koskemaan tyttöjä. MDFT-hoitomuoto keskittyi hyvin rajattuun joukkoon nuoria, jotka eivät ole saaneet muista hoidoista apua. Siksi on syytä miettiä tarkkaan, mihin joukkoon intervention tulokset ovat yleistettävissä.

Korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimukset ja niiden tulokset

Vaikuttavuustutkimusten PICO-lausekkeet on esitetty taulukossa 1. Tutkimusten tulokset on esitetty kootusti liitteessä 2. Seuraavissa tutkimuksia kuvaavissa tiivistelmissä kuvataan tulokset päävastemuuttujien mukaan ellei toisin mainita.

Tossmann ym., 2012: Tutkimuksessa verrattiin MDFT:n ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvan motivaation vahvistamisterapian tehoa kannabiksen käytön vähentämiseen 13–18-vuotiailla nuorilla Saksassa. Kannabiksen käyttö väheni MDFT:ssä ($d = 0,31$, $p = 0,044$) tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmässä mutta efektiokoko jäi melko pieneksi. Muissa vasteissa tapahtui edistystä kummassakin ryhmässä eli terapiamuodot olivat yhtä vaikuttavia. Tutkimus oli osa laajempaa INCANT-tutkimusta.

Hendriks ym., 2013: Tutkimuksessa verrattiin MDFT:n ja kognitiivisen käyttäytymisterapian tehoa kannabiksen käytön vähentämiseen 13–18-vuotiailla nuorilla Hollannissa. Kannabiksen käytössä tai toissijaisissa vasteissa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa interventioiden välillä. MDFT:hen sisältyi kaksinkertainen määrä tapaamisia ja tunteja kolmin–nelinkertaisesti kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan verrattuna. Hoidon keskeyttäneitä oli huomattavan paljon kummassakin ryhmässä: MDFT:ssä yli 80 prosenttia hoidon aloittaneista nuorista vastaanotti hoidon, vertailuryhmässä vain kolmasosa. Sensitiivisyysanalyysissä interventiovaikutukset erosivat iän ja psykkinen oireilun mukaan: vanhemmat nuoret ($d = 0,51$) ja nuoret, joilla ei ollut psykkinisiä ongelmia ($d = 0,48$), hyötyivät tilastollisesti merkitsevästi enemmän CBT:stä, kun taas nuoremmat nuoret ($d = 0,68$, $p = 0,002$) ja nuoret, joilla oli psykkinisiä ongelmia ($d = 1,13$, $p < 0,001$), hyötyivät enemmän MDFT:stä. Tutkimus oli osa laajempaa INCANT-tutkimusta.

Spapen ym., 2013: Tutkimuksessa verrattiin MDFT:n ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvan hoitomuodon tehoa kannabiksen käytön vähentämiseen 13–18-vuotiailla nuorilla Belgiassa. Tutkijat raportoivat kannabiksen käytön vähentyneen kummassakin ryhmässä, MDFT:ssä tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmässä. Vaikutuksen suuruutta tai tilas-

tollista merkitsevyyttä tutkimuksessa ei kuitenkaan raportoitu. Muissa kolmessatoista vasteesta ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä. Enemmistössä vasteista kuvailtiin positiivista muutosta kummassakin ryhmässä. Vertailuryhmässä oli huomattavasti enemmän hoidon keskeyttäneitä kuin MDFT:ssä. Tutkimus oli osa laajempaa INCANT-tutkimusta.

Rowe ym., 2016: Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa testattiin MDFT:tä HIV:n ja muiden sukupuolitautilien ehkäisyohjelmana tehostettuja tavanomaisia palveluja vastaan päihteitä käyttävillä nuorisorikollisilla. Kummassakin ryhmässä nuorten seksitautilien esiintyvyys ja suojaamattomien yhdyntöjen lukumäärä väheni yhdeksän kuukauden kuluessa tutkimuksen aloituksesta. Sukupuolitautilien esiintyvyys pysyi lähtötason alapuolella myös 42 kuukauden seurannassa. Tutkimus toteutettiin kahdessa tutkimuspaikassa. Toisessa paikassa lähtötilanteessa seksuaalisesti aktiivisilla nuorilla suojaamattomien yhdyntöjen ($d = 0,22$, $p = 0,03$) ja yhdyntöjen kokonaismäärä ($d = 0,17$, $p = 0,05$) pieneni enemmän MDFT:ssä kuin vertailuryhmässä, ja ero säilyi seurannassa. Toisessa paikassa eroja ei havaittu.

van der Pol ym., 2018a: Tutkimuksessa verrattiin MDFT:n ja yksilöterapian tehoa rikollisen käyttäytymisen vähenemiseen kannabista käyttävillä nuorilla Hollannissa ja Sveitsissä. Tutkimuksessa ei tehty eroa pää- ja toissijaisen vasteiden välillä. Itseraportoitujen rikosten määrä väheni keskimäärin kummassakin ryhmässä, MDFT:ssä 70 prosenttia ja yksilöterapiassa (IP) 46 prosenttia. Rikoksista pidättyminen oli yleisempää MDFT:ssä kuin IP:ssä ($d = 0,51$, $p = 0,03$). Rikosten määrässä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä. Omaisuusrikosten määrässä ei ollut eroa, mutta väkivaltarikoksia tekevien nuorten osuus oli MDFT:ssä pienempi ($d = 0,43$, $p = 0,04$). Tutkimus oli osa laajempaa INCANT-tutkimusta.

van der Pol ym., 2018b: Tutkimuksessa verrattiin MDFT:n ja kognitiivisen käyttäytymisterapian tehoa rikollisen käyttäytymisen vähentämiseen hollantilaisilla nuorilla, joilla oli kannabiksen käyttöhäiriö. Pidätysten määrä väheni hoidon aloittamisen jälkeen kummassakin ryhmässä. Ryhmien välillä ei löytynyt eroja. Tutkimus oli osa laajempaa INCANT-tutkimusta.

Liddle ym., 2018: Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa verrattiin MDFT:n ja pitkäaikaisen laitoshoidon vaikutuksia päihteidenkäyttöön, rikollisuuteen ja mielenterveyden ongelmiin nuorilla, joilla oli päihteidenkäyttöä ja mielenterveyden häiriöitä. Tutkimuksessa ei eroteltu pää- tai toissijaisia vasteita. Hoidon varhaisvaiheessa (2 kk) kummassakin ryhmässä havaittiin päihteidenkäytön, rikollisen toiminnan ja eksternalisoivien oireiden vähentyneen, ja MDFT:ssä nuoret raportoivat vähemmän internalisointioireita ($d = 0,42$, $CI = 0,76–4,44$) kuin laitoshoidossa olevat nuoret. Seurannassa (2–18 kk) nuorten päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien, päihdekäytön määrän ja rikollisen toiminnan väheneminen säilyivät MDFT:ssä paremmin kuin laitoshoidossa olevilla. Seurannassa ei havaittu eroa eksternalisoivien tai internalisoivien oireiden ryhmien välillä.

van der Pol 2021: Pidennetty seuranta tutkimukselle van der Pol ym., 2018b. Hoidon aloittamisen jälkeen pidätysten määrä laski lähes nollaan kummassakin ryhmässä. Ryhmien välillä ei havaittu



eroja. Rikollisuus väheni samanaikaisesti myös väestössä, joten ei voida varmasti sanoa, johtuiko väheneminen hoidoista. Tutkimus oli osa laajempaa INCANT-tutkimusta.

Nielsen ym., 2021: Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa arvioitiin MDFT:n ja tavanomaisen perheterapian vaikutuksia verkkopelaamisen häiriöön (IGD) ja oireiden esiintyvyyteen Yhdysvalloissa. Kummassakin ryhmässä verkkopelaamisen häiriön esiintyvyys väheni vuoden aikana, ja kummassakin ryhmässä IGD:n oireiden määrä väheni, kuitenkin enemmän MDFT:ssä kuin vertailuryhmässä (perustaso-6kk: $d = 1,23$, $p < 0,01$, perustaso-12kk: $d = 0,93$ $p < 0,01$). Toissijaisessa vasteessa, pelaamiseen käytetyssä ajassa, ei ollut eroa ryhmien välillä. MDFT:hen osallistuneet perheet pysyivät pidempään hoidossa kuin vertailuterapiaan osallistuneet perheet

Vaikuttavuuden arviointi menetelmätietokannoissa

MDFT on arvioitu California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC) -tietokannassa vuonna 2021, ja se on saanut arvioksi 1 eli vahvimman arvion (*well-supported by research evidence*). PICO-lauseketta ei ole arvioinnissa eritelty, joten sen vastaavuus tämän katsauksen tutkimuskysymykseen jää osin epäselväksi. Arvioinnissa on käytetty kymmentä satunnaistetulla vertailukokeella tehtyä vaikuttavuustutkimusartikkelia ja kahta korkean tulotason maan implementointitutkimusartikkelia.

Käyttöönoton tuen arviointi

MDFT-menetelmän käyttöönnoton tuki täyttyi käytettyjen osa-alueiden mukaan arvioituna (taulukko 5). Arvioinnissa tarkasteltiin valmiutta yhdeksän osa-alueen kannalta. Näistä kaikkien osa-alueiden todettiin olevan olennaisia MDFT-menetelmän käyttöönnoton kannalta, ja ne kaikki myös täyttyivät.

Kohderyhmän rekrytoiminen

MDFT-menetelmän kohderyhmä on tarkasti määritelty mukaanotto- ja poissulkukriteerien kautta. Kriteerit on asetettu esimerkiksi nuorten iälle ja ongelmien vakavuudelle sekä vanhemman motivaatiolle osallistua menetelmään. Poissulkukriteereinä ovat esimerkiksi akuutit psykiatriset häiriöt sekä sellaiset neurologiset syndroomat, jotka voivat estää terapeuttisen vuorovaikutuksen. Osallistujien rekrytointiin on ehdotettu erilaisia tapoja. Menetelmään tullaan mukaan pääosin lähetteen kautta, mutta rekrytointikanavaksi on ehdotettu myös sosiaalisen median kanavia.

Pätevyysvaatimukset

MDFT-menetelmän ohjaajille on määritelty pätevyysvaatimukset. MDFT-menetelmää toteuttavilla suositellaan olevan vähintään alempi korkeakoulututkinto (Bachelor) ja vähintään kolmen vuoden kokemus työskentelystä sellaisten nuorten kanssa, joilla on käyttäytymisen ongelmia tai sosioemotionaalisia haasteita. Menetelmän toteuttajien tulee olla sertifioituja MDFT-menetelmään, ja heillä tulee olla riittävä tietämys systeemisestä lähestymistavasta. MDFT-menetelmästä toimimiseen on suosituksena ylempi korkeakoulututkinto (Master) sekä vähintään kolmen vuoden kestoinen työkokemus terapeuttisesta työstä sellaisten nuorten kanssa, joilla on vakavia käyttäytymisen tai sosioemotionaalisia ongelmia. Lisäksi vaatimuksena on tietämys systeemisestä lähestymistavasta sekä psykopatologiasta. Menetelmästä tavalla tulee olla riittävä kirjallinen ja suullinen englannin kielen taito sekä MDFT-ohjaajan ja -menetelmästä koulutus.

Kouluttaminen

MDFT-menetelmän toteuttamiseksi tulee olla suoritettuna menetelmäkoulutus. Koulutuksen aihe ja sisältö on kuvattu kattavasti.

TAULUKKO 5.

MDFT:n käyttöönnoton tuen arviointitaulukko

Käyttöönnoton tuki	Onko menetelmän kannalta olennainen?		Toteutuuko?	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Kohderyhmä				
1. Kohderyhmän rekrytoiminen	☒	☐	☒	☐
Koulutus				
2. Pätevyysvaatimukset	☒	☐	☒	☐
3. Kouluttaminen	☒	☐	☒	☐
4. Pätevöityminen	☒	☐	☒	☐
Tuki, ohjaus ja dokumentaatio				
5. Tuki	☒	☐	☒	☐
6. Ohjaus	☒	☐	☒	☐
7. Seurannan ja ylläpidon välineet	☒	☐	☒	☐
Toistotarkkuus ja muokkaus				
8. Toistotarkkuuden varmentaminen	☒	☐	☒	☐
9. Menetelmän muokkaus	☒	☐	☒	☐
Yhteensä	9		9	
Käyttöönnoton tuki	9/9			



Koulutus toteutetaan monimuotokoulutuksena lähi- ja etäopetuksena, ja sen kesto on 9–12 kuukautta. Koulutus koostuu sekä teoriaopinnoista, että tarkasti seuratuista ja tuetuista koulutushoidoista asiakkaiden kanssa. Opetus tapahtuu aktiivisen oppimisen menetelmien, kuten mallintamisen, harjoittelun ja yksilöllisen palautteen kautta. Koulutusmateriaalit on listattu. Koulutusta monitoroidaan viikoittain dokumentoimalla koulutushoidot kirjallisesti suunnitel-

mina MDFT-sivustolle. Viikkosuunnitelmassa on valmisteltu jokainen viikon sisällä toteutuva tapaaminen. Kouluttajat ja työnohjaajat pystyvät seuraamaan työskentelyn etenemistä ja antamaan palautetta. Koulutuksen aikana videoidaan perhetapaamisia, joista tehdään menetelmäuskollisuuden arviointi ja kyvykkyyden arviointi. Nauhoituksia käytetään koulutusmateriaalina. Tarkemmat ovat tiedot koulutus-infolaatikossa.

Koulutus

MDFT-terapeuttien sertifiointista ja menetelmän levittämisestä Euroopassa vastaa SJI, The Youth Intervention Foundation (Stichting Jeugdinterventies, SJI opleidingsinstituut). SJI on pieni systeemisten lähestymistapojen koulutuslaitos, joka sijaitsee Hollannissa.

Koulutus on monimuotoinen. Menetelmä opitaan lähiopetuspäivien ohella tarkasti seuratuissa ja tuetuissa koulutushoidoissa. Opetusta annetaan monin erilaisin aktiivisen oppimisen menetelmin, joita ovat muun muassa mallintaminen, harjoittelu, yksilöllinen palaute ja käsikirjan muodossa oleva teoreettinen kirjallinen tieto. Koulutus on korkeatasoinen, ja siihen liittyy olennaisesti laadunvarmennuksen menetelminä menetelmäuskollisuuden eli adherenssin sekä terapeutin kompetenssin arviointi. Koulutuksen tarkemmat sisällöt on kuvattu seuraavassa:

- **Kouluttaja:** SJI.
- **Koulutuskieli:** Suomi ja englanti.
- **Koulutuksen kesto:** 9–12 kk.
- **Koulutettavat:** Käytös- ja päihdehäiriöistä kärsiviä nuoria kohtaavat tahot. Koulutetaan tiimejä (ei yksittäisiä terapeutteja). Tiimissä oltava 1 menetelmävastaava (= tiimin menetelmäohjaaja) ja 2 terapeuttia (vähintään) tai 2 menetelmävastaavaa sekä 4 terapeuttia
- **Koulutuskokonaisuus:** Koulutuksessa on lähipäiviä, itsenäistä opiskelua MDFT-portaalissa sekä etäkoulutusta. MDFT-tiimi aloittaa opinnot samanaikaisesti. Menetelmävastaava toimii tiimensä apukouluttajana ja opiskelee samalla menetelmäohjausta. Menetelmävastaava aloittaa tiimensä ohjaamisen koulutuksen aikana (järjestää tiimitapaamisia ja työskentelee asiakastapausten parissa).
- **Koulutusmateriaali:**
 - o manuaali (suomenkielinen ja englanninkielinen)
 - o kurssimateriaali (Powerpoint-diat)
 - o lisämateriaali: interventio-opas, keskeisten istuntojen (core sessions) kuvaus ja ohjeistus
 - o istuntojen suunnitelmalomakkeet
 - o tapauskuvauslomakkeet
 - o menetelmäohjausopas
 - o menetelmäohjauksen raportointilomakkeet.
- **Monitorointi:** Koulutushoidot dokumentoidaan kirjallisesti viikoittaisina suunnitelmina MDFT-portaaliin. Viikkosuunnitelmassa on valmisteltu jokainen viikon ajalle sovittu tapaaminen. Kouluttajat ja menetelmävastaavat pystyvät seuraamaan työskentelyn etenemistä ja antamaan palautetta portaalin kautta. Koulutuksen aikana videoidaan perhetapaamisia, joista tehdään menetelmäuskollisuuden arviointi ja kyvykkyyden arviointi. Nauhoituksia käytetään koulutusmateriaalina.
- **Koulutuksen luonne:** Lähi- ja etäopetus. Suuri osa opiskelusta tapahtuu ohjatusti työskentelemällä. Käsikirjaan perehdytään suurelta osin oma-aloitteisesti tai tiimeissä.
- **Koulutettavilta toivottavia ominaispiirteitä:**
 - o kyky omaksua uutta tietoa ja oppia pois vanhasta
 - o kyky oma-aloitteiseen työskentelyyn ja aktiivisuus
 - o myönteinen suhtautuminen muutokseen
 - o hyvä paineensietokyky
 - o riittävä englannin kielen taito
 - o soveltuva pohjakoulutus: sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus, edellytyksenä myös vankka kokemus perheiden kanssa työskentelystä.

Keskeinen osa MDFT-mallia ja koulutusta on adherenssi-arvio, joka kertoo siitä, missä määrin intervention keskeiset toiminnot ovat olleet mukana työntekijän työskentelyssä. Menetelmäkoulutukseen kuuluu ulkopuolisen arvioitsijan arvio videoiduista asiakastapaamisista MDFT Intervention Inventory (MII) -manuaalin mukaan. Koulutuksessa kootaan tietoa myös siitä, miten koulutettavat ja menetelmää käyttävät kokevat sekä koulutuksen että menetelmän toteuttamisen.

Koulutusten saatavuutta voi tiedustella Suomen MDFT-ambassadorilta Jenna Sundholmilta.



Pätevytyminen

MDFT-menetelmän toteuttajilta vaaditaan sertifiointia. Euroopassa sertifiointista vastaava taho on Hollannissa sijaitseva SJI-koulutuslaitos.

Tuki

MDFT-menetelmän kotipesä tarjoaa tukea menetelmän käyttämiin. Kotipesänä toimii SJI-koulutuslaitos, joka on tiiviissä yhteistyössä ja tukena MDFT-menetelmää käyttävien tahojen kanssa. Suomessa on myös oma MDFT ambassador, joka toimii menetelmää käyttävien tahojen suomenkielisenä tukena sekä SJI:n ja tahojen yhdistäjänä. SJI:llä on MDFT-alusta, jonka avulla tuetaan menetelmän toteuttamista ja menetelmäuskollisuutta sekä tarjotaan materiaalia menetelmänkäyttäjille.

Ohjaus

Varsinaisen koulutuksen jälkeen menetelmän käyttöä ohjaa kolmi-vuotinen lisenssi, joka sisältää vuosittaisia MDFT-menetelmän koulutuksia kuten ”MDFT-masterclass”-koulutus, menetelmävastavien koulutuspäivät sekä tiimikoulutuksia, etätapaamisia ja arkista tukea terapeuteille MDFT-portaalissa.

Seurannan ja ylläpidon välineet

MDFT-menetelmän toteuttajalle on tarjolla ajantasaisia välineitä, joiden avulla menetelmän tuloksia seurataan ja rekisteröidään yksilökohtaisesti. Jokaisesta asiakkaasta tehdään viikoittain kirjallinen MDFT-suunnitelma, jonka avulla seurataan esimerkiksi hoidon edistymistä. Kouluttajat ja työnohjaajat pystyvät seuraamaan työskentelyn etenemistä ja antamaan palautetta.

Toistotarkkuuden varmentaminen

Menetelmän kotipesä SJI valvoo systemaattisesti intervention toteuttamisen laatua ja järjestää tämän pohjalta seurantaorganisaatiossa, jossa se on käytössä. Jokaisesta asiakkaasta tehdään MDFT-alustalle viikoittain kirjallinen suunnitelma, jonka avulla seurataan esimerkiksi hoidon edistymistä, ja sen avulla saa tarvittaessa yhteyden kouluttajiin. Varsinaisesta systemaattisesta seurannasta ei ole kuitenkaan tarkkaa kuvausta. Ulkopuolinen arvioitsija arvioi työntekijän menetelmäuskollisuutta ja menetelmän kouluttaja työntekijän kompetenssia.

Menetelmän muokkaus

Menetelmän toimintaympäristö, josta vaikuttavuusnäyttö saatu, on selkeästi kuvattu. Menetelmä sopii erityisesti kriisiytyneisiin, monimutkaisiin tilanteisiin sekä terveydenhoidossa että sosiaalihuollossa. On kuitenkin huomioitava, että tällä hetkellä ei ole olemassa suomalaista tutkimusta MDFT-menetelmän vaikuttavuudesta. Saatua vaikuttavuusnäyttöä on muista Euroopan maista ja Yhdysvalloista.

POHDINTA

Menetelmäarvio

MDFT on vaikuttava menetelmä, ja siitä on vahvaa vaikuttavuusnäyttöä. MDFT saa menetelmäarvion 5/5: vahvaa vaikuttavuustutkimusta³. Menetelmäarvio perustuu menetelmästä tehtyyn yhteen systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, kolmeen meta-analyyysiin ja yhdeksään alkuperäiseen satunnaistetulla vertailukoeasetelmalla tehtyyn vaikuttavuustutkimukseen, jotka on toteutettu Yhdysvalloissa ja Keski-Euroopassa. Alkuperäistutkimukset eivät sisällyneet systemaattiseen katsaukseen tai meta-analyyseihin. Meta-analyyysien alkuperäistutkimukset ovat vanhempia tai samaan aikaan ajoittuvia kuin tähän katsaukseen arviointiin mukaan otetut alkuperäistutkimukset. Alkuperäistutkimukset oli jätetty ulos meta-analyyseistä tutkimuskysymyksen vastaamattomien tai epäselvien vastemuuttujien tai julkaisumaan takia. Osan jääminen ulos meta-analyyseistä jäi epäselväksi. Koska tähän arvioon otettiin mukaan kaikki meta-analyytit ja aiemmat katsaukset sekä näistä ulosjätetyt vaikuttavuustutkimukset, tarjoaa tämä arvio kattavan kuvan MDFT-menetelmästä ja sen vaikuttavuudesta.

MDFT-menetelmä ja sen käytön aloittaminen on kuvattu kattavasti menetelmäoppaassa. Vaikuttavuusnäyttö tukee johtopäätöstä, että tiettyjen vastemuuttujien osalta MDFT on muiden tutkittujen menetelmien veroinen tai joiltakin osin niitä hieman vaikuttavampi. Meta-analyyysien päätulos on, että MDFT:llä voidaan vähentää nuorten päihiteidenkäyttöä. Vaikutukset olivat enimmäkseen pieniä ($d = 0,24 - 0,35$, 95 % luottamusväli $[0,06 - 0,59]$, $NNT = 5,26 - 7,46$). Tähän katsaukseen mukaan otetuissa arvioituissa alkuperäisvaikuttavuustutkimuksissa MDFT:tä verrattiin muihin aktiivisiin vertailumenetelmiin sekä hoitosuunnitelman mukaiseen hoitoon, jolloin on tyypillistä, että hoitotutkimuksissa havaitaan pieni efekतिकoko. Efekतिकoko on usein suuri, jos verrataan hoitamatta jättämiseen ja tai hoidon odottamiseen, mutta sellaista vertailua MDFT:stä ei ole. Tutkimusten vaikuttavuuden laatu vaihteli heikosta hyvään. Päävastemuuttujien osalta vaikutukset vaihtelivat pienestä suureen ($d = 0,17 - 1,23$, $NNT^4 = 1,62 - 10,42$). Alkuperäisvaikuttavuustutkimusten tulokset vaihtelivat paljon. Neljässä tutkimuksessa yhdeksästä päävastemuuttujien osalta tulos oli, ettei ryhmien välillä havaittu eroa (Hendriks ym., 2013; Rowe ym., 2016; van der Pol ym., 2018b, van der Pol ym., 2021). Toisin sanoen MDFT oli yhtä tehokas kuin vertailumenetelmä. Joitakin tilastollisesti merkitseviä eroja havaittiin alaryhmissä, kuten jos interventio toteutettiin kahdessa tutkimuspaikassa (Rowe ym., 2016). Niissä tutkimuksissa, joissa MDFT osoittautui vaikuttavammaksi kuin vertailutoimenpide, vaikutukset vaihtelivat pienestä suureen ($d = 0,31 - 1,23$, $NNT = 1,62 - 5,75$) (Tossmann ym., 2012; Spapen ym., 2013; Liddle ym., 2018; van der Pol ym., 2018a; Nielsen ym., 2021). Mikään tulos ei systemaattisesti toistunut yhdeksästä alkuperäistutkimuksesta toiseen. Esimerkiksi

³ Itlan Kasvun tuen menetelmäpankissa mielensterveyttä edistävät psykososiaaliset menetelmät arvioidaan asteikolla 1–5, jossa menetelmäarviotasot on määritelty seuraavasti: 1/5: Kuvattu ja teoreettisesti perusteltu, 2/5: Jonkin verran tutkimusta, 3/5: Tuloksellisuus- tai vaikuttavuustutkimusta, 4/5: Hyvää vaikuttavuustutkimusta ja 5/5: Vahvaa vaikuttavuustutkimusta. Katso lisätietoja liitteestä 4.

⁴ NNT-luku (Number-Needed-to-Treat) kertoo, kuinka monen tutkittavan täytyy saada menetelmää, jotta yksi tutkittava hyötyy siitä (Laupacis ym., 1988). NNT-luvun kautta tutkimustulosten käytännön merkitsevyys on helpompi selittää tutkittaville ja klinikoille kuin esimerkiksi Cohenin d :n (Cuijpers, 2016, s. 73). NNT-luvut on laskettu tätä systemaattista katsausta varten Cuijpersin kirjassa (2016, s. 74) esitetyn taulukon mukaan Cohenin d -efekतिकokojen pohjalta. Kaavat perustuvat Kraemerin ja Kupferin artikkeliin (2006).



kolmessa tutkimuksessa oli päävastemuuttujana kannabiksen käytön väheneminen (Tossmann ym., 2012; Hendriks ym., 2013; Spapen ym., 2013). Kahdessa tutkimuksessa MDFT oli vaikuttavampaa kuin vertailuhoito kognitiivinen käyttäytymisterapia tai siihen pohjautuva motivaation vahvistamisterapia (Tossmann ym. 2012; Spapen ym. 2013) mutta yhdessä ei (Hendriks ym. 2013). Rowen ja kollegojen (2016) tutkimuksessa päävastemuuttuja oli yhdyntöjen yleisyys, lukumäärä ja seksitaudit kahdessa tutkimuspaikassa. Toisessa tutkimuspaikassa havaittiin vaikutus, toisessa ei. Neljässä tutkimuksessa tarkasteltiin rikollisuutta (van der Pol ym., 2018a; 2018b; Liddle ym., 2018; van der Pol ym., 2021). Yhdessä tutkimuksessa neljästä rikollisuus väheni enemmän MDFT:ssä kuin vertailuryhmässä (pidättäytyminen rikollisesta toiminnasta: $d = 0,51$, $p = 0,03$, väkivaltarikosten tekijöiden osuus: $d = 0,43$, $p = 0,04$) (van der Pol ym., 2018a). Toisessa tutkimuksessa MDFT:n paremmuus havaittiin herkkyyksianalyysien jälkeen (rikollisuus ei-huostaanotettujen ryhmässä: $d = 0,42$, $p = 0,05$) (Liddle ym., 2018). Vastemuuttujia oli melko paljon, joten saattoi olla myös sattumaa, että jossakin vasteessa jossakin alaryhmässä löydettiin tilastollisesti merkitsevä vaikutus. Vaikutusten vertailuajankohdat vaihtelivat paljon – kahdesta kuukaudesta 16:een kuukautta (lyhimmillään perustaso–2 kk ja pisimmillään 2–18 kk seuranta). Sen sijaan kahdessa tutkimuksessa (van der Pol ym., 2018b; 2021) pidätysten määrän vähenemisessä ei havaittu eroa. Tutkimusten tilastollinen voima jäi vähäiseksi, ja keskeyttäneitä oli paljon. Hoidosta poisjääntiin ja keskeyttämiseen vaikutti nuoren vastahakoinen asenne hoitoa kohtaan. MDFT sisälsi merkittävästi enemmän tapaamisia ja tunteja, MDFT-interventioon osallistuneet saivat paljon enemmän hoitoa kuin vertailuryhmä. MDFT-menetelmän käyttöönoton tuki on hyvää, ja se sai arvion 9/9. Menetelmän kotipesä on Hollannissa, ja Suomessa toimii MDFT-ambassador. Menetelmän käyttöönoton näkökulmasta olisi toivottavaa, että menetelmällä olisi kotipesä myös Suomessa. Systemaattisessa kirjallisuushaussa ei löytynyt suomalaisia eikä pohjoismaisia implementointitutkimuksia.

Tiedoksi annettavat tutkimukset

MDFT-menetelmästä ei ole julkaistu suomalaista tai pohjoismaista implementointitutkimusta. Systemaattisessa kirjallisuushaussa ei myöskään löytynyt suomalaista muuta tutkimusta.

Vahvuudet ja heikkoudet

Menetelmä on kehitetty korvaamaan laitossijoituksia ja lisäämään perheen ja verkostojen merkitystä yksilökeskeiseen työotteeseen. MDFT:tä on eniten verrattu yksilökeskeiseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, josta se eroaa erityisesti siinä, että MDFT-menetelmään sisältyy tapaamisia myös perheen ja verkostojen kanssa. MDFT on siis intensiivisempi hoitomuoto kuin yksilöterapia. Siksi olisi tärkeää selvittää huolellisesti MDFT:n kustannusvaikuttavuus. Kuinka paljon kalliimpi interventio saa olla, että se on yhä kannattavampi sijoitus kuin vähemmän intensiivinen vertailutoimenpide? Ainoastaan yksi tutkimus vertasi MDFT:tä pitkäaikaiseen laitoshoittoon (Liddle ym., 2018). Kummassakin ryhmässä havaittiin päihteidenkäytön ja rikollisen toiminnan vähentyneen, ja MDFT:ssä vaikutukset säilyivät paremmin kuin vertailuryhmässä. MDFT erottuu muista hoitomuodoista myös siten, että se on tarkoitettu nuorille, jotka eivät ole saaneet muista hoidoista apua. Siksi MDFT:n kohde-

ryhmä on hyvin rajattu. Monissa tutkimuksissa raportoitiin, että MDFT:ssä oli pienempi keskeyttämisprosentti kuin vertailuryhmässä. Toisaalta vertailuinterventioiden sisältöä ei kuvattu tarkasti, ja niiden sisältö jäi paljolti epäselväksi. MDFT:n keskeinen tavoite on, että nuoren ja vanhemman vuorovaikutus muuttuu rakentavammaksi ja perhe omaksuu uudet toimintamallit. Siihen panostetaan interventiossa merkittävästi sitouttamalla perhettä osallistumaan interventioon. Perhesuhteita mitattiin ainoastaan kahdessa tutkimuksessa (Spapen ym., 2013; van der Pol ym., 2018b), joista yhdessä tulokset olivat kuvailevia ja toisessa tuloksia ei raportoitu. MDFT:n kyky muuttaa perhesuhteita jää siis selvittämättä. MDFT on sosiaalipoliittisesti hyvin perusteltavissa erityisesti syrjäytymisen ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Palaset kohdalleen -hankkeen havaintojen (Ehrling, 2014) perusteella näyttää siltä, että MDFT on toimiva työmuoto Suomessa. Asiakkaiden kokemuksista ei Suomessa ole kerätty systemaattista palautetta. MDFT:n ja vertailuinterventioiden samanlaiset vaikutukset herättävät kysymyksen, onko intervention elementeillä merkitystä lopputulokselle vai onko muutoksen syynä jokin yleisempi tekijä. Vaikutusten tilastollinen merkitsevyys saattoi kärsiä tilastollisen voiman puutteesta, mutta vaikutukset olivat myös kooltaan melko pieniä, mikä taas viittaa vähäiseen vaikuttavuuteen. Samalla on huomioitava, että arviointiin mukaan otetuissa alkuperäistutkimuksissa ja meta-analyseissa havaittiin, että MDFT:n vaikutukset kestivät pidempään kuin vertailuintervention ja keskeyttäneitä oli vähemmän.

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vahvuus on se, että kirjallisuutta on haettu systemaattisesti ja laaja-alaisesti, ei vain pelkästään vaikuttavuustutkimusta. Kirjallisuuden kävi läpi otsikko- ja tiivistelmätasolla yksi tutkija. Epäselvissä tilanteissa hän keskusteli toisen tutkijan kanssa. Katsauksessa ei käytetty ulosjättökriteerinä tutkimuksen kieltä, jolloin katsaukseen mukaan otetut tutkimukset eivät rajoittuneet esimerkiksi suomen- tai englanninkielisiin tutkimuksiin. Katsaukseen otettiin mukaan sekä vaikuttavuustutkimuksia, että meta-analyseja. Näitä tarkasteltiin erilaisten kriteereiden kautta. Meta-analyysien osalta on mahdollista, että katsauksen tuloksiin on vaikuttanut meta-analyysien tekijöiden tulkinnat ja niissä esiintyneet mahdolliset harhat.

Johtopäätökset ja jatkotutkimus

MDFT on menetelmä, jonka avulla voidaan mahdollisesti vähentää laaja-alaisesti oireilevien nuorten päihteiden käyttöä ja riskikäyttäytymistä. Menetelmä on kuvattu hyvin ja tarkasti. MDFT-menetelmää on arvioitu useissa vaikuttavuustutkimuksissa vertaamalla sitä aktiiviseen kontrolliryhmään, kuten yksilökeskeiseen käyttäytymisterapiaan. Tutkimuksissa löydetty myönteiset muutokset ovat näkyneet pääosin kummassakin ryhmässä, vaikkakin MDFT:n vaikuttavuus on ollut usein hieman suurempi. Suunniteltaessa MDFT-menetelmän käyttöönottoa Suomessa on tärkeää huomioida, että nykyinen tutkimus keskittyy Yhdysvaltoihin ja muihin Euroopan maihin eikä menetelmän soveltuvuudesta Pohjoismaihin tai Suomeen ole saatavilla tutkimustietoa. Jotta MDFT:n toimivuus ja soveltuvuus Suomessa voitaisiin varmistaa, tarvittaisiin aiheesta tutkimusta. Siihen nähden miten keskeinen merkitys perheellä ja verkostolla on MDFT-menetelmässä, on tästää näkökulmasta tehty tutkimus vähäistä. Olisikin tärkeää, että osana MDFT:n tutkimuksia arvioitaisiin myös muutoksia nuoren ja hänen



läheistensä vuorovaikutuksessa. Koska MDFT on intensiivinen ja pitkäkestoinen menetelmä, sen kustannusvaikuttavuuden arviointi olisi tärkeää. Kustannuksia tulisi arvioida myös verrattuna muihin menetelmiin, kuten yksilökeskeiseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Frenchin, Roebuckin ja Dennisin tutkimuksessa (2002) MDFT:n arvioitiin olevan taloudellisesti kilpailukykyinen tavanomaiseen hoitoon verrattuna (viikoittainen kustannus asiakasta kohden MDFT:ssä 164 dollaria ja tavanomaisessa hoidossa

365 dollaria), mutta varsinaista kustannusvaikuttavuusanalyysia ei tehty. Kustannusvaikuttavuuden kannalta merkityksellistä on hoidon pieni keskeyttämisprosentti (Liddle ym., 2004). Suomalaista arviota kustannusvaikuttavuudesta ei ole, joten lisätutkimusta tarvitaan. MDFT:n käyttöönoton tuki näyttää lupaavalta, mutta menetelmän käyttöönotosta ja vakiintumisesta ei ole tutkimustietoa, joten aiheesta tarvitaan implementointitutkimusta. ●

KIRJOITTAJAT:



REETA KANKAANPÄÄ
YTM, väitöskirjatutkija
INVEST tutkimuskeskus ja
lippulaivahanke,
Turun yliopisto



KAISA MISHINA
TtT, erikoistutkija
Lastenpsykiatrian
tutkimuskeskus,
INVEST lippulaivahanke,
Turun yliopisto

SIDONNAISUUDET:

Mishina työskentelee tutkijana Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa tutkittavien psykososiaalisten menetelmien parissa.

AVAINSANAT:

Monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely, Multidimensional Family Therapy, käytösongelmat ja -häiriöt, päihdehäiriöt, nuoret, perhe

LÄHTEET:

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cuijpers, P. (2016). Meta-analyses in mental health research. A practical guide. Vrije Universiteit Amsterdam.

Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., Hawes, S., Linares, C. & Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 232. <https://doi.org/10.1037/fam0000053>

Davies K. S. (2011). Formulating the evidence-based practice question: A review of the frameworks. *Evidence based library and information practice*, 6.2, 75–80.

Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of substance abuse treatment*, 27(3), 197–213. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2003.09.005>

Ehrling, L. (2014). Multidimensional family therapy. Uusi työtapo nuorten monimuotoisiin ongelmiin. Kokemuksia MDFT:n mahdollisuuksista. Loppuraportti. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2014). Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review. EMCDDA Papers, 1–29. Publications Office of the European Union, Luxembourg.



LÄHTEET:

- Filges, T., Andersen, D. & Jørgense, A-M, K. (2015). Effects of Multidimensional Family Therapy (MDFT) on Nonopioid Drug Abuse: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practise*, 28(1), 68–83. <https://doi.org/10.1177/1049731515608241>
- French, M. T., Roebuck, M. C. & Dennis, M. (2002). The economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: Findings from a multisite experiment. *Addiction*, 97, S84–87.
- Greenbaum, P. E., Wang, W., Henderson, C. E., Kan, L., Hall, K., Dakof, G. A. & Liddle, H. A. (2015). Gender and ethnicity as moderators: Integrative data analysis of multidimensional family therapy randomized clinical trials. *Journal of Family Psychology*, 29(6), 919–930. <https://doi.org/10.1037/fam0000127>
- Grichting, E., Haug, S., Nielsen, P. & Schaub, M. (2011). INCANT Hauptstudie. Nationaler Schlussbericht Schweiz. Zurich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 885. <https://doi.org/10.1037/a0020620>
- Henderson, C. E., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Hawes, S. W. & Liddle, H. A. (2009). Parenting practices as mediators of treatment effects in an early-intervention trial of multidimensional family therapy. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 35(4), 220–226. <https://doi.org/10.1080/00952990903005890>
- Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug Alcohol Dependence*, 119(1–2), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.02>
- Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Dependence*, 125(1–2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.03.023>
- Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2013). Multidimensionele gezinstherapie en cognitieve gedragstherapie bij adolescenten met een stoornis in het gebruik van cannabis; een gerandomiseerd onderzoek [Multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in adolescents with a cannabis use disorder: a randomised controlled study]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(10), 747–759.
- Hogue, A., Dauber, S., Samuolis, J. & Liddle, H. A. (2006). Treatment techniques and outcomes in multidimensional family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 535. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.4.535>
- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A. & Liddle, H. A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behaviour problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 544–555. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.544>
- Hogue, A., Liddle, H. A., Dauber, S. & Samuolis, J. (2004). Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescent substance abuse. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 83–96. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.2.83>
- Kraemer, H. C. & Kupfer, D. J. (2006). Size of treatment effects and their importance to clinical research and practice. *Biological Psychiatry*, 59, 990–996
- Laupacis, A., Sackett, D. L. & Roberts, R. S. (1988). An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *The New England Journal of Medicine*, 318, 1728–1733.
- Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(4), 521–532.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Henderson, C. & Rowe, C. (2011). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 587–604. <https://doi.org/10.1177/0306624X10366960>
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 27(4), 651–688. <https://doi.org/10.1081/ADA-100107661>
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C. E., Greenbaum, P. E., Wang, W. & Algera, A. (2013). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential drug treatment: A randomized controlled trial. Julkaistu vuonna 2018 nimellä: Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders, *Journal of substance Abuse Treatment*, 90, 47–56.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W. & Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 90, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.011>
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E. & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103(10), 1660–1670. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x>



LÄHTEET:

- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(1), 12. <https://doi.org/10.1037/a0014160>
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. & Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49–63. <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10399723>
- Nielsen, P., Christensen, M., Henderson, C., Liddle, H. A., Croquette-Krokar, M., Favez, N. & Rigter, H. (2021). Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial. *Journal of behavioral addictions*, 10(2), 234–243. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00022>
- Merikukka, M., Backman, H., Heikkilä, L. & Kurki, M. (2025). Lasten ja nuorten mielenterveyttä edistävien psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuus – Opas näytön systemaattiseen arviointiin. Itlan oppaat ja käsikirjat 2025:1.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping reviews (2020 version). Teoksessa E. Aromataris & Z. Munn (toim.), *Joanna Briggs Institute reviewer's manual*, JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Phan, O., Henderson, C. E., Angelidis, T., Weil, P., van Toorn, M., Rigter, R., Soria, C. & Rigter, H. (2011). European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC psychiatry*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-110>
- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and alcohol dependence*, 130(1–3), 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>
- Rigter, H., Pelc, I., Phan, O., Tossmann, P., Hendriks, V., Rowe, C., & Schaub, M. (2011). Report on the INCANT study. Multidimensional family therapy in Europe as a treatment for adolescents with cannabis use disorder and other problem behaviours. Rotterdam: Erasmus MC, Department of Public Health.
- Rosenthal, R. (1979). The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*, 86(3), 638–641. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.3.638>
- Rowe, C. L., Alberga, L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., Ungaro, R. & Liddle, H. A. (2016). Family-based HIV and sexually transmitted infection risk reduction for drug-involved young offenders: 42-month outcomes. *Family process*, 55(2), 305–320. <https://doi.org/10.1111/famp.12206>
- Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C. & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: Outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-26>
- Simonsohn, U., Nelson, L.D., & Simmons, J.P. (2014). P-curve: A key to the file-drawer. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 534.
- Spapen, P., Angelidis, T., Antoniali, V., van Gerwen, K., Pelc, I. & Verbanck, P. (2013). Évaluation d'une thérapie systémique à partir de l'étude INCANT: comparaison d'une prise en charge habituelle d'adolescent(e) s consommateurs problématiques de cannabis avec la «Thérapie Familiale Multidimensionnelle»(MDFT). *Thérapie familiale*, 34(2), 195–214. <https://doi.org/10.3917/tf.132.0195>
- Tossmann, P. & Jonas, B. (2010). Ergebnisbericht der kontrollierten Behandlungsstudie INCANT [Final report on the controlled treatment study INCANT]. Berlin: delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektenentwicklung mbH.
- Tossmann, P., Jonas, B., Rigter, H. & Gantner, A. (2012). Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *Sucht*, 58(3), 157–166. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000180>
- van der Pol, T. M., Cohn, M. D., van Domburgh, L., Rigter, H. & Vermeiren, R. R. (2021). Assessing the effect of multidimensional family therapy in adolescents on police arrests against a background of falling crime rates. A randomised controlled trial with 7-year follow-up. *Journal of Experimental Criminology*, 17, 597–609. <https://doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0>
- van der Pol, T. M., Henderson, C. E., Hendriks, V., Schaub, M. P. & Rigter, H. (2018a). Multidimensional family therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(6), 1573–1588. <https://doi.org/10.1177/0306624X16687536>
- van der Pol, T. M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M. D., Doreleijers, T. A., Van Domburgh, L. & Vermeiren, R. R. (2018b). Multidimensional family therapy in adolescents with a cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0248-x>



LÄHTEET:

van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J.M.m Doreleijers, T. A. H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. J. M. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532–545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>

van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J.M.m Doreleijers, T. A. H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. J. M. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532–545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>

Verbanck, P., Pelc, I., Glaesener, M., Gladsteen, Y., Spapen, P., van Gerwen, K., Antoniali, V. & Angelidis, T. (2010). INCANT: Eindactiviteitenverslag. Periode: November 2006 – April 2010. INCANT final report. Brussels: CHU Brugmann, Instelling voor Psychiatrie en Medische Psychologie.

Liite 1. Hakukriteerit tietokannoittain

MEDLINE & PsycInfo (Ovid)

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P = 10–18-vuotiaat lapset ja nuoret	(adolescent or adolescence or young or "young person*" or "young adult" or "young people" or youth or teen or teenager or scholar or student* or pupil* or boy or girl or school or juvenile or minor or underaged)	5333484
C = Monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely -menetelmä (Multidimensional Family Therapy, MDFT)	(MDFT or (Multidimens* adj1 Famil*) or (Multi-dimens* adj1 Famil*) or (Multi adj1 dimens* adj1 Famil*))	320
P AND C	1 AND 2	259

CINAHL & Eric (EBSCO)

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P = 10–18-vuotiaat lapset ja nuoret	(adolescent or adolescence or young or "young person*" or "young adult" or "young people" or youth or teen or teenager or scholar or student* or pupil* or boy or girl or school or juvenile or minor or underaged)	2703755
C = Monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely -menetelmä (Multidimensional Family Therapy, MDFT)	(MDFT or (Multidimens* N1 Famil*) or (Multi-dimens* N1 Famil*) or (Multi N1 dimens* N1 Famil*))	120
P AND C	S1 AND S2 Academic Journals, Peer reviewed	79

Web of Science

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P = 10–18-vuotiaat lapset ja nuoret	(adolescent or adolescence or young or "young person*" or "young adult" or "young people" or youth or teen or teenager or scholar or student* or pupil* or boy or girl or school or juvenile or minor or underaged)	18763225
C = Monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely -menetelmä (Multidimensional Family Therapy, MDFT)	ALL=(MDFT) OR TS=(multidimens* NEAR/1 famil*) OR TS=(multi-dimens* NEAR/1 famil*) OR TS=(multi NEAR/1 dimens* NEAR/1 famil*)	480
P AND C	#1 AND #2 Document types: Articles, Review Articles or Early Access	269

Scopus

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P = 10–18-vuotiaat lapset ja nuoret	(adolescent or adolescence or young or "young person*" or "young adult" or "young people" or youth or teen or teenager or scholar or student* or pupil* or boy or girl or school or juvenile or minor or underaged)	28226975
C = Monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely -menetelmä (Multidimensional Family Therapy, MDFT)	TITLE-ABS-KEY (mdft OR (multidimens* W/1 famil*) OR (multi-dimens* W/1 famil*) OR (multi W/1 dimens* W/1 famil*))	507
P AND C	(ALL (adolescent OR adolescence OR young OR "young person*" OR "young adult" OR "young people" OR youth OR teen OR teenager OR scholar OR student* OR pupil* OR boy OR girl OR school OR juvenile OR minor OR underaged)) AND (TITLE-ABS-KEY (mdft OR (multidimens* W/1 famil*) OR (multi-dimens* W/1 famil*) OR (multi W/1 dimens* W/1 famil*))) Source type: Journal	257

Liite 2. MDFT-menetelmän vaikuttavuusnäytön arvioon vaikuttavien korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimusten tulostaulukko

Vaste (Mittari)	Vertailuajankohdat	Koeryhmän koko (n)	Vertailu-ryhmän koko (n)	Ryhmiä välinen efektikoko			
				Suure ja koko (kokoluokka)	Luottamusväli (luottamustaso)	p-arvo (merkitsevyystaso, jos 95 % poikkeava)	
Tossmann ym., 2012							
Nuorten vastemuuttajat							
Kannabiksen käyttö viimeisen 90 pv:n aikana	Perustasomittaus vs 12 kk:n seuranta	52	56	d = 0,31 (pieni)	Ei raportoitu	0,044	
Hendriks ym., 2013							
Nuorten vastemuuttajat							
Kannabiksen käyttö kuluneen 90 pv:n aikana	Perustasomittaus	55	54	d = 0,14	Ei raportoitu	0,46	
Poltettujen savukkeiden määrä	vs 12 kk:n seuranta	55	54	d = 0,13	Ei raportoitu	0,50	
Spapen ym., 2013							
Nuorten vastemuuttajat							
Kannabiksen käyttö kuluneen 90 pv:n aikana	Perustasomittaus vs 3 kk:n seuranta vs 6 kk:n seuranta vs 9 kk:n seuranta vs 12 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	MDFT:ssä väheni enemmän, ei raportoitu	Ei raportoitu	Tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	
Rowe ym., 2016							
Nuorten vastemuuttajat							
Yhdyntöjen yleisyys (seksuaalisesti aktiivisilla nuorilla)	Perustasomittaus vs 3 kk:n seuranta vs 6 kk:n seuranta vs 9 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Tutkimus-paikka A: d = 0,17	Ei raportoitu	0,05	
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka B: b = 0,02	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	
	9 kk:n seuranta vs 18kk:n seuranta vs 24 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka B: b = 0,10	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka B: b = -0,06	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	
	24 kk:n seuranta vs 36 kk:n seuranta vs 42 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka A: v = -0,07	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka A: b= -0,06	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	
	Suojaamattomien yhdyntöjen lukumäärä (seksuaalisesti aktiivisilla nuorilla)	Perustasomittaus vs 3 kk:n seuranta vs 6 kk:n seuranta vs 9 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka A: d = 0,22	Ei raportoitu	0,03
			Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka B: b = 0,04	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
9 kk:n seuranta vs 18kk:n seuranta vs 24 kk:n seuranta		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka A: b = 0,12	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka B: b = 0,06	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	
24 kk:n seuranta vs 36 kk:n seuranta vs 42 kk:n seuranta		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka A: b = -0,10	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka B: b = -0,07	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu	

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla

				Ryhmiä välinen efektikoko		
Vaste (Mittari)	Vertailuajankohdat	Koeryhmän koko (n)	Vertailu-ryhmän koko (n)	Suure ja koko (kokoluokka)	Luottamusväli (luottamus-taso)	p-arvo (merkitsevyys-taso, jos 95 % poikkeava)
Rowe ym., 2016						
Nuorten vastemuuttajat						
Seksitaution esiintyvyys	Perustasomittaus vs 3 kk:n seuranta vs 6 kk:n seuranta vs 9 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka A: $b = -0,24$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	9 kk:n seuranta vs 18kk:n seuranta vs 24 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka A: $b = 0,13$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	24 kk:n seuranta vs 36 kk:n seuranta vs 42 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Paikka A: $b = 0,12$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
van der Pol ym., 2018a						
Nuorten vastemuuttajat						
Itseraportoitu rikollisuus	Perustasomittaus vs 12 kk seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Vähäni MDFT 70 %, IP 46 %	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	Perustasomittaus vs 12 kk seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Haag: vähäni 77 %, vähäni 72 %	Ei raportoitu	Ei raportoitu
	Perustasomittaus vs 12 kk seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Geneve: vähäni 35 %, nousi 35 %	Ei raportoitu	Ei raportoitu
Pidättäytyminen rikollisesta toiminnasta (osuus)	Perustasomittaus vs 12 kk seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	$d = 0,51$	Ei raportoitu	0,03
Rikosten määrä	Perustasomittaus vs 12 kk seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	$d = 0,01$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
Omaisuusrikokset (jatkuva, ei raportoituasteikkoinen)	Perustasomittaus vs 12 kk seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	slope = -0,11	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
Omaisuusrikokset (kategorinen)	Perustasomittaus vs 12 kk seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	$d = 0,28$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
Väkivaltarikokset (osuus)	Perustasomittaus vs 12 kk seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	$d = 0,43$	Ei raportoitu	0,04
Väkivaltarikosten määrä	Perustasomittaus vs 12 kk seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	$d = 0,63$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
van der Pol ym., 2018a						
Nuorten vastemuuttajat						
Poliisipidätykset: lukumäärä	3 vuotta ennen vs 3 vuotta jälkeen, vuoden välein	55	54	$\eta^2_p = 0$	Ei raportoitu	0,7
Pidätysten vakavuus	3 vuotta ennen vs 3 vuotta jälkeen, vuoden välein	55	54	$\eta^2_p = 0,01$	Ei raportoitu	0,49

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla

Vaste (Mittari)	Vertailuajankohdat	Koeryhmän koko (n)	Vertailu-ryhmän koko (n)	Ryhmiä välinen efektikoko		
				Suure ja koko (kokoluokka)	Luottamusväli (luottamustaso)	p-arvo (merkitsevyystaso, jos 95 % poikkeava)
Liddle ym., 2018						
Nuorten vastemuuttajat						
Päihdeongelman vakavuus	Perustasomittaus vs 2 kk:n seuranta	57	56	$b = -3,88$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	2 kk:n seuranta vs 18 kk:n seuranta	57	56	$d = 0,51$	Ei raportoitu	$< 0,01$
Eksternalisoivat oireet	Perustasomittaus vs 2 kk:n seuranta	57	56	$b = 0,93$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	2 kk:n seuranta vs 18 kk:n seuranta	57	56	$b = 0,10$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
Internalisoivat oireet	Perustasomittaus vs 2 kk:n seuranta	57	56	$d = 0,42$	Ei raportoitu	$< 0,01$
	2 kk:n seuranta vs 18 kk:n seuranta	57	56	$b < 0,01$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
Päihteidenkäytön yleisyys	Perustasomittaus vs 2 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Nopeasti huostaan-otettujen ryhmä: $b = 2,77$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Myöhemmin huostaanotettujen ryhmä: $b = 4,43$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Ei-huostaanotettujen ryhmä: $b = 1,01$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	2 kk:n seuranta vs 18 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Nopeasti huostaanotettujen ryhmä: $b = -0,27$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Myöhemmin huostaanotettujen ryhmä: $b = -0,19$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Ei-huostaanotettujen ryhmä: $d = 1,18$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	Rikollisuus	Perustasomittaus vs 2 kk:n seuranta	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Nopeasti huostaanotettujen ryhmä: $b = -0,08$	Ei raportoitu
Ei raportoitu			Ei raportoitu	Myöhemmin huostaanotettujen ryhmä: $b = -0,03$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
Ei raportoitu			Ei raportoitu	Ei-huostaanotettujen ryhmä: $b = -0,24$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
2 kk:n seuranta vs 18 kk:n seuranta		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Nopeasti huostaanotettujen ryhmä: $b < 0,01$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Myöhemmin huostaanotettujen ryhmä: $b < 0,01$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
		Ei raportoitu	Ei raportoitu	Ei-huostaanotettujen ryhmä: $d = 0,42$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla

				Ryhmiä välinen efektikoko		
Vaste (Mittari)	Vertailuajankohdat	Koeryhmän koko (n)	Vertailu-ryhmän koko (n)	Suure ja koko (kokoluokka)	Luottamusväli (luottamustaso)	<i>p</i> -arvo (merkitsevyystaso, jos 95 % poikkeava)
van der Pol ym., 2021						
Nuorten vastemuuttajat						
Poliisipidätykset	3 vuotta ennen vs 7 vuotta jälkeen, vuoden välein	55	54	$\eta^2_p = 0,03$	Ei raportoitu	0,82
Pidätysten (rikosten) vakavuus	3 vuotta ennen vs 7 vuotta jälkeen, vuoden välein	55	54	$\eta^2_p = 0,01$	Ei raportoitu	0,61
Nielsen ym., 2021						
Nuorten vastemuuttajat						
Digipelaamisen häiriö: oireiden lukumäärä	Perustasomittaus vs 6 kk:n seuranta	12	30	$d = 1,23$	Ei raportoitu	0,01
	Perustasomittaus vs 12 kk:n seuranta	12	30	$d = 0,93$	Ei raportoitu	0,01
Pelaamiseen käytetty aika	Perustasomittaus vs 6 kk:n seuranta	12	30	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	Perustasomittaus vs 12 kk:n seuranta	12	30	$F = 0,47$	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	Perustasomittaus vs 6 kk:n seuranta	12	30	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu
	Perustasomittaus vs 12 kk:n seuranta	12	30	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Ei tilastollisesti merkitsevä, ei raportoitu

Taulukossa ilmoitetut mittarit ja tiedonkeruutavat:

- ASI: Addiction Severity Index (Hendriks ym., 1989)
- BOOG Scale (Mulder ym., 2010)
- Petry Scale (Petry ym., 2014)
- PEI: The Personal Experience Inventory (Winters ym., 2004)
- SRD: Self-Report Delinquency Scale (Elliot ym., 1985)
- TLFB Sexual Behavior Interview: The Timeline Follow Back of Sexual Behaviors (Malow & Cremer 1997; Weinhardt ym., 1998)
- TLFB: Timeline Followback Method (Sobell ym., 1996)
- YSR: Youth-Self-Report (Achenbach ym., 1991)
- Viranomaisrekisterit
- Virtsanäytteet

Liite 3. MDFT-intervention vaikuttavuusnäytön arvioon vaikuttavat tutkimukset ja laadulliseen tarkasteluun sisällytettävät tutkimukset

Tutkimustyyppi	Tutkimusten määrä (kpl)		
	Suomalainen aineisto	Pohjoismainen aineisto ^a	Korkean tulotason maan aineisto ^b
Systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit + vaikuttavuustutkimukset	0 ⁽ⁱ⁾	0 ⁽ⁱ⁾	4 + 10 ⁽ⁱ⁾
Implementointitutkimukset	0 ⁽ⁱⁱ⁾	2 ⁽ⁱⁱ⁾	(iii)
Muut kuin vaikuttavuus- ja implementointitutkimukset: Esim. kustannusvaikuttavuustutkimukset	0 ⁽ⁱⁱ⁾	(iii)	(iii)

⁽ⁱ⁾ Menetelmän vaikuttavuusnäytön arvioon vaikuttavat tutkimukset

⁽ⁱⁱ⁾ Laadulliseen tarkasteluun sisällytettävät tutkimukset, jotka eivät vaikuta menetelmän vaikuttavuusnäytön arvioon

⁽ⁱⁱⁱ⁾ Tutkimukset, jotka eivät vaikuta menetelmän vaikuttavuusnäytön arvioon ja eivät sisälly laadulliseen tarkasteluun. Määrää ei ilmoitettu.

^a Pohjoismaisilla aineistoilla tehdyt tutkimukset ilman suomalaisilla aineistoilla tehtyjä tutkimuksia

^b Korkean tulotason maiden aineistoilla tehdyt tutkimukset ilman suomalaisia ja pohjoismaisia aineistoja

MENETELMÄN VAIKUTTAVUUSNÄYTÖN ARVIOON VAIKUTTAVAT TUTKIMUKSET

Systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2014). Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review. EMCDDA Papers, 1–29. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Filges, T., Andersen, D. & Jørgense, A-M, K. (2015). Effects of Multidimensional Family Therapy (MDFT) on Nonopioid Drug Abuse: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practise*, 28(1), 68–83. <https://doi.org/10.1177/1049731515608241>

Greenbaum, P. E., Wang, W., Henderson, C. E., Kan, L., Hall, K., Dakof, G. A. & Liddle, H. A. (2015). Gender and ethnicity as moderators: Integrative data analysis of multidimensional family therapy randomized clinical trials. *Journal of Family Psychology*, 29(6), 919–930. <https://doi.org/10.1037/fam0000127>

van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J.M.m Doreleijers, T. A. H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. J. M. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532–545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>

Suomalaiset vaikuttavuustutkimukset

Ei tutkimusta

Pohjoismaiset vaikuttavuustutkimukset

Ei tutkimusta

Korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimukset

Hendriks, V. M., van der Schee, E. & Blanken, P. (2013). Multidimensionele gezinstherapie en cognitieve gedragstherapie bij adolescenten met een stoornis in het gebruik van cannabis; een gerandomiseerd onderzoek [Multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in adolescents with a cannabis use disorder: a randomised controlled study]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(10), 747–759.

Hogue, A., Dauber, S., Samuolis, J. & Liddle, H. A. (2006). Treatment techniques and outcomes in multidimensional family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 535. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.4.535>

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W. & Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 90, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.011>

Nielsen, P., Christensen, M., Henderson, C., Liddle, H. A., Croquette-Krokar, M., Favez, N. & Rigter, H. (2021). Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial. *Journal of behavioral addictions*, 10(2), 234–243. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00022>

Rowe, C. L., Alberga, L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., Ungaro, R. & Liddle, H. A. (2016). Family-based HIV and sexually transmitted infection risk reduction for drug-involved young offenders: 42-month outcomes. *Family process*, 55(2), 305–320. <https://doi.org/10.1111/famp.12206>

Spapen, P., Angelidis, T., Antoniali, V., van Gerwen, K., Pelc, I. & Verbanck, P. (2013). Évaluation d’une thérapie systémique à partir de l’étude INCANT: comparaison d’une prise en charge habituelle d’adolescent(e) s consommateurs problématiques de cannabis avec la «Thérapie Familiale Multidimensionnelle» (MDFT). *Thérapie familiale*, 34(2), 195–214. <https://doi.org/10.3917/tf.132.0195>

Tossmann, P., Jonas, B., Rigter, H. & Gantner, A. (2012). Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *Sucht*, 58(3), 157–166. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000180>

**Korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimukset**

van der Pol, T. M., Cohn, M. D., van Domburgh, L., Rigter, H. & Vermeiren, R. R. (2021). Assessing the effect of multidimensional family therapy in adolescents on police arrests against a background of falling crime rates. A randomised controlled trial with 7-year follow-up. *Journal of Experimental Criminology*, 17, 597–609. <https://doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0>

van der Pol, T. M., Henderson, C. E., Hendriks, V., Schaub, M. P. & Rigter, H. (2018a). Multidimensional family therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(6), 1573–1588. <https://doi.org/10.1177/0306624X16687536>

van der Pol, T. M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M. D., Doreleijers, T. A., Van Domburgh, L. & Vermeiren, R. R. (2018b). Multidimensional family therapy in adolescents with a cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0248-x>

MENETELMÄN VAIKUTTAVUUSNÄYTÖN ARVIOON VAIKUTTAVAT, MUTTA ARVIOIMATTOMAT TUTKIMUKSET**Suomalaiset vaikuttavuustutkimukset**

Ei tutkimusta

Pohjoismaiset vaikuttavuustutkimukset

Ei tutkimusta

Korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimukset, jotka sisällytetty systemaattisiin katsauksiin ja meta-analyyzeihin

Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., Hawes, S., Linares, C. & Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 232. <https://doi.org/10.1037/fam0000053>

Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of substance abuse treatment*, 27(3), 197–213. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2003.09.005>

Grichting, E., Haug, S., Nielsen, P. & Schaub, M. (2011). INCANT Hauptstudie. Nationaler Schlussbericht Schweiz. Zurich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.

Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 885. <https://doi.org/10.1037/a0020620>

Henderson, C. E., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Hawes, S. W. & Liddle, H. A. (2009). Parenting practices as mediators of treatment effects in an early-intervention trial of multidimensional family therapy. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 35(4), 220–226. <https://doi.org/10.1080/00952990903005890>

Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug Alcohol Dependence*, 119(1–2), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021>

Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Dependence*, 125(1–2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.03.023>

Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A. & Liddle, H. A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behaviour problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 544–555. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.544>

Hogue, A., Liddle, H. A., Dauber, S. & Samoulis, J. (2004). Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescent substance abuse. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 83–96. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.2.83>

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Henderson, C. & Rowe, C. (2011). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 587–604. <https://doi.org/10.1177/0306624X10366960>

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 27(4), 651–688. <https://doi.org/10.1081/ADA-100107661>

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C. E., Greenbaum, P. E., Wang, W. & Algera, A. (2013). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential drug treatment: A randomized controlled trial. Manuscript submitted for publication.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E. & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103(10), 1660–1670. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x>



Korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimukset, jotka sisällytetty systemaattisiin katsauksiin ja meta-analyysiin

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(1), 12. <https://doi.org/10.1037/a0014160>

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A. & Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49–63. <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10399723>

Phan, O., Henderson, C. E., Angelidis, T., Weil, P., van Toorn, M., Rigter, R., Soria, C. & Rigter, H. (2011). European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC psychiatry*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-110>

Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and alcohol dependence*, 130(1–3), 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>

Rigter, H., Pelc, I., Phan, O., Tossmann, P., Hendriks, V., Rowe, C., & Schaub, M. (2011). Report on the INCANT study. Multidimensional family therapy in Europe as a treatment for adolescents with cannabis use disorder and other problem behaviours. Rotterdam: Erasmus MC, Department of Public Health.

Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C. & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: Outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-26>

Tossmann, P. & Jonas, B. (2010). Ergebnisbericht der kontrollierten Behandlungsstudie INCANT [Final report on the controlled treatment study INCANT]. Berlin: delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH.

Verbanck, P., Pelc, I., Glaesener, M., Gladsteen, Y., Spapen, P., van Gerwen, K., Antoniali, V. & Angelidis, T. (2010). INCANT: Eindactiviteitenverslag. Periode: November 2006 – April 2010. INCANT final report. Brussels: CHU Brugmann, Instelling voor Psychiatrie en Medische Psychologie.

TIEDOKSI ANNETTAVAT TUTKIMUKSET

Suomalaiset implementointitutkimukset

Ei tutkimusta

Pohjoismaiset implementointitutkimukset

Ei tutkimusta

Suomalaiset muut kuin vaikuttavuus- ja implementointitutkimukset

Ei tutkimusta

**Liite 4. Menetelmäarviotasot ja kasaantuvat vaatimukset tasoilla 1–5.**

Lisätietoja [arviointioppaan](#) luvusta Menetelmäarvio (Merikukka ym., 2025, s. 32).

Menetelmä-arvioluokka	Menetelmäarviotaso			Kasaantuva kehitys menetelmäarviotasolla
	Numeerinen	Sanallinen suomeksi	Sanallinen englanniksi	
Kuvattu ja teoreettisesti perusteltu menetelmä		Kielteisiä vaikutuksia	<i>Negative effects</i>	• Vähintään tutkimusnäyttöä menetelmän kielteisistä vaikutuksista on olemassa jonkin vastemuuttujan osalta. Noudatettava varovaisuusperiaatetta.
		Ei vaikutusta	<i>No effect</i>	• Vertaisarvioitua riittävää vaikuttavuusnäyttöä siitä, että menetelmällä ei ole vaikuttavuutta.
	1	Kuvattu ja teoreettisesti perusteltu	<i>Described and theoretically based</i>	• Menetelmä on kuvattu tyydyttävästi. • Menetelmästä on enintään vertaisarvioimaton tutkimusta (esim. opinnäytetyöt).
	2	Jonkin verran tutkimusta	<i>Some research</i>	• Menetelmästä on olemassa vertaisarvioitua tutkimusta (esim. laadulliset tutkimukset ja tyytyväisyystutkimukset), mutta vaikuttavuustutkimusta ei ole tai se ei ole laadultaan riittävää.
	3	Tuloksellisuus- tai vaikuttavuustutkimusta	<i>Outcome or effectiveness studies</i>	• Menetelmästä on vertaisarvioitua ennen- jälkeen-tutkimusta ryhmän sisäisesti tai ryhmien välillä.
Vaikuttava menetelmä	4	Hyvää vaikuttavuustutkimusta	<i>Satisfactory effectiveness studies</i>	• Menetelmästä on opas, jossa menetelmä on kuvattu hyvin. • Menetelmästä on vaikuttavuustutkimusta, jossa menetelmää verrataan luotettavaan vertailu- tai kontrolliryhmään.
	5	Vahvaa vaikuttavuustutkimusta	<i>Strong effectiveness studies</i>	• Menetelmällä on kotipesä, joka tarjoaa käyttöönoton tukea.

- **Kuvattu ja teoreettisesti perusteltu menetelmä:** Menetelmän mukaanottokriteerit arviointiin täyttyvät. Menetelmällä voi olla vaikuttavuutta, mutta riittävä tutkimus- ja vaikuttavuusnäyttö puuttuu.
- **Lupaava menetelmä:** Menetelmästä on tuloksellisuustutkimusta, alustavaa vaikuttavuustutkimusta tai ei riittävää vaikuttavuustutkimusta, jotta menetelmäarvio yltäisi tasolle 4.
- **Vaikuttava menetelmä:** Menetelmä tuottaa hyötyä tai lisäarvoa asiakkaalle tai potilaalle vertailuryhmään verrattuna (menetelmän tavoitteen mukaisessa ilmiössä, mittarissa tai vastemuuttujassa) (mukaillen esim. Malmivaara, 2023).