



Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?

Cora Bartelink

Februari 2013

Motiverende gespreksvoering is een veelgebruikte methode om cliënten te stimuleren hulp te zoeken voor hun problemen of hun ongezonde levenswijze aan te pakken. Uit onderzoek, vooral in de verslavingszorg, blijkt dat motiverende gespreksvoering effectief is bij allerlei verslavingen. Ook voor andere problemen zoals depressie, angststoornissen en opvoedingsproblemen zijn er indicaties dat motiverende gespreksvoering effectief is. Een empathische en motiverende houding van hulpverleners zorgt ervoor dat cliënten actiever betrokken zijn bij de behandeling die zij krijgen aangeboden. Hierdoor boekt de hulpverlener betere resultaten. Na een training kunnen hulpverleners motiverende gespreksvoering vrij gemakkelijk in hun bestaande werkwijze inpassen. Zelfs een kleine ‘dosis’ motiverende gespreksvoering heeft vaak al een positief effect op de cliënt.

Elke hulpverlener worstelt soms met cliënten die niet lijken te willen veranderen, al is hun gedrag schadelijk voor henzelf of hun kind. Hoe kan een hulpverlener cliënten helpen om zich bewust te worden van hun problemen en deze vervolgens daadwerkelijk aan te pakken? Motiverende gespreksvoering is een techniek die elke hulpverlener kan inzetten om cliënten te motiveren tot verandering. In dit document zetten we op een rij wat motiverende gespreksvoering is en wat de effecten ervan zijn. Het is een relatief nieuwe en veelbelovende therapeutische benadering. De methode is ontwikkeld in de verslavingszorg, maar wordt inmiddels ook in de jeugdzorg en in justitiële jeugdinrichtingen gebruikt.

Om de laatste stand van zaken in het onderzoek naar de effectiviteit van motiverende gespreksvoering weer te geven is een literatuursearch uitgevoerd in een aantal elektronische zoekmachines, namelijk PsychINFO voor onderzoek in de psychologie en aanverwante terreinen, ERIC voor onderzoek op het gebied van onderwijs, onderwijskunde, opvoeding en opvoedkunde, Cochrane Collaboration voor onderzoek gericht op gezondheidszorg, en Campbell Collaboration voor onderzoek naar opvoeding, onderwijs, sociaal welzijn en delinquentie. Daarbij is gezocht met de zoekterm ‘motivational interviewing’ en ‘meta-analysis’, ‘systematic review’, ‘literature review’ of ‘treatment outcome/randomized clinical trial’.

In eerste instantie heeft de search zich gericht op reviews en meta-analyses. In totaal zijn acht meta-analyses en elf reviews meegenomen in het overzicht van onderzoek naar motiverende gespreksvoering. Deze meta-analyses en reviews maken voor een deel gebruik van hetzelfde onderzoeksmateriaal. Zeven van de meta-analyses en vier van de reviews waren van goede kwaliteit. Enkele andere meta-analyses en reviews waren van minder goede kwaliteit¹, maar boden op onderdelen aanvullende informatie en zijn daarom toch voor die onderdelen gebruikt.



Omdat de gevonden meta-analyses en reviews maar weinig informatie bieden over de effectiviteit van motiverende gespreksvoering bij kinderen en jongeren, en bij psychische problematiek, is vervolgens specifiek gezocht naar onderzoek op dit terrein en zijn ook enkele primaire studies bekeken.

1. Wat is motiverende gespreksvoering?

Motivatie is afgeleid van het Latijnse werkwoord ‘movere’: ‘in beweging brengen’. Dat is ook precies wat hulpverleners met motiverende gespreksvoering proberen te bereiken: cliënten in beweging brengen om hun levenswijze te veranderen. Hulpverleners zetten motiverende gespreksvoering in bij verschillende problemen zoals het stoppen met roken of verminderen van alcoholgebruik, maar ook het ontwikkelen van betere eetgewoonten en bewegingspatronen bijvoorbeeld bij diabetespatiënten. De kern van deze benadering bij uiteenlopende doelgroepen is dat mensen gaan inzien dat zij een probleem hebben en gemotiveerd raken om dit aan te pakken.

Motivatie verwijst naar een innerlijke gesteldheid die een persoon aanzet tot het verrichten of nalaten van bepaalde gedragingen. Motivatie is geen vaststaande eigenschap van personen. Miller (1983) beschouwt motivatie als een staat van gereedheid voor verandering.

Miller en Rollnick (2002) hebben motiverende gespreksvoering ontwikkeld tot een specifieke methodiek voor de verslavingszorg. Zij definiëren motiverende gespreksvoering als een cliëntgerichte maar directieve methode. Met motiverende gespreksvoering versterkt een hulpverlener de intrinsieke motivatie om te veranderen door de ambivalentie van de cliënt te onderzoeken en op te lossen. Miller en Rollnick hebben principes voor relatieopbouw vanuit de humanistische therapie (Roger, 1951) geïntegreerd met meer actieve cognitief gedragstherapeutische strategieën gericht op het veranderingsstadium van de cliënt (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Motiverende gespreksvoering is geen theorie, maar een stijl of filosofie waarmee de hulpverlener de motivatie van cliënten om te veranderen kan versterken en hun ambivalentie kan verminderen (Lewis & Osborn, 2004).

1.1 Uitgangspunten van motiverende gespreksvoering

Het belangrijkste uitgangspunt van motiverende gespreksvoering is dat bereidheid tot verandering niet gezien wordt als een vaststaand kenmerk van een cliënt, maar als een variërend resultaat van interpersoonlijke interactie. Dat wil zeggen dat motivatie om te veranderen wordt beschouwd als iets wat de hulpverlener bij een cliënt uitlokt in plaats van oplegt. Door zijn reactie op de hulpverlener laat een cliënt zien waarom hij aarzelt in de aanpak van zijn problemen. Van de hulpverlener mag verwacht worden dat hij die aarzelingen herkent en richting geeft aan de cliënt om ze te onderzoeken en op te lossen. Het gaat erom dat hulpverlener en cliënt samenwerken, waarbij ieder zijn eigen inbreng heeft.

Miller en Rollnick (2002) menen dat motiverende gespreksvoering gebaseerd is op de volgende principes: empathie uitdrukken, ontwikkelen van discrepantie, vermijden van discussie, omgaan met weerstand en self-efficacy ondersteunen.

Essentieel voor motiverende gespreksvoering is een empathische stijl. De houding van de hulpverlener moet accepterend zijn en hij moet uitgaan van de overtuiging dat ambivalentie normaal is. Vanuit deze accepterende houding helpt hij de cliënt om zijn ambivalentie te overwinnen en te veranderen.

Voor een verandering in het gedrag van de cliënt is het nodig dat er een discrepantie ontstaat tussen het huidige gedrag van de cliënt en belangrijke doelen of waarden die cliënt heeft. De cliënt moet ontdekken waarom het belangrijk voor hem is om te veranderen. Daarom is het niet de hulpverlener die argumenten om te veranderen benoemt, maar de cliënt. Het werkt averechts als een hulpverlener in discussie gaat met een cliënt of rechtstreeks probeert hem te overtuigen. Kenmerk van de relatie tussen hulpverlener en cliënt is samenwerking en partnerschap, in plaats van een verhouding tussen expert en ontvanger.

De hulpverlener moet weerstand van een cliënt zien als signaal om van strategie te veranderen. Wanneer een cliënt weerstand heeft tegen de aanpak van de hulpverlener, betekent dit dat de hulpverlener niet goed afgestemd is op de cliënt. Daarom wordt weerstand niet zozeer bestreden als wel erkend en onderzocht. Doel hiervan is de cliënt te helpen om zijn kijk op het probleem te wijzigen.

De hulpverlener moet ook in staat zijn om self-efficacy te ondersteunen. Self-efficacy is de overtuiging van een cliënt dat hij beschikt over de capaciteiten die hij nodig heeft voor een gedragsverandering. Als een hulpverlener vertrouwen heeft in de cliënt en zijn capaciteiten en dat duidelijk laat merken, werkt dat als een selffulfilling prophecy: ook de cliënt raakt overtuigd van zijn capaciteiten. Die overtuiging is een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering.

1.2. Technieken voor motiverende gespreksvoering

Rollnick en Miller (1995) beschrijven als specifieke, te trainen technieken die kenmerkend zijn voor motiverende gespreksvoering:

- *Reflectiefluisteren*: doelen van het reflecteren zijn het tonen van empathie voor de cliënt, het bevestigen van zijn gedachten en gevoelens en hem te helpen door te gaan met het proces van zelfontdekking. Reflecties hebben betrekking op verschillende niveaus van complexiteit en diepte, variërend van het begrijpen van de inhoud van wat een cliënt zegt tot het onderzoeken van de betekenis van gevoelens.
- *Omgaan met weerstand*: motiverende gespreksvoering lijkt meer op een dans, waarin de therapeut meebeweegt met de cliënt om de cliënt te helpen weerstand te overwinnen en stappen te zetten in de richting van verandering, dan op een worstelwedstrijd waarin de cliënt en de therapeut als tegenstanders tegenover elkaar staan.
- *Agenda bepalen en toestemming vragen*: door cliënten te vragen wat zij willen bespreken in het gesprek verzekert de hulpverlener zich ervan dat die cliënten actief en bereidwillig deelnemen aan het proces. Dit kan ook inhouden dat de cliënt bepaalt over welk gedrag hij wil praten en welk doel de sessie of de interventie in het algemeen heeft.
- *Uitlokken van verandertaal*: motiverende gespreksvoering gaat ervan uit dat individuen meer accepteren en eerder handelen wanneer zij iets zelf willen. Hoe meer een individu zijn eigen keuze verdedigt, des te groter zal zijn toewijding daaraan zijn. Daarom proberen hulpverleners uitspraken aan hun cliënten te ontlokken waarin die laten merken hoe gemotiveerd zij zijn om te veranderen en of zij menen hiertoe in staat te zijn.

1.3. Toepassing van motiverende gespreksvoering

Van oorsprong is motiverende gespreksvoering ontwikkeld voor het gebruik bij individuele cliënten. Het beschikbare effectonderzoek richt zich dan ook alleen op motiverende gespreksvoering met

individuen. Inmiddels zijn ook groepsversies van motiverende gespreksvoering ontwikkeld (Ingersoll, Wagner, Gharib, zonder jaartal).

In Nederland gebruiken hulpverleners in onder meer de psychiatrie, de verslavingszorg, de (jeugd)reclassering en in justitiële jeugdinstellingen motiverende gespreksvoering. Het is mogelijk dat ook hulpverleners in andere instellingen gebruikmaken van motiverende gesprekstechnieken. Het is echter niet bekend hoe systematisch dat gebeurt en hoeveel training zij hiervoor ontvangen hebben.

Toepassing in justitiële jeugdinstellingen en (jeugd)reclassering vergt wel enige aanpassing in de werkwijze. In tegenstelling tot de verslavingszorg is in de justitiële jeugdinstellingen altijd sprake van drang en dwang. Dit lijkt haaks te staan op de principes van motiverende gespreksvoering. Aan de ene kant moeten hulpverleners in justitiële jeugdinstellingen en (jeugd)reclassering in staat zijn om duidelijke grenzen te bewaken en heldere regels te stellen wanneer een jongere die ter discussie stelt of overtreedt. Aan de andere kant moeten zij conform de principes van motiverende gespreksvoering in staat zijn om de rol van accepterende meedenker en coach op zich te nemen. In deze situatie treedt de hulpverlener eerst duidelijk op en legt hij een sanctie op wanneer een jongere de regels van de instelling overtreedt. Daarna is het mogelijk om met motiverende technieken te onderzoeken wat er aan de hand was en hoe de jongere zelf over het voorval denkt.

Een andere aanpassing ten opzichte van de verslavingszorg is dat de gesprekken met jongeren meer sturend en sterker gestructureerd zijn dan bij volwassenen. Omdat jongeren meer moeite hebben om realistische doelstellingen te formuleren, moet de hulpverlener jongeren hierin meer ondersteunen. Het is daarbij belangrijk dat de hulpverlener goed aansluit bij wat de jongere wil (Otten, zonder jaartal; Vogelvang, 2006).

Voor het gebruik van motiverende gespreksvoering in de justitiële jeugdinstelling is een training van vier dagdelen ontwikkeld. In deze training maken de deelnemers kennis met de belangrijkste uitgangspunten, principes en basisvaardigheden van motiverende gespreksvoering (www.work-wise.nl).

2. Theoretische onderbouwing

Over de theoretische onderbouwing van motiverende gespreksvoering bestaat discussie. Van oorsprong is motiverende gespreksvoering gebaseerd op onderzoek en theorievorming over veranderingsprocessen bij mensen van twee Amerikaanse onderzoekers, Prochaska en DiClemente (1992). Inmiddels is er vanuit diverse hoeken kritiek op dit model gekomen en een alternatieve theorie ontwikkeld.

2.1 Bereidheid tot veranderen

Dat iemand gemengde gevoelens heeft over het veranderen van zijn gedrag is eerder regel dan uitzondering. Aarzelen is een normale menselijke reactie en een natuurlijke fase in het veranderingsproces. Een ambivalente houding kan voorgesteld worden als een weegschaal, waarop een persoon de voor- en nadelen van het veranderen afweegt tegen de status quo. Voordat een persoon verandert zijn er drie essentiële aspecten van zijn motivatie voor verandering nodig: bereidheid om te veranderen, overtuiging in staat te zijn om te veranderen en gereedheid om te veranderen. Bij de bereidheid om te veranderen gaat het erom dat een persoon het belang van de verandering inziet. Daarnaast moet hij er ook van overtuigd zijn dat hij de capaciteiten heeft om de

verandering te realiseren. Gereedheid om te veranderen houdt in dat het veranderen voor de persoon in kwestie ook prioriteit heeft (Miller & Rollnick, 2002).

De kans dat een persoon verandert, wordt vergroot door interpersoonlijke interactie. De hulpverlener levert persoonlijk een belangrijke bijdrage aan de mate waarin iemand deelneemt aan de behandeling, de mate van uitval en therapietrouw en de uitkomsten. Vooral een empathische houding van de hulpverlener lijkt verandering te bevorderen. Het is belangrijk dat de hulpverlener begrip toont voor de ambivalente houding van een cliënt en laat merken dat hij ervan overtuigd is dat de cliënt in staat is om te veranderen. Ook wat cliënten zeggen over verandering is belangrijk. Uitspraken waaruit blijkt dat zij gemotiveerd zijn en er alles aan willen doen om te veranderen, voorspellen of een persoon daadwerkelijk verandert. Daarom is het zaak voor de hulpverlener cliënten zover te krijgen dat ze zulke uitspraken doen (Miller & Rollnick, 2002).

2.2. Stadia in het veranderingsproces

Prochaska en DiClemente hebben beschreven welke stadia mensen doorlopen voordat zij bereid zijn om hun gedrag aan te passen. Zij baseren deze stadia op jarenlang empirisch onderzoek bij mensen met allerlei verslavingen, vooral rook-, alcohol- en drugsverslaving. Zij onderscheiden zes stadia:

1. Voorbeschouwing (precontemplatie): de cliënt heeft (nog) geen intentie om te veranderen. Vaak is de potentiële(mogelijke) cliënt zich niet bewust van een probleem of ontkent hij dat hij een probleem heeft. In veel gevallen ervaart de omgeving van de cliënt het probleem wel. Pogingen van een hulpverlener om een cliënt zich bewust te laten worden van het probleem en een verandering in gang te zetten stuiten op weerstand.
2. Overpeinzing (contemplatie): de cliënt is zich bewust van het probleem en overweegt wat het kan opleveren als hij zijn gedrag verandert. De motivatie om iets te gaan doen is aanwezig, maar hij onderneemt nog geen actie.
3. Besluitvorming (voorbereiding): de cliënt neemt pas een besluit op het moment dat hij zich bewust is van het probleem, dit ook als probleem erkent en voldoende vertrouwen heeft in zijn mogelijkheden om te veranderen. In dit stadium maakt de cliënt een plan waarmee hij zijn gedrag kan veranderen.
4. Actie: de cliënt onderneemt actie om zijn gedrag te veranderen. De eigenlijke behandeling, gericht op verandering, vindt in dit stadium plaats.
5. Onderhoud (consolidatie): dit stadium is het moment waarop de cliënt probeert om het nieuwe gedrag in zijn dagelijks leven te integreren. Alleen op die manier is hij in staat om de bereikte verandering vast te houden en niet terug te vallen.
6. Terugval: meestal is een cliënt niet in staat om het bereikte resultaat volledig te handhaven en krijgt hij een terugval. Terugval komt voor. Een cliënt hoeft niet elke keer dat hij terugvalt, helemaal opnieuw te beginnen. Een cliënt leert van zijn eerdere pogingen tot gedragsverandering en maakt hiervan gebruik bij een hernieuwde poging (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Dit model geeft inzicht in het veranderingsproces en de ontwikkeling die een persoon doormaakt, voordat hij daadwerkelijk bereid is te veranderen. Prochaska en Velicer (1997) menen dat personen alle stadia achtereenvolgend doorlopen en dat zij, voordat zij hun nieuwe gedrag weten te handhaven, gewoonlijk een of meerdere keren terugvallen in een eerder stadium. Prochaska en DiClemente veronderstellen dat de motivatiestadia een geordende opeenvolging van losse fasen zijn.

Hoewel een persoon kan switchen van het ene naar het andere motivatiestadium, nemen ze aan dat iemand zich altijd in één bepaalde fase bevindt. Personen doorlopen elk stadium op een ordelijke manier, menen Prochaska en DiClemente. Ze gaan ervan uit dat personen geen stadia overslaan in het proces van bewustwording tot verandering.

Interventies voor gedragsverandering dienen dan ook afgestemd te zijn op het motivatiestadium van het individu, omdat dit de effectiviteit verhoogt. Prochaska, DiClemente en Norcross (1992) leggen een relatie tussen het motivatiestadium waarin de cliënt verkeert en de technieken die de hulpverlener dient te gebruiken om de bereidheid om te veranderen te stimuleren (zie figuur 1).

Figuur 1: Samenhang tussen motivatiestadium en technieken van de hulpverlener gebaseerd op Prochaska et al. (1992; overgenomen uit Van Yperen, Booy & Van der Veldt, 2003).

		Motivatiestadium				
		Voorbeschouwing (precontemplatie)	Overpeinzing (contemplatie)	Besluitvorming (voorbereiding)	Actie	Onderhoud (consolidatie)
Technieken	'Bewustmakende' interventies (observaties, confrontaties en interpretaties)	Handelingen gericht op het verhelderden van hoe de cliënt over zichzelf in relatie tot het probleem denkt (o.a. verhelderden van waarden, denkbeelden, wensen)	Handelingen gericht op het kiezen voor het zich verbinden aan actie, of het doen ontstaan van geloof in het vermogen om te veranderen (keuzes maken, voornemens formuleren, doelen stellen, commitmentverhogende handelingen zoals behandelcontracten aangaan)	Handelingen van beloning van verandering (zelfbeloning, beloning door anderen)	Handelingen gericht op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen bij iemand die om de cliënt geeft (de therapeutische alliantie, sociale steun, zelfhulpgroepen)	Handelingen gericht op het substitueren van het probleemgedrag door alternatieven (ontspanning, desensitiseren, voor zichzelf opkomen, positieve zelfuitspraken)
	Handelingen gericht op het laten ervaren en uitdrukken van gevoelens over het probleem en de oplossingen (rollenspel, psychodrama, rouw)				Handelingen gericht op het vermijden van of omgaan met stimuli die het probleemgedrag uitlokken (waaronder uitdovingstechnieken, eerst-denken-dan-doen-technieken, vermijden van risicovolle situaties)	
	Handelingen gericht op het verhelderden van de invloed van het probleem op de omgeving					

2.3. Kritiek op de motivatiestadia

De validiteit van het model van motivatiestadia ligt onder vuur. Enerzijds is er bewijs dat motiverende gespreksvoering de motivatie en bereidheid om te veranderen versterkt. Vergeleken met controlegroepen die geen enkele behandeling kregen, blijkt de motivatie van cliënten bij wie de hulpverlener gebruik maakt van motiverende gesprekstechnieken, groter te worden. Anderzijds wordt dit verschil niet gevonden wanneer motiverende gespreksvoering vergeleken wordt met een andere actieve behandelmethodede (Burke et al., 2004; Dunn et al., 2001).

Bovendien blijkt uit een review van 87 onderzoeken naar de motivatiestadia, uitgevoerd bij rook-, alcohol- en drugsverslaving en lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen, dat de motivatiestadia elkaar overlappen en dat de stadia niet zo duidelijk lineair opeenvolgen als Prochaska en DiClemente menen (Littell & Girvin, 2002). Uit diverse onderzoeken blijkt dat de motivatie van mensen kenmerken van meerdere stadia kan hebben. Daarmee blijkt de veronderstelling van Prochaska en DiClemente dat een persoon zich in één motivatiestadium bevindt, onderuit gehaald te worden. Ook laat geen enkel onderzoek zien dat mensen alle motivatiestadia doorlopen voordat zij daadwerkelijk veranderen. In plaats daarvan lijkt het erop dat een verandering soms in korte tijd kan plaatsvinden, omdat een persoon van het ene op het andere moment besluit zijn problemen aan te pakken en de nodige veranderingen door te voeren. Vaak is zo'n plotselinge verandering het resultaat van belangrijke levensgebeurtenissen of van druk van buitenaf. Het overslaan van één of meerdere motivatiestadia is in tegenspraak met de oorspronkelijke ideeën van Prochaska en DiClemente (Littell & Girvin, 2002).

Hun model van motivatiestadia houdt rekening met cognitieve processen die mogelijk voorafgaan aan de daadwerkelijke verandering, zoals het afwegen van voor- en tegenargumenten om te veranderen. Maar waar dit model geen rekening mee houdt, zijn gevoelens en emoties die een persoon heeft bij het probleem, de oplossing of het veranderingsproces. Gevoelens als angst en depressie maken het waarschijnlijk dat een persoon minder bereid is om te veranderen (Littell & Girvin, 2002).

Littell en Girvin (2002) concluderen dat het model van motivatiestadia weliswaar aantrekkelijk lijkt, maar dat empirische onderbouwing voor de opeenvolgende fasen van motivatie ontbreekt. Andere belangrijke bijdragen van het model, zoals de noodzaak van gereedheid om te veranderen en de nadruk op cognitieve processen voorafgaand aan gedragsverandering, kunnen ook zonder deze theorie over motivatie gehandhaafd worden. Volgens hen zou het model gezien kunnen worden als een ideaal voor gedragsverandering dat hulpverleners een houvast biedt voor het aanmoedigen en helpen veranderen van mensen.

2.4. Zelfdeterminatie

Markland en collega's (2005) onderzochten een andere theorie ter verklaring van de werkzaamheid van motiverende gespreksvoering, namelijk de theorie van zelfdeterminatie. Deze theorie gaat over de manier waarop persoonlijkheidsontwikkeling en gedragsverandering geïnitieerd wordt door de motivatie van een persoon zelf. Het uitgangspunt van zelfdeterminatie is dat mensen een aangeboren neiging hebben om te groeien en om verschillende aspecten van zichzelf te integreren tot een samenhangend geheel. Daarbij proberen zij innerlijke psychische conflicten op te lossen die ontstaan door tegenstrijdigheden tussen hun gedrag, wil, gedachten en gevoelens.

Volgens de zelfdeterminatietheorie kan elk gedrag geplaatst worden op een continuüm dat begint bij volledige afhankelijkheid of externe regulatie en eindigt bij autonomie of echte zelfregulatie. De mate waarin een persoon autonoom is, heeft diverse consequenties, onder andere voor de mate van

inspanning, doorzettingsvermogen, kwaliteit van de poging en kwaliteit van de subjectieve ervaring. Het continuüm van autonomie is als volgt:

1. externe regulatie: het gedrag wordt gecontroleerd door straf en beloning waarover anderen de controle hebben. Personen doen uit zichzelf nauwelijks een poging om te veranderen of alleen halfslachtige pogingen;
2. deels geïnternaliseerde regulatie: een persoon wordt niet gemotiveerd door externe controle, maar door geïnternaliseerde, aan zelfwaardering gerelateerde vormen van beloning. De motivatie is ambivalent en onstabiel, maar de kans op handhaving van het nieuwe gedrag is groter dan bij personen met externe regulatie;
3. identificatie: een persoon accepteert bewust dat bepaalde, specifieke gedragingen belangrijk zijn om door hem persoonlijk gewaardeerde uitkomsten te bereiken. Deze persoonlijke waarden voorzien in een sterke beloning waarmee moeilijkheden om het gedrag vast te houden kunnen worden overwonnen;
4. geïntegreerde regulatie: een persoon heeft het gedrag in samenhang gebracht met zijn andere waarden en overtuigingen.

Hoe autonomer iemands motivatie om te veranderen is, des te groter is zijn deelname aan de behandeling en des te groter is de kans dat de cliënt op de lange termijn de gedragsverandering weet te handhaven.

Iemand kan vanuit zichzelf motivatie ontwikkelen en tot een geïntegreerde persoonlijkheid komen wanneer hij drie fundamentele psychologische behoeften heeft:

1. behoefte aan competentie, dat wil zeggen dat een persoon een vertrouwen in eigen vaardigheden ervaart en de capaciteit heeft om uitkomsten beïnvloeden;
2. behoefte aan autonomie, de idee dat een persoon zelf richting kan geven aan het eigen handelen in plaats van zich gecontroleerd of gedwongen tot handelen te voelen;
3. behoefte aan verbondenheid, dat wil zeggen dat de relaties van een persoon voldoening geven en ondersteunend zijn.

De omgeving kan het veranderingsproces van een persoon ondersteunen of juist frustreren. Een omgeving die de motivatie van mensen ondersteunt en bekrachtigt, is betrokken en ondersteunt zowel de autonomie als de competentie. Dat betekent dat een stimulerende omgeving enerzijds mensen helpt in te zien dat ze keuzemogelijkheden in hun gedrag hebben en anderzijds helpt om duidelijke en realistische doelen te stellen, hun capaciteiten om te veranderen bevestigt en positieve feedback geeft over de vooruitgang van het veranderingsproces. Een betrokken omgeving betekent dat mensen oprecht bereid zijn te investeren in een individu en zijn welzijn, dat ze de moeilijkheden in het veranderingsproces begrijpen en bereid zijn een individu emotioneel te steunen (Markland et al., 2005).

Volgens Markland en collega's (2005) sluiten motiverende gespreksvoering en de zelfdeterminatietheorie goed op elkaar aan. De stijl van motiverende gespreksvoering en de specifieke strategieën ondersteunen de behoeften aan competentie, autonomie en verbondenheid van cliënten. De hulpverlener ondersteunt de behoefte aan competentie door cliënten te helpen realistische verwachtingen te hebben en geschikte zelfgeselecteerde doelen te stellen en positieve, niet veroordelende feedback te geven. De autonomie ondersteunt hij door confrontatie en dwang te vermijden, gedragsmogelijkheden te onderzoeken en door cliënten aan te moedigen zelf te kiezen hoe zij willen veranderen. Aan de behoefte aan verbondenheid komt een hulpverlener tegemoet door empathie te tonen en kritiek en beschuldigingen te vermijden. Door inzet van deze technieken zorgt



de hulpverlener ervoor dat een cliënt gemotiveerder is om nieuw gedrag aan te leren en dat het gedrag van een cliënt meer overeenkomt met wat hij belangrijk vindt in zijn leven.

2.5. Conclusies voor de onderbouwing van motiverende gespreksvoering

Wat weten we nu over de theoretische onderbouwing van motiverende gespreksvoering? In de eerste plaats is motiverende gespreksvoering gebaseerd op het model van veranderingsstadia van Prochaska en DiClemente. Hoewel dit een goed onderzocht model is en zeker aanknopingspunten biedt voor de behandeling van mensen die nog niet zo gemotiveerd zijn, is er ook veel kritiek op. Onderzoek laat zien dat niet alle veronderstellingen van Prochaska en DiClemente kloppen. Andere wetenschappers hebben gezocht naar andere theorieën die de effecten van motiverende gespreksvoering verklaren, zoals Markland en collega's (2005) die hiervoor de zelfdeterminatietheorie aandragen. Deze theorie gaat ervan uit dat een persoon om te veranderen een gevoel van competentie, autonomie en verbondenheid nodig heeft. Motiverende gespreksvoering beantwoordt aan deze behoefte, waardoor mensen in staat zijn om in beweging te komen en verandering in hun leven teweeg kunnen brengen.

3. Verschillen tussen motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte therapie

In de praktijk blijken er vragen te zijn over het verschil tussen motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte therapie. Oplossingsgerichte therapie is een vorm van hulpverlening die gericht is op het versterken van de autonomie van cliënten, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar de oplossing in plaats van naar het probleem. Een belangrijk aandachtspunt in de behandeling is de benutting van de sterke kanten en hulpbronnen van de cliënt. Samen met de hulpverlener onderzoekt de cliënt welke vaardigheden hij al in huis heeft om zijn problemen aan te pakken. Oplossingsgerichte therapie is kortdurend en resultaatgericht. Een beschrijving van wat oplossingsgerichte therapie is en welke effecten het heeft is te vinden op www.nji.nl/watwerkt. Hulpverleners hebben vaak het idee dat de overeenkomsten tussen motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte therapie groot zijn, maar weten niet goed waar het verschil nu precies in zit. Daarom worden hierna de belangrijkste overeenkomsten en verschillen op een rij gezet. Lewis en Osborn (2004) hebben een overzicht gemaakt met de belangrijkste verschillen en overeenkomsten tussen oplossingsgerichte therapie en motiverende gespreksvoering. Overeenkomsten tussen deze twee vormen van gespreksvoering zijn:

- dat de focus niet op het probleem gericht is, maar op gezondheidsbevordering, met belangstelling voor de competenties, vaardigheden en sterke kanten van de cliënt; de nadruk ligt op wat werkt voor de cliënt;
- de sociaal constructivistische insteek: de hulpverlener geeft samen met de cliënt mogelijke oplossingen vorm, bijvoorbeeld alternatieve attitudes, verschillende manieren van waarnemen van een probleem;
- de verankering in verandering: in beide gevallen gaat de hulpverlener uit van de overtuiging dat de cliënt in staat is te veranderen en dat een verandering het snelst en gemakkelijkst plaatsvindt als die aansluit bij de mate van betrokkenheid en de wil om te veranderen van de cliënt;

- de andere kijk op weerstand: beide vormen beschouwen weerstand als een fenomeen dat veranderd kan worden door een goede relatie met de hulpverlener en de inzet van specifieke technieken;
- de samenwerking als sleutel tot verandering;
- het gebruik van de sterke kanten en hulpbronnen van de cliënt.

Toch zijn er ook enkele belangrijke verschillen tussen oplossingsgerichte therapie en motiverende gespreksvoering. Die verschillen zijn:

- De al dan niet gezamenlijke constructie van oplossingen: oplossingsgerichte therapie gaat ervan uit dat de realiteit geconstrueerd kan worden door interactie tussen hulpverlener en cliënt. Bij motiverende gespreksvoering neemt de hulpverlener meer het perspectief van de cliënt over en is het minder een kwestie van gezamenlijk construeren.
- Het veranderingsmodel: motiverende gespreksvoering maakt gebruik van een expliciet gedefinieerd veranderingsmodel. Hoewel oplossingsgerichte therapie strategieën aanbiedt die nieuwe mogelijkheden en verandering van perspectief ondersteunen, volgt het geen veranderingsmodel.
- Methoden om verandering te bewerkstelligen: motiverende gespreksvoering focust op het motivatiestadium waarin de cliënt verkeert, waar oplossingsgerichte therapie zich richt op het vinden van mogelijke uitzonderingen. Motiverende gespreksvoering zoekt naar verschillen tussen het huidige gedrag en het ideale gedrag, waar oplossingsgerichte therapie zoekt naar uitzonderingen op het probleem om de werkzame factoren voor de cliënt te versterken. Motiverende gespreksvoering is directief in de benodigde verandering en probeert intrinsieke motivatie te versterken, waar oplossingsgerichte therapie meer de nadruk legt op de voorkeur voor verandering van de cliënt en het samen met de cliënt stellen van doelen en bedenken van oplossingen. Oplossingsgerichte therapie is meer gericht op hoe een cliënt kan veranderen, welke stappen hij daarvoor kan ondernemen, terwijl motiverende gespreksvoering meer gericht is op de motivatie, het 'waarom' van veranderen.
- De focus op heden of toekomst: motiverende gespreksvoering is gericht op het heden, terwijl oplossingsgerichte therapie zowel op het heden als de toekomst georiënteerd is.
- Het gebruik van reflectie: oplossingsgerichte therapie maakt gebruik van reflectie, zonder een van tevoren bepaald doel, bestemming of eindresultaat in gedachten. De hulpverlener fungeert daarbij als model voor de cliënt om hem te stimuleren zelf ook te reflecteren. Bij motiverende gespreksvoering ligt de verantwoordelijkheid voor reflectie bij de hulpverlener. In de oplossingsgerichte therapie is reflectie een doel op zich, terwijl dit bij motiverende gespreksvoering niet het geval is (Lewis & Osborn, 2004).

Atkinson en Amesu (2007) laten zien hoe oplossingsgerichte technieken geïntegreerd kunnen worden in het model van veranderstadia (Prochaska, Diclemente & Norcross, 1992) waarop motiverende gespreksvoering gebaseerd is.

In de voorbeschouwingsfase, waarin een persoon zich nog niet bewust is van een probleem, kan het nuttig zijn om het perspectief van een derde persoon aan te halen en te vragen wat de cliënt vindt van diens mening over het probleem.

In de overpeinzingsfase, wanneer iemand de voor- en nadelen van veranderen afweegt, zijn het zoeken naar uitzonderingen en het stellen van de wondervraag bruikbare hulpmiddelen.

In de voorbereidingsfase, wanneer iemand besloten heeft te veranderen en de eerste stappen zet, is het belangrijk dat de hulpverlener en de cliënt samen zoeken naar de competenties, vaardigheden en hulpbronnen van de cliënt die een mogelijk aanknopingspunt bieden voor de gewenste verandering. In de actiefase helpt de hulpverlener door te kijken naar wat er verbeterd is sinds het vorige gesprek. Dat biedt vervolgens aanknopingspunten voor het uitbouwen van vaardigheden en hulpbronnen. Om ervoor te zorgen dat een cliënt in staat is de verandering vast te houden, kan de hulpverlener gebruik maken van reflectie op de verandering en schaalvragen om na te gaan wat een cliënt doet om terugval te voorkomen of welke stappen hij tijdens een terugval onderneemt om er weer bovenop te komen.

4. Effectiviteit

4.1 Algemene effecten van motiverende gespreksvoering

Naar de effecten van motiverende gespreksvoering is veel onderzoek gedaan, vooral in de verslavingszorg. Uit diverse meta-analyses en reviews blijkt dat motiverende gespreksvoering werkt bij het behandelen van drugsverslaving en alcoholmisbruik en het stimuleren van gezondere voedingspatronen en lichaamsbeweging (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Burke, Dunn, Atkins & Phelps, 2004; Dunn, Deroo & Rivara, 2001; Hetteema & Hendricks, 2010; Hetteema, Steele & Miller, 2005; Jensen et al., 2011; Knight, McGowan, Dickens & Bundy, 2006; Lundahl & Burke, 2009; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson & Burke, 2010; Vasilaki, Hosier & Cox, 2006).

Motiverende gespreksvoering blijkt in veel verschillende varianten te worden aangeboden. Hulpverleners zetten het in als op zichzelf staande behandelvorm, waarbij de behandeling dus uitsluitend bestaat uit motiverende gespreksvoering. Maar zij blijken motiverende gespreksvoering ook te gebruiken als voorbereiding op een andere vorm van behandeling, zodat een cliënt bij de start van de behandeling klaar is om te veranderen en baat heeft bij die behandeling. Ook blijken zij de technieken van motiverende gespreksvoering toe te passen als aanvulling op hun gebruikelijke behandeling. Niet in alle overzichtsstudies die we hier gebruiken is precies duidelijk om welk type motiverende gespreksvoering het gaat, maar waar mogelijk geven we dat aan.

Roken, drugsverslaving, alcohol

Als de toepassing van motiverende gespreksvoering bij cliënten met drugsverslaving of alcoholmisbruik wordt vergeleken met meer confronterende benaderingen van hulpverleners, zoals sarcasme, ongeloof of een openlijk meningsverschil, blijkt dat een motiverende aanpak ervoor zorgt dat cliënten vaker de afspraken nakomen, meer deelnemen aan het gesprek en betere resultaten behaald hebben aan het einde van de behandeling.

Een hulpverlener die gebruik maakt van een motiverende benadering, bereikt daarmee dat zijn cliënten vaker naar de afspraken komen en dat zij meer deelnemen aan het gesprek. De analyse van de problemen die door samenwerking tot stand is gekomen, heeft een betere uitwerking op de cliënt dan het confronteren met of labelen van problemen door de hulpverlener (Burke et al., 2004). Het lijkt erop dat de kracht van kortdurende motiverende gespreksvoering vooral ligt in het vermogen om vertrouwen in verandering en self-efficacy te versterken (Cassin et al., 2008). Een positieve benadering van de hulpverlener helpt daarbij beter dan een negatieve, confronterende methode. Uit follow-ups tot maximaal vier jaar na afloop van de behandeling bleek dat de effecten langdurig standhielden (Burke et al., 2003; Jensen et al., 2011; Lundahl et al., 2010). Gemiddeld duurt een behandeling met motiverende gespreksvoering korter dan andere effectieve behandelingen, maar zijn de effecten net zo groot (Burke et al., 2004; Dunn et al., 2001; Lundahl & Burke, 2009).

De effecten van motiverende gespreksvoering bij het stoppen met roken zijn tegenstrijdig: in sommige overzichtsstudies blijkt motiverende gespreksvoering hierop geen effect te hebben of minder effect dan andere actieve behandelvormen zoals cognitieve gedragstherapie (Burke et al., 2003; Burke et al., 2004; Hettema & Hendricks, 2010; Hettema et al., 2005; Lundahl & Burke, 2009). Lundahl en Burke (2009) raden het daarom aan om motiverende gespreksvoering niet als vervanging van een andere behandelvorm aan te bieden, maar menen ook dat het beter is dan niets. Hettema en Hendricks (2010) concluderen dat motiverende gespreksvoering bij jonge mensen, mensen die niet al te sterk afhankelijk zijn van roken, mensen die kampen met medische redenen om te stoppen met roken en mensen die weinig motivatie hebben om te stoppen met roken, er wel degelijk baat bij hebben. Bij deze groepen is toepassing ervan veelbelovend: de meta-analyse laat kleine maar betere effecten zien van motiverende gespreksvoering dan bij andere doelgroepen.

Eetstoornissen

Naast onderzoek naar roken, alcohol- en drugsgebruik is ook bij enkele andere problemen onderzocht wat de effecten van motiverende gespreksvoering is, bijvoorbeeld in de behandeling van eetstoornissen. Ambivalentie tegenover de behandeling is heel gebruikelijk bij cliënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa. Enkele onderzoeken laten zien dat motiverende gespreksvoering effectief is in het verminderen van symptomen van de eetstoornis, zoals vreetbuien, overgeven en misbruik van laxerende middelen (Britt, Hudson & Blampied, 2004).

Cassin en collega's (2008) gingen met een Randomized Controlled Trial (RCT) na of kortdurende motiverende gespreksvoering effectief was om symptomen van Binge Eating Disorder (BED) te verminderen. Zij vergeleken daarbij vrouwen die alleen een zelfhulpboek ontvingen met vrouwen die naast het zelfhulpboek ook een sessie motiverende gespreksvoering kregen. Hoewel alleen het zelfhulpboek vrouwen al hielp om extreme eetbuien te verminderen tot zestien weken na de behandeling, bleek de toevoeging van één enkele sessie motiverende gespreksvoering tot duidelijk betere uitkomsten te leiden. Niet alleen had de behandeling een positief effect op het eetgedrag, maar ook op self-efficacy, stemming, zelfwaardering en kwaliteit van leven.

Dean, Touyz, Rieger en Thornton (2008) onderzochten de effecten van Motivational Enhancement Therapy (MET), een specifiek protocol voor motiverende gespreksvoering, bij cliënten met een eetstoornis in een residentiële setting. In vergelijking met cliënten die de gebruikelijke behandeling kregen, gingen cliënten die MET ontvingen niet meer vooruit. Wel bleken zij op langere termijn meer gemotiveerd voor en betrokken bij de behandeling te blijven en vaker de behandeling voort te zetten.

Depressie en angststoornissen

Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar de effecten van motiverende gespreksvoering in de behandeling van mensen met een depressie of angststoornis. Een meta-analyse van Lundahl en collega's (2010) geeft wel de indicatie dat motiverende gespreksvoering positief kan bijdragen aan het welzijn van mensen, zoals het verminderen van stress of depressieve klachten. Volgens hen is er ook een aanzienlijke hoeveelheid theorie die de gedachte ondersteunt dat het effectief is bij depressie en angststoornissen.

Dubbeldiagnose

Met de nodige aanpassingen lijkt motiverende gespreksvoering ook een bruikbaar middel in de behandeling van cliënten die zowel een psychiatrische stoornis als een verslaving hebben, zogenaamde dubbeldiagnose patiënten. Wanneer zij voor de behandeling een sessie met motiverende gespreksvoering krijgen, neemt hun opkomst bij de therapie toe. Bij psychotische

cliënten leidt motiverende gespreksvoering ertoe dat zij hun medicatie beter innemen. Doordat zij hun medicatie trouwer innemen en vaker bij behandelingssessies komen opdagen, functioneren zij beter en zijn ze sociaal stabiel over een periode van anderhalf jaar. Zij blijken ook minder alcohol en drugs te gebruiken. Echter, de effecten van motiverende gespreksvoering op het gebruik van alcohol en drugs zijn middelmatig. Waarschijnlijk is het nodig om dubbeldiagnose cliënten intensiever met motiverende technieken te behandelen dan een niet-psychiatrische populatie (Chanut, Brown & Dongier, 2005).

Therapietrouw

Uit bovenstaande studies blijkt al dat motiverende gespreksvoering een belangrijke bijdrage levert aan de therapietrouw van cliënten. Therapietrouw is van belang, omdat het leidt tot betere resultaten van de behandeling. In een review van Zweben en Zuckoff (2002) werd speciaal naar therapietrouw gekeken. Uit twaalf van de 21 gecontroleerde studies in deze review blijkt dat cliënten met uiteenlopende problemen en in diverse behandelingsituaties die motiverende gespreksvoering ontvingen, de behandeling trouwer volgden dan cliënten die een andere vorm van behandeling kregen. Na afloop van de behandeling blijken de cliënten van hulpverleners die motiverende gesprekstechnieken gebruiken, ook sterker verbeterd te zijn dan cliënten van hulpverleners die dit niet doen. Uit vijf andere studies bleek dat motiverende gespreksvoering even goed werkte om de therapietrouw te versterken als andere goed gespecificeerde interventies of standaardinterventies. Ook uit de meta-analyse van Lundahl en collega's (2010) blijkt dat motiverende gespreksvoering een belangrijke bijdrage aan therapietrouw en de bereidheid om te veranderen levert.

4.2 Specifieke effecten bij verschillende groepen cliënten

Sekse

Over de verschillen in effecten tussen mannen en vrouwen is niet veel bekend. Maar bij alcoholmisbruik blijkt motiverende gespreksvoering voor mannen net zo effectief te zijn als voor vrouwen (Vasilaki et al., 2006).

Leeftijd

De gevonden effecten voor drugsverslaving en alcoholmisbruik gelden zowel voor volwassenen als voor jongeren (Barnett, Sussman, Smith, Rohrbach & Spruijt-Metz, 2012; Feldstein & Ginsburg, 2006; Jensen et al., 2011; McCambridge & Strang, 2004; McCambridge & Strang, 2005; McCambridge, Slym & Strang, 2008; Spirito et al., 2011).

De effecten van motiverende gespreksvoering bij het stoppen met roken zijn bij volwassenen maar klein (Burke et al., 2003; Burke et al., 2004; Hettema & Hendricks, 2010; Hettema et al., 2005). Echter, bij jongeren bleek motiverende gespreksvoering, in tegenstelling tot bij volwassenen, ook te werken om roken te verminderen (Hettema & Hendricks, 2010; Jensen et al., 2011; McCambridge & Strang, 2004; McCambridge & Strang, 2005).

Monti en collega's (1999; 2007) onderzochten de effecten van motiverende gespreksvoering bij adolescenten en jongvolwassenen met drankproblemen. Op de spoedeisende hulp waar zij terecht kwamen vanwege overmatig drankgebruik kregen ze een eenmalige sessie motiverende gespreksvoering. Daarna bleken adolescenten en jongvolwassenen minder en minder vaak te drinken. De effecten waren bij de groep die motiverende gespreksvoering ontving dubbel zo groot als bij de groep die alleen feedback kreeg over hun drinkgedrag en de effecten daarvan. Ook

verminderde het aantal alcoholgerelateerde verwondingen en zochten meer personen hulp voor hun alcoholproblemen (Monti et al., 1999; Monti et al., 2007).

Spirito en collega's (2004 in Feldstein & Ginsburg, 2006) ontdekten dat er verschillen waren in de effecten tussen oudere en jongere adolescenten met drankproblemen. Bij oudere adolescenten van 18 en 19 jaar bleek een eenmalige sessie motiverende gespreksvoering op de spoedeisende hulp te zorgen voor minder risicogedrag dat gewoonlijk samenhangt met alcoholgebruik. Onder meer bleken ze minder vaak te rijden met alcohol op, minder vaak aan alcohol gerelateerde verwondingen op te lopen en minder vaak aan alcohol gerelateerde problemen te hebben. Bij jongere adolescenten nam het riskante gedrag dat gerelateerd is aan overmatig alcoholgebruik, niet af. Spirito en collega's vermoeden dat het bij jongere adolescenten noodzakelijk is om ouders te betrekken bij de behandeling om een verandering in hun gedrag teweeg te brengen. Een behandeling waarbij de ouders betrokken zijn, zou gericht moeten zijn op het versterken van hun communicatieve vaardigheden en het toezicht dat zij houden op het drankgebruik van hun kind.

Ook naar de effectiviteit van motiverende gespreksvoering bij jeugdige delinquenten zijn diverse onderzoeken gedaan die grotendeels beschrijvend en anecdotisch zijn. Dat beperkt de mogelijke conclusies over de effectiviteit sterk. Feldstein en Ginsburg (2006) hebben het effectonderzoek naar motiverende gespreksvoering bij jeugdige delinquenten op een rij gezet in een review. Zij menen dat eigenschappen van hulpverleners als openheid, oprechtheid en empathie – belangrijke elementen van motiverende gespreksvoering – de kans van slagen van de hulpverlening aan jeugdige delinquenten vergroten. Hulpverleners die niet gericht waren op samenwerking met de cliënt, slaagden er niet in om een verandering bij hun cliënt teweeg te brengen. Enkele onderzoeken laten voor het verminderen van drugsgebruik bij adolescenten in een justitiële jeugdinrichting een positief effect van motiverende gespreksvoering zien (Feldstein & Ginsburg, 2006).

Effecten van kortdurende motiverende gespreksvoering bij dak- en thuisloze adolescenten in het verminderen van alcohol- en drugsgebruik waren slechts klein. Omdat deze doelgroep te maken heeft met veel psychische, sociale en gezondheidsproblemen is het te verwachten dat interventies intensief moeten zijn om effecten te sorteren. Aangezien hun leven instabiel is en zij vaak snel weer weggaan uit een instelling, is het ook moeilijk om ervoor te zorgen dat ze aan goed ontwikkelde uitgebreidere behandelprogramma's blijven deelnemen (Baer et al., 2007; Peterson et al., 2006).

Strait en collega's (2012) onderzochten in een RCT de effecten van één sessie met motiverende gespreksvoering op schoolprestaties van middelbare scholieren. Na één sessie waren scholieren positiever over hun participatie in de klas en studiegedrag. Ook verbeterden de wiskundecijfers van scholieren die motiverende gespreksvoering kregen meer dan bij scholieren die geen motiverende gespreksvoering ontvingen. Echter, één sessie motiverende gespreksvoering had geen invloed op andere vakken waarin de scholieren les kregen, op vertrouwen in eigen studievaardigheden of op het maken van huiswerk.

Mogelijk werkt motiverende gespreksvoering goed bij adolescenten, omdat het aansluit bij de ontwikkelingsfase waarin zij verkeren. Motiverende gespreksvoering is flexibel, duurt kort en is op autonomie gebaseerd, maar biedt hen ook voldoende ondersteuning. Het houdt rekening met hun verlangen naar onafhankelijkheid en individuele behoeften. Daardoor sluit het goed aan bij hun cognitieve en emotionele vaardigheden (Feldstein & Ginsburg, 2006; Baer & Peterson, 2002).

In de jeugdzorg is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen enerzijds de motivatie van cliënten en anderzijds de effecten van de behandeling bij jongeren. Betrokkenheid en actieve inzet bij de behandeling lijken tot betere uitkomsten te leiden (Van Yperen et al., 2003). Onderzoekers noemen ongemotiveerdheid van cliënten als belangrijke reden voor uitval uit de hulpverlening. Een slechte relatie met de hulpverlener en een gebrek aan overeenstemming over wat de problemen zijn en hoe die opgelost moeten worden, dragen bij aan uitval en ontevredenheid van cliënten over de hulpverlening. Binsbergen (2003) concludeert dat betrokkenheid van de hulpverlener en veiligheid voor jongeren in justitiële jeugdinrichtingen motiverend werken. Wanneer een jongere zich onvoldoende veilig voelt in de justitiële jeugdinrichting in het algemeen of specifiek in het contact met de hulpverlener, staat dit zijn motivatie om te veranderen in de weg. De jongere moet ervaren dat hij volwassenen kan vertrouwen. Hij moet erop kunnen rekenen dat de volwassene beschikbaar en bij hem betrokken is en bescherming en begrenzing vanuit de omgeving biedt. Alleen dan kan een jongere in een justitiële jeugdinrichting het risico nemen om mee te werken aan de behandeling, persoonlijke gevoelens te onthullen en daadwerkelijk zijn gedrag te veranderen.

Motiverende gespreksvoering bij gezinnen: de Family Check Up

Een specifieke toepassing van motiverende gespreksvoering voor gezinnen die grondig onderzocht is, is de Family Check Up. De Family Check Up is een korte interventie van drie sessies gebaseerd op motiverende gespreksvoering. In de eerste sessie onderzoekt de hulpverlener wat de zorgen van de ouders zijn en in welke veranderingsstadium zij zich bevinden. Ook motiveert hij hen om deel te nemen aan gezinsdiagnostiek. De tweede sessie bestaat uit allerlei diagnostiek, waaronder een video-opname bij het gezin thuis van de interactie tussen de ouders en het kind en van het toezicht dat de ouders op het kind houden. Vervolgens krijgen de ouders in de derde sessie feedback over de opvoeding. De hulpverlener vat de resultaten samen en maakt daarbij gebruik van motiverende gesprekstechnieken. Resultaat van de Family Check Up is een gezamenlijke beslissing van de ouders en de hulpverlener over de hulp die het meest geschikt is voor het gezin (Dishion, Nelson & Kavanagh, 2003).

De Family Check Up is gebaseerd op de Drinkers Check Up van Miller en Rollnick (2002). De Family Check Up is ingezet bij gezinnen waar een jongere een grotere kans liep op middelenmisbruik (Dishion et al., 2003) en bij gezinnen met een peuter met verhoogd risico op probleemgedrag (Shaw et al., 2006). Ouders bleken beter toezicht te houden op de jongere na deelname aan de Family Check Up, waardoor het middelengebruik bij de jongere afnam (Dishion et al., 2003). Connell, Dishion, Yasui en Kavanagh (2007) voegen daar aan toe dat de gezinnen waarin de grootste risico's bestonden op problemen omdat de biologische vader afwezig was, er veel conflicten waren en de jongere met deviante leeftijdgenoten optrok, het meest geneigd waren om deel te nemen aan de interventie. Ook bij deze moeilijke doelgroep behaalden hulpverleners met deze kortdurende interventie positieve resultaten. Deelname aan de Family Check Up verminderde het risicogedrag, waaronder middelengebruik en antisociaal gedrag. De interventie leidde ook tot een vermindering van het aantal arrestaties gedurende de adolescentie en tot een kleinere kans om met een alcohol-, rook- of drugsstoornis gediagnosticeerd te worden in de late adolescentie.

Onderzoek naar de effecten van de Family Check Up in gezinnen met een peuter laat zien dat moeders positiever en proactiever opvoeden na deelname aan de interventie. Ook nam het destructieve gedrag van de jongetjes in deze gezinnen af. Ook bij de gezinnen met de grootste risico's op het ontwikkelen van gedragsproblemen omdat de moeder depressieve symptomen had en het

kind ongeremd gedrag vertoonde, was de interventie effectief in het verminderen van gedragsproblemen. Opvallend is dat het agressieve gedrag van de peuters niet verminderde na deelname aan de Family Check Up (Dishion et al., 2008; Gardner, Shaw, Dishion, Burton & Supplee, 2007; Shaw, Dishion, Supplee, Gardner & Arnds, 2006). Het jaarlijks herhalen van de Family Check Up zorgt dat verbeteringen in het gedrag van het kind en het opvoedingsgedrag langer standhouden (Dishion et al., 2008). Indirect blijkt de Family Check Up ervoor te zorgen dat jonge kinderen die het risico lopen gedragsproblemen te ontwikkelen beter voorbereid zijn op de school doordat hun zelfregulatie en taalvaardigheden verbeteren. Dit effect wordt bereikt door een toename van het positief ondersteunende gedrag van ouders (Lunkenheimer et al., 2008). Een verbeterd functioneren van de ouders kan ook vroege symptomen van angst en depressie bij kinderen verminderen. Opvallend resultaat was dat de Family Check Up niet voor verbetering zorgde bij kinderen die alleen externaliserende problemen hadden, terwijl de interventie oorspronkelijk wel voor hen bedoeld is (Connell et al., 2008). Eerdere positieve resultaten (Dishion et al., 2008) bij deze groep zijn mogelijk bereikt bij kinderen die comorbide problemen hadden. In het onderzoek van Dishion en collega's (2008) is niet gecontroleerd of kinderen naast externaliserende problemen ook internaliserende problemen hadden.

Gardner en collega's (2009) gingen na welke omgevingsfactoren van invloed zijn op de effecten van de Family Check Up bij peuters met gedragsproblemen. Ouders met de laagste opleidingsniveaus bleken beter op de interventie te reageren. Ook tweeoudergezinnen bereikten meer resultaat. Andere risicofactoren, zoals huwelijksproblemen, drugsgebruik en een depressieve ouder, hadden geen effect op de resultaten van de Family Check Up. De uitkomsten van het onderzoek suggereren dat deze kortdurende gezinsinterventie net zo effectief is voor gezinnen uit ernstige achterstandssituaties als voor minder achtergestelde gezinnen. Wel is voor eenoudergezinnen vermoedelijk nog een aanpassing van de interventie nodig, zodat ook in deze gezinnen gedragsproblemen bij jonge kinderen effectief aangepakt kunnen worden.

Tenslotte melden Shaw en collega's (2009) dat de Family Check Up naast effecten op het probleemgedrag van peuters ook effect heeft op depressieve symptomen van moeders. Een vermindering van depressie bij moeders zorgt ervoor dat zij beter in staat zijn om positief op te voeden, waardoor zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag bij peuters afneemt.

Motiverende gespreksvoering bij adolescenten in combinatie met oudersessie

Enkele onderzoekers hebben onderzocht in hoeverre een sessie voor ouders toegevoegd aan motiverende gespreksvoering voor adolescenten bijdraagt aan positieve effecten van een behandeling om te stoppen met roken.

Colby en collega's (2012) vergeleken uitgebreide motiverende gespreksvoering met kort advies in een RCT. De uitgebreide motiverende gespreksvoering bestond uit één individuele sessie met de adolescent, een telefonische sessie een week later en een telefonisch gesprek met de ouders. Het korte advies bestond uit een gestandaardiseerd advies om te stoppen met roken. Motiverende gespreksvoering had een matig effect op zelf-gerapporteerd rookgedrag, maar geen effect op biochemisch vastgesteld rookgedrag. In tegenstelling tot de verwachtingen bleken ouders in de motiverende gespreksvoering groep minder beperkingen aan hun kind op te leggen wat betreft rookgedrag en roken ook minder af te keuren of ter discussie te stellen. Colby en collega's concluderen hierover dat de nadruk van motiverende gespreksvoering op persoonlijke keuzes en verantwoordelijkheid van de adolescent blijkbaar empirisch ondersteunde ouderstrategieën om roken te verminderen hebben ondermijnd.

Spirito en collega's (2011) onderzochten de effecten van individuele motiverende gespreksvoering al dan niet in combinatie met de Family Check Up bij adolescenten die vanwege overmatig alcoholgebruik op de spoedeisende hulp belandden. Zij voerden daarvoor een RCT uit met follow-upmetingen na drie, zes en twaalf maanden. In beide groepen nam alcoholgebruik af. De sterkste afname was te zien bij de follow-upmeting na drie maanden. Daarna nam het alcoholgebruik weer toe, maar het was aanzienlijk lager dan bij de baseline meting. Gezien de toename van het alcoholgebruik na verloop van tijd lijkt het nodig te zijn herhaaldelijk enkele gesprekken met de adolescenten te voeren, ten einde hen te motiveren hun alcoholgebruik te verminderen. Er was nauwelijks verschil in alcoholgebruik tussen adolescenten die alleen motiverende gespreksvoering ontvingen en adolescenten waarvan de ouders betrokken werden door middel van de Family Check Up, naast de individuele motiverende gespreksvoering.

4.3 Specifieke effecten bij een bepaald type motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering wordt in verschillende varianten aangeboden: als zelfstandige behandeling of als 'onderdeel' van een bestaande interventie.

Het valt op dat er nog nauwelijks onderzoek is gedaan naar de mogelijkheden en beperkingen van deze verschillende werkwijzen. Een paar meta-analyses heeft onderzocht naar deze varianten meegenomen (Burke et al., 2003; Burke et al., 2004), maar maakt daarnaar geen onderscheid in de uitkomsten. Deze meta-analyses concluderen dat motiverende gespreksvoering in het algemeen werkt, maar vermelden niet of motiverende gespreksvoering geschikter is als op zichzelf staande interventie of als voorbereiding of aanvulling op de gebruikelijke behandeling. Ook is niet bekend of specifieke doelgroepen verschillende behoeften hebben wat betreft de vorm van de behandeling. Onderzoek lijkt erop te wijzen dat bij middelenmisbruik motiverende gespreksvoering het meest effectief is in combinatie met een meer intensieve behandeling. In dat geval versterkt de hulpverlener met motiverende gesprekstechnieken de effecten van de intensieve behandeling (Burke et al., 2003).

Hetema en collega's (2005) menen dat de effecten op de lange termijn van motiverende gespreksvoering als op zichzelf staande interventie versterkt kunnen worden door zogenaamde 'booster' sessies. Dit zijn herhalingsessies waarin de hulpverlener aandacht geeft aan het voorkomen van terugval en vasthouden van nieuw aangeleerd gedrag. Wanneer de motiverende gespreksvoering een voorbereiding is op een andere vorm van behandeling, dan zijn de effecten pas in de loop van de tijd zichtbaar en versterkt het de effecten van die andere behandeling. In de volgende subparagrafen wordt dieper ingegaan op de effecten van de duur van de behandeling, de combinatie met andere behandelvormen en individuele en groepsbehandeling.

Duur van de behandeling

Uit de meta-analyse van Lundahl en collega's (2010) blijkt dat motiverende gespreksvoering een sterker effect heeft als personen langer behandeld worden. Uit de resultaten blijkt dat het niet waarschijnlijk is dat motiverende gespreksvoering voor blijvend effect zorgt als het heel kort wordt aangeboden.

De effecten van motiverende gespreksvoering op alcohol- en drugsgebruik zijn bij dubbeldiagnose patiënten slechts middelmatig. Vermoedelijk hebben ook zij een intensievere behandeling met motiverende technieken nodig dan mensen uit een niet-psychiatrische populatie, doordat hun problemen vaak al lang bestaan en hardnekkig zijn (Chanut, Brown & Dongier, 2005).

Combinatie met andere behandelvormen

Is motiverende gespreksvoering te combineren met andere behandelvormen? En wat is dan het meest effectief? Lundahl en Burke (2009) komen op basis van eerdere meta-analyses tot de conclusie dat motiverende gespreksvoering het meest effectief is als voorbereiding op een andere behandelvorm.

Burke en collega's (2004) vroegen zich af in hoeverre het zinvol is om motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie te combineren. De aanname is dat cognitieve gedragstherapie zich vooral richt op de manier van veranderen, terwijl motiverende gespreksvoering zich bezig houdt met de reden om te veranderen. Een cognitieve gedragstherapeut gaat ervan uit dat het kernprobleem van een cliënt bestaat uit zijn inadequate probleemoplossingsvaardigheden en ongeschikte reacties op zijn situatie. Het uitgangspunt van de motiverende gespreksvoering is dat de kern van het probleem ligt in de ambivalentie van een cliënt om vaardigheden te gebruiken die hij al in enige mate bezit. De meta-analyse laat geen verschil in de effectiviteit van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie zien, hoewel de motiverende gespreksvoering gemiddeld korter duurde. Een combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie blijkt bij middelenmisbruik een kleine toegevoegde waarde te hebben. Echter, hierbij moet opgemerkt worden dat de resultaten van de vier afzonderlijke studies waarover deze effectgrootte is berekend, wisselend waren. Daarom zou in de toekomst nader onderzocht moeten worden wat het effect is van de combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie (Burke et al., 2004). Nock en Kazdin (2005) voegden drie korte doses motiverende gespreksvoering van 5 tot 15 minuten toe aan een individuele Parent Management Training (PMT) van acht sessies voor kinderen met oppositioneel, agressief en antisociaal gedrag. De motiverende gespreksvoering was bedoeld om de motivatie van ouders om deel te nemen aan de training te versterken. De motiverende gespreksvoering werd toegevoegd aan de eerste, vijfde en zevende sessie van de oudertraining. Nock en Kazdin onderzochten het verschil tussen gezinnen die alleen de gebruikelijke training kregen en gezinnen die naast de training ook de korte motiverende gespreksvoering aangeboden kregen. De training van de ouders in de experimentele groep duurde even lang als die van ouders in de controlegroep. Ouders die de combinatie van PMT en motiverende gespreksvoering ontvingen, blijken meer klaar te zijn voor verandering, zich beter in staat te voelen om met behulp van PMT het probleemgedrag van hun kind te verminderen en over het geheel meer gemotiveerd te zijn. De motiverende gespreksvoering had echter geen effect op het verlangen van ouders naar verandering in het gedrag van het kind. Ouders in de experimentele groep kwamen vaker opdagen op de sessies - 6,4 van de 8 keer - dan de controlegroep die 5,2 van de 8 keer kwam. Ouders die de combinatie van PMT en motiverende gespreksvoering kregen, bleken de geleerde vaardigheden beter uit te voeren. Naarmate de training vorderde bleken zij ook steeds beter in staat te zijn om de vaardigheden te gebruiken. Het is dus belangrijk om aandacht te besteden aan de motivatie van ouders tijdens de gebruikelijke behandeling. Zelfs met een kleine interventie kunnen ouders die meer gemotiveerd zijn en vaker komen opdagen, veel bereiken omdat zij de vaardigheden beter aanleren.

Barnett en collega's (2012) concluderen op basis van een review dat er weinig verschil in effecten is tussen motiverende gespreksvoering als op zich staande interventie en motiverende gespreksvoering in combinatie met andere behandelvormen.

Individuele of groepsbehandeling

Lundahl en Burke (2009) concluderen dat groepsbehandeling met motiverende gespreksvoering waarschijnlijk niet effectief is. Er is slechts in een paar onderzoeken groeps- en individuele



motiverende gespreksvoering met elkaar vergeleken. In het algemeen waren de uitkomsten van groepsbehandeling kleiner dan van individuele behandeling. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat een groepsbehandeling minder goed aansluit bij de uitgangspunten van motiverende gespreksvoering: de nadruk op de therapeutische relatie en cliëntgerichte vaardigheden.

Barnett en collega's (2012) vinden echter wel positieve resultaten in enkele studies naar groepsgewijs aangeboden motiverende gespreksvoering.

Oudertraining

Smeerdijk en collega's (2012) onderzochten met een RCT de effecten van een oudertraining in communicatievaardigheden en motiverende gespreksvoering voor ouders van jongvolwassenen die recent met schizofrenie gediagnosticeerd waren en cannabis gebruikten. Doel van de training was ouders communicatievaardigheden en probleemoplossingsvaardigheden te leren, waarmee zij stress en conflicten in het gezin kunnen verminderen. Dit werd gecombineerd met training van ouders in motiverende gesprekstechnieken om hun kind te motiveren tot verandering in hun cannabis gebruik. Jongvolwassenen, waarvan de ouders motiverende gesprekstechnieken leerden, gebruikten bij de follow-up na drie maanden minder cannabis dan jongvolwassenen waarvan de ouders gebruikelijke gezinsondersteuning ontvingen. Ook hadden zij minder behoefte aan cannabis. Er werden geen verschillen gevonden in het gebruik van alcohol of andere drugs of in de kwaliteit van leven van de jongvolwassene. Ouders in beide groepen ervoeren minder stress.

Geprotocolleerd werken

Opvallend is dat uit onderzoek naar motiverende gespreksvoering blijkt dat de therapeuten die volgens een handleiding of protocol werken, kleinere resultaten behalen dan hulpverleners die niet aan een protocol voor motiverende gespreksvoering gebonden waren. Een gestandaardiseerde en geprotocolleerde vorm van motiverende gespreksvoering leidt dus niet tot betere resultaten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een protocol voorbijgaat aan het motivationele stadium waarin de cliënt verkeert. Een protocol dwong hulpverleners om ongeacht de motivatie van de cliënt het gesprek af te sluiten met het opzetten van een plan voor gedragsverandering. Mogelijk werkte dit weerstand in de hand bij cliënten die nog niet zo ver waren (Hetteema et al., 2005; Lundahl & Burke, 2009; Lundahl et al., 2010).

Training in motiverende gespreksvoering

Hoeveel training hebben hulpverleners nodig om motiverende gespreksvoering te kunnen toepassen zoals de bedoeling is? Madson, Loignon en Lane (2009) gingen na welke training hulpverleners in motiverende gespreksvoering ontvangen en wat de effecten daarvan zijn. Zij deden dit met een review van 27 relevante onderzoeken naar training in motiverende gespreksvoering. Vooral professionals in de medische sector blijken deze training te krijgen. De duur van de training varieerde sterk en lag tussen de 9 en 16 uur. De meest gebruikte methode om professionals vaardigheden in motiverende gespreksvoering bij te brengen was een combinatie van didactische instructie en ervaringsgerichte oefeningen.

De resultaten van de training waren in de meeste gevallen positief. Na afloop van de training hebben deelnemers er meer vertrouwen in dat zij beschikken over de capaciteiten om motiverende gespreksvoering toe te passen. Ook menen zij er meer kennis van te hebben en zijn zij bereid en in staat om motiverende gespreksvoering in hun werkwijze te integreren. Deze resultaten zijn gebaseerd op zelfrapportage van de deelnemers (Madson et al, 2009).

Negen onderzoeken rapporteerden verbeteringen in vaardigheden gerelateerd aan motiverende gespreksvoering. Helaas onderzochten slechts enkele studies de effecten van de training op cliëntuitkomsten. Miller en Mount (2001) vonden geen significante verschillen tussen hulpverleners die getraind waren in motiverende gespreksvoering en niet getrainde hulpverleners wat betreft vragen van de cliënt om informatie, opmerkingen waaruit blijkt dat de cliënt wil veranderen, opmerkingen waaruit weerstand van de cliënt blijkt en neutrale opmerkingen. Echter, Miller en collega's (2004) vonden meer verandertaal en minder weerstand bij cliënten van hulpverleners getraind in motiverende gespreksvoering. Deze resultaten bleven tot 4 maanden gehandhaafd voor hulpverleners die follow-up kregen na de training en coaching. Chossis en collega's (2007) vonden geen verschil in drinkgedrag tussen cliënten van hulpverleners die wel en niet getraind waren in motiverende gesprekstechnieken. Brug et al. (2007) vonden juist wel weer dat patiënten van getrainde diëtisten minder producten met verzadigd vet aten bij de nameting. Definitieve conclusies over de effecten van de training in motiverende gespreksvoering op cliënten zijn nog niet te trekken (Madson et al., 2009).

Madson en collega's concluderen dat de onderzoeken genoemd in dit review zich vooral lijken te richten op algemene of beginnerstraining in motiverende gespreksvoering. Weinig informatie is beschikbaar over hoe professionals getraind worden in specifieke strategieën voor motiverende gespreksvoering. De duur van de training verschilt sterk. Het is niet duidelijk hoe lang de training moet duren om effectief te zijn. De effecten van zowel kortdurende als langere trainingen zijn wisselend. Martino en collega's (2007) suggereren dat kortdurende training in vaardigheden voor motiverende gespreksvoering effectief is, terwijl Miller en anderen (2004) vonden dat de meest effectieve trainingen voor toepassing in de praktijk juist langer duurden en training, observatie, feedback en coaching integreerden. Ook Lundahl en Burke (2009) komen tot de conclusie dat om motiverende gespreksvoering goed te leren hulpverleners een meerdaagse training nodig hebben in combinatie met supervisie en coaching op de werkvloer.

Ook Barwick, Bennett, Johnson, McGowan en Moore (2012) gingen in een review de effectiviteit van training in motiverende gespreksvoering. In zeventien van de 22 geïncludeerde onderzoeken bleken professionals na een training in motiverende gespreksvoering meer vaardigheid in dit type gespreksvoering te hebben. Betere motiverende gespreksvaardigheden deden zich voor na verschillende typen training, bij verschillende beroepsgroepen, op verschillende uitkomstmaten en ongeacht het onderzoeksdesign.

5. Conclusie

Motiverende gespreksvoering is een directieve, maar cliëntgerichte methode om cliënten te helpen hun ambivalentie te overwinnen en hun intrinsieke motivatie te versterken, zodat zij in staat zijn hun gedrag te veranderen. Waar hulpverleners met een negatieve of confronterende methode geen of zelfs averechtse resultaten behaalden, blijkt een empathische houding van hulpverleners er toe te leiden dat cliënten meer betrokken zijn bij de behandeling, vaker de afspraken nakomen en hun gedrag ook meer veranderen. Een hulpverlener die zijn cliënten ondersteunt en begrip toont, behaalt betere resultaten met zijn behandeling.

Gebleken is dat motiverende gespreksvoering een bruikbaar middel is om alcohol- en drugsgebruik te verminderen bij uiteenlopende doelgroepen. Zowel bij jongeren als bij volwassenen is dit middel effectief. Ook bij een moeilijk te bereiken doelgroep als dak- en thuisloze jongeren zijn met

motiverende gespreksvoering kleine resultaten geboekt in het verminderen van alcohol- en drugsgebruik. De effecten van motiverende gespreksvoering houden langdurig stand. Ook zijn er aanwijzingen dat motiverende gespreksvoering bij eetstoornissen, depressie en angststoornissen positieve effecten heeft.

Motiverende gespreksvoering zorgt ervoor dat de therapietrouw van cliënten toeneemt, waardoor zij actiever deelnemen aan de behandeling en meer vooruit gaan. Vermoedelijk is het bij complexe problematiek, bijvoorbeeld bij cliënten met een verslaving én psychiatrische problemen, wel noodzakelijk om de behandeling te intensiveren. Een kortdurende behandeling bij deze doelgroep volstaat niet, aangezien de problemen veel hardnekkiger zijn en vaak al lange tijd bestaan.

Onderzoek naar een specifieke motiverende gezinsinterventie, de Family Check Up, laat zien dat in gezinnen met een groot risico op een kind met gedragsproblemen motiverende gesprekstechnieken effectief gebruikt kunnen worden om ouders ertoe aan te zetten hulp te zoeken. Dit blijkt bij de ouders een positieve en proactieve opvoeding te stimuleren en zowel internaliserende als externaliserende problemen bij peuters en middelengebruik bij jongeren te doen verminderen. Het blijkt bij adolescenten weinig toegevoegde waarde te hebben om individuele motiverende gespreksvoering te combineren met een sessie voor ouders. De combinatie met een oudersessie leidt niet tot een sterkere afname van alcoholgebruik dan alleen individuele motiverende gespreksvoering voor de adolescent. Ook wordt een afname van middelenmisbruik niet bereikt door ouders te trainen in motiverende gespreksvoering.

Verder is in de jeugdzorg nog maar weinig onderzoek gedaan naar het verband tussen enerzijds de motivatie, gesprekstechnieken en interventies om die motivatie te versterken en anderzijds de effectiviteit van de behandeling. Wel blijkt een gebrek aan motivatie een belangrijke oorzaak van uitval uit de hulpverlening te zijn.

De effectiviteit en bruikbaarheid van motiverende gespreksvoering in combinatie met of als voorbereiding op een andere methode, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, komt uit de overzichtsstudies niet duidelijk naar voren. Wel is er bewijs dat een hulpverlener hiermee de effecten van de behandeling kan vergroten. Door motiverende gesprekstechnieken als onderdeel van de normale behandeling te hanteren verhoogt een hulpverlener de motivatie van zijn cliënt, waardoor de therapietrouw toeneemt. Als een cliënt afspraken beter nakomt en actiever meedoet tijdens de sessies, nemen ook de effecten van de behandeling toe. Het lijkt erop dat zelfs met een kleine toevoeging van motiverende gespreksvoering aan een gebruikelijke, effectieve behandeling betere resultaten geboekt worden.

Motiverende gespreksvoering vertoont duidelijke overeenkomsten met oplossingsgerichte therapie. Oplossingsgerichte therapie lijkt vrij sterk op motiverende gespreksvoering door de nadruk op de samenwerking tussen hulpverlener en cliënt en de focus op oplossingen in plaats van op problemen. Het grootste verschil is dat oplossingsgerichte therapie meer gericht is op het 'hoe' van veranderen en motiverende gespreksvoering meer op het 'waarom'. Door dit verschil zouden ze elkaar mogelijk goed kunnen aanvullen. Hoewel Atkinson en Amesu hebben beschreven hoe motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte technieken kunnen worden geïntegreerd, is er nog geen onderzoek gedaan naar de effecten van deze combinatie van gesprekstechnieken.

Hoewel motiverende gespreksvoering ook in Nederland veelvuldig gebruikt wordt, zijn de effecten hier nog niet onderzocht. Ook is niet bekend hoeveel training hulpverleners nodig hebben om motiverende gespreksvoering effectief en zoals bedoeld te kunnen uitvoeren. Hulpverleners menen zelf al snel dat ze goed in staat zijn om de technieken toe te passen, maar dit is lang niet altijd zichtbaar in de behandelresultaten bij cliënten. Een sensitieve, goed getrainde hulpverlener is beter in

staat om met de natuurlijke weerstand om te gaan die bij ouders en jongeren kan ontstaan wanneer zij van buitenaf advies krijgen over opvoeding of gezinsdynamiek. Het is niet zinvol om motiverende gespreksvoering te protocolleren, Het lijkt erop dat protocollering een negatief effect op de behandeling heeft doordat het voorbijgaat aan het motivatiestadium waarin de cliënt verkeert.

Literatuur

Atkinson, C. & Amesu, M. (2007). Using solution-focused approaches in motivational interviewing with young people. *Pastoral Care, June 2007*, 31-37.

Baer, J.S., Garrett, S.B., Beadnell, B., Wells, E.A. & Peterson, P.L. (2007). Brief motivational intervention with homeless adolescents: Evaluating effects on substance use and service utilization. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 582-586.

Baer, J.S. & Peterson, P.L. (2002). Motivational interviewing with adolescents and young adults. In W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press (pp. 320-332).

Barnett, E., Sussman, S., Smith, C., Rohrbach, L.A., & Spruijt-Metz, D. (2012). Motivational interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 37, 1325-1334.

Barwick, M.A., Bennett, L.M., Johnson, S.N., McGowan, J. & Moore, J.E. (2012). Training health and mental health professionals in motivational interviewing: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34, 1786-1795.

Binsbergen, M.H. van (2003). *Motivatatie voor behandeling. Ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling*. Apeldoorn: Garant.

Britt, E., Hudson, S.M. & Blampied, N.M. (2004). Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Education and Counseling*, 53, 147-155.

Brug, J., Spikmans, F., Aartsen, C., Breedveld, B., Bes, R. & Ferrieria, I. (2007). Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39, 8-12.

Burke, B.L., Arkowitz, H. & Dunn, C.W. (2002). The efficacy of motivational interviewing. In W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press (p. 217-250).

Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861.

Burke, B. L., Dunn, C. W., Atkins, D. C. & Phelps, J. S. (2004). The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18, 309-322.

Cassin, S.E., Ranson, K.M. von, Heng, K., Brar, J. & Wojtowicz, A.E. (2008). Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 417-425.

Chanut, F., Brown, T.G. & Dongier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal for Psychiatry*, 50, 715-721.

Chossis, I.C., Lane, C., Gache, P., Michaud, P.A., Pecoud, A., Rollnick, S. & Daepfen, J.B. (2007). Effect of training on primary care residents' performance in brief intervention: A randomized controlled trial. *Society of General Internal Medicine*, 22, 1144-1149.

Colby, S.M., Nargiso, J., O'Leary Tevyaw, T., Barnett, N.P., Metrik, J., Lewander, W., Woolard, R.H., Rohsenow, D.J., & Monti, P.M. (2012). Enhanced motivational interviewing versus brief advice for adolescent smoking cessation: Results from a randomized clinical trial. *Addictive Behaviors*, 37, 817-823.

Connell, A.M., Dishion, T.J., Yasui, M. & Kavanagh, K. (2007). An adaptive approach to family intervention: Linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 568-579.

Connell, A.M., Bullock, B.M., Dishion, T.J., Shaw, D.S., Wilson, M. & Gardner, F. (2008). Family intervention effects on co-occurring early childhood behavioral and emotional problems: A latent transition analysis approach. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1211-1225.

Dean, H.Y., Touyz, S.W., Rieger, E. & Thornton, C.E. (2008). Group motivational enhancement therapy as an adjunct to inpatient treatment for eating disorders: A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 16, 256-267.

Dishion, T.J., Nelson, S.E. & Kavanagh, K. (2003). The Family Check-Up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. *Behavior Therapy*, 34, 553-571.

Dishion, T.J., Shaw, D.S., Connell, A., Gardner, F., Weaver, C. & Wilson, M. (2008). The Family Check-Up with high-risk indigent families: Preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood. *Child Development*, 79, 1395-1414.

Drieschner, K.H., Lammers, S.M.M., & Staak C.P.F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115-1137.

Dunn, C. W., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.

Feldstein, S.W. & Ginsburg, J.I.D. (2006). Motivational interviewing with dually diagnosed adolescents in juvenile justice settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 218-233.

- Gardner, F., Connell, A., Trentecosta, C.J., Shaw, D.S., Dishion, T.J. & Wilson, M.N. (2009). Moderators of outcome in a brief family-centered intervention for preventing early problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 543-553.
- Gardner, F., Shaw, D.S., Dishion, T.J., Burton, J. & Supplee, L. (2007). Randomized prevention trial for early conduct problems: Effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. *Journal of Family Psychology, 21*, 398-406.
- Hettema, J.E. & Hendricks, P.S. (2010). Motivational Interviewing for Smoking Cessation: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 868–884.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91-111.
- Ingersoll, K.S., Wagner, C.C. & Gharib, S. (zonder jaartal). *Motivational Groups for Community Substance Abuse Programs*. Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center.
- Jensen, C.D., Cushing, C.C., Aylward, B.S., Craig, J.T., Sorell, D.M. & Steele, R.G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 433-440.
- Knight, K.M., McGowan, L., Dickens, C. & Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology, 11*, 319-332.
- Lewis, T.F. & Osborn, C.J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: a consideration of confluence. *Journal of Counseling and Development, 82*, 38-48.
- Littell, J.H. & Girvin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification, 26*, 223-272.
- Lundahl, B. & Burke, B.L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology: In session, 65*, 1232-1245.
- Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B.L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*, 137-160.
- Lunkenheimer, E.S., Dishion, T.J., Shaw, D.S., Connell, A., Gardner, F., Wilson, M.N. & Skuban, E.M. (2008). Collateral benefits of the Family Check-Up on early childhood school readiness: Indirect effects of parents' positive behavior support. *Developmental Psychology, 44*, 1737-1752.
- Madson, M.B., Loignon, A.C. & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 101-109.
- Markland, D., Ryan, R.M., Tobin, V.J. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*, 811-831.

- Martino, S. Haeseler, F., Belitsky, R., Pantaloni, M. & Fortin, A.H. (2007). Teaching brief motivational interviewing to year three medical students. *Medical Education*, *41*, 160-167.
- McCambridge, J. & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, *99*, 39-52.
- McCambridge, J. & Strang, J. (2005). Deterioration over time in effect of motivational interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction*, *100*, 470-478.
- McCambridge, J., Slym, R.L. & Strang, J. (2008). Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction*, *103*, 1809-1818.
- Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, *11*, 147-172.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.
- Miller, W.R., Yahne, C.E., Moyers, T.B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, *72*, 1050-1062.
- Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M., Woolard, R. & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 989-994.
- Monti, P.M., Barnett, N.P., Colby, S.M., Gwaltney, C.J., Spirito, A., Rohsenow, D.J., & Woolard, R. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*, *102*, 1234-1243.
- Nock, M.K. & Kazdin, A.E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 872-879.
- Otten, J. (zonder jaartal). *Motiverende gespreksvoering binnen justitiële jeugdinstellingen: 'Veranderen doe je zelf'*. Zutphen: Work-Wise Nederland
- Peterson, P.L., Baer, J.S., Wells, E.A., Ginzler, J.A. & Garrett, S.B. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, *20*, 254-264.
- Prochaska, J.O., DiClemente & Norcross (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*, 1102-1114.

Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

Roger, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.

Rollnick & Miller, (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

Shaw, D.S., Connell, A., Dishion, T.J., Wilson, M.N. & Gardner, F. (2009). Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development and Psychopathology*, 21, 417-439.

Shaw, D.S., Dishion, T.J., Supplee, L., Gardner, F. & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the Family Check-Up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1-9.

Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., Raaij, B. van, Krikke, M., Koeter, M. et al. (2011). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1627-1636.

Spirito, A., Sindelar-Manning, H., Colby, S.M., Barnett, N.P., Lewander, W., Rohsenow, D.J., & Monti, P.M. (2011). Individual and family motivational interventions for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 165, 269-274.

Strait, G.G., Smith, B.H., McQuillin, S., Terry, J., Swan, S., & Malone, P.S. (2012). A randomized trial of motivational interviewing to improve middle school students' academic performance. *Journal of Community Psychology*, 40, 1032-1039.

Vasilaki, E. I., Hosier, S. G. & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism*, 41, 328-335.

Vogelvang, B. (2006). *De jongere aanspreken: Handboek methode jeugdreclassering*. Utrecht/Woerden: MOgroep/Adviesbureau Van Montfoort.

West, R.T. (2005). Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*, 100, 1036-1039.

Yperen, T. van, Booy, Y. & Veldt, M.C. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.

Zweben, A. & Zuckoff, A. (2002). Motivational interviewing and treatment adherence. In W.R. Miller & S. Rollnick (Eds). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York/London: The Guilford Press (p. 299-319).

Websites

www.work-wise.nl

www.motivationalinterview.org

www.motivationalinterview.nl

ⁱ De zeggingskracht van de uitkomsten van de meta-analyses en reviews wordt bepaald door hun kwaliteit. Veelgebruikte kwaliteitscriteria voor meta-analyses en reviews zijn dat:

- er gebruik gemaakt wordt van studies met een controle- of vergelijkingsgroep, random clinical trial of dubbelblinde toewijzing aan de experimentele en controlegroep;
- er op een gestructureerde manier gezocht is in gerenommeerde internationale databestanden (onder meer PsycINFO, Medline) met welomschreven zoektermen en een duidelijk gedefinieerde periode waarin de literatuur is gepubliceerd;
- er helder omschreven is welke in- en exclusiecriteria voor de primaire studies zijn toegepast en de selectie door twee personen onafhankelijk van elkaar gedaan is;
- van de oorspronkelijke studies de onderzochte interventies, gehanteerde statistische methoden, effectmaten en conclusies helder beschreven zijn;
- de conclusies logisch voortkomen uit de gepresenteerde data en gerechtvaardigd en valide lijken.

Voor het overzicht van motiverende gespreksvoering in dit document zijn in totaal acht meta-analyses en negen reviews meegenomen. Zeven van de meta-analyses en vier van de reviews waren van goede kwaliteit. Enkele andere meta-analyses en reviews waren van minder goede kwaliteit, doordat ze aan één of meer criteria niet voldeden. Een van de meta-analyses was van mindere kwaliteit, omdat de onderzoekers studies zonder controlegroep hebben meegenomen en omdat de zoektermen van de search en de inclusie- en exclusiecriteria ontbraken. De andere reviews voldeden niet aan drie of meer criteria. Bij de meeste was niet duidelijk wat het onderzoeksdesign was van de primaire studies, was de search niet beschreven en kwam uit het artikel niet naar voren wat de inclusie- en exclusiecriteria waren. Omdat deze wel aanvullende informatie boden ten opzichte van de kwalitatief goede meta-analyses en reviews is besloten deze toch mee te nemen in het overzicht. Tussen de diverse meta-analyses en reviews was er veel overlap in de primaire studies die gebruikt zijn.

Om het inzicht in de effectiviteit van motiverende gespreksvoering te vergroten en de gegevens uit de meta-analyses en reviews aan te vullen, zijn enkele primaire onderzoeken meegenomen in het overzicht. Uit de meta-analyses en reviews is niet duidelijk wat de stand van zaken is in het onderzoek naar motiverende gespreksvoering bij jeugdigen.

Ook voor de primaire onderzoeken gelden enkele kwaliteitseisen:

- er wordt gebruik gemaakt van een design met experimentele en controlegroep, al dan niet at random samengesteld;
- de interventie is duidelijk omschreven;
- de gehanteerde statistische methoden, effectmaten en conclusies zijn helder beschreven.

In totaal zijn dertien primaire studies in het overzicht meegenomen.