



Foto: Martine Sprangers

Hulpverlener kan weerstand tegen verandering overwinnen

Motiverende gespreksvoering stimuleert verandering

Door Cora Bartelink

Hoe krijg je als hulpverlener je cliënten zo ver dat ze een probleem aanpakken? Elke hulpverlener worstelt soms met cliënten die niet lijken te willen veranderen, al is hun gedrag schadelijk voor henzelf of hun kind. Motiverende gespreksvoering is een techniek die elke hulpverlener kan inzetten om cliënten te motiveren tot verandering.

Mensen vinden het niet altijd gemakkelijk om te veranderen. Ze willen wel, maar weten niet hoe. Of veranderen kost hen te veel energie, of ze zijn bang om te falen. Die ambivalentie is eerder regel dan uitzondering.

Ambivalentie is een natuurlijke fase in een veranderingsproces. Zeker als cliënten door een ander naar een hulpverlener zijn gestuurd, zal de hulpverlener weerstand ervaren. Maar ook mensen die zelf besloten hebben hulp te zoeken voor hun problemen vinden het niet gemakkelijk om daadwerkelijk te veranderen.

De Amerikaanse psychologen William Miller en Stephen Rollnick zijn de grondleggers van de motiverende gespreksvoering. Zij menen dat ambivalentie juist kansen biedt om een cliënt in beweging te krijgen. Door de juiste technieken in te zetten kan een hulpverlener de twijfels van de cliënt laten omslaan in de richting van verandering. Een hulpverlener kan een cliënt helpen de noodzaak van verandering te zien, ervan overtuigd te raken dat hij beschikt over de benodigde capaciteiten én verandering tot prioriteit te maken.

Miller en Rollnick ontwikkelden de techniek voor de verslavingszorg. Om de motivatie om te veranderen te vergroten combineerden

ze principes van empathie, onvoorwaardelijke, positieve aandacht en echtheid vanuit de cliëntgerichte therapie met cognitief gedragstherapeutische strategieën gericht op het veranderingsstadium van de cliënt (Miller & Rollnick, 2002).

Houding van de hulpverlener

Het uitgangspunt van motiverende gespreksvoering is dat bereidheid om te veranderen niet enkel een kenmerk van een cliënt is, maar een gevolg van de interactie tussen de hulpverlener en de cliënt. Het gaat erom dat hulpverlener en cliënt samenwerken, waarbij ieder zijn eigen inbreng heeft.

Een fundamenteel element van motiverende gespreksvoering is een empathische stijl. De houding van de hulpverlener moet acceptierend 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.

Daarvoor 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.

Weerstand tegen verandering – de cliënt zegt niet te kunnen of willen veranderen – moet de hulpverlener zien als signaal om van strategie te veranderen. Weerstand wordt 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.

Technieken

Door reflectief te luisteren toont de hulpverlener empathie voor de cliënt. Hij bevestigt diens gedachten en gevoelens door ze te verwoorden en helpt de cliënt te ontdekken wat hem beweegt en wat hem ervan weerhoudt te veranderen. De hulpverlener stuurt dat proces door uitspraken gericht op verandering sterker te benadrukken.

Motiverende gespreksvoering lijkt meer op een dans waarin de hulpverlener meebeweegt met de cliënt dan op een worstelwedstrijd waarin hulpverlener en cliënt ongewild tegenover elkaar komen te staan. Het doet ertoe hoe een hulpverlener reageert op weerstand. Om weerstand te verminderen kan een hulpverlener het onderwerp van het gesprek verleggen.

De hulpverlener kan de uitspraken van de cliënt in een ander licht plaatsen, zodat ze verandering meer ondersteunen. Een mogelijkheid hiervoor is herinterpretatie: de hulpverlener erkent de uitspraken van de cliënt, maar geeft er een nieuwe betekenis aan. De cliënt klaagt bijvoorbeeld dat hij al zo vaak geprobeerd heeft te veranderen, zonder succes. De hulpverlener kan dan zijn doorzettingsvermogen prijzen; de cliënt heeft het immers keer op keer geprobeerd. De beoogde verandering moet dus wel belangrijk voor hem zijn.

Een vaardigheid die sterk lijkt op herinterpretatie is instemmen, maar met een wending. Daarbij geeft de hulpverlener een andere draai aan de uitspraken van de cliënt. De cliënt stelt bijvoorbeeld dat niemand hem kan vertellen hoe hij zijn kinderen moet opvoeden, omdat niemand weet hoe het er thuis werkelijk aan toe gaat. De hulpverlener kan beamen dat de cliënt zelf het beste weet hoe hij zijn kinderen moet opvoeden. Hij weet dus het beste welke ideeën kans van slagen hebben; zonder zijn medewerking is succes uitgesloten.

Ook door de persoonlijke keuzevrijheid en controle van de cliënt te benadrukken kan de hulpverlener weerstand verminderen.

Een andere techniek om motivatie te versterken is de cliënt zelf de agenda laten bepalen en hem toestemming vragen. Door de cliënt te vragen wat hij wil bespreken in de sessie verzekert de hulpverlener zich van een actieve en bereidwillige deelnemer in het proces. De cliënt beslist over welk gedrag hij wil praten en welk doel hij heeft voor de sessie of de interventie in het algemeen. De hulpverlener vraagt de cliënt of hij een voorstel mag doen voor een manier waarop de cliënt zijn gedrag kan veranderen.

Ook het uitlokken van verandertaal is een belangrijke techniek in de motiverende gespreksvoering. Wat een persoon zegt over zijn mogelijkheden om te veranderen en zijn bereidheid daartoe, laat

zien hoe sterk hij gemotiveerd is om zijn gedrag te veranderen. Hoe meer een persoon zijn positie verdedigt, des te groter zal zijn toewijding aan die beslissing zijn. Dus als iemand keer op keer zegt dat hij niet kan veranderen, is de kans klein dat het hem zal lukken om zijn gedrag te veranderen. Daarom probeert de hulpverlener zijn cliënt uitspraken te ontlocken die laten zien hoe gemotiveerd hij is en of hij meent tot verandering in staat te zijn. Daartoe stelt de hulpverlener vragen die de nadelen van niet en voordelen van wél veranderen benadrukken. Hij zegt bijvoorbeeld: ‘Het feit dat je hier bent, laat zien dat op zijn minst een deel van jou het tijd vindt om iets te gaan doen. Wat zijn voor jou de belangrijkste redenen om te veranderen?’

De hulpverlener probeert de cliënt zich bewust te laten worden van zijn sterke kanten of van mogelijke hulpbronnen. Ook kan het helpen als een cliënt zich realiseert dat hij in het verleden succes heeft geboekt. Het gaat er dan vooral om dat de cliënt inzicht krijgt in wat aan dat succes heeft bijgedragen, zodat hij er vertrouwen in krijgt dat hij ook nu in staat is te veranderen.

Effecten

Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van motiverende gespreksvoering, vooral in de verslavingszorg. Daaruit blijkt dat motiverende gespreksvoering werkt bij het behandelen van drugsverslaving en alcoholmisbruik en bij het stimuleren van gezondere leefgewoonten (Burke en anderen, 2003; Dunn en anderen, 2001).

Motiverende gespreksvoering wordt in verschillende vormen aangeboden: als op zichzelf staande behandeling, als voorbereiding op een andere behandeling en als aanvulling op een behandeling. Het is niet in alle overzichtsstudies precies duidelijk om welk vorm van motiverende gespreksvoering het gaat.

Verslaving

In vergelijking met een meer confronterende benadering, zoals sarcasme, ongeloof of een openlijk meningsverschil, zorgt motiverende gespreksvoering er bij cliënten met een drugs- of alcoholverslaving voor dat ze vaker afspraken nakomen, meer deelnemen aan het gesprek en betere resultaten behaald hebben aan het einde van de behandeling. Doordat de cliënt en de hulpverlener samenwerken, krijgen zij gezamenlijk een duidelijker beeld van het probleem en van de factoren die het in stand houden. Het gezamenlijk analyseren van problemen heeft een betere uitwerking op de cliënt dan wanneer

de hulpverlener de problemen benoemt of de cliënt ermee confronteert. Het lijkt erop dat de kracht van motiverende gespreksvoering vooral ligt in het vermogen tot versterking van het vertrouwen in verandering en *self-efficacy*. Een positieve benadering helpt daarbij beter dan een negatieve, confronterende methode (Burke en anderen, 2004).

Uit *follow-up*-onderzoek, uitgevoerd tot maximaal vier jaar na afloop van de behandeling, blijkt dat de effecten lang standhouden. Gemiddeld duurt een behandeling met motiverende gespreksvoering korter dan andere effectieve behandelingen, maar zijn de effecten net zo groot (Burke en anderen, 2003; Dunn en anderen, 2001).

Tegen verwachtingen in blijkt motiverende gespreksvoering echter nauwelijks effect te hebben op pogingen om te stoppen met roken. (Burke en anderen, 2003).

Motiverende gespreksvoering werkt niet alleen bij volwassenen in de verslavingszorg, maar ook bij jongeren. Hulpverleners hebben bij jongeren veel succes met motiverende gespreksvoering wanneer zij proberen riskant gedrag te verminderen, zoals drugs- of overmatig drankgebruik en daaraan gerelateerd risicogedrag (McCambridge en anderen, 2008; Monti en anderen, 2007). Zelfs bij een lastig bereikbare groep als dak- en thuisloze jongeren bleek kortdurende motiverende gespreksvoering een klein effect te hebben op de vermindering van alcohol- en drugsmisbruik (Peterson en anderen, 2006).

Eetstoornissen

Ook bij de behandeling van eetstoornissen gebruiken hulpverleners steeds vaker motiverende gespreksvoering. Enkele onderzoeken laten zien dat het symptomen van eetstoornissen vermindert, waaronder vreetbuien, overgeven en misbruik van laxerende middelen (Britt en anderen, 2004). Vooral motiverende gespreksvoering als toevoeging aan de gebruikelijke behandeling lijkt te helpen. Cliënten raken meer gemotiveerd en betrokken bij de behandeling en zetten die vaker voort (Cassin en anderen, 2008; Dean en anderen, 2008).

Dubbeldiagnose

Met de nodige aanpassingen lijkt motiverende gespreksvoering ook bruikbaar in de behandeling van cliënten die zowel een psychiatrische stoornis als een verslaving hebben, zogenaamde dubbeldiagnosepatiënten. Bij hen neemt de opkomst bij de therapie toe wanneer zij voorafgaand aan de behandeling deelnemen aan een sessie met motiverende gespreksvoering. Psychotische cliënten nemen hun medicatie beter in en komen vaker opdagen bij de behandelsessies,

waardoor ze beter functioneren en sociaal stabiel zijn. Zelfs na anderhalf jaar is dat nog het geval. Dubbeldiagnosepatiënten blijken ook minder alcohol en drugs te gebruiken, maar daarbij zijn de effecten matig. Waarschijnlijk hebben dubbeldiagnosepatiënten op dat terrein een intensievere behandeling nodig dan een niet-psychiatrische populatie (Chanut, Brown & Dongier, 2005).

Therapietrouw

Bij onderzoek naar verslaving, eetstoornissen en dubbeldiagnose blijkt steeds opnieuw dat motiverende gespreksvoering bijdraagt aan therapietrouw. Dat leidt tot betere uitkomsten van een behandeling. In een overzicht van 21 studies is speciaal naar therapietrouw gekeken (Zweben en Zuckoff, 2002). Uit twaalf studies in dit overzicht blijkt dat cliënten met uiteenlopende problemen en in zowel ambulante als residentiële behandelsettings die deelnamen aan motiverende gespreksvoering 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 andere cliënten. Vijf andere studies tonen geen verschil aan: motiverende gespreksvoering werkte even goed om de therapietrouw te versterken als andere interventies.

Family Check Up

Een grondig onderzochte toepassing van motiverende gespreksvoering voor gezinnen is de Amerikaanse *Family Check Up*. Dat is een korte interventie van drie sessies. In de eerste sessie onderzoekt de hulpverlener wat de zorgen van de ouders zijn en in welk verandingsstadium zij zich bevinden. Hij motiveert 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. Vervolgens krijgen de ouders in de derde sessie feedback over de opvoeding. De hulpverlener vat de resultaten samen, waarbij hij gebruik maakt van motiverende gesprekstechnieken. Het 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 en anderen, 2003).

De *Family Check Up* is ingezet bij gezinnen met een jongere met een verhoogd risico op middelenmisbruik. Na deelname bleken ouders beter toezicht te houden op de jongere, waardoor het middelengebruik afnam. Zelfs bij gezinnen met de meeste risico's boekten hulpverleners positieve resultaten. Middelengebruik en antisociaal gedrag namen af. Ook verminderde het aantal arrestaties tijdens de

adolescentie en werd de kans op de diagnose van een alcohol- of drugsstoornis in de late adolescentie kleiner (Connell en anderen, 2007; Dishion en anderen, 2003).

De *Family Check Up* is ook ingezet bij gezinnen met een peuter van 2 of 3 jaar met een verhoogd risico op probleemgedrag. Onderzoek laat zien dat moeders positiever en proactiever opvoedden na deelname aan de interventie. Het destructieve gedrag van jongens nam af. Ook bij de gezinnen met de grootste risico's op het ontwikkelen van gedragsproblemen – gezinnen waar de moeder depressieve symptomen had en het kind ongeremd gedrag vertoonde – was de interventie effectief in het verminderen van gedragsproblemen.

Het jaarlijks herhalen van de *Family Check Up* zorgde dat verbeteringen in het gedrag van het kind en het opvoedingsgedrag van de ouders langer standhield. Een verbeterd functioneren van de ouders kan vroege symptomen van angst en depressie bij kinderen verminderen.

Verder had de *Family Check Up* effect 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 internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij peuters afneemt (Connell en anderen, 2008; Dishion en anderen, 2008; Gardner en anderen, 2009; Gardner en anderen, 2007; Shaw en anderen, 2009; Shaw en anderen, 2006).

Combinatie met andere behandelvormen

Er is niet veel bekend over het effect van een combinatie van motiverende gespreksvoering met andere behandelvormen. De Amerikaanse psycholoog Brian Burke en zijn collega's onderzochten via een meta-analyse de effectiviteit van de combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. Dat lijkt een zinvolle combinatie, omdat cognitieve gedragstherapie zich vooral richt op het 'hoe' van veranderen, terwijl motiverende gespreksvoering zich bezighoudt met het 'waarom'. De onderzoeken naar die combinatie leveren echter meer vragen op dan antwoorden. Waar het ene onderzoek positieve resultaten laat zien, toont het andere geen resultaat aan. Bij middelengebruik lijkt een combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie een kleine toegevoegde waarde te hebben (Burke en anderen, 2004).

De Amerikaanse psychologen Matthew Nock en Alan Kazdin constateren dat het belangrijk is om expliciet aandacht te besteden aan de motivatie van ouders tijdens een behandeling. Zij voegden drie korte doses motiverende gespreksvoering van vijf tot vijftien minuten toe aan een individuele *parent management training* van acht sessies

voor ouders van kinderen met oppositioneel, agressief en antisociaal gedrag. De motiverende gespreksvoering was bedoeld ter versterking van de motivatie tot deelname. Nock en Kazdin concluderen dat zelfs met een kleine interventie veel bereikt kan worden. Ouders bleken meer gemotiveerd te zijn en kwamen vaker opdagen bij de sessies, waardoor zij de vaardigheden beter leerden (Nock & Kazdin, 2005).

Training

Motiverende gespreksvoering is een effectieve manier om ouders en kinderen in beweging te brengen. Ze gaan het belang van veranderen inzien en raken ervan overtuigd dat zij in staat zijn om te veranderen. Daarom zou elke hulpverlener in zijn contacten met ouders en kinderen gebruik moeten maken van motiverende gesprekstechnieken. Juist ook wanneer hij dit binnen zijn gebruikelijke behandeling toepast. Een sensitieve, goed getrainde motiverende hulpverlener kan beter omgaan met de natuurlijke weerstand die bij ouders en jongeren kan ontstaan tegen advies en hulp van anderen.

Op de vraag welke training hulpverleners nodig hebben om motiverende gespreksvoering goed te kunnen toepassen bestaat echter nog geen eenduidig antwoord. De meningen zijn verdeeld. Ook een meta-analyse uit 2009 van de Amerikaanse psycholoog Michael Madson en anderen biedt geen definitief antwoord. De duur van de onderzochte trainingen varieert sterk, van negen tot zestien uur. De meest gebruikte methode om hulpverleners vaardigheden bij te brengen is een combinatie van didactische instructie en ervaringsgerichte oefeningen.

Volgens de Amerikaanse psycholoog William Miller bestaan de effectiefste trainingen uit een combinatie van training, observatie, feedback en coaching, waarbij de hulpverlener voor een langere periode in de praktijk begeleid wordt. Hulpverleners zelf zijn tevreden over de effecten van zo'n training. Ze menen dat ze beter in staat zijn om motiverende gesprekstechnieken in te zetten in de behandeling van cliënten.

Maar een training in motiverende gespreksvoering blijkt lang niet altijd te leiden tot betere resultaten bij cliënten. Het lijkt erop dat er veel training en oefening nodig is om de vaardigheden zo goed onder de knie te krijgen dat de cliënten er baat bij hebben (Miller en anderen, 2004).

In Nederland wordt motiverende gespreksvoering aangeboden in hbo-opleidingen Social work. Daarnaast heeft Work-Wise een training van vier dagdelen ontwikkeld voor medewerkers in justitiële

jeugdinstellingen. Deze training gaat in op de belangrijkste uitgangspunten, principes en basisvaardigheden van motiverende gespreksvoering. Voor meer informatie: www.work-wise.nl.

Verder lezen

- Britt, E., Hudson, S.M. & Blampied, N.M. (2004). Motivational interviewing in health settings. A review. *Patient Education and Counseling*, jaargang 53, nummer 2, pagina 147-155.
- 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*, jaargang 71, nummer 5, pagina 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*, jaargang 18, nummer 4, pagina 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*, jaargang 22, nummer 3, pagina 417-425.
- Chanut, F., Brown, T.G. & Dongier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, jaargang 50, nummer 11, pagina 715-721.
- 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*, jaargang 75, nummer 4, pagina 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*, jaargang 36, nummer 8, pagina 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*, jaargang 16, nummer 4, pagina 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*, jaargang 34, nummer 4, pagina 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*, jaargang 79, nummer 5, pagina 1395-1414.
- 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*, jaargang 96, nummer 12, pagina 1725-1742.
- 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*, jaargang 77, nummer 3, pagina 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*, jaargang 21, nummer 3, pagina 398-406.
- Madson, M.B., Loignon, A.C. & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing. A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, jaargang 36, nummer 1, pagina 101-109.
- 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*, jaargang 103, nummer 11, pagina 1809-1818.
- 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*, jaargang 72, nummer 6, pagina 1050-1062.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. New York/London, Guilford Press.
- 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*, jaargang 102, nummer 8, pagina 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*, jaargang 73, nummer 5, pagina 872-879.
- 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*, jaargang 21, nummer 2, pagina 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*, jaargang 74, nummer 1, pagina 1-9.
- Zweben, A. & Zuckoff, A. (2002). Motivational interviewing and treatment adherence. In: Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. New York/London, Guilford Press.

Cora Bartelink (c.bartelink@nji.nl) is medewerker van het Kenniscentrum van het Nederlands Jeugdinstituut.