

MOTIVATIE VOOR GEDRAGSINTERVENTIES BIJ JEUGDIGE JUSTITIABELEN

MEETINSTRUMENTEN BEOORDEELD

ONDERZOEKERS: EVI VERDONCK & EMMA JASPAERT

ONDER SUPERVISIE VAN PROF.DR. GEERT VERVAEKE & PROF.DR. STEFAN BOGAERTS

SEPTEMBER 2009

OPDRACHTGEVER: WODC, MINISTERIE VAN JUSTITIE, DEN HAAG

Dit onderzoek is uitgevoerd door het Leuvens Instituut voor Criminologie (LINC) van de Katholieke Universiteit Leuven (K.U.Leuven), in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie.

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

PROF. DR. G.L.M. VAN HECK – Universiteit Tilburg (voorzitter)

MR. DRS. A.W.M. EIJKEN – Ministerie van Justitie

MEVR. DR. M.J.M. BLOM – WODC

MEVR. DR. C.N. NAS-CALJOUW – WODC

MEVR. DRS. I. TEN DOESCHATE – Raad voor Kinderbescherming

Inhoud

INHOUD.....	I
LIJST VAN AFKORTINGEN.....	III
LIJST VAN TABELLEN EN FIGUREN.....	V
SAMENVATTING.....	VII
SUMMARY.....	XIII
INLEIDING.....	1
1 PROCES VAN LITERATUURVERZAMELING.....	5
2 MOTIVATIE ALS CONCEPT.....	7
2.1 HET BEGRIIP 'MOTIVATIE'.....	7
2.2 MOTIVATIETHEORIEËN.....	9
2.2.1 <i>Transtheoretische model</i>	9
2.2.2 <i>Zelfdeterminatietheorie</i>	11
2.3 DETERMINANTEN VAN MOTIVATIE.....	12
2.3.1 <i>Duidelijk aanbod</i>	13
2.3.2 <i>Een kwaliteitsvolle hulpverlener</i>	16
2.3.3 <i>Betrokken significante anderen</i>	18
2.4 BEHANDELING IN HET GEDWONGEN KADER.....	19
2.4.1 <i>Van 'moeten' naar 'willen'</i>	19
2.4.2 <i>Verzet is normaal</i>	20
2.5 CONCLUSIE.....	20
3 PSYCHOMETRISCHE KENMERKEN VAN INSTRUMENTEN DIE MOTIVATIE BIJ JEUGDIGE JUSTITIABELEN METEN.....	23
3.1 BEOORDELINGSCRITERIA.....	24
3.1.1 <i>Betrouwbaarheid</i>	25
3.1.2 <i>Validiteit</i>	27
3.1.3 <i>Normen</i>	28
3.2 BESCHRIJVING EN BEOORDELING VAN DE GESELECTEERDE INSTRUMENTEN.....	28
3.2.1 <i>Instrumenten gebaseerd op het transtheoretische model</i>	29
3.2.2 <i>Instrumenten gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie</i>	46
3.2.3 <i>Overige instrumenten</i>	50
3.3 BEPALING KERNFACETTEN OP SUBSCHAALNIVEAU.....	71
3.4 CONCLUSIE.....	72
ALGEMENE CONCLUSIE.....	75
LITERATUURLIJST.....	81

Lijst van afkortingen

AA	Anonieme Alcoholisten
ARFQ	Adolescent Reasons for Quitting Scale
ASI	Addiction Severity Index
BIB	Beoordelingslijst Inzet voor Behandeling
CMOTS	Client Motivation for Therapy Scale
CMR	Circumstances, Motivation, and Readiness Scale
CMRS	Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability Scale
COTAN	Commissie Testaangelegenheden Nederland
CVTRQ	Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire
DEP	Days of Experiencing Problems
FC	Forensisch Centrum
HAQ-R	Helping Alliance Questionnaire
ICC	Intraclass Correlation Coefficients
IMP	Initiële Motivatie-Houdings-Verwachtingspatroon van psychotherapiecliënten
MATE-crimi	Meten van Addictie voor Triage en Evaluatie
MfT	Motivation for Treatment Scale
M-H-V	Motivatie-Houding-Verwachting
ML	Marijuana Ladder
MOPS	Motivation for Psychotherapy Scale
MORM	Multi-factor Offender Readiness Model
MSQ	Motivational Structure Questionnaire
NfH	Need for Help Scale
NML2	Nijmegen Motivation List-2
Ots	Ondertoezichtsstelling
PAQ	Patient Attitude Questionnaire
PCI	Personal Concerns Inventory
PCI-OA	Personal Concerns Inventory – Offender Adaptation

PCQ	Process of Change Questionnaire
PCS	Perceived Coercion Scale
PDS	Paulhus Deception Scales
PIJ	Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen
PMI	Patient Motivation Inventory
PPC	Positive Peer Culture
PPQ	Patient Perception Questionnaire
PRQ	Problem Recognition Questionnaire
RCQ	Readiness to Change Questionnaire
RCQ-D	Nederlandse versie Readiness to Change Questionnaire
RCQ-TV	Readiness to Change Questionnaire – Treatment Version
RFQ	Reasons for Quitting Questionnaire
SCL-R	Symptom Check List-R
SEQ	Self-Efficacy Questionnaire
SOCRATES	Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale
SSCI	Social Sciences Citation Index
STRS	Serin Treatment Readiness Scale
TCU CJ CEST	Texas Christian University Criminal Justice Client Evaluation of Self and Treatment
TCUMS	Texas Christian University Treatment Motivation Scales
TMS-F	Treatment Motivation Scales for forensic outpatient treatment
TMQ	Treatment Motivation Questionnaire
TTM	Transtheoretische model
URICA	University of Rhode Island Change and Assessment Scale
VMB-A	Vragenlijst Motivatieontwikkeling voor Behandeling – Adolescenten
VMB-M	Vragenlijst Motivatieontwikkeling voor Behandeling – Medewerkers
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
ZDT	Zelfdeterminatietheorie

Lijst van tabellen en figuren

Tabel 1: Veranderingsstadia	10
Tabel 2: Soorten motivatie	11
Tabel 3: Instrumenten gebaseerd op het transtheoretische model.....	23
Tabel 4: Instrumenten gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie	24
Tabel 5: Instrumenten gebaseerd op overige theorieën.....	24
Tabel 6: Criteria betrouwbaarheidscoëfficiënten COTAN.....	25
Tabel 7: Criteria interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	27
Tabel 8: Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability Scale	31
Tabel 9: Circumstances, Motivation, and Readiness Scales	32
Tabel 10: Pre-treatment motivation scales	33
Tabel 11: Motivation for Treatment Scale.....	34
Tabel 12: Vragenlijst Motivatieontwikkeling voor Behandeling – Adolescentenversie	35
Tabel 13: Nederlandse versie van Readiness to Change Questionnaire.....	37
Tabel 14: Problem Recognition Questionnaire	38
Tabel 15: Staging algorithms	39
Tabel 16: University of Rhode Island Change and Assessment Scale	41
Tabel 17: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale	43
Tabel 18: De Marijuana Ladder	44
Tabel 19: Scaling Rulers.....	45
Tabel 20: Texas Christian University Treatment Motivation Scales.....	45
Tabel 21: Client Motivation for Therapy Scale	47
Tabel 22: Treatment Motivation Questionnaire.....	48
Tabel 23: Patient Attitude Questionnaire, Patient Perception Questionnaire.....	49
Tabel 24: Nijmegen Motivation List 2	51
Tabel 25: Treatment Motivation Scales for forensic outpatient treatment	53
Tabel 26: Beoordelingslijst Inzet voor de Behandeling	54
Tabel 27: Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire	56

Tabel 28: Motivational Structure Questionnaire	57
Tabel 29: Personal Concerns Inventory & Personal Concerns Inventory (Offender Adaptation)	59
Tabel 30: Motivation for Psychotherapy Scale	60
Tabel 31: Motivatie – Houding – Verwachting patroon	61
Tabel 32: Reasons for Quitting Questionnaire	62
Tabel 33: Matrix met informatie over de meetinstrumenten.....	65
Tabel 34: Indeling subschalen in groepen	71
Tabel 35: Overzicht van de geschiktheid van de instrumenten	73
 Figuur 1: Interactiemodel beïnvloedende factoren van motivatie	 72

Samenvatting

1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Dit onderzoek maakt deel uit van de PIJ-onderzoeksprogrammering. Een belangrijk knelpunt in de uitvoering van de PIJ-maatregel (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen) is een gebrekkige motivatie van veel jongeren om aan gedragsinterventies mee te werken en het eigen gedrag te veranderen. De meeste van deze interventies maken gebruik van het transtheoretische model en motiverende gespreksvoering. Het gebruik van meetinstrumenten met bewezen psychometrische kwaliteiten ontbreekt veelal. De fundamentele reden voor dit onderzoek is na te gaan of het mogelijk is om een beter inzicht te krijgen in de motivatie voor behandeling bij jeugdige justitiabelen bij aanvang van de interventie en tijdens de interventie. Een belangrijke bijdrage van onderhavig onderzoek was om motivatie te conceptualiseren, en om bestaande meetinstrumenten te inventariseren, op hun kwaliteit te beoordelen en hun eventuele functie in de behandeling te kaderen.

Dit werd vertaald naar vier onderzoeksvragen:

- 1 Is motivatie bij jeugdige justitiabelen te meten? Zo ja, welke instrumenten bestaan er om dit te meten? Bieden deze meetinstrumenten voldoende psychometrische garanties in termen van betrouwbaarheid en validiteit?
- 2 Als er geen geschikte motivatiebepalingsinstrumenten bestaan, is het dan raadzaam deze te ontwikkelen om te kunnen bepalen of het al dan niet zinvol is een gedragsinterventie aan een jongere op te leggen?
- 3 Is het noodzakelijk om gaandeweg een interventie de motivatie te blijven toetsen? Zijn eventueel gevonden instrumenten, als onder 1 genoemd, hiervoor te benutten of moeten instrumenten apart ontwikkeld worden?
- 4 Zijn er met betrekking tot bovenstaande vragen op basis van de literatuur verschillen te verwachten tussen de volgende subgroepen: PIJ-jongeren, Antilliaanse en Marokkaanse jeugdige justitiabelen en middelengebruikende jeugdige justitiabelen?

2 Methode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is een literatuuronderzoek uitgevoerd. In de literatuur is eerst gezocht naar een conceptualisering van het begrip 'motivatie', om vervolgens bestaande operationaliseringen in kaart te brengen, met inbegrip van onderzoek dat is gebeurd naar de kwaliteit van deze metingen. Tevens is aandacht besteed aan de vraag of er gegevens beschikbaar waren over motivatie van de in de onderzoeksvraag 4 opgesomde specifieke doelgroepen, namelijk PIJ-jongeren, Antilliaanse en Marokkaanse jeugdige justitiabelen en middelengebruikende jeugdige justitiabelen.

Om de vraag naar de meetbaarheid te beantwoorden is in de nationale en internationale literatuur gezocht naar instrumenten die de intentie hebben om motivatie te meten. Er is gezocht naar instrumenten bij zowel jeugdigen (12 tot en met 18 jaar) als bij volwassenen (vanaf 18 jaar), aangezien PIJ-jongeren tot hun 23 jaar in een justitiële jeugdinrichting kunnen verblijven. De gevonden instrumenten zijn vervolgens op basis van de criteria 'betrouwbaarheid' (interne consistentie en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid), 'validiteit' (begrips- en predictieve validiteit) en het al dan niet beschikken over normen in vier groepen ingedeeld: (1) Geschikt instrument voor belangrijke beslissingen op individueel niveau; (2) Geschikt instrument voor verder onderzoek; (3) Geen geschikt instrument en (4) Instrument waarvan niet duidelijk is of het geschikt is.

3 Resultaten

Motivatie kan geconceptualiseerd worden als een persoonskenmerk dat het individu aanzet om iets 'uit zichzelf' te doen, en dat fluctueert over de tijd en over situaties heen. Twee gangbare theorieën over motivatie zijn het transtheoretische model (TTM; Prochaska & Diclemente, 1984) en de zelfdeterminatietheorie (ZDT; Deci & Ryan, 1985, 2000). De belangrijkste meerwaarde van het TTM is het feit dat motivatie in fases (voorbeschouwingsfase, overwegingsfase, voorbereidingsfase, actiefase, consolidatiefase en uitval) kan worden verfijnd. De meerwaarde van de ZDT ligt in het onderscheid dat wordt gemaakt in niveaus van motivatie (amotivatie; externe motivatie: externe regulatie, geïntrojecteerde regulatie, geïdentificeerde regulatie en geïntegreerde regulatie; intrinsieke motivatie). Motivatie wordt gedetermineerd door een veelheid van factoren die zowel binnen het individu, de omgeving als de wisselwerking tussen beide kunnen liggen.

Vanuit de literatuur is het te verantwoorden om in elk geval bijzondere aandacht te besteden aan de motivatie bij jongeren die middelen gebruiken en/of een ernstige psychische pathologie vertonen. Daarnaast wordt het optimaliseren van de motivatie bemoeilijkt door grote verschillen tussen het aanbod van de behandelaar en de vraag van de cliënt, inclusief de verwachtingen die daarmee gepaard gaan. Bijzondere aandacht kan dan ook worden gevraagd voor allochtone jeugdigen die zeker in een aantal gevallen een opvatting over hulpverlening hebben die nog meer verschilt met die van de hulpverlener dan bij Nederlandse jeugdigen het geval is. We kunnen stellen dat het verkrijgen en bevorderen van interne motivatie bij jongeren niet alleen bepaald wordt door cliënts specifieke kenmerken maar ook afhankelijk is van en bepaald wordt door hulpverleners- en omgevingskenmerken. De onmiddellijke omgeving van de cliënt is één van de belangrijke determinanten voor zijn motivatie. Verder blijft het een uitdaging voor de instellingen en andere interventieaanbiedende organisaties om te blijven investeren in een constructieve en stimulerende werkomgeving voor alle medewerkers, met voldoende ruimte voor interprofessionele uitwisseling en mogelijkheden tot herstel. Tevens is het actief betrekken van significante anderen van kapitaal belang, ook al worden deze soms als 'storende' factoren ervaren.

Er zijn 27 instrumenten gevonden om motivatie te meten die in een klinische en/of justitiële setting al worden toegepast. De instrumenten die uiteindelijk als geschikt zijn beoordeeld voor belangrijke beslissingen op individueel niveau, zijn de *Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability* (CMRS; De Leon & Jainchill, 1986) en de *Beoordelingslijst Inzet voor Behandeling* (BIB; Drieschner, 2005). De CMRS is geschikt voor gebruik bij volwassenen in een klinische sector. De BIB is een beoordelaarsvragenlijst voor hulpverleners die motivatie meet bij volwassenen vanaf 18 jaar in een forensische setting. Beide instrumenten zijn weliswaar onderzocht in de Nederlandse context, maar het is vooralsnog onduidelijk of ze daadwerkelijk geschikt zijn voor gebruik bij jeugdige justitiabelen vanaf 12 jaar. Vervolgens werden er 12 instrumenten geschikt bevonden om in verder onderzoek te betrekken, waarvan er vijf geschikt zijn voor gebruik bij jeugdigen in een justitiële setting. Er zijn tien instrumenten waarbij we op dit moment over te weinig gegevens beschikken om hun feitelijke waarde in verder onderzoek te beoordelen. Tot slot zijn er drie instrumenten die niet geschikt zijn voor het meten van motivatie, gegeven onze vooropgestelde criteria.

Er zijn dus wel een aantal degelijke en veelbelovende instrumenten beschikbaar om motivatie in behandelsettings te meten. Op dit ogenblik is er echter geen instrument beschikbaar voor de meting van motivatie voor de specifieke doelgroep van jeugdige delinquenten (12 tot 23 jaar) die gebruikt kan worden voor *individuele* beslissingen. Wanneer men de motivatie niet louter in kaart wenst te brengen via de huidige niet-gesystematiseerde klinische monitoring, is het onontbeerlijk om te

investeren in de ontwikkeling van degelijke specifieke instrumenten. Ook wanneer er op een bepaald ogenblik degelijke instrumenten voorhanden zijn, lijkt het ons niet wenselijk om een niveau of fase van motivatie waarin een cliënt zich bevindt te hanteren als exclusie criterium voor de behandeling. Literatuur en onderzoek wijzen immers op de veranderbaarheid van motivatie en het feit dat therapie met motivatiebevorderende inslag met extern gemotiveerde cliënten zinvol is (o.a. Prochaska & DiClemente, 1984; Van Binsbergen, 2003; DeLeon, Mellnick, & Tims, 2001).

Hoewel de resultaten van de meetinstrumenten inzake motivatie niet gezien moeten worden als een exclusie criterium voor een behandeling, vormt een combinatie van klinische ongestructureerde monitoring met psychometrisch goed onderbouwde gestructureerde vragenlijsten een meerwaarde. Daarvoor zijn vier redenen aan te geven. Ten eerste maken ze de rapportering ten aanzien van derden duidelijker in een context waarin men elementen, die essentieel zijn voor succes, aantoonbaar moet maken. Ze komen zeker ten goede aan diegenen die verantwoordelijk zijn voor de bewaking van de programma-integriteit, dat is de aansluiting tussen de interventie op papier en de wijze waarop de interventie op de werkvloer wordt uitgevoerd. Ten tweede vormen ze een expliciet signaal en uitnodiging om aan de motivatie van de cliënten aandacht te blijven besteden. Ten derde kunnen dergelijke instrumenten in een aantal gevallen een in gebreke blijvende klinische observatie aanvullen. Ten vierde kan de behandelaar nog steeds terugvallen op zijn klinische indrukken, wanneer de cliënt niet gemotiveerd is om vragenlijsten in te vullen.

Instrumenten die gedurende de behandeling afgenomen kunnen worden en waarbij motivatiemonitoring mogelijk is, na verder onderzoek, zijn: VMB-A, RCQ-D, TMS-F, MSQ, PCI, en Scaling Rulers. De overige instrumenten meten de motivatie op een bepaald ogenblik. Het is niet duidelijk op welk moment van de behandeling deze worden afgenomen. We kunnen alvast stellen dat deze instrumenten geen toetsing uitvoeren van de motivatie op verschillende tijdstippen, maar eerder een 'momentopname' zijn. Scaling Rulers is een instrument waarvan niet duidelijk is of het geschikt is, omdat er gegevens ontbreken om de waarde van het instrument te beoordelen. De instrumenten VMB-A, RCQ-D, TMS-F, MSQ en PCI zijn geschikt voor gebruik in verder onderzoek.

Het gebruik van drugs gaat vaak gepaard met een geringe motivatie van de jongeren. Bij de inventarisatie van de instrumenten blijkt dat er veel instrumenten ontwikkeld zijn voor middelengebruikers. Het belang van de motivatie bij deze doelgroep is groot (Howells & Day, 2003; McMurran, 2002; McMurran & Ward, 2004). De kwaliteit van de instrumenten dient echter te verbeteren om in individuele gevallen beslissingen te kunnen nemen op basis van de testresultaten.

PIJ jongeren hebben vaker een psychische problematiek, waarbij de motivatieontwikkeling moeizamer tot stand komt (De Leon et al., 2000). Het tegelijk voorkomen van psychische problemen of comorbiditeit is verder een voorspeller voor een lage deelname aan de behandeling, uitval en minder succesvolle behandelresultaten (Rink, 1982; McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1983; Kleinman et al., 1992; Joe, Brown, & Simpson, 1995; Simpson, Joe, Broome et al., 1997; Hiller et al., 1999; Van Binsbergen, 2003). Deze groep vraagt dus, binnen deze al kwetsbare groep nog extra aandacht inzake motivatiemonitoring en -bevordering.

Verder komt een functionele werkrelatie minder vaak tot stand bij allochtone jeugdige justitiabelen in vergelijking met autochtone jeugdige justitiabelen (Rink, 1982; Van Binsbergen et al., 2001). Taal- en cultuurverschillen kunnen hierin een rol spelen (Van Binsbergen et al., 2001). De verwachtingen die de jongeren bij aanvang van de behandeling hebben, blijkt een belangrijke voorspellende factor te zijn van het succes van de behandeling. Allochtone jeugdigen verwachten een oplossing van de hulpverleners voor hun problemen, terwijl Nederlandse hulpverleners zich meer richten op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt voor het vinden van een oplossing (Van Pelt & Knorth, 2002). Cliënten vallen minder vaak uit en behalen betere behandelresultaten als de taal en etniciteit tussen cliënt en hulpverlener overeenstemmen (Atkinson & Lowe, 1995). Indien de hulpverlening binnen justitiële inrichtingen wil aansluiten bij de leefwereld van de jongeren, dan moeten de hulpverleners rekening houden met deze culturele verschillen.

Summary

An important hampering factor in the treatment of children and adolescents is the lack of motivation to comply with treatment and to modify their own behavior. This is especially experienced in the context of judicial interventions. As a consequence, 'stimulation of motivation and commitment' is an important criterion in the accreditation of judicial treatment interventions. The Accreditation Panel of Judicial Behavioral Interventions in the Netherlands stresses the possible fluctuation of motivation over time and across situations. Motivation is also defined as a process in which the client, significant others and the context of treatment can play an important role. Most of the accredited interventions subscribe the transtheoretical model of motivation (Prochaska & Diclemente, 1984) and opt for the technique of motivational interviewing (Miller & Rollnick, 1991) to optimize motivation during treatment. The use of motivation assessment questionnaires, however, is mostly lacking.

The aim of this study was to make an inventory of existing assessment instruments, to evaluate them and to examine their possible role in treatment. A thorough literature scan resulted in 163 different sources that, subsequently, have been examined in full detail.

First of all, the conceptualization of 'motivation' and theories concerning the role of motivation in the explanation of human behavior were reviewed. Motivation is defined as a state of the individual that initiates behavior, and that can fluctuate over time and across situations.

Currently, two motivational theories dominate the literature: the transtheoretical model of motivation (Prochaska & Diclemente, 1984) and the self-determination theory (Deci & Ryan, 1985, 2000). The added value of the transtheoretical model lies in the fact that motivation is further refined in phases (precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance, relapse). The self-determination theory focuses on different levels of motivation (amotivation; external motivation: external regulation, introjected regulation, identified regulation and integrated regulation; intrinsic motivation). Motivation is determined by a number of factors that are situated within the individual (cognitive and emotional), in the environment or in the interaction between

both. It can be justified to dedicate special attention to the motivation of drug-using adolescents and/or adolescents suffering from serious psychopathology. Furthermore there are striking discrepancies between the treatment supply and the client's request, including their expectations, influence motivation negatively. Immigrant youth are, in that respect, more vulnerable than native youngsters. The internal motivation is not only determined by characteristics of the client, but also by the commitment and the specific competences of social workers, and by the significant others. Given the fact that the context of treatment is related to levels of motivation, it is a real challenge for the management of institutions, probation officers and treatment providers to focus continuously on developing and maintaining a constructive and stimulating working environment for all employees/trainers, with sufficient attention for interprofessional exchange of information and training. The active involvement of family and friends of the clients is of major importance, although they are sometimes perceived as a "disturbing" factor.

In order to answer the questions concerning measurability, a literature scan was conducted. We found 27 instruments that assess motivation in a clinical and/or a judicial setting. These instruments have been evaluated in terms of reliability (internal consistency and inter-rater reliability), validity (content and predictive validity), as well as the availability of norms. This resulted in a classification of instruments into four categories: (1) adequate instrument for decisions on individual level; (2) adequate instrument for further research; (3) inadequate instrument; (4) instrument whose adequacy is unclear due to a lack of information.

The instruments that are adequate for decisions on individual level are the *Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scale* (De Leon & Jainchill, 1986) and the *Beoordelingslijst Inzet voor Behandeling [Evaluation of Commitment for Treatment]* (Drieschner, 2005). The first scale is constructed to assess motivation in a clinical setting for adults (Dutch version available). The *Beoordelingslijst Inzet voor Behandeling [Evaluation of Commitment for Treatment]* is a questionnaire, used in an outpatient judicial setting for adults, in which the level of motivation by the client is assessed by the social worker. These instruments, however, have not yet been used in judicial settings for adolescents.

Twelve instruments were found to be adequate for further research. Five of them are suited for the use in a judicial setting for adolescents. For ten instruments, until now, sufficient data is lacking to evaluate their quality. Finally, three instruments are inadequate to assess motivation, given our evaluation standards.

Although we found some adequate and promising instruments to assess motivation in treatment settings, none of these have yet been applied to measure motivation for delinquent adolescents in inpatient judicial setting or ambulant treatment of juvenile delinquents. As a consequence, if one wishes to supplement the actual clinical monitoring, it will be indispensable to invest in the development of high quality instruments for this specific target group. A combination of clinical monitoring and motivation assessment instrument can indeed create added value. Therefore, future investment in the development of such motivation assessment instruments is desirable for at least four reasons. First of all, it will facilitate clear and effective reporting to stakeholders, especially in contexts in which outcome, as well as process variables, have to be demonstrated, for ensuring the program's integrity and the effectiveness of treatment interventions. Secondly, the results of the motivation instruments can continuously stimulate attention for motivation during treatment. Thirdly, the results of these instruments can supplement inadequate clinical observation. Finally, the clinical monitoring can still supplement the questionnaire, if the client isn't motivated to fill in the questionnaire.

Even when, in the future, high quality instruments are available, it will not be desirable to use their results as a strict criterion for excluding patients from treatment. Indeed, theory *and* research show that motivation is not a stable and unchangeable individual trait (e.g. Prochaska & DiClemente, 1984; DeLeon, Mellnick, & Tims, 2001). In contrast, motivation can fluctuate and can be enhanced during various forms of treatment.

Inleiding

Dit onderzoek maakt deel uit van de PIJ-onderzoeksprogrammering. Een belangrijk onderdeel in de uitvoeringspraktijk van de PIJ-maatregel is de evidence base van de aangeboden gedragsinterventies. De Raad voor Kinderbescherming werkt aan de ontwikkeling en implementatie van erkende gedragsinterventies voor jeugdige justitiabelen. Dit geldt ook voor ambulante leerstraffen die de Raad voor Kinderbescherming adviseert bij justitiële jongeren. In justitiële jeugdinrichtingen verblijven jongeren tussen de twaalf en drieëntwintig jaar. Drie justitiële maatregelen kunnen tot een plaatsing in een justitiële jeugdinrichting leiden, namelijk plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen (PIJ), voogdij en ondertoezichtsstelling (ots). De PIJ-maatregel is een strafrechtelijke maatregel en de laatste twee maatregelen zijn civielrechtelijke kinderschermingsmaatregelen¹.

De gebrekkige motivatie van veel jongeren om aan gedragsinterventies mee te werken en het eigen gedrag te veranderen is een belangrijk knelpunt in de jeugdhulpverlening, maar wordt nog sterker ervaren bij jongeren die in het kader van een rechterlijke maatregel worden begeleid. Betrokkenheid en motivatie worden dan ook terecht als belangrijke aandachtspunten gesteld bij de erkenning van gedragsinterventies in een justitieel kader. Om ervoor te zorgen dat een gedragsinterventie haar doel bereikt, is het noodzakelijk dat jeugdige justitiabelen actief deelnemen aan een interventie en hieraan blijven meedoen zodat de beoogde gedragsverandering tot stand komt. Drop-out kan worden gezien als een contra-indicatie voor gedragsverandering en is gerelateerd aan algemene en specifieke recidive².

Motivatie, en meer bepaald intrinsieke motivatie, kan worden gezien als een belangrijke factor voor het bereiken van gewenste gedragsverandering (o.a. Davanloo, 1978; Strupp, 1980; Swildens, 1980; Schippers, 1996). Bij intramurale jeugdige justitiabelen is – als gevolg van het gedwongen behandelkader – meestal sprake van een gedragsverandering onder externe druk (van Binsbergen, 1997). Behandelaars en wetenschappers lijken op voorhand al rekening te houden met een

¹ Bij het civielrechtelijk karakter van een maatregel is het van belang te onderkennen dat binnen justitiële behandelvoorzieningen jongeren verblijven die de wet niet hebben overschreven.

² Algemene recidive is een recidive, een nieuw justitiecontact, van een persoon, ongeacht de aard en ernst van het gepleegde delict. Specifieke recidive is een nieuw justitiecontact naar aanleiding van overtreding van hetzelfde wetsartikel (Wartna, Blom, & Tollenaar, 2008).

potentieel motivatieprobleem omdat deze jongeren zelden of nooit uit vrije wil geplaatst zijn. Om tot een daadwerkelijke gedragsverandering te komen, is intrinsieke motivatie doorslaggevend (Deci & Ryan, 1985; Curry, Wagner, & Grothaus, 1990; Cunningham, L. Sobell, M. Sobell, & Gaskin, 1994; Ryan, Plant, & O'Mally, 1995; Van Binsbergen, 2003).

De interventies die in JJI's worden toegepast worden eerst beoordeeld door de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie (verder te noemen Erkeningscommissie). Het zevende criterium voor het beoordelen van de mogelijke effectiviteit is 'betrokkenheid en motivatie'³ (Beschrijving Kwaliteitscriteria, versie juni 2008, p. 9) en wordt als volgt beschreven:

"Motivatie dient ruim opgevat te worden. Het is geen statische entiteit. Motivatie kan zich gedurende het volgen van een interventie ontwikkelen. De mate waarin dit gebeurt, is onder meer afhankelijk van de manier waarop de gedragsinterventie wordt toegepast, de betrokkenheid die de begeleiders/medewerkers tonen en de mate waarin deelnemers ontvankelijk zijn voor de methode en inhoud. Een goede indicator voor betrokkenheid en motivatie is de verhouding van het aantal deelnemers dat de gedragsinterventie afrondt ten opzichte van het aantal afvallers.

In de beschrijving komt het volgende naar voren:

- *Welke motivatietechnieken er worden gebruikt om de motivatie van de deelnemers voorafgaand aan de interventie op te wekken en gedurende de gedragsinterventie op peil te houden c.q. te versterken. Onderbouwd wordt waarom deze technieken effectief zijn.*
- *Hoe motiveren de inhoud van de gedragsinterventie bepaalt en hoe de gehanteerde methoden de deelnemers aanzetten tot verandering, en hoe deze passen bij hun leerstijlen en hun specifieke achtergrond.*
- *Op welke wijze de (stand van de) motivatie van de deelnemers wordt gevolgd.*
- *Hoe men ervoor zorgt dat een voldoende aantal justitiabelen aan de gedragsinterventie deelneemt met het oog op een juiste uitvoering ervan.*
- *Hoe het personeel wordt gemotiveerd voor een goede uitvoering van de interventie.*
- *Hoe de motivatie van het personeel wordt gemonitord.*"⁴

³ De andere kwaliteitscriteria zijn: theoretische onderbouwing; selectie van justitiabelen; dynamische criminogene factoren en protectieve factoren; effectieve (behandel)methoden; vaardigheden; fasering, intensiteit en duur; continuïteit; interventie-integriteit; en evaluatie. Alle punten beschreven binnen een criterium dienen bij ingediende interventies concreet gemotiveerd te zijn om de maximum score te behalen. De beoordeling van de criteria gebeurt als volgt. Eerst geeft elk lid van de Erkeningscommissie onafhankelijk voor elk criterium een score 0, 1 of 2. Daarna beslissen de leden samen over de uiteindelijke score voor elk criterium.

⁴ De gegevens met betrekking tot deze elementen kunnen in het erkenningsdossier teruggevonden worden in de programma-, de management- en de theoretische handleiding

De Erkeningscommissie gaat uit van een belangrijke invloed vanuit, ondermeer de *omgeving* op de motivatie van de jongere. Eerst dient de (mate van) motivatie vastgesteld te worden. Vervolgens moet duidelijk zijn hoe deze motivatie door de hulpverleners vergroot wordt, hoe andere hulpbronnen (bijvoorbeeld ouders) worden ingeschakeld, hoe motivatie gemonitord wordt tijdens het gehele interventieproces en hoe er – vanuit de omgeving/hulpverlener – actief bijgestuurd wordt als de motivatie van de jongere vermindert of onvoldoende vooruit gaat. De Erkeningscommissie ziet motivatie als een interactioneel proces (Bullens, 2009)⁵.

Samengevat is het belangrijk te noteren dat geen enkele gedragsinterventie kan worden erkend wanneer binnen de interventie niet (minimaal) aandacht wordt besteed aan het bevorderen en monitoren van motivatie van jongeren. Op dit ogenblik is het gebruik van gevalideerde instrumenten om motivatie te meten en te monitoren geen noodzakelijke voorwaarde tot erkenning. Een overzicht van bestaande gevalideerde (motivatie-)instrumenten en de psychometrische kwaliteiten ontbreken alsnog.

De fundamentele reden voor dit onderzoek is te onderzoeken of het mogelijk is om een beter inzicht te krijgen in de motivatie voor behandeling bij jeugdige justitiabelen (12 tot 23 jarigen) bij aanvang van de interventie en tijdens de interventie. Hierbij rijst de vraag of er betrouwbare en valide meetinstrumenten bestaan om motivatie te meten en monitoren, gegeven het feit dat motivatie op verschillende manieren geconceptualiseerd kan worden.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Is motivatie bij jeugdige justitiabelen te meten? Zo ja, welke instrumenten bestaan er om dit te meten? Bieden deze meetinstrumenten voldoende psychometrische garanties in termen van betrouwbaarheid en validiteit (zie hoofdstuk 3)?
- 2 Als er geen geschikte motivatiebepalingsinstrumenten bestaan, is het dan raadzaam deze te ontwikkelen om te kunnen bepalen of het al dan niet zinvol is een gedragsinterventie aan een jongere op te leggen (zie hoofdstuk 3)?
- 3 Is het noodzakelijk om gaandeweg een interventie de motivatie te blijven toetsen? Zijn eventueel gevonden instrumenten, als onder 1 genoemd, hiervoor te benutten of moeten instrumenten apart ontwikkeld worden (zie hoofdstuk 2 en 3)?

⁵ Persoonlijke mededeling, 17 april, 2009. Prof. Dr. Ruud Bullens is lid van de Erkeningscommissie en pleegvader van het criterium 'betrokkenheid en motivatie'.

- 4 Zijn er met betrekking tot bovenstaande vragen op basis van de literatuur verschillen te verwachten tussen de volgende subgroepen: PIJ-jongeren, Antilliaanse en Marokkaanse jeugdige justitiabelen en middelengebruikende jeugdige justitiabelen (zie hoofdstuk 2 en 3)?

Dit rapport is opgebouwd uit drie hoofdstukken. Na een korte beschrijving van het proces van literatuurverzameling, wordt in het tweede hoofdstuk motivatie gedefinieerd. Het derde hoofdstuk is het centrale hoofdstuk van dit rapport en bevat een inventarisatie en evaluatie van bestaande instrumenten. Het rapport wordt afgesloten met een algemene conclusie.

1 Proces van literatuurverzameling

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen, die in essentie te maken hebben met de meetbaarheid van motivatie, werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. In de literatuur zijn we vooreerst op zoek gegaan naar een conceptualisering, om vervolgens bestaande operationalisering van het concept motivatie in kaart te brengen, met inbegrip van onderzoek dat is gebeurd naar de kwaliteit van deze metingen. Bij zowel de conceptualisering, als bij de inventarisatie en de beoordeling van bestaande instrumenten, werd aandacht besteed aan de vraag of er gegevens beschikbaar waren over motivatie van de in de onderzoeksvraag 4 opgesomde specifieke doelgroepen, namelijk PIJ-jongeren, Antilliaanse en Marokkaanse jeugdige justitiabelen en middelengebruikende jeugdige justitiabelen. Meer concreet werden, via de zoekfunctie LibriSource, diverse databanken geconsulteerd: Web of Science, PsycINFO-OvidSP, Social Sciences Citation Index (SSCI), Academic search en Sociological abstracts. Daarnaast werd er een internetsearch gevoerd via de zoekmachine Google en Google Scholar. In de collecties van alle bibliotheken in Vlaanderen werd gezocht via Libis Catalogus. Tot slot werd de zoekfunctie van het WODC geraadpleegd. In de databanken werden volgende zoektermen ingevoerd: motivation and assessment* (165 hits) and treatment* (169 hits) and measuring* (120 hits) and young offenders* (57 hits) and juvenile justice* (65 hits) and drop out* (207 hits); young offenders and motivation and measuring* (14 hits) and treatment* (27 hits); psychotherapy and adolescents and motivation* (109 hits) and resistance* (120 hits), young offenders and expectancy treatment* (9 hits) and treatment selection* (46 hits). Verder werd nagegaan bij citations of de auteurs nog andere publicaties op hun naam hadden die van belang konden zijn.

Op basis van bovenstaande zoekstrategie via databanken en Google werden 1108 abstracts verzameld. Na verwijdering van publicaties die in meerdere databanken werden gevonden en artikels die geen informatie bevatten over motivatie van cliënten in de hulpverlening en motivatie bij jeugdigen in een justitiële setting, bleven uiteindelijk 76 artikels over voor dit onderzoek. Deze

werden gelezen en beoordeeld op relevantie. Verder werden er op basis van literatuurverwijzingen uit de geselecteerde artikels, bijkomende bronnen gelezen. Dit resulteerde in een totaal van 163 verschillende bronnen die grondig werden bestudeerd. In een latere fase werden de volgende bijkomende zoektermen ter toetsing op volledigheid ingegeven: motivation and delinquent boys* (44 hits) and delinquent adolescents* (50 hits) and juvenile delinquents* (84 hits) and delinquents* (93 hits). Op basis van deze toets werden geen nieuwe instrumenten meer ontdekt.

Aangezien de centrale onderzoeksvragen betrekking hebben op de meetinstrumenten, beschrijven we hierna het subproces van het literatuurproces in detail. Voor wat onderzoeksvraag 4 betreft kon geen specifieke literatuur worden gevonden over de relatie tussen de bijzondere doelgroepen (PIJ-jongeren, Antilliaanse en Marokkaanse jeugdige justitiabelen en middelengebruikende jeugdige justitiabelen) en motivatie. Deze informatie werd vervolgens gezocht in de reeds verzamelende literatuur over de meetbaarheid van motivatie.

Bij de selectie van de meetinstrumenten voor dit onderzoek werd er bij voorkeur gezocht naar instrumenten die in een strafrechtelijk kader gebruikt kunnen worden. Instrumenten die op het terrein van de gezondheidszorg gebruikt worden, werden eerder met het oog op aanvullende informatie betrokken in het onderzoek. Er werden zowel instrumenten voor jeugdigen (12 tot en met 18 jaar) als voor volwassenen (vanaf 18 jaar) geselecteerd, aangezien jongeren tot hun 23 jaar in justitiële jeugdinrichtingen kunnen verblijven.

2 Motivatie als concept

Motivatatieproblemen worden vaak genoemd als reden voor uitval gedurende de behandeling bij justitiële jeugdigen (o.a. Wouda, Van der Ploeg, & Smit, 1987; Wouda, 1988; Ryan et al., 1995; Van Binsbergen, Knorth, Klomp, & Meuleman, 2001). Maar wat is motivatie? Deze vraag wordt als eerste behandeld in dit hoofdstuk. Vervolgens wordt gekeken naar de interne en externe factoren die een invloed kunnen uitoefenen op motivatieontwikkeling. Tot slot wordt er dieper ingegaan op motivatie binnen een gedwongen kader.

2.1 *Het begrip 'motivatie'*

'Motivatie is wat mensen aanzet om iets te willen doen' (Casselmann, 1996, p. 17).

Deze eenvoudige maar krachtige definitie stelt dat motivatie te maken heeft met het 'doen'. Het is een geheel van factoren voor het aanzetten tot en richting geven aan het handelen en geeft een antwoord op de vraag naar het waartoe en waarom van het handelen (Lens, Van Avermaet, & Eelen, 1996). Motivatie is geen zichtbaar proces maar wordt afgeleid uit observeerbare gedragskenmerken. Deze omschrijvingen leiden tot een algemene definitie van motivatie in de hulpverlening: *'de beweegredenen van cliënten om al dan niet aan een hulpverleningstraject deel te nemen en om gedrag te vertonen dat in het kader van die hulpverlening nodig wordt geacht'* (Van Yperen, Booy, & Van der Veldt, 2003, p. 10). Een eenduidige definitie van motivatie in de context van de hulpverlening en jeugdzorg bestaat niet (Ryan et al., 1995; DiClemente, 1999; Van Binsbergen, 2003), maar een analyse van de literatuur leidt tot een aantal inzichten.

Motivatie is een persoonseigenschap, maar is onderhevig aan interne en externe inwerkende factoren (o.a. Miller & Rollnick, 1991; Schippers, 1996). Een samenspel van persoonskenmerken en omgevingsfactoren verklaart waarom iemand bepaalde gedragingen vertoont (o.a. K.B. Carey, Purnine, Maisto, & M.P. Carey, 1999; Ward, Day, Howells, & Birgden, 2004; Bogaerts & Poiesz, 2007;

Leenarts & Van der Knaap, 2007;). Miller en Rollnick (1991) spreken over "*A state of readiness or eagerness (...), which may fluctuate from one time or situation to another. This state is one that can be influenced* (p. 14)".

Motivatie is verder een multidimensioneel gegeven waarbij niet één dominante motivatie het menselijk gedrag stuurt, maar een veelheid aan motivaties (Reiss & Havercamp, 1996). Bij het bepalen van de aard en de mate van gemotiveerdheid van een cliënt zijn er verschillende dimensies te onderscheiden. Vanhoeck en Van Daele (1999) onderscheiden elf motivatiedimensies in een context van gedwongen hulpverlening: motivatie vanuit probleeminzicht, motivatie vanuit lijdensdruk, motivatie om aan problemen te werken, motivatie met het oog op een doelgerichte probleemoplossing, motivatie vanuit hoop op strafvermindering of -vermijding, motivatie vanuit kennis over therapie, motivatie om zich specifiek voor therapie in te zetten, motivatie om hulp te willen aanvaarden, motivatie vanuit beschikbare hulpbronnen, motivatie om oneigenlijke redenen en motivatie vanuit sociale wenselijkheid, onderdanigheid of passiviteit. Deze dimensies bieden een aangrijpingspunt om rechtstreeks aan motivatie met de cliënt in een gedwongen behandeling te werken.

In de psychologie is het gebruikelijk om onderscheid te maken tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Het al of niet gemotiveerd zijn is geen zwart-witsituatie. Motivatie situeert zich op een continuüm gaande van 'helemaal niet gemotiveerd', over 'extern gemotiveerd', tot 'intrinsiek gemotiveerd'. Intrinsieke motivatie verwijst naar de mate waarin een individu zelf gemotiveerd is om problematisch gedrag te veranderen (Deci & Ryan, 1985; Carey et al., 1999). Bij extrinsieke motivatie ligt de bron (aansturing, hulpbron, enzovoort) buiten de persoon. De persoon ervaart externe druk om te veranderen of om in behandeling te gaan (De Leon, Mellnick, & Tims, 2001).

De literatuur wijst tot slot op het onderscheid tussen motivatie voor behandeling en motivatie voor verandering (o.a. Appelbaum, 1972). In hun onderzoek naar de motivatie van jeugdige delinquenten bij de jeugdreclassering en gezinsvoogdij definiëren Van Nijnatten en Van Berchum (1996) motivatie voor verandering als '*de algehele bereidheid van de jongere om zijn problematische situatie en gedrag te veranderen*' (p. 461). Het is een combinatie van de beleving van het probleem door de cliënt en het vertrouwen in zijn/haar mogelijkheden om dit probleemgedrag te veranderen (Rollnick, Mason, & Butler, 1999; Miller & Rollnick, 2002). Behandelmotivatie is een onderdeel van veranderingsmotivatie dat verwijst naar de bereidheid van een individu om hulp te gaan zoeken en actief aan de behandeling mee te werken (Van Nijnatten & Van Berchum, 1996).

2.2 Motivatietheorieën

Er bestaan verschillende theoretische modellen om motivatie voor behandeling en gedragsverandering (van ongewenst naar gewenst gedrag) in de hulpverlening te beschrijven. Een veelgebruikt theoretisch basismodel is het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente (1984). Dit model is ontwikkeld vanuit de ervaring in het klinische veld en heeft een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van verschillende meetinstrumenten. Daarnaast wordt de zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan (1985, 2000) besproken. Deze theorie is gegroeid vanuit het wetenschappelijk onderzoek en is toonaangevend in de actuele literatuur. Ze leidde tevens tot de ontwikkeling van meetinstrumenten die geleidelijk aan ook in de klinische praktijk worden ingezet.

2.2.1 Transtheoretische model

Prochaska en DiClemente (1984) stellen dat motivatie en gedragsverandering zich geleidelijk ontwikkelen door zes veranderingsstadia: *voorbeschouwingsfase, overwegingsfase, voorbereidingsfase, actiefase, consolidatiefase en uitval*.

De stadia tonen geen gradueel verloop. Soms moeten meerdere fasen worden doorlopen voordat er sprake is van consolidatie van gedrag. Prochaska en DiClemente gaan uit van een dynamische en interactionele benadering van motivatie en adviseren om motivatie expliciet als onderdeel van het behandelproces op te nemen. Motiveren wordt hier gezien als het begeleiden van een proces om tot een juiste besluitvorming te komen. De ontwikkeling van motivatie is onderdeel van de eerste drie veranderingsstadia, de motivatiestadia genoemd (Van Binsbergen et al., 2001). De overgang van de voorbeschouwingsfase naar de actieve besluitvorming vormt de motivatieontwikkeling voor behandeling. In het vierde stadium moet motivatie aanwezig zijn en samen met het vijfde stadium behelzen ze de eigenlijke behandeling. Volgens het model moet er tijdens de behandeling een overeenstemming zijn in het motivatieniveau waarop de cliënt zich bevindt en de bijdrage van de hulpverlener. De fase waarin een individu zich bevindt kan met behulp van een meetinstrument vastgesteld worden (De Fuentes-Merillas, De Jong, & Schippers, 2002). Drieschner, Lammers en Van Der Staak (2004), en Burrowes en Needs (2009) merken terecht op dat het transtheoretische model enkel de toestand inzake motivatie bij het individu bepaalt, zonder dat het model direct inhoudelijke aangrijpingspunten biedt voor de verklaring van die toestand.

Tabel 1: Veranderingsstadia

- (1) In de *voorbeschouwingsfase (precontemplation)* ervaart de cliënt geen problemen. Hij is zich nog niet bewust van het probleem en overweegt niet om zijn gedrag te veranderen. Cliënten in deze fase zijn door externe druk in behandeling gegaan en vertonen de meeste weerstand tegen de pogingen van de hulpverlener om iemand tot verandering aan te zetten.
- (2) In de *overwegingsfase (contemplation)* begint bij de cliënt het idee te ontstaan dat er mogelijke problemen zijn. Hij erkent het probleem en overweegt om het gedrag te veranderen. In deze fase staan cliënten het meest open voor verandering.
- (3) In de *voorbereidingsfase (preparation)* neemt de cliënt de beslissing om al dan niet iets aan zijn probleem te doen. Er is nog geen sprake van een daadwerkelijke gedragsverandering, maar cliënten in deze fase hebben de intentie om dit in de nabije toekomst te doen.
- (4) Na het nemen van het besluit om te veranderen gaat de cliënt de oorzaken en factoren van het probleemgedrag actief aanpakken. De cliënt bevindt zich in de *actiefase (action)* waar zich de daadwerkelijke veranderingen voltrekken.
- (5) In de *consolidatiefase (maintenance)* tracht de cliënt de bereikte doelen en zijn nieuwe gedrag te handhaven. Terugval dient in deze fase voorkomen te worden.
- (6) Als het niet lukt om de veranderingen te handhaven en het probleemgedrag terugkeert, dan is er sprake van *terugval (relapse)*. Terugval is een normale gebeurtenis die zich vanaf het instellen van de verandering op elk moment kan voordoen.

Bron: Prochaska & DiClemente, 1984; Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994

Het transtheoretische model kan toegepast worden binnen de intramurale justitiële jeugdzorg (Van Binsbergen, 2003; Hemphill & Howel, 2000). Van Binsbergen (2003) concludeert dat aan de hand van drie factoren, namelijk (1) probleembesef, (2) wijze van contactname in de behandeling en (3) besluitvorming, zichtbaar is of een jeugdige gemotiveerd raakt. De observatie van deze factoren geeft richting aan interventies langs twee dimensies van behandelmotivatie: de individuele gerichtheid op verandering van een jongere per motivatiestadium en de wijze waarop een jongere contact zoekt in de behandeling.

Een methodiek die gebruik maakt van het transtheoretische model is motiverende gespreksvoering of 'motivational interviewing' (Miller & Rollnick, 1991). Motiverende gespreksvoering is een directieve, persoongerichte gesprekstijl, bedoeld om verandering van gewoontegedrag te bevorderen door het helpen verhelderen en oplossen van ambivalentie voor verandering. Het is een effectieve methode om de behandelmotivatie bij justitiabelen, ook bij jeugdigen, te bevorderen

(Tober, 1991; Harper & Hardy, 2000; Otten, Solinger, Suvaal, & Van der Veen, 2001; Mendel & Hipkins, 2002; Stein & Lebeau-Craven, 2002).

2.2.2 Zelfdeterminatietheorie

De zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 1985, 2000) is een motivationele theorie die vertrekt vanuit de visie dat mensen de aangeboren kracht bezitten om zich te ontwikkelen en verder te ontplooiën. Deci en Ryan stappen af van het klassieke dichotome onderscheid tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Tussen amotivatie en intrinsieke motivatie plaatsen zij extrinsieke motivatie (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Connell, 1989; Ryan, Connell, & Deci, 1985) die wordt gecreëerd door externe regulatie, geïntrojecteerde regulatie, geïdentificeerde regulatie en geïntegreerde regulatie. Externe regulatie en geïntrojecteerde regulatie worden geplaatst onder de noemer 'gecontroleerde motivatie' ('moeten' veranderen); geïdentificeerde regulatie, geïntegreerde regulatie en intrinsieke motivaite behoren tot 'autonome motivatie' ('willen' veranderen).

Tabel 2: Soorten motivatie

- | |
|---|
| <p>(1) <i>Amotivatie</i> is een totaal gebrek aan intentie om te veranderen</p> <p>(2) <i>Externe motivatie</i></p> <p><i>Gecontroleerde motivatie ('moeten')</i></p> <p>a. <i>Externe regulatie</i> verwijst naar een motiverende factor die geforceerd wordt door externe bronnen, zoals een externe beloning en het vermijden van straffen.</p> <p>b. <i>Geïntrojecteerde regulatie</i> beschrijft het accepteren van een regulatie zonder de regulatie eigen te maken. Een persoon gaat een gedrag stellen om bevestiging van anderen te krijgen of afkeuring van anderen te vermijden.</p> <p><i>Autonome motivatie ('willen')</i></p> <p>c. <i>Geïntegreerde regulatie</i> vindt plaats wanneer regulatie volledig wordt geassimileerd. De regulatie behoort tot de waardetoekenning, maar blijft extrinsiek, omdat een bepaald doel wordt nagestreefd en niet de handeling zelf als plezierig wordt ervaren</p> <p>(3) <i>Intrinsieke motivatie</i> verwijst naar gedragingen die spontaan en van nature uitgevoerd worden. Personen voelen zich vrij om hun natuurlijke interesses te volgen.</p> |
|---|

Bron: Deci & Ryan, 1985

Tijdens de behandeling dient er een verschuiving van 'moeten' veranderen naar 'willen' veranderen zichtbaar te worden (Verstuyf & Vansteenkiste, 2008). Het doel is om de jongere tot een persoonlijke overtuigde gedragsverandering te brengen, waarbij hij/zij het belang inziet van een gedragsverandering. De zelfdeterminatietheorie stelt dat de mens een aantal aangeboren behoeften heeft, namelijk behoefte aan autonomie, behoefte aan relationele verbondenheid en behoefte aan competentie. Het is de taak van de hulpverlener om een context aan te bieden, die deze behoeften kan bevredigen, zodanig dat het proces van persoonlijke aanvaarding gestimuleerd wordt en dat de cliënt verschuift van gedwongen (mede)werking naar een meer persoonlijke overtuigde verandering, wat gepaard gaat met een sterk verminderd risico op uitval en recidive. De hulpverlener dient een autonomieondersteunende houding aan te nemen en een context te creëren waarin cliënten het gevoel hebben zelf aan de basis te liggen van hun leerproces. Dit sluit aan bij één van de belangrijke uitgangspunten van Pawson en Tilley (1997) die in hun Context-Mechanisme-Outcome model (CMO) stellen dat onderliggende mechanismen die verondersteld worden verantwoordelijk te zijn voor het tot stand komen van gedragsverandering, contextgevoelig zijn (externe validiteit). Er zijn contexten en omgevingen denkbaar die ongeschikt zijn voor motivatieverandering (Van der Knaap, Leeuw, Bogaerts, & Nijsen, 2008).

2.3 *Determinanten van motivatie*

Motivatie is een veranderbaar kenmerk van een persoon. De aard en de sterkte van de motivatie kan mede worden bepaald door verschillende factoren. Het is een complex fenomeen dat te beïnvloeden en te sturen is. Vanuit de literatuur kunnen de volgende beïnvloedende factoren worden onderscheiden: duidelijk aanbod, een kwaliteitsvolle hulpverlener en betrokken significante anderen. Veel van wat 'onvoldoende gemotiveerd zijn' wordt genoemd, heeft te maken met een niet-geschikte interactiestijl van de hulpverlener. Ook familieleden en personen uit de naaste omgeving van de jongere kunnen in dit verband positief en/of negatief interfereren. De context waarin de behandeling plaatsvindt en de aansluiting van het aanbod bij de mogelijkheden van de jongere zijn tevens belangrijke determinanten van motivatie.

2.3.1 Duidelijk aanbod

2.3.1.1 *Clïëntverwachtingen*

Wanneer de jongere zijn/haar hulpverlener ontmoet, is het goed mogelijk dat wat hij/zij verwacht, overeenkomt met wat hij/zij krijgt tijdens de behandeling. Het is eveneens mogelijk dat er een gebrek aan overeenkomst bestaat tussen de verwachte en werkelijke situatie. Dit wordt 'disconfirmatie' genoemd (Goldstein, 1962; Van Audenhove & Vertommen, 1987; Bleyen, Vervaeke, & Vertommen, 1997). Verschillende auteurs stellen dat deze disconfirmatie leidt tot ontevredenheid, uitval en een vertraagde start van de interventie (o.a. Vervaeke, Vertommen, & Storms, 1996; Arnkoff, Gallis, & Shapiro, 2002). De verwachtingen die jongeren hebben aan de start van de behandeling bepalen de motivatie en vervolgens het behandelingsucces (o.a. Miller & Tonigan, 1996; Arnkoff et al., 2002; Hemphill & Hart, 2002; Ward et al., 2004). Verwachting refereert aan de kans dat een bepaalde gebeurtenis of een bepaalde conditie zich zal voordoen (Garfield, 1994). Goldstein (1962) maakt een onderscheid tussen prognostische verwachtingen en rolverwachtingen. Met rolverwachtingen wordt verwezen naar verwachtingen betreffende het behandelingsproces en naar de rollen van de jongere en de hulpverlener hierin. Prognostische verwachtingen hebben betrekking op de verwachting van winst die de behandeling voor de jongere zal opleveren.

Een model voor het verwachtingsproces van de cliënt is ontwikkeld door Higginbotham (Higginbotham, West, & Forsyth, 1988). Dit model gaat ervan uit dat de cliënt begint aan een interventie met de overtuigingen over wat er zal en moet gebeuren en wat de oorzaak is van het probleem. Gedurende de interventie wordt de cliënt geconfronteerd met een patroon van gedragingen die de interviewstijl, de behandelingsoriëntatie en de onderhandelingsstrategie van de hulpverlener weerspiegelen. Tijdens die interactie tussen de cliënt en de hulpverlener kunnen er twee mogelijkheden optreden: een congruentie tussen de verwachtingen en wat men aantreft in de instelling of een incongruentie tussen die verwachtingen en de situatie ter plaatse. Bij congruente verwachtingen worden positieve verwachtingen bij de cliënt opgewekt. De cliënt hoopt op, heeft vertrouwen in en gelooft in verandering. Hij/zij is gemotiveerd om de behandeling vol te houden. Bij incongruentie of tegengestelde verwachtingen zullen zich negatieve reacties voordoen. Omdat dergelijke incongruentie wordt geassocieerd met incompetente hulp, wekken ze geen geloof, hoop, vertrouwen of positieve prognostische verwachtingen op. De cliënt heeft het gevoel dat de hulpverlener hem/haar niet begrijpt. Uit onderzoek (Van Pelt & Knorth, 2002) blijkt dat er verschillen bestaan in verwachtingen ten aanzien van de aanpak van de problemen en de aard van de relatie

tussen een hulpverlener en een cliënt van allochtone afkomst. Sommige Marokkaanse cliënten verwachten bijvoorbeeld van hulpverleners een oplossing voor hun problemen, terwijl Nederlandse hulpverleners van autochtone afkomst zich meer richten op de verantwoordelijkheid van de cliënt voor het vinden van een oplossing.

2.3.1.2 Rolverheldering

Rolverheldering is een belangrijk middel om de beleving van de onvrijwilligheid en het verzet tegen de behandeling te beïnvloeden (Rooney, 1992; Trotter, 1999). Rolverheldering houdt in dat hulpverleners het doel van de maatregel, de eigen doelen en de doelen van de cliënt zo expliciet mogelijk op elkaar proberen af te stemmen (Rooney, 1992; Knoppert-Van der Klein, Kölling, & Hoogduin, 1998). Menger en Krechtig (2004) spreken in dit verband over 'motivational congruence'. Dit betekent dat er een voldoende werkbare overeenkomst moet zijn tussen de doelen van de hulpverlener en die van de jongere. De motivatie van de jongere wordt groter, wanneer de jeugdige nadrukkelijk betrokken wordt bij het opstellen van en het beslissen over de doelen en werkpunten (Spanjaard, 1996). Wil de jongere voor de behandeling gemotiveerd zijn, moet hem dus duidelijk zijn waar aan gewerkt wordt. Dit vergt des te meer inzet bij jeugdige allochtonen wegens de taal- en cultuurverschillen tussen de allochtone cliënt en de Nederlandse hulpverlener (Kromhout, Eldering, & Knorth, 2000). Het gaat erom dat de hulpverlener tijdens de verschillende fasen van behandeling op een manier met de jongere spreekt, dat de doelen van elk van die fasen ook de doelen van de jongere worden (congruentie van doelen). Door doelen te stellen kijkt de jongere vooruit en krijgt de toekomst een concrete invulling.

2.3.1.3 Responsiviteit

De behandeling moet vervolgens afgestemd worden op de responsiviteit van de jongere. Hiermee wordt bedoeld de manier waarop de jongere informatie opneemt en de manier waarop hem/haar het beste nieuw gedrag geleerd kan worden (Andrews & Bonta, 1998).

De hulpverlener dient zich bijvoorbeeld aan te sluiten bij het vermogen op cognitief en persoonlijk vlak (Van Binsbergen, 2003; Wong & Hare, 2005). Andrews (2001) maakt in dit kader een onderscheid tussen interne en externe responsiviteit waarbij de eerste vorm van responsiviteit betrekking heeft op cliëntfactoren en de tweede op de kenmerken van de behandelomgeving en de hulpverlener. Interne factoren zijn bijvoorbeeld comorbiditeit, maar ook andere neurobiologische en neuropsychologische variabelen. Externe factoren betreffen de vorm van de behandeling, de

aanwezigheid van geschikte gedragsinterventies, eigenschappen van de hulpverlener, bejegening van de cliënt en eigenschappen van de setting.

2.3.1.4 Aard van de problematiek

De gedragsinterventie dient aan te sluiten bij de aard van de problematiek van de jongere. Het soort problemen dat jeugdige justitiabelen kenmerkt, heeft een invloed op de motivatieontwikkeling van deze jongeren. Het gebruik van drugs bijvoorbeeld kan leiden tot een geringe motivatie voor behandeling van bijvoorbeeld jongeren in justitiële jeugdinrichtingen. Uit onderzoek blijkt dat, uit de groep van middelengebruikers, cocaïnegebruikers het meest gemotiveerd zijn en marihuana- en alcoholgebruikers het minst (De Leon, 1993; Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill, & Kressel, 1997). De mate van gebruik heeft echter meer invloed op de motivatieontwikkeling dan het soort drugs dat gebruikt wordt (Finney & Moos, 1995; Varney et al., 1995; Simpson, Joe, & Rowan-Szal, 1997).

Psychologische problemen blijken ook samen te hangen met motivatie. Hiller, Knight en Simpson (1999) vonden dat psychologische problemen positief correleren met motivatie. Melnick (in: Battjes, Gordon, O'Grady, Kinlock, & Carswell, 2003) stelt dat dit enkel geldt voor personen met een depressie en angststoornissen en niet voor personen met een neurose en/of psychose. De Leon, Melnick, Thomas, Kressel en Wexler (2000) vonden dat hoe meer psychologische problemen er bij de cliënt aanwezig zijn, hoe lager de motivatie is om in behandeling te gaan. Uit de combinatie van de verschillende onderzoeken kunnen we redelijkerwijze veronderstellen dat er een curvilineair verband is tussen de ernst van de problematiek en de motivatie. Wanneer de cliënt de ernst van de problematiek niet inziet, zal er weinig motivatie tot behandeling en verandering zijn. Wanneer de cliënt lijdt onder het probleem, dan is de kans dat hij/zij gemotiveerd is om iets aan het probleem te doen groter. Bij een te sterk lijden echter kan de motivatie om iets aan het probleem te doen weer afnemen.

Verder is comorbiditeit van psychologische problemen een voorspeller voor een lage deelname aan de behandeling, uitval en minder succesvolle behandelresultaten (Rink, 1982; McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1983; Kleinman et al., 1992; Joe, Brown, & Simpson, 1995; Simpson, Joe, Broome et al., 1997; Hiller et al., 1999; Van Binsbergen, 2003).

2.3.2 Een kwaliteitsvolle hulpverlener

De kwaliteit van de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt is van cruciale betekenis voor de motivatieontwikkeling bij jeugdige justitiabelen (Wigboldus, Solinger, Zandberg, & Rink, 1998; Verstegen & Lodewijks, 1999). Eerder werd vermeld dat motivatie een resultaat is van een specifieke interactie tussen cliënten en hun hulpverlener. Gebrekkige motivatie kan dus gedefinieerd worden als een gemeenschappelijk probleem van de jongere en de hulpverlener (Miller & Rollnick, 1991; Van Binsbergen, 2003). Samen dienen ze naar een weg uit dit gebrek aan motivatie te zoeken.

2.3.2.1 *Onvoorwaardelijke acceptatie*

De hulpverlener moet de gedachten, gevoelens en houdingen van de cliënt onvoorwaardelijk accepteren, waardoor verandering gestimuleerd wordt. Onvoorwaardelijke acceptatie betekent een positieve, hoopgevende en cliëntgerichte bejegening die de keuzes (niet alle keuzes) van de jongere accepteert en respecteert (Schippers & De Jonge, 2002). De jongere dient beschouwd te worden als een volwaardige gesprekspartner. Jongeren waarderen gesprekken met een luisterende, respectvolle en meelevende hulpverlener, het serieus nemen van klachten en de in dat licht aangeboden adviezen, als de meest werkzame elementen van de behandeling (Keijsers, Hoogduin, & Hageraars, 1998). Om dit te realiseren dienen hulpverleners een empathische stijl aan te nemen. Hulpverleners die uitsluitend een confronterende stijl hanteren, hebben een negatieve invloed op de motivatieontwikkeling (Miller & Sovereign, 1989).

2.3.2.2 *Creëren van een band*

Het creëren van een band met de cliënt is ook een belangrijke variabele in de ontwikkeling van de motivatie. Door contactname in de behandeling komt het motivationele proces tot stand, namelijk de mate waarin een jeugdige geneigd is in contact te treden met een hulpverlener en minimaal een 'contactrelatie' aan te gaan (Van Binsbergen, 2003). Rink (1982) spreekt over de 'bereikbaarheid' van een jongere wat verwijst naar de mate waarin deze openstaat voor beïnvloeding door een hulpverlener. Factoren die volgens Rink de bereikbaarheid van de jeugdigen bemoeilijken, zijn het behoren tot een minderheidsgroep, het hebben van een gebrekkige sociale intelligentie en de aanwezigheid van een psychische problematiek. Boendermaker en Verwers (1996) geven ook enkele kenmerken van de jongeren in justitiële behandelinstellingen die wijzen op een geringe bereikbaarheid: de meervoudigheid van de problematiek, de driftigheid en opstandigheid, het feit

dat ze voor hun opname meestal weggelopen zijn, het gebruik van drugs en ontwikkelingsproblemen.

Een functionele contactname met hulpverleners blijkt minder vaak aanwezig te zijn bij allochtone jeugdige justitiabelen in vergelijking met autochtone jeugdige justitiabelen (Rink, 1982; Van Binsbergen et al., 2001). Taal- en cultuurverschillen kunnen hierin een rol spelen (Van Binsbergen et al., 2001). Indien de hulpverlening binnen justitiële inrichtingen wil aansluiten bij de leefwereld van de jongeren, moeten de hulpverleners rekening houden met deze culturele verschillen. Zowel bij Nederlandse hulpverleners als bij Marokkaanse cliënten kan in het contact onzekerheid bestaan als gevolg van een (veronderstelde) culturele afstand (Shadid, 1998). Voor Nederlandse hulpverleners kunnen daarnaast stereotypes ten aanzien van Marokkaanse cliënten een belemmering vormen voor een genuanceerde kijk op en verplaatsing in de positie van de cliënt (Serman, 1996). Verder blijkt dat het voor Marokkaanse jongeren moeilijk kan zijn om zich te identificeren met Nederlandse groepleiding (Van Pelt & Knorth, 2002). Zij geven dan ook de voorkeur aan Marokkaanse begeleiders omwille van de cultuur- en taalovereenkomsten (Atkinson & Lowe, 1995). Cliënten stromen minder vaak uit de behandeling en behalen betere behandelresultaten, wanneer de taal en etniciteit tussen cliënt en hulpverlener overeenstemmen (Atkinson & Lowe, 1995). Shadid (1998) noemt in dit verband empathie als een belangrijke vaardigheid in het contact met allochtone cliënten. Volgens Shadid zal het vermogen van hulpverleners om als het ware in de huid van de cliënt te kruipen, afnemen naarmate zij minder kennis hebben van de cliënt en diens cultuur.

Een belangrijk aspect in het creëren van een band vormt het 'informed consent' of de toestemming met kennis van zaken (Vanhoeck & Van Canegem, 2001). Toestemming met kennis van zaken kan de betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling bevorderen en op die manier een therapeutische hefboom worden om de motivatie van de jeugdige justitiabele te stimuleren. De basishouding van respect voor de zelfbeschikking en de autonomie van de cliënt, die aan de basis ligt van de toestemming met kennis van zaken, krijgt op die manier een therapeutische kwaliteit en verhoogt de kans op een efficiënte werkrelatie (Smith-Van Rietschoten & Knoppert-Van der Klein, 1998; Vanhoeck & Van Canegem, 2001). De werkrelatie wordt gekenmerkt door de gemeenschappelijke taak die hulpverlener en cliënt zich gesteld hebben, door de doelen en door het gemeenschappelijke gevoel van een band. Zoals eerder vermeld blijkt de kwaliteit van de werkrelatie, zoals verwacht en ervaren door de cliënt, een belangrijke voorspeller te zijn voor het succes van de behandeling.

2.3.3 Betrokken significante anderen

2.3.3.1 *Binnen de behandelingscontext*

Het relatienetwerk binnen is een belangrijke beïnvloedende factor, die in de behandeling dient opgenomen te worden. Een veelgebruikte methode die binnen justitiële jeugdinrichtingen gehanteerd wordt, is 'Equip'⁶. Dit is een combinatie van wat genoemd wordt 'positive peer culture' (PPC) en het aanleren van op hulp bieden gerichte vaardigheden. PPC (Vorrath & Brendtro, 1985) houdt in dat jongeren worden gemotiveerd om elkaar te helpen en van elkaar te leren. De gedachte daarbij is dat bij jeugdige justitiabelen de invloed van leeftijdsgenoten groter is dan die van hulpverleners en andere volwassenen in justitiële inrichtingen. De dagelijkse omgang met personen binnen de inrichting (leeftijdsgenoten, medewerkers) is van belang voor de wijze waarop een jongere de behandeling ervaart (Van Binsbergen, 2003). Jongeren beseffen dat de sfeer door onderlinge relaties wordt bepaald en zien hoe groot hun invloed daarop is. Dit kan een positieve of een negatieve invloed hebben.

2.3.3.2 *Buiten de behandelingscontext*

Het relatienetwerk buiten de behandeling is net zo belangrijk als het relatienetwerk binnen de behandelingscontext. Het contact tussen beide netwerken dient in de behandeling gewaarborgd te zijn om motivatie bij de jongeren vast te houden of te verhogen. Zo stellen Nienhuis, Penseel, Buysse en Knorth (2001) dat het betrekken van de ouders bij de behandeling van de jongere van belang is voor het slagen van de behandeling. Broome, Joe en Simpson (2001) vonden dat cliënten die steun ervaren van buitenaf meer gemotiveerd zijn om in behandeling te gaan dan personen die geen achterban hebben. Het betrekken van allochtone ouders bij de hulpverlening van de jongeren verloopt heel moeizaam (Knorth & Eldering, 1997). Allochtone ouders hebben vaak het gevoel dat zij door autochtone hulpverleners niet begrepen worden en dat de hulpverleners soms afkeurend staan ten opzichte van de opvoeding die zij aan hun kinderen geven. Hulpverleners met dezelfde culturele achtergrond als de ouders kunnen de ouders veel beter begrijpen.

⁶ Equip is de Nederlandse variant van het Amerikaanse 'The Equip Program' van Gibbs, Granville en Goldstein (1995). De naam 'Equip' verwijst naar het feit dat de interventie de jeugdigen wil toerusten (equiperen), om elkaar te helpen en positief gedrag van elkaar te leren.

2.4 *Behandeling in het gedwongen kader*

Bij jongeren die een leerstraf opgelegd hebben gekregen vanwege een delict is er sprake van gedwongen hulpverlening. Alle jongeren in een justitiële jeugdinrichting zijn gedwongen opgenomen via een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel. Bij beide groepen is een bepaalde maatregel verplicht opgelegd door een externe instantie en dat een spontane hulpvraag bij aanvang van de interventie afwezig is. Bij justitiabele jeugdigen is er dus meestal sprake van een gedragsverandering die aanvankelijk niet intrinsiek is, maar extrinsiek. Zowel cliënten in een gedwongen als in een vrijwillig kader blijken een gedragsverandering te kunnen bewerkstelligen tijdens de behandeling (o.a. Anglin, Brecht, & Maddahian, 1989; Prendergast, Farabee, Cartier, & Henkin, 2002). Om echter tot een gedragsverandering te komen, is intrinsieke motivatie doorslaggevend (Deci & Ryan, 1985; Curry et al., 1990; Cunningham et al., 1994; Ryan et al., 1995). Een individu dat enkel extern gemotiveerd blijft tijdens de behandeling, zal moeilijk tot blijvende verandering te bewegen zijn.

2.4.1 Van 'moeten' naar 'willen'

In eerste instantie mag niet verondersteld worden dat jongeren en hun ouders gemotiveerd zijn voor behandeling, maar dat ze daar juist tijdens de behandeling voor gemotiveerd moeten worden (Van Binsbergen, 1997). Van Ooyen-Houben (2004) onderscheidt drie stappen binnen een interventie die ontwikkeld zijn voor gebruik in het justitiële kader. In een eerste stap wordt de cliënt in een behandeling 'geduwd'. Hier speelt extrinsieke motivatie een belangrijke rol. Het doel van de tweede stap is de cliënt in de behandeling houden. Hier dient de intrinsieke motivatie bevorderd te worden om tot daadwerkelijke gedragsverandering te komen door interventies te kiezen die leiden tot inzicht bij de cliënt in zijn problematiek. De derde stap tot slot heeft tot doel dat de cliënt in een betere situatie terugkeert in de maatschappij en stabiel blijft. Verondersteld wordt dat tijdens de behandeling de externe druk afneemt ('moeten') en intrinsieke motivatie ('willen') bij de cliënt vergroot.

Bij 'willen' veranderen heeft de behandeling duurzame effecten in die zin dat de kans op recidive veel kleiner is (Ryan et al., 1995). Een dergelijke gedragsverandering zal gepaard gaan met een grotere medewerking (Wild, Cunningham, & Ryan, 2006), een meer positieve gemoedstoestand (Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997) en een verhoogd welzijn (Senecal, Nouwen, & White, 2000), omdat de cliënt de interventie met een groter gevoel van vrijheid beleeft. Bij 'moeten' veranderen

treden er allerlei psychologische processen op, zowel bij de cliënt als bij de hulpverlener. Menger en Krechtig (2004) signaleren in dit verband weerspanning en verzet bij cliënten.

2.4.2 Verzet is normaal

Rooney (1992) onderscheidt verschillende vormen van dwang en varianten van (on)vrijwilligheid. Jeugdige justitiabelen behoren tot de 'mandated clients' of 'toegewezen klanten' (Jagt, 2001). Hierbij is sprake van vrijheidsverlies dat van invloed is op de reacties van de cliënt. De kracht van deze reacties is echter afhankelijk van diverse factoren, bijvoorbeeld de subjectieve beleving van de vrijheidsbeneming. Behandeling in een gedwongen kader gaat gepaard met een grotere mate van weerstand en minder medewerking (o.a. Miller, Benefield, & Tonigan, 1993), meer afleiding en spanning tijdens de behandelsessies (o.a. Pelletier et al., 1997) en meer uitval tijdens behandeling (o.a. Zeldman, Ryan, & Fiscella, 2004). Rooney (1992) spreekt over 'reactance'. Reactance is niet meteen te onderscheiden van gebrek aan motivatie, maar het onderscheid is wel van belang. Het gedrag moet aan de situatie en niet aan de persoon worden toegeschreven en mag niet gelabeld worden als een 'gebrek aan motivatie'. Interventies die inwerken op de beleving van de onvrijwilligheid ondersteunen echter wel de motivatieontwikkeling bij personen. Om weerstand tegen verandering bij cliënten positief te beïnvloeden, dienen hulpverleners het gevoel van eigenwaarde van cliënten te vergroten, gericht op het versterken van het vertrouwen dat zij succesvol kunnen veranderen (Prochaska & DiClemente, 1984, 1986).

2.5 Conclusie

Motivatie tot verandering is een voorwaarde voor gedragsverandering, maar het is geen voorwaarde voor het opstarten van een behandeling (o.a. Van Bilsen, 1992). Bij de gedwongen behandeling van jongeren in een justitieel kader lijken we op voorhand rekening te moeten houden met een motivatieprobleem. Voor hulpverleners in een gedwongen kader is 'motiveren' dus een belangrijk en voortdurend aanwezig doel van de behandeling. Gedurende de behandeling zal de taak van de hulpverlener erin bestaan de externe motivatie van de cliënt om te buigen naar een interne motivatie (van 'moeten' naar 'willen').

We kunnen dus stellen dat externe druk soms noodzakelijk is om de jongere in een behandeling te krijgen: jongeren kunnen zo over een drempel heen worden geholpen waar ze uit zichzelf niet overheen willen of kunnen komen. Maar externe druk alleen is niet voldoende om tot een stabiele

verbetering te komen. Intrinsieke motivatie, hoe gering ook, is altijd belangrijk en kan onder meer worden bevorderd door rechtstreeks in te werken op de determinanten van motivatie en/of via de techniek van motiverende gespreksvoering. De motivatie dient aan de start van de behandeling in al zijn facetten door de hulpverlener juist geschat te worden door middel van motivatiediagnostiek en -indicatie om vervolgens op een geschikte manier de interne motivatie verder te monitoren en te bevorderen.

Uit diverse onderzoeken is gebleken dat motivatie van invloed is op het afmaken van en de inzet tijdens een behandeling. Motivatie wordt mede bepaald door een proces dat zich in interactie tussen de jongere, de hulpverlener en zijn/haar omgeving afspeelt. Het transtheoretische model (Prochaska & DiClemente, 1984) stelt dat motivatie en gedragsverandering zich geleidelijk ontwikkelen volgens zes stadia. De behandeling dient bijgevolg afgestemd te worden op het motivatieniveau waar de jongere zich bevindt. Het meten van de motivatie is dus belangrijk tijdens de interventie om te bepalen in welke motivatiefase de jongere zit en vervolgens de interventie hierop af te stemmen. De zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan (1985) hecht veel belang aan de omgeving waarin mensen zich bevinden en hoe deze omgeving de motivatie beïnvloedt. Dit maakt duidelijk dat motivatie onderhevig is aan invloeden van binnen en buiten, en dus bewerkt en gestuurd kan worden. Hierbij dienen de randvoorwaarden voor de cliënt duidelijk te zijn: wat kan en mag van de hulpverlener verwacht worden en wat verwacht de hulpverlener van de cliënt? Dit betekent dat de doelen van de hulpverlener afgestemd moeten zijn op de doelen van de cliënt, waarbij de cliënt zo veel mogelijk actief participeert aan het formuleren van de behandeldoelen. Belangrijk binnen de justitiële jeugdzorg is het contact met de thuisomgeving van de jongere. Daarnaast is een goed contact met medebewoners binnen een veilige leefsfeer primordiaal voor de motivatieontwikkeling bij jongeren.

3 Psychometrische kenmerken van instrumenten die motivatie bij jeugdige justitiabelen meten

In hoofdstuk 2 werden de twee belangrijkste theorieën weergegeven die aan de basis liggen van de ontwikkeling van de meeste motivatie-instrumenten, namelijk het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente (1984) en de zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan (1985). Het transtheoretische model en de zelfdeterminatietheorie liggen aan de basis van veertien meetinstrumenten, respectievelijk vijf meetinstrumenten die voldeden aan de selectiecriteria. Daarnaast werden enkele instrumenten geselecteerd die ontwikkeld werden voor gebruik bij specifieke doelgroepen en/of een combinatie inhouden van 'motivatie' en determinanten van motivatie. In onderstaande tabellen worden de instrumenten die besproken zullen worden, onderverdeeld op basis van de theorie waarbinnen zij ressorteren.

Tabel 3: Instrumenten gebaseerd op het transtheoretische model

(1)	Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scale (CMRS)
(2)	Circumstances, Motivation and Readiness Scale (CMR)
(3)	Pre-treatment motivation scales
(4)	Motivation for Treatment Scale (MfT)
(5)	Vragenlijst Motivatieontwikkeling voor Behandeling – Adolescentenversie (VMB-A)
(6)	Curiumvragenlijst
(7)	Nederlandse versie van Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D)
(8)	Problem Recognition Questionnaire (PRQ)
(9)	Staging Algorithms
(10)	University of Rhode Island Change and Assessment Scale (URICA)
(11)	Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)
(12)	Marijuana Ladder (ML)
(13)	Scaling Rulers
(14)	Texas Christian University Treatment Motivation Scales (TCUMS)

Tabel 4: Instrumenten gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie

(1)	Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS)
(2)	Treatment Motivation Questionnaire (TMQ)
(3)	Patient Attitude Questionnaire (PAQ), Patient Perception Questionnaire (PPQ), Patient Motivation Inventory (PMI)

Tabel 5: Instrumenten gebaseerd op overige theorieën

(1)	Nijmegen Motivation List 2 (NML2)
(2)	Treatment Motivation Scales for forensic outpatient treatment (TMS-F)
(3)	Beoordelingslijst Inzet voor Behandeling (BIB)
(4)	The Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire (CVTRQ)
(5)	Motivational Structure Questionnaire (MSQ)
(6)	Personal Concerns Inventory (PCI), Personal Concerns Inventory (Offender Adaptation) (PCI-OA)
(7)	Motivation for Psychotherapy Scale (MOPS)
(8)	Motivatatie-Houding-Verwachting (M-H-V) patroon
(9)	Reasons for Quitting Questionnaire (RFQ)
(10)	Motivatatie Monitor Work Wise

Belangrijk om te vermelden is dat hier enkel instrumenten werden opgenomen die voornamelijk gericht zijn op het meten van de motivatie en/of de determinanten ervan (dus de operationalisering van het concept 'motivatie'). Instrumenten die enkel in de rand, of minimaal, ook naar motivatie peilen aan de hand van bijvoorbeeld één item werden niet opgenomen. Vooraleer dit overzicht per meetinstrument wordt besproken, worden de kwaliteitscriteria beschreven aan de hand waarvan de instrumenten worden beoordeeld.

3.1 Beoordelingscriteria

Door het onderzoeken van de psychometrische eigenschappen van een meetinstrument kan beoordeeld worden of er sprake is van een goed meetinstrument. Het beoordelen van instrumenten wordt in Nederland gedaan door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN). Daarvoor hanteert de COTAN vijf criteria, onder andere dat de test voldoende betrouwbaar en valide moet zijn (COTAN, 2004). De betrouwbaarheid en validiteit van de geselecteerde

instrumenten in dit onderzoek zijn beoordeeld, aan de hand van bestaande criteria, op de volgende psychometrische aspecten: interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, begripsvaliditeit en predictieve validiteit. Daarnaast wordt in dit onderzoek nagegaan of de geselecteerde meetinstrumenten al dan niet beschikken over normgegevens.

3.1.1 Betrouwbaarheid

Bij de schatting van de betrouwbaarheid kunnen er twee benaderingen onderscheiden worden: benadering gebaseerd op één testafname en benadering gebaseerd op twee testafnames. Binnen de eerste benadering bekijken we twee varianten: de interne consistentie en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Binnen de tweede benadering bekijken we de test-hertestbetrouwbaarheid.

3.1.1.1 Interne consistentie

De interne consistentie geeft aan in hoeverre verschillende items in een meetinstrument, die eenzelfde kenmerk beogen te meten, dat ook daadwerkelijk doen. Er is sprake van een betrouwbare meting als de verschillende onderdelen van een instrument in voldoende mate samenhangen. In de praktijk wordt vaak gewerkt met de Cronbach's alpha (Cronbach, 1951). Bij de beoordeling van de interne consistentie van de geselecteerde instrumenten is uitgegaan van de COTAN criteria voor Cronbach's alpha (zie tabel 6).

Tabel 6: Criteria betrouwbaarheidscoëfficiënten COTAN

	Onvoldoende	Voldoende	Goed
Tests voor belangrijke beslissingen op individueel niveau	$\alpha < .80$	$.80 \leq \alpha < .90$	$\alpha \geq .90$
Tests voor minder belangrijke beslissingen op individueel niveau	$\alpha < .70$	$.70 \leq \alpha < .80$	$\alpha \geq .80$
Tests voor onderzoek op groepsniveau	$\alpha < .60$	$.60 \leq \alpha < .70$	$\alpha \geq .70$

Bron: COTAN, 2004

Bij de beoordeling van de interne consistentie van de geselecteerde instrumenten is uitgegaan van twee criteria: het gebruik van het instrument of subschaal voor belangrijke beslissingen op individueel niveau ($\alpha \geq .80$) en het gebruik van het instrument of subschaal in toekomstig onderzoek

($\alpha \geq .60$). Er werd gekozen om de beoordeling op twee niveaus te voeren, omwille van het strenge criterium dat gehanteerd wordt voor belangrijke beslissingen op individueel niveau.

3.1.1.2 Test-hertestbetrouwbaarheid

Bij het meten van de test-hertestbetrouwbaarheid wordt het meetinstrument tweemaal aangeboden aan dezelfde groep respondenten en de resultaten op beide afnames worden met elkaar vergeleken. Indien deze resultaten niet ongeveer hetzelfde zijn, is het instrument onvoldoende geschikt voor het meten van het bedoelde construct. De test-hertestbetrouwbaarheid, ook wel de stabiliteit van een meting genoemd, wordt meestal uitgedrukt in termen van een correlatie. Voor de beoordeling van de stabiliteit van de geselecteerde instrumenten hanteren we de volgende vuistregel voor Cohen's kappa (Landis & Koch, 1977):

Zwakke overeenstemming: .00 - .20

Matige overeenstemming: .21 - .40

Redelijke overeenstemming: .41 - .60

Sterke overeenstemming: .61 - .80

Zeer sterke overeenstemming: .81 - 1.00

Het construct 'motivatie' is geen statisch gegeven. Gedurende een behandeling van enkele weken of maanden kan de motivatie veranderen. In deze gevallen zal de test-hertestcorrelatie lager uitvallen, hoewel dit niet wijst op een lage(re) betrouwbaarheid. Op termijn moet aangegeven worden dat een veranderde score wijst op verandering van gedrag en niet op een instabiliteit van het construct op zich. De tijd tussen de test-hertestmetingen mag daarom niet al te lang zijn en om deze reden wordt bij het beoordelen van de test-hertestbetrouwbaarheid van de geselecteerde instrumenten de tijd tussen de twee afnames vermeld.

3.1.1.3 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Motivatiemeetinstrumenten zijn beoordelingsinstrumenten waarvan belangrijke beslissingen over individuen worden genomen en het mag daarom voor de resultaten op de instrumenten, die gescoord worden door hulpverleners, niet uitmaken of het instrument door hulpverlener A of B wordt ingevuld. Dit is de vraag naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het instrument, die weergeeft in welke mate verschillende beoordelaars het eens zijn over de kenmerken van objecten of personen. Een instrument is betrouwbaar als twee verschillende individuen die onafhankelijk van elkaar hebben gewerkt, dezelfde meetuitkomsten verkrijgen voor dezelfde onderzoekseenheden.

De interbeoordelaarsovereenstemming wordt uitgedrukt onder de vorm van een correlatiecoëfficiënt, het percentage overeenstemming of Cohen's kappa. In tabel 7 staat weergegeven hoe zij worden gewaardeerd bij de beoordeling van de geselecteerde instrumenten in dit onderzoek.

Tabel 7: Criteria interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

	Percentage	Correlatie	Kappa
Slecht	0 - 40	-.1 - .30	-.1 - .20
Matig	41 - 60	.31 - .50	.21 - .40
Redelijk	61 - 80	.51 - .70	.41 - .60
Goed	81 - 100	.71 - 1.00	.61 - 1.00

Bron: Van Yperen & Veerman, 2008

3.1.2 Validiteit

De validiteit van een instrument verwijst naar de mate waarin de vertaling van een theoretisch en abstract begrip naar een concreet meetbare eenheid, geslaagd is. Validiteit heeft dus te maken met het operationaliseren van het construct 'motivatie'. De geselecteerde instrumenten worden beoordeeld op begripsvaliditeit en predictieve validiteit.

3.1.2.1 Begripsvaliditeit

De begripsvaliditeit, ook wel constructvaliditeit genoemd, geeft aan of een instrument een goede meting is van het onderliggende theoretische construct. Voor een geschikt meetinstrument is een duidelijke, goed interpreteerbare schaalstructuur belangrijk. Schalen bestaan uit verschillende items die hetzelfde onderliggend construct presenteren. Met behulp van principale componentenanalyse of Lisrel toepassing kan gekeken worden of de items van het instrument allemaal tot één schaal behoren, dus eenzelfde construct meten. Voor elk geselecteerd instrument wordt gekeken of er gegevens beschikbaar zijn over de convergente en discriminante validiteit (Campbell & Fiske, 1959). Convergente validiteit is de mate waarin twee begrippen, die theoretisch met elkaar verbonden zijn, met elkaar correleren. Als deze uitkomsten goed overeenkomen, mag aangenomen worden dat de betreffende instrumenten hetzelfde construct meten. Bij discriminante validiteit geldt het tegengestelde; het is de mate waarin twee begrippen, die theoretisch geen relatie hebben, ook in werkelijkheid geen correlatie vertonen.

3.1.2.2 Predictieve validiteit

Predictieve validiteit heeft betrekking op de vraag in hoeverre de test een voorspellende waarde heeft. Bij predictieve validiteit ligt het criterium in de toekomst en kan het gemeten worden door een test af te nemen bij een groep respondenten en vervolgens het effectieve gedrag van deze groep in kaart te brengen en te onderzoeken hoe het voorspelde gedrag en – op een later tijdstip – waargenomen gedrag zich tot elkaar verhouden. Er wordt onderscheid gemaakt tussen proximale en distale determinanten. Proximale determinanten zijn heel nauw verbonden met het onderzochte gedrag, bijvoorbeeld iemands gemotiveerdheid om zijn gedrag te veranderen. Distale determinanten staan wat verder van het gedrag af en hebben een meer indirecte invloed op het onderzochte gedrag, bijvoorbeeld het zelfbeeld. Bij de geselecteerde instrumenten wordt nagegaan of de predictieve validiteit is onderzocht.

3.1.3 Normen

Bij de geselecteerde meetinstrumenten wordt nagegaan of zij beschikken over normgegevens. Aan de hand van normscores kan het resultaat van een individu vergeleken worden met resultaten van een referentiegroep die overeenstemt met een bepaalde populatie, bijvoorbeeld 'Nederlanders' of '12-16-jarigen'. Indien er normen gevonden werden, dan worden deze expliciet vermeld.

3.2 Beschrijving en beoordeling van de geselecteerde instrumenten

De geselecteerde instrumenten werden op basis van de literatuur beoordeeld op de bovenstaande psychometrische kwaliteiten. Op basis van deze beoordeling hebben we de instrumenten in vier groepen ingedeeld:

- (1) Geschikt instrument voor belangrijke beslissingen op individueel niveau: meer dan twee resultaten op bovengenoemde psychometrische aspecten zijn voldoende, waarvan in ieder geval de interne consistentie en de begripsvaliditeit. De interne consistentie dient voor de totale score of alle subschalen .80 of hoger te zijn;
- (2) Geschikt instrument voor verder onderzoek: meer dan twee resultaten op bovengenoemde psychometrische aspecten zijn voldoende. De interne consistentie dient voor de totale score of alle subschalen .60 of hoger te zijn;

- (3) Geen geschikt instrument: meer dan twee resultaten op bovengenoemde psychometrische aspecten zijn onvoldoende. De instrumenten die niet geschikt zijn, hebben een interne consistentie die lager is dan .60;
- (4) Instrument waarvan niet duidelijk is of het geschikt is: meer dan twee resultaten zijn niet bekend en/of het resultaat van onderzoek naar de interne consistentie is onbekend.

Bij elke meetinstrument wordt vervolgens nagegaan welke subschalen geschikt zijn voor gebruik voor belangrijke beslissingen op individueel niveau ($\alpha \geq .80$) en voor verder onderzoek ($\alpha \geq .60$). Verder wordt gekeken voor welke doelgroep zij geschikt zijn, namelijk voor jeugdigen (12 tot en met 18 jaar) en/of voor volwassenen (vanaf 18 jaar) en in welke context zij gehanteerd kunnen worden (klinische en/of justitiële context). Bij de beoordeling van elk instrument wordt tevens weergegeven welk theoretisch kader er gebruikt wordt. Tot slot wordt vermeld als er een Nederlandstalige versie van het instrument beschikbaar is. Deze aspecten worden na de inventarisatie van de meetinstrumenten schematisch samengevat in tabel 33 (p. 65-68).

3.2.1 Instrumenten gebaseerd op het transtheoretische model

In wat volgt worden de instrumenten die gebaseerd zijn op het transtheoretische model (TTM), beschreven en beoordeeld op de psychometrische eigenschappen. Het betreft de volgende instrumenten: de *Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scale* (CMRS; De Leon & Jainchill, 1986), de *Circumstances, Motivation and Readiness Scales* (CMR; De Leon, Melnick, Kressel, & Jainchill, 1994; De Leon et al., 2000), de *Pre-treatment motivation scales* (Simpson & Joe, 1993), de *Motivation for Treatment Scale* (Mft; Simpson & Joe, 1993), de *Vragenlijst Motivatieontwikkeling voor Behandeling – Adolescentenversie* (VMB-A; Van Binsbergen, 2003), de *Curiumvragenlijst* (Van der Helm, Klapwijk, Stams, & Van der Laan, in druk), de *Nederlandse versie van Readiness to Change Questionnaire* (RCQ-D; Rollnick, Heather, Gold, & Hall, 1992; De Fuentes-Merillas et al., 2002), de *Problem Recognition Questionnaire* (PRQ; Winters, Henly, & Stinchfield, 1987), de *Staging Algorithms* (Carey et al., 1999), de *University of Rhode Island Change and Assessment Scale* (URICA; McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983), de *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES; Miller & Tonigan, 1996), de *Marihuana Ladder* (ML; Slavet et al., 2006), de *Scaling Rulers* (Rollnick et al., 1999), en de *Texas Christian University Treatment Motivation Scales* (TCUMS; Knight, Holcom, & Simpson, 1994) (N = 14).

1) De Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scale (CMRS)

De CMRS (De Leon & Jainchill, 1986) is een zelfrapportage vragenlijst en stelt bij de cliënt de externe en intrinsieke motivatie voor behandeling vast. De vragenlijst bestaat uit 42 items, verdeeld over vier subschalen, en dient beantwoord te worden aan de hand van een 5-punt Likertschaal (*helemaal niet mee eens* tot *helemaal mee eens*). De subschaal *omstandigheden* (8 items; 'I am sure that I would go to jail if I didn't enter treatment') bevraagt externe factoren die invloed hebben op het al dan niet deelnemen aan een behandeling. De subschaal *motivatie* (12 items; 'Often I don't like myself because of my drug use') meet persoonlijke redenen voor verandering. De subschaal *bereidheid* (8 items; 'I'm willing to enter treatment as soon as possible') verwijst naar de behoefte aan behandeling. De subschaal *geschiktheid* (14 items) onderzoekt de geschiktheid van een bepaalde behandeling. Een combinatie van alle items resulteert in de totaalscore, die de mate van motivatie voor behandeling weergeeft; hoe hoger de score, hoe hoger de motivatie voor behandeling (Carey et al., 1999). De CMRS is bestemd voor gebruik bij drugsverslaafden (volwassenen en adolescenten) in een klinische setting en is afgeleid van de hersteltheorie van De Leon (De Leon, 1996; De Leon et al., 1994) die een tienfasenmodel ontwierp, gebaseerd op de fasen van het transtheoretische model. De volgende zes fasen hebben betrekking op de fasen voorafgaand aan een behandeling: *ontkenning, ambivalentie, intrinsieke motivatie, extrinsieke motivatie, bereidheid tot verandering en bereidheid tot behandeling*. De fasen *ontwenning, onthouding, voortzetting en identiteitsverandering* kunnen aan de behandeling zelf gerelateerd worden.

De CMRS is vertaald naar het Nederlands (Franken & Hendricks, 1999) en er heeft een psychometrisch onderzoek plaatsgevonden bij klinische patiënten in een residentiële setting in Vlaanderen (Soyez, De Leon, Rosseel, & Broekaert, 2006).

De originele CMRS is ontwikkeld om het volhouden van een behandeling te voorspellen. De CMRS is aangepast voor gebruik in een Nederlandse context. Psychometrische analyse van deze versie (Soyez et al., 2006) laat zien dat de interne consistentie van de *totaalscore* voldoende is (zie tabel 8, p.31). Het instrument is dus geschikt voor belangrijke beslissingen op individueel niveau. Er is een 4-factorenstructuur gevonden en een sterke samenhang werd aangetoond tussen de CMRS en drugsgerelateerde variabelen van de EuropASI. De predictieve validiteit werd nagegaan en toont aan dat het instrument een goede voorspellende waarde heeft met betrekking tot het volhouden van een behandeling. Het is onbekend of de test ook geschikt is voor gebruik bij jeugdige justitiabelen.

Tabel 8: Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability Scale

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Predictieve validiteit
Schaalstructuur <i>Bereidheid</i> <i>Geschiktheid</i> <i>Omstandigheden</i> <i>Motivatie</i>	<i>Bereidheid</i> (.81) <i>Geschiktheid</i> (.88) <i>Omstandigheden</i> (.71) <i>Motivatie</i> (.73) <i>Totale score</i> (.92)	De CMRS heeft een goede predictieve waarde met betrekking tot het volhouden van een behandeling.
Er werden correlaties berekend tussen EuropASI variabelen ⁷ (leeftijd, soort drugs, criminele verleden en sociale relaties) en de CMRS. De scores op de CMRS vertoonden een positieve samenhang met de EuropASI variabelen. De sterkste correlatie werd gevonden bij de drugsgerelateerde EuropASI variabelen.		

2) De Circumstances, Motivation and Readiness Scales (CMR)

De CMR is de verkorte versie van de CMRS (De Leon et al., 1994; De Leon et al., 2000). Het instrument bestaat uit 18 items. Deze dienen beantwoord te worden op een 6-punt Likertschaal (*helemaal niet mee eens* tot *helemaal mee eens* en *niet van toepassing*). In de CMR is de subschaal *geschiktheid* verwijderd en zijn de overige schalen ingekort: *omstandigheden* (6 items), welke onderverdeeld kan worden in twee subschalen, *externe invloeden om in behandeling te blijven* (3 items) en *externe omstandigheden om te stoppen met behandeling* (3 items), *motivatie* (5 items) en *bereidheid* (7 items). De som van de subschalen resulteert in een totaalscore, die de bereidheid van de cliënt weergeeft om in behandeling te gaan of te blijven (Melnick et al., 1997). Net zoals de CMRS is de CMR een afgeleide van de hersteltheorie van De Leon (De Leon, 1996; De Leon et al., 1994), die zich baseert op het transtheoretische model. De CMR is ook geschikt voor gebruik bij drugsverslaafden (volwassenen en adolescenten) in een klinische setting en is eveneens vertaald naar het Nederlands (Franken & Hendricks, 1999) Soyez et al. (2006) hebben deze Nederlandse vragenlijst beoordeeld op hun psychometrische kwaliteiten (zie tabel 9, p. 32).

⁷ De EuropASI bepaalt de ernst van de verslaving en drukt deze uit in een score, meerdere levensgebieden worden betrokken.

Tabel 9: Circumstances, Motivation, and Readiness Scales

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Predictieve validiteit
Schaalstructuur <i>Bereidheid</i> <i>Motivatatie</i> <i>Omstandigheden</i> De samenhang tussen de scores van de CMR en de EuropASI scores zijn vergelijkbaar met de CMRS en EuropASI. Er werden enkel minder sterke correlaties gevonden tussen de EuropASI variabelen opleiding en werkgelegenheid en CMR. Voor levensproblemen met partner en de score op ernst van alcoholprobleem werden geen significante correlaties gevonden met CMR.	<i>Bereidheid</i> (.85) <i>Motivatatie</i> (.70) <i>Omstandigheden</i> (.54) <i>Totale score</i> (.86)	De CMR heeft een goede predictieve waarde met betrekking tot het volhouden van een behandeling.

De CMR beschikt over gelijkaardige psychometrische eigenschappen als de CMRS (Soyez et al., 2006). De interne consistentie van de totaalscore is hoger dan .80 en daarom kan de CMR gebruikt worden bij belangrijke beslissingen op individueel niveau. Onderzoek van Soyez et al. levert eveneens bewijs voor de begripsvaliditeit. Met betrekking tot het volhouden van een behandeling heeft de CMR ook een goede voorspellende waarde. Aanvullend onderzoek is nodig om te bepalen of het instrument ook geschikt is voor gebruik bij jeugdige justitiabelen.

3) De Pre-treatment motivation scales

De Pre-treatment motivation scales zijn gebaseerd op de CMRS (De Leon & Jainchill, 1986) en meten de motivatie van personen om in behandeling te gaan. Het instrument bestaat uit 20 items die onderverdeeld zijn over drie schalen die overeenkomen met de fasen van 'motivatie voor behandeling', zoals beschreven door Simpson en Joe (1993): *probleemherkenning*, *verlangen naar hulp* en *bereidheid om deel te nemen aan behandeling*. De schaal *probleemherkenning* meet bij de cliënt de mate van persoonlijke erkenning van gedragsproblemen. De schaal *verlangen naar hulp* geeft aan in hoeverre de cliënt een intrinsieke behoefte aan verandering heeft en stelt vast of een cliënt stappen onderneemt om hulp te zoeken. De schaal *bereidheid* stelt vast in hoeverre de cliënt zich committeert aan actieve verandering door deelname aan een behandeling. De cliënt dient de items te beantwoorden aan de hand van een 3-punt Likertschaal (*helemaal niet mee eens* tot *helemaal mee eens*).

De vragenlijst is geschikt voor gebruik bij drugs- en alcoholverslaafden in een klinische setting, zowel voor volwassenen (Joe, Simpson, & Broome, 1998) als voor jeugdigen (Broome et al., 2001).

Tabel 10: Pre-treatment motivation scales

Interne consistentie
<i>Verlangen naar hulp</i> (.81)
<i>Bereidheid om deel te nemen aan de behandeling</i> (.71)
<i>Probleemherkenning</i> (.71)

De subschaal *verlangen naar hulp* heeft een alphacoëfficiënt groter dan .80 en is bijgevolg geschikt voor gebruik bij individuele beslissingen (Joe et al., 1998). De overige subschalen kunnen aangereikt worden bij verder onderzoek. Resultaten van onderzoek naar de overige psychometrische eigenschappen zijn niet beschikbaar, waardoor er weinig gezegd kan worden over de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument. Onderzocht moet worden of het instrument daadwerkelijk geschikt is voor gebruik in een justitiële jeugdinrichting.

4) De Motivation for Treatment Scale (MfT)

De MfT (Simpson & Joe, 1993) is ook een afgeleid instrument van de CMRS (De Leon & Jainchill, 1986) en stelt vast in welke mate een individu intrinsieke dan wel extrinsieke motivatie voor behandeling ervaart. De vragenlijst bestaat uit 24 items die de bereidheid voor behandeling bevragen. De items dienen beantwoord te worden op een 7-punt Likertschaal (*sterk oneens* tot *sterk eens*). Met behulp van dit instrument kan de geschiktheid van een behandeling vastgesteld worden. Het instrument bestaat uit drie subschalen die de fasen van het transtheoretische model vertegenwoordigen: *probleemherkenning* geeft de overgang van de voorbeschouwingsfase naar de overpeinzingsfase weer, *verlangen naar hulp* geeft de beweging van een individu in de richting van de actiefase weer en *de bereidheid voor behandeling* komt overeen met de actiefase. De MfT is geschikt voor gebruik bij volwassenen met een alcohol- of drugsverslaving in een klinische behandeling.

De MfT is vertaald in het Nederlands (De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong, & Schrijvers, 2002). In deze versie wordt de subschaal *probleemherkenning* verdeeld in twee afzonderlijke subschalen: een subschaal die *algemene problemen* be vraagt en een subschaal die *specifieke problemen* be vraagt. De subschalen van de MfT zijn opgenomen in de Nederlandse MATE-crimi, een verzameling van instrumenten die gebruikt kunnen worden voor verdiepingsdiagnosiek bij verslaafde justitiabelen

(Broekman, De Jong, Riezebos, Rutten, & Schippers, 2006). De vragen van de MfT zijn tevens verwerkt in de Texas Christian University Criminal Justice Client Evaluation of Self and Treatment (Intake) (TCU CJ CEST (Intake)); TCU Institute of Behavioral Research, 2005), een instrument dat de behoeften van een justitiabele en het resultaat van een behandeling vaststelt.

Tabel 11: Motivation for Treatment Scale

Begripsvaliditeit	Interne consistentie
Schaalstructuur <i>Probleemherkenning (algemene problemen)</i> <i>Probleemherkenning (specifieke problemen)</i> <i>Verlangen naar hulp</i> <i>Bereidheid voor behandeling</i> Tussen <i>probleemherkenning</i> en <i>verlangen naar hulp</i> en verschillende variabelen van de ASI, DEP en NfH werd een samenhang gevonden. Slechts enkele correlaties werden gevonden tussen <i>bereidheid voor behandeling</i> en variabelen van de ASI, DEP en NfH.	<i>Probleemherkenning (specifieke problemen)</i> (.76) <i>Bereidheid voor behandeling</i> (.70) <i>Verlangen naar hulp</i> (.56) <i>Probleemherkenning (algemene problemen)</i> (.55) Totale score (onbekend)

De interne consistentie van de vier subschalen is onvoldoende (De Weert-Van Oene et al., 2002). De interne consistentie van de subschalen *probleemherkenning (specifieke problemen)* en *bereidheid voor behandeling* zijn echter nog voldoende hoog (>.60) om de subschalen in verder onderzoek te gebruiken. Er is een 4-factorenstructuur gevonden welke overeenkomt met de vier subschalen van de MfT. Tussen de subschalen van de MfT en diverse variabelen van de Addiction Severity Index (ASI), de Days of Experiencing Problems (DEP) en de Need for Help scale (NfH) werd een substantiële samenhang gevonden. Het is niet bekend of het instrument geschikt is voor gebruik in een justitiële setting. Het instrument wordt als niet geschikt beoordeeld, omdat er twee subschalen een zwakke interne consistentie hebben.

5) De Vragenlijst Motivatieontwikkeling voor Behandeling – Adolescentenversie (VMB-A)

Deze zelfrapportagevragenlijst is ontwikkeld door Van Binsbergen (2003) en bevat 81 items. De cliënt dient aan te geven in welke mate hij/zij de uitspraken op zichzelf van toepassing acht op een 3-punt Likertschaal (*eens, oneens, weet niet*). De lijst is zo opgesteld dat de eerste drie stadia uit het transtheoretische model elk 27 items bevat. Voorbeelden van items zijn: 'Ik ben hier alleen maar omdat anderen dit nodig vinden (*voorbeshouwing*)', 'Ik denk veel na over mijzelf, maar praat daar

met anderen niet over (*overweging*), 'Ik heb hier de ruimte en de kans om echt aan mijzelf en de toekomst te gaan werken (*voorbereiding*)'. Deze vragenlijst bestaat ook voor medewerkers (VMB-M) en bevat dezelfde items als de VMB-A, met het verschil dat de uitspraken hier de 'hij/zij-vorm' hebben. Medewerkers worden gevraagd aan te kruisen hoe zij denken dat het met de behandelingsmotivatie van de jongere is gesteld.

Tabel 12: Vragenlijst Motivatieontwikkeling voor Behandeling – Adolescentenversie

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	<i>Predictieve validiteit</i>
Schaalstructuur <i>Voorbeschouwing</i> <i>Overweging</i> <i>Voorbereiding</i>	<i>Subschalen</i> (onbekend) <i>Totale score</i> (.97)	De <i>totaalscore</i> is een voorspeller voor terugval en een langere verblijfsduur.

De Cronbach's alpha is goed voor de *totale score*. De interne consistentie van de subschalen zijn onbekend (Van Binsbergen, 2003). De stabiliteit van het instrument is in het onderzoek niet getoetst. Een verandering van testscore (ontwikkeling in behandelmotivatie) werd juist verwacht. In het onderzoek wordt uitgegaan van een meting van een 'in de tijd veranderd psychisch proces', waardoor een test-hertestmeting na enige tijd juist een verandering zou moeten laten zien. Hier ontstaat het probleem dat motivatie op deze wijze gedefinieerd niet op herhaalbare wijze is te meten, wanneer betrouwbaarheid wordt opgevat als herhaalbaarheid bij gelijkblijvende condities en eigenschappen. Om deze reden heeft Van Binsbergen in zijn onderzoek gebruik gemaakt van de betrouwbaarheid van een eenmalige meting. Een categorale principale componentenanalyse is ingezet om de structuurovereenkomst tussen model en empirie te bepalen. De drie dimensies geven het verloop weer van de eerste drie stadia: een hoge lading op het eerste stadium correleert negatief met een hoge lading op het derde stadium. Het twee stadium valt hier tussenin, waarbij een hoge lading op deze dimensie niet direct een vergelijkbare lading kent. Op basis van een principale componentenanalyse is het mogelijk motivatieontwikkeling volgens het transtheoretische model te beschrijven. Hierbij kan per meting het motivatiestadium waarin de jongere zich bevindt, worden vastgesteld.

6) De Curiumvragenlijst

Deze zelfrapportagevragenlijst is een afgeleide van de VMB-A (Van der Helm, Klapwijk, Stams, & Van der Laan, in druk)⁸. De onderdelen die het meest valide bleken te zijn, werden eerst qua taalgebruik aangepast aan de doelgroep delinquente jongeren (Van der Helm, 2009). De auteurs stellen dat delinquente jongeren geen hoog IQ hebben, waar Van Binsbergen volgens hen geen rekening mee gehouden heeft. Deze lijst werd vervolgens getest en gevalideerd op een steekproef van niet-delinquente autistische jongeren en verder aangepast. Het bleek dat in deze steekproef, waar veel jongeren al een hulpverlenerstraject hadden doorlopen, het actieve stadium het meest onderscheidend was. Vervolgens is de aangepaste vragenlijst voor de eerste keer in afgeslankte vorm uitgetest op een steekproef van 49 jongeren bij FC Teylingereind. Om de stabiliteit van de vragenlijst nogmaals te testen is de lijst bij Teylingereind uitgezet en gevalideerd met behulp van andere vragenlijsten en interviews. Het instrument is geschikt voor gebruik bij jeugdigen in een justitiële en klinische setting. De eerste resultaten van het gebruik van het instrument en van de psychometrische eigenschappen worden gepubliceerd in 2009 door Van der Helm, Klapwijk, Stams en Van der Laan.

7) De Nederlandse versie van Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D)

De RCQ is een zelfrapportagevragenlijst die de intrinsieke bereidheid van een individu meet om te veranderen (Rollnick et al., 1992). Deze vragenlijst bestaat uit 12 items, onderverdeeld in drie subschalen die overeenkomen met het transtheoretische model: *voorbeschouwing* (4 items), *overweging* (4 items) en *actie* (4 items). Individuen dienen op een 5-punt Likertschaal aan te geven in welke mate ze het met een bepaalde stelling eens zijn (*sterk mee oneens* tot *sterk mee eens*). De RCQ is geschikt voor gebruik bij jeugdigen en volwassenen met een alcoholverslaving. Yonas et al. (2005) hebben een 'treatment version' ontwikkeld (RCQ-TV) die geschikt is voor gebruik bij zowel drugs- als alcoholverslaafden. De RCQ-TV bevat 15 items, onderverdeeld in drie subschalen: *voorbeschouwing*, *overweging* en *actie*.

De RCQ is door De Jong en Schippers vertaald naar het Nederlands (RDQ-D) en aangepast voor het gebruik in een Nederlandse context, waardoor enkele items werden gewijzigd (De Fuentes-Merillas et al., 2002). De RCQ-D laat toe het motivatiestadium van een cliënt – zowel bij de start van de

⁸ Persoonlijke mededeling, 16 april, 2009. Peer Van der Helm is verbonden aan de Hogeschool Leiden (hoofd onderzoek Social Work en Toegepaste Psychologie).

behandeling als tijdens het verloop ervan – in te schatten en bestaat uit 12 items onderverdeeld in drie subschalen: *voorbescouwing*, *overweging* en *actie*. De vragen dienen beantwoord te worden op een 5-punt Likertschaal (*helemaal oneens* tot *helemaal eens*). Dit instrument kan afgenomen worden binnen een justitiële en klinische sector. De Fuentis-Merillas et al. (2002) hebben de RCQ-D toegepast op alcoholverslaafden in behandeling en op justitiabelen die veroordeeld waren voor een alcoholgerelateerde overtredding.

Tabel 13: Nederlandse versie van Readiness to Change Questionnaire

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Test-hertest	Predictieve validiteit
Schaalstructuur <i>Voorbeschouwing</i> <i>Overweging</i> <i>Actie</i> Een lage samenhang werd gevonden tussen de RCQ-D-scores en de scores op HAQ-R en SCL-R ⁹ . Deze lage samenhang was te verwachten, omdat deze schalen geen motivatie meten.	<i>Actie</i> (.81) <i>Overweging</i> (.70) <i>Voorbeschouwing</i> (.68) <i>Totale score</i> (onbekend)	<i>Voorbeschouwing</i> (.82) <i>Overweging</i> (.86) <i>Actie</i> (.78). Tijdsinterval: 1-2 dagen	RCQ heeft een voorspellende waarde met betrekking tot veranderingen in het drinkgedrag (na 8 weken en 6 maanden). Dit is het sterkst voor individuen die zich in de <i>actiefase</i> bevinden.

De psychometrische aspecten van de RCQ-D zijn op zich als gunstig te beschouwen. De subschaal *actie* is intern consistent en de alphacoëfficiënten van de overige subschalen zijn nog voldoende hoog om in verder onderzoek te gebruiken. De interne consistentie van de *totale score* is onbekend. Een 3-factorenoplossing is gerapporteerd en er is aangetoond dat de RCQ-D-scores laag correleren met de score op schalen die geen motivatie meten (De Fuentes-Merillas et al., 2002). De originele RCQ voorspelt veranderingen in drinkgedrag (Heather, Rollnick, & Bell, 1993). De test-hertestbetrouwbaarheid is goed (Rollnick et al., 1992). Hoewel het instrument gebruikt is bij drugsverslaafden, ontbreken er resultaten van psychometrisch onderzoek. Aanvullend onderzoek dient daarom te gebeuren om het gebruik van het instrument in een justitiële setting na te gaan.

⁹ Helping Alliance Questionnaire (HAQ-R), Symptom Check List-R (SCL-R)

8) De Problem Recognition Questionnaire (PRQ)

De PRQ meet de motivatie en ontvankelijkheid voor behandeling van verslavingsproblemen en gaat de mate van probleembesef en bereidheid om te veranderen bij verslaafde adolescenten na (Winters et al., 1987). Het instrument bestaat uit 24 items die onderverdeeld zijn in drie subschalen die overeenkomen met de eerste drie stadia van het transtheoretische model: *voorbescouwing*, *overweging* en *voorbereiding*. Respondenten dienen te antwoorden op een 4-punt Likertschaal (*sterk mee oneens* tot *sterk mee eens*). Dit instrument is geschikt voor gebruik bij middelengebruikende jeugdige justitiabelen vanaf 16 jaar.

Tabel 14: Problem Recognition Questionnaire

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Predictieve validiteit	Normen
Schaalstructuur <i>Voorbeschouwing</i> <i>Overweging</i> <i>Voorbereiding</i>	<i>Voorbeschouwing</i> (.92) <i>Overweging</i> (.79) <i>Voorbereiding</i> (.78) <i>Totale score</i> (.72)	Er is geen correlatie gevonden tussen de PRQ-scores en het aantal gevolgde sessies en het volhouden van de behandeling. Enkel de subschaal <i>voorbereiding</i> vertoonde een positieve samenhang met het aantal gevolgde sessies. Tussen de PRQ-subschalen en verandering in gebruik en onthouding zijn matige positieve correlaties gevonden. Een hoge score heeft een voorspellende waarde met betrekking tot vermindering van gebruik. Tot slot zullen hoogscoorders eerder gestopt zijn (na zes maanden) dan laagscoorders.	Er is een handleiding met normgegevens. Verder is er geen informatie gevonden.

Cadey, Winters, Jordan, Solberg en Stinchfield (1996) hebben de psychometrische eigenschappen van de PRQ onderzocht. De interne consistentie van de subschaal *voorbescouwing* is .92 en daarom kan deze subschaal gebruikt worden voor belangrijke beslissingen op individueel niveau. De interne consistentie van de overige subschalen en de *totale score* is voldoende groot om te gebruiken in verder onderzoek. Er werden drie factoren gevonden overeenkomstig de drie subschalen. Ook de predictieve validiteit is onderzocht. Gevonden werd dat de subschaal *voorbereiding* een significante voorspeller is voor het aantal gevolgde sessies. Een matige samenhang is gevonden tussen de PRQ en verandering in gebruik en onthouding. Een hoge score op het instrument voorspelt een afname in

gebruik. Er zijn normen voor het instrument beschikbaar. Resultaten over de stabiliteit van het instrument ontbreken echter.

9) De Staging Algorithms

De Staging Algorithms is een zelfrapportagemethode waarmee vastgesteld kan worden in welke fase van verandering, zoals beschreven in het transtheoretische model, een individu zich bevindt. De cliënt dient series van vier tot vijf vragen te beantwoorden, zodat op basis hiervan de fase van verandering vastgesteld kan worden. Een cliënt kan ingedeeld worden in één van de volgende fasen: *voorbereidingsfase*, *overwegingsfase*, *voorbereidingsfase*, *actiefase* en *consolidatiefase*. Het instrument is geschikt voor gebruik bij middelengeslaafde volwassenen in een klinische setting (Carey et al., 1999).

Tabel 15: Staging algorithms

Begripsvaliditeit	Test-hertest	Predictieve validiteit
Concurrente validiteit werd gevonden voor besluitvaardigheid en veranderingsprocessen bij het stoppen met roken. De classificatie met behulp van algoritmen werd vergeleken met de classificatie met behulp van URICA. Het bewijs voor concurrente validiteit was echter zwak bij alcohol- en drugsgebruikers.	Tussen twee afnames zijn correlaties gevonden die variëren van .88 tot .98. Tijd: 6 maanden	De stadia van verandering voorspellen pogingen om te stoppen bij nametingen en follow-up na 6 maanden. Verder maken rokers in de <i>voorbereidingsfase</i> meer gebruik van een interventie dan rokers die zich in de <i>voorbereidingsfase</i> of de <i>overwegingsfase</i> bevinden.

De methode is niet gestandaardiseerd en de psychometrische kwaliteiten zijn moeilijk te beoordelen, aangezien de methode in verschillende studies en gedragingen geïmplementeerd is (Carey et al., 1999). Morera et al. (1998) vonden een geschikte test-hertestbetrouwbaarheid voor alle schalen. De begripsvaliditeit werd aangetoond bij rokers en het instrument heeft een voorspellende waarde met betrekken tot stoppogingen met roken (DiClemente et al., 1991). De bruikbaarheid van het instrument in een justitiële setting voor jeugdigen dient nog onderzocht te worden.

10) De University of Rhode Island Change and Assessment Scale (URICA)

De URICA (McConaughy et al., 1983) is een zelfrapportage-instrument en meet de houding ten opzichte van verandering van probleemgedrag in een behandeling. Het instrument bestaat uit 32 items die samen vier subschalen vormen overeenkomstig met vier van de zes stadia van het transtheoretische model: *voorbeschouwing*, *overweging*, *actie* en *consolidatie*. Aan het begin van de vragenlijst wordt de cliënt gevraagd een probleem in te vullen en vervolgens op een 5-punt Likertschaal (*sterk mee oneens* tot *sterk mee eens*) aan te geven in hoeverre hij/zij het eens is met de betreffende stelling. De URICA is breed toepasbaar en is onderzocht in diverse populaties, zoals adolescenten (Greenstein, Franklin, & McGuffin, 1999), en is bruikbaar binnen een justitiële setting (Hemphill & Howell, 2000).

De URICA is vertaald naar het Nederlands (De Jonge, Schaap, & Schippers, 2002). De auteurs hebben de psychometrische aspecten van deze versie onderzocht in een niet-klinische proefgroep waarvan de respondenten niet in behandeling waren. In het instrument zijn daarom de items die verwijzen naar een behandelinstituut verwijderd. De vragenlijst bestaat uit vier subschalen: *voorbeschouwing* (4 items; 'Ik heb zorgen, maar die heeft iedereen. Waarom zou je er tijd aan besteden?'), *overweging* (3 items; 'Ik loop met het idee rond dat ik iets aan mezelf wil veranderen'), *actie* (7 items; 'Eindelijk doe ik iets aan mijn gedrag') en *consolidatie* (6 items; 'Misschien heb ik een steuntje in de rug nodig om de veranderingen die ik al bereikt heb, vol te houden').

McConaughy, DiClemente, Prochaska en Velicer (1989) rapporteren goede interne consistenties voor de URICA volwassenen (zie tabel 16, p. 41-42). De vier subschalen kunnen gebruikt worden voor belangrijke beslissingen op individueel niveau. Voor adolescenten vonden Greenstein et al. (1999) een voldoende Cronbach's alpha voor de volgende subschalen: *overweging*, *actie* en *consolidatie*. De subschaal *voorbeschouwing* kan echter nog gebruikt worden in verder onderzoek. De interne consistentie van de Nederlandse versie van URICA ligt boven .80 voor twee subschalen. De overige subschalen zijn nog voldoende hoog om in verder onderzoek te gebruiken (De Jonge et al., 2002). Abellanas en McLellan (1993) hebben de test-hertestbetrouwbaarheid aan de hand van een *t-toets* onderzocht en vonden geen significante verschillen. Dit zagen de auteurs als bewijs voor de test-hertestbetrouwbaarheid. Leenarts en Van der Knaap (2007) merken op dat een *t-test* een benadering is die algemene verschillen reflecteert en niet itemspecifieke verschillen. Er werd een 4-factorenstructuur gevonden (McConaughy et al., 1993; Greenstein et al., 1999), maar deze structuur kon niet worden gerepliceerd door Belding, Iguchi, Lamb, Lakin en Terry (1996). Carey et

al. (1999) rapporteren bewijs voor de begripsvaliditeit. Het is van belang op te merken dat de structuur van het instrument per onderzoeksgroep lijkt te verschillen, waardoor dit geen stevige onderbouwing vormt van de begripsvaliditeit. De URICA is niet in staat om te voorspellen of een cliënt een interventie afrondt of hoelang een cliënt in een interventie blijft (Willoughby & Edens, 1996). Er is geen concreet bewijs gevonden voor de validiteit van het instrument, waardoor het instrument als niet geschikt moet worden beschouwd.

Tabel 16: University of Rhode Island Change and Assessment Scale

Begripsvaliditeit	<i>Interne consistentie</i>
Schaalstructuur <i>Voorbeschouwing</i> <i>Overweging</i> <i>Actie</i> <i>Behouding</i> Sommige studies vonden geen bewijs voor een vierfactoroplossing. Belding, Iguchi en Lamb (1996) hebben de convergente validiteit van de URICA onderzocht met behulp van tijdalgoritmen gebaseerd op DiClemente et al. (1991). Een cliënt bevindt zich in de <i>voorbereidingsfase</i> als hij/zij de afgelopen dertig dagen harddrugs heeft gebruikt en niet van plan is de komende zes maanden te stoppen met gebruik. Een cliënt bevindt zich in de <i>overwegingsfase</i> als hij/zij de afgelopen dertig dagen harddrugs heeft gebruikt en overweegt de komende zes maanden te stoppen met gebruik. Een cliënt bevindt zich in de <i>actiefase</i> als hij/zij de afgelopen dertig dagen niet heeft gebruikt maar de afgelopen zes maanden wel. Tenslotte bevindt een cliënt zich in de <i>consolidatiefase</i> als hij/zij de afgelopen zes maanden niet heeft gebruikt. Het verband tussen de indeling van cliënten in stadia en hun scores is echter matig.	URICA volwassenen <i>Voorbeschouwing</i> (.88) <i>Overweging</i> (.88) <i>Actie</i> (.89) <i>Consolidatie</i> (.88) <i>Totale score</i> (onbekend) URICA adolescenten <i>Voorbeschouwing</i> (.77) <i>Overweging</i> (.88) <i>Actie</i> (.86) <i>Consolidatie</i> (.82) <i>Totale score</i> (onbekend) URICA Nederlandse versie <i>Voorbeschouwing</i> (.68) <i>Overweging</i> (.79) <i>Actie</i> (.91) <i>Consolidatie</i> (.90) <i>Totale score</i> (onbekend) Uitgaande van tien items (i.p.v. 20): <i>Voorbeschouwing</i> (.84) <i>Overweging</i> (.92) <i>Actie</i> (.92) <i>Consolidatie</i> (.95) <i>Totale score</i> (onbekend)

<i>Test-hertest</i>	<i>Predictieve validiteit</i>
De test-hertestbetrouwbaarheid is met behulp van een t-toets onderzocht bij heroïnegebruikers, cocaïnegebruikers en sigarettenrokers. De URICA werd voor elk probleemgedrag afzonderlijk twee keer afgenomen. Er is geen significant verschil gevonden op enige subschaal of voor enig probleem. Tijdsinterval: 3 dagen	In een onderzoek van 'Project MATCH' werd verondersteld dat een hoge score op de URICA overeen zou komen met hogere mate van bereidheid om te veranderen (in Lenaarts & van der Knaap, 2007). Willoughby en Edens (1996) vonden dat de URICA niet in staat is te voorspellen of een individu een behandeling afrondt of hoe lang een individu in behandeling blijft. Zij toonden wel aan dat cliënten in de <i>overwegingsfase</i> zich minder zorgen maken om gebruik, minder ontvankelijk zijn voor hulp en in het verleden minder vaak hulp gezocht hebben dan cliënten in andere stadia.

11) De Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

Deze zelfrapportagevragenlijst (Miller & Tonigan 1996) is een afgeleide van de URICA en meet de intrinsieke motivatie om te veranderen bij verslaafden (versie voor alcohol- en versie voor drugverslaafden) op een 5-punt Likertschaal (*sterk mee oneens* tot *sterk mee eens*). SOCRATES heeft 19 items die onderverdeeld kunnen worden in drie schalen: *probleemherkenning* (7 items; 'I really want to make some changes in my use of drugs, *stappen ondernemen* (8 items; 'I have already started making some changes in my use of drugs') en *ambivalentie* (4 items; 'Sometimes I wonder if I am addict'). Het transtheoretische model vormt, net zoals bij de URICA, de basis voor dit instrument. Het instrument is geschikt voor gebruik bij alcohol- en drugsverslaafden en kan ook bij adolescenten in een klinische sector afgenomen worden (Maisto, Chung, Cornelius, & Martin, 2003). Het gebruik van SOCRATES bij jeugdige justitiabelen dient nog onderzocht te worden.

Er is een 3-factorenoplossing gevonden overeenkomstig met de drie subschalen (Miller & Tonigan 1996) (zie tabel 17, p. 43). Maisto et al. (2003) vonden voor adolescenten echter een 2-factorenoplossing (*stappen ondernemen* en *probleemherkenning*). De subschalen *probleemherkenning* en *stappen ondernemen* hebben een goede interne consistentie. Miller en Tonigan (1996) vonden voor de subschaal *ambivalentie* een Cronbach's alpha van .60, die net hoog genoeg is voor gebruik van de subschaal in verder onderzoek. Alle subschalen blijken stabiel te zijn over de tijd (Miller & Tonigan 1996). Voor de subschaal *probleemherkenning* is bewijs van convergente validiteit gevonden. Er werd een sterke begripsvaliditeit gevonden voor de *probleemherkenning* en *stappen*

ondernemen in het onderzoek van Maisto et al. (2003). Isenhardt (1997) vond een matige relatie tussen de subschalen van SOCRATES en de uitkomstvariabelen. Maisto et al. (2003) vonden geen relatie tussen *stappen ondernemen* en een verbetering in gebruik. Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de drugsversie en naar de geschiktheid van het instrument in een justitiële setting dient nog plaats te vinden.

Tabel 17: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

Begripsvaliditeit	Interne consistentie
Schaalstructuur <i>Probleemherkenning</i> <i>Stappen ondernemen</i> <i>Ambivalentie</i> Voor adolescenten <i>Probleemherkenning</i> <i>Stappen ondernemen</i> Voor de schaal <i>probleemherkenning</i> is bewijs van convergente validiteit gevonden. Er werd een sterke begripsvaliditeit gevonden voor de twee factoren in het onderzoek van Maisto et al. (2003).	<i>Probleemherkenning</i> (.85) <i>Stappen ondernemen</i> (.83) <i>Ambivalentie</i> (.60) <i>Totale score</i> (onbekend) Voor adolescenten <i>Stappen ondernemen</i> (.93) <i>Probleemherkenning</i> (.88)
Test-hertest	Predictieve validiteit
Tussen twee afnames zijn correlaties gevonden die variëren van .83 tot .99. Tijdsinterval: twee dagen	Isenhardt (1997) vond dat een hoge score op <i>stappen ondernemen</i> een voorspeller is voor alcoholonthouding. Maisto et al. (2003) vonden echter geen correlatie tussen <i>stappen ondernemen</i> en het gebruik van drugs en verandering van de verslaving. Een hoge score op <i>probleemherkenning</i> is verder een voorspeller voor onthouding (na 1 jaar) en deelname aan Anonieme Alcoholisten (AA). Een lage score op <i>ambivalentie</i> voorspelt externe steun bij follow-up.

12) De Marijuana Ladder (ML)

De ML is een aangepaste versie van de Contemplation Ladder (CL; Biener & Abrams, 1991) die ontwikkeld is om de motivatie van volwassenen om hun rookgedrag te veranderen, te meten. De ML heeft als doel de motivatie bij jeugdige justitiabele marihuanagebruikers te meten (Slavet et al., 2006). Op de ML staat een ladder afgebeeld met tien trappen, met een bijhorend item bij elke trap.

Het instrument is afgeleid van het transtheoretische model en de tien items kunnen onderverdeeld worden in vijf subschalen: *voorbeschouwing* (3 items), *overweging* (3 items), *voorbereiding* (2 items), *actie* (1 item) en *consolidatie* (1 item). Een hoge score op de ladder geeft aan dat de jongere meer gemotiveerd is zijn/haar gedrag te veranderen, terwijl een lage score op de ladder betekent dat de jongere minder gemotiveerd is om te veranderen.

Tabel 18: De Marijuana Ladder

Predictieve validiteit
Er is een significante positieve correlatie gevonden tussen de ML-score en actieve deelname aan de interventie. De beoordeling van de hulpverlener op de deelname en ML-scores vertoont echter geen correlatie. De ML-scores zijn voorspellers voor onthouding van marihuana na het verblijf in een residentiële setting.

Er is echter onvoldoende informatie over de betrouwbaarheid en validiteit van de ML voorhanden. Wel is er enig bewijs voor de predictieve validiteit gevonden (Slavet et al., 2006), maar verder psychometrisch onderzoek van het instrument bij jeugdige justitiabelen is aangewezen.

13) De Scaling Rulers

De Scaling Rulers meet de intrinsieke bereidheid om te veranderen bij verslaafden (Rollnick et al., 1999). De cliënt dient de volgende drie subschalen te rangschikken: *belangrijkheid*, *vertrouwen* en *bereidheid*. Bijvoorbeeld bij het gebruik van de subschaal *belangrijkheid* kan de hulpverlener vragen: 'Hoe belangrijk is het voor jou om te stoppen met drugsgebruik?'. De cliënt geeft op een tienpuntenschaal (*helemaal niet belangrijk* tot *erg belangrijk*) aan in welke mate dit voor hem/haar belangrijk is. De hulpverlener kan vervolgens vragen: 'Kan je mij uitleggen waarom je belangrijkheid beoordeelt met een vijf en niet met een drie?' Deze vraag zou de cliënt verplichten om de redenen op te noemen om zijn/haar gedrag te veranderen. Belangrijk is dat de hulpverlener luistert en de woorden van de cliënt herhaalt. Deze manier van werken zou de motivatie om te veranderen bij de cliënt stimuleren. Vervolgens meet de hulpverlener op dezelfde manier het *vertrouwen* van de cliënt om diens gedrag te veranderen. Het gebruik van de subschaal *bereidheid* stelt de fase van veranderen, gebaseerd op het transtheoretische model, vast. De hulpverlener kan met deze subschaal het probleemgedrag van de cliënt verkennen en meer informatie verkrijgen over de motivatie van de cliënt (Velasquez, Von Sternberg, Dodrill, Kan, & Parsons, 2005). De Scaling Rulers is een geschikt instrument voor gebruik bij volwassenen in een therapeutische setting.

Tabel 19: Scaling Rulers

Predictieve validiteit
De subschaal <i>bereidheid</i> is een voorspeller voor het gebruik van alcohol en drugs bij follow-up.

Onderzoek naar de predictieve validiteit toont aan dat het instrument alcohol- en drugsgebruik gedurende de follow-up voorspelt (Hesse, 2006). Resultaten van onderzoek naar de betrouwbaarheid en begripsvaliditeit van het instrument zijn niet beschikbaar. Ook normgegevens ontbreken. Vervolgonderzoek naar deze psychometrische aspecten en onderzoek naar de bruikbaarheid van het instrument in een justitiële setting dienen bijgevolg nog plaats te vinden.

14) De Texas Christian University Treatment Motivation Scales (TCUMS)

Deze schalen meten motivatie en bereidheid tot behandeling en hebben als doel meer zicht te krijgen in de rol van motivatie op het behandelingsproces en het behandelingsresultaat (Knight et al., 1994). De TCUMS bestaat uit 29 items die onderverdeeld kunnen worden in drie subschalen: *probleemherkenning* (9 items; 'Your drug use is a problem for you'), *verlangen naar hulp* (7 items; 'You need help in dealing with your drug use'), *bereidheid* (8 items; 'You want to be in a drug treatment program') en *externe druk* (5 items; 'You feel a lot of pressure to be in treatment'). Er bestaat een versie met een 7-punt Likertschaal en één met een 5-punt Likertschaal (*sterk eens tot sterk oneens*). Dit instrument is geschikt voor gebruik bij volwassenen met een drugsproblematiek in een klinische sector.

Tabel 20: Texas Christian University Treatment Motivation Scales

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Predictieve validiteit
Schaalstructuur <i>Probleemherkenning</i> <i>Verlangen naar hulp</i> <i>Bereidheid</i> <i>Externe druk</i>	<i>Probleemherkenning</i> (.88) <i>Verlangen naar hulp</i> (.77) <i>Bereidheid</i> (.72) <i>Totale score</i> (onbekend)	De TCUMS <i>totaalscore</i> is een matige voorspeller voor het aantal gevolgde sessies (.25). Verder is een lage score een voorspeller voor drop-out (binnen 60 dagen) en een hoge score is een voorspeller voor behandelingsucces en onthouding (na 1 jaar).

De interne consistentie van de subschaal *probleemherkenning* is voldoende en de overige subschalen zijn geschikt voor gebruik in verder onderzoek (Simpson & Joe, 1993). Er is enig bewijs voor de

predictieve validiteit gevonden. De TCUMS heeft een voorspellende waarde met betrekking tot drop-out (Simpson & Joe, 1993), behandelsucces en onthouding (Simpson et al., 1997). Barret, Simpson en Lehman (1988) wijzen echter op een zwakke relatie tussen de TCUMS en het aantal gevolgde sessies. Onderzoek naar de bruikbaarheid van het instrument in een justitiële jeugdinrichting moet nog uitgevoerd worden.

3.2.2 Instrumenten gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie

In wat volgt worden de meetinstrumenten gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie (ZDT) beschreven. Het betreft de volgende instrumenten: de *Client Motivation for Therapy Scale* (CMOTS; Pelletier et al., 1997), de *Treatment Motivation Questionnaire* (TMQ; Ryan et al., 1995), de *Patient Attitude Questionnaire* (PAQ; Gudjonsson, Young, & Yates, 2007), de *Patient Perception Questionnaire* (PPQ; Gudjonsson et al., 2007) en de *Patient Motivation Inventory* (PMI; Gudjonsson et al., 2007) (N = 5, waarvan PAQ, PPQ en PMI samen worden besproken).

1) De Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS)

Deze zelfrapportagevragenlijst (Pelletier et al., 1997) bestaat uit 24 items en meet de *intrinsieke motivatie*, *geïntegreerde regulatie*, *geïdentificeerde regulatie*, *geïntrojecteerde regulatie*, *externe regulatie* en *amotivatie* voor behandeling. De respondenten dienen te antwoorden op een 7-punt Likertschaal (*helemaal niet waar* tot *helemaal waar*). De subschalen komen overeen met de zes vormen van motivatie in de zelfdeterminatietheorie. De CMOTS is geschikt voor gebruik bij volwassenen in een ambulante klinische behandeling. De vragenlijst kan op verschillende tijdstippen tijdens de interventie afgenomen worden om de omstandigheden die de motivatie bij een cliënt doen verlagen, beter te begrijpen.

De CMOTS heeft goede interne consistentie (zie tabel 21, p. 47). Twee subschalen hebben echter een alphacoëfficiënt beneden .80, maar zijn voldoende hoog om de subschalen te gebruiken in verder onderzoek. De begripsvaliditeit werd door Pelletier et al. (1997) op drie manieren nagegaan: (a) correlaties tussen de subschalen van de CMOTS, (b) correlaties tussen de CMOTS-subschalen en motivationele antecedenten en (c) correlaties tussen de CMOTS-subschalen en de motivationele consequenties. De correlaties zijn over het algemeen gunstig te noemen. De test-hertestbetrouwbaarheid en de predictieve validiteit zijn nog niet onderzocht. Ook informatie over normgegevens ontbreekt. Aanvullend onderzoek is nodig om de betrouwbaarheid en validiteit

eenduidig vast te stellen. Daarnaast dient onderzocht te worden of het instrument geschikt is voor gebruik bij jeugdigen in een justitiële setting.

Tabel 21: Client Motivation for Therapy Scale

Interne validiteit	Interne consistentie
Schaalstructuur <i>Intrinsieke motivatie</i> <i>Geïntegreerde regulatie</i> <i>Geïdentificeerde regulatie</i> <i>Geïntrojecteerde regulatie</i> <i>Externe regulatie</i> <i>Amotivatie</i> De correlaties tussen de subschalen geven het continuüm van de ZDT goed weer. Enkel de subschalen <i>externe regulatie</i> en <i>amotivatie</i> hebben hogere negatieve correlaties met de subschaal <i>geïntegreerde regulatie</i> (resp. $-.28$ en $-.34$) dan de subschaal <i>intrinsieke motivatie</i> (resp. $-.17$ en $-.28$). Er is een positieve samenhang tussen positieve consequenties toeschrijven aan de interventie en <i>intrinsieke motivatie</i>. Ook het psychologisch functioneren heeft een positieve correlatie met <i>intrinsieke motivatie</i>.	<i>Intrinsieke motivatie</i> (.92) <i>Geïntegreerde regulatie</i> (.91) <i>Geïdentificeerde regulatie</i> (.91) <i>Geïntrojecteerde regulatie</i> (.82) <i>Externe regulatie</i> (.75) <i>Amotivatie</i> (.70) Totale score (onbekend)

2) De Treatment Motivation Questionnaire (TMQ)

De TMQ is een zelfrapportagevragenlijst (Ryan et al., 1995) en is gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie. Het instrument meet de intrinsieke en de extrinsieke motivatie die relevant zijn voor de bereidheid om te veranderen. De vragenlijst bestaat uit 26 items op een 7-punt Likertschaal (*helmaal niet waar* tot *helemaal waar*) die samen vier subschalen vormen: *intrinsieke motivatie* (11 items; 'I really want to make some changes in my life'), *extrinsieke motivatie* (4 items; 'I was referred by the legal system'), *hulp zoeken* (6 items; 'I want to openly relate with others in the program') en *vertrouwen in behandeling* (5 items; 'I am confident this program will work for me'). De TMQ is ontwikkeld om te bepalen in hoeverre personen in staat zijn om in een behandeling te gaan en te blijven. Het instrument is ontwikkeld voor het gebruik bij volwassenen met een alcoholverslaving in een ambulante behandeling (zie tabel 22, p. 48).

De informatie over de interne consistentie is niet volledig genoeg om een uitspraak te doen over de veranderingsbereidheid van een individu (Ryan et al., 1995). De alphacoëfficiënten van de vier

subschalen zijn wel hoog genoeg om de subschalen te gebruiken in verder onderzoek. Het instrument bestaat uit vier factoren en vertoont een hoge samenhang met het oordeel van een hulpverlener over de motivatiestatus van de cliënt. Een hoge score op de subschalen *intrinsieke* en *extrinsieke motivatie* voorspelt een hoge mate van retentie in de behandeling. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of de TMQ geschikt is voor gebruik bij jeugdigen in een justitieel kader.

Tabel 22: Treatment Motivation Questionnaire

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Predictieve validiteit
Schaalstructuur <i>Intrinsieke motivatie</i> <i>Extrinsieke motivatie</i> <i>Hulp zoeken</i> <i>Vertrouwen in behandeling</i> Er werd een samenhang gevonden tussen de subschalen van de TMQ en het oordeel van de hulpverlener over de motivatiestatus van de cliënt.	<i>Subschalen (.70 - .89)</i> <i>Totale score (onbekend)</i>	De <i>interne motivatie</i> vertoont een beperkte samenhang met het aantal gevolgde sessies (.20), de betrokkenheid in de behandeling (.23) en uitval (-.23). <i>Hulp zoeken</i> wordt positief geassocieerd met het aantal gevolgde sessies (.18) en <i>betrokkenheid in de behandeling</i> (.20). <i>Vertrouwen in behandeling</i> vertoont een positieve samenhang met betrokkenheid in de behandeling (.20) en een negatieve samenhang met uitval (-.19). <i>Extrinsieke motivatie</i> werd niet geassocieerd met de bovengenoemde variabelen. Een interactie-effect tussen <i>intrinsieke</i> en <i>extrinsieke motivatie</i> werd wel gevonden: een hoge score op zowel de <i>intrinsieke</i> als de <i>extrinsieke</i> subschaal voorspelt een hoge mate van retentie in de behandeling. Er is geen relatie gevonden tussen de subschalen van de TMQ en de mate van verbetering of gebruik.

3) De Patient Attitude Questionnaire (PAQ), de Patient Perception Questionnaire (PPQ), de Patient Motivation Inventory (PMI)

Deze zelfrapportagevragenlijsten zijn ontwikkeld door Gudjonsson et al. (2007) om de behoeften, de tevredenheid en de motivatie van cliënten na te gaan. De instrumenten zijn afgeleid van de TMQ, die de toepassing ervan mogelijk maakt bij cliënten in een justitiële setting.

De PAQ bestaat uit 13 items die ingevuld dienen te worden op een 7-punt Likertschaal (*nooit tot altijd*). De items kunnen onderverdeeld worden in drie subschalen: *algemene tevredenheid* (5 items), *stress* (5 items) en *afstandelijkheid* (3 items). De PPQ bestaat uit 29 items en meet de perceptie en

attitude van de cliënt ten opzichte van de behandeling en de bereidheid om er aan deel te nemen. De vragenlijst dient beantwoord te worden op een 7-punt Likertschaal (*helemaal niet* tot *helemaal wel*). De PPQ bevat drie subschalen: *bereidheid tot behandeling* (14 items), *weerstand om zich bloot te geven* (11 items) en *bereidheid om te rehabiliteren* (4 items). De PMI bestaat uit 16 items die dienen beantwoord te worden in termen van *waar* of *niet waar*. Deze vragenlijst meet in hoeverre cliënten bereid zijn om deel te nemen aan verschillende activiteiten en in hoeverre zij externe druk ervaren om in behandeling te gaan. De items kunnen onderverdeeld worden in drie subschalen: *interne motivatie* (7 items), *gebrek aan vertrouwen* (6 items) en *gevoel van falen* (3 items).

Deze drie vragenlijsten kunnen bij de start van de behandeling afgenomen worden om problemen te identificeren en mee in het behandelplan op te nemen. De lijsten kunnen ook gedurende de behandeling gebruikt worden om veranderingen in de tijd in kaart te brengen. Zij zijn geschikt voor gebruik bij volwassenen met een psychische stoornis in een justitiële context.

**Tabel 23: Patient Attitude Questionnaire, Patient Perception Questionnaire
& Patient Motivation Inventory**

Begripsvaliditeit	Interne consistentie
PAQ schaalstructuur <i>Ontevredenheid</i> <i>Stress</i> <i>Afstandelijkheid</i>	PAQ <i>Ontevredenheid</i> (.81) <i>Stress</i> (.76) <i>Afstandelijkheid</i> (.71) <i>Totale score</i> (onbekend)
PPQ schaalstructuur <i>Bereidheid om zich te laten behandelen</i> <i>Weerstand om zich bloot te geven</i> <i>Bereidheid om te rehabiliteren</i>	PPQ <i>Bereidheid om zich te laten behandelen</i> (.89) <i>Weerstand om zich bloot te geven</i> (.81) <i>Bereidheid om te rehabiliteren</i> (.76) <i>Totale score</i> (onbekend)
PMI schaalstructuur <i>Interne motivatie</i> <i>Gebrek aan vertrouwen</i> <i>Gevoel van falen</i>	PMI <i>Interne motivatie</i> (.79) <i>Gebrek aan vertrouwen</i> (.75) <i>Gevoel van falen</i> (.65) <i>Totale score</i> (onbekend)
Onderliggende structuur van de negen factorscores <i>Gebrek aan motivatie</i> <i>Gebrek aan vertrouwen</i> <i>Algemene ontevredenheid</i>	
Binnen de drie schalen zijn de correlaties tussen de subschalen gelijk. De meeste correlaties zijn laag, met de hoogste correlatie tussen de drie subschaalscores van de PAQ (.51 - .59).	

De begripsvaliditeit werd door Gudjonsson et al. (2007) nagegaan door correlaties te berekenen tussen de drie testscores en hun subschaalscores. Voor elke schaal werd een 3-factorenoplossing gevonden. Om de onderliggende structuur van de negen factorscores na te gaan, werd een principale componentenanalyse uitgevoerd. Factor 1 bevat schaalscores van de PPQ en de PMI en verwijst naar *een gebrek aan motivatie*, met uitzondering van één schaalscore van de PMI die als enigste een hoge lading heeft op een aparte Factor 3, *gebrek aan vertrouwen*. Alle schaalscores van de PAQ laden hoog op Factor 2 die verwijst naar de *algemene ontevredenheid*. Ondanks de conceptuele en statistische overlap tussen de PPQ en de PMI, meten zij verschillende aspecten van motivatie en het samen gebruiken van deze instrumenten leidt volgens de auteurs tot een dieper inzicht in de motivatieproblemen. Een subschaal van de PAQ en twee subschalen van de PPQ hebben een interne consistentie boven .80 en zijn derhalve geschikt voor belangrijke individuele beslissingen. De overige subschalen van de instrumenten hebben een interne consistentie boven .60 en kunnen dus gebruikt worden in verder onderzoek. Er is geen informatie gevonden over de test-hertestbetrouwbaarheid, de predictieve validiteit en de beschikbaarheid van normen. Aanvullend onderzoek dient derhalve uitgevoerd te worden om de psychometrische aspecten bij jeugdige justitiabelen in kaart te brengen.

3.2.3 Overige instrumenten

De instrumenten die niet op de zelfdeterminatietheorie, noch op het transtheoretische model gebaseerd zijn, worden in wat volgt beschreven. De *Nijmegen Motivation List 2* (NML2; Keijsers, Schaap, Hoogduin, Hoogsteyns, & De Kemp, 1999), de *Treatment Motivation Scales for forensic outpatient treatment* (TMS-F; Drieschner, 2005; Drieschner & Boomstra, 2008a) en de *Beoordelingslijst Inzet voor de Behandeling* (BIB; Drieschner, 2005) zijn gebaseerd op de theorie van het gepland gedrag (Ajzen & Fishbein, 1980). Volgens deze theorie zijn gedragsintenties de beste voorspellers voor gepland, weloverwogen gedrag. De beste voorspellers van deze intenties zijn iemands attitudes over het specifieke gedrag, de subjectieve normen en de inschatting van de controle van de betrokkene over het gedrag.

Het Multi-factor Offender Readiness Model (MORM; Ward et al., 2004) ligt aan de basis van de *Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire* (CVTRQ; Casey, Day, Howells, & Ward, 2007). De *Motivational Structure Questionnaire* (MSQ; Cox & Klinger, 2004) en de *Personal Concerns Inventory* (PCI; Cox & Klinger, 2004) zijn gebaseerd op het motivatiemodel van Cox en Klinger (1988, 1990), dat stelt dat de beslissing van een individu om probleemgedrag aan te pakken afhankelijk is van de afweging of het stoppen met dit probleemgedrag meer positieve consequenties met zich meebrengt dan het niet stoppen met dit probleemgedrag (rationele keuze). De *Motivation for*

Psychotherapy Scale (MOPS; Rosenbaum & Horowitz, 1983) is ontwikkeld op basis van een verdiepende literatuurstudie rond motivatietheorieën en motivatie voor psychotherapie. Het *Motivatie-Houding-Verwachting patroon* (M-H-V-patroon; De Moor & Croon, 1987) vindt zijn grondslag in de empirisch geconstateerde relatie tussen de motivatie, houding en verwachting. De *Reasons for Quitting Questionnaire* (RFQ; Currey et al., 1990) is veeleer een instrument dat peilt naar de determinanten van de motivatie. De *Motivatie Monitor Work Wise* (Van der Veen & Dekkers, 2005) bevat, naast een motivatieschaal, twee schalen die determinanten van motivatie in kaart brengen, zijnde 'persoonlijke hulpbronnen' en 'steun uit de omgeving'.

1) De Nijmegen Motivation List 2 (NML2)

De NML2 is een Nederlandse zelfrapportagevragenlijst en meet de motivatie bij cliënten voor een cognitieve gedragsbehandeling (Keijsers et al., 1999). Het instrument bestaat uit 34 items, onderverdeeld in vier subschalen: *bereidheid*, *zorg*, *twijfel* en *verwachtingen*. De items dienen beantwoord te worden op een 6-punt Likertschaal (*helemaal oneens* tot *helemaal eens*). De NML2 is gebaseerd op de theorie van het gepland gedrag. Deze test is geschikt voor gebruik bij volwassenen en adolescenten in een klinische setting.

Tabel 24: Nijmegen Motivation List 2

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Test-hertest	Predictieve validiteit
Schaalstructuur <i>Bereidheid</i> <i>Zorg</i> <i>Twijfel</i>	<i>Bereidheid</i> (.81) <i>Zorg</i> (.72) <i>Twijfel</i> (.69) <i>Totale score</i> (onbekend)	<i>Bereidheid</i> (.69) <i>Zorg</i> (.78) <i>Twijfel</i> (.73) Tijdsinterval: max. 2 weken	De <i>totale score</i> en de subschaal <i>bereidheid</i> zijn positieve voorspellers voor behandel succes en uitval.

De psychometrische kenmerken van de NML2 zijn op zich gunstig te noemen. Keijsers et al. (1999) vonden een 3-factorenoplossing (*bereidheid*, *zorg* en *twijfel*) die niet overeenkomt met de vier factoren (*bereidheid*, *zorg*, *twijfel* en *verwachtingen*) bij de start van het onderzoek. Dit instrument is niet geschikt voor gebruik bij individuele beslissingen, aangezien de Cronbach's alpha slechts voor de subschaal *bereidheid* groter is dan .80. De Cronbach's alpha is echter wel voor alle subschalen groter dan .60, wat betekent dat de NML2 wel gebruikt kan worden voor verder onderzoek. De test-hertestbetrouwbaarheid is goed. Er zijn sterke overeenkomsten gevonden tussen de twee afnames. Er is geen informatie gevonden over normgegevens. Een hoge totale score en een hoge score op de subschaal *bereidheid* voorspellen een hoge mate van behandel succes en een lage totale score voorspelt uitval (Keijsers, Hoogduin, & Schaap, 1994a; 1994b; De Haan et al., 1997; Keijsers et al.,

1999). Kampman (2002), Van Minnen, Arntz en Keijsers (2002) vonden deze voorspellingen echter niet. Het gebruik in een justitiële setting dient nog onderzocht te worden.

2) De Treatment Motivation Scales for forensic outpatient treatment (TMS-F)

De TMS-F (Drieschner, 2005; Drieschner & Boomsma, 2008a) is een Nederlandse zelfrapportagevragenlijst die bestaat uit 85 items met een 5-punt Likertschaal (*helemaal eens* tot *helemaal oneens*). Met deze vragenlijst wordt informatie verkregen over de motivatie van de cliënt en zijn/haar inzet voor de behandeling. Het instrument is gebaseerd op de theorie van het gepland gedrag en stelt dat de motivatie van de cliënt om zich in te zetten voor de behandeling bepaald wordt door de *bereidheid tot inzet* en zes cognitieve en affectieve factoren: *probleemherkenning*, *lijdensdruk*, *subjectieve justitiële druk*, *subjectieve prijs van de behandeling*, *subjectieve geschiktheid van de behandeling* en *succesverwachting*. De *bereidheid tot inzet*, de zes interne determinanten en een sociale wenselijkheidschaal vormen de acht subschalen in deze vragenlijst. De *bereidheid tot inzet* meet in hoeverre de cliënt geneigd is om zich in te spannen teneinde een bijdrage aan het slagen van de behandeling te leveren. De subschaal *probleembesef* meet in welke mate de cliënt onderschrijft dat iets moet veranderen aan het probleemgedrag en de oorzaken ervan. De subschaal *lijdensdruk* gaat na in hoeverre de cliënt de eigen situatie belastend vindt. De *subjectieve justitiële druk* meet in hoeverre de cliënt het justitiële alternatief voor de behandeling als bedreigend ervaart. De subschaal *subjectieve prijs van de behandeling* verwijst naar de perceptie van de materiële of immateriële prijs van de behandeling dan wel naar de onmiddellijke belonende aspecten van de behandeling. De *perceptie van de geschiktheid van de behandeling* gaat na in hoeverre de cliënt de behandeling voor zichzelf als geschikt beschouwt. De subschaal *succesverwachting* verwijst naar de verwachting van de cliënt of de behandeling al dan niet een positief effect zal hebben. De *sociale wenselijkheid* tenslotte gaat de neiging van de cliënt na om zich sociaal wenselijker voor te doen dan hij/zij in de werkelijkheid is. De TMS-F is geschikt voor gebruik bij volwassenen in de ambulante forensische psychiatrie en kan zowel bij aanvang als tijdens de behandeling de motivatie van de cliënt meten.

De interne consistentie van zes van de zeven subschalen zijn voldoende om op basis van de scores conclusies over individuele cliënten te trekken (zie tabel 25, p. 53). De subschaal *subjectieve prijs van de behandeling* is geschikt voor gebruik in verder onderzoek. Zowel de convergente als de discriminante validiteit worden ondersteund. Er kan geconcludeerd worden dat de TMS-F-subschalen in essentie de concepten meten waarvoor ze zijn ontwikkeld. Het voorspellend vermogen van de schaal voor de werkelijke inzet van de cliënt werd onderzocht met de

Beoordelingslijst Inzet voor de Behandeling (BIB). De TMS-F-scores, in het bijzonder de scores op de subschaal *bereidheid tot inzet*, voorspellen behandelmotivatie. De normering van de schalen gebeurde aan de hand van data van een steekproef van 376 ambulante forensisch psychiatrische cliënten. De bruikbaarheid van het instrument bij jeugdige justitiabelen dient nog onderzocht te worden. (Drieschner & Boomsma, 2008b)

Tabel 25: Treatment Motivation Scales for forensic outpatient treatment

Begripsvaliditeit	Interne consistentie
Schaalstructuur <i>Lijdensdruk</i> <i>Subjectieve justitiële druk</i> <i>Subjectieve geschiktheid van de behandeling</i> <i>Succesverwachting probleemherkenning</i> <i>Bereidheid tot inzet</i> <i>Subjectieve prijs van de behandeling</i> De convergente validiteitscoëfficiënten van de subschalen variëren van .30 tot .61. De discriminante validiteit wordt ondersteund doordat vijf van de zeven subschalen van de TMS-F hoger correleren met de subschalen van de therapeutbeoordelingen van dezelfde trek dan met die van andere trekken. Enkel de scores van de <i>bereidheid tot inzet</i> in de TMS-F correleren hoger met de subschaal <i>succesverwachting</i> van therapeutbeoordelingen (.32) dan met de <i>bereidheid tot inzet</i> (.31). De correlaties voor de therapeut beoordelingen zijn positief tussen <i>lijdensdruk</i> en <i>subjectieve prijs van de behandeling</i>, <i>succesverwachting</i> en <i>bereidheid tot inzet</i>, terwijl deze correlaties voor de TMS-F negatief zijn.	<i>Lijdensdruk</i> (.92) <i>Subjectieve justitiële druk</i> (.91) <i>Subjectieve geschiktheid van de behandeling</i> (.90) <i>Succesverwachting</i> (.93) <i>Probleemherkenning</i> (.85) <i>Bereidheid tot inzet</i> (.89) <i>Subjectieve prijs van de behandeling</i> (.73) <i>Totale score</i> (onbekend)
Predictieve validiteit	Normen
De <i>bereidheid tot inzet</i> (.47), de <i>perceptie van geschiktheid van de behandeling</i> (.51) en <i>succesverwachting</i> (.47) vertonen een positieve samenhang met BIB. De correlaties met BIB en <i>subjectieve prijs van de behandeling</i> (.28) en <i>probleembesef</i> (.20) waren matig. De scores op de TMS-F-subschalen blijken 32% van de geobserveerde en 37% van de latente variantie van de BIB-scores te verklaren.	Er werden normtabellen opgemaakt waarmee de ruwe scores op de schalen omgezet kunnen worden in percentielscores en in latente scores en normscores.¹⁰

¹⁰ Latente scores dienen als schatting voor de ware scores van individuele respondenten. Normscores worden gebruikt om verschillen tussen individuele scores te toetsen.

3) De Beoordelingslijst Inzet voor de Behandeling (BIB)

De BIB (Drieschner, 2005) is een Nederlandse beoordelingsvragenlijst geschikt voor hulpverleners en meet het gedrag dat forensische cliënten in een ambulante behandeling echt getoond hebben. De lijst bestaat uit negen componenten van *bereidheid tot inzet*, namelijk *aanwezigheid tijdens sessies* (2 items), *offers voor de behandeling* (3 items), *openheid* (2 items), *inspanning voor verandering van probleemgedrag* (2 items), *omgang met gestelde doelen* (2 items), *inzet voor verbetering van de maatschappelijk inbedding* (5 items), *constructief gebruik maken van de therapiezittingen* (3 items), *tussen therapiezittingen bezig zijn met het besprokene* (1 item) en *globale beoordeling van de mate van inzet* (1 item). Met uitzondering van de subschaal *aanwezigheid tijdens sessies*, hebben alle subschalen items die dienen beantwoord te worden op een 5-punt Likertschaal.

Tabel 26: Beoordelingslijst Inzet voor de Behandeling

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Interbeoordelaars
Schaalstructuur <i>Aanwezigheid tijdens sessies</i> <i>Offers voor de behandeling</i> <i>Openheid</i> <i>Inspanning voor verandering van probleemgedrag</i> <i>Omgang met gestelde doelen</i> <i>Inzet voor verbetering van de maatschappelijke inbedding</i> <i>Constructief gebruik maken van de therapiezittingen</i> <i>Tussen therapiezittingen bezig zijn met het besprokene</i> <i>Globale beoordeling van de mate van inzet</i> Er is een correlatie gevonden tussen de BIB <i>totaalscore</i> en de score van de subschaal <i>bereidheid tot inzet</i> van de zelfrapportagevragenlijst TMS-F (.47) en tussen de BIB <i>totaalscore</i> en de subschaal <i>bereidheid tot inzet</i> van de beoordelingslijst voor hulpverleners (.66).	<i>Subschalen</i> (.91 - .92) <i>Totale score</i> (.93)	<i>Aanwezigheid tijdens sessies</i> (.67) <i>Offers voor de behandeling</i> (.72) <i>Openheid</i> (.79) <i>Inspanning voor verandering van probleemgedrag</i> (.74) <i>Omgang met gestelde doelen</i> (.80) <i>Inzet voor verbetering van de Maatschappelijk inbedding</i> (.80) <i>Constructief gebruik maken van de therapiezittingen</i> (.81) <i>Tussen therapiezittingen bezig zijn met het besprokene</i> (.81) <i>Globale beoordeling van de mate van inzet</i> (.82)

De interne consistentie van de totale score en de scores op de subschalen zijn goed. Deze zijn dus geschikt voor gebruik bij belangrijke beslissingen op individueel niveau (Drieschner & Boomsma,

2008c). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd gemeten aan de hand van one-way random intraclass correlation coefficients (ICC), de proportie van de totale variantie van alle beoordelingen. De betrouwbaarheid van twee onafhankelijke beoordelaars is goed. Bewijs voor de convergente validiteit is aangetoond. Concluderend kunnen we stellen dat de BIB over gunstige psychometrische eigenschappen beschikt en aldus geschikt is voor belangrijke beslissingen op individueel niveau.

4) De Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire (CVTRQ)

De CVTRQ is een zelfrapportagevragenlijst (Casey et al., 2007) die de bereidheid meet van cliënten om deel te nemen aan een cognitieve vaardigheidstraining. De 20 items in de vragenlijst kunnen onderverdeeld worden in vier subschalen: *attitude en motivatie*, *emotionele reacties*, *erkenning van delict* en *doeltreffendheid*. De vragenlijst is gebaseerd op het Multi-factor Offender Readiness Model (MORM). Zoals beschreven in dit model, reflecteren de items van de CVTRQ naar de *Person Factors-Subject* (cognitieve factoren, affectieve factoren, wilsfactoren, gedragsfactoren, persoonlijke identiteit), de *Persons Factors-Context* (omstandigheden, setting, gelegenheid, financiën, steun) en de *Target Factors* (gedragsverandering, specifieke problemen, type interventie, duur van interventie). Respondenten dienen te antwoorden op een 5-punt Likertschaal (*helemaal niet akkoord* tot *helemaal akkoord*). Een hoge score op de vragenlijst wijst op meer bereidheid van de cliënt om zich te laten behandelen. De test is geschikt voor gebruik bij justitiële volwassenen die een cognitieve vaardigheidstraining starten. De items zijn van toepassing op ander doelgroepen, zoals jeugdige justitiabelen, maar er heeft hieromtrent nog geen psychometrisch onderzoek plaatsgevonden.

De interne consistentie van de subschaal *attituden en motivatie* is voldoende hoog om deze subschaal te gebruiken bij individuele beslissingen (zie tabel 27, p. 56). De overige subschalen zijn geschikt voor gebruik in verder onderzoek. De CVTRQ heeft vier factoren. De convergente en discriminante validiteit worden ondersteund. Aan de hand van een regressievergelijking is gebleken dat de CVTRQ een significante voorspeller is voor de motivatie voor behandeling. Gegevens over de test-hertestbetrouwbaarheid ontbreken. Psychometrisch onderzoek bij jeugdige justitiabelen dient nog uitgevoerd te worden.

Tabel 27: Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire

Begripsvaliditeit	Interne consistentie
Schaalstructuur <i>Attitude en motivatie</i> <i>Emotionele reacties</i> <i>Erkenning van delict</i> <i>Doeltreffendheid</i> CVTRQ-scores vertonen een positieve correlatie met schaalscores die hetzelfde construct, nl. motivatie meten¹¹. Bewijs voor de discriminante validiteit is gevonden door niet-significante relaties tussen de CVTRQ en schalen die niet hetzelfde construct meten¹².	<i>Attitude en motivatie</i> (.84) <i>Emotionele reacties</i> (.79) <i>Erkenning van delict</i> (.73) <i>Doeltreffendheid</i> (.60) <i>Totale score</i> (onbekend)
Predictieve validiteit	Normen
De CVTRQ-scores zijn een matige voorspeller voor behandelmotivatie van de cliënt (.45). De subschaal <i>vertrouwen</i> correleert het sterkst met behandelmotivatie (.53) en <i>attituden en motivatie</i> hangt het sterkst samen met algemene bereidheid (.30).	Casey et al. (2007) tonen aan dat wanneer individuen een score boven 72 behalen, zij voldoende bereid zijn om de behandeling te starten. In hun onderzoek is 54% van de personen die een score 72 of hoger hadden, doorverwezen naar de behandeling. Zij stellen wel uitdrukkelijk dat deze score niet als 'grensscore' mag gebruikt worden.

5) De Motivational Structure Questionnaire (MSQ)

De MSQ is een zelfrapportage vragenlijst, gebaseerd op het motivatiemodel van Cox en Klinger (2004). De respondenten dienen drie stappen te volgen om de vragenlijst in te vullen. In stap 1 moeten zij aangeven over welke levensgebieden zij zich zorgen maken. Het betreft de volgende 12 levensgebieden: *huis(houd-) aangelegenheden, werk en financiën, partner, gezin en familie, vrienden en kennissen, liefde, intimiteit en seksuele aangelegenheden, zelfveranderingen, opleiding en leren, gezondheid en medische aangelegenheden, middelengebruik, spirituele aangelegenheden, hobby's, vrije tijd en recreatie en overige gebieden*. Na het selecteren van de gebieden, specificeren respondenten in stap 2 hun zorgen en doelstellingen die zij willen bereiken op elk levensgebied aan de hand van een lijst met *actiewoorden* (werkwoorden), die de eerste subschaal van de MSQ vormen. In de derde stap moet elk aangegeven doel gerangschikt worden op een Likertschaal. Dit doen zij voor tien

¹¹ Loza-Fanous Self-Efficacy Questionnaire (SEQ), Readiness to Change Questionnaire (RCQ), Process of Change Questionnaire (PCQ) en Serin Treatment Readiness Scale (STRS)

¹² Paulhus Deception Scales (PDS) en MacArthur Perceived Coercion Scale (PCS)

subschalen. De eerste subschaal is *rol*, waar respondenten aangeven in hoeverre zij actief deelnemen om de doelen te bereiken. De subschaal *betrokkenheid* vraagt de respondent in welke mate hij/zij zich betrokken voelt bij het bereiken van de doelen. In de derde subschaal wordt gevraagd naar de *tevredenheid* wanneer de respondent de doelen zou bereiken. Voor elk doel dient de respondent een score aan te duiden op een 9-punt Likertschaal. Er wordt ook gevraagd in welke mate de respondent *ontevreden* zou zijn als de doelen niet bereikt zouden worden. Ook hier dient de respondent een score te geven voor elk doel op een 9-punt Likertschaal. De volgende subschaal is *spijt*, waar gerapporteerd moet worden in hoeverre men spijt zou tonen wanneer men de zorgen en doelen onvoldoende opgelost heeft. Op de subschaal *kans dat het doel behaald wordt*, geeft de respondent aan in hoeverre hij/zij verwacht dat elk doel bereikt wordt. Daarnaast dient hij/zij aan te geven in hoeverre hij/zij verwacht dat elk doel bereikt wordt zonder enige actie te ondernemen (schaal *kans dat het doel behaald wordt zonder dat de cliënt er iets voor doet*). Op de subschaal *nodige tijd* geven ze de tijd aan die zij denken nodig te hebben om actie te ondernemen. Op de volgende subschaal geven zij *de tijd aan die zij denken dat het doel behaald zal worden*. De laatste subschaal vraagt naar *het effect van het probleem na het succesvol bereiken van de doelen*. De MSQ is ontwikkeld voor gebruik bij personen met een verslavingsprobleem en delinquenten zonder een psychische stoornis (Cox & Klinger, 2004). De MSQ dient aan de start van de behandeling afgenomen te worden en kan ook gedurende de behandeling gebruikt worden.

Tabel 28: Motivational Structure Questionnaire

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Test-hertest
Schaalstructuur <i>Ontevredenheid</i> <i>Effect verslavingsgedrag</i> <i>Kans dat een doel behaald wordt</i> <i>zelf als de cliënt er zelf niets aan doet</i> <i>Rol</i> <i>Betrokkenheid</i> <i>Tevredenheid</i> <i>Spijt</i> <i>Kans dat een doel behaald wordt</i> <i>Tijd nodig om het doel te bereiken</i> <i>Actiewoorden</i> <i>Tijd nodig om actie te ondernemen hebben</i> Een gedwongen schaalstructuur leidde tot <i>adaptieve motivatie en maladaptieve motivatie</i>	<i>Ontevredenheid</i> (.92) <i>Effect verslavingsgedrag</i> (.97) <i>Kans dat een doel behaald wordt zelfs als de cliënt er zelf niets aan doet</i> (.90) <i>Rol</i> (.80) <i>Betrokkenheid</i> (.81) <i>Tevredenheid</i> (.84) <i>Spijt</i> (.87) <i>Kans dat een doel behaald wordt</i> (.83) <i>Tijd nodig om het doel te bereiken</i> (.83) <i>Actiewoorden</i> (.56) <i>Tijd nodig om actie te ondernemen hebben</i> (.68) <i>Totale score</i> (onbekend)	<i>Betrokkenheid</i> (.47-.63) <i>Tevredenheid</i> (.22-.43) <i>Spijt</i> (.19-.33) <i>Kans dat een doel behaald wordt</i> (.28-.68) <i>Effecten op verslavingsgedrag</i> (.24-.72) Tijd: 1 maand, ±10 maanden

Predictieve validiteit	Normen	
<i>Adaptieve motivatie</i> is een positieve voorspeller voor het oplossen van problematisch drankgebruik, het bepalen van verandering en voor het subjectieve vertrouwen in doelrealisatie. Verder voorspelt de MSQ de reactie op een behandeling.	Normen voor MSQ zijn beschikbaar voor studenten uit de Verenigde Staten, Nederland en Noorwegen, voor middelengebruikers, en patiënten in behandeling met neurologische stoornissen.	

De Cronbach's alpha is voldoende voor negen van de 11 MSQ-subschalen. De interne consistentie voor de subschaal *tijd nodig om actie te ondernemen* ligt echter nog boven .60 waardoor deze subschaal gebruikt kan worden in verder onderzoek. Één subschaal heeft een interne consistentie lager dan .60. De *totale score* is onbekend en hier kan dus geen uitspraak over gedaan worden. Sommige subschalen laten een lage stabiliteit over de tijd zien en sommige anderen een hoge stabiliteit. De instabiele subschalen betreffen schalen die de veranderingen in motivatieprocessen in kaart brengen. Verschillende studies vinden een replicerbare 2-factorenoplossing, namelijk adaptieve en maladaptieve motivatie. Cliënten die hoog scoren op adaptieve motivatie zijn gecommitteerd aan hun doelen en zijn optimistisch over het behalen daarvan. Cliënten die daarentegen hoog scoren op maladaptieve motivatie zijn minder gecommitteerd aan hun doelen, beleven minder plezier aan het bereiken van deze doelen en doen er langer over om deze te bereiken. De MSQ heeft een voorspellende waarde met betrekking tot de bereidheid om te veranderen en met betrekking tot de reactie op een behandeling.

6) De Personal Concerns Inventory (PCI) en de Personal Concerns Inventory (Offender Adaptation) (PCI-OA)

De PCI is de verkorte en gebruiksvriendelijke versie van de MSQ (Cox & Klinger, 2004) en is dus ook gebaseerd op het motivatiemodel van Cox en Klinger. De PCI omvat dezelfde drie stappen en de 12 levensgebieden van de MSQ. In stap drie dient de respondent elk doel op tien subschalen te rangschikken (10-punt Likertschalen van *helemaal niet* tot *het meest dat ik me kan voorstellen*): *belangrijkheid van doelstellingen, de bereidheid om het gedrag te veranderen, de waarschijnlijkheid dat het doel behaald zal worden, bezorgdheid, tijd die de cliënt nodig heeft om actie te ondernemen, tevredenheid, ontevredenheid, controle en weten wat te doen, alcohol- en drugshulp en alcohol- en drugshindernissen*.

De PCI is aangepast voor het gebruik in een justitiële setting (PCI-OA; Sellen, McMurran, Cox, Theodosi, & Klinger, 2006). In deze versie zijn er twee levensgebieden toegevoegd: *mijn delictgedrag*, waar respondenten bevraagd worden over hun zorgen omtrent hun delictgedrag en *de huidige levensregeling*, een gebied om informatie omtrent de detentie te ontrafelen. De twee subschalen *alcohol en drugs hulp* en *alcohol en drugs hindernissen* zijn vervangen door *delict hulp* en *delict hindernissen*. De PCI-OA kan gebruikt worden als een instrument dat motivatie bevordert. De PCI en PCI-OA kunnen afgenomen worden bij zowel volwassenen als jeugdigen. Psychometrisch onderzoek over de PCI-OA moet nog plaatsvinden. De psychometrische eigenschappen zijn dus van toepassing op de PCI en zijn vergelijkbaar met de MSQ (zie tabel 28, p. 57-58). Enkel de normen zijn verschillend.

Tabel 29: Personal Concerns Inventory & Personal Concerns Inventory (Offender Adaptation)

Normen
Normen voor PCI zijn beschikbaar voor studenten uit Wales (Engeland) die een hardnekkig alcoholprobleem hebben.

De psychometrische eigenschappen van de PCI zijn vergelijkbaar met de MSQ. Cox en Klinger (2004), en Sellen et al. (2006) stellen dat de psychometrische eigenschappen van de MSQ toepasbaar zijn op de PCI, omdat de PCI een verkorte versie is van de MSQ. Zoals eerder vermeld bezit de MSQ in het algemeen goede psychometrische eigenschappen, maar de interne consistentie van de subschaal *actiewoorden* is laag. Voor de PCI zijn normen beschikbaar voor studenten uit Wales (Engeland) die een hardnekkig alcoholprobleem hebben. Onderzoek van Sellen et al. (2006) heeft aangetoond dat de PCI succesvol aangepast kan worden voor het gebruik in een justitiële setting en dat de PCI-OA dezelfde motivatiestructuren identificeert als de PCI. De PCI-OA levert een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van het begrip motivatie ten behoeve van een gedragsverandering bij justitiabelen. Onderzoek om de psychometrische eigenschappen van de PCI-OA vast te stellen, heeft nog niet plaatsgevonden.

7) De Motivation for Psychotherapy Scale (MOPS)

De MOPS is ontwikkeld door Rosenbaum en Horowitz (1983) en is een beoordelingsschaal voor hulpverleners. De lijst bestaat uit 21 items op een 7-punt Likertschaal (*helemaal niet* tot *zeer sterk*) en meet vier dimensies van motivatie voor behandeling: *actieve participatie* (7 items), *psychologische ingesteldheid* (5 items), *stimulerende-indirecte bereidheid om zich op te offeren* (5 items) en *positieve*

waardering van therapie (4 items). De subschaal *actieve participatie* meet in hoeverre de cliënt actief deelneemt aan de therapie door het vooropstellen van realistische doelen, het communiceren van informatie en het tonen van veranderingsbereidheid ('The patient presents goals for therapy which are carefully thought out, elaborated, and clear'). De subschaal *psychologische ingesteldheid* meet het belang van het psychologisch welzijn voor de cliënt en hoeverre hij gedurende de therapie zoekt naar zelfexploratie ('The patient views psychological well-being as an important concern'). De subschaal *stimulerende-indirecte bereidheid om zich op te offeren* bevat items die de bereidheid om te veranderen en de mate waarin de cliënt bereid is deel te nemen aan de therapie meten ('The patient desires to be in therapy'). De laatste subschaal *positieve waardering van therapie* vraagt naar positieve ervaringen van de cliënt met betrekking tot therapie ('The patient indicates previous positive experiences with therapy'). De dimensies zijn geconstrueerd op basis van een verdiepende literatuurstudie rond motivatietheorieën en motivatie voor psychotherapie.

Tabel 30: Motivation for Psychotherapy Scale

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Predictieve validiteit
Schaalstructuur <i>Psychologische ingesteldheid</i> <i>Stimulerende-indirecte bereidheid om zich op te offeren</i> <i>Positieve waardering van therapie</i> <i>Actieve participatie</i>	<i>Subschalen</i> (onbekend) <i>Totale score</i> (.93)	Er werden correlaties berekend tussen de subschalen van MOPS en een inschatting van de motivatie na de behandeling (door beoordelaars). Positieve correlaties zijn gevonden die significant zijn op $p < .05$: <i>actieve participatie</i> (.88), <i>psychologische ingesteldheid</i> (.31), <i>stimulerende-indirecte bereidheid om zich op te offeren</i> (.43) en <i>positieve waardering van therapie</i> (.25).

Rosenbaum en Horowitz (1983) vonden vier factoren. De informatie over de interne consistentie van het instrument is niet volledig genoeg om hier een uitspraak over te doen. De MOPS vertoont een hoge samenhang met het oordeel van de hulpverlener over de motivatiestatus van een cliënt na de behandeling. Onderzoek naar de overige psychometrische aspecten zijn niet beschikbaar, waardoor er weinig gezegd kan worden over de validiteit en betrouwbaarheid. Aanvullend onderzoek is nodig om de resultaten van de psychometrische aspecten te krijgen en om te kijken of het instrument geschikt is voor gebruik binnen een justitiële jeugdinrichting.

8) De Motivatie–Houding–Verwachting (M-H-V) patroon

Dit instrument is een Nederlandse zelfrapportage vragenlijst ontwikkeld door De Moor en Croon (1987). De respondenten dienen op een 5-punt Likertschaal aan te geven in welke mate zij het oneens of eens zijn met de uitspraak (*helemaal oneens* tot *helemaal eens*). De vragenlijst bestaat uit 110 items. In verschillende publicaties van therapeutische strekking werd gesuggereerd dat er een samenhang bestaat tussen motivatie, houding en verwachtingen (o.a. Bergin & Lambert, 1978). Op grond van empirische en/of klinische inzichten kwam men tot 23 criteria waarvan vermoed kan worden dat het parameters zijn van één of meerdere variabelen uit het initiële Motivatie-Houdings-Verwachtingspatroon van psychotherapiecliënten (IMP's): *intrinsieke motivatie, behoefte aan hulp, lijdensdruk, definiëring van de klacht als psychosociaal i.t.t. somatisch, bereidheid om materiële en immateriële offers te brengen, actieve i.t.t. passieve participatiebereidheid, prognostische verwachtingen, bereidheid tot veranderen, bereidheid tot interpersoonlijke openheid, zelf-motivatie, afwezigheid van ziektewinst-weerstand, tolerantie tegen stigmatisering, vertrouwen in professionele hulpverlening, beschouwen van psychotherapie als niet-elitair, verzorgd te worden, leren zichzelf te helpen, ordening aangeboden te krijgen, consequenties van eigen handelen, de controle van anderen, toevallige omstandigheden, relationele verwachtingen, complementaire versus symmetrische verwachtingen en goedkeuringsmotivatie*. Deze criteria werden vertaald naar items en subschalen. Door middel van een psychometrische analyse, werden deze 23 criteria gereduceerd tot acht dimensies: *therapiebereidheid, ervaren van persoonlijke onmacht, interpersoonlijke volgzaamheid, vertrouwen in psychotherapie, bereidheid tot zelfredzaamheid, defensiviteit, intrinsieke motivatie en tolerantie tegen stigmatisering*. Deze factoren bieden aanknopingspunten voor het ontwikkelen van concrete richtlijnen om de cliënten voor te bereiden op psychotherapie.

Tabel 31: Motivatie – Houding – Verwachting patroon

Begripsvaliditeit	Interne consistentie
Schaalstructuur <i>Therapiebereidheid</i> <i>Persoonlijke onmacht</i> <i>Interpersoonlijke volgzaamheid</i> <i>Positieve houding tegenover psychotherapie</i> <i>Bereidheid tot zelfredzaamheid</i> <i>Defensiviteit</i>	<i>Vijf subschalen (< .60)</i> <i>Totale score (onbekend)</i>

Er werd een 6-factorenoplossing gevonden (De Moor & Croon, 1987). Het ideaal van een eenvoudige structuur, waarbij elke schaal slechts op een factor hoog laadt is niet gevonden. Er is weinig

informatie over de interne consistentie voorhanden. Bij *vijf subschalen* ligt de alphacoëfficiënt beneden .60. Het is onbekend over welke subschalen het gaat. Ook de Cronbach's alpha van de *totale score* is onbekend. Omwille van deze lage alphacoëfficiënten wordt het instrument als niet geschikt beoordeeld. Het is niet onderzocht of het M-H-V-patroon geschikt is voor gebruik bij jongeren in een justitiële setting.

9) De Reasons for Quitting Questionnaire (RFQ)

De originele Tobacco RFQ is ontwikkeld door Currey et al. (1990). McBride et al. (1994) hebben een aangepaste versie ontwikkeld die geschikt is voor gebruik bij drugsverslaafden. De motivatie om te stoppen met drugsgebruik kan onderzocht worden met deze zelfrapportage vragenlijst (McBride et al., 1994). De RFQ is onderverdeeld in vier subschalen. De subschaal *sociale invloed* meet de externe druk om te stoppen met drugsgebruik. De subschaal *zelfbeeld* geeft weer hoe de cliënt zichzelf ziet. Angst voor gezondheidsproblemen wordt gemeten met de subschaal *zorgen over gezondheid*. De subschaal *wettelijke zaken* refereert naar het voorkomen van contact met justitie. De respondenten dienen op een 5-punt Likertschaal (*helemaal niet* tot *zeer sterk*) aan te geven in welke mate de stelling van toepassing is. Het instrument is geschikt voor gebruik bij volwassenen met een drugs- of alcoholverslaving in een therapeutische setting (Downey, Rosengren, & Donovan, 2001). Recent is er een adolescentenversie ontwikkeld voor stoppen met roken (Adolescent Reasons for Quitting Scale, ARFQ; Myers & MacPherson, 2008). De RFQ is nog niet onderzocht in een justitiële setting voor jongeren.

Tabel 32: Reasons for Quitting Questionnaire

Begripsvaliditeit	Interne consistentie	Predictieve validiteit
Schaalstructuur <i>Sociale invloed</i> <i>Zelfbeeld</i> <i>Wettelijke zaken</i> <i>Zorgen over gezondheid</i> Een gedwongen 2-factorenoplossing resulteert in <i>intrinsieke motivatie</i> en <i>extrinsieke motivatie</i> .	<i>Sociale invloed</i> (.82) <i>Zelfbeeld</i> (.82) <i>Wettelijke zaken</i> (.75) <i>Zorgen over gezondheid</i> (.74) <i>Totale extrinsieke motivatie</i> (.82) <i>Totale intrinsieke motivatie</i> (.79)	De <i>totale score</i> van de RFQ vertoont een positieve correlatie met onthouding van drugs na drie maanden. Meer bepaald voorspelt hoge <i>intrinsieke motivatie</i> en lage <i>extrinsieke motivatie</i> onthouding.

De interne consistentie van de items die extrinsieke en intrinsieke motivatie meten is net voldoende voor gebruik bij individuele beslissingen. De Cronbach's alpha van de totale intrinsieke motivatie items ligt zo dicht tegen de grens van voldoende aan, dat deze als zodanig geïnterpreteerd wordt. Er

is een vierfactoroplossing gevonden en onderzoek naar de predictieve validiteit toont aan dat de RFQ een goede voorspellende waarde heeft met betrekking tot onthouding van drugs of alcohol (Downey et al., 2001; Currey et al., 1990; Curry, Grothaus, & McBride, 1997). Verder onderzoek is nodig om de geschiktheid van het instrument voor gebruik in een justitiële jeugdinrichting na te gaan.

10) De Motivatie Monitor Work Wise

De Motivatie Monitor is een vragenlijst die ontwikkeld is als onderdeel van een integraal arbeidstoeleidend programma voor jongeren met een justitiële straf of maatregel. Het is een instrument dat gericht is op het meten van de motivatie die jongeren aan de dag leggen voor werken en leren, en dat motivatie ziet als een concept dat aan de ene kant beïnvloed wordt door psychologische en contextuele factoren en aan de andere kant het presteren op werken en leren van jongeren kan verklaren. De Motivatie Monitor is in 2008 aangepast. Deze lijst bestaat uit 92 items verdeeld over 3 schalen en 15 subschalen. De items beschikken over antwoordcategorieën op zowel een 4-, 5- als 7-puntsschaal. De schaal *motivatie* bestaat uit de subschalen enthousiasme (3 items), plezier (3 items), schoolprestatie (4 items) en vitaliteit (3 items). Deze 13 items van de schaal *motivatie* worden gescoord op een 7-punt Likertschaal. De schaal *persoonlijke hulpbronnen* bestaat uit de subschalen kijk op je leven (8 items), vertrouwen in eigen kunnen (10 items), omgang met verandering en onverwachte gebeurtenissen (14 items), eigenwaarde (10 items), houding ten opzichte van je omgeving (11 items) en streven naar vooruitgang (6 items). Deze schaal bestaat in totaal uit 59 items en is opgebouwd uit 34 antwoorden op een 4-punt schaal, 16 antwoorden op een 5-punt schaal en 9 antwoorden op een 7-puntschaal. De schaal *steun uit omgeving* bestaat tenslotte uit de subschalen samenwerking (3 items), mogelijkheden op school (3 items), ondersteuning en begeleiding van docenten (5 items), steun van familie (5 items) en steun van vrienden (4 items). Deze 20 items van de schaal worden gescoord op een 5-punt schaal. Psychometrisch onderzoek over de aangepaste versie van de Motivatie Monitor ontbreekt.

Tabel 33: Matrix met informatie over de meetinstrumenten

Instrument	Conceptualisatie	Zelfrapportage vragenlijst of beoordelingslijst	Doelgroep	Setting	Nederlandse versie	Afname	Subschalen geschikt voor gebruik bij belangrijke beslissingen op individueel niveau ($\alpha \geq .80$)	Subschalen geschikt voor gebruik bij verder onderzoek ($\alpha \geq .60$)
GESCHIKTE INSTRUMENTEN VOOR BESLISSINGEN OP HET INDIVIDUEEL NIVEAU								
CMRS	Hersteltheorie TTM	Zelfrapportage	Volwassenen	Klinische setting	Ja	Onbekend	- Bereidheid - Geschiktheid	- Omstandigheden - Motivatie
BIB	Theorie gepland gedrag	Beoordelingslijst	Volwassenen	Ambulante justitiële setting	Ja	Onbekend	- Aanwezigheid sessies - Offers voor behandeling - Inspanning voor verandering van probleemgedrag - Omgang met gestelde doelen - Inzet voor verbetering van de maatschappelijke inbedding - Constructief gebruik maken van de therapiezittingen - Tussen therapiezittingen bezig zijn met het besprokene - Globale beoordeling van de mate van inzet	
GESCHIKTE INSTRUMENTEN VOOR VERDER ONDERZOEK								
CMR	Hersteltheorie TTM	Zelfrapportage	Volwassenen	Klinische setting	Ja	Onbekend	Bereidheid	Motivatie
VMB-A	TTM	Zelfrapportage	Jeugdigen	Justitiële setting	Ja	Start en gedurende behandeling	Onbekend	Onbekend
RCQ-D	TTM	Zelfrapportage	Jeugdigen en volwassenen met alcohol-verslaving	Justitiële en klinische setting	Ja	Start en gedurende behandeling	Actie	- Overweging - Voorbeschouwing

Instrument	Conceptualisatie	Zelfrapportage of beoordeling	Doelgroep	Setting	Nederlandse versie	Afname	Subschalen ($\alpha \geq .80$)	Subschalen ($\alpha \geq .60$)
PRQ	TTM	Zelfrapportage	Jeugdigen met verslaving	Justitiële setting	Neen	Onbekend	Voorbeschouwing	- Overweging - Voorbereiding
SOCRATES	TTM	Zelfrapportage	Jeugdigen en volwassenen met middelen-Misbruik	Klinische setting	Neen	Onbekend	- Probleemherkenning - Stappen ondernemen	Ambivalentie
TMQ	ZDT	Zelfrapportage	Volwassenen met alcohol-verslaving	Ambulante klinische setting	Neen	Onbekend	Onbekend. Er is enkel gekend dat de interne consistente van de vier subschalen varieert van .70 tot .89.	
NML2	Theorie gepland gedrag	Zelfrapportage	Jeugdigen en volwassenen	klinische setting Cognitieve gedragsinterventie	Ja	Onbekend	Bereidheid	- Zorg - Twijfel
TMS-F	Theorie gepland gedrag	Zelfrapportage	Volwassenen	Ambulante justitiële setting	Ja	Start en gedurende behandeling	- Lijdensdruk - Subjectieve justitiële druk - Subjectieve geschiktheid van de behandeling - Succesverwachting - Probleemherkenning - Bereidheid tot inzet	Subjectieve prijs van de behandeling
CVTRQ	MORM	Zelfrapportage	Volwassenen	Justitiële setting Cognitieve gedragstraining	Neen	Onbekend	Attitude en motivatie	- Emotionele reacties - Erkenning van delict - Doeltreffendheid
PCI, PCI-OA	Motivatiemodel	Zelfrapportage	Jeugdigen en volwassenen	Justitiële en klinische setting	Neen	Start en gedurende behandeling	Idem MSQ	Idem MSQ

Instrument	Conceptualisatie	Zelfrapportage of beoordeling	Doelgroep	Setting	Nederlandse versie	Afname	Subschalen ($\alpha \geq .80$)	Subschalen ($\alpha \geq .60$)
RFQ	Onbekend	Zelfrapportage	Volwassen met middelen-misbruik	Klinische setting	Neen	Onbekend	- Sociale invloed - Zelfbeeld - Totale extrinsieke motivatie - Totale intrinsieke motivatie	- Wettelijke zaken - Zorgen over gezondheid
MSQ	Motivatiemodel	Zelfrapportage	Jeugdigen en volwassenen met middelen-misbruik zonder psychische stoornis	Justitiële en klinische setting	Neen	Start en gedurende behandeling	- Ontevredenheid - Effect verslavingsgedrag - Kans dat een doel behaald wordt zelfs als de cliënt er niets aan doet - Rol - Betrokkenheid - Tevredenheid - Spijt - Kans dat een doel behaald wordt - Tijd nodig om het doel te bereiken	Tijd nodig om actie te ondernemen
GEEN GESCHIKTE INSTRUMENTEN								
MFT	TTM	Zelfrapportage	Volwassenen met middelen-misbruik	Klinische setting	Ja	Onbekend	/	- Probleemherkenning - Bereidheid voor behandeling
URICA	TTM	Zelfrapportage	Jeugdigen en volwassenen met middelen-misbruik	Justitiële en klinische setting	Ja	Onbekend	- Voorbeschouwing - Overweging - Actie - Behouding	
M-H-V	M-H-V	Zelfrapportage	Volwassenen	Klinische sector	Ja	Onbekend	Onbekend, gekend is dat vijf subschalen een interne consistentie beneden .60 hebben.	

Instrument	Conceptualisatie	Zelfrapportage of beoordeling	Doelgroep	Setting	Nederlandse versie	Afname	Subschalen ($\alpha \geq .80$)	Subschalen ($\alpha \geq .60$)
INSTRUMENTEN WAARVAN NIET DUIDELIJK IS OF ZE GESCHIKT ZIJN								
Pre-treatment	Fasen van bereidheid voor behandeling	Zelfrapportage	Jeugdigen en volwassenen met middelen-Misbruik	Klinische setting	Neen	Onbekend	Verlangen naar hulp	- Bereidheid deelname behandeling - Probleemherkenning
Curium	TTM	Zelfrapportage	Jeugdigen	Justitiële en klinische setting	Ja	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Staging Algorithms	TTM	Zelfrapportage	Volwassenen met middelen-Misbruik	Klinische setting	Neen	Onbekend	Onbekend	Onbekend
ML	TTM	Zelfrapportage	Jeugdigen met marihuana-Verslaving	Justitiële setting	Neen	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Scaling rulers	TTM	Zelfrapportage (samen in bijzijn en met hulp van hulpverlener)	Volwassenen met middelen-misbruik	Klinische setting	Neen	Start en gedurende behandeling	Onbekend	Onbekend
TCUMS	Fasen van bereidheid voor behandeling	Zelfrapportage	Volwassen met drugs-verslaving	Klinische setting	Neen	Onbekend	Probleemherkenning	- Bereidheid om deel te nemen aan de behandeling - Verlangen naar hulp
CMOTS	ZDT	Zelfrapportage	Volwassenen	Ambulante klinische setting	Neen	Onbekend	- Intrinsieke motivatie - Geïntegreerde regulatie - Geïdentificeerde regulatie - Geïntrojecteerde regulatie	- Externe regulatie - Amotivatie

PAQ, PPQ, PMI	ZDT	Zelfrapportage	Volwassenen met psychische stoornis	Justitiële setting	Neen	Start en gedurende behandeling	- Ontevredenheid - Bereidheid om zich te laten behandelen - Weerstand om zich bloot te geven	- Stress - Afstandelijkheid - Bereidheid om te rehabiliteren - Interne motivatie - Gebrek aan vertrouwen - Gevoel van falen
MOPS	Klinische en/of empirische inzichten	Beoordelingslijst	Volwassenen	Klinische setting	Neen	Start en gedurende behandeling	Onbekend	onbekend
Motivatatie Monitor	Onbekend	Zelfrapportage	Jeugdigen	Justitiële en klinische setting	Ja	Onbekend	Onbekend	Onbekend

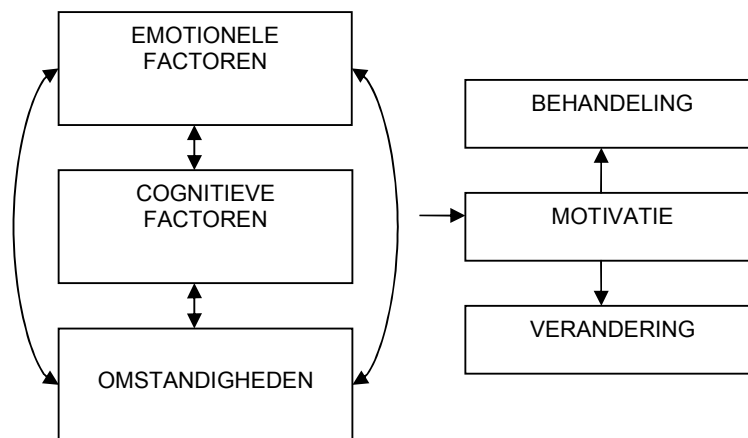
3.3 Bepaling kernfacetten op subschaalniveau

Aangezien de voorgaande analyses duidelijk maken dat slechts een beperkt aantal vragenlijsten voldoet aan de vereisten voor gebruik op individueel niveau voor de specifieke doelgroepen, zal verder onderzoek en ontwikkeling onontbeerlijk zijn. In wat volgt, wordt een eerste aanzet gegeven van de classificatie van subschalen die we in de verschillende instrumenten hebben gevonden. Deze classificatie kan mede als inspiratiebron dienen voor toekomstig onderzoek. Om deze classificatie te realiseren werd enkel gebruik gemaakt van de subschalen met een interne consistentie hoger dan .60. Het model is als volgt ontwikkeld: in een eerste fase werden alle subschalen aan twee beoordelaars aangeboden met de vraag om deze subschalen te categoriseren. Na deze onafhankelijke classificatie werd er tussen beide beoordelaars tot een consensus gekomen. Het resultaat hiervan werd in een tweede fase ter toetsing voorgelegd aan een expert. Vervolgens werd de classificatie op een aantal punten aangepast. Een overzicht van de classificatie van de subschalen van alle geselecteerde instrumenten wordt gegeven in tabel 34. De subschalen kunnen ingedeeld worden in drie groepen: emotionele factoren, cognitieve factoren en omstandigheden. De betekenis van deze centrale concepten werden door de beoordelaars gegenereerd en niet geëxpliciteerd.

Tabel 34: Indeling subschalen in groepen

Emotionele factoren	Cognitieve factoren		Omstandigheden
- gebrek aan vertrouwen - vertrouwen - gevoel van falen - ontevredenheid - stress - tevredenheid - ontevredenheid - zelfbeeld - emotionele reacties - zorgen over gezondheid - zorg - openheid - enthousiasme - plezier - vitaliteit - eigenwaarde - lijdensdruk	- succesverwachting - subjectieve prijs van de behandeling - rol - betrokkenheid - afstandelijkheid - tijd nodig om het doel te bereiken - tijd nodig om acte te nemen - subjectieve geschiktheid van de behandeling - subjectieve justitiële druk - erkenning van delict - twijfel - offers voor behandeling - omgang met gestelde doelen - inzet voor verbetering van de maatschappelijke inbedding - constructief gebruik maken van de therapiezittingen	- tussen therapie bezig zijn met het besprokene - doeltreffendheid - effect probleem na succesvol bereiken van de doelen - kans dat doel behaald wordt zelfs als de cliënt er zelf niets aan doet - rol - spijt als doelen niet bereikt worden - kans dat doel behaald wordt - positieve waardering van therapie - psychologische ingesteldheid - kijk op je leven - omgang met verandering en onverwachte gebeurtenissen - streven naar vooruitgang	- sociale invloed - wettelijke zaken - geschiktheid - externe druk - weerstand - samenwerking - mogelijkheden op school - ondersteuning en begeleiding hulpverleners - steun van familie - steun van vrienden - houding t.o.v. je omgeving - aanwezigheid tijdens sessies - schoolprestatie

De interactie tussen emotionele factoren, cognitieve factoren en omstandigheden zal uiteindelijk bepalen in welke mate de cliënt bereidheid vertoont. De factor 'motivatie' kunnen we verder opsplitsen in 'motivatie om in behandeling te gaan' en 'motivatie om te veranderen'.



Figuur 1: Interactiemodel beïnvloedende factoren van motivatie

In deze studie wordt het construct 'motivatie' gezien als een proces dat door verschillende interne (emotionele en cognitieve) en externe factoren (omstandigheden) beïnvloed en gestuurd kan worden. Bij de inventarisatie van de subschalen vinden we de invloed van de omgeving (ouders, peers en hulpverleners) onvoldoende terug. Enkel de Motivatie Monitor Work Wise heeft rekening gehouden met omgevingsfactoren, zoals steun van familie en vrienden. Daarnaast zijn de setting en kenmerken van de behandeling belangrijke beïnvloedende factoren, zoals de bezetting van een instelling en de duur van een interventie (Ward et al., 2004). De instrumenten, besproken in het onderhavige rapport, houden hier echter onvoldoende rekening mee.

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we een inventarisatie gemaakt van instrumenten die de motivatie bij jeugdige justitiabelen kunnen meten. Voor de beoordeling van de psychometrische kenmerken hebben we gebruik gemaakt van zes criteria: interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, begripsvaliditeit, predictieve validiteit en het al dan niet beschikken over normgegevens. Zevenentwintig instrumenten zijn beschreven en beoordeeld op deze kwaliteiten. Vervolgens werden de instrumenten ingedeeld in vier groepen van geschiktheid:

geschikt instrument voor belangrijke beslissingen op individueel niveau, geschikt instrument voor verder onderzoek, geen geschikt instrument en instrument waarvan niet duidelijk is of het geschikt is.

Tabel 35: Overzicht van de geschiktheid van de instrumenten

GESCHIKTE INSTRUMENTEN VOOR BELANGRIJKE BESLISSINGEN OP INDIVIDUEEL NIVEAU
- Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scale (CMRS) - Beoordelingslijst Inzet voor Behandeling (BIB)
GESCHIKTE INSTRUMENTEN VOOR VERDER ONDERZOEK
- Circumstances, Motivation and Readiness Scale (CMR) - Vragenlijst Motivatieontwikkeling voor Behandeling – Adolescentenversie (VMB-A) - Nederlandse versie van Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D) - Problem Recognition Questionnaire (PRQ) - Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) - Treatment Motivation Questionnaire (TMQ) - Nijmegen Motivation List 2 (NML2) - Treatment Motivation Scales for forensic outpatient treatment (TMS-F) - The Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire (CVTRQ) - Motivational Structure Questionnaire (MSQ) - Personal Concerns Inventory (PCI), Personal Concerns Inventory (Offender Adaptation) (PCI-OA) - Reasons for Quitting Questionnaire (RFQ)
GEEN GESCHIKTE INSTRUMENTEN
- Motivation for Treatment Scale (MfT) - University of Rhode Island Change and Assessment Scale (URICA) - Motivatie-Houding-Verwachting (M-H-V) patroon
INSTRUMENTEN WAARVAN NIET DUIDELIJK IS OF ZE GESCHIKT ZIJN
- Pre-treatment motivation scales - Curium vragenlijst - Staging Algorithms - Marijuana Ladder (ML) - Scaling Rulers - Texas Christian University Treatment Motivation Scales (TCUMS) - Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS) - Patient Attitude Questionnaire (PAQ), Patient Perception Questionnaire (PPQ), Patient Motivation Inventory (PMI) - Motivation for Psychotherapy Scale (MOPS) - Motivatie Monitor Work wise

Eén instrument vanuit het transtheoretische model is inzetbaar voor individuele predicties op het gebied van motivatie, namelijk de CMRS (De Leon & Jainchill, 1986). Dit betreft een

zelfrapporteringsmodel aan de hand waarvan de cliënt zichzelf in een bepaalde fase van motivatie plaatst. Dit instrument is tevens aangepast voor een Nederlandse context (Franken & Hendricks, 1999). Daarnaast voldoet ook het instrument ontwikkeld door Drieschner (2008), namelijk de Beoordelingslijst Inzet voor Behandeling (BIB), aan de strengste voorwaarden. Dit instrument moet worden beoordeeld door de hulpverlener en biedt een zicht op de mate van inzet van de cliënt.

Gezien het beperkte aantal instrumenten dat volledig voldoet aan de kwaliteitsvereisten voor individuele beslissingen, is verder psychometrisch onderzoek noodzakelijk. Niet alleen 'klassiek' schaalonderzoek is belangrijk maar ook onderzoek op itemniveau moet de nodige aandacht krijgen. Dit leidde tot de exploratie van een rudimentair kader dat voor de verdere ontwikkeling van instrumenten inspirerend kan werken. Dit kader werd gebaseerd op een inhoudelijke classificatie van de tot hiertoe in onderzoek betrokken subschalen. In het model wordt het onderscheid tussen 'behandelbaarheid' en 'bereidheid te veranderen' behouden, en de determinanten worden in drie categorieën onderverdeeld: emotionele factoren, cognitieve factoren en omstandigheden. De motivatie in strikte zin kan bepaald worden, via instrumenten ontwikkeld vanuit het transtheoretische model, of door instrumenten ontwikkeld vanuit de zelfdeterminatietheorie. Een grondige studie van de instrumenten zal niettemin ook leren dat geen van de instrumenten een volledige afspiegeling is van de theoretische constructen. Het is echter niet uitgesloten dat verder onderzoek uitwijst dat er een relatie is tussen de fasen die uitgetekend zijn binnen het transtheoretische model en de niveaus van motivatie, beschreven door de zelfdeterminatietheorie.

Algemene conclusie

Een belangrijk knelpunt in de jeugdhulpverlening is de gebrekkige motivatie van veel jongeren om aan ambulante en residentiële hulpverlening mee te werken met als finaliteit het eigen gedrag te veranderen. Dit knelpunt wordt sterker ervaren bij jongeren die in het kader van een strafrechtelijke maatregel worden begeleid. Motivatie en betrokkenheid worden dan ook terecht als belangrijke aandachtspunten beschouwd bij de erkenning van gedragsinterventies in justitiële settings. De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie ziet motivatie als veranderbaar en als een proces waarin hulpverleners, ouders, medebewoners en andere significante personen zoveel mogelijk betrokken moeten worden. Voor jeugdigen zijn momenteel vier gedragsinterventies erkend en negen voorlopig erkend. De meeste van deze interventies maken gebruik van het transtheoretische model en motiverende gespreksvoering. Het gebruik van meetinstrumenten ontbreekt echter veelal.

In dit rapport werd vooral de nadruk gelegd op de meetbaarheid van motivatie. In wat volgt worden de belangrijkste conclusies voor elk van de vier deelvragen, die aan de basis lagen van dit onderzoek, nog eens weergegeven.

- | |
|---|
| <p>1 Is motivatie bij jeugdige justitiabelen te meten? Zo ja, welke instrumenten bestaan er om dit te meten? Bieden deze meetinstrumenten voldoende psychometrische garanties in termen van betrouwbaarheid en validiteit?</p> |
|---|

Vooraleer de vraag naar de meetbaarheid werd beantwoord, werd nagegaan hoe motivatie in de literatuur wordt geconceptualiseerd en welke ideeën en modellen er gangbaar zijn over de werking van motivatie. Dit leert ons dat motivatie een toestand van het individu is die aanzet om iets te doen en die fluctueert over de tijd en over situaties heen. De twee meest gangbare theorieën zijn het transtheoretische model (TTM) en de zelfdeterminatietheorie (ZDT). De belangrijkste meerwaarde van het TTM is het feit dat motivatie in fasen (voorbeschouwingsfase, overwegingsfase, voorbereidingsfase, actiefase, consolidatiefase en uitval) kan worden verfijnd. De belangrijkste meerwaarde van de ZDT ligt in het onderscheid dat wordt gemaakt in niveaus van motivatie

(amotivatie; externe motivatie: externe regulatie, geïntrojecteerde regulatie, geïdentificeerde regulatie en geïntegreerde regulatie; intrinsieke motivatie). Motivatie wordt gedetermineerd door een veelheid van factoren die zowel binnen het individu, de omgeving of de interactie tussen beiden kunnen worden gesitueerd.

Om de vraag naar de meetbaarheid te beantwoorden werd in de literatuur op zoek gegaan naar instrumenten die de intentie hebben om motivatie te meten. Er werden 27 instrumenten gedetecteerd die in een klinische en/of justitiële setting werden toegepast. Deze instrumenten werden vervolgens op basis van criteria betreffende betrouwbaarheid, validiteit en het al dan niet beschikken over normen in vier groepen ingedeeld:

- (1) Geschikt instrument voor belangrijke beslissingen op individueel niveau;
- (2) Geschikt instrument voor verder onderzoek;
- (3) Instrument waarvan niet duidelijk is of het geschikt is;
- (4) Geen geschikt instrument.

De instrumenten die geschikt zijn bevonden, zijn de Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scale (CMRS) en de Beoordelingslijst Inzet voor Behandeling (BIB). De CMRS is geschikt voor gebruik bij volwassenen in een klinische sector, de BIB is een beoordelaarsvragenlijst voor hulpverleners die motivatie meet bij volwassenen in een ambulante forensische setting. Beide instrumenten zijn onderzocht in de Nederlandse volwassen context (vanaf 18 jaar), maar het is nog onduidelijk of ze geschikt zijn voor gebruik bij jeugdige justitiabelen (12 tot en met 18 jaar). Verder zijn er geen gegevens beschikbaar over mogelijke cut-off scores op basis waarvan een beslissing genomen zou kunnen worden of een cliënt al dan niet over voldoende motivatie beschikt om behandeld te worden.

Er zijn twaalf instrumenten geschikt bevonden die gebruikt kunnen worden voor verder onderzoek. Van deze instrumenten zijn er vijf geschikt voor gebruik bij jeugdigen in een justitiële setting, namelijk de Vragenlijst Motivatie voor Behandeling Adolescentenversie (VMB-A), de Nederlandse versie van de Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D), de Problem Recognition Questionnaire (PRQ), de Motivational Structure Questionnaire (MSQ) en de Personal Concerns Inventory (PCI). Deze instrumenten zijn geschikt voor gebruik bij jeugdigen van 12 tot en met 18 jaar, met uitzondering van de PRQ die bestemd is voor jeugdigen vanaf 16 jaar. De overige zeven instrumenten die geschikt zijn voor verder onderzoek zijn: de Circumstances, Motivation en Readiness Scale (CMR), de Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness scale (SOCRATES), de Treatment Motivation Questionnaire (TMQ), de Nijmegen Motivatie Lijst 2

(NML2), de Treatment Motivation Scales for Forensic Outpatient Treatment (TMS-F), de Corrections Victoria Treatment Readiness Questionnaire (CVTRQ) en de Reasons for Quitting Questionnaire (RFQ).

Er zijn tien instrumenten gevonden waarvan niet duidelijk was of ze geschikt zijn voor verder onderzoek. Het betreft de volgende instrumenten: de Pre-treatment scales, de Curiumvragenlijst, de Staging Algorithms, de Marijuana Ladder (ML), de Scaling Rulers, de Texas Christian University Treatment Motivation Scales (TCUMS), de Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS), de Patient Attitude Questionnaire (PAQ), de Patient Perception Questionnaire (PPQ), de Patient Motivation Inventory (PMI), de Motivation for Psychotherapy Scale (MOPS) en de Motivatie-Monitor. Van de bestudeerde instrumenten zijn er elf die vertaald en onderzocht zijn in de Nederlandse context. De Motivation for Treatment (MfT), de University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) en de Motivatie-Houding-Verwachting-patroon (M-H-V) lijken niet geschikt in het meten van motivatie, gegeven de vooropgestelde criteria.

Er zijn dus wel een aantal degelijke en veelbelovende instrumenten beschikbaar om motivatie in behandelsettings te meten, maar op dit ogenblik is er geen instrument beschikbaar voor de meting van motivatie voor de specifieke doelgroep die gebruikt kan worden voor individuele beslissingen.

2 Als er geen geschikte motivatiebepalingsinstrumenten bestaan, is het dan raadzaam deze te ontwikkelen om te kunnen bepalen of het al dan niet zinvol is een gedragsinterventie aan een jongere op te leggen?
--

Jongeren komen in een justitiële inrichting terecht in een gedwongen kader. Intrinsieke motivatie om aan een behandeling deel te nemen is vaak niet aanwezig. Motivatie mag dan ook niet als een exclusie criterium gezien worden, maar moet gezien worden als een actuele toestand en een werkpunt binnen de behandeling. Het ontwikkelen van interne motivatie is een therapeutische doelstelling. Belangrijk is echter dat het geen uitsluitingscriterium moet zijn en dat therapie met motivatiebevorderende inslag met extern gemotiveerde cliënten mogelijk en zinvol is (o.a. Mulder, 1995; Vanhoeck, 1997). Aangezien er geen kwaliteitsvolle instrumenten bestaan voor de specifieke doelgroep, zal het noodzakelijk zijn om te investeren in de ontwikkeling van degelijke specifieke instrumenten, wanneer men de motivatie niet louter in kaart wenst te brengen via de actuele ongestructureerde klinische monitoring.

3 Is het noodzakelijk om gaandeweg een interventie de motivatie te blijven toetsen? Zijn eventueel gevonden instrumenten, als onder 1 genoemd, hiervoor te benutten of moeten instrumenten apart ontwikkeld worden?
--

Omdat motivatie kan variëren over de tijd en over situaties heen, is het erg belangrijk om gedurende de behandeling de motivatie te blijven monitoren en te stimuleren, bij bijvoorbeeld signalen van afhaken, het niet uitvoeren van taken, te laat aanwezig zijn en zich anders gedragen. Er zijn enkele veelbelovende meetinstrumenten die behandelaars en onderzoekers kunnen gebruiken voor herhaalde metingen van de motivatie tijdens de behandeling. Verder zijn er geschikte instrumenten die zicht geven op de determinanten van motivatie. Deze instrumenten bieden dan ook ankerpunten voor een gerichte interventie ten behoeve van het stimuleren en continueren van de motivatie doorheen de behandeling. We kunnen stellen dat het verkrijgen en bevorderen van interne motivatie bij jongeren niet alleen bepaald wordt door cliëntspecifieke kenmerken maar ook afhankelijk is van en bepaald wordt door hulpverleners- en omgevingskenmerken. De onmiddellijke omgeving van de cliënt is één van de belangrijke determinanten voor zijn motivatie. Verder blijft het een uitdaging voor de instellingen om te blijven investeren in een constructieve en stimulerende werkomgeving voor alle medewerkers, met voldoende ruimte voor interprofessionele uitwisseling en mogelijkheden tot herstel. Tevens is het actief betrekken van significante anderen van belang, ook al worden die significante anderen soms als 'storende' factoren in de instelling ervaren. We zouden kunnen stellen dat het motiveren van significante derden voor steun aan de interventie en haar doelstellingen een krachtige sleutel kan zijn in het consolideren van het veranderingsproces bij de cliënt.

De motivatie dient aan de start van de behandeling correct door de hulpverlener ingeschat te worden door middel van motivatiediagnosiek om vervolgens op een geschikte manier de intrinsieke motivatie verder te bevorderen. Het 'meten' van motivatie moet bij voorkeur op verschillende tijdstippen in de behandeling gebeuren. Het periodiek monitoren van de motivatie geeft hulpverleners indicaties over het motivatieniveau zodat wanneer nodig kan worden bijgestuurd. Er moet rekening worden gehouden met het stadium van motivatie waarin jongeren zich bevinden en met hun wensen en gedachtenkader. Monitoring kan op twee wijzen, die elkaar aanvullen, geschieden: continue ongestructureerde klinische observatie en periodieke meting via gestructureerde motivatie-instrumenten. Het is duidelijk dat continue klinische monitoring zeer belangrijk is voor een geschikte interventie. Echter, indien blijkt dat er een negatieve evolutie is inzake de gedragsindicatoren voor motivatie, dan heeft de combinatie met psychometrisch goed

onderbouwde vragenlijsten een duidelijke meerwaarde. Hiervoor zijn vier redenen. Ten eerste maakt de combinatie de rapportering aan derden makkelijker en gestandaardiseerd in een context waarin elementen zoals effectiviteit aantoonbaar moet worden gemaakt. Ze komen zeker ten goede aan diegenen die verantwoordelijk zijn voor de bewaking van de programma-integriteit, dat is de aansluiting tussen de interventie op papier en de wijze waarop de interventie op de werkvloer wordt uitgevoerd. Ten tweede vormen ze een expliciet signaal en uitnodiging om aan de motivatie van de cliënten aandacht te blijven besteden. Ten derde kunnen dergelijke instrumenten in een aantal gevallen een ingebreke blijvende klinische observatie aanvullen. Ten vierde kan de behandelaar nog steeds terugvallen op zijn klinische indrukken, wanneer de cliënt niet gemotiveerd is om vragenlijsten in te vullen.

Bij de meeste instrumenten was het onbekend wanneer de afname dient plaats te vinden. Instrumenten die gedurende de behandeling afgenomen kunnen worden en waarbij motivatiemonitoring mogelijk is, na verder onderzoek, zijn: VMB-A, RCQ-D, TMS-F, MSQ, PCI, en Scaling Rulers. Scaling Rulers is een instrument waarvan niet duidelijk is of het geschikt is. De overige instrumenten zijn geschikt voor gebruik in verder onderzoek.

4 Zijn er met betrekking tot bovenstaande vragen op basis van de literatuur verschillen te verwachten tussen de volgende subgroepen: PIJ-jongeren, Antilliaanse en Marokkaanse jeugdige justitiabelen en middelengebruikende jeugdige justitiabelen?
--

Het gebruik van drugs gaat vaak gepaard met een geringe motivatie van de jongeren in justitiële jeugdinrichtingen. Bij de inventarisatie van de instrumenten blijkt dat er veel instrumenten ontwikkeld zijn voor middelengebruikers. Het belang van de motivatie bij deze doelgroep is groot. De laatste jaren gaat er namelijk veel aandacht uit naar manieren om motivatie te meten en te bevorderen bij middelengebruikers (Howells & Day, 2003; McMurrin, 2002; McMurrin & Ward, 2004). De kwaliteit van de instrumenten dient echter te verbeteren om in individuele gevallen beslissingen te kunnen nemen op basis van de testresultaten.

PIJ-jongeren hebben vaker een psychische problematiek, waarbij de motivatieontwikkeling moeizamer tot stand komt (De Leon et al., 2000). Het tegelijk voorkomen van psychische problemen of comorbiditeit is verder een voorspeller voor een lage deelname aan de behandeling, uitval en minder succesvolle behandelresultaten (Rink, 1982; McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1983; Kleinman et al., 1992; Joe, Brown, & Simpson, 1995; Simpson, Joe, Broome et al., 1997; Hiller

et al., 1999; Van Binsbergen, 2003). Deze groep vraagt dus, binnen deze al kwetsbare groep nog extra aandacht inzake motivatiemonitoring en -bevordering.

Verder komt een functionele werkrelatie minder vaak tot stand bij allochtone jeugdige justitiabelen in vergelijking met autochtone jeugdige justitiabelen (Rink, 1982; Van Binsbergen et al., 2001). Taal- en cultuurverschillen kunnen hierin een rol spelen (Van Binsbergen et al., 2001). De verwachtingen die de jongeren bij aanvang van de behandeling hebben, blijkt een belangrijke voorspellende factor te zijn van het succes van de behandeling. Allochtone jeugdigen verwachten een oplossing van de hulpverleners voor hun problemen, terwijl Nederlandse hulpverleners zich meer richten op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt voor het vinden van een oplossing (Van Pelt & Knorth, 2002). Cliënten vallen minder vaak uit en behalen betere behandelresultaten als de taal en etniciteit tussen cliënt en hulpverlener overeenstemmen (Atkinson & Lowe, 1995). Indien de hulpverlening binnen justitiële inrichtingen wil aansluiten bij de leefwereld van de jongeren, dan moeten de hulpverleners rekening houden met deze culturele verschillen.

Literatuurlijst

- Abellanas, L., & McLellan, A.T. (1993). "Stage of change" by drug problem in concurrent opioid, cocaine, and cigarette users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(4), 307-313.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting behavior*. New York: Prentice Hall.
- Andrews, D.A. (2001). Principles of effective correctional programs. In L.L. Motiuk & R.C. Serin (Eds), *Compendium 2000 on effective correctional programming, Vol. 1* (chapter 2). Canada: Ministry of Supply Services.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2nd ed.). Cincinnati: Anderson.
- Anglin, M.D., Brecht, M.L., & Maddahian, E. (1989). Pretreatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions. *Criminology*, 27(3), 537-557.
- Appelbaum, A. (1972). A critical re-examination of the concept 'motivation for change' in psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 51-59.
- Arnkoff, D.B., Gallis, C.R., & Shapiro, S.J. (2002). Expectations and preferences. In J.C. Norcross (Ed.), *A psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 325-346). New York: Oxford University Press.
- Atkinson, D.R., & Lowe, S.M. (1995). The role of ethnicity, cultural knowledge, and conventional techniques in counseling and psychotherapy. In J.G. Ponterotto, J.M. Casas, L.A. Suzuki, & C.M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 387-413). London: Sage.
- Barret, M.E., Simpson, D.D., & Lehman, W.E. (1988). Behavioral changes of adolescents in drug abuse intervention programs. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 461-473.
- Battjes, R.J., Gordon, M.S., O'Grady, K.E., Kinlock, T.W., & Carswell, M.A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 221-232.
- Belding, M.A., Iguchi, M.Y., & Lamb, R.J. (1996). Stages of change in methadone maintenance: Assessing the convergent validity of two measures. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 157-166.

- Belding, M.A., Iguchi, M.Y., Lamb, R.J., Lakin, M., & Terry, R. (1995). Stages and processes of change among polydrug users in methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 39(1), 45-53.
- Bergin, A.E., & Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 1-31). New York: Wiley.
- Beschrijving Kwaliteitscriteria, versie juni 2008. Geraadpleegd, 2 april, 2009, van <http://www.justitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkenningcommissie/kwaliteitscriteria/>
- Biener, L., & Abrams, D.B. (1991). The contemplation ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, 10(5), 360-365.
- Bleyen, K., Vervaeke, G., & Vertommen, H. (1997). De invloed van voorkeuren op de beginfase van psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 223-236.
- Boendermaker, L., & Verwers, C. (1996). *Een veld in beeld; een beschrijving van het werk in de justitiële jeugdinrichtingen* (Onderzoek en beleid, nr. 159). Den Haag : WODC.
- Bogaerts, S., & Poiesz, T.B.C. (2007). Gedragsverandering bij seksuele delinquenten; het Triade-model ter ondersteuning en besluitvorming. *Maatwerk*, 2, 13-15.
- Broekman, T.G., De Jong, C.A.J., Riezebos, G.G.M., Rutten, R., & Schippers, G.M. (2006). *Pilotstudie verdiepingsdiagnostiek van verslaving bij justitiabelen*. Rapport in opdracht van de SVG, Amersfoort.
- Broome, K.M., Joe, G.W., & Simpson, D.D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 608-623.
- Burnett, K. (1992). *Strategic customer alliances*. London: Pitman.
- Burrowes, N., & Needs, A. (2009). Time to contemplate change? A framework for assessing readiness to change with offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 39-49.
- Cadey, M.M., Winters, K.C., Jordan, D.A., Solberg, K.B., & Stinchfield, R.D. (1996). Motivation to change as a predictor of treatment outcome for adolescent substance abusers. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 5, 73-91.
- Campbell, D., & Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A., & Carey, M.P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 245-266.
- Casey, S., Day, A., Howells, K., & Ward, T. (2007). Assessing suitability for offenders rehabilitation: Development and validation of the Treatment Readiness Questionnaire. *Criminal Justice and Behavior*, 34(1), 1427-1440.
- Casselmann, J. (1996). *Met vallen en opstaan. Motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol en andere drugproblemen*. Leuven: Garant.

- COTAN (2004). Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests, versie augustus 2004. Geraadpleegd, 5 april '09, van <http://www.psynip.nl/upload3/cotan/beoordelingssysteem2004.doc>
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cox, W.M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.
- Cox, W.M., & Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. In W.M. Cox (Ed.), *Why people drink: Parameters of alcohol as a reinforcer* (pp. 291-314). New York: Amereon.
- Cox, W.M., & Klinger, E. (2004). Measuring motivation: The Motivational Structure Questionnaire and Personal Concerns Inventory. In W.M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment* (pp. 141-175). Chichester: Wiley.
- Cunningham, J., Sobell, L., Sobell, M., & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 19, 691-696.
- Curry, S., Grothaus, L., & McBride, C. (1997). Reasons for quitting intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 22, 727-739.
- Curry, S., Wagner, E.H., & Grothaus, L.C. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 310-316.
- Davanloo, H. (1978). *Basic principles and technique in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum Publications.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits; Human needs and the self determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- De Fuentes-Merillas, L., De Jong, C.A., & Schippers, G.M. (2002). Reliability and validity of the Dutch version of the Readiness to Change Questionnaire. *Alcohol & Alcoholism*, 37(1), 93-99.
- De Haan, E., Van Oppen, P., Van Balkom, A.J., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A., & Van Dijck, R. (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 354-361.
- De Jonge, J.M., Schaap, C.P.D.R., & Schippers, G.M. (2002). Motivatie voor verandering: Een Nederlandse versie van de University of Rhode Island Change Assessment (URICA-NL). *Diagnostiek-wijzer*, 5(3), 114-122.
- De Leon, G. (1993). What psychologists can learn from addiction treatment research. *Journal of Addictive Behaviors*, 7, 103-109.
- De Leon, G. (1996). Integrative recovery: A stage paradigm. *Substance Abuse*, 17(1), 51-63.

- De Leon, G., & Jainchill, N. (1986). Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability (CMRS) as correlates of treatment tenure. *Journal of Proactive Drugs*, 8, 203-208.
- De Leon, G., Melnick, G., & Kressel, D., & Jaincill, N. (1994). Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability (CMRS): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(4), 495-515.
- De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D., & Wexler, H.K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 33-46.
- De Leon, G., Melnick, G., & Tims F.M. (2001). The role of motivation and readiness in treatment and recovery. In F.M. Tims, C.G. Leukefeld & Platt (Eds.), *Relapse and recovery in addictions* (pp. 143-171). New Haven: Yale University Press.
- De Moor, W., & Croon, M. (1987). Het initiële Motivatie-Houdings-Verwachtingspatroon van psychotherapiecliënten: Een psychometrisch onderzoek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, 3-14.
- De Weert-Van Oene, G.H., Schippers, G.M., De Jong, C.A.J., & Schrijvers, G.J.P. (2002). Motivation for treatment in substance-dependent patients. Psychometric evaluation of the TCU Motivation for Treatment Scales. *European Addiction Research*, 8(1), 2-9.
- DiClemente, C.C. (1999). Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science*, 10(3), 209-213.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, M.M. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304.
- Downey, L., Rosengren, D.B., & Donovan, D.M. (2001). Sources of motivation for abstinence. A replication analysis of the Reasons for Quitting Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 26(1), 79-89.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M., & Staak, C. P. van der (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Drieschner, K.H. (2005). Measuring treatment motivation and treatment engagement in forensic psychiatric outpatient treatment: Development of two instruments. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor. Nijmegen: Universiteit Nijmegen.
- Drieschner, K.H., & Boomsma, A. (2008a). The Treatment Motivation Scales for Forensic Outpatient Treatment (TMS-F): Construction and psychometric evaluation. *Assessment*, 1(1), 1-18.
- Drieschner, K.H., & Boomsma, A. (2008b). Validation of the Treatment Motivation Scales for Forensic Outpatient Treatment. *Assessment*, 1(1), 242-255.
- Drieschner, K.H., & Boomsma, A. (2008c). The Treatment Engagement Rating Scale (TER) for forensic outpatient treatment: Description, psychometric properties, and norms. *Psychology, Crime & Law*, 14, 299-315.

- EQUAL-project MATCH. (2007). Geraadpleegd, 15 april, 2009, van <http://www.work-wise-nederland.nl/>
- Finney, J., & Moos, R. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction*, 90, 1223-1240.
- Franken, I.H.A., & Hendriks, V.M. (1999). Predicting outcome of in outpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatric Services*, 50, 813-817.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed.) (pp. 190-228). New York: Wiley.
- Gibbs, J.G., Granville, B.P., & Goldstein, A.P. (1995). The Equip Program, Teaching Youth to Think and Act Responsibly through a Peer-Helping Approach. Champaign: Research Press.
- Goldstein, A. (1962). Participant expectancies in psychotherapy. *Psychiatry*, 25, 72-79.
- Greenstein, D.K., Franklin, M.E., & McGuffin, P. (1999). Measuring motivation to change: An examination of the University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) in an adolescent sample. *Psychotherapy*, 26, 27-55.
- Gudjonsson, G.H., Young, S., & Yates, M. (2007). Motivating mentally disordered offenders to change: Instruments for measuring patient's perception and motivation. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 18(1), 74-89.
- Harper, R., & Hardy, S. (2000). An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting. *British Journal of Social Work*, 30, 393-400.
- Heather, N., Rollnick, S., & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction*, 88, 1667-1677.
- Hemphill, J.F., & Hart, S.D. (2002). Treatment of psychopathic personality disorder. In E. Blaauw & L. Sheridan (Eds.), *Psychopaths: Current international perspectives* (pp. 159-174). Amsterdam: Elsevier.
- Hemphill, J.F., & Howell, A.J. (2000). Adolescent offenders and stages of change. *Psychological Assessment*, 12(4), 371-381.
- Hesse, M. (2006). The readiness ruler as a measure of readiness to change to change poly-drug use in drug abusers. *Harm Reduction Journal*, 3(1), 3.
- Higginbotham, H.N., West, S.G., & Forsyth, D.R. (1988). *Psychotherapy and behavior change: Social, cultural and methodological perspectives*. Oxford: Pergamon.
- Hiller, M.L., Knight, K., & Simpson, D.D. (1999). Risk factors that predict dropout from corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79, 69-88.
- Isenhardt, C.E. (1997). Pretreatment readiness for change in male alcohol dependent subjects: Predictors of one-year follow-up status. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(4), 351-357.

- Jagt, L. (2001). *Moet dat nou: Hulpverlening aan onvrijwillige cliënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Joe, G.W., Brown, B., & Simpson, D.D. (1995). Psychological problems and client engagement in methadone treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 704-710.
- Joe, G.W., Simpson, D.D., & Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93(8), 1177-1190.
- Kampman, M. (2002). Studies on treatment non-response in panic disorder and obsessive compulsive disorder. Unpublished doctoral dissertation. Nijmegen: University of Nijmegen.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., & Hagenaars, M.A. (1998). Therapietrouw en de therapeutisch relatie; de betekenis van de therapeutische relatie voor het therapieresultaat. In E.A.M. Knoppert-Van der Klein, P. Kölling, & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., & Schaap, C.P.D.R. (1994a). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 781-786.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., & Schaap, C.P.D.R. (1994b). Prognostic factors in the behavioural treatment of panic disorder with and without agoraphobia. *Behavioral Therapy*, 25, 689-708.
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., Hoogduin, C. A. L., Hoogsteyns, B., & De Kemp, E. C. M. (1999). Preliminary results of a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive-behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 165-179.
- Kleinman, P., Kang, S., Lipton, D., Woody, G., Kemp, J., & Millman, R. (1992). Retention of cocaine abusers in outpatiënt psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18, 29-43.
- Knight, K., Holcom, M., & Simpson, D.D. (1994). *TCU psychosocial functioning and motivation scales: Manual on psychometric properties*. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.
- Knoppert-Van der Klein, E.A.M., Kölling, P., & Hoogduin, C.A.L. (1998). Therapietrouw en therapietrouwbevordering. In E.A.M. Knoppert-Van der Klein, P. Kölling, & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Knorth, E.J., & Eldering, C. (1997). Residentiële zorg voor allochtone jongeren. *Kind en Adolescent*, 18, 58-72.
- Kromhout, M., Eldering, L., & Knorth, E.J. (2000). Cultural differences in residential child and youth care: Analyzing perspectives. *Child & Youth Care Forum*, 29(6), 359-372.
- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.

- Leenarts, L.E.W., & Van der Knaap, L.M. (2007). *Motivatatie te meten? Een inventarisatie van instrumenten om intrinsieke motivatie te meten bij drugsverslaafde justitiabelen*. Den Haag: WODC.
- Lens, W., Van Avermaet, E., & Eelen, P. (1996). *Inleiding tot de psychologie*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Maisto, S.A., Chung, T.A., Cornelius, J.R., & Martin, C.S. (2003). Factor structure of the SOCRATES in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(2), 98-107.
- McBride, C.M., Curry, S.J., Stephens, R.S., Wells, E.A., Roffman, R.A., & Hawkins, J.D. (1994). Intrinsic and extrinsic motivation for change in cigarette smokers, marijuana smokers, and cocaine users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8(4), 243-250.
- McConaughy, E.A., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26(4), 494-503.
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(3), 368-375.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., & O'Brein, C.P. (1983). Predicting responses to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 9, 620-625.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2004). Het delict als maatstraf. Methodiek voor werken in gedwongen kader. Amsterdam: SWP.
- Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(4), 485-506.
- Mendel, E., & Hipkins, J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: A pilot study. *British Journal of Learning Disabilities*, 30, 153-158.
- Miller, W.R., Benefield, G., & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 455-461.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing preparing people to change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Sovereign, R. G. (1989). The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In T. Löberg, W. R. Miller, P. E. Nathan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 219-231). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Miller, W.R., & Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89.

- Morera, O.F., Johnson, T.P., Freels, S., Parsons, J., Crittenden, K.S., Flay, B.R., & Warnecke, R.B. (1998). The measure of stage of readiness to change: Some psychometric considerations. *Psychological Assessment*, 10, 182-186.
- Mulder, J. (1995). Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagbehandelingskliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 119-133.
- Myers, M.G., & MacPherson, L. (2008). Adolescent reasons for quitting smoking: Initial psychometric evaluation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 129-134.
- Nienhuis, T., Penseel, C., Buysse, W.H., & Knorth, E. (2001). Het betrekken van jongeren en ouders bij behandelplanning in de residentiële jeugdzorg. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Kinderpsychologie*, 26, 158-170.
- Otten, J., Solinger, J.W., Suvaal, R., & Van der Veen, I. (2001). *Motiverende gespreksvoering binnen justitiële jeugdhulpverlening*. Eefde: Work-Wise/Rentray. Interne publicatie.
- Pelletier, L.G., Tuson, K.M., & Haddad, N.K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68, 414-435.
- Prendergast, M.L., Farabee, D., Cartier, J., & Henkin, S. (2002). Involuntary treatment within a prison setting: Impact on psychosocial change during treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 5-26.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Addictive Behaviors: Processes of Change* (pp. 3-27). New York, Plenum Press.
- Prochaska, J.L., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Morrow.
- Reiss, S., & Havercamp, S. (1996). The sensitivity theory of motivation: Implications for psychopathology. *Behavior Research & Therapy*, 34(8), 621-632.
- Rink, J.E. (1982). Factoren die de bereikbaarheid van gedwongen geplaatste jongeren voor hun begeleiders mede bepalen. In J.E. Rink (Red.), *Ontwikkelingen in residentiële hulpverlening* (pp. 54-85). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. London: Churchill Livingstone.
- Rooney, R.H. (1992). *Strategies for work with involuntary clients*. Columbia University Press.

- Rosenbaum, R. L., & Horowitz, M. J. (1983). Motivation for psychotherapy: A factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(3), 346–354.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749–761.
- Ryan, R.M., Connell, J.P., & Deci, E.L. (1985). A motivational analysis of self-determination and self-regulation in education. In: C. Ames & R.E. Ames (Eds.), *Research on motivation in education: The classroom milieu* (pp. 13-51). New York: Academic Press.
- Ryan, R.M., Plant, R.W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279–297.
- Schippers, G.M. (1996). Motiverende gespreksvoering bij alcoholproblemen. In: P.J. Geerlings, W. van den Brink & G.M. Schippers (Red.), *Behandelstrategieën bij alcoholproblemen* (pp. 48-58). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schippers, G.M., & De Jonge, J. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 250-265.
- Sellen, J.L., McMurran, M., Cox, W.M., Theodosi, E., & Klinger, E. (2006). The Personal Concerns Inventory (Offender Adaptation): Measuring and enhancing motivation to change. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), 294-305.
- Senecal, C., Nouwen, A., & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary of competing constructs? *Health Psychology*, 19, 452-457.
- Shadid, W.A. (1998). *Grondslagen van interculturele communicatie. Studieveld en werkerterrein*. Houten: Bohn Stafleu Van Logum.
- Simpson, D.D., & Joe, G.W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30, 357-367.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Broome, K.M., Hiller, M.L., Knight, K., & Rowan-Szal, G.A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 279-293.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., & Rowan-Szal, G.A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 227-235.
- Slavet, J.D., Stein, L.A.R., Colby, S.M., Barnett, N.P., Monti, P.M., Golembeske, C., & Lebeau-Craven, R. (2006). The Marijuana Ladder: Measuring motivation to change marijuana use in incarcerated adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 42-48.

- Smith-Van Riethoven, W., & Knoppert-Van der Klein, E.A.M. (1998). Patiëntenvoorlichting en therapietrouw bij depressie. In W.A. Nolen & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Behandelstrategieën bij depressie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Soyez, V., De Leon, G., Rosseel, Y., & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: Psychometric evaluation of the Dutch translation of the Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability scales. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 297-308.
- Spanjaard, H. (1996). *Handleiding bij de VertrekTraining*. Utrecht: NIZW.
- Stein, L., & Lebeau-Craven, R. (2002). Motivational interviewing and relapse prevention for DWI: A pilot study. *Journal of Drug Issues*, 32, 1051-1070.
- Sterman, D. (1996). *Een olifboom op de ijsberg. Een transcultureel-psychiatrische visie op en behandeling van problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families*. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders.
- Strupp, H.H. (1980). Succes and failure in time-limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases. *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603, 708-716, 831-841, 947-954.
- Swildens, H. (1980). *Procesgericht gesprekstherapie*. Leusden: De Tijdstroom.
- TCU Institute of Behavioral Research (2005). Client Evaluation of Self and Treatment Intake Version (TCU CEST-Intake). Geraadpleegd 15 april, 2009, van <http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/commtrt.html#Form-CESI>.
- Tober, G. (1991). Motivational interviewing with young people. In W. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change* (pp. 248-259). New York: Guilford Press.
- Trotter, C. (1999). *Working with involuntary clients*. London: Sage.
- Van Audenhove, C., & Vertommen, H. (1987). Evaluation of a negotiation approach to indication for psychotherapy. In W. Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research. Selected papers of the second European Conference on Psychotherapy Research* (pp. 38-53). Louvain-la-Neuve: Presses de Universitaires de Louvain.
- Van Bilsen, H. (1992). Motivatie als voorwaarde en brug tussen ongemotiveerde cliënt en overgemotiveerde hulpverlener. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 8(3), 206-213.
- Van Binsbergen, M. H. (1997). *Motivatietoontwikkeling. Een onderzoek naar motivationele factoren in de startfase van behandeling bij jongeren in orthopedagogische settings*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen.
- Van Binsbergen, M.H. (2003). *Motivatietoontwikkeling. Ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling*. Apeldoorn: Garant.

- Van Binsbergen, M.H., Knorth, E.J., Klomp, M., & Meuleman, J.J. (2001). Motivatie voor behandeling bij jongeren met ernstige gedragsproblemen in de intramurale justitiële jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 22(4), 295-311.
- Van der Helm, G.H.P., Klapwijk, M., Stams, G.J.J.M., & Van der Laan, P.H. (in druk). 'What works' for juvenile prisoners: The role of Group climate in a youth prison.
- Van der Knaap, L.M., Leeuw, F., Bogaerts, S., & Nijssen, L. (2008). Evaluating Programs preventing violence: What works and Why? Combining Campbell Standards an the Realist Evaluation approach. *American Journal of Evaluation*, 29, 48-57.
- Van der Veen, I., & Dekkers, L. (2005). *Work-Wise: Een integraal arbeidstoeleidend programma voor jongeren met een justitiële straf of maatregel*. Zutphen: Work Wise Nederland.
- Vanhoeck, K. (1997). Daderhulp en psychotherapie: Hetzelfde maar anders! *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 27(4), 267-278.
- Vanhoeck, K., & Van Canegem, F. (2001). Over het dilemma van gedwongen therapie: Informed consent. *Alert*, 27 (3/4), 23-37.
- Vanhoeck, K., & Van Daele, E. (1999). *Werkboek daderhulp: Therapie bij seksueel misbruik*. Leuven: Acco.
- Van Minnen, A., Artzn, A., & Keijsers, G.P.J. (2002). Prolonged exposure in patient with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 439-457.
- Van Nijnatten, C.H.C.J., & Van Berchum, K.M. (1996). Jeugdreclassering en de motivatie van delinquente jongeren. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 35, 455-465.
- Van Pelt, RM., & Knorth, E.J. (2002). *Marokkaanse jeugd, thuis in een tehuis. Residentiële hulpverlening aan Marokkaanse jongeren en hun ouders*. Amsterdam: SWP.
- Van Ooyen-Houben, M. (2004). Drang bij criminele harddruggebruikers, een onderzoek naar de toepassing van drang in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 46(3), 233-248.
- Van Yperen, T., & Weerman, J.V. (Red.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Varney, S.M., Rohsenow, D.J., Dey, A.N., Myers, M.G., Zwick, W.R., & Monti, P.M. (1995). Factors associated with help seeking and perceived dependence among cocaine users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 81-91.
- Velasquez, M.M., Von Sternberg, K., Dodrill, C.L., Kan, L.Y., & Parsons, J.T. (2005). The transtheoretical model as a framework for developing substance abuse interventions. *Journal of Addictions Nursing*, 16(1), 31-40.
- Verstegen, R., & Lodewijks, H.P.B. (1999). *Interactiewijzer. Analyse en aanpak van interactieproblemen in professionele opvoedingssituaties*. Assen: Van Gorcum.

- Verstuyf, J., & Vansteenkiste, M. (2008). Willen versus moeten: De invloed van motivatie op het therapeutisch proces. *Agora*, 24, 7-22.
- Vervaeke, G., Vertommen, H., & Storms, G. (1996). Client and therapist values in relation to drop-out. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 1-6.
- Vorrath, H., & Brendtro, L.K. (1985). *Positive peer culture*. New York: Aldine de Gruyter.
- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673.
- Wartna, B.S.J., Blom, M., & Tollenaar, N. (2008). De WODC-Recidivemonitor (3^e dr.). Den Haag: WODC.
- Wigboldus, E.H.M., Solinger, J.W., Zandberg, T.J., & Rink, J.E. (1998). *Wederzijdse bereikbaarheid tussen groepsopvoeders en jongeren op de werkvloer van een justitiële jeugdinrichting*. Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Willoughby, F.W., & Edens, J.F. (1996). Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 8(3), 275-291.
- Wild, T.C., Cunningham, J.A., & Ryan, R.M. (2006). Social pressure, coercion and client engagement at treatment entry: A self-determination perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872.
- Winters, K.C., Henly, G.A., & Stinchfield, R.D. (1987). *Problem Recognition Questionnaire*. Minneapolis, MN: Center for Adolescent Substance Abuse, University of Minnesota.
- Wong, S., & Hare, S.D. (2005). *Guidelines for a psychopathy treatment program*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Wouda, P.L. (1988). *Uitval uit de jeugdhulpverlening: Oorzaken en gevolgen*. Leiden: COJ.
- Wouda, P.L., Van der Ploeg, J.D., & Smit, M. (1987). *Jongeren tussen wal en schip? – 1. Een onderzoek naar uitval uit de residentiële jeugdhulpverlening*. Leiden: COJ.
- Yonas, M., Baker, D., Edward E.C., Cornwell, M.D., Chang, D., Phillips, J., Paradise, J., Paradise, M., Sutton, E., & Elihu, A. (2005). Readiness to change and the role of inpatient counseling for alcohol/substance abusing youth with major trauma. *Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, 59(2), 464-467.
- Zeldman, A., Ryan, R.M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 657-696.