

Joke Verstuyf, Maarten Vansteenkiste, Sarah De Pauw,  
Liesbet Boone, Jolene van der Kaap-Deeder en  
Henk Weymeis<sup>1</sup>

## 'Moetivatie' of motivatie?

# Over de vitamines voor therapietrouw, duurzame gedragsverandering en groei

---

*Hulpverleners die kinderen en jongeren begeleiden met leer-, gedrags- of emotionele moeilijkheden staan voor een motivationele uitdaging. Hoe kunnen deze kinderen gemotiveerd worden om zich te blijven inzetten, terwijl de resultaten van hun inzet soms beperkt blijven? Vanuit de zelfdeterminatietheorie (ZDT), een sterk onderzochte theorie over motivatie, ontwikkeling en groei, formuleren we in dit artikel een aantal inzichten en tips om hulpverleners handvatten te bieden in de rol die zij kunnen spelen als motivatiecoach bij deze kinderen.*

*In een eerste luik geven we uitleg over de psychologische basisbehoeften en de relatie tussen deze behoeften en welzijn en pathologie. Het tweede luik gaat in op de psychologische basisbehoeften als vitamines voor het ontwikkelen van een optimale motivatie. Ten slotte geven we praktische tips om als hulpverlener een motiverend klimaat te scheppen.*

---

---

<sup>1</sup> Dr. Joke Verstuyf is als onderzoeker verbonden aan de opleiding Toegepaste Psychologie van Thomas More Antwerpen. Daarnaast werkt ze als klinisch psycholoog in Het Groepshuis te Eeklo en AZ Alma te Sijsele. Prof. dr. Maarten Vansteenkiste is hoogleraar aan de Vakgroep Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Gent. Dr. Sarah De Pauw, dr. Liesbet Boone en Jolene van der Kaap-Deeder zijn werkzaam aan dezelfde vakgroep. Henk Weymeis tenslotte werkt in het Centrum Kind en Adolescent van de Pedagogische Begeleidingsdienst van het GO. Contactadres: [joke.verstuyf@thomasmore.be](mailto:joke.verstuyf@thomasmore.be)

## ■ Inleiding

*Bram, een jongen van 10 jaar, is het beu zich dag in dag uit in te spannen voor school. Hij heeft veel moeite om op te letten en ook al doet hij zijn best, hij blijft het minder goed doen in vergelijking met zijn klasgenoten. Na een zoveelste tegenslag geeft hij er de brui aan en laat hij zijn ouders en de begeleiding weten dat hij niet meer naar de bijscholing gaat. "Het lukt mij toch nooit", oppert hij.*

Activiteiten die de meeste kinderen vrijwel moeiteloos lijken te volbrengen, zijn voor kinderen met leer-, gedrags- of emotionele problemen wel vaker een uitdaging of zelfs een heuse klus. Het moet dan ook niet verwonderen dat deze kinderen af en toe de moed verliezen en zich niet langer willen inspannen op school, thuis of tijdens de therapie.

Zorgverleners, ouders en leerkrachten staan dan ook voor een motivationele uitdaging: hoe kunnen ze deze kinderen stimuleren om zich blijvend in te zetten, ondanks de soms beperkte vordering die ze maken?

Het inspelen op de motivatie van deze kinderen is hierbij cruciaal, omdat het aanwakken van optimale motivatie een nobel doel is op zichzelf en tevens een hefboom vormt voor een goede therapeutische samenwerking, therapietrouw en volgehouden veran-

dering (Ryan, Lynch, Vansteenkiste & Deci, 2011; Vansteenkiste, Williams & Resnicow, 2012).

In deze bijdrage doen we een beroep op de zelfdeterminatietheorie (ZDT) (Deci & Ryan, 2000; Ryan e.a., 2011) om een antwoord te bieden op de vraag hoe we kinderen met leer-, gedrags- of emotionele problemen optimaal kunnen ondersteunen. Welke strategieën werken motiverend dan wel demotiverend?

De ZDT is een sterk wetenschappelijk ondersteunde motivatietheorie over het globaal menselijk functioneren, waarin een bevoorrechte plaats wordt toegekend aan de *psychologische basisbehoeften* aan autonomie, competentie en relationele verbondenheid. Deze basisbehoeften vormen de vitamines van groei: de bevrediging ervan is de motor voor het bevorderen van optimale motivatie, therapietrouw en gedragsverandering (Vansteenkiste & Soenens, 2013).

De frustratie van deze behoeftes werkt daarentegen passiviteit, defensief functioneren en zelfs psychopathologie in de hand.

Parallel hiermee wordt een onderscheid gemaakt tussen een behoefte-ondersteunende en een behoefte-ondermijnende aanpak die zorgverleners, ouders en (zorg)leerkrachten kan typeren (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

## ■ De voedingsbodem van motivatie en groei: psychologische behoeftebevrediging

### Vitamines van groei

In de voorgaande eeuw werd in de psychologie sterk gefocust op het behandelen van problematisch functioneren en het recht trekken van wat fout loopt. Sinds de eeuwwisseling (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) is het accent meer verschoven naar het stimuleren van groei, zelfontplooiing en welzijn. De ZDT-visie sluit sterk aan bij deze *positieve psychologiebeweging*, waarin de sterktes en talenten van mensen centraal staan. Binnen deze beweging vormt het vinden van ingangspoorten om de groei bij kinderen te bevorderen de uitdaging bij uitstek, eerder dan methodes te zoeken om probleemgedrag te vermijden door kinderen in het gareel te houden.

In de ZDT wordt de mens verondersteld inherent gericht te zijn op groei en ontwikkeling. De mens wordt gezien als een actief wezen dat proactief handelt en invloed probeert uit te oefenen op zijn ontwikkeling en omgeving, gegeven dat hij hiertoe voldoende ondersteund wordt. Als dit groeiproces optimaal verloopt, leert de mens doorheen zijn activiteiten wat hem boeit en welke waarden en persoonlijke overtuigingen hij belangrijk vindt. Hij weet deze ontlukende persoonlijke interesses en doelen ook beter op elkaar

af te stemmen. Met andere woorden, mensen bouwen doorheen hun ontwikkeling een *intern kompas* op waarbij ze zichzelf beter leren kennen en waarden en doelen onderschrijven die hun gedrag betekenis en richting geven (Assor, 2012). Dit groeiproces verloopt niet automatisch, maar moet in samenspel met de omgeving gevoed worden. In dat opzicht speelt de bevrediging van een aantal psychologische basisbehoeften een cruciale rol.

Op dit ogenblik worden drie dergelijke psychologische basisbehoeften onderscheiden (Deci & Ryan, 2000). De behoefte aan *relationele verbondenheid* verwijst naar de behoefte om hechte relaties op te bouwen met anderen. Het gaat niet zozeer over het hebben van veel vrienden of het genieten van populariteit, maar wel om het opbouwen van een aantal diepgaande en wederkerige relaties waarbij mensen elkaar respecteren en steunen; ze ervaren wederzijds vertrouwen en intimiteit. Ten tweede verwijst de behoefte aan *competentie* naar de behoefte om vooruitgang te boeken. Men wil zich bekwaam voelen om de eigen doelen te realiseren. Als mensen het gevoel hebben dat ze geen controle hebben over de uitkomst van hun gedrag waardoor ze ook niet in staat zijn om hun doelen te realiseren, wordt de behoefte aan competentie gefrustreerd. Ten slotte verwijst de behoefte aan *autonomie* naar de behoefte om activiteiten met een gevoel van keuze of psychologi-

sche vrijheid uit te voeren. Het houdt in dat je persoonlijk achter de activiteiten of doelen staat die je in het dagelijkse leven onderneemt of nastreeft, eerder dan dat je je onder druk gezet voelt om deze activiteiten uit te voeren.

De bevrediging van deze psychologische behoeften vormt de voedingsbodem van groei, welzijn en motivatie. Het zijn de noodzakelijke vitamines of psychische voedingsstoffen om de veerkracht bij mensen te versterken. Ook in een therapeutische of zorgende relatie kunnen ze een belangrijke rol spelen. In een behoefteondersteunende relatie hebben kinderen het gevoel gesteund en begrepen te worden door de zorgverlener. Kinderen ervaren een gevoel van warmte en zijn gehecht aan de hulpverlener (verbondenheid). De begeleiding vertrekt ook vanuit het perspectief van de kinderen zelf en tracht de hulpvraag van de context en het kind op elkaar af te stemmen zodat de kinderen persoonlijk achter de begeleiding kunnen staan. Doorheen de begeleiding hebben kinderen het gevoel dat ze zichzelf mogen zijn: twijfels en angsten over verandering of de begeleiding kunnen gedeeld worden zonder hiervoor beoordeeld of veroordeeld te worden (autonomie). Ten slotte voelen kinderen zich door de extra begeleiding beter in staat om zelf iets aan hun moeilijkheden te doen. De begeleider is iemand die het proces mee ondersteunt en structureert, zodat de moeilijkheden minder onoverkomelijk worden (competentie).

Omgekeerd kan een therapeutische of zorgrelatie echter ook gekenmerkt worden door een behoefteondermijnende aanpak. Kinderen kunnen zich niet begrepen of gesteund voelen door de zorgverlener en zelfs het gevoel hebben alleen op pad te zijn (verbondenheid). Soms is de hulpvraag vanuit de context (school, ouders) verschillend van de vraag van het kind. Kinderen kunnen hierbij het gevoel krijgen dat de zorgverlener 'partij kiest' voor anderen en te weinig rekening houdt met wat ze zelf willen. Hierdoor kan de begeleiding ervaren worden als een extra bron van druk eerder dan als ondersteunend (autonomie). Ten slotte kunnen kinderen ook het gevoel krijgen dat ze niet in staat zijn om de verwachtingen of doelstellingen van de begeleiding te volbrengen (competentie). Dit kan bijvoorbeeld wanneer de therapiedoelstellingen niet duidelijk gecommuniceerd en afgesproken worden of als de lat voor kinderen te hoog wordt gelegd.

### Behoeftbevrediging als sleutel tot welzijn en behoeftefrustratie als pad tot pathologie

De ZDT stelt dat de inherente tendens tot groei en ontwikkeling pas tot uiting komt wanneer de basisbehoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid ondersteund worden. Talrijke studies in diverse levensdomeinen en bij groepen met een zeer verscheiden culturele achtergrond tonen dan ook

aan dat de bevrediging van deze drie basisbehoeften bijdraagt tot welzijn en levenstevredenheid (bv. Deci & Ryan, 2000). Interessant zijn bijvoorbeeld de studies die zich richten op de samenhang tussen psychologische behoeftebevrediging en welzijn op dagdagelijks niveau. Er blijken bij een en dezelfde persoon belangrijke fluctuaties in behoeftebevrediging te zijn van dag tot dag. De ene dag is de andere niet: dagen waarop de basisbehoeften worden voldaan hangen samen met een 'gelukspiek', terwijl dagen waarop ze worden gefrustreerd gepaard gaan met een 'geluksdip' (bv. Reis e.a., 2000; Ryan e.a., 2010). Met andere woorden, als er verschuivingen in psychologische behoeftebevrediging plaatsvinden binnen personen heeft dit een directe invloed op hun welzijn.

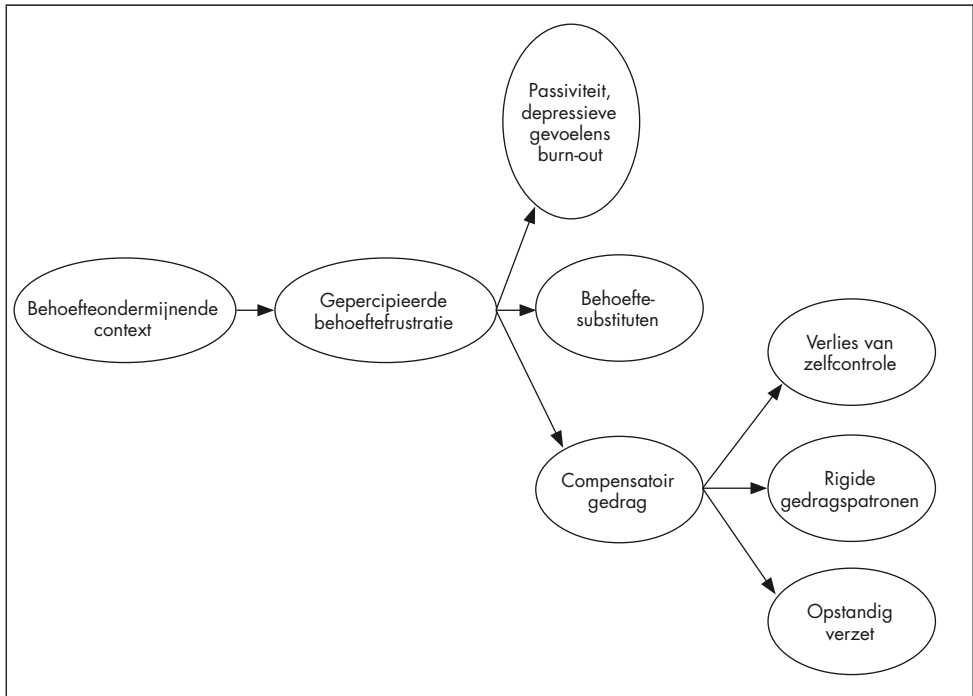
Psychologische behoeftebevrediging blijkt ook samen te hangen met andere aspecten van emotioneel welzijn. Kort samengevat blijkt meer behoeftebevrediging samen te hangen met een positiever zelfbeeld en minder schaamte (Ryan, Stiller & Lynch, 1994), een vlottere identiteitsontwikkeling en meer prosociaal gedrag (Gagné, 2003; Luyckx, Soenens, Vansteenkiste, Goossens & Berzonsky, 2007), veilige hechtingsrelaties waarbij emotioneel een beroep gedaan wordt op de ander (LaGuardia, Ryan, Couchman & Deci, 2000; Ryan, LaGuardia, Solky-Butzel, Chrikov & Kim, 2005) en meer reflectief of mindful functioneren

(Brown, Ryan, Creswell & Niemiec 2008). Mogelijk is het door de invloed van psychologische behoeftebevrediging op deze belangrijke individuele dimensies, dat de psychologische behoeften een impact hebben op welzijn doorheen verschillende levensdoemen en in diverse culturen.

Deze bevindingen vormen een directe uitdaging voor de klinische praktijk. Als zorgverleners een context kunnen scheppen waarin cliënten zich verbonden voelen met hun zorgverlener en waarin aandacht geschonken wordt aan hun autonomie en competentie, heeft dit een belangrijke positieve impact op het welzijn van de cliënten en worden individuele veranderingsprocessen op gang getrokken (Ryan e.a., 2011).

Hoewel de ZDT stelt dat we over een groeipotentieel beschikken, wordt tegelijk erkend dat we kwetsbaarheid in ons dragen tot passiviteit, defensief functioneren en psychopathologie. Dit maladaptief functioneren wordt ontlokt wanneer de basisbehoeften actief worden geblokkeerd of gefrustreerd (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Kinderen met een leerachterstand kunnen bijvoorbeeld telkens opnieuw kritische opmerkingen krijgen of omwille van moeizame sociale vaardigheden keer op keer in aanvaring komen met leeftijdgenoten of zelfs uitgesloten en gepest worden op school. Hierdoor groeien ze op in een omgeving waarin de psychologische basisbehoeften

Figuur 1: Grafisch overzicht van de gevolgen van behoeftefrustratie (vrij vertaald uit Vansteenkiste & Ryan, 2013)



actief worden gedwarsboomd. *Bram: "Ik heb het gevoel niets goed te kunnen doen. Of ik nu op school zit of thuis, ik krijg constant opmerkingen dat ik beter moet opletten en dat ik beter mijn best moest doen om mee te kunnen met de rest. Mijn klasgenoten lachen mij soms uit en zeggen dat ik een loser ben."*

Volgens de ZDT zal ook behoeftefrustratie een belangrijke impact hebben op het welzijn van mensen. Zo toont onderzoek aan dat behoeftefrustratie kan leiden tot passiviteit, depressieve symptomen en burn-out (Bartholomew, Ntoumanis, Ryan &

Thogerson-Ntoumani, 2011). Aan de andere kant kan behoeftefrustratie ook activatie van gedrag tot gevolg hebben, waarbij mensen alsnog proberen behoeftebevrediging te verkrijgen, maar op een problematische manier. Vanuit de negatieve gevoelens ontkomt door behoeftefrustratie, gaan ze doelen en gedrag vooropstellen om te compenseren voor de negatieve gevoelens. Deze gedragsactivatie wordt onderverdeeld in twee globale dimensies, enerzijds het stellen van compensatoir gedrag en anderzijds het ontwikkelen van behoeftesubstituten (Deci & Ryan, 2000) (zie Figuur 1 voor een overzicht).

Bij *compensatoir gedrag* wordt er gedrag gesteld om tegen de negatieve gevoelens te vechten of ze te verdoven. Vooral cliënten met een beperkte mate van zelfcontrole (zoals vaak gezien bij jongeren met ADHD en/of gedragsproblemen) lopen meer risico op het stellen van compensatoir gedrag (Baumeister & Heatherton, 1996). *"Ik was zo boos omdat ik niet kon wat een ander zo makkelijk lijkt af te gaan. Daarom schreeuwde ik mijn frustraties uit, nog wel het meeste tegen de mensen die mij eigenlijk wilden helpen."* Onderzoek heeft aangetoond dat behoeftefrustratie zich in verschillende compensatoire gedragingen kan uiten. Zo werd een verband gevonden tussen frustratie van de behoefte aan autonomie en rebels gedrag, waarbij jongeren zich sterk verzetten tegen opgelegde regels wanneer ze het gevoel hebben dat er geen rekening gehouden wordt met hun perspectief (Vansteenkiste, Soenens, Van Petegem & Duriez, in druk). Ook werd behoeftefrustratie gelinkt aan ongezond gedrag zoals alcoholmisbruik (Knee & Neighbours, 2002), roken (Niemiec, Ryan, Deci & Williams, 2009), automutilatie (Vansteenkiste, Claes, Soenens & Verstuyf, 2013) en eetbuien (Boone, Vansteenkiste, Soenens, Van der Kaap-Deeder & Verstuyf, in druk).

Een tweede mechanisme dat geactiveerd kan worden als reactie op behoeftefrustratie is het vooropstellen van *behoefte substituten*. Hiermee bedoelen we het vooropstellen van gedrag en nastreven van doelen om

een kortstondig gevoel van behoeftebevrediging te verkrijgen. Zo blijken mensen van wie de behoeften gefrustreerd worden zich soms meer te focussen op doelen zoals imago, macht, materialisme en aantrekkelijkheid (Kasser & Ryan, 1996). *"De andere kinderen in mijn klas vinden het heel stoer dat ik 'grapjes' durf uit te halen met andere kinderen en niet luister naar wat de juf mij vraagt. Hierdoor heb ik het gevoel dat ik ook iets kan."* De aantrekkingskracht van deze doelen ligt in het anticiperen van sociale erkenning, macht en een gevoel van zelfwaardering dat uit het bereiken van deze doelen zou voortvloeien (Kasser, Ryan, Couchman & Sheldon, 2004). Bovendien blijken dergelijke doelen vaak hand in hand te gaan met rigide gedragingen, waarbij deze doelen ten koste van alles nagestreefd worden. Deze rigide alles-of-niets-houding belemmert mensen om zich op andere domeinen in hun leven te ontwikkelen en hieruit een gevoel van diepgaande behoeftebevrediging te kunnen ervaren. *"In het lager werd ik uitgelachen en gepest door een aantal jongens op mijn school. Ik heb besloten om niet met mij te laten lachen en ik heb elke dag getraind om de sterkste van allemaal te worden. Nu durven ze niet meer met mij te lachen en als ze het toch doen, zal ik ze wel letterlijk de mond snoeren."* Onderzoek toont aan dat pesterijen in de kindertijd zowel bij jongens als meisjes het nastreven van dergelijke doelen voorspelt (Banerjee & Dittmar, 2008; Leone e.a., 2011).

Kortom, behoeftefrustratie kan enerzijds passiviteit en negatieve gevoelens uitlokken en anderzijds processen activeren waarbij mensen problematisch omgaan met hun ervaringen van behoeftefrustratie, eerder dan deze bespreekbaar te maken. Helaas brengen dergelijke strategieën slechts op korte termijn een oplossing. Het verdoven van en vechten tegen gevoelens brengt tijdelijke opluchting, maar het nastreven van behoeftesubstituten (zoals een stoer imago) kan op lange termijn nieuwe problemen met zich meebrengen. Hierdoor kunnen kinderen zelfs vast geraken in een vicieuze cirkel, waarbij het nastreven van behoeftesubstituten steeds tijdelijke opluchting en een gevoel van veiligheid teweegbrengt, maar op langere termijn komen ze steeds meer in de problemen. *"Ik voel mij nu wel iets beter. De andere kinderen uit de klas en sommige leerkrachten zijn bang voor mij. Ze durven niets meer tegen mij te zeggen. Het is wel zo dat ik nu veel meer straf krijg en er hangt mij een schorsing boven het hoofd, maar daar trek ik mij niet veel van aan."*

## ■ Psychologische behoeftebevrediging als motor voor motivatie

De psychologische behoeftes vormen ook de vitamines voor het ontwikkelen van een optimale motivatie, terwijl

de frustratie van dezelfde behoeftes passiviteit of verzet tegen verandering ontlokt bij cliënten. Vele zorgverleners maken bij de eerste gesprekken een inschatting van de motivatie van hun cliënt, want de initiële motivatie wordt als een sleutelfactor voor succes gezien. Maar wat is motivatie precies en wat betekent het dat een cliënt helemaal niet gemotiveerd is? Zijn er verschillende types motivatie waarvan sommige wenselijker zijn dan andere? De ZDT geeft een duidelijke en praktisch toepasbare invulling aan beide vragen.

### 'Waarom ik doe wat ik doe' Motivatie om te veranderen

De ZDT maakt een onderscheid tussen autonome en gecontroleerde motivatie. Elk van deze types kan verder onderverdeeld worden in verschillende subtypes (zie Figuur 2 op de volgende bladzijde voor een overzicht). Onder autonome motivatie worden subtypes van motivatie geplaatst waarbij het 'willen' centraal staat. Het prototype van willen is *intrinsieke motivatie*. Als mensen intrinsiek gemotiveerd zijn, dan doen ze activiteiten omwille van het plezier, de interesse of de uitdaging die ze uit de activiteit zelf halen. *"Ik vind het leuk om naar de logopediste te gaan, want daar doen we altijd spelletjes om te zien of ik verder ben geraakt in taal."* Als cliënten intrinsiek gemotiveerd zijn, dan zijn ze makkelijk te begeleiden en te coachen, aangezien hun activiteiten in lijn liggen met wat ze graag doen.



Figuur 2: Grafisch overzicht van de verschillende subtypes autonome en gecontroleerde motivatie

Gecontroleerde motivatie			Autonome motivatie		
Subtypes	Externe druk	Interne druk	Persoonlijk belang	Integratie in waarden	Passie, intrinsieke voldoening
Technische term	Externe regulatie	Geïntrojecteerde regulatie	Geïdentificeerde regulatie	Integratieve regulatie	Intrinsieke regulatie
Geassocieerde gevoelens	Druk, spanning	Druk, spanning	Welwillendheid	Welwillendheid	Welwillendheid
Continuüm internalisatie					Internalisatie niet nodig

Toch is intrinsieke motivatie niet de enige vorm van autonome motivatie. Mensen kunnen ook activiteiten ondernemen omdat ze *persoonlijk overtuigd* zijn van het belang ervan. De cliënt onderschrijft persoonlijk de voordelen van extra begeleiding of therapie. *“De therapie helpt mij om minder vaak boos te worden en hierdoor heb ik ook minder ruzies met mijn vrienden.”* Soms kan de therapie een groter belang toegedicht krijgen omdat ze *geïntegreerd* of ingekapseld zit in een geheel van belangrijke waarden en doelen. *“Ik vind het belangrijk om respect te tonen voor de mensen rondom mij. Daarom vind ik het belangrijk dat ik in therapie leer omgaan met mijn woede buien.”*

Naast deze autonome types motivatie kunnen cliënten zich ook verplicht of onder druk gezet voelen om iets aan hun probleem te doen. Of zoals een deelnemer aan een workshop het ooit zei, het gaat om *‘moetivatie’* voor verandering. De meest gecontroleerde vorm van motivatie is *externe*

*verplichting*. Hierbij voert een cliënt een activiteit uit omdat hij een beloning verwacht of straf wil vermijden. *“Ik zal de oefeningen thuis proberen, want anders zal mijn mama boos worden.”* Hoewel de cliënt meewerkt, ziet hij de persoonlijke waarde of de zinvolheid van het gedrag niet of slechts in beperkte mate in. Het uitvoeren van deze activiteit zal dan ook gepaard gaan met gevoelens van druk en verplichting. Een ander type gecontroleerde motivatie is *interne verplichting*. Hierbij streeft de cliënt verandering na omdat hij het gevoel heeft dat het zo ‘hoort’, omdat hij zichzelf wil bewijzen of omdat hij zich anders zou schamen of schuldig voelen. *“Ik zal de oefeningen thuis goed inoefenen om mijzelf te bewijzen dat ik niet dom ben.”* Hoewel de reden voor het vertonen van medewerking nu vanuit de cliënt zelf komt, heeft de cliënt de waarde van de activiteit nog onvoldoende persoonlijk onderschreven. Interne verplichting als drijfveer is dan ook gelijkaardig aan externe verplichting, aangezien

bij beide drijfveren de activiteit uitgevoerd wordt omdat het 'moet'. Hierbij komt het 'moeten' echter wel van binnenuit, waardoor het gepaard gaat met innerlijk conflict, spanning en angst (Assor, Vansteenkiste & Kaplan, 2009; Ryan & Connell, 1989; Ryan, Rigby & King, 1993).

Uit onderzoek blijkt autonome motivatie positieve gevolgen te hebben in verschillende contexten en bij verschillende doelgroepen. In wat volgt schetsen we kort enkele bevindingen uit de schoolse en therapeutische context en uit het onderzoek bij kinderen met leer-, gedrags- of emotionele stoornissen.

In de schoolse context richt veel onderzoek zich op de invloed van motivatie in het reguliere onderwijs. Dit onderzoek toont stevast aan dat autonoom gemotiveerde leerlingen meer welzijn en schoolse aanpassing vertonen (Niemeck & Ryan, 2009; Reeve, 2006). Specifiek hanteren autonoom gemotiveerde leerlingen meer diepgaande verwerkingsstrategieën, plannen ze hun studiewerk beter in en weten zich ook beter aan planning te houden: in plaats van het schoolwerk voor zich uit te schuiven, vatten ze de opgedragen taken sneller aan (bv. Vansteenkiste, Zhou, Lens & Soenens, 2005). Waarschijnlijk omwille van hun betere voorbereiding vertonen ze ook minder angst voor toetsen en presenteren ze beter, waardoor de kans op afhaken voor hen ook kleiner is. Een dergelijk patroon van resultaten werd

teruggevonden bij kinderen en jongeren in het lager (bv. De Naeghel e.a., 2012), middelbaar (bv. Vansteenkiste, Sierens e.a., 2009) en hoger onderwijs (bv. Vallerand, Fortier & Guay, 1997).

Studies over motivatie van kinderen met leer-, gedrags- en emotionele moeilijkheden zijn beperkt. Zou het aanmoedigen van een autonome motivatie ook bij deze kinderen behulpzaam zijn om meer groei, aanpassing en betere prestaties te verkrijgen? De beperkte studies die tot nog toe werden uitgevoerd suggereren van wel. Deci, Hodges, Pierson en Tomassone (1992) onderzochten de relatie tussen schoolse motivatie bij kinderen en jongvolwassenen van 8 tot 21 jaar in het buitengewoon onderwijs. De groep bestond uit kinderen die gediagnosticeerd werden met leerstoornissen of emotionele stoornissen (een amalgaam van gedrags- en emotionele problemen). Uit hun onderzoek bleek dat, net zoals bij leerlingen uit het reguliere onderwijs, deze leerlingen met autonome motieven betere resultaten en meer aangepast gedrag vertoonden. Uit een andere studie bleek dat leerlingen met gedragsmoeilijkheden het moeilijker hebben om deze autonome motivatie te handhaven, aangezien zowel zichzelf als hun leerkrachten het gevoel hebben dat ze niet competent zijn. Bij deze kinderen gaan leerkrachten sneller over tot controlerende strategieën (Grolnick

& Ryan, 1990). Hoewel autonome leermotivatie ook bij deze kinderen belangrijk is, blijkt het dus als zorgverlener een bijzondere uitdaging om deze te stimuleren.

Een grote hoeveelheid onderzoek onderstreept de cruciale rol van een autonome motivatie in de therapeutische context. Onderzoek toonde inderdaad aan dat een autonome motivatie verschillende therapeutisch relevante processen en uitkomsten voorspelt. Hoe autonomer cliënten gemotiveerd zijn, hoe minder afleiding en spanning ze bijvoorbeeld ervaren tijdens de therapie en hoe sterker ze de intentie vertonen om de therapie vol te houden (Pelletier, Tusson & Haddad, 1997). Specifiek bij alcohol- en drugsverslaafden vond men dat een autonome motivatie samengaat met het beter inzien van de voordelen van verminderd gebruik, een grotere betrokkenheid voor de therapie en meer gedragsverandering (Wild, Cunningham & Ryan, 2006). Bovendien gaat het ook gepaard met minder dropout, zowel in ambulante begeleiding (Zeldman, Ryan & Fiscella, 2004) als in residentiële centra (Van der Kaap-Deeder e.a., in druk). Ook bij de behandeling van cliënten met angst en depressieve symptomen blijkt autonome motivatie een belangrijke indicator van therapeutisch succes, aangezien het een afname in negatieve gedachten voorspelt (Dwyer, Hornsey, Smith, Oei & Dingle, 2011).

Twee andere bevindingen verdienen aangestipt te worden. Ten eerste blijkt dat de positieve effecten van autonome motivatie op therapie succes niet afhankelijk zijn van het type behandeling dat cliënten ondergaan (i.e., cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie of psychofarmaca) (Zuroff, Koestner & Moskowitz, 2012). Dus, hoewel de gehanteerde therapeutische technieken variëren in functie van de therapieschool, blijkt het voeden van de autonome motivatie tot verandering in elk van deze behandelingsvormen belangrijk te zijn. Ten tweede blijkt dat niet alleen het voorkomen van autonome motivatie op zich, maar ook het versterken ervan belangrijk te zijn. Zo blijken toenames in autonome motivatie doorheen de behandeling samen te gaan met betere uitkomsten bij cliënten met angstige en depressieve klachten (Zuroff e.a., 2012) en met eetstoornissen (bv. grotere gewichtstoename) (Van der Kaap-Deeder e.a., in druk). Deze studies tonen aan dat het blijvend stimuleren van de motivatie doorheen de behandeling een impact kan hebben op het therapeutisch succes, niet alleen in de behandelingstermijn, maar ook op langere termijn als de behandeling wordt gestaakt (bv. Williams e.a., 1996; 2009).

Gezien deze waaier aan positieve uitkomsten bij diverse problematieken stelden Ryan en collega's (2011) dat autonome motivatie als een niet-specifiek proces beschouwd kan worden. Gelijkaardig aan het opbouwen

van een goede therapeutische relatie, draagt het versterken van de autonome motivatie bij tot therapeutisch succes, los van de specifiek aangeboden vormen van zorgverlening én los van de problematiek van de cliënt. We merken wel op dat de vermelde studies voornamelijk uitgevoerd werden bij jongeren en volwassenen met psychische klachten. Een belangrijke piste voor toekomstig onderzoek is dan ook de invloed van motivatie op het therapeutisch proces bij kinderen te onderzoeken.

### 'Waarom ik niet doe wat ik niet doe'

#### Motivatie om niet te veranderen

In de dagelijkse praktijk zijn vele cliënten echter niet of niet altijd gemotiveerd. Ze kunnen verschillende redenen hebben om bepaalde instructies en regels niet op te volgen, niet mee te werken in therapie of zelfs helemaal niet (meer) naar de therapie te komen. In het geval van *amotivatie* overheerst het gevoel van 'niet kunnen'. Cliënten kunnen het gevoel hebben dat ze de capaciteiten niet hebben om het gedrag te veranderen. *"Hoe veel ik mij ook inzet, het haalt toch allemaal niets uit. Ik blijf slechtere punten halen dan de andere kinderen in mijn klas."* Het is ook mogelijk dat cliënten zich dan wel bekwaam voelen om de gewenste verandering te realiseren, maar dat ze niet de verwachting hebben dat ze via deze verandering het gewenste resul-

taat kunnen realiseren. *"Therapie zal echt niets uithalen. Ik heb problemen in de klas omdat mijn leerkrachten het op mij gemunt hebben. Zelfs als ik mijn gedrag aanpas, dan zullen de leerkrachten dit niet merken."* In beide gevallen vertonen cliënten een gebrek aan intentie om het gedrag te veranderen. Omdat gevoelens van ontmoediging overheersen, blijven cliënten eerder passief en lusteloos. Als ze toch komen, vaak onder impuls of onder druk van zorgverleners of leerkrachten, vertonen ze slechts een minimale inzet, waardoor de therapeutische vooruitgang beperkt is.

Naast deze passiviteit en lusteloosheid die sommige cliënten kenmerkt, kunnen andere cliënten zich ook meer actief verzetten tegen verandering. Een kind kan zich niet enkel onder druk gezet voelen om in behandeling te gaan, maar kan ook druk ervaren om dit niet te doen. Zo kunnen kinderen bijvoorbeeld het gevoel hebben dat hun leeftijdgenoten hen zouden uitlachen als ze hulp zoeken. Of kinderen kunnen zich beschaamd voelen over hun moeilijkheden, waarbij ze het gevoel hebben dat zij zelf in staat zouden moeten zijn om hun moeilijkheden aan te pakken. *"Als ik extra begeleiding nodig zou hebben, zou ik mij nog meer als een loser voelen."* Soms kunnen cliënten zich zelfs bedreigd voelen wanneer ze aangesproken worden op hun gedrag of hulp aangeboden krijgen. Ze voelen zich verplicht om hulp te aanvaarden,

waardoor ze actief verzet vertonen; ze zetten zich af tegen de geboden hulp en laten geen ruimte voor discussie. De tendens om het omgekeerde te doen van wat hulpverleners verlangen, wordt benoemd als opstandig verzet (Vansteenkiste e.a., in druk). Opstandig verzet getuigt niet van vrij of autonoom functioneren, wel integendeel. Deze cliënten hebben het gevoel dat ze geen andere keuze hebben dan zich te verzetten tegen de aangereikte hulp (Van Petegem, Vansteenkiste & Beyers, 2013).

Onderzoek toont aan dat opstandig verzet op een bijna ironische wijze ten koste gaat van de eigen voorkeuren (Van Petegem e.a., 2013). Als jongeren bijvoorbeeld de keuze krijgen tussen opties A en B en initieel een voorkeur hebben voor optie A, kan opstandig verzet ertoe leiden dat de jongere uiteindelijk optie B kiest (*"De leerkracht vraagt mij om A te kiezen, maar hij moet mij niet zeggen wat ik moet kiezen!"*) (Quick & Stephenson, 2007; Rains & Turner, 2007). Het stellen van dergelijk opstandig verzet blijkt samen te gaan met meer gedragsproblemen, niet enkel bij jongens en meisjes in het reguliere onderwijs maar ook bij jongeren die opgenomen werden in een residentiële instelling na doorverwijzing door bijzondere jeugdzorg (Van Petegem, 2013). Verder blijkt dat jongeren, die zich afzetten tegen het ouderlijk gezag en in opstand komen tegen hun ouders, zich minder sterk verbonden voelen met hun ouders en

zich bovendien ook minder vrij voelen in hun functioneren (Van Petegem, 2013). Hoewel opstandig verzet dan wel gericht is op het verwerven van meer autonomie en vrijheid, blijkt het – ironisch genoeg – jongeren te vervreemden van hun interesses en persoonlijke waarden en te zorgen voor meer kilheid en afstand ten opzichte van hun ouders.

Maar cliënten kunnen niet alleen ontmoedigd zijn (amotivatie) of zich afzetten tegen verandering (opstandig verzet). Ze kunnen, na grondige reflectie, ook beslissen om een verzoek van de zorgverlener naast zich neer te leggen, bijvoorbeeld omdat ze het verzoek niet terecht vinden of omdat het verzoek tegen een belangrijke persoonlijke waarde ingaat. Wanneer deze cliënten aangesproken worden op hun gedrag of hulp aangeboden krijgen, vertonen ze een grotere flexibiliteit om dit te bespreken. Ze gaan niet botweg in verzet, maar gaan er over onderhandelen. Als ze het gevoel hebben regels opgelegd te krijgen waarin ze zich niet kunnen terugvinden, zullen ze eerst geneigd zijn verder te reflecteren over het nut van de regels door deze op een constructieve manier in vraag te stellen. De kans is dan ook groter dat zij op een meer adaptieve wijze omgaan met aangeboden regels of hulp: ze uiten hun gevoelens en ze zijn bereid om zich aan te passen en een compromis te sluiten (Skinner & Edge, 2002).

## Behoeftteondersteuning als bron van autonome motivatie tot verandering

Kinderen en jongeren die autonoom gemotiveerd zijn, blijken dus beter te presteren op school en het beter te doen in therapie. Maar, kunnen zorgverleners een invloed uitoefenen op deze autonome motivatie? Hoewel cliënten initieel verschillen in hun type motivatie om naar school of in begeleiding te gaan, kan de omgeving ook veranderingen in deze motivatie teweegbrengen. Net daarom dringt de vraag zich op hoe zorgverleners, (zorg)leerkrachten en ouders een context kunnen creëren waarin kinderen een meer autonome motivatie ontwikkelen. ZDT stelt dat het ondersteunen van de psychologische basisbehoeften cruciaal is om de autonome motivatie bij kinderen aan te wakkeren, terwijl een behoefteondermijnende aanpak passiviteit en opstandig verzet uitlokt. In wat volgt wordt een beknopt (maar niet exhaustief) overzicht gegeven van studies die de groeibevorderende rol van behoefteondersteuning aantonen in drie diverse contexten, nl. onderwijs, opvoeding, en zorgverlening.

Bij jongeren werd al heel wat onderzoek gevoerd naar de invloed van psychologische behoeftebevrediging op motivatie in het reguliere onderwijs. Zo blijkt een behoefteondersteunende leerkrachtstijl te voorspellen in welke mate jongeren zich vrijwillig schik-

ken naar extern aangereikte normen en regels en zich deze eigen maken (Chirkov & Ryan, 2001). Bovendien ervaren jongeren meer plezier, zeggen ze meer geïnteresseerd te zijn in de leerstof en meer energie te putten uit de lessen wanneer de leerkracht behoefteondersteunend les geeft (Mouratidis, Vansteenkiste, Sideridis & Lens, 2011). Daartegenover staat dat een behoefteondermijnende aanpak samenhangt met meer gecontroleerde motivatie bij leerlingen (De Meyer e.a., 2014) en zelfs gepaard gaat met meer opstandig verzet en passiviteit (Haerens, Aelterman, Vansteenkiste e.a., 2014).

Analoge vaststellingen werden gedaan in de ouder-kindrelatie. Kinderen van ouders die een behoefteondersteunende opvoeding hanteren, vertonen meer autonome studiemotivatie (Niemiec, Lynch, Vansteenkiste, Bernstein, Deci & Ryan, 2006) en zijn zich meer bewust van wat hen op schools vlak echt boeit en bekoort (Roth, Assor, Niemiec, Ryan & Deci, 2009). Deze gunstige uitkomsten werden ook bevestigd bij kinderen met ADHD: zij volharden meer bij het oplossen in een moeilijke puzzeltaak wanneer de moeder het kind aanmoedigde om zelf oplossingen te zoeken voor het probleem, eerder dan de kinderen de oplossing in de schoot te gooien (Thomassin & Suveg, 2012). Wanneer ouders daarentegen meer gebruikmaken van een behoefteondermijnende opvoedingsstijl, bijvoorbeeld door veelvuldig gebruik van straffen en

belonen of door schaamte-, schuld- en angstinducerende strategieën te hantieren, blijken kinderen zich minder in te zetten en bij moeilijkheden minder te volharden (Roth e.a., 2009). Ook over de tijd heen voorspelt een behoefte-ondermijnende opvoedingsstijl minder aanvaarding van gedragsregels en een meer actief verzet tegen deze regels (Vansteenkiste, Soenens, Van Petegem & Duriez, 2014), omdat de behoefte aan autonomie bij jongeren wordt beknot (Van Petegem, 2013).

In de hulpverleningscontext werd teruggevonden dat behoefteondersteuning bijdraagt tot een autonome motivatie voor gedragsverandering. Zo blijkt een behoefteondersteunende therapie-stijl ervoor te zorgen dat cliënten meer persoonlijk overtuigd geraken van het belang van gedragsverandering (Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008; van der Kaap-Deeder e.a., in druk; Zuroff e.a., 2012). Verder bleken toenames in behoefteondersteuning hand in hand te gaan met toenames in autonome motivatie (Zuroff e.a., 2012). Bovendien bleek het inbouwen van een motivationele oriëntatiefase en daarbij aansluitend het aanbieden van de keuze om al dan niet deel te nemen aan een therapeutisch programma significante dalingen in drop-out te voorspellen (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009). Het belang van behoefteondersteuning werd ook teruggevonden bij jongeren met ernstige emotionele en gedragsproblemen (Savard, Joussemet, Pelletier &

Mageau, 2013). Savard en collega's onderzochten de effecten van een behoefteondersteunende aanpak op de motivatie om een workshop te volgen bij 13- tot 17-jarige meisjes met emotionele en gedragsproblemen. Deze meisjes verbleven in residentiële centra in Quebec na ernstige verwaarlozing en misbruik in de thuissituatie. In deze centra worden workshops aangereikt om probleemoplossingsvaardigheden aan te leren. De meisjes beschouwen de workshops gemiddeld als weinig interessant en zinvol. Savard en collega's vergeleken hierbij de standaard workshop met een workshop waarin meer behoefteondersteunende elementen werden aangebracht. In de behoefteondersteunende conditie werd onder meer een duidelijke rationale toegevoegd, keuze in het type oefeningen ingebracht en er werd op een empathische manier gereageerd op de weerstand van de meisjes om mee te werken. Feedback op gedrag was zeer concreet (*"Ik zie dat je drie oplossingen gevonden hebt!"*) in plaats van evaluatief (*"Je doet dat heel goed!"*). De jongeren die de workshop op een behoefteondersteunende manier aangeboden kregen gaven aan de workshop zinvoller te vinden en meer te waarderen in vergelijking met de jongeren die de workshop op de klassieke manier aangeboden kregen. Bovendien werd de coach competentier ingeschat in de behoefteondersteunende conditie en dit terwijl de workshop in beide condities door dezelfde coach aangeboden werd.

Dit toont aan dat behoefteondersteuning ook bij jongeren met ernstige emotionele en gedragsproblemen een hulpmiddel kan zijn om het persoonlijk overnemen van extern aangereikte lessen of therapie te bevorderen.

Samengevat tonen deze studies aan dat jongeren meer bereidheid tot verandering vertonen en openstaan voor de suggesties van anderen in een behoefteondersteunend klimaat.

## ■ Behoeftesondersteunend werken: de cocktail van structuur, betrokkenheid en autonomie-ondersteuning

### Tips om een behoefteondersteunende relatie op te bouwen

De cruciale vraag wordt dan wat we concreet kunnen betekenen voor kinderen die het moeilijker hebben in onze maatschappij. Psychologische behoeftebevrediging blijkt een katalysator te zijn van autonome motivatie, maar ook van algemene groei en welzijn. Net daarom wordt vanuit de ZDT gesteld dat het belangrijk is niet alleen in te zetten op gedragsverandering, maar ook op het creëren van een context waarin de basisbehoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid ondersteund worden. Dit kan op ver-

schillende niveaus gerealiseerd worden. Zorgverleners kunnen in de eerste plaats zelf een behoefteondersteunende houding aanbieden in hun samenwerking met kinderen. Daarnaast kan er ook meer inhoudelijk gezocht worden hoe een meer behoeftebevredigende context kan geschapen worden in het dagelijkse leven van kinderen.

Hieronder volgen concrete handvatten voor zorgverleners die een behoefteondersteunend klimaat willen scheppen. Deze concrete handvatten kennen overlap met de gespreksvaardigheden die centraal staan bij het motivationeel interview (MI) (Miller & Rollnick, 2002). De theoretische uitgangspunten van ZDT, waarbij het respecteren en ondersteunen van de basisbehoeften centraal staan, en de praktische gespreksvaardigheden die belicht worden vanuit MI, zijn dan ook complementair met elkaar (Vansteenkiste, Williams & Resnicow, 2012). Net zoals bij MI worden geen kantklare handleidingen en oplossingen geboden. Motivatiepsychologen zijn geen goochelaars. Het gaat eerder om een behoefteondersteunende grondhouding, waarbij de zorgverlener zijn therapeutische vaardigheden afstemt op de cliënt en tracht een context te scheppen waarin de kansen op psychologische behoeftebevrediging gemaximaliseerd worden.

### Autonomie

De ZDT hecht veel belang aan het ondersteunen van de autonomie van



cliënten. Bij kinderen en jongeren betekent dit dat zorgverleners zich afstemmen op de leefwereld van kinderen en goed begrijpen wat kinderen belangrijk vinden. Het houdt tevens in dat zorgverleners kinderen aanmoedigen om initiatief te nemen en dat ze respect tonen voor de keuzes en beslissingen die kinderen zelf nemen.

Tips om de behoefte aan autonomie te ondersteunen

- Empathische en nieuwsgierige houding aannemen

Allereerst is het van belang dat zorgverleners het *perspectief* van kinderen ten volle trachten te begrijpen door zich *empathisch* in te leven in de leefwereld van het kind. Eerder dan het gesprek te leiden via gesloten vragen of de problemen en moeilijkheden van kinderen vanuit het eigen referentiekader in te vullen, moeten zorgverleners via open vragen en reflectief luisteren ten volle proberen te begrijpen wat het kind wil (of net niet wil) vertellen, welke interesses het heeft en hoe het de begeleiding ziet. Daarbij gaat de zorgverlener uit van een *nieuwsgierige houding* en *samenwerkingspositie* in plaats van zichzelf als expert op te stellen. Hoewel zorgverleners over kennis en expertise beschikken, beschouwen ze de kinderen als de expert van hun leven en de bijhorende moeilijkheden. Veeleer dan de angsten, de woede en het verdriet van kinderen te minimaliseren, ontkennen of veroordelen, moeten

zorgverleners de kinderen ondersteunen om deze negatieve gevoelens een stem te geven. Vooraleer zorgverleners ook maar kunnen overgaan tot het geven van advies, is het immers van cruciaal belang dat ze de situatie van het kind zo grondig mogelijk begrijpen door te reflecteren over wat het kind vertelt en te toetsen of ze goed begrijpen waarover het kind het heeft.

- Motivatie expliciet bevragen

Naast het zich inleven in de leefwereld van kinderen, kan het belangrijk zijn om een *motivationale fase* in te bouwen in de begeleiding waarbij expliciet nagegaan wordt hoe kinderen zelf kijken naar de extra begeleiding. Ervaart het kind het als een bron van hulp of eerder als een bron van druk? Waar zou het kind zelf graag rond werken en wat zou het graag bereiken met de extra begeleiding? Wat zijn de voor- en nadelen van gedragsverandering én niet veranderen? Het opstellen van een beslissingsbalans waarbij de voor- en nadelen van wel en niet veranderen worden gewogen tegenover elkaar, kan kinderen helpen beslissen of ze zich wel of niet willen engageren voor de begeleiding en eventuele gedragsverandering. Bovendien kan dit inzicht geven in obstakels voor vooruitgang. Als het kind bijvoorbeeld aangeeft dat gedragsverandering het nadeel met zich meebrengt dat het zich dan kwetsbaarder opstelt in de groep, kan besloten worden om ook in te zetten op het aanleren van

extra sociale vaardigheden. Hoewel het inbouwen van een motivationele fase erg zinvol is in het begin van een begeleiding, is het essentieel om doorheen de begeleiding voldoende oog te behouden voor motivationele factoren. Zorgverleners kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om na enkele sessies de motivatie opnieuw te bevragen bij hun cliënten.

- Inspraak geven in fasering, tempo en werkvorm

Verder kunnen zorgverleners ook *keuze* inbouwen in het begeleidende programma, waarbij cliënten inspraak gegeven wordt in het proces. Dit kan op verschillende manieren gerealiseerd worden. Zorgverleners kunnen bijvoorbeeld inspraak bieden in de *fasering* van de begeleiding, zodat cliënten zelf aan het roer staan van hun veranderingstraject. Als een jongere aangemeld wordt met leerproblemen en sociale problemen, kan de zorgverlener de jongere ook laten kiezen aan welke problemen hij eerst wil werken. Er kan bijvoorbeeld met een 'keuzemenu' gewerkt worden, waarbij de jongere aan het begin van elke sessie kiest waarrond hij deze keer wil werken. Ook het *tempo* van de begeleiding kan mee bepaald worden door cliënten zelf te laten aangeven wanneer welke tussentijdse doelstellingen worden bereikt. Ten slotte kan kinderen ook inspraak geboden worden in de *werkvorm*. Vindt het kind het aangemerkt om te spreken of werkt het

liever via creatieve of speltechnieken? Op die manier geraken kinderen meer betrokken in het proces en behouden ze een gevoel van psychologische vrijheid, ondanks de energie die het kost om aan het gedrag te werken.

- Het waarom van regels verduidelijken

Soms is keuze niet mogelijk en moet gedrag van buitenaf begrensd worden. In de ZDT wordt benadrukt dat het bieden van voldoende *informatie* en een *zinvolle rationale* bij het introduceren van regels of therapeutische interventies van groot belang is om de persoonlijke aanvaarding van deze regels of interventies te verhogen. Als de zorgverlener bijvoorbeeld een verbod installeert om tijdens de middagpauze buiten de school te eten, is het belangrijk het waarom van deze regel te verduidelijken aan de jongere en de weerstand die deze regels bij jongeren kunnen ontlokken te beluisteren en erkennen. Hierdoor is de kans groter dat jongeren minder het gevoel hebben dat deze regel hen in een keurslijf duwt en jongeren kunnen zelfs beginnen met het persoonlijk onderschrijven van de regel, ook al wordt het gedrag van buitenaf begrensd door de zorgverlener (Savard e.a., 2014). Een opmerking hierbij is dat zorgverleners niet hoeven te verzinken in een eindeloze discussie met jongeren over het nut van de regel of de interventie. Als er bij het installeren van de regel een zinvolle rationale werd gegeven en er duidelijk afspraken

zijn over de gevolgen van het overtre-  
den van de regel, kunnen zorgverleners  
hier later kort naar verwijzen. Hierbij  
is het belangrijk om geen dreigende  
taal te spreken (*"Als je dit gedrag blijft  
stellen, dan ..."*), maar de jongeren  
te plaatsen voor een keuze (*"Je kan  
erfor kiezen om dit gedrag te stoppen  
of je kan ervoor kiezen om hiermee ver-  
der te gaan, wetende wat de gevolgen  
ervan zullen zijn"*).

- Uitnodigende i.p.v. dwingende taal  
gebruiken

Ten laatste blijkt respect voor de autono-  
mie van cliënten ook op het niveau van  
het *taalgebruik*. Zorgverleners kunnen  
bijvoorbeeld druk zetten op kinderen  
door dwingende taal te gebruiken,  
waarbij woorden als 'moeten' en 'ver-  
wachten' gebruikt worden. Dergelijke  
dwingende taal gaat uit van een onder-  
geschikte positie van de cliënt, waarbij  
deze hoort te luisteren en te gehoorza-  
men aan de zorgverlener. Meer uitno-  
digend taalgebruik, waarbij de zorg-  
verlener advies formuleert in de vorm  
van 'kunnen', 'voorstellen', 'vragen' en  
'willen' getuigt van meer respect voor  
de autonomie van de cliënt en zal dan  
ook minder weerstand en meer welwil-  
lendheid met zich meebrengen.

## Competentie

Naast autonomie staat ook de behoef-  
te aan competentie centraal in de ZDT.  
Dit wil zeggen dat het van belang  
is om kinderen de nodige houvast

en structuur te bieden, waardoor ze  
hun doelstellingen gradueel kunnen  
bereiken en succeservaringen kunnen  
opdoen.

Tips om de behoefte aan competentie  
te ondersteunen

- Werken met tussenliggende doel-  
stellingen

Ten eerste kunnen zorgverleners struc-  
tuur creëren door het proces op te  
delen in kleinere *tussenliggende doel-  
stellingen*. Hierbij is het van belang om  
de lat op realistische hoogte te leggen,  
rekening houdend met de capaciteiten  
van het kind én met wat het kind zelf  
wil bereiken. Het inbouwen van dergel-  
ijke tussenliggende doelstellingen is in  
het bijzonder van belang bij kinderen  
die vastzitten in het gevoel niet te kun-  
nen veranderen. Door kleine stappen  
vooruit te zetten doen deze kinderen  
succeservaringen op, waardoor ze  
kunnen evolueren naar een meer auto-  
nome motivatie om te veranderen.

- Vorderingen bespreken en  
visualiseren

Om de succeservaringen meer in de  
verf te zetten, is het ook belangrijk  
om de vorderingen te *bespreken* en  
*visueel zichtbaar* te maken. Dit kan  
bijvoorbeeld door heel concrete doel-  
stellingen te formuleren bij het begin  
van de begeleiding en op regelmatige  
tijdstippen te bespreken welke stappen  
er al gezet zijn. Een andere mogelijk-

heid om de vooruitgang in kaart te brengen is werken via een grafiek, waarin de resultaten van herhaaldelijk afgenomen vragenlijsten afgezet worden. Een voordeel van zo'n grafiek is dat de cliënten (en hun omgeving) ook visueel kunnen zien dat gedragsverandering een proces is, waarbij een stap achteruit de mogelijkheid biedt om bij te leren en terug een sprong voorwaarts te maken. Hierdoor worden cliënten minder ontmoedigd en meer weerbaar wanneer ze in de toekomst 'hervallen' in hun moeilijkheden. Bij kinderen wordt nogal vaak gekozen voor een beloningssysteem om vooruitgang te bespreken. Het is belangrijk hierbij voorzichtig te zijn en het beloningssysteem te gebruiken om te visualiseren welke vooruitgang het kind heeft gemaakt, eerder dan de beloning te gebruiken om druk te zetten op (het tempo van) verandering.

- Geloven in de capaciteiten van kinderen

Zorgverleners kunnen ook competentieverhogend werken door *vertrouwen* en *positieve feedback* te communiceren over de capaciteiten van het kind. Als zorgverleners zelf geloven in de capaciteiten en groeikracht van kinderen, zullen ze dit zowel verbaal als non-verbaal overbrengen op het kind.

### Verbondenheid

Ten slotte wordt ook de behoefte aan verbondenheid centraal geplaatst om

motiverend te werken met kinderen en jongeren. Concreet betekent dit dat zorgverleners een *warme* houding aannemen ten opzichte van cliënten waarin het *perspectief* van de cliënt wordt erkend, de *mogelijkheden* en talenten van de cliënt worden benadrukt en *begrip* en *steun* wordt gecommuniceerd over de moeilijkheden die de cliënt ervaart.

- Het perspectief van het kind innemen

Bij het ondersteunen van de behoefte aan autonomie werd reeds de tip meegegeven om de leefwereld van kinderen te leren kennen, om zo aan te sluiten bij de persoonlijke doelstellingen en interesses van het kind. Het *innemen van het perspectief van het kind* is ook belangrijk om een warme relatie op te bouwen, waarbij het kind zijn verhaal kan doen en het gevoel heeft emotionele ondersteuning te krijgen. Hierbij is het belangrijk om kinderen te erkennen in de dingen die moeilijk lopen en de gevoelens die ze hierdoor hebben. Sommige kinderen hebben moeite om deze gevoelens onder woorden te brengen en het is dan ook van groot belang dat zorgverleners hen hierin helpen. Door hun emoties te benoemen, kunnen kinderen deze meer toelaten en er over beginnen spreken, een eerste stap om er meer controle over te leren verwerken. Als kinderen het gevoel hebben begrepen te zijn, dan stijgt de kans dat het bij volgende moeilijkheden

emotioneel een beroep durft doen op de zorgverlener of een andere volwassene. Openstaan voor het verhaal van het kind is een grote uitdaging op het ogenblik dat er weinig vooruitgang is of als er sprake van weerstand en verzet is. Toch is het ook op die momenten van belang om rekening te houden met het perspectief van kinderen veel eerder dan de weerstand onder de mat te vegen. Bij hevige conflicten kan dit na een eventuele time out nog besproken worden. Zo kunnen kinderen zelf ook beter begrijpen waarom ze ambivalent staan tegenover verandering of waarom ze in conflict gaan met de persoon die wil helpen.

- Onvoorwaardelijke interesse/acceptatie

Hierbij aansluitend trachten zorgverleners een *onvoorwaardelijke interesse/acceptatie* te behouden voor kinderen, dit op momenten dat het vlot loopt en het kind weinig problemen ervaart, alsook op momenten waarop het moeilijk verloopt. Door als zorgverlener zelf open te staan voor zowel de positieve als negatieve gevoelens en gedachten die kinderen ervaren, wordt ruimte gecreëerd om dit bespreekbaar te maken en eventueel te veranderen. Het kind heeft dan het gevoel geaccepteerd te worden onafhankelijk van zijn vooruitgang. Als de betrokkenheid van de zorgverlener daarentegen beperkt is, door enkel aandacht en respect te communiceren bij vooruitgang of bij probleemsituaties, wordt de betrokken-

heid overgoten met een controlerend 'sausje', wat kinderen zelf ook aanvoelen.

- Werken in groep

Ten slotte bieden groepsbehandelingen in residentiële en ambulante centra extra mogelijkheden om een gevoel van verbondenheid te stimuleren. Zo kunnen er *leefgroepen* of *therapeutische groepen* gecreëerd worden waarbij kinderen ervaringen en moeilijkheden kunnen delen, steun kunnen putten uit verhalen van leeftijdgenoten en eventueel kunnen bijleren over hoe ze met hun moeilijkheden kunnen omgaan. Bij jongere kinderen kan het ook interessant zijn om een systeem van *peter- en meterschap* te introduceren, waarbij meer ervaren cliënten de nieuwe cliënten op weg helpen in hun nieuwe omgeving en waarbij kinderen een beroep kunnen doen op hun peter of meter tijdens moeilijke momenten.

### Tips om meer behoeftebevrediging in het dagelijkse leven te creëren

Zorgverleners kunnen ook samen met kinderen en belangrijke personen in hun omgeving (ouders, leerkrachten, zorgverleners) nagaan hoe er meer kansen voor behoeftebevrediging in het dagelijkse leven kunnen worden gecreëerd. Een eerste stap hierin is het kind helpen uitzoeken *welke activiteiten* als behoeftebevredigend worden erva-

ren. Een oefening is bijvoorbeeld het bijhouden van een positief dagboek, waarbij het kind dagelijks opschrijft tijdens welke momenten/activiteiten het zich goed voelde. Hierdoor krijgt het kind meer inzicht in welke activiteiten gepaard gaan met positieve gevoelens. Bij kinderen die compensatoir gedrag of behoeftesubstituten vooropstellen, kan het belangrijk zijn om ook de 'kost' van de activiteit op langere termijn mee te laten opschrijven. Hierdoor wordt ook aandacht besteed aan de negatieve kant van dit gedrag, waardoor er interesse kan groeien om op een meer constructieve manier behoeftebevrediging te verkrijgen. Een andere oefening die met het kind kan gedaan worden, is het kind vragen om drie tot vijf herinneringen op te schrijven (of te tekenen, vertellen, knutselen, ...) waarbij het een positief gevoel had. Vervolgens kan samen gezocht worden wat precies in deze ervaringen belangrijk was om het goede gevoel te geven. Bij jongeren kunnen ook oefeningen gedaan worden om meer duidelijkheid te scheppen over wat ze zelf belangrijk vinden, wat voor iemand ze willen zijn in het leven. Oefeningen op 'waardegericht leven', zoals uitgebreid besproken in de acceptatie- en commitment therapie (Hayes, 2011), kunnen helpen om het 'interne kompas' bij jongeren te versterken. Deze oefeningen kunnen gedaan worden met een brede focus op verschillende levensdomeinen, maar kunnen ook toegespitst worden op een specifiek domein. Zo kan er

bij jongeren met leermoeilijkheden bijvoorbeeld gezocht worden naar positieve momenten op school via het dagboek. Eenmaal het voor het kind duidelijk is welke activiteiten op langere termijn en zonder kost een gevoel van behoeftebevrediging geven, kan de zorgverlener samen met het kind en de ouders bespreken hoe er meer in dergelijke activiteiten geïnvesteerd kan worden.

Bij kinderen met leerproblemen en sociale, emotionele- en gedragsproblemen is het moeilijk te vermijden dat ze op regelmatige basis geconfronteerd worden met behoeftefrustrerende ervaringen. Ook deze ervaringen kunnen bijgehouden worden via een dagboek, waardoor er een duidelijk beeld gevormd kan worden over welke gebeurtenissen gevoelens van competentie, verbondenheid en autonomie ondermijnen. De zorgverlener kan samen met de ouders en andere belangrijke personen aan de slag gaan om het aantal behoeftefrustrerende ervaringen in te perken. Kleine aanpassingen kunnen hierbij soms al helpen. Een voorbeeld is wanneer en hoe er met het kind gecommuniceerd wordt over een slecht punt. Daarnaast is het belangrijk om samen met het kind in te gaan op de gedachten en gevoelens die deze ervaringen uitlokken. Zo blijkt reflectief of mindful functioneren een beschermende factor in het omgaan met behoeftefrustrerende ervaringen (Brown e.a., 2007). Door in te gaan op deze copingvaar-

digheden kunnen kinderen effectieve handvatten ontwikkelen om anders om te gaan met de beperkingen en moeilijkheden die ze ervaren.

### Een behoefteondersteunende aanpak bij 'moeilijke' gevallen: een moeilijk evenwicht tussen structuur en autonomie

Soms worden zorgverleners geconfronteerd met 'onmogelijke cliënten'. De cliënten hebben een gebrekkig inzicht in hun problemen, ze hebben het opgegeven, er is weinig therapeutische vooruitgang of ze vertonen weerstand tegen elke suggestie van verandering. Bij andere cliënten is het niet zozeer het gedrag dat de zorgverlener onder druk zet, maar acute gevaren zoals langdurige schoolweigeren, extreem onder- of overgewicht, zelfmoordgedachten, crimineel gedrag en middelenmisbruik. In dergelijke situaties voelen zorgverleners zich vaak met de rug tegen de muur gezet. Vanuit hun bezorgdheid om de cliënt of diens omgeving te beschermen, nemen ze hun toevlucht tot meer controlerende strategieën (Grollnick & Ryan, 1990). *"Bij sommige kinderen kan je niet anders dan hen te wijzen op de gevolgen van hun gedrag. Het ontzeggen van privileges, duidelijk laten merken dat je hun gedrag afkeurt en dreigen met straf is het enige dat deze kinderen kan motiveren om het juiste te doen."* (zie ook Witzel & Mercer, 2003).

Klopt het dat controlerende strategieën soms beter werken dan een behoefteondersteunende aanpak? Om verwarring te voorkomen, willen we eerst nog even behoefteondersteuning als concept verduidelijken. Autonomie-ondersteuning draait rond het inbouwen van keuze, rationale en empathie. Soms wordt het verward met een permissieve stijl, waarin elke vorm van gedragsmatige begrenzing ontbreekt. Het tegengestelde van autonomie is echter niet het begrenzen van gedrag, maar wel psychologische controle en druk, waarbij de ander als persoon geïnvaleerd en gemanipuleerd wordt. Terwijl psychologische controle samengaat met negatieve ontwikkelings- en psychische uitkomsten (Soenens & Vansteenkiste, 2010), is het aanbieden van structuur en grenzen geassocieerd met positieve uitkomsten. Een behoefteondersteunende stijl wordt dan ook gekenmerkt door een combinatie van autonomie- én competentie-ondersteuning (waaronder duidelijke en consistente regels) in een warme en authentieke relatie. In lijn hiermee kunnen er regels geïntroduceerd worden en kan gedrag begrensd worden op een behoefteondersteunende manier wanneer de situatie dit rechtvaardigt. Met andere woorden, een cliënt kan als persoon gevalideerd worden, ook al moet het gedrag begrensd worden. Het begrenzen van gedrag kan zelfs een vorm van validatie betekenen en dus behoefteondersteunend zijn.

We hebben dus niet de intentie om het begrenzen van gedrag of het vooropstellen van regels ter discussie te stellen. De vraag is eerder of het bij het stellen van grenzen of het opleggen van saai of onaangename taken nog steeds van belang is om een behoefteondersteunende aanpak te hanteren. Uit experimentele studies bleek dat eenvoudige manipulaties, zoals het veranderen van het taalgebruik (Koestner, Ryan, Bernieri & Holt, 1984) en een duidelijke rationale, keuze en empathie geven (Deci, Eghrari, Patrick & Leone, 1994; Reeve, Jang, Hardre & Omura, 2002), een belangrijke impact hadden op hoe controlerend versus ondersteunend de regels werden gepercipieerd. In de behoefteondersteunende condities werd telkens opnieuw gevonden dat de autonome motivatie van de leerlingen steeg, ze de waarde of zinvolheid van de taken en regels inzagen en ze meer energie en moeite deden om zich eraan te houden. Bovendien werd bevestigd dat de positieve effecten van behoefteondersteuning los stonden van de cognitieve capaciteiten van de leerlingen (Joussemet, Koestner, Leks & Houliort, 2004). Meer specifiek werd in deze studie nagegaan of het gebruik van beloningen versus een autonomie-ondersteunende aanpak om leerlingen te motiveren het beste werkte. Men vond dat een autonomie-ondersteunende aanpak de autonome motivatie sterker verhoogde dan het gebruik van beloningen en dit zowel

bij leerlingen die door de leerkracht als sterk én zwak in zelfregulatiecapaciteiten werden omschreven. Deze bevindingen werden nog verder ondersteunt door de bevinding dat een training voor leerkrachten om meer autonomie-ondersteunend op te treden bijdroeg tot een verbetering in welzijn, autonome motivatie, engagement en resultaten bij studenten, zelfs al was de initiële motivatie van leerlingen zeer zwak (Black & Deci, 2000) of was er initieel zeer weinig engagement (Reeve e.a., 2004). Op basis van deze bevindingen willen we dan ook pleiten voor het belang van een behoefteondersteunende aanpak, ook al komt een cliënt alleen 'omdat het moet' en ook als de cliënt ons via het gedrag of de emotionele reacties met de rug tegen de muur zet. Door zelfs bij deze cliënten een behoefteondersteunende aanpak te behouden, verhogen we de kans op algemene groei en ontwikkeling naar een meer autonoom gemotiveerde persoon.

## ■ Referenties

Assor, A. (2012). Allowing choice and nurturing an inner compass: Educational practices supporting students' need for autonomy. In S.L. Christenson, A.L. Reschly & C. Wylie (Red.), *Handbook of research on student engagement* (pp. 421-439). New York: Springer.

Assor, A., Vansteenkiste, M., & Kaplan, A. (2009). Identified versus introjected approach and introjected avoidance motivations in school and in sports: The limited benefits of self-worth strivings. *Journal of Educational Psychology*, 101, 482-497.



- Banerjee, R. & Dittmar, H. (2008). Individual differences in children's materialism: The role of peer relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 17-31.
- Bartholomew, K.J., Ntoumanis, N., Ryan, R.M., Bosch, J.A., & Thogersen-Ntoumani, C. (2011). Self-determination theory and diminished functioning: The role of interpersonal control and psychological need thwarting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37, 1459-1473.
- Bartholomew, K.J., Ntoumanis, N., Ryan, R.M., & Thogersen-Ntoumani, C. (2011). Psychological need thwarting in the sport context: Assessing the darker side of athletic experience. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 75-102.
- Baumeister, R.F. & Heatherton, T.F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry*, 7, 1-15.
- Black, A.E., & Deci, E.L. (2000). The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry: A self-determination theory perspective. *Science Education*, 84, 740-756.
- Boone, L., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Van Der Kaap-Deeder, J., & Verstuyf, J. (in druk). Self-critical perfectionism and binge eating symptoms: A longitudinal test of the intervening role of psychological need frustration. *Journal of Counseling Psychology*.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., Creswell, J.D., & Niemiec, C.P. (2008). Beyond me: Mindful responses to social threat. In H.A. Wayment & J.J. Bauer (Red.), *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 74-84). Washington, DC: APA.
- Chirkov, V.I., & Ryan, R.M. (2001). Parent and teacher autonomy-support in Russian and U.S. adolescents: Common effects on well-being and academic motivation. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 32, 618-635.
- Deci, E.L., Eghrari, H., Patrick, B.C., & Leone, D.R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62 (1), 119-142.
- Deci, E.L., Hodges, R., Pierson, L., & Tomassone, J. (1992). Autonomy and competence as motivational factors in students with learning disabilities and emotional handicaps. *Journal of Learning Disabilities*, 25, 457-471.
- 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 Meyer, J., Tallir, B. I., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Aelterman, N., Van den Berghe, L., Speleers, L., & Haerens, L. (2014). Does observed controlling teaching behavior relate to students' motivation in physical education? *Journal of Educational Psychology*, 106, 541-554.
- De Naeghel e.a. (2012). The relation between elementary students' recreational and academic reading motivation, reading frequency, engagement, and comprehension: A self-determination theory perspective. *Journal of Educational Psychology*, 104, 1006-1021.
- De Naeghel, J., Van Keer, H., Vansteenkiste, M., & Rosseel, Y. (in druk). The relation between elementary students' recreational and academic reading motivation, reading frequency, engagement and comprehension: A Self-Determination Theory perspective. *Journal of Educational Psychology*.
- Dwyer, L.A., Hornsey, M.J., Smith, L.G., Oei, T.P. & Dingle, G.A. (2011). Participant autonomy in cognitive behavioral group therapy: An integration of self-determination and cognitive behavioral theories. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, 24-46.
- Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, 27, 199-223.
- Grolnick, W.S., & Ryan, R.M. (1990). Self-perceptions, motivation, and adjustment in children with learning disabilities: A multiple group comparison study. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 177-184.

- Haerens, L., Aelterman, N., Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Van Petegem, S. (in druk). Do perceived autonomy-supportive and controlling teaching relate to physical education students' motivational experiences through unique pathways? Distinguishing between the bright and dark side of motivation. *Psychology of Sport & Exercise*.
- Hayes, S.J. (2011). *Uit je hoofd, in het leven*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Joussemet, M., Koestner, R., Lekes, N., & Houliort, N. (2004). Introducing uninteresting tasks to children: A comparison of the effects of rewards and autonomy support. *Journal of Personality, 72* (1), 139-166.
- Kasser, T., & Ryan, R.M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 280-287.
- Kasser, T., Ryan, R.M., Couchman, C.E., & Sheldon, K.M. (2004). Materialistic values: Their causes and consequences. In T. Kasser & A.D. Kanner (Red.), *Psychology and consumer culture: The struggle for a good life in a materialistic world* (pp. 11-28). Washington, DC: APA.
- Knee, C.R., & Neighbors, C. (2002). Self-determination, perception of peer pressure, and drinking among college students. *Journal of Applied Social Psychology, 32*, 522-543.
- Koestner, R., Ryan, R.M., Bernieri, F., & Holt, K. (1984). Setting limits on children's behavior: The differential effects of controlling vs. informational styles on intrinsic motivation and creativity. *Journal of Personality, 52* (3), 233-248.
- La Guardia, J.G., Ryan, R.M., Couchman, C.E., & Deci, E.L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 367-384.
- Leone, Fetro, Kittleson, Welshimer, Partridge & Robertson (2011). Predictors of Adolescent Male Body Image Dissatisfaction: Implications for Negative Health Practices and Consequences for School Health From a Regionally Representative Sample. *Journal of School Health, 81*, 174-184.
- Luyckx, K., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Goossens, L., & Berzonsky, M.D. (2007). Parental psychological control and dimensions of identity formation in emerging adulthood. *Journal of Family Psychology, 21*, 546-550.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guilford.
- Mouratidis, A., Vansteenkiste, M., Sideridis, G., & Lens, W. (2011). Vitality and interest-enjoyment as a function of class-to-class variation in need-supportive teaching and pupils' autonomous motivation. *Journal of Educational Psychology, 103*, 353-366.
- Niemiec, C.P., Lynch, M.F., Vansteenkiste, M., Bernstein, J., Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2006). The antecedents and consequences of autonomous self-regulation for college: A self-determination theory perspective on socialization. *Journal of Adolescence, 29*, 761-775.
- Niemiec, C.P., & Ryan, R.M. (2009). Autonomy, competence, and relatedness in the classroom: Applying self-determination theory to educational practice. *Theory and Research in Education, 7*, 133-144.
- Niemiec, C.P., Ryan, R.M., Deci, E.L., & Williams, G.C. (2009). Aspiring to physical health: The role of aspirations for physical health in facilitating long-term tobacco abstinence. *Patient Education and Counseling, 74*, 250-257.
- 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.
- Quick, B.L., & Stephenson, M.T. (2007). The Reactance Restoration Scale (RRS): A measure of direct and indirect restoration. *Communication Research Reports, 24*, 131-138.
- Rains, S.A., & Turner, N.M. (2007). Psychological reactance and persuasive health communication: A test and extension of the intertwined model. *Human Communication Research, 33*, 241-269.

- Reeve, J. (2006). Teachers as facilitators: What autonomy-supportive teachers do and why their students benefit. *Elementary School Journal*, 106, 225-236.
- Reeve, J., Jong, H., Carrell, D., Jon, S., & Barch, J. (2004). Enhancing Students' Engagement by Increasing Teachers' Autonomy Support. *Motivation and Emotion*, 20, 147-169.
- Reeve, J., Jang, H., Hardre, P., & Omura, M. (2002). Providing a rationale in an autonomy-supportive way as a strategy to motivate others during an uninteresting activity. *Motivation and Emotion*, 26 (3), 183-207.
- Reis, H.T., Sheldon, K.M., Gable, S.L., Roscoe, J., & Ryan, R.M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.
- Roth, G., Assor, A., Niemiec, C.P., Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2009). The emotional and academic consequences of parental conditional regard: Comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy support as parenting practices. *Developmental Psychology*, 45, 1119-1142.
- Ryan, R.M., Bernstein, J.H., & Brown, K.W. (2010). Weekends, work, and well-being: psychological need satisfactions and day of the week effects on mood, vitality, and physical symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 95-122.
- Ryan, R.M., & Connell, J.P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in 2 domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 749-761.
- Ryan, R.M., La Guardia, J.G., Solky-Butzel, J., Chirkov, V.I., & Kim, Y. (2005). On the interpersonal regulation of emotions: Emotional reliance across gender, relationships, and culture. *Personal Relationships*, 12, 146-163.
- Ryan, R.M., Lynch, M.F., Vansteenkiste, M., & Deci, E.L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *Counseling Psychologist*, 39, 193-260.
- Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E.L., & Williams, G.C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.
- Ryan, R.M., Rigby, C.S., & King, K. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientation and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 586-596.
- Ryan, R.M., Stiller, J., & Lynch, J.H. (1994). Representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, 14, 226-249.
- Savard, A., Joussemet, M., Pelletier, J.E., & Mageau, G.A. (2013). The benefits of autonomy support for adolescents with severe emotional and behavioral problems. *Motivation and Emotion*, 36, 688-700.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Skinner, E.A., & Edge, K. (2002). Parenting, motivation, and the development of children's coping. In L.J. Crockett (Red.), *Agency, motivation, and the life course: The Nebraska symposium on motivation* (pp. 77-143). Lincoln, NE: University Of Nebraska Press.
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30, 74-99.
- Thomassin, K. & Suveg, C. (2012). Parental autonomy support moderates the link between ADHD symptomatology and task perseverance. *Child Psychiatry Human Development*, 43, 958-967.
- Vallerand, R.J., Fortier, M.S., & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high-school drop out. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1161-1176.

- Vandereycken, W., & Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 17, 177-183.
- Van der Kaap-Deeder, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Verstuyf, J., Boone, L., & Smets, J. (in druk). Fostering self-endorsed change in patients with an eating disorder: The role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*.
- Van Petegem, S., Vansteenkiste, M., & Beyers, W. (2013). The jingle-jangle fallacy in adolescent autonomy in the family: In search of an underlying structure. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 994-1014.
- Van Petegem (2013). *The autonomy debate revisited*. Doctoraal proefschrift, Universiteit Gent.
- Vansteenkiste, M., Claes, L., Soenens, B., & Verstuyf, J. (2013). Motivational dynamics among eating-disordered patients with and without non-suicidal self-injury: A self-determination theory approach. *European Eating Disorders Review*, 21 (3), 209-214.
- Vansteenkiste, M. & Soenens, B. (2013). *Vitamines van groei: over de motiverende rol van ouders in de opvoeding*. Gent: Academia Press.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., Van Petegem, S., & Duriez, B. (2014). Longitudinal associations between adolescent perceived style of parental prohibition and oppositional defiance and internalization. *Developmental Psychology*, 50, 229-236.
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as an unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 33, 263-280.
- Vansteenkiste, M., Sierens, E., Soenens, B., Luyckx, K., & Lens, W. (2009). Motivational profiles from a self-determination perspective: The quality of motivation matters. *Journal of Educational Psychology*, 101, 671-688.
- Vansteenkiste, M., Williams, G.C., & Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between Self-Determination Theory and Motivational Interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: Autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 23.
- Vansteenkiste, M., Zhou, M., Lens, W., & Soenens, B. (2005). Experiences of autonomy and control among Chinese learners: Vitalizing or immobilizing? *Journal of Educational Psychology*, 97, 468-483.
- Wild, T.C., Cunningham, J.A., & Ryan, R.M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872.
- Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M., & Deci, E.L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115-126.
- Williams, G.C., Niemiec, C.P., Patrick, H., Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2009). The importance of supporting autonomy and perceived competence in facilitating long-term tobacco abstinence. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 315-324.
- Witzel, B.S., & Mercer, C.D. (2003). Using rewards to teach students with disabilities: Implications for motivation. *Remedial and Special Education*, 24, 88-96.
- Zeldman, A., Ryan, R.M., & Fiscella, K. (2004). Client motivation, autonomy support and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 675-696.
- Zuroff, D.C., Koestner, R., & Moskowitz, D.S. (2012). Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during brief treatments for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31, 903-932.