



HANDLEIDING

CAQ: Children's Alliance Questionnaire, 8 – 14 jr.

Vragenlijst Therapeutische alliantie voor kinderen en jongeren binnen de residentiele jeugdzorg
8 tot 14 jaar

September 2015

Auteurs:

Jesse Roest (Hogeschool Leiden)

Eefje Strijbosch (Juzt)

Validering van de vragenlijst is mogelijk gemaakt door medewerkers en kinderen van:

Juzt

Horizon Jeugdzorg

Stichting Maashorst

Inleiding

Het behandelen van kinderen en jongeren met gedragsproblemen in de (residentiële) jeugdzorg is een moeilijke taak. Kinderen zijn volop in ontwikkeling en nog in grote mate afhankelijk van hun opvoeders; gedurende de periode van residentiële zorg en kinderopvang worden de opvoedtaken deels overgenomen door pedagogisch medewerkers. Om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van de samenwerking en band tussen het kind en de leeftijd tussen 4 en 8 jaar en de hulpverlener, dan is allereerst instrumentontwikkeling toegespitst op deze leeftijdsgroep van belang.

De waardevolle rol die kinderen zelf kunnen spelen in onderzoek (zelfs het mee bedenken van vragenlijsten etc.) wordt steeds meer erkend (Cashmore, 2001; Daly, 2009). In de eerste plaats kan het zelf invullen van een vragenlijst (al dan niet met 1-op-1 begeleiding) bijdragen aan de persoonlijke ontwikkeling van een kind. In de tweede plaats staan pedagogisch medewerkers voor de complexe taak deze kinderen en jongeren optimale zorg en begeleiding te bieden en kunnen zij ook wel wat "hulp" gebruiken. De beleving van de samenwerking tussen hulpverlener en het kind zoals ervaren door het kind is van groot belang om de samenwerking tussen beiden zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Het kind mag via de vragenlijst uiting geven over zijn beleving van de samenwerking, deze mening wordt erkend en als het goed is wordt er zelfs iets mee gedaan.

Theoretische uitgangspunten

De therapeutische alliantie is in de loop der tijd op verschillende manieren gedefinieerd. Oorspronkelijk is het begrip vanuit de psychoanalytische theorie impliciet in termen van overdracht en tegenoverdracht beschreven (Freud, 1913). Vanuit deze zienswijze is het concept therapeutische relatie ontstaan: de (onbewuste) emotionele band tussen de cliënt en de hulpverlener en de mate waarin de cliënt ervaart dat de hulpverlener in staat is om hem of haar te helpen (Greenson, 1965; Rogers, 1957). Destijds werd ook de term alliantie geïntroduceerd, waarbij de nadruk kwam te liggen op bewuste processen gericht op samenwerking tussen hulpverlener en cliënt (Zetzel, 1956). Het begrip therapeutische relatie wordt doorgaans gedefinieerd als de gevoelens en attitudes die de therapeut en cliënt ten opzichte van elkaar hebben en de wijze waarop zij deze bewust en onbewust naar elkaar uiten (Gelso & Carter, 1985). Een veel gehanteerde definitie van de therapeutische alliantie is 'de kwaliteit en sterkte van de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en therapeut' (Norcross, 2002). In de onderzoeksliteratuur en in de klinische praktijk worden de begrippen alliantie en relatie vaak voor hetzelfde concept gebruikt. Er bestaat tussen clinici en onderzoekers nog altijd discussie of de alliantie nu onderdeel is van de relatie, de relatie en alliantie als éénzelfde construct moeten worden gezien of dat de alliantie en de relatie los van elkaar moeten worden gezien, mogelijk naast andere vormen van (hulpverlenings)relaties (Hatcher & Barends, 2006).

Bordin (1979) introduceerde een definitie van de (werk)alliantie (*working alliance*), waarbij hij drie aspecten onderscheidt die elkaar beïnvloeden tijdens de interactie tussen cliënt en hulpverlener: de persoonlijke band tussen beiden, de overeenstemming over behandeldoelen en overeenstemming over taken. De persoonlijke (emotionele) band betreft de kwaliteit van de relatie, idealiter gebaseerd op wederzijds vertrouwen en de mate waarin de cliënt zich gehoord, gerespecteerd en begrepen voelt door de hulpverlener (Bordin, 1994; Horvath, 2005). Het taak-aspect van de alliantie gaat in op de afspraken die de cliënt en de hulpverlener maken over activiteiten tijdens de behandeling, of deze

voldoen aan de verwachtingen van de cliënt en in welke mate hij of zij bereidheid is om de taken uit te voeren. Bij de overeenstemming over de behandeldoelen gaat het met name om de relevantie van het doel van de behandeling in de beleving van de cliënt.

Momenteel is er in de wetenschappelijke literatuur geen duidelijkheid over de vraag of het theoretisch model van Bordin toepasbaar is op kinderen en jongeren en of hierbij verschillen bestaan tussen jongens en meisjes (Elvins & Green, 2008; Green, 2006; Zack, Castonguay, & Boswell, 2007). Veelgebruikte meetinstrumenten voor alliantie bij kinderen en jongeren zijn gebaseerd op bestaande vragenlijsten die ontwikkeld zijn voor volwassenen, meestal gebaseerd op het drie-factor model van Bordin (Constantino, Castonguay, Zack, & DeGeorge, 2010; Elvins & Green, 2008). Er is de laatste jaren steeds meer aandacht voor de wijze waarop (jonge) kinderen en adolescenten de relatie met een hulpverlener ervaren, hoe dit verschilt van volwassenen en wat dit betekent voor het ontstaan van een alliantie (Baylis, Collins, & Coleman, 2011; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2005). Uit onderzoek naar meetinstrumenten voor de therapeutische alliantie met zowel kinderen als jongeren blijkt dat het construct alliantie beter gemeten kan worden op basis van één factor (alliantie) (Bickman et al., 2012; Faw, Hogue, Johnson, Diamond, & Liddle, 2005; Roest, Van der Helm, Strijbosch, Van Brandenburg, & Stams, 2014; Shelef & Diamond, 2008). Deze resultaten suggereren dat kinderen en jongeren onvoldoende in staat zijn om onderscheid te maken tussen de doelen en taken van de behandeling. Dit valt mogelijk te wijten aan het beperkte cognitief vermogen van kinderen en jongeren en de beperkte mogelijkheid tot reflectie op hun gedrag en emoties (Digiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996; Shirk & Saiz, 1992; Steinberg & Cauffman, 1996).

Ontwikkeling van de CAQ 8-14

Valideringsonderzoek

Aan de basis van de CAQ 8-14 liggen de vragen van de WAI-S (Tracey & Kokotovic, 1989). Deze vragenlijst bevat 12 vragen en hanteert drie schalen: persoonlijke band, overeenstemming over taken en overeenstemming over behandeldoelen. In de uiteindelijke factoroplossing zijn meetfouten met elkaar gecorreleerd. Dit proces heeft geleid tot een vragenlijst met 9 items.

Fit-maten:

- ChiKwadraat = 17.834, df = 22, p = 0.718
- RMSEA = 0.000
- NFI = .971
- CFI = 1.000
- TLI = 1.015

Op basis van een dataset met 116 cliënten van 8-14 jaar in drie jeugdzorginstellingen. 33 Kinderen ontvingen residentiële zorg en 83 kinderen ontvingen gespecialiseerde dagbehandeling. De betrouwbaarheidscoëfficiënt voor de schaal 'alliantie' was Cronbach's $\alpha = 0.895$.

Afname en scoring

Aanwijzingen voor afname

- De vragenlijst is geschikt om periodiek, een of twee keer per jaar, af te nemen bij alle kinderen en jongeren van 8-14 jaar binnen een of meer groepen/afdelingen in verschillende settings (kinderopvang en semi-residentiele zorg).
- Vóór de afname van de vragenlijst ontvangen ouders een informatiebrief. Ze krijgen de gelegenheid om deelname van hun kind te weigeren. Richtlijn is dat ouders een week de tijd krijgen om eventueel bezwaar te maken tegen deelname.
- Het is aan te raden dat een medewerker van de groep bijtijds bij de kinderen aankondigt dat er iemand langs komt om een vragenlijst in te laten vullen over de mentor.
- Afname wordt bij voorkeur uitgevoerd door iemand die bekend is bij de kinderen, maar niet rechtstreeks betrokken. Zoals een stagiaire van de locatie, of een pedagogisch medewerker van een andere groep op de locatie.
- De afname vindt bij voorkeur plaats in een rustige ruimte; het kind krijgt de ruimte om de vragen individueel in te vullen, maar indien er vragen zijn is begeleiding in de buurt. Een aantal kinderen zal 1-op-1 begeleiding nodig hebben bij het invullen.
- Leg uit dat er geen foute antwoorden bestaan. Alles wat het kind zegt en invult is goed.
- Leg uit dat de mentor over wie het kind de vragen beantwoordt, de uitkomsten van het onderzoek niet te zien krijgt. De resultaten zijn dus anoniem.
- Reken per afname op 10 à 15 minuten.

Scoring

De CAQ 8-14 bestaat uit 9 items. Aan de antwoordcategorie *'helemaal niet van toepassing'* wordt score 1 toegekend, *'een beetje niet'* krijgt score 2, *'er tussenin'* score 3, *'een beetje wel'* score 4, en *'helemaal wel van toepassing'* score 5. De schaalscores van een gescoorde vragenlijst worden berekend door per schaal de itemscores op te tellen, en te delen door het aantal items binnen de schaal. Er komt een gemiddelde schaalscore uit, die een indicatie geeft van de mate waarin de jeugdige de alliantie met zijn of haar mentor ervaart.

Normgegevens

Op basis van de dataset die is gebruikt voor de validering van de CAQ 8-14 ($N=116$), zijn percentielscores berekend, welke een indicatie geven van wat een lage, gemiddelde of hoge score is. De percentielscores worden in onderstaande tabel weergegeven, zowel per item als op schaalniveau. Als richtlijn voor een lage, gemiddelde of hoge score, hanteren we hier de grenswaarde van het 25^e en het 75^e percentiel. Uit de tabel blijkt dat een totale alliantiescore van 3.56 of lager behoort tot de 25% laagste scores binnen de onderzochte populatie. Een score van 4.89 of hoger behoort tot de 25% hoogste scores. De middelste score binnen de onderzochte populatie (50^e percentiel) is 4.33. Geadviseerd wordt om bij het rapporteren van scores, aan de hand van onderstaande tabel aan te geven in welk kwartiel deze vallen.

	Percentielscores								
	M	SD	5	10	25	50	75	90	95
Ik vind het fijn als mijn mentor er is.	4.08	1.30	1.00	2.00	3.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Ik vind het leuk als mijn mentor komt.	4.13	1.35	1.00	2.00	3.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Mijn mentor helpt mij om mijn doelen te halen.	3.91	1.36	1.00	2.00	3.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Ik vind dat mijn mentor en ik goed samenwerken.	4.10	1.15	1.90	3.00	3.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Mijn mentor begrijpt mij.	4.09	1.07	2.00	3.00	3.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Mijn mentor luistert naar mij.	4.03	1.13	2.00	3.00	3.00	4.00	5.00	5.00	5.00
Ik kan over alles praten met mijn mentor.	4.04	1.25	1.00	2.00	3.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Ik mag van mijn mentor ook met andere groepsleiding praten over dingen waar ik mee zit.	4.50	.90	2.00	3.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Mijn mentor heeft tijd voor mij.	3.91	1.09	2.00	2.80	3.00	4.00	5.00	5.00	5.00
Totaalscore alliantie	4.12	.846	2.52	2.96	3.56	4.33	4.89	5.00	5.00

Toepassing van de vragenlijst

De CAQ 8-14 is ontwikkeld voor toepassing in leef- en behandelgroepen in de jeugdzorg. 24-uurs zorg dus, maar ook geschikt voor daghulp. De vragenlijst is tevens geschikt voor oudere jeugd met LVB-problematiek (licht verstandelijke beperking).

Literatuur

- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology, 2*. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270.
- Baylis, P. J., Collins, D., & Coleman, H. (2011). Child alliance process theory: A qualitative study of a child centered therapeutic alliance. *Child and Adolescent Social Work Journal, 28*, 79-95.
- Bickman, L., Vides de Andrade, A. R., Lambert, E. W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A. S., Rumberger, D. T., Moore-Kurnot, J., McDonough, L. C., & Rauktis, M. B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioral Health Services and Research, 31*, 134-148.
- Bickman L, Vides de Andrade, A. R., Athay, M. M., Chen, J. I., De Nadai, A. S., Jordan-Arthur, B. L., & Karver, M. S. (2012). The relationship between change in therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity: Whose ratings matter the most? *Administration and Policy in Mental Health, 78-89*.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley & Sons.
- Cashmore, J. (2002). Promoting the participation of children and young people in care. *Child Abuse & Neglect, 26*, 837-847.
- Daly, W. (2009). Adding their flavour to the mix: Involving children and young people in care in research design. *Australian Social Work, 62*, 460-475.
- Digiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology, 5*, 85-100.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. London: Hogarth Press.
- Gelso, C. J. & Carter, J. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *Counseling Psychologist, 13*, 155-243.
- Green, J. (2006). Annotation: the therapeutic alliance — a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 425-435.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychotherapy Quarterly, 34*, 155-181.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 292-299.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research, 15*, 3-8.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research, 7*, 35-51.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*, 50-65.
- Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
- Roest, J. J., Van der Helm, G. H. P., Stribosch, E. L. L., Van Brandenburg, M. E. T., & Stams, G. J. J. M. (2014). Measuring therapeutic alliance with children in residential treatment and therapeutic day care: A validation study of the Children's Alliance Questionnaire. *Research on Social Work Practice*. doi: 10.1177/1049731514540478.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Shelef, K., & Diamond, G. (2008). Short form of the revised vanderbilt therapeutic alliance scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research, 18*, 433-443.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 452-464.
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development an Psychopathology, 4*, 713-728.
- Steinberg, L., & Cauffman, E. (1996). Maturity of judgment in adolescence: Psychological factors in adolescent decision making. *La wand Human Behavior, 20*, 249-272.
- Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry, 15*, 278-288.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis, 37*, 369-376.

Vragen over je mentor.

In te vullen door onderzoeker:

Datum van afname: ___ - ___ - ____
Organisatie: _____
Team/ groep: _____
Code (cliëntreg.nr+ initialen): _____

Hieronder staan negen zinnen over de samenwerking tussen jou en je mentor. Door het omcirkelen van de cijfers geef je jouw mening aan. Er zijn geen foute antwoorden. Het gaat erom wat jij vindt. Je antwoorden blijven anoniem en worden niet gelezen door de groepsleiding.

- 1 = Helemaal niet van toepassing
2 = Een beetje niet
3 = Er tussen in
4 = Een beetje wel
5 = Helemaal wel van toepassing

		<i>Helemaal niet van toepassing</i>	<i>Een beetje niet</i>	<i>Er tussen in</i>	<i>Een beetje wel</i>	<i>Helemaal wel van toepassing</i>
1.	Ik vind het fijn als mijn mentor er is.	1	2	3	4	5
2.	Ik vind het leuk als mijn mentor komt.	1	2	3	4	5
3.	Mijn mentor helpt mij om mijn doelen te halen.	1	2	3	4	5
4.	Ik vind dat mijn mentor en ik goed samenwerken.	1	2	3	4	5
5.	Mijn mentor begrijpt mij.	1	2	3	4	5
6.	Mijn mentor luistert naar mij.	1	2	3	4	5
7.	Ik kan over alles praten met mijn mentor.	1	2	3	4	5
8.	Ik mag van mijn mentor ook met andere groepsleiding praten over dingen waar ik mee zit.	1	2	3	4	5
9.	Mijn mentor heeft tijd voor mij.	1	2	3	4	5

Hieronder kun je nog iets opschrijven over de vragenlijst als je dat wilt.

BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST!!