

Badanie przebiegu terapii rodzin – prace nad polską wersją narzędzia SCORE-15

Family therapy process – works on the Polish version of SCORE-15 tool

Barbara Józefik^{1,2}, Feliks Matusiak^{1,3}, Małgorzata Wolska²,
Romualda Ułasińska²

¹ Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej
Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

² Ambulatorium Terapii Rodzin Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych,
Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

³ Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych,
Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Summary

Aim. The aim of the paper is to demonstrate progress of the works on the Polish version of SCORE-15 and the results of the preliminary data analysis of changes in the process of family therapy, obtained with this tool. The works on the Polish version, ongoing since 2010, were inspired by the Research Committee European Family Therapy Association EFTA. Since the Polish version of SCORE-15 will be made public and published on EFTA website in the near future, therefore, it is important that people interested in the tool know the context of its development.

Methods. The Polish version of SCORE-15, the tool designed to examine the process of family therapy, was used.

Results. The comparison of the results obtained by family members before the first family session and before the fourth one and psychotherapists' assessments show that the perception of the weight of the problem with which the family members came to therapy is indeed significantly lower already after three sessions of family therapy. Additionally, the obtained results show great coherence of the assessment of the family therapy progress in families and their therapists.

Conclusions. The preliminary analysis of data obtained during the research project conducted in Outpatient Family Therapy Clinic, Department of Adult, Child and Adolescent Psychiatry, University Hospital in Krakow and in Laboratory of Psychology and Systemic Psychotherapy, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Jagiellonian University Medical College between 2010 and 2014 revealed that SCORE-15 is a useful tool in research on changes in the systemic family therapy process.

Słowa klucze: SCORE-15, badanie procesu terapii rodzin, efektywność terapii rodzin

Key words: SCORE-15, monitoring on family therapy process, efficiency of family therapy

Wstęp

Ostatnie lata przynoszą coraz większe zainteresowanie monitorowaniem procesu terapii jako czynnikiem zwiększającym skuteczność oddziaływań terapeutycznych. Zakłada ono konieczność skonstruowania prostych i praktycznych w codziennym stosowaniu narzędzi. Należą do nich: Outcome Rating Scale (ORS) i Session Rating Scale (SRS) opracowane przez badaczy amerykańskich (Miller wsp. [1, 2]). Skala ORS służy do oceny indywidualnego, interpersonalnego i społecznego funkcjonowania pacjenta/klienta. Z kolei SRS ocenia jakość przymierza terapeutycznego, koncentrując się na 3 aspektach: (1) jakości relacyjnej więzi, (2) stopniu zgodności pomiędzy pacjentem/klientem a terapeutą/lekarzem dotyczącej celów oraz (3) stopniu zgodności co do metod rozwiązywania problemu i leczenia. Mimo iż są one stosowane także do monitorowania terapii rodzin [3], ich ograniczeniem jest to, że nie odnoszą się do wymiaru funkcjonowania rodziny jako całości ani też do relacji diadycznych. Stąd poszukiwanie metod, które w większym stopniu dostosowane są do badania procesu zachodzącego w terapii rodzinnej.

Takim narzędziem wydaje się kwestionariusz SCORE-15, rozwijany na przestrzeni ostatnich lat przez zespół terapeutów rodzinnych z Wielkiej Brytanii pod kierunkiem prof. Petera Strattona [4, 5]. W założeniu kwestionariusz ten ma mierzyć efekty terapii i te zmiany w funkcjonowaniu rodziny, które terapeuci systemowi oraz terapeuci par uważają za przejawy korzystnych zmian terapeutycznych.

Skonstruowanie narzędzia SCORE-15 poprzedzone było kilkuletnimi pracami realizowanymi przy wsparciu Association for Family Therapy and Systemic Practice (AFT), wiodącego brytyjskiego towarzystwa skupiającego terapeutów rodzinnych i praktyków podejścia systemowego. W pierwszym etapie projektu opracowano wersję kwestionariusza SCORE liczącą 40 itemów, przeprowadzono konsultacje z ekspertami, osobami korzystającymi z terapii i prowadzącymi ją terapeutami. Autorami tej wersji są Peter Stratton, Julia Bland, Emma Jones i Judith Lask [4]. Kliniki z całej Wielkiej Brytanii dostarczyły pracującemu zespołowi ponad 500 raportów pochodzących od członków 228 rodzin. Przeprowadzenie stosownych analiz statystycznych i zbadanie wewnętrznej spójności skali doprowadziło do modyfikacji kwestionariusza. Opracowano krótką wersję SCORE, na którą składa się 15 stwierdzeń opisujących różne aspekty życia rodzinnego i zachodzących w nim procesów oraz innych wskaźników funkcjonowania rodziny [5]. Analiza statystyczna pokazała, iż ma ono wysoką spójność i rzetelność. Współczynnik alfa Cronbacha dla testu wynosi 0,89, wskaźnik zgodno-

ści wewnątrzpołówkowej także 0,89 [4]. Wyniki SCORE-15 są zgodne z wynikami SCORE-40 w 97,5% [5]. Dużą zaletą narzędzia jest jego prostota i to, że jego wypełnienie zajmuje kilka minut. Dzięki temu możliwe jest wkomponowanie narzędzia do codziennej praktyki terapeutycznej w odniesieniu do różnych pacjentów oraz rodzajów terapii – rodzinnej i terapii par, a także terapii indywidualnej.

Autorzy narzędzia w ostatnim czasie prowadzili także prace nad stworzeniem wersji dla rodzin z młodszymi dziećmi. Badania pilotażowe potwierdziły jej zadowalające właściwości psychometryczne dla grupy w wieku 8–11 lat [6]. W literaturze można także znaleźć dane dotyczące walidacji narzędzia oraz norm w populacji irlandzkiej [7, 8].

W 2009 roku przystąpiono do drugiej fazy projektu, której celem było dostarczenie informacji na temat rzetelności i trafności nowego, 15-itemowego kwestionariusza SCORE. Badania pilotażowe rozpoczęto na dwóch populacjach: klinicznej oraz pozaklinicznej, a także rozszerzono projekt na inne niż brytyjska i irlandzka kraje europejskie. Było to możliwe dzięki stworzeniu w ramach European Family Therapy Association (EFTA) grupy badawczej – Research Committee, na czele której stanął prof. Stratton. Celem tego komitetu badawczego było inicjowanie i promowanie badań nad terapią rodzin i systemową praktyką. Wiodącym projektem stało się sprawdzenie rzetelności SCORE-15 w innych krajach europejskich, a tym samym opracowanie narzędzia, które adaptowane do warunków danego kraju byłoby jednak wspólnym narzędziem europejskim. Oczekiwano, że każdy z krajów zbada 200 rodzin klinicznych i 100 nieklinicznych. Zakładano, że w danym kraju badania może prowadzić kilka, a nawet kilkanaście zespołów, które stosują systemową terapię rodzin i terapię par.

Realizacja tego zamierzenia wymagała przestrzegania przez wszystkich uczestników szczegółowych procedur dotyczących schematu badania, sposobu zapraszania rodziny, informowania o celu badania i zasadach uzyskiwania na nie zgody, sposobu odpowiadania na najczęściej zadawane pytania. Uznano, że w każdym kraju musi być główny badacz (principle investigator) odpowiedzialny za przestrzeganie zasad etycznych i poprawność przebiegu procesu badawczego oraz koordynację działań badawczych realizowanych w różnych ośrodkach i kierowanych przez osoby prowadzące w nich badanie (research associate).

W połowie 2009 roku na corocznym spotkaniu EFTA-NFTO¹, do którego należy Sekcja Naukowa Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, zaprezentowana została idea wspólnego europejskiego badania. Do wszystkich przedstawicieli organizacji narodowych terapii rodzin skupionych w EFTA-NFTO zostało skierowane zaproszenie do udziału w nim. Zostało ono podjęte przez większość organizacji będących członkami EFTA-NFTO i w ostatnim czasie znajdujemy pierwsze publikacje, które prezentują uzyskane wyniki [8] oraz wystąpienia na konferencjach [9].

¹ Należy wyjaśnić, iż European Family Therapy Association, założone w 1991 roku, jest najważniejszym towarzystwem europejskim skupiającym terapeutów rodzinnych i praktyków systemowych. Składa się ono z 3 izb: Izby skupiającej indywidualnych członków (Chamber of Individual Members, EFTA-CIM), Izby Instytutów szkolących w terapii i praktykach systemowych (Training Institutes Chamber EFTA-TIC) oraz Izby narodowych towarzystw terapii rodzin (Chamber of National Family Therapy Organisations EFTA-NFTO).

Prace nad polską wersją narzędzia SCORE-15

Zarząd Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego uznał prace nad kwestionariuszem SCORE-15 za istotne dla polskich terapeutów rodzinnych i podjął decyzję o włączeniu Sekcji w proces pilotowania procesu badawczego, powierzając rolę koordynatora – głównego badacza – Barbarze Józefik, która w tamtym okresie również reprezentowała Sekcję w EFTA-NFTO.

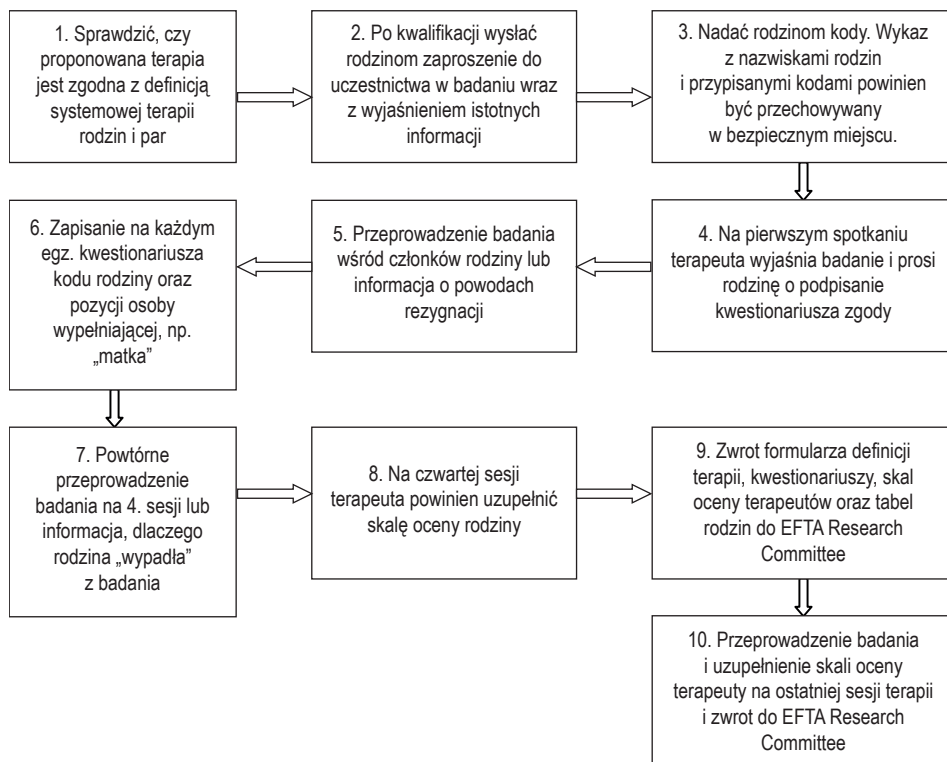
Wiązało się to z koniecznością podjęcia wielu działań. Po pierwsze rozpoczęto prace nad tłumaczeniem wszystkich dokumentów przygotowanych przez EFTA Research Committee, a obejmujących ogólny i szczegółowy protokół badania, informacje dla rodzin i formularz zgody na badanie, a także szczegółową definicję terapii systemowej, listę najczęściej zadawanych przez rodziny pytań i odpowiedzi na nie, schemat listy zestawiającej zgłaszające się na terapię rodziny, narzędzie w Excelu przygotowane do wpisywania danych oraz, co najważniejsze, dwie wersje kwestionariusza SCORE-15: dla populacji klinicznej i nieklinicznej. Procedura tłumaczenia była szczegółowo opisana i obejmowała następujące aspekty: 1) włączenie do procesu tłumaczenia osób w różnym wieku, o różnym wykształceniu, pochodzeniu, 2) uwzględnienie różnic kulturowych i 3) przeprowadzanie na końcowym etapie procedury back translation.

Równoległe do prowadzonych prac, do wszystkich członków Sekcji Naukowej Terapii Rodzin PTP wysłano informację o projekcie badań, wraz z zaproszeniem do udziału w nich. Wstępne zainteresowanie uczestnictwem zgłosiły osoby pracujące w 19 ośrodkach. Wśród nich byli przedstawiciele: 7 ośrodków akademickich obejmujących: dwa zespoły terapii rodzin – Ambulatorium Terapii Rodzin Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM w Krakowie, Klinikę Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie, Klinikę Wieków Rozwojowego WUM w Warszawie, Klinikę Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieków Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, przedstawiciele 5 prywatnych ośrodków terapeutyczno-szkoleniowych, jednego towarzystwa, jednej fundacji, dwóch poradni, trzech gabinetów prywatnych.

Po zakończeniu przygotowań obejmujących głównie tłumaczenie wszystkich materiałów, w tym narzędzia SCORE-15 w obu wersjach: klinicznej i nieklinicznej, 14 września 2010 r. w Warszawie w Instytucie Psychiatrii i Neurologii odbyło się spotkanie zainteresowanych osób – koordynatorów, którego celem było szczegółowe zapoznanie się z projektem i ostateczne ustalenie, które ośrodki będą brały udział w jego realizacji.

Udział w projekcie oznaczał, iż dany ośrodek będzie badał zgłaszające się rodziny przed pierwszą sesją konsultacyjną, a następnie przed czwartą i po ostatniej, kończącej terapię. Oryginały uzyskanego materiału empirycznego miały być przekazane przez głównego badacza zespołowi prof. Strattona, a poza tym oczywiście mogły być wykorzystane przez zespoły prowadzące badanie.

Badania miały być prowadzone według szczegółowej procedury, którą przedstawia rysunek 1.



Rys. 1. Schemat procedury badawczej [10]

Dzięki przestrzeganiu takiej precyzyjnej procedury możliwe było prowadzenie badań w wielu ośrodkach z jednoczesnym utrzymaniem jednolitych warunków, co w perspektywie umożliwiło włączenie ich wyników do wspólnej bazy danych.

Mimo początkowo dużego zainteresowania, ostatecznie tylko 7 zespołów wzięło udział w badaniu i przekazało uzyskane materiały. W każdym z nich był koordynator odpowiedzialny za właściwy i zgodny z procedurą przebieg badania. Szczegółowe zestawienia obejmujące nazwę ośrodka, dane koordynatora oraz ilość zbadanych rodzin do końca 2014 roku przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ośrodki, dane koordynatora i ilość zbadanych rodzin

Lp.	Nazwa ośrodka	Koordynator	Grupa kliniczna			Grupa niekliniczna
			Ilość rodzin zbadanych przed pierwszą konsultacją	Ilość rodzin zbadanych po czwartej sesji	Ilość rodzin zbadanych na końcu terapii	Pierwszorazowe badanie
1.	Ambulatorium Terapii Rodzin w Krakowie	Małgorzata Wolska	108	71	29	0

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

2.	Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego	Izabela Łucka	67	2	0	0
3.	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Aleksandra Malus	45	27	6	20
4.	Pracownia Terapii i Rozwoju w Warszawie	Marta Ramm, Martyna Figurska	15	3	1	0
5.	Krakowski Ośrodek Terapii	Bogusława Piasecka	12	11	4	6
6.	Fundacja Dom Nadziei	Bogdan Peć	8	5	5	0
7.	Zakład Terapii Rodzin w Krakowie	Katarzyna Gdowska	4	3	3	0
	Ogółem		259	122	48	26

Analiza danych pokazuje, że ogółem w Polsce zbadano 259 rodzin, które zgłosiły się na konsultację rodzinną w związku z problemami dotyczącymi relacji w rodzinie lub w parze bądź z problemami albo objawami jednego z jej członków. Znacznie mniej rodzin zbadano przed czwartą sesją, bo jedynie 122, a jeszcze mniej na zakończenie terapii – 48. W jednym z ośrodków badano rodziny tylko jednokrotnie, gdyż praktykowane jest w nim jedynie prowadzenie rodzinnej sesji konsultacyjnej. W pozostałych mała ilość badań po czwartej i ostatniej sesji wynikała z innych powodów, takich jak rezygnacja z terapii, skierowanie do leczenia stacjonarnego, odmowa uczestniczenia w badaniu na dalszym etapie terapii, trudności organizacyjne ośrodka. Mała ilość rodzin zbadanych na końcu terapii niekiedy wynikała z faktu, że terapia trwała krótko, obejmując np. pięć, sześć spotkań, i terapeuci nie proponowali ponownego wypełnienia kwestionariusza ze względu na krótki okres, jaki minął od poprzedniego badania. Niekiedy przyczyna była odwrotna – rodziny w terapii pozostawały bardzo długo, np. dwa, trzy lata, i gdy terapia się kończyła, terapeuci nie pamiętali, że były one objęte procedurą badania.

Ilustruje to trudności prowadzenia badań, które rozciągają się w czasie. Terapeutom pracującym w danym ośrodku łatwiej było pamiętać i zmobilizować się do badania, gdy rodzina zgłaszała się pierwszy raz, gdyż w uzupełnianie kwestionariuszy wkomponowane było wypełnianie także innych dokumentów związanych ze zgłoszeniem się do ośrodka, niż w fazie późniejszej, mimo monitorującej roli koordynatora.

Warto zaznaczyć, że mimo tych trudności badania prowadzone w Polsce przy wykorzystaniu SCORE-15 stały się podstawą artykułu [11] oraz doniesień konferencyjnych [12–14] i stanowią przedmiot dalszych opracowań.

Opis kwestionariusza SCORE-15

Kwestionariusz SCORE-15 ma zarówno wersję kliniczną, jak i niekliniczną. Jest przeznaczony dla osób od 12 roku życia.

W obu wersjach Kwestionariusz SCORE-15 jest podzielony na cztery części.

Pierwszą kwestionariuszową część tworzy 15 itemów podzielonych na 3 skale, opisujących funkcjonowanie rodziny w następujących wymiarach:

1. Mocne strony, zdolność do adaptacji;
2. Przytłoczenie trudnościami;
3. Zakłócona komunikacja.

W części drugiej znajdują się 3 pytania otwarte :

1. Jakie słowa najlepiej opisują Twoją rodzinę?
2. Jaki problem/powód spowodował, że zgłosiliście się Państwo na terapię?
3. Głównym problemem jest: ...

Trzecią część stanowią trzy skale dodatkowe, które pozwalają na dokonanie ilościowej oceny na kontinuum od 0 do 10:

1. Jak poważny jest problem? (w ogóle nie ma problemu – jest bardzo źle);
2. Jak sobie radzicie jako rodzina? (bardzo dobrze – bardzo źle);
3. Czy myślisz, że terapia będzie/jest dotąd pomocna? (bardzo pomocna – nieprzydatna).

W ostatniej, czwartej części są zawarte dane demograficzne takie jak wiek, płeć, pochodzenie, wykształcenie, wykonywany zawód, informacje o osobach mieszkających razem.

W wersji nieklinicznej pierwsza część kwestionariusza jest taka sama jak w wersji klinicznej. Różnice występują w części drugiej i trzeciej. Na część drugą składają się 3 pytania:

1. Jakie słowa najlepiej opisują Twoją rodzinę?
2. Jak opisałbyś/opisałabyś główny problem/wyzwanie, przed którym stoi Twoja rodzina?
3. Głównym problemem jest: ...

W części trzeciej różnica dotyczy ostatniego pytania sformułowanego w trybie przypuszczającym. Brzmi ono: Czy uważasz, że terapia pary lub rodziny byłaby pomocna dla Twojej rodziny?

Uzupełnieniem kwestionariusza SCORE-15 jest dodatkowy kwestionariusz wypełniany przez terapeutę po czwartej i ostatniej sesji. Narzędzie to składa się z 2 skal:

1. Skala Przydatności: „Czy sądzisz, że terapia była przydatna dla tej rodziny?” (kontinuum 0–10: wyraźnie pomocna – w ogóle nie pomocna);
2. Skala Zmiany: „Porównując do pierwszej sesji, opisałbyś/opisałabyś rodzinę jako?” („mającą więcej problemów (1) bez zmian (2) silniejszą (3) znacznie silniejszą (4)”)

Obie wersje kwestionariusza były przetłumaczone zgodnie z przesłaną procedurą. W przygotowaniu polskiej wersji wzięli udział: Katarzyna Gdowska, Barbara Józefik,

Bogdan de Barbaro, Barbara Nowak, Jakub de Barbaro, Barbara Folga, Grzegorz Iniewicz.

Badania własne

Prowadzone w Ambulatorium Terapii Rodzin w latach 2010–2014 badanie rodzin dostarczyło bardzo dużo informacji, które aktualnie są kodowane dla dalszych szczegółowych analiz. Warto pamiętać, że część danych to dane jakościowe, które wymagają opracowania uwzględniającego metodologię teorii ugruntowanej oraz analizę tematyczną.

Jak zaznaczono w tabeli 1, w Ambulatorium Terapii Rodzin zbadano ogółem 108 rodzin przed pierwszą konsultacją rodzinną, 71 przed czwartą i 29 po ostatnim spotkaniu. W niniejszym opracowaniu zdecydowano się na porównanie wyników uzyskanych podczas tych właśnie sesji. Decyzja ta wynikła z faktu pozostawania części rodzin w terapii do końca 2014 roku. W niniejszym artykule przedstawione zostaną wyniki uwzględniające dane pochodzące od 49 rodzin: 130 osób, które wypełniły kwestionariusze przed pierwszym i przed czwartym spotkaniem. Zespół badawczy zdecydował się na wykonanie analiz pilotażowych wiedziony przede wszystkim ciekawością. W badania w naszym ośrodku zaangażowany był cały zespół ATR². Procedura badawcza wymagała od terapeutów stałej współpracy i ciągłego zaangażowania. Stąd potrzeba orientacyjnej choćby weryfikacji wartości testowanego narzędzia wydawała się zasadna.

Zespół poszukiwał odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy wyniki badania narzędziem SCORE-15 ujawniają różnice w funkcjonowaniu rodzin pomiędzy pierwszą a czwartą sesją terapii rodzin?
2. Czy istnieje zależność pomiędzy zmianami w funkcjonowaniu rodzin w okresie pierwszych trzech sesji a tym, jak terapeuci pracujący z tymi rodzinami oceniają zmiany w ich funkcjonowaniu oraz przydatność terapii rodzinnej?

Niezależnie od wyników prezentowanych w niniejszym tekście, kontynuowane jest badanie i prowadzone są analizy, których celem jest pełne opisanie psychometrycznych właściwości polskiej wersji kwestionariusza SCORE-15. Na obecnym etapie niezakończony jest badanie rodzin nie korzystających z terapii.

Opis grupy

Podstawowym kryterium włączenia do badań było wyrażenie świadomej zgody na nie. Procedura badawcza była spójna z wymogami programu badawczego opisanymi we wcześniejszej części artykułu. W badaniu wzięły udział rodziny z identyfikowanym pacjentem młodzieżowym, kierowane na terapię z psychiatrycznej poradni przyklinicznej lub oddziału młodzieżowego kliniki psychiatrii z diagnozą wg ICD-10.

² W badaniu rodzin, poza autorami tekstu, wzięli udział: Magdalena Zdenkowska-Pilecka i Grzegorz Iniewicz.

Poddane analizie zostały dane z około półtora roku. Zgodę na udział w badaniu wyraziło wówczas 171 osób – członków 51 rodzin (szczegółowe dane obrazuje tabela 2).

Tabela 2. Dane osób włączonych do badania

Badany	N	Średni wiek	Wiek min.	Wiek maks.
IP	47 (K 35; M 12)	15,75	11	18
Matka IP	49	43,35	33	54
Ojciec IP	42	44,07	35	60
Ojczym IP	3	47,00	41	51
Siostra IP	14	17,14	12	25
Brat IP	15	17,87	12	30
Babcia IP	1	58,00	58	58

IP – identyfikowany pacjent młodzieżowy

Zaplanowane analizy wymagały uzupełnienia przez osoby badane kwestionariuszy przed pierwszym oraz przed czwartym spotkaniem. Wymóg ten spełniony był już tylko u 76% (przez 130 osób z grupy 171). Szczegółowe dane osób, których wyniki poddano dalszym analizom, obrazuje tabela 3.

Tabela 3. Dane osób poddane dalszym analizom

Badany	N	Średni wiek	Wiek min.	Wiek maks.
IP	44 (K 33; M 11)	15,89	12	18
Matka IP	44	42,80	33	54
Ojciec IP	26	45,31	35	57
Ojczym IP	1	51,00	51	51
Siostra IP	7	15,00	12	18
Brat IP	7	19,71	12	30

IP – identyfikowany pacjent młodzieżowy

Jak wyraźnie widać z porównania obu grup (tab. 2 i 3), niekompletne dane dotyczyły głównie ojców IP (brak 40%) oraz rodzeństwa IP (brak 50%). O ile w przypadku rodzeństwa możliwe jest ustalenie wyłączenie stałe lub czasowe z przebiegu terapii, o tyle „wypadnięcie” z niej 40% ojców jest zastanawiające i niepokojące.

Rozpoznanie u 44 identyfikowanych pacjentów były następujące: anoreksja psychiczna (12 osób), zaburzenia zachowania (9), bulimia psychiczna (5), zaburzenia adaptacyjne (5), zaburzenia psychotyczne (4), depresyjne zaburzenia zachowania (4), zaburzenia lękowe (3), zaburzenia depresyjno-lękowe (2).

Struktura 49 rodzin była zróżnicowana: najwięcej było rodzin o strukturze nuklearnej (29), osiem rodzin to rodziny wielopokoleniowe, siedmiu pacjentów mieszkało tylko z jednym rodzicem, w pięciu przypadkach rodzina była rekonstruowana.

Metoda

W celu uzyskania odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze, dotyczące zmian w funkcjonowaniu rodziny pomiędzy pierwszą a czwartą sesją terapii rodzin, badacze zdecydowali się na wykonanie w grupie wszystkich badanych (bez wyszczególnienia rodzin) analiz istotności różnic pomiędzy medianami między badaniem pierwszym (przed pierwszą sesją) i drugim (przed czwartą sesją) w trzech podskalach SCORE („Mocne strony, zdolność do adaptacji”, „Przytłoczenie trudnościami”, „Zakłócona komunikacja”), w skali głównej SCORE oraz trzech skalach dodatkowych („Jak poważny jest ten problem?”, „Jak sobie radzicie jako rodzina?”, „Czy myślisz, że terapia będzie/jest dotąd pomocna?”). Wszystkie wyniki oparto na teście rangowanych znaków Wilcoxon.

Drugie pytanie badawcze dotyczyło związku pomiędzy oceną zmian funkcjonowania rodziny dokonaną przez jej członków a tym, jak terapeuci oceniają ewentualne zmiany oraz przydatność terapii dla danej rodziny. Próba zbadania takiej zależności narażała na trudności natury metodologicznej. Pytania w kwestionariuszu dla terapeuty dotyczą percepcji ewentualnych zmian w przebiegu terapii oraz oceny jej przydatności. Podstawą odpowiedzi na nie wydaje się więc ewaluacja zmian w procesie. Biorąc powyższe pod uwagę, zasadne wydawało się stworzenie współczynnika „zmiany wyników” obliczanego jako różnica wyniku drugiego badania kwestionariuszem SCORE-15 i wyniku pierwszego badania. Dodatkowo wyniki poszczególnych członków rodziny zostały uśrednione w jej obrębie. Zabieg taki był konieczny, gdyż terapeuta w swojej skali odnosił się do obserwowanych przez siebie zmian w całej rodzinie, a nie do zmian w funkcjonowaniu poszczególnych jej członków. Następnie wyliczono współczynnik korelacji rang Spearmana. Założony poziom istotności wynosił $\alpha = 0,05$

Wyniki

Tabela 4. Wyniki korelacji pomiędzy poszczególnymi podskalami kwestionariusza SCORE-15 i skalą dla psychoterapeuty

Zmiana w skali – ocena dokonywana przez członków rodziny		Przydatność terapii dla rodziny w ocenie terapeuty	Zmiana w funkcjonowaniu rodziny w ocenie terapeuty
Przytłoczony trudnościami	Współczynnik korelacji	0,347	
	Istotność (dwustronna)	0,016	
	N	48	
Zakłócona komunikacja	Współczynnik korelacji	0,487	
	Istotność (dwustronna)	0,000	
	N	48	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wynik ogólny SCORE (rho Spearmana)	Współczynnik korelacji	0,425	-0,291
	Istotność (dwustronna)	0,003	0,045
	N	48	48

1. Zmiana wyników SCORE po trzech sesjach: istotny jeden wynik w skali dodatkowej – PROBLEM $p = 0,041$.

Badanie ujawniło istotną na poziomie statystycznym różnicę w ocenie wagi problemu, z którym członkowie rodzin zgłosili się na terapię pomiędzy badaniem pierwszym (przed pierwszą sesją terapii rodzin) a badaniem drugim (przed czwartą sesją).

2. Związek pomiędzy oceną zmian dokonywaną przez członków rodziny po trzech sesjach a oceną terapeuty (analiza korelacji):

- Zmiana w skali „Przytłoczony trudnościami” x ocena „Przydatności terapii” ($R = 0,347$; $p = 0,016$)
- Zmiana w skali „Zakłócona komunikacja” x ocena „Przydatności terapii” ($R = 0,487$; $p = 0,000$)
- Zmiana w wyniku ogólnym SCORE x ocena „Przydatności terapii” ($R = 0,425$; $p = 0,003$)

Badanie ujawniło istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy uśrednioną dla rodziny zmianą (pomiędzy badaniem pierwszym i drugim) w skalach: Przytłoczenie trudnościami, Zakłócona komunikacja, a także wynikiem ogólnym SCORE a tym, jak terapeuta ocenia przydatność terapii dla tej rodziny.

- Zmiana w wyniku ogólnym SCORE x ocena Zmiany funkcjonowania rodziny ($R = -0,291$; $p = 0,045$)

Badanie ujawniło istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy uśrednioną dla rodziny zmianą (pomiędzy badaniem pierwszym i drugim) wyniku ogólnego SCORE a tym, jak terapeuta ocenia zmianę w funkcjonowaniu danej rodziny.

Dyskusja

Pierwszy z uzyskanych wyników oznacza, że spostrzeganie problemu, z którym rodzina zgłasza się do terapii, ulega istotnej zmianie już w pierwszym okresie terapii (po trzech spotkaniach rodzinnych). Problem jest doświadczany jako mniej dotkliwy, jest słabiej przeżywany przez członków rodziny. Wydaje się, że jest to powiązane z uzyskaniem wsparcia, stworzeniem ram i nadaniem struktury procesowi leczenia. Warto przypomnieć, że Ambulatorium Terapii Rodzin jest częścią Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży i terapią rodzin obejmuje rodziny pacjentów w okresie dojrzewania, którzy są diagnozowani psychiatrycznie i często mają nasilone objawy. Stąd w pierwszym etapie terapii istotne miejsce zajmuje badanie kontekstu wystąpienia objawów, ich rozumienie przez członków rodziny, rozeznawanie znaczeń nadawanych psychopatologii, badanie zmian, jakie objawy wprowadziły w życie pacjenta i jego rodziny, oraz sposobów radzenia sobie z bieżącymi trudnościami. Wydaje się, iż uzyskany wynik można interpretować w odniesieniu do skuteczności tych interwencji terapeutycznych, których celem jest zmniejszenie poczucia bezradności

rodziny, odbarczenie jej, zmniejszenie niepokoju poszczególnych członków rodziny, danie nadziei, że kłopoty zostaną przezwyciężone w procesie leczenia. Ważnym aspektem tego procesu jest dzielenie z terapeutami poczucia odpowiedzialności za rozwiązywanie trudności. Rodziny oczekują konkretnych podpowiedzi, jak się zachować i co robić, a terapeuci balansują pomiędzy próbą sprostania tym oczekiwaniom a uruchomieniem zasobów rodziny. Warto zauważyć, że zbliżone rezultaty uzyskał zespół Strattona [5], bazując na danych pochodzących od 584 osób reprezentujących 239 rodzin. Jego wyniki pokazały występowanie znaczącej statystycznie poprawy w spostrzeganiu funkcjonowania rodziny pomiędzy pierwszą a czwartą sesją.

Pozostałe rezultaty wskazują na wysoką spójność oceny formułowanej przez terapeutę, a dotyczącej przydatności terapii i pojawiających się w danej rodzinie zmian, i przeżywaniem przez rodzinę problemu, z którym zgłosiła się na terapię. Pozytywnej ocenie przebiegu terapii towarzyszy wśród członków rodzin zmniejszenie poczucia przytłoczenia trudnościami oraz poczucie poprawy komunikacji wewnątrzrodzinnej i ogólnego funkcjonowania rodziny. Z uwagi na charakter analizy – korelację – zaobserwowana zależność jest dwukierunkowa. Wyniki te można ostrożnie interpretować jako wskazujące na terapię jako proces uzgadniania znaczeń. Kluczowe bowiem wydaje się pytanie, czy w obrębie trzech spotkań terapeutycznych dochodzi do zmian w zakresie komunikacji i funkcjonowania rodziny (zmian w zakresie relacji, radzenia sobie z trudnościami i ogólnego funkcjonowania rodziny), czy też dochodzi do wspólnej z terapeutą rekonstrukcji nadawanych znaczeń. Brak istotnych zmian w wynikach głównych skal kwestionariusza („Mocne strony, zdolność do adaptacji”, „Przytłoczenie trudnościami”, „Zakłócona komunikacja”) sugeruje, iż na tym etapie terapii bardziej mamy do czynienia z tym drugim procesem. Otrzymane wyniki pokazują także, chociaż pośrednio, znaczenie budowanego przymierza terapeutycznego, w którym ważnym elementem jest proces uzgadniania celów i znaczeń, a także na efektywność we wspieraniu rodziny.

Podsumowanie

Wyniki uzyskane dzięki zastosowaniu SCORE-15 są bardzo obiecujące:

1. Wskazują, że narzędzie to pozwala na uchwycenie zmian, jakie zachodzą w pierwszej fazie systemowej terapii par i rodzin;
2. Pokazują one, że już trzy pierwsze spotkania terapii rodzinnej wprowadzają pozytywną zmianę, zmniejszając poczucie przeżywanych trudności i przeciążenia problemami, objawami, z jakimi rodzina zgłasza się na terapię;
3. Ujawniają występowanie spójności pomiędzy tym, jak psychoterapeuta spostrzega proces terapii, a tym, jak ocenia ten proces rodzina.

Piśmiennictwo

1. Miller SD, Duncan BL, Brown J, Sparks J, Claud D. *The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure*. J. Brief Ther. 2003; 2(2): 91–100.
2. Miller SD, Duncan BL, Brown J, Sorrel R, Chalk B. *Using outcome to inform and improve treatment outcomes*. J. Brief Ther. 2006; 5(1): 5–22.
3. Sundet R. *Patient-focused research supported practices in an intensive family therapy unit*. J. Fam. Ther. 2014; 36(2): 195–216.
4. Stratton P, Bland J, Janes E, Lask J. *Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE*. J. Fam. Ther. 2010; 32(3): 232–258.
5. Stratton P, Lask J, Bland J, Nowotny E, Evans C, Singh R. i wsp. *Detecting therapeutic improvement early in therapy: validation of the SCORE-15 index of family functioning and change*. J. Fam. Ther. 2014; 36(1): 3–19.
6. Jewell T, Carr A, Stratton P, Lask J, Eisler I. *Development of a children's version of the SCORE Index of Family Function and Change*. Fam. Proc. 2013; 52(4): 673–684.
7. Cahill P, O'Reilly K, Carr A, Dooley B, Stratton P. *Validation of a 28-item version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: the SCORE-28*. J. Fam. Ther. 2010; 32(3): 210–231.
8. Fay D, Carr A, O'Reilly K, Cahill P, Dooley B, Guerin S. i wsp. *Irish norms for the SCORE-15 and 28 from a national telephone survey*. J. Fam. Ther. 2013; 35(1): 24–42.
9. Relvas AP, Vilaca M, Mojar S. *Portuguese and Anolan Score 15 results. Comparative Studies – 8th Congress European Family Therapy Association, Stambuł, 24–27.11.2013, Final program, & Abstracts Book, SY-036, s. 94.*
10. EFTA Research SCORE Pack a guide (2009) (materiały niepublikowane).
11. Małus A, Konarzewska B, Szulc A, Galińska-Skok B. *Funkcjonowanie małżeństw zgłaszających się do terapii małżeńskiej*. Psychiatr. Pol. 2013; 2: 173–184.
12. Józefik B, Matusiak F, Wolska M, Ułasińska R, Zdenkowska-Pilecka M, Iniewicz G. *Percepcja terapeuty versus percepcja rodziny – zmiany w procesie terapii rodzin*. Konferencja Sekcji Naukowej Terapii Rodzin PTP „Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna”, Kraków, 19–21.10.2012; streszczenia, s. 23–24.
13. Matusiak F, Józefik B, Wolska M, Ułasińska R, Treger B. *Changes in family therapy process – preliminary results of the research using SCORE-15 questionnaire*. 1st European Conference on Systemic Research in Therapy, Education and Organizational Development, Heidelberg, Niemcy, 6–8.03.2014, s. 9.
14. Józefik B, Matusiak F, Ułasińska R, Wolska M. *Sposób definiowania zgłaszanych problemów w kontekście podjętej terapii rodzin*. Konferencja Trzech Sekcji „Psychoterapia działa. Jak? Refleksje nad procesem psychoterapii”, Kraków, 24-26.10.2014, s. 90.

Adres: Barbara Józefik
Pracownia Psychologii Psychoterapii Systemowej
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a