

Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny*

Family Assessment Measures by Manfred Cierpka

Irena Namysłowska¹, Ewa Paszkiewicz¹, Anna Siewierska¹,
Bogdan de Barbaro², Mariusz Furgał², Lucyna Drożdżowicz²,
Barbara Józefik³, Andrzej Beauvale⁴

¹Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

²Z Zakładu Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ w Krakowie
Kierownik: dr hab. n. med. B. de Barbaro

³Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

⁴Z Instytutu Psychologii UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. E. Nęcka

Autorzy przedstawiają Kwestionariusze do Oceny Rodziny Manfreda Cierpki, omawiając szczegółowo ich właściwości i możliwości zastosowania zarówno w badaniach naukowych, jak i praktyce klinicznej.

Authors present Manfred Cierpka's questionnaires for family assessment and describe its' properties and possibilities for use in scientific research as well as in clinical practice.

diagnoza rodziny
kwestionariusze samoopisu

family diagnosis
self-report questionnaires

Wstęp

Intensywnemu rozwojowi terapii rodzin i poradnictwa rodzinnego w ostatnich latach towarzyszy stale rosnąca liczba badań nad wzorcami funkcjonowania rodziny, zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie, nadal jednak tworzenie tzw. obiektywnego pomiaru jej funkcjonowania stanowi poważne wyzwanie dla badaczy. W konsekwencji trudno jest także o zadowalające narzędzia pomiaru efektywności terapii rodzin [1]. Niektórzy terapeuci rodzinni skłonni są nawet twierdzić, że próby obiektywnej oceny funkcjonowania rodziny są niecelowe i wręcz niemożliwe, ponieważ jej system i oceniający go badacz stanowią odrębną jakość, inną niż sama rodzina, koewoluującą w

* Praca zrealizowana w ramach programu badawczego KBN 4PO51309313

procesie oceny i terapii. Większość sądzi jednak, że celowe jest stworzenie narzędzi badawczych opisujących właściwości rodziny, mogą być one bowiem przydatne przede wszystkim w badaniach naukowych porównujących rodziny o różnych typach psychopatologii rodzinnej i indywidualnej [2, 1, 3]. Takie badania niosą szansę stworzenia modeli charakterystycznych dla funkcjonowania rodzin o specyficznej psychopatologii i sprawdzenia słuszności istniejących już modeli wywodzących się z praktyki klinicznej. Możliwość posługiwania się narzędziami pozwalającymi ocenić funkcjonowanie rodziny i jego zmiany wydaje się niezwykle ważna w praktyce psychoterapeutycznej, pozwala bowiem weryfikować subiektywne przekonanie terapeuty rodzinnego o zakresie i kierunku zmian zachodzących w rodzinie w trakcie terapii.

W chwili obecnej, w terapii rodzinnej dominują szkoły terapeutyczne wywodzące się z teorii systemów, choć różnice pomiędzy nimi mogą być dość znaczne. W związku z tym, także w badaniach naukowych i poszukiwaniach narzędzi badawczych, w terapii rodzin dominuje traktowanie rodziny jako systemu, ze wszystkimi jego właściwościami.

Wielość metod badania rodziny

Badacze zajmujący się rodziną mają w chwili obecnej do dyspozycji wiele narzędzi badawczych służących jej ocenie. Przedstawiając poniżej niektóre ze skal kwestionariuszowych o charakterze self-report, należy pamiętać, że badacze często posługują się także metodami opartymi na obserwacji i ocenie rodziny przez klinicystę bądź przez siebie samych. Te obserwacyjne metody realizowane są albo poprzez kodowanie przez badacza interakcji w rodzinie albo poprzez ocenę poszczególnych wymiarów funkcjonowania rodziny.

Chociaż wśród tych narzędzi jest wiele ważnych metod, za pomocą których uzyskano istotne postępy w wiedzy o procesie rodzinnym (jak chociażby Scale Affective Style Measure, ASM) mierzącej u nastolatka ryzyko wystąpienia schizofrenii), poniżej zostaną omówione pokrótce jedynie narzędzia oparte na „rodzinnym autoportrecie”. Kilka wybranych skal z racji swej popularności wśród badaczy rodziny będzie stanowić tło i wprowadzenie do bardziej szczegółowego opisu kwestionariusza FAM III oraz jego modyfikacji autorstwa Cierpki [4, 5], ostatnio zaadaptowanego i poddanego procedurom standaryzacyjnym w Polsce [6].

Wybrane kwestionariusze typu *samoopisu (self-report)*

Kwestionariusze wypełniane przez rodzinę charakteryzują się, podobnie jak wszystkie skale samooceny, znacznymi ograniczeniami metodologicznymi. Wśród najbardziej istotnych wymienić należy: trudności w przypominaniu sobie przez rodzinę pewnych informacji oraz brak obiektywizmu w ocenie, między innymi związany z potrzebą normalizacji swojego funkcjonowania, wyrażaną przez członków rodziny. Innym, ale nie mniej ważnym ograniczeniem, jest trudność w stworzeniu wzorca funkcjonowania całej rodziny na podstawie relacji jej poszczególnych członków. Procedury zmierzające do ustalenia trafności i rzetelności narzędzi badawczych są znacznie trudniejsze w

przypadku rodziny niż w przypadku indywidualnych skal samooceny. Jednocześnie jednak wielu autorów podkreśla, że niewątpliwą zaletą tego typu narzędzi oceny funkcjonowania rodziny jest fakt, że zezwalają one na ocenę dynamiki rodziny w czasie. Członkowie rodziny mają szansę odtworzenia swoich przeżyć i doświadczeń, w różnym czasie i w różnych momentach życia rodziny, i ocenienia, jak niegdyś zachowywali się jako rodzina.

W poniższym przeglądzie ograniczymy się jedynie do kilku często stosowanych narzędzi, zwłaszcza że w polskiej literaturze psychologiczno-psychiatrycznej wielu autorów rekomenduje metody stosowane do konkretnych problemów badawczych [7, 8, 9, 10, 11].

Family APGAR zaproponował G. Smilkstein [12] z Uniwersytetu G. Washingtona. Ten bardzo krótki, bo pięciopunktowy, kwestionariusz pozwala na szybką ocenę funkcjonowania rodziny. Pytania umożliwiają jakościową ocenę procesu rodzinnego w pięciu wymiarach: adaptacji, partnerstwa, rozwoju, emocji i satysfakcji z czasu spędzonego z rodziną. Narzędzie to jest stosowane głównie przez lekarzy rodzinnych w Europie Zachodniej, zwłaszcza w trzech przypadkach: gdy do leczenia trafia nowy pacjent i potrzebna jest choćby powierzchowna ocena dotycząca funkcjonowania jego rodziny, kiedy taka ocena jest konieczna z uwagi na włączenie rodziny w system opieki nad pacjentem oraz wtedy, gdy na lekarza rodzinnego spada obowiązek poradzenia sobie z rodziną w kryzysie. Family APGAR był stosowany z powodzeniem także w Polsce [13]. Mimo że jest to tak proste narzędzie badawcze, cieszy się dużą popularnością i oceniane jest jako niezwykle przydatne w praktyce lekarzy rodzinnych.

Jednym z najczęściej stosowanych kwestionariuszy rodzinnych jest Family Environment Scale (FES) autorstwa Rudolfa Moosa i Beatrice Moos [14]. Skala ta mierzy trzy wymiary klimatu rodzinnego i funkcjonowania rodziny. Wymiar relacyjny dotyczy spójności, wyrażania emocji i konfliktu. Wymiar rozwoju osobowego zawiera podskale: niezależności, ukierunkowania na osiągnięcia, ukierunkowania na rozwój intelektualny i kulturalny, ukierunkowania na aktywność społeczną i rekreacyjną oraz podskalę ukierunkowania na wartości moralno-religijne. Wymiar podtrzymania (*maintenance*) systemu rodzinnego zawiera podskale organizacji i kontroli. Szczegółowy opis tego narzędzia można znaleźć w polskiej literaturze, w pracach, w których było ono stosowane do oceny funkcjonowania rodziny [15].

Stworzony pod koniec lat siedemdziesiątych przez zespół Davida Olsona z Minnesoty The Circumplex Model [16] za trzy główne wymiary procesu rodzinnego przyjmuje adaptacyjność i spójność rodziny oraz komunikację pomiędzy jej członkami. Kwestionariusze bazujące na tej koncepcji, Skala Adaptacyjności i Spójności Rodziny (kolejne jej redakcje: FACES II i III) [17] doczekały się licznych aplikacji badawczych, a także polskiej adaptacji [18, 11, 19].

Model funkcjonowania rodziny określany (za nazwą uniwersytetu, w którym powstał) jako McMaster Model, a bazujący na pracach Nathana B. Epsteina, był wynikiem wieloletnich badań, zarówno rodzin funkcjonalnych, jak i tych, w których jedna z osób cierpi na różnego typu zaburzenia [20]. Był też wielokrotnie przeformułowywany i uściślany. Zakłada, że zadanie współczesnej rodziny polega na zabezpieczeniu prawidłowego funkcjonowania jej członków na poziomie biologicznym, społecznym i

psychologicznym. The McMaster Family Assessment Device (FAD) to narzędzie badawcze stworzone na podstawie tego modelu, z ambicją różnicowania funkcjonalnych i dysfunkcjonalnych rodzin [21]. Służy do badania strukturalnych i organizacyjnych właściwości rodziny oraz sposobów interakcji jej członków. Poza oceną ogólnego funkcjonowania rodziny, mierzy ono konkretne wymiary: rozwiązywanie problemów, komunikację, rolę, emocje (ekspresję emocji i emocjonalne zaangażowanie) oraz kontrolę, jest więc narzędziem opisującym stosunkowo szeroko funkcjonowanie rodziny, stąd jego duża przydatność, potwierdzona licznymi badaniami nad różnymi populacjami rodzin.

W pracach przeglądowych opisujących metody badania rodziny przypisuje się powyższym czterem kwestionariuszom zadowalające parametry psychometryczne oraz szerokie zastosowanie w badaniach [22].

Narzędziem przeznaczonym do badania rodziny w stanie stresu jest Wskaźnik Rodzinnej Wytrzymałości (Family Hardiness Index, FHI). Jego podstawę teoretyczną stanowi model zwany T-Double ABCX [23], będący daleko zmodyfikowaną wersją modelu reakcji rodziny na stres Hilla [24]. W modelu tym A oznacza stresor działający na rodzinę, B – zasoby rodziny, C – sposób oceny sytuacji stresowej przez rodzinę, a X – reakcję na stres. Wyróżnia się dwie fazy reakcji rodziny na stres: przystosowanie i adaptację. Na podstawie tego modelu powstało wiele innych narzędzi badawczych mierzących różne aspekty funkcjonowania rodziny w stresie, np. Family Inventory of Life Events and Changes (FILE) [25], czy Family Crisis Oriented Personal Scales (F-COPES) [26] oceniające radzenie sobie rodziny z sytuacjami ogólnie trudnymi i problemowymi, nie tylko wynikającymi z choroby jednego z jej członków. Skale te zostały opisane w polskiej literaturze naukowej i stosowane były głównie w badaniach nad stresem rodziny związanym z chorobą dziecka.

Kwestionariusz autorytetu osobistego w systemie rodzinnym (Personal Authority in the Family System Questionnaire, PAFS-Q) jest skalą samooceny, przeznaczoną do badania relacji w trzypokoleniowym systemie rodzinnym. Został skonstruowany przez Braya, Williamsona i Malone'a jako narzędzie operacjonalizujące elementy transgeneracyjnych modeli rodzinnych, w tym koncepcji Williamsona [27]. Kwestionariusz ten opisuje międzypokoleniowe relacje rodzinne, tak jak są spostrzegane przez każdego członka rodziny. Każda osoba ocenia swoją bieżącą relację diadyczną z określonym członkiem rodziny w odniesieniu do rodziny pochodzenia i rodziny nuklearnej. Założenia teoretyczne testu nawiązują do koncepcji autorytetu osobistego Williamsona i opierają się na kluczowych dla autora teoretycznych konstrukcjach [28], takich jak indywidualizacja, bliskość i partnerstwo w relacjach oraz mechanizm triangulacji w relacjach rodzinnych [29]. W Polsce procedura standaryzacyjna potwierdziła trafność i rzetelność metody [30], co pozwoliło wykorzystać to narzędzie w badaniach polskich [10].

Skala Rodziny Pochodzenia (Family of Origin Scale, FOS) została opracowana przez Hovestadta i wsp. [31] i nawiązuje do międzypokoleniowych modeli relacji rodzinnych. Opiera się na wymiarach autonomii i bliskości w relacjach. Zdaniem autorów są to dwa przenikające się pojęcia warunkujące zdrowe funkcjonowanie rodziny. Jej autonomię definiuje 5 podskal: jasność ekspresji, odpowiedzialność, szacunek dla

innych, otwartość na innych oraz akceptacja separacji i utrat. Bliskość jest badana także za pomocą 5 podskal: zakres uczuć, nastroj i ton, rozwiązywanie problemów, empatia oraz zaufanie. Skala Rodziny Pochodzenia dokonuje pomiaru percepcji doświadczeń, jakie jednostka zdobyła we własnej rodzinie pochodzenia. Możliwe jest wykreślenie profilu dla danej osoby stanowiącego graficzną reprezentację spostrzeganego przez jednostkę poziomu zdrowia w rodzinie [2]. Procedura standaryzacyjna przeprowadzona w Polsce przez Fajkowską-Stanik potwierdziła rzetelność i trafność testu [30].

Model procesu funkcjonowania rodziny według Steinhauera [32]

Kwestionariusz Manfreda Cierpki oparty jest na kwestionariuszu Oceny Rodziny (Family Assessment Measure, FAM) opracowanym przez Harveya Skinnera i Paula Steinhauera [33]. Z kolei, podstawą teoretyczną dla FAM jest tzw. model procesu funkcjonowania rodziny – Process Model of Family Functioning [32], zbliżony w swojej istocie do powyżej opisanego modelu McMastersa.

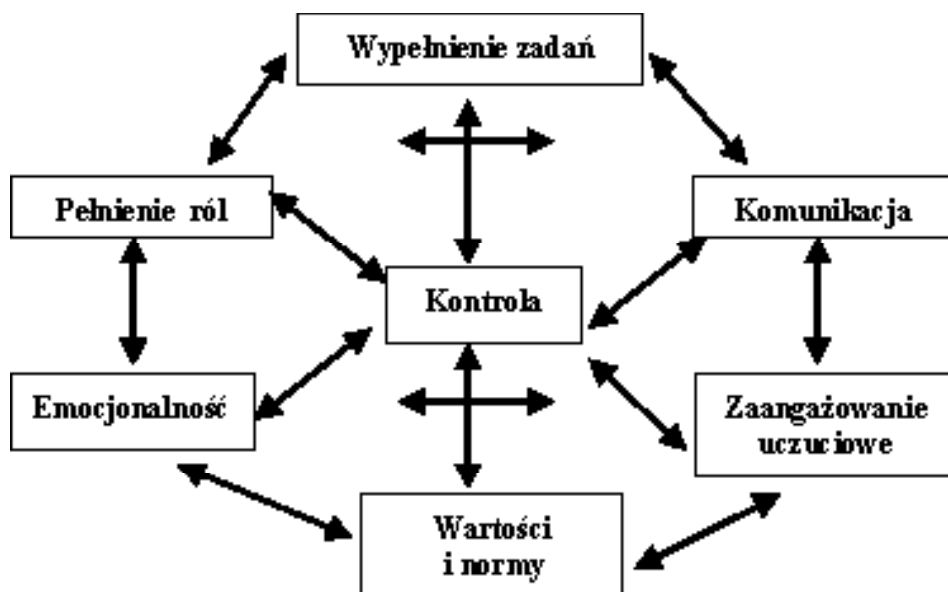
Dla Steinhauera i wsp. punktem wyjścia modyfikacji tego modelu była idea połączenia wymiaru indywidualnego funkcjonowania poszczególnych członków (podsystemów) rodziny z rodziną jako całością. Dotyczy to zwłaszcza związku między indywidualną psychopatologią któregoś z członków rodziny a dysfunkcją rodziny jako całości.

Twórcy tego modelu twierdzą, że różni się on od modelu McMastersa trzema podstawowymi funkcjami. Po pierwsze – podkreśla dynamiczną interakcję pomiędzy wszystkimi wymiarami funkcjonowania rodziny; tym samym zajmuje się bardziej procesem niż strukturą rodziny. Po drugie – podejmuje próbę zintegrowania teorii systemów z teoriami indywidualnej psychopatologii, zwłaszcza teoriami wywodzącymi się z psychoanalizy – jako przykład można tu wymienić rozważania nad tym, jak indywidualna psychopatologia determinuje zaburzenia komunikacji w rodzinie; innymi słowy, np. nadmierne uwikłanie w rodzinie jest wedle autorów wynikiem interakcji interpersonalnej i intrapsychoicznej patologii, którą w zbyt małym stopniu brały pod uwagę wcześniejsze modele funkcjonowania rodziny. Po trzecie – kładzie większy nacisk na interakcje systemu rodzinnego z szerszym systemem społecznym, którego jest częścią.

Model ten obejmuje 7 wymiarów: wypełnianie zadań, podział ról, komunikacja, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola oraz wartości i normy.

Centralny dla tego modelu jest wymiar „wypełnianie zadań” przez rodzinę. Część zadań rodziny jest kulturowo i społecznie zdefiniowana, podczas gdy inne są unikalne dla indywidualnej rodziny i determinowane przez charakterystyczne dla niej normy i wartości.

Prawidłowe wypełnianie zadań pozwala rodzinie osiągnąć biologiczne, psychologiczne i społeczne cele. Cele te autorzy modelu dzielą na podstawowe, dotyczące



Rys. 1 Model rodziny na podstawie procesu funkcjonowania rodziny [5]

codziennego funkcjonowania (jedzenie, schronienie, zdrowie), rozwojowe, gwarantujące rozwój członków rodziny zgodnie z fazami cyklu życia rodziny, oraz tzw. kryzysowe, umożliwiające rodzinie pokonywanie kryzysów. Tę zdolność rodziny do przystosowania się do stresów i ich unikania autorzy traktują jako podstawowy wskaźnik zdrowia rodziny.

„Podział ról” jest konieczny do prawidłowego wykonywania zadań. Role rodzinne to społecznie przypisane, powtarzające się zachowania wymagające współdziałania członków rodziny w różnego rodzaju aktywnościach. Autorzy modelu dzielą role na tradycyjne i idiosynkratyczne. Te pierwsze, takie jak rola ojca, matki, dziecka, są po części społecznie zdefiniowane, choć także rodzina musi sama dojść do ich własnej definicji, najsukuteczniejszej dla niej jako całości. Role tradycyjne mają znaczenie dla wypełniania zadań rodzinnych, podczas gdy role idiosynkratyczne są wyrazem rodzinnej i/albo indywidualnej patologii. Przykładem takiej roli może być rola pacjenta, która ma np. zapewnić spójność rodziny i chronić ją przed rozpadem.

„Komunikacja” i „emocjonalność”, kolejne wymiary modelu rodziny, są podstawowe dla realizacji zadań i podziału ról. Komunikacja w tym modelu oznacza sposoby wymiany informacji pomiędzy członkami rodziny, a jej celem jest osiągnięcie wzajemnego zrozumienia. Komunikacja może dotyczyć ekspresji emocji (emocjonalna), wykonywania codziennych zadań (instrumentalna) i może być neutralna. Im bardziej dysfunkcyjny system rodzinny, tym bardziej zakłócona jest komunikacja emocjonalna.

„Zaangażowanie uczuciowe” odnosi się do stopnia i jakości wzajemnego zainteresowania i dbania o siebie. Z uwagi na ten aspekt procesu rodzinnego w modelu

tym mowa jest o pięciu typach rodzin: nie związane, zainteresowane, ale pozbawione uczuć, empatyczne, narcystyczne i uwikłane.

„Kontrola” oznacza różne interpersonalne strategie i techniki mające na celu wpływanie na zachowanie członków systemu rodzinnego. Może być sprawowana w rodzinie w sposób sztywny, elastyczny, typu „laissez-faire” oraz chaotyczny. Podział ten dotyczy różnic w zakresie przewidywalności stylu funkcjonowania, konstruktywności i odpowiedzialności. Optymalnie, kontrola rodziny powinna wzmacniać stałość pewnego stylu funkcjonowania, techniki wychowawcze, nastawione na wsparcie emocjonalne, a także poczucie indywidualnej odpowiedzialności.

„Wartości i normy” rodzinne wpływają na wszystkie aspekty funkcjonowania rodziny, stanowiąc sumę tego, co jest i nie jest akceptowane przez rodzinę. Mogą być zgodne lub w różnym stopniu niezgodne z wartościami i normami systemu społecznego, w którym rodzina funkcjonuje.

Oparty na powyższym modelu, FAM III składa się z trzech kwestionariuszy: liczącego 50 stwierdzeń Kwestionariusza Ogólnego oraz Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych i Kwestionariusza Samooceny, zawierających po 42 stwierdzenia. Kwestionariusz Ogólny bada funkcjonowanie rodziny jako systemu, Kwestionariusz Relacji Dwuosobowych koncentruje się na poszukiwaniu i określaniu związków pomiędzy poszczególnymi diadami w rodzinie, a ostatni z nich bada postrzeganie funkcjonowania w rodzinie przez poszczególnych jej członków. Każdy z tych kwestionariuszy jest podzielony na 7 podskal zgodnych z opisanymi powyżej siedmioma wymiarami funkcjonowania rodziny. Poza wymienionymi 7 podskalami w każdym z 3 kwestionariuszy znajduje się skala ogólna (sumaryczna), a w Kwestionariuszu Ogólnym dwie skale kontrolne: „obrony” i „oczekiwania społeczne”.

Badania właściwości psychometrycznych FAM III pozwoliły ustalić, że jego skale ogólne mają wysoką rzetelność (zgodność wewnętrzną): według autorów dla Kwestionariusza Ogólnego alfa Cronbacha wynosi 0,93, dla Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych 0,95 i Kwestionariusza Samooceny 0,89.

Kwestionariusz FAM III jest obecnie powszechnie ceniony i stosowany w badaniach klinicznych i nieklinicznych populacji rodzin. Stanowi cenne uzupełnienie oceny klinicznej, ale nie powinien być stosowany zamiast niej. Pozwala ocenić przede wszystkim mocne i słabe strony funkcjonowania rodziny. Ostatnio coraz częściej jest także używany do oceny zmian w trakcie terapii rodzin.

Kwestionariusze Manfreda Cierpki

Modyfikacja FAM III autorstwa Cierpki powstała w 1987 r., po przetłumaczeniu na język niemiecki oryginalnej wersji FAM i wprowadzeniu pewnych zmian po dokonaniu analiz językowych i psychometrycznych [4]. Wprowadzenie tych zmian autorzy niemieccy motywowali kulturową nieadekwatnością niektórych stwierdzeń kwestionariusza kanadyjskiego oraz koniecznością wykluczenia stwierdzeń o podwójnym zaprzeczeniu. W efekcie bardzo skrócono oryginalny kwestionariusz FAM III z 50 do 40 stwierdzeń w Kwestionariuszu Ogólnym i z 42 do 28 stwierdzeń w Kwestionariuszu Relacji Dwuosobowych i Kwestionariuszu Samooceny.

Cierpka [4] i jego współpracownicy zajmujący się oceną właściwości psychometrycznych zmodyfikowanej wersji FAM III są zdania, że składające się na nią kwestionariusze są dostatecznie trafne i rzetelne. Wartości alfa Cronbacha dla podskal Kwestionariusza Ogólnego wyniosły w badaniach 150 rodzin od 0,51 do 0,75, dla podskal Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych od 0,59 do 0,65. Najniższe wartości alfa Cronbacha uzyskano w przypadku Kwestionariusza Samooceny (od 0,33 do 0,65).

Kwestionariusz FAM III, zarówno w wersji oryginalnej, jak i w modyfikacji Cierpki uwzględnia stadia cyklu życia rodziny, zakładając, że wartości poszczególnych wymiarów w modelu rodziny są różne w różnych stadiach cyklu życia rodziny. Wyróżniono 5 faz: 1 – małżeństwo, 2 – rodzina z niemowlęciem, tj. rodzice po urodzeniu się pierwszego dziecka, 3 – rodzice z najstarszym dzieckiem w wieku 11 lat, 4 – rodzice z najstarszym dzieckiem w okresie dorastania, tj. powyżej 12 roku życia, 5 – rodzice po odejściu dzieci z domu. Jest to zgodne z założeniem, że wiek najstarszego dziecka, które jeszcze mieszka z rodzicami, stanowi kryterium podziału na poszczególne fazy. Dla przykładu: jeśli w rodzinie jest dwoje dzieci, jedno 5-letnie i drugie 12-letnie, to jest to rodzina w fazie 4 cyklu życia rodziny.

Każdy z członków rodziny w fazie 3 i 4, który ukończył 12 rok życia, wypełnia Kwestionariusz Rodzinny oraz Kwestionariusz Samooceny, a ponadto każdy z członków diady: żona–mąż, matka–córka, ojciec–córka oceniają relacje w diadzie ze swojego punktu widzenia, tj. matka ocenia relacje z córką, a córka z matką itd. Całkowita ocena trzyosobowej rodziny składa się z 18 kwestionariuszy: trzech Kwestionariuszy Ogólnych, trzech Kwestionariuszy Samooceny i 12 Kwestionariuszy Relacji Dwuosobowych dla trzech diad rodzinnych, ocenianych niezależnie przez obu jej członków. W przypadku rodzin w fazie 1, 2 i 5 małżeństwa wypełniają wyłącznie Kwestionariusz Relacji Dwuosobowych.

Dane uzyskane po wypełnieniu kwestionariuszy są opracowywane za pomocą programu komputerowego.

Zagadnienia związane z polską normalizacją kwestionariusza FAM III, ocena możliwości stosowania go na gruncie polskim, a także analiza jego wartości psychometrycznych jest przedmiotem odrębnego doniesienia [6].

Podsumowanie

Intensywnemu rozwojowi terapii rodzin towarzyszy dynamiczny rozwój narzędzi badających rodzinę oraz proces terapii [22]. Z uwagi na wielość podstaw teoretycznych, interdyscyplinarność zjawisk rodzinnych, mnogość zmiennych opisujących rodzinę, a także intensywnie zmieniającą się w ostatnich dziesięcioleciach samą instytucję rodziny, trudno o narzędzie zadowalające i trwale użyteczne [34, 2]. Nie powinno to zwalniać badaczy od poszukiwania i doskonalenia metod badania rodziny. Dostrzegając zalety kwestionariuszy Manfreda Cierpki podjęto w Polsce badania nad zastosowaniem tego narzędzia do badań rodzin.

Prawo posługiwania się kwestionariuszem FAM III w modyfikacji niemieckiej autorzy przyznali: Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży i Zakładowi Terapii Rodzin z Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie oraz Klinice Psychiatrii

Man besprach die gewählten Mittel der Selbstbeurteilung der Familie, wie zB. Family APGAR, Family Environment Scale, Mc. Master Family Assessment Device, und vor allem Fragebogen zur Familienbeurteilung von Skinner und Steinhauer, sog. FAM, dessen Modifizierung die Fragebögen von Manfred Cierpka sind.

In dem zweiten Teil der Arbeit besprachen die Autoren ausführlich die obenangeführten Fragebögen von Cierpka zur Beurteilung der Familie. Sie beschreiben folgendes: Ausfüllung der Aufgaben, Rollenverteilung, Kommunikation, Emotionen, affektives Empfinden der Beziehungen, Kontrolle, Werte und Normen. Das Mittel besteht aus drei Fragebögen: allgemeiner Fragebogen, Fragebogen der zweipersonalen Beziehungen und Fragebogen der Selbstbeurteilung.

Der allgemeine Fragebogen untersucht, wie die einzelnen Familienmitglieder die Familie als das Ganze betrachten. Der Fragebogen der zweipersonalen Relationen beurteilt das Funktionieren in Familiendiaden, und der Fragebogen der Selbstbeurteilung zeigt, wie die Familienmitglieder ihr eigenes Funktionieren in der Familie betrachten.

Zum Schluss bespricht man die psychometrischen Eigenschaften der Fragebögen und ihre Anwendung in den Forschungen an den Familien und in der Praxis der klinischen Familientherapie.

Les Questionnaires d'Estimation de Famille de Manfred Cierpka

Résumé

Dans la première partie de ce travail ses auteurs décrivent certains instruments qui servent à estimer le fonctionnement de famille. Ils se concentrent surtout sur les questionnaires de auto-description en caractérisant leurs avantages et leurs limitations méthodologiques. On décrit les questionnaires suivants: Family APGAR, Family Environment Scale, Mc. Master Family Assessment Device et avant tout le Questionnaire de Skinner et Steinhauer (FAM) dont la modification constitue les questionnaires de Cierpka. La seconde partie de ce travail présente en détail ces questionnaires de Cierpka. Ces questionnaires de Cierpka embrassent de telles dimensions de famille : tâches familiales, partage des rôles en famille, communication, émotions, réception affective des liens, contrôle, normes et valeurs. Ces questionnaires de Cierpka se composent de trois questionnaires plus détaillés tels que: General Scale, Dyadic Scale et Self-Rating Scale. Le premier examine l'image de famille du point de vue de chacun de ses membres, le deuxième estime le fonctionnement à deux, le troisième décrit comme les membres de famille estiment eux-mêmes leur fonctionnement en famille. La fin de l'article présente les caractéristiques psychométriques des questionnaires et leur emploi pour les recherches et la thérapie clinique de famille.

Piśmiennictwo

1. Pinsof WM. *Family therapy process research*. W: Gurman AS, Kniskern DP, red. *Handbook of family therapy*. New York: Brunner Mazel; 1981.
2. Grotevant HD, Carlson CI. *Family therapy assessment. A guide to methods and measures*. New York, London: The Guilford Press; 1989.
3. Wynne LC. *The state of art in family therapy research*. New York: Family Process Press; 1988.
4. Cierpka M. *Familien-diagnostik*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag; 1988.
5. Cierpka M, Frevert G. *Die Familienbögen*. Hogrefe Vrl.; 1994.
6. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne własności Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. *Psychiatr. Pol.* 2002; 1: 29–40.
7. Czabała JC. *Rodzina a zaburzenia psychiczne*. Kraków: Instytut Psychoneurologiczny SP PTP;

- 1988.
8. Zwoliński M. *Właściwości funkcjonowania rodziny*. W: Pohorecka A, red. *Rodzina w terapii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1992.
 9. de Barbaro B. *Brzemie rodziny w schizofrenii*. Kraków: Wyd. Sekcji Psychoterapii PTP, 1992.
 10. Józefik B. *Percepcja wzorów międzypokoleniowych w rodzinach pacjentów z zaburzeniami odżywiania się i w rodzinach pacjentów chorujących na schizofrenię*. Maszynopis pracy doktorskiej CM UJ, 1998.
 11. Pietruszewski K. *Hospitalizacja pacjenta młodzieżowego w perspektywie rodzinnej*. *Psychoter.* 1992; 1, (80): 23–36.
 12. Smilkstein G. *The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians*. *J. Fam. Prac.* 1978; 6: 1231–1239.
 13. Sprusińska E, Makowska Z. *The effect of social support on women's perception of global stress nad health status*. *Med. Pract.* 1992; 43: 403–410.
 14. Moos RH, Moos BS. *Family Environment Scale Manual* (2nd ed.). Consulting Psychologist Press, Palo Alto 1986.
 15. Modrzejewska R. *Cechy systemu rodzinnego w doborze stacjonarnego i domowego leczenia młodzieży*. Maszynopis pracy doktorskiej CM UJ, 1998.
 16. Olson DH, Sprenkle DH, Russel CS. *Circumplex model of marital and family system*. *Fam. Proc.* 1979; 18: 3–29.
 17. Olson DH. *Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III*. *Fam. Proc.* 1986; 25: 337–351.
 18. Zwoliński M. *Family cohesion and adaptability as determinants of family satisfaction in clients of family therapy*. Proceedings of the Baltic Sea Conference on Psychosomatics and Psychotherapy, Kiel 1992.
 19. Namysłowska I, Małkiewicz-Borkowska M. *Cohesion and adaptability of 100 families of hospitalized adolescent patients*. *Med. Mind Adolesc.* 1966.
 20. Epstein NB, Bishop D, Lewin S. *McMaster Model of Family Functioning*. *J. Marr. Fam. Couns.* 1978; 4: 19–31.
 21. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. *The McMaster Family Assessment Device*. *J. Mar. Fam. Ther.* 1983; 9, (2): 171–180.
 22. Sawin KJ, Harrigan MP, red. *Measures of family functioning for research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 1995.
 23. McCubbin MA, McCubbin HJ. *Family stress theory and assessment, the T-Double ABCX model of family adjustment and adaptation*. W: McCubbin HJ, Thompson A, red. *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin; 1987.
 24. Hill R. *Families under stress*. New York: Harper & Bros; 1949.
 25. McCubbin HJ, Patterson H, Wilson LR. *Family Inventory of Life Events and Changes (FILE)*. W: Olson DH, McCubbin HJ, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M., red. *Family inventories: Inventories used in survey of families across the family life cycle*. St. Paul, Minnesota: University of Minnesota; 1982.
 26. McCubbin HJ, Larsen AS, Olson DH. *Family Crisis Oriented Personal Scales (F-COPES)*. W: Olson DH, McCubbin HJ, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M, red. *Family inventories: Inventories used in survey of families across the family life cycle*. St. Paul, Minnesota: University of Minnesota; 1982.
 27. Bray JH, Harvey DM. *Intimacy and individuation in young adults: Development of the college student version of the personal authority in the family system questionnaire*. Houston 1987.
 28. Williamson D. *Personal authority via termination of the intergenerational hierarchical boundary*:

- A new stage in the family life cycle.* J. Mar. Fam. Ther. 1981; 17, 4: 441–452.
29. Bowen M. *Family therapy in clinical practice.* New York: Aronson; 1978.
30. Fajkowska-Stanik M. *Polska adaptacja kwestionariusza autorytetu osobistego w systemie rodzinnym.* Badania przeprowadzone w ramach programu Research Support Scheme, Open Society Institute, Soros Foundation, 1998, materiały uzyskane od autora.
31. Hovestadt AJ, Anderson WT, Piercy FP, Cochran SW, Fine M. *A family of origin scale.* J. Mar. Fam. Ther. 1985; 11: 287–297.
32. Steinhauer PD, Santa Barbara J, Skinner HA. *The process model of family functioning.* Can. J. Psychiatry 1984 ; 29: 77–88.
33. Skinner HA, Steinhauer PD. *The family assessment measure.* Can. J. Comm. Mental Health 1983; 2: 91–102.
34. Woog P. Preface. W: Sawin KJ, Harrigan MP, red. *Measures of family functioning for research and practice.* New York: Springer Publishing Company; 1995.

Otrzymano: 12.02.2001

Zrecenzowano: 16.08.2001

Przyjęto do druku: 22.10.2001

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
IPiN