



# **Instrukcja do metodologii oceny jakości terapii CanaQass**



# 1

## Wprowadzenie

(choć lepiej przeczytać raport) \*

To narzędzie jest proste w użyciu, ale – jak sama terapia – jest bardzo złożone, skomplikowane i wymaga bardzo dużo refleksyjności. Tę buduje się w oparciu o wiedzę, więc zachęcamy do przeczytania raportu z badania, które pozwoliło stworzyć tę metodologię. Jeśli nie ma na to czasu, przeczytanie instrukcji – jest absolutnie kluczowe. Od początku do końca.

Zanim zaczniemy wyjaśniać po kolei, jak działa to narzędzie, podkreślimy kilka podstawowych kwestii, których dowiedzieliśmy się, prowadząc badanie, a które pewnie i czytelniczkom i czytelnikom tej instrukcji wydadzą się znajome. Oto najważniejsze wnioski z badania CanaQass, które poprzedziło stworzenie tego narzędzia:

### a

#### Motywacje

- Na początkowych etapach terapii najsilniej oddziałują motywy zewnętrzne wobec klienta, więc należy je poznać i wykorzystywać do utrzymania klienta w terapii.
- Najczęstsze motywacje tego typu to nacisk ze strony otoczenia (najczęściej rodziny), chęć zniwelowania szkód, które są wynikiem używania (finansowych, zdrowotnych, społecznych, prawnych), chęć odzyskania zaufania ze strony najbliższego otoczenia, ale również odzyskania przywilejów, jakie utracił w funkcjonowaniu społecznym i rodzinnym, a w perspektywie długo planowej chęć spełniania w przyszłości podstawowych ról społecznych (bycia dobrym ojcem, człowiekiem, spawaczem).
- Motywacja klienta nie jest stała, ale dynamicznie się zmienia. Za utrzymywanie optymalnego poziomu motywacji w terapii odpowiada terapeuta.

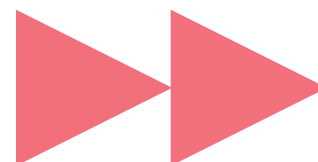
\* Dostępny pod adresem: [badania.uni.opole.pl/canaqass](http://badania.uni.opole.pl/canaqass)

- Osiągnięcie sukcesu w terapii musi poprzedzić zdefiniowanie motywów jej podejmowania z zewnętrznych na wewnętrzne. Zmiana celów jest punktem kulminacyjnym terapii i może objawiać się w zmianach zachowania i postaw (większa otwartość, inicjatywa, odpowiedzialność).
- Bez motywacji wewnętrznych klienta sukces w terapii wydaje się być niemożliwy do osiągnięcia, ze względu na to, że motywy zewnętrzne nie są stabilne, a przede wszystkim nie mogą być kontrolowane przez klienta. Po ich ustąpieniu klient może zrezygnować z terapii.
- Jednak po zakończeniu terapii motywy zewnętrzne mogą być pomocne w radzeniu sobie z nowymi wyzwaniami, jakie klient napotyka po terapii.

# b

## Cele

- Na początku terapii cele klienta są często rozbieżne z celami terapeuty. Celem terapeuty niemal zawsze jest całkowita abstynencja, natomiast klient przychodzi do terapii ze skromniejszymi celami. Często celem jest odzyskanie kontroli nad używaniem co jest niemalże niemożliwe.
- Niezbędne jest ustalenie wspólnych celów dla konkretnej terapii na zasadzie indywidualnego podejścia i kontaktu. Nie są one jednak ustalone raz. Terapia to ciągła negocjacja celów między terapeutą a klientem.
- Redefinicja celów terapii na samym początku jest celem samym w sobie. Klient musi najpierw zyskać świadomość uzależnienia oraz uświadomić sobie, jaki wpływ ma ono na niego, dopiero wtedy można wyznaczać dalsze cele, takie jak ograniczenie używania, powrót do społeczeństwa, praca nad emocjami itd.
- Cele powinny być dostosowane do etapu terapii i wydawać się klientowi realne do realizacji w danym momencie. Dlatego na początku można zrezygnować z werbalizowania całkowitej abstynencji jako celu na rzecz mniejszych, pośrednich celów, jak np. ograniczenie używania, praca nad emocjami, czy budowanie relacji opartych na zaufaniu.





## Ułatwienia i utrudnienia

- Utrudnieniem w podjęciu decyzji o rozpoczęciu terapii jest już specyfika samej substancji: korzyści i stosunkowo małe straty wynikające z używania marihuany nie motywują użytkowników do podejmowania działań w kierunku terapii.
- Klienci terapii nieustannie racjonalizują używanie marihuany, odnosząc się do efektów związanych z innymi używkami. Klienci przekonują między innymi o prozdrowotnym działaniu marihuany, która nie wywołuje tak kłopotliwych konsekwencji jak inne substancje psychoaktywne.
- Na etapie podejmowania decyzji dot. leczenia, niezrozumienie mechanizmu uzależnienia oraz brak podstawowej wiedzy dot. procesu terapeutycznego również wśród najbliższych klienta utrudnia podjęcie decyzji o terapii.
- Pełnienie ról rodzinnych czy społecznych i wiążące się z tym poczucie zobowiązania wobec innych mogą utrudnić zaangażowanie się w proces terapii.
- Negatywne wyobrażenia o systemach leczenia przyczyniają się do kreowania i utrzymywania negatywnego wizerunku placówek oraz leczących się w nich osób uzależnionych.
- Interwencja terapeutyczna rodzi duże obawy i niepokój, które manifestowane są w relacjach badanych nt. wyobrażeń o kontakcie z terapeutą.
- Jasno określony cel terapii pomaga przetrwać momenty kryzysowe dla nowo przyjętych klientów.
- Umiejętność zagospodarowania wolnego czasu w życiu klientów ośrodka może świadczyć o postępach w terapii.
- Ważnym wspomagającym aspektem w terapii jest posiadanie systemu wsparcia społecznego w rozumieniu otoczenia, w tym bliskich.
- Istotne znaczenie w trakcie terapii stacjonarnej mają informacje zwrotne, czyli tzw. feedback od społeczności terapeutycznej.
- Dla relacji terapeutycznej – oprócz tak istotnych czynników jak zaangażowanie terapeuty, czy stosowane metody interwencji w ramach psychoterapii – ważną rolę odgrywają takie aspekty jak odbiór terapeuty jako osoby ciepłej, pomocnej i wspierającej. Kontakt, który był oceniany jako ułatwiający terapię, to kontakt bezpieczny i skoncentrowany na indywidualnej relacji.
- Z relacji terapeutów w relacji terapeutycznej pomagają zdefiniowane oczekiwania, ustalone granice i pewna konsekwencja w prowadzeniu terapii. Istotne jest również wzmocnienie klienta w terapii poprzez zauważanie postępów, udzielanie pozytywnej informacji związanej z realizacją poszczególnych celów, ale jednocześnie stawianie wyzwań.

# 2

## Rola terapeuty jako badacza

To narzędzie skierowane jest do terapeuty prowadzącego terapię. Tylko on/a posiada wiedzę i kompetencje, żeby dokonywać analizy terapii w obszarach, które opisano poniżej. Dlaczego? Przede wszystkim ze względu na odpowiednie przygotowanie merytoryczne, ale również ze względu na to, że bardzo ważne jest bezpieczeństwo klienta. W kontakcie z papierowymi formularzami, w konfrontacji z zadawanymi tutaj pytaniami, które mogą klienta niepokoić, albo – źle interpretowane – zniechęcać, tylko udział osoby odpowiedzialnej za terapię gwarantuje pełen komfort klienta i innych osób udzielających informacji. Dlatego bardzo ważne jest, żeby zapewnić klientowi i wszystkim innym uczestnikom badania pełną anonimowość i ochronić udzielone przez nich dane przed nieautoryzowanym dostępem.

Terapeuta staje się więc **odpowiedzialnym badaczem** i tylko on/a może dokonać interpretacji danych uzyskanych dzięki użyciu CanaQass. Wyniki nie generują się tutaj automatycznie. Ze względu na zróżnicowany, zindywidualizowany charakter każdej relacji terapeutycznej – nie można mierzyć terapii maszynowo. Potrzebny jest do tego człowiek, który wykorzysta wstępnie pogrupowane informacje w pracy terapeutycznej.

Zakłada się, że **terapeuta** weźmie **pełną odpowiedzialność** za użycie tego narzędzia w swojej terapii oraz ewentualne tego skutki dla klienta.

# 3

## Korzyści i trudności

### a

#### Korzyści

- To terapeuta jest najbardziej zmotywowany, żeby ulepszać terapię – ponieważ to cel jego pracy. Dlatego jest odpowiednią osobą do używania narzędzia.
- Czas wykorzystany na wypełnienie i analizę lub omówienie wyników badania może służyć terapii, a terapeuta może inkorporować CanaQass jako jeden z tematów sesji terapeutycznych.
- Pewna anonimowość – w interakcji z kartką – daje możliwość bezpiecznego wyrażu swoich opinii, postaw i uczuć, może pozwolić wyrazić to, czego nie udało się zwerbalizować w rozmowie.
- Narzucenie określonych ram pozwala porównywać terapię (między uczestnikami i w czasie).
- CanaQass daje możliwość łatwej i dość precyzyjnej oceny postępów terapii, ale i odwrotnie, pozwala zniwelować błędy terapeutyczne oraz uzyskać informację zwrotną o pracy terapeuty.
- Użycie tego narzędzia daje możliwość upewnienia się co do celów terapii oraz diagnozy podstawowych motywów, jakimi posługuje się klient, co stanowi rzecz najbardziej podstawową w terapii.
- Uczestnictwo osób trzecich (otoczenia) może dać inną perspektywę na relację terapeutyczną i w zestawieniu z odpowiedziami terapeuty i klienta dać zobiektywizowany obraz terapii.
- Dla decydentów (kierowników ośrodków, grantodawców, samorządowców) narzędzie CanaQass analizowane zbiorczo może dać podstawowe możliwości porównywania jednostek prowadzących terapię.
- Użycie narzędzia daje możliwość dyskusji na temat terapii i krytycznego wglądu w tę relację, zwiększając refleksyjność uczestników procesu.

# b

## Trudności

- Zebrane dane terapeuty prowadzący terapię musi analizować samemu. Może starać się o wsparcie, pamiętając jednak o ochronie prywatności klienta.
- Na zrealizowanie badania potrzebny jest czas, a analiza – mimo tego, że jest przejrzysta i polega na zestawianiu różnych formularzy – to również czasochłonne zajęcie.
- Narzędzie nie jest anonimowe – nie da się wprowadzić neutralnego badacza, osoby trzeciej do relacji klient-terapeuta, by móc zapewnić anonimowość. Odpowiedzi klienta muszą trafić do terapeuty i on/a musi wiedzieć, kim jest autor odpowiedzi i komentarzy w formularzu. To może ograniczać swobodę wypowiedzi klienta.
- Narzędzie zamyka się w określonych kategoriach, które zostały dobrane na podstawie badania, ale to nie oznacza, że wyczerpują listę możliwych obszarów tematycznych. Półotwarty charakter formularza w pewnym stopniu niweluje tę trudność, ale należy być jej świadomym.
- Terapeuci są zwykle wykształceni w obszarze nauk społecznych i powinni mieć podstawowe przygotowanie badawcze i analityczne. Jednak w idealnej sytuacji szkolenie do używania tej metodologii byłoby bardzo korzystne – a jego brak stanowi pewną trudność.
- Trudnością w wykorzystywaniu tego narzędzia może być relacja władzy między klientem a terapeutą. Ten pierwszy ocenia tego drugiego, ale pozostaje z nim w relacji terapeutycznej. Może to powodować strach przed oceną terapeuty i być w efekcie przeszkodą.

# 4

## Cel zadania: analiza spójności

Narzędzie składa się z trzech części (przed, w trakcie i po terapii), a zaadresowane jest do trzech grup odbiorców: klientów, terapeutów i otoczenia klienta. Z narzędzia można skorzystać w całości, użyć na trzech (lub więcej – można przeprowadzać badanie wiele razy w trakcie terapii) etapach i wśród wszystkich grup (i zaangażować nawet kilkoro bliskich czy znajomych klienta), ale ze względów praktycznych zwykle jest to trudne do osiągnięcia. Dlatego poszczególnych części można używać osobno. Są one względem siebie autonomiczne i nawet bez wczytywania się w tę instrukcję, można dokonywać analiz przebiegu i efektów terapii.

Jednak najważniejszym zadaniem, które stoi przed terapeutą analizującym dane z formularzy CanaQass jest analiza spójności perspektyw: klienta, terapeuty i otoczenia. Potrójny wgląd daje możliwość sprawdzenia, czy komunikacja celów, metod, wartości, postaw i innych elementów w terapii jest lub była skuteczna. Z kolei stosowanie zestawów na kolejnych etapach lub w każdym momencie terapii, który terapeuta uzna za odpowiedni – pozwala śledzić zmiany.



# 5

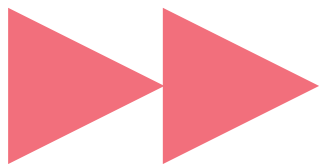
## Uczestnicy badania i ich role

Wybór klienta i terapeuty jest zasadniczo oczywisty. Jeśli decyzję podejmuje sam prowadzący terapeuta, powinien on najpierw zapoznać się z narzędziem, zdecydować, czy nie ma tam żadnych pytań, które zadane klientowi mogłyby w jakikolwiek sposób utrudnić jego pracę lub naruszyć zaufanie klienta i zagrozić jego poczuciu bezpieczeństwa – a następnie nie tylko poprosić klienta o wypełnienie formularza, ale zrobić to również samemu.

Narzędzie zostało napisane prostym językiem i nie powinno sprawiać trudności klientom, ale będąc samo-wypełniającym się kwestionariuszem, z dużym naciskiem na swobodne wypowiedzi – najlepsze efekty prawdopodobnie przyniesie w pracy z tymi, którzy mają więcej zasobów poznawczych i lepszy wgląd w samych siebie. Z drugiej strony, prostota i przejrzysta struktura narzędzia pozwoli uzyskać wartościowe informacje nawet od klientów oszczędnie wypowiadających się na swój temat.

Dobór przedstawicieli otoczenia powinna poprzedzić analiza tego, ile dany znajomy/a może wiedzieć o kliencie, w jakich sytuacjach go obserwuje (a w jakich nie) i na ile rzetelna może być wiedza, którą wniesie on/a do badania. Bliscy mogą być obciążeni błędem, angażować się w tzw. myślenie życzeniowe albo po prostu nie wiedzieć zbyt wiele o kliencie. Należy brać to pod uwagę.

Wyjątkowym typem osoby z otoczenia klienta może być inny klient, który uczestniczy w leczeniu (zwłaszcza w terapii stacjonarnej) lub terapeuta, który nie prowadzi terapii, ale uczestniczy np. w pracach społeczności terapeutycznej.



# a

## O czym informować

Udział wszystkich w badaniu powinien być przede wszystkim świadomy i dobrowolny. Świadomość oznacza tutaj przede wszystkim wiedzę o tym, kto będzie mieć dostęp do udzielanych odpowiedzi i co może się stać z przekazywanymi danymi. Metodologia CanaQass została zaprojektowana w taki sposób, żeby ani nie zbierać, ani nie umożliwiać rozpowszechniania danych osobistych, ale należy pamiętać, że szczegółowa ewaluacja terapii i rewizja motywacji do niej, oraz jej celów i przebiegu stanowi bardzo wrażliwą i osobistą informację o kliencie, jego leczeniu, życiu i uczuciach. Należy podchodzić do zastosowania narzędzia CanaQass w taki sam sposób jak do wszystkich innych działań terapeutycznych.

W związku z tym, zbieranie, przechowywanie i kodowanie danych należy traktować z odpowiednią starannością, a klienta i ew. jego bliskich zapewnić o poufności przekazywanych informacji oraz zapewnić mu ewentualną pomoc, jeśli tylko wypełnianie formularza przyniesie jakiegokolwiek negatywne efekty.

Należy poprosić badanych o pełne zaangażowanie, zupełną szczerłość i absolutnie poważne podejście do wypełniania formularza. Terapeuta, na podstawie zebranych informacji, będzie mógł dostosowywać terapię do klienta i wszelkie przekłamania, pozytywne czy negatywne, mogą poważnie wpłynąć na stan klienta.

# 6

## Wprowadzenie techniczne

### a

#### Potrzebny czas

Wypełnianie zestawu A zajmuje około 20 minut. Wypełnienie zestawu B – to około 30–40 minut. Na zestaw C należy zarezerwować około 15 minut. Różnice mogą pojawić się w zależności od indywidualnego tempa pracy badanych. Swoboda wypełniania może wpływać na staranność udzielania odpowiedzi, to bardzo ważne, żeby dać wypełniającym taki komfort, żeby nie odpowiadali pod presją czasu, zaznaczając przypadkowe pola i nie rozwijając odpowiedzi.

### b

#### Jak kodować

Każdy zestaw zawiera pytania metryczkowe na początku formularza. Tylko terapeuta nadaje: **kod terapeuty (KM0T), kod klienta (KM0K), kod instytucji (KM0P)**. W zależności od skali przedsięwzięcia badawczego, jeśli chcesz wyjść poza ocenę indywidualnej terapii – te kody pozwolą zidentyfikować przypadki wg terapeutów prowadzących i instytucji. Drugą funkcją kodów w metryczce jest identyfikacja poszczególnych klientów na potrzeby samego terapeuty. Badanie jest etapowe, formularze rozdawane są wielokrotnie i anonimowo, więc kod klienta stanowi jego identyfikator.

Kod klienta musi być unikatowy i nie powinien pozwalać na jego identyfikację poza formularzami. Nie zaleca się stosowania inicjałów lub pseudonimów klientów. Podobnie zaleca się kodować terapeutę i ośrodek. Kody umożliwiają także zbiorczą analizę (zob. **analizy zbiorcze** na końcu tej instrukcji).

Właśnie dla analiz w skali całej placówki albo jednostki administracyjnej skonstruowano kody dla wszystkich pytań w formularzach CanaQass. Obok każdego z pytań i przy każdej odpowiedzi kafeterii znajdują się kody pytań i kody odpowiedzi, które pozwalają łatwo zamieniać je w zmienne i ich wartości, żeby analizować terapię zbiorczo. Więcej informacji na ten temat zamieszczono w sekcji **analizy zbiorcze** na końcu tej instrukcji.

# 7

## Instrukcja tematyczna

### Podział na tematy

Formularze CanaQass dotyczą motywacji i celów oraz zmian i oceny terapii. Motywacje i cele są podzielone na 6 grup tematycznych, które związane są z obszarami lub aspektami funkcjonowania klienta w związku z terapią i używaniem substancji. Z tego wynika ich wzajemne przenikanie się. Tematy mają funkcję porządkującą i są nieco wyabstrahowanymi konceptami teoretycznymi. Pozwalają na uporządkowanie myślenia o, i oceniania terapii. Pierwszy temat to **relacje z najbliższym otoczeniem** klienta, ludźmi, z którymi żyje i jego postawami wobec nich. Drugi temat to **używanie substancji** i postawy związane z nim. Trzeci temat stanowią **straty spowodowane używaniem** substancji. Czwarty temat to **emocje klienta** związane z używaniem i konsekwencjami używania substancji. Piąty temat to szersza wizja klienta na swoje **funkcjonowanie w społeczeństwie** i pełnienie ról społecznych, zawodowych i związanych z nimi kompetencji i wyobrażeń. Ostatni temat – szósty – to kwestie związane z samą terapią, wyobrażeniem o niej, jej warunkach i przebiegu.

Taki podział tematyczny nie wyczerpuje wszystkich możliwych aspektów terapii, dlatego wypełniający formularz mogą wpisać inne kategorie. W ramach każdego tematu zaproponowano też pozycje kafeterii. One również nie wyczerpują możliwości – zawsze można dopisać swoją własną odpowiedź i rozwinąć ją w dalszej części formularza.

### Zestawy

Narzędzia CanaQass można użyć na trzech (i więcej) etapach terapii: na jej początku, w trakcie i po zakończeniu (lub pod koniec), służą do tego odpowiednio zestawy: A, B i C. Ten ostatni jest skierowany jedynie do klienta. Zestaw B jest najdłuższy i można używać go wielokrotnie w czasie trwania terapii, żeby monitorować zmiany w obrębie celów, motywacji i opinii na temat terapii.

Zestawy i ich sekcje mają oznaczenia – kody potrzebne do ewentualnej analizy zbiorczej. Mogą również służyć do orientacji w formularzach: litera A – oznacza zestaw A, B – zestaw B, a C – zestaw C. Formularze skierowane do terapeuty nie mają żadnej litery poprzedzającej kody, a te dla klientów rozpoczynają się na K, a dla ludzi z ich otoczenia – na literę O. Ostatnia litera kodu oznacza zakres tematyczny pytań. Dla przykładu: pytania KCT – to pytania do klienta (K), z zestawu na zakończenie terapii (C) i na temat terapii (T).

# a

## Zestaw A - rozpoczęcie terapii

Zestawu A można użyć podczas spotkania informacyjnego, po nim, w czasie pierwszej sesji terapeutycznej – lub po niej. Praca terapeutyczna powinna być najwyżej rozpoczęta, a cele terapii dopiero wstępnie uzgodnione. Najważniejszą rolą tego zestawu jest zdobycie informacji, do których można powołać się na dalszych etapach. Poza tym, zastosowanie narzędzia przy rozpoczęciu terapii pozwala też upewnić się, że istnieje porozumienie i przekładalność perspektyw między stronami.

## Zestaw dla terapeuty

### AM1. Motywacje zewnętrzne klienta

Klient przystępuje do terapii z wielu różnych względów, ale zasadniczo nie jest to zinternalizowana wola i umiejętność zmiany zachowania (używania substancji psychoaktywnych). Jego chęć zmiany jest zewnętrzna wobec niego samego i stanowi sam początek terapii, a te motywacje służą terapeutce do podtrzymywania klienta w leczeniu i dążenia do zbudowania wewnętrznej motywacji do zmiany zachowania. Formularz CanaQass pozwala rejestrować motywacje w 6 grupach tematycznych. Każda ze stron udziela informacji o terapii klienta w ramach tej samej struktury tematycznej. Umożliwia to porównanie motywacji z perspektywy klienta, jego otoczenia oraz terapeuty.

Ta karta jest skonstruowana w taki sposób, że najpierw wybiera się odpowiedzi z listy (zaznaczając pole), ewentualnie dodając swoje (w polu „inne”), a następnie opisuje je konkretnie i szczegółowo. Można też dodać swój temat, dopisując „inne” u dołu formularza.

### AC1. Uzgodnione cele terapii

W drugiej części zestawu A badani wypowiadają się na temat celów terapii, które wspólnie uzgodnili podczas pierwszych spotkań. Wypełnienie tej karty jest kluczowe z dwóch powodów: pozwala śledzić zarówno ich osiągnięcie i zmiany oraz odnosić się do nich na dalszych etapach badania, jak i sprawdzić zgodność celów pomiędzy terapeutą i klientem (w tym z perspektywy obserwatora-bliskiego).



## Zestaw dla klienta

Na początku klient wypełnia tylko pytanie o używane substancje – pozostałe pola, po udzieleniu odpowiedzi przez klienta, są wypełniane przez terapeutę. Należy powielić kody klienta, terapeuty i placówki – instytucji oraz podać daty – rozpoczęcia terapii i udzielania odpowiedzi.

### **KAM1. Powody podjęcia terapii**

Formularz dla klienta ma identyczną strukturę jak ten dla terapeuty, z tym, że treść pytań jest sformułowana w bardziej przystępny sposób. Należy poinstruować klienta, żeby podał powody, dla których – jego zdaniem – zdecydował się wziąć udział w terapii. Może zaznaczać przygotowane odpowiedzi, ale też dopisywać swoje. Warto zachęcić klienta do odpowiadania własnymi słowami i rozwijania zaproponowanych tematów w polach do swobodnej odpowiedzi.

### **KAC1. Uzgodnione cele terapii**

Karta na temat celów terapii również ma dokładnie taką samą strukturę i język dopasowany do klienta. Należy poinstruować klienta, żeby postępował zgodnie z prostą instrukcją i nie wahał się dopisywać swoich pomysłów i rozwijać swoje odpowiedzi.



## Zestaw dla osób z otoczenia klienta

Podobnie jak w przypadku formularza dla klienta – to terapeuta wypełnia pola z kodami (terapeuty, klienta i placówki) oraz pola z datami (rozpoczęcia terapii i wypełnienia formularza). Do osoby z otoczenia klienta skierowane są dwa pytania w metryczce: o jej relację z klientem oraz o zamieszkiwanie razem. Chodzi o to, żeby zrozumieć, jak bliskim znajomym/członkiem rodziny jest ta osoba i na jakich zasadach ma wgląd w zachowanie klienta.

Osobą z otoczenia może być również inny terapeuta, ale na początku terapii jest to zasadniczo wykluczone, ponieważ zakłada się, że klient rozpoczyna swoją obecność w ośrodku i inni terapeuci dopiero na dalszych etapach terapii będą mogli go poznać i wypowiedzieć się ewentualnie na jego temat.

### **OAM1. Powody podjęcia terapii**

Obie karty zestawu A dla osoby z otoczenia klienta mają taką samą strukturę: w pierwszej badany jest proszony o spekulowanie na temat motywacji klienta w podziale na 6 grup tematycznych.

### **OAC1. Cele do osiągnięcia w terapii**

W drugiej karcie formularza A dla osoby z otoczenia zestawiono 6 grup tematycznych z pytaniem o cele, które zdaniem badanego, jego znajomy – uczestnik terapii – ma chcieć osiągnąć.

# b

## Zestaw B – w trakcie terapii

Zestaw B jest najbardziej rozbudowanym narzędziem i może przynieść najwięcej informacji na temat terapii. Zawiera sekcje z narzędzia A – formularz motywacji zewnętrznych oraz formularz celów uzgodnionych na początku terapii. To pozwala bezpośrednio śledzić zmiany w ich postrzeganiu przez klienta i zmiany ich roli w terapii. Ponadto, zestaw B składa się z kolejnych 5 sekcji, dotyczących oceny motywacji, zmian zachodzących w kliencie, zmian motywacji klienta, oceny efektów terapii oraz oceny przebiegu terapii.

Kompleksowy charakter tego zestawu pozwala używać go z powodzeniem bez innych dodatkowych narzędzi. Takie jednorazowe użycie może stanowić wartościowy feedback w danej terapii. Zestaw B można także używać wielokrotnie. Stąd w metryczce pytanie o 'kolejne badanie', kod: M1X. W takim wypadku można śledzić zmiany pomiędzy poszczególnymi sekcjami. Modułowy charakter narzędzia pozwala także terapeutcie wybrać interesujące tematy i powtarzać wybrane karty.

Podobnie jak zestaw A, zestaw „W trakcie terapii” rozpoczyna metryczka. Należy pamiętać, że i dla własnego porządku i dla ewentualnych dalszych, zbiorczych analiz, należy trzymać się kodów (klienta, terapeuty, instytucji) zadanych w formularzu A. Poza kodami, terapeuta uzupełnia informacje demograficzne i podstawowe informacje o kliencie jako użytkownika substancji psychoaktywnych (rodzaj, staż używania, poprzednie terapie – stacjonarne lub ambulatoryjne).

## Zestaw dla terapeuty

### **BM1. Motywacje zewnętrzne klienta**

Pierwsza karta zestawu B jest tożsama z podobną kartą w zestawie A. Mapowane są motywacje zewnętrzne klienta wg tego samego schematu tematycznego, a w ramach każdego z sześciu tematów należy wpisać uszczegółowienie poniżej.

### **BZ1. Ocena motywacji klienta**

Zgodnie z pożądaną dynamiką terapii, w jej trakcie powinno przechodzić do zmian motywacji. Podstawowa zmiana polega na reorientacji z motywacji zewnętrznych wobec klienta na wewnętrzne. W tabeli oceny motywacji należy odpowiedzieć na osiem stwierdzeń dotyczących wewnętrznych motywacji i postaw z nimi związanych. Zaznaczając na skali od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”, należy opisać sytuację klienta.

Pod każdym stwierdzeniem i skalą znajduje się pole do uszczegółowienia obserwacji. Jego wypełnienie jest równie ważne jak ocena na skali – ponieważ poza ogólnym

wrażeniem na temat klienta, zachęca do podania konkretnych przykładów wskazujących na zachodzące zmiany. Pozwala to także na dalszych etapach pracy powracać do odpowiedzi i analizować konkretne fakty i uzasadnienia ocen.

### **BC1. Uzgodnione cele terapii**

Karta celów uzgodnionych do osiągnięcia w terapii koresponduje z podobną kartą w zestawie A. Ponowne rozpatrzenie tych celów pozwala sprawdzić ich zgodność w czasie i pomiędzy uczestnikami procesu terapii: klientem i terapeutą, a także stwierdzić zmianę w czasie.

### **BZK1. Zmiany zachodzące w kliencie**

Podstawową zmianą w terapii – podobnie jak w przypadku motywacji – jest zmiana postaw i zachowań. Karta „Zmiany zachodzące w kliencie” inwentaryzuje zmiany, które terapeuta może obserwować w zachowaniach klienta. Zmiany postaw należy również zilustrować przykładami, po oceniu ich na skali. Umożliwi to pracę z konkretnymi wskaźnikami zmian i porównanie obserwacji z tymi, które poczyni klient lub osoba z jego otoczenia.

### **BZM1. Zmiany motywacji klienta**

Tabela „Zmian motywacji klienta” służy do odnotowania zachodzących zmian oraz działań terapeutycznych związanych ze zmianami motywacji. Taka rewizja pomoże terapeutom porównać swój przegląd terapii z odpowiedziami z perspektywy klienta.

### **BC2. Cele końcowe terapii i osiągnięte efekty**

Podstawą każdej ewaluacji jest ocena, czy założone cele zostały osiągnięte. Dynamika celów terapii jest oczywiście bardzo złożona i to narzędzie uwzględnia ich zmiany na wcześniejszych etapach. W tej części formularza jednak chodzi o jednoznaczne sprawdzenie, gdzie znajduje się klient we wszystkich sześciu wymiarach terapii (relacjach z bliskimi, używaniem substancji, redukowaniem strat, emocjach, funkcjonowaniu społecznym i w pracy terapeutycznej). W zestawieniu z kartami motywacji, a przede wszystkim ustalonych celów (z tego i z wcześniejszych badań) pozwoli to odnieść się do założonych celów terapii i ocenić stan zaawansowania w osiąganiu efektów.

Pod każdą skalą należy opisać, na czym polega osiągnięty efekt. Odpowiedzi opisowe pozwolą terapeutom na pracę z konkretnymi przykładami i odnoszenie się do faktów, a nie tylko opinii na temat postępów.

### **BP1. Przebieg terapii**

W ostatniej sekcji zestawu B dokonuje się przeglądu najbardziej istotnych kwestii w terapii. Terapeuta ma możliwość oceny obserwowanych zachowań klienta, jak rów-



niez oceny swojej pracy oraz zaangażowania z perspektywy klienta. Ocenie podlega tu percepcja przekonań, jakie może posiadać klient na temat współpracy między terapeutą a nim samym, ustalanych przez terapeuta na podstawie informacji otrzymywanych od samego klienta (werbalnych i pozawerbalnych), przekazywanych w trakcie terapii.

Zastosowanie korespondującego narzędzia oceny u samego klienta, daje terapeutę możliwość porównania oraz weryfikacji swoich przekonań na temat jakości jego pracy, a co za tym idzie, możliwość jej poprawy w każdym etapie terapii.



## Zestaw dla klienta

Zestaw „W trakcie terapii” dla klienta stanowi w zasadzie wersję tego narzędzia dostosowaną językowo i pojęciowo do możliwości i perspektywy klienta. Podstawowym celem jest tutaj porównanie perspektyw i umożliwienie wglądu w terapię i jej poszczególne elementy ze strony jej uczestnika.

Formularz rozpoczyna się metryczką, gdzie – podobnie jak w zestawie A – kody i daty uzupełnia terapeuta. Należy pamiętać o zachowaniu spójności kodów.

Następnie, należy wręczyć klientowi karty i poinstruować go o tym, by czytał instrukcje i udzielał odpowiedzi zgodnie z nimi. Struktura narzędzia odzwierciedla tę, którą zna już terapeuta, więc może dokonać krótkiego wprowadzenia do każdej z kart. Zestaw dla klienta zawiera następujące karty:

**KBM1. Powody podjęcia terapii**

**KBZ1. Ocena własnej motywacji**

**KBC1. Uzgodnione cele terapii**

**KBZK1. Zachodzące zmiany**

**KBZM1. Zmiany motywacji**

**KBC2. Cele końcowe terapii i osiągnięte efekty**

**KBP1. Przebieg terapii**

Należy zachęcić klienta do udzielenia wyczerpujących i szczerych odpowiedzi, zapewnić o poufności przekazywanych informacji i opinii oraz o dobrej woli terapeuty. Trzeba pamiętać, że miejscami klient ocenia nie tylko siebie – co i tak jest zadaniem trudnym – ale też terapeuta.



## Zestaw dla osoby z otoczenia klienta

Osoba z otoczenia klienta może, ale nie musi dostarczyć dodatkowej perspektywy. Są też obszary, o których bliski lub znajomy po prostu nie może wiedzieć – a jeśli – to tylko z relacji klienta. Z tego powodu zestaw „W trakcie terapii” dla osoby z otoczenia klienta ogranicza się do 4 formularzy:

### **OBM1. Motywacje zewnętrzne klienta**

### **OBZ1. Ocena motywacji klienta**

### **OBZK1. Zmiany zachodzące w kliencie**

### **OBZM1. Zmiany powodów udziału w terapii**

Instrukcje są dostosowane do perspektywy osoby z otoczenia i odwołują się do jej wiedzy i obserwacji. Samodzielnie oceniając, co oznacza jej pozycja wobec klienta, co umożliwia, a czego nie. Osobą z otoczenia może być zarówno członek rodziny, jak i osoba lecząca się w ośrodku z klientem. Wyjątkową osobą z otoczenia może być również inny terapeuta – zwłaszcza w ośrodkach stacjonarnych.

Mierzone są motywacje zewnętrzne klienta, motywacje są poddawane ocenie, pominięta jest kwestia ustalonych celów, związana ściśle z samą terapią i ustaleniami pomiędzy klientem a terapeutą. Następnie, bliski może ocenić zmiany zachodzące w kliencie oraz zmiany motywacji do (kontynuowania) terapii. Do oceny efektów ani przebiegu terapii osoba z otoczenia klienta nie jest kompetentna – poza wyjątkowymi przypadkami bardzo wysokiego zaangażowania.

# C

## Zestaw C – po zakończeniu terapii

To najkrótszy formularz, zarówno ze względu na zawartość, jak i na fakt, że ma tylko jednego adresata: klienta. Należy poprosić klienta o udzielenie odpowiedzi na trzy tematy: samej terapii, terapeuty i samego siebie w terapii. Narzędzie zamykają trzy pytania otwarte.

Zakłada się, że zestaw po będzie najrzadziej używany, ponieważ, ma znaczenie tylko dla terapeuty i ewentualnego doskonalenia jego warsztatu i dalszej pracy, a już nie dla właśnie zakończonej interwencji terapeutycznej.

### **KCT. Ocena terapii po jej zakończeniu**

W pierwszej sekcji ocenia się terapię – wskaźniki korespondują z tymi, które badano w zestawie B. Badany zgadza lub nie zgadza się ze stwierdzeniami opisującymi terapię. Niektóre z nich dotyczą ośrodków stacjonarnych, dla klientów uczestniczących w terapii w trybie ambulatoryjnym, oczywiście pozostaje odpowiedź „nie dotyczy”.

### **KCR. Ocena pracy terapeutów**

Ocena pracy terapeuty jest również kontynuacją ewaluacji w zestawie B. Stwierdzenia dotyczą pracy terapeuty z perspektywy klienta i badany udziela odpowiedzi na skali od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”.

### **KCW. Ocena własnej postawy w terapii**

Trzecią część zestawu C stanowi ocena własnej postawy klienta w terapii. To kontekst konieczny do oceny terapeuty – dowie się on nie tylko o sobie, ale też o tym, jak czuł się i funkcjonował klient.

Zestaw zamykają trzy pytania otwarte o najważniejszy facylitator, największe utrudnienie oraz projekcyjne pytanie o ewentualne zmiany w terapii, jeśli można by było rozpocząć ją jeszcze raz. To, co wpisze tu klient może być ważną wskazówką tego, co było dla niego najistotniejsze.

# 8

## **Formularz online i analizy zbiorcze – wersja beta**

Dla zbiorczych analiz opracowaliśmy kwestionariusz online dostępny przez sieć WWW. Zainteresowani terapeuci lub placówki mogą skorzystać z niego, żeby wprowadzić dane ilościowe i złożyć zapotrzebowanie na agregowanie danych lub ich statystyczne opracowanie. Jest to opcja eksperymentalna, opracowana zgodnie z wytycznymi ewaluatorki dotyczącymi potrzeby dalszej instytucjonalizacji CanaQass. Można użyć systemu pod adresem: **[badania.uni.opole.pl/canaqass](http://badania.uni.opole.pl/canaqass)**.

Zestawienia i analizy należy wcześniej zgłosić zespołowi badawczemu, żeby ustalić szczegóły wprowadzania i analizowania danych. Nadawane kody placówek, terapeutów i klientów są tutaj sprawą kluczową i dla każdej badanej grupy należy je uzgodnić z obsługą systemu: **[canaqass@uni.opole.pl](mailto:canaqass@uni.opole.pl)**.

# 9

## Jak analizować?

Interpretacja wygenerowanych danych przy użyciu formularzy CanaQass ma trzy wymiary: analizy zmian w czasie, analizy spójności perspektyw (przede wszystkim klienta i terapeuty) oraz oceny terapii. Analiza może mieć dwa poziomy, które zawsze należy ze sobą łączyć: ilościowy/zamknięty – porównanie zaznaczonych odpowiedzi na skalach – oraz jakościowy/otwarty – interpretacja wypowiedzi w otwartych polach.

Formularze zostały zaprojektowane tak, żeby swobodnie rozkładać je obok siebie i dokonywać analizy porównawczej, która jest podstawową techniką interpretacji danych, zwłaszcza w dwóch pierwszych trybach: w czasie i pomiędzy uczestnikami procesu terapii.

### a

## Analiza w czasie

### Zestaw A jako punkt porównań:

Analizując dane z zestawu A, możemy po pierwsze stworzyć „punkt wyjścia” do późniejszych ocen skuteczności terapii oraz ewentualnych postępów lub regresów w terapii (porównanie zestawu A z zestawem B – na przykład tabel: AM1 – BM1). Postępy w terapii można śledzić kompleksowo we wszystkich obszarach (motywacje, cele itd.) lub wybrać interesujący obszar (np. same motywacje) i na nim się skoncentrować.

### Zestaw A jako punkt wyjścia:

Interpretacja danych z zestawu A umożliwia również diagnozę wstępnych motywów klienta i korespondujących z nimi celów, które miałby osiągnąć w terapii z perspektywy jego osoby, perspektywy terapeuty oraz otoczenia klienta (perspektywy te można ze sobą zestawić w celu zobiektywizowania informacji – patrz punkt „Zestaw B jako porównanie perspektyw”).

### **Zestaw B jako kolejne punkty w czasie**

Dane z zestawu B możemy porównać w czasie z analogicznymi tabelami znajdującymi się w zestawie A (patrz punkt: „Zestaw A jako punkt porównań”),

### **Zestaw B wykorzystany wielokrotnie**

Poza tabelami porównywalnymi z zestawem A, zestaw B zawiera również dodatkowe tabele (np. tabela oceny motywacji BZ1), które mogą być porównywane w czasie z innymi dokonywanymi przez terapeutę pomiarami przy pomocy zestawu B. Dzięki zestawieniu analogicznych tabel, a dalej analogicznych pytań terapeuty ma możliwość analizy dynamiki terapii (progres/regres) w obszarze funkcjonowania klienta, który go interesuje.

### **Zestaw B wykorzystany wielokrotnie z wielu perspektyw**

Używając zestawu B, można dokonać porównania danych z różnych pomiarów (perspektywa czasowa) z różnych perspektyw: terapeuty, klienta i otoczenia. W ten sposób terapeuta może zobjektywizować dynamikę zmian zachodzących w kliencie.

## **b** Analiza spójności perspektyw

### **Zestaw A jako uzgodnienie punktu wyjścia**

Wypełnione przez terapeutę, klienta i osobę z otoczenia klienta tabele można porównać ze sobą (np. AM1 – KM1 – OAM1) w celu zobjektywizowania informacji o motywacjach do terapii i jej celach. Należy porównywać poszczególne tematy i pytania ze sobą. Analizy można dokonywać kompleksowo, ale też można skoncentrować się na wybranych obszarach.

### **Zestaw B jako porównanie perspektyw**

Dane uzyskane w zestawie B pozwalają na porównanie zgodności co do motywacji, celów, zmian, przebiegu i oceny trwającej terapii. O ile oceny i postawy mogą być naturą rzeczy inne i pomagają ulepszać terapię, o tyle cele – wyznaczające kierunek terapii – są kluczowe w relacji klienta z terapeutą. Analiza spójności pozwoli wykryć nieporozumienia, różnice w definicjach celów, które w relacji terapeutycznej wydają się być zdefiniowane i „zakontraktowane”.



## Analiza retrospektywna

### Zestaw C jako bezpieczna ewaluacja

Siłą rzeczy, oceny dokonywane przez klienta na etapie zestawu A i B są obciążone zaangażowaniem w relację terapeutyczną. Formularz daje możliwość swobodnego wyrażania opinii, ale wciąż jej adresatem jest terapeuta. To może krępować klienta. Zestaw C – wypełniany po zakończeniu terapii powinien w pewnym stopniu zniwelować to napięcie. To może pozwolić na udzielenie szczerych i swobodnych odpowiedzi.

Wciąż, dane w zestawie C mogą być obciążone okolicznością zakończenia terapii: klient może być w euforii po zakończeniu i chcieć „podziękować” terapeutę, może być też rozczarowany swoim niepowodzeniem i chcieć „odegrać się” na nim. Analizujący uzupełnione informacje powinien brać pod uwagę pełny kontekst funkcjonowania klienta.

### Zestaw C: terapia w kontekście postawy klienta

Ocenę terapii (tabela KCT) i terapeuty (tabela KCR) dokonywaną przez klienta można analizować w kontekście oceny postawy samego zainteresowanego (tabela KCW). Znaczące różnice w ocenie terapii i terapeuty i samooceny klienta powinny alarmować terapeutę.

## Użycie / dystrybucja

Metodologia CanaQass jest udostępniona na licencji Creative Commons „Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)”. To oznacza, że elementy i całość instrukcji i formularzy można kopiować, używać, rozprowadzać i wykorzystywać do tworzenia kolejnych utworów pod warunkiem, że zaznaczy się autorstwo twórców oryginału oraz, że udostępni się wytworzone dzieło na takich samych zasadach.

Ten utwór jest na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe. Tekst licencji można znaleźć pod adresem: <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/> lub uzyskać drogą korespondencyjną od: Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA, 94042, USA.

**Autorzy:**  
**Marcin Deutschmann, Dariusz Parzych, Karolina Trościanka, Michał Wanke, Dariusz Zawora**  
**Kontakt: [canaqass@uni.opole.pl](mailto:canaqass@uni.opole.pl)**

Projekt graficzny: Magdalena Hlawacz, Marta Wolna

