

## Ilościowa i jakościowa analiza zmian w przebiegu systemowej terapii rodzin: wyniki polskiej klinicznej wersji kwestionariusza SCORE-15

### A quantitative and qualitative analysis of changes during systemic family therapy: results of the Polish clinical version of the SCORE-15 questionnaire

Feliks Matusiak<sup>1,2</sup>, Małgorzata Wolska<sup>2</sup>, Romualda Ułasińska<sup>2</sup>, Peter Stratton<sup>3</sup>, Barbara Józefik<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej

<sup>2</sup> Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży, Ambulatorium Terapii Rodzin

<sup>3</sup> University of Leeds, Leeds Family Therapy and Research Centre, Leeds, UK

#### Summary

**Aim.** The article presents the results of a research project on the evaluation of changes during the process of systemic family therapy in a clinical group comprising adolescent psychiatric patients.

**Method.** The evaluation was conducted using Polish version of the SCORE-15 tool. The analysis was performed on a sample of 109 families who completed the questionnaire before their first session. Before the fourth session, the questionnaire was filled in by 73 families; and after the last session it was completed by 28 families.

**Results.** Consensual qualitative research method revealed changes in family's description of the family as well as in description of the problem. Statistical analyses of the results of the SCORE-15 questionnaire identified significant changes between the first, fourth and the final session. Changes were identified in the SCORE Total as well as in the VAS scales. The RCI showed 5 improvements and 2 deteriorations after three sessions, and no deterioration and 13 improvements at final one.

**Conclusions.** Obtained results point to many significant changes in the researched areas after completion of the systemic family therapy by families. The research also indicated that a coherent qualitative analysis of the descriptive material can be highly informative and can enrich both the understanding of the therapeutic process as well as the manner of providing feedback about the changes in the therapy to families.

**Słowa kluczowe:** terapia rodzin, psychiatria dzieci i młodzieży

**Key words:** family therapy, child and adolescent psychiatry

## Wstęp

Zarówno wieloletnie obserwacje kliniczne, jak i prowadzone badania empiryczne jednoznacznie pokazują ogromne znaczenie różnych form terapii rodzin w leczeniu zaburzeń emocjonalnych i psychicznych dzieci i młodzieży, przy czym opisywane formy terapii niekiedy stają się nawet metodą leczenia z wyboru. Na szczególną uwagę zasługują cykliczne przeglądy w „Journal of Family Therapy” autorstwa Alana Carra poświęcone interwencjom opartym na dowodach w obszarze terapii par i rodzin dla dzieci [1] i dorosłych [2], w tym publikacja z 2016 roku podsumowująca i precyzyjnie określająca, jakie specyficzne, oparte na wynikach badań, formy terapii rodzin dla nastolatków są odpowiednie do pokonywania konkretnych typów trudności [3]. Ich rezultaty potwierdzają skuteczność i efektywność terapii rodzinnej, chociaż wciąż istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na większe niż w wypadku terapii indywidualnej trudności metodologiczne i praktyczne związane z badaniem procesu terapii rodzinnej wynikające m.in. z jej złożoności, pracy w różnych konfiguracjach (terapeutów i członków rodzin) czy konieczności objęcia badaniem osób w różnym wieku.

Systemowa terapia rodzin jest bardzo szerokim podejściem mieszczącym w sobie liczne nurty i szkoły. Koncepcje leżące u podstaw oddziaływań terapeutycznych obejmujących rodziny, zarówno te klasyczne, jak i lokujące się w paradygmacie konstrukcjonistyczno-narracyjnym, zakładają, że trudności emocjonalne dzieci i młodzieży są powiązane z funkcjonowaniem rodziny: ze stylem komunikacji, sposobami rozwiązywania sytuacji konfliktowych, z wzorami triangulacji, procesami projekcji, przebiegiem procesu indywidualizacji/separacji, delegowaniem do podjęcia określonych zadań i zobowiązań, ze stylem narracji. Zjawiska te, jak i inne, tutaj niewymienione, wpływają na percepcję dziecka i narrację, jaka powstaje w rodzinie na temat jego funkcjonowania. Celem terapii jest badanie i dekonstrukcja znaczeń, jakie nadawane są zachowaniom dziecka, praca nad rozumieniem emocji i intencji jego oraz innych członków rodziny (mentalizacja), identyfikowanie mechanizmów podtrzymujących obecność objawów, rozpoznanie pozycji dziecka w relacjach rodzinnych i konfliktach, odkrywanie zasobów pacjenta i rodziny.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie wyników badań nad skutecznością systemowej terapii rodzin w grupie klinicznej z psychiatrycznym pacjentem młodzieżowym z użyciem narzędzia SCORE-15 w wersji polskiej.

Sformułowano dwa pytania badawcze:

1. Czy i jakie zmiany zachodzą w przebiegu systemowej terapii rodzinnej prowadzonej w naturalnym kontekście klinicznym?
2. Czy zmiany są identyfikowane przez wszystkich członków rodziny biorących udział w terapii i na jakim jej etapie?

Badanie miało charakter eksploracyjny, dlatego zrezygnowano z postawienia szczegółowych hipotez badawczych.

Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UJ: KBET/125/B/2010.

## Material i metoda

### Narzędzie

Narzędziem użytym w badaniu była polska wersja kliniczna kwestionariusza SCORE-15, przygotowana pod kierunkiem Barbary Józefik. Jest to 15-itemowa wersja oryginalnego narzędzia, opracowanego przez zespół w składzie: Julia Bland (główna badaczka), Peter Stratton, Emma Janes i Judith Lask. Rozwój oryginalnej wersji kwestionariusza SCORE szczegółowo opisano w artykule autorstwa Strattona i wsp. [4]. W artykule z 2017 roku [5] autorzy kwestionariusza zebrali wszystkie doniesienia dostępne do 2016 roku związane z opisem narzędzia SCORE – z jego konstrukcją, wartościami psychometrycznymi i czułością na wyłapywanie zmian w procesie terapii. W podsumowaniu autorzy potwierdzili zadowalające wartości psychometryczne i dyskryminacyjne narzędzia w wersji angielskiej i portugalskiej. Zazaczyli jednak, że konieczne są dalsze badania nad jego zastosowaniem. Szczegółowe informacje dotyczące tłumaczenia i adaptacji wersji 15-itemowej do polskiego kontekstu opisano w artykule Józefik i wsp. z 2016 roku [6], w którym dodatkowo można znaleźć wyniki wstępnych analiz zmian zachodzących w rodzinie pomiędzy pierwszą a czwartą sesją terapii 44 rodzin, a także zależności między wynikami członków rodziny a odpowiedziami terapeutów. Kwestionariusz SCORE-15, w różnych wersjach językowych, dostępny jest na stronie internetowej AFT: <http://www.aft.org.uk/view/15101224f1e.html?tzcheck=1>.

Kwestionariusz SCORE-15 podzielony jest na 4 części. Pierwsza składa się z 15 itemów podzielonych na 3 skale: mocne strony, zdolność do adaptacji; przytłoczenie trudnościami; zakłócona komunikacja. W części drugiej znajdują się 3 pytania otwarte: „Jakie słowa najlepiej opisują Twoją rodzinę?”; „Jaki problem/powód spowodował, że zgłosiliście się Państwo na terapię?”; „Głównym problemem jest: ...”. Część trzecia budują 3 skale dodatkowe VAS (*Visual Analogue Scales*), które pozwalają na ilościową ocenę na kontinuum od 0 do 10: „Jak poważny jest problem?”; „Jak sobie radzicie jako rodzina?”; „Czy myślisz, że terapia będzie/jest dotąd pomocna?”. W części czwartej znajdują się podstawowe dane demograficzne.

### Procedura

Procedura badawcza była zgodna z wymaganiami autorów wersji oryginalnej. Do wszystkich skierowanych do Ambulatorium Terapii Rodzin (ATR) Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie na 2 tygodnie przed wyznaczonym terminem konsultacji zespół badawczy wysyłał zaproszenie do badań zawierające wystandaryzowane informacje dotyczące projektu. Tuż przed rozpoczęciem pierwszej konsultacji członkowie rodzin, którzy wyrazili zgodę na badania, wypełniali pierwszy raz kwestionariusz SCORE-15. Drugie badanie odbywało się tuż przed 4. sesją, a trzecie po ostatnim spotkaniu. Do rodzin, które nie zgłosiły się na ostatnie spotkanie bądź je odwołały, kwestionariusze były wysyłane pocztą.

Do udziału w badaniu zostały zaproszone wszystkie rodziny, które zostały skierowane na terapię rodzin do ATR w okresie od 5 października 2010 do 21 października

2013 roku. Jednostka ta prowadzi terapię rodzin w modelu systemowym. Konsultacje i terapię w okresie badania prowadził 7-osobowy zespół psychoterapeutyczny: pięciu certyfikowanych psychoterapeutów, z których troje było zarazem superwizorami, i dwie osoby pozostające w procesie szkolenia w celu uzyskania certyfikatu psychoterapeuty. ATR jest jednostką o najwyższym poziomie referencyjności, prowadzącą zwykle terapię najtrudniejszych pacjentów, których leczenie w innych placówkach nie powiodło się. Jest to także jednostka prowadząca szkolenia z zakresu terapii rodzin. W okresie wspomnianych 3 lat zespół zaprosił do udziału w badaniu 214 rodzin spełniających wstępne kryteria, z których 52 nie zgłosiło się na pierwszą umówioną wizytę, kolejne 40 rodzin odmówiło udziału w badaniu, a 13 rodzin zrezygnowało w okresie oczekiwania na pierwszą konsultację w związku ze zmianą formy leczenia z ambulatoryjnej na stacjonarną. Pozostałe 109 rodzin (łącznie 332 osoby) zgodziło się na udział w badaniu i wypełniło kwestionariusze przed pierwszą sesją. Przed czwartą sesją kwestionariusze wypełnili członkowie 71 rodzin (202 osoby), a przed ostatnią członkowie 28 rodzin (85 osób). Liczba wyników poddanych analizie statystycznej była jednak niższa. Wynika to z tego, że niektórzy członkowie rodziny przeoczyli pierwsze, drugie lub trzecie badanie kwestionariuszem SCORE-15 i z tego powodu niemożliwe było porównanie uzyskanych przez nich wyników. Przeanalizowane statystycznie pod kątem zmian zostały kompletne zestawy kwestionariuszy: pierwszy test SCORE-15: 109 rodzin (328 osób), drugi: 65 rodzin (185 osób), trzeci: 26 rodzin (73 osoby). Charakterystykę grupy w świetle diagnoz identyfikowanych pacjentów młodzieżowych z uwzględnieniem zmian liczebności w kolejnych badaniach ukazuje tabela 1.

Tabela 1. **Diagnozy IP w zestawieniu z uczestnictwem w kolejnych etapach badania**

Diagnozy według ICD-10	Przed 1. sesją	%	Przed 4. sesją	%	Po ostatniej sesji	%
Zaburzenia jedzenia	36	33,5	28	38↑	13	46↑
Zaburzenia zachowania	27	25	15	21↓	5	18↓
Psychoza	7	6,5	4	5↓	0	0↓
Zaburzenia nastroju	13	12	9	12	1	4↓
Zaburzenia adaptacyjne	15	14	10	14	2	7↓
Zaburzenia lękowe	10	9	7	10↑	7	25↑
SUMA	108	100	73	100	28	100

IP – identyfikowany pacjent

W tabeli 2 przedstawiono powody wypadnięcia rodzin z programu badawczego na kolejnych jego etapach.

Tabela 2. **Powody wypadnięcia rodzin z badania na kolejnych jego etapach**

Powody wypadnięcia z badania	Po pierwszym badaniu SCORE	Po drugim badaniu SCORE	Ukończone wszystkie 3 badania
Wypadnięcie z badania bez informacji	14	13	0
Pogorszenie stanu – hospitalizacja IP	3	5	0

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Przerwanie terapii wbrew zaleceniom terapeutów	7	9	0
Uzgodnione zakończenie	3	9	28
Wycofanie zgody na udział w badaniu	8	3	0
Powód nieznanym – brak danych	3	4	0
SUMA: 109	38	43	28

IP – identyfikowany pacjent

### Zastosowane metody analizy danych

Analizy uzyskanych danych przeprowadzono, wykorzystując metody ilościowe i jakościowe. Wykonano analizę czynnikową na danych 332 osób zebranych z badania pierwszego, z których usunięto 4 rekordy ze względu na znaczące braki uzupełnienia. W celu określenia wzorców korelacji między obserwowanymi pozycjami SCORE wykonano eksploracyjną analizę czynnikową. Do oceny czynników macierzy korelacji użyto testu sferyczności Bartletta, a test Kaisera–Meyera–Olkina (KMO) posłużył do oceny adekwatności doboru zmiennych [7]. Aby ustalić ostateczną liczbę czynników, zastosowano analizę głównych składowych (PCA) z wieloma kryteriami do wypełnienia [8–11]. W analizach wykorzystano: kryterium Kaisera – wartości własne większe niż 1 [12], analizę równoległą z percentylem odcięcia 95 [13], test osypiska [14] i interpretowalności struktury uzyskanych czynników [11]. W analizie równoległej (opartej na makrach O’Connora [11]), wykonanej wraz z PCA i permutacjami surowych danych (2000 równoległych zbiorów danych), rzeczywiste wartości porównano z wartościami losowymi. Ustalono czynniki, gdy rzeczywiste wartości przekraczały losowe uporządkowanie. Następnie przeprowadzono procedurę ekstrakcji czynnika osi głównej (PAF). Wewnętrzna spójność czynników została przetestowana z użyciem alfy Cronbacha. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą SPSS v.24 (IBM).

W związku z wynikiem analizy czynnikowej wskazującym na obecność w wersji polskiej narzędzia 2 czynników (sekcja „Wyniki” w tab. 3) zamiast zakładanej pierwotnie struktury 3-czynnikowej autorzy zdecydowali się kontynuować analizę ilościową, wykorzystując wynik skali głównej SCORE oraz wyniki skal VAS. Do porównania wyników badania 1 (przed 1. sesją) i badania 2 (przed 4. sesją) oraz wyników badania 1 (przed 1. sesją) i badania 3 (po ostatniej sesji) użyto testu Wilcoxon. Grupę 26 rodzin, które przeszły wszystkie trzy badania i zakończyły terapię w uzgodniony z terapeutami sposób, uzupełniono o 10 rodzin, które także zakończyły terapię w uzgodniony z terapeutami sposób, ale zakończenie to nastąpiło na sesji czwartej lub piątej, w związku z czym rodziny te zostały zbadane tylko dwa razy. Aby uniknąć problemu zagnieżdżenia danych (wiele wyników z tej samej rodziny), autorzy zdecydowali się porównywać wyniki oddzielnie w grupach pacjentów, ojców i matek.

W celu przeprowadzenia analizy porównawczej odpowiedzi na dwa z trzech otwartych pytań kwestionariusza: „Jakie słowa najlepiej opisują Twoją rodzinę?” i „Głównym

problemem jest: ...” wykorzystano *Consensual Qualitative Research Methodology: CQR-Modified: CQR for Simple Qualitative Data* [15]. Dane w postaci opisów zostały pokategoryzowane przez trzyosobowy zespół zróżnicowany pod względem wieku, płci, wykształcenia oraz doświadczenia w zakresie psychoterapii. Uzyskane w ten sposób kategorie zostały porównane w zakresie częstości ich występowania pomiędzy pierwszym badaniem (przed rozpoczęciem terapii) a badaniem trzecim (po ukończeniu terapii).

## Wyniki

### Analiza czynnikowa

Test sferyczności Bartletta był wysoce istotny ( $p < 0,001$ ), a test Kaisera–Meyera–Olkina (KMO) ocenił adekwatność doboru na 0,927. Oba testy potwierdziły czynnikowość macierzy korelacji. Wszystkie kryteria pokazały dwa czynniki (wartości własne: 6,20 i 1,42, wstępne wartości wariancji dla każdego z czynników: 41,34% i 9,46%, w sumie: 50,8%). Tabela 3 pokazuje wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej. W przeciwieństwie do wersji angielskiej [16] i portugalskiej [17], które zachowują oryginalną strukturę 3-czynnikową, analiza wersji polskiej ukazała strukturę 2-czynnikową kwestionariusza. Dwa czynniki zostały zachowane przy wysokich wartościach alfy Cronbacha. Należy jednak podkreślić kilka kwestii. Po pierwsze: dwa pytania (12 i 15) ukazały się w obu czynnikach. Po drugie: wartości zmienności wspólnej były niskie dla pytań 2, 4, 8 i 13. Współczynniki korelacji między pierwszym a drugim czynnikiem były ujemne i bardzo wysokie (0,59), co potwierdza hipotezę dotyczącą struktury czynnikowej. Pytania 2, 4, 8 i 13 o niskich wartościach i pytanie 12 łądzące się do obu czynników należały pierwotnie do skali „zakłócona komunikacja”. Wydaje się, że skala ta w polskiej wersji kwestionariusza jest słaba. Obliczone wartości alfy Cronbacha dla trzech oryginalnych skal wypadły jednakże zadowalająco: „mocne strony, zdolność do adaptacji”: 0,810; „przytłoczenie trudnościami”: 0,825; „zakłócona komunikacja”: 0,701.

Tabela 3. Wyniki analizy czynnikowej

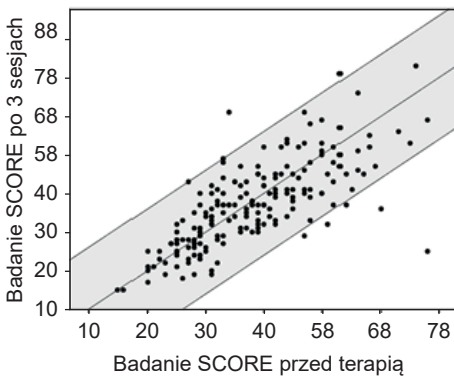
Czynnik	Twierdzenie/skala	Ładunek czynnikowy		Zasób zmienności wspólnej	Alfa Cronbacha
		F1	F2		
F1	9. przytłoczenie trudnościami	0,810	0,343	0,610	0,860
	7. przytłoczenie trudnościami	0,776		0,518	
	11. przytłoczenie trudnościami	0,678		0,546	
	5. przytłoczenie trudnościami	0,677		0,399	
	4. zakłócona komunikacja	0,513		0,317	
	14. przytłoczenie trudnościami	0,495		0,471	
	12. zakłócona komunikacja	0,442		0,492	
	8. zakłócona komunikacja	0,367		0,285	
	2. zakłócona komunikacja	0,305		0,245	
Wariancje wyjaśnione przez pierwszy czynnik					37,7%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

F2	10. mocne strony, zdolność do adaptacji	0,352	0,739	0,428	0,808
	3. mocne strony, zdolność do adaptacji				
	1. mocne strony, zdolność do adaptacji				
	6. mocne strony, zdolność do adaptacji				
	15. mocne strony, zdolność do adaptacji				
	13. zakłócona komunikacja				
	Wariancje wyjaśnione przez drugi czynnik				
Całkowita wyjaśniona wariancja					43,7%

F1 – czynnik pierwszy, F2 – czynnik drugi

### Zmiany wyników ilościowych między pierwszą a czwartą sesją



Rysunek 1. Indeks rzetelnej zmiany Jacobsona (RCI) przed czwartą sesją

W obu badaniach (zarówno przed pierwszą, jak i przed czwartą sesją) wzięło udział 65 rodzin. Porównanie łącznego wyniku SCORE przeprowadzono oddzielnie w grupie pacjentów, rodzeństwa, matek oraz ojców.

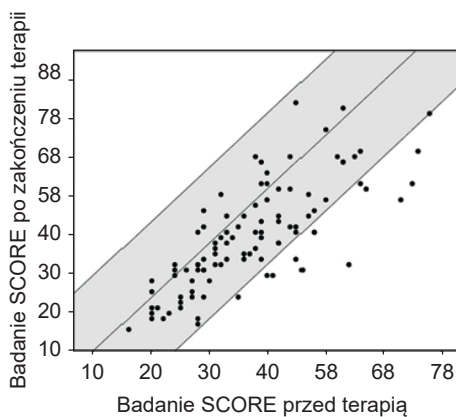
Nie wykazano statystycznie istotnych różnic median łącznej punktacji SCORE przed pierwszą i przed czwartą sesją terapii wśród pacjentów ( $n = 65$ ;  $p = 0,457$ ), w grupie matek pacjentów ( $n = 60$ ;  $p = 0,228$ ), ojców lub ojcymów ( $n = 33$ ;  $p = 0,231$ ) oraz w grupie rodzeństwa ( $n = 25$ ;  $p = 0,696$ ). Podobnie analiza różnic między wynikami skal VAS w grupie pacjentów, ojców i ojcymów oraz rodzeństwa nie wykazała istotnych statystycznie różnic. W grupie matek natomiast dwie skale VAS: „Jak poważny jest problem?” i „Jak sobie radzicie jako rodzina?” różniły się od siebie istotnie. Po trzech sesjach matki zgłosiły mniejszą wagę problemu ( $p < 0,000$ ) i lepsze radzenie sobie jako rodzina ( $p < 0,017$ ). Na rysunku 1 przedstawiono indeks rzetelnej zmiany Jacobsona (RCI) [18] dla wyniku ogólnego SCORE mierzonego przed pierwszą i przed czwartą sesją przy przedziale ufności 95%.



### Zmiany wyników ilościowych między pierwszą a ostatnią sesją

W obu badaniach (zarówno przed pierwszą sesją, jak i po ostatniej sesji) wzięło udział 36 rodzin. Porównanie łącznego wyniku SCORE przeprowadzono oddzielnie w grupie pacjentów, matek oraz ojców. Grupa rodzeństwa była zbyt mała do przeprowadzenia prawidłowych analiz statystycznych.

We wszystkich trzech grupach wynik ogólny SCORE po zakończeniu terapii był istotnie niższy. Wykazano statystycznie istotne różnice median łącznej punktacji SCORE przed terapią i po terapii wśród pacjentów ( $n = 36$ ;  $p < 0,001$ ). Mediana SCORE wśród pacjentów przed terapią wynosiła 36,5, a po terapii 31. Wykazano statystycznie istotne zmiany median SCORE w grupie matek pacjentów ( $n = 35$ ;  $p < 0,001$ ). Mediana SCORE matek ( $n = 35$ ) przed terapią wynosiła 38, natomiast po terapii była niższa i wynosiła 30. Mediany ojców lub ojczymów zmieniły się istotnie pod wpływem terapii ( $n = 20$ ;  $p = 0,031$ ). Mediana SCORE ojców lub ojczymów przed terapią wynosiła 34,5, natomiast po terapii była niższa i wynosiła 32,5. Analiza różnic między wynikami skal VAS także ukazała istotne różnice. W skali: „Jak poważny jest problem?” odnotowano poprawę w grupie pacjentów ( $p < 0,001$ ); w grupie matek ( $p < 0,001$ ) i w grupie ojców ( $p = 0,01$ ). W skali: „Jak sobie radzicie jako rodzina?” odnotowano poprawę w grupie pacjentów ( $p = 0,009$ ) i w grupie matek ( $p = 0,005$ ). Na rysunku 2 przedstawiono indeks rzetelnej zmiany Jacobsona (RCI) [18] dla wyniku ogólnego SCORE mierzonego przed pierwszą sesją i po ostatniej sesji przy przedziale ufności 95%.



Rysunek 2. Indeks rzetelnej zmiany Jacobsona (RCI) po całym procesie terapii

### Analiza jakościowa – zmiana opisu rodziny między pierwszą a ostatnią sesją

Przeprowadzona analiza jakościowa odpowiedzi na pytanie: „Jakie słowa najlepiej opisują Twoją rodzinę?” wykazała, że badani podawali średnio 2,4 opisu na osobę przy pierwszym badaniu oraz 2,5 opisu po ostatnim badaniu. Najczęstsze kategorie wyróżnione w analizie wraz z częstością ich występowania zaprezentowano w tabeli 4.

Tabela 4. Kategorie opisu rodziny

		SCORE1 liczba	SCORE1 (%)	SCORE3 liczba	SCORE3 (%)
Całościowe/nierelacyjne	Pozytywny	54	32	80	45
	Negatywny	18	11	23	13

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie



Relacyjne	Pozytywny	27	16	29	16
	Negatywny	23	14	7	4
Formalne/osadzone w szerszym kontekście		28	17	15	9
Inne		17	10	22	13
SUMA opisów		167	100	176	100
Liczba osób		69		70	

Kategoria „Całościowe/nierelacyjne opisy rodziny” wraz z podkategoriami „pozytywne” i „negatywne” zawiera albo grupuje określenia przypisujące rodzinie jako całości pewne cechy: pozytywne lub negatywne, bez wyszczególniania poszczególnych jej członków czy relacji między nimi. Gramatycznie dominowały w opisach rzeczowniki i przymiotniki. Przykłady opisów całościowych pozytywnych: „wesoła, kochana, zgodna, szczęśliwa, miłość, ciepło, kochająca, bezpieczeństwo, zrozumienie, pomocna”; przykłady opisów całościowych negatywnych: „nerwowość, wojna, chaos, nieporozumienie, zagubienie, napięcie”. Na kategorię „Opisy relacyjne” składały się określenia zwykle bardziej złożone, uwzględniające dynamikę interakcji między jej członkami, podmiotowość i znaczenie poszczególnych jej członków dla innych. Przykłady opisów relacyjnych pozytywnych: „dbająca o wszystkich razem i każdego z osobna; jesteśmy harmonijni; ufamy sobie nawzajem; jesteśmy dla siebie ważni”; przykłady opisów relacyjnych negatywnych: „nie umiemy się dogadać; «iskrzy» głównie pomiędzy mężczyznami; słaby kontakt z córkami”. Kategoria „Opisy formalne/osadzone w szerszym kontekście” odnosiła się do określeń opisujących rodzinę przez odniesienie się do jej formalnych aspektów lub umiejscowienie jej w szerszym kontekście społeczno-kulturowym: „normalna, duża, katolicka, tradycyjna, typowa, średnia, wykształcona”. Inne, mniej liczne kategorie obejmowały opisy wyrażające stosunek do trudności: „pracujemy nad poprawą” bądź definiowały rodzinę poprzez osobę czy podsystem: „ojciec”.

Porównanie częstości występowania głównych kategorii między początkiem a końcem terapii zawiera tabela 4. Na uwagę zasługuje: (1) wzrost liczby całościowych opisów pozytywnych po terapii u wszystkich członków rodzin; (2) zmniejszenie liczby negatywnych opisów relacyjnych po terapii głównie u matek i córek (ojcowie i synowie praktycznie nie używali tej kategorii); (3) zmniejszenie liczby opisów rodziny przez jej formalne aspekty u rodziców, głównie ojców (dzieci praktycznie nie używały tej kategorii).

#### Analiza jakościowa – zmiana opisu problemu między pierwszą a ostatnią sesją

Przeprowadzona analiza jakościowa opisowego rozwinięcia stwierdzenia: „Głównym problemem jest: ...” wykazała, że badani podawali średnio 1,4 opisu na osobę przy pierwszym, jak i przy ostatnim badaniu. Najczęstsze kategorie wyróżnione w analizie wraz z częstością ich występowania zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5. Kategorie opisu problemu

	SCORE1 liczba	SCORE1 (%)	SCORE3 liczba	SCORE3 (%)
Diagnoza/objaw	40	41	21	21
Poprzez relacje	19	20	14	14
Poprzez obszar trudności	37	39	48	48
Poprzez zmianę	0	0	16	16
Inne	0	0	1	1
SUMA opisów	96	100	100	100
Liczba osób	68		70	

Kategoria „Opis poprzez diagnozę/objaw” odnosiła się do języka medycznego: „anoreksja, nadpobudliwość, depresja, lęk, samobójstwo”. Kategoria „Opis problemu poprzez relacje” odnosiła się do określeń uwzględniających dynamikę interakcji wewnątrz rodzinnych, np.: „są nieporozumienia pomiędzy rodzicami i trwający od dawna konflikt pomiędzy nimi; obecnie brak porozumienia z mężem/ojcem, relacja z synem”. Kategoria „Opis poprzez obszar trudności” uwzględniała określenia niere-lacyjne i niezmedykalizowane, takie jak: „szkoła, niepohamowane wybuchy gniewu, złe zachowanie, praca nad emocjami u córki, sprząatanie”. Ostatnia kategoria, „Opis problemu poprzez zachodzącą zmianę”, wyłoniła się w ostatnim badaniu i składały się na nią określenia odnoszące się do dynamiki zmian trudności: „problem wydaje się rozwiązany, niedożywienie – ale jest coraz lepiej i idzie w dobrym kierunku”. Porównanie częstości występowania głównych kategorii między początkiem a końcem terapii zawiera tabela 5. Na uwagę zasługuje: (1) wyraźne zmniejszenie liczby opisów medycznych (objawy i diagnoza) na rzecz określeń opisujących obszary trudności funkcjonowania; (2) pojawienie się po terapii opisów zmian (w zdecydowanej większości poprawy) w obszarach problemowych.

### Omówienie wyników i dyskusja

Przedstawione badanie dowiodło, że w procesie terapii rodzin integrującej różne nurty systemowej teorii i praktyki dochodzi do zmian w percepcji relacji rodzinnych u badanych członków rodzin, w sposobie definiowania trudności, w rozumieniu problematyki identyfikowanego pacjenta i obszarów problemowych w rodzinie, a także w ocenie zasobów rodziny, co wyraża się m.in zmianą narracji na temat wymienionych zagadnień. Wyniki pokazały, że wstępne zmiany (identyfikowane tylko w grupie matek) zachodzą już po czwartej sesji i intensyfikują się w miarę kontynuowania terapii. Istotne zmiany w 2 skalach VAS pomiędzy 1. a 4. sesją (okres ten obejmował od około 6 do 8 tygodni) w grupie matek pacjentów potwierdzają pilotażowe analizy wykonywane na części badanej grupy (44 rodziny, 130 osób) – poprawa wyników w skali „Jak poważny jest problem?” w badaniu Józefik i wsp. [6].

Wyniki ujawniły, że po 3 sesjach terapii rodzinnej matki pacjentów przykładały mniejszą wagę do problemu będącego przyczyną zgłoszenia się do terapii (skala VAS

„Jak poważny jest problem?”) i oceniały, że rodzina lepiej sobie radzi (skala VAS „Jak sobie radzicie jako rodzina?”). Zatem według nich po podjęciu terapii problemy są przeżywane jako mniej dotkliwe i w mniejszym stopniu obciążające emocjonalnie członków rodziny, którzy lepiej sobie radzą z trudnościami. Można przypuszczać, że zaobserwowana zmiana jest powiązana z uzyskaniem wsparcia emocjonalnego, stworzeniem ram i nadaniem struktury procesowi leczenia, co jest celem interwencji terapeutycznych w pierwszej fazie terapii. Wskazywałyoby to na skuteczność interwencji terapeutycznych ukierunkowanych na zmniejszenie poczucia bezradności członków rodziny i ich niepokoju, na odbarczenie, danie nadziei, że kłopoty zostaną przezwyciężone w procesie terapii. Zmiany są relacjonowane jedynie przez matki, co wydaje się ilustrować ich największe zaangażowanie w rozwiązywanie zgłaszanych problemów. Zestawiając ten wynik z proporcją uczestnictwa rodziców w terapii na pierwszej sesji (97% matek oraz 56% ojców), a także ze specyfiką polskiego, tradycyjnego społeczeństwa, można z ostrożnością uznać, że to głównie matki mają poczucie ciężaru i odpowiedzialności za trudności w funkcjonowaniu dzieci i po rozpoczęciu terapii to właśnie ta grupa zostaje najbardziej odbarczona, relacjonując poprawę. Jak pokazuje nasza praktyka, zazwyczaj to matki są osobami, które szukają pomocy i kontaktują się z instytucją.

Warta odnotowania jest także specyfika rodzin, które wypadły z leczenia po pierwszej sesji. Analizując tabelę 2, można zauważyć w miarę proporcjonalne wypadanie rodzin nastolatków z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami adaptacyjnymi oraz zaburzeniami psychotycznymi, szybsze wypadanie rodzin nastolatków z zaburzeniami zachowania oraz wolniejsze z zaburzeniami jedzenia i zaburzeniami lękowymi (u których dominował OCD – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne). Wydaje się, że waga problemu, jakimi są poważne zaburzenia jedzenia oraz znaczenie nasilone OCD, może wpływać na podtrzymywanie motywacji do leczenia, podczas gdy burzliwość i chaotyczność rodzin towarzysząca impulsywności nastolatków z zaburzeniami zachowania może przyspieszać *drop-out* z terapii – obserwacje te jednak wymagają dalszej weryfikacji. W badaniu odnotowano stosunkowo duży odsetek rodzin, które wypadły z badania – w drugim badaniu wzięło udział 61% osób (członkowie 65% rodzin), w trzecim zaś 26% osób (członkowie 26% rodzin). Na uwagę zasługuje jednak fakt, że w podobnych badaniach w innych krajach liczba *drop-out*ów była jeszcze większa: w wielośrodkowym badaniu w Wielkiej Brytanii w drugim badaniu udział wzięło 46% osób [19]. W porównywalnych badaniach włoskich natomiast w drugim badaniu wzięło udział 45% rodzin, a w trzecim już tylko 14% [20].

Analiza zmian wyników ilościowych między pierwszą a ostatnią sesją ukazała istotne zmiany we wszystkich grupach (pacjenci, matki i ojcowie) w skali SCORE oraz skalach VAS. Jedyną skalą, która nie zmieniła się istotnie, była skala VAS „Jak sobie radzicie jako rodzina?” u ojców. Wykres obrazujący RCI po całej terapii (rys. 2) także wskazuje na widoczną istotną poprawę grupy pacjentów. W tym miejscu trzeba jednak zaznaczyć, że grupa, która ukończyła cały proces terapii, jest nieheterogenna pod względem długości procesu leczenia. Procedura badawcza zakładała trzecie badanie po ukończeniu terapii, co w wypadku niektórych rodzin mogło oznaczać 6 spotkań, a w wypadku innych nawet 30 sesji. Tendencja do zmian proporcji rozpoznań

opisywana po drugim badaniu została podtrzymana. Uzyskane wyniki korespondują z doniesieniami innych autorów ukazujących zmianę o charakterze poprawy po udziale w systemowej terapii rodzin [16, 19, 20].

Dużą wartością narzędzia SCORE są także skale opisowe: „Jakie słowa najlepiej opisują Twoją rodzinę?” oraz „Głównym problemem jest: ...”. Te otwarte wypowiedzi mogą stanowić ważną klinicznie informację dotyczącą funkcjonowania rodziny. Szczególnie dotyczy to dzieci i nastolatków, którym nieraz jest łatwiej napisać o trudnych doświadczeniach, takich jak np. doznawanie przemocy, niż wprowadzić ten wątek do rozmów w obecności rodziców. Wypowiedzi te można także wykorzystać do analizy jakościowej. W niniejszym badaniu wykazano wzrost częstości używania po terapii całościowych pozytywnych opisów rodziny przy spadku liczby negatywnych, krytycznych opisów relacji. Wydaje się, że wynik ten jest bardzo spójny z założeniami i celami integrującej różne nurty systemowej terapii rodzin, w której pracuje się nad budowaniem zasobów wewnątrzrodzinnych umożliwiających członkom rodzin dawanie sobie wzajemnego wsparcia, a także nad poprawą ich komunikacji, wspiera konstruktywne sposoby rozwiązywania problemów i odbarcza rodziny z odium poczucia winy za chorobę dziecka. Podobnie oczekiwany był wynik świadczący o zmianie sposobu definiowania problemu z medycznego na bardziej problemowy czy interakcyjny i tym samym zwiększenie poczucia wpływu rodziny na przeżywane trudności.

Uzyskane w badaniu wskaźniki zmian są zadowalające. Analiza powodów wypadnięcia z badania może dodatkowo wskazywać, że w grupie tej mogły przeważać osoby, u których poprawa nie wystąpiła. Spostrzeżenia te mogą się wiązać z opisywanym wcześniej profilem jednostki, w której prowadzono badania. Leczone są w niej często osoby już wcześniej korzystające bez powodzenia z różnych form leczenia, z długim wywiadem chorowania i bardzo znaczącym nasileniem objawów psychopatologicznych w momencie zgłoszenia się na terapię.

### Ograniczenia badania

Wyniki analizy właściwości psychometrycznych polskiej wersji narzędzia SCORE-15 wymagają dalszych studiów. W szczególności wątpliwości dotyczą jego struktury czynnikowej i wartości skali „zakłócona komunikacja”. Niejasności co do struktury czynnikowej pojawiły się także w literaturze przedmiotu i zostały szerzej opisane w artykule z 2017 roku autorstwa Carra i Strattona [5]. W związku z tym autorzy pominęli dalsze analizy zmian w obrębie podskal i skupili się na wyniku całościowym SCORE oraz zmianach w skalach VAS i odpowiedziach na pytania otwarte. Trzeba też zaznaczyć, że polska wersja jak dotąd użyta została tylko w badaniu populacji klinicznej. Inne doniesienia ukazały jednak, że kwestionariusz w wersji angielskiej i portugalskiej różnicuje grupę populacyjną od klinicznej [4, 16, 21]. W perspektywie planowane jest badanie polskiej populacji, które umożliwi ponowne wykonanie analizy czynnikowej i dalszą weryfikację odnotowanych wątpliwości. Brak w chwili obecnej możliwości obserwacji zmian w podskalach wydaje się z perspektywy klinicznej dużą stratą.

Kolejnym ograniczeniem badania był brak narzędzi weryfikujących ewentualną zależność między zmianami w kwestionariuszu SCORE a zmianą w obszarze psycho-

patologii pacjentów uczestniczących w terapii rodzin. Dodatkową trudnością, na którą natrafili badacze, był też stosunkowo niski odsetek wypełnionych kwestionariuszy na dalszych etapach badania – problem ten zgłaszały również inne zespoły badawcze [19, 20]. Wydaje się także, że badania kwestionariuszem SCORE-15 mogłyby się odbywać w stałych interwałach, np. co 4 sesje, tak aby możliwe było wychwycenie tego okresu terapii, w którym występuje największa poprawa. Przy wykorzystanej w niniejszym programie badawczym procedurze określenie takiego okresu nie było możliwe.

### Wnioski

1. Uzyskane wyniki pozwoliły na opisanie zmian zachodzących w przebiegu systemowej terapii rodzin. Pokazały także, że o ile przed 4. sesją jedynie matki relacjonowały zmianę wagi problemu i lepsze funkcjonowanie rodziny, o tyle na końcu terapii zmiany te były identyfikowane również przez pacjentów oraz częściowo przez ojców. Dodatkowo pod koniec terapii u wszystkich członków rodziny istotnie poprawiły się wyniki głównej skali SCORE, będącej kombinacją możliwości komunikacyjnych, zasobów rodziny i sposobu przeżywania trudności.
2. Analiza jakościowa materiału opisowego pokazała zachodzące w wyniku terapii zmiany narracji członków rodziny na temat zgłaszanego problemu, relacji rodzinnych i funkcjonowania rodziny jako całości, polegające na: (1) zwiększeniu liczby całościowych opisów pozytywnych po terapii u wszystkich członków rodzin; (2) u matek: zmniejszeniu liczby negatywnych opisów relacyjnych; (3) u rodziców, głównie ojców: zmniejszeniu liczby opisów rodziny przez jej formalne aspekty.
3. Łatwa implementacja kwestionariusza SCORE-15 i w miarę krótki czas jego wypełniania sprawiają, że jest on użytecznym narzędziem, które może być wykorzystywane do monitorowania zmian zachodzących w przebiegu terapii rodzin prowadzonej w warunkach klinicznych. Należy tu jednak dodać, że konieczne jest pogłębienie weryfikacji wartości psychometrycznych polskiej wersji językowej tego narzędzia.

### Piśmiennictwo

1. Carr A. *The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems*. J. Fam. Ther. 2014; 36(2): 107–157.
2. Carr A. *The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems*. J. Fam. Ther. 2014; 36(2): 158–194.
3. Carr A. *Family therapy for adolescents: A research-informed perspective*. Austr. N Z J. Fam. Ther. 2016; 37(4): 467–479.
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. Carr A, Stratton P. *The SCORE family assessment questionnaire: A decade of progress*. Fam. Process. 2017; 56(2): 285–301.

6. Józefik B, Matusiak F, Wolska M, Ułasińska R. *Family therapy process – Works on the Polish version of SCORE-15 tool*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(3): 607–619.
7. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*, 5<sup>th</sup> ed. New York: HarperCollins; 2006.
8. Zwick WR, Velicer WF. *Factors influencing five rules for determining the number of components to retain*. Psychol. Bull. 1986; 99(3): 432–442.
9. Thompson B, Daniel LG. *Factor analytic evidence for the construct validity of scores: A historical overview and some guidelines*. Educ. Psychol. Meas. 1996; 56(2): 197–208.
10. Williams B, Onsmann A, Brown T. *Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices*. Australas. J. Paramedicine. 2012; 8(3): 1–13.
11. Osborne JW, Costello AB. *Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis*. Pan-Pacific Management Rev. 2009; 12(2): 131–146.
12. Kaiser HF. *The application of electronic computers to factor analysis*. Educ. Psychol. Meas. 1960; 20(1): 141–151.
13. Horn JL. *A rationale and test for the number of factors in factor analysis*. Psychometrika. 1965; 30(2): 179–185.
14. Cattell RB. *The screen test for the number of factors*. Multivar. Behav. Res. 1966; 1(2): 245–276.
15. Hill CE. *Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena*. Washington DC: American Psychological Association; 2012.
16. Hamilton E, Carr A, Cahill P, Cassells C, Hartnett D. *Psychometric properties and responsiveness to change of 15- and 28-item versions of the SCORE: A family assessment questionnaire*. Fam. Process. 2015; 54(3): 454–463.
17. Vilaça M, Relvas AP, Stratton P. *A Portuguese translation of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE): The psychometric properties of the 15- and 28-item versions*. J. Fam. Ther. 2018; 40(4): 537–556.
18. Jacobson NS, Truax P. *Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. J. Consult. Clin. Psychol. 1991; 59(1): 12–19.
19. 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.
20. Stratton P, Carr A, Schepisi L. *The SCORE in Europe: Measuring effectiveness, assisting therapy*. W: Ochs M, Borcsa M, Schweitzer J. red. *Systemic research in individual, couple, and family therapy and counseling*. Springer International Publishing; 2020.
21. Vilaça M, Stratton P, Sousa B, Relvas AP. *The 15-item systemic clinical outcome and routine evaluation (SCORE-15) scale: Portuguese Validation Studies*. Spanish J. Psychol. 2015; 18(E87): 1–10.

Adres: Feliks Matusiak  
Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej  
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A  
e-mail: feliks.matusiak@uj.edu.pl

Otrzymano: 5.11.2019

Zrecenzowano: 21.02.2020

Otrzymano po poprawie: 7.07.2020

Przyjęto do druku: 7.07.2020