



Ana Margarida de Barros Vilaça

RESULTADOS E EVOLUÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO EM TERAPIA FAMILIAR. ADAPTAÇÃO DE UMA MEDIDA DE AVALIAÇÃO (SCORE-15)

Tese de Doutoramento do Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica — área temática: Psicologia da Família e Intervenção Familiar, orientada pela Professora Doutora Ana Paula Relvas e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Outubro de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Margarida de Barros Vilaça

**RESULTADOS E EVOLUÇÃO DO PROCESSO
TERAPÊUTICO EM TERAPIA FAMILIAR.
ADAPTAÇÃO DE UMA MEDIDA DE AVALIAÇÃO
(SCORE-15)**

Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

2015

Tese orientada pela Professora Doutora Ana Paula Relvas, no âmbito do Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica – área temática: Psicologia da Família e Intervenção Familiar, da Universidade de Coimbra e da Universidade de Lisboa.

Agradecimentos

O presente trabalho contou com o inestimável contributo de várias pessoas, das quais, antes de mais, destaco os participantes desta investigação, desde as incógnitas famílias que integraram este estudo, disponibilizando o seu tempo e intimidade, até aos vários serviços de terapia familiar que acolheram o projeto, reunindo esforços e concorrendo de forma determinante para a sua conclusão.

Quero agradecer, em particular, à Doutora Ana Paula Relvas, minha orientadora, pelo constante incentivo, rigor, compreensão e paciência, qualidades imprescindíveis para que o longo caminho que culminou na execução do presente trabalho pudesse ser percorrido com o necessário ânimo e perseverança.

Às minhas colegas (mas sobretudo amigas) de investigação, Diana, Alda, Luciana Neide e Gabriela, agradeço o vosso apoio e carinho, sem os quais o presente trabalho teria certamente redundado num processo mais solitário e menos gratificante.

Ao Professor Doutor José Tomás, ao Professor Doutor Bruno Sousa e à Professora Doutora Isabel Narciso, pelos preciosos contributos proporcionados através da discussão crítica de partes substanciais desta investigação; bem como ao Professor Doutor Peter Stratton, pela sua disponibilidade e contínua colaboração.

Expresso igualmente a minha gratidão a muitas outras pessoas que, de diversas formas, marcaram positivamente este percurso, em particular: Teresa Alho, Xavier Marques, Tiago Pinto, Ana Helena e Ricardo Pinto.

Por último, um agradecimento muito especial aos meus pais e irmãos, responsáveis pelo meu interesse e curiosidade em direcionar o meu estudo e, desse modo, melhor compreender as várias dimensões da “família”. Este trabalho só foi possível graças ao vosso apoio, amor e compreensão. É a vocês os quatro que o dedico.

Contacto da investigadora Ana Margarida de Barros Vilaça

E-mail: gui.vilaca@hotmail.com.

Imagem da capa: *Sewn Found Photo Collage* de Lisa Kokin (www.lisakokin.com).

O trabalho de investigação conducente a esta dissertação foi co-financiado por fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e pelo Fundo Social Europeu, no âmbito do Programa Operacional do Potencial Humano (POPH) e do Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN), através da Bolsa de Investigação com a referência SFRH/BD/68823/2010, concedida pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.



Declaração

De acordo com o artigo 17 do Regulamento do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Psicologia (Psicologia da Família e Intervenção Familiar), área especialização em Psicologia Clínica, da Universidade de Coimbra e da Universidade de Lisboa (19 de setembro de 2008), esta dissertação engloba artigos científicos submetidos para publicação em revistas internacionais indexadas, em colaboração com outros autores. A autora declara que foi responsável pela recolha de dados, análise e interpretação dos resultados, assim como pela redação, submissão e revisão dos artigos enviados para publicação.

Ana Margarida de Barros Vilaça

Outubro de 2015

Resumo

Com quase duas décadas de história, o percurso da investigação sobre a Terapia Familiar Sistémica (TFS), em Portugal, tem sido particularmente dedicado ao estudo dos resultados da terapia, como forma de certificar a sua eficácia. Consequentemente, a escassa investigação do processo terapêutico tem comprometido o entendimento claro sobre os ingredientes responsáveis pela mudança familiar no contexto da TFS. Neste âmbito, o leque deficitário de instrumentos de avaliação familiar, congruentes com a linha do pensamento sistémico e acessíveis à população portuguesa, contribui para a complexidade da investigação do processo terapêutico em TFS. Consciente da necessidade de um maior investimento no estudo científico das intervenções familiares sistémicas desenvolvidas com famílias portuguesas, a presente investigação visa estudar a mudança terapêutica, particularmente ao nível do processo e dos resultados. Para tal, este trabalho divide-se em duas partes centrais: (i) a adaptação e validação de uma medida do progresso da terapia através da avaliação do funcionamento familiar – o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE-15) e (ii) o estudo empírico da influência de factores que teoricamente contribuem para o processo de mudança, em contexto de terapia familiar, como é o caso da aliança terapêutica e do ciclo vital da família. O conjunto de estudos apresentados nesta dissertação pretende contribuir para uma intervenção familiar assente numa *practice evidence-based*, através da introdução de um instrumento de avaliação familiar, e numa *practice-based evidence*, através de uma compreensão mais aprofundada do funcionamento familiar.

Numa primeira fase deste trabalho, foi realizado um estudo de revisão crítica do estado da arte relativamente ao papel da investigação na TFS, focado nos pesquisas de eficácia e do processo terapêutico (Capítulo I). A análise do percurso científico realizado neste âmbito, nas duas últimas décadas, evidencia a primazia do estudo dos resultados sobre o processo, bem como o destaque consagrado dos factores comuns associados à mudança terapêutica. Em seguida, são apresentados três estudos desenvolvidos com vista à adaptação e validação da versão portuguesa do SCORE-15 (Capítulo II). Globalmente, estes estudos, realizados com base em amostras combinadas (participantes oriundos de contextos clínicos e comunitários) permitem-nos evidenciar a fiabilidade e validade da versão portuguesa do SCORE-15, na

medida em que expressam resultados muito satisfatórios ao nível da precisão, validade fatorial, discriminante, convergente, preditiva e de construto. A subsequente análise comparativa da versão breve (15 itens) e longa (28 itens) do SCORE, para além de corroborar as conclusões anteriores, permitiu-nos calcular os valores de referência e pontos de corte para ambas versões, evidenciando boas características psicométricas para a versão longa, embora se destaque uma ligeira superioridade do SCORE-15.

Por fim, os últimos dois estudos (Capítulo III) são dedicados à análise longitudinal do processo terapêutico. Um primeiro estudo procura comparar as perspetivas de clientes e dos respetivos terapeutas acerca da evolução familiar e da utilidade da terapia para as famílias, com base na análise da segunda secção da versão para clientes (duas questões abertas e três questões do tipo *Visual Analogue Scales* – VAS) e da versão integral para terapeutas (uma questão VAS e uma questão do tipo *Likert*) do SCORE-15. Clientes e terapeutas apresentam compreensões distintas acerca do progresso das famílias na terapia e da utilidade da intervenção, na quarta sessão, revelando-se mais consonantes no último momento de avaliação (sétima sessão). Além de nos dar pistas acerca da mudança familiar no contexto da TFS, este estudo representa uma primeira análise da secção qualitativa deste instrumento, disponibilizando dados preliminares psicométricos sobre a versão portuguesa para clientes (segunda secção) e para terapeutas do SCORE-15. O último artigo apresentado nesta dissertação centra-se no estudo longitudinal da mudança terapêutica em Famílias com filhos adolescentes e Famílias com filhos adultos, incidindo na análise dos resultados (funcionamento familiar) e do processo (aliança terapêutica) da terapia familiar. Os resultados encontrados apontam para trajetórias de mudança homogéneas entre as duas etapas no que diz respeito ao funcionamento familiar, ao passo que a evolução da aliança terapêutica aponta para progressos distintos para cada uma das etapas, ou seja, enquanto que as Famílias com filhos adolescentes apresentam melhorias significativas ao nível das Dificuldades da aliança, as Famílias com filhos adultos evoluem positivamente em termos das Forças da aliança. Destaca-se ainda o impacto significativo e positivo da intervenção (sessões) no progresso global das famílias, bem como a relevância da quarta sessão de terapia, enquanto um momento-chave no processo de mudança familiar.

Em suma, as conclusões gerais dos estudos aqui apresentados demonstram que a versão portuguesa do SCORE-15 é um instrumento adequado, validado e bem aceite para a avaliação do funcionamento familiar, em contexto clínico ou comunitário, útil para efeitos de

intervenção e investigação. Ao nível da análise do processo terapêutico, verificam-se evoluções distintas para o processo e resultados da terapia com Famílias com filhos adolescentes e Famílias com filhos adultos. Adicionalmente, são discutidas as implicações clínicas e científicas decorrentes destes estudos, centradas sobretudo nos benefícios da disponibilização de um instrumento de avaliação familiar e no aprofundamento do conhecimento sobre a evolução das famílias em terapia. Por último, são sugeridas linhas de intervenção e pistas para a investigação futura nesta área.

Palavras-chave: validação; SCORE-15; terapia familiar sistémica; funcionamento familiar; resultados e processo terapêutico; mudança terapêutica.

Abstract

With nearly two decades of history, in Portugal, the path followed by the Systemic Family Therapy (SFT) research has been particularly devoted to the study of therapy outcomes, aiming to validate its efficacy. Thus, the insufficient research dedicated to the therapeutic process has compromised the clear understanding of the ingredients responsible for the therapeutic change that occurs in the context of the SFT. Within this scope, the absence of evaluation tools for family assessment, consistent with the systemic thinking and accessible to Portuguese population, contributed to the complexity of investigating the therapeutic process in SFT. Aware of the need of an increasing investment in systemic family interventions research, this investigation aims to study the therapeutic change, particularly its process and results. For this purpose, this study is divided in two central parts: (i) the adaptation and validation of a measure of the therapeutic evolution through the family functioning evaluation – Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) and (ii) the empirical analysis of the impact of the factors that theoretically contribute to the process of change, in the context of family therapy, as in the case of the therapeutic alliance or the family life cycle. The studies presented in this dissertation seek to contribute to a family intervention centered on an evidence-based practice, by introducing new evaluation measures, and practice-based evidence, through a better understanding of family functioning.

In a first research step, a critical overview of the state of art of the role of research in SFT is made, focusing on the therapeutic efficacy and process (Chapter I). The analysis of the scientific route covered in this area, in the last two decades, highlights the primacy of the results over the process, as well as the emphasis devoted to the common factors associated with the therapeutic change. Then, three studies that aimed to adapt and validate the Portuguese SCORE-15 version are presented (Chapter II). Overall, these studies, based on combined samples (participants from clinical and community contexts), allow us to establish the reliability and validity of the Portuguese SCORE-15 version, as they express satisfactory results in terms of reliability, factorial validity, discriminant validity, convergent validity, predictive validity and construct validity. The subsequent comparative analysis of the brief (15 items) and long (28 items) SCORE versions, in addition to corroborating the previous

conclusions, as allowed us to establish both instruments reference values and cut-off points, exhibiting good psychometric properties for the long version, although it is highlighted a slight superiority of the SCORE-15.

Finally, the two latest studies (Chapter III), are dedicated to the therapeutic process longitudinal analysis. The first study aims to compare clients and therapists' perspectives of the family evolution and the therapy helpfulness for families, through the analysis of the second version of the clients' SCORE-15 version (two open questions and three Visual Analogue Scales – VAS) and the therapists' SCORE-15 full version (one VAS question and one Likert question). Clients and therapists present different views about the families' evolution in therapy and the treatment utility, in session four, becoming closer in the last evaluation moment (session seven). Apart from bringing important clues about family change in SFT, this study represents the first analysis of this instrument's qualitative section, providing psychometric preliminary data about the SCORE-15 clients Portuguese version (second section) and the SCORE-15 therapists version. The last presented study centers on the longitudinal analysis of the therapeutic change in Families with adolescent children and Families with adult children, focusing on the analysis of the family therapy outcomes (family functioning) and process (therapeutic alliance). The results suggest homogenous change trajectories for the two family life stages regarding the family functioning, while the therapeutic alliance evolution denotes divergent progresses for each stage, with families with adolescents presenting significant improvements for the Alliance difficulties dimension, and Families with adults indicating significant positive evolutions for the Alliance strengths dimension. We also highlight the significant and positive impact of therapy (sessions) in the families' global evolution, as well as the relevance of the fourth therapy session as a key-moment in the family change process.

In summary, the presented general conclusions endorse the Portuguese SCORE-15 version as an adequate, validated and well-accepted instrument for evaluation of the family functioning, in clinical and community contexts, useful for intervention and research purposes. Regarding the therapeutic process analysis, we observe distinct evolutions for the process and outcomes of therapy with Families with adolescents and Families with adult children. Additionally, we discuss these studies' clinical and scientific implications, centered specially in the provision of a family evaluation instrument and the deepened knowledge about the way Portuguese

families work in the specific context of systemic family therapy. Finally, lines for intervention and clues for future research are suggested.

Keywords: validation; SCORE-15; systemic family therapy; family functioning; therapeutic results and process; therapeutic change.

Índice Geral

Introdução	1
1. Enquadramento Temático	4
2. Enquadramento Conceptual	8
2.1. A Terapia Familiar Sistémica (TFS)	8
2.2. A Mudança em Terapia Familiar	11
3. Enquadramento Metodológico	13
3.1. Objetivos	14
3.2. Desenho da Investigação	15
4. Estrutura da Dissertação	20
5. Referências	22
Capítulo I.	
<i>A Investigação na Terapia Familiar Sistémica: Desenvolvimento e Evolução</i>	27
<i>The State of the Art in Family Therapy Research: What Works? How it Works</i>	29
Capítulo II.	
<i>Estudos de Validação do Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15)</i>	53
<i>Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15)</i>	55
<i>The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Scale: Portuguese Validation Studies</i>	77
<i>Comparison of Short and Long Versions of Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) in a Community and Clinical Sample</i>	101

Capítulo III.

Estudo do Processo e Resultados da Terapia 123

*Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE):
Analysis of Clients and Therapists Independent Judgments of Therapy
Evolution* 125

*Therapeutic Process and Outcomes: Longitudinal Study of Family
Therapy with Families with Adolescent and Adult Children* 147

Capítulo IV.

Discussão Integrada e Considerações Finais.

Da Família ao Sistema Terapêutico: Um Olhar sobre a Mudança. 173

1. Revisão e Discussão dos Principais Resultados 176

1.1. A Investigação na TFS: Perspetivas de Futuro 176

1.2. *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE): Da
Adaptação à Medida da Intervenção* 179

1.2.1. Estudos Portugueses com o SCORE. Versão Portuguesa do
SCORE-15 179

1.2.2. Funcionamento Familiar e Terapia 188

1.3. A Evolução da Terapia Familiar: Análise Longitudinal 190

1.3.1. Resultados e Processo Terapêutico 190

1.3.2. Trajetos de Mudança na Terapia: A Relevância da
Quarta Sessão 193

2. Implicações para a Prática Clínica 195

3. Limitações e Indicações para Estudos Futuros 197

4. Referências 199

Apêndices 205

Apêndice A: *Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar
(SOFTA-s)* 207

Apêndice B: Protocolo de avaliação administrado 234

Introdução

“There is nothing permanent except change.”

Heraclitus (s.d., citado por Webster, Bean, Gonnán,
Chambers, & Kawaoka, 1992)

Correm por esta dissertação cinco anos de pesquisa que culminam com a agregação dos resultados aqui apresentados. O percurso, mais ou menos linear, da presente investigação resulta de movimentos e momentos de produção, cuja evolução procuramos detalhar ao longo deste trabalho.

A origem do presente projeto de investigação remete-nos para 2010, altura em que surge um convite por parte do Comité de Investigação da Associação Europeia de Terapia Familiar (*European Family Therapy Association, EFTA Research Group*) (European Family Therapy Association, 2009) direcionado à Professora Doutora Ana Paula Relvas para integração no Projeto SCORE. Este projeto visava o desenvolvimento da validação psicométrica de uma medida de auto-resposta do funcionamento familiar, o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE), em vários países europeus, bem como estabelecer uma rede europeia profissional de investigação em terapia familiar (*Practitioner Research Network*). Juntamente com outros colegas investigadores, fui desafiada a participar neste projeto e, no seguimento desta colaboração, emerge a equipa de investigação que designaríamos futuramente por Grupo de Avaliação e Investigação sobre a Família – GAIF (<http://www.uc.pt/fpce/avaliacaofamiliar>).

Seguidamente, numa tentativa de integrar as diferentes áreas e interesses de investigação dos vários membros da equipa GAIF (desde o estudo dos clientes involuntários até à comunicação familiar), nasce o projeto de investigação “Clientes involuntários *versus* clientes voluntários. Intervenção familiar, resultados e processo (PROCIV)”, que viria a agregar vários subprojectos de doutoramento. Em 2011, o PROCIV é submetido ao concurso da FCT para Projetos de Investigação Científica e Desenvolvimento Tecnológico sem, contudo, termos obtido financiamento. Deste estudo-mãe, emana o presente projeto focado na análise do processo e dos resultados terapêuticos traduzidos na mudança familiar, assim como na validação de uma medida de avaliação familiar.

1. Enquadramento Temático

O destaque evidenciado do processo e resultados da terapia familiar sistémica (TFS) derivou quer da curiosidade pessoal e profissional pelos fundamentos da intervenção, especificamente por tudo aquilo que é necessário para tornar uma intervenção terapêutica eficaz, quer da escassez de estudos sobre o processo terapêutico.

O meu primeiro contacto com o estudo da mudança familiar surge no âmbito da investigação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, a qual se debruçou sobre a análise das relações existentes entre a vulnerabilidade ao *stress*, o *coping* e a qualidade de vida familiares ao longo das várias etapas desenvolvimentais da família (Vilaça & Relvas, 2009). Neste primeiro momento, tive a oportunidade de conhecer os principais estudos sobre a família realizados com base numa perspetiva longitudinal, bem como aprender os mais reconhecidos modelos sobre o funcionamento familiar, como por exemplo o Modelo Circumplexo (Olson, 2000). Posteriormente, o trabalho terapêutico que fui desenvolvendo com famílias no Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC) ao longo de três anos e meio foi-me despertando interrogações acerca da mudança familiar em contexto clínico. Longe de procurar aprofundar as razões apontadas pelas famílias como as principais dificuldades que as levam até à terapia, até porque “se a família desse uma definição correta do problema seria capaz de o resolver” (Ausloos, 2003, p. 73), instigava-me o que estaria na base da ativação do processo de mudança. Ou seja, ainda que consciente da imprevisibilidade e complexidade inerentes a toda a mudança, seduzia-me a curiosidade sobre os ingredientes-chave da mudança familiar no contexto específico da TFS.

Da pesquisa da literatura em torno da mudança no contexto da terapia familiar ressaltou o reconhecimento de uma escassez de estudos sobre o processo terapêutico com famílias, contrastado com uma variada oferta de pesquisas sobre a eficácia da terapia familiar. De facto, a análise do passado da investigação na área da terapia familiar revela-nos o seu início tardio e “apressado” devido a pressões constantes por parte dos sistemas de saúde e políticas económicas, com o objetivo de alcançar a credibilidade científica que outras abordagens psicoterapêuticas clássicas individuais já haviam conquistado (Friedlander, 1998; Stratton, 2007). É essencialmente a partir dos

anos 80, que a questão sobre a eficácia da TFS tem vindo a ganhar legitimidade junto de clientes, terapeutas e supervisores, reflectindo grande premência de evidência e auditoria desta prática profissional (Asen, 2002; Friedlander, Wildman, Heatherington, & Skowron, 1994; Rivett & Strett, 2003; Stratton, 2008).

A preocupação científica com o sucesso da TFS, bem como com a sua eficiência, provocaram um crescente número de estudos numa tentativa de responder a questões sobre se a terapia familiar resulta ou de que forma é eficaz perante um conjunto de problemas (Friedlander, 1998). Estes trabalhos científicos dizem respeito essencialmente a estudos empíricos (e.g., Lundband & Hansson, 2006; Lock, Agras, Bryson, & Kraemer, 2005), de revisão (e.g., Pinsof & Wynne, 1995; Retzlaff, Sydow, Beher, Haun, & Schweitzer, 2013) e metaanálises (e.g., Shadish, Ragsdale, Glaser, & Montgomery, 1995; Kim, 2008) que evidenciam a eficácia da terapia familiar no tratamento de problemas da infância, adolescência e do adulto, de forma económica comparativamente a outras formas de tratamento disponíveis. Concomitantemente, se a literatura nos vai confirmando que a TFS resulta, transparece igualmente que pouco se sabe acerca dos microprocessos inerentes à mudança terapêutica. Neste contexto, a investigação desenvolvida em torno da mudança terapêutica tem vindo a assinalar a aliança terapêutica como uma sólida evidência relativa ao processo e ao resultado da terapia sistémica (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Friedlander et al., 1994; Horvath & Symonds, 1991; Ribeiro, 2009), indicando a relação terapeuta(s)-cliente(s) como um “ingrediente activo” participante na mudança. Na mesma linha, as características do sistema familiar são identificadas como potenciais constrangedores ou facilitadores da mudança familiar (Friedlander et al., 2006; Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1983; Relvas, 1996). É o caso, por exemplo, do ciclo vital da família, na medida em que a transição de uma etapa do ciclo evolutivo familiar para outra mais complexa remete as famílias para um estado de crise, conduzindo o sistema a recorrer a estratégias de *coping* para lidar com o *stress* e restabelecer a qualidade de vida da família (Carter & McGoldrick, 1995; Olson et al., 1983; Vilaça & Relvas, 2009). Contudo, apesar de na prática clínica os terapeutas “jogarem” recorrentemente com os referentes teóricos do ciclo vital, assumindo *apriori* as suas implicações na terapia (quer as genéricas, como a crise, quer as específicas, como os movimentos de cada etapa) (Carter & McGoldrick, 1995; Olson et al., 1983; Relvas, 1996), tais

pressupostos não estão validados empiricamente. Neste sentido, são vários os autores que afirmam a necessidade da análise empírica da relação entre estas variáveis no processo terapêutico (Friedlander et al., 1994; Horvath & Symonds, 1991; Stratton, 2007; Stratton, 2005).

Perante este panorama de valorização da terapia familiar em termos científicos, vários autores reforçam a necessidade de cooperação entre terapeutas e investigadores na produção e utilização de medidas objectivas de avaliação dos resultados terapêuticos que espelhem a ponte entre a teoria e a prática (Friedlander et al., 1994; Stratton, McGovern, Wetherell, & Farrington, 2006). De facto, verifica-se que os instrumentos aplicados em contexto de terapia são predominantemente direccionados para a avaliação individual e, para além disso, a grande maioria das escalas familiares validadas não são consistentes com a abordagem sistémica (Stratton et al., 2006) ou não são suficientemente funcionais para serem utilizados regularmente na prática clínica (Janes, 2006). Em Portugal, são escassos os instrumentos de auto-resposta que permitam avaliar o funcionamento familiar e que possam ser utilizados de forma regular quer na investigação, quer no contexto da intervenção sistémica. De acordo com estudos nacionais desenvolvidos em torno da avaliação do funcionamento das famílias, destacamos uma utilização mais regular da validação portuguesa da *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III* (FACES-III; Olson, Portner, & Lavee, 1985; Validação Portuguesa de Curral, Dourado, Roma Torres, Barros, Palha, & Almeida, 1999) e da adaptação Portuguesa da *Family Environmental Scale* (FES; Moos & Moos, 1986; Tradução Portuguesa de Santos & Fontaine, 1992). No entanto, tanto os dois exemplos apresentados, como a maioria das restantes escalas utilizadas em Portugal, dizem respeito a medidas de avaliação desenvolvidas há mais de uma década, em contexto americano e, designadamente a segunda, relativamente dispendiosas em termos do tempo necessário para o seu preenchimento. Estes constrangimentos presentes nas escalas de avaliação familiar repercutem-se na investigação, mas estão também presentes no contexto clínico, dada a débil adesão por parte dos terapeutas familiares sistémicos.

Foi precisamente perante este panorama que nos foi dado a conhecer o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE; Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010). O SCORE foi desenvolvido por um grupo de terapeutas ingleses, motivados pela

crença de que é possível desenvolver uma medida de avaliação dos resultados da terapia familiar, compatível com a linha de pensamento do construcionismo social e com a prática corrente. Trata-se de uma medida de auto-relato, destinada aos vários elementos da família, facilmente integrada na prática e investigação clínica, que se propõe reflectir a evolução da mudança familiar na terapia através da avaliação do funcionamento familiar. De entre as suas várias versões do SCORE (SCORE-40, SCORE-29, SCORE-28 e SCORE-15), realçamos a versão de 29 itens que compila todos os itens do SCORE-15 e SCORE-28, ambas as versões com excelentes propriedades psicométricas e uma estrutura dimensional clinicamente decifrável, que avalia as Forças, Dificuldades e Comunicação da família (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, & Stratton, 2010). Mais especificamente, de entre as duas últimas versões destacamos a medida mais breve (SCORE-15) uma vez que é apontada pelos autores como a mais exequível para uma utilização no contexto clínico (Stratton et al., 2014). No seu conjunto, pelo facto de se constituir como uma medida atual de avaliação da mudança familiar e do progresso terapêutico, ser de aplicação breve e prática e apresentar visibilidade e reconhecimento crescentes em mais de 16 países europeus (e.g., na Irlanda através da pesquisa conduzida por A. Carr ou em Espanha através da investigação liderada por R. Pereira), rapidamente identificamos o SCORE como uma potencial ferramenta no panorama da avaliação da mudança terapêutica com famílias portuguesas e, como tal, encarregamo-nos do seu estudo no nosso país.

Concluindo, a escassa investigação sobre a intervenção familiar sistémica em Portugal tem comprometido o reconhecimento da sua eficácia. Desse aspecto decorre, também, a ausência de instrumentos de avaliação específicos na área. Neste contexto, interessamo-nos pelo estudo da mudança terapêutica, particularmente ao nível dos resultados e da evolução do processo terapêutico. O nosso objetivo consistiu em adaptar uma medida do progresso da intervenção da terapia através da avaliação do funcionamento familiar (SCORE-15), para posteriormente estudar empiricamente a influência de dois factores específicos que teoricamente se associam ao processo de mudança terapêutica (aliança terapêutica e o ciclo vital da família). Conforme sugerido pelo título desta dissertação, ambicionávamos contribuir para uma intervenção familiar assente numa *practice-based evidence*, através de uma melhor compreensão da mudança familiar – *Resultados e Evolução do Processo Terapêutico em Terapia*

Familiar – e numa practice evidence-based, através da introdução de um instrumentos de avaliação – *Adaptação de uma Medida de Avaliação (SCORE-15)*.

2. Enquadramento conceptual

A presente dissertação, centrada no estudo da mudança terapêutica no contexto da TFS, adopta como quadro teórico-referencial a perspectiva da Complexidade Sistémica (Morin, 1995). Dado que a tradução rigorosa e sintética da evolução conceptual do modelo sistémico, da sua aplicação enquanto modelo de intervenção e, mais especificamente, do processo de mudança na terapia familiar se revelou uma tarefa demasiado complexa e ousada, procuramos aqui sistematizar as linhas gerais fundamentais para a compreensão destes conceitos.

2.1. A Terapia Familiar Sistémica (TFS)

A TFS desenvolve-se na segunda metade do século XX, nos E.U.A., enquadrada na revolução científica que marca a transição do pensamento analítico para o pensamento sistémico. O conhecimento e compreensão da realidade, até então microscópico e linearmente causalista, passaria a fundamentar-se numa leitura macroscópica de modo a abranger a complexidade das relações e interações (Relvas, 1999). O paradigma sistémico emerge de um contexto de multidisciplinaridade, como o resultado de uma confluência de várias posturas e modelos, das quais destacamos a Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 1968), a Teoria Cibernética (Wiener, 1948) e o Modelo da Pragmática da Comunicação Humana (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967). A noção de sistema nasce da Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 1968) enquanto referência a um conjunto de unidades em interação mútua. Os sistemas são caracterizados por um conjunto de princípios e propriedades como é o caso da totalidade (o todo é mais do que a soma das suas partes), da circularidade dos mecanismos de *feedback* (a retroação e a interação entre os elementos do sistema e entre estes e outros sistemas) e da equifinalidade (condições iniciais idênticas podem originar consequências diferentes e vice-versa). A família, enquanto sistema, é constituída por

diferentes subsistemas que partilham finalidades, se relacionam de modo interativo e se diferenciam pelos seus papéis e limites, representando uma estrutura e organização própria. Da Teoria da Cibernética (Wiener, 1948), a abordagem sistémica absorveu os conceitos relativos aos mecanismos de controlo e regulação da informação nos sistemas, como por exemplo, sistemas auto-observantes, causalidade circular e comunicação analógica e digital. Por último, o Modelo da Pragmática da Comunicação Humana (Watzlawick et al., 1993) promoveu o destaque consagrado à análise pragmática da comunicação humana através da consagração de um conjunto de axiomas da comunicação que estão na base da interação entre os indivíduos e as relações no sistema.

Assente em diferentes propostas teóricas, a terapia familiar poderá, assim, ser genericamente definida como um conjunto complexo de abordagens baseadas em princípios sistémicos, desde as oriundas das designadas “escolas clássicas” – e.g. Modelo Transgeracional de Bowen (1959), Modelo Estratégico da Escola de Palo Alto (1967), Modelo Estrutural de Salvador Minuchin (1967) – até aos modelos pós-modernos, emergentes da renovação e ampliação dos paradigmas clássicos – e.g., Modelo Narrativo de Michael White (1990), Modelo Focado nas Soluções de Steve Shazer (1991), Modelos Integrativos (1998). O desenvolvimento da TFS atravessa assim dois momentos essenciais até à atualidade: as terapias de primeira ordem que promovem o estudo dos sistemas enquanto auto-regulados, resistentes à mudança e regidos pelo princípio da estabilidade, ou seja, de “mudança para a não mudança”; e as terapias de segunda ordem que, privilegiando o desenvolvimento em detrimento da estabilidade, perspetivam os sistemas enquanto auto-organizados, autónomos e que evoluem em forma de espiral, através de transformações estruturais. Questões como a complexidade, a circularidade e a recursividade representam o novo paradigma sistémico, assente numa primazia da linguagem e dos processos relacionais, através de uma postura da curiosidade (*not knowing*) e procura de visões múltiplas (Nichols & Schwartz, 2006; Relvas, 2003). No seu conjunto, estes pressupostos teórico-epistemológicos aplicados à prática terapêutica confluem na terapia familiar.

O processo evolutivo da TFS é acompanhado por uma rápida difusão na Europa, proporcionada essencialmente pelo aparecimento das escolas para formação de terapeutas (e.g., *Mental Research Institute*) e da publicação de revistas científicas (e.g.,

Family Process) dedicadas ao estudo da família. Em Portugal, a TFS surge num contexto de mudança dos procedimentos clássicos nos serviços de saúde mental, nomeadamente através do desenvolvimento da psicanálise e da contribuição interdisciplinar de vários profissionais e académicos (Relvas, Alarcão, & Pereira, 2013). A sua implementação em Portugal, de forma estruturada, resulta da fundação da Associação Portuguesa de Terapia Familiar e Comunitária (APTEFC) e, posteriormente, da constituição da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (SPTF), duas organizações, que ainda hoje são as mais representativas da área da terapia familiar em Portugal (Relvas et al., 2013). Ao nível da intervenção, a TFS abrange diferentes contextos que vão para além da prática clínica com famílias (terapia familiar), casais (terapia de casal) ou indivíduos (terapia individual). As diferentes modalidades de intervenção assentes na perspetiva sistémica estendem-se aos vários sistemas que circundam a família, como as escolas, empresas ou comunidades. A terapia familiar desenvolvida com famílias e casais em contexto clínico, objeto de análise nesta dissertação, obedece à postura de segunda ordem (perspetiva pós-moderna) e assenta em construções conjuntas entre terapeutas e clientes através de um processo conversacional de construção de novos significados (Anderson & Goolishian, 1992). O processo terapêutico segue tendencialmente a lógica dos modelos de terapias breves (Ausloos, 2003), sendo compostos por um conjunto de sessões ou entrevistas interpessoais conjuntas que decorrem no seio do sistema terapêutico, formado pela família e terapeutas. As especificidades da intervenção, conduzida preferencialmente por dois terapeutas em regime de coterapia, podem variar entre profissionais de acordo com o estilo adotado e focado num modelo particular, tendo sempre na base um modelo de cooperação. A metodologia utilizada baseia-se na conversação terapêutica (Ausloos, 2003) e no questionamento circular (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980), com recurso a técnicas aplicadas de forma flexível e pragmática como resposta à complexidade dos contextos dos clientes. Por fim, o *setting* específico da TFS contempla meios técnicos audiovisuais, como o sistema de gravação, o espelho unidirecional (que divide a sala de consulta da sala de observação) ou o telefone (que possibilita a comunicação entre as duas salas), que se constituem como ferramentas terapêuticas mas também de formação e supervisão ao vivo (Relvas, 2003).

De um modo geral, a finalidade da TFS é atender a pessoas que procuram apoio psicológico, em conjunto com a sua família, objetivando a mudança propiciadora do bem-estar individual e familiar (Miermont, 1994). Por outras palavras, “a terapia é o processo, no qual, criando a crise, se ‘empurra’ a família bloqueada na sua espiral desenvolvimental em direção à sua própria evolução” (Minuchin & Fishman, 1981, p. 27).

2.2. A Mudança em Terapia Familiar

Não é possível compreender e intervir sistemicamente com famílias sem evidenciar o conceito de mudança. A necessidade contínua de adaptação aos diferentes contextos circundantes (eles próprios também em constante mutação), bem como às exigências próprias das diferentes fases do seu ciclo desenvolvimental, de forma a assegurar a sobrevivência harmoniosa dos seus membros, fazem da família um sistema em constante transformação (Ausloos, 2003; Relvas, 2003). É precisamente quando a sua reorganização é comprometida, ou a mudança familiar bloqueada, que muitas famílias recorrem aos serviços da terapia familiar. No contexto da TFS, a mudança implica a evolução para um novo estágio enquanto resolução adequada e eficaz para o problema ou crise vivenciada pela família, representando assim novas e variadas possibilidades de evolução (Relvas, 2003). De acordo com o postulado da competência formulado por Ausloos (2003, p. 112) – “A um sistema só se podem colocar problemas que seja capaz de resolver” – a família é detentora dos recursos necessários para resolver os seus problemas, embora, em determinadas situações, não saibam/consigam utilizá-los. Como tal, no processo de transformação familiar, o terapeuta assume a função de agente ativador do potencial de mudança familiar, ao invés de tentar compreender ou encontrar as soluções para o sistema (Ausloos, 2003).

Nas duas últimas décadas, teóricos e clínicos preocuparam-se em decifrar a atuação da mudança terapêutica. No contexto particular da TFS, têm sido colocadas várias interrogações sobre os mecanismos que estão na base da mudança familiar, enfatizado a importância e a utilidade de melhor compreender o processo terapêutico. Da mesma forma, a preocupação com o rigor da terapia familiar e a ênfase na explicação dos seus resultados, mencionados no Ponto 1. desta Introdução,

desencadearam o protagonismo dos fatores que se associam à mudança terapêutica. Se por um lado, os estudos de metaanálise sobre os resultados da psicoterapia eram unânimes e precisos ao evidenciar a sua eficácia, por outro lado, não diferenciavam as diferentes abordagens psicoterapêuticas, quando eram controlados os fatores mediadores e moderadores (Lambert & Ogles, 2004; Shadish & Baldwin, 2003; Shadish et al., 1995). É neste contexto que o paradigma dos fatores comuns ganha maior visibilidade, postulando que o sucesso da terapia não se deve predominantemente às contribuições específicas de cada modelo ou abordagem teórica, mas sim a um conjunto de factores terapêuticos independentes do modelo teórico e transversais às diferentes formas de terapia eficazes, sendo os modelos considerados como um contexto no qual os factores comuns operam (Hubble, Duncan & Miller, 2006; Sprenkle, Davis & Lebow, 2009). Essencialmente suportado em estudos de revisão qualitativa e de metaanálise, o paradigma dos fatores comuns ou fatores não específicos pretendia proporcionar o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes e práticos com base nas semelhanças encontradas (Hubble et al., 2006). Apesar de inicialmente focado na psicoterapia individual, a abordagem dos componentes comuns às várias psicoterapias ganhou um especial significado no campo da terapia familiar e de casal, particularmente pela sua capacidade de esclarecer diferentes resultados encontrados na teoria e investigação e consubstanciar a TFS, através da identificação de pontos semelhantes (Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004).

Tendo em consideração a corrente dos factores comuns, salientamos o modelo proposto por Michael Lambert (1992), uma vez que este representa a classificação mais consensualmente reconhecida e adoptada pelas diferentes abordagens psicoterapêuticas. Este modelo, desenvolvido a partir da revisão qualitativa de vários trabalhos de investigação, estima a contribuição de cada um dos factores comuns para explicar a variância da mudança terapêutica. Sucintamente, Lambert atribui cerca de 40% da mudança aos factores do cliente e ocorrências extraterapêuticas (características do cliente, estáticas e não estáticas, que influenciam a mudança, tais como os seus níveis de motivação ou a etapa do ciclo vital familiar, bem como acontecimentos marcantes que ocorrem fora da terapia e têm um papel importante na mudança), 30% à relação terapêutica (força da aliança terapêutica entre clientes e terapeutas), 15% à esperança e expectativas (esperança e crença na credibilidade do tratamento) e 15% aos modelos ou

técnicas (orientação teórica dos terapeutas, métodos terapêuticos, estratégias e táticas implementadas) (Lambert, 1992). Apesar de bastante controversa, essencialmente pelo facto de atribuir a cada um dos fatores uma percentagem exata de responsabilidade pelos resultados terapêuticos, a sistematização dos fatores comuns proposta por Lambert permanece influente, estando na base das subseqüentes categorizações desenvolvidas em tornos dos fatores teoricamente associados à mudança terapêutica (Sprenkle & Blow, 2004).

Mais recentemente, Sprenkle, Davis e Lebow (2009) destacam quatro fatores comuns particulares da TFS: (1) a identificação das dificuldades em termos relacionais, (2) a interrupção dos padrões relacionais disfuncionais, (3) a expansão do sistema alvo de intervenção direta para além dos elementos do casal/família e, por último, (4) o desenvolvimento de múltiplas alianças terapêuticas. Apesar de característicos da TFS, são perceptíveis as comunalidades com os fatores comuns “gerais” da psicoterapia, com um especial destaque para o impacto da aliança terapêutica nos resultados da terapia. No seu conjunto, os fatores comuns transversais às várias correntes psicoterapêuticas poderão ser aplicáveis à TFS, enquanto os mecanismos de mudança próprios das TFS apenas são considerados nas terapias relacionais.

Apesar de se revelar um grande desafio, patente na deficiente literatura sobre a mudança em TFS (Carr, 2009; Kazdin, 2001; Stratton, 2005), o estudo da mudança em TFS tem paulatinamente ganho novas e significativas contribuições, sobretudo no campo dos fatores comuns. A investigação tem demonstrado a sua importância no processo terapêutico, realçando a necessidade de pesquisa adicional focada nos já reconhecidos elementos terapêuticos comuns, bem como noutras variáveis complexas da terapia.

3. Enquadramento Metodológico

Seguindo as tendências actuais na investigação em psicoterapia, privilegamos o estudo longitudinal de duas variáveis do processo terapêutico: os resultados terapêuticos traduzidos na mudança familiar (funcionamento familiar) e o processo (aliança terapêutica). Este projecto segue uma abordagem metodológica mista

(predominantemente quantitativa), de carácter diacrónico (recolha de dados em diferentes momentos) e multi-informante (perspectivas dos clientes e dos terapeutas). Tendo em consideração o posicionamento epistemológico adoptado ao longo desta dissertação, apresentado no Ponto 2, desenhámos um projeto que visa superar as principais limitações metodológicas evidenciadas na literatura (e.g., inadequação dos instrumentos de avaliação, estudos parcelares, ausência do cruzamento de variáveis associadas a clientes e terapeutas), assente numa perspectiva metodológica integradora.

3.1. Objetivos

Procurámos atingir, especificamente, os seguintes objectivos:

- I. Tradução, adaptação e validação do SCORE-15 (Stratton et al., 2010) para a população portuguesa;
- II. Análise da capacidade do SCORE-15 para diferenciar uma amostra clínica de uma amostra comunitária, especificamente em termos do funcionamento familiar (validade discriminante), comparativamente com o SCORE-28;
- III. Estudo da evolução dos resultados da terapia familiar em dois momentos diferentes da intervenção (1ª e 4ª sessão);
- IV. Análise das percepções de clientes e respetivos terapeutas acerca da evolução da terapia, especificamente do progresso da família e da utilidade da terapia, em três momentos distintos da terapia (1ª, 4ª e 7ª sessão).
- V. Investigação da evolução dos resultados (funcionamento familiar) e do processo (aliança terapêutica) terapêutico com famílias que se encontram em duas etapas específicas do ciclo vital (Famílias com filhos adolescentes e Famílias com filhos adultos), avaliadas em três momentos diferenciados da intervenção (1ª, 4ª e 7ª sessão).

Inicialmente foram, então, colocadas as seguintes questões de investigação: Será o SCORE-15 um instrumento eficaz e adequado ao contexto português?; Ao nível da avaliação dos resultados terapêuticos, qual a sensibilidade do SCORE-15 para identificar mudança familiar?; Em termos das etapas desenvolvimentais estudadas, estarão as famílias mais (/menos) permeáveis para a mudança numa ou outra etapa do

seu percurso de vida? Finalmente, de que modo se processa a mudança ao longo da TFS? Foi precisamente com o mote de responder a estas questões que desenvolvemos este estudo, objectivando assim informar (e “enformar”) a Terapia Familiar de modo mais efectivo.

3.2. Desenho da Investigação

A presente investigação assentou num plano longitudinal, transversal e correlacional (Almeida & Freire, 2003), contemplando um conjunto de sete tarefas. Na Figura 1 é apresentado um esquema sobre as tarefas aqui detalhadas, com o objetivo de facilitar a sua compreensão.

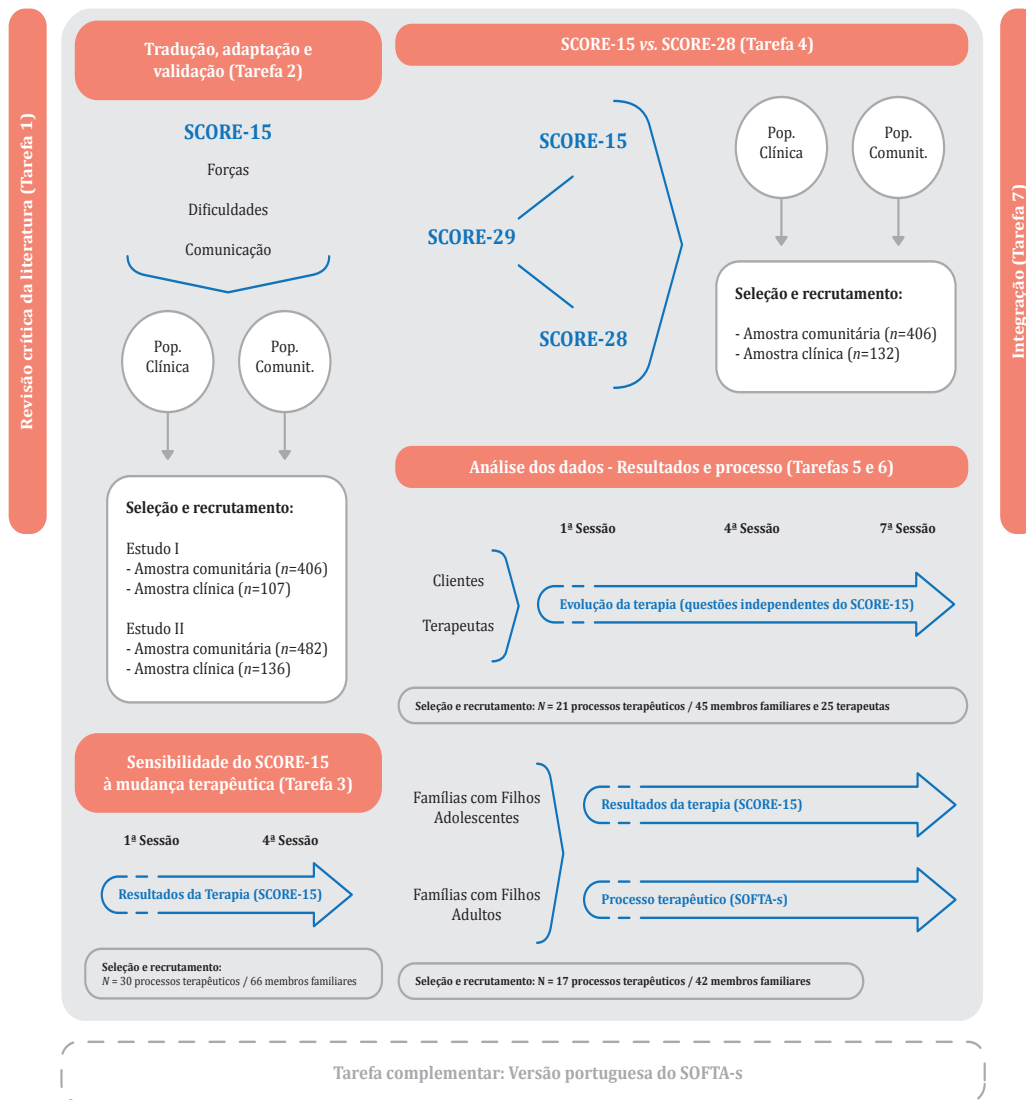


Figura 1. Desenho da investigação.

Para a concretização deste estudo, foram realizadas as seguintes tarefas:

Tarefa 1: Revisão crítica da literatura focada no trajeto percorrido pela investigação na TFS, desde os primórdios até à atualidade.

Tarefa 2: Tradução, adaptação e validação do SCORE-15.

(a) Tradução e retroversão do questionário SCORE-15 (Stratton et al., 2010), de modo a garantir a exatidão da tradução linguística (versão para clientes e para terapeutas).

(b) Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da escala de avaliação (versão para clientes). No processo de adaptação foram efectuadas análises factoriais exploratórias e confirmatórias, a fim de avaliar a correspondência com a estrutura factorial da versão original do SCORE-15 (Recursos familiares, Comunicação na família e Dificuldades familiares). A validação do questionário inclui ainda a análise da consistência interna (*alpha de Cronbach*), da validade discriminante, da validade convergente e da validade preditiva do SCORE-15.

(c) As amostras utilizadas nos dois estudos que concorrem para a concretização desta tarefa são amostras combinadas, de conveniência, constituídas por um total de 618 participantes. Em ambos os estudos, a amostra comunitária é constituída por mais de 400 sujeitos, enquanto a amostra clínica é composta por mais de 100 clientes em terapia. No caso do grupo de participantes não-clínico, o recrutamento passou pela seleção de um representante da família com idade superior a 12 anos para o preenchimento do instrumento (presencialmente e via *online*). Procurou-se recrutar um *n* mínimo de 100 famílias, em igual número de elementos de ambos os sexos, diversificados em termos de etnia, nível profissional/ocupacional, escolaridade e idade. Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: existência de perturbação/doença mental; estarem a receber apoio psiquiátrico ou qualquer outra forma de terapia; e serem colegas/próximos dos investigadores. A amostra clínica, por sua vez, corresponde a um conjunto de clientes de casos de terapia familiar e de casal, centrados em questões relacionais familiares, em que estiveram presentes pelo menos dois elementos familiares, conduzidos em vários Centros de Terapia (públicos e privados) de todo o país. Para a composição do grupo clínico foi realizado o recrutamento, seleção e contacto formal com vários serviços/ terapeutas que utilizam um modelo integrativo de terapia familiar breve, com recurso a métodos e técnicas englobados nas várias orientações da TFS (conforme descrito no Ponto 2.1.).

O processo de adaptação e validação do SCORE-15 contou com a supervisão do autor da escala original, bem como com a equipa de investigação responsável pelos

estudos do SCORE na Europa, que são também os consultores da investigação mais alargada onde este projecto se integra (Peter Stratton e Grupo de Investigação EFTA).

Tarefa 3: Avaliação da sensibilidade do SCORE-15 à mudança terapêutica.

(a) Através da análise da evolução dos resultados da terapia, da 1ª para 4ª sessão de terapia, procurámos avaliar a capacidade do SCORE-15 para detetar mudança terapêutica.

(b) A partir de uma amostra clínica composta por 30 famílias (66 participantes) seguidas em terapia familiar, foram analisados os resultados obtidos com o SCORE-15 em dois momentos distintos da terapia (1ª e 4ª sessão), através da realização de análises estatísticas descritivas, comparação entre grupos para amostras emparelhadas e o cálculo do índice de mudança fiel (*Reliable Change Index* - RCI). O recrutamento e a selecção da amostra clínica obedeceu aos métodos e critérios descritos na Tarefa 2, com o acréscimo de apenas se considerarem os elementos familiares que preencheram os questionários em ambos os momentos de avaliação, ou seja, antes da 1ª e da 4ª sessão de terapia.

Tarefa 4: Comparação do SCORE-15 e SCORE-28 com o objetivo de compreender e analisar as propriedades psicométricas de ambos os instrumentos em dois contextos distintos: comunitário e clínico.

(a) Análise comparativa dos dados do SCORE-15 e 28, com base numa amostra comunitária e clínica. Esta análise contemplou o estudo da consistência interna (*alpha de Cronbach*), da validade fatorial confirmatória, da validade discriminante, da validade preditiva, bem como o cálculo dos valores de referência e valores de corte para cada uma das versões. Uma vez que o SCORE-29 integra as versões de 15 (indicado para uma utilização clínica regular) e 28 itens (utilizado para uma compreensão mais detalhada e fidedigna do funcionamento familiar), os estudos psicométricos relativos a esta tarefa foram desenvolvidos através da administração do SCORE-29.

(b) O recrutamento da amostra mista seguiu os procedimentos apresentados na Tarefa 2. No total, foram recrutados 406 participantes do contexto comunitário e 132 clientes presentes na 1ª sessão de terapia.

Tarefa 5: Estudo longitudinal da evolução da terapia segundo a perspetiva de clientes e terapeutas.

(a) Análise longitudinal das questões independentes do SCORE-15, avaliadoras das percepções de clientes e terapeutas sobre a evolução do processo terapêutico, especificamente acerca do progresso da família e da utilidade da terapia.

(b) Para além de procurar compreender se as perspetivas dos clientes sobre a evolução da terapia ao longo do tempo são consonantes com as respetivas avaliações dos terapeutas, este estudo representa ainda uma primeira análise preliminar das propriedades psicométricas das questões independentes do SCORE-15 (segunda parte da versão para clientes e escala completa da versão para terapeutas).

(c) A recolha da amostra clínica utilizada atendeu aos procedimentos expostos na Tarefa 2 e 3. No seu conjunto, foram analisados 21 processos terapêuticos (45 clientes e 25 terapeutas), avaliados na 1^a, 4^a e 7^a sessão de terapia familiar e de casal.

Tarefa 6: Estudo longitudinal do processo e resultados da terapia com famílias de diferentes etapas do ciclo vital.

(a) Análise de dados longitudinais (1^a, 4^a e 7^a sessões) referentes ao processo terapêutico (aliança terapêutica) e aos resultados da terapia (funcionamento familiar).

(b) Para além do estudo da evolução geral do processo e dos resultados terapêuticos, ao longo das três sessões, utilizando estatísticas descritivas e análises da variância, pretendemos analisar se a evolução de cada uma destas duas dimensões terapêuticas difere durante a terapia e entre cada uma das etapas do ciclo vital estudadas, recorrendo, para tal, a análises multivariadas da variância.

(c) A constituição da amostra e seleção dos processos terapêuticos obedeceu, mais uma vez, à lógica das tarefas anteriores, inicialmente procurando respeitar o número de processos por etapa do ciclo vital. A classificação dos estádios do ciclo vital adoptada é a proposta por Relvas (1996): Formação do casal; Famílias com filhos pequenos; Famílias com filhos na escola; Famílias com filhos adolescentes; Famílias com filhos adultos. Dado o volume irregular de famílias participantes, em termos das suas etapas desenvolvimentais, centramos este estudo na análise das duas etapas do ciclo vital que mais recorreram à terapia durante o período de recolha da amostra clínica: Famílias com filhos adolescentes e Famílias com filhos adultos. Na base da aplicação do protocolo de investigação esteve a lógica de um estudo longitudinal prospetivo que implicou a aplicação dos instrumentos aos mesmos elementos da família presentes na terapia nos

três momentos de avaliação. No total, foram analisados 17 processos terapêuticos (42 clientes em terapia).

Tarefa 7: Integração e reflexão crítica sobre os resultados encontrados ao longo das tarefas precedentes.

Para além das tarefas propostas, adicionamos como tarefa complementar, essencial para a concretização da Tarefa 6, o estudo de tradução, adaptação e validação portuguesa do *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA-s; Friedlander et al., 2006), apresentado no Apêndice A. Este processo de adaptação e validação, que culminou com a versão portuguesa do SOFTA-s, contou com a supervisão de Valentin Escudero, um dos autores da escala original.

4. Estrutura da Dissertação

A presente dissertação organiza-se em cinco secções que integram e interligam os vários estudos realizados nesta investigação: a introdução, três capítulos que englobam um capítulo de livro e cinco artigos científicos e, por fim, um último capítulo relativo à discussão final integradora dos resultados obtidos.

A Introdução contextualiza a investigação desenvolvida, apresentando uma visão global da temática abordada, do quadro conceptual adotado, das opções metodológicas utilizadas, bem como das tarefas desenvolvidas ao longo desta dissertação.

O primeiro capítulo, denominado “A Investigação na Terapia Familiar Sistémica: Desenvolvimento e Evolução”, é composto por um artigo de revisão crítica da literatura focada nos resultados e processo da terapia sistémica, propondo uma reflexão sobre o estado actual da arte relativamente ao lugar da investigação na TFS.

No segundo capítulo, intitulado “Estudos de Adaptação e Validação do *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE)”, apresentamos um conjunto de três estudos quantitativos que descrevem o processo de adaptação e validação da versão portuguesa para clientes do SCORE, realizados com base em amostras mistas. O primeiro estudo apresentado nesta secção – *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15)* – reúne os primeiros estudos de tradução, validação e

adaptação da versão portuguesa do SCORE-15. Num segundo estudo – *The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Scale: Portuguese Validation Studies* – é caracterizado o processo de validação discriminante, convergente e preditiva da versão portuguesa da escala. O terceiro estudo – *Comparison of Short and Long Versions of Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) in a Community and Clinical Sample* – dá continuidade às análises anteriores, equiparando as propriedades psicométricas do SCORE-15 com as do SCORE-28, nomeadamente a validade discriminante, validade fatorial, fiabilidade, validade de construto, validade preditiva, valores de referência e valores de corte.

O terceiro capítulo, designado “Estudo da Evolução do Processo e dos Resultados Terapêuticos”, inclui dois estudos clínicos longitudinais focados no processo terapêutico, avaliado em três momentos-chave das terapias breves: primeira, quarta e sétima sessões. O primeiro artigo integrado neste capítulo – *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE): Analysis of Clients and Therapists Independent Judgments of Therapy Evolution* – incide na avaliação das perspetivas de clientes e terapeutas sobre a evolução da terapia, com base na análise das questões independentes do SCORE, em ambas as versões para clientes e terapeutas. Finalmente, no segundo artigo – *Therapeutic Process and Outcomes: Longitudinal Study of Family Therapy with Families with Adolescent and Adult Children* – é examinada a evolução dos resultados e do processo terapêutico de Famílias com filhos adolescentes e Famílias com filhos adultos, ao longo da intervenção.

A última secção é dedicada à discussão integradora dos resultados apresentados nos capítulos anteriores, tendo como “pano de fundo” o contorno teórico-referencial adoptado ao longo de toda a investigação (detalhado no Ponto 2.1. desta Introdução). A discussão abrange ainda uma reflexão acerca das implicações clínicas deste estudo, bem como as suas principais limitações, rematando com algumas consideração sobre os potenciais caminhos futuros de investigação que este trabalho nos foi sugerindo.

5. Referências

- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3.^a ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction* (pp. 25-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Asen, E. (2002). Outcome Research in Family Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238. doi:10.1192/apt.8.3.230
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias: Tempo, caos e processo* (2^a ed.). Lisboa: Climepsi.
- Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., & Stratton, P. (2010). Validation of a 28-Item Version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish Context: The SCORE-28. *Journal of Family Therapy*, 32, 210-231. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00506.x
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As Mudanças no Ciclo de vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Coord.), *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar* (2^a ed., pp. 7-29). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Currall, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida, L., (1999). Coesão e Adaptabilidade Familiares numa amostra Portuguesa: Estudo com o Faces III. *Psiquiatria Clínica*, 20(3), 213-217.
- European Family Therapy Association, (2009). *EFTA Research Proposed Structure*. Documento não publicado.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we

- do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 8, 390-416.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (2006). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association Press.
- Janes, E. (2005). *Self Report Measures of Family Function and Change Following Family Therapy: A Review of Conceptual Issues, Existing Measures and Proposals for Improvement*. Retrieved from www.psyc.leeds.ac.uk/staff/p.m.stratton/
- Kazdin, A. (2001). Progression of family therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology*, 8, 143-151. doi:10.1093/clipsy.8.2.143
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 107-116. doi:10.1177/1049731507307807
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S., & Kraemer, H. C. (2005). A Comparison of Short- and Long-Term Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(7), 632-639.
- Lundband, A. M., & Hansson, K. (2006). Couples therapy: effectiveness of treatment and long-term follow-up. *Journal of Family Therapy*, 28, 136-152. doi:10.1111/j.1467-6427.2006.00343.x
- Miermont, J. (1994). *Dicionário de terapias familiares: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S., & Fishman, C. H. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Morin, E. (1995). *Os Meus Demónios*. Mem Martins, Portugal: Edições Europa-América.
- Moos, R. & Moos, B. (1986). *The Family Environment Scale – Manual* (2nd ed.). Palo

- Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2006) *Family therapy: Concepts and methods* (7th ed.). New York: Gardner.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. H., McCubbin, H., Barnes, H. L., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1983). *Families: What Makes them Work?* Beverly Hills: Sage Publications.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. Family Science, University of Minnesota.
- Palazzoli Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 585– 613.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias. Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do Espelho. Da Teoria à Terapia com a Família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Relvas, A. P., Alarcão, M., & Pereira, M. G. (2013). Family and Systems Therapy and Training in Portugal. *Contemporary Family Therapy*, 35, 296-307. doi:10.1007/s10591-013-9255-5
- Retzlaff, R., Sydow, K., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The Efficacy of Systemic Therapy for Internalizing and other Disorders of Childhood and Adolescence: A Systematic Review of of 38 Randomized Trials. *Family Process*, 52(4), 619-652. doi:10.1111/famp.12041
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica: Da Teoria à Prática Clínica*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Rivett, M., & Strett, E. (2003). *Family Therapy in Focus*. New York: Sage.

- Santos, M., & Fontaine, A. (1995). Avaliação do ambiente familiar por crianças e pré-adolescentes: Alguns aspectos da adaptação da FES de Moos & Moos. In L. Almeida, M. Simões, & M. Gonçalves, M. (Eds.). *Avaliação psicológica: formas e contextos*, 3, pp. 421-430.
- Sexton, T., Ridley, C., & Kleiner, A. (2004). Beyond common factors: Multilevel process models of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 131-149. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01229.x
- Shadish, W., & Baldwin, S. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01694.x
- Shadish, W., Ragsdale, K., Glaser, R., & Montgomery, L. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 345-360. doi: 10.1111/j.1752-0606.1995.tb00170.x
- Sprengle, D., & Blow, A. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-129. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Sprengle, D., Davis, S., & Lebow J. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy: The Overlooked Foundation for Effective Practice*. New York: Guilford.
- Stratton, P. (2005). *Report on the Evidence Base of Systemic Family Therapy*. London: Association for Family Therapy.
- Stratton, P. (2007). Enhancing Family Therapy's Relationships With Research. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 28, 177-184. doi: 10.1375/anft.28.4.177
- Stratton, P. (2008). PRN in Action: Constructing an outcome measure for therapy with relational systems. *The Psychotherapist*, 38, 15-16.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic therapy and couple therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt,

- A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change. *Journal of Family Therapy*, 36(1), 3-19. doi:10.1111/1467-6427.12022
- Stratton, P., McGovern, M., Wetherell, A., & Farrington, C. (2006). Family therapy practitioners researching the reactions of practitioners to an outcome measure. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 199-207. doi:10.1002/j.1467-8438.2006.tb00722.x
- Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2009). Vulnerabilidade ao *stress*, *coping*, qualidade de vida e ciclo vital da família. *Mosaico*, 43, 12-24.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. New York, NY: Braziller.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmática da Comunicação Humana. Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine*. New York: John Wiley & Sons.

Capítulo I

A Investigação na Terapia Familiar

Sistémica: Desenvolvimento e Evolução

The State of the Art in Family Therapy Research: What Works? How it Works?¹

Margarida Vilaça* & Ana Paula Relvas*

*Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra, Portugal

Received: November 14, 2013

Accepted: December 1, 2013

Available online: January 25, 2014

doi: 10.11114/ijsss.v2i2.281

URL: <http://dx.doi.org/10.11114/ijsss.v2i2.281>

Abstract

Despite the growing popularity of systemic family therapy, little is known about the way in which therapeutic change occurs. This question concerns theorists and clinicians, and can only be answered through research focused not only on the results but also on the therapeutic process. This article presents an overview of the literature regarding the path followed by published research in systemic family therapy, in order to understand the methodological issues at the core of the current state of the art. Aiming to synthesize and integrate the relevant knowledge consolidated to date, a bibliographic review was carried out using electronic databases (e.g. EBSCO Host) and referenced books in the field of family therapy, with an emphasis on the most relevant meta-analysis and systematic revision studies. The observed predominance of studies regarding family therapy effectiveness over research on the therapeutic process is examined, and the main factors empirically associated to the therapeutic change are presented, emphasizing the fact that this investigation is based on the individual's

¹ Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2014). The State of Art in Family Therapy Research: What Works? How it Works? *International Journal of Social Sciences Studies*, 2(2), 10-19. doi:10.11114/ijsss.v2i2.281

perspective, rather than on the family perspective. Finally, new ways to successfully introduce specific factors in systemic family therapy are suggested, indicating the need to research these possibilities.

Keywords: systemic family therapy, research, methodology, outcomes, process.

1. Introduction

Over the last few years the health systems, specially the mental health system, have been pressured to prioritize empirically validated techniques and practices. Systemic family therapy (SFT) in particular has been accused of neglecting research, and has been strongly challenged to prove the effectiveness of its interventions (Carr, 2009a, 2009b; Lerner, 2004; Stratton, 2011). Within such framework, it was inevitable that systemic therapists and researchers would work together for that goal, in order to scientifically fundament the rightness of family therapy funding as an integral part of mental health services (Carr, 2009a, 2009b). As a result, this alliance has recently allowed systemic therapy to acquire significant visibility in the mental health field, having proven its capacity against various relational problems and difficulties, such as domestic violence, anxiety, alcoholism, depression, etc. (Carr, 2009a, 2009b; Pinsof & Wynne, 2000; Shadish & Baldwin, 2003; Sprenkle, 2012; Stratton, 2011), and having been considered less expensive when compared to alternative and equally effective treatments (Stratton, 2011) or even as cost effective as other mental health groups (Moore, Hamilton, Crane, & Fawcett, 2011).

On the other hand, the emergence of such balance between clinical practice and science managed to bring answers to family therapists and clients about the results of therapy and how change would occur (Burck, Frosh, Strickland-Clark, & Morgan, 1998; Friedlander, Wildman, Heatherington, & Skowron, 1994). As stated by Burck et al. (1998), the large volume of studies carried out regarding the therapy's effectiveness/non effectiveness concerned researchers and therapists with key questions about the way in which change occurs during therapy. Despite the increasing number of publications on this specific issue, little is known about why family therapy is effective, i.e., what works and how it works in family therapy (Friedlander et al.,

1994; Kazdin, 2001; Sprenkle, 2012). Moreover, existing arguments for the fact that some models produce change are rarely proven in a solid scientific way, and a significant part of this work is much more reliant on intuition and empiricism than science (Barker, 2000). Finally, an impressive body of studies constituting this path faces methodological limitations arising both from the object of study (joint therapy) and from the procedures used (Sanderson et al., 2009), which results in a lack of studies based on the point of view of families as a whole. In fact, it is nonetheless paradoxical that the route of family therapy research is focused on the analysis of the individual's perception, rather than on understanding the family's characteristics and relations (Lebow, 2013).

In sum, it can be said that the efforts made to subject this approach to scientific scrutiny have opened paths not only in research (showing areas of future studies and contributing to an evidence-based clinical practice) but also in clinical practice (proving the effectiveness of this type of intervention which relies on practice-based evidence) (Shadish & Baldwin, 2003; Stratton, 2011). Kazdin (2001) highlight the fact that knowing the influence of certain aspects in therapy can be important at a theoretical as well as a practical level.

All such issues considered, in this paper we intend to look at the path followed by research in the context of systemic family therapy and couple therapy, focusing on 1) the methodological challenges inherent in this type of research, and 2) the importance and usefulness of describing the results obtained in therapy, together with the need to comprehend the therapeutic process with the objective of understanding which conditions contribute to its effectiveness.

2. Boundaries of the Review

This paper will focus on exploring the results of a comprehensive literature review about research conducted in the SFT field from two perspectives: outcomes and process. Initially, we started by reviewing the main studies regarding the effectiveness of SFT, followed by an analysis of the studies highlighting the factors more closely associated with the therapeutic change. We chose to select a sample of potentially

relevant articles of systematic revision and meta-analysis, because they synthesize external evidence from multiple studies that were identified and studied based on appropriate criteria and explicit procedures. We also scrutinized and analyzed empirical studies, since these represent the next level of evidence. After recording the main findings of each retrieved article, we slated each one in a table for “inclusion” or “exclusion”, based on their appropriateness to the topic (family therapy research). Finally, we coordinated the evidence gathered from the earlier stages in a systematic and comprehensive analysis of family therapy research. The structure of this paper does not arise exclusively from the bibliographic research made under the criteria referred above, but rather articulates its results with the most frequent issues debated on this topic. Therefore, the sections and sub-sections were defined in advance (Research framework in SFT, Methodological questions inherent to the study of family therapy, Studies on effectiveness, Therapeutic process analysis and Main limitations in SFT research) and research results were subsequently integrated.

The review mainly focused on recent published works (about 80% of the reviewed literature was published after 2000), but it also considered other works (the oldest dates back to 1983), for a deeper approach of the original models. We conducted systematic searches on online databases (e.g., EBSCO Host), from publication date of 1983 to present, including terms as “family therapy” “family therapy research” “family therapy outcomes” “family therapy process” “common factors” and “systemic research methodology”. Manual searching was also performed to identify references that were not picked up during the computer-based research. Our selection process resulted in a similar number of studies related to therapy outcomes and processes. Specifically, 3 references about “family therapy” were selected, along with 18 references about “family therapy outcome research”, 14 relating to “family therapy process research” and, finally, 3 about “systemic research methodologies”. Naturally, some of these references provided important information on more than one subject (for example, references about family therapy outcomes research, very often also clarify some aspects about process research and vice versa); however, for simplification purposes, we categorized them according to the paper’s main theme. The global references selection constitutes an attempt to represent a sample of relevant studies, although we are aware that many other studies may be pertinent to this review.

3. Research Framework in SFT

We will now present an overview of the research in this topic through a representative, but not exhaustive, revision of the published work carried out in the last thirty years.

The analysis of 274 studies on the results of family and couple therapy (Sanderson et al., 2009) characterizes in general and current terms the empirical study carried out in this area, focusing on the following questions: most used methodological plans and the changes that such choice has suffered over the years; most studied clinical population; most researched problems; and the way in which the family and couple therapy outcomes have been evaluated. The results indicate that the most frequent research plan is the experimental one, followed by the pre-test/post-test without a comparison group and the quasi-experimental design. The analysis performed on the methodological plans adopted by the studies carried out between 1990 and 2005 shows a non-significant decrease in the use of the experimental plan in the nineties, followed by a significant increase in the late nineties and early two thousands. With regards to the target population, most studies developed in this area cover an adult population (60%), followed by studies with teenagers (23%) and children (22%). The most frequently studied problems are equally varied, focusing on the following topics (in decreasing order of frequency): psychoactive substance use disorders, childhood disorders, marital difficulties, mood disorders and family difficulties. It should be noted that on the 274 studies revised, 480 result evaluation tools were identified, mostly multidimensional scales for individual evaluation.

4. Methodological Questions Inherent to the Study of Family Therapy

As previously noted, the methodological questions are rather relevant for this research topic. Considering that measurement is the main method for determining family therapy's effectiveness and processes, during the past three decades we have

witnessed an exponential increase in the number of empirical studies and meta-analyses with good methodology regarding the systemic family interventions (Carr, 2009a; b; Larnar, 2004; Shadish & Baldwin 2003; Sprenkle, 2012; Von Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010). Most recently, the importance of practice-based research and qualitative studies for evaluating the effectiveness of such interventions in general, and in family therapy in particular, has been debated (Larnar, 2004; Popay, 2000, Sprenkle, 2012). Nevertheless, the legitimacy of those conclusions is directly related to the quality of the methods adopted within such deductions (Wood, Crane, Schaalje, & Law, 2005; Larnar, 2004; Sanderson et al., 2009). As it has been noted in other areas, family therapy has used several methods for producing knowledge about the effectiveness and the process of change in therapy, from quantitative to qualitative methods.

Specifically in SFT, the qualitative-interpretative method (content analysis, case study, Grounded Theory, for example) is a privileged path in the clinical process study, namely to formulate theoretical concepts from the participants' detailed descriptions (Sells, Smith, & Sprenkle, 1999). These theoretical concepts are often transformed into hypotheses, which are then tested through quantitative methods (research, empirical studies, for example), the results of which indicate the validity (or not) of those same hypotheses. When these procedures are used in the same study and both methodologies are conjugated, the adopted model is mixed or multimethod (Sells et al., 1999). According to Sells et al. (1999), the multimethod model (combination of a variety of methodologies) is the most comprehensive for family therapy research, since it benefits from the potential of both methods and promotes the connection between theory, research and clinical practice. Specifically, the mixed methods research model (quantitative and qualitative research) seems to have much to offer to the SFT field since it allows therapists to understand both process of change and interventions evaluation (Gambrel & Butler, 2013). However, the systemic researchers are still very conditioned by the traditional courses of investigation and have therefore been resisting the adoption of the mixed method or multimethod model. Although the benefits of the mixed methods model are evident to researchers, little is known about its use in family therapy investigation studies, which results in a lack of mixed methods studies in SFT overall (Gambrel & Butler, 2013). In this study, we identified and selected only one

mixed method study (Blow et al., 2009).

Before starting the family or couple therapy research process, it is important to enquire about the problems being investigated, in order to better select the methodological choices for research. It would also be important for researchers in this health field to incorporate qualitative methods with quantitative methods (the multimethod model) as much as possible, as this conjugation creates a suitable complementarity that would allow for a rich data collection and a more sustained result interpretation.

5. Studies on Effectiveness

To approach the SFT effectiveness studies, we chose to present a sample of studies deemed appropriate and representative of this point (Table 1).

Table 1. *Summary of the results of the effectiveness studies analysed*

Author(s)	Goal	Method	Conclusion
Carr, 2009a, 2009b	To summarize scientific evidence on systemic interventions related to specific problems of childhood, adolescence and adulthood.	Research and analysis of various meta-analysis studies, systematic revision of literature and empirical studies on the effectiveness of the systemic practice, involving family members or members of the family network in resolving the problems of children and teenagers from 0 to 18 years of age and youngsters or adults over 18.	<ul style="list-style-type: none"> - Duly articulated systemic interventions are effective with many mental and relational problems; - The interventions analysed are brief, and can be practiced by a variety of professionals in an ambulatory context; - Manuals have been developed for systemic interventions, and these can be used flexibly in individual cases; - Generalization of the revised studies' outcomes relating to adults, for the context of health services; - Most scientific evidence based systemic interventions have been developed in accordance with the cognitive-behavioural, structural and strategic line of thought.
Lundband and Hansson, 2006	To investigate the effectiveness of couple therapy in a clinical context in Sweden.	Empirical and clinical study with a single group of around 300 couples; the couples' elements completed an evaluation protocol regarding the gravity of their relational and individual problems and the individual resources before, after and two years after therapy.	<ul style="list-style-type: none"> - Couple therapy shows effectiveness in the Swedish context; - Only less than half of the 300 couples finished therapy, and only 40% carried out the follow-up; - Significant improvement was noticed in the relationship, individual mental health and coping capacity; - The follow-up evidences that the results were maintained and, in some cases, improved.
Pinsof and Wynne, 1995	To summarize research developed so far regarding	Revision of the 9 significant studies (empirical and meta-analysis) about the	<ul style="list-style-type: none"> - There is scientific evidence to show the effectiveness and efficiency of SFT in treating many relational problems/disorders in specific

	family interventions.	effectiveness of family and couple therapy applied to specific problems with children, teenagers and adults.	populations; - Lack of studies indicating negative effects of SFT; - SFT is not enough in the treatment of many serious chronic mental illnesses.
Shadish and Baldwin, 2003	To summarise the scientific results on the effects of family and couple therapy.	Research and analysis of 20 meta-analyses on the family and couple interventions published between 1987 and 2001.	- The meta-analyses support family and couple therapy effectiveness in treating anguished couples and in enriching the family and couple; - Small differences between the results obtained with family therapy and with couple therapy; - In general terms, the interventions show a significant effectiveness of 40-50%.
Von Sydow et al., 2010	To analyse the systemic therapy effectiveness in the treatment of mental disorders in adults.	Research and meta-content analysis of 38 systemic therapy evaluation empirical studies in various contexts (family, couple, individual and multifamily group therapy).	- Identification of 38 studies published in English, German, Spanish and Chinese; - From the total number, 34 studies show a systemic therapy effectiveness with adults diagnosed with mental disorder in at least five groups; - The results reached were maintained after a five-year follow-up.

Pinsof and Wynne (1995) were pioneers in analyzing the effectiveness of family and couple therapy. After carrying out a literature revision study, the authors concluded that these two forms of therapy are more effective interventions than others which do not involve family members in treating schizophrenic adults, depressed women in a situation of marital crisis, adult alcoholism and psychoactive substance abuse, behavioral problems in teenagers, teenage psychoactive substance abuse, anorexia in young teenagers, childhood autism, aggression and non-fulfilment associated with attention deficit disorder and hyperactivity, dementia and cardiovascular problems. It was also noted that, both in family therapy and in couple therapy, these are more cost effective than the usual hospital treatment for adult schizophrenia and unipolar

depression, as well as the residential treatment for teenagers with behavioral problems. Another conclusion was that both interventions are not sufficient when used exclusively in the treatment of some chronic and severe mental problems such as schizophrenia, bipolar and unipolar major affective disorder, drug abuse, autism and severe behavioral disorders, although they help the effectiveness of specific treatments for these disorders.

Another study carried out in Sweden (Lundblad & Hansson, 2006) involved more than 300 couples, with the objective of verifying the effectiveness of couple therapy throughout time in this particular cultural context. At the beginning, the group studied presented serious difficulties in terms of marital functioning, interactions between the couple and psychiatric symptoms. The intervention results indicated that the therapy brought significant improvement to the relationship and the individual mental health, having also increased coping capacities. After a long-term follow-up, the authors confirmed that the couples that concluded therapy maintained their results and, in some aspects, the results improved for both genders.

In another important review of 20 meta-analyses about family and couple therapy (in a total of over 900 studies) applied to a great variety of mental health problems throughout the life cycle, Shadish and Baldwin (2003) concluded that, in the majority of cases, the results were more positive after therapy and after six to twelve-month follow-up than about 71 per cent of the control group families who, in the majority of cases, also benefited from other quality services. The authors also noticed small differences between couple therapy and family therapy, but in general terms about 40 to 50% of the clients reached clinically significant results.

Carr (2009a, 2009b) also developed important revision studies about family therapy and other systemic interventions (parental training, multi-systemic therapy, psychoeducational groups), collecting evidence of its effectiveness with children, teenagers and adults, and identifying the most effective types of family interventions for a variety of specific relational and mental health problems. These studies present conclusions that support the effectiveness of family therapy in families with children up to 18 years old who suffered childhood problems, neglect and childhood abuse, behavioral problems, emotional problems and somatization issues. Regarding the intervention with adults, the studies showed positive evidence with relationship distress, psychosexual problems, domestic violence, anxiety disorders, mood disorders,

alcoholism, schizophrenia and chronic physical disease.

More recently, Von Sydow et al. (2010) analyzed the content of 38 empirical essays about the effectiveness of systemic therapy (family therapy, couple therapy, group therapy, for example) with adults, concluding that 34 of these studies attested the effectiveness of such interventions, mainly in the treatment of mood disorders, eating disorders, drug abuse problems, mental and social issues associated to medical conditions and physical problems, and schizophrenia. In this study, the authors also concluded that (i) systemic therapy has no adverse effects; (ii) with certain disorders systemic therapy needs to be combined with other psychotherapeutic or pharmacological forms of intervention; (iii) the number of drop-outs in this practice is lower than in other forms of psychotherapy; (iv) the most efficient interventions involved guidance to strengths/resources and positive reframing.

In general terms, the studies carried out to verify the results of family and couple therapy, mainly in the U.S., clearly indicate the effectiveness of both interventions in a variety of problems with children, teenagers and adults.

6. Therapeutic Process Analysis

The concern with the rigor of therapy in general, including family therapy, together with an emphasis in explaining outcomes, led to an accentuation of the importance of the factors associated with the therapy(ies)' success. Initially, the paradigm of therapeutic change considered the models and techniques as the only aspects responsible for the process of change. This exclusivity was later challenged by a group of authors who presented the common factors paradigm (Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009). Since the end of the thirties, the concern to identify the key elements that make different interventions (in terms of models and techniques) effective has been increasing, with a view to understanding which therapeutic factors are most common (Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004). According to this last paradigm, the success of therapy does not depend mainly on the specific contributions of each model or theoretical approach, it rather depends on a number of factors or mechanisms of change which are common in the different forms of effective therapy, and the models are

considered as a background in which the common factors operate (Hubble, Duncan, & Miller, 2006; Sexton et al., 2011; Sprenkle et al., 2009). With this approach in mind, we will present some elements, which are widely identified as relevant for the therapeutic process in general, and, therefore, also for SFT.

6.1. Client

Within the group of common factors, the ones relating to the client are considered the most recurrent and relevant (Hubble et al., 2006; Sprenkle et al., 2009; Sprenkle & Blow, 2004), and are responsible for about 40% of therapeutic change, as indicated by studies carried out by Lambert (1992) on the importance of common factors for the psychotherapy outcomes. In fact, the client factors are related to the client's characteristics or qualities that influenced the therapeutic change (Blow et al., 2009) or, in other words, everything that the client brings to the context of therapy which is important in their daily life. This group of factors integrates the client's static (gender, age or sexual orientation) and non-static (individual learning styles, family cohesion or persistence) characteristics, the former being significantly more studied than the latter (Sprenkle & Blow, 2004).

The most recent studies have been concerned with non-static characteristics related to motivation and involvement in treatment (Hubble et al., 2006). We can state that in the case of SFT, this kind of client characteristic is the most difficult to research, particularly in empirical terms, because it implies the need to evaluate and measure the family as a whole, which is difficult and carries the risk of data distortion when we think of the measurement commonly used in individual therapies (personality questionnaires, for example). In SFT, this goal will require complex studies, often recurring to highly advanced mixed methodologies and statistical procedures (multi-level analyses, for example).

Nevertheless, in fundamentally theoretical and clinical terms, it is possible to highlight some aspects of the family dynamics which should be investigated in this context as intervening client factors in the process of change, namely the family functioning, the family life cycle stage, the family quality of life and family coping.

Taking the example of family life cycle, it was prematurely stated that the

transition from one stage to another creates a state of crisis in the family, strongly shaking the stability of family life, allowing its development, but also its possible malfunction (Carter & McGoldrick, 1995; Olson et al., 1983). Thus, the specificity of each family life cycle period, as well as the transformations undergone during stage transition, are identified as possible inhibitors or facilitators of family change (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Olson et al. 1983). However, as far as we know, there is no empirical data regarding the impact of the family's developmental stage in the therapeutic process, which brings us to the issue of finding out if the families are more (/less) susceptible to change in certain stages of their life cycle. Equally, the transition from one life cycle stage to a more complex one implies, as can be predicted, some degree of stress, since it requires the occurrence of real change in the relationship patterns. Theoretically, one can expect the families with more strengths and skills to better mobilize resources and more effectively overcome difficulties in a moment of crisis (Olson et al., 1983). Family coping resulting from individual responses, which emerge when the family system in a crisis has to renegotiate new family rules (Carter & McGoldrick, 1995; Olson et al., 1983; Vilaça & Relvas, 2009), has therefore an important role in the process of change.

Lastly, the family quality of life is directly associated with the type of strategies used by the family in overcoming the stress to which it is exposed. According to a study carried out by Olson and collaborators (1983) in which a subjective evaluation was made on the quality of life, families who describe themselves as very satisfied tend to use a greater number of coping strategies and experience low levels of stress, showing a greater level of resistance to stressing events in life. More recently, a study developed by Vilaça and Relvas (2009) reinforces these conclusions, indicating that families with a better quality of life are also those who use a greater number of resources and are more resistant to family stress.

In spite of the difficulties found in longitudinal studies, it would be important to empirically study if the therapeutic change varies according to the life cycle stage of the family being followed, and whether this change is associated to coping strategies and family quality of life.

6.2. *Therapeutic Relationship*

Even though initially the therapeutic process research was focused on the study of the therapist's characteristics, which contributed to a therapeutic relationship (such as empathy and kindness), the interest quickly shifted to the study of the therapeutic relationship with a focus, in this context, on the variable of therapeutic alliance. Within SFT, this is also the most investigated common factor (Sprenkle & Blow, 2004). The results accumulated since the eighties regarding the connection between therapist and client, and its effect on the therapeutic outcomes, allow us to state that the most solid evidence relating process and outcomes in systemic therapy is the relationship between clients and therapist, specifically the therapeutic alliance (Friedlander et al., 2006; Friedlander et al., 1994; Hubble et al., 2006).

A meta-analysis study about the influence of the therapeutic relationship variables on the results of family therapy with children and teenagers (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006) reveals that, in general terms, the 29 constructs analyzed (alliance, empathy, goal consensus, collaboration, resistance, congruence, expectations and preferences, involvement, comfort, participation, among others), grouped into different categories (therapist's interpersonal skills, therapist's self-disclosure, therapist's direct influence skills, therapeutic relationship with the youth client, therapeutic alliance with the youth client, affect towards the therapist, youth client's willingness to participate, client's autonomy, youth client's participation, therapeutic relationship with the parents, parents' willingness to participate, parents' participation and therapeutic alliance with the family) are moderately to strongly associated with the therapy outcomes.

The best predictors of therapeutic success are the therapist's direct influencing skills, the therapeutic relationship with the youth client, the therapist's interpersonal skills, the youth client's willingness to participate, the parents' willingness to participate, the youth client's participation and the parents' participation in therapy. The remaining categories have a low to moderate connection with the therapeutic outcomes, except the therapist's self-disclosure, which did not show a connection with the treatment outcomes. The results also highlighted that certain behaviors from the therapist, such as empathy or enthusiasm, have important implications in the outcomes

of therapy involving children and teenagers.

The relevance of therapeutic alliance as a common explanatory factor for a considerable part of the therapy outcomes, in general, has been confirmed – between 22% and 26% (Ribeiro, 2009); 30% (Lambert, 1992) – however, there is some controversy around the objective conceptual clarification of this construct throughout its history, namely due to the fact that its importance is recognized by different theoretical approaches (psychodynamic, humanist, behavioral and cognitivist), which proves its cross-sectional character (Ribeiro, 2009). Specifically within the systemic approach, the therapeutic alliance is distinguished by the bidirectional relationship between therapist(s) and client(s) and by the notion of collaboration (Friedlander et al., 2006; Ribeiro, 2009). In any case, it has become essential to create instruments for evaluating therapy alliance, seen as collaboration within the relationship developed between the therapist and the clients in the therapeutic process (Friedlander et al., 2006; Ribeiro, 2009). According to Friedlander et al. (2006), the therapeutic alliance in family therapy involves an intrapersonal dimension, which can be studied through self-response instruments, and an interpersonal dimension, which can be analyzed through observational methods. This being so, the authors created the System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA; Friedlander et al., 2006), which was the result of the empirical work in the development and validation of observational (SOFTA-o) and self-report (SOFTA-s) instruments, created to evaluate the strength of alliance in family and couple therapy. Both versions were developed based on a transtheoretical model which contemplates four dimensions, translating this construct in the context of therapy: Engagement in the Therapeutic Process, Emotional Connection to the Therapist, Safety within the Therapeutic System and Shared Sense of Purpose within the Family (Friedlander et al., 2006; Relvas et al., 2010). The two SOFTA versions were shown to be important indicators of therapeutic process, its use being supported in research, training and supervision (Friedlander et al., 2006).

Trying to understand the therapeutic process, Escudero, Friedlander, Varela and Abascald (2008) carried out a study with 37 families, in which the observed therapeutic alliance (using SOFTA-o) and the therapy outcomes were compared. The authors identified a positive connection between the clients' behavior in session, their perception of therapeutic alliance and the progress in therapy. They also concluded that

the positive outcomes (consensually identified by the therapists and family members as a general improvement and a reduction of the problem's gravity) were significantly predicted by the various therapeutic alliance dimensions.

6.3. *Expectations*

This factor is connected to a parcel of the therapeutic success which is justified by the clients' and therapists' perception of therapy, i.e., it is related to the feeling that change is actually possible and the belief that the therapy is effective and credible (Blow et al., 2009; Hubble et al., 2006; Sprenkle & Blow, 2004; Tambling, 2012). As clients and therapists interact during the therapeutic process, change comes from the hope and positive expectations that they have throughout the sessions. In sum, hope, as an element associated to change in the context of SFT, is related to the clients' and therapists' beliefs, expectations and commitment to the therapy (Tambling, 2012), accounting for 15% of the therapeutic change (Lambert, 1992).

Although few specific studies exist on the aspects of hope and expectations, the empirical studies carried out in the nineties regarding credibility suggest that the therapists' capacity for presenting therapy consistently and in accordance with the clients' expectations clearly contributes to the success of the treatment's results (Sprenkle & Blow, 2004).

Existing evidence also suggests that positive expectations are related to the initiation and maintenance of treatment, alliance establishment and therapy outcomes (Tambling, 2012).

6.4. *Model / Techniques*

The therapeutic process component related to model and techniques consists of the therapist's theoretical orientation, the therapeutic methods and the strategies implemented in order to impel the client for action, with a view to improve the situation that led to therapy (Hubble et al., 2006). It relates to the beliefs and procedures of each specific intervention, for example the use of genograms in Bowenian family therapy, the use of systematic desensitization in cognitive-behavioral therapies or the use of

hypnosis in psychoanalysis (Hubble et al., 2006). Just like the previous factor, the model and techniques contribute in about 15% for the success of therapy in general (Lambert, 1992).

7. Main limitations in SFT Research

In general terms, the limitations found both in the meta-analysis and the empirical studies relate to methodological issues. As far as the meta-analysis studies are concerned, the predominant limitations are those associated with the heterogeneity of methodologies used in the various studies, where it proved common to combine studies using diversified evaluation measurements (Von Sydow et al., 2010). Also, the fact that meta-analyses involve a great number of researchers in the process of data collection and analysis may compromise the conclusions, since it can cause discrepancies in data quotation (Sanderson et al., 2009). On the other hand, in some studies regarding the process and outcomes of therapy, the existence of one single informant for both assessments limits the validity of the results, because the connection between the outcomes and the therapy process may be inflated by the shared variance of the respondent (Karver et al., 2005). Another limitation has to do with the fact that some investigations analyzed were not published in scientific journals (Karver et al., 2005). Finally, the majority of the meta-analyses did not review all studies published about the topic, only the ones integrated in a number of journals or during a predefined timeframe (Sanderson et al., 2009).

With regards to the empirical studies, the main difficulty found was the large number of drop-outs at the post-intervention evaluation stage, which in fact is a common aspect in psychotherapy research (Lundband & Hansson 2006). In the topic of the correct conduction of research regarding SFT effectiveness, Pinosof and Wynne (2000) highlight six main criteria: to occur in a laboratorial clinical setting; to cover a psychiatric problem or disorder clearly definable; to involve at least two groups (an experimental group undergoing intervention and a control group not undergoing treatment or undergoing an alternative treatment); to randomly select clients for both groups; the treatment needs to be specified and conducted by manuals, monitoring the

therapist's work throughout the study; the clients must be measured in at least two different moments (pre and post intervention) with standardized measurements. A large portion of the empirical studies conducted, namely regarding SFT, does not follow these criteria (Pinsof & Wynne, 2000; Carr, 2009a).

Apart from the restrictions identified by the authors, it is clear that, in general terms, most research on SFT lacks follow-up studies to confirm the long-term maintenance of the outcomes. Furthermore, the risk of linearly conducting treatment, as well as methods and analysis, is greater in the context of research. When performing a macro analysis on the fragilities of an SFT study, it is inevitable to highlight the fact that each family experiences therapy differently, a fact rarely perceivable in science and particularly in quantitative empirical studies.

8. Conclusions and Suggestions for Future Research Directions in SFT

Over the last 10 years, significant progress has been achieved in the empirical study of SFT effectiveness (likely to improve with research), attesting its effective action in a variety of psychological difficulties.

Methodologically, the adoption of the quantitative and/or the qualitative method has originated a necessary tension, since both methodologies share an investigative, ethical and pragmatic curiosity about what is useful in the arduous task of therapy. The multimethod bidirectional model, specifically the mixed method research, is recognized by some authors as the most adequate in the case of systemic complexity, but it has been slow and difficult to get scientific attention. Nevertheless, the use of mixed method research continues to grow, especially to study systems, showing its potential in combining the clients/therapists perspective to experimental research (Gambrel & Butler, 2013).

Currently, the most common form of SFT effectiveness evaluation is meta-analysis (Stratton, 2005). However, the great majority of these publications either proves the effectiveness of the systemic intervention or identifies the most effective treatment for specific problems in children, teenagers and adults.

In terms of studying the therapeutic process, there is an unlimited number of variables associated to change in therapy, as well as various explanations for the fact that therapy works, although they are rarely empirically validated. Additionally, little theory and research has been dedicated to the process of therapeutic change in the family context, the emphasis being on analyzing the individual level (self-centered reports).

Having authenticated the strength of the factors which are transversal to the different therapies in therapeutic change, it is now urgent to empirically validate certain assumptions related to family diversity and dynamics which the theoretical references and the clinical practice connect with the therapeutic process (such as the family life cycle, family coping and family life quality), in order to ascertain if their contribution is, in effect, significant to the therapeutic process and, if so, in which way.

Despite the consistency of results across the studies here analyzed, there are limitations that should be considered. This review cannot be considered exhaustive specially because we did not review all SFT outcome and process studies published in the period between 1983 and 2013, but we analyzed and selected studies that report the majority of available SFT outcome and process studies (for example, by selecting meta-analyzes published studies). Additionally, we focused mostly on U.S. and U.K. journals (with the exception of *Mosaico*, based in Spain). Finally, the presented review conjugates rigorous meta-analysis with more descriptive surveys of the evidence.

In SFT, the therapeutic process is clearly complex: a “multiple” client, often including more than one request for help. These demands are often different or even opposed, and the same happens with the expectations and individual characteristics of the family/couple’s members and the therapist(s). Consequently, research in this area also needs to be complex. In sum, in order to answer the question “what works and how it works” in SFT, the future development of research must, as much as possible, be based on mixed methodology studies (qualitative and quantitative) and adopt a diachronic approach (data collection at different moments), using multimethod procedures (observational and self-report measurements) and multi-informants (perspective of the therapist, the clients, the extended family and the external observers). Finally it should enable the interconnection of outcomes and process measures. Accepting the theory of common factors, besides the methodological issues

referred above, SFT's outcomes and process future research must include the client's dynamic factors (family life cycle stage, family functioning and so) as the utmost important variable.

References

- Barker, P. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Blow, A. J., Morrison, N. C., Tamaren, K., Wright, K., Schaafsma, R., & Nadaud A. (2009). Change processes in couple therapy: an intensive case analysis of one couple using a common factors lens. *Journal of Marital and Family Therapy*, *35*, 350-368. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00122.x>
- Burck, C., Frosh, S., Strickland-Clark, L., & Morgan, K. (1998). The process of enabling change: A study of therapist interventions in family therapy. *Journal of Family Therapy*, *20*, 253-267. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00086>
- Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, *31*, 46-74. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00452.x>
- Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, *31*, 3-45. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x>
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar. Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Escudero, V., Friedlander, M., Varela, N., & Abascald, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, *30*, 194-214. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x>
- Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*,

8, 390-416.

- Gambrel, L., & Butler, J. (2013). Mixed methods research in marriage and family therapy: A content analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2), 163-181. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00260.x>
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (2006). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association Press.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Kazdin, A. (2001). Progression of family therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology*, 8, 143-151. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.8.2.143>
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp.94-129). New York: Basic Books.
- Larner, G. (2004). Family therapy and the politics evidence. *Journal of Family Therapy*, 26, 17-39. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2004.00265.x>
- Lebow, J. L. (2013). Editorial: DSM-V and Family Therapy. *Family Process*, 52(2), 155-160. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12035>
- Lundband, A. M., & Hansson, K. (2006). Couples therapy: effectiveness of treatment and long-term follow-up. *Journal of Family Therapy*, 28, 136-152. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2006.00343.x>
- Moore, A., Hamilton, S., Crane, D., & Fawcett, D. (2011). The influence of professional license type on the outcome of family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 39(2), 149-161. <http://dx.doi.org/10.1080/01926187.2010.530186>
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J., & Wilson, M. A. (1983). *Families: What makes them work?* Beverly Hills: Sage Publications.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 585– 613.

- Pinsolf, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Towards progress research: closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00270.x>
- Popay, J. (2000). Cochrane/ Campbell Qualitative Methods Groups. *The Cochrane Collaboration*. Retrieved from <http://www.salford.ac.uk/iphrp/cochrane>
- Relvas, A. P., Escudero, V., Sotero, L., Cunha, D., Portugal, A., & Vilaça, M. (2010). The System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA) and the preliminary Portuguese studies. *European Family Therapy Association*. Retrieved from <http://www.europeanfamilytherapy.eu/wp-content/uploads/2012/10/softa.pdf>
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica: Da Teoria à Prática Clínica*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Sanderson, J., Kosutic, I., Garcia, M., Melendez, T., Donoghue, J., Perumbilly, S., Franzen, C., & Anderson, S. (2009). The measurement of outcome variables in couple and family therapy research. *The American Journal of Family Therapy*, 37, 239-257. <http://dx.doi.org/10.1080/01926180802405935>
- Sells, S., Smith, T., & Sprenkle, D. (1999). Integrating qualitative and quantitative research methods: A research model. *Family Process*, 34, 199-218. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00199.x>
- Sexton, T., Gordon, K., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth-Munroe, A., & Johnson, S. (2011). Guidelines for classifying evidence-based treatments in couple and family therapy. *Family Process*, 50(3), 377-392. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01363.x>
- Sexton, T., Ridley, C., & Kleiner, A. (2004). Beyond common factors: Multilevel process models of therapeutic change in marriage and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 131-149. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01229.x>
- Shadish, W., & Baldwin, S. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01694.x>
- Sprenkle, D. (2012). Intervention research in couple and family therapy: A methodological and substantive review and an introduction to the special issues. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 3-29. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752->

0606.2011.00271.x

- Sprenkle, D., & Blow, A. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-129. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x>
- Sprenkle, D., Davis, S., & Lebow J. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy: The Overlooked Foundation for Effective Practice*. New York: Guilford.
- Stratton, P. (2005). Report on the evidence base of systemic family therapy. United Kingdom: Association for Family Therapy.
- Stratton, P. (2011). *The evidence base of systemic family and couples therapies*. United Kingdom: Association for Family Therapy.
- Tambling, R. (2012). A literature review of therapeutic expectancy effects. *Contemporary Family Therapy*, 34, 402-415. <http://dx.doi.org/10.1007/s10591-012-9201-y>
- Vilaça, A., & Relvas, A. P. (2009). Vulnerabilidade ao stress, coping, qualidade de vida e ciclo vital da família. *Mosaico*, 43, 12-24.
- Von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49, 457-485. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x>
- Wood, N., Crane, R., Schaalje, B., & Law, D. (2005). What works for whom: A meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 273-287. <http://dx.doi.org/10.1080/01926180590962147>

Capítulo II

Estudos de Adaptação e Validação do
*Systemic Clinical Outcomes and Routine
Evaluation (SCORE)*

Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15)¹

Margarida Vilaça*, José Tomás da Silva*, & Ana Paula Relvas*

*Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

“The SCORE approach starts from the systemic belief that the ways that relationships operate within the family are central to the welfare of all family members.”

(Stratton et al., in press, p. 3)

Resumo

Em 2010, Stratton, Bland, Janes e Lask desenvolvem um instrumento breve composto por 15 itens que permitem avaliar vários aspetos do funcionamento familiar, sensíveis à mudança terapêutica, o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE-15). Neste capítulo apresentam-se os estudos de adaptação e validação da versão portuguesa do SCORE-15 numa amostra combinada (comunitária e clínica) de 513 participantes de todo o país. A análise fatorial exploratória indica-nos uma solução fatorial de três fatores, tal como a estrutura da versão original, embora o agrupamento dos itens não replique a solução fatorial original. Na análise confirmatória verificou-se uma correspondência exata com os fatores da escala original: Recursos Familiares, Comunicação na Família e Dificuldades Familiares. A versão portuguesa do SCORE-15 evidencia igualmente uma boa consistência interna em termos da escala global e das

¹ Vilaça, M., Silva J. T., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas e S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I) (23-41), Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0841-9>

suas dimensões. Os resultados são discutidos com base na utilidade do SCORE-15 para a investigação e prática clínica.

Palavras-chave: funcionamento familiar, análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória, SCORE-15.

Abstract

In 2010, Stratton, Bland, Janes and Lask developed a brief measure composed by 15 items to evaluate several indicators of family functioning, sensitive to therapeutic change, the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15). In this chapter we present the adaptation and validation studies of the Portuguese version of SCORE-15 in a combined sample (community and clinical) of 513 participants from all over the country. Factor analysis revealed a three-factor solution, as the original factor structure, although the items combination does not replies the original factor solution. Confirmatory factor analysis indicated an exact correspondence with the original scale dimensions: Family Strengths, Family Communication and Family Difficulties. Portuguese SCORE-15 also showed good internal reliability for the global scale and its dimensions. Results are discussed concerning the utility of SCORE-15 both for research and clinical practice.

Key-words: family functioning, exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, SCORE-15.

1. Instrumento

O que é, o que avalia e a quem se aplica?

No Quadro 1 encontra-se a ficha técnica relativa ao *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15; Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010).

Quadro 1.

Ficha técnica do SCORE-15

O que é?	A versão portuguesa de 15 itens do SCORE – <i>Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation</i> (SCORE-15), escala publicada originalmente em 2010 por P. Stratton, J. Bland, E. Janes e J. Lask, em Inglaterra		
	O SCORE-15 é um questionário de autorresposta que avalia vários aspetos do funcionamento familiar que são sensíveis à mudança terapêutica, contendo itens que se distribuem por três dimensões da família: Recursos Familiares, Comunicação na Família e Dificuldades Familiares		
	Estrutura do SCORE-15		
	Subescala	Número Itens	Descrição
	Recursos Familiares (RF)	5	Refere-se aos recursos e à capacidade de adaptação da família
O que avalia?	Comunicação na Família (CF)	5	Avalia a comunicação no sistema familiar
	Dificuldades Familiares (DF)	5	Remete para a sobrecarga das dificuldades no sistema familiar
A quem se aplica?	O SCORE-15 foi desenvolvido para ser utilizado com os vários elementos da família com mais de 12 anos, destinando-se a uma utilização corrente na prática clínica e investigação		
Como ter acesso?	O acesso ao SCORE-15 pode ser efetuado através da página http://www.fpce.uc.pt/avaliacaofamiliar que contém todos os instrumentos de avaliação apresentados neste livro. Os utilizadores deverão facultar os contactos pessoais e institucionais, bem como dados acerca do propósito da utilização do SCORE-15 (e.g., investigação, prática clínica) e concordar com as condições de utilização e de partilha dos resultados com os autores da versão portuguesa		

Fundamentação e história

Desde o início do século XX que terapeutas, clientes e supervisores procuram legitimar a eficácia da terapia sistémica, considerando imprescindível a evidência e auditoria desta prática profissional (Asen, 2002; Friedlander, Wildman, Heatherington, & Skowron, 1994; Stratton, 2008). Apesar de a sua eficácia ser já amplamente reconhecida e aceite pelo público em geral, e pela comunidade científica em particular, alguns autores verificaram que a terapia familiar sistémica (TFS) se encontrava em desvantagem quando comparada com outras formas de intervenção, pelo simples facto de os profissionais não avaliarem objetivamente os seus resultados terapêuticos e as medidas de avaliação existentes serem inadequadas (Stratton et al., 2010). Até então, os instrumentos aplicados em contexto de terapia eram predominantemente direcionados para a avaliação individual e a grande maioria das escalas validadas, destinadas à avaliação familiar, não eram consistentes com a abordagem sistémica (Stratton, McGovern, Wetherell, & Farrington, 2006), justificando assim a necessidade crescente de desenvolver uma medida capaz de avaliar o funcionamento das famílias em terapia.

Mais recentemente, têm sido propostos alguns instrumentos de avaliação dos resultados da terapia familiar, através da avaliação do funcionamento familiar, embora sejam pouco utilizados na prática clínica devido às limitações que apresentam. Exemplo disso é o *Systemic Therapy Inventory of Changes* (STIC; Pinosof et al., 2009) que avalia quer o funcionamento dos indivíduos (adultos e crianças), quer o de casais ou famílias, bem como o funcionamento das famílias de origem. O *Synergic Navigation System* (SNS; Schiepek & Strunk, 2010), por sua vez, propõe aos clientes a realização de avaliações diárias do seu estado psicológico numa plataforma *online*, as quais serão posteriormente transmitidas aos terapeutas e investigadores, permitindo assim o acesso em tempo real à perspetiva dos clientes, bem como a monitorização dos processos de mudança terapêutica. Contudo, a morosidade da aplicação de ambos os instrumentos (o seu preenchimento demora cerca de uma hora para cada cliente) apontou para a necessidade de se desenvolverem instrumentos breves de avaliação dos resultados terapêuticos (Stratton et al., 2010).

Perante este panorama, um grupo de terapeutas ingleses reuniu-se com o objetivo de desenvolver uma medida de avaliação dos resultados da terapia familiar, compatível

com a linha do pensamento do construcionismo social e com a prática corrente da TFS, resultando no desenvolvimento do SCORE – *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (Stratton et al., 2010). Tendo como ponto de partida uma revisão dos instrumentos de avaliação existentes até à data (Janes, 2005), bem como uma revisão dos estudos empíricos e observações de terapeutas familiares sobre o funcionamento familiar, os autores constataram que os indicadores da qualidade do funcionamento familiar refletem as melhorias mais importantes na terapia familiar. Desta forma, os autores visavam especificamente: (a) criar uma medida particularmente sensível à mudança do funcionamento familiar ao longo da terapia; (b) identificar aspetos em que os sujeitos demonstrassem mais dificuldades no seu dia-a-dia familiar; e (c) avaliar aspetos do funcionamento familiar que, expectavelmente, mudam ao longo da terapia e à medida que a família começa a lidar melhor com os problemas apresentados (Stratton et al., 2010).

Inicialmente, foi desenvolvida uma versão preliminar do SCORE com 40 itens (SCORE-40), envolvendo a colaboração de uma rede de vários clínicos e instituições de Inglaterra. Esta equipa de investigação começou por desenvolver um longo processo de revisão da literatura sobre o funcionamento familiar e a sua avaliação, de forma a identificar as dimensões mais relevantes na avaliação deste construto. Deste processo surgiram cinco diferentes dimensões do funcionamento familiar: (a) Atmosfera e Ambiente, (b) Conflito, (c) Expressividade e Comunicação, (d) Regras e Papéis, e (e) Funcionalidade e Adaptação. De seguida, a equipa de investigação procedeu à criação dos itens, desenvolvidos com base nas sugestões dos terapeutas e participantes de estudos piloto realizados anteriormente (Stratton et al., 2010). O SCORE-40 foi então aplicado a uma amostra clínica ($N = 482$) e não-clínica ($N = 126$) para efeitos comparativos. Tanto na amostra clínica como na não-clínica, o resultado total da escala demonstrou possuir uma elevada consistência interna, traduzida num coeficiente alfa de Cronbach de .93 e .90, respetivamente. A análise fatorial exploratória do SCORE-40 apontou para a existência de três fatores, com possibilidade de se considerar um quarto: (a) Competências e Adaptação, (b) Dificuldades, (c) Comunicação Disruptiva, e (d) Hostilidade e Agressão.

Apesar de apresentar propriedades psicométricas adequadas, o SCORE-40 parecia ainda não ser viável para um uso corrente na prática clínica devido à sua extensão e ao

tempo dispendido no seu preenchimento (Stratton et al., 2010). Atendendo a esta limitação, continuaram a realizar-se vários estudos tendo como objetivo principal o afinamento e redução dos itens do instrumento. Este processo de seleção de itens e de uma estrutura fatorial representativa de uma versão reduzida do SCORE originou o SCORE-15. A versão de 15 itens é composta por cinco itens para cada um dos três fatores: (a) Recursos Familiares, (b) Comunicação na Família e (c) Dificuldades Familiares. As análises realizadas com a amostra combinada de 608 participantes (amostra clínica e amostra não-clínica), indicaram o seguinte: o 15 itens possuem uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de .89); a existência de três fatores; a capacidade destes 15 itens representarem o SCORE-40 original, permitindo explicar 95% da variância na média dos 40 itens (Stratton et al., 2010).

Num outro estudo realizado na Irlanda, com recurso ao SCORE-40, Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, e Stratton (2010) confirmam novamente a estrutura de três fatores, agora com uma nova designação: (a) Competências, (b) Dificuldades e (c) Comunicação. Neste estudo, procedeu-se também ao refinamento desta solução fatorial, eliminando os itens com menores saturações nos fatores, menores comunalidades e saturações elevadas em mais que um fator, originando assim uma versão de 28 itens - o SCORE-28. À semelhança das versões anteriores, também esta revela boas qualidades psicométricas para o resultado total (e.g., coeficiente alfa de Cronbach de .93, estabilidade teste-reteste de .89, $p < .001$). Mais recentemente, foi criada uma versão de 29 itens do SCORE, constituída por todos os itens do SCORE-28 (14 deles comuns ao SCORE-15) mais um item exclusivo do SCORE-15 (item 4). Esta versão, criada por Fay e colaboradores (2013), tem como objetivo possibilitar a recolha de informação para as duas versões, através de uma única aplicação. As análises fatoriais e confirmatórias certificam que, em ambas as versões (SCORE-15 e 28), a solução de três fatores é aquela que melhor se adequa, tendo em conta os itens e o que eles avaliam, indo ao encontro da solução de três fatores apoiada pelos estudos anteriores. Em todas as versões do SCORE os itens são cotados numa escala de *Likert* com 5 níveis de resposta (1 = muito bem; 2 = bem; 3 = em parte; 4 = mal; 5 = muito mal) ou 6 pontos (1 = extremamente bem; 2 = muito bem; 3 = bem; 4 = em parte; 5 = mal; 6 = muito mal), existindo também algumas perguntas de resposta aberta direcionadas para o processo terapêutico em si, expectativas dos clientes, descrição do problema e opiniões (Fay et

al., 2013).

As várias versões originais foram alvo de estudos de adaptação e validação psicométrica, indicando que a versão de 15 itens é a mais viável para uso clínico, permitindo aceder a indicadores da necessidade de terapia, bem como referentes à mudança terapêutica (Stratton et al., in press). Actualmente, o SCORE está a ser traduzido e estudado em vários países europeus, incluindo em Portugal, onde não existem ainda escalas que se debrucem especificamente sobre a avaliação dos resultados da TFS.

2. Estudos em Portugal

Como foi desenvolvido/adaptado e validado?

Estudos de tradução e adaptação

Os estudos de adaptação e validação do SCORE-15 para o contexto português resultam de um processo, decorrido entre outubro de 2010 e maio de 2013, que poderá ser apresentado em duas etapas complementares: (a) tradução e adaptação cultural e (b) estudos de evidência de validade e precisão da escala.

No âmbito do projeto SCORE da *European Family Therapy Association* (EFTA), responsável pelo desenvolvimento e estudo psicométrico do instrumento, uma equipa de investigadores da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC) da área de Sistémica, Saúde e Família integrou uma rede de países europeus que ambicionavam adaptar e validar uma medida de avaliação do funcionamento familiar para o seu país, com eventual validade europeia. Neste contexto, iniciámos o estudo de tradução do SCORE-15, tendo como base o processo de tradução-retroversão (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010), de acordo com o protocolo de tradução proposto pelos autores do instrumento. Num primeiro momento, foram desenvolvidas duas traduções, de modo independente, por um tradutor fluente em português e inglês e por um psicólogo com formação em psicologia clínica sistémica. De seguida, tendo como ponto de partida as traduções iniciais, quatro tradutores, com

competências linguísticas semelhantes, realizaram novas traduções e promoveram a discussão dos itens, resultando numa tradução conciliadora. Por fim, dois tradutores independentes efetuaram duas retroversões, que estiveram na base da versão conciliadora final, ultimada pela equipa de investigação do SCORE (SCORE-15; Tradução portuguesa: A. P. Relvas, M. Vilaça, L. Sotero, D. Cunha, & A. Portugal, 2010).

Realizou-se um estudo preliminar da escala, de modo a avaliar a sua adequação semântica e explorar alguns indicadores do seu funcionamento psicométrico na população portuguesa. A versão final preliminar foi então administrada a uma amostra comunitária de 21 sujeitos representantes de diferentes famílias, tendo sido pedido que registassem eventuais erros, desadequações, ambiguidades na formulação dos itens ou outras dificuldades sentidas ao responder ao SCORE-15. Deste procedimento resultaram pequenas alterações na versão administrada, nomeadamente, a alteração da formulação de itens potencialmente ambíguos (itens 5, 12 e 13) e a clarificação das instruções de preenchimento (Portugal, Sotero, Cunha, Vilaça, & Relvas, 2010). De um modo geral, este estudo piloto indicou-nos que o SCORE-15 é um questionário acessível aos respondentes e de rápida aplicação (o seu preenchimento demorou entre 5 a 10 minutos).

Concluído o estudo de tradução e adaptação para o contexto português, procedemos à administração do SCORE-15 a um conjunto alargado de famílias de dois contextos distintos: contexto clínico (clientes de TFS) e não-clínico (amostra comunitária). À semelhança dos estudos de validação do SCORE-28 para a população irlandesa (Cahill et al., 2010), a amostra utilizada neste estudo consiste numa amostra combinada ($N = 513$), ou seja, trata-se de uma amostra que integra uma subamostra comunitária e uma subamostra clínica, recolhida por todo o país (continente e ilhas), entre os meses de novembro de 2010 e fevereiro de 2013.

A subamostra comunitária ($n = 406$) foi recolhida através de dois procedimentos distintos: versão em papel e lápis e versão *online*, tendo em consideração os seguintes critérios de inclusão: (a) idade dos sujeitos superior a 12 anos, (b) serem de nacionalidade portuguesa, (c) não estarem a receber apoio psiquiátrico, e (d) não serem amigos próximos ou familiares dos investigadores. Dadas as dificuldades inicialmente sentidas na recolha de protocolos através da versão do SCORE em formato papel e

lápiz, optou-se por desenvolver uma plataforma *online*. Mais especificamente, foram recolhidos 244 protocolos através da modalidade “papel-lápiz” (60.1%) e 162 através da modalidade *online* (39.9%). A subamostra clínica ($n = 107$) contou com a participação de diversos centros de terapia (públicos e privados) que realizam terapia familiar e/ou de casal, distribuídos pelo país, especificamente nas regiões Norte, Centro, Lisboa, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores. À subamostra clínica correspondem protocolos aplicados às famílias no início da primeira sessão de terapia.

Em ambos os casos, para além da aplicação do SCORE-15, utilizou-se também um questionário de dados sociodemográficos e familiares, para uma identificação e caracterização do respondente e da sua família. Este questionário averigua alguns dados pessoais do respondente, como o sexo, a idade, o estado civil, a profissão, a nacionalidade, entre outras variáveis sociodemográficas, mas também permite recolher dados de natureza familiar, como informações sobre os elementos do agregado familiar. Antes de se proceder à aplicação dos instrumentos, foi apresentado aos sujeitos que aceitaram participar no estudo um documento de consentimento informado que continha a apresentação dos objetivos do estudo, a garantia do anonimato das respostas, o caráter voluntário da participação e assegurava que os dados seriam utilizados somente para fins estatísticos.

A amostra combinada do nosso estudo é então composta por 297 participantes do sexo feminino (57.9%) e 216 do sexo masculino (42.1%). Quanto às idades, estas encontram-se compreendidas entre os 12 e os 92 anos, sendo a média 38.57 ($DP = 16.32$). As faixas etárias mais predominantes são 12-24 (21.6%) e 40-49 anos (20.9%). A escolaridade dos participantes é diversificada, variando entre os indivíduos sem escolaridade (2.1%) e os doutorados (1.2%), sendo a maioria licenciados (34.3%). Relativamente ao estado civil, os sujeitos, na sua maioria, são casados ou vivem em união de facto (49.7%), seguindo-se os solteiros (38.4%) e, menos frequente, os divorciados, separados e viúvos (11.9%). Em termos do nível socioeconómico (NSE) da amostra, aferido com base na classificação de Simões (2000), que cruza dados relativos às profissões e à escolaridade, a categoria mais representativa é o NSE médio (34.9%), seguindo-se o NSE alto (22.0%) e, por último o NSE baixo (1.8%) (Simões, 2000). No que à zona de residência diz respeito, os 513 sujeitos respondentes, agrupam-se, na sua grande maioria, em áreas predominantemente urbanas (48.1%), seguindo-se os

habitantes de áreas moderadamente urbanas (30.6%) e predominantemente rurais (8.0%) (INE, 2002). Por último, em termos da posição e composição do agregado familiar dos sujeitos participantes, a maioria são filhos ou filhas (33.4%) e mães (28.3%) pertencentes a agregados familiares compostos, em média, por três a quatro elementos.

Após a conclusão da tradução portuguesa do SCORE-15 e da realização de estudos de adaptação desta escala, têm sido desenvolvidos estudos de investigação com este instrumento na FPCE-UC, especificamente, sobre o processo e resultados em TFS.

Estudos descritivos

A análise descritiva dos 15 itens do SCORE encontra-se no Quadro 2, onde estão apresentados os valores para a média, desvio-padrão, moda, amplitude, assimetria e curtose. São também apresentadas as análises de consistência interna, nomeadamente, os valores das correlações item-total e os valores do coeficiente alfa de Cronbach quando o item é excluído.

Quadro 2.

Estatísticas descritivas dos itens do SCORE-15 e consistência interna

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Moda	Amplitude	Assimetria	Curtose	Correlação	Alfa com
							Item-Total	Item
							Corrigida	Excluído
1	1.89	0.94	1	1-5	0.99	0.69	.09	.85
2	3.05	1.31	3	1-5	-0.02	-1.09	.62	.83
3	1.97	0.99	1	1-5	0.85	0.18	.15	.85
4	3.14	1.46	5	1-5	-0.10	-1.33	.68	.82
5	3.12	1.16	3	1-5	-0.11	-0.75	.17	.85
6	1.75	0.91	1	1-5	1.20	1.11	.12	.85
7	3.11	1.59	5	1-5	-0.09	-1.57	.70	.82
8	3.07	1.34	3	1-5	-0.05	-1.14	.61	.83
9	3.17	1.33	3	1-5	-0.07	-1.18	.69	.82
10	1.93	0.96	1	1-5	0.92	0.43	.16	.85
11	3.05	1.35	3	1-5	-0.03	-1.18	.74	.82
12	3.08	1.53	5	1-5	-0.04	-1.49	.73	.82
13	3.13	1.08	3	1-5	-0.06	-0.62	.34	.84
14	3.02	1.41	2 ^a	1-5	0.01	-1.29	.73	.82
15	2.32	0.94	2	1-5	0.43	0.04	.16	.85

Nota. Os valores assinalados a itálico correspondem a itens com valores inferiores ao desejável (.30).

^aItem plurimodal (valor 2, 3, 5). É apresentado o valor mais baixo.

Os resultados encontrados (cf. Quadro 2) indicam que o item que apresenta uma média mais elevada ($M = 3.17$; $DP = 1.33$) corresponde ao item 9 “Na minha família, parece que surgem crises umas atrás das outras”. Por outro lado, o item 6 “Confiamos uns nos outros” obteve a média mais baixa ($M = 1.75$; $DP = 0.91$). De um modo geral, os valores oscilam entre 1 e 5, sendo que o valor mais frequente é o 3 (“Descreve-nos em Parte”). Verifica-se ainda que os inquiridos utilizaram, para cada um dos 15 itens, as cinco possibilidades de resposta existentes. Quanto à assimetria, os itens apresentam na sua maioria um valor negativo, com destaque para um maior afastamento do item 6 (assimetria = 1.20). Em termos do grau de achatamento da distribuição, os itens que se encontram mais afastados do valor zero são os itens 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12 e 14, com um

valor positivo para o item 6 (curtose = 1.11) e valores negativos para os restantes itens, entre -1.09 e -1.57.

Estudos de precisão

Para averiguar a precisão dos dados, procedemos à análise da consistência interna dos itens do SCORE-15, através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, da escala total e dos fatores que a compõem. Assim sendo, a escala total apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .84$), tal como acontece com o Fator 1 ($\alpha = .85$), o Fator 2 ($\alpha = .83$) e o Fator 3 ($\alpha = .82$) (Pestana & Gageiro, 2008). A análise dos valores do coeficiente alfa da escala total aquando a exclusão de qualquer um dos itens indica-nos que a sua exclusão não aumenta de forma expressiva a consistência interna total da escala (cf. Quadro 2). Os valores de correlação item-total revelam uma adequada capacidade discriminante de todos os itens ($r > .30$) (Wilmut, 1975), à exceção dos itens 1, 3, 5, 6, 10 e 15.

Estudos de validade de construto: Análise fatorial exploratória

A validade interna do SCORE-15 foi verificada através da análise fatorial exploratória (análise das componentes principais das correlações entre as variáveis), uma das técnicas mais reconhecidas na identificação de construtos subjacentes. Procedemos, então, à verificação dos critérios de adequação da amostra não se tendo verificado a normalidade da distribuição dos dados ($K-S = .09$; $p < .01$). Contudo, a dimensão da amostra é superior a 100 sujeitos ($N = 513$) e apresenta um rácio de cerca de 34 sujeitos para cada item da escala, satisfazendo assim as propostas mais exigentes relativas à dimensão amostral (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1995). Obtiveram-se resultados significativos ao nível a medida de adequação da amostra para a realização da análise em componentes principais, através do cálculo de critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (.907) e do teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 4006.318$; $gl = 105$, $p < .001$), mostrando que existem correlações entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008).

A análise em componentes principais aponta para uma solução de três fatores (com valores próprios superiores a 1) que, em conjunto, explicam 64.98% da variância

total. Avançamos com a rotação *Varimax*, forçando a extração de três fatores, uma vez que este método maximiza as saturações mais elevadas e reduz as saturações mais baixas (Pestana & Gageiro, 2008), permitindo assim comparar os resultados com a estrutura fatorial sugerida pelos autores da escala. Da observação do Quadro 3, constatamos que, apesar de os resultados indicarem uma estrutura fatorial semelhante à original, i.e. dividida em três fatores, os itens não se encontram agrupados nos mesmos fatores, não se confirmando uma correspondência com a escala original, em termos estatísticos e teóricos. Analisando o conteúdo dos itens de cada um dos três fatores, nota-se que, à exceção do segundo fator (F2) (onde estão agrupados todos os itens relativos à dimensão Recursos Familiares), os restantes dois fatores reúnem itens que claramente não se enquadram na definição desses componentes. Especificamente, num primeiro fator (F1) saturam oito itens, sendo quatro relativos à subescala Comunicação na Família (itens 2, 4, 8 e 12) e outros quatro respeitantes às Dificuldades Familiares (itens 7, 9, 11 e 14). No terceiro fator (F3) encontramos apenas dois itens, sendo um item relativo à Comunicação na Família (saturando simultaneamente no primeiro fator) e um outro referente às Dificuldades Familiares (cf. Quadro 3).

A solução fatorial resultante revela-se, desta forma, complexa e ambígua: para além de não fazer sentido teoricamente, a distribuição alcançada não coincide com os três fatores sugeridos pelos autores da escala, não indo, por isso, ao encontro dos resultados alcançados com os outros estudos de validação realizados com o SCORE-15 (Cahil et al., 2010; Fay et al., 2013).

Quadro 3.

Matriz rodada, comunalidades e variância explicada (Rotação Varimax) – SCORE-15

Itens	Fatores			<i>h</i> ²
	1	2	3	
14. Na minha família culpamo-nos...	.866			.751
12. As pessoas da minha família...	.860			.741
11. As coisas parecem correr...	.845			.734
7. Sentimo-nos muito infelizes...	.820			.675
4. Sinto que é arriscado discordar...	.820			.682
9. Na minha família parece que...	.771			.644
8. Na minha família, quando as pessoas...	.766			.614
2. Na minha família muitas vezes...	.747			.593
10. Quando um de nós está...		.838		.708
3. Todos nós somos ouvidos...		.801		.693
1. Na minha família, falamos...		.785		.627
15. Somos bons a encontrar...		.759		.579
6. Confiamos uns...		.747		.568
5. Sentimos que é difícil...			.906	.829
13. Na minha família as pessoas...	.358		.426	.310
% variância explicada	36.251	20.863	6.869	

Estudos de validade de construto: Análise fatorial confirmatória

Foram realizados estudos de análise fatorial confirmatória do modelo proposto pelos autores da versão original do SCORE-15 de modo a averiguar, mais uma vez, a correspondência dos nossos dados. Ou seja, testámos um modelo composto por três fatores (Recursos Familiares, Comunicação na Família e Dificuldades Familiares)

constituídos cada um por cinco itens (RF: itens 1, 3, 6, 10 e 15; CF: itens 2, 4, 8, 12 e 13; DF: itens 5, 7, 9, 11 e 14).

A análise dos resultados indica que a estrutura trifatorial original apresenta índices de ajustamento adequados para o modelo re-especificado (cf. Quadro 4). O valor dos índices considerados para determinar a adequação do ajustamento global do modelo de medida do SCORE-15 inspecionado [qui-quadrado absoluto (χ^2) = 215.082 ($p < .001$), qui-quadrado normalizado (χ^2/gf) = 2.501] foi superior [$CFI = .967$, $GFI = .947$] ao valor critério de .90. Relativamente à raiz quadrada da média do erro de aproximação ($RMSEA$), o valor foi de .057 (Lo = .05, Hi = .06). Uma vez que χ^2/gf é inferior a 5, o índice de CFI é superior a .95, o índice de GFI é superior a .90 e $RMSEA$ é inferior a .06 (Byrne, 2001; Maroco, 2010), concluímos que os dados se ajustam à estrutura fatorial original do SCORE-15.

Quadro 4.

Índices de adequação dos modelos testados

Modelo	χ^2	Índice		
		GFI	CFI	$RMSEA$
Inicial	986.907 ($gf = 90$)	.857	.773	.140
Re-especificado	215.082 ($gf = 86$)	.947	.967	.054

GFI – Goodness-of-Fit Index; CFI – Comparative Fit Index; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

Para se obter este ajustamento final foram necessárias algumas alterações sugeridas pelos índices de modificação. A este respeito, note-se que apenas se realizaram alterações quando o índice de modificação era elevado e simultaneamente correspondia a uma alteração teoricamente plausível. A título de exemplo, salientamos a associação entre os fatores Comunicação e Dificuldades Familiares, pois ambos abordam obstáculos ou aspetos menos positivos da vida familiar. Um outro ajustamento realizado consiste na associação entre o item 9 (“Na minha família, parece que surgem crises umas atrás das outras”) e o item 11 (“As coisas parecem correr sempre mal para a minha família”) que remete para a vivência de obstáculos na família, percebidos sob um

ponte de vista do controlo externo. O modelo final atinge uma boa adequação, demonstrando que os ajustamentos efetuados levaram a melhorias relevantes nos índices de ajustamento.

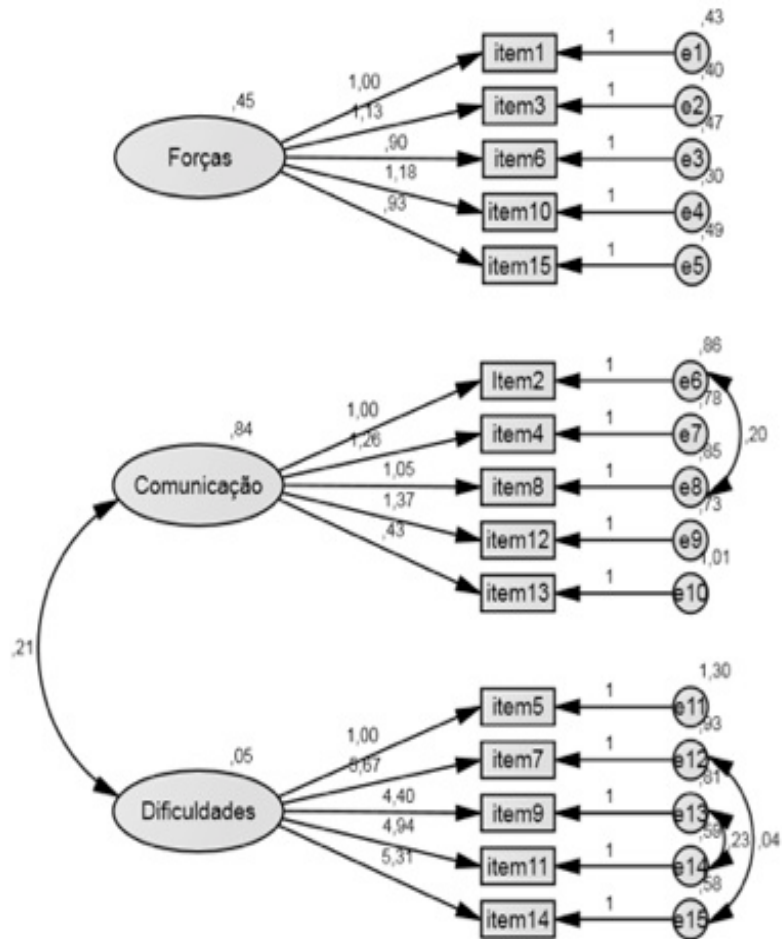


Figura 1. Modelo re-especificado do SCORE-15.

3. Como se aplica, cota e interpreta?

O SCORE-15 poderá ser aplicado a indivíduos, casais e famílias, desde que os seus elementos tenham idade igual ou superior a 12 anos. A sua administração é recomendável em contexto clínico, uma vez que providencia breves descrições de variados aspetos do relacionamento familiar que são relevantes para indivíduos, casais ou famílias que recorrem à terapia. O instrumento deverá ser preenchido individualmente durante, antes ou após as sessões, conforme o propósito da sua aplicação. Especificamente, para efeitos de investigação no âmbito da terapia familiar sistémica breve, é sugerida a sua aplicação antes, durante ou após a realização de sessões importantes ou momentos chave de mudança na terapia. Neste sentido, os autores sugerem a sua aplicação antes da primeira sessão, depois da quarta sessão (cerca de seis meses depois) e na sétima sessão (ou última sessão), por permitir a avaliação dos momentos correspondentes ao início, meio e final da terapia (Stratton et al., 2013). Para além disso, este instrumento poderá ainda ser utilizado com a população em geral, i.e., num contexto não-clínico, enquanto medida de avaliação do funcionamento familiar.

No momento do preenchimento, deverá ser respeitada a privacidade do respondente de modo a garantir a confidencialidade das informações, relativamente aos técnicos e aos familiares. Poderá ainda ser facultada ajuda aos respondentes que manifestem dificuldades ao nível da leitura, tendo o cuidado de não alterar a formulação original dos itens.

A cotação do SCORE-15 (total da escala e dimensões) poderá ser feita através de dois métodos distintos: recorrendo à inversão dos itens negativos ou analisando os itens negativos sem proceder à sua inversão. A primeira possibilidade consiste em calcular o resultado total do SCORE através da inversão dos itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13 e 14 para que as pontuações mais elevadas correspondam a maiores dificuldades na família. O cálculo das três dimensões que o compõem, para uma análise de informação mais específica, realiza-se somando os cinco itens correspondentes a cada dimensão e dividindo esse valor por cinco. Por exemplo, para a dimensão Comunicação na Família (CF) são somados os cinco itens invertidos e divididos por cinco [$CF = (R2 + R4 + R8 + R12 + R13) / 5$].

Uma outra forma de codificar os dados do SCORE-15 total é somando todos os itens negativos (2 + 4 + 5 + 7 + 8 + 9 + 11 + 12 + 13 + 14), subtrair o resultado deste somatório a 60 e acrescentar o total dos itens positivos (1 + 3 + 6 + 10 + 15) – desta forma $[60 - (2 + 4 + 5 + 7 + 8 + 9 + 11 + 12 + 13 + 14)] + (1 + 3 + 6 + 10 + 15)$, obtemos o resultado total para cada sujeito. Para calcularmos a média do resultado total do SCORE, dividimos por 15. O cálculo das dimensões realiza-se através da soma dos itens, sendo que quando os itens são negativos, subtraímos o resultado a 30. Por exemplo, para o cálculo da dimensão Dificuldades Familiares retiramos a 30 o somatório dos cinco itens negativos $[DF = 30 - (R5 + R7 + R9 + R11 + R14)]$. Para calcularmos os resultados médios obtidos em cada uma das subescalas seguimos a mesma lógica utilizada para o total da escala, isto é, dividimos o total obtido em cada dimensão por cinco, sendo que resultados mais baixos correspondem a um melhor funcionamento.

4. Vantagens, limitações e estudos futuros

O SCORE-15 revela ser um instrumento com propriedades psicométricas bastante razoáveis e apresenta uma estrutura fatorial semelhante à sua versão original. Sendo um indicador válido do funcionamento e mudança familiar, permite-nos aceder a informações relevantes sobre indivíduos, casais e famílias, que recorrem à terapia familiar, em geral, de forma prática e rápida (entre cinco a dez minutos). Para além disso, o seu preenchimento poderá incitar os respondentes à discussão, reflexão ou partilha de informações potencialmente úteis para a terapia. Ao nível da investigação, fica disponível para a população portuguesa uma ferramenta de estudo dos resultados e processo da terapia familiar sistémica, na medida que permite monitorizar e descrever indicadores comprovados do progresso da terapia sistémica. Desenvolvido de modo a permitir que os respondentes relatem aspetos relativos à sua interação familiar, independentemente do seu meio cultural e socioeconómico, o SCORE-15 representa ainda um importante instrumento de investigação no contexto comunitário, particularmente sempre que se pretenda intervir ao nível das relações na família.

A amostra utilizada no presente estudo poderá constituir-se como uma limitação, na medida em que não é uma amostra estratificada e representativa da nossa população. Parece-nos ainda que os estudos de adaptação e validação beneficiariam de análises independentes com população clínica e população comunitária, de modo a avaliar a capacidade discriminante do questionário e desenvolver valores normativos para ambos os contextos. Por outro lado, verificada a sua validade e aplicabilidade no contexto português, seria importante prosseguir com estudos de validade da escala enquanto indicador da mudança terapêutica, à semelhança do que foi realizado pelos autores da versão original. No fundo, tais análises permitir-nos-iam concluir se o SCORE-15 apresenta mudanças significativas ao longo da TFS, bem como perceber de que modo se relaciona com outros indicadores do progresso terapêutico. Seria igualmente útil analisar o funcionamento da escala em diferentes momentos da terapia (sessões iniciais, intermédias, finais e de seguimento). Por fim, parece-nos importante estender a aplicabilidade da escala aos elementos mais novos da família, nomeadamente através da adaptação portuguesa da recente versão do SCORE-15 para crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos (Stratton, 2013).

5. Bibliografia

- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238. doi:10.1192/apt.8.3.230
- Byrne, B. M. (2001). Structural Equation Modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International Journal of Testing*, 1, 55-86. Acedido em http://dx.doi.org/10.1207/S15327574IJT0101_4
- Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., & Stratton, P. (2010). Validation of a 28-item version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: The SCORE-28. *Journal of Family Therapy*, 32, 210-231. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00506.x
- Fay, D., Carr, A., O'Reilly, K., Cahill, P., Dooley, B., Guerin, F., & Stratton, P. (2013). Irish norms for the SCORE-15 and 28 from a national telephone survey. *Journal of*

- Family Therapy*, 35, 24-42. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00575.x
- Friedlander, M., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 8, 390-416. doi:10.1037/0893-3200.8.4.390
- Gjersing, L., Caplehorn, J., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10(13), 101-110. doi:10.1186/1471-2288-10-13
- Hair, J. F. Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate Data Analysis with Readings* (4 ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001: Resultados definitivos*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=71467&DESTAQUESmodo=2
- Janes, E. (2005) *Self-Report Measures of Family Function and Change Following Family Therapy: A Review of Conceptual Issues, Existing Measures and Proposals for Improvement*. Disponível em: www.psyc.leeds.ac.uk/staff/p.m.stratton/
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais*. Lisboa: Escolar.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R., Lebow, J., Knobloch-Fedders, L. M., Durbin, K. E., Chambers, A. L., ... Friedman, G. (2009). Laying the foundation for progress research in family, couple and individual therapy: The development and psychometric features of the initial systemic therapy inventory of change. *Psychotherapy Research*, 19(2), 143-156. doi:10.1080/10503300802669973
- Portugal, A., Sotero, L., Cunha, D., Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2010, Outubro). *SCORE-15: Exploratory study of preliminary data in a sample of Portuguese families*. Comunicação apresentada no 7º European Family Therapy Association Congress, Paris, France.
- Schiepek, G., & Strunk, G. (2010). The identification of critical fluctuations and phase transitions in short term and coarse-grained time series – a method for the real-time monitoring of human change processes. *Biological Cybernetics*, 102, 197-207. doi:10.1007/s00422-009-0362-1

- Simões, M. (2000). *Investigação no âmbito da Aferição Nacional do Teste do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Stratton, P. (2008). PRN in Action: Constructing an outcome measure for therapy with relational systems: Practitioner research networks in action. *The Psychotherapist*, 38, 15-16.
- Stratton, P. (2013, Outubro). *Influences on the evidence base and the evidence base as political influence*. Comunicação apresentada no 8º European Family Therapy Association Congress, Istanbul, Turkey.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic therapy and couple therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change in detecting therapeutic improvement early in therapy. *Journal of Family Therapy*. doi:10.1111/1467-6427.12022
- Stratton, P., McGovern, M., Wetherell, A., & Farrington, C. (2006). Family therapy practitioners researching the reactions of practitioners to an outcome measure. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 199-207.
- Wilmut, J. (1975). Objective test analysis: Some criteria for item selection. *Research in Education*, 13, 27-56.

The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Scale: Portuguese Validation Studies²

Margarida Vilaça¹, Bruno de Sousa¹, Peter Stratton² and Ana Paula Relvas¹

Universidade de Coimbra (Portugal)

University of Leeds (UK)

Received 06 February 2015; Revised 18 June 2015; Accepted 24 July 2015.

Correspondence concerning this article should be addressed to Margarida Vilaça. University of Coimbra. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Rua do Colégio Novo. 3000–115. Coimbra (Portugal). Phone: +35–1916070964. E-mail: gui.vilaca@hotmail.com

² Vilaça, M., Sousa, B., Stratton, P., & Relvas, A. P. (in press). *The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Scale: Validation Studies. The Spanish Journal of Psychology.*

Abstract

This study reports on the validity of the 15-item Portuguese version of the Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15; Vilaça, Silva, & Relvas, 2014), a brief and comprehensive measure of family functioning. Previous studies with SCORE-15 show that this version replicates the three-factor solution found for the original English version: Family strengths, Family communication and Family difficulties. In addition to reviewing previous studies, this article analyses the discriminant, convergent and predictive validity of the Portuguese SCORE-15. To do so, the SCORE-15 was administered to family members attending systemic family or couple's therapy at the start of the first and fourth sessions and also to a group of non-clinical individuals. Overall, data are reported from 618 participants, including 136 from families attending systemic therapy and 482 community family members. Comparisons of community and clinical samples (discriminant validity) showed statistically significant differences for the total scale and subscales ($p < .001$), with the community participants presenting healthier family functioning than the clinical ones. Analyses using SCORE-15 and the Quality of Life – adult version, another family measure applied simultaneously (convergent validity), indicate that both scales are significantly ($p < .01$) and moderately ($r = -.47$) correlated. Mean score analysis of SCORE-15's therapeutic sensitivity to change (predictive validity) showed that only the Family communication subscale was sensitive to statistically significant improvement ($p < .05$) from session 1 to session 4, whereas the SCORE-15's reliability change index points to its ability to detect clinical improvements (RCI = 14%).

Keywords: *SCORE-15; validity; family functioning; community and clinical samples*

The Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) is a self-report questionnaire for completion by family members aged 12 years and over designed to assess indicators of family functioning that are sensitive to therapeutic change (Stratton, McGovern, Wetherell, & Farrington, 2006). Within a context of increasing pressure to prove family therapy's effectiveness, and given the scarcity of objective measures to evaluate family therapy interventions from the family's perspective (Deacon & Piercy, 2001), the authors aimed to develop an instrument able to measure family functioning and therapeutic change (Janes, 2005; Stratton et al., 2006). Specifically, these authors aimed to create a questionnaire specifically sensitive to changes in family functioning across therapy, to identify quotidian aspects that family members would recognize as most challenging, and to evaluate family functioning markers that change across therapy and as families begin to address their problems (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010). From this process, several SCORE versions emerged, designed to be used in both clinical settings and as a research tool, whose development and validation have been described in several articles (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, & Stratton, 2010; Fay et al., 2013; Hamilton, Carr, Cahill, Cassels, & Hartnett, 2015; Jewell, Carr, Stratton, Lask, & Eisler, 2013; Stratton et al., 2010; Stratton et al., 2014).

Although all the existent versions show good psychometric properties, the 15-item version (SCORE-15; Stratton et al., 2010) has been shown to be “the most practicable version for clinical use” (Stratton et al., 2014, p. 5), indicating key aspects that are relevant to the need for therapy and for therapeutic change. As a briefer version for a group of self-report measures of family processes derived from the original SCORE-40, the SCORE-15 represents the original dimensions and items, explaining 95 per cent of the variance in the means of the 40 items (Stratton et al., 2010) and 92.3 per cent of the results obtained by the SCORE-28 (Vilaça, Stratton, & Relvas, 2015). The SCORE-15 responses are given on a five-point Likert scale, which ranges from 1 = “describes us very well” to 5 = “describes us not at all”. The questionnaire also includes open-ended questions about the family itself, the therapeutic process, clients' expectations and the problem description. The SCORE-15 is composed of a three-factor structure with five items for each family dimension: Family strengths, Family communication and Family difficulties. It yields scores for total SCORE-15 ratings and for each dimension, where higher scores indicate more problematic family functioning.

To sum up, validation of the SCORE-15 could help close gaps between clinical practice and research in systemic family therapy interventions. Previous studies with the Portuguese SCORE-15 indicate that it is a measure of family functioning with very good psychometric properties (internal consistency alpha reliability coefficient for the SCORE-15's total score is .84, for Family strengths is .85, for Family communication is .83 and for Family difficulties is .82) (Vilaça, Silva, & Relvas, 2014). The results also indicate that the Portuguese version of the SCORE-15 represents its original factorial structure: $\chi^2 = 215.082$, $df = 86$, $p < .001$; CFI = .97 ($> .9$); GFI = .95 ($> .9$) and RMSEA = .06 ($< .07$) (Vilaça et al., 2014). Finally, the SCORE-15 takes less than 10 minutes to complete and is free for use.

Continuing recent studies with the Portuguese SCORE-15, this article aims to determine whether the SCORE-15 discriminates adequately between a community and a clinical population (discriminant validity), to analyse how well the SCORE-15 correlates with results on another family adjustment measure, the Quality of Life – adult form (convergent validity), and to evaluate the SCORE-15's sensitivity to therapeutic change (as a possible way of assessing predictive validity). In sum, we address the following three questions: (i) can the SCORE-15 differentiate a community population from a clinical population? (ii) does the SCORE-15 correlate with the Quality of Life – adult form? and (iii) is the SCORE-15 a valid indicator of therapeutic change?

Method

Participants

The overall sample ($N = 618$) was collected from both contexts: clinical (systemic family therapy clients; $n = 136$) and non-clinical (community sample; $n = 482$), and we followed the same procedures as some of the previous SCORE validation studies (Cahill et al., 2010; Stratton et al., 2014). All participants that completed the protocol between November 2010 and December 2013 were Portuguese.

Sample 1.

Discriminant validity study.

This sample ($n = 276$) was comprised of both clinical (first session only) ($n = 136$, corresponding to 62 families) and community ($n = 140$) individuals, separated into experimental groups. In all, 156 women (56.5%) and 120 men (43.5%) participated in this study. Ranging in age from 12 to 79 years ($M = 36.79$, $SD = 14.08$), the predominant age groups were 40–49 (27.2%) and 12–24 (25.0%). They came from households in which an average of 3.55 people were living ($SD = 1.09$), and they corresponded mostly to mothers (33.0%), children (30.1%) and fathers (18.8%). With regards to family developmental stages, families with adult children (29.7%) and families with adolescents (29.3%) were the most represented. Participants' highest levels of education were predominantly college graduation (25.0%) or high-school exit certificate (24.3%). With regards to the sample's socioeconomic status, the most representative groups were from average (35.5%) or high (13.0%) socioeconomic levels, with 42.0% professionally inactive participants (students, retired or unemployed). The majority of participants lived in urban areas (48.2%) in the centre of Portugal (73.4%). The two groups were not significantly different on sociodemographic variables: age [$t(273) = .812$, $p = .418$], sex [$\chi^2(1) = .001$, $p = .975$] or socioeconomic status [$\chi^2(2) = 2.38$, $p = .304$], but they differed statistically in terms of educational level [$\chi^2(9) = 25.42$, $p = .003$], with higher education in the community group.

Sample 2.

Convergent validity study.

This study was based on a sample of 430 subjects that completed the SCORE-15 together with a second family adjustment measure, the Quality of Life – adult form (Almeida, 2013), in a clinical (first session only) ($n = 88$, corresponding to 53 families) and community ($n = 342$) context. The participants, 257 women (59.8%) and 173 men (40.2%), ranged in age from 18 to 71 years old ($M = 34.84$, $SD = 11.30$). Respondents' marital statuses were primarily single (45.6%) or married (44.7%), and participants were mostly mothers (56.8%) and fathers (34.1%). On average, families were composed of 3.84 elements, mainly families with adolescents (34.1%) and families with school-

age children (33.0%). They lived predominantly in urban areas (82.1%) in the centre of Portugal (54.2%). In terms of the highest levels of education achieved, respondents with licenses (33.2%) or master's (23.7%) degrees predominated. The most represented professionally active participants (71.7%) were from the average (47.0%) and high (17.0%) socioeconomic strata, while the non-active participants (unemployed, retired or students) constituted 28.3% of the sample.

Sample 3.

Predictive validity study.

The clinical sample used in this study was composed of family-member participants in family or couple's therapy, who completed the SCORE-15 at the beginning of their first and fourth sessions. The sample consisted of 66 participants, including 39 women (59.1%) and 27 men (40.9%), from 30 families. Age ranged from 12 to 57 years old ($M = 35.05$; $SD = 13.92$). Respondents were mostly mothers (42.4%) and fathers (24.2%) who came from households in which an average of 3.91 family members were living ($SD = 0.99$). Families with adolescents (51.5%) and families with adult children (22.7%) were the most common in this study. In terms of the highest level of education achieved, participants reported from primary school (9.1%) to PhD (4.5%), with the junior cert being the most frequent level (31.8%). The most common represented professionally active participants (57.6%) were from the average (40.9%) and higher (16.7%) socio-economic groups, while the remaining participants (42.4%) were unemployed, retired or students. With regards to residence, most participants lived in predominantly (57.6%) or moderately (36.4%) urban regions, from the centre of Portugal (84.8%) and the Madeira and Azores islands (15.1%). The majority of families sought help to cope with problems of relationship difficulties with adolescents (33.3%), followed by marital problems (23.3%), significant family relationships (13.3%), individual psychological difficulties (10.0%), parenting questions (10.0%), reconstituted family difficulties (6.7%) and adaptation to school problems (3.3%).

Measures

For all three studies, in addition to the Portuguese version of the SCORE-15, a demographic questionnaire was used to identify and characterize participants and their families.

The latter inquires about respondents' personal data (e.g., gender, age, marital status, profession, nationality), but it also inquires about the family's data for use as information about the household. Specifically, to analyse the convergent validity, we used the short version of the Quality of Life – adult form (QOL; Almeida, 2013), an adaptation of the original Quality of Life developed by Olson and Barnes (1982). This 20-item questionnaire evaluates the family's quality of life as a whole, including four subscales with five items each: Family, friends and health, Time, Media and community and Financial well-being. Acceptable psychometric properties have been reported for the use of the QOL (Almeida, 2013). Cronbach's Alpha coefficients for the current combined sample were .85 for the global scale, .72 for Family, friends and health, .79 for Time, .71 for Media and community and .87 for Financial well-being.

The SCORE-15 translation into Portuguese was developed in the context of the European Family Therapy Association (EFTA)'s SCORE project, responsible for the instrument's development and for psychometric studies across Europe. Thus, the translation process, undertaken by Relvas, Vilaça, Sotero, Cunha and Portugal (2010), followed the procedures proposed in the EFTA translation protocol: development of two independent translations, one by a fluent translator in Portuguese and an English translator and the other by a systemic clinical psychologist; four translators with similar linguistic skills developed new translations and contributed to item discussions, resulting in a consensus version. Finally, two independent translators developed two back translations that were finalized by the Portuguese SCORE team. To secure a culturally sensitive adaptation, the agreed-upon Portuguese version was tested in a community sample ($N = 21$) who were asked to record any errors or ambiguities in the item formulations or any other difficulties in fulfilling the questionnaire. As a result of this procedure, some minor adjustments were made to the administered version, namely modifications in the potentially ambiguous item formulations (items 5, 12 and 13) and clarifications in the instructions for completion.

The internal consistency of the SCORE-15 is presented in Table 1. In the discriminant validity study (study 1), Cronbach's alpha reliability coefficients for both samples (community and clinical) ranged from .68 to .87. With the exception of the Family communication subscale of the community and clinical samples, all scales and subscales yielded alphas greater than 0.70. In the study testing convergent validity (study 2), Cronbach's alpha reliability coefficients ranged from .61 to .87, with only the Family communication subscale presenting an alpha under .70, both in the community and the clinical samples. In the predictive validity study (study 3), Cronbach's alpha reliability coefficients at the first and fourth sessions ranged from .62 to .84. In all instances, again with the exception of the Family communication subscale in both sessions, total scales and subscales yielded alphas greater than .70. For total scores and separate domains, the consistency and reliability were generally good, with general higher internal consistencies for the SCORE-15 total scale and Family strengths subscale.

Table 1.
Internal Consistency, Cronbach's Alpha (95% CI), for Study 1, 2 and 3

Variables	Study 1		Study 2		Study 3	
	Community (n = 140)	Clinical (n = 136)	Community (n = 342)	Clinical (n = 88)	Session 1 (n = 66)	Session 4 (n = 66)
S-15 Total	0.84 (0.82–0.84)	0.85 (0.83–0.86)	0.85 (0.83–0.87)	0.87 (0.86–0.88)	0.78 (0.75–0.80)	0.84 (0.82–0.85)
S-15 FS	0.82 (0.76–0.81)	0.87 (0.82–0.86)	0.70 (0.61–0.84)	0.87 (0.84–0.85)	0.82 (0.75–0.83)	0.83 (0.77–0.82)
S-15 FC	0.69 (0.61–0.66)	0.68 (0.58–0.72)	0.61 (0.50–0.77)	0.67 (0.56–0.72)	0.62 (0.46–0.68)	0.64 (0.52–0.66)
S-15 FD	0.70 (0.60–0.72)	0.76 (0.68–0.78)	0.78 (0.70–0.77)	0.80 (0.73–0.80)	0.72 (0.61–0.74)	0.76 (0.70–0.77)

Note. S-15: SCORE-15; FS: Family strengths; FC: Family communication; FD: Family difficulties.

Procedures

As mentioned above, we followed the EFTA suggested procedures, specifically the EFTA research-SCORE guide (Association for Family Therapy and Systemic Practice, UK n.d.), which contains all of the necessary materials to set up SCORE research in a standardized fashion across different countries. The study was conducted with the ethical approval of each involved institution and the informed consent and assent of all participants. Participants were administered the informed consent document

containing the study goals, the guarantee of response anonymity and the statement of the voluntary nature of participation. They were assured that their data would be used only for statistical purposes.

The initial original community sample ($n = 406$) was collected through two different procedures: a paper and pencil version and an online version, considering the following inclusion criteria: (i) family members aged 12 years and over, (ii) Portuguese nationality, (iii) not having psychiatric support and (iv) not close friend or family member of the researcher. Given the initial difficulties collecting the protocols through SCORE's paper and pencil version, we decided to develop an online website. Specifically, 244 participants were recruited through the paper and pencil version (60.1%) and 162 were recruited through the online version (39.9%). Subsequently, we stratified this sample according to the clinical comparison group in terms of gender, age and socioeconomic status. For each stratum, a random selection of participants from the initial sample was achieved, resulting in a total of 140 non-clinical cases (see Table 1). To constitute the convergent validity study's sample (study 2), we subsequently initiated new data collection from community subjects that completed simultaneously both the SCORE-15 and the QOL, reaching a total of 342 non-clinical cases, 87.1% through the online version and 12.9% through paper and pencil version.

For the clinical sample collection, seven family therapy centres (six public and one private) collaborated with this investigation. Families and couples who were about to engage in systemic therapy were recruited. Participant institutions were from various regions within Portugal, specifically from the north (1), centre (3), Lisbon (1), Madeira (1) and the Azores (1). Clinicians were asked to approach all families and couples coming to their service by explaining the investigation aim and inviting them to participate to ensure that the sample was representative of their usual clinical population and that the cases were consecutive rather than selected by therapists. The conducted systemic therapy interventions were based on a second-order epistemological perspective (Golann, 1988) combined with brief-therapy models (6 to 10 sessions, spaced from 3 to 4 weeks). Overall, interventions followed principles of a focus on relationships, an emphasis on strengths and resilience and the establishment of collaborative therapeutic alliances, adopting techniques such as circular questions, reframing, positive connotation and hypothesizing. Sessions occurred in specific

therapeutic settings, with two co-therapists in the therapy room and an observing team behind the one-way mirror room. Generally, after approximately 60 minutes, therapists took a 10 to 15 minute break to plan a concluding intervention with the observing team that was delivered to the family at the end of the session. This final intervention to families varied from a simple reflection or reframing to a structured homework prescription. The significant reduction ($n = 70$; 51.5%) in participants from the first ($N = 136$) to the fourth ($N = 66$) session was mainly due to dropout ($n = 61$; 44.9%), while some family members that participated in the first session did not attend the fourth session ($n = 9$; 6.6%).

Overall, the clinical group consisted of family members that completed the SCORE-15 only before the first session (study 1), together with the QOL (study 2), and before the first and fourth sessions (study 3). For the discriminant validity study, the clinical group was composed of participants who completed the SCORE-15 before the first family or couple session because they asked for family therapy support and had not yet received therapy. For the convergent validity study, we included respondents that completed both the SCORE-15 and the QOL before the first therapy session. Finally, for the predictive validity study, we planned to examine therapeutic change by analysing results in the first session (no treatment) and fourth session (after three sessions of therapy) because this latter session has been indicated as a therapeutic process moment that is supposed to predict short-term therapy outcomes (Lambert & Vermeersch, 2008; Stratton et al., 2014).

Data Analysis

We introduced the data in an anonymized format into an SPSS file and verified the values. There were missing data for 7.4% (46/618) of responses, specifically 18/136 in the clinical and 28/482 in the community sample. Overall, there were no more than three missing data points (20%) per subject and those presented, on average, as 1.26% missing values in the clinical sample and 1.06% in the community one. In such instances, mean substitution was used. Statistical analyses were performed using version 20 of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS; IBM Corp., 2011).

Results

Can SCORE-15 Discriminate a Community from a Clinical Population?

To address this first research question, we compared the distribution of the average scores across the 140 participants in the community sample and the 136 in the clinical on the five-point scale. An independent-samples Student's *t-test* was conducted to compare the functioning of the scale for clinical and non-clinical datasets. To control for a family-wise error rate, a more stringent cut off value of $p = .01$ was used. Effect sizes comparing the means of both subsamples using Cohen's (1988) formula ($d = \text{community mean} - \text{clinical mean} / \text{pooled } SD$) were computed.

Results show statistically significant differences between the two groups' total scores (all items) [$t(274) = -9.084, p < .001$ (two-tailed)], with the community sample presenting better family functioning (lower scores) than the clinical one (see Table 2). Regarding the Family strengths [$t(274) = -6.487, p < .001$ (two-tailed)], communication [$t(274) = -7.719, p < .001$ (two-tailed)] and difficulties [$t(274) = -7.343, p < .001$ (two-tailed)] subscales, the clinical group participants also scored significantly higher (worse functioning) than the community group, meaning that the clinical group showed more Family difficulties than the non-clinical condition. From Table 2, it may be seen that effect sizes ranged from -0.78 to -1.09. With the exception of the Family strengths subscale, whose effect size was medium ($d < 0.8$), the magnitude of the differences in the total and subscales means was large ($d > 0.8$).

Results indicate that SCORE-15 total and subscales discriminate between the samples, with the therapy clients presenting more difficulties than the non-clinical participants.

Table 2.
Reference Values for SCORE-15 in Clinical ($n = 136$) and Community ($n = 140$) Groups

Variables	Community group	Clinical group	t	d
	M (SD)	M (SD)		
S-15 Total	2.01 (.56)	2.67 (.66)	-9.08*	-1.09
S-15 Family strengths	1.78 (.65)	2.39 (.91)	-6.49*	-.78
S-15 Family communication	2.09 (.69)	2.77 (.76)	-7.72*	-.93
S-15 Family difficulties	2.15 (.72)	2.85 (.85)	-7.34*	-.88

Note. S-15: SCORE-15; * $p < .001$; d = effect size; t = value from t -test.

We also examined whether the differences between clinical and community samples were influenced by differences in gender, in age or in socioeconomic status distribution in the two samples by performing stepwise linear regression modelling (see Table 3). The results show that there were no significant differences in the total and the subscales scores, between samples as a result of gender, age or social-economic level.

Table 3.
Standard Multiple Regression Analyses for SCORE-15, Total and Dimensions, Controlling for Gender, Age and Socio-Economic Level

Independent variables	Dependent variable in model*							
	S-15 total		S-15 FS		S-15 FC		SC-15 FD	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Gender	-0.07	.28	-0.04	.55	-0.03	.63	-0.10	.11
Age	0.03	.67	0.03	.73	0.00	.98	0.05	.49
Socio-economic status	0.05	.50	0.02	.81	0.04	.57	0.07	.38

Note. S-15 = SCORE-15; β = standardized beta of independent variables; * Model fit statistics (ANOVA) with $df = 3$ for all models: S-15 total: $F = 0.555$, $p = .65$; S-15 FS: $F = 0.174$, $p = .91$; S-15 FC: $F = 0.211$, $p = .89$; S-15 FD: $F = 1.155$, $p = .33$.

Does SCORE-15 Correlate with QOL?

To answer the second research question, we evaluated the convergent validity of the SCORE-15, total and subscales, by performing Spearman's correlations between the SCORE-15 and the QOL. As indicated in Table 4, total scores on the SCORE-15 correlated moderately and significantly with total QOL, with both scales sharing 22% of their variance. As expected, because lower SCORE results indicated better family

functioning, and higher QOL ratings corresponded to higher quality of family life, the correlation was negative, meaning that as family functioning improved, family quality of life also increased. SCORE-15 subscales were also correlated moderately with the QOL Family, friends and health subscale.

Table 4.
Correlations among SCORE-15 and QOL Totals and Dimensions

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. S-15 Total	1							
2. S-15 Family strengths	0.79	1						
3. S-15 Family communication	0.91	0.61	1					
4. S-15 Family difficulties	0.89	0.56	0.75	1				
5. QOL Total	-0.47	-0.56	-0.33	-0.44	1			
6. QOL Family, friends and health	-0.63	-0.60	-0.53	-0.55	0.72	1		
7. QOL Time	-0.25	-0.29	-0.16	-0.24	0.74	0.40	1	
8. QOL Media and community	-0.26	-0.23	-0.19	-0.26	0.57	0.31	0.27	1
9. QOL Financial well-being	-0.23	-0.22	-0.13	-0.29	0.74	0.37	0.39	0.36

Note. S-15 = SCORE-15; Correlations between SCORE-15 and QOL are given in bold; All correlations are significant at $p < .01$.

Is the SCORE-15 a Valid Indicator of Therapeutic Change?

To address the third research question and to analyse the SCORE-15's sensitivity to therapeutic change, we started by observing SCORE-15 change scores. An inspection of the mean scores indicated that participants in session 1 reported slightly higher results (poorer levels of family functioning) than in session 4, with the exception of the Family strengths dimension (Figure 1).

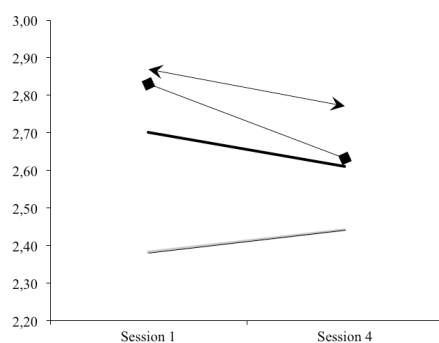


Figure 1. Evolution of SCORE-15 total (bold line), Family strengths (simple line), Family communication (rhombus line) and Family difficulties (arrows line) at Session 1 and Session 4.

Thereafter, we assessed improvements in family functioning between session 1 and session 4 by conducting paired *t*-tests. The results (Table 5) showed that only Family communication ($\bar{X}_{\text{session1}} - \bar{X}_{\text{session4}} = .198, p = .049$) presented a statistically significant decrease ($p < .05$) from session 1 to 4, while the global SCORE-15 ($\bar{X}_{\text{session1}} - \bar{X}_{\text{session4}} = .079, p = .202$) and Family difficulties ($\bar{X}_{\text{session1}} - \bar{X}_{\text{session4}} = .099, p = .267$) presented a slight decrease ($p > .05$) following three sessions, meaning that families improved in these dimensions. On the other hand, the Family strengths subscale presented worse results in session 4 than in session 1 (deterioration) ($\bar{X}_{\text{session1}} - \bar{X}_{\text{session4}} = -.059, p = .510$), although for Family strengths, the mean change was lower than those obtained in other variables (Figure 1 and Table 5). From Table 5, it may be seen that the effect sizes ranged from $d = -.08$ to $.30$. The highest effect size was found for Family communication, although it was moderate. If we compare these results with the English study (Stratton et al., 2014), we can observe that not only were the overall SCORE-15 means results (session 1 = 2.63; session 4 = 2.50) lower than the Portuguese (session 1 = 2.70; session 4 = 2.61), but the Portuguese fourth session scores (2.61) were closest to the English first session results (2.63). In contrast, in a similar study carried out in Ireland (Hamilton et al., 2015) concerning SCORE-15's responsiveness to change between Time 1 (intake) and Time 2 (after 3 to 5 months of systemic therapy), the

obtained mean values for the total scale in Time 1 (2.75) were higher than the Portuguese and English ones in the first session, while mean scores from Time 2 (2.53) were closer to the English study results in the fourth session.

To inspect an individual's SCORE-15 results progression, we subtracted session 4 from session 1 global SCORE-15 ratings, where positive results corresponded to improvement, negative results corresponded to deterioration and results equal to zero corresponded to no change. Accordingly, 60.6% ($n = 40$) of the participants showed improvement, 36.4% ($n = 24$) presented deterioration and 3% ($n = 2$) had similar scores at both times.

Table 5.
Participants' Family Functioning Improvement Patterns at Session 1 and Session 4

Variables	Session 1 <i>M (SD)</i>	Session 4 <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
S-15 Total	2.70 (.56)	2.61 (.53)	1.29	.17
S-15 Family strengths	2.38 (.84)	2.44 (.73)	-.663	-.08
S-15 Family communication	2.83 (.72)	2.63 (.59)	2.00*	.30
S-15 Family difficulties	2.87 (.79)	2.77 (.71)	1.20	.13

Note. S-15 = SCORE-15; * $p < .05$; d = effect size; t = value from t -test.

Given these inconclusive results, based on the mean change significance of differences between sessions, we decided to examine clinical improvement rates based on the global SCORE-15. To do so, we followed the authors' procedures used in a recently published study to evaluate the SCORE-15's sensitivity to change during the initial phase of therapy (Stratton et al., 2014), and we calculated the percentage of all sixty-six family cases with a reliable change index (RCI). The RCI was developed by Jacobson and Truax (1991) to estimate the clinical significance of change, i.e., in cases of change, whether the magnitude of the change is statistically reliable. This approach is, therefore, an attractive and complementary alternative to the traditional methods of evaluating psychotherapy outcomes (Evans, Margison, & Barkham, 1998). According to Evans et al. (1998), it consists in calculating the standard error of the differences (SE_{diff}) between both measurements (in this case, between the 1st and the 4th session) to subsequently multiply this result with the specific level of 1.96. If an individual's result

is greater/less than $1.96 \times SE_{diff}$ ($RCI = .727$), then the change, improvement/deterioration, is considered statistically reliable (Evans et al., 1998; Jacobson & Truax, 1991). The use of this test-retest reliability to calculate the standard error of measurement allows us to compare the achieved reliable change values with the 5% that would be expected to occur in the retest if there was no intervention at all. Thus, no more than 5% of RCI values are likely to be due to only measurement unreliability (Evans et al., 1998).

The proportion of participants showing statistically reliable improvement ($< -.727$) was 7.6% ($n = 5$), while 6.1% ($n = 4$) showed statistically reliable deterioration ($> .727$). The changes in the remaining 57 participants (86%) were not statistically significant. These results are depicted in Figure 2, where it can be seen that most points from both sessions were close to each other. Nevertheless, given that the proportion of subjects that demonstrated clinically meaningful change (13.7%) was higher than the expected 5%, one may assume that SCORE-15 was able to detect therapeutic change.

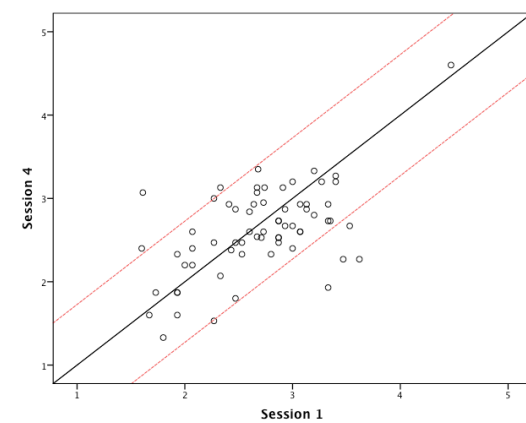


Figure 2. Scatterplot of pre- and post-therapy results on SCORE-15.

Discussion

The current study provided a test of a newly developed practice-based assessment of family functioning, the SCORE-15, in both community and clinical samples. Our

primary goal was to analyse the capacity of this questionnaire to differentiate family functioning patterns between community and clinical populations and from the moment after initiating therapy to the middle of the therapeutic process. We also wanted to evaluate if this measure correlated with another corresponding family adjustment scale.

Discriminant Validity

Results indicate that the SCORE-15 total and dimension scores differentiated the community from the clinical population because the non-clinical group presented significantly lower scores (healthier family functioning) than the clinical group. These are expected results if we consider that the community participants did not seek therapy support, while the clinical sample corresponded to participants that asked for family therapy support but were as yet without treatment. These results are similar to those obtained in the Hamilton and colleagues study (Hamilton et al., 2015), whose analyses of total SCORE-15 scores pointed to significantly higher means ($M = 2.64$, $SD = 1.04$) for the clinical group ($N = 701$) than the community one ($N = 175$; $M = 1.87$, $SD = 0.64$). Likewise, a previous study using SCORE-40 (Stratton et al., 2010) also pointed to lower mean scores ($M = 1.75$, $SD = 0.45$) for the community sample ($N = 126$) and higher mean scores ($M = 2.58$, $SD = 0.64$) for the clinical sample ($N = 482$).

We also note that participants' gender, age and socio-economic status did not impact the results, as expected.

Convergent Validity

Study 2 supports convergent validity because results showed a statistically significant and modest correlation between total SCORE-15 and total QOL, as predicted because both measures rely on general family well-being. In terms of the measured subscales, the strongest relations were between the SCORE-15 (total and subscales) and the Family, friends and health subscale. This is, in fact, the QOL dimension that most approaches the SCORE-15's item content. In other words, the Family, friends and health subscale addresses key topics covered by the SCORE-15, such as satisfaction with family (item 1) or relationships with relatives (item 4), while the remaining QOL

subscales are more related to specific topics, as time, community and economics, that are not central to the SCORE-15.

Predictive Validity

The results, based on a sample of 30 families and 66 participants, indicate that there was no significant improvement from the first to the fourth therapy session if we looked at the SCORE-15 as a whole. Although there was a downward trend in the total mean scores, from session 1 to session 4, pointing to a slight family functioning improvement, a significant improvement in the mean scores was expected. If we consider the dimension mean scores, we can conclude that only the Family communication subscale was sensitive to statistically significant positive change, while the Family difficulties subscale presents such promising slight trend. On the contrary, in the Family strengths subscale the difficulties increased (worse functioning) after three sessions of therapy. In fact, this increase is questionable because it still represents considerably lower values (better functioning) than any other variable mean variable. On the other hand, we might think that this unexpectedly opposite evolution of Family strengths, after three therapy sessions, may be related to possibly greater family awareness of the required effort to change, which is not reflected in family communication or difficulties. In sum, although there are no statistically significant differences on the total SCORE-15, their dimension mean rates differed between sessions, indicating a significant improvement in Family communication.

Though the total means analysis revealed no statistically significant group change, our analysis of the individuals' global SCORE-15 rates indicate that the majority (60.6%) had evolved positively, with the remaining 36.4% evolving in the opposite way. In terms of the individuals' clinical change, 8% showed reliable clinical improvements and 6% showed reliable clinical deterioration, representing a 14% change, a proportion superior to the 5% given by chance, which seems to confirm the previous SCORE-15 study results trending towards sensitivity to clinical change in early brief therapy, either improvement or deterioration. In the same vein, Stratton and collaborators (2014) showed that participants ($N = 247$) presented similar reliable deterioration (6%) but higher reliable improvement (13%) rates, reflecting a total of

19% reliable change. The Hamilton et al. study (2015), in turn, concluded that of the 258 participants, 41.1% presented with reliable change after 3 to 5 months of systemic therapy.

Strengths, Limitations and Future Directions

As previous studies indicate, SCORE-15 may be effectively implemented in a different context from the English-Ireland settings, specifically the Portuguese one (Vilaça et al., 2014). Given the scarcity of family measures in Portugal, this validation study represents the first attempt to investigate the Portuguese SCORE-15's functioning simultaneously in clinical and non-clinical samples. It also constitutes the first study of SCORE-15's sensitivity to therapeutic change, in this specific context, using RCI for analyses of a clinically significant change. Thus, this research contributes to the reliable application of a measure that focuses not on the individual but highlights relationships and differences between family members in their views of the family. Furthermore, it certifies its use with families or only individuals, allowing it to yield data for clinical practice and research.

The main limitation of this study is a difficulty that is largely associated with studies that comprise clinical samples, especially if we think of systemic family therapy processes. The small clinical sample sizes constitute one important limitation of this study, particularly because results show some important trends, especially in study 3 where we can observe promising family functioning improvement in session 4. It would be interesting to observe if these trends intensify with larger clinical samples (as the ones used in the English and Irish studies) and to follow-up later in therapy. Practical constraints with collecting data from families throughout the therapeutic process have to do with the probable dropout that occurs in clinical settings and the fact that most of the time, family members that participated in one session did not coincide with family members present in the other session. The community sample was collected through the investigators' connections and online, which means that the sample is possibly not representative of the Portuguese population.

The present study also points to a number of areas for further exploration and research, some of which is already under way. Future studies could consider focusing on comparisons of different SCORE versions, for example analysing the largest version results (SCORE-40, -28) and comparing with results from the shorter one (SCORE-15), to evaluate how a larger number of pool items works in the Portuguese context. Studying larger versions would also allow testing for whether there are different item compositions that work better compared with the 15-item version focus of the present study. Likewise, it is important to develop norms for SCORE using clinical and community samples. Furthermore, evaluation of the test-retest reliability among the non-clinical population should be a key priority in future studies with SCORE-15.

Regarding the SCORE in a clinical context, it would be interesting to investigate all family therapy process stages, from the first (start), to the fourth (middle) and last session (end). Thus, it would be possible to understand when families are expected to improve during the therapeutic process and to confirm if results from the middle point of a systemic brief therapy process are predictive of the outcome of therapy, as insinuated by some authors (Lambert & Vermeersch, 2008; Stratton et al., 2014). On the other hand, subsequent investigation should also focus on the exploration of the SCORE's criterion validity, using other outcome self-report measures and also including the therapists' perceptions.

References

- Almeida, S. (2013). *Escala de Qualidade de Vida Familiar (Quality of Life – QOL): Desenvolvimento de uma versão reduzida para a população portuguesa* [Quality of Life – QOL: Development of the Portuguese short version] (Unpublished master's thesis) Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Portugal. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/24115>
- Association for Family Therapy and Systemic Practice (n.d.). *SCORE-15 Index of Family Functioning and Change*. Retrieved from <http://www.aft.org.uk/view/score.html>
- Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., & Stratton, P. (2010). Validation of a 28-item version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: The SCORE-28. *Journal of Family Therapy*, 32, 210–231. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00506.x>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences* (2nd Ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Deacon, S. A., & Piercy, F. P. (2001). Qualitative methods in family evaluation: Creative assessment techniques. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 355–373. <http://dx.doi.org/10.1080/01926180127627>
- Evans, C., Margison, F., & Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence-Based Mental Health*, 1, 70–72. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmh.1.3.70>
- Fay, D., Carr, A., O'Reilly, K., Cahill, P., Dooley, B. Guerin, F., & Stratton, P. (2013). Irish norms for the SCORE-15 and 28 from a national telephone survey. *Journal of Family Therapy*, 35, 24–42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00575.x>
- Golann, S. (1988). On second-order family therapy. *Family Process*, 27(1), 51–65. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00051.x>
- Hamilton, E., Carr, A., Cahill, P., Cassels, C., & Harnett, D. (2015). Psychometric properties and responsiveness to change of SCORE-15 and 28 item versions of the SCORE: A family assessment questionnaire. *Family Process*.

<http://dx.doi.org/10.1111/famp.12117>

IBM, Corp. (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

Janes, E. (2005). *Self report measures of family function and change following family therapy: A review of conceptual issues, existing measures and proposals for improvement*. Unpublished manuscript, Faculty of Medicine and Health, University of Leeds, United Kingdom. Retrieved from www.psyc.leeds.ac.uk/staff/p.m.stratton/

Jewell, T., Carr, A., Stratton, P., Lask, J., & Eisler, I. (2013). Development of a Children's Version of the SCORE Index of Family Function and Change. *Family Process, 52*, 673–684. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12044>

Lambert, J., & Vermeersch, A. (2008). Measuring and improving psychotherapy outcome in routine practice. In D. Brown & W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th Ed., pp. 233–248). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Olson, D., & Barnes, H. (1982). Quality of life questionnaire. In D. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson (Eds.), *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (pp. 147–148). St. Paul, MN: University of Minnesota, Family Social Science.

Relvas, A. P., Vilaça, M., Sotero, L., Cunha, D., & Portugal, A. (2010). Systemic clinical outcomes and routine evaluation: SCORE-15 [Portuguese translation]. (Unpublished instrument)

Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *Journal of Family Therapy, 32*, 232–258. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x>

Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the

- SCORE-15 Index of Family Functioning and Change. *Journal of Family Therapy*, 36(1), 3–19. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.12022>
- Stratton, P., McGovern, M., Wetherell, A., & Farrington, C. (2006). Family therapy practitioners researching the reactions of practitioners to an outcome measure. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 199–207. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00722.x>
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Systemic clinical outcome routine evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I) [Family Assessment Instruments – Functioning and Intervention (Vol. I)] (pp. 23–41). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Vilaça, M., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015). *Comparison of short and long versions of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) in a community and clinic-based sample*. (Manuscript submitted for publication).

Comparison of Short and Long Versions of Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) in a Community and Clinical Sample³

Margarida Vilaça*, Peter Stratton**, & Ana Paula Relvas*

**University of Coimbra.*

***University of Leeds.*

The Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) is one of the most effective evaluation instruments to assess family functioning and test family therapy results. To determine its applicability in the Portuguese context, we analyzed the psychometric characteristics of the short (SCORE-15) and long (SCORE-28) versions using a combined sample of 538 Portuguese participants. Results indicate that both versions demonstrate high reliability and replicate the original trifactorial solution. Both versions showed to significantly differentiate between clinical and community samples, revealing slightly higher discriminant ability for SCORE-15. The predictable high correlation between versions is reflected in the SCORE-15 capacity to predict 93.3% of the SCORE-28 results. Both instruments' reference values and cut-off points were established to distinguish healthy from clinical participants.

³ Vilaça, M., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015). *Comparison of Short and Long Versions of Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) in a Community and Clinical Sample*. Manuscript submitted for publication.

Margarida Vilaça, PhD student, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra; Peter Stratton, PhD, Leeds Family Therapy & Research Centre and Institute of Health Sciences, University of Leeds; Ana Paula Relvas, PhD, Faculty of Psychology and Educational Sciences and Centre for Social Studies, University of Coimbra.

Address correspondence to Margarida Vilaça, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000-115, Coimbra, Portugal; E-mail: gui.vilaca@hotmail.com.

The Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) is a self-response questionnaire developed by Stratton, Bland, Janes and Lask (2010). The aim of the SCORE, an instrument that is sensitive to therapeutic change, is to provide an evaluation measure of family functioning. Being inspired by the social constructionism line of thought and by the clinical practice of systemic family and couples therapy, the initial SCORE versions were created from a combined process of a literature review about family functioning evaluation and the considerations of an expert team of family therapists (Stratton et al., 2010; Stratton, McGovern, Wetherell, & Farrington, 2006). The SCORE was developed with the main goal of overcoming the limitations of available family measures able to assess the results of systemic therapy and, as such, of providing an easy-to-use outcome measure applicable to current family therapy interventions. However, it may be used in clinical practice as well as in the investigation of brief systemic family therapy (Stratton et al., 2010) and in the context of the general population as an indicator of how family members relate to each other (Vilaça, Silva, & Relvas, 2014).

Thus far, several SCORE validation studies have been conducted and have thus lead to the publishing of different versions, namely, the SCORE-40, 15, 28 and 29, mainly in the English and Irish contexts (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, & Stratton, 2010; Fay et al., 2011; Hamilton, Carr, Cahill, Cassells, & Hartnett, 2015; Stratton et al., 2006; 2010; Stratton et al., 2014). It is also available a child version of the SCORE-15 for children between 8 to 11 years of age (Jewell, Carr, Stratton, Lask, & Eisler 2013). Among the existing versions, we studied the 15-item short version (SCORE-15) and the more detailed 28-item version (SCORE-28) for application in clinical and research contexts as these two versions correspond to the most manageable and the most frequently mentioned versions by the authors (Cahill et al., 2010; Hamilton et al., 2015; Stratton et al., 2014).

In the United Kingdom, Stratton and collaborators (2010) conducted the first studies using the SCORE, presenting the SCORE-15 as a refinement of the initial 40-item version. Based on an analysis of a combined sample of 482 participants, three dimensions emerged that were replicated in further studies: family strengths (FS), family communication (FC), and family difficulties (FD). On the whole, the 15 items, equally distributed among the three dimensions, presented good internal consistency

(Cronbach alpha of .89). Later, Stratton and collaborators (2014) conducted complementary studies aiming to validate the SCORE-15 as a measure of therapeutic change. In this study, conducted with 584 systemic family and couple therapy clients, the authors legitimized the SCORE-15 as a measure that is reliable, valid, and sensitive to change during brief therapeutic interventions. Because there are Portuguese speakers throughout the world we decided it is important to have a definitive translation that is fully tested. The European Family Therapy Association (EFTA) provides a detailed protocol for translation, which we followed carefully (see Measures, below). It is designed to create a culturally sensitive translation that captures the therapeutic significance of each item. We therefore would not claim that a version created for mainland Portugal will necessarily be culturally appropriate in all Portuguese speaking communities, but testing a translation and researching which version is most appropriate for family therapy is an essential first step.

Current Validation Evidence

Fay and collaborators (2011) conducted validation studies of the SCORE-15 and SCORE-28 in the Irish context. In this study, based on a random sample of 403 participants, the authors reported that both the SCORE-15 ($\chi^2 = 1179.19$, $df = 17$, $p < .001$, CFI = .92, TLI = .97, RMSEA = .07 and SRMR = .05) and the SCORE-28 ($\chi^2 = 1877.04$, $df = 31$, $p < .001$, CFI = .91, TLI = .98, RMSEA = .06 and SRMR = .06) reproduce the original factorial structure. In relation to the internal consistency, appropriate reliability values are observed for the SCORE-15 global values and dimensions (Total = .83; FS = .76; FC = .58; FD = .71) as well as SCORE-28 (Total = .89; FS = .86; FC = .75; FD = .76). More recently, Hamilton et al. (2015), in a study of the psychometric properties of the SCORE-15 and 28 that used a combined sample of 701 subjects, concluded that both versions present trifactorial structures similar to the original factor solution (SCORE-15: $\chi^2 = 330.81$, $df = 87$, $p < .001$, CFI = .98, TLI = .98, RMSEA = .06 and SRMR = .04; SCORE-28: $\chi^2 = 979.024$, $df = 347$, $p < .001$, CFI = .97, TLI = .97, RMSEA = .05 and SRMR = .05). Both scales also show good internal consistency with Cronbach alpha coefficients above .70 for the SCORE-15 (Total = .90; FS = .83; FC = .78; FD = .85) and the SCORE-28 (Total = .93; FS = .90; FC = .86; FD

= .86). The results of a different study of the SCORE-28 (Cahill et al., 2010), which was based on a combined sample of 791 individuals, also support a trifactorial structure ($\chi^2 = 337.402$, $df = 91$, $p < .001$, CFI = .92, TLI = .98, RMSEA = .08 and SRMR = .05) and high internal consistency for the total scale (Cronbach alpha = .93) and the respective dimensions (FS = .91; FC = .86; FD = .83). The authors further suggest the distinct use of each version according to its goal. Thus, the SCORE-15 is used when repeated and alternate applications are required, as its administration is less demanding and it provides a reliable, valid, and global vision of overall family functioning. In contrast, the use of the SCORE-28 is suggested when a more detailed perspective of family functioning is desired, as this instrument provides a reliable reading of each of the three dimensions that it represents, even though it may be less acceptable to the respondents because it is more time-consuming.

In Portugal, preliminary studies that administered both versions (Pereira, 2011) corroborated the good psychometric properties previously found for both the SCORE-15 and the SCORE-28. This study, based on a community sample of 300 individuals, showed that both versions represent a trifactorial structure similar to that found by the scales' authors (Cahill et al., 2010; Fay et al., 2011; Hamilton et al., 2015; Stratton et al., 2010). With respect to reliability, both the SCORE-15 and 28, achieved acceptable to excellent Cronbach alpha scores for the total scale (SCORE-15 = .88; SCORE-28 = .92) and the subscales (SCORE-15: FS = .86; FC = .73; FD = .80; SCORE-28: FS = .92; FC = .81; FD = .83). More recently, new studies have been conducted aiming to adapt and validate the SCORE-15 for the Portuguese population on the basis of a combined sample of 513 individuals from clinical and community contexts (Vilaça et al., 2014). The results of the factor analysis, which are consonant with previous studies, demonstrate an adequate adjustment for the original three-factor model ($\chi^2 = 215.082$, $df = 86$, $p < .001$, CFI = .97, GFI = .95 and RMSEA = .06). With respect to scale accuracy, alpha scores indicate a good internal consistency for the total scale (.84) and all three dimensions (FS = .85; FC = .83; FD = .82).

The studies conducted within the English and Irish contexts, with the aim to develop and validate the SCORE-15 and 28, certify both instruments as effective assessment measures of family functioning (Cahill et al., 2010; Fay et al., 2011; Stratton et al., 2010) and therapeutic change (Hamilton et al., 2015; Stratton et al., 2014).

Accordingly, we follow the SCORE authors' steps and continue the investigation conducted in Portugal, thereby contributing to the validation of the Portuguese version of the SCORE-15 and 28 and making new evidence available regarding its use in a culturally distinct context (south of Europe). Specifically, to compare the performances of the SCORE-15 and the SCORE-28 and hence to identify which of the two versions best forecasts family functioning, we analyze the psychometric properties of the two measures, i.e., ability to differentiate populations, factor validity, reliability, construct validity, predictive validity, reference values, and cut-off points.

METHOD

Participants

The combined participant sample involved 538 Portuguese nationals from a community context (75.5%, $n = 406$) and a clinical context (24.5%, $n = 132$), all of whom were aged 12 years or above. To be included in the community sample, the participant could not be receiving psychiatric support or be closely related to any of the investigators, while the clinical sample participants were required to have had family members who had completed the SCORE-29, which corresponded to family and couple therapeutic processes, at the beginning of the first therapy session. The sample was composed of 311 woman (57.8%) and 227 men (42.2%) with an age average of 36.65 ($SD = 16.27$). The most dominant age groups were 12 to 24 (21.7%) and 40 to 49 (21.2%) years. The majority of the participants were married or in a common-law union (50.0%), and 34.2% held a bachelor's degree. The majority of the sample was from the central zone of the country (66.6%), with major emphasis on predominately urban (49.1%) and moderately urban (29.2%) areas. Regarding the socioeconomic status (SES) measurement of professionally active individuals (58.4%), we considered the intersection of data for profession and level of education (Simões, 2000). Thus, the most representative category was that of average SES (35.3%), followed by high SES (21.4%) and then low SES (1.7%). The professionally inactive participant group (unemployed, students, and retired individuals) represented 35.1% of the sample. With

respect to the family characteristics being studied, the majority of households were composed of three or four members (53.0%), and the average number of family members per household was 3.34 ($SD = 1.19$). The participants were mainly mothers (29%), fathers (15.1%), and children (33.3%), pertaining mostly to the family life cycle stage of families with adult children (31.2%) and families with adolescents (21.2%). In the specific case of the clinical sample, the 132 participants corresponded to 61 families that sought help to cope with family problems that included relationship difficulties with children (7%) or adolescents (28%), marital problems (28%), children with behavioral problems or problems adapting to school (8%), individual psychological difficulties (8%), family relationship difficulties (8%), co-parenting questions (5%), problems adapting to chronic disease (5%) or reconstituted family difficulties (5%).

Measures

A 29-item version of the SCORE (SCORE-29; Fay et al., 2011), translated to Portuguese, was used, as it contains all the items of the Portuguese versions of the SCORE-15 and SCORE-28. Therefore, it was possible to perform a psychometric analysis of the two versions based on the same sample. The SCORE-29 translation and cross-cultural adaptation was initiated in the framework of the EFTA SCORE project, a research network that aimed to develop, test, and validate a self-report family functioning measure, the SCORE, in several European countries. As such, the translation process followed the recommended procedures by the EFTA research SCORE guide (Association for Family Therapy and Systemic Practice, n.d.). Primarily, two Portuguese translations were developed, one by an independent bilingual professional and another by a clinical psychologist. Taking those two initial translations as the starting point, four independent, qualified translators developed new translations and promoted, along with the Portuguese SCORE team, the comparison and discussion of the versions and items in a consensus meeting. The agreed-upon Portuguese version was then translated back to English by two independent translators, with the resulting discrepancies being discussed by the Portuguese SCORE team. Finally, the consensus version was pilot tested in a community sample ($N = 21$) that was asked to note any difficulties encountered while completing the questionnaire. Some minor adjustments

were performed based on the respondents' comments regarding the readability of specific items.

Both scales (SCORE-15 and 28) include three family functioning dimensions that are represented by positive and negative items: family strengths, family communication, and family difficulties. The last two dimensions are composed of negative items, whereas the family strengths dimension is represented by positive items. With respect to the distribution of the items among the dimensions, the SCORE-15 contains five items per dimension, while the SCORE-28 presents an irregular item distribution by dimension (FS = 13 items, FC = 9 items, and FD = 6 items). The responses are reported on a five-point Likert scale that ranges from 1 (*Describes us very well*) to 5 (*Describes us not at all*). The total and subscale scores were obtained by reversing the negative items; thus, higher scores correspond to less positive levels of family functioning. Furthermore, in addition to the item answers (quantitative), the SCORE contains a group of questions about the respondent's current state with respect to family difficulties (qualitative), which are not considered in the analysis in this study.

Procedure

As previously mentioned, for this study, we recruited a wide group of individuals from two distinct contexts: community (general population) and clinical (clients attending systemic family therapy). Sample collection took place all over the country, including the continent and the islands, between November 2010 and January 2014.

The community subsample ($n = 406$) data were collected in two ways, a paper and pencil version (60.1%, $n = 244$) and an online version (39.9%, $n = 162$). Non-clinical participants were recruited by the Portuguese SCORE team and by a group of psychologist trainees enrolled in the Clinical and Health Psychology Master's degree program at the University of Coimbra, which agreed to collaborate in the sample collection process. In this initial stage, the questionnaires were administered in person by investigators and trainees. Due to the initial difficulties in collecting the necessary responses, the Portuguese SCORE team developed an online version and disseminated it through e-mail and social networks. The clinical subsample ($n = 132$) collection process was implemented in several national therapy centers. Though general therapy is

primarily available in the central part of the country, it is also offered in the north, in Lisbon, and in autonomous regions of Madeira and Azores.

In addition to the SCORE, all participants also answered a sociodemographic and family information questionnaire that sought to obtain personal data regarding the respondent's gender, age, marital status, profession, number of family members, etc. Individuals who agreed to participate in the study completed an informed consent form that contained information about the study's purposes, a guarantee of confidentiality, an explanation of voluntary participation and an assurance that the data will be used for statistical purposes only. In the case of child participants, if the child assented, the consent form was then signed by the parent, guardian, or legal representative. The online participants did not sign a consent form, although they were informed about all the above described participation conditions (APA, 2002). The respondents spent, on average, ten to 20 minutes to complete both surveys (the SCORE-29 and the sociodemographic questionnaire).

Statistical Analysis

Descriptive statistics of the SCORE-15 and 28 variables were developed for the combined, community-based, and clinical-based samples. Independent sample *t*-tests were conducted to determine the existence of significant differences among the subsamples. Subsequently, we calculated effect sizes (Cohen's *d*) for the verified significant differences. To confirm the factor validity of both scales, a confirmatory factor analysis (CFA) of the original structures was conducted. We then checked the factors' internal consistency scores using Cronbach alpha and Spearman correlation coefficients for the SCORE-15 and 28 scales and subscales, as both samples failed the normality assumption ($p < .001$). We also computed multiple regressions (stepwise) to ascertain the predictive power of the short scale with regard to the long version. Finally, we explored the normative scores for the different samples by calculating the distribution of percentiles and the obtained results for the possible SCORE punctuations. Additionally, we conducted a receiver operating characteristic analysis (ROC) of both versions to identify the cut-off scores that optimally distinguish between community and clinical participants. To control for family-wise error and to increase the

sensitivity of our analyses to identify effects, we chose to adopt a more stringent significance level of 1% ($p \leq .01$) (Keselman, Cribbie, & Holland, 1999). Analyses were performed with SPSS software (version 20.0) and AMOS (version 4.0.1) for the operating system Windows.

RESULTS

Differences between Clinical and Community Samples

The SCORE-15 and 28 means and standard deviations (total and dimensions), on the basis of the different samples (combined, community and clinical), were calculated to better understand the scales' performances using the data being studied. We conducted *t*-tests to compare the two samples, community and clinical, and thus evaluate the capacity of both SCORE versions to differentiate the general population from the clinical population. In relation to the observed results for the community- and clinical-based samples (Table 1), the two total scales and the corresponding subscales present significant statistical differences between samples ($p < .001$), with the clinical participants presenting higher results (worse family functioning), as expected. The magnitude of the results varies between moderate and large effect sizes (Cohen, 1988). However, although the SCORE total scales and subscales present similar differences for the short and long versions, with respect to the global scales, we verified that the SCORE-15 presents higher average scores than the SCORE-28 in relation to the combined community and clinical samples, suggesting that the short version demonstrates a slightly better ability to discriminate between populations than the long version.

The gender differences analysis indicates that there are no significant statistical differences between the two versions: the combined version [SCORE-15: $t(536) = -0.707$, $p = .480$; SCORE-28: $t(536) = -0.815$, $p = .415$], the community-based sample [SCORE-15: $t(404) = -1.243$, $p = .215$; SCORE-28: $t(404) = -1.670$, $p = .096$], and the clinical based-sample [SCORE-15: $t(130) = 0.765$, $p = .446$; SCORE-28: $t(130) = 1.210$, $p = .229$].

Table 1.

Comparison between SCORE-15 and 28 Global Scales and the Corresponding Subscales in the Combined, Community-Based and Clinical-Based Sample

	Combined (<i>N</i> = 538)		Community (<i>n</i> = 406)		Clinical (<i>n</i> = 132)		<i>t</i>	<i>d</i>
	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>		
SCORE-15 Total	2.24	0.67	2.10	0.61	2.69	0.65	-9.46*	.94
SCORE-15 FS	2.01	0.78	1.87	0.69	2.41	0.90	-6.23*	.67
SCORE-15 FC	2.34	0.79	2.19	0.75	2.79	0.75	-8.03*	.80
SCORE-15 FD	2.38	0.85	2.23	0.79	2.85	0.85	-7.77*	.76
SCORE-28 Total	2.15	0.60	2.02	0.54	2.55	0.59	-9.68*	.94
SCORE-28 FS	1.94	0.65	1.84	0.59	2.27	0.73	-6.20*	.65
SCORE-28 FC	2.32	0.74	2.17	0.69	2.78	0.71	-8.77*	.87
SCORE-28 FD	2.34	0.84	2.18	0.78	2.83	0.82	-8.20*	.81

Note. FS = Family strengths; FC = Family communication; FD = Family difficulties; *SD* = Standard deviation; *t* = value from t-test; **p* < .001; *d* = effect size.

Factor Validity

We proceeded to the internal structure analysis of both SCORE versions to confirm the adequacy of the original trifactorial model for the sample data in this study. To do so, we computed a CFA on the basis of the usual procedure of maximum likelihood and using a data covariance matrix. After the model specification and estimation, its adequacy was evaluated by a set of fit indices: the Chi-square index, the Chi-square index divided by the degrees of freedom (χ^2/df), the Comparative Fit Index (CFI), the Goodness-of-Fit Index (GFI) and the Root Mean-Squared Error of Approximation (RMSEA) with the respective confidence intervals. Usually, values of χ^2/df under or near 2 are considered reasonably good indicators of fit (Ullman, 2001) – although values under 5 are tolerable (Byrne, 2001). CFI values near to or higher than .95 (Hu & Bentler, 1999), GFI values near to or higher than .90 (Tanaka, 1993) and, finally, RMSEA values under .60 (Byrne, 2001; Maroco, 2010) are acceptable.

When we analyze the results for the total sample (Table 2), we verify that both versions present a good match to the values found in previous studies (Cahill et al., 2010; Fay et al., 2011; Hamilton et al., 2015; Stratton et al., 2010, Vilaça et al., 2014).

Despite the fact that both scales show similar values, we may highlight a slight superiority of the SCORE-15 model ($\chi^2/df = 2.662$; CFI = .954; GFI = .948; RMSEA = .056) over the SCORE-28 model ($\chi^2/df = 2.390$; CFI = .928; GFI = .901; RMSEA = .051). To obtain those adjustment indices, both models contained error variances between factors, with higher correlations between family communication and family difficulties, which, in theory, is understandable because both dimensions lead to complexities or less positive aspects of the family functioning. Apart from this adjustment, we assumed the connection among certain items whenever the error variance was high and represented a credible theoretical association, for example, the connection between item 22 (“Things always seem to go wrong for my family”) and 28 (“We seem to go from one crisis to another in my family”) from the family difficulties dimension, which points to the existence of obstacles within the family, emphasizing an external locus of control.

Table 2.
Statistical Fit Indices for the Original SCORE Model

Version	Trifactorial Model	χ^2	<i>df</i>	CFI	GFI	RMSEA (CI 90%)
SCORE-15	Initial	274.051*	87	.940	.936	.063 (.055; .072)
	Re-specified	226.296*	85	.954	.948	.056 (.047; .064)
SCORE-28	Initial	945.166*	347	.901	.844	.057 (.052; .061)
	Re-specified	817.476*	342	.928	.901	.051 (.046; .055)

Note. * $p < .001$

Reliability

The internal consistency of the SCORE-15 and 28 totals and subscales based on the combined, community and clinical samples is presented in Table 3. For both total scales and separate dimensions, consistency was high, with values close or superior to

.80, except for the SCORE-15 family communication and family difficulties dimensions (combined, clinical and community sample) and the SCORE-28 family difficulties dimension (clinical sample), which represent lower yet acceptable alpha values (between .68 and .77) (DeVellis, 1991).

Table 3.
SCORE-15 and 28 Cronbach Alpha for Combined, Community and Clinical Samples

	Combined ($N = 538$)	Community ($n = 406$)	Clinic ($n = 132$)
SCORE-15 Total	.88	.87	.85
SCORE-15 FS	.86	.84	.86
SCORE-15 FC	.73	.71	.68
SCORE-15 FD	.78	.76	.77
SCORE-28 Total	.92	.91	.91
SCORE-28 FS	.92	.91	.91
SCORE-28 FC	.83	.81	.80
SCORE-28 FD	.82	.81	.77

Note. FS = Family strengths; FC = Family communication; FD = Family difficulties.

On the whole, we may affirm that the alpha values suggest that the items are consistent with the dimensions they belong to, indicating good internal consistency regarding the three dimensions, except for the SCORE-15 family communication and family difficulties dimensions (combined, community and clinical samples) and the SCORE-28 family difficulties dimension (clinical sample) that present an acceptable internal consistency.

Construct Validity

Table 4 displays correlations among both SCORE versions. The correlation between each dimension and the respective total scales based on the combined sample is positive and statistically significant ($p < .001$), with high associations (between .70 and .89) (Pestana & Gageiro, 2008). The highest correlations correspond to the family communication and family difficulties dimensions, whereas the family strengths

dimension presents slightly lower correlations on the global scale. The cross-correlations between the SCORE-15 and 28 regarding the total and the different dimensions results are also positive and significant ($p < .001$), with correlations ranging from low (between .20 and .39) to very high (between .90 and 1) (Pestana & Gageiro, 2008). Overall, family communication and family difficulties dimensions show to be highly correlated. As expected, the correlation between the SCORE-15 and 28 is very high and positive, emphasizing that both scales measure the same construct: family functioning. We should however note that SCORE-28 contains 14 items of SCORE-15 so a high correlation is to be expected.

Table 4.

Correlations between the SCORE-15 and 28 Total Scales and Subscales Based on a Combined Sample

		S-15	S-15	S-15	S-15	S-28	S-28	S-28	S-28
		Total	FS	FC	FD	Total	FS	FC	FD
SCORE-15	Total	1							
	FS	.729*	1						
	FC	.886*	.486*	1					
	FD	.872*	.443*	.722*	1				
SCORE-28	Total	.967*	.768*	.831*	.819*	1			
	FS	.712*	.935*	.494*	.453*	.802*	1		
	FC	.890*	.542*	.914*	.767*	.894*	.556*	1	
	FD	.832*	.391*	.722*	.945*	.798*	.401*	.735*	1

Note. FS = Family strengths; FC = Family communication; FD = Family difficulties; * = The correlation is significant at the $p < .01$ level (2 tailed).

Predictive Validity

We also performed multiple regression procedures with the aim of comprehending how SCORE-15 data represent the information obtained with the 28-items version. The results show that the SCORE-15 explains 93.3% of the variance in the 28-item version [$R = .966$, $R^2 = .933$; $F(1, 536) = 7456.16$, $p < .001$].

Reference Values and Cut-Off Points

Following the studies that aimed to assess the SCORE-15 and 28 norms for the Irish population (Fay et al., 2011), we calculated the norms of the SCORE-15 and 28 evaluated results based on the Portuguese sample. Table 5 shows the 5th, 10th, 25th, 50th, 75th, 90th, and 95th percentiles of the short and long SCORE versions, as well as the percentages of cases with average results higher than each scale point (2 = *Describes us well*; 3 = *Describes us partly*; 4 = *Describes us not well*; 5 = *Describes us not at all*). Scale point 1 (*Describes us very well*) is not mentioned in Table 5, as all individuals score necessarily above that value so the cumulative total is always 100%. The results were calculated based on the general or combined ($N = 538$), community ($n = 406$), and clinical ($n = 132$) samples.

Regarding the percentile examination, the results for the SCORE totals, based on the combined sample, indicate higher values for the 15-items version compared to the 28-item version. The same occurs with the subsamples. For instance, the SCORE-15 exhibits, for the most part, higher values than the SCORE-28, especially after the 25th percentile. An analysis of the results, bearing in mind that each scale point ranges from 1 to 5, indicates that the subscales present a distinct score distribution, with higher results for family communication and family difficulties.

Table 5
Reference Values for SCORE-15 and 28: Percentiles and Percentage of Cases with Scores above Each Scale Point

	Sample	SCORE-15				SCORE-28			
		Total	FS	FC	FD	Total	FS	FC	FD
5 th percentile	Combined	1.27	1.00	1.20	1.20	1.29	1.08	1.22	1.17
	Community	1.22	1.00	1.00	1.20	1.25	1.08	1.22	1.17
	Clinical	1.58	1.00	1.40	1.53	1.61	1.15	1.53	1.50
10 th percentile	Combined	1.40	1.00	1.40	1.40	1.39	1.15	1.44	1.33
	Community	1.33	1.00	1.20	1.40	1.36	1.15	1.33	1.33
	Clinical	1.73	1.00	1.80	1.80	1.73	1.31	1.68	1.83
25 th percentile	Combined	1.73	1.40	1.80	1.80	1.68	1.46	1.78	1.67
	Community	1.60	1.39	1.60	1.60	1.61	1.38	1.67	1.50
	Clinical	2.27	1.80	2.40	2.20	2.18	1.77	2.33	2.21
50 th percentile	Combined	2.20	2.00	2.20	2.20	2.07	1.85	2.22	2.17
	Community	2.00	1.80	2.00	2.20	1.95	1.69	2.11	2.00
	Clinical	2.73	2.40	2.80	2.80	2.61	2.19	2.78	2.67
75 th percentile	Combined	2.73	2.40	2.80	2.80	2.57	2.31	2.78	2.83
	Community	2.47	2.20	2.60	2.80	2.33	2.15	2.56	2.67
	Clinical	3.07	3.00	3.20	3.40	2.93	2.77	3.11	3.33
90 th percentile	Combined	3.13	3.00	3.40	3.60	2.96	2.85	3.33	3.50
	Community	2.95	2.80	3.20	3.20	2.79	2.69	3.11	3.33
	Clinical	3.40	3.60	3.94	4.00	3.28	3.29	3.78	4.00
95 th percentile	Combined	3.40	3.41	3.80	4.00	3.18	3.31	3.78	4.00
	Community	3.20	3.13	3.60	3.80	3.02	2.97	3.44	3.67
	Clinical	3.94	4.14	4.01	4.40	3.63	3.64	4.11	4.33
% results ≥ 5	Combined	0.00	0.20	0.00	0.70	0.00	0.00	0.00	0.00
	Community	0.00	0.00	0.00	0.70	0.00	0.00	0.00	0.00
	Clinical	0.00	0.80	0.00	0.80	0.00	0.00	0.00	0.00
% results ≥ 4	Combined	1.50	2.40	4.50	6.50	0.40	0.70	2.80	6.70
	Community	0.50	1.00	2.70	4.40	0.00	0.00	1.50	3.90
	Clinical	4.50	6.80	9.80	12.90	1.50	3.00	6.80	15.20
% results ≥ 3	Combined	15.10	12.30	22.70	24.70	9.10	7.80	19.70	22.90
	Community	9.90	7.90	16.30	18.50	6.20	4.90	13.50	16.70
	Clinical	31.10	25.80	42.40	43.90	18.20	16.70	38.60	41.70
% results ≥ 2	Combined	61.00	50.90	67.50	67.50	55.20	41.80	64.50	65.20
	Community	53.40	44.10	61.30	61.30	47.00	35.00	57.10	58.60
	Clinical	84.10	72.00	86.40	86.40	80.30	62.90	87.10	85.60

Figure 1 shows the ROC curves of both versions, calculated to determine cut-off scores that optimize the sum of sensitivity (true positive scores) and specificity (true negatives scores) (Zweig & Campbell, 1993). The results show that, for both versions, the area under the curve is .75, indicating that the SCORE-15 and 28 should be considered fair tests capable of distinguishing between community and clinical subjects. With regards to the SCORE-15, the optimal cut-off score of 2.4 represents the best trade-off between sensitivity (.72) and specificity (.69), with results indicating that 92 (70%) out of 132 clinical participants scored equal to or above this cut-off score and that 281 (69%) out of 406 community participants scored under 2.4. With respect to the SCORE-28, the optimal cut-off point of 2.3 represents the best balance between sensitivity (.73) and specificity (.71), with 94 (71%) out of 132 participants within the clinical group scoring equal to or above 2.3 and 298 (73%) out of 406 participants within the non-clinical group scoring under this threshold.

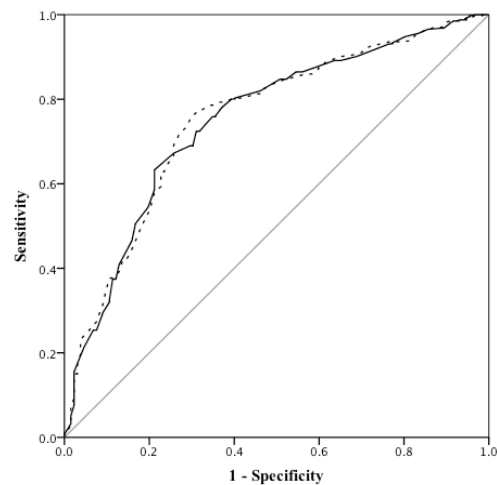


Figure 1. Receiver operating characteristic (ROC) curves for SCORE-15 (black line) and 28 (dotted line).

DISCUSSION

The main objective of this research was to examine the psychometric properties of the SCORE-15 and SCORE-28 using univariate and multivariate exploratory analysis techniques with the aim to validate both versions for the Portuguese population. For this purpose, we focused on examining the scales' ability to differentiate clinical and community contexts and the factor validity, reliability, construct validity, predictive validity, and norms of both instruments, as these data allow us to compare the scales' functioning in greater detail.

An analysis of the scales' ability to distinguish between clinical and community samples reveals that both versions (total scale and subscales) significantly differentiate between these two contexts. The obtained average scores for the total scales in the community (SCORE-15: $M = 2.10$, $SD = 0.61$; SCORE-28: $M = 2.02$, $SD = 0.54$) and the clinical (SCORE-15: $M = 2.69$, $SD = 0.65$; SCORE-28: $M = 2.55$, $SD = 0.59$) contexts are extremely close to those presented in the Hamilton and colleagues (2015) comparison study of community (SCORE-15: $M = 1.87$, $SD = 0.64$; SCORE-28: $M = 1.91$, $SD = 0.58$) and clinical (SCORE-15: $M = 2.64$, $SD = 1.04$; SCORE-28: $M = 2.57$, $SD = 0.91$) groups. Additionally, the SCORE-15 version presents higher average scores than the longer version, as found in previous research using both SCORE versions (Fay et al., 2011; Hamilton et al., 2015). With respect to the subscales, we found that, on the whole, participants present more positive family functioning patterns for family strengths compared to the other two dimensions, which also was found in the study carried out by Fay and collaborators (2011). These results may signify that either the general population or those who seek or receive therapeutic support experience greater obstacles in terms of family communication and difficulties. As expected, no substantial gender differences were found.

The structural equations analyses performed for both versions confirm the data adjustment to the trifactorial model found in previous studies. The alpha values indicate good internal consistency for both scales and the respective subscales, with values similar to those found for the English and Irish samples (Cahill et al., 2010; Fay et al., 2011; Hamilton et al., 2015; Stratton et al., 2010, 2014). The three subscales that form

each SCORE version represent inherent aspects of family functioning. This is supported by the fact that they relate significantly with the value of the corresponding global version. It should be noted, however, that there exists a high correlation between family communication and difficulties, while they show weaker associations with family strengths. This trend, also present in the work of Fay and collaborators (2010), indicates a possible soft distinction between the first two subscales and family strengths. With respect to the global score, we verified that the correlation between the two forms was strong, as the SCORE-15 predicted 93.3% of the SCORE-28 variance.

Finally, we explored the reference values for the Portuguese population and established the SCORE-15 and 28 cut-off points for both contexts (community and clinical) to promote a richer interpretation of the results obtained from both scales. We then analyzed the percentiles and percentages of given results with respect to the different possible scale points. Overall, based on the results, we emphasize the highest values for the SCORE-15 (total and dimensions) and the SCORE-15 and 28 family communication and difficulties dimensions, as these values lead us to consider the need to use higher cut-off points for the SCORE-15 and for these two dimensions. Additionally, if we consider the 90th percentile analyzed value from the Irish research (Fay et al., 2011), we find that the global values generated by the Irish combined sample (SCORE-15: 2.92; SCORE-28: 2.86) were close, albeit lower, than the values found for the Portuguese population (SCORE-15: 3.13; SCORE-28: 2.96). To distinguish healthy from clinical participants, ROC analyses led us to cut-off scores of 2.3 and 2.4, respectively, for the SCORE-28 and SCORE-15 total scales. These findings are consistent with the Fay et al. (2011) cut-off values for the SCORE-15 and 28, which were calculated separately for adults (1.9) and adolescents (2.9), and, as such, yield an average cut-off score of 2.4. Considering the relatively small size of our sample, it is noted that it would be inappropriate to form definitive conclusions and that the interpretation of these values should be the focus of a future investigation or clinical attention.

To conclude, the psychometric qualities of the SCORE-15 and 28 support the results reported in previous studies (Pereira, 2011; Vilaça et al., 2014), thus emphasizing their reliability. Nonetheless, we must consider certain important limitations when examining these results. For example, one of the major limitations of

this study lies in the sample characteristics. On the one hand, the community subsample is not the result of a process of a random or stratified sampling; on the other hand, the size of the clinical subsample is relatively small compared to the size of the community sample. Therefore, the results presented herein should be interpreted with caution, especially in relation to the found reference values and cut-off scores.

Practical Implications and Further Research

Both SCORE versions, 15 and 28, represent usable, practicable, and acceptable free measures that can be used for evaluation, intervention, and research purposes in a community context or, for example, in the context of brief systemic family therapy. Thus, two outcome measures of family functioning congruent with systemic thinking are accessible in the Portuguese context, thereby providing current and valid alternatives to more traditional questionnaires that focus on the individual's perspectives. We suggest the use of the shorter version, the SCORE-15, in the clinical context, as it presents good psychometric potentialities, thus making it possible, in a brief, practical, and effective way, to achieve a global view of how family members connect to each other. Accordingly, the 28-item version may be more useful for research settings, as it provides a more detailed picture of the specific constructs measured by the SCORE. As such, however, it requires more time to complete.

In keeping with the steps from previous validation studies, future research should focus on the short SCORE version, specifically when analyzing the questionnaire's sensitivity to therapeutic change during systemic therapy. This study, which is presently being developed in a clinical context, will test the ability of the SCORE-15 to detect the evolution of family functioning in different stages of therapy. These analyses will also enrich the study of the scale norms by establishing specific cut-off points for the context of systemic family therapy. Finally, it is relevant to promote research using the SCORE to focus on the combination of both the client's perspective (qualitative and quantitative parts) and the therapist's perspective with respect to family functioning during therapy. Consistent with this line of thought, it is essential to validate the Portuguese version of the SCORE for therapists, an aspect not yet studied. For this reason, we propose this investigation be performed in the near future.

REFERENCES

- American Psychological Association (2002). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Association for Family Therapy and Systemic Practice (n.d.). *SCORE-15 Index of Family Functioning and Change*. Retrieved January 12, 2011, from <http://www.aft.org.uk/view/score.html>
- Byrne, B. M. (2001). Structural Equation Modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International Journal of Testing*, 1(1), 55-86. http://dx.doi.org/10.1207/S15327574IJT0101_4
- Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., & Stratton, P. (2010). Validation of a 28-item version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: The SCORE-28. *Journal of Family Therapy*, 32, 210-231. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00506.x>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Fay, D., Carr, A., O'Reilly, K., Cahill, P., Dooley, B., Guerin, F., & Stratton, P. (2011). Irish norms for the SCORE-15 and 28 from a national telephone survey. *Journal of Family Therapy*, 35, 24-42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00575.x>
- Hamilton, E., Carr, A., Cahill, P., Cassels, C., & Harnett, D. (2015). Psychometric properties and responsiveness to change of SCORE-15 and 28 item versions of the SCORE: A family assessment questionnaire. *Family Process*. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12117>.
- Hu, L.T., & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>

- Jewell, T., Carr, A., Stratton, P., Lask, J., & Eisler, I. (2013). Development of a Children's Version of the SCORE Index of Family Function and Change. *Family Process*, 52(4), 673-684. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12044>
- Keselman, H. J., Cribbie, R., & Holland, B. (1999). The Pairwise Multiple Comparison Multiplicity Problem: An Alternative Approach to Familywise and Comparisonwise Type I Error Control. *Psychological Methods*, 4(1), 58-69. <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.58>
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais* [Structural equations analysis] Lisboa, Portugal: Escolar.
- Pereira, F. (2011). *Estudo de validação da versão portuguesa do SCORE-28 e 15 numa amostra não-clínica* [Validation of Portuguese SCORE-28 and 15 in a community sample] (Unpublished master's thesis). University of Coimbra, Portugal.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.) [Social Sciences Data Analysis – The SPSS Complementary (5th ed.)]. Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)* [Investigations in the context of the national standardization of the Raven Coloured Progressive Matrices test (R.C.P.M.)] Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010) Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232–258. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x>
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change. *Journal of Family Therapy*, 36(1), 3-19. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.12022>
- Stratton, P., McGovern, M., Wetherell, A., & Farrington, C. (2006) Family therapy practitioners researching the reactions of practitioners to an outcome measure. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 199-207. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00722.x>

- Tanaka, J.S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K.A. Bollen and J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Ullman, J.B. (2001). Structural equation modeling. In B.G. Tabachnick and L.S. Fidell, *Using multivariate statistics* (4th ed., pp. 653-771). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A.P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A.P. Relvas & S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I) [Family Assessment Instruments – Functioning and Intervention (Vol. I)] (pp. 23-41). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Zweig, M. H., & Campbell, G. (1993). Receiver-operating characteristics (ROC) plots: A fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry*, 39, 561–577.

Capítulo III

Estudos do Processo e Resultados da
Terapia

Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE): Analysis of Clients and Therapists Independent Judgments of Therapy Evolution¹

Margarida Vilaça^{*}, Peter Stratton^{**}, & Ana Paula Relvas^{*,***}

^{*}Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Portugal.

^{**}Leeds Family Therapy & Research Centre, Institute of Health Sciences, University of Leeds, UK.

^{***}Centre for Social Studies (CES), University of Coimbra, Portugal.

The SCORE is a measure able to evaluate family functioning and change during therapy, composed by 15 nomothetic items and a set of independent questions, the latter being available for therapists and clients. Since the SCORE 15 items validation is already established, here we focus on the analyses of the independent questions that specifically evaluate clients and therapists perceptions of family evolution and therapy helpfulness. To do so, we assessed 21 therapeutic processes (45 clients and 25 therapists) in the 1st, 4th and 7th sessions of family and couple therapy. Results showed that clients perceived a significant reduction of their problems severity and view therapy as more useful than therapists throughout therapy sessions. On the other hand, therapists perceive a general and significant positive change in family members. Clients' perceptions of family management and therapy usefulness, evaluated in the 4th and 7th session, do not correlate significantly with their therapists' corresponding evaluations, although both perspectives converge in the 7th therapy session.

Key-words: Therapists, clients, family therapy, SCORE, independent judgments.

¹ Vilaça, M., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015). *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE): Analysis of Clients and Therapists Independent Judgments of Therapy Evolution*. Manuscript submitted for publication.

Introduction

The increasing pressures of mental health policies to validate psychotherapy as cost effective, lead to the emergence of several assessment tools (Friedlander, Wildman, Heatherington, & Skowron, 1994; Stratton, McGovern, Wetherell, & Farrington, 2006). Specifically, in the past decade, systemic family therapy has been stressed to prove the evidence of its effectiveness through a wide range of family difficulties (Larner, 2004). Now that the effectiveness of family therapy is empirically proven (Pinsof & Wynne, 2000; Sprenkle, 2012), it is therefore necessary to systematically evaluate family therapy interventions in order to routinely monitor clients and therapists work.

Currently, a variety of outcome assessment measures are available, most of them being well established tools (Tarescavage & Ben-Porath, 2014). However, those instruments are predominantly oriented to the individual assessment and are not consistent with systemic thinking (Stratton et al., 2006). On the other hand, the instruments that are in line with the systemic approach are regularly focused on the therapeutic alliance assessment, since the client-therapist relationship is considered the primary ingredient to therapeutic process and its successful outcomes (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Hubble, Duncan, & Miller, 2006).

Although research about systemic family therapy interventions tells us a lot about the clients and therapists perspective of the therapeutic alliance and outcomes, we do not know much about their view of the change process during therapy (Sprenkle, 2012; Vilaça & Relvas, 2014). This fact may be mainly due to the lack of established measures designed to provide information about how families and therapists understand the therapeutic process evolution. Over the past decade, some outcome measures have been developed, like the ultra-brief Outcome Rating Scale (ORS; Miller & Duncan, 2000), a four-item visual clinical tool that measures change of clients attending a therapeutic intervention, or the Systemic Therapy Inventory of Change (STIC; Pinsof et al., 2009), a set of multisystemic and multidimensional questionnaires for ongoing assessment of clients following individual, couple or family therapy. Despite the recent developments in therapy research, most of the outcome measures were not able to grasp,

individually, the complexity of the family systems change or were not clinician friendly, making its use unrealistic.

Against this background, Stratton, Bland, Janes and Lask (2010) developed a brief outcome assessment measure designed to evaluate family functioning and to be sensitive to therapeutic change: the Systemic Clinical and Outcome Routine Evaluation (SCORE). The main version of the clients' instrument consists of 15 items and five self-descriptions, although there are several different versions that range from the most detailed (SCORE-40) to the shortest one (SCORE-15). The SCORE therapist ultra-brief scale contains only two questions about actual change in the family and helpfulness of therapy. In the context of systemic family therapy, SCORE is one of the most important measures for everyday clinical use to assess the family's progress during therapy, from the point of view of both, clients and therapists. The SCORE items (first section) have already been the subject of several studies in different European countries (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, & Stratton, 2010; Fay et al., 2013; Stratton et al., 2014; Vilaça, Sousa, Stratton, & Relvas, 2015), so here we dwell on the instrument second section, i.e., the individual judgments.

Recognizing the importance of both clients and therapists' perceptions of change in the family as a potential indicator of improvement, the main goal of the present study was to evaluate the therapeutic system participants judgments about the therapeutic process through the examination of SCORE-15 second section questions. Specifically, we intend to (1) examine the clients and therapists' perceptions of the therapy process evolution during the therapy and (2) analyze if clients and therapists are in synchrony regarding the previous perspectives. Finally, addressing these two investigation questions via the SCORE independent questions will also provide preliminary data on the psychometric properties of SCORE second section.

Method

Participants

Clients and therapists that participate in this study were selected from a general clinical sample according to pre-defined inclusion criteria. Clients had to be 12 years of age or above and had to have completed SCORE-15 necessarily in the 1st, 4th and 7th therapy sessions. On the other hand, only the therapists that saw the previous described participating clients and that had completed SCORE-15 in the 4th and 7th sessions were included in the research. Using these criteria, we identified 45 clients seen by 25 therapists, all Portuguese participants.

Clients. The subsample was composed of 45 clients, mostly females (60%), representing a total of 21 families. The respondents' age ranged between 13 and 57 years ($M = 36.36$, $SD = 13.87$) with the predominant age groups of 40-49 (35.6%) and 12-24 (26.7%) years old. In terms of marital status, 25 (55.6%) were married or in common law union, 14 (31.1%) were single and 6 (13.3%) were divorced or separated. With respect to education, most participants completed lower secondary education (33.3%), bachelor level (22.2%) and upper secondary education (20.0%) (UNESCO Institute for Statistics, 2012). Socioeconomic status (SES) of the professionally active respondents (62.2%) was calculated based on clients' education and occupation using the categorization suggested by Simões (2000). Results ranged from average (48.9%) to high (13.3%) SES, indicating that the average family was middle class. The remaining significant percentage of clients (35.6%) corresponded to professionally inactive participants (unemployed and specially students). The majority of the clients were mothers (44.4%), compared with fathers (24.4%) and children (26.6%). In terms of the respondents' household, the most common was families composed by 3 to 4 members and, regarding their family developmental stage, they represent mainly families with adolescents (60%). Although the majority of families (53.3%) consisted of 3 or 4 members, the preponderance was participating families represented by only 2 family members (48%). This is mainly because only family members with 12 or more years old that fulfilled the questionnaires in the three evaluation moments were included in

the investigation. The clients lived mainly in predominantly (55.6%) and moderately (40.0%) urban areas from the center region of Portugal (84.4%).

Therapists. A total of 25 family therapists (35 observations) contributed to the present study, 20 therapists (80%) being female and 5 (20%) male. Their age ranged from 22 to 54 years ($M = 31.52$, $SD = 7.08$). The subsample levels of education and experience varied greatly. The therapists' education level ranged from interns (12%) to doctorates (12%), with the majority reporting to have a bachelor (44%) or master's (32%) level in psychology (80%) or other field (20%) as for example social work. They had an average of 5 years ($SD = 1.99$) of clinical training (theoretical and/or supervision) in systemic family therapy. In terms of years of clinical experience and specifically systemic family therapy, practice ranged from 0 to 10 years, presenting more time of clinical ($M = 4.72$, $SD = 3.53$) than systemic family therapy experience ($M = 3.96$, $SD = 3.03$). Most therapists were involved in only one process ($n = 18$, 72%) with the remaining participating in two ($n = 4$, 16%) or three ($n = 3$, 12%) therapeutic processes. With exception for one case, all processes had co-therapy and the trainees were always paired with a more experienced therapist.

Instruments

The Portuguese SCORE-15 adaptation and validation studies were initiated as part of the SCORE project of the European Family Therapy Association (EFTA), the professional association responsible for the instrument development and psychometric studies. Thus, the Portuguese cross-cultural adaptation process was based on the recommended procedures by EFTA research SCORE guide (European Family Therapy Association, 2009). The translation and cultural adaptation process is documented in two studies carried out by Vilaça, Silva and Relvas (2014) and Vilaça and colleagues (2015).

All participants answered a brief sociodemographic questionnaire in the 1st therapy session. Clients' version addresses clients and their families' identification and characterization, while the therapists version focus on their professional training and experience. The SCORE-15 clients' version is a 15-item self-report questionnaire (5-point Likert scale), designed for repeated measurement of family members aged over 12

years, before the therapy session. Accordingly to the authors, SCORE-15 should be administered at the beginning, middle and end of therapy (approximately the 1st, 4th and 7th sessions) since these represent potential moments of therapeutic change and follows the logic of a brief therapy of a longitudinal study (Stratton et al., 2014). Previous studies carried out in Portugal using the SCORE-15 items demonstrate the reliability and validity of the scale, confirming the original trifactorial structure: family strengths, communication and difficulties (Vilaça, et al., 2014; Vilaça et al., 2015; Vilaça, Stratton, & Relvas, 2015). For the total scale and three subscales, lower scores correspond to better family functioning. Regarding the SCORE-15 second section (contained in Appendix I), it consists of two questions that ask clients to briefly describe their family and the main problem or difficulty that led them to therapy. Subsequently, three questions are asked in a Visual Analogue Scale (VAS) format of 0 to 10 about the problem's severity (0 = No problem at all, 10 = Really bad), the family management (0 = Very badly, 10 = Very well) and the therapy helpfulness (0 = Unhelpful, 10 = Very helpful). The original scales direction of the family management and therapy helpfulness questions was reversed, so that higher scores correspond to positive changes. Exceptionally, in the problems' severity question we preserved the original scale so that lower scores indicate positive changes.

The therapists' version is a two-item scale (as shown in Appendix II) to be answered after the middle and end of the therapeutic process. The first question asks about the therapy helpfulness for the family on a 10-point VAS (this scale was also reversed) (0 = Unhelpful, 10 = Very helpful) and the second one concerns the family evolution comparatively to the first session and is rated by marking one possible responses in a 4-item Likert scale (1 = Having more difficulties, 2 = Much the same, 3 = Improved, 4 = Greatly improved). In both questions, higher scores indicate positive results. The therapists did not access clients' responses before making their judgments.

Hitherto, SCORE independent judgments (clients and therapists versions) has been focus of only one published study developed by Stratton and collaborators (2014). In this study, carried out in UK, authors compared the SCORE independent questions (clients and therapists versions) with SCORE-15 totals (clients version). Results showed significant correlations (from .20 to .56) between SCORE clients' items and independent questions in the first session. The results for the therapists version in

session 4 showed that the helpfulness item correlates significantly with the SCORE-15 total scores but doesn't correlate significantly with the clients' perceptions of therapy usefulness and family management. The family evolution item, evaluated by therapists, correlates significantly and weakly with the clients' usefulness view and significantly with the clients' family managing perceptions. In addition to this study, SCORE independent judgments were also analyzed by Pereira (2013) in one non-published study, developed in Spain and presented in the 8th European Family Therapy Association Congress. Those results are examined in the discussion section.

Treatment Conditions

The analysed data correspond to interventions based on the systemic family therapy approach combined with brief-therapy models. Assuming the second order epistemological perspective, the implemented systemic therapy followed principles of the curiosity posture, neutrality, multiple visions search and focus on relationship. Circular questions including future oriented and relative questions, confrontation, reframing, positive connections and hypothesizing were the main used techniques. Sessions occurred in specific therapeutic settings that included a one-way mirror to divide the therapy room from the observation team room. Each session lasted about 90 to 120 minutes and contained a 10 to 15 minutes break and a final reflection or reframing devolution to families. With the exception of one case, all therapeutic processes had two co-therapists that were distributed to families based on schedule availability. The therapy sessions were videotaped and all the clients had to give their consent for the recording of the sessions and their use for therapeutic and research purposes. On average, sessions were spaced from 3 to 4 weeks and processes were concluded after 11 therapy sessions ($M = 10.88$, $SD = 4.69$).

Procedures

As already mentioned, this study initiated in the context of the EFTA project and adopted the recommended procedures implemented in several European countries working with SCORE. The data collection took place between July 2011 and July 2014 and was

conducted in five therapy centers from the center of Portugal region (3) and Azores (1) and Madeira islands. The participating therapy centers contacted consecutively all the families that asked for family or couple therapy in order to inform of the research and its purposes and invite them to take part in the research. Family members who agreed to participate and gave written informed consent were then asked to arrive earlier to therapy in order to complete the required questionnaires before the 1st, 4th and 7th sessions. Simultaneously, therapists completed SCORE-15 immediately following the end of the 4th and 7th sessions. In both cases, questionnaires were administered rigorously in the scheduled sessions that were separated by approximately two and a half months. In either subsamples collection the confidentiality of responses was assured as well as the anonymity of data.

Basic statistical analyses were conducted using SPSS version 20.0 (SPSS, 2011).

Results

SCORE-15: Clients' judgments

Open questions: Family description and family problem/difficulty. The first open question asks clients to select best words that describe their family. To better understand how clients characterized their families through therapy, we highlighted the used words and expressions in each evaluation moment and divided them into four categories: positive, negative, positive and negative and neutral. Results are presented in Table 1. We considered positive expressions such as “happy”, “love”, “understanding”, “helping one another” and as negative expressions like “stressed”, “no communication”, “bitterness”, “insecurity”. Definitions containing positive and negative terms were characterized as positive and negative expressions (e.g., “united but a little revolted”, “happiness and disorganization”, “unstable and restless but also pleasant”). Ambiguous terms like “normal”, “growing” and “trying to resolve things” were considered as neutral expressions.

Table 1.

Categorization of expressions used by clients to defined their families

Expressions	Session 1 (n = 41)		Session 4 (n = 42)		Session 7 (n = 39)	
	n	%	n	%	n	%
Positive	19	(46.34%)	18	(42.85%)	24	(61.54%)
Negative	9	(21.95%)	10	(23.81%)	5	(12.82%)
Positive and negative	8	(19.51%)	7	(16.66%)	2	(5.13%)
Neutral	5	(12.20%)	7	(16.66%)	8	(20.51%)

Analyses of question 1 also allowed us to note that the most used word by clients in the three evaluation moments was “union/united” (1st session = 8 times; 4th session = 6 times; 7th session = 9 times).

The second open question (main problems or difficulties that led to therapy) gives us an overview of the particular types of problems discussed in in therapy. To do so, we focused on the first session results and evaluated responses by family, through a quantitative descriptive content analysis. From this analysis we highlighted eight problems categories, namely relationship difficulties with adolescents (6), followed by marital problems (4), behavioral problems or adaptation to school (3), individual psychological difficulties (2), co-parenting questions (2), family relationship difficulties (2), adaptation to chronic disease (1) and reconstituted family difficulties (1).

Independent VAS questions: Problem severity, family management and therapy helpfulness. Before calculating the inferential statistics, we tested the normality assumption for the three questions in session 1, 4 and 7. Regarding the problem severity question, we concluded that only the 1th session data doesn't meet the normal distribution criterion ($p = .000$), with the remaining evaluation moments presenting normal distributions (4st session: $p = .082$; 7th session: $p = .091$). Given the non-accomplishment of the normality assumption for all the three moments, as the small sample size ($n = 45$), we used non-parametric alternative statistics. The results of the Friedman test indicate that there was a statistically significant difference across the three sessions [$\chi^2(2, n = 45) = 8.56, p = .014$] regarding the problem severity. Analysis with the parametric technique show similar results [Wilks' Lambda = .76, $F(2,43) =$

6.932, $p = .002$, multivariate partial eta squared = .24]. Inspection of the mean values (see Table 2) and post-hoc analysis using the Wilcoxon signed rank test showed a reduction of the problems severity from session 1 to session 4 ($z = -2.816$, $p = .005$) and further decrease between session 1 and 7 ($z = -2.978$, $p = .003$), in both cases with medium effect sizes (respectively $r = .30$ and $r = .31$) (Cohen, 1988).

Table 2.
Descriptive statistics for problem severity question (session 1, 4 and 7)

Time period	N	Mean	Standard deviation	Mean Rank
Session 1	45	6.56	2.01	2.32
Session 4	45	5.53	2.11	1.89
Session 7	45	5.24	2.21	1.79

The normality assumption analysis for the family management question reveals that none of the subsamples has normal distributions ($p < .05$). Assessment of the evolution of the family regarding their problem throughout sessions show that the treatment had no significant effect on the clients evaluations [$\chi^2(2, n = 45) = 0.82$, $p = .664$]. The examination of each session's descriptive values (see Table 3) demonstrates that the pre-therapy mean values are more favorable than the evaluations obtained in the following sessions, presenting a slight oscillation in the families' organization values.

Table 3.
Descriptive statistics for family management question (session 1, 4 and 7)

Time period	N	Mean	Standard deviation	Mean Rank
Session 1	45	5.89	2.28	2.01
Session 4	45	5.31	2.24	1.91
Session 7	45	5.67	2.22	2.08

With regard to the therapy helpfulness normative data, none of the subsamples complied the normativity assumption ($p < .05$). Thus, Friedman test revealed a non statistically significant for the difference across therapeutic interventions [$\chi^2(2, n = 40)$

= 3.97, $p = .137$). However, inspection of the means and standard deviations scores show that the utility of therapy decreased from the 1st to 4th and 7th sessions.

Table 4.
Descriptive statistics for therapy helpfulness question (session 1, 4 and 7)

Time period	N	Mean	Standard deviation	Mean Rank
Session 1	40	7.30	1.96	2.18
Session 4	40	6.90	1.95	2.05
Session 7	40	6.35	2.77	1.78

The overall evolution of the three-scaled questions can be visualized through Figure 1.

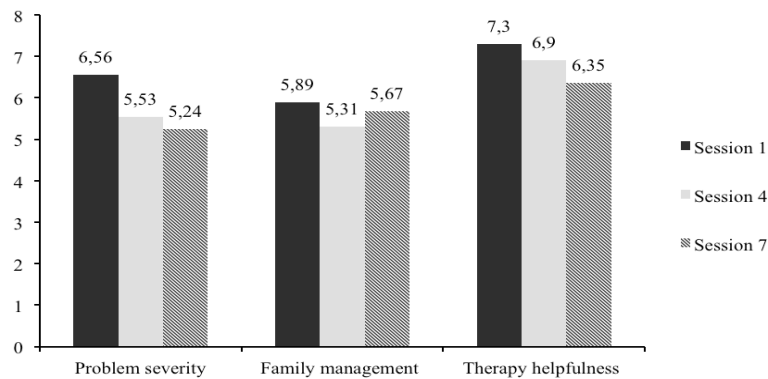


Figure 1. Clients' perceptions of problem severity, family management and therapy helpfulness throughout therapy.

SCORE-15: Therapists' judgments

In order to evaluate the impact of the intervention on the therapist judgments about the therapy helpfulness (question 1), from session 4 to session 7, we conducted Wilcoxon signed rank test analyses. Assessment of the data distributions revealed that both sessions had abnormal distributions ($p < .05$). There was no significant difference ($z = -1.243, p = .214$) from session 4 ($M = 4.88, SD = 2.01$) to session 7 ($M = 5.55, SD =$

2.76). The mean rank values evolution reveals that therapists' perceptions of therapy utility slightly improved from the 4th (1.45) to the 7th (1.55) therapy session.

Concerning the family evolution question, data from both sessions violated the normality assumption ($p < .05$). The Wilcoxon test results express a statistically significant improvement [$z = -2.134, p = .033$] from session 4 ($M = 2.85, SD = .62$) to session 7 ($M = 3.15, SD = .62$) with a small effect size ($r = .26$) (Cohen, 1988). The mean rank score on the family evolution question increased from the middle (1.398) to end of therapy (1.62), meaning that therapists perceived positive level of change during therapy.

SCORE-15: Comparison of clients and therapists' judgments

In order to compare clients and therapists experiences about the therapeutic process, we analyzed the two comparable items from both versions (family management/evolution and therapy helpfulness) and evaluated the correlation between those questions and the clients' version 15 nomothetic items. To investigate the relationship between the independent judgments we used Spearman's *rho* correlation coefficient in session 4 and 7, as shown in Table 5. The only significant correlation was the correlation between clients' perception of helpfulness in session 7 and therapists' view of family evolution in session 4 ($rho = .359, n = 33, p = .040$).

In session 4, the clients' perception of family management correlation with the therapists' view of families' evolution is very small and negative ($rho = -.052, n = 33, p = .775$), suggesting that a insignificant proportion of clients evaluated their families as having more organizing problems, while therapists perceived them as getting better. The same can be seen regarding the therapists' perception in session 7 ($rho = -.112, n = 35, p = .522$). However, those correlations are very weak, presenting values close to zero. Clients' perceptions of family management in session 7 correlate positively and moderately with therapists' evolution evaluations (Cohen, 1988) in session 4 ($rho = .336, n = 33, p = .056$) and 7 ($rho = .304, n = 35, p = .076$), although not statistically significant with p values close to the significant value of 5%.

Table 5.

Coefficients of correlation between SCORE therapists (two questions) and clients (family management and therapy helpfulness items only) versions

Clients items	Therapists items			
	S4 – Family evolution	S4 – Helpfulness	S7 – Family evolution	S7 - Helpfulness
S4 – Family management	-.052	-.034	-.112	-.126
S4 – Helpfulness	-.019	-.192	-.017	-.051
S7 – Family management	.336	.271	.304	.082
S7 – Helpfulness	.359*	.048	.200	.027

Note. S4: 4th session; S7: 7th session; * $p < .05$.

Concerning the therapy usefulness perception, clients' assessments in session 4 correlates negatively and weakly with therapists' perceptions in session 4 ($\rho = -.192$, $n = 32$, $p = .293$) and 7 ($\rho = -.051$, $n = 34$, $p = .773$), pointing to a very low relationship between observations. In session 7, the relationship between both perceptions gets even weaker but positive. Generally, the therapy helpfulness perception gets slightly worse for clients and better for therapists, with clients evaluating therapy as more useful than therapists although both presenting stable values throughout therapy (see Figure 2).

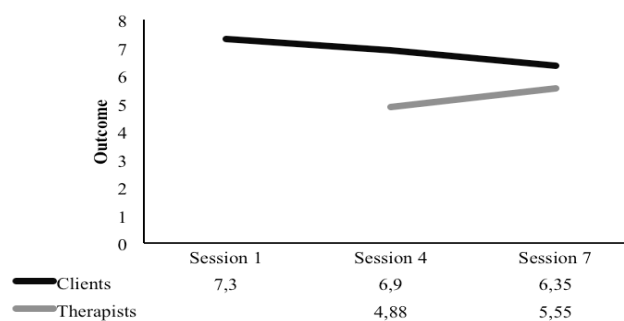


Figure 2. Clients and therapists perceptions of therapy helpfulness through therapy.

The correlation between clients' perspectives of family functioning (SCORE 15 items) and the independent questions indicated that only in the last evaluation moment (7th session) SCORE-15 total scores correlates with the clients family management in the 1st ($\rho = -.270, n = 45, p = .073$), 4th ($\rho = -.328, n = 45, p = .028$) and 7th session ($\rho = -.267, n = 45, p = .076$), being significantly only in the 4th session. In the 4th session, SCORE-15 items correlated not significantly with the therapist's perspectives of family evolution ($\rho = -.267, n = 33, p = .054$), although with a p value close to the significance of .05. Correlations are negative, as expected, since SCORE-15 items and independent questions scale are in opposite directions. Overall, those results highlight a significant moderate convergence between the clients' evaluation of family functioning in session 7 and family management in session 4.

Regarding the SCORE-15 dimensions, family strengths correlates negatively, moderately and significantly with the family management question in session 1 ($\rho = -.383, n = 45, p = .009$), 4 ($\rho = -.361, n = 45, p = .015$) and 7 ($\rho = -.359, n = 45, p = .015$), meaning that family functioning and strengths evolve in the same way through the therapeutic process. In session 4, the therapists' judgments of the family evolution correlate significantly and negatively with the family communication ($\rho = -.355, n = 33, p = .043$) and difficulties ($\rho = -.395, n = 33, p = .023$) dimensions. Finally, in session 7, family difficulties dimension correlates significantly with the therapists' evaluation of the therapy helpfulness ($\rho = .342, n = 35, p = .045$).

Discussion

Analyses of the way clients and therapists evaluate therapy evolution was the main goal of the present study. In addition, we expected to better understand how the SCORE second section works. An inspection of the clients' open questions results suggests an expected positive evolution from the 1st to 7th session, mirrored in the increasing positive and decreased negative terms used by clients to define their families. On the other hand, the second open question provides information about the clients' vision of the problem that led them to therapy. From the visualization of the clients VAS questions (see Figure 1), we can conclude that they evolve in different ways. Only

problem severity showed a significant improvement as effect of therapy. In turn, the family management, through the clients' eyes, deteriorates in session 4 and improves in session 7, suggesting that results course evolution may portray the expected family crisis that precedes real change. Moreover, families may get less susceptible to social desirability biases and also more conscious of their characteristics and functioning as therapy proceeds. Finally, clients seem to recognize therapy as very useful (sessions mean scores between 6.35 and 7.30), although the utility decreases in very small proportions throughout therapy, leading us to considerate the possibility of clients' high expectations before starting the treatment. Overall, the analysis of those evolution results must take into account that the oscillations are very small (insignificant for the last two items) and clients score constantly, especially concerning family management question. In the study developed in Spain by Pereira (2013), results indicated overall slightly positive evolutions, specifically a decline in clients' perceptions of their problems severity (sessions mean scores from 6.91 to 4.94), improvement of family management (sessions mean scores from 5.14 to 6.25) and increasing therapy helpfulness (sessions mean scores from 6.18 to 7.19).

Although therapists' judgments of the usefulness of therapy slightly improve, contrarily to clients, clinicians evaluate intervention as less useful than family members through the therapeutic process. On the other hand, therapists recognize that families significantly improved from session 4 to session 7. Compared with these results, the Pereira (2013) study's findings show that therapists understand interventions as much more useful in both 4th ($M = 5.85$) and 7th sessions ($M = 7.16$). However, therapists describe families evolution from the middle ($M = 3.22$) to end of therapy ($M = 3.37$) as being practically the same. In sum, both Portuguese and Spanish studies reveal positive evolutions regarding the therapy utility, although it is more marked for the Spanish therapists. In contrast, only the Portuguese study points to the families' positive evolution, through the therapists' eyes.

The comparison of the clients and therapists equivalent questions, about family management/evolution and therapy helpfulness, reveal a consistent pattern of very weak correlations, whether in the middle or end of treatment. Results from the study developed by Stratton and collaborators (2014), also conclude that the therapists perceptions of helpfulness doesn't correlate significantly with the clients' views.

Although there is no previous evidence that specifies the correlations between those items, several authors point out that clients and therapists perceive therapy differentially (Macran, Ross, Hardy, & Shapiro, 1999; Helmeke & Sprenkle, 2000). This was the case of the therapy helpfulness question, since results did not correlate and, from the 4th session, slightly evolved in opposite directions. However, at the end of therapy, clients and therapists visions of usefulness approximate, which is also the case of the Spanish study (2013), since both perceptions get closer.

The clients' perceptions about their families' management correlated moderately with the therapists' evaluation of clients' evolution, in the last evaluation, meaning that in what refers to the families difficulties evolution, clients and therapists are relatively in accordance. The same can be seen in the Stratton and colleagues study (2014), since both evaluations correlate significantly. Overall results seem to indicate that clients and therapists perspectives of the family evolution and usefulness of therapy get closer in the end of therapy.

Finally, from the SCORE-15 items correlation with the clients and therapists judgments stands out the relation between the family management question (4th session) and the 15 items (7th session), which leads us to consider the possibility that family management in the 4th session points to the families' functioning improvement later. The family management question also correlates with the family strengths dimension in the three evaluation moments indicating that both evolve in the same way (worsens from session 1 to 4 and improves from 4 to 7). Overall, those finding may indicate that family management may provide important information about the family functioning and resources. Similarly, the therapists' evaluation of the families' evolution also seems to inform about the total SCORE and family communication and difficulties dimensions in session 4, as they all show improvement.

Conclusion

SCORE second section questions provide independent judgments by family members and therapists about the family dynamics and the way they perceive the therapeutic process. Overall, the content of both open questions provide important

complementary information about the families members' perspectives that may be useful for clinicians and researchers. Comparison of the clients and therapists judgments shows that clients perceive therapy as more useful than therapists and both evaluations of ongoing therapy get more congruent at the end of the intervention. We found weak correlations between clients and therapists items, which are, in fact, reasonable to expect due to the ultra-short nature of the SCORE independent questions, the visual analog response method as well the small sample size. Overall the questions seem to be effective in capturing differences in the individual perceptions of the therapy components (family description, problem identification, problem severity, family management and therapy usefulness) between sessions, since they reflect a dynamic progression of the results, suggesting the assumption of their valid psychometric features. Thus, the SCORE independent judgments seem to be a useful complementary tool to the questionnaire nomothetic items, especially in clinical and research settings.

The current study provides new data about the second section of SCORE, to date, subject of only one published study (Stratton et al., 2014). Additionally, it represents a longitudinal analysis of family members and their therapists' perspectives through different complete therapeutic processes. Nevertheless, the small sample size may limit those conclusions, concerning either the clients or therapists findings. Finally, the repeated evaluations of a restricted sample of therapists may introduce dependencies in the clinicians' data. Thus, more research studies should be carried on regarding the questionnaires' items using a larger sample of therapeutic processes. Future investigation should also explore the functioning of SCORE independent judgments in different settings (community, group therapy, etc.) and promote the development of new alternative brief measures (e.g., observational) able to assess family change in therapy from different informants (e.g., clients, therapists).

References

- Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., & Stratton, P. (2010). Validation of a 28-item version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: The SCORE-28. *Journal of Family Therapy*, 32, 210-231. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00506.x
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- European Family Therapy Association (2009). *EFTA Research SCORE Project Full Administration Protocol*. Unpublished document.
- Fay, D., Carr, A., O'Reilly, K., Cahill, P., Dooley, B., Guerin, F., & Stratton, P. (2013). Irish norms for the SCORE-15 and 28 from a national telephone survey. *Journal of Family Therapy*, 35, 24-42. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00575.x
- Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/11410-000
- Friedlander, M. L., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 8, 390-416.
- Helmeke, K. B., & Sprenkel, H. D. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in therapy: a qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4), 469-483.
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (2006). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association Press.
- Larner, G. (2004). Family therapy and the politics evidence. *Journal of Family Therapy*, 26, 17-39. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2004.00265.x>
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health*, 8(4), 325-337.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L., (2000). *The Outcome Rating Scale*. Chicago: Author
- Pereira, R. (2013, October). *SCORE-15: From empirical to qualitative – From theory to*

- clinic*. Oral communication presented in the 8th European Family Therapy Association Congress. Istanbul, Turkey.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R. E., Lebow, J. L., Knobloch-Fedders, L. M., Durbin, C. E., Chambers, A., . . . Friedman, G. (2009). Laying the foundation for progress research in family, couple, and individual therapy: The development and psychometric features of the initial systemic therapy inventory of change. *Psychotherapy Research, 19*, 143–156. doi:10.1080/10503300802669973
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Towards progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 1-8. doi: 10.1111/j.1752-0606.2000.tb00270.x
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)* [Investigations in the context of the National Standardization of the Raven Coloured Progressive Matrices Test (R.C.P.M.)] Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Sprenkle, D. (2012). Intervention research in couple and family therapy: A methodological and substantive review and an introduction to the special issues. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*, 3-29. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00271.x
- SPSS, (2011). *Statistical Package for the Social Sciences, Version 20.0*. Chicago: SPSS.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic therapy and couple therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy, 32*, 232-258. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Detecting Therapeutic Improvement Early in Therapy: Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change. *Journal of Family Therapy, 36*(1), 3-19. doi:10.1111/1467-6427.12022
- Stratton, P., McGovern, M., Wetherell, A., & Farrington, C. (2006). Family therapy practitioners researching the reactions of practitioners to an outcome measure. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 27*, 199-207. doi: 10.1002/j.1467-8438.2006.tb00722.x

- Tarescavage, A. M., & Ben-Porath, Y. S. (2014). Psychotherapeutic outcomes measures: A critical review for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 808-830. doi: 10.1002/jclp.22080
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics. (2012). *International Standard Classification of Education – ISCED 2011*. Quebec, Canada: Author.
- Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2014). The State of the Art in Family Therapy Research: What Works? How it Works? *International Journal of Social Sciences Studies*, 2(2), 10-19. doi: 10.11114/ijsss.v2i2.281
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A.P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A.P. Relvas & S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I) [Family Assessment Instruments – Functioning and Intervention (Vol. I)] (pp. 23-41). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Vilaça, M., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015). *Comparison of short and long versions of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) in a community and clinic-based sample*. Manuscript submitted for publication.
- Vilaça, M., Sousa, B., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015). *The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Scale: Validation studies*. Manuscript submitted for publication.

Appendix 1 – SCORE-15 – Clients’ version (second section)²

SCORE-15

(P. Stratton, J. Bland, E. Janes & J. Lask, 2010)

Traduzido por A. P. Relvas, M. Vilaça, L. Sotero, D. Cunha & A. Portugal, 2010

Código do Local □□□ Nr. da família □□□ Posição no agregado _____

Descreva a sua família (Data __/__/____)

Quais as palavras que melhor descreveriam a sua família?

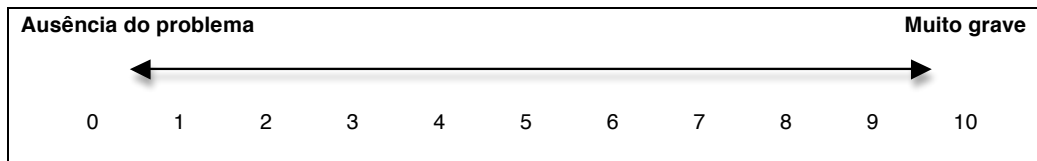
.....
.....
.....

Qual é o principal problema/dificuldade que o levou a recorrer à terapia?

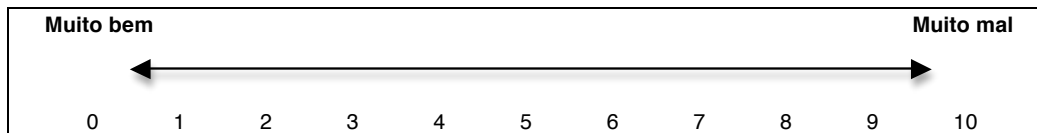
O principal problema é

.....
.....

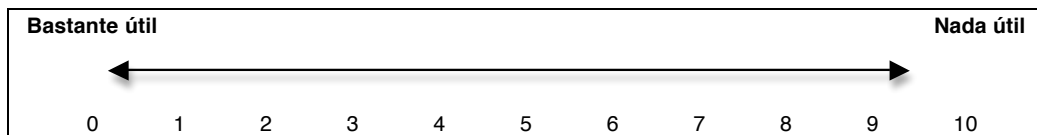
Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Ausência do problema” e 10 corresponde a “Muito grave”, qual a gravidade do problema? (Atenção à direcção da escala)



Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Muito bem” e 10 corresponde a “Muito mal”, como é que se estão a organizar enquanto família? (Atenção à direcção da escala)



Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Bastante útil” e 10 corresponde a “Nada útil”, como considera que a terapia será/tem sido útil? (Atenção à direcção da escala)



Obrigado!

² Anexamos no Apêndice 1 e 2 a adaptação portuguesa do SCORE para clientes (segunda secção) e para terapeutas, por sugestão dos revisores no âmbito da anterior submissão deste artigo, bem como por recomendação do co-autor Peter Stratton.

Appendix 2: SCORE-15 – Therapist’s version

SCORE – Escala do Terapeuta

(P. Stratton, J. Bland, E. Janes & J. Lask, 2010)

Traduzido por A. P. Relvas, M. Vilaça, L. Sotero, D. Cunha & A. Portugal, 2010

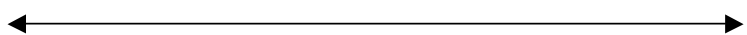
(Data __/__/____)

Gostaríamos de saber como vê a família neste momento. As questões que se seguem pretendem indicar se a terapia tem sido útil e se ocorreu mudança terapêutica.

Deverá responder a estas questões sempre que o SCORE também for administrado à família, DEPOIS da 4ª e 7ª sessões. Por favor, consulte o protocolo de investigação para obter mais informações.

Certifique-se que não olha para os índices da família antes de fazer a sua avaliação.

1. Considera que a terapia realizada aqui tem sido útil para a família? Por favor, assinale a sua resposta na linha em baixo:

Muito útil	Nada útil									
										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Comparando com a primeira sessão diria que a família está: (por favor, coloque um círculo à volta da resposta)

1	2	3	4
Com mais dificuldades	Igual	Melhor	Muito melhor

OBRIGADO PELO SEU TEMPO!

Therapeutic Process and Outcomes: Longitudinal Study of Family Therapy with Families with Adolescent and Adult Children³

Margarida Vilaça, José Tomás da Silva, & Ana Paula Relvas*

*University of Coimbra

To examine how the therapeutic process and outcomes proceed across therapy we assessed 17 therapeutic processes (42 family members) of families with adolescent and adult children at the intake, fourth and seventh sessions of brief conjoint therapy. Analyses of longitudinal data, focused on family functioning (outcome indicator) and therapeutic alliance (process indicator), showed that the interaction effect between sessions and family developmental stages only emerged for the therapeutic alliance, with the families with adult children showing stronger alliances throughout the sessions. Sessions were shown to positively impact the family functioning (Communication and Difficulties) and therapeutic alliance (Strengths) dimensions. Finally, session 4 emerged as a key moment in the therapeutic process because it was transversal to all of the observed changes.

³ Vilaça, M., Silva, J. T., & Relvas, A. P. (2015). *Therapeutic Process and Outcomes: Longitudinal Study of Family Therapy with Families with Adolescent and Adult Children*. Manuscript submitted.

Margarida Vilaça, PhD Researcher at Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra; José Tomás Silva, PhD, Associated Professor at the Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra; Ana Paula Relvas, PhD, Full Professor of the Faculty of Psychology and Educational Sciences and Researcher at the Centre for Social Studies, University of Coimbra.

Address correspondence to Margarida Vilaça, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000-115, Coimbra, Portugal; E-mail: gui.vilaca@hotmail.com.

In two recent studies about the state of the science of systemic therapies (Heatherington, Friedlander, Diamond, Escudero & Pinsof, 2014; Vilaça & Relvas, 2014), the evidence base for their effectiveness and increasing research on the therapeutic process are emphasized. Whereas the effectiveness study is focused on therapy outcomes, i.e., whether clients' functioning significantly improved or worsened under certain interventions, the therapeutic change process research is mainly based on common factor analysis (Lambert, 2013; Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009). Over the last two decades, Systemic Family Therapy (SFT) research has taken important steps toward authentication of its effectiveness and an understanding of the therapeutic process factors most associated with positive outcomes. Although it is clear that systemic family therapy is effective against a diversity of problems and leads to healthier family functioning, many questions about the therapeutic process remain unanswered, namely how change occurs during therapy.

Among the most studied generic common factors, such as clients, relationships, expectancy and techniques or model factors (Sprenkle et al., 2009; Sprenkle & Blow, 2004), there emerges the primacy of the therapeutic relationship. More specifically, the therapeutic alliance is one of the most powerful predictors of positive therapeutic outcomes (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Friedlander, Wildman, Heatherington, & Skowron, 1994; Horvath & Symonds, 1991). As such, the therapeutic alliance has been the focus of various studies and debates, as it is associated with positive outcomes transversally in different therapy approaches (Friedlander et al., 2006; Heatherington et al., 2014; Horvath & Symonds, 1991; Vilaça & Relvas, 2014). In the couple and family therapy context, the therapeutic alliance, which is considered to be the quality and strength of a collaborative and bidirectional relationship between therapists and clients (Friedlander et al., 2006), also represents the most investigated common factor (Sprenkle et al., 2009; Sprenkle & Blow, 2004) and a strong predictor of therapy outcomes (Friedlander et al., 2006).

As the importance of the therapeutic alliance in therapy has been established, particularly for individual therapy, some authors have underscored the need for further research using longitudinal designs that explore the relationship between the therapeutic alliance and outcomes in the specific context of conjoint therapy (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007).

Therefore, we consider it important to involve the families' characteristics in the analysis of the therapeutic process, such as in the family life cycle perspective. In fact, SFT theory, as well as evidence from clinical practice, has revealed the significant role of family developmental characteristics as potential family change inhibitors or promoters (Carter & McGoldrick, 1995; Friedlander et al., 2006; Olson et al., 1983; Relvas, 1996). Because the transition from one family life stage to another one that is more complex implies stress and places families in a state of crisis, it forces families to renegotiate their rules and attachment bonds to restore their balance (Carter & McGoldrick, 1995; Olson et al., 1983; Relvas, 1996; Vilaça & Relvas, 2009). The ABC-X model about the precrisis variables of families (McCubbin & Patterson, 1983) outlines this developmental process, noting that the intensity of stressful events can produce significant changes in the family system, particularly in terms of its boundaries, interaction patterns, values and goals. The concept of the family life cycle, considered to be an "expected sequence of transformations in the family organization, according to the successful achievement of tasks" (Relvas, 1996, p. 6), represents a useful theoretical yardstick for family clinicians. However, although systemic therapists assume, a priori, its implications in therapy, those assumptions have not yet been empirically validated. In this study, we focused on two specific developmental stages – families with adolescent children and families with adult children – because these represent the longer family stages, and generally, it is during these life stages that families seek SFT the most (Carter & McGoldrick, 1995).

Acknowledging that the therapy alliance and outcomes, as well as the family life cycle, provide important information about the microprocesses of change, we sought to investigate the impact of these factors in the context of SFT. Specifically, we studied how the therapeutic progress occurs, in terms of outcomes (family functioning) and process evolution (therapeutic alliance), in the two family stages that most use systemic therapy interventions. To better acknowledge how each of those two specific stages is likely to enable change in SFT, we set the following research question: Do family functioning and therapeutic alliances differ significantly across therapy evolution and between each family life stage?

METHOD

Participants

There were 42 family members (54.8% female and 45.2% male) who participated in this study, for a total of 17 therapeutic processes for families with adolescent and adult children (see Table 1). The group of families with adolescent children consisted of 30 participants (12 processes) of both sexes (53.3% female and 46.7% male). Family member mean age was 36 years old ($SD = 15.49$); the subjects were mostly married or in a marital union (56.7%), and most had completed lower secondary education (40.0%) (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics, 2012). For the professionally active respondents (60.0%), considering their education level and occupation (Simões, 2000), most families were from a middle socioeconomic status (SES) (36.7%) background, and the remaining inactive respondents were mostly students (33.3%). The majority of participants were mothers (40.0%) and fathers (30%) who represented households of 3 to 4 family members (52.4%), living in predominately urban areas (53.3%). The group of families with adult children was composed of 12 family members (5 processes), of which 58.3% were female and 41.7% were male, with an average age of 33 years old ($SD = 16.42$). Most participants were single (41.7%), had completed lower secondary education (75%) (UNESCO Institute for Statistics, 2012), belonged to a middle SES family (41.7%) (Simões, 2000) or were students (41.7%). Approximately half of the family members lived in moderately urban areas (58.3%), and the other half were from predominately urban regions (41.7%). For households of 4 to 5 members, the therapy processes involved mostly mothers (41.7%) and their sons (25.0%).

The two subsamples were equivalent in terms of demographic and socio-economic background variables (sex, age, SES, residence and education), with no significant differences found ($p > 0.05$). To analyze the differences between those two groups, we conducted independent-sample *t*-tests for age and Chi-square/Fisher's tests (according to the compliance/ non-compliance of the minimum expected cell frequency) for sex, SES, residence and education variables. The vast majority of problems for the

families were related to relationship difficulties with adolescents (54.8%), followed by individual psychological difficulties (16.7%), co-parenting questions (9.5%), significant family relationship problems (7.1%), reconstituted families difficulties (7.1%) and marital problems (4.8%).

Table 1.
Demographic Characteristics of Participant Groups

	Global Sample (<i>n</i> = 42)	Families with Adolescents (<i>n</i> = 30)	Families with Adults (<i>n</i> = 12)
Age [<i>M</i> (<i>SD</i>)]	35.19 (15.62)	36.07 (15.49)	33.00 (16.42)
Sex [<i>n</i> (%)]			
Female	23 (54.8)	16 (53.3)	7 (58.3)
Male	19 (45.2)	14 (46.7)	5 (41.7)
Marital status [<i>n</i> (%)]			
Married/ marital union	21 (50.0)	17 (56.7)	4 (33.3)
Divorced/ separated	6 (14.3)	3 (10.0)	3 (25.0)
Single	15 (35.7)	10 (33.3)	5 (41.7)
Education [<i>n</i> (%)]			
Primary	4 (9.5)	3 (10.0)	1 (8.3)
Lower secondary education	21 (50.0)	12 (40.0)	9 (75.0)
Upper secondary education	4 (9.5)	3 (10.0)	1 (8.3)
Bachelor's degree education	10 (23.8)	9 (30.0)	1 (8.3)
Master	2 (4.8)	2 (6.7)	0 (0.0)
PhD	1 (2.4)	1 (3.3)	0 (0.0)
Socioeconomic status [<i>n</i> (%)]			
Low	4 (9.5)	4 (13.3)	0 (0.0)
Medium	16 (38.1)	11 (36.7)	5 (41.7)
High	3 (7.1)	3 (10.0)	0 (0.0)
Students	15 (35.7)	10 (33.3)	5 (41.7)
Unemployed	4 (9.5)	2 (6.7)	2 (16.6)
Residence [<i>n</i> (%)]			
Predominantly urban area	21 (50.0)	16 (53.3)	5 (41.7)
Moderately urban area	17 (45.5)	10 (33.3)	7 (58.3)
Predominantly rural area	4 (9.5)	4 (13.3)	0 (0.0)
Family role [<i>n</i> (%)]			
Mother	17 (40.5)	12 (40.0)	5 (41.7)
Father	11 (26.2)	9 (30.0)	2 (16.7)
Daughter	6 (14.3)	4 (13.3)	2 (16.7)
Son	8 (19.0)	5 (16.7)	3 (25.0)
Household [<i>n</i> (%)]			
1-2	3 (7.1)	1 (3.3)	2 (16.7)
3-4	22 (52.4)	22 (73.3)	0 (0.0)
4-5	17 (40.5)	7 (23.3)	10 (83.3)

Treatment Conditions

Participants took part in brief therapeutic processes at four Portuguese therapy centers, including three from the central region of Portugal (87.5%) and one from Azores (14.3%). The provided interventions were based on the second-order systemic therapy approach (Anderson & Goolishian, 1988; Hoffman, 1981), an integrative model that combines different models (e.g., constructivism, social constructionism) and techniques (e.g., circular questions, reframing, positive connotation, externalizing, hypothesizing). Overall, the therapeutic interventions followed principles such as the curiosity posture (Cecchin, 1987), recognition of patterns of interaction and circularity within subsystems, emphasis on strengths and resilience, relational perspective and involvement of more than one family member in the therapy. Sessions were held in a specific therapeutic setting that included a one-way mirror, used to separate the therapy room from the observation team room. Each session usually lasted 90-120 minutes, including a break and a final comment or reframing addressed to the families, and the intervals between sessions ranged on average from two to four weeks following the logic of brief-therapy models (Ausloos, 1996). All of the therapeutic processes included two co-therapists who were assigned to families based on scheduling availability. The therapeutic family treatments averaged 9.41 sessions ($SD = 3.62$; range: 6 – 21 sessions). Exceptionally, in the shortest therapeutic process, the third evaluation moment occurred in the sixth session.

Measures

Socio-demographic questionnaire. Participants completed a socio-demographic questionnaire in the first session to identify the individual and family characteristics of the respondents. Items included information about their age, residence area (i.e., urban or rural), education, profession, marital status, family size and the children's ages. The families' developmental stages were operationalized accordingly to the classification presented by Relvas (1996), which delimits the different family stages on the basis of the eldest child's age and evolution and includes five stages: Young Couple, Families

with Young Children, Families with School Age Children, Families with Adolescent Children and Families with Adult Children.

Systemic Clinical and Outcome Routine Evaluation (SCORE-15; Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010). The SCORE-15 is a questionnaire designed to assess different aspects of family functioning as well as outcomes in family therapy. The Portuguese SCORE version (Vilaça, Silva, & Relvas, 2014a) measures the global family functioning and allows assessment of three family components: Family Strengths, Family Communication and Family Difficulties, all of which are rated on a 5-point Likert scale that ranges from 1 (*Very well*) to 5 (*Not at all*). The 5-item Family Strengths subscale assesses family coping and resources (e.g., “We are good at finding new ways to deal with things that are difficult”). The Family Communication subscale includes 5 items that measure the communication in the family system (e.g., “People often don’t tell each other the truth in my family”). The 5-item Family Difficulties subscale refers to the overloading of difficulties in the family system (e.g., “We seem to go from one crisis to another in my family”). The negative items (Family Communication and Difficulties items) were reversed so that lower scores on all subscales corresponded to more positive family functioning. The SCORE-15 Portuguese version showed very good internal consistency (Cronbach alpha) for the total scale (0.84) and subscales (Strengths = 0.85, Communication = 0.83, Difficulties = 0.82) (Vilaça et al., 2014a).

System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-s; Friedlander et al., 2006). The SOFTA-s is a 16-item self-report measure of the quality of the therapeutic alliance in a family and couple conjoint treatment format. The Portuguese SOFTA-s clients version (Vilaça, Sotero, Silva, & Relvas, 2014b) used in this study contains two subscales: Alliance Strengths and Alliance Difficulties, both of which were rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 (*Not at all*) to 5 (*Very much*). The 11-item Alliance Strengths subscale evaluates positive indicators of the alliance that reflect a strong therapeutic alliance between clients and therapists (e.g., “The therapist and I work together as a team”). The Alliance Difficulties subscale is composed of five items that represent the therapeutic alliance frailties (e.g., “At times I feel on the defensive on therapy”). The negative items (five items that compose the Alliance Difficulties subscale) were reversed so that higher scores on both subscales indicated stronger

alliances. Internal consistency reliability (Cronbach alpha) for the full-scale was 0.78, for the Strengths dimension was 0.84 and for Difficulties was 0.70 (Vilaça et al., 2014b).

In this study, we considered the analysis of the scale dimensions and not the global scores for two main reasons. First, previous studies with the SCORE-15 Portuguese version (e.g., Vilaça, Sousa, Stratton, & Relvas, in press) have shown that the dimensions follow divergent trends (Family Strengths subscale scores tend to increase throughout sessions, whereas Family Communication and Difficulties subscale scores show a tendency to decrease). Second, the global score of the SOFTA-s Portuguese version comprises two important and distinct aspects of the alliance (potencies and fragilities). We therefore chose to focus on the dimensions because they provide more accurate information than the overall sum scores (Haberman, 2005).

Procedures

A longitudinal design was used to investigate family functioning and therapeutic alliance development across therapy. To that end, all families and couples that initiated therapy at the participating therapy centers were asked to participate in this study, and those who accepted signed an informed consent form. Participants were then requested to arrive at the session approximately 20 minutes earlier for the first, fourth and seventh sessions to complete the SCORE-15 before the session started and leave the service approximately 20 minutes later to complete the SOFTA-s after the session ended. The choice of sessions to evaluate followed the assumption that these three sessions represent potential key moments of therapeutic change in a brief therapeutic process (Stratton et al., 2014).

The sample collection occurred between 2011 and 2014 and resulted in a total of 67 families (146 family members) that completed the protocol in the first session. From those, 34 families (77 family members) replied to the questionnaires in the fourth session. Finally, in the seventh session, we collected data from 22 families (50 family members) that completed the protocol at all three sessions. The diminishing number of participants across sessions was mainly due to dropouts ($n = 66$; 45.2% of respondents from the first to the seventh session) and the families' inability to arrive at the therapy session earlier and complete the protocol ($n = 22$; 15.1% of respondents from the first to the seventh session). On the other hand, the final sample only included participants that

completed the questionnaires at all three moments; therefore, the absence of one family member in one session excluded that participant from the sample ($n = 8$; 5.4% of respondents from the first to the seventh session). At the end of the sample collection, analyses were limited to two family life cycle stages – Families with Adolescent Children and Families with Adult Children – because those were the stages with higher frequencies in our sample. Based on that decision, we had to exclude five complete therapeutic processes that corresponded to the Young Couple ($n = 1$) and Families with School Age Children ($n = 4$) stages.

Data Analysis

Data analysis involved descriptive statistics and multivariate statistical analyses. Initially, descriptive statistics and one-way repeated measures analyses of variance (ANOVA) were conducted to explore change on the SCORE-15 and SOFTA-s dimensions at sessions 1, 4 and 7. Next, we performed a mixed (between- and within-factors) multivariate analysis of variance (MANOVA) to evaluate if family functioning (SCORE-15) and therapeutic alliance (SOFTA-s) differed throughout the sessions and between the two family life cycle stages (FLCS). More specifically, in this analysis, we used the scales' dimensions as dependent variables (within factors) and the treatment evaluation times (1st, 4th and 7th sessions) and FLCS (Families with Adolescent Children and Families with Adult Children) as independent variables. As the two FLCS subsample sizes were different, we adopted Pillai's Trace statistics in the analysis of the interactions, as suggested by Tabachnick and Fidell (2007). Because the MANOVA analysis yielded a significant Sessions X FLCS interaction, we followed that result by running 3 X 2 ANOVAs on the scale dimensions. All analyses that reached statistical significance were followed with post-hoc Bonferroni corrected pairwise comparisons, as this is considered the most conservative method to control the familywise error rate (Pallant, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007). Finally, we proceeded with an evaluation of the impact of specific covariates on the Sessions X FLCS interaction by conducting a 3 × 2 between-groups multivariate analysis of covariance (MANCOVA) for repeated measures.

Preliminary assumption testing was conducted to check for normality, linearity, univariate and multivariate outliers, homogeneity of variance-covariance matrices and multicollinearity. Only a few light violations were found for normality in the subsamples [Family Communication in the 1st (Families with Adolescents: Kolmogorov-Smirnov = 0.174; $p = 0.021$) and 4th sessions (Families with Adults: Kolmogorov-Smirnov = 0.252; $p = 0.035$) and Family Difficulties in the 4th session (Families with Adolescents: Kolmogorov-Smirnov = 0.160; $p = 0.047$)] and the multicollinearity assumption because the SCORE-15 and SOFTA-s dimensions in the subsamples were highly correlated (SCORE-15: between 0.510 and 0.662; SOFTA-s: between 0.600 and 0.753) (Cohen, 1988). Thus, because there is no readily available non-parametric alternative for MANOVA analysis and no serious violations were noted, we proceeded with the MANOVA.

All statistical analyses were conducted using Version 20 of the Statistical Package for the Social Sciences with a significance level of $p = 0.05$.

RESULTS

Descriptive and inferential statistics for SCORE-15 and SOFTA-s (dimension scores) for the global sample at the three sessions are displayed in Table 2, including the one-way repeated measures ANOVA results.

The overall mean scores suggested a positive evolution on all dimensions except for Family Strengths, which showed a slight decline across sessions (note that lower scores are indicative of better functioning on the SCORE-15 subscales). Multivariate analyses showed significant differences only for the dimensions of Family Communication [Pillai's Trace = 0.16, $F(2, 40) = 3.68$, $p < 0.05$, partial eta square = 0.16] and Difficulties [Pillai's Trace = 0.16, $F(2, 40) = 3.93$, $p < 0.05$, partial eta square = 0.16], both in a positive direction (theoretically expected) and with large effect sizes (partial eta square > 0.14 ; Cohen, 1988).

Table 2.
Descriptive and Inferential Statistics for the SCORE-15 and SOFTA-s Results at Sessions 1, 4 and 7

		Session 1	Session 4	Session 7	<i>F</i>	<i>d</i>
S-15 Strengths	<i>M</i>	11.15	11.80	12.11	0.750	0.036
	<i>SD</i>	0.65	0.63	0.66		
S-15 Communication	<i>M</i>	14.98	13.42	13.43	3.675*	0.155
	<i>SD</i>	0.61	0.53	0.58		
S-15 Difficulties	<i>M</i>	15.63	14.06	13.98	3.926*	0.164
	<i>SD</i>	0.67	0.63	0.62		
SOFTA-s Strengths	<i>M</i>	43.40	44.55	45.98	2.408	0.118
	<i>SD</i>	6.59	4.47	6.58		
SOFTA-s Difficulties	<i>M</i>	19.31	19.92	19.74	0.995	0.052
	<i>SD</i>	3.84	3.26	4.19		

Note. S-15, SCORE-15; *M*, mean; *SD*, standard deviation; * $p < 0.05$; *F*, value from the Pillai's Trace test; *d*, effect size (partial eta square).

Do family functioning and the therapeutic alliance (dimensions) differ significantly across the three sessions and between each family life stage?

Family functioning (SCORE-15). There was no significant interaction noted between Sessions and FLCS [Pillai's Trace = 0.234; $F(6, 35) = 1.784$, $p = 0.131$; partial eta square = 0.234] for Family Strengths, Communication or Difficulties. However, the results showed a significant main effect of treatment session on the SCORE-15 dimensions [Pillai's Trace = 0.290; $F(6, 35) = 2.385$, $p = 0.049$; partial eta square = 0.290]. Post-hoc analysis, using the Bonferroni correction, revealed that Family Communication differed significantly from session 1 to session 4 ($p = 0.045$) and from session 1 to session 7 ($p = 0.036$), and Family Difficulties also differed from session 1 to session 4 ($p = 0.023$) and from session 1 to session 7 ($p = 0.019$). Evaluation of the mean scores (see Table 2) indicated that Family Communication and Family Difficulties

significantly improved (lower scores) from session 1 to 4 and from session 1 to 7. The FLCS had no significant main effect on the results.

Table 3.

Descriptive Statistics for the SCORE-15 and SOFTA-s Results at Sessions 1, 4 and 7 in Families with Adolescent and Adult Children

		Session 1		Session 4		Session 7	
		Adols.	Adults	Adols.	Adults	Adols.	Adults
S-15 Strengths	<i>M</i>	12.46	9.83	11.84	11.75	12.97	11.25
	<i>SD</i>	3.32	4.86	3.20	4.73	3.70	4.31
S-15 Communication	<i>M</i>	13.67	16.29	12.34	14.50	13.27	13.58
	<i>SD</i>	3.25	4.35	2.81	3.68	2.98	4.29
S-15 Difficulties	<i>M</i>	14.34	16.92	13.47	14.65	13.70	14.25
	<i>SD</i>	3.15	5.43	3.51	4.11	3.52	3.89
SOFTA-s Strengths	<i>M</i>	43.87	42.25	45.38	42.75	45.17	48.00
	<i>SD</i>	6.99	5.58	4.33	4.33	6.98	5.15
SOFTA-s Difficulties	<i>M</i>	19.50	18.83	20.15	19.42	20.37	18.17
	<i>SD</i>	3.57	4.57	3.05	3.75	3.86	4.73

Note. S-15, SCORE-15; *M*, mean; *SD*, standard deviation.

Therapeutic alliance (SOFTA-s). There was a significant interaction between Sessions and FLCS for the therapeutic alliance subscales (Strengths and Difficulties) [Pillai's Trace = 0.303; $F(4, 33) = 3.581$, $p = 0.016$; partial eta square = 0.303], indicating that the client's therapeutic alliance evolved differently due to the interaction of Sessions X FLCS. There was only a substantial main effect of Sessions [Pillai's Trace = 0.259; $F(4, 33) = 2.890$, $p = 0.037$; partial eta square = 0.259], indicating that the therapeutic alliance dimensions results were significantly different between the three sessions. Moreover, the Bonferroni test results revealed that the Alliance Strengths dimension significantly differed from session 1 to 7 ($p = 0.015$) and from session 4 to 7 ($p = 0.018$) by progressively improving (higher scores) (see Table 2).

To explore the Session X FLCS interaction effect, we conducted two-way repeated measures ANOVA for each SOFTA-s subscale. The results showed that there was not a significant interaction between Sessions and FLCS for the Alliance Difficulties dimension [Pillai's Trace = 0.051; $F(2, 35) = 0.937$, $p = 0.402$; partial eta square = 0.051], which was different from the Strengths dimension for which there was a significant interaction effect [Pillai's Trace = 0.214; $F(2, 35) = 4.755$, $p = 0.015$; partial eta square = 0.214]. Examination of the evolution of the Alliance Strengths dimension for each family developmental stage with one-way repeated measure ANOVA analysis indicated that Families with Adolescent Children were not significantly different across sessions [Pillai's Trace = 0.032; $F(2, 24) = 0.392$, $p = 0.680$; partial eta square = 0.032], whereas Families with Adult Children showed significant differences throughout the sessions [Pillai's Trace = 0.639; $F(2, 10) = 8.851$, $p = 0.006$; partial eta square = 0.639]. Post-hoc analysis (Bonferroni) indicated that session 1 significantly differed from session 7 ($p = 0.020$), as did session 4 from session 7 ($p = 0.019$). Analysis of the mean scores (Table 3), together with the visualization shown in Figure 1, pointed to the alliance strengthening (higher scores) between those sessions.

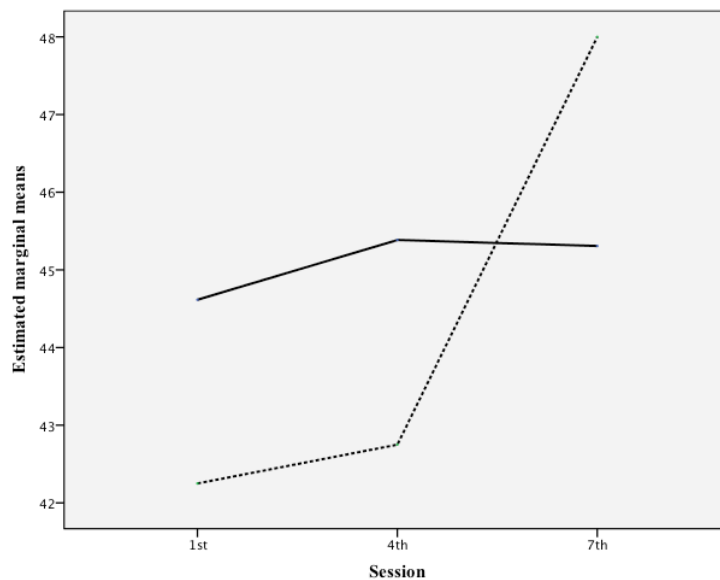


Figure 1. Evolution of the Alliance Strengths Dimension at Sessions 1, 4 and 7 for Families with Adolescents (bold line) and Adult Children (dotted line).

To assess the interference/confounding of specific variables related to clients or the therapeutic process, we conducted a MANCOVA analysis. To do so, we statistically controlled selected variables that, according to theory and clinical experience, could influence the subscales' results. Specifically, we assessed the influence of (a) the participants' sex, (b) family subsystems (parents vs. children), (c) families' type of problem that led them to therapy, (d) the total number of sessions of the therapeutic processes, and (e) the families who were referred to therapy by institutional services (e.g., Child Protective Services). The results showed that when controlling for the five concomitant variables, the SCORE-15 and SOFTA-s dimension scores remained approximately the same (see Table 4), with p values slightly higher than those found in the two-way MANOVA analysis, except for the type of problem, parents/children and referred/non-referred covariates. Thus, when we controlled for the interference of the fact that the respondents were parents or children as well as the nature of the problem in the Sessions X FLCS interaction, both SCORE-15 and SOFTA-s results revealed statistical significance values slightly lower than those obtained in the previous analysis. On the other hand, the analysis of the families being referred to therapy demonstrated that the statistical significance decreased only for the SCORE-15 results but that it was never below 0.05. Overall, these results suggest that the participant's sex, family subsystems, family type of problem, number of sessions and referred/non-referred to therapy do not play an important role in the variance of these dimensions.

Table 4.
Two-Way MANCOVA Statistics for the SCORE-15 and SOFTA-s Dimensions (Sessions X FLCS) with Sex, Parents/Children, Type of Problem, Number of Sessions and Referred/ Non-referred Families as Covariates.

		SCORE-15 (Dimensions)	SOFTA-s (Dimensions)
Sex	Pillai's Trace	0.236	0.298
	<i>F</i>	1.754	3.403
	<i>p</i>	0.138	0.020*
	<i>d</i>	0.236	0.298
Parents/ Children	Pillai's Trace	0.250	0.317
	<i>F</i>	1.885	3.712
	<i>p</i>	0.112	0.014*
	<i>d</i>	0.250	0.317
Type of Problem	Pillai's Trace	0.268	0.322
	<i>F</i>	2.077	3.805
	<i>p</i>	0.082	0.012*
	<i>d</i>	0.268	0.322
Number of Sessions	Pillai's Trace	0.236	2.92
	<i>F</i>	1.751	3.304
	<i>p</i>	0.139	0.022*
	<i>d</i>	0.236	2.92
Referred/ Non-Referred	Pillai's Trace	0.257	0.277
	<i>F</i>	1.964	3.070
	<i>p</i>	0.099	0.030*
	<i>d</i>	0.257	2.77

Note. * $p < 0.05$; *d*, effect size (partial eta square).

DISCUSSION

According to the literature, it is expected that clients from different developmental levels improve in their family functioning throughout treatment (e.g., Carr, 2009a; 2009b; Friedlander & Diamond, 2011; Vilaça & Relvas, 2014), with the therapeutic improvement usually accompanied by positive and strong therapeutic alliances (e.g., Friedlander et al., 2006; Horvath & Simonds, 1991; Knobloch-Fedders et al., 2007). In this study, the total client group did not show a linear positive evolution of family functioning, as the Strengths dimensions gradually became non-significantly worse (higher scores). Instead, Family Communication and Difficulties showed statistically significant improvements (lower scores) across therapy. The Alliance Strengths dimension progressively improved (higher scores), whereas the Difficulties dimension remained stable across the three evaluation times. Overall, from the global sample results, the Family Communication and Difficulties improvements were more obvious, whereas the Alliance Strengths improvement became more solid across therapy.

After presenting the global outcomes' evolution framework, we analyzed family functioning and therapeutic alliance progress by focusing on the interaction between sessions and the two analyzed family stages. There were no differences between Families with Adolescents or Families with Adult Children throughout the sessions, suggesting that both stages followed the same change trajectory in family therapy. In fact, we might expect that these two family groups differ in terms of their Strengths, Communication and Difficulties' evolution during therapy because each stage addresses its particular developmental crisis and tasks (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996). However, we may hypothesize that factors such as the current economic and social policy have extended the time needed to transition to adulthood (Greenson, 2013), thus making both family period challenges more similar. That is, both stages seem to increasingly share their family characteristics resulting from the current delay in the transition to adult roles (Shanahan, 2000), which is often reflected in extended support from their families, parent-child co-residence and later marriage and parenthood. As revealed by the global sample descriptive analyses, the subjects' results showed a significant improvement for the Communication and Difficulties dimensions between

sessions 1 and 4 and sessions 1 and 7. Surprisingly, the Family Strengths dimension had a non-significant negative trajectory. This finding may have been due to the typical social desirability of clients as they arrive in therapy, especially those who were placed in therapy by coercive institutions, which represented the majority of the analyzed clients (64.3%). Additionally, therapy outcome deterioration is often related to the awareness process that families experience after some time in therapy as they become more conscious of their functioning (Ausloos, 1996). Both phenomena may be reflected in our analysis by a slightly discontinuous evolution process (positive results in the first session followed by a decrease/higher scores and then a slow recovery/lower scores). However, it should be noted that the Strengths dimension showed more positive results (lower scores) than the remaining dimensions in the three evaluated sessions, indicating healthier functioning on this family aspect. In this context, the Hamilton, Carr, Cahill, Cassels, and Harnett study (2015) about changes in SCORE results from intake (Time 1) to 3-5 months later (Time 2) also reported lower results for the Strengths dimension, compared with the Communication and Difficulties, at both evaluated sessions and in the analyzed SCORE versions (SCORE-15 and SCORE-28). Similarly, another study of the changes in SCORE-15 results from session 1 to session 4, developed by Vilaça et al. (in press), also concluded that the Communication and Difficulties dimensions had higher results (worse functioning) than Family Strengths in both sessions.

Our results for the therapeutic alliance interaction between sessions and stages indicated that there were significant differences, meaning that the two family phases developed alliances differently across therapy. Thus, if Families with Adolescents showed general improvement in Alliance Difficulties, Families with Adult Children showed significant improvement in Alliance Strengths, in both cases from session 1 to 7 and 4 to 7. This finding is consistent with previous research that highlighted the differences between forming alliances with adolescents and adults (DiGiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996; Higham, Friedlander, Escudero, & Diamond, 2012). Additionally, several authors have underscored the challenges of creating therapeutic alliances with adolescent clients (Friedlander et al., 2006; Higman et al., 2012; Relvas & Sotero, 2014), in which they argue that they are rarely self-referred to therapy, often have a different perspective on problems and tend to have goals that do not correspond to those of their parents (Relvas & Sotero, 2014; Shirk & Karver, 2003), especially when

addressing relationship problems (Friedlander et al., 2006). This was also the case for the majority of the present study sample. Moreover, it is not surprising that the change observed in Families with Adolescents focused on Alliance Difficulties.

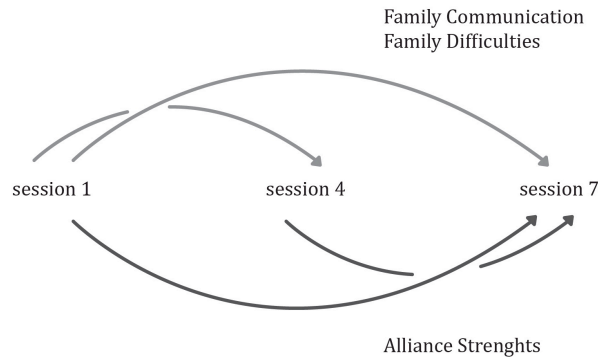


Figure 2. Family Communication, Difficulties (SCORE-15) and the Alliance Strengths (SOFTA-s) Evolution between Sessions 1, 4 and 7.

Therapy progression had a positive impact on both outcomes and processes, which suggests that family functioning (Communication and Difficulties) and therapeutic alliance (Strengths) underwent different cycles of change in the context of SFT (see Figure 2). In the case of the family functioning results, major change occurred earlier in the first four sessions, which is consistent with some authors' assumptions regarding therapeutic change, namely that families make significant progress in the first four therapy sessions of short-term systemic therapy (Lambert & Vermeersch, 2008; Stratton et al., 2014). In this study, the therapeutic alliance expressly developed later between the fourth and seventh session, although there were positive differences observed from the first session. In this regard, some previous studies that have focused on the therapeutic alliance in SFT surmised that the alliance is established earlier in therapy (e.g., Escudero, et al., 2008), and some authors have claimed that the alliance does not show a stable evolution pattern but varies over time (Sprenkle et al., 2009). Generally, according to those findings, the fourth session appears as a central moment

for the therapeutic process because it represents a key session for positive changes.

Finally, it is important to note that the presented results correspond to families that proceeded with therapy (at least until the seventh session) without exploring exactly how therapy works and progresses for those who leave treatment prematurely.

CONCLUSION

The current longitudinal study was the first to investigate the therapeutic process and outcomes with a special focus on Families with Adolescent Children and Families with Adult Children, and as such, our results provide new and meaningful insights. Taken together, our findings suggest that family functioning and the therapeutic alliance travel specific paths, at different speeds, across therapy. The family functioning dimensions evolved in different ways, with significant improvements in the families' Communication and Difficulties results between sessions 1 and 4 and sessions 1 and 7 and consistent progress on the Alliance Strengths between sessions 1 and 7 and sessions 4 and 7. Similarly, the two contemplated family stages appeared similar in their family characteristics (tasks, resources and strains) and therapeutic results but distant in terms of the alliance established with the therapists (Families with Adolescents suppress difficulties and Families with Adults fortify strengths). Nevertheless, we should note that the observed pattern and trend generalizations are constrained by the reduced number of cases. Therefore, the analysis of the therapeutic process and outcomes with families from different developmental stages is fertile ground for scientific study. Future longitudinal research in this area should consider the involvement of more therapeutic processes, evenly distributed among the family developmental stages, to compare the SFT outcomes and process evolution between the different stages. Moreover, inclusion of the therapists' perspectives provides added value to this research area. Future research focused on the outcomes and process evolution of the dropout cases is also important. Due to the large number of dropouts in this study, and considering that we focused only on family members who proceeded with therapy, it would be of particular interest to investigate how family therapy clients perceive therapy before dropping out, with the aim of identifying aspects that predict dropouts.

REFERENCES

- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371–393.
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias: tempo, caos e processo* [The families' competence: Time, chaos and process]. Lisboa: Climepsi.
- Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 46-74.
- Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3-45.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As Mudanças no Ciclo de Vida familiar: Uma Estrutura para a Terapia familiar [The changing family life cycle: A framework for family therapy]. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar* [The changing family life cycle: A framework for family therapy] (2nd ed., pp. 7-29). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405-413.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85–100.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: Associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 194-214.
- Friedlander, M. L., & Diamond, G. M. (2011). Couple and family therapy. In E. Altmaier & J. Hansen (Eds.), *Oxford handbook of counseling psychology* (pp. 647-675). New York, NY: Oxford University Press.

- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology, 8*(4), 390-416.
- Greeson, J. K. P. (2013). Foster youth and the transition to adulthood: The theoretical and conceptual basis for natural mentoring. *Emerging Adulthood, 1*(1), 40-51.
- Haberman, S. J. (2005). *When can subscores have value?* (ETS Research Report No RR 05-08). Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- Hamilton, E., Carr, A., Cahill, P., Cassels, C., & Harnett, D. (2015). Psychometric properties and responsiveness to change of SCORE-15 and 28 item versions of the SCORE: A family assessment questionnaire. *Family Process, 54*(3), 454-463.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Diamond, G. M., Escudero, V., & Pinosof, W. M. (2015). 25 years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research, 25*(3), 348-364.
- Higham, J. E., Friedlander, M. L., Escudero, V., & Diamond, G. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy: An exploratory study of in-session processes of change. *Journal of Family Therapy, 34*(1), 24-52.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. New York, NY: Basic Books.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinosof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*(2), 245-257.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and the important advances. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 50*(1), 42-51.
- Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2008). Measuring and improving psychotherapy outcome in routine practice. In D. Brown & W. Lent (Eds.), *Handbook of*

- counseling psychology* (4th ed.; pp. 233-248). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). Family transitions: Adaptation to stress. In H. I. McCubbin & C. R. Figley (Eds.), *Stress and the Family* (Vol. 1, pp. 5-25). New York: Brunner/Mazel.
- Olson, D. H., McCubbin, H., Barnes, H. L., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1983). *Families: What makes them work?* Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step-by-step guide to data analysis using SPSS version 15* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica [Family life cycle. Systemic perspective]*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). *Famílias obrigadas, terapeutas forçados. La Alianza terapéutica en contextos coercitivos [Obligated families, forced therapists. The therapeutic alliance in coercive contexts]*. Madrid: Editora Morata.
- Shanahan, M. J. (2000). Pathways to adulthood in changing societies: Variability and mechanisms in life course perspective. *Annual Review of Sociology*, 26(1), 667–692.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464.
- Simões, M. R. (2000). Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.) [Investigations in the context of the national standardization of the Raven Coloured Progressive Matrices test (M.P.C.R.)]. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
- Sprenkle, D., Davis, S., & Lebow, J. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York, NY: Guilford.

- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32(3), 232–258.
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the SCORE-15 index of family functioning and change. *Journal of Family Therapy*, 36(1), 3-19.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics (2012). *International Standard classification of education – ISCED 2011*. Quebec, Canada: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics .
- Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2009). Vulnerabilidade ao *stress, coping*, qualidade de vida e ciclo vital da família [Stress vulnerability, coping, quality of life and family life cycle]. *Mosaico*, 43, 12-24.
- Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2014). The state of art in family therapy research: What works? How it works? *International Journal of Social Sciences Studies*, 2(2), 10-19.
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014a). Systemic clinical outcome routine evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção (Vol. 1) [Family Assessment Instruments – Functioning and Intervention (Vol. 1)]* (pp. 23-41). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Vilaça, M., Sotero, L., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014b). Sistema de Observação da Aliança em Terapia familiar – Versão auto-Resposta (SOFTA-s) [System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-s)]. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção (Vol. 1) [Family Assessment Instruments – Functioning and Intervention (Vol. 1)]* (pp. 151-176). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Vilaça, M., Sousa, B., Stratton, P., & Relvas, A. P. (in press). The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Scale: Portuguese Validation Studies. *The Spanish Journal of Psychology*.

Capítulo IV

Discussão Integrada e Considerações Finais.

Da Família ao Sistema Terapêutico:

Um Olhar sobre a Mudança

Este trabalho foi delineado com a finalidade de melhor compreender como se processa a mudança familiar no contexto da Terapia Familiar Sistêmica (TFS). Uma vez que, até à data, não existiam ferramentas terapêuticas que nos permitissem analisar os resultados da terapia familiar conjunta, procedemos à adaptação de uma medida de avaliação dos resultados amplamente reconhecida, validada e utilizada em vários países europeus: o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE). A adaptação e validação deste instrumento possibilitaram o estudo da mudança terapêutica, especificamente através da avaliação e da compreensão do funcionamento das famílias ao longo da terapia. Os estudos que compõem esta dissertação representam, assim, diferentes estádios desta investigação, interligados e complementares, que no seu conjunto procuram dar resposta aos dois desafios supracitados.

A dissertação organiza-se em três capítulos compostos por vários estudos que individualmente apresentam as suas conclusões específicas, bem como as respetivas limitações. Neste capítulo final são revistas e discutidas as conclusões gerais desses estudos, de forma integrada, segundo uma ótica macrossistémica e reenquadrada com a revisão da literatura. Começamos por refletir sobre as principais conclusões do estado da arte, incidindo na apreciação do trajeto percorrido pela investigação na terapia familiar, bem como nos passos que se avizinham. De seguida, colocamos o foco nos resultados decorrentes do estudo do SCORE, passando para a discussão das constatações procedentes dos estudos centrados no processo e resultados terapêuticos. De notar que, apesar de nos debruçarmos sobre os resultados do estudo do SCORE e da mudança terapêutica separadamente, a análise do desempenho da medida de avaliação dos resultados informa-nos continuamente sobre a mudança na terapia, assim como estes últimos estudos contribuem para um melhor conhecimento da versão portuguesa do SCORE. Por uma questão de “arrumação”, optamos por organizar desta forma a nossa leitura crítica destes resultados, considerando naturalmente a reciprocidade que os associa. Por último, são examinados os principais contributos desta investigação para prática clínica, os limites metodológicos inerentes aos estudos apresentados e, por fim, são tecidas recomendações para investigações futuras.

1. Revisão e Discussão dos Principais Resultados

1.1. A Investigação na TFS: Perspetivas de Futuro

A revisão abrangente da literatura permitiu-nos, numa fase inicial do estudo, reunir um conjunto de evidências sobre o caminho percorrido pela investigação na terapia sistémica, até à contemporaneidade. Os dados recolhidos evidenciam o início tardio da investigação da TFS, sobretudo em Portugal, o que se refletiu numa intrigante separação entre a sua *praxis* e estudo científico. Pressionados pela premência global em fundamentar a eficácia desta nova abordagem terapêutica, investigadores e terapeutas dedicam os primeiros anos de pesquisa ao estudo da eficácia da TFS, comparativamente com outras formas de tratamento tradicionais individuais. Os estudos de revisão e de meta-análise desenvolvidos ao longo das últimas duas décadas atestam a eficácia da TFS face a uma variedade de problemas clínicos, conforme expresso no conjunto representativo de estudos compilados na Tabela 1 do primeiro Capítulo (Vilaça & Relvas, 2014) ou pelo volume significativo de outros estudos da eficácia (e.g., Friedlander & Diamond, 2011; Sexton, Datchi, Evans, LaFollette, & Wright, 2013; Sprenkle, 2012). A este respeito, recentemente, um importante estudo de revisão sobre os resultados da terapia familiar (Stratton et al., 2015) procura examinar os resultados da produção científica desenvolvida de forma desmedida ao longo de uma década, através da análise detalhada de 254 estudos, propondo uma reflexão mais aprofundada sobre a consistência das evidências daí decorridas, bem como as suas implicações para a prática clínica e investigação. À semelhança das conclusões observadas no nosso estudo de revisão, os autores encontram um conjunto considerável de publicações que apontam para a eficácia da terapia familiar, embora questionem a qualidade das metodologias de investigação utilizadas nalguns estudos, tal como a validade das respetivas conclusões. Neste sentido, os autores chamam a atenção para as distorções encontradas em diferentes estudos, considerando que estas resultam sobretudo de políticas de financiamento e estratégias de publicação que induzem os investigadores a exagerar as suas conclusões.

Certificada a eficácia da TFS, seguiram-se interrogações mais complexas sobre a caracterização das mudanças que ocorrem na TFS, propiciando a crescente investigação sobre o processo terapêutico. Numa fase inicial, o estudo da mudança terapêutica é essencialmente focado na análise dos fatores comuns (Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009), com um destaque especial para a pesquisa da relação terapêutica (Friedlander, 1998; Stanton & Welsh, 2011). Mais recentemente, terapeutas e investigadores têm identificado inúmeros fatores relativos à dinâmica familiar que se associam à mudança no contexto da terapia, embora tais assunções raramente sejam empiricamente validadas. Na verdade, para além do clássico estudo dos fatores comuns, a investigação do processo terapêutico procura contemplar, cada vez mais, a diversidade das famílias em estudo, colocando o foco na análise de questões contemporâneas relativas à sua estrutura e dinâmica, como por exemplo a etapa do ciclo vital ou as famílias trigeracionais (Friedlander, 1998; Heatherington, Friedlander, Diamond, Escudero, & Pinsof, 2015). Porém, o estudo científico das características familiares que parecem interferir no processo de mudança terapêutica é ainda incipiente e exíguo, sobretudo em Portugal, quer devido ao recente interesse da comunidade científica por este tema, quer pelas dificuldades metodológicas inerentes ao estudo da família (sistemas dinâmicos e abertos). De facto, já há cerca de uma década atrás que um conjunto de terapeutas e investigadores (Friedlander, Wildman, Heatherington, & Skowron, 1994), chamaria a atenção para a importância, e sobretudo para as dificuldades, da teoria e da investigação em acompanhar as rápidas transformações que o conceito de família tem sofrido, juntamente com as contínuas mudanças culturais. Mais recentemente, uma análise retrospectiva da trajetória da investigação das terapias sistémicas ao longo dos últimos 25 anos (Heatherington et al., 2015) salienta a relevância do estudo dos moderadores da TFS eficaz, sejam eles fatores dos clientes, dos terapeutas ou dos sistemas, indicando o escrutínio empírico dessas variáveis ou moderadores como um potencial foco de estudo científico durante os próximos anos. Neste seguimento, os autores sugerem ainda que a investigação do processo terapêutico deverá ser mais focalizada, procurando compreender, não tanto como atuam os mecanismos de mudança em geral, no contexto da terapia, mas como é que pequenos grupos de clientes, com determinadas características comuns e em determinadas circunstâncias experienciam esse processo de mudança (Heatherington et al., 2015).

A investigação em terapia familiar é forçosamente um processo dinâmico que evolui ao longo do tempo, tornando possível investigar fenômenos complexos como os processos familiares que concorrem para o sucesso terapêutico. Apesar de ainda presentemente se verificar uma ênfase dos estudos focados nos resultados da terapia, assistimos a uma produção crescente da pesquisa dedicada ao processo terapêutico desenvolvido com famílias. O volume significativo de artigos de revisão focados no balanço do percurso da investigação das terapias sistêmicas, publicados nos últimos três anos, alerta para a relevância do estudo da mudança terapêutica e sublinha os novos desenvolvimentos que a pesquisa científica tem feito neste sentido (e.g., Heatherington et al., 2015; Sexton & Datchi, 2014; Stratton & Lask, 2013; Stratton et al., 2015). Metodologicamente, assistimos a alguns passos evolutivos influentes para o estudo dos resultados e do processo da TFS, como o desvio do foco da análise linear do indivíduo para a relação, a adoção da triangulação metodológica (articulação de métodos quantitativos e qualitativos) e o desenvolvimento de novas ferramentas de investigação (e.g., questionários de auto-resposta, sistemas observacionais de classificação, modelos estatísticos).

De um modo geral, a transferência do foco do estudo dos resultados para a investigação específica dos mecanismos de mudança dá origem a novos desenvolvimentos científicos no campo da pesquisa em terapia familiar, permitindo-nos olhar de forma mais complexa para as relações familiares, para a psicopatologia e para a mudança terapêutica. Além disso, o destaque consagrado às especificidades, através do estudo particular de diferentes variáveis da mudança clínica (e.g., as etapas do ciclo vital familiar), torna ainda mais relevante o papel da investigação para a intervenção clínica (Sexton & Datchi, 2014). Em Portugal, não obstante os significativos avanços patentes na evolução da TFS, sobretudo nos últimos dez anos, urge continuar a investir no seu estudo científico focado nos resultados e, sobretudo, no processo terapêutico. Apenas dessa forma será possível aprimorar o desenvolvimento das suas teorias e respetivas práticas, bem como promover o reconhecimento desta abordagem como uma forma de tratamento eficaz e única e integrá-la num quadro mais inclusivo como o dos serviços médicos e psicológicos (Heatherington et al., 2015; Stratton, 2007; Tyndall, Hodgson, Lamson, White, & Knight, 2012).

1.2. Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE): Da Adaptação à Medida da Intervenção

Sendo um dos alvos desta dissertação o estudo do desempenho do SCORE no contexto português, centrar-nos-emos de seguida na apreciação final das propriedades psicométricas da versão portuguesa desta escala, bem como na análise do funcionamento familiar traduzida nos resultados obtidos com a sua utilização em contexto comunitário e clínico.

1.2.1. Estudos Portugueses com o SCORE. Versão Portuguesa do SCORE-15

O processo de tradução, adaptação e validação do SCORE-15 para a população portuguesa foi desenvolvido com base nos procedimentos adotados pelos autores da escala original inglesa e pelos autores da versão irlandesa (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, & Stratton, 2010; Fay et al., 2011; Hamilton, Carr, Cahill, Cassells, & Hartnett, 2015; Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; Stratton et al., 2014), numa tentativa de acompanhar a sua trajetória psicométrica.

A análise da tradução e da adaptação cultural do SCORE resultou em alterações menores em apenas três itens potencialmente ambíguos, bem como a clarificação das instruções de preenchimento, anunciando a sua adequabilidade e acessibilidade à realidade nacional portuguesa.

Ao nível da análise da evidência de validade do SCORE, tal como se verifica na maioria das pesquisas anteriores, os estudos portugueses foram desenvolvidos com base em amostras combinadas de participantes, provenientes do contexto clínico e comunitário. Relativamente ao processo de recolha das amostras utilizadas, destacamos a superioridade significativa da dimensão das subamostras comunitárias, o que nos sugere uma maior facilidade na recolha de protocolos de avaliação na comunidade, comparativamente com o contexto clínico. Pelo contrário, no Reino Unido verifica-se uma maior facilidade em recolher a amostra clínica, segundo nos é referido por um dos autores da escala, Peter Stratton, e conforme podemos constatar nos estudos de validação da escala original. De facto, se considerarmos o desenvolvimento galopante

da TFS no Reino Unido, espelhado na precoce proliferação e reconhecimento desta prática clínica no sistema de saúde mental e no sério investimento na sua pesquisa científica (Stratton & Lask, 2013), não será surpreendente que o contexto inglês apresente uma maior disponibilidade para uma articulação funcional entre a intervenção e a investigação.

Os resultados da análise dos critérios de fiabilidade (análise da consistência) e validade (fatorial, discriminante, convergente e preditiva) da versão portuguesa do SCORE-15, obtidos nos três estudos desenvolvidos, encontram-se conciliados na Tabela 1. Relativamente à *consistência interna* da escala total, os estudos realizados apresentam valores de precisão (alfa de Cronbach) considerados bons (superiores a .80) (DeVellis, 2003; Nunnally, 1973; Pestana & Gageiro, 2008), com a exceção da subamostra utilizada no estudo de validade de critério (Vilaça et al., in press) que apresenta um índice inferior, ainda que próximo do limiar de .80 (.78). Estes resultados vão de encontro aos dados obtidos num estudo preliminar português (Pereira, 2011) focado na análise psicométrica de várias versões do SCORE, pois revelam igualmente um índice de precisão bom para o SCORE-15 global (.88). O mesmo se verifica no contexto inglês (Stratton et al., 2010; Stratton et al., 2014) e irlandês (Fay et al., 2011; Hamilton et al., 2015) onde encontramos valores de consistência interna semelhantes para a escala total (entre .83 e .90). Relativamente às três subescalas (Recursos familiares, Comunicação na família e Dificuldades familiares), os índices obtidos são considerados razoáveis (superiores a .70) e bons (superiores a .80), com a exceção da dimensão Comunicação familiar (Vilaça et al., in press) que apresenta valores abaixo do que é desejável (inferiores a .70), especificamente entre .60 e .70 (DeVellis, 2003; Nunnally, 1973; Pestana & Gageiro, 2008). Também o estudo desenvolvido por Pereira (2011) apresenta índices de precisão bons para as subescalas, exceto para a dimensão Comunicação (.73). Os estudos irlandeses (Fay et al., 2011; Hamilton et al., 2015) apresentam igualmente valores de coeficiente de alfa razoáveis e bons para as subescalas, salvo para a Comunicação familiar (Fay et al., 2011), que apresenta um índice considerado muito fraco (alfa inferior a .60), embora aceitável desde que os resultados obtidos com esta subescala sejam interpretados com precaução (DeVellis, 2003).

No seu global, os coeficientes de fiabilidade da versão portuguesa do SCORE-15 acompanham o padrão de resultados adquiridos nos estudos ingleses e irlandeses, com índices de consistência interna bons para a escala total e razoáveis a bons para as respetivas subescalas. A Comunicação familiar apresenta, regra geral, valores mais baixos comparativamente com as restantes dimensões (Fay et al., 2011; Hamilton et al., 2015; Pereira, 2011; Vilaça et al., in press; Vilaça et al., 2015a). É, no entanto, comum encontrarmos índices de consistência interna mais baixos em escalas consideradas pequenas (constituídas por menos de 10 itens), uma vez que estes valores são sensíveis ao número de itens que as compõem (Pallant, 2007).

Tabela 1.

Resumo das características psicométricas da versão portuguesa do SCORE-15 obtidas em três estudos

Estudos	Características psicométricas				
	Consistência interna	Validade fatorial	Validade discriminante	Validade convergente	Validade preditiva
Vilaça, Silva, & Relvas (2014)	Escala: .84 RF: .85 CF: .83 DF: .82	$\chi^2 = 215.082^{**}$ GFI = .947 CFI = .967 RMSEA = .054	_____	_____	_____
Vilaça, Sousa, Stratton, & Relvas (in press)	Escala: .78-.87 RF: .70-.87 CF: .61-.69 DF: .70-.80	_____	Escala: -9.08* RF: -6.49* CF: -7.72* DF: -7.34*	Escala - QOL: -.047* RF - QOL: -0.56* CF - QOL: -0.33* DF - QOL: -0.44*	RCI = 14%
Vilaça, Stratton, & Relvas (2015a)	Escala: .88 RF: .86 CF: .73 DF: .78	$\chi^2 = 226.296^{**}$ CFI = .954 GFI = .948 RMSEA = .056	Escala: -9.46** RF: -6.23** CF: -8.03** DF: -7.77**	_____	_____

Nota. RF = Recursos familiares; CF = Comunicação na família; DF = Dificuldades familiares; CFI = *Goodness-of-Fit Index*; GFI = *Comparative Fit Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; * $p < .01$; ** $p < .001$.

Para testar a *validade fatorial* do SCORE-15, procedeu-se ao estudo de análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC). Numa fase inicial, a AFE aponta para uma solução fatorial semelhante à original, embora a organização dos

itens pelas três subescalas não seja consistente com a conceptualização teórica subjacente à construção do instrumento (Stratton, et al. 2010), tal como acontece no estudo preliminar levado a cabo por Pereira (2011). Numa outra investigação desenvolvida pelos autores da escala (Stratton et al., 2014), com base numa amostra clínica, os resultados da AFE apontam identicamente para uma solução fatorial complexa e ambígua, induzindo os autores a sugerir a interpretação dos valores médios totais da escala, com uma ponderação equivalente para os 15 itens.

Na continuidade da pesquisa da validade interna da escala, o resultado dos estudos de AFC foram peremptórios na confirmação da estrutura empírica do SCORE-15, destacando as três dimensões correspondentes às da estrutura original (Stratton et al., 2010): Recursos familiares, Comunicação na família e Dificuldades familiares. Ambos os estudos nacionais que testaram a estrutura fatorial do SCORE-15 através da modelagem por equações estruturais (Vilaça et al., in press; Vilaça et al., 2015a) apresentaram índices de qualidade de ajustamento adequados, à semelhança dos resultados alcançados na Irlanda (Fay et al., 2011; Hamilton et al., 2015). Dentro das alterações sugeridas pelos índices de modificação para um ajustamento do modelo, evidenciamos a associação entre as dimensões Comunicação na família e Dificuldades familiares, que foi assumida por fazer sentido teórico. Sublinhamos, desde já, esta relação entre as duas subescalas pois é igualmente manifesta em análises subseqüentes de validação da escala, como veremos adiante. De um modo geral, os resultados aqui encontrados para a estrutura fatorial do SCORE-15, igualmente corroborados para a versão de 28 itens, asseguram a adoção das três dimensões na interpretação dos dados obtidos com este instrumento. Aliás, um estudo intercontinental realizado em Angola (Relvas, Vilaça, & Major, 2013), focado nas qualidades psicométricas do SCORE-15 neste contexto, aponta igualmente para uma estrutura de três fatores representativas das suas dimensões originais.

Quanto à *validade discriminante* do SCORE-15, os resultados obtidos evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras, quer para a escala total, quer para as suas dimensões, identificando *scores* mais baixos (melhor funcionamento familiar) para a população comunitária. Estas expectáveis constatações vão de encontro aos resultados obtidos no estudo realizado por Hamilton e colaboradores (2015) com o

SCORE-15 e no estudo desenvolvido pela equipa do Stratton (2010) com a versão de 40 itens do SCORE.

No que diz respeito ao processo de análise da *validade convergente*, deparámo-nos, mais uma vez, com a dificuldade que nos motivou para o estudo psicométrico do SCORE-15: a insuficiência de instrumentos breves de avaliação dos resultados da terapia, adaptados e validados para a população portuguesa e utilizados regularmente na prática clínica com famílias. Como tal, seleccionámos como critério para este estudo a versão portuguesa do Qualidade de Vida – formulário parental (QOL; Almeida, 2013), uma escala de avaliação da qualidade de vida familiar, um constructo teoricamente associado ao funcionamento familiar (Dunst, Trivette, & Deal, 1988). Os resultados obtidos indicam uma correlação moderada e estatisticamente significativa entre os respetivos instrumentos (total e subescalas do SCORE-15 com o total do QOL), tal como esperado, uma vez que ambos avaliam construtos como o bem-estar familiar. Além disso, o padrão global de correlações mais elevadas entre o SCORE-15 (total e subescalas) e a subescala Família, amigos e saúde, comparativamente com as restantes subescalas do QOL (Tempo, Media e comunidade, Bem-estar financeiro), comprova a sua validade convergente, pois esta é uma dimensão particularmente direcionada para os tópicos integrados no SCORE-15. No estudo realizado por Hamilton, Carr, Cahill, Cassells e Hartnett (2015) são também encontradas correlações predominantemente moderadas e significativas entre o SCORE-15 (total e subescalas) e outras medidas de ajustamento familiar (*Global Assessment of Relational Functioning Scale – GARF*), infantil (*Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*; *Children’s Global Assessment of Functioning Scale – CGAS*) e parental (*Mental Health Inventory 5 – MHI-5*; *Global Assessment of Functioning Scale – GAF*).

Os resultados encontrados no estudo de *validade preditiva*, sustentado na análise longitudinal da sensibilidade do SCORE-15 para reconhecer mudança terapêutica ao longo da terapia, apontam para diferenças entre as sessões analisadas (primeira e quarta sessão). De destacar, contudo, que apenas a dimensão Comunicação familiar apresenta melhorias estatisticamente significativa ($p < .05$) entre as sessões. Curiosamente, numa análise semelhante integrada no estudo de Hamilton et al. (2015), verificam-se melhorias significativas para o total e dimensões do SCORE-15 utilizando um nível de significância de $p < .01$, exceto para a Comunicação que apenas atinge um nível de

significância de $p < .05$ (tal como no nosso estudo). Neste sentido, tendo em consideração que a dimensão das amostras utilizadas nestes estudos é desigual (Vilaça et al., in press: $N = 66$; Hamilton et al., 2015: $N = 258$), bem como o espaço temporal entre os dois momentos de avaliação (Vilaça et al., in press: entre nove a 12 semanas; Hamilton et al., 2015: três a cinco meses), ponderamos se será a Comunicação uma dimensão familiar que rapidamente atinge melhorias na terapia, embora estas não evoluam gradualmente ao longo da intervenção terapêutica, tal como as restantes dimensões parecem progredir. No entanto, seriam necessários novos estudos para testar esta possibilidade.

As análises efetuadas com o Índice de Mudança Confiável (*Reliable Change Index* – RCI) vêm confirmar a eficácia do SCORE-15 enquanto instrumento eficaz na deteção da mudança clínica, representada através da melhoria do funcionamento das famílias (RCI = 14%; Vilaça et al., in press). Estes resultados vão de encontro aos dados ingleses (RCI = 19%; Stratton et al., 2014) e irlandeses (RCI = 41%; Hamilton et al., 2014), que já haviam asseverado a sensibilidade da escala face à mudança terapêutica ocorrida entre sessões, através de índices superiores aos obtidos no nosso estudo. Note-se, no entanto, que para além de se basearem em amostras clínicas com dimensões superiores (Stratton et al., 2014: $N = 258$; Hamilton et al., 2015: $N = 247$), comparativamente à amostra utilizada no nosso estudo ($N = 66$), a análise realizada no contexto irlandês diz respeito a um espaçamento temporal superior entre as duas avaliações (três a cinco meses). Mais uma vez, pontuamos o tamanho do grupo de respondentes e o tempo entre as avaliações, pois, teoricamente, representam fatores relevantes na análise da mudança familiar no contexto da terapia familiar.

A comparação do SCORE-15 com o SCORE-28 evidencia qualidades psicométricas adequadas em ambas as escalas, tal como já se havia constatado com as respetivas versões irlandesas. Para efeitos de confrontação, condensámos os principais dados obtidos no estudo português (Vilaça et al., 2015a) e nos estudos irlandeses (Fay et al., 2011; Hamilton et al., 2015) na Tabela 2. As análises realizadas com a população portuguesa apontam para valores próximos entre as duas versões, apesar de se notarem algumas variações. Por exemplo, enquanto o SCORE-15 exhibe propriedades psicométricas ligeiramente superiores no que diz respeito à validade fatorial e à validade de construto, o SCORE-28 apresenta valores de consistência interna superiores

aos obtidos com o SCORE-15 (tal como esperado, já que é a escala mais longa). Comparativamente com os estudos irlandeses, os dados psicométricos resultantes do nosso estudo são próximos, embora apresentem índices ligeiramente inferiores, sobretudo em relação à investigação desenvolvida por Hamilton et al. (2015).

Tabela 2.

Dados de Comparação do SCORE-15 com o SCORE-28: Dados Portugueses e Irlandeses

Características psicométricas	Estudo português		Estudos irlandeses			
	(Vilaça, Strattom, & Relvas, 2015a)		(Fay et al., 2011)		(Hamilton et al., 2015)	
	SCORE-15	SCORE-28	SCORE-15	SCORE-28	SCORE-15	SCORE-28
Consistência interna	Escala: .88 RF: .86 CF: .73 DF: .78	Escala: .92 RF: .92 CF: .83 DF: .82	Escala: .83 RF: .76 CF: .58 DF: .71	Escala: .89 RF: .86 CF: .75 DF: .76	Escala: .90 RF: .83 CF: .78 DF: .85	Escala: .93 RF: .90 CF: .86 DF: .86
Validade discriminante	Escala: -9.46**	Escala: -9.68**	—	—	Escala: 13.47*	Escala: 13.11*
Validade fatorial	$\chi^2 = 226.296^{**}$ CFI = .954 GFI = .948 RMSEA = .056	$\chi^2 = 817.476^{**}$ CFI = .928 GFI = .901 RMSEA = .051	$\chi^2 = 1179.19^{**}$ CFI = .92 TLI = .97 RMSEA = .07 SRMR = .05	$\chi^2 = 1877.04^{**}$ CFI = .91 TLI = .98 RMSEA = .06 SRMR = .06	$\chi^2 = 330.81^{**}$ CFI = .980 TLI = .976 RMSEA = .063 SRMR = .040	$\chi^2 = 979.024^{**}$ CFI = .970 TLI = .967 RMSEA = .051 SRMR = .049
Validade de construto	RF: .729* CF: .886* DF: .872*	RF: .712* CF: .890* DF: .832*	RF: .75* CF: .83* DF: .85*	RF: .83* CF: .85* DF: .78*	—	—
Valores de corte	Pop. geral: 2.4	Pop. geral: 2.3	Adultos: 1.9 Adols.: 2.9	Adultos: 1.9 Adols.: 2.9	—	—

Nota. RF = Recursos familiares; CF = Comunicação na família; DF = Dificuldades familiares; CFI = *Goodness-of-Fit Index*; GFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker-Lewis Fit Index*; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; SRMR = *Standardized Root-Mean-Square Residual*; * $p < .01$; ** $p < .001$.

Tendo como objetivo o próprio sentido a dar aos dados recolhidos em contexto clínico e comunitário, procedemos ainda à análise dos *valores de referência* para a população portuguesa, através do cálculo dos postos percentílicos de ambas as versões. Os resultados revelam valores médios totais mais elevados para o SCORE-15, comparativamente com o SCORE-28, e valores mais baixos para a dimensão Recursos familiares, em ambas as versões, tal como os resultados de análises anteriores têm vindo a anunciar.

O facto de o SCORE nos permitir discriminar os participantes não-clínicos dos clientes da terapia familiar, conforme demonstrado no estudo de validação discriminante, contribui para a sua validade de construto e funciona como um argumento a favor da sua utilidade para a avaliação do funcionamento familiar. O cálculo dos *pontos de corte* para o total das versões, através da análise das curvas ROC, indica-nos pontos semelhantes para as duas versões, nomeadamente um valor mais elevado para a interpretação dos resultados obtidos com o SCORE-15 (2.4), comparativamente com o SCORE-28 (2.3). Da mesma forma, no estudo de Fay et al. (2011) sobre a avaliação das normas irlandesas para o SCORE-15 e 28, os resultados encontrados no estudo dos pontos de corte especificamente para os respondentes adultos indicam os mesmos valores para ambas as versões. De notar, contudo, que a fixação dos valores portugueses deve ter em consideração as limitações da amostra clínica, ou seja, a sua dimensão inferior comparativamente com a amostra comunitária.

Para além da adaptação e validação portuguesa dos 15 itens que compõem o SCORE, procurámos igualmente testar as propriedades psicométricas da segunda secção da versão para clientes (três questões do tipo *Visual Analogue Scales* – VAS) e da versão para os terapeutas (uma questão VAS e uma questão do tipo *Likert*), relativas às apreciações sobre o progresso das famílias na terapia (avaliação da gravidade do problema, da organização da família e da evolução familiar) e a utilidade da terapia para estas famílias. Os dados preliminares deste estudo (Vilaça, Stratton, & Relvas, 2015b) sugerem um funcionamento apropriado das escalas que compõem ambas as versões, na medida em que estas diferenciam os julgamentos de clientes e terapeutas nos três momentos de avaliação (primeira, quarta e sétima sessão).

Em suma, o conjunto de estudos portugueses aqui compilados evidenciam a fiabilidade e a validade da versão portuguesa do SCORE-15 porquanto demonstram

cumprir os requisitos clássicos da avaliação psicométrica de medidas de resultados (precisão, validade fatorial, validade discriminante, validade convergente, validade preditiva e validade de construto). Para além disso, estes estudos informam-nos ainda sobre a *usabilidade* do instrumento na nossa população. A este propósito, Tarescavage e Ben-Porath (2014) apresentam um conjunto de critérios valorizados pelos profissionais (clínicos/investigadores) na eleição dos instrumentos de avaliação dos resultados. Através de um estudo de revisão crítica sobre a utilização de medidas dos resultados da psicoterapia, os autores sugerem uma classificação que se divide entre critérios práticos (*practical criteria*) – e.g., tempo necessário para a administração, facilidade de administração, disponibilização de *software* de cotação, nível de leitura exigido, custos – e critérios utilitaristas (*utilitarian criteria*) – e.g., amplitude amostral, sensibilidade à mudança, fiabilidade, validade discriminante, validade fatorial, disponibilização dos valores normativos. Assim, tendo em consideração o cumprimento da generalidade desses critérios de avaliação de medidas (Tarescavage & Ben-Porath, 2014), sublinhamos ainda as potencialidades do SCORE-15 português enquanto um instrumento adequado e amigável (*user-friendly*).

Por fim, destacamos o uso de técnicas psicométricas avançadas no alcance destes resultados, tal como a utilização da Modelagem por Equações Estruturais, do Índice de Mudança Confiável e das curvas ROC.

1.2.2. Funcionamento Familiar e Terapia

Enquanto medida do funcionamento familiar, o estudo psicométrico do SCORE, em contexto clínico e comunitário, fornece-nos importantes pistas sobre diferentes aspetos da dinâmica familiar, especificamente, dos Recursos, Comunicação e Dificuldades. Num primeiro momento, a análise do poder discriminante da escala aponta, tal como previsto, para um funcionamento familiar global mais saudável dos participantes não clínicos, comparativamente com os clientes da terapia. Colocando o foco na análise das dimensões verificamos que os Recursos Familiares apresentam níveis de funcionamento mais saudáveis em ambos os contextos, insinuando que, independentemente da natureza (contexto clínico ou comunitário) dos participantes, estes apresentam sempre mais obstáculos ao nível da comunicação e das dificuldades no

seio familiar, do que propriamente em relação aos recursos ou forças da família. Congruentemente, a análise da sensibilidade do instrumento à mudança terapêutica na primeira e quarta sessão da terapia, revela melhorias no funcionamento familiar, exceto para a dimensão Recursos, pois esta apresenta persistentemente valores de funcionamento mais positivos, indicando novamente que este aspeto manifesta menos complicações.

Verifica-se ainda que apenas a Comunicação familiar apresenta melhorias significativas, sugerindo que esta será a dimensão mais permeável à mudança terapêutica nesta fase da terapia (entre a primeira e a quarta sessão). Sendo o padrão de comunicação dentro da família o espelho das suas interações (Alarcão, 2006), as melhorias traduzidas nesta dimensão do SCORE (relativas à mentira, à abertura para discordarem ou mesmo a práticas ofensivas no contexto familiar) representam passos promissores para uma comunicação funcional, basilar para um funcionamento familiar saudável.

Estas pistas sobre o funcionamento familiar na terapia, muito próximas das obtidas nos estudos ingleses (Stratton et al., 2014) e irlandeses (Hamilton et al., 2015), reforçam a utilidade do SCORE-15 enquanto medida de avaliação de aspetos do relacionamento familiar que são sensíveis à mudança, os quais são, inclusivamente, identificados pelas próprias famílias em terapia como questões significativas para si (Stratton et al., 2014). Pelo facto de providenciar breves descrições do funcionamento familiar, este instrumento representa uma potencial ferramenta de intervenção na monitorização dos avanços da família ou mesmo para a planificação da terapia.

Concluindo, as famílias analisadas aparentam possuir as estratégias e recursos necessários para lidar com as adversidades (e.g., apoio, confiança), apresentando mais complicações ao nível da comunicação (e.g., mentir, sentir dificuldades em discordar), e das dificuldades familiares (e.g., dificuldades em enfrentar os problemas, sentirem que as coisas correm sempre mal).

1.3. A Evolução da Terapia Familiar: Análise Longitudinal

A análise da mudança terapêutica, alvo principal desta dissertação, apoia-se sobretudo nos estudos longitudinais do processo terapêutico, avaliados em três momentos da terapia: primeira, quarta e sétima sessão. Tratando-se de uma análise sequencial prospectiva de processos de terapia conjunta, este estudo conta naturalmente com um número menor de participantes (até 45 clientes e 25 terapeutas). Como tal, achamos relevante salientar que a interpretação e discussão dos resultados evidencia diferenças significativamente estatísticas ($p < .05$), mas considera também resultados com valores de *p value* não significativos enquanto tendências potencialmente relevantes. Segundo Loureiro e Gameiro (2011), tal como em amostras grandes (com pequena variação) podemos encontrar efeitos estatisticamente significativos sem relevância clínica, devemos estar atentos para, no caso de amostra consideradas pequenas, resultados não significativos poderem denotar efeitos substantivos do ponto de vista clínico.

1.3.1. Resultados e Processo Terapêutico

Da análise longitudinal dos resultados da terapia (funcionamento familiar) e do processo terapêutico (aliança terapêutica), decorrido com Famílias com filhos adolescentes e Famílias com filhos adultos (Vilaça, Silva, & Relvas, 2015), destacam-se evoluções positivas globais das dimensões Comunicação familiar, Dificuldades familiares e das Forças da aliança.

No que se refere aos resultados da terapia, as duas etapas do ciclo vital progridem de forma semelhante ao longo dos três momentos de avaliação, sendo visíveis melhorias significativas ao nível da Comunicação e das Dificuldades logo numa primeira fase da terapia (entre a primeira e a quarta sessão). Os Recursos familiares não evoluem positivamente de forma significativa embora apresentem sucessivamente resultados mais favoráveis do que as restantes dimensões, tal como acontece num estudo irlandês (Hamilton et al., 2015) e nacional (Vilaça et al., in press). Para além disso, os Recursos apresentam uma evolução sinuosa (deterioração seguida de melhoria), semelhante à

obtida para a mesma dimensão e para a questão sobre a Organização familiar, na análise de comparação das perspectivas de clientes e terapeutas (Vilaça et al., 2015b).

Apesar de teoricamente anteciparmos diferentes evoluções para as duas etapas do ciclo vital, uma vez que comportam tarefas diferenciadas e específicas (Relvas, 1996), tal não se verifica no nosso estudo, levando-nos a considerar o impacto da atual crise económica e social na (re)organização e (re)configuração das dinâmicas familiares. Assim, atentando que a família somente poderá ser compreendida no quadro dos vários contextos em que se move, fenómenos contemporâneos comuns como o prolongamento da convivência intergeracional, a dependência financeira dos pais ou o adiamento da parentalidade parecem problematizar os processos que premeiam a transição para a idade adulta (Brandão, Saraiva, & Matos, 2012; Greeson, 2013), aproximando as tarefas desenvolvimentais entre as Famílias com filhos adolescentes e as Famílias com filhos adultos.

Foi possível analisar as percepções de clientes (membros da família) e terapeutas acerca da evolução da terapia, as quais nos informam particularmente sobre o processo terapêutico, mas também acerca dos resultados da terapia. Relativamente às avaliações dos clientes, destacamos as percepções positivas sobre os problemas ou dificuldades que motivaram a ida à terapia. Verificamos uma diminuição crescente e significativa da *Gravidade do problema*, quer numa fase inicial da terapia (após três sessões), quer na fase subsequente (após seis sessões), o que também é manifesto nas descrições progressivamente mais positivas que fazem das suas famílias (questão aberta). O mesmo resultado se verifica numa análise recente preliminar das propriedades psicométricas da versão polaca do SCORE-15 (Józefik, Matusiak, Wolska, & Ulasińska, 2015), onde são igualmente constatadas avaliações significativamente positivas para a escala sobre a severidade dos problemas familiares, após três sessões de terapia. Segundo estes autores, esta melhoria relaciona-se com estratégias específicas de intervenção contempladas na fase inicial de tratamento, como a contextualização dos sintomas apresentados pelas famílias, a análise da forma como estes são compreendidos pelas famílias e o impacto que têm nas suas rotinas, bem como dos recursos utilizados pelas famílias para lidarem com as dificuldades. Além disso, acrescentamos que a própria solicitação de apoio terapêutico e o sentimento de partilha de responsabilidade

na resolução dos problemas familiares com o(s) terapeuta(s) poderá contribuir para a percepção de menor gravidade do problema.

O cruzamento das percepções de clientes e terapeutas, acerca da *Organização/Evolução das famílias* e a *Utilidade da terapia* para os clientes (as duas escalas equiparáveis nas versões para clientes e terapeutas), medidas na quarta e sétima sessões, demonstra que as duas avaliações não se correlacionam, embora se aproximem na última avaliação. Estas conclusões sugerem que, apesar de aparentemente, terapeutas e clientes não entenderem o processo terapêutico de forma idêntica, as suas visões face ao desempenho das famílias e utilidade da terapia tornam-se mais consonantes à medida que o tratamento avança. Este fenómeno não é surpreendente, pois alguns estudos desenvolvidos previamente apontam para visões distintas do processo terapêutico, entre os dois informantes, quer no que diz respeito à sua evolução (Helmeke & Sprenkle, 2000; Okiishi et al., 2006; Viklund, Holmqvist, & Zetterqvist Nelson, 2010), quer em termos da relação terapêutica (Gold, Hilsenroth, Kuutmann, & Owen, 2015; Zandberg, Skriner, & Chu, 2015). Neste âmbito, num estudo que analisa as perspetivas dos terapeutas sobre os resultados e processo da terapia (Vilaça, Sotero, & Relvas, 2013), verifica-se que os anos de experiência clínica dos terapeutas influenciam os seus julgamentos sobre a terapia (terapeutas menos experientes avaliam menos positivamente a evolução familiar e envolvem-se menos na terapia), tal como os anos de experiência específica em TFS têm impacto nas suas avaliações acerca do processo terapêutico (terapeutas com mais experiência estabelecem alianças terapêuticas mais fortes).

Considerando a análise dos quinze itens da escala, salientamos o facto dos resultados obtidos para os *Recursos familiares* (subescala da primeira secção) e para a questão sobre a *Organização das famílias* (questão VAS da segunda secção) apresentarem padrões de mudança semelhantes: os resultados são consonantes ao apontar para uma deterioração da primeira para a quarta sessão. Com efeito, entendemos que esta progressão (não significativa) poderá ser compreendida à luz do processo de consciencialização das famílias relativamente às suas dificuldades reais. Além disso, esta tendência poderá também sinalizar a expectável crise que antecede a mudança de segunda ordem nos sistemas familiares (Alarcão, 2006; Ausloos, 1996). A evolução positiva dos Recursos e Organização das famílias, da quarta para a sétima sessão, parece indicar este movimento de mudança precedida de crise familiar (Olson et

al., 1983). Verificamos ainda que avaliação dos clientes sobre a sua *Organização familiar*, efetuada na quarta sessão, se correlaciona de forma significativa e positiva com as suas perceções do *funcionamento familiar global* (15 itens), avaliado na sétima sessão. De um modo geral, estes dados parecem recomendar a escala da Organização familiar enquanto um relevante informante sobre os Recursos familiares ao longo do processo terapêutico, e *vice-versa*, bem como sobre o funcionamento familiar global na sétima sessão.

O estudo do processo terapêutico assente na avaliação da aliança terapêutica com Famílias com filhos adolescentes e com filhos adultos (Vilaça, Silva, & Relvas, 2015), revela evoluções positivas apenas para a dimensão Forças da aliança. Para além disso, verificamos que as duas etapas do ciclo vital desenvolvem alianças significativamente diferentes, sobretudo numa segunda fase do tratamento (entre a quarta e a sétima sessão): enquanto as Famílias com filhos adolescentes apresentam melhorias ao nível das Dificuldades da aliança, as Famílias com filhos adultos evoluem mais positivamente em termos das Forças da aliança. No que diz respeito à etapa das Famílias com filhos adolescentes, de certa forma, estas são constatações antecipáveis na medida em que vão de encontro aos resultados encontrados na vasta literatura focada nas complexidades e desafios adicionais do estabelecimento de alianças com adolescentes (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Higman, Friedlander, Escudero, & Diamond, 2012; Relvas & Sotero, 2014).

Tal como esperado, dada a vasta evidência científica certificadora da eficácia da TFS, as *sessões* manifestam um impacto significativo e positivo ao nível dos resultados e da aliança, traduzidos em melhorias significativas na Comunicação e Dificuldades familiares e nas Forças da aliança terapêutica.

1.3.2. Trajetos de Mudança na Terapia: A Relevância da Quarta Sessão

Dentro dos diferentes trajetos de mudança manifestos, ao nível dos resultados e do processo da terapia, destaca-se a quarta sessão como um potencial momento-chave para a mudança terapêutica em processos breves de TFS. Se por um lado, os dados do nosso estudo sugerem que neste estágio da terapia é provável identificar mudanças

significativamente positivas do funcionamento das famílias, por outro lado insinuam que é apenas a partir deste ponto do processo que se estabelecem alianças significativas entre clientes e terapeutas. No que diz respeito aos resultados terapêuticos avaliados através do funcionamento das famílias, estas conclusões corroboram as proposições de outros autores acerca da relevância das primeiras três sessões no alcance de progressos familiares positivos (Lambert & Vermeersch, 2008; Stratton et al., 2014). Estes resultados assemelham-se aos encontrados numa análise qualitativa anterior sobre as percepções dos clientes acerca dos momentos principais de mudança na terapia de casal (Helmeke & Sprenkle, 2000). Neste estudo, os autores chamam a atenção para a importância da segunda sessão de terapia enquanto o período terapêutico onde são claramente identificados mais momentos cruciais de mudança. Em termos da aliança terapêutica, depreendemos que o estabelecimento significativo desta ligação clientes-terapeutas não ocorre numa tão fase inicial da terapia, mas requer mais tempo e trabalho terapêutico.

As conclusões alcançadas relativamente à evolução dos resultados e da aliança terapêutica sugerem, como já vimos, ritmos distintos de mudança ao longo da primeira, quarta e sétima sessão. De um ponto de vista macrosistémico, e tendo em consideração que a mudança familiar se constitui como um processo temporal e contínuo, estes dados sugerem-nos uma percepção da mudança terapêutica enquanto decorrente de um conjunto de possíveis micro-mudanças que promovem outras mudanças. Especificamente, os primeiros progressos ao nível da Comunicação (e.g., a possibilidade dos membros familiares discordarem uns dos outros ou serem menos desagradáveis entre si) e das Dificuldades familiares (e.g., sentirem menos dificuldades em lidar com os seus problemas quotidianos ou sentirem que as coisas correm melhor) poderão servir de facilitadores das mudanças mais morosas concernentes às Forças da aliança (e.g., confiança no terapeuta e na utilidade da terapia). Esta possível leitura da mudança terapêutica desafia as assunções amplamente estabelecidas acerca do poder preditivo da aliança relativamente aos resultados da terapia (ou seja, da aliança terapêutica enquanto estratégia para o sucesso terapêutico), chamando, assim, a atenção para a potencial influência recíproca entre estas duas dimensões. Neste sentido, diferentes investigações sobre o processo terapêutico apontam para a associação entre resultados positivos obtidos numa fase inicial do tratamento e subsequentes alianças

terapêuticas fortes (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2009; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012). Mais recentemente, num estudo longitudinal sobre o processo terapêutico, focado na ligação entre a aliança e os resultados da terapia (Xu & Tracey, 2015), os autores observaram a presença de um padrão de influência mútua e constante ao longo da terapia, que se inicia a partir da terceira sessão.

2. Implicações para a Prática Clínica

O presente estudo procura contribuir para o encurtamento da distância entre a intervenção clínica e a investigação, sobretudo a focada no processo terapêutico. Acreditamos que as conclusões dos estudos aqui apresentados têm implicações clínicas claras, quer ao nível da avaliação dos resultados da terapia, quer em termos da compreensão do processo terapêutico. Descrevemos, de seguida, algumas reflexões acerca dos promissores contributos desta investigação para os interventores clínicos.

- Esta investigação disponibiliza a peritos de avaliação, terapeutas, investigadores e às próprias famílias uma medida de avaliação do funcionamento familiar, adaptada e validada para a população portuguesa. Além disso, torna-se acessível uma escala *user friendly* considerando a facilidade da sua aplicação, o tempo requerido para o seu preenchimento (cerca de 5 a dez minutos), a sua aceitabilidade e fácil compreensão (taxa elevada de preenchimento), a facilidade de cotação e interpretação dos resultados obtidos, a sua acessibilidade (é gratuito), e até na existência de uma página *online* (<http://www.aft.org.uk/view/score.html?tzcheck=1>) com um conjunto de ferramentas para um melhor conhecimento e uso do SCORE-15, nomeadamente um *software* para o tratamento das respostas.
- As análises das características psicométricas do SCORE-28 validam a sua utilização científica e clínica, tornando acessível uma versão mais longa do SCORE, a qual representa uma opção mais favorável quando se pretende uma visão mais detalhada do funcionamento das famílias.

- Por ser um instrumento que diferencia os participantes clínicos dos não-clínicos, representa uma ferramenta útil na identificação de possíveis padrões de funcionamento das famílias que não recorrem à terapia familiar, comparativamente às famílias que procuram este apoio.
- Os estudos realizados com o SCORE apontam para tendências de funcionamento familiar que se constituem como potenciais informadores para a prática clínica. Globalmente, a escala identifica um pior funcionamento familiar ao nível da Comunicação e das Dificuldades, enquanto os seus Recursos apresentam resultados mais positivos ao longo da terapia. Como tal, consideramos que a TFS poderá beneficiar com um plano de intervenção mais focalizada no trabalho da comunicação familiar e das dificuldades apresentadas pelas famílias, do que especificamente nas suas forças ou recursos.
- Ao nível da evolução dos resultados e da aliança terapêutica emergem padrões e ritmos de mudança familiar que se constituem como potenciais informadores para a prática clínica, sobretudo em relação aos respetivos ritmos diferenciados de progresso na terapia.
- A proximidade dos resultados obtidos nas análises da evolução do funcionamento das Famílias com filhos adolescentes e Famílias com filhos adultos, remetem-nos para a necessidade de um olhar crítico sobre o ciclo de vida da família em geral, uma vez que as caracterizações vigentes parecem não compreender a realidade relacional das famílias contemporâneas, particularmente no que diz respeito à complexificação e diversificação do processo de transição para a vida adulta. Assim, uma vez que o ciclo vital da família representa uma importante ferramenta clínica, regularmente utilizada no diagnóstico e estruturação da intervenção terapêutica, salientamos a importância da revisão da conceitualização das categorizações utilizadas.
- A relevância do estudo longitudinal do processo terapêutico para uma *practice evidence-based* reforça a necessidade da sensibilização para a

investigação em meio clínico (dirigida a terapeutas e clientes) e da abertura para a colaboração entre clientes, terapeutas e investigadores.

Em suma, a possibilidade inovadora de utilização do SCORE-15 em contexto nacional representa um importante contributo para o estudo do funcionamento familiar e da mudança terapêutica, ao providenciar uma ferramenta adequada à medição destes constructos, e simultaneamente, um incentivo à discussão teórica sobre o mesmo, ao demonstrar implicações para a prática clínica. Por fim, a análise da mudança terapêutica aqui apresentada contribui para o preenchimento de uma lacuna na investigação longitudinal do processo terapêutico com famílias portuguesas.

3. Limitações e Indicações para Estudos Futuros

No seu conjunto, são aqui apresentados os primeiros estudos realizados com a versão portuguesa do SCORE. O facto de recorrermos a ferramentas estatísticas avançadas, realizarmos análises longitudinais do processo terapêutico e a nossa população-alvo ser constituída por membros familiares e terapeutas reforça o carácter inovador deste trabalho, enriquece a compreensão do processo terapêutico e reforça a importância de se considerarem estudos longitudinais que contemplem várias perspetivas no estudo científico do processo terapêutico.

Ao longo desta investigação deparámo-nos com várias limitações metodológicas que, na sua maioria, foram discutidas no final dos estudos que integram os capítulos anteriores. Da reflexão global desta investigação, destacamos aquelas que consideramos mais relevantes e que gostaríamos que fossem consideradas em investigações futuras. Uma das limitações que destacamos é relativa à possível interdependência dos nossos resultados que poderá derivar do facto de as amostras utilizadas nos diferentes estudos conterem uma percentagem de participantes comuns. Ainda relativamente às amostras utilizadas, destacamos uma limitação transversal aos vários estudos integrados no Capítulo II, designadamente a composição diferenciada das subamostras comunitárias e clínicas. Neste âmbito, seria interessante desenvolver novos estudos com a versão portuguesa do SCORE-15 utilizando amostras equilibradas em termos da sua dimensão,

estratificadas e representativas da população portuguesa, como por exemplo compostas por participantes igualmente distribuídos pelas várias classes de idades. Especificamente em relação à amostra clínica, seria interessante reproduzir as análises da evolução dos resultados da terapia ao longo das sessões com uma amostra mais robusta, especialmente porque surgem tendências nos nossos estudos que beneficiariam de comprovação. Sobretudo no estudo sobre as percepções dos clientes e respetivos terapeutas (Vilaça et al., 2015b) estão patentes evoluções positivas não significativas ($p > .05$) que sugerem uma tendência para a sua evolução positiva e crescente. Neste sentido, seria igualmente útil verificar se, utilizando amostras clínicas de maior dimensão, o estudo do funcionamento familiar atinge progressos mais expressivos, à semelhança do que acontece no estudo inglês (Stratton et al., 2014) e irlandês (Hamilton et al., 2015). Ao nível da validação do SCORE-15, importa prosseguir com o acompanhamento dos estudos desenvolvidos pelos autores das escalas inglesa e irlandesa, prioritariamente o estudo de validade teste-reteste.

Destacamos a importância da continuidade da investigação iniciada com o estudo longitudinal do processo e dos resultados da TFS. A este respeito, consideramos que análise do processo e resultados da terapia, alargada às diferentes etapas que compõem o ciclo vital da família (Relvas, 1996), e centrada em diferentes momentos da intervenção (momento inicial, intermédio, final e de seguimento), enriqueceria significativamente a compreensão e consequentemente a intervenção sistémica com famílias. Na mesma linha, seria interessante analisar as dinâmicas familiares contemporâneas com o objetivo de melhor compreender de que como se relacionam e evoluem as famílias na atualidade, melhorando os conhecimentos teóricos sobre o seu atual ciclo desenvolvimental, na procura de melhores práticas.

Por fim, evidenciamos a importância da aplicabilidade do SCORE aos elementos mais novos das famílias (menores de 12 anos), especificamente através da adaptação e validação da versão para crianças desenvolvida por Jewell e colaboradores (2013).

4. Referências

- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios Familiares (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, S. (2013). *Escala de Qualidade de Vida Familiar (Quality of Life – QOL): Desenvolvimento de uma versão reduzida para a população* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal. Acedido Janeiro 7, 2014, em <http://hdl.handle.net/10316/24115>.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2009). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 1*, 80–89. doi:10.1037/1949-2715.S.1.80
- Brandão, T., Saraiva, L., & Matos, P. M. (2012). O prolongamento da transição para a idade adulta e o conceito de adulez emergente: Especificidades do contexto português e brasileiro. *Análise Psicológica, (3)*, 301-313.
- Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., & Stratton, P. (2010). Validation of a 28-item version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: The SCORE-28. *Journal of Family Therapy, 32*, 210-231. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00506.x
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Dunst, C.J., Trivette, C., & Deal, A. (1988). *Enabling & empowering families: principles & guidelines for practice*. Cambridge: Brookline Bookes.
- Fay, D., Carr, A., O'Reilly, K., Cahill, P., Dooley, B. Guerin, F., & Stratton, P. (2013). Irish norms for the SCORE-15 and 28 from a national telephone survey. *Journal of Family Therapy, 35*, 24-42. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00575.x
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 10–17. doi: 10.1037/a0025749
- Friedlander, M. L. (1998). Family Therapy Research: Science into Practice, Practice into Science. In M. P. Nichols & R. C. Schwartz (Eds.), *Family Therapy. Concepts and Methods* (pp. 503-533). New York, NY: Allyn & Bacon.

- Friedlander, M. L., & Diamond, G. M. (2011). Couple and family therapy. In E. Altmaier & J. Hansen (Eds.), *Oxford handbook of counseling psychology* (pp. 647-675). New York, NY: Oxford University Press.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gold, S. H., Hilsenroth, M. J., Kuutmann, K., & Owen, J. J. (2015). Therapeutic alliance in the personal therapy of graduate clinicians: Relationship to the alliance and outcomes of their patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(4), 304-316. doi:10.1002/cpp.1888
- Greeson, J. K. P. (2013). Foster youth and the transition to adulthood: The theoretical and conceptual basis for natural mentoring. *Emerging Adulthood*, 1(1), 40-51.
- Hamilton, E., Carr, A., Cahill, P., Cassels, C., & Harnett, D. (2015). Psychometric properties and responsiveness to change of SCORE-15 and 28 item versions of the SCORE: A family assessment questionnaire. *Family Process*, 54(3), 454-463. doi:10.1111/famp.12117
- Helmeke, K. B., & Sprenkle (2010). Clients' perceptions of pivotal moments in couple therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4), 469-483. doi:10.1111/j.1752-0606.2000.tb00317.x
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Diamond, G. M., Escudero, V., & Pinsof, W. M. (2015). 25 Years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 25(3), 348-364. doi:10.1080/10503307.2014.983208
- Higham, J. E., Friedlander, M. L., Escudero, V., & Diamond, G. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy: An exploratory study of in-session processes of change. *Journal of Family Therapy*, 34(1), 24-52. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00571.x
- Jewell, T., Carr, A., Stratton, P., Lask, J., & Eisler, I. (2013). Development of a Children's Version of the SCORE Index of Family Function and Change. *Family Process*, 52(4), 673-684. doi:10.1111/famp.12044
- Józefik, B., Matusiak, F., Wolska, M., & Ułasińska, U. (2015). Family therapy process: Works on the Polish version of the SCORE-15 tool. *Psychiatria Polska*, 24, 1-13. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/42894

- Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2008). Measuring and improving psychotherapy outcome in routine practice. In D. Brown & W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed.; pp. 233-248). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Loureiro, L. M., & Gameiro, M. G. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: Para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 151-162.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2ª ed.). Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individuals Therapists on their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172. doi:10.1002/jclp.20272
- Olson, D. H., McCubbin, H., Barnes, H. L., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1983). *Families: What Makes them Work?* Beverly Hills: Sage Publications.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step-by-Step Guide to Data Analysis using SPSS version 15* (3th ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Pereira, F. (2011). *Estudo de validação da versão portuguesa do SCORE-28 e 15 numa amostra não-clínica* (Tese de mestrado não publicada). University de Coimbra, Portugal.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. G. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). *Famílias obrigadas, terapeutas forzosos. La Alianza terapéutica en contextos coercitivos*. Madrid: Editora Morata.
- Relvas, A. P., Vilaça, M., & Major, S. (2013, outubro). *Portuguese and Angolan SCORE-15 Results. Exploratory Comparative Studies*. Comunicação oral apresentada no 8th EFTA Congress. Istanbul, Turquia.
- Sexton, T. L., & Datchi, C. (2014). The development and evolution of family therapy research: Its impact on practice, current status, and future directions. *Family Process*, 53(3), 415-433. doi:10.1111/famp.12084
- Sexton, T. L., Datchi, C., Evans, L., LaFollette, J., & Wright, L. (2013). The

- effectiveness of couple and family based clinical interventions. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th ed., pp. 587-639). New York, NY: Wiley.
- Sprenkle, D. (2012). Intervention research in couple and family therapy: A methodological and substantive review and an introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 3–29. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00271.x
- Sprenkle, D., Davis, S., & Lebow J. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy: The Overlooked Foundation for Effective Practice*. New York: Guilford.
- Stanton, D. M. (1981). Strategic approaches to family therapy. In A. S. Gurman, & D. P. Kniskern (Eds.). *Handbook of Family Therapy* (pp. 361-402). New York: Brunner/ Mazel.
- Stanton, M., & Welsh, R. (2011). *Specialty competencies in couple and family psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Stratton, P. (2007). Enhancing Family Therapy's Relationships With Research. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 28, 177-184. doi: 10.1375/anft.28.4.177
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic therapy and couple therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x
- Stratton, P., & Lask, J. (2013). The Development of Systemic Family Therapy for Changing Times in the United Kingdom. *Contemporary Family Therapy*. DOI 10.1007/s10591-013-9252-8. (available in early view, 24 August 2013)
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change. *Journal of Family Therapy*, 36(1), 3-19. doi:10.1111/1467-6427.12022

- Stratton, P., Silver, E., Nascimento, N., McDonnell, L., Powell, G., & Nowotny, E. (2015). Couple and Family Therapy Outcome Research in the Previous Decade: What Does the Evidence Tell Us? *Contemporary Family Therapy*, 37, 1-12. doi:10.1007/s10591-014-9314-6.
- Tarescavage, A. M., & Ben-Porath, Y. S. (2014). Psychotherapeutic outcomes measures: A critical review for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 808-30. doi:10.1002/jclp.22080
- Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2014). The State of Art in Family Therapy Research: What Works? How it Works? *International Journal of Social Sciences Studies*, 2(2), 10-19. doi:10.11114/ijsss.v2i2.281
- Vilaça, M., Sotero, L., & Relvas, A. P. (2013). *Evolución del Proceso Terapêutico en la Terapia Familiar: Estudios Preliminares de Validación del SCORE e SOFTA-s (versión terapeuta)*. Comunicação oral apresentada no IX Congresso Internacional Relates. Espanha, Bilbao.
- Vilaça, M., Silva J. T., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas e S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I) (23-41), Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0841-9>
- Vilaça, M., Silva, J. T., & Relvas, A. P. (2015). *Therapeutic Process and Outcomes: Longitudinal Study of Family Therapy with Families with Adolescent and Adult Children*. Manuscript submitted.
- Vilaça, M., Sousa, B., Stratton, P., & Relvas, A. P. (in press). The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Scale: Validation Studies. *The Spanish Journal of Psychology*.
- Vilaça, M., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015a). *Comparison of Short and Long Versions of Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE) in a Community and Clinical Sample*. Manuscript submitted for publication.
- Vilaça, M., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015b). *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE): Analysis of Clients and Therapists Independent Judgments of Therapy Evolution*. Manuscript submitted for publication.
- Viklund, E., Holmqvist, R., & Zetterqvist Nelson, K. (2010). Client-identified important

- events in psychotherapy: Interactional structures and practices. *Psychotherapy Research*, 20, 151–164. doi:10.1080/10503300903170939
- Xu, H., & Tracey T. J. (2015). Reciprocal Influence Model of Working Alliance and Therapeutic Outcome Over Individual Therapy Course. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 351-359. doi: 10.1037/cou0000089
- Zandberg, L. J., Skriner, L.C., & Chu, B. C. (2015). Client-Therapists Alliance Discrepancies and Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Youth Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 313-322. doi: 10.1002/jclp.22167

Apêndices

Apêndice A: Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar

Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar – Versão Auto-Resposta (SOFTA-s)¹

Margarida Vilaça*, Luciana Sotero*, José Tomás da Silva*, & Ana Paula Relvas*

* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

“...it is the human therapist-client encounter that provides the best explanation as to how treatment works in most of psychotherapy...”

(Blow & Distelberg, 2006, citado por Blow, Sprenkle, & Davis, 2007, p. 299)

Resumo

Desenvolvido por Friedlander, Escudero e Heatherington (2006), o Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar – auto-resposta (SOFTA-s) é um questionário composto por 16 itens que avaliam a força da aliança terapêutica no contexto da terapia familiar, permitindo recolher a perspetiva de clientes e terapeutas. Os estudos de adaptação e validação para a população portuguesa realizaram-se com base numa amostra de 126 clientes e 93 terapeutas. Para ambas as versões, as análises exploratória e confirmatória não replicaram o modelo original de quatro fatores. Na versão para clientes, os resultados evidenciaram um modelo bifatorial (Forças e

¹ Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2014). The State of Art in Family Therapy Research: What Works? How it Works? *International Journal of Social Sciences Studies*, 2(2), 10-19. doi:10.11114/ijsss.v2i2.281

Dificuldades da aliança terapêutica), enquanto que na versão para terapeutas, as análises apontaram para um modelo unidimensional. As soluções encontradas apresentaram uma consistência interna aceitável (clientes) e muito boa (terapeutas). Os resultados obtidos validam a utilização científica e clínica do SOFTA-s, apelando contudo à reflexão e prosseguimento da exploração da sua estrutura fatorial em futuras investigações.

Palavras-chave: aliança terapêutica, clientes, terapeutas, SOFTA-s.

Abstract

Developed by Friedlander, Escudero and Heatherington (2006), the System for Observing Family Therapy Alliances – self report (SOFTA-s) is a 16-item questionnaire used to evaluate the strength of the therapeutic alliance in the context of family therapy, allowing to collect both clients and therapists perspectives. The adaptation and validation studies to the portuguese population are based on a clinical sample of 126 clients and 93 therapists. For both versions, exploratory and confirmatory factor analysis did not replicated the original four-factor model. In the clients version, results showed a bifactorial model (Strengths and Difficulties of the therapeutic alliance), whereas the therapists version pointed for a unidimensional model. The resulting solutions presented acceptable (clients) and very good (therapists) internal consistency values. These evidence validate the use of SOFTA-s in a scientific and clinical context, calling out to the reflection and prosecution of the exploration of it's factor structure in future investigations.

Key-words: therapeutic alliance, clients, therapists, SOFTA-s.

1. Instrumento

O que é, o que avalia e a quem se aplica?

No Quadro 1 encontra-se a ficha técnica relativa ao *System for Observing Family Therapy Alliances – self report* (SOFTA-s; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

Quadro 1.

Ficha técnica do SOFTA-s

O que é?	<p>O <i>Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar – versão auto-resposta</i> (SOFTA-s) é a versão portuguesa, para clientes e terapeutas do <i>System for Observing Family Therapy Alliances – self report</i> (SOFTA-s), publicado em 2006 por Friedlander, Escudero e Heatherington. Para além do questionário, o SOFTA é ainda constituído por um sistema de observação (SOFTA-o) e um programa informático (<i>e-SOFTA</i>) que facilita o treino de investigadores e clínicos na utilização do instrumento (Disponível em http://www.softa-soatif.com).</p>		
O que avalia?	<p>O SOFTA-s foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a força da aliança terapêutica no contexto da terapia familiar conjunta, sob o ponto de vista dos clientes (versão para clientes) e dos terapeutas (versão para terapeutas). Cada uma das versões contém 16 itens negativos e positivos.</p>		
	Estrutura do SOFTA-s – versão para clientes		
	Subescala	Número Itens	Descrição
	<i>Forças da Aliança Terapêutica</i> (FA)	11	Avalia manifestações positivas da aliança terapêutica, representativas de uma forte aliança entre terapeuta e cliente(s) (e.g., “O terapeuta e eu trabalhamos juntos como uma equipa”)
	<i>Dificuldades da Aliança Terapêutica</i> (DA)	5	Retrata fragilidades da relação terapêutica, características de uma aliança terapêutica pobre (e.g., “Para mim é difícil discutir com o terapeuta o que devemos trabalhar na terapia”)
	Estrutura do SOFTA-s – versão para terapeutas		
	<i>Aliança terapêutica</i> (AT)	16	Reflete a qualidade global da aliança terapêutica, contemplando aspetos como o envolvimento na terapia, a ligação emocional entre

	terapeuta e cliente(s), a segurança no contexto terapêutico e a partilha de objetivos (e.g., “O que esta família e eu estamos a fazer na terapia faz-me sentido”)
A quem se aplica?	O SOFTA-s foi desenvolvido para ser administrado a todos os elementos da família (versão para clientes) com mais de 12 anos, e respetivos terapeutas (versão para terapeutas), no final das sessões de terapia familiar ou de casal
Como ter acesso?	O acesso ao SOFTA-s (versão clientes e versão terapeutas) pode ser efetuado através da página http://www.fpce.uc.pt/avaliacaoafamiliar que contém todos os instrumentos de avaliação apresentados neste livro. Os utilizadores deverão facultar os contactos pessoais e institucionais, bem como dados acerca do propósito da utilização do SOFTA-s (e.g., investigação, prática clínica) e concordar com as condições de utilização e de partilha dos resultados com os autores da versão portuguesa

Fundamentação e história

Ao longo dos anos, têm sido realizados estudos que identificam os fatores comuns associados à mudança nas diferentes abordagens psicoterapêuticas (Davis & Piercy, 2007; Drisco, 2004; Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004). Neste sentido, tem sido defendida a existência de um conjunto de fatores ou mecanismos de mudança transversais a todas as terapias, os quais, de um modo geral, remetem para a relação terapêutica, as características do cliente, as características do terapeuta e as expectativas em relação ao processo terapêutico (Davis & Piercy, 2007; Hubble, Duncan, & Miller, 2006; Lambert, 1992; Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009). Neste contexto (i.e. fatores comuns), a maioria dos autores frisa a relevância da relação terapêutica, considerando que o estabelecimento da relação entre terapeutas e clientes é o fator que mais contribui para o processo de mudança (Friedlander et al., 2006; Knobloch-Fedders, Pinsof & Mann, 2004; Sexton et al., 2004), sendo esta evidência corroborada por vários estudos (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Friedlander, Escudero, et al., 2006; Johnson, Wright, & Ketring, 2002; Knobloch-Fedders et al., 2004; Quinn, Dotson, & Jordan, 1997).

No âmbito da terapia familiar sistêmica (TFS) é também este o fator comum mais investigado (Sprenkle & Blow, 2004). Os resultados acumulados, desde os anos 80, sobre a ligação entre terapeuta e cliente e o seu efeito nos resultados terapêuticos, permitem-nos hoje afirmar que a evidência mais sólida que relaciona o processo e o resultado em terapia sistêmica é a relação entre clientes e terapeuta, em particular a aliança terapêutica (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006; Friedlander, Widman, Heatherington, & Skowron 1994; Hubble et al., 2006). O papel do terapeuta no estabelecimento da aliança é também apontado como essencial para o sucesso da terapia (Norcross, 2002; Sprenkle et al., 2009).

A aliança terapêutica é assim entendida como uma componente específica da relação terapêutica, a par (e muito provavelmente em interação) com outros construtos interpessoais (e.g., empatia, congruência, autorrevelação) (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). De um modo geral, a aliança refere-se à qualidade e à força da relação colaborativa entre cliente e terapeuta (Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symods, 2011). Esta dimensão colaborativa da aliança é entendida como transversal a diferentes definições associadas a perspectivas teóricas distintas (Ribeiro, 2009). É relevante notar que a relação terapêutica é um construto mais amplo e inclusivo do que aliança, embora os dois construtos sejam, por vezes, usados de forma indiferenciada na literatura (Norcross, 2010). Apesar das diferentes designações (e.g., *working alliance*, *helping alliance*) e de alguma diversidade conceptual, a aliança terapêutica, ou simplesmente aliança, é indiscutivelmente o elemento da relação terapêutica mais popular ao nível da investigação.

Quinn e colaboradores (1997) levaram a cabo um estudo que visou avaliar a associação entre o estabelecimento da aliança terapêutica e o sucesso da terapia. Este estudo demonstrou a complexidade inerente à criação da aliança terapêutica, quando se trata de terapia familiar e de casal, dadas as características específicas destas modalidades de intervenção. Tais especificidades dizem respeito ao facto de os elementos da família ou do casal nem sempre estarem em consonância relativamente aos objetivos a alcançar com a terapia, podendo dificultar o estabelecimento da aliança terapêutica. Um outro estudo, realizado por Knobloch-Fedders e colaboradores (2007), teve por objetivo analisar de que forma a aliança terapêutica prediz a mudança no âmbito da terapia de casal, colocando o enfoque em variáveis individuais e relacionais.

Os resultados indicaram que quando a aliança terapêutica era estabelecida nas primeiras sessões se mantinha relativamente estável ao longo das sessões seguintes, contribuindo para a diminuição dos problemas conjugais. Segundo Friedlander, Escudero, e Heatherington (2006), também os próprios clientes identificam a relação positiva com o terapeuta como o fator mais importante para o sucesso da terapia, reforçando assim a relevância da aliança terapêutica.

O crescente interesse clínico e empírico pelo estudo da aliança terapêutica teve como consequência o aparecimento de uma enorme variedade de medidas da aliança no contexto da terapia individual. Horvath e colaboradores (2011), numa revisão da literatura efetuada em 2009, em 201 estudos científicos publicados, contabilizaram cerca de 30 instrumentos distintos, sem contar com as diferentes versões do mesmo instrumento.

Contrariamente, no contexto da terapia familiar e de casal, podemos afirmar que apenas foram desenvolvidas duas medidas de auto-resposta destinadas à avaliação da aliança terapêutica, quer na perspetiva dos clientes como na perspetiva dos terapeutas. Referimo-nos especificamente às *Integrative Psychotherapy Alliance Scales* (Pinsof & Catherall, 1986), originalmente criadas para o contexto das terapias conjuntas, e o *Working Alliance Inventory – Couples* (WAI-C; Symonds, 1998; Symonds & Horvath, 2004), adaptado da versão original concebida para a terapia individual. Em ambos os instrumentos, a partir da conceptualização tripartida da aliança de Bordin (1979; *goals, tasks, and bonds*), os clientes avaliam a sua aliança com o terapeuta e a aliança do terapeuta com os outros elementos da família que participam na terapia.

Perante a escassez de instrumentos de avaliação da aliança terapêutica no contexto particular da terapia familiar, Friedlander e colaboradores (2006) desenvolveram o *System for Observing Family Therapy Alliances – SOFTA*, o qual consiste num modelo conceptual da aliança e num conjunto de medidas que podem ser usadas para avaliar a força da aliança terapêutica na terapia familiar e de casal, nomeadamente, um instrumento observacional (SOFTA-o; descrito em detalhe no capítulo 5) e um questionário de auto-resposta (SOFTA-s; apresentado no presente capítulo). Ambos os instrumentos têm uma versão para clientes e outra para terapeutas. Estes instrumentos foram desenvolvidos com base num modelo transteórico, observacional, multidimensional e interpessoal da aliança que permite operacionalizar este construto

em quatro dimensões interdependentes: Envolvimento no Processo Terapêutico, Conexão Emocional com o Terapeuta, Segurança dentro do Sistema Terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos na Família (Friedlander et al., 2006). Estas diferentes dimensões refletem quer as alianças inter-sistemas (i.e., do cliente com o terapeuta) como as alianças intra-sistema (i.e. dentro da família). Contrariamente aos questionários de Pinsof (Pinsof & Catherall, 1986) e de Symonds e Horvath (2004), os quais são extrapolações para as terapias conjuntas de medidas individuais derivadas da conceptualização transteórica (i.e. que transcende as abordagens e modelos teóricos) da aliança de Bordin (1979), o SOFTA é composto por duas subescalas que refletem o modelo de Bordin (Envolvimento no Processo Terapêutico e Conexão Emocional com o Terapeuta) e duas subescalas que refletem aspetos específicos e exclusivos da terapia familiar e de casal (Segurança dentro do Sistema Terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos na Família).

Desenvolvido a partir do SOFTA-o, a construção do SOFTA-s tinha, segundo os autores, um duplo objetivo: por um lado, criar questionários breves que tornassem viável a sua aplicação no contexto das investigações sobre a aliança e, por outro, investigar até que ponto os pensamentos e sentimentos descritos pelos clientes e terapeutas se associam com os seus comportamentos observados (Friedlander et al., 2006). O SOFTA-s serve assim para avaliar a força da aliança terapêutica a partir das percepções individuais dos clientes (ou dos terapeutas) acerca da qualidade das interações entre os membros da família, bem como, das interações de cada indivíduo com o terapeuta, refletindo, deste modo, de que forma os clientes se sentem na terapia (Friedlander et al., 2006). O questionário contém duas subescalas que podem ser consideradas comuns aos vários formatos de terapia (e.g., terapia individual, terapia grupal, terapia familiar, terapia de casal), designadamente o Envolvimento no Processo Terapêutico e a Conexão Emocional com o Terapeuta, e duas subescalas especificamente dirigidas para o trabalho terapêutico com casais e famílias, nomeadamente, a Segurança dentro do Sistema Terapêutico e o Sentimento de Partilha de Objetivos na Família. Através das definições conceptuais das quatro dimensões da aliança, os autores construíram quatro itens para cada dimensão. Deste modo, cada uma das versões do SOFTA-s (cliente e terapeuta) é constituída por 16 itens positivos e negativos que podem ser cotados numa escala de Likert. Ambos os instrumentos

permitem obter uma pontuação global, que reflete a aliança em geral, e quatro pontuações parciais, que refletem as diferentes dimensões da aliança. Pontuações mais elevadas refletem percepções da aliança mais favoráveis.

A utilização do SOFTA na investigação, na prática clínica, no treino de novos terapeutas e também na supervisão tem vindo a ser explorada com entusiasmo (Friedlander et al., 2006). Concretamente na prática clínica, o SOFTA-s permite aos terapeutas obterem um *feedback* dos clientes acerca da aliança terapêutica, possibilitando-lhes perceber, por exemplo, quem é o elemento da família menos envolvido, ou quem é o menos conectado emocionalmente com o terapeuta. Neste sentido, uma pontuação mais baixa no SOFTA-s ou diferenças acentuadas na percepção da aliança por parte dos clientes (i.e. alianças cindidas) podem conduzir à adopção de estratégias de intervenção com o propósito de reparar essas alianças.

Os estudos psicométricos realizados com as versões Inglesa e Espanhola do SOFTA-s, nomeadamente ao nível da fiabilidade, quer com a versão para clientes, quer com a versão para terapeutas, têm revelado para a escala total valores de consistência interna elevados (entre .83 e .95) e para as subescalas valores um pouco inferiores (entre .62 e .80) (Friedlander et al., 2006; Muñiz, Escudero, Friedlander, Heatherington, & Varela, 2011). Apesar de os valores de consistência interna de algumas das subescalas não serem muito elevados, a fiabilidade é adequada para subescalas com apenas quatro itens (Friedlander et al., 2006). Em termos dos estudos de validade, foram encontradas associações significativas entre o SOFTA-s e o SOFTA-o, bem como entre o SOFTA-s e o *Working Alliance Inventory – Couples* (validade concorrente) (Horvath, Friedlander, Symonds, & Gruter-Andrews, 2003). Um estudo recente (Muñiz et al., 2011), com a versão Espanhola do SOFTA-s, obteve ainda resultados interessantes do ponto de vista da validade de convergente, evidenciando que autopercepções mais favoráveis acerca da aliança parecem estar associadas com as percepções acerca dos progressos na terapia, avaliadas com o *Penn Helping Alliance Questionnaire* (Luborsky, Crits-Cristoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983). Finalmente, neste mesmo estudo, encontrou-se ainda evidência de validade preditiva, na medida em que uma autopercepção mais positiva da aliança, medida numa fase inicial da terapia, parece predizer a percepção de progresso numa fase final da terapia (Muñiz et al., 2011).

A conceptualização e avaliação da aliança no domínio da terapia familiar e de casal implica atender às diversas alianças estabelecidas: a) entre cliente e terapeuta; b) entre família/casal e terapeuta, e c) dentro da família/casal. Com o desenvolvimento do SOFTA procurou-se assim criar um sistema de avaliação que permitisse capturar não apenas o envolvimento do cliente na terapia e a sua ligação emocional com o terapeuta como também dois aspetos únicos e interrelacionados desta modalidade de intervenção: o grau em que os clientes se sentem seguros para trabalhar na terapia com outros elementos da família e o grau em que os membros da família estão de acordo entre si sobre a necessidade, propósito, objetivos e valor da terapia conjunta.

2. Estudos em Portugal

Como foi desenvolvido/ adaptado e validado?

Estudos de tradução e adaptação

Os estudos de adaptação e validação do SOFTA-s (versão para clientes e versão para terapeutas) para o contexto português, decorridos entre outubro de 2010 e maio de 2013, poderão ser apresentados em duas etapas complementares: (a) tradução e adaptação cultural e (b) estudos de evidência de validade e precisão das escalas.

O estudo de tradução e adaptação do SOFTA-s foi realizado com base na técnica da tradução invertida (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010), tendo sido utilizados os mesmos procedimentos para ambas as versões. Assim, num primeiro momento, dois tradutores fluentes em português e inglês, independentes e qualificados, que conheciam os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos, realizaram a tradução das escalas da língua inglesa para a língua portuguesa, resultando daí duas traduções independentes. Procedeu-se ao processo de retroversão das duas versões portuguesas por outros dois tradutores, igualmente independentes e qualificados, que não tiveram acesso à versão original. Obtiveram-se, assim, quatro versões, duas na língua portuguesa e duas na língua inglesa. A seguir, os quatro tradutores reuniram-se, juntamente com os elementos da equipa de investigação, com o objetivo de comparar a versão original e as versões

traduzidas e realizar as modificações das versões preliminares. Nesta fase, recorreu-se também à versão espanhola da escala com o objetivo de clarificar termos potencialmente ambíguos. Por último, os elementos da equipa de investigação efetuaram uma revisão da versão portuguesa do SOFTA-s resultante das etapas anteriores. As poucas mudanças efetuadas restringiram-se à substituição de palavras pouco usadas por sinónimos mais frequentes, resultando na versão final do SOFTA-s (Tradução portuguesa: L. Sotero, A. P. Relvas, A. Portugal, D. Cunha, & M. Vilaça, 2010). A versão portuguesa do SOFTA-s foi ainda sujeita a um estudo piloto, tendo sido administrada a um pequeno grupo de clientes e terapeutas com o objetivo de avaliar a sua compreensão e clareza, não tendo sido registadas quaisquer alterações.

Após a conclusão do estudo de tradução e adaptação do SOFTA-s (versão para clientes e versão para terapeutas) para a população portuguesa, procedemos à sua administração, em contexto de terapia familiar sistémica. A amostra utilizada para o estudo de ambas as versões é, assim, uma amostra clínica e de conveniência, recolhida em Centros de Terapia Familiar da zona centro do país (Aveiro e Coimbra) e regiões autónomas (Ponta Delgada e Funchal), cuja intervenção se baseia nas linhas gerais da abordagem sistémica no trabalho com famílias, casais ou outros grupos relacionais (e.g., o envolvimento na terapia de mais do que uma pessoa, o foco na relação) (European Family Therapy Association, 2009), entre novembro de 2010 e fevereiro de 2013.

No estudo da versão para clientes do SOFTA-s, a escala foi administrada no final da primeira sessão de terapia a 129 clientes participantes, 70 (54.3%) do sexo feminino e 59 (45.7%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 12 e os 65 anos ($M = 34.45$, $DP = 14.60$). Em termos das faixas etárias, predominam as idades entre 12-24 (27.9%) e 40-49 (24.8%). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é casada/em união de facto (49.6%), seguindo-se os solteiros (38.0%) e, por fim, os divorciados/separados ou viúvos (11.6%). A escolaridade dos participantes varia entre os sujeitos sem escolaridade (1.6%) e os doutorados (2.3%), prevalecendo os sujeitos com o 3º ciclo básico completo (32.6%). Relativamente ao local de residência, os participantes provêm de áreas predominantemente urbanas (APU) (65.9%) e moderadamente urbanas (AMU) (34.1%) (INE, 2002). Quanto ao nível socioeconómico (NSE) dos participantes profissionalmente ativos, calculado com base na categorização proposta por Simões (2000), a qual cruza os dados relativos às profissões com as

habilitações literárias dos sujeitos, verificamos que a categoria mais representativa é o NSE médio (79.4%), seguindo-se o NSE elevado (19.1%) e o NSE baixo (1.6%). Por fim, em termos das características familiares dos participantes, na sua maioria o agregado familiar é composto por três a quatro elementos (73.6%), sendo a maior parte dos respondentes mães (39.5%) e filhos (31.8%). Recorrendo à tipologia do ciclo vital familiar proposta por Relvas (1996), verificamos que o maior número de sujeitos se encontra na etapa família com filhos adolescentes (43.4%, $n = 56$).

A amostra utilizada para o estudo da versão para terapeutas ($N = 93$) do SOFTA-s é constituída por 35 terapeutas, do sexo feminino (88.6%) e masculino (11.4%), com idades entre os 22 e os 48 anos ($M = 29.43$, $DP = 6.62$). Procedeu-se à organização das idades dos terapeutas através da constituição de faixas etárias, tendo como referência as idades representadas na amostra, verificando-se a prevalência das faixas etárias de 22-26 (40%) e 27-33 anos (40%). Em termos do grau de formação, a maioria dos terapeutas tem uma licenciatura pré-Bolonha (34.3%), seguindo-se os terapeutas com mestrado (31.4%), os estagiários finalistas do curso de Mestrado Integrado em Psicologia (25.7%) e, por fim, os doutorados (8.6%). A área de formação (licenciatura) predominante é a área de Psicologia (80.0%), enquanto os restantes terapeutas são licenciados em Serviço Social (20.0%). No início do processo terapêutico, momento da recolha dos dados sociodemográficos, a maioria dos terapeutas tinha a formação completa em Terapia Familiar e Intervenção Sistémica da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (51.4%), 5 a 8 anos de formação clínica (40%) e 1 a 4 anos de experiência em terapia familiar (45.7%). Especificamente em termos dos anos de experiência clínica em TFS, a maioria dos terapeutas apresentava 1 a 4 anos de experiência (45.7%).

Note-se que, dadas as dificuldades inerentes à recolha da amostra clínica considerando apenas a primeira sessão de terapia, a constituição de ambas as amostras teve em conta o critério de um rácio mínimo de 5 sujeitos por item (Pasquali, 1999). Desta forma, estabelecemos um limite mínimo de 80 participantes (5×16) para a amostra composta por clientes ($N = 129$) e por terapeutas ($N = 93$).

Estudos de validade interna: Análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC)

Validade interna do SOFTA-s (versão para clientes)

Num primeiro momento, procedeu-se à análise dos critérios de adequabilidade da amostra, tendo-se verificado a normalidade da distribuição ($K-S = .074$; $p = .081$). O teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 607.056$; $gl = 120$, $p < .001$) e o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (.828) indicam que a correlação entre os 16 itens que compõem a escala é significativa e adequada para a realização de uma análise de componentes principais (Pestana & Gageiro, 2008). O critério de Kaiser (Kaiser, 1960), referente ao número de fatores a extrair (retenção de fatores com valores próprios superiores a 1, Pestana & Gageiro, 2008), apontou para uma solução de quatro fatores que explicavam 58.38% da variância total. Analisando a solução obtida, esta não se revelou satisfatória pois, apesar de emergir uma estrutura fatorial semelhante à versão original do SOFTA-s, não existia uma correspondência estatística e teórica com a escala original. A estrutura obtida revelou-se de difícil interpretação, verificando-se uma maior saturação dos itens nos dois primeiros fatores (Fator 1 e Fator 2), enquanto os outros dois (Fator 3 e Fator 4), individualmente, explicam menos de 9% da variância. De seguida, recorreremos à análise do teste *scree* de Cattell (Cattell, 1966), a qual revela uma inflexão após o segundo componente, apontando para a retenção de dois fatores (cf. Figura 1). Esta última análise foi complementada com a Análise Paralela (AP) (Horn, 1965), cujos resultados indicam, com base na matriz de dados com a mesma dimensão gerada aleatoriamente (16 variáveis x 129 respondentes), que apenas os primeiros 2 fatores apresentam *eigenvalues* superiores aos valores de critério correspondentes.

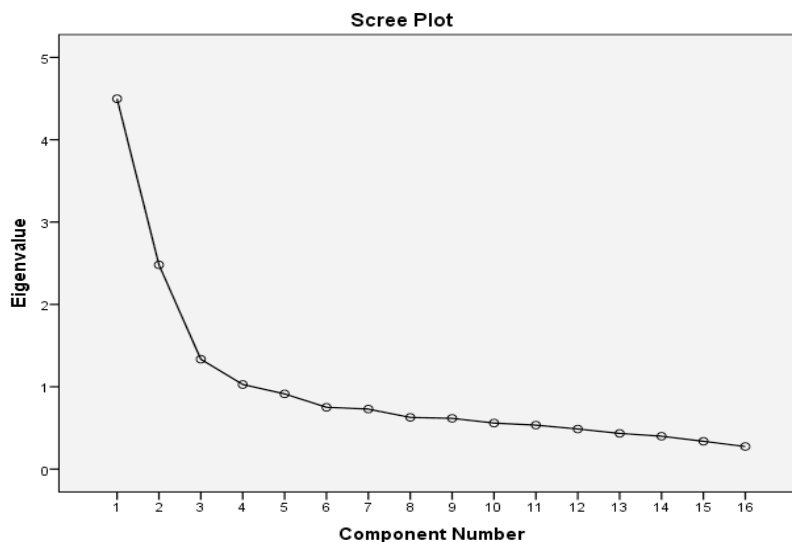


Figura 1. Gráfico de variâncias de *scree plot* – SOFTA-s (clientes)

Atendendo à convergência dos resultados do *scree plot* e da AP, que apontam para a extração de dois fatores, divergindo do critério de Kaiser que apontava para quatro, decidiu-se repetir a AFE, forçando a extração de dois fatores (cf. Quadro 2). Os dois fatores sujeitos ao método de rotação ortogonal *Varimax* explicam 43.619% da variância total, com retenção dos itens com saturações superiores a .30 (Almeida & Freire, 2007). Assim, o primeiro fator (F1) inclui onze itens (explicando 27.347% da variância) e o segundo fator (F2) é composto por cinco itens (que explicam 16.272% da variância). Atendendo ao conteúdo dos itens que compõem cada fator, teoricamente o F1 corresponde às Forças da Aliança Terapêutica (e.g., “O terapeuta compreende-me”, “O terapeuta e eu trabalhamos juntos como uma equipa”), enquanto o F2 diz respeito às Dificuldades da Aliança (e.g., “Há alguns temas que receio abordar na terapia”, “Por vezes sinto-me à defesa nas sessões”). De notar que o item 7 apresenta a uma carga fatorial semelhante em ambos as subescalas tendo, no entanto, sido incluído no F1 por uma questão de coerência teórica, ou seja, por corresponder a uma potencialidade da aliança terapêutica.

Quadro 2.

Matriz rodada, comunalidades e variância explicada (Rotação Varimax) – SOFTA-s (clientes)

Itens	Fatores		<i>h</i> ²
	1	2	
1. O que acontece na terapia pode...	.734		.589
13. Eu entendo o que está a ser...	.712		.515
10. O terapeuta tornou-se numa...	.712		.507
9. O terapeuta e eu trabalhamos...	.699	.364	.621
3. As sessões de terapia ajudam...	.692		.482
8. Todos nós que vimos à terapia...	.633	.314	.499
2. O terapeuta compreende..	.580		.343
4. Todos os membros da família...	.568		.329
16. Na família cada um...	.567		.329
6. O terapeuta está a fazer...	.532		.288
15. Por vezes, sinto-me...		.737	.549
5. Para mim é difícil conversar...		.697	.511
11. Há alguns temas que...		.635	.431
14. Faltam conhecimentos...		.634	.416
12. Alguns membros da família...		.576	.333
7. Sinto-me cómodo/a...	.345	.345	.239
% variância explicada	27.347	16.272	

Nota. Cargas fatoriais (*loadings*) $\geq .35$ assinaladas a negrito.

Para averiguar a adequabilidade do modelo resultante da AFE, realizámos uma AFC do modelo bifatorial: F1 (Forças da Aliança – itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13 e 16) e F2 (Dificuldades da Aliança - itens 5, 11, 12, 14 e 15). Como indica o Quadro 3, a estrutura bifatorial apresenta índices de ajustamento adequados para o modelo re-especificado – $\chi^2 = 124.817$ ($p = .026$), $\chi^2/gl = 1.300$, $CFI = .944$, $GFI = .895$, $RMSEA: .048$ (Limite inferior: $p < .05$; Limite superior: $p < .10$) – uma vez que χ^2/gl é inferior a 5, o CFI é superior a .90, o GFI está próximo de .90 e o $RMSEA$ é inferior a .10 (Maroco, 2010) (cf. Quadro 3). Para o ajustamento do modelo, foram acrescentadas correlações entre os itens, sugeridas pelos índices de modificação, sempre que o índice de modificação era significativo e fazia sentido teoricamente. Um exemplo disso é a

correlação estabelecida entre os erros do item 1 “O que acontece na terapia pode solucionar os nossos problemas” e item 9 “O terapeuta e eu trabalhamos juntos como uma equipa”, pois ambos os itens remetem para o envolvimento na terapia.

Quadro 3.

Índices de adequação dos modelos testados – SOFTA-s (clientes)

Modelo	χ^2	Índice		
		GFI	CFI	RMSEA
Inicial	192.654 (<i>gl</i> = 104)	.839	.829	.082
Re-especificado	124.817 (<i>gl</i> = 96)	.895	.944	.048

GFI – Goodness-of-Fit Index; CFI – Comparative Fit Index; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

Validade interna do SOFTA-s (versão para terapeutas)

A adequação da amostra para a realização da AFE na versão para terapeutas do SOFTA-s foi confirmada através dos índices de KMO (.820) e do Teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 566.984$; *gl* = 120, *p* < .001), sendo igualmente verificada a normalidade da distribuição dos dados (K-S = .083, *p* = .127) (Pestana & Gageiro, 2008). A este propósito, note-se que a dimensão da amostra (*N* = 93) cumpre o critério de rácio mínimo de cinco sujeitos por item para a realização de análises fatoriais (Pasquali, 1999).

Nesta análise foram replicados, com os necessários ajustamentos, os procedimentos atrás descritos para o estudo da versão clientes. O critério de Kaiser (valores de *eigenvalues* superiores a 1) apontou para a extração de três fatores na análise de componentes principais que explicavam 54.950% da variância total. Esta solução não se revelou satisfatória pois, para além de a estrutura fatorial não ser semelhante à da escala original (emergência de três fatores em vez de quatro), revelou-se também de difícil interpretação, verificando-se, ainda, uma grande concentração dos itens (13 itens) no primeiro fator, com os restantes dois a explicar menos de 11% da variância total. Uma vez que não era possível utilizar o critério da AP, dado o tamanho da amostra ser

inferior a 100 sujeitos, decidiu-se repetir a AFE, forçando, primeiro, à extração de quatro fatores (tal como a versão original) e, depois, de dois fatores (conforme os resultados encontrados neste estudo para a versão para clientes). Quer a estrutura quadrifatorial, quer a bifatorial, mostraram não ser razoáveis, na medida em que a distribuição dos itens pelos fatores não se enquadrava na definição desses componentes. Seguidamente, e uma vez que não era possível utilizar o critério da AP dado o tamanho da amostra ser inferior a 100 sujeitos, a partir do gráfico *scree plot* decidiu-se considerar, a título provisório, a existência de um único componente principal. Conforme se pode observar na Figura 2, o primeiro fator é nitidamente preponderante.

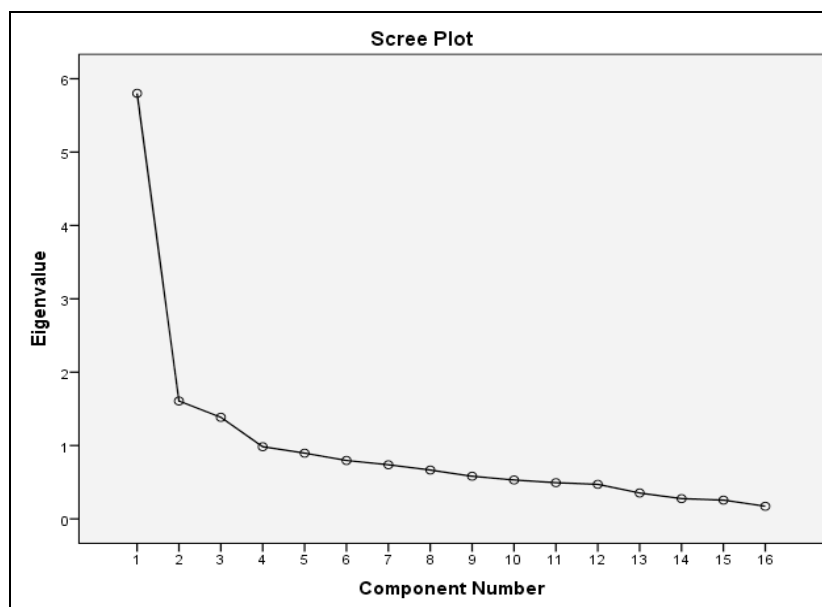


Figura 2. Gráfico de variâncias de *scree plot* – SOFTA-s (terapeutas)

Complementarmente, como se pode verificar no Quadro 4, o primeiro fator explica 36.257% da variância total e integra 15 dos 16 itens (só o item 14 não satura no fator 1) com saturações maioritariamente elevadas, com exceção para o item 6 que satura com um valor mais baixo (.309). Concluindo, uma estrutura unifatorial aparenta ser a que melhor representa, em termos gerais, o construto em análise: a qualidade da aliança terapêutica.

Quadro 4.

Matriz não rodada, comunalidades e variância explicada – SOFTA-s (terapeutas)

Itens	Fatores			<i>h</i> ²
	1	2	3	
8. Todos os que vêm à terapia...	.766		-.394	.766
12. Alguns membros da família...	.716		.375	.653
5. Para mim e para a família é...	.709			.574
16. Cada pessoa na família707			.517
9. A família e eu estamos...	.697		-.413	.665
7. Os membros da família sentem-se...	.657	-.417		.622
15. Por vezes alguns membros...	.655	-.367	.366	.697
13. O que esta família e eu...	.646			.482
4. Todos os membros da família...	.636		-.420	.597
3. As sessões têm ajudado...	.590			.392
1. O que acontece na terapia...	.563	.343		.440
2. Eu compreendo esta...	.531	.492		.557
10. Tornei-me numa pessoa...	.492			.266
14. Faltam-me conhecimentos...		.650		.485
6. Eu estou a fazer tudo o que...	.309	-.538		.414
11. Há alguns temas que...	.484		.603	.664
% variância explicada	36.257	10.043	8.650	

Nota. Cargas fatoriais (*loadings*) $\geq .35$ assinaladas a negrito.

Realizámos, de seguida, uma AFC de modo a testar a plausibilidade do modelo unidimensional. Os resultados de ajustamento global do modelo mostram um rácio de χ^2/gl de 1.385, $\chi^2 = 132.944$ ($p < .001$), $CFI = .924$, $GFI = .849$ e $RMSEA: .065$ (Limite inferior = $p < .05$; Limite superior: $p < .10$), indicando a adequabilidade do modelo, de acordo com os valores de referência (Maroco, 2010) (cf. Quadro 5). Mais uma vez, procedemos ao ajustamento do modelo, através de correlações entre os itens, de acordo com os índices de modificação sugeridos. Neste sentido, apenas foram consideradas alterações com sentido teórico e quando os índices de modificação eram elevados, como é o caso, por exemplo, da correlação entre o item 11 “Há alguns temas que receio

abordar na terapia” e o item 15 “Por vezes, sinto-me à defesa nas sessões”, uma vez que, teoricamente, ambos se referem à abertura do cliente no contexto da terapia.

Quadro 5.

Índices de adequação dos modelos testados – SOFTA-s (terapeutas)

Modelo	χ^2	Índice		
		GFI	CFI	RMSEA
Inicial	205.742 (gl = 104)	.774	.791	.103
Re-especificado	132.944 (gl = 96)	.849	.924	.065

GFI – Goodness-of-Fit Index; CFI – Comparative Fit Index; RMSEA – Root Mean Square Error of Aproximation

Estudos descritivos

As características descritivas dos 16 itens do SOFTA-s, versão para clientes e versão para terapeutas, encontram-se no Quadro 6 e 7 respetivamente, onde estão apresentados os valores da média, desvio-padrão, moda, assimetria, assimetria e curtose. Nestes mesmos quadros são também apresentadas as primeiras análises de consistência interna dos itens, especificamente os valores das correlações item-total corrigida e os valores do coeficiente alfa de Cronbach quando o item é excluído.

Quadro 6.

Estatísticas descritivas dos itens do SOFTA-s (versão para clientes) e consistência interna

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Moda	Amplitude	Assimetria	Curtose	Correlação item-total corrigida	Alfa com item excluído
1	3.87	0.78	4	1-5	-0.65	1.42	.37	.77
2	4.07	0.72	4	2-5	-0.37	-0.21	.41	.77
3	3.88	0.98	4	1-5	-0.90	0.71	.48	.76
4	4.38	0.79	5	1-5	-1.28	1.78	.43	.77
5	3.70	1.16	4	1-5	-0.64	-0.35	.41	.77
6	4.27	0.79	4	1-5	-1.40	3.39	.37	.77
7	3.78	1.01	4	1-5	-0.85	0.58	.37	.77
8	4.21	0.75	4	1-5	-1.06	2.22	.58	.76
9	3.99	0.86	4	1-5	-0.88	1.16	.67	.75
10	3.45	0.88	4	1-5	-0.69	0.82	.44	.77
11	3.70	1.13	3 ^a	1-5	-0.44	-0.59	.14	.79
12	3.67	1.17	5	1-5	-0.37	-0.80	.26	.78
13	4.00	0.83	4	1-5	-1.09	2.40	.43	.77
14	4.23	1.16	5	1-5	-1.45	0.96	.35	.77
15	3.77	1.15	5	1-5	-0.44	-0.88	.25	.78
16	3.49	1.00	3	1-5	-0.57	0.50	.33	.77

Nota. Os valores assinalados a itálico correspondem a itens com valores inferiores ao desejável (.30).

^aItem plurimodal (valor 3 e 5). É apresentado o valor mais baixo.

Relativamente aos itens que constituem a versão para clientes do SOFTA-s (Quadro 6), o item que apresenta a média mais elevada ($M = 4.38$; $DP = 0.79$) é o item 4 “Todos os membros da família que vêm à terapia querem o melhor para a nossa família e querem resolver os nossos problemas”, enquanto a média mais baixa ($M = 3.45$; $DP = 0.88$) surge no item 10 “O terapeuta tornou-se numa pessoa importante na minha vida”. Os inquiridos utilizaram as 5 possibilidades de resposta para todos os itens, com exceção do item 2, e o valor mais frequentemente registado foi 4 (“Bastante”). Em relação à assimetria, os itens apresentam-se assimétricos negativos, com destaque para um maior afastamento do item 14 (assimetria = -1.45). Em termos do

achatamento, os itens denotam uma ligeira tendência leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2008), apresentando um maior afastamento nos itens 1, 4, 6, 8, 9 e 13.

Quadro 7.

Estatísticas descritivas dos itens do SOFTA-s (versão para terapeutas) e consistência interna

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Moda	Amplitude	Assimetria	Curtose	Correlação item-total corrigida	Alfa com item excluído
1	3.74	0.67	4	2-5	-0.07	-0.14	.50	.87
2	3.99	0.72	4	2-5	-0.17	-0.49	.47	.87
3	3.51	0.69	3	2-5	0.18	-0.18	.51	.86
4	4.11	0.80	4	2-5	-0.33	-1.00	.53	.86
5	3.85	0.92	4	1-5	0.81	0.39	.65	.86
6	4.17	0.60	4	3-5	-0.08	-0.33	.27	.87
7	3.24	0.84	3	1-5	-0.02	-0.27	.57	.86
8	3.59	0.73	4	2-5	-0.24	-0.12	.67	.86
9	3.52	0.69	4	2-5	-0.47	-0.12	.59	.86
10	2.72	0.60	3	1-4	-0.13	-0.05	.42	.87
11	3.87	0.86	3	1-5	0.34	-0.02	.42	.87
12	3.66	1.00	4	1-5	0.48	-0.23	.67	.86
13	4.04	0.62	4	3-5	-0.03	-0.37	.57	.86
14	3.63	0.76	4	1-5	-0.47	0.80	.11	.88
15	3.12	0.93	3	1-5	-0.57	-0.17	.59	.86
16	3.24	0.70	3	1-5	-0.36	0.28	.62	.86

Nota. Os valores assinalados a itálico correspondem a itens com valores inferiores ao desejável (.30).

Como se pode ver pelo Quadro 7, relativo aos itens da versão SOFTA-s para terapeutas, a média mais elevada ($M = 4.17$; $DP = 0.60$) corresponde ao item 6 “Eu estou a fazer tudo o que é possível para ajudar esta família”, enquanto o item 10 “Tornei-me numa pessoa importante na vida desta família” apresenta a média mais baixa ($M = 2.72$; $DP = 0.60$). Quanto à moda, os valores variam entre 3 e 4, predominando o 4 (“Bastante”). Em termos da amplitude de resposta, os terapeutas responderam maioritariamente com cinco (1-5) ou quatro (2-5) possibilidades de

resposta. Relativamente à assimetria, os itens apresentam-se, em geral, assimétricos negativos, sendo o item 5 (assimetria = -0.81) o que mais se afasta do valor zero. Os valores da curtose situam-se maioritariamente no intervalo desejável de -0.5 a 0.5, denotando uma distribuição platicúrtica (Pestana & Gageiro, 2008), com um maior afastamento nos itens 4 e 14.

Estudos de precisão

Os estudos de precisão realizaram-se através do cálculo da medida de consistência interna do coeficiente alfa de Cronbach, para a escala total e para os fatores que a compõem. Na versão para clientes do SOFTA-s, o valor obtido para a consistência da escala é de .78, constituindo um nível de fidelidade razoável (Pestana & Gageiro, 2008), embora ligeiramente inferior às versões originais (versão espanhola = .83; versão inglesa = .87). Em relação aos fatores, este valor é bom no caso da Fator 1 ($\alpha = .84$) e razoável para o Fator 2 ($\alpha = .70$) (Pestana & Gageiro, 2008). A versão para terapeutas, por sua vez, apresenta um nível de fidelidade bom ($\alpha = .87$) para a escala total (Pestana & Gageiro, 2008), com um valor intermédio entre as duas versões originais (versão espanhola = .84; versão inglesa = .95).

As correlações item-total corrigidas excedem o valor recomendado de .30, à exceção do item 11, 12 e 15 na versão para clientes (cf. Quadro 6) e do item 6 e 14 na versão para terapeutas (cf. Quadro 7), demonstrando assim a homogeneidade da escala (Almeida & Freire, 2003). Contudo, em ambas as versões do SOFTA-s, os valores do alfa de Cronbach da escala total não aumentam de forma expressiva com a exclusão dos referidos itens (cf. Quadros 6 e 7).

3. Como se aplica, cota e interpreta?

Desenvolvido com o objetivo de avaliar o que clientes e terapeutas pensam e sentem acerca da aliança estabelecida entre ambos, o SOFTA-s é aplicado, obviamente, em amostras clínicas, tendo sido especificamente desenvolvido para a terapia conjunta familiar e de casal). Deve ser administrado, imediatamente após a sessão, a terapeutas

(versão para terapeutas) ou a indivíduos, casais e famílias (versão para clientes) desde que os seus elementos tenham idade igual ou superior a 12 anos. Apesar de ter sido originalmente desenvolvido para efeitos de investigação do processo terapêutico em terapia familiar e de casal, o SOFTA-s é também uma ferramenta útil para a própria prática clínica, bem como para a formação e supervisão de terapeutas (Friedlander et al., 2006), como inicialmente explicámos. O tempo médio de preenchimento do SOFTA-s varia entre 5 a 10 minutos.

Cada uma das versões é composta por 16 itens positivos e negativos e a resposta a cada um dos itens é dada numa escala de tipo Likert, de 1 (*nada*) a 5 (*muito*). Para ambas as versões, poderá ser calculado um resultado global (representativo da aliança em geral), que varia entre 16 e 80. O cálculo da pontuação global do SOFTA-s (versão para clientes e terapeutas) obtém-se, primeiro, invertendo os itens 5, 11, 12, 14 e 15 e depois somando os valores obtidos para todos os itens [SOFTA-s = (5R² + 11R + 12R + 14R + 15R) + 2 + 3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 13 + 16]. Desta forma, pontuações totais mais elevadas correspondem a percepções da aliança mais favoráveis. Uma vez que a versão para terapeutas é unidimensional, apenas se calcula o resultado global da escala. Já para a versão clientes do SOFTA-s, para além do resultado global, poderão ser calculados os resultados das duas subescalas, que podem variar entre 11 e 55 para a subescala FA e entre 5 e 25 para a subescala DA. Os resultados para a subescala FA obtém-se somando os 11 itens correspondentes à dimensão (FA = 1 + 2 + 3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 13 + 16), pelo que resultados mais elevados correspondam a percepções de alianças mais fortes. A pontuação para a subescala DA obtém-se somando os 5 itens que compõem a dimensão (DA = 5 + 11 + 12 + 14 + 15), sendo que resultados mais elevados correspondem a mais dificuldades sentidas no estabelecimento da aliança.

4. Vantagens, limitações e estudos futuros

O presente estudo procurou evidenciar as características psicométricas do SOFTA-s, designadamente a sua estrutura fatorial, numa amostra clínica de clientes e terapeutas, testando assim a sua validade e utilidade, tanto para fins de investigação

² Os itens invertidos estão identificados com R.

como para a prática clínica. De uma forma geral, os estudos realizados permitem-nos afirmar que as características psicométricas do SOFTA-s validam a sua utilização científica e clínica, representando um pequeno contributo para o crescente, mas ainda débil, conjunto de instrumentos de avaliação disponíveis para o contexto da terapia familiar sistémica. Além disso, a principal vantagem na utilização do SOFTA-s consiste na sua brevidade e facilidade de aplicação, colocando ao dispor uma medida de um construto tão relevante para o estudo do processo terapêutico, como é a aliança terapêutica, sem o recurso a técnicas demasiado exigentes ou dispendiosas como acontece com as medidas observacionais.

Os resultados obtidos mostram-nos que os dados da amostra portuguesa podem ser melhor representados por um modelo bifatorial na versão para clientes, enquanto na versão para terapeutas, o modelo unifatorial é a solução estatística que melhor se adequa aos dados analisados. Quando consideramos as possibilidades de utilização destas medidas na investigação do processo terapêutico em terapia familiar, este facto representa uma limitação, na medida em que estudos comparativos entre a aliança percebida por clientes e respetivos terapeutas só podem ser realizados utilizando os valores globais da aliança.

A versão portuguesa do SOFTA-s não inclui, assim, as subescalas contempladas na versão original, uma vez que as análises fatoriais (exploratória e confirmatória) dos itens não reproduziram a estrutura da escala original. Apesar da relevância das dimensões contempladas na versão original (Envolvimento no Processo, Conexão Emocional, Segurança e Partilha de Objetivos), os próprios autores do SOFTA-s referem que estas quatro dimensões são produto do modelo teórico que nasce da versão observacional do instrumento (SOFTA-o), não sendo dimensões testadas empiricamente (Friedlander et al., 2006). Neste sentido, parece-nos compreensível que, analisando os itens do SOFTA-s segundo uma perspetiva empírica e não teórica, os dados não confirmem o modelo teórico. Por outro lado, apesar de as subescalas da versão clientes não representarem o modelo teórico do SOFTA, avaliam dois aspetos relevantes e transversais aos diversos modelos da aliança, concretamente os sentimentos, pensamentos, posicionamentos dos clientes face aos terapeutas e aos outros membros da família que, na relação terapêutica, facilitam (FA) ou dificultam (DA) o estabelecimento

e desenvolvimento da aliança. Cremos, ainda, que a composição diversificada da amostra de terapeutas pode ser vista como um ponto forte deste estudo.

Em investigações futuras sobre o SOFTA-s, parece-nos importante realizar estudos de validade externa para ambas as versões (clientes e terapeutas), por exemplo, através de análises correlacionais com critérios externos e também com a versão observacional do SOFTA (SOFTA-o). Por fim, e apesar da restrição atrás apontada, seria ainda interessante realizar estudos de comparação dos resultados globais obtidos para os clientes e para os terapeutas, pois acreditamos que estes dados poderão ser importantes, tanto em termos da investigação, como em termos clínicos.

5. Bibliografia

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ª ed.). Braga: Psiquibrios.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317. doi:10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 43, 271-279. doi:10.1037/0033-3204.43.3.271
- Cattell, R. B. (1966). The Scree Test for the Number of Factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276.
- Davis, S., & Piercy, F. (2007). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part I: Model-dependent common factors across three models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 318-343. doi:10.1111/j.1752-0606.2007.00030.x

- Drisco, J. (2004). Common factors in psychotherapy outcome: Meta-analytic finding and their implications for practice and research. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services. Alliance for Children and Families*, 85(1), 81-90. doi:10.1606/1044-3894.239.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A.O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214-224. doi:10.1037/0022-0167.53.2.214
- Friedlander, M., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 8, 390-416.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants's perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214. doi:10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x.
- European Family Therapy Association (2009). *EFTA Research SCORE Project Full Administration Protocol*. Documento não publicado.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., Friedlander, M. L., Symonds, D., & Gruter-Andrews, J. (2003, November). *Perspectives of alliance in couples therapy: Contrasting the "lived" and the "observed" relationships*. Paper presented at the bi-annual conference of the North American Society for Psychotherapy Research, Newport, RI.
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (2006). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.

- Johnson, L., Wright, D., & Ketring (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(1), 93-102. doi:10.1111/j.1752-0606.2002.tb01177.x.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W., & Mann, B. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 425-442. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (94-129). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Muñiz, C., Escudero, V., Friedlander, M.L., Heatherington, L. & Varela, N. (2011, June). *The Self-Report version of the SOFTA (System for Observing Family Therapy Alliances): Reliability and Validity*. Poster session presented at the 42nd International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Bern, Switzerland.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationship. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness of patients* (3–16). New York: Oxford University.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart & soul of change of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) (pp. 113-141). Washington: American Psychological Association.
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração* (37-71).

- Brasília: LabPAM.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pinsof, W. B., & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, *12*, 137-151.
- Quinn, W., Dotson, D., & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, *7*(4), 429-438. doi:10.1080/10503309712331332123
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilibrios.
- Sexton, T., Ridley, C., & Kleiner, A. (2004). Beyond common factors: Multilevel-process model of therapeutic change in marriage and – family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, *30*(2), 131-149. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01229.x.
- Sprenkle, D. & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, *30*(2), 113-129. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Sprenkle, D., Davis, S., & Lebow J. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy: The Overlooked Foundation for Effective Practice*. New York: Guilford.
- Symonds, B. D. (1998, June). *A measure of the alliance in couple therapy*. Paper presented at the annual conference of the International Society for Psychotherapy Research, Snowbird, Utah.
- Symonds, B. D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, *43*(4), 443-455. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.00033.x
- Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(5), 914-923. doi:10.1037/0022-006X.73.5.9

Apêndice B: Protocolo de Investigação

Obrigado por participar neste estudo! Responda às seguintes questões de forma honesta e clara. Iniciaremos com algumas questões bastante simples.			
D1	Código do caso (a preencher pelo serviço):	Código: PT / ____ / ____ / ____ (Código Local) (Nº Família) (Elemento da Família)	
D2	Sexo (coloque um X à frente da resposta correcta)	Feminino	
		Masculino	
D3	Qual o seu estado civil e desde quando?	(exemplo: casado desde 2001)	
D4	Qual a sua nacionalidade?		
D5	Qual o seu local de residência?		
D6	Qual a sua idade?	_____ Anos	
D7	Qual a escolaridade que concluiu? (coloque um X à frente da resposta correcta)	Nenhuma	
		Escola Primária	
		Secundário Incompleto	
		Secundário Completo	
		Curso Profissional	
		Licenciatura	
		Mestrado	
		Doutoramento	
D8	Qual a sua profissão?		
D9	Tem filhos? Se sim, indique o sexo e a idade	(exemplo: sim, 1 menina de 10 anos e 1 menino de 6 anos)	
D10	Qual o sua posição no seu agregado familiar?	Mãe	
		Madrasta	
		Pai	
		Padrasto	
		Filha	
		Filho	
		Outra:	
D11	Quais os elementos do seu agregado familiar? (por ex.: mãe, padrasto, filho de 12 anos, filha de 15 anos, etc).		
D12	Foi encaminhado por alguém ou algum serviço? Se sim, quem encaminhou?		
	Já alguma vez recebeu algum tipo de ajuda psicológica?	Não	
		Sim (Em caso de resposta afirmativa, por favor preencha abaixo:)	
		a) Qual o motivo do pedido?	
		b) Tipo de intervenção realizada (terap. familiar, terap. de casal, terap. individual)?	
		c) Resultados obtidos?	
D13	A preencher pelo serviço ou pelo terapeuta:	Nome do(s) terapeuta(s): T1: T2:	
D14	A preencher pela equipa de investigação:	Etapa do Ciclo Vital:	
D15		Nível Sócio-económico:	

PT / _____ / _____ / _____
 (Código Local) (Nº Família) (Elemento da Fam.)

SCORE-15

(P. Stratton, J. Bland, E. Janes & J. Lask, 2010)
 Traduzido por A. P. Relvas, M. Vilaça, L. Sotero, D. Cunha & A. Portugal, 2010

Código do Local □□□ Nr. da família □□□ Posição no agregado _____

Descreva a sua família (Data __/__/__)

Solicitamos que nos descreva a forma como vê a sua família neste momento. Por isso, pedimos-lhe a SUA opinião sobre a sua família.

Quando dizemos “a sua família” referimo-nos às pessoas que vivem em sua casa. Neste sentido, pedimos que reflecta sobre a família que irá descrever antes de começar o preenchimento.

Para cada item coloque um visto (√) apenas num dos quadrados numerados de 1 a 5.

Se a frase “Estamos sempre a discutir entre nós” não caracteriza adequadamente a sua família, deverá responder com visto (√) no quadrado 4, que diz respeito à resposta “Descreve-nos: Mal”.

			√	
--	--	--	---	--

Evite reflectir aprofundadamente acerca da resposta, mas procure responder a todas as questões apresentadas.

Como diria que cada afirmação <u>descreve a sua família</u> ?	1. Descreve-nos: Muito bem	2. Descreve-nos: Bem	3. Descreve-nos: Em parte	4. Descreve-nos: Mal	5. Descreve-nos: Muito mal
1) Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós					
2) Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros					
3) Todos nós somos ouvidos na nossa família					
4) Sinto que é arriscado discordar na nossa família					
5) Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia					
6) Confiamos uns nos outros					
7) Sentimo-nos muito infelizes na nossa família					
8) Na minha família, quando as pessoas se zangam, ignoram-se intencionalmente					
9) Na minha família parece que surgem crises umas atrás das outras					
10) Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família					
11) As coisas parecem correr sempre mal para a minha família					
12) As pessoas da minha família são desagradáveis umas com as outras					
13) Na minha família as pessoas interferem demasiado na vida umas das outras					
14) Na minha família culpamo-nos uns aos outros quando as coisas correm mal					
15) Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades					

Quais as palavras que melhor descreveriam a sua família?

.....
.....
.....

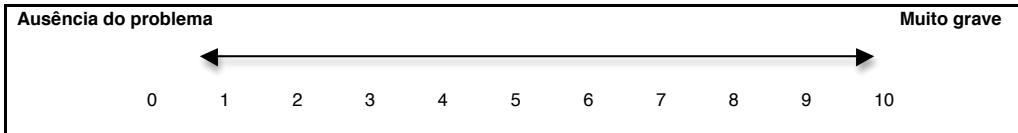
Qual é o principal problema/dificuldade que o levou a recorrer à terapia?

O principal problema é

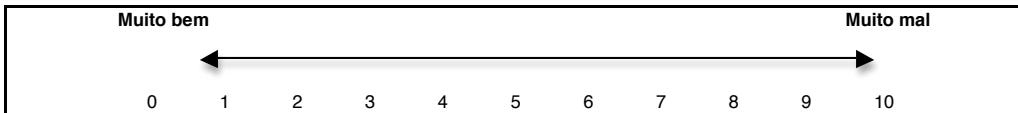
Qual é o principal problema/dificuldade para a sua família neste momento?

.....
.....
.....

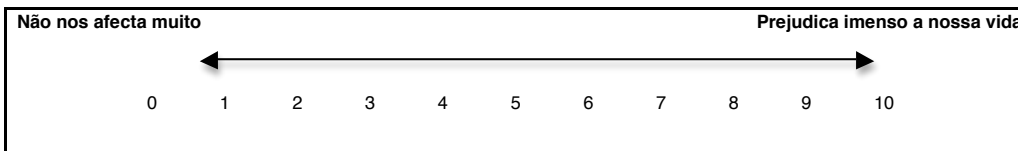
Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Ausência do problema” e 10 corresponde a “Muito grave”, qual a gravidade do problema? (Atenção à direcção da escala)



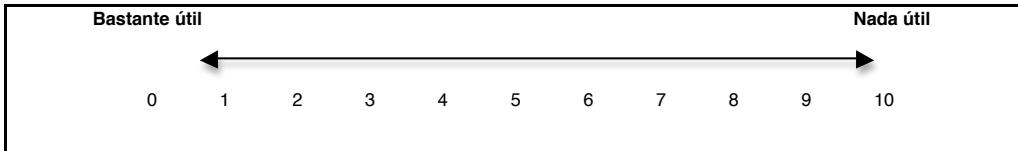
Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Muito bem” e 10 corresponde a “Muito mal”, como é que se estão a organizar enquanto família? (Atenção à direcção da escala)



Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Não nos afecta muito” e 10 corresponde a “Prejudica imenso a nossa vida”, qual a gravidade do problema? (Atenção à direcção da escala)



Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Bastante útil” e 10 corresponde a “Nada útil”, como considera que a terapia será/tem sido útil? (Atenção à direcção da escala)



Obrigado!

Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar

SOFTA_s_Cliente

(M. L. Friedlander, V. Escudero, 2002)
 Traduzido por L. Sotero, A. P. Relvas, A. Portugal, D. Cunha, M. Vilaça, 2010

Tome atenção às seguintes afirmações e rodeie com um círculo o número apropriado. Caso tenham estado presentes na sessão dois terapeutas, responda referindo-se a ambos conjuntamente:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
1. O que fazemos na terapia pode solucionar os nossos problemas.	1	2	3	4	5
2. O terapeuta compreende-me.	1	2	3	4	5
3. As sessões de terapia ajudam-me a abrir (por ex.: expressar sentimentos ou experimentar coisas novas).	1	2	3	4	5
4. Todos os membros da minha família que vêm à terapia querem o melhor para a nossa família e querem resolver os nossos problemas.	1	2	3	4	5
5. É difícil para mim discutir com o terapeuta o que devemos trabalhar na terapia.	1	2	3	4	5
6. O terapeuta está a fazer tudo o que é possível para me ajudar.	1	2	3	4	5
7. Sinto-me cómodo/a e relaxado/a nas sessões.	1	2	3	4	5
8. Todos nós que vimos à terapia valorizamos o esforço e o tempo investido por todos.	1	2	3	4	5
9. O terapeuta e eu trabalhamos juntos como uma equipa.	1	2	3	4	5
10. O terapeuta tornou-se numa pessoa importante na minha vida.	1	2	3	4	5
11. Existem alguns temas sobre os quais eu tenho medo de falar na terapia.	1	2	3	4	5
12. Alguns membros da família não concordam com outros sobre os objectivos da terapia.	1	2	3	4	5
13. Eu entendo o que está sendo feito na terapia.	1	2	3	4	5
14. Faltam conhecimentos e capacidades ao terapeuta para me ajudar.	1	2	3	4	5
15. Às vezes sinto-me à defensiva nas sessões.	1	2	3	4	5
16. Cada um de nós na família ajuda os outros a conseguirem o que querem da terapia.	1	2	3	4	5

Formulário de Consentimento do PRO-CIV¹ Terapeutas

- (1) Confirmando que me foram explicados os objectivos do PRO-CIV e que tive a oportunidade de colocar questões sobre o projecto.
- (2) Compreendi que a minha participação é totalmente voluntária e posso recusar participar em qualquer momento.
- (3) Relativamente à informação que disponibilizo, tomei conhecimento que será garantido o anonimato, que a informação será guardada em segurança por um período de tempo limitado e será exclusivamente utilizada para fins de investigação.
- (4) Aceito participar neste estudo, orientado pela equipa coordenada pela Doutora Ana Paula Relvas (Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra), em colaboração com outros terapeutas e colegas dos serviços de saúde.

Co-Terapeutas:

Nome	Idade	Sexo	Formação académica [grau(s) e curso(s)]	Tipo de formação clínica	Nº de anos de formação clínica (teórica e/ou supervisão)	Nº de anos de experiência clínica	N.º de anos de experiência em Terapia Familiar Sistémica

Nome e assinatura do(s) terapeuta(s) que dá(ão) o consentimento:

Nome..... Assinatura.....

Nome..... Assinatura.....

Data

¹ Uma cópia para o terapeuta responsável pela investigação no serviço e uma cópia para os terapeutas.

PT / _____ / _____
(Código Local) (Nº Família)

SCORE – Escala do Terapeuta

(P. Stratton, J. Bland, E. James & J. Lask, 2010)
Traduzido por A. P. Relvas, M. Vilaça, L. Sotero, D. Cunha & A. Portugal, 2010

(Data __ / __ / ____)

Gostaríamos de saber como vê a família neste momento. As questões que se seguem pretendem indicar se a terapia tem sido útil e se ocorreu mudança terapêutica.

Deverá responder a estas questões sempre que o SCORE também for administrado à família, DEPOIS da 4ª e 7ª sessões. Por favor, consulte o protocolo de investigação para obter mais informações.

Certifique-se que não olha para os índices da família antes de fazer a sua avaliação.

1. Considera que a terapia realizada aqui tem sido útil para a família? Por favor, assinale a sua resposta na linha em baixo:

Muito útil	Nada útil
←—————→	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

2. Comparando com a primeira sessão diria que a família está: (por favor, coloque um círculo à volta da resposta)

1	2	3	4
Com mais dificuldades	Igual	Melhor	Muito melhor

OBRIGADO PELO SEU TEMPO!

PT / _____ / _____ / _____
 (Código Local) (Nº Família) (Elemento da Fam.)

Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar

SOFTA_s_Terapeuta

(M. L. Friedlander, V. Escudero, 2002)

Traduzido por L. Sotero, A. P. Relvas, A. Portugal, D. Cunha, M. Vilaça, 2010

Avalie as seguintes frases e indique o seu grau de acordo, circulando o número apropriado:

	Nada	Pouco	Moderada mente	Bastante	Muito
1. O que fazemos na terapia pode resolver os problemas desta família.	1	2	3	4	5
2. Eu compreendo esta família.	1	2	3	4	5
3. As sessões têm ajudado os membros da família a abrirem-se (por ex.: expressar sentimentos ou experimentar coisas novas).	1	2	3	4	5
4. Todos os membros da família que vêm à terapia querem o melhor para a sua família e querem resolver os seus problemas.	1	2	3	4	5
5. É difícil para mim e para a família discutirmos juntos o que devemos fazer na terapia.	1	2	3	4	5
6. Eu estou a fazer tudo o que é possível para ajudar esta família.	1	2	3	4	5
7. Os membros da família sentem-se cómodos e relaxados nas sessões.	1	2	3	4	5
8. Todos os que vêm à terapia valorizam o esforço e o tempo investido pelos outros neste espaço.	1	2	3	4	5
9. A família e eu estamos a trabalhar juntos como uma equipa.	1	2	3	4	5
10. Tornei-me numa pessoa importante na vida desta família.	1	2	3	4	5
11. Há alguns temas acerca dos quais os membros da família têm medo de falar na terapia.	1	2	3	4	5
12. Alguns membros da família não concordam com outros sobre os objectivos da terapia.	1	2	3	4	5
13. O que esta família e eu estamos fazendo na terapia faz sentido para mim.	1	2	3	4	5
14. Faltam-me conhecimentos e capacidades para ajudar esta família.	1	2	3	4	5
15. Às vezes alguns membros da família sentem-se defensivos nas sessões.	1	2	3	4	5
16. Cada pessoa na família ajuda os outros a conseguirem o que querem da terapia.	1	2	3	4	5