

心理治疗中的正式反馈*

余 壮^{1,2} 孙启武¹ 江光荣¹ 史燕伟¹

(¹华中师范大学心理学院暨湖北省人的发展与心理健康重点实验室, 武汉 430079)

(²上海应用技术大学大学生心理健康教育中心, 上海 201418)

摘 要 正式反馈是近年来发展出的一项提高临床实践的有效方法, 它是指利用标准化的治疗效果测量工具, 系统监控当事人评定的治疗进展情况, 并将当事人的进展信息提供给治疗师, 以供其随后的治疗作参考之用。治疗效果问卷评定系统和合作-改变效果管理系统是目前使用较为广泛的正式反馈测量工具。正式反馈的使用不仅能够改善偏离预期进展当事人(not on track, NOT)的治疗效果, 提高当事人治疗进展的速率, 同时还能够促进治疗双方更好的合作。正式反馈的作用机制可以使用概念化反馈干预理论和交互作用论进行解释。影响正式反馈作用效果的因素包括反馈本身的特征、当事人初始症状严重程度、治疗师方面因素以及治疗的时长等。未来研究需关注正式反馈的研究方法、作用机制及其跨文化研究的差异。

关键词 正式反馈; 心理治疗; 循证治疗

分类号 R395

1 引言

一般认为, 心理治疗是有效的。临床试验表明, 约 67%的当事人在治疗结束后获得明显改善(Hansen, Lambert, & Forman, 2002)。然而, 在临床实践中, 治疗成功的比率却要远低于临床试验: 心理治疗仅使得约 35%的当事人获益; 与此同时, 仍有超过 50%的当事人并未获得明显改善, 还有 5%~10%的当事人发生恶化(Hansen et al., 2002)。但遗憾的是, 治疗师仅凭临床判断, 很难识别出这些可能治疗失败的当事人(Hannan et al., 2005)。对此, 正式反馈(formal feedback)提供了一种有效的解决方案(Boswell, Kraus, Miller, & Lambert, 2015; Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996)。正式反馈是指在整个治疗过程中, 利用标准化的治疗效果测量工具, 系统地监控(通常以每次会谈为基础)当事人评定的治疗进展(client perceptions of progress), 并与预期的治疗效果

(expected treatment response, ETR)进行实时比较。若当事人偏离预期进展(Not on track, NOT), 则治疗师将有机会在当事人发生恶化或脱落前对其治疗策略做出相应调整(Duncan & Reese, 2015)。

基于心理治疗中传统干预手段的不足, 如它只能识别某一特定干预在实验与自然条件下是否有效, 而无法证实此干预是否适用于特定的当事人, Howard 等(1996)提出将正式反馈应用于临床实践。正式反馈主要通过收集当事人的效果反馈来帮助治疗师评估当前的治疗策略是否恰当。它能够有效解决传统干预无法实现的问题。这一思想的内在逻辑为: 如果知道当事人未能如期获益, 那么接下来治疗师可以更好地满足当事人的需要(Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010)。换言之, 治疗师的治疗策略是以当事人的治疗效果为导向的。因此, 这一研究思想也称为“当事人中心”研究范式(client-focused research)(Howard et al., 1996)。

目前, 正式反馈对治疗效果的积极影响已为大量研究所证实(Duncan & Reese, 2015; Knaup, Koesters, Schoefer, Becker, & Puschner, 2009; Lambert, 2015; Lambert & Shimokawa, 2011; Shimokawa et al., 2010)。概括起来, 正式反馈可从以下两个方面促进心理治疗的进展(Reese, Norsworthy, & Rowlands,

收稿日期: 2016-08-29

* 2016 年国家社科基金重大招标项目: 国民心理卫生素养及其提升机制与对策(16ZDA232)、教育部人文社科青年基金项目(13YJC190021)资助。

通讯作者: 孙启武, E-mail: sunqiwu@mail.ccnu.edu.cn

2009): 其一, 它有利于治疗师修复治疗同盟的破裂, 改善治疗关系以及减少脱落。如来自工作同盟的反馈, 能够帮助治疗师发现治疗关系中存在的问题并做相应处理; 其二, 当事人连续的效果反馈信息, 可以帮助治疗师评估当前的治疗是否有效, 识别可能发生恶化的当事人, 进而提供给治疗师及时调整治疗策略的机会。此外, 正式反馈也逐步发展成为一项循证治疗手段, 并广泛应用于国外的临床实践(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)。

将正式反馈应用于临床实践中, 实际上也帮助解决了一个伦理议题, 即当事人的权益问题。随着社会的发展, 越来越多的人开始接受心理治疗服务。然而, 当事人的治疗效果究竟如何却不得而知。但可以肯定的是, 有相当一部分当事人并未获益。研究表明, 治疗师没能觉察到早期的治疗无效, 是引起治疗效果不佳的一个重要原因(Lambert, 2015)。此外, 当事人花费昂贵的费用前来寻求帮助, 从服务者的角度而言, 治疗师不该让当事人的生活质量在接受心理治疗后变得愈加糟糕(Shimokawa et al., 2010)。通过使用正式反馈, 以治疗效果为实践指导, 治疗师能够更有效的为当事人提供服务, 并进一步保证“当事人(消费者)”的权益。

目前, 国外有关正式反馈的研究已积累了丰富的成果。本文将从正式反馈的概念、测量、效果、机制以及影响因素等方面加以介绍, 并对未来的研究方向进行展望。

2 正式反馈的概念及测量

2.1 正式反馈的概念

目前, 正式反馈尚未形成统一的概念。学者们使用多种术语来指代这一概念, 主要包括“当事人反馈(client feedback) (Lambert & Shimokawa, 2011)”、“常规效果监控(routine outcome monitoring, ROM)” (Boswell et al., 2015)、“反馈干预(feedback intervention) (de Jong, van Sluis, Nugter, Heiser, & Spinhoven, 2012)”、“治疗进展监控(progress monitoring, PM)” (Overington & Ionita, 2012)和“正式反馈(formal feedback)” (Macdonald, 2014)等。其中, 当事人反馈强调反馈的对象为当事人; 常规效果监控强调对治疗效果进行常规的、例行的监控; 反馈干预则将心理治疗中的反馈视为一

种干预手段; 治疗进展监控则强调效果评估的连续性; 正式反馈则指出反馈是正式的, 如通过标准化的量表收集。这些术语表述不同, 但均强调对当事人的治疗效果进行系统的客观测量, 然后将当事人反馈的结果提供给治疗师以供其参考。可知, 反馈是此概念的核心。另外, 此处的客观测量是指利用具有良好心理学测量属性的测量工具收集反馈结果, 这有别于口头的、非标准化的反馈收集形式。据此, 我们将这些术语统称为正式反馈(formal feedback), 以便行文一致。

2.2 正式反馈的测量

收集反馈的主要目的是识别那些偏离预期进展的当事人(NOT), 因此, 正式反馈的主要内容为掌握当事人的治疗进展情况, 这便涉及对当事人的治疗效果进行监控。此外, 部分研究者为了找到当事人缺乏进展的原因, 除了追踪当事人的治疗效果外, 还收集其他方面的反馈, 如对工作同盟的反馈(Reese et al., 2009; Whipple et al., 2003)。效果监控量表及相关测量, 便构成一个当事人反馈系统(client feedback system)。当前, 有两种发展成熟的反馈系统, 即治疗效果问卷评定系统(Outcome Questionnaire System, OQ 系统)和合作-改变效果管理系统(Partners for Change Outcome Management System, PCOM 系统)。现分别做简要介绍。

2.2.1 治疗效果问卷评定系统

完整的治疗效果问卷评定系统(OQ 系统)包括治疗效果评定量表(Outcome Questionnaire-45, OQ-45)和临床支持工具(clinical support tools, CST)两部分。其中, OQ-45 用来监控治疗进展(连续测量)。CST 则是在 OQ-45 识别出 NOT 当事人后, 用来评估影响当事人治疗进展的原因, 并提供具体问题的解决策略(Whipple et al., 2003)。

OQ-45 是由 Lambert 及其同事开发(Lambert et al., 1996)。它是一个自陈量表, 包括 45 道李克特 5 点计分题, 分别测量主观不适、人际关系和社会角色表现三个方面, 由此获得 3 个分量表分以及总分(180 分)。OQ-45 总分的 α 系数为 0.93, 3 周后的重测信度为 0.84; OQ-45 与 SCL-90、Beck 抑郁问卷、Zung 抑郁量表, Taylor 焦虑量表, 状态-特质焦虑问卷、人际关系问卷和社会适应量表等工具的相关系数为 0.53~0.88(Hawkins, Lambert, Vermeersch, Slade, & Tuttle, 2004), 并能有效区分临床群体和非临床群体。此外, OQ-45 对心理干预

足够敏感,且能够预测治疗失败(Simon et al., 2013)。所不足的是,研究结果并不支持该问卷的三因素结构,但这并没有对 OQ-45 的广泛使用造成很大影响(秦佑凤,胡姝婧,2008)。OQ-45 以 64 分为分界线划定临床群体和正常群体,得分越高表明心理障碍程度愈严重;OQ-45 的可靠性改变指数(reliability change index, RCI)为 14 分(Lambert, 2015)。即当事人 OQ-45 的分数增加/减少(与初测比较)14 分及以上表明发生恶化/显著改善,其他情况则为无明显改变。其中,当事人发生恶化/显著改善通常表现为当事人在个人、关系和社会等方面的自评情况明显更差/更好(下同)(Miller, Duncan, Brown, Sparks, & Claud, 2003)。CST 也包括两个部分(Lambert et al., 2007)。第一部分为一个 40 条目的李克特 5 点自评问卷(assessment of signal cases, ASC),分别从工作同盟、社会支持、动机和生活事件等四个方面来评估影响当事人治疗进展的原因。CST 的第二部分为一个决策树(decision tree),它可帮助治疗师应对 ASC 评估所发现的具体问题。

2.2.2 合作-改变效果管理系统

合作-改变效果管理系统(PCOM 系统)包括治疗效果计量表(outcome rating scale, ORS)和面谈计量表(session rating scale, SRS)两个自评量表。ORS 在每次会谈之前评估治疗效果, SRS 在每次会谈之后评定工作同盟。每个量表均有 4 个条目。其中, ORS 的条目主要来自 OQ-45 评估当事人心理功能的三个方面:身心健康、人际关系和生活社交,但新增加一个条目评估整体生活状态(Miller et al., 2003)。ORS 使用 10 cm 视觉模拟评分(visual analog scale),低分表明痛苦程度高,高分表明痛苦程度低,量表总分处于 0~40。SRS 的条目来自 Bordin 界定的工作同盟的三个方面:目标、任务和情感,但新增加一个条目评估对会谈的整体满意程度(Duncan et al., 2003)。SRS 的计分过程与 ORS 相同,总分处于 0~40,分数越高表明对工作同盟越满意。ORS 以 25 分为分界线来划定临床群体与正常群体。ORS 的可靠改变指数(RCI)最初为 5 分(Miller & Duncan, 2004),后修订为 6 分(Duncan & Reese, 2015)。据此,当事人 ORS 分数变化在 6 分以内表明无明显进展,正向大于 6 分表明有明显改善,负向大于 6 分表明出现恶化。另外,根据 PCOM 系统使用手册,ORS/SRS 在每

次治疗前后由治疗师交给当事人作答并当场计分。如果当事人对 SRS 的总评分低于 36 分或 SRS 某一条目得分低于 9 分,治疗师需要同当事人探讨原因。此外,如果 ORS 分数显示当事人缺乏进展,治疗师也可就此与当事人进行讨论(Miller & Duncan, 2004)。

PCOM 系统有儿童、青少年、成人以及团体治疗等多个版本。各版本均可供个人免费下载及使用(<https://heartandsoulofchange.com/content/measures/download.php>)。多项研究报告显示,ORS 的 α 系数约为 0.85(成人临床样本)和 0.95(成人非临床样本),临床群体一周后的再测信度为 0.60(Duncan, 2012)。ORS 与 OQ-45 总分间相关为 0.62,且与抑郁焦虑压力量表、生活质量量表和 Rosenberg (1985)自尊量表均为中等程度相关(Duncan, 2012)。ORS 同样具有良好的区分效度,并对心理干预相当敏感;而且一般认为,ORS 是对心理痛苦的整体测量而非包含分量表的多维测量工具(Miller et al., 2003)。SRS 的 α 系数为 0.92,一周后的再测信度为 0.59;SRS 与工作同盟问卷简版(WAI-S)和助人同盟问卷(Helping Alliance Questionnaire, HAQ-II)间相关系数为 0.48~0.58(Duncan, 2012)。此外,研究表明,SRS 也具有较好的预测效度(Reese et al., 2013)。

2.2.3 二者的比较

OQ 系统和 PCOM 系统均是当前广泛应用的当事人反馈系统。这两个系统有许多共同之处。其一,二者都将当事人自我报告的治疗进展反馈给治疗师(或同时提供给治疗师和当事人),并通过识别 NOT 当事人来提高治疗效果。其二,二者都为大量的实证研究证实有效(evidence-based practices),都可跨治疗流派使用(atheoretical),且并不基于当事人的诊断(Duncan & Reese, 2015)。其三,二个系统都制定有各自的 ETR 法则,并拥有配套的软件版本,能够实现迅速收集、分析数据,进行实时反馈。但二者也存在一些差异。其一,计分方式的差异。OQ-45 使用李克特 5 点量表计分,而 PCOM 系统使用 10 cm 视觉模拟量表计分。其二,PCOM 系统被整合进心理治疗过程。如它指导治疗师对当事人的反馈信息进行明确讨论,而在 OQ 系统中却并没有明确要求;其三,PCOM 系统要求对每次会谈的工作同盟都进行评定,而 OQ 系统只在当事人缺乏进展的情况下才对工作同盟进行评估;其四,二者的起源不同。

OQ 系统是随着早期学者为检验正式反馈的效果所开展的严谨研究而发展起来,而 PCOM 系统则主要为日常的临床实践工作提供便利。因而,在临床实践中,PCOM 系统的使用依从率要优于 OQ 系统(Miller et al., 2003),并且前者也更受到治疗师的青睐(Boswell et al., 2015)。

此外,考虑到正式反馈过程中需让当事人多次评定治疗效果,重复测量可能产生练习效应。这一问题也为早期相关学者所关注(Lambert & Hawkins, 2004)。但研究发现,使用效果量表进行重复测量的影响并不大。例如,研究者将 OQ-45 和 ORS 在非临床群体中多次测量,结果发现,重复测量后 OQ-45 和 ORS 的分数变化幅度均不大(Durham, McGrath, Burlingame, Schaalje, & Lambert, 2002; Miller et al., 2003)。这些证据表明,练习效应可能存在于重复测量,但在正式反馈的使用过程中影响并不明显。

3 正式反馈的作用效果

3.1 提高治疗效果

研究表明,正式反馈能够带来更好的治疗效果。根据 Carlier 等(2012)的综述,在心理健康领域中,有 70%的研究结果表明,使用正式反馈可获得更好的治疗效果。如果采取更为严格的研究标准(如临床对照试验),正式反馈则对治疗效果有着稳定的、中等程度的效应量(Duncan & Reese, 2015; Lambert, 2015)。并且,这种效果不受反馈的测量工具(Knaup et al., 2009; Lambert & Shimokawa, 2011)以及治疗情境(个体、夫妻及团体治疗)(Anker, Duncan, & Sparks, 2009; Slone, Reese, Mathews-Duvall, & Kodet, 2013)的影响。此外,研究发现,正式反馈还能有效降低当事人发生恶化的比率,同时提高当事人获得显著改善的比率。总体而言,与对照组(非反馈组)相比,反馈组中当事人发生恶化的比率要减半,获得显著改善当事人比率则提高近 2 倍(Lambert & Shimokawa, 2011)。

研究发现,正式反馈主要能够提高 NOT 当事人的治疗效果(Shimokawa et al., 2010)。这与 Riemer 和 Bickman (2011)的观点一致,即治疗目标与实际进展之间存在差距是促使治疗师行为改变的主要动力。然而,对正式反馈能否提高那些进展顺利当事人(On Track, OT)的治疗效果尚存争议。一般认为,对于初始症状相对严重的 OT 当事人,治疗师同当

事人分享关于治疗进展的信息也可提高其治疗效果(Hawkins et al., 2004; Simon et al., 2013)。

3.2 提高治疗功效

研究发现,正式反馈还能够提高心理治疗的功效。具体而言,正式反馈不仅帮助治疗师提高了心理治疗的效率(Lambert et al., 2001, 2002),而且还提高了当事人治疗进展的速率(Reese et al., 2009)。

正式反馈能够提高心理治疗的效率(treatment efficiency)。不同类型的当事人(如 NOT 和 OT),治疗的效率有很大的不同。一方面,根据反馈,如果当事人进展不佳(NOT),则表明其仍需加强治疗。即当事人可能需要参与多次会谈才能获得预期的治疗效果。另一方面,对于那些治疗进展顺利的当事人(OT),可能只需较少的会谈次数即可达到预期效果。因此,针对不同类型的当事人,实际所需会谈次数也可能不一样。恰当的使用反馈,将能提高心理治疗的效率,并在一定程度上节约公共资源。Lambert 等(2001)的研究便证实了此预测,即使用正式反馈提高了 NOT 当事人出席会谈的次数,同时减少了 OT 当事人出席会谈的次数。Lambert 等(2002)进一步的研究发现,使用正式反馈时,治疗师的个人经验影响到心理治疗的效率。即有经验的治疗师,更能利用正式反馈来提高心理治疗的效率。但也有研究发现,使用正式反馈并未使得 NOT 当事人出席会谈的次数明显提高(Hawkins et al., 2004; Reese et al., 2009; Simon, Lambert, Harris, Busath, & Vazquez, 2012)。然而,这些研究与 Lambert 等人的研究环境不一致。Lambert 等人的研究是在大学咨询中心开展,而 Hawkins、Reese 和 Simon 等人的研究环境为医院或社区心理门诊。因此,这可能是治疗环境不同,如收费与否等因素所造成的。未来研究可对此做进一步的探讨。

正式反馈干预还能够提高当事人进展的速率(speed of progress)。Reese 等(2009)探讨了正式反馈在短程治疗中对当事人改善速率的影响。研究结果表明,与非反馈组比较,整个反馈组中当事人发生可靠改变的速率明显提高。具体而言,反馈组中当事人经过 7 次(median number of sessions, 中位会谈次数)会谈后,有 56%的当事人获得可靠改变;然而,在非反馈组中,经过 10 次(中位会谈次数)会谈后,才有 52%的当事人实现可靠改变。

这表明, 反馈组中当事人只需较少的会谈次数即可实现可靠的改变。这一结果同时获得其他研究的支持。de Jong 等(2014)考察了正式反馈对长程治疗中当事人进展速率的影响。研究表明, 正式反馈对长程治疗中当事人的进展速率也有着积极的影响。进一步的证据则来自青少年当事人方面的研究(Bickman, Kelley, Breda, de Andrade, & Riemer, 2011)。这些研究表明, 反馈不仅能够直接提高当事人的治疗效果, 而且还能够提高当事人改善的速率。

3.3 提高合作性实践

正式反馈还能够提高治疗双方在治疗中的合作(Gondek, Edbrooke-Childs, Fink, Deighton, & Wolpert, 2016)。一方面, 治疗师可利用正式反馈来促进与当事人的沟通, 同时借此改善治疗关系、调整治疗策略。如根据当事人对心理功能的评估, 治疗师将谈话聚焦于某一方面; 治疗师利用反馈来维持良好的治疗关系(Reese et al., 2009)。另一方面, 当事人在收到关于治疗的反馈后, 可对自己当前身心健康及所接受的心理服务有更好的理解, 以此可激发他们积极得参与治疗中决策的制定(Michie, McCaffery, & Henegan, 2008)。此外, 有学者认为, 使用反馈还能够提高当事人在治疗中的参与度(Gordon, 2012)。可知, 正式反馈促进了治疗双方更好的合作。

综上所述, 反馈能够提高当事人的治疗效果, 特别是 NOT 当事人的治疗效果。同时, 正式反馈能够整体上提高当事人(包括 NOT 和 OT)的改善速率, 并促进治疗双方更好的合作。但是, 研究者对正式反馈能否提高治疗的效率仍持异议。未来的研究可对此展开进一步地探讨。

4 正式反馈的作用机制

正式反馈为何能够提高治疗效果? 其作用机制是什么? 对于这些问题, 研究者主要从两个方

面展开探讨。第一, 治疗师的视角, 如概念化反馈干预理论(Conceptualized Feedback Intervention Theory, CFIT); 第二, 当事人与治疗师双方的视角, 如交互作用论。

反馈理论指出, 个体注意到目标与反馈内容间存在差异时将引起认知不一致(cognitive dissonance), 这将激发个体努力寻求行为的改变(Kluger & DeNisi, 1996)。在反馈理论的基础上, Riemer 和 Bickman (2011)进一步发展出一套专门用于临床实践的反馈理论, 即概念化反馈干预理论(Conceptualized Feedback Intervention Theory, CFIT)。根据该理论, 当治疗师接收到当事人进展反馈后, 将在治疗目标(治愈)与反馈内容(当前进展)间进行比较, 这使得治疗师对自己在治疗中的表现做出一个积极或消极的评估(Riemer & Bickman, 2011)。若二者产生差异, 治疗师将产生认知冲突, 并被激发去缩小这一差距(Kluger & DeNisi, 1996)。且二者差异越大, 越能带来治疗师行为的改变。根据该理论观点, 正式反馈对 NOT 当事人效果较好, 因为 NOT 当事人的反馈更容易产生认识冲突, 进而引起治疗师行为的改变。CFIT 从治疗师的视角出发, 强调了两项核心内容(de Jong, 2016): 第一, 治疗师需要去关注反馈且认可反馈, 即视反馈是可靠的、可信的; 第二, 治疗师应致力于提供有效的治疗, 并将使用正式反馈作为心理治疗的一部分。反馈产生效应的过程如图 1 所示。

另一观点认为正式反馈能够提高治疗效果, 是治疗师与当事人相互作用的结果。Gordon (2012)认为, 当事人在治疗中的参与度(quality of the client's participation)是影响治疗效果的最重要因素。一方面, 反馈作为治疗师积极、主动调动当事人内部资源(internal resources)的一种方式, 促进了当事人在治疗过程中的参与度(Gordon, 2012; Macdonald & Mellor-Clark, 2015); 另一方面, 当事人的反馈又为随后的治疗提供重要参考。如此,

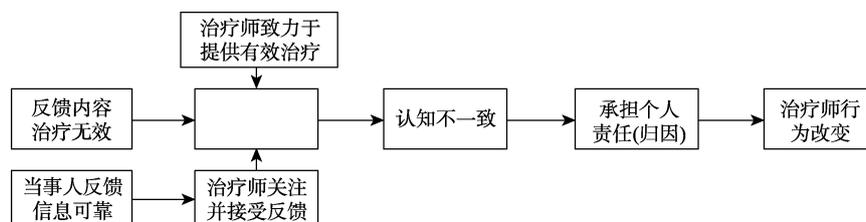


图 1 治疗师行为改变路径图(资料来源: Riemer, M., Rosof-Williams, J., & Bickman, L., 2005)

反馈使得当事人的需要获得更好的满足，而当事人的参与度也获得进一步的提高，这均将为治疗效果带来积极的影响。通过回顾相关文献，笔者从交互作用的视角，总结正式反馈的作用机制如下(图 2 所示)。

概念化反馈干预理论强调治疗师的内部因素对反馈效果的影响，这些因素包括治疗师的动机、治疗中的投入及个人特征，如自我效能感、反馈倾向、归因风格、人格特质等(de Jong et al., 2012)。它显示反馈机制是一个精细的、复杂的过程。但该理论忽视当事人因素的影响，同时缺乏实证研究的检验。此外，该理论只能部分解释正式反馈的作用机制(无法解释 OT 当事人的获益)。交互论观点，从治疗双方视角阐述正式反馈对治疗效果的影响，这是一个宏观的视角，可能也更符合实际情况。毕竟当事人因素是影响治疗效果的一个不可或缺的因素(Gordon, 2012)。但交互作用论的观点是笔者提出的一个理论构想，仍有待后期相关实证研究的验证。

5 正式反馈干预效果的影响因素

一般认为，正式反馈可跨理论流派使用，而不受某一具体治疗方法的限制(Reese, Slone, & Miserocchi, 2013)。因为当事人的反馈通常表现为一个过程而不是与治疗的理论框架相关联的实践。因此，反馈过程可适用于不同治疗流派，甚至能对其起到促进作用(Reese et al., 2013)。但是，正式反馈的作用效果仍受许多其他因素的影响，概括起来主要包括反馈本身的特征、当事人初始症

状严重程度、治疗师的影响以及治疗的时长等。

5.1 反馈本身的影响

反馈本身包括反馈的特征以及反馈的设计两方面。反馈的设计包括反馈的次数与及时性、反馈的具体性以及反馈的方式等。

反馈本身的特征影响反馈的效果。Harmon, Hawkins, Lambert, Slade 和 Whipple (2005)等认为，反馈源(Feedback Source)、反馈的内容、反馈的性质以及反馈的形式将影响治疗师对反馈结果的关注和认可，进而影响反馈的效果。如利用标准化测量工具对来自当事人的反馈信息进行系统收集，可提高反馈的质量和可信度；治疗师获得有关自己行为的反馈更有利于其行为改变；在临床背景下，负性的反馈更有利于治疗师行为的改变(Riemer & Bickman, 2011)；相比而言，书面和图表形式的反馈可提高反馈的效果，而口头的反馈则削弱了反馈的效果(Harmon et al., 2005)。

反馈的次数与及时性影响反馈的效果。研究表明，与连续反馈相比，有限的反馈次数会削弱当事人的治疗效果，同时还将降低其发生改善的速率(Bickman et al., 2011; Knaup et al., 2009)。Slade 等(2008)的研究发现，为期一周的延迟反馈，与两周的延迟反馈比较，前者只需较少的会谈次数便可让当事人实现同等程度的获益。连续的反馈有利于提高 NOT 当事人的识别率，而及时的反馈有助于治疗师及早发现当事人治疗过程与治疗效果间的变化，并建立反馈与其行为间的连接(Harmon et al., 2005)，进而促进治疗师对当前的治疗策略展开反思并做出相应调整。

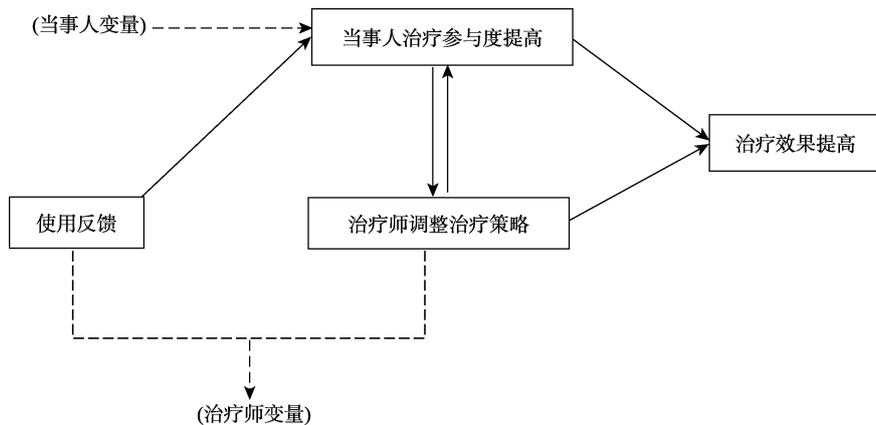


图 2 交互论效果图

反馈的方式也影响反馈的效果。提供反馈的方式包括两种: 一为仅提供给治疗师(Feedback to therapist only, FbT); 另一为同时提供给治疗双方(Feedback to therapist and patient, FbTP)。研究发现, FbTP 对门诊当事人更为有效。如 Hawkins 等(2004)将某医院心理门诊的 201 名当事人随机分配至 3 个治疗小组: 对照组(无反馈)、FbT 组和 FbTP 组。研究结果发现, FbTP 组的治疗效果要优于 FbT 组, 为中等效应量($d = 0.33$)。de Jong 等(2014)选择 413 名某私立门诊机构的当事人为被试, 研究同样发现, FbTP 组对提高短期治疗作用的作用最大。

反馈越具体, 治疗效果越好。Whipple 等(2003)的研究表明, 除利用 OQ-45 对当事人的治疗效果进行监控外, 还利用临床支持工具来评估当事人缺乏进展的原因, 并提供具体问题解决策略, 反馈可进一步提高当事人的治疗效果。

5.2 当事人的初始症状严重程度

研究表明, 当事人初始症状的严重程度(initial distress)影响反馈对治疗效果的作用效果。如正式反馈能够提高初始症状较为严重的门诊 OT 当事人的治疗效果(Hawkins et al., 2004), 却并不能提高初始症状相对较轻的大学生 OT 当事人的治疗效果(Lambert et al., 2001)。Amble, Gude, Ulvenes, Stubdal 和 Wampold (2016)也倾向认为, 当事人初始痛苦越大, 正式反馈效果越好。这似乎表明, 当事人症状越严重, 正式反馈的效果越好。但也有例外情况。例如, 对于危机个案, 尽管当事人的初始症状较为严重, 然而, 正式反馈却并不能提高当事人的治疗效果, 甚至还可能给初期治疗带来负面影响(Oenen et al., 2016)。这是因为在危机情形下, 当事人考虑替代性做法及反思能力往往受损, 而这些能力是当事人从反馈中获益不可或缺的要素; 并且, 对于危机个案, 正式反馈可能扰乱了正常危机干预的进程, 因而给早期治疗带来消极影响(Oenen et al., 2016)。这也提示, 正式反馈可能并不适用于处于危机中的个案。此外, 对于部分症状过于严重的当事人, 若在使用正式反馈的同时仍在服药, 也可能削弱反馈效应。因为对于服药的当事人, 心理治疗可能仅为辅助治疗方式, 当事人治疗效果的提升主要归于药物(瞿伟, 谷珊珊, 2014), 并且治疗的动机可能也在其中起到调节作用(Ryan, Lynch, Vansteenkiste, &

Deci, 2011)。此时, 治疗技术的影响相对较低, 正式反馈的作用也被削弱, 这使得正式反馈的效应难以被发现(Simon et al., 2012)。

5.3 治疗师方面因素

治疗师因素主要包括治疗师对反馈的态度、个人特征及个人经验三个方面。

治疗师对反馈的态度是影响反馈有效性的重要因素。de Jong 等(2012)的研究验证了反馈态度对反馈效果的影响。其研究结果显示, 反馈只有在治疗师重视并使用情况下才会有效。Simon 等(2012)发现, 治疗师若未能有效使用反馈信息会削弱反馈的效果。此外, 若治疗师主动就当事人的反馈信息与之讨论, 则能让更多的当事人获益(Reese et al., 2009)。Oanes, Anderssen, Borg 和 Karlsson (2015)的研究也表明, 通过反馈面谈(feedback conversation)将当事人的反馈整合到心理治疗当中对治疗有诸多好处。但要实现这一点, 需要治疗师对当事人的反馈感兴趣, 并持开放的态度。这说明, 治疗师对反馈持积极、主动的态度将有利于提高反馈的效果。

治疗师的个人特征也是影响反馈效果的重要因素。目前, 有关治疗师的个人特征与反馈效应的关系鲜有实证研究, 但治疗师的个人特征却是影响反馈效应的一个不可忽视的因素(Riemer & Bickman, 2011)。有限的研究表明, 治疗师的自我效能感、内反馈倾向、承诺使用反馈(commitment to use the feedback)对反馈效应具有调节作用(de Jong et al., 2012)。另外, 性别因素影响治疗师对反馈的使用。研究发现, 与男性治疗师相比, 女性治疗师更愿意使用反馈(de Jong et al., 2012)。

此外, 治疗师的个人经验也影响反馈的效果。Lambert 等(2002)发现, 有经验的治疗师, 更能利用正式反馈来提高心理治疗的效率。Reese 等(2009)发现, 在使用正式反馈时候, 与实习的治疗师相比, 专业治疗师的当事人发生改善的速度更快。但治疗师的个人经验并不影响最终的治疗效果(Reese et al., 2009)。

5.4 治疗时长

研究表明, 治疗的时长影响反馈效果。正式反馈在短期治疗中效应更为明显。Knaup 等(2009)发现, 正式反馈仅对短期治疗(9 周内)效果显著。考虑到 Knaup 等人未控制当事人初始症状及反馈次数等影响因素, de Jong 等(2014)采用更为严格

的实验设计,再次考察正式反馈在长/短期治疗中的效应。研究发现,反馈效应同时存在于长/短期治疗中,但反馈对短期治疗中的 NOT 最为有效。这部分印证了 Knaup 等人的结果。此外,Amble 等(2016)直接考察了正式反馈与会谈次数之间的关系。研究发现,反馈的效应开始出现于治疗的初期(第 3 次会谈)。这为正式反馈之于短期治疗更为有效提供新的佐证。

为何反馈在短期治疗中对 NOT 当事人更为有效?原因可能有二:其一,在长程治疗中,治疗师将有更多机会去识别 NOT 当事人,从而调整治疗策略(Lambert & Coco, 2013);其二,接受长/短期心理治疗的为不同类型的当事人。一般接受长期治疗的当事人其症状可能更为严重,而此类当事人在接受心理治疗的时候,可能同时服用药物,而药物能独立于心理治疗提高治疗效果,这将削弱反馈的效果(Simon et al., 2012)。

6 研究不足和展望

随着正式反馈实证研究的不断丰富,其对临床实践的作用已被人们肯定。该技术简单易于掌握(不限经验,只需少量培训即可),适用对象广泛且不受治疗流派的限制。鉴于这些优势,发展至今,正式反馈获得极大关注。如 Wampold (2015)认为正式反馈是近 25 年来心理治疗领域最为突出的进展。美国心理学学会胜任力评估工作组(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)则推荐治疗师在整个职业生涯中使用正式反馈,以评估其专业胜任力。此外,部分国家甚至强制要求治疗师使用正式反馈。如荷兰的治疗师被要求向国家注册系统提交有关治疗效果的数据(van der Wees, 2013)。可知,正式反馈有让心理治疗服务迈向规范化、科学化的趋势,这对我国心理咨询与治疗领域的未来发展具有重要意义。但纵观现有研究,仍有一些问题有待探讨。

6.1 研究方法的局限

心理治疗中的正式反馈研究普遍存在研究方法局限的问题。首先,部分研究因样本量小而存在统计检验力不足的问题(Reese et al., 2009)。更为重要的是,由于当事人脱落、数据缺失等原因,几乎所有的研究都存在不完全数据的问题,并且很少有研究报告意向性治疗分析(intention-to-treat analysis, ITT)。这可能导致过高估计正式反馈对治

疗效果的影响(刘建平, 2003)。因此,未来研究者可采用大样本检验差异,同时使用更合理的分析方法来解释不完全数据的问题。其次,缺乏对研究程序的详细说明。许多研究并未报告将当事人排除在数据分析之外的原因,并且多数研究没有具体报告随机分组的方法。未来的相关研究需完善这部分内容。最后,多数研究取样于成人样本,特别是门诊环境下的大学生当事人居多(Lambert & Shimokawa, 2011)。未来的研究可在不同群体(如儿童和青少年)和治疗环境下考察正式反馈对治疗效果的影响。

6.2 正式反馈的作用机制探讨不足

先前研究主要围绕反馈干预对治疗效果的有效性研究,但很少有学者探讨正式反馈的作用机制。当前,CFIT 是唯一可应用于临床实践的反馈理论,它强调治疗师在反馈机制中的作用。该理论虽然能够较好解释 NOT 当事人的获益,却无法很好解释 OT 当事人为何也能从反馈干预中获益。此外,CFIT 的大部分内容并未获得实证研究的检验(de Jong et al., 2012)。通过文献回顾发现,显示提高 OT 当事人治疗效果的研究,其当事人初始症状均相对较重,且治疗师都同当事人分享了反馈信息(Hawkins et al., 2004; Simon et al., 2013)。这表明,当事人可能是正式反馈作用机制的一部分。然而,先前有关正式反馈作用机制的研究仅探讨了治疗师的作用,而忽略当事人的影响(Riemer, Rosof-Williams, & Bickman, 2005)。因此,未来在探讨作用机制时候,最好同时考虑治疗师与当事人双方的作用。

6.3 缺乏正式反馈的跨文化研究

目前,两个主要的当事人反馈系统(PCOM 系统和 OQ 系统)均由美国学者开发,相关临床试验也主要由美国学者开展。近来,正式反馈也开始受到英国、荷兰和挪威等国学者的重视。但总得来说,相关研究由欧美学者主导,当事人群体也多为白色人种。这限制了正式反馈的外部效度。因此,未来可在其他文化背景(如东亚文化)下开展临床试验,从而进一步检验正式反馈的有效性。但在开展此类研究之前,需充分考虑文化因素的影响。就我国而言,以下两个问题值得考虑:其一,检验引入的反馈系统在我国当事人群体的适用性;其二,在反馈结果告知治疗师的情况下,当事人是否会受到社会称许效应的影响,从而影

响评分的准确性? 美国的研究表明, 无论匿名与否, 当事人所评定的结果均无显著差异(Reese et al., 2013)。但考虑到中西方群体文化间差异, 特别是中国社群更倾向于印象管理(赵志裕, 邹智敏, 林升栋, 2010)。因此, 对中国当事人而言, 社会赞许效应可能成为一个影响因素。未来的研究者需明确这一点。

参考文献

- 刘建平. (2003). 随机对照试验的依从性和意向性治疗分析. *中国中西医结合杂志*, 23, 884-886.
- 秦佑凤, 胡姝婧. (2008). 心理咨询效果问卷(OQ-45)在中国部分人群的试用报告. *中国临床心理学杂志*, 16, 138-140.
- 瞿伟, 谷珊珊. (2014). 抑郁症治疗研究新进展. *第三军医大学学报*, 36, 1113-1117.
- 赵志裕, 邹智敏, 林升栋. (2010). 文化与社会赞许反应: 社会个人互动的观点. *心理学报*, 42, 48-55.
- Amble, I., Gude, T., Ulvenes, P., Stubdal, S., & Wampold, B. E. (2016). How and when feedback works in psychotherapy: Is it the signal?. *Psychotherapy Research*, 26, 545-555.
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bickman, L., Kelley, S. D., Breda, C., de Andrade, A. R., & Riemer, M. (2011). Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: results of a randomized trial. *Psychiatric Services*, 62, 1423-1429.
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25, 6-19.
- Carlier, I. V. E., Meuldijk, D., van Vliet, I. M., van Fenema, E., van der Wee, N. J. A., & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: Evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 104-110.
- de Jong, K. (2016). Deriving implementation strategies for outcome monitoring feedback from theory, research and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 292-296.
- de Jong K., Timman, R., Hakkaart-Van Roijen L., Vermeulen, P., Kooiman, K., Passchier, J., & Busschbach, J. V. (2014). The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 24, 629-639.
- de Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22, 464-474.
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53, 93-104.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52, 391-401.
- Durham, C. J., McGrath, L. D., Burlingame, G. M., Schaalje, G. B., & Lambert, M. J. (2002). The effects of repeated administrations on self-report and parent-report scales. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 20, 240-257.
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 325-343.
- Gordon, R. (2012). Where oh where are the clients? The use of client factors in counselling psychology. *Counselling Psychology Review*, 27, 8-17.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Harmon, C., Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Slade, K., & Whipple, J. S. (2005). Improving outcomes for poorly responding clients: The use of clinical support tools and feedback to clients. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 175-185.
- Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Slade, K. L., & Tuttle, K. C. (2004). The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and

- patients. *Psychotherapy Research*, 14, 308–327.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059–1064.
- Kluger, A. N., & DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 119, 254–284.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 15–22.
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52, 381–390.
- Lambert, M. J., Bailey, R., Kimball, K., Shimokawa, K., Harmon, S. C., & Slade, K. (2007). *Clinical support tool manual—brief version—40*. Salt Lake City, UT: OQMeasures.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249–258.
- Lambert, M. J., & Coco, G. L. (2013). Simple methods for enhancing patient outcome in routine care: Measuring, monitoring, and feedback. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 93–101.
- Lambert, M. J., & Hawkins, E. J. (2004). Measuring outcome in professional practice: Considerations in selecting and using brief outcome instruments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 492–499.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 72–79.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced?. *Psychotherapy Research*, 11, 49–68.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 91–103.
- Macdonald, J. (2014). ‘Formal’ feedback in psychotherapy as psychoanalytic technique. *Psychodynamic Practice*, 20, 154–163.
- Macdonald, J., & Mellor-Clark, J. (2015). Correcting psychotherapists' blindsidedness: Formal feedback as a means of overcoming the natural limitations of therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 249–257.
- Michie, S., McCaffery, K., & Heneghan, C. (2008). Monitoring as a learning and motivational tool. In P. Glasziou, L. Irwig, & J. K. Aronson (Eds.), *Evidence-based medical monitoring: from principles to practice* (pp. 123–139). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2004). *The outcome and session rating scales: Administration and scoring manual*. Fort Lauderdale, FL: Author.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91–100.
- Oanes, C. J., Anderssen, N., Borg, M., & Karlsson, B. (2015). How do therapists respond to client feedback? A critical review of the research literature. *Scandinavian Psychologist*, 2, e17.
- Overington, L., & Ionita, G. (2012). Progress monitoring measures: A brief guide. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53, 82–92.
- Reese, R. J., Gillaspay, J. A., Jr., Owen, J. J., Flora, K. L., Cunningham, L. C., Archie, D., & Marsden, T. (2013). The influence of demand characteristics and social desirability on clients' ratings of the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 696–709.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 418–431.
- Reese, R. J., Slone, N. C., & Misericocchi, K. M. (2013). Using client feedback in psychotherapy from an interpersonal process perspective. *Psychotherapy*, 50, 288–291.
- Riemer, M., & Bickman, L. (2011). Using program theory to link social psychology and program evaluation. In M. M. Mark, S. I. Donaldson, & B. Campbell (Eds.), *Social psychology and evaluation*. New York, NY: Guilford Press.
- Riemer, M., Rosof-Williams, J., & Bickman, L. (2005). Theories related to changing clinician practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 241–254.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice 1ψ7. *The Counseling Psychologist*, 39, 193–260.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298–311.
- Simon, W., Lambert, M. J., Busath, G., Vazquez, A., Berkeljon, A., Hyer, K., ... Berrett, M. (2013). Effects of providing patient progress feedback and clinical support tools to psychotherapists in an inpatient eating disorders treatment program: A randomized controlled study. *Psychotherapy Research*, 23, 287–300.
- Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G., & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research*, 22, 638–647.
- Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W., & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: The use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 287–303.
- Slone, N. C., Reese, R. J., Mathews-Duvall, S., & Kodet, J. (2013). Evaluating the efficacy of client feedback in group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 19, 122–136.
- van der Wees, P. (2013). *Patient-reported outcomes in the Netherlands: Routine use in clinical practice and performance measurement [Slides]*. Retrieved from <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/phil-van-der-wees-proms-netherlands-dec13.pdf>.
- van Oenen, F. J., Schipper, S., van, R., Schoevers, R., Visch, I., Peen, J., & Dekker, J. (2016). Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 110.
- Wampold, B. E. (2015). Routine outcome monitoring: Coming of age—with the usual developmental challenges. *Psychotherapy*, 52, 458–462.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59–68.

Formal feedback in psychotherapy

SHE Zhuang^{1,2}; SUN Qi-wu¹; JIANG Guangrong¹; SHI Yanwei¹

(¹ School of Psychology, Central China Normal University and Key Laboratory of Human Development and Mental Health of Hubei Province, Wuhan 430079, China) (² Shanghai Institute of Technology, Shanghai 201418, China)

Abstract: Formal feedback refers to the systematic monitoring of client perception of progress throughout therapy through the use of standardized scales and a real-time comparison with an expected treatment response (ETR) to gauge client progress, and then provide this information to clinicians inform further treatment. Outcome Questionnaire System (OQS) and Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) are two main measuring tools that are widely used to collect client feedback. Formal feedback appears to be effective for clients who are not progressing well in therapy, the so-called not-on-track (NOT) cases. It also increases the overall speed of progress in clients and promotes better cooperation between therapists and clients. The current study sought to investigate the mechanisms of formal feedback based on contextualized feedback intervention theory (CFIT) and the interactions between therapists and clients. Factors affecting the intervention effects of formal feedback included feedback itself, initial distress level, impact from therapists, and duration of therapy. The article included discussion on methodological problems and limitations, shortcomings of the mechanisms, and recommendations for further cross-cultural research on formal feedback in China.

Key words: formal feedback; psychotherapy; evidence-based treatment