

Christopher Chapman, Disertační práce, Fakulta Brigham Young University, Oddělení klinické psychologie, srpen 2010. Článek z časopisu *Psychotherapy Research* - červenec 2012, [Clinical prediction in group psychotherapy \(2\).pdf](#)

Klinická predikce ve skupinové psychoterapii (volný překlad)

Abstrakt

Výzkum v oblasti individuální terapie poskytl důkazy o tom, že terapeuti bez pomoci objektivních měřítek špatně předpovídají výsledky klientů a často špatně hodnotí klientovo vnímání terapeutického vztahu. Cílem tohoto výzkumu bylo provést podobnou studii ve skupinovém prostředí. Byli osloveni terapeuti z univerzitního poradenského centra a státní psychiatrické nemocnice, aby se ověřila jejich přesnost v predikci výsledku u klienta, kvality terapeutického vztahu a jejich vlastního používání empiricky podpořených skupinových intervencí. Výsledky ukázaly, že terapeuti jsou špatnými prediktory všech tří ukazatelů, což poskytuje podporu pro zavedení systémů zpětné vazby založených na měření, které by terapeuti informovaly o klíčových informacích, jež mohou ovlivnit účinnost skupinové psychoterapie.

Úvod

Vzhledem k tomu, že se skupinová psychoterapie prosadila jako životaschopný a nákladově efektivní způsob léčby (Burlingame, Fuhriman, & Mosier, 2003; Kösters, Burlingame, Nachtigall, & Strauss, 2006), debata o tom, které faktory přispívají k terapeutickému zisku členů skupiny, podnítila pokračující výzkum zkoumající povahu těchto léčebných procesů, jejich vzájemný vztah a vliv na výsledky psychoterapie.

Výzkum zkoumající přínosy poskytování zpětné vazby terapeutům v individuální terapii ukázal povzbudivé výsledky, pokud jde o zlepšení výsledků klientů, zejména u klientů, kteří nereagují na léčbu (Berking, Orth & Lutz 2006; Harmon et al., 2006; Hawkins, Lambert, Vermeersch, Slade, & Tuttle, 2004; Lambert et al., 2002; Whipple et al., 2003). Výzkumů zkoumajících dopad poskytování podobné zpětné vazby ve skupinové psychoterapii je však stále málo.

Výzkumy v oblasti individuální terapie poskytly důkazy o tom, že terapeuti špatně předpovídají výsledky klientů (Breslin, Sobell, Buchan a Cunningham, 1997; Hannan, Lambert, Harmon, Nielsen, Smart a Shimokawa, 2005) a často špatně odhadují, jak klienti vnímají terapeutický vztah (Burns a Auerbach, 1996).

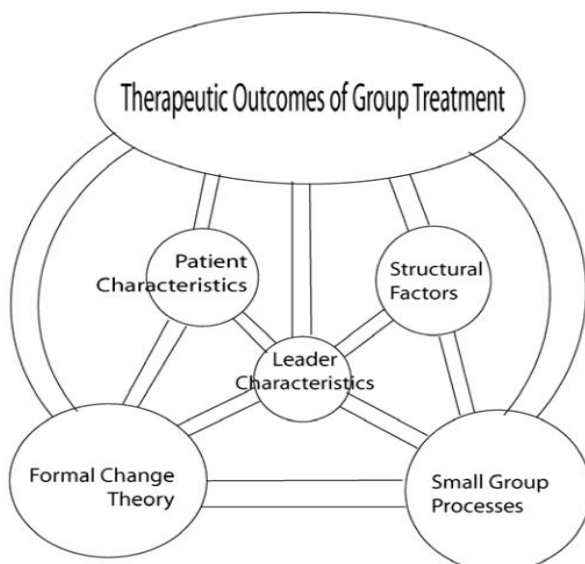
Vzhledem k výzkumům, které ukazují na obtíže při přesném předvídání individuálních výsledků klientů a síly terapeutického vztahu, se zdá být podobná studie ve skupinovém prostředí oprávněná, protože terapeut má ve srovnání s dyadickou léčbou ještě méně informací o každém jednotlivém klientovi. Proto jsme neočekávali lepší, spíše horší prediktivní výsledky ve skupinové léčbě. Taková studie by nejen prověřila význam používání zpětné vazby o výsledcích a klinické podpoře ve skupině, ale také mohla představovat nový důležitý směr ve výzkumu skupin.

Cílem této studie bylo zjistit, zda používání procesních a výsledkových měřítek poskytuje skupinovým terapeutům nové a užitečné informace, nebo zda terapeuti mohou tyto faktory přesně předvídat.

Následuje přehled literatury popisující terapeutické procesy související s výsledky ve skupinové psychoterapii. Kromě toho jsou přezkoumány dřívější studie zkoumající schopnost terapeutů přesně předvídat vnímání terapeutického vztahu klientem a jeho výsledek. Rovněž se zaměřuje na přínosy poskytování empiricky podložené zpětné vazby terapeutům v individuální psychoterapii. Přehled zkoumá možnosti pro skupinové therapy, kteří se snaží zavést podobné zpětnovazební intervence do své práce, a upozorňuje na omezený počet provedených výzkumů týkajících se užitečnosti těchto zpětnovazebních systémů ve skupinové psychoterapii. Účelem přehledu bylo diskutovat o tom, jak může používání hodnotících nástrojů rozšířit klinický úsudek ve skupinové psychoterapii, a o potřebě dalšího výzkumu a zkoumání ohledně navrhovaných přínosů používání těchto opatření.

Přehled literatury

Ve výzkumu Burlingameho, MacKenzieho a Strausse (2004) autoři navrhnou model, který podrobně popisuje faktory vysvětlující výsledky léčby ve skupinové psychoterapii, včetně pěti vzájemně souvisejících faktorů: charakteristiky pacientů, strukturální faktory, charakteristiky vedoucích, formální teorie změny a procesy v malých skupinách (obrázek 1). Charakteristiky pacientů, jako je počáteční úroveň poruchy, osobnost a interpersonální styl, mají prokázaný význam jako prediktory skupinového procesu (Kivlighan & Angelone, 1992; Piper, Joyce, Rosie, & Azim, 1994) i výsledku (Burlingame et al., 2004; Yalom & Lescz, 1995). Strukturální faktory se vztahují k vytváření a udržování skupinových norem, jako je četnost sezení, prostředí skupiny a její velikost. Charakteristiky vedoucího zahrnují aspekty přítomnosti vedoucího ve skupině, které ovlivňují výkon skupiny, včetně vřelosti, empatie a otevřenosti terapeuta. Jedná se o charakteristiky, které byly spojeny s procesem a výsledkem skupiny (Hurley & Rosenberg, 1990; McBride, 1995). Teorie formální změny představují různé terapeutické směry, od kognitivně-behaviorálního přes psychoedukační až po existenciální, a jejich vliv na psychoterapeutickou skupinu. Tyto formální teorie změny se obvykle používají jako rámec pro usměrňování terapeutické činnosti ve skupině.



Obrázek 1. Pět vzájemně souvisejících procesů změny ve skupinové psychoterapii, převzato z Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004).

Procesy v malých skupinách zahrnují oblasti skupinového vztahu se známými souvislostmi s terapeutickými výsledky (Burlingame, Fuhriman a Johnson, 2002; Burlingame a kol., 2004; Yalom a Leszcz, 1995). Tento stručný přehled se zaměřuje na několik nejlépe definovaných a empiricky ověřených oblastí z hlediska jejich vlivu na výsledek skupiny: Soudržnost, pracovní aliance, skupinové klima a empatie (Burlingame, Johnson, & Fuhriman, 2002; Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave, 2005). Ačkoli o přesných definicích těchto faktorů, stejně jako o jejich vzájemných vztazích (a možných oblastech překrývání) lze vést značné diskuse, bylo prokázáno, že každý z nich má vztah k pokroku a výsledkům členů.

Soudržnost, jeden z nejrozsáhleji zkoumaných procesů v malých skupinách (Yalom & Leszcz, 2005), lze definovat jako pocit sounáležitosti nebo "my" (Yalom & Leszcz, 2005) skupiny, srovnatelný s "terapeutickým spojenectvím" popisovaným v individuální terapii. O definici tohoto konstruktů se však v historii výzkumu skupinových procesů vedly diskuse a značně se vyvíjel. Burlingame a jeho kolegové (2002) definují kohezi jako terapeutický vztah ve skupině. Soudržnost jako taková se skládá ze vztahů na více úrovních: člen-skupina, člen-člen, člen-vedoucí, vedoucí-skupina a vedoucí-vedoucí. Popisuje také smysl pro spolupráci a spojenectví na interpersonální úrovni i na intrapersonální úrovni (skupina jako celek). Řada studií spojuje vysokou úroveň skupinové soudržnosti s terapeutickými výsledky (McCallum, Piper, Ogradniczuk a Joyce, 2002; Stokes, 1983; Tschuschke a Dies, 1994), přičemž Tschuschke a Dies (1994) prohlásili, že mezi soudržností a výsledkem je "lineární a pozitivní" vztah. Ačkoli se zdá, že tato zjištění potvrzují názor, že soudržnost je klíčovým aspektem skupinového terapeutického vztahu, jiné výzkumy přinášejí smíšenější výsledky, pokud jde o soudržnost a její vliv na výsledky (Gillaspy, Wright, Campbell, Stokes, & Adinoff, 2002; Kipnes, Piper, & Joyce, 2002; Marziali, Mumoe-Blum, & McCleary, 1997). Velká část těchto obtíží při zjišťování vztahu mezi soudržností a výsledky však může souviset s různými definicemi, operacionalizacemi a opatřeními používanými k definování soudržnosti (Dion, 2000).

Pracovní aliance neboli sdílená odpovědnost mezi členy skupiny a vedoucím skupiny při soustředění se na cíle léčby a práci na nich (Johnson et al., 2005) má dobře prokázaný vztah k výsledkům. Tento konstrukt se však do jisté míry definičně překrývá se soudržností a podobně jako soudržnost byl v souboru výzkumů skupinového procesu definován a měřen různými způsoby (Johnson et al., 2005). Ve studiích, v nichž je pracovní aliance definována jako spojenectví členů skupiny s terapeutem při práci na dosažení cílů léčby, bylo zjištěno, že tento aspekt skupinového vztahu předpovídá pozitivní výsledky (Brown & O'Leary, 2001; Sexton, 1993; Strauss & Burgmeier-Lohse, 1995).

Klima skupiny se vztahuje k přítomnosti terapeutického klimatu, které usnadňuje emoční vyjádření a sebeodhalení členů skupiny, reakci ostatních členů skupiny na tato odhalení a společný smysl odvozený z těchto zážitků ve skupině (Burlingame et al., 2002). Aby bylo možné ze skupiny těžit, je nezbytné zajistit atmosféru vřelosti a přijetí, která členům skupiny umožní vyjádřit a prozkoumat významy jejich chování a emočních projevů katarzním způsobem ve skupině (Hurley & Rosenberg, 1990; McBride, 1995).

Empatie neboli klientův pocit, že je skupinou chápán, si získala téměř všeobecné uznání, pokud jde o její terapeutickou hodnotu, ze strany stoupců různých psychoterapeutických směrů. Ačkoli zastánci těchto směrů mohou empatii definovat mírně odlišným způsobem, je důsledně považována za léčebný terapeutický faktor zásadního významu (Burns, 1996; McBride, 1995; Trad, 1993). Empatie byla v různých studiích spojována s pozitivními výsledky; v jednom

přehledu Orlinsky, Grawe a Parks (1994) zkoumali 115 studií zkoumajících vliv empatie na výsledky a zjistili, že v 72 % studií souviselo vnímání empatie klienty s výsledky pozitivně. V literatuře o skupinách Karterud (1988) a Hurley a Rosenberg (1990) spojují empatické vlastnosti skupinových vedoucích s pozitivními výsledky.

Nový, komplexní model vztahů ve skupině

Zatímco všechny výše stručně popsané procesy v malých skupinách byly spojeny s terapeutickými výsledky pro členy skupiny, bylo provedeno jen málo výzkumů, které by zkoumaly vztah mezi těmito procesními proměnnými, jejich možné překrývání a jejich vliv na sebe navzájem na úrovni člen-člen, člen-skupina a člen-vedoucí. Ve snaze vytvořit empirickou definici skupinového vztahu a pomoci zmírnit značný zmatek způsobený různými definicemi jednotlivých konstruktů skupinového vztahu navrhli Johnson a jeho kolegové (2005) nový model konstruktů vyššího řádu nebo latentních konstruktů pro popis skupinového vztahu. V jejich modelu byla k operacionalizaci latentních konstruktů použita čtyři měřítka: Dotazník skupinového klimatu (GCQ; MacKenzie, 1983), škála soudržnosti Inventáře terapeutických faktorů (TFI; Lese & McNair-Semands, 2000), Inventář pracovní aliance (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) a Škála empatie (ES; Burns & Auerbach, 1996). TFI a GCQ byly použity k zaměření na vnímání vztahů mezi členy skupiny, zatímco WAI a ES odpovídaly vztahům mezi členy a členy a mezi členy a vedoucími. Tato měření byla zadána 662 účastníkům z 11 různých poradenských center a skupin osobního růstu při Americké asociaci skupinové psychoterapie (AGPA). Použitím explorační faktorové analýzy (EFA) k analýze dat ze složených dotazníků tito autoři vytvořili empirický popis latentních faktorů skupinových vztahů. Tento model se skládá ze tří hlavních složek terapeutického skupinového vztahu, z nichž každá supluje řadu dalších složek skupinového procesu (Johnson et al., 2005). První složka, pozitivní vztahové vazby, představuje citovou vazbu a pocit sounáležitosti jednotlivých členů skupiny s ostatními členy skupiny, včetně terapeuta, a se skupinou jako celkem. Druhá složka, pozitivní pracovní vztahy, představuje zapojení jednotlivých členů skupiny do spolupráce při dosahování cílů léčby s ostatními členy a s terapeutem. Třetí složka, negativní vztahové faktory, představuje aspekty skupinového procesu, které mohou negativně bránit terapeutické práci nebo ovlivňovat vazby členů s ostatními členy, vedoucím skupiny nebo skupinou jako celkem (Burlingame et al., 2008). Nový model Johnsona a jeho kolegů je jedinečný v tom, že zahrnuje tři ústřední aspekty skupinového terapeutického vztahu, které byly již dříve hojně zkoumány a diskutovány ve výzkumu skupinového procesu: obsah, vztahové role a kvalitu.

Hlavní obsahové dělení ve skupinové psychoterapii je konceptualizováno jako dělení mezi aliancí a kohezí a pracovními a vazebnými procesy (Johnson et al., 2005). V dřívějších studiích byly za primární obsahové rozlišení ve skupinové psychoterapii považovány aliance a koheze (Bakali, Baldwin, & Lorentzen, 2009; Horvath & Luborsky, 1993), dokud studie Johnsona a jeho kolegů (2005) nepotvrdila třífaktorovou strukturu, v níž byly primárními procesy bonding (pozitivní vztahová vazba) a work (pozitivní pracovní vztah). Role ve skupině se běžně dělí na tři strukturované vztahy: člen-vedoucí, člen-člen a člen skupiny (Burlingame et al., 2004; Yalom & Leszcz, 2005). Konstrukty pracovního spojení byly běžně definovány jako specifické pro vztah člen-vedoucí a skupinové klima a soudržnost byly vázány na vztahy člen-skupina. Nový model však analyzuje pracovní a stmelovací procesy tak, jak fungují mezi vztahy člen-vedoucí, člen-člen a člen-skupina. Kvalita terapeutického vztahu byla v minulosti reprezentována jedním faktorem s kontinuem od negativního po pozitivní (Tracey &

Kokotovic, 1989) nebo dvěma faktory představujícími negativní, respektive pozitivní faktory vztahu. V Johnsonově studii konečný model, který nejlépe odpovídal jejím datům, zahrnoval dvě pozitivní dimenze (pozitivní vazba a pozitivní práce) a jednu negativní dimenzi (negativní vztah).

Definování vztahu v terapeutické skupině: Vývoj skupinového dotazníku

V návaznosti na snahu Johnsona a jeho kolegů (2005) poskytnout jednotnou, empiricky podloženou definici skupinového vztahu se další výzkumníci pokusili tato zjištění zopakovat v pěti klinických prostředích a čtyřech zemích.

Studie Bormanna a Strausse (2007) shromáždila údaje ze 67 lůžkových psychodynamických skupin vybraných z 15 lůžkových léčebných center v Německu a Švýcarsku. Výsledky ukázaly, že třífaktorový model nelze zcela zopakovat, ale základní struktura modelu byla potvrzena. Německý vzorek odhalil vysoké korelace mezi čtyřmi faktory vztahů (skupinové klima, soudržnost, spojenectví a empatie) a naznačil, že tři hlavní faktory (pozitivní vazba, pozitivní pracovní vztah a negativní vztah) nejlépe popisovaly komplexní vztahy v rámci skupinových terapií. Studie Bakaliho, Baldwina a Lorentzena (2009) dále zkoumala faktorovou strukturu předloženou Johnsonem a jeho kolegy (2005) u členů skupin v Norsku, kteří navštěvovali psychoanalytické terapeutické skupiny. Výzkumníci použili CFA k testování pěti různých modelů faktorové struktury na svých datech. Cílem prvního modelu bylo prověřit, zda data odpovídají jednofaktorovému modelu reprezentujícímu aspekt kvality v terapeutickém vztahu. Druhý model se skládal ze dvou faktorů, a to z dimenze pracovního a vazebného obsahu. Třetí model byl přímým odrazem třífaktorového modelu Johnsona a jeho kolegů použitého při stanovení GQ, který se skládá z dimenze pracovního a vazebného obsahu spolu s faktorem reprezentujícím kvalitu terapeutických vztahů ve skupině. Čtvrtý model se skládal ze dvou faktorů reprezentovaných skupinovým vztahem na rozdíl od dyadického vztahu (aspekt rolí), přičemž faktor dyadického vztahu byl zaměněn v rámci obsahové dimenze spojenectví. Pátý model se skládal ze tří faktorů, z nichž každý vycházel z kvality vztahů v kombinaci s odlišnými vztahovými rolemi v členské skupině a vztazích mezi členem a vedoucím. V tomto modelu byla obsahová dimenze soudržnosti konfundována v rámci faktoru vztahů mezi členy skupiny, a aliance byla konfundována v rámci faktoru vztahů mezi členy a vedoucími. Výzkumníci testovali modely v rané, střední a pozdní fázi skupinové psychoterapie. Pomocí víceúrovňové CFA výzkumníci zjistili, že modely jedna, dva a čtyři se na data nehodí. V rané fázi skupinové terapie modely tři a pět odpovídaly datům stejně dobře, přestože nesplňovaly konvenční standardy dobré shody modelu. Nicméně shoda modelu se blížila přijatelnému stavu a odůvodňovala další zkoumání s cílem hledat vhodnou shodu. Výzkumníci zkontrolovali modifikační indexy, aby zjistili, zda je možné provést nějaké teoreticky zdůvodnitelné změny. Výsledkem tohoto procesu byl šestý model, který kombinoval aspekty modelů tři a pět, přičemž hlavní změnou byla úprava obsahové dimenze WAI Bond tak, aby zatěžovala první a druhý faktor. Konečný model se skládal ze tří faktorů: první faktor byl označen jako spojenectví člena a vedoucího, druhý faktor jako pozitivní vztah vazby a třetí faktor jako negativní vztah. Hlavní rozdíl v tomto modelu oproti původnímu modelu Johnsona a kolegů (2005) spočíval v tom, že vazba mezi členem a vedoucím byla důležitá nejen pro vztah mezi členem a vedoucím, ale také pro dimenzi vazby skupiny jako celku. Výzkumníci zjistili, že během středních sezení se vazba WAI významně nezatížila na druhý faktor (pozitivní vazba vztah) a že se silněji zatěžuje první faktor (spojenectví člena a vedoucího). Model, který se nejvíce hodil během prostředních sezení, se tedy blížil modelu pět, jak je popsáno výše. Zjištění naznačují, že vztah mezi členem

a vedoucím a emocionální pouto mezi pacientem a terapeutem bylo důležité jak pro pracovní, tak pro vazební aspekty aliance, stejně jako pro pozitivní pouto skupiny jako celku v raných sezeních, s menším významem v pozdějších sezeních. Výzkumníci vysvětlili, že to může být způsobeno skutečností, že vedoucí skupin ve studii byli obzvláště aktivní v raných sezeních (Bakali et al., 2009) a setkávali se individuálně se členy skupiny po dobu pěti sezení před začátkem skupiny. Tento jedinečný skupinový formát mohl vést k rozdílu mezi jejich modelem nejlepší shody a Johnsonovým modelem. Navzdory těmto rozdílům studie podpořila třífaktorovou strukturu vztahu terapeutické skupiny, podobnou faktorové struktuře, kterou původně předložili Johnson et al. (2005). Studie však také ukázala, že vztah mezi členem a vůdcem ve skupině může fungovat jako vlastní relativně nezávislý terapeutický proces, dále zdůraznění potřeby výzkumu skupinové psychoterapie zkoumat specifické vztahové role a jejich vztah ke skupinovým terapeutickým procesům. Studie Krogela, Burlingameho, Chapmana, Renshawa, Gleaveho a Beachera (2009) si kladla za cíl znovu otestovat faktorovou strukturu skupinového vztahu Johnsona a jeho kolegů a nakonec jej použijte k vytvoření míry skupinového vztahu se schopností sledovat faktory skupinového vztahu spojené s výsledkem. Konečným cílem studie bylo vytvořit měřítko, které je empiricky založené, relevantní pro klinické lékaře a snadno administrovatelné a interpretovatelné. Opatření bylo nazváno Skupinový dotazník (GQ).

Vývoj GQ se skládal ze dvou kroků: Za prvé, s využitím empirických dat a klinického úsudku, tým zkušených výzkumníků a klinických lékařů pracoval na výběru nejrelevantnějších a psychometricky nejspolehlivějších položek z původního Johnsonova souboru 60. Za druhé, struktura faktoru GQ byla testována a revidována pomocí konfirmační faktorové analýzy (CFA) a dat ze tří populací: ambulantních pacientů z univerzitního poradenského centra (UCC), nepacientských účastníků z Americké asociace skupinové psychoterapie (AGPA), a hospitalizovaní pacienti ze státní nemocnice v Utahu (USH) (Krogel et al., 2009). Při výběru položek, které vynechat, byla nejprve provedena empirická analýza, po níž následoval důkladný přezkum navržených položek. Výzkumný tým nejprve přezkoumal Johnsonovy statistické analýzy původních 60 otázek použitých při vytváření modelu. Výzkumníci pak z empirického hlediska identifikovali, které položky z každého faktoru prvního řádu byly nejsilnější a které položky by mohly být vyřazeny z důvodu redundance (nadbytku informací). Obecně byly identifikovány položky s malým faktorovým zatížením nebo vysokou korelací s jinými položkami, u nichž se zvažovalo vyřazení (Krogel et al., 2009). Po empirické analýze se výzkumníci setkali a diskutovali o obsahové doméně každé subškály, která se odráží v položkách, jež obsahuje. Položky byly zvažovány pro zařazení na základě jejich klinického významu pro zpřesnění definic konstruktů a jejich empirickou podporu. Pomocí tohoto procesu byly položky vybrány, odstraněny, přeformulovány a zkombinovány tak, aby vznikla 40položková verze skupinového dotazníku (Krogel et al., 2009). Aby bylo možné prozkoumat, jak lépe vyhovuje modelu, byl GQ se 40 položkami dále upřesněn odebráním 10 položek kvůli malým regresním vahám nebo malým zatížením faktorů s jejich přidruženým faktorem prvního řádu. Konečným cílem této linie výzkumu bylo objasnit povahu skupinového vztahu a vyvinout komplexní měřítko skupinového vztahu se schopností poskytovat klinickým lékařům užitečnou zpětnou vazbu o fungování jejich skupin.

Trendy ve výzkumu zaměřeném na pacienta: Reakce na "praxi založenou na důkazech"

V dnešním klimatu léčby duševního zdraví je běžnou realitou, že kliničtí lékaři jsou stále častěji žádáni, aby používali objektivní měřítko procesu a výsledku, aby prokázali efektivitu své práce

(Burlingame et al., 2008; Lambert & Ogles, 2004). RCT prováděné pomocí zpětné vazby OQ-45 ve shodě s CST v individuální terapii představují snahu řešit tento tlak na praxi prokazatelně empiricky podloženým způsobem. Současná studie je spojovacím krokem mezi výše zmíněnou individuální terapií RCT a skupinovou léčbou. Konkrétně testuje užitečnost zpětné vazby založené na výsledcích v tandemu s informacemi týkajícími se klientova vnímání terapeutického vztahu ve skupině. Studii lze považovat za předběžný krok před zahájením RCT, která hodnotí účinky použití zpětné vazby výsledků a klinické podpory ve skupinách. Stručný přehled RCT z jednotlivých literatur poskytuje kontext pro tuto studii.

Vedení potřebou splnit požadavky praxe založené na důkazech, s vědomím omezení výzkumu účinnosti, který se pokouší empiricky stanovit podporovaná léčba, výzkum zaměřený na pacienta (Howard a kol., 1996; Lambert, 2001) se pokouší zlepšit praxi tím, že klinickým lékařům poskytuje systematické informace o pokroku a stavu jednotlivých pacientů v léčbě. Výzkum zaměřený na pacienta se drží modelu péče, kde lékaři mohou buď zintenzivnit, nebo snížit intenzitu léčby na základě individuální reakce na léčbu (Lambert, 2007). Výzkum zaměřený na pacienta propojuje výzkum s klinickou praxí, prosazuje metody sledování pokroku pacienta v průběhu léčby a poskytuje tyto informace terapeutům jako formu "zajištění kvality" o terapii, aby v případě potřeby mohli změnit její průběh. Řada výzkumných programů zaměřených na pacienty se pokusila uvést tuto metodiku do praxe. Výzkumníci z Northwestern University začlenili hierarchické lineární modelování k odhadu předpokládané odpovědi na léčbu u pacientů pomocí baterie opatření (COMPASS) hodnotících symptomy klienta, terapeutické pouto mezi klientem a terapeutem, pohoda a fungování života (Lueger et al., 2001). Pacienti vyplňují tyto formuláře opakovaně v průběhu terapie a terapeutům jsou poskytovány podrobné zprávy o opatřeních, které podrobně popisují pokrok jejich pacientů a odhadovaný výsledek léčby. Ve snaze vyvinout národní program zajištění kvality začlenili výzkumní pracovníci v Anglii do klinické praxe také výzkumné metody zaměřené na pacienta prostřednictvím vývoje Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM). Opatření hodnotí čtyři primární oblasti fungování pacienta: subjektivní pohodu, symptomy, fungování a riziko (Barkham et al., 2001). Terapeutům je poskytována zpětná vazba z výsledků CORE-OM, která je informuje o odhadech srovnání skupin poskytovatelů služeb s normativními vzorky (Evans, Connell, Barkham, Marshall a Mellor-Clark, 2003). V Německu model zajištění kvality Stuttgart-Heidelberg (Kordy et al., 2001) představuje další příklad klinických lékařů, kteří se pokoušejí sledovat symptomy pacienta a poskytovat tyto informace terapeutům. Studie zkoumající účinnost tohoto programu zpětné vazby (Percevic, Lambert, & Kordy, 2004) ukázaly, že poskytování zpětné vazby terapeutům zkrátilo délku léčby potřebnou k dosažení klinicky významného zlepšení. Podobný výzkum v Německu od Berkinga, Ortha a Lutze (2006) zjistil, že systematická zpětná vazba poskytovaná terapeutům v lůžkovém prostředí zlepšila výsledky jejich pacientů ve vyšší míře než u skupin bez zpětné vazby.

Model "dávka-odezva" při sledování výsledků léčby

Výzkum Howarda et al. (1996) a Hansena, Lamberta a Formana (2002) potvrdil model dávka-odezva, který konceptualizuje terapeutické změny a hodnotí účinnost léčby. V tomto modelu terapie funguje jako "dávka", která je pacientovi poskytována v různé míře, aby se dosáhlo požadované "odpovědi". Při aplikaci modelu dávka-odezva usnadňuje sledování zotavení nebo zhoršení stavu klientů v terapii predikci konečného výsledku. Jacobson a Truax (1991) poukazují na "klinickou významnost" jako na důležité měřítko účinku léčby při sledování výsledků. Vyvinuli statistický index (známý jako index spolehlivé změny nebo RCI), aby určili,

zda je pravděpodobné, že skóre změny na výsledném nástroji bude indikovat skutečnou nebo klinicky významnou změnu. Lambert (1998) vyvinul algoritmy založené na RCI. Použitím tohoto indexu na opakovaná měření výsledků dokončená pacienty je možné identifikovat pacienty, kteří mají prospěch z terapie, nemají z terapie žádný prospěch nebo se jejich stav v průběhu léčby zhoršuje. Výzkum Lamberta a jeho kolegů se zaměřil na začlenění RCI do krátkého dotazníku výsledků, OQ-45. Pomocí hierarchického lineárního modelování (HLM) s daty OQ-45 shromážděnými od 11 492 pacientů z různých terapeutických prostředí vyvinuli výzkumníci trajektorie změn s OQ-45 navržené tak, aby promítli průběh léčby na základě hodnocení OQ-45 po sezení (Finch, Lambert, & SchaaJle, 2001). Pomocí těchto trajektorií mohou terapeuti používající OQ-45 získat zpětnou vazbu o tom, zda jejich klienti reagují na terapii očekávaným způsobem. Když klient nereaguje očekávaným způsobem, terapeut obdrží "signální alarm", červenou (v terapii se zhoršuje) nebo žlutou (nedochází k žádné významné změně v terapii), že jeho klient je vystaven riziku nepříznivého výsledku terapie. Tyto informace umožňují terapeutovi použít objektivní zpětnou vazbu z OQ-45 ke změně terapeutických intervencí nebo ke zvýšení intenzity terapie v reakci na negativní reakci jedince na léčbu (APA 2007; Lambert, 2007).

Výhody zpětné vazby

Existuje mnoho důkazů podporujících tvrzení, že zpětná vazba může vést k žádoucí změně chování, protože intervence zpětné vazby prokázaly mírný až střední dopad na zlepšení výsledků ve studiích zahrnujících širokou škálu oborů (Kluger & DeNisi, 1996; Sepyta, Riemer, & Bickman, 2005). Zpětná vazba se zdá být obzvláště přínosná, když existuje rozpor mezi výkonem nebo pokrokem subjektu a očekávanými standardy pro jeho výkon (Sepyta, Riemer, & Bickman, 2005) Zdá se, že ve výzkumu zpětné vazby v psychoterapii platí stejný princip: intervence se zpětnou vazbou mají největší dopad na výsledky léčby u pacientů, kteří v terapii nepostupují tak, jak se očekávalo (Lambert, 2003), v různých studiích se toto číslo pohybuje od 5 do 10 % (Hansen, Lambert, & Foreman, 2002).

Klinické a empirické predikční metody

Vzhledem k tomu, že terapeuti bojují s pouhou identifikací zhoršujících se pacientů, je zpětná vazba zvláště užitečná při pomoci terapeutům s pacienty, kteří nejsou na cestě ke zlepšení. Prognostická přesnost předpovědí terapeutů je často problematická (Breslin et al., 1997). Kliničtí lékaři mají tendenci nerozpoznat zhoršující se stav pacientů a přeceňovat účinnost léčby, kterou poskytují (Hannan et al., 2005; Norcross, 2003). Pozoruhodným příkladem této tendence byl průzkum provedený v roce 2003 společností Dew and Reimer, ve kterém bylo 143 poradců požádáno, aby ohodnotili svůj pracovní výkon na stupnici od A+ do F. Šedesát šest procent se hodnotilo jako A nebo lepší, aniž by se jediný respondent hodnotil jako podprůměrný. V metaanalýze porovnávající klinický a pojistně-matematický úsudek při předpovídání lidského chování v řadě oborů Grove, Zald, Lebow, Snitz a Nelson (2000) zjistili, že pojistně-matematická předpověď je obvykle stejně přesná, ne-li přesnější než klinická predikce. V ojedinělých případech, kdy se klinický úsudek ukázal být přesnější než mechanické metody, autoři připisovali tento úspěch skutečnosti, že kliničtí lékaři obdrželi více dat než mechanická predikce. Navzdory těmto příkladům se pojistně-matematická predikce ukázala jako přesnější a spolehlivější v jasné většině studií, ať už v lékařském nebo psychologickém prostředí, a to jak se zkušenými klinickými lékaři, tak se stážisty. Tato systematická převaha

naznačuje, že použití těchto metod může pomáhat klinickým lékařům, kteří chtějí informovat o svém vlastním klinickém úsudku, s dalšími údaji, aby získali přehled o pokroku svých pacientů.

Mohou terapeuti přesně předpovědět stav a výsledek klienta?

Ve studii Hannana a kol. (2005) bylo 48 terapeutů pracujících v univerzitním poradenském centru požádáno, aby předpověděli, u kterých pacientů je pravděpodobné, že se v průběhu terapie zhorší. Po dobu tří týdnů byli terapeuti požádáni, aby předpověděli výsledky pouze na základě klinického úsudku pro pacienty ve čtyřech hlavních kategoriích: (a) zotavit se, (b) zlepšit se, ale nezotavit se, (c) nedosáhnout žádného pokroku v léčbě nebo (d) zhoršit se. Prognóza byla opět rozdělena do čtyř kategorií: (a) uzdravená a připravená k ukončení, (b) zlepšující se podle očekávání, ale vyžadující pokračující léčbu, (c) nedosahující žádného pokroku nebo slabého pokroku a (d) zhoršující se.

Výsledky ukázaly, že terapeuti jen zřídka předpovídali zhoršení. Z 550 pacientů, kteří se zúčastnili studie, bylo u tří (0,01 %) jejich terapeutů předpovězeno zhoršení stavu, přičemž pouze jeden z nich skutečně ukončil léčbu ve zhoršeném stavu. Naproti tomu pojistně-matematické hodnotící postupy využívající OQ-45 dokázaly přesně předpovědět 77 % zhoršených případů. Ze všech zúčastněných klientů došlo ke zhoršení o 7,8 % (26 klientů). Tyto výsledky naznačují, že terapeuti mají tendenci podceňovat počet pacientů s rizikem negativního výsledku terapie a zároveň projevovat neopodstatněný optimismus ohledně pozitivních výsledků klientů. Navíc počet relací s klientem před provedením předpovědi nijak neovlivnil přesnost. Pokud jde o předpovídání pokroku klienta, empirická predikce pomocí OQ-45 opět prokázala, že přesněji identifikuje případy signálního poplachu. Zatímco terapeuti posuzovali, že u 16 klientů (5 %) došlo v době konkrétního sezení ke zhoršení, pozitivní výsledky předpověděly u všech z těchto 16 pacientů kromě tří. Zatímco OQ-45 byl schopen předpovědět 20 z 26 klientů s rizikem zhoršení během terapie, terapeuti úspěšně identifikovali pouze pět z 26 klientů, kteří se během terapie v době predikce zhoršili.

Další výzkum v oblasti individuální terapie ukázal, že terapeuti často dosahují špatných výsledků nejen při předvídání výsledku, ale také při pochopení toho, jak jejich pacienti vnímají aspekty terapeutického vztahu. Recenze Burnse a Auerbacha (1996) pojednává o několika studiích, ve kterých byli terapeuti, pacienti a kliničtí supervizoři požádáni, aby ohodnotili úroveň empatie terapeuta během stejného sezení. Výzkumníci uvedli, že mezi pacienty, terapeutů nebo supervizoři neexistovala významná shoda ohledně hodnocení empatie terapeutů pomocí stejných měřítek. Navíc ve většině recenzovaných studií empatie s konečným výsledkem souviselo pouze hodnocení empatie terapeuta klientem.

V omezeném počtu studií zaměřených na toto téma ve výzkumu skupinové psychoterapie terapeuti prokázali podobné problémy při přesném měření toho, jak jsou skupinové procesy vnímány členy skupiny. Ve studii Jenkinse, Keefa a Rosata (1971), hodnocení terapeuta a pacienta z hlediska efektivity terapeuta, vztahu mezi terapeutem a členem, vedení a kontroly poskytované terapeutem ve skupině a vnímaného používání technik bylo porovnáno čtyřikrát v průběhu 16 sezení ve dvou ambulantních psychoterapeutických skupinách. Výzkumníci zjistili, že korelace mezi informovaností terapeuta a pacienta v každém ze čtyř faktorů byla přinejlepším mírná a byla nejsilnější během počátečního podávání opatření. Toto zjištění poskytlo důkazy proti původní hypotéze výzkumníků, že v průběhu terapie obeznámenost se skupinou a jejími členy by způsobila, že zprávy pacientů a vedoucích skupin o každém opatření by korelovaly na vyšší úrovni. Korelace byly nejsilnější, pokud jde o měření toho, jak terapeuti

používají vedení a kontrolu, ale nebyly signifikantní v žádném bodě pro měření terapeutického vztahu nebo efektivity terapeuta. Zjištění naznačují, že terapeuti si nemusí být snadno vědomi toho, jak klient vnímá faktory vztahů mezi terapeutickými skupinami, a že se nezdá, že by se přesnost jejich vnímání zlepšovala ani po delším vystavení jejich skupinám.

Tento výzkum zdůrazňuje potřebu objektivních měřicích nástrojů, které by pomohly identifikovat klienty špatně reagující na léčbu, a podporuje předchozí studie, které podrobně popisují nadřazenost pojistně-matematického oproti klinickému úsudku v prediktivních úkolech (Grove et al., 2000). Vzhledem k tomu, že terapeuti jsou zřídka přesní ve svých předpovědích o tom, který z jejich klientů se může v léčbě zhoršit a jak klienti vnímají terapeutický vztah, mohou tyto nástroje poskytnout cenné informace, které mohou informovat o léčbě způsoby, které mohou zlepšit výsledky.

Poskytování zpětné vazby o pokroku klienta klinickým lékařům: Přehled předchozího výzkumu

Řada studií analyzovala potenciální přínosy poskytování zpětné vazby terapeutům o pokroku jejich pacientů v individuální terapii. I když je tento směr výzkumu stále relativně nový a netestován ve skupinové psychoterapii, několik předchozích studií zahrnuje OQ-45 jako měřítko výsledku a indikátor toho, zda pacient reaguje očekávaným způsobem na léčbu v individuální terapii. Tyto studie ukázaly, že poskytování zpětné vazby terapeutům o jejich klientech významně snižuje počet klientů, kteří opouštějí terapii ve zhoršeném stavu (Harmon et al., 2006; Hawkins et al., 2004; Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002; Whipple et al., 2003). Zpětnovazební studie prováděné pomocí OQ-45 sdílejí několik společných charakteristik (Lambert, 2007). Nejprve byla shromážděna data z po sobě jdoucích případů v běžné péči bez ohledu na charakteristiky pacienta nebo diagnózu. Za druhé, pacienti byli náhodně rozděleni do experimentálních (zpětná vazba) nebo kontrolních (bez zpětné vazby) skupin. Za třetí, terapeuti, kteří se studie zúčastnili, se hlásili k různým teoretickým psychoterapeutickým školám. Za čtvrté, kliničtí lékaři se značně lišili v úrovni svých zkušeností a školení. Za páté, terapeuti viděli pacienty jak ze zpětnovazebních, tak z kontrolních skupin v experimentálním designu uvnitř bloků. Za šesté, měření výsledků byla v každé studii konstantní. Za sedmé, délka léčby byla stanovena terapeutu a klienty, aniž by účastníkům studie byla uložena jakákoli externí omezení sezení.

První zpětnovazební studii připisující tuto metodiku provedli Lambert a kolegové (2001). Pacienti byli rozděleni do dvou skupin: skupina se zpětnou vazbou, jejíž pokrok byl sledován pomocí měření výsledků OQ-45 s výsledky poskytnutými terapeutům před každým sezením, a kontrolní skupiny (TAU), jejichž výsledky byly monitorovány na základě jednotlivých sezení pomocí OQ-45, přičemž terapeutům byla odepřena zpětná vazba. Zpětná vazba byla poskytnuta z výsledků OQ-45 s barevně odlišenými grafy (zelený, žlutý a červený) označujícími průběh a předpokládanou trajektorii zotavení pacienta. Pacientům byly dány zelené signály, kteří postupovali podle očekávání v terapii, žluté signály, že terapie nepostupuje podle očekávání, a červené signály pro klienty s rizikem ukončení terapie ve zhoršeném stavu. Pacienti, kteří vykazovali "žlutý" nebo "červený" signál ve výsledcích OQ-45, byli označeni jako pacienti se "signálním alarmem" nebo "ne-on-track" (NOT) pro pozitivní výsledky v psychoterapii. Studie se zaměřila na tyto pacienty, kteří nejsou na správné cestě, a předpokládala, že pacienti s NOT, jejichž terapeuti obdrželi zpětnou vazbu o jejich pokroku, ukončí terapii s lepšími výsledky než pacienti s NOT v kontrolní skupině bez zpětné vazby. Po kontrole počáteční závažnosti výsledky naznačovaly, že pacienti s NOT ve stavu zpětné vazby uváděli úroveň zlepšení významně vyšší než pacienti v kontrolních skupinách TAU. Šestnáct procent pacientů s NOT ve skupině bez zpětné vazby dosáhlo výsledků dostatečných k tomu, aby se kvalifikovali pro klinicky významnou změnu pomocí vzorců RCI; naproti tomu 26 % pacientů s NOT ve skupině se zpětnou vazbou dosáhlo klinicky významné změny měřené pomocí OQ-45 (Lambert et al.,

2001). Výsledky také ukázaly, že pacienti s NOT ve skupině se zpětnou vazbou zůstali v terapii v průměru více sezení než pacienti s NOT v kontrolní skupině. V rámci replikace tohoto výzkumu Lambert et al. (2002) potvrdili výsledky původní studie a prokázali, že zpětná vazba terapeutům o jejich pacientech s NOT zlepšila výsledky těchto pacientů významně vyšší než u pacientů s NOT ve skupinách bez zpětné vazby.

Zpětná vazba ve výzkumu skupinové psychoterapie

Jak již bylo zmíněno výše, existuje jen málo výzkumů, které by zkoumaly dopad zpětnovazebních intervencí na skupiny klinické psychoterapie. Jedna studie Daviese, Burlingameho, Johnsona, Barlowa, a Gleave (2008) zkoumala účinky poskytování zpětné vazby na úrovni skupiny terapeutům a členům skupiny pomocí dvou procesních opatření: Dotazník o klimatu skupiny – krátká forma (GCQ; MacKenzie, 1983) a The Curative Climate Instrument (Nástroj pro léčebné klima) (CCI; Fuhriman, Drescher, Hanson, & Henrie, 1986). OQ-45 byl podán před zahájením skupinové terapie, aby se stanovila výchozí hodnota pro jednotlivé klienty zařazené do skupiny, poté byl znovu podán jako měřítko konečných výsledků po 13 týdnech skupinové terapie nebo po ukončení služeb, podle toho, co nastalo dříve.

Členové absolvovali GCQ i CCI na konci každého skupinového sezení po dobu 13 týdnů. Na začátku každého sezení vedoucí skupin rozdali formuláře se zpětnou vazbou popisující reakce členů na opatření a diskutovali o těchto výsledcích se skupinou. V rámci podmínky zpětné vazby zůstaly odpovědi jednotlivých členů anonymní; Výsledky procesních opatření byly diskutovány obecně (tj. "vypadá to, že skupina minulý týden zažila velký konflikt") namísto vyčlenění konkrétních členů skupiny. Vedoucí skupin, kteří se zúčastnili studie, vedli dvě nebo více skupin, přičemž polovina jejich skupin obdržela zpětnou vazbu a druhá polovina neobdržela žádnou zpětnou vazbu z opatření, která dokončili. Výzkumníci předpokládali, že skupiny v experimentálních podmínkách by vykazovaly větší zlepšení v měřeních skupinového klimatu, soudržnosti a výsledků než kontrolní skupiny. Předpokládali také, že zlepšení by bylo nejvýraznější u klientů, kteří ve svých počátečních hodnoceních vnímali své skupiny negativněji.

Na rozdíl od hypotéz výzkumníků se zdá, že výsledky studie naznačují, že členové skupiny ve stavu zpětné vazby nevykazovali žádné významné zlepšení, pokud jde o skupinový proces nebo výsledek. Ve skutečnosti byl stav zpětné vazby spojen s vyšší úrovní konfliktu, měřenou GCQ ve skupině. Experimentální podmínky navíc neměly žádný vliv na výsledek u klientů, kteří byli zpočátku nejvíce rozrušeni.

Existuje řada faktorů, které mohly ovlivnit výsledky studie; Velikost vzorku byla malá a u členů v každé skupině existovala extrémní variabilita výsledků, což vedlo k vysoké míře chyb v rámci subjektu.

Jiné vysvětlení pro nedostatek významného účinku pro intervenci zpětné vazby je povahou samotné zpětné vazby. Je možné, že členové skupiny, kteří dostávají zpětnou vazbu o svém negativním vnímání skupinového vztahu, mohou vyvolat pocity odcizení. Vzhledem k tomu, že zpětná vazba byla prezentována otevřeně, bez konkrétní diskuse o možných řešeních problémů ve fungování skupiny, mohla vést k pocitům bezmoci a případnému odloučení od skupiny.

Studie má jedinečný význam vzhledem k nedostatku výzkumu, který by analyzoval účinky zpětné vazby založené na měření na proces a výsledky ve skupinové psychoterapii. Je však zřejmé, že je zapotřebí dalšího výzkumu a zkoumání, aby bylo možné prozkoumat dopad takových intervencí na terapeutů a členy skupiny. Výzkum ve skupinové psychoterapii zaostává za výzkumem v individuální psychoterapii při zkoumání možných metod sledování pokroku členů a poskytování těchto informací terapeutům ve snaze zlepšit výsledky. Podobné iniciativy

probíhají od organizací, jako je Americká asociace skupinové psychoterapie (AGPA), s cílem poskytnout podobné nástroje pro skupinové psychoterapeuty.

Prínosy a nevýhody používání opatření ve skupinové psychoterapii

Vedle vnějšího tlaku, který je na terapeuty vyvíjen, aby do své klinické praxe zahrnuli empirická opatření, která prokazují účinnost léčby, existuje řada navrhovaných výhod spojených s používáním takových opatření (Burlingame et al., 2008; Joyce, 2006; Mckenzie & Livesley, 1986). Jedním z významných přínosů sledování výsledků a procesu u členů je to, že terapeutovi umožňuje zaměřit se na jedince, kteří nereagují na léčbu předpokládaným způsobem. Jak již bylo řečeno, terapeuti mají tendenci mít potíže s identifikací těchto pacientů bez pomoci objektivních měřítek (Hannan et al., 2005), což může umožnit, aby problémy zůstaly nepovšimnuty. Skupinová terapie je jedinečná v tom, že zde existuje složitá souhra proměnných, které musí terapeut během daného sezení sledovat. Samotná složitost těchto proměnných může terapeutovi bránit v tom, aby byl schopen přesně sledovat jedince, kteří nedokážou skupinu zapojit pro svůj terapeutický prospěch. Zpětná vazba z hodnotících nástrojů může terapeutovi pomoci identifikovat ty členy, kteří mají problémy, a vhodně zasáhnout.

Další významnou výhodou je, že výsledková a procesní opatření poskytují objektivní pohled dokumentující terapeutické procesy skupiny, pokroky členů a výsledky členů způsobem, který minimalizuje zkreslení na obou stranách. Pokud jsou výsledky měření poskytnuty jak terapeutům, tak členům skupiny, lze nástroje využít k podpoře diskuse a zapojení pacienta do léčebného procesu, což může pomoci budovat terapeutické spojenectví.

Další výhodou použití těchto hodnotících nástrojů je, že pacienti se mohou cítit pohodlněji při vyjadřování svých názorů nebo pocitů na dané opatření, než by se cítili během skupinového setkání. Tato zpětná vazba může zvýšit porozumění terapeutů problémům pacientů, a tím zlepšit terapeutický proces. Hodnocení procesu a výsledků lze také využít k vyjasnění cílů terapie a usnadnění nového chování prostřednictvím nestranné dokumentace možných otázek nebo problémů ve skupině.

Kromě toho může zavedení těchto opatření dát pacientům větší pocit, že skupinový terapeut je oddaný léčbě a má zájem spolupracovat se členy skupiny ve snaze maximalizovat účinnost jejich léčby. Používání těchto opatření může také pomoci při výcviku začínajících skupinových terapeutů, protože jim umožňuje zaměřit se na konkrétní základní terapeutické faktory skupiny. Přestože tyto navrhované výhody mohou skupinovým terapeutům pomoci při jejich práci na sledování výsledků a procesů ve skupině, je třeba při zavádění těchto opatření v klinickém prostředí očekávat i určité nevýhody. Častou stížností je, že ubírají skupině čas (Elder, 2006) a v důsledku toho mohou narušit terapeutický zážitek členů skupiny. Další obavou je, že nástroje hodnocení používané ve skupině někdy neposkytují užitečnou, přímou zpětnou vazbu pro členy skupiny a vedoucí (Elder, 2006). Existují dokonce určité náznaky, že negativní zpětná vazba z hodnocení může způsobit více škody než užitku (Davies et al., 2008). V těchto případech může zpětná vazba zvýšit úroveň úzkosti členů skupiny a způsobit jejich další odchod ze skupiny. Používání hodnotících nástrojů, jako jsou výsledková měřítka, také zvyšuje riziko, že tato hodnocení budou použita k nespravedlivému porovnávání terapeutů způsobem, který by mohl vést k nepříznivým administrativním rozhodnutím (Burlingame et al., 2008).

Vyjádření problému

Účelem výše uvedeného přehledu bylo prodiskutovat řadu významných otázek týkajících se potenciálního přínosu zavedení zpětné vazby založené na objektivních opatřeních ve skupinové psychoterapii.

Není však pochyb o tom, že k úspěšným výsledkům skupinové psychoterapie přispívá komplexní prolínání proměnných. Skupinový terapeut musí dbát na všechny faktory, aby maximalizoval účinnost svých skupin. Vzhledem ke složitosti faktorů se terapeutům často může stát, že se jim nepodaří identifikovat klienty, kteří mají problémy. Jejich vnímání vztahových a procesních faktorů v terapii se také může značně lišit od názorů jejich pacientů.

V individuální psychoterapii se výzkumníci pokusili tento problém vyřešit přijetím metod zaměřených na pacienta, které umožňují sledovat výsledky a poskytovat terapeutům zpětnou vazbu. Ukázalo se, že tato empiricky založená zpětná vazba, často používaná společně s vedením nástrojů klinické podpory, má významný pozitivní vliv na výsledky u NOT pacientů. Při aplikaci této metody na skupinovou terapii se výzkumníci snažili identifikovat nejlepší opatření a v případě potřeby vyvinout nová opatření, která by pomáhala klinikům v jejich práci tím, že by poskytovala informace o různých aspektech fungování skupiny.

Tato studie navrhuje následující hypotézy:

1. Nebude existovat žádný významný vztah mezi skutečnými výsledky klientů (spolehlivě zlepšenými, bez výrazné změny nebo spolehlivě horšími) a předpovědí terapeuta o klientovi na 3. skupinovém sezení (což dává každé skupině čas na to, aby se ustálila z hlediska počtu členů skupiny, a vedoucím skupin čas na to, aby se seznámili se svými členy).
2. Nebude existovat žádný vztah mezi hodnocením skupinového vztahu terapeutem a členy skupiny na 3., 6. a 9. skupinovém sezení.
3. Nebude existovat žádný vztah mezi hodnocením terapeuta a nezávislého hodnotitele v používání specifických empiricky podložených intervencí na úrovni skupiny použitých během 3., 6. a 9. skupinového sezení.

Metoda

Účastníci

Účastníky bylo 135 osob, které se léčily ve dvou zařízeních. Zúčastnilo se osm ambulantních psychoterapeutických skupin a osm vedoucích skupin (4 spolu vedoucí týmů) z Poradenského a kariérního centra Univerzity Brigham Younga (CCC) a 12 lůžkových skupin a šest vedoucích skupin z Utahské státní nemocnice (USH). Šest terapeutů z CCC byli muži. Podle vlastní etnické příslušnosti bylo sedm bělochů a jeden hispánský vedoucí. Všechny skupiny CCC měly primárního a sekundárního vedoucího skupiny; většina vedoucích byli kliničtí lékaři s doktorským vzděláním, přičemž dva sekundární vedoucí skupin byli doktorandi. Průměrná délka praxe byla 11 let s rozmezím od 3 do 33 let. Skupiny byly obvykle orientovány na proces a po zahájení sběru dat byly uzavřeny pro nové členy. 61 % účastníků tvořily ženy a průměrný věk byl 23 let. Většina účastníků uvedla jako etnickou příslušnost bělochy (86 %), zatímco zastoupení menšin bylo 4 % Hispánců, 6 % Asiatů/Tichomořských ostrovanů a 4 % "jiné". Většina členů skupiny byli vysokoškolští studenti denního studia, kteří se potýkali s problémy běžnými pro vysokoškolskou populaci, jako jsou deprese, úzkosti, přizpůsobení a problémy ve vztazích. Jako pobídka k účasti ve studii obdrželi členové na konci studie deset dolarů v hotovosti za vyplnění formulářů.

Všichni terapeuti USH byli lékaři s magisterským vzděláním, kteří zastupovali sociální práci, ošetrovatelství a rekreační terapii. Skupiny vedl jeden klinický pracovník. Všichni vedoucí byli běloši a pohlaví bylo rovnoměrně rozděleno. Vedoucí uváděli v průměru 18 let praxe v rozmezí od 2 do 31 let. Skupiny měly především psychoedukační charakter a byly zaměřeny na sebeobsluhu a sociální dovednosti, přičemž se řídily strukturovaným manuálem. Členství ve skupinách bylo otevřené, přibývali noví členové a další byli propouštěni z nemocnice.

Podle údajů ze sčítání lidu USH shromážděných během studie byl průměrný věk 39 let, přičemž 53 % tvořili muži a 47 % ženy. Hlášená etnická příslušnost byla 89 % bělochů, 1 % Afroameričanů, 5 % Hispánců, 2 % amerických indiánů, 1 % Asiatů / Tichomořských ostrovanů a 1 % neznámá. U pacientů byla obvykle diagnostikována nějaká kombinace psychotických, bipolárních a/nebo afektivních poruch.

Nástroje

K hodnocení výsledků skupinové terapie členů byl u populace UCC použit dotazník OQ-45 (Lambert et al., 1996), který obsahuje 45 položek, jež klient hlásí jako měřítko psychické tísně. Měřítko poskytuje skóre v oblastech subjektivní nepohody, mezilidských vztahů a výkonu sociálních rolí, jakož i celkové skóre úrovně distresu. V dotazníku OQ-45 celkové skóre 63 a více bodů znamená příznaky klinického významu. Spolehlivá změna je indikována, pokud se skóre klienta změní o 14 nebo více bodů. Klinicky významná změna je indikována, když se skóre klienta změní o 14 bodů nebo více a posune se pod hranici klinického skóre.

Pokrok a výsledky členů skupiny z USH byly sledovány pomocí dotazníku Severe Outcome Questionnaire (S-OQ) (Burlingame, Thayer, Lee, Nelson a Lambert, 2007). Dotazník S-OQ je upravená verze dotazníku OQ speciálně navržená pro použití u hospitalizované populace. Dotazník S-OQ hodnotí fungování pacienta ve čtyřech oblastech psychologického fungování: subjektivní nepohoda, mezilidské vztahy a výkon sociálních rolí a závažné funkční postižení. Měřítko rovněž poskytuje celkové skóre udávající celkovou úroveň distresu. Skóre 56 a více bodů v dotazníku S-OQ ukazuje na klinickou úroveň distresu a funkčnosti. Spolehlivá změna je indikována, pokud se skóre klienta změní o 14 bodů nebo více. Klinicky významná změna je indikována, když se skóre klienta změní o 14 bodů nebo více a posune se pod klinickou hranici. Vnímání terapeutického vztahu klientem bylo měřeno pomocí dotazníku GQ. GQ je 30položkové sebesupozovací měřítko terapeutického vztahu ve skupině využívající tři faktory: pozitivní vztah vazby, pozitivní pracovní vztah a negativní vztah, a to ve třech strukturálních dimenzích: člen-vedoucí, člen-člen a člen-skupina (Krogel et al., 2009). Faktorová struktura tohoto měřítka byla podpořena v několika studiích využívajících lůžkové, ambulantní a neklinické skupiny ve Spojených státech, Norsku a Německu (Bakali, Baldwin a Lorentzen, 2009; Bormann a Strauss, 2007; Bormann a Strauss, 2009; Krogel et al., 41

2009). Měřítko se vyplňuje pomocí sedmibodové Likertovy škály (1 = vůbec ne, 2 = trochu pravda, 3 = mírně pravda, 4 = do jisté míry pravda, 5 = mírně pravda, 6 = značně pravda, 7 = velmi pravda). Vyplněné měřítko poskytuje skóre pro každou ze tří dimenzí (pozitivní vztah, pozitivní pracovní vztah a negativní vztah) bez celkového skóre. Data ze studie Krogel et al. (2009) na třech populacích (lůžkové skupiny, skupiny v poradenském centru a neklinické skupiny) byla použita k vytvoření norem specifických pro danou populaci, aby bylo možné vytvořit listy zpětné vazby, které vedoucím skupin umožní porovnat skóre členů s příslušnými normativními skóre skupin.

Stupnice hodnocení skupinové psychoterapeutické intervence (GPIRS).

Intervence terapeuta byly měřeny pomocí GPIRS (Chapman, Baker, Porter, Burlingame a Thayer, 2010; Sternberg a Trijsburg, 2005). Toto měřítko je výsledkem mezinárodní spolupráce, jejímž cílem bylo vyvinout měřítko intervencí vedoucích pro oblasti, o nichž je známo, že souvisejí s lepšími výsledky skupinové léčby (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2002), s dlouhodobým cílem vytvořit nástroj pro skupinovou klinickou podporu. GPIRS je měřítko vyplňované vedoucími, které hodnotí intervence na třech subškálách: strukturování skupiny, verbální interakce a vytváření a udržování terapeutického emočního klimatu. Každá položka GPIRS popisuje konkrétní, empiricky podloženou intervenci (Chapman et al., 2010).

Konceptualizujeme-li GPIRS jako klinickou podpůrnou pomůcku, odpovídá každá dílčí škála dílčí škále GQ. Intervence strukturování skupiny korespondují s pozitivním pracovním vztahem, intervence verbální interakce korespondují s pozitivním vazebným vztahem, zatímco intervence vytváření a udržování terapeutického emočního klimatu korespondují jak s pozitivním vazebným, tak s negativním vztahem. Měření mohou být použita společně, aby terapeutům poskytla nápady na řešení problémů, když zaznamenají nízké skóre v GQ.

Při bodování GPIRS hodnotitelé posuzují: (a) zda k intervenci došlo, a (b) jasnost nebo sílu intervence. V předchozí studii (Chapman et al., 2010) GPIRS prokázal souběžnou platnost s měřením terapeutické kvality interakce členů skupiny (Hillova interakční matice, Hill, 1965) a úrovně angažovanosti, konfliktů a vyhýbání se ve skupině hlášené členy (Dotazník skupinového klimatu, MacKenzie, 1983). Obě kriteriální míry byly spojeny jak se skupinovými procesy, tak s výsledky (Burlingame et al., 2003; Fuhriman & Burlingame, 2000).

Postupy

Po informování a udělení souhlasu s účastí během rozhovorů před skupinou vyplnili klienti před prvním skupinovým sezením a po devátém sezení výsledkové nástroje. Po třetím, šestém a devátém sezení jejich skupin vedoucí skupin předčasně opustili skupinovou místnost a výzkumní asistenti administrovali GQ. Členové skupiny se mohli kdykoli odhlásit, aniž by to mělo vliv na jejich účast ve skupině. Hodnocení GPIRS bylo založeno na videozáznamech (UCC) nebo živém pozorování (USH) třetího, šestého a devátého sezení. Vzhledem k tomu, že účastníci USH občas potřebovali dodatečnou pomoc při vyplňování opatření, byl účastníkům v případě potřeby k dispozici výzkumný asistent, který jim pomáhal. Jako pobídka k účasti ve studii v USH byly použity malé knížky s kupony, které bylo možné v zařízení vyměnit za potraviny schválené nemocnicí.

Každý vedoucí skupiny měl dvě souběžné skupiny. Ve skupině "se zpětnou vazbou" obdržel vedoucí pro každého člena skupiny listy se zpětnou vazbou o výsledcích a vztazích ve skupině založené na normativních hodnotách z jejich prostředí, a také shrnutí svých intervencí na úrovni skupiny po třetím, šestém a devátém skupinovém sezení. Ve druhé "predikční" skupině vedoucí neobdrželi žádnou zpětnou vazbu, ale byli požádáni, aby předpověděli konečné výsledné výsledky (spolehlivě zlepšené, bez výrazné změny nebo spolehlivě horší), vnímání skupinového vztahu členy skupiny pomocí tří subškál GQ (pozitivní vazební vztah, pozitivní pracovní vztah a negativní vztah) a zhodnotili použití vlastních intervencí ze tří subškál GPIRS (strukturování skupiny, verbální interakce a vytváření a udržování terapeutického emočního klimatu). Vedoucí byli požádáni, aby předpověděli výsledek po 3. skupinovém sezení. Třetí sezení bylo zvoleno tak, aby se vedoucí seznámil se členy skupiny a aby se členství ve skupině ustálilo. Předpovědi vnímání vztahů ve skupině a intervencí ze strany vedoucích členů byly shromažďovány po 3., 6. a 9. sezení, aby bylo možné vyhodnotit, zda se přesnost v průběhu času zlepšila.

Školení hodnotitelů

Osm hodnotitelů GPIRS absolvovalo školení v průběhu čtyř týdnů. Hodnotiteli bylo osm vysokoškolských studentů psychologie vyššího stupně a jejich věk se pohyboval mezi 20 a 27 lety. Hodnotitelé byli poučeni o zásadách důvěrnosti a o teoretickém základu opatření. Hodnotila se série videonahrávek skupinových terapeutických sezení a posuzovala se spolehlivost mezi hodnotiteli. Před každým novým videozáznamem z praxe se ve skupině diskutovalo o hodnoceních předchozího videozáznamu, aby se dosáhlo shody. Tento proces se opakoval, dokud nebylo dosaženo koeficientu spolehlivosti mezi posuzovateli 0,80 nebo

vyššího. V průběhu sběru dat probíhalo hodnocení a kalibrace spolehlivosti mezi posuzovateli, aby byla zachována shoda mezi posuzovateli.

Výsledky

Předpovídání výsledků

Na základě předchozích studií z literatury o individuální léčbě jsme předpokládali, že nebude existovat žádný významný vztah mezi skutečnými výsledky klientů (spolehlivé zlepšení, žádná významná změna nebo spolehlivé zhoršení na konci devítitýdenního cyklu sběru dat) a předpovědí terapeuta po třetím skupinovém sezení. V predikčních skupinách vyplnilo 31 členů skupiny z populace UCC a 33 členů skupiny z populace USH na začátku a na konci skupinové léčby platná výsledková měřítka. Z 31 členů skupiny UCC jich 23 dosáhlo při vstupu do skupiny skóre v klinickém rozmezí, z nichž 5 dosáhlo klinicky významného zlepšení do 9. sezení skupiny. Z 33 členů skupiny USH mělo 25 skóre v klinickém rozmezí, přičemž 3 dosáhli klinicky významného zlepšení.

Shoda hodnotitelů Kappa podpořila naši předpověď; mezi hodnocením terapeuta a skutečným výsledkem nebyl žádný vztah. Testovali jsme obě pracoviště zvlášť, abychom zjistili, zda terapeuti v jednom prostředí byli přesnější, a nezjistili jsme žádné rozdíly mezi pracovišti. Z 10 případů, které byly po léčbě klasifikovány jako spolehlivě horší, nebyl skupinovým terapeutem přesně identifikován ani jeden případ. Terapeuti předpověděli, že 31 ze 49 členů skupiny, u nichž bylo získáno konečné výsledné skóre, vykáže spolehlivé zlepšení; z těchto předpovězených případů bylo přesně předpovězeno 13 % (4 z 31). Nejúspěšnější byli terapeuti, kteří předpovídali výsledek léčby skupiny bez významné změny. Tu předpověděli 15krát, přičemž osm z těchto předpovědí (53 %) bylo přesných.

Predikce vztahu ve skupině

Vedoucí jako skupina hodnotili vztah ve skupině hůře než klienti v pozitivním hodnocení vazby a pozitivní pracovní subškály. Vedoucí poraden předpovídali více negativní vztah než členové schválili, zatímco vedoucí státních nemocnic předpovídali nižší skóre negativního vztahu, než podporovali členové. Kromě toho členové skupiny státních nemocnic vykazovali vyšší míru variability v odpovědích na GQ než členové poraden, poradenských center, což kopíruje zjištění Krogel et al. (2009). Nepředpokládali jsme žádný vztah mezi hodnocením členů skupiny na třech GQ subškál (pozitivní vazba, pozitivní práce a negativní vztah) a hodnocením terapeuta. Tuto hypotézu jsme testovali pomocí analýzy smíšených modelů, abychom kontrolovali nezávislost údajů o členech skupiny (Kenny, 2002). Naše hypotéza byla do značné míry podpořena, pouze 3 z 18 predikcí terapeutů vykazovali shodu s hodnoceními členů skupiny. Terapeuti poradenského centra a členové vykazovali při devátém sezení shodu na pozitivní vazby a pracovní subškály a na šestém sezení na negativní vztahové subškále. V případě státní nemocnice nebyla zjištěna shoda na žádné subškále.

Shoda na intervencích na úrovni skupiny

Předpokládali jsme, že nebude existovat žádný vztah mezi intervencemi na úrovni skupiny schválenými vedoucími skupiny a skóre nezávislých hodnotitelů. Toto hypotéza byla testována pomocí analýzy smíšených modelů a vzhledem k menší velikosti vzorku byla data z obou pracovišť sloučena, nikoliv rozdělena podle čísla sezení. Nebyl tam žádný významný vztah mezi terapeutem a nezávislými hodnotiteli pro skupinové strukturování, verbální interakce a

emoční interakce, a to jak u skupiny s mentálním postižením, tak u skupiny s emocionálním postižením.

Diskuse

Omezený počet studií v individuální terapii zjistil, že terapeuti přesně nepředpovídají výsledek klienta ani terapeutický vztah, pokud jsou obojí porovnávány s měřítky, která si klient sám vybírá (Burns & Auerbach, 1996; Hannan et al., 2005). Tato studie, ačkoli se liší metodou a modalitou, odráží tato zjištění ve skupinovém prostředí. Současná studie přinesla podobné výsledky jako studie Hannana a dalších (2005), v tom smyslu, že terapeuti měli tendenci podhodnocovat výskyt zhoršení v léčbě. Terapeutům se nepodařilo přesně předpovědět selhání léčby u 10 klientů v predikci vzorku, kteří byli po ukončení skupiny klasifikováni jako spolehlivě horší. Stejně jako Hannan et al. (2005) vykazovali terapeuti podobnou optimistickou odchylku při předpovídání pozitivních zisků pro většinu svých klientů, což se v konečných výsledcích do značné míry nepotvrdilo.

Na rozdíl od studie Hannan et al. (2005) jsme měli méně členů skupiny a terapeutů a proto jsou tato zjištění podpůrná, a je třeba je zopakovat na větším vzorku. Vzorek Velikost vzorku je často zmiňovanou výzvou ve skupinovém výzkumu (Burlingame, 2010). Nicméně za těchto omezení jsme byli schopni prozkoumat podobné otázky, jaké byly analyzovány v práci Hannana a kolegů a získat smysluplné výsledky.

Předpovědi skupinových terapeutů se neshodovaly s tím, jak členové skupiny vnímali terapeutický vztah v jejich skupinách, zejména v počáteční části skupinové práce vývoje. Význam tohoto zjištění spočívá v tom, že v raných fázích skupiny dochází k tomu, že členové skupiny nejčastěji opouštějí skupinu (Yalom & Leszcz, 2005). Zajímavé je, že skupina vedoucí skupin měli tendenci nahlížet na terapeutický vztah z méně pozitivní perspektivy než členové skupiny. Toto podceňování pozitivních vazeb a fungujících vztahů na počátku skupiny může vést vedoucí skupin k odkládání intervencí až do doby, kdy se domnívají, že členové a skupina jsou "připraveni", čímž oddalují potenciální přínosy.

Nejhorší predikce terapeutů se týkala subškály negativních vztahů, která zachycuje míru konfliktů, nepřátelství a negativní empatie, kterou členové pocítují. Členové, kteří vnímají svou skupinu jako nepřátelskou a odmítavou, jsou více ohroženi odchodem ze skupiny (Yalom & Leszcz, 2005) a zjevná neschopnost terapeutů vyřešit tyto problémy je pro ně velkým rizikem. Přesně předvídat reakce klientů jim může bránit v nabídce intervencí, které by mohly zlepšit zkušenosti těchto členů skupiny. Stejně jako výše uvedená zjištění, i tyto výsledky vyžadují další replikaci, než je budeme moci přijmout; nicméně souhlasí s dřívějšími výzkumy jak skupinových (Jenkins, Keefe, & Rosato, 1971), tak individuálních (Burns & Auerbach, 1996). Jedním z neočekávaných zjištění bylo zlepšení předpovědi v průběhu času pomocí UCC terapeutů. U domén GQ zaměřených na pozitivní vazby a pozitivní práci, tito terapeuti prokázali významné zvýšení shody se skóre členů devátého sezení. Zatímco na počátku a v polovině sezení byla shoda méně přesná, zlepšení na konci skupin může být způsobeno dvěma faktory. Zaprvé, zvýšená znalost členů skupiny v průběhu času pravděpodobně zvyšuje přesnost hodnocení. Tento výsledek nebyl zjištěn u terapeutů státních nemocnic, kteří měli vyšší míru odpadnutí a v polovině skupiny se k nim připojili noví členové, čímž se snížila jejich obeznamenost se členy skupiny. Je zajímavé, že toto zjištění podporuje dřívější předpověď ze studie Jenkinse a dalších (1971) před téměř čtyřiceti lety. Druhým vysvětlením by mohla být zpětná vazba, kterou terapeuti dostávali v reakcích člena na GQ. Tyto zprávy mohly zlepšit přesnost jejich předpovědí tím, že vedoucí seznámili, jak členové skupiny reagují na GQ, a tím změnili jejich hodnocení. Mezi terapeutem a hodnotitelem panovala malá shoda v otázce intervencí použitých během daného skupinového sezení. Toto zjištění poskytuje počáteční podporu pro používání klinických podpůrných pomůcek, jako je GPIRS, ve skupině způsobem,

který je paralelní s používáním CST v individuální terapii (Harmon et al., 2006; Hawkins et al., 2004; Whipple et al., 2003).

Toto opatření může být užitečné pro zvýšení povědomí vedoucích o intervencích, které mohou být použity pro problémové oblasti identifikované pomocí GQ. GPIRS by mohl být použit společně s GQ, protože dílčí škály GPIRS odpovídají dílčím škálám GQ. Například intervence z dílčí škály strukturování (GPIRS) by mohly být použity ke zlepšení pozitivní práce členů (GQ), intervence z dílčí škály verbálních interakcí by mohly ke zlepšení pozitivní vazby mezi členy, a intervence z dílčí škály emočního klimatu by mohly být použity ke zlepšení pozitivních vazeb mezi členy a snížení negativních vztahů.

Současná studie představuje nový směr skupinového výzkumu a odráží v ní poznatky z individuální terapie, které ukazují na důležitost posílení klinického úsudku o zpětnou vazbu z výsledků a klinických podpůrných opatření. Studie je jedinečná v tom, že využívá zpětnou vazbu o výsledcích u skupin. Výsledky ukázaly, že zpětná vazba z těchto opatření poskytly terapeutům jedinečné a neočekávané informace o jejich skupinách. Vzhledem k výsledkům se domníváme, že studie poskytuje podporu pro potenciální užitečnost poskytování výsledné a procesní zpětné vazby vedoucím a zavádění opatření na pravidelnější bázi ve skupinové praxi a výzkumu. Výsledky této studie poskytují most mezi výzkumem výsledků založeným na pacientech v individuální terapii a replikací tohoto výzkumu ve skupině.

Omezení a budoucí směry

Omezení současné studie zahrnovala vysokou míru vyřazení ze skupiny, zejména v případě v populaci USH. Zúčastněné skupiny v USH se často měnily, vypadávaly a ztrácely se v průběhu devítidenního cyklu skupin. To mohlo způsobit, že predikční úkoly byly pro skupinové terapeutů USH obtížnější. Dalším omezením byl nedostatek rozmanitost vzorků použitých ve studii, protože studie se zaměřila pouze na univerzitní pracovníky, poradenské centrum a lůžkové skupiny. Větší vzorky členů skupin i terapeutů by pomohly poskytnout informace o tom, zda léta klinické praxe zkušeností a/nebo výcviku pomáhá terapeutům předvídat. Dalším omezením je omezená škála odpovědí členů skupin na měření GQ, která měla tendenci být vychýlena směrem k vysoké úrovni pozitivních vazeb a pozitivní práce ve skupinách s velmi nízkou úrovní negativních vztahových faktorů. I když to může odrážet skutečné zkušenosti členů ve skupinách, nedostatečná variabilita snížila pravděpodobnost nalezení významných efektů predikce terapeuta, protože nedostatečná variabilita snížila pravděpodobnost nalezení významných výsledků prostřednictvím analýzy smíšených modelů.

Současná studie je prvním krokem k replikaci RCT zkoumající dopadu poskytování zpětné vazby o výsledcích a nástrojů klinické podpory terapeutům při individuální terapii (Harmon et al., 2006; Hawkins et al., 2004; Whipple et al., 2003). Studie poskytuje počáteční podporu pro používání zpětné vazby, ale potenciální přínosy je třeba ještě ověřit ve skupinovém prostředí. Dalším krokem v současné linii výzkumu je např. začlenění OQ-45 ve spojení s klinickými podpůrnými nástroji, jako jsou GQ a GPIRS při zkoumání dopadu poskytování zpětné vazby na výsledky členů skupiny.

Příloha: Formulář skupinového dotazníku ze str. 72 článku – volný překlad

Příloha

Formulář skupinového dotazníku

Prosím, níže označte, jak člen¹ vaší skupiny vnímá terapeutický vztah uvnitř skupiny. Při vašem odhadu zohledněte interakce s klientem, jeho chování a zapojení do skupiny a na základě vašeho klinického úsudku a zkušeností ohodnoťte pravdivost následujících tvrzení na stupnici od 1 (zcela nepravdivé) do 7 (naprosto pravdivé) po dosavadních setkáních skupiny:

Ohodnoťte pravdivost následujících tvrzení týkajících se výše uvedeného člena skupiny na stupnici od 1 (vůbec ne) do 7 (velmi pravdivé):

Pozitivní vazba znamená, že člen skupiny cítí silné emoční pouto nebo spojení s ostatními členy skupiny, včetně terapeuta, a s celou skupinou.

To vůbec není pravda	Do jisté míry pravda	Velmi pravdivé
1 2 3	4 5 6	7

Pozitivní pracovní vztah znamená, že člen skupiny cítí spolupráci při terapeutické práci s ostatními členy, terapeutem a celou skupinou v rámci dosahování léčebných cílů.

To vůbec není pravda	Do jisté míry pravda	Velmi pravdivé
1 2 3	4 5 6	7

Negativní vztahy: Člen skupiny cítí, že mezi členy panuje vysoká úroveň konfliktů, napětí a chybí empatie a porozumění.

To vůbec není pravda	Do jisté míry pravda	Velmi pravdivé
1 2 3	4 5 6	7

¹ Podle názoru překladatele článku lze dát formulář vyplnit i jednotlivým členům skupiny, jak vnímají druhé členy, skupinu a terapeuta/y, příp. vedoucí/ho skupiny (jde-li o výcvikovou skupinu)