

# 当事人的投入：概念、测量与影响因素\*

周忠英 夏 勉 江光荣 孙启武

(青少年网络心理与行为教育部重点实验室;  
湖北省人的发展与心理健康重点实验室; 华中师范大学心理学院; 武汉 430079)

**摘 要** 当事人的投入是其从心理咨询与治疗中获益的基本前提,它是指当事人为了实现改变的目标,在咨询或治疗过程中主动参与、不懈努力的心理和行为过程。目前对投入的研究主要考察了行为表现,包括出席会谈、会谈中的投入和会谈外的投入三个核心成分,对应有不同的测量方法。与投入有关的因素包括当事人因素、咨询师及互动因素、家庭和社会文化因素、其他客观因素等,其中当事人的认知动机因素对投入有重要影响。未来研究应继续探讨当事人投入的成分、动力性和影响因素,完善其评估方法及增强当事人投入的干预方法,并进一步检验当事人的投入与咨询效果的关系。

**关键词** 当事人的投入; 坚持性; 参与性; 测量

**分类号** R395

## 1 前言

心理咨询与治疗的核心是帮助当事人在心理、行为上产生积极的改变或改善(江光荣, 1997)。只有当事人坚持出席一定次数的会谈,积极地、全身心地投入到咨询或治疗过程中去并坚持到底,改变才会发生(Bohart & Wade, 2013; Nock & Ferriter, 2005; Lambert, 2007; Gearing, Townsend, Elkins, El-Bassel, & Osterberg, 2014)。甚至有学者指出,当事人的参与性是心理咨询与治疗效果的最重要的决定性因素之一(Bohart & Wade, 2013)。遗憾的是,在心理咨询与治疗中普遍存在当事人不能坚持完成咨询,或者在咨询与治疗过程中投入不足的现象。有研究者据此提出了当事人的投入(engagement)、参与性(participation)和坚持性(adherence)等概念(Littell, Alexander, & Reynolds, 2001; 唐文, 2010; Gearing, Schwalbe, Dweck, & Berkowitz, 2012; Holdsworth, Bowen, Brown, & Howat, 2014),来表征当事人为了达成改变的目标而不懈努力的心理和行为过程。在本文中,我

们将这些概念统称为投入,围绕与之相关的研究对其进行介绍。

研究者对当事人的投入的研究最早源自对脱落(dropout)现象的关注。脱落是指当事人在开始接受心理干预之后,在其心理困扰或问题尚未解决之前就终止了咨询或治疗的现象(Swift & Greenberg, 2012)。国外对脱落研究的元分析发现,大约 46.8%的当事人会从咨询或治疗中脱落(Wierzbicki & Pekarik, 1993),其后又有关于脱落的元分析指出当事人的总体脱落率约为 20% (Swift & Greenberg, 2012),甚至有研究者发现当事人的脱落率高达 50%~70% (Olver, Stockdale, & Wormith, 2011; Swift & Greenberg, 2012)。在国内,有研究指出中国当事人的脱落率高达 80%以上(黄雪薇, 周迁章, 1999; 焦建英, 樊佳禄, 叶建国, 汪隼, 朱玉, 2009)。

在围绕脱落进行研究的过程中,研究者逐渐认识到,脱落这一概念,虽然界定清晰,易于测量,然而内涵却相对狭窄,它只能反映当事人是否出席会谈的客观现实,并不能提供更多信息,以了解当事人为何不能出席会谈。于是其后的研究者提出了投入等概念,认为当事人的投入不仅仅表现在结束会谈或继续会谈,还表现在当事人在咨询内和咨询外主动地投入(唐文, 2010;

收稿日期: 2015-04-02

\* 国家社会科学基金重点项目: 国民心理卫生素养与心理求助行为研究(项目号: 13BSH063)。

通讯作者: 夏勉, E-mail: xiamian@mail.ccnu.edu.cn

Gearing et al., 2014)。若当事人在咨询中缺乏投入,就很容易脱落。而且,缺乏投入不仅会妨碍当事人从咨询与治疗中获益,使咨询师产生挫败感、沮丧等负面情绪,还会浪费有限的心理卫生资源(Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008; Schwalbe & Gearing, 2012)。研究当事人的投入,找出当事人在心理咨询中缺乏投入的原因,可以加深对当事人的理解,加深对咨询进程的理解,并有助于找出有针对性的对策,以促进当事人的投入,增进当事人在咨询与治疗中的收益,提高心理卫生资源的利用率。

尽管研究当事人的投入有着重要的价值,但迄今为止,国外对咨询过程与效果的研究多集中于咨询师和治疗方法上,对当事人的投入的研究相对少一些,国内相关研究更少。本文介绍了当事人投入的概念、评估方法,并简要总结了投入的影响因素,旨在为中国文化背景下当事人的投入研究的开展提供参考。

## 2 概念辨析

国外学者围绕当事人的“投入”进行了很多研究,但使用的概念有所不同。最常用的概念有 engagement (投入)、participation (参与性)和 adherence (坚持性)等,这些概念在内涵上相互包含,相互重叠,经常互换使用。其中对 adherence 如何翻译颇费思虑。在医学领域中常将其译为“依从性”,比如患者的治疗依从性或服药依从性(treatment adherence)。依从性从字面上讲有被动服从的意思,但是心理咨询与治疗中更强调当事人的主动参与。使用 adherence 的研究者认为这个概念除了表达当事人对咨询师、咨询服务或咨询安排的服从与配合,更多地是指当事人的主动参与。正如 Gearing, Schwalbe, Dweck 等(2012)所述,adherence 指当事人在开始咨询或治疗之后对干预方案的积极参与程度。随后 Gearing 等人(2014)总结道,adherence 包括坚持出席会谈(session attendance)、会谈内的投入(intro-session involvement)和会谈外的投入(inter-session involvement)三个核心成分。其中出席会谈虽具有服从的意味,但更强调当事人是主动地坚持出席会谈;会谈内、外的投入不仅是配合,更是当事人的主动努力。Nock 和 Ferriter (2005)也明确指出,在心理咨询或治疗中,相对于 compliance(依从性),adherence 这个术语是更为

可取的,它强调了咨访双方的协作。既然 adherence 强调当事人的主动参与,翻译成依从性容易误导读者。而且 adherence 除了遵从、服从还有坚持的意思,在此更强调当事人长期不懈的投入。它包含了当事人主动投入和被动配合,但从语义上说更加积极,偏向当事人的主动坚持。因此在本文中暂将 adherence 译为坚持。

投入和参与性也是该领域经常使用的概念。相对参与性而言,投入的概念稍广一些。学者们通常将投入视为当事人的努力。例如, Holdsworth 等人(2014)认为投入是指当事人为了实现改变的目标或取得治疗效果,在治疗过程中所做出的所有努力;参与性或卷入(involvement)表示当事人在治疗或会谈内任何可观测的、自愿的、积极的努力。Nix, Bierman 和 McMahon (2009)在针对父母管理训练的研究中,认为出席会谈和参与性都是投入的表现,而参与性则包括父母在会谈内的积极参与和完成家庭任务。而 Nock 和 Ferriter (2005)则认为参与性包括出席会谈和“坚持”这两个相互关联而又不同的成分,在某种程度上,出席会谈是当事人坚持性的前提条件,而坚持就是“当事人为了取得预防性或治疗性的效果,积极、自愿、合作性地投入到治疗中的行为过程”。

在此基础上,有研究者将投入的含义扩大,增加了认知动机成分,指出投入包括出席会谈、坚持性和认知准备(cognitive preparation)三个成分,其中认知准备包括当事人对角色和治疗效果的期望,对疗法的态度,对因果关系的归因,对个人压力和资源的知觉,改变的动机等(Becker et al., 2015)。而此前就有学者提出投入可划分为 5 个成分:“Say yes (同意治疗)”是当事人同意并渴望参与的表现;“Be there (在那里)”反映当事人出席会谈的情况;“Be involved (全心投入)”是指在会谈中的积极卷入;“Do the homework (做作业)”反映了完成家庭作业的情况;“Look for more (寻求更多信息)”是指寻求治疗项目之外的有用信息(Wagner, Spiker, Linn, Gerlach-Downie, & Hernandez, 2003)。很明显,“Be there”、“Be involved”和“Do the homework”可分别与出席会谈、会谈内的投入和会谈外的投入相对应,“Say yes”与当事人的承诺、动机或意图有关。简言之,国外研究者非常关注当事人在咨询过程中的积极表现,也考虑到当事人的认知和动机的重要性。

在国内,唐文(2010)提出了当事人的咨询坚持性(adherence)的概念,认为坚持性具有强烈的动机色彩。她认为,咨询坚持性是指当事人在没有达到咨询目标之前,主动克服各种困难或付出努力,使得咨询继续进行下去,最终取得咨询疗效所表现出来的行为,包括:(1)克服困难,即克服心理内部的障碍;(2)遵守设置,主要是指克服外部困难(时间、金钱、外部舆论压力)按时出席会谈;(3)坚持咨询,是指在咨询效果不明显时当事人表现出来的坚持行为;(4)主动投入,是指在咨询内、外主动思考和行动,努力解决问题。相比国外学者,该研究更加强调当事人在咨询中积极表现的内在动力,突出了咨询坚持性的动力特征,即当事人克服困难、坚持不懈的心理和行为特点。

根据这些不同的概念表述,可以看出学者们对当事人投入的研究侧重点不同。有的仅仅关心投入的客观表现如出席会谈,其对立面就是脱落;有的更关心当事人在咨询过程中和会谈外的表现,如会谈内的投入和会谈外的投入;有的还会关心投入背后的动机,是什么让当事人克服困难,坚持投入。“坚持性”这一术语反映了当事人投入的动机,为达到改变的目标而不懈努力的动力性和长期性,但没有包括当事人所有的行为努力,而且它要求当事人在咨询效果不明显时仍坚持咨询,这是不人本的。而“投入”则包含了当事人出席会谈和咨询内外的行为努力,体现了当事人的主动性。相比之下,拟将国外文献中的 engagement、participation 和 adherence 等概念统一放到“投入”这个概念之下进行整理,并将投入界定为当事人为了实现改变的目标,在咨询或治疗过程中主动参与、不懈努力的心理和行为过程。下文中将以“投入”为主要使用的概念,但也会使用其他概念对相关研究进行介绍。

### 3 投入的测量

投入表现为三类核心内容,但研究者常常只对某个方面进行测量。如有的研究只简单地测量当事人出席会谈的次数,有的则会评估当事人在咨访互动中的投入程度。单凭一个指标来衡量当事人的投入是不够的,应综合考量投入的不同成分。一般来说,测量出席会谈的情况相对容易一些,是最为常用的测量投入的指标;测量会谈内、外的投入涉及到当事人的主观努力和投入程度,

比较复杂,在评估和操作化方面还存有很多欠缺。总之,简单的方法不精确,精确的方法不简单。

首先,出席会谈是当事人在尚未达到改变目标之前,坚持赴约进行会谈的行为(Gearing et al., 2014),它是当事人获益的前提。对出席会谈的测量是最客观的,看起来也是最简单的,但测量起来也有些困难。其中常用的指标是当事人出席会谈的次数、接受干预的次数、持续时间,或者出席会谈的百分比,后者即实际出席次数与建议或预期的会谈次数的比值(Schwalbe & Gearing, 2012; Gearing, Schwalbe, Dweck, et al., 2012; Glenn et al., 2013)。但治疗师很难估计当事人解决问题所需的会谈次数,而且那些断断续续地出席会谈的当事人和连续出席的当事人,可能在出席次数上是一样的,但他们在投入、努力程度上却大不相同。虽然出席会谈并不代表当事人真正地投入到了治疗中,但对出席会谈的测量仍然是必要的,因为它是当事人投入的前提。

其次,会谈内的投入是指当事人在会谈中积极参与的行为表现(Gearing et al., 2014)。对于会谈内的投入,目前还没有比较成熟的评估方法。有研究通过独立观察者评估当事人在会谈中的行为,如与治疗师一起制定治疗方案时的共同决策行为、表达改变的承诺或愿望的言语行为等,来测量当事人会谈内的投入(Glenn et al., 2013)。也有研究者提出让当事人报告自己在会谈中的态度、投入或合作程度,如敌意或破坏性、是否逃避责任、对问题的探索和讨论等(Lecomte et al., 2008);或者由治疗师报告当事人合作性行为的数量和质量(Nock & Ferriter, 2005; Nix et al., 2009),合作性行为可以是参与问题确认、目标设置和制定治疗计划,将觉察和技能进行整合,对治疗效果提供反馈,识别新的问题、改变的障碍等(Littell et al., 2001; Gearing et al., 2014)。这些评估方法多是参照于对工作同盟或当事人协作性的测量,如范德比尔特心理治疗过程量表(The Vanderbilt Psychotherapy and Process Scale) (Boardman, Catley, Grobe, Little, & Ahluwalia, 2006)。

再次,会谈外的投入包括当事人对咨询师的反馈和会谈内容的思考、体验和内化,或完成家庭作业、执行治疗建议,以及努力将会谈中产生的领悟或学习到的技能迁移到真实生活中的行为等(Littell et al., 2001; Wagner et al., 2003; Bohart

& Wade, 2013)。对其最经常使用的评价指标就是当事人对家庭作业的完成情况。家庭作业可以是行为任务或认知练习,评估当事人的完成情况需要结合家庭作业的形式,可以检查家庭作业完成与否(二分变量),也可以用利克特量表来评定完成的质量,或者是由当事人评估花在家庭作业上的时间和精力(Nix et al., 2009; Clarke et al., 2015)。在认知行为疗法中,当事人对家庭作业的完成情况是当事人坚持性的良好的指标(Clarke et al., 2015; Beintner, Jacobi, & Schmidt, 2014)。但很多情况下咨询师不会布置家庭作业,或对任务的界定不清晰,这时则很难评估当事人会谈外的投入。目前对于当事人对会谈内容的反思或内化、努力将会谈中产生的领悟或学习到的技能迁移到真实生活中等内容,并没有相应的评估方法。

有研究者尝试用问卷全面评估当事人的投入。Drieschner 和 Boomsma (2008)编制了治疗投入性评定量表(The Treatment Engagement Rating Scale, TER),评估当事人的参与性、对会谈的建设性利用、开放性、对行为改变的努力、做出牺牲、目标导向性、会谈外的反思等,评估较为全面。唐文(2010)编制了当事人咨询坚持性量表,对克服困难、遵守设置、坚持咨询和主动投入这4个维度进行评估。然而,这4个维度本身就有所交叉,量表的结构效度值得商榷。此外,也有研究者用当事人是否完成治疗作为投入的指标,但完成治疗的操作定义很不统一,如依据治疗的持续时间或会谈次数来判断当事人是否完成了治疗,除此之外,还可以结合治疗效果、咨访双方是否对结束治疗达成一致意见来判断(Beintner et al., 2014; Burns, Cortell, & Wagner, 2008)。

由于测量方法的局限,很多有关当事人的投入的研究结果不尽一致。鉴于此,研究者需要针对具体的咨询或治疗方法来确定对当事人的投入的测量方法,而且应时刻注意,测量的应是当事人的投入而非依从性。相比于咨询师的评估,当事人对自己主动投入的主观报告可能更有价值(Lecomte et al., 2008; Beintner et al., 2014),将访谈、咨询师和当事人的报告结合起来可能会提供更深入细致的信息。

## 4 投入的影响因素

回顾以往的文献,影响当事人的投入的因素

有很多,概括起来包括以下几个方面:当事人因素,咨询师因素,咨询关系,家庭与社会文化因素以及客观因素。

### 4.1 当事人因素

当事人是投入行为的发出者,任何因素都应该都是通过当事人发挥影响作用的。因此有关当事人因素的研究最多,包括人口统计学、症状和心理因素。

#### 4.1.1 人口统计学因素

在当事人的人口统计学变量方面,不良社会经济状况与当事人的脱落具有稳定的相关(Barrett et al., 2008; Bohart & Wade, 2013),当事人的投入和出席会谈的情况存在种族差异(Polo, Alegría, & Sirkin, 2012),其他人口学因素与投入的关系并没有得到清晰的说明。例如,有研究发现,年轻、男性、有童年创伤经验、受教育水平低或少数族裔的当事人容易脱落或缺乏投入(Nock & Kazdin, 2001; Lecomte et al., 2008; Olver et al., 2011; Swift & Greenberg, 2012);在儿童问题行为治疗领域里对父母的管理训练中,父母的受教育水平和职业与父母的参与性有显著相关(Nix et al., 2009)。但也有研究发现性别、种族、社会经济状况等因素并不能预测儿童和青少年的脱落(Pellerin, Costa, Weems, & Dalton, 2010)。在人口统计学方面处于劣势的当事人在咨询中可能会面临更多的困难,如缺乏社会支持、物质等,而这些因素并不能独立地预测当事人的投入。

#### 4.1.2 当事人的症状因素

多数研究都认为症状严重或更复杂的当事人的脱落率较高。患有人格障碍、在简明精神病量表上的阳性症状得分高的当事人容易脱落(Barrett et al., 2008; Lecomte et al., 2008);存在攻击行为、反社会行为、在内化障碍和外化障碍上得分较高的儿童更有可能脱落(Nock & Kazdin, 2001; Pellerin et al., 2010)。Olver 等人(2011)指出有人格障碍的罪犯在治疗中脱落的可能性较大,病理学症状严重的人更难以完成治疗。但也有少数研究发现人格障碍、共病与脱落的相关很弱(Beintner et al., 2014; Callahan et al., 2014),进食障碍的严重程度也不能预测脱落(Sly, Morgan, Mountford, & Lacey, 2013)。而 Holdsworth 等人(2014)则指出,当事人症状的严重性与出席会谈的情况有正相关,而与当事人在会谈内的参与性或卷入呈负相关。症状严重或心理问题复杂的当事人心理功能损害的程度会更

严重、缺乏主观能动性,或投入的能力降低,也可能是当事人的症状在治疗中未能得到有效的处理。而正因如此,这些当事人更加需要治疗。

#### 4.1.3 当事人的认知动机与人格因素

当事人的心理因素尤其是认知动机因素一直是研究者关注的重点。当事人对自身心理问题的认知和态度、对咨询与治疗的认知和态度对投入都有着重要的影响(Seo & Min, 2005)。若当事人不承认自己存在心理问题,或者是认为自己问题轻微或过于严重,就会缺乏改变的动机,因而投入较低(Gearing, Schwalbe, & Short, 2012)。若当事人对咨询与治疗存在错误信念或偏见,认为接受心理咨询或治疗是不光彩的,或心理服务对自身问题的改善无益,也不易投入(Gu et al., 2012; Gearing, Schwalbe, & Short, 2012; Olver et al., 2011)。动机强的当事人更有可能完成治疗(Olver et al., 2011)。但即使当事人最初具有很强的改变动机,当事人需要付出时间和金钱、进行自我暴露并可能经受痛苦的体验,改变是缓慢而困难的,若当事人认为收益大于或等于付出,则会坚持投入;若当事人认为所需要的付出过多而收获不明显,就很可能脱落(Littell et al., 2001; Swift, Greenberg, Whipple, & Kominiak, 2012)。

很多研究者关心当事人对咨询的效果期望与投入的关系,然而得到的结果却不一致。唐文(2010)发现,对效果期望过高或过低的当事人的咨询坚持性都较低,期望过高的当事人容易因进步很小或对咨询失望而脱落,期望过低则缺乏改变的动机。但 Nock 和 Kazdin (2001)却发现,在儿童治疗中,父母的期望与父母参与性呈曲线相关,期望很高或期望很低的父母参与性较高:那些拥有高期望的父母更容易把治疗中产生的改变归结为治疗的效果;那些期望很低的家长,一旦发现了治疗性改变,就很可能增加对治疗的希望,因而会坚持投入到治疗中去。当事人的咨询预期与咨询体验的一致程度也会影响投入,如咨询的持续时间、咨询师的态度等,若与当事人的预期不符,则缺乏投入(Swift et al., 2012)。

事实上,动机与期望有着密切的联系。当事人的认知和态度会影响到改变的动机和对效果的期望,进而决定当事人的投入行为。但当事人的认知和动机会随着咨询的进行而发生变化。而且 Holdsworth 等人(2014)也提到,当事人进行咨询或治疗的动机与改变的动机不同,外部动机与内

部动机不同。因此,树立正确的动机,把动机转化为行动是投入的关键。根据计划行为理论,树立目标意向并不一定能保证会有所行动,只有当事人建立执行意向,才会更好地管理对参与治疗的消极情绪、增加出席率(Sheeran, Aubrey, & Kellett, 2007)。

另外,投入可能与某些人格特质有关,例如当事人的焦虑、逃避、无望感、敌意、冒险性与参与性有负相关(Greener, Joe, Simpson, Rowan-Szal, & Lehman, 2007; Simpson et al., 2009),但目前还缺乏足够的证据。

#### 4.2 咨询师因素及咨访双方的互动

咨询师的人口学因素和背景特征与当事人的投入有关。一般来说,咨访双方种族相似,咨询师的受教育水平、经验水平及专业性较高,当事人的投入较好(Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough, & Heller, 2006; Grimes & Grimes, 2013)。

工作同盟也是研究者广为关注的变量。实证研究表明脱落与工作同盟有高度相关(Sharf, Primavera, & Diener, 2010)。良好的工作同盟可以降低当事人脱落的可能性,特别是初期阶段的工作同盟(Sly et al., 2013)。工作同盟的核心是当事人和咨询师之间的双向互动,其中咨询师的行为对当事人的投入有重要影响。若咨询师未能对咨询与治疗作出清楚的解释、实施复杂的方案、缺乏帮助当事人探索的意愿、内容反应和解释不准确、未帮助当事人表达情感、未能识别当事人的体验等,当事人容易脱落(Ackerman & Hilsenroth, 2003)。强调当事人有选择出席会谈的自由、在会谈中发挥着重要作用,会促进当事人的投入(Gearing, Schwalbe, & Short, 2012)。咨询师的真诚、可信赖性、自信、温暖等品质,对当事人的尊重、共情和积极关注,有助于建立良好的工作同盟,进而促进当事人出席会谈和会谈内的投入(Ackerman & Hilsenroth, 2003; Moyers, Miller, & Hendrickson, 2005)。咨询师的这些品质和行为有助于当事人产生被理解、尊重和关注的体验,激发当事人改变的信心和动力。

#### 4.3 家庭和社会文化因素

家庭和社会网络可以为当事人提供情感、物质支持。多数亚裔美国人在进行治疗时需要家人的陪伴,因此家庭因素很可能是当事人的投入的中介变量(Fancher, Lee, Cheng, Yang, & Yang, 2014)。

尤其是对于儿童和青少年当事人, 父母对治疗的投入发挥着关键作用(Nock & Ferriter, 2005; Pellerin et al., 2010)。Nix 等人(2009)的研究发现, 家庭特征与出席会谈无关, 但能够预测当事人在会谈中参与性的质量。Holdsworth 等人(2014)则指出当事人的家庭状况会影响当事人家庭作业的完成情况, 但是这对出席会谈和会谈中的投入影响较小。

此外, 文化、社会规范、社会经济发展水平、社会人口学因素也会给当事人的投入带来一定的障碍(Fanche et al., 2014; Gearing et al., 2014)。相比欧美国家, 我国的心理卫生资源更有限, 且分布很不均衡(Fancher et al., 2014), 很多民众对心理卫生缺乏足够的重视。在中国文化背景下, 人们通常认为心理障碍是由非生物学因素引起的, 如个性特征、社会或环境因素, 当事人的投入不足可能与这种文化信念、公众对心理障碍的污名有关(Fancher et al., 2014)。

#### 4.4 其他客观因素

一些客观因素会阻碍当事人的投入, 比如时间安排、交通和经济上的困难, 心理服务机构条件设施、环境和氛围欠佳等, 这些都属于具体的、结构性的阻碍(Coatsworth, Santisteban, McBride, & Szapocznik, 2001; Gearing, Schwalbe, & Short, 2012)。有研究表明当事人的脱落率与机构类型有关, 在普通医疗服务机构、精神病机构、心理健康服务机构和社会服务机构中, 普通医疗机构中当事人脱落的可能性最大; 自助团体中的当事人脱落率较低(Olfson et al., 2009)。相比于普通医疗机构, 专门的心理服务机构和自助团体可能更倾向于强调当事人的主动性和积极性, 而不是把当事人看作为被动配合的个体, 这有利于促进当事人的投入。此外, 机构内员工的压力与当事人的投入呈负相关(Landrum, Knight, & Flynn, 2012)。

在咨询或治疗过程中, 咨询师可能难以帮助当事人解决物质或时间上的困难, 也难以克服家庭支持和社会文化、心理卫生资源等方面的局限。因此, 帮助当事人投入到咨询或治疗中去, 应主要从当事人和咨询师方面入手, 帮助当事人增强改变动机和对效果的期望, 同时在咨询或治疗过程中尽量减少阻碍当事人投入的因素。

## 5 小结与展望

国内外学者对投入的关注均是起因于当事人

的脱落现象, 但脱落只是咨询或治疗的消极后果, 从积极的视角研究当事人投入更有价值。其首要的意义在于, 它提醒我们, 当事人也是心理咨询与治疗发挥作用的关键, 至少是与咨询师同等重要的治疗工具。当事人只有坚持前来进行咨询或治疗, 持续地参与和投入到这个过程中才能获益。这对临床实践者和研究者有着重要启示意义, 它促使我们深入地思考如何使心理咨询与治疗发挥更大的效用。本研究也说明, 并不是所有人都可以从心理咨询中获益, 当事人有改变的动机, 并建立起执行意向, 并且具备处理自身问题的能力, 才有可能获得改善。但是, 目前对当事人的投入的研究还存在诸多不足。

### 5.1 对当事人的投入概念的再思考

就目前来看, 很多研究者主要从当事人的行为表现出发定义投入, 这首先表现在概念的表述上, 但也有学者指出投入有着强烈的动机成分, 当事人的动机是其投入到咨询与治疗中的关键。显然, 当事人的动机与投入行为有着密切的联系, 未来还需对投入的动机性进行更多探讨。对此我们认为, 投入是个动机过程, 需要有内部动力来激励和维持人的行动, 并使行动导向某一目标, 以满足个体某种需要。当事人的投入就是当事人为了实现改变或改善的目标而不懈努力的心理过程, 向外表现为持续的行动输出过程, 前提是当事人具有改变的目标和动机, 而且通过继续努力来获得改变的希望。因此, 当事人的动机应是投入的重要影响因素, 而非投入的成分。我们应该把重点放在投入对当事人的主观意义上, 进一步从动机的角度思考当事人的投入的特点和表现。

虽然学者们一致认为, 投入的表现包括出席会谈、会谈内的投入和会谈外的投入, 但显然, 只有当事人出席会谈, 会谈内、外的投入才会发生。因此, 当事人的投入是个过程变量, 我们应以动态的眼光来研究当事人的投入, 而且会谈内的投入和会谈外的投入可能是出席会谈与治疗效果之间的调节变量, 未来研究可以对此进行检验。

值得一提的是, 脱落并非投入的对立面。因为在中国目前的心理咨询的发展背景下, 由于咨询师所接受的专业培训的局限或咨询师自身的局限性, 一些当事人确实难以在心理咨询中获益, 他们也就没有投入的必要, 因此脱落并不完全意味着当事人没有投入。亦或是当事人已经从治疗

中得到了他们想要的东西, 亦或是治疗外的因素免除了他们的困扰。因而咨询师与当事人对投入的认识可能不一致, 未来研究也应考虑到这一点。

### 5.2 对当事人的投入的测量需要改进

与概念界定相对应的, 对当事人的投入的测量方法也存在很多欠缺。由于对投入的评估方法不一致, 致使许多研究结果不能统一。首先, 国内外对当事人的投入的测量已有了很多实践, 但在不同的背景下, 当事人的投入的内容和表现不一致, 在研究中要考虑测量方法的适用性。其次, 对当事人会谈内的投入的测量方法多是来源于对工作同盟或当事人合作性的测量。虽然工作同盟或合作性与当事人的主动投入有所重叠, 但投入是一个当事人变量, 直接采用工作同盟量表来测量当事人的投入是不妥的。因此, 研究者应结合咨询或治疗的实际情况, 选出当事人在会谈内的投入的代表性行为样本, 开发有效的测量工具或方法。最后, 会谈外的投入不仅仅包括完成家庭作业, 还涉及对会谈内容的回顾与思考, 实践或应用学习到的技能等等, 是当事人的投入的重要组成部分。因此对于会谈外的投入的测量方法, 需要进行更多的探索。

未来对当事人的投入的测量中, 应考虑主观指标与客观指标相结合, 除了测量其表现之外, 还可以关注当事人的执行意向的建立情况, 这在不同的咨询或治疗取向中是共通的。鉴于投入是个动态的过程, 在整个咨询或治疗过程中, 应选取多个时间点来进行评估, 才能准确地反映当事人投入的质量。

### 5.3 从认知和动机的角度思考当事人的投入的影响因素及干预

已有研究探索了当事人、咨询师以及双方的互动、家庭与社会文化等因素对当事人投入的影响, 其中当事人的认知动机因素、咨访双方的互动过程与当事人的投入有着密切的联系。但是很多因素与当事人的投入的关系并没有得到清晰的说明。其中一个原因可能是没有把投入作为一个长期的过程进行测量。更重要的一点是, 投入并非单个因素所能独立地预测的, 而是多种因素共同作用于当事人的认知和动机的结果。国外研究者提出的治疗阻碍模型(barriers to treatment model)也指出当事人体验到的阻碍越多, 越难以坚持下去, 包括: (1)对压力源和障碍的体验(the

experience of stressors and obstacles); (2)不良的治疗关系(a poor relationship with the therapist); (3)治疗无意义的观念(perceptions that treatment is not relevant); (4)治疗需要投入太多的观念(perceptions that treatment is too demanding) (Kazdin, Holland, & Crowley, 1997; Kazdin, Holland, Crowley, & Breton, 1997)。该研究强调当事人对外部困难、情感联结或心理阻碍的认知和体验, 未来应继续着重从当事人的认知和动机方面研究阻碍当事人投入的因素。此外, 当事人的人格特质与投入的关系也有待进一步验证。

在对促进当事人投入的干预中也应重视从当事人的认知动机方面减少当事人的治疗障碍。目前已有的干预方法中, 只有动机性访谈(motivational interview, MI)较为成熟和完善(Rollnick & Miller, 1995; Nock & Kazdin, 2005), 但动机性访谈最初是针对成瘾行为提出的, 在一般心理咨询与治疗中的推广和应用还不够。对于帮助当事人纠正错误认知、认识到自己有改变的需要、确定目标、激发改变的动机等, 还须建立有针对性的、系统的干预方法, 而非消极地减少治疗障碍。未来还可以尝试有创新之意的办法。例如, 在每次会谈之后让当事人和咨询师对疗效、双方的合作情况进行评定, 并相互反馈。这可能有助于激发当事人的主动性, 使咨访双方察觉阻碍咨询进程的困难, 增强努力合作、克服困难的决心。

### 5.4 当事人的投入与咨询效果的关系需要进一步验证

很多学者都强调当事人的投入的重要性, 当事人要想取得良好的效果, 需要出席足够次数的会谈并积极努力、协作, 遗憾的是脱落一般都发生在咨询或治疗的早期, 这便阻碍了当事人从咨询或治疗中获益(Coatsworth et al., 2001; Swift & Greenberg, 2012)。也有研究者发现当事人早期的投入可能对咨询效果具有决定性的作用(Tang & DeRubeis, 1999)。但是, 鉴于对投入的测量方法的局限性, 对于投入决定当事人能否从咨询与治疗中获益还需要进一步的证据。我们可以在完善对投入的评估方法的基础上, 对当事人的阶段性和长期性的咨询效果进行评估, 检验当事人的投入是否确实可以预测咨询效果, 以此为当事人的投入的重要性提供更有说服力的证据。

总之, 在中国文化背景下, 对心理咨询与治

疗中当事人的投入的研究中, 还有广阔的未知领域等待着我们去探索。

## 参考文献

- 黄雪薇, 周迁璋. (1999). 心理门诊咨询及心理治疗脱落问题的研究. *中国临床心理学杂志*, 7(3), 162-164.
- 江光荣. (1997). 咨询和心理治疗中影响改变的共同要素. *中国临床心理学杂志*, 5(2), 125-128.
- 焦建英, 樊佳禄, 叶建国, 汪隼, 朱玉. (2009). 某医科大学学生心理咨询6年工作回顾性分析. *中国健康心理学杂志*, 17(8), 973-975.
- 唐文. (2010). 当事人的咨询坚持性 (硕士学位论文). 华中师范大学, 武汉.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267.
- Becker, K. D., Lee, B. R., Daleiden, E. L., Lindsey, M., Brandt, N. E., & Chorpita, B. F. (2015). The common elements of engagement in children's mental health services: Which elements for which outcomes?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 30-43.
- Beintner, I., Jacobi, C., & Schmidt, U. H. (2014). Participation and outcome in manualized self-help for bulimia nervosa and binge eating disorder—A systematic review and metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 158-176.
- Boardman, T., Catley, D., Grobe, J. E., Little, T. D., & Ahluwalia, J. S. (2006). Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(4), 329-339.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219-257). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Burns, C. D., Cortell, R., & Wagner, B. M. (2008). Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: A 2-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 948-957.
- Callahan, J. L., Gustafson, S. A., Misner, J. B., Paprocki, C. M., Sauer, E. M., Saules, K. K., ... Wise, E. H. (2014). Introducing the association of psychology training clinics' collaborative research network: A study on client expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(2), 95-104.
- Clarke, A. T., Marshall, S. A., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Jones, H. A., Costigan, T. E., ... Power, T. J. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family-school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 58-67.
- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K., & Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*, 40(3), 313-332.
- Drieschner, K. H., & Boomsma, A. (2008). The Treatment Engagement Rating scale (TER) for forensic outpatient treatment: Description, psychometric properties, and norms. *Psychology, Crime & Law*, 14(4), 299-315.
- Fancher, T. L., Lee, D., Cheng, J. K. Y., Yang, M. S., & Yang, L. (2014). Interventions to improve adherence to psychotropic medication in clients of Asian descent: A systematic review. *Asian American Journal of Psychology*, 5(1), 22-34.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., Dweck, P., & Berkowitz, J. (2012). Investigating adherence promoters in evidence-based mental health interventions with children and adolescents. *Community Mental Health Journal*, 48(1), 63-70.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., & Short, K. D. (2012). Adolescent adherence to psychosocial treatment: Mental health clinicians' perspectives on barriers and promoters. *Psychotherapy Research*, 22(3), 317-326.
- Gearing, R. E., Townsend, L., Elkins, J., El-Bassel, N., & Osterberg, L. (2014). Strategies to predict, measure, and improve psychosocial treatment adherence. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 31-45.
- Glenn, D., Golinelli, D., Rose, R. D., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., ... Craske, M. G. (2013). Who gets the most out of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? The role of treatment dose and patient engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 639-649.
- Greener, J. M., Joe, G. W., Simpson, D. D., Rowan-Szal, G. A., & Lehman, W. E. K. (2007). Influence of organizational functioning on client engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(2), 139-147.
- Grimes, R. M., & Grimes, D. E. (2013). Readiness, trust, and adherence: A clinical perspective. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 12(3), 185-194.
- Gu, J., Xu, H. F., Lau, J. T. F., Hao, Y. T., Zhong, Y., Fan, L. R., ... Ling, W. H. (2012). Misconceptions predict dropout

- and poor adherence prospectively among newly admitted first-time methadone maintenance treatment clients in Guangzhou, China. *Addiction*, 107(9), 1641–1649.
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 428–450.
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 453–463.
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to treatment participation scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 1051–1062.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1–14.
- Landrum, B., Knight, D. K., & Flynn, P. M. (2012). The impact of organizational stress and burnout on client engagement. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(2), 222–230.
- Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, G. W., Greaves, C., & Bentall, R. P. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 102(1), 295–302.
- Littell, J. H., Alexander, L. B., & Reynolds, W. W. (2001). Client participation: Central and underinvestigated elements of intervention. *Social Service Review*, 75(1), 1–28.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 57–64.
- Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 590–598.
- Nix, R. L., Bierman, K. L., & McMahon, R. J. (2009). How attendance and quality of participation affect treatment response to parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 429–438.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(2), 149–166.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155–180.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 872–879.
- Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., Druss, B., Wang, P. S., ... Kessler, R. C. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services*, 60(7), 898–907.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 6–21.
- Pellerin, K. A., Costa, N. M., Weems, C. F., & Dalton, R. F. (2010). An examination of treatment completers and non-completers at a child and adolescent community mental health clinic. *Community Mental Health Journal*, 46(3), 273–281.
- Polo, A. J., Alegría, M., & Sirkin, J. T. (2012). Increasing the engagement of Latinos in services through community-derived programs: The Right Question Project–Mental Health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(3), 208–216.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334.
- Schwalbe, C., & Gearing, R. (2012). The moderating effect of adherence-promoting interventions with clients on evidence-based practices for children and adolescents with mental health problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(1), 146–155.
- Sheeran, P., Aubrey, R., & Kellett, S. (2007). Increasing attendance for psychotherapy: Implementation intentions and the self-regulation of attendance-related negative affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 853–863.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Whipple, J. L., & Kominiak, N. (2012). Practice recommendations for reducing premature termination in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(4), 379–387.
- Seo, M. A., & Min, S. K. (2005). Development of a structural model explaining medication compliance of persons with schizophrenia. *Yonsei Medical Journal*, 46(3), 331–340.

- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637–645.
- Simpson, D., Rowan-Szal, G. A., Joe, G. W., Best, D., Day, E., & Campbell, A. (2009). Relating counselor attributes to client engagement in England. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 313–320.
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: The roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating Behaviors*, 14(2), 119–123.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 894–904.
- Wagner, M., Spiker, D., Linn, M. I., Gerlach-Downie, S., & Hernandez, F. (2003). Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23(4), 171–187.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190–195.

## Client engagement: Concept, measurement and influential factors

ZHOU Zhongying; XIA Mian; JIANG Guangrong; SUN Qiwu

(Key Laboratory of Adolescent Cyberpsychology and Behavior (CCNU), Ministry of Education;

Key Laboratory of Human Development and Mental Health of Hubei Province; School of Psychology;

School of Psychology, Central China Normal University; Wuhan 430079, China)

**Abstract:** Client engagement, considered as a prerequisite for clients to benefit from counseling and psychotherapy, refers to clients' mental and behavioral process of engaging in counseling and psychotherapy and making unremitting efforts towards changes. The majority of present studies focusing on client engagement primarily examined behavioral perspectives. Client engagement consists of three core elements: session attendance, intro-session involvement, and inter-session involvement, measured separately through different methods. This paper also summarized several factors related to client engagement, including client characteristics, therapist characteristics, client-therapist interaction, family and social culture, and other objective factors. Among all the factors, client's cognition and motivation may exert a great influence on client engagement. Future research should explore the elements, dynamic characters, and influential factors of client engagement, and improve its assessment and intervention. In addition, the relationship between client engagement and counseling outcomes should be examined in the future.

**Key words:** client engagement; adherence; participation; measurement