

来访者动机：心理咨询与治疗理论与实践的整合*

刘陈陵 王 芸

(中国地质大学应用心理学研究所, 武汉 430074)

摘要 来访者动机是影响行为改变和治疗结果的重要因素,是贯穿心理咨询与治疗过程的关键问题。自我决定理论(SDT)是关于动机行为的一种宽泛理论,将动机看成一个随自主水平变化的连续体,认为来访者自主水平越高,治疗效果越好,并强调治疗师的自主支持对来访者参与和坚持改变的重要性;动机访谈(MI)则是在成瘾行为治疗中发展起来的一种临床技术和策略,遵循来访者中心的原则激发和增强来访者动机。在健康行为领域两种治疗模型有不同的起点、焦点和发展路径,研究者却发现两者可以系统而有机地整合,促进了有实证支持的实践发展。

关键词 来访者动机;自我决定理论;动机访谈;自主;自主支持

分类号 R395

1 引言

心理咨询与治疗的核心目标是创设积极改变的环境,促使来访者做出行为改变,那么来访者动机就和这些改变深深地交织在一起。来访者动机(client motivation)指来访者参与咨询过程,做出行为改变并且能够坚持这种参与的动力,是贯穿心理咨询与治疗过程的一个关键问题(Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & Deci, 2011; Lynch, Vansteenkiste, Deci, & Ryan, 2011),也是预测心理咨询与治疗结果的重要因素之一(Ng et al., 2012; Zuroff et al., 2007; Zuroff, Koestner, Moskowitz, McBride, & Bagby, 2012)。

当前心理咨询与治疗领域有两种跨理论与技术的发展趋势与来访者动机密切相关:一是在临床实践中重视动机策略应用,通常将简短的动机干预作为咨询前奏或治疗干预措施,如改变的跨理论模型(transtheoretical model of change, Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011)、苏格拉底法

(Socratic method, Vitousek, Watson, & Wilson, 1998)、动机增强治疗(motivational enhancement therapy, Treasure & Ward, 1997)和动机会谈(motivation interviewing, 简称 MI, Miller & Rose, 2009)等临床模型,被许多治疗流派用在治疗前解决来访者参与动机低或者治疗过程中出现的阻抗,为取得积极治疗效果提供了有益补充。二是鉴别有效治疗的非特异因素(nonspecific factors)或共同要素(common factors),即那些不排除任何一种治疗理论或技术,可以预测成功治疗的因素(Lundh, 2014; Zuroff et al., 2007; Norcross & Goldfried, 2005)。治疗联盟(therapeutic alliances)、共情(empathy)、目标的一致与合作(goal consensus and collaboration)等被美国心理协会(APA)第29分会的工作小组确认为得到实证支持的、最重要的共同因素(Ackerman et al., 2001),Lundh (2014)认为这些共同要素实际上反映的是治疗关系的质量,Ryan 等人(2011)认为来访者行为改变离不开治疗师对其自主和意志的支持,而培育来访者自主参与心理治疗过程、强化改变的自主动机应是所有治疗流派共同关注的主题,因此Ryan 等人建议将来访者动机做为一个独立的共同要素来看待,把动机性策略与共同因素的研究结合起来,促进实证支持的干预实践发展。

来访者动机在心理咨询与治疗中既是一个重

收稿日期: 2015-05-18

* 湖北省普通高等学校人文社会科学重点研究基地——大学生发展与创新教育研究中心基金(编号 DXS20140009)、中国地质大学(武汉)马克思主义理论研究与学科建设计划项目(编号 MY1209)资助。

通讯作者: 刘陈陵, E-mail: aliceliu77@sina.com

要的理论问题, 又是一个实践问题, 受到越来越多的研究者关注。(1)尽管有许多方法和治疗可以有效地使来访者的动机达到最佳, 但是许多来访者在治疗之初并没有改变动机(Miller & Rollnick, 2002); (2)心理咨询与治疗实践高度关注动机的变化, 因为任何一种有效的治疗技术都依赖于来访者接受这种技术, 并且在朝着约定目标的方向上坚持的动机强度;(3)受第三方付费压力, 现在心理咨询与治疗的氛围发生了很大变化, 特别重视短程治疗, 而采用这种方法的关键是在治疗早期增强来访者动机(Ng et al., 2012); (4)折衷主义(eclecticism)或整合(integration)是心理咨询与治疗的发展趋势。当前心理咨询与治疗流派林立, 有些治疗师出于个人兴趣, 可能将两种不同的技术合并在一起而不管它们是否相容; 有研究者批评指出这种折衷过于粗浅, 不同治疗方法的整合应该是系统的、有机的(Ryan et al., 2011)。

自我决定理论(self-determination theory, 简称SDT)是一种关于动机行为的宽泛理论, 概念化了行为改变的动机分类系统和培育来访者自主的环境因素; 当其应用到心理治疗领域时, 发现SDT与动机会谈(MI)特别亲和, 因为MI作为一种行为改变方法, 针对酒精依赖等成瘾患者仍强调来访者中心原则, 通过探索和解决他们的矛盾心理来增强改变的内部动机。在健康行为领域, SDT和MI认为只有将来访者动机与自主或意志结合, 才能增进来访者改变的动机, 行为改变才更有效、更持久(Ryan et al., 2011; Lynch et al., 2011)。本文将他们之间的整合探索研究进行介绍, 以启发更多的研究者和实务工作者关注来访者动机, 进一步丰富我国心理咨询与治疗领域的研究。

2 自我决定理论视角下的来访者动机

自我决定理论(SDT)是研究人类动机和人格的一种宏观理论(Deci & Ryan, 2012), 它假设人是积极的有机体, 具有积极的自我整合、自我完善和不断学习的倾向, 但这种倾向的发生并非自然而然的, 需要通过外部各种社会因素的支持和给养才能实现的。SDT被认为是一个简约的元理论(meta-theory), 用来解释许多跨年龄、领域和文化的现象; 在系统的实证研究支持下, 研究者不断地将新的内容整合入该理论框架之中, 使其得到完善和扩展(Vansteenkiste, Williams, & Resnicow,

2012)。SDT在心理咨询与治疗领域的应用就是其中之一。

人类的行为动机是多样的, SDT对心理咨询与治疗的动机进行了概念化, 建立了一种更加全面的分类系统(Vansteenkiste & Sheldon, 2006; Ryan et al., 2011)。首先, 个人参与治疗的动机从无助到自愿做出改变, 沿着相对自主的连续体变化。这里自主(autonomy)指对个人行为的自我认可和支持, 伴随着意志和意愿的感受; SDT认为当个体越是自主地参与到治疗过程中, 他们对治疗就越多内部归因, 他们越可能去学习和改变行为, 带来更多正向结果。第二, 在动机连续体上, 分布着自主程度依次提高的6种动机类型: 无动机(amotivation)、外部调节(external regulation)、内射调节(introjected regulation)、认同调节(identified regulation)、整合调节(integrated regulation)和内部动机(intrinsic motivation)。相对内部动机而言, 外部调节、内射调节、认同调节和整合调节又称为外部动机(extrinsic motivation)。SDT认为当来访者的胜任力和自主性的基本需要得不到满足时, 会出现无动机状态(amotivation), 并划分出两种亚类型, 低价值(low value, amotivation I)和低效能(low efficacy, amotivation II), 与前5种动机类型联合在一起, 形成了完整的动机分类系统(taxonomy of motivation)(见表1)。

SDT的动机分类系统得到实证研究的支持。Pelletier, Tuson和Haddad(1997)让成年门诊患者报告了他们参加治疗各种类型动机的程度, 结果表明患者进入治疗在每种类型的动机上表现程度有不同; 在治疗过程中来访者动机从低自主到高自主的方向变化, 患者在心理咨询与治疗中的动机越自主(内部动机、整合调节或认同调节), 他们在治疗中就越少分心, 治疗体验中紧张不安越少, 对治疗的满意度更高, 坚持治疗的意向更强; 相比之下, 动机形式是外部调节或内射调节, 来访者报告了更多的紧张不安, 坚持治疗的意向更低; 那些无动机的来访者报告治疗的满意度、重要性和治疗的坚持意向都是最低的。研究者在多个领域和多种文化中检验了这些动机类型, 发现动机的连续体中相互临近的动机之间的关系比那些非邻近的动机关系紧密; 它们对于结果的预测力也因自主水平的高低而变化, 来访者自主水平越高, 治疗结果越好(Roth, Assor, Kanat-Maymon, &

表 1 基于自我决定理论的心理咨询与治疗的动机分类系统(Ryan et al., 2011)

类 型	定 义	动机的来源	因果的定位
内部动机	一个人参与某种活动只因为内在的满足, 或活动本身是有趣的或好玩的。当治疗师澄清心理咨询过程是一种挑战, 改变是通过探索发现和冒险获得的, 需要努力, 这样来访者才会激发起自我探索的内在动力。	参与活动, 探索和成长中的兴趣和享受。	高度内部
整合调节	人们认同行为的价值, 也体验到这种价值与其他重要的人生价值和目标相符时, 他们就会全心全意参与其中, 这是治疗师希望的意识状态。	行动的价值, 这种价值与其他重要的人生价值和目标一致。	高度内部
认同调节	来访者完全赞同心理咨询的重要性, 并表现出参与这一过程的真诚意愿。	认识到行动价值。	内部
内射调节	人们运用内部事件来强迫自己去行动, 比如为了自尊、骄傲, 或避免内疚和羞愧, 而寻求自己或他人的赞同。	为他人以及自己认可所驱动, 避免不被认可或内疚感。	部分外部
外部调节	来访者迫于外界压力或强制力来接受心理咨询或治疗。	被外部奖励或惩罚所驱使。	高度外部
无动机 I 低价值	来访者不清楚改变的益处, 或认为简单地认为改变不重要或没有意义时, 就不会关心或赋予改变行为的价值。	很少或没有感受到行动的价值或刺激。	是变化的, 可能是外部也可能是内部
无动机 II 低效能	来访者不相信心理咨询带来积极结果; 即使认识到咨询是有用的, 也觉得自己没有能力完成改变过程。	很少或没有觉察到改变的能力。	客观的, 不受自己控制的

Kaplan, 2006)。来自酒精成瘾、健康饮食、戒烟等不同领域的研究证实来访者自主动机对积极的改变结果有正向预测, 包括较高的治疗出席率, 较低的流失率, 较低的复发率, 以及随着治疗进程体验到更高的满意感、幸福感(Williams et al., 2006; Lynch et al., 2011; Ng et al., 2012)。SDT 的动机分类系统有利于治疗师在临床上了解和定位来访者的状况。

此外, SDT 概念化了激发来访者自主动机的社会环境。自主支持(autonomy support)指治疗师能够站在当事人的立场, 理解和证实他们内在的参考框架, 尊重他们的经验, 支持他们的选择, 最小化外在的压力和控制(Ryan & Deci, 2008); 在这种环境中, 人们可以识别并整合他们的自我价值和感知行为。研究证实来访者感受到干预者自主支持时, 来访者从治疗中获益大。Zuroff 等人(2007)研究 95 名重性抑郁成人患者接受 3 种不同的治疗, 即认知-行为治疗, 人际治疗, 伴药物治疗的临床治疗, 结果表明 3 种治疗组的患者感受到的自主支持可以正向预测治疗的自主动机、治疗联盟, 而自主动机又预测抑郁的缓解。Williams 等人(2006)对戒烟来访者做了一个临床试验, 结果发现接受 SDT 干预的来访者比社区照管的来访者体验到更多的自主支持, 戒烟效果更显著; 随后 6 个月、18 个月和 32 个月后的追踪发现 SDT

治疗组戒断行为在每个时间点得到保持; 说明感知到自主支持既增加来访者自主动机也增加感知到的能力, 而且这些动机变量产生了更多的积极结果。Ng 等人(2012)对 184 个基于 SDT 的研究进行元分析, 结果证实支持来访者自主与心理健康结果有正相关。

3 临床技术中的动机访谈(MI)

动机访谈(Motivational Interviewing, MI)最早由美国心理学家 Miller 针对戒酒问题提出, 是一个以来访者为中心的、指导性治疗方法, 通过探索和解决矛盾心理促进来访者改变的动机(Miller & Rollnick, 2002, 2009)。MI 的焦点在于引发来访者改变的动机, 而不是通过外在的意义而强迫来访者做出改变, 如法律制裁、惩罚、社会压力、经济利益等; MI 认为没有矛盾就没有动机, 探索和解决矛盾是激发来访者改变的关键; 矛盾通常在现状与期望的状态之间, 已发生的与想要达到的目标之间; Miller 和 Rollnick (2002)主张与来访者的意识合作, 通过鼓励来访者表达内心的矛盾, 治疗师指导其做出具体的改变。MI 提供了许多实践原则提高来访者的治疗动机, 主要有表达共情(express empathy)、扩大矛盾(develop discrepancy)、化解阻抗(roll with resistance)、激发自我效能(support self-efficacy)。在很多领域 MI 都被证实

是有效的,比如物质滥用、节食、锻炼、高血压、糖尿病和贪食症(Resnicow & McMaster, 2012)。Hettema, Steele 和 Miller (2005)对 72 个临床实验进行元分析发现,来自不同的研究者、患者人群、靶问题(目标问题)和机构研究都显示 MI 是高效的方法;许多治疗师将 MI 作为认知治疗等其他治疗方法的前奏。

改变谈话(change talk)是 MI 主要工作形式,其目的是通过沟通激发个体认识改变的益处和对改变的积极归因。语言心理学家 Amrhein 与 Miller 合作,分析了来访者在改变或阻抗时自然发生的谈话,提出了一个改变谈话的分类系统,包括期望、原因、能力、承诺、需要和准备,帮助治疗师发现了治疗时刻(Amrhein, Miller, Yahne, Palmer, & Fulcher, 2003)。至此,MI 学者越来越重视改变谈话,有研究发现治疗早期的改变谈话是预测随后治疗成功的一个潜在因子,动机语言对治疗结果的预测力甚至超过了首发症状的严重性、自我报告法测量的动机(Lombardi, Button, & Westra, 2014);元分析也发现治疗师执行 MI 技巧与来访者言语表达行为改变有关,来访者的语言可以预测结果(Magill et al., 2014)。

总体上看,MI 是基于临床的发现和经验积累发展起来的一种临床技术,没有精细的理论;MI 学者越来越多地意识到需要阐释 MI 背后的作用机制,即是怎样或为什么起作用,才能在更多的领域推广应用(Markland, Ryan, Tobin, & Rollnick, 2005; Miller & Rollnick, 2009; Resnicow & McMaster, 2012)。

4 自我决定理论与动机访谈的整合

SDT 是将人类动机理论推广应用到临床心理治疗与咨询领域,MI 是从临床中发展起来的会谈技术,两派学者在健康领域促进来访者改变上形成一致的观点,并尝试着将两者结合起来(Markland et al., 2005; Resnicow & McMaster, 2012; Vansteenkiste & Sheldon, 2006; Vansteenkiste et al., 2012)。

4.1 自我决定理论和动机访谈的人性观和治疗理念一致

SDT 和 MI 都持积极的人性观,相信来访者拥有强大的改变潜力。他们认为来访者是一个活跃的、成长的有机体,有发展和改变的自然倾向;每一个来访者也有强大内部资源去实现这些改变。治疗师的任务不是试图通过使用外部控制策

略强迫来访者改变,而是通过支持他们内在的资源 and 真实的世界观,激发或强化这种内部资源,促进个体自身已有的改变程序发生(Vansteenkiste & Sheldon, 2006)。Miller 和 Rollnick (2002)描述咨询的过程是治疗师和来访者“在一起检查某事”的过程。

SDT 和 MI 强调来访者自主是咨询与治疗中的重要理论原则。自主(autonomy)被 SDT 定义为来访者体验到意志和心理的自由,是人类基本的需要之一,自主的反面不是依赖而是他律(heteronomy),这是区别于独立的关键;SDT 认为将自主作为咨询的理论原则,支持来访者的自主是对来访者的深度尊重(Ryan et al., 2011)。MI 虽然没有清晰阐明自主的原则,但受人本主义影响,强调以来访者为中心,MI 学者认为培育来访者的自主是 MI 的精髓或核心原则(Markland et al., 2005; Miller & Rollnick, 2009, 2012)。Vansteenkiste 等人(2012)认为来访者自主作为人类的基本需要和理论原则,是心理咨询与治疗的伦理需要,可以避免工具性使用 MI 技术,有助于治疗师探讨是否所有的来访者都能从自主支持中获益,以及帮助那些偏爱推荐治疗方式或指导式干预的来访者获益更多。

4.2 自我决定理论完善了动机访谈对治疗动机的描述

SDT 的动机分类系统可以帮助治疗师澄清 MI 有关动机的概念。SDT 和 MI 都认为来访者动机可以预测行为改变以及对治疗的坚持性,MI 更偏重强调来访者动机的“质”,即内部动机(Miller & Rollnick, 2009);SDT 则强调来访者动机在治疗过程有个从低自主水平到高自主水平动机的量变过程(见图 1)。SDT 认为内部动机是相对外部动机而言,指人们为了自身的利益而从事某个活动,这个活动本质上是令人愉快的,满足的,或具有挑战性的,人们是完全心甘情愿地从事这一活动(Ryan & Deci, 2008)。如果让那些物质滥用的来访者改变自己适应不良的行为,不太可能是因为这样做很有趣,更有可能是因为他们认为改变自己的行为模式对于处理个人问题或缓解困扰是有用的(Vansteenkiste & Sheldon, 2006),相当于 SDT 动机连续体中的自主动机(认同调节或整合调节),但这属于外部动机。如果一个酒精成瘾患者因为面对同事时的羞耻感或对妻子的内疚感而停止酗酒,MI 可能看到了积极的行为结果;SDT 则认为

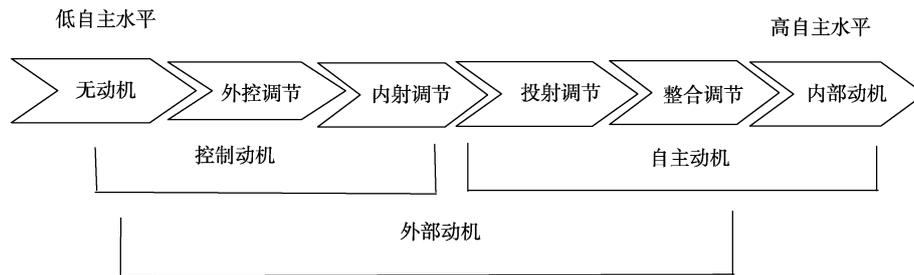


图 1 SDT 六种动机类型关系图示(资料来源: Ryan & Deci, 2000)

羞耻或内疚属于内射调节动机, 虽有部分的内化, 但改变的效果难以长期维持。所以, MI 不是增强了改变的内部动机而是内化了(internalization)外部动机(Ryan et al., 2011), 即 MI 通过改变谈话, 化解来访者的内心冲突或矛盾, 增强了他们改变的意识, 将这种意识与他们内在的价值体系整合起来, 来访者才表现出自我认可的行动而不是阻抗和迫于压力。

4.3 自我决定理论澄清了“为什么动机访谈会起作用”

MI 自上个世纪 90 年代开始被广泛应用到临床实践, 文献研究也发现 MI 实验组较采用其他治疗方法的控制组更能产生积极的治疗结果(Hettema et al., 2005; Magill et al., 2014), 然而 Miller 和 Rollnick (2009)认为还是没有理论或研究清晰阐明 MI 为什么以及如何起作用的, Vansteenkiste 和 Sheldon (2006)认为 SDT 的基本心理需要理论可以解释 MI 的作用机制。

SDT 认为人类有 3 种普遍的心理需求, 是自我激励和人格整合的基础, 分别是自主需要(need for autonomy), 即感到自身意志, 认识到自己才是自身行为发起者的需求; 胜任需要(need for competence), 即感到自己有能力达到预期结果的需求; 关系需要(need for relatedness), 即与重要他人亲近、被重要他人理解的需求(Ryan et al., 2011)。当社会环境满足个体内在心理需求时, 人们会激发出更多的自主动机; 当来访者行为与自我目标一致时, 行为改变效果也更好(Britton, Williams, & Conner, 2008)。有研究表明每一种需求独立预测积极的结果, 如积极的表现、安全依恋、心理幸福感等; 另一些研究则表明需求的满足在支持性环境和健康结果间起中介作用(Ng et al., 2012)。Vansteenkiste 和 Sheldon (2006)总结了 SDT 相关研究, 提出在

治疗过程中, 支持性的环境和个体的自主倾向均可正向预测患者基本需求的满意度; 反过来, 基本需求的满足又可以预测治疗后的心理健康或身体健康状况(见图 2)。

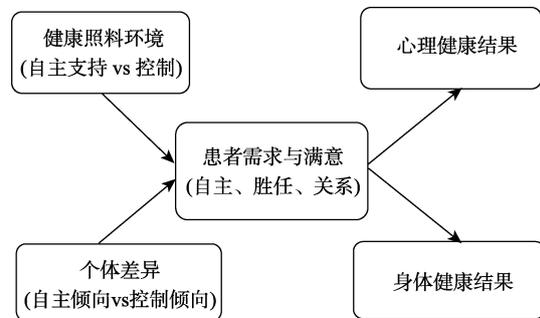


图 2 SDT 的健康结果模型(资料来源: Vansteenkiste & Sheldon, 2006)

Markland 等人(2005)认为 MI 的四大治疗原则与 SDT 三大基本需求的满足存在一一对应关系(见图 3)。在治疗干预中治疗师熟练使用 MI 的技术与帮助来访者满足基本需要的过程相似, 而满足来访者的需求又可以产生期望的治疗结果。对 MI 而言, SDT 是一个合适的解释机制。

4.4 动机访谈为自我决定理论的临床应用提供了一个新的视角

SDT 提出治疗师的自主支持是促进来访者改变的重要环境, 并运用实验的方法提出自主支持的三大要素: (1)权威人物(教练、教师、父母或咨询师)了解当事人的观点和世界观; (2)即便环境有限制下也尽可能多地提供选择; (3)如果不能提供选择, 也要提供有意义的、合理的根据或解释; 但治疗师如何在临床上操作, SDT 还是很少阐述(Ryan & Deci, 2008)。Miller 和 Rollnick (2002)认为 MI 可以从多个临床操作层面支持来访者自主, MI 与

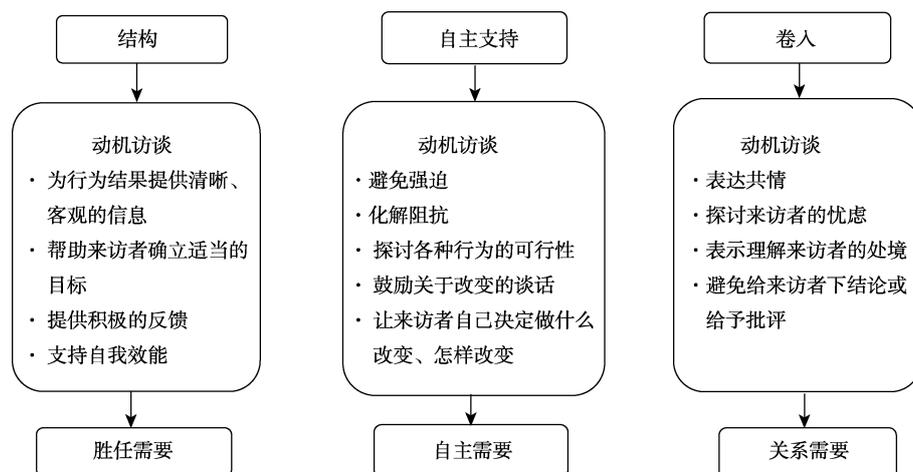


图3 动机访谈与基本心理需要满足的对应关系(资料来源: Markland et al., 2005)

SDT 的整合可以增加治疗师在临床实践中的洞察。比如促进来访者改变的技巧可以是(1)治疗师和来访者共同安排日程(mutual agenda setting), 让来访者感受被关注, 与治疗师达成的目标也反映自身的需要; (2)采用反馈式倾听(reflective listening), 增加来访者的自我觉察, 更加接近自己真实的情感或思想; (3)采用总结(summarizing)技巧, 帮助来访者把讨论的材料关联起来, 促进他们自主地做出决策。Miller 和 Rollnick 还指出 MI 在应用中特别强调治疗师要避免给来访者贴标签、采用封闭式提问或不经检验就过早假设来访者问题等, 这些具体的技巧都在为来访者提供自主支持(Vansteenkiste & Sheldon, 2006)。

5 小结与展望

尽管 SDT 和 MI 的出发点不同, 发展路径不同, SDT 自上而下, MI 由下而上, 但 SDT 为 MI 提供了一个很好的理论框架, 解释了来访者是怎样以及为什么发生改变; MI 则将 SDT 的自主支持具体化为一套临床技术, 形成了一种有机的、系统的整合。这种整合不仅得到两个流派学者的相互认可, 也引起了研究者对来访者动机和自主的重视, 但是整合之后的发展有待从以下三个方面深入。

第一, 基于整合框架的研究有待扩展。MI 和 SDT 的创始人都认为 MI 和 SDT 存在互补(Deci & Ryan, 2012; Miller & Rollnick, 2012), 发展前景被看好, 目前整合框架下的研究虽然涉及多个领域但总量还有限, 理论研究多于实证研究。在理论

研究方面, Resnicow 和 McMaster (2012)用 SDT 理论对 MI 进行修正, 提出了一个针对缺乏改变动机来访者的三阶段动机访谈模型(a three phase model of motivational interviewing), 即经过探索-指导-选择(exploring- guiding-choosing), 三个阶段的循环使用, 可以帮助治疗师从学习决定如何从增强动机转向实施行为改变计划。其次, 研究者倾向于将 SDT 与 MI 整合应用于多个领域的干预设计, 如与认知行为治疗结合的自杀预防(Britton, Patrick, Wenzel, & Williams, 2011; Britton et al., 2008)、基于网络计算机定制(web-based computer tailored)的健身活动(Friederichs et al., 2014)、摄食障碍和体重控制(Teixeira, Palmeira, & Vansteenkiste, 2012)等, 但整合框架下的实证研究更少, 目前仅两篇文献报告了 MI 对来访者自主的增强作用(Fuemmeler et al., 2006; Rubak, Sandbæk, Lauritzen, Borch-Johnsen, & Christensen, 2009)。Teixeira 等人(2012)分析指出 MI 和 SDT 有不同的术语体系, 两派学者可能习惯使用原来的术语体系; SDT 作为元理论, 有强大的解释力, 有可能受到某些 MI 学者的抵触。尽管如此, MI 和 SDT 的整合还是值得期待的, 一方面两个流派的学者要进一步澄清彼此的核心概念, 基于整合框架开展相关实证研究; 另一方面两个流派的学者可以在一些干预项目中一起工作, 寻求结合点, Teixeira 等人(2012)认为干预的设计、执行和评估是心理咨询与治疗理论和实践结合的关键点。

第二, 来访者自主是心理咨询与治疗的共同

要素有待验证。在 MI 和 SDT 整合探索中, 研究者越来越清晰地将促进来访者自主作为主要的理论原则(Ryan et al., 2011; Deci & Ryan, 2012; Miller & Rollnick, 2009, 2012)。Ryan 等人(2011)梳理了认知行为治疗、动力心理学、存在与人本主义等比较有代表性的治疗流派后, 发现尊重来访者自主、培养来访者合作参与的理念具有跨流派的一致性。有研究将 SDT 与认知行为治疗整合, 发现自主需求的满足与积极治疗结果存在正向关系(Dwyer, Hornsey, Smith, Oei, & Dingle, 2011); 也有研究发现自主性动机不仅可以预测积极的治疗结果, 甚至比治疗同盟(therapeutic alliance)的预测力更强(Zuroff et al., 2007, 2012); 有研究指出来访者自主与治疗同盟两者可能在概念上重叠, 甚至存在交互作用(Scheel, 2011)。SDT 学者认为来访者自主和治疗同盟一样, 是心理治疗过程非特异性因素, 治疗联盟之所以能够带来积极的结果不仅因为充满关怀的治疗关系直接影响着来访者的幸福感, 而且这种治疗关系支持来访者的意志和自主(Ryan et al., 2011; Lynch et al., 2011; Carter, 2011; Scheel, 2011; Lynch, 2013), 有研究者为此开发了一个有关意向自主(dispositional autonomy)的测量工具(Weinstein, Przybylski, & Ryan, 2012)。然而, MI 学者没有持续关注来访者自主, 却把研究焦点从自主转向改变谈话, Deci 和 Ryan (2012)认为这是一种偏离。Lundh (2014)回顾了治疗领域的共同要素研究, 认为已有的共同要素可以概括为两大类: 一种是从来访者角度出发治疗关系为核心的共同要素, 另一种是从治疗师角度出发以治疗方法和技术的核心要素, 比较少考虑到心理咨询与治疗实际上也是有目的引导的社会交往(social interaction)过程, 来访者自主和自主支持的概念是治疗师与来访者的互动过程中建构的, 未来共同要素的研究应是从改变出发整合这些概念(Carter, 2011), 建立在社会交往基础上的综合模型。Norcross 指出一个共同要素被鉴别, 不仅因为它可以帮助不同领域的治疗师更好地实践, 而且在跨时间和跨文化中都可以证明它是治疗过程的核心要素(Norcross & Goldfried, 2005)。将来访者自主作为一个新的共同要素是心理咨询与治疗领域中的新观念, 亟待更多的临床检验与实证支持。

第三, 促进来访者动机所隐含的文化问题需

要重视。如果将自主动机作为行为改变核心影响因素, 那么尊重来访者自主就不只是成功治疗起作用的工具, 很多时候代表着治疗本身的价值; 支持来访者自主是促进来访者行为改变的重要环境变量, 在咨询与治疗过程中也是治疗师的重要伦理责任(Lynch et al., 2011; Ryan et al., 2011; Vansteenkiste et al., 2012)。SDT 证实了个体的自主需求和自主支持具有跨文化的普适性(Chirkov, 2009; Manzi, Regalia, Pelucchi, & Fincham, 2012), 然而在非西方文化背景下践行来访者自主的原则或提供自主支持的氛围, 就会带来文化适用问题(Lynch et al., 2011; Ryan et al., 2011)。因为自主被认为是根植于西方个人主义文化的概念, 受精神分析理论影响颇深, 强调分离-个体化; 而在集体主义背景中人际关联比分离、独立或自主更重要, 两种文化的冲突不可避免。MI 学者绕开了这个问题, 他们的焦点集中在动机会谈技术的使用上; SDT 学者对这些争议做出回应。他们再次阐明 SDT 所强调的“自主”不等同于独立或个人主义, 而是来自哲学对自律意志或真实自我的理解, 做自己的主人(taking ownership)、自我掌控(self-endorse)是自主的核心; 这也是个体自我功能整合的重要内容(Weinstein, Przybylski, & Ryan, 2013); 当自主解释为促进意志的表达或选择时, 自主可以被不同文化所接受(Lynch et al., 2011), 刘陈陵和周宗奎(2014)以中国大学生为被试证实这种观点。有研究者将自主支持分为支持独立和支持意志两种类型, 并证实父母支持意志而不是支持独立, 对心理功能有积极的影响(Soenens et al., 2007)。SDT 学者强调多元文化背景下要重视治疗师与来访者的文化匹配问题, 成功的治疗师会置身于来访者的内部框架, 对文化问题保持敏感(Lynch et al., 2011)。尽管如此, 在非西方文化中应用自主或自主支持, 仍需要更多的实证检验(刘靖东, 钟伯光, 姒刚彦, 2013)。

参考文献

- 刘陈陵, 周宗奎. (2014). 成年初期大学生自主结构探索及量表编制. *中国临床心理学杂志*, 22(1), 64-68.
- 刘靖东, 钟伯光, 姒刚彦. (2013). 自我决定理论在中国人人群的应用. *心理科学进展*, 21(10), 1803-1813.
- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., ... Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and

- recommendations of the Division 29 task force. *Psychotherapy*, 38, 495–497.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 862–878.
- Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 52–66.
- Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G. C. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 16–27.
- Carter, J. A. (2011). Changing light bulbs: Practice, motivation, and autonomy. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 261–266.
- Chirkov, V. I. (2009). A cross-cultural analysis of autonomy in education: A self-determination theory perspective. *Theory and Research in Education*, 7(2), 253–262.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: A few comments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 24–29.
- Dwyer, L. A., Hornsey, M. J., Smith, L. G. E., Oei, T. P. S., & Dingle, G. A. (2011). Participant autonomy in cognitive behavioral group therapy: An integration of self-determination and cognitive behavioral theories. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 24–46.
- Friederichs, S. A. H., Oenema, A., Bolman, C., Guyaux, J., van Keulen, H. M., & Lechner, L. (2014). *I move*: Systematic development of a web-based computer tailored physical activity intervention, based on motivational interviewing and self-determination theory. *BMC Public Health*, 14, 212.
- Fuemmeler, B. F., Mâsse, L. C., Yaroch, A. L., Resnicow, K., Campbell, M. K., Carr, C.,... Williams, A. (2006). Psychosocial mediation of fruit and vegetable consumption in the body and soul effectiveness trial. *Health Psychology*, 25(4), 474–483.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111.
- Lombardi, D. R., Button, M. L., & Westra, H. A., (2014). Measuring motivation: Change talk and counter-change talk in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(1), 12–21.
- Lundh, L. G. (2014). The search for common factors in psychotherapy: Two theoretical models with different empirical implications. *Psychology and Behavioral Sciences*, 3(5), 131–150.
- Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2011). Autonomy as process and outcome: Revisiting cultural and practical issues in motivation for counseling. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 286–302.
- Lynch, M. F. (2013). Attachment, autonomy, and emotional reliance: A multilevel model. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 301–311.
- Magill, M., Gaume, J., Apodaca, T. R., Walthers, J., Mastroleo, N. R., Borsari, B., & Longabaugh, R. (2014). The technical hypothesis of motivational interviewing: A meta-analysis of MI's key causal model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 973–983.
- Manzi, C., Regalia, C., Pelucchi, S., & Fincham, F. D. (2012). Documenting different domains of promotion of autonomy in families. *Journal of Adolescence*, 35(2), 289–298.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811–831.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129–140.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527–537.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Meeting in the middle: Motivational interviewing and self-determination theory. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 25–26.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325–340.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143–154.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68(2), 414–435.
- Resnicow, K., & McMaster, F. (2012). Motivational interviewing: Moving from why to how with autonomy support. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 19.
- Roth, G., Assor, A., Kanat-Maymon, Y., & Kaplan, H. (2006). Assessing the experience of autonomy in new cultures and contexts. *Motivation and Emotion*, 30(4), 361–372.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2009). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(3), 172–179.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development,

- and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 186–193.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193–260.
- Scheel, M. J. (2011). Client common factors represented by client motivation and autonomy. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 276–285.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W., & Ryan, R. M. (2007). Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Developmental Psychology*, 43(3), 633–646.
- Teixeira, P. J., Palmeira, A. L., & Vansteenkiste, M. (2012). The role of self-determination theory and motivational interviewing in behavioral nutrition, physical activity, and health: An introduction to the IJBNPA special series. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 17.
- Treasure, J., & Ward, A. (1997). A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 102–114.
- Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 63–82.
- Vansteenkiste, M., Williams, G. C., & Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between self-determination theory and motivational interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: Autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 23–34.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391–420.
- Weinstein, N., Przybylski, A. K., & Ryan, R. M. (2012). The index of autonomous functioning: Development of a scale of human autonomy. *Journal of Research in Personality*, 46(4), 397–413.
- Weinstein, N., Przybylski, A. K., & Ryan, R. M. (2013). The integrative process: New research and future directions. *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 69–74.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25(1), 91–101.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., & Bagby, R. M. (2012). Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during brief treatments for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(9), 903–932.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 137–147.

Client Motivation: An Integration of Theory and Practice in Counseling and Psychotherapy

LIU Chen-Ling; WANG Yun

(Institute of Applied Psychology, Geoscience of China University, Wuhan 430074, China)

Abstract: Client motivation is key for behavior change and treatment result. It is also critical in the process of counseling and psychotherapy. Self-determination theory (SDT), a broad theory of motivated behavior, defines client motivation using a taxonomy along a relative-autonomy continuum. The more clients present autonomous motivation, treatment outcome is more effective. It addresses that therapist's autonomy support is critical to clients' active engagement and adherence in change. Motivational Interviewing (MI) is another popular clinic technology and strategy in health contexts, initially used to treat addictions. For it can follow the person-centered guiding to elicit and strengthen client motivation to change. Although there are different starting points, foci and developmental processes between them, the potential for systematic integration between both approaches was found to enhance evidence-based practice. Recently client motivation has received increasing attention across counseling approaches.

Key words: client motivation; self-determination theory; motivational interviewing; autonomy; autonomy support