

ZHILIAODONG

生理—心理—社会视角下的 心理治疗动机

— 厌食症为例的个案研究

徐文艳 著

天津社会科学院出版社

Zurbrugg Books

生理—心理—社会视角下的 心理治疗动机

—— 国际心理治疗十年以来

周文丽 著

天津社会科学院出版社

ZHILIAODONGJI

生理—心理—社会视角下的 心理治疗动机

— 以厌食症为例的个案研究

徐文艳 著

天津社会科学院出版社

图书在版编目(CIP)数据

生理—心理—社会视角下的心理治疗动机：以厌食症为例的个案研究/徐文艳著. —天津：天津社会科学院出版社，2010.8

ISBN 978-7-80688-594-9

I. ①生… II. ①徐… III. ①厌食-精神疗法 IV. ①R749.92

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 168392 号

出版发行：天津社会科学院出版社

出版人：项新

地址：天津市南开区迎水道7号

邮编：300191

电话/传真：(022) 23366354 (总编室)

(022) 23075303 (发行科)

网址：www.tssap.com

印刷：天津市汇鑫源印刷设计有限公司

开本：889×1194 毫米 1/32

印张：8.25

字数：250 千字

版次：2010年8月第1版 2010年8月第1次印刷

印数：1—1000 册

定价：24.00 元



版权所有 翻印必究

目 录

第一章 导言	(1)
第二章 文献回顾	(14)
第一节 关于 AN 的相关背景简介	(14)
第二节 关于 AN 患者治疗动机的理论回顾	(18)
第三节 国外关于 AN 患者治疗动机的经验研究回顾	(48)
第四节 中国大陆关于进食障碍的经验研究概述	(59)
第五节 中国大陆青少年精神卫生服务体系的现状回顾	(64)
第三章 本研究的概念框架	(78)
第一节 概念框架在质性研究中的意义	(78)
第二节 本研究的概念框、扩展的跨理论模型.....	(80)
第四章 研究设计	(91)
第一节 研究的基本背景	(91)
第二节 研究方案与实施	(96)
第三节 研究效度(可信度)与研究伦理的考虑.....	(113)
第五章 研究结果与发现(一):AN 患者心理治疗动机的特点与 变化过程	(118)
第一节 治疗初始阶段患者的心理治疗动机特点与表现.....	(118)
第二节 患者动机水平的变化模式.....	(122)
第三节 研究发现小结.....	(132)

第六章 研究结果与发现(二):AN 患者心理治疗动机的影响因素	
.....	(134)
第一节 促进动机水平提升的影响因素.....	(134)
第二节 阻碍动机水平提升的因素.....	(147)
第七章 研究结果与发现(三):AN 患者心理治疗动机的变化过程	
.....	(167)
第一节 Cindy:不愿受父亲控制的女孩.....	(168)
第二节 Yuki:在父母的支持中逐渐康复的女孩	(180)
第三节 Scarlet:从外部文化观念到内在动机	(186)
第四节 本章小结.....	(194)
第八章 讨论(一):动机的人际互动与社会建构过程动机是个体心理过程,也是人际互动过程	(196)
第一节 动机是个体内在的心理过程.....	(196)
第二节 动机是一个人际互动的过程.....	(198)
第三节 关系与信任:中国的人际交往模式与 AN 患者动机水平的变化.....	(202)
第四节 动机是一个社会建构过程.....	(209)
第九章 讨论(二):中国精神卫生服务体系与 AN 患者心理治疗动机水平	(220)
第一节 现有精神卫生服务体系的不足.....	(220)
第二节 改善服务体系的建议:维持和提高 AN 患者的心理治疗动机水平.....	(224)
第十章 讨论(三):本研究的贡献、限制与未来研究方向	(227)
第一节 本研究的贡献.....	(227)
第二节 本研究的局限与未来研究方向.....	(230)
结 语	(233)
参考文献	(235)
后 记	(261)

第一章 导 言

厌食症(Anorexia Nervosa, 简称 AN)是一种常见于青少年女性的典型的身心综合征,症状表现兼具生理和心理两方面,生理异常主要为极度消瘦,限制或拒绝进食,心理上则表现为对肥胖的极度恐惧,情绪抑郁,行为退缩,人际交往减少等。

基于其历史发展和疾病表现特点,有关 AN 的诊断仍然采用生理医学传统下的精神病学诊断标准。目前国际临床与研究领域普遍沿用美国精神病学会制订的美国精神疾病统计手册第四版(DSM-IV-R)的诊断标准,将 AN 列为进食障碍(eating disorders)的一种类型,在临床中如果个体符合以下四条标准,则可被诊断为 AN(APA,1994):

- 1)明显消瘦,体重低于标准体重的 85%。
- 2)对体重增加有强烈的恐惧。
- 3)歪曲的体象认知障碍。
- 4)女性出现闭经。

依据病程中个体是否出现过规律的暴食或者引吐行为(抠喉或者服用泻药或利尿剂清除已摄入的食物),可以将 AN 划分为两种类型:限制型(restricting type);暴食/引吐型(binge eating/purging type)。前者以单纯的限制进食为控制体重的手段,不伴有暴食或引吐抠喉现象;后者则出现过暴食或引吐抠喉现象,但在整个病程中以限制进食为主要表现。

与厌食症相关密切的另一种病症是暴食症(Bulimia Nervosa, 简称 BN),它们同为进食障碍的两种主要类型。暴食症的疾病特点是无法控制的进食大量食物与事后的抠喉呕吐。尽管有理论认为 BN 与 AN 的病理机制并不一样,但在临床中,常常可见 AN 与 BN 在同一患

者的病程中交替出现。对于这样的个案,临床工作者通常是依据当下时间段内占主导地位的症状对其进行诊断(Treasure,2003)。

一、AN对个人、家庭和社会均造成严重后果

AN作为一种精神疾病,如果没有得到及时治疗,无论对于患者个人及其家庭还是对于社会都会造成严重的损害和沉重的负担。AN对于患者造成的生理损害涉及多种不同的生命系统,如内分泌紊乱、肝功能异常、低血糖、甲状腺功能异常、骨密度减低、牙齿松动、消化道功能异常和电解质紊乱等(Lask et al.,2000;Dziegielewski & Murray,2002)。AN直接导致严重营养不良而死亡以及因极度抑郁而自杀的情况并不少见。研究者基本认同平均死亡率在10%~15%左右(Lask et al.,2000)。如果AN患者长期得不到恰当的治疗,或是病程持续很长之后才开始接受治疗,即使病愈后,仍然可能遗留一些不良的后果,如慢性病(Sullivan,1995),认知上的抑制和较低的BMI(Body Mass Index)指征^①(Bulik et al.,2000;Srinivasagam et al.,1995;Strober,1980;Sullivan et al.,1998)。除了生理上的损害,AN还会严重影响到患者的心理功能和社会性发展。AN患者通常伴有强迫性观念,突然的人际退缩,封闭自己不与外界交流,个性改变,对情绪的控制变弱,全心专注于体重和形体而忽视任何关于人生的发展性课题如将来要从事何种行业,有什么想实现的梦想等。由于AN多发于青少年时期,这些心理发展上的障碍不仅影响她们当前的心理社会功能,更大的损害在于严重阻碍了其将来的人格和社会性发展,后果深刻而持久。

AN对患者个体带来多方面的负性影响的同时,也对其家庭系统

① 身身体重指数(又称身体质量指数,英文为Body Mass Index,简称BMI)是一个计算值,计算方法为体重(kg)/身高(m)²。当我们需要比较及分析一个人的体重对于不同高度的人所带来的健康影响时,BMI值是一个国际通用的中立而可靠的指标。BMI在18~25之间为正常,低于18为偏轻,超过25为偏重。而在AN临床工作中,若患者BMI低于15,则通常被视为症状严重个案(Treasure,2003)。

造成极大的冲击和影响。首先疾病通常会明显加剧家庭内的冲突。AN 是一种与“食物”和“吃”有直接关联的疾病,围绕着“孩子不吃”和“父母要她吃”的问题,有 AN 患者的家庭经常一日三餐中充满了对抗和争执,引致父母高强度的愤怒、悲伤、焦虑以及无助的情绪。甚至因为处理孩子的疾病问题而引发夫妻之间的矛盾,并因此更加剧家庭的困局(Eisler,1995);另一方面,孩子的疾病也会影响到父母的工作状况。当 AN 发展到一定严重程度,父母被迫不断请假照顾无法继续上学的孩子,并四处奔走寻求治疗。我们在临床工作中常见有父母尤其是母亲为了受 AN 之苦的孩子而辞去优越的工作,全天留在家中,与孩子因为进食或者就医的问题而争执和纠缠,甚至父母长远的职场发展计划也因此而不得不放弃或改变。因此,AN 带来的阴影,不仅笼罩于患者个人的人生,也笼罩于家庭整个生活空间。

AN 疾病的发生,除了对患者个人及其家庭造成严重影响外,还会造成整个社会的沉重负担。家庭是社会的基本构成单位,家庭系统内因疾病而加剧的冲突和改变本身就是对社会系统稳定运行的冲击,并且如果 AN 患者长期未接受有效的治疗,将会造成社会公共卫生的沉重负担。尽管与抑郁症等疾病相比,AN 的发病率并不是很高,在女性群体中的发病率约为 0.5%~1%(Doldbloom, 2000)。但是由于 AN 的损害涉及生理和心理等各方面,对该疾病的干预也涉及生理医学手段、心理干预手段和社会服务措施,专业人员的队伍也通常包括内科医护人员、心理学家、社会工作者、职业治疗师等多专业人员;同时 AN 如果治疗不及时,很容易发展为长期困扰患者及其家庭的慢性疾病(Sullivan,1995),因此社会经济成本相当之高。而且,随着社会经济的发展,AN 的发病率有不断上升的趋势(Doldbloom, 2000; Hoek & Hoeken,2003)。所以,AN 给个人、家庭和社会带来的严峻后果提醒我们必须要对 AN 患者进行及时、有效的治疗。

二、AN 患者治疗动机水平低是精神卫生社会工作者常遇到的难题

对疾病的否认和对疾病改变的矛盾态度是 AN 患者的典型心理特征之一(Buch,1973; Palazzoli,1978; Vitousek,1996; Shafran & Silva,2003; Silva,1995)。它所导致的治疗动机水平低对相关临床工作的有效开展造成严重阻碍。临床工作中 AN 患者的低动机水平通常体现为对治疗的抗拒(不愿接受治疗)和在治疗过程中容易发生脱落(不能持续治疗)(Treasure,2003)。如果患者不愿意接受和继续治疗,纵使有再高明的专业人员也无济于事。对于精神卫生领域的临床社会工作者来说,与 AN 患者进行工作时,如何提高来到治疗室的患者的治疗动机,预防过早的脱落(drop out),发生脱落后如何激发他们回来接受治疗是最为常见的棘手难题(Eisler,1995; Treasure,2003)。而学校或者小区工作者也会面临同样的问题。AN 患者在疾病早期通常主要生活于学校,如休学则通常呆在家里。基于及早识别及早治疗的原则,学校或小区的社会工作者在识别潜在的 AN 患者之后的首要任务是鼓励他们来到专业的医疗机构进行确诊和接受系统治疗。但是 AN 常见的对治疗的阻抗是社会工作者要面对的挑战。想要有效地激发 AN 患者接受或者维持治疗的前提条件,是我们作为社会工作者,先要理解有哪些因素会对患者的治疗动机产生影响。唯有这样对症下药,才能有效地鼓励 AN 患者留在必要的治疗环节之中。

三、本研究者的个人经验与研究兴趣的产生

本研究者早前接受的是心理学的专业训练,获得硕士学位后在北京一间综合医院从事了五年临床心理相关工作。之后在香港中文大学社会工作学系攻读博士期间,长期跟随导师马丽庄教授在香港与深圳两地开展 AN 患者的家庭治疗实务与研究。这些经历激发和维持了本人对于临床心理相关问题的研究兴趣,也因而逐渐把博士论文研

究范围聚焦于 AN 患者身上。在与 AN 患者及其家庭共同工作时,本人不断体验到很多 AN 患者身上时刻存在中途退出/脱落的可能性,这种倾向给临床工作造成的极大的挑战;同时我们通过比较发现,深圳和香港两地尽管是一桥之隔,但 AN 患者的临床脱落率(患者中途退出的比例)却有天壤之别,深圳显着高于香港。这些经验激发了本研究者探究 AN 患者与治疗动机有关的心理过程的兴趣,并提示了研究者患者的治疗动机水平低不仅与 AN 疾病的特点有关,还可能与特定的地域文化特点有关。

以上理论思考与临床观察,促使本研究者对以下问题产生兴趣:对于 AN 患者来说,哪些因素会促进其动机水平提高?哪些因素会阻碍她接受治疗?这些因素又是如何产生影响的?对于中国大陆的 AN 患者,有哪些与特定社会文化相关的影响因素存在?

而社会工作者的角色特点和人类动机的特点,又提示本人从过程研究而非结果研究角度对 AN 患者的动机变化的动态过程进行系统探讨的重要性。

四、如何理解 AN 患者的治疗动机问题:整合(holistic)和动态(dynamic)视角的重要性

精神卫生工作是典型的多专业人员相互合作的领域,AN 亦不例外。不同的专业处理的是患者不同方面的问题,如临床医生应对患者的生理安全,心理学家处理患者的心理冲突和困局,营养学家提供均衡饮食的建议,职业治疗师协助患者在愈后快速适应职场生活。社会工作者在其中的角色是多种的,但其独特性在于,他不是孤立地关注患者某一方面的需求,而是全面考察患者的生理、心理和社会需求,并应其不同的需求提供或协助患者寻求不同的服务(Holosko,1992)。换言之,社会工作者的角色决定了他必须把个体当作兼有生理、心理和社会需求的整体来看待,这种全面和整体的视角(holistic)是社会工作者在精神卫生服务中的多专业人员队伍中得以立足的独特价值所在。同

样,在理解 AN 患者的治疗动机的问题上,我们不能片面地停留于某个单一角度,而是要综合考虑患者有哪些生理、心理和社会的需要驱动他拒绝或接受治疗,这些不同的需要存在于同一个个体身上,它们之间的关系又如何,进而如何影响到他的治疗动机。

动机(motivation)是人类行为研究中一个经典概念,指发动并且维持个体的行为指向某一目标的驱动力(Russell,1995,P3)。它最基本的构成成分是个体内部的生理或心理需要(如饥饿产生的进食需要或对成就的渴望)和外部环境中存在的诱因即能满足个体需要的客体(如桌上放的面包或者将要来临的某项竞赛),分别被认为是动机的内部来源(internal source)和环境性来源(environmental source)。无论是内部来源还是外部诱因都是随时有可能发生变化的,这种变化可能是原本内部需要或外部诱因的强度的变化,也可以是新的需要或诱因的增减。这些变化会带来个体行为动机水平的变化。因此,从本质上来说,人类行为的动机水平并非是一个固定不变的点,而是一个不断变化的过程(Deckers,2001;Graham & Weiner,1996)。这种认识对我们理解 AN 患者的治疗动机问题具有重要意义。首先,有变化才有干预的可能,这为我们临床工作者的研究和临床工作提供了意义基础;其次,它启示了我们,要研究 AN 患者的治疗动机问题,需把它看成一个过程而非结果,探讨过程中动机水平是否有变化,变化因何引起和如何发生。也就是说,我们从过程研究的角度而非结果研究的角度来探讨 AN 患者的治疗动机发展变化过程中发生了什么与动机水平变化有关的事情,对于 AN 的临床社会工作具有重要贡献和意义。

五、现有 AN 治疗动机研究的贡献与不足:本研究的起点

本研究通过文献回顾发现,前文所提出的问题在现有关于 AN 的研究文献中未得到充分回答。

自上世纪 90 年代以来,患者的治疗和行为改变的动机水平在 AN 研究领域获得的关注不断增加(Treasure,2003)。引进自成瘾行为研

究领域的跨理论模型^①(Trans-theoretical Model)目前成为 AN 动机研究领域的主要理论参考框架,它系统阐述了患者行为改变的动机水平^②的阶段(stage of change)与过程(process of change)。目前西方的经验性研究多为通过动机水平的评估研究来验证和丰富跨理论模型中的“动机水平阶段”的概念(Geller & Drab,1999 ; Cockell,Geller & Linden,2002; Rieger,Touyz & Beumont,2002; Gusella,2003),而关于动机的过程的研究相对较少。这些对于 AN 治疗动机研究领域的知识积累具有独特的贡献,但由于它们多数采取实证主义的横断研究,因此尚有很多不能回答的问题,比如是什么因素影响了 AN 患者的治疗动机水平?它们是如何发挥作用的?前面提到,人类行为动机有内部来源和外部环境性来源之分。跨理论模型指出个体的认知决策过程决定了患者的行为改变的动机水平,那除了个体内部的认知观念之外,还有什么其他的内部因素也会产生影响?影响 AN 患者接受或拒绝治疗的环境性因素又有哪些?比如人与人之间的互动是否也会对患者是否愿意接受治疗产生影响?社会文化观念如对精神疾病的歧视是否会削弱 AN 患者的治疗动机?现有的精神卫生服务政策对此有何影响?内部因素与外部因素之间又有何关联?只有回答了这些问题,我们才可能理解 AN 患者在“是否来接受或继续治疗”这个问题上的心理过程,

① 跨理论模型(Trans-theoretical Model of Behavior Changing)是 Prochaska 等人(Prochaska & DiClemente,1983; Prochaska et al,1988; Prochaska et al,1994)在成瘾行为研究领域提出的关于患者行为改变动机阶段的理论,上世纪 90 年代后被引入进食障碍领域,目前已成为 AN 患者行为改变动机研究领域最为重要的理论框架。该理论有三个主要概念,分别为改变的阶段(stage of change)和改变的过程(process of change)。它认为患者行为改变的动机水平是一个可分为五个阶段的连续变化体,五阶段分别为懵懂期(pre-contemplation stage)、酝酿期(contemplation stage)、准备期(preparation stage)到行动期(action stage)和维持阶段(maintenance stage);而在阶段之间的变化之中,有几种基本的行为改变的机制,即为改变的过程。文献回顾部分将对此进行详述。

② 跨理论模型原本采用的概念是“行为改变的准备程度”(readiness for behavioral change),后被认为可以用来表征患者想要改变现有行为的动机水平(Treasure,2003)。

也才有可能提供相应的有效的干预手段,减轻疾病对患者个人、家庭和社会的伤害。

另一方面,中国大陆目前关于 AN 患者治疗动机水平与过程的研究尚是一片空白。西方的研究结果在多大程度上适用于中国大陆仍有待验证。由于 AN 本身是一种具有社会文化意义的精神疾病,那在中国现今的社会文化环境下 AN 对于患者来说具有什么样有别于西方的意义,只有通过本土的经验研究才能找到答案。同时因为心理治疗在中国大陆是来自西方世界的舶来品,一般民众对于心理治疗的接受程度可能与西方人并不相同,对于心理治疗的概念也可能存在与西方人不同的理解,对心理治疗的概念会不会在某种程度上对接受治疗的动机水平造成影响,如果是的话又是如何产生影响的,这些待回答的问题都促使我们带着国外关于 AN 和治疗动机的理论,回到我们自己生长的社会文化环境中,通过与研究对象的直接接触理解他们的心理世界是如何的情景,西方相关理论在多大程度上解释了中国大陆 AN 患者的治疗动机的变化过程,而在哪些方面是它们难以解释的,需要建立中国特定社会文化环境下的描述与解释体系。

六、研究问题的提出、目的与意义

基于以上分析思考,本研究采取社会建构主义的研究取向,结合治疗录像分析与深入访谈的质性研究手段,对中国本土 AN 患者的治疗动机的发生发展过程作探索性研究,主要研究问题如下:

1. 治疗初始阶段 AN 患者的治疗动机水平有什么特点? 随着时间的推进,他们的治疗动机水平是否会发生变化;如果有变化,是如何变化的?

2. 患者初始的治疗动机水平受到哪些因素影响? 如果其后动机水平发生了变化,是哪些因素引起了这些变化?

—患者及其家庭对于心理治疗的概念是否对其治疗动机有影响?

—患者如何看待自己的疾病带给自己的正性与负性后果? 这些观

念是否对治疗动机产生影响?

—家庭系统中的人际互动有哪些因素影响 AN 患者的治疗动机?

— AN 患者的学校环境或者工作环境中有哪些因素影响其治疗动机?

—中国现有的社会文化观念中,有哪些因素会鼓励或阻碍 AN 患者接受或继续治疗?

—中国现有的精神卫生政策或其他相关社会政策中,有哪些因素会鼓励或阻碍 AN 患者接受或继续治疗?

—此外还有哪些重要的影响因素?

3. 这些因素是如何产生影响的?

4. 不同因素之间是否存在相互关联或影响?如果有,关联或影响的模式是怎样的?

研究目的在于了解本土 AN 患者的治疗动机水平的特点和动态变化过程;识别 AN 患者治疗动机的影响因素,理解这些因素产生影响的过程和机制;并基于以上发现,就如何从临床干预和社会政策制定的角度增强 AN 患者的治疗动机建议初步的工作模型。

七、本研究的开展在以下三方面具有重要意义:

1. 增进对本土 AN 患者治疗动机的动态变化过程的理解,拓展关于 AN 患者治疗动机的知识累积。本研究对 AN 患者的治疗动机进行纵向的数据追踪和分析,可以帮助研究者和临床工作者更好地理解 AN 患者的治疗动机是如何变化的,受哪些因素影响,这些因素如何产生作用;这些研究结果是对现有 AN 患者治疗动机研究的知识补充;同时本研究也是首个从整合的理论角度对中国大陆的 AN 患者的动机影响因素和影响过程所做的初步探讨,在中国的社会文化环境下 AN 患者的治疗动机的变化过程与西方患者有何异同,有哪些与中国特定社会文化有关的因素会影响到 AN 患者对治疗的接受程度,现有的精神卫生服务和政策对患者接受心理治疗的意愿程度有何种影响,为中国

本土 AN 研究的理论发展和知识累积提供开创性的经验,并有利于促进与西方对应的理论和研究实践的理性对话。

2. 对 AN 的临床工作具有重要的参考意义。本研究的开展有利于促进研究者和临床工作者对 AN 患者的理解,为增加 AN 患者的治疗动机,减少临床脱落率提供重要的参考和研究依据。前面已经提到,AN 如果未能得到及时有效的干预,对患者个人、家庭及其社会都会造成深远的损害和沉重的负担。要做到有效干预,前提是患者愿意接受干预。如何鼓励以否认疾病抗拒治疗为典型特征的 AN 患者可以持续地停留于必需的治疗进程中,避免中途脱落而造成对个人发展的阻滞以及社会医疗卫生资源的浪费,是精神卫生领域的社会工作者的重要工作职责之一。作为专业人士,社工对服务对象所做的有效干预必须建立在科学依据基础上(evidence-based),而不是对理论进行想当然式的套用。西方的理论和研究发现在多大程度上适用于中国大陆,我们也必须通过系统的研究实践找到答案。本研究针对中国大陆 AN 患者的治疗动机的影响因素和过程的探索和理解,可以为我们在临床实践中有效提高患者的治疗动机水平以取得良好的治疗效果增加基本的知识准备,并提供重要的参考和依据。

3. 加深对 AN 患者的心理与社会需求的全面理解,为相应的精神卫生服务政策的出台和制订提供理论依据和参考。因其可能导致的广泛而深远的社会性后果,AN 的问题不仅是患者个人的问题,同时也是一个家庭和社会问题,因此在宏观的社会政策和社会服务层面上如何制定更为合理有效的政策和服务模式是预防疾病造成沉重社会负担的更根本性的途径。政策的出台和制订必须建立在了解政策受用方真正的需要的基础之上。换言之,在中国什么样的精神卫生服务政策是更有利于 AN 患者主动接受治疗和维持治疗的好的政策,就必须先了解中国的 AN 患者在是否接受和持续治疗的决策过程中他们的需要什么?哪些需要未被满足?影响因素有哪些?在什么样的情况下他们会更乐于接受治疗?只有对这些加以了解,才能制定出有针对性的有效

的服务政策。为中国未来的精神卫生服务政策如何可以更好鼓励和强化 AN 患者的治疗动机,预防脱落,本研究的研究结果与发现可以在一定程度上为此提供基于研究实践的理论参考和依据。

八、基本概念澄清

本研究中会出现若干与动机密切相关的概念,为明晰起见,本研究者有必要在此先做澄清。

行为改变动机/行为改变的准备程度(motivation for behavioral change/readiness for behavior change)。研究者在本研究中对此概念的采纳主要源于跨理论模型(Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska et al, 1988; Prochaska et al, 1994),意指个体对于自己改变现有模式的必要性、迫切性和可能性的主观评估。

心理治疗动机(motivation for psychotherapy):指患者出于主动意愿寻求心理治疗的行为强度,表现为对接受治疗的接受程度(是否愿意来接受治疗)和接受治疗的维持程度(是否能坚持接受治疗)(Orlinsky & Howard, 1994; Treasure, 2003)。本研究“治疗”主要指包括家庭治疗在内的各种心理治疗手段。

本研究者认为,行为改变动机/行为改变的准备程度与心理治疗动机在在涵义上有重叠部分,即都可以表征患者愿意放弃现有的疾病或行为模式的动机水平;但当他决定改变现有行为模式的时候,他可能通过自我改变和求助他人两种不同的途径实现(Prochaska & DiClemente, 1983)。因此只有当患者希望通过心理治疗师的帮助改变现有行为的情况下,我们才可以把他“行为改变的准备程度”(readiness for behavior change)等同看待为他的治疗动机。换言之,心理治疗动机所涉不仅只患者本人对于自身疾病的评估与改变意愿,还包括他对心理治疗手段的接受程度。如果患者希望有行为改变(有一定程度的行为改变动机水平),但因为各种内在或外界原因他并不愿意通过接受心理治疗来改变,而是希望借助其他途径(如求助于友人或自助)实现