

# 《心理学报》审稿意见与作者回应

题目：正念冥想对焦虑症状的干预：效果及其影响因素元分析

作者：任志洪；张雅文；江光荣

## 第一轮

审稿人 1 意见：

意见 1：需要解释，为什么干预周期正向预测干预效果？

回应：非常感谢审稿专家指出我们在该问题论证不充分。我们将从正念干预特点的特殊性出发，探讨干预剂量如何影响干预效果。Creswell(2017)指出正念干预的剂量可能类似于有氧运动干预规律，如果要达到一定的疗效，则需要一定量的强度；干预周期的控制需考虑先前的正念经验，对于新接触正念疗法的对象，可能会引发负性体验，称为“黑夜体验(“dark night” experience)”，则需设置干预强度上限。然而，对于真正参与并坚持训练的个体，随着练习周期增加会提高正念体验的质量，疗效会凸显(Tang, Yang, Leve, & Harold, 2012)。Kabat-Zinn等(1992)探究 8 周团体正念冥想对焦虑的干预效果发现，焦虑障碍个体的焦虑症状随干预进程呈线性减少趋势，且干预结束后干预效果持续，预示着干预超过 8 周可能带来更好的效果，因此我们在进行干预周期影响的探讨时，以 8 周作为干预剂量的重要分界值。

基于上述分析，我们对引言部分“1.2.2 干预特征”的“干预周期”一段加以补充修改，为便于专家查阅，特粘贴修改部分如下（修改见蓝色标记处）：

**修改稿：干预周期** 在干预试验中，往往存在“剂量效应”，即干预的强度会影响干预的效果(陈爱国，殷恒婵，颜军，杨钰，2011)；同样地，正念冥想对焦虑的干预中也可能存在这一现象，且干预强度与效果的关系可能与有氧运动干预规律大致相同(Creswell, 2017)。已有的元分析研究所得出的干预周期的调节作用结论存在不一致性(e.g. Chen et al., 2012; Khoury et al., 2013; Vøllestad, Nielsen, & Nielsen, 2012)。过长的训练时间可能会给参与者带来困扰，尤其对于新的正念练习者可能产生“黑夜体验(“dark night” experience)”，即高强度的正念干预引起的负性事件(Creswell, 2017)，影响他们的参与意愿，最终导致被试中途退出或失访，而留下来的个体随着进行练习周期增加，冥想体验的质量提高，满意度较高，更多表现出正性结果(Goyal et al., 2014; Tang, Yang, Leve, & Harold, 2012)。另，干预周期会影响干预的成本效益，故具有探究的重要价值。因此，提出假设 6：干预周期正向调节干预效果。

意见 2：需要解释，为什么研究质量对干预效果具有负向的调节作用？

回应：非常感谢审稿专家指出我们在对研究质量调节作用的推论论证上的不足。我们已补充在引言部分“1.2.3 研究特征”的“研究质量”处补充了论据。为便于专家查阅，特粘贴修改部分如下（修改见蓝色标记处）：

**修改稿：研究质量** 在系统评价中，评价研究质量对研究结果的解释，以及为临床实践提供有效指导，都具有重要意义 (Armijo-Olivo, Stiles, Hagen, Biondo, & Cummings, 2012)。一般研究质量评估以量表评分式为主，例如 Jadad 量表(Chiesa & Serretti, 2011)和 The Boutron checklist 量表(Chen et al., 2012)。随机对照设置、盲法使用和退出与失访常作为 RCT 研究质量评价的三个重要指标(Jadad, Moore, Carroll, Jenkinson, Reynolds, Gavaghan, & McQuay, 1996)。以盲法设置为例，严格的盲法设置可控制参与者对干预正性结果的期待(Haas, Aickin, & Vavrek, 2010)。特别是在心理干预研究中，未采用盲法控制“期待效应”，可能效果会被

咨询师的期待效应混淆,夸大了“疗法”本身带来的效果(Tinsley, Bowman, & Ray, 1988)。因而,研究质量较低,内部效度受影响,可能夸大了干预本身的效果;而高质量的研究,排除了更多第三方影响因素的可能,进而可能呈现出较低的干预效果。即,我们提出假设 10:研究质量对干预效果具有负向的调节作用。

**意见 3:** 考虑到文献检索标准之一为“正念或冥想”,文献纳入过程中将正念成分较低或无正念成分的研究予以排除,那么纳入过程的标准化如何?是否由两名研究者进行独立的纳入?如果只是一个研究者,那么选择可能存在偏差。

**回应:** 非常感谢审稿专家严谨的评审意见。在元分析中,文献检索、纳入与编码是三个很重要的过程。首先, **文献检索:** 经该论文第一和通讯作者(都具有临床心理学博士学位)两人讨论协商后确定检索关键词,交由另一名研究者进行论文检索;接着, **纳入与排除:** 由一名研究者初步确定纳入与排除文献,经与第一作者协商一致后确定是否排除;而编码过程,由两名研究者独立进行,并对不一致的情况经讨论后确定。需要强调的是,在这三个过程并不是一气呵成的,此间有多次的反复。

因此,我们根据评审意见,修改为更为严谨的表述。我们将“**2.1 文献检索**”修改为“**2.1 文献检索与筛选**”;并且在“入组语言为中文与英文”一句后补充“经第一和通讯作者两人讨论协商后确定检索关键词,交由另一名研究者进行论文检索;由一名研究者初步确定纳入与排除文献,经与第一作者协商一致后确定纳入与排除文献。”(正文修改见蓝色标记处)。

我们保留了所有文献检索与编码原始文件,确保该过程的可再现性(reproducibility),如有需要可提交供专家审查。

**意见 4:** 结果 3.4.1, 需要明确东方国家的“什么”(b = 0.60, p < 0.001)显著高于西方国家

**回应:** 非常感谢审稿专家指出我们在国家地域的单因素元回归分析结果的表述上不够清晰,为此我们在“……东方国家(b = 0.60, p < 0.001)显著高于西方国家……”这一句中补充了“的效果量”,修改为:“……东方国家的效果量(b = 0.60, p < 0.001)显著高于西方国家……”,使国家地域的效果量对比结果描述更为明确。

**意见 5:** 如何看待等待对照设计的效果量高于其他对照类型?需要讨论。

**回应:** 非常感谢审稿专家提出讨论部分有关对照组类型的调节作用结果需进一步补充深入论述的建议。我们将通过与同类元分析研究的结果进行比较及分析可能的原因,具体分析过程为:

首先,对比同类元分析发现,本研究结果得到已有研究的支持。例如,首篇基于 RCT 研究探究正念对抑郁障碍和焦虑障碍患者干预效果的元分析(Strauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman, 2014),以焦虑障碍和抑郁障碍患者为研究对象,得出非阳性对照的效果量高于阳性对照,与本研究的结果一致;Khoury 等(2015)通过元分析系统评价 MBSR 干预非临床个体的心理健康的效果量发现,对照组设计组间差异显著,且安慰剂对照的效果量最高(Ns = 2),等待组次之(Ns = 15),阳性对照组的效果量最小(Ns = 1),支持了本文发现的等待组效果量高于阳性对照的研究结果;Veehof 等(2016)基于内部效度较高的 RCT 研究,系统评估以接纳和正念为基础的干预在慢性疼痛患者中的应用效果,结果显示,对于焦虑的干预,采用等待对照或常规治疗对照的平均合并效应量显著高于安慰剂的阳性对照,亦支持了本研究的结论。

其次,效果量 Hedge's *g* 通过采集对照组与实验组的样本量( $n_C$ 、 $n_E$ )、后测的均值( $M_C$ 、 $M_E$ )和标准差( $SD_C$ 、 $SD_E$ )这些统计量(毛良斌,郑全全,2005),计算公式如下:

$$g = \frac{M_C - M_E}{\sqrt{\frac{(n_E - 1)(SD_E)^2 + (n_C - 1)(SD_C)^2}{n_E + n_C - 2}}}$$

根据效果量的计算公式,可将效果量的波动分解为来自对照组与实验组变化的贡献。假定实验组的干预后测均值稳定,以探讨不同对照设计之间的异同引起的效果量差异:正如我们在正文引言部分**1.2.3 研究特征的“对照组设计”**所描述的,等待组(Waiting List Control, WL)在实验组干预过程不作任何处理,安慰剂组(Psychological Placebo, PP)以给予关注和支持为主要特征,替代性阳性对照组(Alternative Active Control, AA)在控制主试的关注效应下,施予被试以类似实验组的处理。有学者指出,在心理治疗中,来访者的积极结果期待可能污染或混淆干预有效性的评价,主试关注带来的积极效应可能起到与干预相似的效果(Tinsley, Bowman, & Ray, 1988)。因此,可推测含有主试关注的安慰剂组、替代阳性对照组设计的后测焦虑水平可能相较于不含主试关注的等待组和常规治疗组降低更多,效果量更小。并且缺乏主试关注,可能导致被试依从性降低,提高了脱落率(Haynes, McKibbin, & Kanani, 1996),故可推断处于“完全忽略”状态下的等待组对比施以常规护理的常规治疗组而言,依从性低,脱落的可能性高,可能使得对照组后测的焦虑水平增高,从而低估了效果量。

基于上述分析,我们在讨论部分“**4.2 影响效果的调节因素**”的**第四段**加以补充论述,为方便专家审阅,特粘贴如下(正文修改见蓝色标记处):

**修改稿:**采用不同对照类型的干预效果的组间差异不显著;然而,等待组的效果量高于其他对照。根据以往研究(Tinsley, Bowman, & Ray, 1988)指出,主试期待与关注可正向预测治疗效果,故我们推测替代阳性对照组和安慰剂组在主试关注影响下,可能发生阳性对照组(PP、AA)与实验组的焦虑水平变化方向相同,标准化均数差变小,这与Strauss等(2014)人的元分析研究得出非阳性对照的效果量高于阳性对照的结论一致;而对比常规治疗组与等待组,二者区别于对象是否患病(Hofmann et al., 2010),施以常规护理的临床样本可能相较于“完全被忽略”的健康个体具有更高的依从性,故不排除等待组的脱落率高,可能使后测的对照组平均焦虑水平增高,从而低估了效果量。

**意见 6:**如何看待 ITT 分析所得效果量( $b = 0.42, p < 0.05$ )显著高于 PP 分析?

**回应:**非常感谢审稿专家指出我们在讨论部分对数据分析方式调节作用的结果解释不充分的问题。为解释 ITT 与 PP 分析结果存在差异这一问题,我们将从两个角度进行剖析:其一,分析方式的统计特征;其二,对比参照同类元分析结果,给出两种分析得出结果差异的可能原因。

因果效应(causal effect)推断,即对某个事件或因素发生改变引起另一个事件的改变的关系分析,由于无法实现完全相同的两个个体或同一个体同时接受相同的处理的理想状态,存在反事实效应(counterfactual effect)而增加了其估计难度(张熙, 2012)。而通过随机化处理能够保证接受的处理与实验组和对照组结果的独立性;并且严格的随机化处理,能最大限度地平衡各种混杂因素的影响(胡贵平, 胡亚楠, 詹思延., 2016; Rubin, 1978),故随机对照试验被称为因果效应估计的“金标准(gold standard)”(张熙, 2012)。然而,当出现被试脱落现象,将导致结果存在缺失值,可能破坏了最初的随机化,导致标准化的因果效应估计发生偏倚。

对于个体脱落所造成的缺失数据的处理,存在两种数据分析方式:意向治疗分析(intention-to-treat, ITT)和完成治疗分析(per protocol, PP)。一般来说,基于研究目的选取相应的数据分析方式,其中,ITT 应用最为广泛,是随机临床试验结果分析的“金标准”,以实用性为研究目标;而 PP 则旨在描述依从个体的治疗效果,以解释性为研究目的(Armijo-Olivo, Warren, & Magee, 2009)。进一步对比这二者之间的差异,ITT 分析认为试验偏离最初的随机化会造成治疗结果对比的污染,故特别重视遵循初始的随机分配,是对因果效应的无偏估计

(Montori & Guyatt, 2001), PP 分析则属于有偏估计;此外,正如我们在正文引言部分“.....但这一分析方式忽略被试的任务完成与脱落情况,对结果的估计较为保守,但容易犯取伪的 $\beta$ 类错误(Gupta, 2011).....”所指出的,ITT 忽略了被试的依从水平,对结果估计较为保守,这一统计特征也得到国内学者探究存在被试脱落与缺失值的随机对照试验的因果效应研究结果的证实(张熙, 2012)。

进一步,我们对比了同类元分析研究发现,数据分析方式对效果量的调节方向结果可能受到依从性的影响而产生差异。例如, Demarzo 等(2015)探究基于正念的干预对病患的健康应用效果元分析结果显示,采用 ITT 分析的效果量低于非 ITT 分析。有学者指出,这可能是由于尽管治疗有效,但个体脱落的持续存在致使 ITT 分析低估了依从个体的干预效果(Montori & Guyatt, 2001)。Moulis 等(2012)系统评价 TNF- $\alpha$  拮抗剂影响类风湿性关节炎患者患上癌症的风险元分析指出,PP 分析可能低估治疗的效果,是由于安慰剂组脱落可能使得癌症风险的基线水平增高。此外,样本量大小和缺失值的处理也影响着 ITT 估计的结果偏差,样本量增加 ITT 置信区间可显著变窄,并随脱落率增高,ITT 估计的置信区间长度适当变宽,且采用多重插补法(multiple imputation, MI)的 ITT 分析置信区间波动较 ITT 较少,PP 分析方式受脱落率影响不大;但应明确的是,样本量较小的情况下,ITT 估计的误差最小(张熙, 2012)。

参照以往研究,并结合本文所提取到的脱落数据、样本量和缺失值填补方式报告具体分析(研究篇数  $N = 32$ ):平均脱落率达 12.06%,取值范围为 1.96%~35.18%,对照组平均脱落例数为 4.3;而纳入文献存在对于缺失数据及其处理的报告缺乏规范,仅 3 篇报告采用末次观测值结转法(last value carried forward, LOCF)3 篇,1 篇采用分层回归分析,1 篇采用多重插补法。因此,从依从性的角度分析,对照组脱落可能使其平均焦虑水平升高,导致 PP 分析低估了效果量;从样本量与缺失值处理的角度分析,本文纳入的文献样本量为 18~264,故不排除在小样本的情况下,被试脱落率高或脱落率高使 ITT 分析所得效果量的置信区间变宽,而高估了效果量。

基于上述分析,我们在讨论部分“**4.2 影响效果的调节因素**”的**第五段**加以补充论述,为方便专家审阅,特粘贴如下(正文修改见蓝色标记处):

**修改稿:**对于数据分析方式(ITT vs. PP),多元回归模型表明,其对干预的即时效果量具有显著的调节作用,且 ITT 分析所得效果量显著高于 PP 分析,与 Demarzo 等(2015)探究基于正念干预的元分析结果不一致。可能的原因在于:其一,对照组脱落可能使其平均焦虑水平升高,导致 PP 分析低估了效果量(Moulis et al., 2012);其二,从样本量与缺失值处理的角度进行分析,不排除可能由于在小样本情况下,被试高使 ITT 分析所得效果量的置信区间变宽,而高估了效果量(张熙, 2012)。且有学者指出,小样本下采用 ITT 分析的结果误差最小(张熙, 2012)。因此,脱落率与数据分析方式的调节作用提示着,脱落率影响干预效果量,研究使用 ITT 分析方式得出的结论更为谨慎。

**意见 7:** 如何理解进行家庭练习的效果量显著低于无家庭练习?“这可能是由于进行家庭练习需要反馈完成情况,脱离训练师带领的团体后单独练习,焦虑者本身易低估自己的练习效果,增加对负性情绪的易感性,最终影响到干预效果?”的解释费解,另外,请提供依据。

**回应:** 非常感谢审稿专家的细心指正,并对此结果的解释表述不清所带来困惑深表歉意。首先,“这可能是由于进行家庭练习需要反馈完成情况,脱离训练师带领的团体后单独练习,焦虑者本身易低估自己的练习效果,增加对负性情绪的易感性,最终影响到干预效果?”这句话本意表达的是:焦虑个体通常自我效能感较低,可能容易产生无助感,认为自己无法单独完成好家庭练习任务,使得每次家庭练习未达到目标的正念状态,新增的负性体验反而加剧了个体的焦虑。

以下，我们将对该解释作具体推论，并进一步揭示影响家庭练习调节干预效果结论不一致的其他潜在因素：

首先，正念练习的理论及其研究十分强调日常练习在临床症状改变中的核心作用，并认为干预的有效性很大程度上取决于参与者日常持续的练习(Vettese, Toneatto, Stea, Nguyen, & Wang, 2009)。换言之，日常练习的质量不佳，将极大地降低干预的有效性。焦虑被试自我效能感较低(王才康, 刘勇, 2000)，在脱离训练师的带领下进行自我练习，可能更容易产生无助感，认为自己无法顺利完成练习目标，即通过自我练习无法达到正念状态，觉得自己的练习努力都是徒劳的，该信念将影响个体的参与动机，练习的质量受到影响，进而对干预效果产生负向作用。

其次，过程中的负性体验会影响任务完成质量，尤其对于新手参与者，其日常练习过程中更可能感受到负性体验(Creswell, 2017)，甚至影响个体参与团体干预的依从性，最终使干预效果降低。

进一步，为提高研究的严谨性，我们深入查阅有关文献，尝试揭示影响家庭练习的调节作用不一致结论的其他潜在因素。我们在后面的多元回归分析中也发现这一问题，即当同时纳入其他调节变量时，家庭练习的调节作用变得不显著了，这提示着存在着其他因素对家庭练习调节作用的影响。有学者针对正念冥想的家庭练习进行了系统评价，指出影响该因素调节作用的可能因素有(Vettese, Toneatto, Stea, Nguyen, & Wang, 2009)：实证研究的质量，家庭练习质量与跟踪方式与干预效果之间的关系：关于实证研究质量方面，关键在于正念干预进程中的无关变量的控制以及样本量较小可能带来虚假性结果；关于家庭练习质量的影响正如我们原稿中解释所提及到的家庭练习质量不高影响干预效果的最大化；而在家庭练习的跟踪方式或反馈方面，可以反馈练习者的练习情况，尤其是参与者练习过程中的体验记录，将提升练习的效果，有利于练习者觉察自身的情况，影响参与的积极性。

基于上述分析，我们修改了讨论部分“4.2 影响效果的调节因素”的第三段的表述，厘清逻辑，并补充论据，为方便专家审阅，特粘贴如下（正文修改见蓝色标记处）：

**修改稿：**家庭练习的调节作用受其他因素的影响。对于家庭练习，本研究验证了家庭练习对干预效果存在调节作用的假设，然而与以往的元分析(Khoury et al., 2015)证实家庭练习正向调节干预效果的结论不一致。虽然单因素回归分析显示，无家庭练习( $g = 0.80$ )的即时效果量高于进行家庭练习( $g = 0.30$ )；但后续加入其他影响因素的多元回归分析显示，家庭练习的调节作用变得不显著了，这提示着存在着其他因素对家庭练习调节作用的影响。分析导致这一结果的可能因素来自实证研究质量、家庭练习质量与跟踪方式的三个方面(Vettese, Toneatto, Stea, Nguyen, & Wang, 2009)。首先，当样本量较小时，可能得到的是虚假性结果，且混杂变量的控制也可能造成不可控的影响；其次，焦虑个体的自我效能感通常较低（王才康, 刘勇, 2000），认为在脱离训练师后单独练习，付出多大努力都无法完成练习目标，即无法达到正念状态，且对于初次练习者而言，过程中的负性体验也将阻碍练习者的过程参与积极性(Creswell, 2017)，二者均可导致家庭练习质量较低，进而影响到干预效果；最后，可能关键因素并非是否进行家庭练习，而在于家庭练习的质量，尤其是参与者练习过程中的体验记录反馈，可促进参与者对练习有效性的自我觉察，提升练习的效果(Vettese, Toneatto, Stea, Nguyen, & Wang, 2009)。

.....

**审稿人 2 意见：**

**意见 1：**此文对正念冥想对焦虑的干预进行的元分析很有价值。

**回应：**非常感谢审稿专家对本文进行正念冥想干预焦虑元分析的研究价值给予肯定。

**意见 2:** 但是存在以下几点问题: 此文研究的文献存在一定问题, 从纳入的文献看, 有不少是瑜伽练习的研究, 瑜伽练习与正念差别很大, 应该单独研究。另外, 将近一半是中文文献, 没有日本、印度等东方文化语境下的研究, 东方研究样本选择存在偏差。

**回应:** 非常感谢审稿专家的提醒。此处, 审稿专家指出两个关于文献纳入的核心问题: 其一, 瑜伽与正念冥想的干预内容差异大, 应独立研究; 其二, 东方样本存在选择偏差, 日本、印度等其他东方文化语境下的研究文献较少。针对这两个问题, 我们将逐一回复, 给出相应的思考与解释。

首先, 为回答“此文研究的文献存在一定问题, 从纳入的文献看, 有不少是瑜伽练习的研究, 瑜伽练习与正念差别很大, 应该单独研究”这一问题, 我们从瑜伽练习在正念冥想的干预中的重要性进行分析, 具体如下:

我们是参考了同类元分析的纳入标准(Zoogman et al., 2014; Bamber & Schneider, 2016), 所以考虑将带有瑜伽练习的正念冥想纳入本元分析中。之所以纳入至少有两个原因: 其一, 正如 Zoogman 等人(2014)进行未成年人的正念冥想干预元分析, 考虑到正念移动是诸多正念干预的核心技术, 并且其通过瑜伽方式实现, 故纳入结合正念的瑜伽研究。其二, Bamber 和 Schneider (2016)在正念冥想干预大学生焦虑与压力研究的系统综述中指出, MBSR 是正念冥想的主要形式, 而该形式在多数研究中包含了 Hatha Yoga。当然, 我们在纳入时也并非以瑜伽练习作为判断是否纳入的唯一标准, 我们首先考虑到的研究是否是基于正念冥想, 而是否带有瑜伽练习, 仅是正念冥想的一种形式。正念冥想的形式多样, 是否包括瑜伽练习更为有效? 因本研究包含了多种调节因素, 单独检验这一调节变量可能受不同正念冥想形式的影响, 综合检验又受多调节因素纳入样本不足影响而失去意义, 所以, 只能考虑在将来的实证研究进一步检验。综上, 本文还是考虑对瑜伽练习研究予以纳入, 并且感谢专家的这一提示, 我们在最后的研究展望中作了如下补充:

“(5)考虑到正念移动是诸多正念干预的核心技术, 并且其通过瑜伽方式实现(Zoogman et al., 2014); 且 MBSR 是正念冥想的主要形式, 而该形式在多数研究中包含了 Hatha Yoga (Bamber & Schneider, 2016), 因此, 本研究纳入了包含瑜伽练习形式的正念冥想研究。正念冥想的形式多样, 是否包括瑜伽练习更为有效? 这需要将来的实证研究进一步检验。”

其次, 针对专家所指出的“将近一半是中文文献, 没有日本、印度等东方文化语境下的研究, 东方研究样本选择存在偏差”问题, 我们再次统计了本研究所纳入的来自东方文化语境的研究, 情况如下: 中国大陆: 23 篇(中文)+1 篇(英文)=24 篇; 香港: 1 篇; 台湾: 1 篇; 日本: 0 篇; 印度: 4 篇; 泰国: 1 篇; 据此来看, 诚如专家所言, 东方样本存在不均衡, 大部分研究来自中国大陆。但是限于语言本身问题, 我们未能纳入采用非中文或英文发表的文献。这种处理方法, 事实上在跨文化的元分析中也较为常见, 比如国内同类研究(卫旭华, 刘咏梅, 陈思璇, 2015)的做法, 限定纳入语言为中英文, 并根据研究方法部分对**样本特征**的介绍判别被试所属国家地域, 在一定程度上可降低对东方文化语境下研究样本的选择偏差。

**意见 3:** 国内的研究者大部分是参加几次 MBSR 训练的研究生所做的干预, 缺少对主试资质的考察, 这也必然影响干预效果研究, 建议对主试资质进行考察。

**回应:** 非常感谢专家提出有关主试资质考察的研究建议。我们重新对纳入元分析的文献阅读发现(统计情况见表 1):

- (1) 在国内纳入的 26 篇研究中, 12 篇研究未明确报告主试资质情况, 仅提及训练者, 约占 46.15%; 6 篇为临床的护理人员, 占 23.08%; 仅 6 篇主试含专业训练师, 占 23.08%; 并且只有两篇研究报告了主试的正念训练指导经验, 具体文献如下:

Wong, S. Y., Chan, F. W., Wong, R. L., Chu, M., Lam, Y. K., Mercer, S. W., & Ma, S. H.

(2011). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: A randomized comparative trial. *Clinical Journal of Pain*, 27(8), 724–734. (专家自身正念练习经验: ?; 正念指导经验: 5 年以上)

徐慰, 王玉正, 刘兴华. (2015). 8 周正念训练对负性情绪的改善效果. *中国心理卫生杂志*, 29(7), 497–502. (专家自身正念练习经验: 8 年以上; 正念指导经验: 5 年以上)

(2) 在国外纳入的 29 篇研究中, 主试资质报告情况相较于国内研究更加规范完整, 主试含专业训练师有 18 篇, 占 62.07%; 仅 8 篇研究未报告具体训练者, 占 27.59%。

正如审稿专家所言, 主试资质是干预效果的影响因素之一。研究者指出专业训练师能够使练习者增加正念体验, 通过每一期的练习达到正念状态(Tang, et al., 2007)。在探究主试资质这一问题上, 我们首先需要对主试资质进行操作性定义, 明确究竟何种指标能真正反映主试资质对干预效果的影响。**值得注意的是**, 目前国内外正念冥想干预的训练师通常不止一人的情况, 约占整体研究的 29.09%; 并且主试的资质参差不齐, 按照正念技术掌握的程度定性评价主试资质可划分为: 专业训练师、受过训练的指导者、仅有练习经验的指导者三类, 但这一分类存在潜在的异质性, 主要由于主试来源不同, 有的是护理人员, 有的是普通的心理咨询师等, 这一分类法考察主试资质影响的内部效度有限。

进一步查阅相关资料, 可选取更为客观的指标: 主试的**个人练习经验与正念指导经验**用以探析。Demarzo 等人(2015)指出正念干预具有复杂性, 且训练师的个人练习经验是影响训练质量的重要因素, 其相应的原文为“……but both claim that the instructor’s personal practice is key for teaching mindfulness and teaching new instructors.”, 故主试的正念练习经验可作为主试资质衡量的客观指标之一; 参考现有的正念训练的专业指导手册(<http://www.umassmed.edu/cfm/trainingteachers/index.aspx>) 和用于培养正念训练师([www.mindfulnesssteachersuk.org.uk](http://www.mindfulnesssteachersuk.org.uk))的指导手册, 可考虑采用正念指导经验作为另一客观指标评价其指导正念训练的水平。然而, 目前在大多实证研究中, 存在未介绍或缺少对主试的正念指导经验与练习经验的说明, 国内仅 2 篇介绍主试的正念指导经验, 国外有 7 篇研究给出(其中有 2 篇研究包含 2 个及以上的训练师), 大多数研究未给出客观统一的标准用以评价主试资质, 故无法对主试资质的影响进行有效考察, 对此我们在描述本**研究局限性部分**的第四点处指出了该问题: “……(4) 冥想的技术性较强(任俊等, 2010), 冥想者的训练效果可能受到训练师和实验过程控制的影响, 但受限于研究对训练师经验的描述标准不一, 本研究未能提取到足够多的有效数据……”。

另, 为使读者能更加明确主试资质考察的局限性, 我们也对原稿作了补充与修改, 为便于专家审阅, 具体内容特粘贴如下(修改见蓝色标记处):

**修改稿:** 研究局限部分: “……(4) 冥想的技术性较强(任俊等, 2010), 冥想者的训练效果可能受到训练师的正念练习经验、正念指导经验和是否参照正念练习的专业指导手册进行标准化干预的影响, 但受限于研究对训练师经验的描述标准不一, 本研究未能提取到足够多的有效数据……”。

表 1 基于纳入元分析文献的国内外主试资质统计情况

	国内 (26 篇)	国外 (29 篇)	整体情况 (55 篇)
主试资质 (分类)	专业训练师: 5, 普通心理咨询师: 2 护理人员: 6 医护人员+冥想治疗师: 1 未知: 12	专业训练师: 17 受过系统训练的指导者: 2 仅有练习经验的指导者: 1 精神学家+MBCT 专业训练师: 1 未知 (包括在线): 8	专业训练师: 22 受过系统训练的指导者: 10 仅有练习经验的指导者: 1 混合: 2 未知: 20
主试的正 念练习经 验或指导 经验报告	正念练习经验: 1 正念指导经验: 2	正念练习经验: 7 正念指导经验: 7	正念练习经验: 8 正念指导经验: 9
主试人数	1: 4 >1: 7 ?: 15	1: 14 >1: 9 ?: 6	1: 18 >1: 16 ?: 21

注: ①“受过系统训练的指导者”: 是指未获得专业训练师资格证, 但接受过相关的专业训练的训练师, 不包括专业训练师和护理人员; ②“专业训练师”: 是指获得相关资格证书的 MBCT 专业训练师、MBSR 专业训练师、瑜伽治疗师、正念冥想心理学家、高级心理咨询师等; ③护理人员: 是指经过正念或冥想训练的护士、护师、医务人员、精神科医生等护理人员。

**意见 4:** 很多研究的被试不是焦虑障碍而是躯体疾病或正常人群, 与主题有些不一致, 非焦虑障碍身心疾病个体占 47.2%, 健康个体占 45.5%, 焦虑障碍者占 7.3%; 因此, 建议主题改为对焦虑症状的干预, 以免误解为对焦虑障碍的干预。

**回应:** 非常感谢审稿专家的提醒与指导。正如审稿专家所述, 本文以焦虑情绪为核心结果变量, 为探析正念冥想干预焦虑情绪的有效性与推广性, 我们关注的应用对象按照是否患有焦虑障碍划分为焦虑障碍患者、患有非焦虑障碍的其他身心疾病患者及健康个体四类群体 3 类人群。因此, 为避免引起读者的误解, 我们采纳专家的建议, 将主题修改为“**焦虑症状**”。并且出于简洁性考虑, 去掉了副标题“文化的调节作用”, 将题目简化为: “正念冥想对焦虑症状的干预效果及其影响因素的元分析”。

**意见 5:** 干预方法排除了基于正念的 CBT(ACT, DBT)有失偏颇。因为 ACT 有大部分技术属于正念, 只是过去为了避免宗教色彩, 而淡化了正念概念, 现在越来越强调正念。如果排除这些方法, 建议将题目改为 MBSR、MBCT 干预焦虑症状的效果及相关因素研究, 进一步检索相关文献, 这样才能比较准确分析 MBSR、MBCT 的效果, 更有理论价值。

**回应:** 非常感谢审稿专家给出我们在文献筛选的干预方法部分的意见, 引发我们对进一步深化本文研究价值与研究贡献的思考。

在建构主义(constructivism)与后现代主义(post-postmodernist)的影响下, 行为与认知疗法的“第三浪潮”发展出 ACT、DBT、MBCT 等疗法(Hayes, 2004); 诚如专家所言, ACT、DBT 与 CBT 技术存在颇深的联系, 然而 ACT 和 DBT 是否属于基于正念的疗法这一问题仍



值得商榷。为准确领悟专家所提出的意见，我们进一步查阅了相关文献，首先是对“**ACT、DBT 是基于正念的 CBT**”这一观点作了以下梳理：

关于 ACT，有学者指出 ACT 是对传统 CBT 的批判性继承(Hofmann & Asmundson, 2008)；与传统的 CBT 在对认知的分析、作用于情绪产生的不同阶段和哲学背景上存在差异——在认知方面，ACT 将“认知”定义为隐私行为(private behavior)，置于行为分析层面，CBT 则将治疗模型划分为行为(behaviors or actions)、情感(emotions or subjective experience)、认知(cognitions or thoughts process)三个部分，其中认知指个体的思维过程；在情绪方面，ACT 作用于情感的反应调节策略，而 CBT 通过认知评价作用于先行关注的原因调节策略；在哲学基础上，ACT 基于功能情境主义(functional contextualism)，而 CBT 则受批判理性主义(critical rationalism)影响较大(Hofmann, & Asmundson, 2008)。关于 DBT，其为基于 CBT 的疗法(S Berk, & Hughes, 2016)，治疗原则颇受行为科学、辩证哲学(dialectical philosophy)、生物社会理论(biosocial theory)与禅修(Zen practice)影响，治疗通过平衡接纳与改变，促使患者存活并过上有意义的生活，治疗设置包含个体治疗(individual therapy sessions)、团体技巧训练(formal skills-training group)、会诊团(a therapist consultation team)和其他形式的训练(Lynch, Trost, Salsman & Linehan, 2007)，具体设置可参见 Linehan(1993)所著的书。

不可否认的是，**ACT 与 DBT 都包含正念成分**(Hayes et al., 2006)，但是否为以正念为基础的干预仍存在争议。目前，绝大多数以正念为基础的元分析认为，正念练习仅作为 ACT 与 DBT 的一部分干预内容，而非贯穿于整个干预过程，即出现在干预的每一期中，如果纳入则可能导致对正念干预的有效性评估产生结果偏差(e. g. Khoury, Lecomte, Fortin, Masse, Therien, Bouchard et al., 2013; Katterman, Kleinman, Hood, Nackers, & Corsica, 2014; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Zoogman, Goldberg, Hoyt, & Miller, 2014)；而对于个别把 ACT 和 DBT 纳入的同类元分析研究，有些从练习方式的角度出发，认为 ACT 的治疗方式虽不是按照正念或冥想，但由于该疗法的部分技术与正念方式一致，故将其归为以正念为基础的干预(e. g. Chiesa & Malinowski, 2011)；有些研究则从干预目标角度分析，以正念为基础的干预通过不评判和不改变体验而强调专注当下并体验的注意状态发挥作用，且 ACT、DBT 通过正念练习培养觉察、接纳、困扰的耐受力，降低个体的情绪与认知反应、自动化模式以及经验回避，故将其纳入(e. g. Godfrey, Gallo, & Afari, 2015)。

研究通常认为 ACT 与 DBT 属于以正念为基础的干预方式(e. g. 段文杰., 2014; Chiesa & Malinowski, 2011)；而 Baer(2003)则将 ACT 与 DBT 定位为整合正念练习的干预。应注意的是，新近有学者指出学术界对于正念干预(mindfulness interventions)的理解存在混淆，实质上基于正念的干预(mindfulness-based interventions)和与正念相关的干预(mindfulness-related interventions)存在差异(Tang, Jiang, & Tang, 2017)；其中，基于正念的干预(mindfulness-based interventions)指的是旨在培养正念的练习；而与正念相关的疗法则是将正念练习作为综合性干预项目中的一部分，例如，ACT 与 DBT(Creswell, 2017)，其相应原文为：“..... mindfulness-based interventions in which the primary goal is to foster mindfulness (e.g., MBSR, MBCT, brief mindfulness meditation training interventions). .....many mindfulness-related interventions which incorporate mindfulness training exercises as one component of a broader treatment program (e.g., acceptance and commitment therapy, dialectical behavior therapy.....”。

其次，结合上述及专家所提出的“**ACT 有大部分技术属于正念，只是过去为了避免宗教色彩，而淡化了正念概念，现在越来越强调正念**”这一观点，我们进一步了解到：一方面，出于科学研究的目的，冥想练习切断了与宗教的联系；另一方面，更深刻的原因在于不同文化背景下的人对于正念的宗教起源接受度不同。应明确的是，正念起源于传统佛教，有学者指出西方个体无法接受轮回理念而对佛教持负面态度，因而一开始正念引入西方，是不含宗教倾向的，且作为一种独立的信念存在；西方正念的临床实践中，通过非宗教

(non-sectarian)和世俗的解释(secular interpretation), 及引用古代文学有选择地介绍所涉及的练习(Schmidt, 2011)。另, 正念也被认为是一种日常生活功能, 不需要正式训练, 于是降低了其佛教渊源的宗教色彩 (Rapgay & Bystrisky, 2009)。因此, 更确切的是, 研究者通过控制练习内容的起源介绍与解释以及正念界定以减少正念干预的宗教色彩。ACT 包含的具体技术有挑战旧思路、明确“控制是问题”、去融合练习、学习正念技术、情景化自我、澄清价值观和行为承诺(曾祥龙, 刘翔平, 于是, 2011); 大部分技术都是隐喻技术, 这与 ACT 的理论基础为关系框架理论密切相关, 整个 ACT 涉及正念与接纳的过程包括: 当下(be present)接纳(acceptance)、解离(defusion)、情景化自我(self as context) (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006), 因此 ACT 大部分技术都是包含正念练习的, 而正念的练习更多基于隐喻技术, 并非冥想方式的正念练习; 考虑到本文的研究主题为正念冥想, 且 DBT 与 ACT 不含正念冥想的“活性成分(active ingredient)”——静坐冥想(sitting meditation)(Chiesa & Serretti, 2010), 故 ACT 与 DBT 应予以排除。

最后, 总结一下: 我们对正念冥想的界定为基于正念的冥想方式, 其属于以正念为核心的干预, 而 ACT 与 DBT 尽管都包含正念练习, 但是否属于基于正念的疗法目前是存在争议的, 其中 ACT 是基于隐喻技术, 并非冥想方式的正念练习, 且 ACT 与 DBT 不包含正念冥想干预有效性的关键技术: 静坐冥想, 故 ACT 与 DBT 在本文中应予以排除。因而, 根据本文对正念冥想定义的理解, 我们所纳入的 MBSR、MBCT、正念觉知练习、哈达瑜伽、专注冥想等以培养正念为核心目标的冥想练习方式, 即为大部分研究所较为接受的正念冥想技术。

综上, 为了更好向读者解释这些概念的关联与区别, 我们在引言处新增“**1.1 正念冥想的概念与界定**”, 调整正念与正念冥想概念的描述到“**1.1 正念冥想的概念与界定**”部分, 并将原“**1.1 正念冥想对焦虑干预的效果**”改为“**1.2 正念冥想对焦虑干预的效果**”以提升本文的研究贡献。具体修改内容见引言“**1.1 正念冥想的概念与界定**”。

最后, 再次感谢两位审稿专家的认真负责和专业建议。

---

## 第二轮

审稿人 1 意见:

意见 1: 这一稿论文已有了进步。

回应: 非常感谢审稿专家对于文章的修改内容给予肯定。

意见 2: 然而, 对于家庭练习这一点的解释依然不够充分。建议结合以下两点进行修改。

1、一般认为练习量与效果是正相关, 建议结合其他家庭练习量与效果之间关系的研究进行比较和讨论。

2、具体来说, “在脱离训练师后单独练习, 付出多大努力都无法完成练习目标, 即无法达到正念状态”需要补充依据, 因为这一点并不能由“焦虑个体的自我效能感通常较低 (王才康, 刘勇, 2000)”得出; 焦虑个体练习中存在负性体验, 也需补充依据。另外, 关于关键因素在于家庭练习的质量一说, 感觉与结果并不相关, 因为结果发现不练习的效果量高, 而非高质量练习的效果量高。建议进一步结合文献, 补充一句, 及考虑其他的可能性, 来更好解释这个结果。

回应: 非常感谢审稿专家指出我们在家庭练习调节作用的解释上仍存在推论不够有力充分, 并提供了严谨细致的指导。根据专家所给出的两点修改建议, 以下我们将逐一回复。

首先, 我们采纳专家的建议, 着重详细梳理同类元分析的研究结果, 旨在对比以往研究结果及获取其他可能性的原因以补充论述。目前, 家庭练习与效果量之间的关系探究尚结论

不一(Parsons, Crane, Parsons, Fjorback, & Kuyken, 2017)。就与正念或冥想相关主题而言, 经查阅, 与本研究主题较为相近的元分析(以近 5 年为主), 鲜有考察家庭练习量的调节作用, 且研究得出的结论不一致, 都未解释可能原因。换言之, 已有部分元分析研究结果支持家庭练习量与效果量呈正相关关系, 但在不同元分析结果中, 结论不一。比如, Khoury 等(2015)系统评价 MBSR 对非临床样本的干预效果, 经元回归分析发现, 家庭练习时间显著正向调节干预效果, 但作用程度较小( $\beta = 0.01$ ), 说明练习量与效果量呈正相关, 但对效果量的影响较微弱; Parsons 等(2017)检验了家庭练习与 MBCT 和 MBSR 干预效果之间的关系, 元回归分析结果显示, 家庭练习量负向调节干预效果量( $\beta = -0.0004$ ), 但未达到显著性水平; Chen 等(2012)探究通过亚组分析, 得出有无家庭练习任务组间差异不显著, 且无家庭练习的效果量更大, 但未给出其可能原因解释。值得注意的是, 我们的研究中, 家庭练习的多元回归模型的回归系数尽管为负值, 但未显著, 与已有研究(Chen et al., 2012; Parsons et al., 2017) 结论一致。上述这些现象似乎提示着, 家庭练习与效果量二者之间关系, 可能受到第三变量的调节。

在第一回修改稿中, 我们提到了可能的调节机制: 家庭练习受个体差异的影响, 并非都能带来正性体验, 也很可能给个体带来负性体验, 进而影响干预效果。但可能我们论述不够清晰, 确实存在着审稿专家所提出的推论论据不够充分问题, 即如专家所言, “在脱离训练师后单独练习, 付出多大努力都无法完成练习目标, 即无法达到正念状态” 需要补充依据, 因为这一点并不能由 “焦虑个体的自我效能感通常较低 (王才康, 刘勇, 2000)” 得出焦虑个体练习中存在负性体验, 也需补充依据。进一步查阅相关文献, 我们发现, 这种负性体验至少可能源于 3 个方面:

其一, 来访者对家庭练习本身的态度影响。有研究者认为, 如果来访者对家庭练习持有负面态度, 可能会降低其在干预后保持对已习得技巧的练习的可能性, 而负向影响治疗效果 (Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas, & Patterson, 2010)。

其二, 咨询胜任力的影响。已有研究指出, 治疗师能否准确感知所设置的家庭任务是否对来访者造成负担 (目前正念冥想研究对咨询师的资质较少考察), 将在一定程度上阻碍家庭练习的完成, 并且情感逃避 (emotional avoidance), 进而影响干预效果 (Kazantzis, Whittington, Zelencich, Kyrios, Norton, & Hofmann, 2016)。

其三, 干预剂量的影响。就正念冥想本身而言, 我们在正文引言部分 “1.2.2 干预特征” 的 “干预周期” 处有所提及, “……过长的训练时间可能会给参与者带来困扰, 尤其对于新的正念练习者可能产生 ‘黑夜体验(‘dark night’ experience)’ , 即高强度的正念干预引起的负性体验 (Creswell, 2017) ……”。可见, 正念练习新手不太适宜高强度的干预, 而家庭练习无形中增加了干预的剂量。

此外, 感谢专家对可能存在其他影响因素的提示。我们进一步查阅文献发现, 对特定干预内容的低参与动机、较慢的症状改善等, 亦可能调节家庭练习对干预效果的影响 (Kazantzis, Whittington, Zelencich, Kyrios, Norton, & Hofmann, 2016)。

另, 专家提及的 “关于关键因素在于家庭练习的质量一说, 感觉与结果并不相关, 因为结果发现不练习的效果量高, 而非高质量练习的效果量高。” 的建议。应先澄清的是, 本文对于家庭练习调节作用的考察, 仅分析正念冥想干预是否包含家庭练习的设置, 限于元分析技术本身的局限, 我们未能将家庭练习质量量化分析, 因而确实存在如专家所言, 无法得出练习质量与效果量的关系。但, 我们修改稿一的论述, 提出假设观点, 可能是练习质量而非有无练习, 能够解释这种调节作用。所以我们修改稿一这样表述 “可能关键因素并非是否进行家庭练习, 而在于家庭练习的质量, 尤其是参与者练习过程中的体验记录反馈, 可促进参与者对练习有效性的自我觉察, 提升练习的效果 (Vettese, Toneatto, Stea, Nguyen, & Wang, 2009)。”

当然,因本研究只是基于已有文献的元分析,上述观点仅是基于已有研究的总结与归纳,只是假设与猜测,仍需后续实证研究进一步验证。

最后,综合上述分析,我们进一步明确本文研究结果的潜在原因及局限性,再次修改了讨论部分“4.2 影响效果的调节因素”的第三段的描述。限于版面原因,我们对上述观点进行了精简。为方便专家审阅,特粘贴如下(正文修改见红色标记处):

**修改稿:**对于家庭练习,本研究一元回归验证了家庭练习对干预效果存在调节作用的假设,然而其作用并非如预期的正向调节。目前,家庭练习与效果量之间的关系探究尚结论不一(Parsons, Crane, Parsons, Fjorback, & Kuyken, 2017)。比如,Houry 等(2015)系统评价 MBSR 对非临床样本的干预效果,经元回归分析发现,家庭练习时间显著正向调节干预效果,但作用程度较小( $\beta = 0.01$ ),说明练习量与效果量呈正相关,但对效果量的影响较微弱;Parsons 等(2017)检验了家庭练习与 MBCT 和 MBSR 干预效果之间的关系,元回归分析结果显示,家庭练习量负向调节干预效果量( $\beta = -0.0004$ ),但未达到显著性水平;Chen 等(2012)探究通过亚组分析,得出有无家庭练习任务组间差异不显著,且无家庭练习的效果量更大。然而,已有研究样本量较小,可能得到的是虚假性结果(Vettese, Toneatto, Stea, Nguyen, & Wang, 2009),且均未解释其可能原因。值得注意的是,我们的研究中,家庭练习的一元回归提示负向影响显著;但多元回归模型分析结果提示不显著。从上述这些现象不难看出,家庭练习与效果量二者之间关系,可能受到第三变量的调节。个体对家庭练习持有负面态度(Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas, & Patterson, 2010)、初学者不适宜高强度剂量练习(Creswell, 2017)、治疗师对家庭任务设置的准确感知,以及个体对特定干预内容的低参与动机、缓慢的症状改善等因素(Kazantzis, Whittington, Zelencich, Kyrios, Norton, & Hofmann, 2016),都可能调节家庭作业与干预效果量的关系。

#### 审稿人 2 意见:

意见 1: 1、修改很细致认真,有理有据。 2、建议专门撰文分析 ACT 对焦虑、抑郁的干预效果及影响因素元分析

回应:感谢审稿专家对本文修改工作的积极肯定。针对专家所提出的专门撰文分析 ACT 对焦虑、抑郁的干预效果及影响因素的元分析的建议,因不是本研究关注的核心问题,因此,我们只能争取在后续研究给予重视,以期为临床心理学领域多做贡献。

再次感谢两位审稿专家的悉心审阅和专业建议。

#### 参考文献

##### 正文新增的参考文献 (25 篇):

- Armijo-Olivo, S., Warren, S., & Magee, D. (2009). Intention to treat analysis, compliance, drop-outs and how to deal with missing data in clinical research: A review. *Physical therapy reviews, 14*(1), 36–49.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 125–143.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2009). How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contacts hours and effect sizes for psychological distress. *Journal of clinical psychology, 65*(6), 627–638.
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same?. *Journal of clinical psychology, 67*(4), 404–424.

- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68, 491–516.
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C., & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 348–362.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25.
- Haynes, R. B., McKibbon, K. A., & Kanani, R. (1996). Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *The Lancet*, 348(9024), 383–386.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical psychology review*, 28(1), 1–16.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197–204.
- Kazantzis, N., Whittington, C., Zelencich, L., Kyrios, M., Norton, P. J., & Hofmann, S. G. (2016). Quantity and quality of homework compliance: a meta-analysis of relations with outcome in cognitive behavior therapy. *Behavior therapy*, 47(5), 755–772.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459–480.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181–205.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 429–438.
- Montori, V. M., & Guyatt, G. H. (2001). Intention-to-treat principle. *Canadian Medical Association Journal*, 165(10), 1339–1341.
- Moulis, G., Sommet, A., Bón J., Montastruc, F., Sailler, L., Montastruc, J. L., & Lapeyre-Mestre, M. (2012). Cancer risk of anti-TNF- $\alpha$  at recommended doses in adult rheumatoid arthritis: A meta-analysis with intention to treat and per protocol analyses. *PLoS One*, 7(11): e48991.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29–41.
- Rubin, D. B. (1978). Bayesian inference for causal effects: The role of randomization. *The Annals of statistics*, 6(1): 34–58.
- S Berk, M., & Hughes, J. (2016). Cognitive Behavioral Approaches for Treating Suicidal Behavior in Adolescents. *Current Psychiatry Reviews*, 12(1), 4–13.
- Tang, Y. Y., Jiang, C., & Tang, R. (2017). How mind-body practice works—Integration or separation?. *Frontiers in Psychology*, 8
- Tang, Y. Y., Yang, L., Leve, L. D., & Harold, G. T. (2012). Improving executive function and its neurobiological mechanisms through a mindfulness-based intervention: Advances within the field of developmental neuroscience. *Child development perspectives*, 6(4), 361–366.

- Tinsley, H. E., Bowman, S. L., & Ray, S. B. (1988). Manipulation of expectancies about counseling and psychotherapy: Review and analysis of expectancy manipulation strategies and results. *Journal of Counseling Psychology, 35*(1), 99–108.
- Vettese, L. C., Toneatto, T., Stea, J. N., Nguyen, L., & Wang, J. J. (2009). Do mindfulness meditation participants do their homework? And does it make a difference? A review of the empirical evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(3), 198–225.
- 张熙. (2012). 多重填补方法估计存在不依从与缺失值的随机对照试验的因果效应(博士学位论文). 复旦大学, 上海.

#### 回应其他涉及的参考文献 (31 篇):

- Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D., & Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: A comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: Methodological research. *Journal of evaluation in clinical practice, 18*(1), 12–18.
- Atkins, D., Best, D., Briss, P. A., Eccles, M., Falck-Ytter, Y., Flottorp, S., ... & Hill, S. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical research ed.), 328*(7454), 1490–1490.
- Bamber, M. D., & Schneider, J. K. (2016). Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Educational Research Review, 18*, 1–32.  
【IF=3.860】
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist, 37*(2), 122–147.
- Berk, R. A. (1983). An introduction to sample selection bias in sociological data. *American Sociological Review, 48*(3): 386–398.
- Chen, K. W., Berger, C. C., Manheimer, E., Forde, D., Magidson, J., Dachman, L., & Lejuez, C. W. (2012). Meditative therapies for reducing anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depression and anxiety, 29*(7), 545–562.
- Cramer, H., Rabsilber, S., Lauche, R., Kümmel, S., & Dobos, G. (2015). Yoga and meditation for menopausal symptoms in breast cancer survivors—A randomized controlled trial. *Cancer, 121*(13), 2175–2184.
- Demarzo, M. M., Montero-Marin, J., Cuijpers, P., Zabaleta-del-Olmo, E., Mahtani, K. R., Vellinga, A., ... Garcia-Campayo, J. (2015). The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: A meta-analytic review. *Annals of Family Medicine, 13*(6), 573–582.
- Demarzo, M. M. P., Cebolla, A., & Garcia-Campayo, J. (2015). The implementation of mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis. *General hospital psychiatry, 37*(2), 166–171.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds.). (2016). *Mindfulness and psychotherapy*. Guilford Publications.
- Gupta, S. (2011). Intention-to-treat concept: A review. *Perspectives in Clinical Research, 2*(3), 109–112.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). Rating quality of evidence and strength of recommendations: GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ: British Medical Journal, 336*(7650), 924–926

- Haas, M., Aickin, M., & Vavrek, D. (2010). A preliminary path analysis of expectancy and patient-provider encounter in an open-label randomized controlled trial of spinal manipulation for cervicogenic headache. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 33(1), 5–13.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639–665.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., ... & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*, 149(7), 936–943.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 7(2), 189–202.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519–528.
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Controlled clinical trials*, 17(1), 1–12.
- Rapgay, L., & Bystrisky, A. (2009). Classical mindfulness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172(1), 148–162.
- Schmidt, S. (2011). Mindfulness in east and west—is it the same?. In *Neuroscience, consciousness and spirituality* (pp. 23–38). Springer Netherlands.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*, 9(4), e96110.
- Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... & Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(43), 17152–17156.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31.
- Wong, S. Y., Chan, F. W., Wong, R. L., Chu, M., Lam, Y. K., Mercer, S. W., & Ma, S. H. (2011). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: A randomized comparative trial. *Clinical Journal of Pain*, 27(8), 724–734.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2014). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290–302.
- 胡贵平, 胡亚楠, 詹思延. (2016). PRECIS 研究进展. *中华流行病学杂志*, 37(3): 439–442.
- 毛良斌, 郑全全. (2005). 元分析的特点、方法及其应用的现状分析. *应用心理学*, 11(4), 354–359.
- 王才康, 刘勇. (2000). 一般自我效能感与特质焦虑, 状态焦虑和考试焦虑的相关研究. *中国临床心理学杂志*, 8(4), 229–230.
- 徐慰, 王玉正, 刘兴华. (2015). 8周正念训练对负性情绪的改善效果. *中国心理卫生杂志*, 29(7), 497–502.

- 卫旭华, 刘咏梅, 陈思璇. (2015). 团队人口统计特征多元化与绩效关系的元分析. *心理学报*, 47(9), 1172-1187.
- 曾祥龙, 刘翔平, 于是. (2011). 接纳与承诺疗法的理论背景、实证研究与未来发展. *心理科学进展*, 19(7): 1020-1026
- 

### 第三轮

编委复审意见:

意见 1: 同意发表。

主编终审意见:

意见 1: 同意发表。