

《心理学报》审稿意见与作者回应

题目：共同内群体认同对医患竞争受害感的影响及其机制

作者：邓洵 龙思邑 沈依琳 赵欢欢 贺雯

第一轮

审稿人 1 意见：

论文选题具有很强的实际意义，设计思路清晰，结果报告规范，行文格式整洁，阅读体验较好。有如下疑惑与意见，供作者参考。

意见 1：

关于实验设计，论文整体读下来，感觉像是一个套用了最简单的实验操纵的横截面数据的中介效应研究，应当是一种社会学政治学之类社会科学意义的“调查实验”（survey experiment），尚达不到心理学研究意义上的“现场实验”（field experiment）所要求的精细度（形式上是满足的，但在实验控制和流程报告方面考虑得不够精细）。

论文的核心操纵就是使用了“共同内群体认同启动材料”。这一材料的编制过程较为简单，启动方式也较直接，但效果“好到让人惊讶”。这倒不是怀疑材料自身的有效性，而是怀疑其中是否有更重要的隐藏变量。如是否是这一批次的医务人员和患者恰好适合被启动，或者是在特定的时间和地点采用特定的数据采集方式——例如是住院患者，一般来说对医生护士较为配合、依从性高；相对应的，医生对患者也较了解，这样容易达到效果。建议作者在程序部分更为详细地报告是哪些科室进行调查、如何完成随机化分组、患者的类型是什么（门诊、住院、随访）、填答的方式如何（集中填写？一对一看着填写？问卷星之类的网络链接还是当面填写？）等等。通过细节的呈现，可打消读者的疑虑，增加对论文价值的认同。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！对于共同内群体认同的文字启动方法，在前人的研究中已经被使用过（Shnabel et al., 2013; 周天爽 等, 2018），且我们在编制本研究中的启动材料时，也经过了较为严格的评价程序。经仔细思考，同时结合专家的建议，我们补充了一个[实验 2B](#)，用更接近社会现实情境的重新范畴化范式启动了共同内群体，详见文中“[5 实验 2B：重新范畴化范式的稳健性检验](#)”。

此外，我们在文中报告了更详细的实验细节，包括施测的环境、填写方式等等，详见下文取样过程和材料呈现情境的回复。

以上修改如有不当还请您指出，再次感谢您宝贵的建议！

参考文献：

Shnabel, N., Halabi, S., & Noor, M. (2013). Overcoming competitive victimhood and facilitating forgiveness through re-categorization into a common victim or perpetrator identity. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(5), 867–877.

周天爽, 胡琴, 崔丽娟. (2018). 共同内群体认同与群际帮助意愿: 群际威胁的中介作用. *心理研究*, 11(4), 10.

意见 2：

关于样本量估算与取样过程，实验 1 称“计算得到至少需要样本总量 102 人，每组 26 人”但马上又称“最终选取了 176 人作为研究对象，将被试随机编入四个组别中，并对其年

龄、性别和学历进行平衡。”对于此数量的选择似缺少充分的说明。如果计算所需要的样本量是 102 人，通常我们可能会预估一个无效样本量，增加到某个整数，如 120、甚至到 150，可能是比较常见的做法（增加到 150 已经几近增加到 1.5 倍所需的最小样本量，已经属于太过“奢侈”的样本选取方式）。而文中直接取到 176 这种“有零有整”的“大样本量”，就会让人怀疑作者其实是先选择好了被试，再回过头计算样本量；或者是 176 已经剔除了无效数据，实际可能对更多被试发放了问卷。

同样地，实验 2 称“计算得到至少需要样本总量 102 人，每组 26 人。最终选取了 148 人作为研究对象，除去极端值后剩余 144 人，将被试随机编入四个组别中，并对其年龄、性别和学历进行平衡。”样本量从 102 人增加到 148 人（与实验 1 也不一致），而且称“除去极端值后剩余 144 人”，样本量估计应在实验开始之前，没有测量数据如何“去除极端值”？要打消这种疑虑，就需要作者提供更为详细的取样过程和随机化过程的说明。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！在实验过程中，考虑到被试可能会因医院环境的特殊性等原因而不认真作答，所以招募了 176 名被试。然而在数据处理阶段，我们发现除了研究二中有 3 个极端值外，并没有出现乱填、漏填的情况，因此保留了所有的答卷。此外，实验 2A 中“剔除极端值”部分属于表述不当，该步骤是在计算数据之后进行的。

我们已根据您的建议修改了相应的表述，如 3.2.1 部分改为“计算得到至少需要样本总量 102 人。鉴于医院环境的特殊性，被试有可能因工作压力大或疾病焦虑而不够专注，避免因不认真作答而导致有效被试量不够的情况，本研究最终招募 176 人作为研究对象”。同时，删掉 4.1.1 第一段被试选取部分关于剔除极端值的内容，只在第三段被试分组部分保留。

以上修改如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 3：

关于被试的随机化过程，不太理解“将被试随机编入四个组别中”这一操作。如果是随机编入，如何又能做到平衡？随机分组一旦确定，就无法再做其他“平衡”；如果人为“平衡”，是否已违反随机化原则？实验 1 的 90 个医方被试如何能够做到两个组恰好是 45 人？是根据名单自己的随机分组吗？为何患方（86 人）要比医方少 4 人？如果能够做到 90 人精确的分一半，也似应当有能力做到患方与医方正好半对半（90：90）。实验 2 同样存在这一问题。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！我们重新审视了这部分内容，发现确实存在表述不当的问题。被试的分组严格遵照了随机化原则，因为实验是在医院门诊环境中进行，我们没有办法预先招募好被试并安排实验时间，而是逐一随机询问患者或者医护人员当时是否有空进行实验。因此，我们没有办法进行人为的“平衡”，故根据您的建议和实验流程，本次修改删除了关于“平衡”的表述。

此外，实验 1、2A 中医方两组被试数量恰好相等，也是因为我们在门诊部进行实验的过程中有意为之，刚好招募到两组数量相等。对于患方人数少于医方这一问题，这应是我们的疏忽，只注意了被试数量大于 G-power 计算出的最低值，在今后的研究中我们一定会注意这类问题，再次感谢您的提醒和建议！

意见 4：

关于启动材料的呈现情境，实验的启动材料以何种方式呈现？如何确保被试认真阅读了这一材料？如果是门诊条件，很难确保每个人的阅读情境保持统一。可能不尽统一的程序却产生高度一致的结果，有时就让人觉得运气过好。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！因为疫情原因，我们无法去到住院部进行实验，所以启动材料的阅读是在门诊环境下进行的，在程序方面尽可能地保持了一致性。在实验过程中，我们严格要求被试认真阅读材料，保证阅读时间充足，并且阅读结束后询问其对材料是否有疑问。对此，我们在文中如“2.2.1 被试”等部分做了相应的补充说明。

以上修改如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 5：

关于三个主要测量工具，论文本质上没有采用真正意义上、经过较严格测量学检验的工具。其中，做得较好的是受害者竞争的测量，做了一个预实验。权力需要和道德需要改编后没有进行同样的预实验，其实作为主要测量工具，它们的地位也同样重要，也可以在预实验中加以检验，这样至少在程序上显得规范些。但是，归根结底它们都只有 4 个条目的小量表，把它们作为中介机制的检验工具和论文的主体创新，在证据力度上显得有所欠缺。

如上种种，是想说明：论文的总体设计框架是“实验化”的，但是在程序报告中却是“测量化”的。如果真是以实验的标准来衡量，就觉得操纵方式简单、执行过程疑点颇多、细节考虑不够周密；如果真以测量标准来衡量，样本量与代表性、测量工具的可靠性和施测的追踪性、统计模型的复杂性等又未达到较高水平。因此显得有点尴尬。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！我们所使用的权力需要和道德需要问卷，在进行改编后邀请了几位心理学专家和研究生进行评估，但未用医患被试进行信效度检验。我们根据您的建议补充了一个[实验 2B](#)，一方面可以再次说明测量工具的有效性，另一方面也能为本文的核心结论提供更有力的实验数据支持，详细实验细节请见“[5 实验 2B：重新范畴化范式的稳健性检验](#)”部分。

以上考虑如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 6：

现有研究有种“未完成感”，作者在引言中指出是参考 Shnabel 等 2013 年的文章，但 Shnabel 等（2013）不仅关注共同内群体身份对受害感的作用，还进一步探究了降低受害感的作用，即增加了群体间的宽恕（forgiveness）。作为一篇应用性较强的文章，这一点在以医患关系为背景的研究中也尤其重要，即降低医患双方的受害感能进一步发挥什么样的作用。文章对此并没有进一步发展合适的因变量进行探讨，导致看完整个研究有一种“未完成感”，宜补充一个研究加以弥补。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！结合您的建议，我们在引言“1.1 竞争受害感”部分补充了以下针对竞争受害感后续影响的论述“[因此，找到有效的干预手段，消除医患间的竞争受害感，有利于医患群体加强交流以及帮助双方就以往的矛盾达成和解，从而改善医患关系并降低医患冲突发生的可能性](#)”。此外，我们也遵照专家的建议补充了一个共同内群体启动实验 2B，即采用重新范畴化的范式建立共同内群体身份认同对医患双方竞争受害感的作用，以及其中的作用机制以使得整个研究更加完善、可靠。

同时，鉴于本研究的主要目的考察共同内群体认同对医患竞争受害感的影响及机制，因此没有放入其他的结果变量，但专家的意见给了我们很大的启发，我们将在后续的研究中对降低竞争受害感对医患关系的长远影响进行深入探究，并在“6.3 研究不足与展望”中补充了“[最后，Shnabel 等人\(2013\)的研究发现，共同内群体认同在降低了竞争受害感后，还进一步](#)

推动了群体间的宽恕，因此也有必要进一步探究降低医患竞争受害感后，对医患群体关系的深远影响，构建更全面的医患关系干预模型”。

以上考虑如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 7:

问题提出的逻辑存在一定的跳跃性。作者提到：

增进群际的共情和理解，建立起共同的身份认同也是降低竞争受害感的有效措施之一 (Shnabel et al., 2013)。在我国的医疗实践中，已有将建立医患双重身份共情的方法应用于对患者的安抚上，且能显著改善患者的心理状态，由此推断，建立共同身份认同的干预措施在我国的医患情景适用性较高(罗佳 等，2016)。故本文从建立共同身份即共同内群体认同的角度出发，探讨其对医患间竞争受害感的影响及机制。

建立共同内群体身份的作用在大量的研究中都有涉及，通过这些研究虽可合理地推断出建立共同内群体身份能够帮助改善医患关系，但宜进一步突出共同内群体身份在医患关系中的独特性。例如，相比于 Shnabel 等（2013）关注的“战争受害者”，医患关系中的“受害者”有何不同？这是文章的一个重要内容，如果不能明确这一点而直接将 Shnabel 等（2013）的研究设计部分地复制到医患关系中，可能会遭到质疑。医患关系属于“人民内部矛盾”，而战争属于“敌我矛盾”且交织着民族、种族和文化冲突，两者的冲突等级不在一个层次，缓解的途径也未必必然相同。作者在引言和讨论处可对此多着笔墨加以逻辑上的勾连和补充，使行文更为连贯。

另外，罗佳等（2016）的文章名为《医患双重身份共情术前访视对乳腺癌患者的心理影响》，发表在《医学信息》上，正文仅有一页纸，属于非常简短的报告。“双重身份共情法”更多源自医务人员探索性经验实践，而不是系统成型的干预方法。同时，该文中的这一干预具有很强的特殊性，即护士本身作为乳腺癌患者，以真实的患者和护士的双重身份去进行医患沟通，效果较好是可以理解的。普通人要通过“虚拟”或“启动”一种“上位的认同”而去构建“共同体”，其实比较困难。该文可能不必作为一个重要的中文文献加以引用，但可作为一个重要的、引发实际思考、启示干预措施的文献。这一点仅供作者参考。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！关于医患群体冲突与以往战争双方的群体冲突的区别，我们在引言和讨论中各自补充了一些论述。如引言中“1.2 共同内群体认同与竞争受害感”里补充了“虽然以上研究关注的冲突类型都属于战争和民族冲突，但仍可以从中得到启发——如此激烈的群体冲突中产生的竞争受害感都可以通过建立共同的上位群体身份而得到减少，那么对于我国的医患群体而言该策略是否也可能有效呢？进一步来讲，相比于战争和民族冲突，医患之间不存在历史矛盾和利益对立，二者的冲突大多由相互不理解和工作/看病压力等心理因素诱发，其和解可能不太需要实质性的利益让步，仅是心理层面的干预就可能会有不错的效果。换言之，减少医患群体间的竞争受害感对改善医患关系可能有重要的意义。此外，中华文化倡导以和为贵，天下大同，建立共同内群体认同的策略可能更容易被我国医患群体所接受。”

又如“6.1.2 共同内群体认同对医患竞争受害感的影响”中也做了相应的补充“此外，实验 1 的结果也证实了共同内群体认同策略在我国医患群体中的适用性。正如引言中提到的，中国人讲究以和为贵，并不排斥建立共同的上位群体身份，这为今后该策略在我国相关领域的推广和实践提供了一定的证据支持”。

此外，我们对引言中罗佳等（2016）的研究引用表述也做了修改，改为“在我国的医疗实践中，已有进行类似建立共同内群体认同的尝试，如罗佳等人（2016）让曾患乳腺癌并治愈的护士参与乳腺癌患者的术前安抚，通过建立医患双重身份共情显著改善了患者的心理状

态，由此推断建立共同内群体认同的干预措施可以用于我国的医患关系。然而该方法要求医务人员要与患者有相同的病症，很难进行推广，因此有必要探寻更具有可行性的共同群体身份建立方式，以及其在我国医患群体上的适用性。”

以上修改如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 8:

引言处，作者称：有研究者在医疗实践中发现，面对医患冲突，医患双方都会产生竞争受害感(Competitive Victimhood)，即认为自己所在群体是冲突中的最大受害者，并有策略地突出自己受到的伤害来证明自己的最大受害者身份，以获得第三方的同情和支持，减少自己在群际冲突中的责任(艾娟, 2018; Noor et al., 2012)。艾娟和 Noor et al. (2012)的文章，都不是实证文章而是理论分析文章，Noor 的那篇更是未明确涉及医患问题，而是一篇关于竞争受害感(CV)的大综述。

回应:

非常感谢审稿专家的建议！经我们仔细检查，此处的引用确实有混淆，故将其改为“有研究者认为，面对医患冲突，医患双方都会产生竞争受害感(Competitive Victimhood)(艾娟, 2018)。竞争受害感指群体成员认为自己所在群体是冲突中的最大受害者，并有策略地突出自己受到的伤害来证明自己的最大受害者身份，以获得第三方的同情和支持，减少自己在群际冲突中的责任(Noor et al., 2012)”

以上修改如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 9:

讨论的“5.1.1 医患间竞争受害感”处，由于不是代表性抽样调查，且样本量较小。对于医患竞争受害感的群际比较的讨论，需要更为谨慎。是否一定是医高于患、以及出现这种现象的成因，其实也不是研究的主要内容。可能不必作为讨论的第一点进行大篇幅的陈述。

回应:

非常感谢审稿专家的建议！虽然在我们补充的实验结果中，医方的竞争受害感也高于患方，但我们根据您的建议，在保留核心结果和讨论的前提下，删减了这一部分的内容，改为“其次，预研究也发现，医方的竞争受害感高于患方，该结果在实验 1、2 中也得到了证实。这可能是因为，和患方相比，医务人员往往有更频繁的医患互动，更经常会经历医患冲突。如《中国医师执业状况白皮书》的数据显示，66%的医师经历过不同程度的医患冲突(中国医师协会, 2018)。《中国社会心态研究报告》也指出和患方相比，紧张的医患关系给医方带来了更多的负性情绪(王俊秀, 2018)。因此，医方可能更倾向于认为自己才是紧张医患关系中处于弱势的一方，有更高的竞争受害感”，详见“6.1.1 医患间竞争受害感”第二段。此外，为了与引言中问题提出的顺序保持一致，我们认为“医患间竞争受害感”的讨论还是应该放在第一点进行讨论。

以上考虑如有不当请您指出，再次感谢您的建议！

意见 10:

讨论 5.1.3 处，作者称“医患双方的互动和交往常常是一次性的”，这其实只适用于普通门诊环境，在住院病房中，医患互动是多次的；对某些慢性病或重症患者而言，还可能在短时间内是密集的。这都会改变医患彼此的态度，也会影响实验处理的效果。这反过来要求作者应尽力澄清在对何种患者、在何种场合下（如候诊时、医院门诊大厅、病房中？）做了“调查实验”。这样可以前后呼应。

回应:

非常感谢审稿专家的建议！我们根据您的建议，在各实验的“对象”部分进行了补充，如“3.2.1 对象”中补充了“因疫情原因无法进入住院部，故所有实验对象都来自医院门诊部。患者及家属在门诊大厅和候诊区进行实验，填写纸质问卷；医务人员在诊疗室和休息室进行实验，填写纸质问卷”，其余相关部分也有类似的补充说明。

意见 11：

讨论 5.2“研究创新和启示”处，作者称：“本研究被试均来自真实的医院环境，且三个实验选取了不同批次的对象，生态效度较高。”第一个研究不是实验而是预实验，其实只是材料的验证，整合到实验 1 中报告都可以。最多只能称为“3 个研究”。

作者提出：如医院可在院内张贴主题为“医患一家亲，共抗击疾病”的宣传标语……。 “标语治国”是中国特色，效果如何一言难尽。作者自己就诊时，若看到办公室悬挂“妙手回春”的锦旗，是增加了信任感还是厌恶感？恐怕因人而异。类似地，“医患一家亲，共抗击疾病”如何起到正面效果而避免逆反心理，可能并不容易找到简单的途径。就自身对医患关系的调查研究体会而言，医患信任的缔结和医患好感的建立，脱离了“治疗效果”和“治疗费用”这两个最关键的预测变量，恐怕都很难成功；一旦没有疗效或觉得自己“花了冤枉钱”，任何标语都会成为患者攻击“名不副实”的口实，反而增强受害感。故提出此类措施时可更审慎，甚至不妨模糊一点。因为心理学研究距离医患关系的提升而言还很远，能够提供一种视角的启发已经不错，具体策略还需要更多强有力的配套措施的出现再去做一些“锦上添花”的角色。这只是个人观点，供作者考虑。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！我们已将讨论中预研究相关的表述进行了修改，鉴于补充了一个实验 2B，所以仍是“三个实验”。此外，我们根据您的建议，删去了“宣传标语”的相关内容，但受您的意见启发，补充了其他的一些建议，如“我国构建和谐医患关系的工作往往是通过宣传教育的方式进行，如院内张贴相关的标语、通过新闻媒体报道先进事迹等，实验 1、2A 的结果也证实了此类方式的效果。但为避免受众产生逆反心理，在此基础上也应不断探索新的工作方式(石慧敏，2009)。正如实验 2B 的结果所示，在可能的范围内加强医患日常交流和沟通，也有助于医患双方相互认可并建立起共同内群体认同。”，详见“6.2 研究创新和启示”。

以上修改如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 12：

在前述实验细节补充与行文逻辑增强的基础上，不妨将已有研究合并成为一个研究 1，可以是 1a、1b、1c；然后基于此再补充一个真正意义上的、具有较强实验社会心理学意味的实验研究，进一步检验目前的发现，从而增加结论的稳定性，使读者能够更为直观地感受到实验社会心理学对理解和解决此类社会心理现象具有的潜在价值。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！我们按照您的建议，在实验 1、2 的基础上补充了实验 2B，将共同内群体认同的启动方法从文字材料启动变为通过群体讨论进行启动的重新范畴化范式。同时，因为疫情原因，我们无法再次进入医院进行实验，因此通过腾讯会议软件将实验改为了线上的形式。实验 2B 再次证明了共同内群体认同对竞争受害感的作用及机制，同时还为今后改善医患关系提供了一些新的启示，详细实验细节和结果请见“5 实验 2B：重新范畴化范式的稳健性检验”。

以上修改如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

.....

审稿人 2 意见：

意见 1：

医患关系是我国重要的社会问题，从心理学的视角切入医患关系，为和谐医患关系贡献心理学力量具有积极的实践价值。问题提出的逻辑清晰，研究过程规范。但是问题论证不够，以巴以两个群体、塞尔维亚和科索沃两个群体冲突的情境直接过渡到医患，缺乏充足的理论支持，也忽略了一个重要的问题，前人研究中的群际冲突所涉及的群体与我国医患冲突中的群体具有文化差异，具有群际交往历史等多个群际关系维度的差异。还需要作者进行更加充分的论证。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！根据您的建议，我们在引言和讨论中各自补充了一些论述。如引言中“1.2 共同内群体认同与竞争受害感”里补充了“虽然以上研究关注的冲突类型都属于战争和民族冲突，但仍可以从中得到启发——如此激烈的群体冲突中产生的竞争受害感都可以通过建立共同的上位群体身份而得到减少，那么对于我国的医患群体而言该策略是否也可能有效呢？进一步来讲，相比于战争和民族冲突，医患之间不存在历史矛盾和利益对立，二者的冲突大多由相互不理解和工作/看病压力等心理因素诱发，其和解可能不太需要实质性的利益让步，仅仅是心理层面的干预就可能会有不错的效果。换言之，减少医患群体间的竞争受害感对改善医患关系也可能有重要的意义。此外，中华文化倡导以和为贵，天下大同，建立共同内群体认同的策略也可能更容易被我国医患群体所接受。”

又如“6.1.2 共同内群体认同对医患竞争受害感的影响”中也做了相应的补充“此外，实验 1 的结果也证实了共同内群体认同策略在我国医患群体中的适用性。正如引言中提到的，中国人讲究以和为贵，并不排斥建立共同的上位群体身份，这为今后该策略在我国相关领域的推广和实践提供了一定的证据支持”。

以上修改如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

.....

审稿人 3 意见：本文基于共同内群体认同模型，探讨共同内群体认同对医患竞争受害感的影响。从整体研究来看，预实验证实了医患间确存在竞争受害感；实验 1 探讨了共同内群体认同对竞争受害感的影响，将以往结果拓展到医患关系中；实验 2 基于需要模型提出了二者的中介机制问题。本研究创造性地从医方和患方的双重视角，探讨和比较了他们所面临的竞争受害感及其产生机制问题，研究结果对缓解当前突出的医患矛盾问题，具有较好的研究价值和现实意义。

该文中也还存在一些问题，供作者思考与完善。具体意见如下：

意见 1：

文章的理论贡献不足。虽然本研究以共同内群体认同模型为基础，在医患关系中发现了共同内群体认同对竞争受害感的影响，但并没有阐明该研究对共同内群体认同作用机制有何理论推进与提升价值，特别是该项研究对相关的社会重大问题有何现实意义。建议作者认真凝练该研究的理论贡献和创新性价值。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！我们根据您的建议，在讨论部分重新整理了本研究对共同内群体认同模型的理论贡献，具体内容为“本研究也从三个方面丰富了 CIIM 模型的理论内容。首先，实验 2A 和实验 2B 分别证明了阅读文字材料以及重新范畴化范式的有效性，丰富了 CIIM 模型的启动范式；其次，本研究首次证明了共同内群体认同对医患群体竞争受害感的显著影响，将 CIIM 模型的适用范围从不同民族拓展到医患群体上；最后，本研究也证实了 CIIM 模型在中国文化背景下的可推广性，为共同内群体认同干预方法的本土化提供了实践

基础”，详见“6.2 研究创新和启示”。

以上修改如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 2:

该研究提出的中介机制文献依据不够充分。在“1.3 权力需要和道德需要的中介作用”部分，作者对医患双方的权力需要和道德需要的提出，更多是基于主观判断和分析，缺乏实证研究证据的支持。此外，共同内群体认同对两种需要的影响只是基于 Nadler 和 Shnabel(2015) 唯一一篇文献作为研究支撑，说服力不足。在研究结果中没有发现和证实道德需要在其中的中介作用，也再次说明在前文的理论模型构建上存在问题。

回应:

非常感谢审稿专家的建议！对医患双方权力需要和道德需要的分析，我们在引言“1.3 权力需要和道德需要的中介作用”中第二段补充了相应的论述和实证参考文献“从患方的角度出发，医方有更多的机会可以更便捷地获得医疗资源，自己处于劣势地位，而弱势群体渴望拥有权力以改善地位(Solomon & Martin, 2019)，并且在自身权力需要得到满足时，患方会有更积极的情绪体验(徐简，2020)，因此患方有在诊疗过程中获得更多权力的动机。同时，在新闻报道中，患方更多是以“伤医者”的身份出现(周宏，郝志梅, 2019)，所以患方群体有恢复其道德形象的需求，以获得同情和社会支持。另有调查显示医方群体也对自身权力现状不太满意，对医患权力互动的前景不乐观(全鹏，刘瑞明，2016)，患方对权力需要的增加使医方的权力受到了威胁，削弱了他们在就诊过程中的主导地位，所以医方也有掌握更多治疗主导权的动机。”

并补充了共同内群体认同对中介变量影响的参考文献，如“Shnabel, Halabi & Noor, 2013;Shnabel, Ulrich, et al., 2013”。至于道德需要中介需要不成立的原因，我们也已在讨论部分进行了阐述，详见“6.1.3 权力需要和道德需要在共同内群体认同与竞争受害感之间的中介作用”第三段。

以上修改如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 3:

权力需要在共同内群体认同与竞争受害感的作用机制尚缺乏实验证据的支持。实验 2 操纵自变量后，通过问卷同时测量了权力需要、道德需要和竞争受害感，基于测量研究和统计分析得出的权力需要中介作用并不能很好地说明其因果机制。因此，建议作者进一步补充实验研究，通过直接操纵权力需要，证明权力需要与医患双方竞争受害感的影响机制。

回应:

非常感谢审稿专家的建议！本研究主要是为了探讨共同内群体认同医患竞争受害感的影响和机制，实验 2A 证实了权力需要在其中的中介作用，且本轮修改中补充的实验 2B 也再次验证了该中介模型。但专家的建议给了我们很大的启发，因此在后续的研究中，我们会再去尝试通过操纵医患双方的权力需要，更深入地探究其中的机制。同时，我们也在“6.4 贡献与不足”中补充了相关的内容“未来可以尝试采用实验范式直接操纵医患双方的权力需要，进一步验证中介模型”。

以上考虑如有不当还请指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 4:

作者需要进一步明确进行中介模型跨组比较的目的与意义。实验 2 中比较中介模型在医方和患方群体间的路径系数差异的意义是什么？想要说明什么问题？在问题提出和讨论部分均未对该问题进行清晰地阐述。

回应:

非常感谢审稿专家的建议!我们之所以要做中介模型跨组比较,是因为想确认相同的中介模型在医患两个群体样本中是否有差异,如果有,那么我们可能会考虑是否有必要讨论有调节的中介模型是否成立,而跨组比较的结果显示路径系数没有差异,所以不需要进行进一步的分析讨论。我们也在讨论中补充了相关说明,详见“6.1.3 权力需要和道德需要在共同内群体认同与竞争受害感之间的中介作用”最后一段标蓝部分。

意见 5:

从研究设计来看,实验 1 和实验 2 之间研究推进不大。实验 2 相比实验 1 仅仅增加了两个对中介变量的问卷测量,更像是实验 1 研究结果的重复验证。虽然作者对实验 2 的数据进行了中介分析,但是并不能从真正意义上彻底解决中介机制问题。建议作者补充相关的实验内容,进一步拓展和丰富该研究问题的理论深度与研究广度。

回应:

非常感谢审稿专家的建议!本研究中,实验 1 是对共同内群体认同直接效应的检验,而实验 2 是对权力需要和道德需要中介机制的检验。结合专家的意见,我们决定补充一个实验 2B,通过更接近社会现实情境的重新范畴化范式进行共同内群体认同的启动,也再次验证了中介模型的稳健性,详见“5 实验 2B: 重新范畴化范式的稳健性检验”。

以上考虑如有不当还请指出,再次感谢您宝贵的建议!

第二轮

审稿人 1 意见:

作者对许多问题做出了很好的修改,并增加了一个实验内容以确保实验结果的稳健性,其严谨态度令人尊敬。仍有以下疑问与细节提醒,供作者参考:

回应:

非常感谢审稿专家对我们稿件进行详细地审阅和肯定,并提出了许多中肯而宝贵的意见!兹按照您的意见,我们对稿件中存在的问题一一进行了修改,使之更趋完善,并作修改说明如下,敬请您赐教!

意见 1:

关于 3 个实验的样本量,3 个实验检验的主要是同一效应,且采用的样本量估算方式相同,则实际样本量应保持一致。现在的实验 1 ($n = 176$) 到实验 2A ($n = 147$) 和 2B ($n = 108$) 却呈逐次大幅递减的情况,且无明确说明递减的理由。虽然将来的读者可能不了解背后的过程,但恐很难不产生疑问。此外,将统计检验力水平 $1 - \beta$ 设定为 0.85 也似有些“人为性”,可能 0.8 或 0.9 更常见,不过这应属研究者可自行掌控的问题。

另外一个问题是,现在的样本量估算只是基于方差分析而定,未考虑中介效应分析所需要的样本量。可能后者的样本量估算还不太有很便捷的方法。不过按一般的经验,此类研究似应有较大样本量(如数百),而研究最后其实都是分组(医/患)计算平行中介效应,这是是否已满足测量上的一般性要求?恐怕还需要进一步的考虑。

回应:

非常感谢审稿专家的建议!由于被试身份的特殊性和疫情等原因,各个实验的被试量存在一定的差异,但都符合研究的要求。类似情况在其他研究中也存在,譬如蒋元萍等人(2022)的研究实验 1 和 2 中,经 G-power 计算得到样本量都至少需要 90 人,但最终实验 1 招募了 150 人,实验 2 招募了 125 人,又如宋锡妍等人(2021)研究中实验 2a 和 2b 同为单因素被试

间设计而样本量分别为 175 人和 142 人，此外潘玥安等人(2022)在其研究的两个实验中采用了不一样的统计检验力水平，以及吴奇等人(2021)的研究也采用了不同的统计检验力水平，且在实验 2 中将 $1-\beta$ 设定为 0.85。为提升读者的阅读体验，我们在实验 2B 对象部分增加了一句说明“受疫情影响获取被试较为困难，最终选取被试 108 人，每种实验条件下 27 人”。

关于总体样本量的问题，参考以往类似的实验方案如梁芳美等人(2020)研究中招募的两组被试共 84 人，加上满足 G-power 计算出的最低限度，因此本研究各实验中的样本量应该也是符合要求的。

以上修改如有不当还请审稿专家指出，再次感谢您宝贵的建议！

参考文献：

- 蒋元萍, 江程铭, 胡天翊, 孙红月. (2022). 情绪对跨期决策的影响：来自单维占优模型的解释. *心理学报*, 54(2), 122-140.
- 梁芳美, 肖子伦, 包燕, 赵玉芳. (2020). 共同内群体认同对心理融合的促进效应及其机制. *心理科学*, 43(5), 1147-1153.
- 潘玥安, 姜云鹏, 郭茂杰, 吴瑕. (2022). 不确定性和预期有效性对运动方向感知决策的影响. *心理学报*, 54(6), 595-603.
- 宋锡妍, 程亚华, 谢周秀甜, 龚楠焰, 刘雷. (2021). 愤怒情绪对延迟折扣的影响：确定感和控制感的中介作用. *心理学报*, 53(5), 456-468.
- 吴奇, 钟春艳, 谢锦源. (2021). 拿破仑情结的进化：相对身高劣势和求偶动机对男性冒险行为的影响. *心理学报*, 53(1), 95-110.

意见 2：

关于实验设计与分析方法 研究中称“以 2(群体身份：医方 vs. 患方)×2(群体认同启动：共同内群体认同组 vs. 控制组)的被试间方差分析作为统计方法”，但其实没有明确实验设计的方法。因为医患是客观角色差异，而不是实验者操纵的结果。因此，本质上这个实验是随机区组设计 (block design)，其中角色/身份是 block，每个身份内分了两水平 (共同内群体认同组 vs. 控制组)。如果是这样，那么预实验中关于启动材料有效性的检验，是否应先考虑对全人群做启动与无启动的效果差异，再比较医患内部的差异？同时，对实验结果的分析中，是否也可考虑做单因素协方差分析，而将身份作为控制变量或调节变量？对此我不太确定，建议作者再咨询一下相关的统计学或实验设计专家。

另外，考虑到是分组的单因素二水平设计，是否应考虑做分组的带误差条形图，展示各主要变量的结果差异？这样可使读者更清楚地了解实验结果。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！在预研究中，我们只对竞争受害感问卷的有效性进行了研究，而对于共同内群体认同启动材料，我们则是在前期邀请了多位研究生对其进行评估，操纵检验的数据结果也证明了其启动的有效性。根据您的建议，我们在今后的研究中会将重要的实验材料都纳入预研究的考察范围中。

而对于实验设计和相应统计方法的问题，郭秀艳(2019)在其书中提到被试固有属性也可作为自变量进行分析，以及舒华(2015)提到单因素随机区组设计适用于自变量水平与无关变量水平没有交互作用的情况。在本研究的实验 2B 中，群体身份和共同内群体认同之间存在交互作用，并且在以往共同内群体认同的研究中群体身份也被看做是自变量，类似研究如梁芳美等人(2020)采用 2(群体身份：苗族 vs. 汉族)×2(处理：启动组 vs. 控制组)的两因素被试间设计，Shnabel 等人(2013)采用 2(群体身份：犹太人 vs. 巴勒斯坦人)×4(处理：共同地区身份认同组/共同受害者身份认同组/共同施害者身份认同组/控制组)的两因素被试间设计。虽

然随机区组设计更符合本研究的框架，但为了保持实验 2A 和 2B 的前后一致性，我们认为还是应该将群体身份这一被试变量作为自变量，实验设计依旧为两因素被试间设计。我们遵照您的建议，在实验 1 程序部分补充了“采用 2(群体身份：医方 vs.患方)×2(群体认同启动：共同内群体认同组 vs.控制组)的被试间实验设计，因变量为竞争受害感问卷得分”，以明确本研究实验设计的方法。

以上考虑如有不当请审稿专家指出，再次感谢您宝贵的建议！

参考文献：

郭秀艳. (2015). *实验心理学*. 人民教育出版社.

梁芳美, 肖子伦, 包燕, 赵玉芳. (2020). 共同内群体认同对心理融合的促进效应及其机制. *心理科学*, 43(5), 1147–1153.

舒华. (2015). *心理与教育研究中的多因素实验设计*. 北京师范大学出版社.

Shnabel, N., Halabi, S., & Noor, M. (2013). Overcoming competitive victimhood and facilitating forgiveness through re-categorization into a common victim or perpetrator identity. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(5), 867–877.

意见 3：

关于篇幅与细节 增加一个实验后，整体篇幅稍显得有点大。预实验可否报告得更简洁？另外，实验 2A 与 2B 中的竞争受害感问卷均未报告 Cronbach’s α 系数。且这个系数在预实验和实验 1 中的都显得较低。这可能与问卷只有 5 个条目有关。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！我们已按照您的建议，缩短了预研究的篇幅，精简了“2.2.1 被试”以及“2.4 讨论”的内容。

此外，我们也补充了各实验中竞争受害感问卷的 α 系数，详见文中“实验材料”处。虽然有部分数值较低(α 值为 0.62-0.72 之间)，但可能与问卷题目较少有关。参考陈佩等人(2013)提到当题目少于 6 个时 $\alpha > 0.6$ 是合格的，Peterson(1994)的元分析也表明题目较少时 α 系数可能会在 0.6-0.7 之间，且有研究报告人际反应指标量表的移情关心分量表的 α 系数也低于 0.7(何宁，朱云莉，2016；张文新 等，2022)，据此我们认为本研究中竞争受害感问卷的 Cronbach’s α 系数应该是可以接受的。同时，在以后的研究中，我们也会继续完善相关的问卷量表，对其进行一定的扩充或修订以提高信度。

以上考虑若有不当还请您指出，再次感谢您宝贵的建议！

参考文献：

陈佩, 石伟. (2013). 领导风格、工作压力与组织忠诚间的关系研究——以某机场集团公司为例. *当代经济*, 35(1), 7.

何宁, 朱云莉. (2016). 自爱与他爱：自恋、共情与内隐利他的关系. *心理学报*, 48(2), 199-210.

张文新, 李曦, 陈光辉, 曹衍森. (2021). 母亲积极教养与青少年亲社会行为：共情的中介作用与 OXTR 基因的调节作用. *心理学报*, 53(9), 976-991.

Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381-391.

审稿人 2 意见：

作者经过修改，不仅添加了一个实验，前言的逻辑做了进一步厘清，更加流畅，研究方法也相对更加详实可靠。

回应：

非常感谢审稿专家对我们稿件进行详细地审阅和充分肯定！

审稿人 3 意见：

作者对稿件进行了认真地修改，回复了审稿意见和问题，也增加了新的研究证据和补充说明。但是仍然存在一些问题。

回应：

非常感谢审稿专家对我们稿件进行详细地审阅和肯定，并提出了许多中肯而宝贵的意见！兹按照您的意见，我们对稿件中存在的问题一一进行了修改，使之更趋完善，并作修改说明如下，敬请您赐教！

意见 1：

尽管作者增加了实验 2B，通过重新范畴化范式启动医患双方的共同内群体认同，以检验中介模型的稳健性。但仍不能证明权力需要与竞争受害感之间的因果关系，没有彻底解决中介机制问题。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！正如专家所言，对于中介机制的检验，如果通过直接操纵中介变量，的确能够更好地说明因果关系、解决中介机制问题。但通过操纵自变量并测量中介变量的方法也是可以考察中介机制的，如温芳芳等人（2022）探究群体身份变换性对老年人印象更新的影响，其研究通过最简群体范式操纵了自变量，而对中介变量即共同内群体认同用的则是问卷测量；又如张文新等人（2021）探究教养方式对青少年亲社会行为的影响，对中介变量共情采用的是共情反应量表；再如吕小康等人（2019）探究反驳文本对患方信任和道德判断的影响，对中介变量不确定容忍度和宽容度也采用的是问卷测量，以上研究都通过测量中介变量考察中介机制。

在后续的研究中我们将遵从您的建议，通过操纵中介变量以更好地说明变量的因果关系，解决中介机制问题。虽然迄今为止我们尚未找到操纵权力需要的范式，但在今后的研究中，我们会继续探索权力需要的操纵范式或其他可以操纵的中介变量，从而更好地解决该中介机制问题。

以上考虑是否恰当，恳请专家进一步批评指正，再次感谢您宝贵的建议！

参考文献：

- 吕小康，付春野，汪新建. (2019). 反驳文本对患方信任和道德判断的影响与机制. *心理学报*, 51(10), 1171-1186.
- 温芳芳，柯文琳，何赛飞，佐斌，李兰心，马书瀚，王晶. (2022). 群体身份变换性对老年人印象更新的影响：共同内群体认同的中介作用. *心理学报*, 54(9), 1059-1075.
- 张文新，李曦，陈光辉，曹衍森. (2021). 母亲积极教养与青少年亲社会行为：共情的中介作用与 *OXTR* 基因的调节作用. *心理学报*, 53(9), 976-991.

意见 2：

实验 2B 和 2A 使用了同样的权力需要问卷和道德需要问卷，但在不同的实验和被试中，其内部一致性系数可能是不同，建议在实验 2B 中补充两个问卷的内部一致性系数。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！我们已在实验 2B 中补充了权力需要和道德需要的内部一致

性系数，分别为 0.80 和 0.84，详见“5.2.2 材料和程序”。如有不当请指出，再次感谢您！

意见 3:

建议在实验 2B 中，添加“医方（患方）共同内群体认同、权力需要、道德需要和竞争受害感的相关”矩阵，使读者一目了然。

回应:

非常感谢审稿专家的建议！我们已根据您的建议在实验 2B 中补充了相关矩阵，详见“表 5 医方(患方)共同内群体认同、权力需要、道德需要和竞争受害感的相关”。如有不当请指出，再次感谢您！

意见 4:

“6.1.3 权力需要和道德需要在共同内群体认同与竞争受害感之间的中介作用”部分中最后一段，“数据结果显示，实验 2B 中患方控制组的竞争受害感($M=4.45$, $SD=1.08$)显著低于实验 2A 的患方控制组($M=5.02$, $SD=1.03$), $p=0.40$ ”，数据结果与表述不符，请核对。

回应:

非常感谢审稿专家的意见！经过查证，此处是我们写作时的疏漏，应该是 $p = 0.040$ ，已在 6.1.3 相应位置进行修改。再次感谢您！

第三轮

审稿人 1 意见:

作者较好的回应了之前提出的问题，并对一些存疑的问题做出了合理的解释说明。可以考虑进入编委复审。提醒作者再次检查新增文献的格式规范性，如最后一条：[袁曦,. (2014). 福柯哲学应用:医患关系中的微观权力分析. 医学与哲学, 35(502), 58-60.] 作者后多了一个逗号，且页码范围符号还不是 En dash 而是连字符，可再专门检查并修正一次。

回应:

非常感谢审稿专家的意见！我们已核对了参考文献格式的规范性，将连字符、En dash 和破折号的使用区分开来，并改正了了标点符号的错误，同时还对文中其他内容进行了勘误、修改和润色。

以上修改如有不当请您指出，再次感谢专家宝贵的意见！

审稿人 3 意见:

作者对相关问题均进行了回答，没有进一步意见。

回应:

非常感谢审稿专家对我们稿件进行详细地审阅和充分肯定！

编委意见:

我认真阅读了已修改的文章和三位评审三轮的评审意见。鉴于评审专家二提出，建议再找一位专家能从认知、方法和测量的角度提出一些看法，因此再邀请一位专家评审，多提出一些修改意见，以便文章能更优化更完善。因本文今年 4 月收稿，以往三轮审稿和修改时间都较为迅速，因此有时间容量请再一位专家提出完善意见。另外，稿件存在因多轮修改而变得冗长的问题，也建议作者能一并精准处理。

回应:

非常感谢编委专家的建议! 我们已对稿件进行了精简, 具体有: 删去三个实验“被试”部分关于被试选取细则的重复内容; 根据审稿人的建议删去实验 1 中相关和回归分析的内容; 精简了“实验 2B”中关于启动范式和实验程序的说明。

以上修改如有不当还请编委专家指出, 再次感谢您的建议!

第四轮

审稿人 4 意见:

该论文讨论了一个重要的现实问题, 并提出了两项简单并且看上去也有效的方案。尽管从研究的角度, 我相信作者观测到的效果, 但是从现实问题的角度, 我觉得这些实验操作对于真实解决医患矛盾显得轻浮。当然, 这不构成否定这篇论文的理由(并且也不是作者之错)。以下我有些部分是希望和作者一起思考, 有些则指出了论文在方法或写作等方面存在的问题。前者仅供参考, 后者需要作者在文中加以修改。

回应:

非常感谢审稿专家对我们稿件进行详细地审阅和肯定, 并提出了许多中肯而宝贵的意见! 兹按照您的意见, 我们对稿件中存在的问题一一进行了修改, 使之更趋完善, 并作修改说明如下, 敬请您赐教!

意见 1:

首先, 你们探讨的是医患矛盾, 而不是一般性的医患关系。所以, 医生的竞争受害感更高, 这是显而易见的。这倒不是如作者所说, 医生更有可能经历医患矛盾。我不知道当被试看到医患矛盾时想到的是什么, 对我这个只能做患者的人而言, 我想到的是医生被患者家属(往往是残酷和不正当的)攻击而非反过来, 患者及家属被医生欺负。但是在就诊过程中, 更多被恶劣对待的可能是患者而非医生。所以, 我不知道当这个问题抛给你的被试的时候, 他们到底是根据自身经历(我想这不太可能, 即使对医生而言, 因为如果他们真的遭遇的严重的医患矛盾, 他们应该不大可能出现在工作岗位了), 还是根据道听途说。如果所有人都是构建出来的医患矛盾, 都是医生被患者家属攻击, 那当然医生的竞争受害者更高。心理学研究的一个问题是它们常常是心理学研究者脑子里的产物, 却对现实不够尊重和重视。

建议一: 需要厘清你们指的“医患矛盾”具体是什么, 需要更多论证为什么医患矛盾中医患双方都会产生竞争受害感, 而为什么医生更高(对这一点, 你们是有假设的, 还是完全探索性的呢?)。你们在写作上的一个问题是推进太快, 所以论证不够清晰有力。讲理论原理和讲其对医患关系的适用性应该分开论述, 而非夹杂在一起。

回应:

非常感谢审稿专家的建议! 本研究中的医患冲突指医患双方在医疗过程中对另一方的行为、方法、态度等存在认识偏差从而产生的纠纷和冲突, 并不特指患方攻击医方。之所以没有给被试预设医患冲突的背景, 是因为想要了解现实生活中医患是否存在竞争受害感, 我们在预研究中发现, 在没有为被试构建冲突背景的情况下医患双方均报告了较高的竞争受害感。竞争受害感是一种主观的感受, 即冲突双方主观上都认为己方群体是最大的受害者, 且从群际冲突理论出发, 医患双方对冲突的认识是受到集体记忆的影响进行构建而不是仅仅基于个人经历, 且这种认识存在群体差异(艾娟, 2022)。在本研究中, 竞争受害感是因变量, 竞争受害感是否存在以及如何消除是本研究关注的重点, 暂且没有考察竞争受害感的来源。基于以往研究和现实生活, 无论是通过亲身经历或者间接途径形成, 竞争受害感都会对医患关系产生负面影响, 使群体双方陷入以自我为中心的受害者状态, 不愿接触外群体也不愿尝

试宽恕与和解(Young & Sullivan, 2016)。专家的建议也提醒我们在今后的研究中可以考察医患竞争受害感的来源, 以及对于不同来源竞争受害感的干预是否应有所差异。

其次, 本研究的假设中不包括医方竞争受害感高于患方, 这一点是探索性, 但考虑到样本量可能不足以支撑该结果, 因此不再将其作为本研究的结论之一, 仅保留在“6.1.1 医患间竞争受害感”中的讨论, 并补充“但考虑到样本量问题, 该结论不具有代表性, 未来仍需要更全面系统的研究进行验证”。

最后, 按照您的建议, 我们对引言进行了修改和补充, 在“1.1 竞争受害感”部分增加了两段医患冲突中双方为何产生竞争受害感的论述:

“竞争受害感是一种普遍存在于群际冲突情境下的心理现象(Young & Sullivan, 2016), 群体之间一旦产生冲突, 群体成员会认为内群体相较于外群体遭受到了更大的折磨和痛苦, 力图证明内群体是群体冲突中的最大受害者, 不愿接触外群体也不愿尝试宽恕与和解, 且可以通过代际传递成为群体文化的一部分(Lupu & Peisakhin, 2017; Noor et al., 2012; Vollhardt & Bilali, 2015)。其产生有两个基础, 首先是群体之间存在社会资源的不平等, 群体双方产生了相互竞争的倾向; 其次是对冲突事件中受害者身份的感知(Noor, et al., 2008), 即竞争受害感是建立在人的主观认知和体验上, 而不是苦难本身的客观严重程度, 强调社会对受害者身份的承认(de Guissemé & Licata, 2017)。

目前, 尚无对医患间竞争受害感的实证研究, 但已有学者指出医患冲突会使双方产生竞争受害感, 医方有可能强调患方在医患冲突中对自己造成的身心伤害以及心理压力(降海蕊等, 2022), 从而感知到群体受害者身份(汪新建 等, 2016); 而患者作为疾病的承担者, 有可能强调医疗资源的不平等、医方诊疗行为的不恰当、态度的冷漠, 从而也参与受害者竞争(艾娟, 2018)。竞争受害感使医患双方对对方群体产生消极的刻板印象, 即使并没有亲身遭遇过医患冲突, 也会在医患互动中担心对方做出伤害自己的行为, 医患信任遭到破坏。”

以上修改如有不当, 还请审稿专家指出, 再次感谢您宝贵的建议!

参考文献:

Young, I. F., & Sullivan, D. (2016). Competitive victimhood: A review of the theoretical and empirical literature. *Current Opinion in Psychology*, 11, 30–34.

艾娟. (2022). 群际冲突长期存在的心理基础与和解路径. *学术交流*, 388 (05), 143–156.

意见 2:

我实在很难喜欢告诉医生和患者他们是战胜疾病的队友这种共同内群体认同操作。我不是医生, 都感觉自己受了侮辱。我当然不是在责怪作者, 要说责怪的话, 可能更多是认为心理学的干预天真可笑吧(我也是做心理学研究的, 所以这里也包含了自我反省)。我感觉这里又回到了医患矛盾到底是什么的问题。为什么作者不去调查一下, 这些医生或病人, 他们真实经历的, 面临的或感受到的医患矛盾是什么? 他们在填答竞争受害者问卷的时候想到的又是什么? 医生和患者当然是队友, 但显然不是完全平等的队友。医生和患者他们各自对这个问题有怎样的思考呢? 这些原本重要的, 背景性的信息全部消失不见, 研究是被架空, 悬浮的。关于这一条没有相应建议, 有的话也是希望以后做研究的时候, 要更多想想现实。

回应:

非常感谢审稿专家的建议! 共同内群体认同的实验操作在不同的群体中已有多次运用, 如犹太人和德国人 (Wohl & Branscombe, 2005)、黑人和白人(Banfield & Dovidio, 2013)等等, 这些群体之间有着积年累月的仇恨和偏见, 然而实验结果表明共同内群体认同也能带来正向的影响, 所以我们认为该操作应是值得在我国医患群体中进行尝试的。此外, 在我国医患关系的领域中已有类似的实践应用, 如山东某医院推行了暖文化服务, 其中的亲情服务关怀和

医患公益座谈会就可以视为是建立医患共同内群体的做法,结果表明经历暖文化服务的患者信任感、对医护态度和医患关系感知状况都明显优于对照组(李冠军, 2020); 又如南京某医院的卢医生自发组织病友会, 经常利用休息时间带领患者和家属一同登山, 在医生与患者的关系之上又建立起了朋友这层上位身份, 诸如此类的案例还有很多。因此, 将共同内群体认同作为医患竞争受害感的干预手段有着相对较为扎实的理论和实践基础, 具体的实施方法随着后续研究的推进也会不断优化。

综上, 本研究是将共同内群体认同模型应用于医患关系领域的一次有益尝试。此外, 我们也考虑到了在对抗疾病时医患双方不平等的问题, 因此在实验 2B 中才更换了范式, 试图建立更平等的上位群体身份。在以后的研究中, 我们会多关注现实中的复杂因素, 进行更多的前期调查让实验设计更贴近现实。

以上考虑如有不当, 还请审稿专家指出, 再次感谢您宝贵的建议!

参考文献:

- Banfield, J. C., & Dovidio, J. F. (2013). Whites' perceptions of discrimination against Blacks: The influence of common identity. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(5), 833–841.
- Wohl, M., & Branscombe, N. R. (2005). Forgiveness and collective guilt assignment to historical perpetrator groups depend on level of social category inclusiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(2), 288–303.
- 李冠军.(2020). 以患者为本的暖文化建设对不同类型患者心理影响的研究 (硕士学位论文). 上海师范大学
卢医生肺友之家新闻稿.取自 https://m.baidu.com/bh/m/detail/ar_10140210682619214010

意见 3:

作者补充的研究, 看得出来做了非常多努力。但因为其本身的复杂度, 我没有具体参与研究, 就很难代入进去理解研究中到底发生了什么。首先被试是有过实习经历的医学生和有过就医经历的大学生。我很高兴看到作者在选择被试的时候, 对身份上是有所考虑的。但这些被试, 他们眼里的医患矛盾又是什么呢? 医生或者患者身份, 对他们的身份认同来说, 又有多大的重要性呢? 这个任务虽然看上去对降低医生的竞争受害感有用, 但真的能运用到现实中吗? 整体上看上去, 三个研究中, 都是医生的竞争受害感更高, 而也都是医生通过共同群体身份减少了竞争受害感。给我的感觉是颇有些怪异的。如果医患矛盾中医生更多是事实上的受害者, 那么为什么还要他们减少权力需要呢? 如果不是, 那为什么他们的竞争受害感更高呢? 他们的竞争受害感更高, 难道是因为他们相对病人, 更少共同内群体认同吗?

回应:

非常感谢审稿专家的建议! 首先, 实验 2B 中的被试的确与之前两个实验略有不同, 医方被试在实习中都会对医患冲突有一定认识, 但患方被试在离开医院环境后对医患冲突的敏感性可能会降低, 这一点在 6.1.3 部分也已进行了讨论。其次, 实验 2B 中的重新范畴化范式在不同的群体中都适用(Gaertner et al., 1989; 梁芳美 等, 2020), 其中用到的寒冬野外生存任务来自于《Join Together: Group Theory and Group Skills》的 7.3 部分, 该书已多次再版, 在团体干预领域有一定的影响力, 因此本实验中用到的重新范畴化范式应是可以在现实中运用的。

此外, 竞争受害感是一种主观的感受, 本研究没有对医患冲突现实情况进行调查, 因此“竞争受害感更高”并不能说明哪一方才是事实上的受害者。而医方竞争受害感更高, 一方面是因为医务人员往往有更频繁的医患互动, 经历医患冲突的频次更高, 另一方面是因为本研究的患方被试多为门诊的轻症患者, 与医务人员的接触少于住院和重症患者。事实上, 在整理数据时我们也发现个别患方被试有较高的竞争受害感, 可能与其以往的就医挫折经历有

关，我们以往的研究也发现，医冲突经历会引发患者更多的负性情绪，并损害医患关系(He et al., 2020)，只是本研究中可能与医务人员有直接冲突的患者人数较少，因此患者总体的竞争受害感低于医务人员。这也启示我们未来可以选取此类患者作为研究被试，考察就医冲突经历对竞争受害感的影响以及共同内群体认同的干预作用。我们在“6.4 贡献与不足”中补充了相关内容：“因此，未来研究可以把被试过往就医经历纳入考量，考察就医冲突经历对竞争受害感的差异影响以及对共同内群体认同的干预作用。”

最后，本研究的假设是在建立起共同内群体认同后，患方会更愿意尊重、配合医方的治疗方案，同时医方也更倾向于让患方在治疗过程中发挥影响力，而权力需要的内涵就是有自主意识的、有影响力的、受到尊重的，所以在本研究中，并不是要求某一方主动牺牲减少权力需要，而是在建立共同内群体认同后，提升医患双方的权力感从而满足权力需要(SimanTov-Nachlieli et al., 2013)。

以上考虑如有不当，还请审稿专家指出，再次感谢您宝贵的建议！

参考文献：

- Gaertner, S. L., Mann, J., Murrell, A., & Dovidio, J. F. (1989). Reducing intergroup bias: The benefits of recategorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 239–249.
- He, W., Wang, X. L., Zhou, X. C., & Xu, L. L. (2020). Negative expectations and bad relationships: Effects of negative metastereotypes on doctor–patient relationships. *Asian Journal of Social Psychology*, 23, 103–108.
- Johnson, D. W., & Johnson, F. P. (2011). *Joining together: Group theory and group skills (5th ed)*. Pearson Education Inc.
- 梁芳美, 肖子伦, 包燕, 赵玉芳. (2020). 共同内群体认同对心理融合的促进效应及其机制. *心理科学*, 43(5), 1147–1153.

意见 4：

两个中介变量，权力需要和道德需要的测量，我也觉得是过于抽象的。即使在患者就诊过程中，医生和患者均要求权力，但是他们对权力的要求是一样的吗？就诊过程中的权力和道德需要，和医患矛盾中双方的权力和道德需要，也不是一回事吧？感觉我说来说去都绕回了医患矛盾本身，大概还是很难接受这个复杂的问题被如此简化吧。作为心理学研究可以这么干，但真的基于这项研究去做现实中的干预，“构建更全面的医患关系干预模型”，我是要捏一把汗的。以上呈现的是我个人的思考，都不一定对，仅仅是希望研究者在做研究的时候，可以思考得更充分和贴合现实一些。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！首先，权力需要和道德需要的测量问卷均基于以往的相关研究，可用以测量不对等关系双方的权力需要和道德需要。例如，Shnabel 和 Nadler(2008)用其测量受害者和施暴者的权力和道德需要；Kahalon 等人(2019)也用这两个问卷测量了优势群体和弱势群体的权力和道德需要，这些研究为本研究采用这些问卷进行中介效应的有效测量提供了借鉴和依据。非常感谢您的宝贵意见，您的建议也提示我们今后的相关研究可以进一步优化中介变量的测量方法，通过考察我国医患群体权力需要和道德需要的心理结构，编制出更适合我国医患群体的测量工具，以上思考也补充到了“6.4 贡献与不足”第三段中：“未来可以尝试探索基于我国医患群体的权力和道德需要的心理结构，开发出更完善的测量工具”。其次，由于在本研究中，竞争受害感是因变量，竞争受害感是否存在以及如何消除是本研究关注的重点，暂且没有考察竞争受害感的来源，即没有过多的考察与区分竞争受害感及其作用机制是来源于一般的就诊过程抑或者冲突情景中。基于以往研究和现实生活，无论是通过亲身经历或者间接途径形成，竞争受害感都会对医患关系产生负面影响，使群体双方

陷入以自我为中心的受害者状态。专家的建议也提醒我们在今后的研究中可以考察医患竞争受害感的来源，以及对于不同来源竞争受害感的作用机制是否应有所差异。

而对于医患问题本身，本研究基于已有的 CIIM 理论试图从全新的角度考察对医患竞争受害感的作用，尝试将复杂的问题用几个变量展示出来，是对这一研究主题的一次探索。待到后续的研究跟进、理论模型更加完善后，我们可以再把研究中的经典范式按照实际需求进行改编，逐步实现理论服务于实践的目标。综合以上考虑，我们按照您的建议，删除了“构建更全面的医患干预模型”的表述。

以上修改如有不当请审稿专家指出，再次感谢您宝贵的建议！

参考文献：

Shnabel, N., & Nadler, A. (2008). A needs-based model of reconciliation: Satisfying the differential emotional needs of victim and perpetrator as a key to promoting reconciliation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(1), 116–132.

Kahalon, R., Shnabel, N., Halabi, S., & SimanTov-Nachlieli, I. (2019). Power matters: The role of power and morality needs in competitive victimhood among advantaged and disadvantaged groups. *The British Journal of Social Psychology*, 58, 452–472.

意见 5：

摘要（也包括文中）说部分中介和完全中介是不合适的。事实上，完全中介是几乎不可能真正确证的：

Rucker, D. D., Preacher, K. J., Tormala, Z. L., & Petty, R. E. (2011). Mediation analysis in social psychology: Current practices and new recommendations. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(6), 359–371.

回应：

非常感谢审稿专家的建议！我们已仔细阅读以上文献，并按照您的建议修改了摘要和文中“部分中介”和“完全中介”的表述，全部改为“起中介作用”，同时删除了“6.1.3”中关于医患群体中介模型差异的讨论。

以上修改如有不当请审稿专家指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 6：

引言的问题请参见前面的建议一。就算不做更多的研究，也需要分析清楚。

回应：

非常感谢审稿专家的建议！按照您的建议，已对引言部分进行了修改，在 1.1 部分增加了两段论述，详细地分析了医患双方产生竞争受害感的独特原因：“竞争受害感是一种普遍存在于群际冲突情境下的心理现象(Young & Sullivan, 2016)，群体之间一旦产生冲突，群体成员会认为内群体相较于外群体遭受到了更大的折磨和痛苦，力图证明内群体是群体冲突中的最大受害者，不愿接触外群体也不愿尝试宽恕与和解，且可以通过代际传递成为群体文化的一部分(Lupu & Peisakhin, 2017; Noor et al., 2012; Vollhardt & Bilali, 2015)。其产生有两个基础，首先是群体之间存在社会资源的不平等，群体双方产生了相互竞争的倾向；其次是对冲突事件中受害者身份的感知(Noor, et al., 2008)，即竞争受害感是建立在人的主观认知和体验上，而不是苦难本身的客观严重程度，强调社会对受害者身份的承认(de Guissmé & Licata, 2017)。

目前，尚无对医患间竞争受害感的实证研究，但已有学者指出医患冲突会使双方产生竞

争受害感，医方有可能强调患方在医患冲突中对自己造成的身心伤害以及心理压力(降海蕊等，2022)，从而感知到群体受害者身份(汪新建 等，2016)；而患者作为疾病的承担者，有可能强调医疗资源的不平等、医方诊疗行为的不恰当、态度的冷漠，从而也参与受害者竞争(艾娟，2018)。竞争受害感使医患双方对对方群体产生消极的刻板印象，即使并没有亲身遭遇过医患冲突，也会在医患互动中担心对方做出伤害自己的行为，医患信任遭到破坏。”

意见 7:

实验 1 作者写到“通过 G*power3.1 计算实验所需被试量。以 2(群体身份：医方 vs.患方)×2(群体认同启动：共同内群体认同组 vs.控制组)的被试间方差分析作为统计方法，设置参数中等效应量 $f = 0.3$ ；显著性水平 $\alpha = 0.05$ ；统计力水平 $1-\beta = 0.85$ ，计算得到至少需要样本总量 102 人，每组 26 人。”这里有三个效应量，两个主效应和一个交互作用，那么作者依据的是哪个效应？为什么？要写清楚。作者的假设是什么？假设了交互作用吗？在被试间方差分析中，根据假设不同，所需样本量的大小会有很大差异。实验操作比较直白，感觉存在社会赞许性。关于这个操作我还有一些思考写在前面了。结果报告中相关和回归分析似乎是不需要的，共同内群体认同仅仅是操作检验。做完 ANOVA 后，如果想看看控制性别和年龄后的结果，直接将这变量作为协变量放入方程即可。另外我个人非常反对用所做的统计的名字作为子标题，子标题体现的应该是这部分考察的问题，而不是用的统计方法。

回应:

非常感谢审稿专家的建议！本研究的各假设都不包含交互作用，非常抱歉我们在最初使用 G*power 软件计算样本量时出现了错误，使用了包含交互作用的计算方式，即 Numerator df 设置为了 1 而不是 3，因此进行修改：“设置参数中等效应量 $f = 0.35$ ，显著性水平 $\alpha = 0.05$ ，统计功效 $1-\beta = 0.85$ ，计算得到至少需要样本总量 105 人，每组 27 人”。感谢您指出我们的错误，今后我们会更加谨慎，不再出现此类疏漏。

关于实验操作，我们在今后的研究也会考虑到社会赞许性问题进行改进，更严谨地设计实验操作。在实验 1 结果报告部分，我们按照您的建议删去了相关和回归分析。此外，文中数据分析部分的子标题也已经修改，4.2.3 和 5.2.3 标题改为“权力需要和道德需要的中介效应”。

以上修改如有不当请审稿专家指出，再次感谢您宝贵的建议！

意见 8:

实验 2a 和 2b 你的样本量用来检测中介效应，应该是不够的。这点至少要在讨论中作为不足指出。如果你们认为够，也要给出依据。这方面的探讨很多，请自行查阅探讨中介检验中所需样本量的文献。“将被试随机编入四个组别中”出现了很多次，这个说法是不恰当的。医患身份本身是固定的，不是研究者随机编入的。更恰当的说法是在医患两个群体中，随机将被试分配到共同内群体认同组和控制组。“且医方群体中，共同内群体认同能够有效降低医患双方的竞争受害感以及权力需要”这个写法自己跟自己矛盾了吧？降低的是医方群体的竞争受害感，不是医患双方的。实验 2a 和 2b 的研究结果不一致，实验 2b 没有发现共同内群体认同的主效应。这一点很值得注意。另外这里又涉及到作者的假设到底是什么的问题，是共同内群体认同在医患双方中作用相同，没有交互作用，还是认为在哪一方可能效果更明显？现在就是很投机取巧的方式，不管是有主效应，还是有交互作用，都说明假设得到了验证。整体体现的，仍然是作者对所研究问题本身把握不够。

回应:

非常感谢审稿专家的建议！关于实验 2A 和 2B 的样本量，我们是参考 Ma 和 Zeng(2014)以及温忠麟等人(2016)的研究，中介效应分析对样本量的要求与其他类型分析基本一致，都

是要满足中等及以上的效应量和不小于 0.8 的统计功效，否则就需增加样本量，而本研究中实验 2A 和 2B 的样本量可以满足中等效应量和 0.85 统计功效的要求。我们还查阅了类似的中介研究，如宋锡妍等人(2021)在进行中介分析时也是使用 G*power 软件以方差分析的方式计算样本量，同样的例子还有 Fischer 等人(2022)的研究等。因此，实验 2A 和 2B 的样本量应是可以接受的，当然我们也认为如果能适当增加样本量，结果可信度可进一步提高。我们按照您的建议，在“6.4 贡献与不足”第三段进行了补充“所以后续研究应当扩大样本来源，并适当增加样本容量”。

此外，根据您的建议，已把文中三处“将被试随机编入四个组别中”的表述修改为“在医患两个群体中，随机将被试分配到共同内群体认同组和控制组”；改正 5.3.2 最后一段的表述“医方群体中，共同内群体认同能够有效降低竞争受害感以及权力需要，而在患方群体中该效应不显著”。

最后，本研究并没有假设存在交互作用，实验 2B 的确不符合研究假设，共同内群体认同的主效应不显著但交互作用显著。可能因为是我们在选择患方被试时，虽然考虑到了其就医经历，但结果证明仍是与医院情景中的被试有差别，未来相关的研究还是应该在医院环境中进行，以更好地验证研究假设，对此我们在“6.3 权力需要和道德需要在共同内群体认同与竞争受害感之间的中介作用”中也进行了讨论。综上所述，我们对相关表述进行了修改，具体如下：摘要中“实验 2B 采用更接近社会现实情境的重新范畴化范式，结果显示共同内群体认同的主效应不显著，但与群体身份的交互作用显著，仅医方权力需要的中介路径成立”；“5.4 讨论”部分“结果与实验 2A 不同，共同内群体认同的主效应不显著，但其与群体身份存在交互作用”。

以上修改如有不当，还请审稿专家指出，再次感谢您宝贵的建议！

参考文献：

- Fischer, M., Twardawski, M., Strelan, P., & Gollwitzer, M. (2022). Victims need more than power: Empowerment and moral change independently predict victims' satisfaction and willingness to reconcile. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(3), 518–536.
- Ma, Z. W & Zeng, W. N. (2014). A multiple mediator model: Power analysis based on monte carlo simulation. *American Journal of Applied Psychology*, 3(3), 72–72.
- 宋锡妍, 程亚华, 谢周秀甜, 龚楠焰, 刘雷. (2021). 愤怒情绪对延迟折扣的影响：确定感和控制感的中介作用. *心理学报*, 53(5), 456–468.
- 温忠麟, 范息涛, 叶宝娟, 陈宇帅. (2016). 从效应量应有的性质看中介效应量的合理性. *心理学报*, 48(4), 435–443.

意见 9：

综上，从心理学研究的角度，我认为该研究基本上达到了发表要求。如果说有什么保留的话，大概是样本量偏小，共同内群体身份干预值得商榷，以及研究假设的含糊和研究结果的不一致。这些当然都是很重要的问题，但毕竟无法要求完美。能尽量改改的，就去改一改。但若是从现实出发的话，该研究的问题就更大了，希望作者在今后的研究中能好好去思考吧。心理学研究者面对现实问题的时候，还是要更谦虚谨慎些才是啊。

回应：

非常感谢审稿专家对我们稿件仔细地审阅以及提出许多建设性的修改意见！我们已对以上问题一一进行了回复，并按照您的建议对文章进行了相应的修改，如有不当之处还请您指出。您的建议带来了许多启发，让我们加深了对医患冲突和共同内群体干预的认识，并让我

们更加注重本研究的现实意义和实际应用问题,这些对完善本研究以及开展后续的研究都有很重要的意义,再次感谢您宝贵的建议!

第五轮

编委意见:

《共同内群体认同对医患竞争受害感的影响及其机制》(稿号:xb22-158)于2022年4月11日收稿,经过编辑部初审、编委初审,送3位外审专家审定。其中,2位建议大修后再审,1位建议小修后再审。作者经过第一轮修改后,继续送外审专家。结果为,2位建议小修后再审,1位建议修改后发表。作者经过第二轮修改后,3位外审专家均同意修后发表。其中,有1位外审专家建议从方法和测量角度请其他专家继续提出意见。因此,编委复审后,邀请第4位专家进行外审,外审专家提出了详细的修改意见,给予的回复是“发表或修改后发表”。2022年11月10日作者提交第四轮退修稿件。鉴于以往4位评审专家给予的意见均为“发表或修改后发表”,故同意提交主编终审。

主编意见:

该文经过多轮评审和修改,已经达到学报发表要求,同意发表。谢谢作者的辛勤付出!

回应:

非常感谢主编和各位编委专家对我们稿件进行详细地审阅以及对四轮修改工作的肯定!现已按照录用通知单中的要求再次检查并完善了稿件的格式。

如有不当烦请指出,再次感谢各位专家!