

# 《心理学报》审稿意见与作者回应

题目：反驳文本对患方信任和道德判断的影响与机制

作者：吕小康 付春野 汪新建

## 第一轮

**审稿人 1 意见：**第一，文章从患方的角度关注对医患纠纷的心理学干预，具有新颖度与社会价值。第二，引入了反驳文本的技术来促使患方对医方产生信任，实验设计精巧。第三，问题涉及医疗领域，相关材料的审核强调了医学专业性，可信度高。有少数问题建议修改：

**意见 1：**实验 2 在实验 1 的基础上加入不确定性容忍度和对医宽容度作为影响患方信任和道德判断的中介变量，这两个变量的加入从心理学角度进行的论述不够充分，显得突兀，建议补充，使模型有适当的理论基础。相应的，在讨论部分也应该更多地加入心理学变量之间关系的讨论和理论总结，而非仅仅只是针对经验和现象的描述和应用性讨论。

**回应：**感谢审稿专家提出的非常有建设性的意见。对中介变量的提出的确存在论述不够充分的问题。专家 2 也提出了这一点。在仔细查阅专家提供的相关文献后，我们将第 1 部分中对中介变量的提出增加了如下内容：

实验 2 在实验 1 的基础上探究反驳文本影响患方信任和道德判断的中介机制。医患矛盾本质上也是一种互不信任情况下的双输博弈，其解决需要双方共同的智慧。而大多数患方因为缺乏科学批判思维的教育，智性谦逊 (intellectual humility)、即洞察自身知识的局限性的能力 (McElroy et al., 2014) 水平可能较低；而对不确定性的识别和管理是智慧的重要标准 (Baltes & Staudinger, 2000)，若智性谦逊较低，则不易容忍特定事物的不确定性而总是期待理想化结果，尽管这种结果出现的可能性并不一定如个体所愿。而医学实践的结果并非总是精确，医患双方均需在不确定性的医疗情境下做出判断和决策 (Luther & Crandall, 2011)；无法忍受不确定性的个体，往往倾向于对刺激做出负性的评价 (Koerner & Dugas, 2008)。相反，若能通过反驳文本促进患方提升其智性谦逊，从而意识到一些貌似不可能发生的医学事实是客观存在，可假定其能提高对意外结果的容忍度；在此基础上，患方也有可能更合理宽容地看待医方未能在不确实情境中做出完全精准的判断，从而不失去对医方决策的信任。由此，实验 2 以不确定性容忍度和对医宽容度作为影响患方信任和道德判断的中介变量，假设不确定性容忍度和宽容度在反驳文本对患方信任的提升和对医方道德判断的转变中起到链式中介作用，以进一步明确反驳文本促进和谐医患关系的作用机制。

同时，对于结果的讨论部分，我们修改如下 (6.1.4)：

实验 2 和实验 3 发现，不确定性容忍度和宽容度在反驳文本干预和道德判断及信任之间起到链式中介作用；宽容度在反驳文本干预和信任之间起到中介作用。认识到知识的局限和不确定性是智慧启发的基础 (Baltes & Staudinger, 2000)。从实验 2 和实验 3 对中介机制的探究结果可以推想，反驳文本干预是提升个体智慧启发的简单高效的途径，促进相对科学、理

性的思考。同时，不确定容忍度和宽容度作为影响道德判断和患方信任的近端因素，后续的研究可以从该方向着手思考如何提高患方的不确定性容忍度，使患方客观意识到现代医学的局限、医生诊断的不确定性以及临床疾病的复杂多变性，为探求和谐的医患关系建立新的途径。

**意见 2:** 实验 1 在呈现实验材料时应明确指出四种情景与实验设计条件的对应性，目前不清楚控制组到底经受什么样的处理？

**回应:** 感谢审稿专家指出文章中的不明之处，此问题与专家 2 的第 3 条意见具有相同之处；专家 2 同时还提到了如何控制疲劳效应和社会赞许性效应的问题，现统一说明。实验中反驳文本的控制组是采用空白对照组，在正文 3.1.5 的实验程序介绍中，原文进行了如下描述：

本实验采用现场一对一的形式进行问卷填写，先获得其知情同意，然后将被试随机地分配至反驳文本材料干预组和控制组。在干预组被试作答完题目后，提供正确答案和解析，然后对被试提供医患情境材料，并要求其回答后续问题；对控制组被试直接提供情境材料，并要求其回答后续提问。

这一描述可能未能突出“空白对照”的处理方式。所以在 3.1.1 以及 4.1.1 和 5.1.1 的实验设计中补充了该说明：“其中，反驳文本的控制组采用空白对照方式进行”。

对于选择空白对照组作为控制组，有如下几个原因：

(1) 将反驳文本作为一种整体性的干预措施，实验想要探究的是这种整体的干预措施是否能够促进良性的医患关系，如果控制组选取不当，也存在混淆其他变量的可能性；

(2) 该研究理想的方式是被试内重复测量，以被试在干预前对医生的信任水平作为基线来验证干预的有效性。但因为不可能让被试看重复的情境材料以及避免反复施测带来的重复效应，我们选择了完全随机设计，相当于以控制组被试作为一个基线水平。

(3) 我们在预实验中对干预材料进行过初步的时间测算，因担心内容过于冗长，所以未在正文中报告。预实验共 103 名被试，最快完成所有材料的被试约 2 分钟，最晚提交的约 8 分钟；提交答案较为集中的时间在 4~5 分钟之间。反驳文本的完成时间不算太长，且文本材料内容相对比较有趣，有一定的“意料之外”的惊奇，在一定程度上有助于缓解疲劳效应。

(4) 针对可能存在的“被试迎合主试期望”和“社会赞许性”，我们主要采取了标准化的指导语来尽量加以避免，同时对实验的具体执行人员进行具体的培训，尽量避免人为的诱导因素。

**意见 3:** 3.1.1 并未交代因变量还包括对“王先生会带孩子做检查”这一问题的测量，在 3.2.4 中出现得比较突兀。研究假设也应该提前交代，而非在 3.2.4 的结果部分出现。

**回应:** 感谢审稿专家的提醒。我们已经在提出实验假设部分增加了该内容，在 1（问题提出）中加入“在医生给出进行骨髓穿刺建议后，首先让被试预测材料中的患方是否会听从医生的建议，以验证反驳本文对被试的行为倾向的影响”；同时，在实验一的 3.1.5 的实验程序步骤三中也有明确写明该步骤：“步骤三：要求被试预测材料中王先生是否会听从医生的建议，回答‘是’或‘否’”。

**意见 4:** 篇幅太长，建议有详略，对相应部分进行适当增删。如：

(1) 预实验的材料可放附录。

(2) 预实验的结果可列表显示，将各题回答正确与否与对批判性思考激活的认同度放入同一个表中，更直观清晰

(3) 再如反驳文本干预有效性的操作及其说明，分散在 2.1.2、2.2.2 等各个部分，不够集中，

给阅读带来困难。另“反驳文本干预有效性的检验采取主观评分，‘通过做题和阅读，我发现自己原有的认识不一定是对的’”。

(4) 表 1 是描述性统计的结果，而非 3.2.5 所述“三因素方差分析”的结果。对于边缘显著的原因解释建议放到讨论部分，不要跟结果混在一起。

(5) 图 3 文字显示不完整。

**回应：**感谢审稿专家的细致意见。

(1) 已将预实验材料放在附录部分（参见附录 1），另在正文 2.1.2 中列举了两个条目以做范例；错答情况和干预有效性自评（批判性思考激活认同度）已放入同一表中，参见 2.2 中的表 1；

(2) 将 2.1.2 和 2.2.2 的结果和讨论整合在一起，见 2.2；

(3) 反驳文本干预有效性的检验采取主观评分，已经在 2.1.2 中的实验材料部分说明；

(4) 原论文中的表 1 的说明已经修改，修改为“反驳文本干预实验组和控制组中不同行为方式和检查结果条件下道德判断和患者信任得分的描述性统计结果”，详见 3.2.5；

(5) 边缘显著的原因解释已经放在 6.1.3 讨论部分；

(6) 图 3 文字显示不完整已经调整。

(7) 重新叙述第 1 部分“问题提出”，目前此部分字数不到 3300 字，在《心理学报》要求的引言部分字数在 3500 字内的规定

.....  
**审稿人 2 意见：**本研究非常有价值，我仔细审阅后，也深受启发！一、前言 该文与时代热点密切相关，而且能够从道德认知领域相关的理论上建构研究背景，论证清晰、逻辑性强。前言反映了研究者对问题深入、周密的思考。部分修改意见：

**意见 1：**“防御性医疗行为”对读者可能有些陌生，需要有所解释说明。

**回应：**感谢审稿专家的建议。我们重新参照所引用的文献，对“防御性医疗”做了简略的概述，以便读者理解，表述如下“.....或防御性治疗（defensive medicine），即为避免医疗风险与医疗诉讼而开具不必要的检查和药物、进行不必要的治疗、回避收治高危病人或高危治疗方案等（He, 2014；谭亚, 2011）”。其中，所引用的文献，一篇是香港教育大学的和经纬（Alex Jingwei He）副教授的相关文献，他长年研究中国大陆医疗体制的相关问题；另一篇是大陆学者对防御性医疗的动机及类型的划分。

**意见 2：**错别字“反直学的医学知识”？“忘了这些他们以为司空见惯的事也曾经非比寻常”此句可能需要进一步说明。

**回应：**感谢审稿专家的细心提醒，我们已经在原文中对错别字进行了修改，并仔细检查文中是否还存在同样的问题；“忘了这些他们以为司空见惯的事也曾经非比寻常”，引自于贝尔的《生命的关键决定：从医生做主到患者赋权》（2018）。脱离了书中原文单独使用确实需要进一步说明，但我们对引言部分进行了缩减，同时该引用对引言的整体逻辑并不起决定性作用。所以，我们删除了该引用。

附：于贝儿（Peter Ubel）的网站可见以下链接，他是杜克大学的医学教授，同时专注于医患沟通与医患共同决策的研究，与我们的研究主题高度相关：

<https://medicine.duke.edu/faculty/peter-ubel-md>

**意见 3：**控制组被试是否是“空白对照组”？即比“干预组”被试缺少一个实验前的阶段？——这样是否影响实验结果的说服力？比如“疲劳效应”、被试迎合主试期望，“社会赞许”效应的

差异导致结果差异？

**回应：**此条回应与“回应 1.2”有相同之处，可结合参看。反驳文本干预的控制组被试采用的是空白对照组。虽然我们在 3.1.5 的实验程序中写道：“对控制组被试直接提供情境材料”，但对该重要问题的描述不够清晰，所以修改稿中在 3.1.1 以及 4.1.1 和 5.1.1 的实验设计中补充了该说明：“其中，反驳文本的控制组采用空白对照方式进行”。在实验前我们课题组针对如何设置控制组问题也进行了反复的讨论，对于选择空白对照组作为控制组，有如下几个原因：

(1) 将反驳文本作为一种整体性的干预措施，实验想要探究的是这种整体的干预措施是否能够促进良性的医患关系，如果控制组选取不当，也存在混淆其他变量的可能性；

(2) 该研究理想的方式是被试内重复测量，以被试在干预前对医生的信任水平作为基线来验证干预的有效性。但因为不可能让被试看重复的情境材料以及避免反复施测带来的重复效应，我们选择了完全随机设计，相当于以控制组被试作为一个基线水平。

(3) 我们在预实验中对干预材料进行过初步的时间测算，因担心内容过于冗长，所以未在正文中报告。预实验共 103 名被试，最快完成所有材料的被试约 2 分钟，最晚提交的约 8 分钟；提交答案较为集中的时间在 4~5 分钟之间。反驳文本的完成时间不算太长，且文本材料内容相对比较有趣，有一定的“意料之外”的惊奇，在一定程度上有助于缓解疲劳效应。

(4) 针对可能存在的“被试迎合主试期望”和“社会赞许性”，我们主要采取了标准化的指导语来尽量加以避免，同时对实验的具体执行人员进行具体的培训，尽量避免人为的诱导因素。

当然，我们采取的措施可能还不能完全避免审稿专家的担忧，在操作细节上面可能还存在一些干扰效应，这恐怕得在以后的实验中再加以更为细致的控制。

**意见 4：**是否严格按照“双盲设计”的原则？如：“步骤四：对被试随机呈现 4 种情境之一。每个调查员提供给被试一个装着四支外观完全一致的中性笔笔筒，但每支笔底部标有编码（分别为 a、b、c、d）。要求被试随机从中选择 1 支笔，之后以“检验笔是否好用”为由查看笔底部编码。根据编码数字，对被试提供不同的情境材料”调查员是否知晓材料内容、研究假设？

**回应：**准确地讲，我们的实验不算完全严格的双盲设计实验，而应当算是比较标准的单盲设计。施测时使用的笔筒中的中性笔外观完全一致，编号之后要求调查员先混匀，使自身及被试并不能看到每支笔的底部编码。这一过程的随机性和匿名性应当是有保证的。同时，在培训研究生调查员时，并未透露实验的具体假设。

但是，调查员确实需要了解材料的具体内容（虽然他们并未参与编制过程），因为他们最后还需要在实验结束后向被试提供准确的信息解读；我们同时还将现场实验过程，当成是一种真正的医学知识普及与医患模拟沟通的过程，即真正是“健康知识小测验”这一名义调查所要起到的功能，以期在现实中传递医学专业的信息与思维方式。在调查中也发现，并不是所有被试都会“心悦诚服”的认同反驳文本的材料，有些被试还会进一步求证，甚至要求提供准确的文本出处，或者就“骨髓穿刺”的合理性提出自己的见解。此时调查员会予以提前准备的、较为统一的解释，说明医学检查的不确定性，以期被试能够更加理解医方的思维。

因此，对于主试，我们只是在培训过程要求做到不提前透露答案、不要诱导回答等一般性的要求，但对于反驳文本的材料、答案、及相关情景的医学解答，我们进行过统一的解释说明。现场执行调查时，即使我们一开始不告知调查员号码与情境之间的对应关系，但由于被试是一个一个进行的单独调查，因此，调查员也很容易归纳出哪一个号码对应哪一种情境。另外，出于实验成本的考虑，我们也未考虑在当地再招募具体的执行人员。我们认为，双盲肯定是最合理的设计；但在现场执行这样的实验程序，可能还是有很多其他方面的阻碍。我

们只能在后续研究中进一步思考双盲的条件和形式，在此研究中恐怕很难再去弥补。

**意见 5:** 结果非常有意思，对现实实践、减缓医患矛盾也很有启发！针对前测道德水平的差异，是否有可能是实验组的“智性谦逊 (Intellectual humility)”提高了，更可能意识到自己的知识相对于真理的局限性？类似于苏格拉底的“无知之智”。这个结果对智慧 Wisdom 领域的研究也很有启发。Grossmann 等人 2017 年在 *Nature Human Behavior* 上发表的研究显示：越有智慧（包含 Intellectual humility 这个核心成分）的人，越可能选择长期互利的合作，避免“公地悲剧”。结合你们的研究结果，这其中的一个可能机制就是智慧高的人智性谦逊高，更可能认为合作者是有长期合作的道德基础的。“医患矛盾”本质上也是一种互不信任情况下的“双输博弈”，其解决需要双方共同的智慧。而大多数患者因为缺乏科学批判思维的教育，智性谦逊可能偏低，通过你们研究中的操纵方法，有可能提高其智性谦逊，有助于从根本上解决医患矛盾这个社会问题——反过来解释，智性谦逊低、自以为是的人，是否更可能“自我中心化”，进而低估他人的道德水平？与之相应地，反驳文本组预测做检查的概率显著高于控制组，这其实也体现了个体智慧的核心特征：“审慎”。参见法拉利著作：Ferrari, M., & Weststrate, N. M. (Eds.). (2013). *The Scientific Study of Personal Wisdom*. In *The Scientific Study of Personal Wisdom* (pp. 325–341). 此外，在智慧领域，有许多学者都探讨了对“不确定性”的管理和包容，认为这是智慧的一个核心特征，例如 Baltes 等的柏林智慧范式 (Berlin Wisdom Paradigm) 系列研究和 Grossmann 的智慧推理系列研究。

**回应:** 非常感谢审稿专家的肯定和提供的建设性意见，不仅弥补了现有研究中理论论述的不足，而且也为后续的研究指明方向。专家 1 也指出了这一点，这里再次说明如下：

首先，我们将您提供的建议中的一部分应用于中介变量的提出部分，以完善原文中论述的不足，增加内容如下：

实验 2 在实验 1 的基础上探究反驳文本影响患方信任和道德判断的中介机制。医患矛盾本质上也是一种互不信任情况下的双输博弈，其解决需要双方共同的智慧。而大多数患方因为缺乏科学批判思维的教育，智性谦逊 (intellectual humility)、即洞察自身知识的局限性的能力 (McElroy et al., 2014) 水平可能较低；而对不确定性的识别和管理是智慧的重要标准 (Baltes & Staudinger, 2000)，若智性谦逊较低，则不易容忍特定事物的不确定性而总是期待理想化结果，尽管这种结果出现的可能性并不一定如个体所愿。而医学实践的结果并非总是精确，医患双方均需在不确定性的医疗情境下做出判断和决策 (Luther & Crandall, 2011)；无法忍受不确定性的个体，往往倾向于对刺激做出负性的评价 (Koerner & Dugas, 2008)。相反，若能通过反驳文本促进患方提升其智性谦逊，从而意识到一些貌似不可能发生的医学事实是客观存在，可假定其能提高对意外结果的容忍度；在此基础上，患方也有可能更合理宽容地看待医方未能在不确实情境中做出完全精准的判断，从而不失去对医方决策的信任。由此，实验 2 以不确定性容忍度和对医宽容度作为影响患方信任和道德判断的中介变量，假设不确定性容忍度和宽容度在反驳文本对患方信任的提升和对医方道德判断的转变中起到链式中介作用，以进一步明确反驳文本促进和谐医患关系的作用机制。

同时，对于结果的讨论部分，我们修改如下 (6.1.4)：

实验 2 和实验 3 发现，不确定性容忍度和宽容度在反驳文本干预和道德判断及信任之间起到链式中介作用；宽容度在反驳文本干预和信任之间起到中介作用。认识到知识的局限和不确定性是智慧启发的基础 (Baltes &

Staudinger, 2000)。从实验 2 和实验 3 对中介机制的探究结果可以推想，反驳文本干预是提升个体智慧启发的简单高效的途径，促进相对科学、理性的思考。同时，不确定容忍度和宽容度作为影响道德判断和患方信任的近端因素，后续的研究可以从该方向着手思考如何提高患方的不确定性容忍度，使患方客观意识到现代医学的局限、医生诊断的不确定性以及临床疾病的复杂多变性，为探求和谐的医患关系建立新的途径。

其中，对“智性谦逊”的定义，我们选取了与本研究主题最接近的定义，即 McElroy 等（2014）年提出的，智性谦逊指洞察自身知识的局限性；而对于智慧和不确定性之间的关系，我们选取了 Baltes 和 Staudinger（2000）的经典研究。关于 Grossmann 等人的研究我们放在了另外的部分，会在后续的问题中回答。该部分增加的参考文献如下：

Baltes, P. B., & Staudinger, U. M.. (2000). Wisdom: a metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136.

McElroy, S., Rice, K., Davis, D. E., Hook, J. N., Hill, P. C., Worthington, E. L., & Van Tongeren, D. R. (2014). Intellectual humility: Scale development and theoretical elaborations in the context of religious leadership. *Journal of Psychology and Theology*, 42, 19-30

**意见 6:** 还有人探讨情绪中介对不确定性的容忍，例如悲伤的情绪让人更能容忍不确定性，进而做出更智慧的决策。（Baillon, A., Koellinger, P. D., & Treffers, T. (2016). Sadder but wiser: The effects of emotional states on ambiguity attitudes. *Journal of Economic Psychology*, 53(SupplementC), 67-82.）这可能也是你们在研究中可以考虑的一个中介变量。最终发现有严重的病情，是否也可能诱导被试产生悲伤的情绪？而如果最终完全康复，是否更可能诱导被试产生积极情绪，因而不太容忍不确定性？

**回应:** 感谢审稿专家提出的非常有建设性的意见。遗憾的是，我们在实验设计阶段没有充分的考虑到这一点，没有对被试的情绪进行测量，所以未能在该实验中进行有效的验证。所以，我们把该建议加入研究展望部分，内容修改为（6.3）：

第三，中介机制的探究需要继续深入。首先，本文主要探究了反驳文本提升道德判断和患方信任的中介机制，而医疗结果作为一个更重要的影响因素，其作用机制尚不明确。医疗结果对被试的情绪可能产生重要影响，当最终的检查结果为淋巴细胞白血病时，可能诱导被试产生悲伤的情绪；而检查结果只是普通发烧时，更可能诱导被试产生愉悦情绪。研究表明，相比于愉悦情绪，悲伤情绪的被试会更能够接受不确定性，从而更接近中立态度（Baillon, Koellinger, & Treffers, 2014）。所以，情绪的中介作用是值得继续深入探究的方向。

**意见 7:** 个人感觉，反驳文本操纵是本研究中的一大亮点，也是最重要的自变量，在研究一中，最重要的是以反驳文本操纵、控制组分组画直方图（而不是以做不做检查分类），与研究二的结果进行对比，说明为什么在研究一中观察到了道德评价与医患信任上的实验效应，而在研究二中仅有道德评价上的效应。研究一是在被试回答医患信任量表前对医生进行了意图判断。有无事先的意图判断是否是最终医患信任水平的一个调节变量？

**回应:** 感谢审稿专家提供的建议和指导。正文中的直方图主要是为表达实验一中存在的两个交互作用，即检查结果（淋巴细胞白血病/普通发烧）和行为方式（做检查/不做检查）的交互作用，反驳文本（实验组/控制组）和检查结果（淋巴细胞白血病/普通发烧）的交互作用。我们认为，事先的意图判断的确是影响医患信任水平的一个调节变量，但是，很遗憾我们没有把该变量纳入到同一个实验中进行验证，所以把该部分的意见加入到讨论部分。我们认为提供思考时间和引导意图判断是同时进行的，所以结合第 11 条意见，最终修改内容如

下 (6.1.1):

值得注意的一点是,对比实验 1 和实验 2 的研究结果可以发现,思考时间可能是一个重要的调节变量。实验 1 中在呈现检查结果之前,首先引导被试对材料中的患方是否听从医生的建议进行预测,以及对材料中医生的意图进行推断,该过程在提供思考时间的同时,也可能促进了被试更加深思熟虑的思考。实验研究发现,通过延迟时间引发审慎的思考,能够有效促进信任和合作 (Grossmann, Brienza, & Bobocel, 2017)。所以,缺乏一定的思考时间可能是实验 2 中反驳文本干预对患方信任没有显著影响的原因之一。同时,本研究假设反驳文本干预可以提升被试的智性谦逊,那么该研究结果也可间接的表明智性谦逊的提升需要一定的时间作为基础。

**意见 8:** 最后,“反驳文本操纵”这个命名还是停留在具体层面上,是否可以深入到心理层面,比如说“智性谦逊操纵”或者“科学批判思维操纵”? 进一步确认你们所操纵的心理自变量。

**回应:** 确实如此。我们在实验设计之初,并未设想将反驳文本作为智性谦逊或批判思维的操作化技术,而只是作为一种具体技术加以采用。在我们引用的文献中也是这样使用的 (Beker, Kim, Boeke, van den Broeka, & Kendeoub, 2019; Kendeou, Walsh, Smith, & O'Brien, 2014)。不过专家提出的方式确实提供了一种新的记性,可以在后续研究中进行尝试。但使用时,这里恐怕还需要讨论将智性谦逊或批判思维操作化为反驳文本的合理性、有效性的问题。如何对这两个要点进行准确的评估,可能还需要进一步思考。参考文献如下:

Kendeou, P., Walsh, E. K., Smith, E. R., & O'Brien, E. J. (2014). Knowledge revision processes in refutation texts. *Discourse Processes*, 51(5–6), 374–397.

Beker, K., Kim, J., Boeke, M. V., van den Broeka, P., & Kendeoub, P. (2019). Refutation texts enhance spontaneous transfer of knowledge. *Contemporary Educational Psychology*, 56, 67–78

**意见 9:** 研究二中需说明路径分析所使用的软件,以及检验模型总体效应的参数值。

**回应:** 已在 4.2.4 中明确报告路径分析所使用的软件“使用 SPSS 中的 Process 插件”;模型总体效应的参数值已经在 4.2.4 中详细列出,“模型总效应的参数值为:  $F(4, 160) = 3.93, p < 0.005, R^2 = 0.089$ ”;研究三同样进行了修改和补充。

**意见 10:** 研究三中的“5.2.2 控制变量对因变量的影响”多元线性回归分析报告结果应该有  $b$  值/Wald 值。此外,样本量不足以支撑对这几个预测因子效应同时解释。

**回应:** 非常感谢审稿人的提醒。因样本量不足以建立整体的回归方程,研究三对控制变量的检验采用了不同于研究一和二的其他方法。分别以性别、婚姻状况和生育状况为自变量,以不确定性容忍度、对医宽容度和患方信任为因变量,做独立样本  $t$  检验,结果均不显著。以年龄和自变量(反驳文本干预)对不确定性容忍度、对医宽容度和患方信任各自建立两组多元线性回归方程。结果发现,年龄对宽容度预测作用显著,  $t(81) = 3.31, p = 0.001, B = 0.16$ 。详见 5.2.2; 根据该结果重新将“年龄”作为协变量纳入 5.2.4 的链式中介分析,数据结果已经做出相应修正;同样,4.2.2 中,对结果显著的控制变量补充了  $B$  值。

**意见 11:** 思考时间是个很重要的调节变量,参见: Grossmann, I., Brienza, J. P., & Bobocel, D. R. (2017). Wise deliberation sustains cooperation. *Nature Human Behaviour*, 1, 0061. 给予被试足够长的思考时间,或者引导被试用更长的时间思考,可能会在信任上发现实验效应。目前

的讨论较好地突出了实践价值，但是理论意义的阐发稍欠。建议加入智慧、智性谦逊方面的理论进行讨论，并与您的研究结果对比、关联。

**回应：**感谢审稿专家提供的建议和文献，对我们的研究深有启发。根据您的建议，修改内容如下（6.1.1）：

值得注意的一点是，对比实验 1 和实验 2 的研究结果可以发现，思考时间可能是一个重要的调节变量。实验 1 中在呈现检查结果之前，首先引导被试对材料中的患方是否听从医生的建议进行预测，以及对材料中医生的意图进行推断，该过程在提供思考时间的同时，也可能促进了被试更加深思熟虑的思考。实验研究发现，通过延迟时间引发审慎的思考，能够有效的促进信任和合作（Grossmann, Brienza, & Bobocel, 2017）。所以，缺乏一定的思考时间可能是实验 2 中反驳文本干预对患方信任没有显著影响的原因之一。同时，本研究假设反驳文本干预可以提升被试的智性谦逊，那么该研究结果也可间接的表明智性谦逊的提升需要一定的时间作为基础。

**意见 12：**细节：作者还需仔细检查错别字、语病，例如：错别字：“医生建立做骨髓穿刺检查”？语病：“为保证与后面测量内容的方向一致性”此外，参照 APA 格式报告统计参数，如  $\eta^2$  需要斜体。

**回应：**感谢审稿专家细致的审阅。“建立”已经修改为“建议”；已删除语病句“为保证与后面测量内容的方向一致性”的多余赘述；此外，已参照 APA 格式对报告统计参数的要求核对检验相关格式。另顺便说明，按 APA 格式及中国心理学会编制的《心理学论文写作规范》（2016），以希腊字母出现的统计符号，如  $\eta^2$ ， $\chi^2$ ， $\beta$  不应当斜体，而是正体；英文统计符号是斜体，如 *M*、*SD* 等。

---

## 第二轮

**审稿人 1 意见：**

**意见 1：**在引入了智性谦逊这一变量之后，显得是智性谦逊而不是不确定性对于整个机制和结果有更强大的解释效力，然而智性谦逊并没有被测量，所以请作者考虑如何平衡这一问题。

**回应：**感谢审稿专家提出的建设性意见，综合专家 2 的意见，修改稿中，不在引言部分引入“智性谦逊”，而只在“讨论”部分加以引入，这样不冲突已有的实验主题，同时又可引出后续研究的一个思路。从反驳文本干预到医患信任及道德判断的提升之间，本质上是从一种干预措施到态度的转变，除不确定性容忍度和医患宽容度的链式中介作用机制外，可能还存在其他的路径。而我们的研究，只是对其可能存在的中介路径进行了一次探索性的尝试。引入“智性谦逊”，主要是作为“不确定性容忍度”和“宽容度”的理论基础，而非作为一个变量加入对结果的讨论中。我们后续会对此展开更加深入、完善的探究。

**审稿人 2 意见：**修改稿有显著地提高，特别在理论水平上！尚有修改意见如下：

**意见 1：**对原文“认识到知识的局限和不确定性是智慧启发的基础”，“智慧启发”这个翻译在国内的文献——如汪凤炎等著作中未曾出现过，可能不如“实用智慧”或者“智慧思维”这样翻译妥当。我本人也不太熟悉国内对 wisdom 领域的翻译，具体可能还要以汪等的著作《智

慧心理学：理论探索与实践》等为准。Baltes 等人是将智慧定义为解决人生难题的实用性专家知识系统，而“不确定性的理解与管理”是智慧的元成分。

Baltes, Paul B., 和 Ursula M. Staudinger. 《Wisdom: A Metaheuristic (Pragmatic) to Orchestrate Mind and Virtue toward Excellence.》 *American Psychologist* 55, 期 1 (2000 年): 122–36. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.122>.

回应：感谢审稿专家严谨的提醒。我们修改了“智慧启发”的表达方式，参照国内外学者(Baltes & Staudinger, 2000; 陈浩彬 & 汪凤炎, 2013)对智慧领域的研究，将原文修改如下(6.1.4)：

#### 6.1.4 不确定容忍度和宽容度的中介作用机制

实验 2 和实验 3 发现，不确定性容忍度和宽容度在反驳文本干预和道德判断及信任之间起到链式中介作用；宽容度在反驳文本干预和信任之间起到中介作用。而对不确定性的理解与管理是智慧的元成分 (Baltes & Staudinger, 2000; 陈浩彬, 汪凤炎, 2013)，作为一种知识系统，智慧包括对复杂的、不确定的情境的洞察和判断。从实验 2 和实验 3 对中介机制的探究结果可以推想，反驳文本干预是提升个体智慧思维的简单高效的途径，促进相对科学、理性的思考。

此外，我们没有采用“实用智慧”的表达方式，刘超和汪凤炎(2016)对中国人实用思维的表述是：“讲求实际，注重实用，通常考虑某成分或某物件是否有用及如何应用；具有重现世满足，轻彼岸追求、注重当下之用，忽视长远之用、重应用探究，轻理论建构的特征。”这里所论述的“实用”与我们文中所探讨的“实用智慧”并不相符，为避免产生歧义，所以没有采用“实用智慧”的表述方式。参考文献如下：

Baltes, P. B., & Staudinger, U. M.. (2000). Wisdom: a metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122–136.

陈浩彬, 汪凤炎. (2013). 智慧:结构、类型、测量及与相关变量的关系. *心理科学进展*, 21(1), 108-117.

刘超, 汪凤炎. (2015). 中国人实用思维的基本特征及其效应. *心理研究*, 8(6), 9-14.

意见 2：错别字？“提前建议合作关系的”似乎还有一些错误字要注意。

回应：感谢审稿专家的细心提醒。已经在原文 3.1.5 处修改为“提前建立合作关系的”；除此之外，我们将原文仔细反复校对。

意见 3：“同时以年龄和自变量（反驳文本干预）对不确定性容忍度、对医宽容度和患方信任各自建立两组多元线性回归方程”这里应该是说三个二元线性回归方程吧？年龄和组别是两个预测因子。

回应：感谢审稿专家的提示，此处确实存在表述不清和失误。我们分别以年龄单独作为自变量和以年龄加组别作为自变量来对不确定性容忍度、对医宽容度和患方信任建立回归方程。将原文修改为(5.2.2)：

分别以年龄单独作为自变量，以及以年龄和反驳文本干预同时作为自变量对不确定性容忍度、对医宽容度和患方信任各自建立两组回归方程。

意见 4：“通过延迟时间引发审慎的思考，能够有效的促进信任和合作 (Grossmann, Brienza & Bobocel, 2017)。”原文中报告的是一个交互作用：具备智慧推理特质（包括智性谦逊）或者通过旁观者视角操纵而提升了智慧推理状态的人，在更长时间的思考后更可能选择双赢合作；而不具备的人或者在第一人称当局者视角下降低了智慧推理特质的，在更长时间思考后，

反而比原来更加不信任对方。相应地，后面的讨论要修改。

回应：感谢审稿专家的提示，我们的确表述不严谨。我们将原文内容修改如下（6.1.1）：

有研究发现，对于提升智慧推理状态的被试，在更长时间的思考后更可能选择双赢合作；而降低智慧推理状态的被试，在更长时间思考后，反而比原来更加不信任对方（Grossmann, Brienza, & Bobocel, 2017）。所以，实验 2 中反驳文本干预对患方信任的影响不显著可能存在以下原因：首先，实验 2 在呈现医疗结果之前没有提供给被试一定的思考时间；其次，在实验 1 中，控制组虽然未使用与实验组相反效果的干预措施，但是提供思考时间也存在使被试更加不信任医生的可能性，所以思考时间造成的反差致使两种条件下的医患信任差异更加显著。

意见 5：医患关系是否是中国特有的？西方有没有？如果西方人的医患关系相对不如中国人这样紧张，排除社会经济体制等因素外，是否存在其它可能的心理因素？这些我觉得可以适当讨论。特别是，中国人对于医生的作用、医疗作用机制等的认知，是否存在某些思维特征导致这一关系的紧张化，比如是否欠缺“事物发展的多因多果性”的默会(Tacit)知识？

回应：感谢审稿专家提出的非常有建设性的意见，该方向也是我们目前研究的重点。因担心内容过于冗长，我们没有对中西方医患关系的差异展开具体的探讨，而主要针对“心理因素”进行了论述。我们认为“中国人对于医生的作用、医疗作用机制等的认知，是否存在某些思维特征导致这一关系的紧张化”，皆属于“医学认知信念”。将该部分的讨论加入在了不足与展望部分（6.3）：

第四，本研究的目标是降低医患之间的认知差异，促使患方向医生思维靠拢。那么在中国文化背景下探究患方所不具备的医学认知信念，也是后续研究的重要方向。比如关于疾病的多因素信念(multifactorial beliefs)，多因素信念是指许多常见的疾病（癌症、糖尿病、心脏病和高血压等）本质上都是多因素的，也就是说，它们是由遗传、行为和环境因素共同造成的(Collins, Green, Guttmacher, & Guyer, 2003)。由于不支持多因素信念，普通人和专家之间对风险的概念化缺乏一致性，可能会导致对健康传播者的不信任和对科学结果的怀疑(Gurmankin Levy, Weinstein, Kidney, Scheld, & Guarnaccia, 2008)。

参考文献如下：

- Collins, F. S., Green, E. D., Guttmacher, A. E., & Guyer, M. S. (2003). A vision for the future of genomics research. *Nature*, 422(6934), 835–847.
- Gurmankin Levy, A., Weinstein, N., Kidney, E., Scheld, S., & Guarnaccia, P. (2008). Lay and expert interpretations of cancer cluster evidence. *Risk Analysis*, 28(6), 1531–1538.

意见 6：论文发表前，英文摘要最好找 Native speaker 润色一下。目前存在不少语病，如第一句：“Conflicts and distrust between doctors and patients have drawn more attention in China as well as other countries.”或许您是想说：“Conflicts and mistrust between doctors and patients have caused concern in many countries, especially China.”

回应：感谢审稿专家的提醒，我们请英语专业者对摘要进行了细致的检查和润色。