

团体正念认知疗法对首发抑郁障碍患者沉思的影响

何子杉 严 凯 余建英

(四川大学华西医院心理卫生中心,成都市 610041,电子邮箱:hezishan1992@163.com)

【摘要】 目的 探究团体正念认知疗法对首发抑郁障碍患者沉思的影响。**方法** 招募 103 例首发抑郁障碍患者,并将其随机分为研究组($n=53$)和对照组($n=50$)。两组均给予草酸艾司西酞普兰抗抑郁药物治疗,研究组在此基础上加用团体正念认知疗法,均连续治疗 8 周。在治疗前和治疗 8 周后,分别采用汉密尔顿抑郁量表 17 项、五因素正念度量表和沉思反应量表评估两组患者抑郁症状、正念和沉思水平。**结果** 治疗后,研究组的 17 项汉密尔顿抑郁量表评分、沉思反应量表的冥思维度评分和沉思总分低于对照组,五因素正念度量表各维度评分及总分均高于对照组($P<0.05$)。**结论** 团体正念认知疗法能够提高首发抑郁障碍患者的正念水平,降低沉思水平,有效改善患者的抑郁症状。

【关键词】 首发抑郁障碍;团体正念认知疗法;正念水平;沉思;抑郁

【中图分类号】 R 749.42 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2020)23-3116-05

DOI:10.11675/j.issn.0253-4304.2020.23.27

2017 年世界卫生组织的数据显示,全球抑郁障碍患者人数已达 3.22 亿人,预计到 2030 年抑郁障碍将会成为全球第一大负担疾病^[1],而抑郁障碍在我国人群中的终身患病率为 2.9%~3.9%^[2]。沉思是指个体沉浸在自己的情绪之中,反复思考情绪本身、起因以及可能的结果,但却不思考如何解决问题^[3]。沉思又可以分为冥思与反思两种亚型。冥思是指个体将注意力指向消极方面,并沉溺在消极的情绪中,反复进行自我批判,从而更容易引发抑郁症状;反思是指个体为缓解消极情绪而进行的思考,有助于缓解抑郁症状^[4-5]。但也有研究显示两个亚型都可能加重抑郁^[6-7]。黄月香等^[8]的研究显示,沉思或冥思越严重的患者,其治疗效果越差,需要针对患者的沉思或冥思给予对症治疗,尽可能减轻患者的沉思水平。正念主要通过唤醒自身内在的注意力去感知当下的身心状态和变化,但是对当下的一切感受不做评判^[9]。正念认知疗法(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)是指将认知疗法和正念理念结合起来应用于抑郁症的治疗中^[10]。本研究探究 MBCT 对抑郁障碍患者沉思的影响。

1 资料和方法

1.1 临床资料 选取 2017 年 4 月至 2019 年 3 月由我院心理卫生中心招募的 110 例抑郁障碍患者作为研究对象。纳入标准:(1)符合世界卫生组织精神与行为障碍分类中抑郁障碍的诊断标准^[11];(2)17 项汉密尔顿抑郁量表^[12](Hamilton Depression Scale-17 Items, HAMD-17)总分 ≥ 17 分;(3)年龄 18~60 岁;(4)首次抑郁发作;(5)初中及以上文化程度,具有较好的理解能力。排除标准:(1)脑器质性疾病所致的继发性抑郁症患者;(2)其他精神障碍(如双相障碍、精神分裂症等)所致的抑郁发作患者;(3)有强烈自杀意念的患者;(4)妊娠期或哺乳期妇女;(5)伴有严重的躯体疾病者。根据随机数字表法将患者分为研究组和对照组,各 55 例。两组患者的一般人口学资料和病程差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。所有患者均签署知情同意书。本研究经我院医学伦理委员会审批。

表 1 两组患者的一般人口学资料和病程比较

组别	n	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	性别[n(%)]		受教育年限 ($\bar{x}\pm s$,年)	婚姻状况[n(%)]		病程 ($\bar{x}\pm s$,个月)	职业[n(%)]	
			男性	女性		已婚	未婚/丧偶/离异		在职	无业
研究组	53	39.84 \pm 11.23	18(33.96)	35(66.04)	12.47 \pm 3.31	41(77.36)	12(22.64)	8.72 \pm 3.94	44(83.02)	9(16.98)
对照组	50	38.92 \pm 10.83	20(40.00)	30(60.00)	12.63 \pm 3.65	40(80.00)	10(20.00)	8.10 \pm 3.480	42(84.00)	8(16.00)
t/χ^2 值		0.423	0.403		-0.233	0.107		0.845	0.018	
P 值		0.673	0.526		0.816	0.744		0.400	0.893	

作者简介:何子杉(1992~),女,本科,护师,研究方向:精神科护理。

1.2 治疗方法 两组患者均给予抗抑郁药物治疗, 研究组在药物治疗的基础上加用 MBCT 治疗。

1.2.1 药物治疗: 两组患者均给予草酸艾司西酞普兰(科伦药业)治疗, 起始剂量为 5 mg/d, 两周内加到 10~20 mg/d, 自开始治疗后 8 周内不可加用或换用其他抗精神病药物, 如果患者有睡眠障碍可以加用非苯二氮卓类助眠药, 如佐匹克隆、唑吡坦。如果患者在治疗过程中出现无法耐受的不良反应而换用其他

表 2 8 周团体 MBCT 治疗

时间	训练内容
第 1 周	治疗师与患者建立治疗关系, 患者之间相互介绍, 治疗师简单介绍团体治疗, 制定团体规则, 患者签署团体协议; 治疗师讲解抑郁症病因、临床表现、治疗和预后, 帮助患者更好地了解抑郁症。
第 2 周	治疗师介绍 MBCT 的理论, 并指导患者进行实践练习, 如吃葡萄干练习、身体扫描。
第 3 周	治疗师指导患者进行正念散步、正念身体活动、3 min 的呼吸练习和正念肌肉放松训练, 让患者感知当下的身体感受。
第 4 周	治疗师指导患者进行声音和念头的正念训练, 让患者学会保持开放的态度接纳听到的声音和出现的念头, 不陷入其中。
第 5 周	让患者与不舒服的感受相处, 正念地去觉察一切念头和随之而来的各种感觉, 不排斥他们, 开放地接纳他们。
第 6 周	治疗师介绍认知 ABC [A、B、C 分别表示激发性事件 (activating events)、信念 (beliefs) 以及结果 (consequences)]; 即个体是在自己的信念体系中感知激发时间并出现相应的认知、情绪和行为后果] 理论, 使患者学会觉察情绪背后的认知, 并对同一件事不同的认知导致的不同情绪反应学会保持开放的态度, 不被情绪所控制。
第 7 周	让患者将学到的正念训练应用到日常生活中。在生活中继续进行正念练习, 觉察生活中出现的念头、感觉和身体所做出的反应。
第 8 周	治疗师引导患者进行回顾总结, 展望未来。让患者回想参加团体 MBCT 治疗的目的, 有什么样的收获, 让患者表达正念练习给自己带来的帮助, 并决定在未来进行哪些正念练习。

1.3 评估工具

1.3.1 一般人口学资料调查表: 采用自制的一般人口学资料调查表调查所有患者的性别、年龄、受教育程度、病程等基本资料。

1.3.2 HAMD-17: HAMD-17 由 Hamilton 在 1960 年编制完成, 被认为是衡量抑郁症状的金标准, 量表总分 ≤ 7 分说明不存在抑郁, 8~17 分说明存在轻度抑郁, 18~24 分说明存在中度抑郁, ≥ 25 分说明存在重度抑郁。该量表具有较好的信效度^[12]。

1.3.3 五因素正念度量表: 采用由 Baer 等^[14]编制的五因素正念度量表 (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ) 评估患者的正念水平, 该量表分为观察、描述、有觉知的行动、不判断和不反应 5 个维度, 共有 39 个条目, 每个条目均采用 1 分 (一点也不符合)~5 分 (完全符合) 的 5 级评分法进行评分, 总分越高代表其正念水平越高^[15]。

1.3.4 沉思反应量表: 沉思反应量表 (Rumination Response Scale, RRS) 量表由 Nolen-Hoeksema 等^[16]于 1991 年编制而成, 本次研究采用王芹等^[17]修订的中文版沉思反应量表评估患者对抑郁心境的沉思程度, 该量表分为三个维度: 与抑郁相关、冥思、反思, 共 21 个条目, 每个条目均采用 1~4 分的 4 级评分法, 总分范围为 21~84 分, 总分越高说明沉思越明显。

1.4 调查方法 研究者分别于治疗前和治疗 8 周结束当天对患者进行相关问卷评估, 采用统一的指导语, 指导患者自行填写, 如患者无法填写则由研究者

抗抑郁药, 则剔除出本研究。两组均治疗 8 周。

1.2.2 MBCT: 本研究参考 Segal 等^[13]制定的治疗方案。采用团体治疗的形式, 研究组分为 5 组, 每组 11 例患者, 每周进行一次 MBCT 治疗, 约 2 h/次, 共治疗 8 周。治疗师均通过 MBCT 理论和实践统一培训和考核, 具有团体治疗的经验, 每次 MBCT 治疗均由两名治疗师按照标准化手册制定的内容共同完成。具体内容如下。

代为填写, 填写完毕后当场收回。研究组共发放问卷 55 份, 回收有效问卷 53 份 (96.36%), 对照组共发放问卷 55 份, 回收有效问卷 50 份 (90.91%)。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组内比较采用配对 t 检验, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以例数或百分率表示, 比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 HAMD-17 评分比较 治疗前, 两组患者的 HAMD-17 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组的 HAMD-17 评分均较治疗前降低, 且研究组的 HAMD-17 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 HAMD-17 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
研究组	53	25.26 \pm 5.03	6.72 \pm 2.14	24.692	<0.001
对照组	50	25.11 \pm 4.95	11.60 \pm 4.35	14.497	<0.001
<i>t</i> 值		0.152	-7.287		
<i>P</i> 值		0.879	<0.001		

2.2 两组患者治疗前后 FFMQ 评分比较 治疗前, 两组患者 FFMQ 各维度评分及总分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 研究组 FFMQ 各维度评分及总分均较治疗前提高, 且均高于对照组 (均 $P < 0.05$), 对照组只有观察维度评分较治疗前提高。见表 4。

表4 两组患者治疗前后 FFMQ 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	观察		t 值	P 值	描述		t 值	P 值	有觉知的行动		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
研究组	53	20.24 ± 2.30	24.05 ± 2.39	-8.362	<0.001	21.17 ± 2.49	23.53 ± 2.62	-4.753	<0.001	18.92 ± 2.41	21.35 ± 2.84	-4.750	<0.001
对照组	50	20.50 ± 2.37	21.81 ± 2.32	-2.793	0.006	21.26 ± 2.40	21.81 ± 2.54	-1.113	0.269	19.08 ± 2.47	19.92 ± 2.53	-1.680	0.096
t 值		-0.565	4.822			-0.187	3.380			-0.333	2.692		
P 值		0.573	<0.001			0.852	0.001			0.740	0.008		

组别	n	不判断		t 值	P 值	不反应		t 值	P 值	总分		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
研究组	53	19.16 ± 2.07	21.76 ± 2.32	-6.088	<0.001	18.75 ± 2.08	21.66 ± 2.73	-6.173	<0.001	98.24 ± 11.35	112.35 ± 12.90	-5.978	<0.001
对照组	50	19.08 ± 2.10	19.87 ± 2.19	-1.841	0.069	18.63 ± 2.12	19.49 ± 2.31	-1.940	0.055	98.55 ± 11.46	103.10 ± 11.89	-1.948	0.054
t 值		0.195	4.246			0.290	4.342			-0.138	3.778		
P 值		0.846	<0.001			0.773	<0.001			0.891	<0.001		

2.3 两组患者治疗前后 RRS 评分比较 治疗前,两组患者 RRS 的冥思、反思、与抑郁相关维度评分和沉思总分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后,两组

患者 RRS 的冥思、反思、与抑郁相关维度评分和沉思总分均较治疗前降低,且研究组的冥思维度评分和沉思总分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表5 两组患者治疗前后的 RRS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	冥思		t 值	P 值	反思		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
研究组	53	15.34 ± 6.02	8.93 ± 2.75	7.051	<0.001	10.94 ± 3.47	7.91 ± 3.03	4.788	<0.001
对照组	50	15.03 ± 5.91	12.16 ± 4.08	2.826	0.006	11.08 ± 3.56	8.12 ± 3.23	4.354	<0.001
t 值		0.264	-4.736			-0.202	-0.341		
P 值		0.793	<0.001			0.840	0.734		

组别	n	与抑郁相关		t 值	P 值	总分		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
研究组	53	28.85 ± 6.76	12.42 ± 4.38	14.850	<0.001	55.13 ± 9.16	29.26 ± 5.74	17.423	<0.001
对照组	50	28.75 ± 6.28	13.24 ± 5.79	12.840	<0.001	54.86 ± 8.92	33.52 ± 7.17	13.185	<0.001
t 值		0.078	-0.814			0.152	-3.338		
P 值		0.938	0.418			0.880	0.001		

3 讨论

研究显示,多数抑郁障碍患者存在反刍思维,即反复关注自己的抑郁情绪,反复思考自己抑郁的原因和后果等,反刍思维与抑郁情绪明显相关,影响抗抑郁治疗效果,延长抑郁病程^[18]。沉思是陷入自己的想法、情绪和感受中进行思考,正念是指个体有意识地将思维和注意力放在当下的体验(身体感受、想法和情绪),只去感知内在和外在的体验,用开放和接纳的态度面对当下的体验,并且强调不评判,这与沉思相反,故可以阻止个体对当下体验的进一步沉思和加工^[19-22]。Williams^[20]的研究显示,正念和沉思呈负相关,即正念水平越高,其“放下”负性想法的能力就越强,沉思水平越低。Segal 等^[13]指出,随着正念水平的提高,抑郁障碍患者能更加敏锐地察觉自己的负性情绪,有利于患者及时发现并摆脱沉思思维。

邱平等^[23]的研究显示,正念可调节正常健康大学生的沉思对负性情绪的消极影响,改善大学生的心理状态。Heeren 等^[24]的研究显示,正念可以降低抑郁患者的沉思水平。

正念训练是一系列自我调节方法的集合,主要是训练个体的注意和觉知,让患者在冥想中不批判地觉知自己的身体和情绪,激活与注意、躯体感受相关的脑区,同时抑制情绪相关的脑区^[25]。既往研究显示,正念训练可以阻断以往重建的神经环路,在大脑可塑性的基础上重新建立新的神经环路^[26]。认知疗法是通过改变个体扭曲的认知图式,进而改变他们不良的情绪与行为的一种心理治疗方法^[27]。MBCT 是由 Mark Williams 等 3 位学者以认知疗法为基础,融入卡巴金的正念疗法的理念和练习,帮助个体纠正不良的认知,培养个体学会以开放和接纳的态度面对问题的一种方法^[28]。任峰等^[29]对复发性抑郁障碍患者的研究显示,MBCT 可以改善复发性抑郁障碍患者的正

念水平,改善患者的多维度的残留症状,如焦虑/躯体化、认识障碍、抑郁/阻滞和睡眠障碍,但未发现 MBCT 可降低患者的反刍思维,这可能与纳入的患者本身反刍思维程度较弱有关。目前,国内尚缺乏关于 MBCT 对首发抑郁障碍患者沉思影响的研究报告。本研究结果显示,治疗后研究组的 HAMD-17 评分、RRS 的沉思总分和冥思维度评分低于对照组,FFMQ 各维度评分及总分均高于对照组 ($P < 0.05$),提示相比于单纯抗抑郁药物治疗,抗抑郁药物联合 MBCT 治疗能够更好地改善患者的抑郁症状,提高患者的正念水平,降低患者的冥思和沉思水平。正念训练可以影响某些脑区的活动,如海马、前扣带回和前额叶,这些脑区与注意过程有一定相关性^[30],这可能是正念训练对沉思影响的机制。同时,沉思在抑郁症患者的过度概括化自传体记忆与抑郁症状关系中起中介作用^[31],通过改善患者的过度概括化自传体记忆水平就可能缓解患者的沉思水平^[32]。有研究显示,认知疗法可以改善抑郁障碍患者的过度概括化自传体记忆水平,从而改善沉思程度^[33]。

综上所述,MBCT 可以提高抑郁障碍患者的正念水平,降低患者的沉思,改善患者的抑郁情绪,值得临床应用推广。

参 考 文 献

- [1] 尹华站,肖露,李丹. 应激情境下执行控制与抑郁状态的关系: 沉思倾向的调节作用[J]. 心理研究, 2019, 12(5): 461 - 468.
- [2] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211 - 224.
- [3] 吕振雷,邵薇,陈潇逸,等. 沉思在抑郁症患者负性生活事件与抑郁间的中介效应[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2017, 26(4): 340 - 343.
- [4] Joormann J, Dkane M, Gotlib IH. Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases [J]. *Behav Ther*, 2006, 37(3): 269 - 280.
- [5] Raes F, Hermans D. On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: brooding versus reflection [J]. *Depress Anxiety*, 2008, 25(12): 1 067 - 1 070.
- [6] 凌宇,杨娟,蚁金瑶. 沉思在高中生神经质人格与抑郁症状关系中的中介效应[J]. 中国临床心理学杂志, 2013, 21(4): 605 - 608.
- [7] Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH. Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: gender, neuroticism, and episode duration [J]. *Cognit Ther Res*, 1998, 22(4): 401 - 423.
- [8] 黄月香,薛琴,汤臻,等. 沉思对首发抑郁症患者抗抑郁药物治疗效果的影响 [J]. 中国神经精神疾病杂志, 2018, 44(6): 344 - 348.
- [9] 刘延锦,吕培华,董小方. 正念减压疗法在防治护士职业倦怠中应用的效果评价 [J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(5): 69 - 71.
- [10] Huijbers MJ, Crane RS, Kuyken W, et al. Teacher competence in mindfulness-based cognitive therapy for depression and its relation to treatment outcome [J]. *Mindfulness (N Y)*, 2017, 8(4): 960 - 972.
- [11] 世界卫生组织. ICD-10 精神与行为障碍分类 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 97 - 103.
- [12] Hamilton M. A rating scale for depression [J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960, 23(1): 56 - 62.
- [13] Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression [M]. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2012: 654 - 655.
- [14] Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills [J]. *Assessment*, 2004, 11(3): 191 - 206.
- [15] Deng YQ, Liu XH, Rodriguez MA, et al. The Five Facet Mindfulness Questionnaire: psychometric properties of the Chinese version [J]. *Mindfulness*, 2011, 2(2): 123 - 128.
- [16] Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake [J]. *J Pers Soc Psychol*, 1991, 61(1): 115 - 121.
- [17] 王芹,朱熊兆,蚁金瑶,等. 沉思反应量表中文版在抑郁障碍患者中的运用结果分析 [J]. 神经疾病与精神卫生, 2011, 11(6): 544 - 546.
- [18] 张金玲,钟耕坤,曹枫林. 抑郁症患者反刍思维与执行功能的研究进展 [J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(28): 2 231 - 2 234.
- [19] 汪冕,陈晓莉. 正念干预在护理学领域应用的研究进展 [J]. 护理学杂志, 2015, 30(18): 101 - 104.
- [20] Williams JMG. Mindfulness, depression and modes of mind [J]. *Cognit Ther Res*, 2008, 32(6): 721 - 733.
- [21] Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. Mindfulness: a proposed operational definition [J]. *Clin Psychol-Sci Pr*, 2004, 11(3): 230 - 241.
- [22] Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, et al. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action [J]. *Depress Anxiety*, 2013, 30(7): 654 - 661.
- [23] 邱平,罗黄金,李小玲,等. 大学生正念对冗思和负性情绪的调节作用 [J]. 中国健康心理学杂志, 2013, 21(7): 1 088 - 1 090.
- [24] Heeren A, Philippot P. Changes in ruminative thinking mediate the clinical benefits of mindfulness: preliminary findings [J]. *Mindfulness*, 2011, 18(2): 8 - 13.

- [5] 王建柏,高劲谋,胡平. 创伤后凝血病[J]. 创伤外科杂志,2016,18(11):703-705.
- [6] 唐海峰,黄杨,尹文. 急性创伤性凝血病救治新进展[J]. 临床误诊误治,2015,18(7):68-71.
- [7] 中国研究型医院学会卫生应急学专业委员会,中国中西医结合学会灾害医学专业委员会. 急性创伤性凝血功能障碍与凝血病诊断和卫生应急处理专家共识(2016)[J]. 中华卫生应急电子杂志,2016,2(4):197-203.
- [8] 岳茂兴,尹进南,郑琦涵,等. 维生素 B6 联用丰诺安新疗法挽救治疗创伤性凝血病临床应用实例[J]. 中华卫生应急电子杂志,2019,5(4):251-256.
- [9] 徐善祥,王连,杨俭新,等. ICU 中创伤性凝血病的影响因素与临床意义[J]. 中华急诊医学杂志,2012,21(9):1 007-1 011.
- [10] 陈德昌. 创伤性凝血病的发病机制和救治原则[J]. 中华创伤杂志,2009,12(9):771-773.
- [11] 胡世华,蒋文新,杨艳霞,等. 等比例成分输血在严重多发伤合并创伤性凝血病中的临床应用[J]. 重庆医学,2015,44(1):68-70.
- [12] 崔锐红,李俊杰,陈实,等. 等比例成分输血治疗多发伤并发创伤性凝血病疗效研究[J]. 临床急诊杂志,2015,16(12):912-916.
- [13] 金慧,万鹏,彭娜,等. 凝血和血小板功能监测仪在创伤性凝血病早期诊断中的应用评价[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2014,9(8):696-701.
- [14] 梁晋,祝捷,李建国,等. 亚低温对重型颅脑损伤患者凝血功能及预后的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志,2014,21(1):18-21.
- [15] 汪波. 凝血功能在急性重症创伤患者病情严重程度及预后中的价值研究[J]. 创伤外科杂志,2018,20(7):551-552.
- (收稿日期:2020-07-22 修回日期:2020-08-12)

(上接第 3119 页)

- [25] 肖超群,牟纯玮,周霞. 正念冥想训练对围绝经期妇女焦虑、抑郁及睡眠质量的影响[J]. 南方医科大学学报,2019,39(8):998-1 002.
- [26] 杨寅,钱铭怡. 正念(Mindfulness)的临床应用及作用机制研究进展[C]//首届全国研究生心理咨询与心理治疗学术论坛,北京,2011:1-18.
- [27] 张亚林,曹玉萍. 心理咨询与心理治疗技术[M]. 北京:科学出版社,2014:143-144.
- [28] 黄明明,王立君. 正念认知疗法及其预防抑郁症复发的研究评述[J]. 心理技术与应用,2014(10):9-12.
- [29] 任峰,张坚学,宋翠林,等. 药物合并正念认知疗法对复发性抑郁障碍残留症状的疗效[J]. 中国心理卫生杂志,2019,33(4):248-252.
- [30] 王娟,王晓娟,王茜. 关于正念治疗疼痛的心理与脑机制研究[J]. 医学与哲学,2016,37(22):60-61, 66.
- [31] Sumner JA. The mechanisms underlying overgeneral autobiographical memory: an evaluative review of evidence for the CaR-FA-X model[J]. Clin Psychol Rev,2012,32(1):34-48.
- [32] Kong T, He Y, Auerbach RP, et al. Rumination and depression in Chinese university students: The mediating role of overgeneral autobiographical memory[J]. Pers Individ Dif,2015,77:221-224.
- [33] 柳艳松,周振和,吴震卿,等. 团体认知行为疗法对轻度抑郁症患者概括化自传体记忆的干预[J]. 中国健康心理学杂志,2011,19(10):1 168-1 170.
- (收稿日期:2020-06-07 修回日期:2020-09-21)

● 关于文稿中数字的用法

本刊数字用法执行 GB/T158351995《关于出版物数字用法的规定》,总的原则是:凡是可以使用阿拉伯数字,而且又很得体的地方均应使用阿拉伯数字。以下两种情况必须使用阿拉伯数字:

1、公历世纪、年代、年、月、日和时刻:例如,公元前 5 世纪、20 世纪 90 年代、1995 年 6 月 8 日 14 时 30 分。表示年份要写全称,1995 年不能写成 95 年或'95 年;1953~1958 年不能写成 1953~58 年。年月日可以写成 1995-06-08。时刻用“:”分隔的形式,如 13 时 45 分 8 秒可以写成 13:45:08。

2、计数和计量(整数、小数、分数、百分数、均数)包括序数、编号,4 位和 4 位以上的数字采用三位分节法,不用“千分撇”,节与节之间留半个阿拉伯数字的空隙,如 2,431 应为 2 431。年份、部分代号、仪器型号等非计量数字不用分节,也不加千分撇。尾数“0”多、5 位以上的数字,可以用“万”“亿”表示,但不得以十、百、千、百万、十亿等汉字表示,例如 3 579 000 可写成 357.9 万,但不能写成 3 百 57 万或 357 万 9 千。