

基于正念的方法:它们都一样吗?

Alberto Chiesa¹和 Peter Malinowski²

¹ 博洛尼亚大学

² 利物浦约翰摩尔斯大学

基于正念的方法越来越多地被用作治疗各种心理、精神和身体问题的干预措施。这些方法包括古代佛教正念冥想,如内观和禅宗冥想,现代基于团体的标准化冥想,如基于正念的压力减轻和基于正念的认知疗法,以及进一步的心理干预,如辩证行为疗法和接受与承诺疗法。我们回顾了这些干预措施在哲学背景、主要技术、目标、结果、神经生物学和心理机制方面的共性和差异。总之,目前应用的基于正念的干预措施在正念概念化和实践的方式上存在很大差异。将这些实践视为单一现象或不同现象的决定可能会影响未来研究的方向。 & 2011 Wiley Periodicals, Inc. J Clin Psychol 67:404–424, 2011。

关键词:正念;禅;内观;神经影像学;身体疾病;精神疾病

正念冥想 (MM) 和基于正念的干预 (MBIs) 包括范围广泛的冥想练习和心理干预,这些干预与“正念”的概念相关联 (Chiesa & Serretti, 2010; Ivanovski & Malhi, 2007)。古代佛教冥想,如内观冥想 (Gunaratana,1993)和禅修 (Kapleau,1965),现代标准化的基于团体的冥想练习,如基于正念的减压 (MBSR;Kabat-Zinn,1990)和正念-基于认知疗法 (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002),以及一些心理干预,包括辩证行为疗法 (DBT; Linehan, 1993) 和接受和承诺疗法 (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999),通常被称为“基于正念的”方法。然而,不同作者之间存在显著差异¹ (例如,Baer,2003;Chiesa & Serretti,2010;Hayes & Feldman,2004;Ivanovski & Malhi, 2007;Ospina 等,2007)。

近年来,人们越来越关注使用这种方法作为治疗各种心理和身体疾病的手段的可能性 (Baer,2003;Chiesa & Serretti,2010;Lynch,Trost,Salsman 和 Linehan,2007; Pull, 2009) 和降低健康受试者的压力水平 (Chiesa & Serretti, 2009)。特别是,基于对 MM 实践的历史记录,这表明它可能有助于从业者实现从不满意和痛苦中解脱,并发展持续的快乐和幸福 (Analayo,2003;Gunaratana,1993;Kapleau,1965),以及观察,这表明

本文由 Beverly E. Thorn 编辑审阅并接受。
我们感谢葡萄牙 BIAL 基金会 (助学金 30/08)对第二作者 (PM) 的慷慨支持。

与本文有关的信件应寄至:Alberto Chiesa, Institute of Psychiatry, University of Bologna, Viale Carlo Pepoli 5, 40123 Bologna, Italy;电子邮件:albertopnl@yahoo.it

¹不同作者定义和结合现有“基于正念”的方法的方式存在一些差异。一些人将 MBSR、MBCT、DBT 和 ACT 结合在一起,称它们为“基于正念的干预”(例如 RA Baer,2003)。其他人以“正念冥想”的名义将内观和禅修以及 MBSR 和 MBCT 结合在一起 (例如 Chiesa 和 Serretti,2010;Ospina 等,2007)。

此外,其他作者将所有此类实践结合在一起 (例如 Ivanovski & Malhi,2007)。在本文中,我们将内观和禅修称为正念冥想 (MM),将 MBSR、MBCT、DBT 和 ACT 称为“基于正念的干预”(MBI),以便在以它们出现的历史背景为基础。

古代 MM 可能对多种疾病在临床上有效 (例如, Chiesa, 2009, 2010), 已经进行了几次尝试将正念元素纳入现代心理干预。如果人们认为佛教哲学和心理学主要致力于消除与通常被描述为破坏性的情绪的发生和维持相关的潜在倾向和习惯 (例如, 愤怒) 和增加幸福和同情等 “积极” 情绪 (Chambers, Gullone, & Allen, 2009; Goleman, 1988)。在现代版本的正念练习中, MBSR 在将正念引入心理学和医学领域方面发挥了关键作用 (Kabat-Zinn, 1990)。随后开发的进一步干预建立在 MBSR 早期工作支持的正念理论和定义的基础上 (Hayes 等人, 1999; Linehan, 1993; Segal 等人, 2002)。

虽然 MM 和 MBI 的早期研究主要关注评估其临床疗效 (Baer, 2003; Bishop, 2002), 但最近的研究开始关注此类干预的心理和生理相关性 (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer 和 Toney, 2006; Brown & Ryan, 2003; Ivanovski & Malhi, 2007) 以及可能的潜在机制, 有时会发现相反的结果。然而, 这些研究中出现的不一致的发现可能是由于作者如何概念化正念的差异造成的。

此外, 许多关于正念的研究, 特别是 MM/MBI, 因缺乏科学严谨性而受到批评。一个主要的批评涉及缺乏将 MM 和 MBI 与足够的比较器进行比较的高质量随机对照研究, 其中包括对益处的预期, 但排除了大多数基于正念的方法所声称的 “活性成分”, 即坐冥想和相关实践 (Chiesa & Serretti, 2010)。精通佛教冥想研究的作者担心现代 MBI 并不完全符合经典的正念理论 (Rapgay & Bystrisky, 2009)。此外, 诸如内观和禅修等古代佛教冥想是否应在现代 MBI 的广泛范畴内考虑以及对 “正念” 的操作定义缺乏共识等关键问题是关键关于此类做法的持续辩论的要点 (Ivanovski & Malhi, 2007; Rapgay & Bystrisky; Malinowski, 2008)。最后, 值得注意的是, “正念” 这个词经常被用作一种结构、一种心理状态, 或者作为旨在实现这种状态的一些实践, 这引起了人们对当前研究在声称它们的实际测量时的关注。正在测量正念, 以及练习者在练习现代 MBI 时究竟在做什么 (Chambers 等人, 2009; Rapgay & Bystrisky, 2009)。

本文旨在调查和比较主要 MM 和 MBI 的显著特征, 以探讨此类干预措施的主要共性和差异。为实现这一目标, 将根据哲学背景、主要技术、目标对通常包含在 “基于正念” 方法的定义中的六种主要干预措施 (内观冥想、禅修、MBSR、MBCT、DBT 和 ACT) 进行比较, 结果, 神经生物学和心理机制。在此之前, 将简要探讨正念的理论背景。

正念的理论背景

正念的概念

对正念的完整描述超出了本文的范围, 本节并不是一个全面的总结, 而是对正念主要定义的简要介绍。正念这个词源自巴利语词 *sati*, 它可以在早期的佛教经典中找到, 例如《阿毗达摩》(Kiyota, 1978 年), 这是一部佛教心理学和哲学的经典学术汇编, 后来出现在《毗湿奴》(Buddhaghosa, 1976 年) 中, 是《阿毗达摩》中关于禅修部分的总结。Sati 及其对应的梵文 *smṛ-ti* 与 *sarati* 密切相关, 后者

意思是“记住”(Analayo,2006)。通常被翻译为正念的这个原始含义常常被忽视。这种与记忆的联系可能令人惊讶,因为正念通常被理解为对当前时刻的意识,而不是停留在过去(或未来)。但正如 Analayo (2006) 解释的那样,如果在 Pa%li 话语的背景下进行检查,很明显,这意味着一旦存在正念/正念,记忆就会很好地发挥作用。因此,sati 经常被描述为一种“心在”的状态,它允许修行者如实地看到内在和外在的现象(即无常、无我并最终导致痛苦)并区分在实践者的预测和误解之间(Nyaniponika,1973;Tsoknyi,1998;Uchiyama,2004)。因为正念涉及对一个人的内在和外在在世界的清晰认识,包括在任何特定时刻存在的思想、感觉、情绪、行为或环境,所以它通常被称为“纯”注意力(Gunaratana,1993;Nyaniponika);Rahula,1974)或作为“纯粹”或“清醒”的意识(Das,1997;Gunaratana;Sogyal,1992),强调正念应该揭示正在发生的事情,在概念和情感分类之前或之后关于正在或已经发生的事情。

尽管这样的描述提供了对正念作为不同于通常清醒状态的直观理解,通常以几种偏见、防御或反思维为特征(Brown,Ryan 和 Creswell,2007),但它们并不容易将其用于操作化可以用于当前的研究。现代以心理学为导向的正念定义往往不会受到这个问题的影响,因为它们来自心理学术语,并且专门设计用于当前的心理和医学研究环境。

正念的第一个“现代”定义是由 Jon Kabat-Zinn 提供的,他将正念描述为“以特定的方式、有目的地、在当下、不加评判地关注”(Kabat-Zinn,1994 年,第 4 页)。主教等人。(2004 年),为了将 Kabat-Zinn 的正念定义付诸实践,建议将其视为一个特殊的注意力焦点,其特征至少有两个不同的特征:第一个涉及对当下时刻的注意力的自我调节,而第二个组成部分与采用以好奇、开放和接受为标志的方向有关。前一个部分将正念描述为一种心理技能或状态,只有当个人有目的地将他/她自己的注意力集中在当前经历上时才会出现,后者解释了正念倾向背后的人格特征,这两者之间有着错综复杂的联系(毕晓普等人,2004)。

尽管这种推测性定义是专门为当前研究制定的,但值得注意的是,旨在根据 Bishop 及其同事(2004)的定义评估正念的心理测量量表(Lau et al.,2006)并没有产生支持其定义的一个组成部分的证据(即,积极的注意力自我调节)。

此外,其他作者质疑 Bishop 等人(2004)定义的有效性,即一个人如何在积极邀请和开放其他体验的同时保持对目标对象的注意力(Brown & Ryan,2004)。

另一方面,根据 Brown 和 Ryan (2003) 的说法,正念应该被描述为“对当下时刻的接受性关注和意识”,以及他们用来调查特质正念的量表(正念意识和注意力量表或 MAAS)提出了一种以当下为中心的注意力/意识作为主要特征的正念的一维因素结构。Shapiro,Carlson,Astin 和 Freedman (2006)提出了一个三分量模型来解释正念如何影响积极的变化。除了与 Bishop 等人(2004)的两个组成部分相似的注意力和态度之外,他们还指出需要考虑意图,即某人从事正念练习的个人动机或愿景。

Baer 等人采用心理测量方法。(2006 年)结合五种不同的正念自我报告量表和对它们的反应的因素分析分析揭示了正念的五因素结构,其特征是非反应性、观察性、有意识地行动、描述和非判断(Baer 等,2008; Baer,Walsh 和 Lykins,2009 年;Malinowski,2008 年)并发现其中许多方面显着预测了各种心理结果测量。

然而,值得一提的是,人们对当前用于测量正念的工具提出了批评,一些作者质疑将正念分成离散组件的有效性(Ivanovski & Malhi,2007)。首先,有人提出,目前的工具主要描述正念行为和日常生活中正念的一般趋势,而正念的原始定义强调意识的品质(Chambers et al., 2009; Rapgay & Bystrisky, 2009)。此外,有人指出,现代 MBI 未能区分注意力和意识作为冥想的两个不同组成部分,这引发了人们对练习者在练习现代 MBI (Rapgay 和 Bystrisky)时到底在做什么的怀疑。此外,正念量表验证研究中经常缺乏对照组,以及最近的发现表明,在概念上与 MM 非常不同的冥想练习(如先验冥想)与正念水平的提高有关。

好吧(Tanner et al., 2009),对现代正念结构的特殊性提出了质疑。

总之,到目前为止,关于如何定义正念还没有达成共识。

尽管对持续关注当下的参与达成了普遍共识,但提议的定义之间存在广泛的差异,并且仍然缺乏对正念结构的明确操作定义(Malinowski,2008)。由于这些差异,在不同的 MM 和 MBI 中,正念被理解和练习的方式存在显著差异也就不足为奇了。

正念冥想在冥想练习中的地位

尽管一些作者批评正念常常与冥想练习过于密切相关(例如, Hayes & Feldman, 2004),但我们想强调的是,正念的历史和概念起源深深植根于佛教哲学和实践中,并且与练习特定的冥想技巧(Rapgay & Bystrisky, 2009)。5000多年来,冥想一直被用作精神和治疗实践。“冥想”一词源自拉丁语“meditari”,意思是“进行沉思或反思”,既可以定义为过程,也可以定义为状态。不幸的是,这种多重含义经常引起人们对如何使用同一个词来描述多个过程的担忧。此外,如前所述,这种担忧也始终与正念这个词相关联,因为“正念”一词包含多种含义,因此很难理解何时将正念称为过程,即过程发展正念技能,或作为一种状态,即当一个人正念地关注他或她自己的经历时。

根据《瑜伽经》,冥想是一种向内沉思的行为,是在仅仅关注一个物体和完全专注于它之间的中间状态(Taylor, 1999)。值得注意的是,通常翻译为冥想的Paṇi和梵文术语bhaṇa实际上内涵略有不同。更确切地说,它翻译为“培养”而不是思考和反思。此外,藏文的 sgom (发音为“gom”)的翻译并不意味着沉思和反思,而是可能翻译为“习惯”或“熟悉自己”。通常,正念和其他冥想练习是包含在“沉思练习”一词中,但这个术语在正念方面尤其具有误导性,因为沉思表明积极参与特定的思想或经验内容,而正念,正如我们将在下面更详细地看到的那样,强调不参与有具体内容。在考虑术语的广度时,复杂性、多样性,有时甚至是结构的混淆变得显而易见,这突出表明,用一个简单的定义可能无法充分捕捉全部含义。

毫不奇怪,有几种方法可以对冥想练习进行分类(Ospina 等,2007)。最常被引用的分类之一表明两种主要的冥想风格,正念类型和专注类型的冥想,这取决于注意力过程的引导方式(Goleman,1988)。此外,假设大多数冥想技术位于这两个极点之间的某个连续统一体上。

一般方法 (Andresen,2000;Shapiro 和 Walsh,1984;Wallace,1999)。MM 的特点是对感官和认知领域的开放、非判断性的意识,包括对思想正在进行的内容的元意识或观察,而专注类型的冥想涉及将注意力集中在给定对象上,例如图像或咒语,而排除潜在的干扰源 (Cahn & Polich, 2006; Ospina et al.)。研究之间几乎没有差异,这是迄今为止科学研究所采用的最常见的冥想练习分类。然而,一些作者最近对这种分类的有效性提出了一些批评,指出它可能源于对冥想原始概念的误解 (Chambers et al., 2009; Rapgay & Bystrisky, 2009)。

最近,有人提出了对冥想练习范围的新描述。更具体地说,集中冥想和 MM 不再被描述为相反的过程。

相反,人们认识到他们具有共同的专注背景,可以根据特定的冥想形式采取不同的方向 (Lutz, Slagter, Dunne, & Davidson, 2008; Rapgay & Bystrisky, 2009)。因此,建议将这两种类型的冥想更准确地概念化为占据正交轴而不是连续统一体上的相反方向,并且 MM 明确或隐含地包括某种程度的专注 (Chambers 等,2009)。然而,值得注意的是,这并不是迄今为止提出的唯一冥想练习的理论框架,并且已经提出了进一步的分类方案。其中一个主要涉及区分试图以某种方式控制或调节注意力/意识的实践 (例如,集中冥想)和不涉及任何努力控制或操纵包括注意力在内的体验的实践 (例如,禅宗冥想的 Shikantaza)。然而,值得一提的是,尽管第二组练习有时是独立练习的,但通常认为随着练习的深入,对努力过程的需求会大大减少,从而形成一种“轻松”的冥想形式 (卢茨等人)。

此外,最近重点强调了高级佛教 MM 的分析特征,这些特征旨在调查自我的真实本质 (Gunaratana,1993;Nydaahl, 2008),以及自我参照和最终的自我超越自我意识的过程,特别是在密宗 (或金刚乘)佛教 (Nydaahl)的西藏传统中表达。这种超越的目标是自我转瞬即逝的本质,在这个过程中,它是一种不断变化的心理物理现象的流动,没有任何持久的自我。对自我空性的解脱洞察力。反过来,这应该减少与个人自我概念相关的痛苦,并最终导致心理健康和幸福。这些特征在原始佛教传统中是众所周知的,最近开发的 MBI 就是从这些传统中汲取的;然而,如下所述,它们在现代 MBI 中几乎没有被考虑过。

不同“基于正念的方法”的比较

哲学背景

如上所述,内观和禅修 (以及包括 MM 在内的各种藏传佛教冥想练习)都深深植根于佛教哲学,并且主要基于 Sati (正念)的发展,早期的描述其中可以在《阿毗达摩》中找到。尽管最初的印度和后来的藏传佛教传统都对正念的概念有很大的一致性,但在理解和实践正念的背景下,两者之间存在细微的差异。在藏传佛教中,主要基于阿毗达摩及其注释,正念被分类和定义为负责所有心理活动的确定性心理因素之一 (Rabten,1992)。在练习方面,正念既被用作解决在单点专注练习中遇到的健忘问题的解毒剂 (Londro,1992),又被用作内省意识的练习,作为更广泛的练习的一部分,称为 37 种利他行为 (Berzin,2002)。

在上座部佛教中,主要基于 Satipatthana Sutta (正念的存在/参考框架)、Anapanasati Sutta (呼吸的正念)、Mahasatipatthana Sutta (正念的伟大存在/伟大的参考框架)和 Kayagata Sati Sutta (正念)沉浸在身体中; Rappagay 和 Bystrisky,2009 年),正念通常被认为是一个连续的阶段 (Bodhi 和华莱士,2006 年)。概括地说,初始阶段主要关注由不忘意的练习所产生的持续的裸注意的发展。更高级的阶段涉及内省意识,作为理解适应性和适应不良思想和感觉的瞬间运作的一种手段。大量有关禅修的佛典清楚地支持这些说法,并进一步建议,为了正确地培养正念,专注和专注应该同时培养,并且在每一种意识状态中,最低程度的专注都是必不可少的。格辛,2001)。当它们得到正确发展时,智慧,即对自我真实本质的直接感知,以及源自内省意识的正确实践的现实,就会出现 (Gilpin,2009)。此外,当 Sati 发展到最佳程度时,它应该会导致平静,一种平静和满足的状态,特别有助于抵消负面情绪,例如担心和不安 (Gilpin)。

对于现代 MBI,MBSR 是唯一明显植根于佛教传统的实践。MBSR 于 1979 年构思,旨在将古代佛教哲学和实践与当前的心理和医学实践相结合。MBSR 植根于佛教大乘佛教和小乘佛教的传统。MBSR 的开发者 Kabat-Zinn 承认来自观音禅宗派以及其他禅宗大师的影响,例如 Philip Kapleau、Suzuki Roshi、Thich Nhat Hanh (属于大乘传统;Kabat-Zinn,1990),以及 SN Goenka、Joseph Goldstein 和 Jack Kornfield 的学生 Robert Hovav,他们是 Insight Meditation Society 的老师 (属于上座部传统;Kabat-Zinn、Massion、Herbert 和 Rosenbaum,1998 年)。此外,Kabat-Zinn 指出,MBSR 可以定义为“主要以禅宗态度练习内观”(Kabat-Zinn 的电子邮件,引用于 Gilpin,2009 年,第 238 页)。然而,值得一提的是,尽管 MBSR 有重要的佛教衍生,但它仍然是一种世俗干预。事实上,正如 Kabat-Zinn 自己所解释的那样,没有必要改变自己的宗教信仰来参与 MBSR 计划。此外,在 MBSR 课程中偶尔被 MBSR 讲师阅读的佛教作者的手稿只是被认为是参与者的鼓舞人心的讲座,而不是教条或信仰 (Kabat-Zinn,2003)。

MBCT 由 Segal 等人于 1990 年代开发。(2002 年)作为预防重度抑郁症复发的方法。与 MBSR 一样,MBCT 是作为一种世俗的临床干预而发展起来的,不需要采用任何特定的精神取向或信仰体系,尽管它的哲学背景受到马萨诸塞大学 Kabat-Zinn 和其他 MBSR 讲师的影响 (Teasdale 等人,2009 年)。,2002)。MBCT 的另一个来源是认知行为疗法,这是一种基于以下假设的心理疗法:我们感知事件的方式在很大程度上决定了我们对它们的感受,进而决定了我们的行为方式 (Beck、Rush、Shaw 和 Emery,1979),与佛教分享以自我管理、自我控制和自我提升的形式强调自我责任 (Gilpin,2009)。

DBT 最初是为满足边缘型人格障碍 (BPD) 标准的患者开发的一种干预措施。DBT 的主要影响来自行为科学、辩证哲学和禅修。DBT 被描述为包含接受和改变,旨在帮助患者建立有价值的生活 (Linehan,1993)。DBT 干预依赖于 Linehan 阐明的生物社会理论,该理论表明,客户的情绪和行为放松管制源于无效的抚养环境和情绪脆弱的生物学倾向之间的交易。

BPD 患者的主要辩证法是接受与改变之间的关系。

根据 DBT 模型,这种辩证法以及类似的辩证法都可以通过寻找正题和反题的综合来解决。根据辩证法的中道方法,这也是禅宗和正念的固有特征,假设技能通过鼓励与情绪唤起刺激的非强化参与来发挥作用,同时阻止功能失调的逃避、回避行为或对强烈情绪的其他无效反应 (林奇、查普曼、罗森塔尔、郭和莱恩汉,2006 年)。

最后,ACT 依赖于关系框架理论 (Hayes, 2004a),它源自一种称为功能语境主义的哲学观点 (Gifford & Hayes, 1993)。尽管 ACT 没有从正念或冥想的角度描述其治疗方法,但它通常包含在 MBI 中,因为它的一些策略通常被称为“与正念方法一致”(Baer,2003,p.128)。根据 RFT,人类语言和认知的核心是“学习和上下文控制的能力,可以任意将事件相互关联和组合,并根据特定事件与他人的关系改变特定事件的功能”(Hayes,Luoma, Bond,Masuda 和 Lillis, 2006 年,第 5 页)。此外,假设“认知(以及口头标记或评估的情绪、记忆或身体感觉)不仅通过其形式或频率,而且通过它们发生的环境来实现其效力”(Hayes,2004b,p. 45)。RFT 的一个重要含义是对象之间以语言为中介的关系可以改变和限制行为过程。

如前所述,MM 和 MBI 具有非常不同的历史和哲学背景。

虽然内观和禅修深深植根于古老的佛教哲学并受到其影响,但这种影响在现代 MBI 中只得到微不足道的承认,例如 MBSR,MBCT (更注重内观)和 DBT (更注重禅),并没有直接影响。承认 ACT。此外,虽然 MBSR 没有特别包含除佛教哲学以外的元素,但其他干预措施深受进一步的心理框架的影响,包括认知行为疗法 (CBT; MBCT)、行为科学 (DBT) 和情境主义 (ACT),因此表明在不同的基于正念的方法中引入了一些修改。

手技术

反映所概述的哲学差异,不同的 MM 和 MBI 在“正确”实践的具体特征方面存在显著差异。这种差异不仅存在于不同的 MM 和 MBI,而且存在于一个单一的传统中。

由于不可能对每一种实践提供完整的描述,本小节将仅讨论主要特征。

Theravada 传统提供了对正念练习的精确描述,即关注吸气和呼气,同时在呼吸流入和流出身体时意识到身体的体验 (Rapgay & Bystrisky,2009)。但是请注意,这种练习不仅包括内观,而且通常在止禅练习之前或同时发展(更类似于集中冥想),其中持续的注意力完全集中在目标对象上,而其他体验对象则是排除在外 (Rapgay 和 Bystrisky)。

训练主要涉及对呼吸的持续全神贯注,同时在吸气和呼气时外周地意识到身体。当感觉、思想和感觉出现时,可以应用内省意识来标记它们,然后再将注意力转移到呼吸上 (Gunaratana,1993)。适当的裸注意力水平由指标决定,例如在一段时间内保持裸注意力并以裸露形式体验目标对象的能力,而无需详细说明通常触发的任何联想意义 (Rapgay & Bystrisky,2009)。

然而,请注意,目前调查内观冥想效果的临床试验 (Chiesa,2010)通常持续时间很短,正如 SN Goenka 领导的传统所暗示的那样 (Hart,1987)。此外,与一些更加强调止禅修持的东方传统相反,它们明显是以内观为导向的,并且经常“绕过”止禅 (即专注)实践 (Gilpin,2009)。禅修的情况并非如此,尽管传统之间存在一些差异,但新手冥想者经常练习的第一个冥想是 Su-soku,一种更类似于专注冥想的冥想,练习者在其中数呼吸以集中注意力他们的注意力。随着持续的练习,数数被省略,禅修者只保持对当下经验的觉知:这种专注于培养纯粹注意力的练习被称为 Shikantaza,被认为是禅修的最高级形式 (Kapleau,1965;Kit, 2001)。进一步的禅修,特别是临济宗的大师们使用的,包括

专注于一个公案,一个无法通过逻辑解决的特定谜语,据说可以引导从业者洞察现实的真实本质 (Kapleau,1965)。无论如何,这种修行的主要目的是不断地觉知当下正在发生的事情,以使心保持在体验内观 (satori)可以生起的特定状态 (Kapleau,1965)。

关于 MBSR 和 MBCT,它们主要是基于三种不同技术的简短冥想程序:身体扫描、静坐冥想和哈达瑜伽练习。身体扫描涉及从脚到头逐渐扫描整个身体的注意力,不加批判地关注身体区域的任何感觉或感觉,并使用呼吸意识和放松的周期性建议。在静坐冥想中,练习者对呼吸或腹部起伏以及其他知觉产生正念注意力,以及对认知以及不断流经头脑的思想和分心流的非判断性意识状态。哈达瑜伽练习包括呼吸练习、简单的伸展运动和旨在加强和放松肌肉骨骼系统的姿势 (Kabat-Zinn,1990;Segal 等人,2002)。这些课程通常包括八节课,每节课大约 2 小时,每周 6 天,每天至少 45 分钟的家庭作业 (Kabat-Zinn,1990,2003),尽管它们也可以在更短或更长的课程中进行。

尽管有这些相似之处,但应该明确承认 MBCT 和 MBSR 之间的一些差异。首先,MBCT 包括源自 CBT 的特定技术和练习 (例如,关于如何应对抑郁复发威胁的指导)。然后,它提供了有关重度抑郁症的材料,MBCT 是专门针对其进行治疗的 (例如,其特征和警告信号)。此外,它还引入了第四种正式练习,称为“三分钟呼吸空间”,这被认为是将正式练习融入日常生活的一种方式 (Segal 等,2002,第 173 页),最初,在每天固定的预设时间,但随后适用于注意到不愉快感觉的任何时间。

一方面,MBSR 和 MBCT 与内观和禅修之间存在进一步的差异。尽管后一种冥想练习在注意力 (即主要的注意力焦点,例如鼻孔处的空气流动的体)和意识 (即同时对其他感觉产生的接收体验,例如,从其他 MBSR 和 MBCT 没有明确定义这种区别 (Ragpay & Bystrisky, 2009))。此外,值得注意的是,只有一种 MBSR 练习,即“无选择的觉知”,练习者只是坐着觉知觉知本身,没有特定的注意对象,与一些更高级的上座部和禅宗有明显的相似之处。冥想练习。然而,这种做法在 MBSR 课程中不是强制性的 (Kabat-Zinn,1990),并且不包括在其他最近的 MBI 中。

还应该注意的是,在所有此类实践中,“正念”一词可能具有误导性,至少有两个原因。第一个涉及到这样一种观念,即,如前所述,MMs 和 MBSR/MBCT 通常都以发展至少某种程度的注意力为特征,并且可以将注意力集中在呼吸和身体扫描等几种做法视为集中实践。第二个原因是,尽管 MBSR 和 MBCT 非常明确地关注控制注意力,但被指示为这种注意力控制带来的“态度”是不评判、不努力和不懈努力的一种。

因此,关于如何调和这两种明显不同的方法或重点,既存在理论问题,也存在实践问题。如果人们认为随着练习的深入,对控制注意力的努力过程的需要大大减少,那么这个问题就可以解决,从而产生一种更加“轻松”的冥想形式,其特点是增强不评判和不努力的能力 (Lutz 等人,2008 年)。在这一点上,人们可能会谈论心理稳定而不是专注,因为没有应该关注的特定对象。

与上述干预措施相反,DBT 和 ACT 不涉及正式的冥想训练。在 DBT 中,鼓励客户完全接受自己、他们的历史和他们的现状,同时努力改变他们的行为和环境,以建立更美好的生活 (Baer,2003 年)。DBT 包括广泛的认知和行为治疗程序,其中大部分旨在改变思想,

情绪或行为。DBT 教授正念技能（包括正念“什么”技能,如观察、描述和参与,以及正念“如何”技能,如不评判、一心一意和有效）,以使从业者能够达到接受和改变之间的综合（Linehan,1993）。其中包括行为技能训练、基于暴露的策略、心理教育、家庭作业、认知修正等。DBT 客户在为期一年的每周技能小组中学习正念技能,该小组还包括人际交往效率、情绪调节和压力容忍技能（Linehan,1993）。

另一方面,在 ACT 中,鼓励客户通过将现象与拥有这些现象的人分离开来识别能够观察自己的身体感觉、思想和情绪的观察自我。例如,人们被教导说,“我认为我是一个坏人”,而不是“我是一个坏人”（Kohlenberg, Hayes, & Tsai, 1993, p. 588）。他们也被鼓励去体验思想和情绪,包括不想要的,如焦虑、痛苦和内疚,当它们出现时,而不判断、评估或试图改变或避免它们。各种正念练习旨在达到这一目标:（a）临场,即在环境事件发生时与它们保持非判断性的接触;（b）采用“一种自我意识作为视角,为正常的语言人类提供超然的、精神的一面”;（c）在各个领域选择人生方向;（d）其他源自 CBT 的策略,例如接触、技能获取和目标设定（Hayes 等,2006,第 9 页）。除了缺乏正式的冥想训练外,应该注意的是 DBT 和 ACT 似乎更倾向于改变认知和行为（尽管在某种程度上不同于经典的 CBT;Hoffman & Asmundson,2008）,而不是直接感知纯粹的体验,例如 MBSR,尤其是内观和禅修。换句话说,他们更关心体验的内容,而不是体验的过程。

正如我们所见,“基于正念”的方法涵盖了广泛的实践。所有这些方法的共同背景包括对当前中心意识的明确关注。然而,应该指出,虽然有四种方法是基于冥想的,但其中两种方法是教授正念技巧,而没有明确关注正式的冥想练习。此外,内观和禅修主要面向对直接感知的觉知（例如,感觉、声音）,DBT 和 ACT 似乎更关注认知的改变,这反过来又可以改变患者感知内部和外部刺激的方式,而 MBSR,特别是 MBCT,介于这两个极端之间（Rapgay 和 Bystrisky, 2009）。基于这些问题,应该指出的是,不同的 MM 和 MBI 在练习正念的方式上存在显著差异。

目标

经典 MM 的目的,如内观和禅修,是洞察自我和世界的真实本质,从而从对现实的错误理解中获得解脱（Gunaratana, 1993）;卡普洛,1965 年;尼尼波尼卡,1973 年）。为了达到这个目标,练习者要经历不同的阶段,包括培养将注意力集中在目标对象上的能力,观察他们的思想和情绪而不被他们认同,以及观察适应性和适应不良的想法何时出现以及何时出现。消失以及它们的触发因素和后果。反过来,这种意识可以增加适应性思想和情绪,减少不适应的思想和情绪（Rapgay & Bystrisky,2009）。此外,这种干预包括道德发展,首先,“保护”自己为他人服务,第二,通过耐心、无害、慈爱的实践“保护”他人,和同情（Gilpin,2009）。

次要目标与主要目标本质上相关,包括避免潜在的倾向和习惯,根除是道路的中心目标,从而导致快乐和幸福的生起（Analayo,2003）。然而,值得注意的是,大量西方内观和禅修者为了不同的目的而练习这种冥想,主要是

包括健康益处。此外,一些禅宗大师认为,未来的学生出于对健康的渴望而受到激励是可以接受的,因为随着时间的推移,他们对这些不太重要的目的的依恋可能会被认可 (Kapleau,1965)。另一方面,最近的 MBI 明显以临床为导向,其主要目的是缓解不必要的身体和心理症状,例如慢性疼痛或抑郁症状。正如一些作者所指出的 (Gilpin,2009),MBSR 和 MBCT 等干预措施实际上并不关心了解抑郁症或慢性疼痛的真实性质。

他们特别关注通过增强应对和/或关联能力的方式,通过针对以负面思想/情绪形式堆积在症状上的额外包袱来缓解这些负面症状与他们不同。例子包括当患者认识到他们不是他们的症状或他们的想法时。此外,现代 MM 的导师并没有强调超然 (例如,佛教大师用来抵消性欲),而是倾向于从接受和欣赏一个人的“活力”的角度来看待实践 (Gilpin,2009)。

同样,DBT 和 ACT 的主要目的是帮助患者控制症状。在非常基本的层面上,DBT 的主要目的是帮助患者减少迫在眉睫的危险或致命行为,例如自杀行为。当主要目标实现后,进一步的重点包括从平静的绝望转变为情感体验,治疗简单的精神疾病、职业问题和婚姻问题,并帮助客户发展以自由和快乐为特征的最佳功能 (例如,通过减少空虚感和与完整感相关的经验增加;Linehan,1993)。然而,应该认识到,大多数关于 BPD 患者 DBT 的可用试验仅调查治疗的第一阶段 (Lynch 等,2007)。

最后,ACT 的主要目的是促进对不想要的想法和感受的接受,并激发有助于改善生活环境的行动倾向 (Hayes,2005 年)。根据 Hayes 和 Feldman (2004),ACT 的主要目标是阻止体验性回避,即不愿意体验负面评价的感觉、身体感觉和思想,并用接受事物的本来面目来代替体验性回避。

可以看出,上述所有干预措施似乎都旨在减少与各种痛苦相关的负面情绪体验。然而,在不同的干预措施中,这种减少所占据的重要性存在着一致的差异。

根据古典佛教 MM,健康益处是来自正确冥想练习的次要益处,而这些益处是现代 MBI 的主要目标,如果不是唯一的目标。此外,虽然古代 MM 所针对的负面情绪的缓解是针对一种被认为是全人类共有的痛苦,但现代 MBI 通常针对的是减轻特定潜在疾病的症状 (如严重沮丧)。然而,应该注意的是,现在提供的许多经典 MM 课程也明确针对健康益处,即使在接下来的实践阶段可能会出现进一步的目标。

临床研究

在过去十年中,关于 MM 和 MBI 对各种医学和心理状况的有用性的出版物数量急剧增加。回顾越来越多的涉及该主题的研究超出了本文的范围。

因此,本节将仅考虑相对少数的综合评论,我们将参考这些评论以获取更多详细信息。绝大多数研究都集中在最近开发的 MBI 上。这可能是因为此类干预措施是标准化和手动化的,从而促进了实证研究和研究之间的可比性。另一方面,只有少数对照临床试验侧重于内观和禅修。更详细地说,有一些证据表明,内观冥想可能有助于减少囚犯的酒精和药物滥用,以及加强健康人更成熟的应对策略。

主题 (Chiesa,2010) ,并且禅修可用于减少疼痛感知、血压和压力水平,以及培训治疗师和音乐家 (Chiesa,2009) 。

另一方面,有一致的证据表明 MBSR 对许多身体和精神疾病的潜在益处,包括癌症 (Ledesma & Kumano, 2008)、慢性疼痛、类风湿性关节炎、纤维肌痛、银屑病、多发性硬化症和 HIV。基耶萨和塞雷蒂,2010)。进一步的非对照研究还表明,MBSR 实践可能对患有广泛性焦虑症和恐慌症的患者有益 (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Kabat-Zinn et al., 1992; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995),尽管现在得出明确的结论还为时过早。此外,MBCT 显示出对预防重度抑郁症复发、有残留抑郁症状的患者以及完全有症状的抑郁症患者的疗效 (Barnhofer 等,2009;Bondolfi 等,2010;Coelho,Canter 和 Ernst, 2007 年;肯尼和威廉姆斯,2007 年;Kuyken 等人,2008 年)。采用 MBCT 治疗的其他病症包括社交恐惧症、广泛性焦虑症和恐慌症,以及双相情感障碍患者发作间期焦虑水平的降低 (Chiesa & Serretti,2010) 。

然而值得注意的是,目前对 MM 和基于冥想的 MBI 的实证研究因一些方法学上的缺陷而受到批评,例如缺乏对照组、缺乏随机化或随机化细节、样本量小以及频繁使用等待列表作为比较器,它不允许区分 MM 干预的特定和非特定 (例如,源自对益处的简单预期)的影响 (Chiesa & Serretti,2010)。当前研究的进一步局限性包括经常缺乏后续措施,他们经常依赖自我报告工具这一事实 (Chiesa & Serretti,2010),以及干预措施在总持续时间、家庭作业、实践、非手动方面的频繁差异干预措施 (例如,Toneatto 和 Nguyen,2007 年;Winbush,Gross 和 Kreitzer,2007 年) 。

然而,基于相对大量的随机对照试验,有一致的证据将 DBT 与精心设计的干预措施进行比较,以控制各种非特异性治疗效果 (例如,治疗可用性和个体心理治疗的时间)和治疗师因素 (例如,正规教育和临床经验)来建议这种干预对 BPD 患者 (Lynch 等,2007)和其他疾病 (例如酗酒或其他冲动行为)的有效性。

最后,相对大量的研究表明 ACT 对几种疾病的潜在有用性,包括焦虑症、慢性疼痛、药物滥用、拔毛癖和慢性皮肤采摘、癫痫、糖尿病的自我管理和精神病症状 (Pull, 2009)。然而,值得注意的是,大量研究缺乏重复性,并且存在与冥想研究相同的方法论局限性,包括缺乏对照组、对照组不足和缺乏随机化,这表明有必要针对该主题进行更好的设计试验。

总之,有一致的证据表明 MM 和 MBI 可能带来的好处。

然而,考虑到大多数此类研究的质量,通常很难区分此类实践的特定和非特定影响,并且尚不清楚正念在多大程度上可以被视为主观活性成分。此外,由于缺乏数据和缺乏直接比较研究,即使不是不可能,也很难理解对特定疾病应用特定干预措施 (例如,MBCT 治疗主要抑郁症),可以推广到其他干预措施或其他障碍 (例如,内观治疗重度抑郁症或 MBCT 治疗酗酒) 。

神经生物学发现

该领域首次神经影像学研究的证据表明,与 MM 和基于冥想的 MBI 练习相关的大脑活动和大脑动力学甚至大脑结构的变化可能与观察到的心理变化一致。迄今为止审查的临床研究的一个显著差异是,来自神经影像学研究的多数可用数据与传统的佛教冥想练习有关,而只有少数研究关注最近开发的 MBI (Chiesa,Brambilla 和 Serretti,2010) 。

这种偏见可能是由于这些研究中的许多旨在调查极端的认知（或情感）能力，目前只有经验丰富的既定传统冥想者才是可行的参与者。

对这项研究的批判性审视揭示了几个方法论的弱点。典型的研究将具有不同专业知识的冥想者与一个冥想天真的对照组进行比较。由于这些研究是横断面的，它们不允许就观察到的差异是否真的来自冥想练习得出结论。解释这些差异还受到以下事实的限制：冥想组和对照组往往不匹配，例如，在年龄等基本属性方面存在差异，但在社会文化背景或生活方式方面也存在差异。此外，所研究的冥想练习类型差异很大，即使不是不可能，也很难将不同研究的结果相互联系起来。尽管存在这些方法学上的缺陷，但这些开创性的研究为目前正在进行的采用更严格方法的进一步研究奠定了基础。

在接下来的部分中，我们将简要总结那些可以清楚地与本文讨论的不同正念方法相关的研究。据我们所知，尚未进行 DBT 和 ACT 的神经影像学研究，审查将仅限于其余方法。

有一些证据表明，MM 可能会导致大脑活动发生特定的、功能性的，即“状态依赖性”变化。在内观冥想期间，观察到两个半球的头端前扣带皮层和背侧内侧前额叶皮层的激活增加（Hölzel 等，2007），这表明在冥想期间注意力控制过程的参与增加。与这种解释一致的是一项比较正念冥想者和非冥想者的研究，显示出卓越的执行控制机制和减少冥想者的自动反应，这与自我报告的正念水平呈正相关（Moore & Malinowski，2009）。同样，一项电生理研究将内观冥想期间大脑对可能分散注意力的听觉刺激的反应与自由游荡的非情绪性思想的对照条件进行比较，发现事件相关电位的 P3a 成分减少，表明自动反应性和评估处理减少。卡恩和波利奇，2009）。基于对内观冥想者的另一项调查，Slagter、Lutz、Greischar、Nieuwenhuis 和 Davidson（2009）得出结论，冥想者的认知资源在处理刺激时可能较少受到限制，从而使认知系统更容易用于处理更多信息。给定的时间。他们采用了注意眨眼范例，其中参与者必须在快速变化的刺激流中检测两个目标，并且在成功检测到第二个目标后测量 theta 振荡（4-8 Hz）时间的可变性。观察到冥想者试验之间时间变化的减少表明，冥想可能导致更一致和更少资源需求的刺激处理。根据这些发现，已经发现长期禅修者显示出与默认网络区域的概念处理相关的神经反应持续时间减少，默认网络区域被认为是在正常静息状态下参与的大脑区域网络（Gusnard, Akbudak, Shulman, & Raichle, 2001），表明冥想训练可以培养自愿调节自发心理流动的能力（Pagnoni, Cekic, & Guo, 2008）。卡恩和合作者报告说，在内观冥想期间，与控制条件（走神）相比，测量到伽马频率范围（35-45 Hz）内顶枕脑区域的振荡增加，他们解释为感觉增加的大脑特征意识（Cahn、Delorme 和 Polich，2010 年）。

一项进一步的研究比较了接受 8 周 MBSR 计划的参与者和对照组的两个任务，其中注意力要么集中在与自我相关的叙述上，要么被引导到类似于正念冥想的当下体验。与自我相关的注意相比，MBSR 参与者在当前时刻显示出内侧前额叶皮层的活动更明显减少（Farb 等，2007），这表明 MBSR 的一个重要组成部分可能是跨时间的自我而当下的自我可能会被分离。此外，MBSR 参与者在偏向右半球的网络中表现出更高的活动。这个网络包括右前额叶

皮层和几个内脏躯体区域。随后的一项研究确定了该网络在正念练习中的作用。在诱导悲伤期间, MBSR 参与者比对照组更强烈地招募了相同的网络, 尽管自我报告的悲伤在各组之间没有差异 (Farb 等, 2010)。作者推测, MBSR 可能会导致平衡情感和感觉神经网络的能力, 从而降低对烦躁反应的脆弱性。总之, 这两项研究表明大脑功能网络的变化与第一人称和第三人称视角之间的转换有关 (Ruby & Decety, 2004), 并且与以较低情绪反应为特征的事件的更超然观察状态相关 (Kalisch 等人, 2005 年; 奥克斯纳、邦吉、格罗斯和加布里埃利, 2002 年)。

大多数有趣的、长期的内观和禅修也可能与大脑结构的变化有关。更具体地说, 有一些证据表明, 禅修可以通过抑制与年龄相关的灰质体积和注意力表现的减少来防止与年龄相关的认知衰退 (Pagnoni & Cekic, 2007)。此外, 内观冥想可能与增加与内感受和注意力相关的大脑区域有关, 例如 PFC、壳核和右前岛叶 (Hölzel et al., 2007; Lazar et al., 2005), 如以及右侧海马体 (Hoölzel et al., 2008)、与注意力相关的大脑区域和内脏意识, 大概反映了内观冥想期间的特定训练, 即对身体感觉的意识。值得注意的是, 这些变化的程度似乎与练习量相关 (Lazar et al., 2005)。此外, 前扣带回、海马旁回和前岛叶的皮质厚度增加与禅修者的疼痛敏感性降低有关。第一项调查大脑结构变化的纵向研究显示, 右侧基底外侧杏仁核灰质密度降低, 这与参与者报告的压力水平呈正相关, 表明大脑结构的适应性变化也可能以以下形式发生, 可能功能失调, 灰质密度 (Hoölzel et al., 2010)。

尽管通过严格的对照研究进行的调查较少, 但进一步的证据表明, MBSR 和 MBCT 可能分别影响健康受试者和企图自杀的患者的前额叶 α 不对称 (Barnhofer 等人, 2007; 戴维森等人, 2003)。发现这些冥想练习会导致 α 活动的地形模式, 这表明左侧大脑活动增加, 以前与积极情绪和性格情绪有关 (戴维森、埃克曼、萨隆、塞努利斯和弗里森, 1990)。其中一项研究还证明了 MBSR 可能对免疫系统反应性产生积极影响 (Davidson 等, 2003)。

基于正念的方法的机制

几项研究试图调查 MM 和 MBI 背后的心理机制。然而, 与神经影像学研究相反, 几乎完全没有研究调查内观和禅修背后的机制。相比之下, 大量研究调查了与现代 MBI 相关的心理机制。

由于大多数关于现代 MBI 的发现, 将首先对其进行探讨。

为了衡量正念及其独特的特征和方面, 开发了几份自我报告问卷。最广泛使用的问卷之一是五面正念问卷 (FFMQ; Baer et al., 2006)。它主要与 DBT 手册 (Linehan, 1993) 中表达的概念化有关, 并且来自于汇集了几份以前发表的问卷, 这些问卷旨在探索非冥想者以及具有不同程度经验的冥想者的正念。由此产生的五因素结构通过分层验证性因素分析进行了测试, 这表明至少有四个 (除“观察”外) 已识别因素是整体正念结构的组成部分。此外, 发现正念的因素结构随冥想经验而变化。此外, 正念的三个方面 (有意识地行动、非判断性和非反应性行动) 的变化显着预测了心理结果的改善。同一组最近进行的一项调查 (Baer et al., 2008) 比较了长期

正念冥想者（练习未指定的佛教冥想）对非冥想者进一步扩展了先前的研究结果,并证实 FFMQ 的五个方面中的三个方面（观察、非判断和非反应性）对于理解长期正念练习所发生的变化特别有帮助冥想并将这些方面与减轻症状和改善心理功能联系起来。

然而,应该注意的是,这种主要基于 DBT 的正念描述是在练习不同类型冥想（如 MBSR）的受试者身上测试的,尽管如上所示,这些干预措施之间存在一些差异。此外,对此类问卷（和类似问卷）提出了一些批评,包括它衡量特质正念的事实,即在日常生活中保持正念的一般趋势,而不是正念的“状态”水平,例如例如,当有意培养对体验的关注时,以开放的、非判断性的体验导向（Lau et al., 2006）并且主要利用正念行为而不是正念本身（Rapgay & Bystrisky, 2009）。

其他研究探索了 MBCT 研究中变化的中介因素,并试图在当前认知理论和模型的背景下考虑这些变化背后的机制。Crane 及其同事研究了 MBCT 对自我差异的影响,这是根据认知模型（Strauman,1989）维持抑郁症所涉及的关键心理过程之一。自我差异的概念依赖于这样一种理论,即患有严重抑郁症的人通常认为自己没有达到自己或他人的目标或期望。在 MBCT 和照常治疗（TAU）组（开始时自我差异水平相当）中,抑郁的基线水平与理想自我和实际自我之间的较大差异有关。到治疗期结束时,MBCT 和 TAU 组之间存在巨大且显著的差异,因此 MBCT 组的差异较小,并且比 TAU 组更多地采用了更具适应性的自我指导（Crane 等,2008）。其他作者发现,通过认知和情感正念量表（CAMS; Feldman, Hayes, Kumar, & Greeson, 2004）测量的正念水平在治疗期间显着增加,并且伴随着回避和反刍的同时减少。库马尔、费尔德曼和海耶斯,2008 年）。此外,正念的变化越大,抑郁情绪的减少就越大,参与者通过反刍和回避来处理困难的程度也就越低。值得注意的是,这与许多观察到 MBSR 训练后反刍思维减少的研究一致（Jain 等,2007; Ramel,Goldin,Carmona 和 McQuaid,2004;Shapiro,Brown 和 Biegel,2007）。

关于 DBT,已经提出了几种改变机制。其中一些,如认知重组、暴露和反应预防,已被建议作为与其他行为疗法相同的机制,而其他一些,如辩证聚焦、验证策略、正念技能、压力容忍技能和承诺策略,已被描述为对 DBT 相当具体（Lynch 等人,2006 年）。然而,缺乏支持这些陈述的严格实证研究,因此,需要进一步研究来调查 DBT 试验结果的中介因素。同样,已经为 ACT 建议了一些变革的中介。然而,很少有临床试验试图阐明 ACT 背后的心理机制（Blackledge & Hayes, 2001）。研究表明,由于情绪接受和认知解离的增加,ACT 可以减少经验回避,即将思想识别为思想的能力,不一定是对现实的准确读出。最近的一些实证研究为这一理论提供了初步支持（Forman,Herbert,Moitra,Yeomans 和 Geller, 2009 年;Lundgren,Dahl 和 Hayes,2008 年）。

为了阐明 MM 和 MBI 变化的共同中介,钱伯斯和他的同事建议他们“涉及对意识和非反应性的系统性再培训,导致从所经历的一切中解脱出来,并允许个人更有意地选择那些想法、情绪和感觉,他们会认同,而不是习惯性地对它们做出反应”（Chambers et al., 2009, p. 599）。然而,应该注意的是,不同的基于正念的方法可能存在显著差异,尤其是在经典 MM 和现代 MBI 之间（Rapgay & Bystrisky,2009）。

更详细地说,一些作者认为现代 MBI 与经典 MM 有所不同。首先,现代 MBI 所特有的对接受和认知解离的强调,与经典 MM 不同。MM 实践产生的心理变化来自于直接感知何时出现适应性和适应不良的经验以及何时不出现。正如 Rapgay 和 Bystrisky (2009) 所引用的,提高这样做的能力将使从业者在日常生活中增加适应性体验并减少适应不良的体验 (Thanissaro, 1997)。另一方面,正如 Rapgay 和 Bystrisky 最近强调的那样,MBCT 和 ACT 等现代干预措施所采用的许多以认知治疗为导向的练习的实施,包括,例如,认识到“思想只是思想”,可以代表与经典 MM 相比略有不同的过程,其特点是主要针对认知而不是直接感知过程。

此外,有人指出,MBI 与经典 MM 的不同之处在于,它们拒绝正念有练习者努力追求的目标,因此,对当下时刻的非判断性意识被视为练习的本质 (Baer, 2003; 罗默和奥西洛,2003); 而根据经典文献,只有在适应和适应不良的思想、感受和行为出现时,才能发生变化 (Rapgay & Bystrisky, 2009)。明显缺乏调查此类问题的实证研究,这可能反映了当前研究的重点是 Kabat-Zinn 和其他参与现代 MBI 的研究人员建议的正念描述。

总之,调查 MM 和 MBI 变化的心理中介因素的实证研究仍处于起步阶段。已经进行了一些尝试来研究基于正念的方法的心理机制。然而,根据目前的研究,尚不清楚某些机制是否对所研究的实践具有独特性。只有未来旨在比较不同 MM 和 MBI 背后的心理变化的研究,才能更好地探索此类干预措施之间存在的共性和差异。

讨论

在本文中,我们比较了最常见的基于正念的方法,包括古代 MM 和现代 MBI,在哲学背景、主要技术、目标、结果、神经生物学和心理机制方面,并回顾了这些干预措施之间存在的主要共性和差异。

回顾现有的关于 MM 和 MBI 的文献,已经出现了几个问题。首先,不同干预的理论背景存在各种差异。

总体而言,虽然内观和禅修深深植根于佛教哲学,但人们可以观察到现代 MBI 中将佛教元素与当前心理学理论相结合的普遍趋势。这种修改可能对他们的态度产生的影响

由于缺乏实证研究,不同干预措施的实施者仍不清楚。另一方面,这些问题可能非常重要,因为一些冥想老师明确建议哪种态度更适合进行冥想练习 (Gunaratana,1993;Kabat-Zinn,1990),并且发现冥想的结果实践可能取决于实践者的意图 (Shapiro,1992)。

关于在不同干预中练习“正念”的不同方式,可以提出另一个关键问题。例如,内观和禅修与 MBSR 和 MBCT 的不同之处在于,它们通常明确建议事先或同时进行某种集中冥想的练习。有一致的证据表明,不同形式的冥想涉及不同的大脑区域 (Cahn & Polich,2006),对于新手冥想者来说,集中冥想可能是一种更容易的冥想方法,它有助于提高以下监测能力,这是练习所需的主要技能 MM (Lutz 等人,2008 年)。因此,人们可能会问,在现代基于冥想的 MBI 中添加一个短暂的纯专注冥想训练是否对从业者有用以促进他们的练习,或者直接参与 MM 练习是否可以绕过专注训练。因此,似乎有理由问是否有益效果

这些干预措施的结果是参与者发展了更大的注意力控制和/或他们放弃了控制或操纵其内部体验的不同方面（包括注意力的习惯性倾向的结果。此外，“经典”MM 尤其强调培养一种内省意识,使人们能够更好地了解每种体验的丰富特征,例如现象强度的程度、情绪基调 and 主动认知图式,而这些特征现代 MBI 仅部分认可。

研究人员,特别是抑郁症和焦虑症领域的研究人员,也对现代 MBI 作为一种独立的治疗方法是否适合治疗精神病学提出了担忧 (Teasdale, Segal 和 Williams, 2003 年)。根据这些作者的说法,正念本身不太可能改变精神病理学的潜在机制,并断言正念对精神病理学的功效范围,如 Baer (2003) 和其他一些研究人员所建议的,可能有些为时过早和不太可能,因为现代 MBI 并不专注于改变适应不良的思想、感受和和行为。

主要表明 MM 和基于冥想的 MBI 的非特异性影响的临床研究在这个方向上引起了进一步的关注 (Chiesa & Serretti, 2010)。然而,目前尚不清楚表明这种做法的特定效果的研究的稀缺性是否取决于当前大多数冥想研究的低质量设计或对正念原始概念的误解。根据后一种可能性,一些作者最近提出,如果对正念进行修改以解决特定和适当的临床问题,正念可能是一种适当的临床工具 (Rapgay & Bystrisky, 2009)。

此外,应该指出的是,虽然大多数基于正念的方法都是专门基于冥想的,但一些 MBI 并不专门涉及冥想训练,并表明冥想不一定是培养正念的唯一方法。例如,海斯和申克 (Hayes and Shenk, 2004 年)走到了极端,建议放弃对冥想的“不必要的”依恋,并试图描述一种在所涉及的心理过程层面上接近正念的方法。这与更传统的正念方法形成鲜明对比,传统的正念方法被理解为,心理稳定和清晰是全神贯注的先决条件。如果没有这种稳定的头脑清晰,根据这个观点,它甚至可能无法完全承认一个人头脑中的持续电流。然而,从对不同 MM 和 MBI 所采用的各种技术的简要描述中,可以清楚地看出,各种基于正念的方法之间存在特定的差异。这些差异包括干预措施的感知与认知性质,以及考虑 (或不考虑)注意力和意识的不同方式,以及将“内省”意识作为某些干预措施的关键特征纳入或排除。

关于使用不同 MM 和 MBI 的目的,人们可能会注意到经典 MM 和现代 MBI 之间存在的巨大差异。然而,如上所述,基于正念的特定方法的实践目标似乎因个人观点而异,而不是因不同方法而异。此外,MM 和 MBI 在临床应用、神经生物学相关性和心理机制方面存在一些差异。然而,目前尚不清楚这是否反映了

这些干预措施之间的真正差异,或者它们是否仅仅反映了研究人员调查任何特定实践的具体用途的兴趣。例如,没有研究试图调查禅修对重度抑郁症的潜在有用性,或者内观是否可以改变自我差异的水平。

根据审查结果,很明显,不同的 MM 和 MBI 之间存在特定差异,至少在考虑和练习正念的方式上是这样。这导致了两种主要的可能情况。在第一个中,有可能对经典 MM 的原始特征给予了更高的重视,并且它们可以反过来应用于现代 MBI。一些作者明确指出现代 MBI 中对正念概念的误解是缺乏一致证据的原因 (Rapgay & Bystrisky, 2009)。

这种情况可能会导致更严格和明确定义的正念概念,更接近于大多数 MBI 的原始佛教根源。第二种情况涉及不同 MM 和 MBI 的可能性。

是正念潜在结构的不同版本,它们中的每一个都可能导致不同的结果和/或与不同的神经生物学相关性和潜在的心理机制相关联。在这种情况下,需要进一步的研究,通过直接比较研究的方式,更好地探索当前MM和MBI在不同领域的异同。此外,考虑到它们的差异,第二种情况可以允许探索目前用作大量心理和医学状况的补充治疗的多种方法。因此,它可能导致更好地区分和分类此类干预措施。

总之,有一致的证据表明,在如何理解和实践正念方面,所审查的干预措施之间存在显著差异。尽管乍一看,似乎大量研究集中在理解正念练习的影响以及潜在的心理和神经生理过程,但对不同 MM 和 MBI 的哲学背景、目标和实践的仔细研究揭示了巨大的多样性这可能会质疑使用正念作为这种丰富多样性的总称的有用性。另一方面,可用数据的稀缺性无法得出结论,不同方法在临床益处、神经生物学相关性和潜在心理机制方面的差异有多大,这表明有必要对该主题进行进一步研究。然而,未来的研究可能会采取不同的方向,这取决于将现代 MBI 视为与经典 MM 不同的实体,或者更好地阐明不同 MM 和 MBI 之间存在的差异和相似之处。

参考

- 安纳拉约。(2003 年)。念住:证悟的直接途径。英国伯明翰:Windhorse 出版社。
- 安纳拉约。(2006 年)。Pa%li Nika%yas 中的正念。在 DK Nauriyal、DK Drummond 和 YB Lal (Eds.)中,佛教思想和应用心理学研究:超越界限(第 229-249 页)。伦敦:劳特里奇。
- 安德烈森, J. (2000)。冥想遇上行为医学:实验研究的故事。冥想。意识研究杂志,7, 17-73。
- RA 贝尔 (2003)。正念训练作为临床干预:概念和实证审查。临床心理学:科学与实践,10, 125-143。
- Baer, RA, Smith, GT, Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006)。使用自我报告评估方法来探索正念的各个方面。评估,13, 27-45。
- Baer, RA, Smith, GT, Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., & Williams, J. (2008)。在冥想和非冥想样本中构建五方面正念问卷的有效性。评估,15, 329-342。
- Baer, RA, Walsh, E., & Lykins, E. (2009)。正念评估。在 F. Didonna (Ed.), 临床正念手册(第 153-168 页)。纽约:斯普林格。
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, JM (2009)。基于正念的认知疗法作为慢性抑郁症的治疗:一项初步研究。行为研究与治疗,47, 366-373。
- Barnhofer, T., Duggan, D., Crane, C., Hepburn, S., Fennell, MJ 和 Williams, JM (2007)。冥想对先前自杀者额叶 α 不对称的影响。神经报告,18, 709-712。
- Beck, AT, Rush, AJ, Shaw, BF 和 Emery, G. (1979)。抑郁症的认知疗法。纽约:吉尔福德出版社。
- Berzin, A. (2002)。根据大乘佛教,正念的四近位置。根据达赖喇嘛尊者的解说:由 Ven. Thubten Chodron。
- 主教, SR (2002 年)。我们对基于正念的减压方式真正了解多少?心身医学, 64, 71-83。
- Bishop, SR, Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., 等。(2004 年)。正念:建议的操作定义。临床心理学,11, 230-241。
- Blackledge, J. 和 Hayes, S. (2001)。接受和承诺治疗中的情绪调节。杂志临床心理学,57, 243-255。

- Bodhi, V. 和 Wallace, A. (2006)。正念的本质及其在佛教冥想中的作用。
B. Allan Wallace 与尊贵的 Bhikkhu Bodhi 之间的通信。临床心理学科学与实践, 冬季。
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, MV, Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, BW, & Bertschy, G.
(2010)。基于正念的认知疗法预防抑郁症复发:瑞士医疗保健系统的复制和扩展。情感障碍杂志, 122, 224–231。
- Brown, KW 和 Ryan, RM (2003)。存在的好处:正念及其在
心理健康。人格与社会心理学杂志, 84, 822–848。
- Brown, KW 和 Ryan, RM (2004)。定义和衡量正念的危险和承诺:
经验观察。临床心理学科学与实践, 11, 242–248。
- Brown, KW, Ryan, RM 和 Creswell, JD (2007)。正念:理论基础和证据
因为它的有益效果。心理调查, 18, 211–237。
- 佛果萨, B. (1976)。Vissuddhimagga [净化之路] (B. Nayanamoli, Trans.)。西雅图:
香巴拉。科罗拉多州博尔德:香巴拉。
- Cahn, BR, Delorme, A., & Polich, J. (2010)。内观冥想期间枕部伽马激活。
认知过程, 11, 39–56。
- Cahn, BR 和 Polich, J. (2006)。冥想状态和特征:脑电图、ERP 和神经影像学研究。
心理公报, 132, 180–211。
- Cahn, BR 和 Polich, J. (2009)。冥想 (内观) 和 P3a 事件相关的脑潜能。
国际心理生理学杂志, 72, 51–60。
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, NB (2009)。正念情绪调节:综合评论。
临床心理学评论, 29, 560–572。
- 基耶萨, A. (2009 年)。禅修:当前证据的整合。另类杂志
补充医学, 15, 585–592。
- 基耶萨, A. (2010 年)。内观冥想:对当前证据的系统回顾。另类杂志
补充医学, 16, 37–46。
- Chiesa, A., Brambilla, P. 和 Serretti, A. (2010)。正念冥想、心理治疗、药物治疗和安慰剂的功能性神经相关性:有联系吗? 神经精神病学杂志, 22, 104–117。
- Chiesa, A. 和 Serretti, A. (2009)。基于正念的压力减轻对健康人的压力管理:回顾和荟萃分析。替代与补充医学杂志, 15, 593–600。
- Chiesa, A. 和 Serretti, A. (2010)。对正念冥想的神经生物学和临床特征的系统评价。心理医学, 40, 1239–1252。
- Coelho, HF, Canter, PH, & Ernst, E. (2007)。基于正念的认知疗法:评估当前证据并为未来研究提供信息。顾问与临床心理学杂志,
75, 1000–1005。
- Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D., Hepburn, S., Fennell, MV 和 Williams, J. (2008)。基于正念的认知疗法和自我差异对有抑
郁症和自杀史的康复抑郁症患者的治疗。认知治疗与研究, 32, 775–787。
- 达斯, S. (1997)。觉悟内佛。纽约:百老汇。
- Davidson, RJ, Ekman, P., Saron, CD, Senulis, JA, & Friesen, WV (1990)。接近退缩和大脑不对称:情绪表达和大脑生理学。I。
人格与社会心理学杂志, 58, 330–341。
- Davidson, RJ, Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, SF, & Sheridan, JF (2003)。正念冥
想产生的大脑和免疫功能改变。
心身医学, 65, 564–570。
- Farb, NA, Anderson, AK, Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., & Segal, ZV (2010)。注意情绪:正念训练改变了悲伤的神经表达。
情感, 10, 25–33。
- Farb, NAS, Segal, ZV, Mayberg, HS, Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, AK (2007)。
关注当下:正念冥想揭示了不同的自我参照神经模式。社会认知和情感神经科学, 2, 313–322。
- Feldman, GC, Hayes, SC, Kumar, SM 和 Greeson, JM (2004)。认知和情感正念量表的发展、因素结构和初步验证。未发表的手稿。
- Forman, E., Herbert, J., Moitra, E., Yeomans, P. 和 Geller, P. (2007)。接受和承诺疗法以及焦虑和抑郁的认知疗法的随机对照有
效性试验。行为矫正, 31, 772–799。
- Gethin, R. (2001)。佛教的觉醒之路。牛津:一个世界。

Gifford, EV 和 Hayes, SC (1993)。功能语境主义 :行为科学的实用哲学。行为主义手册。圣地亚哥 :学术出版社。

吉尔平, R. (2009)。在基于正念的认知疗法中使用上座部佛教实践和观点。当代佛教, 9, 227-251。

戈耳曼, D. (1988 年)。冥想的头脑 :冥想体验的多样性。纽约 :近地点图书。

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. 和 Walach, H. (2004)。基于正念的减压和对健康的益处。一项荟萃分析。身心研究杂志, 57, 35-43。

Gunaratana, H. (1993)。正念用简单的英语。波士顿 :智慧出版物。

Gusnard, DA, Akbudak, E., Shulman, GL 和 Raichle, ME (2001)。内侧前额叶皮层和自我参照心理活动 :与大脑功能默认模式的关系。美国国家科学院院刊, 98, 4259-4264。

哈特 W. (1987)。生活的艺术 :SN Goenka 教授的内观冥想。纽约 :哈珀一号。

海耶斯, 上午和费尔德曼, GC (2004 年)。在情绪调节和治疗变化的过程中阐明正念的结构。临床心理学科学与实践, 11, 255-262。

海斯, SC (2004a)。接纳和承诺疗法和新的行为疗法 :正念、接纳和关系。在 SC Hayes, VM Follette 和 M. Linehan (Eds.), 正念和接受 :扩展认知行为传统 (第 1-29 页)。纽约 :吉尔福德。

海斯, SC (2004b)。接纳与承诺疗法 :关系框架理论和第三波行为疗法。行为疗法, 35, 639-665。

海斯, SC (2005 年)。走出你的生活, 走进你的生活 :新的接受和承诺疗法。加利福尼亚州奥克兰 :新先驱出版社。

Hayes, SC, Luoma, JB, Bond, FW, Masuda, A., & Lillis, J. (2006)。接受和承诺疗法 :模型、过程和结果。行为研究与治疗, 44, 1-25。

Hayes, SC, & Shenk, C. (2004) 在没有不必要的附件的情况下操作正念。临床与心理科学, 11, 249-254。

Hayes, SC, Strosahl, KD 和 Wilson, KG (1999)。接受和承诺疗法 :一个行为改变的实验方法。纽约 :吉尔福德出版社。

Hoffman, S. 和 Asmundson, G. (2008)。接纳和正念疗法 :新浪潮还是旧帽子? 临床心理学评论, 28, 1-16。

Ho`lzel, BK, Carmody, J., Evans, KC, Hoge, EA, Dusek, JA, Morgan, L., & Lazar, SW (2010)。减压与杏仁核的结构变化有关。社会认知与情感神经科学, 5, 11-17。

Ho`lzel, BK, Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K., & Vaitl, D. (2008)。使用基于体素的形态测量法研究正念冥想练习者。社会认知与情感神经科学, 3, 55-61。

Ho`lzel, BK, Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., & Vaitl, D. (2007)。在熟练的冥想者和冥想者中, 前扣带回和相邻的内侧额叶皮质的差异参与。神经科学快报, 421, 16-21。

Ivanovski, B. 和 Malhi, GS (2007)。心理和神经生理学伴随的正念冥想的形式。神经精神病学学报, 19, 76-91。

Jain, S., Shapiro, SL, Swanick, S., Roesch, SC, Mills, PJ, Bell, I., & Schwartz, GE (2007)。正念冥想与放松训练的随机对照试验 :对痛苦、积极心态、反刍和分心的影响。行为医学年鉴, 33, 11-21。

Kabat-Zinn, J. (1990)。彻底的灾难生活 :用你的身心智慧去面对压力、痛苦和疾病。纽约 :戴尔出版社。

Kabat-Zinn, J. (1994)。无论你走到哪里, 你就在那里 :日常生活中的正念冥想。纽约 :亥伯龙。

Kabat-Zinn, J. (2003)。情境中基于正念的干预 :过去、现在和未来。临床心理学 :科学与实践, 10, 144-156。

Kabat-Zinn, J., Massion, A., Herbert, J. 和 Rosenbaum, E. (1998)。冥想。在 JC Holland (Ed.), 心理肿瘤学教科书。牛津 :牛津大学出版社。

Kabat-Zinn, J., Massion, AO, Kristeller, J., Peterson, LG, Fletcher, KE, Pbert, L., & Santorelli, SF (1992)。基于冥想的减压计划在治疗焦虑症中的有效性。美国精神病学杂志, 149, 936-943。

- Kalisch, R., Wiech, K., Critchley, HD, Seymour, B., O'Doherty, JP, Oakley, DA, & Dolan, RJ (2005 年)。通过脱离减少焦虑:主观、生理和神经效应。《认知神经科学杂志》,17, 874-883。
- Kapleau, P. (1965)。禅的三大支柱:教、修、悟。波士顿:培根出版社。
- 马萨诸塞州肯尼和威廉姆斯,JMG (2007 年)。难治性抑郁症患者对基于正念的认知疗法。《行为研究与治疗》,45, 617-625。
- 套件,WK (2001 年)。禅宗全书。波士顿:塔特尔出版社。
- 清田,M. (1978 年)。大乘佛教冥想。理论与实践。夏威夷:大学出版社。
- Kohlenberg, RJ, Hayes, SC 和 Tsai, M. (1993)。激进的行为心理治疗:两个当代例子。《临床心理学评论》,13,572-592。
- Kumar, SM, Feldman, GC, & C., HS (2008)。在基于暴露的抑郁症认知疗法中,正念的变化结束了情绪调节。《认知治疗与研究》,32, 734-744。
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, RS, Watkins, E., Holden, E., White, K., & Teasdale, JD (2008)。基于正念的认知疗法可预防复发性抑郁症的复发。《顾问与临床心理学杂志》,76,966-978。
- Lau, MA, Bishop, SR, Segal, ZV, Buis, T., Anderson, ND, Carlson, L., & Devins, G. (2006)。多伦多正念量表:开发和验证。《临床心理学杂志》,62, 1445-1467。
- Lazar, SW, Kerr, CE, Wasserman, RH, Gray, JR, Greve, DN, Treadway, MT, & Fischl, B. (2005)。冥想体验与皮质厚度增加有关。《神经报告》,16,1893-1897。
- Ledesma, D., & Kumano, H. (2008)。基于正念的减压和癌症:荟萃分析。《心理肿瘤学》,18, 571-579。
- Linehan, M. (1993)。边缘型人格障碍的认知行为治疗。纽约:吉尔福德出版社。
- Londro, G. (1992)。穿墙:西藏冥想的介绍。纽约:雪狮出版物。
- Lundgren, T., Dahl, J. and Hayes, S. (2008)。评估接受和承诺疗法治疗癫痫变化的介质。《行为医学杂志》,31,225-235。
- Lutz, A., Slagter, HA, Dunne, JD 和 Davidson, RJ (2008)。注意力调节与监测冥想。《认知科学趋势》,12, 163-169。
- Lynch, T., Chapman, A., Rosenthal, M., Kuo, J. and Linehan, M. (2006)。辩证行为疗法的变化机制:理论和实证观察。《临床心理学杂志》,62, 459-480。
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N. and Linehan, M. (2007)。边缘行为的辩证行为疗法人格障碍。《临床心理学年度回顾》,3, 181-205。
- 马林诺夫斯基,P. (2008)。正念作为心理维度:概念和应用。《爱尔兰杂志心理学》,29, 155-166。
- Miller, JJ, Fletcher, K. and Kabat-Zinn, J. (1995)。基于正念冥想的减压干预治疗焦虑症的三年随访和临床意义。《综合医院精神病学》,17, 192-200。
- Moore, A. and Malinowski, P. (2009)。冥想、正念和认知灵活性:意识与认知。18 (1), 176-186。
- 尼尼波尼卡。(1973 年)。佛教禅修之心。纽约:韦瑟图书。
- Nydahl, O. (2008)。事情就是这样。英国:O 图书。
- Ochsner, KN, Bunge, SA, Gross, JJ, & Gabrieli, JD (2002)。重新思考感受:情绪认知调节的 fMRI 研究。《认知神经科学杂志》,14, 1215-1229。
- Ospina, MB, Bond, K., Karkhanavich, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., & Klassen, TP (2007)。健康冥想实践:研究现状。《Evid Rep Technol Assess (Full Rep)》, (155), 1-263。
- Pagnoni, G. and Cekic, M. (2007)。年龄对 Zen 中灰质体积和注意力表现的影响。《冥想:衰老的神经生物学》,28, 1623-1627。
- Pagnoni, G., Cekic, M., & Guo, Y. (2008)。“思考不思考”:神经相关性禅修期间的概念处理。《公共科学图书馆医学》,3,e3083。
- 拉,CB (2009 年)。接受和承诺治疗的当前经验状态。《精神病学》,22, 55-60。

Rabten, G. (1992).《心智及其功能》。Le Mont-Pelerin,瑞士:Rabten Choeling。

WS 罗胡拉 (1974)。《佛陀所教》。纽约:格罗夫出版社。

Ramel, W., Goldin, PR, Carmona, PE, & McQuaid, JR (2004)。正念冥想对过去抑郁症患者认知过程和影响的影响。《认知治疗与研究》,28, 433–455。

Rapgay, L. 和 Bystrisky, A. (2009)。经典正念:介绍其理论和实践
临床应用。《纽约科学院年报》,1172, 148–162。

Roemer, L. 和 Orsillo, SM (2003)。正念:一种有前途的干预策略,需要进一步
学习。《临床心理学:科学与实践》,10, 172–178。

Ruby, P. 和 Decety, J. (2004)。你的感受与你认为她的感受如何?
对社会情绪采取观点的神经影像学研究。《认知神经科学杂志》,16, 988–999。

Segal, ZJ, Williams, MG 和 Teasdale, JD (2002)。基于正念的抑郁症认知疗法:
一种预防复发的新方法。纽约:吉尔福德出版社。

夏皮罗, DH (1992)。长期禅修者的初步研究:目标、效果、宗教倾向、
认知。《超个人心理学杂志》,24, 23–39。

Shapiro, DH 和 Walsh, R. (1984)。冥想:古典与当代的视角。纽约:
阿尔丁。

Shapiro, S., Brown, KW 和 Biegel, G. (2007)。向照顾者教授自我保健:基于正念的压力减轻对培训中治疗师心理健康的影响。《专业心理学培
训和教育》,1, 105–115。

Shapiro, SL, Carlson, LE, Astin, JA 和 Freedman, B. (2006)。正念的机制。《杂志
临床心理学》,62, 373–386。

Slagter, HA, Lutz, A., Greischar, LL, Nieuwenhuis, S., & Davidson, RJ (2009)。Theta 相位同步和有意识的目标感知:强化心理训练的
影响。《认知神经科学杂志》,21, 1536–1549。

索甲, R. (1992)。《西藏生死书》。旧金山:哈珀旧金山。

斯特劳曼, TJ (1989)。临床抑郁症和社交恐惧症中的自我差异:情绪障碍背后的认知结构?《异常心理学杂志》,98, 14–22。

Tanner MA, Travis F, Gaylord-King C, Haaga DA, Grosswald S, & Schneider RH (2009)。
先验冥想计划对正念的影响。《临床心理学杂志》,65, 574–589。

泰勒, E. (1999)。介绍。在 M. Murphy & S. Donovan (Ed.)《物理和生理效应
的冥想》。加利福尼亚州索萨利托:思维科学研究所。

Teasdale, JD, Moore, RG, Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, ZV (2002)。抑郁症复发的元认知意识和预防:经验证据。《顾问与
临床心理学杂志》,70, 275–287。

Teasdale, JD, Segal, Z. 和 Williams, J. (2003)。正念训练和问题制定。《临床
心理学实践》,第 10 页,第 157–160 页。

Thanissaro, B. (1997)。Anapanasati Sutta [正念的呼吸]。(Bhikku Thanissaro, Trans.)。引用于
吉尔平 (2009)。

Toneatto, T. 和 Nguyen, L. (2007)。正念冥想能改善焦虑和情绪症状吗?
对照研究综述。《加拿大精神病学杂志》,52, 260–266。

Tsoknyi, D. (1998)。《无忧无虑的尊严:关于心性训练的论述》。香港:让戎
是的出版物。

内山, K. (2004 年)。《张开思想之手》。马萨诸塞州萨默维尔:智慧出版物。

华莱士, B. (1999)。《禅定佛教传统:提炼和检验的方法
意识》。《意识研究杂志》,6, 175–187。

Winbush, NY, Gross, CR, & Kreitzer, MJ (2007)。基于正念的减压对睡眠障碍的影响:系统评价。《探索:科学与治疗杂志》,3, 585–591。