

國立政治大學教育學院學校行政碩士在職專班

碩士學位論文

正念認知治療對於憂鬱與焦慮干預效果

之後設分析

Mindfulness Based Cognitive Therapy on
Depression and Anxiety: A Meta-Analysis



指導教授：郭昭佑博士

研究生：林佳莉 撰

中華民國 110 年 06 月

謝辭

回首三年來每個開車來回桃園和台北求學的週末，終於輪到我寫謝辭了。

感謝最初有傅美琴校長的鼓勵，讓我有勇氣報考政大行碩，在工作之餘能夠持續進修，精進教育知能。感謝學行碩的每一位恩師—秦夢群老師、湯志民老師、郭昭佑老師、吳政達老師、張奕華老師與胡悅倫老師，三年來對於教育研究、行政知能與實務經驗傾囊相授，讓我得以在工作崗位學以致用。感謝秀真姊從我們入學那一刻至今，總是陪在我們身邊解決許多問題與困難；以及陳菊阿姨每週的關心與問候，都是支持著我完成學業的貴人。

感謝學行碩第二十屆的同學互相陪伴與激勵，我才能走到這裡，尤其是五人小組的雅惠、郁棻、玫瑰還有怡函，回想我們一路攜手完成許多報告與考試實在非常不簡單。也感謝論文小組的郁棻、明施、慶嚴與育馨，有你們一起度過數個艱辛的週末，這份研究才得以誕生。

感謝郭昭佑老師擔任我的指導教授，在老師公務特別繁忙之際，還願意花那麼多時間指導我們，陪我們一步一步走到這裡。真的非常感謝老師這一年來很有耐心又很細心地陪我們聚焦研究題目、討論研究方法、告訴我們論文寫作的技巧、提點我們內文要留意的細節並關心我們的論文進度。感謝陳景花老師與吳政達老師擔任口試委員，仔細審閱論文並給予專業的意見，讓我的論文得以更臻完善。

感謝父母的栽培，讓我能帶著一顆樂於追求知識的心進行研究；感謝瀚文的支持與體貼，讓我可以專心求學；感謝禕晨與仲安都平安地在肚子裡長大與誕生，陪我度過三年的研究所歲月。

感謝我自己的認真與努力，才能順利完成論文如期畢業。學海無涯，即使走到這一刻仍有許多覺得不足而想繼續追尋與探究的事情，期許未來的我還能進行更多對學術領域有貢獻的研究。

感謝生命裡遇見的人、走過的路。

摘要

根據衛生福利部統計處的資料，近年來臺灣服用抗憂鬱藥物以及蓄意自我傷害致死的人數越來越多，可見國人心理健康議題不容忽視。有鑑於正念認知治療近期蓬勃發展，有許多相關實證研究證實其介入憂鬱及焦慮的良好效果。因此本研究致力於探討正念認知治療的知識基礎、研究熱點與研究前沿，以及正念認知治療介入憂鬱和焦慮的成效，提供國內實務工作者參考。

文獻計量相關部分，本研究使用 Web of Science 核心合輯為文獻來源，分析 1999 年至 2021 年共計 560 篇期刊文獻。研究結果發現正念認知治療領域高度共被引作者為 Segal、Kabat-Zinn、Teasdale、Kuyken 與 Beck 等人；重要高度共被引文獻為《找回內心的寧靜：憂鬱症的正念認知療法》、〈Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy〉與《八週找回平靜、自信與智慧的自己》等著作；關鍵字共現程度最高者為「憂鬱」、「正念認知治療」、「正念」、「認知行為治療」與「正念減壓」等；突現期延續至今的關鍵字為「介入」與「後設分析」。

後設分析部分，本研究使用 Web of Science 核心合輯與中國知網為文獻來源，分析 2000 年至 2021 年共 101 篇正念認知治療介入憂鬱或焦慮之隨機對照試驗期刊文章。研究結果發現正念認知治療介入憂鬱與焦慮後測的效果在統計檢定皆能達顯著水準且皆有中度的效果量（憂鬱 $d=-0.530 [-0.625, -0.435]$ ；焦慮 $d=-0.500 [-0.632, -0.368]$ ）。

本研究呈現正念認知治療發展概況如最有影響力的作者、指標性文獻、研究熱點與趨勢，並證實正念認知治療對於憂鬱與焦慮的效果，希望能在實務方面對國人心理健康有所助益。

關鍵詞：正念認知治療、文獻計量、後設分析

Abstract

Since the official statistics shows the number of people who take antidepressants and suicide has been increased for these ten years in Taiwan and mindfulness based cognitive therapy (MBCT) appears to be a promising therapy for depression and anxiety, this present study aims to analyze the classical literature, hotspots and the development trend in this field and the efficacy of MBCT for depression and anxiety.

A total of 560 articles published from 1999 to 2021 in the database Web of Science were selected to bibliometric analysis. The result showed the most influential authors such as Segal, Kabat-Zinn, Teasdale, Kuyken and Beck, the most co-cited document such as *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse, Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy*, and *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, the most common keywords such as depression, MBCT, cognitive behavior therapy, and mindfulness based stress reduction, and the research fronts such as intervention and meta-analysis.

A total of 101 articles of intervention studies evaluating MBCT for depression and anxiety in random control trials from 2000 to 2021 were selected to meta-analysis and database used in this study was Web of Science and CNKI. Compared with control groups, MBCT significantly reduced depressive symptoms ($d=-0.530 [-0.625, -0.435]$) and anxiety ($d=-0.500 [-0.632, -0.368]$).

The present study shows the most influential authors and documents, the research hotspots and the research fronts and provides evidence that MBCT is effective for reducing depressive symptoms and anxiety.

Keywords: mindfulness based cognitive therapy, bibliometric analysis, meta-analysis

目次

第一章	緒論.....	1
第一節	研究背景與動機.....	1
第二節	研究目的與問題.....	4
第三節	名詞釋義.....	5
第四節	研究範圍與限制.....	7
第二章	文獻探討.....	10
第一節	正念認知治療基本概念.....	10
第二節	正念認知治療介入效果.....	16
第三節	正念認知治療介入之後設分析相關研究.....	30
第三章	研究方法.....	33
第一節	研究架構與流程.....	33
第二節	資料搜尋與篩選.....	36
第三節	文件編碼與分類.....	36
第四節	資料分析與處理.....	50
第五節	研究工具.....	54
第四章	研究結果.....	57
第一節	正念認知治療文獻視覺化分析結果.....	57
第二節	正念認知治療介入憂鬱與焦慮效果之後設分析.....	82
第三節	綜合討論.....	103
第五章	結論與建議	107
第一節	研究結論.....	107
第二節	研究建議.....	111
參考文獻.....		114

表次

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表	39
表 3-2 出版偏誤檢定數據表	52
表 4-1 正念認知治療研究之國家引用次數分析表	58
表 4-2 正念認知治療研究之機構引用次數分析表	61
表 4-3 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯作者共被引分析表	63
表 4-4 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的文獻共被引分析表	67
表 4-4 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的文獻共被引分析表（續）	68
表 4-5 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的期刊引用分析表	69
表 4-6 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的關鍵字共現分析表	71
表 4-7 正念認知治療突現詞分析表	81
表 4-8 正念認知治療介入之後測整體效果量與異質性分析統計表	84
表 4-9 正念認知治療介入憂鬱之後測調節變項分析表	91
表 4-10 正念認知治療介入焦慮之後測調節變項分析表	96
表 4-11 正念認知治療介入之追蹤測整體效果量與異質性分析統計表	100
表 4-12 正念認知治療介入憂鬱之追蹤測調節變項分析表	102

圖次

圖 1-1 從 1966 年至 2020 年間之正念相關研究篇數	3
圖 2-1 正念認知治療在臺灣與國際的研究篇數折線圖	16
圖 3-1 研究架構圖	33
圖 3-2 研究流程圖	35
圖 3-3 正念認知治療介入憂鬱之出版偏誤檢定漏斗圖	53
圖 3-4 正念認知治療介入焦慮之出版偏誤檢定漏斗圖	54
圖 4-1 正念認知治療研究之國家集群比較可視圖	58
圖 4-2 正念認知治療研究之研究機構引用次數分析圖	60
圖 4-3 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯作者共被引分析圖	62
圖 4-4 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的文獻共被引分析圖	64
圖 4-5 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯之期刊引用時間圖	70
圖 4-6 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的關鍵字共現分析聚類圖	72
圖 4-7 正念認知治療在臺灣博碩士論文和期刊的關鍵字共現分析聚類圖	73
圖 4-8 正念認知治療相關研究之文獻引用時間圖	74
圖 4-9 正念認知治療介入憂鬱之文獻引用時間圖	75
圖 4-10 正念認知治療介入兒童與青少年之文獻引用時間圖	76
圖 4-11 正念認知治療介入癌症與頭痛之文獻引用時間圖	77
圖 4-12 正念認知治療介入癲癇、愛滋病等症狀之文獻引用時間圖	77
圖 4-13 正念認知治療介入乾癬患者、孕婦以及網路方式介入之文獻引用時間圖	78
圖 4-14 正念認知治療介入耳鳴症狀之文獻引用時間圖	79
圖 4-15 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的關鍵字共現分析時間圖	80
圖 4-16 後設分析文獻蒐集流程圖	82

第一章 緒論

本研究旨在瞭解正念認知治療介入憂鬱與焦慮的成效，以文獻計量方法初探正念認知治療的發展與重點，希望能進一步在國內推廣，並以後設分析方法檢核正念認知治療介入憂鬱與焦慮的成效，作為後續研究的參考。本章將分為研究背景與動機、研究目的與問題、名詞釋義以及研究範圍與限制四個章節，簡要說明此研究的重點。

第一節 研究背景與動機

近年來青少年自殺率攀升，引起國人關心就學階段學子心理健康以及輔導人力資源配置的狀況。在人力有限與日趨嚴重的心理議題之下，除了各自前往醫療院所就醫服藥之外，學校層面若能以更節省成本的方式提供輔導諮詢資源，相信能對青少年有更多幫助，也能避免輔導資源耗竭。因此本研究旨在瞭解正念認知治療對於青少年憂鬱與焦慮的成效，除了探討相關文獻進一步認識目前正念認知治療的應用之外，並運用後設分析的研究方法分析多篇國內外正念認知治療對於青少年的整體成效與調節變項，希望能提供實務工作者團體輔導或治療的指引。

壹、研究背景

一、2020年底連續多起大學生輕生事件

2020年11月份全臺各大專院校屢傳輕生事件：11月9日臺灣大學一名20歲女學生墜樓（許展溢，2020）、11月11日臺灣大學一名26歲男學生在宿舍上吊（趙宥寧，2020）、11月13日臺灣大學一名22歲男學生墜樓（劉建邦，2020）、11月14日淡江大學一名21歲男學生墜樓（陳心瑜、吳仁捷，2020）、11月16日臺北海洋科技大學一名20歲女學生在租屋處燒炭（許展溢，2020）以及11月17日成功大學一名22歲男學生在租屋處燒炭（黃宣翰，2020）。短短9天內有6名學生自殺的新聞震驚全臺，不僅各級學校密切關心校園裡的高關懷學生，政府與社會大眾也開始留意學生的心理健康與輔導諮詢資源是否足夠（陳碧珠，2020）。

二、近十年來國人自殺率與服用抗憂鬱藥物之情況

根據衛生福利部統計處（2019）資料顯示：15歲至24歲的國民在2019年蓄意自

我傷害（自殺）致死人數有 257 人，佔了 15 歲至 24 歲死亡因素中的 22.1%，位居死因第二名僅次於事故傷害；25 歲至 44 歲的國民在 2019 年蓄意自我傷害（自殺）致死人數有 1,157 人，佔了 25 歲至 44 歲死亡因素中的 16.2%，位居死因第二名僅次於惡性腫瘤。此外，12 歲至 17 歲的青少年自殺人數從 2008 年的 20 人，一路攀升至 2019 年的 52 人。除了國內青壯年人口自殺人數不斷增加之外，衛生福利部中央健康保險署統計 2019 年全體國人使用抗憂鬱藥物的人數有 1,397,197 人，相較於 2009 年的 874,930 人增加了 55,895 人，10 年內增加率高達將近六成。從統計資料中可以看到蓄意自我傷害（自殺）為國內青壯年人口非常主要的死因，且整體國人服用抗憂鬱藥物人數逐年增加，可見國人心理健康不容忽視。

從吳純儀等人（2007）國內外青少年自殺危險因子的後設分析文獻當中可以得知情感性疾患當中的重鬱症有最多相關研究且其效果量也是最高的，而臺灣近 10 年來不僅使用抗憂鬱藥物的人數大幅上升，青壯年自殺的數量增加程度又變得相當可觀，身為教育工作者，不得輕忽國人心理健康議題。

三、正念相關研究的興起

透過 Web of science 核心合輯在主題（標題、摘要、作者關鍵字與 keyword plus）搜尋”mindfulness”結果可以發現，從 1966 年起至 2020 年，目前已有 9,973 篇期刊文章研究（如圖 1-1）。尤其從 2017 年開始，每年相關研究已經超過 1,000 筆資料，可見正念在國際學術界受到的重視。其中正念認知治療更結合了正念與認知行為治療的概念，對於憂鬱的復發與再發（Segal et al., 2010）與焦慮症狀（Kim et al., 2009）有良好處遇效果，因此本研究將著重正念認知治療對於憂鬱及焦慮的效果進行研究。

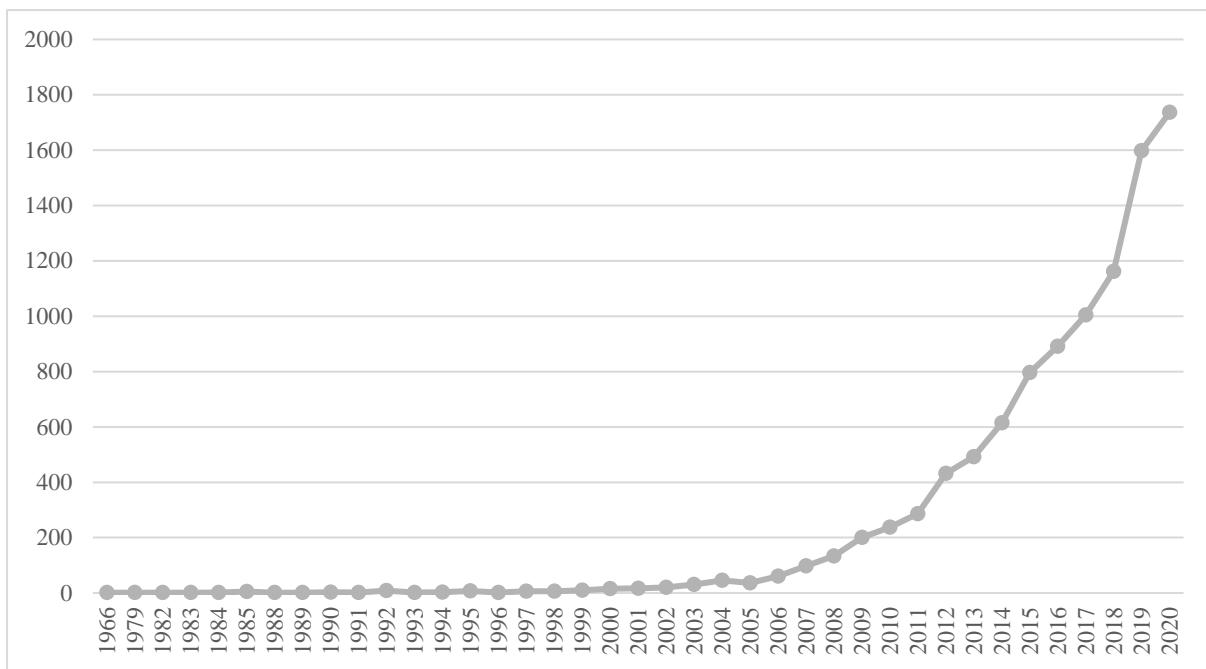


圖 1-1 從 1966 年至 2020 年間之正念相關研究篇數

隨著近年來國人憂鬱傾向提高以及近期屢傳輕生事件，本研究希望可以透過可視化分析瞭解正念認知治療發展的脈絡與趨勢，並以後設分析探討正念認知治療對於憂鬱與焦慮的效果，提供實務工作者作為參考。

貳、研究動機

一、探究正念認知治療的效果

隨著近二十年來正念相關研究的興起，正念認知治療也被廣泛應用在各式各樣的身心狀況以探討其成效，像是憂鬱症（Aalderen et al., 2012; Thimm & Johnsen, 2020）、焦慮症（Evans et al., 2008; Ninomiya et al., 2020）、創傷後壓力症候群（King et al., 2013）、癌症（Park et al., 2018）和糖尿病等（van Son et al., 2014）。

由於正念認知治療相關研究的數量逐年攀升，專家學者也開始針對不同族群進行研究，例如孕產婦（Goodman et al., 2014）、年長者（Dikaios et al., 2020）或青少年（Esmaeilian et al., 2018）等，因此本研究希望能夠取經於國際期刊文獻的研究成果進一步分析，並聚焦於正念認知治療對於憂鬱與焦慮的成效為何，提供國內實務工作者作為參考。

二、促進國人心理健康

從目前學術研究的結果不僅可以發現正念認知治療不僅有許多實證研究證明它對於憂鬱和焦慮的處遇效果，洪敬倫（2018）也詳細地說明正念認知治療團體進行的方式與策略、相關資源以及師資培訓的管道。

有鑑於衛生福利部（2019）關於國人自殺率與使用抗憂鬱藥物的統計資料不斷攀升的趨勢，加上正念認知治療具體明確的執行方式與近二十年來相關研究結果豐富，本研究希望透過探究國際上目前正蓬勃發展的正念認知治療，提供實務工作者介入處遇的參考策略之一，以協助國人因應憂鬱與焦慮等情緒困擾。

三、運用後設分析整合不同研究的結果

正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒的研究相當多，但如同相關文獻所提及的研究限制如樣本數不夠大（Lee et al., 2008; Viafora et al., 2015），加上不同的研究所採用的樣本特徵不同，如：具有焦慮情緒（Cotton et al., 2016）、憂鬱（Xu, Zhu & Liu, 2019）、注意力不足過動症（Haydicky et al., 2015）、進入矯正機構（Milani et al., 2013）等，難以概括呈現整體介入的效果。

由於後設分析能夠將這些量化的數據依照調節變項加以計算，突破傳統單一研究的限制（謝進昌、陳敏瑜，2011），因此本研究希望能採取後設分析的研究方法整合和正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒的相關研究結果，提供學術界與實務界更完整的觀點來檢視正念認知治療介入憂鬱與焦慮的成效。

四、作為輔導與諮商策略之效果研究

目前臺灣針對正念認知治療的隨機對照試驗類型之研究為數不多，因此本研究希望能透過蒐集國際運用正念認知治療於憂鬱與焦慮症狀的研究進行視覺化分析以探討其發展趨勢，並運用後設分析瞭解其介入效果與調節變項，引進為輔導與諮商策略的學術研究成果，提供實務工作者選擇處遇方式的參考，為國人身心健康盡一份心力。

第二節 研究目的與問題

由於近年來國人憂鬱心情與自我傷害的情況日趨嚴重，加上目前國際上對於正念認知治療的實證研究越來越多。因此本研究希望能透過可視化分析來瞭解正念認知治

療發展的脈絡與趨勢，並且運用後設分析進一步瞭解正念認知治療介入憂鬱與焦慮的效果。希望研究結果能夠為國人身心健康盡一份心力，提供實務現場工作者作為另一種諮商輔導介入的參考。以下就本研究的研究目的與研究問題分別說明。

壹、研究目的

- 一、針對正念認知治療文獻進行視覺化分析，以瞭解其知識基礎、研究熱點與前沿。
- 二、針對正念認知治療介入憂鬱與焦慮效果進行後設分析，以瞭解其整體效果量與調節變項。

貳、研究問題

- 一、正念認知治療研究的知識基礎、研究熱點與研究前沿為何？
- 二、正念認知治療介入憂鬱的效果與其調節變項為何？
- 三、正念認知治療介入焦慮的效果與其調節變項為何？

第三節 名詞釋義

本研究重點在於正念認知治療對於憂鬱與焦慮的效果，為使研究內容更清楚明確，特別針對正念、正念認知治療、憂鬱與焦慮四者關鍵名詞進行詮釋如下：

壹、正念

Kabat-Zinn (2003) 發表一篇研究，將正念 (mindfulness) 定義為：「刻意把注意力放在當下，抱持開放與接納的態度且不帶評價。」而 Teasdale (1999b) 則提出正念的本質是刻意控制注意力來建立可替換的訊息傳遞方式或認知模式來跟憂鬱抗衡。這樣的認知模式廣泛地被當作是一種「存在」(being)，和我們日常生活中總是在「行動」(doing) 是不一樣的。如果總是在行動的模式，一旦當事人心理狀態變得憂鬱，就會陷入失功能的 (dysfunctional) 情緒狀態。

目前在臺灣對於「mindfulness」的翻譯除了正念之外，還有內觀（劉焜輝，1993）、止觀（張仁和等，2010）或覺照（余德慧，2010）等，其中又以正念強調「今心」—專注在當下的覺察（陳秀蓉等，2019），最能展現 Kabat-Zinn 對於 mindfulness

的所闡述的意義，因此本研究針對「mindfulness」採用「正念」的翻譯。

貳、正念認知治療

Teasdale (1999) 表示正念認知治療是一種節省成本又具有技巧的團體方案，擷取許多 Kabat-Zinn (1990) 提出的正念減壓 (Mindfulness-based stress reduction, MBSR) 的精髓，特別可以用在幫助憂鬱病患預防復發與再發的狀況。Teasdale 等人 (2000) 則說明正念認知治療的重點是在教導人們對於自己的想法和感受更有覺察，而且在看待內心事件時可以有更寬廣、更去中心化的觀點。

Segal 等人 (2015) 在書中詳述正念認知治療整合了認知治療的概念與正念修習的方式，融合西方的心理治療和東方內觀的精神，將重點放在加入注意力訓練來覺察想法與感受，並且與它們同在而不需要刻意改變它們。

參、憂鬱

精神疾病診斷與統計手冊第五版 (DSM-V) 對於鬱症 (Major Depressive Disorder) 的定義為以下九項指標中至少五項症狀在兩週內同時出現而明顯影響生活、職業和社交能力，並排除生理因素、無躁症發作經驗，且至少包含以下症狀之一：憂鬱情緒或失去興趣和愉悅感。

其中九項憂鬱指標為：心情低落、對所有活動失去興趣、體重明顯增加或減輕或是食慾明顯增加或減少、睡眠困擾、精神和行為激動或遲緩、疲倦或無精打采、無價值感與罪惡感、思考和專注力降低或猶豫不決、有自殺意念、自殺計畫或自殺行動。

關於憂鬱不同時期的歷程有一些相關的詞彙的定義如下 (Bockting et al., 2015; Buckman et al., 2018; de Zwart et al., 2019)：反應 (response) 表示經過治療之後的狀態和剛開始相較之下有明顯改善大約一半，但還沒有完全變好；緩解 (remission) 表示憂鬱已經改善到幾乎沒有症狀或是剩下非常些微的程度，而且可以持續大約兩個月，但患者還處於憂鬱的歷程；復發 (relapse) 表示在緩解至復原期間又出現憂鬱的症狀；復原 (recovery) 表示憂鬱的狀況已經緩解大約半年到一年，其中沒有經歷過復發，但也不代表憂鬱不會再發作；再發 (recurrence) 則表示在憂鬱復原之後，又再次

出現憂鬱發作的情況。

肆、焦慮

精神疾病診斷與統計手冊第五版對於廣泛性焦慮性症（Generalized Anxiety Disorder）的定義為：患者在半年內對於許多事件有過度且難以控制的焦慮和擔憂，合併以下六個指標當中至少三個指標，而明顯影響生活、職業和社交能力，且無法歸因為物質或生理狀況或其他疾病。

其中六項指標為：坐立不安、感覺緊張或心情不安、容易疲勞、難以集中注意力或腦中一片空白、容易生氣、肌肉緊繃、睡眠困擾。

第四節 研究範圍與限制

本節將針對研究問題、研究目的以及研究資料蒐集的情形分別說明本研究的研究範圍與限制。

壹、研究範圍

本研究針對正念認知治療介入憂鬱與焦慮的效果分為視覺化分析與後設分析兩部份進行研究，以下將分別說明其研究範圍。

視覺化分析部份，本研究主要以英文資料庫 Web of Science 核心合輯從 1999 年開始出現正念認知治療相關研究期刊文章至 2021 年為研究範圍，致力於瞭解這 22 年來國際上關於正念認知治療研究的知識基礎、研究熱點與研究前沿。

後設分析部分，主要蒐集英文與中文期刊文章關於正念認知治療介入憂鬱與焦慮症狀之研究，其中最早的相關文獻從 2000 年起至 2021 年，涵蓋時間共計 21 年。

貳、研究限制

本研究在規劃研究內容與方法時力求周全，希冀研究結果更臻完善，然而受限於人力與經費等因素，仍有些許研究限制，以下將本研究的研究限制將分為文件蒐集、出版偏誤和文化差異詳述如下。

一、文獻蒐集

本研究蒐集的文獻主要為中文和英文期刊文章，其中中文文獻來源主要為國家圖書館臺灣期刊論文索引系統和 Airiti Library 華藝線上圖書館；英文文獻來源則是以 Web of Science 核心合輯、Scopus、PubMed、ProQuest 與 ERIC 等。

然而本研究在進行正念認知治療相關研究的資料視覺化分析時，僅以 Web of Science 核心合輯的期刊文章為主，缺少其他語言與資料庫的文獻一併分析。此外，受限於套裝軟體分析文獻的功能與參數，因此本研究僅能呈現特定的圖形以分析相關資料，難以盡如人意。

再者，本研究在進行後設分析時，僅限於中文與英文的期刊文章，無法廣泛納入其他語言的文獻一同進行分析與討論。此外，本研究的研究範圍限縮於期刊文章，因此也捨棄了學位論文、研討會文章、各類專書等相關資料的分析結果。最後則是有些文獻需要付費，礙於費用過高難以負擔之故，本研究後設分析的文獻暫不納入需要付費的資料。

二、出版偏誤

有鑑於期刊文章具備專家審查機制，以及期刊具有影響係數（Impact Factor, IF）與 SJR 排名（SCImago Journal Rank）等演算與權衡來呈現學術研究的價值，因此本研究篩選發表於期刊的文獻進行後設分析。

然而，如同謝進昌、陳敏瑜（2011）所言，國內教育與心理後設分析的學術研究有出版偏誤的現象。本研究所蒐集的文獻來源為期刊文章，可能出現 Rosenthal (1979) 提及的文件抽屜現象（file-drawer problem）或冰山現象（the iceberg phenomenon），意指在統計檢定達顯著的研究比較容易被期刊接受刊登，而未達顯著或結果與研究假設相反的研究比較不容易被期刊接受刊登。

因此，本研究也將進行出版偏誤的檢定，接受謝進昌、陳敏瑜（2011）提出的建議，除了使用 Rosenthal (1979) 發展出的成敗估計值（Fail-safe N）進行檢定之外，也會運用漏斗圖（funnel plot）以及 trim and fill 再三檢視出版偏誤的狀況。

三、文化及語言差異

正念在 2,500 年前起源於東方文化（Kornfield, 1987），近代在西方發展為正念認

知治療（Segal, Williams & Teasdale, 2015），進而在全球不同語言的國家流行，不同文化與語言的國家中如何實施與詮釋正念認知治療的歷程和成效可能有所差異。如同黃鳳英（2019）說明國內正念相關活動可能會錯誤解讀正念的意義、未顧及正念的內涵、將正念與放鬆或愉快的活動混淆以及未依照正念認知治療的團體結構進行等問題。正念認知治療的研究在進行過程中若未釐清正念的概念與執行方式，可能也會因此而影響研究結果。

除此之外，本研究蒐集之文獻大多為英文文獻，加上研究者或受試者有許多來自於歐洲與美洲，其他區域的研究數量較少。然而在搜尋文獻的過程中發現阿拉伯語系國家有許多相關文獻，礙於語言的限制，無法納入研究。

再者，在憂鬱與焦慮的測量方面，也可能產生文化或語言的差異。例如 Roberts 等人（1990）發現美國流行病學研究中心憂鬱量表（Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D）在焦慮的部分對於不同民族或使用不同語言的人而言是有差異的；Koh 等人（2007）也曾提到憂鬱會隨著不同的文化背景而在概念化與呈現方面有所不同，甚至西方發展的測驗工具不見得適合非西方文化的人使用，這些都是有可能影響研究結果的因素。

因此本研究在語言差異層面除了正念本身的概念解讀與實施可能會隨著研究者的背景有差異之外，研究過程對於正念認知治療介入憂鬱與焦慮的成效可能也比較難顧及不同文化的研究結果。

第二章 文獻探討

本章分為三節，旨在探討正念認知治療的基本概念、正念認知治療的介入效果以及正念認知治療的後設分析相關研究。

第一節 正念認知治療基本概念

正念（mindfulness）作為用來教導人們管理或調節個人心理狀態的方法已經至少有 2,500 年的歷史（Teasdale, 1999）。如同 Goldstein 和 Kornfield（1987）所言，正念來自於釋迦牟尼 2,500 年前的核心思想—當一個人是有意識的，他能體驗到心靈與禪修的本質或冥想。這提供一種方式教導人們清楚地理解其身心靈與週遭的世界，並且發展出有智慧且具同理心的方式去理解與述說（relate）事件。

正念認知治療的發展從 2,500 年前釋迦牟尼的時代延續至今具有科學實證的探究與驗證，慢慢型塑其理論背景、價值觀、治療技巧與歷程，同時也在臨牀上應用於不同背景的群體的治療。以下將針對正念認知治療的定義與發展趨勢分別進行探討。

壹、正念認知治療定義

正念和以正念為基礎的介入措施包含許多不同種類的正念練習以及正念相關的心理治療策略，例如：Gunaratana（1993）提到古老的靈修（Vipassana meditation）、Kapleau（1965）提及的禪修（Zen meditation）、Kabat-Zinn（1990）提出的現代標準化的團體靜坐練習正念減壓（mindfulness-based stress reduction, MBSR）以及 Segal、Williams 和 Teasdale 拜訪 Kabat-Zinn 學習正念減壓之後，於 2002 年結合認知行為治療發展出的正念認知治療（mindfulness-based cognitive therapy, MBCT）等。

Chiesa 和 Serretti（2011）研究上述四種以正念為基礎的介入措施效果，發現靈修可減緩受刑人對酒精的依賴與物質濫用的狀況、禪修可以明顯降低血壓、正念減壓對於癌症病患與長期經歷身體病痛的人的身心狀態有幫助，而正念認知治療則是可以減少憂鬱患者復發與再發的可能。

除了以上四種正念介入方案之外，正念相關的心理治療方式還包含辯證行為治療（dialectical behaviour therapy, DBT; Linehan, 1993）和接納與承諾治療（acceptance and

commitment therapy, ACT; Hayes et al., 1999)。Chiesa 和 Malinowski (2011) 將上述六種方式整合稱為以正念為基礎的取向 (mindfulness-based approach) 心理治療。

正念認知治療整合認知行為治療 (Beck et al., 1979) 與正念減壓 (Kabat-Zinn, 1990) 的觀點。和認知行為治療不同的是，正念認知治療不是著重在改變人們對事情的想法，而是把重點放在改變對想法的覺察，以及正念認知治療融入認知行為治療的觀點去提倡「不以此為中心」(decentering) 的想法，像是：「想法不是事實」(Thoughts are not facts) 以及「我不是我的想法」(I am not my thoughts) 等概念 (Teasdale et al., 2000)。因此正念認知治療基本上假設這些技巧可以依照個人意圖與注意力控制來改變對事情思考的模式 (Shallice, 1988)。這樣的假設不約而同與釋迦牟尼強調的自我負責 (self-responsibility)，也就是自我管理 (self-management)、自我控制 (self-control) 和自我提升 (self-improvement) 互相呼應，透過這樣系統性的訓練，在面對問題時，可以比較冷靜與放鬆 (Gilpin, 2009)。

Chiesa 和 Malinowski (2011) 說明：正念減壓與正念認知治療都是短期冥想的方案，他們主要建立在三種技巧：身體掃描 (body scan)、靜坐冥想 (sitting meditation) 與哈達瑜珈 (Hatha Yoga)。如同 Kabat-Zinn (1990) 描述的：身體掃描包含全身從頭到腳循序漸進的注意力掃描，不具任何批判地將注意力放在任何感覺與知覺在不同的身體部位，加上使用週期性地呼吸覺察和放鬆。在靜坐冥想的過程中，帶領者會引導呼吸的正念覺察或留意腹部的隆起與消落和其他方面的覺察，以及不帶評判的認知覺察和心流以及分心的事物等連續地在心裡流動。哈達瑜珈包含呼吸練習、簡單的伸展和姿勢設計來加強與放鬆肌肉與骨骼系統。這些方案通常包含八次療程，每次療程兩個小時還有每天至少 45 分鐘的回家作業。

Segal 等人 (2002) 運用正念認知治療運用原則量表檢核 (Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale, MBCT-AS) 治療師的處遇，並且量化正念認知治療的不同要素 (例如：團體凝聚力、正念認知治療處遇說明、拓展系統性的覺察練習、傳達正念認知治療的核心概念、設定回家作業、回顧練習的一致性、回顧回家作業執行情況、想法與感覺的連結、以動作為基礎的覺察練習、三分鐘呼吸空間、使用正念

減壓的影片媒材、教導憂鬱與認知模型、接受與厭惡的差別、認知的因應策略、行為層面的情緒調節方式、發現憂鬱復發的因應方式、團體成員對於練習與預防憂鬱復發的承諾），進一步區分正念認知治療與認知行為治療的差別。

臺灣則有石世明（2015）翻譯的《找回內心的寧靜：憂鬱症的正念認知療法（第二版）》書籍，其中詳細介紹正念認知治療八週課程中所要執行的內容，讓有意願進一步了解正念認知治療的人們可以更清楚正念認知治療的處遇方式，也能試著按照書中的步驟來練習。正念認知治療每週進行主題大致如下：第一週—覺察與自動導航、第二週—用大腦過生活、第三週—集中散亂的心、第四週—認出厭惡感、第五週—容許／如其所是、第六週—想法非事實、第七週—如何用最好的方式照顧自己，以及第八週—維持與擴展新的學習。

如同 Rachman (1980) 所言，有效的情緒調適有一個重要的特徵就是能夠減少「呈現重複刺激事物激發情緒反應」的狀況。教導基本的心智管理技巧可以用來脫離促進憂鬱的迴圈，也就是可以脫離概念化的、行動的或未經思考的情緒處理模式，變成正念的、經驗性的或存在的模式 (Teasdale, 1999)。

不論是正念認知治療運用原則量表 (Segal et al., 2002) 或是《找回內心的寧靜：憂鬱症的正念認知療法（第二版）》(石世明譯，2015) 都提到正念認知治療強調每天練習來促進健康的行為和效果，像是冥想或瑜伽對長期介入而言就是一種正向激勵的方式來維持療效 (Segal et al., 2010)。此外，正念認知治療結合注意力控制訓練與正念減壓方案的情緒相關基模內在冥想心理模式，以及認知治療技巧設計來對負面思惟去中心化，例如：想法不是事實 (Teasdale, 1999)。正念認知治療也包含從認知行為治療衍生而來特定的技巧和練習，例如：練習如何處理憂鬱復發的方法。再者，正念認知治療也擷取認知行為治療對於憂鬱症的處遇，像是留意憂鬱的特徵與警訊。此外，正念認知治療也採用一種稱為三分鐘呼吸空間的練習，來整合日常生活的正念技巧練習 (Segal et al., 2002)，通常可以在一開始預設時間來練習，之後就可以在發現到負面的感覺時應用 (Chiesa & Malinowski, 2011)。

正念認知治療可溯源自 2,500 年前釋迦牟尼正念冥想的觀點，並結合認知行為治

療的概念，在現今科學實證的年代提供一個具備系統性架構的處遇方式，幫助人們得以按部就班學習控制自己的注意力來調整對於想法的覺察，以尋回內心的寧靜。

貳、正念認知治療發展趨勢

在 William 等人（2013）共同著作的《找回內心的寧靜—憂鬱症的正念認知療法》這本書當中提到：正念認知治療起源於 1989 年 Mark William、John Teasdale 和 Zindel Segal 在牛津大學的認知治療世界大會（World Congress Cognitive Therapy）見面與討論對於認知和情緒相關的問題。爾後，他們拜訪 Kabat-Zinn 的正念減壓門診，體驗正念減壓課程，並結合認知行為治療發展正念認知治療，在 2002 年出版書籍說明八週的正念認知治療如何降低憂鬱症復發與再發的風險。經過作者們的反思與調整，2013 年再出版第二本書，更仔細地從不同角度探討正念認知治療對於憂鬱症的助益。

隨著正念認知治療的發展，許多網站都有正念認知治療相關的資源，例如：許多正念認知治療人員創立 ACCESS MBCT 並建立 <https://www.mbct.com/>，提供相關書籍、文獻與師資等資源、http://www.guilford.com/MBCT_materials 則是《找回內心的寧靜：憂鬱症的正念認知療法》這本書提供的網路資源與相關媒材，而 <https://www.oxfordmindfulness.org/> 裡面則有線上演講、Podcast 與 Youtube 影音資源等等；臺灣也有相關的書籍，例如：《八週正念練習：走出憂鬱與情緒風暴》、《是情緒糟，不是你很糟：穿透憂鬱的內觀力量》和《當下，繁花盛開》等等；此外 Mark William 甚至曾在 2012 年與 2016 年來臺授課，當時在臺灣獲得許多實務工作者的響應（陳秀蓉等，2019）。

在正念認知治療蓬勃發展之後，Semple 等人（2005）有感於正念認知治療運用在成人有良好的成效，因此調整正念認知治療的療程為 6 週，每週一次進行 45 分鐘，發展兒童版正念認知治療（Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children，MBCT-C），運用在 7 至 8 歲的兒童身上，發現可以有效改善他們焦慮的狀況。

除了 Semple 等人（2005）的研究之外，Semple 和 Rosa（2010）也將兒童版正念認知治療重點著重在對小學階段兒童增進注意力的自我管理與透過促進想法與情緒的

去中心化來提升情緒調適能力，並且增加社會情緒復原力。Esmaelian 等人（2018）則表示兒童版正念認知治療介入能夠提供孩子一個機會去觀察事件，取代自動化地反應，進而促進他們的正念與情緒管理能力，還可以有效地提升父母離異的孩童情緒復原力（emotional resiliency），減緩焦慮、憂鬱和憤怒的情緒。

五年後，Semple 等人（2010）再次調整兒童版正念認知治療的療程為 12 週，每週一次進行 90 分鐘，運用在 9 至 13 歲的學童，發現不僅能降低行為問題，還能改善注意力和焦慮的症狀。

Bögels 等人（2008）則是招募患有注意力不足過動症、對立反抗疾患（Oppositional Defiant Disorder, ODD）、品行疾患（Conduct Disorder, CD）以及自閉症類群障礙（Autism Spectrum Disorders, ASD）11 至 18 歲的青少年及其家長分別進行研究，並調整正念認知治療的團體處遇方式為 8 週，每週進行一次，每次 90 分鐘，發現可以改善他們內在與外在的問題與注意力。

四年後，van der Oord 等人（2012）有鑑於 Bögels 等人（2008）當初的研究限制，因此調整研究設計為具有實驗組與等待名單（waitlist）的對照組，發現可以改善注意力不足過動症的症狀。同年，van de Weijer-Bergsma 等人（2012）運用相似的方法，招募 11 至 15 歲患有注意力不足過動症的青少年進行準實驗設計的研究，並在正念認知治療處遇後 8 週與 16 週分別行後測，發現可以改善注意力與問題行為，而且專注度表現也變得更好。

Haydicky 等人（2015）針對 13 歲至 18 歲患有注意力不足過動症的青少年及其家長進行研究與後測，發現不僅能減少注意力的問題，還在 6 個月的後測時發現受測青少年憂鬱、焦慮和內向性問題（internalizing problems）狀況獲得改善。

參、 正念認知治療研究概況

近二十年來隨著正念興起，正念認知治療在國際上的研究越來越多，從 2000 年初期每年不到十篇的文獻，一直到现在每年有數十篇研究，探討正念認知治療的成效、文獻回顧與後設分析，然而臺灣在這一類的期刊文獻與博碩士論文研究均為數不多。

以下兩點將分別概述目前臺灣與國際在正念認知治療的研究現況。

一、正念認知治療在國際研究概況

研究者於 2020 年 12 月 13 日在 Web of Science 核心合輯檢索”MBCT”和”mindfulness based cognitive therapy”在主題（標題、摘要、作者關鍵字與 keyword plus）的結果，並經過 Endnote 比對和刪除重複的資料，從 1999 年至 2020 年可以獲得 545 篇期刊文章。

二、正念認知治療在臺灣研究概況

研究者在 2020 年 12 月 13 日使用臺灣博碩士論文知識加值系統網站，以精準模式在篇名、關鍵字與摘要檢索”MBCT”、“mindfulness based cognitive therapy”、“正念認知治療”或”內觀認知治療”，經過 Endnote 比對和刪除重複的資料，從 2008 年至 2019 年可以獲得 22 筆學術論文資料，其中博士學位論文佔 1 筆，碩士學位論文佔 21 筆。

同樣地，2020 年 12 月 13 日研究者在 Airiti Library 華藝線上圖書館分別檢索”MBCT”、“mindfulness based cognitive therapy”、“正念認知治療”和”內觀認知治療”在篇名、關鍵字與摘要的結果，經過 Endnote 比對和刪除重複的資料，從 2011 年至 2020 年可以獲得 20 篇期刊論文文章。

正念認知治療介入的相關研究在臺灣的篇數較少，目前有正念認知治療介入憂鬱症個案（范琬君，2011；陳秀蓉等，2012；鄭朮均，2012）、大學生焦慮情緒（盧映妤，2013）的量化研究也有將正念認知治療介入緩解期重鬱症患者的質性研究（陳秀蓉等，2012），以及將正念認知治療介入癌症病患的相關研究（胡慧芳，2018），期盼未來在國內能有更多標準化的正念認知治療團體實證研究探討其成效。

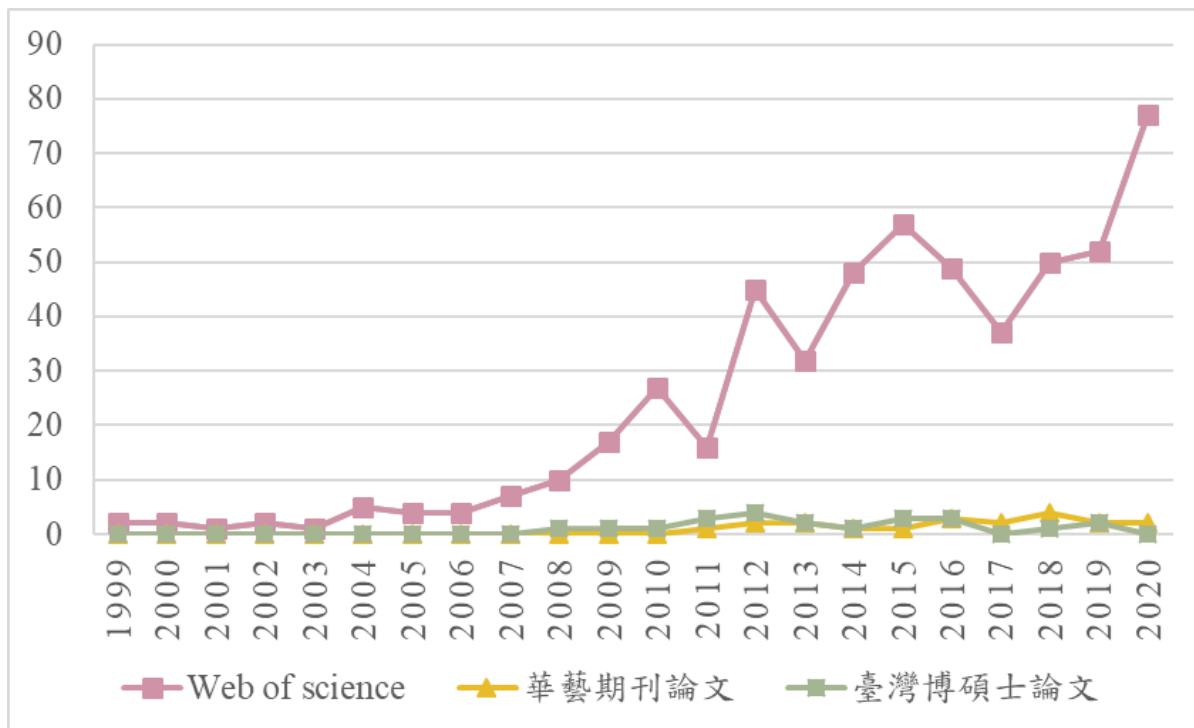


圖 2-1 正念認知治療在臺灣與國際的研究篇數折線圖

第二節 正念認知治療介入效果

透過資料庫搜尋可以發現正念認知治療的實證研究隨著時間推展而有增加的趨勢，同時也運用在不同的身心症狀來衡量正念認知治療的效果。因此本節旨在探討正念認知治療介入憂鬱、焦慮與其它心理症狀的成效、運用在不同生理疾病的狀況以及正念認知治療研究的限制與挑戰。

壹、正念認知治療介入對憂鬱的效果

根據國際疾病分類標準第十版（ICD-10）對於（憂）鬱症發作的定義如下：心情低落、活動力下降、喪失興趣、容易感到疲倦、睡眠障礙、食慾減低、自尊與自信降低、常有罪惡感或無用感等，其中包含（憂）鬱性反應、心因性（憂）鬱症以及反應性（憂）鬱症。當患者輕度（憂）鬱症發作時，可能會出現上述二至三項症狀，且能持續進行大部分活動；當患者中度（憂）鬱症發作時，可能出現上述四項以上的症狀，且影響日常生活；當患者重度（憂）鬱症發作時，可能會因為多項上述症狀而感到痛苦，尤其失去自尊以及出現罪惡感和無用感，同時也有自殺意念和行動。

正念認知治療運用在憂鬱症狀的相關研究非常多，以下將以正念認知治療介入受試者憂鬱情緒的認知層面、復發與再發的風險、和抗憂鬱藥物相較的結果、對於不同憂鬱程度的處遇成效以及不同發作次數的效果分別進行說明。

一、改變認知模式

Watkins 與 Teasdale (2004) 的研究提到由於憂鬱病患調整自我專注歷程的模式會因為受到過度概化記憶影響而有差異，研究結果顯示分析模式 (analytical mode) 與經驗模式 (experiential mode) 的自我聚焦注意力對於憂鬱心情的功能也有所不同。正念認知治療教導人們對於想法和感受有更多理解，也不需要刻意地改變自己的想法和感受，而這樣的方式在某些程度上可能會有比較大的認知反應性 (cognitive reactivity)，尤其是在接受正念認知治療過後停用抗憂鬱藥物的病患，更能增進認知反應性 (Kuyken et al., 2010)。

研究資料更進一步顯示正念訓練可以增加特定自傳式記憶並且減少過度概化的自傳式記憶，也就是延續性及類別式的描述自傳式記憶。而且正念訓練可以增進抑制強勢反應 (prepotent responses) 並且能在不同的認知狀態中切換，正念認知治療特別能夠影響認知執行功能 (Heeren et al., 2009)。

Mason 和 Hargreaves (2001) 透過研究參與者的回饋了解正念可以幫助他們打破憂鬱思惟的循環，提供替代的方法去理解自己的想法跟感覺，更允許自己有不同回應方式的選擇。

自我差距 (self discrepancy) 是心理歷程當中影響憂鬱在認知層面維持的關鍵因素 (Strauman, 1989，引自 Chiesa & Malinowski, 2011)。當一個人對自我的期待和現實的自我有落差時，認為自己沒有達到理想中的狀態，可能就會產生比較負面的情緒或是進一步感受到憂鬱的痛苦 (Higgins, 1989; Chiesa & Malinowski, 2011)。在正念認知治療與控制組的研究中發現一開始憂鬱的程度和他們的真實我與理想我的差距有關，療程最後正念認知治療和控制組有顯著的差異，正念認知治療組在理想我與真實我之間的差距比較小，也比較能採用適當的自我引導方法來改善憂鬱的狀況，並且達到自我調適的目標 (Crane et al., 2008)。

因此，正念認知治療方案特別設計給從重鬱症復原又復發的病人治療團體，通常會用在有抗憂鬱藥物治療的前期，而病人本身也是希望可以學習一些技巧來降低憂鬱復發風險的。例如復原的病人就不像那些還在憂鬱階段的病人，復原的病人已經有足夠的能力來控制注意力跟學習一些必要的進一步的注意力控制技巧。正念認知治療可能可以讓人們有更多覺察的能力並且激勵人們更有技巧地在每次復發的時候跨出自動化的反應跟回應 (Segal et al., 2002)。然而，這也可能是因為在正念認知治療裡，行為跟認知是活躍的元素 (Kuyken et al., 2008)。

國內也有許多實證研究支持正念認知治療對於憂鬱的效果，例如：何曉嵐 (2011) 研究正念認知治療團體對於門診憂鬱症病患的效果，發現正念認知治療可以有效地增加專注覺察與自我監控覺察，也能夠降低憂鬱情緒；范琬君 (2011) 也針對門診憂鬱患者進行正念認知治療並追蹤後續情形，同樣發現正念認知治療對於專注覺察、自我監控覺察和憂鬱情緒有明顯地改善，但主觀壓力感受和對照組相較之下則是沒有顯著差異。此外，張琳 (2019) 招募憂鬱症患者，將研究重點聚焦於正念認知治療對於憂鬱的失樂症狀 (anhedonia) 的效果，證實正念認知治療介入憂鬱失樂症狀是有效的。

目前的研究對於正念認知治療來說是很重要的進展，雖然正念認知治療在處遇過程中運用一些認知行為治療的元素，但是結果顯示正念認知治療的結果比那些它借用元素的介入方案還要好，它也保存了它自己獨特的元素 (Segal et al., 2002)。

二、降低復發與再發的風險

正念認知治療作為每週兩小時，共進行八週的團體介入方案，團體的人數最多不超過 12 人，且每天都要回家作業要練習 (Teasdale, 1999)，可以用在不斷地復原又憂鬱復發的病人身上，讓他們脫離憂鬱的思考循環，避免憂鬱復發與再發的風險 (Segal et al., 2010)。研究進一步顯示：正念認知治療對憂鬱症狀較嚴重又緊急的病人非常有幫助，憂鬱復發與再發的風險越高，正念認知治療可以提供的助益越多 (Kuyken et al., 2016)。

正念認知治療預防性的效果可以在團體帶領者對每位成員付出平均 5 小時以內達

到效果，因此可以建議團體帶領者在團體裡提供練習技巧的計畫，來讓憂鬱病患有更省成本的策略預防與復原（Teasdale et al., 2000）。而且正念認知治療處遇後 60 週和一般的照護相較之下，正念認知治療可以明顯地降低憂鬱復發與再發的風險。這個研究提供重要的新證據，也就是正念認知治療和其他積極治療比較之下是有效的，而且他的效果不會受到特定團體的限制，像是年紀、教育程度、婚姻狀況、性別等（Kuyken et al., 2016）。

關於正念認知治療與憂鬱的關係，許多學者的研究發現：預防性的正念認知治療介入方案用在憂鬱反覆復發的病人狀況緩解（remission）且中斷抗憂鬱藥物治療的狀況下和繼續服用抗憂鬱藥物或安慰劑的病患互相比較，憂鬱緩解的品質和病患在急性期所接觸的預防性處遇有關，其中接受正念認知治療的組別復發與再發的機率比較低。（Segal et al., 2010），尤其對於中斷復發與再發的歷程最有效，可以發現正念認知治療針對憂鬱的預防性效果增加（Teasdale et al., 2000）。

正念認知治療對於憂鬱復發與再發的處遇的效果比沒有參與正念認知治療處遇的效果好，這表示正念認知治療在某種程度上對那些還有明顯憂鬱症狀的人而言可能是有幫助的（Kuyken et al., 2016）。除了上述提到的治療效果之外，正念認知治療的介入對於病患復原之後憂鬱復發的時間也明顯地延後（Bondolfi et al., 2010）。研究進一步顯示正念認知治療方案可以降低病患在 14 個月內復發的機率從 68.1% 至 30%，此外，藉由運用正念認知治療處遇，憂鬱復發機率的風險降低 77%。接受照常治療的控制組憂鬱復發的時間比較短，正念認知治療可以延長第一次復發與再發的平均時間。對照常治療的控制組提供正念認知治療處遇可以降低憂鬱症狀復發的嚴重性，並且明顯地提升生活品質與情緒狀態（Godfrin & van Heeringen, 2010）。

三、成為抗憂鬱藥物的替代方案

對於患有復發型憂鬱症的患者而言，正念認知治療在復發、成本效益與殘留憂鬱症狀、精神共病症和物理與心理的生活品質方面，提供了相當於持續性抗憂鬱藥物治療的效果。在正念認知治療團體中，抗憂鬱藥物減少的用量是相當可觀的，75%的病患在正念認知治療當中已經完全停用抗憂鬱藥物。正念認知治療提供一個相較於抗憂

鬱藥物治療來說充分發展的替代方案超過 50%的人參加正念認知治療團體之後，在後測階段的狀況保持良好，相較於使用抗憂鬱藥物的組別只有 40%而已 (Kuyken et al., 2008)。

正念認知治療近年來開始蓬勃發展，專家學者評估正念認知治療與其他積極治療方式（例如維持性的抗憂鬱症藥物）的療效，支持人們中斷藥物的使用，同時也是第一次評估正念認知治療的成本與效益 (Kuyken et al., 2008)。從隨機對照實驗的資料看來，我們發現在相似的成本下支持正念認知治療用在停用憂鬱藥物 (MBCT-TS) 做為維持抗憂鬱復發與再發的證據，正念認知治療用在停用憂鬱藥物後也讓個體保持良好的生活品質。對於童年時期遭受虐待的病人，正念認知治療相較於抗憂鬱藥物可能可以提供比較多的效益來預防憂鬱復發與再發 (Kuyken et al., 2015)。

四、正念認知治療對於不同憂鬱程度和狀況的效果

另一項研究結果進一步發現在還有憂鬱症狀的情況下，正念認知治療處遇明顯降低自陳憂鬱症狀從嚴重到輕微，然而控制組的憂鬱程度仍然居高不下，另外達到重鬱指標的患者在正念認知治療團體中減少，但在控制組仍保持不變 (Barnhofer et al., 2009)。正念認知治療不僅對重度憂鬱患者有幫助，它對於降低急性憂鬱症狀也是有效的 (Thimm & Johnsen, 2020)。

從研究初步結果看來，正念認知治療對於對抗憂鬱藥物和標準的個人認知行為治療只有部分反應的病患而言，是一種可接受的處遇方式。而且，對於許多病人而言，它是一種有效降低憂鬱程度的方案，即使這些人一開始有很嚴重的症狀包含自殺傾向，都是有效的 (Kenny & Williams, 2007)。而且就算病患當下沒有憂鬱發作的狀況，正念認知治療也能降低憂鬱症狀的程度，這對降低憂鬱復發與再發的預測而言是有臨床上的相關性 (Aalderen et al., 2012)，此外像是 Segal 等人 (2002) 也將正念認知治療發展成一種預防重鬱症復發的方法。

有鑑於許多正念認知治療運用在成人憂鬱復發與再發的研究 (Godfrin & van Heeringen, 2010; Segal et al., 2010; Teasdale et al., 2000; Kuyken et al., 2016)，學者開始將研究對象鎖定在具有憂鬱情緒的青少年身上，發現透過八週的正念認知治療團體介

入，可以降低憂鬱情緒的症狀（Ames et al., 2014）。

Wright 等人（2019）選擇三間不同學校的學童，運用兒童版正念認知治療，明顯降低青少年憂鬱的狀況，在統計檢定 $p < .05$ 的程度下達顯著。Veysi 等人（2015）針對青少女進行正念認知治療的研究，發現正念認知治療在統計檢定 $p < .001$ 的程度下，顯著降低憂鬱情緒。Xu 等人（2019）則是進一步測試正念認知治療的自我訓練對於輕度憂鬱的青少年而言是否能降低他們的憂鬱症狀，並運用貝克憂鬱量表檢核介入效果，發現前後測的測驗分數在統計檢定 $p < .05$ 的標準下明顯降低。

此外，Andreotti 等人（2017）招募先天食道閉鎖的青少年進行正念認知治療的研究，發現實驗組和對照組相較之下，實驗組在憂鬱情緒的部分明顯將低。而 Esmaelian 等人（2018）選擇招募父母離異的青少年進行正念認知治療，發現實驗組的憂鬱情緒比對照組降低許多。

五、正念認知治療對於不同發作次數的效果

目前的研究提供更進一步的證據表示正念認知治療是高效益且有效的介入方案來降低自陳童年逆境且已經經歷三次以內鬱期發作的重鬱症病患復發的狀況，而他們第一次發作通常是在他們的早年生活（Ma & Teasdale, 2004）。對於經歷三次或更多次憂鬱發作的病人，正念認知治療可以降低憂鬱的症狀、擔心、反芻思考（rumination）與增進正念技巧。更重要的是，我們發現不論病患當下是否憂鬱症狀發作，正念認知治療都可以降低憂鬱症狀（Aalderen et al., 2012）。

再者，正念認知治療作為團體處遇方案，每位病患需要至少平均 3 小時和治療師接觸的時間，這一點足以讓它成為低成本的治療取向來預防憂鬱復發與再發。研究資料發現對於憂鬱發作三次或三次以上的病人，正念認知治療預防自動化負面思考復發更有效，但是對於重大生活事件連結的復發與再發則效果較差（Ma & Teasdale, 2004）。

正念認知治療日漸在臨床上有越來越高的重要性，除了可以緩解憂鬱的症狀，還能透過練習調整認知模式來降低憂鬱復發與再發的機率，並且藉由團體治療的形式節省促進心理健康的成本。

貳、正念認知治療介入對焦慮的效果

根據國際疾病分類標準第十版（ICD-10）對於（廣）泛性焦慮疾患（Generalized anxiety disorder）的定義為主要表現為廣泛且持續焦慮，不侷限在任何特殊環境且主要症狀的差異很大，像是：持續神經緊張、顫抖、肌肉緊張、出汗、頭重腳輕、心悸、頭暈、上腹不適等。

正念認知治療除了大量運用在憂鬱患者的處遇之外，也有許多針對焦慮情緒的研究。以下將分為正念認知治療應用在廣泛性焦慮症、慮病症（Hypochondriasis）以及其他身心症狀的焦慮情緒的成效分別進行探討。

一、正念認知治療運用在廣泛性焦慮症的成效

從正念認知治療對於廣泛性焦慮症的治療結果看來，受試者的焦慮、緊張、擔心與憂鬱症狀在八週的正念團體課程後明顯降低（Evans et al., 2008）。Zhao 等人（2019）不僅發現正念認知治療能夠有效地降低輕微至中度廣泛性焦慮症患者的焦慮症狀，也觀察到患者的腦島（insula）、顳葉（temporal lobe）、海馬迴（hippocampus）等區域在接受正念認知治療後和以往相較而有明顯的不同。Craigie 等人（2008）採取一週 2 小時、共計 9 週 18 小時的正念認知治療，觀察對於廣泛性焦慮症的患者是否有幫助，並且分別在 6 週與 12 週之後進行追蹤。研究結果發現正念認知治療可以減緩廣泛性焦慮症關鍵的症狀，像是患者難以控制的擔憂與壓力感受，可見正念認知治療對於廣泛性焦慮症患者而言是有效且可行的治療策略。

焦慮的症狀也可以分為特質焦慮（trait anxiety）與狀態焦慮（state anxiety），特質焦慮比較傾向是個人的人格特質而非透過覺察情境引起的焦慮，狀態焦慮則是在特殊情況下由於個人主觀知覺引起的暫時的情緒狀態（Fernández-Blázquez et al., 2015）。對於在日本接受二級醫療（secondary-care）的焦慮症病患，研究發現透過正念認知治療介入，受試者的特質焦慮與狀態焦慮皆有明顯地降低，而且在療程結束之後仍然保有成效（Ninomiya et al., 2020）。盧映仔（2013）實施以正念為基礎的認知治療團體能夠有效地改善大學生的情境焦慮和整體焦慮。

然而，有學者針對廣泛性焦慮症患者進行研究發現：和控制組相較之下，正念認知治療以及心理教育團體都能夠明顯地降低焦慮的症狀，但是心理教育團體的效果又比正念認知治療更好（Wong et al., 2016）。

二、正念認知治療運用在慮病症的成效

另外在慮病症的部分，Lovas 和 Barsky (2010) 發現正念認知治療可以改善受試者對於健康狀態的焦慮，也能減少疾病相關的想法與身心症狀 (somatic symptom)，而且在處遇過後 3 個月都還有明顯的效果；Williams 等人 (2011) 也認為正念認知治療對於慮病症是可行且有幫助的處遇方法，可能如同 McManus 等人 (2012) 所言，正念認知治療可以教導人們對於不適當的思考模式去中心化，轉換成經驗模式，把想法和身體的感覺都當作可以過去的事件。

除了量化研究之外，Luberto 等人 (2017) 針對有嚴重慮病症的年輕女性進行個案研究，同樣認為正念認知治療對慮病症而言是可行且有效的處遇方式。此外，透過訪談可以進一步瞭解受試者接受治療過後的想法，像是正念認知治療可以幫助是受試者提升承受壓力的能力，也比較能留意和接受內在心理狀態以及去中心化，同時也能不再受限於自動化的思考。

McManus 等人 (2015) 則是對於有嚴重慮病症的病患，經過正念認知治療處遇之後，能夠對於心理事件的覺察去中心化，也可以把注意力放在比較難受的心理圖像並且接受這樣的狀態，然後不做太多反應讓這樣的圖像從腦海中消失。

三、正念認知治療對於其他身心狀態的焦慮情緒成效

有鑑於正念認知治療對於憂鬱與焦慮情緒的幫助，Goodman 等人 (2014) 針對具有產後憂鬱 (postpartum depression) 的婦女進行正念認知治療團體的研究，發現正念認知治療可以改善產後憂鬱的狀況，還能降低其焦慮與擔憂的情緒。此外，Helmes 和 Ward (2017) 也將正念認知治療運用在照顧機構的年長者身上，對於減輕焦慮的情緒也是很有幫助的，甚至在一個月之後的追蹤，效果還是很明顯。另一方面，Dikaios 等人 (2020) 則是發現正念認知治療也能降低年長者晚年焦慮症狀復發的情況。

正念認知治療能夠有效減輕社交焦慮 (social anxiety/phobia) 的症狀，可能是因為

透過正念認知治療可以增進正向情緒，而讓社交焦慮的狀況得以減輕（Strege et al., 2018）。而 Piet 等人（2010）針對 18 歲至 25 歲的青少年分別以實驗組和對照組進行正念認知治療與認知行為治療的團體，發現正念認知治療也能降低其社交焦慮的情況，並且達到 $d=0.78$ 的效果量。Britton 等人（2012）則是召募罹患憂鬱症的患者研究正念認知治療是否能降低他們的社交壓力，研究結果發現接受正念認知治療的受試者整體的焦慮程度明顯下降，而且也比較能從壓力源造成的負向情緒中恢復。

Nissen 等人（2020）調整正念認知治療的形式為透過網路在線上進行（Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy, iMBCT），來比較和面對面接觸所採取的正念認知治療在癌症患者的療效是否有差別。研究結果發現對於這些癌症患者的焦慮程度達到明顯降低的效果，而且這樣的成效還維持在六個月之後的追蹤。同時他們也推測線上進行的正念認知治療對癌症患者的焦慮情緒是有幫助的，這樣的處遇方式和以往面對面進行的治療程度相當。

正念認知治療也被運用在治療智能不足（intellectual disabilities）的成人的情緒困擾，透過研究發現這些情緒困擾被舒緩的成效一直到六週後的追蹤都還有較，而且最明顯的是受試者表示自己焦慮的程度下降。由此可見具有結構性的團體正念認知治療介入可以讓智能不足的成人在情緒層面受益（Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle & Albany, 2015）。

除了廣泛性焦慮症之外，Kim 等人（2010）發現正念認知治療搭配藥物治療可以改善恐慌症病患焦慮的症狀且 Kim 等人（2009）也證實正念認知治療可以有效改善患有恐慌症或廣泛性焦慮症病患憂鬱、焦慮和恐慌的情緒，尤其是受試者憂鬱和焦慮的層面可以在統計檢定 $p<.01$ 的標準達到顯著的差異。

Semple 等人（2010）運用兒童版正念認知治療團體增加學童的社會情緒復原力，發現受試者的焦慮程度明顯降低，問題行為也變少了。Wright 等人（2019）運用兒童版正念認知治療，明顯降低青少年焦慮的狀況，在統計檢定 $p<.05$ 的程度下達顯著。LaGue 等人（2019）對於 3 位有數學焦慮的學生個別進行研究，發現經過六週個別正念認知治療後，他們在數學焦慮的測量結果都明顯地降低。

Ebrahiminejad 等人（2016）針對以達到 DSM-IV-TR 社交焦慮標準的青少年女學生進行研究，分為實驗組與控制組，提供每週兩小時、共計八週 16 小時的正念認知治療，發現正念認知治療能夠降低青少年女學生的社交焦慮。Keshi 和 Moghadam (2019) 也發現正念認知治療可以降低青少年女學生的焦慮，Veysi 等人（2015）的研究發現青少年女學生的焦慮程度前測與後測甚至在統計檢定 $p < .001$ 的程度下達顯著。

Cotton 等人（2016）招募有罹患雙極性疾患（bipolar disorder）風險的青少年進行研究，並實施 12 週的兒童版正念認知治療，發現正念認知治療可以降低焦慮的程度。Strawn 等人（2016）研究正念認知治療介入具有雙極性疾患家族史的青少年焦慮情緒效果，再透過 fMRI 觀察，可以發現正念認知治療和大腦島葉（insula）與左側前扣帶迴（left anterior cingulate）的活化有關，對他們情感表達的狀態是有幫助的。

從以上研究結果可以得知，正念認知治療對於緩解焦慮情緒非常有幫助，不論是廣泛性焦慮症、慮病症或是社交焦慮等，都有相當程度的助益。

參、 正念認知治療介入對其他身心狀況的效果

一、 正念認知治療對於心理症狀的效果

目前關於正念認知治療的文獻回顧資料有非常多支持它在預防性介入憂鬱症狀復發的應用，早期也有資料建議將它用於其他情緒疾患的症狀（Segal & Walsh, 2016）。例如研究結果發現正念認知治療在躁鬱症組別中對於限制焦慮不斷增加有明顯的效果。正念認知治療對於減少憂鬱的狀況不論是在憂鬱或躁鬱的組別都有被觀察到，而且憂鬱和躁鬱的自殺病患在經過正念認知治療之後，憂鬱的狀況明顯減少（Williams et al., 2008）。

此外，正念認知治療團體介入前與介入後對創傷後壓力症候群（posttraumatic stress disorder, PTSD）的症狀有明顯地改善，透過臨床創傷後壓力症量表（Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS）前後測的測量結果比較之下相較於對照組明顯將低，可見正念認知治療對於創傷後壓力症候群而言是可行且有效的處遇策略（King et al., 2013）。而且正念認知治療對於有童年創傷經歷的人是有幫助的，這個幫助源自於它的

某些治療元素像是接納、自我憐憫（self-compassion）與不以此為中心（decentering）等等，這些方式都能和增加風險的因素相呼應（Williams et al., 2014）。

Fortuna 等人（2018）也將正念認知治療運用在患有創傷後壓力症候群和物質濫用疾患（substance use disorders）的青少年身上，來處理創傷後壓力症候群和物質濫用共現的症狀，這樣的正念認知治療方式稱為 MBCT-Dual。而 MBCT-Dual 在他們的實驗中發現受試者使用大麻的量明顯減少，運用貝克憂鬱量表（Beck Depression Inventory）和創傷後認知量表（Posttraumatic Cognitions Inventory）進行前測與後測的測驗結果降低情形也在統計檢定 $p < .01$ 的程度上達顯著。

至於針對邊緣性人格障礙（borderline personality disorder, BPD）的受試者而言，透過正念認知治療對於注意力控制有明顯的效果，而這項成效是和練習正念本身有關的（Sachse et al., 2011）。

正念認知治療除了在醫療院所有大量的研究之外，也廣泛應用在校園中，例如：方臆涵（2015）以正念認知治療為基礎設計為期六週、每週 2 次、每次 40 分鐘的國小正念訓練團體方案，發現成員能從深呼吸和冷靜來控制衝動行為，但對於外向性行為問題與正念覺察未有明顯效果。

除了改善令人困擾的狀態之外，正念認知治療也能增進心理健康，像是：瞬間的正向情緒經驗增加、更能欣賞生活以及增加對生活的熱忱（Geschwind et al., 2011）。國內學者透過研究檢核因應彈性以及情緒調節策略彈性，發現高正念的人在不同情境都能以比較適當的方式回應，表現其心理彈性。整體而言，在心理層面，正念認知治療強調不帶評價的覺察與關注，可以讓人們把注意力放在身體知覺和內心的情緒感受，在面對外在情境的變化時，可以透過專注在當下的覺察和注意力來採取較適當的行動（張仁和等，2016）。

Semple 等人（2010）發現兒童版正念認知治療效果在注意力問題、焦慮症狀與行為問題是有效的。Haydicky 等人（2015）針對 18 名具有注意力不足過動症青少年進行為期 8 週的正念認知治療，發現正念認知治療對於降低注意力不足過動症青少年的憂鬱與焦慮是有幫助的。

Keshi 和 Moghadam (2019) 發現正念認知治療可以降低青少年女學生的攻擊性，Veysi 等人 (2015) 也發現正念認知治療可以減少青少女生氣的情緒。Esmaeilian 等人 (2018) 更發現正念認知治療有助於父母離異的青少年特質憤怒與狀態憤怒的程度。

除了一般就學青少年的憤怒情緒，學者對於矯正機關的青少年進行研究後發現，正念認知治療的訓練對於降低攻擊行為似乎也是有效的（山口伊久子等，2019）。正念認知治療訓練也進一步促進青少年的認知改變，更幫助他們增加自我調適的能力，並且鼓勵他們把生氣這個情緒看待成一個暫時的情緒，而不是行為的結果。正念同時訓練青少年接受他們當下感受到的憤怒，而且他們需要花時間去思考要怎麼回應這樣的情況。如果他們一開始是用表現得很生氣來回應內心的氣憤，那麼正念就可以讓他們有更適當的方式來反應 (Milani et al., 2013)。

研究發現兒童版正念認知治療可以降低內化 (internalized) 與外化 (externalized) 的問題，這樣的團體心理治療方式對於就學階段的兒童是可行的。從臨床的角度解釋，幾乎所有參與研究的兒童都很容易掌握正念的核心可以用不同的感官探索何謂正念，還能用有創意的方式結合正念與他們的生活。甚至這些兒童與他們的父母都認為透過正念練習，可以有效降低他們的行為問題 (Lee et al., 2008)。

正念認知治療更讓人感到有希望的是 Cotton 等人 (2016) 發現正念認知治療可以提升情緒調節的能力。同年，Ebrahiminejad 等人 (2016) 也發現正念認知治療可以提升青少年女學生的自尊。Xu 等人 (2019) 更透過研究瞭解正念認知治療對於輕度憂鬱的青少年而言，可以提升他們的心理健康與生活意義。

除了改善兒童與青少年內在心理狀態之外，兒童版正念認知治療還能增進同儕關係，例如：團體形式此時此刻專注、強調覺察的表現以及練習做出有意識的選擇 (Semple et al., 2010)。因此正念也可以放心地用在青少年群體來處理社會與情緒議題，而且正念也可以整合到社區、青少年方案和學校當中提供青少年服務 (Zoogman et al., 2015)。

學者實際進行研究發現，以學校為基礎的正念方案確實可以降低且避免青少年憂鬱的症狀 (Raes et al., 2014)。其實在學校的層級當中，正念方案可以在社會與個人健

康的課程中實施，讓學生發展更良好的社交技巧與情緒表達方式，像是自我覺察、管理情緒的能力、樂觀、毅力與心理韌力（resilience）。這份研究強調使用正念來幫助低社經地位學童降低壓力是有效的，而且可以作為一個簡單、節省成本又激勵人心的方式提供其他學校參考，提升較有壓力的學童的心理韌力（Costello & Lawler, 2014）。

二、 正念認知治療對於生理症狀的效果

正念認知治療在醫療領域也廣泛應用在糖尿病患者身上，因為情緒的壓力和糖尿病惡化的狀況有關，因此正念認知治療對於糖尿病患者在治療糖尿病的過程中可以算是一項重要的策略。研究發現透過正念認知治療的介入，糖尿病患者的壓力、焦慮和憂鬱情緒都明顯地降低，即使在 6 個月過後的追蹤，也還有良好的成效（van Son et al., 2014）。另外 van Son 等人（2013）也發現正念認知治療對於第一型和第二型糖尿病患者的健康相關的生活品質是提升的。

Foley 等人（2010）招募 115 名罹患癌症的病患分為實驗組與等待名單對照組來參與正念認知治療，發現正念認知治療對於不同種類的癌症患者都能有效降低其憂鬱、焦慮與壓力的症狀，還能提升生活的品質；van der Lee 和 Garssen（2012）更進一步證實正念認知治療可以改善病患的長期癌因性疲憊症（chronic cancer-related fatigue, CCRF）；而 Abedini 等人（2020）則是招募 40 位患有癌症的 11 歲至 13 歲學童進行正念認知治療處遇，發現可以改善他們的內向性問題與注意力問題，還能提升他們的生活品質。

Johannsen 等人（2016）將研究對象鎖定在女性乳癌患者，發現正念認知治療能夠有效減輕其對於疼痛強度（pain intensity）的感受。而 Park 等人（2018）則是在日本針對乳癌患者進行的研究也發現：正念認知治療可以改善他們的心理狀態與生活品質，而且在減緩焦慮和憂鬱情緒的層面有很大的作用。

國內也有將正念認知療法用於癌症患者身上的研究，像是和信治癌中心醫院臨床心理師石世明，帶領乳癌患者正念認知治療團體，協助癌友面對治療病症的擔憂，安頓身心靈，提升病患的存活率（石世明，2016）。在石世明心理師令人振奮的治療效果之後，胡慧芳（2018）也運用石世明心理師書中的策略在臺南市立醫院對癌症患者進

行研究，同樣發現正念認知治療團體有助於病患的情緒穩定。

但是在一個針對罹患前列腺癌的男性患者的研究中卻發現，以電話會議的方式進行正念認知治療並不能提升患者的生活品質。雖然受試者自陳正念認知治療是有幫助的，但他們一直以來承受的心理困擾並沒有因此而改善 (Chambers et al., 2017)。

至於對於慢性阻塞性肺部疾病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 的患者，正念認知治療可以幫助他們降低心理困擾，而且在 8 週的處遇過後，治療效果在 6 個月之後的追蹤還能繼續維持 (Farver-Vestergaard et al., 2018)；Maddock 等人 (2019) 則是對乾癬 (psoriasis) 患者進行研究，發現正念認知治療可以改善受試者焦慮和憂鬱的情緒，也能提升他們的幸福感 (well-being)。

正念認知治療除了運用在改善憂鬱與焦慮等心理狀態之外，也有許多人運用正念認知治療介入其他身心症狀，例如躁鬱與創傷後壓力症候群等，而且對於罹患癌症與糖尿病的患者也有相當多的研究，能夠證實正念認知治療提升病患的生活品質。

肆、正念認知治療的限制與挑戰

Teasdale 等人 (2003) 提到：從心理病理學的角度看來，只有正念這個概念，不太可能改變底層的心理動力，也很難宣稱正念的效果。就像 Baer (2003) 表示正念介入方案沒有聚焦在改變不適當的想法、感覺跟行為，因此要談論它的治療效果尚言之過早。Chiesa 和 Serretti (2010) 則提出臨床研究表示正念冥想有一些成效與以冥想為基礎的正念介入方案在這方面也喚起進一步的關心。然而，Chiesa 和 Malinowski (2011) 也說明正念介入方案因為大多數品質不佳的實驗設計，或是對於正念的基本概念有誤解，因此目前仍然因為缺乏相關研究來推論特定的效果是否有效。

正念如果修改為可以適用於特定且適合的臨床議題，並且發展具體的操作型定義以及有參考價值的量表等等，那麼它可能就會成為一個合適的臨床工具 (Rapgay & Bystrisky, 2009)。再者，正念認知治療已經是一個充分發展的處遇方式，它能有效地針對再發這個憂鬱症最困難的元素處理，因此，進一步編製正念認知治療的測量工具，對於這個治療方式來說會是相當大的進展 (Segal et al., 2002)。此外，針對正念認

知治療運用在青少年的研究，Burke (2010) 也建議未來實證研究要改為使用大型且設計完善的嚴謹方法（robust methodologies），並且採用標準化的介入方式，讓其他研究也能重複試驗與比較，來建立比較紮實的實徵研究基礎。

由於學術界和實務現場對於正念認知治療的興趣與效果越來越高，和正念認知治療有關的研究也越來越多。然而也是因為有這些研究，學者開始思考關於正念認知治療的操作型定義、更準確有效的測驗工具、更縝密的研究方法等，讓正念認知治療的研究更臻完善。再加上近年來後設分析的研究趨勢，對於正念認知治療的臨床研究也能有更全面的解釋。

第三節 正念認知治療介入之後設分析相關研究

Kenny 和 Williams (2007) 運用後設分析發現正念認知治療介入前後有非常明顯的前後測比較效果量 ($d=1.04$)，進一步推論正念認知治療和減輕憂鬱症狀是有關的；Hofmann 等人 (2010) 也證實正念認知治療可以有效改善憂鬱與焦慮的症狀，而且不會因為時間或是治療次數而有差異，治療結束之後的效果也能繼續維持；而且 Kuyken 等人 (2016) 透過後設分析的研究方法進一步發現正念認知治療在 60 週後的追蹤，不論性別、年紀、教育程度等個人背景，仍然可以降低憂鬱復發與再發的風險，不會因為背景不同而有差異；Thimm 和 Johnsen (2020) 也透過後設分析證明正念認知治療有效降低憂鬱的成效在不同時間點的研究都是穩定的。

Kishita 等人 (2017) 針對正念認知治療運用在年長者憂鬱與焦慮的情況進行後設分析，發現正念認知治療對於年長者憂鬱的情緒是有幫助的，也建議後續有更多實驗組與對照組的研究，比較正念認知治療和接納與承諾治療之間的差異。然而 Veehof 等人 (2016) 却發現對於患有長期身體病痛的人而言，經過後設分析的比較，接納與承諾治療的效果比正念認知治療與正念減壓來得好，有可能是因為接納與承諾治療注入較多希望感，也促進了行動上的改變，因此對於長期身體病痛的患者而言，較能有效地降低憂鬱和焦慮的情緒。

後設分析的結果發現對於中等教育之後 18 歲至 29 歲的大學生與研究生而言，以

正念為基礎的介入方案對於降低憂鬱、焦慮和壓力感受有小的效果量。然而在正念認知治療的方案當中，則有更大的效果量可以降低憂鬱和焦慮的症狀，因此進一步推論正念認知治療為正念介入方案當中對於降低憂鬱和焦慮最有效的方式（Halladay et al., 2019）。

Chiesa 和 Serretti (2011) 則是透過後設分析的結果發現對於憂鬱病患而言，正念認知治療可以明顯地降低憂鬱復發與再發的頻率。Piet 和 Hougaard (2011) 則透過後設分析指出正念認知治療和安慰劑控制組相較之下更能降低憂鬱復發與再發的機率。而 Goldberg 等人 (2019) 也針對正念認知治療介入憂鬱患者和控制組比較的後設分析結果發現正念認知治療再後測的結果優於控制組。此外，Parson 等人 (2017) 也用後設分析證明正念認知治療對於曾經歷童年創傷的憂鬱患者而言是有幫助的。

Galante 等人 (2013) 運用後設分析檢核憂鬱症患者接受正念認知治療之後在貝克憂鬱量表上的表現，發現憂鬱的程度明顯地下降而且憂鬱復發的機率比控制組低 40%，並且建議每天執行正念的技巧對於維持長期效果以及中斷抗憂鬱藥物的治療是很重要的。Parsons 等人 (2017) 也運用後設分析證實了回家練習對於正念認知治療以及正念減壓的重要性，建議參與者在團體後確實執行回家的練習。Geurts 等人 (2020) 則是提出定期參與正念認知治療可以有效地改善憂鬱的狀況，還能提升正念的技巧，但是教育程度較低以及無業的人獲得的助益反而較少。

對於躁鬱症患者而言，後設分析的結果顯示正念認知治療可以明顯地降低憂鬱、焦慮以及壓力的症狀，還能夠有效提升正念的能力，而且憂鬱與焦慮改善的狀況在治療過後三個月後測的結果仍然有效 (Xuan et al., 2020)。至於正念認知治療對於廣泛性焦慮症的效果，後設分析的結果顯示正念認知治療能夠明顯地改善壓力與生活品質，患者也能透過正念的練習，覺察到自己焦慮的時候心跳與呼吸會改變。透過正念認知治療，受試者更能聚焦在自己身體的狀態，並且對自我的身體、感覺以及想法和焦慮之間的關係有更多覺察 (Ghahari et al., 2020)。

生理疾病方面，Abbott 等人 (2014) 針對患有血管疾病的患者（例如心臟病與中風等）接受正念認知治療的結果進行後設分析，發現病患的憂鬱、焦慮與壓力情緒明

顯降低。Zhang 等人（2015）透過後設分析發現正念認知治療也能有效地改善癌症病患憂鬱與焦慮的情緒。

近二十年來，有賴於龐大的實證研究基礎，正念認知治療相關後設分析研究如雨後春筍般大量出現，不僅使人們瞭解正念認知治療介入憂鬱和焦慮的成效，也能夠透過計算而瞭解不同的介入策略成效為何，提供實務工作者做為參考。然而在校園學子心理健康方面的後設分析研究較為少見，因此本研究致力於探討正念認知治療介入青少年憂鬱與焦慮的成效。



第三章 研究方法

本研究旨在以文獻計量方法瞭解正念認知治療發展的趨勢與後設分析探究正念認知治療運用在憂鬱與焦慮之效果。本章共分為五節，分別為：第一節研究架構與流程、第二節資料搜尋與篩選、第三節文件編碼與分類、第四節資料分析與處理以及第五節研究工具。

第一節 研究架構與流程

壹、研究架構

本研究根據研究目的與文獻探討的內容，擬定研究架構如圖 3-1，旨在瞭解正念認知治療介入憂鬱與焦慮的成效，其中「正念認知治療」為自變項，「憂鬱情緒」與「焦慮情緒」為依變項。

此外，本研究在正念認知治療介入憂鬱與焦慮的後設分析中加入介入時間、介入週數、受試者年齡、受試者特徵、受試者國籍、受試者洲別、受試者為華人與否以及追蹤測量時間等，以觀察其是否為調節變項。

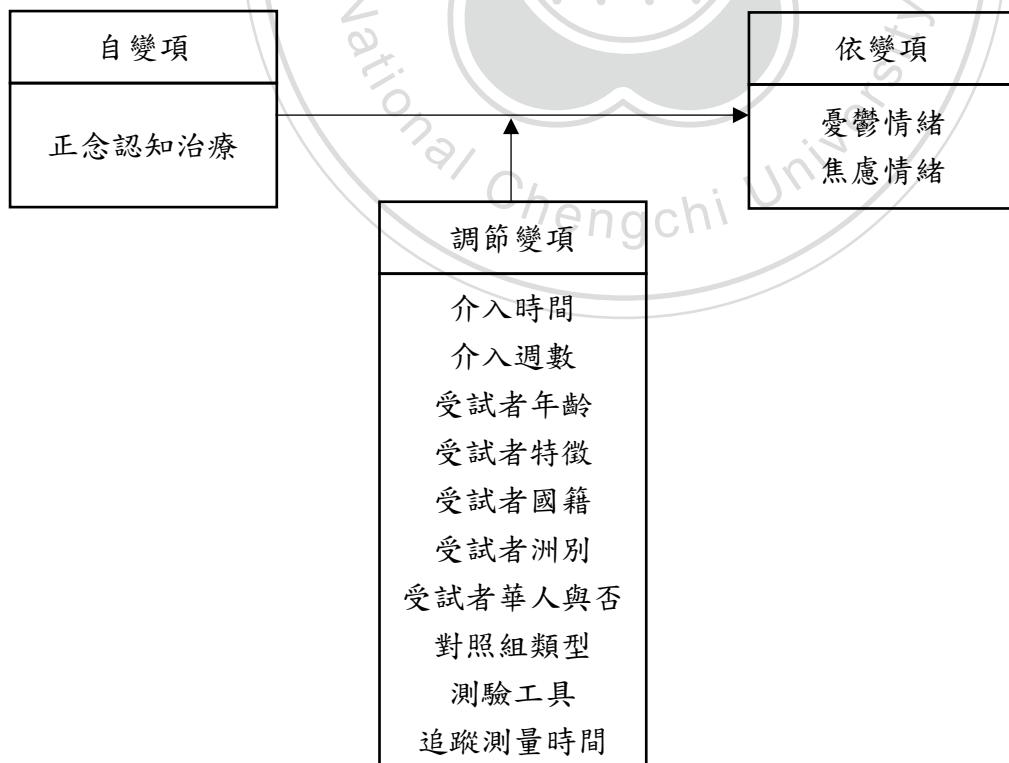


圖 3-1 研究架構圖

貳、研究流程

根據本研究目的與問題，擬定研究實施步驟如圖 3-2，各步驟內容說明如下：

一、擬定研究主題與研究方法

1. 研究者為任教於國中輔導教師，長期關心國人身心議題，有鑑於近年來國人自殺與服用抗憂鬱藥物人數上升，且國際上開始盛行正念認知治療介入憂鬱、焦慮以及其他身心症狀相關實證研究，故以正念認知治療介入憂鬱與焦慮為研究主題。
2. 由於國際上研究資料眾多，但國內缺乏相關量化研究，因此選定以文獻計量方法呈現國際上研究趨勢並以後設分析方法瞭解正念認知治療介入憂鬱與焦慮之成效及其調節變項，提供國內有興趣者做為參考。

二、文獻蒐集與探討

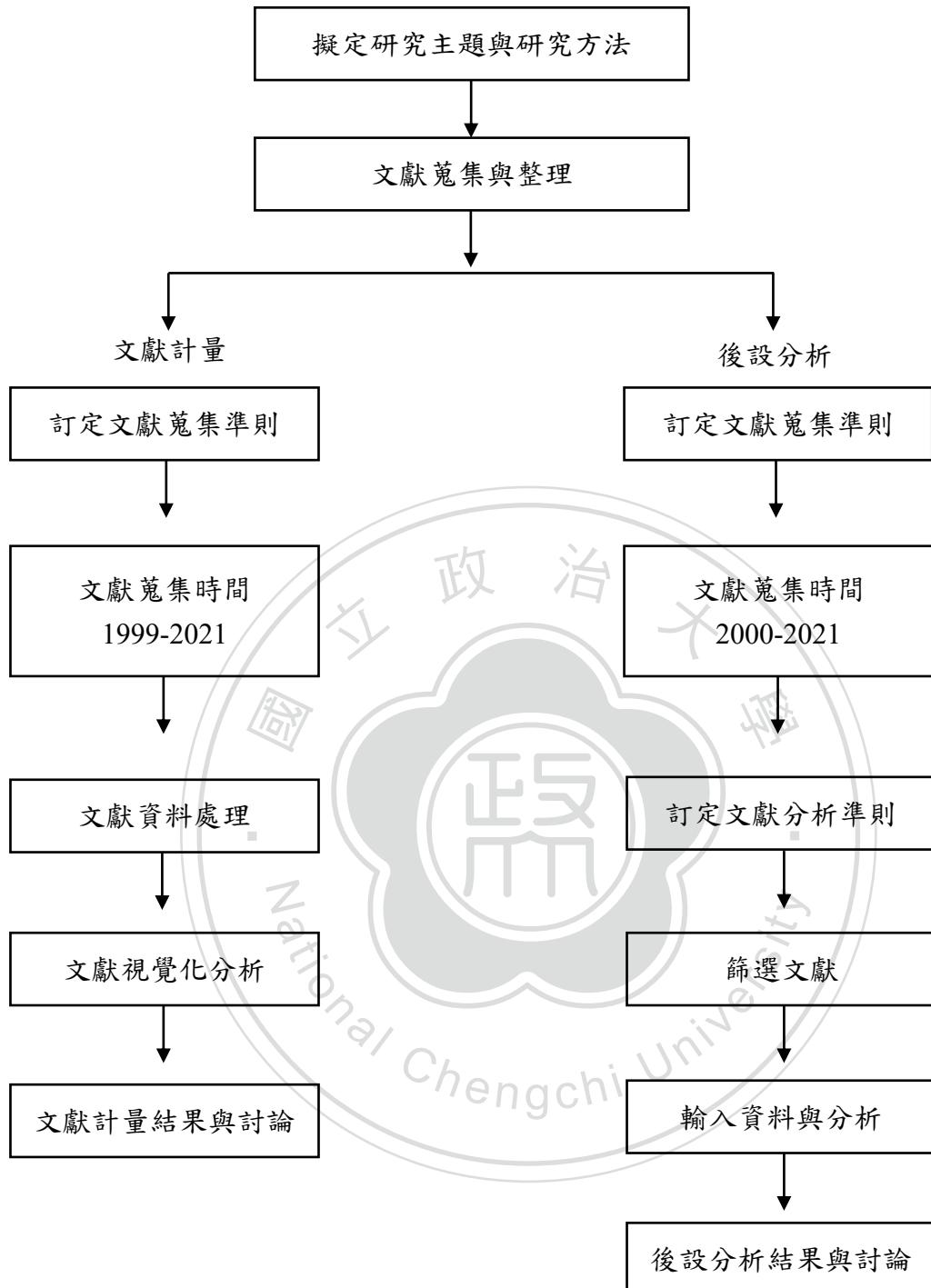
擬定研究主題與研究方法後，針對「正念認知治療」介入憂鬱、焦慮、其他身心症狀以及後設分析的研究方法等議題進行文獻蒐集，文獻來源為國內外書籍、電子期刊、博碩士論文與政府統計資料等，再進一步歸納本研究相關文獻，所為研究探討的基礎。

三、文獻計量部分

訂定文獻蒐集準則，設定資料蒐集的資料庫、時間、關鍵字與類型等，再合併重複的資料以繪出適當的知識圖譜並加以分析與討論。

四、後設分析部分

訂定文獻蒐集準則，界定資料蒐集的資料庫、時間、關鍵字與類型等，逐筆登錄所需數據，並計算其效果量與調節變項，再加以分析與討論。



第二節 資料搜尋與篩選

本研究探討內容主要為正念認知治療介入憂鬱與焦慮之效果，為求研究更佳周延，故針對國內外學術文獻資料庫進行搜尋，文獻蒐集時間至 2021 年 2 月 28 日截止，其中就文獻計量部分與後設分析部分分別說明如下：

壹、文獻計量部分

- 一、資料庫：以英文資料庫 Web of Science 為主。
- 二、研究資料類型：為求研究品質更臻完善，主要搜尋期刊文章。
- 三、關鍵字：英文資料庫使用：“mindfulness based cognitive therapy”與“MBCT”。
- 四、時間：從 1999 年開始 Web of science 出現正念認知治療相關研究期刊文章至 2021 年之間，共計 22 年。

貳、後設分析部分

- 一、資料庫：英文資料庫以 Web of Science 為主、繁體中文資料庫以 Airiti Library 華藝線上圖書館為主、簡體中文資料庫以中國知網為主。
- 二、研究資料類型：為求資料更加精確，以期刊文章為主。
- 三、關鍵字：英文資料庫使用：“mindfulness based cognitive therapy”與 MBCT；繁體中文資料庫使用：正念認知治療、內觀認知治療、“mindfulness based cognitive therapy”與 MBCT；簡體中文資料庫使用：正念认知疗法與正念认知治疗。
- 四、時間：英文資料庫從 2000 年開始 Web of Science 核心合輯出現正念相關研究期刊文章至 2021 年之間，共計 21 年；中文資料庫從 2019 年開始中國知網出現正念相關可供下載之期刊文章至 2020 年之間，共計 2 年。

第三節 文件編碼與分類

本研究在蒐集電子期刊論文與紙本期刊論文後，依照資料選定準則逐一篩選文獻並進行編碼與分類，英文期刊有 99 篇、中文期刊有 3 篇，如表 3-1 所示。

篩選文獻之後，依照以下文件編碼原則逐筆將資料輸入表格，以編碼表方式呈

現，以利閱讀與分析。

編碼方式將分為文獻基本資料、樣本特性、研究設計、介入方式與研究結果共計4項如以下說明：

壹、文獻基本資料

- 一、資料庫：納入後設分析文獻之資料庫來源。
- 二、期刊：納入後設分析文獻之收錄期刊。
- 三、年代：納入後設分析文獻之刊登年代，以西元年的形式書寫，並作為本編碼表排序之依據，由現在的時間開始依序排列至過去。
- 四、作者：納入後設分析文獻之作者，為了使編碼表版面更加清晰易讀，因此僅列第一作者姓氏。若文獻刊登的年代相同，則以第一作者姓氏作為文獻排序方式第二順位。

貳、樣本特性

- 一、國籍：參與研究之受試者國籍。
- 二、年齡：研究對象之平均年齡或年齡範圍。
- 三、人數：研究之實驗組人數與控制組人數。
- 四、特徵：研究對象之身心狀態和特性，如：憂鬱、焦慮、癌症或糖尿病等等。

參、研究設計

- 一、研究設計：以隨機對照試驗（randomized controlled trial, RCT）為主。
- 二、研究工具：測量憂鬱與焦慮程度之測驗工具，例如：憂鬱焦慮與壓力量表 Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) 或貝克憂鬱量表第二版 Beck Depression Inventory-II (BDI-II) 等。
- 三、測量時間：前測、後測與追蹤測驗時間，皆以週數的格式紀錄。
- 四、依變項：以憂鬱或焦慮為主。

肆、介入方式

一、介入方案：實驗組介入方案皆為正念認知治療，控制組介入方式可能為等待名單、照常處遇、無處遇或其它處遇等。

二、介入時間：正念認知治療介入之週數以及每週所進行的時間，以分鐘與週的方式紀錄。

伍、研究結果

一、數據：研究結果測量之數據如：平均數、標準差、t 值（t value）或 F 值（F value）等。

二、結果：憂鬱或焦慮的測驗結果是否顯著減少，若減少的程度在統計檢定達顯著水準，則以*標記，反之則不標記。



表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
1	Chan (2021)	香港	EG=25 CG=25	18-23	大學諮詢 實習生	DASS-21-A DASS-21-D	焦慮 憂鬱	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測 24 週追蹤測
2	Mathur (2021)	印度	EG=20 CG=20	M=28.25	強迫症	HARS MADRS	焦慮 憂鬱	40 分/週 12 週	壓力管理 訓練	前測、後測
3	Syeda (2021)	加拿大	EG=11 CG=8	M=10.20	焦慮	MASC-2	焦慮	90 分/週 12 週	等待名單	前測、後測
4	浙江監獄 (2020)	中國	EG=88 CG=88	M=35.37	受刑人 自殺傾向	SCL-90-D SCL-90-A	憂鬱 焦慮	8 週	無處遇	前測、後測
5	姜永志 (2020)	中國	EG=30 CG=30		網路成癮 大學生	IAS	焦慮	120 分/週 8 週	無處遇	前測、後測
6	Alampay (2020)	菲律賓	EG=70 CG=76	M=11.88	小孩	SMFQ STAIC	憂鬱 焦慮	75 或 90 分/週 8 週	手工藝	前測、後測 8 週追蹤測
7	Alsubaie (2020)	英國	EG=11 CG1=10 CG2=10	M=64.8	心血管疾 病與憂鬱	PHQ-9 GAD、CAQ	憂鬱 焦慮	150 分/週 8 週	正念減壓 照常治療	前測、後測 12 週追蹤測
8	Cheung (2020)	香港	EG=26 CG=27	M=56.00	失智家人 照顧者	CES-D	憂鬱	150 分/週 7 週	正念減壓	前測、後測 12 週追蹤測
9	Gu (2020)	中國	EG=37 CG1=36 CG2=37	M=21.40	憂鬱	SDS	憂鬱	120 分/週 8 週	敘事治療 跑步	前測、後測
10	Holas (2020)	波蘭	EG=25 CG=28	M=34.58	憂鬱	CES-D	憂鬱	150 分/週 8 週	等待名單	前測、後測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
11	Musa(2020)	奈及利亞	EG=50 CG=51	18-60	憂鬱	BDI-II	憂鬱	8 週	照常治療	前測、後測
12	Ninomiya (2020)	日本	EG=20 CG=20	M=41.35	焦慮	STAI-S、STAI-T CES-D	焦慮 憂鬱	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
13	Nissen(2020)	丹麥	EG=104 CG=46	18 歲以上	乳癌 攝護腺癌	STAI-Y BDI-II	焦慮 憂鬱	8 週	等待名單	前測、後測 24 週追蹤測
14	Park(2020)	日本	EG=38 CG=36	M=53.70	乳癌	HADS-A HADS-D	焦慮 憂鬱	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測 12 週追蹤測
15	Segal(2020)	美國	EG=154 CG=176	M=48.3	憂鬱	PHQ-9 GAD-7	憂鬱 焦慮	140 分/週 12 週	照常治療	前測、後測 48 週追蹤測
16	Wang(2020)	中國	EG=67 CG=67	M=59.93	自發性腦出血	CES-D	憂鬱	120 分/週 8 週	壓力管理	前測、後測
17	Mehdi(2020)	伊朗	EG=15 CG=18	M=28.63	產前憂鬱 產前焦慮	BDI-II BAI	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週	無處遇	前測、後測 4 週追蹤測
18	張怡雯(2019)	中國	EG=46 CG=45	M=21.53	睡眠障礙 憂鬱	SDS	憂鬱	8 週	無處遇	前測、後測
19	Cladder-Micus (2019)	荷蘭	EG=26 CG=36	M=46.85	憂鬱	IDS-SR	憂鬱	150 分/週 8 週	照常治療	前測、後測
20	Dalili(2019)	伊朗	EG=14 CG=14		類風濕關節炎	DASS-21-D DASS-21-A	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週		前測、後測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
21	Frostadottir (2019)	冰島	EG=13 CG1=12 CG2=7	M1=50.92 M2=49.70	憂鬱 焦慮 壓力	DASS-21-D DASS-21-A	憂鬱 焦慮	120 分*2 次/週 4 週	慈悲焦點 治療 等待名單	前測、後測
22	Hepark (2019)	荷蘭	EG=74 CG=74	M=29.25	注意力不足過動症	BDI-II STAI	憂鬱 焦慮	135 分/週 12 週	等待名單	前測、後測
23	Kor(2019)	香港	EG=18 CG=18	M=57.10	失智家人 照顧者	CES-D HADS-A	憂鬱 焦慮	120 分/週 10 週	照常治療	前測、後測
24	Kulz (2019)	德國	EG=50 CG=53	M=38.62	強迫症	BDI-II	憂鬱	120 分/週 8 週	OCD-PE	前測、後測 24 週追蹤測
25	Maddock (2019a)	愛爾蘭	EG=51 CG=50	M=44.03	乾癲病患	HADS-A HADS-D	焦慮 憂鬱	120 分/週 8 週	照常治療	前測、後測 24 週追蹤測
26	Maddock (2019b)	愛爾蘭	EG=51 CG=50	M=44.04	乾癲病患	HADS-A HADS-D	焦慮 憂鬱	120 分/週 8 週	照常治療	前測、後測
27	Monnart (2019)	比利時	EG=15 CG=16	M=50.16	憂鬱	MADRS STAI-E、STAI-T	憂鬱 焦慮	120 分/天 8 天	經顱直流 電刺激	前測、後測 4 週追蹤測
28	Rodgers (2019)	澳洲	EG=15 CG=12	M=63.70	巴金森氏症患者	DASS-21-D DASS-21-A	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
29	Snippe (2019)	荷蘭	EG=29 CG=32	18-70	憂鬱	BDI-II	憂鬱	60 分/週 8 週	認知行為 治療	前測、後測
30	Wright (2019)	澳洲	EG=45 CG=44	M=10.60	小孩	RCADS-A RCADS-D	焦慮 憂鬱		認知行為 治療	前測、後測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
31	Xu(2019)	中國	EG=14 CG=18	M=16.75	憂鬱	BDI-II	憂鬱	8 週	無處遇	前測、後測
32	Cladder-Micus (2018)	荷蘭	EG=44 CG=52	M=47.10	憂鬱	IDS-SR	憂鬱	150 分/週 8 週	照常治療	前測、後測
33	de Jong (2018)	美國	EG=19 CG=14	M=50.70	憂鬱	QIDS-C、HRSD	憂鬱	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
34	Esmaeilian (2018)	伊朗	EG=38 CG=33	10-13	單親兒童	CDI STAIC-S、STAIC-T	憂鬱 焦慮	90 分/週 12 週	無處遇	前測、後測 8 週追蹤測
35	Farver-Vestergaard (2018)	丹麥	EG=39 CG=45	M=67.20	慢性阻塞性肺 疾病	HADS-D HADS-A	憂鬱 焦慮	105 分/週 8 週	肺部復健	前測、後測 12 週追蹤測 24 週追蹤測
36	Gu(2018)	中國	EG=28 CG=26	M=20.29	注意力不足過 動症	BDI-II BAI	憂鬱 焦慮	150 分/週 8 週	等待名單	前測、後測 12 週追蹤測
37	James (2018)	英國	EG=28 CG=32	18-39	完美主義	DASS-21-D DASS-21-A	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週	自我成長 書籍	前測、後測 10 週追蹤測
38	Jasbi (2018)	伊朗	EG=24 CG=24	M=52.97	罹患創傷後壓力 症候群退伍軍人	DASS-21-D DASS-21-A	憂鬱 焦慮	60 分/週 8 週	團體治療	前測、後測
39	Shallcross (2018)	美國	EG=46 CG=46		憂鬱	BDI-II	憂鬱	8 週	健康促進 方案	前測、後測 24 週追蹤測 64 週追蹤測 104 週追蹤測
40	Shapero (2018)	美國	EG=22 CG=18	M=38.47	憂鬱	BDI-II、HAM-D	憂鬱	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
41	Shulman (2018)	加拿大	EG=38 CG=33	M=35.43	產後憂鬱 產後焦慮	PHQ-9	憂鬱	8 週	照常治療	前測、後測
42	Greenberg (2017)	美國	EG1=12 EG2=16 CG1=13 CG2=9	M1=38.27 M2=38.73	憂鬱	BDI-II、HAM-D	憂鬱		等待名單	前測、後測
43	Helmes (2017)	澳洲	EG=27 CG=26	M=83.00	焦慮	GAI、ASI	焦慮	90 分/週 8 週	structured activity	前測、後測 4 週追蹤測
44	Key(2017)	加拿大	EG=18 CG=18	M=43.30	強迫症	BDI-II BAI	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
45	McKenna (2017)	英國	EG=34 CG=28	M=49.71	耳鳴	HADS-D HADS-A	憂鬱 焦慮		放鬆訓練	前測、後測 4 週追蹤測 24 週追蹤測
46	Snippe (2017)	荷蘭	EG=57 CG=62	M=43.28	憂鬱	HDRS	憂鬱	150 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
47	Armstrong (2016)	英國	EG=17 CG=17	29.55	神經質	PHQ-9 GAD-7	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週	線上自我成長課程	前測、後測
48	Dimidjian (2016)	美國	EG=43 CG=43	M=29.85	產前憂鬱	EPDS	憂鬱		照常治療	前測、後測 4 週追蹤測 24 週追蹤測
49	Forkmann (2016)	德國	EG=36 CG=35	M1=49.29 M2=51.16	憂鬱 自殺意念	HAMD、BDI	憂鬱		認知行為分析系統 照常治療	前測、後測
50	Schroevers (2016)	荷蘭	EG=28 CG=28	M=52.20	憂鬱 身心疾病	BDI-II GAD-7	憂鬱 焦慮	150 分/週 8 週	個別正念 認知治療	前測、後測 12 週追蹤測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
51	Barnhofer (2015)	英國	EG=52 CG1=54 CG2=26	M1=43.79 M2=44.07	自殺企圖	BDI-II	憂鬱	120 分/週 8 週	CPE 照常治療	前測、後測
52	Chiesa (2015)	義大利	EG=23 CG=20	M=48.95	憂鬱	HAM-D、BDI-II BAI	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週	心理教育 方案	前測、後測 26 週追蹤測
53	Eisendrath (2015)	美國	EG=23 CG=20	M=36.09	憂鬱	HAMD-17、 QIDS-SR16	憂鬱	135 分/週 8 週	抗憂鬱藥 物治療	前測、後測
54	Faramarzi (2015)	伊朗	EG=43 CG=43	M=24.19	孕吐	HADS-A HADS-D	焦慮 憂鬱	50 分/週 8 週	藥物治療	前測、後測
55	Hauge (2015)	丹麥	EG=37 CG=32	M=52.93	多元性化學 敏感症	SCL-92-D SCL-92-A	憂鬱 焦慮	8 週	照常治療	前測、後測 24 週追蹤測 48 週追蹤測
56	Lo(2015)	香港	EG=41 CG=41	M=44.30	憂鬱 焦慮	HADS-A BDI-II	焦慮 憂鬱		等待名單	前測、後測
57	Michalak (2015)	德國	EG=26 CG1=28 CG2=32	M1=49.33 M2=51.49	憂鬱	BDI、HAM-D	憂鬱	150 分/週 8 週	認知行為 分析系統 照常治療	前測、後測
58	O'Doherty (2015)	愛爾蘭	EG=32 CG=30	M=58.57	心血管疾病 憂鬱	HADS-D HADS-A	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測 24 週追蹤測
59	Schoultz (2015)	蘇格蘭	EG=12 CG=12	M=49.14	發炎性腸道 疾病	BDI-II STAI-S、STAI-T	憂鬱 焦慮		等待名單	前測、後測
60	Schroevers (2015)	荷蘭	EG=12 CG=12	M=55.40	糖尿病	CES-D	憂鬱	60 分/週 8 週	等待名單	前測、後測 12 週追蹤測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
61	Shallcross (2015)	美國	EG=17 CG=24	M=34.53	憂鬱	BDI-II	憂鬱		健康促進方案	前測、後測 24 週追蹤測 48 週追蹤測
62	Snippe (2015)	荷蘭	EG=46 CG=45	18-70	糖尿病 憂鬱	BDI-II	憂鬱	60 分/週 8 週	認知行為治療	前測、後測
63	Asl(2014)	伊朗	EG=16 CG=17	M=29.50	藥物依賴	BDI-II	憂鬱	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
64	Bedard (2014)	加拿大	EG=32 CG=16	M=46.67	憂鬱與創傷性腦損傷	BDI-II、PHQ-9	憂鬱	90 分/週 10 週	等待名單	前測、後測 12 週追蹤測
65	Forkmann (2014)	荷蘭	EG=64 CG=66	M=43.89	自殺意念	HDRS	憂鬱	150 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
66	Gonzalez-Garcia (2014)	西班牙	EG=19 CG=20	M=49.40	愛滋病患者	BDI-II BAI	憂鬱 焦慮	150 分/週 8 週	例行訪視	前測、後測 12 週追蹤測
67	Pots(2014)	荷蘭	EG=76 CG=75	M=47.94	憂鬱	CES-D HADS-A	憂鬱 焦慮	90 分/週 11 週	等待名單	前測、後測 24 週追蹤測
68	Raes (2014)	比利時	EG=170 CG=175	M=15.40	憂鬱	DASS-21-D	憂鬱	100 分/週 8 週	無處遇	前測、後測 24 週追蹤測
69	Taylor (2014)	英國	EG=40 CG=39	M=28.61	學生	DASS-21-D DASS-21-A	憂鬱 焦慮	8 週	等待名單	前測、後測 10 週追蹤測
70	Tovote (2014)	荷蘭	EG=31 CG=32	M=53.10	糖尿病 憂鬱	BDI-II、HAM-D7 GAD-7	憂鬱 焦慮	60 分/週 8 週	認知行為治療 等待名單	前測、後測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
71	van Son (2014)	荷蘭	EG=70 CG=69	M=56.50	糖尿病	HADS-A、POMS-A HADS-D、POMS-D	焦慮 憂鬱	120 分/週 8 週	照常治療	前測、後測 24 週追蹤測
72	Batink (2013)	荷蘭	EG=64 CG=66	M=43.90	憂鬱	HDRS、IDS-SR30	憂鬱	150 分/週 8 週	照常治療	前測、後測
73	Parra-Delgado (2013)	西班牙	EG=15 CG=16	M=52.90	纖維肌痛	BDI	憂鬱	150 分/週 8 週	照常治療	前測、後測 12 週追蹤測
74	Perich (2013)	澳洲	EG=48 CG=47	18 歲以上	躁鬱	MADRS、DASS-D DASS-A、STAI-S、 STAI-T	憂鬱 焦慮	150 分/週 8 週	照常治療	前測、後測 24 週追蹤測
75	Rimes (2013)	英國	EG=16 CG=19	M=43.46	慢性疲勞 症候群	HADS-D HADS-A	憂鬱 焦慮	135 分/週 8 週	等待名單	前測、後測 8 週追蹤測
76	van Ravesteijn (2013)	荷蘭	EG=49 CG=49	M=47.05	身心症狀	PHQ-9	憂鬱	150 分/週 8 週	照常治療	前測、後測 36 週追蹤測
77	van Son (2013)	荷蘭	EG=70 CG=69	M=56.50	糖尿病	HADS-A、POMS-A HADS-D、POMS-D	焦慮 憂鬱		等待名單	前測、後測
78	Britton (2012)	美國	EG=14 CG=10	M=46.62	憂鬱 睡眠困擾	BDI	憂鬱	180 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
79	Crane (2012)	英國	EG=14 CG=13	M=41.90	憂鬱 自殺意念	BDI-II	憂鬱		等待名單	前測、後測
80	Geschwind (2012)	荷蘭	EG=57 CG=66		憂鬱	HRSD、IDS	憂鬱		等待名單	前測、後測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
81	Manicavasagar (2012)	澳洲	EG=19 CG=26	M=45.84	憂鬱	BDI-II	憂鬱	150 分/週 8 週	認知行為 治療	前測、後測
82	McManus (2012)	英國	EG=36 CG=32	M=45.52	慮病症	BAI BDI	焦慮 憂鬱	120 分/週 8 週	照常治療	前測、後測
83	Skovbjerg (2012)	丹麥	EG=9 CG=17	M=51.60	多元化 學敏感症	SCL-92-D SCL-92-A	憂鬱 焦慮	150 分/週 8 週	照常治療	前測、後測 20.6 週追蹤測
84	van Aalderen (2012)	荷蘭	EG=102 CG=103	M=47.50	憂鬱	HAMD、BDI	憂鬱		照常治療	前測、後測
85	van Vugt (2012)	美國	EG=26 CG=19	M=46.81	憂鬱	BDI	憂鬱		等待名單	前測、後測
86	Geschwind (2011)	荷蘭	EG=63 CG=66	M=43.88	憂鬱	HDRS	憂鬱	150 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
87	Keune (2011)	德國	EG=40 CG=37	M=47.16	憂鬱	BDI	憂鬱		等待名單	前測、後測
88	Manicavasgar (2011)	澳洲	EG=26 CG1=19 CG2=26	M1=46.16 M2=46.00	憂鬱	BDI-II BAI	憂鬱 焦慮	150 分/週 8 週	認知行為 治療	前測、後測 24 週追蹤測
89	Britton (2010)	美國	EG=13 CG=8	M=46.43	憂鬱	BDI	憂鬱		等待名單	前測、後測
90	Foley (2010)	澳洲	EG=53 CG=54	M=55.17	癌症病患	HAM-D HAM-A	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
91	Godfrin (2010)	比利時	EG1=39 EG2=34 EG3=34 CG1=44 CG2=39 CG3=41	M1=45.70 M2=45.70 M3=45.72	憂鬱	HRSD、BDI、 POMS-D	憂鬱	165 分/週 8 週	等待名單	前測、後測 32 週追蹤測
92	Hargus (2010)	英國	EG=14 CG=13	M=41.89	憂鬱 自殺傾向	BDI-II	憂鬱		照常治療	前測、後測
93	Kuyken (2010)	英國	EG=52 CG=62	M=49.46	憂鬱	HRSD	憂鬱	8 週	抗憂鬱藥	前測、後測 60 週追蹤測
94	Oken (2010)	波蘭	EG=11 CG=10	M=65.07	失智家人 照顧者	CES-D	憂鬱	90 分/週 7 週	喘息服務	前測、後測
95	Piet (2010)	丹麥	EG=14 CG=12	M=21.83	社交恐懼	BDI-II BAI	憂鬱 焦慮	120 分/週 8 週	認知行為 治療	前測、後測 24 週追蹤測
96	Shahar (2010)	美國	EG=26 CG=19	M=59.98	憂鬱	BDI	憂鬱	180 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
97	Thompson (2010)	美國	EG=26 CG=27	M=35.90	憂鬱	BDI、mBDI	憂鬱		等待名單	前測、後測
98	Barnhofer (2009)	英國	EG=14 CG=14	M=41.93	憂鬱	BDI-II	憂鬱	120 分/週 8 週	照常治療	前測、後測
99	Crane (2008)	英國	EG=19 CG=23	M=44.65	憂鬱 自殺傾向	BDI	憂鬱	120 分/週 8 週	等待名單	前測、後測
100	Williams (2008)	英國	EG=21 CG=27	18-65	躁鬱	BDI BAI	憂鬱 焦慮		照常治療	前測、後測

表 3-1 正念認知治療介入憂鬱與焦慮情緒納入後設分析文獻資料表（續）

編號	第一作者	國家	樣本數	年齡	特徵	研究工具	依變項	介入時間	控制組	測量時間
101	Surawy (2005)	英國	EG=9 CG=8	18-65	慢性疲勞 症候群	HADS-D HADS-A	憂鬱 焦慮		等待名單	前測、後測
102	Williams (2000)	英國	EG=21 CG=20	M=44.00	憂鬱	HRSD	憂鬱	8 週	等待名單	前測、後測

EG：實驗組；CG：對照組；ASI: Anxiety Sensitivity Index 焦慮敏感度指標；BAI: Beck Anxiety Inventory 貝克焦慮量表；BDI-II: Beck Depression Inventory-II 貝克憂鬱量表第二版；CAQ: The Cardiac Anxiety Questionnaire；CDI: Children's Depression Inventory 兒童憂鬱量表；CESD: Center for Epidemiological Studies Depression Scale 美國流行病學研究中心憂鬱量表；DASS: Depression Anxiety Stress Scales 憂鬱、焦慮及壓力量表；EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale 愛丁堡產後憂鬱量表；GAD: Generalized Anxiety Disorder scale 焦慮自我評估量表；GAI: The Geriatric Anxiety Inventory 老年焦慮量表；HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale 醫院焦慮與憂鬱量表；HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale 漢氏憂鬱量表；HARS: Hamilton anxiety rating scale 漢氏焦慮量表；IAS: Interaction Anxiousness Scale 社交互動焦慮量表；IDS: The Inventory of Depressive Symptomatology 憂鬱症狀量表；MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale 孟艾氏憂鬱量表；MASC-2: Multidimensional Anxiety Scale for Children-Second Edition 多向度兒童青少年焦慮量表第二版；PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9 病人健康問卷；POMS: Profile of Mood States 盤氏情緒量表；PSA: Prostate-Specific Antigen Anxiety subscale of the Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer 前列腺癌記憶性焦慮量表；RCADS: The Revised Children's Anxiety and Depression Scale 修訂版兒童焦慮與憂鬱量表；SCID-I/P : The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Version 精神疾病診斷與統計手冊第四版結構性臨床會談；SCL: The Symptom-Check-List 症狀檢核表；SDS : Zung Self-Rating Depression Scale 憂鬱自評量表；SMFQ: Short Mood and Feelings Questionnaire 簡短情緒與情感量表；STAIC: State-Trait Anxiety Inventory for Children 兒童情境與特質焦慮量表

第四節 資料分析與處理

本節將分別以文獻計量部分與後設分析部分說明研究操作流程，文獻計量主要為檢索與匯出研究數據及去除重複資料的說明，後設分析則分為資料蒐集與資料選定準則兩部份詳述。

壹、文獻計量部分

關於本研究分析與處理文獻計量資料的部分，主要來自於 Web of Science 核心合輯搜尋的期刊文獻，其中有 524 筆資料來自主題（標題、摘要、作者關鍵字、Key Plus）檢索”mindfulness based cognitive therapy”並限縮期刊；有 447 筆資料來自主題（標題、摘要、作者關鍵字、Key Plus）檢索”MBCT”並限縮期刊。

然而因為 Web of Science 核心合輯一次僅能匯出 500 筆檔案，因此檢索”mindfulness based cognitive therapy”的檔案命名為 download_1-500、download_500-524，而檢索”MBCT”的檔案命名為 download_1-447，共計 3 筆檔案。

從 Web of Science 核心合輯以純文字檔案匯出「完整記錄和被引用參考文獻」後，去除重複數據再分別匯入 CiteSpace 與 VOSviewer，並選定適當的功能與參數，以繪製本研究所需圖形。

貳、後設分析部分

關於本研究篩選進行後設分析的文獻相關資料選定準則分為研究類型、時間、主題、對象、方法、變項與結果分別詳述如以下第一點，而資料蒐集的部分則是分為國際期刊與國內期刊兩部份說明如以下第二點。

一、資料蒐集

1. 國際研究資料：

本研究於 Web of Science 核心合輯的主題（標題、摘要、作者關鍵字、Key Plus）限縮期刊文章並搜尋關鍵詞”mindfulness based cognitive therapy”與 MBCT，經過 Endnote 比對後刪除重複的文獻，可以獲得 558 篇文獻。

2. 中文研究資料：

本研究於 Airiti Library 華藝線上圖書館搜尋正念認知治療、內觀認知治療、mindfulness based cognitive therapy 與 MBCT 並限縮地區為臺灣，經過 excel 比對後刪除重複的文獻，可以獲得 26 篇文獻；本研究於中國知網搜尋正念认知疗法與正念认知治疗、mindfulness based cognitive therapy 與 MBCT，經過研究者逐一比對後刪除重複的文獻，可以獲得 108 篇文獻。綜合 Airiti Library 華藝線上圖書館與中國知網的資料並經過 excel 比對後刪除重複的文獻，可以獲得 145 篇文獻。

二、資料選定準則

為使後設分析的文獻品質更令人信服，本研究的後設分析文獻將逐筆篩選其研究類型、研究時間、研究主題、研究對象、研究方法、研究變項與研究結果，研究篩選準則於以下七項分別詳述：

1. 研究類型：發表於期刊之中文與英文研究。
2. 研究時間：自 Web of Science 核心合輯搜尋到最早的文獻自 2000 年至 2020 年。
3. 研究主題：本研究選取文獻必須皆運用正念認知治療的策略，排除正念減壓、正念冥想、靜坐等非正念認知治療方式，介入憂鬱或焦慮情緒效果之研究。
4. 研究方法：本研究使用的文獻必須是量化研究之隨機對照試驗，能夠清楚地以數據瞭解正念認知治療介入前後的差異，並且得以計算效果量進行比較。
5. 研究變項：文獻當中至少有一個依變項是憂鬱或焦慮。
6. 研究結果：依據第五項所提及之研究方法，以及本研究使用之後設分析軟體 Comprehensive Meta-Analysis 計算效果量的方式，研究結果必須包含：平均數、樣本數 (N)、標準差、t 值、F 值與相關 (correlation) 等。

三、極端值處理

本研究蒐集 102 篇文獻，但為了避免過於極端的數值影響整體的效果值，因此本研究運用累積後設分析與排除某一篇納入研究分析的方法判斷是否有極端數據。最後，本研究發現 1 篇文獻具有顯著影響力，因此刪除這篇文獻，總共納入 101 篇文獻進行整體效果量與調節變項分析。

四、效果量界定

本研究依照 Cohen (1988) 對後設分析的效果量 (effect size) 之界定，當效果量為 0.2 左右時，其效果量代表「低度 (small) 效果」，當效果量為 0.5 左右時，其效果量代表「中度 (medium) 效果」，當效果量為 0.8 左右時，其效果量代表「高度 (high) 效果」。

五、出版偏誤檢定

本研究共分析 101 篇文獻，共有 195 筆研究資料，其中憂鬱為依變項者計有 129 筆而焦慮為依變項者計有 66 筆，透過 Fail-Safe N 的計算進一步確認本研究出版偏誤是否在可以接受的範圍如表 3-2 所示。

表 3-2 出版偏誤檢定數據表

	K 值	Fail-safe N	容忍門檻值	Rosenthal's Method 值
憂鬱	129	-22.06 ($p < .001$)	660	6,211
焦慮	66	-14.13 ($p < .001$)	340	3,367

其中憂鬱的 Fail-safe N 的 Z 值為 -22.06, $p < .001$ ，且出版偏誤的容忍門檻值為 655，而憂鬱的 Rosenthal's Method 值為 6,211，表示要再增加 6,211 篇不顯著的論文，才能推翻本研究的結果，遠大於本研究關於憂鬱部份的容忍門檻值，表示本研究的憂鬱部份的出版偏誤在可以接受的範圍內。然而，若以漏斗圖判斷出版偏誤，則發現圖形未成對稱狀，可能會有出版偏誤。因此，本研究再以 trim and fill 採隨機模式進行計算，發現沒有出版偏誤的情形 (adjusted values=0)。

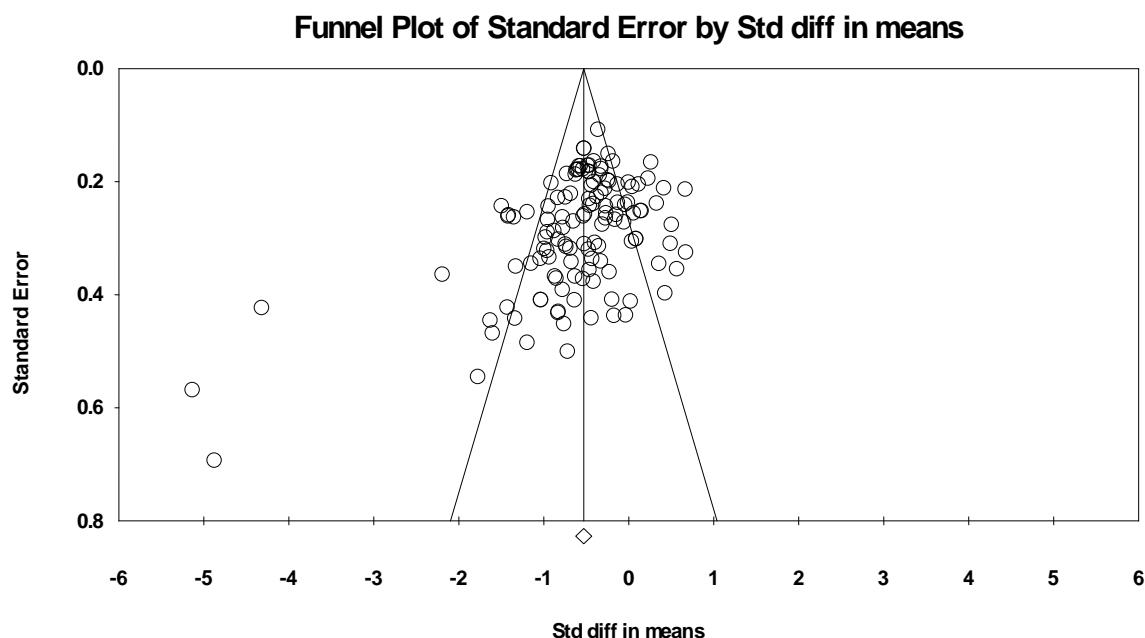


圖 3-3 正念認知治療介入憂鬱之出版偏誤檢定漏斗圖

另外焦慮的 Fail-safe N 的 Z 值為-14.13， $p < .001$ ，且出版偏誤的容忍門檻值為 340，而焦慮的 Rosenthal's Method 值為 3,367，表示要再增加 3,367 篇不顯著的論文，才能推翻本研究的結果，遠大於本研究關於焦慮部份的容忍門檻值，表示本研究的焦慮部份的出版偏誤在可以接受的範圍內。然而，若以漏斗圖判斷出版偏誤，則發現圖形未成對稱狀，可能會有出版偏誤。因此，本研究再以 trim and fill 採隨機模式進行計算，發現沒有出版偏誤的情形 (adjusted values=0)。

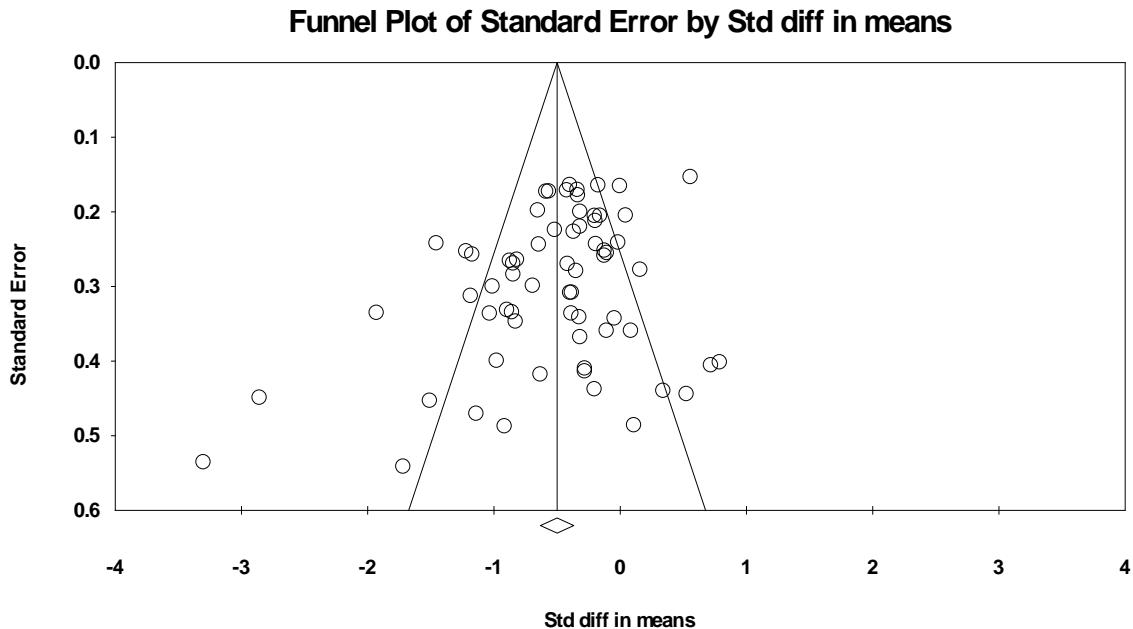


圖 3-4 正念認知治療介入焦慮之出版偏誤檢定漏斗圖

經過上述 Fail-safe N、漏斗圖與 trim and fill 的出版偏差檢定之後，結果雖然有所差異，但大多顯示沒有出版偏誤的問題，因此可以暫且排除出版偏誤的風險。

本研究根據上述中英文資料庫所蒐集的文獻進行初步篩選，刪除無量化數據之研究、介入方式不是正念認知治療以及依變項和憂鬱或焦慮無關等研究、研究方法非為隨機對照試驗等。依照本研究之資料選定準則篩選符合的期刊可獲得中文文獻 3 篇、英文文獻 99 篇，共 102 篇期刊論文納入後設分析。

第五節 研究工具

由於本研究分為文獻計量與後設分析兩項研究流程，因此在研究工具的部分將文獻計量與後設分析分別敘述，其中文獻計量使用三項研究工具—CiteSpace、VOSviewer 與 CiNetExplorer，後設分析則使用 Comprehensive Meta-analysis (CMA) 2.0 進行操作。

壹、文獻計量部分

為使研究更臻完善，本研究在文獻計量部分使用 CiteSpace 與 VOSviewer 兩項軟體進行可視化圖形分析，運用不同軟體所能展現的特色加以輔助說明研究結果，以下將分別簡要說明 CiteSpace 與 VOSviewer 的功能。

一、 CiteSpace

本研究使用 CiteSpace (Chen, 2006；陳悅等，2015) 作為文獻計量分析工具之一，其為運用 Java 語言所研發的引文空間可視化軟體，且可分析 Web of Science、PubMed、Scopus 和 CNKI 等資料庫的內容，以知識圖譜的方式呈現知識結構與發展的圖像（陳景花，2018）。

CiteSpace 的功能相當多元，不僅能夠針對文獻、作者與期刊進行共被引分析以及針對關鍵字進行共現分析等，更能匯入 Google 地圖進行知識圖譜的地圖疊加（陳悅等，2015）。本研究將運用 CiteSpace 分析關鍵字共現聚類的狀況與不同年代的高突現詞，以呈現正念認知治療的研究發展、熱點與前沿。

二、 VOSviewer

除了 CiteSpace 之外，本研究也使用 VOSviewer (Van Eck & Waltman, 2010) 進行文獻計量分析，如同 CiteSpace，VOSviewer 也運用 Java 語言繪製知識圖譜（高凱，2015），可以分析 Web of Science、Scopus、PubMed 和 Dimensions 等資料庫的內容。

VOSviewer 一樣可以針對關鍵字進行共現分析，也能針對作者、期刊和文獻進行共被引分析，更能將文獻、期刊、作者、機構與國家進行耦合分析。除了以標籤與聚落的圖形呈現之外，也能標示年代或是以密度圖的方式展現（高凱，2015）。本研究將運用 VOSviewer 分析關鍵字共現以及作者、文獻與期刊共被引等數據，以瞭解正念認知治療領域的研究重點、經典著作以及值得參考的文獻來源。

三、 CiNetExplorer

CiNet Explorer 的全名為「Citation Network Explorer」，它能將 Web of Science 當中的引用文獻情況視覺化並分析，提供使用者瞭解某個研究領域發展的情形、找出其核心文獻以及進一步分析文獻之間發展的關係等 (Van Eck & Waltman, 2014)。

本研究將運用 CiNet Explorer 作為 VOSViewer 在作者共被引之後進一步的分析，瞭解正念認知治療領域裡重要的作者在不同主題的文獻當中互相引用的關係以及其發展的脈絡。

貳、後設分析部分

本研究使用 Comprehensive Meta-analysis (CMA) 2.0 試用版作為後設分析的研究工具。CMA2.0 可以匯入 excel、SPSS 與 STATA 等檔案進行計算，並且有超過 100 種資料輸入格式輔以計算效果量，而且能呈現固定效果模式與隨機效果模式，還能進行敏感度分析與調節變項的檢核，並且繪製森林圖和漏斗圖，以呈現系統性的數據分析結果（王珮方，2020；Pierce, 2008）。

透過 CMA2.0，本研究將針對符合篩選準則的文獻進行異質性檢定並進一步決定採用固定效果模式或隨機效果模式的效果量，再針對調節變項進行檢核，確認是否有其他影響因素，最後再依據謝進昌、陳敏瑜（2011）的建議，使用 Fail-safe N (Rosenthal, 1979)、funnel plot 與 trim and fill 再三檢視出版偏誤的狀況。



第四章 研究結果

本章共分為三節，第一節為本研究運用 Citespace、VOSviewer 與 CiNetExplorer 進行正念認知治療文獻視覺化分析，探討正念認知治療的知識基礎、研究熱點與研究前沿的研究結果；第二節為本研究運用 CMA2.0 進行後設分析探討正念認知治療介入憂鬱與焦慮的整體效果量與調節變項；第三節為整合研究結果之綜合討論。

第一節 正念認知治療文獻視覺化分析結果

本節主要分為三點說明正念認知治療視覺化分析的結果：首先以國家、機構、作者、文獻與期刊探討正念認知治療研究文獻的知識基礎、其次以正念認知治療研究文獻的關鍵字共現來分析正念認知治療研究文獻的研究熱點，最後則以正念認知治療研究文獻的關鍵字突現進一步呈現正念認知治療研究文獻的前沿。

壹、正念認知治療知識基礎

正念認知治療的知識基礎主要由以下三點論述：國家與機構引用文獻數量較高的國家和投入研究的機構與其發展時間順序、共被引數量較高的重要作者和經典文獻，以及文獻耦合程度較高的期刊。透過以下分析結果，可以得知正念認知治療目前在國際研究的概況與脈絡。

一、國家與機構引用文獻分析

正念認知治療這二十幾年來在國際上不同國家發展的趨勢和分布可以從表 3-1 很清楚地看見：英國在一開始針對正念認知治療介入憂鬱與焦慮的效果設計許多隨機對照試驗，接著美國、澳洲與歐洲許多國家也開始著手相關研究，最近幾年慢慢拓展到亞洲，像是中國、伊朗和日本等國家也陸續投入這個領域。

同樣地，透過 VOSviewer 分析國家引用次數所呈現的時間分布圖可以發現正念認知治療相關研究文獻發表在 Web of Science 核心合輯的國家分布和趨勢，如同圖 4-1 所示：藍色的區域表示英國、德國、比利時和南韓平均在 2014 年以前發表較多關於正念認知治療的研究；綠色的區域表示接著平均在 2016 年左右則是美國、荷蘭、澳洲、丹麥、西班牙、愛爾蘭與瑞士有較多和正念認知治療相關的文獻；而黃色的區域表示一

直到 2018 年以後則是中國、日本和伊朗這三個亞洲的國家開始明顯地關心正念認知治療相關議題。

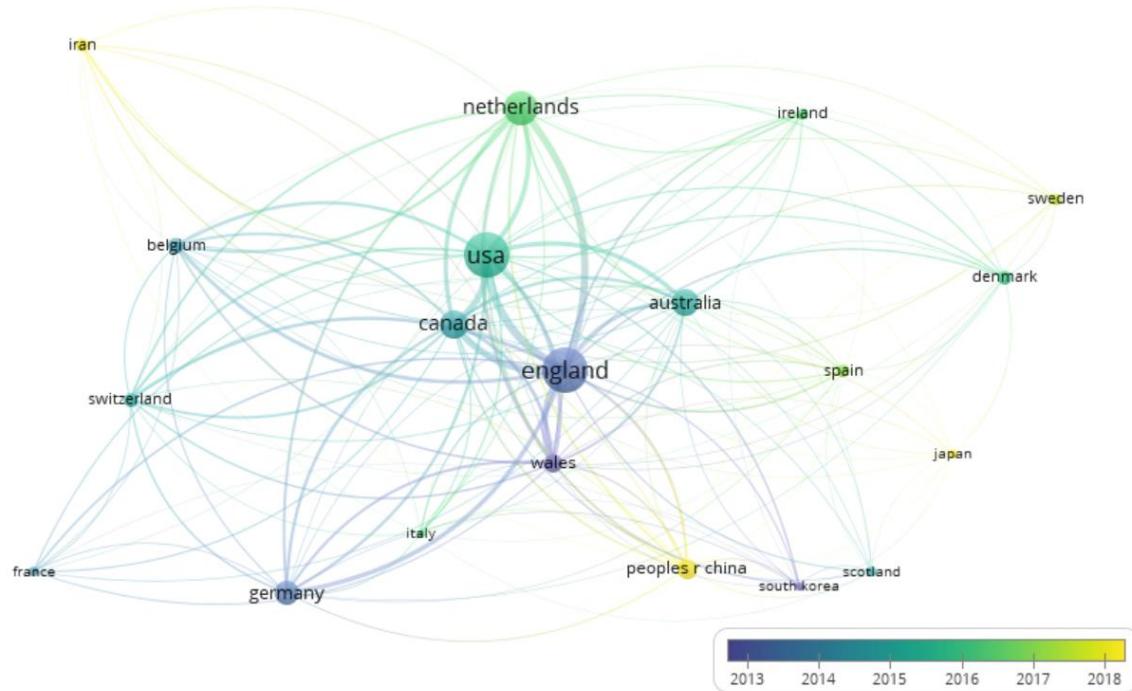


圖 4-1 正念認知治療研究之國家集群比較可視圖

表 4-1 則是可以很清楚地看見這二十幾年來投入在正念認知治療的研究引用次數最高的國家分別有英國、美國、加拿大、威爾斯和荷蘭；發表文獻篇數最高的國家分別為美國、英國、荷蘭、加拿大與澳洲；而連結強度最強的國家分別是英國、美國、加拿大、荷蘭和威爾斯。不論是文獻篇數、引用次數或是總連結強度，這二十幾年來累積的文獻幾乎都是以歐洲、美洲和澳洲的國家為主，而中國在引用次數方面剛好位居第十名，為亞洲少數排行較前面的國家。

表 4-1 正念認知治療研究之國家引用次數分析表

序號	國家	文獻篇數	引用次數	總連結強度
1	England	137	9,634	2,162
2	America	138	6,820	1,604
3	Canada	58	4,143	1,224
4	Wales	23	3,319	860

表 4-1 正念認知治療研究之國家引用次數分析表（續）

序號	國家	文獻篇數	引用次數	總連結強度
5	Netherland	82	2,248	1,068
6	Australia	50	997	475
7	Belgium	17	932	384
8	Germany	41	889	467
9	Switzerland	15	588	340
10	China	26	402	207

圖 4-2 的顏色分布清楚呈現正念認知治療在不同時期重要的研究機構：2012 年以前以德國波鴻魯爾大學、英國醫學研究委員會和加拿大癮防治及心理健康中心為正念認知治療相關文獻發表較多的研究機構；2016 年以前以英國牛津大學、英國艾希特大學、英國格羅寧根大學、加拿大多倫多大學、荷蘭格羅寧根大學和澳洲蒙納許大學為正念認知治療相關文獻發表較多的研究機構；2016 年以後則是以荷蘭奈梅亨大學、丹麥奧胡斯大學、澳洲昆士蘭大學、英國薩塞克斯大學和美國哈佛醫學院為正念認知治療相關文獻發表較多的研究機構。

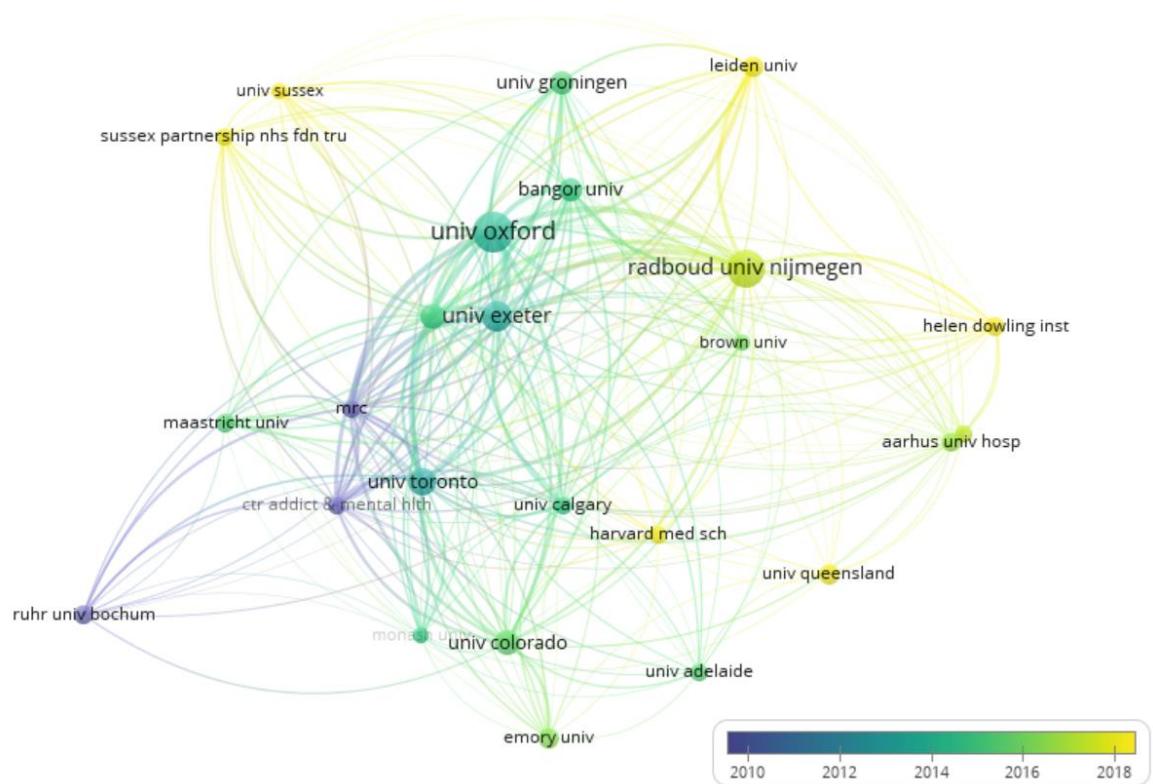


圖 4-2 正念認知治療研究機構引用次數分析圖

表 4-2 呈現國際上在這二十幾年來推動正念認知治療重要的研究機構相關資訊，例如引用次數最高者為英國醫學研究委員會、加拿大多倫多大學、英國牛津大學、英國艾希特大學和加拿大癮防治及心理健康中心；發表篇數最高者為英國牛津大學、荷蘭奈梅亨大學、英國艾希特大學、加拿大多倫多大學和英國倫敦國王學院；總連結強度最高者為英國牛津大學、荷蘭奈梅亨大學、英國艾希特大學、英國醫學研究委員會和加拿大多倫多大學。

其中英國醫學研究委員會為正念認知治療創始者之一的 Mark Williams 曾任職的機構；加拿大多倫多大學和成癮防治及心理健康中心為另一位正念認知治療創始者 Zindel Segal 任職的機構；英國牛津大學正念中心則有正念認知治療研究相當豐富的 Willem Kuyken 以及正念認知治療另一位創始者 John Teasdale 曾在此擔任研究員；而英國艾希特大學也是 Willem Kuyken 曾經任職的學校，這些研究機構分別都對於正念認知治療有相當大量的研究產出。

表 4-2 正念認知治療研究之機構引用次數分析表

序號	機構	文獻篇數	引用次數	總連結強度
1	Medical Research Council	10	4,099	599
2	University of Toronto	24	3,024	575
3	University of Oxford	50	2,876	941
4	University of Exeter	28	2,345	740
5	The Centre for Addiction and Mental Health	10	2,327	401
6	King's College London	20	1,460	556
7	Bangor University	17	1,078	438
8	Radboud University Nijmegen	43	925	737
9	University of Calgary	10	740	227
10	University of Groningen	18	586	234

二、作者與文獻共被引分析

運用上述在 Web of Science 核心合輯搜尋正念認知治療相關的資料進行作者共被引分析（author co-citation analysis）進一步瞭解在正念認知治療的領域當中具有重要研究的學者之間連結的關係（如圖 2-1）。其中有兩個很明顯的聚落，左邊是以 Kabat-Zinn, J.為主的紅色聚落，右邊則是以 Segal, Z. V.和 Teasdale, J. D.為主的藍色聚落。

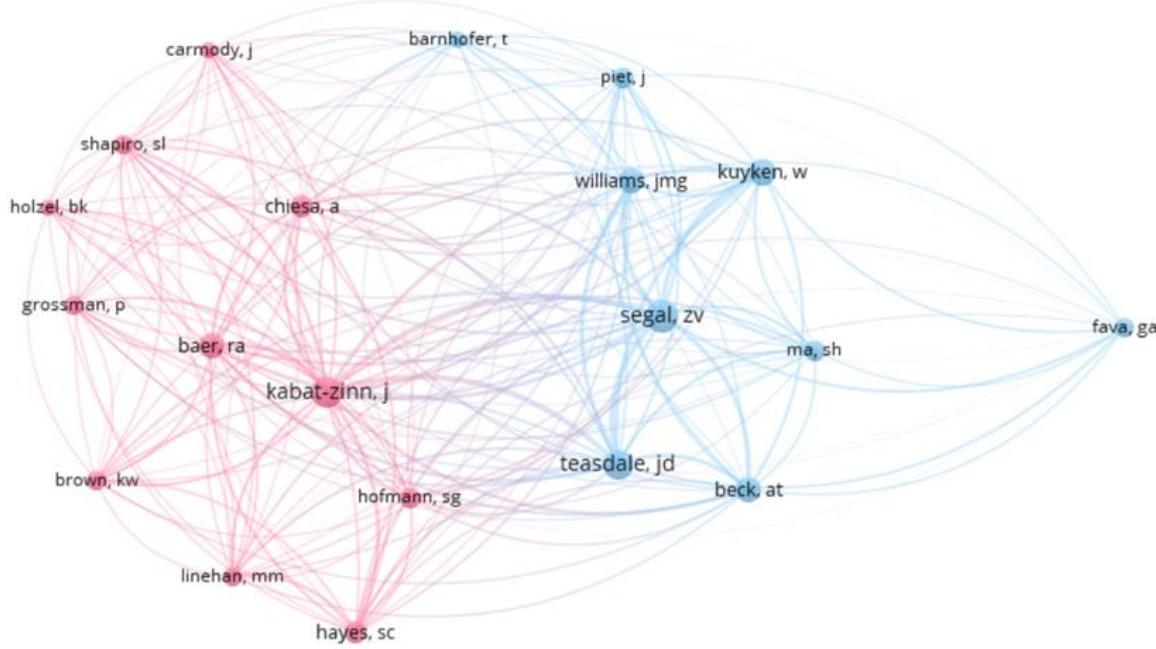


圖 4-3 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯作者共被引分析圖

在右邊藍色的聚落的學者大多與正念認知治療的發展和後續研究有很大的關係，可以看到 Williams、Segal 與 Teasdale 三位致力於發展正念認知治療的學者關係相當接近；也可以看到對於認知治療有相當多經典著作的 Beck，而認知治療則為正念認知治療的起源之一；以及在正念認知治療領域發表許多實徵研究的 Kuyken。而在左邊紅色的聚落則有目前發展正念相關心理治療的重點人物，像是對於正念減壓有相當多研究的 Kabat-Zinn，正念減壓不僅和正念認知治療皆為正念相關心理治療，同時也是正念認知治療的起源之一；發展接納與承諾治療的 Hayes；以及創立辯證行為治療的 Linehan。

運用作者共被引分析也可以清楚看見在 Web of Science 核心合輯當中的期刊論文 Segal, Z. V. 被引用的次數最高，高達 859 次，其次為 Kabat-Zinn, J. 的 737 次，以及 Teasdale, J. D. 的 578 次。本研究列出前十位作者共被引次數最高的學者與他們和其他學者之間連結的強度如表 4-3 所示。

表 4-3 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯作者共被引分析表

序號	作者	被引用次數	連結強度
1	Segal, Z. V.	859	7,508
2	Kabat-Zinn, J.	737	6,994
3	Teasdale, J. D.	578	6,337
4	Kuyken, W.	428	4,401
5	Beck, A. T.	370	3,602
6	Baer, R. A.	367	4,007
7	Williams, J. M. G.	329	3,646
8	Hayes, S. C.	248	3,101
9	Chiesa, A.	227	2,527
10	Ma, S. H.	181	2,147

整體而言，在國際上研究正念認知治療除了有上述提及的重要學者以及他們重要的文獻之間引用的關係之外，也有一些非常經典的著作值得閱讀。當作者引用一篇文獻時，可能代表這篇文獻和他著作的內容有關，而透過文獻共被引分析（document co-citation）探究文獻共同被引用的次數，不僅可以瞭解這些文獻共同包含的概念、實驗或研究法等，也可以知道在某一個特定的研究領域當中有哪些文獻是有重要貢獻的（Trujillo & Long, 2018）。如圖 4-11 可以清楚地看到密度圖上有三個很明顯的紅點，分別表示：在正念認知治療的研究領域當中，Segal (2002) 的著作同時被其他文獻引用的次數最多，其次為 Teasdale 等人 (2000) 的著作，再來為 Kabat-Zinn (1990) 的著作。

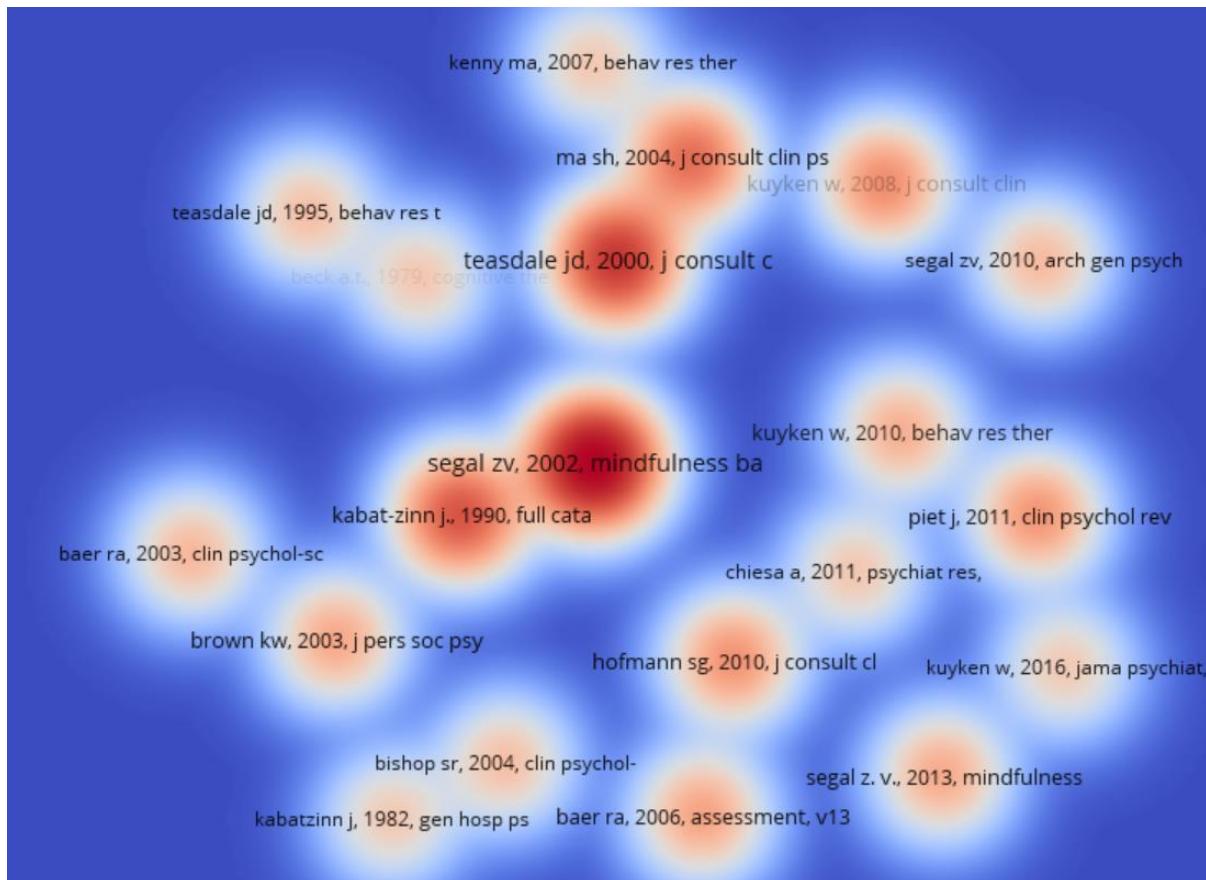


圖 4-4 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的文獻共被引分析圖

本研究在此列舉前十篇文獻共被引程度最高的著作（表 4-4），例如，Segal 等人在 2002 年出版的書籍《Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse》其文獻共被引次數高達 399 次，在正念認知治療的領域有相當的指標性；其次為 Teasdale 等人在 2000 年出版的期刊文章〈Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy〉，其文獻共被引次數達 268 次；再來為 Kabat-Zinn 在 1990 年出版的書籍《Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness》，其同時被其他文獻引用的次數有 216 次。

從表 4-4 也可以很明顯地看到除了 Kabat-Zinn 在 1990 年撰寫的書籍《Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness》，其他高度共被引的文獻都是 2000 年之後發表或出版的，可見正念認知治療在最近這 20 年以來都還是既新穎又熱門的議題，許多相關研究不斷推陳出新。此外，表

4-4 也呈現一個非常令人驚豔的結果，Segal 等人在 2002 年出版的書籍《Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse》經過 11 年後在 2013 年發行第二版，仍然位居正念認知治療這個領域當中文獻共被引的前十名，足以見得 Segal、Williams 和 Teasdale 在正念認知治療的學識以及影響力相當深遠，而這本書也堪稱正念認知治療領域的經典著作。

在《Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse》這本書當中，介紹了自古至今對於憂鬱症的不同處遇方式，以及正念認知治療發展及運用在憂鬱治療的效果，同時也詳細說明八週正念認知治療執行的方式，並且提供許多研究的實證資料作為佐證，讓讀者可以進一步瞭解正念認知治療的效果。

<Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy> 這篇文章詳細地記錄了 Teasdale 等人在 2000 年招募 145 人隨機分配到照常治療組與正念認知治療組進行為期長達 60 週的研究，目的為瞭解正念認知治療的介入能否改善憂鬱復發與再發的狀況。研究結果發現正念認知治療對於曾經經歷過三次憂鬱發作的人在統計檢定上可以明顯降低憂鬱復發與再發的狀況，但對於只有經歷過兩次或兩次以下憂鬱發作的人而言，在統計檢定上憂鬱復發與再發降低的狀況並沒有太大的差別，因此研究結論更提及正念認知治療在當時是很有發展性也很節省成本的處遇方式。這樣的發現後續也引起許多學者的興趣，進一步研究正念認知治療對於憂鬱復發與再發的影響。

Kabat-Zinn 關於正念減壓的經典著作《Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness》在臺灣翻譯為《正念療癒力：八週找回平靜、自信與智慧的自己》，書中很仔細地說明正念練習的項目，像是身體掃描、靜坐與正念瑜珈等等，同時也提供讀者從不同的觀點面對生活中各式各樣的壓力與身體狀況，讓讀者能夠提升生活的品質與身心健康。

有鑑於 Teasdale 等人在 2000 年的研究仍有非常多值得深入探討的內容，Ma 與 Teasdale 嘗試再次進行 Teasdale 等人在 2000 年進行的實驗，得到的結果和 <Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy> 提及的

狀況相似，因此他們再進一步分析這些受試者的背景，發現正念認知治療對於曾經遭遇童年逆境、憂鬱症狀發作三次以上且第一次憂鬱發作的年齡較小的患者比較有效。

同樣地，Kuyken 在 2008 年發表一篇論文〈Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression〉，內容也是針對預防憂鬱復發進行的研究，目的為瞭解正念認知治療和抗憂鬱藥物相較之下何者較能預防憂鬱復發。研究結果發現在處遇之後 15 週的追蹤測量之下，接受正念認知治療的受試者憂鬱復發與再發的機率比服用抗憂鬱藥物的對照組低，而且生活品質也變得比較好。

而 Hofmann 在 2010 年則是運用後設分析方法進行研究，探討正念認知治療介入焦慮與情感性疾患的效果，發表〈The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review〉這篇文章。此研究收集 39 篇文獻，包含 1,140 位受試者，研究發現正念認知治療對於所有受試者的焦慮和情感性疾患有中度的效果量，而且對於焦慮和情感性疾患患者更有高度的效果量，可見正念認知治療在臨床介入焦慮和情感性疾患是一個很有發展性的介入方式。

Piet 與 Hougaard 在 2011 年發表〈The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis〉，他也用後設分析的方法收集 6 篇文獻包含 593 位受試者進行研究，研究和 Teasdale 在 2000 年發表的〈Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy〉結果相似，正念認知治療對於憂鬱曾經發作三次或以上的患者而言較為有效。此外，Piet 與 Hougaard 也建議未來可以針對復發風險程度不同的患者進行研究，進一步了解正念認知治療的效果與機制。

Baer 在 2006 年發表〈Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness〉，使用正念覺察注意量表（The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS）、弗萊堡正念量表（The Freiburg Mindfulness Inventory, FMI）、肯塔基覺察技巧量表（The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, KIMS）、認知情感正念量表（The Cognitive and Affective Mindfulness Scale, CAMS）與正念量表（The Mindfulness Questionnaire, MQ）五個量表對 613 位受試者進行施測，並以探索性驗證分析與驗證

性因素分析分別探討正念的構面。

Brown 與 Ryan 在 2003 年對於正念及其和幸福感 (well-being) 的關係進行研究，發表 <The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being>，說明正念的程度越高，則負面情緒和壓力的程度就有可能越低。Brown 與 Ryan 也分別使用驗證性因素分析與探索性因素分析證明正念覺察注意量表是一份具有良好信效度的量表，而且正念與自我調節 (self-regulation) 有相當大的關聯，以及正念覺察注意量表可以用來預測幸福感。

表 4-4 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的文獻共被引分析表

序號	第一作者	文獻	共被引	連結 強度
1	Segal(2002)	Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse	399	1,569
2	Teasdale(2000)	Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy	268	1,310
3	Kabat-Zinn(1990)	Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness	216	995
4	Ma(2004)	Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects	178	998
5	Kuyken(2008)	Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression	141	810

表 4-5 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的文獻共被引分析表（續）

		The effect of mindfulness-based therapy		
6	Hofmann (2010)	on anxiety and depression: A meta-analytic review	134	687
		The effect of mindfulness-based cognitive		
7	Piet(2011)	therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis	131	616
		Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness	116	531
		The benefits of being present:		
9	Brown(2003)	Mindfulness and its role in psychological well-being	110	541
		Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse	108	379

經過期刊的引用分析（圖 4-12）可以非常清楚地看到正念認知治療發表的期刊大多為心理學類或精神病學類，而目前被許多學者在不同期刊同時引用的期刊為 2010 年創刊之《Mindfulness》，其文獻數量高達 102（表 4-5），而《Mindfulness》更是社會科學索引（Social Science Citation Index, SSCI）當中心理學類的 Q1 期刊，可見《Mindfulness》在正念認知治療領域的專業程度以及近 10 年來蓬勃發展的情況。在《Mindfulness》之後，期刊文獻數量驟降至 22 的《Journal of Psychosomatic Research》以及文獻數量為 21 的《Journal of consulting and clinical psychology》，與《Mindfulness》的相距甚遠。

另外在期刊研究領域比較特別的部分是位居第二名的期刊《Journal of Psychosomatic Research》，以及排在第四名的期刊《Psycho-oncology》，分別和身心醫

學及癌症有關，可見正念認知治療除了對心理學與精神病學有許多貢獻之外，也能介入醫學領域，有許多相關研究陸續發表，和圖 4-4 所呈現的結果能夠互相呼應。

表 4-6 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的期刊引用分析表

序號	期刊	文獻數量	引用次數	連結強度
1	Mindfulness	102	1,360	438
2	Journal of Psychosomatic Research	22	426	57
3	Journal of consulting and clinical psychology	21	4,422	453
4	Psycho-oncology	21	137	9
5	Journal of affective disorders	20	1,073	155
6	Behaviour Research and Therapy	18	1,799	278
7	European Psychiatry	17	54	21
8	BMC Psychiatry	14	190	110
9	Psychotherapy and Psychosomatics	13	352	83
10	Cognitive Therapy and Research	12	257	93

從圖 4-12 平均在期刊發表的時間圖可以觀察到 2012 年以前引用的期刊主要為《Behaviour Research and Therapy》與《Journal of consulting and clinical psychology》，爾後在 2014 年漸漸轉變為《Journal of Psychosomatic Research》、《Journal of affective disorders》與《European Psychiatry》，而《Mindfulness》與《Psycho-oncology》則是近五年來引用期刊的趨勢。

從期刊引用的脈絡可以發現正念認知治療的研究範圍從一開始的諮商與臨床心理領域慢慢拓展到情感疾患與身心醫學，更進一步延伸到癌症患者的心理健康，甚至有一個專門和正念有關的期刊收錄相關研究內容，可見正念認知治療可以應用的領域隨著研究的投入與驗證而不斷增加。

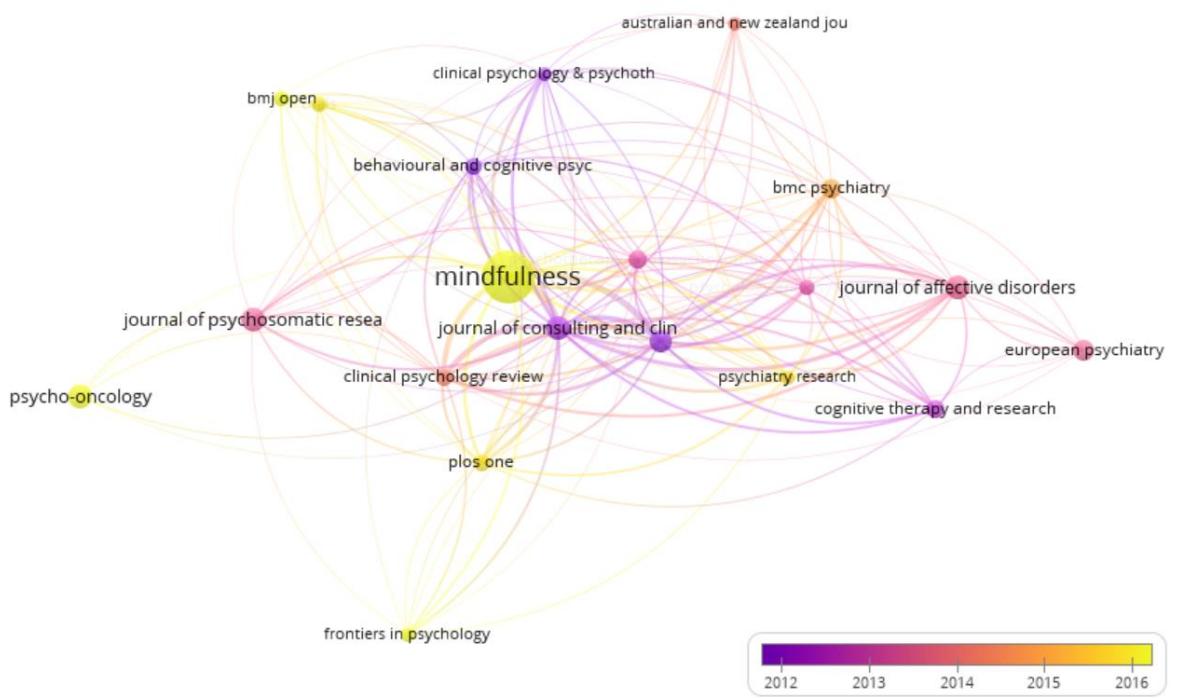


圖 4-5 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯之期刊引用時間圖

貳、 正念認知治療研究熱點

研究熱點代表在某個研究領域裡面所共同探討程度較高的重點（鄭瑋婷，2020），可以運用關鍵字共現分析（co-occurrence analysis）進一步了解不同關鍵字出現的頻率以及他們之間的連結強度得知（Cao et al., 2007），因此以下將分為以 Web of Science 核心合輯資料庫為主的英文文獻與臺灣人文及社會科學引文索引、臺灣博碩士論文系統和 Airiti Library 華藝線上圖書館三個資料庫的中文文獻分開探討在國際與臺灣對於正念認知治療研究熱點的相似與相異處。

透過關鍵字共現分析正念認知治療在國際的研究情況可以發現「Mindfulness Based Cognitive Therapy」是在這個領域中不同文獻裡同時出現的次數最高的關鍵字，高達 326 次，其次為「Mindfulness」的 316 次與「Depression」的 290 次（表 4-6）。

表 4-7 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的關鍵字共現分析表

序號	關鍵字	出現次數	連結強度
1	Depression	365	2,065
2	Mindfulness Based Cognitive Therapy	326	1,778
3	Mindfulness	316	1,875
4	Cognitive Behavioral Therapy	229	1,311
5	Mindfulness Based Stress Reduction	209	1,269
6	Prevention	171	985
7	Meditation	145	885
8	Randomized controlled trial	144	884
9	Anxiety	138	847
10	Relapse	133	806
11	Meta Analysis	114	768
12	Disorder	107	659
13	Quality of Life	83	516
14	Symptoms	77	483
15	Interventions	72	470
16	Efficacy	61	409
17	Validation	60	378
18	Intervention	59	369
19	Behavior Therapy	59	364
20	Psychotherapy	57	353

正念認知治療的相關研究在 Web of Science 核心合輯的關鍵字共現情況分為三個類別如圖 4-14。首先為和身心狀態與介入方式相關的橘色聚類，和身心狀態相關的關鍵字有憂鬱、焦慮、壓力、生活品質、心理健康、長期身體病痛、癌症等，和介入方

式相關的關鍵字則有冥想、正念減壓、正念相關介入方案、認知行為治療、接納與承諾治療等；其次為許多和正念認知治療處遇結果有關的紫色聚類，例如預防、復發、再發、藥物治療、隨機對照實驗、後設分析等；最後為綠色聚類的心理測量特性、機制、驗證、問卷、效能、自陳報告等，都和正念認知治療的檢核有關，而效能除了和心理治療的檢核有關之外，也和處遇的結果關係相近，因此雖然在綠色聚類裡面，但位置和紫色聚類相當靠近。

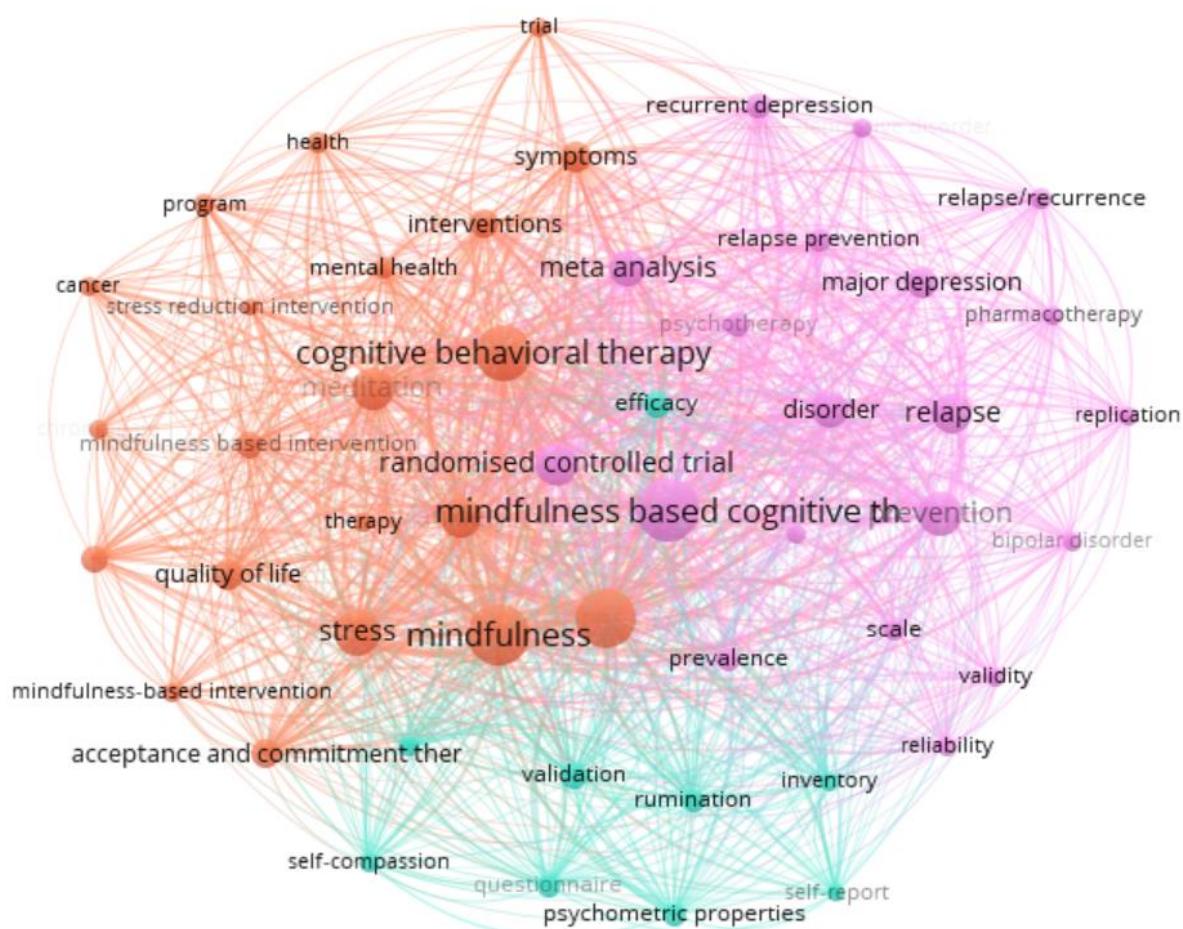


圖 4-6 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的關鍵字共現分析聚類圖

正念認知治療在臺灣的研究情況如圖 4-15 Word Art 文字雲所示，透過統整國內關於正念認知治療的博碩士論文與期刊文章關鍵字並以「正念」取代「內觀」，可以清楚地看見國內出現最多的關鍵字和國際期刊相似，例如：正念、正念認知治療、認知行為治療、憂鬱等等。然而研究設計以及正念認知治療處遇的成效等相關關鍵字如圖 4-14 的紫色與綠色聚落則較少見，可見正念認知治療在國內還有許多可以進行實證研究

的空間。相反地，國內有較多和禪修與佛學相關的關鍵字，或是生命教育、正念教育課程等實施在校園內的正念介入方案，這些都是和國際期刊相較之下研究方向略微不同的地方。.

此外，不論國際期刊或國內研究，正念認知治療執行的方式多為團體的形式，然而國內會將團體諮詢或是團體治療等詞彙加入標題或關鍵字，而這部分在國際的期刊並不會特別強調，反而是當學者要嘗試個別進行的正念認知治療時，才會以加上「individual」，或是網路版的正念認知治療會加上「web」、「online」或「internet」等詞彙來區分一般團體形式的正念認知治療。

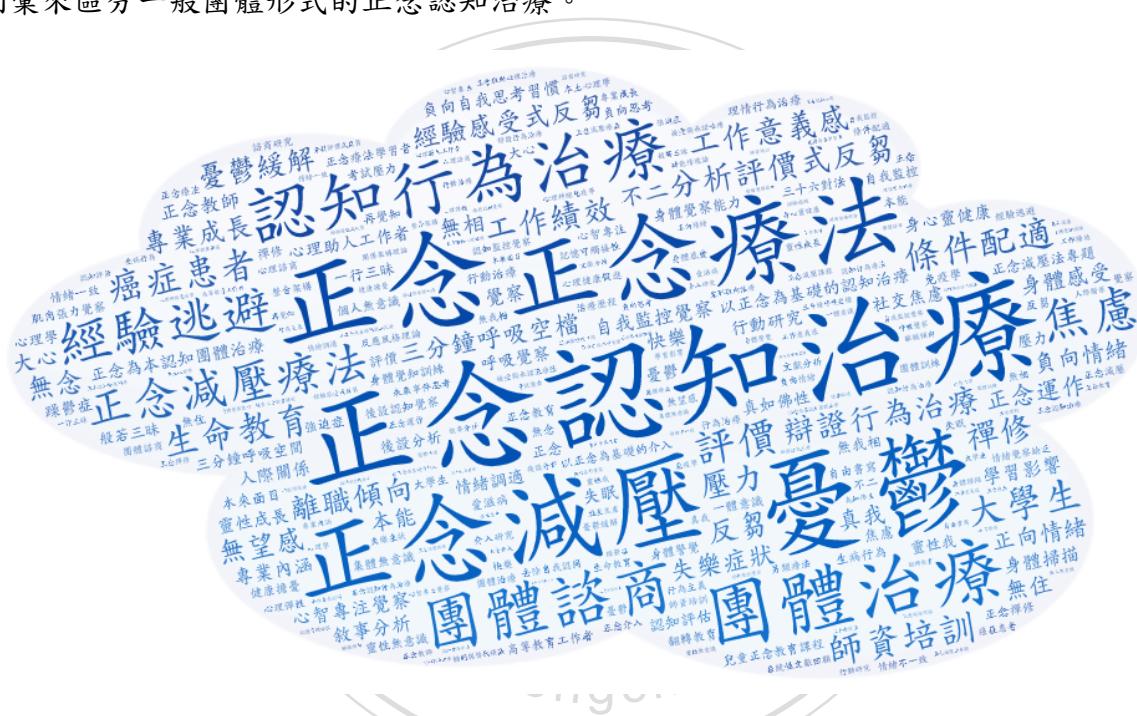


圖 4-7 正念認知治療在臺灣博碩士論文和期刊的關鍵字共現分析聚類圖

綜合以上臺灣與國際關於正念認知治療研究出版現況，將每一年出版篇數繪製如圖 4-16，可以清楚看見正念認知治療分別在臺灣跟國際在研究的範疇與數量有相當大的差異。Web of Science 核心合輯資料庫每年幾乎都有幾十篇關於正念認知治療的期刊文獻，但臺灣不論是期刊文獻還是博碩士論文的數量每年都低於 10 篇，可見此領域在臺灣還有許多可以發展的空間。本研究希望能透過後設分析的方式呈現國際期刊在正念認知治療介入青少年憂鬱與焦慮的研究結果提供國人進行實證研究的參考，以增進對於心理介入方案的認識與試驗，改善心理健康的議題。

參、 正念認知治療研究前沿

研究前沿（research fronts）表示在一個研究領域當中正在發展的新興研究主題與趨勢（張嘉彬，2016），以下將透過文獻引用時間圖、關鍵字共現時間圖與突現詞分析進一步說明在正念認知治療領域這 20 幾年來不同階段的研究前沿。

圖 4-4 可以看到自 1999 年起至今投入正念認知治療的作者與其發表的文獻引用關係與不同研究類型的聚落分布，其中藍色區塊大部分為正念認知治療介入憂鬱的研究、黃色區塊大部分為正念認知治療介入兒童與青少年的研究、綠色區塊大部分為正念認知治療介入癌症與頭痛的研究、橘色區塊大部分為正念認知治療介入癲癇與愛滋病的研究、紫色區塊大部分為正念認知治療介入乾癬病患、孕婦與網路正念認知治療發展的研究，而咖啡色區塊主要則是為正念認知治療介入耳鳴患者的研究，以下將分別以各個顏色區塊的作者及其具代表的著作加以說明。

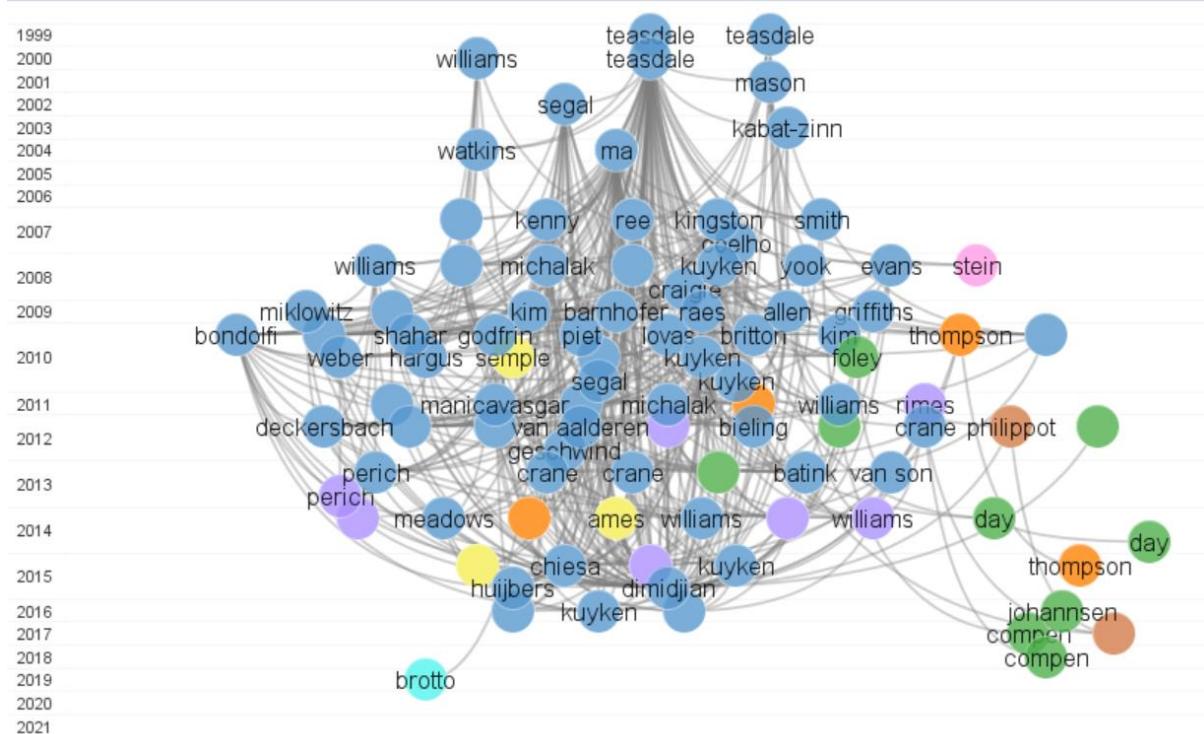


圖 4-8 正念認知治療相關研究之文獻引用時間圖

從圖 4-5 的分析結果可以發現這 20 幾年來針對正念認知治療介入憂鬱的研究有以下幾位學校重要的著作以及他們彼此之間引用的關係和研究時間發展的順序，如：創始正念認知治療的 Segal、Teasdale 和 Williams 從 1,999 年開始發表的文獻可視為正念

認知治療的先驅，以及後續對於正念認知治療介入憂鬱的效果和方式有非常多實證研究的 Kuyken 和 Carne 在近十年來被引用的次數相當高，可見其研究結果備受重視。

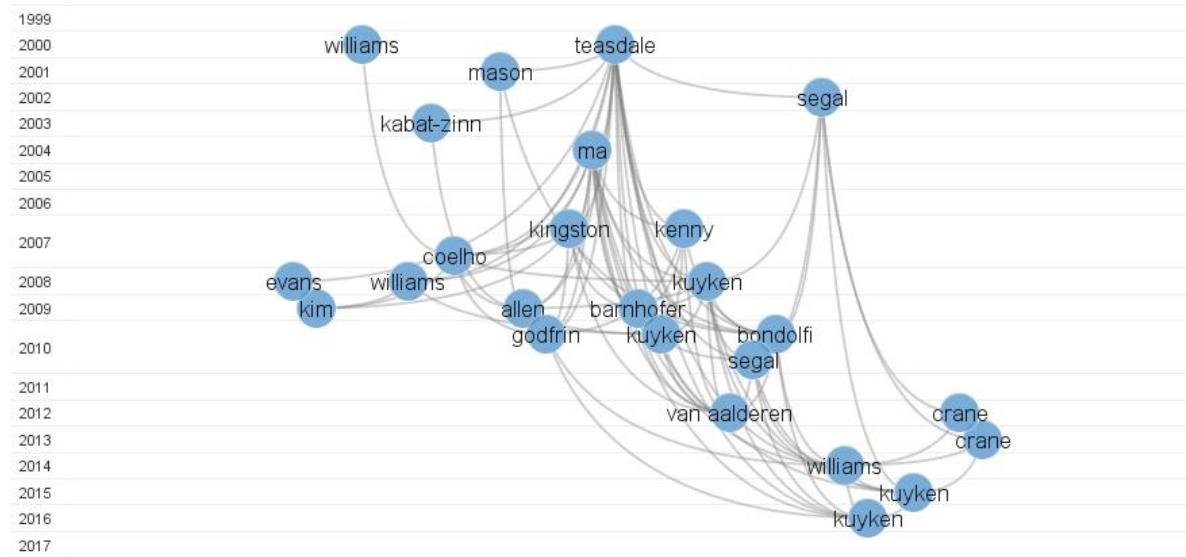


圖 4-9 正念認知治療介入憂鬱之文獻引用時間圖

從圖 4-6 的分類可以發現以下幾位學者發表的文獻對於正念認知治療介入兒童與青少年有相當大的貢獻，例如：2010 年發展兒童版正念認知治療的 Semple、後續將正念認知治療運用在兒童焦慮症狀的 Cotton、接著運用正念認知治療提升單親孩童情緒復原力的 Esmaeilian 以及近期研究正念認知治療對於改善癌症院童心理困擾成效的 Abedini 等人，都積極投入正念認知治療對於兒童青少年的效果，甚至發展出適合兒童與青少年的正念認知治療介入策略。

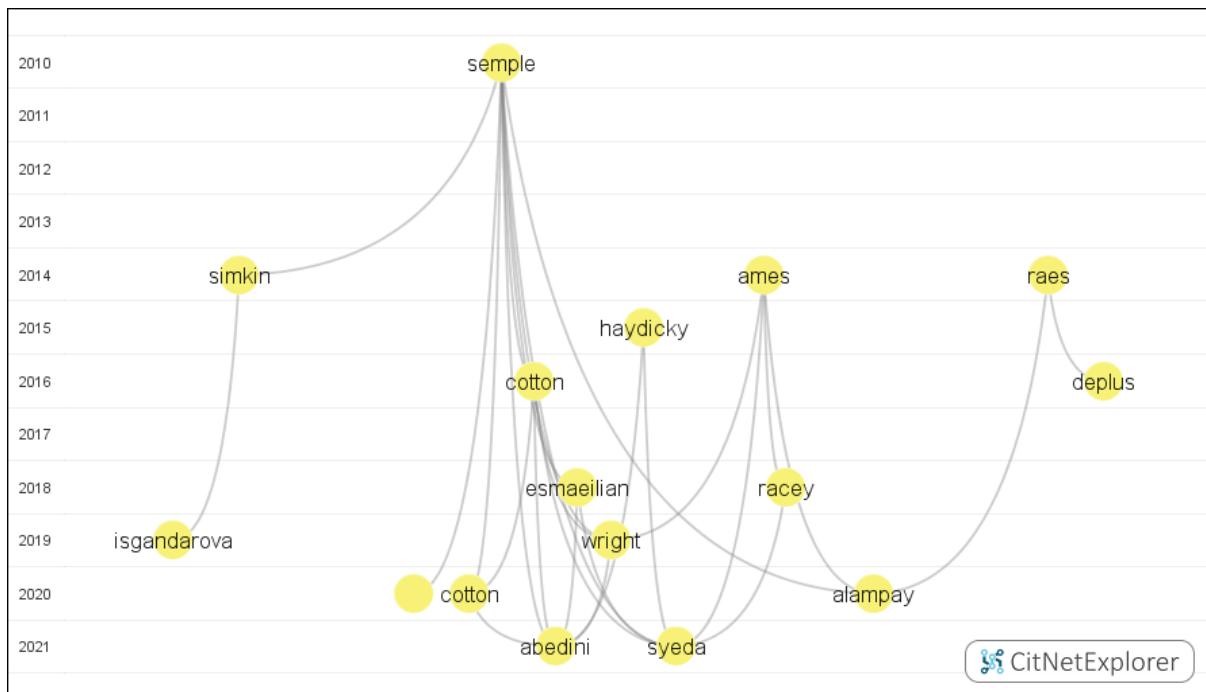


圖 4-10 正念認知治療介入兒童與青少年之文獻引用時間圖

正念認知治療除了可以介入心理困擾之外，也有許多學者用以介入身體病痛相關醫療處遇，協助遭受不同症狀的人舒緩或解決內心的困擾，而其中關於癌症與頭痛症狀的介入相當多如圖 4-7 所示。Foley 在 2010 年發表正念認知治療介入癌症病患的重要研究之後，Compen 在近幾年也有許多和癌症有關的研究，Chambers 和 Johannson 則是陸續提出正念認知治療介入男性攝護腺癌與女性乳癌的研究結果，圖 4-7 右邊的 Day 也在這十年來進行許多關於正念認知治療介入頭痛的研究。

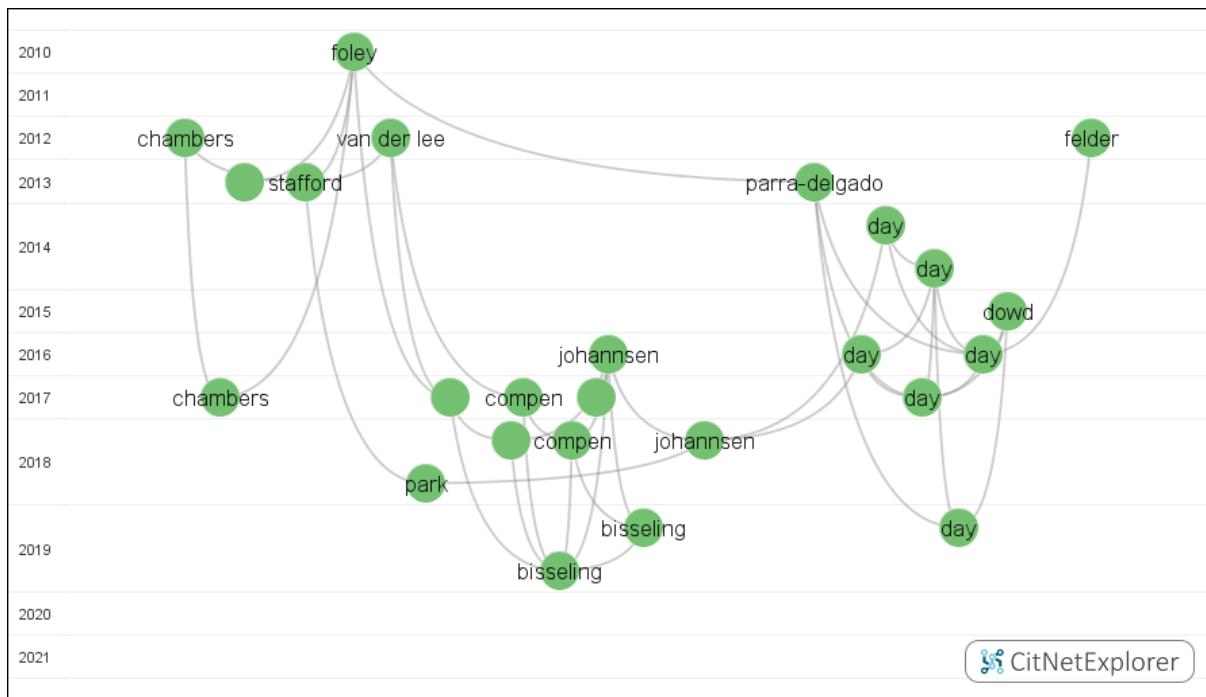


圖 4-11 正念認知治療介入癌症與頭痛之文獻引用時間圖

Thompson 分別在 2010 年與 2015 年進行兩項重要的正念認知治療介入癲癇的研究，Quarells 在 2019 也延續 Thompson 的 UPLIFT 計畫探討正念認知治療對於癲癇的成效；而 Gonzalez-Garcia 在 2014 年運用正念認知治療介入愛滋病患者之後，Hubter-Jones 也分別在 2019 與 2021 年對於正念認知治療介入女性愛滋病患者進行研究。



圖 4-12 正念認知治療介入癲癇、愛滋病等症狀之文獻引用時間圖

從 2012 開始的 Dunn 發表正念認知治療介入懷孕婦女的研究之後，Goodman、Dimidjian、Tomfohr-Madsen、Felder、Shulman、Dalili、Zemestani 和 Evans 也陸續有非常多關於孕期與產後婦女接受正念認知治療的研究，如圖 4-9 中間所示。此外，圖 4-9 右邊的 Fordham、D'alton 和 Maddock 則是分別從 2015 年開始至今有一些關於正念認知治療介入乾癲病患的研究發表；而圖 4-8 左邊的研究則是著重在正念認知治療的訓練以及其與自我同情之間的關係，分別可由 Rimes 和 Williams 為代表；另外圖 4-9 左邊的 Krusche 則是開始發展運用網路進行正念認知治療的成效研究。

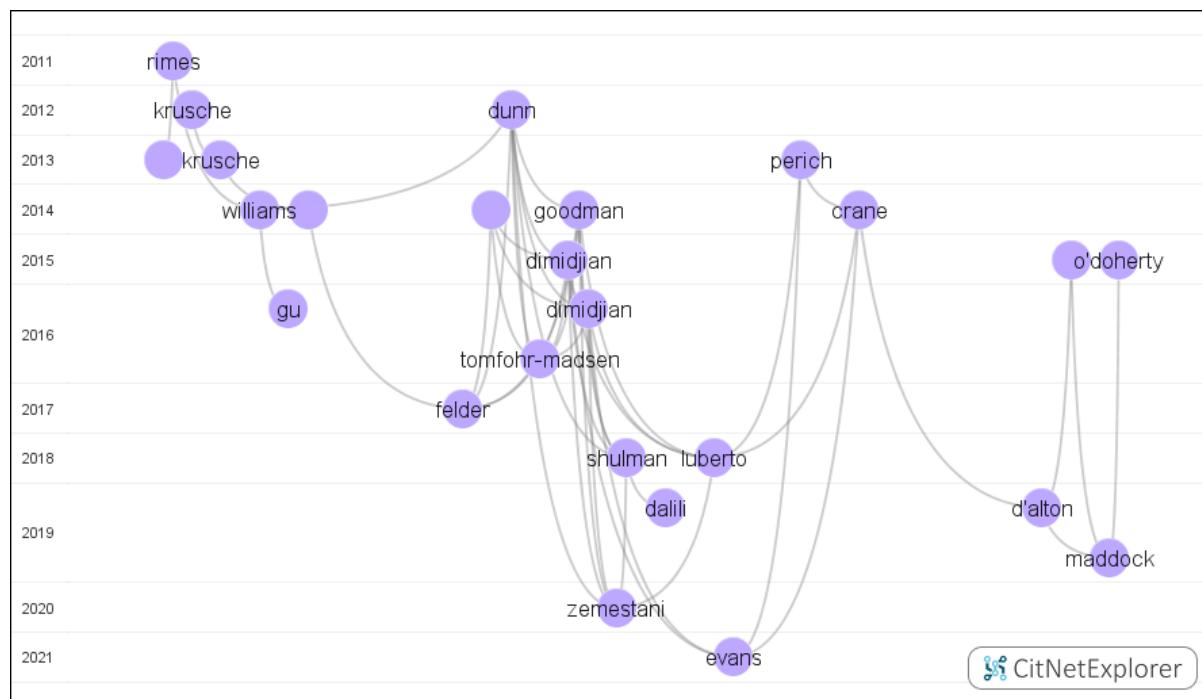


圖 4-13 正念認知治療介入乾癲患者、孕婦以及網路方式介入之文獻引用時間圖

正念認知治療除了可以介入癌症、頭痛、癲癇等身體症狀之外，也有一些學者特別將正念認知治療運用在患有耳鳴症狀的患者如圖 4-10 所示：Philippot 從 2012 年著手相關研究，McKenna、Husain、Marks、Zimmerman 和 Rademaker 則是從 2017 年開始至今也陸續發表許多文獻探究正念認知治療介入耳鳴患者的成效。

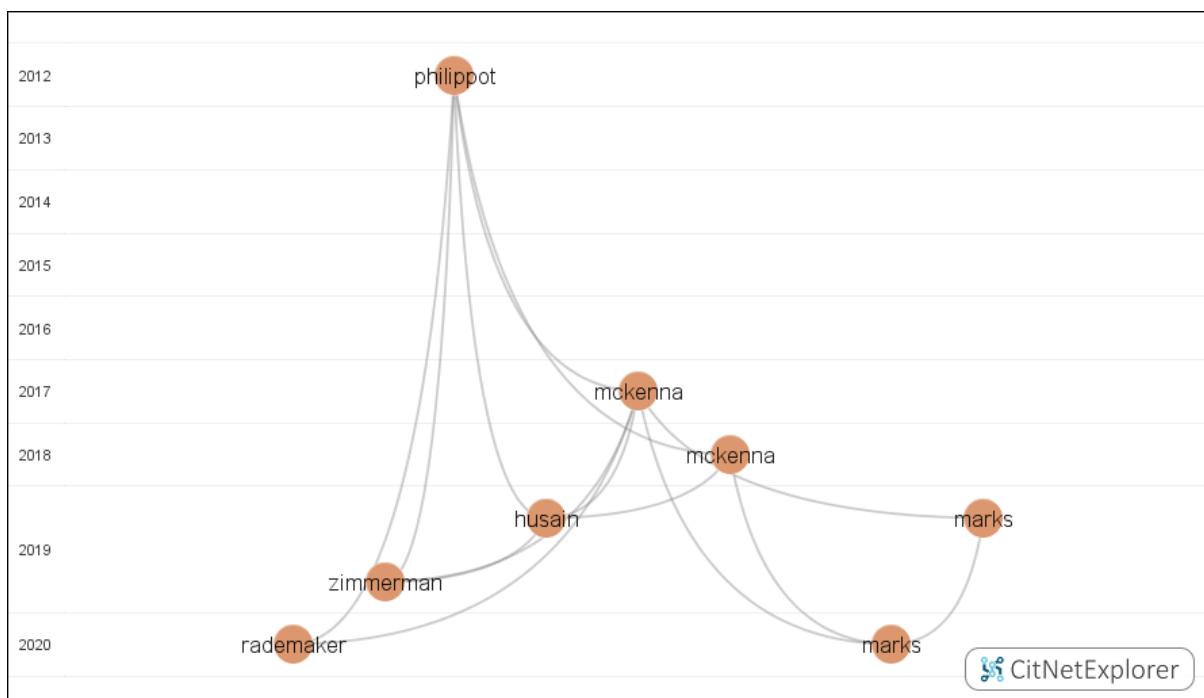


圖 4-14 正念認知治療介入耳鳴症狀之文獻引用時間圖

透過正念認知治療在 Web of Science 核心合輯的關鍵字共現分析時間圖可以清楚瞭解正念認知治療在不同時期發展的重點如圖 4-13 所示。2015 年以前的文獻多著重於憂鬱症以及預防憂鬱症反芻、復發與再發等相關研究如圖 4-13 紫色節點；2015 年以後開始延伸正念認知治療對於其他身心狀況的研究，例如焦慮、壓力、邊緣性人格障礙、躁鬱症、長期身體病痛、生活品質以及健康等，此外隨著研究方法更加嚴謹，隨機對照實驗關鍵字也在這段時間出現如圖 4-13 膚色節點；近期除了拓展治療範圍而出現癌症這個關鍵字之外，也開始有心理測量、問卷、校能與後設分析等檢核正念認知治療成效相關的研究重點如圖 4-13 黃色節點。

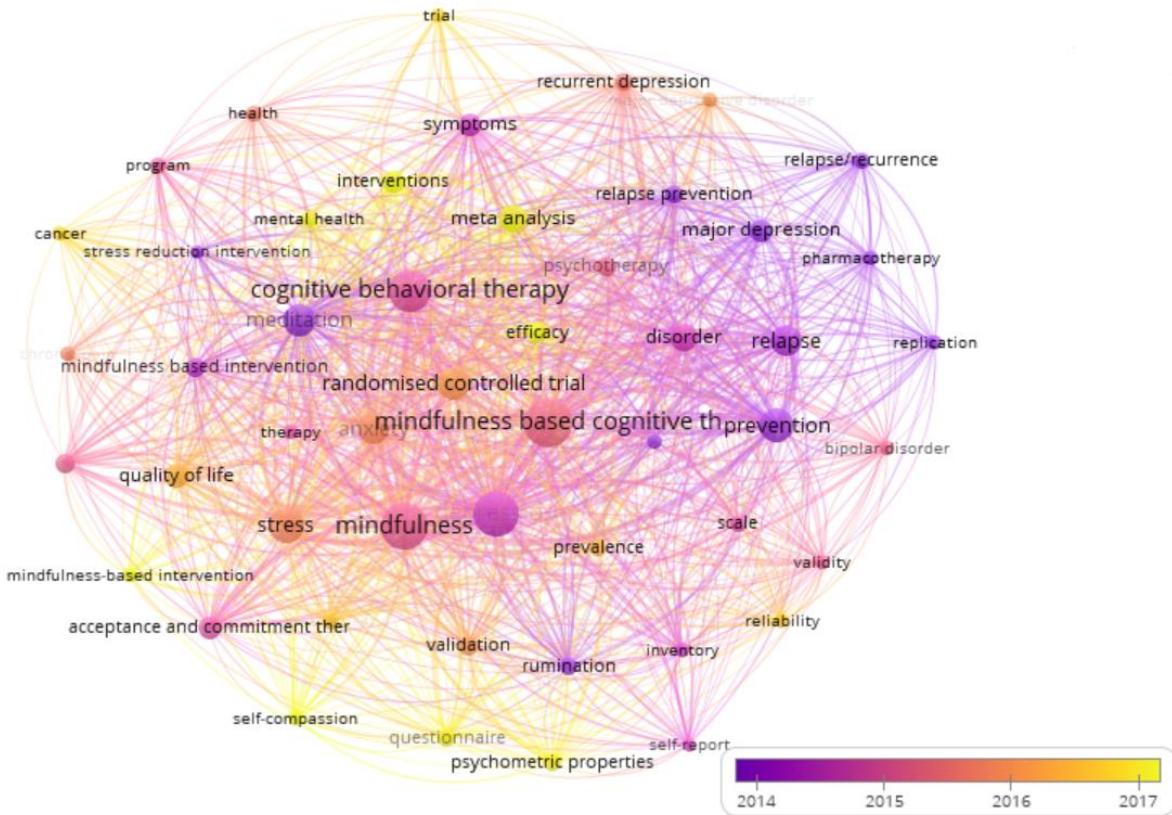
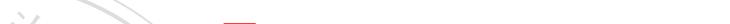
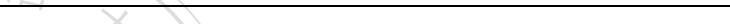


圖 4-15 正念認知治療於 Web of Science 核心合輯的關鍵字共現分析時間圖

同樣地，從表 4-7 也可以看見正念認知治療發展的趨勢，正念認知治療研究相關突現詞最短出現 1 年而最長可達 13 年，其中出現最久者為認知行為治療（cognitive behavior therapy），從 1999 年至 2012 年出現時間長達 13 年，其次為預防（prevention）從 2004 年至 2014 年出現時間長達 10 年。「認知行為治療」為正念認知治療的起源，「預防」則是許多正念認知治療在發展過程中介入憂鬱情緒希望獲得的結果—預防憂鬱的復發或再發。

除此之外，近幾年突現強度非常強且延續到 2021 年的關鍵字有後設分析（meta analysis），其突現強度為 11.73 且突現時間為 2018 年至 2021 年，另一個關鍵字則為介入（intervention），其突現強度為 10.56 且突現時間為 2019 年至 2021 年，可見「後設分析」與不同的「介入」策略或對象等是近幾年正念認知治療研究的重點和趨勢。

表 4-8 正念認知治療突現詞分析表

序號	關鍵字	強度	突現年	結束年	1999 - 2021
1	cognitive behavior therapy	12.76	1999	2012	
2	prevention	9.42	2004	2014	
3	acceptance	2.73	2005	2006	
4	mindfulness	1.65	2006	2006	
5	Mindfulness based cognitive therapy	2.04	2008	2008	
6	meditation	14.75	2009	2013	
7	relapse	6.03	2014	2016	
8	stress reduction	9.28	2017	2018	
9	meta analysis	11.73	2018	2021	
10	randomized controlled trial	4.46	2018	2018	
11	intervention	10.56	2019	2021	
12	validation	6.65	2019	2019	
13	questionnaire	6.4	2019	2019	
14	quality of life	6.4	2019	2019	
15	anxiety	2.88	2019	2019	

第二節 正念認知治療介入憂鬱與焦慮效果之後設分析

本研究納入分析的 101 份文獻當中，其中測量憂鬱的數據有 129 筆，而測量焦慮的數據有 66 筆，後設分析資料蒐集流程如圖 4-17 所示。在這 195 筆數據當中總共有 7,386 位受試者，其中參與正念認知治療的人數有 3,707 位，而控制組的人數共有 3,679 位。以下將分別進行整體效果量與異質性檢定的計算，其結果如以下說明。

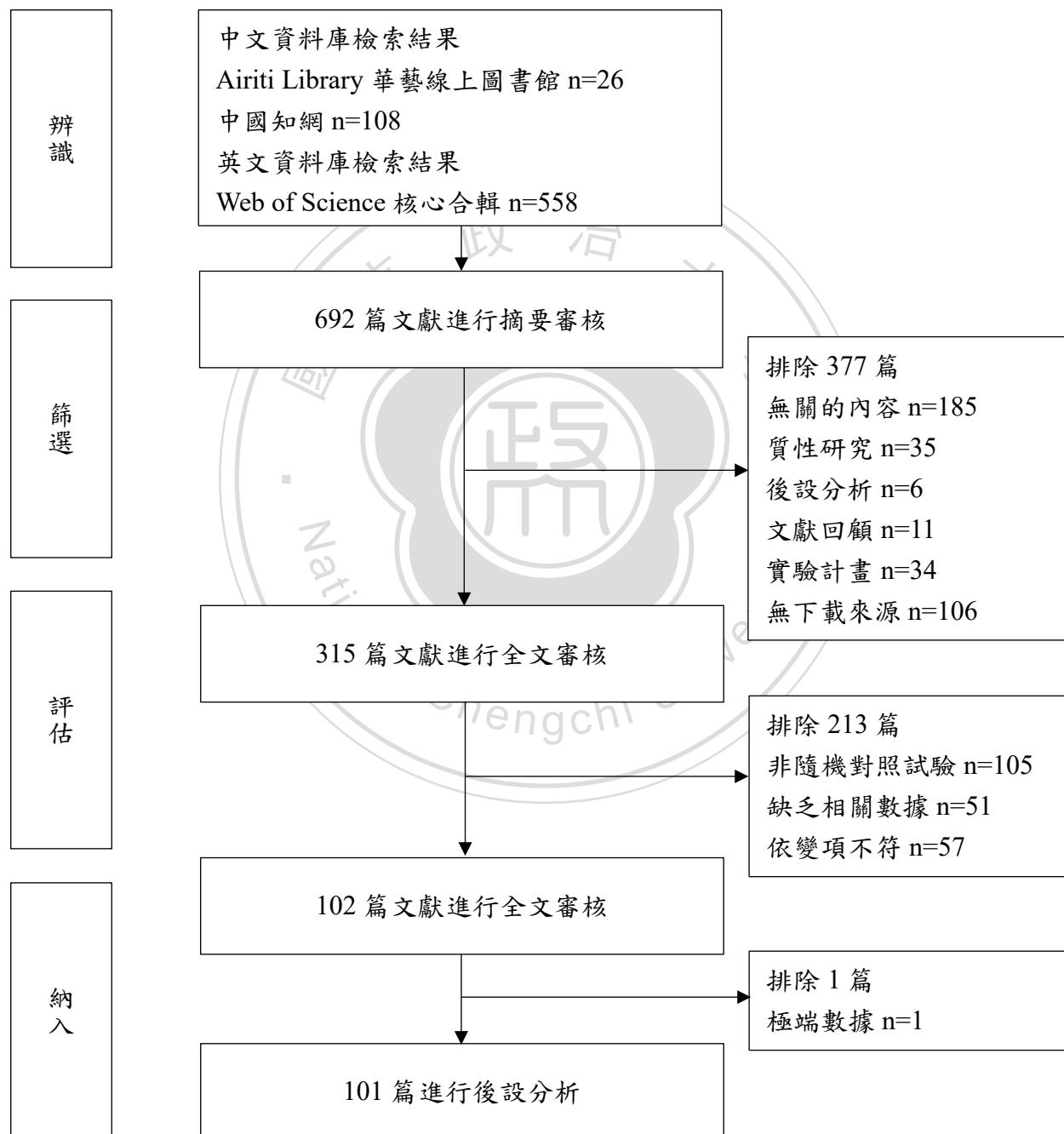


圖 4-16 後設分析文獻蒐集流程圖

壹、 正念認知治療介入之後測整體效果量與異質性檢定

本研究計算正念認知治療介入之後測整體效果量，可獲得以下結果：

分析憂鬱的數據共有 129 筆，其整體效果量在固定效果統計模型為-0.445，屬於低度到中度的效果，Z 值為-20.598， $p < .001$ ，95%信賴區間為[-0.487, -0.402]且不含 0，達統計顯著水準，表示正念認知治療的介入和對照組相較之下可以降低受試者憂鬱的狀況；在隨機效果模型為-0.530，屬於中等程度的效果，Z 值為-10.952， $p < .001$ ，95%信賴區間為[-0.625, -0.435]且不含 0，達統計顯著水準，表示正念認知治療的介入和對照組相較之下可以降低受試者憂鬱的狀況。

分析焦慮的數據有 66 筆，其整體效果量在固定效果統計模型為-0.416，屬於低度到中度的效果，Z 值為-13.087， $p < .001$ ，95%信賴區間為[-0.479, -0.354]且不含 0，達統計顯著水準，表示正念認知治療的介入和對照組相較之下可以降低受試者焦慮的狀況；在隨機效果模型為-0.500，屬於中等程度的效果，Z 值為-7.422， $p < .001$ ，95%信賴區間為[-0.632, -0.368]且不含 0，達統計顯著水準，表示正念認知治療的介入和對照組相較之下可以降低受試者焦慮的狀況。

由於在憂鬱方面異質性檢定的結果 Q 值為 592.632， $p < .001$ ，因此採用隨機效果模型的效果量-0.530，Z 值為-10.592， $p < .001$ ，95%信賴區間為[-0.625, -0.435]；而焦慮方面異質性檢定的結果 Q 值為 266.959， $p < .001$ ，因此採用隨機效果模型的效果量-0.500，Z 值為-7.422， $p < .001$ ，95%信賴區間為[-0.632, -0.368]， Q 值皆顯著的結果也說明了這些數據之間的差異不是來自同一個母群體的抽樣誤差。

透過 I^2 可以知道資料之間的異質性，在憂鬱方面 I^2 為 78.401% 而焦慮方面的 I^2 為 72.387%，表示異質性相當高，可能還會有其他變項影響正念認知治療介入憂鬱和焦慮的效果，因此本研究要進一步進行調節變項分析。

表 4-9 正念認知治療介入之後測整體效果量與異質性分析統計表

類別	篇數	樣本數	效果	效果量	Z 值	Q 值	I^2
憂鬱	129	EG=2,896	固定	-0.445[-0.487, -0.402]	-20.598***	592.632***	78.401%
		CG=2,963	隨機	-0.530[-0.625, -0.435]	-10.952***		
焦慮	66	EG=811	固定	-0.416[-0.479, -0.354]	-13.087***	266.959***	75.652%
		CG=734	隨機	-0.500[-0.632, -0.368]	-7.422***		

EG=實驗組，CG=控制組；*p<.05, **p<.01, ***p<.001

貳、正念認知治療介入之後測調節變項分析

本研究將以介入週數、每週介入時間、介入總時間、受試者平均年齡、對照組類型、測驗工具、受試者特徵、受試者國家、受試者洲別與華人與否等作為調節變項，進一步分析實驗組與控制組之間的差異，如以下所示。

一、介入週數

在憂鬱方面，總共分析 97 筆數據，其中介入週數為 7 週者有 3 筆、8 週者有 88 筆、10 週者有 3 筆，而 12 週者有 3 筆。其介入週數的組間差異 Q 值為 7.201，p=0.066，表示介入週數對於正念認知治療介入憂鬱的效果是沒有差異的。然而從 Z 值的結果可以發現介入 8 週與 12 週分別為-16.448 以及-4.540，p<.001，在統計上可以達到顯著的水準，推測介入 8 週與 12 週可能可以明顯地有助於降低憂鬱的狀況。

在焦慮方面，總共分析 52 筆數據，其中介入週數為 8 週者有 47 筆、12 週者有 5 筆。其介入週數的組間差異 Q 值為 6.314，p<.05，以介入 12 週效果的中度以上效果優於介入 8 週的低度到中度效果，但其組內差異 Q 值分別為 36.829 與 203.399，p<.001，表示可能都還有受到其他調節變項的影響。介入 12 週的 Z 值為-9.934，p<.001 且 95% 信賴區間為[-0.451, -0.303]，介入 8 週的 Z 值為-5.978，p<.001 且 95% 信賴區間為[-0.899, -0.455]，從兩者皆達統計顯著水準的結果也可以說明雖然介入週數可能不是關鍵的調節變項，但不論介入 12 週和 8 週都有助於降低焦慮的狀況。

二、每週介入時間

在憂鬱方面，總共分析 85 筆數據，其中每週介入時間為 60 分鐘者有 8 筆、90 分鐘者有 7 筆、120 分鐘者有 36 筆、135 分鐘者有 4 筆、150 分鐘者有 25 筆、165 分鐘者有 3 筆、180 分鐘者有 2 筆。其每週介入時間的組間差異 Q 值為 38.219, $p < .001$ ，以每週介入 165 分鐘效果最好，達到高度的效果，其次為每週介入 180 分鐘，也達到高度的效果，再者為每週介入 120 分鐘，具有中度以上的效果。此外，每週介入 165 分鐘與 180 分鐘的組內差異 Q 值分別為 1.132 與 0.098, p 值分別為 0.568 與 0.754，表示可能沒有受到其他調節變項的影響；然而每週介入 120 分鐘者，其組內差異 Q 值為 216.534, $p < .001$ ，表示可能還有受到其他調節變項影響。從 Z 值與 95% 信賴區間的結果可以發現，不論每週介入時間為何，降低憂鬱的狀況都可以達到統計顯著水準。

在焦慮方面，總共分析 49 筆數據，其中每週介入時間為 60 分鐘者有 3 筆、90 分鐘者有 7 筆、120 分鐘者有 24 筆、135 分鐘者有 3 筆、150 分鐘者有 12 筆。其每週介入時間的組間差異 Q 值為 14.285, $p < .01$ ，以每週介入 60 分鐘者最佳，具有中度以上的效果，其次為每週介入 120 分鐘與 90 分鐘，都具有中度的效果。然而每週介入 60 分鐘者，其組內差異 Q 值為 7.961, $p < .05$ 、每週介入 120 分鐘者，其組內差異 Q 值為 87.331, $p < .001$ ，且每週介入 90 分鐘者，其組內差異 Q 值為 35.668, $p < .001$ ，表示這三者都可能還有受到其他調節變項影響。除了每週介入 135 分鐘的方式以外，其他的每週介入時間在 Z 值和 95% 信賴區間都能達到統計顯著水準，表示正念認知治療的介入可以有效降低焦慮的狀況。

三、介入總時間

在憂鬱方面，總共分析 81 筆數據，其中介入總時間為 480 分鐘者有 8 筆、630 分鐘者有 2 筆、900 分鐘有 2 筆、960 分鐘者有 34 筆、1,080 分鐘者有 4 筆、1,200 分鐘者有 26 筆、1,320 分鐘者有 3 筆、1,440 分鐘者有 2 筆。其介入總時間的組間差異 Q 值為 40.144, $p < .001$ ，以介入總時間為 1,320 分鐘者最佳，其次為 1,440 分鐘，再者為 1,080 分鐘，三者皆具有高度的效果。此外，介入總時間為 1,320 分鐘與 1,440 分鐘的組內差異 Q 值分別為 1.132 與 0.098, p 值分別為 0.568 與 0.754，表示可能沒有受到其他調節變項的影響，而且兩者的 Z 值與 95% 信賴區間達到統計顯著水準的結果也顯示

介入總時間為 1,320 分鐘與 1,440 分鐘可以有效降低憂鬱的狀況；然而介入總時間為 1,080 分鐘者，其組內差異 Q 值為 8.190， $p < .05$ ，可能還有受到其他調節變項影響。

在焦慮方面，總共分析 40 篇數據，其中介入總時間為 480 分鐘者有 3 筆、720 分鐘者有 3 筆、960 分鐘者有 17 筆、1080 分鐘者有 4 筆、1200 分鐘者有 13 筆。其介入總時間組間差異 Q 值為 10.522， $p < .05$ ，以介入時間為 1080 分鐘者為最佳，具有中度以上的效果，其次為 480 分鐘，同樣有中度以上的效果，再者為 960 分鐘，具有低度到中度的效果。然而介入總時間為 480 分鐘組內差異 Q 值為 7.961， $p < .05$ ，而介入總時間為 960 分鐘組內差異 Q 值為 61.402， $p < .001$ ，可能還有受到其他調節變項影響。此外，介入總時間為 1080 分鐘者組內差異 Q 值為 5.594， $p = 0.133$ ，表示可能沒有受到其他調節變項影響。從 Z 值和 95% 信賴區間皆達統計顯著水準的結果也可以推測不論介入總時間為上述哪一種方式，皆能有效地降低焦慮的狀況。

四、受試者平均年齡

在憂鬱方面，總共分析 112 筆數據，其中平均年齡為 10 歲至 19 歲青少年有 4 筆、20 歲至 29 歲有 10 筆、30 歲至 39 歲有 16 筆、40 歲至 49 歲有 45 筆、50 歲至 59 歲有 29 筆、60 歲至 69 歲有 8 筆。受試者年齡組間差異 Q 值為 19.643， $p < .01$ ，以 20 歲至 29 歲效果最佳，其次為 50 歲至 59 歲，再者為 30 歲至 39 歲，三者皆具有中度以上的效果。然而 20 歲至 29 歲的組內差異 Q 值為 175.722， $p < .001$ 、50 歲至 59 歲的組內差異 Q 值分別為 79.802， $p < .001$ 且 30 歲至 39 歲的組內差異 Q 值為 117.393， $p < .001$ ，表示三者皆可能還有受到其他調節變項影響。此外，從 Z 值與 95% 信賴區間達統計顯著水準的結果可以發現不論受試者平均年齡為何，都可以有效地降低憂鬱的狀況。

在焦慮方面，總共分析 54 筆數據，其中平均年齡為 10 歲至 19 歲青少年有 4 筆、20 歲至 29 歲有 8 筆、30 歲至 39 歲有 2 筆、40 歲至 49 歲有 16 筆、50 歲至 59 歲有 17 筆、60 歲至 69 歲有 5 筆、80 歲至 89 歲有 2 筆。受試者年齡組間差異 Q 值為 60.931， $p < .001$ ，以 80 歲至 89 歲效果最佳，具有高度的效果，其次為 20 歲至 29 歲，具有中度以上的效果，再者為 50 歲至 59 歲，具有中度的效果。然而 80 歲至 89

歲與 20 歲至 29 歲組內差異 Q 值分別為 13.084 與 72.477， $p < .001$ ，且 50 歲至 59 歲的組內差異 Q 值為 33.192， $p < .01$ ，表示三者皆可能還有受到其他調節變項影響。此外，從 Z 值與 95% 信賴區間達統計顯著水準的結果可以發現除了 60 歲至 69 歲的受試者年齡區間之外，正念認知治療對於其他年齡都能有效地降低其焦慮的狀況。

五、 對照組類型

在憂鬱方面，總共分析 120 筆數據，其中其他處遇有 42 筆、照常處遇有 28 筆而等待名單有 50 筆。對照組類型組間差異 Q 值為 55.415， $p < .001$ ，其中和等待名單相較的中度以上效果優於照常處遇的中度效果與其他處遇的低度效果。然而不論是其他處遇或等待名單的組內差異 Q 值分別為 263.417 與 99.467， $p < .001$ 皆達統計顯著水準，表示可能還有受到其他調節變項影響，而照常處遇的組內差異 Q 值為 27.100， $p = 0.458$ ，表示可能沒有受到其他調節變項影響。此外，根據其 Z 值與 95% 信賴區間達統計顯著水準的結果可以推測正念認知治療的介入相較於上述不同的對照組，更能有效地降低憂鬱的狀況。

在焦慮方面，總共分析 60 筆數據，其中其他處遇有 24 筆、照常處遇有 13 筆而等待名單有 23 筆。對照組類型組間差異 Q 值為 7.815， $p < .05$ ，以等待名單的中度效果優於其他處遇與照常處遇低度到中度的效果。然而照常處遇的組內差異 Q 值為 16.995， $p = 0.150$ ，表示可能沒有受到其他調節變項影響，而其他處遇的組內差異 Q 值為 114.592， $p < .001$ 、等待名單的組內差異 Q 值為 44.282， $p < .01$ ，表示兩者都可能還有受到其他調節變項影響。此外，根據上述三者 Z 值與 95% 信賴區間達統計顯著水準的結果可以推測正念認知治療的介入相較於不同的對照組，都更能有效地降低焦慮的狀況。

六、 測驗工具

在憂鬱方面，總共分析 91 筆數據，其中使用 BDI 有 16 筆、使用 BDI-II 有 31 筆、使用 CESD 有 9 筆、使用 DASS-21-D 有 9 筆、使用 HADS-D 有 11 筆、使用 HAM-D 有 9 筆、使用 PHQ-9 有 6 筆。測驗工具組間差異 Q 值為 44.946， $p < .001$ ，以 PHQ-9 效果最佳，其次為 HADS-D，再者為 CESD。其中 PHQ-9 的組內差異 Q 值為

8.522, $p=0.130$, 表示可能沒有受到其他調節變項影響；而 CESD 的組內差異 Q 值為 74.034, $p<.001$, 且 HADS-D 的組內差異 Q 值為 29.908, $p<.01$, 表示此兩者皆可能受到其他調節變項影響。從 Z 值和 95% 信賴區間都達統計顯著水準的結果可以推測不論用上述哪一種測驗工具，除了 PHQ-9 之外，測得的結果都會發現正念認知治療能夠有效地降低憂鬱的狀況。

在焦慮方面，總共分析 42 筆數據，其中使用 BAI 有 9 筆、使用 DASS-21-A 有 8 筆、使用 GAD-7 有 4 筆、使用 HADS-A 有 4 筆、使用 HADS-D 有 14 筆、使用 STAI-S 有 3 筆、使用 STAI-T 有 4 筆。測驗工具組間差異 Q 值為 2.998, $p=0.700$, 未達顯著差異，表示不論用哪一種測驗工具對於測量正念認知治療介入降低焦慮的狀況可能都是沒有差異的。此外，從 Z 值和 95% 信賴區間都達統計顯著水準的結果也可以推測不論用上述哪一種測驗工具，測得的結果都會發現正念認知治療能夠有效地降低焦慮的狀況。

七、受試者特徵

在憂鬱方面，總共分析 102 筆數據，其中受試者特徵為注意力不足過動症者有 2 筆、焦慮症患者有 2 筆、癌症患者有 3 筆、憂鬱症患者有 51 筆、強迫症患者有 3 筆、同時具有生理疾病與心理困擾者有 10 筆、失智照顧者有 4 筆、孕產婦有 4 筆、具有自殺議題者有 11 筆、乾癲病患有 2 筆、睡眠困擾者有 2 筆、糖尿病者有 5 筆、躁鬱症患者有 3 筆。受試者特徵組間差異 Q 值為 69.462, $p<.001$ ，其中以孕產婦效果最佳，達到高度的效果，其次為癌症患者，具有中度以上的效果，再者為糖尿病患者，也有中度以上的效果。然而孕產婦的組內差異 Q 值為 37.946, $p<.001$ 而癌症患者的組內差異 Q 值為 12.828, $p<.01$ ，表示此兩者皆可能還有受到其他調節變項影響；而糖尿病患者的組內差異 Q 值為 5.486, $p=0.241$ ，表示可能沒有受到其他調節變項影響。從 Z 值和 95% 信賴區間通過統計顯著水準的結果可以發現正念認知治療對於癌症患者、憂鬱症患者、孕產婦、具有自殺議題的人以及糖尿病患者較能有效降低其憂鬱的狀況。

在焦慮方面，總共分析 39 筆數據，其中受試者特徵為焦慮者有 6 筆、癌症患者有 3 筆、憂鬱者有 6 筆、糖尿病患者有 4 筆、強迫症患者有 2 筆、同時具有生理疾病與

心理困擾者有 8 筆、孕產婦 2 筆、多元性化學敏感症 2 筆、乾癬病患有 2 筆、躁鬱症患者有 4 筆。受試者特徵組間差異 Q 值為 65.843， $p < .001$ ，其中以孕產婦效果最佳、其次為強迫症患者，再者為焦慮症患者。然而強迫症的組內差異 Q 值分別為 19.361， $p < .001$ ，且孕產婦與焦慮症患者的組內差異 Q 值分別為 9.847 與 20.664， $p < .01$ ，表示三者皆可能有受到其他調節變項影響。

八、受試者國家

在憂鬱方面，總共分析 125 筆數據，其組間差異 Q 值為 115.150， $p < .001$ ，以受試者來自波蘭者最佳，其次為受試者來自伊朗，再者為受試者來自冰島，三者皆具有高度的效果。然而受試者來自波蘭者組內差異 Q 值為 55.612， $p < .001$ 、受試者來自伊朗者組內差異 Q 值為 60.571， $p < .001$ ，兩者組內差異皆達顯著，表示可能還有受到其他調節變項影響；另一方面，受試者來自冰島者組內差異 Q 值為 2.772， $p = 0.096$ ，可能沒有受到其他調節變項影響。從 Z 值和 95% 信賴區間的結果可以發現除了丹麥、加拿大和德國之外，其他皆達到統計顯著水準，表示正念認知治療介入對於大部分不同國籍的人都能有效降低憂鬱的狀況。

在焦慮方面，總共分析 61 篇數據，其組間差異 Q 值為 101.511， $p < .001$ ，以受試者來自冰島者最佳，其次為受試者來自伊朗，再者為受試者來自日本。然而受試者來自伊朗者組內差異 Q 值為 21.990， $p < .01$ ，表示可能還有受到其他調節變項影響。此外，受試者來自冰島者組內差異 Q 值為 0.089， $p = 0.765$ ，且受試者來自日本者組內差異 Q 值為 0.629， $p = 0.730$ ，表示可能沒有受到其他調節變項影響。

九、受試者洲別

在憂鬱方面，總共分析 128 筆數據，其中受試者來自亞洲者有 21 筆、美洲者 20 筆、歐洲者 80 筆而澳洲者 7 筆。其組間差異 Q 值為 20.637， $p < .001$ ，以受試者來自亞洲者效果最佳，具有中度以上的效果，其次為受試者來自美洲者，也具有中度以上的效果，再者為受試者來自歐洲者，具有低度到中度之間的效果。然而受試者來自美洲者組內差異 Q 值為 67.862， $p < .001$ 、受試者來自亞洲者組內差異 Q 值為 252.313， $p < .001$ 且受試者來自歐洲者組內差異 Q 值為 224.611， $p < .001$ ，三者組內差異皆達顯

著，表示可能還有受到其他調節變項的影響。從 Z 值和 95% 信賴區間達到統計顯著水準也可以推測正念認知治療介入來自不同州別的受試者都能有效降低其憂鬱的狀況。

在焦慮方面，總共分析 66 筆數據，其中受試者來自亞洲者有 17 筆、美洲者 3 筆、歐洲者 37 筆、澳洲者 9 筆。其組間差異 Q 值為 17.707， $p < .01$ ，以受試者來自亞洲者效果最佳，其次為受試者來自美洲者，再者為受試者來自歐洲者。然而受試者來自亞洲與澳洲組內差異 Q 值分別為 154.348 與 53.546， $p < .001$ ，表示可能還有受到其他調節變項的影響。此外受試者來自美洲者組內差異 Q 值為 0.946， $p = 0.623$ ，表示可能沒有受到其他調節變項影響。

十、受試者為華人與否

在憂鬱方面，總共分析 129 筆數據，其中受試者為華人者有 11 筆而非華人者有 118 筆。其組間差異 Q 值為 2.761， $p = 0.097$ ，未達顯著標準，表示受試者為華人與否對於正念認知治療介入憂鬱的效果是沒有差異的。然而在 Z 值與 95% 信賴區間達統計顯著水準的狀態下，可以推測正念認知治療的介入對於華人或非華人都能有效降低憂鬱的狀況，且在華人身上有中度的效果量而在非華人身上有低度到中度的效果量。

在焦慮方面，總共分析 66 筆數據，其中受試者為華人者有 6 筆而非華人者有 60 筆。其組間差異 Q 值為 3.441， $p = 0.064$ ，未達顯著標準，表示受試者為華人與否對於正念認知治療介入焦慮的效果是沒有差異的。

表 4-10 正念認知治療介入憂鬱之後測調節變項分析表

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
介入週數	7 週	3	7.201	0.186	-0.304	[-0.709, 0.101]	-1.470
	8 週	88		501.415***	-0.433	[-0.485, -0.382]	-16.448***
	10 週	3		6.412	-0.004	[-0.365, 0.356]	-0.024
每週 介入時間	12 週	3	38.219***	16.173***	-0.586	[-0.839, -0.333]	-4.540***
	60 分鐘	8		51.763***	-0.343	[-0.530, -0.157]	-3.608***
	90 分鐘	7		34.318***	-0.188	[-0.367, -0.008]	-2.045*
對照組 類型	120 分鐘	36	55.415***	216.534***	-0.595	[-0.686, -0.504]	-12.844***
	135 分鐘	4		4.627	-0.347	[-0.590, -0.105]	-2.813**
	150 分鐘	25		115.986***	-0.393	[-0.489, -0.297]	-7.988***
	165 分鐘	3		1.132	-0.974	[-1.248, -0.700]	-6.973***
	180 分鐘	2		0.098	-0.930	[-1.433, -0.428]	-3.627***
	其他處遇	42		263.417***	-0.213	[-0.292, -0.135]	-5.313***
	照常處遇	28		27.100	-0.441	[-0.525, -0.357]	-10.299***
	等待名單	50		99.467***	-0.613	[-0.683, -0.543]	-17.176***

表 4-9 正念認知治療介入憂鬱之後測調節變項分析表（續）

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
介入 總時間	480 分鐘	8	40.144*** 20.637*** 2.761	51.763***	-0.343	[-0.530, -0.157]	-3.608***
	630 分鐘	2		0.186	-0.300	[-0.910, 0.309]	-0.966
	900 分鐘	2		1.094	-0.265	[-0.162, 0.693]	-1.218
	960 分鐘	34		211.080***	-0.582	[-0.674, -0.490]	-12.382***
	1,080 分鐘	4		8.190*	-0.824	[-1.123, -0.526]	-5.412***
	1,200 分鐘	26		123.950***	-0.416	[-0.513, -0.320]	-8.469***
	1,320 分鐘	3		1.132	-0.974	[-1.248, -0.700]	-6.973***
	1,440 分鐘	2		0.098	-0.930	[-1.433, -0.428]	-3.627***
受試者 洲別	亞洲	21	20.637***	252.313***	-0.655	[-0.765, -0.545]	-11.621***
	美洲	20		67.862***	-0.529	[-0.669, -0.389]	-7.397***
	歐洲	80		224.611***	-0.406	[-0.457, -0.355]	-15.662***
	澳洲	7		25.989***	-0.285	[-0.463, -0.106]	-3.128**
華人與否	華人	11	2.761	121.466***	-0.559	[-0.701, -0.418]	-7.730***
	非華人	118		468.405***	-0.433	[-0.478, -0.389]	-19.165***

表 4-9 正念認知治療介入憂鬱之後測調節變項分析表（續）

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
受試者 平均年齡	10 歲至 19 歲	4	19.643**	13.054**	-0.218	[-0.378, -0.058]	-2.671**
	20 歲至 29 歲	10		175.722***	-0.691	[-0.854, -0.529]	-8.332***
	30 歲至 39 歲	16		117.393***	-0.515	[-0.655, -0.375]	-7.232***
	40 歲至 49 歲	45		99.866***	-0.427	[-0.497, -0.358]	-11.977***
	50 歲至 59 歲	29		79.802***	-0.522	[-0.616, -0.428]	-10.914***
	60 歲至 69 歲	8		12.473	-0.472	[-0.680, -0.264]	-4.452***
測驗工具	BDI	16	44.946***	24.186	-0.570	[-0.698, -0.441]	-8.688***
	BDI-II	31		139.485***	-0.233	[-0.328, -0.138]	-4.826***
	CESD	9		74.034***	-0.554	[-0.733, -0.374]	-6.048***
	DASS-21-D	9		43.315***	-0.587	[-0.743, -0.431]	-7.379***
	HADS-D	11		29.908**	-0.608	[-0.748, -0.467]	-8.462***
	HAM-D	9		33.328***	-0.383	[-0.537, -0.228]	-4.848***
	PHQ-9	6		8.522	-0.008	[-0.244, 0.260]	-0.064

表 4-9 正念認知治療介入憂鬱之後測調節變項分析表（續）

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
受試者 特徵	注意力不足過動症	2		3.240	-0.330	[-0.609, -0.051]	-2.320*
	焦慮	2		0.253	-0.339	[-0.720, 0.041]	-1.747
	癌症	3		12.828**	-0.750	[-0.983, -0.517]	-6.303***
	憂鬱	51		277.351***	-0.530	[-0.594, -0.465]	-16.153***
	強迫症	3		4.116	-0.442	[-0.740, -0.144]	-2.904**
	生理疾病與心理困擾	10		26.496**	-0.191	[-0.364, -0.018]	-2.166*
	失智照顧者	4	69.462***	1.029	-0.402	[-0.748, -0.055]	-2.270*
	孕產婦	4		37.946***	-1.138	[-1.425, -0.850]	-7.753***
	自殺議題	11		27.228**	-0.251	[-0.386, -0.116]	-3.638***
	乾癲病患	2		0.000	-0.407	[-0.755, -0.059]	-2.293*
	睡眠困擾	2		6.673*	0.176	[-0.196, 0.549]	0.928
	糖尿病	5		5.486	-0.554	[-0.720, -0.388]	-6.529***
	躁鬱症	3		6.724*	-0.157	[-0.414, 0.099]	-1.201

表 4-9 正念認知治療介入憂鬱之後測調節變項分析表（續）

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
受試者國家	中國	7	115.150***	117.724***	-0.518	[-0.684, -0.352]	-6.107***
	丹麥	5		3.979	-0.178	[-0.395, 0.040]	-1.603
	日本	2		5.196*	-1.035	[-1.431, -0.640]	-5.129***
	比利時	5		14.309**	-0.569	[-0.733, -0.406]	-6.826***
	加拿大	4		6.129	-0.055	[-0.376, 0.267]	-0.332
	伊朗	6		60.571***	-1.371	[-1.637, -1.105]	-10.102***
	冰島	2		2.772	-1.043	[-1.686, -0.401]	-3.181**
	西班牙	2		1.047	-0.902	[-1.396, -0.408]	-3.581***
	波蘭	3		55.612***	-1.411	[-1.946, -0.876]	-5.169***
	美國	17		66.884***	-0.566	[-0.717, -0.414]	-7.334***
	英國	18		26.272	-0.330	[-0.462, 0.197]	-4.862***
	香港	4		2.866	-0.670	[-0.942, -0.398]	-4.831***
	荷蘭	28		48.168*	-0.445	[-0.516, -0.374]	-12.242***
	愛爾蘭	3		1.330	-0.521	[-0.810, -0.233]	-3.541***
	義大利	2		0.229	-0.624	[-1.058, -0.190]	-2.818**
	德國	10		17.096*	-0.149	[-0.300, 0.002]	-1.936
	澳洲	7		25.989***	-0.285	[-0.463, -0.106]	-3.128**

表 4-11 正念認知治療介入焦慮之後測調節變項分析表

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
介入週數	8 週	47	6.314*	203.399***	-0.377	[-0.451, -0.303]	-9.934***
	12 週	5		36.829***	-0.677	[-0.899, -0.455]	-5.978***
每週 介入時間	60 分鐘	3	14.285*	7.961*	-0.657	[-0.025, -0.967]	-4.160***
	90 分鐘	7		35.668***	-0.522	[-0.008, -0.693]	-5.982***
介入 總時間	120 分鐘	24	10.522*	87.331***	-0.531	[-0.644, -0.417]	-9.159***
	135 分鐘	3		0.480	-0.237	[-0.499, 0.025]	-1.770
華人與否	150 分鐘	12	3.441	20.895*	-0.224	[-0.387, -0.061]	-2.693**
	480 分鐘	3		7.961*	-0.657	[-0.967, -0.348]	-4.160***
華人與否	720 分鐘	3	3.441	26.523***	-0.371	[-0.628, -0.114]	-2.828**
	960 分鐘	17		61.402***	-0.450	[-0.577, -0.324]	-6.966***
華人與否	1,080 分鐘	4	3.441	5.594	-0.694	[-0.969, -0.419]	-4.954***
	1,200 分鐘	13		23.741*	-0.256	[-0.415, -0.098]	-3.173**
華人與否	華人	6	3.441	47.562***	-0.248	[-0.436, -0.059]	-2.569*
	非華人	60		215.956***	-0.437	[-0.503, -0.371]	-12.966***

表 4-10 正念認知治療介入焦慮之後測調節變項分析表（續）

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
受試者 平均年齡	10 歲至 19 歲	4	60.931**	3.313	-0.135	[-0.373, 0.102]	-1.115
	20 歲至 29 歲	8		84.488***	-0.646	[-0.834, -0.485]	-6.739***
	30 歲至 39 歲	2		7.661**	-0.370	[-0.101, -0.640]	-2.691**
	40 歲至 49 歲	16		20.577	-0.411	[-0.548, -0.274]	-5.873***
	50 歲至 59 歲	17		34.124**	-0.539	[-0.653, -0.425]	-9.273***
	60 歲至 69 歲	5		13.652**	-0.055	[-0.359, 0.249]	-0.357
	80 歲至 89 歲	2		13.084***	-0.994	[-1.415, -0.573]	-4.630***
測驗工具	BAI	9	2.998	46.681***	-0.454	[-0.660, -0.249]	-4.339***
	DASS-21-A	8		30.842***	-0.611	[-0.835, -0.386]	-5.335***
	GAD-7	4		5.448	-0.390	[-0.662, -0.119]	-2.815**
	HADS-A	14		33.369**	-0.511	[-0.632, -0.390]	-8.258***
	STAI-S	3		3.914	-0.402	[-0.718, -0.086]	-2.494*
	STAI-T	4		5.118	-0.353	[-0.642, -0.065]	-2.398*
	BAI	9		46.681***	-0.454	[-0.660, -0.249]	-4.339***

表 4-10 正念認知治療介入焦慮之後測調節變項分析表（續）

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
受試者 特徵	焦慮	6	65.843***	20.664**	-0.755	[-1.007, -0.504]	-5.885***
	癌症	3		8.175*	-0.634	[-0.864, -0.404]	-5.402***
	憂鬱	6		4.414	-0.241	[-0.452, -0.031]	-2.245*
	糖尿病	4		1.405	-0.475	[-0.643, -0.306]	-5.516***
	強迫症	2		19.361*	-1.272	[-1.800, -0.744]	4.724***
	生理疾病與心理困擾	8		16.644**	-0.428	[-0.651, -0.206]	-3.779***
	孕產婦	2		9.847	-1.767	[-2.200, -1.334]	-8.000***
	多元性化學敏感症	2		0.303	-0.081	[-0.490, 0.328]	-0.389
	乾癬病患	2		0.000	-0.315	[-0.659, 0.030]	-1.788
	躁鬱症	4		4.143	-0.183	[-0.399, 0.033]	-1.661
對照組 種類	其他處遇	24		114.592***	-0.380	[-0.494, -0.266]	-6.555***
	照常處遇	13	7.815*	16.995	-0.306	[-0.437, -0.175]	-4.574***
	等待名單	23		44.282**	-0.530	[-0.632, -0.428]	-10.192***

表 4-10 正念認知治療介入焦慮之後測調節變項分析表（續）

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
受試者 國家	中國	3	101.511*** 17.707**	31.902***	0.023	[-0.213, -0.260]	0.194
	丹麥	5		6.567	-0.179	[-0.396, -0.039]	-1.160
	日本	3		0.629	-1.081	[-1.419, -0.742]	-6.257***
	比利時	2		0.143	-0.009	[-0.507, 0.489]	-0.035
	加拿大	2		0.796	-0.555	[-1.098, -0.012]	-2.005*
	伊朗	6		21.990**	-1.203	[-1440, -0.967]	-9.985***
	冰島	2		0.089	-1.592	[-2.274, -0.911]	-4.580***
	英國	12		12.333	-0.217	[-0.397, 0.038]	-2.371*
	香港	3		1.852	-0.721	[-1.034, -0.408]	-4.513***
	荷蘭	9		8.383	-0.416	[-0.539, -0.293]	-6.611***
受試者 洲別	愛爾蘭	3		2.487	-0.468	[-0.755, -0.181]	-3.196**
	澳洲	9		40.412***	-0.268	[-0.423, -0.113]	-3.387**
	蘇格蘭	2		0.361	-0.450	[-1.024, 0.124]	-1.538
	亞洲	17		154.348***	-0.636	[-0.759, -0.512]	-10.082***
受試者 洲別	美洲	3		0.946	-0.484	[-0.888, -0.080]	-2.346*
	歐洲	37		53.546*	-0.356	[-0.440, -0.273]	-8.387***
	澳洲	9		40.412***	-0.268	[-0.423, -0.113]	-3.387**

參、 正念認知治療介入之追蹤測整體效果量與異質性檢定

本研究計算正念認知治療介入之追蹤測整體效果量，可獲得以下結果：

分析憂鬱的數據有 51 筆，其整體效果量在固定效果統計模型為 0.078，Z 值為 2.334， $p < .05$ ，95%信賴區間為[0.012, 0.143]，達統計顯著水準；在隨機效果模型為 0.166，Z 值為 1.317， $p < .01$ ，95%信賴區間為[-0.081, 0.413]，未達統計顯著水準。分析焦慮的數據有 37 筆，其整體效果量在固定效果統計模型為-0.061，Z 值為-1.470， $p=0.142$ ，95%信賴區間為[-0.142, 0.020]，未達統計顯著水準；在隨機效果模型為-0.061，Z 值為-1.470， $p=0.142$ ，95%信賴區間為[-0.142, 0.020]，未達統計顯著水準。

由於在憂鬱方面異質性檢定的結果 Q 值為 693.470， $p < .001$ ，因此採用隨機效果模型的效果量 0.166，Z 值為 1.317， $p=0.188$ ，95%信賴區間為[-0.081, 0.413]，憂鬱方面數據之間的差異可能不是來自同一個母群體的抽樣誤差，且調節變項可能跟效果量的變化有關；而焦慮方面異質性檢定的結果 Q 值為 31.283， $p=0.692$ ，因此採用固定效果模型的效果量-0.061，Z 值為-1.470， $p=0.142$ ，95%信賴區間為[-0.142, 0.020]，調節變項可能跟效果量的變化無關。

透過 I^2 可以知道資料之間的異質性，在憂鬱方面 I^2 為 92.790%，異質性相當高，可能還會有其他變項影響正念認知治療介入憂鬱追蹤測的效果，需要進一步進行調節變項分析，而焦慮方面的 I^2 為 0，可能沒有其他調節變項影響正念認知治療介入焦慮追蹤測的效果，因此不需要進一步進行調節變項分析。

表 4-12 正念認知治療介入之追蹤測整體效果量與異質性分析統計表

類別	篇數	樣本數	效果	效果量	Z 值	Q 值	I^2
憂鬱	51	EG=1,530	固定	0.078[0.012, 0.143]	2.334*	693.470***	92.790%
		CG=1,541	隨機	0.166[-0.081, 0.413]	1.317		
焦慮	37	EG=844	固定	-0.061[-0.142, 0.020]	-1.470	31.283	0
		CG=788	隨機	-0.061[-0.142, 0.020]	-1.470		

EG=實驗組，CG=控制組；* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

肆、 正念認知治療介入之追蹤測調節變項分析

本研究以追蹤測週數為調節變項，分析實驗組與控制組的差異，如以下所示。

在憂鬱方面，總共分析 46 筆數據，其中 4 週後追蹤測有 4 筆、6 週後追蹤測有 2 筆、8 週後追蹤測有 3 筆、12 週後追蹤測有 11 筆、24 週後追蹤測有 17 筆、26 週後追蹤測有 3 筆、32 週後追蹤測有 3 筆、48 週後追蹤測有 3 筆。其組間差異 Q 值為 79.767， $p < .001$ ，以 6 週後追蹤測效果最佳，其次為 12 週後追蹤測，再者為 26 週後追蹤測。然而 6 週後追蹤測與 26 週後追蹤測的組內差異 Q 值分別為 1.321 與 0.057， p 值分別為 0.250 與 0.972，表示可能沒有受到其他調節變項影響。此外，12 週後追蹤測的組內差異 Q 值為 19.644， $p < .05$ ，表示可能還有受到其他調節變項影響。



表 4-13 正念認知治療介入憂鬱之追蹤測調節變項分析表

調節變項	內容	篇數	組間差異 Q 值	組內差異 Q 值	效果量	95%信賴區間	Z 值
追蹤測 週數	4 週	4	79.767	3.414	-0.041	[-0.338, 0.257]	-0.267
	6 週	2		1.321	-0.274	[-0.572, 0.024]	-1.804
	8 週	3		0.316	0.048	[-0.199, 0.296]	0.384
	12 週	11		19.644*	-0.199	[-0.372, -0.026]	-2.257*
	24 週	17		18.821	0.128	[0.031, 0.226]	2.578*
	26 週	3		0.057	-0.189	[-0.484, 0.106]	-1.256
	32 週	3		1.791	0.340	[0.079, 0.601]	2.551*
	48 週	3		565.646***	1.419	[1.067, 1.771]	7.911***

第三節 綜合討論

本節將以本研究之研究目的與問題和研究結果加以討論，分為「正念認知治療視覺化分析」與「正念認知治療後設分析與調節變項」兩部份說明。

壹、 正念認知治療視覺化分析

正念認知治療的研究在近 20 年來在國際上逐年攀升並蓬勃發展，然而臺灣較晚才開始出現正念認知治療的研究，且相關隨機對照試驗之實證研究數量並不多，大多則是以宗教的角度探討正念或詮釋何為正念的文章。即使有一些以正念介入的研究，也並未符合正念認知治療的團體結構，甚至師資結構與課程內容可能都沒辦法達到國際學術界關於正念認知治療的標準與要求（黃鳳英，2019）。雖然正念的概念起源於東方，然而實際上透過視覺化分析研究結果可以發現正念認知治療的研究從發源到現在幾乎都以歐美國家為主，而亞洲國家雖然起步較晚，但還有很大的發展空間（郭侃、馬麗萍，2018）。

本研究運用 VOSviewer 分析正念認知治療的研究熱點，可以歸納出正念認知治療分為三個聚類，其一為和身心狀態有關的如憂鬱、焦慮、生活品質、癌症等；其二為隨機對照試驗、後設分析等；其三為問卷、效度、驗證等，如同張營等人（2018）運用 HistCite 與 Citespace 分析所得到的結果：正念認知治療的研究熱點為憂鬱、焦慮、隨機對照試驗與後設分析等，表示正念認知治療的介入效果可能還在不斷地發展、嘗試並接受驗證。

從本研究針對 VOSviewer 分析研究關鍵字共現時間與 CiNetExplorer 分析文獻引用時間以及突現詞探測的結果可以發現從 1999 年開始至今正念認知治療介入憂鬱的效果一直都是許多研究關心的重點。大約經過 10 年之後，陸續有許多正念認知治療介入其他身心狀況的研究被學術界重視，例如癌症患者、慢性疼痛、愛滋病、孕產婦與耳鳴等等，都是近十年來漸漸有學者投入研究的範疇。同樣地，在經過 Citespace 探測突現詞的脈絡更能發現接下來關於正念認知治療的發展可能還會有整合許多研究的後設分析以及嘗試不同介入方式以檢核正念認知治療介入的成效，例如大約 2017 年開始有數篇關於網路版正念認知治療介入的效果研究，以及大約 2018 年開始有越來越多運用

後設分析進行的正念認知治療效果分析，因此正念認知治療的介入與後設分析都有可能
是目前有關正念認知治療在學術界發展的研究前沿。

貳、 正念認知治療後設分析與調節變項

本研究結果發現正念認知治療介入憂鬱的後測整體效果 Z 值為 -7.998, p < .001，表
示正念認知治療的介入可以降低憂鬱的狀況，且其隨機效果的效果量為 -0.556，屬於中
等程度的效果。正念認知治療介入焦慮的後測整體效果 Z 值為 -7.422, p < .001，表示正
念認知治療的介入可以降低焦慮的狀況，且其隨機效果的效果量為 -0.500，屬於中等程
度的效果。如同 Thimm 與 Johnsen (2020) 選擇 20 篇運用貝克憂鬱量表與漢氏憂鬱量
表測量正念認知治療介入憂鬱的效果，發現正念認知治療對於降低憂鬱症狀是相當有
效的；以及 Querstret 等人 (2020) 針對 7 篇正念認知治療介入憂鬱後測的效果進行後設
分析，發現有中度以上的效果 ($d = -0.76$)。

在調節變項對於正念認知治療介入憂鬱的影響方面，Goldberg 等人 (2019) 分析 10
篇正念認知治療與沒有特別處遇的對照組介入憂鬱的後測的結果，發現有中等程度的效
果 ($d = 0.71$)，和本研究分析 29 筆照常處遇 ($d = -0.567$) 與 51 筆等待名單 ($d = 0.621$) 的
結果相似，都有中等程度的效果。此外，Perestelo-Perez 等人 (2017) 分析 6 篇正念認
知治療介入憂鬱的效果和照常處遇或等待名單的比較，發現正念認知治療有中等以上的
效果量 (-0.59)，而且在 95% 信賴區間達統計顯著水準 ($95\% \text{CI} = [-0.77, -0.41]$)，證明了
正念認知治療相較於照常處遇或等待名單還要能降低憂鬱的狀態。

Haller 等人 (2017) 分析 8 篇癌症患者接受正念認知治療處遇後憂鬱的狀況，發現
有低度的效果量 ($d = -0.34$)，而且 95% 信賴區間為 $[-0.46, -0.21]$ ，達統計顯著水準 ($p < .001$)，
和本研究的結果 ($d = -0.750; 95\% \text{CI} = [-0.983, -0.517]; p < .001$) 相似，都能證明正念認
知治療可以有效幫助癌症患者降低其憂鬱狀況。而 Kenny 與 Williams (2007) 表示正念認
知治療對於有自殺傾向的人而言，也能夠有效降低憂鬱的程度，如本研究結果，正念認
知治療對於有自殺議題的人在改善憂鬱程度的統計檢定也能達到顯著水準且有低度效
果量 ($d = -0.251; 95\% \text{CI} = [-0.386, -0.116]; p < .001$)。

在調節變項為年齡的部分，如同先前許多研究的結果，正念認知治療介入兒童青少年有助於他們降低憂鬱的情緒（Veysi et al., 2015; Wright et al., 2019; Xu, 2019），在本研究也得到低度的效果量且達到統計顯著水準 ($d=-0.218$; 95% CI=[-0.378, -0.058], $p<.001$)。此外，不論任何年齡接受正念認知治療，後測時憂鬱改善的程度皆達統計顯著水準 $p<.01$ ，如 Kuyken 等人 (2016) 研究發現正念認知治療的效果不會受到特定年紀等因素的影響。

在調節變項對於正念認知治療介入焦慮的影響方面，Haller 等人 (2017) 分析 9 篇癌症患者接受正念認知治療處遇後焦慮的狀況，發現有低度的效果量 ($d=-0.28$)，而且 95% 信賴區間為 [-0.39, -0.16]，達統計顯著水準 ($p<.001$)，和本研究的結果 ($d=-0.634$; 95% CI=[-0.864, -0.404]; $p<.001$) 相似，都能證明正念認知治療可以有效幫助癌症患者降低其憂鬱狀況。除此之外，在年齡的調節變項當中，正念認知治療的介入對於年長者憂鬱 (60 歲至 69 歲 $d=-0.472$, $Z=-4.452$, $p<.001$) 和焦慮 (80 歲至 89 歲 $d=-0.994$, $Z=-4.630$, $p<.001$) 降低的狀況是有效的，Kishita 等人 (2017) 對 60 歲以上進行年長者的正念認知治療介入憂鬱 ($Z=5.26$, $p<.001$) 與焦慮 ($Z=3.69$, $p<.001$) 的分析也獲得類似的結果。如同先前的研究，發現正念認知治療介入年長者焦慮情緒是相當有效的 (Helmes and Ward, 2017; Dikaios et al., 2020)。然而，有許多研究顯示正念認知治療介入青少年焦慮的狀況可以得到改善 (LaGue et al., 2019; Semple et al., 2010; Wright et al., 2019)，但本研究在年齡為 10 歲至 19 歲的調節變項結果卻只有低度效果量 ($d=-0.135$)，且焦慮降低的程度未達統計顯著水準，推測是介入 10 歲至 19 歲焦慮狀況的分析資料筆數不夠多，未來也可以專門針對正念認知治療介入青少年焦慮的情況加以探討。而正念認知治療對於產後憂鬱的受試者不僅能改善其憂鬱的狀況，也能降低焦慮的程度 (Goodman et al., 2014)，如本研究在調節變項得到的結果，正念認知治療對於產後憂鬱的人有高度的效果量，在統計檢定方面也能達到顯著水準 ($d=-1.767$; 95% CI=[-2.200, -1.334]; $p<.001$)。

本研究也發現正念認知治療介入憂鬱的追蹤測整體效果 Z 值為 -3.058 , $p<.01$ ，表示正念認知治療的介入和對照組相較之下在追蹤測的時候仍然可以持續降低憂鬱的狀

況，且其效果量為-0.375，具有低度到中等程度的效果。正念認知治療介入焦慮的追蹤測整體效果 Z 值為-2.179， $p < .05$ ，表示正念認知治療的介入和對照組相較之下在追蹤測的時候仍然可以持續降低焦慮的狀況，但其效果量為-0.091，僅有些微的效果。在追蹤測調節變項的影響方面，Goldberg 等人（2019）分析 5 篇正念認知治療與沒有特別遭遇的對照組介入憂鬱的追蹤測的結果，發現有大的效果量 ($d=1.47$)，但並沒有達到統計顯著水準[-0.71, 3.65]。



第五章 結論與建議

本研究以文獻計量方法分析 1999 年至 2021 年正念認知治療的知識基礎、研究熱點與研究前沿，以瞭解正念認知治療在國際上的研究基礎與發展趨勢，做為未來臺灣投入相關研究的參考；本研究並以後設分析方法分析 2000 年至 2021 年正念認知治療介入憂鬱與焦慮的效果，以及不同調節變項的影響，做為未來進行實證研究的參考方向。以下將針對本研究在正念認知治療的文獻視覺化分析與後設分析結果與發現提出結論與建議如下。

第一節 研究結論

本節將分為兩部分說明正念認知治療文獻視覺化分析與後設分析的結論，其中文獻視覺化分析分為知識基礎、研究熱點與研究前沿三部分，而後設分析則分為憂鬱與焦慮的後測與追蹤測的整體效果量及相關調節變項兩部分。

壹、正念認知治療文獻視覺化分析

從正念認知治療文獻視覺化分析結果可以發現其知識基礎建立正念認知治療三位創始者：Zindel Segal、John Teasdale 和 Mark Williams 及其研究機構與國家，由此拓展研究範疇與地區至今 20 多年，亞洲許多國家也紛紛投入正念認知治療的實證研究。此外，正念認知治療的經典著作《Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse》以及相關研究文獻近年來陸續見載與許多心理學及醫學相關期刊，可見其應用範圍非常廣泛。除此之外，透過國際與臺灣的研究熱點分析，也可以發現國內外對於正念認知治療所關心的層面有所不同，期待未來能有更多相關實證研究投入以證實其有效性及其在臺灣可以實行的應用方式。

一、正念認知治療知識基礎

研究結果顯示正念認知治療在國家的分布上以英國、美國與加拿大最為活躍，有相對較高的文獻引用次數以及和其他研究的連結強度。此外國際上的研究機構又以英國醫學研究委員會、加拿大多倫多大學和英國牛津大學的引用次數以及和其他研究的連結強度相較於其他機構還要高。這顯示了正念認知治療的創始者在英國任職的 Mark

Williams 與 John Teasdale 以及在加拿大任職的 Zindel Segal 在這二十幾年來對於正念認知治療的影響力非常大也非常久遠。

作者共被引分析的結果則是可以清楚看見正念認知治療結合正念減壓與認知行為治療發展的脈絡，許多具有影響力的作者的文獻可以做為認識正念認知治療的依據，例如在認知行為治療備受推崇的 Beck 以及在正念減壓相當有代表性的 Kabat-Zinn；此外也能發現正念認知治療與其他正念相關的心理治療方式有密不可分的關係，例如創立辯證行為治療的 Linehan 與發展接納與承諾治療 Hayes。

依照文獻引用時序圖的不同聚落可以發現正念認知治療除了在心理治療領域被許多作者用不同方式大量運用在憂鬱與焦慮等心理困擾的處遇之外，陸續也有學者進一步延伸到癌症、糖尿病、耳鳴與愛滋病等不同生理疾病的應用。此外近幾年隨著網路與通訊設備的發展，也開始推行網路版正念認知治療並檢核其成效與一般面對面團體形式的正念認知治療相較之下有無差異。

在文獻共被引分析當中，共被引程度最高者為 Zindel Segal、John Teasdale 與 Mark Williams 在 2002 年出版的書籍《Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse》，這本書的第一版為共被引程度最高者而第二版為共被引程度第 10 名，可見這本書在正念認知治療領域當中堪稱經典，臺灣翻譯的書名為《找回內心的寧靜：憂鬱症的正念認知療法》。書中不僅清楚說明正念認知治療發展的脈絡，也很仔細地敘述每一週正念認知治療處遇的方式與過程，更提供許多關於正念認知治療在心理與生理方面的研究結果與來源可以讓讀者進一步參考。

此外文獻共被引程度位居第二的則是 Zindel Segal、John Teasdale 與 Mark Williams 等人 2000 年在 Journal of Consulting and Clinical Psychology 發表的〈Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy〉，文獻當中主要為他們招募 145 名憂鬱症患者分為實驗組與對照組進行正念認知治療並檢核其復發與再發的狀況，發現正念認知治療是一個很有發展性也很符合經濟效益的心理治療方式。這篇文章很明顯地帶動了往後這二十年來關於正念認知治療的研究，提供許多患有心理困擾的人一項新的選擇，也讓實務工作者多一項新的處遇方式可以嘗試。

期刊耦合方面可以看到《Mindfulness》是正念認知治療領域非常具有指標性的期刊，但其蓬勃發展的時間為平均 2016 年以後，可見這份期刊與正念認知治療領域都是現在這幾年非常熱門且正在發展的主題。此外，雖然正念認知治療屬於心理治療，但耦合程度第二名和第四名的期刊《Journal of Psychosomatic Research》以及《Psycho-oncology》都和生理狀況與醫學有關，這個結果很清楚地顯示正念認知治療有許多介入患有生理疾病的患者的處遇，可能對於有生理疾病的人有相當大的幫助，因此有這麼多人投入這方面的研究，累積許多相關的知識基礎。

從正念認知治療的研究基礎可以看見其發展的源頭與脈絡，以及有影響力的作者與具代表性的文獻可以參考。近幾年來亞洲國家也紛紛投入正念認知治療的研究，若臺灣願意投入相關研究，相信上述視覺化分析的結果是相當有幫助的。

二、 正念認知治療研究熱點

透過關鍵字共現分析，可以看到正念認知治療發展的起源像是「正念」和「認知行為治療」，也能發現目前最廣泛還是運用在心理層面的治療，例如「憂鬱」、「焦慮」和「壓力」，以及如何「預防」心理疾病的「復發」。此外，「隨機對照實驗」也是在正念認知治療領域高度出現的關鍵字，可見學界對於正念認知治療進行實證研究探討其介入效果的重視。隨著實證研究在正念認知治療領域的重要性，關鍵字共現分析也可以看到「心理測量」與「量表」相關字詞，以及希望能統合許多數據分析正念認知治療效果量的「後設分析」。

雖然在臺灣的研究也有許多探討「正念減壓」、「認知行為治療」等正念認知治療源頭的文獻，以及正念認知治療運用在「憂鬱」和「焦慮」的內容，甚至有許多「師資培訓」或融入「生命教育」的研究，但是關於實證研究的實驗設計、心理測量與數據分析的內容相對於國際的研究少非常多，這部份可能是以後可以發展的方向之一。

三、 正念認知治療研究前沿

結合突現詞探測與關鍵詞共現分析時間圖的結果可以發現從 1999 年開始至今出現的高突現詞如「後設分析」和「介入」的突現期仍然延續到現在，屬於正念認知治療研究領域目前的研究前沿。此外，從文獻引用時間圖也可以清楚看到正念認知治療介

入兒童、耳鳴與愛滋病的研究不斷延續至今，其探討的主題也是正念認知治療領域目前的研究前沿。

貳、 正念認知治療介入憂鬱與焦慮之後設分析

本研究將分別針對正念認知治療介入憂鬱與焦慮的後測與追蹤測分別概述其整體效果量與調節變項之間的關係，以及本研究的結果與目前其他學者進行相關研究的內容有何相似或相異之處一一進行討論。

一、 正念認知治療介入憂鬱與焦慮之後測整體效果量與調節變項

本研究分析 129 筆後測憂鬱的數據、66 筆後測焦慮的數據、51 筆追蹤測憂鬱的數據以及 37 筆追蹤測焦慮的數據，可以發現經過正念認知治療的介入，和對照組相較之下在後測的階段可以有效降低憂鬱與焦慮的程度。

在憂鬱方面，介入 12 週與 8 週的效果最好，和正念認知治療兒童版與成人版設計的週數相同；每週介入時間則是以 165 分鐘與 180 分鐘為佳，較多人嘗試的 120 分鐘與 150 分鐘效果則僅次於前面兩者；雖然平均年齡 40 歲至 59 歲的受試者為數較多，但其施行於 20 歲至 29 歲的效果為最佳；不論受試者的洲別及其為華人與否，正念認知治療的介入都能有效降低憂鬱的情緒，除了憂鬱症患者之外，正念認知治療對於降低孕產婦、癌症患者與糖尿病患者的憂鬱情緒也相當有幫助，相關研究也在這 20 幾年來陸續發表在期刊上；此外，不論以上述何種測驗工具檢核，皆能發現正念認知治療的介入是能夠在統計上降低憂鬱程度的。

在焦慮方面，不論介入 8 週或 12 週皆能降低焦慮的程度，而每週介入時間以 120 分鐘與 90 分鐘為最佳，表示正念認知治療的成人版與兒童版規劃是相當有效的；受試者平均年齡和憂鬱的狀況相似，受試者大多介於 40 歲至 59 歲，但降低焦慮程度的結果在 20 歲至 29 歲以及 80 歲至 89 歲最好；除了針對有焦慮症狀的人可以降低其焦慮情緒之外，正念認知治療也能有效地降低孕產婦、強迫症以及癌症患者焦慮的狀況，這部分和憂鬱的情況也類似，有許多相關的研究在國際上不斷進行與測試；而受試者的洲別及其身分為華人與否如同憂鬱的結果，也不影響正念認知治療介入焦慮的效果。

果，表示正念認知治療雖然理念發源於東方文化，但可以推廣到世界各地使用，其效果不受東西方文化的影響；此外，不論以上述何種測驗工具檢核，正念認知治療介入焦慮的結果在統計上都是可以達到顯著水準的。

二、 正念認知治療介入憂鬱與焦慮之追蹤測整體效果量與調節變項

正念認知治療介入憂鬱的追蹤測整體效果量為 0.078，Z 值為 2.334， $p < .05$ ，可見在整體追蹤測的隨機效果裡面，憂鬱情緒降低的狀況和對照組相較之下並沒有維持比較低的狀態。其中只有在正念認知治療介入 12 週之後的追蹤測仍然保持憂鬱程度比對照組低，其他不論在上述哪些週數進行測量，正念認知治療介入的憂鬱情緒的數據和對照組比較都沒有達到統計顯著水準，甚至對照組的分數明顯比實驗組高。

另外，正念認知治療介入焦慮的追蹤測整體效果量為 -0.061，Z 值為 -1.470，未達統計顯著水準，並且可能沒有受到其他調節變項影響。然而，正念認知治療介入焦慮的整體狀況雖然在統計計算上沒辦法達到顯著水準，至少大致上還能維持憂鬱測量的數據比對照組低的狀況。

第二節 研究建議

本研究將研究建議分為兩部分：首先為針對研究方法提出之建議，希望未來的研究者能夠使用更嚴謹的方法從事相關研究，讓研究品質更臻完善；其次為針對未來學術研究與實務工作方向提出建議，希望未來正念認知治療的相關研究能夠更多元且更有學術價值，並且落實在實務工作造福人群。

壹、 研究方法

本研究將針對研究方法提出資料庫的選擇、資料蒐集方式以及研究工具三個層面的建議，提供給後續想要繼續從事相關研究的人做為參考，以彌補本研究不足之處。

一、 資料庫的選擇

本研究針對正念認知治療的文獻蒐集主要以 Web of Science、中國知網與 Airiti Library 華藝線上圖書館為主，雖然 Web of Science 有許多豐富的學術研究資源，但 ProQuest、PubMed 與 Scopus 等資料庫也有許多社會科學、心理學以及醫學相關的文

獻資料，透過這些資料庫也可以找到相當多和正念認知治療有關的研究。因此，未來若要繼續針對正念認知治療的介入進行更深入的探討，也可以從這些資料庫蒐集更多適合的資料與樣本。

二、 資料蒐集方式

在文獻計量方面，本研究運用”mindfulness based cognitive therapy”以及其縮寫”MBCT”進行搜尋，但仍有可能遺漏正念認知治療相關研究，例如運用”mindfulness”或”mindfulness intervention”檢索也有可能出現少數和正念認知治療相關的文獻。然而若運用太廣泛的字詞檢索，可能也會出現無關的內容呈現在視覺化分析的聚類當中而影響結果的判讀。

在後設分析方面，本研究針對”mindfulness based cognitive therapy”以及其縮寫”MBCT”進行搜尋後限縮期刊文章，由於數量不多，中文和英文文獻總共僅 852 篇，故進行地毯式篩選，一篇一篇分類至「無授權」、「無關的研究」、「缺乏相關數據」、「質性研究」、「非隨機對照試驗」、「可進行後設分析」等類別。然而目前正念認知治療的研究數量正逐年攀升，故未來若要進行後設分析，資料的蒐集與篩選必須使用更加嚴謹有效率的方式。

三、 研究工具

由於 VOSviewer 大多數的功能只能分析英文資料庫的數據，因此本研究僅利用 WordArt 文字雲呈現正念認知治療在中文資料庫研究熱點的高頻率共現關鍵字；此外，CiNetExplorer 目前僅能分析 Web of Science 資料庫的文獻，未來若想要處理其他資料庫的數據，可能必須嘗試其他軟體或自行編寫程式以彌補資料不全的問題。

貳、 未來研究與實務方向

本研究依照研究結果與討論針對未來臺灣從事正念認知治療相關學術的研究與心理治療實務工作提出建議如下，希望能協助臺灣發展更豐富有價值的研究文獻並且提供實務工作者進行心理治療時能夠多一項選擇的參考依據。

一、 學術研究

本研究所提及之正念認知治療相關知識基礎、研究熱點與研究前沿可提供未來研究者進行相關研究做為參考，節省許多整理英文文獻、釐清重要相關作者關係以及梳理正念認知治療研究發展脈絡的時間，並且提升跟隨國際研究正念認知治療趨勢的效率，增加相關實證研究，透過量化或質性研究策略並運用系統性的科學歸納方法獲得可接受檢驗的結論。

再者，本研究提及之諸多正念認知治療運用在心理學與醫學領域如孕產婦、癌症患者、糖尿病患者、頭痛患者、慢性疼痛患者等，也可以做為未來臺灣進行相關研究選擇對象的參考；抑或者本研究在後設分析當中選用的隨機對照試驗研究文獻，更能夠進一步做為臺灣未來進行後續研究的基礎，以發展對學術界更有貢獻的研究結果。

二、 實務應用

正念認知治療在這 20 幾年來被廣泛運用在不同年齡層以及具有不同背景的受試者而能有效降低其憂鬱與焦慮的情形，且其採取 8 至 12 週團體治療的形式，非常符合經濟效益並節省許多成本。目前臺灣有許多正在推行正念認知治療的活動，但鮮少有相關研究，若能參考其中較為嚴謹之研究設計進行嘗試，或許也能發展出較適合本土的正念認知治療介入策略，以降低逐年提升的國人自殺比例及抗憂鬱藥物服用率。

如同 Costello 與 Lawler (2014) 提出在學校進行正念方案可以提升學生的心理韌力，近年來臺灣也開始陸續有一些正念介入教育方案的研究，例如：謝宜華 (2016) 發現正念教育課程可以提升國小高年級學童情緒調適能力並改善人際關係；鄧瑞瑋 (2014) 也發現正念教育課程可以改善其憂鬱症狀及人際關係；廖鏡棉 (2019) 藉由 10 週的正念團體發現可以改善高風險家庭青少年的焦慮情緒並提升情緒智力。未來也可以嘗試將正念認知治療運用在校園當中以團體輔導的方式實施，針對有情緒困擾的學生進行介入性輔導改善其身心狀況，讓學生能更順利地適應生活。

此外，由於當前全世界新冠肺炎疫情嚴峻，近一兩年國際間陸續有網路版或電話版正念認知治療的方式與研究正在進行，研究結果發現即使沒有面對面參加團體也能有效地降低憂鬱與焦慮的狀況。2021 年夏季正面臨疫情衝擊的臺灣，網路版正念認知治療的介入或許也能成為安定人心的一帖良藥。

参考文献

- 山口伊久子、尾崎健児、山口創（2019）。少年院における感情統制力向上へのマインドフルネスの活用。載於一般社団法日本健康心理学会主編，日本健康心理学会第32回記念大会プログラム発表論文集（頁80）。日本：一般社団法日本健康心理学会。
- 方臆涵（2015）。以正念為基礎之認知團體對國小高年級學童外向性行為問題之影響效果研究。國立臺中教育大學教師專業碩士學位學程碩士論文，臺中市。
- 王姍方（2020）。臺灣中小學教師心理資本與幸福感關係之後設分析。國立政治大學學校行政碩士在職專班碩士論文，臺北市。
- 石世明（2016）。抗癌自癒力：正念減壓8堂課。天下生活。
- 何曉嵐（2011）。負向自我思考習慣、心智專注覺察、自我監控覺察與憂鬱的關係及內觀認知治療效果之研究。輔仁大學心理學系碩士論文，新北市。
- 余德慧（2010）。宗教療癒與身體人文空間。心靈工坊。
- 吳純儀、顏正芳、余麗樺（2007）。青少年自殺危險因子之後設分析。臺灣精神醫學，21(4)，271-281。
- 洪敬倫（2018）。憂鬱症的正念認知治療：背景，實務與師資培訓。中華團體心理治療，24(2)，31-43。
- 范琬君（2012）。內觀認知治療團體於憂鬱症緩解患者之療效研究。國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系碩士論文，台北市。
- 胡慧芳（2018）。正念認知療法在癌症患者的應用。中華團體心理治療，24(2)，45-50。
- *姜永志、白曉麗、七十三（2020）。正念認知訓練對大學生問題性移動社交網絡使用的干預及效果。中國衛生事業管理，37(3)，219-226。
- 高凱（2015）。文獻計量分析軟件 VOSviewer 的應用研究。科技情報開發與經濟，25(12)，95-98。

張仁和、林以正、黃金蘭（2011）。中文版「止觀覺察注意量表」之信效度分析。測驗學刊，58S，235-260。

張仁和、黃金蘭、林以正（2016）。正念傾向對因應與情緒調節彈性之影響。中華心理衛生學刊，29(4)，391-411。

*張怡雯（2019）。正念認知療法對抑鬱傾向高校畢業生睡眠質量干預效果。中國學校衛生，40(9)，1345-1352。

張琳（2019）。正念在治療憂鬱症失樂症狀所扮演的角色：心理機制的探討。國立臺灣大學心理學研究所碩士論文，台北市。

張嘉彬（2016）。從研究方法角度探討研究前沿。大學圖書館，20(1)，88-112。

張營、劉太芳、高嵐、張愛華（2018）。基於 Web of Science 數據庫正念療法的文獻計量學分析。護理研究，32(6)，882-887。

許展溢（2020年11月09日）。台大女學生墜樓搶救不治校方聲明將「再次檢討相關網絡」。ETtoday 新聞雲。線上檢索日期：2020年12月5日。取自：

<https://www.ettoday.net/news/20201109/1850701.htm>

許展溢（2020年11月17日）。海洋科大情侶燒炭雙亡校長心痛：將對系上學生進行創傷輔導。ETtoday 新聞雲。線上檢索日期：2020年12月5日。取自：

<https://www.ettoday.net/news/20201117/1855859.htm>

郭侃、馬麗萍（2018）。基於文獻計量的正念療法研究現狀與熱點分析。校園心理，16(6)，419-422。

陳心瑜、吳仁捷（2020年11月14日）。淡江大學傳學生墜樓 大四生手腳骨折送醫。自由時報電子報。線上檢索日期：2020年12月5日。取自：

<https://news.ltn.com.tw/news/society/breakingnews/3351914>

陳秀蓉、許正典、張育彰、陳昱潔（2012）。內觀為本的認知治療團體對身心症與緩解期憂鬱個案的療效比較。臨床心理學刊，6(1)，96。

陳秀蓉、彭大維、吳仔玄（2019）。回顧台灣正念效果研究與臨床應用：實證與實務的反思。應用心理研究，70，77-121。

陳秀蓉、黃惠萱、林怡君、范琬君（2012）。內觀為本的認知治療團體對緩解期之重鬱

疾患的質性療效因子初探。臨床心理學刊，6(1)，94。

陳悅、陳超美、劉則淵、胡志剛、王賢文（2015）。CiteSpace 知識圖譜的方法論功

能。科學學研究，33(2)，243-253。

陳景花（2018）。正向心理學介入對幸福與憂鬱效果之視覺化文獻回顧與後設分析。國

立政治大學教育學系博士班博士論文，臺北市。

陳碧珠（2020 年 12 月 12 日）。防青少年憾事衛福部明年獨設社區心衛中心目標 100

所。聯合新聞網。線上檢索日期：2020 年 12 月 13 日。取自：

<https://udn.com/news/story/6885/5086774>

黃宣翰（2020 年 11 月 17 日）。見房客租屋處未關水龍頭房東開門驚見成大大四生輕

生。聯合新聞網。線上檢索日期：2020 年 12 月 5 日。取自：

<https://udn.com/news/story/7320/5020930>

黃鳳英（2019）。從正念療癒機制論述臺灣正念教育發展。應用心理研究，70，41-

76。

廖鏡棉（2019）。正念團體介入對高風險家庭青少年正念、情緒智能及焦慮之影響研

究。高雄醫學大學心理學系碩士班碩士論文，高雄市。

趙宥寧（2020 年 11 月 11 日）。台大男陸生宿舍上吊身亡教育部證實。聯合新聞網。

線上檢索日期：2020 年 12 月 5 日。取自：<https://udn.com/news/story/7320/5008203>

衛生福利部統計處（2019）。108 年死因統計年齡別。臺北：衛生福利部。線上檢索日

期：2020 年 12 月 5 日。取自：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3541-113.html>

衛生福利部統計處（2019）。抗憂鬱藥物使用人數。臺北：衛生福利部。線上檢索日

期：2020 年 12 月 5 日。取自：<https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-1720-9734-113.html>

鄧瑞瑋（2014）。兒童正念教育課程之成效研究--以臺北市某國小中年級學童為例。國

立臺北教育大學生命教育碩士學位班碩士論文，臺北市。

*團輔式八週正念練習矯治項目課題組（2020）。團輔式八週正念練習對自殺危險罪犯

心理健康水平的影響。中國監獄學刊，2020(1)，107-113。

鄭朮均（2012）。內觀認知治療團體對憂鬱症病人的症狀療效——一年追蹤研究。臨床心理學刊，6(1)，80。

鄭瑋婷（2020）。教師賦權增能知識基礎與熱點前沿之可視化分析。國立政治大學學校行政碩士在職專班碩士論文，臺北市。

劉建邦（2020年11月13日）。台大校園再傳墜樓案男學生傷重送醫。中央通訊社。

線上檢索日期：2020年12月15日。取自：

<https://www.cna.com.tw/news/firstnews/202011130193.aspx>

劉焜輝（1993）。「內觀療法」的理論架構及其在臨床上的應用。輔導與諮商學報，1，1-17。

盧映仔（2013）。以正念為基礎的認知治療團體對大學生焦慮情緒之諮商效果研究。國立臺中教育大學諮詢與應用心理學系碩士班碩士論文，臺中市。

謝宜華（2016）。正念教育課程對於國小高年級學童情緒調適能力影響之探究。國立臺北教育大學教育學系生命教育碩士班碩士論文，臺北市。

謝進昌、陳敏瑜（2011）國內教育、心理後設分析研究出版偏誤檢定之實徵分析。測驗學刊，58(2)，391-422。

Abbott, R. A., Whear, R., Rodgers, L. R., Bethel, A., Thompson Coon, J., Kuyken, W., Stein, K., & Dickens, C. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, 76(5), 341–351. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.02.012>

Abedini, S., Habibi, M., Abedini, N., Achenbach, T.M., & Semple, R. J. (2020). A Randomized Clinical Trial of a Modified Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children Hospitalized with Cancer. *Mindfulness*.

*Alampay, L. P., Tan, L. J. T. G., Tuliao, A. P., Baranek, P., Ofreneo, M. A., Lopez, G. D., Fernandez, K. G., Rockman, P., Villasanta, A., Angangco, T., Freedman, M. L., Cerswell,

L., & Guintu, V. (2020). A pilot randomized controlled trial of a mindfulness program for Filipino children. *Mindfulness*, 11(2), 303-316.

*Alsubaie, M., Dickens, C., Dunn, B. D., Gibson, A., Ukoumunne, O. C., Evans, A., Vicary, R., Gandhi, M., & Kuyken, W. (2020). Feasibility and acceptability of mindfulness-based cognitive therapy compared with mindfulness-based stress reduction and treatment as usual in people with depression and cardiovascular disorders: a three-arm randomised controlled trial. *Mindfulness*, 11(1), 30-50.

Ames, C. S., Richardson, J., Payne, S., Smith, P., & Leigh, E. (2014). Innovations in Practice: Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 74–78. <https://doi.org/10.1111/camh.12034>

Andreotti, E., Antoine, P., Hanafi, M., Michaud, L., & Gottrand, F. (2017). Pilot Mindfulness Intervention for Children Born with Esophageal Atresia and Their Parents. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 1432-1444. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0657-0>.

*Armstrong, L., & Rimes, K. A. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behavior therapy*, 47(3), 287-298.

*Asl, N. H., & Barahmand, U. (2014). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for co-morbid depression in drug-dependent males. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(5), 314-318.

*Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., Radford, S., Silverton, S., Fennell, M. J. V., & Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(6), 1013.

*Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A

preliminary study. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 366-373.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.019>

*Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., & Wichers, M. (2013). How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLoS One*, 8(8), e72778.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

*Bédard, M., Felteau, M., Marshall, S., Cullen, N., Gibbons, C., Dubois, S., Maxwell, H., Mazmanian, D., Weaver, B., Rees, L., Gainer, R., Klein, R., & Moustgaard, A. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy reduces symptoms of depression in people with a traumatic brain injury: results from a randomized controlled trial. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 29(4), E13-E22.

Bockting, C. L., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W., & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical psychology review*, 41, 16–26.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.003>

Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 193–209. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004190>

Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, M. V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., Myers-Arrazola, L., Gonzalez, C., Segal, Z., Aubry, J. M., & Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of affective disorders*, 122(3), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.07.007>

*Britton, W. B., Haynes, P. L., Fridel, K. W., & Bootzin, R. R. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves polysomnographic and subjective sleep profiles in

- antidepressant users with sleep complaints. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(5), 296-304.
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(2), 365-380.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.006>
- Buckman, J., Underwood, A., Clarke, K., Saunders, R., Hollon, S. D., Fearon, P., & Pilling, S. (2018). Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical psychology review*, 64, 13–38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.005>
- Burke, C. A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9282-x>
- Cao, H., Hripcak, G., & Markatou, M. (2007). A statistical methodology for analyzing co-occurrence data from a large sample. *Journal of biomedical informatics*, 40(3), 343-352.
- Chambers, S. K., Occhipinti, S., Foley, E., Clutton, S., Legg, M., Berry, M., Stockler, M. R., Frydenberg, M., Gardiner, R. A., Lepore, S. J., Davis, I. D., & Smith, D. P. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Advanced Prostate Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(3), 291–297. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.68.8788>
- *Chan, S. H., Yu, C. K. C., & Li, A. W. (2021). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 360-368.
- Chen, C. (2006). CiteSpace II: Detecting and visualizing emerging trends and transient patterns in scientific literature. *Journal of the American Society for information Science and Technology*, 57(3), 359-377.

- *Cheung, D. S. K., Kor, P. P. K., Jones, C., Davies, N., Moyle, W., Chien, W. T., ... & Lai, C. K. (2020). The use of modified mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy program for family caregivers of people living with dementia: A feasibility study. *Asian Nursing Research*, 14(4), 221-230.
- *Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli, S., & Giommi, F. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry research*, 226(2-3), 474-483.
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: are they all the same?. *Journal of clinical psychology*, 67(4), 404–424. <https://doi.org/10.1002/jclp.20776>
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine*, 40(8), 1239–1252. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991747>
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3), 441–453. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.011>
- *Cladder-Micus, M. B., Becker, E. S., Spijker, J., Speckens, A. E., & Vrijen, J. N. (2019). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. *Cognitive Therapy and Research*, 43(4), 666-678.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costello, E., & Lawler, M. (2014). An exploratory study of the effects of mindfulness on perceived levels of stress among school-children from lower socioeconomic backgrounds. *The International Journal of Emotional Education*, 6(2), 21–39.

- Cotton, S., Luberto, C. M., Sears, R. W., Strawn, J. R., Stahl, L., Wasson, R. S., Blom, T. J., & Delbello, M. P. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(5), 426–434. <https://doi.org/10.1111/eip.12216>
- Craigie, M., Rees, C., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 553-568. doi:10.1017/S135246580800458X
- *Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D., Hepburn, S.R., Fennell, M.J., & Williams, J. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Discrepancy in Recovered Depressed Patients with a History of Depression and Suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 775-787.
- *Crane, C., Winder, R., Hargus, E., Amarasinghe, M., & Barnhofer, T. (2012). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on specificity of life goals. *Cognitive therapy and research*, 36(3), 182-189.
- *Dalili, Z., & Bayazi, M. H. (2019). The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the illness perception and Psychological Symptoms in patients with Rheumatoid Arthritis. *Complementary therapies in clinical practice*, 34, 139-144.
- *De Jong, M., Peeters, F., Gard, T., Ashih, H., Doorley, J., Walker, R., Rhoades, L., Kulich, R. J., Kueppenbender, K. D., Alpert, J. E., Hoge, E. A., Britton W. B., Lazar, S. W., Fava, M., & Mischoulon, D. (2017). A randomized controlled pilot study on mindfulness-based cognitive therapy for unipolar depression in patients with chronic pain. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(1), 15m10160. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10160>
- de Zwart, P. L., Jeronimus, B. F., & de Jonge, P. (2019). Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(5), 544–562.
<https://doi.org/10.1017/S2045796018000227>

- Dikaios, E., Escobar, S., Nassim, M., Su, C. L., Torres-Platas, S. G., & Rej, S. (2020). Continuation Sessions of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT-C) vs. Treatment as Usual in Late-Life Depression and Anxiety: An Open-Label Extension Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020(35), 1228-1232.
<https://doi.org/10.1002/gps.5360>
- *Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: a pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(2), 134.
- Ebrahiminejad, S., Poursharifi, H., Bakhshiour Roodsari, A., Zeinodini, Z., & Noorbakhsh, S. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Iranian Female Adolescents Suffering From Social Anxiety. *Iranian Red Crescent medical journal*, 18(11), e25116. <https://doi.org/10.5812/ircmj.25116>
- *Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K., Mathalon, D. H., Yang, T. T., Satre, D. D., Rosser, R., Sipe, W. E. B., Wolkowitz, O. M., & Wolkowitz, O. M. (2015). A preliminary study: efficacy of mindfulness-based cognitive therapy versus sertraline as first-line treatments for major depressive disorder. *Mindfulness*, 6(3), 475-482.
- *Esmaeilian, N., Dehghani, M., Dehghani, Z., & Lee, J. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Enhances Emotional Resiliency in Children with Divorced Parents. *Mindfulness*, 9, 1052-1062. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0840-9>
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22(4), 716–721. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005>
- *Faramarzi, M., Yazdani, S., & Barat, S. (2015). A RCT of psychotherapy in women with nausea and vomiting of pregnancy. *Human Reproduction*, 30(12), 2764-2773.

- *Farver-Vestergaard, I., O'Toole, M. S., O'Connor, M., Løkke, A., Bendstrup, E., Basdeo, S. A., Cox, D. J., Dunne, P. J., Ruggeri, K., Early, F., & Zachariae, R. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy in COPD: a cluster randomised controlled trial. *The European respiratory journal*, 51(2), 1702082. <https://doi.org/10.1183/13993003.02082-2017>
- Fernández-Blázquez, M. A., Ávila-Villanueva, M., López-Pina, J. A., Zea-Sevilla, M. A., & Frades-Payo, B. (2015). Psychometric properties of a new short version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAII) for the assessment of anxiety in the elderly. *Neurología*, 30(6), 352-358. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2015.05.002>
- *Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 72-79.
- *Forkmann, T., Brakemeier, E. L., Teismann, T., Schramm, E., & Michalak, J. (2016). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *Journal of affective disorders*, 200, 51-57.
- *Forkmann, T., Wichers, M., Geschwind, N., Peeters, F., van Os, J., Mainz, V., & Collip, D. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1883-1890.
- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Padilla, A. (2018). A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychology and psychotherapy*, 91(1), 42–62. <https://doi.org/10.1111/papt.12143>

*Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in psychology*, 10, 1099.

Galante, J., Iribarren, S. J., & Pearce, P. F. (2013). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Research in Nursing*, 18(2), 133-155.
<https://doi.org/10.1177/1744987112466087>

Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J. & Wichers, M. (2011). Mindfulness Training Increases Momentary Positive Emotions and Reward Experience in Adults Vulnerable to Depression: A Randomized Controlled Trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 618-28. 10.1037/a0024595.

*Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J., & Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(4), 320-325.

Geurts, D., Compen, F. R., Van Beek, M., & Speckens, A. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for major depressive disorder: evidence from routine outcome monitoring data. *BJP Psych open*, 6(6), e144.

<https://doi.org/10.1192/bjo.2020.118>

Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti, S. K., & Roshanpajouh, M. (2020). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *East Asian archives of psychiatry*, 30(2), 52-56.
<https://doi.org/10.12809/eaap1885>

Gilpin, R. (2008). The Use of Theravada Buddhist Practices and Perspectives in Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Contemporary Buddhism*, 9, 227-251.
10.1080/14639940802556560.

*Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour research and therapy*, 48(8), 738-746.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.04.006>

Goldstein, J., & Kornfield, J. (1987). *Seeking the Heart of Wisdom: the Path of Insight Meditation*. Boston: Shambhala.

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 48(6), 445-462.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>

*Gonzalez-Garcia, M., Ferrer, M. J., Borras, X., Muñoz-Moreno, J. A., Miranda, C., Puig, J., Perez-Alvarez, N., Soler, J., Feliu-Soler, A., Clotet, B., & Fumaz, C. R. (2014). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life, emotional status, and CD4 cell count of patients aging with HIV infection. *AIDS and Behavior*, 18(4), 676-685.

Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A., & Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health*, 17(5), 373–387.

*Greenberg, J., Shapero, B. G., Misichoulon, D., & Lazar, S. W. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for depressed individuals improves suppression of irrelevant mental-sets. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(3), 277-282.

*Gu, S., Li, Y., Liang, F., Feng, R., Zeng, Z., & Wang, F. (2020). The mediating effects of coping style on the effects of breath count mindfulness training on depressive symptoms among international students in China. *Neural Plasticity*, 2020.

*Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2018). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for college students with ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(4), 388-399.

Gunaratana, B. H. (2012)。平靜的第一堂課：觀呼吸（賴隆彥譯）。橡樹林。（原著出版於 1993 年）

Habib, R., & Afzal, M. T. (2019). Sections-based bibliographic coupling for research paper recommendation. *Scientometrics*, 119(2), 643-656.

Halladay, J. E., Dawdy, J. L., McNamara, I. F., Chen, A. J., Vitoroulis, I., McInnes, N., & Munn, C. (2019). Mindfulness for the mental health and well-being of post-secondary students: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(3), 397–414.
<https://doi.org/10.1007/s12671-018-0979-z>

Haller, H., Winkler, M. M., Klose, P., Dobos, G., Kümmel, S., & Cramer, H. (2017). Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 56(12), 1665–1676.
<https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1342862>

*Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. M. G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion*, 10(1), 34.

*Hauge, C. R., Rasmussen, A., Piet, J., Bonde, J. P., Jensen, C., Sumbundu, A., & Skovbjerg, S. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for multiple chemical sensitivity (MCS): Results from a randomized controlled trial with 1 year follow-up. *Journal of psychosomatic research*, 79(6), 628-634.

Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J. M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 76–94. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9815-1>

Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 403–409. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.017>

*Helmes, E., & Ward, B. G. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging & mental health*, 21(3), 272-278. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1111862>

*Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P. L., Donders, R., Kan, C. C., & Speckens, A. E. (2019). The efficacy of adapted MBCT on core symptoms and executive functioning in adults with ADHD: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 351-362.

Higgins, E. T. (1989). Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer? *Advances in experimental social psychology*, 22, 93–136. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60306-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60306-8)

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>

*Holas, P., Krejtz, I., Wisiecka, K., Rusanowska, M., & Nezlek, J. B. (2020). Modification of attentional bias to emotional faces following mindfulness-based cognitive therapy in people with a current depression. *Mindfulness*, 11(6), 1413–1423.

Idusohan-Moizer, H., Sawicka, A., Dendle, J., & Albany, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 93–104. <https://doi.org/10.1111/jir.12082>

*James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness*, 9(3), 801-814.

- *Jasbi, M., Sadeghi Bahmani, D., Karami, G., Omidbeygi, M., Peyravi, M., Panahi, A., Mirzaee, J., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2018). Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans—results from a randomized control study. *Cognitive behaviour therapy*, 47(5), 431-446.
- Johannsen, M., O'Connor, M., O'Toole, M. S., Jensen, A. B., Højris, I., & Zachariae, R. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Late Post-Treatment Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(28), 3390–3399.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kapleau, P. (1965). *The three pillars of Zen: Teaching, practice and enlightenment*. Boston: Bacon Press.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041–1056.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 617–625. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.008>
- Keshi, A. K., & Masoumeh, A. M. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety and Aggression of the Female Students. *I-Manager's*

Journal on Educational Psychology, 12(4), 17-25.

<http://dx.doi.org/10.26634/jpsy.12.4.15486>

*Keune, P. M., Bostanov, V., Hautzinger, M., & Kotchoubey, B. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. *Biological Psychology*, 88(2-3), 243-252.

*Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1109-1120.

Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., Cho, S. J., Kim, M. J., Yook, K., Ryu, M., Song, S. K., & Yook, K. H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 26(7), 601–606.

Kim, B., Lee, S. H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., Cho, S. J., & Yook, K. H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of anxiety disorders*, 24(6), 590–595. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.019>

King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A., Robinson, E., Kulkarni, M., & Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and anxiety*, 30(7), 638–645. doi:

Kishita, N., Takei, Y., & Stewart, I. (2017). A meta-analysis of third wave mindfulness-based cognitive behavioral therapies for older people. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(12), 1352–1361.

Koh, J. B. K., Chang, W. C., Fung, D. S. S., & Kee, C. H. Y. (2007). Conceptualization and manifestation of depression in an Asian context: Formal construction and validation of a

children's depression scale in Singapore. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 31(2), 225–249.

<https://doi.org/10.1007/s11013-007-9048-0>

*Kor, P. P. K., Liu, J. Y. W., & Chien, W. T. (2019). Effects of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of people with dementia: A pilot randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 98, 107-117.

*Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., Alsleben, H., Wahl, K., Philipsen, A., Voderholzer, U., Maier, J. G., & Moritz, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(2), 223-233.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 966–978. <https://doi.org/10.1037/a0013786>

Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., Lewis, G., Watkins, E., Brejcha, C., Cardy, J., Causley, A., Cowderoy, S., Evans, A., Gradinger, F., Kaur, S., Lanham, P., Morant, N., Richards, J., Shah, P., Sutton, H., ... Byford, S. (2015).

Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 386(9988), 63–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of

Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-Analysis From Randomized Trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565–574.

*Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1105-1112.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>

LaGue, A., Eakin, G., & Dykeman, C. (2019). The impact of mindfulness-based cognitive therapy on math anxiety in adolescents. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 63, 1-7.
<http://dx.doi.org/10.1080/1045988X.2018.1528966>.

Lee, J., Semple, R. J., Rosa, D., & Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 15–28.
<https://doi.org/10.1891/0889.8391.22.1.15>

*Lo, H. H., Ng, S. M., & Chan, C. L. (2015). Evaluating compassion-mindfulness therapy for recurrent anxiety and depression: A randomized control trial. *Research on Social Work Practice*, 25(6), 715-725.

Lovas, D. A., & Barsky, A. J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. *Journal of anxiety disorders*, 24(8), 931–935.

Luberto, C. M., Magidson, J. F., & Blashill, A. J. (2017). A case study of individually delivered mindfulness-based cognitive behavioral therapy for severe health anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 484–495.

Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of*

consulting and clinical psychology, 72(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>

*Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., & Kirby, B. (2019). A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Psoriasis Patients. *Mindfulness*, 10(12), 2606-2619.

*Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., & Kirby, B. (2019). Testing a moderated mediation model of MBCT's effects for psoriasis patients. *Mindfulness*, 10(12), 2673-2681.

*Manicavasagar, V., Perich, T., & Parker, G. (2012). Cognitive predictors of change in cognitive behaviour therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 40(2), 227-232.

Mason, O., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *The British journal of medical psychology*. 74. 197-212.

*Mathur, S., Sharma, M. P., Balachander, S., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2021). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy vs stress management training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 282, 58-68.

*McKenna, L., Marks, E. M., Hallsworth, C. A., & Schaette, R. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic tinnitus: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(6), 351-361.

McManus, F., Muse, K., Surawy, C., Hackmann, A., & Williams, J. M. G. (2015). Relating differently to intrusive images: The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on intrusive images in patients with severe health anxiety (hypochondriasis). *Mindfulness*, 6(4), 788-796.

*McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M., & Williams, J. M. G. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted

services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 817-828.

*Mehdi, Z., & Fazeli, N. Z. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 23(2), 207-214.

*Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T., & Schramm, E. (2015). A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(5), 951.

Milani, A., Nikmanesh, Z., & Farnam, A. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Reducing Aggression of Individuals at the Juvenile Correction and Rehabilitation Center. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 2(3), 126-131. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.14818>

*Monnart, A., Vanderhasselt, M. A., Schroder, E., Campanella, S., Fontaine, P., & Kornreich, C. (2019). Treatment of resistant depression: a pilot study assessing the efficacy of a tDCS-mindfulness program compared with a tDCS-relaxation program. *Frontiers in psychiatry*, 10, 730.

*Musa, Z. A., Soh, K. L., Mukhtar, F., Soh, K. Y., Oladele, T. O., & Soh, K. G. (2020). Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms Reduction among Depressed Patients in Nigeria: A Randomized Controlled Trial. *Issues in mental health nursing*, 42(7), 667-675.

*Ninomiya, A., Sado, M., Park, S., Fujisawa, D., Kosugi, T., Nakagawa, A., Shirahase, J., & Mimura, M. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary-care settings: A randomized controlled trial. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(2), 132-139. <https://doi.org/10.1111/pcn.12960>

- *Nissen, E. R., O'Connor, M., Kaldo, V., Højris, I., Borre, M., Zachariae, R., & Mehlsen, M. (2020). Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 29(1), 68–75. <https://doi.org/10.1002/pon.5237>
- *O'Doherty, V., Carr, A., McGrann, A., O'Neill, J. O., Dinan, S., Graham, I., & Maher, V. (2015). A controlled evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for patients with coronary heart disease and depression. *Mindfulness*, 6(3), 405-416.
- *Oken, B. S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J. B., Zajdel, D., & Amen, A. (2010). Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(10), 1031-1038.
- Park, S., Sado, M., Fujisawa, D., Sato, Y., Takeuchi, M., Ninomiya, A., Takahashi, M., Yoshimura, K., Jinno, H., & Takeda, Y. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for Japanese breast cancer patients—a feasibility study. *Japanese journal of clinical oncology*, 48(1), 68–74. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyx156>
- *Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., Kosugi, T., Sado, M., Nakagawa, A., Takahashi, M., Hayashida, T., & Fujisawa, D. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Distress, Fear of Cancer Recurrence, Fatigue, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Patients With Breast Cancer—A Randomized Controlled Trial. *Journal of pain and symptom management*, 60(2), 381-389.
- *Parra-Delgado, M., & Latorre-Postigo, J. M. (2013). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial. *Cognitive therapy and research*, 37(5), 1015-1026.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice

and its association with outcomes. *Behaviour research and therapy*, 95, 29-41.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>

Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017).

Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, 17(3), 282–295. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>

*Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(5), 333-343.

Pierce, C. A. (2008). Software Review: Borenstein, M., Hedges, LV, Higgins, JPT, & Rothstein, HR (2006). Comprehensive Meta-Analysis (Version 2.2. 027)[Computer software]. Englewood, NJ: Biostat. *Organizational Research Methods*, 11(1), 188-191.

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1032-1040.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>

*Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian journal of psychology*, 51(5), 403-410.

*Pots, W. T., Meulenbeek, P. A., Veehof, M. M., Klungers, J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: a randomized controlled trial. *PloS one*, 9(10), e109789.

Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological

- Health and Well-Being in Nonclinical Samples: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394-411.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18(1), 51-60.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(80\)90069-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90069-8)
- *Raes, F., Griffith, J. W., Van der Gucht, K., & Williams, J. M. G. (2014). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5(5), 477-486.
<https://doi.org/10.1007/s12671-013-0202-1>
- Rapgay, L., & Bystriský, A. (2009). Classical mindfulness: An introduction to its theory and practice for clinical application. *Annals of the New York Academy of Science*, 1172, 148-162. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04405.x>
- *Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for people with chronic fatigue syndrome still experiencing excessive fatigue after cognitive behaviour therapy: a pilot randomized study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(2), 107-117.
- Roberts, R. E., Rhoades, H. M., & Vernon, S. W. (1990). Using the CES-D scale to screen for depression and anxiety: effects of language and ethnic status. *Psychiatry research*, 31(1), 69-83. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(90\)90110-q](https://doi.org/10.1016/0165-1781(90)90110-q)
- *Rodgers, S. H., Schütze, R., Gasson, N., Anderson, R. A., Kane, R. T., Starkstein, S., Morgan-Lowes, K., & Egan, S. J. (2019). Modified mindfulness-based cognitive therapy for depressive symptoms in Parkinson's disease: a pilot trial. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(4), 446-461.
- Rosenthal, R. (1979). The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*, 86, 638-641.
- Sachse, S., Keville, S., & Feigenbaum, J. (2011). A feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Psychology &*

Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 84(2), 184-200.

<https://doi.org/10.1348/147608310X516387>

*Schoultz, M., Atherton, I., & Watson, A. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease patients: findings from an exploratory pilot randomised controlled trial. *Trials*, 16(1), 1-13.

*Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Keers, J. C., Links, T. P., Sanderman, R., & Fleer, J. (2015). Individual mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes: A pilot randomized controlled trial. *Mindfulness*, 6(1), 99-110.

*Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Snippe, E., & Fleer, J. (2016). Group and individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) are both effective: A pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. *Mindfulness*, 7(6), 1339-1346.

Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., Bloch, R., & Levitan, R. D. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of general psychiatry*, 67(12), 1256–1264.

*Segal, Z. V., Dimidjian, S., Beck, A., Boggs, J. M., Vanderkruik, R., Metcalf, C. A., Gallop, R., Felder, J. N., & Levy, J. (2020). Outcomes of online mindfulness-based cognitive therapy for patients with residual depressive symptoms: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 77(6), 563-573.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J., & Gemar, M. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy - CLIN PSYCHOL PSYCHOTHER*, 9, 131-138. 10.1002/cpp.320.

- Segal, Z. V., & Walsh, K. M. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms and relapse prophylaxis. *Current opinion in psychiatry*, 29(1), 7–12. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000216>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2015)。找回內心的寧靜：憂鬱症的正念認知療法（第二版）（石世明譯）。心靈工坊。（原著出版於 2013 年）
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218–229. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y>
- Semple, R. J., Reid, E. F. G., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379–392.
- *Shahar, B., Britton, W. B., Sbarra, D. A., Figueiredo, A. J., & Bootzin, R. R. (2010). Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 402-418.
- *Shallcross, A. J., Gross, J. J., Visvanathan, P. D., Kumar, N., Palfrey, A., Ford, B. Q., Dimidjian, S., Shirk, S., Holm-Denoma, J., Goode, K. M., Cox, E., Chaplin, W., & Mauss, I. B. (2015). Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 964.
- *Shallcross, A. J., Willroth, E. C., Fisher, A., Dimidjian, S., Gross, J. J., Visvanathan, P. D., & Mauss, I. B. (2018). Relapse/recurrence prevention in major depressive disorder: 26-

- month follow-up of mindfulness-based cognitive therapy versus an active control. *Behavior therapy*, 49(5), 836-849.
- *Shapero, B. G., Greenberg, J., Mischoulon, D., Pedrelli, P., Meade, K., & Lazar, S. W. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy improves cognitive functioning and flexibility among individuals with elevated depressive symptoms. *Mindfulness*, 9(5), 1457-1469.
- *Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., Sadowski, I., & Misri, S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 235, 61-67.
- *Skovbjerg, S., Hauge, C. R., Rasmussen, A., Winkel, P., & Elberling, J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy to treat multiple chemical sensitivities: A randomized pilot trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(3), 233-238.
- *Snippe, E., Schroevens, M. J., Tovote, K. A., Sanderman, R., Emmelkamp, P. M., & Fleer, J. (2015). Patients' outcome expectations matter in psychological interventions for patients with diabetes and comorbid depressive symptoms. *Cognitive therapy and research*, 39(3), 307-317.
- *Snippe, E., Schroevens, M. J., Tovote, K. A., Sanderman, R., Emmelkamp, P. M., & Fleer, J. (2019). Explaining variability in therapist adherence and patient depressive symptom improvement: The role of therapist interpersonal skills and patient engagement. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(1), 84-93.
- *Snippe, E., Viechtbauer, W., Geschwind, N., Klippel, A., de Jonge, P., & Wichers, M. (2017). The impact of treatments for depression on the dynamic network structure of mental states: Two randomized controlled trials. *Scientific Reports*, 7(1), 1-10.
- Strawn, J. R., Cotton, S., Luberto, C. M., Patino, L. R., Stahl, L. A., Weber, W. A., Eliassen, J. C., Sears, R., & DelBello, M. P. (2016). Neural Function Before and After Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Anxious Adolescents at Risk for Developing Bipolar

Disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(4), 372–379.

<https://doi.org/10.1089/cap.2015.0054>

Strege, M. V., Swain, D., Bochicchio, L., Valdespino, A., & Richey, J. A. (2018). A Pilot Study of the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Positive Affect and Social Anxiety Symptoms. *Frontiers in psychology*, 9, 866.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00866>

*Surawy, C., Roberts, J., & Silver, A. (2005). The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: a series of exploratory studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(1), 103-109.

*Syeda, M. M., & Andrews, J. J. (2021). Mindfulness-based Cognitive Therapy as a Targeted Group Intervention: Examining Children's Changes in Anxiety Symptoms and Mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 30(4), 1002-1015.

*Taylor, B. L., Strauss, C., Cavanagh, K., & Jones, F. (2014). The effectiveness of self-help mindfulness-based cognitive therapy in a student sample: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 63-69.

Teasdale J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour research and therapy*, 37 Suppl 1, S53–S77.

[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00050-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00050-9)

Teasdale, J.D. (1999b). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clin. Psychol. Psychother*, 6, 146-155. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E)

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615–623.

<https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.4.615>

Thimm, J. C. & Johnsen, T. J. (2020). Time trends in the effects of mindfulness-based cognitive therapy for depression: A meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61, 582– 591.

*Thompson, N. J., Walker, E. R., Obolensky, N., Winning, A., Barmon, C., DiIorio, C., & Compton, M. T. (2010). Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project UPLIFT. *Epilepsy & Behavior*, 19(3), 247-254.

*Tovote, K. A., Fleer, J., Snippe, E., Peeters, A. C., Emmelkamp, P. M., Sanderman, R., Links, T. P., & Schroevens, M. J. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 37(9), 2427-2434.
Trujillo, C. M., & Long, T. M. (2018). Document co-citation analysis to enhance transdisciplinary research. *Science advances*, 4(1), e1701130.

*van Aalderen, J. R., Donders, A. R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(5), 989-1001.

<https://doi.org/10.1017/S0033291711002054>
van de Weijer-Bergsma, E., Formsmma, A. R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal of child and family studies*, 21(5), 775-787.

van der Lee, M. L., & Garssen, B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-oncology*, 21(3), 264-272.

van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *Journal of child and family studies*, 21(1), 139-147.

van Eck, N. J., & Waltman, L. (2010). Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*, 84(2), 523-538.

Van Eck, N.J., & Waltman, L. (2014). CitNetExplorer: A new software tool for analyzing and visualizing citation networks. *Journal of Informetrics*, 8(4), 802-823.

*Van Ravesteijn, H., Lucassen, P., Bor, H., Van Weel, C., & Speckens, A. (2013).

Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(5), 299-310.

*van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., & Pouwer, F. (2014).

Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 77(1), 81-84. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.013>

*van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, P. F., Toorians, A. W., & Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA(1c) in outpatients with diabetes (DiaMind): a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 36(4), 823-830. <https://doi.org/10.2337/dc12-1477>

*Van Vugt, M. K., Hitchcock, P., Shahar, B., & Britton, W. (2012). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on affective memory recall dynamics in depression: a mechanistic model of rumination. *Frontiers in human neuroscience*, 6, 257.

Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*, 45(1), 5-31.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>

Veysi, N., Rostami, M., Zangooei, Z., & Khaksar-Beldachi, M. (2015). Maladaptive Schemas and Affective Control in Students with Learning Disability: Benefits of Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(3), 77-83

- Viafora, D. P., Mathiesen, S. G., & Unsworth, S. J. (2015). Teaching mindfulness to middle school students and homeless youth in school classrooms. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1179-1191. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9926-3>
- Wang, X., Li, J., Wang, C., & Lv, J. (2020). The effects of mindfulness-based intervention on quality of life and poststroke depression in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage in China. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(5), 572-580.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of affective disorders*, 82(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.006>
- *Williams, J. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., Hepburn, S., & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1-3), 275-279.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022>
- Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Von Rohr, I. R., Shah, D., Crane, R. S., Eames, C., Jones, M., Radford, S., Silverton, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C. J., Russell, D., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 275-286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>
- Williams, M. J., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. M. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): an interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *The British journal of clinical psychology*, 50(4), 379-397.
- *Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 150-155.

Wong, S. Y., Yip, B. H., Mak, W. W., Mercer, S., Cheung, E. Y., Ling, C. Y., Lui, W. W., Tang, W. K., Lo, H. H., Wu, J. C., Lee, T. M., Gao, T., Griffiths, S. M., Chan, P. H., & Ma, H. S. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 209(1), 68–75.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.166124>

World Health Organization (2020, December 25). *Adolescent health* [Article]. Geneva: Retrieved December 26, 2020 from the World Wide Web: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

*Wright, K. M., Roberts, R., & Proeve, M. J. (2019). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) for Prevention of Internalizing Difficulties: a Small Randomized Controlled Trial with Australian Primary School Children. *Mindfulness*, 10(11), 2277-2293. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01193-9>

*Xu, X.-P., Zhu, X.-W., & Liu, Q.-Q. (2019). Can self-training in mindfulness-based cognitive therapy alleviate mild depression among Chinese adolescents? *Social Behavior and Personality: An international journal*, 47(4), 1-7.

Xuan, R., Li, X., Qiao, Y., Guo, Q., Liu, X., Deng, W., Hu, Q., Wang, K., & Zhang, L. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 290, 113116.

Zhang, M. F., Wen, Y. S., Liu, W. Y., Peng, L. F., Wu, X. D., & Liu, Q. W. (2015). Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients With Cancer: A Meta-analysis. *Medicine*, 94(45), e0897.
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000897>

Zhao, X. R., Chen, Z. F., Kang, C. Y., Liu, R. X., Bai, J. Y., Cao, Y. P., Cheng, Y. Q., Xu, X. F., & Zhang, Y. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy is associated with distinct resting-state neural patterns in patients with generalized anxiety disorder. *Asia-Pacific Journal of Clinical Psychology*, 20, 145-152.

- Pacific psychiatry: official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 11(4), e12368. <https://doi.org/10.1111/appy.12368>
- Zoogman, S., Goldberg, S.B., Hoyt, W.T. et al. (2015) Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6, 290–302.

