

# 中国心理健康教育自主知识体系建设的 基石、内核与目标\*

俞国良

(中国人民大学心理研究所, 北京 100872)

**摘要** 深化中国心理健康教育自主知识体系建设, 需围绕“整合、创新、赋能”三个关键词展开。其中, 整合是基石, 通过政策制度引领, 强化顶层设计, 打破教育、卫生、社会领域的知识壁垒, 推进心理健康知识与应用的整合与发展, 确保其覆盖全人群、全场景; 创新是内核, 基于文化自觉、主体性与原创性, 摆脱西方理论依赖, 聚焦理论与术语的生成逻辑, 从中国文化与实践提炼新理论、构建本土术语, 确保其反映中国文化基因与实践特征; 赋能是目标, 通过创新实证研究范式与构建知行合一的实践范式, 实现知识的落地与反哺, 确保其从理论走向实践、从实践反哺理论。可以说“整合、创新、赋能”, 实质上就是中国心理健康教育自主知识体系建设的深化过程。

**关键词** 心理健康, 心理健康教育, 知识体系, 中国特色。

**分类号** B849

2022年4月, 习近平总书记在中国人民大学考察时指出:“加快构建中国特色哲学社会科学, 归根结底是建构中国自主的知识体系。”2024年, 党的二十届三中全会在《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》中再次提出“构建中国哲学社会科学自主知识体系”。而心理健康教育, 尤指以促进个体和群体心理健康与心理发展为目标, 通过知识传播、能力培育和支持性服务等方式开展的综合性教育实践。它既包括学校教育体系中的学生心理健康教育, 也涵盖面向全体的心理健康促进与社会心理服务, 与社会服务、公共卫生等领域形成协同, 为提升国民心理素质和推动社会心理建设提供支撑(俞国良, 2024)。近年来, 伴随构建中国哲学社会科学自主知识体系的强劲东风, 心理健康教育自主知识体系(以下简称“知识体系”)建设从自发到自觉, 已取得阶段性成就。在政策层面, 从《健康中国行动(2019—2030年)》到《全面加强和改进新时代学生心理健康工作专项行动计划(2023—2025年)》等, 提供了明确的政策导向; 在理论层面, 一系列的本土研究以及对西方心理健康理论的本土化适配性探索, 积累了丰富的理论素材; 在实践层面, 初步形成了教育、卫生、社会多领域参

与的知识应用格局。

然而, 当前心理健康教育自主知识体系建设仍存在明显的“碎片化”短板(俞国良, 2025), 主要体现为实践领域内缺乏协同整合、理论与术语创新存在“依附性”困境、研究成果与实践应用存在“脱节性”问题。尽管目前学界关于自主知识体系建设尚未形成一个完全统一的框架体系, 但不同学科在价值取向和方法路径上已经呈现出若干具有共识性的要素(侯惠勤, 2025; 庞金友, 2025; 史秋衡, 黄洁琼, 2025; 赵祥辉, 吴英琪, 2025): 一是重视多学科、各领域的资源整合, 制度与人才队伍建设等方面的系统推进; 二是主张在“中国与西方”“本土与全球”的关系中, 坚持问题导向和主体性立场, 既批判性地吸收西方理论, 又创造性地转化本土经验; 三是强调以中国式现代化实践和人民需求为根基, 在科学世界观指导下, 实现理论与实践的双向建构。在此背景下, 深化知识体系建设已成为现阶段的必然要求。本文据此提出“整合-创新-赋能”的深化路径框架, 系统探讨深化知识体系建设的路径和策略。其中, “整合”作为基石, 旨在强化心理健康教育自主知识体系在教育、卫生、社会领域内的协同整合; “创新”作为内核, 强调推动基于中国

收稿日期: 2025-10-22

\* 基金项目: 教育部哲学社会科学重大专项(2025JZDZ022)。

通讯作者: 俞国良, E-mail: yugllxl@sina.com。

文化与实践的理论与术语创新；“赋能”作为目标，以期创新知识体系建设的实证研究与实践应用范式。

## 1 基石：强化心理健康教育自主知识体系在教育、卫生、社会领域内的协同整合

“整合”是知识体系建设的基石。当前教育、卫生、社会三大领域在心理健康知识与应用方面普遍存在内部体系分散、发展不均衡的问题；需要在政策制度的引领下，打破教育、卫生、社会领域固有的知识壁垒，开展本领域内部的知识体系整合与能力提升，以共同深化心理健康教育自主知识体系建设。需要说明的是，这里的“整合”主要指各领域内部的体系整合，而非展开讨论领域间的整合。原因在于：在领域内知识框架尚未夯实的情况下，直接强调跨领域协同容易停留在原则层面、难以形成可操作的路径。因此，本文先聚焦领域内部整合，为后续可能的跨领域协作奠定基础。

### 1.1 学校教育领域

心理健康教育自主知识体系与“五育并举、五育融合”的系统性融合，是打破传统心理健康教育“孤岛化”困境、实现“立德树人”根本任务的核心路径(俞国良, 靳娟娟, 2022)。其本质是将心理健康的重要理念(如自我认知、情绪调节、人际适应、心理韧性等)转化为“五育”实施的内在支撑，使心理健康教育不再是独立于学科教育的“附加课程”，而是贯穿德育、智育、体育、美育、劳育全过程的“隐性基因”，实现从“课程渗透”到“立德树人”的深层跨越。

从教育学与心理学交叉视角来看，知识体系与“五育”并非简单的补充关系，而是存在深度的内在耦合性，这种耦合性构成了系统性融入的理论基础。“五育并举”的核心目标是培养“全面发展的人”，而“全面发展”的首要前提是个体具备健康的心理健康状态。同时，心理健康知识的内化与心理健康素养的形成，无法通过单纯的理论讲授实现，而需依托具体的教育实践场景。“五育”恰好为心理健康教育提供了多元化的实践载体：德育活动(如志愿服务、道德辩论)可帮助学生在人际互动中提升共情能力与责任意识；智育过程(如问题解决、项目式学习)可引导学生在克服学习困难中培养心理韧性；体育训

练(如团队竞技、耐力运动)可让学生在规则遵守与胜负体验中学会情绪调节；美育活动(如艺术创作、经典赏析)可提供情感宣泄与自我表达的渠道，促进情绪健康；劳育实践(如校园劳动、社会实践)可通过劳动成果的获得增强自我效能感。这种“以育促心”的实践逻辑，使心理健康教育从抽象概念转化为可感知、可操作、可迁移的具体活动体验。此外，从国际教育发展脉络看，心理健康教育与全面教育的整合已成为全球教育改革的共识。联合国教科文组织(UNESCO)在《教育的未来》报告中明确提出，21世纪教育的核心目标是培养“具备终身学习能力、社会适应能力与心理健康素养的全人”，并强调心理健康教育需与学科教育、社会实践深度融合(UNESCO, 2021)。当然，这一融合过程需遵循教育规律与心理发展规律，构建“目标协同、内容互嵌、方法融合、评价一体”的整合体系，以实现学生心理健康素养与全面发展能力的同步提升。

尽管我国教育领域已意识到心理健康教育与“五育”融合的重要性，但在实践层面仍存在诸多瓶颈，导致融合停留在“表层渗透”而非“深度整合”。主要表现为目标割裂，心理健康与“五育”目标缺乏协同设计；内容碎片化，融合内容缺乏系统性与层次性；方法单一，融合方法仍以讲授式为主，缺乏活动性和体验性；师资短板，教师缺乏跨领域融合教学能力，导致心理健康教育与学科教育“两张皮”。

基于上述理论逻辑与实践困境，需从“五育并举，指向心理健康教育”的立场出发(俞国良, 靳娟娟, 2022)，构建知识体系与“五育并举”的系统性融合路径。其中，德育的核心是培育学生的道德认知、道德情感与道德行为，通过在道德认知教育中融入自我认知与社会认知，在道德情感培育中融入情绪调节与共情能力，在道德意志锻炼中融入心理韧性与挫折应对等心理健康知识，为学生道德人格的健全发展提供心理支撑，实现“以德润心、以心养德”的双向促进。智育的核心是培养学生的认知能力与学习能力，通过在认知能力培养中融入认知心理学规律，在学习压力管理中融入情绪调节与压力应对，在学业挫折应对中融入自我认知与归因训练等心理健康知识，从而优化学生的学习心理状态、提升学习效能，实现“以智启心、以心促智”的良性循环。体育的核心是培养学生的身体素质与运动技能，通过

在体育技能教学中融入运动心理学知识,在体育竞技活动中融入情绪管理与团队协作,在体育健康教育中融入身心互动机制等心理健康知识,实现身体健康与心理健康的协同发展,凸显“以体强心、以心健体”的教育价值。美育的核心是培养学生的审美感知力、审美判断力与审美创造力,通过在审美感知培育中融入情感觉察与表达,在审美创造实践中融入自我认知与接纳,在审美评价环节融入积极心理反馈等心理健康知识,帮助学生在审美活动中实现情感的健康表达与自我的深度认知,实现“以美润心、以心赏美”的双向滋养。劳动教育的核心是培养学生的劳动意识、劳动技能与劳动精神,通过在劳动认知教育中融入劳动价值与自我效能感,在劳动实践过程中融入挫折应对与心理韧性,在劳动协作活动中融入人际沟通与责任意识等心理健康知识,帮助学生在劳动实践中提升心理韧性、增强责任感,实现“以劳强心、以心促劳”的协同发展。

## 1.2 卫生健康领域

从公共卫生视角看,心理健康促进的核心目标是降低全人群心理健康问题的发生率、提升全民心理健康素养,这就要求知识体系突破“诊疗中心”的局限,构建覆盖“预防-干预-康复”全链条的知识支撑体系。其本质是将心理健康知识从临床医疗专属转化为公共卫生共享资源,通过知识的分层供给、场景适配与跨主体协同,实现对不同人群的精准支撑,实现从“被动应对疾病”向“主动促进健康”转型。

从理论层面看,心理健康教育自主知识体系对“预防-干预-康复”全链条的支撑具有三重核心价值,构成了从“诊疗中心”向“全链条覆盖”转型的逻辑基础。一是预防环节。公共卫生的首要目标是预防疾病发生,而知识体系是实现这一目标的关键工具。在全民预防层面,心理健康知识(如情绪调节方法、压力管理技巧等)的普及,可帮助全人群提升主动维护心理健康的意识,降低心理疾患负担(翟宏堃等,2025)。在高危人群预防层面(如儿童、老年人、高压职业人群),针对性的风险识别与干预知识可帮助基层卫生工作者、社区网格员、家庭成员及时发现风险,采取早期干预措施。在易感人群预防层面(如经历重大创伤事件的人群),专业的心理韧性培育知识可增强个体应对风险的心理能力,降低问题转化为疾病的概率。二是干预环节。公共卫生视角下的

干预并非局限于临床诊疗,而是涵盖“基层初步干预-专科精准干预-紧急危机干预”的多层级干预体系,不同干预场景需依托专业化知识实现效能提升。在基层初步干预层面(如社区、乡镇卫生院),卫生工作者需掌握心理健康问题初步筛查知识与轻度问题干预技能,实现早发现、早干预。在专科精准干预层面(如精神专科医院、综合医院心理科),临床医生需依托疾病诊断知识与综合干预技能,实现对中度、重度心理健康问题的精准治疗。在紧急危机干预层面(如自杀危机、重大灾害后心理危机),危机干预工作者需掌握危机评估知识与危机处置技能,最大限度地降低危机事件的危害。三是康复环节。公共卫生的终极目标不仅是治愈疾病,更是帮助个体回归正常社会生活,而知识体系在康复环节的支撑,是实现这一目标的重要保障。在生理康复层面,知识体系需提供药物治疗依从性管理与躯体健康维护知识,帮助患者减少药物不良反应。在心理康复层面,需提供心理功能重建与复发预防知识,帮助患者重建积极认知模式,降低复发风险。在社会康复层面,需提供社会适应能力培养与社会支持系统构建知识,帮助患者恢复社会交往能力,重新融入家庭、职场与社区。

然而,目前心理健康教育自主知识体系的支撑层面仍存在诸多困境,导致全链条服务难以有效落地,公共卫生视角下的心理健康促进目标未能充分实现。具体表现为知识供给失衡,诊疗知识过剩,预防与康复知识不足;知识转化不畅,理论知识与实践需求脱节;知识应用壁垒,跨主体知识共享不足,协同能力薄弱,难以形成合力;知识本土化不足,西方知识主导,本土实践适配性差,尤其缺乏基于中国文化、社会环境与人群特征的本土化创新。

针对上述困境,需从知识供给优化、知识转化机制完善、跨主体知识共享、知识本土化创新四个方面,构建支撑“预防-干预-康复”全链条的知识体系。一是优化知识供给,构建“分层分类、全链条覆盖”的知识内容体系。在预防环节,聚焦全民普及与高危防控,构建分层预防知识体系;在干预环节,聚焦多层次响应与精准处置,构建分级干预知识体系;在康复环节,聚焦全方位支持与社会回归,构建系统康复知识体系。二是完善知识转化,构建“需求导向、实践驱动”的知识转化机制。首先要建立实践需求调

研机制，确保知识转化的针对性。由卫生行政部门牵头，联合研究机构、基层卫生机构、社会组织及服务对象，构建多元主体参与的需求调研网络，形成常态化调研模式，避免知识生产的盲目性。其次要搭建多层次知识转化平台，打通知识落地的“最后一公里”。针对知识转化的中间梗阻问题，搭建“国家级-省级-市级-区级”四级知识转化平台，整合研究资源与实践资源，将抽象的知识转化为基层可用、群众易懂的实践工具。三是推动跨主体知识共享，构建应用反馈闭环机制，实现知识的动态优化。确保知识转化产品在实践中不断优化，形成实践反馈驱动知识创新的良性循环，确保知识体系的动态适应性。四是进行知识本土化创新，培育知识转化专业队伍，提升转化能力。构建“学术型转化人才+实践型转化人才”的复合型队伍。一方面，培育学术型转化人才，从医学院校、科研院所选拔具备心理健康专业背景的研究人员，通过“实践轮岗+转化培训”提升其转化能力；另一方面，培育实践型转化人才，从基层卫生机构、社区选拔具有丰富实践经验的工作者，通过“学术培训+项目实践”提升其知识总结与传播能力，形成人才支撑转化、转化培育人才的可持续发展格局。

### 1.3 社会建设领域

从“科普宣传”到“社会治理”的深层嵌入，本质是将知识体系转化为社会治理的功能性工具，通过赋能社区、企业、社会组织三大核心载体，构建一体化的社会心理服务体系，使心理健康知识成为化解社会矛盾、提升治理效能、增进民生福祉的重要支撑。

从社会治理理论与心理健康服务实践的交叉视角看，心理健康教育自主知识体系嵌入社会治理具有重要意义，它是夯实社会心理服务的关键(俞国良, 2018)，构成了从“科普宣传”向“治理工具”转型的理论基础。第一，知识体系是从源头预防社会矛盾的重要支撑。社会矛盾的产生往往与个体心理失衡密切相关，其背后多存在情绪管理能力不足、认知偏差、心理压力积累等心理因素。知识体系通过心理健康素养培育与风险早期干预，从源头上减少社会矛盾的发生。在个体层面，通过普及心理健康知识，帮助他们理性应对生活、工作中的困境，避免因心理失衡引发冲突。在群体层面，知识体系中的社会心理风险识别知识与早期干预知识，可帮助社区、社会组织

及时发现潜在的社会心理风险，通过预防性干预避免风险升级为显性矛盾。第二，知识体系是维系多元协同治理格局的纽带。心理健康教育自主知识体系可作为连接政府、社区、企业、社会组织的纽带，打破领域壁垒，形成治理合力，避免各主体各自为战的治理困境。从协同逻辑看，它为不同主体提供了统一的服务标准与行动框架：政府部门可依托社会心理服务体系建设知识制定政策规划；社区可运用社区心理服务站运营知识开展便民服务；企业可借助职场心理健康管理知识保障员工权益；社会组织可通过专业心理服务知识提供精准帮扶。第三，知识体系是提升民生福祉的重要工具。心理健康教育自主知识体系通过精准服务供给与能力赋能，可直接提升民众的心理健康水平与生活质量。从服务供给看，知识体系为不同群体提供了差异化的心理健康服务方案，满足民众的心理健康需求；从能力赋能看，知识体系可提升民众的自我心理管理能力与社会参与能力，及时发现自身心理问题并寻求帮助，提升人际互动能力与社会责任感。这种“服务+赋能”的双重作用，使心理健康知识成为提升民生福祉的“直接抓手”。

尽管我国正在逐步推进社会心理服务体系建，但心理健康教育自主知识体系在嵌入社会治理的过程中仍存在诸多难题，从“科普宣传”到“治理工具”的转型面临阻碍。即知识应用浅层化，科普有余，治理不足；主体协同不足，知识壁垒森严，联动机制缺失；知识适配性差，通用知识过多，场景化知识不足；评估机制缺失，应用效果难衡量，优化动力不足。

有鉴于此，需以“场景化赋能”为核心，围绕社区、企业、社会组织三大载体，设计知识体系的嵌入路径，使社会心理服务逐步走向社会心理建设(俞国良, 2017)。赋能社区，构建“心理+治理”的基层服务网络。一是嵌入矛盾调解，化解深层心理冲突。为社区调解员、网格员提供心理调解知识培训，帮助调解员从解决表面矛盾转向化解深层心理冲突。二是嵌入民生服务，满足差异化心理需求。针对社区不同人群的心理需求，提供定制化知识服务，将知识转化为可感知的民生服务。三是嵌入风险防控，预警社会心理危机。为社区网格员、志愿者提供社会心理风险识别与预警知识培训，及时发现潜在风险。赋能企业，打造“心理+管理”的职场治理模式。一是嵌

入员工管理,提升职场幸福感。为企业人力资源部门、管理者提供职场心理健康管理知识培训,减少员工职业倦怠,提升员工心理管理能力。二是嵌入风险防控,化解职场矛盾危机。为企业管理者、法务部门提供职场心理危机干预与矛盾化解知识培训,避免激化矛盾,引导理性沟通,降低消极事件对企业与社会的负面影响。三是嵌入社会责任,参与社会心理服务。引导企业依托“企业社会责任与心理服务融合知识”,将心理健康知识应用于社会公益,成为社会治理的积极参与者,实现企业社会责任与社会治理的深度结合。赋能社会组织,形成“心理+服务”的专业治理力量。一是嵌入服务设计,提升帮扶专业性。为社会组织工作人员提供不同群体心理服务知识培训,为心理健康问题者提供专业心理辅导,帮助其走出心理阴影。二是嵌入精准帮扶,解决特殊群体困境。针对特殊群体的个性化需求,提供定制化知识工具包。例如,为留守儿童提供“自我心理关怀工具包”等。真正把心理健康服务、社会心理服务、社会心理建设落到实处,收到实效,最终实现社会心理健康(俞国良,韦庆旺,2025)。

## 2 内核:推动基于中国文化与实践的理论创新

“创新”是知识体系建设的内核。习近平总书记在2016年的哲学社会科学工作座谈会上强调:“发挥我国哲学社会科学作用,要注意加强话语体系建设……每个学科都要构建成体系的学科理论和概念。”在2024年的全国教育大会上再次强调:“以党的创新理论引领哲学社会科学知识创新、理论创新、方法创新,构建以各学科标识性概念、原创性理论为主干的中国哲学社会科学自主知识体系”。然而,当下理论与术语创新存在“依附性”困境,即停留在对西方理论的引进、验证与应用层面,未能从中国文化传统与当代社会实践中提炼出原创性成果。有鉴于此,基于“文化自觉”、“主体性”与“原创性”原则,聚焦理论与术语的生成逻辑,从中国文化与实践提炼新理论、构建本土术语,方能彰显知识体系的中国本色。

### 2.1 理论创新:提炼中国特色心理健康概念与学说

心理健康理论的创新,关键在于突破对西方理论的路径依赖,从中国传统文化的深厚底蕴与

当代中国的实践经验中提炼具有原创性、本土化的概念与学说(林崇德,俞国良,1996)。通过传统文化现代转译、当代实践理论升华、中西理论辩证融合的路径,构建既符合中国文化基因,又能回应中国社会心理需求的心理健康理论体系,体现从“西方理论中国化”到“中国理论国际化”的深度跨越。

#### 2.1.1 传统文化理念的心理学转化

中国文化中“仁”“心”“和”“中庸”等核心理念,蕴含着对人的心理状态、人际互动、人与社会关系的深刻洞察;当代中国在社会转型、发展实践中涌现的“心理韧性”“奋斗幸福观”等现象,也为理论创新提供了鲜活素材。

“仁”的心理学化。“仁”是儒家文化的核心范畴,孔子将其定义为“爱人”,孟子进一步阐释为“恻隐之心,仁之端也”,强调对他人的同情、关怀与责任意识。这种“仁”的理念与现代心理学中的“共情”概念有相通之处,但它更强调“关怀”与“行动”的结合,通过“忠恕之道”(“己欲立而立人,己欲达而达人”)实现对他人的实际关怀。基于此,可提炼“共情性关怀”这一核心概念,并构建相应理论。其理论的核心内涵包括三个维度:一是情感共情,即通过“换位思考”感知他人的情绪与需求;二是认知共情,即理解他人处境背后的文化背景、社会因素;三是行动关怀,即在共情基础上采取实际行动帮助他人。这一理论与西方共情理论的差异在于,强调“知、情、行”的统一。西方理论多停留在“知”与“情”的层面,而“共情性关怀”将“行动”作为核心维度,契合中国文化“知行合一”的实践传统。该理论可用于指导家庭关系、社区互助、社会帮扶等场景。

“心”的心理学化。中国传统文化中的“心”并非单纯的生理器官,而是包含认知、情感、意志的综合心理范畴,如《大学》提出“正心”“诚意”,强调通过修养内心达到心理和谐。这种“心性修养”思想与现代心理健康强调的“心理调节”有共通之处,但更注重“内省”与“自我提升”的长期过程。基于此,可构建“心性修养”心理健康模型。该模型包含四个要素:一是省察,即通过自我反思觉察内心的情绪、认知与行为偏差;二是正心,即通过调整认知、规范行为纠正偏差;三是践行,即在日常生活中践行“正心”后的认知与行为;四是升华,

即通过长期践行实现心理品质的提升，如从“应对焦虑”到“培养平和心态”，最终达到“内心和谐”的状态。这一模型与西方认知行为疗法(CBT)的差异在于，后者侧重“短期问题干预”，而前者强调“长期心理品质培育”。该模型可用于指导不同年龄、不同人群的心理健康培育。

“和”的心理学转化。“和”是中国文化的核心价值追求，包括人与自然之和、人与社会之和、人与人之和、人与自我之和四个方面。这种“和谐”思想与现代心理健康强调的“社会适应”“自我接纳”有相通之处，但更注重“关系”的整体性。基于此，可提炼“关系和谐”这一核心概念，构建相应的心理健康理论。其核心内涵包括四个相互关联的方面：一是自我和谐，即个体内心的认知、情感、意志协调一致；二是人际和谐，即个体与他人(如家人、朋友、同事)的关系融洽；三是社会和谐，即个体与社会环境(如社区、职场、国家)的适应良好；四是自然和谐，即个体与自然环境的和谐互动，如通过接触自然缓解心理压力，获得内心平静。这一理论与西方社会支持理论的差异在于，后者侧重“外部支持的获取”，而前者强调“个体与各层面关系的主动协调”。该理论可用于指导社会心理服务体系建设。

“中庸”的心理学转化。“中庸”是儒家文化的重要思想，孔子将其定义为“过犹不及”，强调在处理事务时把握“适度”原则，避免极端。这种“中庸”思想与现代心理健康强调的“情绪调节”“压力管理”有相通之处，但更注重“动态平衡”。基于此，可构建“适度平衡”心理健康模型。该模型的核心内涵包括三个动态调节维度：一是情绪平衡，即避免情绪的极端化；二是需求平衡，即合理满足自身的物质需求与精神需求，避免过度追求某一方面；三是行为平衡，即避免行为的极端化，保持“张弛有度”的生活节奏。这一模型与西方情绪调节理论的差异在于，后者侧重“短期情绪控制”，而前者强调“长期生活方式的平衡”。该模型可应用于指导不同场景的心理健康管理与行为实践。

### 2.1.2 当代中国实践的理论升华

当代中国在快速发展与社会转型过程中，涌现出诸多具有鲜明中国特色的心理现象，如个体面对困境时的“心理韧性”、基于努力奋斗的“幸福观”、集体主义背景下的“社会支持”等。对这些现象进行理论升华，可提炼出具有原

创性的心理健康理论。

“中国式心理韧性”学说。“心理韧性”是心理学中的经典概念，指个体面对逆境时的适应与恢复能力(Tugade & Fredrickson, 2004)。但中国社会中的“心理韧性”与西方存在显著差异：西方“心理韧性”多强调“个体独立应对困境”，而中国“心理韧性”则高度依赖“集体支持”与“文化信念”，如家庭、社区、国家的支持，以及自强不息、厚德载物的文化精神。基于当代中国个体应对地震、疫情、贫困等困境的实践经验，可提炼“中国式心理韧性”学说。该学说的核心框架包括三个相互关联的方面：一是“文化信念支撑”，即传统文化中自强不息、坚韧不拔的理念为个体提供精神动力，如面对贫困时，“人穷志不穷”的信念促使个体努力奋斗；二是“集体支持网络”，即家庭、社区、社会组织、国家形成的多层级支持体系，为个体应对困境提供实际帮助，如国家提供医疗保障，社区提供生活物资，社会组织提供心理辅导；三是“个体能动适应”，即个体在文化信念与集体支持的基础上，主动调整认知与行为，如通过“积极归因”(将困境视为成长机会)、“行动应对”(制定解决方案)实现适应与恢复。这三个维度形成“文化-集体-个体”的互动机制：文化信念为集体支持与个体适应提供价值导向，集体支持为个体适应提供资源保障，个体适应则进一步强化文化信念与集体凝聚力。该学说可用于指导灾害后心理重建、贫困群体心理支持、青少年挫折教育等场景。

“奋斗幸福观”心理健康学说。“幸福感”是心理健康的内在本质特征(俞国良, 2022)。西方幸福理论多强调“主观幸福感”(如积极情绪、生活满意度)，而当代中国实践中形成的“幸福观”则具有鲜明的“奋斗”特征。奋斗蕴含着人类特有的劳作方式，能够直接满足个人的物质和精神需求。同时，奋斗所创造的成果由人民和社会共享，因而体验出一种更高层次的幸福(张建云, 2018)。中国人也普遍认为，幸福并非源于被动享受，而是源于主动奋斗，通过努力实现个人价值与社会价值的统一。基于中国脱贫攻坚、科技创新、个人成长的实践经验，可提炼“奋斗幸福观”心理健康学说，构建本土化的幸福理论。其核心内涵包括三个维度：一是目标导向的奋斗，即个体设定符合个人兴趣与社会需求的目标(如学业进步、职业发展、家庭幸福)，通过持续努力实

现目标,获得“成就感幸福”;二是过程体验的幸福,即个体在奋斗过程中,通过克服困难、提升能力、建立人际关系,获得“成长感幸福”,如学生在攻克难题的过程中,不仅获得知识,还提升了思维能力,体验到成长的快乐;三是社会价值的实现,即个体的奋斗成果不仅惠及自身,还能为家庭、社区、国家作出贡献,获得“意义感幸福”,如科研工作者感受到“为国奉献”的意义与幸福。这三个维度形成“目标-过程-意义”的幸福链条:目标为奋斗提供方向,过程为幸福提供体验,意义为幸福提供深度,三者共同构成“奋斗型幸福”的完整体系。该学说可用于指导青少年价值观教育、职场人群职业规划、老年人生活意义构建等场景。

“集体主义社会支持”学说。“社会支持”是心理健康的重要保护因素,西方社会支持理论多强调“个体间的非正式支持”(如朋友、家人支持)与“专业机构的正式支持”(如心理咨询、医疗服务),而中国社会中的“社会支持”则具有鲜明的“集体主义”特征,如社区、单位、国家提供的制度性支持,以及邻里互助、熟人社会的“关系性支持”(Taylor et al., 2004)。基于当代中国社会支持的实践经验(如脱贫攻坚中的国家支持),可提炼“集体主义社会支持”学说。该学说的核心框架包括三个层级的支持体系,形成“国家-社区-个体”的嵌套结构:一是国家制度性支持,即国家通过政策、法律、资源投入,为个体提供基础性支持,如建立覆盖全民的医疗保障体系、心理健康服务网络,制定针对特殊群体(如留守儿童、残疾人)的帮扶政策;二是社区关系性支持,即社区作为“中间载体”,整合国家资源与个体需求,提供“本土化支持”,如社区心理服务站为居民提供就近的心理咨询,邻里互助小组为老年人提供生活照料与情感陪伴;三是个体间互助支持,即个体在家庭、朋友、同事等“熟人网络”中,通过人情往来并相互帮助。

## 2.2 术语创新:构建本土化、大众化、规范化的表述体系

心理健康术语的准确性、适配性直接影响知识体系的落地效能。构建本土化、大众化、规范化的术语表述体系,并非简单的“中文替换”,而是基于中国文化基因、社会实践与语言习惯,重塑术语的生成逻辑,为知识体系提供精准的语言支撑。

### 2.2.1 现实困境

当前我国心理健康领域的术语体系存在显著的“西方依赖”问题,大量术语通过直译、借用方式引入(Shen, 2022),未能契合中国文化语境与民众生活经验,导致学术术语晦涩化、本土经验失语化、实践应用隔阂化的困境,进而出现文化错位、经验脱节、功能弱化三重矛盾,严重制约了理论的本土化传播与实践应用,也阻碍了知识体系建设的推进与深化。

文化错位。大量西方心理健康术语源于个体主义文化语境,直译或借用后与中国集体主义文化形成显著错位,导致术语内涵的“窄化”或“异化”。例如,西方术语 individualism(个体主义)在心理健康理论中常作为“自我实现”的重要支撑,但直译引入后,与中国“集体优先”的文化价值观产生冲突,民众难以理解“强调个体”与“心理健康”的关联;boundaries(心理边界)术语强调“个体心理空间的独立性”,如“拒绝他人的合理边界”,但在中国人情社会语境中,过度强调“边界”易被解读为“冷漠”“不合群”,与中国文化中“和谐互助”的人际理念相悖。这种文化错位使术语脱离中国文化土壤,成为“悬浮的学术符号”,难以引发普遍的文化认同。

经验脱节。西方心理健康术语多基于西方社会生活场景构建,直译后与中国民众的日常经验严重脱节,导致“术语能指与所指的断裂”。例如, burnout 直译为“职业倦怠”,术语聚焦“工作压力导致的身心耗竭”,但中国职场场景中,“人情应酬”“职业身份焦虑”等特殊压力源,使“倦怠”不仅表现为“身心耗竭”,还包含“价值感迷失”“人际疲惫”等本土特征,现有术语无法涵盖这些文化经验;loneliness 直译为“孤独感”,但中国老年人的“孤独”更多与家庭缺位、社会角色丧失相关,而非西方语境中的“个体社交缺失”,现有术语未能捕捉这种“关系型孤独”的本土特征,导致理论对本土现象的解释力不足。

功能弱化。西方心理健康术语多服务于学术研究 with 专业实践,直译引入后忽略中国实践场景的特殊性,导致术语的“实践功能弱化”,即无法指导基层服务、无法衔接本土干预方法。例如, evidence-based practice(循证实践)术语强调“基于随机对照试验的干预方案”,但在中国基层心理健康服务中,“家庭支持性帮扶”“传统文化疗愈(如书法、太极)”等实践形式,难以纳入

循证实践的现有框架，导致这些本土实践缺乏术语支撑；crisis intervention(危机干预)术语聚焦“急性事件后的短期干预”(如自杀危机、灾害后心理危机)，但中国社会中的“慢性压力危机”(如长期贫困导致的心理危机、留守儿童长期亲子分离危机)更为常见，现有术语无法涵盖“长期、渐进式”的干预需求，导致实践中干预方法与术语描述不匹配，造成“实践丰富但术语匮乏”的断层。

### 2.2.2 生成逻辑

术语有其自然的生成逻辑。构建本土化、大众化、规范化的术语表述体系，需遵循“文化锚定-经验映射-功能适配”的三维生成逻辑，使术语既能承载中国文化内涵，又反映民众生活经验，还能指导实践应用，实现“守正创新、兼收并蓄、整体推进”(刘同航, 2025)。

文化锚定。本土术语的构建需从中国传统文化、价值理念中提取核心符号，将文化内涵融入术语表述，使术语成为文化的“具象载体”。例如，中国文化中的“心”“和”“韧”“修”等核心概念，可作为术语构建的文化锚点：“心”对应“心理状态”，如“养心”“正心”；“和”对应“人际与自我和谐”，如“和心”“和处”；“韧”对应“面对困境的适应能力”，如“韧力”“韧志”；“修”对应“心理品质的培育过程”，如“修为”“修心”。这些文化符号具有深厚的民众认知基础。文化锚定的核心是术语即文化叙事，使术语不仅是概念符号，更是文化价值观的传播载体。

经验映射。本土术语需从民众日常语言、生活场景中提取素材，实现“术语即生活经验的提炼”，避免学术语言与生活语言的割裂。例如，中国民众描述“压力”时，常使用“没意思”“喘不过气”等生活化表达，可从中提炼“无聊”“心累”等术语，用于描述不同类型的心理压力状态。经验映射的关键是“术语即生活的镜像”，通过田野调查、民众访谈等方式，收集本土心理体验的“原生语言”，再进行学术化梳理与规范，确保术语源于生活、高于生活。

功能适配。本土术语需具备指导实践、衔接政策、支持评估的功能，避免“术语空转”，使术语成为连接理论与实践的桥梁。从实践场景看，需区分“专业术语”与“大众术语”两个层级：专业术语用于学术研究与专业实践，需具备严谨性，大众术语用于科普宣传与基层服务，需具备简洁性与操作性。如将“认知行为疗法”转

化为“认知-行为调整法”，使民众能快速理解“通过调整想法改变行为”的核心逻辑。功能适配的核心是“术语即实践工具”，确保每个术语都能对应具体的实践场景、方法或评估指标，避免术语虚化。

### 2.2.3 实践路径

基于上述术语“三维生成逻辑”，需通过“术语梳理-民众参与-规范发布-动态更新”四个步骤，系统构建本土术语体系，实现术语体系的可持续发展。

术语梳理。由国家层面牵头，组织心理学、社会学、语言学、文化学专家及实践工作者，开展心理健康术语本土化梳理工程，建立“西方术语-本土经验”对照数据库。第一步，全面梳理现有西方术语，明确每个术语的文化语境、核心内涵与实践场景；第二步，通过田野调查、民众访谈、实践案例收集，挖掘对应的本土心理经验与表达；第三步，建立术语对照关系，分析西方术语与本土经验的契合点与差异点。数据库需包含西方术语原文、直译含义、文化语境、本土对应经验、本土术语建议、适配场景六个方面，为后续术语创新提供基础素材，同时避免重复创新或内涵冲突。

民众参与。本土术语的生命力在于民众的认可与使用，需打破专家主导的传统模式，构建“专家引领+民众参与”的共创机制。一方面，通过社区研讨会形式，邀请民众参与术语创作，再由专家从文化适配性、学术规范性角度筛选优化；另一方面，开展术语试用反馈活动，将初步确定的本土术语应用于实践，通过问卷调查、焦点小组访谈收集民众反馈，确保术语适配不同群体的语言习惯。

规范发布。在梳理与共创的基础上，由国家权威机构发布“中国心理健康术语规范”，明确本土术语的定义、内涵、适用场景与表述标准，实现术语的规范化。其中，基础术语(如心理健康)需明确本土定义；理论术语(如共情性关怀)需阐述文化内涵与理论关联；实践术语(如情绪调节)需明确操作方法；评估术语(如耐挫力)需提供测量指标。同时，应强调针对不同场景(学术研究、科普宣传、基层服务)提供术语选用建议，确保术语在不同场景中的一致性与适配性。

动态更新。心理健康术语体系需随社会发展、文化变迁与实践创新动态更新，切忌一劳永逸盲目。一方面，建立“术语更新评估机制”，

将术语体系视为具有完整生命周期的知识资源,定期评估并通过数字化平台实现滚动修订(He & Li, 2025)。另一方面,建立新术语纳入机制,针对实践中涌现的新经验、新方法,及时提炼新术语并纳入术语体系,确保术语始终能反映中国社会心理健康实践的新特征、新需求,为知识体系的持续发展提供鲜活的语言载体。

### 3 目标:创新知识体系建设的实证研究与实践应用范式

“赋能”是知识体系建设的目标。“所有知识要转化为能力,都必须躬身实践。要坚持知行合一,注重在实践中学真知、悟真谛,加强磨炼、增长本领”(习近平, 2016)。然而,目前知识赋能存在“脱节性”问题,大量研究成果既脱离现实又未能转化为实践方案,而实践者积累的“实践智慧”也难以反哺知识更新。因此,实证研究的关键在于“方法论的本土化转型”和“研究议题的中国化聚焦”;而构建知行合一的实践应用范式,让知识体系不仅能指导实践,更能从实践中获取发展动力。

#### 3.1 研究方法创新:混合研究、行动研究与大数据应用的探索

创新实证研究方法,核心是突破“单一方法”“西方框架”的束缚,构建文化适配、实践导向、数据整合的方法体系,通过混合研究、行动研究、大数据应用及本土常模建立,捕捉中国文化情境下的独特心理现象,为建设知识体系“大厦”提供坚实的实证支撑。

##### 3.1.1 传统研究方法的局限

当前心理健康实证研究方法在服务知识体系时,面临文化敏感性不足、实践关联性薄弱、数据代表性欠缺三大困境,难以支撑知识体系的本土化、科学化发展。

文化敏感性不足。传统实证研究以西方量化研究范式为主导,通过标准化量表、实验室实验等方法收集数据,虽具备严谨性,但存在文化敏感性不足的局限,难以捕捉中国文化情境下心理现象的独特性。一方面,量化量表多源于西方文化语境,直接移植后与中国文化价值观产生冲突,导致数据失真。另一方面,量化研究的“去情境化”设计,剥离了心理现象发生的文化背景,导致研究结论与本土经验脱节。

实践关联性薄弱。传统实证研究多侧重基础

理论验证,采用实验室实验、横断面调查等方法,与真实社会场景中的心理健康实践严重脱节,导致研究成果无法转化为实践知识。一方面,研究场景与实践场景错位,研究成果无法落地。另一方面,研究主体与实践主体分离,导致研究问题与实践需求错位。

数据代表性欠缺。传统实证研究多采用小样本、区域性数据,数据收集分散,缺乏系统性、全国性的本土数据库,导致研究结论的代表性欠缺,难以形成支撑自主知识体系的系统性证据。一方面,样本量偏小且结构单一,多以大学生、城市居民为研究对象,忽视农村人口、流动人口、老年人等特殊群体,导致研究结论无法推广至全人群。另一方面,数据收集缺乏统一标准,不同的研究团队采用不同的测量工具、数据格式,导致数据无法整合,难以形成“大样本、长周期”的实证证据。

##### 3.1.2 研究方法创新路径

混合研究方法(quantitative-qualitative mixed methods)通过整合量化研究的“广度”与质性研究的“深度”,可有效解决传统方法文化敏感性不足的问题。一是解释性序贯混合设计(explanatory sequential mixed methods)。它遵循“量化先导-质性深入”的逻辑,先通过量化研究发现普遍性规律,再通过质性研究解释规律背后的文化机制,实现“数据广度”与“文化深度”的结合。二是探索性序贯混合设计(exploratory sequential mixed methods)。该方法遵循“质性先导-量化验证”的逻辑,先通过质性研究挖掘中国文化情境下的独特心理现象,再通过量化研究验证其普遍性,实现理论创新与科学验证的结合。

行动研究(action research)以实践问题解决为核心,通过“研究-实践-反思-调整”的循环,将实证研究嵌入真实心理健康实践场景,解决传统研究实践关联性薄弱的问题。行动研究打破“研究者主导”的传统模式,构建“研究者-实践者”协同团队,由研究者与实践者共同确定研究问题、设计研究方案,确保研究聚焦真实实践需求。同时,行动研究通过“计划-实施-观察-反思”的循环迭代,将实践反馈转化为知识更新的动力,使研究结论不断贴近实践需求,为知识体系提供“动态适配”的实证证据。

大数据技术通过整合多源、海量、长期的心理健康数据,解决传统研究数据代表性欠缺的问

题，为知识体系提供“全人群、长周期、多维度”的实证证据。其具体做法：一是多源数据整合，打破“数据孤岛”，构建涵盖心理状态、行为特征、社会环境的多维数据库，为知识体系提供全方位的实证支撑。二是长周期数据追踪，大数据技术可实现长周期数据追踪，捕捉个体心理健康的动态发展轨迹，为知识体系提供纵向实证证据，支撑知识体系的发展性理论构建。

值得注意的是，研究方法创新的核心是本土常模的“文化校准”作用。即通过修正西方量表的文化偏差，制定符合中国人群特征的常模标准，确保实证研究的文化适配性，为知识体系提供本土化测量工具与参照标准。研究方法创新的保障是构建“文化-实践-技术”协同支持体系。从文化能力培养、实践平台建设、技术支撑保障等方面构建协同支持体系，为研究方法创新提供可持续的实施环境。

### 3.2 议题聚焦：回应中国社会转型期的特定心理健康议题研究

中国社会转型期的快速工业化、城镇化与数字化，催生了一系列具有鲜明本土特征的心理健康议题，它既非西方社会的主流研究对象，也无法通过套用西方理论得到充分解释，构成了本土的独特内容来源。聚焦这些特定议题，核心是突破“西方议题追随”的研究惯性，以中国社会转型实践为研究土壤，通过系统性实证探索，揭示本土心理现象的发生机制、影响因素与干预路径，既为解决中国社会的现实心理健康问题提供方案，也为知识体系注入不可替代的本土理论与实践知识。

#### 3.2.1 议题选择的逻辑

中国社会转型期特定心理议题的选择，应以问题为导向，遵循社会变迁驱动与民众需求导向的双向逻辑(俞国良, 2021)，确保研究议题既反映中国社会的独特发展特征，又回应民众最迫切的心理健康需求。

社会变迁驱动。中国社会转型带来的结构性变革，是特定心理议题产生的根源(黄梓航等, 2021)，实证研究需敏锐捕捉这些变革引发的心理挑战。从城镇化进程看，截至2023年，中国城镇化率已达66.16%(国家统计局, 2024)，大量农村劳动力向城市转移，形成留守儿童、流动儿童、空巢老人等特殊群体，其“亲子分离”“社会融入”等心理问题成为突出议题；从数字化进程看，中

国网民规模达10.79亿人(中国互联网络信息中心, 2023)，数字原生代(1995年后出生，成长于数字环境)成为社会重要群体，其“数字依赖”“虚拟社交替代现实社交”等心理特征亟待研究；从老龄化进程看，中国60周岁及以上人口占比达21.1%(国家统计局, 2024)，人口流动、独居率上升导致我国人群的心理健康问题凸显(和红等, 2024)。这些由社会结构变革直接引发的心理健康议题，具有鲜明的“中国属性”。实证研究聚焦这些议题，本质是通过心理学视角解读中国社会转型的“心理维度”，为知识体系提供“转型期心理变迁”的独特知识板块。

民众需求导向。特定心理议题的选择需以民众的实际心理健康需求为核心，解决实践中最迫切、最普遍的问题，避免研究与需求脱节。从基层实践反馈看，社区工作者最关注留守儿童心理问题识别与干预、老年人孤独感缓解等课题；学校教师迫切需要数字原生代学习专注力提升、青少年网络成瘾干预等的研究成果；企业HR最关注新生代员工(数字原生代)职业价值观引导、职场代际冲突调解等的解决方案。实证研究聚焦这些需求导向的议题，既能为实践提供精准解决方案，也能使知识体系具备“实践有用性”的核心价值，区别于西方侧重理论建构的知识体系。

#### 3.2.2 议题研究的价值

聚焦中国社会转型期的特定心理议题，其核心价值在于为心理健康教育自主知识体系注入“不可替代的独特性”与“与时俱进的时代性”，使知识体系既区别于西方，又能回应中国社会的现实需求。

独特性。特定议题的实证研究，可提炼出区别于西方的本土理论，成为知识体系的“核心标识”。例如，通过留守儿童研究，可构建“关系支持型韧性”理论，突破西方“个体韧性”理论；通过代际关系研究，可形成“文化调解型代际互动”理论，区别于西方“代际冲突”理论；通过数字原生代研究，可提出“数字-现实整合型心理发展”理论，弥补西方“数字成瘾”理论的不足。这些本土理论基于中国文化与实践，无法通过套用西方理论获得，构成了知识体系的独特内容，使中国心理健康教育自主知识体系在国际学术对话中具有不可替代性。

时代性。特定议题的实证研究，可使知识体系紧跟中国社会转型的步伐，具有与时俱进的时

代性。随着中国社会从城镇化向共同富裕、从数字化向智能社会转型,新的心理健康议题(如“共同富裕背景下的相对贫困群体心理适应”“人工智能时代的人机协作心理”)将不断涌现。实证研究持续聚焦这些新议题,可使知识体系始终保持“鲜活度”,避免知识体系的僵化与滞后,确保知识体系能持续回应中国社会发展的新需求,为实践提供时代适配的解决方案。

### 3.2.3 研究保障机制

为确保特定议题的实证研究有效服务于知识体系构建,需建立“议题筛选-资源支持-成果转化”的协同机制,为实证研究提供可持续保障。

**议题筛选机制。**由国家权威机构牵头,联合高校、科研院所、基层实践机构,建立“中国社会转型期心理健康议题动态监测平台”,通过大数据分析(如社交媒体心理需求关键词分析)、基层调研(如社区、学校、企业需求访谈),动态筛选出最紧迫、最关键的特定议题,引导科研资源向这些议题集中,避免研究资源分散。

**资源支持机制。**在国家自然科学基金、社会科学基金中设立“中国社会转型期心理健康特定议题专项”,加大对留守儿童、代际关系、数字原生代等议题的科研资助力度;鼓励高校、科研院所与地方政府合作,建立研究基地(如“农村留守儿童心理研究基地”“数字原生代心理发展研究基地”),为实证研究提供场地、样本、数据等资源支持。

**成果转化机制。**建立研究成果转化平台,将其转化为实践工具包(如留守儿童心理韧性培育手册、代际沟通技巧指南、数字原生代注意力训练方案),通过社区、学校、企业等渠道推广应用;组织“研究-实践”对接会,邀请科研人员与基层工作者面对面交流,确保研究成果能快速落地,同时收集实践反馈,优化研究方向,形成“研究-实践-反馈-再研究”的闭环,使实证研究持续服务于知识体系的完善与更新。

## 3.3 构建知行合一的实践范式:从“最佳实践”到“适应性实践”

传统心理健康实践推广多以“最佳实践”为核心,将某一地区或场景的成功经验作为标准化模板在全国推广,却忽视了中国城乡差异显著、区域发展不均、人群需求多元的社会现实特征,导致“水土不服”。从“最佳实践”到“适应性实践”的范式转型,核心是突破“一刀切”的经

验模式与推广逻辑,真正达成“知行合一”的实践目标。

### 3.3.1 “最佳实践”范式的局限

传统“最佳实践”模式,存在资源依赖与地方缺口、标准化与差异化、理论理想与实践现实三重困境,难以适应复杂多样的实践场景,制约了知识体系的落地效果。

**资源依赖与地方缺口的矛盾。**“最佳实践”多诞生于资源充足的地区和场景,其成功高度依赖专业师资、资金投入、硬件设施等条件;而在资源薄弱的地区,这些条件往往存在显著缺口,导致实践难以复制。这种“资源依赖型”的最佳实践,本质是“强者的经验”,无法适配资源薄弱地区的现实,形成“推广即变形”的困境。

**标准化与差异化的矛盾。**“最佳实践”往往以标准化流程为核心,强调统一内容、统一方法、统一评估,却忽视了不同地区、不同人群的差异化需求,导致实践与需求脱节。这种标准化实践模式,忽视了“需求决定实践方向”的核心逻辑,使实践沦为形式。

**理论理想与实践现实的矛盾。**“最佳实践”的设计多基于理想的理论假设,而在实际场景中,实践者的专业能力、认知水平往往与假设存在差距,导致实践操作难度超出能力范围。这种“理论理想化”的最佳实践,导致“方案很完善,落地很困难”。

### 3.3.2 “适应性实践”范式的核心特征

“适应性实践”范式区别于“最佳实践”的关键,在于其构建了“核心原则-弹性策略-场景工具”的三层结构,既坚守知识体系的核心理论与价值,又为实践保留灵活调整的空间,实现了统一性与多样性的平衡。

**核心原则固定。**“适应性实践”的核心原则源于心理健康自主知识体系的核心理论,是实践必须坚守的“底线”,确保实践不偏离知识体系的本质目标。这些核心原则包括:一是文化适配原则,实践设计需契合中国文化价值观,切忌照搬西方模式;二是需求导向原则,实践需基于当地人群的真实心理健康需求,而非预设的干预内容;三是能力适配原则,实践方法需符合基层实践者的专业能力,确保可操作;四是效果导向原则,实践评估需聚焦“真实需求的满足程度”,而非“流程的完成度”。

**实施策略灵活。**在核心原则固定的基础上,

“适应性实践”的实施策略可根据地方的资源条件、需求差异、实践者能力进行灵活调整，形成“一原则多策略”的格局。这种策略弹性，使实践不再受限于资源或能力，而是根据地方实际“量体裁衣”，确保核心原则能通过可行的策略落地。

配套工具具象。“适应性实践”配套形成“场景化工具包”，将抽象的核心原则与灵活的实施策略转化为可操作、可调整的具体工具(如手册、量表、活动方案模板)，降低实践者的操作难度。这些工具将抽象范式转化为具象操作，使基层实践者无需从零开始设计，只需根据工具包的指引调整，即可开展符合核心原则的实践。

### 3.3.3 “适应性实践”范式的构建路径

基于知识体系构建的“适应性实践”范式，需通过“核心理论转化-实践经验整合-工具包开发”三阶路径(郁建兴, 黄飏, 2024)，确保范式既源于理论，又扎根实践，同时具备可操作性。

第一阶：核心理论转化为实践原则。将知识体系的核心理论转化为可指导实践的核心原则，是构建适应性范式的基础。转化过程需遵循“理论本质不变、实践表达通俗”的原则，避免理论术语的直接套用。

第二阶：实践经验整合为弹性策略。在核心原则指导下，收集不同地区、不同场景的实践案例，提炼出可灵活调整的弹性策略。整合过程需采用比较研究法，分析不同案例中核心原则的实现方式，归纳出策略的共性与差异：共性部分作为策略的“基础选项”，适用于大多数场景；差异部分作为“适配选项”，根据资源、需求、能力差异选择，为实践者提供调整依据。

第三阶：弹性策略具象为场景化工具包。将弹性策略转化为“场景化工具包”，需结合具体场景(如农村、城市社区)的特点，设计可直接使用的工具，确保工具的“具象性”与“调整性”。工具包的结构需包含使用指南、核心工具、适配工具菜单、案例参考等部分，为实践者提供直观参考。

## 4 结语

习近平总书记在哲学社会科学工作座谈会上的重要讲话中指出：“构建中国特色哲学社会科学是一个系统工程，是一项极其繁重的任务，要加强顶层设计，统筹各方面力量协同推进。”这一重要论述为新形势下繁荣发展我国哲学社会科

学事业指明了正确路径。同样，中国心理健康教育自主知识体系的未来发展，需在深化“整合-创新-赋能”路径的基础上，向国际化贡献、科技化融合、普惠化覆盖三大方向迈进，构建兼具中国特色与全球价值的心理健康知识体系。

## 参考文献

- 国家统计局. (2024). 中华人民共和国 2023 年国民经济和社会发展统计公报. 2025-11-01 取自 [https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202402/t20240228\\_1947915.html](https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202402/t20240228_1947915.html)
- 和红, 王鑫, 闫辰晔, 焦军. (2024). 影响中国人群心理健康的人口因素及机制——基于省级面板数据的实证研究. *中国卫生政策研究*, 17(3), 56-63.
- 侯惠勤. (2025). 科学世界观的坚持运用与中国自主知识体系的构建. *求是*, (6), 5-13.
- 黄梓航, 王俊秀, 苏展, 敬一鸣, 蔡华俭. (2021). 中国社会转型过程中的心理变化: 社会学视角的研究及其对心理学家的启示. *心理科学进展*, 29(12), 2246-2259.
- 林崇德, 俞国良. (1996). 心理学研究的中国化: 过程和道路. *心理科学*, 19(4), 193-198, 255.
- 刘同舫. (2025-01-13). “术语的革命”与自主知识体系的构建. *光明日报*, p14.
- 庞金友. (2025). 中国政治学自主知识体系构建需要处理的五大关系. *探索*, (4), 28-34, 56-57.
- 史秋衡, 黄洁琼. (2025). 论立德树人导向下中国教育自主知识体系的构建. *中国教育学报*, (7), 10-17.
- 习近平. (2016). 在知识分子、劳动模范、青年代表座谈会上的讲话. 北京: 人民出版社.
- 俞国良. (2017). 社会转型: 社会心理服务与社会心理建设. *心理与行为研究*, 15(4), 433-439.
- 俞国良. (2018). 社会转型: 心理健康服务与社会心理服务. *黑龙江社会科学*, (4), 62-69, 168.
- 俞国良. (2021). *社会心理学的时代实践*. 北京: 商务印书馆.
- 俞国良. (2022). 心理健康的新诠释: 幸福感视角. *北京师范大学学报(社会科学版)*, (1), 72-81.
- 俞国良. (2024). 中小学心理健康教育: 重定位、新思路、大格局. *中国教师*, (6), 28-31.
- 俞国良. (2025). 高校心理健康教育实践体系建设考量. *中国高等教育*, (12), 45-51.
- 俞国良, 靳娟娟. (2022). 心理健康教育与“五育”关系探析. *教育研究*, 43(1), 136-145.
- 俞国良, 韦庆旺. (2025). 社会心理健康的新阐释: 社会幸福感视角. *南京师大学报(社会科学版)*, (2), 72-81.
- 郁建兴, 黄飏. (2024-01-08). 建构中国自主知识体系的有效路径. *北京日*

- 报, p11.
- 翟宏堃, 李强, 魏晓薇. (2025). 国民心理健康素养的潜在类别结构及其与心理健康的关系. *心理科学*, 48(3), 544–555.
- 张建云. (2018). 为什么幸福是奋斗出来的? *红旗文稿*, (21), 27–28.
- 赵祥辉, 吴英琪. (2025). 多学科视角下的高等教育学: 一个面向自主知识体系建构的学术史梳理. *重庆高教研究*, 13(6), 27–53.
- 中国互联网信息中心. (2023). 第 52 次《中国互联网络发展状况统计报告》. 2025-11-15 取自 <https://www2.cnnic.cn/n4/2023/0828/c88-10829.html>
- He, Y. H., & Li, W. H. (2025). Terminological norms and disciplinary consciousness: A multi-dimensional value analysis of Key Terms in Language Policy and Planning. *Journal of Language Situation and Language Service*, 1(1), 142–149.
- Shen, L. D. (2022). On translation of psychological terminology. *Open Journal of Social Sciences*, 10(3), 315–323.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 354–362.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333.
- UNESCO. (2021). *Reimagining our futures together: A new social contract for education*. Retrieved November 21, 2025, from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379707>

## The Foundation, Core and Goals of Constructing the Independent Knowledge System for Mental Health Education in China

YU Guoliang

(Institute of Psychology, Renmin University of China, Beijing 100872)

### Abstract

Deepening the construction of an independent knowledge system for mental health education in China requires focusing on three key concepts: “integration, innovation, and empowerment”. Integration serves as the foundation, guided by policy and institutional frameworks, strengthening top-level design, breaking down knowledge barriers across education, health, and social sectors, and promoting the integration and development of mental health knowledge and applications to ensure coverage of all populations and scenarios. Innovation is the core, rooted in cultural self-consciousness, subjectivity, and originality, moving away from reliance on Western theories, focusing on the generative logic of theories and terminology, and extracting new theories and constructing local terminology from Chinese culture and practice to ensure reflection of Chinese cultural genes and practical characteristics. Empowerment is the goal, achieved through innovating empirical research paradigms and constructing practice paradigms that integrate knowledge and action, realizing the implementation and feedback of knowledge, and ensuring the transition from theory to practice and from practice back to theory. It can be said that “integration, innovation, and empowerment” essentially represent the deepening process of constructing an independent knowledge system for mental health education in China.

**Key words** mental health, mental health education, knowledge system, Chinese characteristics.