

心理健康双因素模型及其对学校心理健康教育的启示

樊晓萌

广西师范大学教育学部，桂林

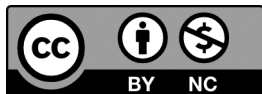
摘要 | 心理健康双因素模型是对传统单维精神病理症状的一次范式超越。本文系统阐述了该模型将“精神病理症状”与“主观幸福感”作为双维核心理论内涵，并基于此模型检视了当前学校心理健康教育体系在目标、评估与干预三个层面存在的系统性局限，即“重矫治轻发展、重症状轻幸福、重补救轻预防”。研究表明，这导致大量“无病但不健康”的“易感”学生群体被忽视。为此，本文提出学校心理健康教育应以此模型为指导进行系统性重构，确立以“促进完全心理健康”为育人目标，构建“消减问题”与“培养品质”并举的双轨内容，并最终形成“全员—双维—分级”的整合性工作体系，从而推动学校心育工作从被动的危机管理转向主动的全面发展促进，为构建更精准、有效的学校心理健康支持系统提供理论依据与实践路径。

关键词 | 心理健康双因素模型；主观幸福感；学校心理健康教育；精神病理症状

Copyright © 2026 by author (s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



1 引言

随着积极心理学的兴起与深化，当代社会对心理健康的理解正经历一场深刻的范式转移。人们越来越关注个体内在的积极力量，认识到心理健康不仅意味着远离抑郁、焦虑等心理疾病，更包含高度的生活满意度、丰富的积极情绪、良好的自我接纳以及面对挑战时的心理韧性等一系列核心积极指标（Suldo & Shaffer, 2008）。这些蕴藏于个体内在的正能量，被认为是促进个人成长、提升社会适应与增强自我修复能力的根本源泉。对于正处于价值观形成及社会适应关键期的青少年而言，培育这种全面的积极心理状态，其意义尤为深远（海曼等, 2013）。

然而，在“看似心理健康”——即没有临床诊断意义上的心理障碍——的广大青少年群体中，其内在体验与生活状态存在着巨大且隐秘的差异。积极心理学奠基人马丁·塞利格曼曾指出，“没有抑郁和焦虑症状的青少年”与那些“一大早起来就神采奕奕、充满活力，并能在家庭、学校与社区活动中积极投入并从中真正受益的青少年”之间，存在着本质的区别（海曼等, 2013）。前者仅达到了“无显著症状”的基本标准，而后者则实现了兼具低症状与高幸福感的“完全心理健康”状态。两者在心理机能、发展潜力与社会适应上存在实质性差异。这一洞见揭示了一个现实问题：在传统以病理症状消除为核心的心理健康工作模式下，大量处于“低症状、低活力、低幸福感”灰色地带的“易感”

作者简介：樊晓萌，广西师范大学学生，研究方向：网络心理与行为。

文章引用：樊晓萌. (2026). 心理健康双因素模型及其对学校心理健康教育的启示. *中国心理学前沿*, 8(1), 109-114.

<https://doi.org/10.35534/pc.0801018>

青少年被系统性地忽视了。他们可能行为合规、学业无虞，却内心枯竭、意义感匮乏，其发展潜力被抑制，且长期来看，他们出现学业倦怠、人际关系疏离乃至心理危机的风险并不低。

在这一背景下，心理健康双因素模型提供了科学框架。该模型认为心理健康由精神病理症状与主观幸福感两个独立维度共同决定，据此可将青少年分为四类状态。本研究旨在系统阐述这一模型的核心内涵，并探讨其对学校心理健康教育的具体启示，以期为构建更精准、有效的学校心育体系提供参考。

2 传统心理健康模型

传统心理健康模型以精神病理学为核心，可称之为精神病理症状模型。该模型从病理视角出发，将心理健康的评估标准建立在个体是否存在可被诊断的障碍之上，主要关注内化性问题（如抑郁、焦虑情绪）与外化性问题（如行为障碍）。其诊断通常依据《精神疾病诊断与统计手册》等临床标准，工作目标主要定位于减少或消除心理疾病症状（Keyes & Lopez, 2005）。

尽管该模型为心理障碍的识别与治疗提供了基础框架，但其内在局限也日益显现：第一，视角偏狭，忽视积极面：模型完全依赖负性症状指标，将心理健康等同于“无病”，忽视了幸福感、心理韧性等积极心理品质的核心价值，未能形成平衡的健康观（卡尔，2008）。第二，诊断效度不足，易致误判：其“有病、无病”的二分法存在缺陷。大量症状未达临床标准但已深陷低活力状态的“亚临床”个体，其风险被系统性低估；同时，确诊个体的积极潜能也易被忽视，导致其健康水平被整体性低估（Greenspoon & Saklofske, 2001）。第三，干预目标局限，效果难持久：干预以“消除症状”为终点，属于治标之策，难以培养个体内在的积极心理资本，导致效果不彻底、易复发（Keyes & Lopez, 2005）。综上所述，传统模型是一种不完整的框架，它无法有效鉴别与支持那些“无病却不健康”的广大学生群体，也难以支撑以促进积极发展与终身幸福为宗旨的现代学校心育体系。

3 心理健康双因素模型

心理健康双因素模型（Dual-factor Model of Mental Health）的出现，标志着心理健康研究范式的一次根本性转变。该模型主张，个体的心理健康状态应由两个相对独立又相互关联的核心维度共同评估：精神病理症状和主观幸福感（Clark et al., 2024）。这一“二维结构”的核心理念，由Greenspoon和Saklofske于2001年在其奠基性研究中正式提出，旨在通过整合正负两极指标，实现对心理健康的更全面理解（Lyons et al., 2013）。此后，Keyes提出了内涵相似的“完全心理健康状态模型”，进

一步强调了“没有心理疾病”与“拥有高水平幸福感”相结合才是“完全心理健康”（Huebner, 2019）。大量实证研究的系统综述也证实，这两个维度在测量学上是可区分的（Magalhães, 2024）。这一主张彻底突破了传统单维病理模型将“无病”等同于“健康”的局限，为理解心理健康的复杂性提供了科学框架。

基于心理病理与主观幸福感两个维度的不同组合，双因素模型将人群系统性地划分为四种类型，这一经典的四分类体系主要由Suldo和Shaffer在2008年明确阐述并广泛应用于青少年群体（Clark et al., 2024）：完全心理健康者：表现为低精神病理症状与高主观幸福感。这是最佳的健康状态，个体不仅远离疾病，而且充满活力、社会功能良好，在学业成就及社会适应等方面均表现出显著优势。易感者：表现为低精神病理症状但伴随低主观幸福感。这类群体在传统诊断中常被忽视，但其低活力、低满足感的状态意味着较高的未来发展风险，其学业与行为困难可能与有明显症状的群体相当，是需要预防性干预的关键人群。有症状但满足者：尽管存在较高的精神病理症状，但仍能维持中等或高水平的主观幸福感。这表明积极心理品质（如希望、感恩）可能在某种程度上缓冲了症状的负面影响。疾患者：同时承受高精神病理症状与低主观幸福感，是心理健康状况最需临床关注与支持的群体。

心理健康双因素模型不仅仅是对传统模型的补充，更是一次深刻的范式超越。它通过将“积极功能”纳入健康的核心定义，将心理健康工作的目标从“减少痛苦”的单一维度，革命性地拓展至“促进繁荣”的双重焦点，推动实践从被动的疾病矫治转向主动的全面发展与预防（Magalhães, 2024）。该模型的科学性与实用性已在全球范围内不同学生群体中得到广泛验证。研究一致表明，完全心理健康者在学业成绩、标准化测试、学校出勤率和学习投入度上均显著优于其他三类群体（Clark et al., 2024）。这强有力地证明了同时关注幸福感与症状消除的整合性目标，对于促进学生整体适应与发展具有关键价值。反之，疾患者的学业结果最差，而易感者与有症状但满足者则处于中间水平（Clark et al., 2024）。此外，学校联结感、认知与情感投入被发现是预测学生归属于更健康类型的重要保护性因素（Wilson., 2025）。这些实证证据共同表明，双因素模型为在学校场景中精准识别不同需求的学生、构建分层分类的支持体系，提供了坚实的理论依据和有效的评估地图。

4 双因素模型视角下学校心理健康教育的审视

心理健康双因素模型为我们审视当前学校心理健康教育提供了一个全新的、更具包容性的理论透镜。通过这一视角，我们可以清晰地看到，当前许多学校的

实践仍深受传统单维精神病理症状模型的影响，在工作目标、评估体系与干预措施三个核心环节上存在系统性的偏离与局限。

4.1 工作目标的偏移：从“繁荣发展”到“问题消除”的窄化

传统的学校心理健康工作，其目标长期定位于识别和减少精神病理症状，如抑郁与焦虑（陈秀云等，2020）。这种“问题消除”式的目标导向，将心理健康教育等同于“疾病预防”或“危机干预”，无形中窄化了其应有的丰富内涵。双因素模型明确指出，完整的心理健康不仅是“没有病痛”，更是拥有充盈的主观幸福感与积极心理机能（Doll et al., 2021）。然而在实践中，旨在普遍提升学生幸福感、意义感、心理韧性的发展性教育目标往往被边缘化。这种目标偏移导致学校心理健康工作致力于应对已发生的问题，却未能系统性地培育积极心理品质以预防问题、促进繁荣。正如早期研究所指，这使得我们错失了帮助大量虽无临床诊断但幸福感低下的学生实现更好发展的机会（海曼等，2013）。

4.2 评估体系的局限：单一的症状筛查与积极的评估盲区

与窄化的目标相匹配，当前学校的心理健康评估体系存在显著局限。评估工具与筛查流程高度依赖测量精神病理学的量表，如抑郁、焦虑症状自评量表等（陈秀云等，2020）。这种单维度的评估将复杂的心理健康状态简化为了一个“有症状”或“无症状”的二分法，其结果存在双重风险。一方面，它无法识别出在双因素模型中被定义为“易感者”（低症状、低幸福感）的学生群体（海曼等，2013）。这部分学生在传统评估中看似“正常”，实则可能长期处于低活力、低满足感的状态，是未来出现心理危机的潜在高危人群，却被评估体系完全忽视。另一方面，对于被识别出的有症状的学生，传统评估也无法区分出“有症状但满足者”（高症状、高幸福感）（海曼等，2013）。这部分学生虽然经历痛苦，但可能因其积极的认知、情感资源和社会支持而保持较高的生活满意度和功能，他们需要的干预支持类型与纯粹的“疾患者”存在差异。最新研究也证实，目前学校缺乏对幸福感等积极指标进行常态化监测的有效工具与流程，这使得基于双因素的精准分类和支持难以实现（Clark et al., 2024）。

4.3 干预措施的单一：资源倾斜与分层支持的缺失

当前干预资源的分配高度集中于已被识别出的、具有显著精神病理症状的少数“疾患者”（陈秀云等，2020）。针对这一群体的心理咨询与危机干预固然重要，但这只是心理健康教育的一部分。干预措施的“单一性”体现在两个方面：首先，面向全体学生、以提升积极心理品质和幸福感为目标的普遍性、发展性干预严重不足（Doll et al., 2021）。这使得学校错失了提升学

生整体心理资本、营造积极校园心理氛围的最佳途径。其次，缺乏针对不同心理健康状态学生的分层、分类干预策略。对于被评估体系遗漏的“易感者”，学校未能提供旨在提升其主观幸福感、预防其状态恶化的早期预防性支持（海曼等，2013）。对于“有症状但满足者”，现有的干预可能只关注其症状的消除，而未能有效利用和巩固其内在的积极资源，从而实现更全面、更稳固的康复（海曼等，2013）。实证研究已经表明，仅针对症状的干预对提升积极心理健康的效果可能有限（Brailovskaia et al., 2024），而旨在提升幸福感的干预对减少症状的作用也不完全对应。因此，现有的、以病理为中心的单一干预模式，难以满足学生多样化的心理发展需求。

总而言之，从双因素模型的视角审视，当前学校心理健康教育体系在目标、评估和干预三个关键环节上均呈现出一种“失衡状态”：重补救、轻发展；重消极指标、轻积极指标；重统一处理、轻精准支持。这种失衡不仅限制了心理健康教育的成效，更可能使大量学生无法获得适切的帮助。因此，以双因素模型为指导，对现有体系进行系统性的重构，具有迫切的现实意义。

5 双因素模型对学校心理健康教育的核心启示

心理健康双因素模型为我们审视与重构学校心理健康教育体系提供了坚实的科学框架。2024年的一项系统性综述明确指出，推动心理健康“必须超越减少症状”，从业者应将提升幸福感的干预纳入常规实践，以改善个体的心理健康结局（Magalhães, 2024）。该启示要求我们从根本理念、核心内容到实施体系进行一场深刻的范式革新，以回应学生心理健康的复杂性，构建一个兼具“托底”与“筑高”功能的完整育人体系。

5.1 理念革新：从“治病”到“育人”的目标重塑

双因素模型带来的首要启示，是必须彻底扭转传统学校心理健康教育中“重矫治、轻发展”的临床化倾向。传统模式深受病理学模型影响，将工作目标窄化为识别和消除心理问题，导致大量资源过度聚焦于少数已出现症状的“疾患者”。这种“治病”逻辑忽视了心理健康更根本的“育人”属性。双因素模型实证表明，心理健康是由精神病理症状与主观幸福感两个相对独立又相互关联的维度共同构成的。因此，学校心理健康教育的核心目标应升维至“促进学生完全的心理健全”——这既包括有效预防和干预心理危机，更强调系统性地培养所有学生的积极心理品质和主观幸福感，使其不仅“远离痛苦”，更能“拥抱繁荣”。这一理念革新意味着心理健康教育从面向少数人的、被动的“消防”服务，转变为面向全体学生的、主动的“发展”教育，真正融入立德树人根本任务之中。

5.2 内容拓展：“消减问题”与“培育繁荣”并举的双轨内容

在革新理念的指导下，学校心理健康教育的内容体系必须从单轨的“问题干预”拓展为“消极干预与积极发展”并举的双轨系统。轨道一：完善“消减问题”的精准干预内容。这并非摒弃传统有效做法，而是基于双维评估进行优化。内容应包括完善以《精神障碍诊断与统计手册》等标准为依据的科学筛查流程、针对不同危机等级（如一般、严重、高危）的分级干预方案，以及与专业医疗机构协同的转介与危机处置机制。例如，部分地区建立的“学生心理健康首诊减免”合作机制与医校转介“绿色通道”，即为该轨道内容的重要实践。轨道二：构建“培育繁荣”的系统发展内容。这是对传统体系的革命性补充，旨在提升学生的心理免疫力与发展潜力。内容应系统性地纳入旨在培养心理韧性、乐观、希望、感恩及意义感等积极品质的课程与活动。实践形式可以多样化，如开发系统的积极心理校本课程、开展以优势识别为核心的团体辅导，或通过“心理茶话会”等轻松互动形式，融入积极心理学理念，引导学生学会爱、感恩与负责。研究表明，类似“R.E.A.C.T.”这样结合认知教育与身体活动的综合性项目，在降低考试焦虑的同时提升学生幸福感，是双轨内容融合的良好范例（Neill et al., 2025）。

5.3 体系整合：构建“全员—双维—分级”的支持系统

最终，理念与内容必须依托一个可操作、可持续的工作体系来落实。双因素模型启示我们构建一个整合性的“全员参与、双维监测、分级干预”三层支持系统。

第一层：全员健康教育，营造积极校园生态。打破心理健康教育仅是心理教师职责的误区，通过培训将积极心理学校核心理念渗透给全体教师、行政人员及家长。同时，将心理健康教育有机融入学科教学、班级管理、校园文化及“五育”各个环节，践行“德育育心、智育慧心、体育强心、美育润心、劳育健心”，营造全方位滋养学生心理成长的校园生态。

第二层：双维监测预警，绘制精准心理画像。改革依赖单一症状量表的筛查方式，建立同时包含标准化心理病理指标和主观幸福感指标的常态化评估体系。通过年度普查、动态观察与“谈心谈话”等方式，采集双维数据，精准识别出“完全心理健康”“易感”“有症状但满足”及“疾患者”四类学生群体，并建立动态心理档案。例如，可借鉴“心理健康BMI幸福感问卷”与抑郁问卷相结合的模式，或利用智慧云平台实现数据整合与可视化，为干预决策提供科学依据。

第三层：分级分类干预，实现靶向支持。面向全体学生：通过融入“五育”的日常教育和积极心理课程，实施普惠性发展教育，巩固与提升全体学生的心理资本。面向易感群体：针对“低症状—低幸福感”的易感

者，提供以提升人际支持、情绪调节与自我价值感为核心的预防性团体辅导或工作坊，防止其状态恶化。面向有症状但满足者：对于“高症状—高幸福感”的个体，在提供症状管理支持的同时，重点识别并巩固其内在保护性因素，利用其已有的幸福感资源促进康复。面向疾患者：对“高症状—低幸福感”的疾患者，启动“一人一策”方案，整合学校心理教师、专业机构与医疗资源，提供专业的心理咨询、治疗与危机干预，严守安全底线。这一系统性的三层架构，确保了学校心理健康教育工作能够覆盖全体、精准识别、分类响应，最终将双因素模型的科学洞见转化为促进学生全面心理繁荣的教育实践。

6 结论与展望

本研究系统剖析了心理健康双因素模型的理论内涵及其对学校心理健康教育的深刻启示。核心结论在于，传统以病理为中心的“单维模型”存在根本局限，它无法识别“无病但不健康”的“易感者”群体，也难以支撑促进学生全面心理繁荣的教育目标。因此，学校心理健康教育亟需一场范式革新，其核心路径是以双因素模型为指导，构建一个目标上“祛病”与“育人”并重、评估上“症状”与“幸福”双维、干预上“补救”与“发展”结合的整合性工作新体系，最终实现从聚焦少数人的“危机管理”转向服务全体学生的“发展促进”。展望未来，这一范式的有效落地与深化，有赖于在以下三个关键领域取得突破。

6.1 评估工具的本土化与标准化

当前实践面临的首要技术挑战是缺乏经过本土化验证、简便易行的双维综合评估工具。未来亟需研发并推广一套能够同时科学测量精神病理症状与主观幸福感的标准化工具包，并建立与中国学生年龄、文化特点相适应的常模。这将为学校精准绘制学生心理状态“全景图”、实现数据驱动的分级分类管理奠定坚实基础。

6.2 师资能力的重构与专业化

新范式对学校教师的专业角色提出了新要求。不仅专职心理教师需要从传统的“咨询师”角色转向“积极教育的设计者与推动者”，学科教师与班主任也需掌握基本的“育心”知识与技能。因此，必须将积极心理学理念与干预方法系统纳入教师职前培养与在职培训的核心模块，通过开发专项课程、工作坊与认证体系，整体提升教师队伍实施发展性心理健康教育的能力。

6.3 支持网络的协同化与制度化

学生的心理健康是系统工程。学校必须从“单兵作战”转向“协同作战”，主动构建制度化的“家校社医”协同心育网络。这需要在区域层面探索建立数据共享、资源整合、责任共担的联动机制，例如明确心理危

机转介医疗机构的“绿色通道”、设计家校协同的提升幸福感活动方案等，从而形成育人合力，为学生构建无缝衔接的成长支持环境。

总之，接纳并践行心理健康双因素模型，不仅是学校心理健康教育在理念上的科学升级，更是一场涉及工具、人力与系统的深刻实践变革。尽管前路需要持续探索，但其指向的愿景——让每一位学生都能在克服挑战的同时，充分体验到学习的乐趣、关系的温暖与生命的意义，最终实现完全的心理健康与繁荣——无疑是教育最本真的追求与价值所在。

参考文献

- [1] Brailovskaia J, von Brachel R, van Hall F, Teismann T, Hirschfeld G & Margraf J. (2024). A dual-factor model perspective on depressed inpatients: examining the dynamics of mental health and therapy outcomes. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1295032.
- [2] Clark K N, Blyth G, Plant M, Wilson K & Malecki C K. (2024). Dual-factor mental health in adolescence: Comparing classification methods. *Journal of School Psychology*, 107, 101391.
- [3] Doll B, Dart E H, Arora P G & Collins T A. (2021). Framing school mental health services within a dual-factor model of mental health.
- [4] Greenspoon P J & Saklofske D H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social indicators research*, 54(1), 81-108.
- [5] Huebner S. (2019). Measuring the triad of positive emotional strengths: Gratitude, life satisfaction, and hope. *Communique*, 47(5), 1-3.
- [6] Keyes C L M. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions.
- [7] Lyons M D, Huebner E S & Hills K J. (2013). The dual-factor model of mental health: A short-term longitudinal study of school-related outcomes. *Social Indicators Research*, 114(2), 549-565.
- [8] Magalhães E. (2024). Dual-factor models of mental health: A systematic review of empirical evidence. *Psychosocial intervention*, 33(2), 89-102.
- [9] Neill R D, Lloyd K, Best P & Tully M A. (2025). School-based mental health interventions: a feasibility study of the REACT programme. *Irish Educational Studies*, 1-21.
- [10] Suldo S M & Shaffer E J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School psychology review*, 37(1), 52-68.
- [11] Wilson K. (2025). *Connectedness and Engagement as Predictors of Dual-Factor Mental Health Groups: A Latent Profile Analysis*(Master's thesis). Louisiana State University and Agricultural & Mechanical College.
- [12] 卡尔. (2008). *积极心理学：关于人类幸福和力量的科学*(郑雪等译). 中国轻工业出版社.
- [13] 陈秀云, 毕清泉, 任俊翠, 王竹馨, 秦宇. (2020). 基于心理健康双因素模型的护理本科生心理健康研究进展. *中华护理教育*, 17(10), 953-956.
- [14] 海曼, 熊俊梅, 段晓明. (2013). 心理健康双因素模型在教育中的应用. *中小学心理健康教育*, (9), 4-6.

A Dual-factor Model of Mental Health and its Implications for School-based Mental Health Education

Fan Xiaomeng

Faculty of Education GuangXi Normal University, Guilin

Abstract: The dual-factor model of mental health represents a paradigmatic shift beyond the traditional unidimensional psychopathology model. This paper systematically elaborates on the model's theoretical core, which posits “psychopathological symptoms” and “subjective well-being” as two central, distinct dimensions. Utilizing this model as an analytical lens, we examine the systematic limitations inherent in the current school-based mental health education system across three key areas: goals, assessment, and intervention. These limitations are characterized by an overemphasis on remediation over development, on symptoms over well-being, and on reactive intervention over proactive prevention. Research indicates that this paradigm fails a significant population of “vulnerable” students who are “symptom-free but not healthy.” To address this, we propose a systematic restructuring of school-based mental health education guided by the dual-factor model. This entails establishing the educational goal of “promoting complete mental health,” developing a dual-track content framework that concurrently “reduces problems” and “cultivates positive qualities,” and ultimately implementing an integrated “whole-school, dual-dimension, tiered-support” operational system. This approach aims to transform school mental health work from passive crisis management to active, holistic development promotion, thereby providing a theoretical foundation and practical pathway for building a more precise and effective school-based mental health support system.

Key words: Dual-factor model of mental health; Subjective well-being; School-based mental health education; Psychopathological symptoms