

儒家文化与中国人健康心理的交互建构^{*}

罗鸣春 常 敬 陈家敏

(云南民族大学教育学院, 昆明 650504)

摘 要:中国传统文化的主体是儒家文化,文化与健康心理之间存在着相互作用、相互建构的关系。儒家文化与中国人的健康心理的交互建构作用主要表现在三个方面:一是心理问题躯体化,即文化心理与躯体症状的交互建构;二是心理问题道德化,即文化心理与德行标准的交互建构;三是心理问题生活化,即健康心理与伦理规范的交互建构。它们既是中国人健康心理与行为的典型表现特征,也是儒家文化与中国人的健康心理和行为交互建构的结果。心理健康、道德健康、伦理健康三者之间是一个相互作用、相互建构、协调发展的完整体系。中国心理健康服务要充分发挥心理健康理论的建构特性和行动特征,促进心理健康服务理论与实践协调发展。

关键词:儒家文化;健康心理;交互建构

中图分类号:B8409

文献标识码:A

文章编号:1003-5184(2020)01-0003-06

1 引言

社会建构论的核心观点是:实在是建构的。知识和意义是通过社会过程和行动在历时和文化中建构起来的(Young & Collin, 2004, pp. 374-384; Raskin, 2002, pp. 9-10)。知识不是对外在客观规律的“映像”或发现,而是一种社会建构。知识的生产过程不是个体理性决定的,而是一种文化历史的过程,是社会协商和互动的结果。“社会建构论”的核心主张包含“批判”、“建构”、“话语”、“互动”四个层面。它首先批判现代心理学的主客二元对立、反映论的认识论、个体主义和本质主义的思维方式,否定心理是主体对客体的反映;其二,它坚持心理的社会建构性质;其三,它主张话语是社会建构的媒介,将话语分析纳入心理学研究方法;其四,它强调社会建构通过人际互动过程实现,主张心理学的研究重心应由内在心理结构和心理过程转向个体外部人际关系和互动(杨莉萍, 2004)。传统西方哲学把身体和心灵关系置于一种二元对立的状态,身体成为医学和自然科学的主题,心灵则成为人文科学的主题;试图解释自然和社会、身体和心灵、环境和文化中的各种各样事件的学科彼此隔绝(费多益, 2011)。建构主义试图打破这种二元对立的局面,它认为,身体与心理之间、文化与社会心理和行为之间存在着相互作用、相互建构的关系。

中国传统哲学虽有儒、道、佛、法、墨等诸家。然自汉武帝“罢黜百家,独尊儒术”开始,墨学中断,法

家成为隐性文化,道家流传不绝,儒家占据主导地位,和谐也就成了中国传统文化的最高价值原则(张岱年,程宜山, 1990, p. 207)。故一般说中国的主流文化是儒家文化。儒家文化(Confucians culture)指以儒家思想为指导的文化流派。儒学历代统治者推崇,以及孔子后学的发展和传承,使其对中国文化的发展起了决定性的作用;在中国文化的深层观念中,无不打着儒家思想的烙印(冯大彪,孟繁义,庞毅等, 1998, p. 2)。它提供了中国社会各阶层长期尊为“正统”价值观和社会行为规范的文化意义体系。杨国枢(2008, pp. 171-209)认为中国人融入社会和环境的互动方式以社会取向为主导。他把中国人的社会取向特征归纳为家族取向、关系取向、权威取向和他人取向。黄丽莉(2007, pp. 69-90)从人际互动中归纳出中国人与和谐与冲突的本土理论,提出辩证式、调和式、统制式三个层次的和谐观;分别与中国人的宇宙观层次、人伦社会层次、国家社会组织层次相对应;并从重心灵到重情理再到重现实功效的境界转化。

2 儒家文化与中国人健康心理的交互建构

作为一种精神实在,心理和意识同样是一种社会建构(叶浩生, 2011)。有关心理现象的分类、心理活动的形式方面的知识都是一定文化历史条件的产物(叶浩生, 2009)。由于中国心理健康服务是在特定的中国文化情境中服务者和被服务者的互动过程,儒家文化作为中国社会的主流文化,自然成了心

^{*} 基金项目:国家社会科学基金项目(11BMZ004),教育部民族教育发展中心云南民族教育重点研究基地成果。

通讯作者:罗鸣春, E-mail: mingchunluo@126.com。

理健康服务双方进行意义建构的主要原料。每个人都浸润于自己所处的社会历史文化之中,因此有关个体心理和行为的正常(normal)和非正常(abnormal)的评鉴标准,也是特定社会历史文化与社会心理和行为交互建构的结果。在儒家文化与中国人的健康心理交互作用过程中,心理问题躯体化、心理问题道德化、心理问题生活化既是典型的表现特征(罗鸣春,2011, p. 173),也是儒家文化与中国人的社会心理和行为相互建构的结果。

2.1 心理问题躯体化:文化心理与躯体症状交互建构

“心理问题躯体化”是指人们在遭遇心理问题时,不是以焦虑、恐惧及情绪变化等心理化的方式呈现,而是以偏头痛、胸闷、心悸、气短等自感躯体症状的方式呈现,但常规的医学检查却无法证实器质性病变的存在。由于未发现生理病理学基础,因此来访者的躯体化症状主诉便不能进入生理疾病的范畴得到相应的医学处理。反复出现这种表达倾向和求助模式的人,往往被认为是潜在的心理疾病患者(吕小康,汪新建,2012)。躯体化被定义为以躯体症状的形式体验精神苦痛且为躯体症状寻求医疗帮助的倾向(蒙玲莲,沈春琼,倪红梅等,2012)。有研究显示,文化对躯体症状的体验和报告有多个水平的影响,包括身体注意、症状归因等(Kirmayer & Sartorius, 2007)。文化在躯体化心身交互机制中的作用可能就集中于身体认知过程中认知图式的形成。文化中关于“患病”的知识会放大与其相对应的痛苦或患病模式,调节对身体感觉的注意以及对症状的体验,进而影响躯体化的实际表现,比如患者的主诉、求助行为、适应过程、治疗反应以及失能程度等。生理-心理的连续体中可能形成一种社会和心理的循环机制,不断强化和稳定特定症状和痛苦的意义,并使它们变得难以改变(陈子晨,汪新建,2015)。

我国精神科门诊患者的躯体化报告率一直居高不下,以躯体化症状为临床主诉的来访者往往达到70%以上(Kleinman, 1986; 陈建华,周淑荣,1995; 缪绍江,赵旭东,2008)。心理问题躯体化的原因和机制非常复杂:首先,心理问题通常伴有生理症状,而生理症状是外显的、可直接感知和观察的;也因为如此,向家人或医生描述自己的生理症状总是比诉说自己的心理感受更直观、更容易被理解和接受,而且更能得到他人的关心和重视。中国社会各阶层,看病吃药都被视为理所当然。在实际生活中,中国人更重视生理问题,相对轻视或忽视心理问题。但心理作为人的活动的天然动因和必然伴随物,无论古

代人还是现代人,都有心理活动。有心理活动,就会产生各种各样的心理反应,包括心理问题(景怀斌,2002)。由于儒家文化把人的心理、生理、社会和环境视为一个统一体,所以中国人把心身一体视为理所当然,多数人习惯于把心理问题视为生理问题,将精神苦恼归结为身体出了毛病,首先想到的是从身体上找原因;倾向于去看医生,而不是心理健康专家。他们常常把注意力集中在身体症状上,如偏头痛、神经衰弱、失眠等,习惯于向医生主诉自己身体的不适症状并试图通过对身体的治疗来解决心理健康问题(Kung, 2003)。其次,心理症状和生理症状是心理问题表现的一体两面,二者之间有复杂的共变关系。生理症状的改善能有效促进心理症状的改善;反之,生理症状的恶化也会加速心理症状的恶化。吕小康和汪新建(2012)指出,在中国人的观念中,身体不仅仅是一具生理躯体,还具有气、阴阳、五行等本土概念所体现的弥合物质与精神、联结生理与心理的模糊性与开放性。人们在表达疾病感觉时通常不会刻意区分生理与心理,任何一方面出现不适感觉即可认为自己生病,在面对心理医生时也倾向于同时报告躯体状况与心理感觉,从而使得临床报告出现较高的躯体化报告率。而这正是儒家文化心理影响疾病表达方式的体现。其三,儒家文化的“天命观”强调个人天生负有家庭社会历史责任,极力主张个人入世担责,经受困难挫折磨练和考验,通过“格物、致知、诚意、正心、修身”来提升自我境界。在儒家文化意义体系中,经受挫折历练是个体自我发展所必需的。西方文化也经历过心身一体阶段,随着生理学和心理学及其他学科的分化发展,使得躯体症状与心理症状相脱离,“心”与“身”明确区分开来;心理反应是高级神经活动,心身混合反应或生理反应被看作比较原始或初级的反应(曾文星,2002, p. 5)。中国传统文化中把精神生活物质化、心理问题躯体化的趋势非常明显。这一特点是由于中国文化不同于西方的身心观、不同的语言使用和体验方式以及不同的身心关系的处理和操作方式造成的(高媛媛,2011),是具有中国本土文化特色的正常反应方式。

2.2 心理问题道德化:儒家文化心理与德行标准交互建构

中国人用德性的精神看世界,以“天理”支撑“良心”,由此中华传统文化的哲学基础是天人合一的“德性宇宙观”,其价值理念是通过道德的实践实现“和而不同”的伦理社会。德性宇宙观的主题是靠修养实现人的德性与道德的境界(胡海波,

2015)。常永才(2001)认为儒家文化明显地具有注重“合和”与中庸的实践理性特点。在价值取向上偏重社会道德,倡导君子式的圣贤人格;过分强调属于群体德性的“天理”,蔑视个体正当的物欲,即“存天理,灭人欲”。这些传统明显体现在中国传统心理健康观念的许多重要特点中。其一,心理健康与道德修养有机结合。其二,健康兼顾身心和谐发展,讲求心理本身和心理与外界关系的中庸和谐。其三,个体的主体性得不到充分的承认。其四,偏重道德境界的完善,忽视日常情绪的技术性调适;甚至把日常情绪冲突视为“小人”之举,“君子坦荡荡,小人长戚戚”(王国轩,张燕婴,蓝旭等,2011a, p. 42)。因而日常个人心理健康维护未受到足够重视。

研究者从行为层面考察中国大陆、港台和美国华人心理问题的应对方式和就医模式,发现了跨情境的一致性。中国人遭遇心理问题时,通常担心由于心理问题而导致名声不好或失面子;或对有心理疾病的人给予道德性评价。这导致了心理患者求助方式的差异,可能也是心理问题生理化的原因之一。有研究表明,华人往往把精神苦恼归因于个人缺乏意志力和人格弱点,遇到精神苦恼等方面的问题,首先是从自己身上找原因,寻求自我控制和自己解决,而不是去寻求专业人士和服务机构的帮助。因为在乎他人对自己的看法,认为接受心理健康服务是失面子的,甚至是羞耻的;还担心“家丑外扬”,生怕因自己接受心理健康服务而导致家人脸面无光。这些顾虑导致他们不情愿把与自己精神困苦有关思想和感受告诉心理健康专家,更是避免把自己“不健康”的思想或真实感受暴露给他人(Kung, 2004)。因此,面对心理健康问题时倾向于采取逃避、退缩、“大事化小,小事化了”,希望“不幸会过去”及听天由命等应对策略,被认为是中国人应对心理问题或危机时的通用方式(Chang, 2001)。

中国传统文化的主体是儒家文化,体现“关系本位”特点(赵菊,佐斌,2011)。“关系”普遍被认为是中国传统儒家文化的核心特征,是了解中国社会行为的核心概念。儒学本质上是一种关系哲学,其认为社会的稳定与发展有赖于父子、君臣、夫妇、兄弟和朋友关系的稳定与和谐。这五对基本关系中有三对家庭关系,体现出中国文化对家庭地位的强调。重视家庭利益、孝顺以及非个体权利是中国社会道德取向的显著特征(Smith, 1998)。中国人的道德评判也主要基于个体能否给家族(集体)带来更多福利以及个体在行为方面能否自制。在道德上中国人应该对其家庭负责,家庭也应该对其成员负责。

中国人的道德观不但注意人际关系和个人对角色责任的履行,而且具有很强的等级观念色彩。中国社会的五对基本关系中有四对体现了等级关系;儒家创始人孔子通过强调礼乐制度来规正尊卑与上下的等级观念。《周易》中认为天地之道、父子及君臣之间的等级秩序是家庭和国家存在并和谐发展的基础(Miller & Bersoff, 1992)。儒家的道德原则依据个体地位和身份不同而有所变化,以此来保证和谐一致的秩序和有序的社会运行。

2.3 心理问题生活化:儒家文化心理与伦理规范交互建构

儒家文化把“君臣、父子、夫妇、兄弟、朋友”这五种基本关系称为“五伦”。处理“五伦”的规范称为“人义”。“何为人义?父慈,子孝;兄良,弟悌;夫义,妇听;长惠,幼顺,君仁,臣忠。十者谓之人义”(胡平生,张萌,2017, p. 432)。依照儒家主张的“人义”,扮演“父、兄、夫、长、君”角色的人,应当分别依照“慈、良、义、惠、仁”的原则作出决策;而扮演“子、弟、妇、幼、臣”角色的人,应当依照“孝、悌、听、顺、忠”的原则,接受其角色的安排。对于各种不同的角色关系,儒家文化都作了具体的伦理要求(黄光国, 2008, pp. 210 - 240):“父子有亲,君臣有义,夫妇有别,长幼有序,朋友有信”(王国轩,张燕婴,蓝旭等,2011b, p. 248)。只要大家各安其位,安贫乐道,就能各得其所,个人和社会也就因此而和谐有序。

儒家文化是一种以自强不息、积极进取为人生价值观的伦理文化(郑剑虹,黄希庭,2007)。儒家经典《大学》的“三纲”强调“明明德、亲民、止于至善”;“八目”突出“格物、致知、诚意、正心、修身、齐家、治国、平天下”。这种“家国”一体的情怀对中国人对待心理健康问题的态度和方式影响很大。余德慧(2008, pp. 873 - 906)注意到,由于古代医疗体系发展迟缓和不完善,加之精神困扰散布在日常生活之中,没有急迫性。所以中医除了对颠狂(相当于psychosis)之外,并没有对神经官能症有特别的诊断与分类。一般中国人的疾病和精神困扰主要以个人自我修养和家庭调养为主。大多数中国人从未想到要把孽障、心魔等性格障碍和伦理失常等交给医生来“看”,而是在社会伦理生活中加于处理。这似乎可以说明中国社会并非对精神或情志困扰视而不见,而是将之转移到另一个思维范畴——社会伦理生活领域,使心病被转换到日常生活的范畴来处置。既然将其放在社会伦理范畴,则当由此范畴来处理。因此,通过儒家文化的伦理纲常,使之复归于道,正是中国社会历来推崇的解决心理行为问题的正道。

因而“礼、义、廉、耻、忠、孝、信”；“善恶、羞恶、是非、辞让、恭敬、恻隐、隐忍”的修身之道倍受重视。如 Foucault (1965) 所言, 华人社会倾向于用恢复伦理秩序的社会治疗作为精神治疗。胡海波 (2015) 认为, 中国社会建立在血缘基础上的“人伦”传统仍然活在当下的社会生活之中, 以血缘伦理为基础的家庭责任与社会团结始终是中国人活着的传统, 是中华民族生生不息的生命源泉。

3 儒家文化与健康心理的交互建构对中国心理健康服务的启示

3.1 心理健康服务本身也是文化与心理交互建构的产物

广义心理健康服务指利用一定的原则、手段和方法解决人的心理和行为问题 (罗鸣春, 苏丹, 孟景, 2009)。狭义的心理健康服务指以心理学的理论和方法为主导来维护与促进人们的心理健康的活动。心理健康服务与个人心理因素和社会文化因素有必然联系, 文化既是心理健康服务的中介变量也是背景变量, 中国心理健康服务植根于中国社会历史文化的土壤之中, 它本身就是文化与心理行为交互建构的产物 (罗鸣春, 黄希庭, 苏丹, 2010)。心理健康不是一种自发的状态, 而是个人和社会双方努力的结果: 个人有维护和促进心理健康发展的需要, 社会为维护和促进个体的心理健康发展提供必要的基础和条件, 两者的结合点就是心理健康服务 (罗鸣春, 2010, p. 4)。心理健康服务的理论建构具有明显的文化和历史根植性 (叶浩生, 2009)。例如, 在有关健康心理与社会文化关系的问题上, 就存在“实在论”和“建构论”两种观点。“实在论”把病理心理视为个体内部的一种“精神实在”, 虽然承认病理心理与社会文化因素有关联, 但是实在论的主张者仍然把病理心理当作个体的一种“特质”。这种理论观点所产生的结果是: 诊断、干预和治疗都聚焦于个体内部, 社会变革的需要却被忽视了。“建构论”则把病理心理看作人与人之间、人与群体和社会之间的话语建构, 视病理心理为人际关系的产物; 其产生的结果是, 心理治疗专家不再把目光局限于个体内部, 而是在人际关系、社会过程和情境因素中寻求积极的治疗效果 (叶浩生, 2009)。由此可见, 儒家文化理论不仅可以改变心理健康服务观念, 它也可以直接影响心理健康服务实践, 改变心理健康服务的研究和实践模式。

3.2 发挥文化与心理交互建构的特性, 促进中国心理健康服务理论与实践协调发展

实在是建构的。所谓“精神实在”即人的意识

和心理并非“客观地”存在于人的大脑中的某个地方, 而是社会建构的产物 (叶浩生, 2007)。理论是一种建构的话语, 具有操作性。具有生成性的理论可以挑战特定文化中的一些引导性预设、提出关于社会生活的根本性问题、形成对被认为理所当然的事物的再思考, 以及促成新的社会行为方式 (Gergen, 1982, p. 109)。换言之, 儒家文化理论是可以产生结果的, 并不仅仅是一种描述和概括。在我们描述和解释之时, 我们也塑造了我们的未来。语言是我们的行动世界中的一种主要成分。当我们在一起谈话时, 我们正参与创造未来。我们如果渴望改变, 那么就on应该动摇我们传统的建构世界的方式, 开始构造新的形成意义的方式。如果社会变革是值得追求的, 就可能需要新的话语 (肯尼斯·J. 格根, 2010, 中文版序 pp. 3-4)。当我们开始说或者开始思考某一“客观事实”的时候, 我们已经进入了一个话语的世界, 或者说进入了一种传统、一种生活方式、一种价值指涉。坚持语言对于世界的构成性并不必然否认对象之于现实的构成性。社会建构主义承认客体的存在, 但它更强调, 语言是以“对于我们来说, 它(对象)是什么?”的方式创造了客体的世界, 而人们总是将语言的现实当成客观的现实 (Gergen, 2001)。Liebrucks (2001) 认为建构主义在两种意义上使用“社会建构”概念, 一是话语的社会建构, 二是实体的社会建构。话语代表着人们关于世界的信念或观念, 实体的社会建构是指“现实”自身被建构, 而不仅仅是信念、观念被建构。儒家文化是中国社会主流的、正统的话语体系, 儒家文化与中国人心理行为交互建构的特性, 对中国特色心理健康服务体系建设的启示:

(1) 健康心理与躯体症状交互建构, 说明躯体化症状是在中国儒家文化背景下, 中国人表达心理问题行为的一个重要的文化特征, 是儒家文化的心身观念影响心身疾病表达方式的具体表现。躯体化症状是中国人表达心理问题行为的正常方式和重要特征, 重视躯体化症状、改善或减轻躯体化症状, 提高生理质量能有效促进心理健康。反过来, 心理问题解决了, 心理健康水平提高了, 躯体症状也会得到明显改善。

(2) 健康心理与德行标准的交互建构, 反映着儒家文化对个人修为的德行与齐家治国能力的兼顾与并重; 反映出心理素养与道德修养相辅相成, 相互作用, 协调发展的关系; 提高个人的德行修为可以促进其身心健康发展; 个人身心健康发展则为德行修为提供更好的生理基础和心理基础。

(3)健康心理与伦理规范的交互建构,反映出儒家文化以和谐有序的社会伦理要求规范人们的心理和行为的思想。个人心理健康正是在日常伦理生活中发展起来的,心理健康与社会伦理规范交互建构,相互依存,和谐发展;弘扬中华民族传统美德、倡导伦理健康有助于促进个人心理健康发展。

(4)在中国文化背景下,心理健康不仅仅是身心健康,也包括道德健康和伦理健康。个人心理健康发展有助于提高生理健康水平;同时,心理健康也为道德建设和伦理建设提供良好的心理基础;心理健康、道德健康、伦理健康三者之间是一个相互作用、相互建构、协调发展的完整体系,心理健康、道德健康、伦理健康是构建和谐社会的基本要素。

心理健康服务是和谐社会建设的一个重要组成部分。由于文化与心理行为持续地交互作用、交互建构,因此中国心理健康理论建构与心理健康服务实践的交互作用也必然是一个持续的过程,在心理健康服务实践中建构理论,在理论的导引下产生行动。充分发挥儒家文化在当前中国心理健康服务实践中的理论建构特性和行动特征,可以有效促进心理健康服务理论和实践协调持续地交互发展,建构出与中国本土文化传统高度契合的、具有中国特色的心理健康服务理论与实践体系。

参考文献

- 曾文星. (2002). 心与身的关系与治疗 (p. 5). 北京: 北京医科大学出版社.
- 常永才. (2001). 文化与心理健康观念的研究: 分析的框架与意义. 内蒙古师范大学学报(哲学社会科学版), 30(4), 57-61.
- 陈建华, 周淑荣. (1995). 综合医院心理咨询门诊中精神障碍患者的躯体主诉. 中国心理卫生杂志, 9(3), 131-132.
- 陈子晨, 汪新建. (2015). 躯体化的心身交互机制及其中的文化因素. 心理科学进展, 23(5), 849-857.
- 费多益. (2011). 从“无身之心”到“寓心于身”——身体哲学的发展脉络与当代进路. 哲学研究, (2), 78-84.
- 冯大彪, 孟繁义, 庞毅等. (1998). 中华文化精粹分类辞典. 北京: 中国国际广播出版社.
- 高媛媛. (2011). 中国人躯体化心理问题文化探源. 山东理工大学学报(社会科学版), 27(6), 95-97.
- 胡海波. (2015). 中国精神的实践本性与文化传统. 哲学研究, (12), 114-121.
- 胡平生, 张萌(译注). (2017). 礼记(上)(礼运第九). 北京: 中华书局.
- 黄光国. (2008). 华人关系主义的理论建构. 载于 杨国枢, 黄光国, 杨中芳(编), 华人本土心理学(上册)(pp. 210-240). 重庆: 重庆大学出版社.
- 黄丽莉. (2007). 华人人际和谐与冲突: 本土化的理论与研究. 重庆: 重庆大学出版社.
- 景怀斌. (2002). 传统中国文化处理心理健康问题的三种思路. 心理学报, 34(3), 327-332.
- 肯尼斯. J. 格根. (2010). 语境中的社会建构. 北京: 中国人民大学出版社.
- 罗鸣春, 黄希庭, 苏丹. (2010). 儒家文化对当前中国心理健康服务实践的影响. 心理科学进展, 18(9), 1481-1488.
- 罗鸣春, 苏丹, 孟景. (2009). 中国传统文化中心理健康思想传承的四个途径. 西南大学学报(社会科学版), 35(3), 7-12.
- 罗鸣春. (2010). 中国青少年心理健康服务需求现状研究(博士学位论文). 西南大学, 重庆.
- 罗鸣春. (2011). 青少年心理健康服务需要理论与实证. 北京: 中国社会科学出版社.
- 吕小康, 汪新建. (2012). 意象思维与躯体化症状: 疾病表达的文化心理学途径. 心理学报, 44(2), 276-284.
- 蒙玲莲, 沈春琼, 倪红梅, 等. (2012). 躯体化概念的争议及本土化审视. 医学与哲学, 33(8A), 4-6, 48.
- 缪绍疆, 赵旭东. (2008). 疼痛表达与中国人表达的躯体化. 医学与哲学(人文社会医学版), 29(3), 40-42.
- 王国轩, 张燕婴, 蓝旭, 等(译). (2011a). 四书(论语 述而第七). 北京: 中华书局.
- 王国轩, 张燕婴, 蓝旭, 等(译). (2011b). 四书(孟子 滕文公上). 北京: 中华书局.
- 杨国枢. (2008). 华人社会取向的理论分析. 载于 杨国枢, 黄光国, 杨中芳(编), 华人本土心理学(上册)(pp. 171-209). 重庆: 重庆大学出版社.
- 杨莉萍. (2004). 社会建构主义心理学: “反实在论”还是“实在论”? 心理科学进展, 12(2), 312-319.
- 叶浩生. (2009). 社会建构论与心理学理论的未来发展. 心理学报, 141(06), 557-564.
- 叶浩生. (2007). 客观主义与建构主义: 对立及其超越. 自然辩证法研究, 23(9), 75-79.
- 叶浩生. (2011). 社会建构论与质化研究. 自然辩证法研究, 27(07), 75-79.
- 余德慧. (2008). 本土化的心理疗法. 载于 杨国枢, 黄光国, 杨中芳(编), 华人本土心理学(下册)(pp. 873-906). 重庆: 重庆大学出版社.
- 张岱年, 程宜山. (1990). 中国文化与文化论争. 北京: 中国人民大学出版社.
- 赵菊, 佐斌. (2011). “和而不同”中西文化下人际互动和谐相容模型比较. 心理学探新, 31(6), 489-493.
- 郑剑虹, 黄希庭. (2007). 论儒家的自强人格及其培养. 心理科学进展, 15(2), 230-233.
- Chang, E. C. (2001). A look at the coping strategies and styles of Asian Americans; Similar and different? In C. R. Snyder (Ed.), Coping with stress: Effective people and processes (pp. 222-239). London: Oxford University Press.
- Foucault, M. (1965). Madness and civilization: A history of in-

- sanity in the age of reason. New York: Vintage Books.
- Gergen, K. J. (2001). Construction in contention. *Theory Psychology*, 11(3), 420–421.
- Gergen, K. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. New York: Springer.
- Kirmayer, L. J., & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 832–840.
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease: Neurasthenia, depression and pain in modern China*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kung, W. W. (2003). Chinese Americans' help seeking for emotional distress. *Social Service Review*, 77, 114–134.
- Kung, W. W. (2004). Cultural and practical barriers to seeking mental health treatment for Chinese Americans. *Journal of Community Psychology*, 32(1), 27–43.
- Liebrucks, A. (2001). The concept of social construction. *Theory Psychology*, 11(3), 363–391.
- Miller, J. G., & Bersoff, D. M. (1992). Culture and moral judgment: How are conflict between justice and interpersonal responsibilities resolved? *Journal of Personality & Social Psychology*, 62(4), 541–554.
- Raskin, J. D. (2002). Constructivism in psychology: Personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism. In J. D. Raskin & S. K. Bridges (Eds.), *Studies in meaning exploring constructivist psychology* (pp. 1–25). New York: Pace University Press.
- Smith, P. (1998). Moral culture. *American Journal of Sociology*, 104(1), 262–264.
- Strauss, J. P., Barrick, M. R., & Connerley, M. L. (2001). An investigation of personality similarity effects (relational and perceived) on peer and supervisor ratings and the role of familiarity and liking. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 637–657.
- Young, R. A., & Collin, A. (2004). Introduction: Constructivism and social constructionism in the career field. *Journal of Vocational Behavior*, 64, 373–388.

Cross – construction of Confucian Culture and Chinese Healthy Psychology

Luo Mingchun Chang Jing Chen Jiamin

(School of Education, Yunnan Minzu University, Kunming 650504)

Abstract: The main body of Chinese traditional culture is Confucian culture. There is an interactive and constructive relationship between culture and healthy psychology. The interaction between Confucian culture and Chinese healthy psychology is mainly manifested in three aspects: first, the somatization of psychological problems, that is, the interaction between cultural psychology and somatic symptoms; The second is the moralization of psychological problems, that is, the interactive construction of cultural psychology and moral standards; The third is the life of psychological problems, that is, the interactive construction of healthy psychology and ethical norms. They are not only the typical manifestation of Chinese healthy psychology and behavior, but also the result of the interactive construction of Confucian culture and Chinese healthy psychology and behavior. Mental health, moral health and ethical health are an integrated system of interaction, mutual construction and coordinated development. China's mental health service should give full play to the construction and action characteristics of mental health theory and promote the coordinated development of mental health service theory and practice.

Key words: Confucian culture; healthy psychology; cross – construction