



接纳承诺疗法教学对体育院校大学生心理健康的影响

徐守森¹, 李佳新¹, 樊雯¹, 张菁²

摘要:目的: 探讨心理健康教育课程常规教学和接纳承诺疗法教学对大学生情绪健康和正念特质的影响, 并比较两者的效果差异。方法: 以体育院校 219 名大学生为被试, 采用分组前测、后测实验设计, 分别施加两种教学, 测量流调中心用抑郁自评量表、焦虑自评量表、接纳与行动问卷和正念五因素问卷。结果: 常规教学可以降低焦虑水平, 显著降低经验回避水平; 接纳承诺疗法教学可以显著降低抑郁和焦虑水平, 显著降低经验回避水平, 显著提高正念特质。两种干预方法相比较, 接纳承诺疗法教学对抑郁、焦虑情绪的改善程度效果更明显。结论: 综合比较, 接纳承诺疗法教学效果更好, 可以作为大学生心理健康教育的备选教学模式。

关键词: 大学生; 接纳承诺疗法; 心理灵活性; 心理健康教育; 教学干预

中图分类号: G807.01 文献标志码: A 文章编号: 1006-1207(2018)03-0092-07

DOI: 10.12064/ssr.20180313

Effect of Acceptance & Commitment Therapy on the Mental Health of the PE University Students

XU Shousen¹, LI Jiixin¹, FAN Wen¹, ZHANG Jing²

(1.School of Kinesiology and Health, Capital University of Physical Education and Sports, Beijing 100191; 2.Department of physical education, Capital Normal University, Beijing 100048)

Abstract: Objective: The purpose of this study is to investigate the effects of routine teaching and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention on the emotional health and mindfulness traits of the PE university students. And the teaching results of those two methods are compared in order to find the difference. Method: Subjects (N=219) from the PE universities were randomly divided into the routine teaching group (N=119) and the ACT intervention group (N=100). The two teaching methods were applied to the groups accordingly. The subjects were asked to do the five questionnaires of Epidemiologic Studies Depression Scale, Self-Rating Anxiety Scale, Acceptance and Action Questionnaire and Five Facet Mindfulness Questionnaire at the time of pre-experiment and post-experiment. Result: Routine teaching can reduce anxiety level and reduce experiential avoidance level significantly. ACT intervention can evidently reduce depression and anxiety level, reduce experiential avoidance level and improve mindfulness traits significantly. Compared with routine teaching, ACT intervention is more effective in decreasing depression and anxiety. Conclusion: ACT intervention can be an alternative teaching method for psychological health education course.

Key Words: university student; acceptance and commitment therapy; psychological flexibility; psychological health education; teaching Intervention

大学生的心理健康问题日益引起社会关注和政府重视, 中华人民共和国教育部 2011 年曾经下发《普通高等院校学生心理健康教育课程教学基本要求》(教思政厅[2011]5号), 明确要求高校开展大学生心理健康教育课程, 课程旨在使学生明确心理健康的标准及意义, 增强自我心理保健意识和心理危机预防意识, 掌握并应用心理健康知识, 培养自我认

知能力、人际沟通能力、自我调节能力, 切实提高心理素质, 促进学生全面发展。受到政策的引导, 很多研究者展开了讨论。有研究曾对如何开展大学生心理健康教育^[1]、如何增强其实效性^[2]进行思考, 曾对课程教学模式提出建议^[3-5]。但经过教学之后, 课程目的是否得以实现? 学生的心理素质是否得以提高? 迄今为止, 尚无研究对大学生心理健康教育课程的

收稿日期: 2018-03-21

基金项目: 北京市教委青年拔尖人才培养计划(CIT&TCD201504085)。

第一作者简介: 徐守森, 男, 山东德州人, 汉族, 博士, 副教授。主要研究方向: 运动心理咨询, 体育锻炼动机。E-mail: xushousen@cupes.edu.cn。

作者单位: 1.首都体育学院运动科学与健康学院, 北京 100191; 2.首都师范大学体育教研部, 北京 100048。

教学效益进行探讨。

在心理咨询和心理治疗领域,伴随着正念思潮的崛起,形成了以正念减压疗法、正念认知疗法、辩证行为疗法、接纳承诺疗法等为典型代表的认知行为主义第三浪潮。其中,接纳承诺疗法(Acceptance and Commitment Therapy, ACT),由于其理论结构完整,操作手段丰富,受到国内研究者越来越多的重视。接纳承诺疗法的心理病理模型认为,个体的心理僵化(Psychological Inflexibility)主要来自6个方面,经验回避、认知融合、概念化过去和恐惧化未来的主导、执着于概念化自我、价值模糊、无为/冲动或逃避(图1)。与之相对应,接纳承诺疗法的心理治疗模型则认为,接纳、认知解离、正念/活在当下、以己为景(或者观察自我)、价值澄清、承诺行动将提高个体的心理灵活(Psychological Flexibility)(图2)。接纳承诺疗法认为,心理咨询的目的在于实现从心理僵化向心理灵活的转变。迄今为止,接纳承诺理论已经广泛应用于创伤后应激障碍、强迫症、焦虑、抑郁、愤怒、恐惧、物质滥用等诸多领域,都取得了良好的临床效果。

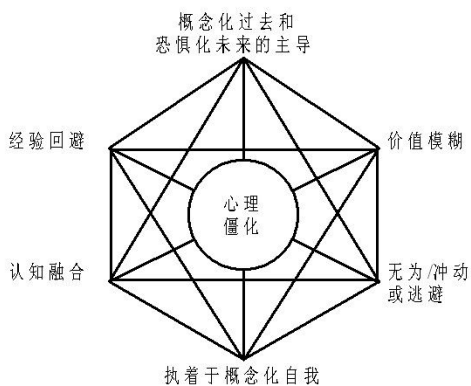


图1 接纳承诺疗法的心理病理模型

Figure 1 Psychopathological Model of Acceptance and Commitment Therapy

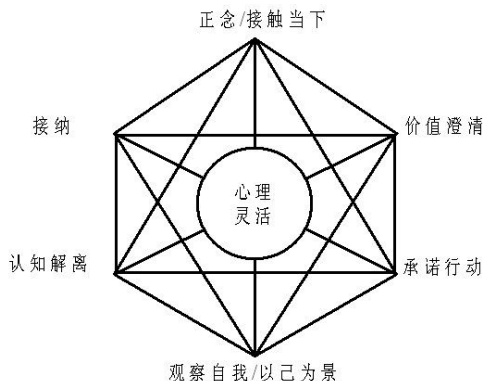


图2 接纳承诺疗法的心理治疗模型

Figure 2 Psychological Treatment Model of Acceptance and Commitment Therapy

关于接纳承诺疗法的理论引入方面,有研究介绍了ACT的理论背景^[6],探讨了ACT的理论基础^[7],介绍了ACT的心理病理模型和治疗模式^[8]。关于接纳承诺疗法的实证研究方面,已经对比了接纳承诺疗法与认知行为疗法对大学生抑郁患者的干预效果^[9],将ACT用于大学生抑郁患者的团体辅导^[10],尝试用ACT解决大学新生适应问题^[11]。但是迄今为止,尚未见到有研究将接纳承诺疗法用于大学生心理健康教育课程教学。

本研究目的在于探讨常规教学和接纳承诺疗法两种教学干预措施对大学生的心理健康是否具有促进作用,并比较两种教学干预措施的效果优劣,以期扩大接纳承诺疗法的应用范围,为改进大学生心理健康课程教学模式提供参考。

1 研究方法

采用实验组、控制组前测后测实验设计,随机整班选取被试,按照课程时数要求,实验班进行为期8周基于接纳承诺疗法的教学干预,控制班进行为期8周常规内容的大学生心理健康教育课程。

1.1 研究对象

作为控制组的常规教学干预班来自体育教育专业2个教学班100人,作为实验组的接纳承诺疗法干预班来自民族传统体育专业和运动训练专业2个教学班119人,合计219人,均签署书面知情同意书。除去缺考、规律作答等废卷32份,最终有效被试187名,有效率85.38%。其中常规教学干预班86名,包括男生69名,女生17名,平均年龄(19.65±0.72)岁;接纳承诺疗法干预班101名,包括男生42名,女生59名,平均年龄(18.58±1.58)岁。

1.2 研究主试

两种教学干预方案由同一名教师执行。自2006年开始,研究主试连续教授该门课程10年时间,熟悉教学内容、熟悉学生群体。自2013年开始,研究主试持续接受正念减压疗法、正念认知疗法、接纳承诺疗法等基于正念的系列培训,熟悉ACT的理论基础与操作技能。

1.3 教学干预方案

1.3.1 常规教学干预

参考中共北京市委教育工委组织编写的统一教材^[12],该教材介绍了11个活动主题,结合学校学时要求和学生需求,选择其中8个主题进行教学,主要教学方法为讲授法、活动法等(表1)。



表 1 常规教学干预方案

Table I Routine Teaching Intervention Program

课次	主题	内容梗概
1	前测 适应: 从心理健康开始	课程目的、教学内容、考核方式等, 前测 心理健康, 大学生生活与心理成长, 大学生心理成长的途径
2	自信: 从认识自我开始	追问“我是谁”, 大学生自我认识的困惑, 做自信的自己
3	成功: 从学会学习开始	大学学习特点, 大学生常见的学习困扰, 提升学习的有效性
4	和谐: 从人际交往开始	人际交往的魅力, 人际交往的困扰, 良好人际关系的建立与维护
5	快乐: 从管理情绪开始	情绪左右人生, 大学生常见的情绪困扰, 情绪的有效管理
6	幸福: 从学会恋爱开始	爱情解读, 恋爱中的困扰, 爱的能力培养
7	成长: 从应对压力开始	直面压力, 常见的心理压力, 压力应对
8	人生: 从珍爱生命开始; 后测	生命的价值, 生命的困惑, 尊重生命、热爱生活, 预防自杀、珍爱生命

1.3.2 接纳承诺疗法教学干预

本研究重点参考接纳承诺疗法创始人 Hayes (2005)^[13]及其同事 Hayes, Strosahl, Wilson (2012)^[14]的理论著作, 活动操作主要借鉴 Hayes, Strosahl, Wilson (1999)^[15]的著作和接纳承诺疗法国际组织——语境行为科学协会 (Association for Contextual Behavioral Science, ACBS) 官方网站 Zettle (1999)^[16]编制的完整 ACT 手册 (COMPLETE ACT MANUAL), 拟定接纳承诺疗法教学干预方案初稿。之后征求两位心理咨询专家的意见和建议, 对干预方案进行调整与完善, 确定教学干预方案终稿, 主要教学方法为练习法、讨论法等 (表 2)。

表 2 接纳承诺疗法教学干预方案

Table II Teaching Intervention Program of Acceptance and Commitment Therapy

课次	标题	内容梗概
1	心理教育与前测	课程目的、教学内容、考核方式等; 前测; 接纳承诺疗法简介
2	六边形模型之一: 活在过去与未来 vs. 活在当下	正念练习: 葡萄干练习 正念练习: 观察呼吸 总结: 活在过去/未来与活在当下
3	六边形模型之二: 概念自我 vs. 观察自我	正念练习: 身体扫描 活动: “20 个我是谁”“别人眼中的我” 总结: 概念自我与观察自我
4	六边形模型之三: 经验回避 vs. 接纳	正念练习: 观察情绪 活动: 文件夹练习 总结: 经验回避与接纳
5	六边形模型之四: 认知融合 vs. 认知解离	正念练习: 观察想法 活动: “牛奶”发音练习、为自己的困扰命名 总结: 认知融合与认知解离
6	六边形模型之五: 价值模糊 vs. 价值澄清	正念练习: 正念瑜伽 活动: 价值拍卖 总结: 价值模糊与价值澄清
7	六边形模型之六: 无为、冲动和逃避 vs. 承诺行动	正念练习: 正念行走 活动: 每日/每周/每月/每学期目标设置 总结: 无为/冲动/回避与承诺行动
8	总结与后测	将正念融入生活; 整合六边形模型之间的关系; 后测

设计思路是, 8 周 8 次课程当中, 开头设置心理健康教育环节和前测, 结尾是将正念融入生活, 整合 ACT 六边形模型之间的关系以及后测。中间 6 次课在安排 ACT 核心概念的顺序时, 沿着现在、过去和未来的时空顺序进行, “现在”包括治疗模型中的活在当下和观察自我两部分, “过去”包括治疗模型中的接纳和认知解离两部分, “未来”包括治疗模型中的价值和承诺行动两部分。每次课 70 min 时间, 包括 3 个部分: 第一部分进行 1 种或 2 种正念练习, 并进行小组讨论与大组分享; 第二部分进行 1 种或 2 种 ACT 操作练习, 并进行小组讨论与大组分享; 第三部分对 ACT 六边形模型核心概念进行讲解, 并结合学生学习与生活情况进行引申。在进行正念练习时, 努力与 ACT 核心概念相配合。

1.4 研究工具

1.4.1 流调中心用抑郁自评量表

采用流调中心用抑郁自评量表 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)^[17]的中文版^[18], 测量抑郁水平。CES-D 包含 20 个题目, 采用 4 级计分, 分数越高, 抑郁水平越高。本研究中, 该量表前后测的内部一致性 α 系数分别为 0.79、0.78。

1.4.2 Zung 焦虑自评量表

采用焦虑自评量表 (Self-Rating Anxiety Scale, SAS)^[19]的中文版^[18], 测量焦虑水平。SAS 包含 20 个题目, 采用 4 级计分, 分数越高, 焦虑水平越高。本研究中, 该量表前后测的内部一致性 α 系数分别为 0.86、0.85。

1.4.3 接纳与行动问卷

采用接纳与行动问卷第二版 (the Acceptance and Action Questionnaire-Second Edition, AAQ-II)^[20]的中文版^[21], 测量经验回避水平。AAQ-II 包含 7 个题目, 采用 1~7 点计分, 分数越高, 经验回避程度越高。本研



究中,该量表前后测的内部一致性 α 系数均为 0.87。

1.4.4 正念五因素问卷

采用正念五因素问卷 (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ)^[22] 的中文版^[23], 测量正念特质水平。FFMQ 包含 39 个题目, 采用 5 级计分, 包括观察、描述、有觉知的行动、不判断、不反应 5 个子量表。本研究中, 该量表 5 个维度前测的内部一致性 α 系数分别为 0.77、0.56、0.83、0.69、0.67, 整份问卷的内部一致性 α 系数为 0.89; 后测的内部一致性 α 系

数分别为 0.79、0.59、0.86、0.70、0.65, 整份问卷的内部一致性 α 系数为 0.90。

将数据录入 SPSS for Windows 22.0 进行统计分析。

2 研究结果

2.1 两因素重复测量方差分析的结果

教学干预(2 个水平, 常规教学和正念接纳疗法教学)和测量时间(2 个水平, 前测和后测)的两因素重复测量方差分析的结果如表 3 所示。

表 3 两因素、两水平重复测量方差分析的结果

Table III Result of the Variance Analysis of the Repeated Measurement of the Two Factors and Two Levels

因变量	常规教学 (N=86)		接纳承诺疗法教学 (N=101)		变异来源	SS	df	MS	F	p
	前测	后测	前测	后测						
CES-D	10.01±6.52	9.16±6.23	9.04±6.33	7.10±4.71	干预	171.957	1	171.957	2.955	0.088 ^a
					测量时间	145.366	1	145.366	11.349	0.001 ^{**}
					干预×测量时间	21.859	1	21.859	1.707	0.193
					观察对象误差	8612.710	148	58.194		
SAS	33.41±5.08	32.37±5.10	30.43±5.01	29.46±4.29	重复测量误差	1895.621	148	12.808		
					干预	651.855	1	651.855	16.337	0.001 ^{**}
					测量时间	75.590	1	75.590	10.004	0.002 ^{**}
					干预×测量时间	0.120	1	0.120	0.016	0.900
AAQ-II	17.94±6.76	16.03±6.45	15.40±6.59	13.52±5.96	观察对象误差	5945.191	149	39.901		
					重复测量误差	1125.880	149	7.556		
					干预	513.819	1	513.819	7.220	0.008 ^{**}
					测量时间	290.385	1	290.385	24.510	0.001 ^{**}
FFMQ	101.68±19.18	104.23±18.44	90.88±16.76	95.53±16.05	干预×测量时间	0.014	1	0.014	0.001	0.972
					观察对象误差	11386.653	160	71.167		
					重复测量误差	1895.594	160	11.847		
					干预	6551.153	1	6551.153	12.983	0.001 ^{**}
FFMQ1	21.11±5.80	20.97±6.01	18.94±5.04	19.55±5.40	测量时间	892.111	1	892.111	7.777	0.006 ^{**}
					干预×测量时间	76.459	1	76.459	0.667	0.416
					观察对象误差	68622.387	136	504.576		
					重复测量误差	15601.342	136	114.716		
FFMQ2	21.30±4.78	21.40±4.23	19.36±3.61	19.93±3.75	干预	256.166	1	256.166	5.235	0.023 [*]
					测量时间	4.560	1	4.560	0.359	0.550
					干预×测量时间	11.060	1	11.060	0.871	0.352
					观察对象误差	7731.384	158	48.933		
FFMQ3	17.51±5.18	18.19±5.43	14.64±4.48	15.82±4.31	重复测量误差	2007.427	158	12.705		
					干预	229.285	1	229.285	9.678	0.002 ^{**}
					测量时间	8.748	1	8.748	0.903	0.343
					干预×测量时间	4.433	1	4.433	0.458	0.500
FFMQ4	22.85±4.95	23.16±4.76	21.03±5.30	22.05±4.87	观察对象误差	3719.551	157	23.691		
					重复测量误差	1520.705	157	9.686		
					干预	539.969	1	539.969	13.743	0.001 ^{**}
					测量时间	68.205	1	68.205	8.820	0.003 ^{**}
FFMQ5	18.75±4.32	19.21±3.94	17.64±4.36	17.87±3.81	干预×测量时间	4.939	1	4.939	0.639	0.425
					观察对象误差	6129.275	156	39.290		
					重复测量误差	1206.305	156	7.733		
					干预	163.722	1	163.722	4.306	0.040 [*]
					测量时间	34.083	1	34.083	2.952	0.088 ^a
					干预×测量时间	9.570	1	9.570	0.829	0.364
					观察对象误差	5703.265	150	38.022		
					重复测量误差	1731.851	150	11.546		
					干预	119.983	1	119.983	4.635	0.033 [*]
					测量时间	9.816	1	9.816	1.235	0.268
					干预×测量时间	1.066	1	1.066	0.134	0.715
					观察对象误差	4090.064	158	25.886		
				重复测量误差	1255.980	158	7.949			

注:** 表示 P<0.01;* 表示 P<0.05;a 表示 P<0.10(边缘显著)。



统计结果表明,在所有因变量上,教学干预和测量时间的交互作用均不显著,说明测量时间因素的作用不随教学干预分组的不同而不同。测量时间的数据差异有统计学意义,说明各个时间点的数据的差异有统计学意义。教学干预分组的方差分析均达到显著或边缘显著,说明两种教学干预之间有统计

学差异。

2.2 两种教学干预措施各自的效果

采用配对样本t检验分别对两种教学干预措施前后测的成绩进行比较(表4),以探讨常规教学和接纳承诺疗法教学各自是否有效果。

表4 两种教学干预前后测成绩各自的比较

Table IV Comparison between the Test Results before and after the Two Teaching Intervention Respectively

教学班	量表	N	前测($\bar{x}\pm s$)	后测($\bar{x}\pm s$)	t	p	r ²
常规教学班	抑郁自评量表	69	10.01±6.52	9.16±6.23	1.342	0.184	0.026
	焦虑自评量表	71	33.41±5.08	32.37±5.10	1.985	0.051 ^a	0.053
	接纳与行动问卷	76	17.94±6.76	16.03±6.45	3.341	0.001 ^{**}	0.130
	FFMQ1: 观察	74	21.11±5.80	20.97±6.01	0.230	0.819	0.001
	FFMQ2: 描述	75	21.30±4.78	21.40±4.23	-0.167	0.868	0.001
	FFMQ3: 有觉知的行动	86	17.51±5.18	18.19±5.43	-1.246	0.217	0.018
	FFMQ4: 不判断	75	22.85±4.95	23.16±4.76	-0.516	0.608	0.004
	FFMQ5: 不反应	73	18.75±4.32	19.21±3.94	-1.014	0.314	0.014
	FFMQ 正念五因素量表	75	101.68±19.18	104.23±18.44	-1.259	0.212	0.021
	接纳承诺疗法班	抑郁自评量表	82	9.04±6.33	7.10±4.71	3.592	0.001 ^{**}
焦虑自评量表		77	30.43±5.01	29.46±4.29	2.578	0.012 ^a	0.080
接纳与行动问卷		75	15.40±6.59	13.52±5.96	3.668	0.001 ^{**}	0.154
FFMQ1: 观察		73	18.94±5.04	19.55±5.40	-1.116	0.268	0.017
FFMQ2: 描述		81	19.36±3.61	19.93±3.75	-1.349	0.181	0.022
FFMQ3: 有觉知的行动		80	14.64±4.48	15.82±4.31	-3.533	0.001 ^{**}	0.136
FFMQ4: 不判断		85	21.03±5.30	22.05±4.87	-2.077	0.041 ^a	0.049
FFMQ5: 不反应		87	17.64±4.36	17.87±3.81	-0.544	0.588	0.003
FFMQ 正念五因素量表		85	90.88±16.76	95.53±16.05	-2.844	0.006 ^{**}	0.088

注:*表示 $P < 0.05$, **表示 $P < 0.01$, a表示 $P < 0.10$ 。

统计结果表明,常规教学班在抑郁自评量表上,前后测差异不显著;焦虑自评量表上,前后测差异边缘显著,焦虑水平有所降低;正念五因素量表总分及其分量表上,前后测差异不显著;接纳与行动问卷,后测显著低于前测,经验回避水平显著降低。

接纳承诺疗法班在抑郁自评量表和焦虑自评量表上,后测显著低于前测;正念五因素量表的第3、4分量表及其总分上,后测显著高于前测;接纳与

行动问卷,后测显著低于前测,说明经验回避水平显著降低。

2.3 两种教学干预措施的效果对比

采用独立样本t检验,将常规教学班和接纳承诺疗法班各个量表得分的前测进行比较,除了抑郁自评量表之外,其他量表得分都存在显著差异(表5)。

表5 两种教学干预前测成绩的比较

Table V Comparison between the Test Results of the Two Teaching Intervention before the Experiment

量表	常规教学班($\bar{x}\pm s$)	接纳承诺疗法班($\bar{x}\pm s$)	t	p	d
抑郁自评量表	10.01±6.52	9.04±6.33	-1.339	0.183	0.153
焦虑自评量表	33.41±5.08	30.43±5.01	-4.103	0.001 ^{**}	0.594
接纳与行动问卷	17.94±6.76	15.40±6.59	-2.099	0.037 ^a	0.385
FFMQ1: 观察	21.11±5.80	18.94±5.04	-2.301	0.022 ^a	0.430
FFMQ2: 描述	21.30±4.78	19.36±3.61	-3.635	0.001 ^{**}	0.537
FFMQ3: 有觉知的行动	17.51±5.18	14.64±4.48	-3.754	0.001 ^{**}	0.640
FFMQ4: 不判断	22.85±4.95	21.03±5.30	-2.352	0.020 ^a	0.343
FFMQ5: 不反应	18.75±4.32	17.64±4.36	-2.459	0.015 ^a	0.254
FFMQ 正念五因素量表	101.68±19.18	90.88±16.76	-4.046	0.001 ^{**}	0.644

注:*表示 $P < 0.05$, **表示 $P < 0.01$ 。

鉴于此,分别将前测成绩作为协变量,对各个量

表的后测成绩进行单因素协方差分析(表6)。



表 6 两种教学干预后测成绩的比较

Table VI Comparison between the Test Results of the Two Teaching Intervention after the Experiment

量表	常规教学班($\bar{x}\pm s$)	接纳承诺疗法班($\bar{x}\pm s$)	F	p	d
CES-D	9.16±6.23	7.10±4.71	4.924	0.028 [*]	0.597
SAS	32.37±5.10	29.46±4.29	2.984	0.086 ^a	0.404
AAQ-II	16.03±6.45	13.52±5.96	1.395	0.239	0.217
FFMQ1: 观察	20.97±6.01	19.55±5.40	0.011	0.917	0.051
FFMQ2: 描述	21.40±4.23	19.93±3.75	1.376	0.242	0.215
FFMQ3: 有觉知的行动	18.19±5.43	15.82±4.31	0.489	0.486	0.107
FFMQ4: 不判断	23.16±4.76	22.05±4.87	0.087	0.769	0.060
FFMQ5: 不反应	19.21±3.94	17.87±3.81	2.411	0.123	0.339
FFMQ	104.23±18.44	95.53±16.05	0.819	0.367	0.146

注: * 表示 $P < 0.05$, a 表示 $P < 0.10$ 。

统计结果表明,在抑郁自评量表后测得分上,接纳承诺疗法干预班的成绩显著低于常规教学干预班,在其他量表后测成绩上,两种教学干预的差异均不显著。

3 讨论

3.1 常规教学的干预效果

3.1.1 抑郁水平没有变化,焦虑水平略有降低

常规教学当中,对于情绪管理只有1节课时间,课时较短,效果有限。其实,考虑到本研究被试数量较少,焦虑水平的降低出现边缘显著的结果已经相当不错。如果增加被试数量,显著水平或许更加明显。

3.1.2 经验回避水平显著降低

经验回避(experiential avoidance)是指人们试图控制或改变自身内在经验(如想法、情绪、躯体感觉或记忆等)在脑海中出现的形式、频率,或对情境的敏感性^[8]。经验回避本身是佐证接纳承诺疗法干预效果的常用变量,而常规教学之所以能够出现这样的效果,或许和常规教学始终传递正能量有关,常规教学涉及到很多大学新生适应过程中出现的问题,例如学习方式变革、自我概念把握、人际关系调整、情绪管理和压力应对等,都教导学生直面问题。而且,开设心理健康教育课程本身对学生就具有很好的启发作用。

3.1.3 正念水平没有变化

自始至终,常规教学班从未进行任何形式的正念练习,正念水平没有提高也在情理之中。

3.2 接纳承诺疗法教学的干预效果

整体来看,接纳承诺疗法教学的干预效果比较理想,抑郁、焦虑水平显著降低,经验回避水平显著降低,正念水平显著提高。

虽然以往少有ACT教学干预研究,但是ACT

对抑郁和焦虑的治疗效果,已经得到前人研究的证实^[24]。抑郁方面,和以往研究结果^[25]一致。焦虑方面,和以往的研究结果^[26-28]一致。本研究进一步丰富了ACT对缓解大学生抑郁和焦虑效果的研究成果。

有研究认为,经验回避是情绪障碍的可能动因^[29],是行为障碍的可能动因^[30],是心理僵化的重要表现^[14]。有研究发现,人们通过更多地使用情绪调节策略,降低经验回避,直面困境,从而降低消极体验,提升积极体验^[31]。本研究中,经验回避水平的降低间接佐证了接纳承诺疗法的教学干预效果。

正念练习是接纳承诺疗法的重要组成部分,通过正念练习,正念特质得以增强。和其他研究^[32]相比,虽然干预方式略有差异,但干预效果都比较显著。这一结果直接佐证了接纳承诺疗法的教学干预效果。

3.3 研究的不足与未来研究的建议

3.3.1 研究设计的不足

按照北京市教委政策文件和学校教学计划的安排,所有大一学生均需开设大学生心理健康教育课程,由此,本研究设计可以比较两种教学干预的效果差异,但是缺乏严格意义的控制组,难以排除成长和成熟因素的影响。

3.3.2 研究因变量的选择

考虑到被试作答的时间限制,本研究只选择了抑郁、焦虑等常见的情绪变量和部分正念变量,对于心理健康、应对方式等其他心理效益,对于认知融合、价值等其他正念变量没有涉及,后续研究可以进一步扩展。

3.3.3 研究结论的外部效度受到限制

被试主要来自体育院校,但是大学生心理健康教育课程已经推广到全国所有的大专院校,如此,本研究的结论在推广时,需要慎重。后续研究可以在不同类别的学校推广本研究设计的接纳承诺疗法教学



干预方案,进一步检验其干预效果。

4 结论

(1)和常规教学相比,接纳承诺疗法教学对于缓解抑郁情绪效果非常明显,对于缓解焦虑情绪效果也比较明显。

(2)和常规教学相比,接纳承诺疗法对于降低经验回避,对于增强正念特质效果没有明显优势。

(3)综合考虑,接纳承诺疗法教学对于增强大学生的情绪健康水平效果更好。

参考文献:

- [1] 吕楠.关于加强大学生心理素质教育的几点思考[J].兰州教育学院学报,2012,28(6):139-140.
- [2] 王怡.大学生心理素质教育的实效性研究[J].河北工程大学学报(社会科学版),2011,28(4):110-113.
- [3] 宗敏.“大学生心理素质教育”教学模式探索[J].北京教育(德育),2012(4):59-61.
- [4] 孙瑞权.大学生心理素质教育课堂教学模式的实践研究[J].教育与职业,2014(6):131-132.
- [5] 沙淑清,王燕,李佩玲.大学生心理素质教育“成长能动手”教学—实践模式探索[J].北京教育(德育),2014(Z1):87-89.
- [6] 曾祥龙,刘翔平,于是.接纳与承诺疗法的理论背景、实证研究与未来发展[J].心理科学进展,2011,19(7):1020-1026.
- [7] 王淑娟,张琦,祝卓宏.关系框架理论:接纳与承诺治疗的理论基础(述评)[J].中国心理卫生杂志,2012,26(11):877-880.
- [8] 张琦,王淑娟,祝卓宏.接纳与承诺疗法的心理病理模型和治疗模式[J].中国心理卫生杂志,2012,26(5):377-381.
- [9] 赵文,周雅,刘翔平,等.接受与承诺疗法干预抑郁的效果追踪[J].中国临床心理学杂志,2013,21(1):153-157.
- [10] 赵文,邹爱婕.接受与承诺疗法干预大学生抑郁的团体辅导设计[J].教育教学论坛,2013(5):271-272.
- [11] 刘希庆.基于接纳承诺疗法分析大学新生适应问题与应对策略[J].枣庄学院学报,2016(1):134-137.
- [12] 中共北京市委教育工委.大学生心理健康与自我成长[M].北京:北京出版社,2011.
- [13] Hayes S. C. Get Out of Your Mind Into Your Life: The New Acceptance & Commitment Therapy[M]. Oakland, CA:New Harbinger Publications, Inc., 2005.
- [14] Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change[M]. Second Edition ed. New York:The Guilford Press, 2012.
- [15] Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson. K. G. Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change[M]. New York:The Guilford Press, 1999.
- [16] Zettle R. COMPLETE ACT MANUAL[Z]. 1999.
- [17] Radloff L. S. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population[J]. Applied Psychological Measurement, 1977(1):385-401.
- [18] 汪向东.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志,1993.
- [19] Zung W. W. A Rating Instrument for Anxiety Disorders [J]. Psychosomatics,1971,12(6):371-379.
- [20] Bond F. W., Hayes S. C., Baer R. A., et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance[J]. Behavior Therapy, 2011, 42(6):676-688.
- [21] 曹静,吉阳,祝卓宏.接纳与行动问卷第二版中文版测评大学生的信效度[J].中国心理卫生杂志,2013,27(11):873-877.
- [22] Baer R. A., Smith G. T., Lykins E., et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples[J]. Assessment, 2008, 15(3):329-342.
- [23] 邓玉琴.心智觉知训练对大学生心理健康水平的干预效果[D].首都师范大学,2009.
- [24] Sharp K. A Review of Acceptance and Commitment Therapy with Anxiety Disorders[J]. International Journal of Psychology & Psychological Therapy,2012,12(3):359-372.
- [25] Moghanloo V. A., Moghanloo R. A., Moazezi M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression, Psychological Well-Being and Feeling of Guilt in 7-15 Years Old Diabetic Children[EB/OL]. 2015.
- [26] Arch J. J., Eifert G. H., Davies C., et al. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders[J]. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2012, 80(5):750-765.
- [27] Wolitzky-Taylor K. B., Arch J. J., Rosenfield D., et al. Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy[J]. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2012, 80(5):786-799.
- [28] Arch J., Espejo E., Keller M., et al. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case

(下转第 104 页)



5.3 增加实践课程比例,实行“高、中、初”分层课程教学体系,形成“点面一体”相结合的培训模式,依托市场资源和外教入校开展指导员和教练员的培训工作。

5.4 从培训效果评价看,在进行课程内容设计时,要充分结合学员的学习需求,分享学习方法,使培训效果最大化。

5.5 校园足球是体育与教育的有机结合,对校园足球指导员和初级教练员培训意义深远,但近年来的相关足球师资培训的研究较少,这些方面要引起足够的重视。

5.6 在高等师范类院校体育学院足球专修学生的培养目标中,如何加强足球活动课和训练课教学中的“教与学”“训与练”的教学过程和能力培养等应进入师资培训的重要内容,如成立足球学院培养校园足球专门人才等。

5.7 针对上海市校园足球的开展现状,立足于足球运动普及推广,建议建立以政府为主导的结合社会

力量参与的市、区、校三级管理体制,实行基层青少年足球教师和教练员再培训制度,将进修、培训和使用结合起来,以利于上海市校园足球体育教育师资培养体制的进一步完善。

参考文献:

- [1] 上海市教委.上海市教育委员会关于开展 2015 年上海市校园足球活动指导员培训工作的通知[Z].沪教委体[2015]15 号,2015.
- [2] 体育总局,教育部.关于开展全国校园足球活动的通知[Z].体群字[2009]54 号,2009.
- [3] 杜放,刘健松,杨佳森.校园足球教练员发展现状与培养模式探析[J].四川体育科学,2014,33(3):130-132.
- [4] 董众鸣.开展校园足球活动若干问题的探讨[J].上海体育学院学报,2011,35(2):91-94.

(责任编辑:陈建萍)

(上接第 98 页)

Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol[J]. Cognitive and Behavioral Practice, 2009(16):368-385.

- [29] Spinhoven P., Drost J., de Rooij M., et al. A Longitudinal Study of Experiential Avoidance in Emotional Disorders[J]. Behavior Therapy, 2014, 45:840-850.
- [30] Haves S. C., Wilson K. G., Strosahl K., et al. Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment [J]. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1996, 64(6):1152-1168.
- [31] Kashdan T. B., Barrios V., Forsyth J. P., et al. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnera-

bility: Comparisons with coping and emotion regulation strategies[J]. Behaviour Research and Therapy, 2006, 44: 1301-1320.

- [32] Lappalainen P., Langrial S., Oinas-Kukkonen H., et al. Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms With Minimal Support: A Randomized Controlled Trial[J]. Behavior Modification, 2015, 39(6):805-834.

(责任编辑:陈建萍)