



灾后社会心理支持 核心信息卡

主 审 于 欣

主 编 马 弘

副主编 程文红



北京大学医学出版社



灾后社会心理支持核心信息卡

主 审 于 欣

主 编 马 弘

副主编 程文红

编 委 (按姓氏笔画排序)

马 宁	北京大学精神卫生研究所
马 弘	北京大学精神卫生研究所
王华丽	北京大学精神卫生研究所
王瑞儒	北京大学第三医院
仇剑崋	上海交通大学附属精神卫生中心
冯 杰	中华女子学院
刘 梦	中华女子学院
齐小玉	中华女子学院
牟晓洁	武汉大学人民医院
杨 萍	中国老年学学会老年心理专业委员会
肖亮亮	联合国人口基金驻华代表处
何 鸣	杭州市第七人民医院
胡艳红	中华女子学院
郭 伟	联合国人口基金驻华代表处
唐宏宇	北京大学精神卫生研究所
梁光明	沈阳市精神卫生中心
程文红	上海交通大学附属精神卫生中心 (上海市精神卫生中心)
谢永标	广东省精神卫生研究所

北京大学医学出版社

ZAIHOU SHEHUI XINLI ZHICHI HEXIN XINXIKA

图书在版编目(CIP)数据

灾后社会心理支持核心信息卡 / 马弘主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2013.4
ISBN 978-7-5659-0574-2

I. ①灾… II. ①马… III. ①灾害—心理干预—手册
IV. ①B845.67-62 ②R749.055-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第081536号

灾后社会心理支持核心信息卡

主 编: 马弘

出版发行: 北京大学医学出版社(电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路38号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京圣彩虹制版印刷技术有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 刘 燕 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 880mm×1230mm 1/16 印张: 2.25 字数: 63千字

版 次: 2013年4月第1版 2013年4月第1次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0574-2

定 价: 18.00元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书由

北京大学医学科学出版基金

资助出版

编者的话

《灾后社会心理支持核心信息卡》的编写起源于2008年“5·12”汶川地震后卫生部-联合国人口基金（United Nations Population Fund, UNFPA）项目。以北京大学精神卫生研究所为主的灾后心理社会支持团队在汶川灾区执行项目2年。来自全国的全体队员在项目执行的2年中，亲历了从震后到重建的各个阶段，深感灾后最需要的是图文并茂、覆盖面广、针对性强的心理支持产品，于是队员们自主创意并编写了这本资料。在2008年四川汶川地震和2010年青海玉树地震后的心理社会支持工作中，编写团队反复听取各方受灾人群的意见和建议，十易其稿，使其尽量贴近实际需要。

2011年经北京大学医学部科学出版基金项目评审，本书被选为出版基金资助项目。在书稿进一步完善和编辑完成之际，我们最不愿意看见的灾难再一次发生了。

2013年4月20日雅安地震之后仅仅24小时，四川华西医院心理卫生中心向我们发来了希望帮助的信息。我们立即与北京大学医学出版社联系，启动了紧急印刷程序。

希望这本在灾难中诞生，又注定与灾难相伴的小册子能够多少帮助到灾区群众受伤的心灵，因为在这些图文背后，蕴含的是精神卫生工作者的支持和爱！

编委会

2013年4月21日

前言

中国多灾。早在 20 世纪 90 年代，在重大群体性灾害后，卫生行政部门就开始有意识地派遣精神卫生专业人员赶赴灾区进行“心理救援”。但这些举动与 2008 年“5·12”汶川地震比起来，都近乎湮没。到目前仍然没有确切的统计数据告诉我们在地震发生后究竟有多少精神卫生人员（包括精神科医生、心理学家、受过培训和认证的心理咨询师以及心理卫生工作志愿者）前前后后到过受灾现场，以“心理救援、心理辅导、心理抚慰、心理支持、心理调查、心理咨询、心理重建”的名义做过多少活动。时间一久，当时的激情和雄心都烟消云散，而大批匆忙赶印的心理测查问卷、心理辅导手册、心理健康教材，没准儿正与其他尚未拆封的救灾物资一起静静地躺在某处的仓库里。

难得北京大学医学出版社慧眼识珠，从当年众多的救灾材料中挑出这一本正式出版。时隔 4 年，再次审视这本于汶川地震 1 年之后编纂出的册子，还是觉得其中有不少地方可圈可点。它的直接、精练、实用自不必说，单是从颜色的使用、文字的编排就可以看出作者们是多么希望给它的使用者带来一点儿镇定、一点儿关怀。在此我们也感谢联合国人口基金（UNFPA）和卫生部的灾后社会心理支持项目的支持，使这本册子能在项目执行的 2 年时间内不断得到应用和修改。

好的东西是能够经得起时间考验的。在这本小册子出版之际，我衷心地希望作者团队能够认真总结编写这本册子的成功经验：系统翻译国外同类读物，现场试用，针对不同对象做出修订，结合自己的研究提出观点，配合不同的灾情进行细化，使人类用生命换来的灾后心理复原经验能够得以传播，也希望我们的使用者能够在实践中不断给出修订的建议。虽然我不情愿地承认，这本册子的每次使用都会与灾难、伤害相连，但这就是灾后心理支持的本质：直面痛苦，治愈伤口。

北京大学精神卫生研究所 于欣

2012 年 9 月 1 日

目 录

中国卫生部－联合国人口基金汶川震后社会心理支持项目介绍.....	1
灾后助人者的自我保护.....	2
沟通技巧.....	4
沟通技巧概述.....	4
青少年沟通技巧.....	5
妇女人群沟通技巧.....	6
老年人群沟通技巧.....	7
常见心理问题的识别和处理.....	8
失眠及睡眠管理.....	8
失眠的治疗.....	8
抑郁症.....	10
创伤后应激障碍.....	12
急、慢性精神病性障碍.....	14
心理辅导及干预技术.....	16
心理急救和居丧障碍的处理.....	16
灾区育龄妇女的心理保健.....	18
老年人群的心理保护及支持性心理辅导.....	19
青少年人群的心理保护.....	19
青少年安全性行为宣传.....	20
灾后性别暴力的预防.....	21
大众健康教育.....	22
心肺复苏.....	22
急性中毒.....	23
精神卫生宣传教育核心信息和知识.....	24



本信息卡供社区人员使用。基层卫生、妇联、老龄委、村级管理人员均可在培训后使用。

联合国人口基金的使命 The Mission of UNFPA

联合国人口基金（人口基金）作为一个国际发展机构，以促进妇女、男子和儿童人人享有健康生活和平等机会的权利为己任。联合国人口基金支持各国运用人口数据来制订政策和方案，以减轻贫困，让每一次怀孕都合乎意愿，每一次分娩都确保安全，每一位青年免受艾滋病病毒/艾滋病的侵害，每一个女孩和妇女都享有尊严并受人尊重。

人口基金——因为每一个人都很重要。

自从1979年以来，联合国人口基金一直与中国政府合作，共同处理人口、生殖健康及社会性别这三个领域中波及多个层面的问题。

欢迎访问我们的网站：

<http://www.unfpa.org>

中国卫生部-联合国人口基金汶川震后社会心理支持项目于2009年1月正式启动，为期1年。本项目由芬兰政府资助，联合国人口基金管理，实施机构为卫生部/北京大学精神卫生研究所、中华全国妇女联合会（简称全国妇联）、全国老龄工作委员会办公室。

本项目在实施过程中，通过多次社区级培训和预试验，国家级专家团队开发了汶川震后社会心理支持核心信息卡。该信息卡的内容分为7个部分，涵盖了针对青少年、妇女和老年人群的沟通技巧、常见心理问题的识别和处理、心理辅导及干预技术、灾后大众健康教育、灾后助人者的自我保护、青少年安全性行为宣传和灾后性别暴力的预防。

核心信息卡的使用对象为接受过培训的社区级管理人员，如基层卫生、妇联、民政（老龄委）以及村级管理人员。

自然灾害给人们带来了明显的社会心理伤害。2008年5月12日的汶川大地震使灾区的4600多万人民受到了影响。地震之后，联合国人口基金根据中国政府的需求，做出了迅速的响应，向灾区援助了生殖健康急救药箱，为妇女分发了个人健康清洁包，以满足灾难初期受灾群众的基本卫生和生殖健康的需求。震后的3个月，联合国人口基金又将重点放在了应急状况下的生殖健康服务和社会心理支持服务的能力建设方面。2008年10月，联合国人口基金与世界卫生组织、中国卫生部、全国老龄工作委员会办公室等国家级机构共同合作，在北京和四川组织召开了二期社会心理支持及精神健康的培训研讨会。

这是联合国人口基金首次在中国紧急危机事件中纳入了应对生殖健康和社会心理支持的内容。

根据全球应急救援工作的经验，保护和改善人们的精神卫生和社会心理状况是应急救援的重点之一，也是人们的长期需求。

根据2008年9月国务院下发的《汶川地震灾后恢复重建总体规划》的精神，2009年，在芬兰政府的资金援助下，联合国人口基金继续与卫生部/北京大学精神卫生研究所、全国妇联、全国老龄工作委员会办公室共同合作，在四川的6个重灾区，针对老年人、妇女以及青少年等弱势群体，组织开展以社区为基础的震后社会心理支持项目，项目的活动内容涵盖了社区级的联合培训、机构间的社会心理支持干预活动、识别、处理和转介，社区常见的精神障碍以及联合的监督和评估和技术支持。本项目以社区动员、多部门合作为基础，将对灾后社区的社会心理支持网络的建设工作进行探索。

本项目为期1年（2009.1.1—2009.12.31），执行机构为联合国人口基金，具体实施机构为卫生部/北京大学精神卫生研究所、全国妇联、全国老龄工作委员会办公室。项目地区：四川省北川、安县、什邡、青川、绵竹、都江堰。

信息来源
本信息卡版权所有：
中国卫生部-
联合国人口基金

信息来源：中国卫生部-联合国人口基金
本信息卡版权所有：中国卫生部-联合国人口基金

灾后助人者的自我保护

Self-Protection for
Helpers in Post Disasters

助人者是心理创伤高危人群

地震和其他重大灾害中的救助人员常常要面对灾害的惨状和骇人的听闻；救灾过程中的过度负荷与重重困难、对生还者及其所受创伤的同情和共情，均会对救助者的身心状态造成冲击，产生生理与心理反应，甚至出现心理耗竭。

心理耗竭，即因心理能量在长期奉献给别人的过程中消耗过多，而产生极度身心疲惫和感情枯竭为主的综合征，表现为厌恶工作、焦虑、烦躁、失去同情心、自卑等。为了更好地帮助地震灾难的受害者，救助人员务必关注自己的心理状况并及时进行自我调适。

救助人员心理不适自查表

- 极度疲劳、休息与睡眠不足，产生生理上的不舒服（例如：做噩梦、晕眩、呼吸困难、肠胃不适等）。
- 注意力无法集中以及记忆力减退。
- 对于眼前所见的感到麻木、没有感觉。
- 担心、害怕自己会崩溃或无法控制自己。
- 因为救灾不顺而感到难过、精疲力竭，甚至生气、愤怒。
- 过度地为受灾者的惨痛遭遇而感到悲伤、忧郁。
- 觉得自己的救灾工作做得不好，而有罪恶感或觉得对不起灾民。
- 喝酒、抽烟或吃药的量比平时多很多。

在帮助别人之际，

别忘了照顾您自己！

1. 自我隔离技术

我们都知道，汽车不能连续行驶，必须经常停下来加油。隔离技术就起到了加油站的功能。救助者要明确地在自己和被救助者之间留出一定的空间和时间，不要持续地将全部精力和时间都用到被救助者的身上，要留出一个加油站的距离和加油的时间，让自己保持冷静理智的判断和思考的能力，同时也有助于自己的身体和心理得到及时平复和休整。

A. 一般的隔离方法

- 实行轮班换岗工作制度，最好是强制性的。
- 注意休息，休息时离开工作场所，不要将全部的时间与工作对象待在一起。
- 使休息的场所尽可能和工作对象分开。
- 与家人和朋友保持联系。
- 进行适当的放松和娱乐。
- 聆听和感受受灾人的遭遇时，时刻不要忘记自己是救助者，不要将自己与被救助者完全等同。

B. 特殊的隔离技术

保险箱技术：

- 这是一个想象训练，借此可以暂时将不愉快的情绪和感受“打包封存”。
- 找一个舒服的姿势，闭上眼睛。想象在你面前有一个保险箱，它坚不可摧。
- 现在请打开保险箱，把所有给你带来压力的东西统统放进去：感觉的以及身体的不适……反复纠缠你的念头和声音……不好的气味和味觉……
- 现在锁好保险箱的门，把它放到你认为合适的地方，这个地方不应该离你太近，在你力所能及的范围里尽可能地远一些。
- 现在，负担解除了吗？享受一下轻松的感觉……

2. 放松技术

- 这一想象训练能够帮助你暂时脱离周围喧闹、充满压力的环境。
- 选一个舒服的姿势，闭上眼睛，或者望望四周让你感到舒服的地方。想象一个曾经让你非常放松、温暖、开心的情景，回忆当时你与谁在一起，再次体验那种美好的感觉……

3. 团队支持

- 在一个轮班或行动之后，自发或组织团队分享会，让团队成员谈论他们在灾难中的经验，每次 30~45 分钟。
- 团队成员相互问候，总结阶段取得的成果。倾听彼此的工作经历，告诉对方“做得很好”、“工作做得不错”。
- 讨论在各自承担的任务中，“什么是最糟糕的部分”，并且允许宣泄和分享感觉。保证所有成员都不会为了他们如何感觉、他们的功能如何而被批评。
- 对于出现心理不适的同伴给予支持和安慰，使他了解到自己的反应是正常的，每个人都可能存在。拍拍对方的背，或给予他有力的拥抱。
- 团队领导应肯定所有救助人员在救援工作中的努力，对重要贡献予以及时的肯定，还可以颁发小纪念品。
- 在队友因各种原因离开时，要互赠照片或纪念卡片，后面具体写着对方所做的令人感动的事，并留下联系方式，以在今后保持联络。

4. 自我减压

- 进行正向的“自我对话”。如：对自己说“我做得很好”，肯定自己的努力和成果。
- 遇到挫折时学会自我保护，不要过度自责，消除自罪感，告诉自己“我已经尽力了”、“没有人是万能的”。
- 与一位自己信赖的同事在一起，注意彼此的功能、疲累程度和压力症状，并在必要的时候彼此提醒需要休息。
- 在每天工作结束时，用几分钟和同事谈一谈今天的想法和感觉，不让糟糕的心情过夜。
- 定期参加团体分享会或工作者支持团体，谈论自己和同事情绪上的冲击。学习一些压力处理的课程。
- 保证充足的睡眠。学习放松技巧帮助入睡。
- 尽量规律进食、喝足够的水。避免进食过多的糖、脂肪、浓茶和咖啡。尽量不增加吸烟量。
- 非特殊情况下工作时间以 12 个小时为最长时限，每 4 个小时休息一次。当生病或效率降低时，不要逼迫自己继续工作。
- 感到压力令人透不过气时，轻轻地伸展一下紧张的肌肉，并深呼吸，闭气，之后用力呼气。
- 善待自己多一点儿。有条件的时候洗个热水澡，认真吃一顿饭，享受一下休闲活动，让灾难远离心灵。找一些能够滋养你的支持，安静地独处，读一本好书，听一段优美的音乐，和朋友玩一会儿棋牌，或运动一会儿。
- 离家执行救灾工作的时候，把亲人的照片带在身边，与家人保持紧密的联络，向家人报告平安，以获得支持，有机会时回家看看。认识新朋友，挖掘身边支持性的资源。做一些平时令自己放松的事情。写日记，或用影像记录自己的历程。

信息来源：《心理治疗理论与实践》
《灾难：从发生到复原——心理卫生专业人员工作手册》

编者：程文红 上海交通大学附属精神卫生中心（上海市精神卫生中心）
仇剑崑 上海交通大学附属精神卫生中心
马 弘 北京大学精神卫生研究所
牟晓洁 武汉大学人民医院

信息来源
本信息卡版权所有：
中国卫生部 -
联合国人口基金

沟通技巧

Overview on
Communication Skills

沟通技巧概述

Communication Skills Summary

临床沟通的基本技巧

- 观察、倾听、提问。
- 肯定与澄清。
- 非言语交流。

临床沟通的综合技巧

- 向患者和家属解释诊断与治疗方案，最终根据患者的情况制订治疗目标与方案，帮助患者与家属了解疾病的预后。
- 对待患者及家属的不同诊疗意见。
- 向患者和家属传达坏消息。

基本技巧

观察

1. 观察的原则

- 有思考的观察
——信息收集，发现症状线索
- 有反应的观察
——对观察到的信息给予适当真诚的言语和非言语反应，保证有效的交流
- 贯穿交谈的观察
——反馈与调整
- 与倾听结合的观察
——察言观色

2. 观察的内容

- 表情、态度、动作
- 步态、姿势、衣着
- 说话方式、接触方式
- 反应方式
- 一般状态与意识

倾听

1. 倾听的原则——用心倾听而不仅仅是用耳

- 有思考的倾听——听话外音，发现症状线索
- 有观察的倾听——情绪如何，是否存在心理社会因素
- 与观察相结合

2. 倾听的内容

- 语气
- 语调
- 交谈内容

提问

- 作用：澄清问题，引导与控制谈话过程，进行交流与反馈。
- 用提问来控制：顺序提问/总结后提问。
- 将开放性问题与封闭性问题结合使用。
- 针对性要强，含义要清楚，一次只问一个问题。少问“为什么”，多问“具体怎样？”

沟通的过程

三阶段（开始、深入、结束）

一、开始阶段

1. 目标

- 建立信任关系
- 发现症状的线索
- 决定谈话的方式
- 处理交谈对象的情绪

2. 主要运用的技巧

- 观察
- 倾听

3. 具体策略

- 医生自己做好心理准备与环境准备
- 迎接：医生采取主动姿态，与交谈对象握手、安排其就座；进行自我介绍；注意对患者进行全面观察
- 根据观察的结果，决定不同的开场方式
 - 从日常生活等普通问题的寒暄开始。
 - 从目前环境或目前情况开始。
 - 从患者最关心的主诉开始。
 - 从睡眠、饮食开始。
 - 以其他方式开始。
- 随时处理观察到的情绪问题
- 体会交谈对象的人格特点、交流方式、情感和行为表现的动机和背景，决定继续交谈的最佳方式
- 注意谈话中自己的感受并处理
- 发现症状线索，顺势导入深入交谈

二、深入阶段

1. 目标

- 澄清和核实问题
- 逐步接近结论
- 继续建立关系

2. 主要运用的技巧

- 观察—倾听—反应
- 提问—澄清—反馈

3. 具体策略

- 控制—引导
- 确定临床中心问题后准确深入
- 决定继续谈话的方式

三、结束阶段

1. 目标

- 总结和核实
- 必要的解释、鼓励——是今后交流的铺垫

2. 主要运用的技巧

- 总结
- 控制
- 引导技术

3. 具体策略

- 标志性提问：“你还有什么想告诉我的吗？”
- 直接总结后，安排下次会谈
- “时间限制法”
- 布置作业，时刻不忘鼓励

青少年的特点

- 不成熟。
- 缺乏保护、支持自己的能力。
- 缺少有效解决问题的方法与资源。
- 缺乏自主、独立能力。
- 不能或不愿直接表达情绪与需要。
- 情绪与需要容易被忽略。

如何与青少年良好沟通

1. 与青少年建立温暖、信任、理解、尊重的关系，确立治疗目标

- 当青少年与父母一起来时，先与青少年打招呼。
- 让青少年谈谈来咨询的愿望（有关改变自己、家庭与学校的想法）。
- 耐心地对待青少年的各种负性情绪，了解原因，表达帮助的愿望。
- 不要逼迫紧张、不愿谈话的青少年，允许他们想说的时候再说。

2. 理解与消除青少年家庭对心理帮助的羞耻、担心感，以增加对青少年的支持

- 关注父母的担忧，以及治疗的愿望与目标。
- 理解父母对来诊的各种消极情绪与顾虑。
- 限制父母对青少年的消极评价，鼓励积极评价与支持。

3. 确定访谈对象及顺序——灵活的原则与建议

- 分别安排与青少年、家长的单独访谈和整个家庭的会谈。
- 先访谈青少年，再访谈父母，然后一起访谈；可以让青少年选择话题。
- 既要让父母了解青少年，也要为青少年适当保密。

4. 结束谈话时，给予支持性反馈

- 理解青少年的情绪、想法、行为以及困难。
- 针对所要解决的问题给予乐观、积极的建议。

与青少年沟通的原则

- 真诚地关注青少年，将其视为一个完整的人，让其感觉到被喜欢、被重视或被尊重。
- 尊重青少年家庭的愿望与困难。
- 与青少年谈话需客观、清楚、明确与直接。
- 使用适合青少年的方式进行沟通。
- 帮助青少年逐步实现自我决策。
- 保护青少年的隐私（危险除外）。

青年来诊问题的沟通与处理步骤

- 让青少年知道来诊的原因。
- 了解原因，初步诊断。
- 与青少年解释来诊问题时聚焦于困难或问题本身，而非疾病诊断。
- 了解青少年的愿望，与青少年和父母一起建立治疗目标，制订治疗计划。

青少年心理急诊——危险因素识别

1. 必须首先确保身体健康与安全——优先原则

2. 迅速评估问题的性质，决定急救措施

- 是否需要联络儿科医师，给予治疗。
- 是否需要联络精神科医师，给予治疗。
- 是否需要留室观察，防范自杀、冲动。
- 是否有离家出走的危险性，给予限制。
- 是否有遭受虐待的可能性，给予保护。

3. 全面精神检查，包括

- 当前问题。
- 当前不适，诱发因素。
- 家族史，以及家庭压力与反应。
- 发育成长史。
- 过去疾病与类似问题史。
- 对青少年与家庭详细进行访谈检查与观察。

4. 躯体检查

- 尤其当青少年有或可疑有虐待、物质滥用、自杀企图或行为发生突然改变时。

5. 了解与青少年有关的各方面信息

- 就医史。
- 家人提供的信息。
- 老师提供的信息。

青少年精神科急诊常见心理问题或障碍

1. 自杀或自伤

A. 迹象：

- 抱怨感觉快要死了。
- 语言流露将要“离去”的念头。
- 准备结束一切，料理后事的行为。
- 情绪突然变得轻松。

B. 帮助要点：

- 直接询问是否抑郁，想到自杀。
- 帮助寻找解决与自杀有关问题的方法。
- 帮助寻找日常生活中的积极、乐观资源，避免家庭极端或突然的变化、负性生活事件及他人的负性态度。
- 家人可留室监护，避免青少年独处。
- 帮助寻找精神科专家。

2. 攻击性行为

A. 迹象：

- 以往有攻击行为。
- 情绪紧张。
- 威吓性言语与动作。
- 明显带有威胁性的幻觉、妄想。

B. 帮助要点：

- 去除环境刺激因素，保持沉着、坚定的态度，让青少年安静下来。
- 倾听青少年的想法，感受其情绪变化。
- 避免威吓、辱骂，帮助青少年控制自己的情绪。
- 保护青少年与他人的安全。
- 帮助寻找精神科专家。

3. 性虐待

A. 迹象：

- 身体上有可疑淤伤、擦伤。
- 抑郁，在熟人面前退缩。
- 威吓性言语与动作。
- 易发脾气和情绪激动。
- 回避某个人或情境。
- 对与性有关事情的态度和兴趣明显发生改变。
- 有轻生念头或行为。

B. 帮助青少年受害者的要点：

- 鼓励讨论与性虐待有关的事情。
- 保障青少年作为一个人的价值。
- 立刻与有关部门联系，避免青少年再次受到侵害。
- 安排接受身体与心理检查。

4. 厌食症

A. 迹象：

- 体重下降 25%~30%。
- 呕吐、暴食或过度运动等行为。
- 女性闭经。
- 胸痛、心律失常等身体不适。

B. 帮助要点：

- 及时联系住院治疗，改善身体健康状况。
- 联系精神科医师进行治疗。

5. 拒绝上学：青少年会因为心理问题或障碍而不肯上学，如未及时发现到帮助会加重心理问题或障碍

A. 帮助要点：

- 了解起病时间与诱因，以及可能的精神科诊断。
- 转介精神科医师治疗。
- 及时向青少年与家庭保证，尽早帮助青少年返回学校有利于青少年健康发展。
- 与家庭、学校一起合作，制订督促青少年上学的详细计划。

妇女人群沟通技巧

Communication Skills with Women

为妇女服务的原则

1. 尊重和信任

——信任与接受妇女，承认并尊重妇女具有多样、独特的生活经验。

——接纳和尊重妇女表达不同的观点和意见。

A. 鼓励妇女发出自己的声音，表达自己的想法。例如：鼓励妇女表达：“你有什么想法？”“你有什么要说的？”

B. 从妇女的角度理解她们，并且善于运用多种方法让女性表达自己。

例如让妇女拍摄生活中感兴趣的场景，使她们通过镜头表达对生活的看法。

C. 鼓励妇女参与家庭事务和社区事务的决定。

——将妇女的经验视为资源，以平等的方式与妇女分享她们的知识和经验，从她们身上学习。

——女性有解决自己的问题的方法和经验。

——强调和欣赏妇女共有的经验，建立她们之间的相互支持。

2. 避免社会刻板印象对妇女造成的二次伤害

- 不要用男性经验作为判断女性经验的标准。
- 不要从女性的生物学特征去解释女性的情感和行为。
- 避免对女性的消极印象，要善于从妇女的角度去认识她们。

3. 提高妇女解决问题的能力，帮助妇女进行能力建设

- 发现妇女的优点和潜能——优势视角。
- 挖掘妇女解决问题的资源。
- 鼓励求助。

4. 以妇女为本

- A. 提供心理支持时，服务者和妇女一起通过社会性别文化分析，帮助妇女反省自身的处境，反省自己作为弱势群体的社会原因，使妇女看到问题的出现不是自己的错，而使其去除自责。
- B. 提供的服务符合妇女的需求：如对妇女进行健康检查时，安排女性妇科疾病专家；救援队伍中增加女性医生。
- C. 鼓励妇女平等地享有医疗资源：在家庭也有需要时，妇女往往是先照顾其他人的需求。
- D. 在灾区分配食物和营养时，要注意女性因为优先考虑家庭成员造成的营养不足及健康状况恶化。
- E. 尊重妇女在再生育和节育等方面的家庭决定，警惕妇女把家庭问题和责任界定为个人问题和责任，并为可能因此出现的对女性造成的压迫和性别不平等提供社区服务，如提高女性参与各种活动的意识，对男女两性进行性别平等教育。

灾后对妇女的支持性辅导

对妇女的支持性心理辅导可出现在不同阶段。

A. 灾前准备

- 让妇女参与减灾和备灾的过程，帮助妇女掌握相应的技巧，使其减轻对灾难的焦虑。
- 让妇女保持健康的身体，教会妇女自我保健的方法。
- 让妇女保持健康的心理，提高妇女的心理健康水平。
- 妇女的健康是家庭稳定的保障，妇女的健康是社区发展的保障。

B. 灾难发生后

- 通过个案、小组、社区等工作方法关注各类人群的心理健康情况，对危机状况及时处理。
- 对一些高危人群，如失去亲人的家庭、孤寡老年女性等要保持长期的心理关怀。
- 除了关注女性，也要关注男性的心理状况。男性的心理健康状况会影响到家庭关系和夫妻关系。

C. 灾后重建

- 推动女性就业，满足女性参与社会建设的需要和劳动的需要，使妇女能够获得一定的社会地位和经济收入。
- 关系的重建：包括妇女与家庭、妇女与社区、妇女与社会关系的建立。
- 灾难在某种程度上提供了角色重塑的机会：鼓励妇女积极参与救灾和灾后重建，这对她们来说是一个机会，可以借此改变原有的角色定型，使她们发展出新的技能。在合适的环境下她们可以进入就业市场，从而也会改变妇女对男性的依附关系。

与妇女沟通的技巧

1. 沟通符号的运用

- A. 语言符号的运用：工作人员在与服务对象进行交流的过程中，要力求把话说得悦耳、清楚、准确、恰当、巧妙。
- B. 身体符号的使用：将眼神、面部表情、身体姿势、动作及仪表等与语言搭配使用。
- C. 环境符号的运用：沟通时注意时间观念、交流中的说话时机、沟通场所、交流时身体距离的把握等。

2. 具体的沟通技巧

- A. 会倾听：对妇女要善于倾听，不仅仅听她在说什么，更要理解话语后面表现出来的需要和情感。
- B. 会回应：让妇女知道你理解她。沟通是双向的过程，我们不仅要会听，更要把我们听到的表达出来，让妇女感受到你的理解与尊重。
- C. 会澄清：沟通时要避免误会的发生，会使用澄清的技巧。澄清是针对服务对象表达不清楚或矛盾的地方进行确认或提问。工作人员协助服务对象把遗漏的信息说出来，把矛盾的地方梳理一下。目的：减轻服务对象行为与思想的模糊和不确定层面，使其意思更加准确。举例：“你是说……吗？”“在刚才的谈话中，你的意思是……吗？”
- D. 会接纳：要走出自己理解的框架，学会接纳。不论服务对象是什么人，都要对她表示尊重和理解。为服务对象提供一个安全自由的环境，让她明白自己可以坦诚表露自己的软弱、失败、难受，而无需顾忌。
- E. 表达真诚：工作人员以自然、真实的“我”出现，不将自己隐藏在助人者的角色后面，他很自由、很愿意开放自己和分享自己的个人经历。真诚是建立信任关系的关键。

老年人群沟通技巧

Communication Skills with the Older Adults

环境

- 由于生理老化，运动能力受限，因此老年人对环境的要求提高。
- 起居环境相对固定。
 - 活动场所相对方便。
 - 接触人群相对稳定。

态度

- 面对老年人，尊重是最重要的。
- 语言的表达要有尺度。
- 热情、真诚必不可少。
- 接纳、耐心更是要素。

个性

- 尊重老年人的个性差异。
- 根据老年人不同的个性，可以采取不同的沟通方式。

习惯

- 尊重老年人的习惯。
- 尊重不同的民族风俗。
- 尊重不同地区的区域文化。

有效沟通的渐进方式

1. 工作人员的形象与自我介绍

- 工作人员的服装要规矩、稳重。
- 自我介绍要简短。
- 目光要柔和，语言要亲切，语速要慢，声调要高。

2. 与陌生老年人的关系建立

- 要征得老年人的同意，例如称呼老先生或叔叔，请老年人选择。
- 说话时尽量贴近老年人，将身体前倾，目光要有交流。
- 如老年人有询问，要不怕重复，不怕解释。
- 要尊重老年人的习惯、民族（地域）风俗。

3. 与老年人说什么和怎么说

- 首先要听老年人说，然后总结一下老年人说的问题，进行确认。
- 遇到敏感问题，如保障问题，可以先介绍一下提供保障的条件，询问老年人的情况，说明哪些地方需要进一步确认，并表达对老年人的关注。
- 遇到愤怒的老年人要马上解决问题时，要主动先请老年人坐下来，然后问问他想喝点儿什么，关注他的喜好，从而缓解老年人的情绪，待其情绪稳定后再解决问题。

4. 言语的应用

- 与老年人沟通时要充分利用肢体语言，如牵手并肩而坐。
- 接近老年人时步伐要慢，要有声响。谈话时有称呼。
- 与老年人沟通时要先鼓励和认同，然后再分析问题的原因，可以用“您这件事处理得很好，如果能这样处理可能会更好”这类的语句。

信息来源：唐宏宇（北京大学精神卫生研究所）

《积极心理学》

基层妇女社会工作专业能力建设培训教材

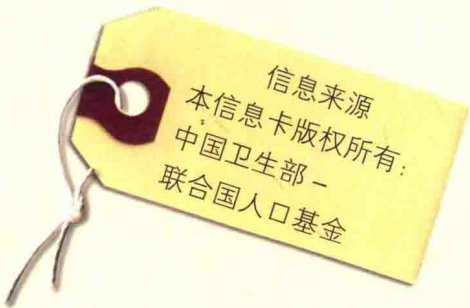
编者：马 宁 北京大学精神卫生研究所

王华丽 北京大学精神卫生研究所

程文红 上海交通大学附属精神卫生中心（上海市精神卫生中心）

胡艳红 中华女子学院

杨 萍 中国老年学学会老年心理专业委员会



失眠及睡眠管理 Insomnia and Sleep Management

定义：失眠通常指患者对睡眠时间和/或质量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验。

“正常”的睡眠时间——应随年龄加以区别

- 新生儿至少一天要睡 20 个小时，婴儿需要 14 ~ 15 个小时。
- 学前儿童需要 12 个小时，小学生需要 10 个小时，中学生需要 9 个小时。
- 大学生与成人一样需要 8 个小时，老年人因新陈代谢减慢，睡眠需要 6 ~ 7 个小时。

注意：以上数据并非“金标准”，应根据个人的白天清醒程度来判断所需睡眠量：只要早上起床时头脑清晰，一天中没有疲劳感，能够神清气爽地处理事情，则表示睡眠时间已经足够。

失眠的临床表现

夜间表现：

1. 难入睡：入睡时间超过 30 分钟。
2. 容易醒：夜间觉醒次数 2 次或凌晨早醒。
3. 质量差：睡眠浅、多梦、主观感觉睡眠不好。
4. 没睡够：通常少于 6 小时或比以往睡眠时间缩短。

白天表现：

嗜睡、无精打采、头晕、怕光、眼皮水肿、目光呆滞、大脑思维能力下降、打哈欠、乏力等。

注意：失眠者经常是上述几种情况不同程度混合存在。

失眠的诊断要点与分型

1. 以睡眠障碍为几乎唯一的症状，其他症状均继发于失眠。
2. 上述睡眠障碍每周至少发生 3 次，并持续 1 个月以上。
3. 失眠引起显著的苦恼或精神活动效率下降或妨碍社会功能。
4. 失眠不是任何一种躯体疾病或精神障碍症状的一部分。

急性失眠：持续少于 4 周，常由于突然的压力或环境改变引起。常见的突发因素包括躯体疾病、噪声、倒时差、高温等。

亚急性失眠：多于 4 周、少于 6 个月。

慢性失眠：持续时间超过 6 个月，常与身体或精神心理疾病有关，也可以由酒精或药物滥用引起。

失眠的治疗

治疗原则

1. 消除诱因：消除明确引起失眠的原因是继发性失眠的主要治疗手段。

- 环境因素：如噪声、蚊虫叮咬等。
- 躯体疾病因素。
- 药物因素：如使用激素、毒品、呼吸抑制剂等。

2. 睡眠卫生和认知-行为指导：适合所有的失眠患者。

3. 心理行为治疗：适用于存在心理因素或心理问题/疾病者。例如放松训练。

4. 药物治疗：严重失眠、影响白天的工作和生活及情绪时可考虑选用。

睡眠卫生

1. 生活规律，保证睡眠时间。
2. 营造良好的睡眠环境。
3. 养成良好的睡眠习惯：按时就寝和起床、取右侧卧位、使用低枕睡眠、穿宽松柔和的睡衣。
4. 减少或停用烟、酒、茶及咖啡。
5. 晚间不要进食太多。
6. 定期进行适当的运动和锻炼。
7. 午睡时间不超过 30 分钟。
8. 睡前应避免过于剧烈的体力活动和大脑刺激，例如打球、跑步、看恐怖片等。
9. 建议睡前活动：热水淋浴 10 ~ 20 分钟，做放松训练。

药物治疗

1. 苯二氮草类:

- 地西洋 (安定): 2.5~5mg 口服或 10 ~ 20mg 肌肉注射。
- 劳拉西洋 (氯羟安定): 1~2mg 口服。
- 氯硝西洋 (氯硝安定): 0.5~4mg 口服或 1~2mg 肌肉注射。
- 阿普唑仑: 0.4~0.8mg。
- 艾司唑仑: 1~2mg 口服。

2. 非苯二氮草类催眠药物:

- 唑吡坦: 5~10mg 睡前口服。
- 佐匹克隆: 7.5~15mg 睡前口服。

注意: 此种药物起效快, 应在睡前 20 分钟内服用, 服用后不宜进行盆浴等, 以防发生危险。

3. 药物使用注意事项

- 有严重睡眠呼吸暂停的患者不宜用苯二氮草类。
- 伴有严重呼吸系统疾病患者、失代偿的慢性阻塞性肺病 (COPD)、高碳酸血症以及失代偿的限制性肺病的患者禁用苯二氮草类药物——呼吸困难的患者禁用!
- 苯二氮草类药物有残余作用, 服用次日有头晕、困倦、精神不振, 患者不能进行开车、高空作业和机械操作。
- 服用苯二氮草类的患者不宜喝酒。
- 剂量个体化: 从小剂量开始, 尤其是老年人。
- 安眠药有耐受性、成瘾性和依赖性, 不宜长期使用。

4. 药物使用具体策略

- 预期入睡困难时: 于上床前 15 分钟服用。
- 上床 30 分钟不能入睡时服用。
- 在起床前 5 小时服用。

5. 考虑换药的情况

- 推荐的治疗剂量内无效;
- 产生耐受性;
- 与治疗其他疾病的药物有相互作用;
- 不良反应严重;
- 大量长期使用 (> 6 个月);
- 老年患者;
- 高危人群 (有滥用药物、酒精、毒品甚至成瘾的患者)。

6. 换药的方法

- 将苯二氮草类换为其他催眠药物: 在 2 周左右完成换药过程。
- 苯二氮草类药物应逐渐减量, 同时开始使用非苯二氮草类药物并逐渐加量至治疗剂量。

放松训练

又名松弛训练, 是按一定的练习程序, 学习有意识地控制或调节自身的心理生理活动, 以降低机体唤醒水平, 调整那些因紧张刺激而紊乱了的功能。

7. 终止药物治疗的指征

- 当患者感觉能够自我控制睡眠时, 可考虑逐渐停药。
- 停药应有步骤, 需要数周至数月时间, 因人而异。
- 常用的减量方法为逐步减少夜间用药, 在持续治疗停止后, 可按需间断用药一段时间。

1. 深呼吸法

深吸一口气, 屏住呼吸几秒钟, 然后呼出来。

2. 渐进式放松法

舒适地坐在椅子上——慢而深地呼吸 (2~3 次)——屏住呼吸几秒钟——逐个部位收紧肌肉, 直到快坚持不住了——呼气、快速而彻底地完全放松肌肉——最后, 再同时对全部肌肉做一遍。

3. 自主训练

放松后自己对自己默念如下的话语:

我的呼吸越来越深、越来越沉, 我的心跳慢而有力, 我感到非常平静……

我感到太阳照在我的头顶, 一股暖流流遍了我的全身。我的头顶感到温暖而沉重……

这股暖流流到了我的面部, 我的面部感到温暖而沉重……

我的呼吸越来越深、越来越沉……

我感到内心平静极了、舒服极了……

我醒来后, 精神饱满、记忆力好 …… (自我暗示)

4. 自主训练的几条线路

- 头顶 - 面部 - 颈部 - 前胸 - 心脏 - 胃部 - 小腹 - 左大腿 - 左膝 - 左小腿 - 左脚 - 脚趾尖 - 右大腿 - 右膝 - 右小腿 - 右脚 - 脚趾尖。
- 头顶 - 后脑勺 - 颈部 - 后背 - 腰部 - 臀部。
- 左肩 - 左臂 - 左肘 - 左小臂 - 左腕 - 左手 - 左手指尖 - 右肩 - 右臂 - 右肘 - 右小臂 - 右手 - 右手指尖。

转诊须知

- 睡眠持续得不到改善, 并影响日常学习、工作及生活时应尽早到精神专科门诊就诊。
- 长期失眠的患者可能会伴随抑郁、焦虑情绪或精神病性症状, 严重者可能出现自伤、自杀行为, 应尽早请精神科专科医生会诊或转诊。
- 失眠可以是精神疾病的一种表现, 如精神分裂症、抑郁症、焦虑症、创伤后应激障碍等, 如发现患者存在其他可疑的精神症状, 应尽早请精神科专科医生会诊或转诊。
- 失眠可能是睡眠本身或呼吸系统、神经系统等疾病的表现之一, 如发现患者有可疑的躯体症状, 应尽早转诊内科。

抑郁症

Depression

定义：抑郁症是一种常见的心境障碍，可由各种原因引起，以显著而持久的心境低落为主要临床特征，且心境低落与其处境不相称。临床表现可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，部分病例有明显的焦虑和坐立不安，严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。多反复发作，每次发作大多数可以自然缓解，部分可有残留症状或转为慢性。

临床表现

1. 核心症状群

- 心境低落——自我调节、他人安慰、改变环境等不能有效缓解。
- 兴趣及愉快感丧失——对任何事情都不感兴趣，对以往的嗜好不再关注；勉强被动参与活动时，也体会不到任何乐趣；躲避亲友，回避社交，“什么都不想干”。
- 精力降低——无任何原因的主观的休息也不能缓解的精力不足。

2. 生物症状群

- 睡眠障碍——以早醒为特征。
- 食欲下降——体重变化。
- 性欲下降。
- 胃肠道症状（检查不出器质性病变）。
- 病情节律——晨重夜轻。
- 精神运动性迟滞——亚木僵/木僵状态（少语少动/严重者不语不动，不进食）。

3. 伴随症状群

- 思维迟缓、记忆力和注意力减退。
- “三自”——自责、自罪、自杀。
- “三无”——无望、无助、无能。
- 焦虑症状——在老年期抑郁患者突出。
- 精神病性症状——重度抑郁患者可能伴有。

临床表现与诊断要点

诊断标准

国际诊断标准（ICD-10）

1. 症状标准：
 - 至少 2 个核心症状。
 - 至少 2 个其他症状（生物性症状和伴随症状）。
2. 病程标准：症状几乎每天绝大多数时间持续存在，达 2 周或更久。
3. 严重标准：社会功能受损/给本人造成痛苦。
4. 排除标准：排除器质性、精神活性物质所致及精神分裂症等。

家属与患者

健康教育

1. 抑郁症是一种常见疾病，可以有效治疗。
2. 抑郁症并非虚弱或懒散。患者在竭力试图应付。
3. 某些药物可能产生抑郁症状（例如， β 受体拮抗剂、其他抗高血压药物、 H_2 受体拮抗剂、口服避孕药、糖皮质激素）。
4. 长期过量饮酒可以产生抑郁症状。
5. 如果存在以下情况，可能增加自杀的危险性：家族中有过自杀的成员；有强烈的绝望感及自责、自罪感；以往有自杀企图；有明确的自杀计划；有精神病性症状、存在不良心理问题；并存躯体疾病；缺乏家庭成员的支持。年老者比年轻者、女性比男性自杀的危险因素高。
6. 某些群体是抑郁症高危人群（例如，最近分娩或患过脑卒中者，帕金森病或多发性硬化患者，有抑郁症家族史者）。

家属如何帮助患者康复

1. 询问自杀的可能性（患者是否经常想到死亡或去死？患者是否有确定的自杀计划？他/她是否在过去做过危险的自杀尝试？患者能否保证不按照自杀观念行事？）。可能需要家人或朋友对患者进行严密的看护，或患者需要住院。询问患者对他人造成伤害的可能性。
2. 制订能给患者以快乐或树立信心的短期活动计划。
3. 鼓励患者放弃悲观念头和自我责备，切勿按照悲观念头行事（例如，结束婚姻或放弃工作），并且不要停留于消极或有罪的想法。
4. 找出当前的生活问题或社会应激。采用患者能接受的小的针对性强的步骤以减少或改善这些问题。避免做出重大决定或生活改变。
5. 如果患者存在躯体症状，探讨躯体症状与心境之间的联系。
6. 病情得到改善后，与患者制订一旦症状复发要采取的措施。