

社会工作评论  
Social Work Review



# SOCIAL WORK REVIEW

## 社会工作评论

第三辑

复旦大学社会工作学系 编

顾东辉 主编

上海人民出版社

复旦大学社会发展与公共政策学院资助出版

复旦大学社会工作学系 编

# 社会工作评论

---

第三辑

SOCIAL WORK REVIEW

顾东辉 主编

 上海人民出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

社会工作评论,第3辑/顾东辉主编.—上海:上海人民出版社,2019

ISBN 978-7-208-15708-8

I. ①社… II. ①顾… III. ①社会工作-研究-中国  
IV. ①D669

中国版本图书馆CIP数据核字(2019)第022891号

责任编辑 刘林心

封面设计 傅惟本

## 社会工作评论(第三辑)

顾东辉 主编

出 版 上海人民出版社  
(200001 上海福建中路193号)  
发 行 上海人民出版社发行中心  
印 刷 上海商务联西印刷有限公司  
开 本 720×1000 1/16  
印 张 12.5  
插 页 2  
字 数 193,000  
版 次 2019年4月第1版  
印 次 2019年4月第1次印刷  
ISBN 978-7-208-15708-8/C·584  
定 价 50.00元

## 《社会工作评论》编委会

---

编委会主任：王思斌 顾东辉

编委会成员（以姓氏笔画排序）：

马丽庄 马凤芝 文 军 史柏年 刘 梦 齐 颖 关信平 阮曾媛琪  
李迎生 陈树强 向德平 彭华民 张和清 庄 勇 王 婴 邹文开  
张友琴 张宇莲 陈丽云 范明林 赵 芳 钱 宁 徐永祥 郭申阳  
曾华源 蔡 禾 黎永亮

主 编：顾东辉

副主编：赵 芳 韩央迪 赵德余

编辑部（以姓氏笔画排序）：

王川兰 付 芳 朱剑峰 朱晨海 李晓茹 沈 可 张佳安 陈岩燕 陈虹霖  
陈 琳 洪 浏 徐文艳 高建秀 黄荣贵

本辑执行编辑：韩央迪

# 目 录

## 【健康社会工作实务】

- 社区严重精神障碍患者的身份重建  
——两种长期陪伴服务的逻辑比较 … 童 敏 陈 韵 骆成俊 3
- 促进精神障碍人士社区融入的优势为本社会工作干预  
——以 X 社区精神健康服务项目为例 …… 周晓凤 卓彩琴 21
- 儿科护士哀伤体验与临终关怀态度研究  
…………… 傅莉莉 付 芳 高文红 傅 茜 40

## 【社会工作理论】

- 社会工作者要学习“做人处事”  
——调和专业伦理与社会文化…………… 白倩如 曾华源 61
- 督导对专业助人者的心理支持功能  
——基于华仁社会工作发展中心督导案例的研究…………… 张 威 75

## 【社会工作政策】

- 户籍城镇化滞后之谜:农业转移人口迁移意愿与城乡双拉力  
因素的实证研究…………… 马高明 巫俏冰 97
- 社会经济地位与残障中学生的家庭教育期望:基于 CEPS2014  
的实证分析…………… 李学会 111

## 【社会工作本土化】

- 社区工作介入熟人社区重构的策略与路径  
——以北京“农转居”Y 社区为例…………… 李 敏 周萍萍 131

社会工作机构成员的组织认同及其影响因素

——一项基于北京市的质性研究 ..... 张瑞凯 张明月 152

**【社会工作评估】**

循证视野下社会组织项目评估的问题与前瞻

——基于浦东公益服务项目“供需对接·一站式服务”  
平台的实践研究 ..... 林怡琼 裴佳佳 陈 健 173

征稿函 ..... 190

---

# 健康社会工作实务

---





# 社区严重精神障碍患者的身份重建

——两种长期陪伴服务的逻辑比较\*

童敏 陈韵 骆成俊\*\*

**[摘要]** 随着我国社会经济的快速转型,严重精神障碍患者社区康复已经成为这一转型期突出的公共卫生问题和社会问题,急需实务工作者在社区日常生活场景中开展长期陪伴服务,帮助严重精神障碍患者减少疾病复发,重建社会身份。然而,我国一些地区在运用个案管理和主动式社区治疗这两种西方主流的长期陪伴服务时,常常混淆两者的区别,无法根据实际情况灵活整合二者的优势。为此,本文通过回顾美国的相关研究文献,详细介绍了个案管理和主动式社区治疗的社会起源和基本架构,并对这两种模式做了仔细比较,发现个案管理关注系统层面,着力于社区服务资源的协调整合,目标在于提升服务的持续性、整合性和有效性;主动式社区治疗则关注患者个人层面,着力于个人在日常生活的问题解决能力的提升,目标是给患者提供及时的、全方位的支持。本文的总结梳理对严重精神障碍患者社区康复的本土实践有很好的启发作用。

**[关键词]** 精神健康;社区康复;严重精神障碍患者

---

\* 基金项目:国家社会科学基金项目“新时代的场景实践与中国社会工作本土化理论体系建设”(编号:18BSH151)。

\*\* 童敏:厦门大学社会学与社会工作系教授,博士生导师,主要研究社会工作专业化与本土化、精神健康社会工作、健康照顾社会工作以及社会工作与中国文化;陈韵,女,美国密西根大学安娜堡分校社会工作学院社会工作与人类学联合博士生;骆成俊,深圳市南山区慢性病防治院主动式社区治疗(ACT)项目经理,个案管理负责人。

## 一、问题的提出

我国神经精神疾病已经在疾病总负担中排名首位,约占疾病总负担的20%,这一比例到2020年将上升至25%(卫生部等,2003)。截至2014年底,我国登记在册的严重精神障碍患者已达430万,其中73.2%的患者在社区接受随访管理和健康指导(卫生计生委等,2015)。显然,我国绝大部分严重精神障碍患者的治疗康复以及身份重建工作的主要场所是在他们日常生活的家庭和社区(杨德森,2002;图雅,2008),而且其中仅有不到1/4的患者接受过规范的精神科医疗服务(冯斯特、刘素珍,2014)。这一现实对我国严重精神障碍患者社区治疗和康复服务提出了巨大的挑战。另一方面,在所有神经精神疾病中,严重精神障碍会造成患者精神功能的严重受损和社会功能的严重缺失,患者发病时,往往丧失对疾病的自知力和对行为的辨识控制力,肇事肇祸风险很高,这一现象已经成为我国社会经济转型时期突出的公共卫生问题和社会问题(高华等,2012;林振东等,2012;彭香红,2013)。不仅如此,严重精神障碍患者还具有病程持久、病情反复的特点,他们在社区生活中需要长期的陪伴服务,以摆脱疾病的困扰,重建自己的社会身份(童敏、骆成俊、赵艳军,2017)。

尽管严重精神障碍患者社区康复已经受到我国政府和社会的关注,并且开始以试点的方式探索个案管理(Case Management)和主动式社区治疗(Assertive Community Treatment, ACT)这两种西方主流的长期陪伴服务,以帮助严重精神障碍患者在家庭和社区的日常生活中重建他们的社会身份。但是到目前为止,人们常常把两者混淆起来,分不清相互之间的差别,这不仅不利于严重精神障碍患者社区康复和身份重建工作的开展,而且也不利于中国本土经验的总结。鉴于此,本文采用历史文献回顾的方式梳理美国严重精神障碍个案管理和主动式社区治疗的发展脉络,并对这两种模式的服务框架及其背后所依据的理论逻辑进行比较,以便为这两种模式的本土运用提供指引。

## 二、两种长期陪伴服务模式的起源和发展概况

无论个案管理还是主动式社区治疗,它们在美国的起源都可以追溯到20世纪六七十年代出现的精神康复去机构化运动(deinstitutionalization)。在此之前,美国针对精神障碍患者的服务以封闭式的病院治疗为主。但是,第二次世界大战的创伤造成精神障碍患者的人数激增(Ewalt & Ewalt, 1969),而封闭式住院治疗弊端却日益显现出现(Marx et al., 1973; Test & Stein, 1978; Stein & Test, 1985),特别是20世纪50年代抗精神药物的发展(Test & Stein, 1978)以及60年代美国人权运动的兴起(Moynihan, 1970; Joint Commission on Mental Illness and Health, 1961; Zusman, 1975)和地方政府控制公共医疗成本的要求(Scherl & Macht, 1979)等一系列因素的影响下,美国精神健康的发展在20世纪60年代开始转向社区,人们开始意识到社区治疗和康复才是应对精神障碍问题的必然之路。随着1963年《社区精神健康中心法案》(Community Mental Health Centers Act of 1963)的颁布,美国精神健康去机构化运动进入全盛时期,大量患者离开州政府运营的大型精神病院回到社区,同时社区中的各种类型的康复机构也在联邦政府的经费支持下得到蓬勃发展。然而,由于不同的社区康复机构以及不同的社区服务模式之间缺乏相互协作,造成大量的服务重叠和浪费(Scherl & Macht, 1979)。面对碎片化的社区服务,离开院舍照顾回到社区的患者难以对接上合适的社会资源,特别是严重精神障碍患者,他们的社区生活状况十分令人堪忧(Gittelman, 1974; Test & Stein, 1976; Turner & TenHoor, 1978)。面对这样的困境,美国精神健康协会(National Institute of Mental Health, NIMH)发起号召,鼓励全美各地的精神卫生工作者在“社区支持服务体系”(Community Support Services Program)原则下开展尝试,试图找到精神障碍社区康复的整合式路径(NIMH CSP Guidelines, 1977; Turner & TenHoor, 1978)。个案管理和主动式社区治疗就是在这样的社会背景下应运而生的,经过之后的几十年发展,它们已经成为美国社区精神康复的主流。

有关个案管理和主动式社区治疗的起源,美国学术界有两种不同观点。第一种观点将个案管理视为涵盖面较广的服务大类,而主动式社区治疗则

是个案管理大类下的一种模式(Burns & Perkins, 2000)。根据这种观点,个案管理最初发展的目的是为了应对当时社区精神康复在可及性(accessibility)、可问责性(accountability)和有效性(efficiency)等方面存在的不足,试图通过资源的连接(brokerage)使心理健康服务在社区层面上实现整合(Intagliata, 1982)。但是,这种单纯的资源连接方式在实际运用过程中遇到了两大困难:第一,社区精神障碍患者的需求复杂多变,单靠资源连接无法及时有效回应患者的需求;第二,很多社区并没有拥有充足、多样的资源与服务对接。为此,一些学者提出将临床服务重新纳入个案管理的服务框架内,构建一种“全方位支持”(full-support model)的个案管理体系(Lamb, 1980; Rapp & Chamberlain, 1987; Holloway, McLean, & Robertson, 1991)。这样,主动式社区治疗虽然不同于资源连接的个案管理模式,但是也被作为一种高强度、高整合服务的个案管理模式。第二种观点则认为个案管理与主动式社区治疗有完全不同的逻辑起点(Gelinas, 1998)。依据这种观点,资源连接的个案管理模式始于对当时实务状况的行政观察(administrative observation),是一种通过服务资源整合加强社会管理的工具;主动式社区治疗则源于对当时实务状况的临床观察(clinical observation),是一种根据患者在社区生活中的问题和需求特性而设计的,强调跨学科团队服务和多元打包服务的实务模式。值得注意的是,主动式社区治疗的创始人也从未将该模式划归为个案管理的一种类型,而是将其视为一种独立的服务模式。不论哪一种观点,个案管理和主动式社区治疗在缘起背景和初始架构上都紧密相连。

个案管理作为一种服务大类,它在几十年的发展过程中逐步衍生出多种具体模式(Intagliata, 1982; UK700 Group, 1999; Havassy, Shopshire, & Quigley, 2000; Holloway & Carson, 2001; Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998; Vanderplasschen, Wolf, Rapp, & Broekaert, 2007)。其中,资源式个案管理(Brokerage Case Management)强调通过不同类型服务资源的连接满足患者的需求。在这种模式下,实务工作者(包括社会工作者)并不提供直接服务,而是发挥评估、计划、连接、监管等功能(UK700 Group, 1999; Havassy, Shopshire, & Quigley, 2000)。临床式个案管理(Clinical Case Management)则不同,它要求实务工作者在连接资源过程中也承担病症监控、药物管理、心理辅导、家庭辅导、技能培训等一系列直接服务(Lamb, 1980; Schmidt-Posner

& Jerrell, 1998; UK700 Group, 1999; Holloway & Carson, 2001)。与前两种个案管理模式不同,密集式个案管理(Intensive Case Management)意在为问题较为严重、需求较为紧迫的患者提供高频率、高强度、高整合的服务,它实际上与主动式社区治疗的服务安排和操作设计极为相似(Allness & Knoedler, 2003; McGrew & Bond, 1995; Teague et al., 1998; King, 2006; Angell & Mahoney, 2007; Dieterich, Irving, Park, & Marshall, 2010)。优势个案管理(Strengths Model)和康复式个案管理(Rehabilitation Model)在实际操作程序上与其他个案管理模式差别不大,但是它们有自己的独特服务理念。前者强调患者的优势,后者突出每位患者的复原能力,它们都关注患者在社区生活中改变能力和主动性的提升,而不仅仅是问题的消除(Modrcin, Rapp, & Poertner, 1988; Askey, 2004; Macias, Kinney, Farley, Jackson, & Vos, 1994; Goering, Wasylenki, Farkas, Lancee, & Ballantyne, 1988; Liberman, Hilty, Drake, & Tsang, 2001; Holloway & Carson, 2001)。此外,还有注重小组工作方式和同伴支持的小组式密集同伴支持(Group Intensive Peer Support Case Management)(Tsai, Rosenheck, & Sullivan, 2011)以及关注重点时间段服务安排的重要时段介入(Critical Time Intervention)(Jones, et al., 2003; Clack, Guenther, & Mitchell, 2016)等个案管理模式。这些模式的影响都比较小,使用的实务工作者也比较少。尽管每种个案管理模式都有自己不同的关注焦点和侧重点,但是它们都以“管理”为基础注重资源链接、系统协调和服务整合。

主动式社区治疗模式的创立是基于对严重精神障碍患者在社区生活中出现的问题的考察。这一模式发现,严重精神障碍给患者社区生活带来的困难不仅表现在症状的突发,同时还表现在患者日常生活功能的长期全方位损伤,包括对外在压力的极高易感性、基本生活技能缺乏、人际交往障碍、对家人和医院过度依赖以及经验学习转化能力不足等(Stein & Santos, 1998)。正是这样的损伤才导致患者病情的反复,而医院的治疗往往只能通过药物的控制帮助患者进入病情的“稳定期”,并不能修复患者长期受到的损伤,也无法应对因损伤带来的复发风险。基于此,主动式社区治疗采用服务组合的方式,由跨专业的多学科团队根据社区严重精神障碍患者的个性化需求直接提供整体打包服务,将医院的药物治疗延伸到社区,并与患者在

社区生活中的日常生活照顾、能力学习和社会支持等结合在一起,目的是帮助患者回归家庭和社会,同时减少病症的复发(Stein & Test, 1980; Stein & Santos, 1998)。

早期的主动式社区治疗强调打破患者对家人和医院的过度依赖,关注在社区中建立专业服务团队,与患者及其身边重要他人保持持续、紧密的合作关系,并通过主动、在地的访视服务手段帮助患者获得日常生活问题的解决技能,提高患者的生活质量(Marx et al., 1973)。早期主动式社区治疗的工作时间为每周七天、每天 24 小时,服务内容则根据每位患者的实际社区生活需求和技能缺失状况进行量体裁衣,绝大部分服务是在患者的日常生活场景中开展的,由实务工作者教授患者处理日常事务,如洗衣、做饭、财务管理、乘坐公共交通工具等,并为患者提供持续的职业康复辅导和闲暇时间合理安排的指导(Stein & Test, 1980)。这项服务的“主动性”体现在:一旦患者的生活出现异常情况(如没有去上班),实务工作者就会立刻联系患者,及时协助他(她)应对异常情况背后的问题。到 20 世纪 80 年代中期,该模式的指导原则重新做了调整,内容包括加强症状管理的要求、转变对住院治疗的态度、调整生活技能训练的方式、以及采取分阶段推进的治疗策略等(Test et al., 1985; Witheridge & Dincin, 1985)。调整后的服务指导原则更加符合严重精神障碍的病症特征,强化整合医疗照顾(medical care)和社会照顾(social care)的要求,凸显了服务的场景性和持续性。

到 90 年代中期,主动式社区治疗的服务模式逐渐趋于稳定,被总结概括为多学科、小团队、主动式、个性化、长期性和全天候六大核心要素(McGrew & Bond, 1995; Teague et al., 1998; Bond et al., 2001)。之后,主动式社区治疗慢慢推广开来,覆盖全美,并逐步向世界其他地区延伸。不同地区的实践呈现出不同发展特征:有的强调家庭在患者改变过程中的作用(Lachance & Santos, 1995; Mowbray et al., 1997; McFarlane et al., 1992; Chow et al., 2009; Sono et al., 2012);有的将职业康复作为整个服务设计的聚焦点(Knoedler, 1979; McFarlane et al., 1992; Russert & Frey, 1991; Becker & Krake, 1993, 1994; Meisler & Williams, 1998);有的则注重自助互助理念的运用(Dixon et al., 1997),以及精神康复与身体保健的结合(Weinstein et al., 2011)。尽管主动式社区治疗在运用过程中经历了不同方面的调整,但是它一直保持着早期的核心指导原则和基本服务架

构(McGrew & Bond, 1995)。

### 三、两种长期陪伴服务模式的逻辑比较

个案管理和主动式社区治疗这两种长期陪伴服务的主流模式,无论在历史源起还是服务设计上都有着紧密联系,但又有所区别。根据对文献的梳理总结,可以从以下几个方面对两种模式的服务逻辑进行比较(见表1)<sup>①</sup>:

表1 个案管理与主动式社区治疗的比较

服务类型	个案管理 (Case Management)	主动式社区治疗 (Assertive Community Treatment)
社会背景	去机构化 整合原有社区服务	相同
服务出发点	针对患者系统	针对患者个人
理论假设	资源是行为改善的前提 成功需要运用能力和资源	每个人都拥有不断学习的能力 在社区生活中学习而非训练
服务目标	保证服务的持续性、整合性和 有效性	“第一时间、第一现场”开展服务
服务焦点	不同系统资源的整合	日常生活问题的解决能力
服务方式	资源整合 个人或团队工作	服务组合 多专业团队工作
服务原则	针对性 適切性 自主性 长期性 全天候	多学科 小团队 主动式 个性化 长期性 全天候
服务框架	生态系统	相同
服务支持	家庭和社区的支持	相同
专业关系	建立和维持长期信任关系	相同

① 进行逻辑比较时,我们并未对个案管理的具体模式进行细分,而是关注个案管理作为一个大类的基本特征。

正如前文梳理中所说,个案管理和主动式社区治疗都始于 20 世纪六七十年代的美国,它们有着相同的社会背景,即心理健康领域的去机构化潮流以及原有社区服务的缺陷。但是,它们却选择了不同的服务出发点和服务假设,以实现不同的服务目标。个案管理从患者在康复过程中的问题和需求状况出发,相信资源是行为改善的前提,通过资源的运用才能找到需求满足的方式,它着眼于协调现有社区服务的资源,搭建能够满足患者多元需求的整合服务系统,从而保证服务的持续性、整合性和有效性 (Modrcin, Rapp, & Poertner, 1988; Thornicroft, 1991; Scott & Dixon, 1995; Intagliata, 1982)。主动式社区治疗虽然也以患者的问题和需求状况为出发,但是它着眼点于患者个人在不同情境下的应对能力,假设每个人都拥有不断学习的能力,能够在实际生活中学习,并且通过“第一时间、第一现场”的服务支持,帮助患者提高日常生活中的问题解决能力 (McGrew & Bond, 1995; Stein & Santos, 1998; Test, 1979)。

正是个案管理和主动式社区治疗拥有不同的理论假设,才使两者的服务策略有所不同 (Gelinas, 1998)。个案管理注重患者资源的运用,强调资源的可及性和公平性 (Rapp & Chamberlain, 1987),关注个案管理者的资源链接功能,它既可以采取个人的方式开展服务,也可以运用团队的方式整合资源 (Franklin, Solovitz, Mason, Clemons, & Miller, 1987; Thornicroft, 1991)。<sup>①</sup>主动式社区治疗与此不同,它关注患者在日常生活中的学习能力,主张通过多专业团队的工作方式 (Mowbray et al., 1997; Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998; Schaedle, McGrew, Bond, & Epstein, 2002),给患者的社区生活学习提供长期的陪伴与支持 (Bond et al., 1990; Test et al., 1985; Witheridge & Dincin, 1985)。

相应地,个案管理和主动式社区治疗两者的服务原则也存在明显的差异。个案管理强调服务资源整合的类型和方式应符合患者在场景中的独特需求,使服务具有明确的针对性和显著的適切性;同时,个案管理需要鼓励患者参与服务决策和行动过程,保证服务具有自主性。此外,个案管理还需要遵守长期性和全天候的原则,使患者能够得到长期的陪伴支持 (Intagliata,

<sup>①</sup> 需要注意的是,个案管理在后期发展中出现了多种创新模式(如临床式个案管理、优势个案管理等),将直接服务纳入服务的基本框架内。不过,即使个案管理使用直接服务,也注重与资源链接相结合,关注患者需求的满足,而不是问题解决能力的提升。



1982; Max-Exposito, Amador-Campos, Gomez-Benito, and Lalucat-Jo, 2014)。与个案管理相比,主动式社区治疗更为注重多学科、小团队的工作方式,强调让不同学科的团队能够发挥各自不同专业的特长,通过团队内部的沟通协作,及时为患者提供有效的组合服务。主动式社区治疗坚持主动式、个性化的服务原则,强调主动走到患者的身边,在患者最需要的时间、最需要的场所开展服务,并且根据患者状况的变化做出及时的调整和创新,为患者提供一种个性化的服务。与个案管理相同,主动式社区治疗也强调服务的长期性和全天候,不设定服务的结案时间,及时协助患者处理危机状况,为患者的成长提供持续的服务(Test, 1979; Teague et al., 1998; Bond et al., 2001)。

值得注意的是,无论个案管理还是主动式社区治疗,两者采取的服务框架是一致的,都运用了生态系统视角,都把家庭和社区作为患者的主要支持,而且两者都认为与社区严重精神障碍患者建立和维持长期信任的合作关系是长期陪伴服务开展的关键,与封闭式的院舍环境中的任务导向的治疗和技能训练有根本不同(Stein & Test, 1980; McGrew & Bond, 1995)。

#### 四、严重精神障碍患者社区康复本土实践的启示

早在 20 世纪 80 年代,国家已经在政策层面将社区精神卫生保健工作提上了日程。1986 年的全国第二次精神卫生工作会议以及“七五”、“八五”计划中就明确提出了发展社区精神保健的目标,开始在城乡基层探索建立社会化、开放式、精神卫生与基层卫生保健相结合、精神病院与社区机构相结合的社区精神防治康复体系(田维才,2002;潘忠德等,2005;徐唯等,2011;季卫东等,2011)。进入 21 世纪后,国家又通过一系列的规划,提出要把精神卫生防治工作重点逐步转移到社区和基层,发挥社区卫生服务体系的作用,在社区根据实际需要建立精神康复机构,并将其纳入社会福利发展计划之内(卫生部等,2003)。针对严重精神障碍问题,2004 年的“严重精神障碍管理治疗项目”(“686 项目”)被列入了中央补助地方卫生经费项目,强调在“政府领导、部门合作、社会参与”的原则下,通过“医院—社区一体化”模式对有肇事肇祸风险的严重精神障碍患者进行建档管理,为其提供多专业团队的随访服务,让专业治疗“从断面到连续,从只有医护人员到多功能