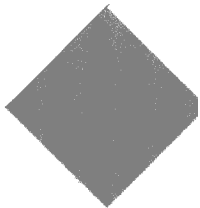


社会工作者应将实践立足于已确认之知识，尤其是那些与社会工作和社会工作伦理相关的经验为本的知识。

——National Association of Social Workers,
“NASW Code of Ethics”, 1996

.....我们称之为数据的东西，实际上只不过是我们自己对其他的人群、对自己和同胞所依存的东西的建构的建构。

——Geertz, The Interpretation of Cultures, 1973



第一章

导论 主题和背景

从社区精神健康到行为健康
研究为本的实践
定义议题
后现代主义



尽管后现代时期的特点是变化莫测，然而有一种情况却没有改变：临床社会工作者在心理健康领域继续扮演重要角色。社会工作者一直并仍将是精神科门诊、专业的照顾机构和综合性心理健康服务机构中人数最多的专业人士（Witkin et al., 1998）。在全美社会工作人员协会的会员中，心理健康是最重要的实践领域，接近 40% 的会员认定心理健康是他们最基本的服务领域（Gibelman & Schervish, 1997）。与实践者一致，聚焦于不同实践或社会问题领域的硕士研究生修读心理健康或社区心理健康而非另外的专业（Lennon, 1998）。同时，更多的硕士生是在心理健康领域而非其他的领域进行专业实习（Lennon, 1998）。

尽管社会工作已确立了其地位，心理健康实践的基本轮廓却发生了实质性的变化。在本书的第一版和第二版相隔的这十年里，全新的管理型照顾概念、精神药理学的突破、业已证明具有一定成效的治疗策略粉墨登场了。尽管不少案主选择了替代性的治疗方法，研究和临床经验一直都在凸显“最佳实践”。这一发展使得临床工作者面临着更大的挑战，而学习社会工作的学生 and 心理健康领域的新手则对此增添了几分神秘感。本书的目的在于阐明这个领域的复杂性，从而更好地充实社会工作者并为 21 世纪的实践做好准备。

本书的主要阅读对象是心理健康社会工作者，即临床社会工作者。临床社会工作者与个人、家庭和小团体一起工作（或者代表他们），帮助他们减轻痛苦，改善他们的心理和社会功能。临床社会工作者必须熟悉各种人类行为理论和不同的干预模式，从而进行心理社会评估、确定目标、提供心理治疗干预或治疗。尽管其他专业人士跟临床社会工作者共享某些知识并参与同类活动，但临床社会工作者具备较其他学科的同事更广阔的视野。临床社会工作者将案主及其问题同问题产生的情境联系起来，既干预社会环境，也干预心理和人际关系领域。他们尤

其关注提升案主的力量，加强案主和社区的联系。当人际的障碍和制度的障碍影响案主获取资源的能力的时候，临床社会工作者就参与社会变革活动，从而扫除障碍、创造资源。临床社会工作者以提升人类福利和社会正义为职业目标，尤其关注受压迫人群的困境。

临床社会工作包括所谓的直接社会工作。直接社会工作这一基本术语适用于不同人群和问题领域的各种场所的实践。最专门性领域的直接社会工作实践者要从不同的知识、理论和方法之中汲取资源。他们与案主和系统一起预防并解决问题，改变不良行为，缓解心理议题，建构社会网络，运用社区资源。治疗既是心理的，也是社会的。

在精神健康领域，临床工作者以治疗角色和预防角色为主，两者相辅相成、紧密联系。精神健康社会工作者主要是心理治疗师和个案管理员。作为心理治疗师，他们依据人类行为理论、各种诊断、多样的治疗模式以及相关的实践效果研究结果去诱变、提高案主的心理社会功能，并修复他们的环境。另外一个角度即促进赋权（empowerment），让案主通过自我决定的活动提高其胜任感。

临床社会工作者在精神健康领域的实践还包括个案管理（case management）。为严重精神疾病患者工作，需要工作人员代表案主进行倡导、为服务对象联系资源、监督干预计划、协调问题解决方式。临床社会工作者作为个案管理员的作用，在于增强案主对个人和社区支持的运用。除此之外，社工自己也提供支持（参见第十一章与严重精神疾病患者相关的个案管理讨论），无论是作为治疗师、抑或个案管理员、甚或融合了上述两个角色，社会工作者都与相关学科的同事、其他服务机构的工作人员、房东、医生、律师和其他人保持着紧密联系。通过这种联结，临床社会工作者将案主与社区资源联系起来，并且致力于减少精神健康服务的制度性障碍。

我们可以在不同场合见证精神健康或行为健康领域的社会工作实践，包括社区精神健康中心、门诊服务所、精神病医院、综合医院的精神

科、心理社会康复服务机构、物质滥用干预机构、危机干预中心、部分住院机构、辅助性部门、团体之家、管理型行为照顾机构。尽管这些机构专门服务于精神障碍案主，但家庭服务和儿童福利中心、无家可归者庇护所和私人执业机构，同样可以向精神健康和物质滥用问题案主提供服务。

本章旨在向读者提供现今行为或精神健康实践的脉络，以及贯穿全书的主题的导引。下一节介绍管理型照顾体制下，从社区精神健康至行为健康的转型。它表明术语虽已改变，但行为健康的理念吸收并再造了早期社区精神健康和去机构化运动的观念。本章介绍的第二个主题是以研究为本的实践，包括源于精神病流行病学、生物学研究和实践效果研究的知识。其后是了解这一领域的非常重要的定义。本章以解释本书的后现代视角以及后现代实践者的意义为总结。

从社区精神健康到行为健康

临床社会工作在精神健康领域的实践正受到社区精神健康向行为健康的范式转换的深刻影响。前者的思想背景是社区应该承担预防和治疗精神健康问题的责任。对社区的关注伴随着去机构化运动，并为这一理念所强化：人们相信，干预的切入点应该在社区而不在医院。向行为健康的转型显示了对管理型照顾影响下的结构转型和对可计算性的强调。行为健康一词在目前的管理型照顾体制下被用于指称药物滥用和精神健康问题的治疗与预防。

社区精神健康

社区精神健康是 20 世纪最后几十年在精神健康领域占据核心地位的概念、干预理念、社会运动、意识形态和政策。凯普兰最初提出这个概念时，认为社区导致压力，进而诱致心理变态。在公共政策领域，社区精神健康这个概念一直被用于支持在社区层面推行和拓展接近服务对

象的服务。

凯普兰 (1964) 将公共卫生的预防模式整合到自己的服务理念之中。相应地, 多层次干预方式将降低精神疾病损害的发生、持续和程度。

多层次干预: 第一层次的精神健康预防是一级预防, 其目标是对精神障碍的原因, 降低精神疾病的患病率。这个层次的焦点是社区以及社区内的不良病源。一级预防要求我们对潜在的生理原因、环境原因和心理原因进行研究。如果研究显示某些群体具有发生特殊问题的高风险, 我们就要针对这部分人口进行教育等预防性干预。一级预防主要是提供支持 (包括生理的 (食品、住房) 心理社会的 (关系) 社会文化的 (文化价值、习俗和期望) 并克服支持流程的障碍 如种族主义 (Caplan, 1964)。

第二层次为二级预防, 旨在降低社区里的实际发病率并缩短个人经历疾病的持续时间, 从而防止问题的恶化。这一层次的干预方式有早期明确 (发现案例) 评估和干预 危机干预和短期治疗 等。快速而有效的个人、家庭和团体治疗也应用于第二层次。

三级预防是指经由康复降低社区中的精神残障比例, 其目标是将严重精神疾病人士的功能恢复到尽可能高的水平并防止并发症 (Langsley, 1985b)。三级预防指向社区、案主及其社会网络 (Caplan, 1964) 社区层面要致力于倡导和社区教育, 以防止或减低污名、无知以及康复的其他障碍。三级预防运用于严重精神残障人士的目的, 在于化解代偿失调 (decompensation)、杀人和自杀。

除此之外, 社区精神健康实践一开始就是在几个原则的指导之下进行的。由于许多原则兴起于行为健康范式, 我们将按照一定的顺序来介绍这些术语。

社区精神健康实践的原则。社区精神健康运动体现了构成一套信念系统或意识形态的一系列原则, 以下讨论的基本原则包括综合性, 照顾的延续性、可接近性, 多学科小组和可计算性。最关键的一个原则是:

服务应该是综合性的 (Langsley, 1985a)。这意味着社区应该以不同的强度提供形式多样的服务, 从外展计划到门诊服务, 从日间治疗到住院服务。以上服务将提供心理治疗(个人、家庭、团体)社交技巧训练、职业康复等多种选择。社区本身有中途之家、辅助住房等一系列可供案主生活的居所 (Bachrach, 1986)。社区治疗将应所有年龄人群 (包括儿童和老人) 的需求, 提供铃声服务和急诊服务以及回应特殊问题, 如物质滥用。服务是弹性的, 并可回应服务对象的需求 (Bachrach, 1986)。

一个得以保证的相关原则是照顾的持续性 (Langsley, 1985a) 旨在防止案主在复杂的、分裂的和官僚式的服务提供系统背景下陷入无人照顾的裂缝之中。它意味着服务应该联结在一起——“一个患者可以在各组成部分之间自由流动的服务体系”(Bloom, 1984, p. 4)。例如, 案主离开精神科之时要与出院时的治疗服务相连接, 个案管理员要保证服务连接的存在并有效。

社区精神健康服务从理论上应该是所有需要治疗的人士都可以接近 (Langsley, 1985a)。其含义即这些服务应位于案主居住区或工作场所的附近, 接近公共交通, 晚上 (至少急诊) 和周末可提供服务。为满足上述条件, 社区精神健康服务应分布于人口集居区或者服务单位, 从而保证为一定地理区域内的居民服务。身体残障人群应该能够接近服务设施, 服务要为听力障碍的人士提供沟通渠道, 并具文化和性别敏感性。

社区精神健康服务的另一个原则是治疗服务提供者要组成一个多学科小组 (Langsley, 1985a)。小组由精神科医生、心理学家、社区精神健康护士、社会工作者、职业治疗师、咨询师以及其他工作人员组成。某些成员在某些特殊领域学有所长, 如住房和职业康复。住在社区的本地精神健康“土专家”亦可参与。多学科小组使各类成员贡献知识、技能和视角, 从而有可能形成对案主的整体性理解, 并提供多层面的治疗或康复服务。

最后一个原则是可计算性 (Langsley, 1985a)。市民委员会不仅要

那些需要治疗的人负责，而且也需要向那些身体健康的人负责（Langsley, 1985a）。可计算性亦适用于服务使用者，他们要更多参与社区心理健康机构的治理。使用者明确自己的潜在权力并与时并进地建立自信。

尽管社区精神健康和去机构化是心理健康领域内两个不同的运动，但其意识形态却殊途同归。社区心理健康临床实践人员吸收了去机构化倡导者对住院化的某些看法。

去机构化（Deinstitutionalization）。去机构化作为一个理念、一个过程和一种意识形态（Bachrach, 1976; Mechanic, 1989）兴起于 20 世纪 50 年代的美国，其时治疗焦点开始从医院向社区转型。1955 年州立和县立精神病医院的病人达到 559 000 人的高峰。此后，以上机构都实质性地（但不是全部）减少了人员。到 1992 年，住院人数下降到 72 096 人（Witkin et al., 1998），这是实质性的减少。医药的进展推动了这一过程，因为人们可以在社区内开药方并使用这些药物。支持去机构化的另一个条件是 20 世纪 60 年代成本从州一级向联邦一级的逆转，这使得以往的长期住院患者生活在社区成为可能（Mechanic, 1989）。

尽管去机构化的部分倡导者希望医院能够完全消失，但实践的基本理念是适度利用医院。替代将大量严重精神疾病人士置于监护照顾之下的做法，是医院将短期照顾那些急性恶化（暴发）的患者，使他们情况稳定下来。地区医院的精神科要为患者提供短期的住院服务和跟踪治疗，以维持患者在社区的基本生活。

一般认为，去机构化涉及两个过程：（1）避免住院；（2）与此同时，发展社区服务以替代机构化服务。第一个过程意味着在考虑住院之前，应寻求社区治疗策略，如日间治疗计划等。这种分散机制有赖于第二个过程——危机和急症服务、团体之家、家庭照顾网络、门诊中心、职业康复机构和其他选择（至于现今选择，参见第十一章）等可供选择的社区服务机构的存在或建立。然而不幸的是，许多社区并没有承担发展社区服务体系的责任，并确保它们的使用。不少出院的患者流落街头，无处

容身，难以企及门诊照顾。去机构化的另一个结果是“旋转门综合征”的出现，许多人经常性进出医院。伴随着去机构化的住院率上升，表明病人无法在短期住院时间内康复，或者一些案主没有接受或跟进转介服务，使自己在其他机构得到照料。随着时间的流逝，医院被证明是有必要继续存在的，尤其是那些需要照顾的贫困社区高危人群、“旋转门”患者和长期住院患者的地区（Bachrach, 1996）。

去机构化作为一项公共政策勃兴于 20 世纪 60 年代，当时致力于保障边缘人群权利的社会意识和宣传倡导蔚然成风。20 世纪 60 年代和 70 年代，强制交托（involuntary commitment）、没有治疗的监护照顾、干预的压制形式等实践都在法庭上基于宪制而受到成功挑战（参见第二章的综述）。去机构化同样是一种与某些价值观联系在一起的意识形态（Mechanic, 1989）。首先，住院被视为不可取的选择，它应该被其他的干预方法所替代。其次，对于精神病患而言，自由地正常生活并尽最大可能融入社区网络是可取的（cf. Wolfensberger, Nirje, Perske & Roos, 1972）。

尽管去机构化和社区精神健康的支持者认同这些价值，另一些人则认为去机构化的兴起对纳税人而言是节约开支的机会。住院是精神病治疗中最昂贵的一种形式。各州要为长期住院照顾承受很大的经济负担。当自由主义者认为机构化不可取的时候，保守主义者则要求关闭州立医院。其他政策，如限制对自己和他人有危险的患者进入，并保证人们在医院只呆上很短的一段时间；对纳税人而言，经济上似乎都是可取的。在管理型照顾体制下，成本关注将继续驱动政策。

管理型照顾体制下的行为健康

管理型照顾（managed care）是一种以高效益、高效率和高质量为目标的健康照顾的建制、财政和管理方式。它在美国的健康照顾成本急速上升并呈失控之势时正式登场。它业已改变健康照顾和精神健康实践的面貌，并引进不少需进一步阐明的术语和概念。

与谁购买谁付费模式不同，在赔偿模式（indemnity model）中，健康保险公司等第三方根据管理型照顾为每一次就诊付费，医生根据协议获得酬劳。初级保健医生协调服务并就转院需求作出决定。在管理型照顾下，所有的干预都必须事先征得同意，在一段时期内进行再确认，并根据效果进行评估。

行为健康服务可以在管理型照顾保险计划下提供。健康维护组织（Health Maintenance Organizations, HMOs）和首选医疗服务提供者组织（Preferred Provider Organizations, PPOs）是两类主要的计划。健康维护组织是一个提前支付计划，会员将使用某些特定服务提供者的服务，而这些服务提供者是组织网络的一部分。这些提供者也许直接由健康照顾组织雇佣，也许是与健康照顾组织有联系的个人或团体。在首选医疗服务提供者组织中，成员可以选择组织的首选网络或网络之外的服务，只不过有额外的成本。PPOs 的使用者每次就诊有适度的部分负担金额（copayment）（Jackson, 1995）。人们可以在急诊时使用 HMO 和 PPO 以外的网络。第三类是服务计划（The Point of Service Plan, POS），它可作为一项单独的替代选择，亦可称为 HMO 或 PPO 的一部分，不同的术语适用于不同的服务提供者（Corcoran & Vandiver, 1996）。HMO 和 PPO 的行为健康照顾可通过分拆安排（carve-out arrangement）即由与提供精神健康或药物滥用服务的行为健康照顾组织的合约而提供（Edmunds et al., 1997）。行为健康亦可整合进健康照顾提供者系统。任一管理型照顾下的行为健康服务提供者都同意接受所谓的风险比率，即提供者在某一特定时段（如一个月）内接受每一使用者给付的具体费用。

1995 年，约 60% 左右居住在美国的人都有某种类型的管理型健康照顾计划（Health Insurance Association of America, 1996）。大概 25% 的人有其他的覆盖项目。不少州已获得接受健康型照顾财务管理处的免付书，从而使得一些享受医疗补贴（medicaid）的人有可能进入健康照顾计划（McGuirk, Keller & Croze, 1995）。同样地，医疗保险（medicare）受益人

可以通过健康照顾安排受益。比较大的公司的全职员工有作为附加利益的个人（有时包括家庭）覆盖，案主和员工也许需要也许不必分担成本。1998 年，美国超过 16% 的人口没有医疗保险（U. S. Department of Commerce News, 1999）。

需要精神健康或行为健康服务的案主可能有也可能没有健康保险。当精神健康问题使得案主难以维持其工作的时候，某些人就失去了私人保险。那些有健康保险的人，行为健康的受益可能是有限的。1973 年的健康维护组织法令为其覆盖的行为健康制定了一个最低水准：一年 20 次门诊和 30 天住院（Jackson, 1995）。1996 年的精神健康平等法案于 1998 年正式生效，规定生理健康和心理健康的保险覆盖要均等，但这个法案也有漏洞。

健康照顾引入精神健康和物质滥用实践，聚焦于节约成本和预防。节约成本是指需要评估成本和产出之间的关系，从而确保最低成本的最大产出。只要有可能，昂贵的治疗策略如住院和长期心理治疗都要避免，比较便宜的方法是可行的、可获得的和可靠的。当更贵的治疗方式被认证时，要监察它是否有效，以及该强度的干预需要多长时间。总体而言，精要、时间短的治疗和危机干预更受青睐。管理型照顾组织不支持费时费钱的旨在重构性格的心理治疗（Poynter, 1998）。减轻症状、修复功能和改变行为是其基本目标（Poynter, 1998）。有效性将通过管理型照顾组织、进行使用评估的外来小组、提供者和 / 或行为健康运行系统确定的指标来测量。尽管效果是基于系统进行测量的，个体实践者亦可以运用工具测量治疗效果、目标达成的程度、阶段性进展（长期问题案主个案）本书另处将对实践者的工具提出建议 另一个评估有效性的方式，是询问消费者如何寻找服务。管理型照顾组织运用案主满意率调查，从而配合特定计划的需要（Corcoran & Vandiver, 1996）。

预防是管理型照顾不可或缺的一部分。私营部门的管理型健康照顾计划重视身心和谐与健康促进策略 例如 戒烟、戒酒和压力管理。后

面将要讨论的公共管理型照顾采用家庭教育、同辈支援团体、心理社会康复等预防策略 (Corcoran & Vandiver, 1996)。

在管理型照顾制度安排下，各地享有医疗保险和医疗补贴的案主都可以接受健康和心理健康服务。地方心理健康局或委员会监察这一地区的管理和财政，在为公共部门的案主提供照顾中扮演重要角色 (Hoge, Davidson, Griffith, Sledge & Howenstine, 1994)。由于公共部门的管理型照顾相对而言还是全新的实践，其范围和功能还处在进一步明晰的过程之中。一些学者认为向公共援助接受者案主提供全面治疗需要执行五个核心功能，其中四个是社区心理健康理念的再现。

把关。作为系统的入口，其作用是：允许心理健康主管机构定义的目标人群以案主身份进入；依照限定性标准，限制案主使用比较昂贵的服务，将案主分散至另外的、更便宜的治疗形式中。

社区是活动的中心。治疗要置于社区，案主及其支持网络、服务都在社区里。

提供全面服务。地方心理健康主管部门和服务提供者须评估需要、分配资源、克服进入障碍，从而满足目标人群的需要。

照顾的持续性。即协调当前需要的服务和未来需要的服务。

最大化经济效率。即强化基金流程、弹性使用基金和引入激励机制，促使服务提供者提供快速有效的服务。

可计算性。可计算性应该建立在一个服务提供层次上，规定一个具体员工，如个案管理员作为负责人。地方心理健康主管部门要为心理健康服务提供系统的有效运作并对公众负责 (根据 Hoge et al., 1994)。

管理行为照顾质量保证和认定指南委员会提出了一个指导行为健康照顾安排评估的框架，他们发现，为了回应案主的需求，安排一条龙或激能服务 (enabling service) 是一项重要功能。委员会建议向严重精神疾病和长期物质滥用问题人士提供社会福利、住房、职业和其他康复服

务(Edmunds et al., 1997)。另一建议是：行为健康计划要积极回应各个种族和少数民族族群及精神疾病与物质滥用并发人士。该委员会宣称，要致力于运用那些具有文化特色的服务提供者，以及创新另类治疗方式，即便还没有对其有效性进行研究(Edmunds et al., 1997)。本书的其他章节将讨论严重精神疾病人士服务(见第十一章)文化敏感性实践(见第七章)和共病患者的治疗(见十三章)问题。

✎ 行为健康和社区精神健康的比较

作为社区精神健康范式的继承者，一方面，行为健康包含着许多与其先驱一致的目标和实践。另一方面，为了符合健康照顾节约成本的期望，社区精神健康和去机构化的一些原则已被抛弃。因此，在管理型照顾体系下，行为健康的某些角度是全新的，服务于这一领域的临床社工有必要学习之。

在两个范式里，社区是治疗的基本中心。即便需要住院，在社区医院的精神科治疗而不是在离家很远的医院住院更受青睐。在行为健康中，社区的概念有所不同。社区精神健康中案主要在处于邻里(或聚居区)的中心接受服务。而行为健康里的情况并不必然如此。确保严重和持续精神疾病患者照顾的持续性的方式，是指派个案管理员去协调对案主的照顾，为他们倡导并保证他们得到社会服务和另外的非医疗服务。行为健康业已吸收持续性概念和前述意义，并使用个案管理员。有些管理型照顾组织聘请照顾管理员(有时也称为个案管理员，但他们收费不同)去监察服务和成本的管理(Schreter et al., 1996)。

在管理型照顾下，推动照顾的持续性的术语——服务连续体——亦被采用。它指在行为健康系统中要包括一定范围内的不同限制性的服务(Jackson, 1995)。连续体从门诊治疗到长期住院和强化门诊照顾、危机干预、部分住院、居所照顾和急性入院治疗(Schreter, Scharfstein & Schreter, 1997)。照顾的持续性有赖于社区内服务连续体的存在，但很

多情况并非如此，尤其是农村地区。当服务存在时，注意的重点是，既然那么多服务提供者、治疗场所和付费者牵涉同一案主，照顾系统是否是整合的（Schreter, et al., 1997）。限制层次的考量是回应司法规定的必要条件：精神疾病人士应在与其照顾需要一致的最少限制性环境之中接受治疗。在管理型照顾下，对限制性的关注是与需要成本最低的强度治疗（当另外的、比较便宜的模式可以治疗同一问题的时候）有关。无论动机为何，住院是行为照顾（它是基于去机构化的）下不可取的选择。不过，有一种观点认为住院在有时是必要的。

在行为健康范式中延续的社区精神健康的另外若干原则中，值得关注的是预防。三层次的预防在新范式下依然相关联，尽管每一层次的实施程度尚不清晰。考虑到精神疾病有遗传因素并包含脑损伤，预防涉及早期干预、监控以限制疾病对个人的影响。

一个依然重要的原则是服务对使用者是可及的，即 24 小时服务、就近、无建筑障碍、回应多样的文化。两个范式都关注严重精神残障人士和老人等特殊人群，并强调多学科小组。另外，社区精神健康和行为健康都宣称服务应是综合的（从而具有照顾连续体）和可计算的。然而，当行为健康由私人部门控制的时候，可计算性在于商业利益。在公共部门，社区的需要须予以考虑。

行为健康对临床社会工作的启示

管理型照顾下的行为健康引入影响社工的若干程序和期望。在某些机构和实践之中，临床社工不断涉及要求获得服务的授权和再授权。这可能牵涉到电话和 / 或提交文书。社工可能须经历要求证明其继续为案主进行侵入性服务的正当性，并反对另一方可能牺牲他们所认为是案主最大利益的节约成本的考量。判断和价值的差异给社工带来了颇受困扰的伦理议题。另外，行政性要求和文书工作的引入使案主 - 工作人员的关系复杂化（Poynter, 1998）。使用评估和质量保证，一段时

间以来已成为精神健康服务提供的一部分，文档工作日见增多。

至少，行为健康照顾使复杂的精神健康领域更加难解。与案主的互动需要考虑其行为健康保险、机构、可获得的服务以及案主的最佳利益。精神健康机构由不同资源资助，公共的和私人的，并包括那些支援服务的赞助人。多方涉足其中的情形，对社工而言，维持聚焦于案主及其赋权是一项挑战。

临床社工的另一考量是行为健康领域的竞争日趋激烈。管理型照顾可能更倾向于医生和具有博士学位的提供者，尽管社工能够以更低的费用提供同样的服务（Jackson, 1995）。克服这一偏见的最佳方法是社工要知识渊博，并深具专业能力。接下来，我们介绍可促进社工实践的不同领域的研究知识。

研究为本的实践

推动社会工作实践的知识来自于不同的学科，包括社会工作。本书强调的知识源头包括精神病流行病学、生物学和实践效果研究。上述资源中的研究发现影响了精神健康领域的优先性和实践者对干预策略的选择（从现在开始 精神健康、行为健康和行为精神健康等术语将交替使用。）

■ 精神病流行病学

精神病流行病学将为行为精神健康领域的临床社会工作实践提供信息。流行病学是研究疾病在一定环境背景下在人口中的分布。这是对公共健康相当重要的工程，它考察病态学的起源、成因和分布的条件，例如，体液的传播和获得性免疫缺乏症状。流行病学研究涉及到复杂的抽样方法和统计分析方法。

流行病学研究基于“主体-动因-环境”范式（Kellam, 1987）。主

体是疾病患者，动因是原因。当流行病学应用于精神疾病时，研究很少能够明确导致某一精神障碍的特定动因。不同于生理疾病，精神障碍是非传染性的，其原因是多方面的，并相互影响。流行病学研究已经发现一系列的社会、环境和人口学因素与精神障碍有着层次不一的关联。

在流行病学研究中有两个术语被广泛使用：发病率（incidence）和患病率（prevalence）。发病率是指在特定时期内（如一年）某一特定精神障碍新发生的病例数。患病率是指某一特定人口中病例总数（包括新发病例和已存在的病例）。时点患病率是某一特定时点（如今天）的患病率，期间患病率指超过一天的某段时间的患病率（如半年患病率），终生患病率是一生中的任何时期的患病率（Kaplan & Sadock, 1998）。流行病学家也考察那些可能与特定精神障碍的发病率和患病率有联系的变量，如年龄、种族、性别和社会经济地位等。

20 世纪后半叶，精神病流行病学有了显著进展。早期研究是探索治疗案例汇总和大型社区抽样，但这些研究策略都有其方法论上的瑕疵。关注那些公共部门的常见治疗案例，其结果是将那些没有求助的人（因为不同的社会、文化原因和私下治疗的人排除在外。社区的流行病学的优点在于其包容性，它的不利之处在于外行的访谈员去收集精神状况数据，以及难以将症状发现转化于诊断。在经典的早期调查中，霍林舍德和雷德里奇（Hollingshead & Redlich, 1958）对康涅狄格州德纽黑文地区的社区和治疗人群调查发现，社会阶层和诊断及治疗有联系。索尔的曼哈顿中镇研究（Sorle, Langer, Michael, Kirkpatrick & Rennie, 1962; Sorle & Fisher, 1986）则表明，1954 年有 14% 的研究对象受损，1972 年为 12%。

20 世纪的最后 20 年，精神病流行病学受惠于那些可以提炼诊断信息，并能被非专业访谈员（Wessman, Myers & Ross, 1986）掌握的测量工具的发展，它们包括诊断访谈提要（Diagnostic Interview Schedule, DIS）（Robins, Helzer, Croughan & Ratcliff, 1981）、复合性国际诊断访

谈(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)(World Health Organization, 1990)。

国立精神健康研究所在 20 世纪 70 年代末期和 80 年代早期的流行病学人口聚居区计划 (Epidemiological Catchment Area, ECA) 的一系列研究中运用了 DIS(Rieger et al., 1984)。这一系列密集研究集中在五个区域：康涅狄格州纽黑文、马里兰州巴尔的摩、北卡罗来纳州达累姆、密苏里州圣路易斯、加州洛杉矶。这些社区的机构化和非机构化居民都被调查过，并且在一年后再调查了一次，从而提供综合的、长期的数据 (Freeman, 1984)。这些研究收集的信息包括特定精神障碍的患病率、相关的人口学因素、因精神健康问题而导致的生理和精神健康服务使用模式。这个研究项目提供了美国精神障碍的分布信息。但这些发现具有局限性，因为，这五项调查的对象是城市地区的大学精神科机构，其结果在多大程度上可应用于农村地区，以及其他难以接近精神健康服务地区的居民还不清楚 (Kessler, Abeokuta & Zhdanov , 1998)。

由国立精神健康研究所进行的全国共病调查 (National Comorbidity Survey, NCS) 试图弥补这一缺陷。NCS 的抽样更具美国的代表性，但年龄范围限制在 15 ~ 54 岁之间 (Kessler et al., 1998)。此项研究是使用 CIDI 去评估诊断。在 DIS 与诊断和统计手册第三版 (DSM - III , APA, 1980) 一致的地方 ,CIDI 就切换到 DSM - III - R(APA , 1998)。全国共病调查和流行病学人口聚居区调查都没有将人格障碍包括在内，而是将其视为反社会类型 (Kessler et al., 1998)。

尽管有其局限性，但这两项研究的实质性的知识贡献在于囊括于其中的精神障碍的分布和治疗设置的使用。例如 ,NCS 有两个惊人的发现：一是 15 ~ 54 岁人群中任何 CIDI 障碍的一年和终生患病率相应为 30.9% 和 49.7%。另外 对一年和终生患病率而言 共病 两种或更多的障碍同时存在) 是一个法则而不是例外 (Kessler et al., 1998)。这两项研究的其他结果将在本书另处引用。

生物学研究

另一个精神健康实践的渠道是生物学研究。随着越来越多的证据表明许多精神障碍是大脑的病态，人们的关注重点落在了理解大脑的运作、大脑功能失调的深层原因，以及如何用药物手段去克服生物化学失调上面。这导致了大量神经解剖学、基因（包括分子生物学）大脑成像和精神药理学研究。例如，人类基因组计划一直致力于人类基因的解码过程，这对精神健康具有重要意义。

整个 20 世纪，精神健康领域一直对生物学在精神障碍发生学中的作用争论不休。弗洛伊德有关早期生活经历在诱发精神冲突中的作用的开创性论述，使我们将注意力转向了导致精神疾病的成长因素、家庭环境因素和性格因素。弗洛伊德和其他强调早期生活经历的学者的作品的一个结论是：家庭是诱发子孙后代精神疾病的罪魁祸首。直到 20 世纪中叶，精神药理学取得了突破性进展和去机构化历程的勃兴，生物学观点开始占据主导地位。20 世纪的最后十年里，旨在提升精神疾病患者生活质量的新一代药物正式登场了。

由于强调人与环境的互动，社会工作一直不愿意将生物学知识整合到自己的理论基础之中。尽管生理心理社会视角被看作是理解实践的核心所在（Johnson et al., 1990; Saleebey, 1992），但精神健康领域的社工越来越多地谈论到生物学知识的重要性（Johnson, 1996），尤其是实践者了解大脑结构和精神药理学的需要（Bentley & Walsh, 1996, 1998）。本篇的第三章将对生物学和相关科学（神经生理学、精神药理学和基因科学）的重要信息进行简介。后面的有关干预的章节将看到这些知识是如何应用于理解和干预那些不同精神健康问题的案主的。

为了与本章后面讨论的后现代主义保持一致，本书视生物学和心理社会视角为不可分割的整体。尽管专业人士可能将知识分拆为不同的各自领域，但人是一个复杂的生理心理社会 和灵性 整体，其生活构