

社工参与精神障碍社区康复服务工作探索 ——以巴南区、北碚区精神障碍社区康复服务试点工作为例

蒋新红

重庆城市管理职业学院 重庆 401331

摘要：2020年重庆市在主城九区开展了精神障碍社区康复服务试点工作，重庆慈众社工中心承接了巴南区和北碚区的试点工作，在工作中，积极探索社工参与精神障碍社区康复服务工作。社工针对精神障碍患者及家属的现实困难及原因，区分不同组织的服务分工，确定参与的切入点，重点引导精神障碍患者及其家属双向互动、双向促进，在此基础上，构建精神障碍患者家庭自助、互助和他助服务体系，探索“共促共扶”精神卫生社工服务体系。

关键词：社工；精神障碍；社区康复；切入点

1 精神障碍社区康复服务试点工作背景

2020年重庆市在主城九区开展了精神障碍社区康复服务试点工作，目前试点工作已实施近1年。

1.1 基本情况

巴南区和北碚区两区试点均由重庆慈众社会工作服务中心承接社工服务部分工作。由于两区试点工作均启动不久，基础资料尚未完全掌握，加之研究者的学识和水平，故在本研究中难免存在不少错漏和问题。

巴南区目前选取在李家沱街道开展试点工作，主要服务场所设在恒大城社区心灵驿站。北碚区目前选取在北碚区童家溪镇开展试点工作，主要服务场所设在建设村渝康家园。

巴南区李家沱街道现有精神障碍患者351人，北碚区童家溪镇目前的精神障碍患者66人。根据调研，目前这些患者集中在以下几种类型：一是精神发育迟滞伴精神发育障碍患者；二是精神分裂性精神疾病患者；三是抑郁症的患者；四是双向情感障碍的患者。

1.2 精神障碍患者及家属的现实困难及原因

1.2.1 精神障碍患者及家属面临的现实困难

①对生理心理的影响，包括协调能力的下降，特别是认知、情感、意志及行为等功能的下降，并由此带来学习、生活和工作等方面的障碍。

②对患者和家属造成的心理压力较大，再加上经济负担的加重，更是使患者和家属背负较大的心理负担，家庭生活质量下降甚至是出现生活困难。

③患者及家庭难以获取及时有效的政策支持保障和疾病管理支持信息，难以获得资源支持。

④精神障碍患者及家庭难以受周围熟悉的社区邻居、同事、亲属及朋友的歧视和排斥，难以融入社会，并进一步影响自我认同和自我发展。

1.3 造成精神障碍患者及家属现实困难的原因

①由于精神障碍患者需要接受专业治疗，难以就业，加剧了患者家庭的经济负担。加上患者本人及家属难以接受患病的现实，从而背负巨大的心理负担。

②因为周围熟悉的社区邻居、同事、亲属及朋友，对精神卫生知识缺乏了解，对精神障碍患者及家庭带有强烈的社会歧视和社会隔离，难以获取相应的支持，难以融入社会生活，甚至主动自我边缘化。

2 精神障碍社区康复服务的主要内容

主要包括以下八个方面，一是社会适应性训练，并进行文化知识教育、社区教育。二是职业治疗、劳动技能训练和职业评估，组织安排服务对象从事简单性生产劳动。三是提供服药指导。四是进行心理辅导。五是对康复人员家属进行有关康复知识的培训。六是维护康复人员的权益。七是完成非医疗性的日常康复工作。八是检查进度，进行评估，并根

据评估结果进行持续跟进。

3 不同组织分工

3.1 专科医院

主要从服务对象的生理方面提供专业性的医疗服务，比如病情维护、病案管理、康复训练以及其他医疗服务，也包括对并发症及其他病理或非病理症状的预判及控制，同时包括转介服务工作，与社区、社工一道，开展用药管理、探访跟进及健康管理和宣传倡导等工作。

3.2 社区居委会

主要承担阵地打造及日常监控管理工作。如相关场地建设、精神障碍患者建档管理、定期召开联席会议以及相关信息的上承下接；同时对精神障碍患者进行社区关怀，精神障碍预防宣传，营造良好社区康复氛围等工作。

3.3 社工机构

主要从服务对象的心理、情绪、社会支持等方面体现。如定期探访跟进、居家服药引导、患者及家属的情绪疏导和康复信心重建，也包括对患者生活技能、就业能力方面的增能服务，促进其价值发挥和回归正常生活。同时也包含社会舆论倡导和社区氛围营造，并发挥资源链接者优势，根据不同服务对象的不同需求，链接相关的服务资源，满足服务对象的多层次需求。

4 联动工作机制

4.1 针对病情稳定的居家康复患者

主要由村居和社工机构负责日常的跟进管理，包括居家情况、服药情况、心理情绪状态等；社工机构同时负责引导服务对象回归正常生活，包括能力提升、人际支持等。若发现有因长期服药而产生的身体机能衰退问题需要进行跟踪治疗的，则及时转介至医院。

4.2 针对病情突然恶化或出现突发性伤害事件的患者

协助村社联动派出所及相关管理部分，医院提供及时介入治疗，同时社工辅助开展家属及相关他人的心理情绪安抚。

4.3 针对潜在患病人群

若相关村社在日常工作中发现之后可及时转介给社工机构，社工机构介入治疗之后效果不明显的，可由村社和社工机构联合转介给医院，医院做完相关评估和治疗后，再将信息反馈给村社和社工机构。

4.4 针对患者家属的增能和支持性服务

村社主要负责定期关怀和社区融入，社工主要负责其心理减压及情感支持，村委、医院、社工联合开展照顾者康复能力提升培训。

4.5 针对项目相关的宣传和社会倡导

村社提供主要服务阵地，医院提供技术及专业支持，社工机构则负责具体宣传方案的实施；同时三方都要利用自己的渠道广泛宣传精神卫生康复知识。

4.6 精神障碍患者社区康复服务模式探索

既可由上级部门组织协调, 招集由社区、医院、社工机构三方, 也可由社区、医院、社工机构三方联合, 定时开展交流座谈会、专业能力培训会(医院为社区、社工开展精神障碍患者护理技巧)、定期进行经验分享。

5 社工参与精神障碍社区康复服务的切入点

5.1 开展需求评估

一是对各社区精神障碍患者的基础数据进行摸底排查。二是对精神障碍情况进行分类并开展需求评估并形成评估报告。

5.2 建立服务台账

对镇街辖区病情稳定且愿意接受社区康复服务的患者实行“一人一档”管理, 建立动态管理台账, 掌握需求数, 掌握他们的病情稳定状况及生活需求情况。

5.3 提供专业服务

一是精神障碍患者居家情况监测, 二是对精神障碍患者进行服药管理。三是对精神障碍患者开展心理健康促进服务。四是对精神障碍患者及其家属情感支持与权益维护。五是向精神障碍患者及其家属提供增能服务。六是开展精神障碍患者的社区融入与居民的接纳度提升服务。

5.4 营造良好的社区康复关爱氛围

① 精神障碍预防

一是协助政府有关部门, 加强对精神障碍患者心理健康促进和精神障碍预防工作。二是协助对用人单位创造有益于职工身心健康的工作环境。三是协助社区和学校对学生进行精神卫生知识教育。四是积极与医疗卫生部门合作, 协助对精神障碍患者进行心理健康指导。五是协助社区开展社区心理健康指导、精神卫生知识宣传教育活动。六是引导社区居民, 创造相互关爱, 创造良好、和睦的家庭环境, 提高精神障碍预防意识。

② 精神卫生常识宣传倡导

大力宣传精神卫生法和精神卫生常识, 通过群众喜闻乐见的形式宣传精神卫生常识。在此基础上, 开通服务热线, 开展精神卫生常识咨询辅导, 促进家庭和谐, 改善社区环境, 减少社会歧视, 提升社区居民的心理健康水平。还通过开设微博、微信、QQ群等公众平台, 更新服务信息, 开展宣传服务。同时向有关部门、社区, 以及各专业和政府网站提供执行信息, 报送新闻资料, 扩大宣传影响力。

5.5 协助建立转介机制

与镇街、相关村社、定点专科医院共同探索精神障碍患者社区康复服务体系, 建立相关服务机制及危机转介机制。对适合进行社区康复的患者, 经患者和监护人同意后可由医院转介到社区的康复平台。对在社区康复期间发病的, 可向医院快速转介, 形成住院治疗、社区康复的良性循环。

5.6 完善“五社联动”服务机制, 整合多方资源, 构建支持网络

通过完善“五社联动”服务机制, 整合多方资源, 构建支持网络, 形成“精神病专科医院、社区卫生服务机构、街道和社区、社工机构和患者家庭”多层次、一体化的康复服务支持网络体系。

6 社工参与精神障碍社区康复服务的几点思考

6.1 重点工作

① 引导精神障碍患者及其家属双向互动、双向促进

社工不仅仅考虑服务对象本身的需求, 同时也要时刻关注着患者家属的需求与助力因素。通过入户及个案访谈、情感支持小组、心理健康知识讲解等形式, 为患者及家属提供心理辅导和支持, 使其正确认识疾病、学会管理自己的情绪,

回归正常的生活轨迹。对于居家治疗的精神康复对象, 除了为其自身好转康复中所需的物质基础、专业医疗支持等服务供给时, 社工需要更加注重情感陪伴与支持, 在建立深厚友谊的基础上, 引导服务对象正视自我病情, 同时加以情感支持与权益维护, 为其重拾生活信心与自信提供平台与契机。

另一方面, 对于家属, 通过定期访谈、心理压力释放小组及组社内情感交流互助会等媒介引导其正确释放自我照料压力; 鼓励其坚信患者本身的好转康复历程, 并与区精神康复中心积极协作, 促进其专业照料护理能力与患者居家治疗正确认知的提升。

② 注重“三个主体, 两个重点, 内推外促”

“三个主体”包括服务对象、家庭和城乡社区居民。对第一主体服务对象本身, 要时刻关注其实时状况, 运用专业知识与方式引导服务对象积极践行医疗医嘱, 使其回归常态化生活。对第二主体——家庭, 要联合医疗专业人员, 发挥社工能动性, 在村居两委的助力下, 提升服务对象家属的人际照料能力与专业知识, 满足家庭基础物质与精神需求与保障。对于第三个主体——城乡社区居民, 广泛链接社会力量与资源, 向城乡社区居民积极宣传普及精神卫生常识, 树立正确的精神卫生观, 预防精神疾病, 同时营造理解、接纳、尊重、互助的良好支持氛围。

“两个重点”是指精神障碍社区康复服务的重点内容有两个, 一是精神障碍患者的需求, 二是患者家属的需求。

“内推外促”是指在促进“三个主体”良好互动的同时, 要突出“两个重点”。在此基础上, 一是要注重激发精神障碍患者及家庭内生动力, 二是要注重整合外部助力支持, 促进服务对象康复。

6.2 构建精神障碍患者家庭自助、互助和他助服务体系

引导成立照料者释压互助会、精神卫生宣传志愿服务队, 导入外部助力, 并激发内生动力, 引导开展精神障碍患者及其家庭自助、互助和他助, 探索一对一帮扶志愿服务。

6.3 探索“共促共扶”精神卫生社工服务体系

为了建立多层次、一体化的康复服务支持网络体系, 需要充分利用服务对象自助互助资源, 以及外部的社会资源, 充分发挥公共卫生医生、社会工作者、护士、心理治疗师、心理咨询师、康复师、社区康复协调员、志愿者、患者家属等组成的支持队伍的功能和作用, 引导开展双向服务, 在服务对象获得专业社工服务与志愿服务的同时, 引导服务对象服务他人、服务社区, 探索“共促共扶”精神卫生社工服务模式, 创新精神卫生社工服务平台, 实现共促共扶。

要保证这一服务支持网络体系的良性运行, 需要至少由区县级政府部门统筹管理, 由区县级部门牵头, 定期召开协调会, 解决在实际运行中出现的场地管理、服务运行、合作沟通、职责分工, 特别是转介机制等方面遇到的问题。积极探索政府部门、专科医院、社区、社工机构、社区康复机构、志愿者和其他社会资源及服务对象多位一体整合的精神卫生社会工作服务体系, 提升精神障碍患者信心与能力, 提高生活品质, 促进其融入社会。

参考文献

- [1] 陈文丽等. 个案管理在严重精神障碍患者社区康复服务中的应用[J]. 中国康复, 2021, 7.
 - [2] 王拓涵. 精神障碍患者福利救助现状、问题和对策[J]. 中国民政, 2021, 2.
 - [3] 秦怡. 慢性精神障碍患者社区管理问题探讨[J]. 社会与公益, 2020, 8.
- 作者简介: 蒋新红(1968-), 男, 重庆人, 教授, 重庆城市管理学院教师, 研究方向: 社会工作、社区建设、社区教育。