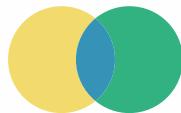


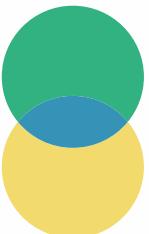
公益领域 通识



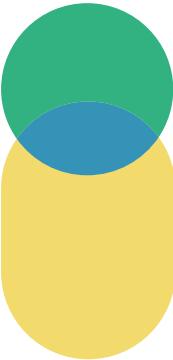
16

精神健康

[主编] 李坤梅



序



人类思想的进步有赖于知识积累。知识能否得到系统的梳理和传承，不但是发展的基石，更是检验发展水平的重要窗口。每个学科和领域的知识，经前人不断的学习理解，其内涵和本质变得愈加明显、表达形式更易于接受、总结更清晰扼要、训练更科学合理。当后人学习新的已有的知识时，效率就会提高，可以在原有发现的基础上，更好地开拓未知领域。因此，在成熟学科和领域中这样的现象屡见不鲜：那些曾经极其难以理解和学习的事物，在今天成为了非常普遍且方便学习的知识。人们因此可以站在他人的肩膀上眺望未来。

改革开放以来，我国公益慈善事业发展迅速，出现了许多优秀的实践。但无论一个行业还是一个组织，当经验积累到一定程度，继续一刻不停实践的边际收益也会随之递减。这时更需要对过往进行梳理和总结。2021年，三一基金会（下简称基金会）遍访全国23座城市，与超过1000名公益从业者开展交流。在交流中发现，许多领域都欠缺成熟的技术资料。当新人进入领域工作时，普遍需要独立摸索，通过非正式的询问、实践、参加会议等方式零散地积累经验，往往需要2-3年才能对领域有相对全面的了解。因此，基金会萌生了支持细分领域总结通识性资料的想法。

2022年，基金会正式启动《公益领域通识》（下简称《通识》）的开发工作，于残障、养老、支教、性教育、自然教育五个领域开展首批试点。《通识》旨在帮助读者快速建立对细分公益领域的全面认识，了解领域发展现状，特别是领域常见或重要的思想、方法、工具、资源等。相关组织也可使用《通识》作为新人入职学习材料，从而减少人员培训成本，将时间用于更多创造性的工作。

在《通识》编写中，基金会采用了新的知识生产流程。基金会在每个领域选择了一位具有良好专业能力的专家作为合作主编，按照如下流程进行开发：

流程	内容
领域分享会	各主编以“领域通识”为主题进行介绍和交流，彼此听取不同领域的思路、架构、重点等，相互启发。在介绍的基础上共同讨论好的领域通识的目标、功能、结构等关键问题。
合作确认	分享会后说明权责关系及编写时间表，主编与基金会相互确认是否参与编写。
编委组建	每个领域由主编和基金会共同遴选邀请 5-10 名编委，编委大多为该领域知名专家学者或头部组织的负责人。
初稿撰写	主编依据分享会思路编写初稿。
试读反馈	由基金会为每个领域公开招募 30-40 名志愿者对初稿进行试读。志愿者以多样性为核心进行遴选，可能包括该领域的工作者、专家、资助者、学生群体等。志愿者依据要求对初稿试读后进行书面反馈。同时编委对初稿也进行书面反馈。
第二稿撰写	主编依据各方反馈编写第二稿。
研讨会	由基金会组织召开研讨会，研讨会约 7-9 人，包含 2-5 名编委及根据各领域特点邀请的嘉宾，通过线上会议提供反馈。
第三稿撰写	主编依据研讨会反馈编写第三稿。
统稿	基金会对稿件进行排查，避免稿件中出现明显错误或风险。
定稿	领域通识稿件确定。
成册	基金会对稿件进行统一校对、排版、设计、印刷等工作，并与各领域主编共同发布《通识》，推广使用。

为促进编写质量，基金会帮助主编组建编委团队，并组织多次试读研讨收集建议。为提高效率并让主编拥有充分的编写空间，基金会并不参与内容的编写制定，主编在考虑各方面建议后，有权决定最终《通识》中所包含的专业内容。基金会希望这种新的尝试能在专业、效率、实用性和成本之间实现有效平衡。

中国慈善事业源远流长。早在西周时期便有文字记载，先秦诸子对慈善思想各有精妙论述，随后的历朝政府政策、佛道典籍、文学艺术，乃至民间杂谈也有详实记录。我国现代公益事业发展时间虽短，但过去数十年间亦涌现出诸多精彩论辩，各领域也多有卓越实践。

三一基金会自成立至今已有十载。基金会长期致力于推动“科学公益”，为我国探索更好的慈善理论。如今，公益事业发展迅速，中西思想并立，传统与现代交融，一时间信息纷繁，从业者也觉乱花迷眼。《通识》正是希望为身处其间不断求索的同伴提供支持。然而《通识》虽涉及细分领域，但各领域历经沉淀，知识体系博大深邃，一本资料难以涵盖。此外，各领域发展阶段、状况不尽相同，因此编写形式也有差异。《通识》作为新的尝试，必定有诸多不足之处，恳请读者不吝指正。

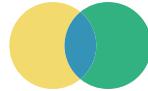
感谢各领域主编、编委、参与试读/研讨等反馈的人士。能够支持《通识》开发，是基金会的莫大荣幸。惟望《通识》能不断更新迭代，长久留存。因为《通识》不仅是对知识的综合，亦是对前人筚路蓝缕的历史记录。山林宝藏，留赠来者。

北京三一公益基金会

2022年9月1日



主编

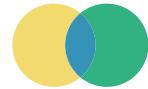


李坤梅

上海市浦东新区精神卫生中心心理治疗师，精神健康社会工作师，香港城市大学心理咨询专业硕士，华东政法大学社会工作专业学士。

心声公益主创及秘书长，兼任上海阳光精神心理康复服务社、成都清醒人生社会工作服务中心理事。临床实务中擅长家庭治疗和认知行为治疗，主要服务于儿童青少年情绪行为障碍的患者及其家庭、重性精神障碍患者及其家庭。参与翻译《没有精神科医生的地方》、《社区精神卫生服务指南》等著作。

致谢



本通识在开发过程中组织了试读及研讨，共收到超过164条反馈。参与试读及研讨的伙伴来自国际国内基金会、各类型注册社会组织、未注册社会组织、研究机构等多个类别，特别感谢以下伙伴在通识开发过程中的贡献。

本通识写作过程中主编参与过上海市浦东新区精神卫生中心的相关工作以及国家心理健康和精神卫生防治中心相关的课题研究，特别感谢以上单位的指导。

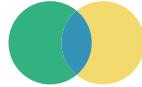
编委（按姓氏首字母顺序排序）

费云、黄晶晶、刘远晴、辛欣、姚灝、张真

试读伙伴（按姓氏首字母顺序排序）

陈彬华、陈悦婷、方星宇、宫亚飞、龚丹、韩晓燕、郝俊龙、皇甫静、黄晨乐、黄明华、Ariel大米、李氲梅、何景琳、梁茵、刘婕雨、马誉榕、彭程、乾康平、孙雯、隋真、尚莹、王仰青、温少毅、袁文、袁颖君、张薇、郑贤淑、张沁文

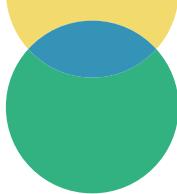
前言



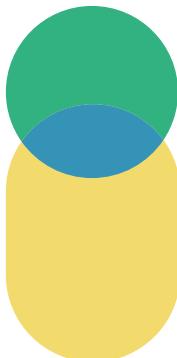
近几十年来，在全球范围内精神卫生问题造成了巨大的社会负担。2013年，世卫组织会员国通过了《2013-2030年精神卫生综合行动计划》。这份计划承诺致力于实现改善精神卫生的全球具体目标，侧重于加强领导和治理、社区护理、促进和预防以及信息系统和研究。由于近几年受到COVID-19疫情大流行的影响，精神卫生与心理健康问题日益严峻，精神卫生服务转型（Mental Health Transformation）的呼声愈发高涨。在最新的《世界精神卫生报告》中，世界卫生组织呼吁各个国家进行精神卫生服务转型，将精神健康视为关系全民健康、社会福祉和经济发展的关键因素，并且改善以往精神卫生预防、促进和照护服务的方式。在我国，精神健康问题给社会经济发展带来了沉重负担，改善我国精神卫生服务体系具有重大社会经济价值。公益慈善介入精神健康领域，其初衷源于对生命福祉的关怀和对健康公平的追求。它旨在填补体系空白、服务边缘人群、消除社会歧视、倡导政策完善、探索创新模式。在我国公益行业，对比教育、环境、乡村发展等议题，精神健康仍处于初级阶段，无论在知识积累还是实践探索方面，都刚刚起步。

在专业力量不足的情况下，公益从业者往往需要承担多重角色（支持者、协调者、倡导者、基础服务提供者）。本手册提供的框架，旨在帮助从业者建立基本的知识理解，提升综合应对能力。精神健康的改善和社会观念的转变是长期过程。公益项目可能难以立竿见影地呈现量化成果。重视亲历者的参与和体验、促进社会关系联结、推动社群网络建设等过程性、质性成效，同样宝贵。

此外，从业者的心理健康是事业可持续的基础。请务必重视自我关怀、寻求社会支持、建立清晰的职业边界，避免耗竭。手册中关于心理社会支持的内容，同样适用于我们自身。投身精神健康公益，意味着选择了一条充满挑战但也无比重要的道路。我们是在为那些被忽视的声音代言，在修复看不见的伤口，在努力消融隔绝人心的偏见之墙。希望本手册能成为从业者在复杂现实中前行的助力。



目录



第一章	精神健康相关概念、从业人员及现况	01
(一)	精神健康相关概念	01
(二)	精神健康相关从业人员	02
(三)	我国精神健康问题现况	05
第二章	影响精神健康的因素及介入方式	08
(一)	“生理-心理-社会”模型	08
(二)	社会生态视角	12
(三)	生命历程视角	14
(四)	几种介入模式	16
第三章	精神健康公益领域希望改善的问题	17
(一)	更多可及、公平、整合的精神卫生服务	17
(二)	更多高质量的精神卫生人才	18
(三)	消除污名与歧视	18
(四)	提高公众精神卫生素养	19
第四章	精神健康公益面向的重点人群	20
(一)	亲历者	20
(二)	照顾者	20
(三)	贫困人群	21
(四)	儿童和青少年	22
(五)	老年人	23



第五章	开展精神健康公益的原则	24
(一)	以人为中心	24
(二)	以复元为导向	24
(三)	亲历者参与	26
(四)	尊重生命与非伤害	28
第六章	精神健康干预及服务	30
(一)	精神健康促进	31
(二)	预防与识别	33
(三)	精神医疗服务	37
(四)	社会心理干预服务	39
(五)	社会支持与社区康复服务	40
第七章	精神健康相关公益组织	43
(一)	精神健康公益行业现状	43
(二)	国内精神健康公益项目案例	43
附录		46
(一)	精神健康相关政策	46
(二)	资源及工具清单	48
参考文献		50



第一章

精神健康相关概念、从业人员

及现况

（一）精神健康相关概念

在正式进入精神健康领域介绍之前，需要先明确几个重要的概念：

精神健康（Mental Health）：精神健康是健康和福祉的一个组成部分，包含情绪、心理、社会等多个维度。世界卫生组织将精神健康定义为“一种完好的状态，在这种状态中，个体能够实现他或她自己的能力，能够应付正常的生活压力，能够卓有成效地从事工作，并能够对其社区或社会做出贡献。精神健康也不仅是没有精神疾病。它是复杂连续的过程，每个人有不同体验，有不同程度的困难和痛苦，并且可能会有非常不同的社会结果和临床结局。”

“心理健康”、“精神健康”与“精神卫生”的概念区别：

英文Mental Health在中文上有三种译法：“心理健康”、“精神健康”和“精神卫生”。“心理健康”是指个体在认知、情绪、意志、人格、行为等心理活动方面处于良好状态，能较好地适应环境、应对压力、实现个人潜能、有效学习和工作，并与他人建立良好的人际关系。精神健康是一种健康状态，其中个体认识到自己的能力，能应对生活中的正常压力，能工作得更有效，并对社会有所贡献。在中文语境中，“心理健康”更常用于普通大众群体，“精神健康”多用于政策、卫生和国际合作语境。大多数情况下，“心理健康”和“精神健康”这两个用语经常互换使用，在概念和定义上并无差别。“精神卫生”是指通过采取医学、心理学、社会学等手段，预防、治疗和康复精神障碍，促进公众精神健康的工作。相对而言，“心理健康”和“精神健康”更强调个体层面，如精神疾病、个体心理健康水平等；而精神卫生更强调公共层面，如公众精神卫生素养、精神卫生防治等。

精神健康/卫生服务(Mental Health Services)：指提供有效心理健康与精神卫生干预的各种措施，属于基本医疗卫生服务，既包括各类精神障碍的防治，也包括减少和预防各类心理和行为问题的发生。狭义的精神卫生服务，是指研究精神障碍的发生发展、预防精神障碍、科学诊断和治疗患者、促进慢性精神障碍者的康复并回归社会的系列活动。广义精神卫生服务也包含了增进和提高全人群精神健康水平。

正因精神健康是个“连续谱”，“精神健康问题”（Mental Health Conditions）也是一个较为广泛的概念，按照困扰程度进行分类的话，“精神健康问题”一般指以下3类：

精神/心理困扰(Mental Distress): 是最广泛的精神健康问题。精神/心理困扰包括了一系列不同的诉求，比如感到沮丧、焦虑、紧张或者愤怒。精神/心理困扰一般不会持续很长时间，并且它的出现跟我们生活的负性事件息息相关（比如失去了亲人、爱人）。

精神心理疾病/精神障碍(Mental Illness/Mental Disorder): 指《ICD-11精神、行为与神经发育障碍临床描述与诊断指南》范围内的一系列精神和行为障碍。其中包括造成很高疾病负担的疾患，例如抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症、焦虑症、认知障碍、物质使用障碍，以及通常在儿童期和青春期开始出现的发育和行为障碍，比如孤独症、注意力缺陷多动障碍等。

精神残障(Mental Disability): 又称“心理社会残障”（Psychosocial Disability），是最严重、最少见的精神健康问题，指因精神疾病等原因造成的智力、心理、人际交往及社会适应功能障碍，影响其工作、学习、社交和生活自理能力，达到国家和社会规定的残障程度。精神残障的特征是一个人的社会功能、生活功能长期的、严重的受损。根据我国《残疾人残疾分类和分级》，精神残疾被定义为“是指精神病人患病持续一年以上未痊愈，同时导致其对家庭、社会应尽能出现一定程度的障碍”，分为重度（一级）、中度（二级）、轻度（三级）、无，四个等级。¹

（二）精神健康相关从业人员

在中国，精神健康服务所覆盖的场域主要包括以下几类：医院、社区、学校、社会机构等，每一类场域在服务对象、介入重点和专业角色上各具特点，不同专业的从业人员（如精神科医生、心理治疗师、精神科护士、社会工作者、心理教师等）会根据各自职能，在不同的环节发挥作用，协同开展服务。

- 医院系统：主要指各级精神卫生专科医院、综合医院精神科、民营医院等，是精神障碍诊断、治疗和药物管理的主要阵地。
- 社区层面：社区卫生服务中心、精神卫生防治院（站）和基层社会组织承担着患者随访、慢病管理、康复指导等任务。

¹.中国残疾人联合会文件〔1995〕残联组联字第61号《关于统一制发中华人民共和国残疾人证的通知》

· 学校系统：中小学和高校设有心理健康教育专职教师或咨询中心，主要面向普通学生人群开展心理健康筛查、压力疏导、心理咨询等服务。

· 社会机构：包括公益组织、心理咨询机构、康复驿站、日间照料中心等，这些场域更强调康复、支持与融合。

此外，近年来，“互联网+精神健康”服务也逐渐兴起，部分心理热线、线上平台、App等成为了重要的补充支持通道，尤其在新冠疫情期间，在边远地区及青年群体中应用广泛。精神诊疗的一般路径图及人员分工如下：

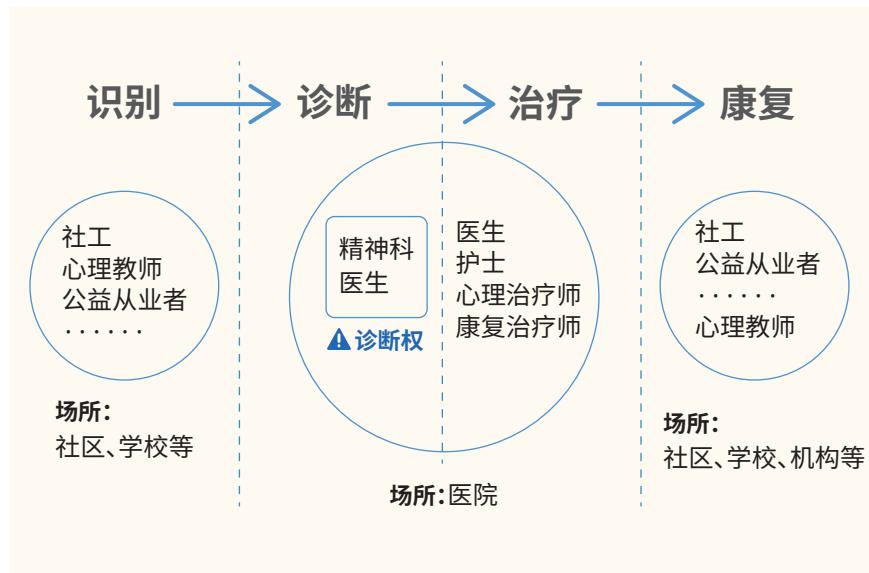


图1 精神诊疗一般路径图（人员分工）

精神科医师：指在国家认可的医学院校获得医学学士以上学位，经过规定年限的精神科临床培训，通过国家统一组织的医师资格考试，取得了精神科医师执业资格证书，能够对精神疾病进行诊断和治疗的医师。

精神科护士：指在国家认可的护理专业学校或者医学院校获得护士或者护理学士学位，并接受精神科的专业培训后，能够进行精神护理工作的护士。

心理治疗师：在生物-心理-社会医学模式下，为各类心理疾病与精神障碍患者开展心理干预服务，以减轻患者的症状和心理痛苦。我国《精神卫生法》规定，心理治疗活动应当在医疗机构内开展。专门从事心理治疗的人员不得从事精神障碍的诊断，不得为精神障碍患者开具处方或者提供外科治疗。

心理咨询师：为社会公众提供专业化心理咨询服务的专业工作者。心理咨询师主要服务对象是有心理困扰的来访者，其根本目的是促进来访者心理健康和增强适应能力。《精神卫生法》明确指出：心理咨询人员不得从事心理治疗或者精神障碍的诊断、治疗。心理咨询人员发现接受咨询的人员可能患有精神障碍的，应当建议其到符合本法规定的医疗机构就诊。

公共卫生医师：公共精神卫生工作包括对精神卫生相关因素的监测、评估和分析，开展心理健康教育和宣传，建立和完善精神卫生服务网络，加强对精神卫生工作的管理和监督等方面的工作。

康复治疗师：指专门从事康复医学服务的专业人员，主要负责协助患者恢复和改善身体、心理、社会等方面的功能，提高生活质量和参与能力，促进患者的全面康复。

心理教师：心理教师是指专门从事教育心理学研究和实践的人员，其职责包括对学生进行心理评估和诊断、制定个性化的心理辅导方案、开展心理健康教育和心理疾病预防工作、协助学校和教师管理与进行心理辅导等工作。心理教师通常具有心理学、教育学等相关专业的学位和培训，能够为学生和教师提供全面的心理咨询和辅导服务，促进学校教育的全面发展。

精神健康社工：拥有社会工作相关职业资格或者资历，从事精神卫生社会工作服务的社会工作者。以精神障碍患者及其家庭为对象，根据精神障碍患者的生理、心理和社会功能状况，以专业的价值观和科学的理论为指导，恢复和增强精神障碍患者的社会功能，提高其生活和生命质量的社会工作服务。

在精神健康公益领域，以下术语也较常被使用：

亲历者/康复者/亲历者专家 (People with Living/Lived Experience)：全称为拥有精神健康问题相关经历/经验的人/专家。国际上将精神健康领域的传统专业人士称为“受训专家” (Expert-by-Training)，即指经受过专业训练而形成的专家，但同时，精神健康亲历者也无疑是自身境遇的专家，亲历者有着精神健康问题的亲身经历，也有着精神卫生服务的亲身经历，他们切身地感受着精神健康问题所带来的影响，也切身地感受着精神卫生服务与体系的质量，因此，亲历者也被称为“经历专家” (Expert-by-Experience)。

如何称呼？“亲历者”？“患者”？“康复者”？“病人”？

此问题在精神健康公益领域有着不同的声音，存在一定的开放性。在当前中国精神健康公益语境下，一般而言，“亲历者”更常用于精神健康倡导，强调亲历者的切实参与，鼓励有相关经历的人能更多地参与到政策制定、研究和实践中。“患者”更常用于精神诊疗相

关话语，指罹患精神疾病的人，类同“糖尿病患者”。“康复者”一般用于精神康复服务的服务使用者，更常见于社区精神康复服务，同义词还有“精康人员”、“学员”、“服务对象”等。有的人认为“病人”是个污名化程度高于“患者”的词，也有人认为“病人=患者”。

照料者/照护者/照顾者 (Caregiver/Carer)：一般指的是为精神障碍者（精神疾病的患者）提供无偿照顾的人，他/她们可能是精神障碍者的家属、朋友、邻居或其他人，他/她们所提供的照顾是无偿的、不领报酬的，不包括那些在为精神疾病患者提供有偿照顾服务的人（如医务工作者、社区工作者、社会组织工作人员等，除非他/她们同时也作为无偿照顾者在照顾他/她们的家属、朋友、邻居或其他人）。

精神健康公益：指围绕精神健康问题（定义见前文中“精神心理疾病/精神障碍”）而展开的一切公益性质的活动，包括有关精神健康问题的科普教育、倡导、健康促进、预防、早期识别与干预、治疗、康复、社群建设、筹资、合作、人力资源发展、能力建设、研究等活动。²

精神健康公益、心智障碍公益、认知症公益之间的关系

如按照前文ICD11中的划分，心智障碍公益和认知症公益也属于精神健康公益的范畴，但在中国公益当前发展的情况来看，心智障碍和认知症公益的发展是相对独立于精神健康公益的，而且也显然要比精神分裂症、抑郁症、双相情感障碍、进食障碍等其他精神疾病的公益事业发展来得规模更大、更成熟。同时《心智障碍领域通识》已独立成册，本文中所涉及的“精神健康公益”不包括心智障碍公益与认知症公益。

（三）我国精神健康问题现况

随着社会经济快速发展和人口结构变化，我国精神健康问题日益凸显，已成为影响全民健康和社会稳定的重要公共卫生议题。

成年群体

中国精神卫生调查显示，我国成年人精神障碍（不含老年期痴呆）终生患病率为16.57%，12个月（调查时间点前）患病率为9.32%。具体而言，焦虑障碍患病率最高（终生7.57%，12个月4.98%）；其次是心境障碍（终生7.37%，12个月4.06%）；再次为酒精药物使用障碍（终生4.67%，12个月1.94%）和间歇爆发性障碍（终生1.54%，12个月1.23%）。精神分裂症及其他精神病性障碍终生患病率为0.75%，30天患病率0.61%；进

2. 姚灏，精神健康公益的今天与明天，<https://mp.weixin.qq.com/s/KtE9cd3lOa5rDyMAp4HMaQ>，2023年7月；

食障碍终生患病率和12月患病率均低于1‰。65岁及以上人群老年期痴呆终生患病率为5.56%。心境障碍患病率女性高于男性；酒精药物使用障碍、间歇爆发性障碍男性高于女性；精神分裂症及其他精神病性障碍农村高于城市，且18-34岁组患病率最高。

儿童与青少年

我国儿童精神障碍时点患病率为17.5%，其中注意缺陷多动障碍（ADHD）占6.4%，焦虑障碍占4.8%，对立违抗障碍占3.7%，抑郁障碍占3.2%，抽动障碍占2.5%，品行障碍占1.9%，物质使用障碍占1.1%，其他障碍（如进食障碍、适应障碍、精神病性障碍、广泛性发育障碍）共占1.4%，城乡差异不明显。另有专项调查显示，6-12岁儿童孤独症患病率为0.70%。

老年人

1990-2021年中国老年人群精神障碍标化患病率和标化DALY（Disability-Adjusted Life Year，伤残调整生命年）率总体呈上升趋势。2021年中国老年人群精神障碍3894.49万例，DALY为538.98万人年，标化患病率为14462.91/10万，标化DALY率为1993.69/10万，较1990年分别增加了184.12%、192.90%、5.71%和9.60%。60~<65岁、65~<70岁、70~<75岁和75~<80岁老年人患病率增幅分别为5.81%、5.92%、6.08%和6.03%，DALY率增幅分别为10.16%、10.12%、10.31%和9.88%。抑郁症、焦虑症的标化患病率和标化DALY率居前两位。

发展变化

1990年至2021年，中国精神障碍总DALYs增长35.7%，但单位人口负担下降，主要归因于人口老龄化和总人口增加；精神障碍的总体年龄标准化DALY率变化不大（-0.3%），但自我伤害的DALY率却大幅下降（-69.8%），尤其在女性群体中改善明显。此外，各省份精神健康负担存在显著差异，经济快速增长地区的改善更为明显。2021年，在22种疾病中，精神疾病是导致中国儿童与青少年YLDs（Years Lived with Disability，伤残损失寿命年）的首要原因。2021年，中国儿童与青少年精神疾病年龄标准化患病率为8.9%，患病人数为3080万，与1990年相比，年龄标准化患病率增加4.8%；男孩（10.3%）多于女孩（7.2%）；2021年研究的所有精神疾病中，ADHD（Attention Deficit and Hyperactive Disorder，注意缺陷与多动障碍）的年龄标准化患病率最高（3.6%），其次是焦虑症（2.6%）。女孩抑郁障碍、焦虑症和进食障碍的患病率较高；男孩自闭症谱系障碍、品行障碍和ADHD的患病率较高。2021年，中国儿童与青少年精神疾病导致280万DALYs，占全国总DALYs的11.8%，其中焦虑症年龄标准化DALYs率最高（3241例/10万人），占总精神疾病DALYs的40.3%。

虽然精神健康问题是自杀行为最重要的风险因素之一，特别是重性抑郁症、双相障碍和精神分裂症等严重精神疾病，但良好的精神健康支持和及时的心理干预能够显著降低自杀的发生风险。2022年的《中国卫生健康统计年鉴》显示，2021年中国城市居民自杀死亡率为4.31（1/10万），农村为7.09（1/10万），和1990年代（23/10万）相比有了大幅下降，是全球自杀率下降最快的国家。中国自杀率的下降对全球自杀率的降低起到非常关键的作用，当前我国自杀率低于世界上大部分的国家。上海市精神卫生中心危机干预研究室主任、上海交通大学教授、加拿大学者费立鹏将自杀率下降归因于城镇化发展、农药管制以及女性地位提升。

注：DALYs（伤残调整寿命年，Disability-Adjusted Life Years）是国际通用的疾病负担测量指标，用于综合量化疾病导致的健康损失，包括过早死亡和伤残状态生存两部分。



第二章 影响精神健康的因素 及介入方式

在理解和应对精神健康问题时，不同理论模型为我们提供了多维度的视角，有助于建立更系统的认识，也为公益实践和干预策略开辟多样路径。精神健康问题常常与结构性社会因素密切相关，尤其是在不利社会环境中成长的人群中，这些因素会代际延续，形成不平等的健康风险。作为公益从业者，不仅需要关注个体层面的困境，也应从更宏观的系统角度理解问题，探索结构性解决方案。以下是几类常用的分析框架。（有关“精神健康的社会决定因素”的具体介绍，可详见WHO手册《精神健康的社会决定因素》）

（一）“生理-心理-社会”模型

提及影响精神健康的因素便无法绕开“生理-心理-社会”模型（Biopsychosocial Model）。“生物-心理-社会模式”是一种通过多系统视角来理解身心健康的范式，它解释了生物因素、心理因素和社会因素的综合影响，这些因素相互作用影响。精神健康问题成因复杂，无法用单一因素来解释其成因，需要结合多种因素。在“生理-心理-社会”模式的基础上还发展出了“4P因素模型”用于概念化精神健康问题。“4P因素”指的是：易感因素（Predisposing Factors）、诱发因素（Precipitating Factors）、维持因素（Perpetuating Factors）和保护因素（Protective Factors）。生物、心理和社会的各个维度上均有这几个因素的共同作用，最终形成或维持了精神健康问题的发生和发展。

1. 生理因素

表 1 影响精神健康的生理因素

	生理因素
易感因素	遗传易感性、子宫内暴露于有毒物质、出生并发症、创伤性脑损伤、脑的功能失常等。
诱发因素	医源性反应、睡眠不足、物质不良使用/滥用等。
维持因素	对药物反应不佳、慢性病、慢性疼痛等。
保护因素	充足的饮食、睡眠、体育锻炼、智力等。

近些年来，生理精神病学家主要从遗传基因和神经科学的角度来解释精神健康问题，提出了多种理论和假说，如：

- 遗传和基因：遗传基因可以影响个体患某些疾病的风险。例如，某些精神疾病如抑郁症、双相情感障碍和精神分裂症具有遗传易感性。
- 神经化学：神经递质（如血清素、多巴胺等）的平衡和功能可以直接影响情绪和行为。神经化学失衡被认为是许多精神疾病的生理基础。
- 大脑结构和功能：大脑的结构异常或功能失调也可能导致精神健康问题。例如，额叶皮质的异常活动与抑郁症和焦虑症有关。
- 躯体健康：慢性疾病、感染、营养不良、药物和毒品使用等生理状况也会对精神健康产生影响。

如表1所示，影响精神健康的生理因素不仅是遗传基因、脑的功能损伤等易感因素，还包括了许多可干预的因素，这为精神健康公益的介入路径提供参考。

精神障碍是否是一种遗传病？

实验数据显示，遗传因素在情绪障碍、精神分裂症、神经发育障碍、老年痴呆以及其他精神障碍中起着重要作用。但研究者们仍然无法确定哪一种精神障碍具体受到哪一种特殊基因的影响，也不能精确地描述基因在各种精神障碍中是如何起作用的。大多数时候，某种特殊的行为异常或精神障碍并不是由单一的基因导致，而是由许多基因共同造成的，可以说我们每个人身上都携带了与精神障碍有关的基因，只是多与少的差异。

在生理因素上，精神健康公益可能的介入方式

- 为遗传风险较高的人群（如精神障碍患者的子女，尤其父母双方皆为精神障碍患者的）提供监测服务和早期干预。
- 在易感人群中，倡导健康的生活方式，提升其饮食、睡眠、运动健康水平。
- 为物质滥用人群、长期睡眠不足人群等提供监测服务和早期干预。
- 为精神疾病患者提供健康干预，缓解慢性病、慢性疼痛带来的困扰，提升其饮食、睡眠、运动健康水平。
- 倡导、支持精神医学科研，推动创新药物研发等……

2.心理因素

表 2 影响精神健康的心理因素

	心理因素
易感因素	依恋风格、人格特质、人际隔离、不安全感、从小就害怕被遗弃、童年虐待、创伤或忽视等。
诱发因素	哀伤与丧失（如失去亲人）、重大创伤（如遭受性侵害、军事战争、或成为暴力犯罪的受害者）、压力、重新体验被抛弃/恐惧、遭受歧视与污名化、遭受家庭暴力、欺凌或其他虐待等。
维持因素	人格特质、应对机制、对自我和他人以及世界的信念、严重或长期的压力、社会孤立或孤独等。
保护因素	觉察力和认知行为策略、应对技能、心理灵活性等。

心理因素包括个体的情绪、认知、行为以及心理状态对健康的影响。如表2所示，这些因素涵盖了：

- 情绪：长期的负面情绪如焦虑、愤怒、抑郁会对身体健康产生不利影响。
- 认知：思维方式、信念、态度和认知偏差（如过度概括、灾难化思维）可以影响个体的心理健康。例如，消极思维模式往往与抑郁症有关。
- 应对机制：个体应对压力和困境的方式，如问题解决能力、情绪调节策略和适应能力，直接影响心理健康。
- 人格特质：如外向性、神经质、开放性等人格特质对个体的心理健康有显著影响.....

在心理因素上，精神健康公益可能的介入方式

- 为遭受哀伤与丧失、重大创伤等人群提供基于创伤知情（Trauma-Informed）的干预服务。
- 为家庭暴力、校园欺凌及其他暴力或虐待的亲历者提供干预服务，及倡导减少家庭暴力、校园欺凌等任何方式的暴力或虐待，预防该类暴力的发生与发展。
- 开展提升易感人群及精神疾病亲历者、照顾者的应对技能、心理灵活性的相关干预服务。
- 为易感人群及精神疾病亲历者、照顾者提供以减轻压力为目标的干预服务等.....

3.社会因素

表 3 影响精神健康的社会因素

社会因素	
易感因素	家庭暴力、贫困和逆境、不稳定的家庭生活、离异等。
诱发因素	学业或学校中压力、失去重要关系（如分手、与朋友绝交等）、失去住所等。
维持因素	因耻感而不愿寻求帮助、财务状况不佳、持续在角色转换的过程中等。
保护因素	社区、家庭和信仰系统的支持、经济援助或残障补贴、来自医疗系统的支持等。

社会因素涉及社会环境和人际关系对健康的影响。如表3所示，包括以下方面：

- 社会支持：家庭、朋友和社区提供的情感支持、实际帮助和信息支持对心理健康有重要保护作用。
- 社会经济地位：收入、教育水平、职业稳定性等影响个体的生活质量和健康状况。经济压力和低社会经济地位与较高的心理健康问题风险相关。
- 文化和宗教：文化背景和宗教信仰可以影响个体的价值观、应对方式和心理健康。例如，一些文化可能更容易污名化精神疾病，从而影响求助行为。
- 生活事件和环境：重大生活事件（如失业、离婚、丧亲）和生活环境（如居住条件、工作环境、社区安全）对心理健康有直接影响。

在社会因素上，精神健康公益可能的介入方式

- 为易感人群和精神疾病亲历者、照顾者提供社会支持。
- 为贫困、低收入的精神疾病家庭提供经济援助或其他形式的财务支持。
- 提升文化理解力，加强倡导和宣教，减少精神疾病在特定文化中的污名和歧视。
- 为易感人群和精神疾病亲历者、照顾者改善生活环境，如居住条件、工作环境……

“生理-心理-社会”模型在精神健康公益上的应用

- 综合评估：在公益服务中，使用这一模型可以帮助公益从业者全面评估和理解服务

对象的精神健康问题，从而制定更有效的干预计划。例如，在为抑郁症患者提供干预时，公益从业者可以考虑药物治疗（生物因素）、认知行为疗法（心理因素）和社会支持（社会因素）的综合干预。

· 多学科协作：生物心理社会模型鼓励医疗保健提供者与心理学家、社会工作者、营养师等专业人士合作，共同为患者提供全方位的护理。公益从业者更需要与多学科专业人士展开合作。

· 个性化服务：这一模型强调因人而异，干预方案应根据个体的生物、心理和社会背景量身定制。

· 预防和干预：通过识别和干预影响健康的多重因素，可以在疾病发生前进行有效预防，或在疾病早期进行干预以减轻病情。

总的来说，生物心理社会模型提供了一种综合、全人视角的健康观念，使得在精神健康和精神疾病的理解和处理上更为全面和人性化。

（二）社会生态视角

除了“生物-心理-社会模型”外，**社会生态模型**（Social Ecological Model, SEM）³也是一个帮助我们理解精神健康问题的重要框架，它是一种用于理解人类行为和健康结果的多层次、多因素理论框架。它强调个人的健康行为和状态是由多层次的环境因素相互作用的结果。如图2所示，这些层次包括个体、人际关系、组织、社区和社会政策等。其与“生物心理社会模型”的区别在于，其更关注多层次的环境因素，特别是外部环境如何影响健康行为和结果，而生物心理社会模型的重点在于个体内部的生物、心理和社会因素，以及它们如何共同影响健康。

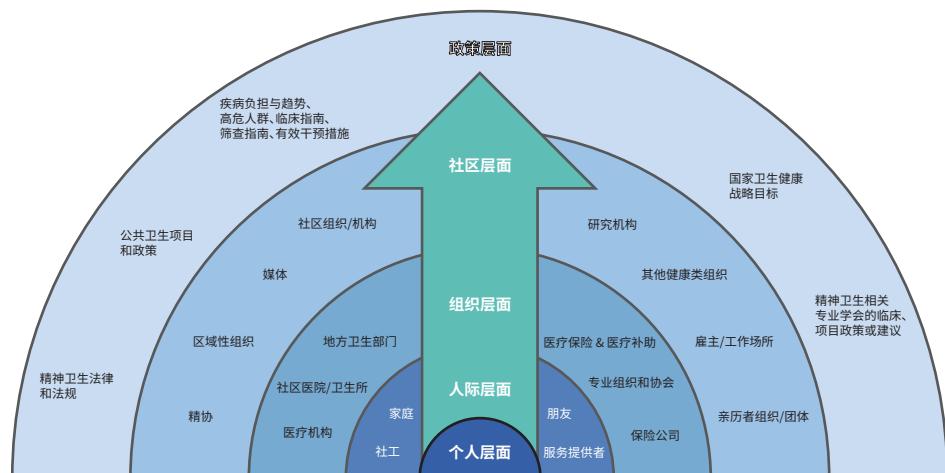
需要特别注意的是，不同层次的因素之间存在交叉及重叠。对于某些高风险人群而言，他们常常面临着不同层次的多重因素的挑战。

如图2所示，社会生态模型包括了至少6个层面的社会决定因素：

· 个人层面（Individual Level）：指个体的人口学特征、生物学因素（如基因、健康状况）、心理因素（如情绪、认知、行为）以及个人的生活经历和应对机制，如年龄、个性、技能、种族/民族、性别及性取向、教育/知识、经济状况、地理位置等。

3. Based on the Ecology of Human Development originally created by Dr. Urie Bronfenbrenner

- **关系层面 (Interpersonal Level)** : 指人际关系与社会支持网络, 如: 家人、朋友、邻居、老师、同事、服务提供者等。
- **组织层面 (Organizational Level)** : 指所处的组织环境, 如: 学校、工作场所、机构、企业、医疗保健、托儿所、宗教团体等。
- **社区层面 (Community Level)** : 指所处的社区环境, 例如: 包括社区资源、邻里关系和社会网络、文化团体等。
- **政策层面 (Community Level)** : 指国家和地方政府的政策、法律和规章制度, 如精神卫生法、精神卫生相关福利政策等。
- **社会层面 (Society Level)** : 广泛的社会因素, 例如: 文化、信仰、价值观、规范、习俗、惯例等。



*一些团体/机构可能适用于此模型的多个层面。

图 2 精神健康的社会生态模型 (洋葱图)

以青少年抑郁症为例, 运用社会生态模型, 公益从业者可以设计出一个多层次、全方位的干预策略, 以更有效地预防和治疗青少年抑郁症, 提升青少年的精神健康水平:

在个体层次, 为青少年提供心理咨询和健康教育, 帮助青少年发展健康的应对策略和情绪管理技巧。

在关系层次, 加强家庭教育和支持, 促进良好的同伴关系, 提供家庭治疗和同伴辅导。

在组织层次, 改善学校环境, 提供心理健康辅导和支持, 减少校园暴力与欺凌, 建立友好和支持的学校氛围。

在社区层次，增加社区资源和活动，提供社区青少年心理健康服务，促进社区青少年之间的互动和支持。

在社会政策层次，推动政府制定和实施支持青少年心理健康的政策，减少精神疾病的污名化，保护青少年的权利。

（三）生命历程视角

如果说“社会生态模型”让我们从横向视角上理解不同层面的外部因素对精神健康的影响，那么“生命历程视角”便是从纵深的角度让我们看到生命的各阶段中正面和负面因素是如何累积并产生影响的，这两者的相互关系如图3所示。

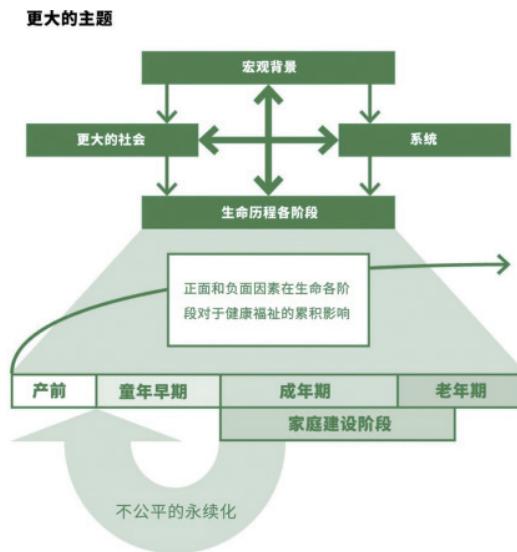


图 3 解决健康不公的生命历程方法

生命历程方法（Life- course Approach）关注的是社会经济和生物等因素在生命周期中（从出生后到死亡，不同代际间）精神健康问题的产生和结果之间的相互作用。该方法认为，产前、妊娠期、围产期、儿童早期、成年期、老年期，我们人生的不同阶段都面临着种种因素对精神健康的影响，而且每个生命阶段都会影响下一个生命阶段，因此这些积极或消极的因素和过程会随着时间逐步累积，从而影响到个体的遗传表现、心理社会、生物和行为特征，也会影响到家庭、社区和社会群体的社会条件。这些过程是动态的，也就是说，这些积极或消极因素对我们精神健康的影响将会贯穿一生，因此对于影响精神健康的社会因素的干预应该贯彻于我们生命的每个阶段。同时，正由于因素的累积影响，该方

法十分强调早期干预的重要性。表5概述了不同生命阶段中，影响精神健康的风险与保护因素。生命历程方法强调了人类发展过程中的连续性和累积性，因此，在每个人生阶段理解和干预精神健康问题时，需要考虑其特定的风险因素和保护因素。图4介绍了基于生命历程方法的主要一级预防策略，公益组织可参考图中策略，通过加强保护因素和减少风险因素的影响，促进个体在整个生命历程中的精神健康和福祉。

表 5 不同生命阶段中影响精神健康的风险与保护因素

不同生命阶段	风险因素	保护因素
产前或围产期	社会经济地位低、意外怀孕、低龄、未婚、缺乏亲密伴侣的同情和支持、来自对方家庭的敌意、来自亲密伴侣的暴力、情感和现实支持不足、（在某些地方）生女孩以及精神障碍史等。	受过更多的教育、有一份固定的工作、是多数族裔以及有一个善良、值得信赖的亲密伴侣。
生命早期	牢固依恋关系的缺失、忽视、优质刺激的缺失以及冲突；儿童遭受忽视、收到直接身心虐待以及在家暴家庭中成长等。	保护性的育儿活动，如良好的社会情感互动；家庭支持、父女保健、儿童保健；更大的家庭和更稳健的社区联结。
儿童及青少年期	儿童早期的大脑发育不良、童年期的负面事件、当下的生活经历、紧张的家庭环境、家庭贫困如生活空间拥挤、卫生条件恶劣、父母失业等。	保护性的育儿活动，如良好的社会情感互动；家庭支持、父女保健、儿童保健；更大的家庭和更稳健的社区联结。
成年期	失业与低质量就业、职业压力或不良的工作环境、人际关系问题等。	积极的职业发展、稳定的家庭和社会支持、积极的健康管理等。
老年期	孤独和社会孤立、健康问题的加重等。	积极的社会参与、家庭支持和社会支持等。

(四) 几种介入模式

在精神健康领域中，不同的介入模式代表了对精神健康问题不同的理解路径，也引导着服务策略的选择与实践方式的差异。其中，生物医学模式是一种最为传统和主流的干预取向，它将精神障碍视为由大脑功能紊乱、神经递质异常或遗传因素引起的“疾病”，强调通过药物治疗、物理治疗等手段来缓解症状、控制发作。这一模式在急性期干预和重性精神障碍治疗中具有重要价值，能够有效稳定病情、减轻痛苦。然而，它也存在局限，例如容易忽视个体的心理和社会处境，对长期恢复支持不足，且容易强化“患者等于疾病”的刻板印象。

与之相对的是心理社会模式，它更加强调精神健康问题的成因是多元的，涉及心理因素、家庭环境、人际关系、社会支持等多个层面。该模式下的服务并不以“消除症状”为唯一目标，而是关注个体整体的生活质量、社会功能和情绪调节能力。心理治疗（如认知行为疗法）、家庭治疗、团体辅导、社区支持等都是其常见的介入形式。这种模式有助于激发个体主观能动性，提升复原力，推动人与环境的积极互动。但其开展对专业人员素质和服务资源提出了更高要求。

权利模式则源于人权和社会公正的视角，强调精神健康服务对象应享有平等、尊严与自主的权利。这一模式质疑精神健康系统中的强制治疗、标签化和排斥性措施，主张服务应以人为本、促进选择权和参与权。在这一模式下，精神健康问题不被视为“有缺陷的个体”需要“被纠正”，而是看作个体与社会结构之间失衡的结果。因此，倡导政策变革、去污名、立法保护、反歧视等成为重要介入手段。这一模式推动了精神健康领域“以人权为核心”的理念转向，也为弱势群体争取更多公共资源和社会支持。

近几十年来，随着精神健康领域对“康复”概念的不断深化，复元模式（Recovery Model）逐渐成为重要的服务理念。不同于以症状消除为目标的传统路径，复元模式关注个体如何在带病的状态下，依然活出有意义、有希望、有归属感的人生。它强调个人主观体验与目标的价值，重视希望、身份、赋权、自主和社会联结等关键元素。复元并非一个标准化的治疗终点，而是一段动态的、个体化的成长旅程。这一模式启发了同伴支持、亲历者倡导、自我叙事等新的服务方式，并推动服务机构的变革与发展。

这四种模式各自代表了精神健康服务的不同切入点：从疾病控制到心理支持，再到社会公正与个体成长。它们不是彼此排斥的，而是在具体服务中可以相互整合、灵活运用。对于精神健康公益从业者而言，理解这些模式及其背后的价值观，是提供更具温度、更有力量的服务的基础。



第三章

精神健康公益领域 希望改善的问题

(一) 更多可及、公平、整合的精神卫生服务

在第一章提到，当前中国的精神障碍的疾病负担重，每六个人里就有一人可能在其人生的某个阶段罹患精神障碍，而且这一数字还不包括儿童精神障碍及睡眠障碍（睡眠障碍在我国的患病率就高达15%）。

但精神心理问题的诊治现状却不容乐观。2001-2005年由费立鹏教授牵头在中国四省市进行的一项流行病学调查显示，精神心理障碍的诊治率只有8.2%。2012-2015年北京大学第六医院黄悦勤教授发起的全国性流行病学调查数据显示，精神心理障碍的就诊咨询率为15.29%，治疗率为13.55%。

精神卫生服务资源的短缺和不平衡是其中最主要的原因之一。截至2015年底，全国333个地级市中仍有21个地级市(占所有地级市的6.31%)辖区内精神卫生机构数量为“0”，缺乏提供精神卫生服务的能力；另有3个地级市虽设有精神卫生机构，但未开设精神科床位。且绝大多数精神卫生资源严重短缺地区位于最需要就近获得服务的西部和农村。同样，一线城市的精神卫生资源较多，而进入二三线城市，精神卫生资源就出现了锐减，而到了农村地区，精神卫生服务递送问题则更是面临着严峻挑战，在农村，严重精神障碍患者解锁后被家属再关锁的问题仍旧存在，很大一部分原因是这些贫困的家庭无法负担或持续获得精神卫生服务。

同时，我国尚未形成整合性的精神健康照护与支持体系，精神卫生服务理念也相对滞后。在我国现有的精神卫生服务中仍旧是以生物医学模式为主，缺乏社会模式、权利模式、复元模式等其他在国际上更为先进的服务模式的推广与倡导。精神卫生机构服务模式也依然基本还是“医院精神病学”的格局，即精神卫生人力和财力资源仍以精神专科医院为主。WHO提出，精神卫生应该以社区为单位，在社区的基础上为需要的人提供服务。因此，大力发展我国“医院-社区一体化”的精神卫生服务是当前紧急而又重要的任务，并且需要以人性化为引导、群体化为目标、多专业协作为主导的特色医疗活动，这种模式将有利于将精神卫生的服务对象最大化，并能有效改变精神卫生工作日益边缘化的不利局面。

（二）更多高质量的精神卫生人才

根据国家卫健委的数据统计，截至2021年年底，我国精神科医生数量达6.4万人，只占全国医师数量（428.7万人）的1.49%，而其他精神卫生专业从业者（包括精神科护士、心理治疗师、心理咨询师、精神健康社工、康复治疗师等）的缺口则更为巨大。我国在医院工作的心理治疗师约1万余人，而美国有10万，我国在医院工作的精神健康社工不足2千，而美国则更是高达20万，差距相当明显。

同时，我国精神卫生人力资源具有明显向东部省份集聚的特征。儿童青少年精神病学（精神病学的一个亚专科）的短缺尤为严重。多数省份除省会城市外，包括地市级在内都少有几少精神科。心理治疗师、专业心理咨询师和专业社工师也大多集中在较大城市，尤其是经济发达地区城市。心理健康专业人员的短缺和在不同地区之间的配置不平衡，某种程度上还导致人力被资源富足地区“虹吸”——资源越充足得到的各种机会越多，医疗质量越好，患者也越信任，越容易形成良性循环，从而加重不平衡。

除区域间和区域内总体人力资源配置不均外，心理健康服务中的某些特殊专业团队（可以将其称为“特殊薄弱学科”）人才短缺，更加重了资源配置不均衡的问题。除前述儿少精神科医师、专职心理治疗师和社工师的严重短缺外，其他如心理危机干预、社区精神康复等队伍的短板也极为突出。

（三）消除污名与歧视

中国仍旧普遍存在精神障碍相关的歧视与偏见问题。学校、单位、社区等等场所针对精神健康问题的社会污名仍旧普遍存在。精神障碍的亲历者和康复者在生活、工作、教育等诸多方面仍旧面临歧视，尤其是对于重性精神障碍的亲历者和康复者来说，社区融入与回归社会的道路仍旧道阻且长。社会上普遍对精神障碍患者存在着一些负面刻板印象，如“非理性”、“工作能力差”、“有攻击性”等，同时因为害怕被贴上这些“标签”受到歧视，不少精神障碍患者忌讳就医，甚至在寻求治疗后仍感到不安……与精神障碍带来的实质性伤害相比，患者首先受到的伤害可能源自大家的误解和疾病污名化。国家精神卫生项目办常务副主任、北京大学第六医院公共卫生事业部主任马宁主任介绍，对于精神障碍的污名和歧视其实非常普遍。主要包括四个层面，公共污名、自我污名、关联或附属污名以及结构或组织污名。

· 公共污名：公众对于精神疾病存在一些误解，这些误解包括认为精神障碍无法治愈、精神疾病患者无法胜任工作，甚至认为精神疾病具有传染性等。

- **自我污名**：即大家常说的“病耻感”。它的根源来自公共污名。当患者内化这些刻板印象、歧视与偏见时，便形成了自我病耻感，个体因此产生自卑心理，自觉低人一等。
- **关联或附属污名**：患者家属或身边人士也内化了这种歧视与偏见，叫做关联或附属污名。
- **结构或组织污名**：在社会文化里，对患者的偏见与歧视行为。比如，某一些公共场所写有精神障碍患者不得独自入内等标语。

精神障碍污名会给患者带来多重负面影响，比如畏惧外出，不敢就医、求职和交友。当患者逐渐与社会隔离，他们的功能状况往往进一步恶化，形成恶性循环。马宁主任还介绍，“精神分裂症、双相情感障碍患者出现自我污名化的现象，要比抑郁症患者、焦虑症患者高。”相关疾病的公众认知有待加强。

（四）提高公众精神卫生素养

精神健康知识缺乏导致精神障碍患者的求治率和规范治疗率很低。中国患有各类精神障碍的人中，寻求过专业服务的患者很少。抑郁症患者的就诊治疗率很低，2013-2015年开展的中国精神卫生调查结果显示抑郁症患者的就诊率仅为9.5%。2001-2005年中国4省市的调查结果显示情绪障碍患者的就诊率为8.3%，而以精神分裂症为代表的精神病性障碍患者就诊率则为72.4%。强迫症、酒精依赖、自杀／自伤的治疗干预率更低。虽然社会普遍存在的对心理疾病的病耻感是患者寻求专业服务率低的一个因素，更为重要的是群众难以获取到有效心理健康知识，包括就诊资源等信息。

同时，由于精神健康知识的普及率低，导致了精神疾病的被识别率低。即便是在上海这样的一线城市，居民对于精神障碍的知晓率仍旧是相当令人堪忧的。2013年所进行的调查显示，在几种常见精神障碍中，上海居民对抑郁障碍的正确识别率也只有41.6%。对于以阴性症状为主的精神分裂症，正确识别率仅13.7%。同时，居民对精神疾病的归因了解也不够全面，受访者仍然主要认为是“工作压力太大”（40.7%）及“思想上的问题”（36.2%）。如果说上海地区也是如此，那么，我们很难想象在二线、三线城市会怎样，更难想象在农村地区，大家对于精神障碍的认识究竟是怎样的。大部分公众仍旧没有足够多的机会能够主动或被动地接触到有关精神卫生的知识，知识来源太少，知识获取又难，成了中国居民精神卫生知识普及率低的主要原因之一。



第四章 精神健康公益面向的重点人群

(一) 亲历者

精神健康公益仍应该将精神疾病亲历者及照料者作为主要焦点之一。基于当前中国的精神疾病的患病率与疾病负担，且精神卫生资源不足的现况下，许多精神疾病亲历者及其家庭仍未获得合适的照护和服务，其诊疗质量、生活质量、社会功能等均面临着巨大的挑战。

同时，精神疾病对亲历者及其家庭造成重大社会经济负担。由于亲历者的工作能力受到影晌，家庭可能需要承担更多的经济支出，如医疗费用、药物费用和其他支持性服务费用。这些负担可能会使家庭陷入贫困或加剧现有的经济困境，加重不良社会经济地位对精神健康的影响。由于对精神疾病的误解和偏见，患者及其家庭往往面临社会排斥和歧视。这种歧视不仅会加重患者的心理负担，还可能影响他们的社会融入和生活质量。

通过为精神疾病亲历者及其家庭提供公益服务，可以帮助预防疾病的恶化和危机的发生。早期干预和有效的治疗不仅可以减少患者的痛苦，还可以降低长期治疗成本和社会成本。公益组织的干预不仅帮助个体和家庭，还有助于加强社区和社会的支持系统。通过建立支持网络、提供心理教育和信息，公益组织能够促进社会的整体心理健康。

(二) 照顾者

在精神障碍人士的社会支持网络中，照顾者无疑扮演了非常重要的角色，他们往往是家属，但也可能是朋友、邻居或其他对于精神障碍人士来说很重要的人。在精神障碍人士通向复元的道路上，医生、护士、社工、治疗师等专业人士也许只会在这条道路的某个阶段稍作停留，为其提供专业性的支持和帮助，而照顾者却是精神障碍人士长期乃至终生的陪伴者，陪伴着他们去历经复元之路上的风霜雪雨、酸甜苦辣、顺逆成败，为了复元之路上的种种琐事而操劳。

但照顾有时也会成为照顾者难以承受的重负，精神障碍的照顾往往压力重重。研究显示，这种照顾的压力会显著增加照顾者自己出现抑郁和焦虑的风险，也会影响到照顾者的身体健康和生活质量。

心声公益于2024年发布的《谁来照顾照顾者：中国精神障碍人士照顾者现况及需求调查报告》显示，照顾者普遍面临着较为严重的照顾负担，存在重度照顾负担的照顾者达到三分之二（61.8%），三分之一（37.7%）的照顾者认为自己的生活质量差，接近一半（45.8%）的照顾者对自己的总体健康不满意，四分之一（27.7%）的照顾者总是或经常失眠，超过一半（53.8%）的照顾者存在中度以上的抑郁症状，接近一半（43.1%）的照顾者存在中度以上的焦虑症状。绝大多数（72.9%）的照顾者的社会支持差，照顾者最主要的社会支持来源还是自己的家人，其次是医院医生、朋友，在此之外，家属或照顾者组织以及其他与自己有类似照顾经历的人也扮演了很重要的支持角色，照顾者从不同来源获得的社会支持总体都偏少。

（三）贫困人群

正如前文所述，社会经济地位与精神健康水平息息相关。我国的精神卫生服务总体呈现区域差距大、发展不平衡的现状。在我国经济欠发达地区，精神障碍的防治工作仍然处于较低水平，服务内容不全，服务质量不高，缺乏对患者的心理康复服务、社交能力培养以及职业技术等方面的康复训练，部分地区的社区精神康复甚至还处于空白状态。而且，大部分的精神卫生资源集中在城市地区，农村的精神卫生资源极度匮乏。在欠发达地区和农村，其中贫困人群获得和使用精神卫生服务的挑战和困难便更多，他们对于心理健康和精神卫生服务的需求尚未得到满足。在这些地区，贫困的精神疾患家庭更是面临诸多障碍（包括低收入、较低的受教育程度、病耻感以及围绕贫困的自我羞辱、精神卫生相关支持的缺乏等），这些障碍降低了他们获得精神卫生服务、保持治疗依从性和取得良好治疗结果的能力。特别是农村地区的精神疾患家庭，往往不得不长途跋涉才能获得精神卫生服务。甚至，许多农村地区的精神障碍患者处于被“关锁”状态，基本的人身权益无法得到保障。同时，城市中的低收入群体的精神健康问题也应得到关注和支持，如开展对街友（流浪者）、工友（进城务工人员）的精神健康关怀等。

商业心理健康服务因其高昂的单价更是拉大不同社会经济地位中的精神卫生服务可及性的差距。同时，在公益服务方面，目前我国的心理健康与精神卫生相关的公益组织也主要集中在东部城市地区，极少有公益组织开展针对农村精神障碍人群的相关服务。尽管有些公益组织承接了当地政府购买的社会心理服务项目，但依然无法满足贫困人群的精神健康服务需求。

一部分贫困人群也可能陷入失业和无家可归的困境当中，这两者同样也是精神健康的风险因素。处于失业或者无家可归状态的贫困人群也更难获得和使用精神健康服务。同时，许多精神障碍患者也可能会因为患病经历而被迫失业或无家可归。

基于上述事实，一方面建议公益组织/从业者在服务贫困人群、失业者、无家可归者将服务对象的心理健康纳入考虑范围中，尽可能地为这些人群提供心理健康相关的服务，另一方面公益组织/从业者在提供社会心理服务的时候需要重点考虑社会经济因素，避免加剧社会经济地位在精神健康水平上造成的鸿沟，尽量增加贫困人群在心理健康服务上的可及性和可获得性。

最后，作为公益组织/从业者，我们也不应因歧视精神疾病等原因而故意辞退精神障碍人士，导致精神障碍人士陷入到贫困与失业当中。公益组织应根据国际人权原则，为有精神卫生问题的员工（包括社会心理残障人员）提供合理的工作便利。

（四）儿童和青少年

近年来，我国儿童青少年心理健康问题日益凸显，儿童青少年精神障碍（如抑郁、焦虑、物质滥用、注意力缺陷多动障碍等，不含孤独症）的患病率明显上升，最新数据显示已高达17.5%（Li 等,2021），成为我国儿童青少年伤残及疾病负担的头号原因。儿童青少年精神障碍会导致儿童青少年出现自杀、自伤、吸毒、辍学、犯罪等问题，严重影响到我国儿童青少年的健康成长，已成为我国当下不容忽视的重大社会问题。以儿童青少年抑郁症为例，2014年世界卫生组织发布的《全球青少年健康问题》显示，在10-19岁的青少年中，抑郁症是致病和致残的主要原因。另有研究显示50%-70%的青少年抑郁症患者在治疗缓解后的5年内会再次复发，影响社会功能和生活质量（Lewinsohn PM等,2000）。数据显示，自杀是全球10至19岁青少年的第四大死亡原因，每年约有45.8万青少年因自杀死亡。另外，在5-24岁人群中，精神障碍是造成YLDs的首要原因。

Patel等认为在成人精神障碍患者中约有50%的患者始发于青少年时代（Patel V et al. , 2007），发病高峰出现在14岁左右。然而在患有精神障碍的儿童和青少年中，只有一小部分接受了治疗，多数最终在成年时期发展成更为严重的精神心理疾病，甚至导致精神残疾。如果能在早期就逆转或遏制儿童青少年精神障碍的进展，对患儿及其家庭乃至社会都有非常深远的意义。在经过诊疗后，儿童青少年精神障碍的康复服务与医疗服务衔接不足，康复效果不理想。一项社会调研发现，仍有28.79%的孩子有残留症状，社会功能未恢复；另外有16.38%的孩子持续有症状，未康复。休复学方面，诊断情绪障碍的儿童青少年中曾经有过请假经历的占比82.3%，有过休学经历的占53.85%，平均休学次数为1.71次。复发次数多、重复住院率高、病程长、社会融入困难（如返校复学难）、社会功能受损、康复服务少、服务质量差已成为儿童青少年精神障碍康复的主要困境。目前我国儿童青少年精神障碍康复仍以居家康复为主，家庭照顾者负担大、抑郁焦虑风险高。

儿童青少年人群在我国精神健康公益领域得到相对较大的关注，相关的公益项目和实践也相当多，其中乡村留守儿童、困境儿童及其家庭为主要关注的群体。当前我国精神健康公益行业对于儿童青少年精神健康问题的支持和服务主要集中于两个方面：一是通过开展各种形式的科普教育，提高儿童青少年心理健康“守门人”（如家长、老师、社区工作者等）的精神健康素养，提高儿童青少年心理健康的识别率和求助率；二是从预防和早期干预层面，比如通过正向养育项目，改善家庭环境，帮助儿童建立健康的心理韧性，通过在学校和社区中推广社会情感学习（SEL）项目，提升儿童的情绪管理和社交能力。尽管有部分公益项目也会将儿童青少年情绪及行为问题的缓解（如抑郁、焦虑、攻击性行为、厌学休学等）作为项目的主要目标之一，但总体而言，面向罹患精神心理障碍的儿童青少年及其家庭的公益服务仍有较大的空白。

（五）老年人

随着我国人口老龄化进程不断加速，我国老年人心理健康和精神卫生问题也显得越发突出，强调和细化老年人心理健康和精神卫生服务需要是推进健康老龄化战略的重要组成部分。相较于儿童青少年，老年群体的精神健康问题受到的关注和公众讨论较少，但其严重程度已不容忽视。抑郁、焦虑和孤独感是中国老年人中常见的心理健康问题。据中国心理健康调查，老年人终生抑郁症患病率为7.3%，12个月抑郁症患病率为3.8%。60岁及以上的中国人群中，有3.0%的人报告过去12个月患有重度抑郁症。女性老年人抑郁症患病率高于男性，农村地区老年人的抑郁症患病率高于城市地区。中国老年人口众多，但为老年人服务的老年心理专职医护极少，与老年人口数量不相适应。

2022年国家卫生健康委、全国老龄办、国家中医药局联合印发《关于全面加强老年健康服务工作的通知》，强调开展老年人心理健康服务的重要性，在组织实施老年人心理关爱项目的基础上，决定2022-2025年在全国广泛开展老年心理关爱行动。各地按要求对老年心理关爱点常住65岁及以上老年人开展心理健康评估，重点面向经济困难、空巢（独居）、留守、失能（失智）、计划生育特殊家庭老年人。



第五章 开展精神健康公益的原则

(一) 以人为中心

WHO的《社区精神卫生服务指南》强调，“以人为中心”是精神健康服务中的核心原则之一。这一原则强调服务应当尊重个人的需求、选择和尊严，确保服务的提供不仅注重疾病治疗，还关注个体的生活质量、社会参与和心理健康。

“以人为中心”意味着精神健康公益服务的设计与实施应以服务对象为核心，考虑到他们的个人需求、背景、文化和价值观。这不仅仅是提供治疗或服务，更是将人的整体健康需求——包括身体、心理和社会因素——纳入考虑。在这个框架下，精神健康公益服务应当：

- 尊重个体选择：每个人有权决定自己希望接受什么样的服务和支持。
- 个性化服务：了解并尊重不同文化背景和生活方式下的精神健康需求，根据个体的需求和生活背景定制个性化的服务方案。
- 促进个人独立和自主性：鼓励并支持服务对象充分参与到疾病的自我管理、决策制定和复元过程。
- 强调合作关系：服务对象和服务提供者/公益组织之间的关系应是平等、互信和合作的，服务不仅是单向的行为，而是共同努力的过程。

(二) 以复元为导向

《社区精神卫生服务指南》提出了“以复元为导向”原则，这是现代精神健康服务中的关键理念。以复元为导向的服务 (Recovery-Oriented Services) 是一种强调个人复元的精神健康服务模式，着重于帮助个体在精神健康问题上实现全面的复元，而不仅仅是治疗疾病。复元的目标是通过综合的支持，促进个人在生活、社交、职业和情感等多个方面的恢复，帮助患者重建自信和实现更高的生活质量，帮助精神健康问题的个体走向“更好的生活”，而不仅仅是依赖传统的治疗模式。这种方法将患者视为能够复元和实现自我价值的个体，鼓励他们积极参与自身的精神康复过程。

根据复元理论最通用的框架——“CHIME”概念框架，复元过程涉及5个核心要素：

(1) 联结：拥有良好的人际关系，与其他有相似患病经历的同伴（peer）有联结，是社群的一员，能得到他人支持；(2) 对于未来的希望与乐观：始终相信复元的可能，有改变的动机，有孕育希望的关系，能正向思考并重视努力，有自己的梦想和愿景；(3) 身份认同：重建积极的自我认同，克服病耻感；(4) 生活的意义：找到疾病的意义，找到有意义的社会和生活目标及角色，重建自己的生活；(5) 赋能：对自己负责，对生活有掌控感，关注优势。⁴

在中国的精神健康公益领域，实践“以复元为导向”原则既具有挑战性，也充满机会。中国的精神健康服务在发展过程中，需要适应快速变化的社会环境，并结合本土文化背景来有效实施这一原则。以下是一些本土化的实践方向：

(1) 普及复元理念

- 通过社区讲座、健康教育活动和公众演讲、新媒体平台普及复元理念，让公众、专业人士和患者家庭理解复元的内涵和重要性。

- 针对精神健康从业人员（如精神科医生、心理治疗师、社工、志愿者等）提供专业培训，提升他们在患者复元过程中的干预与支持能力，鼓励从传统干预模式向以复元为导向的服务转变，可参考REFOCUS项目，协作复元培训项目（CRTP）等。

(2) 提供个性化的以复元为导向的服务

- 通过个体化评估和定制化的复元计划，帮助罹患精神健康问题的患者根据自己的需求和需要与专业人士共同设定目标，鼓励和促进服务对象及其家庭参与到患者的康复进程中来。例如，在服务开发过程中，设计符合服务对象兴趣、需求和需要的活动，如技能培训、兴趣小组、团体活动等，帮助患者恢复职业能力和社会参与度。

- 积极引进并实践复元导向的精神卫生循证干预，如疾病管理与复元（Illness Management and Recovery, IMR）、全人健康行动复元计划（Wellness Recovery Action Plan, WRAP）等。

(3) 加强社区支持与社会接纳

- 在社区中提供恢复支持小组，组织患者及其家庭成员参与共享经验、情感支持和互助。

4. LEAMY M, BIRD V, BOUTILLIER C L, 等. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis[J]. The British Journal of Psychiatry, 2011, 199(6): 445-452.

• 鼓励患者参与社区活动，提供职业指导、心理辅导和社交支持，帮助他们重建社会联系，减少社会隔离。

• 在公益活动中，倡导和宣传精神健康复元的价值，消除社会偏见，增强公众的接纳与理解。

(4) 发展同伴支持和互助小组

• 鼓励建立同伴支持小组，利用有相似经历的患者相互支持，增强复元信心和能力。

• 这些小组可以提供交流、分享康复经历和情感支持的机会，使患者感到自己是康复过程的一部分，而不是仅仅接受治疗的对象。

(5) 整合医疗与社会服务

• 推动精神健康服务的整合，结合医疗、社会工作、法律援助、职业培训等多方面资源，为患者提供综合性的复元支持。

• 在公益项目中，协调政府、非政府组织和社会企业的力量，确保患者能够得到跨领域的持续帮助和关怀。

(6) 促进政策支持与社区资源建设

• 在政策层面，推动将复元导向的服务纳入精神健康政策的主流框架，支持精神健康领域的长远发展。

• 在基层社区建设中，推广复元为导向的服务模式，提供更多的社区医疗、心理辅导、社会支持等资源。

通过这些方式，可以更好地在中国的精神健康公益领域实践“以复元为导向”原则，帮助更多的精神健康问题个体走向全面康复、回归社会并实现自我价值。

(三) 亲历者参与

亲历者指的是曾经或正在经历精神健康问题的人，他们通过自身的经验，能够为其他有类似困扰的人提供独特的支持和理解。“亲历者参与”强调精神健康公益服务不仅应该依赖专业人士的干预、公益从业者的投入，还应充分吸纳和利用有类似经验的个体——即亲历者的力量。历史上，罹患精神健康问题的亲历者不仅被排除在了有关其自身健康和生活选择的决策之外，而且被排除在了社会整体的决策过程之外。这就使得他们在社会的各个领域都遭到了边缘化，被剥夺了在与他人平等的基础上参与社会的机会。他们在精神卫

生领域的境况亦是如此。尽管他们在该领域有着专门知识和经验，但仍旧在很大程度上被排除在了精神卫生服务的设计、递送及政策制定之外。

专业人士再如何专业，也只是从外部在认识健康问题。专业人士再如何共情，也只是从外部在感知疾病所带来的痛苦。他们缺少健康问题的直接体验，对于健康问题给亲历者在生活、工作、家庭等各方面所带来的诸多影响也最多只能做到感同身受，却无法有最为切身的体验。同时，对于精神健康公益服务的质量高低，谁最有发言权？无疑还是亲历者，因为他们终究才是精神健康公益服务的接受者，让服务对象有更好的服务体验，在接受服务过程中切切实实地感受到获益，感受到照护，才是健康照护服务的最终归依。

因此，亲历者的亲身经历是重要的，亲历者带着他们从亲身经历中所获得的经验全方位、有意义地参与到精神健康公益的各个环节也是重要的，这样的参与能进一步改善精神健康公益服务的质量，能进一步让精神健康公益服务实现以人为中心的宗旨与目标。

****亲历者参与精神健康公益的不同方式****

参与式设计：“参与式设计”（Participatory Design）是一种强调用户（在精神健康领域即患者或亲历者）积极参与设计和决策过程的理念和方法。在精神健康公益领域，亲历者可以通过参与服务开发、设计与实施，能够将自己的经验、需求和观点直接融入到服务、项目和政策的设计与实施过程中。同时，亲历者还可以参与到服务效果的反思和评估中。通过分享他们的使用体验和反馈，亲历者帮助服务提供方识别哪些部分有待改进、哪些服务形式最有效。通过这种方式，亲历者不仅能够为自己争取更好的服务，还能促进精神健康服务的个性化、有效性和包容性。

亲历者叙事：是指那些曾经或正在经历精神健康问题的人，通过撰写文章、书籍、公众演讲、视频拍摄等方式，分享他们个人的经历、挑战、复元过程及成长的故事。这种叙事不仅是个人经验的表达，也是一个有力的工具，用来提高公众对精神健康问题的认知，减少偏见，同时为其他经历类似困境的人提供希望和支持。在精神健康公益领域，亲历者通过“亲历者叙事”的方式参与，可以极大地促进患者群体的复元，并推动社会对精神健康问题的理解和接纳。近年来，国内相关实践案例很多，包括书籍出版、亲历者叙事为主的微信公众号、亲历者拍摄的纪录片等。

亲历者行动：是指那些曾经或正在经历精神健康问题的人，基于自己的亲身经历，积极主动地参与到精神健康公益领域，通过创办公益组织、发起公益项目等形式，帮助他人、推动社会改变、提升公众意识。亲历者行动不仅是自我复元的过程，也通过实际行动推动了精神健康服务的发展、社会认知的提升以及对精神健康问题的关怀。国际上许多知名的公益组织和公益项目都是由亲历者发起或创办的。国内相关的亲历者组织有郁金香陪伴、双相躁郁世界、ED Healer等。

亲历者研究/当事者研究：亲历者研究又称当事者研究，当事者研究（Toujisha-Kenkyu）是日本精神康复领域的一种非常独特的实践模式，诞生自日本浦和的贝塞尔之家（Bethel House），由精神康复者自己对自己进行研究，发现问题，并寻找解决方式，当事者研究不应该被看作是某种康复的技术，而更应该被看作是某种生活的风格、生活方式、生活的艺术，是精神康复者为自己的生活寻找答案的过程，强调不支持（“非援助”），而非专业人士提供的支持，也强调互助与自助。国内的相关公益实践为有人公益基金会一加一残益网络的“破茧工程”，心之光同伴支持成长小组开展的“同伴支持减少病耻感”的研究。

（四）尊重生命与非伤害

“生命至上”原则和“非伤害”原则是精神健康领域中非常重要的伦理指导原则。它们强调在精神健康服务中要始终优先考虑个体的生命价值和尊严，确保不对患者造成任何形式的伤害。这些原则不仅指导专业治疗实践，也对精神健康公益领域的工作有深远影响。

“生命至上”原则意味着所有精神健康干预和治疗活动都必须以保障和尊重个体生命为核心。在精神健康服务中，这一原则要求服务提供者始终把保护患者的生命安全和健康作为首要任务，避免任何可能危及患者生命的行为或决策。

在精神健康公益实践中的体现：

- 应急处置：当服务对象面临自杀或其他严重自伤行为时，服务提供者必须立即采取有效的干预措施，优先保障生命安全。在公益机构从业人员中开展精神健康急救培训，提高他们识别精神健康危机的能力，以及在危机发生时能采取有效的应对措施。

- 生命质量：治疗过程中，除了关注精神健康症状的缓解外，还应考虑服务对象的整体健康，包括身体健康、营养状况以及日常生活能力等，确保不因为精神健康问题而影响其基本生存状态。

- 危机管理：在面对危机情境时，精神健康公益机构应有健全的紧急应对机制和资源，确保服务对象的生命安全不受到威胁。

“非伤害”原则要求所有精神健康干预都不得对患者造成任何形式的伤害。这不仅包括物理上的伤害，还包括心理、情感、社会及精神层面的伤害。服务提供者必须始终避免任何可能加剧患者痛苦或不适的行为。

在精神健康公益实践中的体现：

•避免二次伤害：二次伤害通常是在服务对象已遭受某种形式的伤害或创伤之后，进一步加重其痛苦的行为或环境。避免二次伤害的目标是确保服务对象在干预和服务过程中得到尊重、关爱和支持，不会因服务提供者的行为、干预策略或外部环境而遭受进一步的困扰。

•尊重服务对象的意愿：在治疗和服务过程中，要充分尊重服务对象的自主权和决策权，尤其是在他们能够做出明智决定的情况下。应尽可能避免强制性治疗，除非服务对象或他人面临急迫的生命危险。在不得不实施强制性治疗的情况下，尽量减少该过程对服务对象的伤害。

•保护服务对象的隐私：在所有服务过程中，应确保服务对象的个人隐私不被泄露，以避免对患者的社会地位、家庭关系及个人尊严造成伤害。公益组织在开展精神健康服务时，应确保对患者信息的处理符合保密要求，同时确保患者充分知情，以减少因信息泄露带来的伤害。

第六章

精神健康干预及服务

精神疾病的预防包括3个层面：以病因预防为目标的一级预防；早发现、早诊断、早治疗，以防止或减缓疾病继续发展的二级预防；防止伤残、促进功能恢复和预防复发的三级预防。

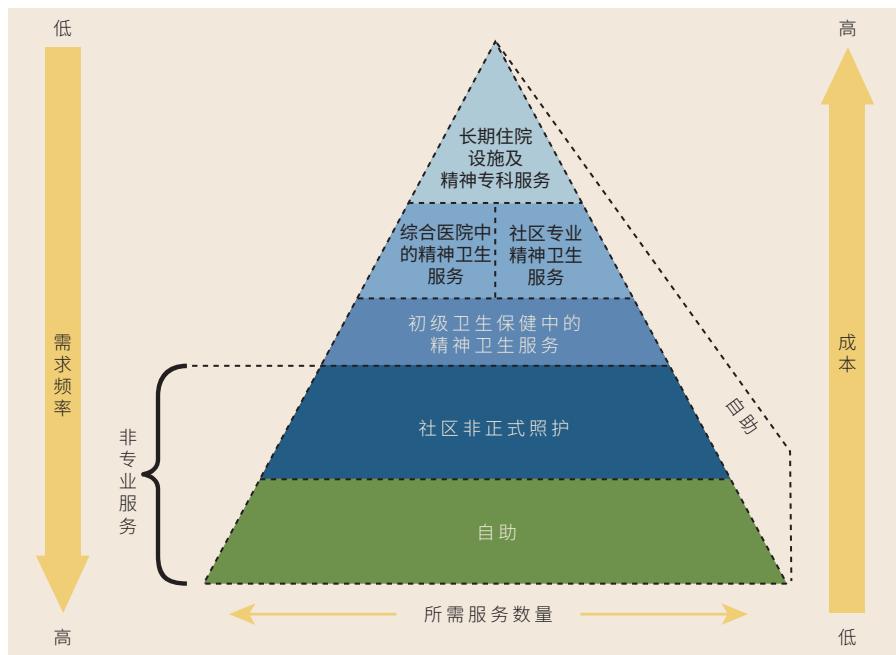


图 4 精神卫生服务金字塔

由于目前大多数精神疾病的病因和发病机制尚不清楚，针对病因的一级预防还不是广泛可行的策略，但它是影响疾病的风险因素和保护因素，是进而降低某些精神疾病发病率和患病率的关键。根据目标人群的不同，一级预防可分为针对广大人群的一般性干预，针对某种疾病高风险人群（如精神分裂症患者的子女）的选择性干预，以及针对有体征或症状可能发展为某一精神疾病，但当前并不符合该疾病诊断人群的指征性干预。

二级预防的目标是尽早发现并介入已经出现的精神健康问题，防止它们进一步发展为更严重的障碍。这个阶段的工作重点是及早识别问题，提供专业帮助，并通过治疗或支持措施减少病情的恶化。

三级预防主要是为了帮助那些已经患上精神疾病的人群，减少他们的症状，帮助他们更好地恢复功能，提高生活质量，避免社会功能受损。这个阶段的工作包括治疗、康复、支持性服务和社会融入。

精神卫生服务谱呈现出从健康到疾病的连续性干预路径。其起点是精神健康促进，着重提升全人群的心理素养与韧性；疾病预防则关注高风险人群，通过减少压力源、改善环境降低发病概率；早期识别与干预强调及早发现心理问题苗头并及时应对，防止病情加重；治疗阶段提供专业的医疗与心理服务，缓解症状、稳定功能；康复则帮助患者重建社会角色，恢复生活技能，促进融入社区与回归日常生活。该谱系体现了从“全人群—高风险—患者”逐层递进的服务逻辑。

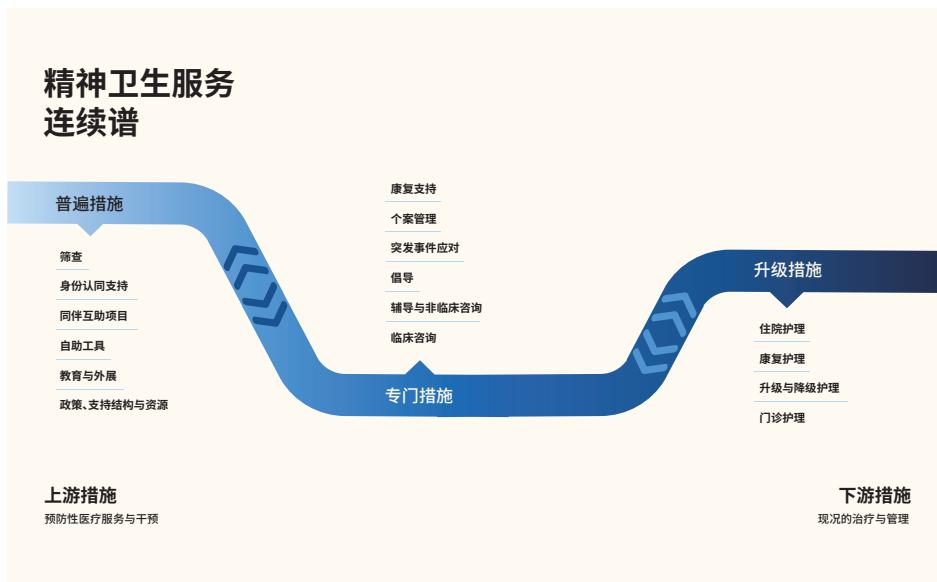


图 5 精神卫生服务连续谱

(一) 精神健康促进

精神健康促进 (Mental Health Promotion, MHP) 是一种积极主动、全人群覆盖的公共卫生策略。它强调的不仅是减少心理疾病的发生，更强调提升心理健康的水平和社会支持环境。与医疗领域专注于诊断和治疗不同，精神健康促进关注抑制风险因素、增强个体与群体的心理韧性，并改善社会环境，使积极心理状态成为可能。

在概念上，精神健康促进源自健康促进的传统思想，如《渥太华宪章》中提到的“健康是生活的资源，而非生活的目标”，强调通过政策、环境和社会参与来加强个人与群体的健康能力。以此为基础，精神健康促进将这一理念延伸至心理层面，既关注人的能力提升，也关注环境塑造及社会结构的优化。

多层次理论模型是理解精神健康促进的基础。如社会生态模型（Socio-Ecological Model）指出（见第三章第二节 社会生态视角），个体的心理健康受制于其所处环境的多层力量，包括家庭、学校、工作机构、社区和宏观政策等，而这些层面相互作用，共同决定心理健康的发展轨迹。精神健康促进即是通过干预各层面的保护和风险因素，建立支持机制，推动整体心理福祉提升。

因此，精神健康促进服务可以分为以下几个维度。

个体层面的能力建设

包括提升心理健康素养（Mental Health Literacy）、增强情绪调节与应对能力、培养压力管理与社交技能。例如广泛实施的精神健康急救（First-Aid）项目、学校及社区中的焦虑与压力缓解训练，都是典型的个体赋能服务。

心理健康素养是一个能综合反映个体或群体的心理健康相关的理念、认知、行为、技能水平的健康指标，被认为是独立于遗传与自然因素、社会与经济环境、心理服务等之外的一个心理健康的重要影响因素。心理健康素养，对应的英文为Mental Health Literacy（MHL）。最初在1997年，澳大利亚的国立大学心理健康研究中心的Jorm教授在健康素养的概念上延伸出了“心理健康素养”的概念（Jorm等,1997）。他认为心理健康素养是指帮助人们认识、处理或者预防心理疾病的相关知识和信念。心理健康素养包括识别特定障碍或不同心理困扰的能力；关于危险因素和原因的知识和信念；关于自助干预的知识和信念；关于可得的专业帮助的知识和信念；促进疾病识别与恰当求助的态度，以及关于如何寻求心理健康信息的知识。

虽然我国公益领域已在多种人群中（如教师、学生、老年人、企业职工等）开展精神卫生素养相关的科普讲座及培训，但我国仍然缺乏一个系统性的、全民普及性的精神卫生素养提升课程/项目。国际上的相关项目一般采用Training the Trainer的模式进行推广，我国亟需开发一个本土化的精神卫生素养提升课程并进行全民推广，提供公众对于精神健康问题的治疗率、识别率和简易处理能力，可参考红十字急救员培训。

环境与情境层面的服务支持

这类服务旨在日常生活中植入精神健康促进元素，如学校通过课程、师生关系改善与校园政策促进学生心理健康；职场通过构建健康职场文化、优化工作流程与提供员工支持计划等方式来减少心理负担并提升幸福感。

社区层面的精神健康促进服务

重视打造社会资本和社区连结。通过社区活动、支持小组、同伴对话平台等形式，增强社区成员的归属感、互助精神和支持网络。例如“友谊长凳/长凳奶奶”项目，培训社

区志愿者以结构化问题解决谈话方式提供支持，有效填补资源匮乏地区的心理支持空缺。

政策与制度层面的干预

精神健康促进不仅体现在具体项目，还包括向政府部门倡导制定和实施支持心理健康的政策措施，如反歧视法律、心理健康服务保障、公共宣传策略等。通过制度性保障，让心理健康成为公共资源的一部分，而非边缘议题。

相关案例

精神健康急救 (MHFA) 培训：该课程概念源自澳洲，原创者为澳洲两位资深精神健康研究及教育专家Ms. Betty Kitchener及Professor Anthony Jorm。他们于2001年开始在澳洲举办课程及发展有关训练，其后更到世界各地培训导师及推广课程。精神健康急救课程的目的并不是培养专业人才，而在于改善大众对精神健康的认识，与一般生理急救的理念大致相同。希望向学员普及精神卫生常识，让大家能够充分利用社会资源，提高精神障碍的识别率、治疗率，提高包括家属、社会工作者等相关人员为身边有精神健康问题困扰的人提供帮助和支持的能力。

友谊长凳项目：是津巴布韦一项以社区为基础的心理健康干预项目。训练有素的社区卫生工作者（被称为“祖母”）坐在初级卫生保健诊所或社区安全场所设立的木制公园“友谊长椅”上，为寻求心理健康支持或由护士或其他社区成员转介的社区成员提供结构化的解决问题的谈话疗法。该项目由Dixon Chibanda于2006年创立，经过20年的社区研究，旨在弥补精神卫生治疗方面的差距。友谊长椅为在资源贫乏地区提供循证精神卫生护理提供了一种有效、简便、经济的选择。

(二) 预防与识别

1. 消除耻感与社会歧视

“病耻感”极大地阻碍了患者正常就医、回归社会。因此，消除污名和歧视至关重要。北大六院的马宁主任介绍，精神障碍污名的消除主要有三个举措，即知识教育、社会接触和结构改变。

•**知识教育：**当前公众对于抑郁和焦虑的认知有所增长，但对于精神分裂症的认知仍然有限，广泛的科普宣传十分必要。“对疾病了解越多，对它的偏见和歧视就越少。”马宁主任说，在公共污名方面，由于对疾病的宣传不足，无论是普通民众还是患者自身，都容

易接收到疾病的负面信息。若公众能够了解到，许多患者经过治疗后恢复良好，这将有助于减少公共污名，进而减轻患者的自我污名感。

•社会接触：是指存在有精神障碍问题的个体与普通人群之间进行接触，现阶段社会接触是减少污名化和歧视的最有效的方式之一。它包括面对面接触，如邀请患者做讲座分享康复经历，同时也包括在线接触、影视作品接触等形式。

•结构改变：改变现有制度、文化、政策里的一些歧视和偏见。消除精神疾病的污名化需要全社会的参与，包括法律规章制度的调整、财政投入的加大；规范媒体宣传报道；大力开展社区精神卫生服务，提高服务可及性；对基层工作人员开展精神卫生知识和污名消除培训等。

相关案例

“600号画廊”：600号画廊始创于2019年，是上海市精神卫生中心的特色项目，是中国大陆首家设在精神病院内的画廊，是一条集艺术、科普、人文于一身的画廊。至今为止已经举办多次展览，作者涵盖了院内和院外的各界人士，既有青春期的少年，也有长期住院的长者，主题则涉及情感障碍、精神分裂、青少年心理等。

2.自杀预防

在精神健康公益服务中，自杀预防是一个非常重要的领域，旨在帮助处于危机中的个体获得及时的支持和干预，避免悲剧的发生。针对自杀预防，许多公益组织和社会服务机构提供了各种支持性服务，其中危机干预热线和一些庇护性服务，如“索特里之家”，是非常典型的例子。

WHO消除精神卫生缺口行动计划（mhGAP）将抑郁、自杀预防、精神疾病等列为有优先权的疾病。建议的干预措施包括：询问患者自我伤害的想法、计划或行为；移除个体自我伤害的工具；向有自我伤害想法、计划或行为的个体提供急诊联系方式；使用问题解决方法进行心理咨询；提供社会支持；住院治疗；限制自杀工具可及性；降低酒的可及性；引导媒体报道自杀事件的方式。此外，根据传统自杀干预的模型，需对自杀未遂者进行后续关注。

费立鹏针对中国目前的现状，提出中国地方性和国家性自杀预防计划，内容如下：

(1) 增强全民心理健康素质、个体适应力和促进社会和睦； (2) 促进公众对自杀预防工作的了解和全面支持； (3) 降低不同自杀工具的可及性和致死性，尤其是农药； (4) 控制酒精、药物和毒品的滥用； (5) 促进社区识别自杀高危人群的措施并加强其社会支持网络； (6) 提升精神卫生和物质滥用治疗的可及性、质量和使用率，并促进相应的预防

活动；（7）发展针对有自杀风险但没有精神障碍个体创新的干预措施；（8）建立跨学科的权威中心以协调自杀预防工作、培训相关人员并深入研究自杀预防科学；（9）增强和拓展医疗卫生系统对自杀和自杀未遂的监测；（10）为自杀研究和相关的服务寻求持续的资金来源。

危机干预热线是自杀预防服务中非常重要的一环，它提供24小时不间断的热线服务，任何处于心理危机中的人都可以随时拨打寻求帮助。这类服务的目标是通过专业人员的即时干预，帮助个体缓解情绪危机，消除自杀念头，并将其引导到专业的心理治疗或社会支持资源中。运营危机干预热线需要极高的人力成本和专业资源，所以并不建议公益组织独立运营危机干预热线，可以考虑和当地成熟、专业的心理热线进行合作，为特定的人群开通专线，如上海市精神卫生中心进食障碍诊治中心的乐康惠爱志愿者团队为进食障碍、身材焦虑的人群提供“慧食慧爱”公益热线（400-900-1112）。

庇护性的自杀预防服务在我国实践还较少。“索特里之家”（Soteria House）是一种非常特殊的庇护性机构，起源于美国，旨在为那些精神危机患者提供一个温馨、安全的环境，帮助他们度过情绪和精神危机。它的核心理念是通过非药物的方式，通过建立支持性的人际关系和环境，来帮助个体缓解精神危机，减少自杀的风险。

相关案例

美国988热线

美国988热线是一项全国性的危机干预服务，旨在为遭遇心理健康危机、情感困扰或自杀倾向的个人提供即时支持。该热线于2022年7月由美国联邦政府正式启动，成为美国的一项重要精神健康服务。通过拨打988，求助者可以获得专业的心理健康干预、危机评估、情感支持和资源推荐服务。这一热线由训练有素的心理健康专家和社会工作者接听，确保来电者能够获得安全、保密且无偏见的帮助。相比于以往的心理热线，988热线的推出，旨在为所有美国人提供更便捷的求助通道，并通过预防、干预和后续支持，减少精神健康危机的严重后果。

上海962525热线

962525上海市心理热线为7*24小时全天候的服务模式，具有专业心理咨询资质的志愿者们轮流守护在电话这头，为电话那头的来电者们提供免费心理服务，通过热线的方式为公众的心理健康保驾护航。作为便捷、安全、暖心的心理疏导和关怀通道，这条“心灵防火墙”受到了公众和政府的广泛认可。运行3年来（2021年9月1日开通），962525累计服务17万余人次，接通率近60%，累计挽救危机来电2千余人，避免悲剧发生。962525秉承“爱心守护、耐心倾听、静心疏导”的服务理念，牵一条线到来电者的心里，始终在电话那头陪伴来电者度过人生中的煎熬、无助、痛苦时刻。

3.高风险人群的预防与早期干预

精神疾病的发生受多重风险因素影响，其中包括遗传与生物因素、家庭与社会环境、重大生活事件及创伤经历等（见第三章“影响精神健康的因素及介入方式”）。识别精神健康问题的高风险人群，并在这些群体中开展有针对性的精神健康公益服务，对于预防疾病发生、减少病情恶化具有重要意义。

高风险人群常包括具有家族精神疾病史的人群、经历过重大负性生活事件（如失业、亲人离世或离婚）或长期处于高压力环境的人群，如贫困、移民群体或处于社会边缘的人群（例如性少数群体、残疾人士），以及儿童青少年，尤其是经历过虐待、忽视或校园霸凌的未成年人；此外，还有产后女性、老年群体，以及长期处于社会孤立状态的人士。这些群体通常由于缺乏有效的心理支持系统和应对机制，更容易受到精神健康问题的侵袭。

相关案例

北京大学第六医院Care For Family项目（CAFF花园）

CAFF花园项目为精神障碍患者的子女（Children of Parents with Mental Illness，简称COPMI）提供支持，这些孩子背负着遗传风险，同时面临父母患病后的陪伴缺失、情感忽视甚至暴力，他们的家庭通常贫困并经常受到社会歧视。CAFF花园项目的宗旨是“伴成长，待花开”，其使命在于提供有循证依据的公益服务，关爱有精神障碍患者的家庭。项目的愿景是打破精神疾病的代际传递，使每一个家庭都能成为陪伴孩子成长的花园。

一个母亲和独抚母亲支持计划

北京一个母亲心理健康服务中心，简称“一个母亲”，成立于2015年，是经北京市民政局注册、为独抚母亲（因离异、丧偶、未婚、婚姻危机及其他原因独自抚养未成年孩子的女性）提供心理赋能和生活助力的非营利组织。十年来，一个母亲自主研发、整合对接与独自抚养紧密相关的心理、养育、法律服务，核心项目“独抚母亲支持计划项目”针对不同原因独自抚养子女且有较大心理困扰的女性，通过线上与线下相结合的方式，采取“自媒体传播触达→社群互助→深度心理支持→线下活动”由浅入深、由面到点的递进式的服务手法，为独抚母亲提供有针对性的、系统化的支持和陪伴，实现群体自助、互助，促进独抚家庭重整和子女人格健康发展。目前项目已在线上触达超过11万独抚母亲，直接服务超过2万人。

(三) 精神医疗服务

1. 就医诊断

如果服务对象出现疑似精神心理疾病的临床表现或心理危机，公益从业者应建议其到当地公立精神专科医院或三甲医院精神科或临床心理科进行就诊。精神障碍的诊断主要遵循“症状-综合征-诊断”（SSD）的过程式思维方法。与躯体疾病不同的是，精神科诊断的主要方式以精神状况检查为主，即检查者通过与就诊者面对面的访谈，直接观察了解其言行和情绪变化，进而全面评估精神活动各方面情况的检查方法。除精神状况检查外，躯体检查、心理测量及实验室、神经电生理等辅助检查也是精神疾病诊断的重要环节。

陪诊服务

精神科陪诊服务是一种专门为有精神健康问题的患者提供的支持性服务，旨在帮助患者更好地就医、管理病情，并通过陪伴、沟通和支持，减轻患者的焦虑和恐惧感，提升他们的就诊体验。在公益领域，精神科陪诊服务主要面向的是经济条件较差、缺乏家庭支持的患者，或那些因精神健康问题而无法独立完成就医的个体，如通过建设陪诊志愿者团队，这些志愿者接受相关培训，专门为精神障碍患者提供陪诊服务。

2. 药物治疗

精神药物是指主要作用于中枢神经系统而影响精神活动的药物。精神障碍的药物治疗目前仍以化学合成药物为主，药物的治疗作用是对出现紊乱或障碍的大脑神经病理学过程进行修复，达到缓解精神病理性症状，改善和矫正病理性思维、心境和行为等障碍，预防精神障碍的复发，促进恢复社会适应能力并提高患者生活质量。在我国，也有少数中药产品被批准用于轻中度的抑郁与焦虑障碍。精神药物主要包含以下几类：抗精神病药物、抗抑郁药物、心境稳定剂、抗焦虑药物、助眠药物、认知改善药物等。

目前绝大多数精神药物的剂型为口服普通剂型，对于自愿治疗的患者服用方便，大多数药物依据半衰期不同，采取日服一次或多次。由于精神疾病的特殊性，对于兴奋躁动、对治疗不合作的患者以及吞咽困难的儿童、老年患者，口服水剂、快速崩解片、注射针剂比较方便实用，而对于某些需要长期服用维持治疗而治疗依从性不良的患者，长效注射针剂常常是较好的选择。药物治疗的基本原则是“足量、足疗程”，即在达到起效剂量的情况下进行全程治疗。患者及家人如果擅自减药、停药将面临较大的复发风险。

代配药服务

精神科代配药服务是针对精神健康患者的一种辅助服务，旨在帮助那些因心理、情感或实际问题而无法亲自前往医院或药店领取药物的患者，提供药物的代为配发和递送服务，特别是对于那些经济困难、居住偏远或面临其他生活挑战（如同时罹患肢体残障）的群体。通过代配药服务，能够确保患者按时服药，避免因停药而导致病情反复或加重。注意，代配药服务一般需要患者本人提供身份证件、医保卡、就诊卡等资料，需要与患者及其家庭签订服务协议获得相关授权。

服药训练

民政部、卫生健康委、中国残联联合制定的《精神障碍社区康复服务工作规范》中，特别强调服药训练。服药训练的目标在于教育患者正确认识疾病，帮助患者了解药物治疗相关知识，学会药物自我管理，养成遵医嘱独立服药习惯。以小组或个别辅导的方式进行，通过授课、情景模拟、角色扮演等多种形式使患者了解药物治疗的重要性、全病程治疗的理念、常见药物不良反应及其应对、预防复发的技巧和向医师求助的方法。

按照患者自主服药程度的不同，将训练分为五级：

第一级：药物由工作人员管理，工作人员摆好药物后让患者服药。每次服药时教授患者药物的名称、剂量、形状，使患者认识药物，知道每次服药剂量。

第二级：药物由工作人员管理，工作人员摆好药物后，患者按指定的时间在工作人员面前服药，使患者养成按时服药的习惯。

第三级：药物由工作人员管理，患者在工作人员帮助下自己摆药，并按指定的时间在工作人员面前服药，使患者学会药物的自我管理。

第四级：药物存放在工作人员指定的个人药柜内，患者定时取药，无需在工作人员面前服药，使患者学会自主服药。

第五级：药物由患者自行保管在所属储物柜内，自行定时服药，无需工作人员督促，使患者养成药物自我管理的习惯。

每级训练时间约为2周，达到目的后可进行下一级训练，如服药过程或精神状态出现问题，降回上一级重新训练。

(四) 社会心理干预服务

1. 心理健康教育 (Psychoeducation)

心理教育是最早介入精神疾病治疗的心理方法，其关注的内容是具有普遍性的、每个患者都共有的问题。绝大多数患者对精神心理疾病的相关知识缺乏足够认识，有些甚至还存在误解和偏见，而对疾病缺乏正确了解与认知就会缺乏相应的治疗依从。因此，在研究初期心理教育的主要内容是为患者提供有关疾病及其药物治疗的知识，心理教育的主要目的是提高患者对疾病及不同治疗的理解与接受。心理教育的作用至少可扩展到以下3个方面：即提高治疗依从性、加强对前驱症状的早期识别与干预、建立规律的生活模式与健康的行为习惯。心理教育的主要形式是小组模式，教育次数不等。一般来说，心理教育小组每组8-12名患者，由2位治疗师或者社工带领，每周1次，每次90分钟，每次小组活动的结构安排为30-40分钟当次主题教育，之后是一些综合性练习（如案例展示或示教、时间控制表、书写列举潜在的诱发因素等），在此阶段带领者要鼓励成员进行讨论。

2. 家庭干预 (Family Intervention)

家庭干预把治疗的重点放在改变家庭成员的人际关系上，治疗的过程是去发现与个体心理障碍发生、发展有关的家庭内部因素。家庭干预已逐渐发展为综合式家庭干预，干预对象不仅限于患者本人，也包括家庭照料者。干预方式从以专业人员提供为主过渡为在专业人员指导下的患者与家庭之间的互帮互助及同伴为主的互助。家庭干预可采用多个家庭参加的集体治疗方式或单个家庭的个别化治疗方式（即家庭治疗）。

家庭干预的内容主要包括：疾病相关知识的健康教育，提高家庭对疾病的认识；支持、关心家庭中的照料者；促进家庭中其他成员的成长；帮助家庭成员掌握精神疾病的监护常识和一些具体的应对措施，如密切观察和记录病情、定期陪伴患者随诊复查、熟悉复发早期的预警症状等；促进家庭成员内部的交流；提高服药依从性；减少指责和过度保护；建立对未来的自信心；鼓励建立家庭以外的支持系统；减低过高的、不切实际的期望值。

家庭治疗比较注重家庭成员互动关系以及生活中需要改善的相处问题。为了处理和消除所存在的症状，包括家庭在内的整个系统必须有所改变。家庭治疗有支持、教育或治疗功能。家庭是一个人所归属的最早的、最密切的、最持久的社会单元，因此，一个人的情绪健康情况与整个家庭的情绪健康情况是紧密相连的。个人的症状可能是家庭功能失调的表现，并由于家庭内相互作用而保持下来。这些症状对家庭成员惯用的处理家庭问题的方式也起到一种维持作用。所以，治疗的单元是家庭，治疗的目的是改变家庭内部失调的相互作用方式。

集体家庭干预（又称，多家庭团体治疗）以10-30个家庭中主要承担照料的家属参加为宜，便于接受知识，教育中结合讨论，不同家庭之间相互交流沟通，以利于减轻无助感和孤立感，可获得较大的干预效应。

（五）社会支持与社区康复服务

1. 住宿服务

精神康复住宿服务包括长期护理院、中途宿舍、辅助宿舍以及共融居住社区。

中途宿舍是为出院精神障碍患者而设立的过渡性住宿服务和生活技能训练社区康复机构。中途宿舍通过家居式的生活环境，提高出院患者的生活质量，培养应付生活的能力，协助他们充分发展社交技巧及职业技能，让他们能够自力更生，过上有尊严的生活，以助其个人发展和自立，进而融入社会生活，同时跟进出院患者的精神健康和服药习惯养成，协助他们维持良好的精神状态和社会功能。出院患者通过长期康复训练最终实现回家、独立居住或公开就业。

然而可能是由于筹资的压力，住宿服务在国内精神健康公益的实践较少。

相关案例

“启善之家”中途宿舍是由第七届广州市社会组织公益创投活动资助、广州市启维心智社会工作服务中心承接运营的一个公益性项目。在依托精神专科医院的背景下，在医院和家庭之间，为舍友提供一个支持性、过渡性的住宿场所，为精神康复者提供一到两年的过渡性精神康复宿舍服务。在这一服务过程中，有以精神专科医护工作者及社会工作者为核心的的专业团队，为康复者提供生活技能、沟通技能和社交技能等方面的培训。从而帮助精神康复者预前适应回归家庭、社区生活，并提供就业辅导，为其就业创造条件和渠道。

长沙心翼会所成立于2007年，由长沙市精神病医院主办，是中国大陆第一家社会公益性精神康复会所，也是中国大陆第一家通过国际认证的会所。该会所致力于以“会所模式”为康复期精神障碍人士提供成人社区康复支持，帮助其重获友谊、重投家庭、再获教育和工作机会。心翼会所以开放、宽松、积极的康复环境吸引会员，让会员自愿参与会所中的各项活动与工作，培养他们的兴趣，挖掘他们的潜能，从而恢复其社会功能，有效融入社会。14年间，心翼会所共服务731名会员，举办28场招聘会，成功帮助会员实现过渡就业153人，辅助就业69人，独立就业278，小组就业163人，极大地促进了会员的社会康复。

2. 同伴支持 (Peer Support)

同伴支持是一种较为新颖、以促进患者功能康复为主要目的服务方法，是指由具有相同生活环境、经历、文化和社会地位、具有共同关心话题的一些人，在相互尊重的基础上，一起进行情感交流、信息分享和支持反馈等的一种服务方法。此项服务在国外开展已有几十年，WHO认定其为有效、可推广使用的服务措施。

同伴支持服务因患者个体情况不同而形式各异，服务的时限可长可短，服务地点可在社区也可在医院，服务内容有所不同，通常包括疾病健康教育、社交和生活技能交流、工作技能学习等。总体来说，同伴是自愿参与的，由专业人员挑选，通常需要有较好的表达沟通能力，对疾病有一定的认识，有责任心、同情心等。研究显示，选择与患者具有相同疾病、相同风俗习惯、文化背景和价值观的同伴为其提供服务能收到更好的疗效。一般来说，在同伴提供服务之前，需对其进行疾病知识和组织能力等方面的培训。在同伴提供服务过程中，需要有专业人员或其他同伴进行监督或督导。

Davidson等将重性精神疾病同伴支持服务归纳为三大类。

- (1) 非正式的自发互助小组、患者或同伴组织的活动团体以及雇佣同伴在传统服务机构中为患者提供支持服务的形式。自发的互助小组参与率低、脱失率高。
- (2) 有同伴参与的活动团体经营更为有序，但对服务对象有所限制，而且缺少专业人员的技术支持。
- (3) 由医疗、康复等服务机构引导的同伴支持，由于具有较好的专业指导、固定活动场所和服务流程，是目前应用最为广泛的一种同伴支持服务形式。

相关案例

严重精神障碍社区同伴支持项目：项目主要针对精神分裂症和双相情感障碍的患者，“同伴支持”在于那些曾经历过相似困境并成功克服的个体，能够为正在面临相同挑战的人提供宝贵的支持、鼓励与帮助。2013年，该项目由马宁主任在北京发起，目前已在全国25个省份306个社区开展。目前，该项目已纳入民政部《精神障碍社区康复服务工作规范》，未来也将惠及更多精神障碍患者。

3. 职业康复

职业康复的目标是帮助从业年龄的精神心理疾病患者成功就业或适应职业状态，使之尽可能达到较高的职业功能水平。职业康复的方法有：

(1) 庇护性工场：由政府、医院或非政府组织提供工作场所，对尚未进入职业竞争的患者提供短期的工作时间，职业压力少，工作任务简单，有较好的工作环境。

(2) 职业俱乐部：帮助出院的患者逐步接受教育、常规技能培训和工作训练，如果俱乐部成员认为自己已具备足够的能力，俱乐部将帮助他们参加其他就业计划，比如过渡性职业。

(3) 过渡性职业：主要适用于重症患者经住院治疗病情基本缓解，在出院后一时难以进入社会竞争性就业者。可由地区福利部门和社区服务部门组织，在真实的工作场所找到短期的工作机会。

(4) 支持性就业：是最新发展的康复技术，目的是帮助出院后的患者尽可能在竞争性市场中找到并从事他们喜欢的工作，从专业工作者那里得到所需技能培训。支持性就业与其他职业康复服务的不同之处在于，在提供就业培训、嵌入式就业支持和心理健康治疗的同时，为寻找和维持有竞争力的就业提供帮助。相比之下，其他职业康复方法侧重于安置前的培训，并更加强调安置在庇护性和过渡性就业，而不是竞争性就业环境中。

(5) 支持性教育：很多精神心理疾病患者因为疾病无法完成学业，为此感到挫败，并且导致竞争力低，就业机会少。支持性教育指安排精神障碍患者到校园上课，接受教育和就业训练。

4. 主动式社区治疗 (Assertive Community Treatment, ACT)

ACT为有慢性严重精神疾病的患者提供了安全保障。其由社会工作者、康复专家、心理咨询师、护士和精神科医生组成的治疗团队（一个多学科小组），为患有严重精神疾病以及不能或不会去医生办公室或诊所寻求帮助的患者提供个体化服务。该服务在患者家中或附近开展，如在附近的餐馆、公园或商店。这个团队是7*24小时提供服务的。

ACT的其他特点包括提供个性化和灵活的护理，满足患者的需求和喜好，没有时间限制或其他服务限制。特别是在农村地区。

与传统的门诊医生或个案经理相比，ACT团队的工作对象也较少，这有助于提供频繁的访问和更个性化、更全面的护理方法。由于这些原因，ACT通常用于那些对服务的参与度不高，导致经常复发或社会混乱（例如无家可归；法律困难，包括监禁）的人。



第七章 精神健康相关公益组织

(一) 精神健康公益行业现状

由政府和市场为心理健康服务的主体地位已经受到广泛认可，社会组织在心理健康服务方面也是重要的主体之一，三者互为补充以更好地为人民群众服务。截止目前，我国精神健康公益领域还存在以下问题：

- (1) 精神健康领域尚未融入大的公益慈善领域（甚至与残障公益领域也存在一定程度的脱钩），公益慈善领域对于精神健康的关注度不够、支持度不够，精神健康领域的社会组织仍旧是以政府购买服务作为主要的筹资来源，缺乏更多来自私立部门与第三部门的资金支持。
- (2) 精神卫生公益发展不成熟，服务群体、服务内容及服务手段均较为单一，项目设计缺乏循证性及科学性，专业素养有待提高。
- (3) 目前国内社会组织针对特殊人群的心理健康服务较少且局限化。
- (4) 精神障碍亲历者及照护者在精神健康公益领域的参与度不够。反观其他医疗健康领域（如罕见病）以及大部分英语国家的精神健康公益服务，亲历者及照护者均占据着相当重要的主导地位。
- (5) 我国不同地区的精神健康社会组织之间缺乏长效沟通机制，存在“孤岛”现象，联合行动与技术交流均较少。

(二) 国内精神健康公益项目案例

联合国儿童基金会-社会情感学习项目

“社会情感学习”项目是中国教育部-联合国儿童基金会自2011年开始的教育合作项目，目的在于引导学校和家庭为孩子创建一个安全、快乐、包容并具有参与性的学习和生活环境，培养孩子积极地认识自我，形成良好的沟通能力，敢于面对困难并知道如何寻求帮助以解决问题。项目在借鉴国际经验的基础上，结合中国实际，形成了具有中国特色的“以促进学生对自我、他人与集体的认知与管理的意识、知识和技能的提升”为目的的社

会情感学习框架。项目以中国的广西、云南、贵州、新疆、重庆五个省的250多所小学作为试验学校。通过实证研究手段，了解学生社会情感发展现状，分析学校制度与管理、课堂教学、学校氛围、家校合作等相关影响因素；通过社会情感学习的理论培训，基于学校管理的改进、教学模式与校本课程的开发、家校合作等支持性的学校氛围的建设，在校内外形成“相互尊重、理解和支持”的人际关系与积极氛围，培养学生自信心、责任意识，建立积极的人际关系，有效地面对成长过程的挑战，促进学生身心的全面协调发展。

日慈公益基金会-心灵魔法学院

日慈公益基金会的“心灵魔法学院”项目是一项专注于乡村儿童心理健康的公益项目。该项目以积极心理学和社会情感学习（SEL）为理论基础，旨在通过课程研发和教师赋能体系搭建，与当地乡村教育公益组织、地方教育部门及乡村教师合作执行落地，培育乡村心理健康教育师资，为1-9年级乡村学生开展心理健康教育活动。

项目自2017年正式执行以来，围绕“自我认知”、“情绪管理”和“人际关系”三个核心维度已研发十几套课程包，覆盖1-9年级。在此期间，项目为超过33万名孩子提供了心理健康课程，项目点已遍及全国30个省市。通过项目实施，学生在自尊自信、情绪管理能力、人际管理能力等方面均有显著性的提升。

北京大学第六医院-Care For Family项目（CAFF花园）

北京大学第六医院的“Care For Family”项目（简称CAFF花园）是国内首个为严重精神障碍患者家庭及其未成年子女提供服务的公益项目。该项目由北京大学第六医院的三位精神科医师——于欣、马弘、管丽丽于2017年联合发起，并在2018年4月在昆明正式启动。

项目为精神障碍患者的子女（Children of Parents with Mental Illness, 简称COPMI）提供支持，这些孩子背负着遗传风险，同时面临父母患病后的陪伴缺失、情感忽视甚至暴力，他们的家庭通常贫困并经常受到社会歧视。CAFF花园项目的宗旨是“伴成长，待花开”，其使命在于提供有循证依据的公益服务，关爱有精神障碍患者的家庭。项目的愿景是打破精神疾病的代际传递，使每一个家庭都能成为陪伴孩子成长的花园。

香江社会救助基金会-香江心灵成长计划

“香江心灵成长计划”是国内最早关注乡村儿童心理健康的公益项目，率先研发全国首套乡村儿童专业心理课程体系，并提供配套解决方案的心理健康公益项目，迄今已服务729所乡村学校，各省市项目合作点34家，陪伴8万名乡村儿童开展心灵探索，覆盖18省

48市96区县。项目以实施乡村儿童心理健康课程体系为核心，培养童心教师、童心陪伴者（社工及志愿者）为乡镇儿童开展日常授课，并通过政策倡导、家校协作、专业赋能、社会支持四方面，为童心教师、童心陪伴者提供专业赋能及资源滋养。

项目持续探索系统化解决方案，携手各县域教育部门开设多个子项目，联动实现心理健康闭环服务，通过“爱暖童心”为乡村儿童提供专业一对一心理咨询，通过“心理健康校园行”为学校提供心理知识科普，通过“心灵探索家营地”为假期留守儿童提供心灵陪伴，通过“心灵云陪伴”为疫情下的乡村儿童提供线上辅导。

尚善公益基金会-抑路前行

“抑路前行”是尚善公益基金会联合全国多家民间抗郁组织联合发起的公益项目，旨在打破疆界、汇集力量，共同为抑郁症患者提供更多更全面的帮扶，包括线上线下的精神健康知识普及和抑郁症患者的疗愈活动，并提升全社会对抑郁症的认知力和应对力，为9000万抑郁症患者构建一个多维度的社会支持系统。项目从2018年开始，参与民间组织超过30家，累计开展线上线下公益活动上千场，直接惠及抑郁症患者超十万人。

上海市精神卫生中心-600号画廊

“600号画廊”最早创办于2021年8月，是上海市精神卫生中心推出的一项集艺术、科普、人文于一体的特色项目。迄今为止，画廊聚焦双相情感障碍、阿尔茨海默病等精神疾病和社会心理，举办了多场精神障碍主题艺术展。这个项目旨在通过艺术作品展示，成为公众了解精神疾病和精神障碍患者的窗口，减少社会的刻板印象。画廊位于院区6号楼日间康复中心的1楼走廊，这个空间之前较为阴暗，通过改造变得温暖和明亮。上海市精神卫生中心计划将“600号画廊”打造成一个长期持续的文化项目，并与社会公益组织、艺术机构、策展人等合作，举办更多的跨界对话、研讨会与科普宣讲会等活动。

香港新生精神康复会-REFOCUS项目

“REFOCUS”项目是一个致力于推动精神健康复元的计划，旨在帮助精神健康问题的个体重拾自信、恢复生活能力和融入社会。这个项目特别注重通过个性化支持和技能培训，帮助参与者实现个人复元目标，提升他们的自我管理能力和社会参与度。项目在香港新生精神康复会（The Hong Kong Association of Mental Health, HKAMH）的推动下，提供了一个以复元为导向的精神健康服务模式，帮助许多精神健康问题的个体重建生活、恢复自信，并融入社会。这一项目不仅关注精神疾病的治疗，更关注个体的全面康复和社会融入，体现了现代精神健康服务中日益重视的“以人为中心”和“以复元为导向”的理念。

附录

(一) 精神健康相关政策

《中华人民共和国精神卫生法》，自2013年5月1日起施行。最新版本是根据2018年4月27日第十三届全国人民代表大会常务委员会第二次会议《关于修改〈中华人民共和国国境卫生检疫法〉等六部法律的决定》修正，自公布之日起施行。

一般性心理健康与精神卫生政策

发布日期	名称
2025.4.25	《儿科和精神卫生服务年”行动方案（2025-2027年）》
2025.4.8	《关于开展“儿科和精神卫生服务年”行动（2025-2027年）的通知》
2024.12.6	《关于应用“12356”全国统一心理援助热线电话号码的通知》
2020.8.31	《探索抑郁症防治特色服务工作方案》
2020.8.31	《探索老年痴呆防治特色服务工作方案》
2019.7.9	《健康中国行动（2019-2030年）心理健康促进行动》
2019.12.18	《健康中国行动——儿童青少年心理健康行动方案(2019-2022年)的通知》
2016.12.30	《关于加强心理健康服务的指导意见》
2015.6.4	《全国精神卫生工作规划（2015-2020年）》

学生心理健康相关政策

发布日期	名称
2023.4.20	《关于全面加强和改进新时代学生心理健康工作专项行动计划（2023-2025年）》
2021.7.7	《关于加强学生心理健康管理工作的通知》
2018.7.4	《高等学校学生心理健康教育指导纲要》
2012.12.7	《中小学心理健康教育指导纲要(2012年修订)》

社会心理服务相关政策

发布日期	名称
2018.11.16	《关于印发全国社会心理服务体系建设试点工作方案的通知》

严重精神障碍相关政策

发布日期	名称
2018.5.28	《严重精神障碍管理治疗工作规范(2018年版)》
2013.7.29	《严重精神障碍发病报告管理办法(试行)》
2012.5.9	《关于印发<重性精神疾病防治培训管理办法>的通知》
2004	《中央补助地方卫生经费重性精神疾病管理治疗项目》

社区康复相关政策

发布日期	名称
2025.1.10	《精神卫生福利机构管理办法》
2023.12.19	《精神障碍社区康复服务资源共享与转介管理办法》
2022.3.1	《中国残疾人康复协会关于批准发布<成年精神残疾人康复服务规范>等4项团体标准的公告》
2022.12.29	《关于开展“精康融合行动”的通知》
2021.8.16	《“十四五”残疾人康复服务实施方案》
2020.12.28	《关于印发<精神障碍社区康复服务工作规范>的通知》
2020.12.25	《关于积极推行政府购买精神障碍社区康复服务工作的指导意见》
2019.11.25	《残疾人社区康复工作标准》
2017.10.26	《关于加快精神障碍社区康复服务发展的意见》

危机干预相关政策

发布日期	名称
2021.1.8	《心理援助热线技术指南（试行）》

精神卫生诊疗规范

发布日期	名称
2020.11.23	《精神障碍诊疗规范(2020年版)》
2013.12.23	《精神障碍治疗指导原则(2013年版)》
2013.12.23	《心理治疗规范(2013年版)》

（二）资源及工具清单

常用手册

- 《问题管理家》（Problem Management Plus, PM+）：为社区中面对逆境困扰的成人提供个体的心理帮助（通用现场试验版1.1）
- 《团体问题管理家》（Group Problem Management Plus, Group PM+）：为社区中面临逆境困扰的成人提供团体的心理帮助（通用现场试验版 1.0）
- 《抑郁症团体人际关系治疗手册》（Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression）
- 《压力之下，择要事为之：图解指南》（Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide）
- 社会情感学习项目：<https://www.unicef.cn/documents/sel-resources>

科普书籍

- 《没有精神科医生的地方：实用精神健康服务手册》
- 《他不知道他病了：协助精神障碍者接受治疗》
- 《走出双相情感障碍：应对躁郁生活的日常指南》
- 《情绪障碍跨诊断治疗的统一方案：自助手册》
- 《儿童情绪障碍跨诊断治疗的统一方案：自助手册》
- 《青少年情绪障碍跨诊断治疗的统一方案：自助手册》
- 《当家人患有强迫症》
- 《阿尔兹海默病：你和你家人需要知道的》
- 《惊恐症：你和你家人需要知道的》
- 《精神分裂症：你和你家人需要知道的》
- 《战胜暴食的CBT-E方法》
- 《告别情绪性进食的DBT方法》
- 《帮助孩子战胜进食障碍》
- 《阿斯伯格综合症完全指南》
- 《分心不是我的错》

精神疾病分类与诊断标准

- 《精神、行为与神经发育障碍临床描述与诊断指南（ICD-11）》
- 《精神障碍诊断与统计手册（第5版）（DSM-5）》

参考文献

- [1].World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. World Health Organization.
- [2].World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization.
- [3].World Health Organization. (2003). Organization of service for mental health. Geneva: WHO.
- [4]. 国家卫生健康委员会 . (2015). 国家心理健康工作规划(2015—2020 年) [EB/OL].
- [5].World Health Organization. (n.d.). Mental health: Strengthening our response [EB/OL].
- [6]. 中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会 . (2012). 精神卫生法(2012 年施行) [EB/OL].
- [7].Patel, V., & Hanlon, C. (2018). Where there is no psychiatrist: A mental health care manual (2nd ed.). Cambridge: Royal College of Psychiatrists.
- [8].World Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Health Organization.
- [9].Huang, Y., Wang, Y., Wang, H., et al. (2019). Prevalence of mental disorders in China: A cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6, 211–224.
- [10].Jia, L., Quan, M., Fu, Y., Zhao, T., Li, Y., Wei, C., ... & Jia, J. (2020). Dementia in China: Epidemiology, clinical management, and research advances. *The Lancet Neurology*, 19(1), 81–92.

- [11].Li, F., Cui, Y., Li, Y., Guo, L., Ke, X., Liu, J., Luo, X., Zheng, Y., & Leckman, J. F. (2021). Prevalence of mental disorders in school children and adolescents in China. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- [12].Hu, S., Mueller, I., Yao, H., Wang, Y., Pan, L., et al. (2025). The disability-adjusted life years attributable to mental disorders and self-harm in China from 1990–2021. *PLOS Mental Health*, 2(4), e0000146.
- [13].Dong, W., Liu, Y., Bai, R., Zhang, L., & Zhou, M. (2025). The prevalence and associated disability burden of mental disorders in children and adolescents in China. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 55, 101486.
- [14]. 汪洋帆 , 胡银环 , 路少玉 , 刘莎 , 冯显东 , 王慧 . (2025). 1990—2021 年中国老年人群精神障碍疾病负担趋势分析 . *预防医学* , 37(2), 109–112, 117.
- [15].World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. World Health Organization.
- [16]. 国家卫生健康委员会 . (2022). *中国卫生健康统计年鉴* .
- [17].Zhou, H., Xu, X., Yan, W., & Zou, X. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder in China. *Neuroscience Bulletin*, 36(9), 961–971.
- [18]. 费立鹏 . (2022). 国内外自杀预防研究的进展与思考 . *广西医科大学学报* , 9.
- [19].Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- [20].Bolton, J. (2014). Case formulation after Engel – The 4P model. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 21(3), 179–189.
- [21].World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization.

[22].Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., et al. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90.

[23].Koenen, K. C., et al. (2013). A life course approach to mental disorders. Oxford University Press.

[24].Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., et al. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05. *The Lancet*, 373(9680), 2041–2053.

[25]. 史晨辉 , 马宁 , 王立英 , et al. (2019). 中国精神卫生资源状况分析 . 中国卫生政策研究 , 12(2), 51–57.

[26].Cao, X. L., et al. (2017). The prevalence of insomnia in the general population in China: A meta-analysis. *PLOS One*, 12(2), e0170772.

[27]. 国家卫生健康委员会 . (2021). 中国卫生健康统计年鉴 .

[28]. 陈润滋 , 马宁 , 王云锋 , et al. (2024). 2020 年中国内地精神卫生医疗机构心理治疗和心理咨询服务资源现状 . 中国公共卫生 , 40(8), 969–973.

[29].Lu, J., Xu, X. F., Huang, Y. Q., et al. (2021). Prevalence of depressive disorders and treatment in China: A cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 981–990.

[30]. 齐雪君 , 曾庆枝 , 缪菊明 , 等 . (2018). 上海市居民精神卫生知识知晓度调查：2011–2013 年变化 . 中国神经精神疾病杂志 , 44(10), 594–599.

[31].World Health Organization. (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO.

[32].Fisher, J., Cabral de M. M., Patel, V., et al. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139G–149G.

[33].Bell, R., Donkin, A., & Marmot, M. (2013). Tackling structural and social issues to reduce inequalities in children’s outcome in low- and middle-income countries. UNICEF.

[34].Fryers, T., & Brugha, T. (2013). Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 1–50.

[35].Wickrama, K. A., Conger, R. D., Lorenz, F. O., & Jung, T. (2008). Family antecedents and consequences of trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(4), 468–483.

[36].Field, E., Pande, R., Papp, J., & Park, Y. J. (2012). Repayment flexibility can reduce financial stress: A randomized control trial with microfinance clients in India. *PLOS One*, 7(9), 1–7.

[37].Marmot Review Team. (2010). Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010. Marmot Review.

[38].World Economic Forum & Harvard School of Public Health. (2011). Global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum.

[39].World Health Organization. (2022). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact. Scientific Brief 2.

[40]. 广东省日慈公益基金会 . (2021). 儿童心理健康教育公益领域扫描报告 .

[41].World Health Organization & UNICEF. (2021). Helping adolescents thrive toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours.

[42].World Health Organization. (2022). Caregiver skills training for families of children with developmental delays or disabilities: Adaptation and implementation guide.

[43].World Health Organization. (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines.

[44].World Health Organization. (2020). Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: Helping adolescents thrive.

[45].World Health Organization. (2022). WHO guidelines on mental health at work: Executive summary.

[46].Yonkers, K. A., Smith, M. V., Forray, A., et al. (2014). Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiatry*, 71(8), 897–904.

[47].Hodnett, E. (2002). Pain and women’s satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 106(5), S160–S172.

[48].Evans, M., Donelle, L., & Hume-Loveland, L. (2012). Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 405–410.

[49].Geller, P. A., Kerns, D., & Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: A review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 35–45.

[50].Lim, C. E. D., & Cheng, N. C. L. (2011). Clinician’s role of psychological support in helping parents and families with pregnancy loss. *Journal of the Australian Traditional Medicine Society*, 17(4), 215–217.

[51].Shreffler, K. M., Greil, A. L., & McQuillan, J. (2011). Pregnancy loss and distress among U.S. women. *Family Relations*, 60, 342–355.

[52]. 陶建青 , 等 . (2018). 我国产后抑郁患病率的 Meta 分析 . 中国健康心理学杂志 , 26 (2), 171–174.

- [53].Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285.
- [54].Leung, W. C., Kung, F., Lam, J., et al. (2002). Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 79(2), 159–166.
- [55]. 北京同志中心 . (2014). 中国同志心理健康报告 .
- [56]. 北京同志中心 . (2015). 精神卫生与心理咨询从业人员对性少数群体态度的调研报告 .
- [57]. 联合国开发计划署 . (2016). 中国性少数群体生存状况调查报告 .
- [58]. 北京同志中心 . (2017). 中国跨性别群体生存现状调查报告 .
- [59]. 何纳 . (2021). 中国艾滋病流行病学研究新进展 . *中华疾病控制杂志* , 25(12), 1365–1368, 1480.
- [60].UNAIDS & World Health Organization. (2022). Integration of mental health and HIV interventions: Key considerations.
- [61].World Health Organization. (2021). Scoping consultation on noncommunicable diseases and mental health conditions in people living with HIV: Meeting report.
- [62].World Health Organization. (2018). Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity.
- [63].World Health Organization. (2020). Group Problem Management Plus (Group PM+): Group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity.
- [64].World Health Organization & Columbia University. (2016). Group Interpersonal Therapy (IPT) for depression.

[65].World Health Organization & UNICEF. (2022). Global case for support – Joint programme on mental health and psychosocial well-being and development of children and adolescents.

[66].World Health Organization. (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.

[67].World Health Organization. (2018). Dementia toolkit for community workers in low- and middle-income countries.

[68].Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). Trauma-Informed Approach: Improving care for people living with HIV. Facilitator’s Manual.

[69].World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches.

[70].World Health Organization. (2019). Person-centred recovery planning for mental health and well-being: Self-help tool.

[71].World Health Organization & UNHCR. (2015). mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management in humanitarian emergencies.

[72].World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health service networks: Promoting person-centred and rights-based approaches.

[73].World Health Organization. (2021). Community outreach mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches.

[74].World Health Organization. (2021). Mental health crisis services: Promoting person-centred and rights-based approaches.

[75].World Health Organization. (2019). Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance.

[76].World Health Organization. (2019). Supported decision-making and advance planning: WHO QualityRights specialized training.

[77].World Health Organization. (2019). Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training.

[78].World Health Organization. (2021). Community mental health centres: Promoting person-centred and rights-based approaches.



工 作 组：黄可欣 乔可欣 王龙玺
校 对：马里千
设计排版：丁嘉伟

内部刊物，仅供交流
版权所有，请勿盗用

