

IASC

机构间常设委员会
紧急情况下精神卫生和社会心理支持咨询团(IASC)

人道主义紧急情况下的 精神卫生和 社会心理支持：

人道主义卫生行动者应该知道些什么？



致谢：

本文件是在与机构间常设委员会全球健康工作组磋商的基础上，由机构间常设委员会精神卫生和社会心理支持咨询团编制。

世界卫生组织心理卫生和药物滥用部（意大利政府提供资金支持）为本文编制提供了大量人力。

封面照片：© 国际救援委员会（左）和联合国儿童基金会（中）

建议引用

机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持咨询团（2010）。人道主义紧急情况下的精神卫生和社会心理支持：人道主义卫生行动者应该知道些什么？日内瓦。

人道主义紧急情况下的 精神卫生和社会心理支持：

人道主义卫生行动者应该知道些什么？

IASC

机构间常设委员会
紧急情况下精神卫生和社会
心理支持咨询团(IASC)

2010

目 录

1. 简介	1
1.1 背景	1
1.2 紧急情况影响	2
1.3 原则	3
2. 精神卫生和社会心理支持矩阵：紧急情况下的最低应对措施概述	4
3. 协调和评估	6
3.1 协调	6
3.2 评估	7
4. 与卫生部门相关的精神卫生和社会心理支持基本知识	9
4.1 社区动员和支持	9
4.2 提供普通卫生服务时考虑心理因素	10
4.3 初级卫生保健中对严重精神障碍病人的照料	11
4.4 精神药物	12
4.5 初级卫生保健卫生信息体系	12
4.6 收容机构的人	13
4.7 酒精和其他药物	13
4.8 与其他治疗系统的联系	14
5. 实施中的挑战：能做和不能做的事	14
6. 卫生部门开展的紧急情况之后的康复活动	16
7. 人力资源	17
7.1 招募	17
7.2 为援助工作者提供精神卫生与社会心理支持的介绍与培训	18
7.3 工作人员和志愿者福利	19
8. 主要工具及资源	20
附录一：世界卫生组织《基本药物目录》中相关药物（2009）	22
附录二：联合国难民署（2009）卫生信息体系病例定义	23

1. 简介

1.1 背景

本文件供面临人道主义危机的国家及国家以下级别的人道主义卫生行动者使用。本文件适用于卫生系统的合作伙伴，包括政府及非政府卫生服务提供者。

依据《机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南》（IASC, 2007），本文件为人道主义卫生行动者在紧急情况下进行精神卫生和社会心理支持提供了概述性的基本知识。如适用，管理者需确保卫生工作人员以本文件相关内容为行为导向。

“社会心理”这一术语表示心理过程和社会过程之间的相互联系及其持续的相互作用和相互影响的事实。本文件中，精神卫生和社会心理支持（MHPSS）这一复合术语是指，旨在保护和促进社会心理健康，预防或治疗精神障碍的所有形式的本土的或外部的支持。

社会支持对于紧急情况下精神卫生和社会心理健康的保护和支持是必不可少的，并且应该通过多个部门（如难民营管理、教育、食品安全和营养、健康、保护、住所、水和环境卫生）予以组织。鼓励人道主义卫生行动者向来自其他领域/群体/部门的同事倡导《机构间常设委员会指南》及其关键信息，从而确保采取适当行动化解影响精神卫生和社会心理健康的社会危险因素。

对于具体而紧急的问题还需提供必要的临床心理和精神干预。其中精神干预只能在卫生领域精神卫生专业人员的领导下实施。

在普通卫生应对中纳入精神卫生和社会心理健康考虑因素将保护幸存者的尊严，并提升普通卫生应对的效果。

1.2 紧急情况影响

紧急情况通常会造个人、家庭、社区和社会层面的广泛问题。在各个层面，紧急情况往往会削弱保护支持体系，增加各种问题的风险，而且可能会加剧先前存在的社会不公平和不平等问题。例如，洪水等自然灾害会让贫困人群遭受更大的灾难，因为他们可能生活在相对更为危险的地区。

紧急情况下的精神卫生和社会心理问题密切相关，这些问题的性质可能主要涉及社会范畴或心理范畴。社会范畴中的重要问题包括：

- 先前存在的社会问题（紧急情况前已经存在的问题），（例如极端贫困；属于受歧视或被边缘化的社会群体；政治压迫）；
- 紧急情况所引发的社会问题（例如，家庭成员分离，社会网络的破坏，社区结构、资源和以及人们之间的信任遭到破坏，基于性别的暴力的增加）；
- 人道主义援助引起的社会问题（例如，破坏社区结构或传统的支持机制）。

同样，心理范畴的重要问题包括：

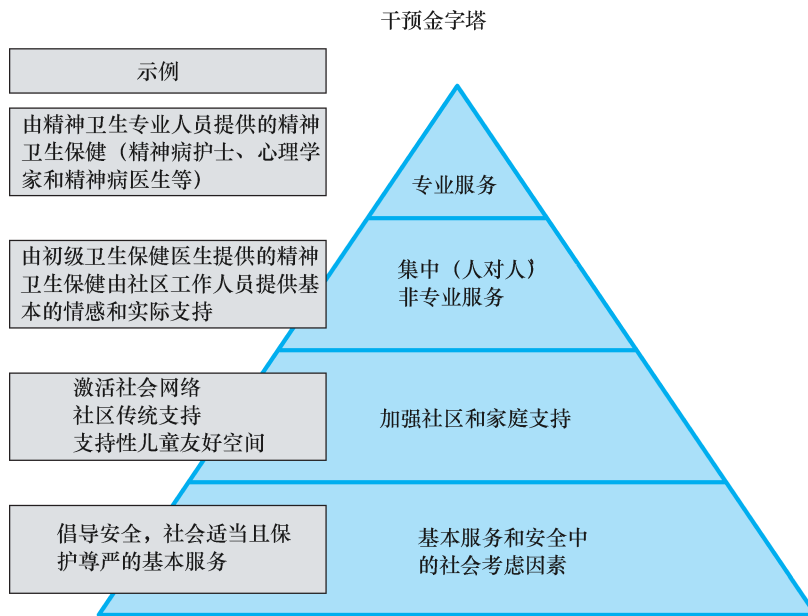
- 先前存在的问题（例如，严重的精神障碍；酒精滥用）；
- 紧急情况所引发的问题（例如，悲伤、非病理性的应激、抑郁和焦虑障碍，包括创伤后应激障碍）；
- 人道主义援助相关的问题（例如，由于缺乏食品分配信息而导致的焦虑）。

因此，紧急情况下的精神卫生和社会心理问题远远超出了创伤后应激障碍所涵盖的内容。选择性聚焦在这两个范畴问题上是不合适的，这会忽略紧急情况下许多其他精神卫生和心理支持问题，也会忽视群体所拥有的资源。成年、未成年男女均有其支持精神卫生和社会心理健康的资源。精神卫生和社会心理健康工作中通常出现的问题是忽视了这些群体所拥有的资源，而仅仅强调受影响群体的脆弱、困扰和病症。很重要的一点是要了

解当地资源的性质，弄清楚它们是有利资源还是有害资源，以及人们能在多大程度上利用这些资源。

1.3 原则

图1. 紧急情况下精神卫生和社会心理支持干预金字塔（各层解释，参见《机构间常设委员会指南》第12-13页）



在紧急情况下，人们往往受到不同方面的影响，因而需要不同类型的支持。组织精神卫生和社会心理支持的关键在于建立多层次且相互补充的支持体系，从而满足不同群体的需求（见图1）。金字塔的各层都非常重要，各层的支持活动最好能同时开展。

另一个关键原则是在紧急情况的早期阶段，建立当地能力，支持自

助，以及充分利用现有资源。在可能的情况下，人道主义卫生行动者需要着力加强政府和民间社会的能力。在干预金字塔图表的每一层，重要任务包括识别、动员并加强个人、家庭、社区和社会的相关技能和能力。

尽可能地将活动和项目纳入到更广的体系（例如，现有的社区支持机制、正式和非正式的教育体系、普通卫生服务、普通精神卫生服务，以及社会服务等）。过多的独立服务项目会造成整个支持体系的高度分化，例如，仅仅针对被强奸幸存者的支持项目或做过专门诊断的患者将导致问题增多。将活动纳入到更广的体系可能会使更多的人受益，而且活动常常能够保持更好的持续性，并会减少给特定群体带来的耻辱感。

2. 精神卫生和社会心理支持汇总表：紧急情况下的最低应对措施概述

应实施若干最低应对措施。这些干预措施总结在表1中。卫生部门参与的核心活动用蓝色斜体突出显示。在可行的情况下，卫生部门可涉及任何其他行动，特别是社区动员和支持领域的活动。《机构间常设委员会指南》就每项最低应对措施的实施提供了指导。

表1：机构间常设委员会紧急情况下最低应对措施指南（《机构间常设委员会指南》，20-29页）

领域	A. 共同功能
1 协调	<i>1.1 建立跨部门精神卫生和社会心理支持协调机制</i>
2 干预前评估、监督和干预后评估	<i>2.1 评估精神卫生和社会心理问题</i> <i>2.2 启动参与式监测与评估系统</i>
3 保护和人权标准	<i>3.1 通过精神卫生和社会心理支持工作体现人权框架</i> 3.2 通过社会保护识别、监测、预防和应对人权保护上的威胁和失败 3.3 通过法律保护识别、监测、预防和应对人权保护上的威胁和滥用

表1：机构间常设委员会紧急情况下最低应对措施指南（《机构间常设委员会指南》，20-29页）（续表）

4 人力资源	<p>4.1 确定并招募工作人员，并吸纳了解当地文化的志愿者</p> <p>4.2 强制执行工作人员行为准则和伦理指南</p> <p>4.3 为援助工作人员组织精神卫生和社会心理支持的介绍和培训</p> <p>4.4 预防和处理工作人员和志愿者在精神卫生和社会心理方面遇到的问题</p>
领域	B. 核心精神卫生和社会心理支持
5 社区动员和支持	<p>5.1 为社区动员、社区对应急反应的主导与控制</p> <p>5.2 促进社区自助和社会支持</p> <p>5.3 为开展适宜的集体文化、精神和宗教治疗实践提供条件</p> <p>5.4 促进对年幼儿童（0-8岁）及其照顾者的支持</p>
6 卫生服务	<p>6.1 在提供普通卫生服务时考虑特定的心理和社会性因素</p> <p>6.2 为患有严重精神障碍的人提供照料</p> <p>6.3 为机构中严重精神障碍患者和其他精神和神经残疾的人提供保护和照料</p> <p>6.4 了解当地的、本土的和传统的卫生体系，并在适当时与之合作</p> <p>6.5 尽可能减少与酒精和其他物质滥用相关的伤害</p>
7 教育	7.1 加强安全和支持性教育的可及性
8 信息传播	<p>8.1 为受影响的人群提供紧急情况、救援努力和法律权利方面的信息</p> <p>8.2 提供获取有关积极应对措施的信息的渠道</p>
领域	C. 各部门的社会考虑因素
9 食品保障和营养	9.1 在提供食品和营养支持时考虑具体的社会和心理因素（安全、有尊严的、文化上和社会上合适的援助）
10 住所和场地规划	10.1 在以协调方式进行场地规划和住所提供时需要考虑的具体的社会因素（安全、有尊严的、文化上和社会上合适的援助）
11 供水和卫生	11.1 在水和卫生的提供中需要考虑的具体的社会因素（所有人都能够以安全和符合文化习惯的方式有尊严地获取）

3. 协调和评估

3.1 协调（《机构间常设委员会指南》，行动表1.1）

精神卫生和社会心理支持活动需要不同行动者之间的部门间协调。精神卫生和社会心理支持协调机制应该符合当地背景。应该具备使来自不同行动者之间的部门间定期会面，以协调其精神卫生和社会心理支持计划和行动的机制。

精神卫生和社会心理支持涉及需要讨论并纳入到不同行动者或部门工作计划的活动，因为这些活动是不同行动者或部门（如卫生、保护和教育）的核心组成部分。有关行动者应该对精神卫生和社会心理支持活动负责。将精神卫生和社会心理支持项目纳入相关行动者（如卫生、保护和教育）紧急或机构间常设委员会的年度联合呼吁程序文件的有关章节十分重要。该类文件不应有单独的精神卫生和社会心理支持章节，且精神卫生和社会心理支持也不应为独立行动者所创建。

《机构间常设委员会指南》建议建立独立的跨部门精神卫生和社会心理支持协调小组。在有多个精神卫生和社会心理支持行动者存在的地方组建精神卫生和社会心理支持协调小组是适当的。协调小组必须要有责任范围。不同行动者的关键实施问题应由组建的协调小组解决。当只有少数几个精神卫生和社会心理支持行动者时，则不宜组建跨领域精神卫生和社会心理支持协调小组。这种情况下，重要的是组织来自不同领域精神卫生和社会心理支持行动人员召开例会或建立精神卫生和社会心理支持联络人系统，在此系统下来自各相关行动者或部门的联络人定期会面。

值得注意的是，无论从政治角度出发还是从实践角度考虑，精神卫生和社会心理支持协调小组组长最好由卫生部门和保护部门联合担任（或在难民营情况下由卫生部门和社区服务部门联合担任）。领导机构应当具备在精神卫生和社会心理支持领域的丰富知识，并熟悉包容性强的协调过程（例如，避免由某一种方式或某一部门支配）。精神卫生和社会心理支持协调小组

应该与所有行动者或部门合作以确保其活动促进精神卫生和社会心理健康。

3.2 评估（《机构间常设委员会指南》，行动表2.1）

机构间常设委员会机构间快速评估（IRA）：现场评估表是各行动者在突然发生重大紧急情况后的前几周内用来评估人道主义情况的标准跨部门工具。就卫生领域的精神卫生和社会心理支持而言，急需回答的问题是精神病院或其他机构（如老人院、孤儿院）是否被遗忘或遗弃，无法获得饮水、食物、身体健康保健或免受暴力和虐待方面的保护。因此评估者在进行机构间快速评估时需走访该类机构，这点至关重要。

全球卫生群体卫生资源可用性测绘系统（HeRAMS）是支持数据收集和分析进而促进和支持卫生资源和服务实现良好筹划的工具。全球卫生群体卫生资源可用性测绘系统根据保健水平和卫生分支机构在每个服务点提供关于卫生设施、移动诊所、基于社区的干预措施的卫生服务一览表。该系统含有在社区保健、初级、二级和三级医疗水平下具体的精神卫生一览表项目。

此外，还有精神卫生和社会心理支持工具的试点测试版以具体安排“在什么时间之前谁在哪儿做什么”（4W问题）。这一工具可用来收集所有精神卫生和社会心理支持活动的更多详细信息，包括其他部门的活动信息。这一工具通过提交申请可从机构间常设委员会（IASC）精神卫生和社会心理支持咨询团获取，并可与全球卫生群体卫生资源可用性测绘系统相关联。

大多数精神卫生和社会心理支持评估都是在重大突发紧急情况发生的几周甚至是几个月后才进行。只要有可能，应将问题纳入不同行动者评估中，因为在其他援助领域，也需要对精神卫生和社会心理支持评价进行协调。各组织应首先决定已经完成了哪些评估，并且仅在必要的情况下设计进一步的精神卫生和社会心理支持现场评估。在大多数紧急情况中，不同的组织（政府部门、联合国机构、非政府组织等）会在广泛的地域收集精

表2：核心评估信息总结

信息类型	包括
有关人口和背景信息 ¹	<ul style="list-style-type: none"> • 人口总数以及处于危险境地的特定群体的人口总数（如必要，了解他们所在的位置） • 死亡率以及造成死亡的因素（威胁） • 基本生理需求（食物、住所、水和环境卫生以及医疗服务）和获得教育的机会 • 侵犯人权和保护性框架 • 社会、政治、宗教和经济方面的结构和动态特征（例如，安全和冲突问题，包括社区中的民族、宗教、阶级和性别冲突问题） • 生计活动和日常社区生活的改变 • 有关文化资源、习俗、文化作用和态度方面的基本信息（包括哀悼方式，人们对精神障碍、基于性别的暴力以及求助行为的态度）
紧急情况中的体验	<ul style="list-style-type: none"> • 人们在紧急情况中的体验（人们对紧急情况及其重要性、导致的原因和预计产生的影响的看法）
精神卫生和社会心理问题	<ul style="list-style-type: none"> • 心理困扰和社会困扰的表现，包括行为和情感问题（例如，攻击行为、离群索居、睡眠问题），以及困扰的地方性表述 • 日常功能受损的征象 • 社会团结和支持机制受到破坏（例如，社会支持形式遭到破坏、家庭冲突、暴力、共同的价值观受到破坏） • 严重精神障碍患者的信息（例如，通过卫生服务信息系统获得）精神卫生和社会心理健康的现有资源 • 人们自助和帮助他人的方式 • 人们以往应对逆境的方式 • 社会支持类型和促进社区团结的要素
组织能力和活动	<ul style="list-style-type: none"> • 卫生部门精神卫生服务的结构、地点、人员配备和资源（见世界卫生组织《精神卫生资料集》）以及紧急情况对服务的影响 • 教育和社会服务中的社会心理支持项目的结构、地点、工作人员和资源，以及紧急情况对服务的影响 • 了解社区行动者的社会心理工作技能 • 了解潜在的合作者以及以往精神卫生和社会心理支持培训的范围、内容和质量 • 了解紧急情况下精神卫生和社会心理支持项目项目需求与机会 • 不同利益相关者的建议 • 这份指南中列出的各种主要行动在多大程度上得到了执行 • 卫生、社会、教育、社区和宗教部门内部和部门间转介机制的功能状况

1. 信息通常情况下可以从现有的报告中获取。

**8 人道主义紧急情况下的精神卫生和社会心理支持：
人道主义卫生行动者应该知道些什么？**

神卫生和社会心理支持各个方面的信息。协调小组应该帮助明确哪些机构在哪里，以及收集哪方面的信息，同时尽可能确保收集到受影响地区所有在表2中列出的信息。

收集表2中总结的信息时，快速参与性评估的一般原则适用。相关数据收集的定性方法包括文献回顾、小组活动（例如，焦点小组讨论）、主要信息人访谈、观察和实地考察。定量方法，例如简短的问卷，对卫生体系中现有信息进行分析等同样是有用。

关于评估紧急情况所引发的精神障碍比例分布的调查具有挑战性，需要大量资源，而且常常具有争议性。经验表明，需要具备大量的专业技能来开展稳妥且迅速的精神障碍调查，才能在紧急情况下对项目产生实质性且有意义的影响。

尽管组织妥善的精神障碍调查可以成为综合应对措施的一部分，但是根据《机构间常设委员会指南》，这些调查超出了最低应对措施的范围。最低应对措施是指在紧急情况中必须尽快执行的最为首要的措施。有关调查问题的更加详细讨论以及精神障碍和心理困扰的区分，请参见《机构间常设委员会指南》第45页。

4. 与卫生部门相关的精神卫生和社会心理支持基本知识

4.1 社区动员和支持（《机构间常设委员会指南》，行动表5.1–5.4）

包括卫生部门在内的所有部门肩负着促进社区动员和支持的共同责任。本文件和《机构间常设委员会指南》中的“社区动员”指的是社区内外所做的种种努力，让社区成员（团体、家庭、亲戚、同辈、邻居或其他有共同利益的人）参与到影响他们自身及未来的所有讨论、决策与行动中。社区可能会有很多小群体，他们有不同的需求，并常常会在争取影响

力和权力上相互竞争。协助真正的社区参与需要了解当地的权力结构和社区争端类型，应与不同的小群体一起合作，而避免赋予某个特定群体更多的权力。（参见《机构间常设委员会指南》行动表5.1）

促进社区自助和社会支持是通过参与式乡村评估和其他参与式方法来确定自然发生的社会心理支持和应对及应变的资源。在适当的情况下，支持现有社区倡议，特别是积极鼓励那些旨在为所有受紧急情况影响的社区成员，包括身处最危险境地的人们提供家庭与社区支持的活动。除了社区自己的自发活动之外，还应考虑为所有受紧急情况影响的社区成员，特别是处于最危险境地的成员，提供额外适当倡议活动（参见《机构间常设委员会指南》行动表5.2，5.3和5.4中有关详细指导和众多例证，包括促进年幼儿的社区治疗和支持）。总体而言，自助方法至关重要，在极端事件发生后，拥有对生活的部分控制权，将有助于人们的精神卫生和社会心理健康。

4.2 提供普通卫生服务时考虑心理因素（《机构间常设委员会指南》，行动表6.1）

提供普通卫生服务时应考虑以下行动：

- 与患者交流，对其健康状况和卫生部门内外的相关服务给出清晰、准确的信息。有关交流的复习包括如何以支持性方式传递坏消息和如何处理愤怒、非常焦虑、自杀性、精神病或孤僻病人以及如何应对分享极其私人和情感事件方面的基本知识；
- 通过帮助人们澄清自己的问题，集思广益寻找处理方法，确定选择并评估选择的价值和结果来支持问题管理和授权；
- 运用跟踪、社会和法律服务；
- 将营养不良儿童转到激励项目从而减少发育障碍几率并促进儿童发育。
- 主要通过非药物方法管理医学上无法解释的身体病痛（见资源列表中“没有精神病医生的地方”，第85-101页）；
- 心理急救（PFA），需要基本、非侵入式实用心理支持并且重点在

倾听而不强迫谈话；评估需求并确保基本需求得到满足；鼓励但不强迫重要人物的陪伴；保护免受进一步伤害。心理急救涉及对正在承受痛苦并且在极其紧张事件发生之后可能立即需要支持的同胞的非临床、人性化、支持性应对。其与心理诉谈有很大不同，因为其没有必要涉及对引起悲痛事件的讨论。心理诉谈是一项流行的但有争议的技术（充其量也是无效的），因此不应实施。所有救援人员，特别是卫生工作者应该能够提供最基本的心理急救；

- 在少数案例中，当紧急情况引起严重、极度悲痛，限制基本功能发挥或无法忍受时，很可能需要临床治疗（有关指导，参见“没有精神病医生的地方”）；
- 有关极度悲痛的临床治疗，大多数紧急情况下医生会开出过量的苯二氮卓类药物。在很短的时间内就某些临床问题（如严重失眠）开出这类药物可能是适当的。然而，要注意苯二氮卓类的使用可迅速导致对该类药物的依赖性；
- 在少数情况下，将出现慢性心理障碍或焦虑性障碍（包括严重的创伤后应激障碍）。如果情况严重，则应接受训练有素的临床医生治疗，作为最低应对措施的一部分（如机构间常设委员会行动表6.2所述）。如果情况不严重（如人体机能能够调节并且能够忍受痛苦），则应接受适当的保健作为综合性应对措施的一部分。在适当的情况下，可由附属卫生服务系统的训练有素且有临床督导的社区卫生工作者（如社会工作者、顾问）提供支持。

4.3 初级卫生保健中对严重精神障碍病人的照料（《机构间常设委员会指南》，行动表6.2）

严重精神障碍可能是在紧急情况之前患病的，也可能是由紧急情况引起。患有该类严重精神障碍的病人极其脆弱，并且往往在紧急情况下被遗弃。行动表6.2描述了如何组织严重精神病患者保健的各个方面（如评估问

题、培训和监督问题、服务宣传、告知人群相关服务)。初级卫生保健中组织精神卫生保健的可能服务模式包括:

- 参加政府/非政府组织初级卫生保健团队的精神卫生专业人员;
- 培训并监督本地初级卫生保健工作人员从而将精神卫生保健纳入正常做法并且为其安排专门时间;
- 培训并监督本地初级卫生保健团队中的一个成员(医生或护士)随其他初级卫生保健服务一起提供专职的精神卫生保健。

4.4 精神药物

在初级卫生保健和其他卫生服务中需要确保基本精神药物的供应充足(《机构间常设委员会指南》,行动表6.2)。人道主义卫生行动者应该知道:

- 总体而言,建议使用普通药品,因为在大多数国家这些药品往往比治疗精神病专利药物价格便宜得多,且效果相当。尽管新药物的副作用常常较小,但总体上,坚持使用这些新药物的效果只是稍好于普通药品。
- 精神药物的最小供给量根据世界卫生组织《基本药物示范目录》,应急药箱中应至少备有一份普通抗精神病药、一份抗帕金森药(以应对潜在的锥体外系副作用)、一份抗惊厥/抗癫痫药、一份抗抑郁药和一份抗焦虑药(用于治疗严重的物质滥用和惊厥),所有药品均为片剂。2010机构间紧急医疗包提供了这些药品。

4.5 初级卫生保健卫生信息体系(《机构间常设委员会指南》,行动表6.2)

紧急情况下的初级卫生保健对精神卫生问题患者提供重要支持的机会。应该教会初级卫生保健工作人员使用简单分类记录精神卫生问题。普

通初级卫生保健工作人员很少需要对下述七个类别使用方面的指导（见附件二联合国难民署病例定义）：

- 痉挛/癫痫
- 酒精或其他药物滥用障碍
- 智力迟钝/智力残疾
- 精神障碍
- 严重情绪障碍
- 其他心理疾病
- 医学上无法解释的身体疾病

4.6 收容机构的人（《机构间常设委员会指南》，行动表6.3）

各种紧急情况下精神病医院和其他收容机构中的人往往被遗忘或遗弃，导致他们成为暴力、被忽略和人权侵犯的受害者。在整个危机过程中，卫生部门的领导应检查这类收容机构中的人并解决迫切需要，确保这类人群得到保护和照料。

4.7 酒精和其他药物（《机构间常设委员会指南》，行动表6.5）

当紧急情况下酒精和其他药物滥用导致影响深远的保护、医疗或社会经济问题时，可能需要卫生部门和其他部门合作，采取行动以尽量减少与药物滥用有关的伤害。《机构间常设委员会指南》概述了紧急情况下尽量减少与酒精和其他药物滥用有关的伤害的初始步骤。这些步骤包括评估（见联合国难民署/世界卫生组织，2008）、有害使用和依赖性预防、社区中降低伤害的干预措施以及戒除管理。

4.8 与其他治疗系统的联系（《机构间常设委员会指南》，行动表6.4）

了解并且在适当的情况下与当地、本土和传统治疗系统合作往往也很重要。无论传统治疗方法在临床上有效或有害（这往往根据情况的不同而有所不同），与传统医治者对话都能带来一系列积极结果，包括增加对受影响人群的精神、心理和社会世界的理解，完善转诊制度等等。一些传统医疗者可能回避合作。同时，卫生工作人员可能不赞成或对传统做法怀有敌意，或者可能不了解这些传统做法。尽管在某些情况下，保持距离可能是最好的选择，但是行动表6.4中概述的核心行动可能会促进不同服务系统之间的建设性联系。

5. 实施中的挑战：能做和不能做的事

许多不同紧急情况下的经验表明，一些行动是可取的，而其他行动则应尽量避免（见表3）。卫生项目管理者应熟悉这些能做和不能做的事，并且可将其作为一览表用于项目开发、实施和监测。

表3：能做和不能做的事

能做的事	不能做的事
建立全面的精神卫生和社会心理支持协调机制或小组	不要创建彼此不交流或不协调的独立精神卫生或社会心理支持小组
支持协调性应对，参加协调会议，通过补充他人工作增加价值	不要独立工作或不注意自己的工作与他人工作的协调
收集并分析信息从而决定是否有必要采取应对措施，如果有，应采取怎样的应对措施	不要进行重复评估或不加批判地接受原始数
据根据当地情况量身定制评估工具	不要运用在当地紧急情况影响之下无效的评估工具

表3：能做和不能做的事

(续表)

意识到紧急情况影响人们的方式各不相同。适应性强的人可能感觉还好，而其他人可能受到严重影响并且可能需要专业支持。	不要认为紧急情况下每个人都极度受惊或那些表现得适应性强的人无需支持
用当地语言以安全、支持性且尊重隐私的方式提问	不要重复评估或在不能提供后续支持的情况下询问令人痛苦的问题
注意性别差异	不要认为紧急情况以完全相同的方式影响男性和女性（或男孩和女孩），或者为男性设计的项目对女性而言同样有帮助或同样适用
在招募工作人员和志愿者时了解其简历并来自当地和/或受影响社区中新工作人员开展能力培训	不要采用严重削弱现有当地组织结构的招募做法
开展精神卫生和社会心理支持培训之后，提供后续监督和监测从而确保正确地实施干预措施	如果准备让人们开展复杂心理干预措施，则不要开展没有后续培训的一次性独立培训或时间很短的培训
推动社区自己拥有、自己管理和自行运营项目的开发	不要采用主要将社区人群视为服务受益人的慈善模式
加强地方能力，支持自助并且加强受影响社区中现有的资源	不要破坏或忽视对地方责任和能力的支持
了解并且在适当情况下运用当地文化习俗支持当地人民	不要认为所有当地文化习俗都是有益的或所有当地人都支持特定文化习俗
在适当的情况下使用外来方法	不要认为国外方法就一定更好或将其以边缘化本地支持性做法和信仰的方式强加给当地人民
加强政府能力并且将对紧急情况幸存者的精神卫生保健纳入普通卫生服务，并且如果有的话，纳入社区精神卫生服务	不要为特定人群创建平行的精神卫生服务
为暴露于极端压力之后处于极度悲痛中的人群提供广泛支持，包括心理急救	不要为一般人群中的人们提供一次性、一次会话心理面谈作为暴露于冲突或自然灾害后的早期干预
对初级/普通卫生保健工作者开展良好处方开具和基本心理支持的培训和监督	不要在未经培训和没有监督的情况下提供精神药物或心理支持

表3：能做和不能做的事

(续表)

使用国家基本药物目录中的普通药品	在新的品牌药品应用不广的地方不要引入这些药品
对严重受影响人群确立有效转诊和支持系统	在无法为确定人群提供适当和可及的保健服务时不要对精神障碍患者进行筛查
对有被送进收容机构危险人群开发本地适宜的保健方案	不要将人群收容在专门机构（除非机构是当前用来提供基本保健和保护的毋庸置疑的最后解决措施）
利用机构中的沟通人员促进与受影响人群和外部世界的双向沟通	不要仅利用机构中的沟通人员与外界交流
使用媒体等渠道提供准确信息，从而帮助减少压力并且使人们获得人道主义服务	不要创建或展示大肆渲染人们苦难或使人们处于危险之中的媒体形象
力图将有关社会心理考虑因素纳入到人道主义援助的所有部门	在缺乏多个部门应对机制时，不要只是集中在临床活动上

6. 卫生部门开展的紧急情况之后的康复活动

本文件中描述的四层金字塔（见图1）和多部门框架是紧急情况之后精神卫生和社会心理支持康复工作的基础。不同领域的康复活动在《机构间常设委员会指南》第22-29页展示的汇总情中已有描述。以下是卫生部门具体活动描述。

对于卫生部门而言，紧急情况之后最基本的康复活动为：

- 视情况而定，发起国家精神卫生政策和立法的更新；
- 通过普通卫生保健和以社区为基础的精神卫生服务为各种与紧急情况相关的和以前患有的精神障碍得到精神卫生保健的可用性；
- 努力确保所有新设立的精神卫生服务的可持续性；
- 对于精神病院的病人而言，促进以社区为基础的卫生保健和适当的其他居住安排。

要注意人道主义紧急情况不仅是一个悲剧，而且是建立支持人们的精神卫生系统的巨大机遇，这点很重要。无论如何解读可用的流行病学文献，各种精神障碍率（心境障碍和焦虑性障碍，包括创伤后应激障碍和药物滥用障碍）确实因为紧急情况而上升，因此有理由在受影响的地区建立长期的、基础性的、可持续的社区精神卫生服务。世界上的所有社区都应该具备这类服务，特别是已经受到灾害袭击的地区。阿尔巴尼亚、中国、印度尼西亚、约旦、伊拉克、科索沃、马其顿、被占领的巴勒斯坦地区、秘鲁、斯里兰卡和东帝汶的报告显示紧急情况可以在何等程度上促进可持续的精神卫生保健的长期发展。

尽管大多数保健应该在社区中提供，但自相矛盾的是，最持久的地区水平精神卫生系统的基石之一是配备相应人员的治疗急性精神病的病房。病房往往构成精神卫生活动的核心（a）组织地区范围内社区外展的门诊诊疗（b）支持和监督初级卫生保健诊所中急需的精神卫生活动。因此，在没有精神病住院治疗的地区，作为健康康复投资一部分的新综合医院计划应该包括配备相应人员的急性精神病治疗的病房规划。然而，紧急情况建设（重建）计划有时还涉及建设新的三级保健的精神病医院。不幸的是，这些计划通常是不明智的。当组织和增加社区中精神障碍患者有效治疗的覆盖面工作时，从三级保健到二级和初级护理的精神卫生资源（人员、预算和床位）的分散是一个关键策略。精神卫生保健可持续发展的核心是人力资源。对社区人员（医生、护士、其他初级卫生保健工作者）培训的任何长期投资都应在其课程体系中包括精神卫生。

7. 人力资源

7.1 招募

人道主义行动者会招募精神卫生项目管理人员，负责组织的精神卫生应对。此类人员的个人简介建议如下：

- 获得公共卫生/医学/护理或行为科学/社会科学方面的硕士或博士学位	- 非常了解精神卫生和社会心理支持紧急应对（见《机构间常设委员会指南》中的概述）
- 有项目管理的实地工作经历，以及人道主义环境中的精神卫生和社会心理支持经历	- 非常了解社会支持中不同的文化心态、实践及系统
- 具有中低收入国家卫生部门的实地工作经历	- 非常了解联合国及非政府组织的人道主义团体
- 相关语言知识	- 评价机构间及部门间的合作
	- 具有文化敏感度

《机构间常设委员会指南》行动表4.1关于确定和招募工作人员或志愿者给出了详细的建议。卫生项目管理人员招募的精神卫生和社会心理支持人员应了解当地文化及适当行为模式并对此有深刻的见解。临床或其他任何人际社会心理支持任务应当主要由当地工作人员执行。卫生项目管理人员应运用有效的标准，认真评估寻求到灾区提供服务的国外精神卫生专业人士（非从属于任何机构）的援助申请（见《机构间常设委员会指南》72-73页）。

7.2 为援助工作者提供精神卫生与社会心理支持的介绍与培训

缺乏正确态度与积极性的工作人员，引导与培训不足会对他们所援助的人群产生负面作用。行动表4.3对短期介绍及培训研讨会做出了区分。短期介绍型研讨会（半天或全天研讨会）应向工作在紧急情况各个应对层面上的人及时提供与社会心理需求、问题和现有资源相关的基础的、重要的、功能性的知识与技能。可能的参与者包括所有部门的全体援助工作人员（特别是社会服务、卫生、教育、保护与紧急情况应对部门）。培训研讨会为专业从事精神卫生与社会心理支持的工作人员提供更为广泛的知识与

技能（见金字塔最上面两层）。研讨会的时间不得与提供紧急应对的时间相冲突。

建议使用简短和连贯的累积式学习模式，原因有二：（a）这让工作人员不用长时间远离工作岗位；（b）工作人员在培训课程之间可进行技能操练。每一培训模块仅需几小时或几天（视具体情况而定），之后在支持与督导下开展实地练习，几天或几周后再继续介绍下一个新的模块。在培训型研讨会之后，应始终有实地支持和/或督导。例如，此举可能需要开展在职培训/督导或经常性的督导会议，如新近角色扮演，具有挑战性的临床难题。在未组织后续工作系统的前提下，预先进行精神卫生技能培训是不负责任的。行动表4.3对介绍型和培训型研讨会的组织工作提供了关键性指导（如在开展培训师资质培训项目时，应选择好培训师、学习方法、会议内容及挑战）。

7.3 工作人员和志愿者福利

在紧急情况下，工作人员经常长时间在压力大、安全保障低的环境下工作。许多援助工作者都面临管理与机构支持不足的问题，他们通常将此视为他们最大的压力来源。此外，在其对抗自身厌恶的事情、危险及苦难时，会对人的情绪有甚为苛刻的要求，这将对工作人员的心理健康和身体健康产生潜在影响。行动表4.4（2-4部分）描述了一些关键性行动，这些行动旨在营造健康的工作环境并应对与日常工作??相关潜在的应激源。

不推荐进行心理诉谈。对所有危机事件的幸存者立即进行基础心理急救（心理急救或PFA——见上述第4.2条）。如果幸存者有非常严重的急性困扰以至于限制其基本功能（或者被判定对自身或他人构成危险），那么他们必须停止工作，由接受过急性创伤应激治疗培训的精神卫生专家予以即时诊治。必要时需指派专人陪同进行医疗撤离。

重要的是确保精神卫生专家在危险事件后一至三个月内与所有在事件中幸存的所有工作人员进行交流。专家应对幸存者的功能和感受进行评估，并对长时间仍未痊愈的有明显问题的工作人员进行临床治疗转介。（见行动表4.4，第6、7部分）。

8. 主要工具及资源

- Bolton P. (2001). *Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness* (Phase II). CERTI, Johns Hopkins University, World Vision.
<http://www.certi.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm>
- Forum for Research and Development (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
- IASC (2005). Action Sheet 8.3: Provide community-based psychological and social support. In: *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: IASC, pp.69-71.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (also in Arabic, French and Spanish).
- IASC (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. IASC. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (also in Arabic, French and Spanish; hard copy of guidelines includes a CD-ROM with resource documents).
- IASC (2008). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Checklist for Field Use*. Geneva: IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>
- IASC Global Health Cluster (2009). *Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster*. Geneva: WHO
- PAHO/WHO (2004). Sociocultural aspects. In: *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*, pp.85-106. Washington: Washington DC: PAHO.
<http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf> (also in Spanish).
- Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists.
<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
- Sphere Project (2004). Standard on mental and social aspects of health. In: *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, pp.291-293. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>

- UNHCR/WHO (2008). *Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide*. Geneva: UNHCR/WHO.
- WHO (2003). *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf (also in Arabic, Bahasa, Chinese, French, Russian and Spanish).
- WHO (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf (also in Spanish).
- WHO (2006). *Mental Health and Psychosocial Well-being among Children in Severe Food Shortage Situations*. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf (also in French and Spanish).
- WHO (2009). *Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care*. Geneva: WHO.
- WHO/UNHCR/UNFPA (2004). *Clinical Management of Survivors of Rape: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (revised edition). Geneva: WHO/UNHCR. http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/ (also in Arabic and French).

附录一

世界卫生组织《基本药物目录》（2009）中相关药物

精神治疗药物

□ 氯丙嗪	注射：2 mL安瓿中含25 mg（盐酸盐）；口服液：25 mg（盐酸盐）/ 5 ml；药片：100 mg（盐酸盐）
□ 氟非那嗪	注射：1 mL安瓿中含25 mg（癸酸或庚酸盐）
□ 氟哌丁苯	注射：1 mL安瓿中含5 mg；药片：2 mg；5 mg
□ 阿米替林	药片：25 mg（盐酸盐）
氟西汀	固体内服型：20 mg（当前是盐酸盐）
氨甲酰氮草	药片（带刻痕）：100 mg；200 mg
碳酸锂	固体内服型：300 mg
丙戊酸	药片（包有肠衣）：200 mg；500 mg（丙戊酸钠）
□ 苯甲二氮卓	药片（带刻痕）：2 mg；5 mg
氯米帕明	胶囊：10 mg；25 mg（盐酸盐）

抗帕金森(氏)综合征药物（处理抗精神药物的潜在椎体外的副作用）

比哌立登	注射：1 mL安瓿中含5 mg乳酸盐；药片：2 mg（盐酸盐）
------	---------------------------------

抗惊厥药/抗癫痫剂

氨甲酰氮草	口服液：100 mg/5 mL；药片（咀嚼片）：100 mg；200 mg；药片（带刻痕）：100 mg；200 mg
苯甲二氮卓	胶体或直肠用溶液：0.5 mL、2 mL及4 mL软管中含5 mg
□ 氯羟安定	非肠胃配方：1 mL安瓿中含2 mg；1 mL安瓿中含4 mg
苯巴比妥米那	注射：200 mg/mL（苯巴比妥钠）；口服液：15 mg/5 mL（同苯巴比妥米那或苯巴比妥钠）；药片：15 mg-100 mg（苯巴比妥米那）
phenotyn	胶囊：25 mg；50 mg；100 mg（氯化钠）；注射：5 mL（氯化钠）药瓶中含50 mg；口服液：25-30 mg/5 mL；药片：25 mg；50 mg；100 mg（氯化钠）；药片（咀嚼片）：50 mg
丙戊酸	口服液：200 mg/5 mL；药片（可碾碎）：100 mg；药片（包有肠衣）：200 mg；500 mg（丙戊酸钠）

□ =药理学分类中可见其类似的临床表现。

蓝色斜体部分标注的药品见 2010机构间紧急医疗包。

附录二

联合国难民署（2009）卫生信息体系病例定义

神经精神病学紊乱

1 癫痫/痉挛

罹患癫痫的人至少会脑卒中两次，且不会出现任何明显的发热、感染、受伤或戒酒行为。这些症状的特点是丧失意识、四肢颤抖，有时伴有身体伤害、肠道/膀胱失禁及咬舌现象。

2 酒精或其他药物滥用障碍

罹患此类疾病的人每天都会酗酒（或其它能使人成瘾的物质）并难以自控。通常其人际关系、工作表现和身体状况也会恶化。尽管有上述问题存在，此类病人依旧会酗酒（或其他能使人成瘾的药物）。

例外情形：此类情形不适用于那些虽酗酒（或其他药物），但有自控能力的人。

3 智力迟钝/智力残疾

此类人群智力极为低下，并因此造成日常生活困难。此类人群年幼时学习说话较慢。长大后，仅能从事一些简单的工作。此类人群基本不能独立生活，或没有他人协助的情况下照顾自己和/或子女。严重时，此类人群可能有表达及理解困难，并可能经常需要他人的帮助。

4 精神障碍

此类人群可能会听到或看到不存在的东西，或坚信并不真实的东西。他们可能自言自语，言语混乱或语无伦次、且行为异常。他们可能会忽视自己。另外，他们可能会经历异常兴奋期、烦躁期、精力充沛期、健谈期及鲁莽期。其行为被同一文化背景的人认为是“疯狂”/离奇的。

5 严重情绪障碍

由于（a）不可抗拒的悲伤/冷漠和/或（b）过度失控的焦虑/恐惧，此类人

群的日常正常机能会在两个多星期内明显受损。其人际关系、食欲、睡眠和注意力也往往会受到影响。此类人群可能无法主动与人交谈或保持交谈状态。他们可能会抱怨其自身极为疲劳，不愿与人交往，而且大部分时间会躺在床上。通常会有自杀想法。

入选标准：此类情形仅适用于日常机能有明显损伤的人群。

临床中关注到其他疾病

6 其他心理疾病

该分类包括与情绪（如情绪抑郁、焦虑）、思想（如沉思、注意力不集中）或行为（如迟钝、攻击行为）有关的疾病。此类人群往往能够处理所有或几乎所有的日常活动。该类疾病可能是一种不太严重的情绪障碍症状，或表现为一种正常的忧虑（即未出现紊乱情形）。

入选标准：本分类适用的情形是（a）本人提出请求寻求帮助，（b）就上述五类所列情形，此类人群均表现的不积极。

7 医学上无法解释的身体疾病

本分类包括所有无明显器官性病因的肉体/身体疾病。

入选标准：本分类适用的情形是（a）已做出必要的身体检查，（b）就上述六类所列情形，此类人群均表现的不积极，（c）本人提出请求寻求帮助。

IASC

机构间常设委员会
紧急情况下精神卫生和社会心理支持咨询团(IASC)

本文件供面临人道主义危机的国家及国家以下级别的人道主义卫生行动者使用。本文件适用于卫生系统的合作伙伴，包括政府及非政府卫生服务提供者。

依据《**机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南**》（IASC，2007），本文件为人道主义卫生行动者在紧急情况下进行精神卫生和社会心理支持提供了概述性的基本知识。如适用，管理者需确保卫生工作人员以本文件相关内容为行为导向。

本文件是在与机构间常设委员会全球健康工作组磋商的基础上由机构间常设委员会精神卫生和社会心理支持咨询团编制。