本文引用:梁宏沛,王新凯,朱晓鑫,等. 对健全心理健康服务体系的思考[J]. 新乡医学院学报,2014,31(11):962-964.

【医学教育研究】

对健全心理健康服务体系的思考

梁宏沛[1], 王新凯[2], 朱晓鑫[1], 王长虹[3]

(1. 洛阳市精神卫生中心,河南 洛阳 471023;2. 郑州大学基础医学院,河南 郑州 450001;3. 新乡医学院第二附属医院,河南 新乡 453002)

摘要: 我国心理健康服务工作始于 20 世纪 80 年代中期,经过约 30 a 的快速发展,在服务模式、理论研究、服务主体、教育培训、管理监督等层面取得了明显成绩,但发展过程中也存在诸如服务体系不完善、从业人员专业水平不高、未形成统一有效监管机制等问题。因此,进一步提高对心理健康工作的认识,整合社会各方面的资源,重视心理健康服务人员的专业化培训和准入的资格管理,加强其监督管理和健全评价机制,对完善、丰富我国心理健康服务体系具有重要的理论和实践意义。

关键词: 心理健康;服务体系;问题

中图分类号: R395.6 **文献标志码:** A **文章编号:** 1004-7239(2014)11-0962-03

我国心理健康服务始于 20 世纪 80 年代中期,与西方发达国家相比[1-2],起步较晚,经历了一个逐步被认识、被重视的过程。随着经济社会的快速发展,我国已进入社会转型期和矛盾凸显期。不同利益群体的矛盾冲突,突发事件的危机管控,国民人生观、价值观、荣辱观的重塑和个人心态调整、压力纾解、环境适应、家庭及邻里关系相处、纠纷化解,以及构建和谐社会,都迫切需要健全和完善具有中国特色的心理健康服务体系。本研究以我国心理服务体系的现状为对象,客观剖析其存在的问题与不足,从服务模式、理论与技术体系、服务主体、教育培训、监督管理等方面,就加快健全和完善适合国情和社会阶段发展特征的心理健康服务体系提出对策和建议。

1 我国心理健康服务体系现状

1.1 服务模式

1.1.1 医学模式 医学模式是我国起步最早、最先得到认可的一种心理健康服务形式。起初为综合医院精神科、精神专科医院(精神卫生中心)提供服务,80 年代初起,逐步由国内医疗机构开设的心理门诊承担。医学模式服务对象主要以心身疾病或心理障碍患者为主,从业人员多为具有医学专业学历和处方权的医务人员,常采用药物进行治疗,咨询形式带有浓重的临床色彩[3]。

1.1.2 教育模式 80 年代中期,随着高等教育的兴起,大学生这一特殊人群因处于特殊的心理发育阶段,且面临着学习、就业等诸多问题和压力。加之其自身的承受能力有限,容易产生心理问题[4],因此,我国的学校心理健康工作最先在高校发展,后逐步扩展至中、小学。随着近年来素质教育的推行,学校的心理健康工作越来越得到重视。教育系统的心理健康服务以学生的发展性心理咨询为主,如教育心理、学业问题、同伴交往等,从事咨询或辅导者多是教师身份,服务对象以学生为主,服务的对象和方法相对单一。

1.1.3 社会模式 一般由社会力量开办的心理咨询机构和其提供的各种心理咨询服务构成,对比前 2 种模式,该模式起步较晚,且地区差异较大。服务内容以婚姻情感、亲子关系、子女教育、人际交往及一些神经症性问题为主。此类心理咨询机构主要通过工商注册获取从业资质,靠运行营利维持日常运转,从业人员大多经过一定的专业培训,取得了心理咨询服务方面的从业资格,高学历层次人员占比例不高。

1.2 理论与技术体系 目前,服务理论基本是引进、模仿西方的心理学理论。由精神分析、认知心理学、行为主义、人本主义和系统家庭治疗等 5 大理论

DOI:10.7683/xxyxyxb.2014.11.029
收稿日期:2014-03-09
基金项目:河南省教育科学十二五规划资助项目(编号:2013-JKGHA-0005)
作者简介:梁宏沛(1965-),男,河南鲁山人,学士,主治医师,研究方向:卫生行政管理。
通信作者:王长虹(1963-),男,河南卫辉人,博士,教授,主任医师,研究方向:应激与心理行为障碍。

构成。服务方法主要包括意象对话技术、认知领悟疗法、认知行为疗法、系统脱敏法、厌恶疗法、满灌疗法、森田疗法及家庭疗法等,基本上也是模仿、照搬西方的治疗方法。

1.3　服务主体

1.3.1　服务机构　主要由综合医院的心理科、精神科、康复科,以及精神卫生中心(精神专科防治机构)、康复疗养院;高等院校、中小学的心理辅导中心;社区心理健康咨询中心;私立心理服务机构和有关组织(单位)组建的心理服务机构等构成。

1.3.2　从业人员　人员构成较为复杂,有医生、护士、教师、政治辅导员,以及社区、妇联、工会工作人员,义工及其他背景和身份的业余爱好者。

1.4　教育培训

1.4.1　学历教育　目前,国内已有很多高校开设心理学专业,一些综合性大学和医学院校还开设了更偏重临床治疗和疾病防治的精神卫生专业,培养了大量的心理和精神卫生方面的专业人才,为我国心理健康服务工作开展奠定了坚实基础。

1.4.2　非学历培训　非学历培训是心理健康服务培训的重要补充,不仅是从业人员职业发展、继续教育的重要培训渠道,也为一般心理健康服务迅速普及和覆盖,满足国民心理健康需求提供了基层人才保障。

1.5　监督与管理

1.5.1　法律保障　我国《精神卫生法》的实施填补了精神卫生领域的法律空白,标志着心理健康服务从此走上了法制化管理轨道。

1.5.2　资格准入　我国心理健康服务从业人员的资格认证主要由卫生与人力资源和社会保障 2 个行政部门负责,人员资质有心理咨询师(人力资源和社会保障部门颁发)、心理治疗师(卫生部门颁发)、心理保健师(卫生、人力资源和社会保障 2 部门颁发)3 大类。资格认证有助于规范心理健康服务从业人员的准入管理和服务范围。

2　心理健康服务体系存在的问题

2.1　心理健康尚未引起全社会的重视　一是各级政府重视不够,财政投入、社会关注较少,国家层面也缺乏顶层设计和统一规划,人才培养、体系建设、监督管理主要依靠高校、医院、社会自发和行业自律;二是国民普遍对心理健康问题重视不够,加上心理学知识缺乏,很多人即使有了心理问题,也不会直接求助心理咨询机构和进行心理治疗,心理问题、身心障碍拖成精神疾病。不少人对心理健康服务、心理干预的效果持怀疑态度,甚至因传统观念、自身因素、自卑心理而回避、拒绝接受心理健康服务和早期干预治疗。

2.2　3 部门自成体系未形成有机整体　目前,教育系统、卫生系统、人力资源和社会保障部门自成体系,部门间互不交融,造成本就短缺资源的再次浪费,不利于构建多层次的心理健康服务体系。由于对培训机构的资质认定和培训缺乏有效监管和综合评价,加之受训人员门槛不一,准入把关不严,培训内容、课程、课时差异较大,造成取得相应资格证书人员的专业素质参差不齐。此外,资格认证没有时间限制,未实行有效的继续教育与完善的考核管理,一证确定终身能力的现状存在明显不足。因此,建立统一的心理健康服务的国家职业资格认证和管理机制势在必行[5]。

2.3　缺乏原创和本土理论的有力支撑　国内原创和引进再创造的理论较少,造成基于国人的心理学基础理论薄弱。虽然早在 20 世纪 30 年代,我国就开始出现心理诊所,其后也有少数学者提出了本土化或本土的理论和方法,但多未得到实践验证或实际推广。西方理论是基于西方的文化背景创造的,在理论与方法上跟在西方国家后面亦步亦趋是无法很好地为本土服务的[6]。

2.4　从业人员不足与专业水平不高并存　我国现有心理健康服务队伍普遍存在人员不足、水平参差不齐、队伍不稳定等问题,与国民和社会需求不相适应。医院、学校建立的心理服务机构和从业人员相对正规,提供的心理健康服务相对规范,而私立的服务机构和人员则良莠不齐,服务质量也是褒贬不一。非学历培训在短时间内培养大量从业人员的同时,也带来了一系列的管理问题。如培训机构的资质鉴定,国内既没有明确的标准、考评程序,也没有权威的评审机构,造成培训机构商业化倾向突出,专业水准不高,进而影响受训人员的专业素质。“半路出家”、“批量生产”、考试门槛过低、培训时间过短、理论和实践能力学习分配不均等问题还较为突出,加之国内尚无心理咨询督导培训制度,使从业人员在工作中难以得到连续有效的指导和系统化培训。

2.5 学用脱节与中外文化差异影响实效

2.5.1 教学培训与服务实践不相适应 我国高校教学普遍偏重理论学习,忽略心理健康服务实践。一是高校心理学系设置的心理咨询课程和技术训练明显不足;二是精神卫生系重视精神病学,针对临床心理学及心理治疗设置的课程、课时偏少。教育体系与心理健康服务实践需求不相适应。

2.5.2 西方心理学理论不适合中国实情 我国传统文化、价值观与西方有显著差异,西方理论与中华文明、文化的深度融合,以及在国人心理健康服务的深入实践尚需一个漫长的过程。

3 健全心理健康服务体系的政策建议

3.1 提高全社会对心理健康工作重要性的认识 精神卫生作为公认的突出公共卫生和社会问题,已引起全社会的普遍关注。加强精神卫生工作,做好精神疾病防治,预防和减少各种不良心理、行为问题的发生,事关国民的身心健康、幸福感受与社会的稳定和谐。各级政府应进一步提高认识,切实加强领导,加大经费投入,在防治结合的基础上,做好顶层设计,落实早期干预措施,保障基本公共卫生服务质量。要充分宣传、普及心理健康科普知识,调动各方力量、资源,全面提高社会对心理健康服务工作重要性的认识,提高人民群众的心理健康水平[7]。

3.2 加强基础和原创理论的创新与研究 基础理论的独立研究和根据国情自创独特心理咨询实践技术是中国心理健康服务行业发展的根本和源动力。在借鉴国外成熟理论、方法和经验的基础上,结合东西方人种在信念、文化、价值观、生活方式、宗教信仰、性取向、家庭结构及习惯化的非言语表达方式等方面的差异,做好消化吸收和洋为我用,力争在"扬弃"的同时,发展和创新本土化心理健康服务的理论与方法。这项长期而艰巨的学术任务需要数代心理学家的共同努力。

3.3 加强心理健康服务体系和队伍建设 欧美国家对开展心理咨询工作的人员有严格的专业限制和要求。如美国要求咨询人员具有临床心理学博士、教育学博士或哲学博士学位。欧洲一些国家要求从业人员具有硕士或博士学位,硕士学位人员还要求有 5 ~ 7 a 的学习和临床工作经验,才能被聘为正式的心理咨询和心理治疗从业人员[8]。我国目前尚不具备这样的条件,迫切需要从现在起就加强和加快心理专业学科建设及人才培养,统筹兼顾"普及"和"提高"这 2 个目标,一方面加快向社会提供普及型人才,以满足我国基层广大群众的心理健康服务需要;另一方面要注重高水平专业心理健康服务人才的培养[9]。

3.4 加强监管和完善评价机制 建立统一有效的监管体制,严格培训机构、从业机构及其从业人员的资格准入和认证管理,实施系统的从业人员继续教育制度和职业伦理、职业操守、服务能力考核评价,依法淘汰取缔有不良记录或不具备从业资格的人员和不具备经营资格的机构,在加强政府行政管理的同时,认真借鉴美国协会管理(心理咨询协会)、行业及人员自律《心理咨询伦理与道德守则》的做法,在多部门协调联动基础上,尽快建立起有效的行业管理组织和机制进行内部管理、监控和自律,迅速建立和完善行业准入标准和培训体系认证标准,对我国心理健康事业的健康发展至关重要。

参考文献:

[1] 日本臨床心理士資格認定協会監修. 臨床心理士なるために[M]. 东京:誠信書房,2003:6.

[2] 日本臨床心理士資格認定協会監修. 臨床心理士資格試験問題集[M]. 东京:誠信書房,2004:2.

[3] 黄希庭,郑涌,毕重增,等. 关于中国心理健康服务体系建设的若干问题[J]. 心理科学,2007,30(1):2-5.

[4] 杨传维,施申超,贾闪闪,等. 医学院校大学生焦虑、抑郁与自杀意念相关性研究[J]. 新乡医学院学报,2012,29(11):840-842.

[5] 徐大真. 中国心理健康服务体系现状与对策研究[J]. 信阳师范学院学报:哲学社会科学版,2007,27(1):48-52.

[6] 倪子君. 中国心理咨询行业分析报告[D]. 北京:清华大学,2004.

[7] 徐大真,徐光兴. 我国心理健康服务体系模式建构[J]. 中国教育学刊,2007(4):5-9.

[8] 付艳芬,黄希庭,尹可丽,等. 从心理学文献看我国心理咨询与治疗理论的现状[J]. 心理科学,2010,33(2):439-442.

[9] 罗鸣春,苏丹. 国外健康促进政策对我国心理健康服务体系建设的启示[J]. 西南大学学报:社会科学版,2008,34(5):48-53.

(本文编辑:徐刚珍)