

· 医学教育 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.23.047

网络首发 http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20191023.1658.014.html(2019-10-23)

# 《中华人民共和国精神卫生法》背景下大学生心理危机“医教家”应对模式探析\*

杨振华<sup>1</sup>, 李 宁<sup>2</sup>

(1. 电子科技大学中山学院, 广东中山 528400; 2. 陆军军医大学第二附属医院高压氧科, 重庆 40000)

**[摘要]** 心理危机应对是积极响应十九大健康中国战略中打造和谐向上社会心态的重要环节。随着教育现代化的快速推进, 尤其是《中华人民共和国精神卫生法》的颁布, 大学生心理危机应对工作出现了新的方向, 也具备了法治保障。在此背景下, 如何调研实际情况, 了解学生需求, 借鉴已有的“医教结合”模式, 充分发挥医院、高校及家庭的协同力量, 创新“医教家”应对模式, 立体化、专业化应对大学生心理危机, 是高校探索心理健康服务的全新方向。

**[关键词]** 精神卫生法; 学生; 心理危机; 医教结合

**[中图法分类号]** R055

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1671-8348(2019)23-4137-04

十九大提出健康中国战略, 要求“培育积极和谐的社会心态, 打造社会心理服务体系”。《“健康中国 2030”规划纲要》也指出, 要“着重建设和规范学校心理健康教育服务体系”, 尤其要注重心理危机应对和干预。2017 年, 教育部《普通高等学校健康教育指导纲要》提出要多渠道、多形式创新开展大学生心理健康教育和实践。在此背景下, 依据现有的高校心理危机干预模式, 创新应对方式, 充分发挥高校、医院及家庭的协同力量, 是大势所趋, 更是现实需要。

## 1 大学生心理危机应对的内涵

实践中, 大学生心理危机应对主要包含心理健康教育、心理危机识别、心理危机干预、专业机构转介及后期跟进监控 5 个方面。(1) 心理健康教育是基础。高校通过开设相关课程、开展心理辅导等形式<sup>[1]</sup>, 以提升大学生对心理健康知识的了解, 减少心理危机的出现。(2) 心理危机识别是应对的前提。高校通过相应措施, 及时发现, 以便快速应对。(3) 心理危机干预是关键环节。对于已经发生危机的学生, 高校通过心理咨询师、心理辅导教师与专业机构合作等形式, 对其进行初步干预。(4) 专业机构转介是重点。在面对心理危机状况较为严重、可能存在精神障碍的学生时, 要及时转介。(5) 后期跟进监控是后续。对于康复归教的学生, 学校应采取相应的监控措施, 密切关注学生动向, 避免出现反复。

《中华人民共和国精神卫生法》(以下简称《精神卫生法》)的颁布实施, 为高校的心理卫生工作点明了具体方向<sup>[2]</sup>, 大学生心理危机应对作为其中的重要部

分, 在该法中也得到了突出体现。《精神卫生法》对高校大学生心理健康教育及服务、专业人才培养等方面都进行了规定<sup>[3]</sup>, 进一步明确了主体职责, 为高校建立和完善适合自身实际情况的心理危机应对模式指明了方向。

## 2 “医教结合”模式在大学生心理危机应对中的应用研究及有待改善的问题

**2.1 现有应用研究** “医教结合”模式诞生于儿童特殊教育, 该模式在特殊教育的背景下将医学和教育结合, 以形成干预的合力, 使更多身心障碍儿童受益<sup>[4]</sup>。目前, 高校在进行大学生心理危机应对工作时也开始重视适用“医教结合”模式, 注重将平时预防教育与专业医疗相结合。美国最早开始高度重视“教育-医疗-社会”的协同工作机制, 并通过立法予以保障。美国高校心理咨询队伍一般包括心理咨询师、精神科医生、精神科护士和注册临床社会工作者。高校专职工作者在提升自身专业化的同时, 也充分注重同医疗机构的合作, 不断深入探索“医教结合”工作模式<sup>[5]</sup>。

在国内, 上海高校首次借鉴“医教结合”模式<sup>[6]</sup>, 开展大学生心理健康服务工作, 以促进大学生心理健康全面发展为目标, 明确高校与专业医疗机构的具体工作定位。但目前, 国内学术界在大学生心理危机应对工作中引入“医教模式”的研究仅处于起步阶段, 高校、医院与家庭结合的模式更是研究空白。

## 2.2 有待改善的问题

**2.2.1 医教合作缺乏规范性** “医教结合”模式目前仍处于探索阶段, 学校与医院的合作并不规范。虽然

\* 基金项目: 2016 广东省普通高校毕业生创新人才项目《〈精神卫生法〉在高校心理危机应对中的实施研究》(2016WQNCX173)。作者简介: 杨振华(1988—), 讲师, 硕士, 主要从事高校思想政治教育、大学生法律普及、大学生心理健康教育的研究。

从理论上,现代医学和现代教育存在相互协作的基础和必然性,但在实践中医院与学校仍存在相互独立、貌合神离的尴尬情况,双方的合作并不紧密,尚未形成制度化的协作共享机制。不仅缺少专门的组织进行对接,更缺乏有效的合作协议或模式,以至于双方的权利义务模糊不清,大大影响大学生心理危机的预防,以及应对的快捷性、有效性和针对性。

**2.2.2 医教处置标准不一致** 实践中,在应对学生心理危机时,高校和医院的处置方法并不一致。高校重在预防,对于发现心理问题的学生,处理方式主要是心理健康教育、心理咨询与辅导和识别等<sup>[7]</sup>。这与医院的处理方式大不相同。专业医疗机构处理大学生心理疾病时主要以医学治疗为主,重在诊断治疗、药物治疗与心理治疗,与对一般患者的处理并无二致,没有充分关注学生身份、与教育手段相结合。这与“医教结合”的初衷有所背离,高校和医院应当充分考虑患者具有学生与患者双重身份这一现实,结合实际,采取更有针对性的措施。

**2.2.3 忽视家庭力量** “医教结合”模式主要侧重利用学校及医院的资源联合应对学生心理危机,却忽视了家庭这一至关重要的力量<sup>[8]</sup>。在联合应对大学生心理危机时,家庭的保障及资源,以及家长的危机意识与配合情况等,可以起到重要作用,“医教结合”模式恰恰忽视了这一点。实践中,应当改进模式,加强高校、医院与家庭的沟通,利用专业优势,积极获取家长的信任,共同应对学生的心理危机。

### 3 引入“医教家”应对模式的可行性

**3.1 理论上的可行性** “医教家”模式借鉴了已有的“医教结合”模式,并加以创新。

**3.1.1 “医教家”模式尊重了特殊教育与高等教育的同源性** 特殊教育和高等教育工作虽有一定的区别,但是在教育理念上是一致的,都希望不剥夺干预对象的受教育权利<sup>[9]</sup>。借鉴该模式,可以使心理危机大学生的“医”与“教”的权利得到均衡保障。一方面,医疗机构按照医疗规范要求,对学生进行治疗,并与高校联合开展相应的心理健康指导;另一方面,高校借助专业医疗机构的力量,开展心理健康教育及服务,进行必要的评估与转介,同时,通过优化受干预学生的教育环境,增加与同辈及教师互动的机会,充分调动心理危机学生的主观活动动机,提高体能、自理、沟通与社交能力,加快危机的解决。

**3.1.2 “医教家”模式填补了“医教结合”模式的空缺** 利用“医教结合”模式,可以优化资源配置,整合工作程序,使各个阶段的干预目标得以更好实现。大学生心理危机应对包括即时应对和发展性、预防性的

心理健康教育,以正面教育为主,课内外、校内外进行辅助。“医教家”模式包括预防、诊断治疗和预后 3 个阶段,高校、医院、家庭相结合,创造性地运用各种教育资源,相互联系、相辅相成,形成心理危机应对的合力。实现前瞻性的危机防御和科学干预,有效治“未病”,满足当前高校心理健康教育服务工作的现实要求。

### 3.2 实践上的可行性

**3.2.1 家长与高校沟通合作的意愿增强** 通过走访及问卷调查可知,虽仍受传统“讳精神病”思想的影响,但当大学生出现心理问题时,部分家长仍会选择主动和学校沟通,配合学校积极应对。在治愈后,越来越多的家长会选择主动与学校联系,积极复学,同时关注后续情况。学校和家长作为心理危机学生的两大主要接触对象,其通力协作对学生的恢复是十分必要的。家长有强烈的合作欲望,正是“医教家”模式的创新驱动。

**3.2.2 高校心理健康服务体系较完善** 据调查了解,大部分高校的心理健康课程开设较为到位,为学生提供了充足的教育资源;心理咨询室建设及专业人员配置较为完备,为解决大学生心理危机提供了优质的资源与便利的条件;心理健康管理制度普遍建立,积极关注学生的心理危机走向。这些完备的服务工作正是模式创新的基础。

**3.2.3 医院和高校合作的呼声高** 医疗机构可以为高校应对大学生心理危机提供专业的医疗条件和便利的解决途径。据调查可知,家长和学生对高校心理危机的专业化应对有着强烈需求,但是目前学校的专业配备无法满足这一需求。由此供需矛盾可以看出,高校心理危机的专业化应对体系仍然有待提升。目前,越来越多的高校开始重视结合医院力量,共同应对大学生心理危机,这是“医教家”模式的关键所在。

### 4 构建“医教家”应对模式的方法及操作对策

**4.1 采用冰山理论构建“医教家”应对模式** 心理学家弗洛伊德以冰山喻人格,将自我意识层面对应应为冰山的水上部分;无意识层面则是水下部分,对个体的发展起决定性作用。正如冰山理论一般,高校心理危机应对体系也可以分为显性工作和隐性工作两大部分。显性工作指高校学生心理危机发生后直接的应急应对措施,主要侧重于危机干预工作,包括补救处理、矫正干预和转介诊治。而隐形工作则更多指发展性应对措施,更注重日常的预防工作及综合软实力的提升,如开展心理健康课程、普及精神卫生知识、进行基础设施的完善、加强人才队伍建设等。基于冰山理论视角来构建高校心理危机应对体系,其隐性工作是

重中之重。

**4.1.1 加强显性工作** 显性工作是指危机发生后的直接应急应对措施,主要侧重于危机的识别和干预,是目前高校较为关注的领域<sup>[10]</sup>。在实践中,高校虽能通过相应措施,及时发现心理危机的存在,发现危机之后也能利用已有的人力物力资源进行初步干预。但在向专业机构转介与后续跟进监控方面仍然有待加强,是目前高校心理危机应对工作的难点与重点。高校应加强对疑似精神障碍学生的关注,搭建向专业机构转介的快速通道。更要建立起全方位立体化的后期跟进监控体系,密切关注心理危机学生的动态状况。

**4.1.2 关注隐性工作** 隐性工作是指大学生心理危机应对体系中的发展性应对措施。考量应对体系能否充分发挥作用,隐性工作是基础。这一工作涉及日常心理健康教育、精神卫生知识与相关法律法规的普及等;还包括加强基础设备配置、完善心理咨询室等硬件升级;同时还应有专业软实力的提升,即加强人才队伍建设,这些工作可以在源头上做到有效防控心理危机。各个环节之间的顺畅连接、各干预人员的协同合作,是实现良好应对效果的重要保障。因此,高校应充分注重隐性工作,不断优化各环节的对接流程,加强信息沟通及紧密合作,以便针对性发现问题;在转介系统建立的基础上,通过与专业医疗机构深度合作,构建平稳的转介桥梁,能及时有效地应对学生心理危机。

## 4.2 构建“医教家”应对模式的操作对策

**4.2.1 建立“医教家”联动体系** 构建“医教家”联动体系(图 1),应注重统筹资源,形成合力,促进各方育人力量在大学生心理危机应对工作中共享共治、通力协作。从时间维度上来看,高校作为应对体系的首要角色,应当注重初级阶段的心理危机识别与矫正干预,进而衔接专业医疗机构打造专业的转介系统,再到后续监控,均需要宏观体系把控,微观逐级观测。从空间上看,高校、医院和家庭这 3 个主要空间区域,在心理危机学生的应对全过程有不同的重要作用,任何一个环节脱轨,都会导致诊疗失去效果,不能真正杜绝隐患。高校要加强培训,充分调动队伍的工作热情;医院要加强合作意识,积极对外发展,扶持高校心理健康服务;家庭要注重沟通,努力配合高校与医院,共同应对。最后,从群体跨度上看,学生、教师、医生及家庭成员是整个心理危机应对过程的当局者,应重视各个涉及群体的定位与职责,提供针对性的人力支持,协助心理危机的解决。只有真正构建起“医教家”三位一体联动模式,才能推动大学生心理危机应对工

作的体系化发展。

**4.2.2 保证“医教家”专业性应对** 构建“医教家”三维模式,可以为高校开展大学生心理危机应对工作提供专业有效的应对机制。应秉承“医教结合”原则,聚焦专业支持与有效沟通,着力构建全方位、制度化的高校学生心理健康教育服务体系。高校主要是针对隐性和显性的心理问题开展工作;重在预防、侧重识别,提供咨询辅导、进行心理健康教育和评估转介;在应对过程中,加强与诊治部门的会诊合作,帮助开展专业诊治,提升识别准确率。医院主要采用以医学治疗为主的模式,注重诊断及治疗<sup>[11]</sup>。家庭重在提供信息,积极配合;同时接受心理专业知识普及,补齐短板与薄弱环节。如此一来,明确三者在大学生心理危机应对工作中的专业定位与职责,增强有机协作,可以构建心理健康服务的全新模式,进一步扩大工作覆盖面,增强专业性与实效性。

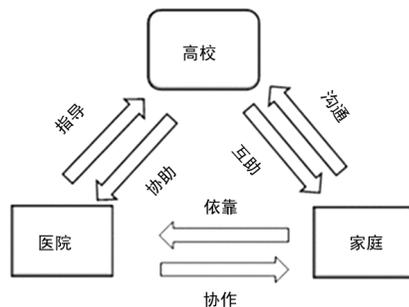


图 1 “医教家”模式简图

**4.2.3 打造“医教家”快捷转介通道** 构建“医教家”三维模式,可以为应对大学生心理危机提供快速干预和诊治的应对措施。其中,关键在于打造三者之间的快捷转介渠道。旧有的“医教”合作机制处仍在自发探索阶段,存在待完善的问题,最大的弊端就是医教结合不充分、不紧密,缺乏快速转介通道。“医教家”全新模式可以加强三者联动合作。一方面,学校与家庭对接时,应关注危机学生的心理健康根源环境,发掘潜在心理危机,为转介医院诊治阶段提供快捷有效的信息评估依据。另一方面,学校与医院在进行转介治疗时,应建立特别诊治的绿色通道,保证危机学生及时得到诊断,避免延误最佳治疗时机。家庭要主动与学校、医院进行积极沟通,自觉参与到整个应对过程中。

## 5 引入“医教家”应对模式的预期效果

**5.1 稳定社会和谐** 近年来,大学生心理危机事件层出不穷,极端情况下,会对家庭、高校及社会均带来不利影响。大学生心理危机应对工作目前面临着工作队伍人才不足、专业性不强的困境。引入“医教家”模式,建立一支由专业医务人员、高校专职工作人员、家长及社会工作者等分工协作,复合型、专业化的队

伍,有利于高校的心理危机应对工作,也有利于社会心理健康体系的建立与完善。

**5.2 保障高校安全** 由调查可知,目前仅有少数高校有定点的专业医疗机构接收需要治疗的学生,高校与医疗机构的合作衔接不够顺畅。《精神卫生法》规定,高校无诊断与处置学生精神障碍的资质。引入“医教家”模式,可以充分利用医疗系统的临床经验与专业技术弥补这一空缺;同时,通过建立医院与高校的信息共享平台,为高校心理健康工作队伍提供专业培训与日常交流的机会,提升其识别意识与能力,保障高校的安全稳定。

实践中,虽然大部分高校建立了和家长的沟通机制,但就学生的心理健康问题交流较少,这无疑会给高校的管理带来风险。家庭在大学生危机应对过程中至关重要。引入“医教家”模式,完善沟通机制,有利于高校稳定家长情绪,深入了解学生具体情况,以便更好地解决心理危机。

**5.3 维护家庭功能** 在大学生出现心理危机时,有相当一部分家长表示不愿告知学校,也耻于到医院求医,这说明在整个应对工作过程中,家庭与高校、医院的沟通并不充分紧密,这会导致家庭丧失高校及专业医疗机构的助力。引入“医教家”模式,可以为家庭应对大学生心理危机提供便利性和专业性补充,稳定家长情绪,提升家长信心,进而维护家庭功能。

**5.4 满足学生发展** 当大学生自我感知出现心理危机时,有效的疏导途径能减轻甚至治愈危机。当前大学生对心理危机解决途径的多样化需求有所上升,但专业性需求明显不足,这与高校缺乏专业人才和专业性不足的心理服务现状有密切关联。引入医院资源,可以更专业的视角和更充分的医学信息,直接

帮助高校为学生实施科学有效的心理评估,完善高校心理健康机构与学生良性的咨访关系,增加学生的心理疏导途径。

## 参考文献

- [1] 毕玉芳. “医教结合”高校心理健康服务工作的探索[J]. 思想理论教育, 2013, 29(15): 67-70.
- [2] 姚玉红, 毕晨虹, 赵旭东. 《精神卫生法》实施对高校心理咨询工作的影响初探[J]. 思想理论教育, 2014, 30(5): 85-88.
- [3] 闫奕铭, 陈竹. 《中华人民共和国精神卫生法》的实施问题研究[J]. 中外企业家, 2014, 31(3): 259.
- [4] 韩晶晶, 杜亚松. 医教结合策略在注意缺陷多动障碍患儿管理中的应用[J]. 中国学校卫生, 2013, 34(5): 638-640.
- [5] 吴增强. 医教结合: 美国波士顿地区学校心理服务系统考察[J]. 上海教育科研, 2013, 33(1): 30-34.
- [6] 上海高校学生心理健康促进项目组. 高校学生心理健康促进[M]. 上海: 上海人民出版社, 2017: 25-27.
- [7] 王菊, 吴震卿. 高校精神卫生服务现状及对策[J]. 职业, 2015(33): 113-114.
- [8] 吴冉, 王宇景, 陈江媛. 高校心理危机干预中家校沟通的困境与应对[J]. 中国学校卫生, 2017, 38(1): 106-108.
- [9] 张伟锋. 医教结合: 特殊教育改革的可行途径——实施背景、内涵与积极作用的探析[J]. 中国特殊教育, 2013, 20(11): 19-24.
- [10] 冯桂梅, 杨红, 李英. 大学生心理危机干预的困境与应对策略[J]. 中国卫生产业, 2015, 13(36): 59-61.
- [11] 杨颖. 基于高校危机干预体系的心理转介应对思考[J]. 黑龙江高教研究, 2013, 32(7): 116-118.

(收稿日期: 2019-02-25 修回日期: 2019-07-18)

(上接第 4136 页)

- [5] 周静, 尹春福, 冯棋琴, 等. 海南省琼中县中小学生血清维生素 D 水平分析[J]. 中国学校卫生, 2015, 36(9): 1304-1305.
- [6] HOLICK M F, BINKLEY N C, BISCHOFFFERRI H A, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2001, 96(7): 1911-1930.
- [7] 中国肥胖问题工作组. 中国学龄儿童青少年超重、肥胖筛查体重指数值分类标准[J]. 中华流行病学杂志, 2004, 25(2): 97-102.
- [8] WAGNER C L, GREER F R. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children and adolescents [J]. Pediatrics, 2008, 122(5): 1142-1152.
- [9] 郑淑红, 陈奕冰, 李巧俊. 温岭市 3~6 岁儿童血清 25-羟维生素 D 水平[J]. 中国学校卫生, 2017, 38(12): 1878-1879.
- [10] 赖宏豪, 梁俊彦, 罗辉, 等. 广州市儿童维生素 D 水平及其与甲状旁腺素的关系[J]. 中国学校卫生, 2017, 38(3): 358-360.
- [11] 高淑青. 包头地区 0~6 岁儿童 25 羟基维生素 D 水平调查分析[J]. 中国生育健康杂志, 2018, 29(4): 354-357.
- [12] 王卫平. 儿科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 79.
- [13] 程义勇. 《中国居民膳食营养素参考摄入量》2013 年修订版简介[J]. 营养学报, 2014, 59(4): 313-317.
- [14] 贺逸夫, 蔡明, 黄昕. 长沙市岳麓区 3~5 岁学龄前超重及肥胖儿童维生素 D 不足和缺乏的现状[J]. 中南大学学报(医学版), 2017, 42(5): 565-560.

(收稿日期: 2019-01-14 修回日期: 2019-05-02)