

社会工作流派译库·军队社会工作系列
军队社会工作丛书

军队社会工作手册

≡ 家庭照顾服务 ≡

[美] 艾伦·鲁宾 尤金尼娅·L.维丝 乔斯·E.科尔 著

王宇红 主译

张曙 审校

上海文化发展基金会图书出版专项基金资助项目
“十三五”上海重点出版物出版规划项目
社会工作流派译库·军队社会工作系列
军队社会工作丛书

军队社会工作手册：家庭照顾服务

Handbook of Military Social Work

[美] 艾伦·鲁宾 尤金尼娅·L.维丝 乔斯·E.科尔 著
王宇红 主译 张 曙 审校



华东理工大学出版社
EAST CHINA UNIVERSITY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY PRESS

· 上海 ·

图书在版编目(CIP)数据

军队社会工作手册：家庭照顾服务 / (美) 艾伦·鲁宾(Allen Rubin), (美) 尤金尼娅·L. 维丝(Eugenia L. Weiss), (美) 乔斯·E. 科尔(Jose E. Coll) 著; 王宇红主译. —上海: 华东理工大学出版社, 2021.1

(军队社会工作丛书)

书名原文: Handbook of Military Social Work

ISBN 978-7-5628-5741-9

I. ①军… II. ①艾… ②尤… ③乔… ④王…
III. ①军队—社会工作—美国—手册 IV. ①D771.27-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 302270 号

HANDBOOK OF MILITARY SOCIAL WORK — Allen Rubin, Eugenia L. Weiss and Jose E. Coll

原著 ISBN: 9781118067833

Copyright©2013 by John Wiley & Sons, Inc.

All Rights Reserved. This translation published under license with the original publisher John Wiley & Sons, Inc.

著作权合同登记号: 图字 09-2015-869 号

.....
策划编辑 / 刘 军

责任编辑 / 章斯纯

装帧设计 / 徐 蓉

出版发行 / 华东理工大学出版社有限公司

地址: 上海市梅陇路 130 号, 200237

电话: 021-64250306

网址: www.ecustpress.cn

邮箱: zongbianban@ecustpress.cn

印 刷 / 江苏凤凰数码印务有限公司

开 本 / 710 mm×1 000 mm 1/16

印 张 / 19.75

字 数 / 328 千字

版 次 / 2021 年 1 月第 1 版

印 次 / 2021 年 1 月第 1 次

定 价 / 198.00 元
.....

版权所有 侵权必究

编辑委员会

学术顾问 王思斌

主 编 张 曙

副 主 编 沈 黎 王永益

执行主编 吴 炜 王宇红

编委成员 况志华 李崇新 刘七生 李晓斐

赵 斌 刘 江 刘米娜 李学斌

罗朝明 张 田 王兰芳

丛书总序

军民融合发展是新形势下我党指导国家建设、国防建设和军队建设的重大战略方针。推进军民融合式发展,涉及政治、经济、社会、军事、科技等诸多因素,是一个复杂的系统工程,也是当前我国亟须开展的政策研究及实践创新的新课题。

在理论研究层面,我国理论界对军民融合发展的研究,大多侧重讨论经济建设与国防建设的关系,军民技术的双向转移等问题,很少从国防建设与社会建设关系的角度,研究社会福利制度、社会服务体系对促进军民融合、军队政治工作的科学发展、提升军队战斗力所具有的作用。该领域的学术团队一般都隶属于军队政治学院或各高等院校中的思想政治工作学科点,大多数研究都只是侧重从传统的军队思想政治工作的角度出发,没有将军队建设、军人支持与服务还原至军人或退伍军人应有的社会生态系统中去。同时,对我国优抚安置工作中积累的许多土生土长的“拥军优属、拥政爱民”的工作经验,因研究力量有限,难以获取相关研究资料,导致从理论上加以科学总结的研究成果比较少,且研究的广度、深度有限。

在实际工作层面,传统的以政府为主导、主要依靠行政计划手段为退役军人安排工作,以实现对其优待和保障的管理方式日显局限。地方政府在拥军、优抚、安置制度和服务方面,大多只针对在籍军人或退伍军人本人,通过金钱补偿、工作岗位开发、就业培训等方式提供支持,社会支持系统不健全,服务手段较为单一,专业服务严重缺乏。为了解决上述问题,政府虽投入大量资金,但许多问题需要社会福利政策修订、社会服务体系健全与军队内部结构改革的密切配合才能得以化解。

社会工作是现代社会应对纷繁复杂的社会问题而形成的职业活动,即由受过社会工作专业训练的人针对困难人群的各类需求,综合运用专业知识和方法,整合社会资源,提供职业性的社会服务,协调社会关系,解决社会问题。2006年10月,中共十六届六中全会做出《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》,要推动我国社会工作职业化和专业化,

以满足社会大众日益提升的各类社会发展需求。

随着社会工作在中国的快速发展,军队社会工作逐渐引起人们的关注。军队社会工作是军事学与社会工作学的交叉学科。我国社会各界对军队社会工作(Military Social Work)这个术语相对陌生,但在一些发达国家和地区,军队社会工作已经逐渐发展成为职业化、专业化的社会服务事业。美国在第二次世界大战期间首次运用社会工作理念和方法处理军队中的各类问题,取得了良好成效,之后逐渐形成了“军队社会工作”的名称。军队社会工作者所提供的各项福利服务渗透到军人及退伍军人事务的方方面面。例如,对退伍士兵、伤残军人的医疗卫生状况以及社会服务需求做出评估,帮助他们治疗战争中留下的心理创伤(创伤后应激障碍),解决退伍后的社会适应、接受教育、就业、组建家庭、子女教育、家庭支持等方面的实际问题。

目前我国军队社会工作的研究尚未起步,从理论研究到实务研究,都存在研究对象不明确、研究范畴和概念界定不清的问题,对军队社会工作与军队政治工作的一致性与差异性,也缺乏深入细致的对比分析。研究理论的系统性、研究方法的科学性、研究成果的可应用性都有较多不足。

为推动军民融合发展,有效应对我国军队改革过程中呈现的一系列问题,提高我国社会工作者将国际先进科学知识和专业服务方法与我国传统的、群众性的拥军优属服务、优抚安置工作相结合的能力,我们组织相关领域的学者和政府相关管理与服务部门的工作人员,编撰了《军队社会工作理论与方法》系列丛书。

本丛书针对我国军队社会工作在理论和实务的发展中亟须解决的问题,引进并翻译国外军队社会工作著作——《军队社会工作手册:行为健康干预》《军队社会工作手册:家庭照顾服务》《创伤后应激障碍治疗指南(上册)》《创伤后应激障碍治疗指南(下册)》,以帮助我国军队社会工作领域的研究及从业人员及时了解发达国家军队社会工作发展的现状,掌握军队社会工作发展所需的专业知识。同时,针对我国军队社会工作的本土经验进行提炼研究,我们试图进行系统化、理论化的梳理与总结,编撰三本军队社会工作知识和方法的普及读本——《军队社会工作:理论与实务》《军队社会工作:政策与实务》《军队社会工作案例评析》,以增进我国相关领域研究人员和实务工作者在军队社会工作中理论与实际的整合能力。

本套丛书由中国社会工作学会会长、北京大学社会学系王思斌教授担任学术顾问,南京理工大学公共事务学院社会学系张曙教授担任总主编。各分册分别由南京理工大学的相关研究团队成员负责,负责情况如下:《军

队社会工作手册：行为健康干预》《军队社会工作手册：家庭照顾服务》由王宇红任主译；《创伤后应激障碍治疗指南(上册)》《创伤后应激障碍治疗指南(下册)》由沈黎任主译；《军队社会工作：理论与实务》由张曙任主编，王永益任副主编；《军队社会工作：政策与实务》由吴炜任主编，王宇红任副主编；《军队社会工作案例评析》由王永益任主编，王宇红任副主编。

本丛书出版之际，我们要感谢提供相关研究成果的海内外社会工作学者：美国南加州大学社会工作学院玛丽莲·弗林(Marilyn Flynn)院长、卡尔·卡斯特罗(Carl Castro)教授、安东尼·哈桑(Anthony Hassan)教授，中国社会工作教育协会副会长、北京大学社会学系马凤芝教授，广州市社会工作协会副会长关冬生，郑州轻工业学院政法学院副院长闻英教授，云南大学社会工作系李艳华博士。是他们的知识和经验给我们以启发，丰富了本丛书的内容。感谢积极参与各分册翻译工作的南京理工大学社会工作专业的海内外毕业生以及在校研究生。感谢参与各分册撰写的作者，特别是在军队相关研究和管理部门工作的同行。感谢江苏省扬州市民政局为我校社会工作专业研究生提供的专业实习安排。他们的大力支持和辛勤劳动保证了本丛书的按时出版。

南京理工大学公共事务学院教授 张 曙

中文版序言

军队社会工作是社会工作的一个重要分支。人们普遍认识到,军人、退伍军人和他们的家庭没有得到充分的服务。军人经常在离开军队时带着明显的未解决的心理和生理健康问题。还有些军人很难找到并长期从事一份具有良好收入的工作。此外,军人的家属在军人服役期间和之后也面临着很多挑战,这一点也已经广为人知了。

军队服务现在被视为一种独特的而且要求较高的职业,需要专门为军队提供具体的预防、干预和治疗方案。为了回应这个观点,我和我的同事们发展了一个军人心理健康职业模型,用以指导临床医生、研究人员和政策制定者识别军人对与军队相关的特殊健康照顾之需求,以及提供服务以确保服务对象获得最大健康和服务成效的最佳时机。军人心理健康职业模型包括一些重要的概念,如复原力、单位凝聚力、领导力、行为健康、心理健康治疗和重返岗位等。事实上,这一框架已经被许多国家采用,作为一个统一的模型来支持军人及其家庭。

与社会工作专业一样,军队社会工作目前缺乏普遍的理论框架。理论之所以重要,是因为它不仅解释了为什么变量之间是相互关联的以及哪些变量之间会相互关联,它也会对重要结果做出预测,并识别出为防止负面结果产生的最佳干预点。虽然已经有很多理论模型被提出,但这些理论往往倾向于把焦点放在与军队服役相关的工作需求上,如军事调派和战斗。处理这些重要军事活动的理论很重要,但军队面临的其他挑战也很重要。

为了解决这个理论上的不足,我和我的同事们发展了军队转型理论。军队转型理论相对于其他理论而言是一个重大的进步,它通过军队生命历程的视角,把军队视为社会中一种独特的文化,并提出了一个多层次的观点,包括军人、家庭、领导、政策及项目和社区,并定义幸福是由健康(身心和行为)、家庭、就业、住房、生活满意度组成。我和我的同事们最近的研究成果表明军队转型理论非常有效。

随着社会工作不断地成长为一门独立科学,军队社会工作也将在建构军队社会工作理论以及应对未被充分服务的军人群体的需要方面做出贡献。通过将军队社会工作建构在像军队转型理论这样一种坚固的理论框架上,军队社会工作的子领域将能持续地引导旨在减少军人、退伍军人及其家庭之不必要痛苦的科学创新及其应用。

卡尔·卡斯特罗

编者介绍

艾伦·鲁宾(Allen Rubin), PhD, 得克萨斯大学奥斯汀分校社会工作学院的伯特·克鲁格·史密斯百年纪念教授(Bert Kruger Smith Centennial Professor), 他从1979年开始就在那儿工作。他发表的很多关于研究和证据为本的实践的论文著述享誉国际。1997年, 他成为社会工作和研究学会(Society for Social Work and Research)的“发表研究杰出榜样”荣誉的获得者之一。他是七本专业杂志的顾问编辑。他是社会工作和研究学会的创始成员之一, 并在1998年至2000年担任杂志的主编。1993年, 他获得匹茨堡大学社会工作学院的杰出男校友奖。2007年, 他获得美国社会工作教育协会授予的社会工作教育奖卓越终身成就奖。2010年, 他正式成为美国社会工作和社会福利学会的成员。

尤金妮娅·L. 韦斯(Eugenia L. Weiss), PsyD, LCSW, 目前是美国南加州大学社会工作学院的助理教授。她在“军队家庭的社会工作实务”课程中担任指导教师, 是南加州大学精神健康方向(Virtual Academic Center, VAC)的协调员, 也是VAC军队社会工作子方向上的共同协调员。韦斯博士有18年的私人实践经验, 主要治疗军队人员和他们的家庭。她因一篇合著的名为《军人文化和退伍军人世界观对心理健康治疗的影响: 对退伍军人寻求帮助和健康的实践意义》(“The Influence of Military Culture and Veteran Worldviews on Mental Health Treatment: Practice Implications for Combat Veteran Help-Seeking and Wellness”)的论文与同事共同获得国际卫生、健康和社会协会的论文奖。韦斯博士是多本同行评审期刊论文的作者和合著者, 也是专业书籍《平民顾问的初级咨询老兵》(A Civilian Counselor's Primer to Counseling Veterans, 2nd ed., 2011)的合著者之一。韦斯博士现在是《军事行为健康杂志》(Military Behavioral Health Journal)编辑委员会的成员。

乔斯·E. 科尔(Jose E. Coll), PhD, 现任得克萨斯州立大学社会工作学院院

长。曾任圣里奥大学社会工作系的副教授、退伍军人学生服务部主任。2011年之前,科尔博士是南加州大学社会工作学院的一名临床副教授,也是圣地亚哥学术中心的主任和军队社会工作的主席。2012年,他因合著的名为《军人文化和退伍军人世界观对心理健康治疗的影响:对退伍军人寻求帮助和健康的实践意义》(“The Influence of Military Culture and Veteran Worldviews on Mental Health Treatment: Practice Implications for Combat Veteran Help-Seeking and Wellness”)的论文与同事共同获得国际卫生、健康和社会协会的论文奖。科尔博士是多本同行评审期刊中有关军队社会工作方面的论文作者和合著者,也是专业书籍《平民顾问的初级咨询老兵》(*A Civilian Counselor's Primer to Counseling Veterans*, 2nd ed., 2011)的合著者之一。他是哈佛管理发展项目(MDP)的毕业生。科尔博士还是一名海军陆战队的退伍军人。

作者介绍

戴维·L. 奥尔布莱特 (David L. Albright), PhD, MS, MSW, 社会工作助理教授, 军队社会工作研究生认证协调员, 密苏里大学哥伦比亚分校退伍军人和军人家庭教育研究中心主任。他是前陆军步兵军官。他专研军队和退伍军人健康照顾服务, 以及治疗与战斗有关的多发伤。奥尔布莱特博士是《社会工作实务研究》(*Research on Social Work Practice*)的执行主编, 也是《社会工作与研究协会杂志》(*Journal of the Society for Social Work*)和坎贝尔协作网社会福利组(Campbell Collaboration's Social Welfare Group)的编辑委员会成员。

萨拉·阿斯穆森 (Sarah Asmussen), PhD, 彭德尔顿营国防和退伍军人脑损伤中心的联合高级科学主任/神经心理学家, 服现役于海军陆战队, 也是南加州大学的兼职讲师。她在帕洛阿尔托大学与斯坦福心理学博士联盟计划下完成正式的专业训练, 后在帕洛阿尔托退伍军人管理局和詹姆斯·A. 哈利退伍军人管理局专门从事各种神经疾病的治疗/评估。她还拿到两年的奖学金, 在巴罗神经学研究所专门从事神经心理学研究, 研究焦点是癫痫、康复和急性损伤。她参加过很多全国性的专业会议, 并发表演讲, 在加州地区广泛授课, 在各地区培训服务提供者。

威利·G. 巴恩斯 (Willie G. Barnes)拥有婚姻和家庭系统的博士学位。巴恩斯上校在陆军国民警卫队担任牧师长达 23 年, 他在国民警卫队联合牧师战略目标咨询委员会任职。他在全国范围内发表了关于精神康复、军队文化、部署动态、自杀预防和与战争相关的伤害等主题的演讲。巴恩斯博士曾担任应用神学副教授, 并在秘鲁和牙买加的大学担任客座讲师。他是美国婚姻和家庭治疗协会的临床研究员和督导成员, 拥有 25 年的临床、学术和军队经验。

凯瑟琳·巴沙姆 (Kathryn Basham), PhD, LICSW, 教授, 博士项目的联合主

任和《史密斯学院社会工作研究》(*Smith College Studies in Social Work*)杂志的编辑,从事与现役军人、退役军人和他们的家庭再适应相关的研究、写作、实务和教育。她拥有 MSW 和临床社会工作博士学位。她已被任命为三个国会授权委员会和美国医学会的成员,负责评估增进军人家庭精神健康的方法。她还被授予美国医学会杰出临床医师的荣誉,并与他人合作撰写了多篇论文在国内外发表。

辛西娅·博伊德 (Cynthia Boyd), PhD, 是圣地亚哥海军医疗中心国防和退伍军人脑损伤研究中心的神经心理学家和高级科学主任。在这个岗位上,她评估从战场上归来的军人是否患有创伤性脑损伤和创伤后应激障碍。博伊德博士在全美范围内介绍与外伤性脑损伤、创伤后应激障碍以及认知和心理症状的伪装相关的各种神经心理学问题。她还在法医神经心理学方面有独立实践的经验,擅长对脑损伤、创伤后应激障碍、暴力犯罪者和跟踪行为进行刑事和民事评估。

布鲁斯·凯普哈特 (Bruce Capehart), MD, MBA, 达勒姆退伍军人管理局医学中心 OEF/OIF 项目医学主任,杜克大学医学院精神病学助理教授。他的临床兴趣是对退伍军人进行精神病学评估和管理,尤其关注外伤性脑损伤等神经疾病。他的研究兴趣包括创伤后应激障碍和爆炸伤的生物力学和病理生理学。他曾担任美国陆军战斗创伤咨询师和民事爆炸伤害诉讼专家证人。他是美国陆军预备役的一名老兵。2003 年,他完成了阿富汗之行。

蕾切尔·布尔达-赫梅莱夫斯基 (Rachel Burda-Chmielewski), MSW, LISW, 是加州圣地亚哥退伍军人管理局医疗中心的一名注册临床社会工作者。她参与了酒精和药物治疗项目,擅长评估和治疗同时患有物质使用障碍和创伤后应激障碍的退伍军人。她还通过在空军和海军陆战队家庭服务中心的实习,与现役军人及其家人一起工作。

爱德华·V. 卡里略 (Edward V. Carrillo), MSW, LCSW, 是圣地亚哥医疗系统退伍军人事务部的临床社会工作者。他的专长是治疗战斗和犯罪受害者创伤后应激障碍 (PTSD) 患者,并在退伍军人管理局 (VA) “退伍军人无家可归者健康护理计划” (Health Care for homeless veterans Program) 中向无家可归的退伍军人伸出援手。他是南加州大学社会工作学院的兼职网络讲

师和社区网络浸入式讲师。他是一名越战老兵,最近加入了一个佛教禅宗团体“the Order of Interbeing”,成为其中的一员。

科兰达·凯托(Colanda Cato), PhD, MA, 是一名注册临床心理学家与创伤后应激障碍和暴力问题预防的专家,任职于卓越防御中心,复原力和预防理事会。她为军队高级领导人设计和制作有关 PTSD、自杀和军队暴力的风险与预防因素的简报,并在全国各地的许多会议上发表演讲。她目前负责复原力、预防因素和项目评估方面的研究。她在各种军队工作团体中担任主席、联合主席和主要成员,并担任心理学助理教授。凯托博士有超过 11 年的军队经验,是一位杰出的空军资深心理学家。

艾莉森·N. 克拉克(Allison N. Clark), PhD, 贝勒医学院物理医学与康复系助理教授。她也是 TIRR 赫尔曼纪念医院脑损伤研究中心的一名研究专家。她感兴趣的领域包括后天脑损伤后的情绪功能、知识转化、团体干预和认知康复。克拉克博士曾在很多国家和地区会议上发言,并与人合作发表了 30 多篇文章和摘要,其中包括 16 篇同行评议的出版物。

约瑟夫·J. 科斯特洛(Joseph J. Costello), MSW, 是加州圣马科斯退伍军人中心的团队领导。自 1994 年以来,他一直在退伍军人事务部工作,主要负责退伍军人和他们的家庭再适应问题。他的专长是治疗与战争相关的 PTSD 和药物使用障碍。科斯特洛在全国各地就伊拉克和阿富汗退伍军人的适应和过渡问题发表了演讲。他还在南加州大学创新与研究中心教授军队文化继续教育课程。科斯特洛是阿富汗战争的老兵,2010 年从陆军预备役退休。

托德·克里杰(Todd Creager), MSW, 是南加州大学社会工作学院的兼职讲师。他是一名注册临床社会工作者和注册婚姻家庭治疗师。他以对夫妻和性问题的研究而闻名,并著有《漫长而热烈的婚姻》(*The Long, Hot Marriage*)一书,该书帮助夫妻重新燃起激情和活力。他还发表了许多关于夫妻、沟通和性的文章。他在加州奥兰治县有一间私人诊所,并作为一名关系专家出现在各种电视和广播节目中。

朱迪丝·丘克(Judith Cukor), PhD, 是威尔康奈尔医学院精神病学心理学

助理教授。她在各种人群中广泛从事创伤后应激障碍的治疗工作，包括军人、灾难工作者和烧伤幸存者。丘克博士为创伤后应激障碍的专门治疗提供培训和督导，并撰写了有关创伤相关疾病的学术论文和书籍章节。她是纽约长老会医院赫斯特烧伤中心的顾问，也是几项研究的联合研究员，这些研究涉及在不同创伤人群中开发 PTSD 治疗方法。

詹姆斯·G.戴利 (James G. Daley), PhD, MSW, LCSW, 印第安纳大学社会工作学院副教授。他发表和报告了一系列国际军队社会工作方面的论文，并担任《社会工作前沿》(*Advances in Social Work*) 杂志 2012 年军队社会工作春季特刊的联合主编，是 2010 年军队社会工作年会的主讲嘉宾，并作为指导委员会成员参与开发 CSWE 的《军队社会工作能力要求指南》(*Competencies in Military Social Work Guidelines*)。他还担任过多所大学的军队社会工作课程顾问。他是《军队社会工作实务》(*Social Work Practice in the Military*) 杂志的编辑。

朱莉·达米科 (Julie D'Amico), MA, 是加州大学洛杉矶分校塞梅尔神经科学与人类行为研究所 (UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior) FOCUS 项目干预服务输送和支持专家。她是一位经验丰富的治疗师和家长教育者，她的专长是帮助有发育障碍和行为障碍的儿童。达米科女士获得了心理咨询硕士学位。在与 FOCUS 合作之前，她还在加州大学洛杉矶分校美泰儿童医院 (Mattel Children's Hospital UCLA) 担任志愿者，帮助患有严重疾病的儿童及其家人。

塔拉·德布拉伯 (Tara DeBraber), MEd, MSW, 一名圣地亚哥退伍军人无家可归预防示范项目的社会工作者。她受美国金融业监管局 (FINRA) 金融顾问项目资助，成为 2012 年的一名军嫂研究生。她也是美国海军陆战队救援协会 (Navy Marine Corps Relief Society) 的一名个案工作者。

乔安·迪菲德 (JoAnn Difede), PhD, 精神病学心理学教授，威尔康奈尔医学院焦虑和创伤压力研究项目主任。迪菲德博士专门治疗焦虑、情绪和创伤相关的疾病，并与“9·11”世贸中心幸存者、烧伤患者、灾难工作者和军事人员广泛合作。她是创伤后虚拟现实疗法应用的先驱，也是多项创伤后应激障碍创新治疗研究的首席研究员。她是美国焦虑症协会 (Anxiety

Disorders Association of America)科学顾问委员会成员,也是杰里科项目(Jericho Project)的顾问委员会成员,她还在美国各地的军事医疗中心督导VR治疗。

凯塔·富兰克林(Keita Franklin), PhD, LCSW,美国海军陆战队总部行为健康分部负责人。她管理着性侵预防和处理、家庭倡导、自杀预防、作战压力控制和药物滥用等项目。她负责该处的政策规划、培训、技术援助、资源管理和宣传工作。她的专长集中在军队部署和创伤后应激障碍(PTSD)对军人家庭成员的影响上。她就影响军人及其家庭的议题,包括服役压力、二次创伤、女性服役问题、军人父母以及当今军人的行为健康需求等发表过多篇论文和演讲。

埃迪扎·加西亚(Ediza Garcia), PsyD,是加州大学洛杉矶分校塞梅尔神经科学与人类行为研究所内特森家庭复原中心的模型导师。她接受了预防和治疗儿童和家庭创伤性压力方面的专门培训。她是《FOCUS 军人夫妇复原力训练手册》(*FOCUS for Military Couples Resilience Training Manual*)的联合作者,也是全美军人家庭协会“紫色家庭撤退行动”的顾问,她还是加州大学洛杉矶分校儿童与家庭创伤精神病学服务(UCLA Child and Family Trauma Psychiatry Service)的临床协调员,她在那里培训儿童精神病学研究员,帮助他们进行优势为本、创伤知情治疗的评估。

玛丽罗斯·杰拉迪(Maryrose Gerardi), PhD,是埃默里大学医学院精神病学和行为科学系的助理教授。她通过创伤和焦虑康复项目提供认知行为治疗服务和督导,并在进行中的研究中担任治疗师和督导角色,研究虚拟现实暴露疗法和长期暴露疗法,以治疗与军队有关的 PTSD。她还训练专业人员使用虚拟现实暴露疗法。

弗兰·戈德法布(Fran Goldfarb), MA, MCHES,是洛杉矶儿童医院南加州大学发展障碍者卓越教育计划(USC UCEDD)的家庭支持主任。她是一名拥有硕士学位的健康教育专家,但她在 UCEDD 的角色是因为她曾经是一名自闭症儿童——现在已经基本成年的家长的生活经历。她有丰富的经验,协助机构提供家长培训和支持,以及培训专业人士与家长合作。她是洛杉矶阿斯伯格综合征父母支持小组的创始人。

克里斯蒂娜·哈尼特(Christina Harnett), PhD, MBA, 是约翰·霍普金斯大学教育学院的注册心理学家和助理教授。她一直积极参与马里兰州国民警卫队的部署周期支持项目,包括培训和课程开发,并发表了关于预备役文化对军人和家庭的影响以及退伍军人重新融入社会的挑战的论文。她参加了多个与军队行为健康问题有关的州立委员会和国家委员会,并通过外展培训积极参与马里兰州行为健康服务提供者的能力建设。她是马里兰州国防军/第十医疗团的一名少校,也是《国际紧急心理健康杂志》(*International Journal of Emergency Mental Health*)编辑委员会的成员。

杰西·J.哈里斯(Jesse J. Harris), PhD, 教授,巴尔的摩马里兰大学社会工作学院荣誉退休院长,美国陆军上校。他主要工作于沃尔特里德陆军研究所,在那里,他隶属于第 82 空降师。他的很多著作都涉及他在西奈沙漠与维和人员打交道的经历,以及他被国务院派往莫桑比克评估被俘儿童士兵状况的经历。哈里斯博士还撰写了大量关于军队社会工作历史的著作。他在国际上做过演讲,并在民间机构和退伍军人机构的董事会任职。

海伦娜·哈维(Helena Harvie), MSSW, 完成了在得克萨斯州中部退伍军人医疗保健系统和在德国兰德斯图尔地区医疗中心的实习,其间她与患有严重创伤后应激障碍的现役军人一起工作。她在得克萨斯大学奥斯汀分校(University of Texas at Austin)开展服务军人的研究,并帮助开发了一门服务军人及其家庭的社会工作课程。

安东尼·M.哈桑(Anthony M. Hassan), EdD, LCSW, 南加州大学退伍军人和军人家庭创新研究中心(CIR)主任。他是一名退役的空军官员,拥有 25 年的军队社会工作和领导经验。哈桑博士在 2004 年的伊拉克自由行动中服役,他是第一个加入陆军部队的空军战斗压力控制和预防小组的成员。他在社会工作、领导和高等教育管理等方面有大量的著述和演讲。哈桑博士领导 CSWE 的特别工作组,为军队社会工作制定国家指导方针。

马修·杰弗里斯(Matthew Jeffreys), MD, 是得克萨斯州圣安东尼奥 UT 健康科学中心的精神病学副教授。自 1995 年以来,他一直是南得克萨斯退伍军人医疗系统的 PCT 医疗主任,2008 年起,他通过国家 PTSD 中心(NCPTSD)担任 VISN 17 的 PTSD 导师。从 2010 年到 2011 年,他为

NCPTSD 的咨询项目提供咨询。他曾提供的其他服务包括作为工作组成员参与修订退伍军人管理局/国防部 PTSD 临床实践指南,他的兴趣包括正在进行的与 PTSD 治疗相关的教育和研究项目。

吉尔·哈林顿-拉莫里亚(Jill Harrington-LaMorie), DSW, LCSW, 国家军人家庭丧亲研究所创伤压力研究中心资深实地研究员,灾难遗眷援助计划的前专业教育主管。她在服务受创伤、悲伤和损失影响的个人和家庭方面有丰富的临床经验。拉莫里亚博士是最早发表有关美国军人家庭丧亲之痛论文的作者之一。她曾受邀为几所大学、非营利组织、军队和临终关怀院做演讲。拉莫里亚博士是死亡教育与咨询协会的董事会成员;《死亡与临终欧米伽杂志》(*Omega-Journal for Death and Dying*)的同行评议者,也是美国社会工作者协会的成员之一。她积极参与各项慈善活动,为遇难者家属、退伍军人和军人家属提供帮助。

苏珊娜·利曼(Suzanne Leaman), PhD, 埃默里大学精神病学系的研究心理学家。她与来自不同人群的创伤幸存者如难民、退伍军人和现役军人合作,她的研究兴趣集中在创伤后应激障碍和相关疾病的治疗和识别上。利曼博士发表了多篇同行评议的期刊文章,并在国际会议和研讨会上展示了有关 PTSD 和人际暴力的研究结果。目前,她是多个 PTSD 治疗和早期预测研究项目的合作研究者。

格雷戈里·A.莱斯金(Gregory A. Leskin), PhD, 加州大学洛杉矶分校国家儿童创伤压力中心(UCLA National Center for Child Traumatic Stress)军人家庭行动项目的主任,该项目与国家儿童创伤压力网络(NCTSN)保持联络。他为国防部和退伍军人事务部提供了创伤后应激障碍(PTSD)、外伤性脑损伤(TBI)、焦虑症、复原能力训练、儿童创伤应激和证据为本的干预方面的教育、培训、项目开发、评估和咨询。他已经发表了 30 多篇关于这些主题的学术论文和书籍章节。

帕特里西娅·莱斯特(Patricia Lester), MD, 是加州大学洛杉矶分校塞梅尔研究所精神病学的简和马克·内特森家庭精神病学教授(Jane and Marc Nathanson Family Professor of Psychiatry)。她主管以建立军人家庭复原力为目标的 FOCUS (Families OverComing Under Stress)项目,同时也协

同管理加州大学洛杉矶分校欢迎回归退伍军人家庭恢复力中心(UCLA Welcome Back Veterans family resilience Center)。莱斯特博士的研究和临床工作致力于为面临创伤事件、父母疾病和战时部署的家庭和儿童制订、评估和实施以家庭为中心的干预措施。她就上述课题发表了 40 多篇研究论文和著作章节。

詹姆斯·马丁 (James Martin), PhD, BCD, 是布林莫尔学院社会工作和社会研究教授。他的学术成就、教学和公共服务专注于社会和行为健康问题; 他的研究和公民参与主要面向军队和退伍军人群体。作为一名退役的陆军上校, 吉姆在陆军医疗部 26 年的职业生涯包括临床、研究、高级管理(指挥)和政策任务。吉姆是第一次海湾战争期间波斯湾战区的高级社会工作官员, 他编辑了《海湾战争与心理健康: 综合指南》(*The Gulf War and Mental Health: A Comprehensive Guide*)一书。

莫妮卡·M.马蒂厄 (Monica M. Matthieu), PhD, MSW, LCSW, 是华盛顿大学布朗社会工作学院的研究助理教授。从 1995 年到 2000 年, 她是退伍军人事务部、新奥尔良退伍军人资源中心的临床社会工作者。2008 年, 她重返圣路易斯退伍军人管理局医疗中心, 担任社会工作研究者。在退伍军人管理局和布朗学院的联合任命下, 她继续关注退伍军人的问题, 并对循证实践、创伤治疗、暴力和伤害预防的干预进行研究。

德博拉·麦高夫 (Deborah McGough), BA, 目前是特殊家庭成员项目 (Exceptional Family Member Program) 和学校联络项目的项目经理, 这两个项目都支持加州的一个海军陆战队基地和其他武装部队的多个单位, 她还担任了四年半的陆军 EFMP 项目经理。麦高夫接受过正规的心理学培训, 特别聚焦于残疾儿童的心理健康, 并作为多重残疾儿童的养父母有丰富的生活经验。她的专长是协调和利用民用和军用资源, 并代表现役 EFMP 家庭进行宣传倡导。

迈克尔·梅塔尔 (Michael Metal), 2013 级 MSW 学生, 也是一名退役海军老兵。他的专业方向是军队社会工作领域的精神健康。他积极参与多项与上述领域相关的慈善事业。迈克尔曾在全国范围内发表关于老兵世界观的演讲, 并发表过同样的文章。

凯瑟琳·E.莫吉尔(Catherine E. Mogil), PsyD, 是加州大学洛杉矶分校大卫·格芬医学院(David Geffen School of Medicine)塞梅尔神经科学与人类行为研究所(UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior)的助理临床教授。她是一名注册临床心理学家,担任内特森家庭复原中心(Nathanson Family Resilience Center)的培训和干预发展主任,以及儿童和家庭创伤服务(Child and Family Trauma Service)的联合主任。摩泽尔博士是军人家庭项目的联合开发人员,并为包括美国军人家庭协会、健康科学统一服务大学和洛杉矶县精神健康部门在内的军人家庭服务组织提供咨询和相关主题的专业知识。

阿伦·诺林(Aaron Nowlin), CADC 2, BA, 是加州拉霍亚退伍军人事务医院的药物和酒精问题咨询顾问。他的专长是治疗那些被诊断为滥用化学品或依赖化学品的人,特别是现役军人和退伍军人。在过去五年里,他一直受雇于VA,而在此之前,他受雇于圣地亚哥洛玛岬(Point Loma)的药物滥用(SARP)康复计划长达三年半之久,他还在一家住院治疗机构工作。在SARP期间,他为被诊断为化学品依赖的现役军人提供治疗。

凯莱布·尹·拉(Caleb Yoon Ra), LCSW, 目前是圣地亚哥退伍军人保健系统“退伍军人无家可归者保健诊所”的资深社工。他负责为圣地亚哥县长期无家可归的退伍军人提供个案管理服务。他在美国海军陆战队服役8年,在伊拉克的锡安沙漠执行作战工程任务。他完成了两次战斗任务(2003年,2005年),之后光荣退伍,是一名中士。

阿尔伯特·斯基普·里佐(Albert “Skip” Rizzo), PhD, 南加州大学创新技术研究副所长,精神病学和老年学研究教授。Skip的专长是研究和开发用于临床评估、治疗和康复的虚拟现实系统。他的研发团队创建了虚拟伊拉克/阿富汗VR暴露治疗系统,用于治疗现役人员和退伍军人的PTSD。此外,他还撰写了200多篇学术论文和著作章节,内容涉及他在普通民众和军人中使用VR进行的一系列心理、认知和运动临床健康研究。

珍妮弗·罗伯茨(Jennifer Roberts), MSW, LCSW, 是南加州大学的社会工作兼职助理教授。她是退伍军人管理局圣地亚哥医疗系统的资深项目经理。她在影响女性退伍军人的问题上有专长。她在圣地亚哥县各地发表有

关军人家庭和女性退伍军人问题的演讲。

芭芭拉·奥拉索夫·罗特鲍姆(Barbara Olasov Rothbaum), PhD, 精神病学教授, 临床研究副主席, 埃默里大学创伤和焦虑康复项目主任。她专门研究对焦虑症患者的治疗, 已经撰写了 200 多篇学术论文、著作章节和六本专著。她曾担任国际创伤应激研究会主席, 是美国焦虑障碍协会和强迫症基金会的董事会成员, 也是使用虚拟现实疗法治疗心理障碍的先驱和 Virtually Better 网(www.virtuallybetter.com)的合作创立者。

艾莉森·桑托约(Allison Santoyo), MSW, 毕业于南加州大学社会工作学院。她目前已在行为科学委员会登记注册, 并获得了几个小时的许可。她在一家急症医院担任医务社会工作者, 为不同的人群提供服务, 包括外科病人、妇幼保健、患有精神疾病和药物滥用障碍的病人。

吉米·斯特伯格(Jimmy Stehberg), PhD, 是智利安德烈斯·贝略(Andres Bello)大学的助理教授, 安德烈斯·贝略大学生物医学研究所神经生物学实验室主任和副研究员。他的专长是研究记忆和精神疾病, 在啮齿动物和人类身上进行研究。他发表过几篇关于记忆的研究文章和书籍章节。

玛格丽特·A.斯特鲁森(Margaret A. Struchen), PhD, 临床神经心理学家, 赫尔曼纪念医院(TIRR Hermann Memorial Hospital)心理学和神经心理学服务的经理。她也是贝勒医学院物理医学和康复学助理教授。她有丰富的经验, 为住院病人和门诊病人的脑损伤和其他神经损伤或疾病提供心理服务。斯特鲁森博士曾担任多个联邦政府资助的外伤性脑损伤患者康复研究和培训项目的首席研究员和联合研究员, 其中包括担任外伤性脑损伤患者社区融合康复研究和培训中心的联合研究员。

安杰拉·B.斯温森(Angela B. Swensen), BS, Ronald E. McNair Scholar (2010), 是华盛顿大学乔治·沃伦·布朗(George Warren Brown)社会工作学院心理健康服务专业的 MSW 学生。她在圣路易斯退伍军人事务部(Department of Veterans Affairs)完成了一项研究和实习开发, 目前正在退伍军人事务部(VA)的老兵正义外展计划(Veterans Justice Outreach)中完成她第二阶段的实习。

芭芭拉·吉冈·惠勒(Barbara Yoshioka Wheeler), PhD, RN, 南加州大学凯克医学院临床儿科学副教授, 洛杉矶儿童医院 USC UCEDD 副主任。她有 30 年的研究生培训经验, 并在系统中为服务发展障碍患者及其家庭的服务人员培育能力。作为一名职业陆军中士的女儿, 国家对支持军人家庭的兴趣使她的学术工作重新聚焦在“卓越家庭成员计划”上。她于 1995—2000 年在总统的智力迟钝委员会工作。

杰弗里·S.雅尔维斯(Jeffrey S. Yarvis), PhD, 是贝尔沃堡社区医院行为健康的副总指挥, 马里兰州贝塞斯达的健康科学统一服务大学(USUHS)家庭医学助理教授, 在弗吉尼亚联邦、温莎大学(加拿大)和休斯敦大学的社会工作学院兼职教授。他被授予 2008 年美国陆军和军队服务社会工作者的年度荣誉。24 年来, 他在全球范围内就军队福利机构的精神健康问题进行了广泛的演讲、治疗和研究。他最近出版了一本关于退伍军人 PTSD 阈下的专著。

目 录

第三部分 退伍军人及其照顾系统

第十五章 退伍军人的无家可归问题	
..... Edward V. Carrillo, Joseph J. Costello, and Caleb Yoon Ra	3
第十六章 照顾系统导引.....	Jennifer Roberts 30
第十七章 退伍军人向市民生活的转型	
..... Jose E. Coll and Eugenia L. Weiss	42

第四部分 军队服役对家庭的冲击

第十八章 美国军人家庭简史和社会工作者的角色.....	Jesse Harris 65
第十九章 军队部署周期和家庭福祉.....	Keita Franklin 77
第二十章 对国民警卫队和预备役军人及其家庭的支持	
..... Christina Harnett	100
第二十一章 特殊家庭成员计划：帮助军人家庭中有特殊需要的儿童	
..... Barbara Yoshioka Wheeler,	125
Deborah McGough & Fran Goldfarb	
第二十二章 军人家庭中的哀伤、死亡和丧亲之痛	
..... Jill Harrington-LaMorie	151
第二十三章 支持长期家庭照顾的压力过程模型	
..... Monica M. Matthieu, Angela B. Swensen	179

第二十四章 以家庭为中心的计划及对军人家庭儿童和青少年的干预	
..... Gregory A. Leskin, Ediza Garcia, Julie D'Amico, Catherine E. Mogil, and Patricia E. Lester	198
第二十五章 对重新部署军人及退伍军人夫妇的夫妻治疗	
..... Kathryn Bashan	215
第二十六章 军人夫妻与军人家庭理论与实务	
..... Eugenia L. Weiss, Tara Debraber, Allison Santoyo & Todd Greager	241
学术关键词索引	270
译后记	286

第三部分

退伍军人及其照顾系统

第十五章 退伍军人的无家可归问题

Edward V. Carrillo, Joseph J. Costello, and Caleb Yoon Ra

一、引言

这是一个充满新希望的时代：美国将迎接这样一种社会政治挑战，即预防并结束退伍军人无家可归这一现象。新的爱国主义思想和社会意识促使了美国公众和政治代表们关注退伍军人长期无家可归这一问题，尤其是从“伊拉克自由行动”（Operation Iraqi Freedom, OIF）、“新黎明行动”（Operation New Dawn, OND）以及“持久自由行动”（Operation Enduring Freedom, OEF）中返回的退伍军人。这一社会契约已经得到了很多循证实践模型的经验支持，如住房优先（Housing First）、主动式社区治疗（Assertive Community Treatment, ACT）和减少伤害（可以证明尽可能减少或消除无家可归的退伍军人是可能的）（Cheng et al., 2007; Hurlburt, Hough & Wood, 1996; Rosenheck et al., 2003; Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004）。

本章讨论的是对无家可归的退伍军人在治疗、个案管理以及心理咨询方面进行的实证支持性的干预措施和模式；回顾预防、减少和最终缓和退伍军人无家可归问题的程序化模式；探讨无家可归的退伍军人这一群体中不同子群体的详细情况；此外，还阐述了一种现实情况，即与这一高危人群一起工作可能会让对他们提供情感依靠的照顾者产生同情疲劳和职业倦怠的危险。

二、退伍军人无家可归的原因及其现状

造成退伍军人无家可归的原因有很多。比如，从军人生活向平民生活转变时，退伍军人可能会经历文化冲击。退役后，许多退伍军人发现很难找

回原来的社会支持系统,而且可能缺乏必要的自我支持技能(self-advocacy skills)来进行有效的过渡。因此,一般情况下,在美国的无家可归人口中,退伍军人占了多数,并且女性退伍军人变得无家可归的概率是普通平民女性的三到四倍(Gamache, Rosenheck & Tessler, 2003)。

根据威特(Witte, 2012: 11)所说,退伍军人中包含了无家可归人口的11%,这代表每1万个退伍军人中大约有31人是无家可归者。这一比例看上去可能并不高,但实际上,它确实高于普通人群中无家可归者的比例,即每1万人中有21个无家可归者。无家可归者当下的趋势也和过去不同。例如,无家可归者中年轻退伍军人的数量在不断上升。此外,由于越来越多的女性在当前的伊拉克和阿富汗战争中服役,女性退伍军人无家可归的数量也在不断增多[National Coalition for Homeless Veterans (NCHV), 2011]。

心理健康问题是导致从伊拉克和阿富汗战场上归来的退伍军人无家可归的另一原因(Cunningham, Henry & Lyons, 2007)。美国无家可归退伍军人联盟(National Coalition for Homeless Veterans, 2011)声称身体创伤、性创伤和情绪创伤可能既是无家可归的原因,又是无家可归的后果。进一步的研究表明,在美国,家庭暴力是导致女性无家可归的主要原因。过去一个世纪的临床研究证实,在创伤事件后,身体暴力和性虐待造成的心理影响会持续很久。并且,经历过实战的老兵或战俘在战争中所受的创伤,与在和平时时代遭受的家庭暴力或其他创伤产生的心理影响是相似的(Herman, 1992)。

一项由住房和城市发展部(Department of Housing and Urban Development, HUD)以及退伍军人事务部(Department of Veterans Affairs, VA)发布的补充报告称,无家可归的退伍军人与一般无家可归人口的行为表现是相似的。两类群体都倾向于短暂地、频繁地进出庇护系统和医疗机构。这一发现与之前比较研究的结果是一致的,即无家可归的退伍军人和其他无家可归者几乎没有差别(Rosenheck & Koegel, 1995)。20世纪90年代的一项关于无家可归者资源利用模式的政策变动调查发现,由10%的长期无家可归者构成的一个小群体却占据了无家可归者庇护设施的50%。基本上,这相同的一小部分无家可归者仍然反复地进出庇护设施。这些发现将国家工作重点由过去的试图结束无家可归现象,转向通过积极的外展服务和永久住房解决方案来找出最弱势的无家可归退伍军人(Culhane, 2008)。

美国住房和城市发展部以及退伍军人事务部(HUD/VA)在关于无家可归者的报告(2010)中,提出了有关无家可归退伍军人问题的严重性的有力证据。这一研究引用了“即时点”(Point in Time, PIT)的统计数据以及

全国无家可归退伍军人数量的年度估计值。PIT 的计数是对一晚上有庇护和没有庇护的无家可归退伍军人数量的年度估计。

PIT 的估计数值每年都被提交给美国住房和城市发展部,并且在 PIT 计数的晚上统计紧急收容所和过渡性住房中的无家可归退伍军人的数量。这一估计数值也统计了住在街上、废弃的建筑物、车辆以及营地的无家可归退伍军人的数量。年度估计数值统计了 12 个月内曾经住在紧急收容所或过渡性住房里的退伍军人的数量(HUD/VA, 2010)。例如,在 2010 年 1 月的一个晚上,PIT 计数估计共有无家可归退伍军人 76 329 人,包括有庇护和没有庇护的;超过 4.3 万(57%)名的退伍军人在紧急收容所和过渡性住房里休息,剩下的 3.2 万(43%)人则睡在大街上、车里、废弃建筑物里或者其他不适合人类居住的地方(HUD/VA, 2010)。

这份研究的年度估计共统计了 144 842 名自认为是退伍军人的人,2010 年,他们在紧急收容所和过渡性住房中至少住过一晚。这一统计数据表示这类退伍军人在全美每 150 人中就有 1 个,或是每 10 个退伍军人中有 1 个是被美国人口普查局定义为生活在贫困线以下的人。接近 98%的住在收容所的退伍军人作为个体接受服务,而少于 4%的无家可归退伍军人作为家庭的一分子来接受服务。有趣的是,作为家庭一分子接受收容所服务的退伍军人的比例与同类成年非退伍军人相比相当低。在普通民众中,大约有 20%的成年无家可归者和他们的家庭一起得到收容所的服务(HUD/VA, 2011)。

一份 2010 年的年度报告表明,加利福尼亚、纽约、佛罗里达和得克萨斯这 4 个州的无家可归退伍军人占据了美国无家可归退伍军人总数的 50%,但只占美国退伍军人总数的 28%(HUD/VA, 2010)。这 4 个州同样保持着占无家可归者总人数 46%的比例,但它们的人口总量只占美国总人口的 32%,占有退伍军人总数的 28%。而很多州加起来只包含一小部分无家可归的退伍军人。比如,有 29 个州(个别计算的话)的无家可归退伍军人的数量只占全国总数的不到 1%(HUD/VA, 2010)。

干预

以下部分探索了当前被应用于解决无家可归问题的干预模式和技巧。配有案例的项目描述为目前缓和无家可归局面的趋势做了说明。

1. 动机性访谈

许多无家可归的案主是能够从咨询服务中受益的,如动机性访谈(Motivational Interviewing, MI)。动机性访谈是一种以案主为中心的指导

性治疗方法，它的首要目标是帮助案主增强其基本动机，以及解决行动中的矛盾以促使其行为的改变(Arkowitz et al., 2008)。

实证研究指出，动机性访谈技巧在减少饮酒、提高戒断率、增强社会适应能力和成功转介到治疗等方面均有功效(Gold & Miller, 1993; Fisk, Sells & Rowe, 2007)，并且在与个人的治疗准备阶段相一致的时候尤其有效。根据改变的跨理论模型，一共有 6 个治疗准备阶段(改变的阶段)：前意图阶段、意图阶段、准备阶段、行动阶段、维持阶段和复发阶段(Arkowitz et al., 2008)。

在前意图阶段，通常个人对改变自己的行为没有兴趣，即便他们已经确认当前自己处在困境中。在意图阶段，他们可能相信自身存在问题，但是对于变化并不确定。在准备阶段，个人已经意识到自身的问题，并且采取了初步措施去解决。行动阶段包括做一些事情来帮助改变有问题的行为。在维持阶段，人们会积极参与解决问题。这一模型中的最后一个阶段是复发阶段，从某种程度上来说，这是痊愈过程的一部分(Fisk, Sells & Rowe, 2007)。但是，需要注意的重要的一点是，复发阶段并不必然伴随出现积极参与和支持。萨姆(Sam)的案例(萨姆从无意图阶段转变到了意图阶段)说明了动机性访谈是如何被用于治疗无家可归退伍军人的。

案例：萨姆

无家可归的退伍军人萨姆(化名)一直住在距市中心大约 5 英里的圣地亚哥河床区的无家可归者营地。他的咨询师一直在努力寻找使他获得永久居住房屋的方法。尽管他的咨询师之前帮他申请到了第八条款住房优惠券^①(政府租金补贴，即领受人只需要支付他们总收入的 30% 作为租金)，但出乎意料的是，萨姆拒绝了。他表示：“无家可归更加方便。待在户外我不需要担心付租金。我不用支付电费，也不需要自找麻烦去支付天然气费用。但住在户外最大的问题是我不知道去哪里给我的手机充电。”尽管在这种处境下，萨姆仍然犹豫着要不要接受第八条款住房补贴。更重要的是，他看起来很不愿意停止把几

^① 这一住房优惠政策来源于美国《1974 年住房和社区发展法案》(Housing and Community Development Act of 1974)的第八条款(Section 8)。——编者注

乎一半的残疾救济金花在烟酒上。萨姆很明显会从永久住房解决方案带来的稳定性中受益,但他还是纠结于是否应该接受帮助。

萨姆的咨询师辨识出他最初处于无意图阶段。随着多次技巧性地参与到改变阶段的对话中和案主中心治疗的计划中,在他们第一阶段咨询结束时,咨询师已经能帮助萨姆从无意图阶段转变到意图阶段了。咨询师询问了萨姆有关的、有时甚至是尖锐的问题,如:所以在街上你觉得安全吗?你还记得最后一次肝功能检查后医生给你的建议吗?你在街上保持清醒的可能性有多大?等等。咨询师通过这些问题来刺激萨姆的思想转变。到第三次会谈时,萨姆已经能够从准备阶段过渡到行动阶段了。通过动机性访谈,萨姆认识到并声称自己渴望获得房子。那时候,他已经准备去登记参加住房优先计划(Housing First Program),并打算用掉他的第八条款住房优惠券。

2. 主动式社区治疗

主动式社区治疗(ACT)是一种多学科团体模式,它为有严重的和慢性的精神与医疗残疾的案主在社区提供密集的个案管理服务(Manuel et al., 2011)。退伍军人事务部在住房和城市发展部-退伍军人事务部支持性住宅(HUD-VASH)计划里采用了ACT的修改版本。

ACT模式的主要特征有:

- 用户驱动的治疗目标;
- 有日常个案咨询的多学科团队;
- 共享的、非个人的个案工作量;
- 密集的药物管理和监测;
- 积极的外展服务;
- 案主和社会工作者的比例低,理想上是10:1(10个案主对1个社会工作者);
- 对案主24小时的照顾责任。

一项对10个主动式社区治疗的研究进行的元分析(包括6个随机调查和4个观察研究)得出这样的结论:接受主动式社区治疗的无家可归者中,无家可归的情况减少了37%,精神症状通过标准个案管理和持续照顾模式改善了26%(Coldwell & Bender, 2007)。退伍军人事务部已经将主动式社区治疗的修订版作为HUD-VASH计划的关键组成部分,该计划已经被

证实能有效减少无家可归情况，无论是对退伍军人(Cheng et al., 2007; Rosenheck et al., 2003)还是非退伍军人群体(Stefanic & Tsemberis, 2007; Tsemberis et al., 2004)。

帕吉特和亨伍德(Padgett & Henwood, 2011)提出了一个问题：如果过去 40 多年里很少有其他方式被证明和主动式社区治疗一样能有效治疗患有精神疾病的人，那为什么这种治疗方式没有被普遍应用呢？到 2009 年，尽管主动式社区治疗只被 38 个州采纳，但是这些州报告称只有 2.3% 的精神健康案主从中受益。2009 年，退伍军人事务部部长埃里克·新关(Eric Shinseki)提出将于 2015 年前结束退伍军人无家可归的情况。他回答了帕吉特和亨伍德提出的问题：未来将投入更多资金到 HUD-VASH 基金中以结束无家可归现象，而 HUD-VASH 基金将被专门用于改进 ACT 方法来让无家可归的退伍军人拥有永久性住房。

3. 住房优先模式

住房优先模式最早是由萨姆·茨伯里斯(Sam Tsemberis)在 20 世纪 90 年代早期纽约的“住房途径”(Pathways to Housing)(Senate Sub-Committee on Veterans Affairs, 2010)中发起的。它的主要目标是通过利用用户驱动的心理社会复原治疗模式来满足那些长期无家可归者的住房需要。在它的形成阶段，“住房途径”调查了数百名无家可归者，并得出结论，当无家可归者被问到最想要什么的时候，他们回答的首先都是“住房”。这一模式是持续照顾(Continuum of Care)模式这样一种传统做法的替代品。持续照顾模式要求无家可归者在具有过渡性的和长期的住房之前，需要服从戒断和医疗以及精神病学的药物治疗(Senate Sub-Committee on Veterans Affairs, 2010)，并且这一模式的有效性已经得到多个研究的证实(Cheng et al., 2007; Hurlburt et al., 1996; Rosenheck et al., 2003; Stefanic & Tsemberis, 2007; Tsemberis et al., 2004)。住房优先模式已经被退伍军人事务部的 HUD-VASH 计划当作结束长期无家可归退伍军人的典型模式而采纳。它提供了长期的第八条款政府支持性住房，加上密集个案管理(在退伍军人事务部超过 90% 的个案管理由社会工作者提供)、主动式社区治疗以及动机性访谈(如本章前面所说)。

三、住房和城市发展部-退伍军人事务部支持性住宅(HUD-VASH)计划

HUD-VASH 计划是住房优先计划的退伍军人事务部版本，它采用了

主动式社区治疗模式的修订版(Rosenheck et al., 2003)。这一计划的要求包括:

- 形成治疗计划,这个计划反映了退伍军人的目标,并处理维持住房安置的潜在优势和障碍;

- 建立治疗计划的监管过程,包括对酒精使用和药物使用的筛查;

- 经常针对药物使用和精神健康展开会谈;

- 对就业和收入需求展开援助;

- 解决法律和经济问题;

- 提供“一揽子”服务,包括对福利过程和危机咨询的指导等服务(HUD - VASH Handbook, 2011)。

要成为 HUD - VASH 的服务对象,退伍军人和他们的家庭必须满足以下条件:(1) 符合退伍军人事务部健康照顾服务的条件;(2) 满足退伍军人事务部关于无家可归的标准;(3) 在住房、精神健康、健康与医疗、经济、家庭和社会支持系统、药物滥用,以及日常生活活动(Activities of Daily Living, ADLs)和工具性日常生活活动(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)援助等方面有个案服务的需求。该计划的目标包括促进退伍军人案主的全面恢复和独立,从而使他们能够拥有在社区中的永久独立住房(HUD - VASH Handbook, 2011)。除了荣誉退役的退伍军人之外,其他退伍军人必须符合市政管理的住房和城市发展部的相关规定,但也不会得到优先的住房券和 HUD - VASH 法律规定提供的个案管理。

这一计划旨在解决最脆弱的、长期无家可归的退伍军人的需求,同时它采用了实证支持的干预措施,如动机性访谈和主动式社区治疗。在一项对 VA 的四个 HUD - VASH 支持的住房服务点成本效率的随机对照研究中,罗森赫克等学者将获得密集个案管理和 HUD - VASH 第八条款优惠券的退伍军人,与获得另外两种照顾模式的退伍军人进行了比较。这两种模式是:(1) 未获得第八条款住房优惠券的一般 VA 无家可归计划的个案管理模式;(2) 退伍军人事务部的标准照顾模式(Rosenheck et al., 2003)。这项为期三年的研究得出结论:与单独的密集个案管理(没有住房补助)或者单独的标准门诊照顾相比,HUD - VASH 支持的住房服务取得了“较好的住房供给结果”(Rosenheck et al., 2003: 940)。通过对 2003 年罗森赫克等学者的原始研究中的缺失数据进行再次分析,成等学者(Cheng et al., 2007)断定 HUD - VASH 的改善效果将更加显著。这些改善包括:住在机构的天数更少;酗酒的天数更少;在酒和药物上的花费更少。这些研究支持扩充

HUD-VASH 计划的经费,并且这些经费是 VA 为结束退伍军人无家可归的情况设立的宏大的五年计划的基础(Committee on Veterans Affairs, 2010)。此外,HUD-VASH 优惠券是便携的,就是说退伍军人可以转移他们的住房券,以住到能提供 VA 个案管理服务的社区中去(Kuhn & Nakashima, 2009)。

约翰·多伊(John Doe)的案例说明了住房优先模式是如何被 HUD-VASH 计划采用的。这一案例展示了 HUD-VASH 计划在安置长期无家可归的退伍军人的方式上具备很强的灵活性、创造性和合作能力。抱着 2015 年前结束全国范围内退伍军人无家可归处境的目标,所有 VA 的医疗中心以及各自的公共住房局(Public Housing Authorities, PHA)都在检验这些案主在努力达到这个目标的过程中还存在哪些障碍。同时,HUD-VASH 个案管理者正在应对最脆弱的、长期无家可归的退伍军人的需求,通过更熟练地识别服务工作中的阻碍来创建克服这些障碍的环节。此外,他们还采用与当地服务提供者合作解决问题的方式,将退伍军人与重点社区及退伍军人事务部的资源联系起来;在帮助退伍军人获得和维持独立的长期住房这一目标下,将动机性访谈和主动式社区治疗模式贯穿整个过程,从最初的与无家可归者个人联系到个案管理需求的结束。

案例：约翰·多伊

许多在非农村地区的无家可归者能够自己去诊所或外展服务地点寻求帮助和治疗。然而,不是所有的无家可归者都能得到治疗来满足自身需求,比如因为病理原因、医学失能和交通不便,很多人无法得到治疗。举个例子,约翰·多伊是一位超过 65 岁的异性恋者,也是一位参加过越南战争的男性士兵,有严重的关节炎但长期未得到治疗。他酗酒且没有收入,长期处于无家可归状态,已经在街上睡了 20 多年。约翰·多伊是在街道的灌木丛下被发现的,浑身尿味,从头到脚爬满了虱子和各种其他小虫子。

多伊愿意接受帮助,但无法独自到达遍布主服务区内的任何外展诊所。他住在离日间照料中心和大型社区项目点 10 个街区的地方。考虑到关节炎和酗酒问题——所谓用来麻痹痛苦的良药,他无法从他睡觉的地方走几条街到日间照料中心或者当地的庇护所去。他手腕上系了几条医院的带子说明他去过几次当地的急诊室。虽然有些可以

获得的项目能帮助他解决酒精成瘾问题,给他提供戒断场所以及过渡性住房,但是他无法到社区接受服务,并且他的健康状况看上去不太稳定,以至于不能确保其在住房优先模式下能够独自安全地居住。

多伊需要稳定用药,也需要参加针对酒精的戒断疗程。这位退伍军人因为疾病而无法单独居住,又由于持续饮酒也不适合被安置在过渡性住房中。传统急诊模式要求多伊在急诊室接受治疗来促使其在医学上保持稳定,同时因为他有过在戒酒过程中突发酒瘾的历史,他还需要接受戒酒监控。因此,社区非营利机构、退伍军人事务部的外展工作人员、个案管理者、社区紧急应变工作小组和退伍军人事务部的急诊医疗工作人员需要相互配合、共同努力,找出一套可行的治疗方案让多伊免于继续睡大街。

多伊需要稳定的住房和戒酒方面的帮助。然而,由于他在与 VA 外展社会工作者建立关系过程中受到了酒精的影响,因此他的基线水平是不确定的,这导致他潜在的医疗和精神健康需求并不清晰。另外,他也需要乘坐交通工具去医疗机构。

在多伊足够稳定地进入社区服务项目前,他需要紧急护理来满足当前的医疗需求。同时,他需要乘坐交通工具去参加社区项目,这些社区项目提供社会工作个案管理者、现场护理、24 小时的房屋管理员和过渡性住房。

多伊也与 VA 的门诊/外展个案管理者联系。这种混合型的个案管理安排允许个案管理者灵活地与急诊室社会工作者和急诊主治医生,以及复原计划的联络员合作来为多伊提供快捷的服务。个案管理者开车把多伊送到急诊室,并联系急诊室的社会工作者和主治医生,提醒他们在健康状况稳定的情况下让多伊参与复原计划。在急诊室的主治医生明确多伊的健康状况后,混合型的个案管理者会送多伊去参加复原计划,并提供合适的文件记录给复原计划的社会工作个案管理者,以预备多伊稳定地停留在该计划中。

在稳定停留期间,多伊透露他已经在社会保障退休系统内缴了多年的费用。因此,他的 HUD - VASH 社会工作者帮他获得了社会保障残障保险金(Social Security Disability Insurance, SSDI)和 VA 的服务性残疾津贴。社会工作者送他到退伍军人管理局的门诊服务部,

然后根据他的日常生活活动量表和工具性日常生活活动量表的基线评估结果决定他所需要的支持。有人会引导他完成申请国家颁发的身份证和社会保障卡的程序。一旦拿到他的身份证件(公共住房的先决条件),他就能得到当地公共住房局的帮助去申请第八条款住房优惠券。接着他便在一个成年人的独立社区被安置下来,当地的社区公益机构还提供资源为他的房间配备了家具。

四、对无家可归退伍军人的健康照顾

无家可归退伍军人的健康照顾项目(Health Care for Homeless Veterans, HCHV)在外展服务点上,对想转介到VA过渡性住房、VA地区办事处(VARO)福利诊疗中心、全部的VA和非VA社会服务项目的荣誉退伍军人和非荣誉退伍军人进行筛选。所有的非荣誉退伍军人都有资格被筛选到VA的过渡性住房项目中,除了那些被开除军籍的退伍军人。只有极少数的非荣誉退伍军人有资格获得人道主义的VA医疗服务。HCHV项目是所有VA无家可归项目的载体。因此,它承担了大多数新扩展的无家可归服务的管理责任,如HUD-VASH项目和其他几项服务无家可归退伍军人的特殊需求的项目(本章中提到的)。HCHV项目运用了传统上服务无家可归退伍军人的三种方法:(1)在所有的VA医疗中心和周围社区开展针对退伍军人的外展服务;(2)与VA健康照顾服务项目连接;(3)以每日补助(Grant Per Diem, GPD)、两年期有时限的过渡性住房、住房处置机构和HUD-VASH永久性住宅服务为基础,在各社区进行筛选和批准入住。

VA同时也通过提供过渡性住房的社区项目来分配和监控资金,比如大家熟知的每日补助(GPD)的领取点。VA还调配主要由社会工作者和护士组成的服务团队,这些社会工作者和护士扮演着社区GPD项目和VA之间联络人的角色。这些联络人为被过渡性地安置在GPD社区机构中的无家可归退伍军人提供了筛选、评估、制订治疗计划、转介、个案监控和危机管理等干预服务。在这些项目中,退伍军人可以居住长达2年,但是他们平均待的时间是3到6个月。除了提供住房之外,GPD社区机构还提供直接的个案管理服务、咨询服务、福利援助、社会服务推荐、就业推荐,以及一系列生活技能培训,如理财、计算机技能等。有些大一点的服务点还与以帮助就业

为焦点的无家可归退伍军人重返社会项目(Homeless Veterans Reintegration Programs, HVRP)合署办公,HVRP 可提供直接的工作安排评估咨询和短期生涯培训资金(*HUD - VASH Handbook*, 2011)。

VA 按日给 GPD 社区机构提供资金。2011 年度财政津贴给每一个有住房的退伍军人每天 38 美金。GPD 的各个项目对两类联邦资金在全国范围内展开竞争。作为资金获得者的那些项目就有资格获得住房实物、资金资助,以及住房和社会服务补助金。它们与当地 VA 的医疗中心合作,提供药物和精神病医疗服务。一项对来自五个不同地区 VA 医疗中心的 363 名退伍军人的调查显示,81%的退伍军人在退出项目后仍然居住了 12 个月(McGuire et al., 2011)。

五、对无家可归退伍军人的居家照顾

无家可归退伍军人居家照顾项目(The Domiciliary Care for Homeless Veterans, DCHV)为那些由于药物或身体疾病原因无法独自居住的退伍军人提供过渡性的和长期的住房服务。为了满足从 OEF 和 OIF 返回的退伍军人的需求,DCHV 项目包含了精神健康住宅康复和治疗项目(Mental Health Residential Rehabilitation and Treatment Programs, MHRRTPs)模式。这个项目是一种无家可归退伍军人的过渡性住宅模式,并且其中的无家可归退伍军人通常有多种严重的医疗病症、精神病、成瘾问题以及心理社会缺陷。DCHV 项目提供了一个 24/7(一天 24 小时、一周 7 天)结构化的和支持性的居住环境作为康复治疗方案的一部分。这一模式并不是长期项目,它强调所有实践在临床上要有可测量的治疗收益,从而促进生活方式的转变、自我照顾和个人责任。为了实现这些最终目标,该项目采用了诸如眼动脱敏与再加工治疗(EMDR)和认知行为疗法(CBT)等实证支持疗法。

六、无家可归退伍军人重返社会项目

无家可归退伍军人重返社会项目(HVRP)为那些有动机去积极竞争上岗的无家可归退伍军人提供职业培训和就业机会。它服务于因为创伤后应激障碍(PTSD)、长期药物滥用、严重的心理社会问题、法律问题或者艾滋病等原因而被其他项目拒绝的无家可归退伍军人。与其他退伍军人的特殊就业项目相比,此项目提供更密集的评估,更专门的工作推荐,以及更频繁的咨询和个案管理服务。此外,HVRP 项目通过提供职业生涯规划和大专课程的

资金,为许多不具备参加 VA 职业康复项目(VA Vocational Rehabilitation)资格的无家可归退伍军人提供了另一种可能。

七、CHALENG 项目：退伍军人事务部的社会网络干预

1994 年,退伍军人事务部开创了一个名为 CHALENG[社区无家可归情况评估,当地教育和网络小组(Community Homelessness Assessment, Local Education and Networking Groups)]的项目。设计这一项目的目的在于改善当地 VA 提供的对无家可归退伍军人的持续性照顾。为此,该项目建立了一个当地社区机构的服务提供者(利益相关者)网络来对无家可归人口进行服务。这一举措背后的理念是,没有一个机构能单独提供所有必要的服务,来帮助无家可归退伍军人成为有用的社会成员,并结束他们无家可归的状态。CHALENG 项目试图通过团结 VA 和社区服务利益相关者,提升无家可归退伍军人的需求意识,以及协调全社区范围内应对这些需求的规划,来促进服务的协调一致性。

CHALENG 项目的一个重要部分是进行全社区范围内的需求评估。CHALENG 的评估调查引出了在 42 种不同标准上对无家可归退伍军人已被满足的与未被满足的需求的回应。表 15.1 展示了排在前 10 项的无家可归退伍军人未被满足的需求的全国性调查结果。该表同时也展示了排序的变化情况。

表 15.1 被调查者的前 10 项未被满足的需求,2008—2010 财年

2008 财年	2009 财年	2010 财年
1. 福利金	1. 福利金	1. 福利金
2. 儿童保育	2. 子女抚养费问题的法律援助	2. 儿童保育
3. 子女抚养费问题的法律援助	3. 长期的、永久的住宅	3. 子女抚养费问题的法律援助
4. 监护责任(经济的)	4. 儿童保育	4. 家庭和谐援助
5. 家庭和谐援助	5. SSI/SSD 处理	5. 监护责任(经济的)
6. 长期的、永久的住宅	6. 违法/处罚的法律援助	6. 违法/处罚的法律援助
7. SSI/SSD 处理	7. 监护责任(经济的)	7. SSI/SSD 处理

续 表

2008 财年	2009 财年	2010 财年
8. 违法/处罚的法律援助	8. 家庭和谐援助	8. 贷款咨询
9. 贷款咨询	9. 职业培训	9. 职业培训
10. 监禁退伍军人的再入服务	10. VA 残疾津贴/抚恤金	10. 帮助恢复驾照的法律援助

资料来源：Kuhn & Nakashima, 2011: 13。

除了对全社区的用户和利益相关者进行需求评估之外, CHALENG 项目还与当地政府和社区机构发展亲密的工作伙伴关系, 它的目标是努力告知无家可归的退伍军人在他们的当地社区中所有可以利用的退伍军人或非退伍军人资源。年度 CHALENG 项目获得了众多成效, 包括创立无家可归退伍军人牙科计划(Homeless Veterans Dental Initiative), 以及通过发展 HUD-VASH 计划使得 VA 对永久性支持住房的资金投入在近几年大幅增长。

八、预防无家可归的新退伍军人事务部项目

最近, 退伍军人事务部设立了五个全新项目, 旨在通过外展服务和早期干预来预防无家可归现象的发生。一是退伍军人无家可归预防示范项目(Veterans Homelessness Prevention Demonstration Project, VHPD)。这是一项为期 3 年的试点工程, 目的在于为存在无家可归风险的退伍军人及其家庭提供积极主动的预防性援助, 以及快速安置新的无家可归退伍军人。该项目由美国退伍军人事务部提供直接服务, 另外也获得了住房和城市发展部以及劳工部(Department of Labor, DOL)的共同支持。VHPD 项目的受益人群包括: 从伊拉克、阿富汗和“新黎明行动”战场返回的退伍军人; 女性退伍军人; 退伍军人作为户主的家庭; 退伍军人的单亲家庭; 退役的国民警卫队和预备役退伍军人。其服务包括短期租金援助(非现金补助)和住房券紧急资金帮助。

另一个相对较新的项目是无家可归退伍军人全美呼叫中心(National Call Center for Homeless Veterans)。该项目旨在确保每天 24 小时、每周 7 天, 无家可归退伍军人以及处于无家可归风险中的退伍军人都能够与受过专业训练的无家可归预防顾问进行联系。这一热线意在帮助无家可归和即

将无家可归的退伍军人及其家庭，同时也支持 VA 医疗中心开展的无家可归外展服务和综合服务。此外，该热线还积极协助联邦、州和当地的合作者，无家可归退伍军人服务的提供者以及社会机构，共同为退伍军人提供资源并联系 VA 的无家可归服务。

VA 还有两个相对新的项目，针对被监禁和被法律制裁的退伍军人：
(1) 重生退伍军人健康照顾(Health Care for Reentry Veterans, HCRV)；
(2) 退伍军人法律制裁外展服务(Veteran Justice Outreach, VJO)项目。这两个项目的目标都是帮助“涉及法律制裁”的退伍军人避免无家可归并得到 VA 服务。HCRV 项目的目标人口是离开监狱的退伍军人。该项目的目的是预防无家可归、降低再监禁的可能，并减少医疗、精神和药物滥用问题对那些弱势退伍军人的影响。VJO 项目是 VA 主动设立的，为了使有精神疾病的退伍军人远离不必要的刑事定罪和延长监禁，并确保“涉及法律制裁”的退伍军人能及时接受 VA 的精神健康服务和药物滥用服务。

VA 最新为预防无家可归设立的项目是退伍军人家庭支持性服务(Supportive Services for Veteran Families, SSVF)项目，它已经被写进了“公法 119 - 387”。这一项目以社区为基础，主要为收入很低，但是正在由无家可归向永久性住房过渡的或努力维持其永久性住房的退伍军人及其家庭提供服务，以创造稳定居住的条件。通过此项目，VA 将拨款给私人的非营利组织和社区合作单位，奖励他们提供的很多支持性服务，包括交通、法律援助、儿童保育、福利援助、临时经济援助和日常生活服务等。

九、无家可归退伍军人的休整

在美国，休整(Stand Down)是一种社区干预，它将无家可归退伍军人集合到棒球场、公园或者礼堂 1 到 3 天，为他们提供广泛的社会服务和医疗服务。这些服务包括牙科、眼科、紧急医疗、足科、精神科、药物滥用、紧急的和过渡性的住房、法律援助、VA 社会工作和心理咨询，以及各种 VA 福利金，此外还包括所需的各种物资如鞋、衣服、尿布、毛毯、睡袋、卫生用品和急救药箱。

在军事术语中，休整是一种通过重新安置战士们去相对安全的区域，使战争疲劳的战士能够离开前线几天的缓解措施，这期间，战士们有机会获得所需的医疗照顾和牙齿保健、邮件电话服务，以及工具补给、更新装备、换新衣服等生理需求。在战区同样重要的是，休整期能给人提供释放悲伤、享受牧师服务、品尝好吃的食物和重建友情的时间，这些是士兵们服役时的精神