

世界卫生组织



2001 年

世界卫生报告

精神卫生：新的了解，新的希望



人民卫生出版社

2001 年 世界卫生组织报告

精神卫生：新的了解，新的希望

世界卫生组织 编
王汝宽 徐允诚 康伟 译



人 民 卫 生 出 版 社

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部
由人民卫生出版社出版本书中文版



图书在版编目(CIP)数据

2001年世界卫生报告/世界卫生组织编. —北京:
人民卫生出版社, 2001
ISBN 7-117-04649-X

I . 2... II . 世 ... III . 世界卫生组织—报告—2001
IV . R-11

中国版本图书馆CIP数据核字(2001)第085374号

©世界卫生组织 2001

版权所有

本出版物所采用的名称和所提出的资料, 包括表格和图形, 并不意味着世界卫生组织秘书处方面关于任何国家、领土、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线划定的任何意见之表述。地图上的虚线表示可能还没有完全取得一致同意的大致边界线。

本书提到一些专门的公司或某些厂家的产品, 这并不意味着它们比其他没有提到的同类性质的产品优先受到世界卫生组织的认可或推荐。为避免错讹和遗漏, 专利产品的名称第一字母均用大写形式以示区别。

本报告的主要作者有 Rangaswamy Srinivasa Murthy (主编), José Manoel Bertolote, JoAnne Epping-Jordan, Michelle Funk, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno 和 Shekhar Saxena。报告得到了由 Susan Holck, Christopher Murray (主席), Rangaswamy Srinivasa Murthy, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno 和 Derek Yach 组成的筹划指导委员会的指导。

为报告的完成提供重要帮助的有: Gavin Andrews, Sarah Assamagan, Myron Beller, Tom Bornemann, Meena Cabral de Mello, Somnath Chatterji, Daniel Chisholm, Alex Cohen, Leon Eisenberg, David Goldberg, Steve Hyman, Arthur Kleinmann, Alan Lopez, Doris Ma Fat, Colin Mathers, Maristela Monteiro, Philip Musgrove, Norman Sartorius, Chitra Subramaniam, Naren Wig 和 Derek Yach。

本报告在编写中得到总部顾问小组和地区咨询小组的积极参与。其成员名单列于致谢词下。另外, 十分感谢地区主任、世界卫生组织总部执行主任以及总干事高级政策顾问们所提供的帮助和指导。

报告由 Angela Haden 和 Barbara Campanini 编辑。图表工作由 Michel Beusenbergh 协调。世界卫生报告的翻译协调和其他行政支持由 Shelagh Probst 在 Pearl Harley 的协助下提供。索引编制工作由 Liza Furnival 完成。

2001年世界卫生报告

精神卫生: 新的了解, 新的希望

编 者: 世界卫生组织
译 者: 王汝宽 等
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)
地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼
网 址: <http://www.pmph.com>
E-mail: pmph@pmph.com
印 刷: 北京人卫印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 850×1168 1/16 印张: 12
字 数: 288千字
版 次: 2002年1月第1版 2002年1月第1版第1次印刷
标准书号: ISBN 7-117-04649-X/R·4650
定 价: 40.50元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

世界卫生组织办事处

HEADQUARTERS:

World Health Organization
20, Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Telephone: (41) 22 791 21 11
Facsimile: (41) 22 791 31 11
Email: info@who.int
Website: <http://www.who.int>

WHO REGIONAL OFFICE FOR AFRICA

(Temporary address)
Parienyatwa Hospital
P.O. Box BE 773
Harare, Zimbabwe
Telephone: (263) 4 70 3580 or 4 70 3684
Facsimile: (263) 4 70 0742 or (1-321) 733 9020
Email: regafro@whoafr.org
Website: <http://www.whoafr.org>

WHO REGIONAL OFFICE FOR THE AMERICAS/ PAN AMERICAN SANITARY BUREAU

525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, USA
Telephone: (1) 202 974 3000
Facsimile: (1) 202 974 3663
Email: postmaster@paho.org
Website: <http://www.paho.org>

WHO REGIONAL OFFICE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN

WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
(opposite Children's Library)
Nasr City
Cairo 11371, Egypt
Telephone: (202) 670 2535
Facsimile: (202) 670 24 92 or 670 24 94
Email: emro@who.sci.eg
Website: <http://www.who.sci.eg>

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen Ø
Telephone: (45) 39 17 17 17
Facsimile: (45) 39 17 18 18
Email: postmaster@who.dk
Website: <http://www.who.dk>

WHO REGIONAL OFFICE FOR SOUTH-EAST ASIA

World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002, India
Telephone: (91) 11 331 7804 to 11 331 7823
Facsimile: (91) 11 332 7972 or 11 331 8607
Email: postmaster@whosea.org
Website: <http://www.whosea.org>

WHO REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC

P.O. Box 2932
Manila 1099, Philippines
Telephone: (632) 528 8001
Facsimile: (632) 521 1036, 536 0279
Email: postmaster@who.org.ph
Website: <http://www.wpro.who.int>

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER

150, cours Albert-Thomas
F-69372 Lyon Cédex 08
Telephone: (33) 472 73 84 85
Facsimile: (33) 472 73 85 75
Email: webmaster@iarc.fr
Website: <http://www.iarc.fr>

来自总干事的信息

精神疾病不是一种个人缺陷，它并不只是发生在别人身上。我们都还记得，就在不是很久以前的一个时期，我们不能公开谈论癌症，因为那是一种家庭秘密。今天，我们中的许多人仍然不想谈论艾滋病。这些障碍正在逐渐被破除。

2001年世界卫生日的主题是“消除偏见，勇于关爱”。它所传达的意思就是没有任何理由把患有精神疾病或脑部障碍的人排斥在我们的社会之外——我们有足够的空间容纳每一个人。至今我们中仍有许多人避开这些人，或者对他们假装视而不见。——就好像我们不敢去了解和关爱他们。这个报告的主题就是“新的了解，新的希望”。它表明，科学和感性正在结合起来打破精神卫生保健和医疗方面真实存在的和业已看出的障碍。因为这是一种能够为精神病人提供真正希望的新的了解。亦即了解遗传因素、生物因素、社会因素和环境因素是如何共同作用引起精神疾病和脑部障碍；了解精神健康和躯体健康二者实际上是如何密不可分；以及了解它们之间的相互影响又是多么复杂和深刻。而这刚刚是个开始。我相信，在讨论卫生时却避而不提精神卫生，这就有点儿像给一把乐器调音，却留下了一些不和谐的音符。



格罗·哈勒姆·布伦特兰博士

世界卫生组织正在做一个简要的陈述性声明：精神卫生——已经被忽略得太久了——对于个人、社会和国家的整个福利来说都是至关重要的，因此必须用一种新的眼光来看待它，使其得到普遍的关注。

我们的号召得到了联合国大会的参与性响应，今年它将庆祝精神病人获得保护和关爱权力发布10周年。我相信，2001年世界卫生报告重新强调了联合国在10年前制定的原则。在这些原则中第一条就是将不再存在因为精神疾病而受到歧视。第二条就是尽可能使每一个病人都将有权在他或她自己的

社会中得到治疗和照顾。第三条就是每一个病人都将有权在最低限度的环境中得到治疗，得到最低限度的或最小侵犯性的治疗。

在整整一年中，我们的会员国从各个方面，不论是医学方面，社会方面，还是政治方面，狠抓精神卫生，把我们的斗争推向前进。今年，世界卫生组织也正在支持发起和开展一场有关抑郁治疗和自杀预防、精神分裂症和癫痫的全球性运动。2001 年世界卫生大会讨论了精神卫生的方方面面，对于身处世界卫生组织和范围广大的卫生专业界的我们来说，这一增强的和持续的关注焦点既是一种机遇也是一种挑战。

仍有许多事情要做。我们还不知道，到底有多少人没有得到他们所需要的帮助——业已可以提供的帮助，并且不需要很大代价就能得到的帮助。基本的估计提示，当今大约有 4.5 亿活着的人患有精神性或神经性疾病，或者受到诸如酒精和药物滥用等相关社会心理问题的折磨。他们中的许多人在默默地忍受着痛苦。他们中的许多人在孤独地忍受着痛苦。更有甚者，在忍受疾苦和缺乏关爱背后的却是耻辱、羞愧、排斥，以及在大多数时候我们都不愿意去了解的死亡。

重性抑郁症现在是全世界致残的主要原因，在造成全球疾病负担的主要原因中占第四位。如果预测准确的话，在未来的 20 年中，抑郁症差不多将成为造成全世界疾病负担的第二位原因。从全球来看，有 7000 万人正在受到酒精依赖的折磨。大约有 5000 万人患有癫痫，另有 2400 万人患有精神分裂症。每年有 100 万人自杀，有 1000 万 ~ 2000 万人企图自杀。

不会受到精神性疾病侵扰的家庭是很少的。

每 4 个人中就会有 1 个人在其生命的某一阶段受到精神性疾病的侵扰。患有某种精神疾病包括阿尔茨海默病的危险随着年龄的增长而增加。结论对于全世界的老年人口来说是显而易见的。精神疾病的社会和经济负担是巨大的。

今天，我们已经知道，大多数疾病，不论是精神的还是躯体的，都受到生物因素、心理因素和社会因素协同作用的影响。我们对于精神健康和躯体健康之间关系的认识正在迅速取得进展。我们已经知道，精神性疾病是许多因素作用的结果，并在脑部有其物质基础；我们已经知道，精神性疾病会侵袭任何地方的任何一个人；我们还知道，业已屡次证实，精神性疾病可以得到有效的治疗。

本报告讨论了抑郁症、精神分裂症、精神发育迟缓、儿童期和青春期障碍、药物和酒精依赖、阿尔茨海默病和癫痫。所有这些疾病都是常见病，并且通常都引起严重的残疾。癫痫不是一个精神问题，但是我们也把它包括在里面，因为它也使人面临着同样的与精神性疾病有关的耻辱、愚昧和恐惧。

我们这个报告全面综述了我们对于所有这些疾病目前和未来负担及其主要作用因素的认识。它论述了这些疾病预防的有效性和治疗的可得性及其障碍所在。我们在报告中详细讨论了有关服务的提供和服务的计划。最后，报告提出了为确保消除耻辱和歧视以及实施有效预防和治疗并获得足够资助所

需要的政策纲要。

我们从不止一个方面来证明这样一个简单的论点：我们拥有帮助患有精神性疾病和脑部障碍的人们所需要的手段和科学知识。政府在这方面没有负起责任，公共卫生界也是一样。不论是无意还是有意，我们大家对这一情况都负有责任。作为一个领导性的世界公共卫生机构，世界卫生组织有一种选择，并且只有一种选择：那就是确保我们这一代将是允许羞愧和耻辱凌驾于科学和理性之上的最后一代。



格罗·哈勒姆·布伦特兰

日内瓦

2001年10月

概 要

世界卫生组织这一里程碑式的出版物旨在提高公众和专业人员对精神性疾病在人类、社会和经济方面的现实负担及其代价的认识。同时它的目的还在于帮助消除阻碍全世界千百万人接受他们所需和应有服务的那些障碍中的许多障碍，特别是耻辱、歧视和服务不足。

从许多方面来看，2001年世界卫生报告提供了一种对精神性疾病的新了解，这种了解为所有国家和所有社会的精神病病人及其家庭提供了新的希望。它全面评述了人们对于目前和未来精神性疾病负担及其主要作用因素的已有认识，检查分析了精神性疾病预防的范围和治疗的可行性及其障碍。报告详细论述了服务的提供及计划的制定，最后以一系列范围广泛的、可以由每一个国家根据其需要和资源加以调整的建议结束报告。

10点行动建议如下。

1. 在初级卫生保健范围内提供治疗服务

在初级卫生保健范围内提供对精神性疾病的处理与治疗是使大多数病人较容易和快速地获得服务的基本措施——应该认识到，许多人已经在这一水平上寻求帮助。初级卫生保健不仅可以提供较好的保健服务，而且可以减少由于不必要的检查和不恰当以及非专业化治疗而造成的浪费。然而，为做到这一点，需要对一般卫生人员进行精神卫生保健基本技能的培训。这种培训可以确保大多数人能够最佳地应用可得到的知识，并尽可能及时地采用干预措施。为此，精神卫生应该包括在培训课程中，并通过进修课程来改进一般卫生保健服务中精神性疾病的处理效果。

2. 确保精神疾病治疗药物的提供

应该提供基本的精神疾病治疗药物，并且确保这些药物在各级卫生保健水平都能经常保持供应。这些药物应该纳入各国基本药物目录中，而且应尽可能在任何时候确保最好的用于治疗药物的供应。在一些国家，需要通过立法来作出某些改变。这些药物可以改善症状，减少残疾，缩短许多疾患的病程并预防疾病复发。它们常被用于一线治疗，特别是在不具备社会心理干预和高技术水准专业人员的情况下。

3. 在社区内提供保健

对于长期患有精神性疾病的患者,社区保健无论从治疗结果还是个体生活质量上讲,其效果都好于机构提供的治疗。将患者从精神病院转送到社区接受治疗同样是经济有效的,并且体现对人权的尊重。为此,应该利用所有现有资源,在社区提供精神卫生服务。以社区为基础的服务可以做到尽早采取干预措施并且减少治疗带来的耻辱感。大型监护式精神病院应该由社区保健机构取代,这些机构以综合性医院的精神病病床为保证和家庭保健的支持,完全可以满足大医院所能做到的对疾病治疗的需要。这种向社区保健的转移需要社区具有卫生工作者和提供康复服务,同时提供紧急支持、保护性住所和庇护性工作。

4. 公众教育

应在各国开展有关精神卫生的公众教育和认识运动。其主要目的是通过增进对精神性疾病发生率、可治性、恢复过程以及患有精神性疾病者人权问题的认识来减少治疗与护理方面存在的障碍。对于现有的治疗选择和效果应广泛宣传,以便使一般群众、专业人员、媒体、决策者和政治家对此有一个最佳认识 and 了解。一些国家、国内和国际组织已经优先考虑到这一点。周密策划的公众认知和教育运动可以减少耻辱感和歧视,提高精神卫生服务的利用率,并且让精神健康和躯体健康靠近每一个人。

5. 社区、家庭和消费者的参与

应该让社区、家庭和消费者参与政策、规划和服务的制定与决策。这可以使服务较为适合人民群众的需要并得到更好的利用。此外,干预措施应考虑到患者的年龄、性别、文化和社会状况,以便能够满足精神性疾病患者及其家庭的需要。

6. 制定国家政策、规划和法规

精神卫生政策、规划和法规是采取重大且持续行动的必要措施。这些应该建立在现有知识和人权考虑的基础上。许多国家需要提高其现有的较低水准的精神卫生规划的预算。一些国家最近已经制定或修改了它们的政策和法规并且在实施其精神卫生保健规划方面取得了进展。精神卫生改革应该是大的卫生体制改革的一部分。为了更易于获得治疗和减轻卫生保健的负担,健康保险方案不应该歧视患有精神性疾病的人们。

7. 开发人力资源

大多数发展中国家需要加强并改进对精神卫生专业人员的培训,这些人将提供专业化的保健服务并且能够对初级卫生保健规划给予支持。大多数发

展中国家缺少足够数量的此类专业人员充当精神卫生保健服务的工作人员。一旦这些卫生专业人员接受了培训,就应该鼓励他们留在自己的国家并在其岗位上充分发挥自己的技能。这种人力资源的开发对于目前资源匮乏的国家尤其必要。尽管初级卫生保健为初始保健提供了最有用的环境,但是仍需要专家们来提供更为广泛的服务。精神卫生保健专家组理想地应包括医学和非医学专业人员,如精神病学家、临床心理学家、精神病护士、精神病学社会工作者和职业治疗学家,他们将通力合作力求为社区病人提供全面的保健和综合性服务。

8. 与其他部门建立联系

一些非卫生部门,如教育、劳动、福利、法律和非政府组织应该参与社区精神卫生保健的改进工作。非政府组织应当发挥更大的倡导作用,具有更为明确的作用。应该鼓励它们对地方采取的行动给予更大的支持。

9. 对社区精神卫生保健的监测

应该将精神卫生指标纳入卫生信息和报告系统中,并以此对社区精神卫生进行监测。指标应包括患有精神性疾病个体的数量及其保健质量,以及社区一般性精神卫生措施。这种监测有助于确定社区精神卫生的发展趋势,发现由于外来事件如灾难对精神卫生造成的影响。监测对于评估精神卫生预防和治疗规划的有效性是必要的,而且还可以为投入更多的资源提供充分的依据。需要建立新的社区精神卫生指标。

10. 支持开展更多的研究

需要开展更多的有关精神卫生生物学和社会心理方面的研究,其目的是增进对精神性疾病的认识和制定更为有效的干预措施。这种研究应该在广泛的国际基础上进行,以便了解不同社区间的差异,了解影响精神性疾病的病因、病程和结果的因素。在发展中国家,急需开创这方面研究工作的能力。

三种行动方案

如果要使这些建议有效地付诸实施,开展国际性行动是至关重要的,因为许多国家都缺乏必要的资源。联合国技术和开发署和其他部门可以在建设精神卫生基础设施、培训专业人力和建立研究能力方面对各国提供援助。为了有助于指导各国的精神卫生工作,这个报告在其结尾部分根据全世界不同水平的国家精神卫生资源提出了“三种行动方案”。例如,方案A适用于那些经济上比较贫困的国家,那些国家这类资源完全缺乏或者十分有限。即使在这类情况下也能采取一些专门的行动,诸如培训所有人员、确定可以在所有卫生设施提供应用的基本药物,以及将精神病人从监禁中解救出来。对于

那些具有中等水平资源的国家来说,方案B所建议采取的行动包括关闭监护式精神病院和逐步将精神卫生保健纳入总体卫生保健中。而对于那些拥有大部分资源的国家来说,方案C则建议改善初级卫生保健中对精神疾病的管理,较容易地得到新的治疗药物以及使社区保健设施服务的覆盖率达到100%。

上述所有这些建议和行动都出自本报告的主体部分。

报告的框架

第一章向读者介绍了对精神健康的一种新的认识,并解释了为什么它对于个人、家庭、社会和社区的整体福利来说像躯体健康一样的重要。

精神健康和躯体健康是维持生命必不可少的两个重要部分,它们紧紧地相互交织和深深地相互依赖。精神科学和行为医学方面的进展表明,就像许多躯体疾病一样,精神和行为障碍也是生物因素、心理因素和社会因素相互之间错综复杂作用的结果。

随着分子革命的进行,研究人员正在变得有能力去观察处于工作中的活生生、有感觉和思维着的人类大脑,观察并了解为什么人的大脑有时候工作得不如它本来能够做到的那样好。未来的进展对于大脑如何与复杂的精神和行为功能相互联系将会提供更为全面的认识。大脑影像技术和其他检查技术的革新将会允许神经系统“实时电影”技术投入使用。

同时,来自行为医学领域的科学证据业已证明了精神健康和躯体健康之间存在的一种基本联系,例如,抑郁症预示心脏病的发生。研究表明存在着两种主要的通道,精神健康和躯体健康可以通过它们相互产生影响。

生理系统,诸如神经内分泌功能和免疫功能,就是一种这样的通道。例如,忧虑和压抑的情绪会对内分泌和免疫功能引发连锁的有害变化,并造成人体对一系列躯体疾病的敏感性增加。

健康行为是另一条通道。它涉及到人的一系列活动,诸如饮食、运动、性活动、吸烟以及对医学治疗的持续性。个人的健康行为高度依赖于这个人的精神健康。例如,目前的证据已经证明,患有精神性疾病诸如抑郁症和物质依赖的年轻人更加可能陷入吸烟和高度危险的性行为之中。

个人的心理因素也与精神性疾病的形成有关。在儿童期,儿童与其父母或其他照管人之间的关系是至关重要的。不论有无特殊的原因,未能接受教育的儿童更有可能在儿童期或其生命的以后阶段发生精神和行为障碍。社会因素,诸如没有节制的城市化、贫困和迅速的技术变革等,也是重要的。精神卫生和贫困之间的关系具有特别重要的意义:在贫困的人和丧失教育权利的人中精神性疾病包括物质滥用更为流行。大部分精神性疾病的漏治率较高,而对于贫困人群来说的确是更高。

第二章开始讨论作为当今精神卫生方面最重要问题之一的漏治问题。它首先描述了精神和行为障碍流行的程度和所造成的负担,并指出,它们是常

见病，在所有人中有 20%~25% 的人在其生命的某个时期会受到该病的侵扰。它们的流行也具有普遍性——侵扰所有的国家和社会以及所有年龄的个人。这些疾病对各种社会产生直接和间接的巨大经济影响，其中包括服务费用。它们对个人和家庭生活质量的消极影响是巨大的。据估计，到 2000 年，精神和神经性疾病在所有疾病和伤害所引起的总的残疾调整寿命年 (DALY) 损失中占 12%。到 2020 年，预计这些疾病的负担将增加到 15%。在所有目前受到这些疾病侵袭的人中只有很少一部分得到治疗。本章介绍了一组常见的通常引起严重残疾的精神性疾病，描述了如何识别和诊断这些疾病，以及它们对生活质量的影 响。这些疾病包括抑郁症、精神分裂症、物质滥用所致精神障碍、癫痫、精神发育迟缓、儿童期和青春期精神性疾病以及阿尔茨海默病。虽然癫痫是一种明显的神经疾病，把它包括进来是因为它在历史上被认为是精神性疾病，并且在许多社会中它仍然被这样认为。就像患有精神性疾病的人一样，癫痫病人也同样蒙受着耻辱，如果放弃治疗也会造成严重的残疾。

决定所有这些疾病流行、发作和病程的因素包括贫困、性别、年龄、冲突和灾难、严重的躯体疾病以及家庭和社会环境。常常有这种情况，两种或更多种精神性疾病一起发生在一个人身上，焦虑症和抑郁症就是一个常见的组合。

本章讨论了与这类疾病相关的自杀的可能性。自杀具有三个方面的公共卫生重要性。首先，这是多数发达国家以及许多发展中国家年轻人死亡的主要原因之一；其次，在不同国家、不同性别和不同年龄组之间自杀率的差别很大；第三，少年和妇女的自杀在许多国家都是近来日益恶化的一个问题。自杀的预防在下一章讨论。

第三章内容涉及如何解决精神卫生问题。它侧重强调了整个报告中的一个关键问题，一个在全部建议中明显占有显著地位的问题。这就是向所有国家推荐的并且已在一些国家实行的对保健方式的积极转移，即从将病人送进精神病院、监护式医院甚或监狱接受专门的机构保健转移到以综合医院为急症病例提供病床作为后盾的社区保健。

在 19 世纪的欧洲，精神性疾病一方面被看成是科学探究的一个合理命题：精神病学作为医学的一个学科茁壮成长，而患有精神性疾病的人也被看做是医学上的病人；另一方面，患有这些疾病的人，像患有许多其他疾病和具有不良社会行为的人一样，从社会中被隔离到大型监护式医疗机构中，即政府所办的疯人院，以后称为精神病医院的机构中。这些趋势以后又传到非洲、美洲和亚洲。

在 20 世纪的后半叶，精神卫生保健的模式发生了转变，这主要是由于三个独立的因素所致。第一个因素是，随着一些新型药物尤其是精神抑制药和抗抑郁药的发现以及一些新型社会心理干预活动的开展，精神药理学取得了明显的进步；第二个因素是，在新成立的联合国的发起下人权运动成为一种

真正的国际现象，而民主也在全球基础上得到发展；第三个因素则是，正如新建立的世界卫生组织所定义的那样，一种精神方面的要素被牢固地吸收到卫生的概念中。这三件事加在一起，促成了从大型监护式医疗机构的保健到更为开放的和更为灵活的社区保健的转移。

种种证据显示了精神病院的失败：虐待病人的案件屡有发生、医疗机构及其工作人员在地理上和职业上的分离、报告和计算手段的软弱无力、经营上的糟糕透顶和管理上的低能无效、目标不明的财政对策、工作人员的培训不足以及质量监督和质量保证方法的不力。

相反，社区保健却正在为患有精神和行为障碍的人们提供良好的保健服务并赋予他们权力。事实上，社区保健意味着在当地环境及条件下开展范围广泛的服务。这一在许多地区和国家尚未开始的进程目的在于充分发挥原精神病院的某些预防性职能，并使机构的消极影响不再继续下去。

以下是社区提供保健的一些特点：

- 提供与家庭紧密相联的保健服务，包括综合医院的紧急住院治疗，以及在社区的长期居住设施；
- 提供与残疾和症状有关的干预措施；
- 提供专门针对个体病人诊断和需求的与治疗与保健；
- 向患有精神和行为障碍的病人提供针对其需求的范围广泛的服务；
- 提供经过精神卫生保健人员和社区保健机构之间相互协调的服务；
- 提供门诊服务而不是住院服务，包括那些可以提供家庭治疗的服务；
- 与保健者建立合作关系并满足他们的需求；
- 通过立法来支持以上各方面的保健。

然而，本章告诫人们不要在尚未建立社区替代保健的情况下去关闭精神病医院，反过来说就是，在不关闭精神病医院的情况下建立社区替代保健。必须以一种充分协调的、逐渐增长的方式使二者同时发生。一个稳妥的去机构化过程具有三个基本的部分：

- 通过提供社区设施来防止精神病院不适当的住院情况；
- 长期入住专门医疗机构并得到足够药品治疗的病人出院到社区；
- 为非医疗机构收住的病人建立和维持社区支持系统。

在许多发展中国家，精神卫生保健规划并未受到重视。保健服务的提供只限于少数通常拥挤不堪、人手不足和效率低下的医疗机构。服务反映出对病人的需求或对可以用于治疗和保健的方法范围几乎没有了解。对于大多数人群没有提供精神病方面的保健服务。仅有的服务是在大型精神病院内提供的。这些医院通常按照更多是刑罚性的而非治疗性的法规运作。它们位于不易到达的地方，成为与一般社会隔绝的独有社区。

尽管在发展中国家和发达国家的精神卫生保健之间存在着较大的差异，但是它们都有一个共同的问题：许多本来可以受益的人却没有利用业已可以

提供的精神病方面保健服务的有利条件。即使在那些充分确立了保健服务的国家,也只有不到一半需要保健服务的人利用了这类服务。这既与精神和行为障碍病人个人背负的耻辱分不开,也与所提供的服务不当有关。

本章确认了精神卫生保健的一些重要原则。其中包括诊断、早期干预、合理利用治疗技术、持续保健以及范围广泛的服务。其他的原则是消费者参与、与家庭建立合作关系、当地社区参与以及将精神卫生保健纳入初级卫生保健。本章还介绍了精神卫生保健的三个基本组成部分——药物治疗、心理治疗和社会心理康复治疗——并指明,这些部分的平衡组合始终是必要的。本章就报告中重点介绍的精神性疾病的预防、治疗和康复问题进行了讨论。

第四章论述了精神卫生政策和服务提供问题。维护和改善人群的精神卫生是一个涉及到多重决策的复杂任务。它要求将重点放在精神卫生需求、条件、服务、治疗和预防及促进策略以及必须作出的资金投入的选择方面。精神卫生服务和发展战略必须在这些重点之间以及与其他服务诸如与社会保险、教育和就业及住房方面政府干预之间进行很好的协调。必须对精神卫生保健的结果进行监测和分析,以便能够不断地调整决策去应对正在出现的挑战。

政府作为精神卫生的最高管理者,在确保这些综合性活动的开展方面必须承担起责任。在管理方面的一个至关重要的任务就是制定和执行政策。这就意味着要判定存在的主要问题和要达到的目标,规定政府和私人部门在资助和提供保健方面各自的作用,并确定政府部门很可能还有私人部门为适应精神卫生的目标所要求的政策手段和组织安排。这也意味着推动能力培养和组织发展方面的活动,并为确定经费使用的轻重次序提供指导,从而将对问题的分析与关于资源配置的决策联系起来。

本章详细考查了这些问题,从选择用于提供精神卫生保健服务的筹资安排开始,同时指出,这些筹资安排的特点与用于一般卫生服务的筹资安排在总体上不应当有什么差别。应当保护人民免遭灾难性的财政危机。这就意味着减少现金支付以支持预付款办法,而不论是借助普通的税收方法、强制性社会保险或自愿的私人保险途径。健康的人应当通过预付机制资助有病的人,而一个良好的筹资体制也将意味着富裕的人资助贫困的人,至少在一定程度上是这样。

本章接着讨论了精神卫生政策的制定问题。它特别指出,精神卫生政策往往是在脱离酒精和药品政策的情况下独立制定出来的。本章说明,精神卫生、酒精和药品政策的制定必须在综合考虑政府卫生、福利和一般社会政策主要精神实质的背景下进行。必须在当地、地区和国家一级认识社会、政治和经济的现实情况。

政策的制定必须以有关社区情况、精神卫生指标、有效治疗、预防和促进策略以及精神卫生资源的最新而可靠的信息为依据。对政策必须定期地进行评估。

制定政策必须特别注意有着特殊精神卫生需求的弱势人群,诸如儿童、

老年人、受虐待妇女以及流亡者和那些经历国内战争或内部冲突的国家的难民。精神卫生政策还应当包括自杀的预防。这就是说，例如减少对毒物和枪支的接触机会以及对家用煤气和汽车尾气采取解毒措施。这种政策必须确保不仅对处于特别危险中的个人，诸如那些患有抑郁症、精神分裂症或酒精依赖的人提供保健，而且还要对酒精和违禁药品实行控制。

在许多国家中，公共精神卫生方面的预算主要花在专门医疗机构保健的维持上，很少有或者根本没有资源用于更为有效的社区保健服务上。大多数国家都必须对精神卫生服务进行评价、再评价和改革，以提供最为有效的治疗和保健。本章就如何利用哪怕是有限的资源改进精神卫生服务的组织工作，讨论、提出了三个途径，以便使那些需要这些服务的人能够充分利用这些服务。这些途径就是：将精神卫生保健从精神病医院转移出来，发展社区精神卫生服务，以及将精神卫生服务纳入到总的卫生保健服务之中。

在本章中讨论的其他问题包括确保精神疾病治疗药物的可得性，建立国际间的联系，精神卫生干预措施的选择，公共和私人部门在精神卫生服务提供中的作用，发展人力资源，规定卫生工作人员的作用和职能，以及不仅促进精神卫生保健，而且促进精神性疾病患者的人权。在这后一种情况下，立法对于保障他们的基本人权得到尊重是必不可少的。

为了使精神卫生政策从政府主流计划中受益，在政府部门之间进行跨部门的协作是至关重要的。此外，要求精神卫生方面的投入能够保证所有的政府活动和政策都有助于促进而不是损害精神卫生。这里涉及到劳动和就业、商业和经济、教育、住房、其他社会福利服务以及刑事审判系统。

本章指明，在社区中需要克服的最大障碍就是耻辱和歧视，并且需要采取多层次的办法，包括发挥大众传媒的作用和利用社区资源来激励变革。

第五章包含了在本概要开始部分列出的建议和三种行动方案。本章通过强调解决精神性疾病的办法已经存在并且可以利用，把整个报告引到一个乐观的结尾。在精神性疾病的的治疗方面所取得的科学进步意味着大多数个人和家庭都将会得到帮助。除了有效的治疗和康复之外，某些精神性疾病的预防策略亦已可用。适宜的和先进的精神卫生政策和立法距离为需要的人们提供有关服务可能还有很长的路要走。但是已经有了新的了解，于是也有了新的希望。

目 录

来自总干事的信息	vii
概要	xi
三种行动方案	xiii
报告的框架	xiv
第一章 精神卫生的公共卫生途径	1
引言	3
了解精神卫生	5
神经科学研究进展	5
行为医学研究进展	8
了解精神和行为障碍	10
生物因素	12
心理因素	12
社会因素	13
一种综合性的公共卫生途径	16
第二章 精神和行为障碍负担	19
障碍的鉴别	21
障碍的诊断	21
障碍的患病率	23
到初级卫生保健就诊的障碍	23
障碍的影响	24
对社会的经济损失	28
对生活质量的影晌	29
一些常见的障碍	29
抑郁症	30
物质应用所致精神障碍	31
精神分裂症	34
癫痫	35

阿尔茨海默病	35
精神发育迟缓	36
儿童期和青春期障碍	36
共同发病	38
自杀	38
精神和行为障碍的决定因素	41
贫困	41
性别	42
年龄	44
冲突和灾难	45
严重的躯体疾病	45
家庭和环境因素	46
第三章 解决精神卫生问题	49
转变的模式	51
保健的原则	56
诊断和干预	57
保健的连续性	57
服务的广泛性	57
与病人和家庭的合作	58
当地社区的参与	59
纳入初级卫生保健	61
保健的组成部分	61
药物治疗	63
心理治疗	64
社会心理康复	64
职业康复和就业	65
住房供给	66
效果例证	66
抑郁症	67
酒精依赖	68
药物依赖	69
精神分裂症	70
癫痫	72
阿尔茨海默病	73
精神发育迟缓	74
运动过度症	74