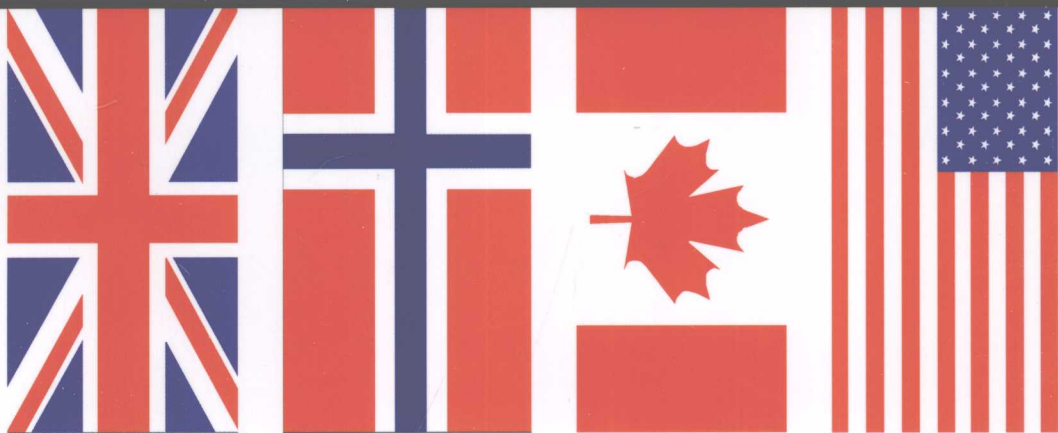


四国精神卫生服务体系比较

——英国、挪威、加拿大和美国

Mental Health Systems Compared

Great Britain, Norway, Canada, and the United States



原著 R. Paul Olson

主译 石光 栗克清



人民卫生出版社

R749/AES

四国精神卫生服务体系比较

——英国、挪威、加拿大和美国

Mental Health Systems Compared

Great Britain, Norway, Canada, and the United States

原著 R. Paul Olson

主译 石 光 栗克清

译者 石 光 栗克清 马 弘 司天梅

人民卫生出版社

Mental health systems compared: Great Britain, Norway, Canada,
and the United States/edited by R. Paul Olson

©2006 by CHARLES C THOMAS • PUBLISHER, LTD.

2600 South First Street, Springfield, Illinois 62704

This book is protected by copyright. No part of it may be repro-
duced in any manner without written permission from the publish-
er. All rights reserved.

图书在版编目(CIP)数据

四国精神卫生服务体系比较——英国、挪威、加拿大和
美国/石光等主译. —北京:人民卫生出版社, 2008. 8

ISBN 978-7-117-10299-5

I. 四… II. 石… III. 精神卫生-卫生服务-对比研
究-英国、挪威、加拿大、美国 IV. R749 R199.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 082720 号

图字:01-2007-5541

四国精神卫生服务体系比较

——英国、挪威、加拿大和美国

主 译: 石 光 栗克清

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 705×1000 1/16 印张: 28

字 数: 547 千字

版 次: 2008 年 8 月第 1 版 2008 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10299-5/R • 10300

定 价: 55.00 元

版权所有,侵权必究,打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

本书作者介绍

约翰·L·阿奈特(John L. Arnett)毕业于加拿大温尼伯省马尼托巴大学,获得临床心理学博士学位,现任马尼托巴大学医学院临床卫生心理学系主任和教授,其研究兴趣和著作涉及专业培训、临床卫生心理学、神经心理学、发作性精神障碍药物治疗的心理社会效果研究等。阿奈特博士从2004年起任加拿大心理学会主席。

帕特里克·狄龙(Patrick DeLeon)获得普度大学临床心理学博士,后获得夏威夷大学公共卫生硕士和哥伦比亚天主教大学法学院获得法学硕士,在夏威夷从事心理工作若干年后,自1973年任美国参议员丹尼尔·K·埃诺耶的行政助理。曾任美国心理协会主席,现任该协会理事,并在其他几个专业协会和理事会担任理事和委员。现任范德比尔特大学公共卫生研究所全国咨询委员会委员,并受聘为几个专业杂志的顾问编辑,因其出色的工作获得多项奖励。

约翰·N·豪(John N. Hall)获得英格兰利兹大学临床心理学博士,在英国国家卫生服务体系从事临床工作,任英国政府临床心理学顾问。1992年后,在卫生咨询委员会兼任精神卫生专业咨询师,牛津布鲁克斯大学精神卫生访问教授。豪博士现任英国心理学会临床心理学部质量与效果分会主席、牛津大学首席临床心理学家。目前正在从事英国政府卫生部支持的两个精神卫生政策项目。

豪迪斯·乔特(Haldis Hjort)获得奥斯陆大学临床心理学博士。她曾在私人诊所工作,治疗儿童和成人各种精神障碍,并在精神病医院工作,治疗药物滥用患者。她还任挪威 SINIEF 研究组(隶属挪威精神卫生研究部)的高级研究员,曾单独出版专著三部,与其他作者共同编辑出版四部著作,并且撰写了一些著作的部分章节以及其他文章,这些著作多数涉及心理治疗领域。现任北欧心理治疗杂志《矩阵(Matrix)》的编辑。

阿诺夫·考斯塔德(Arnulf Kolstad)获得挪威工学院和博根大学心理学两个博士学位,在挪威工学院任职期间,还兼任挪威医院研究所研究员。他现任特隆赫姆挪威工学院社会心理学教授以及挪威研究院研究员,负责挪威精神卫生服务的评估。其专业领域包括精神病流行病学、精神卫生服务的计划与评估、法学心理学、族群冲突与调解以及政治心理学。

R·保罗·奥尔森(R. Paul Olson)获得伊利诺斯州大学临床心理学博士。曾在私人诊所、多学科诊所和管理保健组织从事临床工作多年,后任威斯康星大学临

床卫生心理学助理教授。随后,在明尼苏达专业心理学院(MSPP)担任 10 年院长,现任美国管理心理学理事会认证的专科医生。奥尔森博士目前是阿哥西大学明尼苏达专业心理学院临床心理学教授,其授课内容包括精神卫生服务提供体系、专业问题与伦理、实验心理治疗学、心理学与宗教,其出版的专著涉及管理行为保健、研究生教育、应用精神生理学、心理学与宗教以及依从实验。奥尔森博士就卫生政策领域的问题向州和联邦委员会提供专家听证,并担任明尼苏达州心理协会法律委员会任共同主席。

丹尼·韦丁(Danny Wedding)获得夏威夷大学临床心理学博士学位,曾在军队和地方医院从事临床工作,任神经心理评估、行为医学、心理治疗学专家。在国会卫生政策和国会科学院担任 2 年研究员,这两个项目分别由医学科学院和美国心理学会管理。1991 年后,担任密苏里-哥伦比亚大学心理学系心理学联合助理教授以及精神与神经学系教授。韦丁教授目前担任密苏里精神卫生研究员主任,其专著涵盖了心理治疗理论、神经精神病学、行为医学和精神卫生服务与政策。

序 言

为本书作序,我感到十分高兴与荣耀。本书的作者们不仅是心理学家和教育家,而且有提高人类健康的信念。世界卫生组织对健康的定义是生理、心理和社会适应的完满状态。本书作者利用集体智慧,对加拿大、英国、挪威和美国的精神卫生服务的基础设施和服务进行了概括与比较,其综合、深刻和比较的方法使本书不同凡响。本书认为精神卫生服务不仅是社会服务和卫生服务宏观体系的一部分,而且是更宏观的文化、历史、态度与信仰体系的组成部分。

您能从本书学到什么?本书的作者是来自加拿大、挪威、英国和美国等四个国家的心理学家,尽管四个国家的面积、经济发展水平、人口、政府和社会服务组织各不相同,但作者利用一个共同的分析框架,组织了四国精神卫生服务体系的信息,使读者从公共政策与公共卫生的角度,认识四国精神卫生服务的现状。要理解任何一个国家的精神卫生服务体系,需要详细而有条理地分析精神卫生体系在整个卫生体系中的位置,本书通过层层剖析四国的卫生服务体系,提供了精神卫生服务体系的概况,包括四国社会、政治、人口、地理、经济史的概要,四国卫生体系和精神卫生体系发展的环境,综述了重要卫生政策、卫生计划及其对卫生和精神卫生服务体系的影响,包括效果、成本和满足人群需要的指标。我想,读了本书,你会不由自主地萌生两点感触:一个是倍感欣慰,即本书充分重视了各个利益相关者如委员会、研究人员、政治家、机构与全球性组织对卫生以及精神卫生的态度;另一个是某种难过的感受,因为即使在拥有巨大保护网的国家,也没有实现向所有人及时提供高质量卫生服务和精神卫生服务的理想。

您为什么应该读这本书?正如本书编辑保罗·奥尔森(Paul Olson)所言,对不同国家的信息提供一个共同的分析框架恰逢其时!本书缜密地比较和综合了很多问题,如服务的可及性、对精神卫生工作人员的需要以及人群需要的满足。本书四国的经验教训一节提供了大量信息,也将启发那些试图理解和改善本国精神卫生服务体系的读者。跳出自己的眼界,看看具有不同历史的他国体系是如何解决共同面临的挑战,对我们一定大有裨益。本书的讨论为此做出了贡献。

默里·布劳克(Merry Bullock)

美国心理学会国际合作办公室高级主任

前 言

2000年9月,来自189个国家的代表(其中有147个国家的首脑)聚会纽约,召开了“千年峰会”,通过了“联合国千年宣言”,制定了指导21世纪国际关系的原则和价值观(WHO,2003,p.25)。

各国领导在国家发展和消除贫困等几个领域做出了承诺,随后制定了发展目标,一般称为“千年发展目标”(Millennium Development Goals,MDGs)。千年发展目标是国际社会对期待的目标和结果的集体表述,而不是对实现这些目标的手段的描述。

在8个千年发展目标中有3个、在取得千年发展目标的18个目标值中有8个以及在48个进展指标中有18个是与健康相关的(WHO,2003,Table 2.1,p.28)。精神卫生并没有在与健康相关的目标、目标值和进展指标中有具体或者分别表述。尽管没有明确提到,但根据WHO对健康的定义,即“健康是生理、心理和社会适应的完满状态”(WHO,2001,p.3),精神健康事实上包括在千年发展目标之内。

此外,作为健康的重要组成部分,WHO不仅将精神卫生服务看作每个人都应该获得的普遍人权,而且不论经济发展处于什么阶段,精神卫生始终应当作为各国卫生事业发展的基本目标之一。1946年起草的《世界卫生组织宪章》确认了公民的健康权利:“世界卫生组织宪章确认‘享受最高的健康标准’是‘每个人拥有的无差别的基本权利’”(WHO,2003,p.xi)。国际社会将健康包括精神健康,看作与安全和正义这两个核心价值密切相关的21世纪发展目标,正义的基本内容是提高国民普遍获得支付得起的最高质量的精神卫生服务。

千年峰会召开一年后,WHO发布了年度报告(WHO,2001),描述了192个成员国的精神卫生需要情况。这个划时代的报告包括如下内容:全球范围内几种精神障碍的患病率、因精神疾病的死亡和残疾造成的经济负担估计值。报告将各国公共部门和私人部门的卫生费用作为衡量精神卫生需要满足情况的指标。

WHO报告再次确认了精神疾病的流行及其结果对卫生服务体系的深刻影响,大量病人同时遭受着抑郁症的折磨,影响了患者接受的治疗(WHO,2001,Box1.3,p.9)。

可悲的是,许多精神病人没有得到任何卫生服务,更别说针对病情的精神卫生服务了。WHO论述了两种影响人们获得治疗的障碍:一是病耻感与歧视;二是精神卫生服务设施短缺,不能满足日益增多的精神卫生服务需要。本书通过比较四

国精神卫生服务体系,重点分析了第二个方面的障碍(WHO, 2003, Box, 1. 4, p. 19)。

四国在精神卫生服务的组织、提供和筹资方面各有长短,了解其异同,可深刻认识许多国家面临的挑战及其应对方法。笔者希望,各国可互相学习,探索哪些政策和策略行之有效,怎样缩小精神卫生服务需要与精神卫生服务供给不足的矛盾,减小全世界精神疾病患者的痛苦。我们认为改善各国精神卫生服务,将有助于全球的安全、平等与和平,同时也将促进个人的幸福安康。

本书的目的有两方面:第一,描述四个西方工业化国家(英国、挪威、加拿大和美国)的精神卫生体系;第二,用一系列统一的指标评价和比较四国的精神卫生体系。我们特别关注,每个国家是如何为精神障碍患者提供精神卫生服务以及如何筹资的。来自每个国家的作者,用六个统一的指标,将本国精神卫生体系同另外三个国家做了比较。这些统一的指标包括可及和公平、质量和功效、成本和效率、筹资和平等、保护和参与;在最后一个指标(对人群的意义)方面,各位作者通过描述目前本国精神卫生体系对精神卫生服务需要的满足程度,进行了累积性评定。这六个统一的指标将在绪论部分逐一介绍。作者的评价将为改善精神卫生政策、各个国家精神卫生服务的提供和筹资,提出建设性的意见。本书最后的章节,将对四国精神卫生体系的共同趋势和不同走向加以介绍,并对精神卫生体系的改革做出结论,提出相关的建议。

目 录

第一章	绪论.....	1
第二章	英国精神卫生提供体系	27
第三章	挪威精神卫生服务	98
第四章	加拿大的卫生与精神卫生	168
第五章	美国的精神卫生服务	226
第六章	精神卫生服务体系的趋同和趋异	288
第七章	满足精神卫生需要:结论和建议	382

第一章 绪 论

R. PAUL. OLSON

概述和背景

在过去十年,精神卫生日益受到全世界的重视。在联合国秘书长(Boutrous-Ghali,1995)和世界卫生组织总干事(WHO,2001a)的倡导下,世界卫生组织开展了一个关于“各国精神卫生”的项目(Jenkins,McCallough and Parker,1998),并将精神卫生问题作为世界卫生组织年度报告的内容发表(WHO,2001b)。1999年,世界银行在华盛顿总部设立了负责精神卫生的职位,第一次考虑将精神卫生干预的资金支持纳入其贷款项目,并就精神卫生政策与各国进行交流”(Gulbinat et al. 2004, p. 6)。

在同一时期,有关精神卫生的技术知识和成本-效果干预取得了长足的进步(WHO,2001b),但是,实证研究成果却没在精神卫生服务提供体系中得到很好利用,尤其在发展中国家,这种情况更为严重,大量精神病患者没有得到治疗。据估计,在发达国家和发展中国家,未得到治疗(Untreated)的神经精神病患者的比例都很高,而且发展中国家(高达85%)远远高于发达国家(54%)(Institute of Medicine,2001)。

在同一国家之内以及不同国家之间,患者治疗率存在巨大差距,其体制性原因有三个:第一,缺乏神经精神卫生政策;第二,神经精神卫生专家没能参与卫生经济和社会政策的对话;第三,对政策开发和对话的领导能力缺乏培训(Gulbinat et al. 2004, p. 6)。

精神病患者治疗上的差距还有第四个深层次的原因:尽管各国精神卫生体系在满足其国民精神卫生需要方面,或多或少的存在成功之处,但对各国精神卫生需要和精神卫生体系的比较性研究太少。Gulbinat(2004)等人注意到,对精神卫生服务、规划以及政策的比较性研究非常有限,直到20世纪90年代末,才有几项研究得以公布(e. g. Global Forum for Health Research,1999;Gulbinat et al. 1996; Jenkins and Knapp,1996;Manderscheid,1998;Sartorius,1998)。而有限的研究本身就是一种障碍,造成了精神卫生政策的制定以及精神卫生服务体系的建立缺乏依据。

国际精神卫生政策和服务协作组(International Consortium on Mental

Health policy and Services)认识到比较性研究的重要性,尤其是在部门改革层次上对精神卫生政策的形成和执行的影響研究的重要性,因此,开展了以下活动:(1)制定一个框架(模版),以确定国家精神卫生政策的关键领域和内容;(2)制定一套标准化方法(国家精神卫生概览, mental health country profile)评价一个国家的精神卫生状况;这些国际合作的其他活动目标还包括:(3)建立全球性精神卫生政策和服务的专业技术网络;(4)对不同背景条件下不同精神卫生政策的执行情况,进行成本-效果评价;(5)制定和建立与现存精神卫生提供体系、人口统计学、文化、经济相适应的指导方针和实例,以改善精神卫生政策,提高精神卫生体系的绩效。

在精神卫生的专业队伍中,临床心理学家没有或者鲜有受过两种系统培训:精神卫生的政策制定和执行,以及系统论和精神卫生服务研究的培训,导致现在对精神卫生提供体系绩效的心理研究,远远少于对临床干预的成本-效果和循证医学研究。专业精神病学的课程设置存在严重缺陷,使他们不能理解卫生经济学家、财政专家、卫生政策制定者和政治家的语言。对卫生服务体系的政策制定和执行有研究的临床心理学家,是对这些岗位有极大的兴趣并有实践经验的人,他们应具备从事这种岗位工作需要的系统全面的视角。我们已从四国专家中挑选出一些代表,组成了一个团队,集中比较研究四国如何筹资、组织和提供精神卫生服务,以满足本国人民需要。

参与本书编写的作者无人宣称,在涉及本国精神卫生体系绩效问题时,代表了大家一致的意见或政府的观点。作者们都把精力集中在本国精神卫生体系在临床和/或管理上如何运行,临床心理学家的教育和培训,与精神卫生服务提供相关的研究、咨询和监督,以及精神卫生政策的形成和实行等方面。

本书的编者都愿意将自己对本国精神卫生体系如何运行的专业认识与大家分享。没有人要求他们完全按照国际精神卫生政策服务协会的规范要求,开发一个完整的“国家精神卫生概览”(mental health country profile)(Jenkins et al. 2004),但是,他们已经选择了指导性框架(模版)的内容和领域,以便对四个发达国家进行比较(Townsend et al. 2004)。为了使本书更为详尽,要求每个作者编写了与精神卫生政策形成有关的四个内容:背景、资源、服务的提供和结果。

本章综合描述了英国、挪威、加拿大和美国的基本情况和背景资料,目的是为了比较四国精神卫生服务的提供和筹资情况。由于本书具体研究治疗精神障碍的体制,所以,绪论部分以“精神卫生体系”和“精神障碍”两个核心概念开头。世界卫生组织对精神障碍目前的流行情况及其导致的死亡、伤残、疾病负担进行了统计,在介绍完两个核心概念之后,我们将引用这些数据,从国际视角阐述精神障碍的重要性(WHO, 2001b, 2004)。

在当今社会,精神卫生系统并不是一个独立的部门,而是作为社会整体卫生体

系的子系统发挥作用。一个社会采取什么样的方式组织和提供卫生服务以及怎样筹资,会明显影响到精神卫生服务的提供和筹资。因此,为了解本研究所选的四国精神卫生体系的异同,有必要先对四国卫生总费用、公共部门和个人筹资中谁占主导进行比较研究。世界卫生组织每年都在其年度报告中公布这些数据,但是,世界卫生组织的统计资料,并没有把精神卫生费用从卫生总费用中分离出来。世界卫生组织最近一次公布的数据参见《2005 年精神卫生集》(*Mental Health Atlas-2005*)(WHO, 2005a)。

本章先报告了四国的卫生总费用,然后描述和评价四国与精神卫生体系密切相关的领域和指标。随后撰写了每章需遵循的框架结构,该框架结构是本书作者共同制定的,以便进行比较研究。本章最后一个内容介绍本书的编者以及面向的读者。

在专门论述精神卫生的年度报告中,WHO 认为精神卫生对全人类、全社会、世界上所有国家都十分重要。这个报告也认识到:

不幸的是,世界上绝大部分国家和地区,精神卫生和精神障碍并没有像躯体健康一样受到同等重视,相反,却经常被忽视和故意不理。由此导致的后果是,世界上精神障碍的疾病负担越来越大,得不到治疗的病人越来越多。

据估计,2001 年全世界大约有 4.5 亿人患有精神障碍和行为紊乱,但是,能得到最基本治疗的人却很少。在世界范围内,未满足的精神卫生需要仍然会持续存在。WHO 估计,精神疾病负担占总疾病负担的比例,将由 1990 年的 10% 上升到 2020 年的 15%(WHO, 2001b, p. 19)。

世界卫生组织关于精神卫生的年度报告(WHO, 2001b)反映出,世界上越来越多的人意识到,精神卫生对社会、经济、政治以及全世界人民幸福有着巨大的影响。并且,世界卫生组织认识到了精神卫生的重要意义,表现在健康的定义中包含精神卫生。健康“不仅仅是没有疾病,而是一种生理、心理、社会适应能力的完美状态”(WHO, 2001b, p. 3)。健康的这个定义表明,“健康是一种完美的状态,精神卫生是其不可或缺的一部分”,这已经成为共识。

虽然本书研究的是有关精神障碍的诊断和治疗是如何组织、提供和筹资的,更为重要的是我们从理论和实践上认为,精神健康远远不是消除了精神障碍。参与本书编写的作者深信,精神卫生的健康促进和精神障碍的预防,与精神障碍的诊断和治疗同等重要。本书编者更强调健康促进和干预的重要性,尽管我们不是只关注这一个问题。

用“精神卫生”和“精神疾病”这种表述方式,隐含着作者已默认这些现象属于医学问题。精神疾病只是个一般的术语,是指全部诊断为精神障碍的问题而不考虑病因学依据。尽管人们公认,生物-医学科学的发展,使我们能够正确地理解和治疗精神障碍,但本书作者更赞成运用生物-心理-社会模式,来描述人们遭受的这类痛苦。

对精神障碍从病因、诊断和治疗三个维度进行研究,为我们提供了一个更加综合和全面的方法,从而认同和吸取了多个学科和专业对多种干预模式的贡献。

本研究倾向于使用“精神障碍”这个术语,其含意更加全面,是指精神功能受损害是个体遭受不良的生物-心理-社会因素影响的结果。然而,我们在所谓“卫生服务研究”的具体研究领域,采用了常规的“精神卫生服务”术语,本书只是卫生服务研究的一个实例。更具体地说,本书通过研究四国精神卫生服务如何组织、提供和筹资来比较四国的精神卫生体系。由于精神卫生体系是本书的研究重点,所以,在定义“精神障碍”和讨论“精神障碍的患病率及其结局”之前,应详细阐明“精神卫生体系”的概念。

定 义

精神卫生体系

根据 WHO 对“卫生体系”的定义和本研究的目的,采用的工作定义为:精神卫生体系是由所有以改善精神卫生为基本目的的组织、机构和资源组成。

为了描述精神卫生体系,需要回答下列问题:由谁向哪些人提供哪些服务、在何时、何地、以何种方式提供服务、为什么等。研究人员在描述精神卫生体系时,不仅要重视医生、患者和付费者,还要重视卫生计划的实施者、管理者和决策者,因为他们作为精神卫生体系的成员,发挥着重要的交互作用。本书目的之一,就是要向这些人员介绍相关知识,使他们了解本国以及其他精神卫生体系是如何运作的,如何使本国的体系发挥作用,以保证精神卫生服务品质优良、成本可控、分配平等、筹资公平。

上述讨论提示:对一个精神卫生体系的绩效进行评价,应首先认同根据目标和绩效标准确定的价值和标准。在本绪论后面的部分,各章作者对此有进一步的讨论。讨论之前,我们将对“精神卫生体系”的定义做进一步阐释。

按照一般社会系统理论的分析,精神卫生“系统”的一般定义应将“结构和功能”作为元素(e. g., Ashley and Orenstein, 1990; WHO, 2000, Chp. 1; Willing, 1989)。结构不仅包括提供精神卫生服务和筹资卫生资金的组织、机构和资源,还包括承担责任、发挥作用的个人,他们为了提高全社会的精神卫生水平,以不同方式做出了不同程度的贡献。理论上讲,精神卫生体系是一个抽象的概念,但其最终所指的是,发挥不同作用的成员之间的具体的关系和交互作用。

“精神”卫生体系,不仅包括组织起来为社会上患有精神障碍的人提供诊断和治疗的人力和财力资源;还包括预防精神障碍的发生,对社会和个人精神卫生健康促进的组织、机构和资源。不管是预防还是健康促进,都不能归结到现存或新发精神病的诊断和治疗活动中,而是通过流行病学指标(如患病率和发病率)进行总结。

本书着重强调对精神障碍患者的服务提供和筹资问题,但也不否认精神卫生体系的其他方面的重要性。精神疾病预防和健康促进的组织和筹资绝非不重要,但却不是目前研究的重点。有关疾病预防的全球观点,读者可参考 WHO 关于确认、测量和减少健康危险因素的年度报告。虽然 WHO 强调的是一般健康情况,但报告中也提到了影响健康的精神障碍和行为,比如吸毒和儿童性虐待等。

对“精神卫生体系”工作定义的最后一个是:精神卫生体系不仅提供精神卫生服务,也不仅指精神服务领域的专家,如精神科医生、精神科护士、临床心理咨询医生、社会工作者、专业咨询师、个案管理员(case manager)或其他精神卫生服务者。这个定义既承认基本现实,又提出了较好的解决办法。目前的情形是,绝大部分精神障碍患者都到初级医疗服务机构就诊(如综合医院和内科门诊),而不是到专门的精神病院、精神科门诊或社区精神卫生机构中就诊。家庭医生、内科医生和其他医务人员通常会比精神卫生专业人员更早地接触这些患者,许多患者甚至都没有看过精神卫生专业人员。尽管上述情况令人痛惜,也有越来越多的人认识到,要建立一个有效的精神卫生服务体系,就必须将精神卫生服务纳入到初级卫生保健体系中,一个综合的卫生服务体系要优于一个支离破碎的精神卫生服务体系,它不是将精神病患者与其他卫生服务机构和专业分割开来,也不是将病人搬出自己所在的社区。

最近,WHO 重新修订了初级卫生保健原则,重申“人群健康的标准”,作为怎样组织、支付和提供卫生服务的卫生政策基础。这种综合性的解决方案,更加符合个人作为一个身心合一的整体理念,或更确切地说,符合将个人作为一个生物-心理-社会整体的原则。美国卫生和人口福利部承认,“精神健康与身体健康和完好状态是密不可分的关系”,并倡导类似的整体解决方案。

精神障碍

除了精神卫生体系的概念外,本文中另一个重要概念是精神障碍,也就是精神卫生体系所要预防、诊断、治疗和处理的对象。精神障碍在概念上是与精神健康相对的。读者可参考 Secker(1998)对当代各种精神健康定义做的总结。这些概念既不是“价值中立”也不是“价值无涉”的,而是根植于“价值判断”。由于价值判断都是跨文化的,所以,任何界定精神健康的尝试都面临挑战。尽管没有通用精神健康的概念,但并不影响某个具体国家对精神卫生服务需要进行判断,也不影响对各种精神卫生体系之间进行比较评价。

精神健康和精神障碍绝对不是对立的。它们没有明确的分界,只是处于“精神健康光谱”中的不同位置,是某种精神状况在不同程度上的不同表现。根据本书的目的,其中提到的精神卫生服务,是指为已经确认的精神障碍患者提供的卫生服务。因此,对于“精神障碍”需要重点阐释。

根据美国的官方命名,精神障碍定义为:

……个人因为目前的不幸(如痛苦的症状)、残障(如某个或某些重要功能领域的损伤)或面临着死亡、疼痛、残障、失去自由等显著增加的危险,而出现明显的临床行为或心理学综合征或心理模式。而且,这种症状或心理模式不仅仅是针对某一特定事件(如亲人的去世)而出现的可预期、文化背景所认可和接受的反应。不管其初始原因如何,必须是目前有个体行为、心理或生物功能障碍的明显症状。并不是有了偏离社会规范的不正常行为(如,政治、宗教或性的)或者个体与社会之间出现了冲突就是精神障碍,除非这种偏离正常或冲突是如前述的那些个人功能障碍的症状(APA,2000,p. xxxi)。

该定义源自美国精神病学会最新修订出版的精神障碍分类系统即《精神障碍的诊断和统计手册(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR)》(APA,2000)。

像其他的诊断分类体系一样,这种定义也有其缺陷,遭到了一些批评。首先,将精神障碍局限于一个个体身上,并没有考虑到个体只是功能不良家庭的承受者;其次,采用与“躯体”障碍相对的“精神”障碍的术语,这种分类方法导致错误的“躯体心理二元主义”;最后,由于有些分类不严密和鉴别诊断缺少明确的界线,会降低诊断的信度和效度。

尽管该手册存在种种局限性,DSM-IV-TR 仍然作为美国的官方体系在使用。它为理解精神障碍的概念打下了良好的基础。而且,它与 WHO 在 1992 年颁布的《疾病及相关健康问题的国际统计分类》(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10)的编码和术语完全相符(as cited in APA,2000,p. xxix)。

必须承认,精神障碍还可以用许多其他的概念来解释,如失调、应对冲突的失败、适应不良、荒谬的想法、知觉扭曲、情绪失控或在统计学上偏离社会规范。DSM-IV-TR 手册反对用单一的标准,赞成对精神障碍进行多维的定义。美国卫生和人类服务部公共卫生署的医疗总监采用了一个类似的多维定义:精神健康是指精神功能的成功表现,结果是能从事积极的活动、与他人建立良好的关系、具有适应变化以及应对不良事件的能力(DHHS,1999a,p. ix)。

采用多维的精神障碍定义会对精神卫生政策、规划和临床实践等产生影响。精神障碍的各个纬度(如,功能障碍、残疾、忧伤、危险和失去自由)在判断病因、诊断和治疗时必须予以充分考虑。例如,重症抑郁患者经过治疗后重返工作岗位,并不能认为获得了彻底成功,因为其心情可能仍然烦躁不安(压抑)、仍然有社交退缩或自杀风险。因此,仅根据“功能恢复”决定精神卫生的“医疗需要”是不能令人满意的(Olson,1999)。

对精神障碍的多维定义,是本书关注重点问题的背景。但是,要提出一个全球

性的视角,进行跨文化比较,研究者还需要依靠国际分类和现有的数据资料。WHO 提供了定义和全球数据。

WHO 使用的精神障碍的概念,是“精神和行为障碍”和“神经精神障碍”。两个概念中精神障碍的分类,不是根据 DSM-IV-TR 手册而是 ICD-10 的规定(WHO, 2001b, pp. 10, 22), ICD-10 则在全球性科学文献回顾基础上进行了咨询,达成了共识,以便在不同文化背景中使用。虽然两种描述性分类体系有些差异,但都综合了异常思维、情绪、行为以及与他人关系等内容。如重性精神障碍包括精神分裂症、抑郁症、精神发育迟滞以及与酗酒、吸毒有关的障碍。

WHO 关于精神障碍的第二个概念是“神经精神障碍”,该分类也是根据 ICD-10 进行的,是一个内容更广泛的分类,包括一些通常被认为是躯体和神经障碍的疾病(如癫痫、帕金森病等)。采用神经精神障碍的概念是 WHO 采纳生物-心理-社会医学模式的进一步表现,以便鼓励采取综合性保健,并认识综合性保健存在下述障碍:

人为地将生物学因素与心理和社会因素分隔开来,会影响对精神和行为障碍的理解。事实上,这些障碍与许多躯体疾病一样,都是由于这三因素的综合作用引起的(WHO, 2001b, p. 10)。

美国公共卫生署的官员 David Satcher 博士作了类似的评论:“当代精神卫生研究最重要贡献,就是在一定程度上修补了‘精神’健康与‘躯体’健康之间的裂痕”(DHHS, 1999b, Preface, p. vi.)。

为了进行跨文化比较,WHO 编撰了 192 个成员国“神经精神障碍”的统计资料,包括单相抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症、癫痫、酒精使用相关障碍、阿尔茨海默病及其他痴呆症、帕金森病、多发性硬化、药物使用障碍、创伤性应激障碍、强迫症和惊恐障碍、原发性失眠和偏头痛(WHO, 2004, Annex Table 2, p. 122)。WHO 年报中关于精神障碍的数据,都是根据“神经精神障碍”分类统计的。使用 WHO 的分类方法和数据,可以使我们对这些障碍及其后果有一个全球性的概念。

精神障碍的范围

精神障碍在世界范围内存在,无论是发达国家还是发展中国家、富裕地区还是贫困地区、城市还是农村。精神障碍与地理位置、政治和经济体制都没有关系。精神障碍带来的挑战,可以通过估计全世界的精神障碍流行情况,或者用本书比较的四国流行情况进行估计。全球精神卫生导致的死亡率和致残率的统计数据,可用来估计精神障碍的疾病负担。目前国际上采用的数据是 WHO(2004)报告的 2002 年的数据,本研究也参考了 WHO 年度报告(2001b)对精神卫生的特别报道。

患病率估计(prevalence estimates)

根据 WHO 重点研究的几种神经精神障碍的样本资料,本研究的精神障碍数

据是大约 1/10 成人精神病的时点患病率。也就是说,世界上大约有 1/10 的成年人在某时刻存在的精神障碍(WHO, 2001b, pp. 22-23)。当根据 ICD-10 对精神和行为障碍进行更宽泛的研究时,会有更高精神病时点患病率。此外,如果按照某一段时期的任何一个时点(期间患病率,例如在一年或者五年内)或者某人一生的任何一个时点(终生患病率)统计,会估计有更多的人需要精神卫生服务。至于精神病人的数字,2000 年全世界 191 个国家约有 4.5 亿人患有神经精神障碍。

1988 年、1989 年和 1997 年对发达国家和发展中国家的调查表明,全球人口中有 25% 的人一生会患一次或更多次精神障碍(WHO, 2001b, p. 23)。同一时期的研究还显示,每年大约都有 20% 的美国人患有精神障碍,(DHHS, 1999b, p. xii),如果包括药物滥用,美国人精神障碍的时期患病率则是 28% (DHHS, 1999a, p. 408)。Shaffer(1996)根据国立精神卫生研究所对儿童的访谈计划(第 2.3 版)研究发现,儿童和青少年精神障碍患病率为 21.0% (as cited in WHO, 2001b, Table 2.2, p. 36)。自 20 世纪 80 年代以来,美国每十年都会对精神障碍进行一次流行病学研究,目前该项研究已经进行了三次;研究结果表明,美国精神障碍一年的时期患病率为 28%,终生患病率大约为 46.4% (Insel and Fenzton, 2005; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Walters, 2005; Kessler, R. C., McGonagle et al., 1994; Robins, L. and Regier, D. A., 1991)。

尽管精神和行为障碍在初级卫生保健机构就诊的病人中很常见,但他们往往都不能得到诊断和治疗。1995 年的一项跨文化研究表明,到初级卫生保健机构就诊的病人中,有相当比例(约 24%)患有精神障碍(WHO, 2001b, pp. 23-24)。全球 14 个城市的精神障碍患病率差别很大,最低为 7.3%,最高为 52.5%。这些估计值应该引起关注,因为 Mechanic 和 Bilder(2004)对美国代表性社区调查的分析表明,患者主动到初级卫生服务提供者那里寻求精神卫生保健的几率,与精神障碍的严重程度直接相关。也就是说,患者的精神障碍越严重,他越有可能到初级卫生服务提供者那里寻求帮助。

由于精神障碍流行广泛且患病率高,带来了两项势在必行的任务:第一,描述不同国家的精神卫生服务是如何组织、提供和筹资的,从而确定对精神卫生服务的需要;第二,评价这些国家在精神卫生服务组织、提供和筹资方面的效果和效率。但是,仅仅用患病率既不能说明对精神卫生服务的需要(Mechanic, 2003),也不能用来估计精神障碍导致过早死亡和伤残的成本以及精神障碍所带来的巨大的经济负担。

精神障碍引起的死亡率

根据对 2002 年世界范围内由精神疾病引起的死亡人数估计,大约有 111.2 万人死于神经精神疾病,占全部疾病导致死亡总数的 1.9% (WHO, 2004, Table 2, p. 122)。具体精神疾病引起的死亡情况如下:酒精和药物滥用 17.7 万、精神分裂症