

原 著 DAWN FRESHWATER

主 译 胡连新 张 恒



心理咨询师与心理治疗师释惑系列

Questions and Answers for Counsellors and Therapists

心理健康与精神疾病

MENTAL HEALTH AND ILLNESS



人民卫生出版社

心理咨询师与心理治疗师释惑系列

心理健康与精神疾病

Mental Health and Illness

Questions and Answers for Counsellors and Therapists

原 著 DAWN FRESHWATER

主 译 胡连新 张 恒

译 者 (以姓氏笔画为序)

陈定贵 (常州市第三人民医院)

汪 湛 (北京大学人民医院)

位照国 (深圳市康宁医院)

张志如 (首都体育学院)

张 恒 (美国纽约长岛大学)

杨 坤 (天津医科大学)

林 汉 (解放军第 303 医院 191 临床部)

胡连新 (广东医学院)

黄碧宏 (汕头大学医学院第二附属医院)

人 民 卫 生 出 版 社

© 2006 Whurr Publishers

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of Whur Publishers Limited.

心理咨询师与心理治疗师释惑系列

心理健康与精神疾病

图书在版编目(CIP)数据

心理健康与精神疾病/胡连新等主译. —北京:人民
卫生出版社, 2009. 1

(心理咨询师与心理治疗师释惑系列)

ISBN 978-7-117-10716-7

I. 心… II. 胡… III. ①心理保健-基本知识

②精神病-诊疗-基本知识 IV. R161.1 R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 158927 号

图字:01-2006-6119

心理咨询师与心理治疗师释惑系列

心理健康与精神疾病

主 译: 胡连新 张 恒

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: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 705×1000 1/16 印张: 8

字 数: 144 千字

版 次: 2009 年 1 月第 1 版 2009 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10716-7/R · 10717

定 价: 18.00 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)



作者简介

Dawn Freshwater 是就职于 Bournemouth 大学社区和卫生研究所精神卫生系的现任教授。她是英国皇家精神心理咨询协会 (United Kingdom Council for Psychotherapy, UKCP) 的注册心理治疗师, 也是一个经验丰富的督导师和培训师。她是《精神病和心理健康护理杂志》(Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing) 的期刊编辑, 发表了多篇论文, 也是多本著作的作者、共同作者和编辑。

撰稿人简介

Jeni Boyd 已经完成了在 Essex 大学精神心理研究中心攻读的荣格研究 (Jungian Studies) 的硕士学位。她的专业学位论文是 the shamanic potential of the individual, 她最近开始在 Nottingham Trent 大学攻读心理咨询与心理治疗的科学硕士学位, 研究主题是梦境的阈限空间 (the liminal space of the dream-world)。她对于梦的工作和在不同思想意识层次的内部空间的兴趣, 正在由 Manchester 大学的一个博士更进一步的研究。她过去服务于高级心理卫生服务机构 (Secondary Mental Health service), 现在她在初级卫生保健 (Primary Care) 中担任心理咨询师。

Sabi Redwood 是 Bournemouth 大学社区和卫生研究所精神卫生系的高级研究讲师, 负责该学院本科生和研究生的严格评议和研究培养计划。她的专业背景是儿童卫生保健和医疗管理。她参与几项与伦理相关的项目, 探讨不同的卫生保健专业的角色差异和伦理区别。她曾在精神卫生部 (Mental Health Service) 工作多年。

前言

随着社会竞争和生存压力的增大,人们越来越关注心理健康和精神疾病的问题。国内介绍心理健康和精神疾病的书籍虽然多,像本书这样从心理咨询师和心理治疗师的视角来诠释的还没有见到。

本书是《心理咨询师与心理治疗师释惑丛书》中的一本,具有该系列丛书简明精要的特点,以一问一答的形式构成,全书7章共46个问题。简要地介绍了心理健康和精神疾病的一些基本概念,从心理学的视角解读了对精神疾病的评估和理解,对身心关系和精神疾病与躯体疾病的联系做了解释,并对精神疾病的社会构成做了阐述,书中对精神疾病和灵性困扰方面的探讨国内鲜有著作提及,而多领域互相协作的问题对我国提升精神疾病医疗方面的品质有很好的借鉴价值,最后谈到了在执业过程中可能遇到的一些专业问题和法律问题。

全书的译者均为丁香园网站会员(www.dxy.cn),通过丁香译苑在网络上协作翻译。其中胡连新初译了第1章,陈定贵初译了第2章前6问,汪湛初译了第2章后5问,黄碧宏初译了第3章,杨坤初译了第4章,林汉初译了第5章,张志如初译了第6章,在第7章前3问的初译中曹毅天、张志如以及黄碧宏均作出了相当贡献,最后由张恒整合定稿,位照国初译了第7章后4问。各位译者对初译稿进行了互校互审,经胡连新再校再会后,张恒对后期译稿进行了较大幅度的修改和完善,部分章节几乎完全重译。最后由胡连新统稿,并编制了索引,在统稿过程中未能一一征求原译者意见。

本书不仅适用于广大获得心理咨询师国家职业资格证书的心理咨询师、各医疗机构的心理治疗师,也适用于各医疗机构的精神科医师和广大心理健康教育工作者。对心理健康和精神疾病感兴趣的心理学专业、精神卫生专业、社会工作专业和其他相关专业的学生也会从本书的问答中受益匪浅。

本书是本系列丛书中最早开始翻译的一本,因为翻译经验和首次网络协作翻译的原因,遇到了很多困难,得到了许多无法一一提及姓名的丁香园网友的支持和帮助,在此表示真诚的感谢。

由于译者水平有限,难免有错译和不妥之处,敬请读者批评指正。

广东医学院心理学教研室

胡连新

2007年秋于映月湖畔

目 录

第一章 心理健康与精神疾病:绪论	1
1.1 心理健康和精神疾病的定义	1
1.2 精神疾病的分类	3
1.3 理解精神疾病的理论框架	4
1.4 精神疾病的治疗	6
1.5 政策和研究发展	7
1.6 标签效应与病耻感	9
第二章 理解和评估精神疾病:心理学视角	11
2.1 精神病学家和心理学家使用的精神疾病分类体系对心理咨 询师有帮助吗?	11
2.2 有些咨客认为他们的精神疾病是遗传的,这种想法有什么 根据吗?	15
2.3 一位可能的新咨客在接受心理评估时说她正在看精神科医 生,这对作为她的心理咨询师的意味着什么呢?	17
2.4 如果某些人有严重的精神疾病病史,他们可能在咨询过程 中复发吗?	18
2.5 针对精神疾病,心理咨询和心理治疗有无禁忌证?	20

2.6 我如何识别出那种存在可因心理咨询和治疗而恶化的潜在精神疾病的咨客呢?	21
2.7 评估咨客的心理健康水平有没有现成的方案?	22
2.8 内源性抑郁和反应性抑郁有什么区别? 这种区别是否会关系到心理咨询的有效性?	26
2.9 我可不可以给重度抑郁的人进行咨询?	27
2.10 听说用心理疗法治疗精神病患者无效,这是真的吗?	28
2.11 对于同时采用药物治疗精神疾病的咨客,心理治疗能起到多大的效果?	28
第三章 精神和躯体:心理健康与躯体症状之间的联系	33
3.1 躯体症状与心理健康之间的联系是什么?	33
3.2 许多患者都抱怨有焦虑、恐慌等与躯体性症状有关的症状。压力、焦虑和躯体症状之间的关系如何呢?	37
3.3 是否有特殊的躯体性疾病对患者的心理健康发生重大影响?	38
3.4 是否有某种生物学和人格类型更易患精神和躯体性疾病?	39
3.5 抑郁是躯体性疾病引起的常见反应吗?	40
3.6 我正常咨询的一位妇女,最近切除了一侧乳房。她宣称,她仍然感觉到有两个乳房。这种感觉正常吗,还是出现了幻觉?	41
3.7 心理咨询适合既有终末期疾病又有精神疾病的患者吗?	42
3.8 最近有一位青年男性患者因自伤行为被转介到我这里咨询。对于自伤行为,心理咨询是合适的治疗方法吗?	43
3.9 物质滥用能否导致精神疾病?	45
第四章 社会政治影响:精神疾病的社会组成	47
4.1 在当前的社会和政治背景下,精神疾病这个概念是如何形成的?	47
4.2 精神疾病的评估、治疗和理解的方式有文化差异吗?	48
4.3 据说有一个特别的少数民族,群体中的男性更可能发展为或者诊断为精神分裂症,这是真的吗?	51
4.4 当心理咨询师同时要保持委托方(和他人)的安全时,如何允许多样性和差异性?	52
4.5 一些女权主义心理咨询师认为,与男性相比,女性更可能被	

诊断为精神疾病。对于这有证据吗?	54
4.6 我在一个少年犯单位做心理咨询师工作,我已经注意到在过去两年内该年龄组有自杀企图的数量在增加。年轻人是否因为精神不稳定而成为自杀高危人群?	55
4.7 在患有阿尔茨海默病的咨客身上应用咨询技巧中有些什么要点吗?	56
4.8 我以志愿者的身份为咨客服务,这些咨客大部分患有学习困难,在日间医院接受看护。我的督导怀疑咨询对这个群体意义不大,我应该继续提供我的支持吗?	58
第五章 心理健康与灵性困扰	60
5.1 精神疾病与灵性困扰之间的分界是什么?	60
5.2 我有一个由其家庭医生转介而来的咨客,相信圣灵曾拜访他,并给予他治愈疾病的力量。他是一名在俗牧师,并有强烈的基督教信仰,但他已辞去执行理事的工作,去等候某种召唤。我如何才能确定他是不是患有精神疾病?	65
5.3 为什么患精神疾病的咨客在精神崩溃期间趋向灵性主题?	67
5.4 有的作者在咨客存在心理崩溃时提到属灵危机的概念,它指的是什么?	69
第六章 协力合作 改善健康	71
6.1 英国国民医疗心理健康保健部门研发了许多新的任务项目。作为一个新兴的行业,这些任务和心理咨询与心理治疗有怎样的联系?	71
6.2 NSF 重视心理咨询和心理咨询师在处置急性和慢性疾病病人中的作用。这对私人开业的心理咨询师会产生怎样的影响?	73
6.3 现有的对于急性精神病的转诊服务机制是怎样的?	74
6.4 我现在咨询治疗的一个咨客,她也定期和社区精神科护士(CPN)联络。我该怎么和社区精神科护士维持良好的合作关系,同时也确保咨客的隐私不会泄露?	76
6.5 假定有很多咨客在等候医院的预约,为了急诊评估,作为健康中心的一名志愿心理咨询师,我该怎么区分咨询等待名单的优先次序?	77
6.6 作为一名实习咨询师和社会义工,社工团队已经给我安排	

目 录

1.2 进行了一项治疗,需要治疗的咨客长期不参加咨询而且行动不便。我是否一定要接受这项任务?	78
6.7 在 NHS 环境下,我已经和咨客完成了特定数量的面谈咨询,但我感到他需要进行更深入的咨询。我可否给他进行额外的私下咨询?	78
第七章 专业与法律问题	81
7.1 作为在初级卫生保健系统内工作的心理动力学咨询师,我被要求接受短程的认知-行为治疗(CBT)训练。有没有什么证据能够支持短程认知行为治疗或心理动力工作对于治疗具有抑郁或焦虑障碍的患者是有效的呢?	81
7.2 对有精神疾病历史的患者,目前可选择的治疗模式有哪些?	86
7.3 我是一名在全科医疗机构工作的心理咨询师,我已经接受了一些心理社会干预的培训。这些将怎样提高我目前的咨询实践?	88
7.4 我是一个私人开业的心理咨询师,什么样的心理咨询培训课程能够帮助我更好地在精神疾病领域工作?	89
7.5 在遇到有精神疾病病史的咨客时,是否应该寻求额外的(或擅长相应精神疾病领域的)督导?	91
7.6 精神卫生法案中关于心理咨询师和心理治疗师的相应部分有哪些内容?	93
7.7 我的一个咨客犯了法,我要作为品行信誉证人专门评论她的精神状态,我是否应该采纳律师的建议?	98
参考文献	101
索引	112

心理健康与精神疾病:绪论

心理健康影响着每一个人,它影响着我们应对和处理诸如丧亲、退休等生活事件及生活主题变换的能力。无论人们的精神状态如何,任何人都有精神卫生需求,而包括医院急诊中心、初级卫生保健部门、自助小组等单位都有精神卫生需求,这些需求通过社会服务当然也通过心理咨询和心理治疗来实现。本书适用于任何理论基础,适用于无论是就职于公共机构还是私人机构的心理咨询师和心理治疗师,为他们提供了一个帮助那些经历精神疾病的个体的康复指南;概述了当前背景下英国和国际上对精神卫生问题的保健、治疗和管理问题;为了引起对精神疾病组成的复杂性和多样化理解的注意,讨论了心理健康的多种定义。本章也对整本书进行了概述,并对如何充分利用和理解本书提供了大体指导,也提到一些与心理咨询师和心理治疗师工作相关的地方和国家政策,以提醒读者注意当今精神卫生工作方面的变化。

1.1 心理健康和精神疾病的定义

心理上会感到痛苦在某种程度上来说是人们必需有的一种功能,没有心理困扰带来的对社会情境和生活经验的觉察力和敏感性的提高,我们可能会发现我们在一个极端冒着生命危险,抑或在另一个极端过着低潮的生活。然而,心理困扰超过某一界线就可能演变为或者诊断为一种精神障碍。何种程

度我们认为是健康的提升和看似正常的反应,而何种程度就可以被定义并分类成精神疾病?此界限的划分正如人们所预料的,具有相当的争议。心理健康与精神疾病可以被看成是一个连续发展的过程,而不是被当成分化的两极,人们将不同的界线置于何处取决于生活事件(外部因素)、基因遗传和发育阶段(内部因素)。心理健康有许多定义,大部分过于单纯化、片面化和主观化。仅确定和认同一种定义不仅强化了心理健康的概念能够精确化和具体化的信念,而且也造成了这个定义的过分单纯和片面。事实上那些编订《精神障碍诊断和统计手册》^①(DMS-IV,美国精神病学协会,1994)的编者也认为没有比精神障碍这个术语更不幸的了,它的内涵仍停留于过时的心身二元论(Kendall, 1996;参见问题 2.1)。Tudor(2004)认为从术语的概念来思考心理健康和精神疾病更有意义。这种想法最先由 Jahoda(1958)提出:心理健康可以用确定的类别进行描述。其分类描述如下:

- 心理健康表明个体指向他们自己的态度。
- 心理健康表达个体成长、发展和自我实现的方式与程度。
- 心理健康基于个体对于现实关系的自主性、对现实知觉的适宜性、对环境的控制的能力。
- 心理健康是能将随时间不断变化和发展的自己的各方面整合为一个个体的能力。

认为精神疾病不是一个中性的、价值观中立的、科学严谨的术语,同样也不可能明确其定义。现在来看看正常与异常的问题,或者说最常被提到的心智健全还是精神错乱的问题。区分正常和异常并不是容易的事,有证据表明诸如“心智健全、精神错乱、精神疾病和精神分裂症”这些相关的术语的使用相当混乱(Rosenhan, 2001)。此外,精神疾病的诊断是依存于病人自身还是环境,也仍然是一个未解决的问题。Rosenhan 说:“我们或许自认为能区分正常和异常,但是却缺乏确凿的证据。在有关诸如心智健全、精神错乱、精神疾病和精神分裂症这些术语使用数据的信度、效度和内涵之间,有着大量相互矛盾之处。”他继续质疑:“用来诊断精神疾病的突出特征究竟依存于病人自身或者是外部环境,还是观察者发现的情境?”除了这些重要的问题,以某种方法监测个体行为偏离所谓的正常范围当然也非常重要,以便确立一个用于治疗 and 护理的公约。最终,许多指标已被用于心理健康诊断的分类。下面各章节中将普遍提及其中两个主要的分类系统。

^①《精神障碍诊断和统计手册》(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV)。

1.2 精神疾病的分类

Manning(2001,第77页)认为分类方法是“所有科学的基础”。目前在精神卫生保健领域中主要有两个分类体系:世界卫生组织1992年编订的《国际疾病分类》(ICD-10)和美国精神病协会^②1994年编订的DSM-IV(将在第二章中详细讨论)。这两个体系源于不同时期,对精神疾病的分类相差很大。精神疾病是基于生活在当代社会的个体的特征,所有的精神卫生工作者,包括心理咨询师和心理治疗师都要了解这一点。多年以来,精神病学家主要将精神疾病分成两类:也就是常说的精神病(例如精神分裂症)和神经症(例如焦虑障碍和恐惧症)。尽管大部分心理咨询师和心理治疗师对这些名词已经非常熟悉,然而对这些疾病分类和其他诊断体系当今的观点进行精要的阐述或许仍是有益的。

精神病是指个体的现实检验能力、正常的沟通和判断能力受到严重的损害,常伴随幻觉和妄想(Craig,2000)。精神病可以进一步地分为功能性精神病和器质性精神病。前者与根本的情绪障碍相联系,通常而言伴随着一些精神病性症状(如精神分裂症);后者指源于大脑病理改变的结果的精神病性症状(如痴呆)。

大部分心理学理论家都对神经症这个主题有过阐述。按照Freud(1914)最早的说法,神经症是对自我本能与性冲动之间冲突压抑的结果。然而Jung认为神经症是与个体化的过程密切相关的。Jacoby(1990,第97页)则认为:“神经症患者通常有一个终极的预期目标,强迫个体为了人格进一步的成熟而更替新的态度。”Horney(1991)对神经症的定义是:神经症是个体与自我,个体和他人关系的一种病态,神经症患者与正常人的区别只是体验到无能症状程度的不同。因而可以说,精神病患者对现实有着不确定的理解,而神经症患者对应激体验的增强或者减弱导致了诸如强迫症、恐惧症等神经症的产生。

最近,人格障碍作为一个特别的精神科诊断,受到了媒体和专业人士的大量关注。列为最富有争议的诊断之一,我们通常对人格障碍下的定义是:个体的行为举止表现为广泛、稳定和长期的偏离于社会所能接受的方式。Manning(2001,第76页)则认为人格障碍是精神病学中值得深思的争论点,英国司法实践中原本只有精神疾病和心理无能两种情况,现在人格障碍则成了第三种情况——心理变态。有时候称之为悖德狂(偶也解释为边缘状态),

^②世界卫生组织(World Health Organization,WHO);国际疾病分类(International Classification of Diseases);美国精神病协会(American Psychiatric Association)。

也就是个体的偏离行为并不能简单地确定为心理不正常,也明显不是诊断为精神疾病或者心理无能中的器质性障碍所致。按精神分析的说法,人格障碍者体验到不确定的自我同一性,因而疏远他人,夸大感受,依赖又蔑视他人。

他们趋向于视人们要么好要么坏,并且剥离了愤怒和羞怯这些基本情绪。人格障碍可以进一步分成若干种,最常见的三种分别是反社会人格障碍、偏执型人格障碍、情绪不稳定型人格障碍(通常合并边缘型人格障碍)。已知几乎没有什么方法对人格障碍的治疗有效,心理治疗的疗效取决于个体承担他们行动责任的意愿,这需要有相当的自省力和诚实度。

值得一提的是对精神障碍的分类在一般的精神卫生问题和严重的精神疾病之间划了一条分界线。然而不幸的是,试图区分一般的精神卫生问题和严重的精神疾病严重的依赖现有的心理诊断作为标记,正如 Ryrie 和 Norman (2004,第 22 页)指出的那样,“严重的精神疾病与精神病同义,而一般精神卫生问题也神经症的同义”,这是如何理解和区分精神疾病的更进一步的方法,大部分心理咨询师和心理治疗师均非常熟悉,而且这也和精神分析及人本主义这些心理学理论流派相联系,而心理学理论框架不仅对治疗计划的制定有帮助,也使治疗师和咨客能够对咨客生活情况的演进有可能的共同理解。

1.3 理解精神疾病的理论框架

许多心理学理论框架对精神卫生工作的理论和实践有深远的影响,然而这些框架也对精神疾病的成因有着截然不同的解释,也意味着治疗方式的不同,当然这些解释和治疗方式也有相同的地方。这些心理学理论通常指精神分析学、行为主义、生物和医学模式、人本主义和系统论(Dallos,1996)。正如前面提到的那样,心理咨询师和治疗师熟悉这些心理学理论,而且受过这些方法中至少一种的专业实践训练。然而重习这些理论及其解释精神疾病的要点或许是有意义的,这也是本书的目的。

生物和医学模式(有时也称为疾病模式)认为心理问题的原因主要是躯体因素,如大脑的缺陷、遗传因素、意外事件或外伤的结果。最近这个领域的研究进展发现诸如精神分裂症这样的疾病与大脑内的神经递质不足有关,能影响基因表达而遗传。进一步来说,诸如抑郁症这样的疾病可能源于大脑内 5-羟色胺水平的变化或者类似的化学失衡。生物学模式延承传统医学并且试图科学客观地通过某种现有的“稳定的”现象来确定精神疾病。据此观点,人们认为精神疾病可以识别和分类,所以产生了美国精神病学协会 1994 年编订的《精神障碍诊断和统计手册》和世界卫生组织 1992 年编订的国际疾病分类(参见问题 2.1)。另外,当精神疾病找到确定的生理的或生物学病因时,治疗

主要从生物学角度进行,服用精神科药物,同时进行心理教育甚至电休克治疗(Dallos,1996)。有一些疑惑的是,个体自身的心理和生理两方面之间存在着复杂和不断变化着的相互影响,正如众所周知的那样,许多躯体疾病可以导致或者引发精神疾病,反之亦然(Martin,1997)。按照 Frances、First 以及 Widiger(1991)的说法:在所谓的精神疾病中有大量的躯体疾病,在所谓的躯体疾病中也有许多其实是精神疾病。另外,如作家 Kendell(1996)所指出的:“不幸的是,19 世纪将大脑和心理简单地用二方法区别,神经病学和精神病学正是在此背景下发展起来的,因此神经病与精神病之间的区别显然是人为的,前者如帕金森病,后者如精神分裂症(第 23 页)。”第三章将详细讨论心身关系这个问题,清楚地阐述生理系统怎样受到心理的影响,反之亦然。心身关系问题已经争论已久,必定也会继续讨论下去。然而,生物学模式倾向于认为治疗师有着比咨客更权威的知识,因而治疗的接受者只能被动接受和顺从治疗师,其他的理论框架则更多地依靠个体的自我学习,虽然某些理论框架比其他的更加缺乏灵活性。

行为主义理论和学习论相近,也涉及早期个体条件反射学说的观点。心理困扰的症状与习惯有关,形成于外在应激与内在个性间的相互作用。然而,行为主义模式认为,症状及其相关的行为是不适反应的结果,也就是精神疾病。越来越多基于行为主义原理的治疗技术包括行为矫正、系统脱敏和近来的认知行为疗法得以发展。有趣的是,尽管认知行为治疗^③是刚才提到的治疗技术中最年轻的一种,但是从 20 世纪 90 年代中期开始,它的应用逐渐变得普及,也是大部分初级卫生保健部门首选的咨询干预方法。很多比较研究已经发现了认知行为治疗和其他心理治疗方式的效果,一些相关问题的综述将在第六章和第七章进行。

心理动力学理论认为心理健康问题由个体早期生命史中的情绪体验经历决定,在潜意识层面影响性心理期或社会心理期的正常发展过程。精神分析有着广阔的理论基础,包括生物学和进化论、宗教信仰和人文社科以及认为“精神障碍并非疾病,也没有疾病所具有的因果关系,而是不同水平的心理功能的相互冲突的结果(Ryrie 和 Norman,2004,第 6 页)。”精神分析理论通常认为心理健康问题的根源是童年时代的负性经历,因而在治疗中强调弥合心理治疗联盟,关注早期依附关系对现在人际关系的影响。

人本主义理论者在不否认潜意识存在的同时,更关注个体因成长及发展的需要和潜在的创造的需要而引发的动机。通过整体论的方法,人本主义理论关注包括梦、感觉、情绪、认知和行为等个人多方面的整合。

^③ 认知行为治疗(cognitive-behavioural therapies,CBT)。

系统论观点关注广泛的人际关系对个体行为模式和行动的影响,而不是简单地问题定位于个体。系统论的理论框架和社会模式相近,对于该理论的理解应当与广泛的社会学背景相联系,包括共享价值观念和规范。在第五章中,重点讨论精神疾病与灵性的问题,突出某些方法社会模式和系统模式可能会增进、延迟和预防治疗。实际上第五章是本书中相当不寻常的一部分;然而宗教信仰是很多人生活中重要的一部分。有意思的是,许多有精神卫生问题的患者当他们感觉到需要无条件的爱和作为某个宗教信仰群体一员的时候,却体验到被他们的精神信仰所抛弃。

社会模式与人们对生活中所发生的不期望和不开心的事件的反应有显著的关联,这一点将在第四章进行深入讨论。当提到某些种族群体在精神卫生服务中不同的经历之间的关系时,特别是一些特殊的种族群体^④,支持社会模式者尤其掷地有声。就像在第四章的问题中指出的一样,这种特殊的种族群体更容易被排除在精神卫生活动以外,并且易被贴上精神分裂症的标签(Goater、King 和 Cole, 1999)。社会模式对于精神疾病是如何构成的并没有固定的观念,相反地对精神疾病的推定要视特别的情境和社会文化而定。社会模式的倡议者强调人们与其进行行为的矫正和医学治疗,不如选择一种社会接受的角色。

1.4 精神疾病的治疗

至少有四分之一的人会在一生中的某一时间为精神疾病所困扰,其中不少的患者(约20%)在基层医疗服务单位就诊(Singleton 等, 2001)。根据国家精神卫生服务公约(卫生部, 1999a 号文件)^⑤的报告,由于某些因素的影响,精神疾病的发病率^⑥有所上升,本章中曾提到这些影响因素,包括精神紧张、药物滥用、酗酒、与社会隔阂、童年时可怕的经历和失业等。神经症是最常见的精神疾病(占总患病数的六分之一),严重精神疾病大约占1%~2%。

因此,如何治疗精神疾病成为一大现实难题,世界卫生组织警告说,到2020年,精神疾病将成为人类的第二大死因。人们对精神疾病发病率上升的现象有很多解释,但都只是推测(Freshwater, 2003)。一些研究者总结了当代

^④译者注:此处为避免触及敏感问题,用特殊的种族群体替代了原文中提到的具体种族。

^⑤国家精神卫生服务公约(National Service Framework for Mental Health);卫生部(Department of Health)。

^⑥原文注:发病率指一定人群中在一定时间内某种精神疾病的新发病例数,而患病率指的是一定人群中患该种精神疾病的总人数。