

心理治疗核心能力系列丛书

药物治疗与心理治疗 整合与分治

Competency in Combining Pharmacotherapy
and Psychotherapy
Integrated and Split Treatment

原 著 Michelle B. Riba, M.D., M.S.
Richard Balon, M.D.

丛书主编 Glen O. Gabbard, M.D.

主 译 黄继忠

主 审 肖泽萍

R749.05



人民卫生出版社

心理治疗与心理治疗的整合

药物治疗与心理治疗 整合与评价

Integrating the Efficacy of Pharmacotherapy
with Psychotherapy
Integrated and Optimal Treatment

主编 王德林

副主编 王德林 王德林

主审 王德林

主审 王德林

中国医药出版社

心理治疗核心能力系列丛书

药物治疗与心理治疗

整合与分治

Competency in Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy
Integrated and Split Treatment

人民卫生出版社

Competency in Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy: Integrated and Split Treatment, by Michelle B. Riba et al.

Copyright © 2005 American Psychiatric Publishing, Inc.

All rights reserved

敬告:本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确,并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展,药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时,认真研读药物使用说明书,尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的事故与损失负责。

图书在版编目(CIP)数据

药物治疗与心理治疗 整合与分治/黄继忠主译. —北京:人民卫生出版社,2010.5

ISBN 978-7-117-12688-5

I. ①药… II. ①黄… III. ①精神病-药物治疗②精神病-精神疗法
IV. ①R749.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 043313 号

门户网站: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有,侵权必究!

图字:01-2008-4647

药物治疗与心理治疗 整合与分治

主 译:黄继忠

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编:100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷:北京汇林印务有限公司

经 销:新华书店

开 本:710×1000 1/16 印张:8 字数:135 千字

版 次:2010 年 5 月第 1 版 2010 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-12688-5/R · 12689

定 价:20.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



总序

近年来,随着神经科学和精神药理学不断取得进步,一些精神科培训项目已不再强调心理治疗的教育培训,许多住院医师和教师不由地在日益强调精神疾病的生物学基础和转而将躯体治疗作为精神病学的核心治疗策略的同时,却轻视了“精神、内心(mind)”可能丧失的危险,这种观念的转变在日常临床实践中表现为“分治治疗(split treatment)”,意味着精神科医师给患者看病就好像是一个简单的药物处理过程,而心理治疗则交给另一学科的精神卫生专业人员去执行,这种观念的转变已经引起了包括精神科教育者和精神科受教育者——住院医师本身相当多的关注。

心理治疗在精神科医师培训过程中的重要性近来已得到再度证实,而且,作为一项普及运动的结果,正朝着贯穿于所有医学专业建立心理治疗核心能力的方向发展。1999年,美国医学教育学分委员会和美国医学专业委员会均已认识到在医学教育中建立对资格认定的组织体系十分有必要,这一体系由6项要素构成,即对患者的护理、医学知识、人际和交流技巧、结合实际的学习和提高、专业化和系统化实践,目前也常称之为医学教育的核心能力。

这项医学教育的变革始于20年前美国教育部门所发起的一系列改革,包括学分在内的教育项目,必须发展为对结果的测评,那些与内科医师培训有关的项目无一例外。

精神病学如同所有医学专业一样,不失时机地将核心能力的观点引入到精神科,像“能力或资格”这类本身含义不清的术语在精神病学教育者中引起了热烈的讨论,这一术语是否意味着执业医师能熟练到哪怕对自己的家庭成员进行治疗也无任何犹豫呢?或者说是否意味着所学的基本知识和实际能力将能确保

医疗安全达到合理的程度？这些问题至今尚无法完全得到解决，对核心能力的基本认识应该是在今后数年内努力使其成为医学和精神病学内不同团体用于教育的合理标准之一。

2002年7月，美国精神科住院医师审核委员会明文要求所有精神科住院医师培训项目必须将6项核心能力内容在临床和教学课程中执行，如果不执行就可能在学分调查中不能被接受，这项规定也要求培训师能发展更为成熟的方法来评价住院医师在其所参加的学习项目中所获得的进步和学习能力。

在将核心能力作为精神科培训的过程中，美国精神科住院医师审核委员会认为以下5种心理治疗应首先纳入资格认定内容，即长程心理动力学心理治疗、支持性心理治疗、认知行为心理治疗、短程心理治疗和心理治疗结合药物治疗，认为对所有精神科住院医师将产生较好的专业教育结果。

许多培训项目已不得不忙于寻找具有符合这些模式教育的师资人员和教材来加强学习课程，美国精神病学出版社认为出版上述5项内容的基础教材对专业培训项目意义重大，因而在2002年，其主编Robert Hales先生与我约稿出版5本专著，并冠名为“心理治疗的核心能力系列”，分别由每一种心理治疗的学术带头人负责编写，每一本专著将包括治疗实践的关键原理，同时也提出评定经过培训的住院医师是否达到每一种心理治疗所要求的能力水平（更多的信息可通过 www.appi.org 来获取）。

扎实的心理治疗专业技术需要多年的临床经验，并需在熟练的专业督导和专家指导下才能获得，但为了使年轻的精神科医师在临床实践中面对各种不同的精神病患者应用必要的治疗手段，在住院医师阶段学会基本的专业技术还是十分必要的。

这套培训教材有助于结合传统的心理治疗教育方法的使用，包括督导、课堂教学和对不同患者的临床经验，我们相信在掌握了这5本专业教科书的内容之后，对获得心理治疗能力资格是非常重要的步骤，最终能让患者获得更具人文情感的医疗和护理。

Glen O. Gabbard, M. D., 系列丛书主编

布朗精神分析基金会主席

贝勒医学院贝勒精神科诊所主任、精神病学和行为科学系精神病学教授

休斯敦，得克萨斯



引言

在精神疾病的治疗中，药物治疗和心理治疗相结合已成为十分常用的方法，多数临床医师都认同这两种治疗模式的结合对精神疾病的疗效和获益要优于其中任何一种治疗模式的单独使用。

药物治疗结合心理治疗看上去似乎很简单，但事实上却是一个伴随着许多变化和置换的复杂过程，药物治疗能与简短心理治疗、认知-行为治疗、精神动力性心理治疗、支持治疗、人际治疗等许多心理治疗结合，药物治疗结合心理治疗可由一人实施，即所谓“整合治疗(integrated treatment)”，也可由两人或更多人实施，即所谓“合作或分治治疗(collaborative or split treatment)”，这两种模式可以同时启动药物治疗和心理治疗，也可以在一种治疗进行后再启动另一种治疗，所有这些问题都必须在考虑药物治疗与心理治疗结合时予以评估。美国精神科住院医师评审委员会已作出决定，精神科住院医师必须具备将心理治疗与药物治疗结合用于治疗精神疾病的能力。

本书试图作为精神科住院医师培训和教职人员的基本教科书，着重介绍心理治疗和药物治疗结合的能力培养，尽可能做到简单明了，符合临床实际和易于阅读理解。

我们认为，每一位精神科住院医师都应成为合格的和有能力掌握心理治疗和药物治疗结合的应用型人才，包括整合治疗和分治治疗，在临床实践中非常普遍。

因此，本书将分为两个主要部分，第一部分主要涉及整合治疗，第二部分集中于分治治疗。事实上，两部分内容有相近之处，因为都涉及相似的问题和处理，但对住院医师而言，应该分别认真阅读和理解两部分内容，以便于熟悉和掌

握每一种特殊的治疗模式(如整合治疗和分治治疗)。本书的每一部分是一个独立单元,应分别阅读和理解。

我们希望本书将有助于精神科住院医师掌握药物治疗与心理治疗相结合的知识,成为合格的精神科医师,当然,掌握了这一关键的治疗技术,最终将使我们的患者获得生活的改善。

Richard Balon, M. D.
Michelle B. Riba, M. D. , M. S.



目 录

引言	i
1 整合治疗和分治治疗的介绍	1

第一部分 整合治疗

2 整合治疗中药物治疗和心理治疗的选择	15
3 整合治疗的评估和开放性	26
4 整合治疗的顺序	39
5 整合治疗的终止	49

第二部分 分治治疗

6 分治治疗中的药物治疗、心理治疗及临床医生的选择	59
7 分治治疗中的评估和开放性	65
8 分治治疗的顺序与维持	84
9 分治治疗的终止	94

第三部分

治疗实施的评价、检查和督导

10 整合治疗和分治治疗的评价、检查和督导	107
-----------------------------	-----



整合治疗和分治治疗的介绍

过去 10 余年来,美国的精神科临床实践越来越多地以精神药物治疗为特点(Olfson 等,1999、2002;West 等,2003)。虽然对许多从事心理治疗的精神科医师并无好处,但以循证医学为主的实践指南(Lohr,1990)建议:针对许多主要精神疾病患者所采取的心理治疗应由精神科医师提供,包括精神分裂症、双相障碍和抑郁症(美国精神病学协会 American Psychiatric Association, APA, 1994、1997、2000)。同时,研究证据显示,患者同时接受精神药物治疗和心理治疗要比仅接受精神药物治疗能取得更好的治疗结果(West 等,2003),特别是抑郁症(Keller 等,2000)、恶劣心境(Dunner 等,1996)、焦虑障碍(Barlow 等,2000;Mavissakalian,1993)、双相障碍(Clarkin 等,1998)和烟草依赖(美国卫生和人类服务部,2000)。

对于主要的精神障碍采取循证性心理社会治疗(包括心理治疗和药物治疗)是可行的方法,重要的是精神科住院医师能为不同诊断的患者提供合适的治疗手段(或结合不同的治疗方法),而且由于这种治疗是精神科实践的重要组成部分,通过精神科住院医师培训项目客观地记录住院医师的能力来特异性地评价其掌握心理治疗和精神药物治疗技术尤显重要,既可由住院医师实施两种不同的治疗,也可与其他精神卫生专业人员合作共同实施两种不同的治疗,同样还包括对他们处理的病例进行督导。

然而,心理治疗结合精神药物治疗所面临的主要问题之一是:如何决定哪一类专业人员应提供哪一类特殊的治疗?两种治疗结合的时间顺序、阶段(例如,哪种治疗模式先开始进行或两种治疗模式同时开始)?我们也很可能遇到最复杂的问题:患者如何提出治疗?患者的表述会怎样影响心理治疗、药物治疗的提

供,是都不需要还是两者都需要?

精神科的治疗选择:分类系统已变得模糊

精神科的治疗选择体系对患者和临床医生而言,确实变得非常模糊和复杂,多数患者不能直接请精神科医生或治疗专家治疗,而必须先预约进行评估,多数患者首先须经其指定的医疗机构或保险商的准入管理人员通过电话询问病史和症状,然后被告知去哪里进行评估,如果症状并非急性表现,患者可能先由非内科医生(治疗师)首诊,由他(她)来决定患者是否应该去看内科医生、来决定用药或其他医疗措施,这就使得患者在最初评估或一段时间之后才能决定是否用药。如果治疗师继续为患者进行心理治疗,而内科医生则提供精神药物治疗,这种内科医生可称之为“处方精神科医生”,这种治疗模式称之为“分治治疗(split treatment)”,当然这位处方医生可能是一位初级保健医生或其他内科医生,有人也把这种模式称为“合作治疗(collaborative treatment)”(Riba等,1999),但我们更倾向于使用“分治治疗”这一名词,因为尽管医疗保健都应该是合作性的,但“分治治疗”能更好地在这类医疗体制中起到拾遗补缺的作用。

如果患者直接到精神科医师那儿进行最初评估并留下来接受心理治疗,同时服用精神药物,这种模式称为“整合治疗”。与此相似的是,如果患者最初被安排到一位治疗师作最初评估,然后由相关精神科医师同时给予心理治疗和药物治疗,这也属于整合治疗。

在美国的许多州,执业护士和内科医生助理在内科医师监督下也可处方开药,因此一位精神科医师可能是督导执业护士和内科医生助理来治疗患者。此外,新墨西哥州和路易斯安那州已经给予心理治疗师以处方权,处方内容根据专业范围而作具体设定,在这些州,精神科医师在提供督导或照顾方面的作用尚不清楚。

有关“分治治疗”与“整合治疗”之间如何区分尚存在诸多问题:

- 尚无明确的指南根据症状来决定最好的治疗模式。
- 尚无明确的指南根据诊断来决定最好的治疗模式。
- 尚无明确的指南根据各种不同因素如年龄、性别、共病精神障碍或内科疾病来决定最好的治疗模式。
- 治疗选择多数根据保险或偿付能力而定。
- 许多行为-医疗护理手段的应用常在患者请求帮助与患者得到就诊之间需要经过一些日子才能作出判断,现行体制鼓励患者接受第一位接诊的临床医生的治疗,而非为特殊患者选择最好的临床医生。
- 多数医疗保险项目强行限制患者在某一时间段内接受心理治疗或药物

治疗的次数,这就可能导致与治疗专家或精神科医生及精神卫生工作者之间关系的紧张与协商,例如会问心理治疗的效果更好吗?一些保险公司的规定更为复杂,甚至不允许患者在同一天内同时去接受心理治疗和药物治疗。

- 患者不一定能得到其所想得到的服务,例如他们可能去看精神科医生,但根据症状表现至少在最初并不能见到精神科医师。
- 治疗选择安排常由相关工作人员经电话了解情况后作出,而这些工作人员背景复杂,并不具有精神卫生执业资格,可能造成对治疗的选择不当。
- 其他包括财政因素或临床医生之间的竞争在最初的治疗安排或患者情况评估时影响患者的治疗。
- 几乎没有对上述提及的非标准化程序造成的结果进行专项研究。
- 在治疗安排的最佳途径、选择“分治治疗”还是“整合治疗”等问题上,不同专业之间(精神科、心理科、社会工作学和初级保健)都缺乏必要的合作。
- “分治治疗”与“整合治疗”问题在门诊得到较好的研究,但在过去10年间,精神科住院医师在精神科病房内对这一问题的作用并未进行认真研究,精神科住院患者的服务重点已经转至急性期治疗,快速评估和评定,然后出院,比以往任何时候所提供的心理治疗都要少得多。
- 初级保健医生作为诊断的首轮把关者并安排患者进行心理治疗和药物治疗的作用一直是研究的主要问题和重要方面,初级保健医生要在短时间内通过与患者的面谈来澄清或归类精神症状显然也是困难的,患者所出现的躯体症状(如背痛、头痛、疲劳等)难以与抑郁和焦虑症状区分,而且由初级保健医生安排患者去看高质量的精神卫生专家也常常是一种挑战。
- 精神病学越来越专科化,如分为老年精神科、儿童和青少年精神科、物质使用、司法精神病学和心身医学等,要在“整合治疗”与“分治治疗”间作出决定就变得更为复杂,更何况我们至今尚无相关作出治疗选择的指南。

上述所列的问题非常复杂而难以回答,建议以下内容可供能力考核使用:

资格能力:精神科住院医师应能阐明在其所处工作环境中,针对住院患者和门诊患者采取心理治疗和精神药物治疗的选择作出正确的评价。

如本书所述,患者开始进入医疗分类系统的最初阶段就已十分复杂,从方

便或流程来看,患者应该去看临床医生同时接受药物和心理治疗,但这一系统实际上不允许你同时去看两位临床医生,因为费用肯定不低于一位临床医生(Dewan, 1999; Goldman 等, 1998),医疗保健支出并不是这类医疗单位所能把握的。

患者为了最初的评定先去看社会工作者或心理专家,这种专业分类对患者而言并不一致,关键因素在于该系统内有谁可提供给患者,或哪一类临床医生可供使用,以精神药物为重点应该是精神科专家或初级保健医生。另外,通常也没有统一的标准规定内科医师的种类或决定处方医师的种类。

治疗师和内科医师可能有一起工作的经验,但也可能没有。医疗分类系统可能是封闭的,系统内临床医生之间相互认识,一起工作等,典型例子是一个大学精神科门诊部或一个社区精神卫生诊所。与此相反,医疗分类系统也可能是开放的,临床医生之间并无定期合作的机制,影响因素也包括地域影响,如一位患者所处区域有多位治疗师,但没有精神科医师或初级保健医师,患者就不得不走很远去看内科医师,这种情况下,治疗师与内科医师之间就极少有可能一起工作。与此相似的是,某一区域治疗师和内科医师人数很多,他们同样也很少有机会一起工作。

这些因素使得医疗系统作出“分治治疗”还是“整合治疗”的决定变得非常模糊和复杂,患者是儿童、青少年还是老年人?患者是否合并其他内科疾病将影响到是否采用整合治疗模式或让患者同时接受心理治疗和药物治疗?患者是否存在物质滥用?是否存在心理社会因素、家庭问题、治疗依从性问题,可能影响到是使用“分治治疗”还是“整合治疗”的决定?对临床医生而言,了解这种医疗分类过程中哪些人或哪些因素是重要的?

资格能力:精神科住院医师应掌握影响作出分治治疗与整合治疗决定的多种因素和历史原因。

关于整合治疗与分治治疗的思考

上一节将“精神科的治疗选择:分类系统已变得模糊”作为题目是因为这一问题十分重要,同时也非常令人烦恼,患者要得到临床医师的评定不再那么顺利,常须依赖于各种因素,其中一些因素并无临床意义但影响更大,如财政、地域和保险的考虑。因此,精神科住院医师就有责任去了解这些影响因素,然后决定患者是采取“分治治疗”还是“整合治疗”。

到目前为止尚无标准或指南根据患者年龄、诊断分类、共病情况等来决定患者的治疗安排,那么住院医师应该为一个特殊的患者选择整合治疗还是分治治疗呢?这是一个有特别密切关系的问题,因为住院医师不可能进行最初的电话

1 整合治疗和分治治疗的介绍

评估或治疗安排,而是在另一位治疗师已开展心理治疗之后的某一时间才接管这一患者。

由于这种模糊的治疗选择和评估系统已成为当今精神科实践中的一个普遍问题,包括在可控制的医疗机构、社区精神卫生机构和大学非固定医疗机构,所以对精神科住院医师而言,掌握理解这些问题的工具就显得非常重要。此外,也有必要提供精神科住院医师获得有关分治治疗和整合治疗能力的途径。

美国毕业后医学教育学分委员会住院医师评审委员会(美国医学会,2004)已出版了规定,将心理治疗的5个方面作为能力考核的标准,在所有涉及的心理治疗中,一般住院医师必须在毕业后的规定时限内获得资格,每一项住院医师培训项目必须发展一套测试和评价住院医师掌握这些心理治疗能力的考核方法,其中之一就是心理治疗与药物治疗的结合,住院医师评审委员会并不要求住院医师到底是提供整合治疗(即精神科医师或其他内科医师同时提供心理治疗和药物治疗)还是分治治疗(即由非内科医生性质的治疗师与精神科医师或其他内科医师一起分别提供心理治疗和药物治疗)。

本书将提供一系列指南来评定住院医师提供分治治疗和整合治疗的能力,我们认为精神科住院医师具备对这一模糊而又复杂的医疗分类选择系统的原理、问题、影响因素和动力学的理解十分重要,能让患者进入精神科就诊,并对患者是采取分治治疗还是整合治疗施加影响。

举一个例子,一个患者在分别接受治疗师和精神科医师的所谓“分治治疗”期间,她换了新的工作,新的雇主所提供的医疗保险规定患者要变换医疗单位,要求只能看一位临床医师,于是患者只能决定由一位精神科专家进行“整合治疗”,而精神科医师也必须能作出相应的调整,类似的情况还有像一位患者可能处于“分治治疗”中,但临床情况未见改善,精神科医师必须有能力去判断出现这种状况的原因和是否应改为“整合治疗”,因此精神科医师必须能够有效处理患者的问题,了解各种影响因素和在整合治疗与分治治疗之间合理转换,这种能力应在精神科住院医师培养期间进行完整的培训和及时的评定。

我们主要将这种能力资格集中在门诊的成年精神科患者,同时也认识到住院患者也可提供分治治疗,某些患者人群(儿童、老年患者)常需要不同形式的分治治疗,因为涉及患者的双亲、其他医学专业人员和照料者,也与各种知情同意和认知问题有关,有一些涉及诊断分类而影响分治治疗的不同内容,如物质滥用、心身医学、司法精神病学等,都有特殊的资质要求,而本书则限于成人精神科门诊处理能力的资格认定。

精神科住院医师的不同阶段:培训方式的历史回顾和目前现状

第 1 年和第 2 年

精神科住院医师培训是一个发展的过程,住院医师在学习和督导中逐渐得到更多的独立性,4 年的学习课程中,开始 2 年一般集中在医院内,涉及不同科别的一些严重患者,并接受强化的督导,在第 1 年的住院医师阶段,要求在内科和神经病学专科学习 6 个月,以后在普通精神科病房和急症精神科受训 9 个月,还包括物质滥用和会诊-联络精神病学专科的培训,总体上前 2 年的培训集中在住院急性患者的诊治。

虽然有些住院医师培训项目在头 2 年试图结合更多的门诊轮转,但事实上很难实施,原因涉及住院医师工作时间的相关法律条文、执业要求和财政支出的限制,并需要主治医师更为密切的监督指导。

事实上,精神科住院医师在前 2 年的时间主要在病房,包括精神科、内科或神经科,非常需要了解整合治疗或分治治疗的实践基础,例如精神科病房集中代表了护士间协同工作的典范,为医学和心理治疗等提供直接帮助;社会工作者则为心理治疗和出院计划作准备;初级保健医生、普通内科医生和专科医生则分别提供相关的内科医学处理,心理学专业人员则提供心理测试和心理治疗,而住院医师作为精神科的新兵,应参与精神科医师的治疗工作,包括药物治疗、电抽搐治疗等其他医学服务,精神科医师在病房中承担领导角色,负责评估、诊断和出入院等事项。

这种模式自从有了综合性医院精神科后就相当普遍,只是近 15 年来综合性医院中精神科住院医师或主治医师提供的心理治疗越来越多。近 15 年来患者的住院时间明显缩短,入院标准变得更严格(如急性自杀、急性精神病性障碍、暴力等),但精神科病房仍保留非常多的分治治疗或整合治疗,由住院医师和主治医师所提供的心理治疗却在减少,精神科患者住院时间的明显缩短更使得心理治疗由更好的专业人员承担,精神科住院医师和主治医师提供面对面的心理治疗就更少了,只能提供更多的药物或其他治疗。

随着精神科住院模式的巨大改变,精神科住院医师的角色也发生了变化,必须能为患有重症或急性精神疾病的患者提供整合治疗和分治治疗,必须能与其他专业人员一起合作,包括护理、心理学、社会工作、职业治疗和其他医学方面提供医疗,并确保患者在出院后能得到门诊医疗服务。精神科住院医师和主治医师必须根据患者的财务、地域和其他情况决定患者是否需要进一步进行整合治疗或分治治疗,而精神科住院医师的前 2 年集中在病房和急诊部

1 整合治疗和分治治疗的介绍

门,他们将如何决定患者的门诊医疗措施呢?在做出决定时对各种影响因素是如何考虑的呢?

虽然认为一般在住院医师培养的第2年或第3年获得决定患者进行分治治疗还是整合治疗的资格十分重要,但由于住院医师本身也提供更多的门诊医疗工作,在第1年和第2年就学会患者的治疗分类技术同样也十分重要,包括他们在急诊部和住院部工作,然后制定患者的门诊治疗计划。

第3年和第4年

精神科住院医师培养的第3年包含大量的门诊工作,通常大部分时间在精神科门诊工作,但也须参加一些特殊专科服务,如老年、儿童和青少年以及社区精神卫生专科。这一年中,住院医师在患者安排、诊所轮转、督导和核心课程学习方面异常忙碌,此外越来越多的住院医师参加儿童和青少年精神科的亚专科培训,使得原本在第4年进行的项目提早到第3年开始,这么做对住院医师和他们的培训导师保证其所有申请和能力考核都能符合住院医师培养的第3年要求就显得非常重要。

第3年的住院医师培养中,门诊占了很大一部分,那么分治治疗还是整合治疗的问题也就变得突出了,许多第3年的住院医师会拿到一大串患者的名单,这些患者由之前的住院医师留下,仅采取了药物治疗,未进行心理治疗,需要由第3年住院医师提供,这样的患者会有很多,许多患者已数月未复诊,诊断也是几年不变。

在一些诊所,一位主治医师可能已经好几年没看这些仅接受药物治疗的患者,这些患者可能也未去看心理治疗师,而治疗师也可能不属于大学系统,如果一位患者能接受来自大学系统的心理治疗师的心理治疗,同时由精神科住院医师给予患者药物治疗,这就被认为是“分治治疗”,如果心理治疗师来自大学系统外,虽然仍是分治治疗形式,但由于合作和交流变得更困难而使临床医生感到复杂。如果患者仅由住院医师提供药物治疗,虽然一些住院医师可能并未察觉到其提供心理治疗的作用,但仍可称之为“整合治疗”。本书中我们将分析患者所处的各种情况,包括提供药物在内的整合治疗模式及其影响,因为我们相信一种具有心理治疗作用的医患关系常发生于药物处方或药物治疗的讨论中,这就使问题变得更加复杂(Tasman等,2000)。

在住院医师培养的第3年,住院医师常在不同场合见到各种年龄和不同诊断的患者进行整合治疗或分治治疗,这些人可以是儿童、老人、社区精神卫生机构的患者。对住院医师的督导也明显不同,督导师倾向于监督住院医师及其处理的患者,但因病例数很大,使得督导变得困难。