



The World Psychiatric Association

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目
WPA Educational Programme on Depressive Disorders

抑郁障碍教育和 培训方法

第 4 卷

主译 于欣 司天梅

 人民卫生出版社



The World Psychiatric Association

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目
WPA Educational Programme on Depressive Disorders

抑郁障碍教育和培训方法

第 4 卷

主译 于欣 司天梅

译者 司天梅 王华丽 原岩波 郭延庆

单位 北京大学精神卫生研究所

人民卫生出版社

WPA Educational Programme on Depressive Disorders, Volume 4
Methods of Training and Education About Depression
Revision of 2008
Copyright © 2009, World Psychiatric Association (WPA)

图书在版编目 (CIP) 数据

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目.
第 4 卷, 抑郁障碍教育和培训方法/世界精神病学
协会著; 于欣等主译. —北京: 人民卫生出版社,
2011. 4

ISBN 978-7-117-14240-3

I. ①世… II. ①世… ②于… III. ①抑郁障碍—
教材 IV. ①R749. 4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 036850 号

门户网: 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、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目
第 4 卷
抑郁障碍教育和培训方法

主 译: 于 欣 司天梅
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: 中国农业出版社印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 2
字 数: 35 千字
版 次: 2011 年 4 月第 1 版 2011 年 4 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-14240-3/R·14241
定 价: 11.00 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)

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目, 第 4 卷

抑郁障碍教育和培训方法

2008 年修订

EDITOR OF THE EDUCATIONAL PROGRAMME

Mario Maj, Norman Sartorius, Allan Tasman and Oye Gureje

TASK FORCE ENTRUSTED WITH REVIEW AND UPDATE OF THE MATERIALS

N. Sartorius (Co-chairman)

A. Tasman (Co-chairman)

M. Benyakar S. V. Ivanov

E. Chiu S. Kanba

H. Chiu M. Kastrup

S. Douki M. Maj

L. Gask M. Riba

D. Goldberg S. Tyano

O. Gureje D. Wasserman

ADVISERS TO THE TASK FORCE

J. J. Lopez-Ibor

F. Lieh Mak

A. Okasha

E. Paykel

C. Stefanis

Authors of This Volume

L. Gask and D. Goldberg

目 录

抑郁障碍的概念和分类抑郁障碍教育和培训方法	1
附录	16
附录 1 抑郁态度问卷	16
附录 2 角色扮演案例:协商治疗	18
附录 3 培训录像	20

抑郁障碍的概念和分类抑郁障碍 教育和培训方法

一、为什么需要培训？

初级保健工作者在识别和处理精神障碍方面的能力不尽相同,第4卷的目的是为精神科医生及其他老师提供一个模板,用于初级保健工作者的培训,包括对医生或医疗助理的培训,提高他们对抑郁障碍的认识,为他们提供新的技能,甚至改善他们以前不利于情感障碍患者的态度。这里描述的方法需要根据参与工作的人员的特殊文化和临床背景有适当的变化。因此,基本的课程设置应该以满足参加者的需求为目的,来相应地调整培训计划。特别建议的是,应当关注“一项好的培训课程应该需要多长时间”,在课程开始前需要进行哪些基本的准备。建议采取一些辅助活动来弥补技能方面的不足。本卷中,每个题目都将分别考虑,特别注意了在本科生医学教育中经常被忽视的方面,提高他们的精神卫生技能。本卷还包括三个附录:附录1是抑郁障碍态度问卷,可以用于评估通科医生对抑郁障碍及其治疗的态度;附录2列举了协商抑郁障碍治疗的作用;附录3列出了很多教育影像资料,并且提供了如何获得这些拷贝版权的信息。

二、教什么？

2.1 需要补充的知识

有些地区,对医学生的教育不包括精神病学培训,学生们学习到的知识与他们在临床实践需要的知识有很大的鸿沟。但是,很多医生是不愿意在医学生教育期间参与过多的精神卫生培训,所以很多知识都是过时的。有些是缺乏对症状或体征的了解,影响到他们的诊断和干预技能,也有些是缺乏对某种障碍,不同药理和心理干预的疗效方面的知识。WPA教育项目的前四卷包括了这些领域的有用信息,但是教育幻灯的选择必须因材施教,来满足听众的不同需求。该套教育材料也可用于WHO精神障碍分类-初级保健教育(WHO Classification of Mental Disorders for Primary Health Care, ICD10-PHC)(英文版可以从该网址获得:www.mentalneurologicalprimarycare.org),该网址中,给出了在初级保健诊所中最常见的24种精神障碍的详细治疗建议。最初,该分类包括了24张卡,分发到15个国家进行初试。在英国的试点区域,发现使用抑郁卡片让医生在给患者处方抗抑郁药之前,追问患者更多的抑

郁症状,拓宽了他们处理抑郁障碍患者的治疗策略(Goldberg 等 1995)。目前这个系统形成了培训教材的一部分,可以从 WHO 获得,包括一系列有助于提高精神健康教育技能的材料。但是这些材料不会自动识别你究竟需要补充哪些知识,事实上更为多见的是医生未能意识到他们主要是缺乏技能。

也可以针对特定的社会心理干预进行培训,对于某些疾病,他们也是有效的,例如:针对抑郁障碍患者的问题处理(Mynors Wallis 2005),酒精问题的简单行为干预(如:动机访谈)(Miller 和 Rollnick 1992),针对疲劳的逐步锻炼结合认知行为策略(Tylee 和 Chalder training video- 参见附录 3),以及对医学上无法解释的躯体症状的再归因(Gask 等 2000- 参见附录 3)。所有这些问题都可能造成初级保健中抑郁障碍的评价和治疗复杂化。因此计划讲授的知识应当是针对听众的简明的和适合其需求的内容(经常精神科医生讲授的信息不能满足家庭医生的需求),留出更多的时间和机会提问和讨论,提供讲义和主要的参考文献,以及链接网页。

2.2 案例讨论

案例讨论主要目的应该是使小组成员能够以系统的方式来考虑问题。有一种方法,最好先帮助一名初级保健医生针对某一精神疾病提出一个特定问题,然后由一名精神科医生作为“督导”协助,给小组成员安排一名患者,一名提问医生对患者进行一系列的询问,最后向小组成员就特定的问题提问,每次讲授一些新的信息。

一名 45 岁的男性患者 2 年前首次来我的诊室就诊……

[案例注释] 患者抱怨背疼,越来越重。在家时出现问题。看不到任何前途,妻子威胁要离开他。

小组的问题可能是:

- 你还需要了解其他什么信息吗?
- 你愿意询问什么?
- 你如何询问?
- 你愿意做什么?

每一个阶段(通常规定好患者咨询医生的每个时间),提问医生把从患者的病历中获得的信息给大家,以备大家回答他给听众提出的问题,对病例从头到尾进行系统讨论,用患者的病史资料作为学习工具。

2.3 一种解决问题的方法

病例讨论的另一种方法是给小组成员围绕一个案例设计好一个课程,目的是解决问题。这里的关键点是要解决的问题:“不是患者的问题”,而是“患者对提问医生的问题”。小组帮助提问医生的全部问题列在表 4.1。

表 4.1 案例讨论:解决问题的方法

<ul style="list-style-type: none"> • 这名患者的问题是什么? • 我想取得哪些结果? • 我有哪些关键性支持资源? 我可以用这些关键性支持资源吗? 如果不能,为什么不能? • 我可以获得哪些培训相关的资源? 我可以用这些培训相关的资源吗? 	<p>如果不能,为什么不能?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我很内疚,低估了我已经获得的吗? • 我的选择是什么? 优势和劣势 优先选择 • 我现在的行动计划是什么?
---	--

2.4 无益的态度

往往发现这些对精神卫生问题不敏感的医生,对这类问题的患者持一种无益的态度。评价态度的一种常用的方法是:“抑郁态度问卷”(DAQ)(Botega 等 1992),列在附录 1。这种无益态度常常是因为医生没有处理这类患者的有益策略,这些医生可能会从技能培训中获益很大。如果能够补足足够的技能,对精神疾病患者的态度也会明显提高。小组讨论也有助于解决这些无益态度。这种讨论可以先是病例介绍、录像访谈或者最有效的方法是参与真实的病例讨论,来讲述他们自己的病情。

2.5 缺乏特定的技能

一般访谈技能

通常来讲,进行好的临床访谈所需的技能正是任何好的交流者所需,可以让患者以患者自己的方式讲述其病史,如果以一种好奇的态度询问患者近期所发生的生活事件,可能会让患者感到是一种压力。这个听起来非常简单,事实上却不是这样,通常患者会以躯体不适表现其症状,经常伴有一些真实的躯体疾病,也能够发现一些其他的无明显原因的躯体不适,通常会因为时间有限,医生的解决方法无法让患者满意,需要排除患者各种躯体症状的器质性原因。在患者有机会以自己的方式描述症状前,为了系统排除可能的躯体原因,医生可以采用一些小技巧打断患者并以自己的方式询问和检查患者。

访谈的早期阶段常持续 20 秒到若干分钟。在这段访谈中,医生应当鼓励患者讲述,询问一些开放性问题,让患者自由地以自己的方式描述其症状。鼓励患者以这样的方式讲述病史,很快就可以进入到医生变得主动,控制整个访谈。当症状基本描述清晰,或者没有发现明显的躯体原因,医生可能需要补充询问患者的家族史,或者询问患者是否经历了应激性生活事件。当线索逐渐明朗,提示患者是心理应激反应时,医生应该提高警惕,开始直接询问问题。

在初级保健诊所的访谈并不像在医学院所教授的有严格的流程,可以选择一些个人性的问题,询问患者的家庭情况,允许患者更详细地描述其出现的躯体症状。需要始终给患者一些支持性的评价。表 4.2 总结了在初级保健诊所识别患者心理问题的一些重要技能。

表 4.2 有助于精确评价患者情感问题的通科医生访谈形式特点

访谈早期	访谈方式
<ul style="list-style-type: none"> • 进行很好的眼神交流 • 澄清患者的主诉 • 直接询问躯体不适主诉 • 开始询问开放性问题,随后切换到一些较亲近的问题 	<ul style="list-style-type: none"> • 给予同情性的评价 • 捕捉言语线索 • 捕捉非言语线索 • 在讲述病史时,不要读注释 • 患者太过于健谈时,可以打断 • 尽可能少问既往史

认为进行这样的访谈需要不同于临床医学其他技能的特殊能力,这是一种误解,好的临床诊断学家很少用心理触觉。事实上,反之亦然,具有心理学敏感性的医生往往比不敏感的医生更会应用其医学知识,更有可能具有研究生资质。

上述观察源于对上百例通科医生与他们患者访谈的分析,在访谈过程中,非常清晰的一点是,善于发现情感问题的医生,比这些不敏感的医生会让他们的患者暴露出更多的应激相关线索(Davenport 等 1987; Marks 等 1979)。事实上,不敏感的医生阻拦了自由交流,且患者很快就意识到了这种阻拦(Goldberg 等 1993)。阻拦患者的一些行为是:没有眼神交流,在访谈开始时,有一些回避性姿势,在患者还没有说完之前打断患者,询问太多“亲密性(closing)”问题,患者必须回答“是”或“否”。从医生那里捕捉到这些线索的患者,可能讲话缺乏任何情感,手或胳膊保持不动,几乎不会暴露出情感和心理症状。相反,访谈中善于发现患者痛苦的医生,患者则会从医生关注的姿势和愿意眼神交流中受到鼓励,这些医生在倾听和询问问题时会更具有心理方面内容,用直接的方式询问。敏感医生的有些行为就好像线索,而不敏感医生就不是这样,这些行为包括询问患者社会生活方面的问题,用一种同情的方式,以及询问患者心理方面问题的数量。

相关工作(Millar 和 Goldberg 1991)已经显示敏感医生比不敏感医生通常有更好的沟通技巧,更好的处方药物的能力,对治疗的沟通信息更有效,给患者的建议更清晰。因此,有很好沟通技巧的医生能很容易地识别出患者的痛苦,并且在访谈中对患者的痛苦表现出安抚和理解,沟通技巧不好的医生的行为则会让患者隐藏其所有的痛苦体验,因此当给精神科医生观看咨询录像时,可能观察不到这些表现。

2.6 识别抑郁的特殊技巧

除了提高沟通技巧,还有很多其他技能需要改进。这些技能和特定的处理措施相呼应,是评估和有效治疗抑郁障碍所必需的(表 4.3)。医生还需要学会如何和患者协商选择抗抑郁药治疗。对于初级保健工作者另一点非常重要是学习使用现有的资源,与可以提供必要的专业知识和支持的专家服务机构以及非政府组织建立联系。可以邀请这些机构参与培训,但是需要保证他们能完全了解培训的目的,不要仅仅把培训当成是让他们机构被知晓的机会。但是,大量这样的组织或机构,不能成为评估和治疗抑郁障碍的一线工作者发挥基本

的作用,然而这些组织可能因为要发展初级保健工作者的作用而感到不必要的威胁,如果有这种想法,则应当引起关注。

表 4.3 评估和治疗抑郁障碍

咨询过程中评估	咨询过程中治疗	在咨询过程中采用的简明心理学策略:
心理学:评估疾病严重度(优先选用标准化评估工具,如患者健康问卷-9,PHQ-9),	• 倾听,共情	
询问:	• 解释诊断	• 行为激活
• 自杀风险,故意自伤	• 解释躯体症状	• 自助
• 有/无焦虑症状	• 关注患者所想或所关注的问题	• 解决问题方法
• 病程,慢性化	• 同意问题清单	• 处理焦虑
• 发病方式	• 协商治疗计划	• 简单激活动机策略
• 病史	• 自助材料	
• 伴有酒精和药物滥用	• 抗抑郁药	
• 精神病性特征	• 建立信任	
社会性,询问	• 安排随访和监测计划	
• 社会困难的特点		
• 社会支持或缺乏社会支持		
• 亲友或缺乏亲友		
• 易感性背景		
• 家族史		
躯体性		
• 检查/调查躯体问题原因		
• 共病(如:糖尿病,心血管疾病)		

三、培训方法

3.1 模式技巧

录像反馈已经使用了至少 20 年,主要被用于改变职业行为,使用这种技术来教授技能的第一个系统研究,是在不同临床背景下实施的。非常重要的是所需的技能被初级保健工作者模式化,而非精神卫生专业人员所为。过去若干年,我们已经制作了一系列录像,展示了处理这些心理应激躯体化患者所需的技能,如抑郁障碍患者,慢性疲劳患者,酒精滥用患者,痴呆,精神病患者或焦虑障碍患者。所有这些录像都包括一些实例,医生可以在任何时候停止放映,来练习一些特殊技能。附录 3 列出了有指导语的录像清单。在一些国家,这些录像更适合作为模板,根据这样的模板来录制具有当地文化特色的录像。这些录像也可以直接加上当地语言字幕,这样更节省成本(非常便宜),这种方法已经被广泛用在欧洲一些国

家。很多录像包含：“讨论要点”，大多数录像还有注释，提醒讲员需要向大家阐明的要点。讲员在引导讨论时，起着非常重要的作用，鼓励那些尚未发表任何看法的医生，提出看法，这些做法非常有帮助。如果有人提出了讲员认为没有用的建议，讲员可以要求小组其他成员来处理这种情况，而不是仅仅不同意发言者的建议。讲员一般对小组持支持态度，只在小组成员们没有参与一般讨论时，才给出他或她个人的解决方案。有些材料中还提供了用角色扮演来联系一些微小技能的机会。

有时，录像可以有助于让参加者对新行为进行即兴扮演，但如果是大组讨论，应尽量避免这样做，因为在同事面前犯明显错误，让人感觉很羞愧。但是，可以邀请描述问题的医生扮演他所描述的患者，很多医生发现这些事情很容易做，也愿意请讲员来处理他们所描述的问题。讲员起着“医生”的作用，解释精神卫生专业人员如何处理这些问题，参加者必须做出决定，即这种策略是否对通科医生可行。

3.2 用角色扮演练习技能

除非医生自己去实践新技能，没有其他途径能够让他学会这种新技能，就好像一个人通过听讲座和看高技能骑手演示来学习骑自行车一样，医生只有在要求不高的环境中经过多次实践才可能将新技能用在真实的病人身上，这种要求不高的环境，就可以通过角色扮演实现。每次角色扮演，需要准备三个文件，一个给扮演医生的人，一个给扮演病人的人，一个给观察者。这三个个体组成了角色扮演情景。

“医生”被告知在这次练习中，对即将见面的患者他知道些什么。这并不是真实的医疗记录，而是正常情况下可获得的患者的相关信息。

“患者”被告知扮演一个和他年龄和性别相似的人，但是从事其他职业，并且要告诉患者他需要扮演的症状，以及所有他们希望或不希望告诉医生的近期发生的生活事件，如果医生询问的问题没有被涵盖，建议患者以其个人经历来回答。

给“观察者”尽可能多的信息，如所有关于医生和患者的信息，以及他们将观察的行为，宣布后，要求观察者做下面这些事情：

1. 向医生提问“他对访谈进展的感受如何？”他对哪一部分最满意？有什么需要改进的？
2. 向患者提问“他对访谈进展的感受如何？”，问题解决得如何？他对访谈的哪一部分最满意？有什么需要改进的？
3. 根据观察者的观察，给医生反馈信息。

教师(如上所示，理想的比例是一名教师对6位医生)应当在教室内围着医生边讲边移动自己的位置，这样能更恰当地与每位医生保持相似的距离和给予建议及帮助。宣布的过程应该较短，大约4分钟时间，反馈和讨论持续10~15分钟，然后进行到下一个角色扮演环节。变换角色，以保证每位医生都有机会来扮演“医生”。附录2列出了一个角色扮演的例子。需要引起重视的是在讲授过程中，这种角色扮演应该随着地域文化及环境的不同而有所调整，同样一个角色扮演可以通过几个医生来实践。

3.3 使用受培训者自己咨询的录像

应用录像和磁带培训并获得反馈已经使用了很多年了。Lesser(1981)把这种由20世纪80年代从加拿大发起、在发达国家使用的录像培训方法称为“基于问题的访谈(problem based interviewing)”,他来到英国后帮助把他的方法转变成应用录像反馈的在小组讲授课程,后来这种方法获得很好的成效。下面将更详细地讨论这种方法。

四、计划你自己的课程

4.1 初期活动

4.1.1 管理

合作:没有其他方法可以替代和当地全科医生的老师的合作关系,在通常的医生培训过程中教师-医生的关系尤其密切。培训能够持续多久,在很大程度上,取决于受培训的当地医生是否能参加。一个10次课程的培训,理想的时间是每次课程约持续2~3小时,但是,有时只能招募医生参加单次培训。然而单次培训可能会吸引医生很大的兴趣,使他们愿意回来继续参加其他课程。这种情况下,用准备好的录像之一,加上角色扮演,可用在对于当地较重要的某一个题目的课程中(例如治疗躯体化情感应激,与酒精问题患者的对话或者识别抑郁障碍患者)。

计时:重要的一点是选择哪个时间方便当地医生来参加培训,记住培训可能需要连着周末或者晚上的时间。建议邀请到比预先设想的更多的医生来参加培训,因为很多医生在实际培训的日子里可能因为这样那样的原因不能参加,只有试错法能够决定邀请多少“额外”的医生参加特定地点的课程。如果邀请医生进行角色扮演,应该计划每6位医生安排一名教师,越多越好,少了可能培训效果不好,增加了教师的负荷。

每次课程应当持续多长时间?应当计划至少1个小时比较合适,包括幻灯讲座、讨论和几次角色扮演,如果可能最好计划一个半小时。在计划的课程内,每对角色扮演给出10分钟时间,可以进行细微技能的小型角色扮演培训,交替进行约15~20分钟的长角色扮演培训。如果想进行录像反馈培训,可以进行两次这样的课程,中间有一次简短休息。每次录像培训最少半小时(45分钟最佳)。

4.1.2 课程内容:准备教材,按照当地的需求进行修改

安排当地培训日程:应当花时间了解将要参加培训的医生群体的基本信息,并选择这个群体需要的那些知识欠缺的课程。没有什么比放弃重要的时间来参加培训学习,而所学的知识是自己已经了解的知识更让人气恼。来参加小组培训的医生关注哪些内容?从当地通科医生讲师那里获得有关的建议非常重要。可以邀请通科医生讲师来审阅WPA的培训材料,并选择一些他们认为对参加医生有帮助的材料。也可以听取这些讲师的意见,在WPA

的教材基础上是否还需要再补充一些幻灯。也可以给通科医生讲师列出一个可能的角色扮演清单,让他辨认那些不被他或她的同事们所熟悉的行为;老师也可能提出一些导致当地的困难的情形,在开始授课之前与你共同准备一些特定的角色扮演。

动机:有时提高医生来参加培训的动机非常重要。当然采取的方法根据特定的地方及其资源而定,例如:在英国采用的方法是支付临时补贴,以补偿医生未能出诊的费用、安排通科医生培训组织为来参加课程的医生颁发研究生证书,茶休期间提供三明治或便餐。如果医生是工作结束后,晚上过来听课,提供便餐,以使他们能够坚持听课。

真实教材:尽可能准备好参加培训的医生和他们患者的真实咨询访谈录像,这是最好的真实教材,但是,这种教材常常难以获得。其他可选择的教材,通科医生教师可以准备一个他和患者访谈的录像,这种录像应当是好的医疗行为的范例,一个人应永远不会用过这种记录方式来指出自己在实践中的错误。如果有访谈录像,花些时间观看录像,选择一些简短的最优部分来阐述特别的要点。如果有参加培训医生的各种访谈录像,那么很重要的一点是要向医生说明,他能够选择哪些录像在大范围小组中放映,且其他医生观看到制作者不愉快的录像是没问题的。下面将详细讨论教师给这些录像提出反馈意见的技巧。

4.1.3 助教的协助

除了通科医生教师来主持课程,教师队伍中至少应该包括一名精神卫生专业人员或者接受过精神卫生专业培训并有精神卫生实践经验的人员。可以先和将要主持课程的主要通科医生教师开一个预备会,预备会上教师可以就课程如何组织、是否包括角色扮演内容等问题达成共识,还应该邀请所有其他辅助教师一起参加预备会。没有机会参加预备会的教师通常会因为参加授课而比较焦虑,并且认为他们的任务是将自己在精神卫生专业机构处理病人的经验教给通科医生。但是通科医生需要学习一些不同的技能,因为他们的接诊时间很短,他们必须尽快为患者的症状排除躯体疾病因素。所以应该告诉这些辅助授课教师认真观察和学习有经验的教师的授课过程,直到这些助教非常熟悉培训的过程,还应该鼓励助教来听课,并且指导各种角色扮演,通过这些措施使这些助教开始参与授课过程。助教们会非常愿意做这些事情,因为这些过程就像一个“破冰”过程,可以帮助他们度过初期的难关。从此以后,他们就能够为通科医生组织并独立授课。

4.2 课程内容

关于课程的内容,处理情感受挫患者的能力可以分为态度、知识和技能。

4.2.1 加强学习动机:评估态度

如果通科医生将其空余时间用于参加培训,这些医生可能有较强的学习动机,不需要对他们做什么。需要一个开场白,总结这个领域已有知识和强调将会获得的优势,参加这样的培训将有助于改进患者和医生的满意度。这个开场白还应当包括一个与当地文化背景有关的简短的幻灯内容,如果可以的话,最好包括当地流行病学资料以及其中发生教学的特定文

化的录像资料。

附录1中列出了“抑郁态度量表”，是一个评估培训参加者很有用的工具。也可以用一个简单的量表，来询问参加者在处理情感问题时有何感受，以及他们对有这些问题的患者的态度。如果在开课之前进行了这些简单评估，培训者就可以合并一些在初期谈话时所发现的问题。但重要的是应考虑你究竟对参加培训的同事们了解多少，有些医生发现完成问卷有被迫使的感受，如果这样，使用问卷可能适得其反。

4.2.2 评估教育需要：需要补充的知识

开场白后，接着和参加培训的医生进行讨论，讨论过程中培训者可以尝试评估参加者需要补充哪些知识。可以通过询问医生在他们的临床实践中，遇到抑郁障碍患者的频率有多大，他们是如何治疗这些抑郁障碍患者的，来评估医生究竟缺乏哪些知识。这通常会引入到讨论“如何选择抑郁障碍患者的治疗”。当提到“咨询”，询问一下参加者在进行这样的干预时，常会遇到哪些问题。最后询问是否他们发现抑郁障碍常发生在这些真正的躯体疾病中，如果是，他们如何治疗。

4.2.3 讲课技巧

在培训中，最重要的任务是教给他们新技能。在实践中，常根据培训者和参加的通科医生的时间来决定讲课方法。每次课程，仅能学到有限的信息，尤其是较短期的课程。一般来讲，必须首先激发起被培训者的学习激情，他们必须看到期望的行为模式，然后去实践这些新行为。

4.2.4 根据现场咨询来授课：使用录像

放映录像时，极其重要的是老师首先征得录制录像的医生同意放映，并邀请他在其他医生的发言前给予一些建议和评论。录制录像的医生对他自己的表现作重要的评注，其他医生就会受到鼓舞，讲述他们自己的建议和评论。如果有人作了重要的评论，请他先介绍在这种情况下，他是如何处置的。通常，老师引导出讨论小组的积极讨论，而不是任由组员把老师当做全知的“领袖”。在讲课时，给学员建议如何敏感和有效地使用录像，经过多年的研究和实践，探索出的一些方法，列在表4.4。

简便：简便的意思是引导出讨论小组的反应，而不是简单地显示给讨论小组你如何作为教师在这种情况下处理案例。主动活跃的学习气氛比被动的“填鸭式”学习方法更有效率，让学员参与和给予建议，比仅仅是教师告诉他们怎么做更有效率。虽然似乎教师来做这些工作更高效，但这是一种假性的“节省时间”，因为学员几乎不用思考什么，仅仅是坐在那里观看教师做。

表 4.4 小组录像反馈指南

- | | |
|-----------|--|
| 1. 设置现场规则 | <ul style="list-style-type: none">• 询问学员是否自己以前看过自己的录像，确保学员能意识到这可能是一个非常困难的事，应当给予支持• 任何人都可以停止放映，但是他必须讲出他这样做的理由或者陈述自己不同的观点• 保密是基本要点，如果这是一个真实案例，为学员和患者均需保密 |
|-----------|--|

2. 设置时间表	<ul style="list-style-type: none"> • 阐明课程目的 • 填写背景资料 • 鼓励学员积极提问 • 为学员放映录像希望学员能够掌握什么?
3. 提供机会对新技能进行演练	<ul style="list-style-type: none"> • 在关键点停放录像,邀请其他学员来学习和模拟。 • 要求学员对录像中的处置方法以及是否他们会以不同的方法处置给予评论 • 给放映录像者第一个发言的机会 • 强调录像中运用的关键技能和策略,或者是学员建议的关键技能
4. 创立一种建设性的授课方式	<ul style="list-style-type: none"> • 经常对做得好的给予表扬性评价 • 首先是积极评价,接着讨论是否还有其他的处理方法
5. 让组内学员来做	<ul style="list-style-type: none"> • 引导 • 总结建议,让课程继续下去 • 确保学员能够坚持上课
6. 积极总结	<ul style="list-style-type: none"> • 总结,询问看录像学员的反馈 • 如果这是一个真实案例,帮助制定一个将来咨询的行动计划 • 协助制定新的学习目标

若使用真实病人资料的录像带,小组成员应该在小组之外遵守常规的医学保密原则。他们还应该同意不在小组活动之外谈论其他人的表现——否则,小组难以放松并有成效地工作。若该小组多次聚会,并且医生冒险与小组成员分享所发现的特别困难的问题的咨询经验时,这种作法特别重要。

教师应该将注意引向与表 4.2 和表 4.3 内容一致的行为上,使用这些表格中所列术语标明引起注意的行为。例如,封闭性问题指可以简单地用“是”或“否”回答的问题,如:“疼得厉害吗?”或“你早晨醒得早吗?”开放性问题指要求病人将其体验讲述出来的问题,如“你能描述一下这种疼痛吗?”,或“告诉我你这段时间睡眠怎么样。”非语言线索指的是表明病人情绪痛苦的行为——也许病人泪汪汪的,用很难受的方式讲话,或者有震颤。对于这样的线索,医生的反应是将注意引向它们,例如:“我看见你还为母亲的亡故心烦”,或者“你看起来对此非常紧张。”医生应该帮助害羞、有戒备心的人描述其体验,或者反过来温和地提醒过于话多的病人你需要了解的问题,“也许我们可以过一会儿再回到这个话题,现在我首先需要多了解一些你的疼痛”,以此“控制”访谈的进程。

协商指给病人提出建议,其方式是试探性的,允许病人不同意你的话。例如,医生可以说:“你看起来很郁闷——你愿意用点什么方法加快好转的速度吗?”,不要说:“你患有抑郁障碍,我给你开些治疗这个病的药。”有一些录像带演示了与病人共同解决问题的过程(见附录 3)。该过程基本上包括找出适宜马上采取行动的问题,要求病人描述处理该问题的各种备选方法。病人全面考虑每种方法的利弊,做出最佳选择,然后完成达到这一目的所需要的各个步骤。这种方法与医生常用方法的主要区别是,不是由医生而是由病人列出备选方法的清单,练习如何做才能达到目标。这种方法与给予忠告恰好相反,在初级保健中对于抑郁治疗似乎有效。与认知行为治疗等其他治疗方法相比,这种方法也学得更快。

每次培训结束时,最好留出时间询问小组成员,他们在治疗情绪痛苦的病人时遇到过什

么问题。让提出问题的人回忆自己当时是怎么处理的,并且每次都让其他人评论他们是如何处理这种问题情形的。

五、培训效果的评估:研究证据

5.1 小组录像反馈培训的评估

在一项研究中,采用上述方法给全科医学生进行了每周一次、为期6个月的培训。在该研究中,最不会访谈的参加者在课程结束时分数进步最大(Gask和1988)。在另一项研究中,对一组全科医生进行培训(Gask和1987),给学员演示访谈病人的清晰方法,然后让他们分组讨论彼此的访谈技巧。教师在必要时提出自己的观点,但是大多数有用的评论来自其他学员。鼓励医生们注意有可能忽略的线索(如病人语音的质量,病人的姿势,病人的自发运动)。这项培训被证明达到了持久的效果,参加过培训的医生一年以后再次测试时,分数改善更多了(Bowman和1992)。

这些方法后来被讲授给伦敦和曼彻斯特的全科医师学员。我们发现,对于可能成为教师的人,就其访谈技巧提供反馈非常重要——这样实际上让他们体验到了教学方法,并可能在将来给他们自己的学生进行这样的培训(Gask和1991)。对他们自身教学过程的其他反馈、认真的讨论以及有关其教学方法的忠告,并没有更多的益处。

关于通过培训增强精神科技能的效果,Gask和Goldberg(1993)进行过研究。整体上存在一种趋势,受过训练的医生其病人的临床结局得到了改善,其中兼有抑郁和焦虑的病人受影响最大,因为其焦虑减轻了。受到训练的医生显然也能更好地发现精神障碍,给病人提供更多的信息,而病人也觉得自己的问题得到了理解。类似地,Scott et al(1999)报告,接受过基于问题的访谈技巧培训的全科医生能够更好地发现和處理心理问题,而访谈的时间长短在受过培训和未受过培训者之间没有差异。

5.2 对抑郁评定和治疗培训课程的评估

关于抑郁的教育干预,大多数研究来自那些与发展中国家相比,本科和研究生水平的初级保健医师接受的精神卫生培训更加全面的国家。

在英国,由皇家精神病学会和全科学会共同开展的“抗击抑郁运动”,就行医规范达成了共识声明,最终产生出名为“Hampshire抑郁项目”的重要评估(Thompson和2000)。虽然有对全科医师进行培训的经验,治疗指南清晰,所采用的教学方法合理,但是对于参加该研究合作的全科医师,该项目并未对他们的治疗行为产生持久的影响。这个结果与美国的结果类似:Lin及其同事(1977)发现,历时1年的强化医师教育,包括处方的教导性忠告、行医规范的角色扮演、行医规范的治疗指南和参考手册的使用,均未对病人结局产生明显影响。作者的结论是:在初级保健现场存在精神卫生人员,并且他们能够接诊由初级保健医生转诊的病人、监测病人的进展情况和治疗依从性,似乎是改善结局所必需的(这种项目称为合作性治疗,在本项目的其他总分加以介绍)。然而,在看研究结果时,必须区分主要侧重于遵守

治疗指南或治疗方案的培训(如 Hampshire 项目)(Thompson 和 2000),以及主要涉及学习一系列新的临床技能的培训。

其他的研究更多地关注掌握技能,发现了类似但是更有前景的结果。在荷兰进行的一项研究中, Van Os 及其同事(1999)发现培训效应在3个月时存在,1年时消失。他们的结论是:培训的影响是促进更快的恢复,缩短病程。在以前参加过该中心的研究项目的医生中,这种培训的影响较弱。

Gask 及其同事进行过一项强化培训项目,针对的是初级保健中的抑郁。在该项目中,全科医师参加10小时的培训,内容包括看录像、角色扮演和观看他们自己做咨询的录像。这些医生接受的培训包括与抑郁有关的问题解决技术和认知技术。这些医生被扮演的“病人”评定为因这项培训变为更好的沟通者,而且这些医生说自己在处理抑郁病人时感觉更自信了(Gask 等 1998)。在对该种培训进行的一项随机对照试验中,研究者发现整体上培训对病人的结局没有影响(Gask 等 2004),但是各个研究中心存在差异。在既往与培训接触最少的医生所在的研究中心,存在明显的影响,其中头3个月影响最大。这个结果支持早期工作的发现,即经验较少的医生在培训课程中学会新技能的机会最大。

因此,有待证明的是,在关于初级保健中的抑郁的技能、知识和态度相当缺乏的国家中,这种培训会有什么影响;但是,早期的结果提示,收益有可能而且应该是相当大的(Zakroyeva 和 2008)。

根据 Kirkpatrick (1994)的工作制定的评估课程的框架见表 4.5。

表 4.5 Kirkpatrick 的评估等级:初级保健中的抑郁障碍培训

等级	评估类型(测量的是什么)	测量举例	意义及实用性
反应	反应评估指学员对抑郁障碍课程的感受	学员对抑郁障碍课程的满意度 培训前后士气和信心的自评指标 与学员面谈/问卷	快速,易于获得 收集或分析不费钱
学习	学习评估指对抑郁障碍知识增加情况的测量	采用可靠工具在培训前后进行简单的测量 • 知识测验 • 态度测验(如 DAQ) • 采用角色扮演式访谈的盲法评定了解其学会的技能	若可定量技能有明确的测量方法,建立起来相对容易 不容易评估复杂的学习
行为	行为评估涉及“返回工作岗位”的实施	培训前后对病人的真实咨询进行评定	行为改变的测量比较复杂,例如需要提供咨询的录音带
结果	结果评估是对机构和公共卫生影响的评估	机构: • 对临床治疗过程和结局的影响(如实际抗抑郁药处方行为) • 病人的实际临床结局 • 公共卫生(如自杀率)	结果(如审核)的个别测量并不困难 测量整个机构的结果比较复杂,需要良好的信息系统 全国统计

Source: Kirkpatrick DL. Evaluating training programs: The four levels. San Francisco: Berrett-Koehler; 1994.