

健康促进与健康教育书系

精神卫生学

● 郭莲舫 张明园 主编

● 黄敬亨 主审

上海医科大学出版社

精 神 卫 生 学

主 编

郭莲舫 张明园

主 审

黄敬亨

编 者

郭莲舫 张明园 徐声汉 金德初

王小明 朱紫青 崔新佳

上海医科大学出版社

(沪)新登字207号

责任编辑 倪如晶

封面设计 朱振东

精 神 卫 生 学

主编 郭莲舫 张明园

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

上海市印刷三厂印刷

开本: 850×1168 1/32 印张: 7.25 字数: 194000

1993 年 9 月第 1 版 1993 年 9 月第 1 次印刷

印数: 1-5000

ISBN 7-5627-0160-1/R·151

定价: 4.05 元



10659105

健康促进与健康教育书系

顾问 朱庆生 郭子恒

主编 萧俊 黄敬亨

副主编 毕效曾 陈秉中

编委(按姓氏笔划为序)

刘本仁 朱乃苏 毕效曾

汪家禄 陈秉中 俞顺章

黄敬亨 萧俊

《健康促进与健康教育书系》主编的话

在医学科学迅猛发展的今天,健康促进与健康教育学科及其工作日益受到国际组织、各国政府和医学卫生界人士的关注。健康促进与健康教育的目的在于促使个体、家庭及社会充分发展各自的健康潜能,其中包括培养有利于健康的生活方式和行为,促进社会的、经济的、环境的、以及个人的有利于健康因素的发展。从19世纪到本世纪50年代,生物医学在与各种传染性疾病的斗争中取得了很大的成功;而今天,随着社会工业化、都市化、文明化的发展,人们的不良行为和生活方式日益显示其对人类健康的威胁。人类已经积累了大量的医疗、预防与保健的知识和技术,更需要使之转化为个人和人群的有效行动,这就有赖于对人群进行健康教育的干预。数十年来,健康教育已经取得了很大的进展,一个新的科学体系正在形成。为了适应我国开展健康教育工作的需要,我们组织编写这套丛书,介绍国内外健康促进与健康教育学科的经典理论和最新进展,向我国的临床医师、卫生医师、健康教育工作者和医学院校学生提供学习和参考的教材。

《健康促进与健康教育书系》是新的医学综合化与社会化的学习材料,其内容将涉及健康教育学管理、健康教育测量与评价、精神卫生、健康行为、健康传播、心理咨询、行为保健、卫生观与医学模式、健康伦理、健康教育科研设计等。书系将系统、全面地介绍上述各门学科的内容。其中很多学科和内容在我国尚属首次介绍,期望它的出版能对我国的健康教育事业将有所裨益。

本书系将不断补充新的选题,分辑出版。参加编写的作者都是具有理论造诣和实践经验的学者。理论知识与实践经验浑然一体,将成为本书系的一个主要特色。编者们的竭诚希望广大读者的支持和各方面专家的指正。

萧俊 黄敬亨

1993年2月

前 言

随着医学模式的转变，精神卫生的重要性日益受到全社会的关注。我校自健康教育专业成立以来，精神卫生学就作为一门健康教育的重要相关学科，经过多年的教学实践，证明是颇受学员欢迎的一门学科。

精神卫生学不同于精神病学，它是改革传统的生物模式的格局而编写。根据我国精神疾病防治研究模式、社区精神卫生、精神病学流行病学调查，精神疾病有关的社会问题，精神健康咨询等内容编写而成。

我国社区精神疾病防治模式颇具特色，曾获“上海模式”之称。得到了国内外学者的赞誉。本书对进一步发展我国精神疾病的社区治疗、社区服务、社区咨询、预防精神疾患、促进精神健康都有裨益。

本书由我室兼职副教授郭莲舫，上海精神卫生中心张明园教授任主编，并聘请了上海医科大学、上海第二医科大学、上海铁道医学院及上海精神卫生中心的专家、教授共同撰写，他们不仅富有临床实践经验，而且也是富有社会实践的社会工作者。我相信这本书不仅对于医学院校学生有指导意义，同样对精神卫生工作者、社区工作者仍然是一本好的教材或参考用书。

由于本书系第一次出版，再加上精神医学发展迅速，学派与观点较多，难免有许多争议之处，缺点和错误较多，希望读者批评指正。

黄敬亨

1993.5.

目 录

第一章 绪论	1
第一节 精神卫生和精神卫生学	1
第二节 精神卫生发展史	3
一、精神卫生的兴起和发展	3
二、世界卫生组织中的精神卫生机构和工作	6
三、精神卫生立法	7
附：世界卫生组织关于精神卫生法评定标准	8
第三节 我国精神卫生现况	9
第二章 精神卫生研究模式	11
第一节 生物医学模式	12
一、遗传	12
二、生物化学	13
三、损伤	13
四、素质	14
第二节 心理动力学模式	15
一、弗洛伊德的理论和技术	15
二、心理防御机制	16
三、性心理发展的不同阶段	18
四、人本主义	19
第三节 行为模式	22
一、对抗条件作用	24
二、模仿	25
三、操作条件作用	25

第四节 社会学模式·····	26
一、生活中的变动·····	27
二、都市化·····	28
三、社会阶层·····	28
四、社会应激与应变能力·····	29
五、社区治疗·····	30
第五节 整体论观点·····	31
第三章 精神病流行病学调查·····	33
第一节 概况·····	33
第二节 精神病流行病学之用途·····	34
一、规划精神卫生服务·····	34
二、临床应用·····	34
三、探索病因·····	35
第三节 精神病流行病学研究方法·····	35
一、精神疾病登记·····	36
二、描述性研究·····	39
三、分析性研究·····	42
四、实验性研究·····	44
第四节 偏倚与混杂·····	45
一、疾病分类与诊断标准·····	45
二、选择性偏倚·····	45
三、调查者偏倚·····	46
四、被调查者偏倚·····	47
五、混杂的控制·····	48
第五节 评价·····	49
一、病因学研究的评价要点·····	49
二、防治效应评价要点·····	49
三、预后估价的评价要点·····	49
四、诊断试验的评价要点·····	50

五、卫生服务机构的评价要点·····	50
第四章 常见的精神疾病·····	51
第一节 精神分裂症·····	51
第二节 躁狂抑郁症·····	56
第三节 偏执性精神障碍·····	58
第四节 反应性精神病·····	60
第五节 神经症·····	62
癔症·····	62
强迫症·····	64
恐怖症·····	66
焦虑症·····	67
抑郁性神经症·····	69
疑病症·····	71
神经衰弱·····	73
第六节 精神发育迟滞·····	75
第五章 社区精神卫生服务·····	79
第一节 社区精神卫生服务的发展·····	79
一、社区精神卫生服务问题的提出·····	79
二、发展社区精神卫生服务的基础·····	80
三、国外社区精神卫生服务的发展·····	81
四、我国社区精神卫生服务的发展·····	82
第二节 社区精神卫生服务特点·····	83
一、要有一个社区精神卫生委员会·····	83
二、要有全社会的参与·····	83
三、要有社区的支持网·····	84
四、要有全社区服务的总体规划·····	85
五、建立系统监测与评价指标·····	88
六、多学科协作, 综合性服务·····	89
第三节 几种基本的防治组织形式·····	89

一、基层专科·····	89
二、精神病人工疗组或福利工厂·····	91
三、家庭病床·····	93
四、群众性看护网·····	93
五、白天住院·····	93
第四节 存在问题和展望·····	94
第六章 精神科社会工作者和社会工作·····	96
第一节 精神科社会工作的范围·····	96
第二节 精神科社会工作者的专业教育及训练·····	98
第三节 精神科社会工作的实施方法·····	100
一、社会个案工作·····	100
二、社会团体工作·····	103
三、社区社会工作·····	103
四、社会工作的行政管理与监督指导·····	104
五、社会工作咨询·····	104
六、社会工作调查研究·····	104
第四节 精神科社会工作的功能·····	105
一、资料搜集及提供诊疗参考的功能·····	105
二、对患者家属“心理辅导”的功能·····	106
三、对非精神病性患者的“辅导”功能·····	106
四、社会联络功能·····	106
五、开发“社会资源”的功能·····	106
六、参与卫生计划及专业培训的功能·····	107
七、学校心理咨询及人才选拔功能·····	107
八、参与医院行政管理及运筹计划的功能·····	107
九、调查研究及征求社会反响的功能·····	107
十、宣传和“公关”的功能·····	108
十一、其他功能·····	108
第七章 精神健康咨询·····	109

第一节 精神卫生宣教	110
一、健康教育与精神卫生宣教	110
二、精神卫生教育的内容	111
三、精神卫生教育的方法	117
第二节 心理健康咨询	118
一、心理健康咨询的范围	118
二、心理健康咨询的方式	120
三、心理健康咨询与心理治疗	121
第八章 常用精神卫生评定工具	123
第一节 评定量表概述	123
一、评定量表的基本原理	123
二、评定量表的内容	124
三、量表的选择与应用	125
四、量表应用的注意事项	125
第二节 几种常用的评定量表	126
一、症状自评量表(SCL-90)	126
二、一般健康问卷(GHQ-28)	132
三、流调用抑郁自评量表(CFSD)	134
四、焦虑自评量表(SAS)	136
五、抑郁自评量表(SDS)	138
六、生活事件量表(LES)	141
七、DSM-Ⅲ R 的心理社会应激评定量表 (Axis Ⅳ DSM-Ⅲ R)	146
八、Conners 儿童行为问卷	148
九、精神状态简易速检表(MMSE)	151
十、长谷川痴呆量表(HDS)	154
十一、酒精依赖性疾患识别测验	156
第九章 精神卫生有关问题	159
第一节 婚姻	159

一、婚姻准备期的精神保健·····	159
二、美满婚姻的建设与维护·····	162
第二节 犯罪·····	164
一、犯罪与精神发育·····	165
二、犯罪与疾病·····	167
三、犯罪的防治·····	168
第三节 自杀·····	169
一、概念·····	169
二、流行情况·····	170
三、自杀的成因·····	170
四、自杀的预防·····	173
第四节 瘾癖·····	175
一、吸烟·····	176
二、嗜酒·····	177
三、赌博·····	177
四、药物依赖及吸毒·····	178
五、其他瘾癖·····	179
附录一 中国精神疾病分类(1989)·····	180
附录二 1990~1995 年全球性精神卫生中期规划(世界卫生 组织第八个总体工作规划)·····	187

第一章 绪 论

随着医学科学的发展,人们逐渐认识到传统的、单一的生物医学模式的缺陷,而建立起生物—心理—社会的医学新模式。一方面,大多数疾病的发生、发展、预后和转归,是生物、心理和社会因素综合作用的结果。另一方面,病人是有病的“人”,也是有着具体的生物、心理和社会特征的人,在疾病的诊断、治疗和预防中,我们必须“见病又见人”,采用生物、心理和社会的各种相应措施,以期取得更好的疗效和更完美的康复。因而,需要有一个医学分支,重点研究心理、社会因素和措施在保障人类健康和防治疾病中的作用。

精神医学的主要内容有两个方面,一是研究精神疾病和精神障碍的发生、发展、诊断、治疗和预防;二是研究心理和社会因素对人体健康和疾病的作用和影响。前者主要是传统精神病学范畴的扩大,后者则为精神卫生的内容。

第一节 精神卫生和精神卫生学

精神卫生,又名心理卫生,是和躯体卫生相对且相平行的概念。日本精神卫生专家西谷三四郎从卫生学观点出发,把精神卫生分为消极的和积极的两个方面,即精神不健康的预防和精神健康的增进。所谓消极的是从各种角度查明引起精神障碍的原因和条件,在客观上创造一个防治精神障碍的环境。而积极的精神卫生则是培养人战胜不良刺激,改造恶劣条件,改善人际关系的能力。

精神卫生有狭义和广义两种含义。

狭义的精神卫生指对精神障碍患者进行广泛的防治,积极地

采取对策,改善他们的处境和待遇,促进其康复,减少复发率;同时为患者自身及他人的安全实行必要的监护,对广大社会阶层和成员进行有关知识的宣传和普及,去除偏见,争取同情和支持,以及培训专业人员,开展有关的社会调查,推动各种社会保健工作。

广义的精神卫生意味着使人们在一定的环境中健康生长,保持并不断提高精神健康水平,从而更好地生活和适应社会,更有效地服务于社会和对人类作出贡献。

狭义的和广义的精神卫生是相互联系的,但两者的具体内容、方法和目的有所不同。前者主要归属于医学的公共卫生领域,后者则更多地涉及行为科学。现在世界各国的精神卫生工作在很大程度上局限于狭义的范围,但是,现存的各种精神障碍是普遍而迫切的现实问题,从根本上看,广义的精神卫生是不容忽视的。

对人类价值的评判不是生物学或自然科学的问题。良好的心理适应、个性的充分发挥、自我实现的可能性,既需要健康的身心,也需要良好的社会条件。

联合国世界卫生组织(WHO)宪章中有关健康定义中指出“健康不仅仅是没有疾病或不虚弱,而是身体的、精神的健康和社会适应良好的总称。”精神卫生的对象是躯体、精神和社会的统一体,这是符合医学发展中的生物—心理—社会医学模式的,必须运用一切人类知识和经验,除医学外,也包括生物学、心理学、社会学、人类学、哲学、法律、经济、宗教、民族、文化艺术等各方面,以增进身心健康,达到精神卫生的目的。

精神卫生学是卫生学和精神医学相结合的一门边缘学科。它同其他卫生学分支一样,属于预防医学的范畴,主要研究心理社会因素对人类健康影响的规律,特别是对精神健康影响的规律,利用有利因素,减少或消除不良因素,以预防疾病,提高人群的精神卫生水平。

精神卫生学和精神医学联系密切。其主要区别点有两方面,精神医学作为临床医学的分支,较侧重于精神疾病的诊断和治疗;而

精神卫生学则偏重于精神疾病的预防以及精神健康的促进；另一方面，精神医学的研究和服务对象，主要是精神疾病患者，而精神卫生学的服务对象则更广泛，还包括有精神卫生问题但尚未达到精神疾病的人群，乃至全体人群。近年精神医学已较传统的概念有所扩大，这样，和精神卫生学便有了更多的交叉。

随着科学的发展和学科的分化，精神卫生学又派生出许多分支，有以年龄阶段区分的儿童精神卫生学、青少年精神卫生学、老年精神卫生学等；有以社会环境区分的学校精神卫生学、工厂精神卫生学、军队精神卫生学、家庭精神卫生学等。

第二节 精神卫生发展史

一、精神卫生的兴起和发展

现代精神卫生运动是1908年在美国兴起的。比尔斯(C.W. Beers)根据他本人患精神病住院3年的经历，写出《心灵的归来》一书，于1908年3月出版。书中主要记述了他在患病住院期间的感受和体验。描写了精神病院设备的简陋，保护室的肮脏、寒冷，精神科医生的冷酷无情，护士的粗暴、虐待、侮辱以及信件受检查等非人的待遇。书中写道：“在我的生涯中，……穿起强制衣，就感到前所未有的痛苦，夜里更加难熬，右手被捆紧，勒得刀割一样痛。相求护士松一松也遭到拒绝。夜间巡视给水喝，简直咽不下去，可是护士决不把手松一下。我不是坏人，可是除了遵从医师、护士的严格命令之外，一切都是禁止的。”

比尔斯给当时州长写过一份请愿书，说道：“像这样恶劣的情况，在我国其他地方可能也有。……是地狱中的地狱。这是精神病院的一切，如果不信的话，请变成疯子进来看一看……。”

比尔斯呼吁恢复精神病者的自由和维护人权，消除这种恶弊，终于发起了以改善精神病院设施、争取病人合法待遇的运动。

1908年5月6日，比尔斯在故乡康涅狄格州聚集了13人，建

立了世界上第一个精神卫生组织——康涅狄格州精神卫生协会。他们在宣言书中提出：“本协会的主要目的是为维护人类的精神健康而努力。即旨在防治神经精神障碍和精神缺陷，提高对此类障碍和缺陷人的保护水平，普及这方面知识。”这一运动很快影响到全美国。翌年，在迈耶(Meyer)、詹姆斯(James)、韦尔奇(Welch)等人的支持下建立了全国精神卫生协会，比尔斯担任了该会的顾问。与此同时，协会还创办了《精神卫生》刊物。

1918年，加拿大渥太华成立了精神卫生协会。稍后，法国(1923年)及其他欧洲各国也相继建立起这类组织。1928年，美国建立了精神卫生基金会。1930年，第一次国际精神卫生大会在华盛顿召开。1937年第二次大会在巴黎、1948年第三次大会在伦敦举行。在第三次大会上，这个国际组织改组为世界精神卫生协会(World Federation of Mental Health, WFMH)，与WFMH并列的有世界卫生组织精神卫生处，共同推动世界精神卫生运动。1951年，在墨西哥城召开第四次国际会议，有36国70个团体参加，大大地发展了这一运动。1960年被定为世界精神卫生年。

1930年以后，美国的精神卫生运动范围扩大，逐渐从比尔斯关于改善精神病院待遇扩展到其他两个方面。一是对于明显不适合于婚配的人确定优生学的计划；另一是创造对儿童发育最适宜的环境并促其实现的可能性。开始认识到精神病院的任务不仅是医疗服务，也包括预防工作。在精神卫生运动中，从精神动力学观点出发，强调儿童体验对性格及行为异常的影响，建立了儿童指导门诊和儿童咨询机构。对少年违法问题也开始重视起来。这样，精神卫生便从精神障碍的保健，精神病的预防转移到增进精神健康的课题上来。

40年代中期，美国精神卫生运动和宣传相配合，促进了事业的发展，到1946年公布了国民精神卫生法，1949年建立了国立精神卫生研究所。

1958年，所罗门(H.C.Solomon)就任美国精神病学会会长时

说道：“客观现实地看一下今天的精神病院，仍不能不得出它们有缺陷的结论。因此，我们认为应尽可能快而有秩序地整顿我国大型精神病院。”1961年，以阿比尔(Appel)会长的演说为开端组成的联合委员会向政府提出报告，特别强调了精神卫生的重大意义，并指出专业人员非常缺乏以及相应的治疗受限制等，这份报告被誉为美国精神卫生运动史上的划时代事件。

1963年2月5日，美国总统肯尼迪就精神病患者的医疗及社区防治问题提出了咨文及精神卫生法案。接着，议会审议并通过了社区精神卫生法，要求在10~20年以内使30万人达到社会恢复的程度(相当于当时56万患者的半数以上)。

精神卫生工作不断发展，美国各地迅速建立了精神卫生中心。当今，精神卫生发展趋向有以下几个方面：

1. 尽量把病人置于家庭和社会中进行治疗和处理。
2. 对严重和难以管理者收住院，待急性症状控制后及早出院返回社会。
3. 广泛开展社会精神病学工作和家庭治疗。
4. 重视儿童和青少年的发育期精神卫生工作。
5. 培训专业人员和健全各级防治机构等。

日本精神卫生运动始于1902年(明治35年)，由吴秀三教授首创的慈善团体——精神疾病患者救治会，1952年实行精神卫生法，相应地建立了精神卫生审议会，精神鉴定和精神卫生咨询的诊所等机构。1952年，在千叶建立了国立精神卫生研究所，将此项研究作为国家事业加以重视。1960年制定精神发育不全福利法，对此类患者施行福利措施。同年成立儿童精神医学会。1961年进行了精神发育不全儿童的全面普查及全国精神病院调查，1963年成立了特殊教育学会、日本临床心理学会等。

1964年3月，因一少年患者意外地刺伤了当时美国驻日本大使肖尔(Lesher)，以此为转机修改了日本精神卫生法，并由48届国会审议通过。1965年，厚生省设立了精神卫生科，加强了精神卫生