

发展中国家的精神卫生保健： 研究结果的批判性评价



世界卫生组织 编

R749.01

SYM

技术报告丛书 698

103895

人民卫生出版社

本报告为国际性专家组的集体观点, 并不代表世界
卫生组织的决定或规定的政策

发展中国家的精神卫生保健: 研究结果的批判性评价

世界卫生组织 编

史远明 周志清 译
沈渔邨 王祖新 校

技术报告丛书 698



人民卫生出版社

世界卫生组织委托中华人民共和国
卫生部由人民卫生出版社出版本书中文版

ISBN 92 4 120698 5

© 世界卫生组织 1984

根据《全世界版权公约》第二条规定，世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利，应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料，并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品，并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较，已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏，专利产品第一个字母均用大写字母，以示区别。

发展中国家的精神卫生保健：

研究结果的批判性评价

世界卫生组织 编

史远明 周志清 译

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 2印张 41千字

1986年10月第1版 1986年10月第1版第1次印刷

印数：00,001—1,670

统一书号：14048·5327 定价：0.52元

〔科技新书目126—67〕

世界卫生组织发展中国家精神卫生保健研究小组

1981年9月15日~21日于日内瓦

成员

Professor C. E. Climent, Chairman, Department of
Psychiatry, University of Valle, Cali, Colombia
Dr B. Cooper, Central Institute of Mental Health,
Mannheim, Federal Republic of Germany (Co-Ra-
porteur)

Professor R. Giel, Department of Social Psychiatry,
University of Groningen Hospital, Groningen,
Netherlands (Chairman)

Dr H. Riecken, The National Library of Medicine,
Bethesda, MD, USA (Co-Rapporteur)

Dr Kamol Sindhvananda, Director-General, Medical
Services Division, Ministry of Public Health, Ba-
ngkok, Thailand (Vice-Chairman)

Professor N. N. Wig, All India Institute of Medi-
cal Sciences, New Delhi, India

Professor F. Workneh, Assistant Professor of Psy-
chiatry, Medical Faculty, University of Addis
Ababa, Ethiopia

Professor Xia Zhen-yi, Chairman, Department of
Psychiatry, Shanghai Psychiatric Hospital, Shan-
ghai, China

其他组织代表

International Council of Nurses

Dr Hend Abdel-Al, Nurse Adviser, Geneva, Switzerland

International League of Societies for the Mentally Handicapped

Mr G. Magerotte, Department of Orthopedagogy,
Faculty of Psychopedagogical Sciences, State
University of Mons, Belgium

World Federation for Mental Health

Dr L. Ladrado-Ignacio, Department of Psychiatry,
University of the Philippines, Manila, Philippines

World Psychiatric Association

Dr D. Samitca, Department of Psychiatry, University of Geneva, Switzerland

International Association of Applied Psychology

Miss E. Dupont, Geneva, Switzerland

秘书处

Dr P. Chanoit, Director, Mercel Rivière Institute,
Le Mesnil-Saint-Denis, France
(Temporary Adviser)

Dr T. W. Harding, Institute of Legal Medicine,
Geneva, Switzerland (Temporary Adviser)

Dr N. Sartorius, Director, Division of Mental
Health, WHO, Geneva, Switzerland (Secretary)

目 录

1. 引言	2
2. 当前社区治疗精神障碍的趋势	7
2.1 发展中国家发病率	7
2.1.1 精神病急症	8
2.1.2 慢性精神病	9
2.1.3 到综合医疗中心就诊病人的精神卫生问题	9
2.1.4 高危人群问题	10
2.2 发展卫生服务	10
2.2.1 一些国家规划实例	10
2.2.2 可供选用的方法	14
2.2.3 提供长期保健	15
2.2.4 其他事项	17
3. 综合卫生保健中的精神卫生内容	17
4. 行为科学技术和社区发展	20
5. 精神卫生保健的评价	24
6. 结论和建议	26
参考文献	29
附录 世界卫生组织关于扩大精神卫生保健策略的协作 研究报告	31

发展中国家精神卫生保健： 研究结果的批判性评价

世界卫生组织研究小组报告

发展中国家精神卫生保健研究小组，于1981年9月15日到21日在日内瓦召开会议，讨论了精神卫生专业人员开展精神卫生服务所取得的最新成就，研究了世界卫生组织在促进进一步研究中能起的作用。会议由陈文杰副总干事代表总干事致开幕词。他指出精神卫生问题现在已有很大发展，解决这些问题的唯一办法就是把精神疾病的服务工作，分散并结合到综合医疗保健系统，甚至要包括与卫生事业没有直接关系的部门提供的社会支持服务中去。他回顾了世界卫生组织成员国已认识到初级卫生保健是全部卫生保健的基础，并选定为保证增进世界范围卫生事业的基本措施。因此，关键是要确定：在初级卫生保健系统中能否提供精神卫生保健，以及建立与此目的相适应的一套方法。同时，还要求精神卫生专业人员支持非本专业的其他医务人员积极开展服务，防病治病，特别是预防精神病。

1974年，世界卫生组织精神卫生专家委员会⁽¹⁾曾就发展中国家组织精神卫生服务提出了一系列建议。现已证实，这些建议多已付诸实行，在发展中国家提高精神卫生保健已不是不能实现的理想了。事实上，精神病人及其家属，已能用他们能付得起的经济负担及他们和社区能接受的方法，来支持和帮助他们处理精神卫生问题。现已证实，尽管大多数发

展中国家贫穷，缺乏设施，但全社区还是有力量来提高其精神卫生水平的；通过综合的公共卫生措施是能对预防某些疾病发挥重要作用的；现在已可采取一些有效的治疗措施以控制和减少相当多的精神病，从而使很大一部分慢性病患者能就地在社区生活，并能为社区作出有益的贡献。但是，要达到这些目标，正如已愈来愈明确显示的那样，必须将精神卫生服务分散开来，要将它们与综合卫生服务结合在一起，并加强与社区的非医疗机构合作。

1. 引言

全世界至少有4000万人患严重精神病，如精神分裂症、痴呆；不少于2000万人患有癫痫，跟精神障碍一样，在大多数情况下，均未经治疗，此外，还有两亿人口由于不太重的精神和神经疾病而不能工作，如重型神经症、精神发育迟滞，以及周围神经疾病。这些数字若再加上受酒精和药物问题影响的人数，以及躯体疾病继发的精神障碍（如患慢性胃肠疾病的病人有20%患有抑郁症），则就个人痛苦，家庭负担及社区花费，医疗服务而言都显然会面临一个极其庞大的数字问题。

很明显，常规的医疗或精神卫生保健本身是不可能对这类问题产生重大影响的。愈来愈清楚的是精神卫生保健再也不能仅由集中的专业机构承担了，也不能仅靠少数精神卫生专业人员集中负责了。精神卫生从集中化中解放出来，迅速发展已有25年左右，而最近10年，分散化已成为世界卫生组织不仅是对精神卫生保健，也是对所有医疗服务政策的里程碑。这一政策是与世界卫生组织各会员国的愿望一致的，也

是从2000年人人获得保健这一概念出发的，这一概念强调了初级卫生保健的重要性，正如阿拉木图宣言及1978年阿拉木图会议所表明的那样⁽²⁾。

最近10年内，将这些原则引入精神卫生规划的努力有了明显加强。1973年世界卫生组织欧洲地区办事处组织的一个工作小组，主要就初级卫生保健医生可能负担的精神卫生职能提出了报告^a。这个报告在当时就建议要成立包括医生、护士、社会工作人员及其他志愿卫生人员在内的初级卫生保健小组。同年，在亚的斯亚贝巴召开了世界卫生组织发展中国家精神卫生服务组织讲习班，一些文件强调有必要由非医生，如护士及医疗辅助人员，就近对所服务的居民提供初级卫生保健⁽³⁾。1974年，世界卫生组织发展中国家精神卫生服务组织专家委员会也采用了这个主题⁽¹⁾。这个委员会，呼吁各国政府应认识精神障碍对个人、社会、国家发展都极为重要之后，推荐了以下策略：

(a) 拟定对精神卫生的国家方针，在各国中央及地方政府部门内设立精神卫生机构。

(b) 对以下项目提供足够的财政支持：

- 工作人员的招聘、培训和雇用；
- 提供足够的药物；
- 组织机构设施网络，包括运输；
- 资料收集和研究。

(c) 将精神卫生服务分散化，使精神卫生机构与综合卫生机构结合起来，并发展与社区非医疗机构的合作。

(d) 各级非精神卫生专业的卫生工作人员，从初级卫生

a 精神病和初级卫生保健：(1973年Lysebu)工作小组的报告（欧洲地区办事处未发表的文献5427 I）。

人员到护士或医生,都应担任一定的精神卫生保健任务,作为自己日常工作的组成部分。

(e) 专业精神卫生工作人员,只能用部分工作时间从事临床病人医治工作,而应将大部分时间用于对非精神卫生工作人员的培训和监督上,使他们能在社区提供基本的精神卫生保健。

(f) 对精神卫生专业人员的培训,应把教学及监督的经验包括在这项新的培训任务中,并支持非专业卫生人员。

紧接这个会议之后,1975年成立了世界卫生组织推广精神卫生保健策略协作研究小组,包括在7个发展中国家成立中心,其主要宗旨在于摸索由一般卫生工作人员而不是精神卫生专家来提供精神病治疗的方式方法。为此,关键在于确定这些人员应学会治疗的主要精神病范围,因为他们的培养肯定是有限的。1978年世界卫生组织欧洲地区办事处成立了工作组,研究精神卫生保健模式变化⁽⁴⁾,强调必须建立以社区为基础的精神卫生服务,现有精神病医院的管理方式必须是使病人在暂时离院时期不至于得不到服务。这种模式变化内容之一是在综合医院开设精神病病床;但在病人需要随访时,则应强调非医疗性的服务。很多这样的病人都需要有膳宿设施,保护场所或其他日间服务设施,而社会福利机构毫无疑问应该提供这些服务,例如,给予起码的医疗或护理监护。

1979年在非洲布拉柴维尔召开了世界卫生组织精神卫生专家地区会议。会议一致认为,尽管已做了很大努力,但以下因素仍阻碍着现代精神卫生服务在非洲的开展:

a. 精神卫生,世界卫生组织地区精神卫生专家小组的报告。1979年,布拉柴维尔世界卫生组织非洲地区办事处(非洲地区办事处技术报告丛书第7号)。

(a)过分集中化, 过分专业化。在大多数非洲国家的边远地区仍缺乏精神卫生保健设施;

(b)现有的设施拥挤不堪, 有时候还需要利用拘留所和其他监护部门;

(c)训练有素的人员不足, 现有的对一般卫生工作人员的培训计划缺乏精神卫生内容, 缺乏适宜教材;

(d)普通卫生人员对精神卫生不感兴趣, 或采取忽视的态度;

(e)缺乏对几种主要精神病患率的基本统计资料; 在非洲地区还缺乏适当的人种学、人类学及社会学的研究;

(f)大多数非洲国家, 从殖民地时代继承下来一些不适当的法律。

上面这些因素, 不仅是对非洲国家, 也是对大多数发展中国家所面临的问题的恰当概括。专家小组的建议都是很重要的, 因为这些建议要求将保健工作重新面向社区, 使现有医疗服务分散化, 积极吸收各级综合卫生机构参加这些服务, 确定了社区卫生工作人员在促进精神卫生及为一些急需处理的精神病提供服务等任务。报告强调社区参与是有效的精神卫生活动的必要条件。因此, 社区必须主动参加了解精神卫生保健的需求, 选定工作重点, 执行并促进精神卫生保健规划。

显然, 若使广大人群都能从基本精神卫生保健工作中受益, 就必须由各级非专业人员一起来承担此项工作, 从基层卫生工作人员到护士或医生, 以及医疗机构以外的社区工作人员。这些非专业工作人员可能得到精神卫生专业人员的支持, 但他们的工作必须得到病人或病人所在单位的支持。精神卫生保健与综合卫生服务相结合, 意味着精神卫生任务

必须纳入到初级卫生工作人员的工作中，纳入到社区、地区卫生中心及医院工作内容之中。

自从1974年召开专家委员会会议之后，各国均已建立各种模式，以在初级卫生保健中实施精神卫生保健，以及为此目的提供社区资源。1975年，对为扩大精神卫生保健而提出的各种建议的可行性产生了严重怀疑。提出上述建议的人无法证实非专业人员真正能处理重症精神病，也肯定无法去说服政治领导人把这一方法纳入国家政策。而今由于在一些国家进行了开创性工作，特别是由于世界卫生组织开展精神卫生保健策略协作研究的结果，已证实，某些主要精神障碍的绝大部分治疗工作，确实可由非专业卫生工作人员承担。同时，也证实了精神卫生技术完全可传授给这些工作人员，以改进他们在各地区的工作；这种技术严格地讲也可在卫生部门以外的范围使用。实际上更有力的证据还在于几个国家已把精神卫生保健纳入了他们的初级卫生保健政策，作为该政策的一个重要组成部分。

正如1974年时所强调的，也为事实不断所明确的那样，精神卫生专业人员（精神病学家、精神科护士、社会工作者、心理学家等等）的作用应该大大增强，特别是在发展中国家，当然，其他工业发达国家，在一定程度上也应该如此。这些专业人员不能再把自己只看作是对少数病人或甚至几组病人的治病人员；在诊治室或咨询室为病人治疗或咨询，只是他们整个工作的很小一部分。在某种情况下，例如，有的地方几十万人口中只有一名精神病专家，实际上又没有精神卫生基层设施，这个专家每天看的病人只是极少数人，这从公共卫生角度看是没有意义的；他或她对每个病人一次看病只不过一两分钟，这对他们花了多年才学到的技术简直是个

嘲笑。同样的理由也适用于其他精神卫生专业人员。因此，他们的工作主要应放在对在基层工作的卫生人员进行培训和监督上。他们的任务也是制订计划，管理及评价精神卫生服务。不幸的是对这种任务的训练，根本就没有任何地方将其纳入精神病学教学内容。精神病的护理，促进精神卫生保健的开展，只能来自多学科协作配合并应把精神卫生工作扩大到包括社会福利、教育、司法及警察许多部门中。但是，用这种大范围的普及活动也带来一个危险，有关的各种服务发展方向不明确，对已做的工作，也无法认真进行评价。

因此，研究小组决定对精神卫生问题所采用的各种实际方法分别进行检查。这些方法主要有：

- 在社区治疗精神障碍的专门技术；
- 所有卫生工作人员心理和社会工作技能的改善；
- 与卫生无直接关系的单位，在开展工作中对这些技术的应用；
- 对每一种方法的评价。

2. 当前社区治疗精神障碍的趋势

2.1 发展中国家发病率

发展中国家绝大多数人口得不到精神卫生保健。尽管对癫痫的治疗便宜、简单、有效，但大多数癫痫病人却未得到治疗。在一些发展中国家，酒精滥用已是一个重要的公共卫生问题，而在另一些发展中国家，药物依赖，估计已达到惊人的数字。

现在考虑有四个方面的问题，需要卫生人员高度重视：

(a)精神病急症；

(b)慢性精神病;

(c)在卫生中心,综合门诊及其他治疗单位,特别是在初级卫生保健机构就诊的病人中的精神卫生问题;

(d)高危险人群的精神和情感问题。

2.1.1 精神病急症

现有资料表明,在发展中国家,很多来自急症的急性精神病发作病人都是寿命不长的。假若这类病人能以镇静药治疗,以防止他们自伤和伤害他人,并且对可能引起诱发的任何器质性疾病进行检查,则这些病人以呆在社区里为好,可由了解病人的人在病人熟悉的环境中予以照料。但是,有很大的社会压力要求卫生服务部门把精神病人从社区中迁走,主要是由于公众惧怕精神病。由社区各机构及卫生工作者进行宣传教育,往往可以改变这种惧怕,从而减轻要求迁走精神病人的社会压力。把病人置于陌生的管理环境中,不管是监狱、拘留室或医院,通常只能使情况更坏,使本来可能只是一种短期疾病变成了一种慢性疾病。因此,由初级卫生工作人员,根据对这种疾病已有的起码基本知识,对病人作出迅速处理是很有必要的,就可防止病人一开始就必须转到专业人员去处理。已经制订了初级卫生工作人员应掌握的诊治方法,而且已经证实这些治疗病人的方法既安全又经济。在很多国家,容易急性发作的精神病人并不一定要有专业精神病诊治单位治疗;这种治疗既不适合病人的要求,也需要花钱,不利于社区就地服务。虽然这种疾病年发病率大约为0.5/1000,或者还略多一点,不过已成为一个主要的公共卫生问题,因为如前所述的对卫生部门的社会压力,使之必须建立花钱多的精神卫生设施以收容病人,比如一个约百万人口的地区,每年就得收容500名新病人;除非对这些病人采

取措施,使其在初级卫生保健一级得到治疗。

2.1.2 慢性精神病

慢性精神病现已可以在社区一级治疗,通常是提供花钱少的维持治疗药物。这类药物最初通常均由精神卫生专家处方,或至少由通科医生处方,这种治疗的重要一点在于对这些生活在社区的病人日常生活应继续进行监督,从而保证他们继续用药,而在出现病情反复时能转至精神卫生专家处就诊。必须鼓励病人家属照料病人(或接回病人),从而病人能重新回到他们社区生活;做到这一步后,监督就应是当地卫生工作人员的责任了。若这些病人出院后不进行治疗,病人就可能过着一种完全不生产财富的生活,漫无目的地到处漂游,对国家是一种浪费,对病人自己及其家属则是一种痛苦。据估计,这类人在人口中的比例约为5/1000,因此,已构成了相当大的卫生问题。例如,以精神分裂症来说,20~35岁是高危险年龄组,而大多数发展中国家随着儿童死亡率下降,这个年龄组的人口所占比例正在不断增加。全世界单以精神分裂症作预测来看,在今后20年内就将增长80%以上,到本世纪末就将达到2300万人之多。而且,这将占总人口中很大的比例,因为这一高危险年龄组的增长是比较快的。在有些情况下,精神分裂症病人占据了医院的慢性病病床;虽然,在发展中国家,这种能住上院的病人在整个患精神分裂症病的人们中只占极小的比例,但却占用了宝贵的卫生服务资源的相当大部分。

2.1.3 到综合医疗中心就诊病人的精神卫生问题

在研究小组成立之前,资料表明:不管在发达国家或发展中国家,到综合卫生保健机构就诊的病人中,约有20%的病人因心理症状而就诊,这种病人经常主诉多种躯体症状。由于这些症状通常无法查出和治疗,就容易造成不必要的昂

贵的各种检查，反复就诊，最后还要到处去寻求其他形式的治疗。为了避免这种不必要的浪费，所有卫生工作人员必须能鉴别出这种病人；由于这类病人数量很大，因此还必须学会如何帮助这类病人，至少应了解这些病人。

2.1.4 高危险人群问题

检出高危险人群，动员社区资源来对付人群所接触的这些因素及紧张事件，只有在社区一级才能进行。有害健康剂量的饮酒和服药就是一个显而易见的危险因素，但是还有很多其他危险因素需要卫生工作人员去发现并努力使之减少。它比只治疗个别病人的工作广泛得多，此外还要把公共卫生原则用于精神卫生问题，所以卫生人员的职责范围更广。因此，若初级卫生工作人员要参与这一研究，就必须改变对他们的培训，改变其工作内容。

2.2 发展卫生服务

初级卫生工作人员有必要认识上述主要精神卫生问题，了解在遇到这类问题时该如何处理，是需要治疗，或观察，或向专门医疗单位转诊，或动员社区采取措施。有些国家已认识到这是对人民提供精神卫生保健最适当的方式。

2.2.1 一些国家规划实例

(a) 泰国

在泰国，政府已制定了正式的政策将精神卫生保健纳入初级卫生服务部门。现在精神卫生保健已普遍由精神病医院，精神卫生研究所及社区流动服务小组等提供。在这一段时间，对这种服务的需求已大大增加，以致超过了现在有限人员的能力。因此，在1979年，卫生部医务处计划扩大这种服务到村一级，实行了一项将精神卫生服务与现有的基层卫生服务系统相结合的试点计划。

为了这一试点计划，Prasrimahabhodi 医院（最大的精神病院）选定乌汉府的匡乃地区作为试验地点。对33名农村卫生人员进行了为期三天的开展精神卫生及精神病的简易治疗训练，使他们能处理精神病、神经病、癫痫、精神因素引起的躯体不适，以及其他精神卫生问题。这些卫生人员的任务，是在他们接受短期培训后，在 Prasrimahabhodi 医院工作人员监督下，开展精神卫生服务。

一年之后，这一试点计划结果是：

——到匡乃地区各卫生门诊部就诊的精神病门诊病人，由1589例上升到4588例，增长了约300%；

——从匡乃地区到 Prasrimahabhodi 医院就诊的病人开始逐步减少；

——在所调查的人口样本中，83%的人对能在自己社区获得精神卫生服务表示满意；

——在卫生中心治疗的精神病人中，有68%的家属报告说病人已有明显好转，他们已能正常从事自己的日常活动了。

由于这些发现的结果，泰国政府已指定精神卫生保健是泰国初级卫生保健十一项任务之一。很明显，对卫生工作人员进行短期培训，将各种卫生服务予以重新组织以便于监督，已明显地减少了精神卫生问题，使社区的卫生服务更加令人满意。

(b) 智利

在其他国家，精神病学学术部门在执行这一方法中起了重要作用。这一点，从智利圣地亚哥医学院的工作中就能看出。

1977年，该医学院的东部分校精神病学和精神卫生科就