

精神障碍的处理

(第三版)

世界卫生组织精神卫生和物质滥用合作中心(澳大利亚)

编著 Gavin Andrews MD, FRANZCP, FRCPsych
Caroline Hunt PhD
Malinda Jarry BSc (Psychol.) (Hons.)

主译 肖泽萍 徐一峰

主审 孙力军 王祖承 徐韬园

上海科学技术出版社

精神障碍的处理

(第三版)

世界卫生组织精神卫生和物质滥用合作中心 (澳大利亚)

编 著 Gavin Andrews MD, FRANZCP, FRCPsych
Caroline Hunt PhD
Malinda Jarry BSc (Psychol.) (Hons.)

主 译 肖泽萍 徐一峰

主 审 孙力军 王祖承 徐韬园

上海科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神障碍的处理 / (澳) 安德鲁斯 (Andrews, G.)
等著; 肖泽萍, 徐一峰译. —上海: 上海科学技术
出版社, 2002.2
ISBN 7-5323-6438-0

I. 精... II. ①安...②肖...③徐... III. 精神障碍 -
诊疗 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 007138 号

编译者名单

世界卫生组织精神卫生和物质滥用合作中心 (澳大利亚)

编 著 Gavin Andrews MD, FRANZCP, FRCPsych
Caroline Hunt PhD
Malinda Jarry BSc (Psychol.) (Hons.)

主 译 肖泽萍 徐一峰

译 者 (以姓氏笔画为序)

王 振 王立伟 左玲俊 乔荟竑 肖世富 肖泽萍
何燕玲 张海音 季建林 徐一峰 谢 斌

主 审 孙力军 王祖承 徐韬园

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号 邮政编码 200020)

常熟市第六印刷厂印刷

新华书店上海发行所经销

开本 787 × 1092 1/16 印张 34

2002 年 2 月第 1 版 2002 年 2 月第 1 次印刷

印数 1—3 200

定价: 60.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向本社出版科联系调换

关于本书的出版

它山之石，可以攻玉。这句话称得上是我们翻译出版本书的意图。

1999年夏，上海市卫生局孙力军主任，在澳大利亚新南威尔士大学进修期间，该校医学教育学院院长 Rotem 教授推荐了由 WHO 澳大利亚精神卫生中心主任 Gavin Andrews 教授主编的《精神障碍的处理》(Management of Mental Disorders)一书。该书已被译成多种文字，为 WHO 精神卫生推荐用书。作为世界卫生组织在初级卫生保健中的精神卫生教材，这本由澳大利亚教授主编的书无疑是很有特点的。回国后，他与上海市精神卫生中心王祖承教授、肖泽萍教授取得联系，大家经过反复多次的认真讨论后，很快达成了共识，即应该把它翻译过来，至少有以下缘由：

1. 我国目前尚缺少一本面向初级保健工作者及全科医生的，处理精神疾患的普及教材和实用手册，本书可起到拾遗补缺的作用。以往，我们有为数众多的以精神科从业人员为对象的专业书籍，也有不少以大众为读者的普及宣传小册子，惟独缺乏以初级保健工作者及全科医生为对象的，内容新颖有时代感又容易接受的精神卫生教材。

2. 以往教科书对各种精神障碍的讲述，诊断治疗内容多以提纲挈领式的描述，缺乏深入、全面、详细的叙述，而本书正是弥补了这方面的空缺。

3. 该书发行对象明确，内容涵盖面广，深入浅出，操作性强。由于众多编者都是某一方面的专家，提供信息较新颖准确，有很好的参考价值，并受到 WHO 的推荐。

4. “拿来主义”不是我们的最终目的。翻译出版此书，有助于我们掌握初级卫生保健精神卫生教材的写作特点、方法，更重要的是，帮助我们发现什么才是初级保健工作者最关心、在初级保健中最常遇到的精神卫生问题。最终，我们将根据中国的实际情况，写出我们自己的初级卫生保健精神卫生教材。

在市卫生局外事处和上海市精神卫生中心领导的积极支持下，这本书得到了上海科学技术出版社的高度重视，本书版权、印数、定价、承销、经费等问题逐一迎刃而解，双方愉快地达成了出版意向。同时，在肖泽萍教授、徐一峰教授主持下，召集了在院内工作的近十位专业及英语有较高造诣的中青年专家(几乎全部具有硕士以上学历)和上海市卫生局外事处的乔荟竑同志开展翻译工作。期间经历了因新版出版而及时弃旧用新，导致部分译稿推倒重来。另外，东西方文化背景不同，根据中文读者的阅读习惯，改用了目前出版以篇、章、节为序的结构模式，进一步统一了体例。最终，经过全体译者的共同努力，市卫生局孙力军主任以及著名精神科前辈徐韬园教授、王祖承教授的严格审阅，本书译稿终于初具规模。在此期间，我们还得到了本书主编、WHO 和卫生部国合

司的大力支持。

我们期望，在这本书出版发行后，能够得到精神科同道，广大第一线的初级保健工作者及全科医生的肯定，我们也将在今后开展相关领域的继续医学教育项目和培训时，积极推荐本书，并及时了解有关反馈信息，在本译著再版和以后编写国内自己的教材时更正和补充。

孙力军 肖泽萍 徐一峰

二零零一年十二月于上海

原著前言

过去十年中，精神卫生保健方面发生了巨大变化，现在精神障碍患者的住院率比本世纪其他任何时间都低，这并不是由于突然间大家变得更健康了，而是学会了如何在社区中管理那些曾一度住院的患者。转向社区保健意味着我们必须发展新的处理方式。

本书囊括了目前最好的精神卫生保健技术。它特别适合于从事社区精神卫生服务的新手（如：新的毕业生或从医院病房服务机构转到社区基础服务机构的临床医生），适合于在缺乏资料和专家指导的农村或偏远地区工作的专业人员，适合于通科医生以及社区精神卫生机构中有经验但希望更新专业知识、学习不常用的处理技术的临床医生，也适合于医学院校的大学生和研究生。本书并不是想替代同道间的培训、督导或咨询。一个好的临床医生可以用本书充实其继续教育，积极从中寻求指导、咨询，遇到特殊问题把握不准时将其作参考用。

本书自 1991 年 Gavin Andrews 教授从世界卫生组织精神障碍治疗科学小组返回后开始撰写，并得到了悉尼新南韦斯特州（NSW）精神病研究所的资助，第一版是在 Gavin Andrews 参与下由悉尼圣文森特（St Vincent）医院焦虑障碍临床研究组准备，由 Caronline Hunt 和 Heidi Sumich 研究撰写的。新南韦斯特州（NSW）精神病研究所和焦虑障碍临床研究组都隶属于澳大利亚世界卫生组织精神卫生和物质滥用多基地合作中心，该组织是本书的出版者并拥有版权。WHO 合作中心在焦虑障碍临床研究组中的作用是准备评估工具和治疗草案。因此，本书主要以该小组所做工作为中心，是该研究组工作的衍生作品，是将 1999 年前后最好的精神卫生技术汇编起来。第三版增添了两个新的章节，一章是 Joe Rey 教授所著的儿童和青少年疾患，另一章是 Maree Tesson 博士所著的物质滥用。欢迎指正错误和遗漏。

Gavin Andrews

世界卫生组织精神卫生和物质滥用合作中心

299 Forbes Street, Darlinghurst, NSW, 2010, Australia

目 录

第一章 核心处理技术	1
第一节 精神卫生机构系统的流行病学	2
第二节 初始评估程序	8
第三节 自杀的评估及治疗	19
第四节 精神卫生法规	25
第五节 建立良好医患关系	25
第六节 鼓励坚持治疗	26
第七节 促动性会谈	29
第八节 目标的制定	31
第九节 结构式问题解决法	35
第十节 交流技术训练	39
第十一节 自信心训练	40
第十二节 跨文化问题	41
第十三节 发育障碍	42
第十四节 性卫生	46
第十五节 社会福利问题	48
附录一 诊断指导	52
附录二 精神状态检查	69
附录三 简明精神状态检查 (MMSE)	70
附录四 SF-12 与 HoNOS	72
附录五 解决问题与实现目标	78
附录六 如何清楚地交流	80
附录七 进行清楚交流的“要”与“不要”	84
附录八 学会果断	86
附录九 性卫生问卷	93
参考文献	95
 第二章 药物治疗	 97
第一节 药物治疗的基本知识	98

第二节	常见精神障碍的药物治疗	100
第三节	常用精神药物	103
第四节	药物不良反应的监测、识别和处理	121
第五节	怀孕和哺乳期用药	124
第六节	老年人精神药物的使用	125
附录一	术语解释	127
附录二	单胺氧化酶抑制剂忌食清单	128
附录三	锂中毒	129
附录四	不良反应清单	130
附录五	迟发性运动障碍的评定	132
参考文献		134

第三章 情感障碍	137
I 重症抑郁	138
第一节 临床表现和诊断	138
第二节 特征与评定	141
第三节 治疗	142
第四节 教育	148
第五节 预防抑郁的复发	156
第六节 抑郁与分娩	159
II 双相障碍	163
第一节 临床表现与诊断	163
第二节 评定	165
第三节 治疗	165
第四节 选择在哪里治疗	167
第五节 医患合作	167
第六节 预防复发	169
附录一 临床常用检查工具	172
附录二 面对你的抑郁	177
附录三 行为指导	182
附录四 什么是双相障碍	188
参考文献	193

第四章 焦虑和躯体形式障碍	197
第一节 焦虑障碍的识别及处理概述	198
第二节 惊恐障碍	205
第三节 恐怖症	209
第四节 广泛性焦虑障碍	219
第五节 强迫症	223
第六节 急性应激反应	228
第七节 创伤后应激障碍	230
第八节 适应障碍	232
第九节 无法解释的躯体主诉及疑病症	235
附录一 评估工具	241
附录二 简易自助方法	246
参考文献	257

第五章 精神分裂性障碍	259
第一节 精神分裂症概述	260
第二节 精神分裂症的急性发作	263
第三节 精神分裂症的处理	268
第四节 急性短暂性精神病性障碍	301
第五节 分裂情感性障碍	302
附录一 什么是精神分裂症	304
附录二 行为问题的处理	308
附录三 精神病急性发作后会怎么样	314
附录四 相关评定量表	316
附录五 什么是分裂情感障碍	333
参考文献	334

第六章 节食障碍	339
第一节 临床问题	340
第二节 评估	345
第三节 治疗指南	348
第四节 教育	351
第五节 心理社会干预	356

第六节 药物治疗及预防	364
附录一 相关评估工具	366
附录二 有关节食障碍的资料	371
参考文献	376

第七章 物质使用障碍	379
第一节 临床特征和诊断	380
第二节 评估	382
第三节 治疗方案	386
第四节 简短干预	387
第五节 教育	390
第六节 设立目标	391
第七节 减少酒精或药物用量	394
附录一 相关评估工具	398
附录二 负责任的饮酒指南	406
附录三 如何减少你的饮酒量	407
参考文献	410

第八章 儿童青少年障碍	413
第一节 概述	414
第二节 情感障碍	421
第三节 行为障碍或外化障碍	424
第四节 儿童和青少年的其他障碍	431
参考文献	433

第九章 睡眠障碍	435
第一节 概述	436
第二节 失眠	438
第三节 睡眠过多	443
第四节 睡眠觉醒周期障碍	444
第五节 睡行症	447
第六节 睡惊症	448
第七节 梦魇	450

第八节 老年人的睡眠	451
附录一 了解睡眠	453
附录二 睡眠日志	460
参考文献	461
第十章 性功能障碍	463
第一节 什么是性功能障碍	464
第二节 常见的性功能障碍及其治疗	464
第三节 治疗性功能障碍的基本要素	474
第四节 记录性方面的病史	477
第五节 性教育	482
第六节 多元文化背景下的性功能障碍的治疗	487
第七节 老年人的性功能	488
附录一 性问题的促因和 Kegel 练习	489
附录二 男女性生殖器官解剖图	491
附录三 常见的性认识误区	493
参考文献	495
第十一章 人格问题	497
第一节 总 论	498
第二节 偏执型人格	499
第三节 分裂样人格	504
第四节 反社会型人格	505
第五节 边缘型（情感不稳型）人格	508
第六节 表演型人格	511
第七节 被动－攻击型人格	514
第八节 回避型人格	516
第九节 依赖型人格	517
第十节 强迫型人格	519
第十一节 具有潜在暴力行为者	520
参考文献	530

第一章

核心处理技术

第一节 精神卫生机构系统的流行病学

任何精神卫生机构的主要功能都是治疗精神障碍患者。精神障碍患者的症状或行为可以损害其工作和示爱能力,影响到躯体健康机构就诊、维持经济收入、受教育、置房、运输、法律诉讼、休闲等等的能力。每一个市民,无论有否精神障碍,都应有得到这些东西的权利,但是精神障碍患者因其精神症状和行为损害了他们力求得到这些的能力。因此,任何处理方案的目的应是改变症状,减少在上述领域内的无能为力的状态。

一、什么是好的治疗模式

对于有严重障碍的一些患者,好的治疗当然是能够缓解上面提到的社会功能残缺。理想的健康服务应重视临床机构的主要功能,并提供好的临床工作模式。在这个模式中(见图1-1),假设一个人来诊,医生会对其进行检查、确定主诉、咨询讨论,然后判断治疗这些主诉的治疗是否在该服务机构的能力和范围之内。如果不是,来诊者就应被转到其他地方或建议其自我照顾。没有一个医生或医疗机构期望能成为解决所有问题的专家,重要的是要明了自身或机构的局限性,以便提供基本的帮助。

统览患者的诊断和社会问题,设计诊治计划,并与患者商量后实施。一旦治疗开始,无论治疗精神障碍或精神障碍引起的社会心理问题,都需对结果进行评估。如果达到了期望的疗效,患者没有其他的主诉,就可以被转到通科医生处或继续自我照顾。

如果没有获得期望的效果,那么就要问:“治疗方案实施正确吗?”如果正确,那么“治疗方案适合这个诊断吗?”如果也适合,那么“诊断正确吗?”一旦得到否定的回答,就应对相应的错误进行修正。

在以下四种情况下可以结束治疗:病情缓解或治愈;治疗无效;其他的来诊者更需要医生治疗;治疗本身所耗费的时间和费用过高。

治疗的第一步是诊断。所有的医生需采用相应的诊断标准(即公认的诊断分类系统ICD-10或DSM-IV),并由此有步骤地进行临床诊断(如:问卷、结构式的诊断检查、听取同事的意见)。尽管有些医生反对这种诊断“标签”,但使用诊断系统对治疗却有直接作用。例如主诉“无法工作”可能与心理障碍无关,只是这份工作薪水微薄、社会地位低或缺乏乐趣,或者丢掉工作后经济或社会损失较轻。但是,“无法工作”也可能是心理障碍所致:它可能是抑郁引起的兴趣缺乏,广场恐怖症患者所特有的不能旅行;物质依赖的戒断症状或精神分裂症的妄想等。因此只有基于正确的诊断,而不是依于主诉,治疗才可能最有效。患者常常要知道或应该知道有关诊断、诊断依据、不治疗的后果以及已有的成熟治疗方案的内容等情况。若不做诊断或不与患者讨论有关的治疗方案,那都是不负责任的。

二、何谓好的治疗结果

所谓好的结果一般是指减少了症状、改善了无能力的状态并降低了危险因素及病情所致的社会功能障碍,而不仅仅是诊断的改变。任何治疗,首要的和最明确的目标是缓解症状,这也是患者最关心

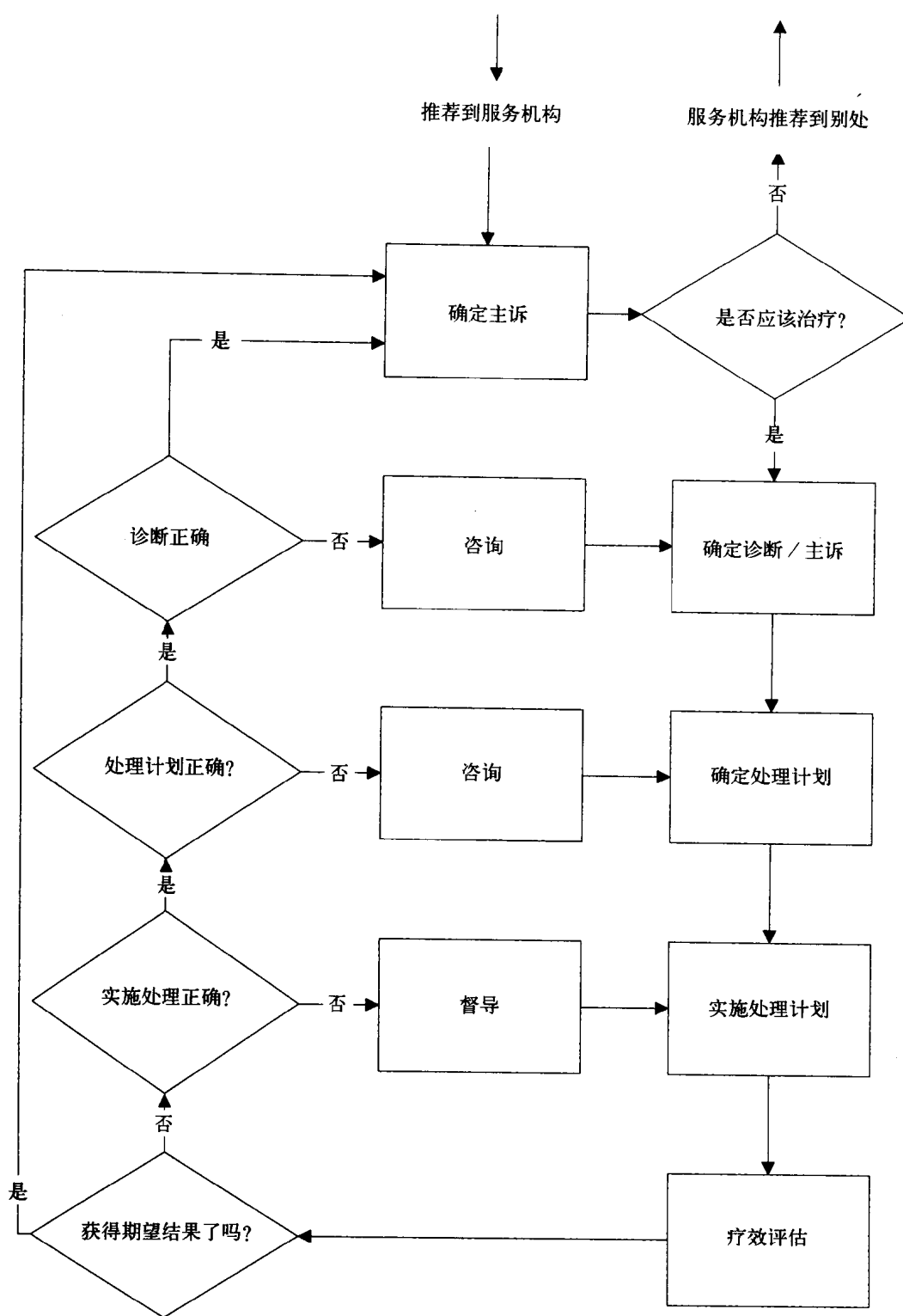


图 1-1 好的临床工作模式

的。进行治疗中，症状消除的过程、时间和顺序，对于提示医生判断治疗方案对患者的疗效，是非常有价值的。无能力状况的改善情况也同样重要，却常被人忽略。要注意患者对无能力的看法，因为它决定残疾水平。

治愈是最终目的，即患者感到心理障碍已不是其生活的一部分，或随着危险因素的减轻，患者再患病的危险度降至平均水平。不论可否达到了痊愈，好的治疗方案应该是：作出了准确的诊断，并由相应的诊断工具确认，治疗娴熟，且被患者接受，最后用恰当的测量方法对整个治疗结果进行了测量和评估。

三、谁使用了精神卫生服务

有时候很难理解，各种各样的精神卫生服务机构在总体上是如何相互适应的。最近澳大利亚全国精神卫生调查说明了在人群中精神障碍的患病率状况。

（一）确定病例

澳大利亚调查确认了 ICD-10 和 DSM-IV 诊断分类中 16 种常见的情感、焦虑和物质滥用等精神障碍，也筛查了认知损害（用 MMSE）和 ICD-10 的人格障碍、神经衰弱与精神病，残疾状况，以及精神健康服务使用状况。表 1-1 列出了该年符合 ICD-10 诊断标准的各种障碍的患病率。该处没有应用排除标准，如果应用的话，个别诊断的患病率可能会降低，但总的患病率不会变。

表 1-1 根据 ICD-10 诊断标准，澳大利亚 12 个月的精神障碍患病率（1999 年）

精神障碍	患病率（%）
焦虑障碍	10.9
情感障碍	7.2
物质滥用	7.7
人格障碍	6.1
神经衰弱	1.5
认知损害	1.3
精神病	0.5
其他障碍	23.3

这份调查最重要的发现是，精神障碍的发病率随年龄增加而降低。从 18 到 24 岁年龄组的 31% 降到 75 岁以上年龄组的 6.5%，表现为物质滥用和人格障碍的基本消失及认知损害的出现。好在我们发现，即便认知不再完整，但越老越明智。值得关注的是青年组障碍最多，但寻求帮助却最少。

（二）月发病率

对于谁应该接受治疗，大部分的讨论都假定该年度四到五个符合精神障碍的诊断标准的成年人中，有一人是目前治疗的候选者，这可能是一个错误。有些精神障碍是慢性的，而其他的是短暂性的，人

们往往低估了这种差异的程度。当符合某一精神障碍的诊断标准时，问被调查者“你最后一次有某症状是什么时候”，结果当23.3%的成年人报告在该年有符合ICD-10精神障碍诊断标准的症状时，却只有14.1%的人报告本月仍有该症状。我们没有询问精神分裂症或认知损害持续的时间，而只记为持续全年患病。其他障碍的慢性程度随诊断不同而不同。我们发现符合人格障碍和神经衰弱诊断标准的人有82%目前仍患病，60%的焦虑障碍目前患病，54%的情感障碍目前患病，物质滥用者中34%目前患病，因而我们有关慢性程度的数据恰好反映了我们大多数人对精神障碍的认识——人格和躯体形式障碍是慢性的，抑郁和物质滥用更多是发作性的，而焦虑障碍位于中间。

（三）残疾（disability）

许多人强调对严重残疾者提供服务的重要性。国家调查中心建立了澳大利亚成人中精神和躯体障碍的频度及残疾程度和服务使用情况的数据。对每个人问了有关残疾的两个问题：“从昨天起之前的四个星期中有几天由于健康原因而使你不能工作或完成日常活动”和“除了那几天以外，还有几天因为健康原因使你减少了工作或达不到平时的工作量？”这两方面合起来称为“无能力天数”。若怀疑有一种障碍存在，应向被调查者因为相应的症状造成的“无能力天数”，对引出的症状群最好询问一下“无能力天数”的问题。

有一半人非常好，该年没有符合诊断标准的精神和躯体障碍。在精神与躯体障碍间及精神障碍内部的共病状态非常常见。28%的人符合躯体障碍诊断标准但不符合精神障碍诊断标准，13%符合精神障碍但不符合躯体障碍诊断标准，有10%两者均符合。从表1-2中我们可证实，符合一种精神障碍标准的人中有一半也符合其他组中别的精神障碍诊断标准。

符合诊断者并不总是有残疾的。在患有精神障碍的人中只有三分之一的人在1个月中报告有“无能力天数”。“无能力天数”的平均数随诊断不同而变化，神经衰弱和情感障碍者无能力天数最多，而认知障碍和物质滥用者最少。精神障碍者所报告的“无能力天数”的总数是相当大的，1340万成人中每月有1440万天，应引起注意的是人们感兴趣的是疾病负担的主要组成部分。

表 1-2 每组疾病（成人）目前患病的每月平均和全部无能力天数及其比例

疾病	一个月发病率（%）	无能力天数（平均）	无能力天数（总计）	所占比例（%）
焦虑障碍	6.5	9.0	780 万	31
情感障碍	3.9	11.6	600 万	24
人格障碍	5.0	8.0	530 万	21
神经衰弱	1.2	14.7	240 万	10
物质滥用	2.5	6.4	220 万	9
认知损害	1.3	6.1	110 万	4
精神分裂症	0.4	7.3	40 万	2
全部疾病	14.1	7.6	1440 万	100

注：未考虑控制与其他精神和躯体障碍共病的影响

在这一组数据中焦虑障碍和情感障碍的功能损害相加占了全部精神障碍的55%，而看起来比较严重的认知障碍、精神分裂症等障碍反而占了不到10%。显然，精神病的功能损害比以上数据中无能力天数所显示的更严重。精神分裂症和认知损害是相对少见的疾患，即使它们造成完全残疾，由其所引起的无能力天数也不到常见的焦虑障碍、情感障碍所引起的一半。从澳大利亚调查结果看，低发病率的精神分裂症恰当的估计是平均28天中有21天有功能损害，高于现有的报告。认知损害主要影响70岁以上年龄组的人，且这些人中大部分存在慢性躯体损害。因而对于其他方面健康的老人认知损害不可能造成很多的“无能力天数”，而6.1天这个数字是比较合理的。用21天的估计数作为精神分裂症的上限并没有从本质上改变表1-2的意义。

精神障碍患者每月报告的无能力天数为1400万，这个数字让我们不无惊奇地发现：澳大利亚疾病负担研究，提示精神障碍占了全部疾病负担的20%，而用于精神卫生的经费只占全部卫生工作预算的5%，但如果健康投资是根据疾病负担决定而不受历史原因和治疗费用影响的话，预计应该占到20%。

在精神障碍中，因为精神障碍所致的能力损失，50%是与两种障碍有关——焦虑障碍、情感障碍，不到10%是由精神分裂症造成。然而，澳大利亚目前的费用支出与此相反，即每一例精神分裂症急诊护理的耗费要比治疗焦虑障碍和情感障碍费用贵得多，这并不是理想状态。

（四）会诊行为

符合ICD-10诊断标准的精神障碍者一年中约有32%得到了专业治疗，其中三分之一得到了通科医生的治疗，而约一半得到精神卫生专家的治疗，其中大多数是精神科医生。若这些是需求满足者的话，那么需求未满足者约为70%。这恐怕是高估了，因为有相当一部分符合精神诊断标准的人，认为自己不需治疗而拒绝任何治疗。而获得“不必要治疗”的数目也相当可观，在1年的调查中，发现有32%因为某种问题得到专家帮助的人（27%的看精神科医生及心理学家），不符合精神障碍的诊断标准。

只有当患者的症状非常严重，长期存在，造成功能损害，或觉得医生可能会帮助他时，才会去寻求帮忙。在讨论如何扩大接受服务的群体的范围前，我们必须首先确定目前所有正在接受治疗的人，都已得到了恰当的照顾。目前精神科医生、心理医生或通科医生基本的临床指南以及通科医生的培训项目，都是朝正确方向迈进的。然而，通过会诊的方式确定谁需要治疗，总比凭感觉判断健康需求要好。至少我们知道，在澳大利亚初级保健的会诊有很高津贴，会诊好像总是与慢性病、残疾和能做点事的感觉联系在一起。

就这一点而言，调查所得的数据是十分重要的。当一个人的表现似乎符合精神障碍或躯体障碍的诊断标准时，我们都要问他们是否有一次或更多的“无能力天数”，或是否因特别的主诉进行了会诊，即能力损失和会诊行为是由于这一特别的障碍所致，而不是受共病的影响。但我们无法向精神分裂症和认知损害患者问这些问题。与躯体疾病作比较，39%的被调查者回答患有慢性躯体疾病，其中六分之一的人有功能损害并寻求帮助（见表1-3）。人群中患有精神疾病（神经衰弱、焦虑、情感障碍、物质滥用或人格障碍）的人，决定会诊的因素彼此相似，在1个月中12.8%的人符合这些诊断中的一项，4.5%（约1/3）的人有“无能力天数”，而2.1%（约1/6）的人目前存在症状，这一比率与躯体疾患