



卫生部“十一五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材
供精神医学及其他相关专业用

精神病学基础

主 编 江开达
副主编 郑 毅 李恒芬



人民卫生出版社



中国医药出版社
 中国医药出版社
 中国医药出版社

中国医药出版社
 中国医药出版社

精神病学基础

中国医药出版社
 中国医药出版社

中国医药出版社

卫生部“十一五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材

——全国高等学校教材——

供精神医学及其他相关专业用

精神病学基础

主 编 江开达

副主编 郑 毅 李恒芬

编 委 (以姓氏笔画为序)

马小红	四川大学华西临床医学院	江开达	上海交通大学医学院
王立伟	复旦大学医学院	李 涛	四川大学华西临床医学院
王继军	上海市精神卫生中心	李春波	同济大学医学院
方贻儒	上海交通大学医学院	李恒芬	新乡医学院
司天梅	北京大学医学院	李晓白	中国医科大学
刘哲宁	中南大学附属湘雅二院	郑 毅	首都医科大学

秘 书 王继军 (兼)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神病学基础/江开达主编. —北京: 人民卫生出版社, 2009. 7

ISBN 978-7-117-12028-9

I. 精… II. 江… III. 精神病学—高等学校—教材
IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 100602 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店

卫人网: www.hrhexam.com 执业护士、执业医师、

卫生资格考试培训

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

江开达 主编

袁国幸 滕联 副主编

(供长医学类教材) 委 编

湖南中医药大学	江开达	湖南中医药大学	滕小昆
湖南中医药大学	袁国幸	湖南中医药大学	谭立王
湖南中医药大学	袁国幸	湖南中医药大学	李敏王
湖南中医药大学	袁国幸	湖南中医药大学	谭洪武
湖南中医药大学	白晓幸	湖南中医药大学	谭天臣
湖南中医药大学	滕联	湖南中医药大学	宁诗欣

精神病学基础

主 编: 江开达

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京市卫顺印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 21.5

字 数: 509 千字

版 次: 2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-12028-9/R · 12029

定 价: 36.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

出版说明

总主编 孙开华 副主编 孙开华 孙开华
副总主编 孙开华 孙开华 孙开华
编委 孙开华 孙开华 孙开华

随着我国经济社会的飞速发展,国家对精神卫生工作提出了越来越高的要求,精神医学人力资源匮乏已经成为精神卫生事业发展的瓶颈,具体表现在:①精神科医师的数量严重不足;②精神科医师总体质量不高。办好本科精神医学专业是解决上述问题的基本途径。

我国自1978年起开设专科层次的精神医学专业,20世纪80年代末开始招收该专业本科层次的学生,迄今已有30余年的办学历史,据不完全统计,目前全国有近20所高等医学院校开办本科层次的精神医学专业或专业方向,但是至今尚无全国统编的专业教材,这在一定程度上影响了该专业的办学质量。为解决这一问题,2007年卫生部教材办在充分调查论证的基础上,将该专业教材列入出版计划,并迅速组织实施。

该套教材共计11本,作者均为各学科来自教学一线的优秀教师和精神医学专家。在编写过程中,作者以现代医学模式的思想为指导,始终坚持“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)和五性(思想性、科学性、先进性、启发性、适用性)的原则,并力求内容和形式的完美统一。

本套教材供5年制本科精神医学专业及其他相关专业使用,也可作为广大住院医师在职提高的参考用书。

- 委员
- (南京医科大学) 孙开华
 - (南京医科大学) 孙开华
 - (南京医科大学) 孙开华
 - (南京医科大学) 孙开华
 - (南京医科大学) 孙开华
 - (南京医科大学) 孙开华
 - (南京医科大学) 孙开华
 - (南京医科大学) 孙开华
 - (南京医科大学) 孙开华
 - (南京医科大学) 孙开华

全国高等学校精神医学专业教材目录

1. 精神病学基础	主编 江开达	副主编 郑毅 李恒芬
2. 临床精神病学	主编 张聪沛	副主编 李占江 翟金国 张晋碚
3. 精神药理学	主编 刘吉成	副主编 王克勤 王传跃 吕路线
4. 心理学导论	主编 崔光成	副主编 许华山 周郁秋
5. 儿童少年精神病学	主编 郭兰婷	副主编 邸晓兰 陈炜
6. 老年精神病学	主编 刘铁桥	副主编 张本 蒙华庆
7. 司法精神病学	主编 李建明	副主编 李功迎 谢斌
8. 社区精神病学	主编 曹连元	副主编 杨甫德 苏中华
9. 行为医学	主编 李凌江	副主编 孙红 肖泽萍
10. 临床心理学	主编 王伟	副主编 李荐中 朱金富 杨小丽
11. 精神医学专业实践指导	主编 杨洪峰	副主编 杨世昌 王文林

全国精神医学专业教材评审委员会

主任委员 刘吉成（齐齐哈尔医学院）

副主任委员 李凌江（中南大学湘雅医学院）

委员

崔光成（齐齐哈尔医学院）

江开达（上海交通大学医学院）

王克勤（济宁医学院）

吕路线（新乡医学院）

李建明（华北煤炭医学院）

王伟（浙江大学医学院）

马辛（首都医科大学）

于欣（北京大学医学院）

许华山（蚌埠医学院）

周郁秋（哈尔滨医科大学大庆校区）

前 言

为了适应我国高等医学教育发展的需要,进一步推动我国本科精神医学专业建设,全国高等医药院校教材建设研究会组织编写了“全国高等教育本科精神医学专业规划教材”。于2008年9月在齐齐哈尔市召开了教材编写的主编人会议,明确本教材编写强调基础理论、基本知识、基本技能;编写内容新,能与国际接轨;密切结合临床实践;文字精炼,逻辑性强,且深入浅出。

“全国高等教育本科精神医学专业规划教材”主要有以下分册:精神病学基础;临床精神病学;儿童少年精神病学;老年精神病学;司法精神病学;心理学导论;临床心理学;精神药理学;社区精神病学;行为医学;精神医学专业实践指导。

本册“精神病学基础”是这套教材的第一册。参加编写的专家一致认为在本分册中,要能反映精神病学的概况、最新学术动态和发展趋势,注意提高学生在学习精神病学的兴趣。同时,更应重视本分册的实用性,在编写时着重介绍与临床精神疾病诊治相关的生物学基础和诊断学基础,这些内容都是学生进一步学习精神病学其他分册和今后从事临床诊疗工作的必备知识点,应认真学习和牢牢掌握。

与临床精神疾病诊治相关的社会学基础知识,由于内容丰富和复杂,本分册限于篇幅,没有过多涉及,这方面的内容,在其他分册中介绍。对于心理学基础知识,由“心理学导论”和“临床心理学”介绍。

参与编写本分册的各位专家在百忙之中,在较短的时间内,保质保量完成了编写工作,衷心感谢他们的辛勤付出。同时,感谢上海交通大学医学院及上海市精神卫生中心领导的关心和支持。

本书在编写过程中,难免有疏漏或不够准确之处,望各位读者不吝赐教,提出宝贵意见,以不断提高本书的质量。

江开达

2009年4月21日

目 录

第一章 绪论	1
第一节 精神病学及相关概念	1
一、精神病学	1
二、精神障碍与精神卫生	1
三、精神残疾与疾病负担	3
四、我国的精神卫生政策	4
第二节 精神病学发展	6
一、精神病学简史	6
二、精神障碍与全球化	9
三、精神病学的展望	10
第三节 精神病学与其他学科的关系	14
一、医学心理学	14
二、行为医学	15
三、心身疾病与心身医学	15
四、神经科学	16
五、医学人类学与社会文化科学	17
第二章 精神活动的神经科学基础	19
第一节 脑结构与精神活动	19
一、中枢神经系统的发育过程	19
二、大脑皮层的功能定位	22
三、基底神经节	26
四、下丘脑与自主神经系统	27
五、边缘系统	27
六、网状结构	28
七、与精神活动相关的主要神经通路	29
第二节 脑神经化学与精神活动	31
一、单胺类神经递质	32
二、其他神经递质	37
三、激素	40
第三节 脑可塑性与精神活动	41

08	一、神经可塑性	41
08	二、神经营养因子	42
49		
	第三章 精神障碍的流行病学	45
80	第一节 概述	45
101	一、历史和发展	45
101	二、目的和用途	45
101	三、特殊性	46
09	第二节 流行病学方法	47
111	一、描述性研究	47
111	二、分析性研究	51
111	三、实验性研究	53
111	四、理论性研究	53
117	第三节 精神障碍流行病学的实施过程	53
111	一、调查设计中的有关问题	53
	二、评价工具的标准	55
120	三、一致性检验	55
120	第四节 精神障碍的遗传流行病学	56
131	一、群体研究	57
131	二、家族聚集性研究	57
133	三、双生子和寄养子研究	57
133	四、遗传方式的研究	57
133	五、易感基因的定位	57
136	六、遗传与环境的相互作用	58
138	第五节 国际上精神障碍流行病学研究简介	58
131	一、第一代精神障碍流行病学研究	58
131	二、第二代精神障碍流行病学研究	59
134	三、第三代精神障碍流行病学研究	59
134	四、第四代精神障碍流行病学研究	60
131		
	第四章 精神障碍的神经生物学基础	61
131	第一节 遗传学基础	61
130	一、医学遗传学基本概念	61
131	二、精神障碍的遗传学研究	70
131	三、遗传咨询	75
131	第二节 神经影像学基础	78
131	一、神经影像学技术	78
138	二、精神疾病的脑结构改变	84
138	三、精神疾病的脑功能改变	86

第三节 神经生化和神经内分泌基础	89
一、精神障碍的神经生化改变	89
二、精神障碍的神经内分泌改变	94
第四节 神经电生理学基础	98
一、脑电图	98
二、多导睡眠图	102
三、诱发电位	105
四、事件相关电位	106
五、眼球运动检测技术	109
六、经颅磁刺激技术	111
第五节 精神疾病的动物模型	111
一、精神分裂症的动物模型	112
二、抑郁症的动物模型	115
三、焦虑症的动物模型	117
四、动物模型的局限性与未来的研究方向	119
第五章 精神症状学	120
第一节 概述	120
第二节 感知觉障碍	121
一、感觉和知觉的概念	121
二、感觉障碍	122
三、知觉障碍	123
四、感知综合障碍	125
第三节 思维障碍	126
一、正常思维活动的特征	126
二、思维形式障碍	127
三、思维内容障碍	130
第四节 注意障碍	134
一、注意的概念和特征	134
二、常见的注意障碍	135
第五节 记忆障碍	135
一、记忆的概念和分类	135
二、常见的记忆障碍	136
第六节 智能障碍	137
一、智能和智商	137
二、智力低下	137
三、痴呆	137
第七节 情感障碍	138
一、情感性质改变	138

070	二、情感波动性障碍	141
071	三、情感协调性改变	143
070	第八节 意志障碍	144
071	一、意志增强	144
072	二、意志减弱	144
073	三、意志缺乏	145
074	四、矛盾意向	145
075	五、意向倒错	146
076	六、犹豫不决	146
077	七、易暗示性	146
078	第九节 动作及行为障碍	147
079	一、精神运动性兴奋	147
080	二、精神运动性抑制	148
081	三、其他特殊症状	149
082	第十节 意识障碍	152
083	一、对周围环境的意识障碍	153
084	二、自我意识障碍	155
085	第十一节 自知力和自知力障碍	156
086	第十二节 精神障碍综合征	157
087	一、幻觉妄想综合征	157
088	二、紧张性综合征	157
089	三、精神自动症	158
090	四、柯萨可夫综合征	159
091	五、急性脑综合征	159
092	六、慢性脑综合征	159
093	七、神经衰弱综合征	160
094	八、强迫综合征	160
095	九、癔症样发作	161
096	十、易人综合征	161
097	十一、Cotard 综合征	161
098	十二、Ganser 综合征	162
099		162
100	第六章 精神障碍的检查	163
101	第一节 精神科医师的职业素质	163
102	一、道德伦理	163
103	二、职业素养	163
104	三、心理素质	164
105	第二节 精神检查的一般原则与基本技能	165
106	一、建立医患关系的原则与技能	165

二、精神检查的基本原则与面谈技能	166
第三节 精神科病史采集	170
一、精神科病史采集的基本方法和注意事项	170
二、病史采集的基本内容	172
第四节 精神状况检查	175
一、合作患者的精神状况检查提纲	175
二、对处于兴奋、木僵和敌对等状态的不合作患者的精神检查	180
三、对器质性精神障碍患者的进一步评估和检查	180
四、定式和半定式精神检查	183
第五节 体格检查与实验室检查	184
一、一般体格检查	184
二、神经系统检查	188
三、实验室检查	191
第六节 精神科诊断过程	194
一、精神障碍的诊断原则	194
二、精神障碍的诊断思路	195
第七节 精神科住院病历	199
一、精神科住院病历的主要内容	199
二、住院病历书写的注意事项	202
三、精神科病程记录	203
四、制订治疗计划与治疗措施	203
第七章 精神障碍的诊断	205
第一节 精神障碍的实验室诊断	205
一、影像学诊断	205
二、神经电生理检查	209
三、腰穿和脑脊液检查	212
第二节 心理测量与评估	215
一、人格测验	215
二、神经心理测验	217
第三节 精神症状的量化评估技术	228
一、概述	228
二、精神病性症状的量化评估	229
三、焦虑、抑郁症状的量化评估	230
四、躁狂症状的量化评估	235
五、强迫症状的量化评估	236
六、痴呆程度的量化评估	238
第四节 药物疗效和不良反应的评估	239
第五节 社会功能评定量表	240

第八章 精神障碍的诊断与分类	257
第一节 概述	257
一、精神障碍分类的目的.....	257
二、精神障碍分类的基础.....	259
三、精神障碍的诊断标准.....	260
四、多轴诊断.....	260
第二节 常用精神障碍的分类系统	261
一、国际疾病分类 (ICD 系统).....	261
二、中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD 系统).....	265
三、美国精神障碍诊断与统计手册 (DSM 系统).....	267
第三节 诊断与分类系统的问题与思考	270
一、误诊和标签化.....	270
二、共病问题.....	271
三、修订问题的思考.....	271
四、制订统一的国际标准的趋向.....	271
第九章 精神障碍的治疗原则	273
第一节 概述	273
一、精神障碍治疗的发展.....	273
二、精神障碍治疗的特点.....	274
三、精神障碍治疗的主要方法.....	274
第二节 精神障碍的主要治疗原则	274
一、精神药物治疗原则.....	275
二、常用精神药物治疗.....	277
三、精神障碍的心理治疗原则.....	291
四、精神障碍的物理治疗原则.....	298
第三节 精神障碍的治疗问题和发展趋势	303
第十章 精神病学的循证方法	304
第一节 概述	304
一、循证医学的必要性.....	304
二、循证医学的内容和步骤.....	305
三、证据的类型.....	305
第二节 单个的治疗研究	306
一、对治疗研究的评价.....	306
二、有关治疗效果的指标.....	307
第三节 系统综述	309
一、方法学质量评价及工具.....	309
二、系统综述的报告质量.....	310



三、系统综述质量与原始研究质量的关系.....	310
四、研究结果的重要性.....	311
五、考柯蓝图书馆简介.....	311
六、Meta 分析简介.....	312
第四节 循证医学的应用.....	314
一、循证医学实践的基本步骤.....	314
二、循证医学实践中的 PICO 模式.....	314
三、临床指南简介.....	316
参考文献.....	317
中英文名词对照索引.....	320

第一章 绪 论

第一节 精神病学及相关概念

一、精神病学

1. 精神病学 精神病学 (psychiatry) 是研究精神疾病的病因、发病机制、临床表现、疾病的发展规律、治疗、预防及康复的一门临床医学。精神病学的生理基础是神经科学, 心理基础则与心理学、社会学、人类学等学科密切相关。精神病学最初是与神经病学合并在一起的, 随着它的成熟与发展, 在 20 世纪中期, 逐渐与神经病学分离。随着学科的发展, 精神病学又分出一些分支, 如老年精神病学、儿童精神病学、社会精神病学、司法精神病学、跨文化精神病学等。新的医学模式 (即生物-心理-社会医学模式) 强调医学服务对象是完整的人, 是生活在一定的社会环境中、具有复杂心理活动的人, 而不仅仅是一架“生理机器”。

2. 精神医学 精神医学其主要任务有两个方面: 其一, 是研究各类精神疾病的病因、发病机制、临床表现、治疗和预防; 其二, 是研究社会心理因素对人体健康和疾病作用的影响。当代精神病学的概念已经远远超过传统精神病学所涵盖的范畴, 其服务及研究对象也大大拓宽, 不仅包括传统重性精神障碍如精神分裂症, 还包括神经症、适应不良等轻性精神障碍; 现代精神病学的服务模式也从封闭式管理改为开放或半开放式管理。另外由于新型精神药物的出现, 以及对精神疾病康复和预防的重视, 精神障碍患者的预后已大为改观。因此, 有学者认为“精神病学”应改为“精神医学”更为贴切。

二、精神障碍与精神卫生

1. 精神障碍 精神障碍 (mental disorder) 在国际精神与行为障碍的分类第十版 (ICD-10) 中特别提出“障碍”这个术语, 其目的是避免因使用像“疾病”和“病患”这样的俗语而带来问题。尽管“障碍”不是一个精确的术语, 但意味着存在一系列临床上可辨认的症状和行为, 这些症状和行为在大多数情况下都可伴有痛苦或个人功能损害。ICD-10 中精神障碍的定义: “是一种有临床意义的行为或症状群或类型, 其发生与当事人目前的痛苦烦恼 (如令人痛苦的症状或功能不良, 与一个或多个主要领域的功能损害相关); 或明显增加病死、引起痛苦、功能不良和丧失自由的风险。同时这种综合征或类型必须不仅是对于某一特殊事件的可预期反应 (如心爱的人的死亡等)。”精神障碍除包括了精神病, 还有痴呆、精神活性物质所致精神和行为障碍、心境障碍、神经症性障碍、应激相关障碍、躯体形式障碍、人格障碍等。

精神病 (psychosis) 是一组由不同原因引起的大脑功能紊乱, 临床表现在认知、

情感、意志和行为等方面出现持久的、显著的障碍，精神活动明显异常，并伴有检验现实能力的丧失，表现为精神活动的完整性和统一性的破坏，以至于对患者的学习、工作及社会适应能力严重受损，甚至出现危害自身以及家庭和社会的行为，患者往往对自己的疾病缺乏认识，否认有病，不肯就医。临床上主要包括器质性精神障碍、精神活性物质所致精神和行为障碍、精神分裂症、偏执性精神障碍、精神病性抑郁等。精神疾病(mental illness)是指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下，大脑功能失调或紊乱，导致认知、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍为临床表现的一组疾病，常常需要用医学的方法进行干预。由于社会上仍对精神疾病有一定的偏见，有学者提出应以精神障碍或心理障碍取代精神疾病。但在临床实践中，仍常使用精神疾病这一概念。

2. 精神卫生 是20世纪70年代以来在国际和国内广泛流行起来的一个概念，其内容包括精神障碍的治疗、预防和精神卫生的知识普及。世界卫生组织管理精神疾病的部门就称为精神卫生处。我国卫生部疾控局于2006年成立了精神卫生处，主要负责对精神卫生的管理及对精神疾病的预防和控制。

精神卫生(mental health)又称心理卫生或心理健康、精神健康。精神卫生的定义和内容大致分为两种，即狭义和广义。狭义精神卫生，是指研究精神疾病的预防、医疗和康复，即预防精神疾病的发生；早期发现、早期治疗；促使慢性精神病患者的康复，重归社会。广义精神卫生，是指不仅研究精神疾病的发生、发展规律及其防治，而且要探讨保障和促进人群的心理康，提高个体承受应激和适应社会的能力以减少心理和行为问题的发生。

从上述精神卫生定义和内容看来，精神卫生的对象、范围和任务，一方面是精神疾病的预防、医疗和康复，另一方面是提高和维护健康者的精神健康和精神医学咨询。

1948年，世界卫生组织(WHO)在其《宪章》中提出的健康定义是：“健康不仅是没有疾病和衰弱，而是保持体格方面、精神方面和社会方面的完美状态。”30年后的1978年，国际初级卫生保健大会在《阿拉木图宣言》中，又重申“健康不仅是疾病体弱的匿迹，而是身心健康、社会幸福的完美状态”。这个概念不仅阐明了生物学因素与健康的关系，而且强调了心理、社会因素对人体健康的影响。生理完美状态是指身体各系统无疾病；心理社会方面的完美状态是指一种持续的、积极的内心体验、良好的社会适应能力，能有效地发挥个人的身心潜能和社会功能。1990年，世界卫生组织(WHO)关于健康的概念又有了新的发展，把道德修养纳入了健康的范畴。健康不仅涉及人的体能方面，也涉及人的精神方面，即将道德修养作为精神健康的内涵，其内容包括：健康者不以损害他人的利益来满足自己的需要，具有辨别真与伪、善与恶、美与丑、荣与辱等是非观念，能按照社会行为的规范准则来约束自己及支配自己的思想和行为。新的健康概念告诉人们，健康不再是单纯的生理上的病痛与伤残，它涵盖了生理、心理、社会及道德健康。这是一个整体的、积极向上的健康观。目前认为，健康的概念包括躯体的，心理的，社会的及道德的四个方面的完全安宁幸福状态。

精神卫生不仅仅是无精神障碍。其定义指一种健康状态，在这种状态中，每个人能够认识到自己的潜力，能够应付正常的生活压力，能够有成效地从事工作，并能够对社区做贡献。

在多数国家，特别是在低收入和中等收入国家，精神卫生服务资源——无论是人力还是财政资源严重匮乏。在现有的卫生保健资源中，目前大部分用于对精神疾病的专门治疗和护理，较少一部分用于综合性精神卫生系统。各国与其在大精神病院提供医护，不如将精神卫生纳入初级卫生保健，在普通医院提供精神卫生保健并发展以社区为基础的精神卫生服务。

促进精神卫生需要多部门行动，涉及一系列政府部门以及非政府组织或以社区为基础的组织。重点应当是在整个生命期间促进精神卫生，确保儿童有一个健康的生命开端并预防成年和老年期的精神障碍。

三、精神残疾与疾病负担

1. 精神残疾 是指各类精神障碍持续一年以上未痊愈，存在认知、情感和行为障碍，影响日常生活和活动参与的状况，被称为精神残疾。在精神残疾中，精神分裂症所占比例最大。据“2006年全国第二次残疾人抽样调查”结果显示，中国目前有各类残疾人8296万人，其中精神残疾人有614万人。近十多年来，中国精神疾病患病率不断上升，这与中国经济的快速发展、社会竞争压力不断加大的客观环境密切相关。

在残疾人这个特殊困难群体中，精神残疾人的困难更为突出，更应受到社会的关爱、理解与帮助。有部分精神残疾人需要长期甚至终生服药，靠药物来维持这部分精神残疾人的康复、基本康复或者相对较好的状态。即使坚持服药，若遇到强烈的外界刺激，也会不同程度地复发。精神残疾人是其残疾和康复状况受客观环境影响最大的一类残疾人，又是残疾状态在同一个人身上可变化幅度最大的一类残疾人。

在中国社会主义市场经济秩序尚不完备的情况下，社会成员之间的关系比较复杂，社会竞争压力又在不断加大。如果没有政府的特殊政策及措施，精神残疾人就业很难，长时间适应竞争性强的工作岗位也很难。即使是康复相当好的精神残疾人，仍有病耻感，若到社会上找工作，均不敢讲自己是精神残疾人，否则没有单位录用，这种违心的行为又增添了残疾人的心理压力。即使有了工作，对竞争压力不适应的情况也是越来越突出。

此外，经济负担沉重为精神残疾人亲属带来治疗和生活上的两大难处。精神残疾人住院治疗费用高，城市中收入较低的家庭，仅靠自家的收入普遍承担不起精神病患者的住院费用，许多城市的特困家庭和农村的贫困家庭连精神残疾人日常服药的费用都承担不起。因此，为了不给社会添麻烦，有些亲属不得不将精神病患者关锁在家里。同时，一些家庭还要承担伤害他人、毁坏他人财物的治疗和赔偿费用以及其他肇事引发的各种赔偿费用。

针对精神残疾人群体的特殊性，首先，应加强精神卫生知识普及，这对预防和减少各类精神障碍的发生至关重要。其次，应加快建设为残疾人提供服务的社区康复和活动机构。针对那些尚不具备正常就业能力和不可能就业的精神残疾人员的需求，应抓紧建设一些康复和就业相结合的机构。还应恢复和增建一些可以集中安置残疾人（包括精神残疾人）的就业机构，这包括福利性和其他公办及民办等多种形式。

2. 疾病负担 世界卫生组织（WHO，1993）开展了全球疾病负担（global burden of disease, GBD）研究。在研究中采用了伤残调整生命年（disability adjusted of life