

精神障碍的预防：

有效干预措施与政策的选择

报告概要

一份来自世界卫生组织精神卫生与物质滥用部、**Nijmegen**
和 **Maastricht** 大学预防研究中心的联合报告



世界卫生组织

日内瓦

精神障碍的预防:

有效干预措施与政策的选择

报告概要

翻译: 刘铁桥 刘光亚 徐利敏

邓慧琼 夏卫萍 易艳红

审校: 刘铁桥 郝伟



世界卫生组织

日内瓦

世界卫生组织图书馆的公开数据

精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择报告概要/一份来自世界卫生组织精神卫生与物质滥用部、Nijmegen 和 Maastricht 大学预防研究中心的联合报告

1. 精神障碍—预防和控制 2. 循证医学 3. 政策制定 I. 世界卫生组织

II. Nijmegen 和 Maastricht 大学预防研究中心

© ISBN 92 4 159215 X (NLM classification: WM 140)

世界卫生组织 2004

WHO 版权所有。世界卫生组织的出版物能从市场获得和传播。世界卫生组织，Appia 大街 20 号，1211 日内瓦 27，瑞士(tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int)。不管是出于何种目的复制和翻译 WHO 的出版物，均需通过以下地址联系并征得 WHO 的同意(fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int)。

这一出版物上所涉及的人和所出现的资料并不暗示世界卫生组织任何分部赞同与一些国家、领土、城市或地区的法律地位或其当局的法律地位相关的观点，也不表示赞同关于其边界或界线的界定的观点。地图上的虚线代表了大致的边界线，也许这些边界线并未得到完全的赞同。

本文提到某些特殊的公司或制造商的产品，这并不代表 WHO 与它们有特殊的协议和对它们有所偏爱。所有产品的名字的首字母均以大写突出。

世界卫生组织不能保证本文所提供的资料一定是成熟的和完全正确的，对在实施本资料时所出现的一切后果不承担任何法律责任。

序

世界卫生组织(WHO)精神卫生与物质滥用部的一个主要工作目标是要减轻由于精神、神经疾病及物质滥用障碍所引起的负担。预防这些障碍的发生显然是减轻该类疾病负担的最有效的方法之一。许多世界卫生大会和地方委员会也进一步强调了预防的重要性。WHO曾就精神、神经及心理社会因素所致障碍的一级预防出版过相应的文件(WHO, 1998),但随着这一科学领域的飞速发展,新的观念和研究证据的不断积累,这一文件迫切需要进行更新。本报告概要(随同即将出版的完整的报告)就是试图较全面地为这一领域提供一个概况,其中特别注重提供那些对一些有效的干预措施和政策选择所进行的前瞻性研究的证据。这一点与WHO的职责是一致的,WHO的职责就是为各成员国提供卫生信息和证据,以协助他们选择和贯彻合理的卫生政策和工作程序,从而达到提高人类整体健康水平的目的。在某些地区,许多证据尚是最新的和未经实践过的,因此,在这些地区,精神障碍的预防这一任务显得更为重要。

精神障碍不可避免地涉及人权问题。精神病人本人及其家庭所受到的耻辱、歧视和人权侵犯是广泛和深沉的。产生这一现象的部分原因,至少是因为一般人都认为精神障碍缺乏有效的治疗与预防措施。因此,有效的预防在很大程度上能改变一般人的这种感受,从而改变社会对精神障碍患者的看法。限制易患个体和群体的基本人权,对精神病人可能产生决定性的影响。事实上,精神病人所遭遇的人权问题远远超出了某一特定的方面。因此,许多有效的预防措施要与社会公正、机会平等及关爱易患人群这一原则相一致,也就不奇怪了。这些预防措施包括诸如改善营养、保证初级教育、进入劳动力市场、消除种族和性别歧视及确保基本的经济安全等。在设计和执行这些措施时,需要发展新的方法来对它的有效性进行评估,这些评估方法应该来源于包括社会学、人类学和其他人文科学以及成本分析的定性技术,才能获得复杂多样的结果。这些措施需要实行才能体现其价值,当然,这些措施在预防某些特定的精神障碍时其有效性的证据可能尚不充分,然而,这些措施的确是我们迫切需要的,不应该用这些措施的效果和成本—效益的科学证据尚需进一步探索来作为我们不贯彻执行这些社会和卫生政策的借口。

对精神卫生一个非常重要并且常见的威胁,是个体之间以及社区与国家之间的冲突与暴力行为。由此所导致的精神压力和精神障碍是实际存在的。防止暴力冲突需要较大的社会努力,但精神卫生专业人员可以通过运用一些具体的预防措施和更加友好的精神卫生方面的人道主义援助,来改善这些现象的负面影响。

在实施这种以证据为基础的预防措施时，一个重要的问题是：这些在实验中已被证明了的措施在现实生活中的适用性究竟如何？尤其是在文化和环境背景有很大差异的地方，适用性究竟如何？严格控制的疗效试验似乎可以为这些措施提供更多确定的证据，但是这些措施仍然很难在世界范围内广泛实行。其实文化和背景的差异不应该是影响措施执行的混杂因素，而应被看做是将这些措施应用于现实生活中的要素。适当地考虑这些因素对其结果的分析是有益的。正是由于不同文化条件下的适用性问题使得这些以证据为基础的干预措施的传播变得复杂而缓慢。然而，尽管复杂而缓慢，这种预防程序的实施仍是可以期待的。

一个尚未解决的最大问题是：谁来为预防付费？在全球范围内，卫生保健的花费正在增加，资源的竞争日益加剧。预防的方案是基于对长期效益的考虑，是针对只注重近期效果的“治疗”这一措施的不足而提出的。经济利益，包括商业化的利益，在治疗领域比在预防领域更为突出，因而导致只有较少的投资者涉足于预防领域。由于经费的原因，卫生保健提供者常常没有将预防作为他们的首要职责，甚至某些预防措施也没有卫生部门的参与，而是由其他部门来执行的。在这里，公共卫生部门和卫生专业人员即使找不到执行这些措施所需要的财政资源，也应该起领导和指导的作用。要使预防措施付诸实现，精神卫生部门、公共卫生部门与其他部门的合作是必要的，当然这种合作不会那么简单容易。这种合作的一个好的目标是将各种有效证据归纳概括成一些既有科学性又易于理解和易于实际操作的关键信息，我们期待目前 WHO 所出版的这些资料能使我们朝着这一方向迈出新的的一步。

世界卫生组织精神卫生与物质滥用部主任

Benedetto Saraceno

于日内瓦

目 录

前 言	(1)
报告概要的形成	(3)
致 谢	(5)
关键内容	(9)
介绍: 什么是精神卫生循证的预防与促进	(12)
一、预防精神障碍: 一个优先的公共卫生问题	(12)
二、促进心理健康和预防精神障碍	(12)
三、发展成功的干预措施和政策的证据	(15)
第一部分 循证为基础的危险因素和保护因素	(17)
一、危险因素和保护因素的概念	(17)
二、社会、环境和经济的决定因素	(18)
三、个体和家庭有关的决定因素	(19)
第二部分 降低风险、提高生活质量的宏观策略	(22)
一、改善营养	(22)
二、改善住房	(22)
三、改善教育	(22)
四、减少经济上的不安全感	(23)
五、强化社区网络	(23)
六、减少成瘾物质的危害	(24)
第三部分 减少应激和强化恢复潜能	(26)
一、促进健康的生活起点	(26)
二、减少对儿童的虐待和忽视	(28)
三、应对父母患有的精神疾病	(28)
四、提高顺应性和减少在学校的危险行为	(29)
五、处理家庭破裂	(30)
六、职业场所的干预	(31)
七、对难民提供支持	(33)
八、老年人的精神卫生	(33)
第四部分 精神障碍的预防	(36)
一、品行障碍、攻击和暴力行为	(36)
二、抑郁症和抑郁症状群	(38)
三、焦虑障碍	(41)
四、进食障碍	(43)
五、物质滥用相关障碍	(44)
六、精神病性障碍	(46)
七、自 杀	(49)
第五部分 努力的方向	(51)
一、需采取的步骤	(51)
1. 需求评估和规划开发	(51)
2. 普及和采纳	(52)
3. 改进和修正	(53)
4. 实 施	(53)

5. 评估和监测.....	(54)
6. 确保持续贯彻.....	(54)
二、需要的条件.....	(55)
1. 政策.....	(55)
2. 能力的培养和训练.....	(56)
3. 研究和倡导.....	(56)
4. 资源和组织机构.....	(57)
参考文献.....	(59)

前 言

《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》报告概要，为我们提供了国际上有关精神和行为障碍预防的干预措施与政策的总体概貌，而且这些措施和政策都是有证可循的。

《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》这一报告的着重点在一级预防而不是二级及三级预防。本报告描述了以下内容：与预防有关的概念；促进精神卫生与预防精神障碍的关系；与精神障碍有关的个人、社会及环境因素的可变性；有效预防措施证据的形成；公共卫生政策和实践的含义；有效预防所需要的条件。本报告是对 WHO 另一个重要报告——《促进精神卫生：概念·新证据·实践》（WHO, 2004b; Herrman, Saxena & Moodie, 2004）的补充。

人类对精神障碍的预防已有 100 余年的历史。从 20 世纪初期的精神卫生运动起，许多预防的观念就已形成了一些可能的策略，应用于对儿童和成人发生精神障碍和行为问题的预防。这些策略在初级保健及学校和公共卫生实践中已部分地付诸实践。然而直到 1980 年左右，才有了科学的预防措施和对照研究来系统检验这些措施的有效性。

在过去的 25 年，精神卫生和精神障碍预防的多学科领域得到了迅速的发展，对影响精神卫生的危险和保护因素的了解，进一步推动了该领域的发展，也促进了《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》这一报告中所总结的许多科学文献的发表和有效措施的施行。预防研究中心、大学和其他研究所，连同这些干预措施的组织者和执行者们，他们所获得的证据表明：预防精神障碍和促进精神卫生的措施能通过影响精神障碍的风险和保护因素，来降低某些精神障碍的发病率和患病率。

《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》这一报告选择性地综合了在不同国家、不同文化中所取得的有效证据。其中主要资料仍基于高收入国家，新的研究也已触及发展中国家。目前的发展趋势，要求我们进一步了解文化与经济因素对预防工作的影响，开展以证据为基础的有效措施在国与国之间的交流。

《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》这一报告以及以此为基础所编写的报告概要，对低、中、高水平收入和资源的国家都是适用的，它的内容主要面向政府、非政府机构中的卫生和非卫生部门的人员。这些人员也许还不太明白，他们所处的位置会明显影响心理与行为障碍的发生，在一定程度上也会影响预防措施的效果。《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》将使卫生和精神卫生专业人员明白：一级预防和早期干预应该伴随在治疗和康复的全过程。本报告支持健康促进者将精神卫生整合入他们国家和地方的健康促

进与卫生预防的政策和活动之中,也能激励那些从事卫生预防及健康促进的研究者们去扩展他们设计和执行有效干预措施的知识和技术。《精神障碍的预防:有效干预措施与政策的选择》这一报告相信,只要多方参与者,包括研究者、政策制定者和实践者以及社区领导和群众,能成功地合作,就有可能在世界范围内减少精神障碍的发病率。

《精神障碍的预防:有效干预措施与政策的选择》的报告概要是由编辑们从《精神障碍的预防:有效干预措施与政策的选择》的完整报告中精选摘录有关章节和材料而形成的,目的是试图让读者对此问题有一个感受。我们希望读到此报告的人能将精神疾病的预防作为其国家和地方卫生政策的首要议题,并将报告中的证据、结论和所推荐的策略变为具体的行动。

编者: Clemens Hosman, Eva Jané-Llopis, Shekhar Saxena

报告概要的形成

《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》这一报告的全本将由牛津大学出版社2005年出版。该书的编辑们（Clemens Hosman, Eva Jané-Llopos E & Shekhar Saxena）从完整报告中选择和节录了部分合适的材料而形成了本报告概要，希望通过这个概要降低精神障碍的有效干预措施和政策选择及其执行提供一个大的介绍。报告概要省去了大量的支撑结论的材料，所包括的仅仅是报告中所介绍的适应症。关于精神障碍的预防策略、预防程序、政策及风险与保护因素的相关参考资料，读者可以参阅由 Hosman, Jané-Llopos E & Saxena 编辑的《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》一书（牛津大学出版社，2005）。

报告概要列出了整个报告的标题，但对各章节的作者未能一一列出。在引用这一报告的文字时，我们特此向相关章节的作者致谢。详细情况如下：

完整报告的详情

Hosman C, Jané-Llopos E & Saxena S 编辑，《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》，牛津大学出版社，2005。

章 节	作 者
1. 需要循证的预防措施	Saxena S, Hosman C, Jané-Llopos E
2. 精神卫生促进与精神障碍预防的概念	Jané-Llopos E, Herrman H, Hosman C, Saxena S
3. 效果和证据：水平和前景	Hosman C, Jane-Llopis E
4. 贫穷、社会排斥和贫困阶层	Patel V, Jane-Llopis E
5. 支持难民和战争受害者	Musisi S, Mollica R, Weiss M
6. 职业、应激和失业	Price R, Kompier M
7. 儿童被虐待和忽视的预防	Hoefnagels C
8. 应对父母患有的精神疾病	Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K
9. 处理家庭破裂：离婚和居丧	Sandler I, Ayers T, Dawson-McClure S
10. 促进健康的生活起点，降低早期危险因素	Brown CH, Sturgeon S

11. 提高顺应性和减少在学校的危险行为
Domitrovich C, Weare K, Elias M,
Greenberg M, Weissberg R
12. 老年精神卫生
Jané-Llopos E, Hosman C,
Copeland J, Beekman A J
13. 品行障碍、暴力和攻击行为的预防
Eddy JM
14. 进食障碍的预防
Hosman C
15. 抑郁症和抑郁症状群的预防
Jané-Llopos E, Munoz R, Patel V
16. 焦虑障碍的预防
Hosman C, Dadds M, Raphael B
17. 药物滥用相关危害的预防
Anderson P, Biglan A, Holder H
18. 精神疾病的早期预防
Killackey E, McGorry P,
Wright A, Harris M, Juriansz D
19. 自杀的预防
Hosman C, Wasserman D,
Bertolote J
20. 反思与含义
Hosman C, Jané-Llopos E,
Saxena S
21. 推荐：今后研究、政策和实践的方法
Hosman C, Jané-Llopos E,
Saxena S

致 谢

本报告概要是《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》这一完整报告的精简。非常感谢对此报告作出贡献和提出建议的人员（名列于下）。感谢 Christine Hayes 女士对文件编辑所做的工作以及 Rosemary Westermeyer 女士自始至终对此项目所提供的帮助。感谢 Judith van der Waerden 女士对参考文献所做的编辑和校对工作。同时，WHO 也非常感谢牛津大学出版社（OUP）对本报告概要的出版。

编 辑

Professor Clemens Hosman, Director of Prevention Research Centre on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, Radboud University Nijmegen and Maastricht University, Nijmegen/Maastricht, The Netherlands

Dr Eva Jané-Llopis, Head of Science and Policy, Prevention Research Centre on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, Radboud University Nijmegen and Maastricht University, Nijmegen, The Netherlands

Dr Shekhar Saxena, Coordinator, Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

顾 问

Dr Thomas Bornemann, Director for Mental Health, The Carter Center Atlanta GA, USA

Professor Sheppard Kellam, Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Baltimore MD, USA

Dr Beverly Long, World Federation for Mental Health, Atlanta GA, USA

Dr David McQueen, Associate Director for Global Health Promotion Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA, USA

Dr Patricia Mrazek, Mental Health Policy Consultant, World Federation for Mental Health, Rockville MD, USA

完整报告的作者

Dr Peter Anderson, Public Health Consultant, Nijmegen, The Netherlands

Dr Tim Ayers, Department of Psychology Program for Prevention Research, Arizona State University, Tempe AZ, USA

Professor William Beardslee, Judge Baker Children's Center, Children's Hospital Boston

and Harvard Medical School, Boston MA, USA

Professor Aart-Jan Beekman, Department of Psychiatry, Free University, Amsterdam, The Netherlands

Dr José Manoel Bertolote, Coordinator, Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Professor Anthony Biglan, Oregon Research Institute, Eugene OR, USA

Professor C Hendricks Brown, Department of Epidemiology and Biostatistics University of South Florida, Tampa and Department of Biostatistics and Mental Health, Bloomberg School of Public Health at Johns Hopkins, Baltimore MD, USA

Professor John Copeland, Department of Psychiatry University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom

Professor Mark Dadds, NHMRC Senior Research Fellow and Professor, School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, Australia

Dr Spring Dawson-McClure, Department of Psychology Program for Prevention Research, Arizona State University, Tempe AZ, USA

Dr Celene Domitrovich, Prevention Research Center, Pennsylvania State University, University Park PA, USA

Dr J Mark Eddy, Research Scientist, Oregon Social Learning Centre, Eugene OR, USA

Professor Maurice Elias, Department of Psychology, Rutgers University, Piscataway NJ, USA

Professor Mark Greenberg, Prevention Research Center, Pennsylvania State University, University Park PA, USA

Ms Meredith Harris, Research Fellow, ORYGEN Research Centre, The University of Melbourne, Melbourne, Australia

Professor Helen Herrman, St Vincent's Mental Health Service Melbourne and The University of Melbourne Department of Psychiatry, Melbourne, Australia

Dr Cees Hoefnagels, Associate Professor, Prevention Research Centre on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, Department of Health Promotion and Education, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

Professor Harold Holder, Prevention Research Center, Pacific Institute of Research and Evaluation Berkeley CA, USA

Mr David Juriansz, Acting Coordinator of the Compass Strategy, ORYGEN Youth Health, Melbourne, Australia

Dr Eóin Killackey, Research Fellow, Department of Psychology, The University of Melbourne and ORYGEN Research Centre, Melbourne, Australia

Professor Michiel Kompier, Work and Organizational Psychology, Radboud University Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands

Professor Patrick McGorry, Director, ORYGEN Youth Health and ORYGEN Research Centre, Department of Psychiatry, The University of Melbourne, Melbourne, Australia

Dr Richard Mollica, Director of the Harvard Program in Refugee Trauma, Harvard Medical School, Boston MA, USA

Professor Ricardo Munoz, University of California, San Francisco, Chief Psychologist, Department of Psychiatry, San Francisco General Hospital, San Francisco CA, USA

Dr Seggane Musisi, Senior Consultant Psychiatrist, Department of Psychiatry, Makerere Medical School, Mulago Hospital, Kampala, Uganda

Dr Vikram Patel, London School of Hygiene and Tropical Medicine and Chair, Sangath Society, Goa, India

Professor Richard Price, Institute for Social Research and Department of Psychology, University of Michigan, Ann Arbor MI, USA

Professor Beverly Raphael, Centre for Mental Health, New South Wales Department of Health, Sydney, Australia

Professor Irwin Sandler, Department of Psychology Program for Prevention Research, Arizona State University, Tempe AZ, USA

Dr Tytti Solantaus, Mental Health Unit, STAKES, Helsinki, Finland

Dr Shona Sturgeon, Department of Social Development School of Cape Town, Cape Town, South Africa

Ms Karin van Doesum, Prevention Team, RIAGG IJsselland, Deventer and Prevention Research Centre on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, Radboud University Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands

Professor Danuta Wasserman, Department of Public Health, Karolinska Institute Stockholm, Sweden

Professor Katherine Weare, School of Education, University of Southampton, Southampton, United Kingdom

Professor Mitchell Weiss, Department of Public Health and Epidemiology, Swiss Tropical Institute and Department of Social and Preventive Medicine, University of Basel, Basel, Switzerland

Professor Roger Weissberg, Director CASEL, Department of Psychology, University of Illinois at Chicago, Chicago Ill, USA

Ms Annemarie Wright, Coordinator of the Compass Strategy, ORYGEN Youth Health, Melbourne, Australia

关键内容

1. 精神障碍的预防是一个优先的公共卫生问题 (Prevention of mental disorders is a public health priority)

全世界大约有 4.5 亿人罹患精神和行为障碍。四分之一的人在他的一生中会罹患一种或一种以上的此类障碍。神经和精神问题占到全世界所有疾病和损伤所导致的伤残调整生命年 (DALYs) 总数的 13%，估计到 2020 年将增加到 15%。全球前 10 个导致残疾和早死的疾病中精神病就占了 5 个。精神障碍不仅给我们带来了巨大的心理压力、社会负担和经济负担，而且也增加了罹患躯体疾病的危险性。由于当前有效治疗模式的局限性，要减少精神和行为障碍所致的残疾，减轻精神疾病所导致的负担，惟一能够让人们承受的方法就是加强预防。

2. 精神障碍有着复杂的致病因素，预防需要多方面的努力 (Mental disorders have multiple determinants; prevention needs to be a multipronged effort)

社会学、生物学和神经科学对精神障碍和不良精神状态发生过程中的危险因素及保护因素，已经有了实质性的认识。研究表明，生物、心理及社会性的危险因素和保护因素以及它们之间的相互作用，对从胚胎期开始的整个生命周期都有影响。这些因素有许多都是可以改变的，这些可以改变的因素就可以成为我们采取预防或加以促进的措施中能够发挥作用的潜在的目标。精神障碍的高共病性以及精神疾病与躯体疾病和社会问题的高相关性，迫切需要一个整合的公共卫生政策，以针对相关问题、共有的致病因素、疾病早期的多重发展模式及不同的高危人群。

3. 有效的预防能减少罹患精神障碍的危险性 (Effective prevention can reduce the risk of mental disorders)

建立在循证基础上的预防措施和有利于措施实施的政策有着极广泛的作用范围。它们能减少危险因素，增强保护因素，减少某些精神障碍的发生，减少精神症状和精神障碍所致的残疾；同时也能促进精神和躯体的健康，从而产生社会和经济效益。已有的研究正显示出显著的长期性的成果。这些能产生多种效益的干预成果表明，加强预防工作是合算的。

4. 实施应该在有效的证据指导下进行 (Implementation should be guided by available evidence)

从伦理学的角度和最优化使用有限的预防医学资源的角度出发，有限的预防医学资源应该首先给予那些经科学证明确实有效的预防措施和政策。有效证据是一个逐步累积的过程，它应该具有对不同文化的敏感性，并且是通过广泛的研究方法来获得的。

5. 成功的项目和政策应该是广泛有效的(Successful programmes and policies should be made widely available)

广泛而有效的措施和政策将给社区和国家提供一系列处理精神障碍的预防工具。因此迫切需要建立一种易于获得的国家的和国际性的资料库系统,这个系统可以为政府和非政府机构提供这些资料:以循证为基础的干预措施和政策的相关信息,有效地执行这些措施后所取得的效果,所产生的效益的情况。

6. 关于有效性的证据尚需进一步补充(Knowledge on evidence for effectiveness needs further expansion)

我们需要进一步努力来扩展有效的预防措施的作用谱,改进这些措施在不同环境背景下的有效性和成本—效益比,加强证据的强度。这就需要对干预措施和政策以及它们的应用情况进行反复评估。那些对干预措施和政策的有效性起积极作用的策略、措施的特性及其他一些条件,应及时转化为改进措施的指导条例。而且这样的指导条例应该被系统地传播和应用。

7. 预防措施应适用于不同国家的文化和资源背景(Prevention needs to be sensitive to culture and to resources available across countries)

目前,世界上不同国家在精神障碍的预防和精神健康的促进方面发展是不均衡的。需要国际性的主动的努力来缩小这种国与国之间的差距,要支援低收入国家发展适合它们文化背景、生活状况和自身需求的预防知识、专门技术、政策法规和干预措施。

8. 建立在人口基础上的效益需要人力和财力的投入(Population-based outcomes require human and financial investments)

只有投入充足的人力和财力资源,才可能得到建立在人口基础上的效益。经济投入应该落在那些以循证为基础的预防措施与政策的执行以及必需的基础设施的建立方面。此外,要提倡提高国家整体水平的投资,以提供培训并发展有专门知识的人才队伍。政府应承担这种投资的大部分,因为它们对人们的健康负有最根本的责任。

9. 有效的预防需要多部门的合作(Effective prevention requires intersectoral linkages)

精神障碍的预防和精神卫生的促进需要将地方和国家的公共卫生和卫生保健政策进行整合。精神卫生的预防和促进应该在一个公共政策的途径内整合,这一公共政策包括了诸如环境、住房、社会福利、就业、教育、司法和人权等部门的统一行动。这种整合将使各部门在健康、社会和经济利益方面产生“双赢”的效果。

10. 维护人权是预防精神障碍的一个重要的策略(Protecting human rights is a major strategy to prevent mental disorders)

诸如虐待儿童、暴力、战争、歧视、贫穷和缺乏教育等不利的情况，对于精神疾病的发展和精神障碍的发生有着明显的影响。因此，改进、维护基本人权的行动和政策将是预防精神障碍的一个强有力的对策。

介绍：什么是精神卫生循证的预防与促进

一、预防精神障碍：一个优先的公共卫生问题(Prevention of mental disorders: a public health priority)

精神和行为障碍不是哪个群体所特有的，它存在于所有种族、国家和社会。根据世界卫生组织《2001 世界卫生报道》估计，全世界大约有 4.5 亿人罹患精神障碍。约四分之一的人在他的一生中会出现精神或行为障碍。在世界范围内，成年人精神和行为障碍的时点患病率约为 10%。18 岁以下的青少年中，五分之一有发育、情感或行为方面的问题，八分之一会出现精神障碍，在相对贫穷的孩子们中间这种发病率为五分之一。神经和精神问题占到全世界由所有疾病和损伤所导致的 DALYs 总数的 13%(WHO, 2004d)，全球前 10 个导致残疾的原因中精神病的情况就占了 5 个，包括抑郁、酗酒、精神分裂症和强迫性障碍(Murray & Lopez, 1996) 等。预计到 2020 年神经精神科问题将占到 DALYs 总数的 15%，其中单相抑郁一项就占到 5.7%。

精神障碍对经济的影响是广泛、长久和巨大的。这些障碍给个人、家庭和社会都带来了巨大的经济负担。在美国，与精神障碍相关的年费用达到了 1470 亿美元，超过了由癌症、呼吸系统疾病或艾滋病所消耗的费用(Institute of Medicine, 1989)。在低收入国家，尽管由于精神卫生保健服务的覆盖率有限，由精神障碍带来的直接花费可能没有这么高，但是由于病人生产力的丧失，在总价值中的间接费用却增加了 (WHO, 2001b)。此外，由于缺乏治疗，看来极低的治疗费用，在间接上却延长了患者患病的时间和导致残疾的增加，因而在实际上增加了消耗的费用。除了卫生和社会服务的花费外，还有由于精神疾病所导致的失业、生产力降低、对家庭和照料者 (caregivers) 的影响、犯罪和对公共安全水平的影响以及过早死亡的不利影响等等多方面的损失。其他方面的一些损失是难以计算的，例如个人和家庭的耻辱感、被歧视和丧失机会等(WHO, 2001b; Hosman & Jane-Llopis E, 1999)。

为了减少精神障碍给卫生部门、给社会和经济所带来的负担，国家和地区有必要在政策的制定、立法、决策和整个卫生系统的资源再分配等方面，给予精神障碍的预防和精神健康的促进更多的关注和重视。

二、促进精神健康和预防精神障碍 (Promotion of mental health and prevention of mental disorders)

这一领域的研究者和政策制定者所面临的第一个问题，就是明确“精神健康”与“精神疾病”的概念和界限。世界卫生组织对“健康”所下的定义是：“躯体、心理和社会功能的

完好状态，而不仅仅是没有疾病。”(WHO, 2001a, p.1) 按此理解，健康包括心理、躯体和
社会功能三方面的内容，三者之间既密切联系又彼此独立。有证据表明躯体和精神障碍有可能
同时存在，也有可能两者相继发生，一个在另一个之前出现；同样也有证据表明，精神疾
病会增加罹患躯体疾病的危险性，反之亦然。

1. 促进精神健康 (Mental health promotion)

促进精神健康指的是促进正性的精神健康。精神健康被看作是一种资源，是自身的一种
价值，是和社会和经济发展所必需的一种基本人权。促进精神健康的目标是通过影响精神健
康的关键因素进行干预，增加正性的精神健康，降低不平等，构建社会资本，创造健康收益，
缩小国家与民众在健康期望值上的差距(Jakarta Declaration for Health Promotion, WHO,
1997)。促进精神健康的干预策略因对象和范围的不同而不同，对普通人群、高危人群以及
那些正在患病或者正在康复中的患者，采取不同的干预政策。详细内容可参阅《促进精神卫
生：概念·新证据·实践》的完整报告 (Herrman, Saxena & Moodie 2004; WHO 2004b)。

Box 1: 促进精神健康的定义

精神健康促进活动意指创造有利于个体心理和生理状态最佳发展的个人、社会和环境条
件。这一活动涉及每个正在争取精神健康、提高生活质量，力求缩小与国家和社会在健康期
望值上的差距的个体。这是个不断促成、不断实践的过程，需要通过人们自身的努力去获得，
同时也会对人们自身有益。精神障碍的预防可以被认为是其中的一个目标，也可以说是一个
更广义的促进精神健康策略的结果(Hosman & Jané-Llopos E, 1999)。

2. 预防精神障碍 (Mental disorder prevention)

精神不健康指有心理卫生问题、症状和障碍，包括由短暂的或长久的应激所致的精神紧
张和各种精神症状。预防性的干预措施通过减少与精神疾病有关的危险因素和增加相关的保
护因素而发挥作用。尽管在这个领域存在定义上的细微差别，但 Box2 中关于精神障碍预防
的定义已被人们广泛接受。

Box 2: 预防精神障碍的公共卫生定义

预防精神障碍的目标在于降低精神障碍的发病率、患病率、复发率，减少症状存在的时
间，减少精神疾病的危险因素，阻止或延缓复发，减少疾病对患者本人、家庭和社会的影响
(Mrazek & Haggerty, 1994)。

精神障碍预防的途径定位于公共卫生对它的定义中，即“应用地方、省、国家和国际的资源来处理影响大众健康的突出的卫生问题” (Detels 等, 2002)。医学会(Mrazek & Haggerty, 1994)已经提出了一个精神障碍干预的框架，这个框架是建立在躯体疾病预防分类的基础上的，按照经典的公共卫生分类分为一级预防、二级预防和三级预防。在公共卫生分类里，一级预防包括普遍的、选择性的和有明确指向性的预防干预措施（见 Box 3）。二级预防则在于通过早发现、早治疗来降低确诊的精神障碍患者在人群中的患病率。三级预防包括减少残疾，促进康复和防止疾病的复发。《精神障碍的预防：有效干预措施与政策的选择》主要关注的是精神障碍的一级预防。它对普遍的、选择性的和有明确指向性的干预措施进行总结，为政策的制定者、政府官员、措施的实施者，提供能在整个国家和地区实施的有效的策略。

Box 3: 普遍性、选择性和指向性预防的定义

普遍性预防 (Universal prevention): 指针对一般的公众或者说不具有肯定的危险因素的整体人群的预防措施。

选择性预防 (Selective prevention): 针对那些生物学、心理学和社会学有确切证据的，发生精神障碍的几率明显高于一般人群的个体和人群。

指向性预防 (Indicated prevention): 针对高危人群，即那些没有明显精神症状，但可检测到某些精神病的先兆症状和体征的，或具有某些易发生精神障碍的生物学标记，但在当时尚未达到精神障碍诊断标准的人群(Mrazek & Haggerty, 1994, pp.22~24)。

3. 精神卫生领域中预防与促进的衔接 (Interface between prevention and promotion in the field of mental health)

精神卫生领域中促进与预防之间的差别就在于它们预期的收效不同。促进精神卫生的目标在于通过加强心理完好状态，增强心理承受能力和心理应变能力，创造良好的生存条件和环境，来促进正性的精神健康。精神障碍预防的目标在于减少精神症状，最终降低精神障碍的发生。精神健康的促进策略是达到精神障碍预防的目标的一种方法。当精神健康的促进做到关注提高社区人群正性的精神健康时，则可以降低精神障碍的发病率。正性的精神卫生服务是防止精神疾病发生的一种强有力的保护因素。但精神障碍和正性的精神卫生并不一定存在直接的线性的关系，二者是精神卫生这一概念中两个重叠和相关的内容(Detels 等, 2002)。预防和促进的基本要素常常会同时出现在同一个干预措施或策略中，涉及相似的活动，产生

不同却又互补的结果。促进精神健康和预防精神障碍两者所涉及的，主要都是个体精神健康的加强和减少疾病的发生，因此它们概念虽然不同但操作方法是相关的。

三、发展成功的干预措施和政策的证据 (Developing the evidence for successful programmes and policies)

1. 需要证据 (The need for evidence)

循证医学和循证预防学要求我们在制定临床实践方案和公共卫生政策时要使用来自于系统研究的最好的和最有效的知识。根据 Sackett 的定义(Sackett 等, 1996), 循证预防学和健康促进是指: 以负责的、明确的、正确的态度, 使用当前最好的证据, 为个人、社区和人类健康的干预措施作出决策, 使其能在降低疾病的发病率和使人们更能控制和改善他们的健康状况方面, 发挥最好的作用 (Hosman & Jané-Llopos, 2005)。由于社会压力和责任感的增加, 为降低精神疾病负担所采取的预防措施必须具有坚实的依据, 要使人们确信这些措施能使大众受益, 还要对这些措施进行成本—效益 (cost-effectiveness) 分析, 以有足够的理由获得政府和公众部门提供的经费支持。尤其是当政府和非政府机构决定大规模地普及和实行某一新的预防措施时, 这项工作就显得更为重要。

本报告列举了有效预防精神障碍的最新证据, 鼓励人们在政策和实践中使用这些最新证据, 并争取在预防上有新的投入。近十年来预防研究工作最显著的进步, 就是改变了人们对于预防精神障碍的可能性的怀疑, 对危险因素和保护因素的可改变性以及它们贯穿在人的一生中, 在精神行为障碍的发展过程中所起的作用, 增加了科学的认识。许多研究已经证实: 预防干预能够成功地削弱危险因素, 增强保护因素, 并且在降低重性精神障碍的发病和治愈后的复发方面, 在减少高危人群发生精神障碍方面, 开始发挥作用。

2. 证据的标准 (Standards of evidence)

对以循证为基础的预防和健康促进的倡导引发了一场研究者、实践者、健康促进倡导者和政策制定者之间关于证据的质量标准的国际性争论。需要坚实的科学证据和证据标准来剔除干预试验的结果中 (内部真实性) 的无效结论, 剔除当这些干预措施在不同场所、背景和文化情况下 (外部真实性) 实施时, 这些干预措施的预期结果中的无效结论。对于目标人群, 证据应尽可能达到最高标准。

在循证医学里, 随机对照实验 (RCT) 被广泛认为是“金标准”和减少研究中的无效结论的最好策略。然而, 在预防和健康促进的研究中, 随机对照实验有它的局限性。因为这种实验更适用于在高度控制干扰因素的前提下研究某一干预措施对个体水平的影响, 而许多预

防和健康促进的干预措施是指向整个班级、学校、公司，甚至整个人群的，其中有些研究已将学校的班级甚至整个学校作为随机抽样的对象，而且往往需要研究者和社区保持长久的关系。随机对照实验实际施行起来是很困难的。因此，这个领域里的其他一些研究设计，比如队列研究（quasi-experimental studies）和时间序列研究（time-series designs），也被认为是在这个领域获取有用证据的有效策略，而且这些研究策略已被成功应用。比如用于评估国家立法和政策措施对减少酒精、烟草和违禁药品使用的影响。在某些情况下，为了洞察在发展和执行有效干预措施和政策时的有利因素和不利因素，定性研究同样必要。因此，本报告采用了不同类型的对照研究的结论，包括来自随机对照研究试验，有效的队列研究和定性研究等等的结论。

有效的干预措施的试验得到的发现越来越多。为了增强其结果的可靠性，就要优先考虑那些在多个社区和国家中可以重复的试验结果。了解当类似的干预措施在新的背景下被实施时，不同的文化和经济条件对其结果有何种不同的作用和影响，这样的研究是很必要的，它有助于确定在不同背景下这些措施需要做何种改变才能得到与以往的发现相同的结果。当前大部分的预防研究成果已经在发达国家中被应用了，尤其是在美国。这一概要报道及完整报道（Hosman, Jané-Llopos & Saxena, 2005）的目的就在于使循证的干预措施和预防知识能提供在不同背景下使用的原则，以便于在世界范围内使用它们。由于低收入国家缺乏预防研究的资源，同时又存在大量公共精神卫生问题，因此在这些国家中，实现对预防研究成果的应用就更为重要。为了促进预防措施的发展和预防决策的制定，在解释有效预防措施的可行性和发展他们自己的循证预防措施的过程中，需要对这些国家提供更多的援助。

当前可利用的以循证为基础的预防措施不断增加，国际上也出现要求在不同的社区和国家采纳有“最好的实践证明”的预防措施的趋势，面对这种情况，有关证据标准的问题就摆在了我们的面前。证据标准对我们在决定采用、再实施或大规模地实行某些干预措施时是很有用的。提供普遍适用的规则是困难的，它要求适用于不同的国家，而新的环境、文化和经济条件的不同就可能对先前发现的证据提出挑战。一般来说，无论是要判定某一有效预防措施执行得是否合理，还是要对某一新的措施进行试验性应用，都要考虑这些措施的证据，包括内部和外部的效度。

循证预防的建立是一个不断积累的过程，做不同类型的决定就可使用不同的证据标准。

第一部分 循证为基础的危险因素和保护因素

一、危险因素和保护因素的概念 (The concept of risk and protective factors)

精神障碍的预防针对的是那些对精神疾病有病因学影响和能触发精神疾病发作的决定性因素。“危险因素”(risk factors)是指那些能使疾病的发病可能性增加、严重程度变重或病程延长的有关因素。“保护因素”(protective factors)是指能提高人类对抗疾病危险因素和增强对疾病抵抗力的条件和情况。“危险因素和保护因素”的定义是:能修饰、改善或改变个体对某些容易引起适应不良后果的环境的反应方式的因素(Rutter, 1985)。基本上,个体的保护因素与积极的精神卫生的特征是一致的,例如自尊、情绪的顺应性(emotional resilience)、正性的思考(positive thinking)、解决问题的能力 and 社交技巧、应激处理技巧和优势感(feelings of mastery)。这些保护因素与促进精神卫生的因素有大量的重叠,预防干预的主旨就在于强化这些保护因素。

大量的证据表明,危险因素和保护因素与精神障碍的发生有关(如 Coie 等, 1993; Ingram & Price, 2000)。危险因素和保护因素可以是个人的、与家庭相关的、社会的、经济的和自然环境的。疾病的发生通常是因为多种危险因素存在,而又缺乏保护因素。危险因素与保护因素累加作用的结果,容易使个体从精神健康的状态变得易感,然后出现精神问题,最终发展为精神障碍。

对精神不健康状态的预防,其干预的目标是在个体的生命过程中通过消除危险因素和加强保护因素来中断精神障碍的发展过程。个人因素对精神障碍的发生所起的作用越大,预防措施成功运用时的预期效果就越大。

除了很多非特异的危险因素和保护因素外,预防干预中可改变的决定因素还包括了某些疾病的非特异性因素。非特异的危险因素和保护因素是指一些精神卫生问题和精神障碍所共有的因素。成功地对这些非特异的因素实施干预可以起到广谱的预防效果。例如,贫穷和对儿童的虐待均可以引起抑郁、焦虑和物质滥用。成功地解决贫困和对儿童的虐待,这种干预就可望对预防上述三种障碍产生好的影响。疾病的特异性因素主要是指与特殊的疾病发展相关的因素。例如,负性思考特异性地与抑郁相关,严重抑郁特异性地与自杀相关。

精神健康与身体健康也有相互关系。例如,心血管疾病可以导致抑郁,反之亦然。精神健康与躯体健康也可以有共同的危险因素,例如居住环境差可以导致精神与身体都健康不良。不同的精神障碍之间,精神健康和躯体健康之间,以及特异的和非特异的危险因素在导致精神不健康的发展过程中,它们的关系,是我们最需要了解的。

对危险因素和保护因素与疾病关系的研究已取得充足的证据,为政府和非政府组织在以循证为基础的计划和政策的形成、传播和实施方面的投资提供了理由。这些针对具有较大影响或一系列常见问题的危险因素和保护因素的干预,包括对社会和经济问题的干预,将对决策者和其他投资者有最大的成本收益和吸引力。

决策者和规划设计者需要考虑到,一种特定的精神障碍可以是不同病因作用于不同高危人群的结果。因此,有效的公共卫生政策应该针对有关高危人群的多种病因,制定多种预防干预措施。

二、社会、环境和经济的决定因素 (Social, environmental and economic determinants)

决定精神卫生的主要因素是社会经济和环境,它与贫穷、战争、不公平待遇等许多重大问题有关。例如,穷人经常过着没有基本安全、没有行动自由和选择自由的生活,通常会缺乏充足的食物,没有好的居住、教育和卫生条件,甚至被剥夺了每个人都期望着的、境况较好的人则认为是理所当然的主流生活(World Bank, 2000)。生活在社会经济环境不佳的社区里的公民,发生精神健康问题、抑郁和主观健康感较低的危险性大大增加(Patel & Jané-Llopos, 2005)。其他一些重大的社会问题如城市化、战争、移民、种族歧视和经济动荡等,也都与精神病症状如战争和战争相关的创伤后应激障碍(PTSD)、抑郁、焦虑、酒精相关障碍(Musisi, Mollica & Weiss, 2005)等有关,与精神病发病率的升高有关。而且,这些创伤可以使遭受创伤者和抑郁者的后代对精神疾病的易感性增加。

Box 4 描述了一系列以循证为基础的与精神卫生有关的社会、环境和经济决定因素,这些我们将在《精神障碍的预防:有效干预措施与政策的选择》中作进一步的讨论(Hosman, Jané-Llopos E & Saxena, 2005)。

Box 4: 与精神卫生有关的主要的社会、环境和经济因素	
危险因素 (Risk factors)	保护因素 (Protective factors)
使用药物和酒精(Access to drugs and alcohol)	授予职权 (Empowerment)
迁移(Displacement)	少数民族团结 (Ethnic minorities integration)
隔离和疏远(Isolation and alienation)	积极的人际互动 (Positive interpersonal interactions)
教育、交通和住房缺乏 (Lack of education, transport, housing)	参与社交 (Social participation)
邻里不和(Neighbourhood disorganisation)	社会责任心和忍受性 (Social responsibility)

同伴排斥 (Peer rejection)	and tolerance)
社会环境差 (Poor social circumstances)	社会服务 (Social services)
营养不良 (Poor nutrition)	社会支持和社区网络 (Social support and community networks)
贫穷 (Poverty)	
种族不平等和歧视 (Racial injustice and discrimination)	
社交缺陷 (Social disadvantage)	
城市化 (Urbanisation)	
暴力和少年犯罪 (Violence and delinquency)	
战争 (War)	
工作压力 (Work stress)	
失业 (Unemployment)	

三、个体和家庭有关的决定因素 (Individual and family-related determinants)

个体和家庭相关的危险和保护因素包括生物学的、认知的、情绪上的、行为上的、人际之间的或与家庭背景相关的因素。这些因素在生命过程的敏感期对精神卫生有极强的影响，其影响甚至可以波及后代。例如，在婴儿期及幼童早期遭受虐待和父母患精神疾病的个体，可以由这些因素导致在他以后的生活中，甚至在他的下一代中，出现抑郁和焦虑；而有安全感的环境及家庭社会的关怀可以减少这种抑郁和焦虑出现的风险 (Hoefnagels, 2005; Beardslee, Solantaus & van Doesum, 2005)。个别母亲可因在孕期的高危行为和因早年遭遇的有害事件而导致其神经心理的易感性增加 (Brown & Sturgeon, 2005)。夫妻关系不和则可使孩子出现品行障碍，女性往往出现抑郁，父母双方出现酗酒问题的可能性也会增加 (如 Sandler, Ayers & Dawson-McClure, 2005; Dyer & Halford, 1998)。

患有躯体疾病的老年人可能会遇到一系列并发的危险因素和问题，例如慢性失眠、酗酒、被虐待、被遗弃、心理哀痛等。其他危险因素与个人的行为和疾病史关系也很密切，例如早年的抑郁发作。焦虑障碍增加了抑郁发作的风险，而抑郁可以增加其后发生心血管疾病的风险。有时候这些疾病的病因学作用过程是一个连锁反应的过程，在儿童早期表现为注意缺陷与多动障碍 (ADHD)，儿童晚期表现为行为问题；在青春期表现为品行障碍；在成年期出现酗酒与抑郁。这样的例子有很多。Box 5 描述了主要与精神障碍发生有关的以循证为基础的病因学因素。

大量的证据表明，个体、家庭、社会、经济和环境因素不仅导致一系列精神卫生问题和精神障碍，而且同躯体健康问题，包括头颅骨折、颅脑损伤、心血管疾病、癌症和肝硬化等躯体疾病，也关系密切。政策制定者和实践者应该具有循证医学的知识，懂得有哪些因素与精神卫生密切相关，而其中哪些因素又是可以改变的。那么，通过预防干预和促进精神卫生措施对非特异性的危险因素和保护因素的作用，能处理哪些精神卫生问题和精神疾病呢？本文接下来的几个部分将对此进行阐述并为此提供证据。

Box 5: 精神障碍的危险因素和保护因素	
危 险 因 素(Risk factors)	保 护 因 素(Protective factors)
学术失败和校风颓废 (Academic failure and scholastic demoralization)	应激的能力 (Ability to cope with stress)
注意缺陷 (Attention deficits)	应对逆境的能力 (Ability to face adversity)
慢性或痴呆病人照料者 (Caring for chronically ill or dementia patients)	适应能力 (Adaptability)
虐待和忽视儿童 (Child abuse and neglect)	自主性 (Autonomy)
慢性失眠 (Chronic insomnia)	早年的认知刺激 (Early cognitive stimulation)
慢性疼痛 (Chronic pain)	运动锻炼 (Exercise)
传染源变异 (Communication deviance)	安全感 (Feelings of security)
早孕 (Early pregnancies)	情感驾驭能力 (Feelings of mastery and control)
虐待老人 (Elder abuse)	好的父母 (Good parenting)
情绪不成熟和控制障碍 (Emotional immaturity and dyscontrol)	良好教育 (Literacy)
过度使用精神活性物质 (Excessive substance use)	良好的亲情关系 (Positive attachment and early bonding)
暴露于攻击、暴力和创伤 (Exposure to aggression, violence and trauma)	父母与子女间正性的相互影响 (Positive parent-child interaction)
家庭冲突或家庭破裂 (Family conflict or family disorganization)	解决问题的技巧 (Problem-solving skills)
孤独 (Loneliness)	社会前行为 (Pro-social behaviour)
	自尊 (Self-esteem)
	生活技巧 (Skills for life)
	处理社交和冲突的技巧 (Social and conflict

<p>出生体重低 (Low birth weight)</p> <p>社会阶层低 (Low social class)</p> <p>内科疾病 (Medical illness)</p> <p>神经化学物质失衡 (Neurochemical imbalance)</p> <p>父母患精神疾病 (Parental mental illness)</p> <p>父母物质滥用 (Parental substance abuse)</p> <p>围产期并发症 (Perinatal complications)</p> <p>个人损失与居丧 (Personal loss - bereavement)</p> <p>工作技能和习惯差 (Poor work skills and habits)</p> <p>阅读障碍 (Reading disabilities)</p> <p>感觉障碍或器质性障碍 (Sensory disabilities or organic handicaps)</p> <p>社交能力差 (Social incompetence)</p> <p>应激性生活事件 (Stressful life events)</p> <p>孕期毒物使用 (Substance use during pregnancy)</p>	<p>management skills)</p> <p>社交情感的发展 (Socioemotional growth)</p> <p>处理应激 (Stress management)</p> <p>家人和朋友的社会支持 (Social support of family and friends)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

第二部分 降低风险、提供生活质量的宏观策略

法律、政策和资源分配的改革可以使一个国家和地区人民的精神卫生状况得到实质性的改善。除了降低精神障碍的风险和改善精神卫生外，对卫生、社会和经济也具有积极的影响。该部分综述某些已表明可以改善精神卫生和降低精神障碍风险发生的主要的宏观策略 (Patel & Jane-Llopis E, 2005; Musisi, Molicca & Weiss, 2005; Anderson 等, 2005)。

一、改善营养 (Improving nutrition)

强有力的证据表明，改善社会经济落后地区的人们——尤其是高危儿童或贫困社区儿童的营养状况，可促进健康的认知发育，提高学习成绩，减少精神不健康的风险。最有效的干预形式包括补充喂养、生长监测和生长促进，即：将营养干预（如食物补充）、心理咨询与社会照顾（如温情、注意倾听等）相结合(WHO, 1999)。生长发育表（将儿童的体重与预期体重绘成图表）也是一种非常好的办法(WHO, 2002c)。此外，碘的补充在精神心理发育迟滞和学习能力受损的预防中，起了非常重要的作用(WHO, 2002c)。联合国儿童基金会在全球推行了补充碘盐的计划，这个项目已经使全球 70%的家庭使用了碘盐，这一措施保护了 9100 万新生儿使之免于碘缺乏(UNICEF, 2002)。诸如此类可保证儿童获得充足的碘的措施，间接地预防了相关精神卫生和躯体健康问题的发生。

二、改善住房 (Improving housing)

住房条件差已被作为贫穷的一个标志，改善居住条件已成为改善公共卫生和减少健康不平等的目标。最近一份有关改善住房对健康影响的系统综述表明，改善住房对躯体和心理健康有积极的影响，表现在自我报告的躯体和精神的改善，精神压力的减少，此外对安全感、防止犯罪和社区活动的参与等方面的因素有广泛的正面影响(Thomson, Petticrew & Morrison, 2001)。

三、改善教育 (Improving access to education)

文化素质差和教育水平低在许多国家是主要的社会问题，尤其是亚洲南部和非洲 Saharan 地区的国家。缺乏教育严重限制了个人获得经济资本的能力，这个问题在女性中更为常见。多数国家针对儿童实行了较好的教育计划，并且取得了可喜的成绩，但却很少有针对成人文盲的教育计划。我们期待有针对提高成人文化水平的计划出台，提高成人的文化可以减少心理压力，提高心理健康水平，并产生实质性的利益。印度的人口志学研究已经表明，

教育的重要作用不仅仅是使人获得某种特殊技能(Cohen, 2002)。在有女性参与的新的社会形式中，教育为女性提供了广泛了解世界信息和思想的机会，这是社会变革的潜在的催化剂。通过参加“志愿教师”的活动，贫穷而有文化的妇女和女孩获得了自尊感、自我价值感和目的感。积极的精神卫生影响通过多种途径得到传播，例如学习计算技能可以减少被骗的危险，增强表达自己权利的信心，减少获得机会的阻碍。所有这些都对精神卫生起到保护作用，都能减少产生精神不健康的危险。

还有证据表明：通过教育基金的补贴来缩小教育中的性别差异是成功的举措(World Bank, 2000)。例如，1982年在孟加拉国的一个学校首先建立了学校教育津贴，之后女孩就读中学的入学率在5年内从27%上升到44%，是全国平均数的两倍多(Bellew & King, 1993)。巴基斯坦的一个评估研究表明，改善就学条件，提供助学金，制定恰当的培养计划，可以明显地增加女孩的入学率(World Bank, 2000)。良好的教育可以提高女性的认知、情感和智力，改善她们的工作前景，并且可以减少社会不平等和某些精神障碍（如抑郁）发生的风险。

四、减少经济上的不安全感 (Reducing economic insecurity)

在许多发展中国家，欠债是一种引起持续精神压力和烦恼的原因，可导致抑郁症状等精神障碍和自杀的出现。减少经济上的不安全感可以降低精神障碍产生的风险。例如孟加拉国非政府组织的 BRAC 计划，针对贷款、性别平等、基本的卫生保健、营养、教育和人权等问题，制定了缓解贫困的计划。计划为上述原因提供贷款，消除了应激的关键原因，即由非正规借贷者（高利贷者）所带来的威胁，从而可以降低患精神疾病的风险。一份对 BRAC 缓解贫困计划的评估表明，BRAC 女性成员的心理健康状况要优于非 BRAC 女性成员 (Chowdhury & Bhuiya, 2001)。

五、强化社区网络 (Strengthening community networks)

社区干预主要是着力在社区成员内部发展权利和建立主人翁意识与社会责任感。施行这种干预的一个例子是“关心社区计划”(CTC)。这个计划已经在美国几百个社区成功施行，目前被荷兰、英国、苏格兰、威尔士和澳大利亚采用。“关心社区计划”这一干预操作系统是一个区域实验策略，以激发社区建立对暴力和攻击的防御系统(Hawkins, Catalano & Arthur, 2002)。该策略帮助社区运用关于危险和保护因素的局部资料来辨别危险并采取行动。包括对多种生态学水平同时采用多种干预措施：社区（如动员、媒体宣传、政策改变），学校（改变学校管理结构或教学示范），家庭（如针对父母的训练策略）和个人（如社会能力培训策

略) (Developmental Research and Programs, 1997)。CTC 策略帮助社区选择和执行已有的、以循证为基础的、适合本社区的风险预测计划。迄今为止, CTC 系统已经对美国的 40 个试验社区的资料进行了严格的评估。结果显示, 该策略对年轻人极为有效, 其中学校问题下降了 30%, 武器指控下降了 65%, 偷窃下降了 45%, 毒品犯罪和攻击指控分别下降了 29% 和 27%。

六、减少成瘾物质的危害 (Reducing the harm from addictive substances)

1. 征税、限制使用和禁止广告 (Taxation, reduced availability and bans on advertising)

能在国际、国内、地区和局部地方执行的、针对成瘾物质的有效干预措施包括: 征税、限制使用和完全禁止各种形式的 (直接与间接的) 广告 (Anderson 等, 2005)。这些政策干预通过减少成瘾物质的危害, 可以预防精神活性物质所致的障碍。

价格是决定酒精和烟草消费的最大因素。将烟草价格税提高 10%, 在高收入国家可以降低 5% 的烟草的使用和消费, 在低、中等收入国家可以降低 8%。酒的情况与此相似, 将酒的价格提高 10%, 可以减少高收入国家 7% 和低收入国家大约 10% 的长期消费 (Anderson 等, 2005)。此外, 提高酒的税收可以减少酒精性肝病、交通事故, 还可减少其他有意或无意的损伤, 比如家庭暴力和由于使用酒精对精神卫生所产生的负面影响的发病率和患病率。

提高法定最小饮酒年龄的法律减少了年轻的饮酒者的出现。减少对酒的销售时间, 控制酒的产量, 限制对酒的使用, 都可以降低酒的消费和与饮酒相关的问题的发生。限制在公共场合及私人工作场所吸烟, 可以降低 4%~6% 的吸烟发生率, 使吸烟者的平均日吸烟量减少 10% (Fichtenberg & Glantz, 2002)。

全面禁止烟草广告, 可以减少 6% 以上的烟草消费, 而对这类广告的有限禁止则对烟草消费的影响较小或者完全没有影响 (Saffer, 2000)。禁止酒类广告的国家与不禁止酒类广告的国家相比, 酒精消耗降低 16%, 交通死亡事故减少 10% (Saffer & Dave, 2002)。

2. 减少孕期吸烟和使用其他精神活性物质 (Reduced smoking and use of other substances during pregnancy)

强有力的证据表明怀孕期间使用酒精、烟草和毒品可以引起诸如早产、婴儿出生体重低、围产期死亡率高、产生长期的神经和认知情感发育等问题 (如智力低下、ADHD、品行障碍、学业成绩差) (Brown & Sturgeon, 2005)。众所周知, 早产和出生体重低是不良精神卫生问题和精神疾病的危险因素。通常, 母亲滥用精神活性物质会影响到其后代在青春期和青年期的物质依赖。鼓励怀孕女性戒除物质滥用的教育计划能对精神卫生产生长期有益的效果。例如,

对吸烟的孕妇进行 15 分钟的行为干预，能使其中 6% 的人中止吸烟。戒烟的孕妇其婴儿出生时的体重平均增加 200 克，减少吸烟量的孕妇其婴儿出生时的体重也会增加 100 克 (Windsor 等，1993)。

第三部分 减少应激和强化恢复潜能

一、促进健康的生活起点 (Promoting a healthy start in life)

已有充足的证据表明早期干预是一种有力的预防策略。针对早年危险和保护因素的最成功的干预项目，其目标是高危儿童，尤其是低收入和低教育水平家庭的儿童(Brown & Sturgeon, 2005)。该干预项目包括孕期和婴儿期的家庭干预，努力减少孕期吸烟，父母的操持训练，学前教育等。

1. 以家庭为基础的干预 (Home-based interventions)

已有证据表明，孕期和婴儿早期的家访干预对健康、社会和经济起到了重要的公共卫生作用(Brown & Sturgeon, 2005)。家访干预是针对如母亲吸烟、社会支持差、父母技能和亲子关系互动等因素的一项措施，这项措施的作用包括了母亲和新生儿的心理卫生状况的改进，使用卫生保健的需要较少和 15 年后的长期行为问题的减少。这些作用表明以家庭为基础的干预是必要的，也是合算的，尤其是考虑到长远效果时更是如此。

产前和婴儿期的家访干预项目 (The Prenatal and Infancy Home Visiting Programme) (Olds, 1997, 2002)是这类干预措施的一个有效的范例 (详见 Box 6)。

Box 6: 产前和婴儿期的家访干预项目

该计划代表了以循证为基础的家访干预项目的最成功的范例。该项目包括为期两年的家访，是由经过训练的护士针对初次怀孕的贫困青少年怀孕者进行的。随机临床试验表明，产前和婴儿期的家访干预可以减少新生儿出生体重低的状况（一般体重提高 400 克），早产者下降了 75%，需要看急诊的人减少了两倍以上，虐待儿童的现象明显减少。随后 4 年中，这些母亲对孩子较少使用惩罚手段，就业率提高了 82%，生二胎的间隔时间超过了 12 个月，且其孩子的 IQ 评分较高。在孩子 15 岁时调查，极少有受虐的报道，酒精和药物滥用问题减少了 56%，被捕减少了 56%，犯罪减少了 81%，性伴侣的数量减少了 63%。这些家庭变得富有，政府用于这些家庭的开支所减少的花费要多于对该项目的投入(Olds, 1997, 2002; Olds 等, 1997; Olds 等, 1998)。

美国有两个社区采用了这项干预措施，同样获得了成功。这项干预措施最近又被一些欧洲国家采用。对于有严重精神症状和苦恼的母亲，请护士看护是最有效的方法；这些项目能

够满足她们的多种需要，通常可以使这类家庭受益。运用社区资源也是一种有效的措施。但是并非所有的护士和社工的家访干预都是有效的(Villar 等, 1992)，这就需要辨别项目中的措施哪些是有效成分，而哪些阻碍了效果的发挥。例如，在产前及婴儿期家访项目中发现，护士家访的效果较辅助性人员家访产生的效果好，当然这也不是绝对的。家访项目对低收入人群和国家尤其有效，这可能是由于被访者文化素质低或获得卫生保健、卫生知识有限的缘故。发展中国家没有选择的余地，只有训练具有相当专业知识的社工来做这些工作，假如能提供充足的训练，这些干预措施也可以传播开来。当然，对这项措施的结果尚需更进一步的研究。

2. 学前教育和双亲干预 (Preschool educational and parenting interventions)

针对有幼儿的高危家庭而制定的社区计划已经取得了一系列积极的成果(Brown & Sturgeon, 2005)。计划中的干预措施包括广泛的学前教育项目，如家庭阅读、健康筛选诊所、教给小学生阅读技能、涉及社会情感价值的有组织的娱乐和电视节目等。

有选择性的早期干预针对的是未成年人和贫穷家庭的孩子，目的在于提高他们的认知功能和语言能力。事实证明，此类学前教育项目能促进他们的认知发育，帮助他们取得较好的学习成绩并完成学业，减少品行障碍和被捕情况的发生。例如 High / Scope Perry 学前教育计划 (High/Scope Perry Preschool Project)，能够使年龄在 19 到 27 岁的人，终生被捕率减少 40%。该计划所获得的经济回报是政府对该计划投资的 7 倍(Schweinhart 等, 1993; Schweinhart & Weikart, 1997)。

出生体重低已被证明是重要危险因素，它导致认知和行为缺陷、发育停滞，之后还可能出现认知问题、学业损害、学校问题，并且可以增加行为障碍与精神疾病的危险。婴儿健康和发育项目 (Infant Health and Development Programme) 将家庭干预与学前计划相结合，对出生体重低的婴儿或精神发育迟滞的母亲的孩子，从婴儿期到 3 岁进行干预，开始干预后的 4~5 年中可以有效预防 IQ 的明显下降及不同等级的精神发育迟滞(如 Blair, Ramey & Hardin, 1995; Blair & Ramey, 1997)。这一结果已被反复地证明。许多母亲也反映干预可以减少孩子行为问题的发生。此外，针对高危儿童的日间护理项目 (Day-care Programmes) 也显示了相似的积极效果，例如可以减少小学时的成绩下降(如 Ramey, Yeates & Short, 1984)。

父母管理训练项目 (Parent Management Training Programmes) 也表现出显著的预防效果。例如 Webster-Stratton 的“难以置信的几年” (The Incredible Years)。该计划提供了一个以行为为基础的干预，运用录像带模拟的方法，模拟父母、学校老师和孩子的行为，提高了子女与父母间积极的互动关系，减少了子女与父母间强制性的相互作用，提高了孩子解决问题的

能力和社会功能，减少了孩子在家庭和学校出现的品行问题（Webster-Stratton & Reid, 2003; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001）。澳大利亚的 3P 项目（Positive Parenting Programme）是另一个有效的范例（Sanders, Turner & Markie-Dadds, 2002）。这种干预是新一代高水平的对父母的管理培训措施的代表，它包括了一般的、选择性的和指向性的策略。在一个对照随访研究中，父母在观看了一系列反映父母教育方式的录像带后，他们之间不一致的行为明显减少，自信心也明显增强(Sanders, Montgomery & Brechman-Toussaint, 2000)。

二、减少对儿童的虐待和忽视（Reducing child abuse and neglect）

已有大量的活动来预防和中止虐待儿童的发生，但只有两种类型的保护措施被证明有一定效果：针对高危母亲的家访计划，用来防止对孩子的身体虐待和忽视；针对学龄儿童的自我防范计划，可防止儿童性虐待(Hoefnagels, 2005)。

1. 以家庭为基础的干预（Home-based interventions）

业已证明，家访项目可以成功减少儿童被虐待的危险因素。随机对照研究表明，产前和婴儿期家访项目(见前 Box 6)可以减少对儿童的躯体虐待。据统计，在项目实施的前两年，在干预措施下未婚母亲虐待或忽视儿童的事件下降了 80%；在实施该项目的 15 年中，参与项目的高危母亲虐待和忽视儿童的事件总的下降了 46%（Olds 等，1997）。该结果表明：针对共同的危险因素和有多种结果的项目可成功地预防虐待儿童行为。

2. 自我防御策略（Self-defence strategies）

自我防御策略的主要目的是为孩子提供可以自我保护、防止受害的知识和技巧。这些基于学校的项目在美国广泛用于初级学校的不同年级。严格的对照研究均表明参与该项目的孩子们在知识和技巧方面都优于未参与该项目的孩子(Rispens, Aleman & Goudena, 1997)。不过尚无足够证据表明虐待儿童的比例下降是自我防御策略的结果。

三、应对父母患有的精神疾病（Coping with parental mental illness）

父母患有精神疾病或患有物质滥用所致精神障碍，他们的孩子是罹患精神问题危险性最高的人群。例如，父母患有抑郁症的孩子在 20 岁之前罹患抑郁症的危险高达 50%(Beardslee 等, 1988)。已有确定的证据表明，精神障碍，尤其是其中的抑郁和焦虑障碍，可以在代与代之间遗传，这是早在怀孕期和婴儿期的遗传、生物学、心理和社会危险因素相互作用的结果 (van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, 待出版)。近 15 年来，美国、欧洲和澳大利亚的研究者和临床实践者通过研究，制定了一系列针对孩子与家庭的危险和保护因素的干预措

施, 这些干预措施有的是针对父母与孩子之间早期的相互影响, 有的是在儿童期和青春早期建立一个健全的家庭, 有的针对高危儿童本身, 包括家庭对于疾病的认识, 孩子的心理社会顺应性 (resilience), 父母、孩子和家庭间的相互影响, 对疾病的耻辱感和社会支持网络等, 以求预防代与代之间的遗传。

在出生后第一年改善父母和孩子相互影响的家访计划, 在学校筛查并针对有焦虑症状的和父母患有焦虑症的孩子进行早期干预项目 (见第五部分第三小节), 针对有抑郁症状而父母无抑郁症的青春期的孩子认知定向的治疗计划, 等等干预措施, 都有一些有希望地发现, 但对其效果的对照研究仍然很少 (Beardslee, Solantaus & van Doesum, 2005)。一个关于认知定向小组治疗项目 (cognitive-oriented group programme) 的随机实验发现, 在实施干预的第一年, 对照组有 25% 的新发和再发抑郁, 而干预组只有 8%; 第二年随访时, 对照组和干预组的新发和再发抑郁分别为 31% 和 21% (Clarke 等, 2001)。这之前的一些对照研究也得到了类似的结果 (Clarke 等, 1995)。

[四、提高顺应性和减少在学校的危险行为 \(Enhancing resilience and reducing risk behaviour in schools\)](#)

尽管孩子们在学校里度过的时间多少不同, 在许多社会里学校仍是孩子们社交的重要场所。基于这一原因, 加上操作上的方便, 因此学校已经成为对孩子和年轻人进行促进健康和预防干预的重要场所。

有充足的证据表明, 在小学、初中和高中实施的基于学校的干预措施, 通过社交情绪 (social-emotional) 学习, 可以对精神卫生产生积极的影响, 减少危险因素和情绪与行为问题 (见 Domitrovitch 等综述, 2005)。一些干预措施用整合的方法连续几年针对整个学校, 另一些干预则仅针对学校里的某一部分人 (如特定年级的孩子), 或特定的一个高危学生组。面对学校的干预措施大多应用较广泛, 并且成功地作用于一系列特定的危险和保护因素, 取得一定的效果, 包括提高成绩, 提高解决问题的技巧和社交能力, 减少诸如抑郁症状、焦虑、欺凌弱小、使用成瘾物质和攻击与行为不良等内化和外显问题。

[1. 一般技能培养项目 \(General skill building programmes\)](#)

在小学或初中实施的一般技能培养项目, 如“我能解决问题项目” (I Can Problem Solve Programme) (Shure, 1997; Shure & Spivack, 1988), 可以显著改进学生解决问题能力的认知, 减少压抑和冲动行为。经过六年的随访证明, “提高社会意识和解决社会问题项目” (Improving Social Awareness - Social Problem-Solving Programme, ISA-SPS) 可以改善学生

处理中学过渡期的相关应激事件的能力，可以明显减少行为问题(Bruene-Butler 等，1997)。另一个有效的范例是“促进选择性思维策略”(Promoting Alternative Thinking Strategies, PATHS)，几项随机对照试验表明，该方案可提高情绪方面的知识和解决问题的技巧、减少内化和外显问题的发生(Conduct Problems Prevention Research Group, 1999; Greenberg & Kusche, 1998)。为初、高中学生安排的以学校为基础的技能培养项目，常可用作对精神不健康和物质滥用者的干预计划，尤其是当面临有这些需要解决的问题时，更是如此。

2. 改变学校的生态 (Changing the school ecology)

集中于生态学的预防干预试图针对孩子们家庭或学校有关的影响因素(变量)，来提高他们的情绪和行为功能，预防或减少症状及其他不良后果。正如完整报告(Domitrovich 等，2005)所述，重建学校环境(如改变学校环境计划。Felner 等，1993)，影响教室氛围(如良好行为游戏)(Kellam 等，1994)，优化整个学校风气(如挪威的预防欺凌弱小计划)(Olweus, 1989)都可以产生这样的效果。例如，良好行为游戏是一种通过强化来加强正性行为 and 服从教室纪律的应用广泛的项目，美国和荷兰的几个随机对照试验表明：该项目实施的五年中，可以显著减少有中到高度攻击行为的男孩的攻击行为(Kellam 等，1994; van Lier, 2002)。

3. 多组分的综合方案 (Multicomponent programmes)

这些干预方案针对不同方面和不同水平，同时又将学校作为一个整体干预目标。例如除了提高学生的个人技能和父母参与外，同时改变学校的生态环境，这比单一水平的干预更加有效。类似的有效的多组分方案的例子还有：家人和老师兴趣结合项目(Linking the Interests of Families and Teachers, LIFT)可以减少学生尤其是那些高危学生的攻击行为(Reid 等，1999)；西雅图社交发展计划(Seattle Social Development Project)可以显著增强学生与学校的联系，学生自我报告学业有改进，品行不良行为有减少(Hawkins, von Cleve & Catalano, 1991)。

五、处理家庭破裂 (Dealing with family disruption)

父母离异的青少年表现出较高比例的早孕、早婚、退学、不良行为、物质使用和其他内化与外显的问题；学习成绩和社会竞争力下降；人际关系不和；离婚和过早死亡的危险性增高。父母死亡的孩子抑郁和焦虑症状出现率较高，包括临床上的抑郁症、更多的学校行为问题和学业不良。

两种形式的干预方案已经被用于对父母离婚的儿童干预：针对孩子的方案和针对父母

的方案(见 Sandler, Ayers & Dawson-McClure 的综述, 2005)。针对这些孩子的有效的学校方案(如孩子支持组, 针对孩子的父母离婚的干预计划)可以教给他们特定的认知行为应付技巧(如控制愤怒、解决问题、交流), 培养孩子对情感的认同(identification)和表达, 此外, 还可以提供社会的帮助和减少孩子的孤立感、耻辱感。对照研究业已表明, 经过一年的随访, 参与该方案的孩子(年龄从 8 岁到 12 岁)较少表现有抑郁症状和行为问题(Wolchik 等, 1993; Wolchik 等, 2000)。针对父母的方案以提高养育孩子的技巧和应对情绪问题为目标, 可以成功地改善亲子关系的质量, 使孩子遵守纪律, 减少孩子内化和外显的问题。一个为期六年的随机随访研究发现, 这些针对母亲和孩子的干预方案可以引起一系列纵向的长期效果, 包括精神障碍的发生显著减少(Wolchik 等, 2002)。随访中, 试验组青少年精神障碍的年患病率为 11%, 而对照组为 23.5%。此外还发现, 原先精神卫生问题较多的青少年外显的问题明显减少。

许多针对丧失父母的孩子的干预项目是很需要的, 但关于此类项目的严格的对照试验极少(Sandler, Ayers & Dawson-McClure, 2005)。针对儿童、青少年和监护人的多组的研究方法, 取得的结果令人充满希望(Sandler 等, 2003), 因为这些组成功地促进了丧失亲人的孩子的有利的精神卫生因素, 包括积极的亲子关系、应付技能、照料者的心理卫生、纪律和感情分享。针对孩子和针对父母的计划对那些危险性越高的孩子, 即在实行计划时就表现出症状的孩子, 其作用就越大。

六、职业场所的干预 (Intervening at the workplace)

职业场所有两个重要的应激源可以导致不良精神卫生状况的发生: 工作压力和失业。这些应激源可以增加抑郁、焦虑、身心疲惫、酒精相关问题、心血管疾病和自杀行为的发生。

1. 工作压力 (Work stress)

为减少工作压力, 干预措施应直接针对提高员工的应付能力, 并减少工作环境中的应激源。针对工作环境的策略有三种: 任务和技能干预(如丰富工作内容, 改善环境, 减少噪音, 降低工作量); 改善角色分工和社会关系(如交流, 解决冲突); 针对工作和员工的多样化的干预。尽管国内的和国际的法规中有关心理社会工作环境的评估都强调危险因素和对危险因素的管理, 但是多数计划仍是针对减少应激及其后续影响的认知评估, 而不是减少或消除应激源本身(见 Price & Kompier 综述, 2005)。

Box 7: 关爱给予者支持项目：提高员工应付能力和改善精神卫生

“关爱给予者支持项目”（Caregiver Support Programme）是为了提高对关爱给予者（caregiver）的社会支持和参与工作决策能力而设计的，该计划在卫生和精神卫生保健机构里执行。计划包括 6 个训练部分，历时 4~5 个小时。大约 10 个家庭主妇（home managers）和 10 个接受关爱的员工组成不同的组参加训练，训练的各部分主要针对：（1）理解和加强组织内现存的帮助网络；（2）提高职工参与决策和采用他们所作的决策；（3）教会监护人和关爱小组的工作人员如何在家庭发展和引导训练活动；（4）教会职工如何长期保持这种新的技能。运用社会学习原理可产生强烈的成就感并教会工人战胜挫折，达到确保有效传播的目的。

一个大规模的随机试验曾对该计划进行了评估，结果表明该计划提高了对工作支持的反馈数量，增强了职工处理争论和工作负担过重的能力，以及提升了工作中的团队风气。该计划对至少参加了五次的训练者的精神卫生和工作满意度有提高。“关爱给予者支持项目”对那些最可能失去（离开）工作的高危职员的精神卫生也有积极的作用(Heaney, Price & Rafferty, 1995a, 1995b)。

2. 工作丧失和失业（Job loss and unemployment）

最著名和应用最广泛的针对工作丧失和失业的干预措施是管理失业保险和福利援助的法律政策，或者是与提高工作安全性相关的政策。在世界的不同地区，这些政策也有显著的不同。有许多政策是用来减少工作丧失和失业危险的，包括工作分配，工作安全政策，减少工资和减少工作时间。虽然这些干预在减少与失业相关的压力方面有非常明显的作用，但是他们保护员工的精神卫生的潜在的作用还缺乏证据。

事实证明，许多干预措施在帮助失业工人再就业方面是有成效的，如“工作俱乐部”（Job Club）和“JOBS 计划”（见 Price & Kompier 综述, 2005）。这些操作简便、花费少的措施是针对那些找工作者的，它将找工作的技巧的基本训练与提高主动性、应付挫折的技巧和社会支持结合起来。在美国(Caplan 等, 1989; Price, van Ryn & Vinokur, 1992; Vinokur 等, 2000) 和芬兰(Vuori 等, 2002)，许多大规模的随机试验测评表明，“JOBS 计划”对再就业率、所获工作的质量和工资、找工作的自我效率和技巧的提高，以及减少抑郁和苦恼，起到了积极的作用。现在“JOBS 计划”已成功地在中国和爱尔兰传播。

七、对难民提供支持 (Supporting refugees)

战争的创伤在世界的许多地区对个人、家庭和社会产生了极为有害的影响(Musisi, Mollica & Weiss, 2005); 对受害地区的公共卫生和社会经济发展产生极消极的影响。这种影响可以跨越几代人。流浪的难民中存在大量的疾苦和精神残疾; 大量的生理和性扭曲的战争受害者和退伍军人生活在因战争严重受创的落后的社会。最常见的障碍包括 PTSD、抑郁和焦虑, 这些障碍通常与一些其他疾病共存, 如物质滥用、人格改变、分离性障碍甚至精神病失代偿和自杀行为。大量的证据指出: 这些严重创伤的影响可波及下一代。战争破坏了健康的基础, 导致社会财产损失, 产生大量孤儿, 对战后社会的重建及人们应付社会的能力、健康和精神卫生的后果都有严重的影响。战争的后遗症削弱了国家的预防资源, 是多种精神病发病的主要危险因素。

最有希望和最有效的预防方法, 是通过国际维和者的努力, 成功地阻止战争, 阻止创伤性的行为和事件, 维护及实行人权。预防因战争冲突而发生的精神障碍, 首要的措施应是致力于创伤后的早期干预, 预防战争的消极后果(如流行病、家庭整合问题), 重建国家的身心健康服务系统和社会基础结构, 恢复精神卫生教育, 恢复人权, 以及为难民提供情感上、经济上的社会援助(Musisi, Mollica & Weiss, 2005)。以上除预防 PTSD 的干预措施外(见第五部分第三小节), 预防其他障碍的干预措施很少有严格的效果评估。国际机构的支持和援助对这些大的预防策略的实施, 对获得其有效性与可行性所需的证据, 都是非常重要的。

八、老年人的精神卫生 (Ageing mentally healthy)

现在已有各种不同类型的一般的、选择性的和指向性的干预措施, 被成功地运用于改善老年人群的精神卫生 (Jane-Llopis E 等, 2005)。一般措施的范例有运动干预 (exercise interventions) 和通过帮助来改善社会支持。选择性和指向性干预中较有希望的预防措施包括: 针对老年慢性病患者及其照料者加强教育, 早期筛查, 初级保健干预和使用生活回顾技术 (life review techniques)。此外, 为了减少痴呆的危险, 最近的研究已指向预防颅脑损伤及预防高血压和高血脂。

1. 运动干预 (Exercise interventions)

最近的横断面研究和对照试验表明: 运动, 如有氧运动和太极, 对老年人的生理和心理均有益处(Li 等, 2001), 包括提高生活满意度, 积极的情绪状态和精神完好状态, 减轻心理压力 and 抑郁症状, 降低血压和明显减少跌倒的发生。在中国台湾, 老年人锻炼身体, 尤其是练太极, 已经成为一种文化。

2. 改善社会支持 (Enhancing social support)

一些研究表明,“友善”对老年人的健康,尤其是对老年女性的健康,有积极的作用。与人为友是一种广泛用于提高老年人社会支持和减少其孤独与抑郁的策略。到目前为止,尚只有一个队列研究(quasi-experimental)的结果表明:老年女性的交友计划可以明显减少孤独和增加结交新朋友(Stevens & van Tilburg, 2000)。此类研究亟需重复性研究。

3. 在初级保健机构的早期筛查和干预 (Early screening and intervention in primary care)

有限的证据表明,对老年病人进行早期筛查和个案管理,可以获得一系列的收益,包括精神卫生收益,且很合算。例如,一个针对高危社区老年居民的早期个案管理方案(包括在家中老人进行评估,定期家访和提供一系列社会服务,如家政管理、生活护理、急诊警报反应系统等),可以帮助老人减少抑郁,提高生活自主感(mastery)和生活满意度(Shapiro & Taylor, 2002)。经过一年半的研究发现,那些接受了干预的老人住院率和死亡率都有明显下降:住院率从16.9%下降至2.5%,死亡率从6.1%下降至2.5%。

4. 抑郁和自杀的预防 (Depression and suicide prevention)

虽然抑郁在老年人中很常见,但对该人群的抑郁干预和自杀干预的对照研究却少得几乎没有。已获得的一些证据有“寡妇互助方案”(Widows Supporting Other Widows),对改善社会关系和减少抑郁症状有效,此方案主要涉及寡妇之间的相互帮助。还有初步的证据表明生活回顾会(life review meetings)和回忆治疗可以减少老年人——尤其是住在私人疗养院的老年人——患抑郁症的危险(Haight, Michel & Hendrix, 1998)。也有一些证据表明,热线电话和急诊反应服务可以明显减少自杀的行为(De Leo, Dello Buono & Dwyer, 2002)。

5. 慢性躯体疾病状态 (Chronic medical conditions)

老年人群另一个明显的高危组是那些患有慢性或痛苦性的躯体疾病如听力丧失、活动能力受损、关节炎或其他慢性病的老年人。这类人特别容易产生抑郁。在该领域仅有少数几个例子评估了干预措施的效果。“病人教育技术”(Patient Education Techniques)告诉病人有关疾病的诊断和处理策略以及如何处理某些慢性状况(如慢性疼痛),从而对减轻抑郁等心理状态有短期的益处(Riemsma等, 2002)。另有证据表明,为听力丧失的老年人提供助听措施,有益于患者社会、情感和认知功能的改善,也有益于减少抑郁(Mulrow等, 1990)。

6. 慢性疾病和贫穷老年人的照料者 (Caregivers of chronically ill and indigent elderly)

慢性疾病和贫穷老年人的照料者处于高度应激状态,抑郁的发病率也高。采取一系列针对老年人照料者的健康教育干预后,对照研究结果表明,照料者的负担、抑郁、主观感受和认知满意度都有明显的改善(Sorensen, Pinquart & Duberstein, 2002)。这些健康教育干预包括

为照料者提供被照顾者疾病的有关信息、有效的策略与服务措施，训练照料者对疾病的具体问题作出有效反应等。这些干预措施通常采用举办讲座、团体集会和赠阅书面资料等方法实施。

7. 预防痴呆 (Prevention of dementia)

现在已有一些方法考虑到痴呆的一级预防或延缓痴呆发作。例如减少环境中的神经毒素（如铝），降低已有痴呆前驱症状的易患人群的风险因素，提供药物保护措施（如非甾体类抗炎药、雌激素替代、抗氧化剂、维生素 E），以及遗传咨询（■Llopis 等，2005）。所有的这些策略虽然没有确定的证据表明可以作为预防措施提出，但已经让人看到了一些希望。至少已有两个策略对痴呆的预防或延缓痴呆的发生似乎有所帮助，第一，通过高速公路限速、使用安全帽和安全带及酒后驾车法和行车执照法来预防早年的颅脑损伤（Cooper, 2002）。第二，血管性疾病经循证医学证明是痴呆的危险因素，欧洲的一项双盲研究表明，通过抗高血压治疗来降低高危老年人的高收缩压可以降低 50% 的痴呆发病率（Forette 等，1998, 2002）。也有证据表明，降低胆固醇可以预防或延缓痴呆的发生。

第四部分 精神障碍的预防

这一部分总结了过去几十年在发展循证预防方案以减少精神障碍造成的危害方面所取得的进步。在这部分内容里，有效的方案和策略作为一般的、可选用的以及指向性的预防措施，以预防品行障碍（Eddy, 2005）、抑郁症（Jané-Llopos, Munoz & Patel, 2005）、焦虑障碍（Hosman, Dadds & Raphael, 2005）、进食障碍（Hosman, 2005）、精神活性物质使用相关的精神障碍（Anderson, Biglan & Holder, 2005）、精神病性精神障碍（Killackey 等, 2005）和自杀（Hosman, Wasserman & Bertelotte, 2005）的发生。

一、品行障碍、攻击和暴力行为（Conduct disorders, aggression and violence）

青少年中品行障碍的患病率约为 2%~10%，更多见于男孩。品行障碍多伴有许多其他严重问题，如：学习成绩不良，不能完成学业，成年期人际关系和工作表现差，使用及滥用精神活性物质，焦虑和抑郁障碍。品行障碍、攻击及暴力行为所造成的社会、经济损失是巨大的。其中包括：治疗费用、司法和监狱系统的支出、社会服务的支出、学业不良造成的损失，以及给受害者及家属带来的情感上和经济上的损失。经济学家估算，每年每个被诊断为品行障碍的儿童所消耗的费用达到两万五千八百零六美元之多。

造成青少年品行障碍的危险因素包括：孕妇怀孕期间吸烟，行为易冲动，养育不当，父母有反社会行为和使用精神活性物质，虐待儿童，早期好斗行为和品行问题，早期使用精神活性物质，交友不慎，不合群，居住在贫困、混乱、有较高犯罪率的社区。

减少品行障碍和攻击性行为的预防干预措施中，最成功的干预手段是着眼于促进儿童、家长、同伴及老师的社会能力及儿童早期的社会行为。这些干预手段和另一个为品行问题设置的模式一致，那个模式强调儿童、监护人和同伴间的相互作用。新的干预手段试图尝试这种模式，多层面的和纵向研究的新发现也支持这种新手段。

1. 普通干预（Universal interventions）

成功地影响品行问题的一般干预方法都是以学校为基础的，它包括教室行为管理，加强儿童的社会交往技能，以及有家长参与的复合模式策略。Box 8 提供了一些循证治疗方案的例子。

教室行为管理项目（Classroom Behaviour Management Programmes）通过表扬好的行为及对不当行为进行批评，帮助儿童更好地达到教室行为的要求。有效的治疗方案会使学生的行为问题（如破坏性行为、攻击性行为）减少，也会使学生之间和师生之间的关系得到改善。儿童社交技能项目（Child Social Skills Programmes）给儿童提供认知技能以帮助他们更好地应

对社交场合上的困难。通常会在课堂上给儿童传授一些与倾听、情感沟通（empathy）、人际关系处理、冲突和愤怒情绪的控制等有关的技巧。通过至少一年的干预，这些方案显示出对解决有关的认知问题有积极的影响作用，可以减少冲动行为。儿童和老师都反映品行问题有所减少。

多模式干预包括学校范围内的多种干预或不同环境的干预措施，包括儿童社交技能与家长管理训练相结合。多模式方案往往同时为儿童及监护人提供有效的促成社会前期行为类型发展所需的技能。经过这些干预，儿童在运动场上所发生的攻击行为减少，其他许多行为问题，如欺凌弱小、偷窃、破坏公物、自我报告的行为问题和首次被拘捕等，也有所减少。

Box 8: 以循证为基础的减少品行问题与攻击行为方案的例子

	策 略	有效干预的例子
普通性干预 (Universal)	行为管理	良好行为游戏 (GBG) (Kellam 等, 1994)
	儿童社交技能 干预	我能解决问题 (Shure, 1997; Shure & Spivack, 1988) 促进思维灵活性的策略 (PATHS) (Greenberg 等, 1995)
	学校的复合模 式干预	预防欺负弱小行为的方案 (Olweus, 1989) 儿童发展项目 (CDP) (Battistich 等, 1996) 西雅图社会发展项目 (SDP) (Hawkins, von Cleve & Catalano, 1991; Hawkins 等, 1999) 连接家庭和教师利益 (LIFT) (Reid 等, 1999)
选择性干预 (Selective)	胚胎期/儿童早 期治疗方案	护士家庭伙伴方案 (Olds 等, 1998; Olds, 1997) 难以置信的几年项目 (Webster-Stratton, 1990; Webster-Stratton & Reid, 2003)
	学校或社区治 疗方案	青少年转变期的治疗项目 (Dishion & Andrews, 1995)
指向性干预 (Indicated)	对高危儿童的 学校多模式方 案	第一步 (Walker 等, 1998) 蒙特利尔预防计划 (Tremblay 等, 1995) 快道(品行障碍预防研究组, 2002)

2. 选择性干预 (Selective interventions)

选择性干预是为不同环境设计的、对预防品行问题很有效的一种干预方案。它包括了出生以前暨儿童早期、或儿童早期的治疗方案，以及以学校或社区为基础的治疗方案。出生以前暨儿童早期、或儿童早期治疗方案通常试图提高家长对营养知识的了解，指导家长如何支持并教导他们的孩子社会前期的行为模式和发展儿童社交技能 (Olds 等, 1997; 可见第四部分第一小节和第二小节)。采用这些方案可减少品行障碍的危险因素，使儿童在青少年期品行障碍减少，其中包括暴力行为及犯罪被捕的减少。针对高危儿童的以学校和社区为基础的方案对提高儿童的社交技能及解决问题的技能是有效的，对家长提高管理孩子的技能也有效，能使消极的亲子关系削弱，由教师评定的品行障碍也减少。

3. 指向性干预 (Indicated interventions)

指向性干预措施预防品行障碍的方案着眼于那些被家长、老师明确辨别出有严重品行问题的儿童。这些方案在一些中学里使用后，老师与儿童都反映可使品行问题减少。一个有效的、包含了普通性、选择性与指向性干预措施成分的治疗方案就是“快道”(Fast Track) (品行障碍预防研究组, 2002)。这个方案在幼儿园选定一些儿童作为研究组，让他们在学校学习过程中参加各种干预，包括社交技能训练及解决问题的技能训练 (如 PATHS)，然后与同龄的对照组进行同样的娱乐和学习。研究组的孩子的家长则参加家长管理技能培训组，家长和孩子一起参加有计划的技术训练活动，研究人员定期对他们进行家访，帮助家庭进行病例管理。实施干预三年后进行评估，家长和老师均称研究组儿童表现出品行问题的数量较少。

二、抑郁症和抑郁症状群 (Depression and depressive symptomatology)

抑郁是最常见的精神疾病障碍之一，影响到世界上约 3.4 亿人口。2002 年，单相抑郁占伤残调整生命年 (DALYs) 的 4.5% (WHO, 2004d)。抑郁是欧洲地区位列第一的伤残原因。预计至 2020 年，单相抑郁可能成为第二位的疾病负担，将占 DALYs 的 5.7%，仅次于缺血性心脏病。也就是说仅单相抑郁将占到全世界因神经精神因素致残病因的三分之一，也将成为有待解决的最重要的精神障碍。一系列可变的危险因素与保护因素都会影响到抑郁的发病和复发，这些危险因素和保护因素在各个年龄阶段，甚至早自婴儿期，始终存在，其中包括生物的、心理的、家庭的、社会的以及与社会有关的一些因素。这些因素不均匀地分布于人群中，并在一个大范围的危险人群中集中。我们已确认抑郁特定的危险因素 (如：父母患抑郁，抑郁素质性认知) 与一般的风险因素 (如：不正确的教养、虐待忽视儿童、应激性生活事件、遭受欺负等)，以及保护因素 [如：自主感 (sense of mastery)，自尊，自我效力

(self-efficacy), 应激耐受能力强, 社会支持等]。所以, 抑郁作为一种结果, 在人群中有效的干预途径应该是包括了普通性、选择性及指向性措施的综合干预方式。不同的干预方案在效果上有很大的不同 (Jane-Llopis 等, 2003)。有几项研究都发现, 干预后抑郁障碍的发病有显著的下降。对照研究表明, 在实施干预之后, 抑郁症状的发生平均减少了 11%, 虽然下降不算很多, 但也非常可观了。

1. 普通干预(Universal interventions)

强化人群中的保护性因素可减少抑郁的发病, 其例子有着眼于解决儿童青少年问题的社交技能和认知训练的学校干预方案 (见第四部分第四小节), 有为年龄较大的患者实行体能锻炼的干预方案 (见第四部分第八小节)。在一年以上的干预之后, 某些以学校为基础的干预方案 (如形式和内容丰富的青少年干预方案) 使抑郁症状发生的几率减少了 50% 以上 (Shochet 等, 2001)。芬兰实施了一项对儿童进行以家庭为基础的早期家庭咨询方案, 对照研究的结果发现, 在 10~15 年后这些儿童进入青少年期及成年早期时, 他们中发生的情绪和行为问题与对照组比较有所下降 (Aronen & Kurkela, 1996)。

一些循证干预方案强调危险因素及保护性因素在抑郁发病中的作用, 这些成功的干预措施包括减少虐待和忽视儿童 (见第四部分第二小节) 以及减少儿童遭受欺负现象的发生 (见第五部分第一小节)。

2. 选择性干预 (Selective interventions)

家长干预方案是为那些孩子有品行问题的家长设计的, 目的在于通过提供信息及对家长养育孩子的行为方法进行训练, 以改进家长的心理社会完好状态。这种干预手段表明, 随着儿童品行症状的改善, 家长的抑郁症状也可减少大约 30%。此外, 一些着眼于应对重大生活事件的选择性干预措施对抑郁症状有显著和长期的减少作用, 例如, 针对那些丧父丧母及父母离异的儿童的干预方案 (见第四部分第四小节) 以及针对失业者 (见第四部分第六小节) 与罹患慢性疾病的老年人的干预方案 (见第四部分第八小节)。而且, 通过对婴儿、青少年及父母患抑郁的家庭进行干预, 以阻止抑郁及相关问题在代际传递, 可能将成为一项有前景的治疗策略 (见第四部分第三小节)。

如果能够提供合适的社会经济的援助, 在难民和遭受战争创伤者中以及在发生冲突后的地区中抑郁的发病将有望显著减少。如果这些冲突及灾难得到预防, 人权得到尊重, 那么抑郁在上述人群中的发病可望有更大的下降 (见第四部分第七小节)。同样, 如果各国各地区都普遍采取措施减少经济不稳定与贫穷, 则普通人群的抑郁也会大幅度下降。尽管尚无科学证据表明这些措施是通过何种特殊作用来减少抑郁, 但它的作用是肯定的。

3. 指向性干预 (Indicated interventions)

针对抑郁症状比较严重但尚不能诊断为抑郁障碍的人群,一些干预方案在减轻抑郁程度及预防抑郁发作上有显著的效果。这些方案主要是指导高危人群如何进行积极的思考、摒弃消极的思维方式及提高解决问题的技巧。这些方案可用于一些需要初级护理 (primary care) 的病人、青少年及其他特定人群。目前在青少年中进行的随机研究已找到了抑郁发作减少的数据: 实施一年干预后, 抑郁的发病与复发减少 40%~70% (Clarke 等, 1995, 2001)。

一项新的计划——通过书面自助材料、大众媒体和因特网在更大范围内对高危人群进行干预的计划, 正在进行可行性调查。还有一些试图通过光疗 (light therapy) 来预防冬季抑郁症发生的研究项目 (Avery 等, 2001) 也正在进行。

焦虑障碍常先于抑郁发作的出现——这一发现使得人们去发掘以循证为基础的方案预防焦虑障碍的潜在因素。尤其是对于特定的儿童及青少年, 这一方案可作为一种间接策略来减少他们患抑郁的风险 (见第五部分第三小节)。至少有一个对照研究表明这种针对儿童焦虑的治疗方案会显著减少抑郁症状, 尤其是对于干预前焦虑严重的儿童 (Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001)。Box 9 列出了其他有效预防抑郁发作的指向性治疗措施。

总之, 许多运用于不同年龄段的预防方案为抑郁症状的减轻提供了证据。有少量的预防方案经过重新评估后表明对预防临床抑郁发作有效。着眼于减少或预防抑郁症状是非常重要的, 因为严重的抑郁症状会增加重型抑郁症发生的风险。此外, 抑郁症状会降低生产力, 降低个人操持家务的能力, 降低个人的精力, 降低愉悦感和生活满意度。

Box 9: 高危儿童和青少年抑郁的预防	
应对应激的过程 (Clarke 等, 2001) 针对父母患精神病且自身有亚临床抑郁症状或有抑郁发作史的儿童。 通过 15 组 (次) 认知疗法以确定并试图改变患者消极的思维模式并产生更现实与积极的思维。 一项随机抽样对照研究表明, 经过 14 个月随访, 试验组抑郁症的发病率为 9.3%, 低于对照组 (28.8%)。	应对应激的过程 (Clarke 等, 1995) 针对有抑郁症状的中学生。 通过 15 组 (次) 认知疗法以确定并试图改变患者消极的思维模式, 产生更现实与积极的思维。 一项随机对照研究表明, 干预一年后, 实验组首次抑郁发作的发生率为 14.5%, 低于对照组 (25.7%)

三、焦虑障碍 (Anxiety disorders)

尽管文化因素对患病率有影响,但焦虑障碍与抑郁障碍一样,是最常见的精神障碍之一。焦虑障碍由一系列不同的障碍组成,广泛性焦虑、社交恐惧症与创伤后应激障碍(PTSD)是目前初级预防的重点。据美国1990年的估计,每年由焦虑障碍带来的损失约为640亿美元(以1998年的美元币值计算)。大多数焦虑障碍首发于儿童及青少年期,因而这些年龄段的人群成为初级预防的一个重点。焦虑障碍是儿童最常见的精神病理表现形式,其年发病率在5.7%~17.7%之间,一般在10%以上(Costello & Angold,1995)。有证据表明,大多数儿童此后直到青少年及成年阶段,也并未摆脱焦虑障碍的困扰(Majcher & Pollack, 1996)。

高危人群包括:父母患有焦虑的儿童,遭受过虐待行为的儿童,意外事故、暴力行为、战争、灾难或其他创伤性事件的受害者,难民,以及从事易遭受抢劫等危险性较大的职业和从事治疗灾难性创伤受害者的职业人群。焦虑障碍特殊的或普遍性的危险因素及保护因素有:灾难性事件,儿童成长过程中的习得(如:过分焦虑的父母的榜样作用,或遭受过分焦虑的父母的过度控制),缺乏控制感,低水平的个人效力(self-efficacy)、应对方式与社会支持。早期的负性生活事件促成神经生物学的易感性,这种易感性在成年期会通过长期存在的神经生物学应激反应系统的改变,使其易患情感与焦虑障碍。

循证预防措施随靶人群的不同而不同,有的着眼于焦虑障碍本身,有的着眼于危险因素及保护因素的类型,有的则注重对灾难性事故的预料和反应或干预方法的应用。

1. 减少灾难性事件的发生或减少暴露于灾难性事件中的时间 (Reducing traumatising events or exposure)

世界上有无数的人遭受过或正在遭受着可预防的灾难性事件,如:儿童虐待、暴力、性侵犯、战争与躯体痛苦。可通过以下手段减少灾难性事件:采取有效的交通安全措施和工地安全措施;改善邻里间的治安状况和加强对枪支的管理控制;有效的学校干预方案可通过减少攻击性行为、违法行为及欺凌弱小的行为以减少灾难性事件的发生(见第四部分第五小节及第五部分第一小节);有效地减少儿童虐待也有助于减少灾难性事件的发生(见第四部分第二小节)。如在第四部分第七小节中讨论的,在全国及国际范围内采取措施防止战争的发生,防止战争灾难和抵制反人权的措施等措施如果实施得当,可望显著减少灾难引起的焦虑障碍。从循证的观点看,暴露于灾难性事件中的时间长短也是决定是否发生精神病性反应的重要因素,因此应减少在灾难情景中体验的时间。当暴力和虐待事件发生时,应能及时识别和干预,因为防止暴露于灾难性情境和减少暴露时间一样重要。不过尚无证据表明这些方法

的实际预防作用。

2. 强化情感顺应性和事前教育(Enhancing emotional resilience and anticipatory education)

加强情感顺应性 (emotional resilience)，强化认知技巧以及事前教育 (anticipatory education)，也是预防焦虑发生的重要策略。澳大利亚的“朋友”(FRIENDS programme) 是一个认知行为治疗方案，它以一个有效的焦虑治疗方案为基础，并转化成一种模式化的预防方案，有一般的、选择性的及指向性的预防措施的不同版本供人们选用，是一个被看好的用于 7 到 16 岁儿童的预防焦虑的方法，它被广泛应用于学校、健康中心与医院。“朋友”告诉儿童怎样更有效地应对焦虑的技巧，为其建立情感调适能力、解决问题的能力与自信力。一项对照研究表明，此方案用于实验前有严重焦虑的儿童，干预 6 个月后，随访发现其第一次发作并诊断为焦虑障碍的比例由 54% 下降到 16% (Dadds 等, 1997)。对照研究还表明，当此方案用于一般学生人群及特选高危儿童与青少年组时，焦虑症状发生率都显著下降 (Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001)。“朋友”在瑞典、荷兰与美国也得到采用。但是几乎没有证据表明，对可能暴露于创伤性事件的人群，例如消防员、急救队员、警务人员与银行职员等，进行事前教育的干预可以预防焦虑障碍发生。

3. 创伤后干预 (Post-trauma interventions)

危机事故应激陈述 (critical incident stress debriefing, CISD) 作为一项干预手段在遇到枪击或灾难等创伤性事件后得到广泛应用。一般而言，这种干预手段通常在创伤事件发生后 24 到 72 个小时之内采用，它通过鼓励回忆及再造创伤事件的方式进行情感处理与发泄，从而发挥作用。几个对照研究的共同结论是：尽管创伤事件的受害者大多认为干预措施对他们从灾难中恢复有所帮助 (Litz 等, 2002; Arendt & Elklit, 2001)，但 CISD 不会减少 PTSD 或其他精神病性障碍的发病。的确，再造创伤事件的方式可使受害者再次经历创伤情境，且会增加发生 PTSD 的风险。比较起来，早期使用认知行为疗法预防 PTSD 是一种更有效的方法。这种方法由以下几部分组成：对创伤反应的了解，放松训练，对创伤性事件进行回忆，对与恐惧相关的信念进行认知重构，使患者暴露于所回避的情境。一些对照研究表明，持续五周、每周一次、每次一个半小时的认知行为疗法可将 PTSD 在 6 个月内的发生率由 67% 降到 15% (Bryant 等, 1998; Bryant 等, 1999)。

4. 指向性干预 (Indicated interventions)

对焦虑水平升高的儿童，除可进行澳大利亚“朋友”干预方案外，对照研究还表明，对初次发作惊恐障碍的患者，短期的认知专题讨论会能降低他们以后复发的风险，在 6 个月的随访中，研究组中惊恐复发有 2%，而对照组则为 14% (Gardenswartz & Craske, 2001)。

四、进食障碍 (Eating disorders)

神经性厌食症与神经性贪食症在青少年与成年早期的女性中,发病率分别为0.5%~1%与0.9%~4.1%,此外,有5%到13%表现出进食障碍的部分综合征(美国精神病协会,2000;Kurth等,1995;Shisslak,Crago & Estes,1995;Keel,Leon & Fulkerson,2001)。过去50年里,进食障碍发生率有明显上升(Lucas等,1991)。这些数据主要来源于发达国家的研 究,在低收入国家尤其是食品短缺或发生饥荒的国家可能并不适用。神经性厌食症是美国青少年女性中第三大慢性疾病,仅次于肥胖与哮喘。在青少年女性中,5%到15%的人使用不正常的节食手段,如:自我催吐,使用泻药、利尿剂等(Phelps & Wilczenski,1993)。厌食症多始于14岁到18岁,贪食症多发生在由青少年向成年早期过渡的时期。进食障碍发生率较低,但是它所带来的后果却十分严重。大约25%到30%的神经性厌食症和神经性贪食症的患者患有慢性疾病。进食障碍还常伴有精神活性物质滥用、抑郁症、焦虑障碍。

进食障碍多发生于青少年与成年女性,尤其多见于女运动员,芭蕾舞学生,时装模特,烹饪专业学生。尽管对进食障碍进行了大量的病因学研究,但多数研究存在严重的方法学上的缺陷,如缺乏前瞻性设计和缺乏对照组。有关进食障碍的危险因素及保护性因素大致涉及以下方面:过度节食,对体重或形体过度关注,对身体不满意——这些多被视为态度和行为方面的因素;此外,家庭与社会的影响也是重要的因素,如:朋友的示范作用,社会大众传媒鼓吹以瘦为美的时尚。一般的危险因素还包括人际关系不稳定,身体和性虐待,遭受欺负,缺乏自尊,应对情感压力与冲突感到困难等。

一般的、选择性的和指向性的干预方案 (Universal, selective and indicated interventions)

为减少不健康的进食习惯及进食障碍的发生,预防措施涉及以下几种:以小学、中学甚至大学学生为对象,主要是一般性干预;以高危人群集中的专业学校学生如芭蕾舞演员、运动员、时装模特和烹饪师为对象,主要为选择性干预;以已经表现出不正常的节食行为及亚临床症状的青少年或成年早期的女性为对象,主要为指向性干预(Pratt & Woolfenden,2003)。

1995年前出版的第一代传统的教育治疗方案,主要着眼于增进对有关进食问题、节食行为的了解,以及改变某些不正常的态度。总的来讲,这一方案增加了相关知识,但在改变青少年女性扭曲的摄食态度和行为上,收效不大。近来,考察评价几个新一代的多维度的干预方案的结果表明,这些结合了传统的健康教育手段又在更广泛的层面上提升精神健康水平的新的措施有令人满意的效果。这些研究表现出对进食的相关态度,对接受并内化(internalisation)关于外表的时尚理念,对自我成就感低下、躯体不满意感,对节食行为,

有一定的预防效果。例如，澳大利亚曾对一个相互作用的干预方案加以研究，此方案着眼于青少年的自尊和对饮食的态度及行为，方案实施 12 个月后，研究组个体表现出对身体满意度增加，拥有更多的自尊，对社会有更大的认同，不再渴望变瘦（O' Dea & Abraham, 2000）。研究组里的高危青少年人群体重增加，而对照组的高危人群则体重下降。

依托互联网展开的一项年轻女性间的互动（interactive）干预措施的两个随机对照研究发现，该技术对改变有关进食障碍的危险因素有效，这些危险因素包括：对形体和节食的关注、渴望变瘦、不适当的进食等（Winzelberg 等，2000；Zabinski 等，2001）。

Cochrane 最近的综述认为，媒体和文字材料的宣传作为一种干预会使年轻女性较少接受并内化（internalisation）社会上有关完美女性外表的一些观点，并会取得一定效果，但它并不是直接针对青少年不正常的饮食态度和行为的干预措施（Pratt & Woolfenden, 2003）。

总之，这些研究显示了多种不同的结果，尚无法对进食障碍预防措施的效果作出肯定的结论，而且，尚无证据表明这些干预措施可以减少进食障碍的发生。我们尚需对进食障碍的危险因素，影响治疗措施成功与否的因素，以及预测何种方案适用于何种人群等方面的问题进行更多的研究。

五、物质滥用相关障碍（Substance related disorders）

精神活性物质所致的精神及行为障碍的预防措施包括防止急性中毒、防止有害使用和依赖。精神活性物质（psychoactive substance）包括烟草、酒精、非法（法律上被禁用）药物（如鸦片、大麻和可卡因等），以及有精神活性物质的处方药和溶剂。从全世界范围看，烟草作为一个危险因素，导致了 4.1% 的残疾负担（WHO, 2002c）。预计到 21 世纪，烟草将成为全球 10 亿人的死亡原因，其中低收入国家占到四分之三。全球约有 20 亿人在消费酒精饮料，超过 7500 万人被诊断患有饮酒所致障碍（WHO, 2004a）。酒精作为一个危险因素导致全部疾病负担的 4%（WHO, 2002c）。酒精消费是低死亡率和低收入国家主要死因之一（WHO, 2002c）。高收入国家里，饮酒者有大约 10%~30% 每次摄入酒精量至少 60 克（一种衡量醉酒的指标）；25% 的男性和 10% 的女性饮酒超过危险量并损害到身体健康；酒精依赖的发生率在 3%~5%。除去酒精中毒所引起的直接后果及饮酒所致的依赖，估计在全球范围内以下情况的 20%~30% 是由于酒精滥用所引起的：食管癌、肝癌、肝硬化、杀人、癫痫和机动车交通事故。20 世纪 90 年代晚期，全世界 15 岁以上（含 15 岁）人口的 4.2% 在使用违禁药品，导致全部残疾负担的 0.8%（WHO, 2002c）。

1. 一般的干预方案（Universal interventions）

适用于国际上、各个国家、不同区域及地方不同司法水平的对控制使用成瘾物质有效的干预措施包括：税收、限制买卖、禁止一切直接或间接的广告。这些政策上的干预通过减少成瘾物质带来的危害，对不正当使用精神活性物质的行为有预防作用（见第三部分第六小节）。其他有效的政策性干预手段有：媒体干预，普遍的社区干预以及较小规模的学校干预。

2. 媒体干预（Media interventions）

越来越多的证据表明：烟草危害健康，而消费者却还没有充分意识到烟草的危害。据估计，媒体干预的运作支出（media campaign）每增加 10%，烟草的销售就会下降 0.5%（Kenkel & Chen, 2000）。这说明我们需要在所有高中低收入的国家加大宣传香烟有害的信息。

对酒精来说，一般教育及劝戒方法是：少饮酒，别在饮酒或饮用其他含酒精的饮料后开车。这些教育和劝戒的初衷是好的。但是，鉴于社会上有更多的认同饮酒的“高质量”广告，使得少饮酒的公共服务宣传被认为是一个无效的对策。利用大众媒体这一普遍适用的策略，对酒精使用及酒精相关问题的影响却是有限的（Babor 等，2003）。

3. 广泛的社区干预（Comprehensive community interventions）

广泛利用社区干预鼓励戒烟。

尽管有些社区的干预方案是有效的，多数情况下这种干预的作用却很有限，鉴于其所耗的人力物力，它实际所起的作用肯定比预期的要小（Cummings, 2000）。然而，哪怕只是起到微小的作用，也会增进全世界范围内的大众健康。

社区动员(community mobilization)被用于唤醒人们对与饮酒相关的问题的认识。

这个方案采取特殊的解决办法，对酒吧经营者施压，使其认识到他们在诸如制造噪音和为酗酒者提供场地等相关问题上负有责任。对这一方案的评估发现，社区动员对减少攻击性行为及其他与酒类经营场所有关的问题是成功的。例如，一个叫“拯救生命计划”（Saving Lives Project）的综合性干预方案，它包括了媒体宣传，提供与酒有关的信息，超速和酒后驾驶警示日，监视超速行为的电话热线，警务培训，以中学生为导向的教育，大学预防方案，及其他一些活动。该方案实施后，致命的撞车事件减少了 25%，与饮酒有关而严重受伤的司机数目减少了 47%，可见的撞车伤害下降了 5%，16 至 25 岁人群的交通肇事事事件下降了 8%。

4. 以学校为基础的预防方案（School-based prevention programmes）

多数以学校为基础的预防方案，其目的是改变青少年对吸烟、饮酒和药物滥用的信念、态度和行为，或者修正诸如社交技能和自尊等对青少年吸烟、饮酒及吸毒等行为有影响的因素。

早期的学校干预方案建立在为青少年提供相关信息的基础上,让学生知道毒品的作用和危害,增加学生的相关知识,改变他们对酒精、烟草和毒品的态度,但是这些方案并未对精神活性物质的使用产生太大的影响(Kenkel & Chen,2000; Babor 等, 2003)。在学校干预方案采用了最近的新方法——规范教育和抵制诱惑的技能训练之后,便从总体上起到了预防的作用;但如果不经常性地予以强化,其预防作用则是短期的。

一些干预方案,如“北部计划”(Project Northland)或“中西部预防计划”(Midwestern Prevention Project),已包括了个体水平的教育和家庭或社区水平的干预,给干预带来了更大的成功。以“中西部预防计划”为例,它在美国堪萨斯州 50 所公立学校及 15 个社区得到实行,并在另一个州的 57 所学校和 11 个社区重复应用。这个干预方案由 5 个部分组成:一个是 10 到 13 次的以学校为基础的干预程序并辅有 5 次强化干预;一个是大众传媒方案;一个是父母教育和组织方案;一个是社区管理者的培训方案;还有一个是由社区组织发起的地方政策的改革。一年后,自我报告每月饮酒的发生率在不同的方案和不同的对照学校间不同,尽管三年后的情况无差别,但此方案对预防每月酒精中毒的发生非常有效,并可持续到中学毕业(Johnson 等, 1990)。

尽管以学校为基础的干预方案被证明在增进相关知识和改变对成瘾物质的态度上有效,但尚无证据表明对预防精神活性物质所致障碍有实际的预防作用。如果其他的预防策略和方法得到使用,这一干预措施有效的证据会更充分。

5. 选择性的和指向性的干预措施 (Selective and indicated interventions)

简单的干预措施对戒烟及减少酒精的危害性是非常有效和合算的。如:一个普通人给予吸烟者简短的建议会使 40% 的人产生停止吸烟的念头,其中 5% 的人会中断吸烟达 6 个月(这是预测戒烟成功的重要的预测因子)(Lancaster & Stead, 2004)。加上尼古丁替代疗法,成功率可达到 10% (Silagy 等, 2004)。在高收入国家中,每一个 DALY (以简短建议及尼古丁替代疗法)所花的预防费用估计是 2200 世界货币单位(WHO, 2004c)。在中低收入国家,其费用大约为 30~700 世界货币单位(Ranson 等, 2000)。每 8 到 10 个危险或危害性大的酒精滥用者中有一个能被成功干预(Moyer 等, 2002; Ballesteros 等, 2004)。高收入国家中,每一个 DALY (在基础照料的环境中使用简短建议法预防)所花的预防费用大约是 2300 世界货币单位(WHO, 2004c)。第三部分第六小节讨论了有关怀孕期间吸烟或使用其他精神活性物质的进一步的证据。关于预防精神活性物质使用的更多内容可见于 WHO, 2002b。

六、精神病性障碍 (Psychotic disorders)

精神病的发作对于个体来说是其人生经历中一个潜在的灾难性事件。精神病不仅包括精神分裂症和分裂情感性精神障碍，而且包括情感障碍和不典型性精神病。通常，精神病对患者生活的许多方面都有长远的影响。精神病的发病高峰集中在青少年晚期和成年早期这一年龄段（Kaplan, Sadock & Grebb, 1994）。精神分裂症是最常见的精神病，其终生患病率大约为 1%，时点患病率约为 0.5%。2000 年全球疾病负担研究发现精神分裂症占死亡寿命损失年（YLD）的 2.8%，占 DALYs 的 1.1%（Murray 等，2001）。与精神分裂症相关的经济损失是巨大的，这是因为虽然它的发病率较低而患病率却很高。2001 年的世界卫生报告（WHO, 2001b）报道：1991 年美国由精神分裂症导致的直接经济支出为 190 亿美元。澳大利亚因精神分裂症而造成的经济支出在发达国家中是较低的，2001 年，澳大利亚因精神分裂症而造成的直接经济支出为 6.61 亿澳元（占该国卫生支出的 1.2%），也就是每个患者的支出为 18000 澳元；此外，还有 12 亿澳元的其他费用（SANE 澳大利亚，2002）。

精神分裂症有多种表现形式，其发病机制复杂而且尚不太明了，主要由遗传方面的因素所致，环境因素也通过与遗传易感性的相互作用而对精神分裂的发病起作用（Jablensky & Kalaydjieva, 2003; van Os & McGuffin, 2003）。遗传易感性较为复杂，现在一般认为是多个微效基因联合作用所致。环境的危险因素也是发病的必要因素，有的环境因素可引起神经生物学的易感状态。相关的危险因素包括难产、儿童期的创伤性事件、移民、成长环境的质量、不良的社会经济状态和出生于城市等（Jablensky 等，2000）。

关于危险因素的生物学理论包括病毒假说，病毒假说指出：在怀孕的第二、三个月被病毒感染会引起神经发育的改变，从而导致精神病（Frangou & Murray, 2000）。有研究表明孕期及出生时的并发症是导致精神分裂症的病因（Geddes & Lawrie, 1995; McNeil, 1995; Warner, 2001）。相关的社会因素假说发现，居住在城市的人比居住在乡村的人更易患精神分裂症（Torrey, Bowler & Clark, 1997; van Os & McGuffin, 2003）。一般认为使用非法药物，尤其大麻，是引起精神病的一个重要危险因素。

精神病尚无普遍适用的预防方法，这一点不同于某些躯体疾病。某些躯体疾病可以通过控制特定的危险因素和加强免疫机制来预防发病。但对精神病应用某些补充的预防方法，可以使高危人群早一些求助，也有助于寻找新的干预手段。下面是两个这种早期干预策略的例子。

1. 精神健康识别能力和发病时的求助（Mental health literacy and help-seeking at onset of disorder）

精神障碍问题在年轻人中有较高的发病率，从年龄阶段上看，12~26 岁是精神障碍的

发病高峰期 (Moon, Meyer & Grau, 1999; Patton, 1996)。有证据表明抑郁及精神病早期发现早期治疗可使其预后得到改善 (Kupfer, Frank & Perel, 1989; Loebel 等, 1992), 以人群为基础的指向性的干预措施和早期的干预策略可以为减少这类精神障碍所致的巨大负担提供机会。

多种媒体运动是斯堪的那维亚早期治疗与识别精神病研究 (Scandinavian Early Treatment and Identification of Psychosis Study, TIPS) 的一个必要组成部分, 旨在提高人们对精神健康的识别能力。这一早期的识别研究计划着眼于初发的精神病 (Johannessen 等, 2001)。TIPS 将一个以地域为基础的服务部门与两个使用已有的监测系统及指定系统的部门 (Larsen 等, 2001) 进行了比较, 以地域为基础的服务部门采用早期监测组和重要的公共卫生知识宣传相结合的双重干预作用, 可以减少 90% 的延误诊断的情况。已知延误治疗对初发病例的复发是一个危险因素, 通过媒体对人们进行公共教育, 可增强精神健康的识别能力, 并可促进早期求助行为。

“指南针策略” (Compass Strategy) 是一个第二代干预计划, 它建立在 TIPS 和延误治疗研究的基础之上 (Killackey 等, 2005), 旨在提高社区对精神疾病的认识。“指南针策略”着眼于社区意识运动以使年轻人更多地寻求早期的帮助。它发展及运用有效的社区意识运动, 提高年轻人及其家人和其他相关的社区人员对精神卫生知识的知晓率, 使 12~25 岁初发精神病的年轻人在早期即寻求帮助, 以减少治疗的延误。指南针的设计以“促进精神健康的先行模式” (Precede-Proceed Model for Health Promotion) 为指导 (Green & Kreuter, 1999), 它有三个核心元素: 社区咨询机制、教育运动的开展模式和广泛的评价系统。以一个多层面的管理和咨询机构, 根据不同的计划原则, 为人们提供策略方向。从 2001 年起“指南针策略”在澳大利亚应用并得到了系统性的评估。

2. 精神分裂症及相关障碍的病前干预 (Pre-psychotic intervention in schizophrenia and related disorders)

对有精神病先兆症状的个体进行早期识别这一模式与早些时候致力于鉴别高危人群的方式有很大的不同。传统的对高危人群进行干预的方法主要针对有精神病家族史 (多为精神分裂症) 的个体, 在他们儿童早期进行干预并一直对他们进行监测, 监测期有时长达 35 年。这种方法有几个缺点, 主要是预测价值太低, 假阳性太高。

超高危人群筛选策略在极早期的精神病干预上是一个重要的进步。用这个策略辨别高危人群, 与传统的干预方式相比, 假阳性率低, 随访期限短。Bell 提到用“多重筛选法” (multiple-gate screening) 和“接近” (close-in) 策略随访了一组精神病高危人群, 发现假

阳性率下降 (Bell, 1992)。这些理念最早于 1994 年在澳大利亚墨尔本的早期精神病干预中心 (PACE Clinic) 投入实践 (Young 等, 1995)。这一措施现已在世界范围内被许多其他临床研究方案采用 (Cornblatt, 2002; Miller 等, 2002; Morrison 等, 2002)。在 PACE 里的一个 RCT 研究显示: 联合使用低剂量非经典的抗精神病药物治疗及认知疗法, 可延迟首次发作精神病的时间 (McGorry 等, 2002)。这一结果正在 PACE 及其他国际研究中心重复进行。

七、自杀 (Suicide)

据 WHO 估计, 2001 年全世界大约有 84.9 万人死于自杀 (WHO, 2002a)。预计到 2020 年将有 120 万人死于自杀 (Murray & Lopez, 1996), 此外还有 10~20 倍的自杀未遂者。在大多数欧洲国家, 每年因自杀死亡的人数比死于交通事故的人更多, 2001 年全世界因自杀死亡的人数超过了暴力 (50 万人) 及战争 (23 万人) (WHO, 2002c)。自杀率及自杀倾向在国与国之间有很大的差别。例如, 许多中欧和东欧国家的男性公民每年因自杀致死的比率为每 10 万人中有 48 到 79.3 人, 而伊斯兰国家和许多拉美国家的男性公民每年自杀致死的比率低于每 10 万人 4 人 (Bertolote, 2001)。尽管近来有几个研究显示 15~25 岁的年轻人中自杀行为上升 (Apter, 2001), 但一般而言, 自杀率是随着年龄的增长而增长的。

自杀最重要的循证危险因素包括: 有精神病性障碍 (多为抑郁症和精神分裂症); 过去及当前的社会应激事件 (如: 儿童时期的不幸、性虐待、身体虐待、失业、社会隔离、严重的经济问题等); 家庭或同伴中有人自杀; 可得到的心理求助资源少, 有可得到的自杀手段。

尽管降低社区自杀率的尝试性计划已进行了几十年, 但仍无证据显示这样的尝试有什么明显的效果。许多研究仅仅停留于对现象的描述, 进行对照研究可以有机会找到重要的结果, 然而自杀是一种低概率事件以及由于 RCTS 所涉及的伦理学问题, 因而这种研究受到阻碍。

预防自杀最有效的方法包括对抑郁患者使用抗抑郁药物和减少自杀手段的可获得性; 在青少年中预防自杀的一个值得推荐的方法是实行以学校为基础的综合方案。

1. 心理求助热线和危机干预中心 (Hotlines and crisis centres)

心理求助热线和危机干预中心代表了最早的系统性预防自杀的方法。最近几十年的研究并未提供使人信服的证据证实求助热线和危机干预中心对降低自杀率有何作用。然而, 一些研究结果表明这类干预有积极的作用。例如在意大利的 Veneto, 给老人设立的电话求助热线结合家访服务, 就起到了积极的作用: 在历时 11 年的实验观察中, 18641 名使用了此项服务的老年人与匹配的对照组人群相比, 自杀率下降了 71% (De Leo, Dello Buono & Dwyer, 2002)。

2. 学校为基础的干预方案 (School-based programmes)

学校环境中的自杀预防教育对自杀行为没有任何影响。甚至有例子表明这样的教育反而使以自杀解决问题的学生数目上升。但是，使用循证的自杀预测指标系统地对青少年进行直接的筛查，被认为是一个有效地防止青少年自杀的公共卫生策略。自杀预防和学校危机管理项目 (Suicide Prevention and School Crisis Management Programme) 是学校干预方案的一个例子，它在美国佛罗里达的一个公立学校区域得到应用，涵盖了 33 万名左右的儿童和青少年。这个综合性的方案包含了以下内容：自杀预防的学校政策，教师训练及咨询，对父母的教育，压力的处理，对学生开设生活技能的指导课程以及在每所学校建立一个危机干预的团队。在长达五年的研究中，学生自杀死亡人数每年下降了 63%，自杀未遂者下降了 64% (Zenere & Lazarus, 1997)。

3. 初级保健机构中的早期干预和药物处理 (Early intervention in primary care and prescription of psychoactive drugs)

一些研究显示，对初级保健机构中的普通从业人员进行培训，提高其识别与治疗抑郁症的能力，可以提高早期抑郁治疗的数量和质量。瑞典的一项非随机抽样研究发现，从业人员经过这样的培训，可减少初级保健机构中因抑郁而住院的病人的住院时间，并可减少自杀的人数 (Rutz, von Knorring & Walinder, 1992)。但这些作用是暂时的，因此有必要定期进行强化和重复这一培训方案。荷兰的一项研究表明，这一方案的积极作用主要发生在新近患抑郁的病人中。

大量的 RCTs 表明抗抑郁药物可显著降低自杀死亡人数，其中帕拉丁治疗平均降低 82% (Montgomery 等, 1995)，锂盐维持治疗可降低 72% (Tondo, Jamison & Baldessarini, 1997)。

4. 减少自杀手段的可获得性 (Reducing access to the means to commit suicide)

预防自杀的方法和种类显示，减少自杀手段的可获得性可显著减少自杀的发生 (Leenars, 2001)。包括对家庭煤气和汽车废气进行脱毒，在高层建筑和桥梁上设置安全设施，控制镇静药物和止痛药物的可获得性，严格限制杀虫剂的可获得性等。WHO (1998b) 提议将减少自杀手段的可获得性作为自杀预防的“人类生态学” (human-ecological) 模式的一个必不可少的组成部分。

第五部分 努力的方向

本报告中所提供的证据表明,预防精神疾病的发生和减少精神不健康发生的危险是有可能的。在过去的 30 年里,大量循证为基础的规划和政策得到了发展,这些规划和政策成功地减少了危险因素并加强了保护性因素。他们面向一般性人群和处于危险中的选择性和指向性的人群,即涵盖了全部人群的初级预防。已有明确的结果表明:初级预防规划的实施减少了某些疾病的发生。在未来的几十年里,有效的干预范围需要进一步扩大,要针对与精神疾病有关的全部的危险因素和保护性因素,要能对整个人群产生预防效果。

基于对过去和现在的预防实践所做的科学和系统的反思,我们懂得了要在世界范围内建立有效的预防精神障碍和精神不健康时需要怎样做的步骤和条件。为了促使这些步骤在国家内及国家间能有效地实施,必须满足某些地方性的、国家性的及国际间的条件。包括国家政策,相关利益方的合作,专业知识的建立与培训,为有效的政策的发展和实施提供研究上的支持,促进政策制定、规划开发、预防服务及其他所需要的资源和基本设施等。在许多国家里,这些条件仍无法形成或无法充分实现。现将这些步骤和条件具体概述如下:

一、需采取的步骤 (Steps to be taken)

1. 需求评估和规划开发 (Needs assessment and programme development)

(1) 着重社区需求和循证基础的危险及保护性因素

■ 预防政策必须建立在对公共精神卫生需求的系统评估的基础上。

■ 为了保证有效,规划的制定必须以生物、心理、社会方面的危险与保护性因素以及他们在整个人生中相互作用的证据为基础。

■ 为了扩大精神卫生的预防性干预措施对整个人群的影响,需要发展一种作用范围广泛的干预措施。

(2) 使预防规划建立在有效性原则的基础上

迄今为止,尽管有许多有效的预防规划,但他们的效果和成本一效益比需要进一步提高。经过对预防工作长期的研究和发展,人们对发展有效的预防规划和政策及避免失败所需要的策略和条件已有了深刻的了解。例如以下的这些措施和方案就可能会更有效:那些结合了多种有相似预防目标的干预方式;那些为符合目标人群及他们中特定部分人群的需求而精心设计的干预措施;那些与发育时期同步能敏锐体现其变化的干预措施;那些利用了行为改变的循证原理的干预措施和那些触及大量高危人群的干预措施。

■ 要用有用的知识指导计划的开发者及资助者,这些知识包括规划的特点以及有关规划

的效果、成本—效益方面的循证等知识。

(3) 强调在精神、躯体健康和社会领域方面的多种效果

已有的有效的循证为基础的预防措施，不仅能促进积极的精神健康和更好的躯体健康，而且能产生社会经济效益。这种多重结果的干预表明，预防在成本—效益方面是合算的。在预防科学和政策中，主要问题之一就是区分心理、社会、教育、行为及法律方面的问题。因为许多问题对各个领域来说是相关的或是共同的危险因素。对不同领域的多种相近结果的累积有助于产生更有效率的干预策略。卫生与社会领域多重成果的累积可为各种投资者提供更有说服力的证据，使他们在全国性的和地方性的预防事业上予以投资。

■规划应注意多种效果，即他们既要能减少多种精神卫生问题及疾病的发生危险，同时又要能增进身心健康及产生社会经济效益。

2. 普及和采纳 (Dissemination and adoption)

(1) 支持全球信息交流

在国家间、社区间传播和采纳最佳实践方式及干预模式的行动正在逐步增多。这种资源共享可以促进各个国家和社区充分利用有限的资源来从事预防及预防研究。既往的经历表明，有效的预防性干预的发展要求长期的多方面的投资，包括危险因素的研究、规划的开发评估研究、规划的改良，以及实施时的基本可行性条件的探讨。通过在不同国家及社区间分担这项工作的方式，预防领域的发展将会更加迅速，每个国家及社区将会拥有更多的预防工具去控制精神疾病及其相关问题的流行。

■为了增强有效的循证预防规划和政策的影响，有必要通过加强在全世界的传播和采纳来达到促进这些有效的循证预防规划和政策大规模实施的目标。

(2) 建立全国性的及全球性的传播系统

为了促进有效的规划和政策在全世界的传播、采纳及实施，有必要在国内和国际间提高对以循证为基础的干预措施的了解与接触。一些国家和地区已经开始开发网络数据系统以促进对这些措施的接触与了解。当这些系统发展得更标准化，能在全世界通用时，就能获得更多的信息。为了增加对以循证为基础的措施和政策的接受与采用，应该调节这些系统，使他们适合于不同收入国家的政策制定者、服务提供者和项目实施者的需求。

■需要发展一个国际性的和国家性的易于接受且完整集中的数据库系统，通过这个系统为政府及非政府机构提供各种信息，包括关于以循证为基础的规划和政策的信息，实施成功的条件，规划产生的结果，成本—效益分析及相关的研究。信息和材料应该被译成本国语言以便实施者、政策制定者和地方支持者更易于理解和接受。

■为了得到政府及非政府组织和各界要人（比如卫生、教育、劳动、企业及司法部门）的参与与投资，为了吸引目标人群的兴趣，数据库必须提供迎合他们兴趣的、有关预防规划产生包括精神卫生利益以外的其他多种效益的、以及有关成本—效益分析的信息。

3. 改进和修正（Adaptation and tailoring）

（1）在有效性原则的指导下发展与当地文化相适应的规划

虽然有关精神卫生预防的规划和政策的有效性有据可查，但目前我们所知道的情况几乎全部来源于在发达国家进行的干预试验，主要是美国、加拿大、澳大利亚和北欧诸国。我们对在低中收入国家中潜在的可行性和有效性仍知之甚少。最近一项对于跨文化实施及本土开发的实践和政策的研究告诉我们，在预防性干预的开发和实施中，文化因素起着重要作用。我们还需要更多地了解什么措施在某种经济文化背景中起哪些作用。这些知识能够对以循证为基础的方案在新背景下实施时的改编进行指导，使干预措施适合当地的文化背景。

■切合本土文化的改编和裁制工作应该让服务供给者自己来做，尤其是当那些以循证为基础的规划是从其他的国家或文化中采纳过来的，或者实施时所面向的社区和目标人群不同于该规划最初被开发和检验所面向的群体时。

■虽然要进行与文化相关的改良，但改编还是应以能有效地干预和实施的原则作指导。改编时那些与措施有效性的本质特征有关的信息应该继续发展与传承。

（2）使用修饰策略加强效能

以循证为基础的规划不仅在国家之间选用时需要改编，而且在一个国家的不同社区之间交换使用时，或者在处于危险中的新种群中使用时，也需要进行改编。对某一干预措施的修饰原则，最重要的是要符合当地环境，适合不同目标人群的需要和文化背景的要求。根据当地条件改进后的方案与原方案的保真度之间需要有一个平衡。

■那些修饰过了的新的和有效的策略因符合不同文化特征和亚人群的需要，所以能使使用者增加。

■对于以循证为基础的规划和政策在不同国家和文化里的改编和创新的可能性及可移植性（transferability）需要更多的深入的认识。在评估成就（效果）和国际合作时，应为获得这一方面的新知识提供学习机会。

4. 实施（Implementation）

以循证为基础的干预措施和政策对社区和某类人群精神卫生的影响力的大小，取决于他们对措施的认真选择及实施的质量和规模。

（1）对以循证为基础的方案和政策的大规模实施予以支持

成功的贯彻已在几个研究中被予以证实。不过，大多数报道的预防效果仅限于在试验背景的条件下，这些效果不一定能反映社区的真实情况。

■在选择实施方案时，政策制定者和实施者应该考虑到哪些是已被证明有效的，并在合适的地点从一系列以循证为基础的策略和干预措施中进行选择。

■为了促进有效的大规模的实施，研究者和实践者需要建立一套标准，用它来确定在什么时候可以准备进行这样大规模的实施。该标准必须照顾到对区域性的、国家性的及地方性的有关文化准则、有效资源、专业知识和研究设施的差异等等敏感性。

（2）确保实施质量

高质量的实施是确保以循证为基础的成果在新的地方可以推行和确保预防措施能够取得成效的关键。高质量实施的一个症结就是实施要做到准确真实，要按照操作指南和政策严格地执行。反复了解规划文档，对执行者进行连续的训练，监测实施的过程等措施，有助于提高实施的准确程度。

■要极力要求医生和规划执行者确保高质量地实施规划，要敦促他们利用训练和监测作为手段，落实规划操作手册和有效实施指南，以提高和确保规划实施的准确性。

■规划的研究者、执行者和政策制定者应该及时总结在实施过程中所发现的任何问题和不足，并确定是否有改进的机会。

5. 评估和监测（Evaluation and monitoring）

（1）发展和实行质量评估和改良系统

针对预防措施在效率、有效性和成本—效益等方面的研究有助于了解该措施是否需要进一步改进。为了提高效率，有必要创建一个学习系统，使政策制定者、资助者、执行者和受干预者知道该措施目前的效果和进一步改进的可能性。

■通过来自实施质量监督者及质量评估措施的反馈信息、质量控制研究和社区监督系统的资料，引用精神卫生、卫生和社会学的指标来指导干预措施的实施。

（2）应坚持长期随访评估

长期随访评估能及时了解干预的效果，发现更清楚和更令人信服的信息，并以此获得对预防和促进措施的进一步支持。随访评估对决定何时干预和干预多久有指导作用。

■研究者在研究干预措施的结果（效果）时，应坚持长期的随访评估，一方面要给予足够的时间来体现干预的效果，另一方面对效果的持续时间也可提供一个准确的估计。

6. 确保持续贯彻（Ensuring sustainability）

要建立或依靠能促进可持续实施的政策和策略。以循证为基础的干预方案对人类精神卫

生的影响大小与实施的时间长短有关，干预措施的效果常因不能持续执行而受到限制。在一个地方实施预防措施时，为了能随时间的发展而对这地方产生最大的效果，必需促进和利用本土资源，这一点往往起着决定性的作用。

■为了在更长时期内对精神卫生和公共卫生产生益处，发展社区责任制来支持卫生机构内的可持续性策略是非常关键的。

■为了加强干预方案的可持续性，政府当局应该选择那些能够依靠现存的分支机构及资源的规划和政策。精神卫生的促进和预防应该将现有的有效措施与政策在学校、工作场所和社区里进行重组。

二、需要的条件 (Conditions needed)

1. 政策 (Policy)

(1)在公共卫生和公共政策范围内为精神疾病的预防和精神卫生的促进建立一个全国性的政策

为了促进以循证为基础的规划和政策的发展及实行，一个必要的条件和步骤是要用地区、国家及地方的综合性预防政策来作指导。身心健康之间的关系意味着有必要在一个更广泛的公共卫生框架内将精神卫生的预防与促进进行整合。

■要敦促政府机构建立有关精神疾病预防和精神卫生促进方面的全国性的政策和地区性的政策，并把它们作为公共卫生政策的一部分，保证对已有的精神障碍的治疗和保护。

■预防政策连同精神卫生的促进，应该以人为本，应该包含不同背景的人群。可采取各种形式的行动，比如通过支持性的服务为年轻夫妻提倡一种健康的生活；为健康的发育提供早期的以学校为基础的干预；在工作场所鼓励保护性的精神卫生和家庭互助式的策略 (family-friendly policies)；在整个健康服务过程中提供更多的人力、资源和预防训练；在社区里，特别为高危人群建立方便的儿童保健和支持系统等。

■精神疾病的预防和精神卫生的促进工作应该整合于公共政策的范畴，通过各个公共部门同时运作的方式来进行，这些部门包括环境、住房、社会福利、劳动和就业、教育、司法及人权保护等。

■预防政策应该强调要使以循证为基础的预防措施的开发、传播和长期实行成为可能和必需的条件。

(2) 在初级和二级卫生保健预防上投资

初级卫生与精神卫生保健的提供者及医院，在使精神疾病的预防和精神卫生的促进成为

一个整体服务的过程中，处于战略性的重要位置。

■在初级和二级卫生保健机构中进行精神疾病的预防和精神卫生的促进需要有政策的支持，包括增加资源和提供训练。

■精神疾病之间高水平的共病性以及精神、躯体健康与社会问题间的高度相关性，要求在初级和二级卫生保健中有整体的预防策略。这些策略应该着重于疾病共同的危险及保护性因素，并优先采用已表明能对大量不同的问题有效的精神卫生干预措施。

2. 能力的培养和训练（Capacity building and training）

为了在一个国家内建立成功的预防实践，必须在全国性的和地方性的水平上进行资源的整合和配置，包括政策的制定、规划的建立和改编、调查研究、预防服务的供应、机构的调整及精神卫生预防资源的支持和补充等方面。还必须为承担干预措施的各类专业人员提供新的培训机会。

（1）建立精神卫生预防和促进的培训规划

■每个国家都应该采取措施开展全国性的和地方性的培训，推广以循证为基础的精神疾病的预防和精神卫生的促进工作，培养和提高有关人员的相关能力和技术知识。

■针对健康促进、公共卫生、初级卫生保健、精神卫生保健及其他内容的现有培训中，应包括有精神疾病的预防和精神卫生促进的内容。

（2）建立国际间的合作以促进培训的初步行动

有关精神疾病的预防和精神卫生促进知识的培训机会在全世界的分布是不均衡的。对那些仍缺乏这方面的技能和专业知识国家需要国际间的主动积极的支援和帮助。

■与那些对此类培训行动有经验有能力的国际组织的合作，尤其是在中低收入国家，应该进行国际培训行动。

3. 研究和倡导（Research and advocacy）

（1）扩展预防研究的能力

在过去的 20 年里，预防医学的多学科交叉领域获得了飞速发展。社会学、生物学和神经科学的研究发现使我们对危险及保护性因素在精神疾病发生发展过程中的作用有了更深的认识。整个人生的不同时期，早至怀孕与婴幼儿时期，生物、心理、社会方面的因素及他们的相互作用为我们提供了证据。预防科学家对一系列的预防措施和政策的效果进行了评估，这些评估为这些措施和政策的实施和改进提供了证据。这也为成功地倡导预防措施增加了更多的机会。研究者已经研究了对个体行为的改变有利或不利的复杂条件和过程，以及对于产生预防效应所必需的社会环境。这个较大的进步和广泛的循证医学成果虽然值得称誉，

但应该清醒地认识到，这方面的知识仍较薄弱，需要进一步扩展。

■为了增加预防的基础知识及扩大有效干预措施的范围，需要扩大预防研究的能力和 international 合作的力度。这就需要针对低、中、高收入国家不同的精神卫生需求来建立一个国际合作的预防研究中心网络。

(2) 优先预防研究议程

■为了在不同国家和文化背景里扩展有效预防的基础知识，研究者们特别需要注意以下问题：

——注意进行多地方性研究和重复性研究，以扩充有关规划和政策的效果的可靠性和对不同文化背景的敏感性方面的知识；

——注意通过纵向研究以确定早期预防性干预的长期效果；

——制定一种可涉及更大比例的危险人群的预防规划；

——研究众多的心理、躯体与社会的健康问题二者之间的相互关系对有效的预防规划和政策的意义；

——通过成本—效益研究发现最有效的干预策略，在作效益评估时注意不应只限于精神卫生方面；

——通过对影响效果的因素的识别和以循证为指导方针的研究，提高干预措施的效果并改进措施实施的质量。

(3) 加强证据标准的总体观点及对不同环境与文化背景的敏感性的共识

倡导以循证为基础的预防和健康促进运动，在国际上引发了研究者、实施者、预防及健康促进的支持者和政策制定者对证据标准和质量问题的争论。争执的焦点就在于证据的标准。提供适用于不同国家及不同实施地点的普遍规则是有困难的。

■在证据的标准问题上，不同的投资者和国际组织间需要建立一种共识。这些标准对文化经济背景敏感，且与那种不得不制定的决策相关。

(4) 促进研究、政策制定和实施间的合作

增进合作联盟可以使设计、实施和评估整合成一项科学的和实践的工作，并能增加关于效果方面的知识。这些共存关系有可能提高已实施的干预措施和政策的质量。

■鼓励研究者与政策制定及执行部门在对新的或现有的干预措施的执行和评估方面进行持续的合作。

4. 资源和组织机构 (Resources and infrastructures)

为了实现预防精神障碍所要求的步骤和条件，有必要在地方、国家和国际水平上发展适

当的资源和分支机构，以使现有的机会和资源得到有效的使用。

(1) 建立一个有资源来源的分支机构以促进规划和政策的持续

■政府应该鼓励和发展国家性的和地方性的分支机构，支持精神卫生的促进和精神疾病的预防，并与其他公共卫生和公共政策平台合作工作。

■政府和健康保险公司应该按全国性的和社区性的统筹适当地分派资源，使那些有效的以循证为基础的措施和政策能得到传播与执行。

■增加的资源应该分配到以下各方面：

——支持有明确责任的各部门的能力建设；

——为精神卫生的促进和预防的相关培训和教育提供资金；

——为项目实施的合作评估研究提供资金；

——在地方和国家水平上，将与精神卫生促进和精神疾病预防有关的多个部门协调成一个整体。

(2) 每个国家的组织和协调行动

为了使预防措施能更有效和符合成本—效益的原则，要求不同的组织和部门间要有协调的行动。

■政府应该在全国范围内对与预防行动和精神卫生促进计划的研制、推广、实施和评估有关的策划、实践和专业操作等工作加以协调，以便更有效地使用资源，并获得更大的效果。

■这种协调应该成为一个全国性的战略，要求公共卫生、健康促进、初级卫生与精神卫生保健部门之间，有效地进行合作，还要与其他能从有效的预防措施和政策中获益的公共部门如教育、劳动和司法部门之间合作。

(3) 在国际政府组织及非政府组织之间建立持续有效的合作

只有当相关的国际组织联合他们的努力、他们的专业知识和力量、并协调他们的行动和政策时，才有可能在世界范围内成功地减少精神疾病的发生和成功地促进精神健康。

■有效的预防措施和政策的研制、推广及实施过程中，所涉及的国际性的政府和非政府组织之间的有效的合作，应该在国家级的水平上进行协调。

参考文献

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM IV-TR, 4th ed. Washington, American Psychiatric Association.

Anderson P, Biglan A, Holder H (2005). Preventing the harm done by substances. In: Hosman C, Jané-Llopos E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.

Apter A (2001). Adolescent suicide and attempted suicide. In: Wasserman D, ed. Suicide, an unnecessary death. London, Martin Dunitz: 181-195.

Arendt M, Elklit A (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(6):423-437.

Aronen ET, Kurkela SA (1996). Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(12):1665-1672.

Avery DH et al. (2001). Bright light therapy of subsyndromal seasonal affective disorder in the workplace: morning versus afternoon exposure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4):267-274.

Babor T et al. (2003). Alcohol: no ordinary commodity. Oxford, Oxford Medical Publications.

Ballesteros J et al. (2004). Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99:103-108.

Battistich V et al. (1996). Prevention effects of the child development project: Early findings from an outgoing multisite demonstration trial. *Journal of Adolescent Research*, 11(1):12-35.

Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K (2005). Coping with parental mental illness. In: Hosman C, Jané-Llopos E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.

Beardslee W et al. (1988). Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *Journal of Affective Disorders*, 15(3):313-322.

Bell R (1992). Multiple-risk cohorts and segmenting risk as solutions to the problem of false positives in risk for the major psychoses. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 55(4):370-381.

Bellew R, King E (1993). Educating women: lessons from experience. In: King E, Hill A, eds. Barriers, benefits and policies. Baltimore, John Hopkins University Press.

Bertolote JM (2001). Suicide in the world: an epidemiological overview. In: Wasserman D, ed. *Suicide, an unnecessary death*. London, Martin Dunitz: 3-10.

Blair C, Ramey C (1997). Early intervention for lowbirth-weight infants and the path to second generation research. In: Guralnick MJ, ed. *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, Paul Brookes: 77-97.

Blair C, Ramey CT, Hardin JM (1995). Early intervention for low birthweight, premature infants: participation and intellectual development. *American Journal of Mental Retardation*, 99(5): 542-554.

Brown H, Sturgeon S (2005). Promoting a healthy start of life and reducing early risks. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Bruene-Butler L et al. (1997). The Improving Social Awareness-Social Problem Solving Project. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works. Issues in children' s and families' lives*, vol. 6. Thousand Oaks, USA, Sage Publications: 239-267.

Bryant RA et al. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66:862-866.

Bryant RA et al. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive-behavioral therapy and counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156:1780-1786.

Caplan RD et al. (1989). Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology*, 74(5):759-769.

Chowdhury A, Bhuiya A (2001). Do poverty alleviation programs reduce inequities in health? The Bangladesh experience. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health*. Oxford, Oxford University Press.

Clarke GN et al. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34:312-321.

Clarke GN et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58:1127-1134.

Cohen A (2002). Our lives were covered in darkness. The work of the National Literary Mission in Northern India. In: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, eds. World mental health casebook: social and mental health programs in low-income countries. London, Kluwer Academic/Plenum Publishers: 153-190.

Coie JD et al. (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10):1013-1022.

Conduct Problems Prevention Research Group(1999). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 67(5):648-657.

Conduct Problems Prevention Research Group (2002). The implementation of the Fast Track program: An example of a large-scale prevention science efficacy trial. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 30 (1): 1-17.

Cooper B (2002) . Thinking preventively about dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 895-906.

Cornblatt BA (2002) . The New York high risk project to the Hillside recognition and prevention (RAP) program. *American Journal of Medical Genetics*, 114(8):956-966.

Costello EJ, Angold A (1995). Epidemiology. In: March JS, ed. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York, Guilford Press.

Cummings KM (2000). Community-wide interventions for tobacco control. In: National Cancer Institute. Population based smoking cessation. *Smoking and Tobacco Control Monograph 12*. Bethesda, MD, US Department of Health and Human Services: 217-221.

Dadds MR et al. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4):627-635.

DeLeo D, Dello Buono M, Dwyer J (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181: 226-229.

Detels R et al., eds (2002). *Oxford textbook of public health*. 3rd ed. Oxford, Oxford University Press.

Developmental Research and Programs (1997). *Communities That Care: a comprehensive prevention program*. Seattle, WA, Developmental Research and Programs.

Dishion TJ, Andrews DW (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4):538-548.

Domitrovich C et al. (2005). Enhancing resilience and reducing risk behaviour in schools. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Dyer C, Halford WK (1998). Prevention of relationship problems: Retrospect and prospect. *Behavior Change*, 15(2):107-125.

Eddy M (2005). Prevention of conduct disorders, violence and aggression. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Felner RD et al. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: Longitudinal follow-ups and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP). *Prevention in Human Services*, 10:103-136.

Fichtenberg CM, Glantz SA. (2002). Effect of smokefree workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 325:188-195.

Forette F et al. (1998). Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet*, 352(9137):1347-1351.

Forette F et al. (2002). The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study. *Archives of Internal Medicine*, 162(18):2046-2052.

Frangou S, Murray RM (2000). Pharmacological treatment strategies. In: *Schizophrenia*, 2nd ed. London, Martin Dunitz: 48-59.

Gardenswartz C, Craske M (2001) Prevention of panic disorder. *Behavior Therapy*, 32(4):725-737.

Geddes JR, Lawrie SM (1995). Obstetric complications and schizophrenia: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 167(6):786-93.

Gordon R (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98:107-109.

Gordon R (1987). An operational classification of disease prevention. In: Steinberg JA,

Silverman MM, eds. Preventing mental disorders: a research perspective. Rockville, MD, Department of Health and Human Services: 20-26.

Green LW, Kreuter MW (1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach, 3rd ed. Mountain View, Mayfield Publishing Company.

Greenberg MT, Kusche CA (1998). Preventive interventions for school-age deaf children: The PATHS curriculum. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(1):49-63.

Greenberg MT et al. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7:117-136.

Haight BK, Michel Y, Hendrix S (1998). Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents: Short-and long-term effects. *International Journal of Ageing and Human Development*, 47(2):119-142.

Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6):951-976.

Hawkins JD, von Cleve E, Catalano Jr RF (1991). Reducing early childhood aggression: Results of a primary prevention program. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2):208-217.

Hawkins JD et al. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153:226-234.

Heaney CA, Price RH, Rafferty J (1995a). The Caregiver Support Program: an intervention to increase employee coping resources and enhance mental health. In: Murphy LR et al., eds. *Job stress interventions*. Washington DC, American Psychological Association: 93-108.

Heaney CA, Price RH, Rafferty J (1995b). Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health. *Journal of Organizational Behavior*, 16:335-352.

Herrman H, Saxena S, Moodie R (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization.

Hingson R et al. (1996). Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: The saving lives program. *American Journal of Public Health*, 86(6):791-797.

Hoefnagels C (2005). Preventing child abuse and neglect. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*.

Oxford, Oxford University Press.

Hosman C (2005). Prevention of eating disorders. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Dadds M, Raphael B (2005). Prevention of anxiety disorders. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Jané—Llopos E (1999) . Political challenges 2 : mental health. In : International Union for Health Promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness : shaping public health in a new Europe. Brussels, ECSC-EC-EAEC: 29-41.

Hosman C, Jané—Llopos E (2005). Effectiveness and evidence: levels and perspectives. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S eds (2005). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Wasserman D, Bertelotte J (2005). Suicide prevention. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.

Ingram RE, Price JM, eds (2000). Handbook of vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan. New York, Guilford.

Institute of Medicine (1989). Utilization management by third parties: Controlling costs and changing patient care? The role of utilization management. Washington DC, Institute of Medicine.

Jablensky A, Kalaydjieva L (2003). Genetic epidemiology of schizophrenia: Phenotypes, risk factors, and reproductive behavior. American Journal of Psychiatry 160(3):425-429.

Jablensky A et al. (2000). Psychotic disorders in urban areas: an overview of the study on low prevalence disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34:221-236

Jané—Llopos E, Munoz R, Patel V (2005). Prevention of depression and depressive symptomatology. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.

Jané—Llopos E et al. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183:384-397.

Jané—Llopos E et al. (2005). Ageing mentally healthy. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Johannessen JO et al. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 51:39-46.

Johnson CA et al. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58:447-456.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, eds (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*, 7th ed. Baltimore, Williams and Wilkins.

Keel PK, Leon GR, Fulkerson JA (2001). Vulnerability to eating disorders in childhood and adolescence. In: Ingram RE, Price JM, eds. *Vulnerability to psychopathology: Risks across the life span*. New York, Guilford: 390-411.

Kellam SG et al. (1994). The course and malleability of aggressive behaviour from early first grade into middle school: results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35:259-281.

Kenkel D, Chen L (2000). Consumer information and tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford Medical Publications: 177-214.

Killackey E et al. (2005). Early prevention in psychosis. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Kupfer DJ, Frank E, Perel JM (1989). The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 46(9):771-5.

Kurth C et al. (1995). The severity of dieting and bingeing behaviours in college women: Interview validation of survey data. *Journal of Psychiatric Research*, 29(3):211-225.

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Oxford: Update Software.

Larsen TK et al. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in

patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158:1917-1919.

Leenars A (2001). Controlling the environment to prevent suicide. In: Wasserman D, ed. *Suicide, an unnecessary death*. London, Martin Dunitz: 259-264.

Li F et al. (2001). Enhancing the psychological well-being of elderly individuals through Tai Chi exercise: A latent growth curve analysis. *Structural Equation Modelling*, 8(1):53-83.

Litz BT et al. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2):112-134.

Loebel AD et al. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149(9):1183-1188.

Lowry-Webster HM, Barrett PM, Dadds MR (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behavior Change*, 18(1):36-50.

Lucas AR et al. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148(7):917-922.

Majcher D, Pollack MH (1996). Childhood anxiety disorders. In: Hechtman, Trokenberg L, eds. *Do they grow out of it? Long-term outcomes of childhood disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Association: 139-169

McGorry RD et al. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with sub threshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59:921-928.

McGorry RD, Singh BS (1995). Schizophrenia: risk and possibility of prevention. In: Raphael B, Burrows GD, eds. *Handbook of studies on preventive psychiatry*. Amsterdam, Levier.

McNeil TV (1995). Prenatal risk factors and schizophrenia: selective review and methodological concerns. *Epidemiological Reviews*, 17(1):107-12.

Miller TJ et al. (2002). Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*, 159:863-865.

Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC (1995). Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *Eur Neuropsychopharmacology*. 5:5-13.

Moon L, Meyer P, Grau J (1999). Australia's young people: their health and wellbeing. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

Morrison AP et al. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. Study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors. *British Journal of Psychiatry Suppl.*, 43:s78-84.

Moyer A et al. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97:279-92.

Mulrow CD et al. (1990). Quality-of-life changes and hearing impairment. A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 113(3):188-94.

Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, National Academy Press.

Murray CJL, Lopez AD (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health.

Murray CJL et al. (2001). The global burden of disease 2000 project: aims, methods, and data sources. Geneva, World Health Organization.

Musisi S, Mollica R, Weiss M (2005). Supporting refugees and victims of war. In: Hosman C, Jané-Llopos E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Oxford, Oxford University Press.

O'Dea JA, Abraham S (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviours of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders* 28(1):43-57.

Olds DL (1997). The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. Primary prevention works. Thousand Oaks, USA, Sage: 41-67.

Olds DL (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3):1153-1172.

Olds DL et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical*

Association, 278(8):637-643.

Olds DL et al. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: A 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(8):1238-1244.

Olweus D (1989). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Rubin K & Heppler D, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Erlbaum: 411-448.

Patel V, Jané—Llopos E (2005). Poverty, social exclusion and disadvantages groups. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Patton G (1996). An epidemiological case for a separate adolescent psychiatry? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(5):563-566.

Phelps L, Wilczenski F (1993). Eating disorders inventory-2: Cognitive behavioural dimensions with nonclinical adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, (49):508-515.

Pratt BM, Woolfenden SR (2003). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford, Update Software.

Price R, Kompier M (2005). Work, stress and unemployment. In: Hosman C, Jané—Llopos E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Price RH, van Ryn M, Vinokur AD (1992). Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *Journal of Health and Social Behavior*, 33:158-167.

Ramey C T, Yeates KO, Short EJ (1984). The plasticity of intellectual development: Insights from preventive interventions. *Child Development*, 55:1913-1925.

Ranson K et al. (2000). The effectiveness and costeffectiveness of price increases and other tobacco control policies. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford Medical Publications: 427-447.

Reid JB et al. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology*, 27(4),483-517.

Riemsma RP et al. (2002). Patient education for adults with rheumatoid arthritis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford, Update Software.

Rispens J, Aleman A, Goudena PP (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 21:975-987.

Rutter M (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147:598-561.

Rutz W, von Knorring L, Walinder J (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85:83-88.

Sackett DL et al. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312:71-72.

Saffer H (2000). Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford Medical Publications: 215-236.

Saffer H, Dave D (2002). Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Economics*, 30: 1325-34.

Sanders MR, Montgomery D, Brechman-Toussaint M (2000). Mass media and the prevention of child behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:939-948.

Sanders MR, Turner KM, Markie-Dadds C (2002). The development and dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3):173-179.

Sandler I, Ayers T, Dawson-McClure S (2005). Dealing with family disruption: divorce and bereavement. In: Hosman C, Jané-Llopos E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Sandler IN et al. (2003). The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(3):587-600.

SANE (2002). *Schizophrenia costs: an analysis of the burden of schizophrenia and related suicide in Australia*. SANE Australia. Schweinhart LJ, Weikart DP (1997). The High/Scope preschool curriculum comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly*, 12 (2):117-143.

Schweinhart LJ et al. (1993). Significant benefits: The High/Scope Perry preschool study through age 27. Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 10. Ypsilanti MI, High/Scope Press.

Shapiro A, Taylor M (2002). Effects of a communitybased early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. *Gerontologist*, 42(3):334-341.

Shisslak CM, Crago M, Estes LS (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18:209-219.

Shure MB (1997). Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviors in the preschool and primary years. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works. Issues in children's and families' lives*. Vol. 6. Thousand Oaks USA, Sage Publications: 239-267.

Shure MB, Spivack G (1988). Interpersonal cognitive problem solving. In: Price RH et al., eds. *14 ounces of prevention; a casebook for practitioners*. Washington DC, American Psychological Association: 69-82.

Silagy C et al. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, Update Software. Shochet et al. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3):303-315.

Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42(3):356-72.

Stevens N, van Tilburg T (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26(1):15-35.

Thomson H, Petticrew M, Morrison D (2001). Housing interventions and health - a systematic review. *British Medical Journal*, 323:187-190.

Tondo L, Jamison KR, Baldessarini RJ (1997). Effect of lithium maintenance on suicidal behaviour in major mood disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836:339-351.

Torrey EF, Bowler AE, Clark K (1997). Urban birth and residence as risk factors for psychoses: an analysis of 1880 data. *Schizophrenia Research*, 25(3):169-76.

Tremblay RE et al. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys:

Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4):560-568.

UNICEF (2002). UNICEF annual report 2002. New York, UNICEF.

van Doesum K, Hosman C, Riksen-Walraven M (in press). A model based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*.

van Lier PAC (2002). Preventing disruptive behavior in early elementary school children. Dissertation, Erasmus University, Rotterdam.

van Os J, McGuffin P (2003). Can the social environment cause schizophrenia? *British Journal of Psychiatry*, 182(4):291-292.

Villar J et al. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. The Latin American Network for Prenatal and Reproductive Research. *New England Journal of Medicine*, 327(18):1266-1271.

Vinokur AD et al. (2000). Two years after a job loss: Long-term impact of the JOBS Program on reemployment and mental health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1):32-47.

Vuori J et al. (2002). The Ty h n job search program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1):5-19.

Walker HM et al. (1998). First step to success: An early intervention approach for preventing school antisocial behaviour. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 6(2):66-80.

Warner R (2001). The prevention of schizophrenia: What interventions are safe and effective? *Schizophrenia Bulletin*, 27(4):551-562.

Webster-Stratton C (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5):479-492.

Webster-Stratton C, Reid MJ (2003). The incredible years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: Kazdin AE, ed. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, Guilford Press: 224-240.

Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Community Psychology*, 30(3):283-302.

WHO (1997) . The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. Geneva, World Health Organization.

WHO(1998) . Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva, World Health Organization.

WHO (1999) . A critical link: interventions for physical growth and child development. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001a) . Basic documents. 43rd ed. Geneva,World Health Organization:1.

WHO (2001b) . The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization.

WHO (2002a) . Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research. Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence.

WHO (2002b) . Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention. Geneva, World Health Organization.

WHO (2002c) . The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life style. Geneva, World Health Organization.

WHO (2004a) . Global status report: Alcohol policy. Geneva, World Health Organization.

WHO (2004b) . Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva, World Health Organization.

WHO (2004c) . WHO CHOICE Cost effectiveness analyses. Geneva, World Health Organization. Available at: <http://www3.who.int/whosis/menu>.

WHO (2004d) . The world health report 2004: Changing history. Geneva, World Health Organization.

Windsor RA et al. (1993). Health education for pregnant smokers: Its behavioural impact and cost benefit. American Journal of Public Health, 83(2):201-206.

Winzelberg AJ et al. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(2):346-350.

Wolchik SA et al. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. American Journal of Community Psychology, 21(3): 293-331

Wolchik SA, et al. (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. Journal of Consulting and Clinical Psychology,

68(5):843-856.

Wolchik SA et al. (2002). Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce. A randomized controlled trial. *JAMA*, 288(15):1874-1881.

World Bank (2000). *World development report: attacking poverty*. Oxford, Oxford University Press.

Young A et al. (1995). The PACE Clinic: development of a clinical service for young people at high risk of psychosis. *Australian Psychiatry*, 3:345-349.

Zabinski M et al. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4):401-408.

Zenere PJ, Lazarus PH (1997). The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a prevention and intervention program. *Suicide and Threatening Behavior*, 27(4):387-403.