

精神卫生政策  
与服务指南

# 精神卫生 背景

*“改善精神健康的努力必须兼顾对精神障碍患者理解、治疗和照顾方面的新进展，以及目前卫生改革情况和政府其它部门的政策。”*



世界卫生组织，2003

本套指南由北京大学精神卫生研究所组织统一译校、排版

翻译：胜利

校对：刘津

统校：刘津 于欣

排版：官金良 刘津

精神卫生政策  
与服务指南

# 精神卫生 背景



世界卫生组织，2003

## 世界卫生组织图书馆出版目录资料

精神卫生背景  
(精神卫生政策与服务指南)

1. 精神卫生服务—组织与管理
2. 精神卫生服务—标准
3. 精神障碍—治疗
4. 公共政策
5. 疾病成本
6. 指南 I. 世界卫生组织 II. 系列

ISBN 92 4 154594 1

(NLM 分类: WM 30)

关于该出版物的技术信息可由以下渠道获得:

Dr. Michelle Funk

Mental Health Policy and Service Development Team  
Department of Mental Health and Substance Dependence  
Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster  
World Health Organization  
CH-1211, Geneva 27  
Switzerland

电话: +41 22 791 3855

传真: +41 22 791 4160

电子邮件: [funkm@who.int](mailto:funkm@who.int)

### ©世界卫生组织 2003

版权所有。世界卫生组织的出版物可从 World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland 处购买或发送 (电话: +41 22 791 2476; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int))。无论是为了销售或是非经营性发送而要复制或翻译世界卫生组织出版物的, 都要求按以上地址写信到出版社征得同意 (传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: [permission@who.int](mailto:permission@who.int))。

本书对所选素材的设计及描述, 并不意味着世界卫生组织对任何国家、区域、城市和地区或当局的合法状况的意见, 也不暗示对国界、边界的界定。地图上的点线代表着大致的边界线, 而许多边界线仍然没有完全得到认可。

本书提及了某些公司或一些厂商的产品, 这也并不意味着它们是被世界卫生组织认可或推荐的, 或它们优于其它未提及的类似公司或产品。除了错误和省略外, 专利产品的名字也通过词首大写字母来加以区别。

世界卫生组织并不保证本书所包含的信息是完整和正确的, 也不对由于使用这些信息而造成的任何损害负责。

新加坡印刷。

## 致谢

《精神卫生政策与服务指南》是在精神卫生政策与服务发展协调员 Dr. Michelle Funk 的指导下，以及世界卫生组织精神卫生与物质依赖署主任 Dr. Benedetto Saraceno 的督导下完成的。

世界卫生组织衷心感谢为本模块做准备的印度鲁比霍尔诊所的 Dr. Soumitra Pathare，以及南非共和国开普敦大学的 Alan Flisher 教授为本模块撰写初稿。

### 编辑与技术协调组

世界卫生组织总部 (WHO/HQ) 的 Dr. Michelle Funk、Natalie Drew 女士和 Dr. JoAnne Epping-Jordan，南非共和国开普敦大学的 Alan J. Flisher 教授，南非人类科学研究所的 Melvyn Freeman 教授，美国国家精神卫生计划指导研究会及美国马里兰大学医学院的 Dr. Howard Goldman，以色列耶路撒冷卫生部精神卫生服务处的 Dr. Itzhak Levav，和 Dr. Benedetto Saraceno (WHO/HQ)。

南非共和国开普敦大学的 Dr. Crick Lund 完成了本模块的最终技术编辑。

### 技术协助

Dr. Jose Bertolote (WHO/HQ)，Dr. Thomas Bornemann (WHO/HQ)，WHO 美洲区办公室 (AMRO) 的 Dr. Jose Miguel Caldas de Almeida，WHO 东南亚区办公室 (SEARO) 的 Dr. Vijay Chandra，WHO 非洲区办公室 (AFRO) 的 Dr. Custodia Mandlhate，Dr. Claudio Miranda (AMRO)，WHO 东地中海区办公室 (EMRO) 的 Dr. Ahmed Mohit，WHO 欧洲区办公室 (EURO) 的 Dr. Wolfgang Rutz，Dr. Erica Wheeler (WHO/HQ)，Dr. Derek Yach (WHO/HQ) 及 WHO 政策证据和信息部的所有员工 (WHO/HQ)。

### 管理和文秘支持

Adeline Loo 女士 (WHO/HQ)、Anne Yamada 夫人 (WHO/HQ) 和 Razia Yaseen 夫人 (WHO/HQ)。

企划和美术设计：2S) 美术设计

编辑：Walter Ryder

世界卫生组织衷心感谢下列人员为该模块提供的专家意见和技术信息：

<b>Dr Adel Hamid Afana</b>	Director, Training and Education Department Gaza Community Mental Health Programme
<b>Dr Bassam Al Ashhab</b>	Ministry of Health, Palestinian Authority, West Bank
<b>Mrs Ella Amir</b>	Ami Québec, Canada
<b>Dr Julio Arboleda-Florez</b>	Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada
<b>Ms Jeannine Auger</b>	Ministry of Health and Social Services, Québec, Canada
<b>Dr Florence Baingana</b>	World Bank, Washington DC, USA
<b>Mrs Louise Blanchette</b>	University of Montreal Certificate Programme in Mental Health, Montreal, Canada
<b>Dr Susan Blyth</b>	University of Cape Town, Cape Town, South Africa
<b>Ms Nancy Breitenbach</b>	Inclusion International, Ferney-Voltaire, France
<b>Dr Anh Thu Bui</b>	Ministry of Health, Koror, Republic of Palau
<b>Dr Sylvia Caras</b>	People Who Organization, Santa Cruz, California, USA
<b>Dr Claudina Cayetano</b>	Ministry of Health, Belmopan, Belize
<b>Dr Chueh Chang</b>	Taipei, Taiwan
<b>Professor Yan Fang Chen</b>	Shandong Mental Health Centre, Jinan People's Republic of China
<b>Dr Chantharavdy Choulamany</b>	Mahosot General Hospital, Vientiane, Lao People's Democratic Republic
<b>Dr Ellen Corin</b>	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada
<b>Dr Jim Crowe</b>	President, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Dunedin, New Zealand
<b>Dr Araba Sefa Dedeh</b>	University of Ghana Medical School, Accra, Ghana
<b>Dr Nimesh Desai</b>	Professor of Psychiatry and Medical Superintendent, Institute of Human Behaviour and Allied Sciences, India
<b>Dr M. Parameshvara Deva</b>	Department of Psychiatry, Perak College of Medicine, Ipoh, Perak, Malaysia
<b>Professor Saida Douki</b>	President, Société Tunisienne de Psychiatrie, Tunis, Tunisia
<b>Professor Ahmed Abou El-Azayem</b>	Past President, World Federation for Mental Health, Cairo, Egypt
<b>Dr Abra Fransch</b>	WONCA, Harare, Zimbabwe
<b>Dr Gregory Fricchione</b>	Carter Center, Atlanta, USA
<b>Dr Michael Friedman</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
<b>Mrs Diane Froggatt</b>	Executive Director, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Toronto, Ontario, Canada
<b>Mr Gary Furlong</b>	Metro Local Community Health Centre, Montreal, Canada
<b>Dr Vijay Ganju</b>	National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, Alexandria, VA, USA
<b>Mrs Reine Gobeil</b>	Douglas Hospital, Quebec, Canada
<b>Dr Nacanieli Goneyali</b>	Ministry of Health, Suva, Fiji
<b>Dr Gaston Harnois</b>	Douglas Hospital Research Centre, WHO Collaborating Centre, Quebec, Canada
<b>Mr Gary Haugland</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
<b>Dr Yanling He</b>	Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China
<b>Professor Helen Herrman</b>	Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

<b>Mrs Karen Hetherington</b> <b>Professor Frederick Hickling</b>	WHO/PAHO Collaborating Centre, Canada Section of Psychiatry, University of West Indies, Kingston, Jamaica
<b>Dr Kim Hopper</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
<b>Dr Tae-Yeon Hwang</b>	Director, Department of Psychiatric Rehabilitation and Community Psychiatry, Yongin City, Republic of Korea
<b>Dr A. Janca</b>	University of Western Australia, Perth, Australia
<b>Dr Dale L. Johnson</b>	World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Taos, NM, USA
<b>Dr Kristine Jones</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
<b>Dr David Musau Kiima</b>	Director, Department of Mental Health, Ministry of Health, Nairobi, Kenya
<b>Mr Todd Kriebel</b>	Ministry of Health, Wellington, New Zealand
<b>Mr John P. Kummer</b>	Equilibrium, Unteraegeri, Switzerland
<b>Professor Lourdes Ladrado-Ignacio</b>	Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, College of Medicine and Philippine General Hospital, Manila, Philippines
<b>Dr Pirkko Lahti</b>	Secretary-General/Chief Executive Officer, World Federation for Mental Health, and Executive Director, Finnish Association for Mental Health, Helsinki, Finland
<b>Mr Eero Lahtinen</b>	Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland
<b>Dr Eugene M. Laska</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
<b>Dr Eric Latimer</b>	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada
<b>Dr Ian Lockhart</b>	University of Cape Town, Observatory, Republic of South Africa
<b>Dr Marcelino López</b>	Research and Evaluation, Andalusian Foundation for Social Integration of the Mentally Ill, Seville, Spain
<b>Ms Annabel Lyman</b>	Behavioural Health Division, Ministry of Health, Koror, Republic of Palau
<b>Dr Ma Hong</b>	Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China
<b>Dr George Mahy</b>	University of the West Indies, St Michael, Barbados
<b>Dr Joseph Mbatia</b>	Ministry of Health, Dar-es-Salaam, Tanzania
<b>Dr Céline Mercier</b>	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada
<b>Dr Leen Meulenbergs</b>	Belgian Inter-University Centre for Research and Action, Health and Psychobiological and Psychosocial Factors, Brussels, Belgium
<b>Dr Harry I. Minas</b>	Centre for International Mental Health and Transcultural Psychiatry, St. Vincent's Hospital, Fitzroy, Victoria, Australia
<b>Dr Alberto Minoletti</b>	Ministry of Health, Santiago de Chile, Chile
<b>Dr P. Mogne</b>	Ministry of Health, Mozambique
<b>Dr Paul Morgan</b>	SANE, South Melbourne, Victoria, Australia
<b>Dr Driss Moussaoui</b>	Université psychiatrique, Casablanca, Morocco
<b>Dr Matt Muijen</b>	The Sainsbury Centre for Mental Health, London, United Kingdom
<b>Dr Carmine Munizza</b>	Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italy
<b>Dr Shisram Narayan</b>	St Giles Hospital, Suva, Fiji
<b>Dr Sheila Ndyabangi</b>	Ministry of Health, Kampala, Uganda
<b>Dr Grayson Norquist</b>	National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA
<b>Dr Frank Njenga</b>	Chairman of Kenya Psychiatrists' Association, Nairobi, Kenya

<b>Dr Angela Ofori-Atta</b>	Clinical Psychology Unit, University of Ghana Medical School, Korle-Bu, Ghana
<b>Professor Mehdi Paes</b>	Arrazi University Psychiatric Hospital, Sale, Morocco
<b>Dr Rampersad Parasram</b>	Ministry of Health, Port of Spain, Trinidad and Tobago
<b>Dr Vikram Patel</b>	Sangath Centre, Goa, India
<b>Dr Dixianne Penney</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
<b>Dr Yogan Pillay</b>	Equity Project, Pretoria, Republic of South Africa
<b>Dr M. Pohanka</b>	Ministry of Health, Czech Republic
<b>Dr Laura L. Post</b>	Mariana Psychiatric Services, Saipan, USA
<b>Dr Prema Ramachandran</b>	Planning Commission, New Delhi, India
<b>Dr Helmut Remschmidt</b>	Department of Child and Adolescent Psychiatry, Marburg, Germany
<b>Professor Brian Robertson</b>	Department of Psychiatry, University of Cape Town, Republic of South Africa
<b>Dr Julieta Rodriguez Rojas</b>	Integrar a la Adolescencia, Costa Rica
<b>Dr Agnes E. Rupp</b>	Chief, Mental Health Economics Research Program, NIMH/NIH, USA
<b>Dr Ayesh M. Sammour</b>	Ministry of Health, Palestinian Authority, Gaza
<b>Dr Aive Sarjas</b>	Department of Social Welfare, Tallinn, Estonia
<b>Dr Radha Shankar</b>	AASHA (Hope), Chennai, India
<b>Dr Carole Siegel</b>	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
<b>Professor Michele Tansella</b>	Department of Medicine and Public Health, University of Verona, Italy
<b>Ms Mrinali Thalgodapitiya</b>	Executive Director, NEST, Hendala, Watala, Gampaha District, Sri Lanka
<b>Dr Graham Thornicroft</b>	Director, PRISM, The Maudsley Institute of Psychiatry, London, United Kingdom
<b>Dr Giuseppe Tibaldi</b>	Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italy
<b>Ms Clare Townsend</b>	Department of Psychiatry, University of Queensland, Toowoing Qld, Australia
<b>Dr Gombodorjiin Tsetsegdary</b>	Ministry of Health and Social Welfare, Mongolia
<b>Dr Bogdana Tudorache</b>	President, Romanian League for Mental Health, Bucharest, Romania
<b>Ms Judy Turner-Crowson</b>	Former Chair, World Association for Psychosocial Rehabilitation, WAPR Advocacy Committee, Hamburg, Germany
<b>Mrs Pascale Van den Heede</b>	Mental Health Europe, Brussels, Belgium
<b>Ms Marianna Várfalvi-Bognarne</b>	Ministry of Health, Hungary
<b>Dr Uldis Veits</b>	Riga Municipal Health Commission, Riga, Latvia
<b>Mr Luc Vigneault</b>	Association des Groupes de Défense des Droits en Santé Mentale du Québec, Canada
<b>Dr Liwei Wang</b>	Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China
<b>Dr Xiangdong Wang</b>	Acting Regional Adviser for Mental Health, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines
<b>Professor Harvey Whiteford</b>	Department of Psychiatry, University of Queensland, Toowoing Qld, Australia
<b>Dr Ray G. Xerri</b>	Department of Health, Floriana, Malta
<b>Dr Xie Bin</b>	Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China
<b>Dr Xin Yu</b>	Consultant, Ministry of Health, Beijing, People's Republic of China
<b>Professor Shen Yucun</b>	Institute of Mental Health, Beijing Medical University, People's Republic of China

**Dr Taintor Zebulon**

President, WAPR, Department of Psychiatry,  
New York University Medical Center, New York, USA

世界卫生组织也衷心感谢澳大利亚、芬兰、意大利、荷兰、新西兰和挪威等国政府，以及礼来基金和欧洲强生社会责任基金给予的经费支持。

*“改善精神健康的努力必须兼顾对精神障碍患者理解、治疗和照顾方面的新进展，以及目前卫生改革情况和政府其它部门的政策。”*

# 目录

前言	x
概要	2
目的和对象	8
<b>1. 绪论</b>	<b>9</b>
<b>2. 精神障碍造成的负担</b>	<b>11</b>
2.1 精神障碍的总体负担	11
2.2 精神障碍的经济和社会负担	12
2.3 易感群体	13
2.4 精神卫生的资源 and 资金	13
<b>3. 纵观历史</b>	<b>15</b>
<b>4. 对精神障碍患者理解、治疗和照顾的新进展</b>	<b>17</b>
4.1 躯体障碍和精神障碍的相互作用	17
4.2 对精神障碍的有效治疗	18
<b>5. 全球卫生改革趋势及其对精神卫生的意义</b>	<b>19</b>
5.1 地方分责	19
5.2 卫生财政改革	19
5.3 精神卫生改革的意义：机遇与风险	20
<b>6. 对精神卫生有影响的非卫生部门的政府政策</b>	<b>22</b>
<b>7. 精神卫生政策与服务指南：目的及各模块概要</b>	<b>25</b>
7.1 精神卫生政策、计划和项目	25
7.2 精神卫生财政管理	26
7.3 精神卫生立法与人权	27
7.4 精神卫生宣传	28
7.5 改善精神卫生质量	30
7.6 组织精神卫生服务	32
7.7 计划和预算精神卫生服务	33
<b>其他阅读材料</b>	<b>35</b>
<b>参考文献</b>	<b>35</b>

本模块是世界卫生组织《精神卫生政策与服务指南》的一部分，它为许多国家提供实用的信息资料，以帮助改善其国民的精神健康状况。

## 指南的目的是什么？

---

指南的目的是为了帮助政策制定者和计划者：

- 为改善国民的精神健康状况而制定政策和全面的策略；
- 利用现有的资源尽可能获得最大的收益；
- 为需要帮助者提供有效的服务；
- 帮助精神障碍患者重返社区生活的各个方面，从而全面改善其生活质量。

## 指南有哪些内容？

---

指南由一系列相互关联的易于掌握和使用的模块组成，在设计这些模块时强调了在政策制定和服务计划中要满足多种需求及优先领域。每一个模块的主题代表了精神卫生的一个核心方面。开始的内容是名为《精神卫生背景》的模块，它概述了精神卫生的全球背景，并总结了所有模块的内容。该模块应该能使读者了解精神卫生的全球背景，同时可依据不同情况选择对自己有用的具体模块。《精神卫生政策、计划和项目》是一个核心模块，提供了关于政策制定，以及通过计划与步骤来贯彻政策的过程的详细信息。在阅读这个模块之后，各国可集中关注在其它模块中所介绍的精神卫生的具体内容。

指南共包括以下模块，需分批撰写和印刷：

- > 精神卫生背景
- > 精神卫生政策，计划和项目
- > 精神卫生财政管理
- > 精神卫生立法与人权
- > 精神卫生宣传
- > 组织精神卫生服务
- > 改善精神卫生质量
- > 计划和预算精神卫生服务
- > 改善对精神药物的获取及使用
- > 精神卫生信息系统
- > 精神卫生人力资源与培训
- > 儿童青少年精神卫生政策和计划
- > 对精神卫生政策和服务的研究与评估
- > 职场的精神卫生政策和项目

## 指南针对哪些人？

---

这些模块将有益于：

- 政策制定者和卫生计划者；
- 国家、省市和地区政府部门；
- 精神卫生专业人员；
- 代表精神障碍患者的团体；
- 精神障碍患者家属及照顾者的代表或协会；
- 代表精神障碍患者及其亲属和家庭利益的宣传组织；
- 涉及或致力于提供精神卫生服务的非政府组织。

## 模块的使用方法

---

— 模块可以**单独使用或作为一套方案使用**。模块之间是前后对应的，便于灵活应用。各国可以全面、系统地使用每一个模块；也可以为了精神卫生的某个特殊领域使用相关的模块。例如：某些国家希望处理精神卫生立法的问题，就可以通过使用名为《精神卫生立法与人权》的模块而达到目的。

— 模块可作为一种**培训指南**，用以培训精神卫生政策制定者、计划者以及其它涉及组织、提供或资助精神卫生服务的相关人员。模块也可用作大学或学院教学课程中的教材。专业组织可以选择这个指南对从事精神卫生的人员进行辅助培训。

— 可作为**技术顾问**来使用模块。通过广泛的国际和国家组织提供的技术指导，对那些希望改革本国精神卫生政策和/或服务的国家提供支持。

— 也可作为患者、家庭和宣传组织的**宣传工具**来使用模块。这些模块包含了对公共教育有用的信息，以及可用于增强从政者、决议者、其它卫生专业人员和公众关于精神障碍和精神卫生服务意识的信息。

## 模块的格式

---

每一个模块都清楚地概述了其目的和对象。为了帮助各国使用和实施本指南，这些模块都以按部就班的格式布局，不以生硬的方式来加以说明和解释。相反，鼓励各国根据自身的需要和环境来修订本指南。模块中贯穿了许多实例。

由于在这些模块之间存在着广泛的相互关联，如果有读者希望得到进一步的指导，就需要参考另一个模块（正如文中所指出的）。

应该根据世界卫生组织关于通过大卫生服务和社区机构来提供绝大多数精神卫生医疗的政策，来阅读所有的模块。精神卫生必定会成为许多领域的问题，这些领域包括了教育、职业、住房、社会服务和司法部门。向患者和家庭组织认真征求意见，对于制定政策与提供服务是很重要的。



# 精神卫生 背景

## 1. 绪论

在各种社会中，精神障碍都在疾病负担中占相当的比重。现在已经有了有效的干预手段，但大多数需要这些干预的人却无法得到干预。若要让他们得到治疗，可以通过改变政策、立法、拓展服务、充足的财政支持以及恰当地培训员工来实现。正是和着这一信息，《世界卫生报告》（2001）努力强调全世界人口的精神卫生需求。

通过《世界卫生报告》（2001）和发起的其他行动，世界卫生组织努力使精神卫生从卫生政策的边缘，站到全球公共卫生领域中更显著的位置。政策制定者和政府越来越意识到精神障碍的负担和需要立即行动起来关注精神卫生。

作为《精神卫生全球行动计划》的一部分，世界卫生组织编写了《精神卫生政策与服务指南》，正是为了帮助政策制定者和服务策划者处理精神卫生问题，并帮助会员国实施《世界卫生报告》（2001）中所推荐的政策。本模块是指南的开篇，描述了精神卫生所处的背景以及指南的目的和内容。

## 2. 精神障碍造成的负担

### 2.1 精神障碍的总体负担

精神障碍负担在疾病总体负担中占到 12%。到 2020 年，精神障碍可能会占残疾调整生存年损失的 15%。精神障碍带来的负担在青壮年中是最大的，而青壮年是人口中最具生产力的年龄段。在未来数十年间，发展中国家可能遇到的情况是，由于精神障碍造成的负担不成比例地大幅度升高。在世界各地，精神障碍患者都面临病耻感和歧视。

### 2.2 精神障碍的经济和社会负担

精神障碍造成的总体经济负担是巨大的。在美国，每年的直接治疗费用据估计有 1480 亿美元，占国民生产总值的 2.5%。在发达国家，精神障碍的间接消耗是直接治疗费用的 2 到 6 倍。而且，在发展中国家，间接花费占总体治疗花费的比重更大，因为直接治疗费用较低。在大多数国家，因为缺少公共资金支持的综合精神卫生服务网络，家庭承担了大部分经济负担。家庭负担还会导致社会负担，比如照顾残疾家庭成员带来的情绪负担，降低了照顾者的生活质量，造成社会隔绝、耻感，并丧失了未来自我发展的机会

### 2.3 易感群体

精神障碍的负担对社会各阶层的影响并不是均一的。处于不利环境及资源最少的群体易感这些精神障碍，面临着最高的负担。

### 2.4 精神卫生的资源 and 资金

精神卫生服务普遍资金不足，发展中国家尤其如此。近 28% 的国家没有单独

的精神卫生预算。在有单独精神卫生预算的国家，37%在精神卫生上的花费仅占卫生预算总数的1%都不到。在发展中国家，62%的国家精神卫生预算不到卫生预算的1%；发达国家中16%也是这样。因此，精神障碍负担与用于精神卫生服务资源之间的差距是巨大的。

### 3. 纵观历史

---

为了理解造成目前精神障碍负担以及保健和治疗趋势的原因，有必要考察这方面的历史。以史为鉴，能够揭示以前改革努力为什么失败，并了解发达国家和发展中国家在服务方式上的千差万别。

几个世纪以来，在许多社会中，都是宗教或有灵论的解释决定了对待精神障碍患者的方式。在17世纪早期，出现了将精神错乱理解为躯体状况的世俗解释。1600到1700年间，患有精神障碍的穷人越来越多地被囚禁在遍及欧洲及如今北美的公共监狱、矫正院、贫民窟、综合医院和私立收容所。

早期对精神错乱的医学解释并不鼓励宽容或忍耐，而是暗示这种残障的躯体状况是患者过度纵欲所致，因此该当受罚。18世纪初，对精神紊乱者的主流看法是：他们是无可救药的下等人，应当生活在糟糕的生活环境中，并且在拘押处应当使用躯体约束措施。改革这些收容院的压力恰逢18世纪人道主义风气抬头，许多收容院引入了道德治疗项目。

道德治疗的成功导致在欧洲及北美各国兴建了许多收容院。1950年代后，精神病院在人道方面声誉的下降又导致了社区照顾运动的蓬勃发展，以及减少州立精神病院慢性患者人数，缩减和关闭某些医院，发展社区精神卫生服务作为替代办法。这就是知名的去住院化运动。

世界上有几个国家见证了这种从以医院为基础的服务体系到以社区为基础的服务体系的转变过程。去住院化并不只是把病人都系统地送出院，而是一个复杂的过程。去住院化应当在精神病院外建立替代性的服务网络。不幸的是，许多发达国家的去住院化并没有伴随着恰当的社区服务发展。

在很多发展中国家，西方式的精神卫生服务开始时是由国家力量或殖民地政权推动的，在19世纪晚期或20世纪初建立了精神病院。一般来说，发展中国家精神病院系统覆盖的人群没有发达国家那样广泛。某些发展中国家已经能够提高其精神病院的基本服务和在地区综合医院建立新的精神科病房，或能够通过培训初级保健人员培训精神卫生知识，将基本精神卫生服务融入一般卫生保健。然而，在大多数发展中国家，精神科服务还很稀少，只能覆盖人口中的一小部分。而且，面临着训练有素的人员和适当机构设施的双重严重短缺。

有理由相信，21世纪对精神障碍患者的照顾会明显改善。社会科学的进步使我们对精神障碍社会根源的认识有了新的理解，如抑郁和焦虑。针对发育的研究正在揭示由于儿童早期遭受虐待和成人精神障碍所造成的困难。现在，针对多种精神障碍，临床医生有了更有效的精神药物。研究还显示，有效的心理和心理社会干预能增强和维持常见精神障碍的痊愈，如抑郁和焦虑，也能改善慢性疾病（如精神分裂症）患者的康复。

## 4. 对精神障碍患者理解、治疗和照顾的新进展

---

近 50 年来，我们对精神障碍的理解已经发生了显著改变。这是由于治疗领域的科学进步，以及需要保护住院和社区精神障碍患者人权意识提高的联合作用结果。

### 4.1 躯体障碍和精神障碍的相互关系

---

对躯体障碍和精神障碍关系的看法已经改变了，这是一个关键的进步。现在人们已普遍认识到，精神障碍和躯体障碍之间的关系是复杂的，两者通过多种途径相互影响。精神障碍如果不治疗会导致共患躯体疾病的结局不良。由于免疫功能减退，不健康的行为，不遵从开具的处方和对躯体障碍相关治疗上的障碍，患有精神障碍的人患躯体疾病的危险增加了。而且，有慢性躯体疾病的人明显比其他人更容易患精神障碍。

### 4.2 对精神障碍的有效治疗

---

针对许多精神障碍都有有效的治疗，包括抑郁症、精神分裂症，以及酒精和药物相关障碍。《世界卫生报告》（2001）给出了证据，说明各种疗法在治疗精神障碍上的有效性。

## 5. 全球卫生改革趋势及其对精神卫生的意义

---

近 30 年来，在大卫生部门和精神卫生部门都进行了大幅度改革。地方分责和卫生财政管理改革是影响大卫生保健系统的两个关键的变革。这些问题对于精神卫生来说也是重要的，因为大家越来越认识到需要给精神卫生服务注入充足的资金，而且强调要把这些服务融合到大卫生保健服务系统中去。

### 5.1 地方分责

---

地方分责从发达国家开始，而且已经影响到发展中国家卫生系统的形态。出于各种原因，许多发展中国家已经采纳了将公共卫生服务分散到地方政府的做法。包括：随着经济全球化的压力，对国内经济和政治系统进行改革；认识到按地方需求筹划相应的服务能够更恰当地满足要求；由国内动乱和人口迁移造成原有系统的瓦解。

### 5.2 卫生财政改革

---

卫生财政改革在很大程度上受以下愿望的驱动：改进卫生保健的可及性，推动提供平等的卫生服务，以及促进使用符合成本效益原则的技术。这样做，能够获得最佳的效果。然而，这样的改革也被政府看作控制卫生医疗成本的方法，和把这些改革推广到其他参与者的手段，特别是服务的使用者。卫生财政改革包括改变经费的来源，包括集资概念的变化，以及在购买卫生服务上的改革。

在卫生部门改革中，精神卫生的机遇包括：

- 将精神卫生服务融入大卫生服务；
- 考虑到精神障碍带来的负担，在卫生资源的分配中应增加精神卫生的份额。

在卫生部门改革中，精神卫生面临的风险有：

- 精神卫生服务被边缘化；
- 地方分委会导致对精神障碍患者的服务分崩离析和被排斥；
- 自费的趋势损害精神障碍患者的利益，因为他们不可能有用于付费的资源；
- 集资系统，如公共和私人保险将对精神障碍的治疗排除在外，因此使患有这些障碍的人处于不利地位。

## 6. 对精神卫生有影响的非卫生部门的政府政策

---

人与社会的精神卫生受许多宏观社会因素和宏观经济因素的影响，而这些都不属于传统的卫生部门。各国政府能够并且确实从政策水平上影响着这些因素。政府的政策、行动和项目的导向作用对人们精神卫生的影响可以是积极的，也可以是消极的。各国政府、政策制定者和计划者经常不考虑或不能意识到社会经济政策的变动对精神卫生的影响。

精神障碍患者的需求跨越了传统的部门界限。贫穷是精神障碍最强的预测因素之一。相对贫困和绝对贫困都对精神健康有不良影响。许多全球潮流，如城市化，对各人群的精神健康有消极意义。社会经济因素是彼此相关的，一个部门的政策改变对其他部门有连锁效应，而这对精神健康的影响可以是积极的，也可以是消极的。各国政府应当引入各种机制，以监测经济政策和社会政策的改变对精神健康的各种影响。

## 7. 精神卫生政策与服务指南：目的及各模块概要

---

目前精神卫生的总体背景是：一方面，精神障碍的负担日益加重，用于精神卫生的资源和支持不足；另一方面，通过最近在精神障碍治疗上的进展，也存在改善这一状况的机遇。卫生改革和宏观经济及政治变化的潮流对精神卫生有重要意义。

在这种情况下，各国政府在保证其人民的精神健康上起着关键作用。最近在精神障碍知识和治疗上的进步意味着改进人民精神卫生的目标有可能实现。现在是需要行动的时候。

《精神卫生政策与服务指南》旨在帮助各国处理这些问题。本指南提供了帮助各国制定政策、策划服务、财政管理和改进现有服务质量方面的实用信息，还介绍了如何促进精神卫生宣传和恰当立法。

本指南是由精神卫生政策和开发服务领域的专家撰写的。在撰写过程中，还向世界范围内的政策制定专家和服务策划专家进行了咨询。本指南经过了各国卫生部、各个非政府组织以及代表国内和国际消费者、患者家庭、专业人士和政府机构的各种组织的评议。

指南由一系列相互关联的易于掌握和使用的模块组成，在设计这些模块时强调了在政策制定和服务计划中要满足多种需求及优先领域。各模块的主题分别反映了精神卫生的不同核心内容。

下面是各模块的概要。

### 7.1 精神卫生政策、计划和项目

---

对于任何一个卫生部的精神卫生部门而言，明确的精神卫生政策是基本和强有力的工具。当恰当地制定并通过计划和项目执行政策时，政策可对人群的精神卫生产生显著的影响。本模块的具体步骤包括以下方面：

- 制定政策
- 制定精神卫生计划
- 制定精神卫生项目
- 政策、计划和项目的执行要点

贯穿本模块，利用各国的具体案例说明了政策、计划和项目的制定过程。

## 7.2 精神卫生财政管理

---

在建立可行的精神卫生系统的过程中，财政是一个关键因素。财政管理就是通过资源分配，将计划和政策转化为行动的机制。本模块阐述了以下精神卫生的财政管理步骤：

- 步骤 1: 总体卫生财政状况
- 步骤 2: 描述精神卫生系统以了解当前的资源水平及其使用方式
- 步骤 3: 为精神卫生服务开发资源
- 步骤 4: 分配经费以突出计划中的优先领域
- 步骤 5: 制定预算，以利于财政管理和分清职责
- 步骤 6: 购买精神卫生服务以达到最佳效益和效率
- 步骤 7: 加强基本建设，促进精神卫生财政管理
- 步骤 8: 以财政管理为杠杆促进精神卫生服务体系变革

## 7.3 精神卫生立法与人权

---

精神障碍患者是社会中的弱势群体，若要保护他们的权利，精神卫生立法是必不可少的。本模块提供了针对精神卫生立法的详细指导。

开始部分列出了正式立法之前需要做的工作。然后描述了立法的内容，包括精神卫生立法中的实质性问题，以及对精神卫生有实质影响的其他立法。其后概括介绍精神卫生立法的进程问题，包括起草法案、咨询和实施立法。

## 7.4 精神卫生宣传

---

精神卫生宣传是一个相对较新的概念。其目的是为了减少对精神患者的侮辱与歧视，促进精神障碍患者的人权。精神卫生宣传包括多种不同的行动，这些行动旨在改变不利于大众取得积极的精神卫生成果的、在体制上和态度上的严重阻碍。

本模块描述了在精神卫生政策和服务发展中宣传所起的重要作用，并概述了各精神卫生团体在宣传中的作用，然后推荐具体的实施步骤，说明卫生部门应如何支持宣传。

## 7.5 改善精神卫生质量

---

质量决定着服务是否增加了所需的精神卫生结果，是否与现有的循证医学实

践相一致。对所有精神卫生系统来说，质量都是重要的，因为质量好是精神障碍患者得到所需照顾、症状好转和生活质量改善的保障。本模块列出了改善精神卫生质量的实施步骤：

- 步骤 1：调整政策以改进质量
- 步骤 2：设计标准文件
- 步骤 3：制定认证程序
- 步骤 4：使用质量机制监督精神卫生服务
- 步骤 5：将质量改善整合到当前的服务管理和服务提供中
- 步骤 6：为改善服务进行系统改革
- 步骤 7：审核质量机制

## 7.6 组织精神卫生服务

---

精神卫生服务是提供有效的精神卫生干预的手段。对这些服务的组织方式对其有效性有重要意义，并对其最终能否满足精神卫生政策的目的和目标有重要意义。本模块首先对全球目前精神卫生服务的组织形式进行了描述和分析，并回顾了服务组织的现状。为了获得不同服务的最佳组合，对组织精神卫生服务提出了建议。主要建议如下：

- 将精神卫生服务融入大卫生系统；
- 发展正规和非正规的社区精神卫生服务；
- 推动和实现去住院化。

## 7.7 计划和预算精神卫生服务

---

本模块的目的是提供一个评估当地人群的精神卫生服务需求以及计划相应服务的模式。

计划和预算的步骤是循环往复式的，包括以下几个步骤：

- 步骤 A：分析情况
- 步骤 B：评估需求
- 步骤 C：设定目标
- 步骤 D：开展服务

通过实际例子，本模块旨在向各国提供一套计划和预算的工具，以帮助各地提供精神卫生服务。

## 目的和对象

---

《精神卫生政策与服务指南》是世界卫生组织精神卫生政策项目的一个部分。本模块是此指南的首篇，描述了精神卫生的全球背景和编制本指南的目的，并总结了指南中各模块的内容。

本模块的读者对象包括政策制定者、计划者、服务提供者、精神卫生工作者、精神障碍患者及其家庭、代表各方权益的组织，以及所有其他权益关联者。本模块会让读者了解精神卫生的全球背景，并能帮助他们选择阅读对其所面临的具体情况有帮助的模块。

# 1. 绪论

在各种社会中，精神障碍都在疾病负担中占相当的比重。现在已经有了有效的干预手段，但大多数需要这些干预的人却无法得到干预。若要让他们得到治疗，可以通过改变政策、立法、拓展服务、充足的财政支持以及恰当地培训员工来实现。

正是和着这一信息，《世界卫生报告》（2001）努力强调全世界人口的精神卫生需求（WHO, 2001b）。本报告旨在增加公众和专业人员对精神障碍负担的意识，以及对精神障碍在人文、社会和经济上造成损耗的意识。最后，报告中提出了 10 条建议，各国可以根据自己的需要和资源因地制宜地采用（框 1）。

通过《世界卫生报告》（2001）和发起的其他行动，世界卫生组织努力使精神卫生从卫生政策的边缘，站到全球公共卫生领域中更显著的位置。政策制定者和政府越来越意识到精神障碍的负担和需要立即行动起来关注精神卫生。

## 框1：《世界卫生报告》（2001）中的建议

- 在初级保健机构中提供治疗
- 使需要者能够得到精神药物
- 在社区中提供护理
- 教育公众
- 将社区、家庭和患者纳入服务体系
- 制定国家政策、项目和立法
- 开发人力资源
- 与其他政府部门联合
- 监测社区精神卫生
- 为更多研究提供支持

在第 54 届世界卫生大会期间，各国卫生部长参加了圆桌讨论，专门倾诉各国面临的精神卫生需求上的挑战。部长们承认，各国面临的问题根本上是由各自的社会经济和政治原因决定的。部长们愿意以更宽广的视角看待精神卫生问题，既采取更有针对性的方法管理精神障碍，同时也重视精神健康促进与预防。部长们还承认，将精神卫生保健融入初级保健，能减少精神卫生在一般卫生服务中处于边缘状态的现象，并减轻精神障碍患者的病耻感和被排斥的情况。

认识到以上问题，第 55 届世界卫生大会号召会员国：

- > 批准 EB109.R8 决议，使各国加强其国民的精神健康；
- > 在国内和国际双边或多边合作中，增加对精神卫生的投入，将精神卫生当作国民福祉的一个不可或缺的组成部分；
- > 批准和支持世界卫生组织的《精神卫生全球行动计划》。

世界卫生组织的《精神卫生全球行动计划》清晰地表达了一贯的策略，即为减少精神障碍负担，需要弥合目前的需求与能力之间的差距，这在《世界卫生报

《世界卫生报告》（2001）呼吁重视全球各人群的精神卫生需求。

世界卫生组织正努力使精神卫生在全球公共卫生中占有更显著的地位。

告》(2001)和部长级圆桌会议上都有所体现。这个为期5年的主动行动致力于形成一种战略性伙伴关系,以帮助各国提高综合处理精神障碍病耻感与负担的能力。世界卫生组织编写了《精神卫生政策与服务指南》,把它作为《精神卫生全球行动计划》的一部分。

本指南的目的是帮助政策制定者和服务策划者处理精神卫生问题,并帮助会员国实施《世界卫生报告》(2001)中所推荐的政策。

本模块是指南一系列模块中的开篇。描述了精神卫生所处的背景以及指南的目的与内容。框2中列出了已经写好和正在开发中的模块。

## **框 2: 指南中的模块**

---

- 精神卫生背景
- 精神卫生政策, 计划和项目
- 精神卫生财务管理
- 精神卫生立法与人权
- 精神卫生宣传
- 组织精神卫生服务
- 改善精神卫生质量
- 计划和预算精神卫生服务
- 改善对精神药物的获得及使用
- 精神卫生信息系统
- 精神卫生人力资源与培训
- 儿童青少年精神卫生政策和计划
- 对精神卫生政策和服务的研究与评估
- 职场的精神卫生政策和项目

## 2. 精神障碍造成的负担

为了理解编写本指南的背景，意识到各种精神障碍目前带来的总体负担非常重要。本节回顾了现有的精神障碍负担方面的证据，精神障碍带来的经济和社会消耗，以及精神卫生服务可利用的资源。

### 2.1 精神障碍的总体负担

数字是难以表达精神障碍带来的痛苦和磨难的。世界范围内，有 1.21 亿人患抑郁，7 千万人有酒精相关的问题，2400 万人患精神分裂症，3700 万人患痴呆。然而，直到近 10 年，其他卫生问题还是占有先机，在估计精神障碍的负担上还缺乏成熟的测量方法，这导致世界上成千上万人、他们的家庭以及照顾他们的人陷入不幸而不为人所知。

有几方面的发展使公众更多地意识到以前人们大大低估了精神障碍的负担。这些发展包括：出版了《世界发展报告：对卫生的投入》（世界银行，1993）和开发了残疾调整生存年这一概念来估计疾病的总体负担，纳入了因残疾而损失的时间（生存年）（Murray 和 Lopez, 1996, 2000）。根据 2000 年的估算，精神和神经障碍占残疾调整生存年的 12.3%，带残生存年限的 31%，而且在全世界前 20 位导致残疾的情况中，精神神经障碍占第 6 位（世界卫生报告，2001）。

据估计，未来几十年精神障碍的负担还会增加。到 2020 年，精神障碍可能会占残疾调整生存年损失的 15%。抑郁可能会成为世界上第二严重的引起残疾的疾病（Murray 和 Lopez, 1996）。发展中国家的精神卫生保健系统发展较差，可能会经历精神障碍负担最严重的增长。婴儿死亡率和传染病的明显下降，特别是在发展中国家，会导致更多人活到易患精神障碍的年龄。精神障碍患者的预期寿命可能会增加，而预期寿命的逐渐增加可能会导致罹患抑郁和痴呆的老人数目增加。

精神障碍负担增加的其他可能原因还有快速城市化、冲突、灾难和巨大的经济变化。与城市化相伴的有：无家可归增多、贫穷、过分拥挤、高度污染、家庭结构解体和失去社会支持。这些都是精神障碍的危险因素（Desjarlais 等，1995）。在世界各地，遭受武装冲突、内乱和灾难的人数在增加，导致流亡、无家可归和贫困。遭受暴力的人比其他人更易罹患精神障碍，如创伤后应激障碍和抑郁，还可能造成药物和酒精滥用，使自杀率增高（世界卫生报告，2001）。

在许多发展中国家，急速的经济发展已经造成了各种后果。经济结构的调整导致了就业政策的变化和失业人口猛增，这是精神障碍，如抑郁和自杀的显著危险因素（Platt, 1984; Gunnell 等，1999; Pretiand Miotto, 1999; Kposowa, 2001）。这个例子清楚地说明了一个部门的政策变动（经济政策）是如何意想不到地引起其他部门（卫生部门）的问题。有些作者发表文章，说明精神疾患的增加与城市化，特别是发展中国家的城市化有关（Harpham 和 Blue, 1995）。

对于患者来说，除了精神障碍引起的明显痛苦外，还存在潜在的感到耻辱和受到歧视的负担。无论是低收入国家还是高收入国家，对精神障碍患者的歧视在历史上都是持续存在的。其表现有偏见、顽固的看法/作法、恐惧、不自然、愤怒、

2000 年，在疾病或受伤导致的损失中，精神和神经障碍占残疾调整生存年的 12%。

据估计，到 2020 年，精神障碍的负担会占到残疾调整生存年损失的 15%。

精神障碍负担增加的其他原因有快速城市化、冲突、灾难和巨大的经济变化。

病耻感和歧视是潜在的负担。

拒绝或回避。对有精神障碍的人来说，许多基本的人权和自由都被侵犯了，如不承认他们的民事权利、政治权利、经济权利和社会权利，在医院和在社区都是如此。对许多精神障碍患者来说，躯体虐待、性虐待和心理虐待是家常便饭。他们要面对被拒绝、不公平地被剥夺工作机会，以及在享受服务、健康保险和住房时被另眼看待。这些情况大多没有报告，因此也没有被量化和计入负担之中。

### 要点：精神障碍的总体负担

- 精神障碍负担占疾病总体负担的近 12%。
- 到 2020 年，精神障碍将会占到疾病造成的残疾调整生存年损失的近 15%。
- 精神障碍的负担在年轻人中最为突出，而他们本应是人口中最具生产力的部分。
- 在精神障碍带来的负担方面，未来几十年内，发展中国家可能会经历更大比例的负担增长。
- 在世界各地，精神障碍患者都面临病耻感和歧视。

## 2.2 精神障碍的经济和社会负担

精神障碍的经济和社会负担落在社会、政府、患者个人以及他们的照顾者和家人身上。最明显的经济负担是直接的治疗花费。多种精神障碍都是慢性的或反复发作的。这导致了治疗护理过程长或反复，也附加了无尽的经济花费。

在发达国家，直接用于治疗精神障碍的总的经济花费记录得很详尽。例如在美国，每年的直接治疗费用据估计有 1480 亿美元，占国民生产总值的 2.5%（Rice 等，1990）。而且，美国直接用于治疗抑郁的花费大约有 120 亿美元（Greenberg 等，1993）。在英国，直接的治疗费用据估计达 417 亿英镑（Kind 和 Sorensen，1993）。在发展中国家，对直接治疗费用的相对估计不那么容易得到，但这些花费可能是相当大的。以当地患病率和治疗花费数据为基础，估算出智利圣地亚哥（320 万人口）普通精神障碍的直接治疗费用近 7400 万美元，占了整个国家精神卫生预算的一半（Araya 等，2001）。

与精神分裂症有关的直接治疗费用，美国为 160 亿美元（Rice 和 Miller，1996），英国为 14 亿英镑（Knapp，1997），加拿大为 11 亿美元（Goeree 等，1999）。

间接经济损失主要是由于患者及其照顾者及家属失业和生产力的下降引起的。与其他疾病相比，精神障碍的间接消耗要高于直接治疗费用。例如，美国由于抑郁造成病假和生产力的下降所导致的损失据估计高达 310 亿美元，是直接治疗费用的 3 倍（Greenberg 等，1993）。在英国，间接损失估计有 29.7 亿英镑，将近直接治疗费用的 6 倍（Kind 和 Sorensen，1993）。就精神分裂症来说，美国的间接治疗费用估计有 170 亿美元，略高于直接治疗费用（Rice 和 Miller 1996）；在英国，相应数字是 12 亿英镑（Knapp 等，1997），与直接治疗费用相近。在发展中国家，由于缺乏治疗，直接治疗费用往往低于发达国家，患者处于未治疗和相关残疾的时段增加，间接治疗费用在精神障碍整体经济负担中的比重更大。

精神障碍的经济和社会负担落在社会的不同部分上。

最明显的经济负担是直接的治疗花费。

间接经济费用是巨大的而且要高于直接治疗费用。

患者家庭和照顾者通常承受着大部分经济负担，例外的是少数几个市场经济体系已经确立、又有全面资金保障的公共卫生保健与社会福利系统的国家。在家庭承担经济负担的地方，政府和社会最终也付出了代价，即国民收入减少和社会福利项目开销的增加。如上所示，间接负担，如生产力损失，超过了直接治疗费用。因此，对于社会和国家的经济逻辑是简单明了的：治疗精神障碍是昂贵的，但放任不管损失更大、更昂贵，这是大多数国家都难以承受的。

社会负担包括：精神障碍患者及其家庭和照顾者的生活质量下降；童年时期精神健康问题没有得到足够的重视，到青年时期会造成疏离和犯罪；以及有精神障碍的父母，其子女出现认知发育不良。

### 要点：精神障碍的经济和社会负担

- 精神障碍的总体经济负担是巨大的。在美国，直接治疗费用估计达 1480 亿美元，占国民生产总值的 2.5%。
- 在市场经济发达的国家，精神障碍造成的间接损耗超过直接治疗费用 2 到 6 倍。
- 在发展中国家，全部治疗费用中，间接消耗所占的比例可能更大，因为直接治疗费用低。
- 在大多数国家，因为缺少全面的、资金充足的精神卫生服务网络，家庭承担了经济负担中相当大的部分。
- 不治疗精神障碍造成的损失超过了治疗的费用。
- 家庭还遭受着社会方面的损失，例如照顾有残疾的家人带来的情绪负担，照顾者生活质量下降，遭到社会排斥、蒙受耻辱，在未来自我发展上丧失了机会。

## 2.3 易感群体

精神障碍的负担对社会各阶层的影响并不是均一的。处于不利环境及资源最少的群体易感这些精神障碍，面临着最高的负担。易感群体包括：女性，特别是遭受虐待的妇女；赤贫者，如住在贫民窟的人；遭受冲突与战争创伤的人；移民，特别是难民和迁徙的人；养育过程被打断的儿童和青少年；以及世界各地的土著民族。这些人群的成员患精神障碍的危险增加。而且，经常是多种易感因素同时存在于一个人。

不同的易感群体可能会受同样问题的困扰。这种群体的成员比其他人更容易失业，蒙受耻辱和遭受人权侵害。他们还面临难以得到服务的局面，例如难以得到费用合理、疗效满意的治疗。卫生服务提供者对精神障碍的顽固负面印象和偏见，进一步降低了患者的精神卫生需求得到足够重视的可能（Cole 等，1995；Shi，1999）。

## 2.4 精神卫生的资源 and 资金

精神卫生服务普遍资金不足，发展中国家尤其如此。近 28% 的国家没有单独的精神卫生预算。在有单独精神卫生预算的国家，37% 在精神卫生上的花费仅占卫

负担常落到家庭和照顾者身上。

治疗精神障碍是昂贵的，但放任不管损失更大，更昂贵，是大多数国家难以承受的。

精神障碍的社会负担也是巨大的。

易感群体面临着过高的精神障碍负担。

大多数国家精神卫生服务资金投入不足。

生预算总数的 1% 都不到。在发展中国家，62% 的国家精神卫生预算不到卫生预算的 1%；发达国家中 16% 也是这样（WHO，2001a）。

精神障碍负担与用于精神卫生服务资源之间的差距是巨大的。现在许多精神障碍有了有效的干预，成功处理精神障碍的潜能是存在的（见：《组织精神卫生服务》和《世界卫生报告》（2001））。尽管有这些证据，只有少数需要治疗的人从精神卫生服务中得到了照顾和治疗。

因此，有必要将精神障碍纳入国家卫生政策与计划中。尤其关键的是，在向精神卫生服务配置资源与资金时，应当与躯体障碍同样对待，以使资源配置与精神障碍负担的比例相称。

在精神卫生部门内部，分配资源时也存在公平与公正问题。例如，25% 的国家在初级保健水平无法得到基本的精神药物，37% 的国家没有以社区为基础的精神卫生机构（WHO，2001a）。即便在国家内部，城乡间在机构设置与专业人员配备上也存在着不平衡（见：《组织精神卫生服务》）。世界上有近 70% 的居民在所处环境中，每 10 万人口中一个精神科医生都不到。在许多国家，易感群体（如妇女、土著少数民族和虐待与创伤的受害者）被忽视了。

尽管有证据表明对精神障碍存在有效的干预，精神卫生服务的资金投入是不足的。

在配置资源与资金时，精神障碍应当与躯体障碍获得同等对待。

### 3. 纵观历史

为了解造成目前精神障碍负担以及保健和治疗趋势的原因，有必要考察这方面的历史。以史为鉴，能够揭示以前改革努力为什么失败，并了解发达国家和发展中国家在服务方式上的千差万别。

几个世纪以来，在许多社会中，都是宗教或有灵论的解释决定了对待精神障碍患者的方式。在中世纪，欧洲人认为精神问题是由超自然力量导致的，与魔鬼或神灵附体有关。17世纪早期，出现了将精神错乱理解为躯体状况的世俗解释。1600到1700年间，患有精神障碍的穷人越来越多地被囚禁在遍及欧洲及如今北美的公共监狱、矫正院、贫民窟、综合医院和私立收容所（Busfield, 1996; Jones, 1996; Goodwin, 1997）。

早期对精神错乱的医学解释并不鼓励宽容或忍耐，而是暗示这种残障的躯体状况是患者过度纵欲所致，因此该当受罚。18世纪初，对精神紊乱者的主流看法是：他们是无可救药的下等人，应当生活在糟糕的生活环境中，并且在拘押处应当使用躯体约束措施（Jones, 1996）。改革这些收容院的压力恰逢18世纪人道主义风气抬头，许多收容院引入了道德治疗项目（Breakey, 1996a）。

道德治疗的成功导致在欧洲及北美各国兴建了许多收容院。然而，在这些大型公共收容院中，大多数并不能成功地重复需要奉献精神的道德治疗。资金不足、病人数量庞大以及缺乏具有成本效益的替代疗法，使这些州立精神病院迅速变成了监押式的收容院。

20世纪发生的转变是，从强调监护到强调对病人进行护理和治疗，并发明了更人道的办法。二战以后，人权运动得以扩展，关注大规模侵犯基本人权的情况，包括侵犯精神障碍患者的人权。研究显示，精神收容院少有治疗措施，而且有时还加重了精神残疾。在国际上，越来越意识到许多收容院居住环境很差和治疗护理不足，需要政府设法保护精神障碍患者的权利。在人道主义潮流下，精神收容院信誉遭到质疑，导致了减少州立精神病院慢性患者人数，缩减和关闭某些医院的运动，并开始发展社区精神卫生服务作为替代办法。这就是知名的去住院化运动。

有几个国家见证了从以医院为基础的体系到以社区为基础的服务的迅猛转变，精神病院病床数大量减少，有些情况下，精神病院被彻底关闭。在意大利，1978年的精神卫生改革突出地体现了这一潮流。在的里雅斯特，精神病院都被关闭，并代之以社区为基础的服务，提供医疗照顾、心理社会康复和对急性发作的治疗。同时，引入了保护性住所和就业方案，使精神障碍患者有更多机会融入社区。世界上发展了社区综合精神卫生服务的城市还有澳大利亚的墨尔本、巴西的圣多斯和南里约格兰、法国的里尔、立陶宛的绍雷、西班牙的阿斯土利亚，以及英国的伦敦和伯明翰。

然而，去住院化并不只是把病人都系统地送出院，而是一个复杂的过程。去住院化应当在精神病院外建立替代性的服务网络。不幸的是，许多发达国家的去住院化并没有伴随着恰当的社区服务发展（Thornicroft 和 Tansella, 1999）。常见

几个世纪以来，都是从宗教角度解释精神障碍患者的行为和体验。

在17世纪，欧洲的精神障碍患者受到监禁。

道德治疗项目使精神收容院大量增加。

人权运动的兴起导致了去住院化。

几个国家发生了由以医院为基础的体系向以社区为基础的体系的迅猛转变。

在许多发达国家，去住院化并没有伴随着提供恰当的社区服务。

的错误观念是，作为替代形式的社区治疗在成本效益上会好于花费不断攀升的对慢性病人的监管照顾，或这会使政府能够把花在治疗上的钱用于其他服务（Breakey, 1996b, c; Sharfstein, 1996; Goodwin, 1997）。

越来越明确的是，随着去住院化，如果没有足够的资金和人力投入来建立替代性的以社区为基础的服务，精神障碍患者可去的精神卫生服务机构会更少，现有服务的职责范围可能会大得难以承受。最近，来自英美的报告显示，由于预算限制和关键职责的混乱（指由谁负责提供资金，由谁负责提供社区精神卫生服务），服务的提供处于一种失序状态（Sharfstein, 1996; Freeman, 1996; Redmond, 1998）。

在很多发展中国家，西方式的精神卫生服务开始时是由国家力量或殖民地政权推动的，在 19 世纪晚期或 20 世纪初建立了精神病院。一般来说，发展中国家精神病院系统覆盖的人群没有发达国家那样广泛。某些发展中国家已经能够提高其精神病院的基本服务和在地区综合医院建立新的精神科病房（Kilonzo 和 Simmons, 1998; Alem 等, 1999; Somasundaram 等, 1999; Sidandi 等, 1999），或能够通过培训初级保健人员提供精神卫生知识，将基本精神卫生服务融入一般卫生保健（Kilonzo 和 Simmons, 1998; Somasundaram 等, 1999）。然而，在大多数发展中国家，精神科服务还很稀少，只能覆盖人口中的一小部分。而且，面临着训练有素的人员和适当机构设施的双重严重短缺。

有理由相信，21 世纪对精神障碍患者的照顾会明显改善。社会科学的进步使我们对精神障碍社会根源的认识有了新的理解，如抑郁和焦虑。针对发育的研究正在揭示由于儿童早期遭受虐待和成人精神障碍所造成的困难（Brown 和 Harris, 1993; Kessler 等, 1997; Maughan 和 McCarthy, 1997）。现在，针对多种精神障碍，临床医生有了更有效的精神药物。研究还显示，有效的心理和心理社会干预能增强和维持常见精神障碍的痊愈，如抑郁和焦虑，也能改善慢性疾病（如精神分裂症）患者的康复。

虽然，许多发展中国家的精神病院是在殖民地时代建立的，精神病院覆盖的人口却不象发达国家那样广泛。

新进展提供了明显改善精神障碍患者医疗的机会。

## 要点：纵观历史

- 在发达国家，去住院化后未必提供了恰当的替代性社区资源。
- 在发展中国家，通常精神卫生服务稀少，只覆盖人口中的一小部分，而且面临资金和人力资源的双重严重短缺。
- 发展中国家的主要任务是通过将精神卫生服务融入初级保健和二级卫生保健，扩展其精神卫生服务覆盖的范围，达到为人口中相当一部分人服务的目的。
- 现在，对很多精神障碍有了非常有效的精神药物和心理社会干预。
- 研究已经证实了心理和心理社会干预对多种精神障碍的有效性。

## 4. 对精神障碍患者理解、治疗和照顾的新进展

近 50 年来，我们对精神障碍的理解已经发生了显著改变。这是由于治疗领域的科学进步，以及需要保护住院和社区精神障碍患者人权意识提高的联合作用结果。

### 4.1 躯体障碍和精神障碍的相互关系

现在人们普遍认识到，精神障碍和躯体障碍之间的关系是复杂的，两者通过多种途径相互影响。这种认识是一个关键的进步。

精神障碍导致躯体健康的结局不良，如已有研究显示精神分裂症病人的预期寿命明显缩短。精神障碍患者不像其他人那样能够注意到躯体疾病的症状。结果，他们因躯体疾病就诊的时间延迟，如糖尿病和高血压。因为病耻感和歧视，他们要治疗躯体疾病，会面临明显的阻碍。精神障碍还增加了对躯体疾病治疗不依从的可能，而这又导致了更糟糕的结局。精神障碍患者从生物学上对躯体障碍的易感性就较高。例如，抑郁与免疫系统功能下降有关，结果罹患其他躯体障碍的危险增加了（世界卫生组织报告，2001）。

反过来，躯体疾病也可以影响精神障碍：慢性躯体疾病患者发生精神障碍的可能性增加，如抑郁症。躯体疾病患者的自杀率也高于其他人群，在老年人中尤其明显。躯体残疾导致的社会后果增加了精神障碍的易感性。躯体疾病带来的限制导致工作机会减少，以及社交网络和家庭生活方面质与量的下降。治疗各种躯体疾病的药物有的对心理功能有直接的损害作用，有的由于增加躯体副作用间接地影响了精神健康。包括引起原本易感的个体出现抑郁、焦虑和其他精神障碍。

精神障碍还给共患的慢性躯体疾病带来一系列后果，如癌症（Spiegel 等，1989），心脏病（Ziegelstein 等，2000），糖尿病（Ciechanowski 等，2000）以及艾滋病（Reed 等，1994）。大量研究证实，有精神障碍而未经治疗的患者在以下方面的危险性增加：免疫功能下降、不良健康行为、到处方的不依从和不良的疾病结局。例如，已发现抑郁病人不依从医嘱是非抑郁者的 3 倍（DiMatteo 等，2000），而且，抑郁能够预测心脏病的发作（Ferketich 等，2000）（有关此问题的详细情况见《世界卫生组织报告》，2001）。

#### 要点：躯体障碍和精神障碍之间的关系

- 精神障碍和躯体障碍之间存在复杂的双向交互作用。
- 未经治疗的精神障碍使同时患有的躯体疾病预后不良。
- 由于免疫功能下降，不良的健康行为，和到处方的不依从，以及在获得躯体障碍治疗上的阻碍，使精神障碍患者患躯体疾病的危险增高。
- 慢性躯体疾病患者比其他人更易患精神障碍。

近 50 年来，我们对精神障碍的理解已经发生了显著改变。

精神障碍与躯体健康的不良结局有关。

精神障碍对共患的躯体疾病有不利影响。

躯体障碍增加了对精神障碍的易感性。

## 4.2 对精神障碍的有效治疗

针对许多精神障碍都有有效的治疗。《世界卫生报告》(2001)给出了证据,说明各种疗法在治疗精神障碍上的有效性。现将其中的某些治疗总结如下。

不同严重程度的抑郁都能通过抗抑郁药物得到有效治疗。对轻度和中度抑郁,心理治疗和抗抑郁剂同样有效。初级保健人员可以联合使用药物和心理治疗(咨询)来有效地处理抑郁(Sriram等,1990;Mynors-Wallis,1996;Schulberg等,1996;Ward等,2000;Bower等,2000)。

在治疗精神分裂症方面,抗精神病药对减少症状和预防复发可能会有帮助。与用药联合使用心理社会康复和家庭治疗可以将复发率从50%降到10%(Leff和Gamble,1995;Dixon等,2000)。

对于酒精相关的问题,研究显示针对有害性饮酒者的短期干预可以将酒精的消费减少30%,而且可以通过6-12个月或更长的时间减少暴饮。有研究显示,这些干预是符合成本效益原则的(Gomel等,1995;Wutzke等,2001)。对于更严重的酒依赖者,门诊和住院治疗都证实有一定疗效,虽然门诊治疗费用明显低。经证实同样有效的心理疗法包括:认知行为治疗、动机强化访谈以及与专业治疗相关的“十二步疗法”(世界卫生报告,2001)。

对药物依赖的治疗是符合成本效益的,可以将滥用药物减少40%到60%,并减少相关的不良健康和社会后果,如犯罪活动和HIV感染的危险(世界卫生报告,2001)。

要更详尽地考察各种治疗精神障碍的证据,读者应当参考《世界卫生报告》(2001)。

### 要点:对精神障碍的有效治疗

- 对许多精神障碍有有效的疗法。
- 抗抑郁药物和心理干预可以成功地治疗抑郁症。
- 心理社会康复和家庭治疗与药物治疗联合使用,可以将精神分裂症的复发率从50%降到10%。
- 针对有害性饮酒者的短期干预可以减少酒精消费达30%。
- 治疗药物依赖能减少40%-60%的药物滥用,符合成本效益原则。

许多精神障碍是可以有效治疗的,包括抑郁症、精神分裂症以及酒精和药物相关问题。

## 5. 全球卫生改革趋势及其对精神卫生的意义

近 30 年来，在大卫生部门和精神卫生部门都进行了大幅度改革。地方分责和卫生财政管理改革是影响大卫生保健系统的两个关键的变革。这些问题对于精神卫生来说也是重要的，因为大家越来越认识到需要给精神卫生服务注入充足的资金，而且强调要把这些服务融合到大卫生保健服务系统中去。

### 5.1 地方分责

地方分责是把提供卫生服务的责任由中央政府转移到地方政府（Cassels, 1995）。在实施地方分责以前，卫生系统大多是由中央政府的卫生部门直接管理的公共机构。因此，中央政府负责初级、次级和三级卫生保健系统的财政管理、政策实施、调整，以及服务运作。

地方分责从发达国家开始，而且已经影响到发展中国家卫生系统的形态。出于各种原因，许多发展中国家已经采纳了将公共卫生服务分散到地方政府的做法。包括：随着经济全球化的压力，对国内经济和政治系统进行改革；认识到按地方需求筹划相应的服务能够更恰当地满足要求；由国内动乱和人口迁移造成原有系统的瓦解。

### 5.2 卫生财政改革

卫生财政改革在很大程度上受以下愿望的驱动：改进卫生保健的可及性，推动提供平等的卫生服务，以及促进使用符合成本效益原则的技术。这样做，能够获得最佳的效果。然而，这样的改革也被政府看作控制卫生医疗成本的方法，和把这些改革推广到其他参与者的手段，特别是服务的使用者。

卫生财政改革包括改变经费的来源，包括集资概念的变化，以及在购买卫生服务上的改革（见：《精神卫生财政管理》以及《计划和预算精神卫生服务》）。

#### 5.2.1 经费来源

卫生系统的经费来源多样，包括普通税收、强制性或自愿的医疗保险、自费以及捐赠。多数高收入国家要么依赖普通税收，要么依赖强制性的社会医疗保险，而在低收入国家，医疗资金更多地来源于自费（世界卫生报告，2000）。目前取得广泛共识的是，所有各种预先付费的系统，包括普通税收和强制性或自愿医疗保险，比让患者自费更公正。

因此，应鼓励卫生系统采用预先付费形式，并减少自费的比重。在一些低收入国家或地区，预先付费的能力不足，在具体实施时对特殊干预可以考虑共同负担，这样能够减少经费压力。共同负担可以起到定量配给特殊干预的作用，但不一定能减少对特殊干预的需求。

#### 5.2.2 集资

集资是将风险分散到卫生系统使用者的一种方式。各种预先付费系统都是集资的机会，但集资的性质决定了是否能够让最需要精神卫生服务的人便于获得服务。集资的原则是健康人应当扶助病人，富人应当扶助穷人。如果集资纯粹是基

在提供卫生服务上实行地方分责，是全球随着经济改革而出现的分责潮流的一部分。

卫生财政改革是由力图改进健康效果和控制卫生保健成本的愿望驱动的。

预付费系统比其它卫生服务付费形式更公正。

集资的原则是由相对健康或经济状况好的人扶助相对贫病的人。

于健康风险，将导致逆向扶助，即由低风险的穷人扶助高风险的富人。正因为如此，多数卫生系统将风险与收入综合考虑，进行交叉扶助，为的就是将风险进行再次分散并保证公平（世界卫生报告，2000）。

### 5.2.3 购买

目前的世界潮流是将卫生服务的提供者和购买者分开。过去，这两种功能是整合在一起，由一个组织总体控制的。随着地方分责的进程，购买者-提供者的分家已经完成。而且，从被动的购买，即遵从事先确定的预算或简单地按已经发生的费用付账，转变为积极的或策略性购买。许多国家已经发生了这样的变革，如智利、匈牙利、新西兰和英国。通过从成本效益最好的提供商那里积极地选择购买特定的有效干预，可以使卫生系统为个人和人群服务的效能最大化，而这正是策略性购买的目的。

### 5.3 精神卫生改革的意义：机遇与风险

卫生部门的改革为精神卫生服务提供了很多机会，但同时也带来了明显的风险。在理性的决策过程中，鉴于精神卫生问题会带来显著的负担和可以获得有效的干预，应当增加财政和人力投入，以促进精神健康、预防、治疗精神疾病和促进康复。对卫生系统的改革为将可利用的资源重新分配到精神卫生部门提供了机会，即便在总体卫生资源恒定的情况下，也有机会。

卫生部门的改革也为精神卫生服务融入大卫生医疗提供了机会，在初级保健层次更是这样。融入初级保健增加了在不显著增加财政和管理投入的情况下，就能达到全面覆盖（包括精神卫生）的可能性。整体护理有助于减少因向单独的精神卫生服务机构寻求帮助所带来的耻感。

在精神卫生专业人员严重短缺的低收入国家，通过大卫生医疗提供精神卫生服务，是给无法获得足够服务的人群增加精神卫生保健的最具活力的策略。如上所述，精神障碍和躯体健康问题的联系是非常密切的。患有常见精神障碍（如抑郁和焦虑）的人经常以躯体症状出现在普通初级保健服务部门。整合后的服务鼓励早期识别和治疗这些障碍，并减少残疾。其他的好处还有：可以在社区提供医疗和有机会让社区参与医疗工作（见：《组织精神卫生服务》）。做到这些的先决条件是大卫生人员获得精神卫生方面的知识和技能。

然而，卫生部门的改革也带来了风险。在重新编排卫生系统时，精神卫生服务可能会被边缘化，卫生系统可能离提供这些服务的目标更远。

怎么会这样呢？因为地方分责使经营和管理的责任转移到了地方，精神卫生可能会从地方卫生计划中被排除出去。在渴求经过培训的精神卫生专业人员的发展中国家，地方管理者和经营者不大可能理解与当地人群有关的精神卫生问题。在这种情况下，当地那些分散了的服务造成对精神卫生忽视或重视不足的危险。由于未能给予精神卫生应有的重视，地方分责会破坏将精神卫生服务融入大卫生服务的目标。因此，一致的努力是应当将精神卫生纳入卫生改革的议程。

地方分责还会带来将服务分得过细碎以及重复建设的危险，结果由于缺乏经济规划，造成资源利用效率不高。进一步的危险是由于责任转移（责任转托），

有使卫生服务提供者和购买者分家的趋势。

卫生部门的改革既为精神卫生服务创造了机会，也带来了风险。

卫生部门的改革提供了让精神卫生服务融入大卫生医疗的机会。

卫生部门的改革也给精神卫生服务带来了明显的风险。

在地方分责的卫生服务中，精神卫生可能很容易被从卫生计划中排除出去。

可能导致各地提供的精神卫生服务有巨大差异。由于政治和决策过程的性质，民主社会倾向于多数主义而不是平均主义。地方分责的各地区在决策时更依赖当地人，结果决策过程非常容易被左右，即可能会被与卫生无关的考虑所左右，反映的是受益人和财政公正的考虑（世界卫生报告，2000）。精神障碍患者在多个方面处于社会不利地位，在许多社会中被剥夺了有效的话语权。因此，责任转托可能会导致精神障碍患者从决策过程中被排挤出去，他们对躯体卫生服务和精神卫生服务的需求被忽视。

在服务时收费（自费、部分自费）限制了人们获得服务，并且有可能把社会中最贫穷的成员排除在服务之外。其实，他们才是最需要精神卫生服务的（世界卫生报告，2000）。而且，精神障碍患者，特别是那些患慢性严重障碍的人，如精神分裂症患者，不可能有用于支付服务费的个人财政资源。这样的人依靠他们各自的照顾者和家庭来付费。在发展中国家，对家庭来说，把有限的资源用于治疗有严重精神障碍的家人是一个困难的抉择。

策略性购买也给提供精神卫生服务带来巨大的风险。采用策略性购买的方法要求有这样的信息，即针对具体的健康问题，现有各种干预措施的有效性如何。然而，在许多国家，特别是发展中国家，这样的资料几乎得不到。而且，策略性购买要求有从各种服务提供者中进行选择的可能性。在发展中国家，这也是不可靠的，那里的精神卫生专业人员绝对短缺。由于这些问题，最后的决定可能是不购买任何精神卫生服务。因此，应当有资源用于核对信息，并针对各种精神卫生干预进行成本效益研究。在发展中国家，还需要大量投入，来增加精神卫生专业人员的人数。

所以，应当在地方分责的进程中考虑到这些风险。各国应当仔细考虑，在存在诸多风险的情况下，地方分责策略是否可行。若要地方分责成功，各地应当有用于精神卫生的物质资源和人力资源。

保证这一切的一个方法是从国家水平上规定分散后的各地所应提供的最低水平的精神卫生服务，和总体卫生预算中应划拨给精神卫生的比例。而且，为了确保精神卫生服务的计划、管理和预算，还应当在培训人员时给予精神卫生一定的投入。

#### **要点：卫生部门的改革——精神卫生的机遇**

- 将精神卫生服务融入大卫生服务。
- 考虑到精神障碍带来的负担，在卫生资源的分配中应增加精神卫生的份额。

#### **要点：卫生部门的改革——精神卫生的风险**

- 精神卫生服务被边缘化。
- 地方分责会导致对精神障碍患者的服务分崩离析和被排斥。
- 自费的趋势损害精神障碍患者的利益，因为他们不可能有用于付费的资源。
- 集资系统，如公共和私人保险将对精神障碍的治疗排除在外，因此使患有这些障碍的人处于不利地位。

在服务时收费限制了人们获得服务，并且有可能把社会中最贫穷的成员排除在服务之外。

财政改革的结果可能是增加风险。

## 6. 对精神卫生有影响的非卫生部门的政府政策

人与社会的精神卫生受许多宏观社会因素和宏观经济因素的影响，而这些都不属于传统的卫生部门。各国政府能够并且确实从政策水平上影响着这些因素。政府的政策、行动和项目的导向作用对人们精神卫生的影响可以是积极的，也可以是消极的。各国政府、政策制定者和计划者经常不考虑或不能意识到社会和经济政策的变动对精神卫生的影响。

**贫穷**是对精神卫生最强有力的影响因素之一。无论是在市场经济国家还是发展中国家，它既是精神障碍的原因，也可以是其结果。穷人经历着环境中和心理上的不利处境，这些增加了他们对精神障碍的易感性（Patel, 2001）。在精神卫生服务上，他们还要面对一些阻碍，如付不起费用、没有可用的服务和卫生服务很少反映他们的需求。精神障碍患者，特别是慢性精神疾病患者，面临失业、无家可归和社会排斥的危险，而这一切都增加贫穷的危险。政府的各种政策旨在降低绝对贫困和相对贫困，这些可能会对精神障碍产生显著的积极影响。

**城市化**与精神障碍的增加有关。城市化使无家可归、贫穷和暴露于不利环境因素（如污染）的危险增加。它还破坏已经确立的家庭生活模式，导致社会支持下降（Desjarlais 等, 1995）。在发展中国家，城市化伴随着经济发展、正规市场经济的出现和快速的工业化。政府的政策并不一定要促进城市化，但政府可以通过立法和政策来改善住房条件和城市人口的生活状况，从而达到干预的目的。

**无家可归**既是精神障碍的危险因素也可以是精神障碍的结果。居住条件差的人更容易诉说心情沮丧，并且精神障碍的患病率也高于其他人（Sullivan 等, 2000; Kamieniecki, 2001）。有关住房的立法和国家住房政策旨在减少无家可归，提高住房质量和住房保有量及可利用性，这些可能对精神障碍的患病率有好的影响。

国家住房政策和立法也能够保证精神障碍患者在分配住房时不被歧视，使他们在选择国家提供的住房和/或补贴住房时能象其他人一样。各国还可以通过为慢性精神障碍患者优先提供住房来促进精神卫生工作，特别是提供适合他们特殊需求的住房，例如中途居所、共享的社区之家和有职守人员看护的住所。这对去机构化来说常常是很重要的，对建立长期的以社区为基础的照顾也是很重要的。然而，如果人口中有相当比例的人缺乏住房，这样的政策可能会引起争议。

**失业**对精神障碍来说也是有双向作用的强有力的影响因素。失业的人患抑郁的危险增高，而且自杀和自我伤害行为的危险增高（Platt, 1984; Preti 和 Miotto, 1999; Gunnell 等, 1999; Kposowa, 2001）。失业对于老年人的精神健康更是灾难性的，他们再次进入就业市场的前景很渺茫。最近十年，许多发展中国家已经实行经济改革和结构调整。这些改革通常包括立法方面的变革，有利于增加劳动力市场的灵活性。在某一层面上，这些举措会有它的经济意义，但同时也使无法预期的失业骤然上升。给人们找到工作，可能会极大地促进国家的精神卫生状况。

**良好的就业措施**对促进和维系一个国家的劳动力的精神健康至关重要。虽然可以说就业对精神健康有保护作用，但就业本身不能保证良好的精神健康。与工

政府的政策可以在宏观上对精神卫生产生积极的和消极的影响。

贫穷是精神障碍的强有力的决定因素。

城市化，特别是没有计划的城市化与精神障碍的患病率增高相关。

无家可归既可以是精神障碍的原因，也可以是精神障碍的结果。

失业对精神健康有消极影响。

作有关的问题，如受雇的性质和工作环境是非常关键的因素。劳动法可以促进发展安全的工作环境。职业和安全立法一定要强调精神卫生和物质滥用问题。

在通过符合成本效益原则的方法提高雇员生产力和经营效益的同时，各种形式的帮扶就业项目能够给个人提供负担得起的帮助。国家根据各地的不同情况，通过就业帮扶项目为建立良好的公共/私人合作关系提供了绝佳的机会。虽然在某些情况下有可能提供入户干预，对其他雇员来说，想得到帮助就要被转到别处。

许多国家有宪法、法律和法规禁止歧视残疾人。即便如此，残疾人，特别是精神障碍患者，一直都觉得自己很难找到工作。这在很大程度上是由于病耻感，还有雇佣精神障碍患者可能带来的困难，如要给予他们所需要的额外支持，以及可能突然中断工作。为了战胜这些歧视，有些国家给雇主设置了残疾人就业指标，这样，从法律上规定了达到特定雇员人数的工作场所所有义务雇佣一定比例的残疾雇员。早期资料显示，精神障碍患者从中获益的程度并没有达到设想的比例。

发展中国家通常缺乏全面的**社会保障**系统，而社会保障系统能够减少经济重组的某些不良反应。精神障碍与高度残疾有关，当提供残疾补助时必须把精神残疾考虑在内。精神障碍患者的家庭和照顾者在保证患者能够继续在社区生活和减少卫生服务部门的照顾负担上，发挥着重要作用。因此，向慢性和严重精神障碍患者的家庭和照顾者提供社会保障救济是公平合理的。

**教育**是今后精神健康的重要决定因素。在出现严重的精神障碍之前，学校有机会早期发现儿童的行为和情绪问题。在精神卫生领域内，通过学校也可能开展一些健康促进和预防活动。缺乏中等教育是未来出现精神卫生问题的一个重要的预测因素。不鼓励从中学辍学的策略可以在预防精神障碍上起重要作用。其他预防活动包括：促进问题解决能力、应对技巧、决断力培养以及人际技巧的培训项目，在青少年中预防酒精和药物滥用的项目（WHO，2001b）。

精神障碍患者比其他人更容易与**犯罪司法系统**发生接触，监狱里的在押人员比普通人更容易发生精神障碍。需要有政策防止将精神障碍患者不恰当地投入监狱，要有政策保证将患者便捷地转到治疗机构。监狱中的儿童和青年问题应当通过立法、转移安置和康复项目来解决，这些项目要请家庭参与。监狱中应有常规治疗和护理精神障碍的措施，像《犯人治疗最低标准》中规定的那样（1955年，被第一届联大预防犯罪和治疗犯人会议采纳；1957年7月31日经济和社会委员会批准663C号决议（XXIV），1977年5月13日批准2076号决议（LXII））。

在上述许多社会经济因素之间不免有相互联系。因此，在贫困、城市化和无家可归之间存在着明确的联系。一方面，政策的改变对其他方面有着连锁效应，而后者又反过来影响原来的领域。这一动力过程对精神卫生解决的最后影响可以是积极的，也可以是消极的。各国政府应当接受这样的观念，即宏观社会经济政策的改变会影响各人群的精神健康。应当引入一定的机制预防精神障碍和/或监测随政策改变出现的精神卫生状况的变化。

社会保障系统应当充分覆盖精神障碍造成的残疾。

教育为预防精神障碍提供了机会。

精神障碍患者经常与犯罪司法系统打交道。

### 要点：卫生部门以外的政府政策

---

- 宏观社会政策和宏观经济政策对各人群的精神健康有直接或间接的巨大影响。
- 精神障碍患者的需求跨越了传统的部门界限。
- 贫穷是精神障碍最强的预测因素之一。相对贫困和绝对贫困都对精神健康有不良影响。
- 许多全球潮流，如城市化，对各人群的精神健康有消极意义。
- 社会经济因素是彼此相关的，一个部门的政策改变对其他部门有连锁效应，而这对精神健康的影响可以是积极的，也可以是消极的。
- 各国政府应当引入各种机制，以监测经济政策和社会政策的改变对精神健康的各种影响。

## 7. 精神卫生政策与服务指南：目的及各模块概要

至此，本文概述了目前精神障碍的总体负担，精神卫生资源和资金的不足，以及通过最近精神障碍治疗上的进展改变这一状况的机遇。还概述了最近卫生改革和宏观经济及政治对精神卫生的影响。

各国政府在保证其人民的精神健康上起着关键作用。最近在精神障碍知识和治疗上的进步意味着改进人民精神卫生的目标有可能实现。现在是需要行动的时候。

《精神卫生政策与服务指南》旨在帮助各国处理这些问题。本指南提供了帮助各国制定政策、策划服务、财政管理和改进现有服务质量方面的实用信息，还介绍了如何促进精神卫生宣传和恰当立法。

本指南是由精神卫生政策和开发服务领域的专家撰写的。在撰写过程中，还向世界范围内的政策制定专家和服务策划专家进行了咨询。本指南经过了各国卫生部、各个非政府组织以及代表国内和国际消费者、患者家庭、专业人士和政府机构的各种组织的评议。

本指南的目的、各模块的目标人群、各模块的结构和使用方法等已经在本模块的序言里进行了描述。现将《精神卫生政策与服务指南》各模块的主要内容总结如下：

### 7.1 精神卫生政策、计划和项目

#### 绪论

对于任何一个卫生部的精神卫生部门而言，明确的精神卫生政策是基本和强有力的工具。当恰当地制定并通过计划和项目执行政策时，政策可对人群的精神卫生产生显著的影响。

#### 制定政策

精神卫生政策是为了改善人群的精神健康，并减少精神障碍负担而制定的一系列有条理的价值观、原则和目标。它确定了将来的前景，有助于建立行动模式。

制定政策的基本步骤包括：

- 步骤 1: 评估人群的精神卫生需求。
- 步骤 2: 为有效的政策搜集证据。
- 步骤 3: 咨询和谈判。
- 步骤 4: 与其他国家交流。
- 步骤 5: 设定政策的远景、价值观、原则和目标。
- 步骤 6: 确定行动领域。
- 步骤 7: 确定不同部门的主要任务和责任。
- 步骤 8: 开展预试。

目前的状况需要政策紧急行动起来。

本指南提供了帮助各国制定政策、策划服务、财政管理和改进现有服务质量方面的实用信息，还介绍了如何促进精神卫生宣传和恰当立法。

## 制定精神卫生计划

精神卫生计划的策略应该与政策中所确定的行动领域相一致。策略由一些所要开展的活动组成，开展活动的目的是确保实施行动领域。制定精神卫生计划需要进行以下活动：

- 步骤 1: 设置主要策略的优先领域
- 步骤 2: 设定时间表和资源

## 制定精神卫生项目

项目确定了人们将接受到的针对特定问题或障碍的具体精神卫生干预。这意味着根据能得到的最有力的证据，以有效的方案将大量相互有关的技术活动组织起来，处理精神卫生问题。制定项目应当包括以下步骤：

- 步骤 1: 确定所要解决的问题。
- 步骤 2: 设立项目目标。
- 步骤 3: 选择恰当的干预。
- 步骤 4: 描述项目活动。
- 步骤 5: 确定责任机构。
- 步骤 6: 制定时间表。
- 步骤 7: 草拟预算。
- 步骤 8: 评估项目。

## 政策、计划和项目的执行要点

通过由计划确定的优先策略和由项目确定的优先干预，可执行精神卫生政策。执行这些策略和干预需要以下几项行动：

- 步骤 1: 传达政策。
- 步骤 2: 获得政治支持和资金。
- 步骤 3: 发展有支持作用的组织。
- 步骤 4: 建立示范区。
- 步骤 5: 授权于精神卫生提供者。
- 步骤 6: 加强部门间协调。
- 步骤 7: 促进权益关联者间的交互作用。

贯穿本模块，利用各国的具体案例说明了政策、计划和项目的制定过程。

## 7.2 精神卫生财政管理

在建立可持续发展的精神卫生系统的过程中，财政是一个关键因素。财政管理就是通过资源分配，将计划和政策转化为行动的机制。

精神卫生政策制定者和计划者应当处理以下关键问题：

- 如何为精神卫生计划筹措足够的资金，包括用于提供精神卫生服务和用于必要的基本建设的经费？
- 为了满足已确定的需求和优先领域，如何分配这些经费，如何组织精神卫生

服务的实施？

- 如何控制服务成本？

精神卫生财政管理不是孤立的行为，而是发生在极不相同的政治和经济背景下，常常在大卫生服务财政管理的范畴内。在许多国家，精神卫生财政管理包含在大卫生财政管理之中，并且不是专项经费。在许多情况下，精神卫生财政管理如果不是由大卫生财政管理的目的所决定，也会受其影响。

精神卫生财政管理的步骤如下：

- 步骤 1: 总体卫生财政状况
- 步骤 2: 描述精神卫生系统以了解当前的资源水平及其使用方式
- 步骤 3: 为精神卫生服务开发资源
- 步骤 4: 分配经费以突出计划中的优先领域
- 步骤 5: 制定预算，以利于财政管理和分清职责
- 步骤 6: 购买精神卫生服务以达到最佳效益和效率
- 步骤 7: 加强基本建设，促进精神卫生财政管理
- 步骤 8: 以财政管理为杠杆促进精神卫生服务体系变革

### 7.3 精神卫生立法与人权

#### 精神卫生立法的背景

精神障碍患者是社会中的弱势群体，若要保护他们的权利，精神卫生立法是必不可少的。在大多数社会中，患者面临病耻感、歧视和边缘化。这提示我们，其人权受侵害的可能性要高于常人。立法应当力图在个人的自由、尊严等权利和保护其他人的社会需要之间保持微妙的平衡。

世界上 25% 的国家没有国家级的精神卫生立法，这些国家的人口占全球总人口的 31%。当然，这中间有的联邦制国家有州精神卫生法。应当注意的是，有精神卫生法并不一定能保证对精神障碍患者人权的保护。有些国家，其实正是精神卫生法中的某些内容为侵犯人权开了方便之门。

#### 立法程序前的活动

在一个决定起草并通过新的精神卫生立法的国家，应当采取特定的初步行动通告这一立法进程，包括以下几个方面：

- 确定基本的精神卫生问题和对实施精神卫生政策及计划的阻碍。
- 批判性地回顾现有的立法，以便发现差距和困难。
- 学习国际人权公约和标准。
- 批判性地回顾其他国家现有的精神卫生立法，特别是那些与本国的社会和文化背景相近的国家的有关立法。
- 将所有的权益关联者纳入进来，向他们咨询和协商精神卫生立法中可能包括的要件。

#### 精神卫生立法的内容

精神卫生立法中需要强调的一些比较重要的问题如下：

### (I) 精神卫生立法中的实质性问题，包括

- 对患者实施限制性最小的措施的原则；
- 保密；
- 知情同意；
- 自愿和非自愿入院；
- 自愿和非自愿治疗；
- 独立的复核小组；
- 行为能力和监护权。

### (II) 对精神卫生有实质影响的其他立法

这包括在以下方面保护精神障碍患者权利的立法：

- 住房；
- 就业；
- 社会保险。

还可以将立法用于精神健康促进和预防精神障碍。立法应当包括保护弱势群体权利的具体内容，如对妇女、儿童、老人和土著人。其他例子还有，通过给母亲假期促进母婴间联系的立法、早期发现和防止虐待儿童的立法、限制获得酒和药物的法律、以及设立学校精神卫生项目的立法条款。

### 精神卫生立法的进程问题

应当把起草法案的任务指派给专门组成的委员会。应当把法文的草案呈递给所有精神卫生领域里的重要权益关联者，向他们咨询。咨询是起关键作用的步骤，能帮助发现法文的弱点、与现有法律的潜在冲突、草案中不经意漏掉的重要问题、实施中可能遇到的实际困难等。

在起草阶段就能预见实施中的困难，从而可以采取纠正措施。由于缺乏经费，人员短缺，专业人员、患者照顾者和家庭以及普通公众对精神卫生立法缺乏认识，缺乏协调一致的行动，以及偶然的程序上的问题，都可能给立法带来困难。

开展有关新的精神卫生立法的活动需要经费。为此应当向这方面投入恰当的预算。

有一个协调机构的话，就能够帮助各个部门按时序实施精神卫生立法。在精神卫生专业人员、精神卫生服务使用者、患者照顾者、家庭和维权组织中普及新的精神卫生立法，也对新法的实施有所帮助。持续进行公众教育和增进公众意识的项目也可能对实施起重要作用。

## 7.4 精神卫生宣传

### 精神卫生宣传的概念

精神卫生宣传是一个相对较新的概念。其目的是为了减少对精神患者的侮辱与歧视，促进精神障碍患者的人权。精神卫生宣传包括多种不同的行动，这些行动旨在改变不利于大众取得积极的精神卫生成果、在体制上和态度上的严重阻碍。

## 精神卫生宣传的重要性

精神卫生宣传运动的出现已在数个国家改变了社会对精神障碍患者的看法。患者已开始对他们所需要的服务表示自己的观点。他们越来越能够对治疗及日常生活中的其它事情做出知情的决策。患者及其家属参与宣传组织，也会产生一些积极的结果。

## 不同团体在宣传中的作用

### (I) 患者及其家属

从影响政策与立法到向精神障碍患者提供帮助，患者团体在宣传中发挥了各种各样的作用。他们已引起大众对其事业的关注，并向精神障碍患者提供教育与支持。他们谴责了那些被认为会产生消极作用的治疗方式，也谴责了低劣的服务、无法得到的护理以及非自愿治疗。

家属在精神障碍患者的护理方面发挥着特殊作用。在许多地方，他们是初级保健的提供者，他们的组织是基本的支持网络。除了提供互相支持和服务，许多家属团体变成了宣传者，向社区提供教育，从政策制定者那里获得更多的支持，谴责侮辱与歧视，以及争取更好的服务。

### (II) 非政府组织

这些组织可能是专业性的，仅包括精神卫生专业人员；也可能是交叉学科的，包括不同领域的人。非政府组织承担了前面描述的患者和家属的许多宣传角色。他们在宣传运动中的特殊贡献是给患者和家属以支持，并赋予他们一定的权利。

### (III) 大卫生工作者和精神卫生工作者

精神卫生工作者在保护患者权益、提高对改善服务机构的认识方面发挥了更积极的作用。然而，卫生工作者与患者之间也会产生利益冲突。

### (IV) 政策制定者和计划者

卫生部特别是其下属的精神卫生部门，在宣传中可以发挥重要作用。卫生部可直接进行宣传活动，以便从总体上影响人们的精神健康，或者具体影响患者的公民权和健康权。通过间接地支持宣传团体（患者、家属、非政府组织、精神卫生工作者），他们也可以对这些人群产生类似的或补充性的影响。各国卫生部需要说服其他的政策制定者和计划者，例如政府的行政主管部门、财政部及其他部委、司法系统、立法机构及各政党，关注精神卫生并进行投资。通过与媒体合作，卫生部也可以发起许多宣传活动。

卫生部门在宣传活动中可能会遇到一些矛盾。一些需要宣传的问题可能也正是卫生部门负责的，或至少部分由卫生部门负责。如果卫生部门既是服务的提供者，也是维护服务可及性和满意质量的代表，那么卫生部门可能容易受到政治反对派的批评。

## 卫生部门如何支持宣传

卫生部门可以和以下组织一起支持宣传活动：

- 患者团体、家属团体和非政府组织；
- 大卫生工作者和精神卫生工作者；
- 政策制定者和计划者；
- 大众。

## 7.5 改善精神卫生质量

---

每个人只要需要就应该可以得到基本的精神卫生服务。这一由世界卫生组织确定的基本原则要求：精神卫生服务必须是能负担得起，机会均等，交通方便，在自愿的基础上提供，且保证质量。在许多国家，为精神障碍患者提供的服务仍十分有限，未能达到上述标准。在精神卫生资源不足而精神卫生成为新的工作重点的背景下，关注质量问题即便不算奢侈，也似乎为时太早。考虑质量问题，似乎更适用于已经充分建立且资源完备的系统，而不是处在自身建设之中的系统。

### 为什么质量对于精神卫生服务是重要的？

从各个角度看，质量对于所有的精神卫生系统都是重要的。从精神障碍患者的角度看，质量可以保证他们得到所需要的医疗服务，改善自己的症状和生活质量。从家庭成员的角度看，质量为其提供支持，有助于维持家庭的完整。从提供服务者或项目管理者的角度看，质量可以保证服务的有效性和高效性。从政策制定者的角度看，质量是提高人群精神卫生水平的关键，可以保证投入的资金物有所值，并保证尽职尽责。

### 何谓质量？

在精神卫生服务领域，质量用于衡量该服务是否增加了所需的精神卫生结果，是否与现有的循证医学实践相一致。这一定义包含了两个成分。对于精神障碍患者、家属以及整个人群，它强调的是该服务应产生积极的效果。对于医务人员、服务计划者及政策制定者，它强调的是最佳地应用现有的知识和技术。

### 改善质量的步骤

改善质量的步骤是循环式的。一旦制定了政策、标准及认证程序，如果要不断改善服务质量，就要求对服务进行实时监督，并将质量改善策略整合到服务管理和改善中去。

#### 步骤1：调整政策以改进质量

---

政策制定者在追求质量方面起关键性作用。他们能够通过咨询磋商、合作、立法、财政以及计划等方法，制定范围广泛的质量参数。

对所有精神卫生权益关联者来说，在政策制定及接下来的所有质量改善步骤中，协商都是必要的。政策制定者应积极致力于发展合作伙伴关系，包括与专业团体、学术机构、宣传组织以及其它卫生与社会服务部门建立合作关系。这些伙伴关系是质量改善过程的支柱，使长期稳定的质量改善成为可能。他们在与质量需求相关的信息方面达成共识和一致，同时还能动员资源及其它必要的支持。政策制定者应促进在立法中反映对质量的关注和重视。应该调整针对精神卫生服务的财政系统，以便最大限度地改进质量，而不是成为质量改善的阻碍。提高效率

是与质量改善和压缩成本同时相关的基本目标。

### **步骤2：设计标准文件**

---

改善精神卫生服务质量的一个基本步骤是制定一套标准，据此对服务质量进行评估。这样做要求计划者和管理者成立一个工作组，与权益关联者进行磋商，并起草覆盖精神卫生服务各个领域的标准文件。

### **步骤3：制定认证程序**

---

通过认证，可以评估某一服务机构提供的服务质量，并为其提供适当的合法承认。认证是必要的，因为它使质量成为了精神卫生服务机构或设施得到官方许可的基石。

### **步骤4：使用质量机制监督精神卫生服务**

---

为了评估服务质量，有必要对精神卫生服务进行监督。这种监督可以采用几种形式：采用标准对服务机构进行年度评估；采用认证程序来评估和认证新开发的服务项目，以及对运行中的服务机构的职能进行审核；通过现有的信息系统收集日常信息；咨询独立精神障碍患者、照料者组织及宣传团体，以得到他们对服务机构的评价。

### **步骤5：将质量改善整合到当前的服务管理和提供服务中**

---

除了利用各种标准和认证程序对服务进行监督外，重要的是必须不断地努力达到最佳质量，从而使服务机构能够始终保持在治疗上的进步。

通过以下方法可以做到这一点：

- 搞好年度服务质量审核；
- 在服务计划目标中纳入质量检查；
- 通过循证的方法、临床实践指南、团队工作以及持续的专业发展，将质量改善融入临床实践中；
- 改善承包服务的质量；
- 审计。

### **步骤6：为改善服务进行系统改革**

---

对精神卫生服务的质量评估可能突出了对系统改革的需求。这一步要求不同部门的联合计划和协调。

### **步骤7：审核质量机制**

---

一旦质量机制就位，务必对其进行审核。对质量机制的审核可以和对地区水平服务指标的审核同时进行，即大约每 5-8 年一次。为了根据最有效的质量改善方法更新质量机制，对质量机制进行审核是必要的。

## 7.6 组织精神卫生服务

精神卫生服务是提供有效的精神卫生干预的手段。对这些服务的组织方式对其有效性有重要意义，并对其最终能否满足精神卫生政策的目的和目标有重要意义。

### 对全球精神卫生服务的描述和分析

对全球精神卫生服务的多种成分可作如下分类。这不是针对组织服务的建议，而是试图对各种服务类型进行描述。

- (I) 整合到大卫生系统的精神卫生服务可大致分为初级保健中的精神卫生服务和综合医院中的精神卫生服务。
- (II) 社区精神卫生服务可分为正规和非正规两大类。
- (III) 精神病院的精神卫生服务包括专科机构的精神卫生服务和旧式精神病院。

### 服务组织在全球的现状

从比例合理角度考虑，很少有国家各种服务的构成比例是最佳的。由精神卫生的全球背景可得出两个重要结论。第一，精神卫生服务对发达国家和发展中国家都提出了挑战。可是这些挑战的性质不同。第二，更昂贵的专科服务并不能解决这些问题。几乎所有国家都面临卫生服务资源的短缺，即便如此，通过把资源转向花费更少、有较好疗效、能使大部分人口获益的服务，也能显著改善精神卫生服务。

### 对服务组织的指导

服务的计划者必须要求精神卫生服务的不同类型与特定服务提供渠道的供应水平之间达到确切的融合。各国对各种服务的绝对需求量存在巨大差异，但许多国家对不同服务的相对需求是大致相似的。

显而易见，绝大多数的服务是自我照管、非正规的社区精神卫生服务和由初级保健人员提供的以社区为基础的精神卫生服务；接下来是以综合医院为基础的精神科服务和正规的社区精神卫生服务；最后是专科精神卫生服务。

主要的建议如下：

- (I) 将精神卫生服务融入大卫生系统
- (II) 发展正规和非正规的社区精神卫生服务
- (III) 推动和实现去住院化

### 组织精神卫生服务过程中的关键问题

以上对于组织精神卫生服务的建议必须慎重考虑某些关键问题，包括精神卫生干预的证据基础，精神障碍患者的独特需求，社区和病人获得服务的方式以及其它重要的结构问题，如对部门间协作的需求。

应该将卫生医疗系统定位于满足多数慢性、严重精神障碍患者的需求上。通

常这些病人接受的是总容量医疗模式所提供的不当服务。这种模式只强调对急性发作期进行强有力的治疗，期望绝大多数病人由此得到相当彻底的痊愈，直到下次急性发作之前都不需要治疗。但是，持续医疗方法更适合于慢性、严重精神障碍患者。持续医疗方法还强调满足病人的全部需求，包括他们的社会、职业和心理需求。

由于发达国家和发展中国家卫生系统发展水平的不同，它们为精神障碍患者提供精神卫生服务的途径也不同。这些途径有时会阻碍精神卫生服务的获得，从而延误了寻求或获得医疗的时间，并且很可能造成长期的不良后果。

计划制订者还应该有目的地消除城市和农村之间的精神卫生服务差异。

以服务为主导的方法是许多精神卫生服务的特点。和以需求为主导的方法不同，以服务为主导的方法造成服务获得方面的重大阻碍，特别是针对那些不仅需要单纯的药物和治疗干预的严重精神障碍患者。现在，正在向以需求为主导的服务模式转型，例如在乡村中的个案管理、制定治疗程序和建立精神康复村。这些模式承认应当首先考虑患者的需求，并且应当改变服务组织以满足这些需求。

精神障碍患者的复杂需求超出了服务部门的范畴，不可能单独由卫生部门来满足这些人对社会照顾的全部需求。因而，部门协作是必不可少的。这不仅需要在卫生部门内合作（部门内协作），还需要在卫生部门外合作（部门间协作）。

## 7.7 计划和预算精神卫生服务

---

本模块的目的是提供一个评估当地人群的精神卫生服务需求以及计划相应服务的模式。我们的意图是给各国提供一套计划和预算的工具，以帮助各地提供精神卫生服务。

计划和预算的步骤是循环往复式的，包括以下几个步骤：

### 步骤 A：分析情况

---

这一步包括确定服务的目标人群，回顾当地精神卫生服务的背景情况，咨询所有权益关联者，确定由谁负责精神卫生预算和计划，回顾对现有精神卫生资源和服务的利用水平。

### 步骤 B：评估需求

---

确定当地人对精神卫生服务的需求，包括弄清需优先治疗的精神障碍的患病率、发病率和严重程度，估计要满足已确定的需求所需要的服务资源，及要提供所估计的服务需要的资源成本。

### 步骤 C：设定目标

---

核对上述信息，设定未来计划的目标，包括确定和设定当地精神卫生服务的优先内容，在最急需的各种服务间进行评价、抉择，设定服务的中期目标。

## 步骤 D：开展服务

---

现在，应当运行预算和财政管理系统。应当对服务进行监测和评价，以便确定是否达到了目标。这样就完成了一个计划及预算的循环，直到获得新的服务信息，又可以针对情况开始新一轮分析。

## 其他阅读材料

1. Bertolote JM (1992) Planificación y administración de acciones en salud mental en la comunidad. In: Levav L, ed. *Temas de salud mental en la comunidad (serie PALTEX No. 19)*. Washington DC: OPS.
2. Bertolote JM (1998) WHO guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care*. New York: John Wiley and Sons.
3. Murthy SR (1998) Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services*, 49:967-9.

## 参考文献

1. Alem A et al. (1999) How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:40-7.
2. Araya R et al. (2001) Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178:228-33.
3. Bower P et al. (2000) Randomized controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1389-92.
4. Breakey WR (1996a) The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
5. Breakey WR (1996b) Developmental milestones for community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
6. Breakey WR (1996c) The catchment area. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
7. Brown GW, Harris TO (1993) Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23(1):143-54.
8. Busfield J (1996) Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan; Open University.
9. Cassels A (1995) Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 7:329-47.
10. Chisholm D et al. (2000) Integration of mental health care into primary care: demonstration of cost-outcome study in India and Pakistan.

*British Journal of Psychiatry*, 176:581-8.

11. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE (2000) Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs.

*Archives of Internal Medicine*, 160:3278-85.

12. Cole E et al. (1995) Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 167:770-6.

13. Desjarlais R et al. (1995) *World mental health: problems and priorities in low income countries*. New York: Oxford University Press Inc.

14. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-7.

15. Dixon L, Adams C, Lucksted A (2000) Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26:5-20.

16. Ferketich AK et al. (2000) Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, 160(9):1261-8.

17. Freeman HL (1996) The evolution of community psychiatry in Britain. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.

18. Goeree R et al. (1999) The economic burden of schizophrenia in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44:464-72.

19. Gomel MK et al (1995) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, 47:203-11.

20. Goodwin S (1997) *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. London: Sage Publications.

21. Gunnell D et al. (1999) Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry*, 175:263-70.

22. Harpham T, Blue I, (1995) *Urbanisation and mental health in developing countries: an introduction*. In: Harpham T, Blue I eds. *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*. Aldershot: Avebury. p. 7-8.

23. Jones L (1996) George III and changing views of madness. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan: Open University.

24. Kamieniecki GW (2001) Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: a comparative review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3):352-8.

25. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) Childhood adversity and adult

psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey.

*Psychological Medicine*, 27(5):1101-19.

26. Kilonzo GP, Simmons N (1998) Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47:419-28.

27. Kind P & Sorensen J (1993) The costs of depression. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7 (3-4):191-5.

28. Knapp MRJ (1997) Cost of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 171:509-18.

29. Kposowa AJ (2001) Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, 31(1):127-38.

30. Leff J, Gamble C (1995) Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24:76-88.

31. Maughan B, McCarthy G (1997) Childhood adversities and psychosocial disorders. *British Medical Bulletin*, 53(1):156-69.

32. Murray CJL, Lopez AD, eds. (1996) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1).

33. Murray CJL, Lopez AD (2000) Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9:69-82.

34. Mynors-Wallis L (1996) Problem solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26:249-62.

35. Patel V (2001) Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press Inc. p. 247-61.

36. Reed GM et al. (1994) Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13(4):299-307.

37. Rice D et al. (1990) *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985*. Rockville: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).

38. Rice DP, Miller LS (1996) The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues, and cost estimates. In: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N, eds. *Schizophrenia*. London: Wiley.

39. Schulberg HC et al. (1996) Treating major depression in primary care practice:

eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53:913-9.

40. Sharfstein SS (1996) The political and social context of modern community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.

41. Shi L (1999) Experience of primary care by racial and ethnic groups in the United States. *Medical Care*, 37:1068-77.

42. Sidandi P et al. (1999) Psychiatric rehabilitation: the perspective from Botswana. *International Journal of Mental Health*, 28:31-7.

43. Sriram TG et al. (1990) Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81:414-7.

44. Somasundaram DJ et al. (1999) Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48:1029-46.

45. Spiegel D et al. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668):888-91.

46. Sullivan G, Burnam A, Koegel P (2000) Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(10):444-50.

47. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.

48. Ward E et al. (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1381-8.

49. World Bank (1993) *World development report: investing in health*. New York: Oxford University Press Inc.

50. World Health Organization (2000) *World health report 2000*. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.

51. World Health Organization (2001a) *Atlas: Mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.

52. World Health Organization (2001b) *World health report 2001*. *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Available from: URL: <http://www.who.int/whr/en> (previous reports).

53. Wutzke SE et al. (2001) Cost-effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science and Medicine*, 52:863-70.

54. Ziegelstein RC et al. (2000) Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160:1818-23.



