

· 社区精神卫生专题 ·

严重精神障碍患者社区管理治疗述评

文 红 王 丹 杨先梅 谢仁兴

【摘要】 文章回顾了国内外严重精神障碍患者社区管理治疗的历程及相关工作和研究进展,全文分四部分进行介绍。第一部分介绍相关概念;第二部分介绍严重精神障碍患者社区管理治疗的国内外发展历程;第三部分对我国目前已开展的严重精神障碍患者社区管理治疗工作及存在的问题进行了分析;第四部分讨论了严重精神障碍患者社区管理治疗模式的创新与发展。

【关键词】 严重精神障碍;社区管理治疗;工作规范;服务规范;信息系统;精神卫生法

中图分类号: R749

文献标识码: B

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2014.06.001

重性精神疾病是一类复发率高、致残率高的慢性迁延性疾病,以精神分裂症最为常见,多起病于青壮年。世界卫生组织(World Health Organization, WHO) 2004 年的调查结果显示,全球精神分裂症患者率为 4%。据资料显示,2002 年我国重性精神疾病患者约 1600 万人,其中精神分裂症患者约 780 多万人^[1]。以伤残调整寿命年计算,精神疾病在我国疾病总负担的排名中居首位。WHO 推算,到 2020 年,精神疾病负担将上升至我国疾病总负担的四分之一^[2]。同时,重性精神疾病患者危险行为时有发生,对自身及他人的危害极大。由此可见,重性精神疾病患者的管理、治疗和康复关系到社会的和谐与发展,是全社会的责任。

1 相关概念

1.1 严重精神障碍 是《中华人民共和国精神卫生法》(以下简称《精神卫生法》)中应用的名词,它是一个法律概念,不是一个专业诊断名称。《精神

卫生法》第八十三条规定:本法所称严重精神障碍,是指疾病症状严重,导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或者客观现实不能完整认识,或者不能处理自身事务的精神障碍^[3]。

1.2 重性精神疾病(Psychosis) 是《重性精神疾病管理治疗工作规范》中应用的名词,它是一个管理概念,是一组疾病的统称。指一组临床表现有幻觉、妄想、严重思维障碍、行为紊乱等精神病性症状明显,且患者社会生活能力严重受损的精神疾病。发病时,患者丧失对疾病的自知力或者对行为的控制力,可能出现危害公共安全、自身或他人人身安全的行为。根据《重性精神疾病管理治疗工作规范》(2012 年版)要求,社区管理的重性精神疾病主要有精神分裂症、偏执性精神病、双相(情感)障碍、分裂情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞^[4]。

2 严重精神障碍管理治疗的发展历程

2.1 西方国家管理治疗的发展历程 人类对精神

社区精神卫生专题策划人物——文红



文红,女,主任医师,教授。擅长少年儿童精神障碍的诊治及严重精神障碍的社区管理治疗。在儿童生长发育障碍、精神发育迟滞、儿童孤独症、脑性瘫痪、儿童抽动症、多动症及严重精神障碍社区管理及康复治疗方面有深入研究。2012 年至今受原卫生部聘任,担任精神疾病防治培训国家级讲员,2014 年受聘担任“686”项目国家级专家组成员。现任四川医学会慢病专委会委员、西部

精神医学协会常委、西部精神医学协会 ADHD 及相关障碍专委会委员、国际华人医学家心理学会联合会(IACMSP)委员、绵阳市精神医学专委会主任委员、绵阳市儿科专委会副主任委员。2014 年荣获四川省医师协会精神科医师分会、西部精神医学协会年度四川省优秀精防工作者称号。公开发表学术论文 30 余篇,主持编写《灾后心理卫生服务手册》,参编专著三部。先后荣获省市科技成果奖 6 项。2001 年、2009 年分别赴泰国、加拿大学习访问。

疾病的认识及管理经历了一段漫长而又曲折的过程。在西方国家,远古时代的人们不认为精神疾病是病。精神症状被认为是“神圣”的或“邪恶”的,受到敬畏或敌视。后来医、巫分家,精神疾病作为一类疾病单元逐渐被一些先进的学者所认识。自希波克拉底时代(公元前 460 - 前 377 年),学者开始认为精神活动并非魔鬼附体所致,而是源于血液、黏液、胆汁和黑胆汁这四种体液的不协调,扰乱了人体中的“精气”。到 17 世纪以后,原子论和机械论观点开始兴起,身体被看作一部机器,解剖学家揭示了循环系统和神经网络,并开始探讨神经系统在控制感觉与运动中的作用。精神疾病与神魔之间关系的学说受到质疑,精神病理现象得到确认。由于认识到其疾病性质,针对性制止病态发作的“疯人院”被建立了起来,由此拉开了欧美国家精神卫生历史上“禁闭时代”的序幕。而 20 世纪初期以精神分析为代表的心理学理论的兴起、50 年代以氯丙嗪为代表的化学合成药物的出现、60 年代开始的去机构化运动等,使精神卫生服务发生了革命性变化^[5-6]。

然而,长期药物治疗的依从性及局限性等问题逐渐显现,“旋转门”现象受到高度关注。上世纪 70 年代从美国发起的社区精神卫生运动受到世界各国重视,这场运动的理念是尽可能让患者得到连续的、方便可及最少限制的精神卫生服务,而这种服务在患者生活的社区才最有可能实现。它要求服务模式从以精神病院为主转向以社区为基础,或精神病院与社区一体化的连续管理治疗。在专业机构的指导、规划下,在所管辖的自然居住地区内,以地区、机构或团体为单元,开展对精神疾病的防治、康复工作和社会适应的统筹安排与管理,融治疗、康复、就业为一体。康复医疗设施有“日间医院”、“夜间医院”、“家庭寄养”、“监护性工厂”、“家庭病床”等。为此,精神科医护人员必须走出医院,同社会工作者、心理医生、职业治疗师一起,深入工作单位、居民家庭等所有生活领域,提供广泛的精神卫生服务。实践证明,大部分病人在急性期症状控制后,回到社区生活中,并得到相应的康复服务,完全能够继续提高疗效,适应正常生活,参加适当的生产劳动^[7-11]。

作者单位:621000 绵阳 四川省精神卫生中心(文红王丹杨先梅);四川省卫生和计划生育委员会(谢仁兴)

近年来,平衡康复的提出,对精神疾病的治疗又增添了新内涵。平衡康复强调:综合、协调地应用医学的、社会的、教育的、职业的和和其他方面的资源与措施,对精神疾病患者进行全程治疗、训练和再训练,以减轻疾病造成的后果,尽量改善其社会功能,使患者的能力得到提高,恢复或最大限度地发挥其功能水平,进而获得以平等的权利参加社会生活,充分完成与其年龄、性别、社会与文化因素相适应的正常角色,履行应尽的社会职责^[5-6,12-13]。

2.2 中国管理治疗的发展历程 古代中国人并不像西方人那样把精神病人视为洪水猛兽,而是采取一种较为包容的态度。古代官方对精神病人的集中管理始于宋朝的皇家收容院,将孤寡者与流浪精神病人纳入收容院。为了让收容的病人有地种,配给了田亩,称为“卑田园”。因为有田种、有住所,那时的精神病人有基本的生活保障。中国现代的精神病院于 1898 年在广州成立,即现在的广州脑科医院,由传教士约翰·克尔组织建立,主要为流浪精神病人提供服务。新中国成立后,国家在全国各省都建立了省级精神病院,主要就地收容、治疗及管理病人,保障社会治安稳定。精神卫生服务逐渐有了发展,采用了一些初级的人性化管理,如入院的欢迎会、舞会及出院时的欢送会等。上世纪 60、70 年代,因为卫生资源过度集中于城市,中央发起了一场运动,将城市中的医生派往农村,并在农村培养赤脚医生。社区卫生服务就是这一运动的产物,但并未形成牢固的制度。80 年代随着经济的改革,卫生系统需要自我创收,需要财政经费投入的公共卫生服务消失,村医生纷纷外出打工创收,社区卫生服务瓦解。随着社会的快速发展,疾病谱发生了相应的变化。90 年代末,人们对以大型医院为主的创收型卫生服务模式产生了质疑,中央政府希望从根本上开展卫生改革,尤其是 2003 年面对 SARS 的突然来临,国家下决心重建公共卫生服务体系。精神卫生的重要性开始受到关注,进行了大量改革尝试,探索适合中国的以社区为基础的公共精神卫生服务模式,政府也相继出台了精神卫生工作规划和精神卫生政策。2005 年由中央财政采用中央转移支付的方式,在全国 59 个区(县)率先开展社区重性精神疾病管理治疗项目(简称“686”项目)。2009 年重性精神疾病管理治疗纳入国家基本公共卫生服务体系,

从此我国的社区精神卫生服务从无到有,逐步开展^[4,12]。

3 我国严重精神障碍社区管理治疗进展及面临的问题

3.1 严重精神障碍社区管理治疗网络基本建立

近年来,我国政府高度重视精神卫生工作^[1]。从国家层面一系列精神卫生政策的制定出台到原卫生部财政部共同设立中央支持地方重性精神疾病管理治疗项目(简称“686”项目),再到国家发改委、原卫生部、民政部联合下发《关于印发精神卫生防治体系建设与发展规划的通知》(发改社会〔2010〕2267号),要求用三年左右的时间,投入 154.12 亿元资金(中央 91 亿,地方 63.12 亿),对全国 550 个机构进行改造和新建精神卫生基础设施,配置部分必要设备。在各地方、各层面认真贯彻落实,全国精神卫生防治体系和服务网络逐步建立,精神卫生防治队伍不断扩大,精神卫生服务能力逐步提高。

3.2 医院-社区一体化精神卫生服务模式的推广

2004 年,国家投资 686 万元在全国开展“686”项目示范区建设,探索精神障碍患者社会化、规范化管理模式及工作机制。历经 10 年,截止 2014 年 12 月 18 日,项目示范区已覆盖全国 314 个市(州)的所有区县,相应工作制度工作流程不断完善。依据《重性精神疾病管理治疗工作规范》、《重性精神障碍患者管理服务规范》、《严重精神障碍发病报告管理办法(试行)》等^[1],各地进一步细化各部门职责,规范具体工作流程及工作制度。至今,严重精神障碍患者社区管理治疗基本工作制度、工作流程正在不断完善,医院-社区一体化精神卫生服务机制正在探索中成长。

3.3 严重精神障碍患者社区管理治疗成效 通过多年的探索,医生在医院坐等患者的工作模式已经发生彻底改变,专科医生走出医院与社区医生一起为患者服务的工作模式已经形成,患者在社区接受随访服务已经成为一种习惯,接受社区随访管理的严重精神障碍患者人数逐年增加。截止 2015 年 1 月 1 日零时,四川省同意接受社区管理的患者已 195188 人。^[14]。对其各方面的研究,尤其是区域流行病学调查^[15-17]、精神卫生服务能力调查^[18-19]、患者医疗保障调查^[20-21]、患者医疗服务需求调查^[22-23]、社区患者治疗依从性及管理治疗结局等^[15,23-24]影响因素以及状况改善的研究已经取得

不少成果,形成了很多行之有效的工作模式。

3.4 工作机制的完善 目前,精神卫生预防服务体系建设刚刚起步;治疗服务体系缺口较大,专科机构分布不均,综合医院心理卫生服务有待推进;社区康复服务还没有建成体系;精神卫生服务资源短缺,精神卫生专业人才短缺,能力不足;患者医疗保障有限;部门协调机制不落实。据统计,2010 年底,全国精神卫生医疗机构 1650 家,其中:精神专科医院 874 家;有精神科/心理科的综合医院 604 家;有精神科床位的康复机构 77 家;精神/心理科门诊部(诊所) 95 家。精神科开放床位总数 22.81 万张。2011 年底,全国精神科执业医师 2.05 万人;精神科注册护士 3.53 万人;精神科其他卫技人员 1.30 万人^[12]。中国和全球精神卫生机构和人员比较见表 1。

表 1 中国和全球精神卫生机构和人员比较(2009 年)

资源项目	中国	全球平均
床位(张/万人口)	1.10	4.36
医师(人/10 万人口)	1.27	3.96
护士(人/10 万人口)	2.10	12.63
临床心理师(人/10 万人口)	0	6.43
临床社工师(人/10 万人口)	0	3.50

由于我国严重精神障碍患者数量多,服务体系建设相对滞后,服务资源总量不足(全国每万人人均精神科床位数为 1.12 张,远远低于 4.36 张/万人的世界平均水平),难以满足精神障碍患者治疗需要。最终结果是全国在册患者的随访管理率较低为 68.70%,全国仍有 31.30% 的在册患者 2014 年未有一次随访,规范管理率更是严重不足。全国 2014 年 11 月随访的患者中规律服药的患者为 50.23%,间断服药者为 17.73%,未服药者为 32.04%,总体治疗率也明显偏低。改变现状的方法就是创新工作机制,将有限的资源合理运用。

3.5 社区精神卫生工作质量的提升

3.5.1 部分精神专科医疗机构及专科医生参与社区精神卫生服务的热情不高,履职无力,导致医院-社区一体化的工作模式及点对点的技术支持未落到实处;部分精神专科医生规范化治疗技术及新技术掌握能力不够,很多行之有效的治疗手段未能在社区很好应用。

3.5.2 社区精防医生业务能力的不足,社区精防医生对症状评估、分级管理和药物使用存在明显问题,

康复指导缺乏技术支撑,个案管理不规范^[15]。

4 严重精神障碍患者社区管理治疗模式的探索与创新

严重精神障碍患者社区管理治疗工作在我国虽然开展不久,但其工作已覆盖全国除西藏自治区以外所有省、市(州),直接服务的严重精神障碍患者已达 4186862 人,具体工作流程、工作制度逐步规范。进一步研究各影响因素对结局指标的独特作用,怎样让患者得到有效、合理的治疗,怎样让患者获得良好的结局,应为下一步研究的重点^[6];对特定人群的管理治疗研究应更具体;应建立一些较为完备的预测模型来对社区管理治疗的严重精神障碍患者可能引发的后果进行预测和干预^[6]。

4.1 健全和完善严重精神障碍患者社区管理治疗工作机制

4.1.1 建立和完善政府主导、部门合作、社会参与的精神卫生工作机制 欧美各国很早就把精神卫生纳入了公共卫生,不论是富人还是穷人,患病后都能得到国家的精神卫生服务。因此,我国在构建和谐社会的今天,社会各方面,尤其是各级政府要根据经济社会发展水平和精神卫生工作需要将精神卫生经费列入本级财政预算。成立由政府牵头,由卫生、民政、公安、司法、残联、教育、财政和社会保障等部门组成精神卫生工作领导小组,并依法履职。希望制定相关优惠政策,鼓励社会力量兴办慈善医疗机构,或向救助机构、医疗机构等慈善捐赠,引导社会资源投入精神卫生工作,支持精神卫生事业发展。

4.1.2 加强社区严重精神障碍患者的标准化、规范化、科学化管理与治疗 为了保证刚建立起的社区精神卫生服务体系具有可持续性,国家、省、市(州)、县四级精防机构,要切实履行精防机构职责,积极引进国外行之有效的精神卫生服务管理模式、方法和技术,制定符合中国国情的社区精神卫生服务规范和标准,建立符合中国国情的医院-社区一体化的工作机制,做好技术培训、技术指导与督导考核,将标准、规范落地生根。

4.2 加强服务能力建设

4.2.1 加强精神卫生工作队伍建设 社区精神卫生服务工作需要多学科、多部门、多方面的协作,建立一支由精神科医生、精神科护士、临床心理师、社会工作者、患者家属组成的社区精神卫生服务专业队伍,是做好社区严重精神障碍患者管理治疗的组

织保障。在大学应该开设课程培训其它类型的精神卫生工作人员——精神疾病社会工作者、临床心理学家和精神疾病康复专家,督促国家人事部门建立相应的政府认可的工作岗位,从而使这些专业的毕业生有一个标准的薪金水平和晋升途径。有计划地加强精神卫生专业人才培养,通过落实能力提升培训、转岗培训、增加执业范围培训等不断壮大精神科执业医师队伍,提升专业服务能力。有计划地加强社区精防人员的培训,使其能识别精神性病征状,规范开展基础管理及个案管理,增强开展心理健康教育、精神康复指导、急性应急医疗处置的工作能力。建立“合格监护人”制度,对患者家属和照料者进行精神疾病基本知识、家庭护理技能的培训,提高监护管理能力^[6,15]。

4.2.2 加强社区精神康复机构建设 开展慢性精神障碍患者的社区康复治疗。按照政府主导、社会参与的原则,做好精神病患者在社区就近康复和照料的人员配置、经费投入、设施设备等,以适应居家精神障碍患者对精神卫生服务的需求。康复训练重点应包括让患者养成正常生活规律的习惯,使患者生活能自理;让患者进行学习和行为技能训练,提高患者适应社会的行为能力;开展多种形式文化活动,根据患者病前职业特点和身体健康情况,安排必要的工疗康复。通过综合康复矫正患者异常行为,锻炼患者的意志,增强患者的自信心,改善思维、延缓精神衰退;通过强化训练,让患者养成良好的生活、学习规律,恢复社会功能,为今后回归家庭和社会打下良好基础。充分发挥家庭关爱对精神障碍患者康复的作用,精神障碍患者法定监护人不仅承担着对患者进行医疗看护的职责,同时还要协助患者进行康复治疗或职业技能培训,以帮助其回归社会,并维护精神障碍患者的合法权益。常规性开展以志愿者为基础的社区精神康复服务,建立志愿者招募、培训、管理的相关制度,保证志愿者在提供服务的同时,个人的能力潜质得到发展。为精神障碍患者提供一个关爱、宽容、宽松的社会支持环境,帮助精神障碍患者重返社会大家庭^[6,25-26]。

4.3 进一步加强严重精神障碍患者的监测与报告 各级各类医疗机构要充分利用国家严重精神障碍管理系统及省平台,实现信息的及时流转和应用。同时,在保证信息安全的前提下,应与各级公安、民政、残联等保持信息交换与共享。社区卫生机构要

常态开展严重精神障碍患者的线索调查及信息的登记与录入,准确把握严重精神障碍患者基本情况,实行动态管理。

4.4 加强信息化建设,实现医院-社区协调发展

充分利用现代信息技术,促进乡镇(社区)卫生服务中心与专业精神卫生机构之间的无缝隙联系,建立通畅的转诊和联络会诊系统。以精神卫生专业机构、社区卫生服务机构和农村医疗卫生机构等基层医疗卫生机构为基础,建立适合各地情况的医院和社区一体化的重性精神疾病连续管理治疗模式,为精神障碍患者提供合理的、连续性的、互动式的社区康复服务。

4.5 加强保障,提高严重精神障碍患者的救治比例

4.5.1 提高医保报销比例:精神障碍患者住院及门诊药物医保报销比例逐年提高。

4.5.2 社区精神康复纳入医保报销。

4.5.3 将残联对严重精神障碍患者住院及门诊补贴在医院层面进行整合,以惠及特需患者。

4.5.4 将严重精神障碍患者全部纳入低保补助。

4.6 广泛开展精神卫生健康教育和健康促进 充分利用广播、电视、报刊、网络等新闻媒体,普及精神卫生知识,提高国民的心理健康水平,消除社会对精神障碍患者的偏见。搭建社区精神卫生健康服务平台,定期开展精神卫生宣传和心理健康服务,提高社区人员心理健康知识和应对负性生活事件的能力。在各类学校要设置专门的精神卫生课程,普及精神卫生知识。营造全社会关注精神健康,关爱精神障碍患者的社会氛围,把精神卫生工作提升到一个新的高度。

参 考 文 献

- [1] 卫生部疾病预防控制局. 精神卫生政策研究报告汇编[G]. 北京:人民出版社,2008.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 2007年中国卫生统计年鉴[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2007.
- [3] 《中华人民共和国精神卫生法医务人员培训教材》编写组.《中华人民共和国精神卫生法医务人员培训教材》[M]. 北京:中国法制出版社,2013.
- [4] 国家精神卫生项目办. 重性精神疾病管理治疗项目评估研讨会资料[C]. 北京:北京大学精神卫生研究所,2008.
- [5] 刘铁桥,马弘, Chee Ng. 澳大利亚精神卫生主流服务模式介绍[J]. 国际精神病学杂志,2007,34(1):1-4.
- [6] 李杰译. 追求优质的精神卫生服务[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:11.
- [7] Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience[J]. Br Med Bull,2006,79-80(1):245-258.
- [8] Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community[J]. BMJ,1998,316(7141):1348-1351.
- [9] Dieterich M, Irving CB, Park B et al. Intensive case management for severe mental illness[J]. Cochrane Database Syst Rev,2010,(10):10-17.
- [10] Franklin JL, Solovitz B, Mason M, et al. An evaluation of case management[J]. Am J Public Health,1987,77(6):674-678.
- [11] Godley SH, Finch M, Dougan L et al. Case management for dually diagnosed individuals involved in the criminal justice system[J]. J Subst Abuse Treat,2000,18(2):137-148.
- [12] 马弘. 新时期精神卫生服务与管理研究总报告[J]. 中国心理卫生杂志,2010,24(12).
- [13] 刘津. 社区连续管理治疗的方法与评估[J]. 中国心理卫生杂志,2010,24(12).
- [14] 国家卫生和计划生育委员会疾病预防控制局. 严重精神障碍信息管理月报[G]. 北京:北京大学精神卫生研究所,2014,12.
- [15] 李清金,黄宣银,文红等. 绵阳市规范管理的精神分裂症患者治疗效果的回顾性分析[J]. 上海精神医学,2012,24(3):131-138.
- [16] 张韶东,李涛,董洪波等. 烟台市18岁及以上人群精神疾病流行病学调查[J]. 精神医学杂志,2011,24(5):350-352.
- [17] 郑小泳,文春光,潘瑞娟等. 江门市(含蓬江、江海区)精神疾病流行病学调查[J]. 中国实用神经疾病杂志,2013,16(10):19-20.
- [18] 袁湘芸,吴绍敏,于德华. 温州市综合医院精神卫生服务现状调查[J]. 中国卫生政策研究,2011,4(9):31-34.
- [19] 杜舒宁,王健. 我国农村精神卫生服务供给、利用情况分析[J]. 中国社会医学杂志,2011,28(4):284-285.
- [20] 陈洋,詹国芳,张云婷等. 上海市19个区县精神卫生服务筹资状况调查[J]. 上海交通大学学报:医学版,2010,30(8):932-936.
- [21] 王文胜. 精神病患者经济状况与医疗保障调查[J]. 武汉市职工医学院学报,2001,29(2):44-45.
- [22] 张敬悬,秦启亮. 精神卫生服务需求与资源利用研究[J]. 中华医院管理杂志,1999,15(3):134-136.
- [23] 陶庆兰,李小麟. 精神疾病社区康复服务需求调查及展望[J]. 华西医学,2004,19(4):600-601.
- [24] 文红,王丹,王维等. 2011年-2013年四川省在管重性精神病患者死亡及死亡原因分析[J]. 四川精神卫生,2014,27(4):337-340.
- [25] 姚贵忠,耿彤,王涌. 精神分裂症住院康复管理手册[J]. 中国心理卫生杂志,2009,23(12).
- [26] 翁永振. 精神疾病社区防治手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:7.

(收稿日期:2014-12-20)