

# WPA 和 WHO 关于精神病学家在灾难应对中所扮演角色的联合声明

JUAN E. MEZZICH<sup>1</sup>, BENEDETTO SARACENO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>President, World Psychiatric Association

<sup>2</sup>Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization

我们希望世界范围内的精神病学家和国际卫生组织成员关注 WPA 和 WHO 关于精神病学家在灾难中扮演角色的联合声明。这是第一个精神病学和公共卫生方面周期性的系列计划，讨论我们这一领域内的全球性问题。

近几年重大灾难事件频繁发生，这一状况也是对世界性团体的挑战，如何更好地理解这一现象以及造成这一现象的自然的和人为的原因，还包括对于受影响人群的一般健康状况和心理社会结果。涉及地区、国家、国际范围内全面有效地对灾难做出反应是我们的责任。针对重大灾难带来的社会心理影响，WHO 精神卫生和物质滥用部、WPA 和其他研究部门，通过各种途径、相关的程序、教育援助以及网络服务开展工作。

普遍认为，在协调处理灾难反应的努力中，精神病学家起到相当重要的作用。WPA 致力于优化这些人的作用，已经建立了有制度保证的灾难应对项目，去联合灾难与精神卫生的部门及灾难处置的特遣人员。WHO 也把这些努力作为公共精神卫生职责扩展的一部分。

与此相对应，WPA 和 WHO 将围绕精神病学家在灾难应对中所扮演角色在 2006 年 11 月 30 号 Lima, Peru 举办的区域性大会上发表声明。我们希望提高这一重要领域中所做工作的有效性。

## WPA 和 WHO 关于精神病学家在灾难应对中所扮演角色的联合声明

WPA 和 WHO 关注国际社会中心理病学家如何满足受灾难影响人群的需求、精神病学家所承担大量关键性工作还有他们与公共健康机构合作的价值。

紧急状态会对个人、家庭、社区乃至社会带来破坏性的心理和社会影响，与受影响的人群中大范围精神障碍发生比例升高有关。此外，灾难严重地

扰乱社会结构和原有疾病的正规和非正规的个人照料。

因为灾难与各种形式的社会和精神健康问题有关，精神病学家与提供服务的援助机构经常提供各种各样的帮助是不足为奇的。当正常的健康和社会服务停顿或协同工作停顿时就会提供这样的帮助。为了避免产生混乱及提高人群接受最佳可能支持的机会，(a) 优先考虑怎样对灾难做出反应和 (b) 协调所有的精神卫生和具有各种不同背景的专家和机构的社会心理支持力量共同应对。

全国和地区的精神病学领域必须调动和组织精神病学家参与这一工作。为了促进和规范工作流程，WPA 采取了措施，如灾难应对制度项目，与灾难及精神卫生机构以及灾难发生当地特遣力量的科学化运作有关，它制作各种语言的教育资源、提供培训和服务框架。非常需要当地精神病学领域、相关的 WPA 机构与政府和非政府组织的互动和精诚合作。最近 WHO 的出版物将关注以下几点。

在灾难的急性期阶段，精神病学家的首要工作（高于原有日常水平）包括：

- 与所有的援助机构一起工作，建立广泛的精神卫生和社会心理支持，最大限度调动社会各界可参与力量。面对大的灾难，许多心理社会支持活动是由那些在“保护”、“社会部门”、“健康部门”工作的援助机构组织的。为受灾人群提供咨询和各方力量协调是建立最优化支持的关键。

- 与社区中急性和严重精神障碍人群保持接触。在灾难过程中，精神病学家在培训和指导初级卫生保健人员照顾患有严重精神疾病患者同时应在应对紧急灾难事件中担当重要角色。大部分有精神疾病的人除原有障碍外，也承受灾难相关情绪和焦虑障碍影响，出现包括严重的急性应激反应、创伤后应激障碍和很多严重的医学上不能解释的躯体主诉。

- 保护和照料患有重性精神障碍人群和住在卫

生机构中的其他神经精神残疾者。住院人群是社会人群中最易感的，特别是在紧急情况下，受灾难事件的影响他们会失去照料和保护。精神病学家在确保照料和保护这部分人群中担当重任。

- 提倡各方人士参与强化精神卫生的社会意义，例如，提倡庇护安置时按家庭和社区划分安置区域以保持其社会凝聚力；提倡妥善布局居住区域周围的卫生设施防止发生针对妇女的性犯罪；提倡以家庭为单位避免儿童与家庭分离；提倡成年人和青少年参与其中，有目的地共同开展主动而非被动行动；

提倡所有的健康工作者治疗时维护患者尊严。

急性灾难过后，在重建公共卫生服务以及应对易感人群中精神疾病发生率增高时，精神病学家起到了重要作用。需要整合一般卫生服务和精神卫生服务资源以获得最大化的人群覆盖和创伤后照料。这些服务具有双重功效 - 平时提供常规服务，灾难时紧急干预。灾难不仅仅是悲剧，也是提升个体和社会修复力和洞察力的空前推动力量和机会，而且还延伸了整个精神卫生体系。

翻译：孙新宇

## 精神疾病患者中的躯体疾病

NORMAN SARTORIUS

Geneva, Switzerland

几个月后，剑桥大学出版社将出版一本有关精神分裂症患者躯体疾病发生率的已发表文献的综述<sup>[1]</sup>。有关其他精神疾病中躯体疾病的类型和发生率的分册，计划在随后 2 - 3 年中每 6 个月出版一册。

出版这样一系列综述的提议是来自于一个内科医生，他在中亚医生共同体工作（Doctors without Borders in a Central Asian republic）。在他的国家里，因为患者不能获得足够的医疗帮助，住精神病院的精神分裂症患者死亡率很高，这使他很难过：据他的预期，如果一个病人因为精神分裂症两次出入院，在他（她）住院治疗的当年末很可能会死亡。这种过高的死亡率可能与其他国家一样是由于自杀，但占相当一部分比例的人主要的死亡原因是患了感染性疾病（例如，肺结核）。其他疾病在精神分裂症患者中的患病率也高于非精神分裂症患者。

精神分裂症的人群不但患躯体疾病的比例高于非精神分裂症人群<sup>[2]</sup>。他们获得充分的医疗保障也更困难。许多国家的精神病院不仅缺少辅助诊断躯体疾病的仪器设备，而且用于识别和治疗躯体疾病的药物和其他设施也缺乏。精神病学家并不愿治疗患者的躯体疾病，就如同其专科医生面对他们的病人出现精神障碍时难以识别和处理一样。

这种状况在其他精神疾病中也并没好到哪去。抑郁障碍与躯体疾病有关（例如，心血管疾病和糖尿病）<sup>[3]</sup>。痴呆人群通常患有精神疾病，患有其他类型精神疾病或精神功能损害的患者也是如此。在精神卫生服务计划和专业卫生教育中很少考虑精神疾病与躯体疾病高共患的状况。

为什么患精神疾病的人比不患该病的人更易患躯体疾病，部分原因是精神疾病患者对他们的躯体状况没有足够关注，不能遵循基本的卫生和疾病预防原则。他们常生活在贫困的环境中，暴露在相当危险的暴力和物质滥用中，这些事实可以部分解释他们因躯体疾病所致的高患病率和高死亡率。精神

疾病人群可能存在酒精和药物滥用，因此他们更多地出现由于物质滥用而产生的健康问题，与药物使用方式有关的疾病（如，肝炎）也占据了一席之地。此外，还有一部分重要的躯体疾病共患增高并非上述原因引起，有理由推测还有一些因素促进躯体疾病的发生，这些因素源于精神疾病期患者某些内在特征。免疫系统功能改变和体内激素失衡都包含其中。显然还需要更多地研究解开精神疾病患者中躯体疾病高发的谜团。

在许多国家，精神病学家们脱下了他们的白大褂，隐去了他们作为内科医生的象征，甚至忘记了他们是一位医生，即本质上是遵循行医原则的对精神症状感兴趣的从业者。联络会诊精神病学产生就是对这一现象的悲哀印证，仅有一小部分精神病学家有兴趣用一种全面的方式诊疗受躯体疾病困扰的精神病人。目前还没有真正的联络内科医生，联络皮科医生，联络外科医生，只是需要时请其他科医生协助诊治，尚未形成接受专门训练的亚组。他们仍然是内科医生，皮科医生，外科医生并未从他们自身的学科中分离出来，只是需要时提供咨询。联络会诊精神病学家的存在对医学来讲并非一个好的信息，尽管有多数医生获得了医学文凭，只有少数精神病学家接受充分的医学训练有能力处理同时患有躯体疾病和精神疾病的患者。

对此我们能做些什么呢？首先我们应该获得关于合并症和并发症的资料，以及在世界不同地区，在不同医疗服务背景下，针对不同精神疾病的转归情况。收集数据的同时，还需进行其他工作。其中包括修订针对医学生和研究生的医疗培训课程。在健康教育课程中实施改变需要很长时间，如果推进这一改变没有压力的话这一过程将持续更长的时间。现在需要介绍在一般卫生服务中精神疾病的筛检和精神卫生服务中躯体疾病的认识的必要性，可能会增强对相关问题的认识。筛检方法应当简单易操作：此外，这种介绍应联系发生机制而且一旦诊断

确立提供适宜的治疗措施。对精神疾病的歧视导致了健康服务体系中精神疾病的不被识别。将评估方法引入综合服务模式也会减少对这种歧视。歧视的一个重要危害是降低了精神卫生服务的比例，减少了对精神卫生的资金投入，有证据显示，同时关注和治疗精神和躯体疾病可以改善两者的预后并减少治疗费用，这将有助于改变上述状况。

翻译：孙新宇

## 参考文献

1. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Schizophrenia and physical illness. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
2. Meyer JM, Nasrallah HA. Medical illness and schizophrenia. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003.
3. Robertson MM, Katona CLE. Depression and physical illness. Chichester: Wiley, 1997.

# 低收入国家的老年精神卫生保健：卫生系统途径

MARTIN PRINCE<sup>1</sup>, GILL LIVINGSTON<sup>2</sup>, CORNELIUS KATONA<sup>3</sup>

1Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK

2Department of Mental Health Science, Centre for Ageing and Mental Health Science, University College London, London, UK

3Kent Institute of Medicine and Health Sciences, Canterbury, UK

老年精神卫生服务系统将来的发展需要符合卫生系统的大环境。低收入国家缺乏经济和支持，不能普及专科服务。痴呆患者管理性价比最高的方式将是支持、培训家庭照料者，为其提供建议。进一步的保健水平将是延缓治疗，涉及日间中心和疗养院。提高老年患者保健的重要前提条件是，创造一个良好的社会氛围。意识的提高是寻求帮助的必要条件，而意识缺乏是一个公共卫生问题（需要群体水平干预）。

关键词：老年 精神卫生保健 低收入国家 卫生系统途径

1990年，发展中国家大多数人口超出60岁（58%）。到2020年，这个比例将上升至67%。在这30年间，发展中国家最老部分的人口比例将会增加200%，而发达国家仅为68%<sup>[1]</sup>。人口统计学的转变同时伴随着空前的经济增长和工业化，社会结构和家庭生活模式的重大改变。

对于老年人，精神卫生条件是发病率和过早死亡的一个重要因素。在神经精神疾病中，痴呆和抑郁症是两种常见疾病，分别占伤残调整寿命年（DALYs）的1/4和1/6<sup>[1]</sup>。在2005年，阿尔茨海默氏病国际委员会专家小组综述了所有可得到的流行病学资料，得出一致评估（各个国家地区的患病率和感染的人数）<sup>[2]</sup>。许多地区缺乏具有代表性的流行病学调查证据。专家小组估计目前约有2430万痴呆患者，每年有460万的新发病例（即每7秒钟有一个新病例）。每20年患者数目加倍，至2040年将达到8110万。大多数痴呆患者生活在发展中国家：2001年为60%，至2040年上升至71%。发达国家与发展中国家的增长速度不同：2001年和2040年期间预计发达国家将会增长100%，而在印度、中国和它们相邻的南亚和西部太平洋国家将会超过300%。

精神科医生在生物医学方面有一些最有效的干预措施<sup>[3]</sup>。对于老年抑郁患者，可以采用抗抑郁药物和阶梯治疗，联合干预方式<sup>[4-7]</sup>。对于痴呆，照料者的心理社会干预<sup>[8]</sup>、行为管理策略<sup>[9-10]</sup>、护士

引导的合作治疗<sup>[11]</sup>和（可疑的）胆碱酯酶抑制剂<sup>[12]</sup>都有一定的帮助。目前的问题在于：如何利用已有的资源或体系，为可能获益者（社区和家庭保健）提供有效的干预<sup>[13,14]</sup>。该问题在发展中国家尤其显著，因为这些国家非常缺乏精神科医生或其它精神卫生人员。世界卫生组织（WHO）精神卫生组<sup>[15]</sup>调查发现：在印度、中国、亚洲南部其它国家和东南亚，平均每十万人人口不足1名精神科医生，在大多数撒哈拉以南的非洲地区，平均每一百万人口不足1名精神科医生。在可预测的将来，这些国家不可能在全国范围内实现普遍的精神专科卫生服务。WHO推荐精神卫生服务应该整合至初级卫生保健中，但这些国家的实施力度很小。以中心医院为基础的服务通常只为少数重症精神病患者提供监护；其它的护理负担落在家庭、社区和传统治疗者上。此外，我们应该意识到精神障碍患者通常处在社会各个层面的低等水平。精神病患者通常蒙有污名，然而，卫生机构既没有意识也未给与任何合适的处理。“卫生系统途径”可以识别社会文化和地区的因素，这些因素可调节健康知觉、疾病表现、潜在使用者和提供精神卫生服务机构之间的相互作用<sup>[16]</sup>，可分析当地社会-人口统计学、疾病模式、文化决定的信念和行动、现有资源、政策、宏观和微观经济条件。本文介绍主要介绍新型医疗服务的优化、设计和实施。

## 卫生系统途径

### 对老年人的态度

在许多发展中国家，不论是在以老人为首的庞大家族中还是整个社会，老人通常很受尊敬。即使移民到发达国家的家庭也保持着这种风气，在文化大熔炉的社会里，不要过于简单化“种族”观点是非常重要的<sup>[17]</sup>。

例如，在加纳，老人享有很高的地位，常常作为社会问题、民俗和传统的仲裁人和专家：“老人被视为是神的象征，冒犯老人就是冒犯神灵需要赎罪”<sup>[18]</sup>。在非洲大陆，这个信念广泛流传。在东南亚（不仅仅是中国还有日本泰国等），儒家的道德原则（支持、有爱心和尊敬老人）扎根于家庭传统思想，流行于整个社会<sup>[19]</sup>。“孝顺”意为需要尊敬、敬重老年，子女对老人有赡养的义务。在印度，老人是受崇拜的，一个典型的观念是“父母接近上帝；家庭必须尊敬并优待他们”<sup>[20]</sup>。在印度，对待老人传统的态度还受宿命论的影响。北印度的一个惯用语“sathiyana”，通常翻译为高龄，字面上意思为“已满60岁”<sup>[21]</sup>，同时含有实足年龄和不可避免地衰退的意思<sup>[22]</sup>。经典的生命循环最后阶段（临隐期和弃世期），鼓励老年“解脱”，允许为死亡做准备，把物品、财产和权力平和地转移给下一代<sup>[23]</sup>。对于老印第安人，这些观念对社会和精神的影响仍然是很深厚和普遍的<sup>[24]</sup>。实际上，从这面棱镜中可以看到，西方人对印度人的评价充满神秘性：“人们（在遥远的印度）不恐惧死亡。他们把死亡看成是不可避免的。与工业化的发达国家相比，印度老年人的疾病缺乏药物治疗，药物治疗的存活率相对较低。而西方国家疗养院有时给人的印象是被埋葬前老人等待死亡的房间”<sup>[23]</sup>。

南印度举办过一个小组集中讨论，许多老年参与者感觉社会对他们的尊敬逐渐下降<sup>[20]</sup>：“老人关于自我价值以及对他人态度的教导，逐渐被遗忘，导致老人生活更加艰难，对老人的尊敬也更少”。在日本，有人提议“尊敬老人可能更有象征意义而不是实际意义”：最近开展的研究提示否定传统观念者多于肯定传统观念者<sup>[19]</sup>。

### 生活安排

在大多数发展中国家，不论是否丧偶，老人通

常都会与家人一起生活（在一个多代家庭中）。单独生活是奇怪的和可怕的。例如，在中国，只有8%的老年男性和10%的女性单独生活，2/3以上老人与子女生活在一起，年龄更大的老人4/5与子女一起生活<sup>[25]</sup>。88%的加纳人与年轻的亲属共同生活<sup>[18]</sup>。而在英国，只有25%的老人与年轻的家庭成员生活在一起，大多数独居（35%）或与只与配偶生活（40%）——有趣的是，历史的证据提示，庞大的多代家庭总有例外，孩子总想离开家庭，在结婚后组建自己的家庭。

由于经济发展和全球化带来的社会和经济改变，传统的家庭和血缘关系结构正受到威胁<sup>[26]</sup>。在日本（经受快速和相对最新的工业化和经济发展），到目前为止87%老人与年轻亲属生活在一起。然而，独居的老人数量稳步增长，从1975年的60万增长到2001年的320万；在这段时间，只与配偶一起生活的老人从90万增长至450万。女性受教育和更多女性参加工作，使得她们成为照料者的可能性减低，她们也不愿意负担这个额外的角色。因为教育、廉价的旅行和灵活的劳工市场诱导孩子迁移到城市或出国寻找工作，社会人口的流动性越来越大。在印度，Venkoba Rao 用了一个首字母缩写词来描述这个越来越常见社会现象：PICA，父母在印度，孩子在国外。在20世纪80年代的经济大萧条时期，2百万的加纳人离开了国家；63%的老人失去了一个或一个以上孩子的支持。生育水平下降也是一个影响：最显著的是中国，一家只能生育一个孩子的法律规定导致老人比例增加，尤其是那些生育女儿的家庭，常常失去家庭支持。在撒哈拉以南的非洲地区，HIV/AIDS 流行使许多父母和孩子一样成为“孤儿”。

### 家庭支持

从全球来看，家庭仍然是照料老人（失去独立生活能力，不论是由痴呆还是其它精神疾病引起）的基础。然而，传统观念盛行有一定的误导作用。因此，在发达国家，虽然拥有广泛的卫生和社会保健体系，但家庭作为重要的照料者和支持的需求通常被忽略。相反，在发展中国家，对家庭保健系统的可靠性和普及性通常评价过高；老人是最脆弱的群体之一，部分是因为社会持续存在的迷信和神化思想<sup>[26]</sup>。10/66 痴呆研究组的多中心小组研究<sup>[27]</sup>首次系统广泛地评估了发展中国家痴呆患者的保健设施，以及家庭照料者的影响力。研究发现与发达国

家的报道类似，如 EUROCARE 研究报告（包括了 14 个欧洲国家）<sup>[28]</sup>。在两种国家，大部分照料者均为女性：老年女性照料她们的丈夫，或年轻女性照料父母；照料者存在基础的心理压力。然而，有些方面完全不同：发展中国家痴呆患者通常生活在一个大家族中，有着庞大的家庭。大家庭中照料者的压力通常较小（但作用不明显）；然而，只有当主要照料者居住在一起时才能缓解心理压力，事实上，当照料者们不在一起居住时，反而会使照料者压力增大，也许是因为潜在的家庭冲突增加。在发展中国家，为老年精神疾病患者提供有效支持和保健的最大障碍在于：政府、卫生保健者和社会缺乏对该问题的意识。在人种混杂的西部地区<sup>[17]</sup>，神化家庭照料的角色给他们带来持久的满足感。

## 政府政策

### 政府的作用与家庭的作用

在欧盟，政府间政策差异较大，有些国家认为提供广泛的保健是法定责任（如，一些斯堪的纳维亚国家），而有些国家几乎不提供服务，而是采用法定的家庭责任替代，来提供经济和实际的支持（如一些南欧国家）。从全球范围看，政府存在一个趋势：更少地发展中心福利和利益体系，而通过强制的法律或国家社会激励来增加传统的家庭保健。因此，在中华人民共和国，共产党在 1980 年的婚姻法中遵循儒家思想规定，丧失劳动力的父母有权获得孩子的支持。违反者在理论上可判处 5 年徒刑。东南亚地区社会激励也很流行：有社会住房计划的国家（如新加坡和香港），老人的家庭照料者可以优先购买房屋。在日本，强迫孩子照料父母的法律已被废除，2001 年引进了一个强制的、长期照料保险公共系统，面对每位 40 岁及以上的公民。该系统赋予需要被照料者权利，他们可以选择多方面的服务，包括家庭为基础的、社区为基础的和政府提供的公共保健机构等选项，但要求患者和政府共同支付。

国家的传统文化和可利用的卫生服务，对居住公共机构的老人所占比例有着重要作用，从而影响残疾的水平和社会老年人群的需求。例如，最近的一个欧洲研究发现<sup>[29]</sup>：与欧洲其它国家相比，法国和意大利接受社区护理的老人具有地区相关性。意大利老人接受正规护理的平均时间最少，而法国最多。意大利的精神疾病诊断率最低，痴呆的预期诊

断与其它地区类似，认知损伤的人口比例最高。这提示在意大利，可能存在大量的未诊断的精神疾病患者，包括认知和患病率。

## 老年人收入来源

许多经济发达的国家（但不是所有）已经提供普遍的抚恤金计划、残疾生活津贴和照料者获益。这使得痴呆患者以及其照料者的生活压力减轻。在低收入国家，只有少数老年人有基本的生活抚恤金。这些国家需要更广泛的公益计划，但即使是在最乐观的预测下，近期内也不大可行的。老人的抚恤金，虽然没有很高的价值，但能为家庭负担提供基础保证。

出于以上原因，发展中国家老人只要健康允许通常一直工作。在 1990 年联合国估计：世界上的发展中国家，45% 的 60 ~ 64 岁之间和 28% 的 65 岁及以上老人从事有报酬的工作。此外，他们可能照看孙子（在子女工作时），照料有残疾的成年子女，参与志愿者工作以及年轻一代的非正式教育。得病后，老人反过来依赖自己的子女，包括住房、食物、经济以及个人生活自理。10/66 痴呆研究组照料者试点研究<sup>[27]</sup>的一个重要发现是：发展中国家照料者与基础经济低下相关。大多数照料者为了照料老人，不得不减少工作时间。许多照料者需要获得辅助的支持，朋友或其他家庭成员通常是非正式的无偿照料，但付费的照料者也相对比较常见。发展中国家痴呆患者是卫生服务的沉重负担，直接费用相对较高。代偿性的经济支持通常被忽略的；发展中国家很少有老人接受政府或职业的养老金，事实上，在 10/66 痴呆研究组照料者试点研究中没有痴呆患者接受残疾人抚恤金。照料者通常为付费的雇佣方式，几乎没有人接受任何形式的照料者津贴。在低收入的发展中国家，家庭收入下降，治疗导致花费增高，这两点给家庭增加了巨大压力，许多家庭生存在基本的生存水平。而对于有些家庭，这完全超出家庭有限的的能力资源。缺乏保险、没有家庭支持（不论什么原因引起）对于痴呆患者均是一个巨大的灾难。贫困是一个已明确证实的问题<sup>[26]</sup>。迄今为止，痴呆患者遭受贫困的程度仍不清楚。

## 知识、态度和信念

阿尔茨采默氏病国际协会及其成员国学会已经

发现：普通社区和保健工作者对痴呆的意识正在上升<sup>[30]</sup>。在发展中国家，关于痴呆意识程度的正式研究相对较少。一个可利用的指标是媒体的覆盖面：10/66 痴呆研究小组一个最早的调查发现，印度报纸（印度时报）没有一篇关于该疾病的文章<sup>[31]</sup>。然而一些发达国家的意识增长很显著：英国进行了一个类似的研究，一个国家级报纸在 18 个月的周期内发表了 57 篇相关文章，囊括了痴呆的多个方面。类似地，英国的阿尔茨海默氏病社团和其它关心老年人的慈善团体，发起一系列活动，有效地提高了痴呆患者的利益，但在痴呆可利用的治疗药物方面取得的成效较少。

印度最近在不同社区开展了三项研究（集中的小组讨论和开放的访谈），对痴呆的意识程度得出相似的结论<sup>[20-22]</sup>。首先，痴呆的典型特征被广泛认识，在喀拉拉（印度邦名）的 Malayalam 语中命名为“Chinnan”（字面意思为孩子气）<sup>[22]</sup>，在果阿的 Konkani 语中称为“nerva frakese”（疲惫的大脑）<sup>[20]</sup>，在波罗奈斯的北印度语中为“虚弱的大脑”<sup>[21]</sup>。然而，这些地区均没有意识到痴呆是一个器质性脑病综合征，没有被当作一种疾病状态。相反，它被认为是正常的老年化过程中一个预期部分。在果阿，人们认为痴呆可能的原因是“家庭成员忽视、虐待、紧张和缺乏关爱”<sup>[20]</sup>。在喀拉拉，调查发现大多数照料者容易误解患者的症状，认为某些症状是痴呆患者故意的不礼貌的行为<sup>[22]</sup>。

普遍的意识缺乏带来严重的后果。首先，在卫生服务的任何层面，均没有关于识别和管理痴呆的系统培训。第二，由于缺乏对痴呆起因的了解，给痴呆带来污名：例如，疗养院不收住痴呆患者，且通常否认住院治疗的需求。第三、公民没有给政府施压，决策者也没有提供更可行的痴呆保健服务<sup>[22]</sup>。第四，家庭成员作为主要照料者，他们不能从其它个人或机构获得支持或理解。痴呆行为方面的症状（流浪、喊叫、控告他人），在外人看来可能是家人忽略或虐待老人的证据。照料者因此陷入一个双重的困境：附加给他们的污名和责备使照料的压力增大（因为亲属干预）。10/66 痴呆研究组试点研究中，该观点得到一些照料者的响应，对问题“你认为照料你的亲属最困难的事情是什么？”回答是：“家庭成员认为是我们导致了他的疾病——他们认为这是我们应该承受的。家庭成员以外的人，我们不在意”；“她一直想回家，她觉得自己受到欺

骗。她表现得像孩子一样，迎接我而不是我迎接她。她有些行为令人难堪。我们一直在锁门。我们感到羞愧；这是个无用的生命”。这些证据强有力地表明，亟需广泛系统地普及关于痴呆的知识。

## 社区服务

近年来，发展中国家痴呆患者可利用的卫生服务信息仍很少，如寻求帮助的程度和保健的有效性。尽管目前流行病学研究越来越广泛，但仍没有关于痴呆的概括性的定量资料。然而，痴呆在发展中国家容易成为一个隐藏的问题。受累的家庭几乎不寻求卫生服务，痴呆是社区中最容易忽视的病。然而，不寻求帮助不能推测为需求缺乏。K. S. Shaji, 10/66 痴呆研究组喀拉拉（南印度）的一名工作人员，对 17 名痴呆老人的照料者评论如下：“许多照料者表达出了解该疾病更多知识和管理的愿望。大多数人会说他们将会有兴趣参加为照料者举办的支持小组会议或培训计划。然而，这些痴呆患者都没有规律地接触过任何卫生保健设施。看门诊被认为是既不方便也无用的方式。照料者中没有一个人从他人获得过任何关于在家管理他们亲属的建议。他们并不愿意只从自我的经验中学习，而不能从专业人士那获得帮助。他们没有接触过任何为痴呆患者提供特殊服务的非政府/政府的机构”<sup>[22]</sup>。

果阿的情况与之类似，初级卫生保健的医生说：没有人向他们咨询，在他们社区几乎没有关于痴呆的经验<sup>[20]</sup>。然而当地卫生工作者亟需此类经验，因为他们要识别痴呆的表现，鉴定社区病例。

发展中国家卫生服务设施通常不能满足老年人的需求。卫生保健，即使是初级保健水平也是以临床为基础：老人必须到医院就诊，通常经历一个长的旅行和很长的候诊时间，才能接受治疗。即使他们能够到达医院，接受的评估和治疗的时间通常很短。医生常常认为，早期患者是可以治疗的，而晚期患者症状顽固，不属于卫生服务机构的责任范围。实际上，根据我们的经验，做出明确痴呆的诊断通常用来避免患者接受其它治疗。因此，例如，在 Soweto 镇，社区机构的护士接受过区别痴呆和谵妄状态的培训。谵妄的患者需要去医院治疗潜在的急性障碍，而痴呆的患者需要送回家中获得家庭照料。在果阿，针对精神科实习医师有相关的建议：不要因为害怕患者家属不愿接患者回家而不做出痴呆诊断。

些疗养院代表着一个传统的阶段，将来有可能延伸为公共和私人卫生机构的一个网络。

## 疗养院治疗

疗养院在许多发达国家很普遍。在英国和美国，居住在 24 小时保健机构中的大多数老人均患有痴呆<sup>[33]</sup>（有些没有正式的确诊），然而这些机构通常想要排除那些痴呆患者<sup>[34,35]</sup>。

英国在保健机构开展了一项研究，访问工作人员、家庭成员和居住者关于家庭护理的经验<sup>[36]</sup>：大多数老人希望自己做出重要的选择，有自主性，尽管这常常是不现实的。“我厌倦于……我想做一些事情，制造或修理一些东西”（83 岁老年女性，严重的认知损伤）。“我努力把她带到这里图油漆，因为她很喜爱这件事……我感觉我完成了一些事情”（60 岁女性保健助手）。

迄今为止，发展中国家保健疗养院还很少。政府（支持传统的家庭保健）即不鼓励也不正面反对保健疗养院的发展。然而，在快速发展中的地区，保健疗养院的数量快速增长。在发展的最初阶段，政府或慈善机构运行的疗养院主要针对那些没有家庭照料的少数老人。在印度<sup>[20]</sup>，老人在相对健康的时候进入这些疗养院，通常是因为当健康恶化时缺乏家庭照料，或者是他们害怕成为亲属的负担，害怕得不到充分的支持，希望保持自我独立性。在先前的两个印度民族研究中<sup>[21,37]</sup>报道了这个因素；被称为“依附性焦虑”<sup>[37]</sup>。果阿疗养院的老人描述他们搬进疗养院的原因大致相同<sup>[20]</sup>。少数人是因为慢性恶化的健康状态或疾病急性发作。然而，大多数老年人的健康状态良好，“将来的老化”或担心以后的自理能力促使其入住疗养院。大多数老人没有家庭照料他们。然而，许多有家庭的老人，家庭不愿意或不能支持他们。许多老人抱怨在他搬进疗养院后家庭成员从不看望他们。疗养院的老人常常经历“被子女的家庭之间推来推去”的境地，但在疗养院他们至少有安全保障。许多老人表示在他们入住疗养院后，家庭成员似乎已经忘记了自己，这让他们很难过。果阿的疗养院，通常不接受那些终生残疾的老人，尤其是痴呆的患者。因此，同时缺乏家庭支持和经济来源的痴呆患者不能获得持续的护理<sup>[20]</sup>。疗养院的老人在一些方面能够得到满足，但也有人抱怨与家庭分离，与当地社区分离，缺乏有组织的活动。毋庸置疑地这

## 前面的道路

### 意识

提高老年患者保健的重要前提条件是，创造一个良好的社会氛围。自 1984 年起，阿尔茨采默氏病国际协会、国际非政府的机构（支持全世界的痴呆患者及其照料者），已经在全球范围建立或重视阿尔茨采默协会，它们将能更好地满足痴呆患者及其家庭的需求。该机构目前拥有 77 个国家的成员，十年内增长 50%，大多数新成员为发展中国家协会。国家协会建立框架工作，对临床医生、研究人员、照料者和痴呆患者之间进行积极的沟通。他们征募基金，宣传知识，受到政府、政策决策者和媒体的强有力拥护。意识的提高是寻求帮助的必要条件，而意识缺乏是一个公共卫生问题（需要群体水平干预）。

### 研究的作用

在发达国家和发展中国家，关于老人精神卫生不同方面的知识都有巨大的增长<sup>[35]</sup>，但仍需要提供一个体系，使这些优势持续地转化为患者个人的利益。10/66 痴呆研究组是发展中国家的一个网络性研究，一些发展中国家中以群体为基础的痴呆研究资料相对缺乏。然而，只有 10% 的研究在这些发展中地区开展，而 2/3 的痴呆患者生活在这些地区<sup>[31]</sup>。质控良好的流行病学和卫生服务研究，能够起到宣传作用，帮助人们提高意识，促进健康和社会政策的修订，鼓励给与精神障碍患者及其照料者更好的服务<sup>[38]</sup>。

### 预防

如果能够做到预防，将是最佳的选择。初级预防干预可能是性价比最高的，因为痴呆患者的保健和治疗需要巨大的花费。痴呆的初级预防是一个相对被忽视的领域。发达国家的证据表明：心血管疾病的危险因素，包括高血压、吸烟、II 型糖尿病、肥胖和高胆固醇血症，也可能是阿尔茨采默氏病的危险因素<sup>[39-43]</sup>。发展中国家吸烟的流行，南亚和东南亚 II 型糖尿病的高患病率，可能与之相关。迄今为止，发达国家通过控制高血压、控制饮食和锻炼

(尤其是减少吸烟), 导致心血管疾病和中风的死亡率快速下降, 这些措施能否在将来降低痴呆和阿尔茨采默氏病的发生率仍无定论<sup>[2]</sup>。但是, 这些预防措施也能提高人群的一般健康状况<sup>[45]</sup>。

## 服务发展

发达国家和发展中国家之间卫生资源存在重大差异。新药治疗非常昂贵。阿尔茨采默氏病所使用的胆碱酯酶抑制剂, 在发展中国家中只有富裕的家庭才能使用。即使在一些发达国家, 这些药物的政府基金也受限制; 尽管在对照试验中有疗效, 但因为费用太高而受质疑<sup>[46]</sup>。大多数 5-羟色胺再摄取抑制剂和“非典型”抗精神病药物也存在类似的情况, 西方老年患者通常使用这些药物, 因为它们有良好的安全性和较小的副作用。阿尔茨采默氏病管理将会涉及一些伦理方面的问题, 尤其是在 HIV/AIDS 管理中出现问题的一些低收入国家。在发展中国家公平也是一个重要的问题。治疗和保健的方式通常完全取决于经济水平。除了经济限制外, 卫生保健资源在农村和城市分布也十分不均衡。大多数专家, 实际上大多数医生都在城市工作。向遥远的农村提供基础的卫生服务也是一个巨大的挑战。

老年精神卫生服务系统将来的发展需要符合卫生系统的大环境。“卫生系统”包括整体经济水平、社会结构、文化价值和准则、现存的卫生和福利政策和储备。低收入国家缺乏经济和人力资源, 不能普及专科服务: 记忆临床、门诊、住院部门和日间护理机构通常支持全科医务人员和社区服务。然而, 由这些元素所组成的卫生服务已经确定为示范项目。对培养意识起着重要作用, 通常覆盖所有可及的卫生服务。除了对政策决策者的影响, 在医生和医学辅助人员的培训上也发挥着重要作用。这引发一个争论: 新的发展保护现存的不公平待遇, 使卫生资源更加远离廉价的公共卫生建设, 而公共卫生建设才能使利益更均衡地分布。一些低收入国家已经在公共卫生服务发展上取得了惊人的成绩(如古巴), 这些国家制定了一项原则: 如果一项资源不能面向所有人, 那么就不能引入一个地区或部分人群。如果这种模式不是服务发展的开始而是结束, 那么就会引起一个现实问题。在痴呆患者一线保健上, 还大量缺乏专科医师(神经病学家、精神病学家、心理学家)。因此, 必须把焦点集中在初级保健。许多发展中国家拥有广泛的以社区为基础的初级护理系

统, 工作人员包括医师、护士和一般的保健工作者。初级保健的需求包括: a) 关于诊断和评估的基础课程训练; b) 单一治疗措施模式转变为包括长期支持和慢性疾病管理的多重模式; c) 在患者家中完成护理、评估和管理患者; 因为痴呆患者不可能自我寻求卫生服务的相关支持, 其自主寻求帮助的能力相对较差。本文概括了多种的教育规划<sup>[47]</sup>。

慢性疾病管理的投资巨大, 每个发达国家的健康预算比例一直在增加。发展中国家如印度和中国(已有证据表明人口老化的比例空前之高), 也深受影响, 唯一的问题是如何积极应对这个变化。

对于许多低收入国家, 性价比最高的方式是通过支持、教育和培训家庭照料者来管理痴呆患者。在发达国家已经采取了这些措施, 因为发达国家的痴呆管理也主要依赖家庭。付费的家庭保健工作者可作为一种补充方式; 然而, 到目前为止, 大多数还是未经培训的付费的照料者, 常常在私人诊所工作。在北京, 受过教育的农村女性来到城市, 被雇为老人的照料者(居住在雇主家中), 所赚的钱邮寄回农村。雇主可以通过介绍所介绍, 还可以在她们常常聚集的街道上直接雇用。每个月的工资一般为疗养院所需费用的 1/10。社区保健直接的或间接的花费开始影响家庭。一些政府的投入(不论是否以给痴呆患者和/或照料者, 还是补助金保健)都是很必要的。进一步的保健水平是延缓保健, 包括日间中心和(长期的)疗养院。这些机构也可以作为照料者的培训中心。相比于家庭护理, 日间护理和疗养院保健更为昂贵, 然而这是社区的基本需求, 尤其对于晚期痴呆患者。

当普通人群的家庭环境较差时, 政府不大可能首先投资疗养院保健。然而, 即使是在一些贫困的发展中国家(如中国和印度), 某些地区仍开设有私人疗养院, 以满足大量中产阶级增长的需求。在北京的西部, 目前将近有 1% 老人居住在这种场所。高质量、管理健全的疗养院在整个社会发挥着重要作用, 尤其对于那些没有家庭支持, 家庭支持能力低下的老人, 可以暂时居住或长期护理。疗养院的一个严重问题是缺乏管理、工作人员培训和质量保证, 这一点在发达国家和发展中国家类似。最需要优先考虑的是一个建立系统, 用于疗养院注册和检查, 包括培训护理人员、为老人提供医疗服务。

在日本京都举办的第 20 届周年会议上, 阿尔茨采默氏病国际协会提出了京都宣言, 采用 WHO 发

展框架在十个关键地区取得显著进展（表1）。该框架的关键在于分别为医疗资源低、中和高水平的国

家确定了三种水平，因此在各个发展水平均能提供一系列可行的行动和卫生系统的目标。

表1 痴呆保健所需的最基本措施（根据阿尔茨采默氏病国际协会）

十个总体推荐	方案 A: 医疗资源低等水平	方案 B: 医疗资源中等水平	方案 C: 医疗资源高等水平
1) 在初级保健阶段提供治疗	意识到痴呆保健是初级卫生保健的一个重要组成部分 所有卫生专业的课程中包括痴呆的识别和治疗 为初级保健医生提供进修机会（5年内至少50%的覆盖率）	优化地方培训材料 为初级保健医生提供进修机会（5年内100%的覆盖率）	提高初级卫生保健痴呆管理的有效性 改进工作分配模式
2) 制定合适的治疗措施	增加痴呆（及相关心理学和行为症状）治疗基本药物的可利用度 开发和评估照料者的基本教育和培训措施	确保所有卫生保健机构基本药物的可利用度E 有效的照料者干预普遍获得	为新型药物提供便捷的途径（如，公共或私人医院 中提供胆碱酯酶抑制剂）
3) 提供社区保健	确定原则：痴呆患者在家中获得最佳的评估和治疗 开发和发展标准的需求评估，用于和二级保健 着手多学科的社区保健小组的试点研究，日间护理和短期护理 把痴呆患者从不良机构中转移 发起公共活动抵抗污名和歧视	着手整合痴呆保健和一般卫生保健的试点研究 提供社区保健设施（至少覆盖50%社区，包括多学科社区小组、日间护理、短期护理、住院患者的急性评估和治疗） 根据需求，鼓励发展疗养院，包括工作人员培训和水平鉴定的可调控的框架和系统	发展可选择的疗养院设施 提供社区保健设施（100%覆盖率） 社区为痴呆患者提供个体化保健
4) 群众教育	支持非政府机构进行公众教育	通过媒体提高公众对痴呆的认识、培养积极态度、预防认知损伤和痴呆	发起公众活动关于痴呆的早期寻求帮助、识别和适当管理
5) 涉及社区、家庭和患者	支持成立自助小组 非政府机构的基金规划	确保社区、家庭和患者在政策制定、卫生服务发展和完成	培养和鼓励主动性
6) 确立国家政策、项目和立法	根据目前的认识、人权和考虑修正法律 明确制定痴呆保健规划和政策： -制定法律框架支持和保护精神损伤患者 -残疾人利益规划中囊括痴呆患者 -补偿利益规划中囊括照料者 -为老人制定健康和社会保健预算	在国家和地区水平执行痴呆保健政策 为痴呆保健制定卫生和社会保健预算 提高精神卫生预算	确保初级和二级卫生保健服务使用途径、社会福利计划和利益分配的公正性
7) 发展人力资源	培训初级卫生保健工作者 为老年精神病学和医学的医生和护士提供高水平的职业训练计划 成立培训和资源中心	为普通医生、精神科医生、 护士、心理学家和社会工作者创建国家培训中心网络	为专业人员培训高级治疗 技术
8) 与其它部门的连接	开始社区、学校、工作场所的痴呆意识计划 鼓励非政府机构的活动	加强社区规划	为早期痴呆患者提供职业的卫生服务 在工作场所为痴呆照料者提高专用设施 与其它部门合作中开始循证的精神卫生促进计划
9) 社区卫生监控	基本信息系统囊括痴呆 调查高危人群	成立早期痴呆社区监督机构	开发高级监控系统 监控预防计划的有效性
10) 支持更多研究	开展初级卫生保健相关研究	制定有效性和性价比	开展痴呆病因学研究

翻译：张五芳

## 参考文献

1. Murray CJL, Lopez AD (eds). The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health, Harvard University Press, 1996.
2. Ferri CP, Prince M, Brayne C et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366 : 2112 - 7.
3. Eisenberg L. Psychiatry and neuroscience at the end of the century. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12 : 629 - 32.
4. Banerjee S, Shamash K, Macdonald AJD et al. Randomised controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. *Br Med J* 1996; 313 : 1058 - 61.
5. Blanchard MR, Waterreus A, Mann AH. The effect of primary care nurse intervention upon older people screened as depressed. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995; 10 : 289 - 98.
6. Unutzer J, Katon W, Callahan CM et al. Collaborative care management of late - life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288 : 2836 - 45.
7. Hunkeler EM, Katon W, Tang L et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *Br Med J* 2006; 332 : 259 - 63.
8. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta - analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51 : 657 - 64.
9. Brodaty H, Draper BM, Low LF. Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven - tiered model of service delivery. *Med J Aust* 2003; 178 : 231 - 4.
10. Livingston G, Johnston K, Katona C et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162 : 1996 - 2021.
11. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295 : 2148 - 57.
12. Farlow M. A clinical overview of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2002; 14 (Suppl. 1) : 93 - 126.
13. Layard R. The Depression Report: a new deal for anxiety and depression. London: London School of Economics and Political Science, 2006.
14. Aylward S, Stolee P, Keat N et al. Effectiveness of continuing education in long - term care: a literature review. *Gerontologist* 2003; 43 : 259 - 71.
15. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.
16. Patel V. Health systems research: a pragmatic method of meeting mental health needs in low income countries. In: Andrews G, Henderson S (eds). *Unmet need in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003 : 353 - 77.
17. Chiu S, Yu S. An excess of culture: the myth of shared care in the Chinese community in Britain. *Ageing and Society* 2001; 21 : 681 - 99.
18. Apt NA. Coping with old age in a changing Africa. Aldershot: Avebury, 1996.
19. Phillips DR. Ageing in the Asia Pacific region. London: Routledge, 2000.
20. Patel V, Prince M. Ageing and mental health in a developing country: who cares? Qualitative studies from Goa, India. *Psychol Med* 2001; 31 : 29 - 38.
21. Cohen L. Toward an anthropology of senility: anger, weakness, and Alzheimer's in Banaras, India. *Med Anthropol Q* 1995; 9 : 314 - 34.
22. Shaji KS, Smitha K, Praveen Lal K et al. Caregivers of patients with 13 Alzheimer's disease: a qualitative study from the Indian 10/66 Dementia Research Network. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 18 : 1 - 6.
23. Dandekar K. The elderly in India. New Delhi: Sage, 1996.
24. Rao VA. Social psychiatry of old age in India. *Indian J Soc Psychiatry* 1986; 2 : 3 - 14.
25. Zeng Y, George L. Family dynamics of 63 million (in 1990) to more than 330 million (in 2050) elders in China. Munich: Max - Planck - Gesellschaft, 2000.
26. Tout K. Ageing in developing countries. Oxford: Oxford University Press, 1989.
27. Prince M. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19 : 170 - 7.
28. Schneider J, Murray J, Banerjee S et al. EURO CARE: a cross - national study of co - resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I - Factors associated with carer burden. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14 : 651 - 61.
29. Cooper C, Carpenter I, Katona C et al. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13 : 1067 - 76.
30. Graham N, Brodaty H. Alzheimer's Disease International. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12 : 691 - 2.
31. The 10/66 Dementia Research Group. Dementia in developing countries. A preliminary consensus statement from the 10/66 Dementia Research Group. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15 : 14 - 20.
32. Ferri CP, Ames D, Prince M. Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. *Int Psychogeriatr* 2004; 16 : 441 - 59.
33. Matthews FE, Denning T. Prevalence of dementia in institutional care. *Lancet* 2002; 360 : 225 - 6.
34. Schneider J, Mann A, Nettan A. Residential care for elderly people. An exploratory study of quality measurement. *Ment Health*

Res Rev 1997; 4 :12 –5.

35. Chiu E, Jeste DV. Efficacy and cost – effectiveness in dementia interventions; the need for an international consensus. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19 : 553 –4.
36. Train G, Nurock S, Kitchen G et al. A qualitative study of the views of residents with dementia, their relatives and staff about work practice in long – term care settings. *Int Psychogeriatr* 2005; 17 : 237 –51.
37. Vatuk S. “To be a burden on others”; dependency anxiety among the elderly in India. In: Lynch OM (ed). *Divine passions; the social construction of emotion in India*. Berkeley; University of California Press, 1990 :64 –8.
38. Jenkins R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. *Epidemiol Psychiatr Soc* 1998; 7 : 120 –6.
39. Andersen K, Launer LJ, Ott A et al. Do nonsteroidal anti – inflammatory drugs decrease the risk for Alzheimer’s disease? The Rotterdam Study. *Neurology* 1995; 45 : 1441 –5.
40. Ott A, Breteler MM, de Bruyne MC et al. Atrial fibrillation and dementia in a population – based study. The Rotterdam Study. *Stroke* 1997; 28 : 316 –21.
41. Ott A, Slioter AJ, Hofman A et al. Smoking and risk of dementia and Alzheimer’s disease in a population – based cohort study; the Rotterdam Study. *Lancet* 1998; 351 : 1840 –3.
42. Ott A, Stolk RP, van Harskamp F et al. Diabetes mellitus and the risk of dementia; the Rotterdam Study. *Neurology* 1999; 53 : 1937 –42.
43. Kalmijn S, Launer LJ, Ott A et al. Dietary fat intake and the risk of incident dementia in the Rotterdam Study. *Ann Neurol* 1997; 42 : 776 –82.
44. Regan C, Katona C, Walter Z et al. Relationship of vascular risk to the progression of Alzheimer disease. *Neurology* 2006; 67 : 1357 –62.
45. Lautenschlager NT, Almeida OP, Flicker L. Preventing dementia: why we should focus on health promotion now. *Int Psychogeriatr* 2003; 15 : 111 –9.
46. National Institute for Clinical Excellence. NICE announces Alzheimer’s disease drug appeal outcome and NHS guideline to support patients and carers. Press release, October 11, 2006.
47. Katona C. Psychiatry of the elderly; the WPA/WHO consensus statements. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15 : 751 –2.

# 强迫购物症研究综述

DONALD W. BLACK

Department of Psychiatry, University of Iowa Roy J. and Lucille A. Carver College of Medicine, Iowa City, IA 52242, USA

强迫购物症 (CBD) 是一种过度的购物冲动和行为, 给患者带来痛苦或功能损伤。在美国一般人群中, 其终生患病率为 5.8%。临床试验的大多数受试者为女性 (~80%), 然而这种性别差异可能是个假象。CBD 患者报道在购物前感到紧张焦虑, 购物后这种压力会缓解。CBD 通常与其它精神疾病共病, 尤其是心境障碍、焦虑障碍、物质滥用、进食障碍、以及其它冲动控制障碍。大多数 CBD 患者符合一个轴 II 的诊断标准, 尽管诊断分类中并没有专门的“购物”人格。强迫购物有一定的家族聚集性, 而且这些家庭中通常有很多心境障碍和物质滥用患者。强迫购物症目前还没有标准的治疗方法, 临床常用精神药物治疗, 近年开发的认知行为治疗也有重要的价值。债务人匿名协会、单纯的社交圈、阅读疗法、财政咨询和婚姻治疗可能在 CBD 管理中发挥重要作用。

关键词: 强迫购物 强迫购买 冲动控制障碍

20 世纪早期, Bleuler 和 Kraepelin 二人首次在书中描述强迫购物症 (CBD) 的临床表现。Bleuler 写到: “Kraepelin 提到疯狂购物/强迫购物 (作为最后的一个分类), 强迫性购物导致债务无意识的增加, 患者连续延迟付款, 直到财务危机出现; 在此之前, 患者从不承认自己的债务, 从不汇总众多的小债务”<sup>[1]</sup>。Bleuler 把 CBD 描述为“反应冲动”或“冲动的精神失常”中的一个例子, 将其与偷窃癖和放火癖归为一组。

在 20 世纪, 除了一些消费行为学家<sup>[3-6]</sup>和精神分析学家<sup>[7-9]</sup>, 很少有研究关注 CBD。直到 20 世纪 90 年代早期, 三个独立的研究组分别报道了 CBD 临床病例, 才引起人们关注<sup>[10-12]</sup>。目前该障碍已在世界范围内广泛报道, 包括美国<sup>[10-12]</sup>、加拿大<sup>[5]</sup>、英国<sup>[4]</sup>、德国<sup>[6]</sup>、法国<sup>[13]</sup>和巴西<sup>[14]</sup>。

关于 CBD 的分类目前仍存在争论。一些研究者把 CBD 与成瘾障碍联系在一起<sup>[15]</sup>, 而一些学者把它归至强迫症<sup>[16]</sup>, 还有学者将其归为心境障碍<sup>[17]</sup>。DSM - IV 中没有包括 CBD<sup>[18]</sup>, 但在 DSM - III - R<sup>[19]</sup>中 CBD 作为“其它非特定的冲动控制障碍”的一个例子包含其中。一些标准化的研究强调 CBD 认知和行为方面的问题<sup>[10]</sup>。一些学者不赞成把 CBD 作为一种疾病分类, 而倾向于部分“临床化的”行为问题<sup>[20]</sup>。这种方式忽略了 CBD 的本质。然而, 不管是对 CBD 进行平凡化还是污名化, 都是为了了解或

治疗该障碍。

## 流行病学

Koran 等<sup>[21]</sup>最近开展的一项研究中, 通过电话随机调查了 2513 名成人, 估计 CBD 的时点患病率为 5.8% (所有应答者)。更早地, Faber 和 O'Guinn<sup>[22]</sup>估计伊利诺州一般人群的 CBD 患病率为 2% ~ 8%。两个研究都采用了强迫购买量表 (CBS)<sup>[23]</sup>来鉴定强迫购买者。已经报道的其它调查中, CBD 患病率在 12% ~ 16% 之间<sup>[24,25]</sup>。没有证据表明, 在过去的几十年 CBD 的患病率有增加。

以社区为基础的研究和临床调查提示: 80% ~ 95% CBD 患者为女性<sup>[10-12,23]</sup>。报道的性别差异可能是一种假象: 女性容易承认自己喜欢购物, 而男性更愿意承认自己喜欢“收集”。Koran 等报道<sup>[21]</sup>提示 (可能更符合真实情况): 在他们的调查中, 符合 CBD 诊断标准的男女比例几乎相等 (分别是 5.5% 和 6.0%)。然而, Dittmar<sup>[26]</sup>根据英国一个普通人群调查总结: 应答者中考虑为强迫购物者女性占 92%, 性别差异确实存在, 而不是假象。

CBD 起病的年龄通常在十八九岁或 20 多岁<sup>[11,12,27]</sup>, 而 McElroy 等<sup>[10]</sup>报道起病的平均年龄为 30 岁。起病年龄通常与个人从家庭独立时的年龄相对应, 也与个人首次建立信用帐号相对应。

目前还没有严谨的 CBD 纵向研究，但 Schlosser 等<sup>[12]</sup>和 McElroy 等<sup>[10]</sup>研究中发现大多数受试者病程是持续的。Aboujaoude 等<sup>[28]</sup>提示西酞普兰治疗有效的 CBD 患者在一年随访时通常仍在缓解期，该发现提示治疗可能改变疾病的自然病程。作者本人的观察发现：在调查时，典型的 CBD 患者通常已有数十年的强迫购物行为，尽管临床患者可能在严重度上存在偏倚。

有证据表明：CBD 存在家族聚集性，而且这些家庭中，心境障碍、焦虑障碍和物质滥用障碍通常更显著。McElroy 等<sup>[8]</sup>报道 18 个 CBD 患者，17 个患者有一个或更多的一级亲属患有抑郁症，11 个患者的一级亲属有酒精或药物滥用，3 个患者一级亲属有焦虑障碍。3 个患者亲属有 CBD。Black 等<sup>[29]</sup>采用回顾家族史的方法评价了 33 名 CBD 患者的 137 名一级亲属。与对照组相比，一级亲属更容易患抑郁症、酗酒、药物滥用、“任一”精神病障碍和“多于一种的精神障碍”。CBD 先证者一级亲属中 9.5% 存在 CBD（对照组没有评价 CBD）。在分子遗传研究中，Devor 等<sup>[30]</sup>未能发现 2 个 5-羟色胺转运子基因多态性和 CBD 存在关联，而 Comings<sup>[31]</sup>报道 CBD 与 DRD1 受体基因存在关联。

## 临床症状

CBD 患者在购物和消费上投入大量的精力，这些行为耗费患者许多时间。有学者提出：一个人可能成为一个强迫购物者但不进行消费，比如限定他/她的兴趣在游览商店橱窗，但这种模式不常见。作者本人的观察发现：两个方面——逛街和消费——有相互作用。CBD 患者通常描述自身存在一个积累的冲动或焦虑，只有在购物后才能完全释放。

作者已经鉴定了 CBD 的四个不同阶段：1) 预期；2) 准备；3) 逛街；4) 消费。在第一阶段，CBD 患者出现想法、冲动或拥有一个特定的物品或逛街行为。在第二阶段个体准备逛街或消费。这包括决定什么时候去，去哪里，穿着，甚至是使用哪张信用卡。更多的考虑是关于购物内容，新时尚或新商品。第三阶段为实际的购物体验，许多 CBD 患者描述自身感到强烈地兴奋，甚至产生一种快感<sup>[12]</sup>。最后，完成购买后该过程结束，通常伴随失落或失望的感觉<sup>[21]</sup>。在一个关于 CBD 前驱和后果的研究中，Miltenberger 等<sup>[32]</sup>报道：负性情绪（如，抑

郁、焦虑、厌倦、自我批评的思维、愤怒）是最常见的 CBD 前驱特质，而欣快感或从负性情绪中解脱是最常见的结果。

CBD 患者通常是独自购物，有些患者与能够分享他们购物兴趣的朋友一起购物<sup>[11,12]</sup>。一般而言，CBD 是一种个人的快乐，如果陪同的人对购物没有同样的兴趣，那么就会引起尴尬。购物可在任何地方，包括高档的商场和小商店（批发销售）。收入与是否存在 CBD 的相关性很小：低收入的个体仍可以经常逛街和消费，但是他们的收入使得他们通常在小商店而不是大商场购物。

CBD 患者购买的典型商品包括（依次递减）：衣服、鞋子、光盘、首饰、化妆品和家居用品<sup>[11,12,32]</sup>。强迫购物者购买的物品通常都不会特别昂贵，但作者观察到许多强迫购物者因购买昂贵的物品而导致消费失控。患者通常报道购买一样物品是基于其吸引力或因为它物美价廉。Christenson 等的研究中<sup>[11]</sup>，强迫购物者报道在一个典型的购物期平均花费 110 美元，Schlosser 等<sup>[12]</sup>的研究中报道为 92 美元。

虽然没有研究确切报道，购买物品存在性别差异；但根据作者的经验，男性在电子的、汽车、或硬件商品上有更大的兴趣，而女性通常对衣服、鞋子和光盘感兴趣。

受试者通常愿意承认 CBD 是一个问题。Schlosser 等<sup>[10]</sup>报道：85% 受试者承认 CBD 相关的债务，74% 认为自己在购物时失去控制。在 Miltenberger 等的研究中<sup>[32]</sup>，68% CBD 患者报道 CBD 对他们的人际关系有负性影响。Christenson 等<sup>[11]</sup>报道：几乎所有的受试者（92%）曾设法抵制购物冲动，但几乎没有成功过。受试者指出 74% 的时间他们都在体验着购买的冲动，冲动最终导致购物行为。

CBD 整年都会存在，而在圣诞节或其它重要的节日，家庭成员和朋友的生日期间该行为更突出<sup>[12]</sup>。Schlosser 等<sup>[12]</sup>调查了患者对已购物品的处理行为，包括归还物品、不打开包装、出售、甚至扔掉。

在一个 44 名 CBD 受试者的研究中，Black 等<sup>[33]</sup>报道总体收入低的患者 CBD 严重度更高，收入在中等以上水平的患者严重度低，在降价商品上的花费占收入百分比更低。严重度高的 CBD 患者，更可能合并轴 I 或轴 II 障碍。这些数据提示最严重的 CBD 通常出现在低收入的个体，他们几乎没有控制或延迟购物冲动的能力。

## 精神疾病共病

CBD 患者通常符合轴 I 障碍的诊断标准，尤其是心境障碍（21 ~ 100%）<sup>[27,34]</sup>、焦虑障碍（41 ~ 80%）<sup>[10,12]</sup>、物质滥用（21 ~ 46%）<sup>[11,29]</sup>和进食障碍（8 ~ 35%）<sup>[10,27]</sup>。冲动控制障碍通常也与这些患者相关（21 ~ 40%）<sup>[10,11]</sup>。

Schlosser 等<sup>[12]</sup>发现约 60% 的 CBD 受试者至少符合轴 II 障碍的一个诊断标准。虽然没有特定的“购物”人格特质，最常见的人格障碍是强迫型（22%）、回避型（15%）和边缘型（15%）。Krueger<sup>[7]</sup>是一名精神分析学家，他描述了 4 名有自恋型人格特点的患者。

## 病因学

迄今为止，CBD 的病因仍未知，推测主要与发育神经生物学和教育因素相关。精神分析学家<sup>[7-9]</sup>提示：早期生活事件（如性虐待）是诱发因素。然而，并没有发现 CBD 患者的早期生活事件存在特定的或单一的家庭模式。

神经生物学假说主要集中在神经递质传递紊乱，尤其是 5-羟色胺能、多巴胺能、阿片样系统。选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）已经用于 CBD 的治疗<sup>[27,34-38]</sup>，因为研究者注意到 CBD 和强迫症（已知对 SSRIs 有反应）之间存在相似性。有假说认为多巴胺在“奖赏依赖”上发挥重要作用，“奖赏依赖”可能是培养“成瘾行为”（如，CBD、病理性赌博）的原因<sup>[39]</sup>。病例报道提示阿片制剂拮抗剂纳曲酮有一定帮助，有学者据此推测阿片受体的作用<sup>[40,41]</sup>。目前，还没有直接的证据支持这些神经递质系统在 CBD 病因学中的作用。

由于 CBD 主要出现在发达国家<sup>[42]</sup>，有学者提出文化作用机制。CBD 发生的必要因素包括：市场经济、广泛多样的商品、提前消费观、闲暇时间。由于这些因素，CBD 不大可能出现在贫困国家，除了一些富裕的城市（如，伊梅尔达·马科斯和她众多的鞋子）。

## 评估

评估目标为，通过调查个人对购物和消费的态度

和行为来鉴定 CBD<sup>[43]</sup>。调查的内容可能包括：“您是否觉得大部分时间被逛街和过度消费所占据？”；“您是否觉得您购物行为是过度的，不合适的或不可控制的？”；“您对购物的渴求、冲动、幻想或行为是否曾经使您感到不安或内疚，或引起生活中严重的问题如经济的或法律问题或影响人际关系？”。

临床医师应该关注患者既往的精神治疗，包括药物治疗、住院治疗和心理治疗。躯体疾病史、手术史、药物过敏或药物治疗史也非常重要，因为它可能是 CBD 的起因（如神经障碍、脑肿瘤）。诊断 CBD 时需要排除双相障碍，因为它也可引起过度购物和消费。躁狂患者无节制的消费通常对应躁狂期，同时伴有心境高涨、夸大、不切实际的计划、情感膨胀。CBD 患者购物和消费的模式缺乏双相患者的周期性，是一个持续存在的过程。

此外，还要排除正常的购物行为。在美国和其它发达国家，购物是一个主要的消遣，尤其对于女性，频繁购物不是支持 CBD 诊断的充分证据。正常购物有时也有强迫性购物的特点，尤其在特殊的节日或生日。继承遗产或彩票中奖可能也会导致购物冲动。

研究者们开发了一些工具用于鉴定 CBD 或衡量其严重程度。CBS<sup>[23]</sup>（前面已提及），由 7 个条目组成，代表了特殊的行为、动机、强迫购买的感觉、正常购物者与 CBD 患者间的差异。Edwards<sup>[44]</sup>开发了一个有效的 13-条目量表，评估个人对购物和消费的重要体验和感觉。Monahan 等<sup>[45]</sup>修正了耶鲁 Brown 强迫症量表，称为 YBOCS-购物版（YBOCS-SV），用于评估 CBD 相关的认知和行为。这个 10-条目的量表包括频率、干扰、痛苦、阻力、和认知和行为的控制度。该工具设计用于测定 CBD 的严重程度，以及评估临床试验中个体行为改变。

## 治疗

迄今为止没有标准的 CBD 治疗。近年来，CBD 治疗主要集中于精神药物治疗（主要是抗抑郁药）和认知行为治疗（CBT）。

研究者对 CBT 的兴趣已经大部分替代了早期对精神动力学的兴趣。目前已经开发了一些有竞争性的 CBT 模型，最成功的模型包括集体治疗<sup>[46-49]</sup>。Damon 首次描述了集体治疗的应用<sup>[46]</sup>。Burgard 和

Mitchell<sup>[47]</sup>、Villarino 等<sup>[48]</sup>随后开发了集体治疗模式，最近的是 Benson 和 Gengler<sup>[49]</sup>。Mitchell 等<sup>[50]</sup>报道：在 12 周的试点研究中，集体 CBT 治疗模式能够引起显著的改善；在 6 个月的随访期中，这种改善仍持续存在。Benson<sup>[51]</sup>最近开发了一个广泛的自我帮助计划，结合认知行为策略和自我监控；包括详细的工作本、购物日记和 CD-ROM。

一些自助的书籍（阅读疗法）<sup>[52-54]</sup>，可能能够帮助一些 CBD 患者。债务匿名协会，类似于匿名戒酒协会模式，是一个自愿组成的小组，为那些担负沉重债务的患者提供相互支持相互帮助的氛围。在美国某些城市，建立单纯的社交圈；这些集体鼓励人们采取一种简单的生活方式，来摆脱他们的 CBD<sup>[55]</sup>。许多 CBD 患者存在重大的经济问题，财务咨询可能对此有一定的帮助<sup>[56]</sup>。作者曾经看过一些病例，指定一个财务管理员来控制患者的财务，有一定的帮助。然而，财务管理员控制患者消费的方法不能逆转他/她对购物和消费的偏好。婚姻（或配偶）咨询也有一定的帮助，尤其是在 CBD 患者二人关系破裂时<sup>[57]</sup>。

精神药理学治疗研究得出了一些复杂的结果。一个早期的病例提示抗抑郁药可能能够抑制 CBD<sup>[58]</sup>；一个早期的开放性试验表明氟伏沙明有一定的疗效<sup>[34]</sup>。然而，随后的两个随机双盲对照研究发现氟伏沙明并不能优于安慰剂<sup>[35,36]</sup>。在另一个开放性研究中<sup>[28]</sup>，西酞普兰对 CBD 有实质性的改善。该研究设计比较特殊，筛选开放性研究中西酞普兰有效的受试者，继续参与一个为期 9 周的随机安慰剂对照试验<sup>[38]</sup>。服用安慰剂的 8 名患者中有 5 名强迫购物症状反复，而西酞普兰组没有受试者反复。然而，该研究小组用依他普仑进行了一个同样设计的试验，发现依他普仑对 CBD 几乎没有疗效<sup>[39]</sup>。Grant<sup>[40]</sup>和 Kim<sup>[41]</sup>报道病例：纳曲酮能改善 CBD，提示阿片受体拮抗剂可能在治疗 CBD 中发挥重要作用。对于这些治疗研究的解释是很复杂的，因为 CBD 相关的治疗中，安慰剂也具有很高的有效率（可高达 64%）<sup>[35]</sup>。

作者提出一系列的建议<sup>[59]</sup>。首先，药物治疗研究能提供的指导有限，患者应该意识到他们不能依赖药物。此外，患者应该：a) 承认他们有 CBD；b) 丢弃信用卡和支票，因为这些是容易获得的资金来源（诱发障碍）；c) 与朋友或亲戚一起购物；不存在 CBD 的个体陪同患者购物，能抑制患者的过度

消费；d) 寻找有意义的方式代替购物，度过个人闲暇时间。

翻译：张五芳

## 参考文献

1. Bleuler E. Textbook of psychiatry. New York: Macmillan, 1930.
2. Kraepelin E. Psychiatrie, 8th ed. Leipzig: Barth, 1915.
3. O'Guinn TC, Faber RJ. Compulsive buying: a phenomenological exploration. *J Consumer Res* 1989; 16: 147-57.
4. Elliott R. Addictive consumption: function and fragmentation in post-modernity. *J Consumer Policy* 1994; 17: 159-79.
5. Valence G, D'Astous A, Fortier L. Compulsive buying: concept and measurement. *J Consum Policy* 1988; 11: 419-33.
6. Scherhorn G, Reisch LA, Raab G. Addictive buying in West Germany: an empirical study. *J Consum Policy* 1990; 13: 355-87.
7. Krueger DW. On compulsive shopping and spending: a psychodynamic inquiry. *Am J Psychother* 1988; 42: 574-84.
8. Lawrence L. The psychodynamics of the compulsive female shopper. *Am J Psychoanal* 1990; 50: 67-70.
9. Winestine MC. Compulsive shopping as a derivative of childhood seduction. *Psychoanal Q* 1985; 54: 70-2.
10. McElroy S, Keck PE Jr, Pope HG Jr et al. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 242-8.
11. Christenson GA, Faber JR, de Zwann M. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 5-11.
12. Schlosser S, Black DW, Repertinger S et al. Compulsive buying: demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 205-12.
13. Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J et al. Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 169-73.
14. Bernik MA, Akerman D, Amaral JAMS et al. Cue exposure in compulsive buying. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 90.
15. Krych R. Abnormal consumer behavior: a model of addictive behaviors. *Adv Consum Res* 1989; 16: 745-8.
16. Hollander E (ed). Obsessive-compulsive related disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
17. Lejoyeux M, Andes J, Tassian V et al. Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *Am J Psychiatry* 1996; 152: 1524-9.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed, revised. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision. Washington: American Psychiatric Publishing, 2004.
20. Lee S, Mysyk A. The medicalization of compulsive buying. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1709-18.
21. Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E et al. Estimated prevalence

- of compulsive buying in the United States. *Am J Psychiatry* 2006; 163 : 1806 – 12.
22. Faber RJ, O'Guinn TC. Classifying compulsive consumers: advances in the development of a diagnostic tool. *Adv Consum Res* 1989; 16 : 147 – 57.
  23. Faber RJ, O'Guinn TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consumer Res* 1992; 19 : 459 – 69.
  24. Magee A. Compulsive buying tendency as a predictor of attitudes and perceptions. *Adv Consum Res* 1994; 21 : 590 – 4.
  25. Hassay DN, Smith CL. Compulsive buying: an examination of consumption motive. *Psychol Marketing* 1996; 13 : 741 – 52.
  26. Dittmar H. Understanding and diagnosing compulsive buying. In: Coombs R (ed). *Addictive disorders: a practical handbook*. New York: Wiley, 2004 : 411 – 50.
  27. Koran LM, Bullock KD, Hartston HJ et al. Citalopram treatment of compulsive shopping: an open – label study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 : 704 – 8.
  28. Aboujaoude E, Gamel N, Koran LM. A 1 – year naturalistic following of patients with compulsive shopping disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 : 946 – 50.
  29. Black DW, Repertinger S, Gaffney GR et al. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiatry* 1998; 155 : 960 – 3.
  30. Devor EJ, Magee HJ, Dill – Devor RM et al. Serotonin transporter gene (5 – HTT) polymorphisms and compulsive buying. *Am J Med Genet* 1999; 88 : 123 – 5.
  31. Comings DE. The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums* 1998; 6 : 20 – 37.
  32. Miltenberger RG, Redlin J, Crosby R et al. Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003; 34 : 1 – 9.
  33. Black DW, Monahan P, Schlosser S et al. Compulsive buying severity: an analysis of compulsive buying scale results in 44 subjects. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189 : 123 – 7.
  34. Black DW, Monahan P, Gabel J. Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 : 159 – 63.
  35. Black DW, Gabel J, Hansen J et al. A double – blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12 : 205 – 11.
  36. Ninan PT, McElroy SL, Kane CP et al. Placebo – controlled study of fluvoxamine in the treatment of patients with compulsive buying. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20 : 362 – 6.
  37. Koran LM, Chuang HW, Bullock KD et al. Citalopram for compulsive shopping disorder: an open – label study followed by a double – blind discontinuation. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 : 793 – 8.
  38. Koran LM. Escitalopram treatment evaluated in patients with compulsive shopping disorder. *Primary Psychiatry* 2005; 12 : 13.
  39. Holden C. Behavioral addictions; do they exist? *Science* 2001; 294 : 980 – 2.
  40. Grant JE. Three cases of compulsive buying treated with naltrexone. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2003; 7 : 223 – 5.
  41. Kim SW. Opioid antagonists in the treatment of impulse – control disorders. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 : 159 – 64.
  42. Black DW. Compulsive buying disorder: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs* 2001; 15 : 17 – 27.
  43. Black DW. Assessment of compulsive buying. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000 : 191 – 216.
  44. Edwards EA. Development of a new scale to measure compulsive buying behavior. *Fin Counsel Plan* 1993; 4 : 67 – 84.
  45. Monahan P, Black DW, Gabel J. Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiatry Res* 1995; 64 : 59 – 67.
  46. Damon JE. *Shopaholics: serious help for addicted spenders*. Los Angeles: Price Stein Sloan, 1988.
  47. Burgard M, Mitchell JE. Group cognitive – behavioral therapy for buying disorders. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000 : 367 – 97.
  48. Villarino R, Otero – Lopez JL, Casto R. *Adicion a la compra: analisis, evaluacion y tratamiento*. Madrid: Ediciones Piramide, 2001.
  49. Benson A, Gengler M. Treating compulsive buying. In: Coombs R (ed). *Addictive disorders: a practical handbook*. New York: Wiley, 2004 : 451 – 91.
  50. Mitchell JE, Burgard M, Faber R et al. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behav Res Ther* 2006; 44 : 1859 – 65.
  51. Benson A. Stopping overshopping – A comprehensive program to help eliminate overshopping. New York: April Benson, 2006; [www.stoppingovershopping.com](http://www.stoppingovershopping.com).
  52. Arenson G. *Born to spend: how to overcome compulsive spending*. Blue Ridge Summit: Tab Books, 1991.
  53. Catalano EM, Sonenberg N. *Consuming passions – help for compulsive shoppers*. Oakland: New Harbinger Publications, 1993.
  54. Wesson C. *Women who shop too much: overcoming the urge to splurge*. New York: St. Martin's Press, 1991.
  55. Andrews C. Simplicity circles and the compulsive shopper. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000 : 484 – 96.
  56. McCall K. Financial recovery counseling. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000 : 457 – 83.
  57. Mellan O. Overcoming overspending in couples. In: Benson A (ed). *I shop, therefore I am – compulsive buying and the search for self*. New York: Aronson, 2000 : 341 – 66.
  58. McElroy S, Satlin A, Pope HG Jr et al. Treatment of compulsive shopping with antidepressants: a report of three cases. *Ann Clin Psychiatry* 1991; 3 : 199 – 204.
  59. Kuzma J, Black DW. Compulsive shopping – when spending begins to consume the consumer. *Current Psychiatry* 2006; 7 : 27 – 40.

# 精神科经济上的利益冲突

GIOVANNI A. FAVA

Department of Psychology, University of Bologna, viale Berti Pichat 5, 40127 Bologna, Italy; Department of Psychiatry, State University of New York at Buffalo, 462 Grider Street, Buffalo, NY 14215, USA

利益冲突问题给临床医学带来了前所未有的信任危机。精神病学与医学其他领域的境况并没有不同。医药行业与研究人员、临床医生之间的经济联系导致的问题与日俱增，这只能通过多方面的努力来探讨，这种努力包括两方面：确立对没有实质性违背公众利益行为的独立研究者提供资助的链条；制定能够较好地披露经济联系的政策、行为准则。这些内容要求我们大刀阔斧整改大量不适当的现行策略。毕竟，我们的最终目的是让病人、临床医生、研究人员、医疗卫生产业和社会公众最大程度的获益。精神科因其人道主义和社会性根源，可以为此起引导作用。

关键词：利益冲突 公开透明 精神药物 实践的指南 精神病学

医生与制药企业之间日渐增长的联系，使临床医学的可信性陷入了前所未有的危机<sup>[1]</sup>。由于合作行为置于公众健康利益之上的新闻频现媒体，公众随之对临床医学日趋怀疑<sup>[2]</sup>。医学杂志已经被一位前主编定义为“制药公司市场手臂的延伸”<sup>[3]</sup>

医学界与大企业同谋的风险已经被几本书籍揭露给行业之外的公众<sup>[4-7]</sup>。其中一本书中，约翰·阿布拉姆森极好地披露了医药领域中虚假宣传是如何取代了研究证据<sup>[7]</sup>。

制药企业与医生之间的联系受到医学学术界越来越多的质疑<sup>[8]</sup>。于是，利益冲突成为包括精神科在内的医学所关注的主要问题，对医学杂志也愈加重要<sup>[9]</sup>。他们逐渐破坏了所提交的论文、评审程序的诚信，甚至是编辑接收还是退稿的决定。

利益冲突的概念应用非常广泛，但却具有不同的含义。Margo-lis 对冲突的利益和利益的冲突进行了区分<sup>[10]</sup>。前者出现在任何竞争性的考虑都被假定为合法的情

境中。而另一方面，利益的冲突的特征是个体具有不能同时行使的双重角色。由于滥用的可能性，同时行使两种角色是不可能的。例如，作为一名研究人员，同时又持有与其研究领域相关的经济利益。表格 1 列出了利益冲突的主要来源。

以下阐述内科和精神科中关于利益冲突研究中的一些观点、以及一些能够消除这一现象的策略。

## 内科学中的利益冲突

过去十年中，有相当多的关于内科学中利益冲突的研究，大部分来自美国。该研究对这一现象的纬度和重要性产生了重要的观点。精神科领域也将对这一现象予以特别的关注。

## 发生率很高（风行于世）

关于利益冲突发生率的第一个概念来源于上世纪 90 年代一项划时代的研究。Krimsky 等人分析了 789 篇由马萨诸塞州大学的作者发表在 1992 年顶尖的科学杂志上的文章<sup>[11]</sup>。每 3 个研究中就会有一个研究，至少有一名作者在研究中有既得利益。Krimsky 等对经济上的利益冲突采用了一种非常保守的观点：拥有的专利直接与发表文章相关；是与研究存在商业利益公司的主要股东或主管人员，或者是董事会成员。如果将顾问工作和谢礼都考虑在内，利益冲突案例的百分比会大幅度

表 1 医学中利益冲突的主要来源

- |                 |
|-----------------|
| 同时作为一名临床医生/研究者和 |
| ◇ 私有公司的雇员       |
| ◇ 股东            |
| ◇ 公司董事会成员       |
| ◇ 私营公司的长期的顾问    |
| ◇ 私营公司临时顾问      |
| ◇ 私营公司的官方讲员     |
| ◇ 私营公司的临时讲员     |
| ◇ 从私营公司拿到回扣     |
| ◇ 收受谢礼          |
| ◇ 受资助研究中的临床研究者  |
| ◇ 从私营公司获得研究资助   |
| ◇ 拥有专利          |

增加。研究清楚地表明了科学出版界中公司参与的程度。然而，科学机构有组织地不予重视这些结果。《自然》杂志对它们的反应就例证了这一点<sup>[11]</sup>。

同一个研究小组还阐述了 170 名 DSM-IV 专家组成员与制药企业之间的经济联系。其中 95 人 (56%) 与一个或更多的公司之间存在着联系<sup>[12]</sup>。心境障碍和精神分裂专家组成员达到了 100%，焦虑和进食障碍专家组成员超过了 80%<sup>[12]</sup>。

据报道，十分之一的美国医师正在从事企业正式的顾问工作<sup>[8]</sup>。可以预测在包括精神科在内的临床研究中，这个比例更高，尽管各领域之间会有一些差异。

## 很少揭露

揭露是处理利益冲突污染科学的实质性的第一步。但是，尽管杂志有政策规定，却很少实施（据 Krinsky 的研究，只有不到 1% 的医学论文<sup>[13]</sup>）。这种揭露经常发生在媒体上，而不是来自作者或科学机构。Zalewski 用一个清单来说明利益冲突是如何与重要的科学、临床医学问题联系在一起，给人印象深刻<sup>[14]</sup>。有时候，利益冲突会破坏科学数据的可信性，例如发表在 JAMA 上的关于治疗心脏病发作的药物（组织纤维蛋白溶酶原激活剂）的文章丑闻中，一名 NEWS-DAY 的记者透露出至少 13 个研究人员是药品制造企业的长期股东。

同样的丑闻也涉及到精神科研究者<sup>[4]</sup>。一篇最近的关于迷走神经刺激的论文已经导致了主要作者从一家重要杂志的编辑职位上辞职<sup>[15]</sup>。值得注意的是这件丑闻不是由记者揭露，而是被与杂志有关的学会成员揭露。必须指出，尽管

揭露已经在北美会议和杂志中成为标准行为，但在欧洲还没有通行。

## 科学界应对制药行业负有义务

Glassman 等<sup>[16]</sup>调查了来自制药企业的广告收入是否对拥有这些杂志的非营利性的医生组织产生了潜在的利益冲突。他们发现，经济上的利益冲突非常巨大。一些享有声望，诸如 JAMA 和新英格兰医药杂志所辖属的医学组织，被看作对医药企业心存感激。在一篇同时发表的社论中，Lexchin 报告了世界卫生组织与制药产业日渐增加的利益联系<sup>[17]</sup>。世界卫生组织与国际高血压学会协作颁布了一套原发性高血压诊断和治疗的指南。一封将近 900 名医师和科学家联合签名的信中指出，指南中忽略了临床评估的基本原则，而过多的倚重于资助制药企业的试验结果。这对世界卫生组织产生了严重的质疑，是否接收了来自制药企业的临时人员。就像已经被指出的关于抑郁的诊断和抗抑郁药品的使用一样，游戏规则一目了然：尽可能的达到某种药物的普遍应用，或者延伸它的适应症（譬如，包括消沉），或者鼓励它的预防性使用<sup>[18]</sup>。科学学会可以控制医学杂志并影响编辑的方针和论文筛选。更甚之，经济联系也可以干预这些学会的科学会议。参加重要学会会议时，任何人都可以一目了然。

## 临床实践指南的作者通常与制药企业有关联

Choudhry 等<sup>[19]</sup>调查了参与北美和欧洲学会制定的常见成年疾

病临床实践指南的作者。87% 的作者与医药企业有着某种形式的联系（58% 接受经济资助来完成研究工作，38% 已经作为职员或顾问服务于制药企业）。已经发表的 44 个临床实践指南中，仅有两项有作者个人与制药企业之间的经济联系的特殊声明。

## 药物赞助的科学事件与赞助者的药物处方的增加挂钩

一篇综述<sup>[20]</sup>概述了赞助主治医师参加继续医学教育、教育座谈会差旅或住宿费与赞助方药物处方增加的比率是如何挂钩。医药代言人的讲演也与不合理的处方量挂钩。Wilkes<sup>[21]</sup>评论了这种交互作用的结果：医生从医药公司收取礼物，然后花费患者的钱去帮助该医药产业变成世界上最有利可图的行业。他们征集“研究”对象，而不用说明因此产生的个人经济方面的收入。所有这些行为都与患者和协会所赋予我们的特权而产生的期望截然相反。并且，正如社论的副标题所指出的，当信任缺失时，医师的治疗力量也随之而去。

## 被医药公司赞助的研究几乎都会取得有利于赞助者的结果

医药公司赞助的研究几乎都会取得有利于赞助者的结果，这已被再三报道过<sup>[22-25]</sup>。企业赞助也会导致出版和数据共享<sup>[23]</sup>，和选择性报告的限制<sup>[26]</sup>。Perlis 等<sup>[25]</sup>对美国四个与精神病学相关的顶尖杂志上发表的临床试验的基金来源和作者的利益冲突进行

了调查。其中 60% 被医药公司赞助，且利益与药物优于安慰剂的结果报告可能相关。而且，Melander 等<sup>[26]</sup>分析了 5-羟色胺再摄取抑制剂的对照研究，发现被赞助的研究中，与阴性结果相比，有利的结果经常被发表。下面的事件是选择性发表的非常好的例证——当医学团体临床试验发现，一种广泛应用的抗抑郁病药对青少年没有疗效之后，一个主要的医药公司因此声称拒给赞助<sup>[27]</sup>。这引起对荟萃分析中所纳入试验的代表性的严重质疑<sup>[28]</sup>。而且，即便是系统回顾，对其结果也需要谨慎的批判性的评估

Heres 等<sup>[31]</sup>分析了影响第二代抗精神病药物对等比较研究的有效性的偏倚的来源，如相当的剂量、研究纳入标准、统计学分析，结果报告和对发现结果的措辞。

## 研究者常常不拥有他们的数据

Mello 等<sup>[32]</sup>探究了企业赞助者和科学研究者之间的法律协议。其中 80% 的赞助者拥有实验数据，50% 的赞助者可以写试验结果来发表。这种关于临床研究者和医药公司之间为出版物和分析数据争斗的事例，在媒体上已经有许多<sup>[14]</sup>。大多数事例中，研究者在斗争中已经是彻底孤立了。在被赞助的会议上的科学发言中，演讲者的幻灯片被赞助者审查、批准，都已司空见惯，屡见不鲜。

## 独立的研究者对特殊利益群体是一个威胁

对科学的精神病学的独立性已经有越来越多的关注<sup>[33]</sup>。我们

常常被误导相信所有的临床研究都与医药公司有着一些的关系，即使事实并非如此<sup>[8]</sup>。我们也被误导相信，重要杂志的广告部分对编辑部分没有影响。有证据认为，这样的观点值得怀疑<sup>[34]</sup>。显然，编辑被收买也是可能的<sup>[35]</sup>。

当有利益冲突的研究者的百分比达到 100% 时（像 DSM 专家组），这就意味着对独立研究者的系统性的排斥。对于特殊利益群体——科学信息中共同利益的守门人，自我选择的学术寡头们，他们代表着一种威胁<sup>[36]</sup>。这里仅提供几个例子给局外人，以示报复的程度<sup>[36]</sup>。

## 我们能做些什么？

迄今为止，医学中的利益冲突问题已经用纯真的词汇进行定义。这个脚本被描绘成：与此同时，公司产业（坏蛋）对医生们（无助的受害者）施加越来越多的压力，而医学杂志（好人）在努力保护医生和病人。此脚本的不足之处体现于：限制这一现象而付诸努力的成果少得可怜。例如，JAMA 对报告企业资助的研究规定中，要求至少有一名作者不是公司的员工，对数据的完整性负完全责任，有独立的医学统计员执行或确认数据分析<sup>[37]</sup>。背负着利益冲突的学术研究者能够比公司员工提供更多的信赖？我认为恰恰相反。同样，试验注册和为披露而设置的更严格的标准，的确受欢迎<sup>[38]</sup>，但广泛的披露不能如愿恢复公众的信赖。

问题的关键在于对于重大的利益冲突缺乏定义。在药商赞助的午餐上吃一份匹萨，为某医药公司经常做顾问，这两者是否可

以相提并论？表 2 列出了一些基于 Krimsky 等人的工作所做的试验性的标准<sup>[11]</sup>。表 2 中的前两种情况涵盖了与私人公司存在持续性的关系的概念上。事实上，临时的顾问工作，执行一项调查的赠款，或者在特殊场合接受谢礼或款项，并不会成为重大利益冲突的来源。表 2 中描述的后两种情况反映出了偏倚的重要经济来源。

表 2 研究者存在重大利益冲突的标准

- |                   |
|-------------------|
| 研究者至少符合下述标准之一     |
| ◇ 私营公司的雇员         |
| ◇ 公司的长期顾问或者董事会成员  |
| ◇ 与研究领域相关的公司的股东   |
| ◇ 拥有与公布的工作直接相关的专利 |

另一个问题是，迄今，利益冲突问题主要是被作为负性名词来看待：如何限制医学研究中合作的影响。很少或几乎没有强调的一个事实是，科学团体正在作为一个无私专家的蓄水池，将他们号召起来，为政府的政策制定者和医生在治疗的安全性和疗效、化学药品的危险和技术的安全性方面提出建议<sup>[4]</sup>。选择拒绝任何形式的利益冲突，并藉此放弃经济回报的研究人员具有特殊的价值，这样的研究者我们能信任他们吗？或者，他们的主张截然不同于有利益冲突的研究人员，抑或他们完完全全是上个世纪遗留下来的可怜的老古董，我们能信任吗？医药企业对那些可以与市场合作的研究者感兴趣吗，正如现在许多参与其中的科研医生那样，还是对那些独立的、批判性的意见感兴趣？毫不奇怪，医药企业新药物的开拓创新在过去几年中，已经令人非常失望<sup>[5]</sup>。

然而，那些没有利益冲突的

专家会发现，在会议上、杂志上获得适当曝光度，以及获得研究支持方面，困难与日俱增。并非无私的专家已销声匿迹，而是他们被公共机构、学会和医学杂志的共同利益的守门人边缘化了。

因此，如果我们相信独立研究及研究者的价值，就需要保存和促进这种独立，我们必须认可表3中列出的步骤。如果一个基金委员会，或一个医学杂志，或一个科学会议委员会没有包括那些没有重大利益冲突的专家，尤其是毫无利益冲突的专家，那么就没有可信度。

**表3 对没有重大利益冲突的独立研究者的支持**

- ◇ 优先获得纳税人资助的公共机构的基金
- ◇ 优先获得科学学会和医学杂志编辑的职位
- ◇ 在科学学会会议项目中有足够的可见性
- ◇ 在临床治疗指南的小组中只包括那些没有重大利益冲突的研究者
- ◇ 在培训和继续医学教育中强调无利益冲突的调查和综述，并在医学杂志中具有优先权

对于一些特定的职位（如医学杂志的主编），应根据个体情况进行评估。例如，与经常假定的事情相反，只与某个公司存在联系，允许一个编辑的工作的轻松监控（当涉及那家公司产品的文章评估时，他或她就被排除在外）的状况。然而利益冲突的形式多样，使得这种控制不可能实现。有时，当杂志刊登某些药物或医疗器械的广告时，广告部门会影响编辑的决定<sup>[39]</sup>。当编辑因为利益冲突而更易脆弱时，此种影响尤为严重。

信息过载是医药公司宣传的关键手段<sup>[40]</sup>。一个精神科医生会被科学论文压倒，常常是由于其繁冗的特征导致。他们意识到某篇文章，只是由于制药公司特别指定，或者是文章发表在非常知名的、发行范围广的杂志上。尽管这会导致严重的误导。无冲突的文章（尤其是综述性的文章）和纯粹以订阅为基础的杂志应当成为接受了利益冲突问题教育的临床医生们关注的焦点<sup>[40]</sup>。

只有在此种背景下，指向更好地控制利益冲突的干预才会成功（表4）。尽管在北美会议和杂志上，揭露已经成为标准惯例，但在欧洲依然缺乏实践。应当强调的是，在精神病学界，利益冲突不仅是与制药企业存在联系时出现，而且在其他情况下同样可以出现，如当研究者参与私立学校的心理治疗培训时。对于科学的可信性而言，揭露是最低要求。这应当有明确的时限（譬如，三年）。当一个无休止的金融联系清单提供出来时，应当明确的是，它实际上毫无意义，除非此种联系的潜在意义被描述为字符。

**表4 阐明医学研究中经济利益冲突的步骤**

- ◇ 揭露应当成为所有科学会议和杂志的规定
- ◇ 每个科学机构都应当有一个利益冲突顾问委员会
- ◇ 学会的成员和杂志读者应当标明其对于发言、因利益冲突而偏倚的文章的反对意见
- ◇ 由专业学会、大学、基金机构、制药企业建立科学诚信的特殊政策
- ◇ 独立的审查实体（每个领域）来核查与利益冲突相关的问题
- ◇ 识别利益冲突的教育计划

每个科学机构都应该设立利益冲突顾问委员会，来代表机构的不同部门，并应当成为个体成员识别可能的利益冲突后所呈交的部门。科学机构也可以要求从那些会滥用公众信赖的合作中脱离（譬如，虚假的广告，调整的罚款），并且不允许科学结果发表<sup>[42]</sup>。学会的个体成员也可以拒绝参加特别会议或学会活动<sup>[43]</sup>，或拒绝支付学会会费，或致信给涉及利益冲突事件的杂志（信件必须发表，然而在缺少版面或者不能有危险信件章节的托词下，很少做到这一点）。会员参加学会的会议，必须能够用适当的评价量表来评估会议的品质和制药企业对会议的影响，并表明其不满（电子邮件是有力的手段）。

针对机构与制药企业诚信的特定制度的发展也很重要。美国心脏病学基金学院和美国心脏协会关于专业精神和道德规范的报告<sup>[44]</sup>，可以启示精神病学协会采取类似措施。

建立（在每个领域内）独立的审查团体，调查关于利益冲突的问题可以是另外的重要步骤。此类团体可以对奋斗的作者或编辑们提供同伴支持，鼓励注册未公布的研究<sup>[45]</sup>。而且，对于消费者协会，这些团体也许会成为重要的参考；迄今，消费者还没有充分认识到探讨利益冲突问题的重要性，但有个著名的特例：一个英国的消费者协会为使用苯二氮卓类药物和第二代抗抑郁药之后出现戒断反应的识别而进行的英勇战斗<sup>[46]</sup>。我们应当认识到，公共研究经费常常被授予特殊的利益团体，而不是选择关键的公共卫生问题。

最后，专业的培训项目（如

医科学校, 住院医培训等) 应当教育个体识别利益冲突的情境<sup>[41]</sup>, 增加对研究结果偏倚性阐述的认识<sup>[28]</sup>。

## 结论

精神病学中的利益冲突问题与其他临床医学领域没有差别。它只能被阐述为需要不同水平上的综合努力才能解决, 且不能再被拖延的问题。实际上, 临床研究者或者成为销售员 (今天许多科学会议的主要目标显而易见是将会者卖给了赞助者), 或者勇敢地开始保护其团体免于不必要的风险<sup>[36]</sup>。他们应当认识到, 通过选择后者, 他们也将捍卫自己的智慧自由<sup>[48]</sup>。精神病学, 鉴于其人本主义和社会性的根源, 可以达到这一成果。

## 声明

作者获得了意大利教育、大学和研究部, 意大利国家研究理事会, 意大利国家健康研究所和卡里斯波基金对他研究的资金支持。他是《心理治疗和身心医学》杂志的总编 (Karger, Basel)。

翻译: 姜荣环

## 参考文献

1. Fava GA. A different medicine is possible. *Psychother Psychosom* 2006; 75 : 1 - 3.
2. Diller L. Fallout from the pharma scandals: the loss of doctors' credibility? *Hastings Cent Rep* 2005; 35 : 28 - 9.
3. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005; 2 : e138.
4. Krinsky S. Science in the private interest. Lanham; Rowman and Littlefield, 2003.
5. Angell M. The truth about drug companies. New York: Random House, 2004.
6. Kassirer J. On the take: how medicine's complicity with big business has endangered your health. New York: Oxford University Press, 2004.
7. Abramson J. Overdosed America. New York: Harper, 2005.
8. Topol EJ, Blumenthal D. Physicians and the investment industry. *JAMA* 2005; 293 : 2654 - 7.
9. Van Kolfshoeten F. Can you believe what you read? *Nature* 2002; 416 : 360 - 3.
10. Margolis J. Conflict of interest and conflicting interests. In: Beauchamp TL, Bowie NE (eds). *Ethical theory and business*. Englewood Cliffs; Prentice - Hall, 1979 : 361 - 72.
11. Krinsky S, Rothenberg LS, Stott P et al. Scientific journals and their authors' financial interests: a pilot study. *Psychother Psychosom* 1998; 67 : 194 - 201.
12. Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghvan M et al. Financial ties between DSM - IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom* 2006; 75 : 154 - 60.
13. Krinsky S. Journal policies on conflict of interest: if this is the therapy, what's the disease? *Psychother Psychosom* 2001; 70 : 115 - 7.
14. Zalewski D. Ties that bind: do corporate dollars strangle scientific research? *Linguafranca* 1997; 7 : 51 - 9.
15. Armstrong D. Medical journal editor to quit in wake of disclosure oversight. *Wall Street Journal*, August 25, 2006.
16. Glassman PA, Hunter Hayer J, Nakamura T. Pharmacological advertising revenue and physician organizations: how much is too much? *West J Med* 1999; 171 : 234 - 5.
17. Lexchin J. Don't bite the hand that feeds you. *West J Med* 1999; 171 : 238 - 9.
18. Fava GA. Long - term treatment with antidepressant drugs: the spectacular achievements of propaganda. *Psychother Psychosom* 2002; 71 : 127 - 32.
19. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002; 287 : 612 - 7.
20. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283 : 373 - 80.
21. Wilkes MS. Conflict, what conflict? When trust goes, so does the healing power of physicians. *West J Med* 2000; 172 : 6 - 8.
22. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B et al. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality. *Br Med J* 2003; 326 : 1167 - 76.
23. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflict of interest in biomedical research. *JAMA* 2003; 289 : 454 - 65.
24. Bhandasi M, Busse JW, Jackowski D et al. Association between industry funding and statistically significant pro - industry findings in medical and surgical randomized trials. *Can Med Ass J* 2004; 170 : 477 - 80.
25. Perlis RH, Perlis CS, Wu Y et al. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005; 162 : 1957 - 60.
26. Melander H, Ahlquist - Rastad J, Beer-mann B. Evidence based medicine. *Br Med J* 2003; 326 : 1171 - 5.
27. Kondro W. Drug company experts advised staff to withhold data about SSRI use. *Can Med Ass J* 2004; 170 : 783.
28. Fava GA. The intellectual crisis of psychiatric research. *Psychother Psychosom* 2006; 75 : 202 - 8.
29. Sensky T. The effectiveness of cognitive therapy for schizophrenia: what can we learn from the meta - analyses? *Psychother Psychosom* 2005; 74 : 131 - 4.
30. Balon R. By whom and how is the quality of research data collection assured and checked? *Psychother Psychosom* 2005; 74 : 331 - 5.
31. Heres S, Davis J, Main K et al. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine? *Am J Psychiatry* 2006; 163 : 185 - 94.

32. Mello MM, Clarridge BR, Studdert DM. Academic medical centers' standards for clinical - trial agreements with industry. *N Engl J Med* 2005; 352 : 2202 - 10.
33. Healy D, Thase ME. Is academic psychiatry for sale? *Br J Psychiatry* 2003; 182 : 388 - 90.
34. Fugh Berman A, Alladin K, Chow J. Advertising in medical journals; should current practices change? *PLoS Med* 2006; 3 : e130.
35. Brennan TA. Buying editorials. *N Engl J Med* 1994; 331 : 673 - 5.
36. Fava GA. Conflict of interest and special interest groups. *Psychother Psychosom* 2001; 70 : 1 - 5.
37. Fontanarosa PN, Flanagan A, de Angelis CD. Reporting conflicts of interest, financial aspects of research, and role of sponsors in funded studies. *JAMA* 2005; 294 : 110 - 1.
38. Godlee F. An international standard for disclosure of clinical trial information. *Br Med J* 2006; 332 : 1107 - 8.
39. Dyer O. Journal reverses decision on publishing editorial previously rejected by marketing. *Br Med J* 2004; 328 : 310.
40. Fava GA, Guidi J. Information overload, the patient, and the clinician. *Psychother Psychosom* 2007; 76 : 1 - 3.
41. Warner TD, Gluck JP. What do we really know about conflicts of interest in biomedical research? *Psychopharmacology* 2003; 171 : 36 - 46.
42. Anonymous. Company sought to block paper's publication. *Lancet* 2000; 356 : 1659.
43. Fava GA. Bartleby, the scrivener. *Psychother Psychosom* 1992; 57 : 81 - 2.
44. ACCF/AHA. Consensus conference report on professionalism and ethics. *Circulation* 2004; 110 : 2506 - 49.
45. Smith R, Roberts I. An amnesty for unpublished trials. *Br Med J* 1997; 315 : 622.
46. Medawar C. Power and dependence. London; Social Audit, 1992.
47. Medawar C. The antidepressant web. *Int J Risk Safety Med* 1997; 10 : 75 - 126.
48. Chomsky N. Universals of human nature. *Psychother Psychosom* 2005; 74 : 263 - 8.

## 利益冲突及其正确的做法

GUY GOODWIN

University Department of Psychiatry,  
Warneford Hospital, Oxford OX3  
7JX, UK

尽管 Giovanni Fava 的标题是“精神病学的经济利益冲突”，他给出的定义是更普遍的一个，也是我喜欢的那个：“利益冲突…的特点是一个人不能同时胜任双重角色”。当他提出涉及利益冲突的哪几个角色，他特别聚焦在那些可能为制药公司服务的学者身上。他可能在一个非官方机构、一个慈善团体、一个律师事务所、一个政府部门、一个投资公司、或者精神病学领域中任何其它形式的与利益相关的法定实体中拥有更多角色。作为当前时代潮流的一部分，即制药公司被显著地妖魔化<sup>[1]</sup>。

当前存在这样一个问题吗？不幸的是，我必须承认是的。学术界的个别人是否通过滥用他们的职位从企业换取酬金，例如，在他们几乎没有阅读过的、不管作者是谁的文章中署名？我确信有些人这么做，并且是错误的。制药行业对过度处方有影响吗？是的，目前我们在从制药企业获得的继续医学教育经费远比其它途径多。但也说明政府投资的卫生保健体系的失败。一些角色是彼此矛盾的吗？显然是。一个人不可能在一个特定的制药公司亲自参与购买和销售，而不对它的利润发生兴趣并提出要求；应当成立一个调控机构，旨在最大限

度地排除与企业合作的行动。但是大多数的研究学者并不介意充当与制药企业利益一致的角色。许多学者对那种联系不满，这种联系可能有类似问题，他们不必对此作出声明。

要明白我为什么这么说，让我们探究一个利益冲突的更普通的定义 - 换句话说职位、忠诚或利益让我们变成什么样和做出怎样的决定。大多数玷污忠诚的行为可能不像从制药企业获取酬金那样受到关注。

这类问题的争论在精神病学中似乎更具讽刺性。这涉及到一个关于药物治疗本身的、更加意义深远的争论，在英文中我们仍然称之为“精神障碍”。我本人不知道 Giovanni Fava，仅仅阅读过他发表的文章。如果他和许多社会精神病学家观点一样，精神药物基本上不起作用，或者无论如何不能很好地起作用，而心理疗法是上佳的，或者无论如何是更可取的，我并不表示惊讶。在我的经验里，有一种观念认为社会因素导致或加剧精神疾患，而且根本的解决方案依赖于一个更和谐的社会，胜于更好的药物。我自己的位置或多或少与这一点对立：我认为药物在显著改善病情，使病人从严重精神疾病中康复中主要作用。我也承认注重实效的心理治疗的价值，但是，当安慰剂的差异似乎通过疾病的严重性被夸大时，像疾病的严重性增加一样，心理治疗显得疗效较差。最后，我对于个体问题的社会解决方案感到悲观。如果我有哮喘，我想要一个空气过滤器：然后我就能抱怨空气质量了。

这里有一个更为明确的政治观点，它也接近当前辩论的表层。

通过精神药品的发展和销售而赚取金钱，这种方式是不道德的吗？它是对资本主义的更为概括的政治批评的部分，即温斯顿·丘吉尔曾经评说的：“资本主义固有的缺陷是不平等地分享幸福；社会主义与生俱来的优点则是平等地分享痛苦”。我们当中那些想要在药物的功效、耐受性和使用中看到改进的人，一定要承认制药公司的资本主义性质。改革可能在学术界开始，但是它可能仅仅通过企业来传承。药物一旦上市，顾问、大肆宣传、政府调控的抵消力量、寻求关注的吹鼓手、报纸上不负责任的中伤等等随之而来。它是混乱的，但它显示一个自由的社会是怎样工作的。依我看来，近20年里，我的患者从新药批准中得到了直接和显著的好处。无疑，第一代抗精神病药在精神药理学时代之初也是一个主要的突破。那些药物也是制造它们的公司的主要利润来源。无论如何，绝大多数精神药品公司都是上市公司。换句话说，我们都可能通过它们创造的就业机会、它们缴纳的税费以及它们得到好处。此外，它们在医学研究上的投入比其它任何经济部门都要多。

我们能够改善当前的事态吗？我同意 Giovanni Fava 的观点，在制订披露政策方面，美国走在欧洲的前面。杂志编辑们需要警醒，而且学术团体需要控制他们的会议的风气，并且达到恰当的平衡：一些会议的氛围是令人尴尬的商业性的。除了从制药行业寻求无污染学术活动外，就是在理论创新和把产品真正交付到消费者手中之间，拒绝关键的链接。如果我们想要一些更新的化合物，这里就存在一种联系。并且它是

一种真实的、更深的关系，如果我们过分地拒绝，精神病学可能会变得不被关注。

最后，在我赞同 Giovanni Fava 对个体责任关注的同时，我根本不相信存在他指出的有限的困扰，即在临床研究中给任何形式的知识分子自由带来不必要的风险。知识分子的自由来自于自主精神、带有怀疑地获取证据和对真理的验证。这些是经典的美德。我看没必要防止他们显示出与制

药公司的联系。

## 披露

作者现在从 P1Vital 公司、赛诺菲 - 安万特公司、施维雅公司、Baily Thomas 慈善基金、联合国经济社会理事会、医学研究理事会获得的研究项目，而且去年在百时美施贵宝公司、P1Vital 公司、罗氏公司、赛诺菲 - 安万特公司、施维雅公司和惠氏公司担任顾问，

并且因为就职或演讲从阿斯利康公司、百时美施贵宝公司、礼来公司、卫材公司、灵北药厂、赛诺菲 - 安万特公司和施维雅公司接受了谢礼。

翻译：石川

## 参考文献

1. Goodwin GM. Conflict of interest is not just about advising pharmaceutical companies. *J Psychopharmacol* 2004; 18 : 447 - 8.

参考的临床试验报告和评论文章的关键特征是，它们不符合科学的重要原则，该原则是用以处理可重复的和/或使得数据能被公众利用的问题的。

对于包括有专利的药物治疗在内的医学科学的任何方面，当前的问题是，现在没有发表和已经发表的试验，通常都是由他人代写的，并且与资料之间有含混不清的关系<sup>[2]</sup>。制药公司在网络上对试验的公示很少显示这种问题。以选择性 5 - 羟色胺再摄取抑制剂的儿科试验为例，我们发现，在一个研究的原始资料 and 已经出版的报道所呈现的资料不符。现在能看到的数据提示，精神药物没有令人信服的疗效，而且是危险的，但是在这个数据公布之前，科学文献通常把这些药物说成是安全而有效的<sup>[3]</sup>。需要慎重指出，这种问题是通过新闻记者和律师努力而被发现。它不因为他们追逐利益冲突的问题而暴露出来。因为它使民众认为数据没有被加工。让我们羞耻的是，没有临床医师或科学家参与质问“科学”的有效性。从这种情形能够得到什么教训呢？

如果企业想要在科学的名义下销售它们的产品，它们必须遵

# 飞越利益冲突的巢穴

DAVID HEALY

North Wales Department of Psychological Medicine, Hergest Unit, Bangor, Wales LL57 2PW, UK

Giovanni Fava 关于精神病学商业利益冲突危机问题，给了我们精辟的分析。在此基础上思考整个主题，这个主题有几分迷惑性，或者 Fava 自身的职位对制药行业是友善的。

如果我们从过去 400 年的框架来看问题，并且考虑到科学是从哪里来的，显然，新学科的主要成功不仅在于物理学、化学或者生物学的频频显著突破，而更在于社会已经发现了一种推动知识向前发展并克服利益冲突问题的手段。如果他们坚持科学的方法，那么科学家是天主教徒、新教徒、印度教教徒、穆斯林、犹太教徒或者无神论者并不重要。

除了这些强大的社会偏见，几个科学进程的研究提示，个别的科学家几乎是精神错乱的。我们许多著名的科学家看起来已经强迫性地追逐他们的目标，并且

像接近于错觉一样地深信，他们已经在同时代的人中显露出来。

但是科学的方法，强调资料的可见性和可重复性，已经使我们拥有一种克服社会偏见和个体特性双方面的一种途径<sup>[1]</sup>。科学的成就在于以下事实：它是一种公共的、经验主义的过程，并不依赖于个体实践者的动机。它无视这样的背景，《自然》和其它被 Giovanni Fava 引用的杂志已经缓慢地对有关利益冲突陈述的新的提议做出回应。为什么通常科学家们希望把相对少的钱给少数个体，以解除一个已被驯服而不再强大的心魔体系呢？

当前存在的危机揭示，将在利益冲突上作为问题的源头来批评可能是错误的。此外，外部研究和危机核心的相关评论事实上是不科学的——在科学的巢穴里，它们不过是布谷鸟的蛋。Fava 所

守科学的标准。这将要求杂志编辑和学术会议筹办者谢绝发表不能自由获取原始数据的文章或报告。这样保持抵抗的状态将导致杂志编辑和会议筹办者们的冲突，但这么做胜于来自个别的学术作者或讲者的利益冲突声明。

为人代写的作者事实上更像把利益冲突声明插入到论文或演讲幻灯片中，在某种意义上那更符合杂志或会议协议，而非学术。如果我受雇于一个制药企业的销售部门，我更相信所有的错在于少数的学者腐败没有声明存在着的利益对抗，而不是强调制药公司限制了资料的获得，高尚的道德科学平台就成了问题的来源。

## 精神病学：从冲突的利益到利益冲突

EDUARD VIETA

Clinical Institute of Neuroscience, University of Barcelona Hospital Clinic and IDIBAPS, Rossello 140, 08036 Barcelona, Spain

有一段时间，精神病学很大程度上受到以下观点的影响，即大多数的精神症状是未解决的内心冲突的结果。那个时期，可用于精神障碍有效的药物非常有限，而且对于非常富有或非常贫穷的病人来说，精神卫生保健的方法也是有限的，他们被收住在治疗精神疾病的公共机构里很长时间，而且远离社会。精神药理学的出现迅速地改变这一面貌，但它不仅对临床实践、教育和研究，也给医患关系带来了新的挑战。这些改变和现代社会一起，增加发达与贫困国家之间的差距，并且唤起更深远的伦理学关注。这就是为什么我相信利益冲突，尤其

### 披露

作者曾作为一个顾问、主要研究者、临床试验家、国际论坛的主席或讲者，或从以下公司得到支持并出席会议：阿斯利康公司、蒲茨/基诺制药公司、礼来公司、杨森公司、Lorex - Synthelabo 公司、灵北药厂、欧加农公司、法玛西亚和普强公司、Pierre - Fabre 公司、辉瑞制药公司、罗纳普朗克公司、罗氏制药公司、赛诺菲公司、葛兰素史克公司以及比利时制药公司。他曾为 15 起包括 SSRI 类药物诉讼的原告充当专家证人，并且为许多企图自杀、自杀、自杀学案例之后

的抗抑郁剂治疗提供咨询，他所提供的绝大多数观点都不包括治疗。他在许多专利权案例中也是一个专家证人。

翻译：石川

### 参考文献

1. Healy D. Conflicting interests: the evolution of an issue. *Monash Review of Bioethics* 2004; 23 : 8 - 18.
2. Healy D, Cattell D. The interface between authorship, industry and science in the domain of therapeutics. *Br J Psychiatry* 2003; 182 : 22 - 7.
3. Healy D. Manufacturing consensus. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2006; 30 : 135 - 56.

在的偏倚或腐败相同。对精神病学教授而言，避免冲突不再是解决它们的正确途径。

与对制药行业流行的看法一样，对于药物发展、临床试验和出版物越来越多的怀疑也是有偏见的。据报道，人们把制药行业看作诸如军工行业那样伦理标准低的商业公司。自相矛盾的是，对于药物的发展、批准和营销策略，历史上从来没有像现在那么多的规则、约束和监督。因此，这种思潮产生于该舞台中几个代表所犯的错误，这些代表包括：制药行业，当然，也有舆论先导、医学期刊、调控机构、政客，甚至还有临床医生。循证医学的出现也可能要负部分责任，因为证据仅仅对接受资助的研究有用，而多数资助来源于期待从投资中得到偿还的企业。我们中的一些人相信，严格的规则和公共基金来抵消依赖于制药公司资助的循证医学的风险，才有公平。否则，循证可能会变成循偏。

偏倚可能有两个主要来源：试验设计中的偏倚和结果发布中的偏倚。试验设计中的偏倚容易消除：例如，像美国食品和药品管理局（FDA）或欧洲医药产品评估机构（EMA），已经针对市场准入设置他们自己的试验设计指南<sup>[1,2]</sup>。通过精细的试验设计或统计学分析，这个策略已经成功地避免了潜在的无效市场运作或不安全药品的面世。但是，那些试验的特征是拥有高度的内部效度，却缺乏外部效度<sup>[3]</sup>，对一个药物在临床实践中使用和有效性的信息，提供得很少。另一方面，没有监控的试验，可能会更为普遍，而且偏倚通常出现在新（贵）药上。试验设计偏倚的例子包括伪造的无差别设计、结果丰富的设计、无效力的比较样本、不等的比较剂量、纳入与对照组不相应的患者、不公平的救援药物规则和满足所选药物“人造的”结果。结果发布中的偏倚更加难以确定。最为人所熟知的情况是发表偏倚：阳性试验结果被公布出来，而阴性结果却永远是“资料见病历档案”，或者它们大部分在一个小型的会议中以墙报的形式呈现，或在一个网站中以非常简短的形式出现。相反，阳性试验结果被再分析、细分析和一再地出版，并在科学会议上报告。出版阴性试验结果和将这种信息公之于众，不仅是制药公司的责任，也是研究者和舆论先导的责任，尤其是那些公司顾问委员会和有权力获得信息的人。保密原则应用到具有竞争性的研究中，如果公司不将它们的阴性结果在一个合理的时间期限内公之于众，患者自愿参加这些试验的权益就被剥夺了。其它偏倚的来源不像选择性发表那么明显，包括不均衡的报导，这在独立会议或卫星会中尤其常见。在

安慰剂对照试验中排除对照组的疗效、强调某些（有利的）次要的测量、轻视不良事件等；同时，不仅仅是制药行业，学术界和讲者也应该避免这种伪科学，理想的临床学家应该能分辨并批判那些倡导者。不幸的是，在许多国家，唯一的继续医学教育（CME）资源来源于制药行业。因此，迄今为止，即便这里没有上面提到的偏倚，会议的焦点也很少脱离间接或直接的经济利益。国家政府和科学界也有它们的责任。在欧洲，继续医学教育学分没有很好地贯彻执行，导致更高的不均衡会议计划的危险和科学会议更差的参与性。最后，治疗指南的问题值得更进一步讨论：当取消有潜在利益冲突的专家的资格时，会使他们实际上被排除在任何专家意见之外，事实上，相比有潜在利益的顾问而言，上面所讨论的证据偏倚更多地与独立资助试验缺乏有关，他们更倾向于支持新的上市药物，而不是便宜的、老的药物<sup>[4,5]</sup>，例如锂盐，尽管证据显示它是有效的，并且可能有着独特的抗自杀作用，却在许多国家处方量减少<sup>[6,7]</sup>。Boyd 和 Bero<sup>[8]</sup>最近综述了指南发展中利益冲突的处理方法，他们还推荐了一个标准规定，要求所有的经济联系必须预先公之于众。

到目前为止，我们讨论的所有事情都显示，应该做些事情来增加制药公司、杂志、会议、作者和报告者的诚实和可信度。Fava 说披露仅仅是科学可信性的最低要求是正确的。系统的反馈是另一个可取的操作：我认为每个科学会议应该提供反馈表，包括对每个报告的科学平衡性给出明确的评分。科学团体和编委会应该有一个利益冲突顾问委员会，用于讨论会议参加者和读者提供的反馈<sup>[9]</sup>。然而，我并不认

为，考虑到潜在利益冲突作为某些必须的不利面，我们就应该犯错误。有潜在利益冲突并不意味着人们所说的或写的都是偏倚的；排除编委会或会议中威望卓越的学者，他们要是潜在利益冲突的话，会导致临床研究的总体堕落，会对新药的质量和数量产生巨大的影响，并且渗透到治疗的方方面面，包括精神疾患。一直以来，大多数研究被试和患者理解和接受利益冲突<sup>[10]</sup>，并且他们中的某些人实际上是鼓励其存在的，只要这些利益冲突能够对人们有益<sup>[11]</sup>。最好的专家在某种情形下通常有多重潜在的利益冲突，但是最终使他们倾向于患者、临床医师、受训人员、政府和制药公司的是他们的可信性，并且可信性难以获取，却容易失去。最后，利益冲突并不总是一件坏事：它们与公众和私人卫生保健提供者之间的互动有关，我们中的一些人相信最好的卫生保健系统既不是单纯的公立，也不是单纯私立的，而是所做出的每一分努力都应确保少数人的利益不应该凌驾于社会利益、临床研究的诚信和医学进步之上。

利益冲突的某些潜在来源并不像从制药公司市场化中出现的那样受欢迎或令人反感，即使它们可能会成为教育和临床实践中的一个重要的偏倚来源。首先，并不是所有的利益冲突都具有经济属性；实际上，对制药行业十分反对的态度可能会带有政治的或专业的利益；某些人确实因为报道“制药公司不端行为”的书赚了一大笔钱。最后，某些很少被披露的经济利益冲突是属于公共卫生保健发起人的：政府、地方权威机构和医院管理者，通常他们的利益是避免在最昂贵的药

品上花更多的钱。在一些国家，如果医师能够从药物支出中省钱的话，他们将会得到补助；在某些医院，即使有被批准的适应征，昂贵的药品也不给提供；在编辑界，一些政府主办的出版物显示了对新型昂贵药品的偏见，这也仅仅是与公司对它们药物广告的偏爱相比而言的。

总之，我同意 Fava 的观点，即医学和精神病学的可信性处于危机之中。但是，最终，我并不认为有毫无利益冲突这样的事情。冲突无所不在，不可与事物相分割，而且它们可有思想上、经济上、社会上或学术上的特性，但是它们始终承载对信息的偏倚。读者和临床医生也不会那么愚蠢、被动地接受信息，有大量的例子说明，一旦处方者发觉它们不能解决患者的问题，这些被大力推荐的药品根本就不会成功地应用。在这一点上，我们要倾听他们的声音。为了增加精神病学的可信性，我会增强从会议参加者和杂志读者那里获得真实和诚实的反馈的手段，我会贯彻真实有效的继续医学教育学分政策，我会鼓励政府和科学团体促进独立临床试验，并且我会要求所有的医学杂志和科学会议在每篇报告或文章之前充分披露经济和非经济

的利益冲突。作为精神卫生，就可信性而言，不是说缺乏冲突，而是要如何克服它们。

## 致谢

本文得到西班牙卫生部、Salud Carlos III 机构、REM - TAP 网络的支持。

## 披露

作者在下列公司担任顾问、得到研究项目或者作为一个讲者被雇请：艾美罗公司、阿斯利康公司、Bial 公司、百时美施贵宝公司、礼来公司、葛兰素史克公司、杨森制药公司、灵北药厂、默沙东药厂、诺华制药公司、欧加农公司、大冢制药公司、辉瑞公司、赛诺菲安万特公司、施维雅公司、UCB 药厂。他曾担任西班牙卫生部和斯坦利医学研究机构的顾问，并从那里得到研究项目。

翻译：石川

## 参考文献

1. U. S. Food and Drug Administration. [www.fda.gov](http://www.fda.gov).
2. European Agency for the Evaluation of Me-

- dical Products. [www.emea.europa.eu](http://www.emea.europa.eu).
3. Vieta E, Carne X. The use of placebo in clinical trials on bipolar disorder: a new approach for an old debate. *Psychother Psychosom* 2005; 74 : 10 -6.
4. Fountoulakis KN, Vieta E, Sanchez - Moreno J et al. Treatment guidelines for bipolar disorder: a critical review. *J Affect Disord* 2005; 86 : 1 -10.
5. Vieta E, Nolen WA, Grunze H et al. A European perspective on the Canadian guidelines for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005; 7 (Suppl. 3) : 73 -6.
6. Gonzalez - Pinto A, Mosquera F, Alonso M et al. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long - term lithium treatment. *Bipolar Disord* 2006; 8 : 618 -24.
7. Vieta E. Vigencia del tratamiento con litio. *Med Clin (in press)*.
8. Boyd EA, Bero LA. Improving the use of research evidence in guideline development; 4. Managing conflicts of interests. *Health Res Policy Syst* 2006; 4 : 16.
9. Warner TD, Gluck JP. What do we really know about conflicts of interest in biomedical research? *Psychopharmacology* 2003; 171 : 36 -46.
10. Hampson LA, Agrawal M, Joffe S et al. Patients' views on financial conflicts of interest in cancer research trials. *N Engl J Med* 2006; 355 : 2330 -7.
11. Grady C, Horstmann E, Sussman JS et al. The limits of disclosure: what research subjects want to know about investigator financial interests. *J Law Med Ethics* 2006; 34 : 592 -9.

# 学者与制药行业的适当协作：一个替代的观点

MICHAEL E. THASE

Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, PA, USA

Giovanni Fava 以十分有把握的语气总结出了导致一心追求利

润的制药企业与学者（通常我们称之为医师）之间产生重要问题

的许多原因，他指出这些问题反过来令社会对医疗事业的信心产生动摇，并使得用于帮助指导选择治疗方法的事实基础不尽其实。我作为一名医师，也曾经有过为制药工业做多项不同工作的经验，所以一般在此领域中我不会做太多评论。

经过几十年的否认和遮遮掩掩，我们已经充分掌握了难以获

得的利益冲突的数据，并通过发言、咨询和研究后证明：制药企业确实可以影响舆论先导评价该行业的产品。在大多数情况下这算是一种积极的偏见，导致的结果是高估了治疗的力量并忽视了治疗的局限性。最终的结果是在学术会议上关于这种偏见的发言过于受欢迎，并且/或者在学术文章中得出的结果或结论又实在不够专业；导致过度使用治疗，厂商获得更多利润。

Fava 曾明确指出许多起未向公众报告的利益冲突的案例已经广泛成为学术界的尴尬之事，而且近期的多起案子还涉及到了精神科。虽然最初公众对这些“丑闻”的态度没有公平反映事实的真相，但不断增长的公众意识在表达着这样一种看法：制药企业与医师们的合作是不应该的，起码对此应持怀疑态度。所以在考虑这些原因及更多外因的情况下，医师们应该以更严谨的态度来审视自己与制药企业的关系，并发现潜在的利益冲突及应对他们的策略。

在专门讨论对错与否之前，应当认清一个重要问题：制药业是一项需要大量监管的事业，其生产的药品可以挽救生命，减少病人的痛苦；我们现在使用的少量精神科药物得到了候补机构（比如政府组织、学术类的或非营利性机构）的开发。在履行公认的伦理准则的同时，医师们从与医药公司合作中得到收益并不一定会引发利益冲突。这种经济上的联系只是有导致利益冲突的潜质，不过正因如此，他们才该尽量避免（如 Fava 所建议的）或妥善处理（我所推荐的做法）。其中一个原因是用于管理潜在利益冲

突“公认的伦理准则”在不断变化。因此，现在才定下的标准在十年前就已被应用到工作中，大部分医师未能达到这个标准也就不足为奇了。所以，当 2017 年的标准在现在就开始发挥功效也将是可以的。

关于 Fava 提出的对潜在利益冲突进行有效管理将是 21 世纪里医学界面临的主要挑战之一，我完全同意。此外，我坚定地认为我们应该着手于解决这些问题以便医师们与制药业的合作可以继续下去，这样才能为改进治疗的发展提供最佳机会。正如我在前面所写的<sup>[1,2]</sup>，制药企业并不是个只为股东们赚钱的十恶不赦的事业，所有的制药公司和为其工作的大部分员工们都想要开发或推出越来越好的药品来真正帮助人们。虽然新推出（有专利保护的）的药品对于大部分老百姓和公共卫生机构来说价格有些昂贵，但不首先将专利新药品推出，在这些专利失效以后就不会有更新的下一代药品了。

正如经常在学术文章中所提及的一样，Fava 对这一问题的负面也进行了关注，但是对于制药业所做出的一些贡献并没有抱相信态度，如果能够妥善控制潜在的利益冲突，制药企业就能够大力改善公共卫生并从学术-产业相结合（例如完善科研设计、发展药物基因研究和生物等）的方式中获利。虽然我赞同 Fava 对选择性发表（比如很少提及负面的研究）的鄙视，我不认为制药企业创造学习机会和为了荟萃分析使所有有关的实验数据都能被获取是值得同情的。但也不认为给有高复发可能的病人长期使用抗抑郁剂存在某些利益是“大肆宣传”。

Giovanni Fava 未能着手解决

无契约或无补偿的利益冲突在“科学”事件上的危害作用，如涉及不同流派、社会政治地位、人与人之间的对立，甚至精神、宗教或准宗教信仰，实际上他们没有得到公认也没有在专业关系及对研究结果进行设计、阐释、陈述和出版中显示出负面影响。

怀着对利益冲突管理的尊敬，我想问谁能在 2007 年反驳大力披露和增加透明度？站在这种不稳定的立场会反映出对数据的无知和对涉及公众信任事件的不敏感性。实际上，为了避免显出与制药业有一丁点联系，我（与大部分同事在一起的时候我知道谁与药厂有合作关系）开始在文章中报告出所有的经济关系，不管相关文件是会交给药厂的。

我同意 Fava 说的专家团舆论中应包括与药厂无关系个人（临床医生、研究者、病人及其亲属）的言论，虽然我不同意将有这种关系的个人被排除在外的言论。实际上编撰情绪障碍和精神分裂症的 DSM - IV 小组成员 100% 的都与制药业有点关系，这些关系在未进行排除的 20 世纪 90 年代就已经普遍存在了。

作为一个所谓的监督者，在美国精神病学协会年会中制药业主办的研讨会上，我可以毫无压力地作报告，无论在与药厂有关系的同事们中选出“寡头”后再挑选谁（实际上我们强烈鼓励为了这些报告招募进各种人才）。我们的其他医学继续教育会谈都是独立审查的，这样可保证不带有商业偏见，除非会谈是清楚说明的，那么规定很明确：医药代表对材料必须放手不管。尽管我对商业偏见没有免疫，但可以肯定的是：在工作中发现的更严重却未被承认的偏见是与我的

临床信仰相符合的。持此观点，我认为尽管药厂赞助者的地位对研究成果有影响（比如3, 4），另一事实是：未被药厂赞助的工作对精神疗法使用者的忠诚有更大的影响<sup>[5]</sup>。

出于尊重的角度来进行建议和咨询，我实在看不出明令禁止药厂使用专家意见对公共卫生有什么好处。一方面，Fava 大声疾呼：制药业不就是想听一些来自大家（比如他自己）没有偏见的意见吗？我相信他们已经而且经常这么做了。但是，鉴于 Fava 所处的身份和未知，他是否该尽量减少这种邀请或者如果他接受了，那他是否就不再是个合格的无偏见的顾问了？

我同样不同意对那些与药厂无瓜葛的研究者的政府资助研究更具价值。一个体系如何能武断的排除掉那些在更高科学领域中做出成绩的最优秀和聪慧的科学家呢？如果真的这样，那么治疗简直比疾病还糟糕。

我很钦佩 Fava 所站的立场，还有他严格遵守个人行为准则：

远离药厂的支持。如果我们的分歧可能反映在类似的社会政治世界观中，那么有正当的歧见我也不觉奇怪。我很庆幸关于此主题有那么多不同意见，而且在和药厂共同合作感兴趣的人们对话中保持着乐观态度可以引导我们走上一条更妥当的解决实际利益冲突的道路，最终的结果是为病人提供更好的治疗。

## 披露

作者曾为阿斯利康公司、百时美施贵宝公司、Cephalon 公司、Cyberonics 公司、礼来公司、葛兰素史克公司、杨森制药公司、MedAvante 公司、Neuronetics 公司、诺华制药公司、欧加农公司、Sepracor 公司、Shire US 公司和惠氏公司做过咨询和顾问。他曾经得到过为阿斯利康公司、百时美施贵宝公司、Cyberonics 公司、礼来公司、葛兰素史克公司、欧加农公司、赛诺菲安万特公司和惠氏公司做讲座或演讲的答谢。他在

MedAvante 公司中持有股份。他从美国精神病学出版社、吉尔福德出版社和 Herald House 出版社得到过版税。

翻译：石川

## 参考文献

1. Thase ME. The next step forward; a move toward evidence, and away from fear of the industry. *Psychopharmacol Bull* 2002; 36 :4 -5.
2. Healy D, Thase ME. Is academic psychiatry for sale? *Br J Psychiatry* 2003; 182 : 388 -90.
3. Freemantle N, Anderson IM, Young P. Predictive value of pharmacological activity for the relative efficacy of antidepressant drugs. Meta - regression analysis. *Br J Psychiatry* 2000; 177 :292 -302.
4. Perlis RH, Perlis CS, Wu Y et al. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005; 162 : 1957 -60.
5. Gaffan EA, Tsaousis I, Kemp - Wheeler SM. Researcher allegiance and metaanalysis; the case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63 : 966 -80.

一个编辑和一个教师，我开始接近这个问题。当我将要发表利害声明时，也咨询过许多制药厂商。我在美国精神病治疗协会重性抑郁障碍治疗指南的修订工作组担任要职。所以，这个问题的所有方面都是出自我个人的思想。

为了做出见多识广的决定，一个人必须收集足够的资料来支持它们。这一点也应用在患者与临床医师的临床选择中。如果一个作家、科学家、演说者或指南撰写者不去告知和教育，就像 Giovanni Fava 指出的那样，严重的伦理下滑是可能的。

## 坚持正确的使命

ALAN J. GELENBERG

Department of Psychiatry, University of Arizona, 1501 N. Campbell Ave., Tucson, AZ 85724 -5002, USA

我大概不是唯一一个对 Giovanni Fava 尖锐的评论作出自卫的、愤怒的反应的读者。不过，当我再次思考，我发现自己对他的关注的事情非常赞同。我们面对一种尚未达到顶峰的公众质疑的

潮流。事实上，已经出现伦理的下滑。精神病学与所有医学的整合要求我们采取大胆、认真、迅速的措施去补救。

作为一个内科医师和精神科医师、一个大学的教授和系主任、

在拥有无限资源的世界，可以相当容易地医治这种损害。所有的科学家和学者都能获得中立的资源，也就是说，建立不被“支配”的基金。当要求对公共卫生的重要性提供看法时，这个清白的智囊团可以从客观的利他主义的立场上发表意见。

但是，在现实世界中，由于受限制的资源和不完整的监管体系，我们需要不断地采取措施来赢得公众的信赖。直接的解决方案是透明和均衡。杂志，包括我编辑的那一本，放宽了对作者和评论家利益声明的限定。杂志正在接受疏于揭露的后果。大学可能被告知伦理的下滑，而杂志将不愿接受持有异议者的投稿。至少，这个日益增加的透明度，将使得消费者（包括医学和外行读者）基于信息的资源和潜在的偏倚作出更多明智的决定。

## 医学中利益冲突的矛盾观点

W. WOLFGANG FLEISCHHACKER

Department of Biological Psychiatry, Medical University, Anichstrasse 35, A-6020 Innsbruck, Austria

我把对 Giovanni Fava 论文的评论分为两部分。第一部分，讨论文体和语气；第二部分，讨论内容。

作为一名科学家（我相信 Fava 肯定属于此范畴之内）应当遵循 *sine ira et studio* 的原则。至少在 Fava 的论述中没有对此表示拥护。我能理解他对于利益冲突问题的强烈个人见解，但我觉得更中立和没那么多感情色彩的文章

均衡是另一个重要的部分。因为专家的意见在医学，包括精神病学、政府、专业组织和私营企业的大部分领域受到限制，作为咨询者的专家意见被汇总。我们中的许多人都以这种方式在起作用，并在多种情形中提供信息。在为实践指南工作组进行的成员筛选中，美国精神病学协会建立了一个最低标准，其中一个学者的收入构成需被调查，用以评定可能造成影响的大小。这样，如果一个教授的少部分收入来源于对多个资源进行的咨询，他就不太可能会像某些人一样怀有某个主要的学术观点。而那些人收入的 50% 来源于单一资源，就以 Giovanni Fava 举的一个例子来说，一个比萨很难比里维埃拉上的一栋大厦更能影响观点。

同样的均衡性问题把持着机构的正确性。美国神经心理药理

学学院最近通过在其年会中减少花费，建立起“勒紧腰带”的举措，以此减少了对企业赞助的依赖。这是一种有意识的和以价值为基础的决定，同时减少了企业影响的现状。

作为医师和科学家，我们在社会中的认同以公众的信赖为基础。这种信赖正在被侵蚀，而我们必须采取迅速的、认真的措施来重新获得它。

### 披露

作者是礼来公司、辉瑞制药有限公司、Best Practice 公司、阿斯利康制药有限公司、惠氏公司、Cyberonics 公司、诺华制药有限公司和 Forest 公司的顾问。他在 Vela 制药公司拥有职工优先认股权。他是临床精神科杂志的编辑。

翻译：石川

遗憾。

韦伯斯特大辞典 1850 年版本将利益冲突定义为“当一个人处于被信任的位置时所发生的个人利益与职业责任间的冲突”（我记得在 2006 年美国精神药理学大学会议上被 Ira Glick 引用过）。这句话很好的为我下面的陈述的勾画出了轮廓，也就是这一问题远远高于经济利益。虽然公众的议论尤其是大众舆论特别关注这点。在我们的职业生涯中人人都会面对利益冲突。比如当有份文章送来给我们审查的时候我们发现其中引用了很多我们的著作，那么便会以很偏爱的态度来看。当撰写科学论文时，我们也会尽可能多的罗列数据以支持我们的猜想。作为一位期刊编辑，我们也会更愿意去登载一份能够使我们的期

刊更有影响力的文章。作为会议组织者，我们会对主题不停地加以强调来顺应自己的利益需要。作为图书馆员，当编写同一题材的两个人中有一个是我们的朋友，那我们当然会把自己朋友的著作列在图书馆预算之中。作为临床医生，当需要在大量具有类似功效的药品中做出选择，那我们当然会推荐刚刚留下一包试用品的公司。类似的情况还有很多。

上述寥寥几个例子勾勒出每日各种各样向我们临床医师的职业道德提出挑战的问题。他们中的大部分都比经济利益冲突微妙得多，但至少还称得上有意义。此外，监管这种冲突比追踪经济关系的要难的多，所以后者很容易就成了被关注的对象。

我相信这一领域充满着挑战，因为科学界内部以它为对象。随着宣扬经济利益冲突的出版物的发行，在科学会议中帮助增加透明度，对潜在冲突都在要求有额

外的方法。我确信如果认真对待同行审查，那么它将会是这场战斗中最强的力量。同行审查可以作为不断自我监测的工具。我们必须重拾逐字逐段审查文章的能力，并对需要表达某种立场而作出评论的编辑们指出潜在的利益冲突。期刊编辑应明确要求他们的审稿人看这方面的稿子，就如他们需要在审稿时判断学术道德标准一样。（作为一个 bynote，开放式出版和公开的同行审查不会使任务变得简单）。相似的规则应同时应用于审查通过过程和科学会议委员会程序中。对利益冲突需要进行识别并在决策过程中去除。

一些国际组织已经针对此事组建了委员会以提供指导。再次说明，范围必须超越学者们与制药业间的关系。显然这种规定应该积极地与业界和大众进行沟通，而不是在相关的委员会中被埋没掉。社会上不该只知设定规则，

同时也该监察这些规则是否顺利执行。希望我们别把这一重要事情留给自己做主的监察者，应该自己担任起领导角色来为我们的业界担起强烈责任。

在2006年美国精神药理学大学会议上，David Braff说“利益冲突只是成为不道德行为的初始阶段而不是不道德行为本身”，我认为我们都应该聚首在那初始阶段的入口来确保没有人会跨过边界去损害业界。

## 披露

作者最近得到了来自阿斯利康公司、杨森制药公司、辉瑞公司、赛诺菲安万特公司和施维雅公司的研究支持。去年他得到了为阿斯利康公司、百时美施贵宝公司/大冢制药公司、杨森制药公司、辉瑞公司、施维雅公司和惠氏公司做演讲或报告的答谢。

翻译：石川

研究者中都涉及其他形式的（非经济）利益冲突<sup>[1]</sup>。基于在医学领域中利益冲突的问题复杂而普遍深入，它看起来似乎也不可能彻底的消除，很难找到一个简单的解决办法。关于在精神病学研究中的利益冲突，我们的意见如下：

首先，和 Fava 一样，我们相信完全的透明，包括充分披露任何潜在的利益冲突，绝对是最为基本的。我们也赞同“充分披露”被定义为“基本利益冲突”那些问题。我们的经验提示，对制药行业科学家而言，这种透明相对的直接，但对于那些在学术或政府部分工作的人员则通常十分含糊。例如，就某一既定的研究者，简单列出其与制药行业存在顾问关系（例如，在科

## 利益冲突和精神病学研究的可信度

STEVEN M. PAUL, MAURICIO TOHEN

Lilly Research Laboratories, Eli Lilly and Company,  
Indianapolis, IN 46285, USA

精神病学研究的可信度最近已被真实地觉察到，甚至被认为是受到普遍存在的经济利益冲突的严重危害。Giovanni Fava 强调了这个问题的严重性，这不仅针对精神科，而是对医学所有的领域。实际上，如果不及时正确指出，经济（和其他）利益冲突会侵蚀整个医学学术事业的可信度。

经济利益冲突也不仅限于药物研究，它可发生于任何地点和任何时候，只要追逐利益的公司与学术研究或临床看护机构存在相互影响。我们也认为经济利益冲突不是威胁医学学术可信度的唯一利益冲突。确实，大部分最近宣传的突出的有关科学误导及绝大部分完全虚假的案例，在学术研

学出版物上), 现已成为惯例, 但这并不足以判定是否存在基本的“经济”利益冲突。由 Fava 提出的建立基本利益冲突的标准是一个良好的开端, 但在我们的经验里“不好的情况 - 例如这种关系的程度 - 总在细节之中”。正如 Freedman 等<sup>[2]</sup>所提议的那样, 学术界和制药行业需要设置他们的伦理边界和标准。我们建议, 世界范围的制药行业和学术界的科学家研究合作行为准则需要更进一步的共同发展, 并且包含像美国神经心理药学院那样的国际水平的机构, 以及像世界精神病学协会那样的全球性机构。

除了充分披露和减少潜在利益冲突之外, 不管基金来源如何, 努力消除研究者偏倚, 并独立检验重要研究结果极为重要。Rothman<sup>[3]</sup>指出结果的评估不应被基金的隶属关系或来源(也不应被其他明显的非经济利益冲突)所污染, 而应以所采用的方法学为基础进行评估。我们并不坚持制药行业资助的研究全都(或将永远)存在偏倚, 也不是指公共基金资助的研究就不存在那种情况, 但解决的办法不能仅局限于资助来源或潜在的利益冲突。更为重要的是致力于确保采用能充分避免偏倚的研究方法。在我们进行制

药行业和学术研究的经验中, 研究在大多数制药行业资助的临床试验中为减少研究者偏倚对研究方法作严格甄选。与某些观点相反, 我们认为制药行业在得到有关化合物有效的、可靠的和可重复的资料时, 有其既定的经济利益, 这既见于发展中, 也见于市场条件下。由制药行业研究得出的结果应收到世界各地的监控机构的充分审查。差的方法学会导致新产品不被批准或者明显不利的经济后果。

应更多考虑学术界、制药行业或政府研究结果的独立验证。对于制药行业赞助的临床试验, 美国食品和药品管理局和欧洲医药产品评估机构, 在评论和批准某化合物之前, 会收到所有的相关资料, 并进行独立的分析。更新近的情况是, 像我们这样的公司(www. lillytrials. com)已建立全面的临床试验登记和网站, 在(www. clinicalstudyresults. org/home)网站中, 所有市场产品的临床试验资料都被常规的公示出来, 公众很容易获得。我们也支持在与本文同样的评论性杂志上发表之前对数据资料进行验证, 但这种验证应不管其资助或

潜在利益冲突来源而一视同仁。

因此, 像 Fava 一样, 我们也考虑经济(和其他)利益冲突的问题, 如果不能恰如其分的指出来, 可能会彻底销蚀精神病学研究的可信度, 并且损害病人对他们的医生及医生所开具治疗的信任。但是, 我们相信, 在制药行业和学术界(以及与临床看护/实践机构)之间合作不仅可能, 而且必定是精神科新型治疗发展的基石。更好的定义这种合作的性质, 包括他们各自的界限, 已时不我待。

## 不承诺

作者只对此文内容负责, 不代表礼来及公司的任何官方立场。

翻译: 石川

## 参考文献

1. Horton R. The Cloning Fraud Case is a scientific success story. *The Guardian*, January 13, 2006.
2. Freedman R, Lewis DA, Michels R et al. Conflict of interest, Round
3. Am J Psychiatry 2006; 163: 1481-3.
3. Rothman KJ. The ethics of research sponsorship. *J Clin Epidemiol* 1991; 44 (Suppl. 1): 25s-8s.

医师一样, 可信度在公众的眼里受到损害。Fava 收集了针对制药行业合理的批评。他建议, 要解决该问题必须建立一个支持专家团体免于经济利益冲突的体系, 并且他们应该能成为事实的代言人, 能带着客观冷静的眼光评估业已存在的证据。由此这个团体就能产生与利益冲突无关的评论, 并给其他作出经济和政策决定的

## 在精神病学界处理经济利益冲突的相反提议

ANDREW A. NIERENBERG

Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, 50 Staniford Street, Boston, MA 02114, USA

正如 Giovanni Fava 所说的那样, 在医学, 尤其是在精神病学

中的经济利益冲突问题, 使得学术研究人员如同他们的同行内科

团体（政府、医院和其他医师）关于精神科治疗利益和风险的建议。

Fava 的提议确有价值。如果有某些体系支持客观的医师研究者当然是理想的，并为这些研究者能提供主要的服务。他号召在识别利益冲突效应和潜在偏倚方面进行培训也是合理的。但是，这些解决的蓝图和他的提议可能最终不能服务于公众。在某些方面，利益冲突的问题造就了医学和制药工业的商机。资本系统是着眼于病人的利益还是损害病人的利益呢？在制药工业中与学者们经济利益相冲突的罪魁祸首到底是制药工业过于关注市场，还是专家们或明或暗地与市场相勾结？如果专家与制药行业有关系，那么临床研究专家和制药公司之间什么样的关系能为病人更好地服务呢？药物的发展能因有专家的加入而改善吗？为了处理经济利益冲突将这些专家扫地出门是否使药物发展变得更好呢？我赞成在专家和制药行业之间保持互利的关系，保持清楚的伦理准则，这样才能有利于病人，将专家扫地出门是会妨碍药物发展的。我还要指出非经济利益冲突与经济利益冲突一样，需要被理解和管理。

作为一个在实践中从抵制任何制药行业影响进化而来的个体（我在医学院拒绝过礼来公司免费提供的听诊器），我写这些是给某些与制药公司合作的人看的，任何我感到会最终对病人有利的时候我都会写。我相信我与制药行业的关系是互利的，并且我重视与那些生产出药品帮助我病人的医药公司的关系。我也相信，要是没有制药行业的资本利益驱动，

我们也不会有任何新的治疗。如果有的话，也很少是由政府独力承担或由非制药工业资源产生的治疗。

最理想的是，制药公司想通过帮助病人获益，并且在获取利润后可以进一步帮助病人，从而能致力于研发新的药物并循环往复。最坏的可能是，制药公司通过直接的而医师则间接的宣传销售药物，其中还包括继续医学教育（CME）论坛，作为隐蔽（或不那么隐蔽的）销售模式。我所担心的是我们放逐了毕业后不断进行继续教育的责任，取而代之的是，等待制药行业来为其添砖加瓦。这种伪教育模式正是 Fava 所批判的。我担心缺乏对 CME 的独立资助，或者如果被制药行业资助，至少 CME 应保持与市场销售的分离。这种与市场销售分离的 CME 已由马萨诸塞州综合医院精神病学会发起（[www.mghcme.org](http://www.mghcme.org)）。在这个网站里，感兴趣的读者可以找到完整的政策和综述，浏览某些内容，可对起分离作用的“防火墙”的效用作出判定。好几个制药公司资助这个协会，但没有公司将任何自己的东西加入网站内容中或强加给讲者。对我来说被纳入此网站是否存在利益冲突呢？当我为学会教学时，我不能从这里获得额外的收入，我也不能被邀请到学会进行更多的演讲，因为它在此处已被列出。我出版的任何研究结果或评论都与我被邀请进行教学的内容毫无关联。

通过将某些专家排除在制药工业 - 学术关系之外，并且实际上成为制药行业的监督者就能有助于药物的发展吗？我想不能。制药行业需要那些最了解被利益

扰乱的医师的观点。哪种关系构成可接受的利益冲突，而哪种又是不被接受的？Giovanni Fava 概括出一套合理的标准来定义经济利益冲突的来源，哪个来源会导致学术产生不可接受的偏倚，从而降低药物的风险并扩大其益处。一个更具挑战性的问题是“什么能构成学术和制药行业之间伦理上接受又互利的关系？”我建议这种关系应该由最终能帮助病人的伦理行为来做指导，并避免任何伤害。

我不太确定发展完全与制药行业脱离关系的独立研究者/学者小组能很好解决 Giovanni Fava 所列出的问题。他的解决办法是通过形成一个对制药行业和革新带有负性偏见的群体转向其它方面——但没有任何办法去揭露、处理或核查。他认为，形成专业的培训计划和识别利益冲突是实用的，并且是能够贯彻执行的。这种对任何证据进行批判性思考和对任何偏倚进行核查的培训，无论其来源如何，都应该成为培训计划的一个部分。

最终，非经济利益冲突也能够玷污研究，并产生不可接受的偏倚。这些非经济利益冲突包括发展个人职业生涯、学术提升、获得成功、获取非制药行业资助、自尊、地位、权利、名声、威望、认可和避免妨碍研究进程的期望（通过伦理委员会的会员资格）<sup>[1-3]</sup>。Foster 警告我们“我们期望有一个占主导地位的观点来服务于他人，而不是谋取个人私利”<sup>[2]</sup>。然而，他也列出能导致医师误入歧途的多种活动，因为他们的大部分的人类动机仍旧会对奖赏做出反应，并且他认为“利他主义和自我利益之间的冲突是

不可避免的”。Korn 进一步警告：“那些在生物医学学术研究中推行新的办法来处理经济利益冲突的人，应该当心以他们的热情再造经济利益冲突不复存在的道德理想状态，并不能阻断巨大的社会利益的发展途径”<sup>[3]</sup>。

不存在经济利益冲突的专家团体也没有非经济利益冲突是不现实的。学术研究者可以努力获得最高的伦理行为水准以应付制药行业，并企图将偏倚减到最小，可能同样不现实，但应该将此设为目标。也许利益冲突问题的解决正处在 Fava 的姿态和我在此处所列出的中间状态，即专家从毫

无偏倚的经济来源那里获得部分支助，同时同行也在维护那些行为，该行为旨在消除因利益冲突导致的偏倚。

## 披露

作者为礼来公司、Genaisance 公司、葛兰素史克公司、Innapharma 公司、Sepracor 公司、Shire 公司、诺华制药公司、Cephalon 公司、雅培制药公司、辉瑞制药公司和 Brain Cells 有限公司提供学术咨询。他从百时美施贵宝公司、Cedderoth 公司、Cyberonics 公司、Forest 制药公司、杨森

制药公司、Lichtwer Pharma 公司和辉瑞公司接受研究支持，并且从礼来公司、葛兰素史克公司、惠氏公司试验室接受研究支持和谢礼。

翻译：石川

## 参考文献

1. Levinsky NG. Nonfinancial conflicts of interest in research. *N Eng J Med* 2002; 347 : 759 - 61.
2. Foster RS. Conflicts of interest; recognition, disclosure, and management. *J Am Coll Surg* 2003; 196 : 505 - 17.
3. Korn D. Conflicts of interest in biomedical research. *JAMA* 2000; 284 : 2234.

DSM - IV 小组成员与制药行业有经济联系<sup>[6]</sup>。关于临床指南，一项最近的荟萃分析比较得出以下结论：“制药行业支持的药物评论应谨慎阅读，因为他们透明度不高，关于所含试验的方法学限制有所保留，倾向于报道有利的结论”<sup>[7]</sup>。一份重要的科学杂志最近介绍了“团体发起人疾病”，意指制药公司和医师一起合作，通过传播贩卖疾病增加了某种精神类药物的处方量<sup>[8]</sup>。

据有关资料，在欧洲和美国至少 10% 的医师与制药公司有着紧密联系<sup>[9]</sup>。在拉丁美洲这个比例可能会更高。在过去的十年中，国际制药公司为了与当地研究者一起进行多中心药物研究，建立了与当地专门的研究管理机构的紧密联系。在大多数情况下，发起这些试验的机构也正是资料的拥有者。

在智利，为更好的调控利益冲突，主要的医学科学社团都提出了正式的指南<sup>[10]</sup>。但是，对问题的有限认识和制药行业的市场

# 在精神科的发展中经济利益冲突的影响何在？

ANDRÉS HEERLEIN

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Av. La Paz 1003, Santiago, Chile

近年来，医药公司和精神科之间的关系日益受到内科医师、科学家和媒体的重视。某些作者支持这样的观点，即这种关系对临床实践和医学教育有负性影响，威胁到精神科学客观和独立的发展。按照这种立场，精神病学家应避免或减少与医药公司的往来<sup>[1,2]</sup>。另一方面，某些专业的领头人提出在医生和医药行业之间保持各自独立的关系是必须和有益的，并且通过关系中介的任何商业影响都不会对精神病学的未来产生重大的损害<sup>[3,4]</sup>。

在过去的这些年，关于药物试验的可信度遭到严重的质疑。

在 Perlis 等<sup>[5]</sup>一项报道的 162 个随机、双盲安慰剂对照试验研究中，那些涉及到潜在利益冲突的研究报告阳性结果的高达 4.9 倍；而这种关联仅仅在医药行业资助的分项目研究中达到显著性。医药行业使用的激励机制来呈现这些研究结果已受到关注。医学研究实体力图通过采取类似临床试验登记介绍的措施强调问题所在。但是，几个研究显示这些措施不够充分，而需要更为激进的临床试验规则改革。

在临床指南的细节和诊断实体与分类的定义中，也报道有利利益冲突。有报道称相当比例的

策略对此企图并无帮助，披露的惯例还未成为广泛的趋势。在该领域中，世界精神病协会和世界卫生组织及其国家或地区分支之间的世界范围内合作方式被强烈推荐。

正如 Helmchen 指出的那样<sup>[11]</sup>，一种精神病学治疗干预的前提是病人相信他的治疗师，相信治疗师的学识和科学背景。我们的病人不能失去这种信任。否则的话，如我们所知，精神科的角色将会消失。重新定义精神科团体和制药行业之间关系的国际努力时不我待。

制药公司能对我们专业的发展有着相当大的好处，但前提是，我们要学会不带有承诺地独立处理这种协作，顾及我们的伦理基础并以病人的利益至上。

翻译：石 川

## 参考文献

1. Timimi S. Psychiatry has effectively become a commodity that is being sold to the drug industry. *Mental Health Today*, June 21, 2005.
2. Fava GA. A different medicine is possible. *Psychother Psychosom* 2006; 75 : 1 - 3.
3. Healy D, Thase ME. Is academic psychiatry for sale? *Br J Psychiatry* 2003; 182 : 388 - 90.
4. Malhi G. Comment on: Partnerships between academic psychiatry and the pharmaceutical industry. *Australasian Psychiatry* 2004; 12 : 225 - 6.
5. Perlis RH, Perlis CS, Wu Y et al. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry *Am J Psychiatry* 2005; 162 : 1957 - 60.
6. Cosgrove L, Krimski S, Vijayaraghvan M et al. Financial ties between DSM - IV

panel members and the pharmaceutical industry. *Psychother Psychosom* 2006; 75 : 154 - 60.

7. Jorgensen AW, Hilden J, Gotsche PC. Cochrane reviews compared with industry supported meta - analyses and other metaanalyses of the same drugs: systematic review. *Ugeskr Laeger* 2006; 168 : 4218 - 20.
8. Topol EJ, Blumenthal D. Physicians and the investment industry. *JAMA* 2005; 293 : 2654 - 7.
9. Editorial. Don't buy it. Corporate - sponsored disease is a triumph of marketing over science. *New Scientist*, April 15 - 22, 2006.
10. Nogales - Gaete J, Tague P, Godoy J et al. Conflicto de interés; una reflexión impostergable. Panel del comité editorial. *Rev Chil Neuro - psiquiat* 2004; 42 : 9 - 21.
11. Helmchen H. Psychiatrists and the pharmaceutical industry. *Nervenarzt* 2003; 74 : 955 - 64.

## 病前智商与不同精神分裂症定义之间的关系

ANNICK URFER PARNAS<sup>1</sup>, LENNART JANSSON<sup>1</sup>, PETER HANDEST<sup>1</sup>, JAN NIELSEN<sup>2</sup>, DITTE SÆBYE<sup>3</sup>, 4, JOSEF PARNAS<sup>1</sup>, 4

<sup>1</sup>Cognitive Research Unit, University Department of Psychiatry, Hvidovre Hospital, DK - 2650 Hvidovre; <sup>2</sup>Institute of Psychology, University of Copenhagen; <sup>3</sup>Institute of Preventive Medicine, University of Copenhagen; <sup>4</sup>Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark

目前, 智商与精神分裂症之间的关系尚未明确。从精神分裂症概念的范围和广度来分析这方面问题的研究也尚未发表。在一项复合诊断研究中我们用 ICD - 8/9, ICD - 10, St. Louis 和 Flexible System - Wide 这四种精神分裂症诊断分类系统来检测病前智商。只有经 ICD - 10 诊断系统诊断为精神分裂症的患者显示出了较低的智商。研究还揭示四种诊断系统不但不同, ICD - 10 中妄想与非妄想障碍之间也存在差别。通过研究精神分裂症智商相关的诊断特征发现, 较低的病前智商不但与幻觉症状有关, 也与阴性症状有关。最后得出结论精神分裂症定义的不同, 则病前智商也会变化。

**关键词:** 精神分裂症 病前智商 复合诊断研究 幻觉 阴性症状

19 世纪, 当精神病学与心理学诞生之时, 关于精神疾病患者的智商问题就已经引起了精神病学家与心理学家们的浓厚兴趣。克雷培林、布鲁勒以及其他的精神病学家们在精神分裂症患者中开展了神经心理学方面的研究, 然而均未能得到一致的结果<sup>[1,2]</sup>。

如今, 绝大多数, 但非全部的精神分裂症患者会出现认知缺损的观点已经趋于一致<sup>[3,4]</sup>。大多数的智力测验也均以这种“认知驱动”作为基础<sup>[5]</sup>。IQ 即智商, 并非特指任何模式化的精神功能, 而是指一种学习能力和社会功能可预测性的认知能力<sup>[6]</sup>。大量的流行病学研究表明<sup>[7,8]</sup>低智商是精神分裂症危险因素之一。它们的关联尚未明确, 但却普遍认为智商与精神症状和认知功能有关。

研究表明: 精神分裂症的症状与认知功能之间的联系尚无定论。一些研究显示阴性症状和瓦解症状与认知功能呈弱相关 ( $R = 0.2 - 0.3$ ), 另外一些研究却未能获得相同结果<sup>[9-12]</sup>。一篇未曾发表的论文研究了精神分裂症诊断界限与智商的潜在关系。我们利用上述研究的一些资料进行了复合诊断研究, 通过四种不同诊断系统对精神分裂症的定义检测了被试的病前智商, 从而探索智商与诊断分类的关系。

### 方法

在 1998 年 9 月 1 日至 2000 年 9 月 1 日两年的时间里, 我们在 Hvidovre 医院精神科连续收集了 155 名年龄在 40 岁以下的患者, 他们均为首诊病人。排除了双相障碍, 抑郁障碍, 器质性障碍和严重物质滥用

患者。所有患者均由一位高年资医生进行 3 ~ 5 个小时的评定, 包括 OPCRIT, BSABS, PANSS, GAF 和 GAS 评定。三名高年资医生一起完成了精神分裂症几套诊断标准所要求的测试条目。根据操作程序将每一个诊断系统程序化以后生成了精神分裂症的诊断标准。有关本研究的方法学细节已经在另文报道<sup>[13]</sup>。

由一名临床心理学家用丹麦成人阅读测验 (Danish Adult Reading Test, DART) 对智力进行测试。该测试要求用不规则发音大声阅读一组 50 个单词和词组。正确的发音源于词典要求。该测试在精神分裂症的研究中同样也是有效的。

在所有的诊断组共有 24 名患者由于他们的外语背景被排除分析之外, 样本量减为 131。基于最初的 9 个复合诊断系统<sup>[13]</sup>和研究目的我们挑选的四种精神分裂症的概念, 我们认为这样的选择具有更为广泛的代表性: 圣路易斯标准 (St. Louis criteria)<sup>[17]</sup> (过去经常作为金标准), Flexible 诊断系统 (Flexible System - Wide) [18] (一种更合适的纳入系统和唯一正确的多重原则途径), ICD - 8/9 (部分反映了布鲁勒关于精神分裂症的概念并且在欧洲优先于 ICD - 10 的应用), 和 ICD - 10 (作为一种现代的操作概念, 在特殊样本中与 DSM - IV 呈现了较高的一致性, kappa 值 = 0.82)<sup>[13]</sup>。

### 结果

在 131 名被试中, 有 84 名患者被至少一种诊断

系统诊断为精神分裂症。在除了 Flexible 诊断系统诊断系统外的其他三种诊断系统中，精神分裂症患者在 DART 的得分要低于其他样本，这种差别在 ICD - 10 诊断系统中具有统计学意义。(详见图 1 和表 1)

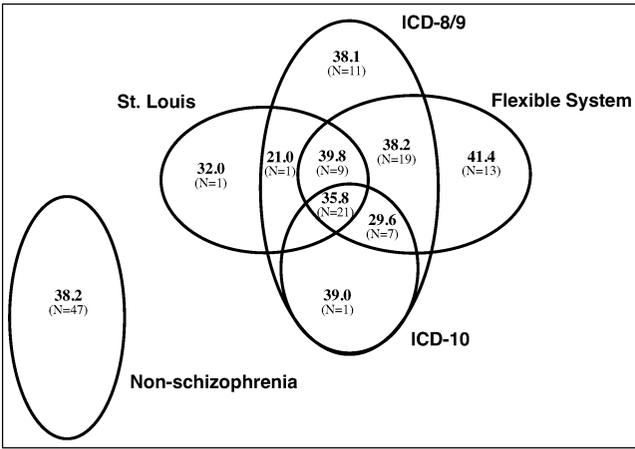


图 1: 符合四种诊断系统的精神分裂症患者和非患者的丹麦成人阅读测验平均得分

ICD - 10 诊断组中妄想障碍 (均数 = 38.83) 的 DART 得分要高于非妄想障碍 (均数 = 34.36), 但是差异没有显著性。从图 1 可以清楚看到诊断的亚分类单元对于统计目的而言太小了。有趣的是被所有诊断系统诊断为精神分裂症的 21 名患者在 DART 中几乎都得了最低分。

我们研究了整个被试的 DART 得分和所有四个诊断系统定义精神分裂症的主要标准之间的 Pearson 相关系数。如果相关具有统计学意义, 我们则通过 cox

非参数检验重新检测那些阳性结果患者与阴性结果患者之间的 DART 得分差异, 求出 p 值。ICD - 8/9, ICD - 10, and St. Louis 诊断标准中差异具有显著性的条目有“幻觉症状”和“瓦解症状”, 无瓦解症状和无幻觉症状的患者比其他患者具有较高的病前智商。(表 2) 值得注意的是由于 Flexible System - Wide 诊断系统不包含幻觉诊断条目, 因此它的得分最高, 那些只被该诊断系统诊断为精神分裂症的 13 名患者, 他们的 DART 平均得分也是最高 (图 1)。

ICD - 10 诊断标准中的“阴性症状”和“日常生活不能自理”的差异接近统计学意义。St. Louis system 标准的“思维松弛”条目是唯一与低智商有显著关联的条目。DART 的低得分与教育程度低 ( $p < 0.001$ ) 和学龄前幼儿学习和/或行为问题 ( $p = 0.017$ ) 有显著相关, 不同渠道的历史信息条目得分与病前调换工作条目之间的相关接近统计学意义 ( $p = 0.062$ ), 而性别与智商之间没有关联。通过计算 Bonferroni 相关, 发现只有教育水平条目具有显著性意义。

那些具有早期学习和行为障碍 (如具有重要意义、显著的行为或发育问题) 的患者 DART 得分较低。这种关系对于 ICD - 10 中非妄想型精神分裂症患者的影响具有显著性意义 ( $p = 0.02$ ), 而对于妄想型精神分裂症患者却没有影响 ( $p = 0.49$ )。

而精神分裂症家族史、首次接受能力训练的年龄、症状持续时间和精神疾病非治疗状态的持续时间没有关联。

表 1 四种诊断系统的精神分裂症患者和非患者的丹麦成人阅读测验平均得分

诊断系统	精神分裂症			非精神分裂症			双侧检验 p 值*
	样本量	均数	标准差	样本量	均数	标准差	
ICD - 8/9	70	36.37	7.92	61	38.75	6.37	0.060
Flexible 诊断系统	69	37.39	7.64	62	37.58	6.98	0.882
圣路易斯标准	33	35.97	8.04	98	37.99	7.01	0.166
ICD - 10	30	34.07	9.43	101	38.50	6.25	0.003

\* p 值来自于两个独立样本的均数参数检验, 经 Mann - Whitney 非参数检验证实

表 2 符合不同诊断系统精神分裂症患者的丹麦成人阅读测验阳性和阴性均分

条 目	阴性			阳性			p 值
	样本量	均数	标准差	样本量	均数	标准差	
思维形式障碍 (ICD - 8/9, ICD - 10, St. . Louis)	104	37.8	6.6	27	36.3	9.7	0.835

续 表

条 目	阴性			阳性			p 值
	样本量	均数	标准差	样本量	均数	标准差	
人格障碍 (ICD - 8/9)	73	38.2	5.8	58	36.6	8.8	0.610
思维松弛 (St. Louis)	107	38.2	6.7	24	34.9	9.1	0.051
反应迟钝 (ICD - 8/9, ICD - 10, Flexible)	78	37.8	7.0	53	36.9	7.8	0.568
孤僻 (ICD - 8/9)	77	38.1	6.1	54	36.5	8.8	0.483
理解力下降 (ICD - 8/9)	22	41.0	5.6	109	36.8	7.4	0.007
幻觉 (ICD - 8/9)	69	39.2	5.9	62	35.6	8.2	0.012
影响不大的幻觉 (St. Louis)	70	39.2	5.9	61	35.5	8.3	0.008
持续数日、数周或数月的幻觉 (ICD - 10)	110	38.2	6.6	21	33.8	9.6	0.045
非理解性错觉 (ICD - 8/9, ICD - 10, Flexible)	113	37.7	6.9	18	36.1	9.6	0.794
可控或非控的错觉 (ICD - 8/9)	121	37.8	6.9	10	33.8	11.0	0.270
思维广播 (ICD - 10, Flexible)	120	37.7	6.9	11	34.7	10.7	0.544
焦虑紧张 (ICD - 8/9, ICD - 10)	125	37.5	7.2	6	36.8	10.2	0.783
阴性症状 (ICD - 10)	25	39.3	7.0	106	37.1	7.3	0.094
生活自理能力受损 (ICD - 8/9, ICD - 10)	37	39.4	5.8	94	36.7	7.7	0.089
社会退缩 (ICD - 10)	50	38.2	6.8	81	37.0	7.6	0.420
非器质性或酒药滥用障碍 (ICD - 8/9, ICD - 10)	10	31.2	9.5	121	38.0	6.9	0.023

## 讨论

首先, 值得一提的是本研究的方法学, 权衡了样本大小和精神病理学的关系。虽然由于样本大小的限制可能会导致 II 类误差, 但是研究显示他们之间确实存在着某种潜在的关联。另一方面, 从精神病理学角度样本人群被很好的测试, 这种测试是评定者用单一的诊断标准进行面晤, 具有高度可靠性。本研究证实了精神分裂症的定义是与低智商有关的。被广义概念 (ICD - 8/9 and Flexible 诊断系统) 诊

断的病人有着较高的病前智商, 这就说明了为什么有那么多的人患有精神分裂症。而作为一种诊断精神分裂症数量最低的工具, ICD - 10 可能是最严格的诊断系统, 它只诊断那些智商较低的慢性病人。

本研究中只有极少数精神病理学方面的变量与病前智力有关。首先我们发现幻觉与低智商有关。与此一致的是由于 Flexible System - Wide 诊断系统没有包含幻觉的诊断标准, 因此经其诊断的患者中平均病前智商最高。这些结果此前未能预料, 但是与 Johnson and Miller<sup>[19]</sup> 的研究结果一致。在 101 名精神分裂症患者中, 那些有幻听症状的患者在一组

智力测试中的得分显著降低。这种关联无法被社会背景因素、精神分裂症分型或住院治疗前发病时间的长短所解释。Johnson and Miller<sup>[19]</sup>的研究显示低智商可能反映了精神分裂症幻听的认知易感体质。

其次,我们还发现在低病前智商和阴性症状之间存在着某种联系,这种联系接近统计学意义,与一些(并非全部)经验性的研究发现相一致<sup>[20,21]</sup>。有研究<sup>[22]</sup>暗示了“组织性”与低智商与阴性症状有关。我们可以以相同的方式来解释 DART 得分与教育水平和早期的学习与行为问题之间的相关性(多数指非妄想型精神分裂症)。这些参数可能说明了一种普遍的“神经发育失常”,该术语或许可以解释几种有关学说的形成过程。智商和教育水平在这里作为机体和环境发展失常的广义参数。精神分裂症神经发育失常的发病机理使得通常意义下的疾病发病前和发病后的特征更加复杂、模糊和不明确<sup>[23]</sup>。

目前大多数文献的普遍观点认为:认知功能障碍是精神分裂症的核心特征<sup>[24,25]</sup>。然而这种观点难以令人信服,因为我们并没有得到可靠的、确定的有关精神分裂症的认知结论,只是仅有一组认知测量和症状学之间的相关性发现。本研究认为,智商与精神分裂症之间的关系并非独立的诊断标准。几位研究者也强调了<sup>[26,27]</sup>精神分裂症患者涵盖了全部的智商类型,并且认为病前认知损害并非精神分裂症发生的必要条件<sup>[28]</sup>。

翻译:王志仁

## 参考文献

1. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. Edinburgh: Livingstone, 1919.
2. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York: International Universities Press, 1911.
3. Holthausen EA, Wiersma D, Sitskoorn MM et al. Schizophrenic patients without neuropsychological deficits; subgroup, disease severity or cognitive compensation? Psychiatry Res 2002; 112:1-11.
4. Palmer B, Heaton K, Paulsen JS et al. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? Neuropsychology 1997; 11: 437-46.
5. Aylward E, Walker E, Bettes B. Intelligence in schizophrenia; meta-analysis of the research. Schizophr Bull 1984; 10:430-59.
6. Lezak MD. IQ: RIP. J Clin Exp Neuropsychol 1988; 10:351-61.
7. David AS, Malmberg A, Brandt L et al. IQ and risk for schizophrenia; a population-based cohort study. Psychol Med 1997; 27:1311-23.
8. Reichenberg A, Weiser M, Caspi A et al. Premorbid intellectual functioning and risk of schizophrenia and spectrum disorders. J Clin Exp Neuropsychol 2006; 28:193-207.
9. Bell MD, Mishara AL. Does negative symptom change relate to neurocognitive change in schizophrenia? Implications for targeted treatments. Schizophr Res 2006; 81:17-27.
10. Harvey Philip D, Koren D, Reichenberg A et al. Negative symptoms and cognitive deficits; what is the nature of their relationship? Schizophr Bull 2006; 32:250-8.
11. Hughes C, Kumari V, Soni W et al. Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. Schizophr Res 2003; 59:137-46.
12. Lucas S, Fitzgerald D, Redoblado-Hodge MA et al. Neuropsychological correlates of symptom profiles in first episode schizophrenia. Schizophr Res 2004; 71:323-30.
13. Jansson L, Handest P, Nielsen J et al. Exploring boundaries of schizophrenia: a comparison of ICD-10 with other diagnostic systems in first-admitted patients. World Psychiatry 2002; 1:109-14.
14. Crawford JR, Besson JA, Bremner M et al. Estimation of premorbid intelligence in schizophrenia. Br J Psychiatry 1992; 161:69-74.
15. Dalsgaard I. Danish Adult Reading Test (DART). Item analyse og analyse af interscorer reliabilitet mhp revision. Unpublished paper, 1998.
16. Nelson HE, McKenna P. The use of current reading ability in the assessment of dementia. Br J Soc Clin Psychol 1975; 14:259-67.
17. Feighner JP, Robins E, Guze SB et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 1972; 26:57-63.
18. Carpenter WT, Strauss JS, Bartko JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia; report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. Science 1973; 182:1275-8.
19. Johnson RL, Miller MD. Auditory hallucinations and intellectual deficit. Psychiatry Res 1965; 3:37-41.
20. Addington J, Addington D, Maticka-Tyndale E et al. Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. Schizophr Res 1991; 5:123-34.
21. O'Leary DS, Flaum M, Kesler M et al. Cognitive correlates of the negative, disorganized, and psychotic symptom dimensions of schizophrenia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 1:24-5.
22. Tosato S, Dazzan P. The psychopathology of schizophrenia and the presence of neurological soft signs; a review. Curr Opin Psychiatry 2005; 18:285-8.
23. Church SM, Cotter D, Bramon E et al. Does schizophrenia result from a developmental or degenerative process? J Neural Transm 2002; 63 ( Suppl. ):129-47.
24. Mohamed S, Paulsen JS, O'Leary D et al. Generalized cognitive deficits in schizophrenia; a study of first-episode patients. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:749-54.
25. Weickert TW, Goldberg TE, Gold JM et al. Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:907-13.
26. Reichenberg A, Weiser M, Rapp MA et al. Elaboration on premorbid intellectual performance in schizophrenia; premorbid intellectual decline and risk for schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:1297-304.
27. Zammit S, Allebeck P, David AS et al. A longitudinal study of premorbid IQ score and risk for developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other non-affective psychoses. Arch Gen Psychiatry 2004; 61:354-60.
28. David AS. Intelligence and schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1999; 100:1-2.

## 尼日利亚基本精神卫生干预措施的成本 – 效益分析

OYE GUREJE1, DAN CHISHOLM2, LOLA KOLA1, VICTOR LASEBIKAN1, SHEKHAR SAXENA2

1Department of Psychiatry, University College Hospital, PMB 5116, Ibadan, Nigeria

2Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

本研究的目的在于分析发展中国家一般性神经精神障碍干预方法的成本 – 效益关系。使用世界卫生组织开发的扇形成本 – 效益分析方法研究尼日利亚的抑郁症、精神分裂症、癫痫和酒精滥用几种疾病干预的成本和效益情况。主要的输出变量为残疾调整生命年 (disability adjusted life years, DALYs)。研究发现治疗精神分裂症成本 – 效价比最高的干预方法是以社区为基础的较为传统的药物治疗和社会心理支持或病例管理模式；治疗抑郁症、癫痫和酒精滥用成本 – 效价比最高的干预方法分别是传统的抗抑郁药物治疗、初级保健机构对病例的积极管理、初级保健机构传统的抗惊厥药物治疗、对机动车辆司机进行随机的呼吸测试。选择出的这一组干预措施，其花费还不到320 美元（相当于尼日利亚的年人均收入），却可以产生一年额外的健康生命。

关键词：神经精神障碍 成本 – 效益 干预 尼日利亚

精神疾病对个人、家庭和社会产生重大的影响。最近的流行病学调查结果显示该类疾病给全球造成了巨大的疾病负担，而该负担以前却被低估了<sup>[1]</sup>。占全球人口 25% 的人群在一生中会受到此类疾病的影响，有研究显示男性和女性的患病率一致<sup>[2,3]</sup>。虽然神经和精神方面的障碍是非致命性的，但它会使患者在很大程度上失去生活自理的能力。这些神经和精神障碍可以影响大脑的多重功能区域，它们通常发病较早并且得不到及时的治疗，即使得到治疗也总是不太充分<sup>[4]</sup>。DALYs 测量显示，神经精神障碍造成了全球至少 12.3% 的疾病负担。发达国家由精神疾病造成的疾病负担在总负担中的比例有所变化；非洲国家神经精神障碍造成的负担正在成比例下降，造成比例失调 (70% ~ 75%，发达国家为 5%)<sup>[5]</sup> 的原因主要是传染性疾病和围产期发育情况以及营养条件。

尼日利亚卫生保健机构的数据显示有 10% 的成年人符合 ICD – 10 中确诊为精神障碍（通常为重度抑郁症、焦虑障碍、癔病障碍和酒精滥用）的标准<sup>[4]</sup>。有明显精神问题但不符合精神障碍诊断标准者的比例可能更高，一项调查结果显示为 25%<sup>[6]</sup>。最近一项大规模的社会调查结果显示每 1000 人中大约有 45 人在一生中经历过抑郁事件，并且在这些人中有 12 人在最近的 12 个月内有过抑郁发作<sup>[7]</sup>。另外，这 1000 人中还有 65 人报告在他们一生中曾有物质滥用。

尼日利亚除了已有的国家精神卫生政策<sup>[8]</sup> 和较完整的神经精神障碍发病率资料外<sup>[4,6,9,10]</sup>，用以满足患者需求的地区共享资源非常匮乏（不足国家卫生总预算的 1%，相当于国内总收入的 3%）。例如，最新的统计结果显示平均每 100,000 人口只有 4 张精神科床位、4 位精神科护士和 0.1 位精神科医生<sup>[11]</sup>。据医学研究会估计，在发达国家大约 50% 的患者可以接受精神卫生机构的治疗，而在发展中国家接受治疗的比例只有 15% 左右。尼日利亚最近的调查结果证实了二者之间存在的这种差距<sup>[12]</sup>：该调查显示最近 12 个月内患有 DSM – IV 紊乱的人中，接受过治疗的人群比例只有十分之一<sup>[13]</sup>。政府的政治意愿是造成这种精神卫生机构覆盖面严重不足的原因之一，而另一个重要的限制因素则与有效治疗的高花费有关。结合极度匮乏的资源，我们需要向政府部门提供两方面的证据以说服他们加大投入资金，这两方面的证据分别是：有效干预的可行性和增加投资以建立一整套干预神经精神障碍方法所能得到的收益。因此，本研究的主要目的是为尼日利亚精神卫生事业的投资和相关机构的发展建立一个以事实为基础的案例。

### 方法

我们采用世界卫生组织（WHO）开发的扇形方

法来进行成本-效益分析。WHO 选择干预计划是一项关于成本-效益的研究计划，在该计划中 WHO 推荐的干预方案是经过标准化方法开发出来的，并且涵盖了针对主要疾病的广泛的病因干预措施的区域性成本-效益数据资料<sup>[14]</sup>。为了方便比较全球的不同区域，该方法在采用了国际货币来表示费用（一个国际货币的购买力同在美国一美元的购买力相当），效益采用 DALYs（与患病过程中无干预的情况有关）转移的方式来测定；成本效益用每一个 DALY 转移的花销来表示。

在 WHO 地区性范围内关于可避免的疾病负担数据可以被推广到其他的疾病中（包括精神分裂症、抑郁症、酒精滥用和癫痫）<sup>[15-18]</sup>。然而，那些已知的成本-效益资料并不能保证该方面的研究结果和建议将最终改变国家卫生政策的制定和实施。另外一种令人担忧的情况是全球或地区的成本效益分析结果可能与地区的设施及政策没有很大的相关性。由于许多因素都可能改变干预措施的成本-效益，这就需要那些使用这些信息的机构对有关花费、收益和成本-效益关系方面的区域性评价进行分析整理，以鼓励他们对那些需要的地方做出适当的转变<sup>[18]</sup>。为了使 WHO 选择干预计划的区域性调查结果应用于某一个国家或某一特定地区的人口，需要得到下列数据：a) 当地的人口统计学资料，包括死亡率；b) 特定疾病的地区流行病学发生率；c) 干预的定义和效果；d) 治疗的覆盖范围和设置；e) 特定疾病的资源利用率和治疗花销。以尼日利亚当

地临床经验和健康机构资源利用率的资料、以及不同神经精神障碍发病率和相关能力丧失的流行病学资料为基础<sup>[6,7]</sup>，我们确定了以下四种疾病：抑郁症、精神分裂症、酒精滥用和癫痫，并且准备了一套对应这些疾病的关键性干预措施（表 1）。对于上述的每个优先条件和治疗方法，我们进行了以下的整理分析：

人口统计学 用尼日利亚区域性特殊人口的年龄、性别和死亡率资料（人口总数为 1.15 亿）来代替全国范围内的相应资料；

流行病学 对当前精神分裂症、抑郁发作、癫痫和重度酒精滥用的疾病负担资料（这些资料以 WHO 疾病全球负担和非洲区域比较危险率评估为基础）进行回顾，并且校正有良好地区数据支持的部分。由于缺少近期精神分裂症的大规模人群调查，和其它非洲地区相关研究的稳定评估，因此未对缺少的区域默认值进行修正；关于抑郁症和重度酒精成瘾，我们采用尼日利亚近期对上述两种疾病的一些典型调查得到的资料<sup>[7]</sup>来修正其流行病学方面的模型参数；关于癫痫，我们使用了当地提供的相关数据，只是这些数据是从小型社区调查中得到的<sup>[9]</sup>。效果回顾和调整用于评估 WHO 关于非洲区域干预效果的国际数据资源<sup>[15-17]</sup>，以更好的反映当地现状和期望。例如，根据尼日利亚的情况，调整因增加酒精饮料附加税可能影响到的那些参数。人群干预的效果—用致残率、病死率或发病率的减少百分比表示—详见表 1。

表 1 干预对降低尼日利亚神经精神障碍负担情况

疾病	干预措施	干预前	改善 %
精神分裂症 (治疗机构：医院门诊 治疗；干预覆盖率，目 标：70%)	- 传统抗精神病药	劳动能力丧失	2.8
	- 新型抗精神病药	劳动能力丧失	3.5
	- 传统抗精神病药 + 心理治疗	劳动能力丧失	5.6
	- 新型抗精神病药 + 心理治疗	劳动能力丧失	6.3
抑郁症 (治疗机构：初级卫生保 健机构；干预覆盖率，目 标：40%)	急性期治疗		
	- 传统抗抑郁药	减缓/劳动能力丧失	6.9/7.7
	- 新型抗抑郁药	减缓/劳动能力丧失	7.7/8.6
	- 心理治疗	减缓/劳动能力丧失	5.6/8.8
	- 传统抗抑郁药 + 心理治疗	减缓/劳动能力丧失	7.4/8.3
	- 新型抗抑郁药 + 心理治疗	减缓/劳动能力丧失	7.8/8.8
	维持治疗		
	- 传统抗抑郁药 + 心理治疗	发病率/减缓	7.9/9.0

疾病	干预措施	干预前	改善
癫痫 (治疗机构: 初级卫生保健机构; 干预覆盖率, 目标: 80%)	- 新型抗抑郁药 + 心理治疗	发病率/减缓	8.4/9.6
	- 传统抗癫痫药	减缓/劳动能力丧失	30/21
	- 新型抗癫痫药	减缓/劳动能力丧失	30/21
高风险酒精使用 (患病的危险因素)	- 增缴酒精饮料赋税 (50%)	发病率	5
	- 严禁酒后驾车 (通过呼吸试验检测)	致死性损伤	0.05 ~ 0.5
	- 初级保健机构简单的心理辅导 (覆盖率: 50%)	减缓	3.7

\* 估计人群干预有效性

覆盖率和治疗机构在许多发展中国家已经提议并通过了精神卫生的初级保健模式。但是由于缺少可靠数据, 很难确定在该机构接受治疗的患者数目。因此对当前覆盖率的估算主要以专家意见和一些补充的当地调查资料为基础 [7]。

资源使用和花费 针对每种精神障碍的分析和特异值都被输入该模式, 该模式是关于卫生保健使用频率和使用强度的模式。评估以当地专家意见为基础, 采用 Delphi 专家意见评定法, 其中 Delphi 专家组来自全国不同地区的 24 位精神卫生专家<sup>[19]</sup>。初级和次级保健机构的预期花费<sup>[20]</sup>采用地区医院的相关数据进行验证, 其它缺少的信息, 如专家的工资、精神药物和实验室检查开销, 均由相应的地区值取代。

## 结果

结果显示: 每种干预评估的估计或计划的覆盖率、干预效果用每年因干预带来的 DALYs 变化估算值表示; 因实施干预所付出的年度总花销, 还有病人因合并症出现衰竭的治疗费以及项目计划和人员培训的总支出; 针对确诊病例实施干预的年度治疗费用; 以及转移每个 DALY 的平均花费。上述数据根据实际情况得出, 并由每种神经精神障碍的主要干预形式、正在接受治疗的患者比例以及更高覆盖率的干预计划来表示。

表 2 提供了精神分裂症不同干预的结果概要。在当前 20% 的覆盖率水平, 每年节约 2615 个 DALYs, 每个 DALY 转移的花费为 209, 430 奈拉, 对应美元值为 1213 美元 (按照 2000 年官方的平均汇率计算); 当覆盖率增加到 70% 时 (未来能预知的最高可行水平), 精神分裂症两种成本 - 效益比最高

的干预措施是: 以社区为基础的干预 (传统的抗精神药物合并社会心理治疗) 和病人管理。这两种干预可以转移更多的 DALY, 并且每个 DALY 的成本较低 (分别为 66, 790 奈拉或 642 美元; 70, 806 奈拉或 680 美元)。另一方面, 如果以上两种干预措施采用非典型性抗精神病药, 则 DALYs 的最低额外增益是和每个较高 DALY 花费相关联的 (分别为 1, 637, 168 奈拉或 15, 742 美元; 1, 778, 509 奈拉或 17, 101 美元)。

表 3 显示了抑郁症的不同干预结果。在当前较低覆盖率 (10%) 的水平上, DALYs 转移 (11, 211) 和每个 DALY 的转移花费 (20, 181 奈拉或 194 美元) 均较低。当覆盖率增加到 40% 时, 成本 - 效益比最高的干预方法是传统的抗抑郁药与精神心理治疗和预防性管理相结合, 这种方法可以节约较多的 DALYs (120, 357), 并且在相同覆盖率条件下比其它任何一种干预措施的花费都低。如果相同的干预和新型抗抑郁药相结合, 即使 DALY 转移有边缘性增高, 但却不能认为该种干预方法的成本 - 效益比高, 原因在于每个 DALY 转移的花费也增高了大约 3 倍。

表 4 显示了癫痫的干预分析结果。在两个覆盖率水平上比较两种不同的干预。在覆盖率为 50% 时, 在初级保健机构中应用的新老两种抗癫痫药所致的年 DALY 转移数相同 (105, 946)。但是新型药物每个 DALY 的花费比传统药物高 3 倍 (分别为 34, 993 奈拉或 336 美元与 10, 507 奈拉或 101 美元)。结果提示当覆盖率为 80% 时, 初级保健机构中应用传统抗癫痫药为投入的花费提供了最高的利用价值: 较多的 DALYs 得到了转移, 但每 DALY 的花费只有很少的增加。

表 2 精神分裂症所选干预方法的成本 – 效益分析

干预措施	覆盖率	效果（每年 DA- LYs 转移数）	每年的总花费（奈拉，百万）				例患者的年 治疗费	每 DALY 所需 的花费
			患者	程序	培训	合计		
传统抗精神病药物	20%	2, 615	510	37	0	548	9, 793	209, 430
社会为基础的服务模式：传统抗精神病药物	70%	14, 081	1, 625	141	31	1, 798	9, 185	127, 676
社会为基础的服务模式：新型抗精神病药物	70%	16, 863	48, 427	141	31	48, 599	248, 293	2, 882, 052
社会为基础的服务模式：传统抗精神病药物 + 心理治疗	70%	26, 980	1, 598	141	62	1, 802	9, 204	66, 790
社会为基础的服务模式：新型抗精神病药物 + 心理治疗	70%	29, 774	48, 541	141	62	48, 744	249, 037	1, 637, 168
社会为基础的服务模式：传统抗精神病药物 + 病人管理	70%	29, 378	17, 470	240	93	2, 080	10, 627	70, 806
社会为基础的服务模式：新型抗精神病药物 + 病人管理	70%	27, 564	48, 690	240	93	49, 023	250, 460	1, 778, 509

1 美元 = 104 奈拉（根据 2000 年官方汇率）

表 3 抑郁症所选干预方法的成本 – 效益分析

干预措施	覆盖率	效果（每年 DA- LYs 转移数）	每年的总花费（奈拉，百万）				例患者的年 治疗费	每 DALY 所需 的花费
			患者	程序	培训	合计		
初级保健机构传统抗抑郁药物治疗	10%	11, 211	226	0	0	226	765	20, 181
初级保健机构传统抗抑郁药物治疗	40%	69, 608	5, 255	70	42	5, 367	4, 680	77, 105
初级保健机构新型抗抑郁药物治疗	40%	77, 244	23, 039	70	42	23, 151	20, 274	299, 714
初级保健机构的心理治疗	40%	69, 101	8, 044	70	78	8, 192	7, 096	118, 548
传统抗抑郁药物治疗 + 心理治疗	40%	74, 269	8, 745	70	93	8, 908	7, 788	119, 938
新型抗抑郁药物治疗 + 心理治疗	40%	78, 891	25, 575	70	93	25, 738	22, 560	326, 246
传统抗抑郁药物治疗 + 心理治疗 + 病人管理	40%	120, 357	9, 004	126	102	9, 233	5, 517	76, 710
传统抗抑郁药物治疗 + 心理治疗 + 病人管理	40%	127, 543	33, 435	126	102	33, 663	20, 242	263, 933

1 美元 = 104 奈拉（根据 2000 年官方汇率）

表 4 癫痫所选干预方法的成本 – 效益分析

干预措施	覆盖率	效果（每年 DA- LYs 转移数）	每年的总花费（奈拉，百万）				例患者的年 治疗费	每 DALY 所需 的花费
			患者	程序	培训	合计		
初级保健机构传统抗癫痫药物治疗	20%	30, 928	413	0	0	413	2, 637	13, 339
初级保健机构传统抗癫痫药物治疗	50%	105, 946	985	88	40	1, 113	2, 868	10, 507
初级保健机构传统抗癫痫药物治疗	80%	169, 514	1, 676	142	85	1, 903	3, 065	11, 228
初级保健机构新型抗癫痫药物治疗	50%	105, 946	3, 492	88	40	3, 620	9, 327	34, 169
初级保健机构新型抗癫痫药物治疗	80%	109, 514	5, 705	142	85	5, 932	9, 552	34, 993

1 美元 = 104 奈拉（根据 2000 年官方汇率）

表 5 显示，虽然仅增加 25% 的酒精饮料税率就可以转移较多的 DALYs，但是每个 DALY 花费的减少并不能认为是显著的（从 20, 134 奈拉或 193 美元到 18, 201 奈拉或 175 美元）。而当税增加到 50% 时只比增加 25% 取得了很少的进展，改善了现有的 DALYs，但是每 DALY 的花费却没有实质性的减少（从最初的 18, 201 奈拉或 175 美元到 17, 125 奈拉或 165 美元）。这是由于预期税值的增加将伴随着不法行为事件的上升，另外也存在有许多无税酒精饮料的消费（自酿饮料产量的增加以及走私酒精的增多）。另一方面，实施随机的酒精呼吸测试路检也是希望以较低的每 DALY 花费（8, 873 奈拉或 85 美元）节约更多的 DALYs。

利用上述数据，可以采用以下标准构建一个与神经精神保健相关的成本和收益的轮廓：a) 选择一个用来研究不同神经精神疾病的干预措施；b) 为精神分裂症实现一个以社区为基础的门诊服务模型，并为其它神经精神问题（抑郁症、癫痫和重度酒精

成瘾）提供初级保健治疗；c) 在那些比单独采用药物治疗成本 - 效益比更高的地区采用药物 - 社会心理学治疗方式；d) 信赖传统的抗精神病药物（神经抑制药如氟派啶醇，用于治疗精神分裂症；三环类抗抑郁药如丙咪嗪，用于治疗抑郁症；苯巴比妥和苯妥英钠用于治疗癫痫）。

表 6 简要提供了上述程序的干预结果。每一种干预措施都是各种精神疾病所有的干预方案中最有效的。精神分裂症每例的花费最高（每年 9, 204 奈拉或 88 美元），但是由于抑郁症在人群中的发病率相当高，所以花费（每年超过 50 亿奈拉，相当于 0.412 亿美元）在总花费中占有最高的比例（超过一半）。健康回报最高的是癫痫治疗和路检呼吸测试（每年有 100, 000 DALYs 的转移，每单位 DALY 的花费是 9, 000 ~ 11, 000 奈拉，相当于 100 美元）。这样一组干预方案的年度总花费超过 90 亿奈拉（相当于 8.8 千万美元），按尼日利亚 1.15 亿常住人口计算平均为每人 80 奈拉（相当于 0.77 美元）

表 5 重度酒精滥用所选干预方法的成本 - 效益分析

干预措施	覆盖率	效果（每年 DALYs 转移数）	每年的总花费（奈拉，百万）				例患者的年治疗费	每 DALY 所需的花费
			患者	程序	培训	合计		
现状（目前税率）	95%	24, 988	0	503	0	503	2, 637	20, 134
增加税率（目前税率 + 25%）	95%	27, 641	0	503	0	503	2, 868	18, 201
增加税率（目前税率 + 50%）	95%	29, 378	0	503	0	503	3, 065	17, 125
初级保健机构的相关咨询服务	50%	12, 866	698	100	30	828	9, 327	64, 400
酒精呼吸测试路检（包括非致命伤害）	80%	109, 490	0	972	0	972	9, 552	8, 873

1 美元 = 104 奈拉（根据 2000 年官方汇率）

表 6 尼日利亚神经精神障碍最有效干预措施的成本和受益情况

疾病	干预	覆盖率	效果（每年 DALYs 转移数）	每年的总花费（奈拉，百万）				例患者的年治疗费	每 DALY 所需的花费
				患者	程序	培训	合计		
精神分裂症	社区为基础的服务模型：传统抗精神病药物 + 心理治疗	70%	26, 980	1, 598	141	62	1, 802	9, 204	66, 790
抑郁症	初级保健机构的传统抗抑郁药物治疗	40%	69, 608	5, 255	70	42	5, 367	4, 680	77, 109
癫痫	初级保健机构的传统抗癫痫药物治疗	50%	105, 946	985	88	40	1, 113	2, 868	10, 507
酒精滥用	机动车司机酒精呼吸测试路检	80%	109, 490	0	972	0	972	-	8, 873
合计			312, 024	7, 839	1, 270	144	9, 254	80（平均）	29, 658

1 美元 = 104 奈拉（根据 2000 年官方汇率）

## 讨论

毋庸置疑的，与很多其它发展中国家一样，尼日利亚神经精神障碍的疾病负担与有效解决这一负担的资源之间还存在很大差距。在这种局限的资源内部，急需探讨的是在现实引导下应该如何投入财力。成本-效益分析可以增强分配的有效性，并且可以用于评估特定干预措施的花费和健康效应。通过评定，可以产生较好经济利益的干预措施可以指导决策者的政策制定。

本研究证实了一些干预措施与其它方法相比具有更高的收益。可以明确的是，一定范围内对干预措施进行合适的成本-效益分析可以显著降低尼日利亚现存的神经精神疾病负担。本研究中描述的干预计划，其关键支出由以下几部分组成：患者的支出（主要是直接的药物治疗费用和卫生设备出诊费用）、设备支出（由那些可重复使用的重要基础设备支出组成）以及培训费用。除了旨在抑制高危饮酒的预防性干预外，占总花费大部分的是患者开支，其它部分的开支只占很小的一部分。

在当前的实践中，由于缺少国家卫生保险和社会福利计划，大部分花费是由患者直接用现金支付。为了将现有较低水平的卫生机构覆盖率提高到该研究中所使用的目标水平，至少应该减低患者的经济负担（如直接交纳给服务机构的费用）。因此，政府除了要支付计划和相关培训费用以外，还要给患者提供更多的医疗保障费用。即使在这种条件下，政府的全部财政支出依然相对较少（按人口平均计算少于1美元）。毫无疑问，政府支出的增加可产生一个成本-效益比更高的干预方案，并且可以比现有情况节省更多的DALYs。例如表4中所示，如果癫痫治疗的覆盖率从当前20%水平上升到80%，总支出将会从4.13亿奈拉增加至19.03亿奈拉。在当前20%的覆盖率下，政府的支出可以忽略不计，主要是患者直接开支。如果覆盖率增加到80%水平，政府支出将会增加到总支出的12%（大部分花费用于计划和项目培训）。不过在有效性方面将会有所增加，反映在每DALY花费的减少，从当前的13,339奈拉减少到11,228奈拉。

然而值得关注的是，用于实施干预的机构是该项目的重要组分，但在很多地区还没有类似的机构。必须实施这些干预措施的卫生系统需要不同机构之

间良好的合作，其重点应该放在初级保健机构履行角色的能力上面。可以良好传递积极干预措施的初级保健机构目前尚未建立完善。对初级保健机构的重组将包括对该级卫生保健机构工作者的重新培训，特定神经精神障碍基本药物的供应，以及与该系统其它层面之间良好的整合。经过以上重组，将会提供一个协作良好的医疗体系以支持初级保健计划。

我们也注意到，使用该分析结果制定的政策在向神经精神疾病治疗机构的传递过程中存在一些中断。与成本-效益分析可能增强分配效率一样，也有一些评论是反对该方法的。反对者认为该过程过于复杂、昂贵而且需要许多包括尼日利亚在内的其他发展中国家无法轻易得到的数据。另外，许多评估（例如，关于预期资源利用模型）是以精神卫生专家的意见为基础，在这种情况下其他卫生保健者、利益集团或受益人的意见全部受到影响。

另外，虽然干预的成本-效益分析结果本身可以提供一部分信息，但它并不是分析过程的终点。它还代表了那些优选措施更大范围的花费。其它影响决策的因素还包括：可利用资源的合理分配，特殊和易感人群的健康需求，以及紧急事件的处理，如那些不可预料的灾难性的后果，这些都是需要额外关注的问题。另外，公众的期望也非常重要。因此，分析的目的就是超越关心效率本身，建立成本-效益比更高的干预机制以有效解决当前卫生系统中出现的问题，包括改善护理质量以及降低不平等性。还有其它需要考虑的分配标准还包括不同疾病的严重性和信息遗漏的影响范围以及人权保护。因此，优选的措施意味着要在一定程度上权衡不同健康系统之间的目标，最合理的资源分配方式并不是最有效的。

另一点需要指出的是我们用当前的药物价格建立了该评价体系。但许多类似的药物还处于专利保护期，因此价格较高。因此，一般的药物治疗将会得到应用，如果我们采用较新的药物治疗，则成本-效益比将会呈现戏剧性改变，即较低的负担和较好的治疗前景。所以，我们的结果并不是说低资源国家的患者永远不能从可负担的新药中受益。

尼日利亚当前在卫生保健方面的资金投入情况（3%）远远不能满足人民的需求。必然的，对精神卫生机构（现在还没有明确的定义）的投入也无法满足改善服务机构的需要，这些机构用于实施前文所述的干预程序。资金投入的全面改善是非常必要

的, 必须给精神卫生机构提供一条更加明确的资金链。现在, 很难证实那些与精神卫生机构有关的资金遗漏, 从而引起政府的关注。换句话说, 看不见, 不关心。

当前, 尼日利亚卫生系统既松懈又不协调。尤其是, 本报导中提及的实施干预的基本机构—初级保健系统, 没有能力满足更高水平的需求。这就需要对这些机构的工作人员进行更好的培训, 并且加强这些机构和其它层面机构的整合性。还需要建立起与二级机构的合作机制, 这样初级护理人员就可以得到监督和必要的支持, 并且建立起较为明确的任务分配系统。当然, 基本药物的有序储备也是必需的。简而言之, 一个更加有效的机构可以从成本效益分析中受益, 例如这里所提及的就只能通过尼日利亚卫生系统的重组来实现。我们这里提出的措施是可行的并且是可承担的, 但是必须和这些重组和改变相结合。

翻译: 王志仁

## 参考文献

1. Ustun TB, Rehm J, Chatterji S et al. Multiple informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet* 1999; 354 : 111 - 5.
2. Almeida - Filho N, Mari JJ, Centinho E et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997; 171 : 524 - 9.
3. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health; new understanding, new hope. Geneva; World Health Organization, 2001.
4. Gureje O, Odejide OA, Olatawura MO et al. Psychological problems in general health care: results from the Ibadan centre. In: Ustun TB, Sartorius N (eds). *Mental illness across the world in general health care: an international study*. Chichester; Wiley, 1995 : 157 - 73.
5. World Health Organization. The world health report 2000. Health systems; improving performance. Geneva; World Health Organization, 2000.
6. Gureje O. Psychological disorders and symptoms in primary care; association with disability and service use after 12 months. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37 : 220 - 4.
7. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291 : 2581 - 90.
8. Federal Ministry of Health. The national mental health policy for Nigeria. Abuja: Government of Nigeria, 1991.
9. Osuntokun BO, Adeuja AO, Nottidge VA et al. Prevalence of the epilepsies in Nigerian Africans; a community - based study. *Epilepsia* 1987; 28 : 272 - 9.
10. Gureje O, Lasebikan V, Kola L et al. Lifetime and 12 - month prevalence of mental disorders in the Nigerian survey of mental health and wellbeing. *Br J Psychiatry* 2006; 188 : 465 - 71.
11. World Health Organization. Atlas; mental health resources in the world. Geneva; World Health Organization, 2001.
12. Gulbinat W, Mandescheid R, Baingana R et al. The International Consortium on Mental Health Policy and Services; objectives, design and project implementation. *Int Rev Psychiatry* 2004; 16 : 5 - 17.
13. Gureje O, Lasebikan VO. Use of mental health services in a developing country; results from the Nigerian survey of mental health and wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41 : 44 - 9.
14. Edejer T, Baltussen R, Adams T et al (eds). *Making choices in health: WHO guide to cost - effectiveness analysis*. Geneva; World Health Organization, 2003.
15. Chisholm D. Cost - effectiveness of first - line antiepileptic drug treatments in the developing world; a population - level analysis. *Epilepsia* 2005; 46 : 751 - 9.
16. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso - Mateos JL et al. Reducing the global burden of depression; a population - level analysis of intervention cost - effectiveness in 14 epidemiologically - defined sub - regions (WHO - CHOICE). *Br J Psychiatry* 2004; 184 : 393 - 403.
17. Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M et al. Reducing the global burden of heavy alcohol use; a comparative cost - effectiveness analysis. *J Studies Alcohol* 2004; 65 : 782 - 93.
18. Hutubessy R, Chisholm D, Tan Torres T. Generalized cost - effectiveness analysis for national - level priority - setting in the health sector. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003; 1 : 8.
19. Ferri F, Pourabbas E, Rafanelli M et al. A system to define and allocate health care resources on a territory to improve the life quality of the populations in developing countries. *Comput Biomed Res* 1997; 30 : 379 - 402.
20. Adam T, Evans D, Murray CJ. Econometric estimation of country-specific hospital costs. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003; 1 : 3.

# 澳大利亚和新西兰对国际精神卫生研究出版物的贡献： 高影响力期刊的纵览

JOSHUA WHITE<sup>1,2</sup>, VIKRAM PATEL<sup>1,3</sup>, HELEN HERRMAN<sup>4</sup>

1, Mental Health Division, George Institute for International Health, Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, New South Wales, 2050, Australia;

2, St. Vincent's Mental Health Service, P. O. Box2900, Fitzroy, Victoria, 3065, Australia;

3, Department of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1E7HT, UK;

4, Australian International Health Institute and School of Population Health, University of Melbourne, Victoria, 3010, Australia

发表在高影响力期刊中的大部分有关精神卫生研究文献都源自北美，西欧以及澳洲和新西兰（ANZ）等发达国家，这些国家人口相对少。我们审查了澳洲和新西兰研究协会对非主导国家的国际精神卫生文献所做出的贡献。文献检索分两个阶段进行。一个阶段是在三年（2001~2003）多的时间里ANZ作者发表在PubMed十二个高影响力的当地和国际精神卫生期刊上的文献搜索；另一阶段是十年多的时间里（1994~2003）人工搜查了投稿到澳洲和新西兰精神病学期刊（ANZJP）上的文献。ANZ作者发表在被选择的高影响力期刊中除了澳洲和新西兰，北美和西欧等国家的国际精神卫生文献之中占百分之四。ANZJP期刊的百分之六是非主导国家发表的文献，百分之三十是ANZ作者所做出的贡献。香港和新加坡是在这些非主导国家中投稿量最多的国家。78篇文献中65篇是原著。描述性的传染病学和病例报告是最普遍的研究模式。精神疾病中研究最多的是精神障碍（mental disorder）。大部分的研究是通过专家的指导来完成的。所以，ANZ精神卫生研究协会发表在当地和其他高影响力期刊的有关除澳洲和新西兰，北美和西欧等国家之外的国际精神卫生文献是相对来说占少部分的。尤其是那些中低收入且高人口密度国家在精神卫生研究协会设置上或全球疾病负担最重的精神卫生问题上研究甚少。

**关键词：**研究 国际精神卫生 澳洲 新西兰 合作

一般，精神卫生研究包括在内的卫生研究主要在具有可利用资源和专门知识的发达国家中兴起，如北美，西欧，澳洲和新西兰（ANZ）。除了上述国家之外其他国家很少在精神卫生研究方面投入精力，这些情况是被卫生研究发展委员会于1990年认证的。<sup>[1]</sup>像“10/90空白”：全球性卫生研究上每年投资73亿元，其中少于10%的资金用在解决90%左右的全球疾病负担上（measured in disability adjusted life years, DALYs）<sup>[2]</sup>。因此，发达的西方国家从事研究活动很积极，占世界人口生活的85%以上、而全球疾病负担最重的中低收入国家则研究方面投资得很少。

全球性卫生研究论坛目标在于校正“10/90空白”，把焦点放在导致全球疾病负担最重的疾病和其危险因素的研究。全球论坛针对全球疾病负担和未来不断增加的负担中指出精神卫生和神经卫生是在

十一个优先项目之一。例如，截止到2020年抑郁症将成为全球丧失能力的主要原因，将会增加全球疾病负担的第二位<sup>[2,3]</sup>。这个计划的一个重要原因是期望人口密度高且中低收入国家的人口统计学上的迁变<sup>[3,5]</sup>，因为这些国家里将会更多的人进入精神错乱风险年龄阶层中。

精神障碍降低个人受教育机会和阻碍参加经济活动并且破坏贫穷的周期，因为它会使医疗保健及社会费用增加<sup>[3,6,7]</sup>。这些问题在中低等收入国家很难解决，这将引发一连串的相关问题，包括性别不公平，HIV/AIDS，儿童和青少年的健康成长问题，自然灾害，犯罪和暴力等。因此国际精神卫生研究包括处于不同发展阶段的文化差异。尤其是对中低等收入国家的人口和主要卫生设置研究上必须提供当地的合理的基础，这样才能确保有效性和干涉质量来控制有效资源的分配<sup>[3]</sup>。全球性论坛也提倡发

展中国家需要卫生权威人士及临床工作者和规划者通过更好的研究通道研究这些问题<sup>[4]</sup>。

高影响力期刊是一种很重要的大量研究成果的传播媒介。高影响力的期刊在很多国家通过报纸形式或电子形式广泛地引用到研究当中，且最容易被接受的。但是对真正的国际读者来说目前已出版的精神卫生研究文献还是有局限性的。最近调查的几个高影响力期刊的文献中只有 6% 是来自北美和西欧以及 ANZ 以外的国家<sup>[8]</sup>。存在这种不平衡的理由包括不发达国家的低水平的临床和研究能力、语言障碍、资源缺乏、过高临床负担、对精神卫生的不重视、在国际编辑期刊中的低投稿率等<sup>[9-12]</sup>。

在这篇文章中描述的是 ANZ 精神卫生研究资源在国际精神卫生中减低“10/90 空白”所做出的贡献。国际精神卫生研究中强调除了 ANZ，北美和西欧之外的国家在高影响力精神病学期刊中的低投稿率，根据人类发展索引发现这些国家大部分是中低等收入的国家<sup>[13]</sup>。但其中高收入国家 - 新加坡与高收入西方国家在文化方面有着截然不同的差异。

我们的第一个目标是确定 ANZ 研究人员的出版记录。澳洲最近在所有的世界精神病学/心理学期刊上的出版量与引用量上排名第五，具有高科学研究能力。我们查询和估量了 ANZ 作者在国际精神卫生文献中的贡献和与国际大学的合作力。我们的第二个目标是分析在“澳洲与新西兰精神病学期刊”(ANZJP) 上的国际精神卫生的表象，其期刊上的出版率与引人注目的国际精神卫生期刊的调查结果相比较<sup>[8]</sup>。我们关注 ANZJP 是因为它在亚洲太平洋地区是个高影响力的精神卫生期刊而且对局部地区产生的国际精神卫生传播的争议性。我们的第三个目标是在我们的研究中证实这些出版物的特征，包括代表国家，基金来源和自然资源。

## 方法

### 期刊搜索

在 2001 ~ 2003 期间查询了 ANZ 作者发表在 PUBMED 上的六个高影响力的国际精神卫生期刊中的精神卫生文献：大众精神病学档案、精神病学美国学报、精神病学、英国的心理医学学报、Acta Psychiatrica Scandinavica 和 addiction。同时也搜寻了“澳洲或新西兰”期间的 ANZ 作者的投稿论文。通过 PubMed 也搜寻了 2001 年到 2003 年之间的四个国

际医学期刊（新英格兰医学期刊，Lancet，英国医学期刊，美国医学协会期刊）；和两个当地医学期刊（澳洲医学和澳洲新西兰公共卫生期刊）。查寻用到了“精神障碍或药物滥用或自杀或自伤”等关键字。这些被选择的十二个当地和国际精神卫生期刊及医学期刊是具有高影响力的期刊，ANZ 作者经常发表在这些期刊中。1994 - 2003 年间的所有 ANZJP 文献都进行了人工搜索，且每个文献都通过检查确认是否为符合条件的国际精神卫生文献。搜索时间花费了 10 多年，因为 ANZJP 是隔月出版，而其他大部分期刊是每周或每月出版。

### 符合条件的文献选择

在这次研究中，如果精神卫生文献是除澳洲和新西兰，北美或西欧国家之外的就认为是符合条件的；所以亚洲太平洋区域中高收入国家 - 例如新加坡就可以纳入其范围之内。来自符合条件的国家但住在 ANZ，北美或西欧等国家的移民是不作为符合条件的。我们引用广泛定义的精神疾病 - 卫生，包括了精神障碍，药物滥用，自杀和自伤的出版物。如果文献是原稿，综述或社论/评论则是合格的。相应的，新闻文献和书刊综述是不合格的。在 ANZJP 中一些无规则的评论系列也都未被采纳。

### 内容分析

所有被分析的被选文献有几个特点，包括国家和对文献感兴趣的作者。证实了每个作者做出的贡献是对 ANZ 和国际还是 ANZ 或国际，也证实了是否有国际合作。通常合作双方均来自 ANZ 和对文献感兴趣的作者之间形成的。对所有被选文献的基金来源也有记载。用原始的研究文献证实和分析决定：学习模式设计、精神分裂症的研究、参与研究领域设置等。如果他们参加了数据整合或对现有数据的分析，这样的文献认为是原始研究稿<sup>[15]</sup>。

## 结论

### ANZ 作者的贡献

纵览整个研究过程，ANZ 作者在 ANZ，北美，西欧等国家之外的国际精神卫生文献中具有 32 篇的论文。12 篇被选的文 献出版在 12 个高影响力的当地和国际期刊中（2001 - 2003），说明 316 篇精神卫生文献中 4% 是 ANZ 出版的。其中两个当地期刊 Medi-

cal Journal of Australia 和 Australia and New Zealand Journal of Public Health 的 136 篇精神卫生文献中没有发现合适的。20 篇文献是发表在 ANZJP 中 (1994 - 2003), 在被选的国际精神卫生文献中占 30%。ANZ 作者与来自 20 篇文献中的其他国家的作者相合作: 在 ANZJP 发表了 12 篇和其他 12 个高影响力的期刊中发表了 8 篇。表一里列举的是被选的国际精神卫生文献中有贡献的作者们。

### ANZJP 中国际精神卫生的文献

ANZJP 的研究表明, 1994 - 2003 年间共发表了 1052 篇文献, 其中 66 篇文献 (6%) 是除了 ANZ, 北美和西欧以外的有关国际精神卫生的文献。66 篇中 50 篇文献的第一作者来自 ANZ, 北美和以西欧以外的国家, 14 位第一作者是来自 ANZ, 2 位来自北美和以西欧。

### 代表国家

在 78 篇被选文献 (66 篇选自 ANZJP, 12 篇选自其他期刊), 大部分 (77%) 文献是来自亚洲和太平洋国家的: 香港<sup>[16]</sup>, 新加坡<sup>[15]</sup>, 印度<sup>[5]</sup>, 马来西亚<sup>[5]</sup>, 台湾<sup>[4]</sup>, 中国<sup>[3]</sup>, 越南<sup>[3]</sup>, 斐济<sup>[3]</sup>, 泰国<sup>[2]</sup>, 日本<sup>[1]</sup>, 东帝汶<sup>[1]</sup>, 韩国<sup>[1]</sup> 和无指定的<sup>[1]</sup>。还有南非洲<sup>[5]</sup>, 以色列<sup>[3]</sup>, 尼日利亚<sup>[2]</sup>, 伊朗<sup>[1]</sup> 和克罗地亚<sup>[1]</sup> 等。三篇文献是由多个国家合作投稿的, 另外三篇文献是没有指定国家。表 2 里说明在课题研究中证实的被选文献是人口相对较少且较发展的地区 (根据人类发展所引, HDI) 发表的论文更多。

### 出版物类型

78 篇被选文献中, 65 (83%) 篇为原著, 11 篇 (14%) 为综述, 还有两篇 (3%) 是编辑评论/社论。图 3 中说明最普遍的研究设计是流行病学研究 (27 / 65) 和病例报告 (19 / 65); 最多的课题为精神分裂症, 且研究参与者由专家组成的最多 (41 / 65)。

### 基金

在 78 篇被选国际精神卫生文献中, 17 篇 (占 22%) 注明了基金的援助。26 种基金来自 24 处的资金机构, 14 种基金是从有关国家机构获得, 7 种来自北美或以西欧, 5 种来自 ANZ。有国际合作的文

献跟那些 ANZ 作者或单一国家比起有更多的资金来源。

## 讨论

通过这项研究发现 ANZ 研究人员对精神卫生研究的贡献是显著的, 但只有 32 篇有关国际精神卫生文献对我们选择的期刊有贡献。在三年多的时间里发表在 12 个高影响力的当地和国际期刊中有关国际精神卫生文献占很小百分比 (4%, 12/316)。近 10 年的研究期间只有 20 篇被选文献是由 ANZ 研究人员刊登在 ANZJP 上的。ANZ 作者与国际大学合作的文献在被选的国际精神卫生文献中占有很小部分: 总共 20 篇文献 (12 发表在 ANZJP, 8 篇在其他的有名期刊上)。

我们的文献研究也表明发表在亚洲、太平洋地区最具影响力的精神卫生期刊 ANZJP 上的有关国际精神卫生研究文献占很小的比例 (6%)。这个出版率与在六个高影响力的欧洲和北美精神卫生期刊中文化研究的出版率差不多, 也与中低收入国家报道的热门医学, 心血管和 HIV/AIDS 文化的比重差不多。因此我们的结果与现有“10/90”空白的全球论坛相符合。

我们承认我们研究有很多局限的部分。我们对从 ANZJP 手工来检索文献的结果是很有把握的。不管怎样, 六个国际精神卫生期刊的检索战略中, 如果 ANZ 作者不是第一作者的话不被选。同样, 如果他们的研究中在六个国际精神卫生期刊中不包含下面的搜索项目如“精神”, “药物依赖”, “自杀”或“自残”等也将会不被选的。我们相信, 仅仅小部分的文献被错过了。我们的分类包含 ANZ, 北美, 以西欧等国家和这些国家之外其他国家, 我们不是以国家发展程度来分配的。这样, 把高收入的国家 - 新加坡列到了中低收入国家之中, 如东帝汶和印度。选择这样的分类, 是因为我们想从生物医学研究上占主导地位的欧美之外的国家范围来阐述其研究, 而不是从发展水平的角度。然而, 大部分被选的国家为中低收入的国家, 这种分类也可以与先前的国际精神病学文献研究做比较<sup>[8]</sup>。我们承认 ANZ 研究人员贡献了很多关于这些被选国家感兴趣的文献发表在该国的期刊上而不是我们选择的高影响力的那些期刊。我们选择的这些高影响力期刊是因为出版在这些期刊上的文献对那些国家有很大的潜在利

益 - 例如, 在数据库上已有标注使得发展中国家更容易获得和传播。此外, 大部分发展中国家的期刊都没有索引, 所以我们无法从世界上所有发展中国家了解当地文献。

大部分被选的国际精神卫生文献来自于人口密度小和高 HDI 这些国家的, 譬如香港和新加坡。Mega - 国家拥有中等 HDI。中国和印度是其次。低 HDI 的只有两个代表国家: 尼日利亚和东帝汶。

在六十五篇被选的精神卫生文献中的一部分与公共卫生有关。大部分文献 (41 篇) 是被精神卫生机构的专家所指导, 而不是普通人群或初级研究机构所发表的。十九项研究是病例报告。此外, 常见疾病的研究有精神疾患 (20 篇) 和引起全球疾病负担加重的抑郁症 (14 篇)。

五个国际精神卫生研究优先地区被确定为低收入国家<sup>[5]</sup>。这些优先国家研究的范围包括文化形成的流行病数据库, 介入评估, 预防方法, 女性精神卫生和暴力等<sup>[5]</sup>。我们在这些领域只有稍许的研究。虽然已有二十七项流行病被发现, 但只有五项介入研究和一项暴力研究。关于女性精神卫生或预防没有具体的研究。

所以, 尽管精神卫生研究资源的丰富以及 ANZ 在高影响力期刊上的出版对国际精神卫生研究的贡献被认可, 但同样相对来说也是有限的。我们只能对这些低投稿原因做推测。原因之一也许是那些期刊代表全国精神病学的社会, 譬如 ANZJP, 有可能与倾向他们的主要读者群体有关。代表高影响力精神卫生期刊的 25 位编辑小组最近认为中低收入国家需要大量的 unmet 精神卫生<sup>[9]</sup>。同样也需要研究人员, 政府及精神病患者的共同合作。

目前发展中国家的研究能力偏低的重要原因全球性卫生论坛的研究重点在沿着拉近 10/90 空白的方向发展, 而发展的重点在于研究能力的提高。ANZ 研究协会及北美、西欧的合作协会将针对中低收入的国家共同参加建立国际精神卫生研究范畴和提高个人研究能力的活动中。通过研究合作, 他们可以制定计划或协助研究设计, 分析结果, 应用研究成果, 发展当地期刊和信息网络。与国际同事之间的积极研究配合将促进双方的发展。

根据世界卫生组织 (WHO) 对发展中国家经济学和卫生学的研究发现, 投资在卫生的费用回报率比其他任何经济部分都要高: 经常平均每三美元返一美元。委员会建议应增加七成卫生研究协助人员,

其中至少要有 5% 致力于研究, 并且建议发展中国家应增加卫生研究之中的预算。卫生研究资金对亚洲太平洋地区研究国际精神卫生有着关键作用。在我们研究范畴之内的所有被选文献中 17 篇是在没有拿到资金支持的基础上完成的。只有 5 篇具有来自 ANZ 资源资助的。它似乎表明 ANZ 研究人员和发展机构对国际精神卫生做出的贡献是相对少。相反的, 英国国际发展机构和美国精神卫生学院已将其融入到了他们的项目中。

那么, ANZ 精神卫生研究人员应该对国际精神卫生研究委员会做点什么贡献呢? 在高影响力期刊国际精神卫生研究方面的覆盖面应多大呢? 比如像 ANZJP。这些问题的答案不能单纯的科学透视来给予: 一个全球性道德透视表明历史性社会经济的不平衡必须融入在其中。许多因素限制国际精神卫生研究的发展。进一步的, 我们相信 ANZ, 连同其他拥有重大资源, 资金和技术且经济比较富裕的国家相对资源较少的国家应该在人口精神卫生的提高上通过研究和出版物发挥更大的作用。

## 鸣谢

作者要对悉尼大学, 国际卫生乔治学会在创立其精神卫生部门时给予支持及积极参与的学院主任 Robn Norton 和副主任 Kylie Monro 表达深深的谢意。

翻译: 权文香

## 参考文献

1. Commission on Health Research for Development. Health research: essential link to equity in development. New York: Oxford University Press, 1990.
2. Murray CJL, Lopez AD (eds). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health, 1996.
3. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
4. Global Forum for Health Research. 10/90 report on health research 2003 - 2004. Geneva: Global Forum for Health Research, 2004.
5. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al. World mental health: problems and priorities in low income countries. New York: Oxford University Press, 1995.
6. Institute of Medicine of the National Academy. Neurological, psy-

- chiatric, and developmental disorders; meeting the challenges in the developing world. Washington; Institute of Medicine, 2001.
7. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *WHO Bull* 2003; 81 : 609 – 15.
  8. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature; survey of six leading journals. *Br J Psychiatry* 2001; 178 : 406 – 9.
  9. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Research for Change; the role of scientific journals publishing mental health research. *World Psychiatry* 2004; 3 : 66 – 72.
  10. Doku V, Mallett R. Collaborating with developing countries in psychiatric research. *Br J Psychiatry* 2003; 182 : 188 – 9.
  11. Alem A, Kebede D. Conducting psychiatric research in the developing world; challenges and rewards. *Br J Psychiatry* 2003; 182 : 185 – 7.
  12. Saxena S, Levav I, Maulik P et al. How international are the editorial boards of leading psychiatry journals? *Lancet* 2003; 361 : 609.
  13. United Nations Development Programme. Human development report 2004; cultural liberty in today's diverse world. New York; United Nations Development Programme, 2004.
  14. Institute for Scientific Information. Essential science indicators. [http:// scientific. thomson. com/products/esi](http://scientific.thomson.com/products/esi).
  15. Jorm AF, Griffiths KM, Christensen H et al. Research priorities in mental health part 1 – an evaluation of the current research effort against the criteria of disease burden and health system costs. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002; 36 : 322 – 6.
  16. Keiser J, Utzinger J, Tanner M et al. Representation of authors and editors from countries with different human development indexes in the leading literature on tropical medicine; survey of current evidence. *Br Med J* 2004; 328 : 1229 – 32.
  17. Mendis S, Yach D, Bengoa R et al. Research gap in cardiovascular disease in developing countries. *Lancet* 2003; 361 : 2246 – 7.
  18. Yach D, Kenya P. Assessment of epidemiological and HIV/AIDS publications in Africa. *Int J Epidemiol* 1992; 21 : 557 – 60.
  19. Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health; investing in health for economic development. Geneva; World Health Organization, 2001.
  20. Department for International Development. DFID research funding framework 2005 – 7. London; Department for International Development, 2004.

# 向着和谐统一方向发展的欧洲精神病学

JOHN L. COX

University of Keele, Staffordshire, UK

本文概述了欧洲影响精神病学家培训以及精神卫生服务设施提供的政治和社会改变，在西欧，设施使用者的要求使社会和卫生服务设施的结合更加紧密，卫生专业人员之间的工作和培训合作更加密切。未来的欧洲精神病学家会更国际化，熟悉文化对精神障碍的影响，能够在多专业队伍中工作。

关键词：关键词：欧洲 精神病学培训 精神卫生服务 精神病学协会

有证据表明，欧洲精神病学变得越来越和谐统一。该过程是由产生欧盟体的《罗马条约》以及随后主张取消种族隔离“宪法”的《马斯特里赫特条约》推动的。该宪法能够促进大欧洲分享决定，增加外交政策、资金以及福利项目的合作。

希望这些政治过程还能够促进医学教育培训和培训标准的一致。医生跨越国界的流动，建立大学生和研究生培训机会的平等，包括专业的继续发展教育，在当前是一个关键的优先项目。

在这种新的社会 - 政治情境下，必须理解，在欧洲任何关于社区精神卫生服务设施的考虑，以及移民、灾难和恐怖事件可引起精神障碍的效应都可能发生。

有趣的是，二次世界大战后成立了欧洲联盟 (EU) 以及 WPA，部分是为了满足使国家之间更紧密的需求，降低第三次欧洲灾难的可能性，以及对 WPA 来说，分享全世界精神科领域的专业知识。

近年来全球化、国际恐怖主义以及地区灾难均表明，欧洲以及世界其他地方的事件会对我们所有人产生影响。美国 911 恐怖事件确实“把全球的万花筒摇成了碎片”，因此，未来会出现什么样的局面尚不清楚。

2004 年 5 月 1 日，10 个国家（波罗的海东岸诸国，斯洛伐克，斯洛文尼亚，波兰，匈牙利，捷克共和国，马尔他以及塞浦路斯）加入欧盟体，截止到 2007 年 1 月 1 日，罗马尼亚和保加利亚、土耳其和克罗地亚仍然是申请国，只有在符合经济和政治标准后方可加入。

但是，欧洲还是一个更广泛的区域，不仅包括瑞士和挪威，还包括俄罗斯、阿尔巴尼亚和乌克兰。

欧洲国家之间经济差异明显，语言和文化差异也能够影响欧洲之间的内聚力以及期望能够平衡美国经济力量的能力。

因此，如果使用者希望把需要建立的精神卫生服务设施和符合当地需求的培训项目完整的整合在一起，理解这些政治过程是必要的。

## 欧洲精神病学组织

欧洲有四个主要的精神病学组织，近来共同致力于一项任务，即回顾欧洲精神病学培训，与欧洲医学继续教育项目合作，研究“欧洲精神病学家”资格，以及总结现代精神卫生服务设施的特征。

WPA 有 10 个成员协会和 4 个区域。在欧洲区域，WPA 有 5 个区域代表，囊括 52 个国家，59 个精神病学协会。

世界卫生组织对欧洲精神卫生组织的注意进一步加强，例如，最近出版了一本有用的书籍——“抑郁：社会和经济定时炸弹”<sup>[1]</sup>，以及促进精神卫生的赫尔辛基内阁会议，来自 40 个国家的卫生部部长签署了关于精神卫生服务设施优先权的宣言，保证政府提供足够的资金以及训练卫生专业人员，使精神卫生服务设施满足患者的需求。

欧洲医学专家联盟 (The European Union of Medical Specialists, UEMS) 是一个欧盟体组织，它包括成人、儿童和青少年精神病学亚专业的来自所有成员国的代表。UEMS 多年来致力于培训项目的统一，监管培训标准以及精神病学家轮转培训。

欧洲精神病学协会 (The Association of European Psychiatrists, AEP) 是欧洲最早的科学协会，人员

更多是成员资格而不是组织资格。AEP 成功的发展了毕业后轮转课程，成为欧洲精神病学协会领导者的伞状组织。

但是，欧洲国家在精神病学培训的时间和内容方面存在差异，财政和政治方面也存在差异。例如，在英国，亚专业培训是常规；在法国，所有的精神科医师都必须接受心理治疗培训；在英国，所有医生的重新资格认定是强制性的；精神卫生立法不仅在英格兰和苏格兰之间存在差异，在东西欧之间则是完全不同。而且，在瑞典和英国，卫生服务设施的资金来源于一般的税收；而在法国和德国，则来源于个人医疗保险。

围产期精神卫生服务设施的比较，我的兴趣领域之一，就更加复杂了。并不仅在英国才能找到卫生参观者，在法国，是儿童精神病学家而非成人精神病学家对住院中的母亲和婴儿负责。尽管如此，在大多数西欧国家中，产后精神障碍的患病率是相似的（10~13%），其中，与婆婆关系差是常见的心理社会应激源<sup>[2]</sup>。

因此，在欧洲，特异性的国家和人群的例子是很多的，但他们之间也存在相似性。2006年7月在土耳其伊斯坦堡召开的WPA国际大会已经发现了这些问题。

在西欧，每个人所占的精神病学家的比例占世界之首，该统计表明，提供一种平衡的、高水平的精神卫生保健服务是可能的。

## 欧洲精神病学协会：向着和谐统一的方向发展

精神病学家专业协会（WPA 成员之一）由于其独特的历史，在目标及成员上差异相当大。例如，在法国有6个专业协会，在俄罗斯有2个协会，而在其他国家，如德国和挪威，只有1个。协会的规模也有差异：英国皇家学院精神病学家协会有9000多个会员，而最小的连500个会员都不到。欧洲成员国之间的合作是通过WPA全体大会选出的5个区域代表来实现的，3年为一任期（3年后更换）。他们通过委员会来影响WPA的政策，委员会每年召开一次，审核预算和三年计划。

2001年于伦敦召开的千年大会上，讨论了国家精神病学协会在促进欧洲精神病学家资格中所起的作用。在我的讲话中阐述了这句格言“一切都已改变，一切还在改变”，它强调那些社会因素，即促进

新的社区精神卫生服务设施需求的因素。这包括更大的使用者/患者卷入，需要患者更多的自主性，降低医学的家长式作风，不迷信研究所中的权威，改善精神卫生专业中的培训，增加这种希望——即对于少数民族来讲，精神卫生服务设施也是平等的、可获得的。公众要求医生进行每年一次的资格评估，每五年一次的资格再认证。获得注册医师的过程也表明医生是“经过实践的执照者”。

精神病学组织通过塑造和集体总结精神病学家的需求和价值来确定精神病学家的专业身份。精神病学是一个综合学科，其循证的证据从生物科学到社会和心理科学。因此，现代社区服务设施中的精神病学家需要是大脑/精神专家，能够进行满足患者个体化需求的实践活动。对全世界中的精神病学来讲，在多专业队伍中的整合是一个因人而异的词，对训练良好的精神病学家来讲不是一种威胁，但对另一部分人来讲，则害怕会失去其专业身份。

初级和高级、神经科学和社会科学、精神病学家和心理学家、医院和社区之间的界限在整个时间中两方面都得经过。这些过渡至少有两种社会力量驱动。第一种是使用者需要更多的自主性和更个性化的保健措施。第二种力量是精神病学的科学化进展，例如，证明了基因表达、早年发育和成人人格之间的联系。

在许多西欧国家中，精神病学家的角色变化很快。我们是珍贵的专业人员，而我们独特的技能联合（作为博士培养，学习社会、心理和生物学知识）对于进行现代精神卫生服务以及复杂患者的最佳保健是非常重要的。这个过程提供了这样一种范式，这种范式并不仅仅适用于精神病学这一医学亚专业，而且适用于整个医学。Fulford et al<sup>[3]</sup>宣称，这种源于精神病学的整合性的内省可能是医学作为一个整体的未来理想之路。精神病学处于医学的中央而非边缘。

在英国，针对年轻医生的毕业后培训的改变能够进一步鼓励这种基础背景更广泛的整合。例如，所有培训医生在毕业培训后的最初两年中进行为期4个月的精神病学和通科培训，这在英国现在已成为可能。认识到在产科和肿瘤科中并发精神障碍使这些科的医生增加其自身关于精神卫生的专业技能，并保证在他们的团队中这种专业技能是可获得的。

吵闹的患者要求他们的医生能够理解他们的需求和他们的恐惧，识别和治疗并存的精神障碍，强

调多学科技能以及在治疗过程中包括患者家庭的保健方案虽然繁琐，但能够保证多方面诊断评估的真正整合。

WPA 的国际诊断评估指南<sup>[4]</sup>总结了这种多维的精神科保健的方法。目前最急需的是专业领域的研究，即决定在紧急临床状况下如何应用这些指南。还有一个需要是推荐如何、什么时候以及由谁完成这种多模式的评估。

Paul Tournier 在日内瓦提出的通科实践<sup>[5]</sup>是最好的“人的医学”。他的新颖之处在于在广泛的精神成分中，不仅强调医生/患者的关系，而且强调医生这个人在此双向过程中起着非常关键的决定性作用。

主张取消种族隔离的观点在 2004 年 4 月召开的欧洲特别会议上再次被提了出来。大会签署这样一项协议，在当今精神卫生保健中，更大的重点应该放在能够满足设施使用者需求的精神卫生服务设施提供上。设施应该是移动的、灵活的，医院设施应该是社区设施的保障，精神卫生服务应该是多学科的、多部门的。

对这种新的精神卫生服务设施提供者的培训值得考虑。例如，需要具体指出所有精神卫生专业人员的资格，随之要明了精神病学家有别于其他学科的技能。

## 结论

在本文中我总结了欧洲直接影响精神病学家培训和精神卫生服务设施提供的政治和社会变迁。一些发展是西欧所特有的，如伴随着吵闹的使用者运动以及一系列在初级和高级保健中的精神卫生专业人员。尽管如此，欧洲国家由以前的共和体进入 EU 以及在下一个十年中，一个穆斯林国家（土耳其）也将加入 EU，这为欧洲提供了一个很好的机会，即吸收其丰富的科学和文化遗产来发展平等的、友好

的、个性化的和基于循证的服务设施。

如果这些能够成为现实的话，那么不仅是欧洲人民受益，还会产生更广泛的影响。国家之间的迁徙以及可能共享不同文化遗产的人们距离的接近需要培养跨文化的精神病学家。Murphy 的宣言“跨文化精神病学家来到了家门口”将会变成现实。

未来的欧洲精神病学家应该是国际化的、接受广泛的生物学和社会科学培训的、熟悉文化对精神障碍影响的以及能够在一个多专业团队中工作（大多数情况下发挥着领导作用）。

在西欧，服务设施使用者的需要、以及他们对家长式作风令人信服的批评，引导社会和卫生设施更紧密地整合，卫生专业人员之间更密切的工作和培训。

因此，迄今为止，欧洲精神病学家是培训最广泛的科学家和临床医师，能够使治疗和精神卫生服务设施满足源于日益多元化的移民人群中的患者的个体需求。因此，精神卫生服务设施也会为减少战争的危险以及谣传做出贡献，降低国际恐怖主义的威胁和后果。

翻译：任艳萍

## 参考文献

1. Dawson A, Tylee A (eds). Depression: social and economic timebomb. London: BMJ Books, 2000.
2. Asten P, Marks MN, Oates MN et al. Aims, measures, study sites and participant samples of the Transcultural Study of Postnatal Depression. Br J Psychiatry 2004; 184 (Suppl. 46) : s3 - s9.
3. Fulford KWM, Stanghellini G, Broome M. What can philosophy do for psychiatry? World Psychiatry 2004; 3 : 130 - 5.
4. IGDA Workgroup, WPA. IGDA. Introduction. Br J Psychiatry 2003; 182 (Suppl. 45) : s37 - s39.
5. Tournier P. The meaning of persons; reflections on a psychiatrist's casebook. London: SCM Press, 1966.

# 亚洲南部精神卫生领域的地区间合作

JITENDRA K. TRIVEDI<sup>1</sup>, DISHANTER GOEL<sup>1</sup>, ROY A. KALLIVAYALIL<sup>2</sup>, MOHAN ISAAC<sup>3</sup>, DHRUBA M. SHRESTHA<sup>4</sup>, HARISH C. GAMBHEERA<sup>5</sup>

1Department of Psychiatry, King George Medical University, Lucknow, India

2Department of Psychiatry, Medical College, Trichur, India

3University of Western Australia, Perth; Fremantle Hospital and Health Services, Fremantle, Australia

4Department of Psychiatry, Nepal Medical College, Kathmandu, Nepal

5Sri Lankan Psychiatric Association, Colombo, Sri Lanka

亚洲南部的人口约占世界人口的1/4，精神疾病患者约占1/5。该地区缺乏精神卫生政策和基础设施。但近年来，一些组织开始受到重视，如社区护理，培训人员，患者满意度和较好的立法。因为该地区发展较快，因此需要进行地区间精神卫生领域的合作以赶上其它地区。需要合作发展的领域包括可接受的心理治疗形式和新技术，并在精神卫生设施中合理分配。有合作潜力的另一个领域是精神障碍的分类，该领域在我们的环境下能提供更多资料。精神卫生项目及其所属项目在不同水平卫生保健设施的分配也取得了发展。因为该地区大多数国家财政资源有限，资金使用应该考虑最佳花费-效益比，为了达到此目的，需要国家之间的更多合作。新的研究应该在这样的区域进行，即特别能够满足当地的需要以及从地区角度理解疾病，但如果缺乏地区间的合作，研究也不会有结果。为了加强精神卫生领域的合作，世界性组织如WPA应该主动为所有国家建设一个共同的平台并把所有的国家都带到这个平台上来。在这一点上，WPA的工作值得赞扬，他们的工作加强了对地区工作的支持，促进该地区精神卫生的发展。

关键词：区域合作 南亚 精神卫生

亚洲是世界人口最密集、也是经济发展最快的地区。世界上大约23%的人口住在亚洲南部，该地区的精神疾病患者占世界人口的1/5。南亚区域合作协会（The South Asian Association for Regional Co-operation (SAARC)）成立于1985年12月8日，在孟加拉国的首都达卡。7个成员国是孟加拉国、不丹王国、印度、马尔代夫、尼泊尔、巴基斯坦和斯里兰卡。2005年，阿富汗成为新成员国。

尽管存在巨大的文化、宗教、地理和政治差异，但在这片广袤的土地上，影响精神卫生的因素还是相似的，如在最近结稿的亚洲宣言中提出这样的口号：“同一个视野，同一种身份，同一个社区”。因此，我们感到应该加强精神卫生领域的区域合作。

合作需要区分精神卫生需要的优先次序，明确该区域存在的具体精神卫生问题，发展这一方面的花费-效益策略，加强区域精神卫生协会的角色，改变地区精神卫生的面貌。

还需要合作发展的文化包括可接受的心理治疗形式以及新技术，并据此分配精神卫生设施。有合

作潜力的另一个领域是发展精神障碍分类，该项目在我们的环境下能提供更多资料，包括更详细的文化特异性疾病，这类疾病在未来的国际精神疾病分类中可能占有一席之地。

## 南亚区域的精神卫生状况

所有的7个SAARC国家都属于低收入群体，每年的平均国民生产总值从220美元（尼泊尔）到1160美元（马尔代夫）（1999年）。这些国家精神障碍的患病率和问题是相似的。据估计精神障碍的患病率是10-12%，共有精神疾病患者1.5亿到2亿人。

仅有4个国家有精神卫生政策：印度，巴基斯坦，尼泊尔和不丹王国。除了印度（1982年的政策），其它都是在20世纪90年代后期发展起来的，而且这些政策在综合性方面是欠缺的。一些国家如印度，在药物和物质控制和滥用的预防方面还没有政策。虽然在一些国家有精神卫生立法，但他们都

很陈旧而且需要修订。大部分国家有精神卫生项目，一些国家把精神卫生和公共卫生分配系统整合在一起，另一些国家则把精神卫生项目独立出来。一些国家有单独的精神卫生活动预算。

在这些国家，精神卫生人力资源都严重缺乏。每百万人群中精神病学家的数目为0.4（印度）到3（马尔代夫），精神科护士的数量为0.4（印度）到18（斯里兰卡）。每一万人群中精神科病床的数量为0.065（孟加拉国）到1.8（斯里兰卡）。

精神卫生设施的集中化在近年来有了很大转变，重点转到了社区保健，而不是建立新的精神疾病收容所。南亚精神疾病收容所的失败迫使人们进行反思，认识到很多原因，包括对病人有害的治疗，地理和专业上的隔离，报导和计算错误，管理差，经费资源的花费目标性不强，人员缺乏训练，质量保证过程不充分。社区保健把重点带到了基于个体的保健和治疗，更广泛的服务，合作性的治疗项目，更贴近家庭的服务，救护车的服务以及与照料者的合作。

通过地区间更好的合作，可以解决精神卫生问题，改善分配。许多工作都需要在这些领域进行合作，如科研、社区保健、卫生教育、通过媒体引起公众注意，出版资料，培训项目，进修和研究生交流，与公共卫生保健的整合，培训初级保健医生，国家精神卫生项目，医学生的精神科教育，综合医院的精神科，与私立机构/非政府组织间的合作。

## 南亚地区的精神卫生优先权

在大多数 SAARC 国家，国家在精神卫生的支出都少于总卫生支出的1%。大多数需要治疗的患者都需要自己花钱，大多数人没有被保险政策覆盖。因此，大多数穷人得不到足够的治疗，或接受其它便宜的、负担得起的治疗，但这些治疗不是有效的治疗。

联合国秘书长在2001年要求所有的政府在分配资源、发展政策、实施改革方面给精神卫生优先权，从而来解决这个迫在眉睫的问题。同样，世界卫生组织的执行秘书长对成员国也有同样的要求。但是，我们还需要对这个领域的巨大改变拭目以待。

我们向这些成员国推荐以下的精神卫生优先权：在国家卫生系统中把精神卫生做为优先权之一；进行单独的精神卫生预算；把精神卫生和所有卫生的

分配系统整合起来；发展目标性强的区域精神卫生项目；增加精神病学家和其它精神卫生专业人员的数目；促进精神卫生立法；保证免费获得精神药物和抗癫痫药物；支持家庭和社区照料精神病人，保证他们在社区内进行康复治疗；给慢性精神病人安排社会福利和残疾资金；定期评估精神卫生项目。

精神卫生方面的问题是巨大的，资金和其它资源有限，有经验的精神卫生专业人员短缺，国家把大部分精力放在治疗传染病上。因此，为了更好地分配卫生保健，需要制定花费-效益策略。

该策略可能包括以下内容：概念化，定义，“精神卫生”和“精神疾病”的划分和范围，“精神卫生”和“精神疾病”的适宜位置和市场，现有资源的开发，不同政府部门、政府组织和非政府组织、公立和私立组织之间共享保健资源的合作，把基本卫生保健整合到现存的政府和非政府的卫生、教育、社会福利项目中；不同种类个体的训练、支持和监督；公众“精神卫生能力”的加强；制定管理过程可测量的“目标”和“指标”；提升精神卫生服务设施的分配、训练和科研的创新项目。

## 南亚精神卫生科研的合作

南亚精神卫生科研较弱的原因主要在于缺乏足够的经费支持和基础设施，不同卫生部门之间合作较差，究其原因是一些国家存在政治障碍。

整个南非面临的问题是“卫生不平等”。大多数数人生活在农村或城市的贫民窟中，得不到照料。新的分配系统需要针对这一部分庞大的人群。解决的方法应该是利用占统治地位的、传统的资源（例如，魔法-宗教治疗者）。

在亚洲南部，已经被识别的一些有科研合作潜力的区域如下：精神康复；抑郁症的治疗；文化可接受的心理治疗；精神卫生设施的分配；流行病学研究；卫生保健负担；精神障碍的病程和结局；急性精神病；分类系统；精神卫生教育；跨文化精神药理学。

个别国家如印度对精神卫生科研做出了突出贡献。许多部门的工作是值得赞扬的，其中最值得称赞的是印度医学科研咨询委员会，世界卫生组织，印度政府的科学技术部门，印度科学和工业科研委员会以及联合国儿童资金。建立了不同的精神卫生协会，例如，1981年建立的亚洲精神病和精神卫生

联盟 (AFPMH) (印度尼西亚, 马来西亚, 菲律宾, 台湾, 新加坡, 现在还有文莱, 老挝, 柬埔寨, 越南), 2002 年成立的南亚精神病和精神卫生论坛 (印度, 巴基斯坦, 斯里兰卡, 不丹王国, 尼泊尔, 孟加拉国), 2004 年成立的精神病学 SAARC 联盟。全球医药公司也在印度进行了多中心研究, 通过这些不同的多中心研究涉及数个印度科研机构。另外值得一提的是印度精神病学学会 (IPS) 的贡献, 它是南亚最大的精神病学家培训机构, 在该地区的科研合作方面发挥着重要作用。学会通过倡导整个地区参加它的年会, 从而促进地区间的科研协作。

## WPA 及其在精神卫生服务上的发展

WPA 在 SAARC 地区精神卫生服务的发展方面发挥了极大的促进作用。该项目的前提之一是, 识别需要再定位和进一步发展的广泛领域。这些领域因地区的不同而不同。它们包括: 精神卫生政策; 立法和策略; 规范的临床指南; 某些区域精神卫生工作者的能力培养; 基础设施和系统安排的发展; 与外界联系的改善; 精神卫生问题知识的发展; 公众的注意和歧视; 资金和倡议; 对患者权利的违背。

制定适合该区域的环境特异的和规范的临床指南是长久以来存在的问题。近来 SAARC 国家采用资源丰富的中心管理模式。这些模式必须适宜于当地的文化和社会经济特征。

在发展精神卫生服务上, 该地区精神卫生专业的严重缺陷是主要限制因素。因此, 精神卫生工作者能力的培养是发展精神卫生服务的重要一步。在特殊领域的能力培养有助于提高服务质量, 例如康

复, 以及亚专业的培训, 如社区精神病学、司法精神病学、老年精神病学、儿童和青少年精神病学。

WPA 赞助当地国际会议是培养能力的好方法。各种形式的指导, 如教育材料, 书本和杂志, 奖励培训学会的会员, 指导如何准备精神卫生专业的课程都是必须的步骤。

WPA 的倡导对于精神卫生服务发展的再定向以及促进精神卫生专业的发展起着非常有益的作用。我们许多精神卫生专业人员与当地是隔离的, 由于缺少与外界的联系, 只能跟着自己的经验走。这当然是不公平的, 并且也违背了精神病人的权利。

大部分 SAARC 国家均由西方进行精神卫生疾病负担统计。对于科研的区域支持和指导有助于识别该地区的精神卫生优先权, 评估和监测精神卫生疾病负担的方向。对该地区科研资金的建立有助于提高该地区精神卫生专业人员的科研能力, 识别科研的需要, 组织和传播该地区已经存在的知识。

提醒政府对精神卫生疾病负担的注意以及与各种水平的歧视做斗争可以最大程度地改善该地区的精神卫生保健。

WPA 可以帮助 SAARC 地区建立精神卫生策略, 保护患者的人权。任何精神卫生服务发展不好的地区都违背了精神病人的权利, 即接受最好治疗的权利, 这和其它医学的分支相似。

综上所述, 需要高度注意与精神卫生服务发展相关的组织和合作。因此, 以此为契机, 在 SAARC 地区建立一个将来发展成为精神卫生中心的研究所是非常合适的。

翻译: 任艳萍

# 精神卫生和初级卫生保健的整合：乌干达区域性初步行动

EMILIO OVUGA<sup>1</sup>, JED BOARDMAN<sup>2</sup>, DANUTA WASSERMAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Makerere University, P. O. Box 7072, Kampala, Uganda;

<sup>2</sup>Health Services Research Department, Institute of Psychiatry, King's College, London; <sup>3</sup>Swedish National and Stockholm County Center for Suicide Research and Prevention of Mental Ill – Health, National Institute for Psychosocial Medicine; Department of Public Health Sciences, Karolinska Institute, Box 230 SE, 171 77 Stockholm, Sweden

乌干达经过了长达40多年的血腥政治内战，自1987年以来，艾滋病的大规模流行使国内问题更加复杂化。本文描述了在该国家某个地区发展精神卫生服务的一些动机。在该地区，在两个自助团体以及地区政府官员和地区议会代表的支持下，通过一种自下而上的方法形成了以社区为引导的精神卫生项目。该地区各级初级卫生保健工作者均接受培训，旨在保证这种服务能够覆盖整个乡村人群。初步探索性讨论的进一步计划针对教育系，福利性和监督缓刑犯表现的官员，监狱和警察，军队，教堂，文化领导者以及传统疗法治疗者。这些初步结果表明，在低收入国家加强社区参加精神卫生项目的发展是可行的。

关键词：整合 精神卫生 初级卫生保健

乌干达经过长达40多年的血腥政治内战。自1987年以来，艾滋病的大规模流行使国内问题更加复杂化。在这种环境下，精神卫生工作应该是很差的<sup>[1]</sup>。但是，在过去的15年里，国家采取了重要的措施来改善精神卫生服务<sup>[2]</sup>以及提高精神卫生在医学教育中的位置<sup>[3]</sup>。

乌干达的卫生政策是把卫生服务分散到地区，精神卫生是最小卫生包的一个组成部分。本文描述了在该国家Adjumani地区发展地方精神卫生服务的一些初步行动。

Adjumani地区位于乌干达西北部，与苏丹临界，共有人口201,493人<sup>[4]</sup>。该地区有两名医学官员，3名精神科临床官员（接受2年诊断和治疗高级训练的注册护士）以及5名精神科护士。

## 初步行动

通过在当地政客和地区卫生服务工作者中游说，在Adjumani地区进一步确定符合人群心理社会需求的自我依赖以及当地拥有的资源。当地一个社区自愿组织（Nyarima），意思是“我的救护所”，在乌干达精神卫生保健组织提供的技术支持下开始启动，发布该地区高自杀率和酒精滥用问题。“Nyarima”

举办了为期两天的研讨班，对象为当地的卫生工作者，警察，监狱工作人员，教师和当地一级行政长官。研讨班制定了10个决议，强调需要采取紧急步骤形成当地政策和立法来支持地区水平的精神卫生保健，游说国家议会制定政策，采取应对自杀和酒精滥用问题的措施。

随后，地区开通了热线电话服务，一名高级精神病学家通过电话就随后的几周中可能要面对的问题，对特定的精神卫生人员进行指导。资料表明，精神卫生概况以及精神障碍的严重性与堪培拉唯一的国家级医院面临的问题是一样的。尚未识别大部分需要精神卫生服务的地区，或患者未经治疗就生活在乡村中。

来自初级卫生保健设施的34名卫生保健工作者以及11名来自地区医院的工作者接受了地区常见精神障碍的诊断和处理方面的培训。在当地成立了一个工作分配系统，轮流接听热线电话。成立了两个消费者自助支持群体，戒酒匿名协会和艾滋病俱乐部，为地区的初步行动提供支持。基于探索性讨论的进一步计划针对文化领导者，教堂人员，传统医治者，教育系的人员，福利和监督缓刑犯的人员，警察和监狱以及司法部门的人员。

## 讨论

乌干达针对高发酒精滥用和自杀行为做为地方社区反应的初步行动已经开始。他们表明当地社区通过卫生服务设施可以加强对自身的支持,从而帮助降低由于精神和一般心理社会疾病所致的疾病负担。另外,它们揭示初级卫生保健者经过培训可以在地区水平治疗精神疾病患者。

在乌干达 26,800,000 人群中,有 21 名精神病学家<sup>[4]</sup>,比例为 1:1,300,000。在这种人力资源极度短缺的情况下,一类具有中等水平精神卫生人员的特殊骨干在接受培训,他们被称为精神病学临床官员,在诊断和处方方面有着特殊技能。在该国有 50 名这种官员,与居民的比例大约为 1:500,000。为了提高乌干达精神卫生保健状况,在该地区水平的政策改革过程需要加速到这样一种水平,即患有精神卫生问题的人员可以到整合的卫生设施内的精神卫生机构就诊。

最大的挑战在于如何使精神疾病机构被接受,支付得起,每个人都能够通过整合的卫生设施包括社区和政府部门获得基于社会公平的原则的平等和公正。另一个担心的问题在于在 Adjumani 地区的经验是否以及如何维持和复制,因为在该国家有 65 种不同的语言和文化。

我们必须向公众证明,精神卫生问题是可以治疗的,我们可以改善社区中的精神卫生问题,方式包括专家的支持和监督,提供足够的药物,为地区卫生保健工作者进行继续教育,为社区自愿咨询者提供训练和支持,在精神科服务的计划中包括患者及其家庭。虽然传统医治者在治疗精神障碍中的位置在乌干达有报道<sup>[5-7]</sup>,但这些作用尚未确定,因

为在该国这些医治者和现代精神卫生保健设施之间缺乏合作和联络会诊的功能系统。如何才能更好地与传统医治者进行合作,这方面的研究也是迫在眉睫的问题。

## 致谢

本初步行动得到了国际热带卫生与教育基金 (THET) 资助,在科学上得到了瑞典和斯德哥尔摩国家心理社会医学国家研究所自杀研究和精神疾病预防国家中心以及瑞典斯德哥尔摩 Karolinska 公共卫生学系的支持。

翻译:任艳萍

## 参考文献

1. Okounzi SA. Learning from failed health reform in Uganda. *Br Med J* 2004; 329:1173-6.
2. Boardman J, Ovuga E. Rebuilding psychiatry in Uganda. *Psychiatr Bull* 1997; 21:649-55.
3. Ovuga E, Buga J, Oboke J et al. Promoting psychiatry in the medical school. The case of Uganda. *Psychiatr Bull* 2002; 26:194-5.
4. Uganda Bureau of Statistics. Uganda 2002 population and housing census: provisional results. Entebbe: Uganda Bureau of Statistics, 2002.
5. Abbo C. The management of mental health problems by traditional healers in Kampala district. Dissertation, Makerere University, Kampala, 2003.
6. Kasoro S, Sebudde S, Kabagambe - Mugamba G et al. Mental illness in one district of Uganda. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48:29-37.
7. Ovuga E, Boardman J, Oluka G. Traditional healers and mental illness in Uganda. *Psychiatr Bull* 1999; 23:276-9.

## 读者来信

最近发表在世界精神病学的有关女性精神卫生公众舆论声明中，强调应增加对精神疾病认识的重要性，并且减少对患有精神疾病的少女和妇女的歧视；该文指出患有精神疾病的女性比男性更容易受到歧视。

精神病患者的后续治疗问题 – 我们于 2006 年 4 月和 5 月，在大学医学院的精神科门诊部研究了病人后续治疗情况。我们通过使用一张特别的调查表连续采访了至少就诊过一次的 115 名患者及护理人员的人。

第一个重要发现是，女性比男性接受精神卫生保健的人数要少。低于 40% 的门诊病人则是女性。虽然目前门诊主要处理常见的精神障碍，但女性的发病率几乎是男性的两倍。近 70% 女性通常是有人陪护的情况下来门诊就医的，则男性为 44%。在这些女性当中，60% 认为如果没人陪她们就不会到门诊看病。由于她们对陪护人员的过分依赖，比起 64.5% 的男性，只有 45% 的女性主动去门诊就医。

跟 4.8% 的男性比 24% 的女性对药物（如外包装，颜色，剂量）没有了解。由于家庭因素中断治疗的女性占 30.2% 而男性仅为 6.5%。一些中断治疗的家庭给出的理由是因为唯恐将来不孕，担心产生依赖及过度安定等。

性别又是看待患者的另一个因素。比如，相对于 16.1% 的男性，41.5% 的女性抱怨她们得不到很好的治疗。社会上女性患者比男性患者更容易被歧视（37.7% 比 24.4%）。

下面几个因素可以解释这些发现。（First of all,

the cultural taboo of consulting in a psychiatric setting carries the risk of non – marriage or divorce）尤其女性，因为在许多传统阿拉伯社会她们除了扮演母亲和妻子的角色之外，在阿拉伯伊斯兰教的社会，女性代表家庭的荣誉，因此她们不会轻易将个人问题泄漏给家庭成员以外的人，因为她们恐惧将对家庭现状带来不好的影响或在家庭中自身的地位。另外，女性在教育、专业、收入等方面不如男性。所以男性被视为未来经济保障者并且在家庭中起着举足轻重的作用。这也是为什么父母们比女性更在乎男性的理由，即使他有一些很轻的精神症状。并且，女性大部分是为了自己的孩子，年长者，身体不好或没有劳动能力的家庭成员而做看护人。她们的精神卫生与有经济实力的男性比就容易被忽视。最终的结果是，由于在生理上男性比女性更加富有攻击性和危险性，所以导致越来越多的家庭认为只要她们可以继续照顾家务和孩子就可以容忍较严重的精神困扰。

因而，有确凿的证据表明患有精神疾病的少女和妇女们被歧视的主要原因是跟她们的社会地位有关。女性社会地位低，所以似乎加倍不利：因为她们是女性且患有精神疾病。所以，很多传统社会上存在反对性别不平等的现象。要想解决这个问题第一要给女性充分的权利。还在传统社会上发展公共教育和宣传运动才能大大减少对患有精神疾病女性的歧视现象的发生。我们越来越认识到这方面的重要性，在不远的未来一定要减低它的存在。

翻译：权文香

## WPA 地区性会议 “精神卫生的发展” (内罗毕, 2007 年 3 月 21 - 23 日)

FRANK G. NJENGA

非洲以一贯自信且谦虚的态度赢得了世界精神病学联合会议的举办权, 该会议将于 2007 年 3 月 21 日至 23 日在肯尼亚内罗毕举行。世界联合会最终以这种实际的方式表达了对非洲大陆的支持。

例如, 由 Juan Mezzich 领导的、包括当选主席 Mario Maj 在内的整个 WPA 执行委员会不仅在肯尼亚会面而且将会参加由 Oye Gureje 及他的团队组织的科学议会。Norman Sartorius, 会议的名誉顾问, 将对 Oye Gureje 的发展目标作政策演讲。其他著名的演讲人包括 Peter Tyrer, 他将讨论那些资源少的国家的作者们对有深远影响刊物的使用权问题。John Cox 将对后天形成的沮丧、唯心主义和精神健康进行探讨。已经确认非洲的杰出人才, 尼日利亚的 Oye Gureje 和埃塞俄比亚的 Atalay Alem 将发表对精神病的各种表现、包括行动方面的看法。许多未来非洲精神病学专家的年轻骨干将提交论文。肯尼亚精神病学专家将特别介绍他们在精神健康方面取得的研究进展。英国基础精神健康专家 Rachel Jenkins 将阐述她正在非洲东部地区进行的研究工作, 该项目基金由 Nuffield 基金会和英国政府建立。

这项工作涵盖了议会的全部主题。“精神卫生的发展”的分支包括对精神卫生防护资源匮乏的国家的供应; 挑战和机遇; 公共医疗卫生服务中的精神卫生; 特性

和需要; 精神卫生的经济意义和政策; 艾滋病病毒、人脑及其发展; 精神卫生的劳动力和精神病理学; 残疾和健康。

这次座谈会内容极其丰富的, 其主题包括艾滋病和毒品。John Orley (前世界卫生组织心理健康委员会高级官员) 将会出版一本关于酒的新书, 与此同时, 澳大利亚 Paul Mullen 会主持“精神卫生与恐怖主义”讨论会。同时召开关于注意力不足或极度活跃的儿童和青春期精神卫生会议。

有力的支持来自于参加会议的厂商, 支持对来自非洲的青少年精神病学家旅费和参会费用。非洲的青少年精神病学家参加特殊的三日专题会交流, 然后参加本次会议。在本次会议之前, 由 Brian Robertson 领导的三十个青少

年精神卫生小组进行常规会议列出非洲儿童和青少年的需求。

国际支持和出席人员来自于美国精神卫生委员会主席 Pedro Ruiz, 英国皇家精神学院主席 Sheila Hollins, 及来自于加拿大, 日本, 欧洲和亚洲的与会者。

会议前后, 代表们能享受到肯尼亚人的盛情款待。受邀到世界著名的赌城和海滩, 同时还能选择狩猎。肯尼亚政府和当地组委会达成协议保障代表们签证, 安全。

当地组委会已经为肯尼亚和东非青少年精神学家的到来做好准备, 有助于代表们的交流和合作, 并试图使非洲和其它同僚保持持久而有意义的交流。更多的信息访问: [www.wpa2007nairobi.com](http://www.wpa2007nairobi.com)

翻译: 张 佩

## WPA 地区性会议 “科学与道德” (首尔 2007 年 4 月 18 - 21 日)

YOUNG CHO CHUNG

欢迎参加韩国精神协会主办的 2007 年 4 月 18 - 21 日韩国首尔 WPA 地区性会议。

广泛而深入的讨论将会围绕着“科学与道德”议题展开。国际专家将举行最近发展的讲座, 焦点是亚洲地区形势, 诸如亚洲

灾难精神病, 亚洲流行病和跨文化问题。会议参加者会收到最多最近基础和临床研究进展, 及教育课程。世界社会精神康复协会地区会议将同期举行。

J. Mezzich 是大会主席, Young Cho Chung 是组委会主席,

Soo Kwo 是学术委员会主席。Jong Hyuck Choi 是秘书长，WPA 主席为顾问委员会成员。

首尔是世界最具魅力的城市之一。你能发现它独特的亚洲传统和现代建筑。我们为参加者安排非常具有吸引力的社交活动和文化活动。请不要错过对迷人早晨平静土地的访问。

关于详细的会议安排，注册，住宿。请访问：  
[www.wpa2007seoul.org](http://www.wpa2007seoul.org)

我们期待你的参与。

## 致谢

本文得到 Janssen - Cilag 非限制性教育经济补助，特此感谢！

翻译：张 佩