

《柳叶刀》200 年·对话中国学者②



费立鹏

精神病患康复问题须重点关注

● 本报记者 张思玮 ● 丁思月

● 本期主题: 精神健康

● 访谈对象: 上海交通大学医学院附属精神卫生中心危机干预研究室主任 费立鹏

1 深耕精神卫生领域 30 年

记者: 您的研究背景和最近重点关注的领域是什么?

费立鹏: 我在国内的第一份工作就职于湖北的一家精神病院做医生, 主要工作内容是围绕家属如何为重性精神病人提供家庭服务开展培训。当时国内尚未开展精神病人的家庭服务, 我在这方面完成了相关的初步工作。

1990 年, 原卫生部把全国的死亡数据, 包括自杀数据, 上报给世界卫生组织 (WHO)。我到北京工作后, 在北京回龙观医院工作, 并与中国疾控中心有关人员对国内自杀数据进行调查。相关论文发表于《柳叶刀》。

2002 年, WHO 帮助北京回龙观医院建立北京心理危机研究与干预中心, 这是中国第一家、全球第四家心理危机研究

与干预中心。随后该中心开展了国内最大的心理咨询电话服务, 并向全国推广, 共同干预心理危机。当时, 我的主要研究方向是临床流行病学, 研究内容为国内最大样本量的精神障碍患病率和发病率的流调。该研究成果也发表在《柳叶刀》。

2010 年我到上海工作, 在上海市精神卫生中心成立的危机干预研究室进行有关精神病学、流行病学和自杀问题的研究。

最近, 我重点关注两方面的问题。一是调查全国精神卫生人员诊断的真实性; 二是研究农村地区未治疗的重性精神病人特征, 评估其认知功能等。

记者: 原卫生部上报的自杀数据在当时产生了哪些影响?

费立鹏: 1999 年, 国内公布了令人

震惊的自杀数据, 中国是全球自杀率最高的国家之一, 且特征与国外明显不同。国内农村自杀率是城市的 3 倍, 且农村年轻女性自杀率高于男性。与之相反的是, 国外大部分国家男性自杀率是女性的 3 倍。这些数据在当时并不被国外专家认可, 然而经过验证, 事实确实如此。

我曾和中国疾控中心有关团队共同对全国自杀者做心理剖析, 即研究分析他们的自杀原因。我们发现, 1/3 的自杀死亡者没有精神障碍, 究其原因因为冲动自杀。急诊室中自杀未遂的人群中, 1/2 的人没有精神障碍。我们针对自杀未遂人群调查了他们第一次产生自杀想法到实施行动的间隔时间, 有 37% 的人间隔时间为 5 分钟, 40% 间隔时间为 6 小时内。

因此, 自杀干预不仅针对精神障碍患者, 更要面向全人群制定早期介入、完善的自杀干预措施。

2 精神卫生认可度明显提升

记者: 在您看来, 这 30 多年中国的精神卫生领域发生了哪些变化?

费立鹏: 1990 年至今, 中国的自杀率明显下降, 从 22/10 万左右降至 7/10 万~8/10 万, 是全球自杀率下降最快的国家。

面对这种变化, 我希望下降的原因是自杀干预起到了作用, 但实际上, 城市化是国内自杀率下降的主要原因。在这种转变中, 我们开展的自杀干预相关工作可能只占 10%, 剩余 90% 并不在我们的控制范围内。1990 年, 60% 的自杀方式是喝农药, 城市化之后没有获取农药的渠道, 便降低了自杀率。此外, 经济水平提高也是自杀率降低的另一主要原因。

值得高兴的是, 这 30 年间, 精神卫生在国内的认可度和影响力有了明显提升。

1990 年—1995 年, 精神科仅是神经科的下属科室, 不受重视, 医学生也不愿意留在精神科发展。

1994 年, WHO 在国内作精神卫生在中低收入国家发展相关的报告。报告指出, 精神疾病对社会造成极大负担, 原卫生部赞同此观点。从此, 精神卫生被纳入公共卫生范围。

2004 年, 原卫生部建立了第一个精神卫生部门, 启动全国精神病监测, 现发展为重性精神病信息管理系统。该项目发展至今已有大约 600 万人参与, 是全球最大的精神卫生管理系统。

2009 年, 严重精神障碍被纳入国家基本公共卫生服务, 为精神疾病患者提供均等化服务。建设精神卫生防治体系也被纳入卫生事业发展“十一五”规划。

2013 年, 中国出台了第一部精神卫生法, 即《中华人民共和国精神卫生法》, 这是一部前瞻性、全面性、理想化的法律, 包含规范、责任分配、人才培养等。该法的出台是国内精神卫生发展的一个高潮节点。

记者: 《中华人民共和国精神卫生

法》颁布后, 您把法条逐一翻译后发表在《柳叶刀》上, 让世界看到了中国精神卫生领域的进步, 这意味着什么?

费立鹏: 第一, 从科学角度解释, 我希望能在精神卫生领域给这部法律留张“底片”。今年恰好是精神卫生法颁布的第十年, 我想对比国内现状与法条要求两者之间的差距, 确定今后工作的重点方向。

第二, 我们不仅全部翻译了法条, 还对一些条款进行了“本土化”的翻译和解释, 以便国外的研究者理解。

发达国家和中低收入亚洲国家习俗和生活习惯不同, 国外更注重个人, 病人有权利决定是否治疗、如何治疗, 国内和其他亚洲国家更重视家庭或集体的作用, 家庭在监督、评估、康复中占据重要角色, 有权利监督病人、有义务提供精神卫生服务和康复服务。发达国家/高收入国家的精神卫生法并不完全适用于国内和亚洲国家, 我们需要根据亚洲国家的特点和国情制定对应的法律法规, 并以此为没有精神卫生法的中低收入国家提供可借鉴的经验。

人才短缺是最棘手的问题

记者: 目前国内精神卫生领域存在哪些不足?

费立鹏: 国内精神卫生从 1985 年发展至今, 社区对重性精神病患者采取的主要措施为监督、提供药物, 缺乏康复的相关支持。

评估精神病患者康复的标准不仅是症状减轻, 还有患者能否回归社会、生活质量是否提高、工作能力是否恢复等。患者无法康复的原因有三: 第一, 患者本身作为精神病患者, 自我管理意识不强; 第二, 没有为合并糖尿病、高血压等基础病的精神病患者提供普通医疗服务; 第三, 重性精神病康复专业人才短缺且人才质量不高。

在国外, 精神卫生服务主要由综合科医生、社工、心理咨询师提供, 他们的数量是精神科医生的几倍, 并且能提供有效的心理治疗。而目前国内的精神卫生服务主要由精神科医生提供, 他们还要兼顾门诊, 这种情况下, 患者无法得到有效的心理治疗。

国内仅有的心理咨询师, 大部分缺乏临床工作经验, 无法为精神障碍患者提供有针对性且科学的心理治疗。

此外, 农村重性精神病患者分散, 无法到同一个地点获得相应的医疗服务。

记者: 该如何帮助精神病患者回归社会?

费立鹏: 第一, 培养心理咨询师、精神卫生社工等精神卫生领域从业者。

第二, 加强规范化培训, 并在从业者取得培训证书后监督他们的工作, 评价其服务质量。

第三, 投入更多精力、资金和专业人才着重提升农村精神卫生水平。借助互联网的力量推广精神卫生服务, 尤其在医疗资源较少的农村地区, 用互联网尽可能消除人才分配不公平的差距。

第四, 加强对综合科医生的心理危机干预培训, 提高综合专业水平。若综合科医生无法给患者提供心理治疗, 起码他要了解精神药物的使用, 寻求精神卫生社工、心理咨询师的帮助, 通过多方合作为患者提供全面有效的治疗。若医院无法支持综合科医生提升精神卫生服务能力或综合科医生没有精力学习, 综合医院可以设立精神科或开设心理危机门诊。