

综合医院非精神科医师对广泛性焦虑障碍的知晓情况调查

吴秋霞¹, 陈淑宝¹, 罗小阳², 齐畅¹, 龙江¹, 熊一凡¹,
何浩宇¹, 王绪轶¹, 廖艳辉¹, 郝伟¹, 刘铁桥¹

(1.中南大学湘雅二医院精神卫生研究所, 国家精神心理疾病临床研究
中心, 精神疾病诊疗技术工程实验室, 湖南省精神病学与精神卫生重点
实验室, 长沙410011; 2.湖南省衡阳市第一精神病医院, 衡阳 421002)

【摘要】 目的:了解湖南省两市综合医院非精神科医师对广泛性焦虑障碍知识的知晓情况。**方法:**采用案例分析法在长沙及衡阳两市共6所综合医院内用方便抽样法对374名非精神科医师进行广泛性焦虑障碍(generalized anxiety disorder, GAD)知识调查。**结果:**受访者对GAD的正确识别率为31.8%。工作和经济困难、近期的创伤性事件以及日常矛盾被认为是最常见的3个致病原因。86.0%的受访者认为亲密家人的帮助、多从事户外运动等非主流治疗措施有益。多与外界交流学习被认为是最有益的治疗措施。49.2%的受访者认为不接受专业治疗病情会恶化。**结论:**综合医院非精神科医师对GAD知识的知晓存在多方面不足, 提高精神卫生知识知晓率势在必行。

【关键词】 广泛性焦虑障碍; 综合医院; 非精神科医师; 精神卫生知识; 知晓

中图分类号: R395.6

DOI: 10.16128/j.cnki.1005-3611.2016.05.028

Literacy about Generalized Anxiety Disorder among Non-psychiatric Doctors in General Hospital

WU Qiu-xia¹, CHEN Shu-bao¹, LUO Xiao-yang², QI Chang¹, LONG Jiang¹, XIONG Yi-fan¹,
HE Hao-yu¹, WANG Xu-yi¹, LIAO Yan-hui¹, HAO Wei¹, LIU Tie-qiao¹

¹Department of Psychiatry & Mental Health Institute of the Second Xiangya Hospital, Central South University, National Clinical Research Center on Mental Disorders & National Technology Institute on Mental Disorders, Hunan Key Laboratory of Psychiatry and Mental Health, Changsha 410011, China;

²The First Psychiatric Hospital of Hengyang City, Hengyang 421002, China

【Abstract】 Objective: To evaluate the knowledge and perception of generalized anxiety disorder of non-psychiatric doctors in general hospitals. **Methods:** The survey adopted a cluster convenience sampling method in six general hospitals. A total of 374 respondents participated in the survey. Respondents were presented with a case vignette describing a person with symptoms of general anxiety disorder. **Results:** The percentage of GAD diagnosis was 31.8%. The factors most often rated as likely to cause GAD were job or financial difficulties, traumatic events and daily-life problems. More than 86.0% of respondents rated non-medical interventions including help from close family and physical exercise as beneficial for GAD, in particular, inter-personal interaction was rated as the most helpful intervention. Only 49.2% of respondents considered patient would get worse if having no professional treatment. **Conclusion:** Non-psychiatric doctors in general hospitals have poor knowledge and often miss diagnosis on GAD, it is necessary to improve mental health literacy about GAD.

【Key words】 GAD; General hospital; Non-psychiatric doctors; Mental health literacy; Awareness

广泛性焦虑障碍(GAD)是焦虑障碍的常见表现形式,其基本特征是与现实不相符的过度焦虑和担心,以及伴有颤抖,肩背部疼痛,紧张性头痛,胸闷,烦躁不安,失眠,乏力,口干,盗汗,尿频,吞咽困难,恶心,腹泻,和非典型性胸痛等多种躯体不适症状^[1],患者常因躯体主诉就诊于综合医院非精神科,易被误诊为冠心病^[2]、慢性胃炎^[3]等躯体疾病。

2001-2005年期间,Michael R Phillips 等人对各类精神障碍的流行病学调查发现,焦虑障碍的发病率为13%,其中GAD的发病率最高,为4%,而有93.9%的患者从未治疗过,而到精神科就诊者仅占2.9%^[4]。各类焦虑障碍的误诊率高达50%^[5],多数患者反复就医,导致浪费医疗资源,并使病程迁延不愈,严重影响病人的生活质量。澳大利亚一项有关原发性焦虑障碍和抑郁障碍的研究发现,延误治疗的原因主要是缺乏精神卫生知识^[6]。个体及医护人员缺乏精神卫生知识^[7]则可导致无法及时准确识别精神科疾

【基金项目】 受国家自然科学基金(81371465)和湖南省自然科学基金(2015JJ2180)资助

通讯作者:刘铁桥, Email: tiegezhongguo@126.com

病。加拿大的一项研究发现初级保健机构对GAD的漏诊率达71%^[8],而目前我国缺乏基层医院诊断GAD的相关数据。

目前国内尚未见有关于非精神科医师对GAD知晓情况的相关调查。因此,本研究对长沙及衡阳两市6所综合医院部分非精神科医师展开调查,以期初步了解综合医院非精神科医师对GAD相关知识的知晓情况,可以间接了解非精神科医师在接诊GAD患者时可能给出的诊断以及治疗方案,以便发现诊疗活动中是否存在问题,为后期进行精神卫生知识的相关培训提供参考。

1 对象及方法

1.1 对象

本研究采用方便抽样法,对长沙及衡阳两市共6所综合性医院非精神科医师进行调查,共发放问卷450份,收回有效问卷374份,有效回收率83.1%。

1.2 调查工具

本调查采用改编自Reavley及Jorm等^[9]在澳大利亚所使用的调查问卷的中文版问卷。该问卷采用案例(vignettes)分析调查法,给出一个GAD的经典案例,让受访者根据这一案例回答关于该案例的诊断、治疗、病因、预后以及病耻感等相关问题,本调查中病耻感的内容将在其他文章报告。

1.3 统计学处理

数据采用SPSS20.0软件进行统计分析,其中,精神卫生知识知晓情况采用频数(n)及百分率(%)的描述统计方式。

2 结果

2.1 一般人口学资料

在收回的374份问卷中,二、三级医院医师分别为102人(27.3%)、272人(72.7%);其中内科223人(59.6%),外科151人(40.4%);男性204人(54.5%),女性170人(45.5%)。年龄19-62岁,平均30.9±8.3岁。婚姻状况:已婚184人(49.2%),未婚187人(50.0%),其他3人(0.8%)。文化程度:中专9人(2.4%),大专56人(15.0%),本科164人(43.9%),硕士120人(32.1%),博士25人(6.7%)。从事工作年限1-42年,平均8.0±8.6年。

2.2 对GAD的识别

两市综合医院非精神科医师对GAD的正确识别率(患者最有可能的诊断)仅为31.8%。见表1。

2.3 对病因及危险因素的认识

导致GAD的病因及危险因素,如表2所示,两

市医师认为比率(选择“很可能”以及“可能”)较高的三个选项为:工作和经济困难(82.6%),近期的创伤性事件(77.5%)及日常矛盾所致(77.3%);认为好友或家人死亡(77.0%)、性格缺陷(70.3%)是可能的病因的比率也较高;认为是化学物质失调、遗传因素所致的比率分别为68.2%、62.3%。

表1 受访者对案例中患者可能及最可能的诊断的选择

诊断	患者可能的诊断		患者最有可能的诊断	
	n	(%)	n	(%)
GAD	155	41.4	119	31.8
压力导致的紧张状态	187	50.0	38	10.2
抑郁症	103	27.5	39	10.4
精神分裂症	27	7.2	10	2.7
心理问题	131	35.0	17	4.5
精神疾病	70	18.7	12	3.2
躯体疾病	21	5.6	9	2.4
情感症状	43	11.5	4	1.1
自尊行为	23	6.1	0	0.0
灵魂附体	1	0.3	0	0.0
恐惧症	40	10.7	6	1.6
社交焦虑症	117	31.3	42	11.2
创伤后应激障碍	14	3.7	2	0.5
急性焦虑发作	56	15.0	23	6.1
强迫症	72	19.3	32	8.6
人格障碍	25	18.7	7	1.9
躯体疾病所致	28	7.5	6	1.6
其他	12	3.2	6	1.6
不知道	8	2.1	2	0.5

表2 受访者对案例中疾病原因及危险因素的选择

可能的病因	很可能		可能		不可能		不一定		不知道	
	n	(%)								
1.病毒感染	28	7.5	82	21.9	164	43.9	61	16.3	39	10.4
2.过敏反应	20	5.3	76	20.3	178	47.6	61	16.3	39	10.4
3.日常矛盾所致	108	28.9	181	48.4	49	13.1	22	5.9	14	3.7
4.工作和经济困难	126	33.7	183	48.9	26	7.0	25	6.7	14	3.7
5.好友或家人死亡	84	22.5	204	54.5	31	8.3	31	8.3	24	6.4
6.近期的创伤性事件	107	28.6	183	48.9	29	7.8	33	8.8	22	5.9
7.儿童时期的问题	69	18.4	181	48.4	55	14.7	43	11.5	26	7.0
8.遗传因素所致	54	14.4	179	47.9	63	16.8	52	13.9	26	7.0
9.脑内化学物质失调	51	13.6	204	54.5	49	13.1	45	12.0	25	6.7
10.神经过敏	50	13.4	177	47.3	68	18.2	44	11.8	35	9.4
11.性格缺陷	64	17.1	199	53.2	47	12.6	39	10.4	25	6.7
12.其他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

2.4 对治疗的理念

受访者认为不同治疗对GAD“有益”的选择如表3。两市医师认为有益的求治对象比率最高的为精神科医师(89.3%),其次是临床心理治疗师(89.0%)和亲密家人的帮助(86.6%);认为全科医师或家庭医生(63.6%)、咨询师(61.8%)、精神科护士(73.0%)、亲密朋友的帮助(84.2%)有益的比率均较高。而认为自己单独处理有害的比率为53.2%,认为求神拜佛、请法师有害的比率为65.5%。

两市医师认为有益的药物主要有抗焦虑药(79.4%),其次是抗抑郁药(61.0%)和镇静药(60.7%)。认为缓泻药、镇痛药、抗生素有害的比率分别为37.2%、48.9%、50.8%。见表4。

而在其他干预措施中,两市医师认为有益的前三位选择是:多与外界交流学习(89.8%)、多从事户外运动(87.2%)和心理治疗法(86.1%);认为从书本上学习解决办法(81.8%)、参加训练班学会放松压力应对技巧(81.3%)、按摩放松休息(81.6%)、气功/太极疗法(54.0%)、催眠疗法(70.3%)、芳香疗法(54.6%)、收治精神病医院(54.6%)、收治于综合医院精神科(61.5%)、完全戒酒(62.6%)有益的比率也不低,而认为适当饮酒放松有益的比率(44.1%)比认为适当饮酒有害的比率(20.3%)高。见表5。

2.5 患者的预后

两市医师对患者接受专业帮助的预后的回答见表6。由表可见,两市医师均认为案例中的患者完全康复但可能再复发的比率最大,为60.4%,其次是认为患者完全康复不再复发,为18.7%。而对患者不接受专业帮助的预后,两市医师认为患者病情恶化的比率最大,为49.2%。

表3 受访者对求助以下不同人群的认可程度

求助人群	有益		无益也无害		有害	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1.全科医师或者家庭医生	238	63.6	135	36.1	1	0.3
2.药剂师	115	30.7	240	64.2	19	5.1
3.咨询师	231	61.8	132	35.3	11	2.9
4.社会工作者	176	47.1	175	46.8	23	6.1
5.电话咨询服务	183	48.9	165	44.1	26	7.0
6.精神科医师	334	89.3	39	10.4	1	0.3
7.精神科护士	273	73.0	97	26.0	4	1.1
8.临床心理治疗师	333	89.0	41	11.0	0	0.0
9.亲密家人的帮助	324	86.6	49	13.1	1	0.3
10.亲密朋友的帮助	315	84.2	56	15.0	3	0.8
11.传统医师/中医	128	34.2	220	58.8	26	7.0
12.自己单独处理问题	46	12.3	129	34.5	199	53.2
13.求神拜佛,请法师	26	7.0	103	27.5	245	65.5

表4 受访者对以下不同药物(物质)认可程度

药物治疗	有益		无益也无害		有害	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1.维生素和矿物质	146	39.0	227	60.7	1	0.3
2.缓泻药如乳果糖或番泻叶	45	12.0	190	50.8	139	37.2
3.中草药	91	24.3	215	57.5	68	18.2
4.镇痛药如阿司匹林、泰诺林	40	10.7	151	40.4	183	48.9
5.抗抑郁药	228	61.0	102	27.3	44	11.8
6.抗生素	45	12.0	139	37.2	190	50.8
7.催眠药	173	46.3	131	35.0	70	18.7
8.抗精神病药	189	50.5	105	28.1	80	21.4
9.镇静药如安定	227	60.7	102	27.3	45	12.0
10.抗焦虑药	297	79.4	56	15.0	21	5.6

表5 受访者对其他干预措施的认可程度

其他干预措施	有益		无益也无害		有害	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
多从事户外运动	326	87.2	44	11.8	4	1.1
从书本上学习解决办法	306	81.8	61	16.3	7	1.9
多与外界交流学习	336	89.8	36	9.6	2	0.5
待在家里休养	109	29.1	128	34.2	137	36.6
参加训练班学会放松、压力应对技巧	304	81.3	43	11.5	27	7.2
按摩放松休息	305	81.6	67	17.9	2	0.5
完全戒酒	234	62.6	128	34.2	12	3.2
适量饮酒放松	165	44.1	133	35.6	76	20.3
气功/太极疗法	202	54.0	144	38.5	28	7.5
针灸疗法	173	46.3	188	50.3	13	3.5
心理治疗法	322	86.1	50	13.4	2	0.5
催眠疗法	263	70.3	101	27.0	10	2.7
芳香疗法	204	54.6	155	41.4	15	4.0
收治于综合医院精神科	230	61.5	75	20.1	69	18.5
收治于精神病医院	204	54.5	70	18.7	100	26.7
电休克治疗	76	20.3	112	29.9	186	49.7
饮食治疗或避免某些食物	138	36.9	201	53.7	35	9.4

表6 受访者对案例中患者接受专业帮助和不接受专业帮助的预后的选择

	N=374	(%)
接受专业帮助的预后		
完全康复不再复发	70	18.7
完全康复但可能再复发	226	60.4
部分康复	36	9.6
不完全康复并可能再复发	27	7.2
病情没有进展	5	1.3
病情恶化	2	0.5
不知道	8	2.1
不接受专业帮助的预后		
完全康复不再复发	14	3.7
完全康复但可能再复发	40	10.7
部分康复	20	5.4
不完全康复并可能再复发	56	15.0
病情没有进展	36	9.6
病情恶化	184	49.2
不知道	24	6.4

2.6 不同级别医院医师对GAD的认识的比较

三级医院医师中,本科及以上学历医师有256人(94.1%),二级医院中,本科及以上学历的医师有52人(51.0%)。三级、二级医院医师对GAD的认识主要不同点如表7所示。三级、二级医院医师对GAD的正确识别率分别为35.3%、22.5%,差异有统计学意义。对于GAD的治疗理念,三级医院医师认为精神科医师、临床心理治疗师、抗焦虑药物、参加训练班学会放松、压力应对技巧、心理治疗法有益的比率均明显高于二级医院,差异有统计学意义。三级、二级医院医师认为GAD接受治疗后完全康复但可能复发的比率相近,认为不接受治疗病情恶化的比率分别为46.7%、55.9%,但差异没有统计学意义。

义。三级医院医师认为脑内化学物质失调、日常矛盾所致、工作和经济困难、好友或家人死亡、近期的

创伤性事件、儿童时期的问题是可能的危险因素的比率明显高于二级医院医师,且差异有统计学意义。

表7 不同级别医院医师对GAD的不同认识

	三级医院(N=272)		二级医院(N=102)		χ^2	P
	n	%	n	%		
GAD正确识别率	96	35.3	23	22.5	5.554	0.018
不同治疗理念						
精神科医师	257	94.5	77	75.5	28.023	<0.001
临床心理治疗师	255	93.8	78	76.5	22.692	<0.001
抗焦虑药	227	83.5	70	68.6	9.997	0.002
参加训练班学会放松、压力应对技巧	243	89.3	61	59.8	42.533	<0.001
心理治疗法	253	93.0	69	67.6	39.879	<0.001
接受治疗的预后						
完全康复可能复发	165	60.7	61	59.8	0.023	0.880
不接受治疗的预后						
恶化	127	46.7	57	55.9	2.507	0.113
危险因素的看法						
脑内化学物质失调	205	75.4	50	49.0	23.738	<0.001
日常矛盾所致	233	85.7	56	54.9	39.966	<0.001
工作和经济困难	239	87.9	70	68.6	19.124	<0.001
好友或家人死亡	221	81.3	67	65.7	10.148	0.001
近期的创伤性事件	210	81.1	68	66.7	9.521	0.002
儿童时期的问题	195	71.7	55	53.9	10.569	0.001

3 讨 论

目前,我国精神卫生服务资源十分短缺且分布不均,全国共有精神卫生专业机构1650家,精神科床位22.8万张,精神科医师2万多名,主要分布在省级和地市级,精神障碍社区康复体系尚未建立,公众对焦虑症、抑郁症等常见精神障碍和心理行为问题认知率低,社会偏见和歧视广泛存在,讳疾忌医多,科学就诊少^[10]。这就使得大部分患者在首诊时多就诊于综合医院。综合医院医护人员精神疾病知识不是主要来源于学校的教育,而是多为自学^[11]。而非精神科医师和初级保健人员很少或根本没有精神卫生知识的培训,所以他们不能或不愿意提供基本的精神卫生服务^[4]。

本研究中两市综合医院非精神科医师对GAD的正确识别率为仅为31.8%,美国大学生群体对GAD的正确识别率为41.4%^[12]。有研究显示较高的学历与较高的卫生知识水平相关^[13],医师是高学历人群,负责接诊患者对其做出诊断及治疗。而本研究显示,综合医院非精神科医师对GAD的识别率尚且低于40%,这也侧面反应出普通公众对GAD的识别率或许会更低。GAD患者常常以躯体不适为主诉就诊,从而导致多数GAD患者初诊时更多地选择非精神科门诊^[14],因此,非精神科医师对GAD的

正确识别率低可导致误诊、漏诊。非精神科医师对GAD的误诊、漏诊将使病程迁延,导致患者生活质量差,预后不良,反复就医,浪费大量的医疗资源。因此,提高非精神科医师对GAD的正确识别率至关重要。

而对于疾病的原因和危险因素,两市的医师认为GAD的病因主要以经济困难、近期的创伤性事件、日常矛盾所致及好友或家人死亡等社会因素为主,这与大部分精神分裂症和抑郁症的研究结果相近^[15-18]。受访者认为性格缺陷是可能的导致GAD的原因的比率达70.32%,这一结果值得关注。性格缺陷虽可以有不同的解释方式,但认为患者有性格弱点通常意味着对其持有负面评价,这样的因果归因形式可能会致使GAD患者产生耻辱和羞愧感^[17],使患者不愿意透露他们正在经历的精神障碍以及寻求专业帮助。而认为脑内化学物质失调、遗传等生物学因素是可能的病因的比率则低于70%,与澳大利亚调查的结果相近^[9],这将导致寻求专业帮助的可能性减少,也影响医师对治疗的选择,使得医师更多地建议患者通过改变生活方式等非主流治疗措施来改善问题,忽略药物治疗的重要性。

两市的医师认为精神科医师、临床心理治疗师和亲密家人的帮助有益的比率最高,认为亲密朋友的帮助、精神科护士、咨询师、全科医师有益的比率

均高于60%,这反映除了向专业人员寻求帮助外,非专业人员也将会是他们的选择。当然,如果非专业人员能提供适当的帮助或患者在向非专业人员寻求帮助的同时也向专业人士寻求帮助是不成问题的^[19]。认为自己单独处理有害的比率仅53.2%,因此,很多医师可能首先建议患者放松或者向亲友寻求帮助,这是导致很多患者不寻求专业帮助而自己单独处理延误治疗的原因之一。有大约三分之一的医师不认为求神拜佛、请法师是有害的,作为医务人员对此判别力尚且不高,文化水平较低的普通患者则更有可能将此作为治疗方法。

值得欣慰的是,两市医师认为抗焦虑药有益的比率最高,其次是抗抑郁药和镇静药,这意味着非精神科医师一旦能准确识别出GAD,则首选予以抗焦虑药物治疗。而认为抗生素有害的比率仅约50%,超过50%的认为镇痛药和缓泻药无害,这与非精神科医师对抑郁症的药物治疗理念相近^[18],这就可能导致医师根据GAD患者的某些躯体不适主诉而处方相应的药物进行对症治疗,从而对患者导致不必要的伤害,甚至造成药物滥用。

将精神疾病归因于近期压力等社会因素,这导致了非主流经验性支持干预措施的选择,例如呼吸新鲜空气,理疗,顺势疗法,相反,将症状描述为“精神疾病”或者“生物学”可以导致咨询专业的医师的建议增加^[20]。除了心理治疗外,大部分医师都认为从事户外体育锻炼,多与外界交流学习有益,认为从书本上学习解决办法,参加训练班学会放松压力应对技巧、按摩放松休息、完全戒酒,气功/太极疗法,催眠疗法,芳香疗法等非主流治疗方式的有益选择比率均超过50%,而对收治于精神科,精神病院和电休克治疗则选择较少,甚至认为适当饮酒放松有益的比率比认为有害的比率还要高。焦虑障碍是物质滥用和情感障碍的危险因素^[21],因而认为适当饮酒放松有益有增加发展为物质滥用的可能。而多从事户外体育锻炼,从书本上学习解决办法等自助措施在临床的背景下或者是作为促进公共卫生的一项措施时确实是一项可以降低焦虑障碍的负担的经济有效的方案,许多自助措施可以缓解焦虑障碍的症状,但是很少有随机对照试验证实过其效果,缺乏证据^[22]证明其有效性。因此,这些自助方法是GAD的非主流治疗措施并不是治疗的首选。非精神科医师对非主流治疗措施的认可度较高,尤其是建议患者从事户外体育锻炼,多与外界交流的比率高于心理治疗与抗焦虑药物治疗,与前面认为GAD的可能病

因如工作和经济困难、近期的创伤性事件以及日常矛盾所致等选择相一致,有可能建议患者通过户外体育锻炼等活动减轻症状,而不是首选抗焦虑药物治疗和心理治疗,进而延误治疗,使病情恶化。

大部分医师认为接受专业帮助后GAD完全康复可能复发,与澳大利亚的研究结果相近^[9]。仅49.2%的医师认为不接受专业帮助则病情会恶化,而GAD的症状是慢性持续性的,完全自发缓解的情况很少^[23],由此可见,有一半的医师对GAD的严重程度认识不足。

三级医院医师对GAD的正确识别率(35.3%)较二级医院医师(22.5%)高,这与全国精神卫生工作规划(2015-2020)提出的到2020年城市、农村普通人群心理健康知识知晓率分别达到70%、50%的目标相距甚远。对于GAD的治疗理念,三级医院医师认为精神科医师、临床心理治疗师、抗焦虑药物、参加训练班学会放松压力应对技巧、心理治疗法有益的比率均明显高于二级医院。三级医院医师认为脑内化学物质失调、日常矛盾所致、工作和经济困难、好友或家人死亡、近期的创伤性事件、儿童时期的问题是可能的危险因素的比率明显高于二级医院医师。认为GAD患者接受治疗后完全康复但可能复发的比率相近,均接近60%,在GAD患者不接受治疗的预后方面,认为病情恶化的比率二级医院(55.9%)与三级(46.7%)相近。两个级别医院的医师对GAD预后的观点相近,仅有一半左右的医师对GAD预后有正确的认识。总体来讲,两个级别医院的医师对GAD的认识均不足,在对GAD的诊断,治疗,预后及危险因素等方面有不同看法,三级医院医师对GAD的认识较二级医院医师多,可能和三级医院医师学历普遍较高有关。由此可见,增加对医师的精神卫生教育、继续培训对提高精神卫生知识有重要帮助。

本研究发现,综合医院非精神科医师对GAD的总体认识不足。应该加强综合医院非精神科医师精神卫生知识的培训,通过住院医师培训、增加医学生精神卫生知识的相关课程及课时、加大社区卫生服务中对精神卫生服务投入的比率等手段以提高对精神疾病的认知。值得一提的是,全国精神卫生工作规划(2015-2020)已要求对基层医疗卫生机构临床类别执业医师或全科医师增加精神科执业范围的上岗培训。通过以上措施可减少治疗阻碍因素,提高对精神障碍患者的早期识别和规范化治疗。

参 考 文 献

- 1 Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, et al. *New Oxford Textbook of Psychiatry*(Oxford University Press, 2003. 620-627
 - 2 史冬梅,郭敏,姜明明,等.以胸闷为表现的抑郁/焦虑症误诊为冠心病456例临床分析. *中国心血管病研究*, 2013, 11(1):6-8
 - 3 韩鹏飞.焦虑抑郁障碍误诊为慢性胃炎临床资料分析. *临床心身疾病杂志*, 2015, 3:106-107
 - 4 Phillips MR, Zhang J, Shi Q, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: An epidemiological survey. *The Lancet*, 2013, 373(9680): 2041-2053
 - 5 Zajecka J. Importance of establishing the diagnosis of persistent anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1997, 58(3): 9-15
 - 6 Thompson A, Hun C, Issakidis C. Why wait Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39: 810-817
 - 7 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 1997, 166(4): 182-186
 - 8 Vermani M, Marcus M, Katzman MA. Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study. *The Primary Care Companion for CNS Disorder*, 2011, 13(2).pii: PCC.10m01013. doi: 10.4088/PCC.10m01013.
 - 9 NR, Af J. *National Survey of Mental Health Literacy and Stigma*. Department of Health and Ageing, Canberra, 2011
 - 10 卫生计生委,中央综治办,发展改革委,等. *全国精神卫生工作规划(2015-2020年)*, 2015
 - 11 李丽娜,高凌云,李兆文,等.综合医院医护人员对精神疾病认知调查. *中国健康心理学杂志*, 2014, 22(7): 1021-1022
 - 12 Coles ME, Coleman SL. Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depress Anxiety*, 2010, 27(1): 63-71
 - 13 Hanchate AD, Ash AS, Gazmararian JA, et al. The Demographic Assessment for Health Literacy(DAHL): a new tool for estimating associations between health literacy and outcomes in national surveys. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23(10): 1561-1566
 - 14 王丹.焦虑症患者就医行为研究. *重庆医科大学*, 2007
 - 15 Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K, et al. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BioMed Central Psychiatry*, 2005, 5: 33
 - 16 Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, 40(9): 764-767
 - 17 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1997, 32(3): 143-148
 - 18 罗小阳,王绪轶,廖艳辉,等.综合医院医师对抑郁症知识的知晓调查. *国际精神病学杂志*, 2015, 2: 1-5
 - 19 Morgan AJ, Reavley NJ, Jorm AF. Beliefs about mental disorder treatment and prognosis: Comparison of health professionals with the Australian public. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2014, 48(5): 442-451
 - 20 Lauber C, Nordt C, Falcato L, et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36(11): 553-556
 - 21 Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, et al. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 2001, 110(4): 585-599
 - 22 Morgan AJ, Jorm AF. Outcomes of self-help efforts in anxiety disorders. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2009, 9(5): 445-459
 - 23 Guha M. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5(5th edition)*. Reference Reviews, 2013, 28(3): 36-37
- (收稿日期:2015-10-16)
-
- (上接第893页)
- 20 Pleck JH, Hofferth SL. Mother involvement as an influence on father involvement with early adolescents. *Fathering*, 2008, 6(3): 267-286
 - 21 Kelly J. Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: A decade review of research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39: 963-997
 - 22 Amato PR. Father-child relations, mother-child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56: 1031-1042
- (收稿日期:2016-01-20)