

## 家庭医生对基层医疗常见心理健康问题 提供非药物干预 (NDIs) 的角色

Family doctors' role in providing non-drug interventions (NDIs)  
for common mental health disorders in primary care



### 推荐技能总结

能够表现出积极地倾听和临床人际关系技巧，呈现热情、兴趣、尊重、同理心和支持。

- 专注的肢体语言：通过面部表情、眼神交流、姿势表现参与和兴趣。
- 追踪技巧：开放式问题引导患者讲述他们的故事，关注地沉默，引导式回应，发现线索
- 反应技巧：复述、总结或重复已说过的话，以澄清和表达自己的理解，反映出感受

能够有效的评估患者的心理-社会状态，例如：使用 **BATHE** 技巧

- 背景 (Background): 例如“你的生活怎么了？”，“告诉我发生了什么？”
- 情绪 (Affect): 例如“这件事让你感觉怎样？”，“如何影响了你？”
- 烦恼 (Trouble): 例如“这件事有什么使你烦恼？”，“这种情况最困扰你的是什么？”
- 处理 (Handling): 例如“你是怎么处理的？”，“你是怎么解决这个问题的？”
- 同理心 (Empathy): 通过表达你对患者经历的理解来传达希望，例如：“我想那会/可能不容易”，“你看起来经历了很多”

能够提供心理教育

- 能够提供抑郁，焦虑，惊恐发作的心理教育—病理、生理对健康的影响和治疗方法
- 能够解释睡眠周期及其对心理健康的影响
- 能够提供有关睡眠卫生的指导

能够教授放松和压力管理技能

- 能够教授缓慢呼吸练习
- 能够教授渐进式肌肉放松法
- 能够促进和支持患者练习引导式放松、冥想和正念干预

能够将行为激活的原则纳入治疗计划

- 能够与患者协商，建立一个以患者为中心的活动计划
- 能够鼓励和激励患者持续参与愉快的活动，以及可以提升自尊和自我效能的活动
- 能够激励患者通过坚持或增加体育活动来保持活动
- 能够促进患者增强他们的社会支援

## WONCA Working Party for Mental Health Guidance Document

### 能够支持患者使用互联网所提供的心理治疗

- 能够促进和支持患者使用互联网指导性的在线心理治疗，如：iCBT

### 能够赋能患者，成为更好的问题解决者

- 能够帮助患者识别导致心理和生理症状的具体生活问题
- 能够指导患者设定具体的，可实现的目标
- 能够帮助患者集思广益寻找可能的解决方案，并权衡利弊
- 能够赋能患者决策和实施一个现实的行动计划，并监测结果

## 非药物干预工具包

| 医患沟通技能             |   |
|--------------------|---|
| 主动倾听               | <a href="http://www.racgp.org.au/afpbackissues/2005/200512/200512robinson.pdf">http://www.racgp.org.au/afpbackissues/2005/200512/200512robinson.pdf</a>   |
| BATHE 技巧           | <a href="http://primhe.org.uk/documents/relavent_docs/BATHE_technique.pdf">http://primhe.org.uk/documents/relavent_docs/BATHE_technique.pdf</a>   |
| 沟通技巧               | <a href="https://www.each.eu/teaching/resources/">https://www.each.eu/teaching/resources/</a>   |
| 心理教育               |   |
| 抑郁症                | <a href="https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression">https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression</a><br><a href="http://www.racgp.org.au/afp/2013/april/bibliotherapy-for-depression/">http://www.racgp.org.au/afp/2013/april/bibliotherapy-for-depression/</a>  |
| 惊恐发作               | <a href="https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Anxiety">https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Anxiety</a>   |
| 睡眠                 | <a href="https://sleep.org/">https://sleep.org/</a><br><a href="https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-hygiene">https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-hygiene</a>  |
| 互联网在线认知行为疗法 (iCBT) | <a href="http://www.racgp.org.au/afp/2013/november/cbt/">http://www.racgp.org.au/afp/2013/november/cbt/</a><br>以下每个网址都提供临床医生使用权和指导<br><b>MoodGYM</b> 是由澳大利亚国立大学心理健康研究中心开发的免费在线培训项目。它使用 CBT 和人际治疗，MoodGYM 适用于几种语言。<br><b>中国计算机化的认知行为治疗</b><br><a href="https://www.psy.com.cn/therapy/index.htm">https://www.psy.com.cn/therapy/index.htm</a> 是由中国认知行为治疗专业组织在参考英国、澳大利亚、美国比较先进的 CCBT 的基础上，经过了近 2 年的努力，研发出了一套适合国内患者使用的 CCBT，注册后免费使用，包含“走出抑郁、战胜焦虑、远离失眠、直面强迫”四项内容。 |
| 放松练习               |   |
| 缓慢呼吸               | <a href="https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Other-Resources">https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Other-Resources</a><br><a href="https://www.youtube.com/watch?v=aN05yXFbwI0">https://www.youtube.com/watch?v=aN05yXFbwI0</a> (YouTube video)  |
| 渐进性肌肉放松            | <a href="http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/ACF3C8D.pdf">http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/ACF3C8D.pdf</a>   |
| 行为激活               |   |
| 活动计划               | <a href="https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression">https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression</a><br><a href="http://psychologytools.com/task-planning-and-achievement-record.html">http://psychologytools.com/task-planning-and-achievement-record.html</a>  |
| 运动处方               | <a href="https://www.move.va.gov/docs/Resources/CHPPM_How_To_Write_And_Exercise_Prescription.pdf">https://www.move.va.gov/docs/Resources/CHPPM_How_To_Write_And_Exercise_Prescription.pdf</a>   |

## WONCA Working Party for Mental Health Guidance Document

|   |  |
|---|--|
| 问题解决疗法  |  |
|   | <a href="http://www.racgp.org.au/afp/2012/september/problem-solving-therapy/#16">http://www.racgp.org.au/afp/2012/september/problem-solving-therapy/#16</a>  |
| 培训手册及指南   |  |
| 世界卫生组织<br>mhGAP 干预指南  | <a href="http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/">http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/</a>  |
| 健康思考  | <a href="http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/">http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/</a>  |
| 问题管理+(PM+)  | <a href="http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/">http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/</a>  |
| 人际关系治疗  | <a href="http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/">http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/</a>  |
| 问题解决疗法  | Weel-Baumgarten, E. van, Mynors-Wallis, L., Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). A training manual for prevention of mental illness: managing emotional symptoms and problems in primary care. Nijmegen: Radboud University of Nijmegen. <a href="http://uwaims.org/files/pst/PST-PC_Manual.pdf">http://uwaims.org/files/pst/PST-PC_Manual.pdf</a>  |
| 合作医疗模式  | American Psychiatric Association/Academy of Psychosomatic Medicine. Dissemination of integrated care within adult primary care settings the collaborative care model 2016. <a href="https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Professional-Topics/Integrated-Care/APA-APM-Dissemination-Integrated-Care-Report.pdf">https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Professional-Topics/Integrated-Care/APA-APM-Dissemination-Integrated-Care-Report.pdf</a> |
| Atención a Las Personas con Malestar Emocional Relacionado con -Condicionantes Sociales en Atención Primaria de Salud (in Spanish)<br><a href="https://consaludmental.org/publicaciones/Atencion-personas-malestar-emocional.pdf">https://consaludmental.org/publicaciones/Atencion-personas-malestar-emocional.pdf</a> |  |

## 介绍

常见的心理健康问题，如抑郁和焦虑，在任何时间点都会影响高达 15% 的人群<sup>1</sup>。2010 年《全球疾病负担》显示，严重抑郁障碍占全球残疾损失健康生命年（YLD）的 8.2%，成为世界上仅次于心血管疾病的第二大 YLD 原因<sup>2</sup>。迄今，在基层医疗中，最常用的处理常见心理健康问题的方法是使用精神科药物<sup>3</sup>，尽管实际上患者往往倾向于非药物治疗，而且它们已被证明是有效的<sup>4</sup>。由于合格治疗师的服务有限，加上时间和污名化等患者方面的障碍<sup>5</sup>，转诊患者接受心理服务可能很困难。为患者提供低强度、可及、负担得起且不带污名化的心理治疗方法对基层医疗非常重要<sup>6,7</sup>。

基层医疗机构是大多数患者进入医疗系统的切入点，由于家庭医生与患者和家属之间的长期关系和信任、应对未分化问题的能力、生物-心理-社会模式的应用以及整合心理与身体问题的照护能力，家庭医生在提供心理健康干预方面处于有利地位<sup>8</sup>。

家庭医生最常遇到的心理健康问题包括一般心理困扰、哀伤、丧亲、亚临床情绪症状、反应性障碍、轻度-中度单相抑郁障碍和焦虑障碍，其严重程度足以损害日常功能或影响与健康有关的生活质量。这些常见心理问题可能占全科门诊中的 30%<sup>9,10</sup>。在许多基层医疗机构中，对抑郁症和焦虑症的常规治疗通常包括同理地倾听，提供一些非正式的支持性咨询、精神药物处方（通常是抗抑郁药）、医学证明和/或精神健康服务的转诊<sup>11,12</sup>。几项 Meta 分析的证据表明，在轻度或中度抑郁症患者中，抗抑郁药的疗效似乎比安慰剂只高些或甚至不存在，但可能在重度抑郁症患者中疗效更为显著<sup>13,14</sup>。因此，对于大多数轻度到中度症状的基层医疗患者来说，在权衡药物耐受性及戒断相关的不良反应，抗抑郁药的风险-收益比率相对较低<sup>15,16</sup>。NICE 指南建议避免药物治疗，除非过去有中度或重度抑郁的病史的患者，在尝试其他干预措施后抑郁症状持续存在，或亚临床症状存在了很长一段时间，通常至少两年<sup>17</sup>。

针对常见心理健康问题的非药物干预可采取多种形式，从支持性和同理性的人际沟通技术及任何家庭医生都可提供的低强度心理社会干预，到专业受训治疗师提供的更深入的心理治疗。本指南的目的是帮助认识到非药物干预（NDIs）在管理常见心理健康问题中的作用，并鼓励家庭医生将这些循证治疗方法纳入其日常工作中。我们的 WONCA 工作小组从文献中收集了证据，就如何促进使用 NDIs 提出了建议，聚焦于家庭医生的培训需要和适用于基层医疗的服务模式。

## 关于各种家庭医生所需技能的建议

### 1. 临床人际技能

人际技能是良好医学实践的重要组成部分。有大量的证据支持其核心理念和技巧的价值，如表达同理心<sup>18-21</sup>、同情<sup>22</sup>和能够给予患者支持。这些能力很重要，不仅因其能减少患者困扰，而且研究还发现，拥有并展示这些技巧的医生更有效率，患者对他们的医生更有信心，也更愿意遵从他们的治疗，最终获得更好的心理和身体健康<sup>23,24</sup>。有些技巧如

剑桥-卡尔加里方法<sup>25</sup>强调积极倾听技巧，而 BATHE 方法<sup>26,27</sup>作为评估患者心理-社会状态的一种方法，已被证明能使全科应诊更有效及提高患者的满意度<sup>25,28</sup>。理想情况下，这应该在一个安静和不受干扰的环境中进行。

研究发现，对医生和医学生进行正规培训是有效的<sup>25</sup>。一个正念沟通的教育课程可以增强同理心和以患者为中心的照护，并减少职业倦怠<sup>29</sup>。参与调查的家庭医生报告说，他们深入倾听患者忧虑的能力增强了，并发展了自己的适应能力<sup>30</sup>。毕业后医学教育中的同理心训练已被证明显著影响患者感受到的同理心评分<sup>31</sup>。

## 推荐能力

能够表现出积极的倾听和临床人际技能，展现热情、兴趣、尊重、同理心和非批判性的支持<sup>28</sup>

- 专注的肢体语言：通过面部表情、眼神交流、姿势来表现参与和兴趣
- 追踪技巧：开放式问题引导患者讲述他们的故事，关注地沉默，引导式回应，寻找线索
- 反应技巧：复述、总结或重复已说过的话，以澄清和表达自己的理解，反映出感受

能够有效的评估患者的心理-社会状态，例如：使用 BATHE 技巧<sup>26</sup>

- 背景 (Background): 例如“你的生活怎么了？”，“告诉我发生了什么？”
- 情绪 (Affect): 例如“这件事让你感觉怎样？”，“如何影响了你？”
- 烦恼 (Trouble): 例如“这件事有什么使你烦恼？”，“这种情况最困扰你的是什么？”
- 处理 (Handling): 例如“你是怎么处理的？”，“你是怎么解决这个问题的？”
- 同理心 (Empathy): 通过表达你对患者经历的理解来传达希望，例如“我想那会/可能不容易”，“你看起来经历了很多”
- 

## 2. 低强度的心理-社会干预技巧

低强度心理干预是指不依赖精神科专家的干预措施，可包涵改良的、简短的循证治疗方法，包括引导式的自助或电子化的心理干预措施<sup>32</sup>。它们倾向于跨越诊断（可用于任何类型的常见心理健康障碍），主要侧重于提高患者的自我效能<sup>33</sup>。循证干预措施包括心理教育、压力管理和放松技巧、行为激活、认知行为疗法（个人或团体形式）和问题解决方法。低强度的心理-社会技能培训应可以切实纳入医学院的课程，即使课程时间有限<sup>34</sup>。

### 2.1. 心理教育

#### 描述

心理教育指的是向个人（及其家人）提供的任何教育干预，以帮助赋能患者以改善他们的健康。心理教育可以帮助减少污名化、自责和治疗的障碍。心理教育的主要目标是：

- 知识输送（如病理、生理或病因，治疗方法的教育）
- 促进理解（如理解什么事情会令症状变得更糟或更好）
- 支持治疗（如加强依从性）
- 促进自助（如当危机发生时该怎么办）

## 证据

一篇 Meta 分析显示，对抑郁和心理痛苦进行短暂的心理教育干预可以减轻症状，并且很容易在基层医疗中作为心理困扰或抑郁的初始干预措施<sup>35</sup>。研究发现心理教育可以帮助预防和减少抑郁症复发的风险<sup>35-37</sup>。

目前的证据表明，虽然所提供的心理教育质量很重要，但实施的方式似乎不那么重要（例如，患者资料册、面对面的讨论、小组课程）<sup>35</sup>。这意味着，即使在繁忙的全科医生工作环境中，医生也可以通过促进个人化的自助方式提供心理健康教育，（例如给患者推荐书籍及网站或提供患者健康宣教册子）或转介患者参与小组心理教育课程。

## 推荐技能

- 能够提供抑郁，焦虑，惊恐发作的心理教育—病理、生理对健康的影响和治疗方法
- 能够解释睡眠周期及其对心理健康的影响
- 能够提供有关睡眠卫生的指导

## 2.2. 压力管理和放松技巧

### 描述

压力，尤其是与工作有关的压力，是全科门诊所见的健康问题的常见诱因<sup>38</sup>。大量的研究将压力与心血管疾病、代谢综合征、肥胖、免疫力低下和不孕不育等生理健康问题联系起来，通过影响下丘脑-垂体轴和升高皮质醇水平，以及联系到抑郁症等精神疾病<sup>39-41</sup>。鉴于压力的负面影响，家庭医生熟悉常用的压力管理和放松技巧，并能够将这些技巧传授给患者是重要的。

### 证据

有许多循证的压力管理技巧被证明能够帮助减少心理困扰。技巧包括缓慢呼吸或膈肌呼吸练习，渐进式肌肉放松，指导性的想象或指导性的冥想和正念减压（MBSR）<sup>42</sup>。压力管理技巧对家庭医生来说是有用的临床技能，因为它们不仅适用于生病或心理困扰的患者，同时也可应用在健康人士的健康宣教。一篇关于减压技术的综述发现，减压技术可以改善患者的生活质量，有助于减轻身体和心理症状，同样的技术也可以应用于保健提供者，并有助于加强他们与患者的互动<sup>42</sup>。最近荷兰对全科医生基于正念减压进行的一项



试点研究发现，这种方法对专注、正念和同情有正面影响<sup>43</sup>。这些方法的培训时间从半天到8-12周的课程不等。

## 推荐技能

- 能够教授缓慢呼吸练习
- 能够教授渐进式肌肉放松
- 能够促进和支持患者使用指导性的放松、冥想和正念干预

## 2.3. 行为激活

### 描述

行为激活是一个强调活动计划的治疗过程，这可能助患者增加可以改善思想、情绪和整体生活质量的行为<sup>44</sup>。行为激活的目的是构建分心的正面事情和改善情绪的活动。这些活动的目的是增加愉快的活动，加强社交，促进更好的睡眠和提高自尊。它通过减少情绪恶化的思维反刍来提升情绪，同时促进正面的、有益的想法和感受<sup>44</sup>。

### 证据

行为激活主要针对那些可能抑郁、社交退缩或低自尊的患者<sup>45,46</sup>。这对于因身体疾病而容易被社会孤立的老年人尤其重要<sup>47</sup>。有证据表明，它对焦虑也可能是有效的<sup>48</sup>。全科医生应经常建议患者多做运动（单独或纳入活动计划）。一项Cochrane综述发现，运动比对照干预更能降低抑郁症状，并且与心理治疗或药物治疗同样有效<sup>49</sup>。在2016年的RCT中，Hallgren发现即使是每周一次的轻微（瑜伽和伸展运动）运动，而不是中强度运动，也对抑郁症有益<sup>50</sup>。此外，抑郁症患者通过运动进一步可以在心血管和代谢疾病方面受益。

在常规的全科应诊加入活动计划是可行的<sup>51</sup>。医生可以帮助指导患者制定活动计划的时间表。这些活动应通过以患者为中心的方法来协商，以提高依从性和有效的改善情绪症状。活动可以包括日常必需活动（洗澡、购物、吃饭和睡觉），穿插社交活动（例如与朋友共进午餐）、愉快的活动（例如徒步旅行、看电影）以及促进自尊的活动（例如园艺、志愿工作）。即使患者不感兴趣，也需要鼓励他们保持参与和活跃。

## 推荐技能

- 能够与患者协商，建立一个以患者为中心的活动计划
- 能够鼓励和激励患者继续保持参与愉快的活动，以及提高自尊和自我效能的活动
- 能够激励患者通过坚持或增加体育活动来保持活跃
- 能够促进患者增强他们的社会支援

## 2.4. 互联网所提供的心理治疗，例如 iCBT

许多国家，以计算机为基础的治疗方法，如互联网提供的认知行为疗法，作为扩大提供心理服务的一种方法，正受到极大的关注，并被发现与传统的认知行为疗法一样有效。

2012年基于互联网心理治疗的一项综述发现，iCBT干预是有效的，为面对面的心理治疗提供了一个重要的替代方案，但指导性的iCBT治疗（无论是通过家庭医生或相关的医务人员）比非指导性治疗更有效。治疗前和/或治疗后的咨询可增强指导。性和非指导性iCBT<sup>52</sup>。

### 推荐技能

- 能够协助和支持患者使用指导性的互联网提供的心理疗法（如iCBT）
- Mood gym: <https://moodgym.anu.edu.au/welcome>
- 中国计算机化的认知行为治疗：<https://www.psy.com.cn/therapy/index.htm>

## 2.5. 问题解决疗法

### 描述

问题解决疗法（PST）是一种聚焦的心理干预，帮助患者发展解决问题的技能，可应用于与心理和躯体症状相关的生活问题。它可以用于各种心理问题，包括抑郁，焦虑，睡眠障碍。其目的是通过引导患者以结构化的、有序的方式，在问题解决的过程中，赋能患者识别和解决他们的问题。

已开发了一种在基层医疗中使用的简略版，可通过连续4至6次，每次15-30分钟的应诊完成<sup>53</sup>。

### 证据

已证明由有适当技能的全科医生提供PST在改善抑郁症患者的症状和社会功能方面，与抗抑郁药一样有效<sup>54</sup>。基层医疗医生和护士可以通过短期培训课程学习实施问题解决疗法<sup>55</sup>。

### 推荐技能

- 能够帮助患者识别与心理和躯体症状相关的具体生活问题
- 能够指导患者设定具体的，可实现的目标
- 能够帮助患者集思广益寻找可能的解决方案，并权衡利弊
- 能够赋能患者决策和实施一个现实的行动计划，并监测结果

## 适用于基层医疗服务模式的建议

世界卫生组织《心理健康差距行动方案》（mhGAP）制定并评估了一套可推广的心理干预培训手册，以帮助提升心理健康能力。这些手册是为培训没有心理健康专业资格的非专科卫生工作者而设计的。这些干预措施特别适用于专业心理服务有限但有大量需求的社区，例如在受逆境影响的社区<sup>56</sup>。目前包括：



## WONCA Working Party for Mental Health Guidance Document

- mhGAP 干预指南-2.0 版 用于在非专业精神医疗机构中的心理、神经和物质使用障碍  
[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhGAP\\_intervention\\_guide\\_02/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/)
- 健康思考：围产期抑郁症的心理-社会管理手册<sup>57</sup>  
[http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/thinking\\_healthy/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/)
- 问题管理+（PM+）：PM+适用于患有常见心理健康问题（如抑郁、焦虑、压力或哀伤）症状，以及自觉有现实生活困难（如失业、人际冲突）的成年人，它采用一种跨诊断的方式，对基层医疗中许多伴有合并症或没有特定诊断的患者非常实用。PM+将问题解决和行为治疗技术结合起来，重点强调行为（相对于认知）技术，因为这些技术更容易教授和学习<sup>58</sup>。  
[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/problem\\_management\\_plus/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/)
- 人际关系小组治疗指南（IPT）：世界卫生组织建议将人际关系治疗（IPT）作为抑郁症的一线治疗方法。世界卫生组织（WHO）IPT 指南使用 8 次小组治疗方案，供那些以前没有接受过心理健康培训的小组辅助人员在监督下使用<sup>59</sup>。  
[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/interpersonal\\_therapy/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/)

### 基层医疗中提供心理健康服务的协作照护模式

在过去的十年中，Katon 和他的同事<sup>60</sup>首先描述的协作照护模式已经被证明可以改善患者的结果、省钱、减少与心理健康相关的污名化。协作照护采用 Wagner 的慢病照护模式<sup>61</sup>中的原则，以提高基层医疗患者获得循证心理健康治疗的机会。它有助于正常化及消除对行为健康问题的治疗污名化并提高患者获得服务的机会。在这整合、以团队为基础的分层管理中，患者由基层医生和作为病案管理员的联合医务人员管理。当一线治疗无效时，精神科专家通常经过病案管理员为患者提供诊断和治疗方面的建议。在协作/整合的照护培训可以帮助优化技能组合，以提高社区心理健康问题的治疗效果<sup>62</sup>。美国精神病学协会/心身医学学会编写了一份报告，总结了关于如何将心理健康协作照护模式应用于基层医疗的证据（参见 NDI 工具箱中的文档链接）。

## WONCA Working Party for Mental Health Guidance Document

### 鸣谢

这份指导文件是由 WONCA 心理健康工作组编写 (WWPMH)。

The task group was led by Dr Weng Yee Chin, Department of Family Medicine and Primary Care, University of Hong Kong. The task group members were:

- Professor Bruce Arroll, Department of General Practice and Primary Healthcare, University of Auckland, New Zealand.
- Dr Juan Manuel Mendive, La Mina Academic Primary Health Care Centre, Barcelona, Spain.
- Dr Donald Nease, Department of Family Medicine, University of Colorado, USA.
- Dr Jinan Usta, Department of Family Medicine, American University of Beirut, Lebanon.
- Professor Samuel Wong, Department of Family Medicine and Primary Care, University of Hong Kong.
- Professor Christopher Dowrick, Department of Psychological Sciences, University of Liverpool, UK.

The group received valuable comment on earlier iterations of this document from members of WWPMH and from Dr Evelyn van Weel-Baumgarten (President, International Association for Communication in Healthcare), Dr Henk Parmentier (Secretary, World Federation for Mental Health), Professor Gabriel Ivbijaro (President, World Federation for Mental Health), Professor Helen Hermann (President, World Psychiatric Association) and Dr Tarun Dua (WHO Mental Health Directorate).

The document has been approved for publication on the WONCA website by the WONCA Executive.

Chinese Translation by 邹川 Zou Chuan (zou5chuan@163.com), 刘瑞红 Liu Ruihong (liurh@hku-szh.org), and 林露娟 Cindy L.K. Lam (clklam@hku.hk), with funding support from Danny D.B. Ho Endowed Professorship in Family Medicine, the University of Hong Kong

### 参考文献

1. National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists. Common mental health disorders: identification and pathways to care: RCPsych Publications 2011.
2. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med* 2013;10(11):e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547
3. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, et al. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of general psychiatry* 2001;58(1):55-61.
4. Farah WH, Alsawas M, Mainou M, et al. Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. *Evidence Based Medicine* 2016:ebmed-2016-110522.
5. Swift JK, Greenberg RP. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis: American Psychological Association, 2012.
6. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, et al. Perceived Barriers to Psychological Treatments and Their Relationship to Depression. *Journal of clinical psychology* 2010;66(4):394-409. doi: 10.1002/jclp.20659
7. Wells KB, Miranda J, Bauer MS, et al. Overcoming barriers to reducing the burden of affective disorders. *Biological psychiatry* 2002;52(6):655-75.
8. Culpepper L. The active management of depression. *The Journal of Family Practice* 2002(September):769-76.
9. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, et al. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994;272(22):1741-8.
10. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology* 2005;15(4):357-76.

## WONCA Working Party for Mental Health Guidance Document

11. Backenstrass M, Joest K, Rosemann T, et al. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it all that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients. *BMC Health Serv Res* 2007;7:190. doi: 10.1186/1472-6963-7-190 [published Online First: 2007/11/23]
12. Chin W, Chan K, Lam C, et al. Detection and management of depression in adult primary care patients in Hong Kong: a cross-sectional survey conducted by a primary care practice-based research network. *BMC Family Practice* 2014;15(1):30.
13. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama* 2010;303(1):47-53.
14. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5(2):e45.
15. Arroll B, Chin W, Matris W, et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J Prim Health Care* 2016;8(4):325-34.
16. Warner CH, Bobo W, Warner C, et al. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Physician* 2006;74(3):449-56.
17. Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition); 2010. British Psychological Society.
18. van Osch M, Sep M, van Vliet LM, et al. Reducing patients' anxiety and uncertainty, and improving recall in bad news consultations. *Health Psychology* 2014;33(11):1382-90. doi: 10.1037/hea0000097
19. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, et al. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC family practice* 2012;13(1):6.
20. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, et al. General practitioners' empathy and health outcomes: a prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *The Annals of Family Medicine* 2016;14(2):117-24.
21. Bensing JM, Verheul W. The silent healer: The role of communication in placebo effects. *Patient Education and Counseling* 2010;80(3):293-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.033>
22. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine* 2012;19(5):252-57.
23. van Os TW, van den Brink RH, Tiemens BG, et al. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *Journal of affective disorders* 2005;84(1):43-51.
24. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine* 2012;87(9):1243-49.
25. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients: CRC Press 2016.
26. Leiblum SR, Schnall E, Seehuus M, et al. To BATHE or not to BATHE: patient satisfaction with visits to their family physician. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-* 2008;40(6):407.
27. Searight HR, Searight HR. Efficient counseling techniques for the primary care physician. *Primary Care; Clinics in Office Practice*;34(3):551-70.
28. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Australian family physician* 2005;34(12):1053.
29. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama* 2009;302(12):1284-93.
30. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine* 2012;87(6):815-19.
31. Riess H, Kelley JM, Bailey RW, et al. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of general internal medicine* 2012;27(10):1280-86.

## WONCA Working Party for Mental Health Guidance Document

32. Rodgers M, Asaria M, Walker S, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. 2012
33. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, et al. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC medicine* 2010;8(1):38.
34. Chin W-Y, Lam C, Wong C. Development of a tool to assess the impact of a brief counseling curriculum: Validation of the Attitudes to Psychological Interventions and Counseling in Primary Care (APIC-PC) survey. *Patient Education and Counseling* 2011;85(3):481-86. doi: 10.1016/j.pec.2010.10.023
35. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, et al. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine* 2009;7(1):79. doi: 10.1186/1741-7015-7-79
36. Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, et al. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. *Clinical psychology review* 2009;29(5):449-58.
37. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, et al. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry* 2011;65(6):354-64.
38. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005. Mental health: facing the challenges, building solutions Report from the WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005; 2005. World Health Organization.
39. McEwen BS. Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European journal of pharmacology* 2008;583(2):174-85.
40. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection—a meta-analysis of prospective studies. *Psychosomatic medicine* 2010;72(8):823-32.
41. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social science & medicine* 1997;45(11):1679-704.
42. Varvogli L. Stress management techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal* 2011
43. Verweij H, Waumans RC, Smeijers D, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. *Br J Gen Pract* 2016;66(643):e99-e105.
44. Hopko DR, Lejuez C, Ruggiero KJ, et al. Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical psychology review* 2003;23(5):699-717.
45. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2009;16(4):383-411.
46. Ekers D, Webster L, Van Straten A, et al. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PloS one* 2014;9(6):e100100.
47. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. . *BMJ* 2006;332:259-63.
48. Hopko DR, Robertson S, Lejuez C. Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today* 2006;7(2):212.
49. Cooney G, Dwan K, Mead G. Exercise for depression. *Jama* 2014;311(23):2432-33.
50. Hallgren M, Vancampfort D, Stubbs B. Exercise is medicine for depression: even when the "pill" is small (letter) *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:2715-21.
51. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical psychology review* 2007;27(3):318-26.
52. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2012;12(7):861-70. doi: 10.1586/ern.12.63

## WONCA Working Party for Mental Health Guidance Document

53. Mynors-Wallis L. Problem-solving Treatment for Anxiety and Depression: A Practical Guide: Oxford University Press 2005.
54. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, et al. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *Br Med J* 2000;320:26-30.
55. van Weel-Baumgarten E, Jane-Liapis E, Mynors-Wallis L, et al. Prevention of Mental Illness in primary care. *European Journal of General Practice* 2005;11(3-4):92-93. doi: 10.3109/13814780509178246
56. World Health Organization. Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: a new area of mental health and psychosocial work at WHO. 2017
57. World Health Organization. Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015. 2015
58. Dawson KS, Bryant RA, Harper M, et al. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* 2015;14(3):354-7. doi: 10.1002/wps.20255
59. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2006;188:567-73. doi: 10.1192/bjp.188.6.567
60. Katon WJ, Seelig M, Katon WJ, et al. Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2008;50(4):459-67.
61. Wagner E, Austin B, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q* 1996;4(2):12 - 25.
62. Funk M, Ivbijaro G. Integrating mental health into primary care a global perspective. Geneva [etc.]. [World health organization (WHO) [etc.]. 2008.