

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：研究)

精神官能症研究

服務機關：玉里榮民醫院

出國人 職稱：主治醫師

姓名：白雅美

出國地區：美國

出國期間：2001/7/1 ~ 2001/9/30

報告日期：2001/12/26

行政院及所屬各機關出國報告提要

系統識別號 C09007506

出國報告名稱：網路精神醫學研究

頁數： 含附件：是否

出國計劃主辦機關：玉里榮民醫院

聯絡人：張啟瑞

電話：03-8883141~212

出國人員姓名：白雅美

服務機關：玉里榮民醫院

單位：精神科

職稱：主治醫師

電話：03-8883141~637

出國類別：研究

出國期間：2001/7/1 ~2001/9/30

出國地區：美國

報告日期：2001/12/20

分類號目

關鍵詞：憂鬱症、焦慮症、酒精藥物濫用

內容摘要：

這次赴美學習精神官能症及相關治療模式，包括”焦慮症及憂鬱症，及藥物濫用等臨床治療模式及研究工作。進修的單位是哈佛醫學院及其附設教學醫院McLean Hospital(梅格寧醫院)。期間參與病房臨床作業包括：創傷後症候群病房，情感性疾患合併藥物濫用急性病房及藥物濫用日間病房等治療作業模式；參與之研究計劃包括躁鬱症合併藥物濫用之團體治療研究，藥物治療與行為治療之雙盲研究及藥物濫用之遺傳基因研究等。並參予哈佛醫學院醫學系及附屬精神科醫院之教學活動；與指導教授討論未來回國後相關研究計劃。期待未來能貢獻所學以提高精神官能症及藥物濫用之臨床照護品質及研究工作。

目 錄

	頁 次
行政院及所屬各機關出國報告提要	2
壹、進修目的	4
貳、進修過程	4-11
參、進修心得	11-14
肆、建議	14-17

精神官能症研究

壹、進修目的

職於 2001/7/1 至 2001/9/30 期間赴美研究進修，於哈佛醫學院-及其附屬教學醫院 Mclean Hospital(梅格寧醫院)接受臨床治療及研究工作之訓練，這次赴美學習精神官能症及相關治療模式，包括焦慮症及憂鬱症，及藥物濫用等臨床治療模式及研究工作。期間參與(1) 病房臨床作業包括·創傷後壓力症候群病房，情感性疾患合併藥物濫用急性病房及藥物濫用日間病房。(2) 參與研究計劃包括躁鬱症合併藥物濫用之團體治療研究，酒精濫用病人之藥物治療與行為治療之雙盲研究及藥物濫用之遺傳基因研究等(3) 參予哈佛醫學院醫學系及附屬精神科醫院之教學活動；(4) 與指導教授討論未來回國後相關研究計劃。期待未來能貢獻所學以提高精神官能症及藥物濫用之臨床照護品質及研究工作。

貳、進修過程

目前東部社區及輔導會榮院，榮家有為數眾多之精神疾病患者，潛在之焦慮及憂鬱症易被忽略，且常合併有酒精濫用疾患，但因支持系統不佳，以致有突發性之自傷傷人之事件才被發覺 本院為東區精神

醫療網之核心醫院,且負責多所榮家之精神醫療業務,故擬進修精神官能症,學習最新之診斷及治療模式.感謝玉里榮民醫院提供這個機會出國進修三個月,在同事及先進的建議之下,我選擇來到美國波士頓.進修的單位是哈佛醫學院-及其附設教學醫院 Mclean Hospital(梅格寧醫院). 哈佛大學是美國醫學院最高學府, Mclean Hospital(梅格寧醫院)是全美排名前三名之精神科醫院,也是哈佛醫學院醫學實習生主要實習醫院之一及 MGH (麻塞諸塞綜合醫院)資深精神科醫師主要進修醫院.此次進修之指導教授為 Roger D. Weiss 主任,非常親切和善,也是美國研究情感性疾患合併藥物濫用疾患的翹楚,主持多項全國性及國際性研究,亦為非常優秀之臨床醫師;進修單位之同事也相當親切,在臨床及研究工作上均學習甚豐.進修末期巧遇 911 恐怖份子攻擊事件,在當地經歷美國全國上下悲傷及同仇敵愾之情緒,更深入了解美國文化特色也是一附帶收穫.

進修期間參與活動包括

(一). 病房業務: 包括參與創傷後壓力症候群病房, 情感性疾患合併藥物濫用急性病房, 及藥物濫用日間病房等治療作業模式.

(1) 創傷後壓力症候群病房: 為全美唯一之創傷後壓力症候群

病房，亦為世界精神科少見之獨特病房。專門收治經歷重大創傷之個案，如遭受性侵害及受虐個案，或目睹親人被殺害等創傷。以女性個案為多，這些個案常合併多種精神症狀，包括憂鬱症狀 焦慮症狀，恐慌症狀，解離狀態，酒精及藥物濫用等等； 在此病房也看到台灣難得一見的多重人格個案。期間參與多種團體治療，包括 A. 病房社區團體治療 (community group psychotherapy)：讓個案在病房中找到歸屬感及互動，形成支持系統，學習人際互動 B. 解離團體治療(dissociation group psychotherapy)：教導個案如何處理解離狀況，及 “落地” (grounding) 技巧，以減少解離狀況之發生；在團體中多次看到個案出現解離狀況，是非常獨特的經驗。 C. 女性健康照護團體：因為病房以女性病人為大宗，常有暴食，厭食，或服用藥物後造成的體重變化；避孕等問題也是這些個案常面臨的問題，學習到其治療的全面性照護。 D. 藝術治療團體：在其中病人展現出令人驚訝的藝術天份；充分呈現出個案內心之掙扎及衝突。這些個案非常聰明，具有高度心理學知識，在團體中的對話非常精采；學習收穫非常豐富。台灣近來有 921 震災及颱風造成之重大災難，勢必將有更多創傷後症候群之病人出現，在此病房所學

習經驗相當珍貴，期待將來可貢獻所學。

(2). 情感性疾患合併藥物濫用急性病房：治療模式則先以解毒

(detoxication) 為主，之後再處理合併之憂鬱及焦慮症；

其查房模式相當特別，是由全體醫療團隊包括醫師，心理師，

社工師，個案管理員(case manager) 一起坐下來與病人會談，

可減少病人分化 (splitting) 或否認用藥史的情形，也可

同時立即與病人討論整個團隊的治療模式。在此期間發現不

同文化治療模式的獨特性，及美國精神醫療系統對病人的尊

重。除強制住院個案外，病人可依其意願出入院，所以醫療

團隊需建立良好之治療關係，提供足夠之治療模式讓病人願

意留下來；另外如欲取聯絡個案之前治療師取得過去病史資

料均需先得到病人書面同意書，病人隱私得到充分保障。全

日住院中病房中安排相當密集之團體心理治療與活動，以各

種不同團體支持及活動來幫助個案度過戒斷之痛苦時期。其

中最值得學習的是個案管理員(case manager)制度，每位個案

從入院第一天開始即安排有一位固定之 case manager，開始

建立關係也負責個案後續治療，包括出院後所有治療追蹤計

劃。讓個案之治療有其連貫性，緊急情況時也可隨時找到固

定有信任感之專業人員幫助，是相當值得我們學習的制度。

(3). 藥物濫用日間病房：在此病房以認知及行為治療為主，也安排密集之團體活動治療，學習到治療師的自信與力量及對病人的開放與尊重；美國由於教育文化強調主動發言，一間交流也相當精采，病人一般而言在團體中都相當主動，與國內一般病人有相當大的差異。不禁令人思考團體治療是否真的適合中國人，是否該發展更適合我們民族的治療方式。

(二). 參與研究計劃包括

- (1). 情感性精神症合併藥物濫用之團體治療研究。比較單獨針對藥物濫用治療團體與兼顧處理情感性疾病及藥物濫用團體對個案的治療預後是否不同：以標準化之不同團體治療模式的研究設計為國內少見。
- (2). 藥物治療與行為治療之雙盲研究：比較藥物(naltrexone, acromspate)，行為治療，及藥物合併行為治療等不同組合模式之治療效果。收集個案達1000多人，是相當有趣之比較研究，可正確比較出不同治療模式的效果。此兩研究為跨州及國際性多機構合作，因參與機構超過十幾個單位，為節省人力，交通，時間，定期以會議電話(conference call)來討論，在預定開會時間，主持人只要撥一個電話號碼即可讓十幾個合作機構主持人在電話線上討論，相當

精簡方便 也學習到許多跨機構研究的研究合作方法。

- (3) 藥物濫用之遺傳基因研究：收集 cocaine 濫用個案及一位家屬之血液樣本進行基因分析。以上參與之研究涵蓋生物心理社會(Bio-psycho-social)各層面，反觀國內研究少有跨領與之研究，值得學習。

- (三) 參予哈佛醫學院醫學系及附屬精神科醫院之教學活動：

參加對住院醫師及資深臨床研究員之教學活動，內容深入淺出，非常具臨床實用性。另外也參加哈佛醫學院實習醫師的醫學倫理課程，印象最深刻的是老師對學生的尊重以及學生主動負責上課討論內容的投入程度，議題包括醫師與藥商的關係，各科醫師收入比較乃至離婚比例 ...，討論內容相當開放及多面性，令人印象深刻，對實習醫師進入醫學生涯是非常重要的而且有幫助的課程，值得國內精神醫學教育借鏡。

- (四). 與指導教授討論未來研究計劃：網路成癮與物質濫用，強迫性官能症，及憂鬱症之共同罹病率研究，一網路互動式評估問卷研究。指導教授針對研究方向及問卷內容給予非常多寶貴的建議。並與美國研究網路成癮之先趨 Orzuck Merresa 博士討論其網路成癮，網路色情之研究及治療，收穫良多。

參、進修心得

- (一) 到進修單位報到後，指導教授即帶我逐樓認識全科所有工作人員，感覺全科氣氛非常自在和諧，沒有長官部署間的拘泥，不論層級職位，均可自由開放隨時討論。每位醫師都有佈置非常雅致之獨立之辦公室，可隨時約病人或與學生或同事教學開會，如此工作環境相當舒服，令人羨慕。
- (二) 指導教授主持許多跨州及國際研究計劃，他們使用會議電話(conference call)來定期討論。在預定開會時間，主持人只要撥一個電話號碼即可讓十幾個合作機構主持人在電話線上討論，而時間一到大家即非常有默契的結束，是非常有效率而方便的工具。玉里地處偏遠，本院已是精神醫療重鎮，將來與國內外勢必有更多合作研究計劃，建置方便的網路系統以利開會溝通，減少舟車勞頓的辛苦，對提昇本院將來之學術風氣會有相當大之助益。
- (三) 所參與的研究涵蓋生物心理社會(Bio-psycho-social)各層面，可以正確比較出不同治療模式的治療效果，此種研究

為國內相當欠缺的研究領域，且需整合各協同醫療人員 (co-professional) 專業才能得到成果。在進修機構中發現其各協同醫療人員 (co-professional) 相當專業，彼此尊重而又開放合作，曾詢問指導教授 Roger 如何能讓繁忙工作的同仁願意參與研究工作；他回答如果研究設計有趣，結果令人好奇且對病人有幫助，有客觀具體結果呈現，大家的參與度會較高；他也時常在各會議中分享研究成果，形成良性互動，正向回饋，可提高大家參與研究的興趣。

(四). 精神醫療費用支出：Mclaeen 急性病房一星期住院費用約 1100 元美金，約是台灣之 5 倍以上；開藥診一人約 20 分鐘收費約 2000 元台幣，心理治療一次約 50 分鐘約收費 5000 元台幣，比起台灣健保收費標準真是優渥多了；所以每一位病人可以有充裕的診療時間。醫師不僅開藥，而且可以和病人有充分的時間討論心理層面的問題。但是相對因為美國有各家保險公司，病患及醫療人員常需與保險公司溝通以爭取給付，有時必須自費負擔；相較之下則是台灣的民眾負擔較輕。

(五). 醫療保險制度瓶頸。精神科在美國各醫學分科中也是較不受重視之科別，今年哈佛醫學院之附屬醫院共已刪減了 60%

的住院床位，住院時間也因各保險公司的設限而大幅縮短，如創傷後壓力症候群病房之嚴重病人，以前可以住一至兩年，目前也被壓縮至1個月，以致病人出入院頻繁。將來台灣可能也會面臨同樣的問題，但醫療人員如能充實自己的經驗能力，提供優質的服務品質，即使自費病人也願意求診。

(六) 進修單位醫師除臨床研究工作外，也可以選擇專職實驗室工作，工作安排較有彈性，自由度較大，不若台灣多數醫師需同時從事臨床及研究工作，負擔較大。建議將來或許可以成立專責研究部門，讓資深醫師可以根據興趣，積極投入有興趣之研究領域。

(七). 不同文化之治療模式：美國文化崇尚主動發言，提問，感覺團體治療師並不需要運用太多技巧，病人參與度，自我表露及支持都相當豐富。病房設計等較人性化，如備有客廳，交誼廳等；餐廳中也設有咖啡壺，微波爐等，及源源不斷之食物點心供應，每天早晚均有專人帶領外出活動及抽煙等。急性病房安全制度分為三級，第一級是限制外出，第二級是由工作人員帶外出，第三級是病友兩人以上即可外出，反觀台灣所有病人外出均需家屬負責陪同，是相當不同的地方，雖可能是美國強調獨立自主性的文化特性，

但我們所有病人出入院權益均需由家屬決定，醫療人員無法真正根據病情及行為能力作病人處置安排，值得反省檢討國內精神醫療法的立法精神是否真正落實。

- (八) 研究環境：基本上美國其研究最常遇到的困難是個案收集，往往一位個案就需付出數千元研究受測費。而計劃主持人主要工作為研究理念及方法設計，許多臨床評估可交由專業之研究助理執行，所以擬定詳細完整的臨床評估模式，如一位病人助理便需花費 4 小時作評估，所以可以做詳盡生物心理社會層面的完整評估。甚至研究助理也可以寫部份論文，他們也視為很好的訓練過程。反之國內醫界臨床醫師不易有專業之研究助理，醫師需同時兼顧繁重之臨床工作，負擔相對沉重許多，也阻礙了研究的發展。

肆、建議：

- (一) 精神醫療費用預算：台灣目前潛在之憂鬱症及焦慮症等病患相當多，但在目前之健保精神醫療不合理給付制度下，實在無法給病人優良品質的醫療照護，唯有合理的制度，才能提昇醫療品質；或者可以考慮開放自費收費，讓病人有選擇的空間，以符合病人之需求。

(二) 個案管理員(case-manger) 制度：照顧精神病人絕對是長期且持續的工作，需要有一持續固定之專業人員主動追蹤，給予醫療建議才能減少疾病復發，而非出院後就轉到另一系統，中間常造成許多斷層，醫療聯貫性也中斷。國內目前只有公衛護士之追蹤系統，但未參與個案之整體治療過程，也未與個案建立治療關係，由病房出院後之轉介過程常不易連貫，其病情變化及治療方向也不易掌握，所以常造成許多先進提到的精神病人旋轉門現象：病人出院後因缺乏連續性照護，服藥不規則，治療模式也不連貫，常等到再一次發病時才再送進醫院，在此過程中病人功能也逐漸退化。個案管理員(case-manger)制度有賴精神醫療主管機關在精神醫療機構增加醫療人力編制作修正，如增加心理師，社工師的員額編制，從病人一住院就開始擬定及參予長期的治療復建計劃，固定專人追蹤，才有可能建立良好的追蹤照護醫療。

(三) 協同醫療人員(Co-professional)：進修單位某些部門主任是由心理師或社工師擔任，在病房中也擔任重要角色，每位病人一入院後各專業即針對此病人組成工作團隊，由整個團隊來治療，心理師及社工師的參與是必然而非經過照會才加入。且會針對個案特質，安排不同之專業人員作為主要治療者，如某些

人格疾患患者，以心理師作為主要治療者比醫師合適，也比較適合擔任此個案之個案管理員，作後續長期追蹤的工作。但在國內各醫療機構協同醫療人員(Co-professional) 編制人力不足情況下不易作到；目前政府雖強調精簡人力，但醫療機構之第一線專業醫療人力實不宜再刪減，目前我國已邁入開發國家，焦慮憂鬱的個案將越來越多，如國沒有良好的追蹤輔導制度，反覆發病，可能會造成家庭社會國家的壓力及生產力的影響，所以建議醫療單位應開放更多的專業醫療人員進用，以提高精神醫療品質。

(四) 臨床藥物濫用研究及服務：東部地區有高比例的原住民社區，其酒精濫用問題一直沒有受到重視與規劃完善的醫療措施。酒精及藥物濫用治療相當倚重認知及行為治療技巧，應針對國人文化，或原住民文化特性發展出適合我們的治療模式。

(五) 研究環境：進修單位有相當多的研究經費來源，可以聘用專業研究助理及有充裕的收案經費，所以可以進行大規模涵蓋生物心理社會(bio-psycho-social) 各層面的大型研究。而國內，除國科會，國衛院之少數研究單位可聘用助理外，其他單

位包括輔導會之研究經費使用均限制不能聘用研究助理，讓有心研究的醫師，在同時需負擔臨床工作壓力外，還需花費時間在助理可作的雜務上，在人力運用上是相當不經濟的。建議輔導會中可以放寬各醫院之研究經費使用限制，開放聘用研究助理，以真正落實補助研究之目的其促進其效益。