

出國報告（出國類別：進修）

## 心理衛生與司法精神醫學研究

服務機關：行政院衛生署草屯療養院

姓名職稱：黃聿斐主治醫師

派赴國家：美國馬里蘭州及華盛頓特區

報告日期：97年10月17日

出國期間：95年8月26日至97年7月17日

## 摘要

精神病患者是被社會邊緣化的族群之一，由於患者外顯的奇特行爲、言語，經常引發誤解；加上媒體報導精神病患相關新聞時，往往以不適切的語言報導，以致於精神病患者等同於不定時炸彈的印象深植民心，進而強化精神病患者的被標籤化，使得精神病患者回歸社會的復健之路更加困難重重。因此，釐清精神病病患的犯罪危險因子，有助於辨明精神病患者與一般常人不同的犯罪特質，釐清相關的大眾迷思，並促進精神疾患的去標籤化。職利用本院 95 年度公費出國進修之機會，第一年前往美國約翰霍普金斯大學彭博公共衛生學院 (Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health) 進行生物統計學、流行病學與心理衛生相關主題之學習，第二年參與美國華盛頓特區聖伊莉白醫院 (Saint Elizabeths Hospital) 司法精神醫學專科醫師訓練計畫。茲針對此次出國進修之目的、過程 (包括出國前的準備、研習機構與課程簡介)、心得與建議做摘要報告，文末並附上相關的課程表與研究主題，其對本院未來在發展相關的業務能有幫助，並留給未來有興趣的同仁做參考。

# 目次

摘要 2

本文

1. 目的 4

2. 過程 5

3. 心得 11

4. 建議 17

附錄部份

附錄一 18

附錄二 23

# 本文

## 一、目的

精神疾病患者的犯罪是精神醫學界與法界二個不同專業工作者的關注焦點之一，每每有重大社會案件發生時，媒體常要精神科醫師依據表面現有的報導，評斷犯行人是否有精神異常，或期待精神科醫師可以說明犯行動機等等，然而預先假設犯行人有病，提供了脫罪的藉口；無意中也加深了『精神疾病患者是不定時炸彈』的普遍印象。因此司法精神醫學中其中一部份，便是討論如何判定被鑑定人在犯行當時之精神狀態，如急性精神病狀態、藥物中毒、酒精中毒、智能障礙，或者根本是詐病或偽病，提供法界之判刑參考。同時，對於犯行之精神病患在減刑或免刑之後的處預，如何預防再犯及適當的安置，亦屬國家之完整司法系統所必須，目前法院多委託鄰近之精神醫療機構執行處預，然而，精神醫療機構屬於醫療系統，受限目前健保財務之困境，此類委託恐怕漸不可行，如何整合醫療與司法系統之資源，將是無法避免的問題。

民國八十八年刑法修正，將治療的概念引入性侵害加害人的處預計畫；之後，家庭暴力防治法亦有家庭暴力相對人強制治療之處預項目，可見政府及相關單位皆意識到性侵害及家庭暴力這樣的犯行，不是憑刑罰即可收懲戒及預防之效。然而，法走在前，各治療機構臨危授命，各自摸索，雖然內政部每年均辦理相關課程協助專業人員，然而，短短幾個小時，對於時刻面對個案的工作人員幾乎是不敷需求。因此學習先進國家對於強制診療個案之治療模式，以建立國家自己的診療標準是刻不容緩的工作。

草屯療養院接受中部鄰近法院委託精神案件，每年達二百多件，數量居中部之冠，同時接受縣政府委託辦理性侵害加害人及家庭暴力相對人之強制治療，業務亦持續增加。因此，加強工作人員之專業知識及技能，委實刻不容緩。如至先進國家學習系統化之知識與經驗，對於推動本院相關業務，裨有相當之助益。

職本次進修計畫期望達到下列目的：

1. 學習精神疾病患者的暴力及犯罪行爲；
2. 學習司法精神醫學相關範圍之最新概念及研究；
3. 學習精神醫學相關流行病學及統計學之理論及運用；
4. 學習結合理論與臨床資料，形成臨床可用策略。

## 二、過程：

### (一) 出國前的準備

決定出國進修之後，職於一年前便開始準備留學國語言考試，由於臨床業務繁忙，無暇參加托福及 GRE 考試補習班的加強，只能趁公餘之際自修，幸好原先英文底子不差，順利跨過申請學校的門檻。同時間，也向本院所屬長官機關衛生署申請在職進修計畫補助，雖然計畫通過，但僅得六個月公假及三十六萬之經費補助。

職於九十五年二月獲得美國約翰霍普金斯大學公共衛生學院 (Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health) 的入學許可，研讀學程說明時發現，六個月勢必無法完成學位，因此，爭取出國進修時限延長為一年，並另行申請留職停薪一年，以使學習進修的內容更為完整。最後，衛生署長官核定准許將六個月延長為九個月，補助經費不變，另加留職停薪一年，完成此次進修。

期間，感謝前任院長陳快樂醫師、中國醫藥學院藍先元主任及台北聯合醫院松德分院劉佳昌醫師為職撰寫推薦函，並感謝現任陳宏院長協助延長進修時限的申請。

### (二) 研習機構簡介

進修過程分為二階段，第一階段在約翰霍普金斯大學公共衛生學院 (Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health) 進修心理衛生碩士，該階段因課程修訂，職於九個月期間順利取得學位；第二階段於華府的聖伊莉莎白醫院 (Saint Elizabeths Hospital) 進行司法精神醫學專科醫師訓練，由於非領有美國醫師執照，只以見習身份參與，而非直接參與臨床業務。

#### 1. 約翰霍普金斯大學公共衛生學院 (Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health)

JHU 的公共衛生學院在 1916 年創立，是世界上最早也是最大的公共衛生學院。同時，在具公信力的 U.S. News & World Report 報導中，JHU 的彭博公共衛生學院始終名列前茅。職在學的 2006-2007 年間，JHU 公共衛生學院的碩士學程獲得全美排名第一的殊榮；同時，JHU 的附設醫院亦是全美排名第一的服役醫院，JHU 大學本身為世界排名第十五的最佳大學。

#### 2. 聖伊莉莎白醫院 (Saint Elizabeths Hospital)

聖伊莉莎白醫院於西元 1855 年在華府東南方創立，早期為聯邦醫院，西元 1987 年由華盛頓特區的精神衛生部 (Department of Mental Health) 接管，成為華府公立醫院的一份子。醫院佔地廣大，收容近四千名精神病患，直到七 O 年代精神病患去機構化運動展開，病患經過治療後，重新回到社區復健及生活，目前病人約有四百名住院病患，其中一半為司法精神病房 (John Howard Pavilion 簡稱 JHP)，收治兼具精神病患及犯人身份的病人；另一半則為一般精神病房 (Civil Site)，對象則為單純的精神病人。

聖伊莉莎白醫院幅員廣大，JHP 安全防護為高度戒護層級，所有人員進入時必須通過金屬偵測器，訪問人員必須有工作人員帶領，確認身份方能進入，首先進入由戒護人員控制的第一道門，領取鑰匙 (只有身份背景清楚的工作人員才能領取)，鑰匙是在 JHP 大樓內活動的通行證，沒有鑰匙哪裡都去不了，然後通過第二道門，才正式進入工作區域。JHP 大樓的每一個關口，如樓梯間、電

梯、圖書館、廁所、辦公室等等，都必須使用鑰匙開啓，當病犯離開病房進行檢查或評估時，甚至會戴上手鐐腳銬。病房依男女及審前及審後作為區別，目前該院的名人病犯為西元 1981 年刺殺雷根總統的 John Hinckley，諷刺的是雷根已於 2004 年過世，而 John Hinckley 仍在高度戒護的司法病監中繼續監控。Civil Site 比較接近常見的精神科急性病房，管理及戒護層級也與其相當。特別的是，院區設有小型法庭，作為法官到院開庭審理強制住院、強制社區治療等案件的場所。同時，也有幾位公設辯護人的辦公室直接設在行政區中，提供內部人員及患者對法律的需求及幫助。因為歷經七〇年代的去機構化運動，病人人數劇烈縮減，留下許多棄置未使用的建築物，形成安全及管理方面的死角。

### (三) 研習課程簡介

#### 1. JHU 公共衛生學院之心理健康碩士課程

研習課程以生物統計學、流行病學及心理衛生相關課程為主，分四個學季，每學季為期八週。系所要求必須修滿至少六十四個學分，同時完成畢業論文，通過指導教授評鑑後，方能取得學位。可以選擇的課程種類眾多、內容豐富（附錄一），但受限於時間、體力，職以每學季完成十六個學分，共計六十四學分完成系所要求。以下介紹較深刻的課程內容：

#### (1) 生物統計學及流行病學

生物統計學及流行病學是公共衛生的基本，更是從事醫學研究的重要功夫，因此這二門課在課程安排上均屬必修，四個學季均有生物統計及流行病學一貫的教育學程。

生物統計學除每週六個小時的授課時數外，另有四個小時的實驗課（Dry Lab），以實驗作業的方式進行，同時教授如何操作統計軟體，不同的研究主體、研究方法要如何選擇合適的統計方法分析及操作，以及如何從所得的結果進行分析亦是教授的重點。學習成就評量除統合性的作業外，每隔二週皆有期中/末考，追蹤學員的學習成效。

流行病學與生物統計學的課程設計相仿，除一般授課外，也有團體討論的實驗課，實驗課程設計以不同的研究方法編排，使學生從中進行操作病理解研究的進行方式，並瞭解如何進行研究設計。同時針對不同的學門開設不同的流行病學課程，以符合不同的需要。

#### (2) Perspective of Psychiatry : The Public Health Framework

主要授課教授 Paul McHugh 是約翰霍普金斯大學醫院的資深精神科醫師，授課的內容依據教授所寫得同名教科書為主，同時也邀請了幾位精神部的優秀老師擔任客座。Dr. McHugh 主張不要以傳統的疾病診斷系統（DSM）來看待精神疾患，而採用症狀形成原因的不同來對疾病做分類，他提出四大主要面向：疾病， dimension，行為及生命故事，並藉由不同面向來思考疾病的根源（Etiology），採取適當的治療方式。

這堂課提供了非常不同的視野，對於習慣 DSM 或 ICD 診斷系統的臨床工作者，無疑具有暮鼓晨鐘的效果，當這樣的工作方式，無法提供更多對病患的幫助及對疾病的瞭解時，重新解構並思考原先固有的架構，才有創新突破的機會。

### (3) Seminar on Program Planning in Developing Country on Drug Abuse and Other Health Problems

這是一個系列課程，以 seminar 的方式進行四個學季，受限於時間，我只修習了第一學季的課程。如同課程的名稱，這堂課的同學有許多來自肯亞、印度、巴基斯坦或非洲不知名國家的學者，齊聚一堂討論各自國家面臨的藥物濫用問題，以及曾經採行過的處遇方式。並邀請客座教授講授以社區、學校為單位的處遇模式及成效，讓大家進行更多的腦力激盪。每堂上課前都有必須完成的作業，通常是群組式申論題，除了預習之外，也幫助增加討論的深度。

其中，我最深刻的是授課教授 Wallace Mandell 對美沙酮替代海洛因減害療法的推崇及其療效的信心。出國之前，美沙酮替代療法仍在研擬之中，回國之後，與海洛因依賴患者的幾次對談，似乎無法與前輩的經驗相呼應。也許醫院中的個案多為較嚴重的病例，但是文化因素的影響也不該偏廢。

### (4) Research Ethics

課程目的在於進行臨床研究時，所面臨的種種道德及倫理問題，例如研究的設計、資料蒐集、研究論文的作者排名、利益衝突，進行動物及人體實驗時，必須注意的各項要件，以及抄襲、剽竊等，除瞭解可能的問題外，亦提供可能的解決方法。該課程要求所有學生必須通過研究者的 IRB 測驗，期末亦必須完成相關的 Essay 寫作，才算完成該科學分要求。

此課程有二大重要心得，第一、即使文明、民主如美國，也有過黑暗時期。1932~1972 年間，美國公共衛生服務的性病研究人員，在阿拉巴馬州的 Tuskegee 村落進行關於梅毒的臨床進程及治療效果的研究，參與研究的個案為 399 個感染梅毒的黑人男性，及 200 名未感染梅毒的男性作為對照組，研究人員並未告訴個案關於診斷、可行的治療方式、及實驗進行的方式，參與實驗的個案可以獲得食物及『治療』。1932 年，梅毒仍無有效的治療藥物，可用的藥物也有很大的副作用。1947 年，盤尼西林被證實是有效的梅毒治療藥物，然而 Tuskegee 的研究人員隱藏這個訊息，個案並沒有獲得適當的『治療』或控制，研究人員將此研究視為『長期的觀察性研究，藉以瞭解梅毒的自然病程』。1966 年，Peter Buxtun 向主管機關提出停止該不人道研究的繼續進行，但未獲重視；1972 年，Peter Buxtun 向媒體披露此事，並成為報紙頭條封面故事，此研究被迫結束。1997 年，柯林頓總統公開向受試的個案及家庭成員道歉。

也聽過這種說法，當時醫師未將盤尼西林使用在患者身上，原因是因為盤尼西林是針對第一、二期的梅毒的治療，症狀以生殖器（1st stage）或全身性（2nd Stage）的皮膚丘疹、紅斑為主，而 Tuskegee 的患者多半已進入第三期潛伏期或第四期神經性梅毒的階段，所以在無明確有效證據的情況下，而決定不採取盤尼西林的治療。我不是很贊成這種說法，醫者雖然比其他人更具有疾病及治療的知識，但並不表示可以代替他人決定該接受或不該接受治療，或者接受怎樣的治療，生命的主權要回歸到身體的主人手裡，病人不懂，就要想辦法說到他懂為止。

第二、研究論文發表的作者排名是必須嚴肅看待的問題。研究人員爭排名、機關首長的習慣性掛名是司空見慣的事。然而，要掛名的研究作者必須對該篇文章有直接的智識性的貢獻，對於提供設備、場地或是金錢及其他非直接性貢獻的人員，皆不該列名在作者名單中。國外許多期刊皆要求在投稿論文的同時，必須據實描述所有作者對該篇文章的貢獻及利益揭露，方能發表。爭掛名及人情掛名的學術界陋習應該逐步改正。（見附錄二）

## **(5) Mental Health and Law**

授課教授是一位律師，我們從政治、法律、經濟等各種不同的角度來看「心理健康」，解構不同的政策對於心理健康、精神疾患造成的影響。以往我所認知的美國是精神病患復健天堂的幻想在這堂課後徹底粉碎，各個治療環節中的脫序，即使有個案管理人也無法彌補這樣的漏洞，此外，復健機構徒具形式而非客製化的復健計畫，使得可以從中獲益的病患人數大為減少，社會工作者的工作變成找錢、找地方安置病人，病患的預後並沒有因此而改善。

因為此堂課而有機會參觀美國監獄的精神醫療及社區心理衛生中心，心得及經驗另列於心得 1。

## **(6) Neuropsychology of Mental Disorders**

此課程的目的在於從神經心理學的面向來瞭解精神疾病，同時熟悉各種不同的神經心理學測驗，大腦各部位的功能及受傷後的反應。這門課程最特殊的地方，並非教授講了驚人的學理，而是老師要求每人每週必須交一篇文獻評論的作業，選擇一篇以發表的文獻，針對文獻的研究方法、結果及討論的任一面向，進行有意義的批評並提出自己的看法。對於習慣填鴨式教育的我來說，是種非常新鮮有趣的體驗，從中訓練思辨的能力及習慣，非常受用的一門課。

## **(7) Suicide as a Public Health Problem**

藥物濫用與憂鬱症並列精神醫療的顯學多年，自殺更是這幾年來重要社會議題。這堂課以 Seminar 的方式進行，由不同領域的學者來講述自殺的流行病學，自殺者的心理剖析（Psychological Autopsy），自殺的基因研究、自殺與媒體的關係，還有自殺者的家人現身說法，如何度過家人自殺後的創傷階段。最後，本人撰寫一篇關於自殺與媒體關係的文獻探討文章，作為期末作業。

## **(8) Understanding and Preventing Violence**

探討公共衛生在降低暴力發生及相關傷害的所扮演的角色。瞭解暴力相關知識，如：暴力流行病學，生物、心理、環境及社會因子對暴力的影響，親密關係暴力，槍砲彈藥管制法令，藥物及酒精對暴力行為的影響等等。並從中歸因不同暴力行為的產生及相對的預防措施。

修這門課的同時，正好發生維吉尼亞技術大學的校園槍擊案件，於是針對美國社會的槍枝問題有深入的探討。雖然個人擁有槍枝的自由確造成了許多致命暴力事件的發生，但要進行槍枝管制卻窒礙難行，除文化因素外，許多利益團體間的杯葛角力，使得問題更加複雜。

另一個感想，美國公共衛生學界關心介入的問題非常廣泛，相對國內的公共衛生學界，似乎沒有太多的公共參與，多留在校園中居多。我想這是個人及社會的雙重損失。

## **(8) 研究論文 (Dissertation) 的寫作**

職雖將在醫院中工作成果資料帶至美國，打算進行研究報告的書寫，但校方要求需通過院方及校方的 IRB 之後，方可進行研究分析，導致作業不及。因此再與指導老師討論後，改以文獻探討的方式，探討社區中精神分裂症患者與暴力的關係。文中由精神病患的暴力行為流行病學、相較於社區中非病患的暴力行為流行病學，進而探討非疾病的暴力相關因子，及其對前項



研究中的影響，進而推演出精神分裂症患者社區中的可歸因之暴力危險性（Attributable Risk）相當低的結論。

## 2. 聖伊莉莎白醫院（Saint Elizabeths Hospital）

華府聖伊莉莎白醫院與喬治城大學醫院（Georgetown University Hospital）精神部合作辦理司法精神醫學專科醫師的訓練，後者亦是美國歷史悠久的大學，以法律及醫學聞名，柯林頓總統即是該校的畢業生。

司法精神醫學專科醫師的訓練十分紮實，除了課堂的討論之外，經常走訪於病房、法院、監獄及門診之中，若有餘力，更會進行與司法精神醫學相關之電影欣賞與討論。

### （1）Landmark Case 的研讀

課程開始之初，Dr. Abrams 即交付大家一片光碟，其中一個檔案便是 Landmark Cases，裡頭依據不同的法案歸類，每類別有四到八篇不等與該法案相關的重要法律案例。例如：醫療糾紛、愛滋病、病人權益、性侵害/性騷擾等等，近三十多個分類，每週研讀一個分類。由於是法律英文，初初開始進行時，只能用吃盡苦頭來形容，因為不熟悉，所以要花費更多的時間力氣來讀，然後讀了之後又記不得，所幸下過苦工之後，在讀法律案件時已經可以較快速的瀏覽，只是台美二國的法制不太相同，再者文化差異也很大，所以很多實際上操作的方法，是無法直接移植的。而許多法律概念，其實是相似但二者作法不同。例如：因精神障礙所導致的犯罪，可減輕其刑或免刑的觀念，台灣的法律是進入審判之後，進行精神鑑定再決定其刑度；美方則是先判定其是否為 Not guilty by reason of insanity 後，在進行審判或保安處分的審理。

台灣的性侵害加害人強制治療的法律，也帶有來自美國法律的色彩。只是台灣法律對於刑前治療必須三年內完成的規定不知是從何而來，我與 Dr. Abrams 討論到這個問題時，對方亦十分不解，對於先前學者在台灣大力推動的 Vermont 模式，Dr. Abrams 更表示從未聽聞，當場讓我錯愕不已。

### （2）司法病房的工作

每週約有二天到審前司法病房與其他訓練醫師一起評估病人的受審能力，這些病犯多半來自法院，原因可能是被逮捕時，精神狀態欠佳，或是明顯缺乏受審能力，法官會依個人狀態，盼其入院或參加門診團體進行恢復受審能力的治療及教育。受審能力評估包括：知道自己所犯的罪名及刑度，知道如何提出有罪、無罪或因病無罪的辯護，知道法庭上有哪些人及他們的功能，知道若承認有罪即是放棄審判及上訴的機會等等，透過這樣的過程，可以恢復受審能力者，則回到法庭上，繼續案子的審理。無法恢復受審能力者，必須經由法官宣告其能力無法恢復，並進行保安處分的宣告。

### （3）法院及監獄

曾到法院參觀交叉詰問的現場，案主是一位長期濫用 PCP 的中年婦人，在使用 PCP 後，誤殺自己的孫子，在經過恢復受審能力的治療後，檢辯雙方針對其受審能力是否恢復進行辯論。當專家證人站上證人席上時，首先面對的問題就是「專業資格」的考驗，接下來才是對案主狀況提出

看法並接受詢問的過程。

華府的看守所設在法院的地下室，穿越假釋中犯人驗尿的人龍，就會到達看守所的入口，牆上會貼有重大逃犯的照片，可以順便看看居家周圍是否有可疑份子。通過重重關卡進入監獄後，精神科醫師或是其他精神衛生專業人員的任務是對精神狀態有疑慮的犯人進行精神狀態評估，雙方隔著鐵窗，在通常十分吵雜的環境中進行會談，大約完成三到四個個案評估之後，工作人員回到辦公室中繼續完成評估報告，報告必須當天完成交給審理的法官，法官在根據報告，判定個案必須進入病監或社區治療，或者直接回到社區等候開庭。

#### **(4) Robert I. Simon 的授課**

Robert I. Simon 是美國司法精神醫學界的泰斗之一，不但著作等身，也非常樂於教學，他是喬治城大學醫院精神部的教授，也是我決定參加這個 Program 的原因，有機會親炙大師的教導，真是萬般幸運。

Dr. Simon 的授課是以他的教科書為主軸，預定每次討論的主題，自行唸完之後，再到他家進行二個小時的討論。Dr. Simon 常會臨場出題要大家的說說自己的想法，之後再分享他多年工作的經驗，對於初學者而言，這些寶貴的經驗是花錢也買不到的寶貝。臨去前，Dr. Simon 的書「Bad men do what good men dream」再版，我主動向 Dr. Simon 表達希望將其翻譯為中文版的念頭，他老人家非常高興，也寫信鼓勵，至今，仍十分欣喜有機會成為 Robert I. Simon 的學生。

### 三、心得：

#### 1. 哪裡的月亮圓？巴爾地摩社區精神衛生中心及監獄精神醫療設施參觀感想

巴爾地摩 (Baltimore, Maryland) 是美國的第十三大城，人口約有 64 萬人，其中 64.34% 為非裔美國人。犯罪率方面，根據 2005 年的統計，傷害案件數是全美 20 萬人口以上城市中的第一名，是全美高犯罪率城市的第二名，僅次於底特律。

在學校修了社區精神衛生，上課內容以衛生政策為主軸，環繞社區精神衛生的主題，相關延伸的議題與討論。因而有機會實地參觀巴城的社區精神醫療機構及監獄內的精神醫療設施。

預定前往的社區精神衛生中心位在「玫瑰街」，名字雖浪漫，其實是個藏污納垢的區域。臨行前我們討論如何前往，有位同學表示集合時間有困難，想自行步行前往。老師面露猶豫，說：那不是個安全的地方，一個人走路不太好。出發當日，一行人上了老師的箱型車，才往我平時吃飯的黑人市場前進一個街口，感覺就像進入不同的國度，看見紅綠燈上的閃爍的藍光（註 1），我和同學不約而同的將車門落鎖，原因無他，就是恐懼。

所謂的社區精神衛生中心，就是一堆破敗的房子中的其中二間，裡頭有的是磨損的地板，搖搖欲墜的天花板上布滿水漬的痕跡，家具皆呈現老舊、磨損，顯然都是從路上別人不要的家具中撿來的物資（註 2）。主要的工作人員，除了來自約翰霍普金斯醫院海景分院 (Bayview Campus) 的一位社工員、一位個案管理員及二位兼差的精神科醫師（每週一次），其他的員工都是社區成員。他們的工作項目非常繁雜、無所不包，精神病、酒癮、藥癮、憂鬱、焦慮、創傷後症候群、親職教育、情緒控制、受暴婦女團體、青少年懷孕、非行少年等等，只要有人走進門內求助，不論大小一律受理。治療方式可能是藥物、個別諮商及團體治療。

我們到達時，工作人員各自忙著手邊的工作，社工員帶我們到樓上的團體教室，而所謂的團體教室就像個很久沒人住的房間，有著許多形狀顏色各異的鐵椅，跟舒適毫無關係。社工員表示：讓社區成員參與衛生中心的工作，對於建立信任感很有幫忙。她身上的約翰霍普金斯醫院 (Johns Hopkins Hospital) 的員工證，往往引發求助者的不信任，所以當她在自我介紹時，會強調自己來自海景分院而非總院區（註 3），建立信任感之後，才有辦法繼續工作。而專業醫療人員不足，尤其是精神科醫師非常昂貴，是目前社區中心的困難之一；社區中心的經費是來自有時限的社區精神衛生計畫，當計畫結束之後，經費來源是另一個大問題。

巴城的監獄 (Jail)，就在約翰霍普金斯醫學院院區的附近，我們一行人通過前門的安全檢查，將身上的物品寄放在集中管理處，手上帶著類似住院病人的名條，才由專人帶領進入參觀。監獄裡的精神醫療部門，分成門診跟住院二部分，有專屬的精神科醫師、心理師跟護理師。犯人在進入監獄的第一個 24 小時之內，會由精神專科護理師初步評估犯人的精神狀態，若有問題再轉精神科醫師評估治療之必要，並安排門診或住院治療。

出人意表的是監獄治療跟其他社區治療是完全分離的，即便入獄前就有精神疾病史的犯人，不能帶藥到監獄中繼續服用，出獄後也不會有處方籤或是出獄帶藥，來維持治療效果。於是所有的治療在監獄中重新開始，等到出獄時間到了，症狀也穩定了，出獄就立刻中斷，除非病患立刻前往其他地方就診。然而常見的現象是病患症狀復發，在街上因為奇異言行、干擾、鬧事等行為，又被送到監獄，進而造成精神病患的「罪犯化」(Criminalization)。詢問為何不請個案管理員接管後續的治療問題？工作人員答說：我們實在不知道病人確切的出獄時間，所以無法預先通知個管員，也不可能等到個管員來才釋放犯人。至於長久以來不能帶藥入獄、出獄的習慣，工作人員並沒有給予正面的回答，應該是跟監獄管理相關的規定。

經費一直都是問題，精神醫療的經費來源分散，病患的治療費用多從州政府來的 Medicaid (Aid) 或 Medicare (Care) 支出，機構的經費來源則可能來自州或聯邦政府。大多數精神病患的醫療費是由 Medicaid 支出，Medicaid 則由各州政府編列預算。以馬里蘭州為例，州政府一方面放寬申請 Medicaid 的申請資格，同時擔心 Medicaid 費用的巨幅成長。而為了不讓非法移民使用 Medicaid，馬州政府在 2006 年宣布領有 Medicaid 的人需限期繳交出生證明，否則取消 Medicaid 補助，造成許多精神病患一時失去醫療補助，發生治療中斷的危機。

在修這門課之前，我以為的美國社區精神醫療應該是系統完整，病人從急性病房出院後，循序漸進的接受復健並回歸到社區的理想境界。然而，理想跟現實往往不會手牽手、並肩齊步走。他們同樣有人力不足、經費不足跟機構間聯繫的問題，是個乍看完整，實則支離破碎的體系(4)。

外國的月亮看起來很大，但是沒有想像中的圓。台灣儘管沒有免費的中途之家(halfway house)、集體住宅(group home)或其他花俏的名堂，但是根據病患能力制定不同的復健目標，對病患醫療照護的品質、連續性及可近性，根本是有過之而無不及。

(註 1) 巴城警察局會在治安欠佳的地方裝置監視攝影機，通常安裝在紅綠燈上方，所以只要看到紅綠燈上方有另一個藍燈，就表示不安全。

(註 2) 美國人常會把淘汰的家具丟在街道上，需要的人可以撿回去免費使用。

(註 3) 約翰霍普金斯大學醫院總院在社區的形象並不好。一方面是校方想用擴大校地的方式改善校園安全，而大量收購醫學院區周圍的土地，許多貧窮的住戶因此被房東被趕出來，而無力支付較高房價的住戶，就被迫變成流浪漢；另一方面是醫院及學校在社區為取樣，做了無數的實驗，居民不覺得醫院或學校有對社區做回饋。這樣一家以社區服務為定位的醫院，社區形象卻是這般，真是一件非常諷刺的事。

(4) Loren R. Mosher, Lorenzo Burti: Community Mental Health: Principles and Practice. Contemporary Sociology 1990; 19(2): 294-295

(原文刊載於 97/02 台灣精神醫學通訊)

## 2. 綜觀華府喬治城大學醫院之司法精神醫學醫師訓練計畫

去年此時，確定可以在五月拿到畢業證書後，回國敘職或繼續專業訓練的念頭就在心裡交戰不已。原本以為這個碩士必須花費一年多才能拿到，所以在公假九個月之外，經首長許可後，多請了一年留職停薪的假。這突然多出來的時間，真的有點措手不及。上網查詢當年度美國司法精神醫學醫師訓練醫院的資料後，一一寫信給各醫院的負責人，探詢可以訪問學人身份參與訓練課程的可能性，當然不是每個人都回信的，哈佛大學寄來一個信封袋，要求正式申請 Fellowship，三個月內考到美國醫師執照？我想不太可能。UCSF 直接回覆沒有訪問學人這樣的編制，其他大多石沈大海。當時心想，如果真的找不到，就回台灣工作。三、四周後，針對沒收到回覆的醫院，我發出第二封信。這一次華府喬治城大學醫院的計畫負責人 Alan Abrams 醫師很快的回覆，並同意我參與華府聖伊莉莎白醫院 (St. Elizabeths Hospital) 跟喬治城大學醫院精神部 (Georgetown University Hospital) 的共同訓練計畫。雖然華府治安也是排名前十大的糟，但是可以離開第二名的巴爾迪摩，也算是佛祖保佑了。

八月我來到聖伊莉莎白醫院，因為 Dr. Abrams 是此間住院醫師訓練的負責人，所以我的歸屬單位也是這裡。報到之後是一連串的行政程序，簽約保證不支薪，簡單的環境介紹，到州政府的精神衛生部拍照製作員工證，體檢、照 X 光，第三天後知道結果，確定沒有傳染病才能進入病房，

Dr. Abrams 交給大家一本整年的訓練手冊及光碟，內容包括整年度課程、病房及相關工作的安排，還有至少一百二十個的 Landmark Cases，後者是跟司法精神醫學相關的法律重要判例，也是英文跟邏輯思考的極限考驗，少則十頁，多則三、四十頁，每週至少三個案例的一直往上堆疊，就連 Native Speaker 的同事都會問說：哪一篇是不是 readable？要取得司法精神醫學專科醫師的執照，必須熟讀案例，還要理解其對相關領域的影響，最後必須交出相關的論述報告才能過關。

剛開始的困難除了英文本身，更多的是二地法律跟文化的隔閡。舉例說明，關於藥酒癮的一個案例：Powell v. Texas 中，被告因為在『公然酒醉』被逮捕，經過法官審理判處有罪，最後上訴到最高法院，大法官們的論述從慢性酒精成癮是不是一種病，如果是的話，依當前醫療技術能否提供治療（按：該犯行屬刑事，司法機關需提供相關治療，否則就會變成 Cruel and Unusual Punishment，違反美國憲法精神。），最後討論酒癮本身能否被認可為上述行為的 Defense，最後仍維持原審法官的判決。儘管非常讚嘆大法官的清晰邏輯跟思辨能力，但非常疑惑到底要『公然酒醉』到什麼程度，即使只是倒在地上睡覺，也被當成罪犯抓起來，還一路有罪到底。想起台灣常有些喝醉逛大街、大聲喧嘩吵鬧的人，換到美國來，不就通通都要抓起來。忍不住跟 Dr. Abrams 提出上述的疑惑，才豁然開朗。

這個案子發生在西元一九六八年的德州，這位被抓的 Powell 先生是位黑人，在種族隔離/歧視的時代背景下，成為白人警察、白人法官及白人陪審團的共犯結構下的受害者。簡言之，若公

然酒醉的是白人，警察有可能睜隻眼、閉隻眼就放過，其實真正有罪的其實是皮膚的顏色。以為此事乃七零年代那種年代才會發生，其實是小覷了「種族差異」的影響。去年十二月初，我與同事們前往最高法院，預定旁聽大法官們針對一件發生在路易西安那州的殺人案件的口頭辯論，被告是位非裔美籍男性，持刀刺死太太的男朋友，被判處死刑。此案上訴到最高法院的理由即是陪審團全為白人，沒有黑人，違反公平正義原則，此案仍未定案。此後談到德州、路易西安那州等等中西部各州州法時，常常讓人有回到七十年代、時空錯置的違和感。

除了書面閱讀個案之外，到法院進行嫌疑犯的受審能力(Competence to Stand Trial)評估也是重要工作之一。蓋美國法律非常強調所謂的公平正義程序(Due Process)，因此所有被指控的嫌疑犯都必須具有受審能力才能進行後續的審判程序。華府的高等法院地下室有一部份是看守所，前日或週末被警察逮捕的嫌疑犯都會被移送到這裡。司法精神醫師的工作是接受法官轉介疑似精神病或認知功能障礙的個案，到監獄進行受審能力的評估，一個早上可能評估人數約二到五位，當日下午必須交出評估報告。經醫師診斷受審能力不足的疑犯，法官會開庭判決此人該進行住院或門診的能力回復計畫(Competency Restoration Program)，定期追蹤復原情況，再進行後續的審判或安置。

聖伊莉莎白醫院有一專門的司法病房大樓，進入大樓前要通過X光機檢查，隨身物品裡不能有非必要的金屬物品，例如：金屬餐具、鋁罐裝飲料，都必須交由警衛保管，離開後再領回。病房以審前及審後區分，前段提到的缺乏受審能力疑犯經由法律命令進入審前病房，透過藥物治療、團體及一對一治療，穩定其精神病狀態及教導法庭進行的程序，以達到可以接受審判的狀態。此間，精神科醫師和病人的關係並非傳統的醫病關係，因為所有在病房中發生的事都有可能透過報告讓法官知道，也因此與病人進行會談的時候，必須強調是「非保密」的談話。病房工作人員有臨床心理師、一般精神醫學專科醫師或司法精神醫學專科醫師、護士及司法精神醫學技士（按：通常是身材高壯的男丁，類似病房防護人員）等，比較特別的是病房管理者是臨床心理師而非精神科醫師，詢問之下知道，這並不是普遍狀況，因為願意進入司法精神醫學病房工作的醫師昂貴且不足。

缺乏受審能力的疑犯進入病房或門診的能力恢復計畫，法庭通常在三十天後開庭進行疑犯受審能力的評估，如果狀況沒有改善，則繼續進行治療；若以達法定要求受審能力，則可能被收押監獄或飭回等待開庭審判。對於如：難治型精神分裂症、智能不足、嚴重腦傷等，在可預見的未來無恢復可能性的個案，可以由相關工作人員，對法院提出無行為能力之宣告(Jackson Commitment)之請求，並擇日開庭。當無行為能力宣告通過之後，原先的指控會被撤銷，但通常法院檢察官會在三十日之內提出民事宣告(Civil Commitment)，然後法院會正式開庭依疑犯本身對自我及社會的危險性進行安置宣告，可能是無/條件式的釋放或為期一年的住院/社區安置，後者在一年期滿前會重新評估。Civil Commitment和性侵害加害人強制治療的法律密切相關，最大

的不同是高危險的性侵害加害人必須在最高安全防護（Highest Security）的機構進行無限期的安置。

除了比較學術及工作性的學習之外，我們會有不定期的讀書會、電影討論，到最高法院聽大法官討論法案，觀摩其他專家證人在法庭上的表現、和其他前輩醫師的聚會及討論等等。總之，非常忙碌且充實的生活。（原文刊載於台灣精神醫學通訊雜誌）

### 3. 死刑

關於死刑的討論前前後後持續了五、六個月，也就是說才加入這個團隊不久，我們便持續的針對這個主題的各方面討論跟探討，主題多半是美國的案子。昨天團隊在舉行了關於死刑的研討會。研討會的脈絡清楚，先由 St. Elizabeth Hospital 在華府精神醫學的貢獻開始，聚焦至其中一任院長 William A. White 的生平，進而探討 W.A. White 在歷史上二件關於死刑的案子裡扮演的角色，及引述他的話做為整場的開場白：最為一個醫生，我們的本質是救人，而不是幫助殺人。簡言之，司法精神 專科醫師在司法裡將面對許多道德矛盾，而 W.A White 反對以死刑做為罪犯的懲罰。

接下來由文學、哲學及心理學的角度探討人們面臨絕望、毫無出路時的可能反應。否認、投射、妄想性思考是人們逃避巨大恐懼時常採用的心理防衛，也似乎死囚在 等待執行的期間內，發生精神病症狀的機率也比一般人更高，是詐病或是真正的精神疾病，常常讓匪夷所思。Ganser Syndrome 便是常在死囚身上發現的症候群。最後，以檢視二個死囚在判刑之後十年發現嚴重精神病（Alvin Ford)及精神病患殺人後的審判過程（Scott Panetti），解析美國各級法院間對於死刑適用性的矛盾與偏差，進而提出當司法精神專科醫師在評估這種極刑的犯人時，應該採取的策略。（原文載於本人的網路日記）

### 4. 「In Cold Blood」電影欣賞心得

除了臨床跟歷史個案研究之外，我們還有二個討論會，一個是專題討論會，另一個則是電影討論會。這樣的學習內容很活潑，覺得自己真的很幸運來到這裡。

In Cold Blood 是上個月看的電影，那天晚上大概是攝氏零度吧！一群人開著車到同事位於 Arlington 的公寓，聊了一下天，便下樓到公寓供租借的視聽室開始我們的 Movie night。好巧不巧的是視聽室的暖氣壞掉，於是我們就在冰冷的空氣中，看著 In Cold Blood，感覺整個人都浸在冰冷的血裡面，完全身歷其境。

這是 1967 年 Quincy Jones 根據 Truman Capote 的記實小說拍的片子，書的內容是根據 1959 年，發生在 Holcomb, Kansas 的多重殺人案，故事的主人翁 Perry Smith 和 Dick Hickock 在獄中相識，因為聽信獄友說被害人 Herbert Clutter 在家中的保險箱藏有大量的現金，二人在獄中設計完全犯罪計畫，相約出獄後大幹一筆然後到墨西哥逍遙。但是事情並沒有想像中的那麼簡單，傳說中的保險箱其實是獄友的幻想，被害人的生意往來都是以支票做交易，黑夜入侵，劫財不成演變成一家四口的喪命的慘劇。自以為的天衣無縫的完全犯罪計畫也是百密一疏，Perry 和 Dick 六個星

期後在 Las Vegas 落網，曾嘗試以心神喪失作為罪刑的 Defense，但未成立，最後判處絞刑，小說作者在二人等待死刑的五年期間，和助理往返監獄訪問這二名受刑人，最後並參與二人絞刑的施行，電影的最後，便是 Perry Smith 從絞刑台上。。。。。

我們聽到匪夷所思、殘忍異常的犯罪時，常常會覺得兇手一定是有「精神病」，正常人怎麼可能做出這種事？以這樣的邏輯反推，有「精神病」的人一定都會犯罪嗎？那不如把監獄關掉幾間，錢拿來蓋精神病院吧！事實上是絕大多數的犯罪，都是「精神正常」的人幹的。

Perry Smith 的父親酗酒、母親外遇，父親毆打母親，有創傷症候群的症狀，電影內容中不斷的呈現他有 Flash-back 的症狀。Dick Hickock 出生在小康家庭，家人各司其職，偏偏 Dick 從青少年就被認為有反社會人格的傾向，電影裡把 Dick 描寫的太膚淺而顯得迷人，真正的反社會人格，可是會讓人在大熱天不寒而慄。二人相約犯行，求的是「錢財」，這是犯意。並不是外星人同時在他們腦袋裡植入晶片，控制他們去殺人，也不是撒旦在他們耳邊說：殺了他們，你們才能活。。。

而犯罪常常也不是一下子就白刀子進紅刀子出的瞬間完成，幾個莫名其妙的事件同時發生。本來我想怎麼怎麼，後來突然就怎樣怎樣，Perry Smith 在犯罪的過程中，萌生退意多次，在車站、在搜索保險箱時、阻止 Dick 侵害被害人的女兒、用比較輕鬆的姿勢綑綁 Herb Clutter，然而在和 Dick 的對話內容中，某些話 Trigger 他對父親愛恨交加的感覺，他突然拿槍近距離射殺 Clutter 一家四口。事後和老闆討論的時候，老闆說：犯罪常是過度樂觀的，然後加上一堆看似可笑、無意義的意外的組合。我同意他的看法，並且覺得，如果當下 Perry Smith 沒有出現 Flash Back，成功阻止 Dick 更進一步的犯行，也許這只會事件不成功的強盜劫財，二人也不會落得絞刑的下場。

另一件有趣的案外案，飾演 Perry Smith 的 Robert Blake，在這部片之後主演多部電視劇，警探劇或是謀殺劇，形象多半是強悍的男人。2001 年時，他被控在大街上射殺他的老婆 Bonnie Lee Bakley，案子歷經纏訟，2005 年，因罪證不足被判無罪，但必須民事賠償三十萬美元給 Bonnie 的小孩。然而就像拳王殺妻的案子，絕大多數人還是認為是他幹的，是無法從角色抽離的結果嗎？我也很好奇



#### 四、建議事項：

（一）新制精神衛生法於今年七月上路，在強制鑑定、強制住院的法令有大幅度修正，同時新增強制社區治療的概念及法令。前者新設一委員會，由跨專業的人員共同進行強制住院是否可行的審查。該委員會中，雖有法律專業人士，卻缺乏「法官」的參與，類似的問題也出現在強制社區治療的層面上。這樣的作法並非創新，在美國早已行之有年。須知，要精神病患強制接受各種形式的治療，除了對其個人的醫療需求之外，另一個層面是對社會安全的保護，因此具有執法公信力的人員參與是絕對且必要的，建議設置專任法官執行強制治療的業務，並協助法官了解精神病患各面向的問題，使其進入狀況。

（二）精神病患與暴力行為間並無絕對的因果關係，雖然其發生機率較常人稍高，但 80% 的病人甚少或從未發生暴力行為，政府應對媒體報導精神病患的暴力事件加以管制，禁止其以渲染、侮辱的措辭報導事件，以降低精神病患被標籤化及邊緣化的情況，進而促進病患積極治療、走入人群、重返正常生活的機會。

（三）犯罪的高度相關因子如：飲酒、藥物濫用、反社會人格、不利的生活環境等等，其中，前二項因子在不利的生活環境中，發生率更高。因此，若能標定特定的社區，並在社區中進行初級預防的工作，例如：提供額外的特殊教育、社會工作者的介入、生活補助、增加工作機會、提供營養品等，進而改善環境，間接降低上述因子的發生。

（四）成立精神衛生法庭（Mental Health Court），專責審理各種心智障礙患者所犯下的罪刑。相較於駭人聽聞的重大刑案，智能不足、精神疾病、失智症患者等，往往犯下的刑度較輕的罪刑，如偷竊、干擾公共安寧等，成立專職法庭可以使這類案件的審理更又效力。同時亦可作為強制住院、強制社區治療的主要執法單位。

附錄一： 約翰霍普金斯大學彭博公共衛生學院心理衛生學系開設的課程：

## **Mental Health**

### **1st TERM**

[330.601.01](#) **PERSPECTIVES OF PSYCHIATRY: THE PUBLIC HEALTH FRAMEWORK**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.601.81](#) **PERSPECTIVES OF PSYCHIATRY: THE PUBLIC HEALTH FRAMEWORK**

(3 units) **Location:** Internet

[330.643.01](#) **ALCOHOL, TOBACCO, OTHER DRUGS AND PUBLIC HEALTH**

(2 units) **Location:** East Baltimore

[330.651.01](#) **SEMINAR ON PROGRAM PLANNING IN DEVELOPING COUNTRIES ON DRUG ABUSE AND OTHER HEALTH PROBLEMS I**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.655.01](#) **FIELD VISITS IN DRUG ABUSE AND HEALTH PROGRAM PLANNING.**

(2 units) **Location:** East Baltimore

[330.657.01](#) **STATISTICS FOR PSYCHOSOCIAL RESEARCH: MEASUREMENT**

(4 units) **Location:** East Baltimore

**Jointly offered with:** Biostatistics

[330.800.01](#) **MPH CAPSTONE MENTAL HEALTH** **Location:** East Baltimore

[330.810.01](#) **FIELD PLACEMENT MENTAL HEALTH - ~~Discontinued~~** **Location:** East Baltimore

[330.820.01](#) **THESIS RESEARCH MENTAL HEALTH** **Location:** East Baltimore

[330.830.01](#) **POSTDOCTORAL RESEARCH MENTAL HEALTH** **Location:** East Baltimore

[330.840.01](#) **SPECIAL STUDIES AND RESEARCH MENTAL HEALTH** **Location:** East Baltimore

### **2nd TERM**

[330.602.01](#) **EPIDEMIOLOGY OF DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCE**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.603.01](#) **PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY**

(3 units) **Location:** East Baltimore

**Jointly offered with:** Epidemiology

[330.603.81](#) **PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY**

(3 units) **Location:** Internet

**Jointly offered with:** Epidemiology

[330.641.01](#) **PREVENTION AND CONTROL OF ALCOHOL AND DRUG ABUSE**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.652.01](#) **SEMINAR ON PROGRAM PLANNING IN DEVELOPING COUNTRIES ON DRUG ABUSE AND OTHER HEALTH PROBLEMS II**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.655.01](#) **FIELD VISITS IN DRUG ABUSE AND HEALTH PROGRAM PLANNING.**

(2 units) **Location:** East Baltimore

[330.660.01](#)\* **SEMINAR ON METHODS IN PUBLIC MENTAL HEALTH RESEARCH**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.667.01](#)\* **MENTAL HEALTH AND THE LAW**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.800.01](#) **MPH CAPSTONE MENTAL HEALTH** **Location:** East Baltimore

[330.810.01](#) **FIELD PLACEMENT MENTAL HEALTH - Discontinued** **Location:** East Baltimore

[330.820.01](#) **THESIS RESEARCH MENTAL HEALTH** **Location:** East Baltimore

[330.830.01](#) **POSTDOCTORAL RESEARCH MENTAL HEALTH** **Location:** East Baltimore

[330.840.01](#) **SPECIAL STUDIES AND RESEARCH MENTAL HEALTH** **Location:** East Baltimore

### **3rd TERM**

[330.608.01](#) **DRUGS, DEPRESSION, AND DEMENTIA - Cancelled**

(1 units) **Location:** East Baltimore

[330.612.01](#) **INTRODUCTION TO BEHAVIORAL AND PSYCHIATRIC GENETICS**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.615.01](#) **DRUGS, SOCIETY AND POLICY: THE PAST 150 YEARS**

(2 units) **Location:** East Baltimore

**Jointly offered with:** HPM

[330.628.01](#) **PRINCIPLES OF PUBLIC MENTAL HEALTH DELIVERY IN THE COMMUNITY CONTEXT**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.653.01](#) **SEMINAR ON PROGRAM PLANNING IN DEVELOPING COUNTRIES ON DRUG ABUSE AND OTHER HEALTH PROBLEMS III**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.655.01](#) **FIELD VISITS IN DRUG ABUSE AND HEALTH PROGRAM PLANNING. - Discontinued**

(2 units) **Location:** East Baltimore

[330.661.01](#) **SOCIAL, PSYCHOLOGICAL, AND DEVELOPMENTAL PROCESSES IN THE ETIOLOGY OF MENTAL DISORDERS**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.665.01](#) **PERSPECTIVES ON PREVENTION AND TREATMENT OF HIV AND DRUG DEPENDENCE - Cancelled**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.674.01](#) **SUICIDE AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM**

(2 units) **Location:** East Baltimore

[330.800.01](#) MPH CAPSTONE MENTAL HEALTH **Location:** East Baltimore

[330.810.01](#) FIELD PLACEMENT MENTAL HEALTH - **Discontinued** **Location:** East Baltimore

[330.820.01](#) THESIS RESEARCH MENTAL HEALTH **Location:** East Baltimore

[330.830.01](#) POSTDOCTORAL RESEARCH MENTAL HEALTH **Location:** East Baltimore

[330.840.01](#) SPECIAL STUDIES AND RESEARCH MENTAL HEALTH **Location:** East Baltimore

#### **4th TERM**

[330.606.01](#) ECONOMICS OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE USE DISORDERS

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.607.01](#) PREVENTION OF MENTAL DISORDERS: PUBLIC HEALTH

**INTERVENTIONS**

(4 units) **Location:** East Baltimore

[330.618.01](#)\* MENTAL HEALTH IN LATER LIFE

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.622.01](#)\* DEVELOPMENT AND PSYCHOPATHOLOGY OVER THE LIFE SPAN - **Discontinued**

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.623.01](#) NEUROPSYCHOLOGY OF MENTAL DISORDERS

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.654.01](#) SEMINAR ON DRUG ABUSE PROGRAM PLANNING IN DEVELOPING COUNTRIES IV

(3 units) **Location:** East Baltimore

[330.800.01](#) MPH CAPSTONE MENTAL HEALTH **Location:** East Baltimore

[330.810.01](#) FIELD PLACEMENT MENTAL HEALTH - **Discontinued** **Location:** East Baltimore

[330.820.01](#) THESIS RESEARCH MENTAL HEALTH **Location:** East Baltimore

[330.830.01](#) POSTDOCTORAL RESEARCH MENTAL HEALTH **Location:** East Baltimore

[330.840.01](#) SPECIAL STUDIES AND RESEARCH MENTAL HEALTH **Location:** East Baltimore **Summer TERM**

[330.800.01](#) MPH CAPSTONE MENTAL HEALTH **Location:** East Baltimore

#### **Summer Inst. TERM**

[330.666.11](#) LONGITUDINAL ANALYSIS WITH LATENT VARIABLES

(2 units) **Location:** East Baltimore

July 16-19, 2007

[330.668.11](#) SS/R: COMMON MEASURES IN MENTAL HEALTH RESEARCH

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 10 - 11, 9:30 - 12:30p July 12, 9:30 - 11:30a

[330.669.11](#) **EPIDEMIOLOGY OF MAJOR MENTAL DISORDERS**

(2 units) **Location:** East Baltimore

July 10 - 14, 2006

[330.671.11](#) **PRINCIPLES OF MEASUREMENT IN MENTAL HEALTH RESEARCH**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 11 - 13, 2006

[330.672.11](#) **EVALUATION OF MENTAL HEALTH SERVICE SYSTEMS**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 10, 2006

[330.673.11](#) **PREVENTION RESEARCH IN MENTAL HEALTH**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 11, 2006

[330.842.11](#) **SS/R: GRANT WRITING: NIH AND OTHER FUNDING SOURCES**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 10, 2006

[330.844.11](#) **SS/R: FAMILY SYSTEMS AND COGNITIVE INTERVENTIONS FOR HIV AND DRUG DEPENDENCE**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 7, 2006 [330.845.11](#) **DESIGN AND ANALYSIS OF GROUP-RANDOMIZED TRIALS, WITH APPLICATIONS TO MENTAL HEALTH**

(1 units) **Location:** East Baltimore

W, July 5th Th, July 6th

[330.846.11](#) **THE IOM BLUEPRINT FOR IMPROVING MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE USE CARE**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 5 - 7, 2006 [330.847.11](#) **SS/R: COMMUNITY-BASED PARTICIPATORY RESEARCH: APPLICATIONS TO VIOLENCE PREVENTION AND MENTAL HEALTH**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 5, 2006

**Jointly offered with:** Biostat

[330.850.11](#) **SS/R: MENTAL HEALTH IN THE DEVELOPING WORLD: CROSS-CULTURAL AND TRANS-CULTURAL PERSPECTIVES**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 12 - 14, 2006

[330.889.11](#) **SS/R: EPIDEMIOLOGY OF DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCE - Cancelled**

(1 units) **Location:** East Baltimore

[330.893.11](#) **SS/R: INTRODUCTION TO BEHAVIORAL AND PSYCHIATRIC GENETICS**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 10 - 12, 2006

[330.894.11](#) **SS/R: UNDERSTANDING AND DEVELOPING SYSTEMS OF CARE FOR YOUTH WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS**

(1 units) **Location:** East Baltimore

July 6, 2006

\* offered every other year; † offered every third year

註：JHU 有許多校區，在 Baltimore 就有 Homewood Campus 及 East Baltimore Campus，後者為醫學院、公共衛生學院及護理學院所在地。授課方式除了 On-Site 直接授課的方式外，少數課程亦開設網路課程，提供多元的選擇及學習。

## 附錄二：Authorship Guideline from Harvard University Adopted December 17, 1999

### INTRODUCTION

Authorship is an explicit way of assigning responsibility and giving credit for intellectual work. The two are linked. Authorship practices should be judged by how honestly they reflect actual contributions to the final product. Authorship is important to the reputation, academic promotion, and grant support of the individuals involved as well as to the strength and reputation of their institution.

Many institutions, including medical schools and peer-reviewed journals, have established standards for authorship. These standards are similar on basic issues but are changing over time, mainly to take into account the growing proportion of research that is done by teams whose members have highly specialized roles.

In practice, various inducements have fostered authorship practices that fall short of these standards. Junior investigators may believe that including senior colleagues as authors will improve the credibility of their work and its chances of publication, whether or not those colleagues have made substantial intellectual contributions to the work. They may not want to offend their chiefs, who hold substantial power over their employment, research opportunities, and recommendations for jobs and promotion. Senior faculty might wish to be seen as productive researchers even though their other responsibilities prevent them from making direct contributions to their colleagues' work. They may have developed their views of authorship when senior investigators were listed as authors because of their logistic, financial, and administrative support alone.

Disputes sometimes arise about who should be listed as authors of an intellectual product and the order in which they should be listed. When disagreements over authorship arise, they can take a substantial toll on the good will, effectiveness, and reputation of the individuals involved and their academic community. Many such disagreements result from misunderstanding and failed communication among colleagues and might have been prevented by a clear, early understanding of standards for authorship that are shared by the academic community as a whole.

Discussions of authorship in academic medical centers usually concern published reports of original, scientific research. However, the same principles apply to all intellectual products: words or images; in paper or electronic media; whether published or prepared for local use; in scientific disciplines or the humanities; and whether intended for the dissemination of new discoveries and ideas, for published reviews of existing knowledge, or for educational programs.

The Faculty Council of Harvard Medical School has endorsed the following statement. Although authorship practices differ from one setting to another, and individual situations often require judgment, variation in practices should be within these basic guidelines.

### AUTHORSHIP

1. Everyone who is listed as an author should have made a substantial, direct, intellectual contribution to the work. For example (in the case of a research report) they should have contributed to the conception, design, analysis and/or interpretation of data. Honorary or guest authorship is not acceptable. Acquisition of funding and provision of technical services, patients,

or materials, while they may be essential to the work, are not in themselves sufficient contributions to justify authorship.

2. Everyone who has made substantial intellectual contributions to the work should be an author. Everyone who has made other substantial contributions should be acknowledged.
3. When research is done by teams whose members are highly specialized, individual's contributions and responsibility may be limited to specific aspects of the work.
4. All authors should participate in writing the manuscript by reviewing drafts and approving the final version.
5. One author should take primary responsibility for the work as a whole even if he or she does not have an in-depth understanding of every part of the work.
6. This primary author should assure that all authors meet basic standards for authorship and should prepare a concise, written description of their contributions to the work, which has been approved by all authors. This record should remain with the sponsoring department.

#### ORDER OF AUTHORSHIP

Many different ways of determining order of authorship exist across disciplines, research groups, and countries. Examples of authorship policies include descending order of contribution, placing the person who took the lead in writing the manuscript or doing the research first and the most experienced contributor last, and alphabetical or random order. While the significance of a particular order may be understood in a given setting, order of authorship has no generally agreed upon meaning.

As a result, it is not possible to interpret from order of authorship the respective contributions of individual authors. Promotion committees, granting agencies, readers, and others who seek to understand how individual authors have contributed to the work should not read into order of authorship their own meaning, which may not be shared by the authors themselves.

1. The authors should decide the order of authorship together.
2. Authors should specify in their manuscript a description of the contributions of each author and how they have assigned the order in which they are listed so that readers can interpret their roles correctly.
3. The primary author should prepare a concise, written description of how order of authorship was decided.

#### IMPLEMENTATION

1. Research teams should discuss authorship issues frankly early in the course of their work together.
2. Disputes over authorship are best settled at the local level by the authors themselves or the laboratory chief. If local efforts fail, the Faculty of Medicine can assist in resolving grievances through its Ombuds Office.
3. Laboratories, departments, educational programs, and other organizations sponsoring scholarly work should post, and also include in their procedure manuals, both this statement and a



description of their own customary ways of deciding who should be an author and the order in which they are listed. They should include authorship policies in their orientation of new members.

4. Authorship should be a component of the research ethics course that is required for all research fellows at Harvard Medical School.
5. These policies should be reviewed periodically because both scientific investigation and authorship practices are changing.

