

臨床心理師考試教考用之探討

許文耀*

張素凰**

摘 要

臨床心理師的內涵就如同Elman、Illfelder-Kaye與Robiner (2005) 所言乃是能運用心理學知識進行服務，因此其應具備具有鑑定的思考 (Critical thinking)，亦即具有紮實的訓練，而能使用技巧與策略達到欲完成的結果。

由於如此的內涵，本文認為目前臨床心理師高考過於強調次專科所需的專業知識與技能，而無法顯露出一位臨床心理師的基本專業能力，因此臨床心理師的訓練全部擠壓於在校訓練，基本上，本文認為這是不合理的。

造就此種狀況的原因，本文從台灣臨床心理學的發展論述，因為此種發展歷史可讓我們了解一個專業團體的發展除了應對外在的要求與阻礙之外，更重要的是內部如何對其專業內涵求得共識，並設計出相對的訓練課程，以及專業發展中的在職訓練，這些是台灣臨床心理學該重視之處。本文認為未來台灣臨床心理學應討論臨床心理師的基本核心能力為何，以及在校訓練、兩年住院訓練及後續的在職訓練之內容該如何規劃與執行，如此才能達到教、考、用合一。

關鍵字：臨床心理師、核心能力、專技高考

* 國立政治大學心理學系教授 (Professor, Department of Psychology, National Chengchi University)

** 國立台灣大學心理學系副教授 (Associate Professor, Department of Psychology, National Taiwan University)

About the Teaching, Examination and Usage of Clinical Psychologist

Wen-Yau Hsu
Sue-Hwang Chang

Abstract

As Elman, Illfelder-Kaye & Robiner (2005) emphasized, the role functions of clinical psychologist could apply the psychological knowledge to conduct the services. Clinical psychologist must have critical thinking and well training to support their practice services. Based on this point, this paper thinks current professional and technical exam of clinical psychological overemphasized the specialty of knowledge and skills. This condition couldn't show the core competence of clinical psychologist. What's the reason for this happening? This paper thinks Taiwan's clinical psychologists haven't had consistent opinion of core competence and no retreat until now. This paper stress Taiwan's clinical psychologist must discuss the core competence of clinical psychologist in the future and design the training course of graduate student and resident clinical psychologist. If could do, there will be a systematic link of teaching, examination, training and usage.

Keywords: clinical psychologist, core competence, Professional and Technical Examinations

自2002年，國家進行了第一次的臨床心理師專技高考，至今已進行了13次。究竟這樣的考試是否能為國家甄選出臨床心理師專業人才？本文從台灣臨床心理學的發展、臨床心理師專技高考的試題品質研究及北美專業心理學對核心能力的看法來探討。

壹、台灣臨床心理學發展

台灣的臨床心理師起源自醫院的精神科，而後有療養院、醫院兒童心理衛生中心、大學心理系任教、大專院校學生輔導中心、社區心理衛生中心、醫院非精神科（復健科、家醫科、神經科、小兒科）、政府機構（公職人員和監獄）等工作機會的出現，但整體來說，精神醫療領域還是台灣臨床心理師的主要工作場所。

自從台灣第一位臨床心理師出現於1953年（民42年）的台大醫院精神科（顏一秀，1998）後，台灣的臨床心理師就以精神醫療院所為主要的工作場所，並形成以精神病患為主的工作內容，從1950年代至1970年代，台灣臨床心理師就定位在精神醫療之內，而早期台灣臨床心理師的專業發展主要是在充實已有工作範圍內的工作內容。

而台灣臨床心理師內部的專業力量約在1980年代才開始興起，1980年末期，因為臨床心理師法第一次推動的關係，代表台灣臨床心理師的專業團體—中國心理學會臨床心理學組—也逐漸醞釀，並於1990年（民79年）成立，其前身為前一年（1989年，民78年）成立的臨床心理師聯誼會（臨床心理學組，1991），臨床心理學組也是中

國心理學會第一個特化出來的專業分支。

中國心理學會臨床心理學組成立後即開始積極規劃與推展台灣臨床心理專業發展的相關事宜，首先在學組內設立執行委員會、經費稽核委員會以維持會務運作，另成立在學規劃內容小組、在職規劃內容小組及實習制度規劃小組，分別就台灣臨床心理師的教育訓練與專業認證來進行規劃，並繼續推動臨床心理師法的立法通過（臨床心理學組，1991）。由這些情況可以顯示，代表台灣臨床心理師的專業團體從專業的內部與專業的外部同時進行專業開展的推動。

1993年（民82年），中國心理學會臨床心理學組通過「臨床心理師資格審覈條例」，同時增設審覈委員會，並於次年（1994年，民83年）完成「臨床心理師資格審覈辦法」，開始台灣臨床心理專業內部的資格審覈與考試（臨床心理學組，1996），這些都代表台灣臨床心理專業團體開始自我的專業資格認證與持續專業發展的努力，而這些努力反映在部分私人醫院的是通過資格審查的臨床心理師得以加薪（臨床心理學組，1997）。

1995年（民84年），中國心理學會臨床心理學組成立「臨床心理師法推動小組」，開始第二次推動臨床心理師法的立法，而在歷經六年的努力後，心理師法終於在2001年的10月通過，並在2002年成立「台灣臨床心理學會」，由吳英璋教授擔任第一屆理事長。由於在此法案推動的過程中有多次專業內、外部力量的互動情況，故整個法案的推動過程將放在專業外部力量的部分詳加敘述（臨床心理學組，2001）。

台灣臨床心理師在專業發展的過程中受到很多外部力量的影響，其中最主要的就是政府、其他專業（主要是精神醫療）與保險體系。

自1979年（民68年）起，中華心理衛生協會開始推動心理衛生法的立法通過，而附屬於此法中的臨床心理師也於1980年代中旬起嘗試一併推動和自己專業有關的法律（洪淑惠、曾桂香，1987）。

由於在當時，台灣臨床心理師主要的工作場所是精神醫療院所，但是並沒有有任何資格認證或執照制度來界定或規範，所以在各精神醫療院所內不一定會設有正式編制的臨床心理師，這使得認為有需要臨床心理師而沒有編制的精神醫療院所只好用不同的聘用名目和標準來雇用臨床心理師，並因此而形成不同醫院的臨床心理師在報酬與升遷管道上大不相同的情形。整體來說，當時臨床心理師的工作機會少、報酬也不好，而且福利和升遷機會也差，所以流動率頗大，於是，當時全台僅有的90多名臨床心理師們認為工作負擔太重，希望可以透過立法的通過來改善這些問題，並能吸引更多的人投入這個行業，同時也能夠保障病人的權益；而精神科醫師們在服務需求增加的情況下，也希望臨床心理師可以分擔部分的工作（洪淑惠、曾桂香，1987）。由上述的情況來看，當時台灣臨床心理師主要被精神醫療界認定為其管轄領域內的人員之一，而政府對於臨床心理師並沒有提供任何支持。

而前述原本包含範圍比較廣泛的心理衛生法在歷經十年的波折後，其管轄範圍被縮減成以精神醫療為主的精神衛生法，

並於1990年（民79年）由立法院三讀通過，次年（1991年，民80年）公布施行細則（陳小慈，1993）。

但由於精神衛生法與施行細則的關係，台灣臨床心理師在法律上有了正式的地位，只是仍然被界定在精神醫療之內。而由臨床心理師法推動的原因來看，台灣的臨床心理師嘗試進行專業的擴張，而精神科醫師仍然把臨床心理師視為次專業；從結果來看，台灣的臨床心理師依然是附屬於精神醫療之中的次專業；而從整個過程來看，雖然精神科醫師是主要的外在阻力，但政府的態度對台灣臨床心理師專業的發展更具有決定性的影響。

事實上，在心理衛生法推動立法的前後，也因著國內精神病患所引發的社會事件（如螢橋國小事件），政府開始注重台灣的精神醫療工作。1980年（民69年），行政院進行了全台灣第一次大規模的精神醫療人力資源調查，而調查的結果認為當時台灣精神醫療的問題包括：醫療機構不足且品質不良、人力不足、民眾缺乏認知、政府缺乏專責單位等；針對這樣的結果，衛生署就在1980年代起加強這幾方面的工作（楊漢泉、王立信、戴傳文，1998），其中和台灣臨床心理師專業發展有關的就是精神醫院的評鑑。

1985年（民74年），衛生署首次將精神科專科醫院的評鑑工作納入自1978年（民67年）開始進行的教學醫院評鑑工作中，而後每三年進行一次；由於醫院評鑑的結果不但影響到醫院是否能提供醫學院學生合格的實習場所，也會使病人慕名而來，更因此能獲得勞保局較優厚的給付，這使

得接受評鑑的醫院必須針對評鑑的內容加以充實，而評鑑內容的人力一項，就包含了臨床心理師（范碧玉，1990），而精神科專科醫院的評鑑結果使得台灣臨床心理師的工作機會得以開始增加起來，於是，全台灣臨床心理師的人數從1985年（民74年）的48人，到1988年（民77年）增加為75人，而到1990年（民79年）則增加為103人，增加的幅度相當大（范碧玉，1990；楊漢泉等人，1998）。

只不過這種專業擴張的情況是因為政府的介入，而且是附屬在精神醫療之內的擴張，整個台灣臨床心理師仍然未能跳開以精神醫療為中心的專業地位。從上述的情況可以看出，政府把台灣臨床心理師定位成精神醫療內的一員，也因此，精神醫療體系與政府都成為影響台灣臨床心理師專業發展的外部力量。

為此，中國心理學會臨床心理學組在1990年代推動臨床心理師法立法的過程中，就是以三個方向來進行推動，第一是行文衛生署，第二是形成內部共識，第三則是與相關單位的溝通與共識，而第三項工作中最首要的工作內容即為相關精神醫療機構的溝通，其中第一項工作即為嘗試獲得政府的支持，第三項即為減少精神醫療體系的反對，這個情況再次說明政府與精神醫療體系對台灣臨床心理師專業發展的影響。於是，在接下來的推動過程中，中華民國精神醫學會的代表與部分影響力較大的精神科醫師都是受邀參與的對象（臨床心理學組，1996），此外，為了爭取立法機關的支持，多位的立法委員也在受邀之列（臨床心理學組，1996）。

在1980年代與1990年代推動的臨床心理師法中，台灣的臨床心理師都開始嘗試爭取專業的獨立性，並擴大管轄權的範圍，所以在這兩次法案中都規定臨床心理師得以獨立開業（洪淑惠、曾桂香，1987）。

在1990年代臨床心理師法推動的同時，全民健康保險（以下簡稱健保）也於1995年開始實施，由於台灣臨床心理師是附屬在精神醫療體系之內，健保對精神醫療的衝擊自然的也影響到臨床心理師，根據研究指出，健保對精神醫療帶來很多的問題，其中和臨床心理師相關的主要為：支付標準過低、收容性的慢性病患大增、居家治療與社區復健中心推展不易、論量及論日計酬造成醫療品質下降等（曾婉君，1999），而這些影響所造成的情況是心理治療不符成本，心理測驗必須推出所謂的“套餐”，或是增加工作量以獲得較多的給付（臨床心理學組，2002），而慢性收容病房大增，雖然因此讓臨床心理師的工作機會得以增加，但仍停留在精神專科醫療院所內，此外，心理衛生的預防工作也因健保實施的關係而更加難以推廣。整體來說，健保的實施使得讓長久以來處在精神醫療體系（或說醫療體系）中的台灣臨床心理師面臨更多的問題（吳英璋、許文耀、翁嘉英，1999），由於健保是整個醫療體系的主要收入來源，於是從此時起，健保體系也開始成為台灣臨床心理師專業發展的一項重要影響力量。

整體來說，台灣的臨床心理學發展受外部力量的影響甚大，例如政府的精神醫療政策、健保制度、醫院評鑑制度等，雖然使得台灣的臨床心理師人數增加，但其

工作狀況卻受精神科的管轄與牽制。為此，台灣臨床心理界積極爭取證照，以求得合法化。

貳、心理師國家考試試題品質與相關問題之研究

2001年國家終於通過心理師法，使得心理、輔導與諮商等相關科系學生在生涯規劃的安排上有了更明確的目標。由於心理師法明定參與心理師證照國家考試的應考資格，因此在就業取向的考量下，不僅各地心理相關科系學校紛紛成立符合應考資格的訓練課程，同時大多數的心理系畢業生，也都選擇進入能幫助取得心理師證照應考資格的相關研究所就讀（張素鳳、林家興，2007）。

自心理師法通過後，國內已辦理多次臨床心理師證照的國家高等考試。截至96年底，高等考試10次、特種考試3次，取得臨床心理師證照者有688人。張素鳳與林家興（2007）認為通過證照之心理師是否具備有相稱的專業資格，一方面可能取決於心理師所接受的專業學程訓練，另一方面，證照考試的試題品質，亦可能是影響心理師專業品質的重要因素。為此，考選部委託張素鳳與林家興進行實徵研究，了解目前的心理師證照國家考試，是否可以達到測量與篩選心理師基本專業能力的目的。

張素鳳與林家興（2007）的研究目的旨在（1）分析91-94年心理師國家考試的試題品質，並在考慮應考人背景資料的影響之後，探討試題得分的穩定度、據以評估各科的試題品質；（2）對於應試科目、及

格方式、考試方法進行文獻探討與問卷調查；（3）評估試題全面改為電腦化測驗的可行性。其研究結論如下：

一、試題內容與命題大綱的契合度

結果顯示，不管就臨床心理師考試或諮商心理師考試而言，在六個應試科目中，某些科目於不同年度在命題大綱內各子範圍的出題比重上有顯著差異，有待加強其穩定性。在資料庫、人力與時間許可下，未來研究可進一步探討命題委員是否能依考選部就專家內容效度所訂定的比率來命題。

二、試題難度

各年度臨床心理師考試的六個應試科目測驗式試題整體平均難度指標大約介於.67-.77之間，諮商心理師考試大約介於.62到.72之間。若將心理師考試視為一種成就測驗，主要在評鑑應考人精熟重要知識與技能的程度，以70%的分數為精熟標準時，則91-94年心理師國家考試的試題整體而言屬合理難度範圍。

三、試題鑑別度

就整體平均鑑別度而言，歷年臨床心理師考試與諮商心理師考試試題對於應考人專業資格的區辨力尚有進步的空間。而就另一方面言之，心理師考試的應考資格乃國家專技人員考試中唯一應考人需具碩士以上學歷者為篩檢過的樣本，本身同質性較高，因此，鑑別度與難度皆可能某種程度受到樣本同質性的影響而降低，也是可以理解的。

四、試題內部一致性

本研究結果發現測驗式的試題內部一致性普遍偏低，歷年試題的平均 α 係數大多低於.60。導致內部一致性偏低的可能原因，除了可能為命題委員的命題技術不佳、命題大綱訂定不佳、歷年命題委員不同，以及命題委員未依照命題大綱命題等原因外，本研究進一步藉由數學上內部一致性係數 α 為負的原因，凸顯了一些值得未來進一步思考的議題。例如，心理師國家考試的內容究竟是著重於應考人的基本專業知識（通才考試）或更深入的專業領域的知識（專才考試），究竟是當前應考人未能具備足夠廣泛的專業知識所致，或是具有某種專業知識的應考人有系統的在另一專業知識普遍低落，以致於呈負相關，抑或是另有原因導致等。

五、試題品質的穩定度

本研究分別針對臨床心理師與諮商心理師之高考與特考選擇題試題的鑑別度與難度進行科別x年度二因子混合設計變異數分析。其結果一致顯示顯著科別的主要效果、年度的主要效果，或甚至是科別與年度的交互作用效果。這些現象顯示，91-94年心理師國家考試測驗式試題不管就試題鑑別度或就試題難度皆不穩定。

六、試題得分的穩定度

本研究結果顯示，測驗式試題總分、申論題總分，與科目總分之間，或科目總分與六科總平均間，整體而言皆呈顯著相關，這些指標可被視為有意義的得分指

標。但是，91-94年心理師國家考試不管就題型得分（測驗式試題相對於申論式試題之分數差異）、科目得分以及六科總平均而言，其同一年度跨科別或同一科目跨年度的穩定度皆有待改進的空間。即使在控制應考人的教育程度此一重要背景變項後，仍顯示類似的結果。

七、應試科目

關於應試科目的適切性，除了極少數的科目外，三類應考人都支持我國現行的應試科目以及大部分的美國心理師執照考試的主題內容。比較無共識的應試科目，在臨床心理師包括美國心理師執照考試的行為的生物基礎、研究方法等主題，主要的差異來自於專家與即將應考的實習生（諮商心理師三類相關應考人則較有共識，認為該二主題為合適者的百分比皆偏低）。另外，對於現行應試科目，大約三成的諮商應考相關人員認為人類行為與發展，以及心理測驗與評量此二科目不適合或非常不適合。

八、及格方式

關於及格標準方式，經由資料庫的分析與問卷調查皆一致顯示及格標準方式可能仍以總平均達60分為宜。此外，雖然不包括於現行考試辦法，大多數應考相關人員認為及格分數可保留，至於其可行性如何乃是值得未來考慮之處。至於採用那一種及格方式，則現階段調查的結果顯得較為複雜，相關應考人員並沒有明顯的共識。

九、考試方法

關於是否加考第二階段的口試，本研究的問卷調查結果顯示三類相關應考人間有不一致的現象，雖然多數臨床心理學專家學者認為此方式較合適，但是應考人與實習生則認為合適的比例較低。由質化的角度彙整相關應考人對於考試方式的看法，亦顯示應考相關人員對於採行兩階段並加考口試的意見頗為分歧，現階段尚無共識。

關於考試次數、考畢題目是否公開，應考相關人員傾向於認為考試次數可多次或自選時間、題目適合公開。但是，臨床心理專家相較於應考人與實習生而言，有較多的百分比不認為適合公開。

十、試題全面電腦化的可能性

如果可以在命題、行政與專業技術層面無窒礙難行之處，整體而言，應考相關人員（含即將應考的實習生）對測驗式試題全面電腦化的態度是支持的。而就申論式試題與問答題，或情境題題型而言，應考人對於電腦化呈現試題與計分電腦化是認可的，但對於此三類題型作答電腦化的可行性可能要再評估。

張素鳳與林家興（2007）根據這樣的研究結果，提供了以下的議題作為考選部未來改善心理師國家考試試題品質時的參考，這些議題分別是：1.釐清心理師考試的本質是否為標準參照測驗；2.釐清心理師考試的本質是通才或專才考試的考照；3.修訂心理師部分考試科目的命題大綱、明定命題比重；4.修訂心理師部分考試科目的名稱

和內容；5.更新參考書目並定期修訂；6.及格判準方式；7.選擇全面電腦化；8.篩選命題技術有待改進的委員或辦理相關講習；9.建立題庫作為試題來源；10.是否公布題目的折衷建議。

針對這十項議題，本文嘗試對前兩個議題進行回應，因為這是基本要素，如果未能釐清將影響後八項偏重技術層次的議題。

對於修訂臨床心理師考試科目的命題大綱參考書目及建立題庫，台灣臨床心理學會已於96年5月開始展開，且題庫試題已於97年度第一次臨床心理師專技高考使用。附錄一為新訂的各科應試科目命題大綱及參考書目，其中值得一提的是此次命題大綱乃是依照吳英璋（2006）主張參考美國心理師考試的做法，建議考選部委任相關學術團體、專業團體或學者專家，就考試之各領域擬定出「基本知識」（key knowledge），並據以編製大量的相關題目。

參、臨床心理師專技高考應為通才考試

美國心理師考試委員會聯合會（Association of State and Provincial Psychology Boards, ASPPB, 2006）在建立心理師考試題庫時，即根據心理師的核心知識與心理師角色訂定命題範圍。美國心理師考試命題範圍如下：行為的生物基礎（占考試題目的11%），包括7個核心知識；行為的認知情緒基礎（13%），包括7個核心知識；行為的社會與多元文化基礎（12%），包括12個核心知識；成長與全人發展（13%），包括11個核心知識；衡鑑與診斷（14%），包括13

個核心知識；治療、介入與預防（15%），包括17個核心知識；研究方法與統計（7%），包括7個核心知識；倫理、法律與專業議題（15%），包括5個核心知識；心理師的角色，包括10個核心知識；諮詢、外展與政策決定，包括8個核心知識；學術準備與專業發展，包括7個核心知識；研究、評鑑與學術研究，包括10個核心知識（引自張素鳳與林家興，2007）。

張素鳳與林家興（2007）對應考人、專家學者及實習生詢問這些應考內容是否適合加入作為台灣臨床心理師考試的參考，結果指出在行為的生物基礎、成長與全人發展及研究方法與統計三種內容上，專家學者認為應加入，而應考人及實習生認為不適合。

這樣的結果顯示，目前台灣臨床心理學界對於何謂臨床心理師的核心知識與心理師角色，仍未有清楚的共識。

本文於第一節中曾論述台灣臨床心理學的發展，許文耀與張廣運（2008）認為台灣臨床心理學的發展深受美國臨床心理學的影響。二者認為與美國臨床心理學的發展相比較，台灣的臨床心理學似乎少了以實徵取向及心理學理論為基礎的工作模式與思維。

許文耀與張廣運（2008）整理了台灣和美國的臨床心理學發展發現，二者均面臨精神醫療體系的阻力，若從美國的臨床心理學的發展而言，他們以心理學的知識為基礎，創造出各種心理學模式而足以對抗精神醫療的醫學模式。尤其是當美國政府急需大量的心理衛生工作人員來協助退伍軍人時，此種專業知識更能顯露出其功

能，更者，因美國臨床心理學與美國心理學會所堅持的科學實徵精神，使得訓練標準化及證照的問題，能夠獲得共識，而有更突破的發展。此種訓練模式便顯現在「科學家—實務者」模式，依Norcross、Karpiak與Santoo（2003）的調查，至目前各大學採用此模式者為83%，而採用Vail會議的專業訓練模式只有4%，而二者兼具的為13%。即使美國的健保系統及第三付費團體於過去支持其臨床心理的專業，而現在則是加以限制，但多數的學者認為能夠抗衡此付費系統的最佳策略，即是採用「科學家—實務者」的模式（Drabick & Goldfried, 2000; Groth-Marnatt, 2000）。此種思維，如同Woody與Robertson（1988）所言，「科學家—實務者」的訓練模式對於研究訓練的重要，是使得美國臨床心理專業力量強大的重要因素，並且美國心理學會內專業導向的勢力逐漸增加，而學術導向的勢力逐漸減弱。

相對於此種訓練模式的思維，台灣的臨床心理學發展則缺乏了專業知識的力量，因此台灣的臨床心理師沒有界定任何正式的專業地位，台灣臨床心理師長期附屬於精神醫療院所，除了幾位前輩努力地創造實務的工具及介入方式外，大多的精力則花在人力的增加與證照合法化，但對於專業知識的突破與發展則少有較具成效且輝煌的成果。

之所以如此，本文認為台灣欠缺如同Boulder會議的討論，亦即如何訓練具競爭力的臨床心理師的模式，至今於國內未曾討論過。因此何種訓練模式才是適合的，是採專業培育模式亦或是「科學家—實務

者」兼具的模式，或是本土模式？此課題對於國內的臨床心理學發展至為重要。

Woody與Robertson（1988）指出影響一位好的心理治療者的決定因素不在於其經驗的多寡，而在於其訓練時之內容與品質。同樣的，在心理衡鑑上，由於Meehl的著作，配合美國心理學術的進展，發展出多樣的心理測驗和衡鑑技術，使得衡鑑成為美國臨床心理師專業認同的主要條件（Phares, 1992）。事實上，由於美國臨床心理師在心理測驗獨到之處，使得精神科醫師不得不與之結合，因為心理測驗的結果可以提供大眾認可精神科醫師所下的診斷，相對於一些曖昧不明的說法和理論，心理測驗提供了一個鐵的證據（hard data）。

於台灣，柯永河教授與吳英璋教授均致力於臨床心理師的臨床推論訓練及品質的提升。二者均強調心理測驗結果僅是瞭解個人心理狀況的一種資料來源，因此如何透過各項衡鑑資料來進行「大膽假設、小心求證」，以及透過三段論證的方式推導及整合出個案的心理狀態，在當時缺乏測驗常模的臨床工作環境下，此部分的訓練顯得格外重要。但兩位老師更強調臨床心理師背後的理念系統——於心理衡鑑進行的過程中，對個案的問題分析，收集何種資料，以及資料的比對、分析與整合，均具主宰地位，此種思維類似於Hunt（1946）的臨床推論主張。為此，柯老師提出其心理衛生的定義：「良好習慣多不良習慣少之心態謂之健康，反之亦然」，由此發展出其理論——「習慣心理學」，而吳老師則強調心理病理的知識如何運用在心理衡鑑上。由此來看，在心理衡鑑的訓練上，二者仍以

「科學家—實務者」模式為其思維基底（張素鳳，2000）。二者對心理衡鑑的看法亦落實在中國心理學會臨床心理學組所辦的「臨床心理師檢覈辦法」之中。

但可惜的是，上述兩位老師的主張並未能持續下去，甚至有更深切的反省。例如檢覈辦法因為申請的人數及欲參與展延的臨床心理師甚少，以至臨床心理學組停辦此種檢覈。再加上當時健保給付的狀況，使得實務界無法兼顧心理衡鑑的品質，只能考慮業績。在這種狀況下，對於柯永河教授於民國86年在台大醫師精神部五十年紀要中所著述的一文——「四十年心血臨床心理歲月」中，曾有一段刻骨銘心的話：

「醫院是給病人提供所需服務的地方；嚴格地說，醫院是提供病人最有效的所需服務項目的地方。在台灣，最現代化的台大精神部的臨床心理師目前是否能給病人提供最有效的所需臨床心理學服務？我想對此問題的答案是「否」。因為，現代每日使用的各項診斷工具分數都還需要更多的可支持其信、效度的客觀資料，在診斷工具本身方面都還需要去發展出信、效度更高，施測與計分更省時的採分方法；除此之外，目前全世界或台灣臨床心理師所慣用的一套測驗，不一定是最有用於瞭解或診斷出每位病患的詳細病情及病因，或心理成因。我認為，臨床心理師還需要努力去開發出更多新式診斷、衡鑑工具，例如衡鑑各種重要習慣的一系列習慣測驗。

總之，對於臨床心理診斷工具或工作，全世界（含台灣）的臨床心理

師仍擁有一大片的空間去從事修正現有之錯與誤，浪費與重複，以及發展出現在未有、但將來應有的記分方法或新的測驗工具。

上面對於診斷工具與工作所做的建議，依筆者所想是全都照樣可應用於心理治療與諮詢方面的工作。

唯有在心理診斷與治療兩領域，上段所述的修正與開發工作，都已做到盡善盡美之時，我們才能說台大精神部臨床心理師沒有問題，能給病患提供最有效的所需服務。

也許，上段所掛的目標太高了，高的近乎天上的月亮那樣遙不可及。筆者承認這是一種理想，但也堅信這是在台大精神部工作的臨床心理師應有的工作使命。」

由兩位前輩的建言，在在顯示，心理學的知識是臨床心理學發展的基礎，如同Woody與Robertson（1988）所言，在1960年代，美國臨床心理學的發展有兩大突破，一為證照合法化，另一為臨床心理品質的養成與考核。台灣的臨床心理師證照已合法化，但對於品質的養成與考核，則有待加強。如果台灣的臨床心理學不重視此課題，那會使臨床心理學的發展仍停留在藝術（art）而非科學，是為一般性（generalized）人員，而非專長（specialized）人員。

所以本文認為若要完成這些服務，除了專業能耐之外，尚需要足夠的科學訓練，如此才可以提出證據，並且完成「evidence-based」的成果。

事實上，國內的醫學教育已開始重視實證醫學的醫學教育，余光輝、陳永昌、田亞

中、謝邦鑫、簡竹君、方基存（2007）指出，傳統的醫學教育下，老師大量傳授知識，學生大多是被動記憶聽講與看書得到知識，若能以問題為導向及醫療情境教授而激發學生的學習興趣，更可提高學習的成效。國內外醫學教育也趨向主張讓醫學生提早接觸病人，以促進學生的主動學習，問題及病例導向學習方式的融入，可培養醫學生主動學習及終身學習的觀念。實證醫學是以流行病學和統計學方法，從龐大醫學資料庫中嚴格評讀、綜合分析找出值得信賴的部分，並將所獲得的最佳文獻證據，結合醫師的專業經驗及病人的價值觀與期待，整合應用於臨床工作中，使病人獲得最佳照顧。客觀的臨床能力測驗是以客觀的方式評估臨床能力的測驗方式的一種，也可以用來評估經過實證醫學訓練後，學生及住院醫師的臨床能力。因此余光輝等人（2007）建議各醫學院將實證醫學在見實習之前列為獨立的必修課程，並設計多元化課程，使學生進入臨床醫學學習時，除在校接受完備醫學知識外，能在實際照顧病人時提出問題、操作搜尋資料庫，及報告討論病例處置，使教學內容與應用能合而為一，並且與學校教育目標一致及接軌。

衛生署鑑於醫師的一般醫學訓練不足，於93年3月公告實施畢業後一般醫學訓練，規定第一年住院醫師必須接受實證醫學六到十小時。

這樣的理念於背後欲指出的是，國內的醫學教育重視如何協助醫學生確實獲得核心診療技能，並為進階學習的專科醫師訓練奠定良好基礎。因此醫學生畢業前的「一般醫學訓練」課程欲培養之核心能力如下：

1. 了解醫學之科學基礎並且能夠將科學知

識應用於醫療工作，從事終身學習以掌握醫學發展。

2. 能夠為病人做適當的溝通、獲取病史資料、執行身體檢查、進行診斷過程、判讀檢驗資訊、給予基本處置等臨床技能。
3. 能夠執行以病人為中心之醫療。
4. 能夠在醫療團隊中與隊友建立良好關係，並能尊重其他專業人員的角色。
5. 能夠基於實證醫學執行一般醫療。
6. 能夠評估、改善醫療品質及處理醫療品質問題。
7. 能夠運用資訊技術於醫療照顧。
8. 能夠作倫理判斷及一般醫療決定。

這樣的核心能力之教材分為基本訓練課程（包括醫學倫理與法律、實證醫學、醫療品質、感染管控、病例寫作、臨床溝通技巧）及內外科的核心課程，因此於醫師國家考試進行基礎醫學（一）、（二）、內科學（一）、（二）及外科學（一）、（二）六個科目，分兩階段進行。

但反觀臨床心理師專技高考的科目，除了「臨床心理學基礎」、「臨床心理學總論（一）」及「臨床心理學總論（二）」被視為基本或是核心的臨床心理知識或技能之外，三科臨床心理學特論似乎較與次專科所需的知識與技能有關。這種應試科目的設計造成在命題上發生科目間的分野不夠清楚。例如張素凰與林家興（2007）指出臨床心理學總論一的考試內容與命題大綱之一致性較低。臨床心理學總論一的命題大綱主要包含「偏差行為的定義與描述」、「偏差行為的成因」二類，若仔細觀察歷年題目可發現，該科題目時常與臨床心理學特論的命題大綱重複，以93年特考選擇題第9

題為例：「依據Shneidman的看法，個體自殺原因是因為？」該題可以被歸類為偏差行為成因，但是又與臨床心理學特論一的「自殺行為」重複。這種臨床心理學總論一的題目與臨床心理學特論一、二、三的大綱重複的例子相當多，主要原因即在於臨床心理學特論一、二、三的試題內容主要在於各個臨床心理疾病的現象、成因與治療，因此容易與臨床心理學總論一的題目重複。

因此，本文認為有必要檢討目前的臨床心理師專技高考科目之合理性，如果不加以討論，除了使試題品質下降之外，是否能反映出臨床心理學的核心能力，令人質疑。並且為了增加學生在三科臨床心理學特論的知識與技術，已造成教師的教學負擔。

如果從一般醫學訓練的理念，並且臨床心理師欲比照此種一般醫學訓練，那臨床心理師的訓練非得訂出其核心能力為何。事實上，美國心理學界早已重視此議題，國家專業心理學的學校訓練課程委員會（National Council for schools and programs of Professional Psychology, NCSP）嘗試訂出專業心理師訓練的核心能力範疇，之後在訓練課程的規劃上即依著「能力基礎」（competency-based）的理念來設計。

於2002年，一群專業心理學者在Scottsdale召開「能力研討會：專業心理師的教育與認證之未來性」，嘗試規劃出臨床心理師、諮商心理師及學校心理師三種專業心理師的共同核心能力，共規劃出八種核心能力，分別是：

1. 心理學與研究方法的科學基礎。
2. 倫理、法律與政策問題。

3. 督導。
4. 心理衡鑑。
5. 介入。
6. 個別與文化差異。
7. 諮詢與團隊合作關係。
8. 專業發展。

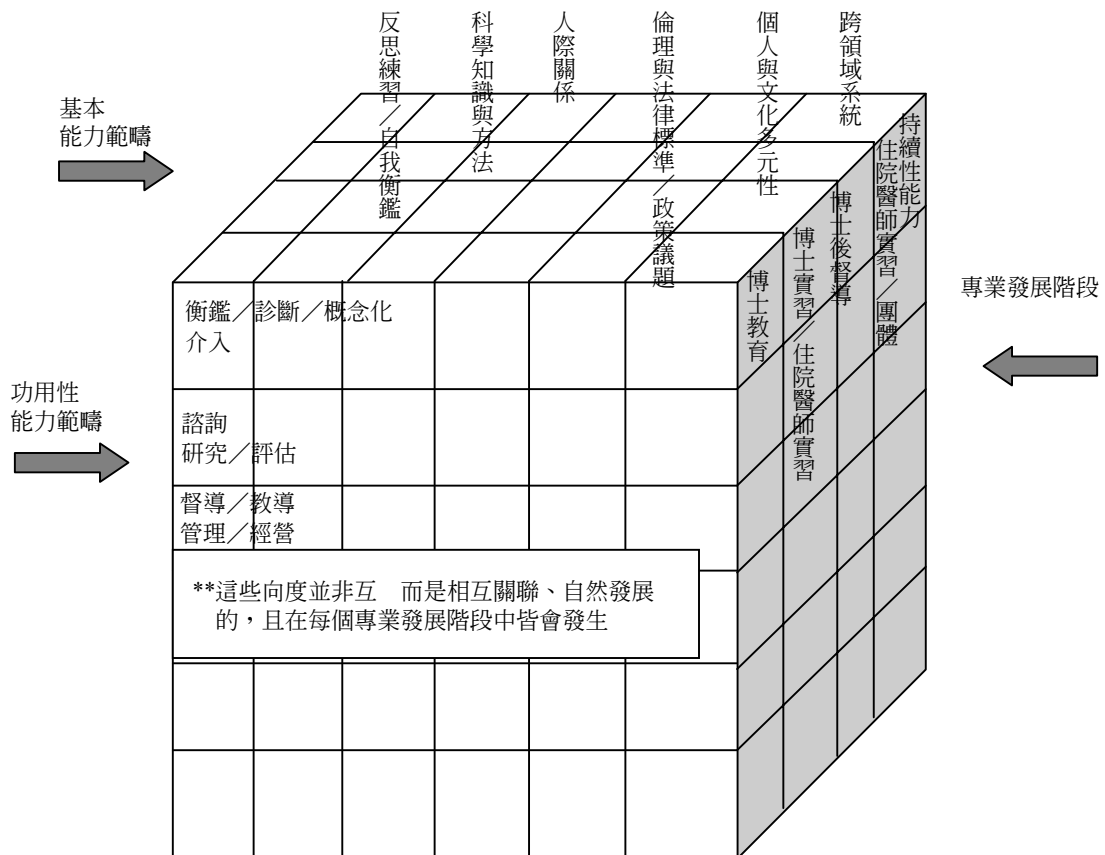
基本上，這八種基本核心能力已被認為可以橫跨各種次專科 (specialty) 的專業心理師之所需 (Rubin, Bebeau, Leigh, Lichtenberg, Nelson, Portnoy, Smith, & Kaslow 2007)，因此，美國專業心理學者便依此核心能力為基礎，發展出在學訓練、全程實習、博士後教育訓練等訓練課程，並且提出考核這些能力的方法，其目的無非是認為專業心理師如能確實擁有這些能力，才能提供有品質的服務 (Rubin et al., 2007)。

此種理念如同Epstein與Hundert (2002) 認為專業能力可視為一種具良好的溝通、知識、專業技能、臨床推論、情緒、價值之習慣與確實性，而可反映在每天所服務於個人及社區之操作上。

在加拿大心理學會，亦發展出專業心理師的五種基本核心能力，分別是 (MRA, 2001)：

1. 人際關係。
2. 衡鑑與評估。
3. 介入與諮詢。
4. 研究。
5. 倫理法則。

Rodolfa、Bent、Eisman、Nelson、Rehm與Ritchie (2005) 提出了專業心理師能力發展的方塊模式 (A cube model for competency development)，此模式可如圖一所示。



圖一 專業心理學中描述能力發展的方塊模式

在圖一中所謂的基礎能力範疇 (foundational competency domains) 是指專業心理師的工作中所需的知識與技巧，而能讓其發展功用性能力 (functional competency)；功用性

能力則是指具備知識、技能及態度，而足以進行心理師的服務。

有關基礎能力與功用性能力的範疇內容可如表一所示。

表一 功用性能力與基本能力向度的定義

範 疇	定 義
功用性能力	
衡鑑—診斷—個案概念化	對與個人、團體，以及／或組織有關的問題與議題，進行衡鑑與診斷。
介入	所設計的介入目的在緩解個人、團體，以及／或組織的痛苦，並促進其健康及福祉。對受到實徵性研究支持之治療進行了解。
諮詢	在回應個案需求或目標上，能提供專家引導或專業協助的能力。
研究—評估	進行研究以對專業知識及／或評估各種專業活動的有效性產生貢獻。
督導—教導	對專業知識及／或評估各種專業活動的有效性進行督導及訓練。
管理—經營	管理實務上的心理健康服務及/或經營健康組織、項目與機構。
基本能力	
反思練習—自我衡鑑	在能力範圍內進行練習、賦予終身學習承諾、爭取獎學金、批判性思考，以及對專業發展的承諾。
科學知識—方法	理解研究及研究方法的能力，並尊重由科學產生的知識、資料收集與分析的技術、行為的生物基礎、行為的認知—情感基礎，與個人生涯發展。
人際關係	將個人、團體與／或社區進行有效且有意義相互關聯的能力。
倫理—法律標準—政策	對於個人、團體及組織的專業活動，能運用倫理概念及覺察法律議題。擁護專業。
個人—文化多元性	對於代表不同文化及個人背景與個性的人、團體，與社區，在與之進行專業工作時能夠保持覺察及敏感。
跨領域系統	對同事及同儕的認同及投入。對相關領域之主要議題及概念的知識，以及能夠與各領域的專業人員互動的能力。

Note. Definitions are based on the Council of Credentialing Organizations in Professional Psychology (CCOPP, 2004) document title A Conceptual Framework for Specialization in the Health Service Domain of Professional Psychology. CCOPP used the 2002 Competencies Conference specialties and proficiencies work group cube model in their document and expanded the definitions initially developed by the work group.

如果台灣的臨床心理學教育要如同一般醫學訓練的內涵，亦即此種訓練可協助確實獲得核心診療技能，那依方塊模式的理念，即是此種訓練能確實讓學生獲得功用性能力。

本文整理了北美對專業心理師的核心能力後，可以歸納出這些核心能力包括：

1. 心理衡鑑—診斷—個案概念化。
2. 介入。
3. 諮詢。
4. 研究—評估。
5. 倫理法則。
6. 督導。

這些能力 涵著基礎能力，這如同 Spruill、Rozensky、Stigall、Vasquez、Bingham與Olvey（2004）考慮心理介入的能力成分時，乃從基礎能力著 。他們認為心理介入包括了五種能力成分，分別是：

1. 基礎能力
 - (1) 關係建立。
 - (2) 實證基礎的治療策略文獻整理。
 - (3) 有能力了解服務對象的社會 及相關知識。
 - (4) 溝通。
 - (5) 實證基礎的介入方法之習得。
2. 介入規劃能力
 - (1) 使用心理衡鑑進行規劃。
 - (2) 個案概念化。
 - (3) 介入規劃的形成。
3. 介入執行能力
 - (1) 治療計 執行。
 - (2) 對特 狀況的處理能力。
 - (3) 結案技巧。

(4) 與其他團隊工作的能力。

(5) 個案管理。

4. 個案評估能力。

(1) 績效評量。

(2) 自我評估技巧。

(3) 接受督導與諮詢。

(4) 過程與結果評估。

5. 執業管理

由上述的內容來看，如與目前國內臨床心理師高考的科目大綱及基本知識來比較，可發現目前的臨床心理師高考著重於基礎能力中的知識獲取，而非反映功用性能力。因此值得深思的是目前臨床心理師高考所核可及篩選出的臨床心理師， 的具備了專業能力 ？亦即透過這樣的考試，是否 的能反映出其基本的執行臨床心理業務的能力 ？

再者，從上述的整理中可看出目前臨床心理師高考的應試科目並不能反映出北美國家對專業心理師應具備的核心能力，原因在於三科臨床心理師特論的內容過於專科所需的知識，例如自殺、 力、神經心理學、健康心理學，此種狀況使得在校的訓練多而雜、廣而不精、表 而不深入，這不僅造成教師教學的負擔，且讓學生得學習不足。

如果教、考、用要合一，目前臨床心理師的應試科目有必要重新思維其合理性。至少本文作者的認知，對於這些應考科目的釐訂，於台灣臨床心理學界並未有過研討及取得共識，在試行了五年之後，

的需要重新思考，這些科目 的能反映出臨床心理師的基本專業能力 ？

肆、結語

臨床心理師的內涵就如同余光輝所言乃是能運用心理學知識進行服務，因此其應具備具有鑑定的思考 (Critical thinking)，亦即具有紮實的訓練，而能使用技巧與策略達到欲完成的結果。

由於如此的內涵，本文認為目前臨床心理師高考過於著重未來服務對象的心理病理、心理衡鑑與心理治療，因此顯得龐雜，而無法顯露出一位臨床心理師的基本專業能力，反而強調次專科所需的專業知識與技能。就一般醫學訓練，亦非如此強調，甚至此種一般性訓練仍要延續到兩年住院醫師訓練，之後才展開專科訓練。但是臨床心理師的訓練卻全部擠壓在校訓練，基本上，本文認為這是不合理的。

造就此種狀況的原因，本文從台灣臨床心理學的發展論述，因為此種發展歷史可讓我們了解一個專業團體的發展除了應對外在的要求與阻礙之外，更重要的是內部如何對其專業內涵求得共識，並設計出相對地訓練課程，以及專業發展中的在職訓練，這些是台灣臨床心理學該重視之處。之後本文藉由北美國家專業心理學的觀，認為未來台灣臨床心理學應討論臨床心理師的基本核心能力為何，以及在校訓練、兩年住院訓練及後續的在職訓練之內容該如何規劃與執行，如此才能達到教、考、用合一。

最後，本文認為臨床心理師高考應為通才考試，而此通才為基本專業能力。

參考書目

- 余光輝、陳永昌、田亞中、謝邦鑫、簡竹君、方基存 (2007)：實證醫學的醫學教育。**醫學教育**，11卷，1期，13-20。
- 吳英璋 (2006)：心理師國家考試品質與相關問題之研究，期末報告審查意見。
- 吳英璋、許文耀、翁嘉英 (1999)：臨床心理師現況分析與未來需求研究。台北：行政院衛生署八十八年度委託研究計 成果報告。
- 洪淑惠、曾桂香 (1987)：重新研擬「精神衛生法」—從「臨床心理人員法」的推動說起，**聯合月刊**，71期，108-110。
- 范碧玉 (1990)：精神科醫療品質保證之研究。中國醫 學院醫務管理學研究所碩士論文。
- 臨床心理學組 (1991)：臨床心理通訊，15期。中國心理學會臨床心理學組出。
- 臨床心理學組 (1996)：臨床心理通訊，25期。中國心理學會臨床心理學組出。
- 臨床心理學組 (1997)：臨床心理師法第二次會議草案。中國心理學會臨床心理學組出。
- 臨床心理學組 (1999)：臨床心理師法推動情形說明書。中國心理學會臨床心理學組出。
- 臨床心理學組 (2001)：臨床心理通訊雙月刊，11期。中國心理學會臨床心理學組出。
- 臨床心理學組 (2002)：臨床心理學組2002年組員大會手冊。台灣臨床心理學會出。
- 許文耀、張廣運 (2008)：台灣臨床心理學與美國臨床心理學之比較。**應用心理學刊** (中)。
- 曾婉君 (1999)：全民健康保險精神醫療支付制度及其對精神醫療院所影響之質性研究。國立 明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 張素凰 (2000)：從台大注意力測驗表、柯 性格量表(KMHQ)到健康性格習慣量表(HPH)。出自吳英璋、 培 、洪福建主編之「柯永河教授論文集」，23-25。
- 張素凰、林家興 (2007)：心理師國家考試試題品質與相關問題之研究。考選部委託專案研究期末報告。
- 陳小慈 (1993)：台灣精神醫療政策之分析—以精神衛生法為例。國立台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 楊漢泉、王立信、戴傳文 (1998)：我國精神衛生政策。**衛生報導**，8卷，2期，11-24。
- 顏一秀 (1998)： 37。民生報，2月4日，29版。
- Drabick, D. A. G., & Goldfried, M. R. (2000). Training the scientist-practitioner for the 21st century: putting the bloom back on the rose. *Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 327-340.
- Elman, N.S., Illfelder-Kaye, J., & Robiner, W.N. (2005). Professional development: Trainingor professionalism as a foundation for competent practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 367-375.

- Epstein, R. M. & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287 (2), 226-235.
- Groth-Marnet, G. (2000). Visions of clinical assessment: Then, now, and a brief history of the future. *Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 349-365.
- Hunt, W. A. (1946). The future of diagnostic testing in clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 2, 311-317.
- Norcross, J. C., Karpik, C. P., & Santoo, S. O. (2003). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1467-1483.
- Phares, E. J. (1992). *Clinical Psychology: Concepts, Methods, and Profession*. Pacific Grove, Calif.
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 347-354.
- Rubin, N. J., Bebeau, M., Leigh, I. W., Lichtenberg, J. W., Nelson, P. D., Portnoy, S., Smith, I. L., & Kaslow, N. J. (2007). The competency movement within psychology: an historical perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 452-462.
- Spruill, J., Rozensky, R. H., Stigall, T. T., Vasquez, M., Bingham, R. P., & Olvey, C. D. (2004). Becoming a competent clinician: Basic competencies in intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 80, 741-754.
- Woody, R. H., & Robertson, M. (1988). *Becoming a Clinical Psychologist*. Madison, International University Press. Inc.

附錄一：修訂臨床心理師專技高考各科目之命題大綱、基本知識與參考書目

臨床心理學總論（一）

偏差行爲的定義與描述、偏差行爲的成因

壹、偏差行爲的定義與描述

一、偏差行爲的定義

（一）與常規的 合度(conformity to the norms)

1. 統計上發生的 率不高(statistical infrequency)
2. 偏 一般的社會常規(violation of social norms)
3. 乎一般之預期(unexpectedness)

（二）主觀或個人的 或 (subjective or personal distress)

（三） 能(disability or dysfunction)

（四）上述各個定義之優 及缺

二、偏差行爲的描述與分類

（一）精神疾病(mental illness or mental disorders)

1. 早期的看法或系統
2. 現行對心理疾病之看法或定義(如：DSM系統)
3. 現行的系統與上述偏差行爲定義間之異同(abnormal behaviour does not necessarily indicate mental illness)

（二）診斷的重要性

（三）現行的診斷系統的特色（DSM）

1. 多 向分類系統(Multi-axial classification)
2. 診斷的主要類別（diagnostic categories）
3. 各 向所涵 的主要內容

（四）與現行診斷系統相關的議題

1. 類別取向vs.向度取向 (categories vs. dimensions)
2. 分類的基礎(bases of categorization)：必須藉助當下出現的 狀？還是得由 多重面向或 式的評估後，才足以判斷？
3. 各診斷類別的描述：是否客觀？是否充足明瞭？
4. 信度：各診斷或分類是否可信？一致？
5. 效度：是否能 診斷預測個案各項功能的進展？

6. 偏 (bias) : 是否易對某特 群、階層或性別 生 視?

7. 涵 層面的廣度(coverage) : 是否過廣? 抑是過 ?

三、偏差行爲的研究方法

(一) 個案研究

(二) 流行病學研究

(三) 相關法

(四) 實驗法

(五) 單一個案研究法

(六) 混合設計

貳、偏差行爲的成因 (心理病理)

一、現象學：描述性心理病理 (descriptive psychopathology)

(一) 意識障礙 (disturbed consciousness)

(二) 注意力、定向感及 障礙 (attention, orientation & sleep disturbances)

(三) 記憶障礙 (disturbance of memory)

(四) 時間感障礙 (disturbance of time)

(五) 知 之病理 (pathology of perception)

(六) 及 構之 法 (delusion & erroneous ideas)

() 思考歷程障礙

(八) 言障礙 (language & speech disorders)

() 一般 能障礙 (disorder of intellectual performance)

(十) 自我感之障礙 (disordered self)

(十一) 去個人化 (depersonalization)

(十二) 體感 之障礙 (disorder of the awareness of body)

(十三) 性別與性欲求之障礙 (disorder of gender & sexuality)

(十四) 情感與情緒障礙 (affect & emotional disorders)

(十五) 慮、 、 與強 思考 (anxiety, panic, irritability, phobia & obsession)

(十六) 欲求、 力與意 障礙：意 力障礙 (urge, drive, & will: disturbance of volition)

(十) 衝動與 擊行動 (impulsive & aggressive acts)

(十八) 行動與行爲之障礙 (disturbance of movement and behavior)

(十) 性格 常之表徵 (expression of disordered personality)

二、心理病理之神經生物基礎

(一) 傳成因

- (二) 腦部結構及行爲之關係
- (三) 神經傳導、新陳代謝、系及行爲之關係
- 三、實驗精神病理學：精神疾病之認知與行爲歷程—跨診斷取向(experimental psychopathology: cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach)
 - (一) 注意力(attention)
 - (二) 記憶(memory)
 - (三) 推理(reasoning)
 - (四) 思考(thoughts)
 - (五) 行爲(behaviour)
- 四、性格與心理病理(personality & psychopathology)
 - (一) 精神分析與精神動力論(psychodynamic theories of personality and psychopathology)
 - (二) 特質與因素理論(trait and factor theories)
 - (三) 發展階段理論(developmental Stage theories).
 - (四) 行爲理論(behavioural theories).
 - (五) 認知理論(cognitive theories).
 - (六) 存在與人本理論(existential and humanistic theories)
- 五、由人類發展看心理病理(psychopathology across lifespan)
 - (一) 兒童時期之問題 (Problems of Childhood)
 - (二) 少年時期之問題 (Problems of Adolescence)
 - (三) 成年時期之問題 (Problems of Early Adulthood)
 - (四) 中年時期之問題 (Problems of Middle Adult Life)
 - (五) 老年時期之問題 (Problems of Late Life)
- 六、整合模式：心理病理之壓力與 弱性模式 (stress-diathesis model of psychopathology)

參、參考用書

1. Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. (2006). *Abnormal psychology, 10th Ed.* New York: Wiley & Son. (Chapters 1-4)
2. Trull, T.J. (2005). *Clinical psychology, 7th Ed.* Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.(Chapters 1-5)
3. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Ed., text-revision.* Washington, DC: As author.
4. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2002). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 8th Ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
5. Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural*

processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press.

6. Ingram, R.E. & Price, J.M. (2001) *Vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan.* New York: Guilford. (Chapters 1-3)
7. Kay, J. & Tasman, A. (2006). *Essentials of psychiatry.* New York: Wiley & Son. (Chapters 7 & 8).

臨床心理學總論 (二) (心理衡鑑與心理治療的理論方法及倫理)

壹、命題大綱 (範疇)

- 一、臨床心理衡鑑的定義、目的
- 二、臨床心理衡鑑的理論及模式
- 三、臨床心理衡鑑的方法
- 四、臨床心理衡鑑的進行步驟、推論、判斷、整合及報告 寫
- 五、臨床心理衡鑑與診斷系統的關聯
- 六、臨床心理衡鑑運用於實徵為基礎的研究之方法
- 、心理治療的定義及適用對象
- 八、心理治療的理論與技巧
- 、心理治療的實徵為基礎研究之方法與結果
- 十、心理衡鑑與心理治療的關係
- 十一、進行實務工作時的倫理 則、倫理決策歷程、專業訓練與督導

貳、Requires Knowledge

- 一、心理衡鑑的定義、目的及臨床心理師於心理衡鑑中所 的角色。
- 二、心理衡鑑的理論與模式 (例如：心理測驗、功能分析、診斷取向、人格衡鑑、生態取向等)。
- 三、心理衡鑑的方法 (例如：自陳、他人報告、生理心理衡鑑、 接觀察、心理測驗、結構式或 結構式的 等)。
- 四、心理測驗及相關概念 (例如：測驗建構與標準化過程、信效度測量、測驗適當性與偏 的檢驗、測驗項目的特性、測驗的常模、測驗的運用)。
- 五、臨床上可使用的測驗之特性 (例如：目前國內測量社會功能、情緒功能、行為功能、認知及神經心理功能、人格、能力、性向、成就等的常用測驗之特性)，以及這些測驗運用於心理衡鑑應該如何考慮、其因素為何。
- 六、進行心理衡鑑時，如何考慮非心理的訊 之影響。

- 、選擇心理衡鑑方法的條件（例如： 介問題、 言的限制、臨床上的「 一效果」（cost effectiveness）、不同年 群、incremental validaty、健保系統or收費系統對心理衡鑑的影響）。
- 八、診斷系統（例如：DSM或ICD）的原理、限制與心理衡鑑的關聯、運用。
 - 、影響臨床推論與決策的因素（例如：基準率、驗證性偏 、臨床判斷的準確性之方法、臨床判斷與精 預測的比較）。
- 十、臨床心理衡鑑資料的解 與整合
- 十一 、臨床心理衡鑑報告的 寫
- 十二 、進行心理衡鑑時，如何考慮心理疾病的流行率共病狀況、是否因生理疾病或物質 用所引起、年 考慮範圍、病程，及相關特性。
- 十三、評估心理介入效果的心理衡鑑方法（例如：continuous monitoring、pre, post and follow-up assessment、detection of relapse、patient compliance）。
- 十四、心理治療的決策歷程及適用對象的篩選（例如：如何適配心理治療與心理衡鑑或診斷間的關係、如何適配個案與治療者的特性、 一效益分析、心理介入程度的考量）。
- 十五、心理治療的理論與技巧（例如：行爲治療、認知或認知行爲療法、人本治療學派、心理動力療法、家族／伴侶治療、短期心理治療、團體心理治療、心理復健等）。
- 十六、心理治療的實徵爲基礎之研究結果。
- 十七、心理治療歷程
- 十八、醫療團隊的合作及相互轉介
- 十九、於不同醫療處置上（例如：住院、門診、衛教、社區、學校等），臨床心理師對於心理衡鑑及心理治療（或介入）的方法。
- 二十、心理師必須具備的專業責任、保密(含保密的限度與揭露原則)、隱私權
- 二十一、治療關係(含知後同意和多重關係)
- 二十二、教育、訓練與督導；評量、衡鑑與解釋
- 二十三、倫理困境之判斷：法律 vs. 人性基本權力；保密 vs. 預警

參、參考書單

- 一、書名：臨床心裡學（第一冊）
作者：柯永河
出版社：1978。台北：大洋。
- 二、書名：臨床心裡學（第二冊）
作者：柯永河
出版社：1985。台北：大洋。
- 三、書名：Handbook of Psychological Assessment

作者：Groth-Marnat, G.

出版社：New York: Wiley. 1999. 3rd ed.

書碼ISBN：0471052205

四、書名：Theories of Psychotherapy & counseling: Concepts and cases

作者：Sharf, R. S.

出版社：Singapore: Brooks/ Cole Pub. 1999. 2nd ed.

書碼ISBN：0534364853

五、書名：Clinical handbook of psychological disorders

作者：Barlow, D. H.

出版社：New York: The Guildford Press

書碼ISBN：1593855729

六、American Psychiatric Association [APA](2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4 th ed., text revision). Washington, DC: Author.

七、Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2005). *Abnormal Psychology*. Belmont, CA: Wadsworth, a division of Thomson Learning, Inc..(chapter 16)

八、Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. (2006). *Abnormal psychology, 10th Ed.* New York: Wiley & Son. (Chapter 15)

臨床心理學特論（一）

（自殺、暴力行爲、物質濫用與依賴、性格與適應障礙之心理衡鑑與治療）

壹、命題大綱及範疇

一、自殺

二、攻擊與暴力

三、物質濫用與依賴

四、性格異常 personality disorder

五、性異常與性認同異常 sexual and gender identity disorder

貳、Key Knowledge

一、自殺定義與流行病學研究

二、自殺之相關理論

三、自殺各種危險因子及保護因子

四、自殺個別衡鑑及團體測量工作

五、自殺預防、處遇與善後

六、自殺之相關研究

- 七、攻擊與暴力定義行為及其分類
- 八、攻擊與暴力之生物、發展因子
- 九、攻擊與暴力之學習與認知因子
- 十、攻擊與暴力之情境與環境因子
- 十一、減少攻擊與暴力之方法
- 十二、預測攻擊與暴力之方法與工具
- 十三、家暴之處遇與預防
- 十四、攻擊與暴力之相關研究
- 十五、物質濫用與依賴定義與流行病學研究
- 十六、各種藥類之主要特性
- 十七、物質濫用成因與其相關研究
- 十八、物質濫用心理衡鑑
- 十九、物質濫用心理治療與預防作為
- 二十、性異常之定義及分類
- 二十一、各種性異常之成因相關研究
- 二十二、性異常之衡鑑
- 二十三、性異常之治療
- 二十四、性侵害之類型及其相關成因
- 二十五、性侵加害人之處遇與追蹤、再犯防治
- 二十六、性侵被害人之處遇與復健
- 二十七、性格異常之定義及分類
- 二十八、性格異常之成因相關研究
- 二十九、性格異常之衡鑑
- 三十、性格異常之治療

參、參考書目

- 一、American Psychiatric Association [APA](2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4 th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- 二、Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2005). *Abnormal Psychology*. Belmont, CA: Wadsworth, a division of Thomson Learning, Inc..(chapter 16)
- 三、Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. (2006). *Abnormal psychology, 10th Ed*. New York: Wiley & Son. (Chapter 15)
- 四、書名：犯罪心理學
作者：Curt R. Bartol: Anne M. Bartol
出版社：2006。台北：華杏。

臨床心理學特論 (二)

(心智功能不全疾患、兒童與青少年期發展疾患、精神疾患之心理衡鑑與治療)

壹、命題大綱與範疇

- 一、心智功能不全之心理衡鑑與心理治療。
- 二、兒童心理疾患之心理衡鑑與心理治療。
- 三、精神分裂症與雙極疾患等精神病之心理衡鑑與心理治療。

貳、Key Knowledge

一、心智功能不全之心理衡鑑與心理治療

(一) 失智症候群

1. 失智症候群的診斷標準與臨床特徵。
2. 失智症候群常見的病因與分類。
3. 失智症候群的鑑別診斷，如：與精神病性疾患、重鬱症或正常老化的區分。
4. 失智症候群的心理衡鑑：如何運用臨床觀察、病史、晤談、心智狀態檢查、社會職業功能評估與神經認知功能檢查，達到鑑別診斷的目的。
5. 失智症候群的基本藥物治療方式、心理社會處遇、神經認知復健與家屬之衛教。

(二) 譫妄症候群

1. 譫妄症候群的診斷標準與臨床特徵。
2. 譫妄症候群常見的病因，如：生理疾患、藥物中毒、藥物戒斷等。
3. 譫妄症候群的鑑別診斷，如：與精神病性疾患或急性壓力疾患的區分。
4. 譫妄症候群的心理衡鑑：如何運用臨床觀察、病史、晤談與心智狀態檢查達到鑑別診斷的目的。
5. 譫妄症候群的基本處遇方式。

(三) 失憶症候群

1. 失憶症候群常見的診斷標準與臨床特徵。
2. 失憶症候群常見的病因。
3. 失憶症候群的鑑別診斷，如：與解離性失憶疾患或正常老化的區分。
4. 失憶症候群的心理衡鑑：如何運用臨床觀察、病史、晤談、心理狀態檢察與神經認知功能檢查達到鑑別診斷的目的。
5. 失憶症候群的基本藥物治療方式、心理社會處遇、神經認知復健與家屬之衛教。

(四) 其它認知疾患的基本特徵

1. 輕度認知功能損傷 (mild cognitive impairment) 的臨床特徵以及與失智症候群的关系
2. 其他神經認知功能損傷的基本定義，如：失語症 (aphasia)、失用症 (apraxia)、

失認症 (agnosia)、失讀症 (alexia)、失寫症 (agraphia) 等。

二、兒童與青少年期發展疾患、精神疾患之心理衡鑑與治療

(一) 注意力不足過動症、對立性反抗疾患、品行疾患等行爲疾患

1. 注意力不足過動症以及其亞型的臨床特徵、病程，及流行病學。
2. 對立性反抗疾患、品行疾患的臨床特徵、病程，及流行病學。
3. 上述行爲疾患的相關鑑別診斷與共病現象。
4. 上述行爲疾患的心理衡鑑方法。
5. 上述行爲疾患的遺傳、生理/神經、認知、心理、和家庭/社會病理因素。
6. 注意力不足過動症有效的藥物治療、認知行爲心理治療、及社交技巧訓練、家長訓練等。
7. 對立性反抗疾患、品行疾患有效的認知行爲心理治療、家族治療及多元系統的介入。
8. 青少年犯罪行爲。

(二) 智能不足、廣泛性發展疾患、學習疾患及溝通疾患等發展與學習障礙

1. 智能不足以及其亞型的臨床特徵、病程，及流行病學。
2. 自閉症疾患、亞士柏格症疾患的臨床特徵、病程，及流行病學。
3. 學習疾患以及其亞型的臨床特徵、病程，及流行病學。
4. 溝通疾患以及其亞型的臨床特徵、病程，及流行病學。
5. 上述學習與發展疾患的相關鑑別診斷與共病現象。
6. 上述學習與發展疾患的心理衡鑑方法。
7. 上述學習與發展疾患的遺傳、生理/神經、認知、心理、和家庭/社會病理因素。
8. 智能不足有效的行爲治療、社區家園治療、認知行爲治療。
9. 自閉症疾患、亞士柏格症疾患有效的行爲治療、認知行爲治療等。

(三) 兒童及青少年焦慮與情感疾患的核心知識

1. 兒童及青少年焦慮性疾患以及其亞型的臨床特徵、病程，及流行病學。
2. 兒童及青少年情感性疾患以及其亞型的臨床特徵、病程，及流行病學。
3. 上述焦慮與情感疾患的相關鑑別診斷與共病現象。
4. 上述焦慮與情感疾患的心理衡鑑方法。
5. 兒童及青少年焦慮性疾患的遺傳、生理/神經、認知、心理、和家庭/社會病理因素。
6. 兒童及青少年情感性疾患的生理/神經、認知、心理、和家庭/社會病理因素。
7. 兒童及青少年焦慮性疾患有效的藥物治療、行爲治療、認知行爲治療，及家長介入等。
8. 兒童及青少年情感性疾患有效的藥物治療、行爲治療、認知行爲治療，及家長

介入等。

三、精神疾患之心理衡鑑與治療

(一) 精神分裂症與其它精神病性疾患

1. 精神分裂症以及其亞型的臨床特徵、鑑別診斷、病程、共病、及流行病學。
2. 精神分裂症症狀（如正性、負性、與混亂性症狀）的臨床特徵、鑑別診斷、與病程，以及相關的心理衡鑑方法。
3. 精神分裂症特有的遺傳、生理/神經、心理、和家庭/社會病理因素，以及素質-壓力模式觀點。
4. 精神分裂症有效的藥物治療、認知行為心理治療、家族衛教處置、及社交技能訓練。
5. 依不同的病程，精神分裂症的生理及心理治療、預後、和有效的預防模式與策略，以及各種相關醫療資源的轉介。

(二) 雙極疾患

1. 情感疾患（以不同雙極疾患為主，如I型、II型、循環性情感疾患）的臨床特徵、鑑別診斷、病程、共病、及流行病學。
2. 雙極疾患不同發作期（如鬱期、躁期、混合期、輕躁期）的臨床特徵、鑑別診斷、與病程，以及相關的心理衡鑑方法。
3. 雙極疾患的遺傳、生理/神經、認知、心理、和家庭/社會病理因素，以及生活事件-節律失調模式觀點。
4. 雙極疾患有效的藥物治療、認知行為心理治療、人際治療、與家族衛教處置。
5. 依不同的發作期與病程，雙極疾患的生理及心理治療、預後，以及有效的預防模式與策略。

參、參考書目

1. American Psychiatric Association [APA](2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4 th ed., text revision). Washington, DC: Author.
 2. Kring, A, Neale, J. M., & Davison, G. C. (2007). *Abnormal Psychology*. New York : John Wiley & Sons..
 3. Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2005). *Abnormal Psychology*. Belmont, CA: Wadsworth, a division of Thomson Learning, Inc..
 4. American Psychiatry Association (2002). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder* (Second Edition) online through the American Psychiatry Association (http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm).
- II. Formulation and implementation of a treatment plan, pp. 11-19.
5. Mash, E. J. & Wolfe, D. A. (2006). *Abnormal Child Psychology*. (3nd ed.) CA: Wadsworth.

6. Bynum and Thompson (2006). *Juvenile Delinquency. (5 ed.)* Publisher: Academic Internet Pub Inc.
7. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J. of Internal Medicine* 2004; 256: 183~194
8. 花茂琴、朱怡娟，(民90)，神經心理檢查。當代醫學，卷28，18-122。

臨床心理學特論（三）

一、精神官能症的心理衡鑑與心理治療

(一) 命題大綱與範疇

1. 焦慮疾患的臨床特徵、病因、心理衡鑑及治療的知識。
2. 身體疾患的臨床特徵、病因、心理衡鑑及治療的知識。
3. 解離疾患的臨床特徵、病因、心理衡鑑及治療的知識。
4. 憂鬱疾患的臨床特徵、病因、心理衡鑑及治療的知識。
5. 飲食疾患的臨床特徵、病因、心理衡鑑及治療的知識。
6. 睡眠疾患的臨床特徵、病因、心理衡鑑及治療的知識。
7. 性功能失調及性別認同疾患的臨床特徵、病因、心理衡鑑及治療的知識。

(二) 關鍵知識

1. 焦慮疾患（特定對象畏懼症、社會畏懼症、恐慌性疾患、廣泛性焦慮疾患、強迫性疾患、創傷後壓力疾患）的臨床特徵、鑑別診斷、病程、共病及流行病學知識。
2. 焦慮疾患的共同生理、心理及社會病因因素。
3. 各個焦慮疾患的特有之生理、心理及社會病因因素
4. 焦慮疾患的共同及各別的心理衡鑑知識與技術。
5. 焦慮疾患的共同及各別の治療（藥物治療、心理治療等）及療效研究。
6. 身體疾患（疼痛疾患、身體畸形疾患、慮病症、身體化疾患、轉化性疾患、人爲疾患及詐病）的臨床特徵、鑑別診斷、共病及流行病學知識。
7. 身體疾患的神經生理及認知行爲病因觀點。
8. 轉化性疾患的心理分析、認知行爲及社會文化病因觀點。
9. 身體疾患的心理衡鑑知識、治療模式及療效研究。
10. 解離疾患（解離性失憶症、解離性漫遊症、解離性身份疾患、自我感消失疾患）的臨床特徵、鑑別診斷及流行病學知識。
11. 解離性失憶症、解離性漫遊症及自我感消失疾患的現代病因及治療觀點。
12. 解離認同疾患的病因、治療觀點及爭論。

13. 憂鬱疾患（嚴重憂鬱疾患、低落情感疾患、輕度憂鬱疾患（Minor Depression）、雙重憂鬱疾患（Double Depression）、伴隨憂鬱之適應性疾患）的臨床特徵、鑑別診斷、病程、共病及流行病學知識。
14. 憂鬱疾患的遺傳、神經生理、社會及心理因素的病因知識。
15. 憂鬱疾患的心理衡鑑之知識與技術。
16. 憂鬱疾患的生理及心理治療的療效研究，以及有效的治療及預防模式及策略。
17. 飲食疾患（神經性厭食症、神經性暴食症、暴食疾患）的臨床特徵、鑑別診斷、病程、共病及流行病學知識。
18. 飲食疾患的遺傳、神經生理、社會及心理因素的病因知識。
19. 飲食疾患的心理衡鑑之知識與技術。
20. 飲食疾患的生理及心理治療的療效研究及有效的治療模式與策略。
21. 各個主要睡眠疾患（原發性失眠症、原發性嗜睡症、昏睡症、呼吸關連之睡眠性疾患、晝夜節律性睡眠疾患、夢魘疾患、睡眠驚慌疾患、夢遊疾患）的診斷特徵。
22. 腦與內分泌功能的基本運作與睡眠節律（circadian rhythms）及睡醒週期（sleep-wake cycle）的關連性。
23. 原發性失眠症的生理及心理衡鑑方法，以及治療的療效研究、有效的治療模式與策略。
24. 性別認同疾患及性功能失調疾患的臨床特徵、鑑別診斷知識。
25. 性別認同疾患的病因、及有效的治療策略。
26. 性功能失調疾患的病因、性別差異及有效的生理及心理衡鑑及有效的治療策略。

二、壓力身心反應與健康行爲(健康心理學)

(一) 命題大綱與範疇

1. 現行健康與疾病的觀點
2. 健康行爲與健康的提昇
3. 壓力與生病
4. 因應與減低壓力
5. 一般身心壓力衡鑑與治療
6. 慢性疾病適應之身心壓力衡鑑與治療

(二) 關鍵知識

1. 現行健康與疾病的觀點：生物心理社會取向(biopsychosocial model) 系統的觀點、生命週期的觀點(life-span perspective)，關注個人先前發展、目前狀況、以及將來可能的健康與疾病發展。
2. 健康行爲與健康的提昇：健康行爲的概念、生活型態危險因素與健康的關係、影響健康行爲的因素、健康行爲的改變階段與健康習慣的建立、健康行爲的調整。

3. 壓力與生病：壓力的不同界定、壓力的神經生理機制、急性、慢性壓力與生病、各類壓力事件的界定與測量、壓力的心理調節因素社會支持、性格因素之影響、生活型態與壓力。
4. 因應與減低壓力：壓力的認知評估、壓力與資源、壓力的因應與後果、壓力的管理。
5. 一般身心壓力衡鑑與治療：醫療場域中對壓力引起之身心症個案之衡鑑、個案概念化、個案心理治療計畫與實務。
6. 慢性疾病適應之身心壓力衡鑑與治療：慢性病患的適應歷程、特定慢性病患之身心壓力(生物-心理-社會取向)衡鑑、特定慢性疾病適應問題之介入與處遇原則，如疼痛及疼痛管理、心血管疾病患者之健康心理照護、糖尿病及其他內分泌疾病患者之健康心理的照護、癌症患者之健康心理照護。

三、參考書目

1. American Psychiatric Association [APA](2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4 th ed., text revision). Washington, DC: Author.
2. Kring, A, Neale, J. M., & Davison, G. C. (2007). *Abnormal Psychology*. New York : John Wiley & Sons..
3. Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2005). *Abnormal Psychology*. Belmont, CA: Wadsworth, a division of Thomson Learning, Inc..
4. Barlow, D. H. (2001). *Clinical Handbook of Psychological Disorder*. New York: The Guilford Press. (這是台灣有翻譯本，且許多學校採用的教科書，有關精神官能症的心理衡鑑與處遇寫得相當明確。但若參考書籍過多，可考慮刪除)
5. Taylor, S. E. (2003). (5th ed.). *Health Psychology*. Boston: McGraw Hill.
6. Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology: Psychobiosocia interactions*. New York: John Wiely.

