

台灣臨床心理學與美國臨床心理學之比較

許文耀^①

張廣運

政治大學心理學系

花蓮縣立國風國民中學

本文透過台灣臨床心理學與美國臨床心理學之發展史比較，嘗試指陳出一個論點：「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不重視此課題，那會使臨床心理學的發展仍停留在藝術而非科學，而無法發揮專業性。要如此突破，台灣的臨床心理學應更著重科學訓練，如此才能提出實徵結果，說明其服務成效。

關鍵詞：台灣臨床心理學、美國臨床心理學

原先本文乃要撰寫「台灣臨床心理學在精神科的過去、現在與未來」，但翻閱了相關的資料，發現台灣臨床心理學的發展偏重於精神醫療，因此本文便以台灣臨床心理學的發展當成論述的脈絡。在查閱相關文獻時，發現台灣臨床心理學受美國臨床心理學的影響甚深，因此本文便整理兩國的臨床心理學發展，試著以他山之石來佐證未來台灣臨床心理學應該依循發展之路。

台灣臨床心理學與美國臨床心理學的工作狀況

目前台灣的臨床心理師之服務狀況為何？許文耀（2006）就臨床心理師全國聯合會與台灣臨床心理學會的會員資料，了解這些會員的就職狀況，結果指出，目前全職的心理師共有 431 位（佔 74.8%），之中在醫療/戒所的有 404 位，此與衛生署統計精神醫療機構中的臨床心理師人員（至 94 年 12 月止）之人數（400 位）是接近的；這 431 位臨床心理師之工作場所及其工作性質分佈情形如圖一所示。圖一中，擔任教師的有 43 位（佔 7%），兼職的有 28 位

(佔 5%)。

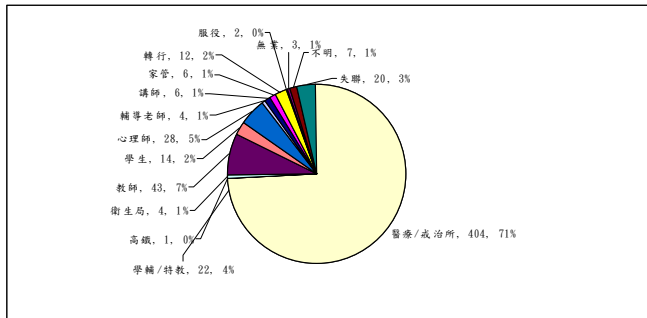


圖 1 國內臨床心理師的就業狀況 (摘自許文耀, 2006)

美國的狀況又是如何? Norcross, Karpiak 與 Santoo (2003) 的調查結果指出, 目前美國臨床心理師擔任實務工作者有 59%, 在學術界及擔任研究人員有 26%, 而任行政職者有 7%。

如此來看, 國內的臨床心理師就職現況是以實務居多, 雖然美國的情況也以實務者居冠, 但其學術界與研究人員的比例比國內多出三倍多, 由此可說, 在美國臨床心理學界強調「科學家-實務者」並重, 但國內則往專業實務發展。

國內的臨床心理師之工作內容為何呢? 吳英璋、許文耀與翁嘉英 (1999) 曾調查 165 位國內臨床心理師的工作狀況。調查問卷共列出十一項工作內容 (含「其他」), 請受測者回答他「是否做此工作」, 若回答「是」, 則進一步回答對該工作的「滿意度」(1 表示「非常不滿意」, 5 表示「非常滿意」), 以及「此項工作所佔時間百分比」, 表列如表一。

從工作內容來看, 除了「神經心理衡鑑(38.2%)」、「法院精神鑑定(58.8%)」、「出院評估(37.6%)」, 以及「其他(43.6%)」等四者外, 有大於 80% 的臨床心理師都在從事「鑑別診斷」、「智能衡鑑」、「人格衡鑑」、「團體心理治療」、「個別心理治療」、「Team meeting/個案討論」、「一般行政業務」等七項工作。

在回答「是」、表示有從事該項工作內容的臨床心理師中, 對該項工作內容平均滿意度小於 3 的僅有「神經心理衡鑑($M=2.71, N=62$)」一項; 最感滿意

表 1 臨床心理師所從事工作之滿意度與時間分配表(摘自吳,許,翁,1999)

工作內容	是否做此工作% (N=165)		滿意度 (N)	所佔時間% (N)
	是	否		
1.鑑別診斷	89.7%	9.1%	3.54 (137)	15.35% (147)
2.智能衡鑑	95.8%	4.2%	3.96 (145)	17.09% (150)
3.人格衡鑑	89.7%	9.1%	3.60 (136)	13.50% (148)
4.神經心理衡鑑	38.2%	49.7%	2.71 (62)	3.43% (132)
5.法院精神鑑定	58.8%	35.2%	3.33 (90)	4.89% (139)
6.團體心理治療	82.4%	12.7%	3.60 (121)	12.84% (142)
7.個別心理治療	92.1%	7.3%	3.67 (138)	20.38% (149)
8.出院評估	37.6%	48.5%	3.53 (58)	2.31% (128)
9.Team meeting/個案討論	93.3%	5.5%	3.36 (136)	7.08% (144)
10.一般行政業務	81.8%	12.1%	3.01 (120)	12.02% (139)
11.其他	43.6%	3.6%	3.57 (60)	12.46% (76)

前四項依次是「智能衡鑑($M=3.96, N=145$)」、「個別心理治療($M=3.67, N=138$)」、「團體心理治療($M=3.60, N=121$)」、與「人格衡鑑($M=3.60, N=136$)」。

表示有從事該項工作內容的臨床心理師中，對該項工作投入最多工作時間的是「個別心理治療($M=20.38%, N=149$)」；較少的幾項（均少於 10%），依次是「出院評估($M=2.31%, N=128$)」、「神經心理衡鑑($M=3.43%, N=132$)」、「法院精神鑑定($M=4.89%, N=139$)」、「Team meeting/個案討論($M=7.08%, N=144$)」。若將最常進行的「鑑別診斷」、「智能衡鑑」、「人格衡鑑」三者相加，佔了 45.94% 的時間；另一方面將「團體心理治療」與「個別心理治療」兩者相加，則佔了 33.22% 的時間。

若按「精神醫學領域」與「非精神醫學領域」來區分時，兩大類領域的臨床心理師所從事的工作如表 2。

表 2 「精神醫學領域」與「非精神醫學領域」臨床心理師工作現況(摘自吳, 許,翁,1999)

工作內容	是否做此工作% (N=142)			
	精神醫學領域 (N=142)		非精神醫學領域 (N=7)	
	是	否	是	否
1.鑑別診斷	93.0%	6.3%	71.4%	28.6%
2.智能衡鑑	98.6%	1.4%	85.7%	14.3%
3.人格衡鑑	93.7%	5.6%	57.1%	42.9%
4.神經心理衡鑑	38.0%	49.3%	57.1%	42.9%
5.法院精神鑑定	64.1%	29.6%	14.3%	85.7%
6.團體心理治療	85.9%	9.2%	42.9%	57.1%
7.個別心理治療	95.8%	4.2%	57.1%	42.9%
8.出院評估	44.4%	14.1%	14.3%	85.7%
9.Team meeting/個案討論	95.8%	3.5%	71.4%	14.3%
10.一般行政業務	81.0%	12.0%	100%	0%
11.其他	40.1%	4.2%	71.4%	28.6%

過半數的「精神醫學領域」臨床心理師均從事的工作內容包括：鑑別診斷、智能衡鑑、人格衡鑑、法院精神鑑定、團體心理治療、個別心理治療、Team meeting/個案討論、一般行政業務；過半數的「非精神醫學領域」臨床心理師均從事的工作內容包括：鑑別診斷、智能衡鑑、人格衡鑑、神經心理衡鑑、個別心理治療、Team meeting/個案討論、一般行政業務、其他（如協助研究、協助門診篩檢個案..等）。

法院精神鑑定、團體心理治療是「非精神醫學領域」臨床心理師比「精神醫學領域」臨床心理師較少從事的工作，而神經心理衡鑑和其他（如：協助研究、協助門診篩檢個案…等）則是他們較多從事的工作。

在工作內容所佔時間百分比上，「精神醫學領域」與「非精神醫學領域」臨床心理師的差異如表 3。

由表 3 可知，「精神醫學領域」臨床心理師花較多時間從事的工作前三項為：個別心理治療($M=20.92\%$, $N=128$)、智能衡鑑($M=16.64$, $N=128$)、鑑別診斷($M=15.88$, $N=127$)；較少花時間在出院評估($M=2.69\%$, $N=108$)、神經心理衡鑑($M=2.75\%$, $N=112$)、法院精神鑑定($M=5.61\%$, $N=117$)。

表 3 「精神醫學領域」與「非精神醫學領域」臨床心理師分別在不同工作內容所使用的時間百分比之比較(摘自吳,許,翁,1999)

工作內容	所佔時間% (N)	
	精神醫學領域	非精神醫學領域
1.鑑別診斷	15.88% (127)	22.50% (6)
2.智能衡鑑	16.64% (128)	23.57% (7)
3.人格衡鑑	14.66% (127)	6.43% (7)
4.神經心理衡鑑	2.75% (112)	19.71% (7)
5.法院精神鑑定	5.61% (117)	0.43% (7)
6.團體心理治療	13.91% (121)	3.29% (7)
7.個別心理治療	20.92% (121)	10.00% (7)
8.出院評估	2.69% (108)	0.43% (7)
9.Team meeting/個案討論	7.24% (123)	7.50% (6)
10.一般行政業務	10.74% (117)	13.71% (7)
11.其他	12.30% (61)	21.60% (5)

「非精神醫學領域」臨床心理師則花較多時間在：智能衡鑑($M=23.57\%$, $N=7$)、鑑別診斷($M=22.50\%$, $N=6$)與其他($M=21.60\%$, $N=5$)；較少時間在：出院評估($M=0.43\%$, $N=7$)、法院精神鑑定($M=0.43\%$, $N=7$)與團體心理治療($M=3.29\%$, $N=7$)。

由此可知個別心理治療、團體心理治療、神經心理衡鑑、以及其他(如協助研究、協助門診篩檢個案…等)是「精神醫學領域」臨床心理師和「非精神醫學領域」臨床心理師所花時間的主要差異處；前者比後者多花時間在個別心理治療與團體心理治療，後者則較前者多花時間在神經心理衡鑑與其他(如協助研究、協助門診篩檢個案…等)上。

表 4 美國臨床心理師在三領域的工作輪廓(摘自 Norcross 等人, 2003)

	獨立開業者		大學教授		醫院心理師	
	從事%	時間%	從事%	時間%	從事%	時間%
心理治療	95	56	59	9	82	21
診斷/衡鑑	72	21	36	3	80	18
研究/撰寫	29	4	87	29	66	18
教學	23	3	91	30	70	9
臨床督導	36	3	55	8	71	9
諮詢	47	7	43	4	49	5
行政	31	4	68	16	69	18

在相同議題上，美國臨床心理師的狀況又為何？Norcross 等人（2003）亦針對全美 694 位臨床心理師進行其工作內容狀況，依獨立開業者、大學教授及醫院的心理師三個組群進行調查，其結果如表 4 所示。

若依表 4 來看，「心理治療」與「診斷/衡鑑」仍是實務界臨床心理師的主要工作內容，而若以所佔的工作時間來看，獨立開業者使用一半的時間做心理治療，而醫院心理師使用在心理治療的時間僅佔 21%，與花在衡鑑的時間是差不多的。在研究及文章撰寫上，醫院的心理師使用 18% 的工作時間，但獨立開業者則僅用 4% 的時間。在行政業務上，醫院心理師使用 18% 的工作時間。

從表 5 可知，美國臨床心理師投入個別心理治療的人數比例相當高，接近 100%，且投入於個別心理治療的時間隨著年代而不斷增加，但團體治療的人數與時間比例反而遞減，至 2003 年，僅投入 6% 的工作時間；另外投入家族治療的時間比例亦降低；婚姻治療在這方面的改變較少，雖亦有下降趨勢。

在心理衡鑑方面，「臨床晤談」成爲美國臨床心理師的主要工作方法，至 2003 年，臨床心理師將接近一半的工作時間投入此工作內容，而智能衡鑑與結構式的人格測驗則爲第二及第三多的衡鑑方法，雖也有下降的趨勢，但投入時間仍有 10% 以上。最明顯的改變則是投射測驗的使用，從 1986 年有 72% 的心理師仍在使用，但至 2003 年則大幅度地降爲 36% 的人數比例，且投入時間比例從 17% 降至 6%。神經心理測驗的使用時間比例也有下降趨勢，增加的

是 1995 年開始發展的健康心理學測驗。

表 5 美國臨床心理師進行心理治療的類別分佈（摘自 Norcross 等人, 2003）

治療類別	從事人數%				所佔時間%			
	1981	1986	1995	2003	1981	1986	1995	2003
個別治療	97	97	98	98	64	67	73	76
團體治療	37	37	32	20	7	14	7	6
婚姻治療	68	62	62	55	12	14	10	9
家族治療	51	50	50	39	9	13	9	9

註：此份資料是以每週至少從事 1 小時心理治療工作的心理師（佔樣本中的 78%）為對象來進行分析

表 6 美國臨床心理師進行心理衡鑑工作類別分佈（摘自 Norcross 等人, 2003）

衡鑑類別	從事人數%			所佔時間%		
	1986	1995	2003	1986	1995	2003
臨床晤談	96	95	95	39	39	47
行為/功能分析	45	45	40	10	8	7
智能衡鑑	75	74	61	18	16	14
結構化人格測驗	75	70	57	16	13	11
投射測驗	72	55	39	17	10	6
神經心理測驗	43	37	31	12	9	10
健康心理測驗	-	15	15	-	2	2

註：此份資料是以每週至少從事 1 小時衡鑑診斷工作的心理師（佔樣本中的 64%）為對象來進行分析

Norcross 等人（2003）繼續就心理治療與心理衡鑑工作的情形做討論，其調查結果可如表 5 及表 6 所示。

在心理治療取向方面，Norcross 等人（2003）發現全美臨床心理師最常使用的理論，依序為折衷/整合學派、認知療法、心理動力療法及行為療法。從 1960 至 2003 年，增加幅度最大的為認知療法，從 1973 年的 2% 增加至 2003

年的 28%，而整合學派則從 1960 的 35% 降至 2003 的 15%，行為療法的改變則不是很大。其結果可如表 7 所示。

表 7 美國臨床心理師進行心理治療所採用的主要理論學派之分佈（摘自 Norcross 等人, 2003）

治療學派	1960 %	1973 %	1981 %	1986 %	1995 %	2003 %
行為學派	8	10	14	16	13	10
認知學派	-	2	6	13	24	28
建構學派	-	-	-	-	-	2
折衷/整合學派	36	55	31	29	27	29
人本學派	2	6	4	6	3	1
人際學派	-	-	-	-	4	4
心理動力學派	35	16	30	21	18	15
Rogerian	4	1	3	6	1	1
Sullivanian	10	3	2	2	1	0
系統學派	-	-	4	4	4	3
其他	4	7	6	3	5	7

綜合兩國臨床心理師的工作狀況，本文作者發現：

1. 由於目前國內獨立開業的診療所僅有六間，且無任何調查資料顯示其工作狀況，因此僅就美國的醫院心理師之結果與本國進行比較。若比較表 1 與表 4，就使用在個別心理治療時間來看，兩國心理師的情形是差不多的，而在心理衡鑑上，本國心理師則比美國多出兩倍以上，在一般行政業務上，美國的心理師則高出本國。

2. 在心理衡鑑上，由於調查內容不大相同，因此無法直接進行比較。但若從筆者的經驗來說，台灣臨床心理師在進行人格衡鑑時多半會使用投射測驗，若依投入的工作比例來看，佔 89.7%，而美國只有 39%，國內的比例甚至比 1986 年的美國調查結果來得高。在智能衡鑑上，國內的心理師有 95.8% 做過此工作，而美國心理師在 2003 年只 61% 的人做此工作。美國心理師以臨床晤談為其主要的衡鑑方法，而這是國內較不常用的。國內僅是以其當為資料收集的一種方法。

3. 在心理治療工作方面，國內臨床心理師會兼用個別及團體，此型式大抵上與美國的差不多，但由表五中可知，美國的心理師愈來愈不重視團體治療。至於家族治療與婚姻治療，因為國內沒有調查資料，所以無法比較。

4.從表 1 中可知，美國醫院心理師投入研究的時間佔 18%，且有 66%做過此工作。吳英璋等人（1999）的研究中發現約有 40.6%的國內臨床心理師也從事研究工作，但投入時間為多少，則未調查。就投入的人數比例來看，國內的心理師比美國來得少。

總結來說，國內臨床心理師的工作狀況與美國的心理師狀況在心理治療所佔的時間是差異不大，但其內涵是有所差異的。在心理衡鑑上，國內投入的比例及時間則多於美國，但在資料收集的方法上，兩國是不同的；美國臨床心理師已漸漸不倚重投射測驗，而較強調臨床診斷會談，而國內臨床心理師仍著重在心理測驗為資料收集的主要工具，且投射測驗為主要的測驗之一。美國臨床心理師仍以研究為其工作重點之一，但是國內的臨床心理師則顯然不重視此項工作。為何會有這種差異？本文作者試著從兩國的臨床心理學發展來論述。

美國臨床心理學的發展

19 世紀時，因為美國精神科醫師的工作領域與神經科醫師有部分重疊，使得精神醫學漸漸回歸到醫學領域裡。在 19 世紀末及 20 世紀初，於法國「變態心理學」的研究範疇興起，之後它延續至美國，而此範疇的興起，結合了醫師、生理學家、哲學家及心理學家，共同探討心理學與精神醫學間的分界（interface），以及彼此相關的問題與理論。

但上述新興的學者的興趣僅在於研究心理病理的議題上，並沒有影響到如何幫助治療這群具心理疾病的病患議題上。這項探討的重鎮，於美國主要為波士頓學院，例如 M. Prince 醫師主張變態心理學屬於哲學領域，而非醫學領域，Prince 為美國心理病理學會（American Psychopathological Association）的會員，而此學會的宗旨為研究，而非實務。Prince 於 1906 年創辦了 *Journal of Abnormal Psychology*，在此心理病理的研究開啓之前，於 1896，Lightner Witmer 在賓州大學（University of Pennsylvania）開設全美第一間心理診所（Psychological clinic）。11 年後，Witmer 創辦了《心理診所》期刊，闡述了心理診所這個領域所涵蓋的概念及工作，這就是「臨床心理學」於美國第一次的出現。Witmer 對臨床心理學的看法在於「介入」（intervention），其所設立的心理診所之工作人員包括臨床心理師、教師和社工，此診所處理的是特

殊教育的問題兒童，較屬於教育導向，並非心理治療。

依據官方紀錄，美國第一位臨床心理學家應為 Eugene Emerson，於 1911 時，他服務於 Massachusetts General Hospital，他以 Freud 及 Jung 的觀念，進行心理治療。在此同時，F. Lyman Wells 服務於 McLean Hospital，他是另一個臨床心理學家，亦採用心理分析進行心理治療。此種現象顯示，當時 Freud, Jung, Adler 等人的理論深深地影響美國心理學界以及臨床領域。

由上述的歷史發展來看，美國臨床心理學的早期發展仍在摸索界定其專業角色以及工作內容 (Woody & Roberson, 1988)。此時的發展不只遇到精神科醫師的反對，並且心理學界也沒有給予臨床心理師支持。因為，心理學界認為走向科學才能建立其專業地位，而非專業服務 (Berms, Thevenin, & Routh, 1991)。

雖然，美國臨床心理學者自己於 1909 年成立「臨床心理學社群」(Society of Clinical Psychology)，並於 1917 年，從美國心理學會獨立出來，成立了美國臨床心理學會 (American Association of Clinical Psychology)，但於 1919 年，又被美國心理學會勸服，重新併回 APA。

Woody 與 Robertson (1988) 認為美國心理學界並不支持臨床心理師的專業發展，因為美國心理學界相當重視學術理論及研究，他們認為臨床心理學的專業服務缺乏客觀實徵資料的支持，如果臨床心理學成爲一種專業，會破壞心理學的科學地位。

可見，當時的美國臨床心理學發展不只來自專業內部的阻力，還來自外在團體，例如精神科醫師的反對與挑戰；精神科醫師排斥臨床心理師介入治療工作的理由是，若欲進行心理治療工作，除非接受過心理分析的訓練，否則不能從事此項工作。在當時，由於美國臨床心理學界尚未開發自己的心理治療理論，並且心理分析爲當時的心理治療理論依據，臨床心理師的專業發展就只能受到精神科專業醫師社群的宰制 (Abbott, 1988)。

究竟美國臨床心理學者如何突破這些阻礙？整理了過去的文獻，發現這些突破及解決阻礙的力量可能來自：

I.J. McKean Cattell 是最早提倡應用心理學的學者，他雖然對臨床問題不見得感興趣，但對於如何運用測驗來反應個別差異性，其貢獻是卓越的。這樣的主張影響了美國心理學界重視個別差異性，亦奠基了美國臨床心理學界重視心理測驗的發展與運用。

2.於 1917 成立的美國臨床心理學會，首任理事長 J. E. W. Wallin 的任務即是建立某些專業準則。他看到學校的老師或是無臨床實務經驗的心理學家均在使用比西量表，此種狀況對區辨專業服務的本質與特性會帶來不良的影響，所以主張如何提升專業的服務並做規範，是有其必要性的。

3.行為主義的興起，帶動了心理學家將基礎心理學研究成果應用於臨床問題，且培育出不少專業人員，同時，亦刺激了心理診所的開設，因而臨床心理師的人數增加。不僅如此，亦帶動了心理分析之外其他的心理治療理論，因此開拓了更寬廣的服務領域及其內涵。

4.在美國，第一次世界大戰中，心理測驗對軍中工作人員甄選過程扮演了非常重要的角色，在企業界與教育界也有類似的功能，使得臨床心理師的服務面大為伸展。在這之前，大多數的臨床心理師是在大學任教，並兼職於心理診所。

5. William Healy 與 Grace Fernald 聯合成立兒童輔導診所 (Child guidance clinic)，前者為精神科醫師，後者為心理師。此診所獲得大眾財富基金 (Common-Wealth Fund) 的支持，整個診所的運作採用了團隊合作的方式，而在合作中，心理師負責心理測驗。由於這類的診所在美國快速地發展，因此於 1924 年美國精神矯正學會 (American Orthopsychiatric Association) 成立，第一屆理事長即為 Healy。此學會剛設立時，會員只限精神科醫師才能加入，至 1926 年後，開放給所有心理衛生相關人員參與。之後，此學會成為精神科醫師、臨床心理師及精神醫療社工的交流平台，並促成心理衛生服務工作乃屬跨行業團隊合作觀念的誕生。後來，這種團隊合作的模式就逐漸開展於處理兒童及青少年問題的機構、醫院、監獄之中。

6.第一次世界大戰時，臨床心理師亦服務於軍隊，雖然主要工作為心理測驗，但仍會進行團體心理治療，協助士兵可以快速脫離與戰事相關的困擾，使其能回到戰場，並維護其士氣；另外，協助退伍士兵成功地回歸至一般正常生活 (Phares, 1992)。

7.為了因應美國經濟大蕭條帶來的臨床心理師大量失業的問題，美國臨床心理學者再次與美國心理學會脫鉤，而與諮商心理學會共組美國應用心理學會 (American Association of Applied Psychology, AAAP)，以創造工作機會，並於 1939 年提供會員名冊，讓大眾了解及選擇那些具有資格的心理師來替他們提供服務；在政策上，則積極推動認證法案。

8.由於上述的力量，在 1930 年代初期，全美的臨床心理師約有 800 人，此股人數使美國心理學會於 1935 年訂定執業與認證的標準（Standards of practice and accreditation），將臨床心理學定義為處理個體適應問題的藝術與技能（clinical psychology is the art and technology which deals with adjustment problems of human beings）（Woody & Robertson, 1988）。

上述的發展歷程拜兩次世界大戰之賜，在第一次世界大戰時，由於美國政府需要運用心理計量的方法來評估士兵的心理狀態，而此部分正是臨床心理師的專長，藉此臨床心理學相關事業獲得顯著的發展。在第二次世界大戰時，因為需要心理服務的士兵愈來愈多，而醫師和精神科醫師的數量又不足，因此美國政府除了加強精神科醫師的員額訓練的經費補助之外，也提高臨床心理師的服務機會與訓練經費。

在第二次世界大戰期間，約有 1710 位臨床心理人員在軍隊裡服務，他們所做的工作不僅是協助專才的運用，還開始從事諮詢和心理治療的業務。第二次世界大戰之後，美國國家心理衛生組織（National Institute of Mental Health, NIMH），退伍軍人協會（Veterans Administration, VA）和美國公共衛生服務（United States Public Health Service, USPHS）都開始資助臨床心理師的訓練，並鼓勵博士學位的訓練課程，其中 VA 對臨床心理師的訓練工作影響最為重要，它不但改變了臨床心理師的養成方式，並提供收入較高的穩定公職工作的職位，因此，臨床心理師可以正式進入醫院處理住院病患（成人）的問題。這樣的狀況，使得臨床心理師原先只能進行心理測驗的角色，提升到可從事心理治療的角色；從原先大多處理兒童問題擴展到也可處理成人問題。在此同時，心理測驗從傳統的智力測驗演變到人格測驗，臨床心理師大量使用投射測驗，並發展客觀的自陳式測驗（如 MMPI）。這些測驗不僅是診斷工具，更是「預防性調適」（preventive adjustment）的評估工具。這些轉變不僅引起社會對心理學應用的興趣，更引發大規模的研究，更重要的是，它也鞏固了心理學—尤其是臨床心理學的學術地位和大學裡的專業獨佔。同時，認證法律（certification law）也隨之興起，第一個設立的是康乃迪克州（1945），它要求臨床心理師必須具備博士學位和一年的實習經驗，除此之外，APA 還設立了內部的認證組織 ABEPP（American Board of Examiners in Professional Psychology）。隨著工作機會和工作領域的增加，臨床心理學會次團體也於此時漸漸成為美國心理學會的強勢單位。

由於美國政府開始重視臨床心理師，因此關心起臨床心理師的訓練，Torne (1945) 認為臨床心理師在當時缺乏較標準化的訓練，以致臨床心理師的業務尚未獲得普羅大眾的認同。因為 VA 與 NIMH 投入經費並要求 APA 訂出訓練準則，因此 1935 年，APA 設立了訓練標準委員會 (Committee on Standards of Training)，會中訂出兩類的心理服務人員與訓練標準：專業心理學家

(professional psychologist) 及助理心理學家 (assistant psychologist)，前者的要求為需獲得博士學位與一年的被督導經驗，後者則需獲得碩士學位與一年的被督導經驗。至此，美國臨床心理專業的教育訓練要求上開始有一個統一的標準，但課程內容則尚無統一規定。除了課程要求之外，臨床工作的訓練機構亦是需要加強的重點，因此後來 APA 亦訂出實習機構的訓練標準與認證。

1943 年，由 APA，AAAP，心理測驗學社 (Psychometric Society)，社會議題心理學研究學社 (Society for the Psychological Study of Social Issues)，與其他科學和專業團體所組成的聯合會議 (Constitutional Convention)，會議的結果促成再次與美國心理學會於 1945 統整在一起 (Dewsbury & Bolles, 1995)。新的 APA 以「心理學做為一個科學、一個專業以及增進人類福祉的工具」做為將來的發展目標，從此 APA 除了學術人才外，也開始包容相當多元的組成份子，並開始提供機會給新的心理學術與專業領域人才加入 (Woody & Robertson, 1988)。由這個定位可以發現，美國心理學會逐漸將專業服務的發展納入其工作重心，於是在全美第一個州政府認證法案通過後 (1945 年，康乃迪克州)，美國心理學會也於 1945 年成立美國專業心理學甄審委員會 (American Board of Examiners in Professional Psychology, ABEP，後來改名為 ABPP，其中 Examiners 被去除掉)，開始進行學會內部的心理學專業人員的認證工作，而且美國心理學會認為心理專業人員的資格認證不應該由政府來主導；此外，不是每一個州都有能力且有意願來實施臨床心理師的認證工作 (Phares, 1992)。由此可以發現，美國心理學界的整個力量逐漸開始介入並影響政府的政策。

在 1950 年代早期，美國精神科醫師對於臨床心理師的認證是抱持著支持的態度，例如 William Menniger—當時全美最著名的精神科醫師之一，Rober Felix—NIMH 的主席，J. Grier Miller—VA 的精神醫學與心理學部門的主任，均相當支持臨床心理學的發展。Routh (2000) 認為戰後時期是精神醫學與臨床心理學的蜜月期。但之後由於密西根州的最高法院 (State of Michigan

Supreme Court) 承認臨床心理師是判斷與處理心理疾病的專家後，精神科醫師開始撤回對臨床心理師所有的支持 (Woody & Robertson, 1988)，因為這個判決等於認定臨床心理師的專業地位，並將臨床心理師的地位提昇到與精神科醫師相等。第三團體支付 (third party payment) 心理治療費用的制度也於 1950 年代起在某些州開始實施 (Strickland, 1988)，這些情況代表的是美國臨床心理專業愈來愈有法律地位，而且收入也愈來愈獨立，這使得美國臨床心理師的專業力量愈來愈大，不過也使得美國臨床心理師與精神科醫師之間的競爭更形嚴重。此外，保險體系也就是從這時候開始，正式介入美國臨床心理師的專業發展，成為重要的外部影響力量之一。但事實上一直到 1960 年代，美國臨床心理師的專業地位、權力與收入比起精神科醫師來說，都還是略遜一籌 (Woody & Robertson, 1988)。

到了 1960 年代，美國的臨床心理師依然是供不應求，事實上，由於政府重視與推展社區心理衛生工作的關係，臨床心理師的管轄範圍與工作內容也愈來愈廣泛 (Woody & Robertson, 1988)，而精神醫學界卻在 1960 年代末期受到相當大的衝擊，那就是去機構化 (deinstitutionalization) 運動的興起，這使得美國的療養院完全的關閉 (Routh, 1998)。不過，與精神科醫師繼續進行競爭的美國臨床師卻在心理問題 (mental disorder) 的界定上輸給了精神科醫師，由於美國精神科醫學會於 1952 年出版了第一份精神病診斷分類系統手冊

(*Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, DSM*)，並於 1968 年增修為第二版 (Phares, 1992)，而這個手冊將心理問題定義為疾病，但相對的心理學界並未能提出相對有力的反駁理論，結果，這使得美國大部分的臨床心理師在心理病理學這個領域落入精神科醫師的管轄，而呈現所謂的醫療模式 (medical model) (Woody & Robertson, 1988)。不過，就專業管轄權的配置來看，這比較屬於智能管轄權，而且這個部分並不是臨床心理師整個專業工作的全部。此外，長久以來，美國臨床心理學界有部分學者仍不斷鼓吹與教授心理學模式 (psychological model) (Benjamin & Baker, 2000)。

之後，美國各州也陸續通過認證或執照的法案，但由於各州認證與執照規定的不一致，美國各州與行政心理局協會 (American Association of State Psychology Board, AASPB) 就在 1964 年成立，並訂定統一的心理學專業實行考試標準 (Examination for Professional Practice in Psychology) (Bernstein & Nietzel, 1980)，考試標準的能夠統一代表的是美國臨床心理師已經定位在某

一類的專業，並能提供特定範圍的專業服務，事實上，從考試的內容來看，美國的臨床心理師是定位在提供心理學服務的專業。

從 1974 年起，美國政府正式承認臨床心理師為可獨立提供心理治療的專業人員 (Abbott, 1988)，而美國大眾也認可臨床心理師為一獨立自主的專業人員，這使得獨立開業 (private practice) 的臨床心理師開始增加起來，而且相對於精神科醫師，獨立開業的美國臨床心理師在地理分佈與專業服務的內容都比較廣泛 (Woody & Robertson, 1988)。在 1970 年代，全美除了一州外，都已經通過臨床心理師的認證與執照法，而其中有 35 個州將臨床心理師所提供的服務納入健康保險的選擇項目內 (Woody & Robertson, 1988)。這些情況顯示美國政府、民眾與保險體系對於美國臨床心理專業的肯定與支持。

於 1975 年，美國的國家心理學健康服務提供者登記 (National Register of Health Services Providers in Psychology) 出版其第一冊，這讓健康保險公司與政府得以納入合格的臨床心理師為醫療保險的服務內容，於是像藍十字/藍盾 (Blue Cross/Blue Shield) 等保險公司就開始給付臨床心理師的服務費用 (Bernstein & Nietzel, 1980)，而且 Medicare (老人健康保險) 與 Medicaid (低收入者健康保險) 兩個政府的健康保險也將臨床心理師的服務納入投保的範圍 (Woody & Robertson, 1988)。這些保險的支持使得美國臨床心理師更有獨立的收入來源，除了再度加強臨床心理師的專業力量外，也使得更多臨床心理師走向獨立開業的工作生涯。

不過，由於某些州的醫療保險與醫療院所仍規定臨床心理師所提供的服務須經醫師 (physician) 監督 (supervision) 下才可以實行，為此，美國臨床心理專業透過幾個方式來爭取他們的權益：第一，從聯邦 (federal) 層級來爭取第三者付費的政策，他們的訴求是，全面對臨床心理師提供的服務來付費並不會造成國家與人民的負擔加重，反而會降低醫療需要與住院率；第二，推動自由選擇權法案 (freedom-of-choice)，也就是宣稱美國民眾有權利獲得更多專業的心理服務，並可以自由選擇；第三，透過內容更嚴謹的認證與執照法來提高臨床心理師的素質。而這些努力也都獲得立法機關、法院及其他非醫療專業的認同，並獲得相當的成效，這個情況不但說明了美國臨床心理師的專業力量的強大，也讓美國臨床心理師的專業團體嘗試介入更多國家政策的制訂工作 (Woody & Robertson, 1988)。

綜合以上所述，影響美國臨床心理師專業發展的力量有來自內部與外部

的兩個不同來源，有助力亦有阻力。其中最大關鍵因素乃是秉持心理學的學術權威公信力提供美國臨床心理師十分有力的專業基礎，因為美國主流心理學界普遍認定臨床心理學的專業乃奠基於「以心理學基礎知識來提供服務」的概念。

1947 年，APA 開始警覺到臨床心理師的專業教育訓練方式擴張太快，可能影響到原來心理學術導向的教育訓練方式 (Woody & Robertson, 1988)，為此，於 1949 年於 Boulder 召開會議，針對臨床心理專業的教育訓練提出所謂的「科學家-實務者」模式 (scientist-practitioner model)，即先訓練出一個科學的心理學家，再訓練實用的臨床技能，前者以研究為主，後者以實習經驗為主，並訂定以下的訓練原則：1. 臨床心理師必須在大學接受訓練，2. 先受訓練成爲一位心理學家，再成爲一個臨床心理師，3. 必須有臨床實習訓練，4. 必須能夠勝任診斷、心理治療及研究等工作，5. 應取得博士學位，並且對此領域有原創性的貢獻 (Phares, 1992)。

1960 年代的臨床心理師開始重新思考他們的訓練方式，因為科學家-實務者模式的結果似乎是兩頭落空，而且博士學位讓人覺得應該從事的是純學術和決策導向的，此外，爲了吸引學生，很多大學提出不同的新課程，面對這種情況，有人認爲應該重新整合精神醫學、臨床心理學和社會工作的長處，發展出新的臨床心理學。有人則認爲純實務導向的模式可以取代原有的訓練模式；有人甚至認爲應該建立獨立的專業心理學校，最後的結果是新的學位出現，相對於之前的哲學博士學位 (PhD)，新制的心理學博士學位 (PsyD) 比較重視心理學的應用。這樣的改變使得 APA 的走向隨之改變，成爲三頭馬車：心理學做爲一個科學，心理學做爲一個專業，心理學處理社會問題。在 1960 年代末期，臨床心理師的人數是精神科醫師的三分之二。不過心理學的研究並沒有削弱精神科醫師做爲一個心理治療工作者的地位，因爲醫師仍然獨佔精神分析師的職位，然而精神醫學也漸漸開始重新思考自身的理論定位，所以促發了生物病因的理論大量地被提出。

1965 年，臨床心理師專業準備國家會議 (National Conference on the Professional Preparation of Clinical Psychologists) 召開，會議結果再次要求各教育訓練機構必須回歸 Boulder 會議所做出的決議；但同年，APA 科學與專業標準委員會的主席提出受專業教育訓練導向的學生可以獲得心理學博士學位 (Psy. D.) 而非哲學博士學位 (Ph. D.) 的構想，並於後來的國家研究所教

育諮詢會議 (National Council on Graduate Education) 中通過這項構想。這種方式首先在 1968 年於伊利諾大學 (University of Illinois) 實施 (Woody & Robertson, 1988)。Psy. D. 學位主要在訓練心理學的應用者，而非學者或科學家，所以這個學位對於博士論文的要求標準比較低，但仍重視研究方法的傳授 (Rabin, 1984, 引自張廣運, 2003)。

1969 年加州成立了全美第一所專門的臨床心理師訓練學校 (California School of Professional Psychology)，其基本學制為六年制，從大學預備教育到研究所博士班一應俱全，而且還同時兼顧學生的學術或專業發展的性向與能力 (Woody & Robertson, 1988)，但這類學校的課程目標與過去教育訓練方式最大的差別在於強調心理學學術的應用。這種學校的創立者認為在此之前，美國臨床心理師的教育訓練方式過於偏重高等學術的傳授而忽略了實務工作者的真正培養 (Routh, 1998)。

之後，全美於 1960 年代開始的社區心理衛生工作讓美國臨床心理師的工作範圍更廣，這個情況也反映在臨床心理專業教育訓練的特殊分支課程上，這其中包含臨床兒童心理、臨床社區心理、神經心理衡鑑、法庭心理 (forensic psychology)、危機處理、團體治療與婚姻-家庭治療與督導 (supervision) 等 (Woody & Robertson, 1988)，於是美國臨床心理師的專業教育訓練內容的範圍也因而拓展開來。

1973 年，APA 於 Vail 召開心理學專業訓練標準與模式會議 (Conference Levels and Patterns of Professional Training in Psychology)，大會期中正式承認 Psy. D. 也是美國臨床心理師的訓練模式，而所謂的 Psy. D. 學位比較傾向於學者-專業工作者的訓練模式 (scholar-professional)，但事實上，實務導向的訓練方式並沒有在全美國風行起來，由於 APA 仍宣稱以科學家-實務者的模式為主，所以只有在一些獨立運作 (free-standing) 的專門學校才以實務導向的教育訓練方式為主 (Woody & Robertson, 1988)。

Routh (2000) 認為臨床心理學的發展，「科學家-實務者」模式的擁護是功不可沒的，因為它不僅爭取大量的研究經費，且促成臨床心理學與精神醫學謀和的管道，更者，使得臨床心理學的觸角延伸，例如伸展至行為基因、神經科學、心理藥物學等。所以，在此模式下，臨床訓練不僅只是為了實務，並可開啓更多的研究主題。雖是如此，美國實務界的臨床心理師仍甚少發表研究文章。

在心理衡鑑的發展上，二次世界大戰後，臨床心理師的服務時間幾乎有一半用在進行衡鑑（Groth-Marnet, 2000）。在測驗工具上，大多為 Rorschach 測驗，MMPI 及魏氏智力測驗。Groth-Marnet（2000）整理了 1950 之後的心理衡鑑服務率，發現至 1969 年已降為 28%，1982 年為 22%，至 1995 年則成為 20%。之所以如此，乃受到健康保險對於心理衡鑑的給付範圍縮小所致。

Groth-Marnet（2000）整理 1950 至 2000 年美國的心理衡鑑發展，認為有一重大思維的改變，那即是臨床預測與精算預測準確性（relative accuracy of clinical versus actuarial prediction），何者為優？對於臨床預測的重要性之主要代表人物為 W. A. Hunt，他於 1946 年於 *Journal of Clinical Psychology* 發表了 “The future of diagnostic testing in clinical psychology”，之中強調心理衡鑑是一種問題解決的過程，因此如何透過臨床心理師的推論、判斷而釐出個案的問題是整個衡鑑的重點，所以於心理衡鑑中，臨床心理師的角色並不僅是一位施測者，他本身的知識，對工具使用的熟稔與判斷，以及對測驗結果的推論，才是影響衡鑑結果的主要來源，換句話說，臨床心理師本身就是心理衡鑑的「專家」或「工具」。

Hunt 的主張乃強調心理衡鑑為個別取向（idiographic approach），而非通則取向（nomothetic approach），重視質化的觀察（qualitative observations），對於量化的資料則是當為佐證臨床心理師的推論之用。此種論點不只見於 Hunt，在同期間，Rappaport, Gill 與 Schafer（1945）所撰寫的 *Diagnostic psychological testing* 是為當時的教科書，亦強調此種取向。在台灣，常使用的教科書，由 Maloney 與 Ward（1976）所著的 *Psychological assessment : A conceptual approach*，亦是強調心理衡鑑是一個問題解決的過程，心理衡鑑並不是一個提供測驗，解釋分數的狀態，而是包含了所有呈現出來的資料，包括病史、個案史、測驗結果以及觀察，最後如何透過臨床心理師對此個案進行「個人建構」，如此才能回答出個案的問題所在。

不過，此種論點受到嚴厲的批判，Meehl（1954）出了一本著作 *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and review of the evidence*，書中的結論是精算的判斷明顯地優於臨床判斷。之後的五十年，此書刺激了相關的研究，而大多的研究支持 Meehl 的觀點。

Groth-Marnet（2000）認為這兩種觀點並不是相互排斥，且不可容的，因為精算取向的心理衡鑑乃是假設這世界是穩常的（the world as stable），但是

在臨床上常看到的病人世界是動態的，不完整的及流轉變化的，因此以精算取向的判斷是無法預測病人的「無常變化」(chance events)。所以 Groth-Marnet (2000) 認為在心理衡鑑上，臨床心理師應盡可能地以精算取向為基底，同時彈性地收集專屬個案的資料，並進行臨床判斷，如此才能了解個案的問題及其發生的脈絡。

在心理治療的發展上，因為在二次世界大戰之後，為了要處理退伍軍人的心理與就業問題，再加上美國臨床心理師不斷地發展或應用創新的人格理論與心理治療技術，來足以和精神分析相抗衡，所以心理治療的理論與技術的發展相當快速，如 Perls 的完形治療法 (1951)，Skinner 的操作制約 (1953)，Frankl 的意義治療 (1953)，Acerman 的家族治療 (1958)，Wolpe 的系統減敏感法 (1958)，Berne 的溝通分析 (1961)，Ellis 的理情治療 (1962)，Bandura 的社會學習理論 (1969)，其中行為治療則於 1950 年代以後，成為美國臨床心理師主要的心理治療方法 (Phares, 1992)。

之中令這些心理治療繁榮的因素，有一最具影響且重要的因素乃 Eysenck (1952) 質疑及挑戰心理治療的功效，因為其文章中指出，個案接不接受心理治療對其症狀的緩解是沒有差異性的。這刺激了行為治療學者採用科學方法來驗證其治療功效 (Routh, 2000)，此種研究快速地展現，例如行為分析的運用，尤其是針對具發展缺陷的孩子 (Bijou, 1996)，針對焦慮個案的行為治療，並顯露其有效性 (Wolpe, 1958)，最重要的是發展出認知行為療法與認知治療 (例如 Beck, 1976)。

由於認知療法與行為療法相當重視實徵取向，因此他們對於理論、衡鑑結果與採用的介入方法、過程間的系統性及一致性，均強調要有客觀的證據；如同 Dobson 與 Khatri (2000) 所認為，認知療法與行為療法落實「科學家-實務者」模式的精神。更者，此種科學實證的取向，使得心理治療的標準化有了依據，因此易將心理治療的做法寫成手冊，而使訓練、研究及實務三方面得到更客觀的基礎。也因著上述的客觀性，心理治療便受市場及保險制度的青睞，因此大眾的接受度便相對地提升。

在心理病理的發展，更是蓬勃，因為篇幅的限制，本文就不多加細述。

整體來說，本文認為美國臨床心理學的發展經驗乃是依循實徵取向的精神，不僅取信於心理學界證明其為科學心理學的一支，也取信於外界其為應用心理學知識進行服務的理念，提出可靠有效的證據，以抗衡外在的醫療模

式，並取得政府、保險制度及大眾的認同。

台灣臨床心理學的發展

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。

1953 年台大醫院精神科出現台灣第一個臨床心理師（張小鳳，1996），這個工作機會的出現是由精神科醫師所創造出來的，而且並不是正式的工作編制。

當時台大醫院「神經精神科」是由 1946 年自日本歸台的林宗義擔任主任，除了精神醫療外，林宗義還相當重視心理衛生工作，因此，他除了積極培養精神醫療人才和推廣精神醫療的知識外，他也考慮到和其他相關專業的協同合作，尤其是護理人員和心理學的專業人才，因為這個原因，他開始在台大心理系進行個案報告並進行討論，同時物色對這精神醫療領域有興趣的心理學人才（林宗義，1990）。

1950 年林宗義獲得美國提供的獎助前往美國哈佛大學進修兩年，並於 1953 年學成返台，他將美國當時的精神醫療團隊概念—精神科醫師、護理人員、臨床心理師、社工人員、職能治療師—引進國內（林宗義，1990），但由於當時台大醫院內並沒有正式的職缺，林宗義只好以助理的名義聘任台大心理系第一屆的畢業生來擔任臨床心理師的工作，這就是台灣第一位臨床心理師顏一秀，1954 年由柯永河接任，所利用的經費則改為台大公共衛生研究所助教（張馥媛、黃光國，1995）。而離職的顏一秀則於同年前往錫口療養院擔任臨床心理技術員（心理技師）的工作（顏一秀，1998），療養院也於此時起新增為台灣臨床心理師的工作場所。

1956 年台大醫院設立兒童心理衛生中心，這也是台灣第一個處理兒童心理問題的機構（陳永興，1997），這個機構的運作主要由台大醫院精神科支援，所以臨床心理師又增加一個新的工作場所。

1960 年台大兒童心理衛生中心和台北市東門國小合作試辦學校心理衛生

工作，訓練老師並處理特殊兒童的教育問題，前三年是由研究經費來補助，第四年起則由台北市教育局接手。東門國小的學校心理衛生工作也是由精神科醫師所主導的（林宗義，1990），所以臨床心理師即使出現新的工作領域，依然是在精神科醫師的帶領下開拓出來的。1964 年台大學生輔導中心由當時台大心理系的系主任蘇薊雨（教育心理學專長）規劃成立並擔任第一任主任，柯永河則擔任副主任一職（張小鳳，1996）。

1968 年台灣省衛生處心理衛生委員會成立，政府也於此時開始考慮到預防性和問題較輕微的心理衛生工作。1974 年北部社區心理衛生中心開始試辦，1975 年正式成立北部和南部社區心理衛生中心，1976 年成立中部社區心理衛生中心，1979 年成立台南市社區心理衛生中心（李青娟，1989）。社區心理衛生中心的服務項目由收容到醫療到預防，由精神疾病擴大到其他心理問題的協助（姚克明、林豐雄、吳聖良、洪百薰、陳茹娜，1992）。但除了中區心理衛生中心外，其他心理衛生中心都是設置於醫院或療養院內。

社區心理衛生中心的工作編組包含臨床或輔導心理學家、社會工作人員、心理輔導員、心理衛生教育員、心理衛生護士及精神科醫師各一人，當中精神科醫師是兼任職，其他的人員是約聘，而負責綜理整個中心業務的是心理學家（姚克明等，1992）。

不過，南部心理衛生中心於 1987 年因高雄市升格為院轄市而裁撤，而其他三所心理衛生中心也面臨轄區太大（平均每中心負責七縣市）、業務過於繁雜（業務共計六大項 20 種）、人員流動率過高（每年離職三分之一，現職人員年資 50% 一年以內）、地位的不穩定（工作人員非正式公務員，不享公務員福利）、預算不足（每月業務費平均為 15600 元）等問題，使得業務範圍逐漸縮減，社區心理衛生中心的功能因而無法達到預期的目標（李青娟，1989；姚克明等，1992）。

自 1970 年代末期，台灣臨床心理師開始拓展精神醫療以外的服務項目，但仍停留在醫療院所之中，而且人數並不多。根據柯永河於 1979 年所做的非正式統計（柯永河，1980），當時台大醫院復健部聘有臨床心理師一名。1980 年代左右，少數醫院開始提供神經心理功能檢查的服務項目（吳英璋等人，1999）；1987 年健康心理學在吳英璋的提倡下，台大醫院家庭醫學科開始引進臨床心理師，並於 1989 年增聘正式臨床心理師一名（吳英璋等人，1999）。另外，1987 年衛生署醫政處精神衛生科（第四科）成立後，臨床心理師戴傳

文曾任科長一職。自 1996 年起考試院考選部舉辦的公務人員高等考試開始增設公職臨床心理師一項，並提供相當多的工作機會（自 1996 年至 2001 年共計 96 人），經向行政院人事行政局詢問，考取的公職臨床心理師分發服務單位包含內政部下轄的社政機構如教養院、衛生署下轄的療養院和法務部下轄的戒治所，但無法提供確切的人數。

從過去的發展歷史來看，台灣臨床心理師的心理治療工作開始於 1955 年轉任至省立錫口療養院心理技術員的顏一秀在發現「病患都嚴重慢性化，醫生們都不認為需要做診斷測驗」的情況下，重新訂位自己的工作角色，積極介入病患的測驗和晤談工作。而後於 1958 年由於有醫師轉介病人，再加上兒童心理衛生中心剛成立，人手不足的關係，柯永河即開始參與成人及兒童的心理治療（陳坤虎、黃健、蘇姍敏，2000）。由以上的敘述可以發現，早期的台灣臨床心理師在醫院和療養院從事心理治療工作的背景不相同，醫院的臨床心理師是在醫院的需求下開始實施心理治療，而療養院的臨床心理師是在自己摸索中開始實施心理治療。

以專業化的理論來看，在療養院中慢性住院精神病人的部分，台灣的精神科醫師釋放出相當多的剩餘（residuality）區域，由於慢性病人擁有較多的可利用時間，但這麼多的時間不可能完全由精神科醫師來進行介入或治療，這樣一來，附屬於精神科醫師下的其他專業一像是臨床心理師，就能夠加以運用。而如果一個專業在剩餘區域內可以發展出一定的成效，那就能掌握權力。而就是因為台灣臨床心理師在療養院內的工作成效，所以後來台灣設立的療養院內都會設立心理衛生科，並由臨床心理師來擔任科主任，甚至擔任院長一職（顏一秀，1998）。

自從台灣第一位臨床心理師出現於 1953 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的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 年成立，其前身為前一年（1989 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。而臨床心理學組所附屬的中國心理學會則是於 1973 年於台灣復會（原成立於 1921 年中國南京，民 10 年）（引自張廣運，2003）。

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）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）。由於申請資格審覈與展延的人數太少，因此中國心理學會臨床心理學組於 1998 年將資格審覈停辦。

1995 年中國心理學會²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）。只是在第二次臨床心理師法的推動中，中國心理學會臨床心理學組內部對於應考資格的定位出現了許多爭議，由於台灣的臨床心理師以學士學歷佔最多的比例，所以在調查組內成員的意見後，以學士為應考資格就成為近八成的臨床心理師的意見（臨床心理學組，1996），但為了避免爭議，最後所提出的草案則規定為：「中華民國國民經臨床心理師考試及格並依本法領有臨床心理師證書者，得充臨床心理師。前項考試得以檢覈行之；其檢覈辦法，由考試院會同行政院定之。」（臨床心理學組，1997）。

在這同時，中國心理學會也在 1996 年訂定「心理學專業人員倫理準則」，這個準則是針對全台灣心理學界所定的通則（中國心理學會，2002，引自張

廣運，2003），而非特別針對臨床心理師訂定的倫理規範，所以中國心理學會臨床心理學組特別於 2002 年提出草案，但目前尚未通過（臨床心理學組，2002），就專業化的發展歷程來看，台灣的臨床心理師目前的專業處境尚未發展到理想的境界。

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 年起，中華心理衛生協會開始推動心理衛生法，最後以精神衛生法的名稱立法通過，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）。中華心理衛生協會並不是專門代表台灣臨床心理師的專業團體，其組成的人員包括了心理衛生各相關專業，如精神科醫師、護理師、臨床心理師、社會工作人員、職能治療師、諮商輔導人員、公共衛生人員與社會學人員等。

當時，台灣的臨床心理師主要的工作場所是精神醫療院所，但是並沒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職稱聘用名目和標準來雇用此領域的工作人員，因此而形成不同醫院的臨床心理師有不同的職稱，例如有的稱其為心理學技正、技佐、技士、工作人員、或心理學人員、心理學家…等，而臨床心理師的正式職稱是臨床心理師法頒佈以後才在各職場統一使用的，當時在報酬與升遷管道上，在各職場也是大不相同的。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 多名臨床心理師們皆認為工作負擔太重，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立法上的肯定與支持。

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 年由立法院三讀通過，次年（1991 年）公佈施行細則（陳小慈，1993）。而台灣臨床心理師們所期望的臨床心理師法也因為精神科醫師的反對意見，以及當時台灣的臨床心

理師人數過少等理由而遭到擱置。

但由於精神衛生法與其有關的施行細則的關係，台灣臨床心理學工作人員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。由臨床心理師法推動的原因來看，台灣的臨床心理師是嘗試進行專業的擴張，然而精神科醫師仍然把臨床心理師視為次專業；因此當時的台灣臨床心理師依然是附屬於精神醫療系統之中的次專業；從整個過程來看，雖然精神科醫師看似主要的外在阻力，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，在推動心理衛生法的立法前後，也因著國內精神病患所引發的社會事件（如螢橋國小事件），政府開始重視台灣的精神醫療工作。1980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，調查的結果認為當時台灣的精神醫療的問題包括：醫療機構不足且品質不良、人力不足、民眾缺乏相關方面認知、政府也缺乏專責單位等；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年衛生署首次將精神科專科醫院的評鑑工作納入自1978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的較優厚的給付，這使得接受評鑑的醫院必須針對評鑑的內容加以充實；因為評鑑內容的人力一項，就包含了臨床心理師的職位（范碧玉，1990），所以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年的48人，到1988年增加為75人，而到1990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）。

值得注意的是，這種專業擴張是因為政府的介入，而且仍然是附屬在精神醫療之內的擴張，整個台灣臨床心理師還未能跳開以精神醫療為中心的專業地位。由此可以看出，當時的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政策機制結成影響台灣臨床心理師專業發展的一般外部阻力。

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立法時，擬出三個推動方向，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取得共識。第三項推動方向中最首要的工作即為與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。在接下來的推動過程中，邀請中華民國精神醫學會的代表與一些影響力較大的精神科醫師參與溝通與討論（臨床心理學組，1996）；此外，也邀請了多位立法委員以便取得立法機關的支持（臨床心理學組，1996）。

自 1980 到 1990 年代，在推動臨床心理師法過程中，台灣臨床心理師開始爭取專業的獨立性，並擴大其管轄權的範圍，所以在這兩次的法案中都明文規定臨床心理師得以獨立開業（洪淑惠、曾桂香，1987）。

在 1990 年代在推動臨床心理師法時，全民健康保險（以下簡稱健保）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賺錢、但居家治療與社區復健中心推展不易、論量及論日計酬的成本計算方式造成醫療品質下降（曾婉君，1999），而這些所造成的後果是心理治療工作不符成本，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）。雖然慢性收容病房大增，臨床心理師的工作機會因而增加，但其工作場所仍停留在精神專科醫療院所內。此外，雪上加霜的是健保制度的實施之後，造成心理衛生的預防工作也因而更加難以推廣。整體來說，健保的實施使得長久處於精神醫療體系（或說醫療體系）的台灣臨床心理師面臨更多的問題（吳英璋等人，1999）；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另一項重要影響力。

有關臨床心理師法與臨床心理師公會的發展已有另文撰述，因此本文就不再多加贅述。

台灣臨床心理師的心理衡鑑工作開始於 1953 年，當時進到台大醫院精神科的第一位臨床心理師顏一秀就曾這麼說：「因訓練不足和測驗工具的缺乏，只能在精神科醫師的指導下做測驗或是參加他們的個案討論」（顏一秀，1998）。1954 年，柯永河老師接替此職位時，認為一切工作都必須暗中摸索，從頭做起，當時有材料的測驗沒有書籍可參考，有文獻可參考的測驗卻沒有

材料可用，有材料與參考文獻的測驗卻沒有適合我國文化背景的常模與解釋方法，當時之情形可譬喻為嬰兒期（柯永河，1972）。

柯永河老師藉著自身仿製、閱讀、臨床經驗的增加，學習實施與解釋測驗之要領，漸漸地開拓測驗的種類，並努力使這些測驗能具客觀化，而展開相關的研究。

因此，羅夏克墨漬測驗（Rorschach Test）、主題統覺測驗（Thematic Apperception Test）和他自己自製的積木測驗（Block-Design Test）等成為在台大醫院常用的心理衡鑑之工具（柯永河，1996）。

1955年柯永河在當時主持行政院退役官兵輔導心理測驗工作的台大心理系系主任蘇薌雨的介紹下接觸到了由美國傳入台灣的班達測驗（Bender-Gestalt Test），並嘗試於工作中使用。後來，柯老師參與了兒童精神科醫師所進行的研究計畫，至台北市國民小學對數千多名一至六年級學生進行班達測驗與畫人測驗的常模建立工作，並將研究成果發表（柯永河，1996）。

1960年柯永河自美國取得碩士學位歸國，因「深感問卷式測驗對心理診斷之有效性，但也深感被公認為良好工具的Minnesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI, 明尼蘇達多相人格問卷)之耗時性」，於是開始從事問卷式人格測驗的編製工作，並於1964年完成柯式性格量表（Ko's Mental Health Questionnaire, KMHQ）的編製（柯永河，1996）。至1997年經歷了三次大規模的修訂，修訂後的版本於1998年由中國行為科學社出版。另外，柯老師有感於注意活動之偏差乃是許多不正常行為之基本原因，因此進行心理診斷需有一套良好的注意力測驗，因此亦編製出「注意力測驗」。

由於上述的發展使得台灣精神醫療體系內有了經常使用於成人的心理測驗包括注意力測驗、魏氏智力測驗、班達測驗、羅夏克墨漬測驗和柯氏性格量表等心理測驗（柯永河，1996）。

除了上述測驗工具的發展外，對於如何進行心理衡鑑，柯永河老師與吳英璋老師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一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（張素凰，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因台灣臨床心理學界當時的實況，無人持續下去，或有更深切的反省。例如當時依檢覈辦法申請檢覈及欲參與展延的臨床心理師甚少，以至臨床心理學組不得不停辦此種檢覈。再加上當時健保給付的現實，在實務界第一線工作的工作人員無法兼顧心理衡鑑品質的題生及維持，而只能顧及業績或工作量的增加。在這種狀況下，對於柯永河老師於 1997 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，無人認真給予正向且實際上的回應，該段如下：

「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、所需的臨床心理學服務？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。」

由此段話可知，在心理衡鑑工具的發展與實徵研究的開拓，仍須再加把勁，仍有一大片的天地需開墾，可是似乎在近十年中，此種努力看不到較具成效的結果。

台灣的心理治療發展，因為早期台灣臨床心理師是否能進行心理治療受制於精神科醫師的轉介（張馥媛，1992）及健保給付的規定，所以並沒有文獻可系統地看出臨床心理師的心理治療之專業發展過程。

顏一秀於錫口療養院服務時，發現院中的病患均嚴重地慢性化，醫生們都不認為需要做診斷測驗，在此情況下，顏一秀重新訂位自己的工作角色，積極介入病患的晤談工作（顏一秀，1998）。1958年，由於有醫師轉介病人，再加上兒童心理衛生中心剛成立，人手不足的關係，於1970年代，柯永河老師也開始參與成人與兒童的心理治療的工作（柯永河，1972）。

在療養院中慢性住院精神病人的部分，因為這些病人擁有較多可利用的時間，以及精神科醫師沒有那麼多的時間來進行介入或治療，所以臨床心理師便加以運用，並開創出一些工作模式。例如於1978年，吳英璋教授擔任台北市立療養院心理測驗室主任時，於慢性病房發展出行為治療取向的個案管理系統，在門診中，以生理回饋訓練模式來處理焦慮與恐懼症患者，並設立特別門診。

1968年，台大心理系聘請自英國留學的楊思根教授，開設行為理論與行為病理特論等課程。同年亦在台大醫院兒童心理衛生中心成立兒童行為治療中心，開始自閉症兒童的行為治療。

由此可知，在60年代，台灣的精神醫療領域是較系統及大規模運用行為治療，除了台北市立療養院外，高雄凱旋醫院和草屯療養院也紛紛對慢性精神病患進行團體代幣制度，社交技巧訓練和獨立生活訓練。例如：吳英璋教授於台北市立療養院服務期間，針對慢性精神病患進行社交技巧訓練，並發展出評量工具及工作人員的處理模式，之後許文耀教授繼續將此模式推展至草屯療養院，並加入認知改變技巧；於此同時，黃正仁教授亦在凱旋醫院發

展認知行為改變在慢性病患的運用。可惜的是，這些模式並未有正式文本紀錄，或許於往後可用口述歷史將其記錄。王守珍、許文耀與張素鳳（1987）調查 15 個單位，280 名各種精神醫療工作職別的人員，瞭解其使用行為矯正技巧的狀況，結果發現有 67.5% 的工作人員均使用此技巧來協助精神病患，之中臨床心理師使用此療法的比例為 80%。若就醫療人員對行為治療的瞭解及對行為治療技巧的把握程度來看，只有醫師與臨床心理師有較大的信心。

在同年代，因「張老師」中心培養輔導志工的風氣，Rogers 的案主中心療法亦是當時的主要療法。

隨著認知行為療法及認知療法的風行，臨床心理師的心理治療模式也漸漸轉向此種療法。Chen 與 Emory（1998）的調查指出，認知行為療法是當時在台灣最常受臨床心理師使用的模式，接下來為人本取向，第三則為心理動力取向。Chen 與 Emory 認為造成此種趨勢的來源可能是：1. 國內缺乏訓練模式，因此無法提供多元且充分的訓練課程，2. 由於文化中的權威取向，且教育系統中採師徒制，因此老師習得的治療模式，自然成為學生必學的課程；在當時，大多的臨床心理學界所學習的為認知行為療法，自然地，學生所學的也為此治療取向。

不過，近 15 年間，國內心理學相關單位頻繁地邀請國外不同學派的著名心理治療學者來台講學及舉辦工作坊，因此不同心理治療學派取向的治療風氣便在台灣迅速展開。

但台灣臨床心理師進行心理治療的效果如何？目前筆者可發現的研究並不多，只有柯永河（1974）、Ko（1974）兩篇心理治療效果評估，陳喬琪（1980）對代幣系統的評估，姜忠信（2002）對遭逢九二一地震的孩子及徐儷瑜、陳坤虎、宋維村（2006）對亞斯柏格症（Asperberg）的孩子進行的案例報告，因此這部分的研究仍相當缺乏。

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；雖然這些外部條件的存在使得台灣的臨床心理師人數得以快速增加，但其工作狀況卻受精神醫學學術權威的管轄與牽制。為此，台灣臨床心理界積極爭取證照，以求得經由合法化而擺脫牽制。不過，與美國臨床心理學的歷史發展經驗相比較，台灣臨床心理界似乎欠缺了這樣的工作模式與思維，那就是以實徵取向來建構屬於在地獨特性的治療理論，做為執業的紮實基礎。

綜合討論

由前述台灣和美國臨床心理學發展歷程的比較來看，二者的共同點是均面臨了精神醫療體系的阻力，但不同點是美國的臨床心理學的發展是以心理學的知識為基礎，創造出各種紮實的心理治療模式，足以對抗精神醫學的醫療模式。尤其在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優越功能，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，而有更突破性的發展。此種訓練模式便顯現在「科學家-實務者」模式。依 Norcross 等人（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%，而兼具二者的為 13%。因為採取「科學家-實務者」的訓練模式之大學有如此高的比例，即使過去支持臨床心理專業的美國健保系統及第三付費團體改變了其態度，現在反而加以限制，多數學者仍認能夠抗衡此付費系統的限制之最佳策略即是繼續採用「科學家-實務者」的工作模式（Drabick & Goldfried, 2000; Groth-Marnatt, 2000）。此種思維，如同 Woody 與 Robertson（1988）所強調，「科學家-實務者」的訓練模式才能使美國臨床心理專業力量強大起來。

與此種訓練模式相比，台灣的臨床心理學發展歷程則顯然缺乏這項專業知識的力量，而這項缺乏使得台灣臨床心理師沒有任何正式的專業地位。台灣臨床心理師的角色一直以來附屬於精神醫療院所，除了幾位前輩在忙碌工作之餘，努力創編實務的工具及介入治療模式外，現今台灣臨床心理師將大多精力花費在臨床心理師人數的增加與證照合法化，對於專業知識的突破與發展則實在乏善可陳。

之所以如此，本文認為台灣欠缺如同 Boulder 會議的討論，討論在台灣何種模式才能訓練出具有競爭力的臨床心理師呢？是採取專業培育模式亦或是「科學家-實務者」兼具的模式，或是新創一套本土模式？此課題對於國內臨床心理學的發展至為重要。

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，而在於其訓練內容與品質。同樣的，在心理衡鑑上，由於 Meehl（1954）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，使得衡鑑成爲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有其獨到之處，使得精神科醫師不得不與之結合，因爲心理測驗的結果可以提供客觀、科學的資料，使大眾認可精神科醫師所下的診斷；易言之，相對於一些曖昧不明的說法 and 理論，心理測驗提供了一個鐵的證據（hard data）。

在前述中，引用了柯永河老師在台大醫院精神部五十年紀要一文中的話，他企盼以實徵取向的方式發展出更具信、效度的診斷工具。在吳英璋等人（1999）對臨床心理師現況分析與未來需求研究報告中，揭櫫出臨床心理師可提供的直接服務與外展服務有如下幾項。

臨床心理學領域的直接服務（Direct Service）

臨床心理師的直接服務是對「一般民眾個案」、「精神科或非精神科的病患」、或「團體（如：整個學校）」提供心理服務；包括：「心理相關問題之釐清」、「心理需求與心理狀態之衡鑑」、「心理診斷、心理治療或其他心理處置的設計與執行」、及前述各項工作的效果之預估或評量。其更細的項目說明如下：

1. 「行爲觀察」、「有設計的晤談」、以及從一般民眾個案、精神科或非精神科的病患、團體（如：整個學校）或其相關資源處「收集資訊」。

藉由收集得來的資料（例如：相關他人、文字記錄、相關參考資料），並經由相關心理學知識的應用，以辨認或診斷出該個案、病患、或團體擁有的心理問題或心理需求，以及與該心理問題或心理需求相關的心理脈絡背景。

2. 發展與編製心理衡鑑「程序」或「工具」用來評估個人、團體、組織、機構、或環境等的相關特性。

例如：依據某項心理問題設計與編製行爲分析的程序與工具，或編製結構化晤談的程序與工具，選取與某項心理主題（如：青少年衝動性、親子互動、老人心理健康等）相關之行爲樣本，設計與編製相關心理衡鑑程序或工具。

3. 藉由有效的心理測量工具或其他心理學方法之選擇、實施、與評量，以評估個人、團體、組織、機構、或環境的相關心理特性。

4. 以行爲科學知識與臨床心理學專業知識來評估與統整所收集的個人或團體之資訊，藉此形成進行心理服務的工作內容或計畫，以及有關心理衡鑑、

診斷、或治療性處置之建議。

5. 監控與評估心理服務或處置方案的有效性，並做適當修正；記載或說明心理衡鑑結果、所建議之心理服務處置方案、其進展狀況、及其結果。

臨床心理學領域的外展服務與專業諮詢（**Outreach and Consultation**）

1. 準備、統整、或實施促進身心健康之方案或工作坊（例如：戒煙、親職教育、憤怒之管理與控制等方案或工作坊）。

2. 為具有高危險的組群準備、統整、以及實施有關預防或早期介入之方案（例如：藥物濫用防制、HIV-AIDS 教育、社區老人照護等方案或工作坊）。

3. 為個案、家庭與其重要親友、學校系統人員、醫療與相關的健康照護人員、人力資源人員、或一般大眾等，準備、統整、以及實施相關之心理課程、研討會或工作坊。

4. 為地方、鄉鎮、縣（市）、以及全國性之機構提供專業服務（例如：提供專業性心理服務給社區、觀護人證照委員會、法務系統等）。

5. 為特定情況之病人照護機構、與教育相關委員會、與研究相關委員會提供專業性心理課程、研討會、或工作坊等服務。

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界人士不重視此議題，其危險是使得台灣臨床心理學的發展繼續停留在藝術（art）而非科學的境界。

所以本文認為若要完成這項百尺竿頭、更高一層樓的神聖目標，除了專業能耐之外，尚需要足夠的科學方法學的訓練，如此在其工作中，他才可以提出可靠、有效的證據，以完成「evidence-based」的可令人信服的工作成果。

美國政府一直以來都是美國臨床心理師專業發展中，重要且穩定的助力來源，而美國的健康保險體系也提供美國臨床心理師在專業獨立運作上很多經費的支持；事實上，由於美國的健康保險體系開始將重點放在疾病的預防與良好生活習慣的建立，而政府與企業界也開始支持提倡健康生活方式的社

會運動，再加上美國大眾開始認為，心理衛生工作是可以由很多專業來提供服務的共同領域；類似這些情境變遷都使得美國臨床心理師的專業定位更轉變為「強調人類各種行為的健康科學」(Woody & Robertson, 1988)。相對的，與以上的敘述相比，我們很清楚地發現，台灣政府與健康保險體系仍要將臨床心理師定位在精神醫療之中，而這個情況也成為目前台灣臨床心理師在專業發展時需要全力以赴加以解決的課題之一。

不過，回顧美國的發展，在 60 年代於精神醫療所掀起的「去機構化」運動，使得美國社區心理衛生的設立成為一重要的里程碑。目前在國內，衛生署正著手規劃「心理衛生政策白皮書」，以及加強「社區心理衛生中心」的功能，於修訂的「精神衛生法」中將過去各縣市「得」成立社區心理衛生中心改為「應」成立。由此可見，國內對精神醫療的觀點已慢慢由疾病處理轉至疾病預防。因此，台灣的臨床心理師，尤其是在精神醫療領域內的，也應將其視野加以擴大，若欲提出有效的訓練模式，則需重新回到以心理學為其知識基礎，創造具說服性的心理健康理念，如此，未來台灣的臨床心理學才能開拓出專屬於它的專業天地。

註釋

- (1) 本文通訊作者
- (2) 在台灣的中國心理學會已於 2003 年更名於台灣心理學會。

參考文獻

- 王守珍、許文耀、張素凰 (1987)：〈行為治療在台灣地區精神病患的應用〉。
《中華心理衛生學刊》，3 卷 2 期，235-243。
- 林宗義 (1990)：《精神醫學之路》。台北：稻香出版社。
- 李青娟 (1989)：《從公共政策觀點論我國精神保健醫療政策之研究》。中興大學公共政策研究所碩士論文。
- 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 88 年度委託研究計畫成果報告。
- 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》，71，108-110。
- 柯永河（1972）：〈台大醫院精神科的臨床心理學〉。《台大醫院神經精神科二十五週年紀念刊》，71-78。
- 柯永河（1974）：〈假如長期地與一個受過專業訓練的人專一地討論您自己的心理經驗的話，從這討論您會得到甚麼好處？--一個關於心理治療的治療效果之研究報告〉。《心理衛生通訊》，18卷，25-28。
- 柯永河（1980）：〈三十年來國內心理學的回顧與前瞻座談會〉。《思與言》，18卷1期，15-16。
- 柯永河（1996）：《臨床心理學（第一冊）》。台北：大洋出版社。
- 姚克明、林豐雄、吳聖良、洪百薰、陳茹娜（1992）。〈台灣省三所社區心理衛生中心之功能及績效之評估〉《公共衛生》，18卷4期，310-323。
- 許文耀（2006）：《國內臨床心理師就業狀況調查》。台灣臨床心理學會委託調查報告。
- 范碧玉（1990）：《精神科醫療品質保證之研究》。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。
- 徐儷瑜、陳坤虎、宋維村（2006）：〈艾斯柏格症學前兒童的矯治〉。《中華心理衛生學刊》，19卷1期，1-19。
- 姜忠信（2002）：〈哀悼與重生：地震後失去手足兒童的遊戲治療〉。《中華心理衛生學刊》，15卷2期，99-118。
- 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》。陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 張小鳳（1996）：〈台灣臨床心理學之父—柯永河教授〉。《諮商與輔導》，121期，5-12。
- 張素風（2000）：〈從台大注意力測驗表、柯氏性格量表（KMHQ）到健康性格習慣量表（HPH）〉。出自吳英璋、梁培勇、洪福建主編之《柯永河教授論文集》，23-25。
- 張馥媛（1992）：《從權利結構的觀點探討台灣精神醫療體系中臨床心理師與精神科醫師對於臨床心理師角色的知覺》。台灣大學心理學研究所碩士論文。
- 張馥媛、黃光國（1995）：〈台灣精神醫療體系之權力結構中的臨床心理師〉。《中華心理衛生學刊》，8卷2期，31-44。

- 張廣運 (2003):《台灣臨床心理師專業發展的比較分析》。成功大學行為醫學研究所碩士論文 (未出版)。
- 陳小慈 (1993):《台灣精神醫療政策之分析—以精神衛生法為例》。台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 陳永興 (1997):〈國家醫療與精神醫療政策〉。《台灣精神醫學》, 11 卷 1 期, 3-15。
- 陳坤虎、黃健、蘇俐敏, (2000):〈人生七十才開始—專訪敬愛的柯永河教授〉。載於吳英璋、梁培勇、洪福建主編之《柯永河教授論文集》, 15-22 頁。
- 陳喬琪 (1980):〈慢性精神病患行為治療之臨床檢驗: 團體代幣系統方法的應用〉。《中華民國神經精神醫學會學刊》, 2, 48-54。
- 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。
- 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版。
- 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版。
- 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版。
- 臨床心理學組 (1999):《臨床心理通訊》, 28 期。中國心理學會臨床心理學組出版。
- 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版。
- 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版。
- 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版。
- 顏一秀 (1998):〈杜鵑窩裡 37 載寒暑〉。民生報, 2 月 4 日, 29 版。
- Abbott, A. (1988). *The system of professions*, Ch.10. The University of Chicago Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

- Benjamin, L. T. Jr., & Baker, D. B. (2002). Boulder at 50. *American Psychologist*, 55, 233-254.
- Bernstein, D. A., & Nietzel, M. T. (1980). *Introduction to clinical psychology, Ch. 1*, McGraw-Hill Company.
- Berms, C., Thevenin, D. M., & Routh, D. K. (1991). The history of clinical psychology, in Walker C. E.(ed.), *Clinical psychology: Historical and research foundations*, New York: Plenum Press.
- Bijou, S. W. (1996). Reflections on some early events related to behavior analysis of child development. *Behavior Analyst*, 19, 49-60.
- Chen, S. & Emory, E. K. (1998). Clinical psychology in Asia: A Taiwanese perspective. In M. Hersen & A. Bellack (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology*. Elsevier Science. 343-347.
- Dewsbury, D. A., & Bolles, R. C. (1995). The founding of the Psychonomic Society—Part 1. *Psychonomic Bulletin and Review*, 2, 216-233.
- Dobson, K. S., & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology*, 56(7), 907-923.
- 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.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Hunt, W. A. (1946). The future of diagnostic testing in clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 2, 311-317.
- 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.
- Ko, Y. H. (1974). A study on the effects of psychotherapy. *Acta Psychologica Taiwanica*, 16, 141-154.
- Maloney, M. P., & Ward, M. P. (1976). *Psychological assessment: A conceptual approach*. New York: Oxford University Press.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis. MN: University of Minnesota

Press.

- Norcross, J. C., Karpiak, 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, CA.
- Rappaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1945). *Diagnostic psychological testing*. Chicago: Year Book Medical Publishing.
- Routh, D. K. (2000). The field of clinical psychology: A response to Thorne. *Journal of Clinical Psychology, 56*(3), 275-286.
- Strickland, B. R. (1988). Clinical psychology comes of age. *American Psychologists, 43*(2), 104-107.
- Torne, F. C. (1945). The field of clinical psychology: Past, present, and future. *Journal of Clinical Psychology, 56*(3), 257-274.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Woody, R. H., & Roberson, M. (1988). *Becoming a clinical psychologist*. Madison, International University Press. Inc.

初稿收件：2008 年 2 月 19 日

二稿收件：2008 年 6 月 23 日

審查通過：2008 年 10 月 27 日

責任編輯：周明德

作者簡介

許文耀

台灣大學心理學研究所博士(臨床心理學)

政治大學心理學系教授

通訊處：(11605) 台北市文山區指南路二段 64 號 政治大學心理

系

電話：(02) 2938-7379

E-mail：hsu@nccu.edu.tw

張廣運 成功大學行為醫學研究所碩士
 花蓮縣立國風國民中學教師
 通訊處：(970) 花蓮市林政街 7 號 花蓮縣立國風國民中學

Comparing the Development of Taiwan and American Clinical Psychology

Wen-Yau Hsu
*Department of Psychology,
National Chengchi University*

Kuang-Yun Chang
*Hualien Country Guo-Feng
Jounior High School*

This paper wants through comparing the development of Taiwan clinical psychology and American clinical psychology, to show the point: “The development of clinical psychology need to be based on psychological knowledge”. Woody and Robertson(1988) demonstrated the progression of American clinical psychology in 1960, relying on two parts, the first was the legitimating of license; the second was that the quality of clinical service and training was certificated. Although clinical psychologist have legitimated license in Taiwan, but the qualification of clinical training and service need to emphasize. If clinical psychologists do not concern this issue in Taiwan, then the development of Taiwan clinical psychology just stayed at the artistic level, not at scientific level. Taiwan’s clinical psychologists are only generalized staff, not the specialized. This paper thinks Taiwan’s clinical psychology need to break through this condition; it must emphasize the scientific training and utilize the scientific method to provide evidence-based practice and result.

Keywords: Taiwan clinical psychology, American clinical psychology