

我的臨床心理學之路—— 與生命接觸的故事

文・圖／吳英璋

心理學探討的範疇相當廣泛，蘇薌雨先生於創系之初即主張基礎和應用都應平衡發展，所持的理由是在應用的過程中會回饋到基礎心理學研究，而基礎心理學一定要能應用，因為這是一門助人的學問。



柯永河老師（前排左1）是第一位在精神科開診的臨床心理師，圖為日本學者來訪合影，後排是我與莊仲仁教授。

口少年感化院的成立，有一個朋友在該院服務，希望我去幫忙。我印象很深刻，最年輕的只有12歲，很不可思議，因為會在那裡的都是累犯。後來發現他全家都在監獄，犯的都是偷竊罪。民主社會的經濟體制，不見得對所有人都是好

青少年偏差行為研究

我的所學主要為臨床心理學，柯永河老師是我的指導教授，他教導我如何將精神醫學和臨床心理學做整合，影響我至深。在我40年研究生涯當中，有很大一部分對象是青少年。啟始的因緣是我攻讀博士期間，林

的，當時我就有了如何將偏差行為輔導和主流教育結合，學校如何幫助這些孩子，而心理學又如何協助教育來幫助問題學生的思考，此即之後追隨楊國樞老師進行3年的未升學未就業青少年研究，以及青少年偏差行為的心理病理4年追蹤調查計畫的緣起。後者實

施的學校從台北、桃園、新竹、雲林到嘉義都有，得到100多位國中小學老師協同進行。在當時已知國一升國二時是偏差行為出現的高峰，我們發現還有另一個高峰為小四升小五時。這個年紀的孩子開始發展抽象性思考，他們的自我認知有大半是從大人對待他們的態度形成。由於考試體制變本加厲，多數好老師最多只能照顧一半學生，比較差的甚至只能關心前10名，而被忽略的孩子就容易產生偏差行為。當時所謂偏差指的是大過不犯，小過不斷，但是讓學校很頭痛。

曾經由北市的國中轉介給我，「他離開學校，全校就平安」的一些蹺課生，集中起來進行長期輔導。其中一個個案，專門打成績好的學生，他的理由是他們占用最多資源，打一下算什麼。我們每個月見面一次，將近一年後的某一次，經過拉胚店，他蹲下來看，非常專注，我問師傅可不可以讓我們學，我們試著做，他第一次做就拉起來了，我則是完全拉不起來，他轉頭對我說：「吳教授，我也有某部分贏你，對不對？」，我說：「當然，說不定還有很多，只是你沒發現。」他很高興，從此不去冰果店了，而是去找拉胚師傅。後來有一次我們邊走邊談，他突然叫住一個高中生，那個學生臉色發青，而他若無其事地跟我說：「那是我們班上拿第一名的！」原來是曾經跟他國中同學，被他打過的資優生。

孩子有自尊，就不會做壞事。我們追蹤的近40名學生，最後只有一個進入法律程

序。我問一個老是調皮搗蛋的，他的回答讓人覺得好笑，他說：「我老爸跟我說，國中會出錢讓我念，畢業了要自己想辦法，所以要念久一點。」國三畢業時他來問我怎麼辦，我介紹給他一個洗碗的工作，沒想到足足待了6個月，表現很好。一年後他主動表示想念夜間部，他對自己的人生開始有了期待。

其實青少年的彈性很高，只要同儕、師生或親子關係良好，即使功課不好也不會走偏。尖石鄉社會弱勢的孩子就能學會，認為既然跟不上功課，做黑手也好，有一技之長，也可以活得好好的。不是嗎？我們的社會科舉觀念根深蒂固，用考試來評價人的能力，用學歷做為起薪標準，給孩子成長過程加壓太大。我曾嘗試促成學校和社區結合，請家長來學校講自己的生涯，讓學生提早思考未來不是只有升學。發生921大地震之後，我們將之前的研究應用在災區東勢和埔里的學校，對象包括失去父母或因父母外出工作隔代教養的孩子，後來也在SARS之後和莫拉克風災的災區使用。

自殺防治

青少年自殺防治也是我的研究重點之一，我在臺大醫院和臺北市療養院，接觸到學生自殺案例，那個年代臺灣自殺率低，大部分是30、40歲上下青年，所以難以理解小孩的自殺。我向當時教育部長毛高文先生提起，加上立院諸公質詢，朝野有共識，所以開始進行校園自我傷害防治計畫（民國80-83

畢生致力於建置並推廣各式心理輔導技巧與操作實務SOP。



青少年偏差行為輔導一直是我所關注並投注心力的領域。
圖為和學生分享如何減輕考試焦慮。

年），編製完成處理手冊，並且在金山活動中心辦理教師訓練，推行至全國國高中，後來也推廣應用到軍警自殺防治工作。

年輕人自殺突顯出來的事實是社會並未提供有利的機會協助他們成長，學業、感情和工作壓力只是那最後一根稻草，根本原因在於缺乏成熟的自我成長，建立自我的韌性與自信心，因此防治目的在了解

他們成長過程受到哪些阻礙，進而給予輔導與轉換態度，面對挫折解決問題，不要以傷害自己來逃避。但每次發生類似事件，社會輿論總是集中在究責上面，這樣的作法反而傷害相關的人。自我傷害的發生是整個社會必須共同負責，我們希望社會能從教育的觀點來看待這類事件，所以推動校園防治工作，幫助正在發展自我形象的青少年，轉化危機而成為個人發展的機會。

個人和青少年相關的研究還有減低考試焦慮，國中生自願就學輔導方案，也研製出兒童及青少年關係量表（TRICA）、學生行為檢核手冊等，篩選需要協助的對象。

提升臨床心理師位階

相對於精神科醫師，早年臨床心理師的地位不明。具博士學位的臨床心理師進入精神科，我的指導教授柯永河老師是第一位，我是第二位，到民國70多年全國臨床師只有37位。我獲得學位後，擔任臺北市立療養院心理室的主任，在葉英堃院長支持下，為慢性病人做心理復健，並開設有臨床心理師負責的焦慮門診。柯老師和我也致力建立臨床心理師工作的SOP，而在19年後，心理師法獲得通過，此後才有臨床心理師專業執照。

身心壓力疾病研究

早在我讀碩士時即多方面接觸精神疾病患者，其中包括焦慮和恐懼症患者的處置與研究，這也是我的博士論文主題。由於藥物控制效果有限，我應用系統減敏感法

(systematic desensitization) 協助動物恐懼症患者，因而還自己培養蟑螂、老鼠作為治療之用。當時協助了約130個個案，不過由於個別個案的差異需調整治療的程序，能相互比較而寫入論文的，只有23個。一般臨床治療需12周，最快的紀錄為8周，那是一位27歲男性，因結婚在即，不希望讓未來的妻子知道他怕老鼠而來求助。成語有謂「膽小如鼠」，你不怕牠，牠就不會咬你，所以我們訂的標準是，只要他敢摸老鼠，就算成功，而他也真的做到了，因為他的動機很強烈。

臨床工作都是從個案開始，同中求異，異中求同，尋找他們共通的歷程，從中得出解決方法。例如：花了8年時間研究協助慢性精神病患者的心理復健，主要包括社會技巧訓練與日常生活訓練的代幣制度，幫助他們能自理日常生活。那段時間裡，和精神醫學



協助921大地震災區進行心理創傷復健工作。

和心理衛生領域的前輩同仁們共同努力改善精神病患的處遇，進行了三次5年計畫，提升精神病患的處遇。

青少年偏差行為與自我傷害、精神疾病處置兩個主題之外，我的另一項研究與臨床應用是「生活壓力與身心疾病」。約1976年開始，有幾位不同領域的學者，不約而同引

辦理兩岸三地心理學系學生交流。





於華人社會的心理學國際研討會分享。2002年。

入「生活事件壓力與健康的關係」的研究。我們這一小組的研究成果是在1985年之後，陸續發表。我以心理學為主軸，整理出藉以將研究結果與臨床應用結合的「壓力模式」與「活力－資源模式」，先後應用於大專、高中、國中、小學教師的壓力紓解工作坊，以及家庭醫學科（非精神疾病）患者的健康復健，建立臨床健康心理學的工作模式，並且將應用的心得介紹給亞洲健康心理學會各會員國的學者，因此也擔任該學會的第四任

主席。這項工作模式目前已逐漸推展到綜合醫院各科別患者的復健工作。

結語

臨床心理學是很嚴肅的學問，因為面對的是人，那是「生命的接觸」，如同在學校裡的老師是帶著孩子寫下生命故事的人，臨床心理師是帶著病人重寫生命故事的人，所以基本原則是要尊重所面對的每一個生命，這也是我在看到許許多多黑暗面而能堅持不輟的最主要力量。（文字整理／林秀美）



（本文作者位於左4）

吳英璋 小檔案

1969年臺灣大學心理學系畢業，1978年取得臺大心理學系臨床心理學博士後，隔年即進入臺北市立療養院擔任心理室主任，一年後，回母系，進行臨床心理學、健康心理學和心理病理等領域之教學研究。2013年榮退，獲聘名譽教授。曾任臺北市立療養院心理室主任、臺大心理學系教授兼系主任、中國心理衛生協會理事長、臺灣臨床心理學會理事長、中國心理學會理事長、臺北市教育局長、考試院秘書長等職。