

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

## ► 運用模擬病人／個案於自殺衡鑑晤談之教學訓練

### Use of Simulated Patients/Clients in Suicide Assessment Interview Training

doi:10.30074/FJMH.201406\_27(2).0005

中華心理衛生學刊, 27(2), 2014

Formosa Journal of Mental Health, 27(2), 2014

作者/Author：劉彥君(Yen-Chun Liu);陳曉蘭(Wan-Lan Chen)

頁數/Page：283-313

出版日期/Publication Date：2014/06

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201406\\_27\(2\).0005](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201406_27(2).0005)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



## 運用模擬病人/個案於自殺衡鑑晤談之教學訓練

劉彥君 陳婉蘭

**研究目的：**針對實務工作的新手(研究所學生)，比較模擬病人/個案(SP/Cs)教學組及一般教學組在自殺衡鑑晤談訓練中的教學成效，驗證不同的教學方式是否在培養自殺衡鑑實務能力的成效上有所差異。**研究方法：**23位來自不同學校臨床或諮商心理系所碩士班一年級研究生(男性5人，女性18人，平均年齡24歲)，參與自殺衡鑑晤談訓練工作坊，隨機分派至上述兩種不同教學組，並於工作坊前後接受實務能力評估，其評估內容包含與模擬病人/個案互動的自殺衡鑑晤談技巧測驗及自殺風險評估的紙筆測驗。**研究結果：**兩組學生的自殺衡鑑晤談整體表現於訓練後皆有進步，但後測的整體分數上沒有顯著的組間差異；然在通過/未通過(通過分數為70分)的人數比較上，SP/Cs組顯著多於一般教學組，並在後測的溝通技巧和專業關係表現上，明顯高於一般教學組。另外，兩組在紙筆測驗站的後測表現，沒有顯著的組間差異。**研究結論：**本研究的結果驗證不同面向的專業能力培養，應有不同的教學及訓練方法來獲得較佳的訓練成效。情境學習的教學模式，的確較能加強臨床與諮商心理學中強調溝通、人際互動技巧的專業核心能力。

**關鍵詞：**專業核心能力訓練、情境學習、模擬病人、模擬個案、自殺衡鑑晤談

---

劉彥君：國立東華大學諮商與臨床心理學系助理教授；美國加州專業心理學院臨床心理學博士；專長領域與研究興趣為臨床心理學、心理治療、婚姻與家族治療、心理師教育訓練。(通訊作者；E-mail: yencliu@mail.ndhu.edu.tw)

陳婉蘭：慈濟大學人類發展系所副教授；美國加州專業心理學院臨床心理學博士；專長領域與研究興趣為心理衡鑑、憂鬱與焦慮心理治療。

收稿：2013年05月20日；接受：2013年12月25日。

## 一、緒 論

目前臨床與諮商心理學界已開始強調以專業核心能力為導向(competency-based)來談教育訓練的成效(Borden & McIlvried, 2010)，因此如何「教」臨床與諮商相關的知識與實務技能，並評估其訓練成效，以期學生日後進入實務場域時能展現職場所需的專業能力，實為教育工作者極需深思的議題。目前台灣臨床心理學的學校教育，常以課堂講課、討論、書面報告及研究論文等來增加專業知識；這樣一種偏重知性的學習教育，關於專業判斷力、實務技巧及實務綜合能力的訓練是較不足的(柯永河，2008)，因此可能讓學生在進入實習接觸真正的個案/病人及進入職場後「用」的階段，常感到自身專業能力的不足。是故，如何在教育訓練課程中，紮實地培養心理師的核心知識、實務技能與應用能力，成為心理師培育養成的重大課題。

然而，對於學校課程中應如何「教」臨床與諮商相關的專業核心能力，不同的專業核心能力是否需要不同的教學訓練方式，不同教學方式的訓練成效是否有優劣之分，目前少有實徵研究來評估與檢視(Lichtenberg, et al., 2007)，這方面的研究與討論在台灣更是處於起步階段。在臨床心理學方面，2011年中華心理衛生學刊第24卷第二期的數篇專題系列論文，開始反思台灣臨床心理學的訓練與實踐(李維倫，2011；林耀盛，2011；劉彥君、藍玉玲、高聖博，2011；藍玉玲、劉彥君、高聖博，2011)，開啟台灣臨床心理師的專業核心能力與養成過程的討論；然而，關於臨床心理的教學訓練實徵研究仍是缺乏的。而諮商心理學方面，目前已有一些探討訓練成效的實徵研究(吳秀碧，2010；許育光，2009；張靜怡、蕭文，2000；曾迎新、連明剛，2009)，但主要是以自評工具或質性訪談的方式，探討學員對專業能力的自我評估，或探討訓練過程的學習經驗，以客觀的標準評估訓練成效和學生能力的研究仍付之闕如。我們需要更多以證據為導向的研究結果，方能作為教學與訓練效能改善及損益評估之依據，因此關於臨床與諮商心理學專業核心能力的教學與訓練是值得關注的研究議題。

在台灣臨床及諮商心理學的訓練，過去較偏重知性的學習教育(柯永河，2008)。許多的研究也指出傳統學校教育常有窄化與脫離現實生活的情況，使得學生對學校

學習的大部分知識可能記得很清楚，可是卻無法在實際情境下運用；意即很多課程和教學形式，常明白地陳述各類知識的法則及這些法則的本質，但在問題解決層面上如何連結知識與行動，卻留給學生自己去想辦法了(National Research Council, 2000)。教學者常假設只要在學校中充實好應有的知識，在實務工作上自然能展現出相對應的實務技巧與專業態度，但實際卻不然。幫助學生學會有關應用各種知識的方法之一，是給他們需要解決問題的實際情境，在情境中何時、何地、及為何要利用到正在學習的這些知識，這即是「情境學習(Situated Learning)」的概念(Lave & Wenger, 1991)。因此增加情境學習的教學方式可能可以補強上述臨床與諮商心理學實務訓練上偏重知性學習的缺失，來提升學生的實務能力與技巧。

模擬病人/個案(Simulated Patients/Clients, SP/Cs)訓練模式即是以情境學習概念為基礎的教學訓練方式之一，藉由模擬臨床與諮商實務工作上可能面臨的臨床情境，讓學生在與模擬病人/個案逼真的互動情境中學習實務能力與技巧(劉彥君等人，2011)。2007年英國的Leicester大學心理系，已將模擬病人應用於臨床晤談技巧之訓練及評量上(Melluish, Crossley, & Tweed, 2007)，而在一些敏感且具壓力的實務情境，例如如何在晤談中進行風險評估、選擇適當的通報方式、及如何處理通報前後個案的情緒反彈等棘手的臨床情況，更可以採用模擬病人/個案訓練模式以協助學生發展處理這些敏感情境的專業技能，以避免日後在真實情況中若處理不當，對個案造成傷害或破壞治療關係(劉彥君等人，2011)。

有鑑於此，本研究以自殺衡鑑晤談為訓練的主題，以憂鬱症作為訓練自殺衡鑑的臨床藍本，設計以「模擬病人/個案」為互動模式的臨床與諮商心理學實務技巧之教學與訓練方法，透過與「模擬病人/個案」互動的過程，以及觀察同儕臨床表現的相互觀摩歷程及立即的回饋，來訓練學生面對具憂鬱與自殺傾向個案的互動技巧，並學習適當的自殺衡鑑晤談。希望藉由與對照組比較，檢驗模擬病人/個案訓練模式在實務能力訓練上的效果，並且以本研究的訓練成效評估結果，作為未來諮商與臨床實務課程之教學參考。

根據上述的研究背景及研究目的，以下將以(1)以情境學習達成專業心理學核心能力的訓練，(2)模擬病人/個案在實務能力訓練的應用與效益，(3)自殺衡鑑晤談，進行國內外相關文獻的整理分析。

## (一) 以情境學習達成專業心理學核心能力的訓練

近年來教育模式已經有了典範上的轉變，從傳統注重教育目標與過程的模式，逐漸轉向專業核心能力模式(competency-based model)，意即教育者愈來愈重視學習成效及學習者學習成果的評量(Peterson, Peterson, Abrams, Stricker, & Ducheny, 2010)，並由實際的學習結果反過來檢討課程設計及教法是否真的能培養出學習者所需的能力。

何謂專業核心能力(competency)? Epstein與Hundert(2002)將專業核心能力定義為「以服務對象及社區福祉為依歸，對溝通、知識、技巧、臨床推理、情緒、價值觀及反思等各方面，有明智而審慎的使用能力」(p.227)。美國專業心理學學校及課程國家會議(National Council of Schools and Programs of Professional Psychology, NCSPP)中指出專業心理學(臨床心理學、諮商心理學及學校心理學)中不同向度之專業核心能力皆包含了知識、實務技巧及態度(knowledge, skills, attitudes, KSAs)三個部分(Kaslow, 2004)。Borden與McIlvried(2010)提出了一個專業心理學的評估與教學方塊模式(Assessment and Pedagogy Cube)，他們認為針對每一項專業核心能力，都有不同的教育及訓練方法來達到其KSAs的專業能力培養和評估。例如，針對專業知識的部分，主要是以教導式或講課的方法(didactic teaching)為之，並以課堂書面報告、課堂考試、證照紙筆考試等方式評估成果；專業技巧則需要靠觀察及實務練習(observation and practice)來培養，評估的方式則可採情境模擬、角色扮演、單面鏡觀察、對實務操作的影片給予回饋等方式進行；而對態度部分的專業能力(心理師應有之態度的發展與內化、信念及價值觀等)則是由體驗性的教學方式(experiential methods)來培養，常用的方式有課堂討論、重要臨床事件案例的討論、自我察覺日誌等。是故，依此模型，每項核心能力皆可用特定KSAs的向度做課程規劃。

李維倫(2011)也提到在學習的特徵與途徑上，理論知識的學習與實務行動的學習可能是透過不同路徑，他認為情境中的感受行動才是概念化知識的基礎，而不是先擁有概念化知識才加以在情境中應用。這呼應了上述專業心理學之評估與教學方塊模式所提出的觀點，實務技巧與專業態度可能需要透過不同的學習途徑，如觀察、情境模擬的實務練習、回饋與自我察覺等方式，才能達到較佳的學習成效。這也與



「情境學習」的基本精神是相符的：透過參與真實生活或現實處境中的活動，學習者才能真正掌握所學知識的意義與培養其專業能力(陳慧娟，1998；Hung & Chen, 2001; Lave & Wenger, 1991)。以接球為例，瞭解風速與物體飛行等物理理論並無法幫助球員接住球；而是球員從練習中學習如何以視覺追蹤球，如何移動自己的身體來接住球。球員的成功並不是來自複雜的理論，而是透過自身與所處情境的連結與體驗(Luntley, 2005)。

情境學習的觀點對學習與教學的方法與傳統的學校學習有很大的不同。Hung與Chen(2001)指出，目前以學校制度為主的學習多是將知識從其情境中抽離，因此學習者無法獲得由情境中產生的情境認知。目前臨床與諮商心理學的學習與教育，也常遭遇到理論知識學習與實務行動學習的斷裂狀態，其課程與教學方式的設計常以獲得去情境化之理論知識為目標(李維倫，2011；Dall’Alba & Barnacle, 2005)。

以上述的情境學習的概念來思考，臨床與諮商心理學的核心能力非常需要透過情境學習的管道來打通由概念知識到實務行動的通道，而非藉助於更清楚更仔細的概念陳述，或是實徵資料的支持，而是將概念知識具體化為包含情境條件的想像。根據情境學習的精神，依其貼近真實世界的程度，獲得專業能力的情境可以是真實的工作情境、逼真的虛擬工作情境或是真實工作情境的片段導覽(McLellan, 1996)。就目前臨床與諮商心理學常用的訓練方式而言，已有一些情境學習的方式，例如在醫院或社區等實際工作場域的「實習」是直接進入真實工作的情境學習，「角色扮演」是屬於在虛擬工作情境中的情境學習，而案例影片觀賞則是真實工作情境的片段導覽，其目的皆是試圖彌補理論知識學習與實務行動學習的斷裂狀態(劉彥君等人，2011)。

本研究提出的模擬病人/個案訓練模式是以訓練後的模擬病人/個案來模擬真實的臨床症狀及臨床互動，使學生在較逼真的虛擬工作情境下，獲得一種「模擬訓練(simulation-based training)」(Chodos, Naeimi, & Stroulia, 2009)。模擬病人/個案訓練模式在模擬臨床情境的「真實性」與「即時教學」的掌握應該優於一般的「角色扮演」(劉彥君等人，2011)，以Borden與McIlvried(2010)的評估與教學方塊模式來看，此模式尤其可加強技巧及態度層面的能力；在學習成效及臨床核心能力的評估上，

也具有其客觀性。但是這些學習型態與專業核心能力之間的關係，需待進一步的實徵研究來確立。這正是本研究關注的重點，企圖以實徵研究來驗證情境學習之教學方法與臨床核心能力獲取之間的關係。

## (二) 模擬病人/個案在臨床與諮商訓練的效益

### 1. 模擬病人/個案簡介

模擬病人(simulated patients, SPs)是Howard Barrows在1960年代發展出來的教學技術(Barrows, 1993)。臨床教師依撰寫好的教案劇本，選擇特定性別、醫療史、語言程度的個體扮演病人，這個扮演者必須以前後一致的模式與受試學生互動，精確地表現病徵，依學生的問題回答特定的病史及相關個人資料(Adamo, 2003)。除了教學目的外，從1975年起，各國醫學教育也開始以醫學院學生與模擬病人互動的實際表現，來評估其專業知識、診療實務技能以及專業態度等核心能力。因此模擬病人的應用除了具備教學功能，還可擴展至綜合專業核心能力的評估功能(Harden, Stevenson, Downie, & Wilson, 1975)。

上述扮演病人角色的個體在不同的研究或應用中也可被稱為假病人(pseudo-patients)、設計好的病人(programmed patients)或標準化病人(standardized patients)等，但現今最常用的是「標準化病人」或「模擬病人」(Adamo, 2003)。相較於強調標準化的評量應用，本研究主要著重於臨床與諮商心理學的教學訓練模式探討，因此本文將以「模擬病人/個案(SP/Cs)」來統稱上述的病人扮演者及教學方法。目前模擬病人/個案的應用與發展已擴展至臨床心理、社工、教育、護理、藥師等助人專業的教育訓練中，許多實徵研究也已證實模擬病人/個案訓練模式的適用性(Barsky & Coleman, 2001; Dotger, Harris, & Hansel, 2008; Linsk & Tunney, 1997; Melliush, et al., 2007; Philadelphia College of Osteopathic Medicine, 2009; Ponce School of Medicine, 2009; Rushforth, 2007; Rickles, Tieu, Galal, & Chung, 2008; Ross, et al., 1988)。

### 2. 模擬病人/個案訓練模式在臨床與諮商心理學的應用

目前模擬病人/個案在教學上常見的應用包含溝通技巧與資料收集、提供病人/個案衛教、臨床緊急事件處理之演練等方面(Barrows, 1993; Hodges, Hanson, McNaug-

ton, & Regehr, 2002)。此種教學模式有以下優點：(1)模擬病人/個案能配合上課或實習時間演出；(2)可以「重複詢問」同一位模擬病人/個案來學習相同的技巧；(3)可藉由此過渡經驗，降低未來面對真實病人/個案的緊張或生疏；(4)讓學生有機會練習處理緊急或敏感的臨床情境(例如自殺衡鑑)；(5)教學者可依實際教學過程隨時暫停或重新開始學生與模擬病人/個案的互動，以達最好的學習效果；及(6)模擬病人/個案可提供學生「病人/個案」觀點的直接回饋等(Barrows, 1993)。

在過去兩三年中，模擬病人/個案訓練模式已納入美國及英國的臨床心理學訓練課程中(Melluish, et al., 2007; Philadelphia College of Osteopathic Medicine, 2009; Ponce School of Medicine, 2009)。Melluish等人(2007)在其訓練成效研究中提出，模擬病人/個案訓練模式可以提升心理師對自我能力的察覺，以及將訓練的晤談技巧帶進實際臨床工作場域，因此此模式的確是一套適合作為臨床與諮商教學的訓練模式。

另外關於心理治療，精神科的住院醫師訓練也已應用模擬病人/個案來進行教學(Coyle, Miller, & McGowen, 1998)，訓練方式可以以有經驗的心理治療師為模擬病人/個案，和住院醫師進行每週一次的連續模擬心理治療，以協助精神科住院醫師在模擬情境中學習治療技巧。其中也可將住院醫師與模擬病人/個案的互動錄影下來，除了當場的互動練習外，事後也可利用錄影帶進行同儕間的觀摩與討論(Klamen & Yudkowsky, 2002)。

劉彥君等人(2011)在其專題討論中也提出這樣的訓練模式在臨床心理教學上的可能應用，包含初次臨床晤談、與病人/個案家屬的溝通及敏感臨床情境的處理，例如，如何解釋保密原則的例外；如何評估家暴、兒虐及自殺風險；如何處理不同的道德兩難情境(例如雙重關係)等(Edinger, Robertson, Skeel, & Schoonmaker, 1999)。這些敏感且具高壓力的臨床情境中，不只需要知識層面的了解，更需要溝通技巧、人際互動、及時的思考判斷等實務能力來處理，模擬病人/個案可以提供經驗不足的學生一個較穩定安全的模擬經驗，來學習臨場反應與溝通技巧。

雖然模擬病人/個案在教學上有上述種種優勢，但過去多只應用在醫學院，尚未能廣泛運用於臨床與諮商心理領域的養成教育，其原因包含(1)模擬病人/個案的訓練及教案準備，花費時間長，人力成本高，(2)教學資源不足可能影響模擬病人/個案訓



airiti

練之嚴謹程度及可使用的規模，(3)模擬病人/個案可能無法模擬所有臨床症狀，(4)扮演具較高心理及情緒複雜性的病人/個案，可能帶來一些負面影響(劉彥君等人，2011)。

雖然在執行模擬病人/個案訓練模式上，有上述的挑戰存在，但也有某些實務作法來降低可能的困難，如與醫學院既有的標準化病人中心及精神科醫師合作，或是與心理相關領域的教學者合作，共同建立臨床教案及訓練模擬病人/個案，以降低經濟及人力成本，並可建立針對臨床與諮商心理的模擬病人/個案特別培訓計畫等(劉彥君等人，2011)。因此以模擬臨床情境的特性及優點而言，多位專業心理學學者仍認為模擬病人/個案訓練模式可以是臨床與諮商心理學中訓練綜合實務核心能力的一個理想及可行的方式(Borden & Mallvried, 2010; Kaslow, Rubin, Bebeau, et al., 2007; Kaslow, Rubin, Forrest, et al., 2007; Leigh, et al., 2007)。

### (三) 自殺危險評估晤談

對大多數的心理師而言，面對表達自殺意圖的個案，自殺衡鑑晤談是一項容易引發心理師焦慮的臨床任務，因為過程中必須面對許多重要的臨床判斷與處遇決定。在這樣的焦慮情境下，實務工作者常出現兩種極端的處理取向：一種是寧可打安全球，只要個案提到自殺想法，便預設其處於高危險狀態，立即採取一連串的處遇，這當中可能傷害了個案的權益及造成治療關係的緊張；另一種是因輕忽的態度或不適當的評估而造成對自殺危險性的低估，危害個案安全(Wingate, Joiner, Walker, Rudd, & Jobes, 2004)。適當的自殺衡鑑在面對具自殺傾向的病人或個案時，是一項重要的實務能力，因此本研究以初次晤談中的自殺衡鑑為教學的主題，來驗證模擬病人/個案訓練模式在培養學生實務能力的效果。

#### 1. 自殺衡鑑晤談之內容

何謂適當的自殺衡鑑？2003年美國精神醫學會公佈了關於評估和治療自殺個案的指導手則，當中詳盡地檢視與自殺相關的實證資料(American Psychiatric Association, 2003)，但是這樣的內容對實務來說有些不切實際，實務工作者需要的是一個清楚且在實務上可行的方法(Bryan & Rudd, 2006)。Shea(2002)提出自殺衡鑑包含三

airiti

個要務：(1)收集和自殺危險因子有關的訊息；(2)獲得和病人自殺意念與計畫有關的訊息；(3)可被應用到上述兩種資料的臨床判斷與決策。目前較多研究是針對危險因子進行研究，期望對自殺危險性進行預測，或是發展工具對危險因子進行統計分析(許文耀、陳明輝，2004；許文耀、王德賢、陳喬琪、陳明輝，2006；Shea, 2002)。關於自殺衡鑑的工具，已有測量自殺不同面向的量表可供使用，例如評估自殺意圖、自殺危險程度、無助感、憂鬱症狀等相關量表(許文耀、鍾瑞玫，1997；Brown, 2000)。然而，單獨使用量表並不足以區辨有自殺企圖及行為的高危險個案，量表通常測的也是較靜態的變項，容易低估自殺危險急遽升高時的動態變化，因為病人並不會因統計數據認為他們會自殺而去自殺，自殺的召喚常是來自心理痛苦，因此單以量表預測有自殺危險的個體時，其預測力並不佳(Brown, 2000; Bryan & Rudd, 2006; Shea, 2002)。然而心理師在實務中要面對的是不同的獨特個體，因此透過晤談瞭解企圖自殺歷程中的思考、具體計畫的程度和可能採取的行動是評估過程中的重要一環(Bryan & Rudd, 2006)。本研究的目的即是以自殺衡鑑晤談為主要訓練內容，希望藉由不同教學方式來加強學生晤談中所需的實務能力。

針對自殺衡鑑晤談，Bryan與Rudd(2006)提出一個整合科學與實務的晤談模式，試圖將實證資料導入實務工作，提供關於自殺相關症狀及臨床決定的指導原則。目前已經有許多研究資料顯示不同面向的資料在評估自殺危險確實是重要的，且晤談時應包含這些相關資料的詢問(Bryan & Rudd, 2006; Rudd, Joiner, & Rajab, 2001)，Bryan與Rudd將這些資料整理規劃成半結構式的晤談內容，其中包括了個案的自殺行為危險因素、壓力源、精神疾患或人格疾患的症狀、無助感、自殺想法、過去的自殺行為、衝動及自我控制、保護因子等面向的資料收集，Bryan與Rudd並建議在資料收集過程中以一個階層性的詢問方式(hierarchical approach to questioning)進行，以增進彼此的關係及減低個案的焦慮，並提供嚴重程度的連續性概念與判斷標準，來協助自殺危險性之臨床判斷及後續治療。

Shea(2002)也對自殺衡鑑提出「自殺事件的時間衡鑑法」(Chronological Assessment of Suicide Events, CASE)的晤談方式，這個方法提供了晤談中探索自殺意念的實務架構，其中所包含的資料收集內容與Bryan與Rudd(2006)提出的評估模式類似。

Buckingham、Adams與Mace(2008)則是從46位臨床實務工作者的臨床晤談內容及過程中，以心智地圖的方式來分析自殺衡鑑中的重要概念及概念間的階層性，進而臚列臨床實務專家進行自殺衡鑑判斷時的重要臨床線索。雖然Buckingham等人(2008)採取的是從專家的實務操作提取知識架構的取向，在評估晤談中應涵蓋的重要內容也與Bryan與Rudd(2006)提出的評估模式類似。

雖然以上評估模式所包含的內容有許多相似之處，但目前國外文獻中對自殺衡鑑的內容並無具共識的一套標準化評估內容及方式(Higgins, Watts, Bindman, Slade, & Thornicroft, 2005)。而台灣的文獻也多集中在探討不同危險因素與自殺的關係或探討自殺在台灣的现象(許文耀、林宜旻, 1999; 許文耀、陳明輝, 2004; 許文耀等人, 2006; 廖士程、李明濱, 2006)，並無一個較完整或具共識的評估模式或方法產生。因此，以目前已有的研究結果及實務發展來看，要定義及設計出所謂的「標準化」自殺衡鑑晤談，且獲得各方專家學者及實務工作者的共識，實有困難。因此本研究的訓練課程是強調學生是否掌握了資料收集內容的「重要向度」及適當的「晤談技巧」，並不以窮盡所有研究所提及的危險因素，或建立一套「標準化」自殺衡鑑晤談內容為目標來設計訓練內容。

## 2. 自殺衡鑑之訓練

臨床與諮商心理學界及實務工作的心理師，在自殺這個議題的研究及實際處遇中都具有一個很重要的角色；在實務上，自殺危險評估更是心理師應具有的一項重要能力。雖然很早便有學者提出關於自殺個案之專業訓練的重要性(Light, 1976)，但目前的研究顯示，不論在正式課程或實習中關於自殺個案的評估與風險管理的訓練都是不足的(Dexter-Mazza & Freeman, 2003)，在美國也只有百分之四十的臨床或諮商心理學系所提供自殺的相關正式課程(Bongar & Harmatz, 1991)；而台灣目前並無類似的調查資料說明研究所關於自殺衡鑑的訓練情況，但從台灣目前缺乏關於自殺衡鑑之教育訓練相關文獻的現象來看，可推論自殺衡鑑相關的教育訓練在現有的教育課程中可能並不多，遑論特別針對自殺衡鑑實務技巧的正式訓練。目前多數的自殺衡鑑訓練多是講述自殺衡鑑的「內容」與相關知識為主(Bantjes & van Ommen, 2008; Gibbons & Studer, 2008; Oordt, Jobes, Fonseca, & Schmidt, 2009)，關於演練或晤談技

airiti

巧並未多著墨。只有少數文獻針對自殺衡鑑的「訓練模式或方法」進行探討(Rosenberg, 1997)，也較少關於在自殺衡鑑中適當的對話、囑咐和臨床工作者詢問自殺意念的策略等之相關資料(林綺雲，2009；Shea, 2002)。然而對於自殺衡鑑內容的知識瞭解，並不表示具有做好自殺衡鑑晤談的實務能力。

Rosenberg(1997)針對臨床與諮商的教育，提出一個比較完整的自殺衡鑑模式—Rosenberg's Suicidality Training and Assessment of Risk Model (RSTARM)。RSTARM運用認知心理學的原則，用陳述性(declarative)及程序性(procedural)知識的概念來強調一個有效的訓練應該是經由練習、回饋、自省等方式，將陳述性的知識(即概念、原則或記憶性的知識)轉化成程序性的知識(即情境、行動的階段)，訓練應由一種順序性的方式來進行，也就是訓練的過程、順序應與所教知識被應用的順序是一致的。這與情境學習及模擬病人/個案訓練模式的精神與特色正好相符，以自殺衡鑑晤談為例，訓練時所呈現的知識或教學內容的順序，應以在實際晤談中資料收集的程序一致。通常先由一般的晤談內容開始(如背景資料、主訴問題、社會心理相關歷史資料等)，接者詳細評估憂鬱的症狀(SIGECAPS: Sleep, Interests, Guilt, Energy, Concentration, Appetite, Psychomotor retardation, Suicidal ideation)及自殺意圖(TIPM: Thoughts, Intent, Plans, Means)，接者考慮相關危險因子、最後做出危險性判斷，並選擇處遇方式。Rosenberg(1997)運用認知心理學中關於「專精」(expertise)的相關認知歷程研究，來架構如何進行臨床訓練，這是目前唯一針對臨床與諮商心理學的自我衡鑑提出一套較清楚的教學理論與訓練架構；但這個訓練模式也尚未有實證研究驗證其有效性。

由上述討論可知，目前的自殺衡鑑訓練內容設計還是著重於知識層面的增進，且尚未發展出以實證為基礎的訓練方法，使得在教學及實習的場域難以客觀的方式評量學生的學習成效及驗證專業核心能力的獲得。

因此本研究之主要目的是針對實務工作新手(研究所學生)之自殺衡鑑訓練，來驗證不同的教學方式是否在培養基本自殺衡鑑實務能力的成效上有所差異。本研究希望可以回答下列幾個研究問題：(一)在自殺衡鑑晤談的學生實務能力上，模擬病人/個案訓練模式的成效是否優於一般教學模式；(二)比較模擬病人/個案訓練模式與一般教學模式，在特定實務能力向度上的訓練效果是否有差異。



## 二、研究方法

### (一) 研究樣本

本研究招募來自全國不同大專院校臨床或諮商心理系所碩士班一年級研究生，參與本研究所舉辦之自殺衡鑑晤談訓練工作坊，並接受此工作坊訓練成效評估的前測與後測。這些受試者的篩選標準為：(1)尚未進入實習之碩士班一年級學生，與(2)能夠全程參與工作坊訓練及接受二次評估測驗者。最後納入23名同時符合以上兩項條件的受試者參與本研究，其中男性5人，女性18人，平均年齡24歲。受試者來自全台四所臨床或諮商心理學研究所，其中包含4位諮商心理學學生及19位臨床心理學學生。

### (二) 研究之前置規劃與作業

**1. 模擬病人/個案教案：**本研究由參與第一作者所舉辦之「模擬病人/個案教案撰寫工作坊」成員中，邀請心理師提供適當的真實個案，並以「自殺衡鑑晤談」的教學目標，撰寫符合教學內容之模擬病人/個案教案。教案的撰寫，除了重要對白之外，還需包含病人/個案之主要心理狀態、情緒及重要外顯行為等的描述，以及職業、家庭、健康及婚姻狀況等相關基本資料，以提供充足的訊息來進行角色模擬。四位參與教案撰寫的臨床心理師(包含本研究的兩位作者)經三次的教案討論會議，逐一討論與修訂四份教案的內容，以求教案的完整性及符合訓練目標。四份教案中有三份教案是作為評估受試者實務能力之用，一份教案作為教學工作坊使用。四份教案內容皆為具憂鬱症診斷且具不同自殺危險程度之女性個案，當教案設計完成後，模擬病人/個案訓練工作坊中也透過與模擬病人/個案的討論及實際演練過程，再次修訂教案，使其能更趨近真實。

另外關於評估用的三份教案之難易程度，採兩種不同程序來評估：第一，以4位臨床心理學碩二研究生為預試受試者，以他們與不同教案之模擬病人/個案晤談之影帶，邀請專家根據學生在不同教案的實際表現，來評估各教案的難易程度；第二，邀請專家以「模擬病人/個案教案難易程度專家評估表」來評估教案對碩一研究生之



難易程度，其評估向度包括病史詢問、關係建立、危機評估及溝通技巧等四項，以五點量尺評分(0：不適用本教案；1：容易～4：非常困難)，再加上對教案整體的評估，來評定教案之難易程度。

**2.模擬病人/個案訓練者：**本研究共有四位模擬病人/個案訓練者，每位訓練者皆參與花蓮慈濟醫院標準化病人中心所舉辦的「標準化病人訓練者工作坊」，且皆獲得其標準化病人訓練者之認證，因此本研究之模擬病人/個案訓練者可提供模擬病人/個案良好的訓練品質。

**3.模擬病人/個案：**本研究依上述教案，設定模擬病人/個案的招募條件，招募符合條件的志願者，並透過「模擬病人/個案身心健康篩檢問卷」及面試，確認可全程參與訓練且無相關病史(避免因演出投入而引起負面影響)。本研究共招募12位志願者，扮演憂鬱且具自殺傾向的模擬病人/個案。本研究透過三次模擬病人/個案訓練工作坊(共計18小時)，進行表演技巧訓練及教案病人/個案扮演訓練。訓練過程中經兩次學生模擬測試，同時模擬病人/個案訓練者也以「模擬病人/個案訓練成效評估表」來評估SP/Cs所模擬之病人/個案與真實病人/個案的相似程度，確認表演之真實性與一致性。其訓練成效評分項目包含應答內容、應答方式、應答規則、情緒表現、身體語言、表演穩定度等六項，以五點量表來評估。根據上述評估結果淘汰1名表演品質未達標準的模擬病人/個案，最後納入11位具穩定且良好表演品質之模擬病人/個案參與本研究。另外，於密集的正式演出後，研究者提供事後討論團體(debriefing group)，並進行「去角色」活動，協助模擬病人/個案脫離所扮演之憂鬱角色，盡量降低因扮演所產生可能負向影響。

**4.自殺衡鑑晤談訓練內容及訓練模式：**本研究以Bryan與Rudd(2006)發展的以實務需求為導向的晤談模式及內容，作為主要的訓練內容架構，並參考Rosenberg(1997)的自殺衡鑑模式RSTARM，來設計此次自殺衡鑑晤談的重要教學訓練內容與程序。基於受試者招募的考量，本研究將訓練課程集中，以一天(7小時)工作坊的形式，在非研究生上課時間之假期進行，並於課程前後進行臨床技能評估。訓練工作坊的內容包括重要的自殺相關危險因子及如何進行自殺衡鑑之相關知識與晤談技巧。受試者以隨機分派方式進入模擬病人/個案教學組(SP/Cs教學組)( $N=12$ )或一般教學組( $N=11$ )兩個訓練團體，兩組所教授的自殺衡鑑內容是相同的，並採用相同的臨

airiti

床教案。但SP/Cs教學組的受試者在工作坊中主要是以與模擬病人/個案互動、演練的方式進行訓練，而一般教學組的受試者則是以觀看學生與模擬病人/個案互動的教學錄影帶及課堂討論的方式進行訓練，兩組訓練的主要差異在於是否有與模擬病人/個案「臨場互動的經驗」及演練後的「立即性回饋」。兩組的講師皆為具教學及實務經驗的資深心理師，且於訓練工作坊前，研究者就所提供的統一教材內容及訓練模式與講師進行個別討論與確認，以確保訓練工作坊是依本研究的設計來進行。另外，工作坊進行時全程錄影，以供事後確認訓練內容確實按照研究設計進行。

**5. 測驗站預試：**以4位臨床心理學碩二研究生為預試受試者，進行與模擬病人/個案互動的自殺衡鑑晤談，及晤談完之風險評估紙筆測驗；以預試學生的實際表現進行教案難易程度之確認，並進行之後評估測驗流程的修訂。

**6. 評分者的招募與訓練：**本研究共招募三位評分者，皆具有臨床心理學博士學位及臨床心理師執照。透過本研究舉辦之「評分者訓練工作坊」（共計10小時）來訓練模擬病人/個案評估模式的評分者，其訓練包括自殺衡鑑晤談的臨床技能評分表評估與修訂，透過模擬病人/個案模擬演練及預試時所錄製的錄影帶，進行模擬評分，並經討論訂定評分標準與形成評分共識，以確保評分者間的一致性(藍玉玲，2010)。上述嚴謹的評分者訓練及評分程序，提高了本研究成效評估結果的可靠性。

### (三) 研究程序

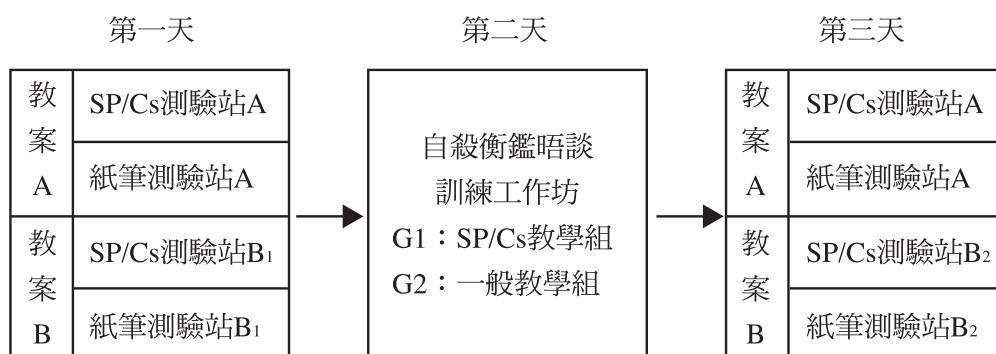
以模擬病人/個案模式作為主要評估方式之信效度已在藍玉玲(2010)的研究中獲得初步驗證，因此本研究以藍玉玲、劉彥君與高聖博(2011)所提出的心理學客觀結構式臨床測驗為驗證訓練成效的評估方法，於自殺衡鑑訓練課程實施前及實施後，受試者接受兩次晤談技能的評估，以比較受試者自殺衡鑑晤談能力的變化，來評估SP/Cs教學組與一般教學組在增加受試者的臨床晤談技巧上是否有差異。本研究於2010年8月起，開始上述之相關前置規畫及作業，於2011年4月期間執行自殺衡鑑訓練課程，其進行流程如下(圖一)：

第一天與第三天之前測與後測各有兩組自殺衡鑑的測驗站，每組測驗站包含一個15分鐘的模擬病人/個案測驗站(SP/Cs測驗站)及一個20分鐘的紙筆測驗站。每一組測驗站皆以同一個教案為測驗內容，由三位模擬病人/個案輪流扮演。考站順序則依

受試者編號隨機分派，目的是為平衡因第一站經歷的教案及不同模擬病人/個案的扮演而產生的誤差。每位受試者都將先進入SP/Cs測驗站，透過與SP/Cs的直接互動來評估受試者自殺衡鑑晤談的能力；待完成SP/Cs測驗站後，接著進入紙筆測驗站，依據與SP/Cs晤談互動所得的資料進行自殺風險評估。本研究共以三個不同的教案(教案A、B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>)進行能力評估，前測以教案A、B<sub>1</sub>進行評估，後測則以A、B<sub>2</sub>進行評估。教案B<sub>1</sub>與B<sub>2</sub>經4位碩二研究生的預試結果，及四位臨床心理學博士之專家評估，確認兩個教案具相同的難易程度。同時也確認教案A的難度高於教案B<sub>1</sub>與B<sub>2</sub>。因此，本研究的前測與後測在測驗難度上是相當的。

1. **SP/Cs測驗站：**透過與SP/Cs的現場互動，請評分者就受試者在自殺衡鑑晤談中的四項實務能力進行評估，包含「病史詢問」、「自殺衡鑑」、「溝通技巧」與「專業關係」。每個SP/Cs測驗站皆有兩位評分者輪流評分，每位受試者在每站有一位評分者進行現場評分。

2. **紙筆測驗站：**本研究透過問答题形式評估受試者是否能依據在SP/Cs測驗站中晤談所獲得的資訊，做出適當的自殺風險評估。紙筆測驗站之評分由兩位具臨床心理學博士學位與臨床心理師證照之大學教師擔任評分者，兩位評分者在正式評分前，已先就每題問答题的適當答案(滿分答案)進行討論並設定評分標準。評分者以此評分標準預評三份考卷，就預評的結果進行評分標準的修訂並建立一套具共識的評分原則。在正式評分時，試卷經匿名處理並由兩位評分者獨立進行評分，以1-100分進行評分，若總分相差16分以上，評分者會就其差異進行討論並重新各自評分，受



圖一

試者的紙筆站分數採用兩位評分者的平均分數。

每位受試者於研究結束後，皆會收到紙本形式的評估結果，內容包括前測與後測的分數及評分老師於現場評分當時寫下的質性回饋，讓受試者瞭解自己在自殺衡鑑晤談的表現。

## (四) 研究工具

### 1. 自殺衡鑑晤談能力評估表

本研究以藍玉玲(2010)所發展的臨床技能評分表為主要評估架構，依自殺衡鑑教案的內容，進行SP/Cs測驗站評分項目的修訂。修訂過程是請三位具有臨床心理學博士學位及臨床心理師執照的專家，依文字敘述清楚、包含單一評分標準、評估項目明確、適用於本次受測者等標準，逐一檢視「自殺衡鑑晤談能力評估表」的各個評分項目是否適用於本研究，就專家討論內容進行評估表的修訂。最後評分向度包含「病史詢問」(例如情緒狀態的變化、就醫史、社會支持等)、「自殺衡鑑」(例如引發自殺的壓力源、自殺計畫、自殺史等)、「溝通技巧」(例如開放式問題、同理等)、「專業關係」(例如適當的身體語言、敏感度、支持個案等)等四項能力。教案A與B(B<sub>1</sub>與B<sub>2</sub>)依教案內容在評分細項上略有不同。針對四項能力中的具體評分細項，皆以五點量表來評估受試者的能力表現品質。同時，針對SP/Cs測驗站的整體臨床表現，也以1-100分進行評分，並設定70分為碩一研究生的通過分數。在受試者與模擬病人/個案進行自殺衡鑑晤談時，評分者於現場評估受試者在進行「自殺衡鑑晤談」時的整體臨床能力。

### 2. 自殺風險評估紙筆測驗卷

此紙筆測驗卷以2題問答題形式評估受試者是否能依據在SP/Cs測驗站中自殺衡鑑晤談所獲得的資訊，做出適當的自殺風險程度評估，並說明其臨床判斷的依據，測驗卷總分為100分。

### 三、研究結果

在進行兩組考生的前後測比較前，研究者先針對兩個SP/Cs測驗站前、後測之評量試題，分別進行校正項目與總分相關係數(corrected item-total correlation)的檢驗；相關係數愈高，則表示該評分項目與其他評分項目的相對關聯性高，其內部一致性亦愈高。評分項目在前測或後測之相關係數小於.3者，即予以刪除。教案A原有21題評分項目，依上述標準刪除5個評分項目，最後保留16題評分項目。教案A前測刪題前的Cronbach's  $\alpha$ 為.74，刪題後為.79；後測刪題前的Cronbach's  $\alpha$ 為.75，刪題後為.81。教案B原有25題評分項目，刪除8個評分項目後，保留17題評分項目。前測刪題前的Cronbach's  $\alpha$ 為.68，刪題後為.73；後測刪題前的Cronbach's  $\alpha$ 為.76，刪題後為.80。

此外，為瞭解考生的表現是否受到不同評分者、不同的模擬病人/個案或是考站順序的影響，研究者以曼－惠特尼U考驗法(The Mann-Whitney U test)和克－瓦二氏單因子等級變異數分析(Kruskal-Wallis Test)比較組間的差異。結果顯示：前測同一SP/Cs測驗站兩評分者的整體評分和不同考站順序分數均未達顯著，Z值介於-.030~1.62， $p$ 值均大於.05。在同一教案中，考生的表現也沒有受到不同模擬病人/個案的影響(教案A  $\chi^2=1.26$ ,  $p=.79$ ；教案B  $\chi^2=1.26$ ,  $p=.22$ )，因此以下的分析，將採計每一考生在兩個SP/Cs考站分數的平均，分別代表受試者臨床晤談前測和後測的分數。

為考驗兩種教學法之成效，同時考量本研究樣本人數少較容易受到組間差異的影響，研究者先考驗SP/Cs教學組和一般教學組在會談各項表現前測之差異，結果顯示：兩組受試者在自殺衡鑑晤談整體表現以及各分項表現的前測分數，其差異皆未達顯著，Z介於值-.49~-1.52間， $p$ 值均大於.05。由此可假設SP/Cs教學組和一般教學組在前測晤談技能的表現，沒有顯著的差異。以下的分析，將針對兩組受試者在後測SP/Cs測驗站的各項表現進行分析。自殺衡鑑晤談技能整體表現以及各分項表現的前測平均數及標準差見表一。



表一 受試者SP/Cs測驗站的各項表現之平均數(標準差)及通過人數

評量項目	SP/Cs測驗站A				SP/Cs測驗站B				平均分數			
	SP/Cs教學組		一般教學組		SP/Cs教學組		一般教學組		SP/Cs教學組		一般教學組	
	前測	後測	前測	後測	前測	後測	前測	後測	前測	後測	前測	後測
自殺衡鑑晤談	63.00	73.58	60.36	71.82	67.42	73.50	66.64	70.27	65.20	73.54	63.50	70.63
整體表現(0-100)	(5.62)	(5.05)	(3.61)	(6.82)	(3.84)	(70.27)	(2.46)	(8.03)	(3.34)	(5.37)	(1.26)	(6.91)
病史詢問	1.25	1.11	.91	.91	1.04	1.35	1.13	1.27	1.15	1.23	1.02	1.09
	(.71)	(.62)	(.47)	(.53)	(.51)	(.48)	(.74)	(.62)	(.47)	(.46)	(.45)	(.45)
自殺衡鑑	.54	2.18	.43	2.02	.75	1.54	.89	1.48	.82	1.86	.61	1.74
	(.35)	(.43)	(.25)	(.45)	(.51)	(.35)	(.35)	(.59)	(.41)	(.32)	(.25)	(.44)
溝通技巧	1.75	2.63	1.45	2.18	1.61	3.03	1.64	2.79	1.68	2.92	1.55	2.48
	(.45)	(.53)	(.57)	(.46)	(.47)	(.41)	(.50)	(.64)	(.43)	(.33)	(.34)	(.52)
專業關係	1.75	2.60	1.51	2.06	1.95	3.14	1.56	2.92	1.65	2.78	1.51	2.41
	(.46)	(.37)	(.43)	(.34)	(.44)	(.44)	(.28)	(.57)	(.19)	(.22)	(.21)	(.27)
通過人數 (70分為及格)	2	10	0	6	2	10	1	5	2	10	0	5

### (一) 工作坊前後自殺衡鑑晤談能力的變化

本研究結果顯示，不論是SP/Cs教學組或是一般教學組，在參加工作坊後，其自殺衡鑑晤談技能都有顯著的成長。Wilcoxon符號等級檢定顯示，兩組受試者在前後測的分數，除了病史詢問以外，差異均達顯著。SP/Cs教學組在「整體表現」、「自殺衡鑑」、「溝通技巧」以及「專業關係」的Wilcoxon檢定Z分數介於-2.90~-3.06間，所有 $p$ 值均 $<.01$ ；一般教學組在以上四項的Z分數則介於-2.49~-2.95間，所有 $p$ 值則介於 $<.05$ 至 $<.01$ 間，此結果顯示，兩組受試者在後測的整體表現分數，及除了病史詢問以外的各分項能力表現的分數都優於前測。

### (二) 自殺衡鑑晤談能力整體表現及分項能力表現

為了瞭解SP/Cs教學組和一般教學組在參加不同教學方式的工作坊後，其自殺衡鑑晤談技能是否有差別，研究者以曼－惠特尼U考驗法比較兩組的自殺衡鑑晤談整

airiti

體分數是否有差異。結果顯示，兩組受試者在後測的自殺衡鑑晤談整體分數沒有顯著差異( $Z=-.77, p=.44$ )。但研究者以預先設定之通過標準(整體表現分數 $>70$ )作為切截分數，將受試者的表現區分為通過或未通過，以卡方檢定比較兩組受試者的通過人數，結果顯示兩組有顯著差異( $\chi^2(1, N=22)=3.63, p=.049$ )，SP/Cs教學組12人中有10人通過，一般教學組11人中只有5人通過。進一步將受試者前測的表現納入比較，SP/Cs教學組有兩位受試者前、後測都通過，因此在後測中表現提升者有8位，另外4位的學習表現沒有改變；一般教學組沒有人通過前測，在後測表現提升者有5位，另外6位受試者的表現沒有改變。兩組受試者在參加自殺衡鑑晤談訓練工作坊後，SP/Cs組相較於一般教學組，其自殺衡鑑晤談能力表現提升的勝算比(odds ratio)為2.40。

進一步分析兩組受試者在自殺衡鑑晤談各分項的臨床表現差異，則可發現SP/Cs教學組和一般教學組在「病史詢問」和「自殺衡鑑」的分數上，差異未達顯著( $Z$ 分別為 $-.43$ 和 $-.46, p=.067$ 及 $p=.064$ )。但在「溝通技巧」和「專業關係」的表現上，兩組則有顯著的差別( $Z$ 分別為 $-2.10$ 和 $-3.21, p<.05$ 及 $p<.001$ )，SP/Cs教學組在「溝通技巧」和「專業關係」的分數均高於一般教學組。兩組受試者之自殺衡鑑晤談整體表現以及各分項表現的後測平均數及標準差見表一。

若再進一步以自殺衡鑑晤談的各項前測成績為共變數，從表二可知，SP/Cs教學組和一般教學組在自殺衡鑑晤談「整體表現」、「病史詢問」和「自殺衡鑑」均沒有顯著的差異，但在「溝通技巧」以及「專業關係」的表現，則是SP/Cs教學組明顯高於一般教學組，且均達非常顯著水準( $p<.001$ )。

以上的結果顯示，SP/Cs教學組和一般教學組在後測的整體分數，沒有顯著的組間差異，不過，SP/Cs教學組在參加自殺衡鑑晤談教學訓練後，溝通技巧和專業關係的能力，明顯高於一般教學組。此外，在通過/未通過的人數的比較上，SP/Cs組則顯著多於一般教學組。

### (三) 自殺衡鑑紙筆測驗站表現

受試者在每一SP/Cs測驗站後的紙筆測驗站表現，由兩位評分者依事先擬定的評分規則進行獨立評分。兩位評分者的分數以組內相關係數(intra-class correlation

表二 SP/Cs教學組和一般教學組自殺衡鑑晤談能力後測分數之共變數分析結果  
(以前測分數為共變量)

評量項目	<i>F</i>	<i>P</i>
自殺衡鑑晤談整體表現	.40	.54
病史詢問	.22	.64
自殺衡鑑	.02	.89
溝通技巧	5.19	.03*
專業關係	9.10	.007**

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

coefficient, ICC)檢驗其一致性，檢驗的標準則依Cicchetti(2001)所建議：ICC係數小於0.40表示評分者間信度差，係數介於0.4~.59間則是普通，係數介於0.60~.74表信度佳，分數大於.74則表示有優良的信度。兩位評分者間的ICC係數在前測兩個考站分別為.97和.96，後測兩個考站的ICC分數則為.94和.99，此結果顯示在紙筆測驗的評分者間有極佳的一致性。受試者在每一站的紙筆測驗成績，以兩評分者的平均分數計之。兩組學生在各站之前後測紙筆測驗平均數及標準差見表三。

以曼－惠特尼U考驗檢視兩組受試者在各站及整體平均的前、後測紙筆測驗，其差異皆未達顯著， $p$ 值均大於.05， $Z$ 值如表四。控制前測分數的共變數分析也顯示，兩組受試者的紙筆測驗成績沒有顯著差異。

進一步檢視受試者在參加工作坊前後，其自殺衡鑑紙筆測驗分數的差異。Wilcoxon符號等級檢定顯示，SP/Cs教學組的Wilcoxon檢定 $Z$ 分數在兩個考站及整體平均分數介於-1.33~-1.61間，所有 $p$ 值均大於.05；一般教學組考站A的 $Z$ 分數為-2.14( $p < .05$ )，不過在考站B及整體平均則未達顯著( $Z$ 值分別為-.71及-1.6)。

以上的結果顯示，SP/Cs教學組和一般教學組在紙筆測驗站後測的表現，沒有顯著的組間差異。SP/Cs教學組的受試者在參加訓練工作訪的前、後，紙筆測驗的分數沒有顯著組內差異，一般教學組則是在考站A的後測紙筆測驗成績，顯著高於前測成績，不過整體平均分數並沒有顯著的組內差異。

表三 兩組受試者紙筆測驗之平均數(標準差)

紙筆測驗 教學組	考站A			考站B			平均分數		
	SP/Cs	一般	Z值	SP/Cs	一般	Z值	SP/Cs	一般	Z值
前測	59.58 (11.21)	56.00 (16.65)	-.53	62.79 (11.60)	58.50 (9.92)	-.92	61.19 (10.56)	57.25 (10.78)	-.84
後測	62.50 (16.02)	69.09 (9.43)	-1.14	66.67 (18.75)	62.73 (20.54)	-.28	64.58 (15.44)	65.91 (11.14)	-.37

## 四、討論與建議

目前多數關於臨床技能訓練的成效研究，多數是以自評工具評量訓練成效(吳秀碧，2010；許育光，2009；張靜怡、蕭文，2000；曾迎新、連明剛，2009)，因此無法得知學生是否真的因接受訓練後在實務技能上真的有所成長。因此本研究採用實作測驗的方式，以模擬的臨床情境客觀評估學生經過不同教學模式後，其實務能力表現的改變。本研究的主要目的在於比較模擬病人/個案訓練模式的教學與一般教學法，在訓練自殺衡鑑晤談的實務能力上，其學習成效是否有差異；同時試圖驗證模擬病人/個案訓練模式與一般教學模式，在特定實務能力向度上的訓練效果是否有差異。

本研究的結果顯示經過兩種教學法的訓練課程，兩組學生的自殺衡鑑晤談的整體表現皆有進步。具體來說，在知識層面的能力，意即瞭解「自殺衡鑑」的理論架構及評估向度上，兩組學生的現場表現，於訓練後皆有進步，而且在整體進步的幅度上兩組沒有顯著差別。這樣的結果顯示：不論教學方法為何，學生皆可由訓練課程中增加自殺衡鑑晤談知識層面的能力。關於「病史詢問」兩組於訓練前後皆無顯著差異，推論可能是受試者在上過自殺衡鑑課程後，更瞭解自殺過程中與病人/個案建立關係及溝通的重要性，因此於15分鐘的衡鑑晤談中，學生較專注於對病人表達同理心、敏於體察病人需求等能力的展現，而比較少將注意力放在資訊的蒐集上。

從參與訓練學生的整體表現分數來看，兩種教學法似乎並無優劣之分，其原因可能是，本研究每個SP/Cs測驗站僅用15分鐘來評估學生的表現，對於自殺衡鑑晤談整體能力的提升，在短時間中可能無法完整的呈現及評估；但若以先前專家設定

airiti

的通過標準來看，SP/Cs教學組的受試者在後測的通過率顯著的比一般教學組的受試者高，從這樣的結果說明以模擬病人/個案模式訓練學生自殺衡鑑的實務技能，就某方面來說是優於採取個案討論或影片觀摩的教學方式；而「溝通技巧」和「專業關係」的表現似乎是決定受試者是否通過符合碩一學生應有實務能力表現的關鍵影響因素。

本研究的兩組教學法，最大的差別在於「模擬互動」及「立即性回饋」的運用程度：SP/Cs教學組是運用與模擬病人/個案互動的方式，讓學生在臨場互動的經驗中練習如何進行自殺衡鑑晤談，且演練過程中可獲得同儕及講師對自身能力表現的立即性回饋；而一般教學組則是學生在觀摩晤談教學影片後，進行課堂討論，學習如何進行自殺衡鑑晤談。本研究的結果顯示，兩組教學法對於學生在學習成效的差別，主要反映在學生和病人/個案建立關係及溝通的能力，具體來說即是學生對病人專注傾聽、表達同理心、敏於體察病人需求的能力。雖然兩組學生在這些能力的表現，經訓練後的表現皆有進步，但SP/Cs教學組進步的幅度比一般教學組來得大，進步幅度的差異已達統計上的顯著，這表示模擬病人/個案訓練模式在針對技巧與態度部分的訓練效果確實比較好。依情境學習的概念，與模擬病人/個案互動的模擬訓練，其貼近真實世界的程度，比屬於真實工作情境片段導覽的案例影片觀摩來得高(McLellan, 1996)，因此與情境密不可分的技巧及態度層面的臨床能力，在愈接近真實情境的學習模式下應獲得較好的學習效果，本研究的結果驗證了這個概念。

然而，以紙筆測驗來檢驗兩組學生是否能運用課程中所學的知識，從晤談中收集到的資料來做適當的自殺風險評估判斷，兩組學生的臨床判斷能力經訓練課程後，並沒有明顯的進步；推論臨床判斷能力的養成並不是短時間的訓練課程可以達到的，可能需要更多的經驗累積，或是不同的教學方式，才能看到其學習效果。

從Borden與McIlvried(2010)提出的專業心理學評估與教學之方塊模式(Assessment and Pedagogy Cube)來看，本研究的結果驗證了他們認為針對KSAs的專業能力培養，應有不同的教學及訓練方法來獲得較佳的訓練成效的概念。針對知識部分的專業能力，可由教導式的講課或教學方法來訓練，技巧部分的專業能力則需要靠觀察及實務練習來培養，而越逼真的模擬情境演練效果越好(吳秀碧，2010)；而



針對態度部分的專業能力也是要由體驗性的教學方式來培養，透過模擬病人/個案訓練模式提供的模擬情境及立即性回饋，學生在過程中產生的自我察覺，是增進專業態度較好的訓練方式。

從認知心理學中關於「專精」的相關認知歷程研究發現，「專精」需要透過「精緻的練習(*deliberate practice*)」的過程來達成，「精緻的練習」包含了有定義清楚且難度適當的任務、具建設性及精確的回饋、有機會修正表現中的錯誤及重複練習等要素(Ericsson, 2006)。在目前多數的臨床與諮商實習中，通常是與實際個案或病人互動後，另外安排時間督導，較難有機會回去與個案或病人進行重複的訓練(張靜怡、蕭文，2000)。與「精緻的練習」這種教學策略較相符的安排便是運用模擬的臨床情境，讓學生在由易至難的順序下練習臨床技能，同時接受立即的回饋及有機會立即重新練習該項技能；而模擬病人/個案訓練模式正是完全符合「精緻的練習」的要求。因此，Binder與Wechsler(2010)建議應該在學生接觸真正的病人或個案前，將這樣的模擬訓練安排於學期的課堂教學中，來訓練相關的臨床實務技能。本研究所設計的模擬病人/個案訓練模式確實提供了學生在自殺衡鑑晤談上「精緻的練習」的機會，因此比一般教學法，學生的實務能力有較全面進步。綜合本研究的多項研究結果，未來若將此訓練模式融入現行的碩士班學校訓練，應可縮短實務技能訓練的時程，補足學校教育與實務工作場域中所需能力上的落差。

然而本研究也受到研究方法的各種限制，這些研究發現尚有待進一步考驗，來加以確認。限制與建議分述如下：(1)由於本研究非大量取樣，研究結果可能受到受試者人數少的影響，僅能作為初步參考。因此建議未來可增加受試者人數來進行進一步的驗證。(2)受限於目前的研究規模，本研究SP/C測驗站的時間較短、測驗站站數及每站評分者人數較少，建議未來研究可增加SP/Cs測驗站時間、測驗站數及評分者數，以增加評量方式的客觀性。(3)本研究採取短期密集訓練的工作坊訓練形式，雖然兩組受試者的表現皆有進步，但因目前的研究沒有納入後續的追蹤研究，學生於工作坊中獲得的學習效果是否能延續至日後實際工作場域，尚待未來的研究進一步驗證。(4)由於採用模擬病人/個案訓練模式的人力及經濟成本較高，建議有意採用這類教學模式的教師可以採取聯合訓練模式，以核心能力為主軸的規劃方式，運用

同一組教案及模擬病人/個案進行跨課程或跨系所的訓練，運用共同訓練資源達成最佳效益。

最後，本研究的主要目的在發展及設計可增進臨床與諮商專業核心能力的教學訓練模式，建構一套實徵取向的教學方法。從本研究的初步發現，也驗證了情境學習的教學模式，的確可以加強臨床與諮商心理學中強調溝通、人際互動技巧的核心能力要求。雖然受到研究方法的一些限制影響，只能作為初步性參考，但也希望能藉此引起對諮商與臨床心理專業能力訓練的持續討論與研究，進而提供改進心理師學校教育及訓練課程的參考方向。

## 謝 詞

本研究承蒙國科會補助專題研究計畫(NSC99-2410-H-259-027)之經費支持；本研究亦獲得臨床心理師王瑾婷、林義盛、黃亮韶及臨床與諮商心理學者李維倫教授、林耀盛教授、劉志如副教授、曾幼涵助理教授對研究過程的大力協助；藍玉玲副教授同意其評分表之使用，研究生許雅婷與多位研究助理在研究執行上的協助，在此一併表達最誠摯的感謝之意。

## 參考文獻

- 吳秀碧(2010)：〈系統化訓練模式對諮商團體領導者進階訓練效果之研究〉。《中華輔導與諮商學報》，28期，99-142。
- 李維倫(2011)：〈反思臨床心理學訓練：探究美國「科學家—實務者」模式與專業能力學習的本質〉。《中華心理衛生學刊》，24卷2期，173-207。
- 林綺雲(2009)：〈自殺評估與溝通技巧—自殺防治守門人的十八般武藝〉。《諮商與輔導》，284期，48-55。
- 林耀盛(2011)：〈科學、人文與實務之間：析論臨床心理學的訓練和發展〉。《中華心理衛生學刊》，24卷2期，279-310。

柯永河(2008)：〈台灣臨床心理學會2008/9/27集思會議講稿〉，見台灣臨床心理學會(編)：《2008年臨床心理師養成教育集思會會議手冊》。台北市：台灣臨床心理學會。

許文耀、王德賢、陳喬琪、陳明輝(2006)：〈影響自殺企圖者的自殺危險性發生路徑之檢驗〉。《中華心理學刊》，48卷1期，1-12。

許文耀、林宜旻(1999)：〈自殺危險性發生模式驗證〉。《中華心理學刊》，41卷1期，87-108。

許文耀、陳明輝(2004)：〈社區企圖自殺者的預測因子〉。《台灣臨床心理學刊》，1期，40-48。

許文耀、鍾瑞玫(1997)：〈「自殺危險程度量表」的編製及其信、效度考驗〉。《中華心理衛生學刊》，10卷2期，1-17。

許育光(2009)：〈碩士層級受訓團體諮商師參與“螺旋式領導取向”培訓之成效與介入能力學習經驗分析〉。《教育心理學報》，41卷，321-344。

陳慧娟(1998)：〈情境學習理論的理想與現實〉。《教育資料與研究》，25期，47-55。

張靜怡、蕭文(2000)：〈專業實習課程對準諮商員諮商能力發展之分析研究—以彰化師大為例〉。《彰化師大輔導學報》，21期，1-36。

曾迎新、連明剛(2009)：〈Egan與Chiu諮商師訓練模式受訓學員自我能力評價〉。《家庭教育與諮商學刊》，7期，73-113。

廖士程、李明濱(2006)：〈一般醫學情境之自殺危險性評估〉。《臺北市醫師公會會刊》，50卷3期，30-36。

劉彥君、藍玉玲、高聖博(2011)：〈情境學習導向的臨床心理學教育：標準化病人訓練之應用與挑戰〉。《中華心理衛生學刊》，24卷2期，247-278。

藍玉玲(2010)：〈心理衡鑑能力客觀結構式臨床測驗的發展與前導研究〉。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告，計畫編號：NSC-98-2410-H-259-016。

藍玉玲、劉彥君、高聖博(2011)：〈另一種心理師專業能力的評量模式：客觀結構式臨床測驗模式在心理學的應用〉。《中華心理衛生學刊》，24卷2期，209-

- Adamo, G. (2003). Simulated and standardized patients in OSCEs: Achievements and challenges 1992-2003. *Medical Teacher*, 25(3), 262-270.
- American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *The American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1-60.
- Bantjes, J., & van Ommen, C. (2008). The development and utilization of a Suicide Risk Assessment Interview Schedule. *South African Journal of Psychology*, 38(2), 391-411.
- Barrows, H. S. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Academic Medicine*, 68(6), 443-451.
- Barsky, A., & Coleman, H. (2001). Evaluating skill acquisition in motivational interviewing: The development of an instrument to measure practice skills. *Journal of Drug Education*, 31, 69-82.
- Binder, J. L., & Wechsler, F. (2010). The intervention competency. In M. B. Kenkel & R. L. Peterson (Eds.), *Competency-Based Education for Professional Psychology* (pp. 105-123). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bongar, B., & Harmatz, M. (1991). Clinical psychology graduate education in the study of suicide: Availability, resources, and importance. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 231-244.
- Borden, K. A., & McIlvried, E. J. (2010). Applying the competency model to professional psychology education, training, and assessment: mission bay and beyond. In M. B. Kenkel & R. L. Peterson (Eds.), *Competency-Based Education for Professional Psychology* (pp. 43-53). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, G. K. (2000). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. Retrieved December 30, 2009, from [http://www.suicidology.org/c/document\\_library/get\\_file?folderId=235&name=DLFE-113.pdf](http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=235&name=DLFE-113.pdf).
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of*

*clinical psychology*, 62(2), 185-200.

- Buckingham, C. D., Adams, A., & Mace, C. (2008). Cues and knowledge structures used by mental-health professionals when making risk assessments. *Journal of mental health*, 17(3), 299-314.
- Chodos, D., Naeimi, P., & Stroulia, E. (2009). An integrated framework for simulation-based training on video and in a virtual world. *Journal of Virtual Worlds Research*, 2(1), 1-28.
- Cichetti, D. V. (2001). The precision of reliability and validity estimates revisited: Distinguishing between clinical and statistical significance of sample size requirements. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(5), 695-700.
- Coyle, B., Miller, M., & McGowen, K. R. (1998). Using standardized patients to teach and learn psychotherapy. *Academic Medicine*, 73(5), 591-592.
- Dall'Alba, G., & Barnacle, R. (2005). Embodied Knowing in Online Environments. *Educational Philosophy and Theory*, 37(5), 719-744.
- Dexter-Mazza, E. T., & Freeman, K. A. (2003). Graduate training and the treatment of suicidal clients: The students' perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(2), 211-218.
- Dotger, B., Harris, S., & Hansel, A. (2008). Emerging authenticity: The crafting of simulated parent-teacher candidate conferences. *Teaching Education*, 19(4), 335-347.
- Edinger, W., Robertson, J., Skeel, J., & Schoonmaker, J. (1999). Using standardized patients to teach clinical ethics. *Medical Education Online*, 4(4). Retrieved April 1, 2013, from <http://med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/4306/4497>.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226-235.
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. Feltovich & R. R. Hoffman (Eds.), *Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp. 685-706). Cambridge, UK: Cambridge University Press.



- Gibbons, M. M., & Studer, J. R. (2008). Suicide awareness training for faculty and staff: A training model for school counselors. *Professional School Counseling, 11*(4), 272-276.
- Harden, R. M., Stevenson, M., Downie, W. W., & Wilson, G. M. (1975). Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Medical Education, 1*, 447-451.
- Higgins, N., Watts, D., Bindman, J., Slade, M., & Thornicroft, G. (2005). Assessing violence risk in general adult psychiatry. *Psychiatric Bulletin, 29*, 131-133.
- Hodges, B., Hanson, M., McNaughton, N., & Regehr, G. (2002). Creating, monitoring, and improving a psychiatry OSCE. *Academic Psychiatry, 26*(3), 134-161.
- Hung, D., & Chen, D. T. (2001). Situated cognition, Vygotskian thought and learning from the communities of practice perspective: Implications for the design of web-based E-learning. *Educational Media International, 38*(1), 3-12.
- Kaslow, N. J. (2004). Competencies in professional psychology. *American Psychologist, 59*(8), 774-781.
- Kaslow, N. J., Rubin, N. J., Bebeau, M. J., Leigh, I. W., Lichtenberg, J. W., Nelson, P. D., ... Smith, I. L. (2007). Guiding principles and recommendations for the assessment of competence. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(5), 441-451.
- Kaslow, N. J., Rubin, N. J., Forrest, L., Elman, N. S., Van Horne, B. A., Jacobs, S. C., ... Thorn, B. E. (2007). Recognizing, assessing, and intervening with problems of professional competence. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(5), 479-492.
- Klamen, D. L., & Yudkowsky, R. (2002). Using standardized patients for formative feedback in an introduction to psychotherapy course. *Academic Psychiatry, 26*(3), 168-172.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leigh, I. W., Smith, I. L., Bebeau, M. J., Lichtenberg, J. W., Nelson, P. D., Portnoy, S., ... Kaslow, N. J. (2007). Competency assessment models. *Professional Psychology: Re-*

- search and Practice*, 38(5), 463-473.
- Lichtenberg, J. W., Portnoy, S. M., Bebeau, M. J., Leigh, I. W., Nelson, P. D., Rubin, N. J., ... Kaslow, N. J. (2007). Challenges to the assessment of competence and competencies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 474-478.
- Light, D. (1976). Professional problems in treating suicidal persons. *Omega*, 7(1), 59-68.
- Linsk, N., & Tunney, K. (1997). Learning to care: Use of practice simulation to train health social workers. *Journal of Social Work Education*, 33(3), 473-489.
- Luntley, M. (2005). The Character of Learning. *Educational Philosophy and Theory*, 37(5), 689-704.
- McLellan, H. (1996). Evaluation in a situated learning environment. In H. McLellan (Ed.), *Situated Learning Perspectives*. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.
- Melluish, S., Crossley, J., & Tweed, A. (2007). An evaluation of the use of simulated patient role-plays in the teaching and assessment of clinical consultation skills in clinical psychologists' training. *Psychology Learning and Teaching*, 6(2), 104-113.
- National Research Council. (2000). *How People Learn: Brain, Mind, Experience, and School (expanded Ed.)*. Washington, DC: National Academy Press.
- Oordt, M. S., Jobes, D. A., Fonseca, V. P., & Schmidt, S. M. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicide behavior: Can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide and Life-threatening behavior*, 39(1), 21-32.
- Peterson, R. L., Peterson, D. R., Abrams, J. C., Stricker, G., & Ducheny, K. (2010). The National Council of Schools and Programs of Professional Psychology Educational Model 2009. In M. K. Kenkel & R. L. Peterson (Eds.), *Competency-based education professional psychology* (pp.13-42). Washington, DC: American Psychological Association.
- Philadelphia College of Osteopathic Medicine. (2009). *Doctor of Psychology (PsyD) in Clinical Psychology*. Retrieved May 12, 2009, from [http://www.pcom.edu/Academic\\_Programs/aca\\_psych/PsyD\\_in\\_Clinical\\_Psychology/psyd\\_in\\_clinical\\_psychology.html](http://www.pcom.edu/Academic_Programs/aca_psych/PsyD_in_Clinical_Psychology/psyd_in_clinical_psychology.html).

airiti

Ponce School of Medicine. (2009). *Clinical Training Sequence*. Retrieved May 12, 2009, from [http://www.psm.edu/Academic%20Affair%20&%20Programs/programs/PsyD/PsyD\\_clinical\\_sites.htm](http://www.psm.edu/Academic%20Affair%20&%20Programs/programs/PsyD/PsyD_clinical_sites.htm).

Rickles, N. M., Tieu, P., Galal, S., & Chung, V. (2008). *The Impact of a Standardized Patient Program on Student Learning of Communication Skills*. Paper presented at the American Association of Colleges of Pharmacy Annual Meeting, Chicago. Retrieved March 4, 2009, from [http://www.allacademic.com/meta/p255848\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p255848_index.html)

Rosenberg, J. I. (1997). Expertise research and clinical practice: A suicide assessment and intervention training model. *Education Psychology Review*, 9(3), 279-296.

Ross, M., Carroll, G., Knight, J., Chamberlain, M., Fothergill-Bourbonnais, F., & Linton, J. (1988). Using the OSCE to measure clinical skills performance in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 13(1), 45-56.

Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York: Guilford.

Rushforth, H. E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): Review of literature and implications for nursing education. *Nurse Education Today*, 27(5), 481-490.

Shea, S. C. (2002). *The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors*. New Jersey: Wiley & Sons, Inc.

Wingate, L. R., Joiner, T. E., Walker, R. L., Rudd, M. D., & Jobes, D. A. (2004). Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment. *Behavioral Sciences and the Law*, 22(5), 651-665.

# Use of Simulated Patients/Clients in Suicide Assessment Interview Training

YEN-CHUN LIU, WAN-LAN CHEN

**Purpose:** The goal of this study is to compare the effectiveness of the Simulated Patients/Clients training (SP/CsT) and Regular training (RT) methods for teaching suicide assessment interviews to novices in clinical and counseling psychology. The efficiency of the different training methods in fostering suicide assessment interview competence is also assessed. **Methods:** Twenty three first-year graduate students whose average age is 24 (5 males and 18 females), majoring in clinical or counseling psychology participated in a suicide assessment interview-training workshop. Students were randomly assigned to the SP/CsT or RT group. All students received pre- and post-training evaluations of their level of competency. The evaluations included a live interview examination with a simulated patient/client and an easy written exam of suicide risk assessment. **Results:** After the workshop, the global performance scores of the SP/CsT and RT groups in the suicide assessment interviews significantly improved, but there was no difference between the two groups. However, the number of students who passed the post-training interview test (cutoff score of 70) in the SP/CsT group was statistically greater than in the RT group. Additionally, the post-training performance of the SP/CsT group on communication skills and relation-building skills was statistically better than the RT group. However, there was no improvement on the written exam score after training for either group. **Conclusions:** The results support that the two training methods differ in efficacy on achieving the training outcomes of professional knowledge, skills, and attitudes in a particular competency area, and that situated learning (SP/CsT) is more effective than the regular method in training student's communication and relation-building skills.

**Key words:** competency-based training, situated learning, simulated patients, simulated clients, suicide assessment interview

---

Yen-Chun Liu: Assistant Professor, Department of Counseling and Clinical Psychology, National Dong Hwa University.  
(Corresponding Author, e-mail: yencliu@mail.ndhu.edu.tw)

Wan-Lan Chen: Associate Professor, Department of Human Development, Tzu Chi University.