

美軍的心理衛生工作簡介及其對國軍之啟示¹

顏志龍

陳彰儀

政治大學心理系
博士生

政治大學心理系
教授

本文以文獻回顧的方式，探討美軍的心理衛生工作（以下簡稱心衛工作）之實施狀況，內容包含美軍臨床心理學之發展簡史、心衛工作之制度、功能（含戰時、平時）、軍牧制度、心衛工作人員的選訓用、心衛工作之實施（含自殺防治及藥酒癮處理）、倫理議題等，以提供我國軍隊之心衛工作及未來軍事臨床心理學發展之參考。在探討上述議題後，本文認為未來國軍在心衛工作的推行上，有以下值得努力的方向：在人員上（一）強化心衛工作人員專業性，尤其以長期培訓（如碩士）為訓練目標；（二）加強專業知能與外界環境的接軌，以提昇心衛工作人員的職業承諾及士氣。在制度上（三）善用民間資源，以強化心衛工作成效並促進雙向交流；（四）建立合理的個案篩檢標準，以提昇心衛工作效能；（五）考量人員專業程度，以作為制定法令之依據；（六）使心衛體系成為專業系統、或任用外聘人員，來彌補組織文化對心衛工作所可能造成之限制。在觀念上（七）重新定位心衛工作的角色，視心衛工作為「補救」而非「預防」機制，並強化真正的預防機制（如甄選、訓練、人員安置）；（八）重新考量軍中心衛工作成效效標，以整體戰力而非狹義的數據作為效標。

關鍵詞：心理輔導、臨床心理、美軍、軍事心理學、心理衛生

¹由於關於美軍心衛工作之資料有限，因此本文並不特別區分諮商、輔導、臨床等名詞，在本文中這些名詞將視需要互用，並統稱之為心衛工作，泛指軍中協助處理軍隊成員心理狀態之各種活動。

壹、緒論

心理衛生工作（以下簡稱心衛工作）是軍事心理學中重要的一環。由於人是組織中最重要資產，也因此如何善用人力就一直是人事心理學中所最關心的問題。一般的企業組織強調人員的甄選、訓練、考核，以提昇人力資源效能；然而對軍隊而言，除了甄選、訓練、考核的有效實施外，還必須輔以有效的心理輔導作為，才能確實發揮戰力。其原因在於一般企業組織遇有不適任人員時，可以把不適任人員解雇，重新聘任適任的人員。然而軍事組織之特性不同於一般組織，在平時（尤其是募兵制下），基於軍事訓練之艱苦、任務之危險性等因素，通常難以募得充足的兵源；而在戰時，人員取得更是不易。因此如何強化心衛工作實務，使得不能作戰的士兵能迅速的重返戰場，很可能是決定戰爭成敗的重要關鍵。所以，對軍隊而言，提昇不適任人員之效率，所需付出的代價，遠較重新訓練新的人員來得小。而在我國現行的徵兵制體制中，基於兵員的非志願性特徵，士兵容易肇生適應不良、排斥軍中環境等心理，因此心衛工作亦在軍隊中具有相當程度之重要性。美軍的軍事心理學發展向來居世界之首，美軍一直非常重視心衛工作之實施，其作法殊值國軍之參考。本文將以文獻回顧的方式，探討美軍心衛工作之實施狀況，內容包含美軍臨床心理學之發展簡史、美軍心衛工作之制度、功能（含戰時、平時）、美軍的軍牧制度、心衛工作人員的選訓用、美軍心衛工作之實施（含自殺防治及藥酒癮處理）、倫理議題等，以提供我國軍隊之心衛工作及未來軍事臨床心理學發展之參考。

貳貳、美軍臨床心理學的發展歷史

心理學運用於軍隊的源起，與人事甄選及分類的需求有密不可分的關係，尤其是認知測驗的運用，如陸軍甲種及乙種測驗（the Army Alpha & Beta tests）。而臨床心理學運用於軍中之始，也與軍隊的人事管理及心理測驗有密不可分的關係。在第二次世界大戰期間，基於戰爭的需要，臨床心理學家開始將一些性格測驗，如明尼蘇達多相人格量表（Minnesota Multiphasic Personality Inventory；MMPI），運用於協助評估軍隊士兵的心理健康狀態，以進行人員的甄選及訓練（Rath & Mccarroll，1991）。

二次世界大戰之後，隨著性格心理學、發展心理學及心理治療理論的發展，各種心理治療理論也逐漸地被引介入軍中（O' Hearn，1991）。不過此時

的臨床心理學在軍中的運用，仍然側重於心理衡鑑與評估。從當時美國陸軍所出版的臨床心理學技術手冊（Army technical manual 8-242 for military clinical psychology；簡稱 TM 8-242，Department of the Army，1951）的內容即可看出此一趨勢。在長達 190 頁的手冊中，僅有不到兩頁的篇幅提到心理治療，其餘的部均在談心理測驗及衡鑑，而其內容則包含了著名的魏氏智力測驗（Wechsler-Bellevue Intelligence Scale）和主題統覺測驗（Thematic Apperception Test）。一直到了 1966 年時，此手冊之內容才包含了較為完整的臨床心理學取向。此時的軍事臨床心理學的重點除了心理衡鑑外，亦強調心理問題的預防與處理。而到了越戰後，美軍的軍事臨床心理學之發展才漸趨較為完整（Rath & McCarroll，1991）。

越戰後（約在 1970 年代中期左右），美軍的臨床心理學開始蓬勃發展。在此之前，臨床專業人員在軍中的人數仍然相當少；以空軍為例，在 1973 年之前空軍總共只有 30 個臨床心理學家。不過四年後，臨床心理人員的人數激增為 106 人，陸軍和海軍的臨床心理專業人員也同樣地在 1970 年代中期有大幅的成長。造成此種成長的原因有三：（一）臨床心理學家的專業能力及貢獻，逐漸得到軍隊高層決策者的認同。（二）美軍藥癮、酒癮及家庭問題（如家庭暴力）逐漸嚴重，亟需臨床心理專業人員的介入處理。（三）越戰後，美軍兵役制度全面改為募兵制，造成軍醫人員招募不易，因此遺留下的軍醫空缺，得以挪作招募臨床心理人員之用（O' Hearn，1991）。

由於大量的臨床心理人員進入軍中，當時心理學界所發展的各種心理治療理論也隨著這些專業人員進入軍中。這些理論包含了早期的心理分析取向、案主中心（client-centered）取向、行為治療（behavioral therapy）、認知治療（cognitive therapy）、理情治療（rational emotive therapy）、完形治療（Gestalt therapy）、團體治療、行為團體（behavioral group）、溝通分析（transactional analysis）、行為自控團體（behavioral self-control groups）、家族治療（family therapy）等（詳見 O' Hearn，1991；p. 611~612）。因此，整體而言，美軍的臨床心理學家和學術界的臨床心理學理論發展是同步接軌的，他們通常能快速而有效地將最新的研究與理論，運用於軍隊中。

隨著時代演變迄今，美軍的臨床心理人員在軍隊中扮演著多元的角色。除了直接對病人的診斷治療外，他們亦協助評估士兵的適任程度、給予部隊領導者建議、協助部隊壓力管理，或是一些緊急狀況因應；如九一一恐怖事件發生後的災後重建工作（Clay，2001）。此外，他們亦可能執行一些較特殊的工作，如針對恐怖份子的領導者之性格作分析，以提供反恐決策之參考、以臨

床心理學的角度描繪營區縱火犯之性格圖象，以協助破案等（Rath & Noryon，1991）。

參、美軍心衛工作的制度與功能

一、承平時期的心衛工作的制度與功能

美軍的神經精神病學（neuropsychiatry）及心理健康（mental health）工作，主要由軍醫部長室負責（Office of the Surgeon General, OTSG），其重要任務在於運用心理健康及神經精神病學原理，保持美軍最大的人員戰力（manpower）與運作效率（Ballenger，1998）。因此美軍的心衛工作人員隸屬於軍醫體系。以陸軍為例，其心衛工作人員隸屬於陸軍軍醫局（Army Medical Department, AMEDD）。軍醫局負責管理整個軍隊的醫療體制（包含軍醫院），而大部份的心衛工作人員則是附屬於軍醫院之中，另外少部份的心衛工作人員則附設於美軍的基地之中，執行更基層的心衛工作。

美軍的很多基地或部隊，均自成一個社區（community）。此社區如同一個小鎮一般，擁有自己的警力、消防隊、商店、銀行、行政體系及醫療體系。而這其中亦包含了美軍心理衛生系統中最小的單位組織——社區心理健康中心（Community mental health center），或稱為「社區心理諮商中心」（Community Counseling Center, CCC）（Ballenger，1998）。在社區心理健康中心中，通常有一至二個社工人員、一個臨床心理學家，比較健全的可能還會有兩個心理健康技士（mental health technicians，詳見後述）及一個祕書。而其任務則包含一般及緊急個案的處理及心理治療、測驗實施、評估士兵的適任程度、心理健康問題預防及宣教、重大心理疾患後送等（Rath & Noryon，1991）。

社區心理健康中心無法處理的個案會被送到上一級單位加以處理，此即高級醫療中心（major medical centers）。高級醫療中心為區域（regional）的醫院，它設有病房及收留中心，而其內部設有心理科（psychology department）。其人員編制較為健全：它可能有一個神經心理學家（neuropsychologist）、一個行為健康心理學家（behavioral health psychologist）、一個兒童心理學家（pediatric psychologist）、以及多個臨床心理學家，同時亦會有多個社工人員、精神醫師、護士及心理健康技士。在高级醫療中心裡，個案得以獲得更完善及全面的照護。此外，在高级醫療中

心的心衛工作人員，除了遂行如同社區心理健康中心一樣的臨床心理工作外，他們還和其他的生理醫師有複雜的互動，例如協助改善病患不肯按時吃藥的狀況、協助病患有效地因應其疼痛等（Rath & Noryon, 1991）。

因此，美軍的個案轉介流程基本上是由部隊先轉介至「社區心理諮商中心」作初步處理，視情況需要再轉介至附設於地區性醫院中的「心理科」（此種機制頗類似國軍的三級防處機制）。被轉介的個案必須接受心理健康評估（mental health evaluation），心理健康評估的主要目的是評估個案之心理狀態及其是否適於繼續服役。此評估通常至少包含臨床晤談（clinical interview）、檢視個案病史（a review of medical records）及其他紀錄（如其服役之人事紀錄、由隊職幹部所提供之相關資訊）、心理測驗、生理檢查及其他更專業的測驗。而美軍亦要求心理諮商人員在將個案送回部隊時，至少要提供部隊幹部三類訊息（Department of Defense, 1997a）：

- （一）處置建議（proposed treatment）：如何處置（治療）該個案，直到其心緒穩定。
- （二）預防措施（precautions）：如何避免可能潛在危安事件之發生，其具體內容可能包含：調整單位、避免與某些人接觸、不得持有武器等等。
- （三）適任程度（fitness and suitability for continued service）：評估該個案是否適於繼續從事軍事任務。

除了上述的一般性心理輔導、精神疾病的診療外。美軍的心衛工作人員亦提供一般部隊有關壓力因應、自殺防治等心理健康相關議題之課程（Ballenger, 1998）。

二、戰時的心衛工作的制度與功能

（一）美軍戰時心衛工作內涵

根據美國軍醫局所出版的「戰爭精神醫學」（War Psychiatry）一書中之界定：美軍的軍醫體系，其目的使能夠返回戰場的戰士人數達到最大值（maximize），並儘快後送那些已無法作戰的人員，以降低不必要的犧牲和損失（Jones, Sparacino, Wilcox, Rothberg, Stokes, 1995）。因此，從這個觀點來看，戰時心衛工作的一個重點，在於如何快速而有效地判斷那些人應該返回戰場繼續作戰，而那些人則應儘速後送，避免影響軍心士氣。

美軍在戰時，會派遣一個「戰鬥壓力控制」小組（combat stress control unit）到戰區，這個小組是由一群心理健康專家所組成，其目的在於尋找士兵

可能的壓力源，並予以先期的預防處置（Bartone，1998）。例如 2003 年美伊戰爭時，美軍即派遣二百個以上的心理臨床人員至前線地區，協助處理士兵的戰場壓力問題（顏志龍、卓淑玲，2003）。而其具體作為，則是對士兵戰鬥疲乏（combat fatigue）狀態之診斷與處置，此種戰鬥疲乏指的並非是一種心理失常（mental disorder），而僅是一種對戰場壓力的一般性負向反應。在戰時，心衛工作人員必須針對官兵之戰鬥疲乏狀況加以評估，並對有戰鬥疲乏狀況之個案加以區分為高（severe）、中（moderate）、低（mild）三種狀況，以進行進一步的處置（Ballenger，1998）。由於戰鬥疲乏為一種短期徵狀，只要給予個案適度的休息、睡眠、充足的生活需求及乾淨的環境，則個案在短期內（通常不超過二週）就可以恢復。因此，美軍對戰鬥疲乏個案處理的大原則是「如何能讓個案儘速返回戰場」。也因此戰鬥疲乏個案的處理過程中，心理臨床人員必須表現出視戰鬥疲乏為短期徵狀，以及要儘速讓個案返回戰場的態度，以利其康復。不過在必要時，個案仍有可能被轉介或後送作進一步處理。由於要決定後送或是讓個案儘速返回戰場，通常是一個非常兩難的決策歷程，因此臨床心理人員對其專業性必須有高度的自信心，否則很容易造成自身的耗竭（burn-out）甚或影響整體軍心士氣及戰力（Ballenger，1998）。

在戰時心衛工作人員的另一個任務，是因應戰場狀況，提供不同的協助功能。由於戰場狀況瞬息萬變，而隨之而衍生的心緒障礙也各不相同，因此心衛工作人員必須提供相對應的心緒預防及處置之道，以利戰爭任務之執行。此外，美軍的心理學家，也有可能受命前往戰區，進行戰場壓力及行為的分析與研究，藉由場地研究（field study）來探討戰場壓力源及其因應，以作為美軍未來作戰時之參考，同時此一方面的研究也卓有成效 [有關美軍戰場壓力之研究可參考 Bartone [1998] 或顏志龍、卓淑玲（2003）之論述]。

（二）美軍戰時心理疾患處理流程

美軍有一套配合戰場特性的病患處理流程，此戰時醫療體系病患流程圖（patient flow）如圖一（Jones et al.，1995；國軍北投醫院 [編譯]，2001）。此圖看似複雜，但是其原理其實和一般作戰要領類似。基本上此種病患處理流程具有三個主要特色及原則：

1. 採階層方式，逐級處理。例如第一線部隊傷患由戰鬥軍醫（combat medic）先行處理，再考慮是否後送到營救援站（battalion aid station）作進一步處理。營救援站無法處理者，再後送到旅衛生連（medical company），以此類推。
2. 相互支援的網絡系統：除了前述的縱向支援系統外，美軍的醫療體系亦儘可能強化橫向的聯繫支援。例如戰鬥支援醫院（combat support

hospital) 與地區支援衛生營 / 連之間相互支援，並以戰鬥支援醫院為中心，構成整個戰區的醫療中樞。此種橫向聯繫體系與前述的縱向支援體系，形成一個醫療的網絡系統。

3. 如前所述：美軍的軍醫體系，其目的使能夠返回戰場的戰士人數達到最大值，並儘快後送那些已無法作戰的人員，以降低不必要的犧牲和損失。因此對每一個戰鬥醫療系統而言，他們必須儘快判斷出哪些人需要留滯或後送處理，而哪些人則必須儘快返回戰場。

由於美軍的心衛工作隸屬於軍醫體系，因此戰場心理疾患之處理流程應該也是依循上述原則進行。不過，由上述美軍平、戰時的心衛工作及編制，亦不難發現：只有醫院才有臨床心理人員，在一般部隊或衛生營、連中並沒有專屬的心理醫療人員。這與國軍目前直接在一般部隊中（旅級以上層級）編制心輔人員的作法完全不同。不過在美軍一般部隊中，卻有一個特殊的職位，承擔了一般部隊的心衛工作，那就是軍中牧師（Chaplain）。

肆、美軍的軍牧制度

對一般的軍隊來說，美軍的軍中牧師制度是一個相當特別的制度，因為它並不執行直接、甚或間接與作戰有關的任務。它的目的在於提供士兵宗教支持及心靈撫慰，而此種精神支持與慰藉，也可說是某種形式的心理輔導。

美國陸軍的軍牧人員隸屬於主管人力資源與後勤工作的「陸軍助理部長辦公室」。它有自己的行政體系及後勤支援體系，此外它亦有專門的人員培訓單位（如美國陸軍軍牧中心暨學校，U.S. Army Chaplain Center and School）（郭雪真，1999）。因此相對上來說，它的體系比美軍的心衛工作體系來得獨立。美軍的心衛工作人員僅是醫療體系的專業人員之一，它並未獨立於醫療體系之外，也沒有自己的培訓系統及後勤支援。

美軍的軍牧人員的工作以推動與執行宗教服務為主，但是他們亦可能執行一些與組織諮詢有關的工作，如提供道德領導方面的建議；或是做一些與心理輔導可能直接相關的工作，如提供自殺防治的建議。此外，由於美軍的心衛工作人員附屬於醫院，因此一般戰鬥單位人員若未經轉介，通常難以得到臨床心理專家的直接協助。而軍牧人員則直接配置在營級以上的單位之中，因此他們對官兵心理支持上的幫助常常是直接而重要的，可說是美軍第一線的心輔官（有關美國軍牧制度之詳細說明，可進一步參閱郭雪真，1999）。

伍、美軍心衛工作人員的選訓用

在人員素質方面，1970 年代中期以前，美軍的臨床心理專家多以碩士級人員為主，因當時非常難招募到博士級的心衛工作人員。但是自 1970 年代中期以後，美軍則得以完全招募到博士級的專業人員，作為軍事臨床心理研究及實務的主力，大幅地提昇了美軍的心衛工作專業水準。

而在人員訓練方面，除了自民間招募至軍中的臨床心理人才外，過去美軍也提供多種管道來培訓心衛工作人員。在 1970 年代，培訓管道主要有兩個：（一）健康專業獎學金計畫（Health Professions Scholarship Program; HPSP）：此計畫提供在學的民間學生獎學金，並要求他們在拿到心理相關學位後服役數年以作為回報。（二）在職人員訓練：送訓具碩士學位之現役軍人進修臨床心理博士，並與美國心理學會（American Psychological Association; APA）合作，提供臨床實習機會。不過後來 HPSP 及美軍臨床心理在職人員訓練計畫都停辦了，其主要原因與 HPSP 所訓練出來的人之表現有關。HPSP 人員由於原本就非軍職人員，因此在拿到學位到軍中服役後，通常對軍隊有很多不滿與抱怨，他們對軍隊的認同通常很低；在職業認同上，他們常視自己為臨床心理學家，把軍人當作第二職業。這些人通常在服役屆滿後，就離開軍中，並沒有為軍隊貢獻的熱忱。而他們對軍中的不滿很有可能影響了其他的臨床心理家，使得其他的臨床心理學家也跟著離開軍隊。

在 HPSP 及美軍臨床心理在職人員訓練計畫停辦後，美軍的臨床心理學家招募就以已具博士學位的民間人才為主，而不再自行訓練臨床心理學博士。不過他們仍提供短期進修、實習、博士後研究的機會，並且鼓勵軍事臨床心理學家們參加各種學術研討會，以提昇其專業知能（O' Hearn, 1991）。

此外，相對於美軍大量的兵員，臨床心理學家在軍中仍是不敷需求，因此美軍除了專業的臨床心理學家外，也建立了半專業人員（paraprofessionals）的心理健康技士（mental health technicians）制度，此種制度與國軍的心輔員或心輔士頗為類似。美軍施予這些心理健康技士一些基本的訓練，其主要任務是協助臨床心理專家執行其工作，如幫忙施測、儀器操作等等。不過隨著心衛工作在軍中的需求日增，心理健康技士所扮演的專業角色也逐漸吃重，在培訓上也日漸專業化。

陸、美軍的自殺防治與藥物濫用防治工作

就筆者所蒐集到的文獻資料來看，美軍心衛工作之實施至少有（但不限於）兩個重點：「自殺防治」與「酒精與藥物濫用防治」；分述如下。

一、美軍的自殺防治工作

（一）美軍自殺率與平民之比較：

一般而言，美軍的自殺率比平民百姓的自殺率來得低（Sentell, Lacroix, Sentell & Finstuen, 1997; Hourani, Warrack, & Coben, 1999）。其可能原因如下（Hourani, Warrack, & Coben, 1999）：

1. 甄選因素所造成的「健康工作者效應」（healthy worker effect）：由於軍中所甄選進來的成員，都是一些符合體檢的健康人員，其平均身體健康狀況相對於平民之身體健康狀況來得好。此種較佳的身體狀況使得他們較少為病痛所苦，亦降低了久病厭世的可能性。
2. 失業或財務壓力為自殺的一個重要因素，而軍人都是被雇用者（employee）、有正常的工作及穩定的經濟來源，因此相對於平民，其自殺率較低。
3. 軍中人際網絡較平民社會來得緊密，此種緊密的人際網絡及軍中所強調的凝聚力概念，有助於人際支持的獲得，進而避免自殺的發生。
4. 軍中的組織系統，如醫院、心理諮商中心，以及自殺防治工作推行較力，且與軍中成員間的關係較為直接，因此有助於自殺防治。

雖然美軍的自殺率相較於平民來得低，但是它卻仍高居美軍死亡原因之第二（Zaobao.com, 2000），因此美軍亦積極探討軍人自殺之現象及推行其防治工作。

（二）美軍自殺者特性、原因及方式之分析：

一般而言，美軍自殺者中，男性比率高於女性（Sentell, Lacroix, Sentell & Finstuen, 1997）、士兵自殺率高於軍官（Hourani, Warrack, & Coben, 1999）、白種人（尤其是年輕白人）高於其他種族者（Hourani, Warrack, & Coben, 1999; Zaobao.com, 2000）。而在自殺方式中，以使用槍枝及上吊者居多（Hourani, Warrack, & Coben, 1999）。在自殺原因中，造成軍人自殺最主要的壓力源如下：（一）與領導者衝突（二）與家人或愛人分離（三）人際關係不佳（failed relationships）（四）長時間與領導者或工作

伙伴接觸 (extended hours of contact with supervisors and coworkers) (Hall, 1996)。就自殺時間來看, Partonen, Schroderus, Henriksson 與 Aro (1994) 分析 1981 - 1990 年間 50 個軍中自殺者的自殺時間點, 結果顯示: 軍中自殺的時間點為雙峰曲線。第一個自殺危險期為進入軍中 20 至 60 天內, 第二個危險期為早期的分科教育訓練 (early specialization training) 階段; 這有可能是因為在剛進入軍中和入伍結束後的分科教育階段, 新兵都必須面臨適應新環境與新工作要求的壓力所致。此外, 此研究亦發現大部份的個案在自殺前均曾與醫療人員有所接觸。而一項針對海軍陸戰隊自殺個案的研究則顯示: 大部份自殺發生時間均在非值勤時, 每年僅有 2 至 3 人是在執勤時自殺的 (Jones, 2000)。

(三) 美軍自殺防治現況:

1. 空軍之自殺防治:

從現有文獻來看, 美國空軍自殺防治工作似乎是美軍中推行最力, 也最成效卓著的。1990-1994 年間, 自殺佔美國空軍死亡人數之 23% (居死亡原因之第二位, 僅次於意外傷亡)。且美國空軍的自殺率從 1990 年的每十萬人中 10.0 人, 至 1994 年時顯著地成長為每十萬人中有 16.4 人。這使得空軍開始重視這個問題, 並且從 1995 年開始研擬對策, 而自 1996 年開始實施了一系列的自殺防治作為 (U.S. Center for Disease Control and Prevention, 2000)。

美國空軍的自殺防治作為主要有兩個特色: 他們視自殺防治作為是全空軍社群 (community) 的責任, 而非僅是心理諮商單位的責任。因此他們將自殺防治作為的責任推展至調查單位 (investigative agencies)、軍法單位 (military justice)。第二個特色則是強調早期介入及預防作為 (如增強士兵的歸屬感、訓練士兵壓力因應作為、及推廣政策來促進個案求助行為)。而其具體作為則包含推廣隊職幹部、軍醫人員、軍法律師、軍牧人員的心輔訓練、利用量表篩選個案、制定法令保障個案權益以鼓勵求助。此外他們亦就過去自殺個案之資料, 建立自殺個案之資料庫, 包含其人口統計變項、事件發生的經過、該事件發生前個案求助之經過, 及相關的心理、社會、行為及經濟因素。此外, 他們還出版一本《精神醫學緊急處理手冊》 (Emergency Psychiatry Service Handbook; Clancy, 1996), 內容包含: 自殺防治及處理、情緒失衡及暴力 (agitated and violent) 防治、藥物性精神疾患 (medical emergencies in psychiatry) 以及因酒精而引起之緊急狀況 (alcohol related emergencies), 以強化部隊危安防治作為。

美國空軍的自殺防治計畫推行得相當成功, 且成效卓著。美空軍的自殺率從 1994 年的每十萬人 16.4 人, 顯著地降低為 1998 年的每十萬人 9.4 人 (U.S.

Center for Disease Control and Prevention, 2000)。

2. 其他軍種之自殺防治工作：

由於筆者所蒐集到其他軍種的自殺防治作為之相關文獻較少，因此美國海軍陸戰隊、海軍、陸軍之自殺防治將一起探討。

1994 至 1999 年間，美國海軍陸戰隊平均每年有 28 個人死於自殺，自殺率約為每十萬人 15.9 人；其自殺率為美軍各軍種之冠。美國海陸自殺者以 30 歲以下男性居多，其方式以使用槍枝居多（69%）。1999 年的統計顯示：自殺的主要因素包含關係問題（relationship problems, 64%）、法律問題（legal problems, 40%）、財務困難（financial difficulties, 38%）、以及酒精濫用（alcohol abuse, 33%）（Jones, 2000），因此海陸的高自殺率似乎與其任務是否艱苦並無直接相關。而其自殺防治工作的特色則在於結合跨領域的專業團隊，包含部隊領導者、醫療人員、人事部門、財務諮詢人員（substance abuse center counselor）以及軍中牧師。同時，他們也強調同儕支持及介入的重要性（Jones, 2000）。

美國海軍 1980-1992 的自殺率為每十萬人中 11 人，相對於平民的每十萬人中 15 人。而在 1990 年至 1995 年間，美國海軍的自殺率則有逐年攀升的趨勢（Hourani, Warrack, & Coben, 1999）。而在自殺防治工作上，海軍亦修訂空軍之《精神醫學緊急處理手冊》（Emergency Psychiatry Service Handbook；Clancy, 1996），來強化其自殺防治作為。

陸軍方面，1999 年美國陸軍共有 65 宗自殺個案，另有 12 宗懷疑自殺個案。平均每 10 萬名士兵便有 15.5 人自殺，自殺率有逐年攀高之趨勢。因此，陸軍有意仿效空軍之成功案例，強化自殺防治作為，並置重點於打破士兵主動求助的心理障礙。它們在所發行的小冊子中強調，縱然從軍是堅強和勇敢的行為，但「站出來承認自己情緒困擾及尋求打消自殺念頭，亦需要堅強和勇氣」（Zaobao.com, 2000）。

二、酒精與藥物濫用防治計畫 (Alcohol and Drug Abuse Prevention and Control Program, ADAPCP)

美軍的「酒精與藥物濫用防治計畫」由其人事副參謀長（Deputy Chief of Staff for Personnel, DCSPER）負責統籌。而其計畫執行的特色之一，在於強調專業性及合法性。他們聘用具有專業認證（credential）的心理學家或社工人員，在「社區心理諮商中心」（CCC）擔任臨床主管（clinical director），所有關於酒精與藥物濫用個案的篩檢、處置及介入（intervention）都必須在此臨

床主管的監督下進行，足見其對心衛工作人員專業性之重視。

CCC 的個案來源主要有二：一為自行求助者，另一則為經由單位幹部發現，或經由醫療系統進行尿液篩檢或其他生理檢查，而研判可能具有酒精及藥物濫用傾向之個案。而 CCC 則會對這些個案作進一步的評估，這些評估可能包含：評估其過去及現在之行為及情緒功能、自我傷害傾向、性格特質、不利於其康復的因素、個案之社會環境及心理功能之評估：包含智力測驗、投射測驗以及性格測驗等。此外，CCC 亦會針對個案提供某些治療，這些治療可能包含認知、行為、家族治療及其他介入活動。而如果有必要的話，這些個案也有可能進一步被轉介至其他機構（如地區性醫院中的心理科），接受進一步的評估與治療。

除了 CCC 的評估診療外，部隊幹部亦會針對這些個案，召開「康復團隊會議」（Rehabilitation Team Meeting, RTM），參考 CCC 之評估報告、檢視個案過去之服役表現，決定其是否適於再繼續服役。一旦個案被判定不適於再任軍職，那麼他可能被強迫離開軍職（separation from the military service）。個案在經由「酒精與藥物濫用防治計畫」的評估及診療後，有六個月的觀察期。在這六個月中，個案必須定期接受心理諮商人員的評估與診療，同時部隊長在此期間內，有權根據個案的表現及心理諮商人員之評估，更改「康復團隊會議」的決議，讓個案得以復職。

除了個案的評估與治療外，美軍亦提供酒精與藥物濫用防治訓練課程（Alcohol and Drug Abuse Prevention Training, ADAPT），此課程之主要內容是介紹酒精及藥物濫用對個人生涯、家庭及其他人際關係的影響，以提醒個人去注意自己的酒精及藥物使用習慣，強化預防作為。

柒、美軍心衛工作的倫理議題及個案權益

軍隊是一個較為特殊的組織，軍隊存在的目的，在於維護國家安全。因此，在軍事組織中，組織之利益是超過個人利益的。基於此種組織特性，軍中心衛工作人員也面臨一些倫理上的兩難。軍中的臨床心理人員，一方面必須服膺臨床心理學的工作守則，另一方面則必須確保軍事組織之最大利益。此種兩難的情況，在現實中會直接反應在個案保密（confidential）作為上。究竟在什麼樣的情況下，軍中臨床心理工作人員應該不顧保密原則，去披露與個案輔導相關的內容呢？通常這個問題並沒有確切的答案，其端視臨床心理人員的專業判斷而定。而其主要大原則則是視個案是否有可能傷害自己或他人而定。當個案有可能自傷或傷人時，則心衛工作人員就不應拘泥於保密原則，而必須適

時提出警告或作進一步的介入與處置（Ballenger，1998）。

除了保密的倫理議題外，美軍對個案權益亦十分重視，此種關注充分地反映在其個案轉介流程上。個案轉介為其所隸屬軍官（隊職幹部）（commanding officer）之責任。美國國防部明訂，當幹部察覺所屬成員有疑似心理異常之徵候時，應立即與心理諮商相關人員聯繫，由心理諮商相關人員來評估是否應該轉介（Department of Defense，1997b），以避免個案自我傷害或傷害他人之行為產生。

然而在美軍，轉介是一件非常慎重的事。在轉介前，隊職幹部除了要聯繫心理輔導相關人員外，同時還必須在轉介的兩個工作天前，填寫一個備忘錄（memorandum），此備忘錄內容必須包含（Department of Defense，1997b）：

- （一）導致隊職幹部決定轉介個案的相關言行紀錄。
- （二）隊職幹部決定轉介時所聯繫的心理諮商人員姓名，或是為何未先行聯繫心理諮商人員，即逕行決定轉介之理由。
- （三）提醒被轉介者（個案）所應有之權益。
- （四）即將進行心理評估之時間、地點及評估人之階級、姓名。
- （五）其他可以協助個案之專業人士的電話，如律師、督察長（inspector general）、軍牧人員。
- （六）隊職幹部之簽名。

而即將被轉介之個案，則必須被告知其即將被轉介作心理評估之理由，同時亦被告知其權益，並要求其在前述備忘錄上簽名。個案可以拒絕簽名，當發生此種情況時，隊職幹部亦應將其註記於備忘錄中，並寫明個案拒簽之原因。而後，備忘錄需拷貝二份，原稿隊職幹部留存，一份給個案，一份給心理諮詢人員，以確保個案權益。而在有合理的理由下（如某些緊急情況、可能肇生危安事件時），隊職幹部可以在告知心理諮詢人員後，直接將個案轉介。但是仍應儘速補完前述有關個案權益之備忘錄給予個案。

上述這些作法，主要目的在於對個案的權益提供明確的法令保護，以防止個案轉介造成個案的權益損失。這其中包含了個案有免於被不當轉介的權利、個案有免於被不當強迫住院的權益，而此中尤其特別強調幹部不得將轉介作為挾怨報復（如因個案曾申訴而導致幹部不滿）的手段（Department of Defense，1997a）。

除了上述在轉介流程上的謹慎外，美軍對個案權益的關注亦反應在其臨床診斷上。為了保護個案權益（同時也為確保部隊安全），避免個案被亂貼標籤，對於那些被判定為具有危險性的個案，只有博士級以上的臨床專業人士，

才有資格給予隊職幹部關於該個案的相關診斷及處置建議（Department of Defense, 1997b）。此外，由於臨床的診斷評估通常較為主觀，為了避免此種主觀性所可能導致錯誤診斷的情形，同時也為了更能有效地篩選不適任、應停役的個案，美軍也使用一些電腦程式來協助個案診斷。這些協助決策的程式大致上可分兩種：（一）統計模式：廣泛的蒐集個案資料（如心理測驗結果、家庭背景、生活史、服役表現、心理狀態評估等），再利用迴歸（regression）方程式來增加對於個案行為的預測力。（二）以人工智慧（artificial intelligence; AI）的方式，參考臨床心理學的外顯知識（如臨床心理學書籍所提供的診斷標準、相關知識等），以及內隱知識〔如臨床心理專家的直覺判斷、捷思歷程（heuristics）等〕，來模擬臨床心理專家的決策歷程。或是結合統計模式及人工智慧兩者，以協助心衛工作人員做個案診斷及決策。電腦程式的運用並不代表將個案診斷的工作完全交給電腦，基本上對個案的診斷還是以臨床專業人員為主，電腦扮演的是一種輔助與重覆檢核（double-check）的角色。而實徵研究亦顯示，藉由電腦程式的輔助，可有效減低人為的誤判及不當的決策（Benbenishty & Treisman, 1998）。

捌、美軍心衛工作對國軍之啟示

由於關於美軍心衛工作的資料蒐集不易，因此前述對美軍心衛工作之簡介，或許仍不詳盡，但亦應至少提供了美軍心衛工作之概貌。此中應有值得國軍效法之處。不過整體而言，美軍的心衛工作推行仍有一些困難與挑戰。這些主要困難如下：

- 一、一般人對接受心理治療及輔導仍有負面看法，導致主動求助人員稀少，此種情形以軍官尤然（O' Hearn, 1991）。
- 二、美軍的軍事臨床心理學具有某種雙重邊緣的特性：由於它隸屬於軍醫系統，因此就美軍一般部隊的立場而言，他們不會被視為部隊的一份子，他們被視為如同軍法、軍醫、軍中牧師一類的邊緣系統。而在軍醫系統中，相對於其他生理醫學而言，心理醫學又被視為醫學的邊緣系統。此種雙重邊緣的角色使得它可能會不受重視。
- 三、由於編制有限，軍事臨床心理人員的升遷也比其他一般軍職人員來得困難。

雖然美軍的心衛工作仍有上述的困難待克服，然而整體而言，其在人員及

工作上的專業性，卻是值得參考的。根據前述探討及本文第一作者在軍中任職心輔官之實務經驗²，筆者認為未來國軍的心輔工作或許有以下值得思考之處：

一、強化心衛工作人員專業性：

如前所言，美軍心衛工作最大的特色之一，在於其強調專業性。其心衛工作之主導及執行者，幾乎都是博士級以上的人員。國軍心輔人員相較之下，其專業能力自然是顯得薄弱。雖然國軍目前以辦理短期訓練和講習的方式來補強心輔人員之能力，然而一個真正的輔導人員之養成，畢竟還是需要長期而持續的訓練。因此未來以至少碩士級以上的人員為軍中心衛工作之主力，強化軍中輔導的專業性，以提昇國軍整體心衛工作效能，似乎還是必要的。

二、加強專業知能與外界環境的接軌：

美軍心衛工作面臨的一個問題，是臨床心理人員升遷不易，這可能導致一般具臨床心理專長之軍官不願長期從事心衛工作，而傾向於選擇一般軍職生涯路徑（career path）。此種情形亦反映於國軍的心輔系統中，導致國軍的心輔工作常常青黃不接，難有長期而完整的工作傳承。爭取心輔人員編缺固然是解決這個問題的方法之一，然這並非治本之道；由於軍隊的任務是作戰而非心理輔導，心輔人員編制不可能無限擴充，因此不可能有太多的高階職缺給予心輔人員，也因此爭取編缺並非解決此一問題之道。要解決此一問題，必須思考：除了升遷，還有那些誘因能夠吸引心輔專業人員走專業經管路線？筆者認為「專業」本身或許就是最好的誘因。如果能提昇其專業性、給予臨床心理學方面的完善訓練甚或專業認證，使得心輔人員之專業能與社會環境接軌，使心衛工作不只可作為其在軍中的工作，也能保障退伍後的未來，成為第二專長；那麼即使心輔人員的升遷不易，應該還是會有很多專業人員願意讓自身伴隨軍中心衛工作而成長，長期奉獻於軍中心衛工作，而這將使得軍中心衛工作更具延續性。

三、善用民間資源

²本文第一作者曾於軍中任職旅級及軍團級心輔官二年。

雖然美軍的心衛工作人員素質相當高，然而相對於美軍大量的兵員，其人數並不敷需求，因此美軍除了專業的臨床心理學家外，也建立了心理健康技士的制度。在國軍，心輔人員數量不足導致工作負荷過重，似乎也是一個現實問題。因此，聘雇非軍職人員似乎是一個解決之道。在目前我國教育普及、教育程度漸高的現況下，要招聘碩士級以上專業人員並不困難，如此可以快速強化軍中心輔工作之專業性、並節省大量的訓練成本。此外，除了國軍現行的專業督導外，在人員訓練上亦可藉由與民間大學心理輔導相關科系之合作、提供各校在學學生軍中輔導實習機會等方式，來充實軍中輔導人力、強化雙向溝通交流。

四、建立合理的個案篩檢標準

另一個減低軍中心衛工作負荷的方式，或許是必須修正對「哪些人需要被輔導」的界定。目前軍中的輔導工作在進行個案篩檢時，其標準較寬鬆（亦即過度界定「需要輔導者」），這固然能有效的避免「遺珠之憾」所造成的傷害，但亦有可能使得假警報（false alarm）的個案消耗去多數的輔導資源，造成心衛工作人員的不勝負荷。因此，如何界定出合理的「個案」定義，對國軍的心衛工作效能會有很大的影響。當一個組織有五分之一的人被界定為「需要輔導者」，到底是這個組織生病了？還是此組織對何謂輔導的定義有問題？這似乎是值得進一步深思的。

同樣地反映於此種個案定義之問題者，則是倫理議題。如前所言，在美軍中對於轉介輔導的處理是非常慎重的。通常必須在個案出現明顯而具體的行為徵候時，才有轉介的需要，同時個案有「免於被不當轉介」的權利。因此，在美軍中不太可能出現「動輒轉介」的情形。此種對人的尊重及其對倫理之強調，是值得國軍參考的。不過相對來說，美軍在募兵制的體制下，其人員心緒相較於我國的徵兵制下的非志願性人員來得穩定。因此，也許亦不宜全盤仿照美軍的作法，如何在「不當轉介」與「防杜危安」之間求得平衡，需要未來研究加以釐清與探討。此外，雖然國軍目前有過度界定「需要輔導者」的人數比率，但亦已發現此一問題且正在修正中，未來可預見此一問題應會逐漸獲得改善。

五、在專業與法令間求得平衡

美軍許多關於心衛工作作法是「人治」的。例如轉介與否、診斷處理等，均有賴於心衛工作人員的主觀判斷。這是由於其臨床心理人員的素質相當高，在專業性高的情況下，過多的法令規定反而可能成為執行工作時的阻礙。筆者認為：法令的多寡與人員的專業性應該呈負向關係，人員專業性愈高，則其法令應愈少，反之則需以法令來規範工作之執行。目前國軍的心衛工作人員專業性不若美軍，因此制定明確的法令，儘可能標準化甚或操作化（operational）的方式，明確地界定出個案定義、診斷標準、處理流程等要則，以避免因人員專業性不足所可能造成的疏失，或許有助於國軍心衛工作之效能。而未來隨著人員專業性的提昇，則應尊重專業，簡化過度繁瑣的法令規定，以「專業的主觀」來強化心輔效能。

除了上述以明確的法規來制定心衛工作要則外，規定「不要多作些什麼」，似乎亦是促進現階段心衛工作效能的方法之一。目前一般部隊中的心衛工作實施仍存在一些歧異。雖然國防部明訂心衛工作之一般作法，但是許多單位仍各自有其「特殊作法」。這些可能源自於單位主管或心輔人員自創的特殊作法，多半具有表面效度，然而卻從未實際檢驗其是否有效。由於目前國軍心輔人員專業性仍有加強空間，因此這些特殊作法有可能不但無效、徒造成輔導資源的浪費，甚或有可能帶來反效果。基於此，或許國軍心輔法規除了規定該作些什麼外，亦應規定「不要多作些什麼」，以確保現行作法都是具效度與效率的。

六、以制度彌補組織文化之限制

軍事組織的某些制度結構或法令政策，其運作上的困難導因於與組織文化的衝突。此一現象最明顯的，表現於心輔工作推行的困難。心理輔導的精神，與軍隊的組織文化在許多方面是相互衝突的。例如心輔相信人有自我覺察及自我實現的潛能，而軍隊則傾向 X 理論（性惡）的人性觀。心輔以人為本，將案主視為輔導工作的中心，而軍隊則以任務達成及組織目標為優先。心輔強調人與人之間的個別差異，而軍隊則以各種訓練方式及紀律要求，期能消弭各種個別差異。

由於心理輔導的許多理念與軍隊組織文化的衝突，因此軍隊的心輔工作在推展上有很多困難。在實務工作上，常有許多兩難的問題：當個案的狀況需求與部隊任務要求有所衝突時，該如何求得平衡？部隊的心輔工作究竟是為個案服務，還是只是部隊用來「達成組織目標」的工具？如何能夠保護個案，在離開心輔中心回到部隊後，不受到連隊中強勢文化的排斥與影響。此種現行國軍

結構體制（心輔制度）與組織文化的衝突，是亟待解決，但卻少有人加以深思的。

另外，從結構層面來看，國軍的心輔制度鑲嵌於軍事體制之中，有可能導致心輔官視「輔導人員」為其「次要角色」，而「長官的部屬」才是其主要角色，這個角色衝突也可能造成了工作上的許多問題。

從現實層面來看，改變組織文化遠比改變組織結構來得困難許多。因此，嘗試讓心輔制度獨立於軍事體制之外、使其成為類似軍醫系統的專業單位，或許是解決上述問題的一個方法。此外，大量任用聘雇人員，或許也是解決之道，其理由在於這些來自民間的非軍職人員，較不受部隊階級體制及文化的影響，或許可以為軍隊的輔導注入一股新的活力，同時為折衝輔導與組織文化間衝突，另闢蹊徑。

七、建立正確的「預防」觀念及機制

在部隊中心輔制度之所以受到重視，是由於它被視為「防杜危安」的有效機制，也就是說心理輔導被視為一種「預防」的手段。心衛工作確實扮演了防杜危安的重要角色，例如以量表篩檢新進人員，以進一步輔導協助處理；管制重大個案，以避免肇生憾事；主動走訪、辦理各項研習活動，以強化軍中的心衛效能。除了這些預防的功能外，心輔制度也扮演了某種「補救機制」的角色；從某個角度來看，軍中的心理輔導其實是在補救部隊某些現實問題及功能上的不足。從心理學的角度來看，我們可以將目前部隊個案的問題根源歸納為個人特質因素、環境因素、以及個人與環境互動因素。就組織心理學而言，個人特質因素與人事的甄選、安置作業有關，環境因素與主客觀文化有關，個人與環境的互動因素，則涉及了人與組織的契合及組織社會化的歷程。相對於心衛工作來說，上述這些針對軍士官兵的甄選、安置、人與組織契合及組織社會化歷程，似乎是更為基礎的「預防機制」。軍隊的心衛工作常常只是在「補救」上面這些機制功能上的不足所造成的問題而已。未來在心衛工作的推行上，必須更注意去區分心衛工作在「預防」與「補救」兩者功能上的差異，以避免流於治標未治本、本末倒置之弊。

因此，除了現行的心衛工作推行外，更重要的是強化軍中心理衛生工作的真正「預防」機制。例如在初期篩檢（screening）或甄選時，善用心理測驗來避免不適任人員進入軍中；在新兵訓練時（初期組織社會化），不只著重於軍事技能的習得，更必須強化其對未來真正下部隊時的環境適應，採用諸如真實工作預告（Realistic Job Preview, RJPs）（Wanous, 1980）的方式，讓受訓

者在受訓期間即瞭解其未來可能面臨的各種任務、狀況（包含組織文化、老兵新兵問題等），以提昇其未來之適應力。如此可大幅地降低未來心衛工作所需「補救」之個案，真正做到防患未然。

八、評量效標多元化

最後，筆者認為：「軍中心衛工作的真正效標（criterion）為何」，或許是一個更值得深思的問題。以心衛工作的專業角色來看，其工作效標應該與其專業有關，例如個案復原的情形、自殺率的降低等等。然而有時候軍中心衛工作的效標不只是其專業成效，更重要的或許是整體組織的效能。以前述美國空軍的自殺防治作為為例，在推行一系列自殺防治工作後，其自殺率從 1994 年的每十萬人 16.4 人，顯著地降低為 1998 年的每十萬人 9.4 人。這表示美國空軍的心衛工作卓有成效了嗎？從組織諮商的角度來看似乎不全然；軍以戰為主，軍隊的真正目的是作戰，因此軍隊的所有活動，其終極效標在於是否能提昇部隊戰力，軍中的心衛工作亦然。從整體績效評估的觀點來看，自殺率的降低、適應不良人數的減少真的有助於部隊戰力嗎？有沒有可能心衛工作的推行反而扼殺了部隊戰力（如提供士兵一個畏苦怕難的藉口、使幹部重安全更勝於訓練）？每年降低的自殺率，其背後的成本及代價、與戰力之間的關係為何？這似乎是非常重要的，卻未有人加以思考的問題。在此必須強調，國軍現行心衛工作是否有效，必須進行進一步嚴謹的實徵檢驗才能加以評估，絕非筆者目前所能置喙。因此筆者無意影射現行國軍心衛工作是否有效，而筆者此段論述的重點亦並不在於斷言國軍心衛工作是否有效，而是在於對心衛工作成效之「效標」的提醒。除了心衛工作的一般專業成效外，對於心輔績效的評估應該從整體戰力，而不只是自殺率、個案率這類數字來看。如此，將更能有助於呈現心衛工作對國軍的貢獻。而這似乎才是未來在制定軍中心衛工作政策時，最重要的思考起點。

總之本文回顧了美軍心衛工作之現況，並期以此提供國軍未來心衛工作及軍事臨床心理學發展之參考。在探討了美軍臨床心理學之發展簡史、心衛工作之制度、功能、實施、軍牧制度、心衛工作人員的選訓用、心衛工作倫理等議題後，本文認為未來國軍在心衛工作的推行上，有以下值得努力的方向：在人員上應強化心衛工作人員專業性，尤其以長期培訓（如碩士）為訓練目標；並加強專業知能與外界環境的接軌，以提昇心衛工作人員的職業承諾及士氣。在制度上應善用民間資源，以強化心衛工作成效並促進雙向交流；並建立合理的個案篩檢標準，以提昇心衛工作效能；同時亦應考量人員專業程度，以作為制

定法令之依據，求得法令與專業之間的平衡；並促使心衛體系成為專業系統、或任用外聘人員，來彌補組織文化對心衛工作所可能造成之限制。在觀念上應重新定位心衛工作的角色，視心衛工作為「補救」而非「預防」機制，並強化真正的預防機制（如甄選、訓練、人員安置）；同時亦應重新考量軍中心衛工作成效效標，以整體戰力而非狹義的數據作為效標。如此應能更強化目前軍中心理衛生工作之效能，提昇國軍整體戰力。

參考文獻

【中文部分】

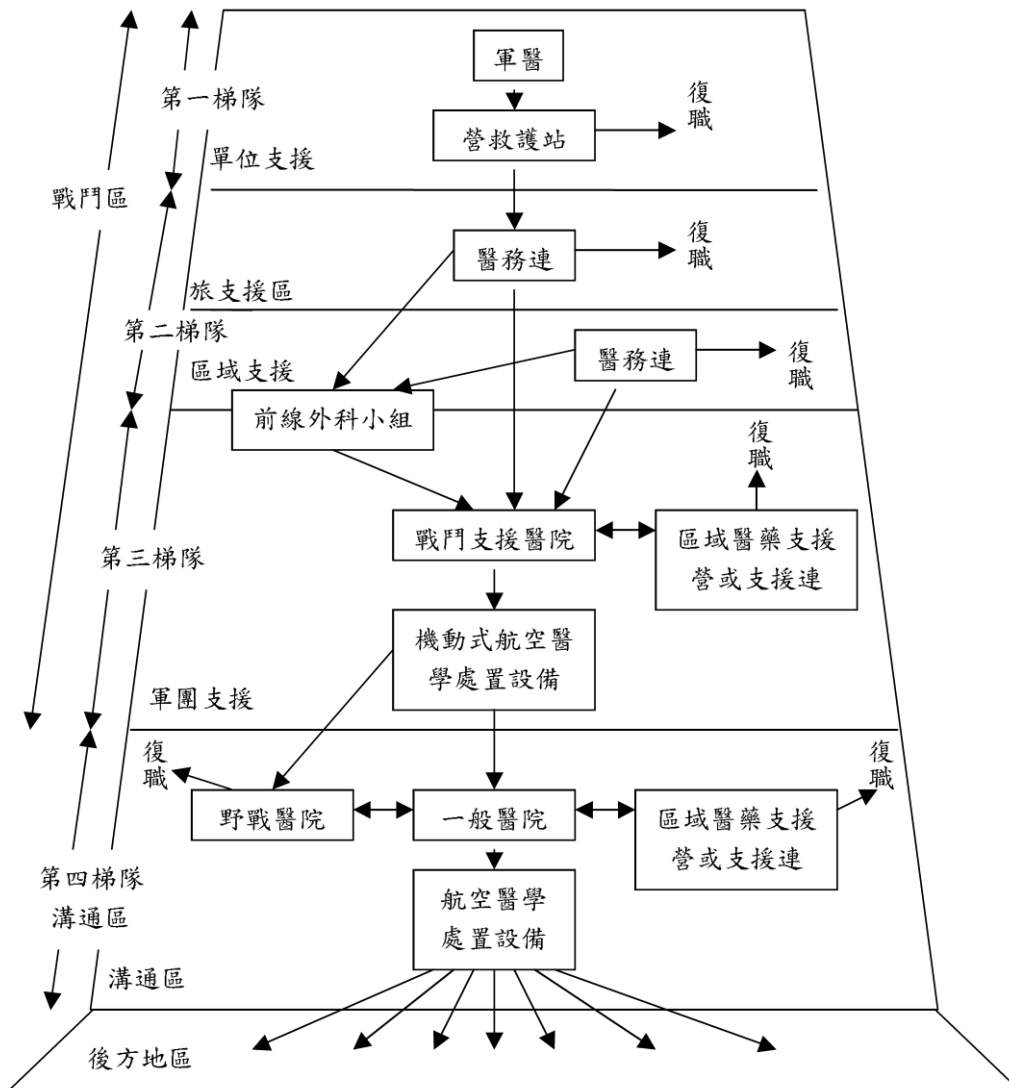
- 郭雪真（1999）：《美國軍中牧師制度之研究》。政治作戰學校政治研究所碩士論文。
- 顏志龍、卓淑玲（2003）：〈從美伊戰爭解析戰場心理壓力與部隊之因應作為〉。載於政戰學校軍事社會科學研究中心（編），《從政治作戰構面看美伊戰爭》。台北：政戰學校軍事社會科學研究中心。
- 國軍北投醫院（編譯）（2001）：《軍陣精神醫學》。台北：合記。

【英文部分】

- Ballenger, R. (1998). Counseling / clinical psychologists' role in the military. In C. Cronin (Ed.), *Military Psychology: An Introduction*. MA: Simon & Schuster.
- Benbenishty, R. & Treisman, R. (1998). The development and evaluation of a hybrid decision support system for clinical decision making: The case of discharge from the military. *Social Work Research*, 22, 195-204.
- Bartone, P. (1998). Stress in the Military Setting. In C. Cronin (Ed.), *Military Psychology: An Introduction*. MA: Simon & Schuster.
- Clancy, G. (1998). *Emergency Psychiatry Service Handbook*. [WWW page] . URL <http://www.vnh.org/EmergPsychHB/TOC.html> (visited 2003/3/16 16:30).

- Clay, R.A. (2001). Military Psychologists respond to attack. *Monitor on Psychology*, 32. APA. Press.
- Department of the Army (1951). *Army Technical Manual 8-242 for Militar Clinical Psychology*. Washington, DC.
- Department of Defense (1997a). *Mental Health Evaluations of Members of the Armed Forces*. [WWW page]. URL <http://www.vnh.org/admin/DODDir6490.1/DoDDir.html> (visited 2003/3/16 16:50).
- Department of Defense (1997b). *Requirements for Mental Health Evaluations of Members of the Armed Forces*. [WWW page]. URL <http://www.vnh.org/admin/DODDir6490.4/DoDInstr.html>
- Hall, D.P.(1996). Stress, suicide, and military service during operation uphold democracy. *Military Medicine*, 161, 159-162.
- Hourani, L.L., Warrack, G., & Coben, P.A. (1999). A demographic analysis of suicide among U.S. Navy personnel. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 365-375.
- Jones, D.E. (2000). Suicide prevention in the Marine Corps: A leader's guide. *Marine Corps Gazette*, 84, 16-20.
- Jones, F.D., Sparacino, L.R., Wilcox, V.L., Rothberg, J.M., & Stokes, J.W. (1995). *War Psychiatry*. Washington : United States Government Printing Office.
- O' Hearn, Jr.T.P. (1991). Psychotherapy and behavior change. In R. Gal, & A.D. Mangelsdorff.(Eds.), *Handbook of Military Psychology*. NY.: John Willey & Sons.
- Partonen, T. Schroderus, M. Henriksson, M. & Aro, H. (1994). Suicides among draftees: Biphasic occurrence of suicide during military service. *Military Medicine*, 159, 299-301.
- Rath, Jr.F.H, & Mccarroll, J.E. (1991). Clinical psychological assessment. In R. Gal, & A.D. Mangelsdorff. (Eds.), *Handbook of Military Psychology*. NY.: John Willey & Sons.
- Rath, Jr.F.H., & Noryon, Jr.F.E. (1991). Education and training: Professional and paraprofessional. In R. Gal, & A.D. Mangelsdorff.(Eds.), *Handbook of Military Psychology*. NY.: John Willey & Sons.
- Sentell, J.W., Lacroix, M., Sentell, J.V., & Finstuen, K (1997).

- Predictive patterns of suicidal behavior: The United States armed services versus the civilian population. *Military Medicine*, 162, 162-171.
- U.S. Center for Disease Control and Prevention (2000). Suicide prevention among active duty Air Force personnel-United States, 1990-1999. *The Journal of American Medical Association*, 283, 193-194.
- Wanous, J.P. (1980). *Organizational Entry: Recruitment, Selection, and Socialization of Newcomers*, 34. MA: Addison-Wesley.
- Zaobao.com. (2000)。自殺成美軍第二號殺手。[全球資訊網頁] 網址：
<http://www.zaobao.com/special/newspapers/2000/pages4/stnews010700.html> (上網查詢日期：2003/3/16 16:00)。



一般醫院—General Hospital, GH
前線外科小組—Forward Surgical Team, FST
軍醫—Combat Medic, Cbt Medic
航空醫學處置設備—Aeromedical Staging Facility, ASF
區域醫藥支援連—Area Support Medical Company, ASMC
區域醫藥支援營—Area Support Medical Battalion, ASMB
梯隊—Echelon, E
野戰醫院—Field Hospital, FH

溝通區—Communication Zone, COMMZ
戰鬥支援醫院—Combat Support Hospital, CSH
戰鬥區—Combat Zone, CZ
機動式航空醫學處置設備—Mobile
Aeromedical Staging Facility, MASF
營救護站—Battalion Aid Station, BAS
醫務連—Medical Company, Med Co
復職—Return to Duty, RTD

圖一：美軍戰場病患流程圖（patient flow in a theater of operations），
資料來源：War Psychiatry (preface). By Jones, F.D., Sparacino, L.R., Wilcox, V.L., Rothberg, J.M., & Stokes, J.W. (1995). Washington: United States Government Printing Office. 引自國軍北投醫院（編譯）（2001）。《軍陣精神醫學》。台北：合記。

美軍的心理衛生工作簡介及其對國軍之啟示

(投稿日期：92 年 9 月 15 日；修訂日期：92 年 10 月 28 日；
採用日期：92 年 12 月 9 日)