從創傷修復到社區初級預防——兒少心理健康三級整合服務模式之建構與實踐：以家扶基金會為例

張邦汎、王金敦

壹、前言

一、少子女化時代下的兒少心理健康挑戰

近年來，臺灣人口結構面臨到快速轉變，依據內政部（2026）戶政司最新戶籍人口統計資料，2026年2月出生數為6,523人，創下單月歷史新低。出生人口持續下探，顯示人口結構已非單純少子女化議題，而是更深層的社會權利挑戰，使得兒少心理健康與發展權益更加受到關注。

然而，現代兒少所面臨的成長壓力，並未因科技進步而改善，反而呈現複雜、多元的情況。聯合國兒童基金會（The United Nations Children's Fund, UNICEF）（2025）統計數字，為全球兒少的心理健康敲響了警鐘，10歲至19歲的兒少中，每7人就有1人面臨心理健康議題，每年約45,800名青少年因自殺而喪生，自殺成為該年齡族群的主要死因之一。此現象顯示，當代兒少所承受的心理壓力與情緒困擾已然是必須重視的議題。

二、臺灣現況與實務數據的警示

回到臺灣實務現況，兒少心理健康的嚴峻程度與國際趨勢相呼應。兒童福利聯盟（2025）針對臺灣青少年心理健康調查報告指出，具中度以上情緒困擾者為17.7%、具中度以上自殺意念者則為10.8%、另有20.5%的青少年，每週有2至3次以上不想上學的念頭。

少年報導者和台灣兒童青少年精神醫學會（2025）調查，近3年門診增加最多的是憂鬱症（56%）、其次則是焦慮症及相關疾病（51%）；國中期（13至15歲）與高中期（16至18歲）最多的診斷為「憂鬱症」。除憂鬱症帶來的影響，該份調查亦提到此類憂鬱兒少經常伴隨自傷行為，顯見心理健康已是臺灣兒少不容忽視的重要議題。

作為長期深耕第一線的非營利組織，台灣兒童暨家庭扶助基金會（以下簡稱本會）內部統計調查（註1），直接證實兒少心理創傷服務需求的急速擴張。近五年來，兒少因心理創傷議題，經社工評估新增轉介輔導晤談（註2）服務的人數均超過300位，其中2025年更達到403位；年度安排輔導晤談總人數，2025年突破700人，來到710位（見表1）。

上述人數的增加，除這幾年本會深化關注兒少心理健康議題外，這數據背後更隱含著一個關鍵趨勢：兒少在心理層面的壓力如影隨形，縱然家扶內部因自殺自傷、拒學議題，進而轉介輔導晤談的案量比例相對較低，然因心理壓力所衍生出行為議題（如：偷竊、暴力攻擊、物質成癮……等）、人際困擾、親子相處……等，均是本會內部轉介的兒少心理創傷主因。謝依婷（2020）提及每位青少年遭遇的挑戰涵蓋課業、同儕、情感與家庭議題，但多數是同時承擔複數壓力源，若此時缺乏陪伴和支持，往往就會萌生自傷、自殺的念頭。故心理創傷對兒少身心發展的影響，實際上並不亞於生理性傷害。

三、創傷經驗與複雜性創傷之影響

創傷經驗形態多元，但通常牽涉到個體無法控制的意外及突發事件，如：犯罪受害、意外事故、天然災害、戰爭、社區與家庭間的暴力事件（Levenson,2017）。美國物質濫用與精神健康服務管理局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）（2014）指出，創傷不僅是個體遭遇重大壓力事件本身，更包括個體對事件之主觀經驗，以及事件對其身心功能與社會適應

表 1　家扶基金會近五年轉介心理創傷復原服務兒少人數

年度	兒少人數	新增轉介兒少人數
2021	610	337
2022	627	364
2023	614	317
2024	624	360
2025	710	403

資料來源：家扶基金會內部統計資料。

所造成的長期影響。

精神疾病診斷與統計手冊第五版（The fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，DSM-5）（2014）將「創傷事件」界定為個人經歷、目睹或面臨死亡、嚴重傷害，或身體完整性受到威脅的情境，且依創傷持續性與嚴重程度，可分為創傷後壓力症候群（PTSD）或急性壓力症（ASD），兩者皆包含創傷經驗重現、逃避相關刺激及過度警覺三大核心症狀（American Psychiatric Association, 2013/2014）。

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）於國際疾病分類第11版（International Classification of Diseases-11，ICD-11）中，提出複雜性創傷後壓力症候群（Complex post-traumatic stress disorder ,C-PTSD）概念（WHO, 2026）。有別於PTSD與ASD，C-PTSD另涵蓋三類自我組織障礙（Disturbances in Self-Organization, DSO），分別為：情緒調節失衡、持續負向的自我概念、社交障礙及困擾。

C-PTSD可能發生於人生的各個階段，且其影響通常較PTSD更長期與廣泛。特別是早期的創傷事件經驗更對大腦產生極大傷害（Wall,Higgins & Hunter, 2016）。即使個體仍能維持基本的生活功能，但往往仍得耗費大量心理能量來運作。回到兒少發展狀態來看，長期處於C-PTSD的兒少，會比同齡更容易出現認知功能、人際互動與情緒調節的困難，並可能伴隨憂鬱症、飲食障礙及其他身心症狀。

四、創傷機轉與代間傳遞

美國疾病管制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention，CDC）於1995年至1997年間，針對17,337名居住南加州成人進行調查，發現童年時期遭受越多的不良經驗（Adverse Childhood Experiences, ACEs）者，除較高機率罹患生理疾病（如：心臟病、肝病、癌症、憂鬱症……），也容易出現肥胖、酗酒、物質濫用、社交與情緒障礙、自殺傾向的議題。若未接受專業、妥善的治療，將對生理、心理、教育、社交、就業……等產生全面性影響，致使衍生變成社會中的不安定因素（CDC, 2019）。

從家庭內的不當對待，到身心行為、人際適應、親子互動至壓力調適，都是兒少成長歷程中，最容易觸發的創傷議題。人類雖具韌性，遇到天災、人禍，仍有機會重新振作，然而創傷經驗不論是在環境、家庭乃至個人層面，都會於生理、心靈產生深刻影響，甚至傳遞給下一代，演變成歷史、社區或形成代間創傷（Bailey et al., 2009; SAMHSA, 2014; 貝塞爾．范德寇，2014／2017）。

五、建構三級整合模式的必要性

面對多元且複雜的創傷挑戰，傳統單一的社會工作處遇模式已難以因應。兒童權利公約（Convention on the Rights of the Child，CRC）第27條明定：「每個兒童均有權享有適於其生理、心理、精神、道德與社會發展之生活水準。」（CRC, 2014）；張珏等人（2015）提及心理與生理健康，實乃相互依賴且密不可分，離開了心理健康就不能稱之為健康的概念。心理健康也被視為整體健康及生產力基礎（謝佳容、張珏，2003）。這意味著，心理健康不應是優渥家庭的專利，而是一項基本平權。整體而言，兒少心理衛生重要性的提升，是科學實證與社會正義共同推動的結果，少子女化時代的兒少背負更多家長與社會的期待，卻面臨更艱鉅、集中的壓力，使得心理韌性建構比過往任何時刻都顯得更加重要。

基於上述背景，本文以家扶基金會心理創傷復原服務之實務經驗為核心，探討其如何從早期經濟扶助模式，逐步發展為融合創傷知情理念、跨專業協作及社區預防的三級整合服務模式。本文並進一步分析跨網絡合作、專業轉譯與系統性支持在兒少心理復原歷程中的功能與實踐意義，以作為未來兒少心理健康服務發展之實務參考。

貳、創傷知情推廣（國際經驗）及跨網絡合作重要性

一、創傷知情照護（TIC）：從國際實務趨勢到系統重構

為修復內在創傷的需求，美國國家創傷知情照護中心發展出「創傷知情照護」（Trauma-Informed Care, TIC）。核心在於將專業人員的視角，從傳統的病理觀點及問題導向，轉換成對於創傷的理解，相信個體在具備信任、安全、自主、權力平等的整合性照顧體系下，逐步賦能來因應外在環境的變化與挑戰（威廉・斯帝爾、凱茜・馬爾基奧迪，2012／2020；張心怡等人，2021）。Levenson（2017）提到社工秉持的人與環境之工作觀點，有助於我們認識到逆境在形成適應不良的因應模式中所扮演的角色，社工得以理解貧窮、壓迫與創傷間的複雜關聯性。

美國藥物濫用和精神健康服務管理局（SAMHSA, 2014）的指引，創傷知情並非特定治療技術，而是一種組織與環境系統的重構，其必須落實「4Rs」核心精神，正好也是本會三級整合模式的指導原則：

（一）理解（Realize）：體認創傷對個人、家庭與環境帶來的影響力，承認心理創傷與生理功能、行為間的密切連結。

（二）辨識（Recognize）：納入團隊成員（包含：社工、輔諮人員、會內工

作人員……等），認知兒少因創傷引發的警覺、解離或過度反應。

（三）回應（Respond）：在工作流程、處遇計畫中融入創傷知情知能，確保所有服務環節皆能落實安全感、信任感與自主感。

（四）預防再度受創（Resist Re-traumatization）：避免因僵化的行政程序、反覆的詢問或專業威權，使兒少在求助過程中再度感受到無助。

二、複雜性創傷的挑戰：單一專業處遇模式的侷限性

誠如本會實務觀察，當前轉介的案件，多數並非單一事件所致，而是涉及長期、重複發生且具威脅性的C-PTSD。這類創傷涉及依附關係的不安全感，人際關係的不信任、情緒與行為調節的失控，加上兒少在神經系統、賀爾蒙、前額葉尚未發展健全的影響下，難以用語言完整表達內在的狀態（廖偉舟、謝麗紅，2024）。傳統社會工作處遇模式或心理諮商，已難回應兒少多層次的復原需求。其侷限性如下。

（一）專業視角的限制

若缺乏跨系統合作，輔諮人員雖能處理內在動力，但整個環境系統間所衍生的挑戰，僅能靠兒少的韌性及復原力慢慢修復；社工媒合各資源的連結，卻難以精準掌握兒少情緒暴衝背後的神經生理機轉。

（二）系統轉銜的二次傷害

兒少在社政、教育、醫療等系統間移動時，各系統若缺乏共同的創傷語言及共識，兒少就必須反覆陳述受創經驗，特別是頻繁出入安置體系的兒少，其依附與安全感不斷被拉扯，這不僅效率低下，更容易因為不斷重現創傷經驗，致使內在創傷更加難以治癒。

（三）環境支持的延續不足

臨床支持僅占兒少生活的一小部分，假設日常生活的環境（如：學校、家庭……等）無法具備創傷知情概念，一旦兒少踏出晤談空間，其內在建構的能力極易在壓力環境的挑戰下再次瓦解。

三、跨網絡合作的層次性：從「必要性連結」邁向「專業化合作」

複雜性創傷個案的復原歷程，往往橫跨家庭、學校、社區、社政及心理衛生等系統，其所面臨的議題經常是個體與環境長期交互作用下的結果。張曉佩（2016）指出，面對日益複雜的社會議題，已難由單一專業或單一系統獨立回應，而須透過不同專業工作者、服務對象、家庭及社區共同協作，形成對問題的整體理解與處遇方向。若缺乏跨系統合作，不僅難以完整回應兒少復原需求，也可能造成服務斷

裂、資源重複投入或整合不足。因此，在創傷知情原則下，建立跨網絡合作已成為創傷復原的重要基礎。

（一）以需求為導向的連結

心創服務奠基於社工與輔諮人力的合作，並依兒少實際需求及創傷議題對生活功能影響程度，評估是否串聯學校、醫療等外部專業網絡，形成多方跨網絡合作。當創傷經驗已影響其家庭關係、人際互動、學習參與或社會適應時，即有必要串聯相關專業系統，共同提供支持與協助。此種合作模式強調適切介入，使有限資源能投入最需要支持的面向，同時避免造成兒少額外負擔。

（二）從資源連結走向專業協作

跨網絡合作目的不僅是資源轉介，更透過資訊交流、角色分工與持續溝通，建立共同理解與合作目標，使不同專業能依各自角色共同支持兒少復原，提升服務的一致性與整體效能。

（三）建立跨網絡合作的「共同語言」

跨網絡合作核心，除行政系統間的串聯，更在於建立共同的理解架構與創傷知情語言。對於複雜性創傷個案而言，其情緒、行為與人際反應往往具有高度脈絡性，若各系統對兒少問題的理解認知不一致，容易產生不同的處遇方向，進而造成服務目標分散、資訊落差，甚至增加兒少於不同系統間反覆說明自身經驗的負擔。

因此，建立共同語言，使社政、教育、心衛與醫療等系統都能用創傷知情觀點理解兒少行為背後的創傷意涵，有助於避免標籤化與片面解讀，提升跨專業合作的一致性與連續性。同時，藉由共同語言亦能促進資訊共享、強化專業間溝通協調，降低重複評估與資源耗損，進而建構更具支持性、整合性的服務網絡。

總結來說，創傷治療的本質不只是處理過往，更是協助兒少重拾生活品質（貝塞爾．范德寇，2014／2017）。在少子女化時代，提升心理韌性已是社會永續發展的必要投資。跨網絡合作不僅是方法論，更是一種價值選擇。落實「三級整合服務模式」的推展，本會得以在「穩定輔諮人員合作」與「社政」、「教育」間取得平衡。當各系統都能擁有「創傷知情」共識的概念時，我們才能確保，每個孩子都能享有平等的心理健康發展權。

參、家扶基金會心理創傷復原服務發展脈絡

一、早期服務範式：殘補式福利下的經濟扶助（1950s-1980s）

中國兒童基金會（China’s Children Fund，縮寫CCF，本會前身）於1964年在臺中成立第一間「家庭扶助中心」（現臺

中市南區分事務所）後，陸續於全國各地設立更多家扶中心，推動兒童暨家庭的福利服務工作。

早期本會服務核心多定位於「經濟導向的物資救助」，因當時臺灣生活、物資條件普遍貧窮，服務思維傾向「殘補式福利」（Residual Welfare），旨在確保家庭及兒少維持基本生存，避免兒少因家庭經濟匱乏而失學或流離失所，此時期本會主要透過扶助金發放，扎根社區，奠定家庭訪視模式，隨著本會社工在家庭訪視中的長期觀察，發現經濟補助雖能暫時舒緩生存挑戰，卻無法改善家庭失能、暴力或疏忽，致使兒少心靈留下傷痕，因此為本會開啟兒少保護服務的先河。

二、兒少保護工作的啓動與心理缺口的發現（1981s-1998s）

本會於1981年開辦寄養服務，隔年獲政府委託，開始於各地家扶中心全面推廣；1987年本會率先於國內開辦兒童保護服務業務，期間發現不當對待及疏忽事件對兒童、少年影響非常深遠，除透過社工專業服務解決其問題外，更需專業輔諮人員協助處理其內在的深層心理創傷。1995年起，本會接受政府委託，針對施虐者進行強制性親職教育，同時提供遭受身心不當對待及疏忽之兒童少年專業輔導服務，聘請心理師以個別或團體之方式，針對其議題做深度協助。

此階段服務模式從「貧窮救濟」轉向兒少的「權益維護」，本會雖媒合外聘心理師進行單點諮商，但次系統間的合作較顯單一，缺乏整體性的架構，促使本會構思更具結構性的專業體系。

三、心理創傷復原服務的專業化與機構化轉型（1999s-迄今）

921大地震的突然到來，不僅帶走無數家庭的生命與財產，災後更有無數倖存者的創傷持續湧現，促使本會重新思考兒少服務中「心理復原」的重要性，進一步推動心理創傷服務的制度化與專業化。因此本會與日本足長育英會合作，並派員前往日本進修，學習如何針對身心受創兒童的復健與治療，研擬更完善的身心照顧計畫，並逐步推廣至各地家扶中心，開始設置「家扶彩虹屋」（註3），為有心理創傷議題的兒少，提供更專業、多元的心理創傷復原服務（以下簡稱心創服務）。

心創服務的建置落實本會對心理健康權利的深層與理解，心理健康不只是服務「配角」，而是復原工作的「核心」。此階段有兩個重要突破。

（一）專業角色的深化與轉譯

本會開始辦理災變復原服務訓練及心理治療工作坊，培育具備創傷敏感度的專業社工，陸續建置合作的輔諮人員資源庫，開啟「輔諮」與「社工」的跨專業服

務，並納入「評估會議」機制，邀請網絡工作人員共同與會。社工擔任輔諮人員、服務家庭及相關網絡的轉譯者，並串聯起溝通對話的橋樑，確保服務合作的共識。

（二）資源配置的自主化

鑑於公部門補助計畫常受限於經費與次數上限，針對深度創傷個案，恐無法持續提供穩定的晤談。故本會透過自籌經費，建構具備高度彈性的晤談次數。這種配置確保受創兒少能獲得不間斷的長期陪伴，讓弱勢家庭不因經濟困乏與行政體制，喪失高品質心理支持服務的權利。

四、三級整合服務模式的實踐：落實全人復原

時至今日，本會發展出成熟的「三級整合服務模式」，該模式整合初級社區預防、次級風險辨識及三級深度處遇，社工從多元觀點的角度，理解兒少面對挑戰所帶來的內在壓力，結合跨專業的團隊合作與創傷知情觀點作為核心運作原則。

上述歷史的發展與演進，說明本會從單純的經濟援助，轉型為具備心理衛教、精準評估與深度療癒的專業體系，其並非單一服務的轉型，更是依整個環境系統對於照顧與人權的重視，不斷精進、修正的軌跡。

從早期的經濟救濟，到中期的兒保服務體系建置，再到當前的深度心理療癒，本會實務經驗發現：須將「心理衛生」與「社會工作」進行整合，才能有效改善創傷帶來的影響性。藉由歷史脈絡的梳理，本會有效串連社工、輔諮人員與各界網絡資源，舒緩創傷事件對兒少帶來的影響。

心創服務不僅修復過往的創傷，更協助每位帶有創傷經驗的兒少，重新建構發展容納之窗，並發展出適應社會的心理韌性。

肆、本會心理創傷三級整合服務模式之落實經驗

因應當代兒少心理創傷的複雜性與多元樣貌，本會在實務工作的基礎中，發展出「三級整合服務模式」。該模式不僅是單純的資源轉介，而是一套將「預防」、「辨識」與「治療」的社會工作處遇架構進行整合。其核心在於打破過去社會工作與心衛專注於各自專業，甚少對話的經驗，協助受創兒少建構一道更為完整的守護網。

一、初級預防：提升社區識能、去標籤化與「兒保體驗館」的創傷知能實踐

初級預防重點在於強調教育與宣導，社區是系統觀點相當重要的一環（張又文，2022）。社會大眾若缺乏對創傷的基本知能與概念，受創兒少往往容易遭遇二

（再）次傷害。因此本會於2013年倡議推動428兒童保護日，各縣市家扶中心同步於社區進行宣導（親職講座、暴力防治宣導……等），建構民眾對兒少保護的重視，加上近年本會持續拓展親職／青少年服務社區據點，朝系統性的培力工作，協助社區在地組織及學校，提升全民建構對創傷的知能，減少社會標籤的刻板印象，深耕初級預防工作。

於此同時，本會為活化舊館空間，2024年打造全臺首座以兒保宣導為主題，搭配科技互動裝置技術的「兒保體驗館」。以10歲孩童-「小芙」的生命故事為核心敘事，以虛擬但具隱喻性的情境，將複雜的心理健康議題轉化為可感知、互動的學習歷程。

（一）多媒體互動與風險辨識

館內設置多種「實體互動裝置」，引導兒少從家庭、社區、學校及網路，發現所在環境中的潛在風險。如：「秘密基地說故事」、「SOS如果電話亭」，讓兒少在多媒體情境下模擬練習表達及求助管道，將「自我保護」從口頭教導轉變為肌肉記憶與認知學習。

（二）兒童權利與情緒調節的實踐

「神奇餐桌」、「一起出任務」的裝置，是奠基於兒童權利公約（CRC）與情緒調節的主題進行設計，讓參與兒少認識享有的既有權利及情緒的認識與管理，理解如何接納自我、社會學習與情緒調節。正是將創傷知情的「安全感（Safety）」、「增權（Empowerment）、發聲（Voice）與選擇（Choice）」的原則，落實於社區教育的一環。

（三）創傷轉譯的空間隱喻

小芙受過的傷與「風險小花妖」，象徵兒少面臨的挑戰與風險。藉由「熊熊」夥伴與守護傘的介入，向社會傳遞：當環境具備支持性與理解時，傷痕可以癒合，彩虹與曙光終將出現。這種去標籤化的敘事方式，有效提升社會大眾對創傷經驗的認識與修復的接納。

二、次級預防：精準辨識與風險控管

次級預防核心在於「早期辨識與針對性介入」。針對具備高度風險因素（如：經濟收入不穩、不當對待、遺傳性精神疾患……）的家庭，社工採取主動關懷，並安排密集式的家庭訪視，了解與評估家庭創傷議題，以便強化家庭與個人功能，降低改善風險因子，同時評估資源的引進與連結（如：學校、心衛、社區組織……），共同打造安全防護網。

（一）密集式訪視與創傷敏感評估

社工於家庭訪視中，除提供經濟、物資外，更將重點置於家長與兒少的互動

關係、情緒因應與行為表現，針對有親職需求的家庭，社工除給予心理上關懷與支持外，也會評估評估兒少身心狀態，至於情緒調節困難的兒少，社工提供穩定的情緒關懷與支持，修復兒少的依附與親子關係。

（二）規劃專業性團體與服務

對於透露初期創傷訊號的兒少，籌備「壓力紓解團體」、「情緒成長團體」……等，藉由團體輔導，協助個人從失序的狀態，慢慢回穩，無法於團體中修復的創傷議題，則導入三級處遇服務。

三、三級處遇：跨專業評估會議與深度復原

三級處遇是為具「嚴重心理創傷」兒少，所進行的深度修復工程。在此階段，本會展現高度專業化的協作能量，個案主責社工評估且確認兒少意願後，轉介於心創服務統籌社工，統籌社工透過「初談」與「跨專業評估會議」的運作，讓此階段的復原目標，得以有效切入核心議題。

（一）輔諮人員與社工的「雙專業共治」

在長達20多年的執行經驗中，本會已建置穩定且長期合作的輔諮人員資源庫。在三級服務中，輔諮人員不只是外聘的輔導人員，而是處遇團隊的核心成員。社工負責生態環境的穩定（家庭資源、醫療及法律議題的協助……等），輔諮人員針對內在心靈議題，協助兒少進行修復工作。個案主責社工轉案時，執行心創業務的統籌社工便針對案情，進行資訊的蒐集與討論，同時核對家庭對輔導晤談的意願，透過訊息整合，統籌社工歸納出主述議題、個案特質與期許、可出席晤談的時間、地點……等，媒合師資庫內的名單，由於統籌社工已彙整欲轉介的個案資訊及意願，因此能迅速聚焦創傷議題，若議題為家庭內存在的因素，團隊會共同討論，從個人、親子，乃至於家族晤談，依議題及發展脈絡，媒配輔諮人員，藉由全面性的多元評估，「跨專業模式」能有效因應如「解離」、「代間傳遞」等複雜性議題。

（二）跨領域評估會議：精準處遇的樞紐

針對複雜性創傷個案，本會於輔諮人員啟動晤談3次時，統籌社工會主動召開「初次評估會議」，確認處遇目標是否需要調整或延續。期間則依案情狀況，不定期召開跨領域的「過程評估會議」（註4），以整合輔諮人員的晤談發現、社工的家庭動態評估，若需要校園、醫療與社政端的討論，則會另外召集相關網絡工作者，共同交流彼此對個案的資訊掌握及觀察，進行網絡合作與分工，會議不僅聚焦在各自目標的執行，而是納入具系統化與結構的觀點，討論後續的處遇目標；若個案順利參與晤談，且創傷行為有明顯改

善，各方資源亦逐步建置後，統籌社工會於晤談結束前的3至5次，召開「結案評估會議」，再次核對案情進展與晤談情形，並將重點聚焦於輔諮人力撤場後，個案主責社工所需要留意的重點事項。

（三）網絡系統的一致性

透過會議，所有網絡成員達成共識。這確保兒少在家庭、校園、社區之中，都能獲得一致的回應，在穩定聚焦服務的安排下，對重塑「內在安全感」來說，顯得至關重要。

（四）網絡協作下的資源整合與延續

本會複雜性創傷案件來源，除經濟扶助案件外，也包含承接地方政府委託的家庭處遇及寄養服務案件。由於不同服務體系，均有其各自的服務目的、經費來源及運用原則，因此本會並非取代社會安全網的服務，而是透過跨領域的評估會議及網絡合作，與地方政府主責社工一起討論個案需求、服務目標及角色分工，確保資源投入的必要性及需求。

當評估兒少有持續性創傷復原需求，而既有資源難以完整銜接時，本會透過自籌經費，得以持續穩定提供「不間斷服務」，並視復原進程彈性安排晤談次數；此外在評估會議的討論中，團隊又會依據實務情況，評估媒合其他資源挹注的共識。此種模式，讓本會心創服務能「依需求分配」，確保服務的推展得以因應兒少復原的狀態提供彈性作法，而非行政年度的核銷期限。

伍、結論

一、實務成果與服務意涵

家扶基金會經驗顯示，兒少心理健康服務已從早期的經濟救助，逐步轉型為「創傷知情整合服務」。

本會將心理創傷議題從「問題導向」轉化為「創傷導向」，透過視角轉變，社工、輔諮人員、學校老師……等網絡單位，乃至社區民眾，得以重新理解兒少特殊行為（如：偷竊、暴衝、拒學……）之意涵。此類外顯行為反映不同深度之創傷經驗與反應。在思維與認知的轉化下，環境對兒少的回應可由懲戒導向調整為修復導向，進而有助於改善創傷帶來的風險與影響力。

藉由兒保體驗館的初級觀念建構、社工的次級風險控管、以及跨專業共治的三級處遇，本會逐漸建構心理創傷防護網絡。憑藉自籌經費方式，突破公部門補助次數限制，確保受創兒少得依「復原進程」而非「行政規範」獲得相對應的服務資源。此作法亦回應CRC中有關心理健康權的核心精神，進一步縮減弱勢家庭於心理支持資源取得上之落差。

另方面，本會在三級整合服務模式的

推動過程中亦發現，跨網絡合作的價值不僅在於資源連結，更在於不同專業系統間的理解與轉譯。實務上，雖非每位兒少皆需校園系統密切介入，但當創傷議題影響其校園適應、人際互動或學習參與時，統籌社工即扮演重要的專業轉譯角色，協助將輔諮人員於晤談過程中所觀察到的創傷反應、復原需求及保護因子，轉化為學校及相關網絡單位能夠理解與運用的支持策略。

透過此轉譯歷程，兒少的外顯行為能回到其生命經驗與創傷脈絡中，重新被理解，而非僅被視為需要矯正的議題。此經驗顯示，穩定且具創傷知情觀點的跨專業合作，有助於提升各系統回應一致性，成為兒少復原歷程中重要的支持力量。

二、服務發展的挑戰

基於上述執行經驗，針對未來兒少保護與心理健康實務，提出以下反思：

（一）納入各式創傷性量表，輔佐成效依據

現階段心創服務多仰賴跨專業的合作共識，以及服務對象的感受，作為結案評估指標，為提升評估的客觀性與一致性，現有可運用工具包含：臺灣版複雜性創傷量表（T-CTI）、創傷後壓力症候群量表-第5版（PCL-5）、童年經驗量表（Adverse Childhood Experiences）……等各式量表，本會將依轉介的主述議題差異，規劃相對應的量表施測機制，以建立量化成效評估基礎。

（二）城鄉心衛資源落差的因應

輔諮人力資源隨縣市、城鄉有所差異，本會近年逐步調整心創服務支持措施，包含：晤談費由每小時1,600元調升至2,000元，並依交通路程距離，提供交通費、未遇費及住宿費……等補助，以提升輔諮人員接案意願，然仍有少部分的偏遠地區個案，較難媒合到可支援的輔諮人力，故本會因應通訊心理諮商的開放，在符合其規範標準下，媒合衛生福利部公告之可執行通訊心理諮商業務核准機構的心理師，協助提供心創服務，配合開放服務家庭偏遠交通補助費，改善偏鄉地區輔諮人力不易媒合的困境。

（三）強化跨網絡的「專業轉譯者」機制

實務中發現，系統間的穩定關係有助於舒緩或改善兒少創傷。因此建議於社政、教育及醫療體系間，能建立標準化的「跨領域評估會議」作業程序。培養更多具備創傷敏感度的「統籌社工」，扮演專業轉譯者的角色，將實務所觀察的資訊轉化為跨網絡間能夠討論的語言及服務策略，確保兒少在不同系統間移動時，能獲得一致的支持性回應。

三、未來展望

家扶基金會於心創服務的實踐，顯示當環境具備支持性與理解時，創傷經驗雖不會完全消失，仍可透過系統性服務的建構，逐步轉化為復原與成長的動能。本會心創服務近三年之積極結案比例，分別為75.3%、78.1%及73.5%，整體維持在七成以上的穩定水準。此結果說明，在面對兒少創傷多重議題交織、跨系統合作需求增加及偏遠地區服務可近性的挑戰情境下，本會所發展之創傷知情三級整合服務模式，逐步形成具一致性的服務脈絡與架構，並支持跨專業網絡間的穩定運作。

透過各專業系統間的合作，讓兒少得以拓展容納之窗，協助兒少逐步提升情緒調節與安全感建立的能力，使其身心狀態得以由高度警覺或低落狀態，慢慢恢復到較穩定的狀態，進而強化其復原能力與生活適應力。未來期盼持續強化跨領域合作與心理支持網絡之韌性，使每位曾經受創之兒少，皆能在安全且穩定的環境中，重新連結生命的希望與前進的動能。

（本文作者：張邦汎為財團法人臺灣兒童暨家庭扶助基金會社工處資深專員；王金敦為財團法人臺灣兒童暨家庭扶助基金會社工處企畫組主任）

關鍵詞：家扶基金會、兒少心理健康、創傷知情照護、三級整合服務模式、跨專業網絡會議

註　釋

註1　內部統計資料已去識別，並符合本會資料使用規範之聲明。

註2　心創服務師資含：諮商心理師、臨床心理師、表達性藝術治療師、心衛專科社工師，故以「輔導晤談」一詞說明。

註3　本會於各縣市家扶中心，均設置彩虹屋，屋內提供安全、具隔音的晤談空間，並配置撫育類、創造表達類、戲劇扮演類、攻擊性與探索類媒材，供有需求的創傷個案，得依自己的狀態及喜好，選擇對應媒材，以利輔諮人員評估個案的投射情境。

註4　本會執行的過程評估會議，可因應突發或重大事件，隨時召開;假設案情執行穩定，仍會於晤談次數滿15次時召開，確保網絡單位間對心創服務執行的共識。

參考文獻

少年報導者（2025年2月10日）。〈百名兒童心智科醫師問卷——臺灣兒童青少年精神醫療現況調查全文〉。https://kids.twreporter.org/article/kids-mental-health-doctor-survey

內政部（2026）。〈人口統計資料〉。https://www.ris.gov.tw/app/portal/346

兒童福利聯盟（2025年9月）。《2025年臺灣青少年心理健康調查報告》。https://www.children.org.tw/publication_research/research_report/mentalhealth2025

貝塞爾・范德寇（van der Kolk, B.）（2017）。《心靈的傷，身體會記住》（劉思潔譯）。大家。（原著出版年：2014）

張又文（2022）。〈保護服務社區初級預防工作〉。《社區發展季刊》，179，8-22。

張心怡、唐景俠、馮瑞鶯（2021）。〈創傷知情健康照護之實務〉。《護理雜誌》，68（3），81-86。

張珏、李柏翰、溫桂君、張菊惠（2015）。〈國際人權法與心理健康權〉。《中華心理衛生學刊》，28（3），449-468。

張曉佩（2016）。〈心理衛生專業工作者的合作共治〉。《輔導季刊》，52（1），67-76。

廖偉舟、謝麗紅（2024）。〈創傷知情於兒童青少年諮商之應用〉。《輔導季刊》，60（2），17-30。

謝佳容、張珏（2003）。〈青少年預防憂鬱和心理健康促進〉。《健康促進暨衛生教育雜誌》，23，129-136。

謝依婷（2020）。〈在那些青春墮落之後〉。社團法人臺灣憂鬱症防治協會。https://www.depression.org.tw/communication/info.asp?/58.html

威廉・斯帝爾、凱茜・馬爾基奧迪（Steele, W., & Malchiodi, C.）（2020）。《兒童與青少年創傷知情實務工作》（謝政廷、許智傑譯）。洪葉。（原著出版年：2012）

衛生福利部社會及家庭署本部（2014年11月20日）。〈兒童權利公約全文〉。https://crc.sfaa.gov.tw/PublishCRC/CommonDetail?documentId=45733006-3802-4A3F-BBA1-91D23E1195AE

American Psychiatric Association（2014）。《DSM-5精神疾病診斷準則手冊》（臺灣精神醫學會譯）。合記。（原著出版年：2013）

Bailey, J. A., Hill, K. G., Oesterle, S., & Hawkins, J. D. (2009). Parenting practices and problem behavior across three generations: Monitoring, harsh discipline, and drug use in the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, *45*(5), 1214-1226. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2766356/

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Preventing adverse childhood experiences: Leveraging the best available evidence*. National Center for Injury Prevention and Control.

Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work*, *62*(2), 105-113.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach.*

United Nations Children's Fund. (2025). *Placing children at the heart of the non-communicable disease and mental health agenda*: Advocacy key messages and calls to action. https://www.unicef.org/documents/advocacy-ncd-mental-health

Wall, L., Higgins, D., & Hunter, C. (2016). Trauma-informed care in child/family welfare services. *Child Family Community Australia*, *37*, 2-17.

World Health Organization. (2025, October 8). *Mental health.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

World Health Organization. (2026, January). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics.* https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/en#585833559