

第一單元

照護制度的概念基礎

第一章 社區兒童心理健康發展沿革

要把社區兒童心理健康的發展沿革，從兒童心理健康發展之歷史中獨立出來，是很不容易的。因為在兒童心理健康領域中，大部分都著重在那些需要幫助的孩童是否有充分獲得社區服務，不論這些孩童的社會地位為何。事實上，最早開始的兒童心理健康服務發展於 19 世紀末工業革命，以及 20 世紀初期美國的移民潮，主要對象為無家可歸及叛逆的青少年。早期的兒童輔導運動就這樣發展了起來，服務對象針對所有青少年族群。因此，美國正式的社區心理健康運動也在 1960 年代初期開始，在社區脈絡下檢視兒童及青少年心理健康需求的概念在實務面落實，並在兒童輔導中心開始實施，這樣的方式在當時廣被接受。

從近代兒童心理健康運動發展沿革來看，許多較少獲得服務的族群已經漸漸出現一些特殊社區心理健康需求，例如出現在 1960 及 1970 年代一群社會疏離的青少年，及在 1980 年代所出現之嚴重情緒困擾的兒童及青少年。本章根據四種近年已經發展的主要兒童社區心理健康運動撰寫：兒童輔導（child guidance）、社區心理健康中心計畫（the community mental health center program）、替代性青少年服務運動（the alternative youth services movement），和現今有嚴重情緒困擾的兒童及青少年與其家庭的照護系統概念。

兒童輔導

兒童心理健康之發展，始於 19 世紀末期的一系列社會福利運動，在當時被稱為「兒童救援者」（Jones, 1999）。提倡運動的團體以叛逆的兒童為目標，協助他們遠離貧困的處境。這個運動當時也延伸到改善暴力、心理障礙及兒童犯罪原因等問題。1880 年開始，兒童的問題行為常常以犯罪來表現，這被視為一種道德及心理缺陷的結果，合併出現缺乏適當資源。以現代的社會程度來看，這些論述內容雖過於簡單且過時，但我們必須知道，貧窮及種族歧視仍然是極為常見的社會問題，那樣的經歷會在兒童發展過程中留下痕跡，也讓兒童生長過程的心理健康蒙上陰影。

Jones (1999) 表示在 20 世紀開始的三十年間，兒童心理健康發展進入了較專業的階段——兒童輔導 (child guidance)。第一個兒童心理健康服務就是兒童輔導門診，其功能很像今日所見的法院診所 (court clinic)。第一個兒童心理健康服務機構設立在美國的芝加哥，現仍保留其名稱——少年研究機構 (the Institute for Juvenile Research)，而其他早期機構仍留存至今，如法官貝克爾兒童輔導中心 (the Judge Baker Child Guidance Center)，則是以法官的功能性名義命名。

兒童輔導主要的目的是將青少年導向正途。Jones (1999) 敘述 1915 年法官貝克爾基金會所記載的文獻《強化幼苗》(Strengthening the Twig)，意指幫助一群年輕人，並引導他們往正確的方向生長。這個概念已廣被專業接受，例如在 1930~1970 年間，培育兒童心理健康專業人員的第一專業機構為美國矯正精神病理學協會 (the American Orthopsychiatric Association)，之所以稱為「矯正精神病理學」(orthopsychiatric) 實乃源於希臘的字根——正 (ortho)，即是矯正的意思。

在理解及處置那些有接受兒童輔導的偏差行為兒童及青少年方面，有一首要進展，即是從「處罰」轉變成「修正其錯誤行為」，例如：應該先修正混亂不平靜的兒童，但不是進一步去傷害他們。以社區為焦點的概念是建立在以下前提：假如兒童或青少年有不良品行時，這也未必都是他們的錯；更確實地說，社會也要對這樣的行為負一部分責任，因為社會剝奪了滿足他們需求的資源。一般認為，大多數犯罪行為常來自於社會中經濟較弱勢的層級，這個想法正好可以用來支持上述的論點。在此同時，個人及家庭發展的早期思維也出現了，這種思維方式仍植基於早期認為發展受經濟、器官生理變化（初期障礙）影響的理解。

1920~1930 年間，兒童輔導從最初以不良青少年為基礎的運動，逐漸擴展到以中、上層階級為主的運動。Jones (1999) 稱此現象為「兒童輔導的普及」(popularization of child guidance)，這是由一群希望他們的信念能廣被接受的心理健康專家，與 1920 年欲推翻任何舊制的青少年運動所共同促成的。青少年問題行為是存在於每一個階層的，所以擁護兒童輔導的社會大眾漸漸增加。Jones 推測，社會大眾之所以對此感到著迷，是因為利奧波德 (Leopold) 及羅伯 (Loeb) 審判了兩個上層階級的青少年，並判定他們犯了非蓄意謀殺 (senseless murder) 的罪行。這不僅使上層階級問題得到關注，而且也讓人重

新省思身心發展的議題與青少年行爲之間的關係。事件過後，犯罪預防的概念化可以引導我們更了解在正常發展過程中，偏差如何產生不良行爲。經由這些運動，可教導家長如何運用較好的方法教養子女，並能避免衍生出這樣的問題。

早期兒童心理健康領域的發展，如 Jones 所述，結合了對兒童，及其家庭發展的新理解。舉例來說，個人及家庭在發展過程中的角色，以及兒童及其家人在社會上所處的情境，都是需要重視的。19 世紀末至 20 世紀前半期的兒童輔導方面，私人執業機構逐漸增多，像是專為中、上階級族群設立的。不幸地，雖然大部分的兒童輔導診所仍繼續提供給無法負擔費用的兒童一些公開的支持與慈善服務，然而在兒童心理健康這個領域，卻從以社區為主的心理健康服務，逐漸變成私人執業模式了。

社區心理健康中心計畫

美國心理健康政策最主要的一個轉變，是 1960 年代早期美國聯邦政府社區心理健康中心計畫（the Federal Community Mental Health Center program）的出現。在成人精神醫學方面，公共系統中沒有社區心理健康單位能夠替代兒童輔導中心的功能，甚至有很多社區也無法利用這些輔導中心。多數的慢性精神疾病治療，仍是仰賴州立療養院（state hospitals）給予慢性精神疾病主要的服務。在兒童方面，提供了兒童輔導中心及住所安置（residential treatment），資金主要來自於兒童福利及青少年司法機構。1950 年代，苯硫醯胺療法出現之後，使得一些已去機構化（institutionalized）及有嚴重、持續性心理健康問題的成年人居住在社區中。

美國聯邦政府社區心理健康中心法案

1963 年美國通過智能障礙設施及〈社區心理健康中心法案〉（Community Mental Health Center Act）之後，國會開始滿足這些特定族群的需求。心理健康法令的目的是在創建一個以社區為主的全國性心理健康醫療網，可以服務去機構化的族群。這個系統主要目的在於發展全國每一社區的社區心理健康中心（community mental health centers; CMHCs）（這個計畫在每個人數超過 135,000 名居民以上的社區設立一個中心）。這些中心主要提供五種基本的服務：住院

病人（短期）、門診病人治療、急診服務、危機處置、諮商及教育。

雖然兒童跟青少年可以使用美國政府提供的這些服務，但是他們特有的需求卻未受重視。在 CMHC 系統最早的方案內容中，兒童及青少年特殊需求的議題並未被提出。因此，兒童方面的困境被每個中心排除在外；不幸地，僅有不到一半的中心提供兒童的服務（Ad Hoc Committee, 1971）。有兩個主要因素抑制了兒童及青少年社區心理健康之發展。

第一個因素是因為心理健康領域中絕大多數仍以成人服務為主，這種傾向仍然存在，導致社區心理健康的領導者沒有考慮到將兒童及青少年的需求特殊化，而且他們也較不熟悉兒童及青少年族群需求上的差異。此外，成人族群需求的數量較大，他們可以輕易用掉現有的經費，甚至需求更多。

第二個因素是在於兒童的服務所費不貲。CMHCs 大部分的資金來自於聯邦政府的 CMHC 方案，這個方案能提供一些草創期的人力及金援，在八年期間經費會逐漸減少（也有一些可利用的特殊資金，是用來建設新中心的建築）。當聯邦政府的基金減少時，他們會去整合州郡的基金、其他公共及私人的補償資源；成人方面，這個過程可以運作得很好。當聯邦政府資金短絀時，州政府就會提供州政府心理健康基金作為代償（主要針對一直居住在重要地區，有嚴重、持續性心理障礙的成人），以及伴隨最近發展的聯邦政府基金趨勢，例如：補償性安全收入、國民醫療補助制度（Medicaid）、聯邦老人（Medicare）醫療保險制度。由此可見，對於有精神疾患的成人族群來說，資源是容易取得的。相較之下，兒童及青少年在基金資源的取得就不是那麼容易了。

兒童服務需要一個較佳品質的間接服務，這裡所指的服務並非指大多數公共或私人保險方案。例如：非正式的個案管理、學校或其他兒童或青少年諮商方案、協助單一家庭之心理健康方案中的專業團隊。在這段接受聯邦政府資金的時間，很多無法得到賠償的兒童服務就被掩蓋在官方諮商與教育服務的成規之下。然而，聯邦政府的資金很快就用完了，州政府的資金也很少用來填補這個缺口，於是服務就無以為繼了。當發生這樣的狀況時，兒童服務的費用就會跟著提高，致使 CMHCs 無力再負擔。當初在聯邦政府 CMHC 方案下所成立的中心，就會因資金抽離而中斷服務，其他中心則是根本就不提供服務。

綜合上述的問題，可見州政府心理健康部門的實際情況，在聯邦政府的八年計畫結束之後，州政府有責任將這個 CMHC 系統持續經營下去，但是往往沒有兒童心理健康的能力或專業人士可以支持兒童的服務。1982 年，Knitzer 調查

發現有二十一個州中，不管在層級或其他任何的兒童心理健康中心中，州政府竟沒有編列全職的兒童心理健康服務工作人員之預算。在對兒童服務的關注及支持都那麼缺乏的狀況下，毫無疑問地，在 CMHC 運動早期不會有太多兒童服務的發展。

社區心理健康中心法案的〈第 F 篇〉

在〈CMHC 法案〉，兒童及青少年社區心理健康服務的失敗，導致兒童發展倡者無法在〈CMHC 法案〉下爭取特殊兒童及青少年方案的發展。1972 年，美國國會針對這個法案進行修正，為兒童訂定了一個特殊計畫，就是〈第 F 篇〉。自從約六十年前兒童輔導中心出現以來，〈第 F 篇〉是兒童心理健康服務裡一項令人振奮的進步。在這個方案底下，約有四百個 CMHC 已經發展出來，並支持兒童的服務，相當於全部 CMHC 數量的 1/3 (Lourie, 1992)。

在那個年代，有很多這樣的兒童服務方案是令人興奮且創新的，並傾力去重新定義兒童、青少年及其家庭的心理健康服務之獲得。這個系統被認為相當成功，在 1974 年，〈CMHC 法案〉已經做了改變，以致在每一個有聯邦政府資金贊助的 CMHC 都需要兒童的服務。可惜的是，在那年相同的 CMHC 修正法案也增加了六個必需的服務，服務項目從原來的五項提高到十二項，但是對於提供新服務所需的資金卻沒有增加經費來因應。因此，這七個新的服務都無法充分得到資金挹注而能適當地運作。由此看來，現況就是規則。另外，在〈第 F 篇〉之下也沒有額外的金援可以用來發展新的兒童服務。無論如何，已經接受補助金的 CMHC 可以繼續接收特殊兒童的基金，延續原計畫達八年的〈第 F 篇〉服務提供。

兒童心理健康之聯合委員會

大約在社區心理健康中心方案開始的時候，兒童心理健康的另一個重要發展也隨之展開——兒童心理健康之聯合委員會。1965 年，國會作了一項全國性的研究，探討有情緒困擾的兒童及青少年之需求。在兒童心理健康危機（1970）報告中，這個聯合委員會擬定一個從兒童的提倡逐漸達到兒童服務的架構。這個兒童提倡反映出兒童全面性的需求與福利，矯正、教育、健康及心理健康等，皆以兒童輔導的基本原則為基礎。這個主張被全國、州、地方及個人都認為有其必要性。國會做了兩項調整，以制定法律來執行聯合委員會的提

案，但是都失敗了。兒童心理健康領域的失敗，已經呈現出聯邦政府對兒童輔導最早期的支持至今對兒童心理健康支持的警訊。

儘管在這段期間全國的 CMHC 系統主要發展於提供心理健康服務，1970 年代仍然可以看見社區兒童心理健康發展的幾項進步，以及一些來自聯合委員會的極小衝擊。全國〈CMHC 法案〉分布全國，超過半數社區的社區心理健康中心是由聯邦政府贊助的。可惜的是，大多數社區心理健康中心只能提供給兒童及青少年很少的服務，所以這項運動對兒童心理健康的發展僅帶來些微影響。

替代性青少年服務運動

在 1970 年代一個成長及變動很大的領域是青少年服務。就以補助兒童輔導活動的兒童救援者來說，一群人開始關心起 1960 末期到 1970 年代初期這段期間，青少年文化與成人文化之間的心靈疏離（類似 1920 年的協助發展兒童輔導）。1970 年代的青少年在參與傳統的兒童輔導上，較上一代少。他們不僅像上一代那樣反抗他們的父母親，也會挑戰成年人的權威，包括兒童心理健康專家的威信。兒童心理健康可說是反映出這群疏離青少年及家庭治療普遍化的一個領域，把青少年的問題當作是家庭運作過程中失誤的結果，並非只探究偏差行為本身。家庭治療者將青少年的問題視為一種不正常動力的結果，這個異常動力可能是從家庭成員（包括青少年本身）中發展出來的。

替代性青少年服務運動的興起，源自於青少年工作運動的一種全新的服務組合。這項運動涵括了四十年前著重於青少年同儕團體及兒童心理健康的微小關聯。自從這個服務來臨，所謂替代性服務或非傳統方案，將偏差行為的青少年當成一種社會的改變，而不是一種精神病理學的表現。這個新的觀點要求設定不同的心理健康介入措施的目標。心理健康工作者首先必須以幫助青少年的方式與他們建立關係；協助的方式必須以青少年自覺的問題為中心，當他們準備好參加介入措施時，心理健康工作者提供諮商的幫助。甚至之後（假如有效的話），心理健康工作者可嘗試再促進這些青少年與家人的關係。只要兒童輔導及社區心理健康的正式準則被認為不切合青少年的需要時，造訪中心（drop-in centers）、中途之家（runaway houses）的隨到隨做的多元化服務（multiservice walk-in services）和傳統上街服務，都可以變成替代療法運動的工具。因此，我們將看到這些替代性服務創造了一個服務環境模式，提供了許多創新的兒童心理健康服務。

照護系統的概念

目前社區兒童心理健康被嚴重情緒困擾的兒童，及其家人的照護系統具體化了。照護系統的概念源自兒童輔導的基本原則，及兒童心理健康聯合委員會的研究發現，這些基本原則已被修改，以切合 20 世紀後二十年服務的需要，這些原則也表現出 1970 年代替代服務運動的課題。

心理健康之全國性計畫

1978 年，總統心理健康委員會引領了心理健康政策一個重要的變革。由於第一夫人羅莎林·卡特（Rosalynn Carter）對心理健康的重視，委員會（1978 年，總統心理健康委員會）提出建議，這些建議也在慢性精神疾患全國計畫的發展中扮演著重要的角色。儘管全國計畫裡關於兒童的章節被歸在計畫書的附錄中（Lourie et al., 1980），心理健康國家機構在當時仍設計了一套程序。總統聯合委員會及全國計畫強調了兩個較少被服務到的心理健康族群：慢性心理疾患的成人（指今日嚴重及持續性精神疾患）、有嚴重情緒困擾的兒童及青少年。這兩個族群沒有獲得妥善服務的原因，要歸咎於社區心理健康中心在強調這些族群及滿足其公共需求上的失敗。政府快速的提出全國性計畫來解決成年人的問題及社區支持方案，這是一個非常成功的方案，針對有嚴重及持續性心理疾患的個案，發展州及地方上的社會與復健資源，這個系統很早以前就開始發展，經由這個計畫而得以延續下去。

多數人有需求方案

兒童方案的內容跟全國性計畫中兒童章節的部分很類似（Lourie et al., 1980）。對於那些大多數有需求的兒童來說，計畫所提供的只是極小部分的服務。這個方案稱為「多數人有需求方案」（簡稱 MIN），強調以社區心理衛生為基礎，允許社區運用聯合委員會的原則，無論那些兒童的需求是什麼，也不管心理健康反映的程度，盡量滿足當地兒童最獨特的需求。不幸的是，這個方案不曾被納入國會或心理衛生國家機構中發展。事實上，這個系統只有印地安心理服務短期研究經費來執行，範圍只有十二個印地安保留區及城市中的美洲原住民社區。

心理健康系統法案

總統心理健康委員會最後的決議通過了 1980 年〈心理健康系統法案〉(The Mental Health System Act) (P.L. 96-398)。依照這個法案之規定，聯邦政府補助方案也發展成以社區為基礎的系統，以供給那些未受服務族群的需求。委員會將此族群定義為：患有慢性心理疾患的成年人（現在的定義是患有嚴重及持續性心理疾患的成人），及嚴重的情緒、心理障礙的兒童及青少年。兩個系統是不相同的，社區心理健康中心系統結合了聯邦政府與地方之間的合作關係來發展那些中心，在〈心理健康系統法案〉主要將州政府納入地方社區心理健康系統能力展現方案，成爲一個較重要的、主動的夥伴。將州政府納入夥伴關係過程中，主要目的在鼓勵支持那些容易被州政府的心理健康服務放棄，尤其是當聯邦政府資助款項減少時，較容易在社區心理健康中心方案下，被社區心理健康中心取消而無法獲得補助。

資金限制計畫

〈心理健康系統法案〉從未執行過。在國家心理衛生研究院 (National Institute of Mental Health; NIMH) 爲了開發地方心理健康系統，而計畫及發展成人及兒童計畫的一年後，這個法案伴隨整個社區心理健康中心計畫的改變而被撤銷，並被酒精、藥物濫用及心理健康資金限制計畫所取代（部分爲 1981 年的〈公車預算調解法案〉, P.L. 97-35）。這個資金限制的概念是從聯邦政府轉移預算的控制權給州政府而來的。州政府接受先前的社區心理健康中心計畫的預算，以及即將納入〈心理健康系統法案〉，要將這些經費充分運用於〈社區心理健康法案〉中。經費使用有其規則，然而資金限制計畫 (the block grant) 的結果，是從強調運用聯邦公費的快速轉移，從新成立中心及系統轉移到有持續接受補助的現有中心；原有的法案並沒有特別編列預算給兒童服務這一部分。在此資金限制規定之下，新的兒童服務及服務系統發展得很少，最後在美國國會多次的指示下，才提撥總預算之 10~25% 給州政府，將凍結的資金分配到發展新的兒童服務計畫中 (Lourie et al., 1996)。這個款項從沒有良好的監控，且限制資金計畫，對於多數嚴重的兒童及青少年而言，在擴展兒童社區心理健康服務或創造服務系統方面，從未證明是有效的。

無人理會的兒童

必須要等待六年多之後，總統委員會（President's Commission）及國家計畫（the National Plan）才能夠完全回應全國孩童的需求。在 1982 年，Jane Knitzer 曾在他的兒童保衛基金會發表其支持提供服務給有嚴重情緒困擾的兒童及青少年之研究報告。這個報告，在無人理會的兒童（Unclaimed Child）方面提出充分證據顯示州政府在提供嚴重情緒問題兒童服務上的無能，以及聯邦政府、州政府、地方政府單位在處理危機上的缺失。根據十五年前聯合委員會的研究報告，這篇聲明成爲了經典，並成爲新一波兒童服務提倡運動的口號。最後於 1984 年，聯邦政府提供資金給一項「兒童與青少年服務系統計畫」（Child and adolescent Service System Program; CASSP），以期更符合這個族群的需要。

兒童與青少年服務系統計畫

在兒童及青少年愈罹患嚴重的情緒精神疾患，愈有可能未受到全面的補助及所需要的服務，CASSP 創立即來自這種時代背景。兒童及青少年全面性服務系統一直沒有成立。種種因素促成了兒童輔導的出現——兒童福利、少年審判、特殊教育、健康及心理健康——已經發展出數個主要的分支，每個分支都有一個政府單位來負責兒童心理健康業務，但是各部門之間並未互相聯繫。

心理健康

在提供兒童心理健康（Mental Health）服務上，兒童輔導及社區心理健康中心並未扮演重要的角色，也沒有太多公共資金。這些計畫也涉及執行一些類似私營的業務，主要服務有輕微到中等問題的中產階級的兒童。諷刺的是，患有極嚴重心理健康問題的青少年卻無法找到適當的心理健康服務。他們常常自己設法從社會福利、司法、教育機構中，獲得非居家式服務（out-of-home）。爲了要得到這些服務，青少年還必須從這些機構中取得接受服務的資格。

教育

教育（Education）系統是兒童獲得心理健康服務的一個主要途徑。1974 年，聯邦政府通過一個特殊教育法案，就是我們今日所知的〈殘障人士教育法案〉（Individuals with Disabilities Education Act）。這個法案，起初以〈全體障