

家庭暴力與性侵害防治

醫事及社會工作人員手冊

衛生福利部

企劃出版

編輯群簡介

(依姓氏筆劃排序)

總編輯

周煌智 / 現職：高雄市立凱旋醫院院長
學歷：陽明大學公共衛生研究所流行病學組博士
經歷：臺灣身心健康促進學會理事長；臺灣精神醫學會理事長；美和科技大學健康照護研究所合聘教授；高雄市立凱旋醫院副院長、顧問醫師

副總編輯

吳慈恩 / 現職：長榮大學神學系副教授
學歷：臺南神學院牧範學博士；美國哥倫比亞神學研究院神學碩士
經歷：香港中文大學崇基學院訪問學者暨副研究員；長榮大學社工系 / 通識教育中心 / 醫社健照學程兼任副教授；臺南大學諮商輔導學系兼任副教授；高雄市政府心理健康促進委員會委員；臺南市政府心理衛生推動委員會委員；高雄市 / 屏東縣 / 臺南市 / 臺東縣 / 新竹市 / 金門縣 / (原)高雄縣等縣市政府家庭暴力暨：侵防治委員會委員、性騷擾防治委員會委員；法務部 99 年推展犯罪被害人保護工作有功人士表揚；法務部 103 年推展修復式司法有功人士表揚；高雄地檢署、臺南地檢署、屏東地檢署修復式司法方案外聘督導；法務部修復式司法修復促進者培訓課程課綱規劃委員會委員；教育部人權教育諮詢暨資源中心人權教育專家；教育部 108、109、110 年度高中職校園修復式正義補充教材及推動機制計畫共同主持人；行政院台灣國家婦女館性別主流化人才資料庫專家學者；教育部性別平等教育人才庫、性別事件調查人才庫委員

陳筱萍 / 現職：樂安醫院臨床心理科臨床心理師
學歷：高雄師範大學輔導與諮商系博士
經歷：高雄市立凱旋醫院臨床心理科臨床心理師；高雄市立凱旋醫院臨床心理科主任；高雄市社會局兒童福利中心兒童輔導員

黃志中 / 現職：高雄市政府衛生局局長；輔英科技大學高齡及長期照護事業學系兼任副教授
學歷：國立高雄師範大學性別教育博士學位學程博士
經歷：內政部家庭暴力及性侵害防治委員會委員；高雄師範大學性別教育研究所兼任副教授；高雄縣政府衛生局局長；高雄醫學大學附設中和紀念醫院社區醫學部主任；高雄醫學大學附設中和紀念醫院家庭醫學科主治醫師；高雄醫學大學附設中和紀念醫院醫務秘書；臺南市政府社會局局長

黃敏偉／現職：高雄市立凱旋醫院醫療副院長／教育部部定副教授
學歷：國立成功大學醫學工程博士
經歷：臺中榮民總醫院醫企部副主任；臺中榮民總醫院嘉義分院副院長；衛生福利部八里療養院副院長；臺中榮民總醫院嘉義分院精神部部主任；嘉義榮民醫院精神科主任；嘉義榮民醫院精神科主治醫師；高雄市立凱旋醫院住院醫師總醫師；社團法人國際生命線臺灣總會理事長；臺灣精神醫學會秘書長；中華民國康復之友聯盟理事長

召集人

徐淑婷／現職：高雄市立凱旋醫院社區精神科醫師兼科主任
學歷：Boston University, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences 復健諮商博士
經歷：高雄醫學院附設中和紀念醫院精神科住院醫師；高雄長庚紀念醫院精神科主治醫師；高雄長庚紀念醫院精神科系復健及社區精神科主任；高雄師範大學諮商心理與復健諮商研究所兼任助理教授；高雄市身心障礙者權益保障推動小組委員；臺灣職業重建專業協會理事；臺灣社會與社區精神醫學會理事、常務理事

許兆璋／現職：高雄市立凱旋醫院兒童青少年精神科主治醫師
學歷：慈濟大學醫學系醫學士
經歷：花蓮慈濟醫學中心精神醫學部住院醫師及總醫師；高雄市立凱旋醫院成人精神科聘用住院醫師；高雄市立凱旋醫院兒童青少年精神科主治醫師；高雄市政府衛生局家庭暴力相對人裁前鑑定委員；屏東縣政府衛生局家庭暴力相對人裁前鑑定委員；臺灣兒童青少年精神醫學會副秘書長

蔡景宏／現職：高雄市立凱旋醫院兒童青少年精神科醫師兼科主任；臺灣兒童青少年精神醫學會常務理事；法務部高雄明陽中學青少年妨害性自主評估小組委員；高雄市政府衛生局性侵害加害人社區評估小組委員
學歷：樹德科技大學應用學院人類性學研究所哲學博士
經歷：臺灣兒童青少年精神醫學會理事、秘書長；樹德科技大學兼任部定助理教授；國軍左營總醫院精神科主任；國軍高雄總醫院精神科主治醫師；臺灣精神醫學會家暴暨性侵害防治學術委員會召集人；法務部高雄明陽中學青少年性侵犯強制診療專科醫師；法務部高雄監獄家暴暨性侵害診療評估會議委員；臺灣精神醫學會副秘書長

鄭堉達／現職：高雄市立凱旋醫院高年精神科主治醫師兼科主任
學歷：高雄醫學大學醫學研究所碩士
經歷：高雄市政府衛生局家庭暴力相對人裁前鑑定委員；金門縣政府衛生局家庭暴力相對人裁前鑑定委員；高雄地檢署暨橋頭地檢署監護處分評估小組委員；高雄市政府衛生局性侵害犯罪加害人評估小組委員；嘉義市政府衛生局性侵害評估小組委員；高屏區急診醫療網執行長；臺灣司法精神醫學會監事；美國華盛頓特區聖伊麗莎白醫院司法精神醫學研究醫師

鍾素英／現職：高雄市立凱旋醫院臨床心理科臨床心理師兼科主任
學歷：國立高雄師範大學成人教育研究所博士
經歷：高雄市臨床心理師公會常務理事；高雄市地方檢察署監護處分評估小組委員；橋頭地方檢察署監護處分評估小組委員；澎湖縣性侵害加害人評估委員；高雄市臨床心理師公會理事長；中華民國臨床心理師公會全國聯合會監事

編輯群

王姿芸／現職：高雄市政府社會局家防中心性侵害防治組社工督導
學歷：國立政治大學社會學系
經歷：105年衛生福利部社會工作人員資深獎；100年全國家庭暴力、性侵害、性騷擾防治有功人士；臺北市政府社會局社工員；高雄市政府社會局家庭暴力及性侵害防治中心性侵害防治組長；高雄市政府社會局仁愛之家秘書；高雄市政府社會局婦女及保護服務科安置股股長

王美懿／現職：高雄榮民總醫院精神部社會工作師
學歷：高雄醫學大學社會學與社會工作學系碩士
經歷：高雄醫學大學兼任講師；法務部矯正署高雄監獄妨害性自主罪收容人治療評估會議委員

王俸鋼／現職：彰化基督教醫院司法精神醫學中心主任
學歷：中正大學犯罪防治研究所犯罪學博士
經歷：臺灣司法精神醫學會常務理事；臺灣精神醫學會理事；彰化基督教醫院精神科主任

朱惠英／現職：國立嘉義大學輔導與諮商學系專案助理教授
學歷：Doctor of Psychology (Psy.D) The School of Professional Psychology at Forest Institute
經歷：美國威廉斯康辛州矯正署成人監獄部心理實習生；臺灣高雄少年法院心理輔導員

吳幸芳／現職：財團法人勵馨社會福利事業基金會台南分事務所社工督導；臺南地方法院家事調解委員；臺南地方法院檢察署修復促進者；臺南市政府性別人才資料庫專家學者
學歷：高雄師範大學性別教育研究所碩士
經歷：光田綜合醫院社工員；嘉南藥理科技大學社會工作系兼任講師；南部科學工業園區性別工作平等會暨就業歧視評議委員

吳淑玲／現職：衛生福利部嘉南療養院社會工作科主任
學歷：東海大學社會工作學系碩士
經歷：衛生署立臺南醫院社服室主任；臺灣心理衛生社工學會理事；衛生福利部強制住院暨強制社區治療審查委員；法務部嘉義監獄性侵害個案評估小組委員；衛生福利部精神科醫院評鑑委員

- 吳聖琪**／現職：嘉義市政府警察局婦幼警察隊隊長
學歷：國立中正大學犯罪防治研究所犯罪學博士
經歷：嘉義市政府警察局秘書科長；國家文官學院 112 年薦任公務人員晉升簡任官等訓練績優學員海外研習；國家文官學院警佐警察人員晉升警正官等訓練講座；司法官學院 106 年第四屆「傑出碩博士犯罪防治研究論文獎」特優
- 巫淑君**／現職：巫淑君社會工作師事務所所長
學歷：國立彰化師範大學復健諮商所碩士
經歷：臺灣心理衛生社會工作學會理事長；衛生福利部草屯療養院社會工作科主任；衛生福利部草屯療養院社會工作師
- 李維庭**／現職：衛生福利部八里療養院臨床心理師
學歷：臺灣大學心理研究所碩士
經歷：衛福部八里療養院臨床心理科主任；新北市家暴中心資深處遇人員迄今
- 沈勝昂**／現職：中央警察大學犯罪防治系(所)教授；中央警察大學心理健康中心主任；國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系教授(兼)；天主教輔仁大學臨床心理學系(所)教授(兼)；臺北市政府市政顧問
學歷：美國喬治亞州 EMORY University 心理學系博士
經歷：衛福部家暴暨性侵害防治推動小組委員會委員；內政部家庭暴力暨性侵害防治委員會委員；臺北市社會安全網委員會委員；臺北市家庭暴力暨性侵害防治委員會委員；桃園市家庭暴力暨性侵害防治委員會委員；法務部矯正署臺北監獄性侵害犯罪治療評估委員；法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院性侵害刑後評估委員；司法院法官學院講座；法務部矯正人員訓練中心講座
- 林明傑**／現職：國立中正大學犯罪防治學系教授
學歷：美國密西根州立大學刑事司法犯罪學博士
經歷：國立中正大學犯罪防治學系教授；衛生福利部家庭暴力及性侵害防治推動小組委員；嘉義縣水域遊憩協會理事長；嘉義縣愛家反暴力協會常務理事；嘉義縣性侵害加害人評估小組委員；嘉義縣家庭暴力加害人、性侵害加害人治療師；中正大學家庭暴力及性侵害研究室共同指導老師
- 林耿樟**／現職：高雄市立凱旋醫院臨床心理科臨床心理師
學歷：高雄醫學大學行為科學研究所碩士
經歷：臨床心理師公會全國聯合會常務理事；社團法人高雄市臨床心理師公會理事長；高雄市立凱旋醫院臨床心理科主任

- 洪文玲**／現職：銘傳大學犯罪防治學系助理教授
學歷：中央警察大學犯罪防治研究所博士
經歷：財團法人犯罪被害人保護協會總會組長及分會執行秘書；司法官學院108年第六屆「傑出碩博士犯罪防治研究論文獎」博士論文特優；臺灣士林地方檢察署修復式司法促進者；臺灣桃園地方檢察署犯罪被害補償審議委員會；基隆市政府性剝削防制委員會委員；法務部矯正署新竹、新店戒治所及基隆監獄外部視察小組委員；法務部矯正署臺北監獄假釋及申訴委員；法務部矯正署基隆監獄假釋及性平委員
- 胡淳茹**／現職：高雄市立凱旋醫院附設城堡康復之家社會工作師
學歷：國立中正大學犯罪防治學系（所）碩士
經歷：高雄市立凱旋醫院契約社會工作師；高雄市立凱旋醫院專任助理
- 陳貞樺**／現職：財團法人勵馨社會福利事業基金會台南分事務所主任；中華人際關懷處遇協會常務理事；中華民國耶底底亞家庭關顧協會理事；嘉南藥理大學社會工作學系兼任專技講師；嘉義監獄「家庭暴力認知處遇輔導」團體治療師
學歷：長榮大學社會工作學系碩士
經歷：臺南市政府社會處「家庭暴力性侵害性騷擾性剝削防治委員會」委員；臺南市政府社會處「兒少保行政裁罰審議委員會」委員；臺南市政府勞工局「就業歧視審議委員會」委員
- 陳慈幸**／現職：國立中正大學犯罪防治學系教授
學歷：日本中央大學法律學博士
經歷：國立中正大學犯罪防治學系教授／日本中央大學法學博士；法務部人權工作小組委員；法務部矯正署矯正政策委員；內政部犯罪防治中心委員；教育部少年矯正教育委員；亞洲犯罪學學會監事長；臺灣司法心理與犯罪防治學會理事長
- 陳慧女**／現職：國立中正大學師資培育中心兼任副教授
學歷：高雄師範大學輔導與諮商研究所博士
經歷：臺南大學附屬啓聰學校性別平等事件專業輔導小組委員；雲林縣政府性侵害犯罪加害人評估委員會委員
- 麥漢倫**／現職：高雄醫學大學附設中和紀念醫院社會服務室社會工作師
學歷：國立中正大學勞工關係研究所碩士
經歷：高雄醫學大學附設中和紀念醫院社會服務室社會工作師
- 華筱玲**／現職：國立臺灣大學醫學院附設醫院婦產部主治醫師；國立臺灣大學醫學院法醫學研究所教授
學歷：國立臺灣大學流行病學研究所博士
經歷：國立臺灣大學醫學院法醫學研究所所長；中華民國法醫師公會理事長；社團法人台灣防暴聯盟理事長

- 黃聿斐**／現職：衛生福利部草屯療養院一般精神科醫師兼組長
學歷：政治大學法學院碩士在職專班碩士；美國約翰霍普金斯大學彭博公共衛生學院健康科學碩士
經歷：衛生福利部司法精神醫學組組長；衛生福利部草屯療養院一般精神科主任；臺灣司法精神醫學會理事；臺灣精神醫學會監事；臺中市／南投縣家庭暴力暨性侵害防治委員會委員
- 黃 健**／現職：天主教輔仁大學臨床心理學系副教授
學歷：國立臺灣大學心理學研究所博士
經歷：臺灣司法臨床心理學會理事長；臺北市立聯合醫院松德院區臨床心理師；法務部矯正署臨床心理師
- 黃富源**／現職：銘傳大學犯罪防治學系講座教授兼社會科學院院長
學歷：美國德州休斯頓州立大學犯罪學博士
經歷：考試院考試委員；行政院人事行政總處人事長；總統府人權委員會委員；警察大學教授兼教務長、學務長
- 廖建瑜**／現職：高等法院刑事庭審判長兼法官
學歷：國立成功大學法律學研究所博士
經歷：福建連江地方法院院長；臺灣臺北地方法院行政庭長兼發言人；臺灣高雄地方法院刑事庭庭長
- 廖靜薇**／現職：社團法人屏東縣向陽康復之友協會社工督導
學歷：東海大學社會工作學系碩士
經歷：臺灣心理衛生社會工作學會理事；高雄市家防中心高危機會議委員；嘉義市性侵害評估會議委員
- 謝宏林**／現職：高雄榮民總醫院臺南分院社工室主任
學歷：東海大學社會工作博士
經歷：社團法人中華人際關懷處遇協會理事長；長榮大學社會工作兼任助理教授；嘉南藥理科技大學社會工作系兼任助理教授；樹德科技大學社會工作系兼任助理教授；臺南市家防中心秘書
- 謝勝隆**／現職：高雄市政府警察局婦幼警察隊警務員
學歷：中央警察大學交通管理研究所碩士
經歷：美國聯邦調查局「防制兒童暴力犯罪國際專案小組（Violent Crimes Against Children Inter-national Task Force）」成員

目次

第一章	法律沿革與實務現況	001
	周煌智、陳慈幸、黃聿斐、廖建瑜、蔡景宏	
	第一節 家庭暴力防治法立法沿革	002
	第二節 家庭暴力的定義與實務現況	007
	第三節 性侵害犯罪防治法立法沿革及法規現況	015
	第四節 性侵害的定義與實務現況	024
	第五節 跟蹤騷擾防制法規及立法沿革	026
	第六節 跟蹤騷擾的定義與實務現況	031
第二章	家庭暴力通報、驗傷與採證等標準作業流程	041
	王安芸、許兆璋、華筱玲、黃志中、謝勝隆	
	第一節 家庭暴力的通報流程與管道	042
	第二節 家庭暴力被害人的辨識與評估	054
	第三節 家庭暴力被害人的驗傷與採證	063
	第四節 家庭暴力案件法規與處理流程	070
第三章	家庭暴力相對人裁定前評估鑑定與家事輔導	079
	吳慈恩、周煌智、陳筱萍、黃志中、廖靜薇	
	第一節 家庭暴力相對人裁定前評估鑑定緣由	080
	第二節 家庭暴力相對人的評估工具介紹	082
	第三節 家庭暴力相對人裁定前評估鑑定方式	087
	第四節 家庭暴力相對人裁定前鑑定報告與應注意事項	094
	第五節 裁定前家事輔導	097
第四章	家庭暴力加害人國內外處遇	103
	李維庭、周煌智、林明傑、陳筱萍、廖靜薇、謝宏林、鄭塏達	
	第一節 國外家庭暴力加害人常見的處遇	104
	第二節 國內家庭暴力加害人處遇的概念模式	110
	第三節 家庭暴力加害人創傷處遇	124
第五章	家庭暴力特殊案例處遇	135
	王偉鋼、吳淑玲、吳慈恩、徐淑婷、陳筱萍	
	第一節 加害人為未成年 / 卑親屬對尊親屬	136
	第二節 同志親密暴力	142
	第三節 患有精神疾病者的家庭暴力	151

第六章	家庭暴力加害人成因及成效評估	161
	吳慈恩、陳筱萍、鄭塏達、鍾素英	
	第一節 家庭暴力加害人現況、類型及成因	162
	第二節 家庭暴力加害人處遇成效評估	171
第七章	性侵害通報、驗傷採證	179
	王姿芸、吳慈恩、麥漢倫、華筱玲、蔡景宏	
	第一節 性侵害的通報流程與管道	180
	第二節 性侵害的驗傷採證	187
第八章	性侵害加害人評估鑑定	201
	王美懿、吳慈恩、沈勝昂、林耿樟、徐淑婷	
	第一節 性侵害加害人的類型	202
	第二節 性侵害加害人鑑定與評估之法源變更	206
	第三節 性侵害加害人再犯評估取向與評估量表	212
	第四節 案例說明	220
第九章	性侵害國內外處遇	227
	巫淑君、林明傑、林耿樟、洪文玲、黃志中、黃敏偉、黃富源	
	第一節 性侵害者的再犯預防與整合模式	228
	第二節 成人與少年性侵害者的團體處遇、個別處遇、監督處遇	234
	第三節 醫療處遇	249
第十章	性侵害特殊案例處遇	263
	王偉鋼、吳慈恩、徐淑婷、鄭塏達、鍾素英、吳幸芳、陳筱萍、 陳慧女、巫淑君、林明傑、林耿樟、洪文玲、黃富源	
	第一節 加害人為未成年之案例介紹	264
	第二節 加害者與受害人同為男性之案例	267
	第三節 女性性侵害加害人	270
	第四節 患有精神疾病的性侵害加害者	278
	第五節 加害人為特殊個案	284
	第六節 加害人曾為被害人－性侵害循環	301

第十一章	兒少司法訪談及性侵害加害人測謊 _____	327
	朱惠英、吳慈恩、蔡景宏、鍾素英	
	第一節 兒童與弱勢證人之司法詢問	328
	第二節 兒少司法訪談及性侵害加害人測謊	333
第十二章	跟騷法施行現況與相對人評估處遇 之國內外文獻回顧 _____	347
	吳慈恩、吳聖琪、林明傑、陳慈幸、黃健、黃敏偉	
	第一節 跟蹤騷擾行為實施概況	348
	第二節 相對人的評估與處遇治療之文獻回顧	360
第十三章	各項整合案例分析 _____	379
	吳慈恩、胡淳茹、陳貞樺、陳筱萍、黃志中、鄭塏達	
	第一節 家內性侵害合併家庭暴力評估鑑定及處遇	380
	第二節 婚姻強暴	386
	第三節 性侵害犯罪的家暴風險因子	389
附 錄		
	附錄一 附件	401
	附錄二 本手冊相關法規以及相關公文函釋	438
中英文索引 470		

— |

| —

— |

| —

第一章

法規沿革與實務現況

周煌智

高雄市立凱旋醫院院長

陳慈幸

國立中正大學犯罪防治學系教授

黃聿斐

衛生福利部草屯療養院一般精神科醫師兼組長

廖建瑜

高等法院刑事庭審判長兼法官

蔡景宏

高雄市立凱旋醫院兒童青少年精神科醫師兼科主任

本章學習重點

1. 了解家庭暴力防治相關法規沿革與實務現況
2. 了解性侵害防治相關法規沿革與實務現況
3. 了解跟蹤騷擾防制法相關法規與實務現況

關鍵詞

家庭暴力防治法、性侵害犯罪防治法、跟蹤騷擾防制法

第一節 家庭暴力防治法立法沿革

壹、立法沿革

西元 1993 年起陸續發生妻子不堪丈夫長期施暴而殺夫案件¹，為預防不幸事件發生因而催生家庭暴力防治法（以下簡稱家暴法）於 1998 年 6 月 26 日生效，隨著社會變遷、國際公約建議意見² 及相關法令制定，對於家庭成員定義及保護需求、措施亦隨之變動，迄今已有 7 次修法，其中修正幅度比較大是在 2007 年 3 月 28 日、2015 年 2 月 4 日³ 及 2023 年 12 月 6 日⁴，如今法不只是入家門，更求面面俱到。

家庭暴力法與其相關政策之沿革，整理如下：

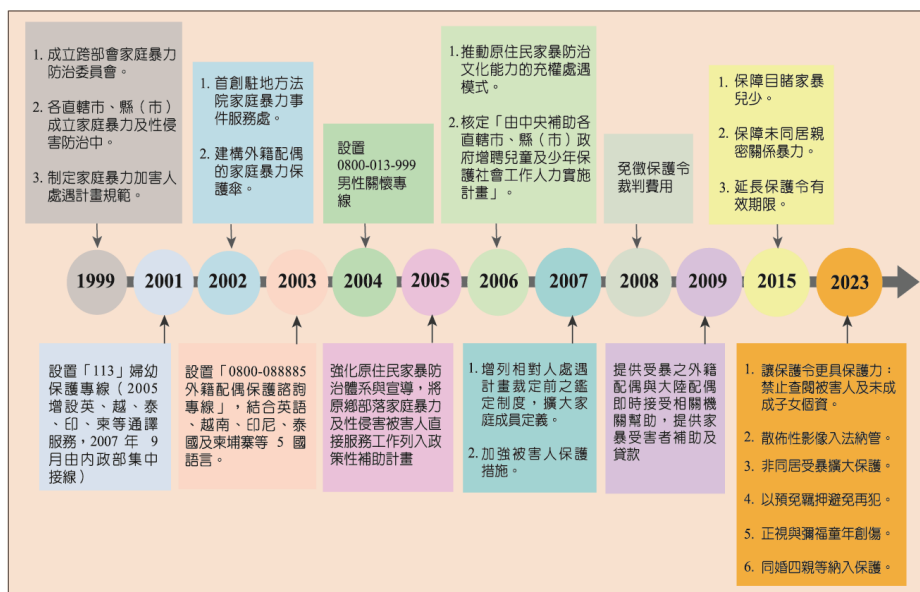
¹ 臺灣板橋地方法院 1993 年度重訴字第 43 號刑事判決。

² 例如消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW）第 35 號一般性建議。

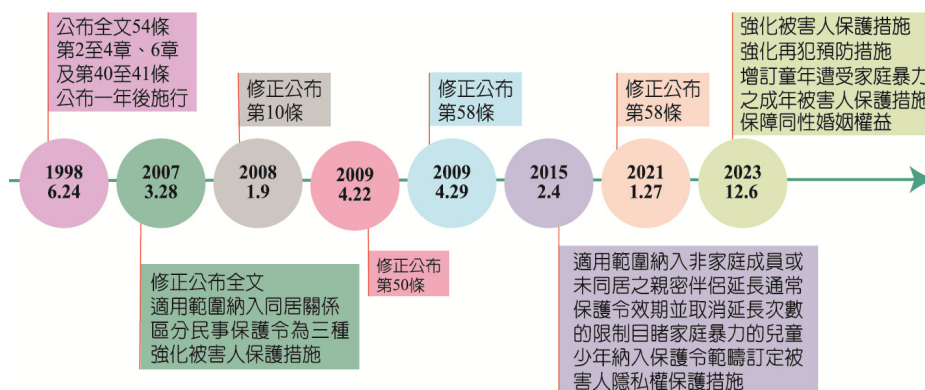
³ 中華民國 2015 年 2 月 4 日總統華總一義字第 10400014251 號令修正公布第 2、4、6、8、11、14~17、19、20、31、32、34、36、37、38、42、48~50、58、59、60 條條文；並增訂第 30-1、34-1、36-1、36-2、50-1、58-1、61-1、63-1 條條文；除第 63-1 條條文自公布後一年施行外，其餘自公布日施行。

⁴ 中華民國 2023 年 12 月 6 日總統華總一義字第 11200105771 號令修正公布第 3、4、6、14~16、32、50、50-1、54、59、60、61、61-1、62、63-1、64、66 條條文；增訂第 50-2、58-2、61-2 條條文；並自公布日施行。

一、家庭暴力的相關政策與沿革



二、家庭暴力防治法之沿革



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

貳、法規現況

對比三次家暴法大修之條文，可以得出下列立法發展現況：

一、家暴法適用範圍

對於本法適用之行爲主體從現爲或曾爲：配偶、事實上之夫妻關係、家長家屬或家屬間關係者；直系血親或直系姻親；四親等以內之旁系血親或旁系姻親，增加有同居關係即可，再擴大被害人年滿 16 歲，遭受現有或曾有以情感或性行爲爲基礎，發展親密之社會互動關係之未同居伴侶準用（即俗稱恐怖情人條款）⁵，迄今姻親概念因應同性婚姻合法化轉變成刪除直系姻親與四親等旁系姻親，而改成現爲或曾爲四親等以內血親之配偶、配偶之四親等以內血親、配偶之四親等以內血親之配偶⁶。

二、強化被害人保護措施

（一）對未成年人之特殊保護

2015 年修正保護令核發對象增加目睹家庭暴力之兒童及少年，2023 年修正更增訂法院核發通常保護令得禁止相對人之特定家庭成員查閱被害人及受其暫時監護之未成年子女戶籍、學籍、所得來源相關資訊⁷，並得向戶政機關申請註記限制戶籍查閱⁸。另就未成年子女會面交往時間、地點及方式納入法院核發暫時及緊急保護令

⁵ 家庭暴力防治法第 63 條之 1 第 1、2 項。

⁶ 家庭暴力防治法第 3 條。

⁷ 家庭暴力防治法第 14 條第 1 項第 12 款。

⁸ 家庭暴力防治法第 58 條之 2。

的範圍⁹。此外，童年創傷經驗如持續影響其日常生活，直轄市、縣（市）政府應提供身心治療、諮商或社會與心理評估及處置¹⁰。

（二）聲請保護令變更或延長期間效力持續及通知義務

2015 年修正保護令延長為二年及聲請延長次數不受限，2023 年修正更明定聲請通常保護令之變更或延長，於通常保護令期間屆滿至法院裁定前，原保護令不失其效力，避免有保護令效力中斷之情事，以有效維護被害人人身安全¹¹。法院受理延長保護令聲請後，應即通知當事人、被害人、警察機關及直轄市、縣（市）主管機關，讓執行機關繼續執行保護令，避免保護之空窗期。

（三）避免再犯之預防性羈押及提早完成處遇計畫

2007 年修正將違反保護令之被告經檢察官或法院訊問後認無羈押必要，可命被告遵守禁止實施家庭暴力、騷擾、遷出、遠離及其他保護措施等附條件命令，若被告違反禁止實施家庭暴力之命令，可由檢察官聲請預防性羈押或法院職權羈押。本次修正增訂預防性羈押條件，除違反禁止實施家庭暴力外，若有違反騷擾、遠離命令，亦可進行預防性羈押，以避免被告再犯及加強保護被害人。此外，為避免家庭暴力行為反覆實施，本次修法增訂直轄市、縣（市）主管機關聲請法院核發暫時或緊急保護令時，法院得依其聲請核發命行為人完成處遇計畫之暫時或緊急保護令¹²。

⁹ 家庭暴力防治法第 16 條第 3 項。

¹⁰ 家庭暴力防治法第 58 條之 2 第 2 項。

¹¹ 家庭暴力防治法第 15 條第 4 項。

¹² 家庭暴力防治法第 16 條第 3 項後段。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

(四) 增訂家暴被害人性影像之保護措施

配合防制性影像犯罪之性暴力防制四法，即「中華民國刑法」部分條文修正、「犯罪被害人權益保障法」、「兒童及少年性剝削防制條例」部分條文修正、「性侵害犯罪防治法」於 2023 年陸續公布修正施行，2023 年修正公布之家暴法，亦於保護令核發款項增列防止被害人性影像遭散布之相關保護措施，並納入違反保護令罪範疇¹³；增訂網際網路平臺提供者、網際網路應用服務提供者及網際網路接取服務提供者，知有家庭暴力被害人之性影像，應先行限制瀏覽或移除與被害人性影像有關網頁資料及保留相關資料之義務及違反時之罰責¹⁴。

(五) 未同居親密關係暴力被害人保護措施

為周延未同居親密關係暴力被害人人身安全保護及相關扶助措施，2023 年修正增列準用家暴法第三章刑事程序，及同法第 58 條第 1 項被害人經濟補助等相關規定¹⁵。

(六) 身心障礙者資訊自主之保護

對於媒體報導或記載被害人及其未成年子女姓名，被害人為身心障礙、受監護宣告或輔助宣告者，應取得監護人同意，且應以身心障礙者等可以理解方式提供資訊，監護人同意與否應尊重受監護宣告者之意願，且若監護人即為家庭暴力案件之相對人，則一律不得報導或記載被害人包括姓名等相關身分資訊¹⁶。

¹³ 家庭暴力防治法第 14 條第 1 項第 13 款、第 15 款、第 61 條。

¹⁴ 家庭暴力防治法第 50 條之 2、第 61 條之 2。

¹⁵ 家庭暴力防治法第 63 條之 1。

¹⁶ 家庭暴力防治法第 50 條之 1 第 1 項但書、第 2 至 4 項。

第二節 家庭暴力的定義與實務現況

壹、家庭暴力的定義

家暴法於 2015 年修正時，於第 2 條針對「家庭暴力」、「騷擾」、「跟蹤」為名詞定義，以下即以法條及法院實務見解說明之。

一、家庭暴力定義

家暴法第 2 條第 1 款明定，家庭暴力係指家庭成員間實施身體、精神或經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法侵害之行為。

(一) 行為主體

所謂家庭成員，依家暴法第 3 條規定判斷有依配偶、血親及同居關係決定，前二者依親屬法所定較無爭議，而同居關係則曾有居家式全日托育而同住是否為同居關係之爭議。最高法院認為所謂家庭，乃是一種以婚姻、血緣、收養、同居（例如事實上夫妻）等關係為基礎而形成的共同生活單位，家庭成員間在情感、心理及經濟等方面，具有彼此扶持、相互依存之關係。第 3 條第 2 款所稱同居關係，自應以共同居住之成員間具有組成以家庭為共同生活單位之認識，始足當之。反之，倘係因上開情形以外之契約關係（例如雇主與員工、員工與員工間）或其他偶然因素（例如共同租賃）所形成之共同生活關係，縱有共同居住生活之外觀，亦因成員間欠缺共同組成以家庭為生活單位之意思，而與家暴法所稱之同居關係有別。故因在宅托育服務，而由托育者全日在其提供之居家環境照顧受托兒童之情形，乃因履行托育契約產生之共同生活關係。托育人員與受托兒童或其法定代理人間，既無共同組成家庭之意思，縱具有共同生活事實之外觀，亦難認具有家法第 3 條第 2 款規定之同居

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

關係¹⁷。至於 2015 年後新增準用核發保護令之主體，所謂被害人年滿 16 歲現有或曾有親密關係之未同居伴侶，依家暴法第 63 條之 1 第 2 項規定，係指雙方以情感或性行為為基礎，發展親密之社會互動關係，惟該條並未準用同法第 2 條第 2 款家庭暴力罪規定，準此，法院實務認為親密關係伴侶雖得準用核發保護令之相關規定，惟不屬家庭成員範疇，縱有故意實施家庭暴力行為，亦不成立家庭暴力罪¹⁸。

(二) 行為態樣

家暴行為態樣有所謂身體、精神或經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法侵害之行為。

1. 身體之不法侵害

身體上不法侵害係指對於身體施加各種有形物理力之作爲，例如徒手毆打身體任何部位、或以器物鞭笞成傷、刺青、電擊、綑綁、強灌、以香煙燒燙身體、使之撞牆等行為均屬之。

2. 精神之不法侵害

精神上不法侵害包括以謾罵、吼叫、侮辱、諷刺、恫嚇、威脅之言詞語調脅迫、恐嚇被害人之言語虐待；竊聽、跟蹤、監視、冷漠、鄙視或其他足以引起人精神痛苦之精神虐待及性虐待等行為，詳言之，若某行為已足以引發行為對象心理痛苦畏懼之情緒，應即該當精神上不法侵害之行為，且因家庭暴力行為多有長期性、習慣性、隱密性、連續性之特徵，家庭成員間關係密切親近，對於彼此

¹⁷ 最高法院 2022 年度台上字第 4778 號刑事判決意旨。

¹⁸ 臺灣高等法院 2023 年度上訴字第 4083 號刑事判決意旨。

生活、個性、喜惡之瞭解為人際網路中最深刻者，於判斷某一行爲是否構成精神上不法侵害時，除參酌社會上一般客觀標準外，更應將被害人主觀上是否因加害人行爲產生痛苦恐懼或不安之感受納入考量¹⁹。

3. 經濟上之不法侵害

依據家庭暴力防治法施行細則第二條之規定經濟上不法侵害係指下列足以使被害人畏懼或痛苦之舉動或行爲：

- (1) 過度控制家庭財務、拒絕或阻礙被害人工作等方式。
- (2) 透過強迫借貸、強迫擔任保證人或強迫被害人就現金、有價證券與其他動產及不動產爲交付、所有權移轉、設定負擔及限制使用收益等方式。
- (3) 其他經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法侵害之行爲。

法院實務常出現冒用家庭成員之身分證、偽造文書、使用金融帳戶、金融卡、竊盜或毀損財物等行爲認爲構成經濟上不法侵害。

4. 騷擾

依家庭暴力防治法第 2 條第 4 款規定，所謂「騷擾」，係指任何打擾、警告、嘲弄或辱罵他人之言語、動作或製造使人心生畏怖情境之行爲。家庭暴力防治法第 61 條之違反保護令罪，依被告之行爲對被害人造成影響之輕重而分別以同條第 1 款、第 2 款規範之，若被告所爲已使被害人生理或心理上感到痛苦畏懼，即可謂係對被害人實施身體或精神上不法侵害之家庭暴力行爲，反之若尚未達此程度，僅使被害人產生生理、心理上之不快或不安，則僅爲騷擾定義

¹⁹ 臺灣高等法院臺中分院 2024 年度上易字第 33 號刑事判決意旨。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

之規範範疇²⁰。

5. 跟蹤

依家庭暴力防治法第 2 條第 5 款規定，所謂跟蹤係指任何以人員、車輛、工具、設備、電子通訊或其他方法持續性監視、跟追或掌控他人行蹤及活動之行爲。法院實務跟蹤常出現以全球定位系統（Global Positioning System, GPS）追蹤器或電子儀器進行竊聽、竊錄進行，可能另外成立無故以電磁紀錄竊錄他人非公開活動之刑法第 315 條之 1 第 2 款妨害祕密罪。

二、家庭暴力與刑法第 10 條第 7 項凌虐之比較

依刑法第 10 條第 7 項規定「稱凌虐者，謂以強暴、脅迫或其他違反人道之方法，對他人施以凌辱虐待行爲」之立法定義，則舉凡倘行爲人對被害人施以強暴、脅迫，或以強暴、脅迫以外，其他違反人道之積極作爲或消極不作爲，不論採肢體或語言等方式、次數、頻率，不計時間之長短或持續，對他人施加身體或精神上之凌辱虐待行爲，造成被害人身體上或精神上苦痛之程度，即屬凌虐行爲。行爲樣態可能爲施加各種有形物理力之作爲；亦可能爲以言語或動作告知惡害使人心生畏懼而屈從之作爲，例如告知不口舐穢物或將嘔吐物吃下，即予嚴打；亦可能爲以其他違反人道之方法施以凌辱虐待，積極行爲如強迫脫衣裸體站在戶外罰站，消極行爲如食不使飽、衣不使暖、夜不使眠、傷不使療、病不使醫等是。另從行爲的頻率觀之，可能爲帶給他人長期持續或重複出現的身體上或精神上苦痛的結果，例如將兒童（須對痛苦或畏懼有能力感受）長期拘禁

²⁰ 最高法院 2021 年度台上字第 4936 號刑事判決意旨。

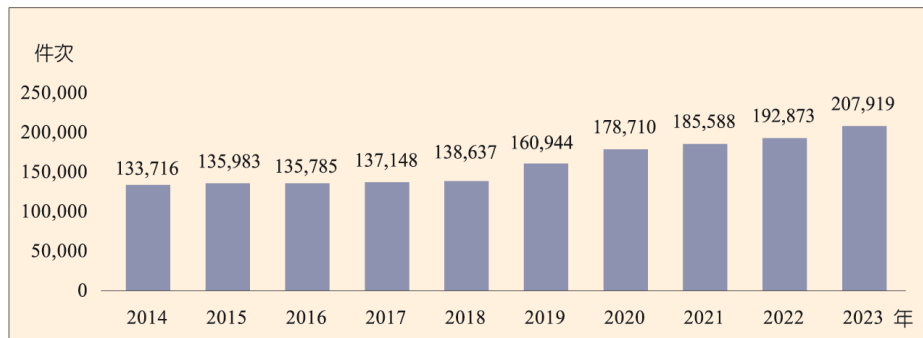
在黑暗的地下室，或多次製造死亡恐懼；亦可能為不論時間長短或持續與否，但從行為人對他人施以的傷害身體方式與蔑視他人苦痛的態度一併判斷結果，依一般社會通念認係粗暴不仁者，亦屬凌虐行為，例如多次拋擲兒童撞牆、拔頭髮、攻擊生殖器官或肛門等。又所謂「他法」則指除凌虐以外，其他一切足以妨害未滿 18 歲之人身心健全或發育之行為，例如施打使人性早熟之賀爾蒙、餵食毒品或注射毒品，或以言詞持續長期鄙視，使其蒙受委屈侮辱，或以刻意疏離、施加壓力等方式而為折磨，均屬之²¹。與家庭暴力行為相較，凌虐比較強調行為頻率並非偶發。

貳、家庭暴力防治實務現況

一、家暴通報件次及通報來源

根據衛生福利部統計，2014 年至 2023 年全國家庭暴力事件通報件次，呈現逐年上升趨勢，因我國實施責任通報制度，致同一事件於網絡單位有重複通報之情事（如圖 1-1）。

圖 1-1 2014 年至 2023 年家庭暴力事件通報件次統計

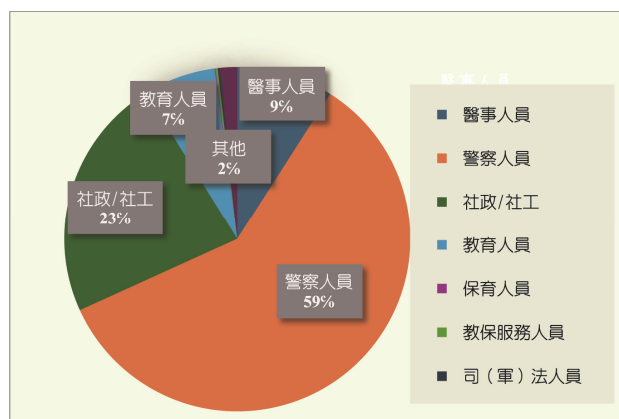


資料來源：衛生福利部保護司統計處。

²¹ 最高法院 2022 年台上字第 4274 號刑事判決意旨。

從家暴事件通報來源觀察，以 2023 年為例，以警察人員通報最多，占了接近六成，從歷年資料觀之，亦復如此。其次是社工人員，約占 23%，醫事人員通報占 9%，另教育人員通報占 7%（圖 1-2）。

圖 1-2 2023 年家暴事件通報來源件次百分比

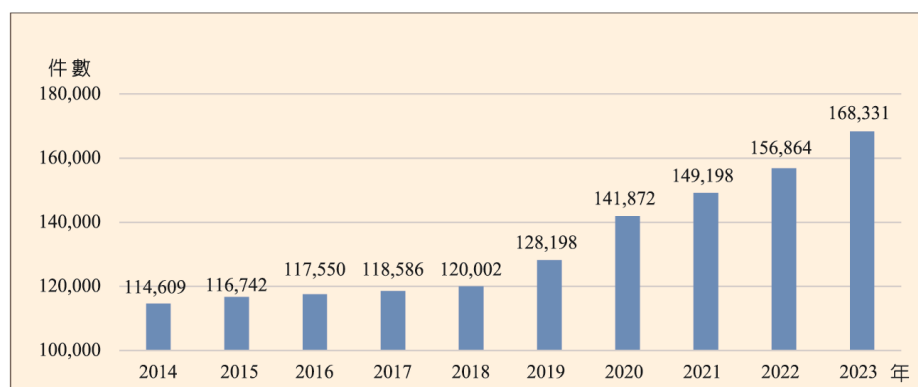


資料來源：衛生福利部保護司統計處。

二、家暴通報件數及類型比較

2014 年至 2023 年全國家庭暴力事件通報件數統計趨勢，詳見圖 1-3。

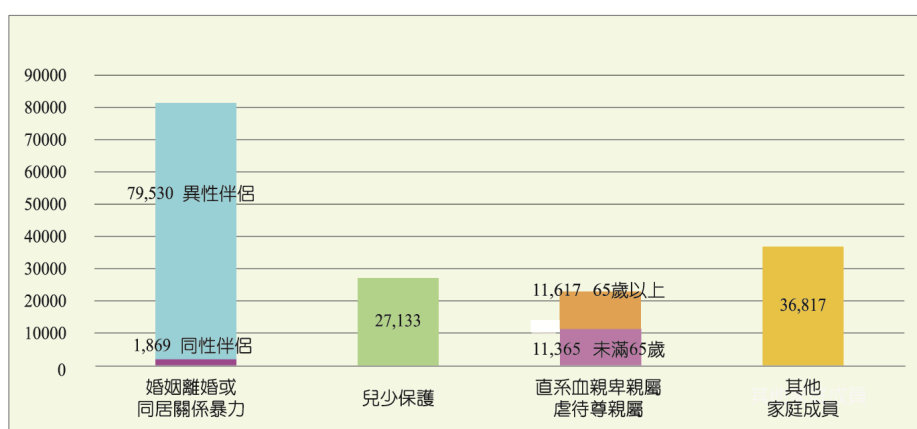
圖 1-3 2014 年至 2023 年家庭暴力事件通報件數統計



資料來源：衛生福利部統計處。

從家暴事件類型分析，以 2023 年為例，仍以親密伴侶暴力占 47.7% 為最大宗，其次依序為其他家庭成員間之家暴占 21.8%，對兒童及少年家暴占 16.1%，直系血（姻）親卑親屬對於尊親屬家暴約占 14.4%，餘詳見圖 1-4。

圖 1-4 2023 年家暴事件類型統計



資料來源：衛生福利部保護司統計處。

三、法院核發保護令現況

(一) 核發保護令件數

以司法院最新統計，就 2023 年地方法院准予核發民事保護令 20,320 件，近十年呈現增加趨勢，平均年增 3.8%，占聲請終結案件之 59%。由聲請者觀察，以被害人為主，2023 年為 32,013 件，占終結案件 92.2%，較 2014 年增 4.3 個百分點；其次為警察機關，2023 年占 3.0%，較 2013 年減 5.9 個百分點（圖 1-5）。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

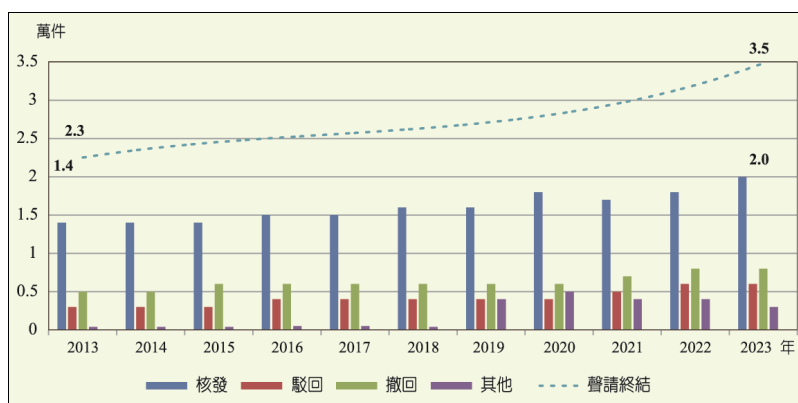
11

12

13

附錄

圖 1-5 民事保護令聲請事件終結情形

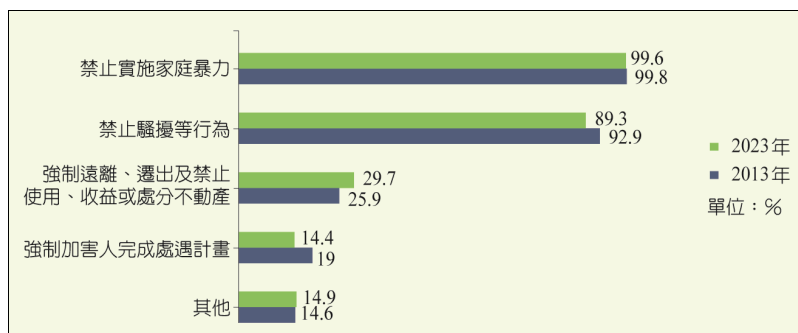


資料來源：司法院統計處。

(二) 核發保護令內容

就保護令核發內容分析，以 2023 年統計為例，以禁止實施家暴及騷擾為大宗，2023 年分別占核發件數之 99.6% 及 89.3%，其次為強制遠離、遷出及禁止使用、收益或處分不動產占 29.7% 及強制加害人完成處遇計畫占 14.4%；與 10 年前相比（2013 年）結構大致相當，比重增加者為強制遠離、遷出及禁止使用、收益或處分不動產，增 3.8 個百分點，餘均呈減少（圖 1-6）。

圖 1-6 各項民事保護令內容占核發件數之比例



資料來源：司法院統計處。

第三節 性侵害犯罪防治法立法沿革

壹、立法沿革

性犯罪是人類最古老且惡劣的罪行之一，性侵害行為對被害人造成的傷害，不僅是被害當下的性自主與尊嚴的剝奪，對於被害人後續的情緒、日常生活、交友及生活方式等各方面的困擾與痛苦，更是時有所聞。隨著時代的變遷，人們對於性犯罪的想法也隨之改變，當然性犯罪的對象、類型與手法也有所不同。

作家林奕含遺作「房思琪的初戀樂園」描述了女學生遭到補習班老師「誘姦」的故事；2022年A女在人本基金會陪同召開的記者會上，控訴25年前遭到國中資優班導師的性侵，隨後多起狼師的惡行被揭發；2023年Netflix影集「人選之人—造浪者」中，女性工作人員控訴被性騷擾，卻遭到黨團幹部要其算了的內容，意外的掀起臺灣的MeToo運動，被害人不再噤聲，公開揭露自己過去受害的經驗，範圍之廣難以想像，性騷擾、權勢性侵、性影像散佈等層出不窮，顯示我國過去對於性暴力的法制不足以遏止性犯罪的事實。

2022年3月行政院推動跨部會合作，以專章保護、加重罪責、提供被害人相關協助及各項配套措施等方向，對「中華民國刑法」、「犯罪被害人權益保障法」、「兒童及少年性剝削防制條例」、「性侵害犯罪防治法」進行研修，並於2023年2月8日、15日接續由總統公布，透過四法聯防，嚴懲性影像犯罪。

除此之外，2020年12月31日，大法官針對刑法第91-1條、性侵害犯罪防治法第22-1條關於強制治療規定釋憲案，做出第799號解釋。本號解釋中，大法官提示性侵害犯罪者刑後強制治療是以「再犯風險顯著降低」為目標，與刑罰有別，二者之間應有明確區

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

隔，具備法律明確性、符合比例原則、人身自由及信賴保護原則，但認為受治療人的正當法律程序保障有所疏漏，需修法改善，也一併納入中華民國刑法及性侵害犯罪防治法中進行修正，同上開日期公布修正。

貳、法規現況

性侵害犯罪防治法（以下簡稱本法）於 1997 年 1 月 22 日公布施行，歷經 7 次修正，前一次全文修正公布日期為 2005 年 2 月 5 日，內容共 25 條；本次為第 2 次全文修正，於 2023 年 2 月 15 日公布，除第 13 條有關網路經營者知有性侵害犯罪嫌疑情事，應先行限制瀏覽或移除與犯罪有關之網頁資料，於同年 8 月 15 日施行，餘自公布日施行，全文共 56 條，分為總則、預防及通報、被害人保護、加害人處遇、罰則、附則六章，本次修正除因應刑法增訂妨害性隱私及不實性影像罪，將該類案件被害人準用本法被害人保護措施相關規定之外，性侵害犯罪加害人之身心治療、輔導或教育、登記、報到及刑後強制治療等相關規定亦大幅修正，期能修正過去在執行上的問題，並更符合時代變遷的需求，強化社區監控的效果，進而達到保護潛在被害人的效果。修法過程參照兒童及少年性剝削防制條例、兒童權利公約（The Convention on the Rights of Children, CRC）及身心障礙者權利公約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD），以保障兒童及身心障礙者的表意權及訴訟權，同時依大法官會議第 799 號解釋增訂刑後強制治療受治療人之訴訟程序保障之規定。茲將本次性侵害犯罪防治法的修正重點簡述如下：

一、增訂被害人與專業人士之定義

本法於第 2 條增訂性侵被害人及專業人士之定義，性侵害被害

人係指遭受性侵害或疑似遭受性侵害之人；專業人士為因學識、技術、經驗、訓練或教育而就兒童或心智障礙性侵害案件協助詢（訊）問具有專業能力之人。明確本法所要保護被害人之範圍，及考量兒童或心智障礙被害人之特殊需求，在進行案件陳述時，可透過專業人士的協助，促進兒童的表意權及保障身心障礙者的訴訟權利。專業人士之作用主要有三：審前評估被害人溝通能力；提供評估報告及詢（訊）問之建議；協助詢（訊）問及交互詰問之進行。

二、兒童及少年與心智障礙者之權利保護

關於兒少及心智障礙者保護部分，本法於第 4 條有關教育主管機關權責含各級學校、幼兒園性侵害防治教育，並於第 9 條定明其課程內容應包含之主題，第 11 條新增教保人員為責任通報人員，另為保障勞工權益及人身安全，同時新增私立就業服務機構及其從業人員也負有通報義務。第 12 條要求縣市主管機關在得知性侵害行為人為兒童或少年者，應依相關法規轉介各該權責機關提供教育、心理諮商或輔導、法律諮詢或其他服務。為促使兒少及心智障礙者的意見能夠適當表達，保障弱勢族群之司法程序權益。本法於第 10 條規定法院、檢察署、司法警察機關及醫療機構之專責人員每年必須接受包含兒童或心智障礙者性侵害案件詢（訊）問課程之專業訓練，並依第 19 條規定，於偵察或審判中，經司法警察、司法警察官、檢察事務官、檢察官或法官認有必要時，由專業人員在場協助詢（訊）問，甚或審判中經法官允許可直接詢問被害人；在此必須強調，依第 22 條之規定，當犯罪嫌疑人、被告或少年事件之少年為心智障礙者時，亦可依第 19 條的規定，請專業人員協助其在偵察及審訊期間之程序保障。而在媒體報導相關事件、驗傷採證及是否公開審判時，必須取得被害人的同意，對於成年的心智障礙者、受監護宣告或輔

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

助宣告者，應以其可理解之方式提供資訊，徵得同意，受監護宣告人需取得監護人同意，未成年人需得法定代理人的同意，但法定代理人應以兒童之最佳利益為優先考量，並依其心智成熟程度權衡其意見（第 16、17、27 條）。

三、媒體報導與網路服務提供者之管理

針對刑法增訂之妨害性隱私及不實性影像罪²²，本法新增第 13 條，要求網際網路平臺提供者、網際網路應用服務提供者及網際網路接取服務提供者，在得知有性侵害犯罪嫌疑的情形時，必須限制瀏覽或移除與犯罪有關之網頁資料；同時必須保留犯罪嫌疑人的資料及網路使用記錄 180 天，供司法及警察機關調查。並為維護被害人隱私，各種媒體報導性侵害犯罪時，原則上不得報導或記載有被害人之姓名或其他足資識別身分之資訊，並於第 46、48 條定有相關罰則。

四、加害人身心治療、輔導或教育與強制治療

關於性侵害加害人的處遇部分，分為社區、矯正機構內及刑後強制三個階段。第 31 及 32 條規定地方主管機關對於加害人徒刑或保安處分期滿、易服勞動期間、緩刑、假釋、免刑、赦免、緩起訴（第 32 條）、刑後強制治療期滿或裁定結束後，經評估有參加身心治療、輔導或教育之必要者，應命其參加，執行期間為 3 年以下，經評估認有繼續執行之必要者，地方主管機關得延長之，但最長不得超過一年，也就是說社區強制治療期限最長為四年。加害人部分

²² 刑法第 28 章之 1 妨害性隱私及不實性影像罪第 319 之 1 條至第 319 條之 4 分別針對未經同意拍攝、強制拍攝、散布及製作不實性影像等，依手法、犯案動機等，訂有相關罪責。

包含以少年事件處理法裁定保護處分之少年性侵害犯及違反性騷擾防治法第 25 條第 1 項²³ 判處拘役或罰金者，但排除犯罪後經驅逐或限令出境者。

服徒刑之成年受刑人由監獄、少年受刑人及受感化教育少年由少年矯正學校成立評估小組，進行身心治療、輔導或教育（第 33 條）。

加害人於徒刑執行期滿前，經矯正機關評估小組評估認有再犯之風險或依第 31 條第 1 項及第 4 項接受身心治療、輔導或教育後，經評估認有再犯之風險，且不適用刑法第 91 之 1 條之規定者，可檢具相關評估報告，由矯正機關送檢察官向法院聲請裁定命其進入醫療機構或其他指定處所，施以強制治療；加害人依第 31 條第 1 項及第 4 項接受身心治療、輔導或教育後，經評估小組評估認有再犯之風險，且不適用刑法第 91 之 1 條之規定者，由檢察官或地方主管機關向法院聲請裁定命其進入醫療機構或其他指定處所，施以強制治療（第 37 條）。

第 38 條規範強制治療之期限、評估與停止：強制治療之執行期間為五年以下；其執行期間屆滿前，經評估認其再犯風險未顯著降低，而有繼續強制治療之必要者，檢察官或直轄市、縣（市）主管機關得向法院聲請許可延長之，第一次延長期間為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。但執行中，檢察官或直轄市、縣（市）主管機關認無繼續執行之必要者，得向法院聲請裁定停止強制治療。由此可見強制治療的停止要件為「再犯風險顯著降低」，治

²³ 違反性騷擾防治法第 25 條第 1 項：意圖性騷擾，乘人不及抗拒而為親吻、擁抱或觸摸其臀部、胸部或其他身體隱私處之行爲者，處二年以下有期徒刑、拘役或併科新臺幣十萬元以下罰金；利用第二條第二項之權勢或機會而犯之者，加重其刑至二分之一。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

療期間並無上限規定，但須定期評估其再犯風險並向法院聲請許可延長；當治療停止要件達成時，檢察官或地方主管機關即可向法院聲請停止治療之裁定。

強制治療受處分人的程序權利保障規定在第 38 條第 5、6 項及第 40 條，強制治療處所應在強制治療期滿或延長期滿前三個月將治療、評估結果送交受處分人、檢察官及地方主管機關，受處分人收到治療評估結果後，可自行向法院聲請裁定停止強制治療；當受處分人有身心障礙致無法完全陳述，或其他法院認為有必要之情形時，法院應指定公設辯護人或律師為其辯護，法院應傳喚加害人並給予到場陳述意見之機會。

本法第 54 條為過渡時期規定，在第 36 條至第 40 條修正施行前，受強制治療之宣告者，於修正施行後，應繼續執行。

五、加害人之社區轉銜與社區監控機制

加害人回到社區前，為使地方主管機關提前準備社區處遇及監控之資源安排，應採取適當機制以使執行機關與地方機關之銜接確實，避免類似林國政案（中華民國犯罪學學會會刊編輯部，民國 99 年）之不幸事件再度發生。本法第 38 條第 7 項規定，地方主管機關在接到強制治療受處分人將停止治療之通知或法院裁定時，應召開轉銜會議安排後續身心治療、輔導或教育及登記、報到事宜，並提供就學、就業、家庭支持及其他照顧服務。而矯正機關（監獄及矯正學校等）則依「妨害性自主罪與妨害風化罪受刑人強制身心治療及輔導教育實施辦法」第 11 條²⁴ 規定，在釋放加害人前，進行有關

²⁴ 執行機關應依性侵害犯罪防治法第 20 條第 6 項授權訂定之性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法第 6 條第 2 項規定，落實受刑人釋放前資料轉銜，並加強與地方性侵害犯罪防治主管機關聯繫。

資料²⁵ 轉銜，加強與地方主管機關之聯繫，而無轉銜會議之設計。

觀護人對付保護管束之加害人，可以第 34 條第 1 項各款實施處遇，倘有實施科技監控制之保護管束加害人，故意拆除、隱匿、損壞或阻斷科技監控設備，檢警可以第 35 條強制其到檢察署或指定處所，回復科技監控設備之正常運作；少年保護官對於依第 31 條第 6 項實施身心治療、輔導或教育之少年，需注意成年加害人與未成年人之差異，在與少年保護事件性質不相違反的狀況下，可以第 34 條第 1 項第 1 至 3 款及第 9 款、第 10 款實施處遇²⁶。

²⁵ 性侵害犯罪加害人身心治療輔導及教育辦法第 6 條，地方主管機關評估小組應參酌下列事項辦理評估：

- 一、判決書、緩起訴處分書或宣示筆錄。
- 二、強制治療裁定書。
- 三、前科紀錄。
- 四、家庭生長背景。
- 五、婚姻或親密伴侶之互動關係。
- 六、就學或就業過程。
- 七、生理及精神狀態。
- 八、身心治療、輔導或教育紀錄。
- 九、再犯之危險性。
- 十、觀護人或少年保護官依本法第 34 條第 1 項、第 2 項所採取處遇之相關文件、資料。
- 十一、本法第 41 條第 1 項、第 2 項與第 4 項，及第 42 條第 1 項與第 2 項所定登記、報到及查訪情形。
- 十二、其他相關文件、資料。

前項評估結果，除顯無再犯之虞或自我控制再犯預防已有成效者外，應作成接受身心治療、輔導或教育之處遇建議。

²⁶ 性侵害防治法第 34 條第 1 項規定，觀護人對於付保護管束之加害人，得採取下列一款或數款之處遇方式：

- 一、實施約談、訪視，並得進行團體活動或問卷等輔助行為。
- 二、有事實足認其有再犯之虞或需加強輔導及管束者，得密集實施約談、訪視；必要時，並得請警察機關派員定期或不定期查訪。
- 三、有事實可疑為施用毒品者，得命其接受尿液採驗。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

另犯刑法強制性交（刑法 221）、加重強制性交（刑法 222）、加重強制猥褻（刑法 224 之 1）、趁機性交（刑法 225 第 1 項）、因前項罪刑致被害人重傷、死亡或自殺或企圖自殺至重傷（刑法 226）、故意殺害或重傷被害人（刑法 226 之 1 條）、犯強盜（刑法 332）、海盜（刑法 334）或意圖擄人勒贖（刑法 348）等罪並有強制性交行為者或其他特別法之罪之加害人，有本法第 31 條第 1 項各款²⁷ 的情形時，應向警察機關辦理登記報到，並接受定期或不定期之查訪，期間為 7 年。

而犯刑法強制猥褻（刑法 224）、趁機猥褻（刑法 225 第 2 項）、對未滿 16 歲之男女為性交或猥褻（刑法 227）、對受自己監督、扶

四、無一定之居住處所，或其居住處所不利保護管束之執行者，得報請檢察官許可，命其居住於指定之處所。

五、有於特定時間犯罪之習性，或有事實足認其有再犯之虞時，得報請檢察官許可，命其於監控時段內，未經許可，不得外出。

六、報請檢察官許可，對其實施測謊。

七、報請檢察官許可，對其實施科技設備監控。

八、有固定犯罪模式，或有事實足認其有再犯之虞時，得報請檢察官許可，禁止其接近特定場所或對象。

九、轉介相關機構或團體為適當處遇。

十、其他必要處遇。

²⁷ 性侵害防治法第 31 條第 1 項規定，加害人有下列情形之一，經評估認有施以身心治療、輔導或教育之必要者，直轄市、縣（市）主管機關應令其接受身心治療、輔導或教育：

一、有期徒刑、保安處分或第三十七條、第三十八條所定之強制治療執行完畢。但有期徒刑經易服社會勞動者，於准易服社會勞動時起執行之。

二、假釋。

三、緩刑。

四、免刑。

五、赦免。

六、經法院依第 38 條第 1 項但書及第 6 項規定或刑法第 91 條之 1 第 2 項但書規定裁定停止強制治療。

助、照護之人，利用權勢或趁機為性交或猥褻（刑法 228）之加害人，有本法第 31 條第 1 項各款的情形時，亦需至警察機關辦理登記、報到，及接受定期或不定時查訪，期間為 5 年。然而犯罪後經驅逐或限令出境者或犯罪時未滿 18 歲者無須進行登記、報到及查訪。針對在外國、大陸地區、香港或澳門，實施犯罪且經法院判決確定者，於未經我國法院重新判決確定前，仍須接受警察機關定期或不定時之查訪。

同時為避免收容或服務對象為未滿 18 歲之兒童及少年或弱勢族群之機關（構），因僱用專職、兼職人員或招募志願服務人員為性侵害加害人，導致前開弱勢族群或兒少再次遭受性侵害之可能，本法第 43 條規定，加害人於登記報到期間的登記事項，得提供特定人士查閱。

六、小結

我國現行關於性侵害加害人的處遇，依據加害人在監與出監期間分別適用刑法或性侵害犯罪防治法相關規定，主管機關分別為法務部及衛生福利部。然而性侵害犯罪防治法作為性侵害犯罪之特別法，必須與時俱進，因應不同時代變遷的需求，2023 年 2 月 15 日修正公布本法將性侵害防治教育的年齡下修，通報體系觸及私部門之就業服務人員，對於兒少及心智障礙者等弱勢族群，不論其為加害人或被害人，同樣給予必要的支持與法律協助；對於媒體報導內容及利用網路平台犯罪之現象，賦予媒體及網路平台業者對被害人隱私保護、降低傷害及配合犯罪調查之義務；同時將加害人的處遇機制設計的更為周延，將在外國犯罪之加害人納入體系；增訂強制治療受處分人的訴訟程序保障，強化觀護、保護系統及警察機關的職掌及處遇方法，以達到維護社會安全，保護潛在受害者之目的。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

第四節 性侵害的定義與實務現況

壹、性侵害犯罪的定義

根據性侵害犯罪防治法第 2 條第 1 項第 1 款規定：觸犯刑法第 221 條至第 227 條、第 228 條、第 229 條、第 332 條第 2 項第 2 款、第 334 條第 2 項第 2 款、第 348 條第 2 項第 1 款及其特別法之罪。範圍包括強制性交（刑法 221）、加重強制性交（刑法 222）、強制猥褻（刑法 224）、加重強制猥褻（刑法 224 之 1）、趁機性交及猥褻（刑法 225）、因前項罪刑致被害人重傷、死亡或自殺或企圖自殺至重傷（刑法 226）或故意殺害或重傷被害人（刑法 226 之 1 條）、對未滿 16 歲之男女為性交或猥褻（刑法 227）、對受自己監督、扶助、照護之人，利用權勢或趁機為性交或猥褻（刑法 228）、使用詐術為性交或猥褻（刑法 229），犯強盜（刑法 332）、海盜（刑法 334）或意圖擄人勒贖（刑法 348）等罪並有強制性交行為者，皆屬於性侵害犯罪的類型。簡言之，性侵害犯罪的行為樣態主要分為性交及猥褻行為，依照加害人採取之手段、方法、加害人與被害人的關係、被害人的年齡、被害人的特質及對被害人的傷害程度等進行規範，同時含括其他類型暴力犯罪複合強制性交犯罪之類型。

實務上常見男性加害人以自身無法勃起，作為無犯罪行為之抗辯，但其實是無效抗辯。因為「性交」的定義並非狹義的侷限在男女性器的接合，根據刑法第 10 條第 5 項之規定：「稱性交者，謂非基於正當目的所為之下列性侵入行為：一、以性器進入他人之性器、肛門或口腔，或使之接合之行為。二、以性器以外之其他身體部位或器物進入他人之性器、肛門，或使之接合之行為。」也就是說，性交的行為樣態可以是性器接合或是性器或性器以外的器物進入他

人之性器、肛門及口腔，使得大多數的性攻擊行為皆可納入處罰範圍。

同時，我們必須強調「非基於正當目的」之前提要件，因為上述定義可能導致肛門指診、婦產科內診、大腸鏡檢查及各種牙科治療等類似醫療行為，也都符合性交的定義，因而必須以此前提，避免具備正當目的之醫療行為或其他正當行為被當成性侵害行為的爭議。

貳、性侵害犯罪防治實務現況

根據法務部近 10 年（2013 年至 2023 年 8 月）之性侵害受刑人統計²⁸，近 10 年新入監性侵害受刑人 8,179 人，有逐年減少之趨勢（詳見表 1-1）。8,179 人中以犯刑法第 227 條對未成年人性交猥褻罪者（30.9%）最多，第 222 條加重強制性交罪（20.9%）及第 221 條強制性交罪（20%）者次之。由歷年入監受刑人數觀察，性侵害犯罪似有逐年下降的趨勢，但仍須其他統計資料做為佐證。

以犯行年齡來看，對未成年性交猥褻罪平均年齡為 29.5 歲，最為年輕，加重強制性交罪平均年齡為 46.8 歲最為年長，不同的犯罪年齡似有不同的犯罪偏好與類型；宣告刑部分以 3 年以上 5 年以下占 37.6% 最多，其次為 5 年以上占 19.8% 次之，而全體受刑人宣告刑 5 年以上者約 10.6%，遠低於性侵害犯罪，顯示性侵害犯罪以中長刑期者居多。

近 10 年性侵害實際出獄受刑人 9,565 人中執行完畢期滿出獄者為 48%，假釋出獄者為 52%（4,967），其中遭撤銷假釋者有 277 人，

²⁸ https://www.rjtd.moj.gov.tw/rjtdweb/common/WebListFile.ashx?list_id=1918，最後一次瀏覽日：2024 年 7 月 24 日。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

表 1-1 新入監性侵害受刑人罪名

項目別	總計	強性交制罪	加重性交強制罪	強猥褻制罪	加重猥褻強制罪	乘機猥褻性交罪	對未成年人性交猥褻罪	其他
102-112年8月	8,179	1,633	1,712	563	692	902	2,526	151
結構比(%)	100.0	20.0	20.9	6.9	8.5	11.0	30.9	1.8
102年	1,207	276	279	79	80	120	340	33
103年	924	172	217	54	86	98	284	13
104年	855	149	190	59	61	82	300	14
105年	707	124	158	35	40	68	263	19
106年	753	142	153	44	63	81	260	10
107年	718	128	142	56	56	88	236	12
108年	668	129	125	54	60	78	215	7
109年	707	163	124	53	72	73	209	13
110年	604	121	117	46	73	74	163	10
111年	647	143	117	53	68	89	160	17
112年1-8月	389	86	90	30	33	51	96	3

說明：強制性交罪係指刑法第 221 條，加重性交罪係指刑法第 222 條，強制猥褻罪係指刑法第 224 條，加重強制猥褻罪係指刑法第 224 條之 1，乘機性交猥褻罪係指刑法第 225 條，對未成年人性交猥褻罪係指刑法第 227 條。

有 48% 是因故意犯罪被撤銷假釋，更犯罪名主要為公共危險罪（45.5%）、毒品危害防制條例（15.9%）、妨害性自主罪（9.1%），這部分統計結果或可提供未來性犯罪加害人再犯風險評估之參考。

第五節 跟蹤騷擾防制法立法沿革

我國是亞洲國家當中對於性別平等相當注重的先進國之一，自九〇年代起，我國開始逐步制定公布性別平等相關法律，如 1997 年制定公布性侵害犯罪防治法、1998 年制定公布家庭暴力防治法、2002 年制定公布兩性工作平等法（2008 年 1 月 16 日與 2023 年 8 月

18 日分別修正公布名稱爲性別工作平等法與性別平等工作法)、2004 年制定公布性別平等教育法,及 2005 年制定公布性騷擾防治法等……²⁹,2023 年尚有性影像防制四法(中華民國刑法、兒童及少年性剝削防制條例、犯罪被害人權益保障法與性侵害犯罪防治法)修正通過,於 2023 年 7 月 1 日實施新制³⁰,性平三法(性別平等工作法、性別平等教育法與性騷擾防治法)於 2023 年 8 月 16 日修正公布,部分條文於 2024 年 3 月 8 日實施³¹。在這些與防制性別暴力

²⁹ 跟蹤騷擾防制法草案評估報告,立法院法制局案評估報告,編號:1620, file:///Users/dept/Downloads/File_1659586.pdf, 2021 年 4 月。

³⁰ 此部分之新制舉例而言,例如:「從 2023 年 7 月 1 日起,法務部將開始實施新制,針對違反刑法中「妨害性隱私及不實性影像罪」啓動實施刑事保護命令,可以「禁止重製、散布、播送、交付、公然陳列,或以他法供人觀覽被害人之性影像」、「提出或交付被害人之性影像」、「移除或向網際網路平臺提供者、網際網路應用服務提供者或網際網路接取服務提供者申請刪除已上傳之被害人之性影像」。有遭受強暴、脅迫、恐嚇的情事者,可以報警尋求協助,由法院依職權或由檢察官向法院提出聲請,執行刑事保護命令。」等之規定,參中華民國智障者家長總會之網頁內容, <https://www.papmh.org.tw/news/1998>, 2024 年 8 月 1 日造訪。

³¹ 此部分有以下項目:

- 一、權勢性騷擾入法,加重處罰:性騷罪(性騷法第 25 條)、行政罰(性騷法第 27 條)、損害賠償(性騷法第 12 條第 1 項)、懲罰賠償(性騷法第 12 條第 1 項)、懲罰賠償(性騷法第 12 條第 3 項)、性騷擾罪於性工法及性平法適用(性騷擾罪與權勢性騷罪規定在性騷法第 25 條,性工法第 38-4 條、性平法第 45 條,適用性騷法第 25 條)。
- 二、調整性騷擾申訴時效(性騷法第 14 條、性工法第 32-1 條)、性平教育法(沒有時效)。
- 三、加重雇主與場所主人性騷擾防治責任(性工法第 13 條第 2 項、性騷法第 7 條)。
- 四、下班後被同事或客戶性騷擾也適用性工法(性工法第 12 條第 3 項)。
- 五、職場性騷擾留職停薪或調整職務之規定(被申訴人:性工法第 13-1 條、申訴人:性工法第 32-2 條)。
- 六、若對職場性騷擾申訴結果不服時,由主管機關進場協助:性工法第 32-1 條。
- 七、禁止師生戀(性平法第 3 條第 3 項第 4 款、性平法第 26 條第 1 項、校園性別事件防治準則第 8 條第 1 項與第 2 項)。
- 八、校園中,除生對生性平案外,師/職工對生,調查委員全外聘(性平法第 33

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

相關修法的過程當中，有一塊當時亟待完成的拼圖，即為跟蹤騷擾（下稱：跟騷）行為相關法規之制定。

根據實務資料顯示，聯合國將跟蹤騷擾與性侵害、家庭暴力同列為全球婦女人身安全三大威脅，其原因主要是該行為係針對特定人反覆或持續之侵擾，使被害人心生畏怖、長期處於感受敵意或冒犯之情境，除不當影響其正常生活之進行，更可能衍生為重大犯罪案件³²。我國學界事實上於 2000 年後就有跟騷相關研究產生³³，惟因當時家庭暴力防治法之暴力行為態樣已納入跟騷行為（家庭暴力防治法第 1 條第 4 款、第 5 款），故當時之研究並未獲得訂立專法的支持。

惟實務上陸續發生幾起重大跟騷案件，公部門發現社會秩序維護法對於跟騷行為無法徹底防制，為對婦女盡最大保護遂開始進行

條第 2 項)。

以上相關規定部分摘錄於：MeToo 催生性平三法 3/8 上路：修法後不可不知的十大要事中，勵馨基金會，<https://www.goh.org.tw/perspectives/metoolawamend/>，2024 年 8 月 1 日造訪。

³² 內政部，處理跟蹤騷擾案件作業程序總說明，2022 年，file:///Users/dept/Downloads/21-%E8%99%95%E7%90%86%E8%B7%9F%E8%B9%A4%E9%A8%B7%E6%93%BE%E6%A1%88%E4%BB%B6%E4%BD%9C%E6%A5%AD%E7%A8%8B%E5%BA%8F%20(2).pdf，2024 年 7 月 19 日造訪。

³³ 此部分有陳慈幸（2011/01），司法改革的另一思考：從日本纏擾（stalker）防治法談起，法務部司法新聲，第 97 期，2011 年 1 月，頁 51-65。陳慈幸（2015/6），「跟蹤纏擾法制：從日本跟蹤纏擾防治法談起」臺大社工系反性別暴力資源網 https://tagv.mohw.gov.tw/TAGV12_3.aspx?PK_ID=25&FPK=144，2015 年 6 月。法思齊（2013）。美國反跟追法（Anti-Stalking Law）之研究：兼論我國相關法制之建構。東吳法律學報，24(3)，1-47。法思齊（2017）。反跟追法之新挑戰：美國網路跟追法（Cyberstalking Law）之初探。月旦刑事法評論，5，39-51。<https://doi.org/10.3966/2415472520170600503>。黃靜怡，跟蹤行為及其被害型態實證探討：以國立中正大學學生為例，國立中正大學犯罪防治學系碩士論文（未出版），2006 年。等人之著作。

跟騷法草案之立法工作，此可參考實務資料：「過往於跟騷法施行之前，跟蹤或騷擾行為在刑法很難處罰，且沒辦法及時保護被害人。家庭暴力防治法的保護令只限於有親屬或親密關係的人，對沒有親屬或親密關係身分的跟蹤者或騷擾者，沒辦法申請。另外性騷擾防治法對還沒有讓人感受到歧視、侮辱或害怕、冒犯的行為，或沒有身體接觸的行為，也無法處罰，但跟蹤騷擾常是性犯罪的前哨犯罪，對被害人正常生活的影響也很大，故需要另外立法保障」³⁴。承此，2016 年前後即開始進行本法公版草案之研擬。參考下圖 1-7 之公部門跟蹤騷擾防制法（下稱本法）之立法流程可發現，公版草案最早之權責單位為刑事局司法科，後轉由警政署負責，同時並成立內政部本法草案推動立法小組³⁵，並召開多次草案立法會議與部會協商會議。根據陳慈幸等參與公版草案立法會議之經驗，於第一次會議時即確定草案當中跟騷定義與警察書面告誡等之架構承襲日本法制，其他再配合我國國情進行法規內文部分修正。然而，公版草案初稿送交於行政院審查後，因有部分決議：例如家庭暴力、性騷擾案件亦可適用本法，多法併行導致操作上發生疑義、各類跟騷行為（例如媒體跟拍、討債等私人糾紛等）等亦可適用本法造成適用範圍過廣、要求警察機關 72 小時內認定處分之意見造成調查案件時間過短之疑慮等狀況（參考下圖 1-7 之內容），此些立法過程的理想與現實的差異使得跟騷法草案至 2020 年間為止都是屬於立法與協商之狀態，直到 2020 年 3 月才一讀通過。2021 年 4 月國內某通訊行發生女員工遭跟騷殺害之矚目案件（2023 年度台上字第 1785 號），

³⁴ 跟蹤騷擾防制法知多少，臺灣高等檢察署，<https://www.tph.moj.gov.tw/4421/4475/632364/1051204/post>。2024 年 8 月 1 日造訪。

³⁵ 當時立法小組委員例有游毓蘭委員、許福生教授、洪文玲教授、林裕順教授、陳慈幸教授。若有疏漏委員之大名，敬請見諒。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

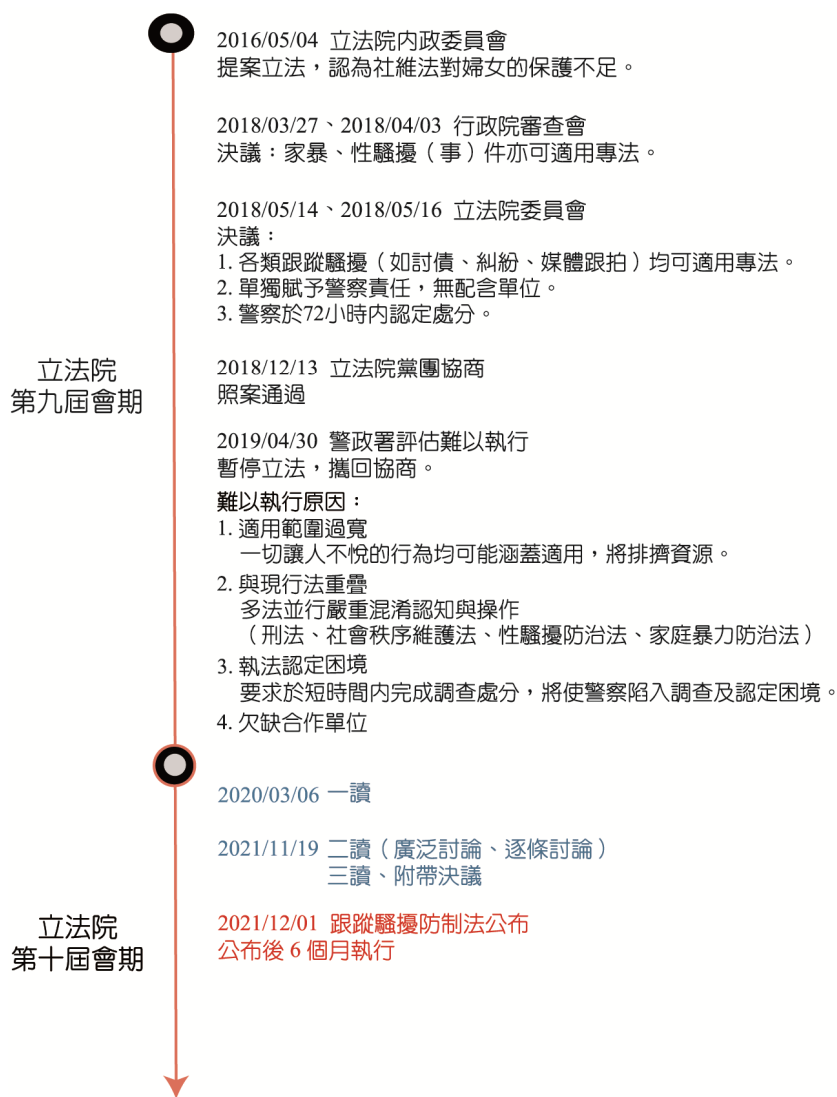
11

12

13

附錄

圖 1-7 本法立法沿革³⁶



³⁶ 警政署，警察機關防制跟蹤騷擾工作，警政署署務會報（簡報資料），2020年12月25日。以及全國法規資料庫跟蹤騷擾防制法修法歷程，<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^18186003C0C0811818600379C0819C986213C0C48999196273C0>，2024年7月19日造訪。

導致國內輿論對跟騷行為與其被害狀況更加重視，本法遂於 2021 年 12 月 1 日奉總統公布，並定自 2022 年 6 月 1 日施行。

根據前述，本法之架構承襲日本法之方面有定義、警察書面告誡等程序，其他則針對我國刑事訴訟法中強制處分、預防性羈押與羈押替代處分之概念進行法條制定。多年努力之下，本法於 2021 年 12 月 1 日奉總統公布，並定自 2022 年 6 月 1 日施行，同時本法施行細則於 2022 年 3 月 18 日發布（內政部台內警字第 11108710532 號令），2022 年 6 月 1 日施行。

第六節 跟蹤騷擾的定義與實務現況

壹、跟蹤騷擾的定義

跟騷行為之定義在本法第 3 條之構成要件當中，本法第 3 條重點如下：

首先，跟騷之行為聚焦對特定人反覆或持續為違反其意願且與性或性別有關之下列行為之一，使之心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動（本法第 3 條第 1 項後段）

其次，前述所謂的「下列行為之一」為以下行為：

- 一、監視、觀察、跟蹤或知悉特定人行蹤。
- 二、以盯梢、守候、尾隨或其他類似方式接近特定人之住所、居所、學校、工作場所、經常出入或活動之場所。
- 三、對特定人為警告、威脅、嘲弄、辱罵、歧視、仇恨、貶抑或其他相類之言語或動作。
- 四、以電話、傳真、電子通訊、網際網路或其他設備，對特定人進行干擾。
- 五、對特定人要求約會、聯絡或為其他追求行為。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- 六、對特定人寄送、留置、展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品。
 - 七、向特定人告知或出示有害其名譽之訊息或物品。
 - 八、濫用特定人資料或未經其同意，訂購貨品或服務。
- 最後，跟騷之方式為以人員、車輛、工具、設備、電子通訊、網際網路或其他方法（本法第 3 條第 1 項前段）。

本法至截稿為止實施近 1 年半，目前實施成效如下（表 1-2）：

表 1-2 本法與家庭暴力防治法跟騷行為實施狀況³⁷

- 一、受理案件數：4,947 案（一般跟騷：2,966 案、家暴跟騷案件：1,981 案）
- 二、被害人性別：女性：4,415 人、男性：532 人
- 三、加害人性別：男性：4,172 人、女性：550 人、不詳：225 人
- 四、行為態樣分析：
 - (一) 通訊騷擾：3,009 次
 - (二) 盯梢尾隨：2,738 次
 - (三) 監視觀察：2,249 次
 - (四) 歧視貶抑：1,553 次
 - (五) 不當追求：1,386 次
 - (六) 寄送物品：1,025 次
 - (七) 妨害名譽：507 次
 - (八) 冒用個資：83 次
- 五、書面告誡：3,480 件（一般跟騷：2,020 案、家暴跟騷案件：1,460 案）
- 六、違反跟騷保護令案件：89 件
- 七、建請羈押：76 件（經法院裁定准押：37 件）

資料來源：內政部警政署，統計區間 2022/06 至 2023。

³⁷ 參內政部警政署 2022 年 6 月 1 日至 2024 年 6 月 30 日執行成效，<https://www.npa.gov.tw/ch/app/data/view?module=wg203&id=18630&serno=fe4f0c84-e154-4646-a3a8-35e35f3c499d>，2024 年 8 月 1 日造訪。

從上述統計當中可發現，跟騷行為之加害人以男性居多，於行為樣態當中以通訊騷擾為重。前述已有說明，家庭暴力防治法之暴力行為態樣亦有跟騷行為之相關規定，故警察機關於受理案件時，會有前述統計當中兩種跟騷行為之統計，然跟騷法當中有規定家庭暴力防治法所定家庭成員間、現有或曾有親密關係之未同居伴侶間之跟蹤騷擾行為，應依家庭暴力防治法規定聲請民事保護令，不適用本法有關保護令之規定（本法第 5 條第 4 項）。

若被害人符合上述定義，公權力將會啟動保護被害人之程序，公權力介入保護之流程如下（圖 1-8）。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

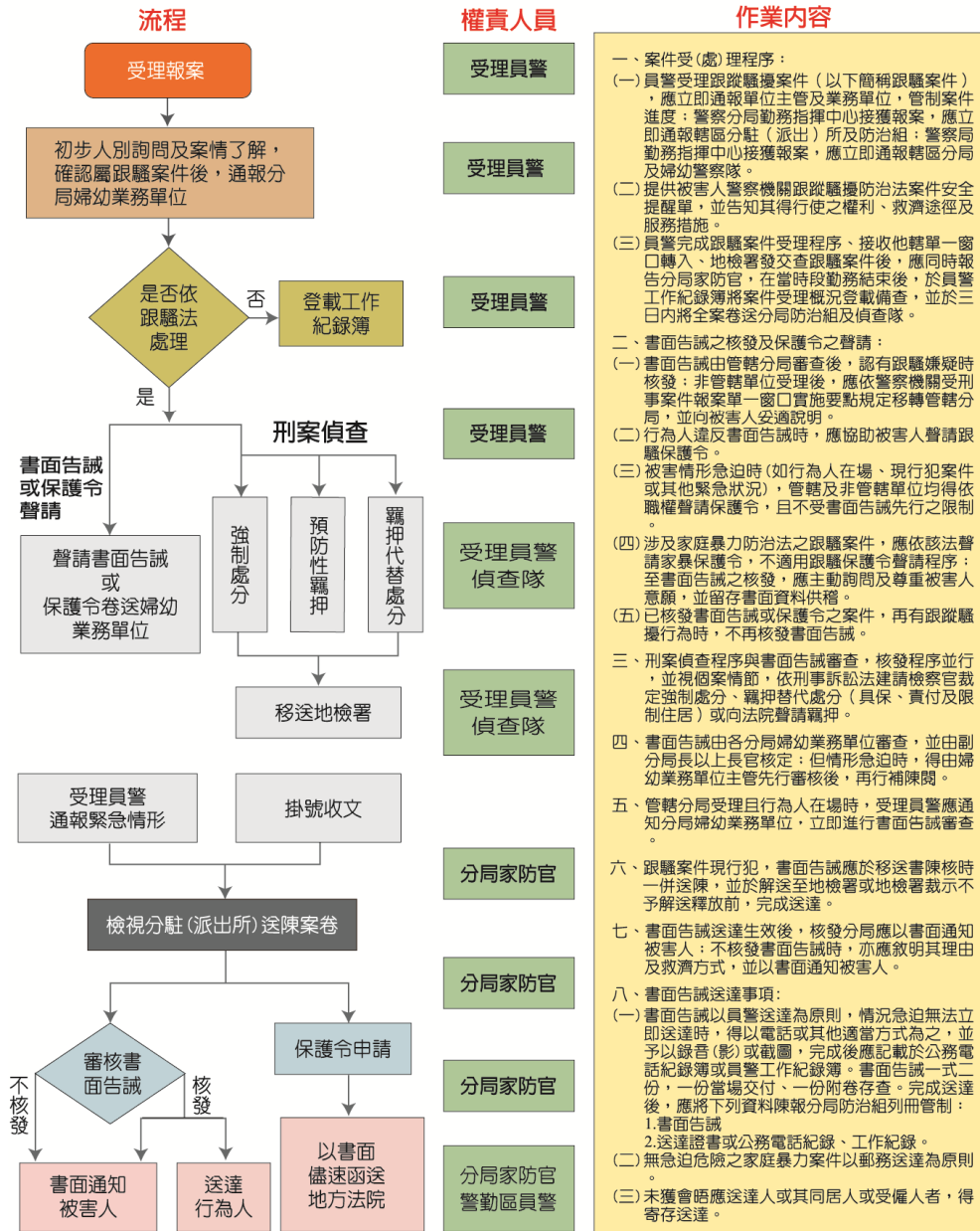
11

12

13

附錄

圖 1-8 警察機關處理跟蹤騷擾案件作業程序³⁸



³⁸ 內政部，處理跟蹤騷擾案件作業程序總說明，2022 年，file:///Users/dept/Downloads/21-%E8%99%95%E7%90%86%E8%B7%9F%E8%B9%A4%E9%A8%B7%E6%93%BE%E6%A1%88%E4%BB%B6%E4%BD%9C%E6%A5%AD%E7%A8%8B%E5%BA%8F%20(2).pdf，2024 年 7 月 19 日造訪。

根據圖 1-8，當被害人遭受到跟騷行為時，公權力介入程序如下：

一、報案、書面告誡與救濟

跟騷行為發生，被害人向警察機關報案後，即開始調查（本法第 4 條第 1 項），同時依職權或被害人請求，核發書面告誡予行為人，並對被害人採取保護措施（本法第 4 條第 2 項），行為人與被害人對於核發或不核發書面告誡不服時，可於十日內採取救濟（本法第 4 條第 3 項）。

二、保護令聲請、抗告與聲明異議等救濟相關程序

1. 保護令聲請：若行為人經書面告誡後再有跟騷行為時，被害人可向法院聲請保護令（本法第 5 條第 1 項前段），除此之外，檢察官或警察機關可依職權向法院聲請保護令（本法第 5 條第 2 項），保護令案件審理為不公開（本法第 10 條第 1 項）。
2. 保護令內容與期間：保護令之內容主要有下各款（跟騷法第 12 條第 1 項）：
 - 第 1 款：禁止相對人為第 3 條第 1 項各款跟騷行為之一，並得命相對人遠離特定場所一定距離。
 - 第 2 款：禁止相對人查閱被害人戶籍資料。
 - 第 3 款：命相對人完成治療性處遇計畫。
 - 第 4 款：防止相對人再為跟蹤騷擾行為的必要措施。

保護令有效期間為 2 年，自核發時生效，並得依聲請或依職權撤銷、變更或延長（本法第 13 條第 1、2 項）。

此外，有關保護令程序相關抗告、聲明異議等救濟規定

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

於本法第 15 條與第 16 條。

三、刑責方面

實行跟蹤騷擾行為者，處一年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣 10 萬元以下罰金，為告訴乃論（本法第 18 條第 1、3 項）。攜帶凶器或其他危險物品犯前項之罪者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣 50 萬元以下罰金（本法第 18 條第 2 項），為非告訴乃論。

違反保護令（禁止相對人為跟騷法第 3 條第 1 項各款行為之一，並得命相對人遠離特定場所一定距離、禁止相對人查閱被害人戶籍資料與命相對人完成治療性處遇計畫。）者，處 3 年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣 30 萬元以下罰金（本法第 19 條）。

本法當中設有預防性羈押之規定（本法第 21 條），有關預防性羈押之問題，將於本書之第 12 章進行說明，此不再贅述。

在業務方面，根據本法第 2 條第 2 項第 3 款之規定，衛生主管機關主要之工作乃在跟蹤騷擾被害人身心治療、諮商及提供經法院命完成相對人治療性處遇計畫等相關事宜。實務執行上，根據近期之研究與筆者所進行之實務訪談歸納以下重點：

首先，針對被害人之部分：於近期之研究當中，若因跟騷事件所致之治療措施，可透過民事的方式要求行為人給付相關費用³⁹（杜柏霖，2024 年）。

針對行為人之部分：警員在遇到跟騷行為人疑似有精神疾病狀況，會依衛生福利部「疑似社區精神病人優化計畫」進行轉介，由

³⁹ 杜柏霖（2004）。以過度追求之角度談跟蹤騷擾防制法未來修法建議之探討。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文，2024 年（未出版），頁數未定。

衛生局端介入評估行為人是否為精神病人，以利適時提供行為人所需精神醫療協助。其次，如行為人自主就醫意願不高，則可透過跟騷保護令之治療性處遇計畫，以強制要求行為人進行治療。另依跟蹤騷擾案件相對人治療性處遇計畫規範第 4 點規定，法院核發治療性處遇計畫保護令前，得命相對人接受有無必要施以治療性處遇計畫之鑑定，鑑定報告須包含治療理由與類型之建議。另依同規範第 6 點規定，地方政府衛生局接獲治療性處遇計畫保護令後，應即安排適當之執行機構及指定處遇之期日，並通知相對人或其代理人、執行機構、被害人或其代理人、聲請人及警察機關。第 8 點規定執行機構認相對人治療性處遇計畫有延長、縮短或變更內容之必要性，應通報各地方政府衛生局。

本章節僅對於跟騷行為與本法進行重點式鋪陳，有關更細節之部分將於本書第 12 章進行介紹。

重點回顧

家庭暴力與性侵害經多年立法後已經歷多次的修法，業務內容也有所變化，本章將詳述修法沿革及實務現況。另外 2022 年開始實施的跟蹤騷擾防制法，本章也將詳述其立法沿革與目前實務概況。

問題與討論

問：對於家庭成員冒用身分證申請金融機構帳戶或逕自使用家庭成員金融機構帳戶作為人頭帳戶，是否構成家庭暴力之經濟上不法侵害？

答：依家庭暴力防治法施行細則第 2 條第 3 款規定，只要是經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法之行為，使被害人畏懼或痛苦，

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

即已構成經濟上不法侵害，對於家庭成員之帳戶予以控制或冒用均可能構成家庭暴力。

問：在家庭成員手機上未經准予逕自安裝定位 APP 以知悉其去向，是否構成違反家庭暴力防治法所稱之追蹤？

答：家庭暴力防治法第 2 條第 5 款規定，所謂跟蹤係指任何以人員、車輛、工具、設備、電子通訊或其他方法持續性監視、跟追或掌控他人行蹤及活動之行爲，以手機定位追蹤持用人行蹤，應已構成追蹤之行爲。

問：被害人年滿 16 歲遭具有親密關係之未同居伴侶爲精神上不法侵害，是否可以申請保護令並命其交出所持有被害人之性影像？

答：依家庭暴力防治法第 63 條之 1 規定，被害人年滿 16 歲遭具有親密關係之未同居伴侶實施身體上或精神上不法侵害，可向法院聲請保護令，依同法第 14 條第 1 項規定，法院審理後得核發一款或數款保護令款項，其中第 14 款即是命相對人交付所持有被害人性影像予被害人。

問：請問跟騷法當中跟騷行爲之定義爲何？

答：依據跟騷法第 3 條第 1 項之規定，跟騷行爲有以下幾種類型：

- 一、監視、觀察、跟蹤或知悉特定人行蹤。
- 二、以盯梢、守候、尾隨或其他類似方式接近特定人之住所、居所、學校、工作場所、經常出入或活動之場所。
- 三、對特定人爲警告、威脅、嘲弄、辱罵、歧視、仇恨、貶抑或其他相類之言語或動作。
- 四、以電話、傳真、電子通訊、網際網路或其他設備，對特定人進行干擾。
- 五、對特定人要求約會、聯絡或爲其他追求行爲。

- 六、對特定人寄送、留置、展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品。
- 七、向特定人告知或出示有害其名譽之訊息或物品。
- 八、濫用特定人資料或未經其同意，訂購貨品或服務。對特定人之配偶、直系血親、同居親屬或與特定人社會生活關係密切之人，以前項之方法反覆或持續為違反其意願而與性或性別無關之各款行為之一，使之心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動，亦為本法所稱跟蹤騷擾行為。

問：根據跟騷法第 12 條之規定，法院於審理終結後，認有跟蹤騷擾行為之事實且有必要者，應依聲請或依職權核發保護令，請問此部分保護令之內容為何？

答：法院得核發包括下列一款或數款之保護令：

- 一、禁止相對人為第三條第一項各款行為之一，並得命相對人遠離特定場所一定距離。
- 二、禁止相對人查閱被害人戶籍資料。
- 三、命相對人完成治療性處遇計畫。
- 四、其他為防止相對人再為跟蹤騷擾行為之必要措施。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

— |

| —

— |

| —

第二章

家庭暴力通報、驗傷與採證等 標準作業流程

王姿芸

高雄市政府社會局家防中心性侵害防治組社工督導

許兆璋

高雄市立凱旋醫院兒童青少年精神科主治醫師

華筱玲

國立臺灣大學醫學院附設醫院婦產部主治醫師

黃志中

高雄市政府衛生局局長

謝勝隆

高雄市政府警察局婦幼警察隊警務員

本章學習重點

1. 了解家庭暴力事件通報與流程
2. 如何辨識與評估家庭暴力被害人
3. 如何協助家庭暴力被害人驗傷與採證
4. 了解家庭暴力事件法規與報案流程

關鍵詞

家庭暴力事件法規、家庭暴力事件報案流程、家庭暴力事件通報流程、家庭暴力被害人評估、家庭暴力被害人驗傷採證、臺灣親密關係暴力危險評估表

第一節 家庭暴力的通報流程與管道

壹、法源依據

依據家庭暴力防治法第 50 條醫事人員、社會工作人員、教育人員、教保服務人員、保育人員、警察人員、移民業務人員及其他執行家庭暴力防治人員，於執行職務時知有疑似家庭暴力情事，應立即通報當地直轄市、縣（市）主管機關，至遲不得逾 24 小時。又依兒童及少年福利與權益保障法第 53 條醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、教保服務人員、警察、司法人員、移民業務人員、戶政人員、村（里）幹事及其他執行兒童及少年福利業務人員，於執行業務時知悉兒童及少年有家庭暴力情事，應立即向直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得超過 24 小時。

上述醫事人員¹及社會工作人員²為醫療場域經常接觸到保護性個案的執業人員，為法令規定「責任通報者」之角色。責任通報者意指要求相關人員對家庭暴力事件通報負有社會責任及法律義務，其目的是保護家庭暴力被害人免受進一步的傷害、提供被害人支持、基本自我保護措施、相關資訊或資源建議，澄清公權力介入的目的與方式，鼓勵被害人求助，以打破孤立、增加資源。

¹ 醫事人員：依醫事人員人事條例第 2 條所示，指依法領有專門職業證書之醫師、中醫師、牙醫師、藥師、醫事檢驗師、護理師、助產師、營養師、物理治療師、職能治療師、醫事放射師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、藥劑生、醫事檢驗生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事放射士及其他經中央衛生主管機關核發醫事專門職業證書，並擔任公立醫療機構、政府機關或公立學校（以下簡稱各機關）組織法規所定醫事職務之人員。

² 社工人員：包含社會工作人員及社會工作師，依社會工作師法第 2 條所示，指依社會工作專業知識與技術，協助個人、家庭、團體、社區，促進、發展或恢復其社會功能，謀求其福利的專業工作者。

醫事人員及社工人員常常是保護通報第一線，應隨時具有家庭暴力被害人保護的敏感度、危機評估介入能力、執行臨床醫療驗傷照護，並熟悉保護法律規定及責任通報能力。

貳、家庭暴力的通報與服務流程

一、通報方式、內容與注意事項

(一) 通報方式

現行通報方式以網路「線上通報」為主。醫事人員及社工人員在執行職務時知悉家庭暴力案件，依法須於 24 小時內通報當地家庭暴力暨性侵害防治中心。醫事人員及社工人員可於網路搜尋「社會安全網－關懷 e 起來³」，直接於該網頁建立通報表單，即可完成通報作業。若專業人員遇緊急、重大案件或通報相關疑問時，可逕洽各縣市政府家防中心窗口或值班手機。

(二) 通報內容

1. 通報人資訊。
2. 受保護 / 被害人資訊。
3. 有無施虐者 / 相對人 / 嫌疑人資訊。
4. 具體事實：案發時間與地區、案情陳述、傷亡程度、附加檔案、施暴手法（工具）、加 / 被害人之自殺意念及企圖、是否涉及公共危險事件、受暴類型等。
5. 若兩造關係為或曾為親密關係伴侶（指雙方以情感或性行為為基礎，發展親密之社會互動關係），則須填寫八題台灣親密

³ 社會安全網－關懷 e 起來，網址：<https://ecare.mohw.gov.tw/>。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

關係暴力危險評估表 (Taiwan Intimate Partner Violence Danger Assessment 2.0, TIPVDA 2.0) (系統自動顯示)。

(三) 通報之注意事項

1. 責任通報單位人員執行職務時得知家庭暴力案件時，應立即在 24 小時內利用「線上」方式向當地直轄市、縣(市)主管機關通報。若遇網路問題無法使用網站，可以「紙本」方式進行傳真通報，且傳真後應再次向家防中心確認是否收到。
2. 通報方式以網路通報為主，通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩漏或公開。
3. 通報表除通報當地主管機關外，通報單位需自存乙份。
4. 通報表若需受理單位回覆處理情形者，請勾選；受理單位責任社工人員將應儘速電話聯繫回覆。另如需查詢通報案件受理狀況，請於通報時記下通報案件編號及驗證碼，即可於「社會安全網－關懷 e 起來」網站之查詢受理狀況進行查詢。
5. 臺灣親密關係暴力危險評估表 (The Development and Validation of Taiwan Intimate Partner Violence Danger Assessment, TIPVDA 2.0) 危險評估表應由專業人員逐項與被害人詢問，切勿直接拿給被害人填寫，未詢問之題目亦不可直接勾「否」。無法完成 TIPVDA 2.0 危險評估表時，應於「對本案之重要記錄或相關評估意見註記」一欄填寫未完成原因。如欲進一步了解 TIPVDA 2.0 各題項內容詢問方式，可至 e 等公務園 + 學習平台 (<https://elearn.hrd.gov.tw/info/10033940>) 進行數位學習，或參考衛生福利部所製作之臺灣親密關係暴力危險評估工作手冊 (<https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/cp-1147-75622-105.html>)。

參、通報流程的實務操作與案例分享

一、通報操作步驟流程

(一) 登入畫面

請於搜索引擎搜尋「社會安全網－關懷 e 起來」，或鍵入網址 <https://ecare.mohw.gov.tw/> 將出現如下畫面，並點選左上線上求助 / 通報。



(二) 進入通報步驟

1. 事件類型篩選：依據欲通報之事件，點選符合之項目（可複選），系統將出現相對應之轉介單。左方之選項與保護案件通報有關，隨選項不同，將分為成年通報、未成年通報，提供兒少保護案件通報、性侵害案件通報表及成保通報表 / 未同居轉介。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

線上求助/通報

問題類型

▼ 事件類型篩選
📝 資料填寫
📌 完成通報

請至少選擇一項事件*

性侵害、性剝削、家暴皆可選

有遭受身體、性及精神暴力等不當對待情事。

家庭經濟陷困需接受協助

有兒童、少年、老人、身心障礙者監護或照顧不周情事。

家庭支持系統變化需接受協助

有兒童、少年、老人、身心障礙遭受其他不當對待。

家庭關係衝突或疏離需接受協助

兒少發展不利處境需接受協助

家庭成員有不利處境需接受協助

因個人生活適應困難需接受協助

→ 成保通報表/未同居轉介表
→ 兒少保護案件通報表
→ 性侵害案件通報表
→ 社安類事件諮詢表

2. 以親密關係案件（家暴）為例，成年為「成保通報表/未同居轉介表」，未成年為「兒少保護案件通報表」，系統會依選項自動轉跳適合的表單：

被害人是否已滿18歲

被害人已滿18歲 被害人未滿18歲

行為樣態

性侵害 身體、精神或經濟上之不法侵害行為

→ 成保通報表/未同居轉介表
→ 兒少保護案件通報表
→ 性侵害案件通報表
→ 社安類事件諮詢表

3. 填寫通報人員身分，醫事人員勾選責任通報，填寫相關資訊（受理時間、紅框為必填項目），並依需求決定是否需要回覆通報單位：

被害人是否已滿18歲

被害人已滿18歲 被害人未滿18歲

行為樣態

性侵害 身體、精神或經濟上之不法侵害行為

→ 成保護通報表/未同居轉介表 → 兒少保護案件通報表 → 性侵害案件通報表 → 社安刑事件諮詢表

4. 填寫受保護 / 被害人資訊 (紅框必填, 填寫生日後年齡將自動帶入) :

受保護 / 被害人

-姓名- -代號- 男 女 其他

生日(YYYY/MM/DD)- -年齡-

-身分證統一編號 (或護照號碼) - -婚姻狀態-

· 有同住之兒少

有 無 不詳

· 國籍

-現屬國籍別-

· 就學狀況

-就學狀況-

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

5. 填寫施虐者 / 相對人 / 嫌疑人之個人資訊及同住資訊，若不
只一名，可新增：

施虐者 / 相對人 / 嫌疑人

有施虐者/相對人/嫌疑人
 無施虐者/相對人/嫌疑人

與被害人共同居住
 不與被害人共同居住

姓名	身分證統一編號	聯絡電話	修改/刪除
無資料			

+ 新增施虐者 / 相對人 / 嫌疑人

6. 選擇兩造關係，若為（或曾為）親密關係伴侶（如：婚姻中、
離婚、同居伴侶），則須填寫八題 TIPVDA 危險評估表（系
統自動顯示）：

施虐者 / 相對人 / 嫌疑人兩造關係

家庭成員
婚姻中

-家庭成員-

婚姻中

離婚

同居伴侶

曾為同居伴侶

須填寫八題TIPVDA危險評估表
(系統自動顯示)

具體事實

· 案發時間與地區

民國年

-案發縣市-

-主要發生場所-

施虐者／相對人／嫌疑人兩造關係

非家庭成員

-非家庭成員-

-非家庭成員-

未同居伴侶(含男女朋友)

照顧者

保母

機構人員

朋友(家人朋友/鄰居/普通朋友/同學)

職場關係(上司下屬/同事/客戶)

師生關係-學校教師

師生關係-補習班老師

師生關係-幼兒園老師

師生關係-安親班老師

師生關係-社團老師/教練

網友

不認識

其他

須填寫八題TIPVDA危險評估表
(系統自動顯示)

具體事實

· 案發時間與地區

民國年

-案發縣市-

-主要發生場所-

7. 臺灣親密關係暴力危險評估表 2.0 (通報版) (附件 2-1)

(三) 具體事實填寫完畢後，點選頁面最下方的檢視通報：

警察 社工員 醫事人員對於本案之重要紀錄或相關評估意見註記如下：

2. 其他相關紀錄及評估意見：

其他相關紀錄及評估意見

檢視通報

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12


13

附錄

1. 依照填寫的通報表類型，出現相應之完整通報表：

成人保護案件通報表			
尚未完成事件通報，確認以下資料後請輸入驗證碼並送出			
通報人員			
受理時間 113年04月03日06時20分			
通報類型	受理單位縣市	通報單位	通報人員身分
責任通報	高雄市	醫院	醫護人員
單位名稱	姓名	職稱	電話
高雄市立凱旋醫院	測試員01	醫師	07-7513171
受理單位是否為醫療通報單位			
是			
受保護/被害人			
姓名	代號	性別	生日(年籍)
000		女	113年04月03日

2. 檢視通報表內之資訊是否正確，若有誤可點選「繼續編輯」，無誤則填寫驗證碼及 E-mail 後點選「確認通報」，即完成通報。

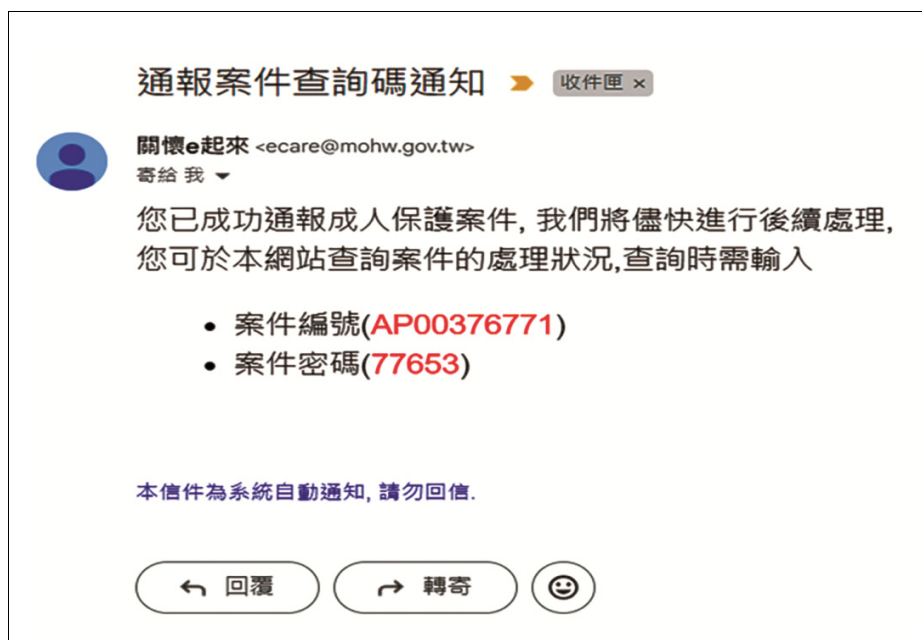
驗證及通知	
驗證碼	
	<input type="button" value="讀出"/> <input type="button" value="重新產生"/>
<input type="text" value="驗證碼"/>	
若輸入EMAIL，系統將發送查詢案號及驗證碼至信箱中，未來90天內可於本系統查詢此案件。	
<input type="text" value="E-Mail"/>	
<input type="button" value="繼續編輯"/>	<input type="button" value="確認通報"/>

(四) 通報完成

1. 保護性案件通報成功畫面－有出現「成功送出」字樣



2. 通報成功後，收件信箱也會收到案件查詢碼通知



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

肆、家防中心服務簡介

一、服務項目

1. 24小時緊急救援及專線服務。
2. 電話諮詢服務。
3. 陪同服務：陪同驗傷、採證、就醫診療、偵訊、出庭、未成年子女會面交往及交付。
4. 協助聲請保護令。
5. 緊急安置服務：提供處於危險情境或無適當住所之被害人，暫時性安全住所。
6. 被害人經濟扶助。
7. 心理諮商與法律諮詢服務。
8. 親職教育輔導。
9. 家庭支持服務。
10. 復原自立服務。
11. 資源媒合與轉介。
12. 預防宣導。
13. 布建防暴社區。
14. 培訓宣講人員。
15. 受理申請宣導演講。

二、安全計畫與衛教指引

當醫事人員與社工人員遇到家庭暴力個案時，除依法進行通報、驗傷與採證作業外，應告知被害人家防中心可提供之服務，並與被害人討論安全計畫與衛教指引，相關建議簡要說明如下：

(一) 當被害人與施暴者還住在一起時

1. 被害人可將自身受暴情形告訴信任的家人、親戚或朋友。
2. 告訴年長的子女，如遇到緊急狀況時，設法自保並向外求助，不要和施暴者有正面衝突。
3. 教導子女如何打電話報警，並確定他們知道家裡的正確地址和電話，以利緊急狀況時，子女可正確向警方陳述家中地址與電話。
4. 將一些錢、證件等重要物件放在家中一個安全的地方（必要時，可請親友代為保管），緊急時，可立即帶這些必須物品離開。

(二) 當被害人決定離開施暴者時

1. 當被害人已決定離開，記得隨身攜帶：身分證、健保卡、提款卡、信用卡、存摺、印章、錢、行動電話、驗傷單等重要物件。
2. 請被害人平時就記住離家最近的警察局和醫院，離開時可直接到警察局或醫院求助。
3. 提醒被害人有權利到法院、派出所、家庭暴力防治中心請求協助聲請保護令。

(三) 當被害人已經離開施暴者時或保護令未核發空窗期

1. 當被害人必須和施暴者談話時，必須注意安全，避免與其單獨碰面；如需見面，可請他人陪同，必要時可約在警察局、派出所或家防中心。
2. 當被害人需要返家取物時，可請求警察陪同返家取物，避免獨自返家與施暴者接觸。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

3. 被害人有權利不接聽騷擾電話，必要時，可請他人代為接聽；並請被害人保留施暴者撥打電話及傳送簡訊之騷擾紀錄，以作為相關證據。
4. 提醒被害人可以隨時變更電話號碼，並要求親友發現施暴者再度騷擾傷害時，請立刻幫被害人打電話報警。
5. 提醒被害人適時變換回家路線，以避免施暴者跟蹤騷擾；如發現施暴者有跟蹤騷擾情形，請至最近的派出所尋求協助。
6. 提醒被害人關注自己的情緒，並與被害人討論情緒低落，甚至出現想傷害自己的念頭或行為時，可以聯繫的對象。

(四) 當保護令核發後

1. 保護令核發後，被害人應隨身攜帶保護令（影本），或影印一張保護令給大廈管理員、工作地點警衛、子女學校老師、親友。
2. 當施暴者違反保護令時（如施暴、電話騷擾、未遠離住居所等），被害人應立即打 110 電話報警。
3. 建議被害人可提供施暴者近照給大廈管理員、工作地點警衛、子女學校老師、親友等，以利提醒周遭親友幫忙注意。
4. 法院裁定禁止施暴者查閱被害人和未成年子女的戶籍、學籍及所得來源等資料時，提醒被害人必須儘速拿著保護令向戶政事務所、學籍所在學校及各地區國稅局申請註記，以免施暴者查到被害人和未成年子女的行蹤。

第二節 家庭暴力被害人的辨識與評估

近年來我國家庭暴力通報的分析統計數據中，女性被害人的比例通常為總案件量的六成以上（衛生福利部保護服務司家庭暴力通

報事件被害人案件及性別統計資料)。家庭暴力事件中，以親密關係暴力事件最為常見，不論暴力的類型或性質為何，女性常是被害人（謝臥龍、劉惠嬰、黃志中，2017）。由於部分親密關係暴力的本質具有長期、反覆發生等特色，且常合併二種以上不同的暴力形式，因而往往造成被害人長時間處於慢性且複雜的身心創傷壓力（黃志中，2002）。

如果專業人員懷疑病人可能遭受家暴傷害，與其談論其個人隱私時，應提供一個隱密且不受干擾的環境，讓病人可以感到安全與受到尊重，以利會談的進行。會談時對病人提供情緒同理與關心的態度，建立病人對醫療人員的信任關係，讓病人較容易會談出自己的傷害經驗，而醫療人員知情後須進行家暴通報、驗傷鑑定、危險性評估或者心理諮詢，完成詳細如實的記錄以便日後有法律用途時使用。

由於親密關係暴力事件所造成的傷害不僅限於是急性暴力相關的創傷，女性被害人尚有更多因長期暴力所導致的各種身心症狀，往往較其他女性有著更多的病痛，也因而更常使用醫療資源（王麗容、陳芬苓，2003）（沈慶鴻，2001）。若第一線醫療人員熟悉其症狀表現並判別被害人可能遭受家暴的指標（表 2-1、表 2-2），可以使得被害人在因其慢性身心症狀就醫時，及時被醫療人員辨識出其家庭暴力的問題，給予適時的介入，並轉介家庭暴力防治相關資源（黃志中，2002）（姜琴音，2006）（Campbell, 2004）。

表 2-1 醫療現場家暴被害人可能的樣貌

1. 病人因遭受到嚴重家暴有生命危險而被送至急診者。
2. 病人表明為家暴被害人而要求驗傷（身體外傷、心理創傷）。
3. 病人原本只是尋求醫療，但經詢問後表明為家暴被害人（外傷患者、急性精神症狀或身體化症狀者、自傷或自殺行為者）。
4. 病人只是尋求醫療，但堅決否認遭到家暴傷害。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

表 2-2 醫療現場病人可能遭受家暴的指標

1. 經常為了含糊不清的症狀而去求診。
2. 預約門診之後又多次缺席。
3. 對於自己的意外傷害原因交代不清。
4. 身體有多處傷害（包括不明原因的燒傷、瘀青與挫傷）。
5. 刻意使用衣服或其他物件來遮掩受傷之處。
6. 容易受到驚嚇、易過度焦慮、沮喪與痛苦。
7. 曾經至精神科就醫或有菸、酒、毒品濫用病史。
8. 前往門診時，配偶或伴侶或其他家人陪伴在旁，並主導其談話內容。
9. 病人對配偶或伴侶感到畏懼與退縮。

壹、女性家暴被害人

長期遭受身體虐待、性虐待和精神虐待的女性被害人，高比例被害人會出現創傷後壓力症（post-traumatic stress disorder, PTSD）、焦慮症及憂鬱症（Sharps, Campbell, 1999）。如果被害人在屢次尋求救援無效之後，可能會出現習得無助感（learned helplessness）

（Bradley, Smith, Long, 2002），呈現完全放棄反抗或自衛之情形，因而阻礙女性被害人更難以脫離暴力的婚姻和親密關係，因而陷入惡性循環的深淵裡。另外，國內外學者發現婦女在懷孕期間也會遭受肢體暴力（黃志中，2002）（Richardson et al., 2002），原因可能為無法滿足配偶的性需求而被毆打，且暴力隨著懷孕過程逐漸增加（Kelly, 2010），其頻率和嚴重度比平時甚至還要多（Anderson & Saunders, 2003）。懷孕的被害人因而出現被打流血、早產或流產的情形，還可能發展為產後憂鬱症（Tjaden & Thoennes, 2000）。施暴者甚至於被害人生產過後，仍持續對婦女和新生兒施暴（Kelly, 2010）。

女性被害人受暴後常見的心理反應，包括震驚、否認、不信任、迷惑及害怕等狀況，在長期受暴情況下，也容易導致情緒低落、行為退縮、慢性倦怠、睡眠及飲食障礙等狀況（Walker, 2009）。有些

女性被害人感到自我概念和尊嚴喪失，進而失去信任感和自信心（Burch & Gallup, 2004），對生活充滿無助及無力感，間接影響到生活功能（Certain et al., 2008），有些女性被害人甚至以自傷、自殺、吸食毒品或酗酒等方式來因應心理的創傷（Tomasulo & McNamara, 2007）。另外，國外學者也指出女性家暴受者可能的特質如表 2-3（Clements, Sabourin, Spiby, 2004）。

表 2-3 女性家暴被害人可能的樣貌和特質

1. 長期忍受痛苦。
2. 長期感到憂鬱、壓力，有身心症，可能有酗酒或使用毒品。
3. 經濟、情緒依賴。
4. 不確定自己的需求。
5. 極低的自我評價。
6. 不實際的期望丈夫會突然改變。
7. 社會隔離且連娘家也不常聯繫。
8. 相信被毆打只是暫時的，情況一定會改善。
9. 自認丈夫之暴力行為是自己引起的因而內疚。
10. 缺乏判斷何者會導致生命危險之能力。

貳、男性家暴被害人

根據衛生福利部保護服務司的「家庭暴力通報事件被害人案件類型及性別統計（更新至 2023 年）」資料進行分析，2014 年至 2023 年在親密關係暴力（包括婚姻、離婚、同居）案例中，男性被害人的比例在近十年內穩定上升，比例從 2014 年的 13% 穩步增至 2023 年的 24.9%，期間每年平均增加約 1.3 個百分點，人數自 2014 年的 6,009 人增至 2023 年的 15,142 人，增幅約為 2.5 倍。

雖然女性仍是親密關係暴力的主要被害人，但男性被害人比例與人數逐年上升，關於男性被害人的比例在近十年上升的影響因

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

素，可能是社會對男性被害人的接受度提升，更多男性被害人願意報案或尋求協助，此外，家庭暴力通報系統的推廣與多元性別平等意識的提高，也可能是重要的因素。(衛生福利部保護服務司家庭暴力通報事件被害人案件及性別統計資料)，但因男性普遍較女性擁有較多的社會資源，受傷程度較女性被害人輕微，及較易離開受暴情境等因素，因此他們在家庭暴力中所產生的身體與心理上的傷害，相較於女性被害人通常較輕 (McNamara & Fields, 2001)。家庭暴力男性被害人的背景、個性和處境各不相同，他們可能具有各種不同的背景和經歷，但通常都需要理解、支持和尊重他們的處境，以幫助他們脫離暴力環境並重建自己的生活，男性家暴被害人可能的特質如表 2-4。

表 2-4 男性家暴被害人可能的樣貌和特質

1. 沉默和隱藏：男性被害人可能不願透露自己遭受家庭暴力的情況，因為社會上普遍存在對男性脆弱性的污名化和不信任。
2. 內心痛苦：男性被害人可能會感到羞恥、無助和自責，不願意尋求幫助或揭露自己的處境。
3. 身體和情感受傷：家庭暴力可能導致男性被害人身體和情感上的傷害，例如身體創傷、焦慮症、憂鬱症及創傷後壓力症等。
4. 社會壓力：男性被害人可能面臨來自家庭、朋友、社會以及傳統性別角色的期望和壓力，這可能使他們更難以尋求幫助或離開虐待的環境。
5. 無法獲得支援：由於社會上對男性被害人的認識較少，他們可能難以找到適當的支援和資源來應對家庭暴力的問題。

參、兒童青少年家暴被害人

根據衛生福利部保護服務司的「家庭暴力通報事件被害人案件類型及性別統計 (更新至 2023 年)」資料進行分析，2014 年至 2023 年兒少保護被害人數量從 2014 年的高峰 26,556 人，逐年略有減少

下降至 2018 年後穩定在 21,000 人至 22,000 人之間，以 2023 年的 21,463 人的數據來看，十年間減少了 5,093 人（約 19.2%）。

兒少保護被害人數量近十年間略有下降，可能源自於兒少保護政策逐漸生效，預防性措施可能有所改善和減少兒少保護案件及此類被害人，例如通報制度加強以及兒少保護意識提升可能減少實際案件發生率。此外，少子化趨勢可能影響總體兒童人口數，進而導致兒少保護被害人數下降，但整體而言，兒少保護被害人近幾年仍維持在每年 21,000 人至 22,000 人之間，顯示兒少保護仍是家庭暴力防治的重要議題。

父母親和其他成人家屬照護者通常是兒童青少年家庭暴力的加害者，兒童青少年被害人可能遭受到肢體暴力、言語暴力、精神虐待或性暴力等模式，有些受暴兒童年齡小或不知道求助，只能默默承受，常常是因為受暴情況嚴重，在家庭以外的地方被發現（例如學校老師），或是因為受傷嚴重送醫後被發現，通報後方為相關單位所注意而加以保護。

文獻資料顯示兒童青少年被害人及目睹家庭暴力，會出現生理、心理、情緒、行為、學校和人際上的適應問題（表 2-5）（Wallace, 2005），包括飲食問題、失眠及自律神經失調等症狀；情緒方面可能有焦慮、不安、害怕、無助和憂鬱等情緒；行為方面可能出現退縮、分心、過動、攻擊、敵意、不服從規定與反社會行為或犯罪等行為，且有學業退步和社會適應困難等情形。身在暴力家庭的兒童青少年，發生精神疾患的可能性較一般正常兒童高（Klingbeil & Boyd, 1984），到成人階段可能出現憂鬱、低自尊和創傷等症狀（Archer, 2000），或出現逃家、自我傷害及自殺等行為，或是有酒精與藥物濫用的行為，或是對未來婚姻和家庭抱持負面的評價（Kelly, 2010）。以行為學習理論的觀點來看，當兒童經歷或目睹家庭暴力，長大後

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

也較會以暴力方式處理家庭中的糾紛、壓力與危機，此即所謂「代間傳遞」(Holden, Geffner & Jouriles, 1998) (Downs, Capshew & Rindels, 2006)。此外，有部分兒童青少年被害人成長之後，轉為對家庭以外的人施暴，甚至成為以暴力解決問題的犯罪者，造成其未來人生長期負面的影響 (Delsol & Margolin, 2004)。

表 2-5 兒童青少年家暴被害人可能的樣貌和特質

1. 情緒問題：焦慮、憂鬱、憤怒、恐懼、創傷後壓力反應。
2. 社交問題：孤立、不信任他人、難以建立親密關係。
3. 行為問題：自傷行為、攻擊行為、反社會行為。
4. 學業問題：注意力不集中、學習困難、學業成績下降。
5. 身體問題：自我傷害、自我健康照護問題、慢性疼痛。
6. 心理健康問題：低自尊、自我價值感問題。

肆、高齡家暴被害人

根據衛生福利部保護服務司的「家庭暴力通報事件被害人案件類型及性別統計(更新至2023年)」資料進行分析，2014年至2023年老人虐待案件數呈現緩慢上升，2014年8,261人至2018年出現短暫下降至8,196人，但之後回升至2023年的8,749人，整體數據顯示各年度老人虐待案例有小幅波動，但整體趨勢略微上升，增幅約為5.9%。整體而言，老人虐待在所有家庭暴力案件通報中所占比例相對穩定，約在總案件數的9%~10%之間。

老人虐待被害人數量近十年間略微上升，可能源自於人口老化因素，隨著人口結構老化，高齡者人口比例上升可能導致老人虐待通報案件增加。此外，老人虐待案件通報意識的提升，家庭暴力與老人虐待問題受到更多關注，家庭暴力通報率因此可能提高，導致老人虐待案件和被害人上升。為有效應對此趨勢，未來應進一步強

化對高齡者的保護政策，並加強家庭照護者的支持與教育，以降低老人虐待此類家庭暴力案件的發生率（衛生福利部保護服務司家庭暴力通報事件被害人案件及性別統計資料），可能的原因包括家庭文化觀念，例如有些家庭觀念較為嚴謹，可能導致老人遭受家庭暴力時不敢報警或求助。老人在家庭中可能處於弱勢及被忽視，缺乏社會支持，這可能使他們更容易成為暴力行為的被害人。年輕家庭成員面臨經濟、情感或照護壓力時，可能會導致其情緒失控，進而對於高齡家人發生家庭暴力行為。年輕家庭成員也可能缺乏對於家庭暴力的認識和教育，導致他們無法意識到自己的行為對老人造成了傷害而不自知。另外，部分家庭因為少子化和子女工作經濟壓力下，以致老年的家庭成員需要彼此照顧（例如老年夫妻彼此照顧而未和其成年子女同住），或由較為健康者照顧生理疾病或精神科疾病導致失能者，造成因照護壓力或溝通相處議題，導致一方對另一方施暴或互相施暴的可能性（表 2-6）。

表 2-6 高齡家暴被害人可能的樣貌和特質

1. 身體脆弱：由於年齡的增長，老年人的身體可能更容易受到傷害，例如骨折、擦傷或內傷，這使他們更容易成為暴力行為的被害人。
2. 心理壓力：老年人可能因為身體健康問題、社交孤立、財務壓力等因素而感到脆弱和無助，這使他們更容易成為暴力的目標。
3. 依賴性：老年人可能對於施暴者有依賴性，例如照顧者或親屬，這可能使他們更難以脫離虐待的環境。
4. 社交孤立：老年人可能由於家庭成員的忽視或社會孤立而缺乏支持系統，這使他們更容易成為家庭暴力的被害人，同時也更難尋求幫助。
5. 文化和社會因素：某些文化和社會背景可能導致對老年人的虐待和忽視，這可能使他們更容易受到家庭暴力的影響。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

伍、身心障礙者、多元族群和多元性別等族群

國內研究包括分析國際婚姻中的性別暴力時 (Sims, Dodd & Tejada, 2008)，特別強調身處社會、經濟、文化弱勢環境的原鄉婦女、新住民婦女、同性 (或多元性別) 伴侶及家庭、以及各種類型身心障礙者面臨家暴時的困境與需求，比較起一般家暴被害人，有著相當大的特殊差異性。家庭暴力防治的實務工作者必須認知當前社會文化中，弱勢與少數族群的文化認知與資源掌握不同於一般民眾，實務工作者應具備文化敏感度及多元文化新觀點，才能辨識各種特殊族群的家暴被害人和給予適當的評估和協助 (表 2-7、表 2-8)。

表 2-7 同性 (或多元性別) 伴侶及家暴被害人可能的樣貌和特質

1. 隱藏性：由於對同性伴侶暴力的社會認知較低，同性伴侶被害人可能更不容易揭露自己的處境，可能會隱藏自己的受害經歷。
2. 社會壓力：同性伴侶被害人可能面臨來自社會的歧視、污名化和排斥，這使他們更難尋求幫助或揭露自己的處境。
3. 心理壓力：同性伴侶被害人可能因為處於暴力關係中而感到恐懼、無助和自責，這可能對其心理健康產生負面影響。
4. 依賴性：同性伴侶被害人可能與施暴者有著深厚的情感依賴關係，這使他們更難以離開暴力關係或尋求幫助。
5. 社交孤立：由於可能面臨社會排斥和歧視，同性伴侶被害人可能缺乏支持系統，這使他們更難以離開暴力關係或尋求幫助。

表 2-8 身心障礙者家庭家暴被害人可能的樣貌和特質

1. 身體弱勢：身心障礙者受限於自身障礙情形，遇到暴力時可能無法妥適自我保護或難以逃脫暴力環境。
2. 依賴性：身心障礙被害人可能更依賴他人的照顧和支持，這使他們更容易受到施暴者的控制和影響。
3. 心理壓力：身心障礙被害人可能因為身心健康問題而感到壓力和無助，這使他們更容易成為施暴者的控制對象。
4. 社交孤立：一些身心障礙者可能由於社交障礙或社會排斥而缺乏支持系統，這使他們更容易成為暴力的目標，同時也更難尋求幫助。

第三節 家庭暴力被害人的驗傷與採證

家庭暴力包括不同範疇，此章節僅說明親密伴侶一般身體傷害之驗傷採證，如個案有被性侵害，則參考第七章之性侵驗傷採證。尊長虐待（老人虐待）之驗傷採證原則與此章節類似，但應特別注意疾病與用藥對傷痕判斷之影響。兒童虐待驗傷採證則另有專書說明。

壹、會談與病史

親密暴力被害人就醫主訴與表現：

1. 自述或協助送醫者陳述其遭受親密伴侶暴力而受傷。
2. 因窒息或腦傷症狀嚴重被送院就醫，但無法表達受傷原因。
3. 因受傷來診，但自述致傷原因與傷痕不符合。
4. 其他
 - (1) 身體表現：有多個不同時期的相同或不相同樣態的傷痕，有傷痕在臉、顱、頸、陰部、乳房等部位，懷孕時受傷。
 - (2) 精神問題：酒精藥毒物質成癮、慢性痛、飲食障礙症、身心症狀、自殺傾向、憂鬱、焦慮、睡眠障礙、疲憊。
 - (3) 特殊情況：多次因受傷到急診、延遲就醫、試圖以衣物遮掩傷痕、伴侶在旁強勢主導或不肯離開。

當醫護人員懷疑親密關係暴力時，應照會社工進行評估，或者先以篩檢性質問題單獨詢問病人，以了解是否為親密關係暴力。除非被害人有特殊情況，原則上社工、醫護人員應與被害人單獨會談，在避免他人干擾且安全隱密的環境會談及診療，以便被害人能安心陳述受暴過程並接受驗傷和採證，同時還須注意到，加害人可能伴隨或尾隨被害人前來就醫，應當防止其闖入會談或診療空間，以避

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

免被害人造成潛在危險。

會談內容應包括：

1. 既往內外科、精神病史及受暴史、女性被害人懷孕分娩史、婚姻、家庭狀況、工作、伴侶情況、社會史……等，詢問近期及過去受暴經歷、攻擊的樣態和時間（時間軸）。
2. 詢問身體症狀（受傷部位、疼痛、流血……等）及精神症狀（焦慮、憂鬱、自殺、自殘 / 殺人意念）。
3. 近期受暴事件之加害人、發生時間、加害地點、事（事發過程、加害方法、勒傷、窒息……等）、物（武器、約束綑綁裝置……等）。

貳、通報

如果被害人與加害人為配偶、前配偶、現為或曾為同居關係伴侶，依法須在 24 小時內通報，但如果被害人為 18 歲以上，且加害人跟被害人為未同居的親密伴侶，則可進一步瞭解被害人是否需要家防中心協助，如有需要協助，可於「社會安全網－關懷 e 起來」填寫「未同居轉介表」，轉介至家防中心提供相關服務。

參、身體驗傷及採證

目前沒有特定的驗傷同意書或規定之驗傷步驟，可以根據各醫院的一般驗傷同意程序來獲取病人的知情同意後進行驗傷。在根據患者主訴進行身體評估之外，如果病人同意，應該進行從頭到腳之完整驗傷並拍攝傷痕照片。常見之受傷部位包括手臂和手部，特別是臉部、頭部和頸部，常見之型態為紅腫、瘀傷、擦傷及裂傷，致傷的原因可能是拳打腳踢、推撞或用物體打擊頭部或臉部等。

一、注意特殊傷痕

1. 模式傷：傷痕有致傷器物印痕，應仔細照相，可能與致傷物品（棍子、皮帶等）比對。
2. 咬痕：可以微濕棉棒採取 DNA 作人別鑑定，如有破皮，應用抗生素預防感染。
3. 窒息性傷：徒手或以帶狀物勒頸，可能導致頸部痕跡，臉、頸、結膜出血點、喉嚨痛、聲音沙啞，必要時照會耳鼻喉科醫師詳細檢查，以預防後續突發之昏迷。受暴過程中如曾因此失去知覺、尿失禁和 / 或大便失禁，應照會神經科醫師檢查是否有缺氧相關神經學症狀或後遺症。
4. 顱腦傷：應檢查是否有創傷性腦損傷，評估是否曾有意識喪失或意識不清、記憶喪失、神經系統症狀（如：肌肉無力或感覺喪失）、精神狀態變化（如：思維遲緩或難以集中注意力），如有上述症狀必須照會神經科醫師及作影像學檢查。
5. 可能致命傷：嚴重銳器、鈍器傷或槍傷，在緊急救護醫療同時應仔細照相，有助比對武器，且必須適當保存相關的衣物（可能為重要證物），槍傷應照會鑑識人員收集特殊證物。

照相是記錄受傷情況的重要方法，在拍攝之前，應向受害人說明拍攝的目的，並取得其知情同意。應準備高畫素之照相機及 L 型比例尺（可用類似性侵害驗傷之附彩色圖卡的尺，且在尺上註明被害人病歷號及日期，以確認為該受害人）。

照相應保持光線充足，並配備測量尺，以清楚呈現傷痕位置、新舊程度、類型（如瘀傷、擦傷、裂傷）、大小、形狀和顏色。這些資訊有助於推斷傷痕致傷的原因、方向、使用的器具以及發生的時間，除傷勢嚴重必須緊急處置，一般先禁行傷痕照相，再進行局部治療。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

拍攝方向應與傷痕垂直，但對腫起或凹陷之傷痕，可以考慮加入斜角拍攝。每個傷痕都要有中景和近景的照片。若傷痕上附有污漬、異物（如玻璃屑，應當收集為證物）、流血或分泌物，則清理前後皆應照相。為防止照片外流，不應使用醫護人員個人的相機、手機或平版電腦拍攝受害人照片。各醫院應訂定相關規範，嚴格管理受害人影像的儲存及查閱。

肆、實驗室檢查

依受害人症狀及受暴經過考慮檢驗全血球計數、感染項目、酒精藥毒物或其他相關檢驗。

伍、影像學檢查

依症狀、受暴過程及受傷位置，考慮作 X 光（如：骨折）、超音波（如：腹內出血）、或電腦斷層 / 核磁共振（如：顱腦受傷）。

陸、醫療處置

適當的傷痕治療包括縫合甚至手術，必要時可安排住院觀察，並且給予抗生素以預防或治療感染。

柒、醫療紀錄及診斷

病歷紀錄及診斷書應能充份說明被害人各種傷痕，其內容應正確且完整。

一、醫療紀錄項目與注意事項

1. 清楚記錄患者的全名、出生日期及身分證件號碼、所有新舊傷的部位及性質、診斷及處置。

2. 記錄患者陳述之傷害發生過程、加害人、新舊傷的發生原因。
3. 記錄患者所陳述與暴力有關之過去史。
4. 應使用非價值判斷之詞語，避免在紀錄中對患者言行下斷論。

二、親密伴侶驗傷診斷書

此診斷書是主要證明文件，與個案刑事及民事訴訟相關。我國政府目前並無明訂之診斷書，由各醫院自行訂定診斷書格式，依各醫院規範，應記錄傷痕明確部位、新舊、型態、大小（如：長、寬、深各約若干公分）及特殊情況（如：併發症、後遺症），被害人陳述之受害經過及狀況，亦可記錄於診斷書中，以提供司法官對事實評斷之參考。

捌、後續追蹤與計畫

被害人離院前應完成危險評估量表（TIPVDA 2.0）及安排門診追蹤與社工訪視。首要考慮病人的安全，依 TIPVDA 2.0，照會社工做相應處置，並啟動網絡合作服務。

1. 一般醫療：特定傷害追蹤治療（門診或住院醫療）。
2. 心理健康醫療：照會及轉診精神科醫師及心理師。
3. 建立個案服務紀錄表：各醫院自行設計格式，醫院社工應為所有個案作後續追蹤紀錄，列出門診日期、科別、檢查檢驗結果及處置，舉例如下表 2-9。後續有嚴重身心健康問題或後遺症，應盡快通知家庭暴力暨性侵害防治中心的社工，以便提供司法機關相關的證據。
4. 綜合性被害人服務：轉介各縣市家庭暴力暨性侵害防治中心，提供完整後續服務。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

表 2-9 個案服務紀錄表

個案服務紀錄表	
病歷號碼：	就診日期：2023/01/XX 事發日期：2022/12/XX
姓名：阿秀	
個案類型： <input checked="" type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 兒少保護 <input type="checkbox"/> 性侵害	
戶籍地： <input checked="" type="checkbox"/> 臺北市 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 其他縣市	
發生地： <input checked="" type="checkbox"/> 臺北市 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 其他縣市	
特殊形況：新住民（越南），國語溝通良好	
處 遇	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 通報： <input checked="" type="checkbox"/> 24 小時內 <input type="checkbox"/> >24 小時原因： <input checked="" type="checkbox"/> 2. 完成「臺灣親密關係暴力危險評估表 2.0」(TIPVDA 2.0) <input type="checkbox"/> 不適用 答「有」題數合計 <u>3</u> 分 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 驗傷醫療補助 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 提供福利服務： <input type="checkbox"/> 保護安置 <input type="checkbox"/> 經濟補助 <input type="checkbox"/> 法律諮詢 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 提供權益、救濟及服務書面資料 <input checked="" type="checkbox"/> 6. 轉介：臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心 <input checked="" type="checkbox"/> 7. 約診：精神科 2023/01/XX；外科 2023/01/XX <input type="checkbox"/> 8. 其他：	
離 院 計 劃	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 返家 <input type="checkbox"/> 2. 安置 <input type="checkbox"/> 3. 暫住親友家 <input type="checkbox"/> 4. 其他：	
個案後續追蹤	
門診 <input checked="" type="checkbox"/> 是 (2023/01/XX) <input type="checkbox"/> 科別：精神科，結果：情緒問題 門診 <input checked="" type="checkbox"/> 是 (2023/01/XX) <input type="checkbox"/> 科別：外 科，結果：傷口都已癒合 門診 <input checked="" type="checkbox"/> 是 (2023/01/XX) <input type="checkbox"/> 科別：精神科，結果：情緒問題 門診 <input checked="" type="checkbox"/> 是 (2023/02/XX) <input type="checkbox"/> 科別：精神科，結果：診斷為創傷後壓力症候群 ※特殊情況： 2023/02/13 通知家防中心，安排長期治療，轉知檢察官。	

玖、案例說明

【案例一】

小霞，25 歲，2023/××/××約 15:00 自行到醫院急診，自述當天上午被同居男友打，要求驗傷。經照會社工，在「溫馨室」會談，小霞自述同居男友目前失業 3 個月，常常喝酒，酒後用拳頭或衣架打她，最近愈打愈嚴重，她有一個與前夫生的 3 歲女童（在幼兒園），最近一個月有時也被同居人打。經完整驗傷發現小霞左前臂 6 處線狀新瘀傷各約 6×0.5 公分、2 處線狀舊瘀傷各約 4×0.5 公分、左前額紅腫 4×3 公分、左臉顴骨處新擦傷 3×2 公分、右上臂新擦傷 3×2 公分及線狀舊傷痕 2 處各約 3×0.5 公分。在小霞同意下，各傷痕都以照相記錄及消毒與治療。離院前社工詢問小霞及填寫「TIPVDA 2.0」為 2 分，作線上通報，且填報目睹兒童及兒童虐待，社工說明網絡服務及轉介後續服務事宜，且為小霞作安全規畫，預約 3 天後精神科門診及 1 週後外科門診，且安排其女當天放學後來院作兒童虐待評估。

【案例二】

小文，31 歲，未曾生育，於 2023 年××月××日晚間 9 點左右因左手臂劇痛到醫院急診就醫，其丈夫在旁說她自己在路邊跌倒摔傷，但醫護人員發現小文臉上有類似掌摑痕，左手前臂明顯紅腫及裂傷，且四肢有新舊瘀傷、擦傷，故以要驗血及照 X 光，請其夫先繳費為由，使其夫暫時離開診療室。轉移到安全隱密的溫馨會談室單獨詢問小文，是否害怕家人，小文瞬間哭泣且點頭承認這三年來常被丈夫打，今天在家裡被打臉、掐脖子及由樓梯推下摔傷。此案立刻照會社工進行會談及從頭到腳完整驗傷及照相，作四肢傷處 X 光及腦部電腦斷層掃描，結果發現左手前臂尺骨及橈骨骨折，於傷

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

口初步處理後安排骨科手術及住院，病歷及診斷書皆完整記錄傷痕及處置。在急診時，經社工詢問及填寫「TIPVDA 2.0」，評估為 8 分，所以通報之外，直接聯絡臺北市家防中心，由該單位社工再行評估，且在病人出院時，帶受害人安置庇護。

第四節 家庭暴力案件法規與處理流程

壹、家庭暴力案件法規

- 一、刑法。
- 二、刑事訴訟法。
- 三、家庭暴力防治法及其施行細則。
- 四、行政機關執行保護令及處理家庭暴力案件辦法。
- 五、性侵害犯罪防治法及其施行細則。
- 六、兒童及少年福利與權益保障法及其施行細則。
- 七、內政部處理大陸或外國籍配偶遭受家庭暴力案件應行注意事項。
- 八、家事事件法。

貳、家庭暴力案件處理流程

- 一、110 接獲報案，派遣轄區派出所員警到場處理，於現場處理完畢後，帶當事人返所進行通報、協助聲請保護令及製作筆錄等程序。
- 二、員警因執行職務知悉家暴情事時，不論被害人的意願，將依法定職責通報管轄之社會局（處）家庭暴力及性侵害防治中心續處；如被害人擔心通報後，公部門介入可能激化相對人，或有

- 其他疑慮，可請員警於通報表內註明，以提醒主責社工做必要的處置因應。
- 三、被害人因故或未於案發第一時間報案者，仍可攜帶佐證資料，前往就近任一間派出所報案，請員警協助聲請保護令或受理刑事告訴。如案件屬於他轄案件，受案後會再移轉管轄警察分局續處。
 - 四、對於涉及告訴乃論之刑事案件（如傷害罪），被害人應留意須於知悉犯人之時起，6個月內提出告訴。被害人如擔心提出刑事告訴會激化相對人，可改以聲請保護令之程序，取得法律上的保護措施，須緊守「聲請保護令為自保的最低底線」之原則。
 - 五、受案員警協助被害人填寫通常（暫時）保護令聲請書狀，連同相關證據，陳報分局家庭暴力防治官，函轉家事法庭審理。被害人可向員警索取保護令聲請書狀影本，方便日後查詢保護令聲請哪些款項。保護令聲請原則應擇必要之款項聲請，避免款項過多，調查時間過久，致延後保護令之核發。
 - 六、員警接獲法院核發之保護令，將分別向被害人及相對人執行保護令。自該刻起，被害人應提高警覺，以因應相對人可能不滿保護令核發而有報復行為，更切忌持保護令主動去接觸或激化相對人，導致身陷危險之中。保護令是否能發揮保護效果，端看被害人是否搭配適切的人身安全計畫並落實遵循。
 - 七、被害人可影印保護令隨身攜帶及放置在隨手可取得的地方，如發現相對人有違反保護令情事者，應立即報警並出示保護令給員警確認，依違反保護令罪偵辦。
 - 八、相對人如涉犯違反保護令罪或家庭暴力罪遭拘捕解送地檢署，建議被害人應先另覓暫住之安全處所或尋求社工庇護安置，避免相對人如未遭到羈押而釋放後可能的報復行為。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- 九、被害人獲法院核發暫時保護令後，如撤回通常保護令的聲請，暫時保護令便會失效，當相對人再次出現暴力行為時，僅能就該暴力事件提出相關刑事告訴，或再次向法院聲請保護令。
- 十、通常保護令有效期間屆滿前，被害人可聲請法院延長保護令之效期。然依據家庭暴力防治法新修正規定，在法院針對延長通常保護令作出裁定前，原保護令不失其效力，建議被害人還是應儘早提出延長保護令之聲請，方能保障自身安全及權益。

重點回顧

家庭暴力防治工作者及醫事人員應熟悉家庭暴力事件法規、報案及通報流程，學習如何辨識與評估家庭暴力被害人，對其進行完整詳實的驗傷與採證，完成驗傷採證的醫療紀錄並進行家庭暴力事件通報，將有利於家庭暴力事件後續的法律、行政及防治工作。

問題與討論

問：家暴被害人在醫院診療驗傷時，醫護人員詢問被害人案情始末，被害人回應時，提及稍早員警已經通報家防中心，醫護人員還需要進行通報嗎？

答：家庭暴力防治法第 50 條第 1 項，規範醫事人員、社會工作人員、教育人員、教保服務人員、保育人員、警察人員、移民業務人員及其他執行家庭暴力防治人員，於執行職務時知有疑似家庭暴力情事，應立即通報當地直轄市、縣（市）主管機關，至遲不得逾 24 小時，查前述法條的內容並未規範可因為其他網絡已經通報該次家暴事件，而可以免除知悉家報情事的網絡人員之法定的責任通報，故該網絡人員仍應儘速依法通報。

問：第一線家暴防治網絡人員可以因為被害人因為擔心公部門介入後，加害人會加以報復，因而不用將該家暴情事通報家防中心？

答：查家庭暴力防治法第 50 條第 1 項責任通報規定，係要求第一線防治人員不論被害人是否願意被通報至家防中心，均應依規定完成通報之程序。若被害人有類似的擔憂，防治人員可婉轉告知此法定職責所在，無法不通報，但可以將被害人擔憂的相關詳細內容及希望後續介入處遇方式（如：請警政單位暫不要查訪約制加害人、只需要家防中心社工進行關懷服務即可……等），在通報表內仔細載明，以提醒後續接案的社工妥處，消弭被害人的擔憂及危險處境。

問：遭受家庭暴力的妻子獲得家事法庭所核發的保護令，主文內容除了有禁止施暴令、騷擾令外，還有遷出令，但看到施暴的丈夫無法獨自在外生活，也無處可去，於心不忍，便同意丈夫不用遷出，在前述的狀況下，丈夫有無違反保護令罪的問題？

答：依據家庭暴力防治法第 17 條規定，法院對相對人核發第 14 條第 1 項第 3 款遷出令及第 4 款遠離令之保護令，不因被害人、目睹家庭暴力兒童及少年或其特定家庭成員同意相對人不遷出或不遠離而失其效力，換言之，保護令若核發有遷出令或遠離令之項目，不會因為被害人或相關家庭成員之同意，而致使遷出令或遠離令無效。若員警於遷出（遠離）地的現場發現相對人並未遷出或遠離，依法將逮捕，並依違反保護令罪解送地檢署偵辦。

問：家暴防治網絡人員在社區進行宣導時，該如何教導民衆運用「113」保護專線與「110」報案專線？

答：如果被害人只是想針對自身先前遭受家暴的處境，進行相關的

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

諮詢與求助，當下暫無人身安全的危險，建議可以撥打 113 進行諮詢；如果被害人即將或正遭逢家暴的危險處境，有人身安全議題，需要警察的即刻救援，則應立即撥打 110 報警處理。民眾可下載警政署「警政服務 APP」作為多元報案替代方案，APP 整合多項功能，是一個完整的警政服務安全網，可運用 APP「守護安全」功能，記錄乘車資訊並定時回傳給警方自身所處位置，如有發現可疑不法情形，可利用「視訊報案」，透過智慧型手機內建 GPS 定位功能，提供員警快速判讀報案位置，同時亦能瞭解現場狀況，立即派遣警力前往處置，縮短民眾報案等候時間，也能夠獲得最安心、最即時的協助。

問：若相對人違反保護令任一款項，皆構成違反保護令罪，必須報警移送地檢署偵辦？

答：依照家庭暴力防治法第 61 條規定，只有違反「禁止實施家庭暴力。」、「禁止騷擾、接觸、跟蹤、通話、通信或其他非必要之聯絡行為。」、「遷出住居所。」、「遠離住居所、工作場所、學校或其他特定場所。」、「完成加害人處遇計畫。」、「禁止未經被害人同意，重製、散布、播送、交付、公然陳列，或以他法供人觀覽被害人之性影像。」、「交付或刪除所持有之被害人性影像。」及「刪除或向網際網路平臺提供者、網際網路應用服務提供者或網際網路接取服務提供者申請移除已上傳之被害人性影像。」等 8 款保護令，才屬於違反保護令罪。

參考文獻

王麗容、陳芬苓 (2003)。臺灣地區婚姻暴力問題之調查研究。內政部委託研究報告 (編號 091-000000AU701-003)。

- 沈慶鴻 (2001)。由代間傳遞的觀點探索婚姻暴力對目睹兒童的影響。《中華心理衛生學刊》，14(2)，65-86。
- 姜琴音 (2006)。婚姻暴力中目睹暴力成年子女心理經驗初探。《應用心理研究》，32，165-181。
- 黃志中、王秀紅 (2002)。《婦女健康：理論與實務》。臺北：華騰文化，12-3。
- 黃志中 (2013)。親密關係暴力受害者的整合性醫療照護模式。《醫學與健康期刊》，2 (附冊 2)，76。
- 黃志中 (2016)。《重構婚姻暴力診療驗傷：醫學現代性及其不滿》。臺北：翰蘆圖書出版公司。
- 黃志中、謝靜雯、周煌智、吳慈恩、陳筱萍、張淳茜 (2005)。家庭暴力驗傷診斷書品質之介入性研究。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，1，27-48。
- 衛生福利部保護服務司家庭暴力通報事件被害人案件及性別統計資料：
<https://www.mohw.gov.tw/dl-85285-6e835838-aac2-42cf-b666-f1a7f13c7c00.html>
- 謝臥龍、劉惠嬰、黃志中 (2017)。解析跨國婚姻路上親密暴力的婚姻本質與權力關係。《高雄師大學報：教育與社會科學類》，(42)，1-20。
- Anderson, D. K., & Saunders, D. G. (2003). Leaving an abusive partner: An empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma, violence, & abuse*, 4(2), 163-191.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 126(5), 651-680.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J., & O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *Bmj*, 324(7332), 271.
- Burch, R. L., & Gallup, G. G. (2004). Pregnancy as a stimulus for domestic violence. *Journal of family violence*, 19, 243-247.
- Campbell, J. C. (2004). Helping women understand their risk in situations of

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 19(12), 1464-1477.

Certain, H. E., Mueller, M., Jagodzinski, T., & Fleming, M. (2008). Domestic abuse during the previous year in a sample of postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1), 35-41.

Clements, C. M., Sabourin, C. M., & Spiby, L. (2004). Dysphoria and hopelessness following battering: The role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of family violence*, 19, 25-36.

Delsol, C., & Margolin, G. (2004). The role of family-of-origin violence in men's marital violence perpetration. *Clinical psychology review*, 24(1), 99-122.

Downs, W. R., Capshew, T., & Rindels, B. (2006). Relationships between adult women's mental health problems and their childhood experiences of parental violence and psychological aggression. *Journal of Family Violence*, 21, 439-447.

Guidelines for Clinical Assessment and Intervention <https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/ClinicalAssessment.pdf>

Holden, G. W., Geffner, R. E., Jouriles, EN. (1998). Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues. American Psychological Association.

Huecker, M. R., King, K. C., Jordan, G. A., Smock. W. (2023). Domestic Violence. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/>

Justice Department's Office on Violence Against Women Announces National Protocol for Intimate Partner Violence Medical Forensic Examinations. <https://www.justice.gov/opa/pr/justice-department-s-office-violence-against-women-announces-national-protocol-intimate>

Kelly, U. (2010). Intimate partner violence, physical health, posttraumatic

- stress disorder, depression, and quality of life in latinas. *West J Emerg Med.* 11(3), 247-51.
- Klingbeil, K. S., Boyd, V. D. (1984). Emergency room intervention: detection, assessment and treatment. In A. R. Roberts (ed.) *Battered Women and Their Families*. New York: Springer Publishing Company.
- McNamara, J. R., Fields, S. A. (2001). The Abuse Disability Questionnaire: Internal Consistency and Validity Considerations in Two Samples. *Journal of Family Violence*, 16, 37-45.
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*, 324(7332), 274
- Sharps, P. W., Campbell, J. (1999). Health consequences for victims of violence in intimate relationships. In X. B. Arriaga & S. Oskamp (Eds.), *Violence in intimate relationships* (pp. 163-180).
- Sims, E. N., Dodd, V. J., Tejada, M. J. (2008). The relationship between severity of violence in the home and dating violence. *J Forensic Nurs.* 4(4), 166-73.
- Tjaden, P., Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence against Women*. 6(2), 142-161.
- Tomasulo, G. C., McNamara, J. R. (2007). The relationship of abuse to women's health status and health habits. *Journal of Family Violence*, 22, 231-235.
- U. S. Department of Justice Office on Violence Against Women. A National Protocol for Intimate Partner Violence Medical Forensic Examinations. May 2023. <https://www.safeta.org/wp-content/uploads/2023/05/IPVMFE Protocol.pdf>
- Walker, L. E. A. (2009). *The battered woman syndrome* (3rd ed.). Springer Publishing Company.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

078 家庭暴力與性侵害防治

Wallace, H. (2005). *Family Violence: Legal, Medical and Social Perspectives*. (4th ed). Pearson Education Company.

World Health Organization. (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook*.

第三章

家庭暴力相對人裁定前 評估鑑定與家事輔導

吳慈恩

長榮大學神學院教授

周煌智

高雄市立凱旋醫院院長

陳筱萍

樂安醫院心理科臨床心理師

黃志中

高雄市政府衛生局局長

廖靜薇

社團法人屏東縣向陽康復之友協會社工督導

本章學習重點

1. 了解家庭暴力相對人評估鑑定的相關法規
2. 了解家庭暴力相對人的評估工具
3. 了解家庭暴力相對人的評估鑑定方式
4. 如何撰寫家庭暴力相對人評估鑑定報告及注意事項
5. 了解裁定前家事輔導

關鍵詞

家庭暴力、相對人、評估工具、評估步驟、報告書、家事輔導

第一節 家庭暴力相對人裁定前評估鑑定緣由

壹、家庭暴力加害人處遇計畫規範

行政院衛生署（衛生福利部前身）於 1999 年 6 月公告「家庭暴力加害人處遇計畫規範」。其中，有關加害人處遇計畫規範的部分，則在 2001 年 2 月由行政院衛生署修正公告之家庭暴力加害人處遇計畫規範中明訂：經中央衛生主管機關醫院評鑑合格之醫學中心、區域醫院、精神科醫院、設有精神科病房之地區醫院，得施行各款之處遇計畫。並在 2008 年 6 月 6 日衛署醫字 0970209700 號函修正發布之「家庭暴力加害人處遇計畫規範」，共計 19 點，分別訂定處遇計畫的項目與處遇機構的資格及相關文書。其中第三點明訂加害人的處遇計畫內容為「認知教育輔導、心理輔導、精神治療、戒癮治療與其他輔導、治療。」顯示政府充分重視加害人的教育輔導與治療工作。同時，考量處遇計畫執行機關（構）或團體的專業人力與執行能力，在第四點訂定：「……得依其專業人力與執行能力，施行下列各款處遇計畫項目，並得合併數項目為之」。並得命相對人接受有無必要施以「其他」處遇計畫之鑑定；主管機關亦得於法院裁定前，向法院提出對處遇計畫實施方式之建議。另法院為處遇計畫之裁定時，應載明完成期限。

衛生福利部配合 2015 年 2 月 6 日修正之家庭暴力防治法第 54 條第 1 項規定，於 2016 年 5 月 9 日衛部心字第 1051760668 號公告：增加「職教育輔導」一項，且修正家庭暴力加害人處遇計畫規範。執行處遇計畫人員應受過家庭暴力防治相關專業訓練，即執行處遇計畫項目人員應符合衛生福利部公告之執行人員資格條件及訓練課程基準。其中精神治療、戒癮治療是採取門診和住院治療的運作模

式，而認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導及其他輔導、治療，可採取個別或團體方式進行。以上可見處遇計畫的法源相當完備，且政府投入大量的資源與經費，是故期待積極的介入，可以減少家庭暴力的再發生。

貳、建構家庭暴力相對人裁定前評估鑑定

家庭暴力防治法第 14 條第 1 項第 10 款有規定「命相對人完成加害人處遇計畫」，針對加害人處遇計畫，家庭暴力防治法第 14 條第 3 項規定法院得逕命相對人接受認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導及其他輔導，並得命相對人接受有無必要施以精神治療、戒癮治療及其他治療處遇計畫之鑑定、評估；直轄市、縣（市）主管機關得於法院裁定前，對處遇計畫之實施方式提出建議。由於法官非此專業人士，因此，在「家庭暴力加害人處遇計畫規範」第 6 條規定各地方得成立評估小組，接受法院囑託評估相對人有無接受處遇計畫之必要及需接受何種處遇計畫，及其治療期程、次數，以提供法官裁定有關處遇計畫保護令的參考。

為讓加害人處遇計畫保護令的良好美意可以落實，內政部家庭暴力防治委員會特別於 2000 年 11 月成立「編研小組」，針對鑑定內容、工作方法以及標準化流程作完整規劃，並且製作輔助教材，編制家庭暴力相對人鑑定專業人員手冊。裁定前鑑定制度藉由對相對人的早期生活經驗及社會文化之影響下的家庭婚姻生活狀況，以了解相對人家暴衝突相關的心理、社會因子。因此，此一鑑定制有別於精神鑑定之心理社會鑑定。

總之，家庭暴力相對人裁定前評估制度，其本質為一暴力預測模式加上改變預測結果之介入方法的規劃（周煌智，2002）。此制度是為落實民事保護令的美意，其目的為：(1) 辨識相對人是否有接

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

受處遇計畫之需要；(2)若需接受處遇計畫，應接受何種處遇計畫；(3)確認相對人之危險程度與再犯性；(4)依相對人之再犯危險程度與實際問題提供適當的處遇內容；(5)結合司法、社政、輔導、警政、醫療等體系，對家庭暴力之防治建構一完整有效的網絡（黃志中，2001），進而啟動相關的防治措施或是相對人多元化心理衛生服務。

第二節 家庭暴力相對人的評估工具介紹

家庭暴力鑑定的本質是融入輔導教育精神的一種鑑定，並且也是一種或然率的推估，以現有所能掌握的證據預測未來狀態，且透過某種介入力量可以導致原先不良預測值改變成所想要的結果。因此，鑑定的重點如何說明以現有基礎可以預測相對人可能再次發生暴力的機率，且透過所建議的處遇計畫可以有效的降低再次發生家庭暴力的危險性，進而促進家庭和諧，因此，此類鑑定的首要精神是評估再犯性高低與暴力危險嚴重度。裁定前鑑定除了透過專業人員的分析、判決和診斷外，並參考家庭暴力加害人評估工具，鑑定人員綜合評估加害人再犯風險的可能性，以建議法官核發適合加害人處遇計畫的保護令。評估工具除參考國外文獻外，並斟酌國人的文化特性，研擬出本土化家庭暴力再犯風險的評估工具。以下介紹常見的評估工具。

壹、親密暴力的評估工具

在成立專責單位後，許多在過去躲在陰暗角落的家暴案件陸續被通報。家庭暴力的態樣多元，家暴被害人從家庭成員，擴及非同居的親密伴侶的恐怖情人分手暴力及情感暴力。顯然親密暴力除異性婚姻關係外，經修法後，已涵蓋男女、同居和同志親密關係。從

2019～2022 年的家庭暴力各類型受暴人數來看，仍以婚姻離婚同居關係暴力占總人數約半數上下，顯示親密暴力事件一向是占家庭暴力事件中的最大部分（引自衛生福利部保護服務司—統計專區，2024）。

國內現行評估工具仍是採擷自美國與加拿大之評估工具，加以參考運用，配合各種相關理論與實務見解，融彙編制成我國家暴加害人評估工具之素材。目前我國第一線工作同仁之初步評估工具以 TIPVDA 2.0 為主，簡易評估的流程主要是在通報時，由警察和社工員視需要請被害人填寫 TIPVDA 2.0 和衝突行為量表 (Conflict Tactics Scale, CTS)，再經由專業人員以電話訪談被害人評估其危險分級，將寫出簡易評估書函送衛生局和法官。以下簡介國內常見 TIPVDA 2.0。

原先危險量表 (Danger Assessment, 簡稱 DA) 是由 John Hopkins University 之 Jacquelyn Campbell 於 1985 年所發展，用以預測婚姻暴力之危險性。此量表由受暴的婦女填寫，共有 15 題項。其第一部分，請填答者於一小月曆寫下過去一年中，施虐者是否有所列之五類暴力行為，並記下大約日期與持續的時間。第二部分，是 15 題危險因素，評量施暴者致命暴行之危險性，亦可作為再犯危險之評估。後來，王珮玲 (2012) 檢視相關文獻、評估表內容及本土 80 件致死案例，而建構 TIPVDA 1.0，過程中曾召開多次之專家學者焦點團體討論，故具有一定之內容效度與專家效度。復於 2021 年提出 TIPVDA 2.0，並於 2023 年全面使用（引自衛生福利部保護服務司委託研究，2022）。

如 TIPVDA 2.0 可作為第一線工作同仁之初步評估工具，雖有不錯之判斷準確度，但暴力行為複雜，無法僅依賴單一工具作為評估之依據。TIPVDA 2.0 之適用案件與對象有其限制，僅適用於親密

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

關係暴力事件，無法適用於其他家庭暴力事件；另 TIPVDA 2.0 僅適用於親密關係暴力女性被害人，並不適用男性被害人或是同志暴力之女性被害人。而在實務操作上，研究者建議 TIPVDA 2.0 可作為對男性被害人蒐集危險評估資料之參考工具，但該類事件仍須仰賴工作者搜集個案相關資訊後進行專業評估。TIPVDA 2.0 共有二個版本：TIPVDA 2.0(通報版)和 TIPVDA 2.0(附件 2-1 和附件 3-1)，前者提供第一線警察、醫事人員、社工或其他責任通報人員受理案件評估，後者為個案管理社工、家庭暴力防治官或相關評估人員安全評估使用。

貳、兒童暴力的評估工具

從 2019-2022 年的家庭暴力各類型受暴人數來看，以婚姻離婚同居關係暴力占家庭暴力通報最大宗，其次就是兒少虐待（引自衛生福利部保護服務司－統計專區，2024）。因為兒童及少年有些是在家庭暴力事件中之直接受害者，有些則是長期處於家中同住者之不當對待或傷害性對待中，另有些則是長期目睹到父母、親人之間的暴力。第一線工作人員可依據「兒童及少年受虐暨被疏忽研判指標簡明版表格」及「兒童少年受虐待暨被疏忽危機診斷表」中所列之類別及項目，逐一檢視其身體、精神及行為狀態，並對照照顧者之行為特質，即時發現受虐待情形（附件 3-2 和附件 3-3）。

參、精神疾病、酒癮和藥癮之評估工具

由於精神疾病、酒癮和藥癮者受到症狀影響，導致情緒和行為失控，在家庭裡製造很多問題，造成家人的困擾。近幾年參加家庭暴力相對人裁定前鑑定為數不少是精神疾病、酒癮和藥癮者。另牽涉到處遇計畫包含有精神治療和戒癮治療，因而對精神疾病、酒癮

和藥癮者正確鑑定和診斷格外重要，避免對相對人標籤或汙名化。

一、精神疾病之評估

裁定前評估鑑定委員根據會談、精神狀態及其他相關資料評估相對人精神疾患問題及其嚴重程度，另需考量相對人精神疾患與家暴事件的關聯性來做出判斷和建議，因此，若鑑定委員為精神科專科醫師，可以直接做診斷性會談（以 ICD-10 或 DSM-5 作為依據），配合旁證（例如病歷資料或其它親近人員觀察）來診斷個案是否有精神疾病；對於已達嚴重精神疾患問題的相對人，需考慮一定期限的住院或門診之精神治療，再依相對人的需求安排多面向的治療模式，包含藥物治療、心理治療、家族治療、團體治療及復健治療等。然而，大部分的相對人可能會隱藏他們的疾病或在短時間內不易做出完整的診斷，並且當次委員可能沒有精神科專科醫師做診斷，此時，需要用精神疾病篩檢量表來做篩檢與評估（包含不易診斷之相對人，精神科醫師亦可使用量表），一般比較完整的診斷量表例如：結構式臨床會談－DSM（Structure Clinical Interview for DSM, SCID），但因要經過訓練，並且評估耗時，並不合適用在裁定前鑑定時使用。另外，精神症狀量表則有「簡易精神病評估量表」（Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS），BPRS 或「活性與負性症狀量表」（Positive and Negative Symptoms Scale, PANSS）等，而憂鬱症量表則有「臺灣人憂鬱量表」、「簡式精神症狀量表」（Brief Symptom Rating Scale）或者「災難相關心理症狀篩檢量表」（Disaster-Related Psychological Screening Test, DRPST）等，對於失智相對人則有「失智症篩檢量表」（Ascertain Dementia-8, AD-8）。若相對人精神疾患症狀緩解及理解能力尚佳，有時可同時裁定認知輔導教育，補足家庭暴力防治相關概念之輔導及教育。另外，對於常見的精神症狀評估與快篩，則可

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

以使用下列問句，作為評估相對人是否有疑似精神病的判斷，並且視需要轉介精神科醫師做進一步診斷與治療。

以下摘自高雄市立凱旋醫院心理健康篩檢表。

1. 請問你有無下面這樣的經驗？

a. 當一個人時會聽到一些無形的聲音，只有你聽到，旁人聽不到。

有 無

b. 會聽到一些神明或熟悉的人的聲音，可是他們並沒有在旁邊。

有 無

c. 常會懷疑有人會害你

有 無

d. 常會覺得有人或媒體在報導你的事情？

有 無

e. 會覺得你的配偶會有與外人有染？

有 無

f. 你是一個個性比較容易衝動的人

是 無

2. 您最近一年有無因失眠、緊張或精神方面困擾就醫或尋求協助？

有（續答子題 a.） 無（跳答 12 題）

請問是因何症狀就醫尋求協助？（可複選）

失眠 憂鬱 焦慮緊張 恐慌 思覺失調

躁鬱症 其他

3. 若您具有精神科診斷，診斷為？（可複選，若無請勾不適用）

- 思覺失調 憂鬱症 躁鬱症（雙極性情感疾患）
 失智症 自閉症（廣泛性發展障礙）
 注意力不足過動症 智能障礙 器質性精神病
 其他 _____

二、酒癮和藥癮之評估工具

有些家庭暴力者是受酒精藥物濫用影響判斷力及控制力，有些家庭暴力者則因酒精藥物戒斷有經濟需求而產生暴力行為。相對人若過度和長期倚賴酒精、藥物的行為出現，會損害一個人的家庭、社會關係、工作能力，或置自己和他人於危險中。

1. 酒癮評估工具引用衛生福利部酒癮衛教宣導專區酒癮篩檢問卷，分別是自填式華人飲酒問題篩檢問卷（Cut down drinking, Annoyed by criticism, Guilty feelings, Eye-opener, CAGE Questionnaire）和 Babor 等人（2001）設計酒精使用疾患檢測（附件 3-4）。
2. 藥癮評估工具
 - (1) 高雄市政府毒品防制局－藥癮者施用毒品之感受評量表（附件 3-5）
 - (2) 藥物施用簡易評估表（Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT）（附件 3-6）

第三節 家庭暴力相對人裁定前評估鑑定方式

依據「家庭暴力加害人處遇計畫規範」第 6 點說明關於相對人評估的部分，直轄市、縣（市）主管機關應遴聘受過家庭暴力防治相關專業訓練且具實務經驗之精神科專科醫師、諮商心理師、臨床心理師、社會工作師、少年調查官、少年保護官或觀護人及其他具

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

家庭暴力加害人處遇實務工作經驗至少三年之人員，組成相對人評估小組，辦理相對人有無接受處遇計畫必要及其建議之評估。目前國內家庭暴力相對人裁定前評估鑑定可分為法院裁定前評估鑑定和簡易評估，分別介紹如下。

壹、法院裁定前評估鑑定

家庭暴力相對人裁定前鑑定是以複數評估為基礎，經由指定評估小組成員二人以上，以面談、電話訪談或書面資料評估等方式，針對相對人之早期生活經驗、性別平權觀念、情緒管理、婚姻生活、精神狀態、心理歷程等綜合評估，考量相對人之暴力嚴重度與再犯危險性做合宜之判斷，以對加害人處遇內容提供適當之建議。現行執行方式以法院裁定前鑑定為主，當相對人未能依指定日期接受鑑定時，評估小組得採書面資料評估，或輔以電話評估。

一、評估前的準備資料

安排評估的單位，依家庭暴力加害人處遇計畫規範第 7 點，得在評估前準備相對人及家庭暴力事件相關資料，供評估小組人員執行評估。相關資料包括：

1. 民事保護令聲請書狀本。
2. 家庭暴力事件通報表影本。
3. 警察機關處理家庭暴力案件現場告表影本。
4. 訪視會談記錄表影本。
5. 被害人驗傷診斷證明書或驗傷單影本。
6. 判決書（緩刑或假釋者）。
7. 危險評估量表。
8. 相對人前科資料（無前科者免提）。

9. 其他相關資料。

二、評估重點

評估之進行是以複數評估為基礎，經由指定評估小組成員二人以上，以面談、電話訪談或書面資料評估等方式，針對相對人之早期生活經驗、性別平權觀念、情緒管理、婚姻生活、精神狀態、心理歷程等綜合評估，考量相對人之暴力嚴重度與再犯危險性做合宜之判斷，並將評估結果做成報告，供法院參考。若相對人有疑似精神狀態表現異常、酗酒或濫用藥物等狀況，評估人員應有一人為精神科專科醫師，對於其精神、飲酒或物質使用等狀況，進行診斷性評估，辨別此症狀與家庭暴力之因果關係，以對加害人處遇內容提供適當之建議。

三、相對人鑑定 / 評估之流程

評估小組在法院針對相對人進行之評估階段性活動分為團體鑑定和個別訪談，團體分為：(1) 觀看影片後之團體討論；(2) 權控輪之討論。團體部分依心理歷程、情緒管理、及兩性平權觀念三大議題進行評估。

個別評估面向內容分別描述如下：

1. 基本資料：包含性別、年齡、教育程度、職業、與被害人的關係等。
2. 個人發展史：包含相對人與原生家庭成員互動、學校與工作生活史、生理疾病史、休閒活動、人際關係等、是否曾為受虐對象或是目睹家暴。
3. 原生家庭互動關係：包含原生家庭父母互動關係、手足次系統互動關係、代際關係等。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

4. 婚生家庭或親密關係史：包含交往史、婚姻史、家事分工、經濟處理、經常衝突原因、解決衝突的方式、教養子女的態度、家庭休閒活動、兩方原生家庭的資源介入情形等。
5. 職業史：包含工作穩定度、持續度、工作性質、工作時間。
6. 犯罪史：相對人的犯罪史樣貌是再犯家暴行為的傷害危險程度之重要指標。
7. 物質使用史：酒精藥物使用種類、使用頻率、使用狀態、目前受酒精藥物影響程度等。
8. 臨床心理評估：包含相對人本身的智能狀態、情緒狀態、對於外在事物的認知正確度等。
9. 精神狀態初步評估：包含過去有精神疾病診斷，另透過評估進行酒精、藥物濫用或精神疾病的診斷。
10. 對於家庭暴力行為的認知：對於自己暴力行為的認知影響到相對人對於所有司法過程、對被害人的認知、再犯的可能性、對處遇的接受度都有高度影響。

貳、簡易評估

簡易評估過去是一個試辦方案，部分縣市目前仍採行簡易鑑定評估，例如嘉義縣及基隆市。簡易鑑定評估目的是要改善通常保護令裁定拖延及裁定加害人處遇過少之情形，嘗試發展以危險評估與危險分級管理之方式，使社工員之接案評估及安全計畫，與警察之協助申辦保護令及保護令之執行訪查，能依據高中低不同致命危險程度進行，促使婚姻暴力加害人能有更好的治療輔導及更有效的監督介入，而被害人也能有較好之安全計畫及未來生活品質（林明傑、鄭瑞隆、蔡宗晃、張秀鴛、李文輝，2006）。

參、特殊案例的評估鑑定： 以家庭暴力合併家內性侵害案件之鑑定為例

一、緣起

現在社會的家庭暴力類型非常多元，有同性親密伴侶、有相互為相對人、有男性受害人等等，故針對不同性質的家庭暴力類型之相對人提供適當的社會心理評估是重要的，有明確的評估，才能找出適當有效的介入形式。在執行裁定前鑑定過程中，有感於家庭暴力中性暴力類型的特殊性，如以暴力、脅迫、恐嚇等違反意願的方式，進行性器官插入、肛交、口交、或任何被害人不願意的肢體接觸及兒童和少年的性剝削等。然而家內性暴力類型的相對人在鑑定時，多難以投入團體的討論，畢竟「性」在我國的文化裡仍屬於隱密和神祕的話題，以致相對人困難在大庭廣眾中自我揭露。鑒於家內性侵害與其他家暴類型截然不同，並同時適用刑法、性侵害犯罪防治法及家庭暴力防治法、兒童及少年性剝削防制條例等，因此為維護家內被害人權益，把此類型抽離出來，便於早期評估及介入處遇。

站在社會安全維護的立場來看，家內性侵害案件除了保護性侵害被害人為中心之處遇模式外，也需跨網絡專業合作，在司法偵查審理之前，對於家內性侵害相對人也應有更多評估機制與預防策略。有鑑於此，掌握在第一時間與家內性侵害相對人接觸，並採用家庭暴力防治法中聲請保護令，命相對人接受處遇計畫前之裁定前鑑定評估及採個別處遇治療方式之機制實屬重要，一方面是可以評估維護家內性侵害被害人留置原生家庭之權益的安全性及可能性，二方面也提早啟動相對人預防治療之策略，採被害人安全維護分工合作任務之整合模式，再者也提早評估未來啟動家庭處遇計畫之措

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

施、歷程及策略。因此，針對家內性侵害相對人、聲請人（被害人）、家庭重要他人及相關人，透過具有對家暴及性侵害相對人評估鑑定及對被害人服務處遇經驗之心理臨床實務或精神醫療背景之專家，進行心理社會、精神狀態及預防風險評估，藉由臨床會談收集資料中，以啟動雙方多面向的溝通與關係的理解、詮釋及分析，讓各網絡提早瞭解家內性侵害相對人之危險因子，並擬定後續處遇方針，及時提供適當之處遇資源。

二、評估鑑定模式

此鑑定模式是於 2018 年，在高雄少年及家事法院、社會局家防中心和高雄衛生局經過多次會議的討論和修訂，建構出家內性侵害案件相對人裁定保護令前鑑定評估及處遇整合性模式。實施步驟如下：

- (一) 聲請：由市政府依職權委託社會局家防中心向少家院聲請緊急保護令，核發內容含命相對人接受本鑑定模式，以提供相對人處遇計畫建議，及被害人及相關重要他人之介入建議，並續為通常保護令之審理。
- (二) 鑑定訪談對象：相對人、被害人及家庭重要他人，以及相關人如學校知悉人員或通報者。
- (三) 鑑定與處遇建議：
 1. 由衛生局安排鑑定委員，以複數委員制，採個別鑑定為原則，並訂定鑑定日期。
 2. 鑑定委員運用統一鑑定建議書格式（詳如下節書寫報告與注意事項）進行撰寫，於鑑定完成後提交相對人鑑定建議書予衛生局，提交被害人評估處遇建議書予社會局，評估鑑定建議書載明處遇計畫內容，必要時建議執行期間（相對人以雙

週執行一次為原則)。

- (四) 保護令裁定：前項鑑定與處遇建議，供少家院裁定命加害人處遇計畫（如：認知教育輔導、心理輔導、精神醫療、戒癮治療、親職教育輔導、其他治療與輔導）內容之參考。
- (五) 被害人及法定代理人建議：前項評估處遇建議，供社會局家防中心提供被害人及法定代理人介入計畫（如：被害人創傷知情與創傷處置、法律及生涯認知、自我探索與接納、認識身體自主權和人我界限、舒壓與情緒管理、性教育、家庭系統及界限的認知、依附關係處遇等；被害人重要他人心理及親職輔導，如：創傷處置、認識兒少身心發展、性衛生教育、建立性別平權概念及家庭關係經營等；被害人之家庭維繫如：與其親人聯繫會面、增強關係韌力及對被害人的同理心、強化未來家庭關係發展的基礎等）。
- (六) 處遇施行：
1. 由專家依評估面向指標對相對人進行鑑定，並提供鑑定報告書供少家院參酌，經少家院裁定處遇計畫，並由衛生局安排相對人進行處遇計畫。
 2. 衛生局收至鑑定建議書後，提供少家院及社會局家防中心參酌。
 3. 社會局家防中心接獲評估建議書後，則經其內部程序，委託心理師實施處遇計畫、被害人保護措施及家庭維繫服務等。
 4. 定期辦理本方案整合性處遇計畫實施狀況個案研討會，及本方案執行成效檢討會議，邀集相關局處及處遇計畫執行單位一同與會，對此方案執行層面及實務處遇狀況進行了解與彙整，提供整合性後續服務之建議，以建構衛生局心衛中心、社會局家防中心與處遇單位之連繫平臺。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

第四節 家庭暴力相對人裁定前鑑定報告與應注意事項

依據家庭暴力加害人處遇計畫規範第 8 點說明評估人員應依相對人之身心狀況及參考相關危險評估量表，視其有無精神狀態表現異常、酗酒、濫用藥物、人格違常或行為偏差等及其與家庭暴力有無因果關係，並依其家庭暴力行為之嚴重度及再犯危險性等，評估相對人應否接受處遇計畫，並作成處遇計畫建議書。

壹、家庭暴力相對人裁定前鑑定報告書與應注意事項

針對家庭暴力相對人的心理歷程、情緒管理、性別平權觀念、精神狀態以及個人早期生活經驗和婚姻生活概況，予以評估其暴力危險性及再犯性之高低，並據此作成鑑定報告書，呈交法官以為形成心證，做成裁決之參考依據。而鑑定報告書主要內容和注意事項有哪些，以下說明之：

一、家庭暴力相對人裁定前鑑定報告書

(一) 鑑定報告書內容：直轄市、縣（市）主管機關應提供評估小組評估報告之格式，評估小組則依報告格式，在完成評估之後 7 天內，提供處遇計畫建議書予法院。評估報告書內容包括：基本資料、個人發展史、婚姻家庭史、犯罪史與此次家暴經過、接受團體認知教育鑑定的表現、臨床心理評估、精神狀態初步評估、綜合心理社會和精神評估其家庭暴力危險度描述，及建議處遇計畫等。評估小組可建議加害人處遇項目包括：(1) 認知教育輔導；(2) 親職教育輔導；(3) 心理輔導；(4) 精神治療；(5) 戒癮治療；(6) 其他輔導、治療。

(二) 處遇實施方式與期程：依 2016 年 8 月 1 日衛生福利部頒定『家

庭暴力加害人認知及親職教育輔導處遇要點』第 5 點所示：加害人認知及親職教育輔導需視加害人之危險性以及暴力行為與飲酒之關聯性等，分為(1) 12 週：低危險且無合併飲酒問題；(2) 18 週：低危險且合併飲酒問題；(3) 24 週：中高危險。以臺北市及新北市為例：認知教育輔導(或戒酒教育)大多是 12 次，少部份會建議 24 次，心理輔導、戒癮治療及精神治療亦多是 12 次。而屏東市、高雄縣在精神治療或戒癮治療分為住院或門診治療，門診治療會建議每月 1 次，或每 2 週 1 次，滿 3 個月後由主治醫師評估，直至保護令期滿為止。另裁定前鑑定報告書可具體建議處遇類別、頻率、次數及處遇執行期限等。

二、家庭暴力相對人裁定前鑑定報告書應注意事項

- (一) 鑑定委員知能影響鑑定品質：鑑定委員依家暴處遇計畫規範第六點規定，社會工作師、少年調查官、少年保護官或觀護人及其他具有家庭暴力加害人處遇實務工作經驗至少 3 年之人員，均可經直轄市、縣(市)主管機關應遴聘組成相對人評估小組，以建立家庭暴力相對人裁定前鑑定制度之處遇評估標準，提高鑑定結果一致性；另須具備家暴相關心理、社會與文化之專業知能，若其本身家庭暴力防治之知能不足，當會無法敏感相對人所揭露的訊息，進而影響鑑定效能。此外，鑑定委員對於家庭暴力的意識觀念亦對鑑定有極大的影響。鑑定委員如何去看待家庭暴力事件及其相對人、以及其性別觀念等意識觀念，無疑地會主導鑑定委員的鑑定執行方向，以及對相對人言談訊息的解讀，進而影響鑑定品質。
- (二) 報告書的用途：裁定前鑑定報告書的讀者除了法官外，尚有聲請人、被害人、相對人及執行處遇的單位，因而報告書不僅是

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

在於提供法官有關相對人處遇計畫保護令裁定之意見，且給處遇專業人員了解相對人的家庭暴力事件及其暴力歷程和早年成長的經驗，有助於處遇介入之參考。此外，尚需給聲請人、被害人及相對人認知相對人的暴力與原生家庭、性別意識、權力運用狀況、情緒管理和衝動控制及成癮物質等可能有所關聯性，進而提供相關資源和處遇介入，以學習非暴力解決問題。由於讀者背景不同，書寫此份報告不能有太多專業術語，即要淺顯易懂，且能依照有根據的訊息做描述和整理，亦即報告要有依據和有條理、邏輯性。

貳、撰寫家庭暴力特殊案例報告的基本原則和注意事項

- 一、精神疾病、酒精或藥物濫用鑑定報告：鑑定委員依相對人之身心狀況及參考相關危險評估量表，視其有無精神狀態表現異常、酗酒、濫用藥物、人格違常或行為偏差等及其與家庭暴力有無因果關係，並依其家庭暴力行為之嚴重度及再犯危險性等，評估相對人應否接受處遇計畫，並作成處遇計畫建議書。為前項評估時，若相對人有疑似精神狀態表現異常、酗酒或濫用藥物等狀況，鑑定委員應有一人為精神科專科醫師，另進行精神疾病、酒精或藥物濫用診斷要慎重，避免有汙名化或標籤的傷害。
- 二、智能不足、啞啞人士的鑑定報告：弱勢族群限於語言障礙，無法表達內在的需求，在憤怒和生氣之下，可能出現情緒和行為的失控，因而智能不足、啞啞人士參加裁定前鑑定需要家屬陪同或是手語老師代為溝通。至於鑑定報告書，則須考量認知功能的限制，盡量裁定以個別性的輔導為主。
- 三、65歲以上的尊親屬對卑親屬的暴力：65歲以上的年長者如有

失智、退化傾向易出現重複或碎念的語言，造成卑親屬心煩，而視尊親屬為言語或精神暴力。至於鑑定報告書，則須考量相對人是否具有失智或因其他身體疾病的限制，如視力差等因素無法參加處遇計畫，可建議核發保護令，至於處遇計畫盡量以個別性的輔導為主，以避免長者無法執行處遇計畫而違反保護令。

四、外籍人士的鑑定報告：在裁定前鑑定裡，外籍人士有漸增多的趨勢，限於語言溝通的困難，無法表達家暴的事件，因而外籍人士參加裁定前鑑定需要翻譯者作為雙方的橋樑。至於鑑定報告書，則須考量語言溝通的限制，盡量裁定以個別性的輔導為主。

五、家庭暴力合併家內性侵害相對人的鑑定報告：報告書為質性的陳述，建議格式為：(1)基本資料；(2)鑑定緣由；(3)犯罪經過；(4)鑑定過程描述；(5)相對人成長史；(6)家內性侵害相對人性心理與社會行為；(7)家庭結構與動力特徵；(8)人格特質與精神症狀；(9)鑑定結論；(10)建議處遇計畫（可分為被害人和相對人部分）。

第五節 裁定前家事輔導

壹、家事輔導的目的

在 1812 期「司法周刊」中，有一篇「高少家院家事輔導課程」提到高雄少年及家事法院與高雄市政府衛生局合作，開始啟動家事輔導課程，委託吳慈恩教授研議規劃，由生命線進行承辦，約實施 1.5 年後因成效良好，擴大續辦，並由裁定前鑑定委員排定班表見習、實習及後續參與裁定前鑑定工作，由陳筱萍心理師等人完成工

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

作指引手冊。第一場次計有 12 位民眾到場。家事輔導課程的授課對象主要針對法院核發暫時或緊急保護令之相對人，於法院核發暫時或緊急保護令同時，當時是依家庭暴力防治法第 14 條第 1 項第 13 款之規定，在 2023 年 12 月 6 日修法則為第 14 條第 1 項第 16 款，直接裁定命請相對人接受此課程，講師則由高雄市衛生局聘請具鑑定與處遇專業者擔任。課程內容係規劃使其有機會進行終止暴力的學習與思考，降低家庭暴力再犯所需要之教育；首重庭前準備之暴力與法律認知，並安排認識暴力的影響、情緒辨識及紓壓、理解平權與尊重差異，辨識權控與平等的行為樣貌等三主題課程。藉由課程中的團體互動，促進相對人瞭解家暴之法律規範、認知暴力的影響、學習情緒辨識及管控、建立性別平權觀點。於課程行進中，講師於必要時，亦得就特定相對人之再犯危險與暴力態樣進行初步評估，並提交其處遇計畫建議，以供該案後續審理通常保護令事件之法官作為逕裁之參考，在其他縣市則有「庭前教育」類似的方案。

為什麼要提供裁定前家事輔導？因為在通報家庭暴力事件之後，相對人會收到緊急或暫時保護令，有時相對人對於緊急或暫時保護令的內容感到憤怒及疑惑，如果衝動控制能力差或是有物質濫用者，有時會在通常保護令裁定之前仍持續出現一些家庭暴力行為，也因此就違反保護令，其壓力與法律事件可能就會像滾雪球越滾越大。因為通常保護令的裁定需要一定的時間才能完成，在這一段空窗期，高雄市衛生局和高雄少年及家事法院討論如何提供相對人認識家暴法及學習控制情緒，另一方面也可以增加保護令中處遇計畫的裁定率。

貳、家事輔導的流程和內容

在課程進行前，會先進行前測（詳見附件 3-7），了解相對人對

於家庭暴力、情緒控制和暴力本質的認知，課程進行後，再進行後測（詳見附件 3-8），除了從實務觀察之外，也從前後測來了解這三個小時對相對人的影響，執行家事輔導教育的專業人員以裁定前相對人鑑定委員及執行家庭暴力處遇計畫的人員為主，每一次課程安排兩位專業人員一起合作。在完成家事輔導教育之後，專業人員會進行簡易評估，從相對人的案情、在課程中的表現來建議是否需要接受處遇計畫？如果需要，那需要哪一類型的處遇計畫？另外如果是在團體課程中沉默、犯行嚴重，是否需要再安排裁定前鑑定？所以這個方案其實除了在做家庭暴力相關法令及情緒認知教育外，其實也有簡易評估是否需要處遇的功能，和裁定前鑑定是相輔相成，目的都是在避免家暴發生，建議有些相對人需要接受一些服務，但是裁定前鑑定及家事輔導服務的相對人人數還是非常少，當然最理想的模式，還是家事法庭的法官熟悉及了解家暴處遇的功能、模式、相關資源分布，然後採逕裁方式，需要安排裁定前鑑定的相對人是較困難區辨要安排哪類處遇，這是比較理想的型態。吳慈恩等人從 2001 年 7 月份開始執行家庭暴力加害人認知輔導教育團體至今，累積實務經驗發現，有些相對人或是加害人確實需要接受處遇計畫來穩定自己的生活、鬆動固著的想法、停止暴力行為。

家事輔導從 2016 年至今持續執行中，專業人員從一開始對此方案認知歧異，到現在算是比較有共識，因為參與家事輔導的人數會影響專業人員的評估，人數多，相對人在團體課程中沉默、少發言，就困難對相對人有較清晰的評估，在寫建議時就會產生困難。另外，出庭前的家事輔導課程是依暫時或緊急保護令的主文核發項目而施行，目前沒來參加也不執行家暴法第 61 條之違反保護令之程序，所以就考驗專業人員帶領非自願相對人團體的能力，如何讓來到課程中的相對人可以願意繼續留下來學習及完成課程。如果入法，需要

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

接受輔導教育的相對人太多，就會再回到大團體單向課程方式，那對於了解及評估相對人會更有困難，所以出庭前的教育適不適合入法，目前尚無全國的共識，但裁由幾個縣市依不同名稱施行之。

家事輔導課程的內容完整架構是第一節課進行家庭暴力相關法律教育，談家庭暴力防治法、什麼是家庭暴力？家庭成員有哪些？民事保護令的規範、擴大警察人員的逮捕權限、擴大檢察官、法官裁量權限、有限制的緩刑制度、罰則。

第二節課是情緒管理和衝動控制：何謂情緒、情緒的種類、何種情況之下易引發負向的情緒、情緒的反應、情緒的表現、情緒覺察與辨識、情緒如何管理。

第三節課是暴力的本質－權控與選擇：關於家庭暴力的基本概念、性別權力關係與婚姻暴力、權控輪活動、婚姻暴力之靜/動態再犯原因探討。在權控與選擇的教材和裁定前鑑定的權控輪相同，但是在操作過程及目的會有些不同。

重點回顧

因有處遇計畫的法源，進而建構家庭暴力相對人之鑑定機制，以理解相對人暴力與原生家庭、性別意識、權力運用狀況、情緒管理和衝動控制及成癮物質等的關聯性，然在法官裁定保護令之前，進行家事輔導的課程主要在於協助相對人認識家暴法及學習如何控制情緒，即評估相對人家庭暴力衝突相關的心理、社會因子，進而提供法官核發加害人處遇計畫可參酌依據之專家意見，以避免再發生家庭暴力事件。

問題與討論

問：裁定前評估鑑定的目的？

答：(1)辨識相對人是否有接受處遇計畫之需要；(2)若需接受處遇計畫，應接受何種處遇計畫；(3)確認相對人之危險程度與再犯性；(4)依相對人之再犯危險程度與實際問題提供適當的處遇內容；(5)結合司法、社政、輔導、警政、醫療等體系，對家庭暴力之防治建構一完整有效的網絡，進而啓動相關的防治措施或是相對人多元化心理衛生服務。

問：家庭暴力相對人裁定前評估鑑定方式？

答：評估小組在法院針對相對人進行之評估分為團體鑑定和個別訪談，團體分為；(1)觀看影片後之團體討論；(2)權控輪之討論。個別評估面向內容包括基本資料、個人發展史、原生家庭互動關係、婚生家庭或親密關係史、職業史、犯罪史、物質使用史、臨床心理評估、精神狀態初步評估及對於家庭暴力行為的認知等。

問：請問相對人拒絕參加家事輔導，算違反暫時保護令嗎？

答：因為庭訊前的家事輔導雖有規範在核發暫時保護令的主文內容中，但尚未在家庭暴力防治法的相關規定裡，因此不算為家暴法 61 條之違反保護令項目。

參考文獻

王珮玲 (2012)。臺灣親密關係暴力危險評估表 (TIPVDA) 之建構與驗證。
社會政策與社會工作學刊, 16(1), 1-58。
 王珮玲、顏玉如、謝采玲、陳忠沅 (2022)。臺灣親密關係暴力危險評估

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
附錄

2.0 工作手冊。衛生福利部。

周煌智（2002）。性侵害犯罪加害人裁判前鑑定、家庭暴力相對人審前鑑定與涉案之精神病犯精神鑑定比較。《*刑事法雜誌*》，46(5)，33-58。

林明傑、鄭瑞隆、蔡宗晃、張秀鴛、李文輝（2006）。家庭暴力案件危險分級管理試辦方案之檢驗。《*社區發展季刊*》，115，290-308。

家庭暴力防治法。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050071，檢索日期：113年03月24日。

黃志中（2001）。台灣家庭暴力相對人之鑑定與治療模式。台灣司法精神醫學新案之精神病犯精神鑑定比較。《*刑事法雜誌*》，46(5)，33-58。

預防家暴再犯－高少家院家事輔導課程。司法周刊，第1812期第四版，中華民國105年8月19日。

衛生福利部保護服務司－法規專區（2024）。家庭暴力加害人處遇計畫規範。https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/cp-1287-14942-105.html，檢索日期：113年03月24日。

衛生福利部保護服務司－家庭暴力防治統計資訊（2024）。https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-cat01.html，檢索日期：113年03月24日。

第四章

家庭暴力加害人國內外處遇

李維庭

衛生福利部八里療養院臨床心理師

周煌智

高雄市立凱旋醫院院長

林明傑

國立中正大學犯罪防治學系教授

陳筱萍

樂安醫院心理科臨床心理師

廖靜薇

社團法人屏東縣向陽康復之友協會社工督導

謝宏林

高雄榮民總醫院台南分院社工室主任

鄭埏達

高雄市立凱旋醫院高年精神科主治醫師兼科主任

本章學習重點

1. 了解國外家庭暴力加害人常見的處遇
2. 了解國內家庭暴力加害人的處遇計畫模式
3. 認識家庭暴力加害人早期創傷之處遇

關鍵詞

國外家庭暴力加害人處遇、國內家庭暴力加害人處遇計畫、家庭暴力加害人的創傷輔導

第一節 國外家庭暴力加害人常見的處遇

依美國司法部所委託的研究報告，家庭暴力者之處遇治療技術，主要由以下三種造成家庭暴力事件之理論發展而來，但在實際處遇上，仍以下列之壹、參為主。分析如下：(Healey, Smith, & O'Sullivan, 1998)

1. 社會及文化原因論而衍生之女性主義模式 (feminist model)：強調家庭暴力主因係社會及文化中長期縱容男性對女性伴侶的暴力行爲，因此，處遇上應給予施暴者教育課程，而非治療。
2. 家庭原因論而衍生之家族治療模式：本模式認爲家庭暴力係由家庭內之溝通、互動、及結構所造成。因此認爲促進家人間之溝通技巧能避免暴力之發生，而主張家族治療，然此模式因無法達到刑事司法中對被害人迅速保護的要求，及其假設暴力爲互動型衝突，因而美國有二十州明令禁止用家族治療爲主要治療模式，但不禁止爲次要治療模式，結束保護令治療若想要婚姻治療者，可自行邀伴侶來做婚姻治療。
3. 個人原因論而衍生之心理治療模式：本模式認爲家庭暴力是因施暴者個人可能之人格異常、幼年經驗、依附模式、或認知行爲模式等所造成，因而應以心理治療之方式加以改善。此模式以認知行爲治療模式爲主，強調改善施暴者對暴力之認知及行爲，並增加自我肯定訓練及社交訓練。

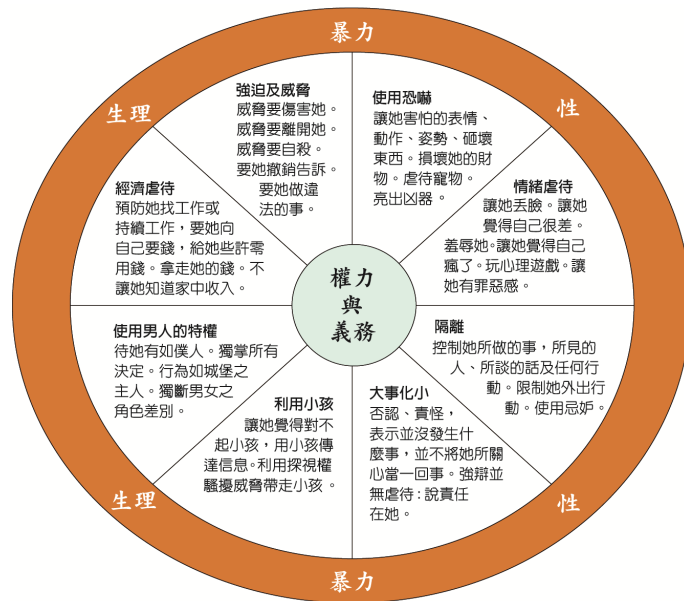
Healey 等人 (1998) 更指出，目前許多方案多是結合一與三，譬如說首段治療方案中由團體討論女性主義模式來促其省視社會文化中之兩性不平等，而後段則以認知行爲模式來促其省視自己可能偏差之認知及行爲，並加以練習改善。

Healey 等人 (1998) 比較現有美國之三大方案，即杜魯斯模式 (Duluth Model, Minnesota)、伊摩居模式 (EMERGE Model, Massachusetts) 和額曼模式 (AMEND Model, Colorado)：

一、杜魯斯模式 (Duluth Model) 之特色

此係民間機構，其採女性主義路線，努力於整合資源，訓練警察、法官及民眾，現在美國多數方案多以之為基礎。其特色在於 (1) 社工、警察及司法系統之迅速處理，以快速及密集之反應使施暴者知所節制；(2) 處遇上強調施暴者之心理教育，教導其了解並認出自己在家庭中病態之權力與控制 (power and control) 的行為反應，並提出「權力與控制輪」及「平等輪」(圖 4-1 及圖 4-2) 示範如何才是

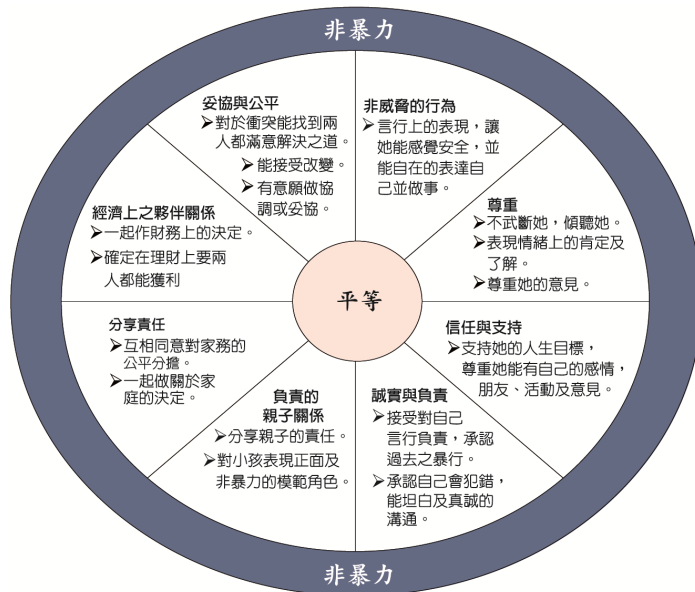
圖 4-1 權力與控制輪



資料來源：Pence, E., & Paymar, M. (1993). Education groups for men who batter: the Duluth model. Duluth, New York: Springer.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 附錄

圖 4-2 平等輪



平等及非暴力 (equality and nonviolence) 之行為反應。治療課程為 26 週的心理教育課程，每週一次，分八個子課程 (無暴力、無威脅、尊重、信任支持、誠實負責、對性之尊重、建立伴侶關係以及協調暨公平)，並且每一段課程前先放映錄影帶內容為權力與控制下之男性言行，再討論其可能想法，及其引起的反應，再討論如何是較好的解決之道。同時並指定家庭作業，提出自己對伴侶之言行。在團體治療師之引導及互動中，讓案主漸能學會健康之兩性互動。然 Healey 等人 (1998) 指出，此取向因多以心理教育課程為主，所以應較無法改善高危險或長期之家暴者 (成蒂，2004)。

二、伊摩居模式 (EMERGE Model)

Healey 等人 (1998) 指出，本方案與 AMEND 方案是較為深度的團體治療。此二方案認為單以心理教育課程應無法解決真正問

題，所以應加上「認知行為療法」才能較有效。本方案位於 Boston 及附近的數個城鎮，其方案為期 40 週，分兩階段。前 8 週為教育模式（教導甚麼是家庭暴力、心理虐待、性虐待及經濟虐待，正面及負面之自我對話，負面及正面之溝通，及家暴對被害人及小孩之影響），據方案主持人 David Adams 告知在此階段內約有 50% 之人會退出或被停止參與（被停止參與之評估標準如下，出席率、繳費、投入程度、團體中無破壞行為、是否承認暴行、及未再有毆妻之行為），但其可能因法官施壓，會面臨撤銷觀護而監禁，因此仍大多會重新參加治療。後 32 週為第二階段是一持續進行之開放團體，大約由老成員、中成員、及新成員各 4 人組成（約每十週放走老成員一次，而接收新成員一次），每週 2 小時之團體輔導，每次團體之初每人須有 Check-in 之報告，成員要報告其一週內之負面行為，然若有新成員加入團體，則每人均應自我介紹，並說明自己之暴行。每次團體之末，每人仍應有 Check-out 之報告，包含本週心得分享、本週之行為目標（第一階亦有團體始末之報告，然成員要報告其前一次暴行中如何毆打及被害人之受傷情形，但不能講理由）；並依個別情形發展個別目標。

本方案的治療內容強調如下：(1) 面質並鼓勵案主接受行為的責任；(2) 在了解事情經過後，請團體成員腦力激盪，討論案主可以有哪些作法，並請案主評估這些建議的可行性；(3) 請案主就其中認為較可行的作法與另一成員作角色扮演，每次團體結束前，請案主提出對未來一週的目標為何；(4) 建立同理心的角色扮演，由案主扮演其妻，並由另一成員扮演案主之各種言行，並由治療師詢問其感覺，並由大家回饋之；(5) 治療師與被害人聯絡，以了解案主之情形，及其疑慮；(6) 鼓勵每位案主提出自己的行為目標，並依自己之犯行提出因應的行為策略，另外也鼓勵團體成員幫忙他，譬如妒嫉心重者

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

如何做，可減低其妒嫉疑慮（如可以在下次有此想法時，讓自己有正面的內在對話，或出去走走，而不立刻激烈反應等）。本方案建議最好由男女各一的治療師參與團體治療，因其可提供男女互動的良好示範機會。林明傑等認為此方案之特色在於引進認知行為療法之策略，如內在對話及角色扮演，並給予案主自我決定權，此屬理想方案（Healey, et al., 1998）¹。

三、額曼模式 (AMEND Model)

位於科羅拉多州丹佛市 (Denver)，其課程為期 36 週，但主張對於高危險或長期之家暴者則須 1 至 5 年之治療，否則難以改善。其將團體之現象分四階，並指出大多數人在參加完前二階後，不再繼續參加後二階。四階如下：初階（危機團體），前 12 至 18 週多以教育及面質處理否認，漸漸有人會對暴行負責；第二階進階團體，家暴者漸認出其合理化過程，並可能會提出想要改善的想法，然此時治療師應與被害人聯絡瞭解其言行是否一致，之後，家暴者會困惑不知自己要改變到甚麼程度，此時治療師應多給予溫暖及支持，並教導如何解決衝突及肌肉放鬆；第三階自助 / 支持團體，若有成員願意繼續參加，則鼓勵他們組織自助團體，並練習健康的溝通技巧及討論如何預防日後之暴行；第四階社區服務團體，仍有些案主在自助團體之後想從事社區服務或反家庭暴力之推廣活動，則該方案亦從旁協助之。

除了以上三大方案外，尚有 The Third Path 方案，說明如下。

¹ 有興趣者請參考網址 (www.emergedv.com)。可見朱惠英譯 (2007)。

四、The Third Path 方案

位於科羅拉多州之第 18 觀護區丹佛市 (Denver) 南邊之恩格爾伍德 (Englewood) 等郡，其特色在於強調應要區分不同危險程度的家暴者，本方案受到美國國家司法學院 (National Institute of Justice, NIJ) 報告的高度推薦，並以此作為日後方案的趨勢²。

家暴者治療有效性之評估，應是臨床人員、決策人員、及受害者很關心之議題。以下提供近年來重要研究供做參考：

- (一) Davis 與 Taylor (1999) 將歷年來之美加 31 篇研究作一整理及分析，發現如下：(1) 治療方案確能降低家暴者之再犯率；(2) 仍無法證實不同之治療模式及療程長短，會有不同之療效；(3) 至目前為止，仍少有研究處理不同家暴者會有不同之療效。並將五篇實驗設計及準實驗設計之研究做統計型綜合分析 (meta-analysis)，發現其平均之效果量 (effect size) 為 0.42 與 0.41。
- (二) Gondolf (2000) 曾就四個城市之方案做評估比較研究，重要之發現如下：
1. 所有之方案均與暴行短期之停止及提昇被害婦女之生活品質有關連。但發現 3 個月與 9 個月之治療方案在 12 個月之追蹤期內其再犯率並無明顯差異。其原因可能係因為方案之複雜性及接受方案治療者之退出率 (drop-out) 的影響。其中方案之複雜性，尤指法院或觀護部門對不參與治療或違規者之反應很慢或很不確定。
 2. 個案心理問題及藥酒癮問題最低者、參與治療方案最多者、及接受額外服務者，會有最低之再犯率，且被害婦女也有較

² 本方案與 AMEND 方案，可稱之為兄弟方案，有極多相似處。見林明傑、陳文心、陳慧女、劉小菁譯 (2000)。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

好之生活品質。

3. 30 個月之追蹤，更發現接受丹佛市 (Denver) 之額曼模式 (AMEND Model) 治療後，家暴犯的再犯嚴重暴行明顯較其他三個杜魯斯 (Duluth) 方案為少，但整體暴行則無明顯差異。

第二節 國內家庭暴力加害人處遇的概念模式

當法院針對民事保護令之聲請審理終結，確認家庭暴力發生之事實後，依聲請或依職權，核發一款或數款保護令，在 16 款保護令選項的第 10 款，即是「命相對人完成加害人處遇計畫」。

壹、加害人處遇計畫法源

在家庭暴力防治法中，對「加害人處遇計畫」之定義為「指對於加害人實施之認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導、精神治療、戒癮治療或其他輔導、治療」。其中「認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導及其他輔導、治療」可由法院逕命之，並得命相對人接受有無必要施以精神治療、戒癮治療及其他治療處遇計畫之鑑定評估。

「加害人處遇計畫」之裁定，除在保護令核發狀況下，另有下述四類情況可能被裁定：

- 一、犯家庭暴力罪或違反保護令罪而受緩刑之宣告者，在保護管束期間內。
- 二、犯家庭暴力罪或違反保護令罪之受刑人經假釋出獄交付保護管束者。
- 三、依法准許家庭暴力加害人會面交往其未成年子女時，在審酌子女及被害人之安全下，做為會面交往條件。

四、犯家庭暴力罪或違反保護令罪受緩起訴處分者。

依據『家庭暴力加害人處遇規範』第 2 條明訂「處遇計畫執行機關(構)」的四類資格如下：

- 一、經中央主管機關醫院評鑑合格並設有精神科門診或精神科病房者。
- 二、經中央主管機關精神科醫院評鑑合格者。
- 三、經中央主管機關指定之藥癮戒治醫療機構。
- 四、經直轄市、縣(市)政府指定之相關機關(構)或團體。

前三類可執行加害人處遇計畫的所有項目，第四類則無法執行「精神治療」及「戒癮治療」。

地方政府可以委託上述四類機關成爲「處遇計畫執行機關(構)」，而從屬這四類機關的專業人員則有機會成爲處遇人員，然而成爲處遇人員應先接受家庭暴力防治相關專業訓練。其中對於執行「認知教育輔導」及「親職教育輔導」的處遇人員有更進一步的明確規範，包含人員資格條件及訓練課程基準。

貳、處遇計畫的項目

加害人處遇計畫有六個項目，分別爲「認知教育輔導」、「親職教育輔導」、「心理輔導」、「精神治療」、「戒癮治療」及「其他輔導、治療」。

一、認知教育輔導

「認知教育輔導」可區分爲「認知教育」及「戒酒教育」兩種，而操作的型式則可區分爲「團體處遇」與「個別處遇」。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

(一)「認知教育輔導」之認知教育

1. 目標：有效改變加害人暴力認知，降低家庭暴力的再犯。
2. 處遇型式：分為團體或個別方式，團體每次 2 小時，個別每次 1 小時。
3. 實施週數：視加害人暴力嚴重度分為輕度、中度、重度，而裁定 12 週、18 週和 24 週。
4. 課程內容：依照家庭暴力加害人認知及親職教育輔導處遇要點，明訂認知教育輔導課程有下列主題：
 - (1) 個人或家庭目標的再確認。
 - (2) 辨識暴力本質與暴力的影響。
 - (3) 情緒與精神症狀。
 - (4) 壓力管理。
 - (5) 同理心訓練與非暴力溝通。
 - (6) 尊重性別與家庭關係。
 - (7) 戒酒教育。
 - (8) 家庭暴力防治相關法規課程。

(二)「認知教育輔導」之戒酒教育

1. 目標：讓家庭暴力加害人掌握自己的喝酒習慣，修正自己的喝酒行為以及對飲酒後的行為負責，以危害降低作為目標，降低飲酒量，預防酒精濫用及依賴。
2. 處遇型式：分為團體或個別方式，團體每次 2 小時，個別每次 1 小時。
3. 實施週數：視加害人之危險性以及暴力行為與飲酒之關聯性等，分列如下：
 - (1) 12 週：低危險且無合併飲酒問題。
 - (2) 18 週：低危險且合併飲酒問題。

(2) 24 週：中高危險。

4. 課程內容：

- (1) 認識飲酒行為與其危害家庭關係的相關性，並提昇改變危害性飲酒的動機。
- (2) 學習因應飲酒行為，並教導認知行為之選擇，以避免發生家庭暴力之危害。
- (3) 改變家庭暴力情境中與飲酒相關的認知、情緒和行為。

二、親職教育輔導

- (一) 目標：提升加害人有足夠的能力提供安全穩定的環境，降低兒童及少年身處在不當對待的成長環境中。
- (二) 處遇型式：分為團體或個別方式，團體每次 2 小時，個別每次 1 小時。
- (三) 實施週數：視加害人暴力嚴重度分為輕度、中度、重度，而裁定 12 週、18 週和 24 週。
- (四) 課程內容：依照家庭暴力加害人認知及親職教育輔導處遇要點，明訂家暴加害人親職教育輔導有下列主題：
 1. 認識兒童及少年身心發展。
 2. 親職角色、責任與子女教養技巧。
 3. 兒童少年不當對待或目睹暴力對身心發展的影響。
 4. 家庭壓力管理。
 5. 家庭系統與家庭動力。
 6. 認識與運用社會資源。
 7. 兒童及少年福利與權益保障法及家庭暴力防治相關法規。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

三、心理輔導

- (一) 目標：心理輔導著重於個別化的心理層面，探討與暴力相關的成因和改變的策略，進而降低家庭暴力的發生。
- (二) 處遇型式：以個別方式進行，每次 1 小時。
- (三) 實施週數：視加害人暴力嚴重度分為輕度、中度、重度，而裁定 12 週、18 週和 24 週。
- (四) 課程內容：包含家庭暴力相關法規宣導教育、親密關係經營、性別平權、情緒管理和衝動控制及非暴力解決問題等等。
- (五) 注意事項：處遇人員需要熟悉非自願性加害人的會談技巧，以因應加害人的抗拒。此外，如果是語言表達和溝通有困難的聽語障者，視需要會採用溝通輔具或申請手語翻譯人員來協助心理輔導的進行。如果加害人是智能障礙者，則須要將專業語言轉化成加害人可以瞭解及符合認知程度的語言，並採用適當之教材，才能達到心理輔導的效果。如果是未成年毆打父母親者，也會評估未成年者的特質及家暴事件，必要時也會邀請父母共同參與心理輔導。

四、其他輔導、治療

- (一) 目標：無法歸類到各類處遇計畫的部分則放在此項，如家族治療，目的皆是有效改變加害人的暴力行為，降低家庭暴力的再犯。
- (二) 處遇型式：因裁定數量較少，多是以個別方式進行，每次是 1 小時。如是家族治療，每次是 1.5~2 小時。
- (三) 實施週數：視加害人暴力嚴重度分為輕度、中度、重度，而裁定 12 週、18 週和 24 週。

- (四) 課程內容：依照處遇人員本身擅長的理論與學派來進行其他輔導、治療，另處遇人員也須針對裁定的其他輔導、治療項目有專業知能，方能達到輔導或治療的效能。
- (五) 注意事項：不建議進行婚姻治療，因兩造互為加害人，或其中一方為加害人，核發保護令後，雙方仍可能存有憤怒和生氣的情緒，在處遇治療的情境裡，如雙方發生激烈的衝突，極有可能出現傷害性的行為。

五、精神治療

家庭暴力加害人罹患精神疾病與酒藥癮問題，使其無法控制自己的情緒與行為，可能是促發與持續婚姻暴力的原因，研究顯示治療加害人的精神疾病和酒藥癮問題應能減少暴力行為的危險性和發生率（陳筱萍等人，2008）。家庭暴力加害人之暴力行為和其罹患之精神疾病症狀有顯著相關，若加害人未曾接受精神科評估或治療時，精神治療就需要被考慮。精神治療主要是針對加害人家庭暴力相關之重大精神疾病，包含思覺失調症、妄想症、雙向情緒障礙症、鬱症、失智症及其他精神疾患等問題，英國一項研究顯示 23% 的家庭暴力加害人在家暴行為發生前曾於精神科就醫，34% 的家庭暴力加害人於家暴行為發生時正處在疾病發作狀態（Oram et al., 2013）。此外，不論國內外，女性成為家庭暴力加害者的現象皆逐漸增加，其中一個研究發現女性成為家庭暴力加害者與兒時受虐及成人期的精神疾病有關，尤其是憂鬱症、創傷後壓力症、恐慌症與飲食障礙症有關（Messina & Grella, 2006）。

因為家庭暴力加害人之精神治療不僅只針對重大精神疾病的治療，同時也著重其精神疾病與家庭暴力之關聯性，故除了一般精神疾病治療外，還需要再加上其他處遇方式的輔助，以達到減低家庭

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

暴力再犯之目的。若加害人精神疾患症狀較嚴重，精神治療方式可考慮住院治療或較密集次數之門診治療，以利藥物治療或其他治療較快速地穩定加害人之精神疾病症狀，待穩定後再改為一般精神科門診之就醫頻率。精神治療進行之方式如下：

1. 由精神科醫師領導的精神科醫療團隊負責，依據保護令處遇計畫之內容決定住院或門診之精神治療。
2. 進行加害人精神疾病之評估及診斷，再依個別性之需求導入精神科團隊治療模式，以協助加害人精神疾病症狀之緩解和穩定性。
3. 由團隊各專業進行加害人可能需要的藥物治療、心理治療、家族治療、團體治療及職能復健治療，協助加害人建立正確病識感及規律治療之觀念，並能了解家庭暴力防治相關法規，加強其衝動行為控制及情緒管理能力。

六、戒癮治療

研究顯示法院所裁定加害人處遇計畫保護令案件中，物質濫用問題比例極高，其中超過 70% 的加害人經常出現飲酒問題（陳筱萍等人，2008）。同樣地，美國司法部的資料顯示，61% 的家庭暴力加害人有物質濫用的問題，顯示大量喝酒或酒精濫用和暴力有明顯相關，故可將喝酒的嚴重度當作婚姻暴力的預測指標。以婚姻暴力之身體虐待研究為例，大約 40% 的施虐者有酒精濫用問題（Denning et al., 2017），50% 的家庭暴力加害者至少有一種物質濫用的診斷，且較沒有物質濫用者有更多的兒童虐待問題（Kraanen et al., 2010），紐西蘭一個 30 年的世代研究也發現，有酒精濫用或依賴者比沒有者的家庭暴力行為高出 2~3 倍（Boden et al., 2012）。

使用酒精或毒品可能會因為去抑制的問題，導致情緒、行為的

失控及判斷力的障礙，亦有較高的比例罹患其他精神疾病而增加家庭暴力之風險。探討裁定前鑑定加害人的心理社會因素之研究發現，加害人使用酒精的比例並不低，飲酒過後發生家庭暴力的行為亦不少，顯示家庭暴力加害人的酒精使用，可能只是暴力行為的催化劑或惡化、強化其暴力行為，也可能是他們遇到困難或壓力解決問題的方式。整體而言，治療加害人的精神疾病和酒藥癮問題應能減少暴力行為的危險性和發生率。

當加害人為酒精成癮的個案，其酒精戒斷或其他身體症狀可能危及個案生命安全，或是造成個案其他治療或處遇計畫上的失敗時，戒癮治療就需要被考慮。輕度的物質使用疾患可以在門診進行治療，但是考量到中重度物質使用疾患之加害人的安全性，需要提供一個無物質使用機會的環境，因此酒精使用疾患加害人接受 2 週到 4 週的住院戒癮計畫是可能的建議。戒癮治療只是整體治療的開始，它提供加害人有機會在無物質影響下，進入後續的認知教育及戒酒教育等治療。戒癮治療後，加害人需要很多的支持來維持其減少或停止物質使用的狀態，因此後續的門診治療或相關的個別或團體治療有其必要性。

如同「精神治療」處遇建議，戒癮治療在保護令裁定前已送相對人評估小組負責評估，並做出「戒癮治療」處遇建議。物質使用行為本身即具有極高的異質性，針對不當物質使用者，除了接受傳統的戒癮評估及治療，亦需要連結家庭暴力防治的治療計畫。戒癮治療進行之方式如下：

1. 由精神科醫師領導的精神科醫療團隊負責，依據保護令處遇計畫之內容決定住院或門診之戒癮治療。
2. 評估加害人可能合併的精神疾病和生理及心理成癮之嚴重程度來進行戒癮治療，必要時進行加害人的人格特質評估。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

3. 由團隊各專業進行加害人可能需要的藥物治療、心理治療、家族治療、團體治療及職能復健治療，協助加害人建立正確病識感及了解家庭暴力防治相關法規，加強其衝動控制及情緒管理能力。

參、國內家庭暴力處遇統計概況

當法官有裁定此款保護令，權責單位（主要是各縣市衛生局或家庭暴力防治中心）就要著手安排案件的相對人進入「加害人處遇計畫」，而執行這個任務時，通常要考慮下列要點：

1. 所謂「加害人處遇計畫」的定義，在家暴法中明確指出「對於加害人實施之認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導、精神治療、戒癮治療或其他輔導、治療」。而認知教育輔導（包含戒酒教育團體）及親職教育輔導在 2018~2022 年的統計中³，約占法官裁定的加害人處遇計畫人次的 75%，認知教育輔導人次由近 78% 緩降至 67%，而裁定接受親職教育輔導人次則由 4.3% 緩升到 6.4%。
2. 根據 2018~2022 年司法院發佈的年報⁴，聲請保護令的總案件中，經審理終結時，大約 85% 的案件會被核發保護令。而核發的保護令中，裁定相對人接受「加害人處遇計畫」約有兩成。一年的聲請保護令案件中，約有 3,440 餘件的相對人，進入「加害人處遇計畫」。但包含其他類型案件及裁定類型，一年則約有 4,900 件的加害人處遇。

³ 資料來自「行政院性別平等委員會」（<https://gec.ey.gov.tw/>）。

⁴ 資料來自「司法院統計年報」（<https://www.judicial.gov.tw/tw/np-1260-1.html>）。

肆、處遇人員的訓練要求

中央也因「家庭暴力加害人認知及親職教育輔導處遇要點」，連帶頒布「家暴加害人認知及親職教育輔導處遇要點、執行人員資格條件及訓練課程標準」。明訂家庭暴力加害人認知及親職教育輔導執行人員訓練課程的基準時數，於是成為有資格進行處遇的專業人員，必須經過一定程度的訓練才能執行「加害人處遇計畫」的認知教育輔導及親職教育輔導。

一、以案例說明實施處遇的過程

處遇執行人員在執行認知教育輔導及親職教育輔導時，要包括中央所訂定的課程內容。也就是說，處遇人員不管使用哪種輔導方法的形式，均要包含到中央所制定的課程內容。我們以人的身體結構來想像，每個人都有頭、手、身體與腳，但每個人的外貌不同，穿的衣服樣式不同，看起來不一樣。所以「認知教育輔導」組成的結構內容，就是中央訂定的八種課程，但要穿什麼「外衣」，則有賴於各個處遇人員的設計規劃，而「親職教育輔導」也是如此情況。茲舉兩例為例：

第一例，在 2018 以「家庭暴力加害人社區多元處遇模式」獲得國家品質獎的八里療養院（新北市處遇機關之一）的作法之一⁵，即是：

1. 以封閉式團體舉行，這仰賴和轉介權責安排單位（新北市性侵害暨家庭暴力防治中心；簡稱「家防中心」）合作。
2. 家防中心依法接收到法院的「加害人」名單，分別轉介到合

⁵ 衛福部八里療養院在 107 年曾以「全面啟動中止暴力家庭暴力加害人社區多元處遇模式」獲取國家品質獎，並一直續審至最後期限 111/12/31。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

適的處遇單位，由處遇單位執行處遇。因此處遇人員不是完訓就可以執行處遇，他必須附屬在權責單位認定的處遇機構中。在此例，八里療養院是新北市府家防中心所認定，委託辦理的處遇機構之一，所以在整個處遇流程上，大部分的行政流程由家防中心（其他縣市多為衛生機關）制定，而處遇機構是負責專業處遇的部分。家防中心（其他縣市多為衛生機關）先評估加害人的狀況，安排合適成員進入團體（在此例，包括對加害人的處遇「行前通知」：何時到何地、向誰報到，處遇課程的規則，如遲到十分鐘以上，就不計算處遇次數；請假的規範、不能喝酒嗑藥以保持意識清晰……等）；而在處遇人員端需檢視成員有無出席處遇課程，參與度配合度的評估、處遇效果的評估、再犯可能性的評估、是否須要網絡合作……等。所以「加害人處遇計畫」是社會安全網的設計及運作狀況的一部分。在八里進行封閉式團體的設計，每次以進行 2 小時為時間單位，進行 12 次共 24 小時的課程，基本上符合要點中建議的實施週數之一。因此若法官判決 12 週或 24 小時的加害人處遇計畫，本團體均可涵蓋。

3. 通常先由家防中心寄發處遇通知書，而處遇人員在每次實施的團體中，第一小時均會瞭解各個成員的近況，每人近況都不盡相同。有人因此離婚，正在爭取子女的監護權；有人還在婚姻內，但形成冷戰狀態；有人甚至還在生氣中，滿腦子想要報復；有人另涉家庭暴力罪的刑事訴訟中……等等。每人狀況不同，在第一小時「近況報告」中，一方面讓處遇人員，據以形成要點中所提到的「個人或家庭目標的再確認」（針對每個成員設定各自目標），以及評估再犯的可能性及風險，也是讓加害人在處遇期間得以被監控；更是協助解決

加害人所遭遇的目前困難，比如衝動情緒的撫平與控制。依據經驗，加害人在處遇期間，相對言行都比較平和穩定，若有飲酒也比較節制，間接減少暴力的再犯率。

4. 在進行 1 小時後，中間休息 10 分鐘，再進行第二小時的認知教育階段，把中央規定剩下的 7 項內容，分別散布在 12 週課程中。課程就有多種設計，比如像上課教導，準備教材的形式。以「家庭暴力防治相關法規課程」為例，處遇者準備家暴法資料素材，帶領成員瞭解家暴法，協助每位成員了解自己所收到的保護令，讓其明瞭行為的「紅線」是什麼，以預防成員違反保護令。
5. 不同處遇機關的處遇者，可以依其專業，設計不同形式的課程，但均要以中央制定的課程內容為主題。因此，目前在不同縣市及不同處遇機關之間，甚至在同一處遇機關的不同處遇者間，處遇模式的形式都各自不同，比如內外圈技巧、熱椅技術、心理劇技術、家族排列技術、阿德勒理論技術、正向心理學技術、正念放鬆技巧……等等，也就是說「外衣」不同。

第二例，再以林明傑教授發展的「整合矯正諮商模式」說明不同的「外衣」：

1. 林明傑（2018）根據國外的治療模式與國內治療心得而發展出「整合矯正諮商模式」。除引進認知行為學派的行為四因素，此可稱「行為四近因」，也就是要改變行為就需認出與轉換先前的高風險的情況、想法、情緒、行為。此外，提出人類行為四關鍵，此可稱「行為四遠因」，就是行為的發生會有過去四類長期背景，即悶來的（過去的不舒服經驗）、學來的、

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

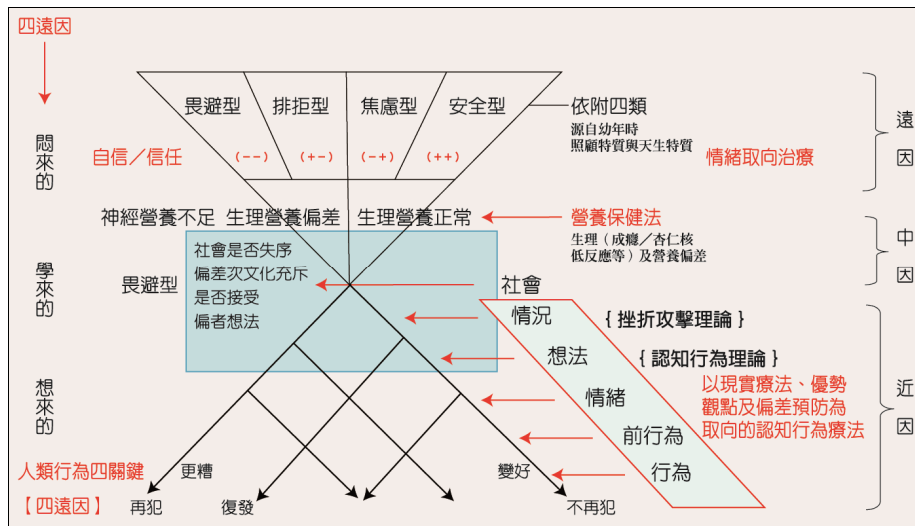
13

附錄

想來的、神經營養不足或生理失常來的，各約佔行為發生的四分之一原因。

2. 至今認知行爲療法是療效較佳且被廣泛接受的治療法（Hofmann 等人，2012），而神經營養學在近 70 年來確認精神不穩定是來自神經細胞或膠狀細胞的不穩定，此多來自細胞發炎而發展出來的研究。如中國醫藥大學蘇冠賓醫師教授在 omega-3（魚油）的憂鬱症療效研究被全球引用居冠，發現魚油的抗發炎效果是穩定精神異常的關鍵，其也對過動、思覺失調等做整合分析（搜尋 Su meta-analysis depression ADHD 等）均有實證效果。而中研院過動症研究的路徑分析上，潘文涵教授確認魚油、維生素 B 群、鈣鎂鋅三類重要營養素可穩定神經（中央研究院，2019）。近 20 年研究顯示，身心慢性病均來自慢性發炎，而以上三種營養也被證實是抗發炎而預防慢性疾病的重要元素。處遇者若能提供案主簡易營養衛教使處遇將更周全。林明傑教授發現對酒癮、失眠、過動等也很有幫助，但仍需要更多研究提供足夠證據印證。
3. 因此處遇主張須對準案主的長期遠因與未來近因來個個改善，才可能有周全改善。「整合矯正諮商模式」適合強制諮商，包含在近期所提出的「行爲四關鍵診療模式」（林明傑、陳慧女，2024），後者更周全而適合更廣的心理困擾與精神障礙者，包含上下的三角形，如圖 4-3。
4. 整合矯正諮商模式有「課程四重點」，即是「確定方向、找出優點、找出做法、營養身心」。分別整合現實治療、優勢觀點、認知行爲療法、營養保健及情緒釋放療法。課程上需讓每人記清楚這課程四重點。因為屬於開放團體，且規劃 12 週的課，故約每年 1、4、7、10 月會上第 1 週的課。

圖 4-3 行為四關鍵診療模式



伍、綜觀在處遇人員端

所要進行的工作如下：

1. 執行處遇：

(1) 首次報到：查驗身分並簽到，說明處遇目的、進行方式及建立關係；初步傾聽加害人來此心聲；完成「契約書/同意書」的簽訂。其中「契約書/同意書」是各縣市自行發展的規範，加入處遇的倫理，類似心理諮商/治療簽訂的「知情同意書」。

(2) 後續每次處遇的結構：開始是近況回顧（通常包括上次處遇後到本次之間發生的重要生活事件），接著是將前項八大主題融入討論。

2. 進入保護資訊系統：加害人每次執行處遇後，以自然人憑證登錄中央的「保護資訊系統」登打記錄，並回傳出席狀況與行政權責單位，並在完成處遇後，填具「家庭暴力加害人完

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

成處遇計畫報告書」。另，視加害人之特定情況，填具相關表單。

3. 維持網絡聯繫：因狀況之需要，處遇人員可能接獲網絡人員（如服務被害人之社工）所蒐集到對於加害人的資訊。而當有危機狀況時，處遇人員亦須轉知相關網絡人員關於加害人的重要訊息，例如：加害人口語表示要殺害被害人……等。並定期參與和行政權責單位的會議。

第三節 家庭暴力加害人創傷處遇

在與家庭暴力加害人（以下簡稱家暴加害人代稱為「他」）工作時，有時遇到的問題，不單是眼前面對的「這個人－他」，而是因其所波及的相關人，因為彼此間的生命糾葛，導致於混亂系統裡過著讓人心痛的生活。在長期的煎熬與磨難下，好不容易有機會，可以在法入家門的機緣，才讓系統有了缺口，讓外界窺視「這個家到底發生了什麼事？」。

而遑論他有無父權刻板印象、人格違常、物質濫用及其他經統計驗證為施暴者典型的成因，再細究一些，有關他不堪回首的成長史及後續人生困境（「童年逆境」、「創傷經驗」等負面人生），卻也是導引成施暴者成因之一，箇中意旨是值得探討。

壹、脈絡間的關連性

一、創傷的解譯

當他對外在世界人事物的解譯，很多是來自於個人早期與家人、重要他人的生活經驗，亦即是透由投射現象（林子軒，2016），再經參照點的反應後再解譯，此情況會有些時光重疊的意像。好似

特殊生命經驗（童年逆境），以錯位（dislocated）的構建方式，依附在現實當中，此刻的自己及所處的氛圍，即是與現實（reality）生命自身錯位（out-of-joint）的真實生命（黃冠華，2022）。

想像一下，個人成長背景及過去經驗，日積月累且不自覺所形成的內在客體關係，在與他人互動時，其實整體過程就有隱形的重要他人的影子，這又涉及了移情關係與代間傳遞的議題。以移情而言，這屬於較深層的內在狀態，比如對某人會突然出現莫名其妙的情緒反應（此為潛意識中內在客體的投射）（鍾明勳、陳姝蓉，2016），或是由「情結」（個人經驗創痛時刻的相關意象，經此記憶深埋於潛意識中，常因遇到相似刺激時，被喚醒後有很強的傷害性）掀起了擾亂作用（李佩怡，2012；侯南隆、李玉嬋，2012）。這屬同一空間的突發經驗，藉由他者存在所產生的特殊圖像，而所呈現的又屬與別人連結所產生早期的關係（Case, C. & Dalley, T., 2017），這就是移情的激起反應。

唯此，倘若他之所以呈現當下的窘境，有可能是受到長期以來的脈絡所影響，此脈絡有的遠至早年的生命經驗（童年逆境—目睹暴力／受虐兒），及重要照顧者的身、語、意等的波及，甚而這些牽連直至今日，仍像一雙看不見的手，深入到他現在的人生裡，就像加入料的毒，害著他及與外界的關係。

二、衍生的投射性認同

早年的他以此生命形勢成為家中弱勢者，然而又相當討厭那個弱者的角色（就是「曾經幼時自己被害人身分（含目睹）」），逐漸的這個想法深埋於其潛意識中，不自覺的產生了投射性認同。更清楚的說，這個弱者的身份角色，他無時無刻想將其移除，也導致往後的人生歲月裡，不斷地投射到他施暴的一方（受害人）身上。這個

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

轉化蛻變過程，首先必須找到能當容器的對象，將其形塑成他心中那個「不堪的弱者」，再來透過很複雜的過程，誘導對方也接受了這種角色，他終於馴化了一個對象，這個對象就是家暴事件中的被害人，他馴化的這個對象，承接他心中的那個弱者的角色。因此整個過程中，他已進化到他幼時面對著那個強者的角色身分，經濟意識的作用轉移到另外一個對象上面，最後對他來講，這是最完整的，我們常常說人就是在追求他缺少的那一塊，他找到了它，他生命中的自己。

三、抗拒的緣由

「抗拒就一直潛藏於心裡陰影處」，倘若沒有清楚瞭解他在治療過程中所存在的抗拒是因何而生？治療的效能一定是事倍功半，折損了心力的投入。以小時候的成長經驗，及社會化與社會學習，不僅影響到人際關係，且不斷塑造出「投射性認同」的人生旅途。而此投射性認同的成因，最早可追溯到他小時候的成長環境，可能他就是被害人或是目睹兒，致使幼年生活過得很辛苦。其中重要照顧者的教養方式，充斥著字眼就是鄙夷不堪的侮辱性言語，好似他是一個不該出生的人，這造成在其潛意識裡面，是他很討厭的。

貳、解鎖逆境的解方

一、與他並肩而行

如何讓他看見一人際關係模式特別強調這部分。當他看見了「小時候的他」時，自然就會具象化這個缺口，顯示現在會有家暴行為，及與被害人衝突關係為事發點，連結到小時候的他。這時候脆弱的他會逐漸顯露出來，曾經害怕、擔心、恐懼與憤怒的諸多負面感受，讓我們開始有個缺口當作突破點。此時我們開始工作是針對過往受

傷的他在工作，而不是現在強悍的他在工作，因為如果你一直對強悍的他去工作情形之下，他永遠都是「非自願性案主」。

想像一下，他爲了堅持某些過往滲入的僵固信念（重要照顧者或重要他人的濡化），致使他咬緊牙根把自己封鎖起來（賴佩霞，2021）。久而久之，他已習慣這些框架與行事作風，此時有治療師的介入，透過面質的探詢，解構了這個念頭，就是希望能把停滯的能量解開。

另治療師也須善用同理心，協助他解鎖小時候的困境（童年逆境經驗（childhood adversity）（Harris, N. B., 2018）。促發他了解到從重要照顧者那裡習得的信念、態度，並清楚知道整個問題的來龍去脈（Young et al., 1997; Elliott, Bohart, Watson & Murphy, 2018）。

學者張卉湄（2019）認爲「創傷治療」一定要在經驗中轉化，其方法就是將過去固化的時刻，被自我聆聽、看見，及治療師願意全心與之同行，就能讓其回到經驗的時間流中，重新活出來。換句話而言，就受害者的他而言，代表他曾經於人生路途上有一段刻苦銘心的創傷歷程，治療師試圖以「受害者的他」的視域去到他受傷的時間點，體會他的害怕及無力，亦即是嘗試與他的創傷接觸，這麼做的目的是讓創傷經驗獲得轉化的機會。即使沒有達到完全痊癒，至少不再讓創傷影響到他。

二、重塑意義歸因

遇到可做意義歸因的機會時，代表著他的「入口處」（Point of Entry）已出現，這時他會伴隨著討論的內容，出現了痛苦的感受（害怕、悲傷、失落、無助等等）。也會因以往不安全依附關係的經驗，試圖面對著當前的困境或是相關人事，猶如小時候面對重要照顧者的經驗重現，好似整個人生就是不斷相同的老故事，卻在自己的身

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

上重覆演出 (Teyber & Teyber, 2017)，此時會陷入自我資源耗竭的狀態，更無力處理所面對困境，這就是「應驗性偏誤」(confirmation bias) 傾向 (孫蓓如、林慧慈、洪嘉欣，2017)。

伴隨著意義歸因的運用，能緩解他因要迴避過往負面經驗，所產生的害怕與不安，代之而起的是用「普同性」的經驗分享，對他有實質的撫慰效果。誠如邱惟真 (引自 2009，頁 154) 所言：「他必須「凝視」這件事，並且「凝視」在這事兒中的情緒，也就是「見證」它，然後「定位」這件事，為這件事尋求一個意義，最後是「接納」這事的發生，「接納」這事兒中的情緒」。當他有機會及願意「凝視」負面經驗時，就有了對「情緒」的再認識，也因此時此刻的自己，已非單打獨鬥，而是有了治療師的陪伴，心裡已不孤單。

三、同理的看見

治療師如何將其觀察化為隻字片語，並以此語意滲入他的內心世界，勾起隱藏不為人知的陰影，再激發成員願意轉化視域，理解自己生命的窘境，繼而注入可被同理的看見，達到彼此互為感動的效果。誠如依附理論中的「同調的回應 (attuned responsiveness)」，不僅讓他感受到治療師能以對話夥伴 (conversational partnership) 關係參與他的困難處境 (Teyber & Teyber, 2017；駱芳美、郭國禎，2023)，且願意跟其同行及展現更多包容、接納與尊重 (李素芬、金樹人，2016；駱芳美、郭國禎，2023)，如此的作為遠勝於任何言詞 (Trull & Prinstein, 2017)，讓他即使在困境中，卻有能量面對「不舒適」的自己。

四、涵容的客體關係

以涵容的態度面對他的負向反應出現，治療師即使有接到這個

情緒（負向反應），仍願意與之分享，並回饋正向經驗、想法（Kerr, 2020）。如同嬰幼兒（他）與母親（治療師）的關係連結，允許他的防衛性，畢竟汲取危機的意義，是在「潛意識」層次中進行，所以欣然接受，並能體諒他早年時期（童年逆境）的辛苦（舊的創傷）（湯華盛譯，2021）。

「人在何種情況下，對外界的理解或是接納程度最高」。這不僅是對自己 and 服務對象的內在，有了很實在的覺察，其起自人在最「鬆」的時候，或也可說是最「暖化」的狀態時，原本「習性」、「慣性」、「僵化」的盲區，較容易被呈現，且當揭露在眾人面前時，自我防衛心的啟動會被鈍化（延遲）。原本行走的路徑變得不那麼的自然，該試著走別條路的機緣油然而生。我們深切同理他曾有的傷痕，也能灌注希望陪伴他走著「新的路徑」。

而建構新的路徑，以學者賴佩霞（2021）提及大腦神經網絡的例子，如同剛出生的嬰兒，其大腦就像原始林一樣，茂密卻也雜亂無章，但當遇到外界刺激時，就在神經系統中留下印記，其如同走山路一樣，重覆走一樣的路徑，道路終將顯明易見。而治療師的「精確指認」，就是重新創造新的神經網絡，並不厭其煩的肩併肩一同走過困難的荊棘之路，期待有朝一日變成康莊大道。

重點回顧

參考國外家庭暴力加害人常見的處遇，進而發展國內家庭暴力加害人處遇的模式。經過處遇計畫後，評估家庭暴力加害人的再犯危險程度及其治療之有效取向，是啟動相關的防治措施或是加害人接受多元心理衛生服務的重要基礎，亦考量家庭暴力加害人可能促成現今暴力原有的心理創傷，如童年逆境—目睹暴力 / 受虐兒，及重要照顧者的身、語、意等的波及，深入到加害人現在的人生裡。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

問題與討論

問：將家庭暴力加害人視為曾經是受害者身分合適嗎？

答：加害人的人格養成及其人際關係，受到早年的生命經驗影響甚大，尤其是曾遭受家庭暴力或是目睹家暴情事者，在小時候因無力回應，而選擇了扭曲化的因應方式，暫時逃避了心理壓力。但因逐漸年長，即使已有解決問題的能力，卻固著的選擇了年幼時的因應策略，致使與之生活的家人，或是相關人，皆受到其負面情緒或暴力波及。倘若促發其看見小時的不幸，對自己的受虐時的狀態產生同理，改變的契機就會出現，對介入效果極佳。

問：請問相對人詢問相關法律或是相對人服務方案資源，可以供給相對人參考嗎？

答：當然可以，相對人願意接受網絡任何資源的介入或協助，都是一種降低相對人暴力行為及願意改變的契機。

問：家庭暴力「加害人處遇計畫」之定義為何？實施目的何在？

答：依家庭暴力防治法，「加害人處遇計畫」指的是「對於加害人實施之認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導、精神治療、戒癮治療或其他輔導、治療」。其實施目的乃在於「防治家庭暴力行為及保護被害人權益」。

問：「加害人處遇計畫」的項目，進行的型式有哪些？偏向疾病的精神醫療或戒癮治療可採取哪些型式進行？

答：「認知教育輔導、親職教育輔導及其他輔導、治療」可採取「團體處遇」與「個別處遇」，而「心理輔導」多採取「個別處遇」進行。「精神治療和戒癮治療」則是以門診或住院治療為主。

問：家庭暴力加害人的治療從整合矯正諮商模式到行爲四關鍵模式有何差別？

答：整合矯正諮商模式是對犯罪者的矯正諮商，從「確定方向、找出優點、找出作法、營養身心」四步驟的整合現實治療、優勢觀點、認知行爲療法、營養補充。而行爲四關鍵模式則融合人類行爲四關鍵，含「悶來的、學來的、想來的、神經營養不足或生理失常來的」，更能擴大到幫助心理困擾或精神困擾者，以四個關鍵來輔導案主，將更周全。

參考文獻

- Case, C. & Dalley, T. (2017)。《藝術治療手冊》。(陸雅青、周怡君、王秀絨、蔡汶芳、林純如、許純瑋等譯)。新北市：心理出版社。(原著出版於2006年)。
- Harris, N. B. (2018)。《深井效應：治療童年逆境傷害的長期影響》。(朱崇旻譯)。臺北市：究竟。(原著出版於2018年)。
- Kerr, M. E. (2020)。《炸彈客，沒有那麼簡單。家族成員情緒失控釀災，包溫端出救火新概念》。(張美惠譯)。臺北市：張老師文化。(原著出版於2020年)。
- Teyber, E. & Teyber, F. H. (2017)。《人際歷程取向治療：整合模式(第二版)》。(吳麗娟、蔡秀玲、杜淑芬、方格正、鄧文章等譯)。臺北市：雙葉書廊。(原著出版於2017年)。
- Trull, T. J. & Prinstein, M. J. (2017)。《臨床心理學(第二版)》(游恆山譯)。臺北市：五南。(原著出版於2013年)。
- 中央研究院 (2019)。《過動兒爸媽不哭！治療過敏、吃對食物，可能改善病情》。<https://research.sinica.edu.tw/pan-wen-harn-adhd-nutrition-allergy/>
- 全國法規資料庫(2024年04月01日)。家庭暴力防治。HYPERLINK <http://>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050071

成蒂 (2004)。終結婚姻暴力：加害人處遇與諮商。臺北：心理。

朱惠英譯 (2007)。家庭暴力加害人處遇團體方案手冊—*Emerge* 模式。臺北：張老師。

李佩怡 (2012)。悲傷諮商與治療的團體工作。載於李玉嬋、李佩怡、李開敏、侯南隆、張玉仕、陳美琴等著。導引悲傷能量—悲傷諮商助人者工作手冊 (頁 106-135)。臺北市：張老師文化。

李素芬、金樹人 (2016)。憂鬱症團體領導者心理位移之影響分析研究。教育心理學報, 47(4), 473-499。

林子軒 (2016)。非自願性個案在強制治療性團體內之抗拒行爲。諮商與輔導, 366, 35-38。

林明傑 (2018)。矯正社會工作與諮商：犯罪心理學的有效應用 (2 版)。臺北：華杏。

林明傑 (2020)。家庭暴力之全貌與防治。臺北：元照。

林明傑、陳文心、陳慧女、劉小菁譯 (2000)。家庭暴力者輔導手冊。臺北：張老師。

林明傑、陳慧女 (2024)。精神病理社會工作：社會安全網與精神醫療體系的助人工作者的實務指引。臺北：心理。

邱惟真 (2009)。性侵害加害人團體之自我敘說：一種敘說建構取向。輔仁大學心理學研究所博士論文 (未出版)。

侯南隆、李玉嬋 (2012)。兒童與青少年的悲傷與諮商實務工作。載於李玉嬋、李佩怡、李開敏、侯南隆、張玉仕、陳美琴等著。導引悲傷能量—悲傷諮商助人者工作手冊 (頁 174-199)。臺北市：張老師文化。

孫蓓如、林慧慈、洪嘉欣 (2017)。當自我資源耗竭面對維持正向自我評價需求時：自我調控的啟動與運作。中華心理學刊, 59(3), 163-181。

張卉湄 (2019)。澄心聚焦取向藥癮預防復發團體處遇模式—臺北監獄戒毒班 24 次澄心團體歷程。矯政期刊, 8(3), 75-99。

陳筱萍、曹桂榮、周煌智、黃志中、吳慈恩，參與戒酒方案男性婚姻暴力

- 加害人飲酒行為形成歷程之初探，*亞洲家庭暴力與性侵害期刊*，2008，4(1)，50-84。
- 陳慧女、林明傑 (2016)。家庭暴力者對參與整合式矯正團體輔導及其改變內涵之看法。*亞洲家庭暴力與性侵害期刊*，12(2)，1-31。
- 湯華盛譯 (2021)。團體發展各階段的自體心理學的觀點。*中華團體心理治療*，27(2)，17-22。
- 黃冠華 (2022)。情調；氛圍；空無：論《百花深處》中的無形媒介。*新聞學研究*，151，111-144。
- 衛生福利部保護服務司法規專區。家庭暴力加害人處遇計畫規範。
HYPERLINK [http:// dep.mohw.gov.tw/DOPS/cp-1287-14942-105.html](http://dep.mohw.gov.tw/DOPS/cp-1287-14942-105.html)，瀏覽日期：113 年 04 月 01 日。
- 賴佩霞 (2021)。轉念的力量：不被念頭綁架，選擇你的人生，讓心靈自由。臺北市：遠見天下文化。
- 駱芳美、郭國禎 (2023)。諮商理論與實務：從後現代與家族系統的觀點著手。新北市：心理出版。
- 鍾明勳、陳姝蓉 (2016)。福克斯團體分析理論。*中華團體心理治療*，22(1)，15-24。
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2012). Alcohol misuse and violent behavior: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug and alcohol dependence*, 122(1-2), 135-141.
- Davis, R., & Taylor, B. G. (1999). Does batterer treatment reduce violence? A synthesis of the literature. *Women and Criminal Justice*, 10(2), 69-93.
- Denning, P., & Little, J. (2017). *Over the influence: The harm reduction guide to controlling your drug and alcohol use*. Guilford Publications.
- Dutton, D. G., Bodnarchuk, M., Kropp, R., Hart, S. D., & Ogloff, J. R. P. (1997). Wife assault treatment and criminal recidivism: An 11-year follow-up. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41(1), 9-23.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Society for the Advancement of Psychotherapy*, 55(4), 399-410.
- Gondolf, E. W. (2000). A 30-month follow-up of court-referred batterers in four cities. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(1), 111-128.
- Healey, K., Smith, C., & O'Sullivan, C. (1998). *Batterer intervention: Program approaches and criminal justice strategies*. Washington D. C.: National Institute of Justice. Online available. <http://www.ncjrs.org/pdffiles/168638.pdf>
- Kraanen, F. L., Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. (2010). Substance use disorders in perpetrators of intimate partner violence in a forensic setting. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(3), 430-440.
- Messina, N., & Grella, C. (2006). Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American journal of public health*, 96(10), 1842-1848.
- Oram, S., Flynn, S. M., Shaw, J., Appleby, L., & Howard, L. M. (2013). Mental illness and domestic homicide: a population-based descriptive study. *Psychiatric services*, 64(10), 1006-1011.
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: the Duluth model*. Duluth, New York: Springer.
- Young, J., Saunders, F., Prentice, G., Macri-Riseley, D., Fitch, R., & Pati-Tasca, C. (1997). Three journeys toward the reflecting team. *A. N. Z. J. Fam. Ther.*, 18(1), 27-37.

第五章

家庭暴力特殊案例處遇

王俸鋼

彰化基督教醫院司法精神醫學中心主任

吳淑玲

衛生福利部嘉南療養院社會工作科主任

吳慈恩

長榮大學神學院教授

徐淑婷

高雄市立凱旋醫院社區精神科醫師兼科主任

陳筱萍

樂安醫院心理科臨床心理師

本章學習重點

1. 了解加害人為未成年 / 卑親屬對尊親屬暴力類型、成因、評估和處置
2. 了解同志親密暴力的現象、評估和處置
3. 了解精神疾病患者家庭暴力的樣態、評估和處置

關鍵詞

未成年 / 卑親屬對尊親屬暴力、同志親密暴力、精神疾病患者
家庭暴力

第一節 加害人為未成年 / 卑親屬對尊親屬

壹、案例

個案為高二 17 歲學生，因案父家暴案母申請保護令需遠離分居，因此與案祖母、案大阿姨（以下簡稱案姨）及案母同住，案祖母有失智診斷，目前有長照居服員一週家訪 3 次，一次 2 小時，案姨為未規則就醫之思覺失調症病人，案祖母因案姨為病人相對比較容忍與偏袒，案母與案姨因為家中遺產分配、案祖母照顧及相處常有衝突，如案姨常無故闖入個案及案母房間，案母常要個案協助出面驅離或制止，或當案姨情緒失控時要個案通知警消強制送醫，但警消多因為未達強制就醫標準而規勸後離開，此次因案母喜歡的項鍊被案姨無故拿走，在兩人口語衝突下，案母再度要求個案通知警消將案姨強制送醫，但警消到現場仍表示未符合強制就醫標準而離開，而個案受案母數落責罵，一時覺得委屈與憤怒而大叫及推倒餐廳桌椅，而餐桌杯子摔落破碎砸到案母小腿受傷，案母就醫後被醫院社工通報家暴成案。

貳、現象與概況

一、加害人為未成年卑親屬對尊親屬家暴趨勢升高

現行家庭暴力相關的研究中，親密關係暴力與父母照顧者虐待兒少兩項議題一直是被關注或研究的重點，相較之下，未成年（未滿 18 歲）兒少對其尊親屬（如：父母、祖父母）施暴的國內文章或研究相對少見。但依據衛生福利部統計資料，近年來未成年的家庭暴力相對人呈現上升的趨勢，從 2014 年的 1,213 人逐年上升至 2023 年的 3,734 人（衛生福利部，2024），增加了將近三倍的數量；且在

直系血親卑親屬對尊親屬暴力事件中，相對人未滿 18 歲的比率從 2015 年的 5.9% 上升至 2020 年的 12.8%（衛生福利部，2024）。

二、家中無法說出的秘密

在國內外相關研究皆指出在未成年直系血親卑親屬對尊親屬暴力事件中，存有特殊的隱蔽性及汙名性，一方面是因為父母親想要保護孩子，擔心孩子會被究責，可能會被強制帶走和或被法律定罪，另一方面是害怕事件揭露後，就需承認自己被孩子施暴的事實，無法管教子女是一件羞恥的事。因此，多數父母親在面對「被未成年子女暴力」事件時，不願意向外界求助，甚至不願意讓外界知道，使得這類型案件難以被揭露與被發現，所以容易成為家庭間的秘密。

三、暴力 / 施虐行為類型

根據 Cottrell (2003) 回顧相關文獻，大致可將未成年卑親屬對尊親屬的暴力態樣形式有三，包括身體、心理和經濟虐待。

1. 身體虐待：包括擊打、揮拳、手拍、推拉等，是最明顯的暴力對待形式。其中又以身體虐待最為常見，受虐的比率因為研究取樣和方法的差異而有不同，回顧美國的大型研究的結果顯示受暴比率甚至高達 14%。
2. 心理虐待：包括辱罵、批評和奚落、恐嚇、逃家以及威脅傷害或死亡威脅等。
3. 經濟虐待：則是未經允許偷東西或拿走東西、破壞家庭或父母的財產、過度索求父母負擔不起的東西。

未成年卑親屬暴力對待尊親屬事件會發生的相關因素，分為個人因素、家庭因素及環境與文化因素等。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

1. 個人因素

在未成年卑親屬因素部分，兒童期目睹家暴或受到虐待的經驗，易造成如低衝動控制、負面情緒、缺乏情緒因應機制、認知與社會能力弱、低自尊等影響，讓他們學習以暴力解決問題。亦即其可能會因受到早期曾遭受身體、心理或性的虐待或目睹家庭暴力過程，充滿無力感，因此長大後想要透過虐待或對已經無力的父母施暴來報復。另部分則有問題行為或精神疾患，例如患有注意力缺陷、過動症候群、行為偏差、情緒障礙、思覺失調症或物質濫用等，網路成癮亦可歸類於物質濫用類別。另學校的中輟、受同儕影響的暴力及偏差行為等，也都是評估的重要因素。而在尊親屬部分，單親家庭中的父母若失去管教子女的權威，則容易成為受害者，尤其是單親母親。

2. 家庭因素

在家庭關係中的互動衝突舉凡金錢消費、酗酒 / 吸毒等物質濫用、性行為、交友議題、或學校問題，都有可能產生親子衝突進而引發子女攻擊父母的行為。而父母親對於子女過度控制的管教方式也會導致子女施暴行為的產生，在過於嚴厲控制的管教態度下長大的兒童進入青春期時，會因期待有自主性而漸漸與父母親管教產生衝突，導致可能會開始使用暴力為自己爭取更多自主、自由的空間。另外在家庭權力結構上，若父母在家庭中沒有表現出足夠或適當的領導能力，青少年可能會因為感到不安全而做出「將父母手中的權力拿走」之行為，一旦當父母試圖通過強制執行規則來重新獲得領導地位時，就會發生青少年暴力對待父母之行為（Cottrell, 2003；葛麗莎、馬麗莊，2012）。

3. 環境與文化因素

當社會與文化情境充斥允許暴力的態度，媒體不斷傳輸「透過暴力可以達到目的」、「暴力是社會控制的手段」、「對被社會所貶抑的女性施暴是可以被接受的」等錯誤的價值觀與態度時（Cottrell, 2003），會影響青少年如何看待暴力行為，當其面對與父母的矛盾時，會更有可能使用暴力來因應。而在學校低學業成就、低自尊、中輟、對學校的負面態度；在社區生活於貧窮區、處在暴力攻擊的環境及加入幫派、與有偏差行為同儕的密切互動等都是早期評估與預防因素。

參、評估要點

依據吳書昀、鍾佩怡（2022）所完成的 2021 年度「發展未成年直系血親卑親屬對尊親屬暴力防治工作」修正後期末報告所建議：「未成年直系血親卑親屬對尊親屬暴力事件評估表」，包含五大部分：一、尊親屬之基本概況與評估；二、未成年卑親屬之基本概況與評估；三、家庭系統評估；四、其他資訊及五、整體性評估等，每一大項下尚有其他子項，完整評估表如（附件 5-1）。

另加害人為未成年卑親屬對尊親屬發生家暴事件，對兩造雙方都有一定程度的影響，與需評估其影響程度，分述如下

一、未成年施暴者的影響

（一）心理健康影響

1. 罪疚與自我價值的降低：施暴後的罪疚感和自我價值的降低可能導致抑鬱、焦慮等心理問題。
2. 攻擊行為的強化：未經處理的暴力行為可能進一步強化攻擊

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

性行爲，導致未成年人在學校和社會中也使用暴力解決衝突。

3. 情緒調節困難：暴力行爲可能是情緒調節能力不足的表現，長期下去會影響其社交關係和心理發展。

(二) 社會行為影響

1. 社交隔離：由於攻擊性行爲，施暴者可能被同儕排斥，導致社交隔離和友誼建立困難。
2. 學業表現下降：心理壓力和社會問題可能影響學習動力和注意力，進而影響學業成績。
3. 法律問題：暴力行爲可能導致與法律的衝突，影響未成年人的未來。

(三) 發展後果

未來關係的不健康模式：早期展現的攻擊性行爲可能延伸至成年後的人際關係，形成一種不健康的交往模式。

二、父母受虐者的影響

(一) 心理健康影響

1. 心理創傷：遭受子女的暴力會對父母造成深刻的心理創傷，可能引發創傷後壓力症、憂鬱症和焦慮症。
2. 自我質疑和罪疚：父母可能會質疑自己的教育方法，感到對子女的行爲負有責任，進而產生深刻的罪疚感。

(二) 社會關係影響

1. 隔離和羞恥：父母可能因子女的暴力行爲感到羞恥，避免與外界交流，導致社交隔離。

2. 家庭關係緊張：暴力行為會加深家庭成員間的矛盾和隔閡，破壞家庭和諧。

(三) 身體健康影響

1. 身體傷害：直接的身體傷害可能需要醫療干預，長期的則可能引發或加劇慢性健康問題。
2. 慢性壓力反應：長期的壓力會對身體產生負面影響，包括心血管疾病、免疫系統功能下降等。

肆、處置要點

因此，針對上述問題，需要多方面的干預和支持，包括但不限於心理諮詢、家庭治療、社會支持網絡的建立，以及必要時的法律介入。就從相關因素與案件特性都發現，未成年卑親屬虐待尊親屬事件與家庭關係、家庭互動有關，Cottrel (2003) 建議此類家庭中的父母親需要家庭親職教育，學習合宜的親職互動方式，進而增強實施親職功能的信心，同時也需要充權父母親以減少其無力感，旨在修復受損的家庭關係，促進未成年人的正向發展，並幫助受虐者從心理和社會的創傷中恢復。

而以本案例來看，建議可在服務過程中要具生態觀與系統觀的評估，檢視家庭內代罪羔羊、家庭成員關係互動的背後原因，全面地瞭解家庭整體需求與提供服務。該個案從小目睹案父的家暴，除心中害怕但也萌生保護案母的想法，因此在父母分居後，案母無法承擔照顧失智案祖母及處理案姨的精神疾病，而將此照顧與處理問題期待個案協助，但無人理解與協助在其代位親職角色及內心焦慮過程中，在一次被指責的壓力和情緒失控下有間接致傷的暴力行為。實務上法官除裁定家暴保護令，並命參加認知輔導教育團體，

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

增強其相關法律認知、情緒管理技能、衝突處理技巧；而學校輔導系統也需共同進入網絡提供個別心理協助。另對於家庭中親子權力錯位，建議可安排尊親屬參加親職教育或實施家族治療，以提升親職技巧與教養能力，重置親子權力位置，協助關係修復，才能改善並減低再犯。因案祖母及案姨精神疾病的治療與照顧為本案的促發因子，因此轉介醫療系統的介入與協助，讓兩人積極與穩定治療也是降低該家庭衝突與壓力重要作為。

第二節 同志親密暴力

於 2019 年 5 月 19 日，臺灣寫下歷史，成為亞洲第一個同婚合法的國家，且同性結婚的法律也在 2019 年 5 月 24 日生效。對同志伴侶來說，這是賦予同志伴侶得以結婚的法律依據。對此，顯示同志的關係已受到法律的保障，並漸漸重視性別少數的基本權益。然而同性關係與異性關係一樣，也會出現親密暴力。

壹、同志親密暴力現象

阿興與阿雄交往半年，已發生親密關係，然阿雄早有結婚生子，且事業有成，其是偷偷與阿興交往，可說是地下情。阿興認為兩人是情投意合，想要擁有正式的關係，況且同志婚已獲得法律的保障，繼而對阿雄提出同婚的要求，證明彼此的關係，然而阿雄不願意傷害到父母和妻小，遲遲無法給阿興合法的婚姻。阿興在未獲得主權之下，憤而威脅阿雄，要在網路上到處散佈他「出櫃」了。

阿雄表示「如果我敢跟他分手，他就要把我們的事情跟我的家人跟同事說，我好怕……」，阿興的言語使得阿雄處於「被威脅出櫃」狀態。此一威脅要公開對方的性傾向是同志之間常見的一種精

神暴力形式，為同志暴力中的特別的一種形式，並不見於異性戀。

一、同志親密暴力知多少

家庭暴力防治法實施至今已近二十多年了，保障被害者的人身安全，維護被害者的基本人權之餘，加害者與目睹兒童相關議題也產出相當的研究成果；然而，謝臥龍、劉惠嬰、黃志中（2016）特別強調身處社會、經濟、文化弱勢環境的原鄉受虐婦女、遠渡重洋嫁給臺灣郎的新移民女性、中高齡伴侶、同志家庭、身心障礙者面臨家／婚暴時的困境與需求，比較起一般社會受暴者，必然是有著相當大的差異。

家庭暴力防治法在 2007 年的修法過程中，已將曾有或現有同居關係的同志伴侶納入保障。然而在實務上，同志親密暴力並不常見，其實同志之間也會有衝突。在台灣目前同志族群的認同分布上，以女同性戀、男同性戀、雙性戀、跨性別這四個族群較為多數。從衛生福利部保護服務司家庭暴力統計資料中，看到 2020 年至 2022 年特別列出同志親密暴力被害人性別、國籍、年齡、教育、兩造暴力類型及關係。以 2022 年為例，同志親密關係暴力事件通報案件合計 1,509 件，而婚姻／離婚／同居親密關係暴力合計 56,497 件，占全部家庭暴力通報案件之 46%，顯然同志親密暴力的通報量極低。以性別來看，其中女性同志親密暴力為 66.8%，多於男性同志親密暴力（33.2%）。另以年齡層區分，發現同志親密暴力中，被害人 30 至 40 歲人口最多，占 34.4%，其次為 24 至 30 歲之同志親密暴力，占 25.8%。最後，以伴侶關係進行區分，發現同志親密暴力兩造大多為現有、曾有同居關係，占 66.2%，其次為配偶關係，占 31.1%。上述資料顯示得知，同志親密暴力是存在於社會之中，且通報有漸漸增多的趨勢，顯然同志親密伴侶受暴事件已被看見。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

二、難以言說的同志親密暴力

由於通報案件少，一般民眾誤以為同志之間沒有親密暴力這樣的問題，其實是大多數同志伴侶根本不願意公開自己的受暴事件，另擔心通報後遭受二次傷害，因而選擇吞忍。處在外在社會環境的偏見、歧視與壓力，可能讓同志的關係變得封閉，且充滿壓力。在缺乏情緒出口或情感支持的情況下，衝突可能一觸即發。因為對彼此未來的不確定、擔心分手後尋覓不到下一段關係、因外在壓力或內在恐懼而無力改善彼此關係，都可能會讓同志的關係越來越惡化，進而造成暴力發生（現代婦女教育基金會、台灣同志諮詢熱線協會，2012）。

國外學者 Brown 與 Groscup (2009) 針對危機處理中心工作人員的調查發現，工作人員認為家庭暴力的發生無關乎性傾向，顯示出同志族群與異性戀族群中的家庭力、親密暴力議題同並無差別。但國外學者 Baker 等人(2013) 也指出受到社會中對於性別角色刻板印象的影響，同志族群中不同的族群也會有著不同的暴力形式。然而李姿佳(2012) 特別提醒，雖然同志族群親密暴力在暴力的種類上差異不大，但仍須注意到與同志族群切身相關的「出櫃」議題。同志族群為了隱藏自己的身分，使他們的親密關係往往是隱匿於大眾的目光之中，甚至有許多同志朋友在提出關係終止時，出櫃議題也會成為伴侶的要脅條件。

國外學者 Dank 等人(2014) 經過對於青少年同志族群親密關係中的肢體暴力、心理暴力與網路約會暴力等面向的探討發現，同志族群具有比異性戀更高的親密暴力發生率，其中跨性別族群所面臨的親密暴力危機更是高於其他族群。但由於社會輿論的壓力以及害怕身分認同曝光，在同志身分與受暴者的「雙重暗櫃」交織狀況下，

同志族群在遭遇親密暴力時主動尋求協助的比例上，明顯遠低於異性戀族群。如同李姿佳、彭治鏐、呂欣潔（2013）認為同志族群本身的身份特性會影響到個人是否求助，例如「擔心同志身分曝光」、「擔心正式系統不友善」、「覺得求助也沒用」等因素。由於同志受暴後不一定會尋求專業協助，因此背後仍隱藏更大量之統計黑數。

貳、同志親密暴力的評估

評估同志親密暴力之前，先要了解同志伴侶關係發生親密暴力的成因。同志戀與異性戀皆會發生親密暴力，其發生的因素有些是雷同，有些是有差異的。

一、同志親密暴力的成因

由於同志與異性戀者的差異在於社會上所處的社會不平等及心理壓力狀態，也因此，同志之間伴侶暴力的成因不同於異性戀。於2009年，台灣同志諮詢熱線協會和現代婦女基金會開始合作「同志親密暴力防治服務」方案，透過幾年的工作經驗，以及綜合國內外的研究資料發現，在同志伴侶中的暴力起因常是兩人之間長期難以解決的相處衝突，以及對於情感表達與情緒控制的雙方差異所造成。

針對同志親密暴力分類出暴力形式與歸因，可作為對於同志親密暴力的理解。親密暴力不是單一因素造成的，需要同時考量個人、關係、社會文化層面如何交互運作而成為暴力的成因。劉欣宜（2022）整理國內女同志親密暴力的研究發現，施暴者本身是個自卑、對自我沒自信心，而容易忌妒的人，內化恐同使施暴者對自己產生羞恥感，使施暴者在伴侶關係中透過控制伴侶來回應這樣的羞恥感（溫筱雯，2008），或是透過控制來回應對關係的不安全感（涂沛璇，2020），另認為女同志本身情緒就不是很穩定，當生活壓力太大，便

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

轉而對女友施暴宣洩情緒，且施暴者低自尊、依賴的特質是發生女同志親密暴力的關鍵（潘淑滿、楊榮宗、林津如，2012）。或是過往有目睹暴力的經驗，而將暴力行為類化至伴侶關係中（溫筱雯，2008；黃思純，2016），再者，女同志伴侶黏膩融合的伴侶關係特性，以及與周遭世界人際網絡疏離的人際互動特性，都是導致暴力發生的原因（林佳怡，2009）。

曾秀雲、謝文宜、蕭英玲（2008）指出，女同志伴侶衝突來源為情感表達方式、金錢觀之不同，而男同志伴侶衝突六成源自於缺乏安全感、吃醋行為、擔心對方離開。此外，張歆祐（2005）調查國內男同志伴侶的核心衝突原因，分別是：

1. 性生活的量與方式：男同志能從性中得到較多歡愉，但在相處久了之後會造成性生活吸引力下降，雙方可用理性協商來再界定或處理性議題。
2. 忠誠度質疑與非一對一關係：男同志的外遇可能危及另一半的關係破裂，但隨價值觀不同也可能協議各自向外尋求性生活滿足。
3. 獨處與親密的界線：獨處或分居讓各自有私人空間，但同時又希望親密，因此個人空間與兩人共同生活需保持平衡。

李姿佳、彭治鏐與呂欣潔（2013）則認為同志伴侶暴力發生的原因可能來自於對關係的不安全感、情感的衝突及日常生活情境衝突共三大面向。透過上述文獻得知，男女同志伴侶共同的衝突可能來自於社會、家庭壓力等生活情境，或者是情感關係及忠誠度問題。

二、同志伴侶特有的精神暴力類型

從衛生福利部保護服務司家庭暴力統計資料中，看到 2020 年至 2022 年特別列出同志親密暴力的類型，分別是肢體暴力、精神暴

力、經濟暴力及性暴力，此與異性戀區分的類型稍微不同，未列出言語暴力。以 2022 年為例，同志親密關係暴力事件通報案件中，肢體暴力占 54.1%；精神暴力占 44.7%；經濟暴力占 0.9% 及性暴力占 0.2%，顯然肢體暴力最多，其次是精神暴力。

溫筱雯（2008）和黃思純（2016）指出，威脅出櫃被視為同志伴侶中獨特的親密暴力形式，其餘的暴力形式則被認為並未超出異性親密關係暴力形式的範圍。現代婦女教育基金會與台灣同志諮詢熱線協會（2012）整理無論是異性戀夫妻、男女朋友、同居關係和同志伴侶都可能面臨親密暴力行為。但同志伴侶與異性戀不同的是，因同志身分而特有的精神暴力形式如下：

1. 威脅出櫃：威脅若不順他的意思（例如：復合），就讓你的家人、同事、職場主管、親友、鄰居……等知道你的同志身分。
2. 諷刺你不是真正的同志：調侃你曾經和異性睡過、不是真正的同志等。
3. 以傳統的性別角色樣態威脅：如妳長的這麼 T，沒有人會相信妳被打。
4. 強迫你表示出對同志身分的認同：如果你是同志，就不該怕別人知道你的性傾向或性別認同。

三、評估注意事項

（一）目前國內評估的流程採用團體教育評估和個別訪談評估，由於同志伴侶特殊身分，當遭受到親密暴力時，相當擔心社會環境的不友善態度，即便友善也希望自身同志身分不被暴露或被知道。因此評估人員需要具備同志親密暴力成因的知能外，也需要具有多元性別之敏感度、認同同志身分及對同志態度友善。如「他威脅我，如果不聽他的話，就要逼我出櫃……」，也許評

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

估人員以為既然是同志，何必擔心被逼出櫃的議題。主要是考量在華人社會文化不孝有三、無後為大等觀念，落入現實生活中，男同志也受到傳宗接代之期待影響，倘若男同志為家中獨子更容易面臨家庭壓力，甚至有假結婚之狀況發生，導致同志伴侶多為家庭原因而有所衝突，因此評估人員須知道同志親密暴力的內涵，避免評估時有所偏頗。

- (二) 目前國內評估親密關係暴力危險的量表，是使用台灣親密關係危險評估量表 TIPVDA 2.0 (通報版)、TIPVDA 2.0 (提供專業人員在通報與被害人服務工作時之運用進行)。該量表不僅適用於異性戀親密關係暴力，也適用於同志伴侶的親密關係暴力。依據量表評估得分，TIPVDA 2.0 (通報版) 得分在 5 分以上、TIPVDA 2.0 得分在 20 分以上或被害人自評風險、專業人員實務評估結果列為高風險。

由於同志身分屬於個人隱私，而專業的保密和態度是一個重要議題。在評估訪談前，評估人員參考警政、社政及司法資料後，採取尊重、同理的態度，可先從不敏感的問題開始，如基本資料、原生家庭、成長資料等，等建立關係後，再切入敏感的議題，如感情問題或性行為等，以蒐集完備的資料，方能判斷暴力類型和提供適當的處遇項目。

參、同志親密暴力的處遇

鍾道詮 (2011) 指出，同志族群在台灣除了遭遇到直接肢體暴力、言語羞辱之外，更容易遭受同儕關係霸凌，甚至是社會大眾刻板印象所造成的被汙名、被邊緣、被漠視的結構暴力。同志族群歷來因為性傾向、性別認同的特殊性，遭受外界異樣眼光、排擠霸凌

等不平等對待，在缺乏友善資源協助的情況下，同志朋友常常只能獨自承擔，置身水火卻求助無門，甚至選擇以結束自己生命作為解脫方式，因此建立一個同志友善的處遇環境是刻不容緩。

一、處遇項目

目前國內處遇項目，是依照家庭暴力防治法中，對「加害人處遇計畫」之定義為「指對於加害人實施之認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導、精神治療、戒癮治療或其他輔導、治療」。雖同志親密暴力與異性婚姻／離婚／同居親密關係暴力稍微不同，然同志親密暴力通報的案件不多，也因而同志親密暴力者接受處遇計畫的人數並不多，因此目前未針對同志親密暴力者成立特殊的團體。然而同志親密暴力的特殊屬性，可能有困難融合團體內，因此建議處遇方式以個別為主的處遇計畫。以讓同志可以在隱私性高的治療情境，說出親密暴力的內容和探討改變的契機。

另外，葉龍吉（2015）指出，同志族群在實務處遇工作環境中普遍遇到遭受病理化的不友善對待。若是在接受實際處遇的過程中，同志族群感受到實務工作者的不友善，會因而影響到其接受處遇安排的意願，進而降低處遇工作的成效。我國許多學者在近年來都紛紛呼籲政府在公部門與醫療院所的處遇上，必須經過同志議題與性別敏感度的訓練，在制度與體制上看見同志的需求，才能使同志族群放下心中的疑慮，主動走出櫃子尋求實務上的幫助（王紫茵、成令方，2013；黃志中、莊瑞君，2013）。

二、處遇注意事項

（一）具有文化敏感度和性別敏感度：由於同志親密暴力的特殊性，家／婚暴專業處遇人員，諸如，警政、衛政、社政、教育與司

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

法相關領域者，必須擁有文化敏感度，具有多元文化新視界。此外，須對同志議題多認識、了解，加強多元性別教育。另須具備性別敏感度，以提升實務處遇人員對於同志親密暴力之知識建構與性別友善、專業之服務，避免對同志有二度傷害。另處遇人員應檢視自己的價值觀，是否接納同志族群，或是能保持中立，不致於對他們有差別待遇。

- (二) 處遇過程堅持個案的匿名與保密性：處遇人員也應謹守保密原則，不該向任何人透露個案之同志身分，同志族群長期處於來自社會的高壓環境，進而造成同志族群將同志恐懼內化，因此同志族群對於身分曝光具有高度的焦慮(Carvalho, et, al., 2011)。在處遇時應正視個案的曝光疑慮，藉由主動協助安排具有秘密性的處遇過程，有助建立同志友善的處遇環境，進而排除同志個案接受處遇的疑慮。
- (三) 採取正向肯定且不質疑的態度：Calton、Cattaneo 與 Gebhard (2015) 指出，在對於同志族群實務工作處遇時採取正向肯定的態度，有利於協助同志伴侶建立身心靈健康的關係與生活態度，也會提高同志族群在處遇過程的接受程度。
- (四) 尊重同志個案的「出櫃 / 不出櫃」選擇：Brown 與 Herman (2015) 指出「出櫃」對於每一個同志而言都是生命重大事件 (critical event)，同時出櫃與否、方法與策略也是個人選擇，無論如何都必須予以肯定與尊重 (引自謝臥龍、吳幸芳、李奇紘和莊瑞君, 2016)。儘管出櫃後，個案可以將同志認同融入生活，對於減輕生活壓力有正向效果。但對於許多身處較不友善環境 (例如：被原生家庭拒絕、失去工作、失去支持系統) 的同志而言，出櫃在隱私與情感方面的成本過高。

肆、結語

隨著同志伴侶被納入家庭圖像中，我們在家庭暴力、親密暴力議題上也應當要正視同志族群的特殊性與需求，讓真正的平權落實於實務層面。

第三節 患有精神疾病者的家庭暴力

壹、案例

阿傑是診斷為思覺失調症的 40 歲男性，他在青少年時就開始混跡幫派，有使用安非他命、長期飲酒的過去史。在 30 歲發病後社會功能即明顯退化，無法維持原本的生活形態，也沒有辦法維持穩定的工作與收入，只能和母親相依為命，並靠母親打零工和殘障補助過生活。由於阿傑只要手頭有錢就失控亂買酒，也不願接受規律的精神科藥物治療。因此母親只能嚴格的管控阿傑的補助收入，並且時常叨唸家中經濟貧困，並抱怨阿傑成天懶散在家，無法工作。在某一天母親習以為常的嘮叨下，阿傑突然爆怒從廚房拿出菜刀將母親砍成重傷，經鄰居報警後才將阿傑強制送醫。

貳、精神疾病患者家庭暴力的樣態

依 Wildman 等人的統合分析顯示，1997 年到 2020 年之間在 Medline, PsycInfo, Embase, CINAHL 四個資料庫中搜尋共 38 份包括量化、質性的研究中，在報告混合診斷樣本的研究裡，有部份報告按患者診斷分類報告了家暴當事人的疾病盛行率 (Wildman et al., 2023)。其中一項研究報告指出，相對於患有情感性障礙的患者，親屬受害率在患有思覺失調症和雙相情感障礙症診斷的患者中沒有顯

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

著差異。另一項研究報告指出，與重鬱症相比，診斷為思覺失調症和雙向情感障礙症的患者親屬報告遭受的暴力受害顯著更多。另外三項研究也探討了患者診斷和暴力之間的相關性。因此，與情感性障礙相比，精神病相關診斷與暴力行為之間，並沒有顯著相關；而思覺失調症相關或雙向情感障礙症診斷，在針對受害家屬的差異性上，也沒有顯著相關。其他研究則未依各別診斷，來分析疾病和暴力之間的關係。

依家庭成員為精神疾病患者而發生家庭暴力的盛行率 (Labrum & Solomon, 2016)，從過去 6 個月內，有 21% 曾經歷過各種形式的暴力，到過去 12 個月，有 77% 曾經歷過各種形式的暴力。而就暴力的形式而言 (含言語、肢體、財產破壞)，以言語暴力為最多。肢體暴力的部份，其定義包括受傷、被擊打、纏扭、用東西擊打……等研究呈現的終生盛行率從 8%~76%，而且最大比例的受害者是母親。就威脅式的行為而言，從終生盛行率 15%，到入院前兩週時可以達 58% (意即暴力行為是入院的明顯指標)。有研究顯示「被拿槍指著威脅」在精神病患個案中的 6 個月盛行率可以達 4%。言語暴力的盛行率則從社區精神病患的 12 個月盛行率 42% 到住院病患的 12 個月盛行率 62%。心理暴力的終生盛行率則在 56%~88% 之間，且主要的受害者多數是同住的母親。財產暴力的部份，通常是指偷盜或亂用財物，盛行率約 19%~20%，主要受害者也是同住的母親。

精神病患者家庭暴力可分為「無可控性 (uncontrollability)」、「惡化 (escalation)」、「重覆 (repetitiveness)」。

在「無可控性」的部份，統合分析的所有研究中都有顯示出此種特性，除了代表了家屬的無奈之外，一些病患本身自陳的敘述中，也包含了這樣的特性，也就是說對患病的家暴相對人，難以控制也是同樣無力的事。而「惡化」的部份，呈現在暴力上就是形態的升級，從口語到財產，最後

變成行爲暴力，包括幻覺、妄想的嚴重，多項研究也反應出家屬在這個過程中求助的困難，往往要等到暴力嚴重升級後，才有辦法得到公權力的介入。「重覆 (repetitiveness)」也在多數的特質研究中都出現，精神病患的家庭暴力可以說是每天或多或少的在出現，只是程度輕重的差異，很多家庭在這方面的經驗常常是經年累月的。

而精神病患家庭暴力對家屬的心理 / 情感傷害的影響，「持久的心理創傷」在數個研究中被受訪家屬所提及，一個女兒的描述是精神病雙親的暴力影響，幾乎「終生留在她腦中」，另一個研究的母親的敘述則是這種受暴的內心痛苦是「日復一日的創傷」。另一種創傷影響則是「恐懼」。所有的研究都提及家屬的心理影響，而且恐懼與進一步的家庭暴力有最高的相關性。許多家屬描述當患者靠近時，有一種（過度）警戒的過程；有些家人會完全迴避患者。彷彿「走在蛋殼上的感覺」，等待「恐怖」的事即將發生，家屬普遍敘述生活在某種事情要發生的恐懼中。第三個心理/情感傷害則是「負擔」，多數的研究都提及家庭負擔，對照的描述則是家庭成員提及暴力病患離開家庭時（通常是進住精神病院），得到的解脫感，但內心同時又有罪惡感。第四個則是「責任」。所有的研究都提及家屬心理感受到的責任概念。家屬經常表達出自我責備的感受，而且覺得自己要對病患的家暴負責。這類的敘述最常出現在病患父母的言說中，而責任也連結到對病患暴力的努力容忍，對未來繼續照顧病患的角色，父母常表達出「永遠沒有盡頭」的感受，照顧病患不是一種選擇而是命運註定的一部份。

精神病患家庭暴力對家庭關係的影響則表現在三個向度上，包括「溝通」、「家庭層次的影響」、和「家庭解組」。在溝通上，患者和受害的親屬報告分別呈現，暴力與溝通障礙，對家庭產生了負面影響。彼此之間出現一種脫節感，溝通既缺乏又充滿困難。患者會

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

將這種脫節，歸因於親屬未能理解他們患病所造成的痛苦，這種脫節導致了挫折感、疏離感和被誤解的感覺，這些感覺先於暴力而存在。但相反的，家屬對於溝通和後續引發的進一步暴力則表示恐懼，家屬常常爲了破壞現狀，而不願與患者進行相當高難度的溝通對話（包括討論暴力事件）。在家庭層次的影響上，家屬和患者在討論和家庭暴力相關議題時，都描述了因爲家暴，導致家庭環境經常是緊張和令人煩惱的，家屬們還描述了由於患者的暴力，導致家屬和其他家庭成員因此而關係惡化。第三個向度則是家庭解組，家暴的不斷發生，導致了家庭破碎和分居。有些家屬會把分居形容成「暫時的預防措施」（意即，從家中逃離）。其他的例子裡，家屬會爲了安全而選擇分開居住。

參、精神疾病家暴相對人評估要點

在評估具有精神疾病的家暴相對人時，依據 Daniel Whiting 等人的研究 (Whiting et al., 2021)，精神疾病存在的本身就是家暴的風險因素，經過家庭和其他混合因素的校正後，大多數具有精神疾病患者的所有暴力相對風險通常都較一般常人爲高，其風險在 2 到 4 倍之間。但排除掉人格違常、思覺失調症和物質濫用，5 到 10 年間其他精神疾病患者的暴力犯罪絕對率在 5% 以下，但如果是人格違常和思覺失調症，則比率上升到 6%~10%，在物質濫用的患者則超過 10%。而患者的過去暴力史以及共病有物質濫用史，則在多種精神疾病中，對未來的暴力風險都有非常高的預測力，因此「過去的暴力史」、「合併有物質濫用」成爲病史評估的重點。而依據 Labrum 等人的研究 (Labrum & Solomon, 2016)，經濟收入也是一個重要的因素，病患個人年收入低於 1 萬美元（約台幣 30 萬元）或全家（包括配偶 / 戀人）收入低於 6 萬美元（約台幣 180 萬元），其家暴風險

較高。而類似的研究結果，如過去 6 個月內有使用非法物質、過去一年內需要住院治療等，其暴力風險增加。而相反的，過去 6 個月有規則接受精神治療、有規則使用藥物，則其暴力風險降低。另外家屬的特質與照顧方式也會影響暴力風險，包括家屬本身有精神疾病 (OR 為 1.82, 95% CI [1.22, 2.72], $p < 0.01$) 與病患共同居住 (OR 為 2.73, 95% CI [1.72, 4.32], $p < 0.001$)、對病患採用較嚴厲的限制措施 (OR 為 7.42, 95% CI [5.12, 10.75], $p < 0.001$)、代管病患的社會補助 (OR 為 2.56, 95% CI [1.60, 4.08], $p < 0.001$)、用較非正式的方式管理金錢 (OR 為 2.23, 95% CI [1.31, 3.79], $p < 0.01$) 等因素。而這部份並非因果相關，也有可能是高風險的病患讓家屬對病患採取了特定的管控措施，但統計上暴力的發生風險，會因為這些因素的存在而升高，因此這些因素也是精神疾病家暴相對人的評估重點。

肆、精神疾病家暴相對人處置要點

依據 Daniel Whiting 等人 2023 年發表的研究 (Whiting et al., 2021)，他們回顧了英國國家健康與照顧卓越研究院 (National Institute for Health and Care Excellence, 簡稱 NICE)、美國精神醫學會 (American Psychiatric Association, 簡稱 APA)、美國兒童與青少年精神醫學會 (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 簡稱 AACAP)、澳洲與紐西蘭 (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 簡稱 RANZCP) 等機構出版之臨床指引，發現即使是最新版的指引中，儘管暴力被廣泛的提及，且都強調是綜合風險評估中重要的項目，但在如何做暴力的風險管理方面，各指引存在著不一致、空白，或者差異不少的細節。反社會人格違常，只有英國的 NICE 指引，建議使用暴力風險評估工具，而澳洲和紐

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

西蘭指引，則認為思覺失調症的評估工具，在實務上有侷限。美國 APA 指引和澳紐的 RANZCP 指引，強調了思覺失調症急性階段及首次發作期積極處理的重要性。所有指引的共識，是「物質濫用共病」和「過去暴力史」是重要的風險預測因素，並強調應該給予密切監視，並緊急轉介至精神機構或接受住院治療。總之，在評估暴力風險是否有最佳方法，以及如何管理急性疾病發作之外的暴力風險方面，各國的臨床指南存在相當大的不確定性。因此本文僅能就相關風險提出實務建議，包括「在暴力風險評估上，採取較有實證基礎的風險評估量表，如暴力歷史臨床風險評估量表 10 項簡版 (H10)、暴力歷史臨床風險評估量表 Historical-Clinical-Risk-20, (HCR-20)、心理病質篩選表 Psychopathy Check List: Screening Version, (PCL: SV) 等量表」(Ogonah et al., 2023)，「初發、急性發作的重大精神疾病即應積極給予精神治療」，「需確保病患服藥的遵囑度，甚至積極使用能夠確保藥物遵囑性的長效藥物」，「積極處理精神病患共病的物質濫用」，「給予家暴相對人主要照顧者足夠的互動、溝通技能、與協助經濟管理」等。

重點回顧

雖家庭暴力以婚姻暴力占多數，然而未成年/卑親屬對尊親屬暴力、同志親密暴力及精神疾病患者的家庭暴力有愈來愈多的趨勢，因此特別針對這三種家庭暴力類型做介紹，並說明評估和處置方式。

問題與討論

問：加害人為未成年 / 卑親屬對尊親屬的家暴案件與一般成保案件在評估上需要特別注意甚麼？

答：因加害人為未成年人，這類案件特性需特別注意卑親屬之個人

因素，如受暴經驗或是否有問題行為或精神疾患等；另在家庭因素之家庭結構是否有親子權力錯位或尊親屬在親職管教角色及功能失能之情形。

問：同志親密暴力與一般異性戀親密暴力有何差異？

答：同志親密暴力與一般異性戀親密暴力大致相同，唯獨在精神暴力稍微不同，前者多威脅出櫃、諷刺你不是真正的同志、以傳統的性別角色樣態威脅及強迫你表示出對同志身分的認同等精神暴力。

問：當家暴相對人具有重大精神病時，評估處置的要點為何？

答：在病史上，「物質濫用共病」和「過去暴力史」是重要的風險預測因素，高風險的疾病包括思覺失調症、物質使用障礙症、人格違常等。「在暴力風險評估上，採取較有實證基礎的風險評估量表，如 HCR-10 簡版(H10)、HCR-20、PCL: SV 等量表」，「初發、急性發作的重大精神疾病即應積極給予精神治療」，「需確保病患服藥的遵囑度，甚至積極使用能夠確保藥物遵囑性的長效藥物」，「積極處理精神病患共病的物質濫用」，「給予家暴相對人主要照顧者足夠的互動、溝通技能、與協助經濟管理」等。

參考文獻

- 王紫茵、成令方（2012）。同志友善醫療。《台灣醫學》，16(3)，295-301。
doi:10.6320/FJM.2012.16,3.09。
- 李姿佳（2012）。親密暴力另一篇章－同志伴侶暴力。《婦研縱橫》，97，16-21。
- 李姿佳、彭治鏐、呂欣潔（2013）。衣櫃中的傷痕：同志親密暴力現況調查初探與實務經驗分享。《社區發展季刊》，142，202-213。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- 林佳怡 (2009)。女同志親密伴侶暴力初探。國立政治大學社會行政與社會工作學系研究所碩士論文。
- 吳書昀、鍾佩怡 (2022)。110 年度「發展未成年直系血親卑親屬對尊親屬暴力防治工作」修正後期末報告。臺北：衛生福利部。
- 涂沛璇 (2020)。落入 T 婆陷阱？女同志親密關係中的自殺威脅。國立政治大學社會工作研究所碩士論文。
- 現代婦女教育基金會、台灣同志諮詢熱線協會 (2012)。衣櫃中的傷痕——同志伴侶親密暴力自助手冊。取自：<http://redmedia061.so-buy.com/front/bin/ptdetail.phtml?Part=NB101091901&Rcg=44235>
- 曾秀雲、謝文宜、蕭英玲 (2008)。從同志伴侶關係經營的衝突處理談權力關係。東吳社會學報，23，71-106。
- 黃思純 (2016)。女同志伴侶親密關係暴力歸因研究。世新大學性別研究所碩士論文。
- 黃志中、莊瑞君 (2013)。性少數的健康照護：權利與困境。婦研縱橫，99，12-16。
- 溫筱雯 (2008)。不能說的秘密：女同志伴侶親密關係暴力與因應策略之研究。國立臺灣大學社會工作研究所碩士論文。
- 張歆祐 (2005)。男同志伴侶關係發展歷程之研究。國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士論文。
- 葉龍吉 (2015)。男同志精神醫療就醫經驗主體敘說。高雄醫學大學心理學系研究所碩士論文。
- 劉欣宜 (2022)。在諮商中與女同志親密關係暴力工作。亞洲大學心理學系研究所碩士論文。
- 謝臥龍、劉惠嬰、黃志中 (2016)。解析國際婚姻路上性別暴力關係，本文刊載於謝臥龍 (2016) 主編性別暴力多角習題的解析。高雄：頂好。
- 謝臥龍、吳幸芳、李奇紘、莊瑞君 (2016)。性別、文化與族群敏感度在家／性暴力處遇的重要性。本文載於謝臥龍主編性別暴力多角習題的解析 (第二版)。高雄師範大學。

- 潘淑滿、楊榮宗、林津如 (2012)。巢起巢落—女同志親密暴力、T 婆角色扮演與求助行爲。《臺灣社會研究季刊》，87，45-102。
- 衛生福利部保護服務司—法規專區 (2024)。家庭暴力加害人處遇計畫規範。 <https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/cp-1287-14942-105.html>，瀏覽日期：113 年 03 月 24 日。
- 衛生福利部保護服務司—家庭暴力防治統計資訊 (2024)。 <https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-cat01.html>，瀏覽日期：113 年 03 月 24 日。
- 鍾道詮 (2011)。同志面對的暴力與傷害情境。《婦研縱橫》，94，2-15。
- Baker, N. L., Buick, J. D., Kim, S. R., Moniz, S., & Nava, K. L. (2013). Lessons from examining same-sex intimate partner violence. *Sex Roles*, 69(3-4), 182-192.
- Brown, M., & Groscup, J. (2009). Perceptions of same-sex domestic violence among crisis center staff. *Journal of Family Violence*, 24(2), 87-93. doi:10.1007/s10896-008-9212-5.
- Brown, T. N. T., & Herman, J. (2015). *Intimate partner violence and sexual abuse among LGBT people*. eScholarship, University of California.
- Calton, J. M., Cattaneo, L. B., & Gebhard K. T. (2015). Barriers to help seeking for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer survivors of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838015585318.
- Carvalho, A. F., Lewis, R. J., Derlega, V. J., Winstead, B. A., & Viggiano, C. (2011). Internalized sexual minority stressors and same-sex intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 26(7), 501-509.
- Dank, M., Lachman, P., Zweig, J. M., & Yahner, J. (2014). Dating violence experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Youth & Adolescence*, 43(5), 846-857.
- Labrum, T., & Solomon, P. L. (2016). Factors associated with family violence by persons with psychiatric disorders. *Psychiatry research*, 244, 171-178.
- Ogonah, M. G., Seyedsalehi, A., Whiting, D., & Fazel, S. (2023). Violence risk

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

assessment instruments in forensic psychiatric populations: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 10(10), 780-789.

Whiting, D., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2021). Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 150-161.

Wildman, E. K., MacManus, D., Harvey, J., Kuipers, E., & Onwumere, J. (2023). Prevalence of violence by people living with severe mental illness against their relatives and its associated impacts: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(2), 155-174.

第六章

家庭暴力加害人成因 及成效評估

吳慈恩

長榮大學神學系教授

陳筱萍

樂安醫院心理科臨床心理師

鄭塏達

高雄市立凱旋醫院高年精神科主治醫師兼科主任

鍾素英

高雄市立凱旋醫院臨床心理科臨床心理師兼科主任

本章學習重點

1. 了解家庭暴力加害人的類型分類與其生命經驗
2. 了解家庭暴力加害人處遇之成效評估面向

關鍵詞

家庭暴力加害人類型、家庭暴力加害人成效評估

第一節 家庭暴力加害人現況、類型及成因

臺灣推動家庭暴力防治立法已邁入第 26 個年頭，本章節將就聲請加害人保護令的數量、家庭暴力加害人具有哪些類型，及加害人形成家庭暴力的成因為何進行探討。

壹、家庭暴力加害人現況

在臺灣，隨著社會變遷與發展，對家庭暴力的防治更不遺餘力，家庭暴力的通報次數逐年增加，根據衛生福利部保護服務司統計資料顯示 2008 年通報數 84,195 次，至 2013 年通報數 152,680 次達到最高峰，2018 年減至 138,637 次，2023 年則增為 207,919 次。根據以上各種統計數據顯示，家庭暴力通報件數有日益增加趨勢，足見有愈來愈多的受暴者願意站出來尋求社會資源。過去，在臺灣存有「家醜不外揚」與「家和萬事興」等傳統觀念和文化脈絡的色彩，因此，被害人請求援助的比例偏低。然近年來，隨著女性自我意識的覺醒，「家務事」觀念的開放，私領域事件慢慢成為公領域，以往被漠視的家庭暴力問題逐漸曝露在陽光下。並開始得到社會大眾和政府公權力的重視，且被認知這是一個不容被忽視的議題。

由歷年通報的資料發現，主要通報來源為警政人員、社政人員、醫事人員與教育人員等。根據衛生福利部保護服務司統計資料顯示，2023 年以警政人員通報居多（59.3%），其次是社政人員（23%）和醫事人員（8.6%），三者約占總通報數之 91%。自 2015 年起，通報來源新增了老人福利機構，這部分也突顯出了老人虐待日益增加之潛在問題。同時，來自移民業務機關的通報也顯示出發生於新移民配偶或是移民之家庭暴力事件也是一個極需關切的議題。

根據司法院統計處統計資料顯示，地方法院民事保護令終結事

件中准許核發保護令內容(項)中,由 2008 年核發件數為 11,679 件,2013 年核發件數為 14,044 件,2018 年核發件數為 15,881 件,2023 年核發件數為 20,320 件。由此顯示各地方法院開始重視保護令對於家庭暴力防治的重要性。

另一方面,根據司法院司法統計顯示,由 2008 年之核發件數為 11,679 件,命加害人完成處遇計畫者有 1,364 件(複選,同一人可能同時有一個以上處遇計畫),占終結案件數比例為 4.8%。至 2022 年核發 35,959 件通常保護令中,其中命加害人完成處遇計畫者有 4,509 件,占終結案件數比例為 9.19%。就如陳淑娟(2020)指出,2005 年核發率是 4.41%,2011 年是 8.5%,已有顯著成長,顯示法官對加害人特質、處遇計畫評估及處遇模式已有基本了解,有助促進核發加害人處遇計畫。

貳、家庭暴力加害人類型

Gondolf (1996) 曾提出沒有「典型」的加害人,也無法歸類出一個一致且簡化的施虐者類型;然而對加害人主要問題的不同分類,在評估和擬定處遇計畫也會有所差異,故對施虐者特質進行分類仍有其必要性。

根據 Haltzworth-Munroe 與 Stuart 在 1994 年的文獻發表(引自林明傑、黃志中,2003),加害人可依施暴嚴重度、施暴對象及有無心理病理或人格異常區分為以下三種類型:

1. 只打家人型 (family only): 其施暴行為只及家人,多無前科紀錄,較無心理病理上之問題,且暴力程度比其他二者小,此型約占 50%;
2. 煩躁 / 邊緣型 (dysphoric/borderline): 少數此類毆妻犯可能有家外施暴行為,具有邊緣型人格異常,情緒易變且常感到

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附

錄

煩躁者約占 25%；

3. 暴力廣及 / 反社會型 (generally violent/ antisocial)：此型的家外暴力行為很常見，有犯罪前科紀錄者約占 25%。

另外，Dutton 於 1995 年在其著作中以人格與情緒來區分加害人 (引自林明傑、黃志中，2003)，分別為：

1. 病態人格型毆妻 (psychopath wife batterer)：約占 40%，此型自青少年期即有一連串之偏差行為，符合反社會人格之標準。
2. 過度控制型毆妻犯 (overcontrol wife batterer)：約占 30%，其特色為對妻子會有過度的控制行為，心理測驗發現此型有很明顯畏避及被動攻擊人格，他們的施暴行為通常是在遭遇外在挫折，且長期以來未加紓解而突然爆發，此外，其施虐行為也會在操控 / 隔離行為及情緒虐待這兩方面較多。
3. 循環 / 情緒易變型毆妻犯 (cyclical/emotional volatile wife batterer)：約占 30%，此型特色在於其不會描述自己的感覺，且極需控制其伴侶。當他們觀看到女性因不想受男友控制而想離去的錄影帶時，會比非暴力男子展現更多的憤怒，顯示在此情境中被遺棄的刺激引發他們害怕被遺棄而有狂怒的表現。他們的妻子多會描述其先生好像有雙面性格，朋友們多會認為他們是好好先生，即使在警察或治療師面前也會表現順從，看不到他們易怒的另一面。

Johnson (2008) 依暴力型態將加害人分為以下四類：

1. 尋常配偶暴力型 (Common couple violence)：其特色在於堅持要贏得某一爭執，或在某件事情上堅持己見，發生比率約 50%。
2. 親密性恐怖暴力型 (intimate terrorism)：其特色在於控制，

主要是以男性為暴力啟動者（男 85%、女 15%），發生比率約 25%。

3. 暴力阻卻型（violence resistance）：又稱反擊式暴力，廣泛涉及建構或維持配偶的一般性控制，發生比率約 18%。
4. 相互暴力控制型（mutual couple violence）：經常受害的一方試圖從經常性暴力之配偶處奪取少量的控制權力，以做為繼續生存之用，發生比率約 7%。

國內學者林明傑與沈勝昂（2004）以危險評估量表（Danger Assessment, DA）研究發現，婚姻暴力加害人可分為以下四種類型：

1. 低暴力型（53.6%）：前一年最低之暴力量、致命暴力次數、DA 分數及家外暴力皆低。
2. 酗酒高致命型（20.5%）：前一年最高之暴力量、致命暴力次數、酗酒之比例及家外暴力皆高，且曾威脅要殺害被害人。
3. 高暴力高控制型（21.4%）：前一年次高之暴力量、致命暴力次數、最高 DA 分數，暴力嚴重性增加，且曾威脅要殺害被害人與控制日常生活。暴力性妒嫉的比例最高，而被害人相信被殺掉之比例也最高。
4. 邊緣高控制型（4.5%）：前一年每人均控制被害人日常生活，暴力性妒嫉的比例次高，加害人曾威脅或嘗試要自殺的比例最高。強迫性行為之比例也最高，接受邊緣型人格異常之診斷。

另外，根據衛生福利部家庭暴力通報事件統計資料，可將案件類型區分為親密關係暴力（婚姻 / 離婚 / 同居）、兒少保護、老人虐待、直系血（姻）親卑親屬虐待尊親屬（被害人年齡 65 歲以上）、直系血（姻）親卑親屬虐待尊親屬（被害人年齡未滿 65 歲）及其他。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

從 2008 年至 2023 年來看，家庭暴力各類型案件數仍以婚姻 / 離婚 / 同居關係暴力約占總案件數之一半左右，此部分區分為異性伴侶和同性伴侶，顯示同性伴侶已是不容忽視的族群。其中明顯增加最多的是兒少保護案件數，在 2023 年為 27,133 件。同時老人虐待（在 2019 年時已改為直系血（姻）親卑親屬虐待尊親屬（被害人年齡 65 歲以上）也有逐年增加之趨勢，這也許跟臺灣逐漸邁向高齡化社會有關，同時也反映出長照與喘息服務之迫切需求。

從 2012 年至 2023 年家庭暴力統計資料發現，2023 年女性被害人與男性被害人分別是 63% 與 37%，因男性被害人有逐年增加趨勢，顯示女性加害人及互為相對人有逐年增多趨勢。根據 Hamberger 在 1997 年的研究，婚姻暴力中普遍出現的攻擊模式為互相施暴和拉扯，其中 25% 的女性表示是自己先動手，27.4% 的女性有肢體暴力，51% 的男性有肢體暴力，73% 的女性受暴者表示自己曾在關係中引發暴力，但不論是輕微或嚴重暴力，女性施暴動機多以自我防衛與報復反擊為主（引自黃雅羚，2009）。

自 2008 年至 2023 年的家庭暴力事件分析，未成年加害人有逐年成長之趨勢，顯示隨著社會變遷、教養方式、價值觀的差異，家庭型態多元，少子化與高齡社會所帶來的衝擊，以及青少年犯罪議題，如：暴力、性偏差/犯罪、毒品、詐欺、組織犯罪、成癮行為、竊盜等問題日益嚴重，突顯家庭教育、學校教育必須重新檢視與調整。

參、加害人發生家庭暴力的成因

家庭暴力行為的形成，有諸多理論與說法。例如父權理論（Patriarchic Theory）、女性主義理論（Feminist Theory）、社會交換 / 社會控制模式理論（Social Exchange/Social Control Theory）、衝突

理論 (Conflict Perspective)、家庭互動理論 (Family-Interactionism)、精神病理模式 (Psychiatric Model)、依附理論 (Attachment Model)、社會學習理論 (Social Learning Theory)、生態理論 (Ecological Theory)、資源理論 (Resource Theory)、以及跨國婚姻的貶抑觀點 (吳慈恩、黃志中, 2008) 等, 由於家庭暴力相對人來自不同社經階層、不同家庭文化、不同的個人特質, 所以單一理論並無法解釋所有的家暴現象, 故無法根據單一理論來進行家暴相對人的評估, 必須視每一案件相對人的特性及家暴案件危險程度進行適切評估, 故執行家庭暴力相對人評估之專業人員必須非常精熟相關理論, 如相對人特性、暴力危險程度等。以下是學者對施虐者特質的描述。

一、Walker (1979) 在所著的《The Battered Woman》一書中, 將施暴者的特質歸納為以下十點:

1. 低自尊的。
2. 相信暴力關係的迷思。
3. 一個傳統主義者, 相信男性至上和認為男性在家庭中的性別刻板角色是具有優越感的。
4. 會將自己行為上的疏失懊惱而遷咎他人。
5. 有病態的吃醋、忌妒的行為。
6. 表現出雙重人格。
7. 當有嚴重的壓力事件要去應付時, 會有喝酒吸毒與暴力行為。
8. 經常使用性當作攻擊的行動來增加自尊以贏得男性的權控感。
9. 易衝動無理、情緒失控。
10. 不認為他的暴力行為會有負面的後果。

二、根據 Dutton (1988) 的研究, 導致家庭暴力的成因如下:

1. 不善於情感表達。
2. 社會技巧或社會關係差。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

3. 具有衝動性格。
4. 對夫妻生活與相對關係抱持傳統思考模式。
5. 性格嚴苛。
6. 低自尊與低自我概念。
7. 經常酗酒或濫用藥物。

三、Brown 與 Herbert (1997) 認為具有暴力傾向的伴侶之常見特質如下：

1. 低自尊的感覺且常覺自己能力不足。
2. 孤立感且缺乏社會支持。
3. 缺乏社交技巧與自我肯定的行為。
4. 有精神疾病史，像是焦慮與憂鬱沮喪。
5. 有酒精與藥物濫用的歷史。
6. 薄弱的衝動控制和具有反社會行為的問題。
7. 具占有慾與嫉妒，有被遺棄的恐懼。
8. 將錯誤歸咎於外在原因而譴責他人，當挑釁的時候，爭吵逐漸升高而表現出攻擊性和暴力行為。
9. 對過度依賴的受害者缺乏同理心，例如其配偶在懷孕或分娩期間所遭遇的困難或性生活無法配合的問題，或受害者可能有不良的生理與心理健康問題。
10. 將工作上不滿意與壓力產生的憤怒作轉移攻擊，或最近經歷了厭惡的生活事件。
11. 遭遇社會經濟方面的問題，像是失業、居家環境不良或財務上有困難。
12. 在兒童時期就曾受到暴力虐待或目睹暴力。
13. 目前或曾有使用暴力的情形、有威脅的行為或武器使用的紀錄。

四、鄭瑞隆、王文中（2002）研究發現，婚姻暴力加害者個人的危險因子有：低教育程度、低收入、低職業地位、低自尊與自我概念、自我能力感較低、有些有性攻擊的記錄、對他人有暴力攻擊的記錄、在原生家庭親身受暴或曾經目睹暴力、物質濫用（酒精與藥物）、個人管理壓力的能力缺乏等。家庭的危險因子有：家庭缺乏凝聚力與適應壓力的能力、家庭問題較多、支持系統與社會網絡之支持不足等。

肆、家庭暴力加害人之生命經驗及特徵

現在社會的家庭暴力類型已非常多元，有同性親密伴侶、有互為相對人、有男性被害人等等，介入處遇之前應先對不同性質的家庭暴力類型之加害者的社會心理有完整的瞭解，才能找出適當有效的介入策略。雖然較難用單一理論來描述家庭暴力加害者之特質，但大多加害者都有以下類似的生命經驗及特徵（Lindsey et al., 1996; 2000）。

1. 強烈的控制慾：當他越想控制一切，結果卻不盡滿意的時候，害怕和痛苦會開始增加，而開始合理化其憤怒行為來減輕這些感受。
2. 社會孤立：需要或想要與人隔離的原因有很多種，有些男人缺乏合理的溝通技巧，會刻意與人保持距離以減少摩擦，因他的世界只剩下伴侶，害怕失去伴侶的強烈恐懼，會使他更孤立。
3. 缺乏自我肯定的技巧：加害者缺乏自我肯定的原因有兩種：權利感及無價值感。然而他不可能避開每日生活中大大小小的挫折，於是壓力與焦慮便持續累積，最後爆發出來。
4. 裝飾很好的面具：對某些人而言，其面具可能只是一個社交

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

的謊言，是加害者用來掩飾他們對妻子、女友、及孩子的暴力行爲，一個毆打老婆或女友的人是不會主動洩漏他的暴力行爲。

5. 壓抑情緒：對於所有的男人而言，壓抑情緒是十分常見的問題，但對於加害者更是如此，當他遭遇挫折並使用暴力的同時，常選擇不表達他內心的悲傷和痛苦。
6. 憎恨女人：多數人仍相信女人無法完成男人的工作，社會大眾仍對於女人從事一些專屬男人的行業時，存在著很大的偏見，只要男人視女人為滿足需求的對象，而非與之平等的伴侶時，暴力就會持續進行。
7. 無法信賴他人或過度負責：在我們的社會價值中，男性必須為家人的健康福祉及財政方面負起責任，而加害者往往必須藉由責備他人來為自己推卸責任，才能避免面對自己的責任，同時也有藉口去虐待他人，因為加害者認為是別人造成他的痛苦。
8. 非理性的信念：加害者的思考模式是建立在非理性的信念、期待或規則之上，當加害者感到受傷時，他就會以暴力行爲作為反擊。
9. 過度的刺激及混亂：加害者有著不為人知的目標與計劃，且很少去考慮別人的想法、慾求、或需要，便自以為是地朝著目標及計劃去做，且不會承認自己根本沒有看清這些內容。
10. 疏離：由於加害者無法直接說出他內心想要的東西，會一直背負著需求不被滿足的痛苦，同時誤解那些痛苦及感受，最後因受到許多不公平的對待及利用，轉而爆發憤怒與暴力行爲。
11. 害怕被遺棄：在加害者好不容易找到一個他愛的人，當害怕

失去控制的恐懼感強烈到控制他的生命時，於極端的情況下，可能會迫於害怕被遺棄而使用暴力行為以解除他的不悅。

12. 強迫觀念：許多人形容加害者是相當衝動的，他們的確是有不可置信的過度執著，只要他專注某一目標或想法時，就會致力追求，以達成他的目的。
13. 無能力處理及批評：在加害者堅強的外表下，對於別人對他的輕蔑是相當敏感的，事實上，因加害者過於脆弱而很難去接受別人的評論。
14. 暴力型態成爲一種生活：一個人會使用暴力是基於以下四種因素的交互作用(1)文化；(2)個人歷史背景；(3)個人抉擇；(4)生理條件。人們越是遭到更多的剝削與虐待，他們就更有可能傾向於使用暴力
15. 依附行為的發展：在大多數婚姻暴力的加害者中，我們常不難察覺他們對於人際及社會常表現出「不正常的依附關係」，研究中指出加害者有不正常的依附關係的特質之比例比正常人高出一倍多。

綜上，形成施虐行為的因素相當多元，解釋家庭暴力成因之學理甚多，除了精神病理的因素外，單一特質所致施虐行為並不常見，通常是生命經驗、多種人格特質及施虐信念交互影響所致。

第二節 家庭暴力加害人處遇成效評估

法官核發家庭暴力加害人通常保護令，在保護令內註明有效期間多久，並應於期限前完成何種項目處遇計畫，內容為何？而有處遇計畫次數和每次處遇的時間。接著各縣市衛生局人員安排加害人

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

到執行處遇計畫的單位，而執行處遇計畫的單位則透過保護資訊系統可看到法院所核發的通常保護令，也可看到評估報告書的內容，包括基本資料、個人發展史、婚姻家庭史、犯罪史與此次家暴經過、接受團體認知教育鑑定的表現、臨床心理評估、精神狀態初步評估、綜合心理社會和精神評估其家庭暴力危險度描述，及建議處遇計畫等。

壹、家庭暴力加害人處遇成效評估項目

法官核發家庭暴力加害人通常保護令時，已明訂須完成何種項目的處遇計畫，且列出處遇計畫的內容為哪些，如法律認知、情緒管理、衝動控制、溝通技巧等，因此處遇人員在介入過程中，須依照法官核發的處遇項目和內容做評估，方能瞭解加害人的處遇成效。雖然每位加害人處遇計畫項目及內容不同，但處遇成效的目標還是以加害人降低再犯和危險性為主。常見處遇評估的項目如下：

1. 處遇配合度：在團體或個別處遇時，評估加害人的配合度和參與度、主動或被動發言、情緒穩定或不穩定、願意分享個人家暴事件或抗拒防衛不分享、以及是否願意給予其他成員回饋或建議等等。
2. 處遇效果評估：透過處遇計畫的介入，加害人認識家暴防治法、暴力行為對家人及其子女的影響、非暴力的解決方法、情緒管理、衝動控管、壓力因應與調適等教育輔導後，期能降低其暴力再犯和危險性，以落實家庭暴力防治法之精神。故而須評估處遇的效果，評估的面向可從觀察加害人行為、在課程中的表現和被害人的回饋得知。
3. 暴力危險評估：暴力危險性可分為低中高，有些暴力有致命性，甚至危害到生命。透過處遇計畫的介入，仍須評估加害

人的暴力程度，並與網絡單位通力合作，隨時防範加害人有暴力危險性，避免傷及到被害人。

4. 情緒處理技巧：憤怒和生氣的情緒常是引發暴力的主因，因此情緒管理可降低暴力的再發生。透過處遇的介入，可學習到因應情緒的方法，如運動、找朋友傾訴、離開現場等，不再以暴力發洩情緒。因而情緒處理技巧的評估是重要的，可降低暴力再犯和危險性。
5. 再犯可能性：家庭暴力加害人處遇計畫目標主要是降低再犯性，在處遇的過程中，隨時要評估加害人是否會再犯，如得知加害人有再犯可能性，則須聯繫相關網絡單位，共同防範加害人傷害到被害人。如加害人再犯嚴重暴力行為，警察單位可以逮捕並羈押。

貳、家庭暴力加害人處遇時注意事項

- 一、在處遇過程中，處遇人員如發現加害人出現或有潛在自殺、自殘、家暴、性侵害等行為時則須進行通報，透過網絡合作，進而保護被害人。
- 二、在處遇過程中，處遇人員評估加害人疑似有精神疾患、酒藥癮情形，可提供相關資源給加害人，或與衛生局處遇個管社工聯絡，協助加害人就醫，避免因精神疾患、酒藥癮問題引發暴力行為。
- 三、在處遇過程中，處遇計畫執行機關（構）認加害人處遇計畫有延長、縮短期間或變更內容之必要者，應敘明理由及建議意見，填妥「家庭暴力加害人特殊狀況通報書」，通報執行處遇之直轄市、縣（市）主管機關。直轄市、縣（市）主管機關接獲前項通報，應即通知當事人、被害人、加害人及其戶籍所在地之直轄

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

市、縣(市)主管機關。直轄市、縣(市)主管機關得依本法(指家庭暴力防治法)第 15 條第 3 項聲請延長通常保護令，當事人或被害人亦得依本法第 15 條第 2 項規定向法院聲請撤銷、變更或延長保護令。

- 四、處遇結束後，處遇人員經過評估，可建議加害人仍須加強哪些能力，如認識家暴法、性別平權、問題解決能力、婚姻與家庭的經營、自我個性的覺察與瞭解、親職效能等。並可轉介加害人到相關資源機構以得到後續的服務，如法律諮詢、婚姻諮商、親子教育資源等。
- 五、處遇計畫執行機關(構)發現加害人有不接受處遇計畫、接受時數不足或不遵守處遇計畫內容情事，或有恐嚇、施暴等行為時，應填妥「家庭暴力加害人特殊狀況通報書」，並通報直轄市、縣(市)主管機關。直轄市、縣(市)主管機關接獲通報後，應即通知警察機關或依本法第 61 條規定移請地方法院檢察署。

重點回顧

認識家庭暴力加害人的分類，將有助於深入了解各自差異性，以便發展及實施適性的處遇方案。經研究發現，家庭暴力加害者有著許多相似的生命經驗及特質。

問題與討論

問：案例一小薛現年 30 歲，家中排行老大，生性不定喜好玩樂，整天酗酒、釣魚，工作不甚穩定，雖繼承父親屠宰工作，但薪資常不夠花用，家人每月資助約 15,000 元。15 歲第一次婚姻草草結束，17 歲於酒家認識小芸同居三個月後結婚，生下一子全

由娘家照顧，但由小薛匯款照顧費用給岳母，小芸常藉回娘家為由在外花錢玩樂，由於小孩生下為先天性甲狀腺低能症需定期就醫，但小芸常無法按時前往，且不常在家且不作家事導致家中髒亂，小薛因此覺得婚姻受騙及心理不平衡，認為小芸對家庭不負責任，進而導致夫妻關係衝突，每次喝酒後便暴力相向，或以離婚威脅並拳打腳踢，近年來暴力行為增加，使用武器並掐脖子威脅殺害，甚至揚言自殺，且也對孩子施暴，因此遭通報家庭暴力案件。分析小薛暴力類型為何，其需接受哪些處遇計畫，對處遇計畫可進行的評估有哪些？

答：依 Johnson 婚姻暴力類型的分類，此為夫妻關係衝突之「尋常配偶暴力型」，小薛在心智尚未完全成熟時的婚姻，因家計及孩子生理問題的困難與挫折所擊垮。在會談中，小薛明顯意志力薄弱容易改變想法，並合理化其暴力行為而持續出現暴力攻擊，導致被害人明顯傷害，再犯危險性評估為中度暴力危險性，具有未分類衝動疾患，對於小薛處遇應以認知教育輔導為主，並針對暴力行為之代間傳遞、壓力管理、衝動控制及酒精議題進行認知輔導教育。處遇過程和處遇後，要評估小薛再犯性、暴力危險、減酒害及情緒處理的效果。

問：案例－阿龍現年 47 歲，在 22 歲時自由戀愛認識阿芳，曾先行同居後奉子之命結婚，婚後阿龍深愛阿芳，但因酗酒及工作不穩定而自尊心低落，情緒暴躁偶而對孩子施暴，育有三子均由太太一人照顧，認為阿芳是好太太也是好媽媽，對其相當的依賴。阿龍因廚師工作須經常晚歸，而阿芳有一位過往甚密的乾弟弟，導致兩人因此經常衝突。阿龍在一次酒醉後對阿芳謾罵拳打腳踢，造成身體嚴重傷害而遭控傷害罪。因心裡深愛著阿芳，

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

整日疑神疑鬼，忌妒烈火焚燒，在又愛又恨的情緒下，以鹽酸潑灑阿芳的內褲，同時聲稱所有控制行為是為阿芳好，藉由警告行為讓她迷途知返。近日因母親病倒無法進食，阿芳不願前往照料而再度爆發衝突，以手掐脖子要阿芳清醒，情緒暴躁、衝動控制差，遭兒子通報家庭暴力案件。分析阿龍暴力類型為何，其需接受哪些處遇計畫，對處遇計畫可進行的評估有哪些？

答：依 Johnson 婚姻暴力類型的分類，此為「親密性恐怖暴力型」，阿龍因長期酗酒工作不穩定，加上個性衝動，造成自我控制力差，與其性別認知中男人至上落差甚大，好不容易找到穩定工作後，卻發現阿芳的交友問題，因而妒火中燒，以『為了對方好』的迷思去增強暴力行為，會談中性別意識明顯，認知僵化，自尊心低落，情緒暴躁，衝動控制差，以及合理化暴力行為，評估阿龍精神狀態屬於酒精濫用併有未分類衝動疾患，為中高度家庭暴力危險群。建議阿龍的處遇須包括心理輔導及認知教育輔導，並包含衝動控制與情緒管理，另針對愛恨交集的認知行為影響，如男性角色認知與現實落差的潛在性自卑，及以恐怖威脅方式希望妻子回心轉意的迷思進行探討與輔導。此外，阿龍需接受減酒害教育，認知酒精的危害性，降低飲酒後對家人暴力相向的行為。並在處遇過程和處遇後，評估阿龍再犯性、暴力危險、性別平權概念、減酒害及情緒處理的效果。

參考文獻

- 吳慈恩、黃志中（2008）。*婚姻暴力醫療處遇*。臺南：復文。
- 林明傑、沈勝昂（2004）。婚姻暴力加害人分類之研究。*中華心理衛生學刊*，17(2)，87-113。

- 林明傑、黃志中 (2003)。《他們怎麼了？家庭暴力加害人的評估與輔導》。嘉義：濤石文化。
- 陳淑娟 (2020)。《家庭暴力加害人處遇計畫法規範的形成與適應－以法院核發的困境與解決出發》〔未出版之碩士論文〕。國立政治大學法律系。
- 黃雅羚 (2009)。《婚姻暴力中互為相對人－社會工作者之觀點》〔未出版之碩士論文〕。國立台北師範大學社會工作研究所。
- 衛生福利部保護服務司統計 (2024 年 05 月 07 日)。《家庭暴力加害人處遇計畫規範》。<https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-cat01.html>
- 鄭瑞隆、王文中 (2002)。《婚姻暴力加害人特質與處遇評估工具之研究》。內政部：家庭暴力及性侵害防治委員會委託研究案。
- Brown K., & Herbert, M. (1997). *Preventing family violence*. England: John Wiley & Sons.
- Dutton, D. G. (1988). Profiling of wife assaulters: Preliminary evidence for a trimodal analysis. *Violence and Victims*, 3, 5-30.
- Johnson, M. P. (2008). *In A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston: Northeastern University Press.
- Lindsey, M., McBride, R. W., & Platt, C. M. (2000)。《家庭暴力者輔導手冊》(林明傑、陳文心、陳慧女、劉小菁譯)。張老師出版社。(原著出版於 1996 年)。
- Walker, L. E. (1979). *Myth and reality: The battered woman*. NY: Harper & Row Publications.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄



第七章

性侵害通報、驗傷採證

王姿芸

高雄市政府社會局家防中心性侵害防治組社工督導

吳慈恩

長榮大學神學系教授

麥漢倫

高雄醫學大學附設中和紀念醫院社會服務室社會工作師

華筱玲

國立臺灣大學醫學院附設醫院婦產部主治醫師

蔡景宏

高雄市立凱旋醫院兒童青少年精神科醫師兼科主任

本章學習重點

1. 了解性侵害通報流程與管道
2. 了解性侵害驗傷採證現況

關鍵詞

性侵害、通報流程與管道、驗傷採證

第一節 性侵害的通報流程與管道

壹、法源依據

性侵害犯罪係指觸犯刑法第 221 條至第 227 條、第 228 條、第 229 條、第 332 條第 2 項第 2 款、第 334 條第 2 項第 2 款、第 348 條第 2 項第 1 款及其特別法之罪。又依性侵害犯罪防治法第 11 條醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、教保服務人員、警察人員、勞政人員、司法人員、移民業務人員、矯正人員、村（里）幹事人員、私立就業服務機構及其從業人員，於執行職務時，知有疑似性侵害犯罪情事者，應立即向當地直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得超過 24 小時。

上述醫事人員¹及社會工作人員²為醫療場域經常接觸到保護性個案的執業人員，為法令規定「責任通報者」之角色。責任通報者意指要求相關人員對疑似性侵害情事通報負有社會責任及法律義務，其目的是保護疑似性侵害被害人免受進一步的傷害。醫事人員及社工人員常常是保護通報第一線，應隨時具有疑似性侵害被害人保護的敏感度、危機評估介入能力、執行臨床醫療驗傷照護，並熟悉保護法律規定及責任通報能力。

¹ 醫事人員：依醫事人員人事條例第 2 條所示，指依法領有專門職業證書之醫師、中醫師、牙醫師、藥師、醫事檢驗師、護理師、助產師、營養師、物理治療師、職能治療師、醫事放射師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、藥劑生、醫事檢驗生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事放射士及其他經中央衛生主管機關核發醫事專門職業證書，並擔任公立醫療機構、政府機關或公立學校（以下簡稱各機關）組織法規所定醫事職務之人員。

² 社工人員：包含社會工作人員及社會工作師，依社會工作師法第 2 條所示，指依社會工作專業知識與技術，協助個人、家庭、團體、社區，促進、發展或恢復其社會功能，謀求其福利的專業工作者。

貳、性侵害的通報與服務流程

一、性侵害犯罪行為

性侵害犯罪係指涉及與性相關之犯罪行為，其方式包含暴力、脅迫、恐嚇、權勢等，違反當事人意願發生之強制性交或性猥褻行為。性交行為包括以性器進入他人之性器、肛門或口腔，或是以其他身體部位或器物進入他人之性器、肛門之行為。性猥褻行為是指為了滿足性慾，違反他人意願對他人從事親吻、撫摸等肢體接觸。除此之外，醫療臨床業務遇到未滿 16 歲病人求診主述與性相關病症有關，需請臨床人員提高敏感度，因刑法第 227 條規範，涉及對未滿 16 歲之人有關的性猥褻或性交行為，即便為雙方合意，仍構成性侵害犯罪。

二、性侵害責任醫院驗傷採證協助

- (一) 當責任醫院接獲疑似性侵害案件時，請先給予病人情緒支持，注意病人隱私，協助急診檢傷並以檢傷分類第一級病人優先處理，並通知醫院專責人員及醫療團隊協助。
- (二) 若病人求診的醫療院所非責任醫院時，請協助轉介至其它責任醫院，並行性侵害案件知悉責任通報。
- (三) 請引導病人至驗傷診療之隱密空間，先行釐清性侵害案件事發經過，並依照各縣市性侵害案件網絡通報機制，以高雄市為例，醫院會協助病人通知高雄市婦幼隊，並由婦幼隊評估案件類型，派員警及視病人需求通知防治中心社工人員到醫院協助，若被害人為未滿 18 歲之案件，高雄市家防中心會先行派社工人員陪同驗傷及偵訊。
- (四) 醫療團隊協助說明性侵害被害人權益及驗傷採證流程，並於病

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

人簽署「性侵害案件驗證同意書」後，使得進行驗傷採證，驗傷採證注意事項於第二節說明。

- (五) 醫院護理人員或社工人員陪同病人進行驗傷採證流程，並留意病人情緒反應或不適，請給予安撫與協助。
- (六) 醫療團隊協助說明驗傷結果，疾病衛教，安排門診追蹤性病相關檢驗結果，並留意病人後續創傷反應，若有需要請轉介精神科門診或照會醫院社工人員協助。
- (七) 醫療團隊確認證物採集之完整性，將證物裝盒並與到院員警對點後無誤，將證物盒封籤，並讓員警簽收後，醫院遞交證物盒。
- (八) 責任通報人員將醫療端協助之過程及內容，撰寫於通報表內，並依循法令規範，24 小時內進行性侵害案件線上責任通報。

三、通報方式、內容與注意事項

(一) 通報方式

現行通報方式以網路「線上通報」為主。醫事人員及社工人員在執行職務時遇到疑似性侵害犯罪情事者，依法須於 24 小時內通報當地家庭暴力暨性侵害防治中心。於網路搜尋「社會安全網－關懷 e 起來」通報網，直接於網頁上建立通報表單，透過網路傳送至家防中心。若專業人員全天遇緊急、重大案件或通報相關疑問時，可逕洽各縣市政府家防中心窗口或專線值班手機。

(二) 通報內容

通報填寫關懷 e 起來之內容包括下列資訊：

1. 通報人資訊。
2. 受保護 / 被害人資訊。
3. 相對人 / 嫌疑人 / 有無施虐者資訊。

4. 具體事實：案發時間與地區、案情陳述、傷亡程度、附加檔案、施暴手法（工具）、加 / 被害人之自殺意念及企圖、是否涉及公共危險事件等。
5. 是否為告訴乃論案件。
6. 若兩造關係為或曾為親密關係伴侶（指雙方以情感或性行為為基礎，發展親密之社會互動關係），則須填寫八題 TIPVDA 危險評估表（系統自動顯示）。

（三）通報之注意事項

1. 責任通報單位人員執行職務時得知疑似性侵害犯罪時，應立即在 24 小時內利用「線上」方式向當地直轄市、縣（市）主管機關通報。若遇網路問題無法使用網站，可輔以「紙本」方式進行傳真通報，且傳真後應再次向家防中心確認是否收到。（為避免重複建檔通報，請直接以紙本傳真並確認即可）。
2. 通報方式以網路通報為主，通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩漏或公開。
3. 通報表除通報當地主管機關外，通報單位需自存乙份。
4. 通報表若需受理單位回覆處理情形者，請勾選；受理單位責任社工人員將應儘速電話聯繫回覆。另如需查詢通報案件受理狀況，請於通報時記下通報案件編號及驗證碼，即可於「社會安全網－關懷 e 起來」網站之查詢受理狀況進行查詢。

四、責任醫院受理疑似性侵害案件處理流程－以高雄市為例

高雄市轄屬的責任醫院，受理疑似性侵案件處理流程詳如下頁圖：

1

2

3

4

5

6

7

8

9

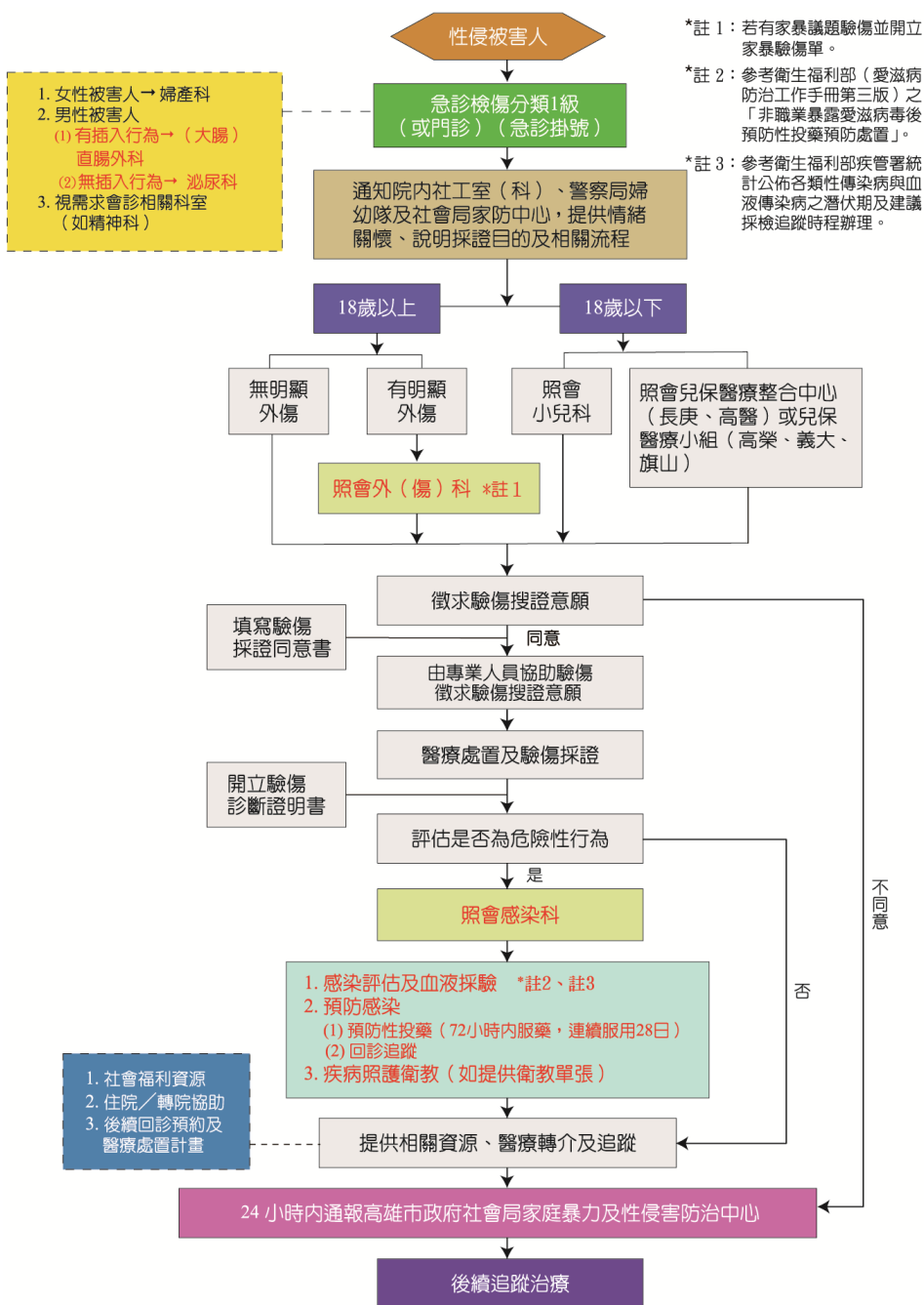
10

11

12

13

附錄



參、通報流程的實務操作與案例分享

一、通報操作步驟流程

(一) 登入畫面

請於搜索引擎搜尋「社會安全網－關懷 e 起來」，或鍵入網址 <https://ecare.mohw.gov.tw/> 將出現如下畫面，並點選左上線上求助 / 通報。

(二) 進入通報步驟

1. 事件類型篩選：依據欲通報之事件，點選符合之項目（可複選），系統將出現相對應之轉介單。左方之選項與保護案件通報有關，隨選項不同，將分為成年通報、未成年通報，提供兒少保護案件通報、性侵害案件通報表及成保通報表 / 未同居轉介。
2. 以性侵害案件為例，成年及未成年皆為性侵害案件通報表。
3. 填寫通報人員身分，醫事人員勾選責任通報，填寫相關資訊（受理時間、紅框為必填項目），並依需求決定是否需要回覆通報單位。
4. 填寫受保護 / 被害人資訊（紅框必填，填寫生日後年齡將自動帶入）。
5. 填寫施虐者 / 相對人 / 嫌疑人之個人資料及同住資訊，若不只一名，可新增。
6. 選擇兩造關係，若為（或曾為）親密關係伴侶（如：婚姻中、離婚、同居伴侶），則須填寫八題 TIPVDA 危險評估表（系統自動顯示）。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

(1) 家庭成員

(2) 非家庭成員

7. 具體事實填寫完畢後，點選頁面最下方的檢視通報。
8. 依照填寫的通報表類型，出現相應之完整通報表。
9. 檢視通報表內之資訊是否正確，若有誤可點選「繼續編輯」，無誤則填寫驗證碼及 E-mail 後點選「確認通報」，即完成通報。

(三) 通報完成

1. 性侵害案件通報成功畫面有出現「成功送出」字樣。
2. 通報成功後，收件信箱也會收到案件查詢碼通知。

二、實務案例及操作流程

(一) 案例

美美是一個在高雄市性侵害責任醫院急診室上班的護理師，在某天周末的下午接獲一個疑似性侵害被害人來急診室求診的案件，經醫院檢傷人員詢問之下，小雨是一個 20 歲的女性病人，在交友軟體上與男網友相約見面出遊，沒想到男網友在小雨的飲料當中添加不明物質，導致小雨喝完之後，不曉得發生什麼事情，醒來後，小雨衣衫不整躺在旅館房內，且已經聯絡不上男網友，事發後小雨慌張的獨自前來醫院急診室驗傷。

(二) 實務操作流程

流 程	內 容
接獲案件	美美護理師接獲此案，先陪同小雨檢傷及安撫情緒，並帶至醫院溫馨室。
權益告知	以高雄市性侵害驗傷蒐證流程為例，美美護理師協助了解事發經過，提供性侵害權益告知後，並徵詢小雨驗傷採證意願，同意後，聯絡高雄市婦幼隊到院協助。
驗傷採證診療	美美聯絡婦產科醫師協助小雨做驗傷、採證及診療，並將採證完的證物與來院的婦幼隊員警點交並簽收帶離醫院。
離院衛教追蹤	美美護理師提醒小雨回診追蹤的重要性，並告知會通知醫院社工師及通報政府家防中心後續協助。
線上責任通報	案件結束後，美美護理師於網路上搜尋「社會安全網－關懷e起來」，進行線上通報，將本次小雨的案件鍵入網頁中，並成功送出及將通報單印下歸檔，完成線上通報作業。

第二節 性侵害的驗傷採證

壹、會談與病史

應在安全友善的環境進行會談，先詢問被害人病史（內外科及精神科病史、受暴史），及受害經過，包括加害人、時、地、事、物、性侵害方式（口交、肛交、陰部性交……等），且記錄陳述者是被害人本人或其他人。與兒少或精神／心智疾患者會談應避免污染證詞不用誘導性問題，而用開放性問題，如下：

1. 你知道為什麼要來這裏嗎？

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

2. 請問發生了什麼事？
3. 然後呢？
4. 請再多告訴我一點？
5. 當時有什麼感覺？
6. 請問有哪裡要給我看一下 / 檢查？
7. 還有呢？
8. (當孩子指出某處的傷以後) 這個傷是怎麼來的？

貳、性侵害犯罪事件通報

一、原則

1. 非合意：一律通報。
2. 合意：一方未滿 16 歲一律通報；雙方皆已滿 16 歲，且非精神 / 心智疾患者或禁治產者，由本人決定是否通報。

參、簽署「性侵害案件驗證同意書」(附件 7-1)

- 一、未滿 7 歲兒童：法定代理人(或依法負責執行監護之社工人員)簽署即可。
- 二、7 歲以上未滿 12 歲兒童：兒童本人及法定代理人(或依法負責執行監護之社工人員)都要簽署，以法定代理人(或依法負責執行監護之社工人員)之意見為主。
- 三、12 歲以上未滿 18 歲少年：少年本人及法定代理人(或依法負責執行監護之社工人員)都要簽署，以少年本人意見為主。

肆、身體驗傷及採證

事發 7 天內，應使用「疑似性侵害案件證物盒」，依驗傷採證步

驟一至十（附件 7-2）執行。事發 7 天以後，則使用「疑似性侵害案件未開盒採證袋」驗傷，可不必作微物跡證之採證。

從頭頂到腳底都要檢查，依被害人描述之受傷處及性交部位應加強檢查。如被害人同意照像及製作光碟，其照片之第一張及最後一張應為基本資料卡，一個傷痕宜照中景及近景，共 2~4 張或以上，驗傷拍攝之影像檔案請燒錄於驗傷光碟後封籤，與「受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」（附件 7-3）及「疑似性侵害案件採證盒」或「疑似性侵害案件未開盒採證袋」，依「員警處理性侵害案件交接及應行注意事項表」（附件 7-4）與司法警察人員進行交接。

檢 查 項 目	評 估 指 標
<ul style="list-style-type: none"> ■ 身體檢查 從頭到腳檢查。 兒童如無法配合可考慮使用鎮靜劑。 ■ 肛陰部檢查 <ul style="list-style-type: none"> ● 女性： 陰阜、大陰唇、小陰唇、陰蒂、處女膜、處女膜前庭、舟狀凹窩、後陰唇繫帶、會陰、尿道口、肛門及周圍。 已確定有性行為者，宜使用適當大小的陰道擴張器檢查陰道及子宮頸。 女童應以仰臥及俯臥姿勢檢查，一般只須檢查外陰部，不須陰道內診，但若有明顯之急性處女膜傷痕、陰道流血、懷疑陰道有異物或已確認曾有陰道性交，可考慮在不造成新傷且盡量不造成受害者疼痛情況下，以極小號陰道擴張器（醫院自備）內診。 ● 男性： 陰莖、龜頭、包皮、陰囊、會陰部、肛門及周圍。 ■ 作性交部位分泌物檢查 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 身體各部分之新舊傷－詢問與性侵害事件的相關性。 ■ 肛陰部流血、紅腫、擦傷、撕裂傷、瘀 / 挫傷。 ■ 肛陰部疼痛、癢、腫脹感。 ■ 陰部有異常分泌物或發炎。 ■ 處女膜緣中斷、缺失、深凹痕。 ■ 肛陰部有受傷癒合的疤痕。 ■ 懷孕。 ■ 性傳染病。 ■ 不能只以陰道口或處女膜孔洞大小診斷性侵害。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

伍、實驗室檢查

需依據性侵害部位採取肛門、陰部 / 子宮頸或口腔分泌物及血液作性傳染病檢查。

依案情需要作酒精藥毒物血液尿液檢查（事發 96 小時內），酒精則另外抽血由醫院自行檢驗。依照「疑似性侵害案件藥物採證及鑑驗標準作業程序」（附件 7-5）及「疑似性侵害案件藥毒物鑑驗收件流程圖」（附件 7-6），收集 20 毫升血液及 60 毫升尿液，醫師填寫「性侵害案件藥物鑑驗血、尿液檢體監管紀錄表」（附件 7-7）後交付員警送驗，並填寫「員警處理性侵害案件交接及應行注意事項表」（附件 7-4）。

	項 目	檢體 / 項目	評 估 指 標	備 註
性傳染病檢查	披衣菌檢驗*註 1	性交部位體液 (口腔、陰道或子宮頸、肛門、 男性尿道口)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 身體檢查有侵害性的表徵 ■ 有性傳染病的症狀 ■ 加害者是性傳染病的高危險群 	
	淋病細菌培養或 DNA 檢驗			
	滴蟲玻片鏡檢或 DNA 檢驗	陰道分泌物		
	梅毒 (RPR, VDRL) *註 2	血 液		
	HIV (Anti-HIV)*註 2	血 液		
	B 型肝炎 (HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc)	血 液		
	C 型肝炎 (Anti-HCV)	血 液		
	尖頭濕疣及疱疹	—	尖頭濕疣及疱疹可目視診斷或以病理切片診斷	
懷 孕 檢 驗	hCG	尿 液		男性不必
酒精 / 藥毒物 檢 驗	酒精*註 3	血 液	<ul style="list-style-type: none"> ■ 被害者疑似主動、被強迫或不知情下服用或注射酒精 / 藥毒物 ■ 有臨床症狀 	應先簽署性侵害案件驗證同意書 (附件 7-1)
	藥毒物	血液及尿液或毛髮*註 4		

註 1：披衣菌培養、抗原檢驗或 DNA 檢驗是確認診斷的方法。

註 2：篩檢陽性應盡快通知病人作確認檢驗。

註 3：酒精由各醫院自行檢測。

註 4：一般只取血及尿檢驗，在特殊情況下，依藥毒物專家建議採取毛髮檢驗。

陸、診斷及闡釋

- 一、診斷性侵害，除依病史亦需參考理學檢查或實驗室檢查結果。
- 二、傷痕判斷：曾遭受性侵害者的身上未必有傷痕或加害人分泌物殘留。兒少性侵害判斷原則如下（Kellogg et al., 2023）：

性接觸的診斷	檢 查 發 現
確 定 性 接 觸	A. 懷孕 B. 身體檢驗到精液
受 傷	A. 肛陰部急性受傷 (1) 大陰唇、小陰唇、會陰、陰莖、陰囊、肛門（旁）：新裂傷、瘀傷。 (2) 後陰唇繫帶、處女膜前庭：新裂傷。 (3) 處女膜：新裂傷（無論深淺）、擦傷、瘀傷、出血點。 (4) 陰道裂傷。 B. 肛陰部舊傷痕： (1) 處女膜後半（3 到 9 點鐘位置以下）：中斷或缺損一段。 (2) 後陰唇繫帶、舟狀凹窩、或肛門（旁）：疤痕。 (3) 女性生殖器切割。 C. 口部急性受傷—如：嘴唇或上顎受傷或出血點
無專家共識，但如有性侵害史則可能與性侵害相關	A. 肛門（包括內、外括約肌）立刻完全擴張，且無便秘 / 大便失禁、無靜鎮 / 麻醉、無神經肌肉異常。 B. 在處女膜後半 3 到 9 點以下位置有深度凹陷幾乎中斷。 C. 處女膜 3 點或 9 點鐘位置完全中斷。
感 染	A. 性接觸（由適當檢驗方式確認，且非出生時母體感染、非輸血 / 針紮感染） (1) 陰部、肛門或咽部淋病。 (2) 陰部、肛門或咽部披衣菌感染。 (3) 陰道分泌物或尿有滴蟲感染。 (4) 梅毒。 (5) HIV。 B. 性接觸或非性接觸 (1) 陰部或肛門尖頭濕疣（菜花）。 (2) 口部、陰部或肛門感染第一型或第二型疱疹病毒。 (3) 陰部或肛門 Molluscum contagiosum。 (4) Urogenital Gardnerella vaginalis。 (5) Urogenital mycoplasma genitalium。 (6) Ureaplasma urealyticum。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

柒、醫療處置

一、性傳染病之預防

疑似被性侵害且青春期中以上之受害者可以直接給予下列預防性抗生素，在考慮藥物過敏史後，每組抗生素中選用一種，但是青春期中前兒童被感染率較低，不需立即給予預防性抗生素，宜等檢查結果確定罹患性傳染病時，再給予抗生素治療，但在必要時（如：已知加害人為性傳染病高風險者）可考慮使用（體重未達 40 公斤或兒童宜調整劑量）。

1. 淋病預防 ■ Cefixime 400mg 口服單一劑量或 ■ Ceftriaxone 250-500mg 肌肉注射單一劑量或 ■ Ciprofloxacin 500mg 口服單一劑量	加	2. 陰道滴蟲病或陰道細菌症預防（男性不用） ■ Metronidazole 2g 口服單一劑量或 ■ Metronidazole 500mg 口服 2 次 / 天 × 7 天或 ■ Tinidazole 2g 口服單一劑量	加	3. 披衣菌預防 ■ Azithromycin 1g 口服單一劑量或 ■ Doxycycline 100mg 口服，2 次 / 天 × 7 天
--	---	---	---	---

二、懷孕之預防

女性被害人發育為 Tanner stage 3 (含) 以上到停經未滿一年者，應在其同意下給予事後避孕的處置：

- (一) 在事後避孕處置之前應先確定驗孕呈陰性反應。
- (二) 應先解釋事後避孕方法可能的副作用。
- (三) 事後避孕方法應在事後 7 天內盡早給予：

1. 事後 5 天內給予 Ulipristal 30mg，口服一劑，是目前效果最佳方法。

2. 事後 3 天內給予 Levonorgestrel 1.5mg，口服一劑。
3. 事後 7 天內裝子宮內避孕器（必須確認已有性行為者）。

三、性侵害導致懷孕的處置

- (一) 妊娠的繼續或終止：依我國優生保健法規定，因性侵害導致之懷孕在 24 週以內，可由被害人自行決定依法終止妊娠，若有配偶或法定代理人，應取得其同意。
- (二) 若需以懷孕組織與加害人比對，應先簽署「性侵害案件驗證同意書」（附件 7-1），且勾選同意其中「胚胎採證」項目，依「疑似性侵害案件胚胎採證標準作業程序」（附件 7-8）「性侵害案件胚胎採證流程圖」（附件 7-9）收集臍帶或胎盤組織及受害女性口腔黏膜檢體，填寫「性侵害案件胚胎採證監管紀錄表」（附件 7-10），放入規定之「疑似性侵害案件胚胎採證盒」，並填寫「員警處理性侵害案件交接及應行注意事項表」（附件 7-4），交付刑事警察局鑑驗。

四、心理及情緒上的支持

應儘早照會精神科醫師對被害人及其家長作定期評估，給予心理情緒支持或醫療處置，亦須建議其家長/照顧者接受評估與諮商，協助被害人精神康復。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

捌、後續追蹤

個案類別	回診時間	醫療處置
身體有急性傷痕的個案	(視情況)初診後 3~7 天內回診	檢查並紀錄傷勢發展及變化，包括：瘀 / 挫傷及初診時有疼痛之處；擦傷、裂傷之癒合，有必要時需再照相。
所有的個案	初診或受暴 1~2 週回診	檢查受傷部位癒合情況，向個案 / 法定代理人解釋前次實驗室檢查結果。作驗孕及局部檢查*及性傳染病檢查（淋病、披衣菌、滴蟲……等）。
	受暴後 4~6 週	局部檢查*、梅毒（RPR 或 VDRL）、HIV（Anti-HIV）、B 型肝炎（HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc）、淋病、滴蟲檢查，及驗孕。
	受暴後 12 週（3 個月）	局部檢查*、梅毒（RPR 或 VDRL）、HIV（Anti-HIV）、B 型肝炎（HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc）檢查。
	受暴後 24 週（6 個月）	局部檢查*、梅毒（RPR 或 VDRL）、HIV（Anti-HIV）、B 型肝炎（HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc）、C 型肝炎（Anti-HCV）檢查。

*局部檢查：性交部位檢查也包括疱疹（潛伏期約 2 周內）及尖頭濕疣（潛伏期約 3 週至 9 個月）

若檢驗結果懷疑有性傳染病感染或性侵害導致之懷孕，應盡快通知被害人做確認診斷及治療處置，並通知家防中心社工提供司法官當作相關證據。醫院社工應為每個個案作門診追蹤紀錄，列出門診日期、科別、檢查 / 檢驗結果及處置，舉例如下表：

個案服務紀錄表	
病歷號碼：	就診日期：2022/00/00 事發日期：2022/00/00
姓名：小美	
個案類型： <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 兒少保護 <input checked="" type="checkbox"/> 性侵害	
戶籍地： <input checked="" type="checkbox"/> 臺北市 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 其他縣市	
發生地： <input checked="" type="checkbox"/> 臺北市 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 其他縣市	

處 遇
<p>■1. 通報：■24 小時內 □>24 小時原因：</p> <p>□2. 完成「台灣親密關係暴力危險評估表」(TIPVDA) ■不適用 答「有」題數合計__分</p> <p>■3. 驗傷醫療補助</p> <p>■4. 提供福利服務：□保護安置 ■經濟補助 □法律諮詢 □心理諮商</p> <p>■5. 提供權益、救濟及服務書面資料</p> <p>■6. 轉介：臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心</p> <p>■7. 精神科約診：2022/00/00</p> <p>□8. 其他：</p>
離 院 計 劃
<p>■1. 返家</p> <p>□2. 安置</p> <p>□3. 暫住親友家</p> <p>□4. 其他：</p>
性 侵 害 個 案 後 續 追 蹤
<p>事發 1~2 週後一般門診 ■是 (2022/00/00) 科別：婦產 □否 原因：</p> <p>事發 4~6 週後一般門診 ■是 (2023/00/00) 科別：婦產 □否 原因：</p> <p>事發 3 個月後一般門診 ■是 (2023/00/00) 科別：婦產 □否 原因：</p> <p>事發 6 個月後一般門診 ■是 (2023/00/00) 科別：婦產 □否 原因：</p> <p>精神科門診：2022/00/00、2022/00/00、2023/00/00</p> <p>※特殊情況：</p> <p>1. ■ 懷孕：</p> <p>2023/00/00 驗孕陽性，當天超音波發現約懷孕 7 週，個案決定接受人工流產手術。</p> <p>2023/00/00 人工流產，作胚胎採證，警察協助送檢。</p> <p>2023/00/00 回診</p> <p>2. ■ 性傳染病：</p> <p>2023/00/00 梅毒 VDRL 陽性</p> <p>2023/00/00 梅毒確診</p> <p>2023/00/00 開始梅毒治療</p> <p>2023/00/00 通知臺北市家防中心社工</p> <p>■轉介感染科治療 ■是 □否 原因：</p> <p>3. □其他：</p>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

玖、案例說明

- 一、以下每案皆在急診檢傷認為是疑似性侵案件，安排驗傷，照會社工並通知婦幼隊警察到院處理及通報家防中心。
- 二、以下每案都在會談室經醫護人員說明後，本人 / 法定代理人皆簽署同意驗傷、採證、照相、製作光碟。其中案例一及二皆簽署同意接受血液尿液藥毒物檢測。
- 三、以下每案依規定步驟驗傷採證及照相製作光碟後，皆安排精神科醫師會診及相關科後續門診追蹤。

【案例一】

小莉，15 歲，輕度智障學生，未婚，無性經驗，最後一次月經為 2023/00/00。

2023/00/00 下午到姊姊工作場所，當天 18:00 姊姊的男性組長帶小莉到 KTV 唱歌，在 KTV 中喝幾口柳丁汁後突然睡著，約 23:00 獨自在汽車旅館內醒來，找不到內褲，且陰部刺痛，回家後告知父母，2023/00/00 02:00 由父親帶到醫院驗傷。

一、驗傷發現：

1. 頭、臉、軀幹及四肢無明顯外傷。
2. 後陰唇繫帶 0.5 公分新裂傷，處女膜 6 點鐘位置新裂傷。
3. 肛門口 11 點鐘位置新裂傷約 0.4 公分。
4. 肛門鏡檢查未發現傷痕。

二、特定部位採證：依規定作陰部、肛門及口腔分泌物檢體採證及此三處性傳染病檢驗。

【案例二】

小婷，20 歲，酒促小姐，未婚，曾有性行為，未曾懷孕，最後

一次月經為 2023/00/00，最近一次合意性行為在 2023/00/00。

2023/00/00 於工作酒店遭二名男性客人灌酒，在意識清楚但無力抵抗下於當天約 23:00 被帶往汽車旅館，二男客先後強行以陰莖插入陰道及口腔，其中一人在陰部射精，另一人在口腔中射精。一加害人曾親吻其左乳，於 2023/00/00 08:00 到院驗傷。

一、驗傷發現：

1. 右側口角新裂傷約 0.3×0.1 公分。
2. 左乳房紅色瘀傷約 2×2 公分。
3. 後陰唇繫帶 0.5 公分新裂傷，處女膜 4 及 7 點鐘位置舊裂傷。

二、特定部位採證：依規定作陰部及口腔分泌物檢體採證及此二處性傳染病檢驗，且以微濕棉棒在左乳親吻處採證。

【案例三】

小正，14 歲，學生，無性經驗，2023/00/00 約 22:00 在公園廁所解尿時，被陌生男性由後方以陰莖插入肛門，回家後家長於 2023/00/00 00:30 送到醫院驗傷。

一、驗傷發現：

1. 右上臂內側線狀新刮擦傷 4 條，各約 3×1 公分。
2. 肛門口 6 點鐘位置 0.5 公分新裂傷。
3. 經肛門鏡檢查發現肛門黏膜距肛門口 1 公分處 6 點鐘位置新裂傷約 0.5 公分。

二、特定部位採證：依規定作肛門分泌物檢體採證及性傳染病檢驗。

三、經照會感染科醫師諮詢，被害人及其家長決定接受愛滋病預防用藥。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

重點回顧

性侵害被害人遭遇性侵害後如何有效迅速通報已保障其權益相當重要，本章節詳述通報流程，尤其是線上通報；本章也詳細論述性侵害被害人如何驗傷與採證及目前現況。

問題與討論

問：什麼是性侵害？

答：性侵害不是性，而是暴力，是粗暴的侵害，是未經允許的性行為，簡單的說，任何沒有經過個人的同意，以強暴、脅迫、恐嚇、催眠術或其他違反個人意願的方法而發生性行為者，都算是性侵害。另外，只要不是個人願意讓他人碰觸或觸摸身體的任何部分，且碰觸程度達猥褻之行爲者，也算是性侵害。

參考文獻

- 社會安全網－關懷 e 起來，網址：<https://ecare.mohw.gov.tw/>
- 衛生福利部（2014）。*兒少虐待及疏忽醫事人員工作手冊*。臺北市：衛生福利部。
- 衛生福利部（2016）。*家庭暴力與性侵害防治－醫事人員工作手冊*。臺北市：衛生福利部。
- Adams, J. A. (2011). *Medical evaluation of suspected child sexual abuse: J Child Sex Abus. 20*, 588-605.
- Adams, J. A. (2020). Sexual Abuse in Children: What the General Practice Ob/Gyn Needs to Know. *Clin Obstet Gynecol, 63*, 486-490.
- Banvard-Fox, C., Linger, M., Paulson, D. J., Cottrell, L., Davidov, D. M. (2020). Sexual Assault in Adolescents. *Prim Care, 47*(2), 331-349.

- Broaddus-Shea, E. T., Scott, K., Reijnders, M., Amin, A. (2021). A review of the literature on good practice considerations for initial health system response to child and adolescent sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 116, 104225.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexual Assault and Abuse and STIs-Adolescents and Adults. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/sexual-assault-adults.htm>.
- Cooper, S. W., Estes, R. J., Giardino, A. P., Kellogg, N. D., Vietb, V. I. (2007). *Child Sexual Exploitation Quick Reference: For Healthcare Professionals, Social Service, and Law Enforcement*. G. W. Medical Publishing: St. Louis, MO.
- Giardino, A. P., Datner, E. M., Asber, J. B., Girardin, B. W., Faugno, D. K., Spencer, M. J. (2003). *Quick-Reference Sexual Assault for Health Care, Social Service, and Law Enforcement Professionals*. G. W. Medical Publishing: St. Louis, MO.
- Kellogg, N. D., Farst, K. J., Adams, J. A. (2023). Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 145, 106283.
- Monteleone, J. A. (1998). *Quick Reference: Child Abuse For Healthcare Professionals, Social Services, and Law Enforcement*. Elsevier: St. Louis, Missouri.
- Nelson, J. M., Woolever, N., Meyer, L., Hall, S., Stakston, J., Dababneh, A., Roush, K., Van-Sistine, M., Tempelis, J., Dierkhising, R. A., Lessard, S., ROAR ED-SANE: A Retrospective Observational Assessment Review of an Emergency Department Sexual Assault Nurse Examiner Program's Adherence to Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for Sexually Transmitted Infections. *Sex Transm Dis*, 50, 167-171.
- World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. 2003.
- Yemane, R. E. H., Sökkary, N. (2022). Sexual Assault/Domestic Violence.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

Obstet Gynecol Clin North Am. 49, 581-590.

Yesodharan, R., Kamath, P., Renjith, V., Krishnan, N. M., Senarathne, U. D., Sasidharan, S. K., Jose, T. T., Nayak, V. C. (2023). The role of legal medicine professionals in preventing pregnancy and sexually transmitted infections among female victims of sexual assault. *Forensic Sci Med Pathol*, 19, 440-451.

第八章

性侵害加害人評估鑑定

王美懿

高雄榮民總醫院精神部社會工作師

吳慈恩

長榮大學神學系教授

沈勝昂

中央警察大學犯罪防治系（所）教授

林耿樟

高雄市立凱旋醫院臨床心理科臨床心理師

徐淑婷

高雄市立凱旋醫院社區精神科醫師兼科主任

本章學習重點

1. 了解性侵害加害人的類型
2. 了解性侵害加害人的評估工具
3. 了解性侵害加害人的評估鑑定方式

關鍵詞

性侵害加害人、性侵害加害人評估工具、性侵害加害人評估步驟、性侵害加害人評估報告

第一節 性侵害加害人的類型

類型學係依據加害人的特徵將加害人區分為不同類型，用以識別加害人的性侵害動機、暴力類型，以及心理社會特徵。傳統上將性侵害區分為接觸性與非接觸性（偷窺、暴露等），接觸性又細分為針對成年人的性侵害與針對家庭外和家庭內兒童的性侵害。在性犯罪領域，最持久的實證分類系統可能是 Knight 及其同事所開發的男性加害人分類系統，這一分類學在理論上具有吸引力，因為它側重於不同形式的犯罪動機，這樣的分類方式有助於臨床工作者理解不同類型加害人的犯罪動機、需求，並決定其治療需求。但後來這個分類系統朝向維度模式發展後變得繁瑣，臨床實務上變得不好用（Thornton, 2021）。加上，除性偏好症外，幾乎沒有看到以加害人分類來預測再犯的文獻，導致，臨床實務上大多採用有實證為基礎的統計精算再犯危險評估量表（例如靜態因素九九評估量表，Static-99），較少對性侵害加害人進行分類。例如，Levenson 和 Morin（2006）的研究指出戀童症、非特定性偏好症、心理病態，以及 Static-99 能預測再犯。Eher 等人（2015）的研究發現暴力風險量表：性犯罪版本（Violence Risk Scale: Sexual Offender Version, VRS: SO）對於戀童症再犯的預測準確性高於 Static-99 和心理病態檢核表（The Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R），而 Oronowicz-Jaskowiak 等人（2024）的研究則發現有戀童症的性侵害加害人與沒有戀童症的性侵害加害人的 Static-99R 並無差異。清楚可見，除了再犯危險評估量表外，戀童症與心理病態的評估可以提高再犯率的預測效能。除此之外，處遇目標若能對應性侵害加害人的心理特徵，將有助於處遇人員更能找到同盟工作的切入點（例如，敵意、報復、虐待、異常性慾）。以下介紹三種分類方式，依據有無性偏好症分類，依據

被害人年紀將性侵害加害人區分為成人性侵害加害人與兒童性侵害加害人。

壹、有無性偏好症

依據美國精神醫學會出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版（DSM-5th）性偏好症（paraphilic disorder），若個案不只有性偏好，且性偏好已經引起顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損時，就符合性偏好症。性偏好區分兩種，一種是異常的性活動偏好，例如窺視他人的私人活動（窺視症）、暴露生殖器（暴露症）、觸摸或摩擦另一未同意的人（摩擦症）、承受羞辱、奴役或痛苦（性被虐症），以及施加羞辱、奴役或痛苦（性施虐症）；另一種是異常的目標偏好，例如對兒童的性專注（戀童症）、使用無生命物件或高度專注於非生殖部位（戀物症），以及從事跨性別裝扮的性喚起（異裝症）（American Psychiatric Association, 2013/2018）。許多研究證實性侵害者常有性偏好症，例如，Abel 等人（1988）在 126 名性侵成年女性的受試者中，發現 44% 有非亂倫的戀童症（對象為女性）；28% 有暴露症；24% 有亂倫的戀童症（對象為女性）；18% 有窺視症；14% 有非亂倫的戀童症（對象為男性）；11% 有摩擦症；10% 有性施虐症。Marshall 等人（2013）在 561 名男性受試者的研究中，有 53.6% 在成年後犯下性侵害罪，並聲稱在 18 歲前就開始有兩種不同的性偏好。不同性偏好再犯率有所不同，暴露症再犯率最高，再犯率達到 23.6%（Firestone et al., 2006），再犯率是戀童症、性施虐症、性被虐症或反社會人格障礙者的 7.52 倍（Páv et al., 2023）。

貳、成人性侵害加害人的分類

Groth (1977) 依性侵動機將加害人分為權力再肯定型（Power

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

Reassurance)、權力斷言型(Power Assertiveness)、憤怒報復型(Anger Retaliatory)及憤怒興奮型(Anger Excitement)。Groth (1979) 將分類調整為三類，權力型、憤怒型及虐待型，權力型的攻擊是屬於補償性的，藉此感覺自己仍有能力，消除內心根深蒂固的不安全感與不適格感；憤怒型的攻擊是屬於報復性的，自認遭到不公平對待而尋求報復，被害人只是遭轉移的替代性人物；虐待型的攻擊是屬於色情化的，象徵性的控制及想要消除誘惑物或威脅物，以恢復內心的平衡(引自林明傑，2004)。Knight 等人(1985)發展出麻州治療中心之性侵加害人分類(The Massachusetts Treatment Center Rapist Typology, MTC: R1)，依加害人犯罪的主要動機、犯罪預謀程度，以及犯罪過程展現的暴力類型分類為機會型(Opportunistic offenders)、廣泛憤怒型(Pervasively angry offenders)、虐待狂型(Sadistic offenders)、非虐待狂型(Sexual non-sadistic offenders)，以及報復型(Vindictive offenders)。Knight 和 Prentky (1990)發表新的分類(The Massachusetts Treatment Center Rapist Typology, MTC: R3)，將分類調整為九類，分別是機會型(高社交能力)、機會型(低社交能力)、廣泛憤怒型、虐待狂(明顯)、虐待狂(高社交能力)、非虐待狂(高社交能力)、非虐待狂(低社交能力)、報復型(低社交能力)，以及報復型(中度社交能力)。機會型加害人被描述為是具有反社會生活型態的自戀者，出於衝動性侵滿足性需求，展示的暴力是工具性的(意即，使用最小量的暴力迫使受害者就範)。廣泛憤怒型加害人被描述為是情感和社交不穩定的反社會者，出於衝動性侵來表達對他人的憤怒，展示的暴力是表達性的(意即，使用比必要更多的暴力迫使受害者就範)。虐待狂型加害人被描述為是性專注的反社會者，從施加痛苦獲得快樂，透過嚴格預謀的性侵害來實現虐待性的性幻想，展示的暴力是表達性和儀式化的

（意即，性侵順序是根據預想的性腳本執行）。非虐待狂型加害人被描述為是擁有非虐待性傾向者，進行預謀的性侵害，透過支配或控制受害者來實現非虐待性異常性幻想，展示的暴力是工具性的。報復型加害人被描述為是對婦女具有厭女情緒，出於對特定婦女的憤怒而進行性侵害，展示的暴力是表達性的（旨在貶低、羞辱和身體傷害受害者）（Oigny et al., 2023）。比較 Groth 和 Knight 等人的版本，相同的地方是都存在出自受性動機驅使，透過嚴格預謀的性侵害來實現虐待性的性幻想的性虐待狂型；出自於對女性的仇恨和憤怒的報復型。不同的地方是 Groth 的權力型性侵動機是消除內心不安全不適格的補償性攻擊，Knight 等人的機會型性侵動機是對機會的衝動性掠奪；廣泛憤怒型性侵動機是源自於普遍的憤怒與攻擊衝動；非性虐待狂型性侵動機是透過支配或控制受害者來實現非虐待性異常性幻想。

參、兒童性侵害加害人的分類

Groth (1977) 以主要性偏好對象區分為退化型 (regressed Type) 與停滯型 (fixated Type)。退化型在其一生中曾與適當之同儕有過性關係，然因一些情境上之壓力，使他們漸失身為男人之信心，於是他們轉移性的滿足到較不具威脅性的未成年兒童身上。停滯型終其一生只能被兒童（也可能是男童）所吸引，且無法在發展中獲得性心理上之成熟。有可能會固定在同一年齡之男童，原因可能是其首次之受虐年齡亦在此年齡，因而性心理成長固著在該年齡，停滯不前。另外，Groth (1979) 又以權力動力、獵誘手法及暴力介入程度區分成三型，與上述兩型交織成六類。Kinght 和 Prentky (1989) 以群聚分析發現，可以用對兒童性偏好之固著程度 (degree of Fixation) 以及與兒童的接觸量 (amount of Contact) 兩個向度來分類兒童性侵

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

害加害人（引自林明傑，2004）。Knight 和 King (2012) 進一步以二個軸心來分類，第一軸心根據固著程度和社會能力將加害人分類，細分為高固著低社交能力、高固著高社交能力、低固著低社交能力，以及低固著高社交能力。第二軸心根據與兒童接觸程度分類，細分為高接觸人際型、高接觸自戀型、低接觸低身體傷害無施虐動機型、低接觸低身體傷害有施虐動機型、低接觸高身體傷害無施虐動機型，以及低接觸高身體傷害有施虐動機型，二個軸心交叉分類成 24 種組合。有人質疑這樣的分類並不是真正的分類，而是描述加害人在多維度空間中的位置，Knight 和 King (2012) 回應在多維度空間中確實存在真正的類型，其特點是對兒童的強烈和偏愛的性興奮且其正常神經發展受到破壞，常見於高固著低社交能力的加害人。自 2000 年以來，線上兒童性侵害 (online child sexual abusers) 的案件有所增加，其特徵明顯不同於一般兒童性侵害，因而，Briggs 等人 (2011) 用網絡聊天室性犯罪者的線上性行為和參與接觸性犯罪的程度，將加害者區分為使用互聯網誘導受害者參與線下性行為的接觸驅動型 (contact driven)；以及透過網絡性行為，如網絡性行為和暴露症，來達到性高潮的幻想驅動型 (fantasy driven) 這兩類，兩者最大的差別在於是否與受害者進行線下接觸。

第二節 性侵害加害人鑑定與評估之法源變更

壹、性侵害犯罪加害人鑑定與評估之法源變更歷程

2006 年，刑法、性侵害防治法、監獄行刑法修訂，將性侵害加害人「刑前治療」修訂為「刑後治療」，性侵刑後治療意義：指性侵害加害人在徒刑執行期滿前或是經社區緩起訴、假釋、緩刑、徒刑

執行完畢、免刑、赦免等，在接受性侵害加害人身心治療或輔導教育後，評估為有再犯危險者，經檢察官聲請法院施予強制治療（參刑法第 91 條之 1、性侵害犯罪防治法第 32、36、37 條）。依修訂刑法第 91 條之 1 規定：「(第 1 項) 犯第 221 條至第 227 條、第 228 條、第 229 條、第 230 條、第 234 條、第 332 條第 2 項第 2 款、第 334 條第 2 款、第 348 條第 2 項第 1 款及其特別法之罪，而有下列情形之一者，得令入相當處所，施以強制治療：一、徒刑執行期滿前，於接受輔導或治療後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。二、依其他法律規定，於接受身心治療或輔導教育後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。(第 2 項) 前項處分期間至其再犯危險顯著降低為止，執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要。」是以，依刑法第 91 條之 1 規定，性侵害加害人於徒刑執行期滿前或依其他法律規定，於接受輔導、治療後經鑑定、評估，認有再犯危險者，得對其施以刑後強制治療，且該強制治療之期間，直至再犯危險顯著降低為止（沈勝昂，2009）。

2023 年，又修訂性侵害犯罪防治法，修正強制治療期間為 5 年以下，如再犯風險未顯著降低有繼續治療必要者，可為第一次延長期限為 3 年以下，第 2 次後每次延長為 1 年以下，但如無繼續執行必要者，法院可裁定停止治療。其目的在使社會防衛與性罪犯的社會復歸，二者皆能兼顧。

本質上，性侵犯罪防治法立法規範主要基於社會保護的本意，是以性侵「再犯危險」是一種犯罪預防的概念，「再犯危險」則是針對加害人未來性犯罪再犯發生的預測，而「再犯危險」「顯著降低」的立法用意是在避免性罪犯造成社區風險的標準原則，因此對性侵犯犯罪加害人進行再犯風險的鑑定與評估則是必須的基本要求。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

貳、性侵害犯罪加害人鑑定與評估之內涵

基本上，針對犯罪與再犯完整的評估內容至少要符合三個要件，第一、涵概多向度內容；第二、俱備與再犯有關的動態與靜態因素；第三、再犯危險因素可以做為進行「治療」與「處遇」的參考（Andrews & Bonta, 2017）。其中，關於「涵概多向度內容」，主要在考慮犯罪成因的多重因素原則，而就如其它類型犯罪一樣，研究顯示「性犯罪」也絕非單一因素所造成，不過性犯罪自有其特定的犯罪成因，與一般犯罪再犯並不全然相同，因此有效的性侵害再犯危險評估需要包含與性侵發生有關（意義與因果）的風險因素內容（Mann, Hanson & Thornton, 2010）。至於，要求再犯危險因素需要可以做為進行「治療」與「監控」的參考，主要是性侵「行為表現」、「心理病理」與「臨床介入（clinical intervention）」必須能夠「一致」與「整（統）合」的原則（Beech & Ward, 2004）。也就是說透過性侵加害人「評估與鑑定」的內涵，能夠形成其性犯行發生的「心理病理」模式，那麼加害人的「病因」、「內在心理動力」與「行為表現」都可以由此「心理病理」模式來推論。因此，臨床上，即可針對性侵「病因」進行「危險評估」與「治療」，同時根據「行為表現」進行「監控」。而由此性侵害「心理病理」發展模式也可以形成對加害人的「性侵再犯」「暴力危險」與「治療可能」的評估。

基於前述的評估理念，同時按照目前性施行性侵處遇與身心治療的進階程序，不同階段衡鑑內容可以分為四大類（沈勝昂，2009）：

1. 基本衡鑑：收集過去歷史資料與目前的資料。
2. 危險因子 / 再犯評估：確認加害人可能的風險因子與再犯的情況（如程度、方式）。

3. 保護因子/復原評估：確認加害人保護因子與避免再犯的能力。
4. 治療（處遇）目標的進度：以處遇目標為準，處遇 / 治療進行中加害人改變狀況（如再犯風險因素）。

據此，針對性侵害加害人進行司法規定之再犯風險與強制治療處遇評估，應包含以下相關之資料收集：

一、正式官方資料

性侵害加害人之正式官方資料，做為旁證資料之參考，至少應該包括法院判決文書、前科記錄表及相關的治療資料等。

二、個案評估資料

- (一) 個人基本資料：如出生日期、年齡、種族、教育、婚姻、居住地點。
- (二) 心理社會（發展）史，包含：
 1. 原生家庭成員組成。
 2. 原生家庭成員的互動關係（包括親職功能、與家庭成員互動狀況及家庭特殊事件，如父母離異及家庭暴力……等）。
 3. 親密關係史（包括對象、交往關係、分手原因、有無性關係）。
 4. 婚姻家庭史（包括夫妻互動關係、家庭角色分工及子女教養模式）。
 5. 求學成長史（包含求學時期之學業成績、操行表現及同儕互動）。
 6. 工作史（包含歷年工作類別、表現經驗）。
 7. 服兵役史。
 8. 社交網絡（包括社交關係與社交活動）。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

9. 重大生命事件或創傷經驗（包括身體、心理、挫折、壓力經驗與經濟問題）。

(三) 物質使用或濫用史：性侵害犯罪加害人是否有物質濫用之情形，持續使用藥物可能會增加再犯的風險，此資料可以提供性侵害犯罪加害人衝動控制、認知扭曲模式及物質成癮狀況等訊息，包含物質使用原因、種類、時間、程度、頻率、動機、是否因使用而有違法情事等。

(四) 過去病史：有無重大生 / 心理疾病，包含過去之生 / 心理疾病診斷、住院或門診就醫狀況、有無因意外所發生之頭部外傷、精神科就醫紀錄、自殺 / 自殘病史……等，以及其他之內外科疾病狀況。另於精神科之就醫狀況，需包含有性侵害犯罪加害人之精神狀態、診斷與人格特質等相關資料。

(五) 犯罪史：應包括非性犯罪前科紀錄與性犯罪前科紀錄，且若性侵害犯罪加害人有自述未列為官方正式前科紀錄之犯罪行為亦須列入，並針對其犯罪年齡、動機、犯罪行為之扭曲認知、有無使用暴力、武力或者武器等有所描述。

(六) 心性發展史，包含：

1. 性知識及教育來源。
2. 第一次性經驗發生年齡、對象年齡、性別及與對象之關係。
3. 性伴侶人數及認識方式。
4. 自慰經驗、頻率、方法及地點。
5. 性幻想內容。
6. 嫖妓之經驗。
7. 性刺激物的使用（色情影片書籍之觀閱經驗）。
8. 性挫敗經驗。
9. 被性侵害經驗。

10. 性功能障礙（早洩、不舉及無法高潮射精等）。
 11. 特殊性偏差行爲（危險性交行爲、多 P 性交、換妻 / 友派對……等）。
- (七) 心理衡鑑：依需要施以智力測驗、投射測驗、測謊、陰莖體積測試或神經心理衡鑑等。
- (八) 犯罪歷程，包含：
1. 動機（如身心需求）。
 2. 被害人之選定（性別、年齡、外貌體型、穿著等）。
 3. 方法與手段（誘騙、強制）。
 4. 關係（熟識、陌生人）。
 5. 犯罪選擇地點（是否為熟悉地點）。
 6. 偏差性幻想。
 7. 認知扭曲。
 8. 物質使用（酒精或者藥物）。
 9. 對被害人的同理程度。

三、再犯性與危險性的評估

鑑定與評估的主要目標在提供預測再犯（程度）與處遇（治療）操作的參考，因此，再犯危險評估至少要能：

1. 提供訊息協助再犯風險內容與程度的判斷依據。
2. 提供訊息協助「發展或規劃」治療計畫。
3. 提供訊息協助決定進行之「治療或處遇」進度。
4. 提供評估訊息做為「治療」可「改善 / 修訂」的依據。
5. 提供評估訊息做為使用特殊治療介入或策略用。

據上述原則，評估性侵害再犯及危險性時，評估內容必須涵蓋過去加害人發生之靜態危險因素評估，以及目前影響加害人再犯之

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

動態性危險因素，其中靜態性之再犯危險因素評估主要依性侵害加害人過往之歷史紀錄做為評估之內容（如 Static-99 的風險因子），提供加害人性侵再犯危險等級之判斷依據，然因過往之歷史紀錄不會有所變動，無法有效提供後續之治療成效評估依據。因此，需要透過對加害人目前所呈現的身心動態狀態，找出與性侵再犯有顯著關聯的社會心理穩定特質，亦即所謂穩定動態性再犯危險因素的評估，藉此依性侵害犯罪加害人穩定危險因素之偏差程度與因素間的變動狀態，譬如行為與情緒的調控能力、社會（親密）關係的缺失、認知偏差的情況、偏差的性喚程度等因素的動態關係，除了可以評估加害人性侵再犯行為再發生的風險高低，同時可提供後續身心治療計畫與治療成效評估之依據。

第三節 性侵害加害人再犯評估取向與評估量表

基本上，一般的犯罪與再犯風險評估大多是以過去發生的歷史資料預測未來犯罪再犯的發生，目前實務上無論利用個案與個案犯罪資料，透過臨床判斷或統計精算的方式，針對性侵犯罪危險 / 再犯危險發生的預測，最多只是推估再犯可能程度或機率預測的高低（沈勝昂，2009；Craig & Beech, 2010），因此如何收集、收集哪些與再犯有關的資料以及資料收集的方式，才能建構一份準確的危險評估量表就更形的重要，就目前司法性侵處遇實務工作與實證研究，目前常用的風險評估取向大致可分成六種評估取向（方式）（沈勝昂，2010）：

壹、性侵害加害人再犯危險評估取向

一、無參照依據之臨床判斷：是一種非結構性評估方式，即臨床專

業人員依個人經驗或直覺及個案的資料做主觀性的判斷，這種方法沒有任何先前或理論的依據，是早期司法體系再犯預估的方式。

- 二、單純精算的衡鑑：可以給非專業人員使用，是一種完全結構性的評估方式，根據各種研究結果定義歷史 / 靜態危險因子，然後給這些危險因素計分，再算出一定時間後的再犯率。例如靜態-99 (Static-99) 就是這種編制方式 (Hanson & Thornton, 1999)，包含個案過去性犯罪史、一般的犯罪紀錄，一些偏差發展史的指標，也是目前最常被使用的取向。
- 三、結構的臨床判斷：臨床工作者以自己的想法和理論，而非目前危險評估領域的理論及發現，使用假設推理的方法來進行判斷。
- 四、回憶 (個人記憶) 評估取向：評估在成長過程中，導致個案過去性暴力發生有關的人格特質、環境因素、生活事件相關的危險因素，依此評估個案目前的環境是否仍持續著這個特別被定義出來的危險因素，做為引發未來發生的判斷。
- 五、研究引導的臨床判斷：臨床工作者應用經由研究構成的一系列的危險因子，例如 SVR-20 (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997)，當做評估的引導指標。
- 六、臨床精算調整：先應用一個或多個精算工具，然後再依臨床的判斷來考量做可能的調整。

從講究客觀的風險預測而言，無論是單純依賴精算或配合臨床判斷的精算方式，都是目前實務工作最常使用的風險評估取向，不過精算畢竟並非百分百的準確，Beech、Fisher 和 Thornton (2003) 即指出，多數精算評估工具可能有下列的限制：

1. 精算取向對與未來的再犯，只能以機率取代確定性。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

2. 如果資料來源是官方的，真實的再犯率是被低估的。
3. 如果都只使用精算工具的量表，容易忽略個體不尋常的危險因素。
4. 精算評估危險因子會誤導，造成樣本群的脆弱特質無法反映在結構的精算工具上。
5. 精算的工具只評估長期的危險因子，但無法指出立即的危險。
6. 無法指出哪些危險因素，需要在治療中進行改變，用來減少它的危險性。

所以，目前實證研究與臨床實務都證實，建議再犯風險因素除了過往的個案發展歷史資料外，完整的再犯風險評估必須要同時加入「動態」內容的危險因素（如 Stable-2000），主張由早期靜態風險評估（如 Static-99）加入動態因子的評估概念，可以提高再犯預測的精確程度。下面就介紹目前常用之靜態與動態性侵再犯危險評估工具。

貳、性侵害加害人再犯危險評估量表

針對侵害再犯危險評估量表的使用，近 20 幾年來才從美國及加拿大地區逐步建立起來，由早期的歷史性資料（或犯罪史，Static-99, Hanson & Thorton, 2000），到二十世紀末，開始轉向犯罪成因的需求（Criminogenic Needs）因素邁進，對性侵害犯罪風險評估也因此以犯罪成因需求的觀念為主。最早，Hanson 與 Bussière (1998) 以後設分析統計方法整合若干以前累積之研究整理具預測效力的性侵再犯危險因素，主要的整合結果指出，以治療或評估臨床人員之臨床判斷對日後再犯性犯罪、其他暴力犯罪、及任何犯罪之預測效度分別各只有 0.10、0.06 及 0.14，但是若以統計精算方法之再犯預測量表進行相關的再犯評估，則其預測效度各可分別達 0.46、0.46 及 0.42

之高，這個結果開啓了性侵動態風險的重要性。接著 Craig, Beech 與 Harkins (2009) 又進行一次較完整的靜態風險量表預測準確率的整理，包括 RRASOR、Static-99、RM2000 等，再犯正確預測力 AUC（預測準度）值大多介於 0.60~0.75 之間，整體看來各量表的預測能力中等，有高度的穩定度，顯見以動態、靜態風險整合性評估的準確性與重要性。

依據這些有預測力的臨床與研究結果，目前國外經常被使用、重要的，而且有實証資料之再犯危險評估量表如下：

一、快速再犯危險評估量表（Rapid Risk Assessment for Sex Offense Recidivism, RRASOR）：本表由加拿大法務部（Department of Solicitor General, Canada）Hanson (1997) 發展。量表適用於兒童性侵害犯，只有四題，分別是：以前之性犯罪次數、此次出獄時之年齡、被害人之性別是否只有女性或曾經有男性被害人、及與被害人之關係是否有相識。

其中僅第二題是動態的機構因素，剩餘三題均是靜態的歷史因素。一至四題之評分各為由 0 分至 3 分、1 分、1 分及 1 分，因此其總分係在 0~6 之間，各分數的再犯可能性機率。本評估表之評分與性犯罪之再犯率之相關係數為 0.27，以 ROC 方式計算之再犯預測準確 AUC 值為 0.71。適用對象為男性成人性罪犯，青少年之版本則尚未發展出來。

二、靜態因素九九評估量表(Static-99/Static-99 R)：Static-99 於 1999 年 9 月公布，是 Hanson 與 Thorton (2000) 由前述之 RRASOR 與 Structured Anchored Clinical Judgment (SACJ-Min) (Grubin, 1998) 發展出來。共十題，均是靜態因素，其對性罪犯之再犯之預測效度提升到 0.31，針對性侵再犯預測 AUC 為 0.71，暴力再犯預測 AUC 為 0.69。後來 Static-99 R 考慮再犯風險會因

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

年齡有所差異，依年齡漸長調降其評估風險分數，如 35~40 歲改為 0 分，40~60 歲改 -1，60 歲以上為 -3。Static-99 R 針對性侵與暴力再犯預測 AUC 為 0.72。

三、靜態因素 2002/2002 R 評估量表 (Static-2002/2002 R)：亦是由加拿大之 Hanson 與 Thornton (2002) 發展，2002 年公布 Static-2002 後，又修訂為 Static-2002 R，就原有的 Static-99 再加入性犯罪率 (Rate of Sexual Offenses)、任何違反社區監控、青少年與成年曾被性侵逮捕、最後一次性侵犯案至目前維持多少年不犯案等 4 個項目。針性侵再犯預測 AUC 為 0.71，暴力再犯預測 AUC 為 0.69 (Hanson & Thornton, 2003)。

四、美國明尼蘇達性罪犯篩選評估量表 (Minnesota Sex Offender Screening Tool- Revised, MnSOST-R)：MnSOST-R 是 Minnesota 州矯治局委託 Iowa State University 所心理系發展。MnSOST-R 是早期發展危險評估量表中預測相關係數效度最高達 0.45，AUC 值為 0.76。因為其主要是運用於性罪犯釋放前之危險評估 (依梅根法案出監要到警局登記或 / 與社區通知)，故適合國內監獄在性罪犯參與治療後期並假釋前之危險評估。由臨床人員依某性罪犯檔案資料之描述而評分。1999 年 4 月新修訂版共 16 題，區分有兩大要素，即：

1. 歷史 / 靜態因素 (Historical/Static Variables)：包括前十二題，即性犯罪之定罪次數、性犯罪史之長度、在保護管束中又犯下性犯罪、性犯行曾否發生在公共場所、是否曾使用強制力或威脅、是否曾有多重之性侵害行為、被害人年齡層、曾否侵犯 13~15 歲之被害人、被害人是否是陌生人、案主青少年時曾否有反社會行為、有無藥物濫用或酒精濫用之習性、及就業史。

2. 機構 / 動態因素 (Institutional/Dynamic Variables) : 包括最後四題, 即在監所中有無違規記錄、監禁中藥癮治療之記錄、監禁中之性罪犯心理治療記錄、案主出獄時之年齡是否滿 30 歲 (沈勝昂, 2009)。
- 五、SONAR 量表 (Sexual Offender Need Assessment Rating) : 為加拿大法務部於 2000 年發展出來。平均追蹤二年, 共列出九題動態因素, 分動態穩定危險因素 (Stable Factors, 指最近幾個月或幾年之情形) 五題, 即親密關係缺憾、負面親友數、性侵害態度、性方面之自我規範、一般生活之自我規範; 動態急性危險因素 (Acute Factors, 指近一個月內之情形) 四題, 即藥物濫用、心情不佳、憤怒、接近偏好被害人之機會 (沈勝昂, 2009)。
- 六、SOTNPS (Sexual Offender Treatment Need and Progress Scale) : SOTNPS 為 2003 年由美國 Vermont 州矯治局所發展。共 22 題, 分為六向度: 性偏差 (承認犯罪行為負起責任、性興趣、性態度、性行為、性危險管理)、犯罪 (犯罪及違法的態度、犯罪及違法的行為)、自我管理 (物質濫用、情緒管理、心理的穩定度、問題解決、衝動性)、治療及觀護合作 (改變的階段、接受治療的合作度、接受社區監督的合作度)、生活型態穩定 (工作職業、居住情形財務狀況) 及社會支持 (成人的愛情關係、社會影響、社會參與) (McGrath & Cuming, 2003)。
- 七、Stable-2000 與 Acute-2000 (Hanson & Harris, 2000) : 由 SONAR 量表改編, 共包含不良的社會影響、親密關係缺失、性的自我規範、對性侵害的態度、對於監控的配合、個人自我規範特質等六大面向。按各單一面向, 每一面向又包含有不同數量的評估次項目。各項目評估依 (完全無)、1 (符合)、2 (完全符合)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

三等級計分，分數加成後，依總分作為危險分級之依據。

八、Stable-2007 與 Acute-2007 (Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007): 由 Stable-2000 與 Acute-2000 量表改編而成, Stable-2007 仍包括不良的社會影響、親密關係缺失、性的自我規範、對於監控的配合、個人自我規範特質，但刪除對性侵害的態度。Acute-2007 也保留原題項，僅刪除特殊因素一大題。同上述 Stable-2000 與 Acute-2000，每一面向又包含有不同數量的評估次項目。各項目評估從 0 (完全無)、1 (符合)、2 (完全符合) 依三等級計分，項目分數加成後，按總分作為危險分級之依據。

九、Risk Matrix 2000/S：由 Thornton, Mann 與 Webster (2003) 所發展，透過統計計算風險矩陣的再犯評估工具量表，評估分兩個階段風險，一共七個問題，如下所示：

1. 風險因素 (Static Risk Factors)

- (1) 風險開始的年齡 (Age at Commencement of Risk)：35 歲 (含) (0 分)、25~34 歲 (1 分)、18~24 歲 (2 分) 三等級。
- (2) 性犯罪案件 (Sexual Appearance)：犯罪前科中有一項罪名與性有關者得 0 分，兩項得 1 分，三至四項得 2 分，五項以上者得 3 分。
- (3) 刑事犯罪案件 (Criminal Appearance)：犯罪前科中有四項或以下之罪名是屬於刑事判決得 0 分，五項以上 1 分。

2. 惡化因素 (Aggravating Factors)

- (1) 性侵害男性 (Sexual Offenses Against a Male)：不會對男性施以性侵害者得 0 分，曾經者得 1 分。
- (2) 性侵害陌生人 (Sexual Offenses Against a Stranger)：不會

對認識未滿 24 小時之陌生人施以性侵害者得 0 分，曾經者得 1 分。

- (3) 單身 (Single)：不曾結婚或與伴侶同居兩年以上者得 0 分，反之得 1 分。
- (4) 非接觸式的性犯罪 (Non-contact Sex Offense)：不曾有非身體接觸之性犯行，如暴露狂、戀物癖、打猥褻電話、窺淫狂、持有色情出版品，而未被定罪者得 0 分，曾因此被定罪者得 1 分。

RM2000 量表的題數與給分標準均相當簡單，只要和題意的描述相符或相左，就分別給 0 或 1 分，並據此提供臨床人員評估該個案的再犯可能性。在英國的兩個研究報告指出其 AUC 介於 0.70~0.80 之間。

整體而言，按前述國內文獻回顧，從追蹤年限期間與年齡層比對來看，相較於美國、英國與加拿大的再犯率，臺灣的性侵再犯率雖未明顯偏高 (Huang, Shen & Tung, 2022)，但似乎也沒有呈現較好的跡象。至於與性犯罪發生有關的危險因子，在概念上國內的研究大多將靜態、動態危險因子同時一起研究，結果其實相當之豐富，而且許多研究的調查結果與目前國外研究的危險因子相仿，比較值得注意的是目前國內已能針對性犯罪的「性犯罪歷程」提出一個兼具系統、發生歷程的「犯案歷程」的模式，它在臨床治療、觀護實務的參考上，可以找到更完整多元的犯罪 / 再犯「危險因子」，因此臨床上，多數治療者都會在治療介入操作上以「犯案歷程」的理論模式，進行整合性、系統性的風險評估、並作為後續進行身心治療與社區處遇的指引。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

第四節 案例說明

【案例一】

31 歲曾姓男子被告於一月廟會認識 14 歲男童，三月引誘對方以手機自拍生殖器並通過通訊軟體傳給自己，四月借住男童家時以糖果飲料作為交換多次發生性行為，後被男童母親發現。曾男一審坦承犯案，共判刑 4 年 2 個月。曾男於案發後曾去精神科就醫，紀錄有主診斷為戀童（pedophilia），副診斷憂鬱（depression），並自述國中時因學業成績不良、缺乏家庭支持，與同儕不當行為影響，因涉及妨性相關案件，入感化教育，但因成年前科紀錄已註銷無紀錄查詢，經曾男祖母陳述，曾男曾遭判刑 4 年 6 個月，有和解及受緩刑，並於明陽中學感化教育約 3~4 年，因此未服兵役。出監之後即回鄉與祖母居住，曾短暫工作，但功能不佳，轉於當地的工地，從事零工，斷續工作至今，工作未固定。

■ 案例學習重點

本案主要是接觸性成年對家外男童性侵害加害人，首先除針對曾男基本精神及心智功能評估，鑑定是否有精神障礙導致無法辨識/控制行為或是減損能力，須了解其犯罪對象、手段及嚴重性等相關事實，評估其犯罪動機、需求，透過本章「性侵害加害人評估與鑑定」的內容，並可根據「精神疾病診斷與統計手冊」參考戀童（pedophilia）精神診斷標準評估，勾勒其只針對男童性侵害，固定型男童性侵害的「心理病理」模式，推論包括「病因」、「內在心理動力」與「行為表現」，並形成對「再犯性」、「暴力危險性」、「治療可能性」的預測，擬定處與治療及預防再犯計畫。

【案例二】

林先生 45 歲，職業為計程車司機，與妻生育一女，因家暴離婚，現與年邁母親與女兒同住，其早年也為受養父家暴，近期趁夜晚把車開到偏僻地方，見獨行的女性，製造假車禍，要求被害人賠償，恐嚇被害人，接著拿出水果刀威脅，連續在車內對多位女性強制性交得逞，造成當地女性針對「計程車之狼」惶恐。

■ 案例學習重點

性侵害加害人進行司法規定之再犯風險與強制治療處遇評估，應包含以下相關之資料收集：正式官方資料、個案評估資料、再犯性與危險性的評估等，針對本案林先生個案評估資料中心理社會(發展)裡的原生家庭互動關係、親密關係史、重大生命事件及生活壓力等項目，加上心性發展與犯罪歷程的評估。本案若以成人性侵害加害人分類中 Knight 和 Prentky (1990) 發表新的分類 (The Massachusetts Treatment Center Rapist Typology, MTC: R3) 可能屬於偏向廣泛憤怒型，特徵為情感和社交不穩定的反社會者，出於衝動性侵來表達對他人的憤怒，展示的暴力是表達性的 (意即，使用比必要更多的暴力迫使受害者就範)，若輔以再犯量表，預測加害人再犯性、危險性、可治療性及擬定處遇計畫案。

【案例三】

張先生在 23 歲犯下第一件強暴案，在 30 歲出獄，於假釋期間又再犯強暴案，且在強暴時使用武器脅迫並暴力傷害被害人，持刀劃傷被害人，在入獄時，可預測出張先生出獄後的再犯性？危險性？

■ 案例學習重點

一般妨性司法案件的實務，可能由檢察或法院調查審理階段進行司法鑑定，針對犯案當時精神狀態與行為能力，做為量刑參考。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

判決執行之後入監也會安排接受治療輔導，其中會有入監評估、輔導再犯評估及成效評估等相關紀錄，出監若持續社區處遇也會由當地衛生主管機關繼續執行。因張先生為假釋期間再犯，建議可蒐集張先生自第一次犯案後的各項評估與處遇紀錄，並本次案件相關資料佐以再犯危險評估量表預測。

【案例四】

陳先生 41 歲，未婚，兄嫂過世後與其子女一同生活 7 年，兩年前起，陳員陸續於酒後對一名姪子及三名姪女有性侵行為，頻率為 2 周到 1 個月一次，陳家族中成員包括父、兄，子姪 / 女都有飲酒習慣，而陳先生自小學就飲酒、有翹課、記過等虞犯行為，長期酒精濫用情形，服兵役期間約於 25 歲曾有暴力前科為毆打軍官、暴行犯上前科（前案紀錄表為違反部屬職責 / 緩刑 2 年）。陳先生稱承擔 4 名被害人（現年齡分別為男 17 歲、女 15 歲、女 14 歲、女 13 歲）全部照顧與教養工作，因為要求生活規範而體罰被害人們，並表示 15 歲長姪女叛逆、偷錢，耍個性並拒絕家事整理，次姪女較順從聽話，首先遭其性侵且遭侵害頻率次數最多，酒後會命令其中一名被害人同寢，因為擔心懷孕，會採體外射精，並要求 17 歲姪子口交，威脅若反抗會遭「修理」，陳先生自述當兵自外島返台後當時約 26 歲時，與同村女友首次有性關係，交往 2+ 年，因家人反對交往未果，女友嫁他人，可描述犯案情形，對於犯案原因自述『酗酒腦筋壞了……喝酒不知道做甚麼？』，同意行為造成被害人們身心發展不良影響，應為自己犯錯接受法律制裁。

■ 案例學習重點

本案除了評估物質使用與濫用史對個案犯案時意識狀態及辨識能力，需學習家內性侵害犯為各類型性侵害犯罪加害者當中較為特

殊的一群，除視同一般性侵犯罪加上家暴犯罪之合體，不可忽略其特殊人格特質或犯罪危險因子，如：早年心性發展經驗、人格或心理特質、家庭關係與犯罪危險因子，藉以提出對於性侵犯輔導處遇計畫及預防其再犯的實務策略，落實家內性侵害的再犯預防。

重點回顧

- 一、性侵害加害人的分類是再犯危險性評估與治療計畫重要的步驟之一。
- 二、性侵害加害人鑑定的目的在於評估犯案時精神狀態，及再犯性、危險性及可治療性的評估，進而給予處遇計畫的建議。
- 三、實施性侵害加害人的評估，可採用國內外危險評估量表，國外經常被使用、重要的，而且有實證資料之再犯危險評估量表，如快速再犯危險評估量表，靜態因素九九評估量表，美國明尼蘇達性罪犯篩選評估量表等。

問題與討論

問：兒童性侵害者是指幾歲以下？

答：依據刑法是指對 16 歲以下男女進行性交、猥褻或性騷擾。

問：性侵害加害人評估目的為何？

答：除了刑前鑑定需針對犯案時精神與意識辨識狀態，主要目的均是預測此加害人的再犯性、危險性及可治療性，並作為處遇計畫的建議。

問：何謂靜態危險評估量表？

答：係指前犯行時之行為及被害者特徵之紀錄，此又稱為歷史因子，而終生無法更改。如靜態因素九九評估量表和快速再犯危

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

險評估量表。

問：何謂動態危險評估量表？

答：係指犯行後或處遇後行為及想法態度之有無改變及改變程度，此一部分只要犯罪者願意且改善，則有可能降低其日後之再犯率。如明尼蘇達性罪犯篩選評估表。

問：性侵害加害人心理衡鑑包括那些？

答：依需要施以智力測驗、投射測驗、測謊、陰莖體積測試或神經心理衡鑑等。

參考文獻

沈勝昂（2009）。*性侵害犯罪加害人社區處遇：理論政策與實務操作*。中央警察大學出版社，桃園，臺灣。

林明傑、沈勝昂（2004）。*法律犯罪心理學*。臺北：雙葉。

American Psychiatric Association (2018). *DSM-5^R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition* (徐翊健等譯)。臺北：合記。(原著出版年：2013)

Eher, R., Olver, M. E., Heurix, I., Schilling, F., Rettenberger, M. (2015). Predicting reoffense in pedophilic child molesters by clinical diagnoses and risk assessment. *Law and human behavior*, 39(6), 571-580. doi: <https://doi.org/10.1037/lhb0000144>

Growth, A. N., Burgess, A. W. (1977). Motivation intent in the sexual assault of children. *Criminal Justice and Behavior*, 4(3), 253-264. doi: <https://doi.org/10.1177/009385487700400303>

Growth, A. N., Burgess, A. W. (1979). *Men who rape: The psychology of the offender*. NY: Plenum.

- Huang, C., Shen, S. A., & Tung, T. H. (2022). Onset crime typology of sexual offenders and their differences on specialization and risk factors. *Frontiers in Psychology, section Forensic and Legal Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2022.845670.
- Knight, R. A., Prentky, R. A. (1989). A system for the classification of child molesters. *Journal of Interpersonal Violence, 4*(1), 3-23. doi:https://doi.org/10.1177/088626089004001001
- Knight, R. A., Prentky, R. A. (1990). Classifying sexual offenders. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 23-52). Plenum Press.
- Knight, R. A., Rosenberg, R., Schneider, B. (1985). Classification of sexual offenders: Perspectives, methods and validation. In A. Burgess (Ed.), *Rape and sexual assault: A research handbook* (pp. 222-293). Garland Publishing.
- Levenson, J. S., Morin, J. W. (2006). Factors predicting selection of sexually violent predators for civil commitment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 50*(6), 609-629. doi: https://doi.org/10.1177/0306624X06287644
- Oigny, K. A., Gauthier, A., Ménard, I., James, J. (2023). A New Classification of Sexual Homicide Offenders: When the Heterogeneity of Types Allows the Detection of Potential Serial Offenders. *Homicide Studies, 1*-28.
- Oronowicz-Jaskowiak, W., Lew-Starowicz, M., Markuszewski, L. (2024). Comparison of risk of recidivism among sexual offenders with and without sexual preference disorders using the STATIC-99R instrument. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii, 33*(1), 1-9. doi:https://doi.org/10.5114/ppn.2024.135261

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附
錄

— |

| —

— |

| —

第九章

性侵害國內外處遇

巫淑君

社會工作師事務所所長

林明傑

國立中正大學犯罪防治學系教授

林耿樟

高雄市立凱旋醫院臨床心理科臨床心理師

洪文玲

銘傳大學犯罪防治學系助理教授

黃志中

高雄市政府衛生局局長

黃敏偉

高雄市立凱旋醫院醫療副院長

黃富源

銘傳大學犯罪防治學系講座教授兼社會科學院院長

本章學習重點

1. 性侵者的認知行為療法及最新作法
2. 實施有效的監管和監控
3. 個別治療的時機與內涵
4. 成人社區處遇模式
5. 介紹抗性慾藥物與非荷爾蒙藥物

關鍵詞

再犯預防、認知行為療法、侵害行為因子、阻抗與權控、否認、危機管理、特殊監控措施、藥物治療

第一節 性侵犯者的再犯預防與整合模式

壹、再犯預防

再犯預防 (Relapse Prevention, RP, laspe 是指小錯) 原是發展來改進酒癮者治療後的高復發率所發展, 其是以「認知行為療法」為主架構使案主認出並轉換高危險情況、想法、情緒、行為外, 更需認出並脫離復發循環 (Marlatt & Gordon, 1985); 其於 1990 年被加州監獄引用於性侵犯者治療且認為頗具療效, 但經 15 年研究確認為無效 (Marques, et al, 2005) 但結論稱有遵守 RP 的性侵犯者比沒遵守者有較低的再犯率。

再犯循環模式是以「認知行為療法」為基本原理, 然其治療重點係放在如何幫助犯罪者辨識及修正自己之認知感受行為鏈, 以「內在自我管理」及「外在引進監督」之方法, 有效阻斷自己潛在之「再犯循環」藉以防止再犯 (Pithers & Cumming, 1995)。若將 RP 模式對照近年常被提出的「創傷知情」諮商, 則很清楚 RP 正缺乏對性侵犯者過去不舒服經驗的認知, 更遑論要性侵犯者去依循改變。其實重新檢視 Groth (1977) 的分類學, 每種分類都有其獨特的不舒服經驗而激發性侵犯的動機。因此較佳的治療就是融入創傷知情的 RP 治療。也就是治療前詢問「能否說出兩件過去或案件發生前不舒服的事?」再以同理心回應如「可以理解你真的感到不舒服, 是否當時你是怎樣想的? 有找到誰可幫你嗎?」再回到 RP 與認知行為法。林明傑、陳慧女 (2024) 更提出行為四關鍵診療模式, 將創傷知情放治療的第一步。

一、RP 處遇模式

RP 認為性侵犯者提出自己在犯行前會有前兆 (precursors), 並

視之為高危險情境，再提如何「增強內在自我管理（如戀童症者避開小學及兒童遊戲場、強暴犯不可再看 A 片、酗酒）」及「引進外在社會監督（找到好親友、治療師監督其行為、治療師請案主社區正面親友監督案主）」避開該高危險情境，並與團體成員討論可行的預防方法（林明傑，1998）。如圖 9-1 認知行為鏈中會有情況、想法、

圖 9-1 認知行為鏈

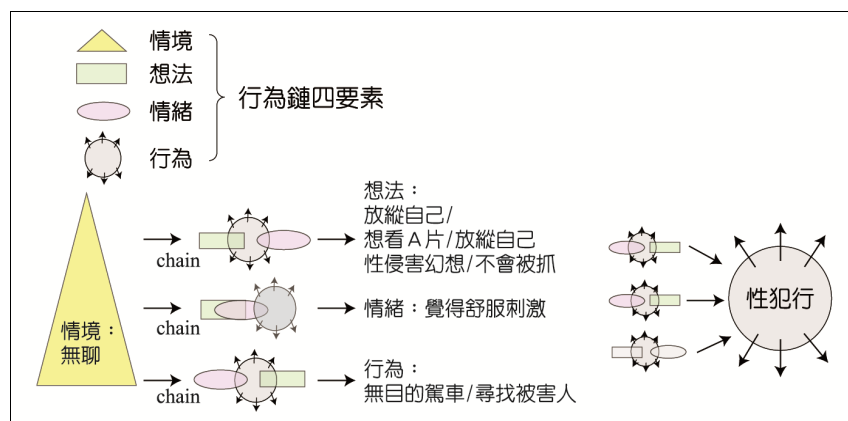
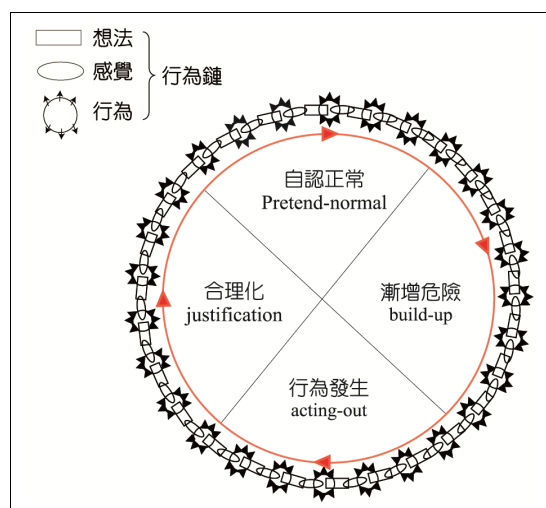


圖 9-2 認知行為鏈所形成之再犯循環



情緒、行爲。及該鏈串成之再犯循環，其中並有如圖之四分段，即漸增危險、行爲發生、合理化、自認正常（Robert Freeman-Longo, 2001）。

二、監管和監控

對被判定爲性侵者的對象，實施有效的監管和監控措施，是對社區與民眾安全之保障與權益維護之必要且有效的作爲，其相關措施包括電子監控、嚴格的出行限制和定期報告。評估急性動態危險，除作爲提升監控程度及阻斷時機之參考外，亦以再犯循環路徑（犯案歷程）形成連結（劉慶南，2008）。電子監控爲目前國內觀護監控手段中最爲嚴厲者，增加 GPS 功能及設置監控中心方向發展，以強化其監視及管理之質量與數量，科技設備監控是一種透過電子科技來進行判斷的方法，用以了解受監控者的行蹤位置，達到再犯預防、保護被害人及社會大眾安全之目的（黃富源，2003；陳佑杰、張耀中，2020）。

三、社會支持和復歸社會

性犯罪者在服刑與治療之後，終究要返回社區復歸社會，而公共政策以及社區成員的態度和看法，正是性犯罪者能否成功重返社會的關鍵因素（Corăbian et al., 2022）；換言之，社區、民眾的支持、國家政策的友善措施，如提供就業支持、住房援助和社交技能培訓等支持與資源，都證明能夠幫助性侵加害者融入社區。探討性侵者其生命歷程，發現家庭附著增強、擁有持續工作、日常活動的改善，則爲中止性犯罪行爲之重要力量（周文勇、黃婉鈺，2018）。最後，電子監控處遇，非僅是消極的監控當事人，更有其能維持受刑人及其家族的聯結、將犯罪者留置於社區中、強化其與家人及社會的聯

結，以利其社會復歸的積極作用（楊聰財，2022）。

四、預防性侵害行為因子之發現與限制

性犯罪在很大程度上受到社會和文化背景的影響。然而，由於文化因素的侷限，西方確定的風險因素是否適用於其他文化社會的情境，仍有疑問（Harada et al., 2023）。因此，進行本土研究並累積實證資料，對我國具有重要參考價值。目前的性犯罪文獻著重於減少再犯，以提高公共安全。雖然認知行為治療（Cognitive behavior therapy, CBT）計畫被視為主流的治療方法，但發展更有效的再犯預測工具仍然必要，因為再犯率常被用作治療效果的指標。

因此，了解性侵犯行為的觸發因子（如酗酒、藥物濫用、心理問題等）並採取措施減少這些因素的影響，是關鍵。特別是應持續修正部分穩定的動態因子與急性動態因子，例如支持犯行的認知及情緒狀態（葉怡伶，2018），以建立實證且有效的防治模式。這些研究成果將有助於進一步完善我國「刑前鑑定治療」、「獄中治療輔導」及「刑後社區治療輔導」等制度，並推動相關工作的持續進展。

五、小結

預防性犯罪再犯，需要在個人、社會、制度和政策等多層面上同時實施，諸如：以更有效的預防性侵害犯罪再犯、採取綜合有效的治療、輔導、教育各層面的同時進行，在醫藥、行為、認知治療上兼採並作，以循證方式切斷性犯罪再犯因子，並強化性犯罪者復歸社會之資源與支持，參考國內外之實證研究，並仔細檢視文化社會上的限制，都是協助性犯罪者回歸社會，預防再犯的重要步驟（Schneider & Hirsch, 2020）。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

貳、整合模式

預防性再犯罪綜合模式的概念涉及結合多種策略的綜合方法，包括心理治療、監督、社會支持和教育。此方法旨在透過針對行為介入、認知重建和社區資源等關鍵因素，以整體方式解決性犯罪問題，強調多方面應對措施降低性犯罪者累犯率的重要性（Andrews, D. A., & Dowden, C., 2005）。

一、評估和風險管理

性侵加害人在特定條件下，必須受身心治療及輔導教育措施，必要時更應依法接受強制治療，而是否進行「社區處遇」、「強制治療」以及「處遇後是否有效」，皆與「精確的評估」密切相關（曾昱哲等，2019）。對性侵犯者進行全面評估，包括評估其再犯風險和需求，更須根據評估結果，以制定個別化（individually）的風險管理計畫，以協助當事人，在監管、措施和方案下，進行康復計畫（Andrews & Dowden, 2005）。其中最關鍵的性侵加害人再犯可能性評估，輔導教育方案之執行者必須熟稔評估工具、嫻熟操作方法和適當解釋評估結果，並在共同制定處遇中提出相關建議。根據近年來之本土研究，實務上，有研究者建議評估工具應對受害者低同理心納入動態危險因素之一，而專業處遇人員通常依據：加害人坦承性侵害行為、提及與性侵害行為相關的認知扭曲、性侵害行為對被害人的傷害、以及沒有淡化與否認犯行責任來評定同理心高低，許多研究也強調受害者同理心是預測再犯重要指標之一（林耿樟等，2018）。

二、法律和政策支持

假釋和緩刑政策，因涉及兩造當事人之權益，向來為國內外社

會和立法者關注性侵害處遇與防治再犯的焦點，由於此一問題的爭議性極大，對此議題的見解十分分歧，各方持有的態度和意見也非常不同，以及這些政策如何最有效地防止再犯率（Kaylor et al., 2022）。性侵犯是一個嚴重且令人不安的問題，需要社會和法律制度共同努力來解決，許多國家和地區都已經開始制定法律來加強對性侵犯的制裁和提供受害者保護；例如：1994年，美國國會通過《性犯罪者登記與社區保護法》針對兒童的犯罪和性暴力犯罪者登記法，這是聯邦層面的首部性犯罪者登記法。該法案要求所有州建立此後，1996年的「公眾登記性犯罪者法」（Megan's Law）和2006年的「亞當·沃爾什法」（Adam Walsh Act）進一步加強對性犯罪者的登記和監管要求（Bureau of Justice Assistance, BJA, 2006）。此外，一些國家也透過一系列由政府機構制定和執行的法律和規則，旨在規範和管理特定行業或活動，以保護公共利益、確保安全，將已定罪的性犯罪者的活動，例如：登記、社區通知、監控系統、民事監管以及居住、遊蕩和網路限制等，以減少他們對社會造成的危險（Bonnar-Kidd, 2010）。對於性侵犯的法律制裁和制度保護還有許多需要改進的地方，以致大多數人的反應認為目前的刑罪太過於姑息犯罪者，執行處遇乃是要使性侵者經由相關措施能夠重新復歸社會，藉此達到讓犯罪者的行為能符合法律規範的目的，從而保障公眾社會的最大安全（馬躍中，2013）。

三、跨部門合作

如前所述，預防性暴力是性健康的一個主要目標（Dobbrunz et al., 2020），捨各相關部門之間的合作而無由，最重要的部門應包括執法機構、心理健康服務提供者、社會工作者和教育機構等，促進有效地協調和整合資源應對性侵問題，性侵加害群眾必須接受強制

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

治療，開始引進大量的醫療資源（楊聰財，2022）

四、小結

當性侵害事件層出不窮，如何有效地促進性侵害加害者個體的自我覺察及改變行為，個體化處遇模式如認知行為療法（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）和恢復性司法（Restorative Practices, RP）皆被廣泛應用。然而，在實施 RP 模式或認知行為治療時，若能增設社區監督及醫療介入等系統性工作的支援，將使得社區監督有助於增加加害者的行為責任感，從而減少再犯的風險。

第二節 成人與少年性侵害者的團體處遇、個別處遇、監督處遇

壹、團體治療的考量與歷程

團體動力歷程的分期上，一般而言可以分開始期、轉換期、工作期、結束期（Corey 等，2014），由於社區的治療團體是開放團體，故此分期可在很有經驗的治療者每位案主身上可清楚呈現。治療師向新加入的成員做團體介紹、規範簡介、再來請每位介紹自己姓名、住哪、何工作、簡單案情、近日家況與休閒，而開始課程時也要介紹「向左向右走，你往哪邊走」，藉由詢問想向哪邊走以催化改變的動機，再邀請想向右走（願意改變）的成員舉手，並鼓勵成員們要彼此互相提醒才能一起達到改變的目標；完成此一步驟後接著進行進行當次課程。

一、整合矯正諮商模式

林明傑（2018）根據國外的治療模式與國內治療心得而發展出

「整合矯正諮商模式」，除引進認知行為學派的行為四因素——也可稱「行為四近因」，也就是要改變行為就需辨識與轉換先前的高風險的情況、想法、情緒、行為。林明傑（2018）也提出人類行為四關鍵，也可稱「行為四遠因」，就是行為的發生會有過去四類長期背景，也就是悶來的（過去的不舒服經驗）、學來的、想來的、神經營養不足或生理失常所導致的，各約佔異常或偏差行為發生的四分之一原因。

至今認知行為是療效較佳且被廣泛接受的治療法（Hofmann 等人，2012）。

因此輔導治療須對準案主的長期遠因與未來近因來逐一調整，才可能有周全改善。「整合矯正諮商模式」近年也擴大到行為四關鍵，成為「行為四關鍵診療模式」，對於犯罪者或者精神障礙者均可採用。可詳見家暴者的醫事人員手冊。

整合矯正諮商模式有「課程四重點」，即是「確定方向、找出優點、找出做法、營養身心」，分別整合現實治療、優勢觀點、認知行為療法、營養保健及情緒釋放療法，可讓參與者牢記此四大重點，可適用團體與個別輔導課程。課程簡述如下：

- (一) 「向左走、向右走」：強制諮商的設置容易使案主抗拒而不願接受，故在開始時需要給予案主選擇權以促進參與，這時運用「現實療法的選擇理論」，詢問案主「向左走再被關或百張保護令、向右走不用再被關或只一張保護令，你選擇向哪邊走？」，案主皆會回答說「向右走」。此時再問對方：「怎樣走可以向右走？」、「要注意自己的行為多久？」等問題以催化進一步思考。
- (二) 「找出優點及自信信任」：施暴者常有低自信及幼年目睹父母暴力之因素（Hotaling 及 Sugarman, 1986），故鼓勵案主找出兩項優點，實施對眼說自信。請案主兩人一組，輪流說出「我有×

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

×的優點，我有自信」五次一回合，由另一方計算眨眼術與眼珠飄移數的合計，越低越好，越低顯示越有自信（林明傑，2018）。實施後可詢問「參加前及至今自信各幾成？」可觀察明顯改善。

- (三) 「這輩子最不舒服的兩件事是甚麼或最氣的兩個女生是誰？當時與現在幾成不舒服？怎麼說？」並實施情緒釋放療法（Emotional Freedom Technique, EFT）。整合若干研究之後設分析（meta analysis）證實對創傷後壓力症（PTSD）、焦慮症、和憂鬱症，均已經有令人興奮且實證有效的實證研究。並檢視療效確實不是來自假藥效應。後設分析之研究各可檢視 Sebastian 及 Nelms (2017)、Clond (2016)、Nelms 及 Castel (2017)。均證實 EFT 療效比認知行為療法相等或更佳。有興趣者可參考網路影音「簡易身心輔導法」之介紹（提供連結）。實施後可詢問參與者：「參加前及至今，那件不舒服各幾成？」可觀察到受輔導者有明顯改善；並鼓勵團體討論一圈「現在×同學用怎樣的新想法會較好？」「×同學你覺得呢？」「想法的選擇是誰決定呢？」「哪種想法也不錯呢？」這是鼓勵案主以較好的想法代替較危險想法。筆者發現這常只發生在案主自信提高與創傷降低才容易順利。
- (四) 性侵害的法律規定與討論。討論性侵害的定義與監獄及社區治療規定，也討論若沒有進步將面對未來的刑後強制治療。
- (五) 高危險情況的認出與轉換。是否告知前案發生前有何危險情況？
- (六) 高危險想法的認出與轉換及同理心。「被害人有哪些傷害？若你在 10 歲被某男生性侵，你會怎樣想加害人？不想被害就別傷害人。好想法三原則：不傷害、不看不起、不計較」。

- (七) 高危險情緒的認出與轉換。「生氣放下兩方法：吸氣吐氣加鬆肩、喝口水兩次吞」（請參閱林明傑「中正網頁之家暴者輔導單」）。
- (八) 高危險行為的認出與轉換。「自慰限制口訣：一周不超過五次，一天不超過兩次」。
- (九) 「交往五階段、一個人也很好」。搜尋「中正大學婚姻溝通」影片學到性溝通，可看到婚姻中的情緒溝通、衝突溝通、性溝通、休閒溝通。也可對沉溺 A 片者，問所看影片中符合性愛四原則各佔幾成？
- (十) 討論「尊重自己、尊重別人，哪個重要？還是一樣重要？怎麼說？」。練習善意溝通六問句。善意溝通主張所有衝突都來自「沒互顧需要」，學會互顧就會永無衝突。
- (十一) 總複習與測驗，以確認案主能記住並執行的程度。

二、案例分享

一位過動症且輕度智障高職少男，父母在讀國小離異後與父親及其同居人同住，有對同齡與 30 歲女摸胸，FB 放自慰影片五次，經詢問最不舒服兩事為無法再常去外婆家與常被阿姨罵，做 EFT 從八、七降低到零，對眼說自信計算眨眼加飄移合計，從七次變為零次，自信從三到七。開始吃 B 群與鈣鎂鋅，稱好像鈣鎂鋅可以讓自己色色的想法沒有了。行為漸開始穩定。

一位 60 歲中年人，從 40 歲起開始對婦女說自己有陰陽眼看到有陰靈附身會斷你手腳，婦女害怕後請他幫忙改善，就一起去旅館脫衣除邪。共有七案。詢問這輩子最氣的女生是誰？講到其妻對母講出自己入獄而母親三日就憂慮過世與五姊自小一起欺壓自己。作其對 EFT 都從五六降到零，也都釋懷。稱幼年撞頭受傷後就可看到

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

陰魂，鼓勵看到當作沒看到就會沒事，也可念信仰的教主名號。行爲也漸開始穩定。

貳、個別治療

一、性侵害加害人治療有效性之爭議

性侵害加害人治療被認爲是一個既定的臨床專業，但關於其有效性的證據累積地相當緩慢，治療效果尚未得到最終證明（Harkins & Beech, 2007），因此，性侵害加害人治療是否有效引起許多爭論（Harrison, O'Toole, Ammen, Ahlmeyer, Harrell & Hernandez., 2020）。治療對性侵犯者再犯率的影響因素多重，包括不同的罪行類型、罪犯群體、治療內容、評估設計等，因性侵害加害人犯行成因多元，且犯罪者和治療取向的不同，確實使整體治療效果存在著很大的異質性（Schmucker & Lösel, 2015）。過去曾有文獻指出治療未具有效性，例如 Cochrane Library 實證醫學資料庫曾經系統性地在 20 個資料庫中搜尋 2008-2010 年間文獻，研究長期性侵害犯의 各種心理治療成效，研究結果顯示沒有特定的心理治療的方法能降低再犯率，這些研究引起關注國內性侵害加害人處遇者的廣泛討論（彭秀玲，2017）。

但近幾年陸續有學者同樣以後設研究方法提出不同的結果，顯示治療對預防再犯具有效益，例如 Schmucker 和 Lösel (2015) 以後設分析方式進行性再犯相關研究，該研究納入 29 項符合條件的比較，調查 4,939 名接受治療和 5,448 名未接受治療的性犯罪者，比較所有社會心理治療方法（大多數是認知行爲治療），對治療、加害人和方法學特徵進行檢驗，以確定影響治療效果的各種因素。研究結果發現，接受治療的加害人平均性再犯率爲 10.1%，未接受治療的加害人再犯率 13.7%，統計上顯著差異 3.6 個百分點，研究結果

顯示治療確實減少了性犯罪。在此研究中，Schmucker 和 Lösel 最重要的發現之一是「治療效果與犯罪風險有關」，研究發現「犯罪風險等級」和「治療效果」之間存在著強烈的線性關係，犯罪風險程度高者隨著治療的增加其治療效果也會增加，即高風險罪犯的治療效果較大，而低風險罪犯的治療較無效果；另該研究也顯示認知行為治療可以顯著減少性犯罪，但其他心理治療方法卻沒有；另外不論是自願或是強制接受治療的，治療同樣有效；該研究也發現社區治療往往比監獄治療更有效，以及將個別治療療程納入治療中，對於減少再犯會產生更好的結果（Schmucker & Lösel, 2015）。

Kim 等（2016）回顧 1995 年至 2009 年發表的研究，其資料時間跨度約為 66 年，比較不同年齡族群和治療方式的效果，以探討性犯罪者治療計畫的成效。研究結果顯示，性犯罪者治療可以被視為「經確認的」或至少「有希望」，而參與者的年齡和治療類型可能會影響治療的成功。Harrison 等（2020）的研究，分析審閱 1970 年以來發表的研究，已確定治療在減少成年男性性犯罪者再犯方面的整體有效性；結果顯示，十年的治療整體效果存在顯著差異，並發現 20 世紀九〇年代提供的治療對合併有暴力行為的性侵害再犯降低有關（Harrison, O'Toole, Ammen, Ahlmeyer, Harrell & Hernandez., 2020）。

Holper 等（2024）則對 Schmucker 和 Lösel（2017）後設分析進行更新，評估性犯罪者治療效果及其再犯率的關係。該研究搜集了 37 個樣本、30,394 名有性犯罪史的個案，樣本數量幾乎是前次研究的三倍。治療的平均效果量為 1.54（勝算比），研究顯示治療對降低性再犯的有效性效果仍然偏小，但高風險和中風險個案的治療效果優於低風險個案。研究結果支持風險-需求-反應性（RNR）模型，強調治療應根據個案的風險水平和需求進行調整（Holper, Mokros &

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

Habermeyer, 2024)。

二、治療取向：認知行為治療 (CBT)、再犯預防 (RP)、RNR 模式

20 世紀七〇年代性侵害加害人的治療，有兩種廣泛的治療方法，一是心理治療，幫助罪犯改變思維和行為方式，並教導他們如何避免再次性犯罪，二是醫療上的治療，例如減少性慾的手術或化學閹割等方法 (La Fond, 2005)。八〇年代由藥癮行為治療衍生到性侵害加害人預防再犯 (RP) 部分，幫助犯罪者識別可能使他再次犯罪的風險情境，教導他應對高風險情況的策略，並幫助他控制自己的性行為 (Nelson 等, 1989)。九〇年代綜融治療模型 (integrative treatment models) 出現，發現性犯罪無法僅以單一領域的行為結果說明，先前的理論，例如生物、環境、社會學習、行為、認知等均過於簡單化。綜融治療模型整合了性犯罪的多種理論，強調生理、心理、社會和環境對性犯罪行為的發展、維持等影響，治療方法更加廣泛，包括異常性喚起 (性偏差)、認知扭曲、犯罪態度、衝動控制、社交技巧、情緒調節和環境觸發因素 (Marshall, Anderson & Fernandez, 1999) 等進行相關介入。

美國和歐洲對性犯罪者最常見和主流的治療方式是 CBT (Kirsch & Becker, 2006)。MacKenzie (2006) 研究顯示具有「預防復發」成分的「認知行為治療」可以有效減少再犯，接受「認知行為治療 / 再犯預防」的性犯罪者再犯率比對照組性犯罪者低了 8 個百分點。Risk Need, Responsivity (RNR): Andrews 和 Bonta (2003) 的 RNR 原則 (風險、需求、方案相應性)，指出治療監督方案能根據靜態風險、動態需求及治療監督方案適合個案之相應性，如認知行為的改善與外在行為的適度監督來進行方案規劃，將有助於改善案主的再犯率，並期待未來的方案能朝此方向發展。另有研究確認認知行為治

療方式具有特定的有效性 (Marshall & Barbaree, 1990; Quinnet et al., 2004)。Harrison 等 (2020) 後設分析研究指出，再犯預防 (RP) 的重點是加害人在治療釋放後，能夠持續改善自己，辨識潛在的高風險行為，並修正認知、感受和行為模式，透過內在自我管理、建立個別化的計畫和外在監督的方法，有效地阻止再犯循環；該研究指出除了再犯預防的技術之外，也可添加 RNR 框架，將犯罪的風險程度、犯罪需求和回應因素等重點納入處遇考量；RNR 模式適合個別罪犯的處遇，對高風險再犯者提供了強化的管理方案。許多 CBT 治療方案都利用了預防再犯和 RNR 這兩種框架 (Harrison, O'Toole, Ammen, Ahlmeyer, Harrell & Hernandez., 2020)。

三、個別治療的適用性

(一) 個別治療的時機

目前國內性侵害受害人的社區處遇模式大多以團體治療為主，個別治療為輔。但在某些特殊的情形下，經評估團體治療無法提供適宜處遇或加害人行為嚴重干擾或破壞團體進行時，將改施以個別治療。實務中常見的一些狀況，如有特殊身心狀況需要個別協助者，如聾啞、智能障礙、精神障礙或失智等情形外，某些疑似反社會人格或病態人格對團體造成嚴重干擾者，或無法融入團體者如移民華僑、家內亂倫、高度否認者等等，將依個別狀況經評估後轉至個別治療。

以下將針對團體處遇轉至個別治療的某些特殊狀況進行說明，提供參考。

1. 高度否認者：否認是性侵害加害人常見的現象，一般而言隨著治療的進行，加害人的否認程度通常會有所改變，以順利進入下一個治療階段。然而某些高度否認的個案，無法順利卸

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

下否認，且其否認行為已影響到其他成員的否認處理，形成團體進行的阻礙，那麼將其改為個別治療會是個可行的選項。

2. 無法融入團體者：此些情形有很多種狀態，包括對團體形式產生高度抗拒、遭受其他成員排擠、過於操弄團體、個性過於羞怯、認知功能或言語表達理解不如常人等個案，雖經治療師介入仍無法獲得改善者，可考慮轉至個別治療。上述狀況雖然都是團體治療師必須面對，甚至可能是治療契機，但考量有限的治療時程與其他團體成員的治療進展，仍應採取較為有效益的作法為宜。
3. 犯案型態特殊，無適合團體可參與者：如較為嚴重的性犯罪型態、同性性犯罪等，無法在團體中運用足夠團體療效因子，且異質性高，缺乏足夠個案量以形成同質性團體時，可考慮採取個別治療。

(二) 個別治療中的阻抗與權控議題

性侵害加害人處遇評估通過與否，通常對加害人的生活有所影響，例如刑中治療評估涉及假釋的機會，社區處遇則涉及工作請假、心情負擔等。多數個案認定治療師掌握自己通過評估與否的權力，使得性侵害加害人的治療關係不同於一般的個別治療，個案可能有許多的形式配合，無法真正坦承，或在評估未能通過後，形成對治療的阻抗。在此權力不對等的專業關係下，要真正達成個案的改變或達到再犯預防的目標並不容易。治療師必須覺察這種情形並且有能力處理它，也要謹慎評估誤判個案配合度與真實性的機會，並注意在此不對等的專業關係中，本身成為權力濫用者而不自知的可能性，以避免個案被迫以標準答案應對治療。

(三) 否認的處理

性侵害者通常會否認他們偏差的性慾望或犯罪行爲，對性侵害者而言，來自個人、家庭、宗教或社會道德中所感受的羞恥是很大的壓力，他們藉由否認或部分否認以假裝犯罪事實不存在，或部份承認但找藉口緩和所面臨的譴責，多數的性侵害者都會使用這二種防衛方式 (Carich & Mussack, 2001)。心理分析學派認為否認是不自覺的潛意識心理歷程，認知心理學則提出性侵害加害人的否認行爲是加害人意識層次的心理歷程，是一種認知扭曲，女性主義學派認為否認行爲是一種有意識的行爲選擇，指出潛意識觀點使性侵害加害人對犯行去個人化與去罪化 (Schneider & Wright, 2004)。性侵害加害人的否認行爲，被定義為對犯行不願負責，目的在自我保護，意圖逃避刑責 (ATSA Professional Issues Committee, 2001)。卸下性侵害加害者的否認，在治療上有其重要意義，唯有不再否認，承認犯行並修正認知扭曲與再犯預防的行爲改變，才有不再犯的可能 (王郁文、修慧蘭, 2008)。Sefarbi (1990) 認為性侵害加害人的否認是一種適應性行爲，以扭曲或欺騙自己與他人的方式，達到自我保護，目的在避免經驗到生活中的負向感受，但也因此成爲性犯罪的維持因子。

Winn (2001) 認為治療常以面質挑戰性侵害加害人的認知扭曲，反而使其感受到更多傷害，會更堅固「否認」，治療初期處理否認時要注意不要變成懲罰。Carich 和 Mussack (2001) 認為信任可催化治療改變，性侵害加害人在治療、晤談期間感到無所失時，否認才得以削弱，當加害人在吐露真實的犯行細節時，經歷來自他人較少的憤怒、較小的罪惡感、害怕，與自我更多的壓力釋放、被治療者信任以及長期利益等，否認才得以被削弱。所以治療者要對否認

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

有所了解，協助加害人卸下否認。

(四) 治療方法

性侵害行為發生的原因通常並非單純地只為滿足生理上的需求（Carich, 2003），透過臨床的評估，可以發現性侵害加害人往往存有不良的自我概念、扭曲的認知信念、以及某種犯案的內在需求，而這些不良的自我、信念與需求的形成經常是與其生命發展經驗有關，若能在治療中協助探討，將有助其改變。目前性侵害處遇以認知行為治療及預防再犯為主要方法，治療可協助性侵害加害人了解下列內涵（引自林淑梨、陳若璋，2015）：

1. 犯罪歷程循環：偏差行為循環是一種學來的習慣化行為，加害人必須透過治療，學得對錯誤想法的辨認與矯正，並學會對偏差行為的控制力，且時刻保持警覺，以避免偏差行為之再發生。
2. 挑戰扭曲的想法：性犯罪常因於偏差的性別關係概念或誤解女性溝通訊息所致，故需藉由教育矯正之。
3. 知道對受害者的傷害：建立對受害者的同理心，可降低犯罪動機。
4. 偏差性幻想的修正：與加害人討論其偏差性幻想內容，並以行為制約原理，協助加害人減少不當色情刺激引發的性興奮。
5. 社交技巧學習與憤怒控制：許多加害人因與異性互動方式的缺失或情緒衝動的不能控制導致犯案，故需學習溝通技巧與情緒管理。
6. 再犯預防：加害人需學會「辨認再犯危險因子」、「學習應對高危險情境」與「改變生活型態」；治療師可透過加害人對自己生活狀況的報告，協助發現再犯危險情境，與之充份討論

可因應危險情境的技巧，協助加害人建立具支持性的社會網絡如家人、朋友、相關專業人員等，以使能在社區中發展並維持一個正常、健康的生活型態，降低再犯之可能。

參、監督處遇

目前我國所採行之成人社區處遇模式，依其法源依據及型態可概分為：緩起訴社區處遇（緩起訴義務勞務處分、緩起訴必要命令處分、緩起訴戒癮治療處分）、附條件緩刑社區處遇（緩刑義務勞務、緩刑必要命令與緩刑命令戒癮治療）、緩刑付保護管束、假釋付保護管束及易服社會勞動等五大面向（法務部統計處，2017；許華孚等，2018）。針對各地方檢察署受理之假釋、緩刑個案（具保護管束）之性侵加害者，當其回歸社區之後，確實需要各網絡單位的監控以及專業人員的介入治療輔導，以避免對社區造成潛在的危機（Jennings & de Lecea, 2020）。這些措施的目的是保障社區安全，透過監控系統，建構一個具有完整性之有效建置，透過防治中心、監獄、地檢署、社政、警政、衛政等單位共同合作，與觀護人及治療師保持密切聯繫，了解個案現況，持續監督個案情形，才是能讓社區民眾真正安心之作法（楊錦青，2012）。

1998年依據「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」第四條規定「直轄市、縣（市）主管機關應成立性侵害加害人評估小組」，各縣市家防中心或轄區地方法院檢察署召開會議，召集各網絡單位，包括警政（特別是第一線訪查員警）、衛政、社政、法院、檢察等，針對中高以上再犯危險的性侵害加害人進行監控和了解，便對其施以身心治療以及輔導（沈勝昂等，2014），尤其是少年性侵者需獲得更妥適之輔導及處遇，則預防其再犯與回歸自我健全成長可期（Mbiydzenyuy et al., 2024；張裕榮，2013；葉怡伶，2018）。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

社區督導處遇的目的是透過了解加害人接受身心治療或輔導教育的情況，讓性侵犯者從中學習如何駁斥自己的認知扭曲（林耿樟等，2014），教導法律知識、兩性平權觀念等輔導教育課程為主（林倩如、陸惠文，2017），提供警政和觀護人加強訪視，並可能實施特殊監控措施，如測謊、驗尿、安裝電子腳鐐等（林順昌，2009）。同時，為確保資訊的準確性，並根據情況調整訪視或處遇方向，這樣的協調機制有助於提高社區對於再犯危險的性侵害加害人的監控和管理效果（Kaylor et al.）。

前項評估小組由「直轄市、縣（市）政府性侵害防治中心醫療服務組組長擔任召集人，並遴聘至少五人以上熟稔性侵害犯罪特性之精神科專科醫師、心理師、社會工作師、觀護人、少年保護官及專家學者等組成。」，進一步依個案接受處遇的時程來區分，在社區監督中延續（或開始）其治療（Alam, et al., 2024; Heinen-Kay, et al., 2021），經過反覆與各種情境互動，不斷的練習不再犯的能力，「累積更多成功的經驗」，難以讓個案真切去辨識到自身危險所在並有能力去選擇避開再犯循環（劉慶南，2008）。

一、危機管理

在性犯罪事件發生後，及時處理至關重要。首先，受害者的安全應放在首位，社會應該提供必要的支持和保護措施。同時，相關單位應迅速展開調查，搜集證據，並確保法律程序的公平正義。並針對性犯罪的受害者，建立一個全面的支持網絡，包括醫療、心理、法律等方面的專業支援，幫助受害者渡過困難期。再者，社會應該鼓勵受害者勇敢發聲，並提供安全的管道讓他們表達自己的經歷與感受，進而保護受害者的權益，還有助於減少社會對性犯罪的偏見。

在以往因性犯罪案件而引發的社會關注，或因處理不當而造成

傷害的案例，不在少數，更因為近年來社會變遷，世代意識強烈的原因，如性別意識的抬頭、個人主義的強化與新媒體的崛起，性犯罪案件成為危機處理的議題，已是勢不可免的現象。由於危機有其威脅性、不確定性、緊迫性、複雜性、受矚目性等特性，因此為減輕危機對組織社會的衝擊，危機處理專家對危機處理的建議，在組織與領導的反應上可以綜合出以下最重要的幾點（袁鶴齡，2022；黃富源，2008；Benoit, 1997；Boin 等，2013；McMains & Mullins, 1996）

（一）及早確認問題並建立危機處理機制

危機一旦發生，將迅速蔓延擴大，如不迅速處理，有可能終至不可收拾，所以組織與領導者必須立刻建立危機處理小組（小組成員除包括發生危機之主管單位，法定規定單位外，更需要包括法律專家與媒體處理專家），召開會議，進行情報收集、危機分析與危機處理方案。

（二）建立危機共識並進行協調

危機處理需要組織與協力單位的全力合作，才能發揮最大效果，使組織轉危為安，組織內單位處理危機過程難免會有意見不同或局部衝突，但是基本共識必須建立並共同遵守；而共識的建立，奠基於垂直與水平的充分溝通與協調。

（三）確定危機處理策略與執行

由於危機的緊迫性與威脅性，必須迅速處理，因之危機管理非一般之管理，所以不能以例行之行政流程進行決策、執行，與管制，動員合理有效的資源、人力、機具與設備，全力處理危機是必要的。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

危機處理小組，必須根據分析資料與討論確定危機處理策略，並將其落實為方案，嚴謹執行。

(四) 進行危機溝通

危機處理不僅是組織內部的事務，因危機處理須面對社會大眾，因之組織之回應，必須進行危機溝通，組織必須將所處理的危機事件，適當說明並提出處理措施，面對媒體時態度上必須誠實、公平、謙和、耐煩、客觀，實務上最重的原則有：確定可發佈的訊息與不可發布的訊息、避免與媒體辯論、避免臆測性發言、不可發表違背普世價值的言論。

(五) 負責與究責

危機處理過程，依法究責可以展現組織對事件的負責態度，但是由於危機處理過程，十分緊迫，事件本身有可能非常複雜，所以對於事件之原因事實，無法在有限時程內，調查清楚，因之貿然究責，並不恰當，較為適當的做法是，以法律為界限，以事實為根據，提出究責的原則，但不說明過於細節與未知事實的究責對象與內容。

(六) 善後與學習

危機處理一般分為預防、介入，與善後三個階段，每個階段溝很重要，當然危機介入階段，多半最為組織與領導幹部所重視，但是為組織之長遠計，每發生一件危機事件，其實正是診斷組織體質堅韌與脆弱，組織機制應對功能靈活與僵化的最好時機，因之，在危機處理上，善後階段非常需要組織的正視，在危機介入之後，組織必須要認真檢討，根據事件處理缺失，製作檢討個案與改善措施，以補強組織機制與運作。

(七) 對性犯罪案件危機處理之特別注意事項

性犯罪案件是法律案件，因之在處理性犯罪案件時，當事人特別要注意，依法守法的原則，對於事件當事人的保密與保護一定要嚴格與細心地做到，也必須充分了解案件之司法程序與規定，縱使是危機處理，也必須在符合各種法律規定下進行。

第三節 醫療處遇

壹、藥物治療

精神科醫師有時會開一些精神藥物給予加害人來控制偏差或攻擊性性活動 (Deviant and Aggressive Sex Activity)，包括抗精神藥物、抗睪固酮及情緒穩定劑等 (Money, 1987; Kiesch, 1990; Richer, & Crismon, 1993; Grossman, Martis, & Fichtner, 1999; Zonana, Abel, Bradford, et al., 1999)。少數加害人罹患性偏好症，且性慾高張、對性過度執著，或利用性來因應負面情緒，可能需要考慮藥物治療。治療性侵害加害人的藥物可分為兩類，第一類是抗性慾藥物 (antilibidinal drug)，透過阻止睪固酮的攝取與代謝，來減少性衝動與性幻想的強度與頻率，適用對象包括，過度性喚起 (頻繁自慰)；主觀上難以控制的異常性喚起與性幻想。第二類是非荷爾蒙治療 (Nonhormone-mediated treatment)，例如血清素藥物 (Selective Serotoning Reuptake Inhibitors, SSRIs)，適用對象包括，沒有過度性喚起的性專注 (侵入性的性想法或幻想)；對於帶有強迫特徵的性幻想、性興奮與性行為感到困擾；因情緒低落或焦慮所影響的異常性幻想與性專注 (Frize, et al., 2020)。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

一、抗性慾藥物

醋酸甲羟孕酮 (Medroxyprogesterone Acetate, 簡稱 MPA) 是最先被使用於性侵害犯罪加害人治療的藥物 (Money, 1987), 它可以降低血液中男性睪丸酮的含量並降低性趣與活動性 (Kiesch, 1990), Kiesch (1990) 研究顯示可以有效降低性侵害加害人性衝動。然而這個被視為化學去勢的方法常引起道德與人道上的爭議, 因此, 常以自願方式為之。

抗性慾藥物種類包括 (1) 抗男性素藥物 (Antiandrogen), 如: 醋酸環丙孕酮 (Cyproterone Acetate, 簡稱 CPA); (2) 無特定特徵的荷爾蒙藥物 (Hormonal Agents Without a Specific Profile), 如雌激素 (Estrogen)、吩噻嗪 (Phenothiazine)、醋酸甲羟孕酮 (medroxyprogesterone acetate, 簡稱 MPA); (3) 促性腺激素釋放激素促動劑 (Gonadotropin-Releasing Hormone agonists, 簡稱 GnRH 促動劑), 如: 曲普瑞林 (Triptorelin)、亮丙瑞林 (Leuprorelin)、戈舍瑞林 (Goserelin)。

二、非荷爾蒙治療

Adi 等人 (2002) 指出治療憂鬱症的氟西汀 (fluoxetine) 與舍曲林 (sertraline) 這兩類 SSRIs 藥物是最常被應用在性成癮或性侵害者的藥物, 因為 SSRIs 會降低衝動性, 改善情緒狀態 (性侵害者會利用性來處理負面情緒); 減少類似強迫症的侵入性性想法; 促進大腦中的依附系統, 增加親合與親密行為。Bradford (2001) 研究指出 SSRIs 會減少異常的性興趣與性慾, 但不會影響正常的性興趣與性慾。

三、藥物治療的適應症

性侵害加害人藥物治療的適應症或時機為：(1)治療性偏好症大多合併藥物與認知治療，一旦認知治療失敗，就要使用藥物；(2)在一些合併性虐待或強暴犯的重度性偏好症患者，藥物治療是第一線治療。這些治療包括使用 CPA 或 MPA 和 GnRH (LH-RH) 促動劑來進行所謂的化學閹割 (Chemical Castration)。藥物治療過程中，除需定期評估藥物療效外，更需進行藥物副作用檢查，避免可預期的傷害。另外，如果性侵害人加害人以幻想與性喚起來調節負面情緒、維護自尊、減少無力感、增加控制感，一旦睪固酮減少，幻想與性喚起減少，性侵加害人的權力與控制需求可能轉變成以攻擊或抱怨的方式展現，需進行心理治療來協助其以其他方式滿足上述需求 (Frize, et al., 2020)。

重點回顧

- 一、性侵者的治療仍以認知行為療法為主，但若沒先問「向左走或向右走，你想走哪邊？」則案主將沒動機改變，這句是屬現實治療選擇理論。
- 二、性侵者早年多會有不舒服經驗，情緒釋放療法可有速效。
- 三、強化性犯罪者復歸社會之社會之資源與支持。
- 四、以認知行為治療和預防再犯等方法協助改變。
- 五、組織處理危機事件，適當說明處理措施。
- 六、治療性侵害加害人的藥物包含抗性慾藥物與非荷爾蒙藥物。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

問題與討論

問：分派個別治療要考慮甚麼？

答：指派個別治療須更為謹慎，不是增加個別治療就絕對降低再犯數比率。建議只有精神病、中度智障、聽語障礙者、嚴重反社會人格、影響團體進步者等才指定團體治療。詳見林明傑、林書慶、葉碧翠、黃健、許福生、葉信昌（2024）。建議不宜將高再犯危險的性侵者獨立開團體，而建議由資深治療師來治療混入低比率之高再犯危險者於治療團體中，使團體成員多知道其高再犯特質而給予建議並鼓勵其一起改善。性侵男童者也不宜獨立開團體或只給予個別治療，讓其能漸漸參加團體治療反而讓成員知道性侵對被害人的影響。

問：個別治療中要注意那些阻抗或權控的發生？

答：個案認定治療師掌握通過評估與否的權力，須謹慎評估個案配合度與其真實性。

問：個別治療中可以透過了解那些治療內涵，協助加害人改變？

答：犯罪歷程循環、挑戰扭曲想法、同理受害者、修正偏差性幻想、社交技巧學習與憤怒控制、再犯預防（辨認再犯危險因子、學習應對高危險情境、改變生活型態等）。林明傑（2018）強調先後需有確定方向、找出優點、找出作法、營養身心，才能使案主找到方向後找出做法，並且願意做出改變。

參考文獻

中央研究院（2019）。過動兒爸媽不哭！治療過敏、吃對食物，可能改善病情。<https://research.sinica.edu.tw/pan-wen-harn-adhd-nutrition-allergy/>

- 王明華譯 (1994)。《吃的營養科學觀》。臺北：世潮。
- 全國法規資料庫，性侵害犯罪防治法，查閱日期 2024.03.24 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0080079>
- 沈勝昂、林明傑 (2007)。變與不變：性侵害再犯「穩定動態危險因子」與「急性動態危險因子」的關係。《犯罪學期刊》，10(2)。
- 沈勝昂、葉怡伶、劉寬宏 (2014)。臺灣性侵害犯罪加害人社區處遇之現況與檢討 [The Community-Based Treatment for Sexual Offenders in Taiwan: Current Situation and Criticism]。《長庚人文社會學報》，7(1)，135-165。
- 周文勇、黃婉鈺 (2018)。暴力性侵害犯罪中止之研究 [A Study on Desistance of Violent Sexual Offending]。《矯政期刊》，7(1)，31-63。
[https://doi.org/10.6905/jc.201801_7\(1\).0002](https://doi.org/10.6905/jc.201801_7(1).0002)
- 林利群 (2016)。心理師對性侵加害人的會談技巧。《諮商與輔導》，(370)，27-28。
- 林明傑 (1998)。美國性罪犯心理治療方案之方案及技術暨國內改進之道，《社區發展季刊》，(82)，175-187。
- 林明傑 (2018)。《矯正社會工作與諮商：犯罪心理學的有效應用》(2版)。臺北：華杏。
- 林明傑、呂嘉豐、陳建霖 (2016)。矯正諮商中再犯預防模式之缺點及其改善：兼論新取向的提出。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，12(2)，113-146。
- 林明傑、林書慶、葉碧翠、黃健、許福生、葉信昌 (2024)。評估各縣市性侵害者治療效能之指標建立及怎樣降低再犯到最低之研究。《社區發展季刊》，(187)，253-270。
- 林明傑、陳慧女 (2024)。《精神病理社會工作：社會安全網與精神醫療體系的助人工作者的實務指引》。臺北：心理。
- 林倩如、陸惠文 (2017)。智能障礙之性侵加害人社區處遇研究回顧 [The Review Study of Sexual Offenders with Mental Disability in Aftercare Programs]。《The Changhua Journal of Medicine》，15(2)，95-103。 [https://doi.org/10.6905/cjmed.201702_15\(2\).0002](https://doi.org/10.6905/cjmed.201702_15(2).0002)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

org/10.6501/cjm.1502.006

- 林耿樟、劉芯瑜、鄭珮汝（2014）。性侵害加害人參與社區處遇認知扭曲療效研究 [An Outcome Research of Cognitive Distortion Adjustment Course for Sex Offender Outpatients Which Occupied in the Community]。《輔導季刊》，50(1)，34-43。
- 林耿樟、劉瑞華、蘇淑文（2018）。短式人際反應問卷之修訂：性侵加害人樣本之探究 [Revision of a Shortened Version of the Interpersonal Response Questionnaire: Research on the Sample of Sex Offenders]。《輔導季刊》，54(4)，33-41。
- 林順昌（2009）。破除「電子監控」之迷思－論回歸實益性之犯罪者處遇政策 [Get Rid of the Myth of “Electronic Monitoring”: Beneficial Approach of Criminal Treatment Policy]。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，5(2)，239-279。https://doi.org/10.29804/ajdvso.200912.0017
- 法務部統計處（2017）。成年觀護案件統計分析。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，(14)，62-66。
- 邱惟真（2017）。台灣性侵害加害人處遇成效初探 [Treatment Effectiveness of Sexual Offenders in Taiwan: Preliminary Findings]。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，13(1)，113-133。
- 袁鶴齡（2022）。《危機管理（韓風險管理）》，國家文官學院 111 年度薦任公務人員晉升簡任官等訓練課程教材，5-3~5-82。
- 馬躍中（2013）。德國電子監控制度之探討 [Study of the Act of Electronic Monitoring in Germany]。《高大法學論叢》，8(2)，67+69+71+73-113+115-117。
- 張立人（2017）。《大腦營養學全書》。臺北：商周
- 張裕榮（2013）。《性侵害事件受保護處分少年社區處遇之研究》。
- 許華孚、賴擁連、黃俊能、陳佑杰、施柏州（2018）。成年犯罪人社區處遇效能之研究 [The Effectiveness of Community-Based Treatment on Adult Offenders]。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，(19)，56-71。https://doi.org/10.6460/cpcp.201812_(19).04

- 陳佑杰、張耀中（2020）。我國科技設備監控之發展回顧與未來展望 [Retrospect and Prospect of Electronic Monitoring of Sexual Offenders in Taiwan]。《矯政期刊》，9(1)，171-196。https://doi.org/10.6905/jc.202001_9(1).0006
- 陳若璋（2016）。《原來我的犯案是有跡可循的》－一個性侵加害者治療團體的紀實 [“I realize the crime I committed was connected to my life stories” - a case study of a sex-offender treatment group process.]。《中華團體心理治療》，22(4)，3-22。
- 陳慧女、林明傑（2016）。家庭暴力者對參與整合式矯正團體輔導及其改變內涵之看法。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，12(2)，1-31。
- 彭秀玲（2017.12）。文獻評論：性侵害行為人的心理治療是否無效且潛藏有害？。《中華團體心理治療》，23(4)，21-24。
- 曾昱哲、董道興、陳珮恩、黃健、沈勝昂（2019）。桃園地區性侵害加害人接受社區處遇後之再犯風險評估與相關因子探討 [The recidivism risk evaluation and associated factors for sexual offenders under community treatment in Taoyuan City]。《犯罪學期刊》，21(1)，66-99。
- 黃富源（2008）。《危機管理》，國家文官學院 97 年度警佐警察人員晉升警正官等訓練課程教材，3-3~3-41。
- 楊錦青（2012）。性侵害犯罪防治與人權議題之探討－兼論社區處遇之作法 [Sexual Assault Crime Prevention and the Issues of Human Rights-A Concurrent Discussion about the Application of Community Treatment]。《國際文化研究》，8(2)，1-25。https://doi.org/10.29960/sic.201212.0001
- 楊聰財（2022）。台灣性侵害加害人心理處遇治療歷史沿革，實務經驗、過程與挑戰之探討 [The Approach of Taiwan Sex Offenders Treatment Programs: History, Practice Experience, Process, and Challenge]。《台灣性學學刊》，28(1)，69-89。https://doi.org/10.53106/160857872022122801004
- 葉怡伶（2018）。我國性侵犯矯治成效評估之研究：再犯風險的病因學觀點。
- 劉慶南（2008）。《社區性罪犯之觀護監督》。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

衛生福利部草屯療養院 (2020)。衛教資訊內容：反社會性人格障礙症 10910。 https://www.ttpc.mohw.gov.tw/?aid=508&pid=0&page_name=detail&iid=992。

Alam, P., Lin, L., Thakkar, N., Thaker, A., Marston, C. (2024). Socio-sexual norms and young people's sexual health in urban Bangladesh, India, Nepal and Pakistan: A qualitative scoping review. *PLOS Glob Public Health*, 4(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002179>

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2007). The Risk-Need-Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence. *The Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 49, 439-464.

Andrews, D. A., & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of programme integrity. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 173-187

Benoit, W. L. (1997). Image repair discourse and crisis communication. *Public Relations Review*, 23(2), 177-186.

Blais, J., Babchishin, K. M., Hanson, R. K. (2022). Improving Our Risk Communication: Standardized Risk Levels for Brief Assessment of Recidivism Risk-2002R. *Sex Abuse*, 34(6), 667-698. <https://doi.org/10.1177/10790632211047185>

Blais, J., Babchishin, K. M., Hanson, R. K., (2022). Improving Our Risk Communication: Standardized Risk Levels for Brief Assessment of Recidivism Risk-2002R. *Sex Abuse*, 34(6), 667-698. <https://doi.org/10.1177/10790632211047185>

Boin, A., Kuipers, S., Overdijk, W. (2013). Leadership in times of crisis: A framework for assessment. *International Review of Public Administration*, 18(1), 79-91.

Bonnar-Kidd, K. K. (2010). Sexual Offender Laws and Prevention of Sexual Violence or Recidivism. *Am J Public Health*, 100(3), 412-419. <https://>

doi.org/10.2105/ajph.2008.153254

Bureau of Justice Assistance, BJA <https://bja.ojp.gov>

Carich, M. S., Mussack, S. E. (2001)。性侵害加害人評估與治療手冊。林明傑總校閱 (2005)，頁 82-107。

Clond, M. (2016). Emotional Freedom Techniques for Anxiety: A Systematic Review with Meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 204(5), 388-395

Corăbian, G., Hogan, N. R., Olver, M. E. (2022). University Student Attitudes Toward Persons With a History of Adult Sexual Violence and Their Correlates With Policy, Treatment, and Management. *J Interpers Violence*, 38(3-4), 3661-3687. <https://doi.org/10.1177/08862605221109892>

Cumming, G., McGrath, R. (2000). *Supervision of the Sex Offender*. Brandon, VT: Safer Society.

Dobbrunz, S., Daubmann, A., Müller, J. L., Briken, P. (2020). Predictive Validity of Operationalized Criteria for the Assessment of Criminal Responsibility of Sexual Offenders With Paraphilic Disorders—A Randomized Control Trial With Mental Health and Legal Professionals. *Front Psychol*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.613081>

Freeman-Longo, r.et al. (2001). 我是誰我爲何要接受治療。王家駿等翻譯。臺北：合記出版社。

Frize, M. C., Griffith, J., Durham, R., Ranson, C. (2020). An evidence-based model of treatment for people with cognitive disability who have committed sexually abusive behavior. In J. Proulx, F. Cortoni, L. A. Craig, & E. J. Letourneau (Eds.), *The Wiley handbook of what works with sexual offenders: contemporary perspectives in theory, assessment, treatment, and prevention* (pp.327 -352). John Wiley & Sons.

Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B., MacKenzie, D. L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual offending. *Corrections Management Quarterly*,

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

3(4), 19-29.

Grossman, L. S., Martis, B., Fichtner, C. G. (1999). Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatric Services*, 50(3), 349-361. doi:<https://doi.org/10.1176/ps.50.3.349>

Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of counseling and clinical Psychology*, 63(5), 802-809.

Harada, T., Nomura, K., Shimada, H., Kawakami, N. (2023). Development of a risk assessment tool for Japanese sex offenders: The Japanese Static-99. *Neuropsychopharmacol Rep*, 43(4), 496-504. <https://doi.org/10.1002/npr2.12330>

Harrison, J. L., O'Toole, S. K., Ammen, S., Ahlmeyer, S., Harrell, S. N. & Hernandez, J. L. (2020). Sexual Offender Treatment Effectiveness Within Cognitive-Behavioral Programs: A Meta-Analytic Investigation of General, Sexual, and Violent Recidivism. *Psychiatr Psychol Law*. 2020 Jan 23; 27(1): 1-25. doi: 10.1080/13218719.2018.1485526. Erratum in: *Psychiatr Psychol Law*. 2020 Feb 03; 27(1): 168. PMID: 32284777; PMCID:

Heinen-Kay, J. L., Kay, A. D., Zuk, M. (2021). How urbanization affects sexual communication. *Ecol Evol*, 11(24), 17625-17650. <https://doi.org/10.1002/ece3.8328>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.

Holper, L., Mokros, A. & Habermeyer, E. (2024). Moderators of Sexual Recidivism as Indicator of Treatment Effectiveness in Persons With Sexual Offense Histories: An Updated Meta-analysis. *Sex Abuse*. 2024 Apr; 36(3): 255-291. doi: 10.1177/10790632231159071. Epub 2023 Mar 16. PMID: 36927218; PMCID: PMC10880427.

Jennings, K. J., Lecea, L. D. (2020). Neural and Hormonal Control of Sexual

- Behavior. *Endocrinology*, 161(10). <https://doi.org/10.1210/endo/bqaa150>
- Kaylor, L., Feinberg, M. K., Katsman, K., Allan, C., Greene-Colozzi, E., Johnson, D., Jeglic, E. L. (2020). Input from the frontlines: parole and probation officers' perceptions of policies directed at those convicted of sexual offenses. *Psychiatr Psychol Law*, 29(6), 900-925. <https://doi.org/10.1080/13218719.2021.1995521>
- Kiesch, T. A. (1990). Treatment of sex offenders with Depo-Provera. *Bull Am Academy Psychiatry Law*, 18(2), 179-87.
- Kim, B., Benekos, P. J. & Merlo, A. V. (2016). Sex Offender Recidivism Revisited: Review of Recent Meta-analyses on the Effects of Sex Offender Treatment. *Trauma Violence Abuse*. 2016 Jan; 17(1), 105-17. doi: 10.1177/1524838014566719. Epub 2015 Jan 8. PMID: 25575803.
- Lin, P., Su, K. (2007). A meta-analytic review of double-blind, placebo-controlled trials of antidepressant efficacy of omega-3 fatty acids. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(7), 1056-1061.
- Lussier, P., McCuish, E., Chouinard-Thivierge, S., Frechette, J. (2024). A meta-analysis of trends in general, sexual, and violent recidivism among youth with histories of sex offending. *Trauma Violence Abuse*, 25(1), 54-72. <https://doi.org/10.1177/15248380221137653>
- MacKenzie, D. L. (2006). *What Works in Corrections: Reducing the Criminal Activities of Offenders and Delinquents*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. Guilford Press, New York.
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., Van-Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sexual abuse: a journal of research and treatment*, 17(1), 79-107.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- Mbiydenyuy, N. E., Joanna-Hemmings, S. M., Shabangu, T. W., Qulu-Appiah, L. (2024). Exploring the influence of stress on aggressive behavior and sexual function: Role of neuromodulator pathways and epigenetics. *Heliyon*, 10(5). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27501>
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., Ellerby, L. (2010). Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey. Safer Society Press.
- McMains, M. I. J., Mullins, W. C. (1996). *Crisis Negotiations: Managing Incidents and Hostage Situations in Law Enforcement and Corrections*, Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.
- Nelms, J. A., Castel, L. (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized and Nonrandomized Trials of Clinical Emotional Freedom Techniques (EFT) for the Treatment of Depression. *Explore (NY)*. 12(6): 416-426.
- Pithers, W. D., Cumming, G. (1995). Relapse prevention: A method for enhancing behavioral self-management and external supervision of the sexual aggressor. In B. K. Schwartz and H. R. Cellini (Eds). *The sex offender: corrections, treatment and legal practice* (pp.12-1~12-18). New Jersey: Civic Research Institute.
- Richer, M., Crismon, M. L. (1993). Pharmacotherapy of sexual offender. *Ann Pharmacotherapy*, 27(3), 316-20.
- Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., Amminger, G. P., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M. P., Hibbeln, J., Matsuoka, Y., Mischoulon, D., Mizoue, T., Nanri, A., Nishi, D., Ramsey, D., Rucklidge, J. J., Sanchez-Villegas, A., Scholey, A., Su, K. P., Jacka, F. N., & International Society for Nutritional Psychiatry Research (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The lancet. Psychiatry*, 2(3), 271-274.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international analysis of sound quality evaluations.

Journal of Experimental Criminology.

- Schneider, M., Hirsch, J. S. (2020). Comprehensive sexuality education as a primary prevention strategy for sexual violence perpetration. *Trauma Violence Abuse, 21*(3), 439-455. <https://doi.org/10.1177/1524838018772855>
- Sebastian, B. & Nelms, J. (2017). The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Explore (NY), 13*(1), 16-25.
- Simmons, M. L. (2019). Evaluating the legal assumptions of Victoria's Sex Offender Registration Act 2004 from a psychological perspective. *Psychiatr Psychol Law, 26*(5), 783-796. <https://doi.org/10.1080/13218719.2019.1642254>
- Sneddon, H., Grimshaw, D. G., Livingstone, N., Macdonald, G. (2020). Cognitive-behavioural therapy (CBT) interventions for young people aged 10 to 18 with harmful sexual behaviour. *Cochrane Database Syst Rev, 2020*(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009829.pub2>
- Zonana, H., Abel, G., Bradford, J., Hoge, S.K., Metzner, J., Becker, J., Bonnie, R., Fitch, L. (1999). Policy recommendations. *Dangerous sex offenders-a task force report of the American Psychiatric Association*. 167-181. American Psychiatric Press.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附
錄

— |

| —

— |

| —

第十章

性侵害特殊案例處遇

王偉鋼

彰化基督教醫院司法精神醫學中心主任

徐淑婷

高雄市立凱旋醫院社區精神科
醫師兼科主任

鍾素英

高雄市立凱旋醫院臨床心理科
臨床心理師兼科主任

林耿樟

高雄市立凱旋醫院臨床心理科臨床心理師

陳慧女

國立中正大學師資培育中心副教授

林明傑

國立中正大學犯罪防治學系教授

洪文玲

銘傳大學犯罪防治學系助理教授

吳慈恩

長榮大學神學系教授

鄭塏達

高雄市立凱旋醫院高年精神科
主治醫師兼科主任

吳幸芳

財團法人勵馨社會福利事業基金會
台南分事務所社工督導

陳筱萍

樂安醫院心理科臨床心理師

巫淑君

巫淑君社會工作師事務所所長

黃富源

銘傳大學犯罪防治學系
講座教授兼社會科學院院長

本章學習重點

1. 認識加害人為青少年之性侵害類型、理論、評估與處置
2. 了解加害人為同性間性侵害樣態、迷思、評估與處置
3. 探究加害人為女性之性侵害樣態、評估與處置
4. 學習加害人為精神疾病患者之性侵害類型、評估與處置
5. 了解加害人為智能障礙者之性侵害樣態與處置
6. 認識加害人為聽力障礙者之性侵害樣態與處置
7. 反社會人格、病態人格的治療與再犯預測
8. 認識性侵害對被害人的影響，了解被害人成為加害人的可能成因
9. 學習評估的方法及處遇原則

關鍵詞

青少年性侵害、加害人、約會強暴、同性間性侵害、女性加害人、精神疾病、智能障礙性侵害者、聽力障礙、病態人格、性侵害被害人、性侵害循環、評估與處遇

第一節 加害人為未成年之案例介紹

壹、案例介紹

【案例一】

A 生為男性，17 歲高二學生，在學校對一位女同學表達可擔任對方的司機去找學妹，女同學因認為自己和學妹都認識 A 生而無戒心，途中 A 生表示想上廁所而載女方到某一國中，然後帶著女方走進校園，經過廁所時將女方強行拉進廁所內性侵，事後 A 生向女方向道歉，表示不應該強迫對方發生性行為，且希望此事不要讓其他人知道，但事後女方依然對男友哭訴、表達噁心想吐，A 生於是向女方男友承認性侵並跪下道歉，提出希望以 10 萬元私下和解、但後來又覺得太多錢而想改請吃飯解決，受害女同學當下表示不要錢、不可能原諒 A 生，而向學校輔導老師投訴此性侵事件。

【案例二】

B 生為男性，15 歲國三學生，透過臉書認識他校的女同學，兩人很快就成為男女朋友，除多次發生性關係之外，B 生常要求女友傳個人私密照片和影片給自己欣賞，同時嚴格限制女友與其他男生的互動，包括檢查她的手機聊天紀錄和照片內容，規定她不准與其他男生合照，即使團體照也會吃醋生氣。甚者，B 生會派同學監視女友在學校的舉動，如果得知女友跟男同學借文具或看到她穿短褲坐在樓梯上或無意間衣服往上露時，就會認為她在誘惑別人而吃醋生氣，並以掐女友脖子、暴力傷害身體，威脅要去殺女友家人的方式逼對方就範，導致女方心生恐懼而想與之分手，但 B 生會不斷傳訊息糾纏女方，要求復合並威脅要自殺，女方在忍耐一年後不堪其擾，並在極度痛苦之下服藥過量送醫，終被家長發現 B 生的惡行而報警。

貳、青少年性行為與約會暴力的相關調查

青少年的約會虐待行為 (dating abuse perpetration) 可分為四種類型，分別是心理虐待、性虐待、中度身體虐待、以及嚴重身體虐待等。心理虐待是指損壞屬於受害者的東西、威脅要傷害受害者、監控、不讓受害者與異性交談、在別人面前侮辱或貶低受害者的形象等等；性虐待是指約會時被迫發生性行為或被迫進行其他類型的性活動；中度身體約會暴力包括抓傷、掌摑、咬、推、抓、踢或扭動對方的手臂、將對方撞到牆上；嚴重的身體暴力包括掐住、燒傷或毆打對方，用拳頭或其他硬物擊打對方，以及用刀或武器攻擊對方等 (Foshee et al., 2009)。根據 Foshee 等人的理論，本文的案例一就符合性虐待的定義，案例二符合典型的心理虐待，同時有至少中度的身體暴力。

據國外研究報告，29% 的青少年表示曾遭受心理虐待 (Foshee et al., 2009)，遭受身體暴力的比例為 7%~39%，女孩遭遇約會性侵犯的比例為 3%~23% (Ackard, & Neumark-Sztainer, 2002)。同樣地，一篇針對兩岸三地青少年約會暴力的研究也發現有 26.6% 的研究參與者曾經遭到交往對象施暴，其中香港青少年自陳有較高的施暴率，而上海青少年則自陳有較高的受暴率 (沈瓊桃等人，2019)。一般來說，青少年平均在 15 歲左右開始出現約會暴力的行為，犯罪高峰年齡在 16 歲到 17 歲之間，有些理論認為此種約會關係中的暴力行為可能會延續到成人之後的親密關係與婚姻 (Foshee et al., 2009；Marquart et al., 2007)。

參、青少年約會暴力的相關理論

性攻擊的合流模型 (the confluence model) 認為青少年性約會攻

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

擊行為同時存在遠端和近端發展影響，早期家庭暴力和受害經歷（例如，兒童期身體虐待、性虐待、或過度體罰）被視為遠端影響，導致對約會暴力產生近端的影響，例如對女性的敵對態度以及將性視為一場需要獲勝的遊戲，而不是親密情感的來源 (Malamuth et al., 1995)。

另一方面，中學時期性攻擊的出現也可歸因於這段時期的青春期的變化，促使青少年對性行為與戀愛關係產生高度興趣，但因為青少年尚未發展出處理與異性建立親密關係所涉及的各项人際交往技巧，導致約會暴力的升高。因此，Moffitt (1993) 提出暫時性反社會行為和持續性反社會行為之間的區別，暫時性反社會行為的特徵是反社會行為在青春期先加速後減速，行為的發生和減速是由青少年發展中不同階段的各種行為的獎勵結構所決定，早期會參與各種違規行為，是因為這些行為被視為成年人的行為，並且會帶來某種滿足感，之後隨著青少年逐漸成熟，他們會意識到親社會行為的重要性而逐漸停止反社會行為，亦即是暫時性反社會行為的這類青少年在進入成年期後可停止性侵犯他人的行為。

肆、加害者的評估與處遇

臺灣目前較常使用「青少年性侵害危險因子評估表」(Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II, J-SOAP-II) 與「少年靜態再犯危險評估量表」(Juvenile Static Recidivism Risk Assessment Scale, J-SRRAS) 來協助評估有性犯罪史的 12 至 18 歲男孩之再犯風險。其中 J-SOAP-II 的風險評估包括兩個領域，分別是靜態領域之量表：(1) 性驅力與一心想要性和量表；(2) 衝動 / 反社會行為以及動態領域之量表；(3) 處遇介入和量表；(4) 社會穩定 / 適應 (Prentky & Righthand, 2003)。臺灣一項研究發現該評估表與「病態人格量表」

少年版 (psychopathy checklist: youth version, PCL-YV) 之因素一 (人際情感) 與因素二 (行為與反社會) 皆達顯著相關 (林明傑、黃冠豪, 2017), 顯示青少年在 J-SOAP-II 的高得分亦具有病態人格的可能性。值得注意的是, 青少年仍然處於「不斷變化」的狀態, 其認知、情緒與人格發展等各面向都還未穩定, 風險狀態也可能會在短時間內發生巨大變化, 故至少每 6 個月應進行一次風險評估。除此之外, 邱惟真與簡良霖 (2023) 針對「少年靜態再犯危險評估量表」(J-SRRAS) 進行效度檢驗, 該量表共有 24 題, 與 Static-99 呈現中等程度的相關, 其中綜合「過度或偏差的性活動」、「第一次性犯行時年齡」、「16 歲前被移送次數」以及「被害總人數」等四個指標對再犯可能性的預測優於 Static-99。

根據少年事件處理法第 27 條與性侵害犯罪防治法第 33 條, 行為時滿 14 歲、犯最輕本刑 5 年以上之青少年會進入矯正學校接受感化教育, 期滿之後由縣市主管機關 (衛生局) 安排接受身心治療、輔導或教育, 處遇時效比照成人 (3+1 年)。如果犯行較輕或尚未違反刑法的「曝險少年」, 法院依少年事件處理法裁定保護處分確定且認有必要者 (性侵害犯罪防治法第 31 條第 6 項), 亦會由縣市主管機關 (衛生局) 安排接受身心治療、輔導或教育。

第二節 加害者與受害人同為男性之案例

壹、案例介紹

【案例一】

A 先生在偏鄉某單位擔任主管, 見新進員工 (30 歲男性) 情緒低落, 焦慮恐慌, 有自殺意念, 而對之特別照顧, 經常表達關懷之意。之後 A 先生趁太太不在家, 邀請該員工 (受害者) 到他家住,

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

當天晚上不斷與受害者接吻與親吻身體，之後要求受害者不要對他人提及此事，並表達只是一時衝動。但數日後 A 先生卻到受害者的租屋處，並再次出現親密的身體碰觸且表示聞到受害者的味道很興奮，想要發生性行為。由於加害人是主管，導致受害者不知如何因應，出現恐慌、情緒不穩與高度焦慮而向父親求助報案與急診住院。

【案例二】

B 先生是某大學附近出租套房的二房東，與欲來租房的 20 歲男性大學生（受害者）兩度見面，第一次約看房子，第二次約在速食店簽約。之後 B 先生對受害者說可以提前入住，請對方先來打掃房間，藉機一起在房間吃宵夜、喝酒，接著又藉口希望受害者幫忙當練習整復推拿的對象，要求對方脫掉外衣、外褲以按壓肌肉，進而開始碰觸對方的生殖器，受害者雖然感覺狀況不對勁而想拒絕，但不知道是被下藥或酒醉而無力反抗，事後在女友與家人的建議下就醫並報警。

貳、易被忽略的受害族群

過去幾十年來，國際人權文書對性暴力的關注幾乎全集中在受虐女性，再加上男性受害者比較容易對舉報或求助猶豫不決，導致鮮少有研究關注男性受害者的議題，然而隨著時代的演進，男性遭遇性侵害的案例似乎有逐漸上升的趨勢。早期美國司法統計局的全國犯罪受害調查顯示，約有 11% 的性侵害受害者是男性 (Stemple, 2009)，近期美國親密伴侶和性暴力調查的結果則發現大約四分之一的男性 (23.6%) 在一生中曾經歷過某種形式的性暴力 (Walfield, 2021)。同樣地，臺灣一份針對大學校園的問卷調查也顯示，高達 53% 的性侵害受害者為男性，且受害者的心理創傷反應並無性別差異 (王麗容、黃冠儒，2021)。

一份美國早期文獻指出，不到 2% 的異性戀男性在成年後曾被強制性交，但超過十分之一的同性戀和雙性戀男性卻有被性侵的經歷 (Balsam et al., 2005)。王麗容與黃冠儒 (2021) 針對大學校園的問卷調查也發現非異性戀 (9%) 比異性戀 (5%) 更容易成為性侵害的受害者。同樣地，黃軍義與許得洋 (2020) 的研究也顯示臺灣男同志之中高達 49.3% 曾有被強制性交的經驗，其中 10.3% 的受害者被性侵超過 20 次以上。

參、強暴迷思

男性受害議題被忽略和邊緣化很大程度上是因為強暴迷思，這些迷思通常被定義為「錯誤想法、偏見或刻板印象」(Burt, 1980)。大量研究顯示與男性受害者有關的強暴迷思包括：(1) 男性不會被強暴；(2) 「真正的」男人能夠保護自己免於被強暴；(3) 只有男同性戀者才是強暴的受害者和 / 或施暴者；(4) 男性不受強暴的影響 (或受影響的程度低於女性)；(5) 女性不能對男子進行性侵害；(6) 男性強暴只發生在監獄；(7) 同性的性侵犯導致同性戀；(8) 同性戀和雙性戀者應該受到性侵犯，因為他們不道德和越軌。以上男性強暴迷思不僅在一般社會大眾和大学生中普遍存在，在輔導員、醫療人員、執法人員和強暴危機工作人員中也同樣普遍存在 (Turchik & Edwards, 2012)。

根據觀察，在美國監獄易受到性侵害的男性受害者往往是非暴力的初犯，他們身材矮小、虛弱、害羞、女性化，而且對監獄生活缺乏經驗 (Stemple, 2009)。如同本文案例一的受害者原本就有心理脆弱與情緒不穩的精神問題，案例二則是一位社會閱歷不多的大學生 (異性戀)，故而較欠缺自我保護的能力與警覺性。換言之，男同志與異性戀男性的性侵害行為皆在展演對女性化、弱勢者的壓迫，

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

背後有著傳統父權社會所強調的男子氣概與歧視女性化表現的心態。甚者，做出性侵害的男同志較會將責任歸咎到受害者與被害者的家庭，反映加害者對被害人與其家庭缺乏同理心。且遭遇性侵害的男同志與異性戀男性一樣，有著轉變成加害者的性侵害循環的潛在風險（黃軍義、許得洋，2020）。

肆、加害者的評估與處遇

雙性戀與同性戀加害者的評估與處遇方式比照異性戀加害者，詳細內容可參看本書第八章與第九章。惟根據臨床人員的觀察，雙性戀與同性戀加害者在團體課程中較難主動自我揭露與討論案情，顯示在主流的異性戀環境中容易感到羞恥與自我認同困難。過去文獻也發現非異性戀者（non-heterosexual）包括男同性戀者、女同性戀者和雙性戀者的身心健康狀況都比異性戀者差，推估原因包括性少數群體、社會汙名化以及缺乏社群的支持。甚者，有些人只認同單一性別的性取向（異性戀和同性戀）是合法的，導致雙性戀者更容易出現心理健康問題（Ross et al., 2010）。故而治療人員在執行處遇課程時，需要留心這類個案的心理健康狀況，如果個案無法接受團體課程，治療人員可考慮向性侵害加害人評估小組申請改為個別輔導。

第三節 女性性侵害加害人

壹、案例介紹

大薈是社區知名的幫派女角頭，除了經營特種行業之外，手下也糾集了一群從中綴女學生裡招攬而來的女性非行少女。而這些中綴少女們雖然在大薈的庇護下得到了暫時的安身之地與溫飽，但也

因而沾染上各種不良習慣，甚至涉入了一些不法集團的活動且與幫派份子產生各種關係糾葛。其中小蓮在明知某幫派大哥阿天是大蓄的情人的狀況下，仍然因愛慕幫派老大，而與阿天有了親密關係。此事在經幫派份子轉知後，大蓄在盛怒之下，夥同其組織的其他女性，以懲罰小蓮為名，以物品對小蓮施以各種性侵及虐待並導致重傷，在送醫後通報後，被警方循線查獲。

貳、女性性侵害加害人的樣態

女性性侵害者的犯罪因素可能是多方面，可能因心理因素、社會文化觀念、過去經驗或社會壓力等因素，例如：情感問題、依附問題、控制慾望等，這些問題可能導致她們對他人進行性侵犯行為（黃富源，2005）。國內學者提出國內女性性侵害加害人初步可分為如下五類：(1)近親相姦；(2)將被害人當作替代性的補償；(3)合意性交；(4)顯示權威的性虐待或性侵害犯罪及；(5)買賣（李進賢，2014）；或是分類：報復霸凌型、依附性情人幫助亂倫型、師生戀型、外籍看護性侵型、戀童型、暴力強制型等類型（劉育偉，2020）；女性強迫、物質輔助和無行為能力的性侵行為（Champion, et al., 2022）。這些研究提出一些理論和假設，試圖解釋為何女性會成為性侵加害者，可能這些女性在受到性暴力或本身生心問題，無法有效處理或解決，因此，將其內在的壓抑、憤怒或痛苦轉移到其他人身上，以緩解自身的情緒困擾（Mellins, et al., 2017；黃翠紋，2018），當女性個人無法健康地表達自己的需求和情感時，可能會尋求以不當的方式來滿足其性需求（Thomas & Kopel, 2023）。

犯罪學家認為由於社會對女性犯罪人（包括女性性侵犯犯罪人）會有較寬待的看法（許春金，2017；2022），此類犯罪案件會被低估：相反的由於文化因素，在我國，男性性侵害被害人可能會因不願報

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

案而有較高的犯罪黑數（黃富源，2000 未發表，2005）。然而，當女性為性侵害者時，男性往往不易被視為受害者，反而可能因侵害情境、性別認知及社會因素而遭誤解，被認為是在享受性或並未受到傷害（Gravelin, et al., 2018; Hendriks, et al., 2018; 王郁文 & 修慧蘭，2008; 徐小玲，2019）。因此，男性性侵受害者往往獲得的支持和協助也相對較少（臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心，2019）。

女性作為性侵害的加害者，在臨床經驗上的個案數通常相對稀少，再加上作為主犯、從犯的類型上的不同，以及官方和受害者的報告差異，因此女性犯罪者的比例，也容易引起爭議。在一份學者 Franca Cortoni 等人所做的統合分析中（Cortoni et al., 2017），透過對來自 12 個不同國家的 17 個樣本來進行研究，其中共有 11 份來自政府統計和 6 份依據受害調查。而所得的資料顯示，女性性犯罪者的比例，根據官方來源中，其範圍可以從 0.4%~6.8%（中位數 = 1.7%），而根據受害調查，女性性犯罪者的比例範圍，則為 3.1%~24.4%（中位數 = 10.8%）。從資料獲取的年份來看，不管是來自官方的統計（ $z = -0.59, p = .554; k = 10$ ；範圍從 2006 年到 2013 年，中位數 = 2011 年）或來自受害者調查（ $z = -0.66, p = .509; k = 6$ ；範圍從 2000 年到 2010 年，中位數 = 2009 年），年份在女性犯罪者的比例上，並沒有統計上的關聯。因此，盛行率的統合分析結果，是基於跨年度的可用數據，並取其加權平均值，而不是最近可用年份的資料來去計算盛行率。

在這樣的角度下，根據多項研究的官方統計數據，女性加害者的比例在固定效應模型和隨機效應模型中均約為 2%（固定效應： $p = 2.2\%$ ，95% $CI = [1.6, 2.9]$ ， $n = 57,164$ ， $k = 10$ ）。而基於自陳式受害調查的女性加害者的比例明顯高於官方數據的比例（固定效應： $p = 11.6\%$ ，95% $CI = [10.8, 12.5]$ ；隨機效應： $p = 10.8\%$ ，95%

$CI = [5.4, 16.1]$ ， $n = 802,920$ ， $k = 6$)。

女性性犯罪者的比例在未成年犯罪者中似乎略高於成年犯罪者。固定效應和隨機效應模型都顯示，未成年人中的比例為 2.3% (95% $CI = [1.8, 2.8]$ ， $n = 6,284$ ， $k = 7$)。相比之下，成年性犯罪者中女性的比例低於 2% (固定效應： $p = 1.8\%$ ，95% $CI = [1.6, 2.8]$ ；隨機效應： $p = 1.4\%$ ，95% $CI = [0.9, 2.0]$ ， $n = 37,089$ ， $k = 9$)。一部分官方資料，分別提供了未成年和成年犯罪者的比例，在提供了兩個年齡組的官方比例的研究中 ($k = 8$)，未成年樣本中女性性犯罪者的比例比成年樣本高約 2 個百分點 (固定效應和隨機效應均為：差異 $p = .017$ ，95% $CI = [.012, .022]$)。

而在受害者的性別方面，根據受害者調查，與女性受害者 (3.5%~4.6%) 相比，男性受害者中女性施虐的情況更為普遍 (38.9%~43.6%)。這種差異具有統計學上的顯著性，表示女性性犯罪者在對男性受害者和女性受害者之間的比例中存在約 40 個百分點的差異 (固定效應：差異 $p = .417$ ，95% $CI = [.363, .472]$ ；隨機效應：差異 $p = .390$ ，95% $CI = [.099, .682]$)。

另外就作為主犯還是從犯 (幫助犯) 的角色而言，兩種角色在年齡、種族、犯罪時間、犯罪地點上並沒有統計上的差異，但從犯通常有比較一個以上的受害者，受害者的性別較傾向於男女都有，且跟受害者較有人際關係，也較容易出現除了性侵害之外的其他侵害行為 (如暴力)。

從犯罪心理學的研究顯示，在一般的犯罪案件中無論是暴力犯罪還是財產犯罪，女性受害者所遭遇的適應困難與痛苦，似乎較諸男性受害者所遭遇的適應困難與痛苦為嚴重，也會出現較多的恐懼與症狀性反應等 (Friedman, et al, 1982)；相反的，在性侵害的男性受害者研究中，卻發現其所遭遇的適應困難與痛苦，男性或較女性

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

為嚴重。綜合對受到性侵害的男性被害者的研究，的確發現在各種創傷性症狀的反應上，明顯多於受到性侵害的女性受害者（Goyer & Eddleman, 1984; Johnson & Shrier, 1985）。在適應上，男性強姦受害者，也較諸女性強姦受害者，產生較多酗酒與藥物濫用的不良適應情形（Burnam, Stein, et al., 1988）。

值得關注，傳統性別角色影響女性性侵害者的價值觀及強暴迷思，這種迷思可能使女性對自己的行為感到合理化或正當化，進而使她們對他人進行性侵害行為。故在女性性侵害者工作處遇服務模式有其性別殊異性（陳慧女&林明傑，2010）。探索女性性侵害者的犯罪因素，女性性侵害犯的動機和行為可能受到多種因素的影響，包括個人心理狀態、社會文化背景、人際關係等。因此，了解女性性侵害犯的行為背後的原因，提出相關保護性行為策略（Gilmore, et al., 2018），並建立健康、支持性的親密關係對預防性侵犯的重要性。

參、女性性侵害加害人評估要點

除了一般性的性侵害者加害特質評估之外，由於多數的性侵害治療多著墨於認知向度的矯治，但在評估上多數以男性性犯罪者的認知扭曲為主軸，因此有需要針對女性性侵害者的認知模型做更進一步的了解。有研究建議可以用 Ward 與 Keenan 針對兒童性侵害者所標定的 5 個內隱理論（implicit theories）來分析加害者在性侵害行為上的動機與認知（Ward & Keenan, 1999），以依研究所得的向度，發現其中 4 個可應用於女性加害者，分別是「無可控制（Uncontrollability）」、「危險的世界（Dangerous world）」、「兒童是性的客體（Children as sexual objects）」、「傷害的天性（Nature of harm）」，其特性分述如下：

1. 「無可控制 (Uncontrollability)」：這是最常見的內隱理論，有 87% 參與者提及。關於這種內隱理論的內容，涵蓋了許多方面。參與者經常相信自己沒有「正確思考」，這使得他們處於一個脆弱的位置。此外，一些參與者認為自己性格薄弱，無法足夠強大地阻止虐待發生。其中一些參與者將虐待的原因歸咎於他們的共同犯罪者，聲稱是被共同犯罪者引誘，或者並不了解所有發生的事情。一些參與者談到了他們過去經驗對於他們虐待行為的強大影響，例如，過去對令人厭惡的依附關係的經驗，缺乏獲得足夠的育兒技能，或者學會性行為並不具有重要價值的經歷。
2. 「危險的世界 (Dangerous world)」：這種內隱理論在 53% 參與者中被發現。根據「危險的世界」內隱理論，女性性犯罪者將社會環境視為充滿威脅，他人的意圖被認為是惡意和破壞性的。通常，這種內隱理論的內容反映了個人家庭環境被認為具有破壞性，而不是外部世界。更具體地說，女性性犯罪者的共犯 (男性) 被認為是暴力和威脅的個人，積極策劃了這些罪行。參與者報告說，他們對共犯感到極度恐懼，並相信如果他們不參與其中，他們自己也會成為受害者。
3. 「兒童是性的客體 (Children as sexual objects)」：這項研究發現在 47% 參與者中存在著一種現象。這種現象表現在三個方面：首先，將受害者視為成年人：犯罪者通常將受害者視為成年人，而非兒童，並表示他們在年齡上看起來較老，並且行為成熟。在某種程度上，他們被視為性行為的主動方，有能力自行決定是否與成年人發生性行為。其次，持有這種觀點的參與者承認對受害者感到性吸引或性激情。在某些情況下，這表現為對受害者的愛的宣言。第三，犯罪者認為受害

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

者喜歡性侵行為，並積極尋求重複這種經歷。他們通常聲稱受害者之所以覺得愉快，是因為他們未向其他成年人或相關當局報告，並且 / 或者「經常主動進行性接觸」。

4. 「傷害的天性 (Nature of harm)」：這種特定的內隱理論相對少數，僅 20% 參與者中被發現。這個特定的內隱理論常常與將加害者視為保護受害者免受進一步或更嚴重傷害的觀點相關聯，例如，聲稱如果她對受害者施虐，那麼在那個場合虐待就會停止，或者她的共犯也不會對孩子進行虐待。在後一種情況下，據稱男性共同犯罪者的虐待對受害者的影響會更嚴重，很可能導致更大的痛苦和長期的傷害。

除了認知扭曲外，女性性侵害加害人的生命經驗也可能影響了後來的行為 (陳毓琪, 2009; 陳慧女、林明傑, 2010)，尤其是童年和青少年期的創傷經驗，特別是來自功能失調家庭的身體、情感或性虐待，或是就學時期曾遭受過性侵害與不當對待。這些女性常表現出低自尊、情感依賴和社會隔離的心理特徵，並且她們的犯罪行為往往與男性共犯有關，反映出內在的情感匱乏與對權力的錯誤認知。這些心理病理現象在其成長過程中逐漸形成，最終導致了她們的性犯罪行為。在評估的過程中，特別需要注意其生命經驗及其對心理與社會關係的影響。

肆、女性性侵害加害人處置要點

在針對女性加害者的認知信念做分析後，除了一般性侵害加害者的治療模式之外，可以考慮優勢為本的介入模式 (strength based model)，由於關係理論認為女性成長的基本心理成分是「聯結 (connection)」 (Covington, 2007)，因此理想的治療結構，應以組

成只有女性性別的團體，提供包括整合的心理健康促進與物質濫用的治療，以促進自給自足，甚至針對女性的社會背景、提供女性角色模範及導師，文化自覺及敏感度，到以建立長期社區支持為目標的治療計畫。

這種以優勢為本的介入模式 (Cortoni & Gannon, 2013)，將解決包括以下各領域的問題：(1)減少或消除反社會態度和行為，同時增加親社會的技能；(2)對個案賦能，以使其能夠克服過去的創傷和社會文化障礙以實現康復；(3)建立和增強適應技能和能力，特別是情感調節方面的技能；(4)發展關係優勢（例如，與親密伴侶、同儕和其他類型的健康的社會支持關係）。

而這樣的治療模式可以按照以下的方式結構化：

第一階段「評估 (Assessment)」：包括以下的各項，包括個案的親密 / 關係問題；認知過程；人格特徵；社會功能；個人或獨特的特質；治療建議。

第二階段「參與 (Engagement)」：給予治療的概述；確立保密需求；背景因素；提高自尊 / 減少羞恥感；改善適應技巧和情緒管理；擴大同理心；減少治療上的干擾因素。

第三階段「修改致犯罪的目標 (Modifying criminogenic targets)」：創傷和過去虐待；態度和認知；自我調節問題（心理健康需求和情感調節技能）；關係問題（界限和健康的關係）；以及性問題（性偏差和健康的性）。

第四階段「自我管理 (Self-management)」：調整過的良好生活模式 (Good Lives Model)；在小組 / 團體之外將技能一般化；親職技能；出監 / 離團計劃；與各種資源（例如經濟、教育、職業）建立聯繫；建立支持圈。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

治療模型應該適用於所有女性加害者，必須要理解性別意識在其中的重要性，女性的性侵犯者治療必須考慮到重要的關係和社會向度，因為大多數的加害行為，就是發生在其中。此外，綜合治療計劃也不應該是「一體適用」的。它應該根據每個個體加害者的獨特需求，來進行個別化的調整。此外，治療不應該專注於個案的缺陷，而是需要利用每個加害者已有的優勢和力量，以幫助她學習以合法、健康和有益的方式來滿足她的關係和社會需求。

陳慧女與林明傑等學者（2010）特別提出成年與少女女性加害者在治療時的特點。對於成年女性性侵犯者，除了上述原則之外，也需要注意其是否有創傷後壓力症候群、憂鬱症、藥物濫用、或是性功能失調等問題需要同時處置。對於少女之女性性侵犯者，則上述的治療原則亦可適用。

第四節 患有精神疾病的性侵害加害者

壹、案例

阿智是位 30 歲的男性，自小就被診斷有智能不足，原本在家中和社區也和大家相安無事，但自成年後開始性需求大增，也合併出現幻覺和宗教妄想等精神症狀，阿智因此常常四處暴露下體，甚至偷竊鄰居晾曬在外的女性內衣褲，近期則是變本加厲，在某天晚上在夜市遊盪，並強拉在場的另一位 12 歲小女孩觸摸自己裸露的下體，並因此遭人報警逮捕。

貳、具精神疾病之性侵害加害人的樣態

依照 Grann 等學者針對 8 千餘位性侵害加害者並與約 2 萬名對照組的研究發現（Långström & Grann, 2007），性侵害加害者中，因

任何原因而曾於精神病院住院的個案佔 24%，相對於一般人的風險是 6.3 倍 ($OR=6.3$, 95% CI [5.7, 6.9])，其中屬於精神病性疾患的診斷，分別是思覺失調症 1.5% ($OR=4.8$, 95% CI [3.4, 6.7])、雙向情感疾患 0.3% ($OR=3.4$, 95% CI [1.8, 6.4])、器質性精神病 0.5% ($OR=1.0$, 95% CI [1.6, 3.6])；其他非精神病性的診斷，以酒精濫用 / 依賴為最多 6.8% ($OR=4.0$, 95% CI [3.5, 4.7])、其次是適應疾患 3.2% ($OR=8.7$, 95% CI [6.6, 11.6])、人格違常 2.5% ($OR=29.8$, 95% CI [17.2, 51.5])。如果就風險強度的角度來看，風險最高的是人格違常， OR 是常人的 29.8 倍、其下依序是適應疾患 ($OR=8.7$)、兒童 / 青少年疾患 ($OR=7.5$)、學習障礙 / 智能不足 ($OR=6.8$)、而思覺失調症與焦慮症的 OR 都是 4.8。

反過來以法庭裁判認定性侵害犯罪者，因為精神疾病，而屬於沒有責任能力的個案而言，依據 Holoyda 等人的研究 (2018)，針對因喪失責任能力而進入司法病房的 68 位個案分析，他們都合併有性侵與其他犯罪，其中在性侵害的犯罪上被認定為無責任能力者有 41 人，其餘 27 人在性犯罪上有責任能力但在其他犯罪上被認為無責任能力。其中無責任能力的主診斷依序是思覺失調症 75.6%、情感疾患 (躁鬱、憂鬱) 14.6%、性倒錯疾患 7.3%；而共病的第二診斷最多的是物質使用疾患 51.4%、性倒錯疾患 27.0%、人格違常 8.1%。所有性侵無責任能力者中，雖然沒有人是因為人格違常而被認為無責任能力，也未將人格違常放在共病的前兩個診斷中，但有 31.7% 的個案有人格違常的診斷，主要以反社會人格違常為主 (24.4%，約 4 個人中就有 1 個可以放入反社會人格違常，即使並不是入司法病房的主診斷)。若以同樣的模式，則可以發現有 73.2% 的個案，都可以放進特定的物質使用疾患，即使這個部份可能並非主要的臨床關注焦點。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

另外 Betterly 等人 (2023) 以急性病房或機構內的精神病患性侵害行為所做的研究顯示，住院患者可能受到來自其他患者或工作人員的性侵害，而且患者對患者的性攻擊約略與患者對員工的性攻擊在比例和次數上接近，有報告的約占患者總數的 5%~8%。而研究所引述的另一項瑞士住院精神科護理師遭受暴力的盛行率調查，其中 70% 的護理師是女性。而在受訪前 30 天的時間內，40% 的受訪者報告有遭受過言語性的性暴力，14% 報告遭受身體性的性暴力，而大多數受訪者把這樣的狀況視為是「工作的一部分」。

而依據 Cuddeback 等人的研究，針對 127 位具嚴重精神病的性侵犯和其他 2,935 位同樣有精神病但非性侵害犯罪者的比較 (Cuddeback et al., 2019)，可以發現與患有嚴重精神疾病的犯罪者相比，性侵犯的個案有更大的可能是男性，分別為 94% 與 74% ($\chi^2(1) = 26.36, p < .001$)，並且性侵犯者被監禁的時間更長，分別為 92 個月 vs. 38 個月，($t(128.21) = -6.52, p < .001$)，但相對上共病物質使用障礙的機會較小，分別為 61% 與 84% ($\chi^2(1) = 48.38, p < .001$)。而在出獄後 36 個月的追蹤期間，兩者 (性侵犯 / 非性侵犯) 的精神病患，在出獄後都對醫療補助有相當高的需求，也很容易變成遊民、失業，兩者差異不大，但非性侵犯的精神病患，有更高的機會失業 ($p < .001$)。

在出獄後追蹤期再度被逮捕時，犯罪的類型也存在差異，非性侵犯的病患，更可能因毒品違法行為 (16% vs 7%, $p < .01$) 和入室竊盜 (8% vs 3%, $p < .05$) 而被捕，但比較少因為違反假釋規範等被捕 (14% vs 25%, $p < .01$)。有 70% 的性侵犯者在追蹤期間至少被拘留一次，非性侵犯者為 54% ($p < .001$)。就嚴重精神病的性侵犯者在違法被收入短期拘留機構之前，平均可以在社區生活 263 天，非性侵犯者則是 230 天，但此差異並不具有統計學上的顯著性。然而，幾乎 100% 的性侵犯者，最後會因為再犯性侵犯行為而進入設施，但非性侵犯

者，則是分別會因涉及侵害（25%）、入室竊盜 / 盜竊 / 搶劫（26%）或毒品（25%）而被關回特定的設施。

最後有 20% 的性罪犯會返回監獄，而有 33% 的非性罪犯會返回監獄 ($p < .01$)。有 96% 的性侵犯因與性罪行相關的違規而被入獄，而非性犯罪者再入獄的理由則是入室竊盜 / 盜竊 / 搶劫（34%）、侵害（24%）或毒品指控（17%）。在控制其他變項的狀況下，性犯罪者的精神病患，較容易被關回設施（病房），但醫療補助需求的增加則會降低重新被關回設施的機率，而無家可歸、失業和物質使用 ($p < .001$)，都會提高重新回到監禁設施的機率，而這些也都與再被入監有高的相關。

參、具精神疾病之性侵害加害人的評估要點

除了一般性侵害的認知與行為評估之外，精神疾病及共病問題的確認是評估的首要目標，包括主要診斷、病前人格及可能的人格違常診斷、物質濫用史等。另外在性侵暴力風險評估方面，依據 Booth 等人的研究 (Booth & Gulati, 2014)，由於住院患者攻擊風險因素的文獻確定了兩個具有實證經驗的工具，即針對暴力風險的結構化保護因素評估 (The Structured Assessment of Protective Factors for violence risk, SAPROF) 和歷史性臨床風險管理 – 20 第 3 版 (Version 3 of the historical-clinical-risk management-20, HCR-20 V3)，這兩者在住院暴力方面顯示出良好的預測效度，且對住院暴力的保護性和動態風險因素進行評估，都已被證明對不同患者診斷群的暴力，包括有一般肢體暴力或性犯罪史的患者、以及患有重大精神疾病和人格障礙的患者，在實務上具有幫助，因此都是可以參考使用的客觀工具。而其他工具，如 Broset 暴力檢查表 (Broset Violence Checklist, BVC) 和情境性攻擊動態評估 (The Dynamic

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

Appraisal of Situational Aggression, DASA-IV)，則可以預測短期間內（即下一個 24 小時）的暴力風險。一項對使用風險評估工具，預測司法精神病院暴力的統合分析發現（Bonta et al., 2013），與 HCR-20 相比，BVC 和 DASA 的準確性更高，雖然使用來分析的可用研究相對較少。然而這些研究還是以暴力為主，對於一般臨床情境下的性暴力的預測能力，尚需要進一步的驗證，也因此實務上，仍需要臨床經驗上的校正與注意。

肆、具精神疾病的性侵害加害人的處置要點

依據 Booth 等人的研究（Booth & Gulati, 2014），精神病性侵加害者的治療，可以考量以下幾個向度，包括從診斷、到次序、進入到資源整合與治療目標的重心，分述如下。

- 一、診斷與行為分析及橫向資源挹注與整合：確認性侵害犯罪者的診斷，是評估的重要項目，也是後續治療計畫得以做成的重要基礎。然而在實務上，由於個案合併了有精神疾病的治療與犯罪矯正的雙重需求，因此系統性的問題常常會讓這個步驟難以完美整合。例如，在矯正設施中，精神病的性罪犯被放置在普通監獄中，未能詳細篩檢出需要關注的精神疾病問題，特別是人格違常可能被誤認為刻意挑釁的行為，或將物質濫用者視為單純心智或意志層次的問題。但反過來講，有一些內在的犯罪行為，也有可能被過度的以精神疾病來解釋，並認為某些干擾行為或管理上的困難，需要完全由醫療方法來解決，而忽略掉了矯正系統在資源與相關配套措施上的不足。
- 二、治療需求的優先排序：一旦確定了精神疾病的症狀，就必須將其與其他需要處遇的問題進行平衡，這背後除了要考量各種可能影響的風險因子的影響程度，例如即使有重大精神疾病，但

若誘發性侵行為的重要因子是心理社會因素，那麼就可能要優先考慮這些問題，著手準備可用的資源。如果主要的問題是來自精神疾病，那可能的問題也許來自精神病發作、情緒問題、焦慮、物質濫用、認知缺陷、注意力缺陷等。治療者（特別是個管或計畫的主要制定者）應該優先考慮治療需求。例如，有時精神疾病可能阻礙了處理性犯罪問題，可能需要在治療性問題之前穩定情緒。症狀也可能很難治療（例如，思覺失調症的負性症狀；智能障礙者的固著行為），這時就可能要調整常規治療。有時，最佳治療可能涉及同時治療兩個問題（性障礙和其他精神障礙）。另外，治療也可以僅僅涉及處理性問題 / 犯罪因素，並將精神障礙的治療交由其他人負責。

三、檢視精神疾病在犯罪中的作用：性侵害加害者的診斷得到澄清，並且需要對治療進行優先排序，此時主責風險管理的人（可能是計畫制定者或主責個管師），應該檢視個人的精神疾病在性犯罪中所起的作用，由於精神疾病可能被認為可以具有某種程度的責任能力缺損，導致精神疾病雖然不是造成犯罪行為的主因，但卻是後續治療計畫中不可或缺的，此時就需要將身為次要原因的精神治療發在首位（因為良好的精神狀態，是預防再犯不可或缺的要素）。但有時，精神疾病可能是行為的主要原因或者直接影響了犯罪行為的發生，此時只要治療得當，犯罪行為就可以直接因此而減少。而討論共病及其在犯罪中的潛在作用也應納入到整體的治療計畫中。雖然這類問題始終有個別化的差異，但在幾個重大精神疾病的性犯罪中（包括思覺失調症、情緒障礙、焦慮障礙、失智症、智能不足、注意力缺陷障礙、物質濫用障礙和人格障礙），都應該有一些一般性治療問題的架構，以利團隊以此做調整及尋求資源（例如智能障礙，可能需

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

要的是特教機構，而不是一般精神病醫院可以處理，而人格異常則或許要用特定的司法精神病房，才有可能治療……等)。

第五節 加害人為特殊個案

壹、智能障礙者

一、案例介紹

【案例一】

案主為 27 歲中度智能障礙者，因 2、3 歲時出現高燒不退，出現智能問題，特殊學校高職部畢業，學業成績多後 3 名，國小、國中期間常被霸凌，人際關係不佳，與外祖母、母、弟、大阿姨、二舅舅及大表哥一家同住，家屬採打、罵及放任式教育，做錯事才打、體罰。案父母於案主幼時分居，案父與案妹北上生活，無聯繫。案母領有第一類身心障礙證明（中度智能障礙及精神障礙），長期於醫院就醫。案弟未婚，在外居住，偶聯繫，對案主支持度有限，案主可以回答與外婆、母、舅、姑、弟、妹（被害人）同住，在家會做家事（掃地、拖地、洗碗、倒垃圾），不乖會被打。案發時表妹到自己房間找自己玩，被發現正在看卡通 A 片，表妹就說要玩麵包超人，她脫褲子後自己也脫褲子，隨後案主便比出性交動作。案主表示性交前有問過表妹可不可以，表妹說不要但自己仍繼續，事件發生後，案主被安置至機構，但案弟擅自將案主帶回被害人居住處，二次性侵被害人妹妹，後案弟與被害人妹妹分別安置於不同處所。

【案例二】

(一) 基本資料：林肯（化名），男性，18 歲，高職特教畢業，領有中度智障身心障礙手冊，全量表智商 43，構音問題嚴重，不容

易聽懂林肯說話內容，語詞貧乏，侷限的語言理解力。從小與媽媽和妹妹同床睡覺，家庭經濟來源為媽媽打零工與林肯的身障津貼，媽媽管教採責打方式，做錯事就體罰。林肯第一次性侵妹妹，妹妹跑去跟媽媽說，媽媽體罰她們兩人，第五次性侵妹妹，妹妹跟學校老師講，學校進行通報。林肯談及性侵妹妹時會露出笑容，深刻記住「小鳥」插入尿尿地方，越插越深，「小鳥」流東西出來，感覺舒服。

- (二) 性發展史：高中一年級開始在廁所看限制級漫畫書自慰，漫畫書是鄰居阿伯給的，阿伯也會給案主看 A 片，林肯說他看完後，腦中不斷浮現 A 片畫面。現在每天都會自慰，在床上蓋著棉被自慰，射精在內褲上，並到浴室清洗。
- (三) 再犯危險評估：危險因子包括，2 次被起訴、性犯行中打妹妹頭部來讓妹妹順從、缺乏 2 年以上親密關係經驗、年齡小於 35 歲，中度智能障礙，自我控制力薄弱，衝動性高，無法與同齡女性建立親密關係，迴避人群，表達能力差，未婚，沒有工作與嗜好，一旦觀看 A 片男女性行為情節後，性交行為畫面就佔據案主的想法，A 片性交畫面像股熱浪推著林肯朝找人性交行為前進。整體推估再犯可能性中高，林肯回家遇見妹妹，再次性侵妹妹的可能性極高。
- (四) 再犯預防重點工作：
1. 家庭監督功能薄弱，妹妹年紀尚幼且有智能障礙，缺乏保護自己能力，為斷絕林肯與妹妹接觸機會，將案主安置在一個具結構性、教導性的機構，透過自然環境阻隔，避免案主接觸喚起性慾的人事物，例如，完全斷絕案主接觸 A 片機會，並建議運用檢核表定期檢核阻斷案主接觸性線索的成效。
 2. 安排過程中需要維持某種專注的輕型勞動性工作（例如，拔雜

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

草)與發洩體力的運動(例如,跳繩),透過以上活動來達到身體放鬆、想法轉移的效果,並藉此獎勵他的好表現,另外,也協助林肯與特定人保持良好的關係,以滿足林肯的人際需求。

3. 個別輔導課程,因為案主記憶力差,反覆複習課程內容才不會忘記。持續教導與示範以維持好行為,例如,老師示範怎麼說,案主大聲跟老師說,重複練習3遍。課程內容如下:
 - (1) 說明上課理由,請林肯說出自己做錯什麼事,帶林肯唸法條,小鳥插入尿尿、大便、嘴巴、手指插入尿尿地方都是性交(刑法第10條)。被抓去關3年(221條)。做錯事會被警察抓,被抓去監獄關,會想家、會痛苦。現在住置機構沒被抓進去關,是因為有殘障手冊的關係。
 - (2) 請林肯標定自己做錯什麼事,連結林肯過去做錯事的經驗,讓林肯明白做錯事會被處罰,請案主跟著唸做錯什麼事就會遭受什麼處罰。
 - (3) 複習教過的課程,談妹妹受傷之前,先談林肯自己過去受傷經驗(如跌倒受傷、做錯事被罵被打),幫助林肯知道什麼叫受傷。接下來,請案主一起想想,他用小鳥插入妹妹尿尿地方,妹妹受什麼傷。
 - (4) 帶著林肯回想當時怎麼會那樣做,怎麼知道可以這麼做。要求林肯規定不能做的事就不要做。
 - (5) 提醒做錯事有人受傷、腦袋想什麼就會做出來,做錯事要道歉,被傷害的人要看到欺負她的人不再做錯事,才不會看到欺負她的人就害怕。提醒林肯不要再去做一些會引發性慾的事。
4. 合併藥物治療降低性慾與性興奮,優先選用副作用較小的選擇性血清素再回收抑制劑(SSRIs),並向林肯及其家屬清楚

說明「此藥物並非因為林肯有憂鬱症，而是這樣的藥物能降低林肯的性慾」，取得知情同意後再施行藥物治療。

二、智能障礙及其共病症與性侵害之關係

DSM-5 將『智能障礙』定義為「從童年開始的神經發育障礙，其特徵是智力障礙以及概念、社交和實際生活領域的困難」，智能障礙者因認知功能不佳、自我保護能力不足，經常成為霸凌的對象，甚至是性侵害的被害人，根據衛生福利部保護服務司資料顯示，2023 年通報性侵害被害人 9,413 人中，其中為身心障礙者共 1,112 人，佔了 11.8%，被害人為智能障礙者佔了 36%（衛生福利部保護服務司），然而美國研究顯示智能障礙在性侵害加害人中佔有高比例，且智能障礙者與非智能障礙者的性侵害犯罪原因有所不同，在一個透過美國監禁的性侵害者研究中，有智能障礙者（包含邊緣智能）佔了 19.1%，並且表現出不良童年經歷和精神病理學的比例較高，與先前的研究相反，有智能障礙者的加害人並不比沒有智能障礙者的加害人更有可能冒犯兒童（Callahan et al., 2021）。本土研究資料顯示我國矯正機關智能障礙性侵犯佔全體性侵犯比例為 2.91%，而智能障礙程度則以中、輕度人數占絕大數，達 93.33%（84/90），重度智能障礙性侵犯僅有 6.7%（施睿誼等人，2023）。許多智能障礙者會有神經精神合併症，一個瑞典的研究指出與沒有智力障礙、自閉症或過動症的人相比，患有輕度或中度 / 重度智能障礙和共病過動症的男性和女性發生暴力犯罪的風險較高 [風險比範圍 (HR) 4.4-10.4] 和攻擊受害風險 (HR 2.0-10.4)。與沒有智能障礙、自閉症或過動症的女性相比，患有輕度智障但沒有合併症或患有自閉症的女性遭受暴力犯罪和受害的風險也較高 (HR 1.8-4.6)。在沒有合併症的智障男性和女性中，性犯罪和受害的相對風險較高 (HR 2.6-12.7)。男性

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

性犯罪 (HR 9.4-11.0) 和女性性侵害受害 (HR 11.0-17.1) 的最高風險與智能障礙和共病過動症有關 (Latvala et al., 2023)。荷蘭的研究指出，智能障礙加害人相較沒有智能障礙者有較高比例暴力前科 ($\chi^2(1) = 6.175, p = .013$)，且有較高比例的物質濫用診斷 ($\chi^2(1) = 9.266, p = .002$) (Keulen-de Vos & de Klerk., 2022)。

三、智能障礙加害人的處遇

性侵害加害人被歸因於缺乏同理心，意味著針對強化同理心的治療可以減少有害性行為的潛在機制，然而對於智能障礙者是否適當和有效，文獻指出針對智能障礙者使用同理心介入治療，利用主流治療方案改編的認知行為治療團體得到了廣泛應用，總體上證明了同理心的改善和性虐待行為的減少 (Wormald & Melia, 2021)。

學者 Marotta 回顧了 18 個有關智能障礙者性侵害的治療文獻，發現到認知行為治療是最常被應用到的，其他另有辯證行為療法、問題解決療法、正念療法和預防復發療法 (Marotta, 2017)。對來自英國、加拿大、美國、瑞士和德國的 7 個有關智能障礙的性侵害加害人治療項目進行評估，兩個主要成果是提高風險管理能力和培養利社會認同，這些是透過深入了解一個人的風險、致力於(性)自我調節技能、性界限和個人價值觀以及發展有意義的社會角色和積極的關係來實現的 (Hollomotz & Greenhalgh, 2020)。智能障礙性侵犯在使用認知行為治療模式與再犯預防模式時，需考量智能障礙者的特性和個別化需求，以簡化、具象化、重複性與情緒支持為原則 (施睿誼等人, 2023)。

四、國內外智能障礙性侵者處遇模式

智能障礙者因身心特殊，有困難分辨隱私，對自己身體界限認

知缺乏，造成自我性暴露，不當碰觸他人，性和情慾衝動控制不足，影響他人觀感及人際互動關係，使其成為性侵害的受害者或加害者。減少引發性興奮的刺激、增加潛在被害人自我保護能力，與防治網絡的合作，強化外部社區監控顯得更加重要，特別是中度智能障礙加害人，治療師可主動提出合作需求，例如警察或觀護人協助提醒處遇時間以及缺席的嚴重性、轉介社會局協助未來生涯或安置規劃。

治療師亦需要求家屬共同參與處遇，讓家屬理解處遇內容以及再犯預防模式中承擔責任的重要性。增強自我控制與問題解決能力方面，智能障礙者常無法舉一反三，需給予系統性與反覆教學，幫助他將所學內容從短期記憶儲存到長期記憶，在危險情境下提示加害人該怎麼做才對，當加害人有照著提示做時，盡快給予獎勵，最後，轉換成加害人在其平常生活中做出對的行為，就會得到其他人的注意與喜愛。若能結合處遇人員與特殊教育專家共同設計課程，會更符合智能障礙者的需求。

針對此類加害人，國內學者邵慧綺（2009）建議採取簡化教材、課程內容生活化，以及建立守法的觀念來施行。首先，治療師需先透過加害人或家人蒐集相關資料，包含認知功能、生活功能、犯案歷程、性慾的處理方式以及家人的支持度。治療師的角色則需以同理、簡單明確以及協助的方式來進行，以降低智能障礙加害人的抗拒，並建議不論採小團體（4人以下）或個別的形式，處遇時間每次約1小時，在過程中亦需要不斷的重複與演練，並運用簡化教材的原則，採用圖像式卡片或小布偶引導加害人辨別高危險情境與危險因子。

國外處遇部份，將從認知行為治療、行為治療，以及預防復發三種模式分別論述：

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

(一) 認知行為治療(cognitive behavior therapy, CBT) : Hronis、Roberts 和 Kneebone (2017) 針對認知障礙症者在注意力、工作記憶(存儲和操縱視覺和聽覺信息的能力)、學習/記憶(能夠處理和回憶新概念)、執行功能(計劃、解決問題和抽象推理),以及語言和閱讀方面的缺損,提出一系列可能有助於解決上述問題的治療策略調整。注意力部分:縮短每次治療時間,增加治療次數,減少會分心的刺激物,積極強化注意力。工作記憶部分:用詞簡單,使用視覺圖片材料,使用記憶輔助工具,一次呈現一個訊息,重複訊息。學習與記憶:使用基於現實的學習,示範,角色扮演,讓學員做中學,檢查學員對所學東西的理解程度,鼓勵學員把學到的東西寫下來,重複練習已經學會的技能,讓家屬共同參與。執行功能:維持固定的上課結構,使用視覺圖片來提示上課結構,減少任務與任務間的切換次數,監測不合宜的行為,並指導學員做出改變。語言與閱讀:使用視覺輔助工具,使用易於閱讀的文本,簡短用字,並清楚標示關鍵字,澄清學員對課程的理解程度。

(二) 正向行為支持(Positive-Behavior Support, PBS) : Carr 等人(2002) 提出處理認知障礙性侵加害人的正向行為支持方案,方案內容包括:

1. 正向規劃(Positive programming),包括教導功能等效技能(例如,性教育、親密關係技巧)、功能相關技能(例如,職業技能)和因應技能(例如,情緒調節、認知扭曲、性侵害路徑、性偏差、預防復發)。
2. 聚焦支持策略(Focused support strategies),與目標行為的操作性條件反射程序有關,對行為的消失進行差別強化(對沒有出現不當性行為的獎勵,例如,獎勵沒有在公共場所手

淫)、替代行爲的不同強化(獎勵親社會或治療相關行爲)、刺激控制(確保避開會促發不當性行爲的誘因)。

3. 反應性策略(Reactive strategies), 描述工作人員在事件期間應如何行動(例如, 如果加害人在公共場合自慰, 工作人員要如何行動), 以降低再犯風險, 並透過降低體驗的強化價值(效果)來減少不當行爲的再次發生。
4. 環境策略(Environmental strategies), 包括社區空間、人際關係(接近潛在被害人)、教育、就業與有意義的休閒活動的調整。正向行爲支持依賴應用行爲分析常見的假設和技術, 例如一旦確定了前因、後果和行爲之間的功能關係, 就能夠預測和控制行爲。利用強化、後效管理、功能評估和分析、先前事件控制和後果控制的操控以及塑造和消弱(消退)程序來嘗試改變行爲(Johnston, Foxx, Jacobson, Green, & Mulick, 2006)。

- (三) 再犯預防模式(Relapse Prevention Model, RP): Haaven、Little 和 Petre-Miller (1990) 開發了一種改編的預防復發模型(adapted relapse prevention model), 稱爲舊我/新我(Old Me/New Me), 簡化預防復發的一些概念, 發展一個成功的自我認同, 該模型包含以下三個元素, (1) 發展新的自我(理想自我), 例如打扮自己的儀容, 以利交友。(2) 了解自己的性侵路徑, 了解無法獲得美好生活(新的自我)的路徑。(3) 發展達到新的自我的技能, 並在高危險情境做出適切反應。Lindsay、Ward、Morgan 和 Wilson (2007) 提出一個以自我調節原則以及美好生活模式(Good life model, GLM) 的生命地圖(life map) 策略, 來幫助認知障礙者辨識親社會生活目標, 實踐不涉及犯罪的「美好生活」。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

貳、聽力障礙者

一、案例介紹

【案例一】

某啓聰學校內自 2004 年起至 2012 年 1 月 15 日校內在 8 年間發生了多達 164 宗性侵犯和性騷擾案件，受害人一共有 92 人，年紀由小學 2 年級到高中 3 年級，案發地點差不多遍及整個校園，包括課室、廁所、後樓梯、宿舍、圖書館、甚至是校車上。事後該事件被翻拍成電影『無聲』。

二、聽力障礙及其共病症與性侵害之關係

聽覺，是我們對周圍空氣中傳來聲音的感受能力，若無法經由聽覺來接收聲音或無法清楚了解聲音的內容，稱為聽力障礙，聽力損失超過 55 分貝的人，算是有聽覺機能障礙。根據衛生福利部保護服務司資料顯示，2023 年通報的被害人 9,413 人中，被害人為聽力障礙者佔了 1.43%。研究顯示在監獄的群體 (population) 裡，聽力障礙的性侵害加害人占聽語障礙犯罪者的比率是聽力正常的性犯罪與全般犯罪比率的 4 倍，且在該群體裡，聽力障礙性侵害加害人的再犯率約為 30%，聽力障礙成人的性侵害加害人與聽力障礙兒童的性虐待有關。62% 的聽力障礙性侵害加害人是功能性文盲，此識字率大大低於 18 歲以上仍在學校就讀的聽力障礙成人的平均值。然而，聽力障礙性侵害加害人的表現智商與監獄整體人口的表現智商相當，憂鬱症與物質濫用是常見的共病症 (Miller & Vernon, 2003)。一個在德克薩斯州進行的研究比較了聽力障礙監獄囚犯與聽力正常監獄囚犯的暴力犯罪發生率和類型。64% 的聽力障礙囚犯因暴力犯罪而被監禁，而州監獄罪犯總數的比例為 49%。這項發現與先前的

研究一致。群體之間最顯著的差異在於性侵犯類別，聽力障礙罪犯中性侵犯的比例為 32.3%，而聽力正常的州立監獄囚犯中性侵犯比例為 12.3%。潛在影響聽力障礙者暴力犯罪的因素包括他們容易遭受兒童性虐待、化學物質的使用、教育經驗以及語言和溝通技能的發展。此外，普遍缺乏可利用的介入和治療服務 (Miller et al., 2005)。研究發現很少有聽力障礙性犯罪者接受過正規教育和 / 或對性健康問題認識不足，證據顯示，器質性特徵與某些導致耳聾的原因有關，腦損傷和德國麻疹可能與衝動控制有關，如攻擊性行為和性去抑制行為 (Iqbal et al., 2004)。

三、聽力障礙加害人的處遇

評估聽力障礙性侵害加害人的主要目的在於提供犯罪行為的整體情況，需考慮到犯罪者的行為、犯罪週期、性知識和態度、認知和扭曲的思維、性興趣、性喚起和幻想、對被害人的同理心、自尊、人際關係和親密程度、酒精和毒品的使用以及其性行為。因為聽力的限制，使其獲取資訊和社交互動的機會可能受到限制，例如很少有其他人可以手語、識字程度差，因此在獲取適當性行為知識會有障礙，最後可能會影響他們對道德推理和犯罪行為的理解 (Young et al., 2000)。Glickman, Smith 與 Lemere 等學者 (2013) 建議聽力障礙性侵害加害人的治療處遇需要個別化，視覺交流模式的使用越來越多，例如地圖、圖表和圖片；角色扮演是理解概念和情境的重要互動方式。治療師必須反覆澄清理解的程度，評估和治療涉及多專業團隊，該團隊進一步支持患者是否可以製定內部應對策略來管理自己的行為，以減少未來犯罪的風險 (Glickman, et al., 2013)。許多聽力障礙性犯罪者的概念能力有限，這可能與他們聽障的原因和智力有關。研究顯示聽力障礙者性犯罪的發生率很高，這可能與其病因

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

有關，如腦損傷、德國麻疹和社會心理影響，在評估和治療過程中需要考慮這些特徵。需要解決的領域取決於評估後概述的個人需求，對於提供有效的治療包含溝通和語言問題、一些聽力障礙性犯罪者的教育被剝奪、理解抽象概念的困難、治療方式的調整和分解以及更經常地重複重點。透過調整和修改課程和計劃，通常在神經心理學和溝通語言評估的支持下，使聽力障礙者能夠在治療中發揮其潛力。研究顯示，聽力障礙者與聽力正常的性犯罪者有許多共同特徵，例如，大多數是男性、有兒童受害者、否認自己的罪行、有反覆性犯罪行為的歷史。認知行為療法讓犯罪者改變他對自己的罪行和受害者的看法，並為他提供思維模式以避免再次犯罪。

參、藥酒癮性侵犯者

McKay & Weiss (2001) 曾對 12 個關於濫用藥物戒治處遇之縱貫性實證研究加以評估，發現藥酒癮者的自我效能是復發的關鍵之一。故對有藥酒癮的性侵犯者首先要先評估其種類、用量、歷史。再依序評估以下。

1. 用或喝甚麼藥或酒，一周或每天幾次？大約幾克或幾瓶或幾 CC？
2. 用藥或酒對你來說是增加快樂或減少痛苦，還是各佔幾成？
3. 至今最不舒服的兩件事為何、當時與現在各幾成不舒服？
4. 自信有幾成？再用對眼說自信，計算眨眼與飄移數
5. 用怎樣的新想法會讓過去不舒服事好些？
6. 用怎樣的新想法會讓未來可能哪些不舒服事好些？

林明傑（2017）發現請酒藥癮者找出兩優點後做對眼說自信，計算眨眼與飄移數，可發現將越來越少而自信越增加而能顯著減少復發。可詳見搜尋影音「簡易身心輔導法」。

再加上情緒釋放療法（EFT）將可快速改善案主過去的創傷而減少復發。

肆、過動者

2019 年台灣兒童樣本研究，「注意力不足 / 過動症」的 6 個月及終生盛行率高達 8.7% 及 10.1%，為兒童第二常見的精神疾病，僅次於焦慮症（吳孟寰，2023）。

少年過動的性侵害者越來越多，首先要先評估其何時診斷、用藥用量、現況。再依序評估以下。

1. 使用立即影響法（美國臨床心理學教授潘德隆 Pantalon 發展，詳見愛荷譯，2012）

「目前被叫來上課有沒有讓您感到不舒服？

幾成希望降低？

為什麼不是更低，如零或一？

如果都不用來了，有甚麼正面的結果？

正面結果對你重要嗎？

你下一步可怎麼做？」

2. 至今最不舒服的兩件事為何？當時與現在各幾成不舒服？
3. 自信有幾成？再用對眼說自信，計算眨眼與飄移數？
4. 鼓勵不論有無吃過動症精神科藥物，也鼓勵「早上吃 B 群，睡前鈣鎂鋅」，此不會有交互作用。可詢問「是否希望被關？」
「若不希望要做出兩關，就是心理想法改變及營養改善，你覺得這兩關哪個簡單也效果快？」「如果你願意，我會鼓勵你家人買給你，記得『早上吃 B 群，睡前鈣鎂鋅』」。
5. 治療師要認真口頭鼓勵其小進步或不退步。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

伍、特殊個案反社會人格 (antisocial personality) 與病態人格 (psychopath)

一、反社會人格或病態人格與再犯性犯罪、治療有效性之討論

林淑梨、陳若璋 (2015) 指出性侵害加害人有 40%~70% 具反社會人格。反社會人格 (antisocial personality) 指的是一種心理學上的個性障礙，通常與冷漠、無情、缺乏同情心以及對社會規範的無視或蔑視等特徵相關聯。反社會人格者可能對他人的權利和感受漠不關心，並可能表現出侵略性或破壞性行爲。反社會人格障礙的治療常涉及深層次的人格特徵和行爲模式，而性侵害加害人中具有反社會人格特質的比例高，在治療上極具挑戰性。

依照 DSM-5 的診斷標準，反社會人格障礙症患者大約從 15 歲開始，會呈現一種廣泛「漠視及侵犯他人權益」的行爲或思考模式；需在 18 歲以後才可確診，以免跟少年反抗期搞混，其過去生活史中至少要有符合下列 12 項行爲特徵之 3 項行爲：(1) 逃學 (持續發生連達兩年以上，每年至少逃學 5 天以上)；(2) 因違規行爲撞遭受學校處以退學讀停學之處分；(3) 有不良行爲，曾因此被逮捕或送往少年法庭而留有記錄；(4) 與父母同住而至少有兩次以上未向家人說明外出過夜或離家出走的記錄；(5) 持續性的說謊；(6) 一再發生偶發性的性行爲；(7) 反覆性的酗酒；(8) 竊盜；(9) 暴行；(10) 在校成績低落；(11) 平常表現出逃學以外之犯規行爲；(12) 起首鬧事 (引用衛生福利部草屯療養院 109.10 衛教文章)。

反社會性人格曾被稱作精神病質性人格或社會病態人格 (psychopath) (何志培, 2015)。加拿大精神科醫生 Robert D. Hare 在 1985 年推出了「心理病態檢核清單」Hare Psychopathy Checklist (PCL-Revised)，將病態人格在犯罪學中進一步闡釋，病態人格的評估通

常亦以 PCL-R 測得的分數來評估病態人格的嚴重程度。病態人格是一種嚴重的人格障礙，對矯正和司法心理健康治療造成很大的阻力，並且是各種再犯罪高風險的代名詞 (Olver & Riemer, 2021)。過去許多研究均顯示病態人格是性犯罪者再犯的風險因素之一，具有反社會人格或病態人格特質之性侵害加害人治療，是否具有成效，也常被提出討論。

林淑梨 (2001) 曾對併有與未併有反社會人格障礙的性侵害加害人強暴相關認知差異探討，研究結果顯示「反社會人格性侵害犯」與「非反社會人格性侵害犯」並沒有顯著的強暴認知差異。而反社會人格「一般犯」有較反社會人格「強暴犯」顯著的「責備受害者」、「不利之性信念」、「性別刻板印象」與「性與權力聯結」；上述結果可能與強暴犯採用否認的自我防衛機制所致，且有社會期許作答傾向的干擾 (林淑梨, 2001)。

Hanson 和 Morton-Bourgon (2005) 研究性再犯的預測因素，發現對成人和青少年性犯罪者來說，再犯與異常性取向和反社會傾向密切相關，且反社會取向是暴力再犯和一般再犯的主要預測因子。此外也發現一些動態風險因素，例如：性沉迷，自我調節問題等，可能成為有效治療目標。而臨床評估中常使用的許多變數，例如心理困擾、否認、對受害者的同理心和治療動機等，與性再犯幾乎沒有關係 (Hanson & Morton-Bourgon, 2005)。

具有高度病態人格和性偏差的犯罪者，通常被描述為比其他性犯罪者更容易再犯，但 Harris 等 (2017) 以 PCL-R 和性偏差測量 (如性倒錯、犯罪特質) 對 687 名評估後被釋放的性犯罪者進行調查，以此預測性再犯的可能。研究結果發現 PCL-R 總分和反社會人格診斷對於合併暴力和性再犯具預測力，但對性侵害再犯則無預測作用，而性倒錯和犯罪特質也與性再犯的增加無關。也就是說沒有證

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

據顯示病態人格和性偏差傾向較高的人比其他人更有可能再次犯罪 (Harris, Boccaccini & Rice, 2017)。

具病態人格傾向的罪犯通常缺乏同理心，可能會助長更極端的暴力行爲。Moretti、Flutti & Colanino (2024) 以後設分析探討具病態人格特質的成年男性性犯罪者與其他類型的犯罪再犯風險之關係。Moretti 等 (2024) 從當前 757 篇文獻中選擇 14 篇進行分析，分析結果與現有文獻大致一致，病態人格特質可能助長再犯行爲，病態人格特質會增加性犯罪者的再犯風險。

Sewall 和 Olver (2019) 以加拿大 302 名接受治療的性犯罪者為樣本，調查病態人格性犯罪者接受治療與再犯之間的關係。研究發現，與其他治療效果較差的高風險男性相比，高病態人格的男性性侵害者暴力再犯風險的治療效果較差。該研究以 Hare 病態人格檢查表 (PCL-R)(Hare, 1991, 2003) 和暴力風險量表－性犯罪版本 (VRS-SO ; Wong et al., 2017) 進行評估。結果發現，高病態人格性犯罪者的治療未完成率 (30%) 顯著高於低病態人格患者 (6%)，儘管並沒有證據證明其治療變化明顯較少。另 PCL-R 「情緒面向」顯著的預測了「治療進度下降」，若結合「生活方式」面向，更可預測「無法完成治療」。而在再犯方面，病態人格犯罪者「完成治療」與性犯罪暴力再犯的減少沒有顯著相關。但若控制風險和 PCL-R 的分數，則發現「接受治療」對性犯罪暴力再犯的減少有顯著相關。此研究對高病態人格犯罪者之治療持悲觀和保留的態度 (Sewall & Olver, 2019)。

Leung 等 (2021) 針對有性犯罪前科但未再犯且病態人格診斷表 (PCL-R) 至少 25 分的性犯罪者進行調查，發現年紀大、犯罪紀錄少及已婚者不容易再犯。研究結果顯示 psychopath 的程度不是性偏差預測因素，psychopath 亦存在多樣性 (Leung, Looman & Abracen, 2021)。

Olver 和 Riemer (2021) 以加拿大 461 名在性犯罪後接受過性處遇治療的男性為樣本，在釋放後進行了近 10 年的追蹤。該研究以 PCL-R 和保護因子結構化評估 (Structured Assessment of Protective Factors) (SAPROF; de Vogel et al., *The International Journal of Forensic Mental Health*, 2011, 10, 171) 進行評分，調查病態人格性罪犯保護因子與再犯之間的關係。研究結果發現，即使具有顯著病態人格特徵者，在有目的治療處遇下 (例如矯正治療)，確實會造成保護性因子的改變。

綜整上述文獻，具反社會人格或病態人格傾向者，常是性侵害加害人是否再犯的預測因素之一，尤其在合併暴力行為時，更有較高的預測力。但也有研究指出，病態人格亦存在多樣性，病態人格的程度不是性偏差預測因素，且病態人格犯罪者「完成治療」與性犯罪暴力再犯的減少沒有顯著相關。雖然如此，也有研究指出在有目的的處遇下，仍有機會協助高病態人格特質者形成較多的保護性因子。

二、反社會人格或病態人格特質的性犯罪者治療

唐子俊 (2019) 認為治療人格障礙建立信任關係是治療的基礎，治療策略宜訓練他們覺察自己人格的特質，瞭解容易誘發困境的情境，嘗試避免這些情境或學習採取和以前習慣不一樣的不同的因應方式，再根據不同階段的動機提供合宜的輔助。和一般問題解決的會談方式不同，治療人格個案必須要考慮生長過程的不利事件、長期成長環境 (如依附和教養) 以及個人特質成熟度 (如心智化能力) 所造成的影響。治療人格障礙者宜採取累積小步驟的逐步改善，提升生活當中的調節能力，修正原來長期習慣的情緒調節和互動方式訓練他們對於自己和他人情緒與認知的覺察，能夠適當的同理別人

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

的感受。

Harris 和 Rice 在《心理病態手冊》(Handbook of Psychopathy) 提到，目前幾乎無法證明病態人格能夠有效治癒，也沒有哪個藥品能夠降低病態人格者在人際交往、道德、情感上的缺陷。且接受心理治療的病態人格者反而可能更擅長欺騙、操縱他人，從而變得更容易犯罪。有報告指出，著重病態人格者的個人利益，強調親社會行為所帶來的物質價值，並引導病態人格者開發出親社會行為所需要的技能，這些治療方式對心理病態個案最為有效。

Chivers (2014) 則指出由於病態人格者對懲罰不敏感，也沒有社會恥辱的困擾，學者建議使用獎勵代替懲罰，以此管理患者的行為，這些策略已被有效地用於管理機構環境中的病態人格者。基於獎勵的治療，在監中的病態人格囚犯會獲得一些小特權，例如看電視、玩遊戲或其他福利，以換取良好的行為。但儘管基於獎勵的治療具有實際效用，但目前仍然還沒有已知的有效病態人格治療方法。換句話說，它可以被相當有效地管理但無法被治癒。

Olver & Wong (2009) 指出對病態人格的治療或處遇，治療師可能會面臨諸多的挑戰，包含因加害人操縱、欺騙、抗拒與否認以及無法完成處遇，而通常無法完成處遇的反社會性人格障礙加害人可能更具有暴力性，但不見得有更高的再犯率。也因此，維持加害人的出席顯得重要，且可能有長期處遇的必要性。Woods (2012) 則建議可加入不同取向的技巧來協助處遇，如敘事治療或動力式心理治療，Woods 進一步指出也許結合動力式取向並無法改變加害人的本質，然而卻可能引導出加害人能有健康的心理狀態，結合不同取向可允許加害人表達其內在世界，或改寫其生命劇本的可能性，以達到行為改變的效果。

林淑梨、陳若璋 (2015) 指出性侵加害人處遇目的從消極面來

說是管理，藉此降低其再犯率以維護社區公眾安全，但從積極面來看則是復健，希望提昇加害人形成不再犯罪、有責任感的生活型態。然而由心理學角度來看，性侵害加害人常有扭曲的成長經驗，其性異常行為必須被瞭解並協助改變。治療師須能夠理解與同理這些影響為何，進而引導加害人思考可能的正向選擇，而非僅有暴力的行為反應。另也建議處遇的方向，要聚焦在在減少性侵犯的加害行為與所付出的代價，並討論其他的替代選擇，以強化加害人的內在自我控制，並搭配其他網絡的共同監控，避免治療師被操弄而不自覺。

與反社會性人格障礙或具病態人格傾向加害人進行處遇時，治療師的倫理規範與界限顯得相當重要，尤其加害人可能會操弄治療師為其保密或其他違反倫理規範之行為，因此建議治療師需參與同儕或專業督導來處理界限與倫理議題。

第六節 加害人曾為被害人－性侵害循環

壹、性侵害循環的現象與成因

探討性侵害的循環現象，必須認識性侵害對被害人的影響及心理機制，方能了解被害人何以在後來成為加害人的成因。

一、性侵害的影響

根據研究與實務經驗，性侵害對被害人在生理、心理、行為、社會適應的全面影響。Finkelhor 與 Browen (1984) 概念化此影響包含：性創傷、污名化、背叛感、無力感，部分被害人可能在心理上認同加害人，行為上成為加害人，此為長期無力感下的創傷因應機制。

Lisak (1994) 的研究發現性侵害對男性在「認知、情緒、性別與性、人際困難」等四方面的影響，在認知方面，無法表達自己所受

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

到的傷害、對自我的負面基模、對他人的負面基模、自責；在情緒上有憤怒、恐懼、無助感、失落、罪疚感、羞恥感；在性別與性方面，出現同性戀、男性氣概、性方面的問題；在人際方面，呈現背叛感、孤立與疏離、負面的幼年同儕關係。其中男性被害人因為不被他人相信受害事實而難以揭露，被男性氣概所困而必須展現更多的男性氣概行為，對性的困惑與負面內化並認為要對自己的受害負起責任，孤立與疏離感及無價值感使其對人產生負面認知（陳慧女、盧鴻文，2007）。

此外，透過一些標準化的症狀檢核研究也有類似發現，如：焦慮、憂鬱、解離、敵意與憤怒、罪疚感與自責、低自尊、創傷後壓力症、親密關係議題、性方面的困難、睡眠障礙、自殺意念與行為、物質濫用，以及對性別與性認同的混淆與困惑、想要證明具有男性氣概而結交多位女性伴侶、甚至性侵害他人等（Hopper, 2016）。綜上，Lisak (1994) 與 Hopper (2016) 的發現可做為臨床工作者進行評估的參考指標，能更周全地了解其性侵害的循環機制，進一步提出有效的治療策略。

二、性侵害循環的成因

發展理論和精神分析理論皆認為，早年成長過程是發展依附關係重要的關鍵期，不利的家庭背景將導致不安全或焦慮的依附關係。洪素珍（2013）整理多項研究發現，部分被害人在成長之後，仍會不斷的找尋加害他的人或是從事性交易，透過與他人在性方面的連結，以滿足個體的親密與依附感。

國外研究方面，Caputo 等（1999）對青少年犯的研究，發現性侵害組有較高的家庭暴力經驗，並且比其他暴力組有更明顯的冷酷麻木與缺乏情感的特質，顯示幼時未受到關愛、情感缺乏、人際疏

離等與其犯行的關係。Craissati 等 (2002) 比較有無受性侵害的加害者，發現曾受性侵害者有較高程度的童年受虐待史、較高的性心理障礙及偏差行為，此為顯著的預測因子。Loh 與 Gidycz (2006) 指出家中父母的衝突是影響青少年攻擊行為的重要因素。Daversa 與 Knight (2007) 對青少年性加害者的研究，發現情緒虐待最能預測後來的侵犯行為。綜合來說，青少年加害者的家庭特質多是不穩定且缺乏資源、缺乏親子間的情感連結、過早接觸性行為或色情媒介、處於性虐待的高風險環境中、父母缺乏對子女受傷時的因應知能 (Barbaree & Marshall, 2006)。

國內研究中，魏弘軒 (2007) 訪談 7 名監獄性侵害者，其中有 5 名在幼年時期曾遭受身心虐待、疏忽或性侵害經驗。蔡景宏等 (2012) 的研究顯示青少年性加害者的家庭功能不彰、父母離婚或暴力、對子女的低關懷。陳珞珞 (2016) 訪談 5 位監獄的青少年性侵害者，其家庭特質為父母離異、溝通不良、打罵管教的威權教養態度、不安全依附的親子關係。陳慧女 (2018) 綜合國內外研究發現，童年遭受性侵害經驗、身心虐待與疏忽是被害人成為加害人的顯著成因變項。

Morrison 等 (1994) 指出，研究及臨床經驗都顯示性受害經驗是日後發展出侵犯行為的顯著因子。至今，並無單一因素可以解釋性侵害循環，而是多重因素所致 (Finkelhor, 1984)。惟可知遭受性侵害經驗、受到親人的虐待及疏忽、不利的家庭背景等為重要因素，其中童年的性侵受害經驗、身心虐待與疏忽是較顯著的成因變項。

貳、性侵害循環的問題評估

陳慧女 (2018) 綜合國內外研究發現，童年遭受性侵害經驗、身心虐待與疏忽是被害人成為加害人的顯著成因變項。基於此，專

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

業醫療人員如要進行性侵害循環的評估，須先具備性侵害對身心影響的專業知能，也要具備專業的敏感度，透過相關文件記錄、會談、觀察及評量工具來評估個案的認知、精神狀態（包含情緒、行為、創傷，如創傷後壓力症（Post-traumatic stress disorder, PTSD）、過去遭受身心虐待與疏忽的情形，以提出後續處遇的建議。

一、認知評估

可使用智力量表與神經心理測驗以評估加害者智能與各項認知功能，包括評估是否有智能障礙或邊緣智能情形，以及加害者的理解能力、表達能力、記憶能力、問題解決能力與概念形成能力等。

二、精神評估

專業醫療人員進行評估時，若發現加害者有精神方面的症狀，如妄想、幻覺、焦慮、憂鬱、創傷後壓力症、自殺、攻擊、睡眠障礙及藥物濫用等，應進一步了解是否曾遭受性侵害的歷史。除了專業醫師的診斷外，亦可透過臨床心理師進行以下評估：

1. 焦慮評估：了解加害者焦慮情緒狀況，常用貝克焦慮量表（Beck Anxiety Inventory, BAI）（Beck, & Steer, 2000）。
2. 憂鬱評估：了解加害者憂鬱情緒狀況，常用貝克憂鬱量表第二版（Beck Depression Inventory-Second Edition, BDI-II）（Beck, Steer, & Brown, 2000）。
3. 自殺評估：了解加害者自殺意念狀況，常用貝克自殺意念量表（Beck Scale for Suicide Ideation, BSS），可用來察覺和測量成人與青少年自殺意念的嚴重度。另自殺意念的內容，可能顯現自殺意圖的嚴重性與致命性（Beck, & Steer, 2000）。
4. 創傷評估：了解加害者創傷程度，可使用中文版戴式創傷量

表 (Chinese Davidson Trauma Scale, CDTS)，本量表可評估是否有創傷後壓力症狀與其嚴重程度，如反應麻木、創傷經驗重現、逃避及過度警覺症狀 (陳錦宏等，2000)。此外，亦可使用王燦槐 (2006) 編製的本土化臺灣性創傷評估量表，該量表分為「創傷一」(害怕安全、情緒不穩、擔心身體、恐懼司法、自責) 及「創傷二」(情緒侵入、麻木遺忘)。量表具有信效度考驗，並有創傷組與一般組常模對照。

5. 人格與精神狀態評估：目前台灣臨床心理師常用的人格測驗包括米蘭臨床多軸量表 (The Millon Clinical Multiaxial Inventory – III, MCMI-III) 與羅夏克墨漬測驗 (Rorschach Inkblot Test)，以上測驗工具也是國際司法心理衡鑑常用的評估工具 (Neal & Grisso, 2014)。

三、遭遇童年逆境的評估

童年逆境經驗是許多個案不安全依附及行為問題的重要原因，專業人員評估時尤須留意，包含：身體虐待、身體疏忽、情緒虐待、情緒疏忽、性虐待、家庭暴力、父母失和離婚、家中有精神疾病者、家中有成癮者、家中有人入獄等 (Perry, & Oprah, 2022)，這些皆為高風險家庭、脆弱家庭之指標。

因此，專業人員須了解個案是在沒有被滋養、被保護的環境下成長，理解其生命經驗及過去創傷史。在評估時須鼓勵個案述說生命經驗，貼近其真實的世界，建立彼此誠實的對話空間，透過傾聽與同理其原生家庭的成長歷程與創傷經驗，在信任與安全感的基礎上形成正向的人際互動關係。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

參、性侵害循環的處遇

由於早年性侵害的經驗對個人的負面影響，若能及早介入青少年性加害者的處遇，可避免成爲成年性加害者（鄭瑞隆，2006）。由於被害人可能會轉爲加害人，因此在被害時和轉爲加害階段皆須介入處遇，以避免性侵害循環。Farmer 和 Pollock（2003）研究發現，早年曾有性虐待或身體虐待者會出現性行爲的問題，而有接受諮商服務的青少年，其性行爲問題多獲得改善。由此可見，處遇能降低性侵害循環的發生。

我國針對性侵害加害人的「強制處遇治療」可區分爲監獄內及社區的「身心治療或輔導教育」。目前台灣處遇計畫執行方式包括團體和個別治療，主題包括：(1) 相關法律常識教育與再犯預防；(2) 性教育（著重在正確的性知識、性衝動的適度解決而非壓抑方式）；(3) 人際關係（性別關係和性別平權）；(3) 壓力調適（適當衝動發洩）；(5) 如何停止犯罪鏈（認知危險因子、危險情境和學習避免再犯策略）。實務上多以團體治療爲主，林明傑（2018）推薦再犯預防並結合現實治療與認知行爲治療取向，可有效幫助個案確立治療的方向，並持續朝再犯預防邁進。完成治療的標準是根據其涉案的嚴重度、再犯危險因素高低、參與治療的配合情形、以及家庭作業完成率而定。

對於加害者的處遇治療，最終目標是預防，期能降低再犯率。而國內有關處遇成效之研究，多數採用的模式係參考國外現行「再犯預防模式」。陳若璋（2007）指出，再犯預防模式應包括兩項要素：(1) 內在自我管理，包括增加加害人對其行爲的覺醒、使其辨識自己的再犯歷程、增加自我控制的能力、幫助其發展特殊的處理技巧；(2) 外在的監督，認爲加害人有時候無法自覺其錯誤，因此有必要增

加外在的監督系統。

施以處遇治療，主要目標在於改善性侵害加害人之再犯風險。國內學者鍾志宏與吳慧菁（2009）蒐集 2006 年至 2007 年間臺北、臺中與高雄等 3 所監獄執行期滿或假釋出監 1,002 名性侵害犯罪人進行 2 年 6 月追蹤調查發現，性侵害再犯比率為 3.7%，顯示監獄內處遇治療可以有效降低性侵害的再犯率。另江曉娟（2022）蒐集在台灣某地方從 2018 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日參與社區「身心治療或輔導教育」課程，共計 269 名，研究發現(1)平均犯案年齡 34.5 歲；(2)截至 2020 年 12 月 31 日止，經網絡通報，再犯性侵害相關罪名為 12 名，再犯率為 4.4%。再者，董道興（2018）蒐集 2009 年 1 月 1 日至 2014 年 12 月 31 日之兒童性侵害加害人在完成社區處遇後，其再犯風險評估之後設分析證明社區處遇能降低加害人性侵害兒童之再犯風險。綜言之，性侵犯是多重因子影響的結果，每一位加害人皆有其異質性，如何提供處遇治療以有效降低再犯率，避免性侵害循環，並保障被害者的權益，為專業人員努力的方向。

肆、案例介紹

【案例一】

阿志小時候父母就離異，由父親照顧姊弟三人，父親管教較放任，孩子生活日常需求多靠自己處理。姊弟皆為心智障礙，阿志為輕度，姐姐及弟弟為中度。阿志於小學三年級時，在家附近空地遭鄰居小六學長以性器官插入肛門；其人際互動能力較為受限，日常生活中經常出現偷看女學生裙底，隨意碰觸他人身體的情形。

阿志小五時，發生將手伸入姐姐衣服摸胸部，並把姐姐拉起身脫掉姐姐的外褲與內褲，姐姐雖有拉住褲子但仍被脫下，隨後阿志以生殖器磨擦姐姐臀部，姐姐有喊「不要」，姐姐感覺阿志的生殖器

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

是軟軟的，碰觸臀部的地方，姐姐表示阿志此行為至少有三次，忘記第一次是從甚麼時候開始；弟弟認為阿志做這樣的動作，是因為跟姐姐在搶玩具或東西，阿志認為這是懲罰姐姐的行為。

阿志國一時，晚上從沒上鎖的鄰居家後門侵入，當時屋內有兩個國小低年級的小姊妹在睡覺，呈仰躺姿勢，阿志伸手下去持續觸摸小妹妹臀部直到小妹妹醒來，阿志發覺小妹妹醒來後，即從前門離開，後來小姐姐也表示有被碰觸手部。此一家戶皆為女性，因家庭因素，只有外婆獨自照顧孫女。後來得知阿志私闖這家戶並非首次，先前也曾觸摸了小妹妹的胸部，甚至脫過小妹妹的褲子；小妹妹表示，就算白天平常時間，阿志也會站在家門口觀望家裡面看著她們。後來陸續發生阿志偷窺民宅女主人洗澡以及在校偷看女老師上廁所的事件。

從此案例中，可以看到阿志因父母的離異且主要照顧者父親的放任，呼應前文所提到的青少年加害者的家庭特質多是不穩定且缺乏資源、缺乏親子間的情感連結、處於性虐待的高風險環境中；阿志在被學長性侵後，父親亦未有對子女受傷時的因應知能，顯示阿志因為童年遭受性侵害經驗、受到親人疏忽加上不利的家庭背景等為重要因素，而導致在青少年時出現加害的行為。

【案例二】

李明 25 歲，未婚，國中時曾在廁所遭男同學手指插入肛門。高職時喜歡班上女同學，不知如何告白。畢業後，在擔任電子業作業員時喜歡女同事，但女同事希望當朋友就好。每月看一次 A 片，內容是成年男女性交劇情，看 A 片時會邊看邊自慰。

李明擔任安親班老師時，將甲同學單獨帶到教室旁廁所，邊說話邊摸甲同學的生殖器，甲同學感覺奇怪，跟李明說：「你這樣子我

不舒服」，並把李明的手撥開。隔了幾天，李明在上課前看 A 片（男主角手指插入女主角的屁股，女主角發出舒服叫聲），此時，李明陰莖勃起。下課後，李明帶乙同學到廁所，從乙同學身後，雙手往前伸，捏住乙同學的生殖器，接著要求乙同學趴下，強行以右手食指插入乙同學肛門內，乙同學喊痛，李明停手。

李明接受為期 3 年的社區處遇輔導教育，經會談和陰莖體積變化測試儀檢查，確認李明並沒有戀童症，從性侵害循環來看，國中男同學透過欺負李明獲得權力控制感，李明無意識地重複此循環。另外，李明遭同學插屁股時陰莖勃起，連結 A 片女生被插屁股的舒服表情，以及自己觀看 A 片的陰莖勃起，讓李明好奇男同學的屁股被手指插入會是什麼感覺，在測試之後，李明知道那是疼痛的感覺。

重點回顧

本章探討了特殊案例的性侵害處置，涵蓋了不同背景的加害者，包括青少年、同性、女性、精神疾病病人、智能障礙者、聽力障礙者、藥酒癮的性侵害者、過動者、特殊個案的反社會人格與病態人格等。各節詳細介紹了這些加害者的行為樣態、心理特徵及社會影響，並提供了具體的評估和處置策略。例如，青少年加害者常涉及約會暴力，包括心理和身體虐待；同性加害者可能因性取向而被忽視；女性加害者雖少，但狀況複雜，需要細致的心理評估；精神疾病、智能障礙、與聽力障礙的加害者則需特殊的治療和社會支持措施。部分性侵害被害人因為遭受性侵害經驗、幼年受到親人的虐待及疏忽、不利的家庭背景等，可能在心理上認同加害行為進而成為加害人，形成性侵害的循環。專業人員透過對加害循環機制的認識，即時提供被害人有效的協助，可預防其後來成為加害人，文章

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

強調，各類加害者的有效處置需基於對其背景和需要的深入了解，並結合專業的治療方法，以促進其改善與社會融入。

問題與討論

問：未成年之性侵害加害者是否有法律責任？

答：根據刑法第 227 條，對於未滿 14 歲之男女為性交者，處三年以上 10 年以下有期徒刑。對於未滿 14 歲之男女為猥褻之行爲者，處 6 個月以上 5 年以下有期徒刑。對於 14 歲以上未滿 16 歲之男女為性交者，處 7 年以下有期徒刑。對於 14 歲以上未滿 16 歲之男女為猥褻之行爲者，處 3 年以下有期徒刑。

另根據刑法第 229 之 1 條規定，18 歲以下之人犯第 227 條之罪為告訴乃論。亦即是，如果是非合意性交，加害者未滿 18 歲，而受害者不願向學校通報，且無意願進入司法程序，則易成為加害者變相的保護傘，讓加害者無需因自己的錯誤行爲而接受必要的處遇與刑責。

值得注意的是，如果男女雙方皆未滿 16 歲而自願發生性行爲，則依刑法第 229 之 1 條，雙方均同時是被害人及加害人，雙方家長皆可向對方提出告訴。

問：如何分辨性取向，性取向是否固定不變呢？

答：根據 Bailey 等人（2016）的觀察，性取向可以由四種現象來判斷，分別是性行爲（對象是同性、異性或雙性）、性取向認同（認同自己是同性戀、異性戀或雙性戀）、性吸引力（個人對同性、兩性或異性的性吸引力程度）和性喚起（是否對男性與女性色情刺激產生生理反應）等。有時性取向並非固定不變，有些人會在性別隔離的環境中追求同性關係，例如單一性別的學校、

監獄或軍隊，但一旦有其他性伴侶，就會恢復異性關係。另一種現象是性取向的流動（sexual fluidity），特別是女性較容易在異性戀和雙性戀之間移動。還有一種現象是過渡型雙性戀（transitional bisexuality），亦即是之前為雙性戀身分的人最終確認為同性戀者，此類從雙性戀到同性戀的認同轉變在男性中尤為常見，比例高達 40%。

問：女性的性侵害加害人治療計畫，有什麼需注意的原則？

答：可以考慮優勢為本的介入模式（strength based model），強調重新建立以女性意識為主體的健康關係聯結，減少或消除反社會行為、增強其親社會的適應技能、發展出關係優勢及健康的支持圈。

問：患有嚴重精神疾病的性侵害加害者評估與治療重點為何？

答：適當的評估和行為分析是一切的基石。精神疾病因各別性質的不同，對行為的影響也有層次上的差異，若考慮不同共病的組合，狀況會更加複雜。這是一個需要跨專業整合的工作，因為精神病性侵害者的風險因子從個別的發展到心理社會因素，都有可能影響個案未來的行為與再犯風險，因此需要能夠整合資源的治療計畫制定者及溝通良好的個案管理。

問：智能障礙性侵害加害人常見的共病症是什麼？

答：過動症、自閉症、物質使用障礙症。

問：智能障礙性侵害加害人常用的處遇方式是什麼？

答：認知行為治療。

問：聽力障礙性侵害加害人常見的共病是什麼？

答：憂鬱症與物質濫用。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

問：聽力障礙犯罪者中性犯罪的比例很高，這可能與何有關？

答：與其病因腦損傷、德國麻疹和社會心理影響。

問：請問病態人格(psychopath)程度對於預測再犯的有效性如何？

答：研究指出在有目的的處遇下，有機會協助高病態人格特質者形成較多的保護性因子。

問：與反社會人格或病態人格傾向者進行處遇時要注意什麼？

答：加害人操縱、欺騙、抗拒與否認以及無法完成處遇，可能操弄治療師，須注意倫理規範與界限。建議即使知道案主有病態人格特質，建議仍以行為四關鍵診療法，評估其過去不舒服經驗有哪些，並了解其如何學到因應方式。適度給予解釋並運用情緒釋放療法，使能放下僵固想法。

問：性侵害對被害人造成哪些影響？

答：憂鬱、焦慮、負面思考、睡眠問題、PTSD 症狀等。此外，性創傷、污名化、背叛感、無力感的創傷影響，少數被害人可能在心理上認同加害人，進而在行為上成為加害人，此為長期無力感下的創傷因應機制。

問：性侵害被害人成為加害人的循環成因？

答：曾經遭受性侵害、童年受到虐待及疏忽、不利的家庭背景因素等。

問：如何進行對被害人的評估？

答：透過會談、觀察、標準化量表進行精神、認知、情緒、行為等面向評估，尤須了解其過去曾遭受性侵害、虐待及疏忽史。

問：如何進行對加害人的處遇？

答：被害時的處遇：建立安全感、回顧與哀悼創傷事件、重建正常

生活、解構創傷經驗並重構對生命的意義，找回自控感與能力感。加害時的處遇：以預防並降低再犯率為目標，透過內在自我管理，覺察危險想法與行為、學習因應技巧，增加自控力；透過外在的監督機制、建立支持系統，監控危險行為，減低再犯。

問：從案例一中呈現性侵害事件發生的一些必要條件為何？

答：一、加害者阿志者有施虐動機。

二、加害者阿志失去內在的自我控制能力（難以控制自我的行為，且一犯再犯）。

三、加害者阿志克服外在環境的阻礙（居家環境不夠安全或沒有可提供保護的大人）。

四、受害者的抵抗能力被瓦解（受害者因心智狀況、年幼等而缺乏自我保護能力）。

問：李明的案例提醒評估與處遇人員，除了建議李明接受以預防再犯為基礎的認知行為取向輔導教育外，還可以建議將輔導教育焦點放在哪些地方？

答：李明還可以接受童年逆境評估，引導他瞭解過去的創傷經驗如何導致性侵害循環，並聚焦在使用創傷復原技巧以因應當前生活。

參考文獻

王郁文、修慧蘭（2008）。性侵害加害人否認行為之研究 [Study of Sexual Offenders' Denial Behavior]。中華輔導與諮商學報，(23)，177-211。
<https://doi.org/10.7082/cjgc.200803.0177>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- 王聖豪 (2017)。女性性侵害犯生命歷程影響檢察官偵查處分之研究 [A study on the prosecutorial decision impacted by the life course of female sex offenders]。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，13(1)，27-52。
- 王燦槐 (2006)。《臺灣性侵害受害者之創傷：理論、內涵與服務》。學富文化。
- 王麗容、黃冠儒 (2021)。大專院校學生性侵害受害經驗調查：心理影響、求助行爲與體制背叛感。《教育心理學報》，53(1)，61-84。https://doi.org/10.6251/BEP.202109_53(1).0003
- 何志培 (2015)。反社會性人格障礙症－從《沉默的羔羊》談起。《高雄醫師會誌》，23(1)，13-18。
- 吳孟寰 (2023)。「注意力不足 / 過動症」長大就會好嗎？關於過動症的診斷 https://www.ttpc.mohw.gov.tw/?aid=508&pid=94&page_name=detail&iid=1165
- 李進賢 (2014)。國內女性性侵害犯罪收容人之概況報導－以臺中女子監獄為例 [An Investigation of Female Sexual Offenders in Taiwan - Taichung Women's Prison]。《矯政期刊》，3(2)，163-186。https://doi.org/10.6905/jc.201407_3(2).0006
- 沈瓊桃、趙雨龍、高建秀 (2019)。兩岸三地青少年約會暴力盛行率及其與憂鬱情緒關係之探討。《臺灣衛誌》，38(3)，280-288。DOI:10.6288/TJPH.201906_38(3).108011
- 周煌智 (2006)。性侵害犯罪加害人治療的評估鑑定原則。載於周煌智、文榮光 (主編)，《性侵害犯罪防治學－理論與臨床實務應用》(頁213-248)。五南。
- 林明傑 (2018)。《矯正社會工作與諮商：犯罪心理學的有效應用》(第二版)。臺北：華都。
- 林明傑、黃冠豪 (2017)。少年性侵害者再犯危險評估量表之台灣常模初探及其與病態人格量表之相關研究。《性學研究》，8(1)，1-31。DOI:10.6206/SIS.2017.0801.01
- 林淑梨 (2001)。《併有與未併有反社會人格障礙之強暴犯在強暴相關認知差異之探討》，碩士論文。

- 林淑梨、陳若璋（2015）。性侵害加害人團體治療模式回顧。《中華團體心理治療》，21(2)，23-30。
- 法務部統計處（2019）。婦幼案件統計分析。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，(21)，71-77。
- 邱惟真、簡良霖（2023）。少年性侵害行為人靜態再犯危險評估量表之確認與效度檢驗。《性學研究》，14(1)，1-14。https://doi.org/10.6206/SIS.202307_14(1).0001
- 邵慧綺（2009）。淺談智能障礙學生的法治教育。《屏師特殊教育》，17，34-39。
- 施睿誼、葉怡伶、吳慧菁、鍾志宏、王葦庭（2023）。智能障礙性侵犯犯罪特性及處遇需求研究 [The characteristics and needs in the treatment of sex offenders with intellectual disabilities]。《矯政期刊》，12(2)，33-60。https://doi.org/10.6905/jc.202307_12(2).0002
- 施睿誼、葉怡伶、吳慧菁、鍾志宏、王葦庭（2023）。智能障礙性侵犯犯罪特性及處遇需求研究。《矯政期刊》，12(2)，33-60。
- 洪素珍（2002）。台灣性侵害生存者創傷復原之歷程。載於謝臥龍（主編），《性別平等教育：探討與實踐》（頁 304-331）。五南。
- 洪素珍（2013）。男性兒童青少年性議題的結與解－安置機構生活輔導員觀點。《臺灣心理諮商季刊》，5(4)，29-59。
- 唐子俊、黃詩殷、鍾維庭（2020）。人格障礙的評估和協助原則最新進展。《中華團體心理治療》，第 26 卷，第 4 期，民國 109 年 12 月，頁 3-8。
- 徐小玲（2019）。成年男性性侵被害之創傷與調適 [Post-Traumatic Responses and Coping Experience of Male Sex Assault Victims]。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，15(2)，17-48。
- 許春金（2017）。《犯罪學》，修訂第八版，臺北：三民書局總經銷。
- 許春金（2022）。《人本犯罪學》，修訂第三版，臺北：三民書局總經銷。
- 陳若璋（2001）。《性罪犯心理學：心理治療與評估》。張老師。
- 陳若璋（2007）。《性侵害加人團體處遇治療方案：本土化再犯預防團體模式》。張老師。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- 陳珞珞 (2016)。依附關係與青少年性侵害犯罪行為之關係研究 (未出版之碩士論文)。國立中正大學。
- 陳毓琪 (2009)。女性性侵害犯罪人的生命歷程與類型，國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。未出版。
- 陳慧女 (2018)。被害與加害：一位曾經歷性侵害之安置機構少年的生命經驗。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，14(1)，29-52。
- 陳慧女、林明傑 (2010)。女性性罪犯之心理病理與心理治療 [Psychopathology and Psychotherapy of Female Sexual Offenders]。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，6(2)，1-27。https://doi.org/10.29804/ajdvso.201012.0001
- 陳慧女、林明傑 (2010)。女性性罪犯之心理病理與心理治療。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，6(2)，1-27。https://doi.org/10.29804/AJDVSO.201012.0001
- 陳慧女、盧鴻文 (2007)。男性遭受性侵害之問題初探。《社區發展季刊》，120，252-264。
- 黃軍義、許得洋 (2020)。遭遇性侵害經驗、強暴迷思、與性別偏見對男同志做出性侵害行為的影響。《教育心理學報》，52(2)，337-364。http://doi.org/10.6251/BEP.202012_52(2).0005
- 黃富源 (2000 未發表)。警察與女性被害人－警察系統回應的被害者學觀察，臺北市：新迪文化有限公司。
- 黃富源 (2005)。女性主義對犯罪學與被害者學的影響。《哲學與文化》，32(3)，21-49。
- 黃翠紋 (2018)。從對婦女的暴力到性別暴力－由多元性別觀點檢視性侵害犯罪成因理論 [From violence against women to gender-based violence: A pluralistic gender perspective on the causes of sexual assault]。《軍法專刊》，64(4)，1-36。
- 臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心 (2019)。臺北市男性性侵害被害人創傷樣態之初探 [Preliminary Study on the Trauma of Male Sexual Assault Victims in Taipei City]。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，15(1)，55-83。
- 劉育偉 (2020)。職權式卡其領性犯罪之實證研究 [A Practical Study of

- Khaki Collar Sexual Crimes of Taking the Use of Authority]。公共事務評論, 18(2), 41-56。
- 蔡宏富 (2012)。同志教育進 / 出校園之間：以台灣同志諮詢熱線的實作方式為例 [Analysis of LGBT Education Practiced in Gender Equity Education]。女學學誌：婦女與性別研究, (30), 83-136。https://doi.org/10.6255/jwgs.2012.30.83
- 蔡景宏、曾東勝、林燕卿、朱元祥 (2012)。青少年性侵害犯的個人特質與雙親教養態度之探討。臺灣精神醫學, 26, 88-95。
- 衛生福利部保護服務司 (2024)。性侵害事件通報被害及嫌疑人概況。https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-cat02.html
- 鄭瑞隆 (2006)。少年性侵犯行之成因、評估與矯正處遇。亞洲家庭暴力與性侵侵害期刊, 2(1), 65-91。
- 魏弘軒 (2007)。以男童為性侵害對象之加害人性侵害動機與犯罪路徑之探索性研究 (未出版之碩士論文)。國立中正大學。
- Abracen J, Looman J, Langton CM. (2008) Treatment of sexual offenders with psychopathic traits: recent research developments and clinical implications. Trauma Violence Abuse. 2008 Jul; 9(3): 144-66. doi: 10.1177/1524838008319633. Epub 2008 May 21. PMID: 18495937.
- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect*, 26(5), 455-473. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00322-8
- Alaggia, R. & Mishnaf, F. (2014). Self psychology and male child sexual abuse: Healing relational betrayal. *Clinic Social Work Journal*, 42, 41-48.
- Anderson, K. M., & Hiersteiner, C. (2007). Listening to the stories of adults in treatment who were sexually abused as children. *Families In Society*, 88(4), 637-644.
- Bailey, J. M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E., &

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- Epprecht M. (2016). Sexual orientation, controversy, and science. *Psychological Science in the Public Interest*, 17(2), 45-101. <https://doi.org/10.1177/1529100616637616>
- Balsam, K. F., Rothblum, E. D., & Beauchaine, T. P. (2005). Victimization over the life span: a comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 477-487. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.73.3.477>
- Barbaree, H. E. & Marshall, W. L. (2006). *The juvenile sex offender*. New York: Guilford Press.
- Betterly, H., Musselman, M., & Sorrentino, R. (2023). Sexual assault in the inpatient psychiatric setting. *General Hospital Psychiatry*, 82, 7-13.
- Bonta, J., Blais, B., & Wilson, H. A. (2013). The prediction of risk for mentally disordered offenders: a quantitative synthesis 2013-01. *Ottawa (Canada): Public Safety Canada*.
- Booth, B. D., & Gulati, S. (2014). Mental illness and sexual offending. *Psychiatric Clinics*, 37(2), 183-194.
- Burnam, M. A., Stein, J. A., Golding, J. M., Siegel, J. M., Sorenson, S. B., Forsythe, A. B. & Telles, C. A. (1988). Sexual assault and mental disorders in community populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 843-850.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217-230. doi:10.1037/0022-3514.38.2.217
- Callahan, P. A., Jeglic, E. L., & Calkins, C. (2021). Sexual Offenders With Intellectual Disabilities: An Exploratory Comparison Study in an Incarcerated U. S. Sample. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2021 Dec 29:306624X211066825
- Caputo, A. A., Frick P. J. & Brodsky, S. L. (1999). Family violence and juvenile sex offending the potential mediating role of psychopathic traits

- and negative attitudes toward women. *Criminal justice and behavior*, 26(3), 338-356.
- Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., ... & Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of positive behavior interventions*, 4(1), 4-16. doi: <https://doi.org/10.1177/109830070200400102>
- Champion, A., Oswald, F., & Pedersen, C. L. (2022). Forcible, Substance-facilitated, and Incapacitated Sexual Assault Among University Women: A Canadian Sample. *J Interpers Violence*, 37(13-14), NP11198-11222. <https://doi.org/10.1177/0886260521991297>
- Chivers, Tom. Psychopaths (2014). how can you spot one?. The Telegraph. 2014-04-06 [2015-01-13].
- Cortoni, F., & Gannon, T. A. (2013). What works with female sexual offenders. *What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment*, 271-284.
- Cortoni, F., Babchishin, K. M., & Rat, C. (2017). The proportion of sexual offenders who are female is higher than thought: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 44(2), 145-162.
- Covington, S. (2007). The relational theory of women's psychological development: Implications for the criminal justice system. *Female Offenders: Critical Perspectives and Effective Interventions, 2nd Edition*, 135-164.
- Craissati, J., McClurg, G., & Browne, K. (2002). Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually victimized as children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(3), 221-235.
- Cuddeback, G. S., Grady, M., Blank Wilson A, Van Deinse T, Morrissey JP. (2019). Persons with severe mental illnesses and sex offenses: recidivism after prison release. *International Journal of Offender Therapy and*

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

Comparative Criminology, 63(12), 2157-2170.

Daversa, M. T. & Knight, R. A. (2007). A structural examination of the predictors of sexual coercion against children in adolescent sexual offenders. *Criminal Justice And Behavior*, 34(10), 1313-1333.

Ellen, B., & Laura, D. (1994)。讓心出來透透氣(穆怡梅譯)。生命潛能。(原著出版於 1988 年)

Farmer, E. & Pollock, S. (2003). Managing sexually abused and/ or abusing children in substitute care. *Child and Family Social Work*, 8, 101-112.

Finkelhor, D., & Browne, A. (1984). Initial and long-term effects: A conceptual framework. In Finkelhor, D. (Ed). *Child sexual abuse: New theory and research* (pp.180-198). New York: The Free Press.

Foshee, V. A., Benefield, T., Suchindran, C., Ennett, S. T., Bauman, K. E., Karriker-Jaffe, K. J., Reyes, H. L. M. & Mathias, J. (2009) (2009). The development of four types of adolescent dating abuse and selected demographic correlates. *Journal of Research on Adolescence*, 19(3), 380-400. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00593.x>

Freeman-Longo, R. E. (1986). The impact of sexual victimization on males. *Child Abuse & Neglect*, 10, 411-414.

Friedman, K., Bischoff, H., Davis, R., & Person, A. (1982). Victims and helpers: Reactions to crime. Summary of Grant Report, National Institute of Justice (Grant No. 79-N1AX0059).

Gilmore, A. K., Maples-Keller, J. L., Pinsky, H. T., Shepard, M. E., Lewis, M. A., & George, W. H. (2018). Is the Use of Protective Behavioral Strategies Associated With College Sexual Assault Victimization? A Prospective Examination. *J Interpers Violence*, 33(17), 2664-2681. <https://doi.org/10.1177/0886260516628808>

Glickman, N. S., Smith, C. M., & Lemere, S. (2013). Engaging deaf persons with language and learning challenges and sexual offending behaviors in sex offender-oriented mental health treatment. *Journal of the American*

- Deafness and Rehabilitation Association*, 47(2), 168-203.
- Goyer, P. F., & Eddleman, H. C. (1984). Same-sex rape of nonincarcerated men. *American Journal of Psychiatry*, 141, 576-579.
- Gravelin, C. R., Biernat, M., & Bucher, C. E. (2018). Blaming the Victim of Acquaintance Rape: Individual, Situational, and Sociocultural Factors. *Front Psychol*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02422>
- Groth, A. N. (1979). *Men who rape: The psychology of the offender*. NY: Plenum.
- Haaven, J., Little, R., & Petre-Miller, D. (1990). Treating intellectually disabled sex offenders: A model residential program. Safer Society Press.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.
- Harrell, A. V., Smith, B. E., & Cook, R. F. (1985). *The social psychological effects of victimization*. Final Grant Report, National Institute of Justice.
- Harris PB, Boccaccini MT, Rice AK. (2017). Field measures of psychopathy and sexual deviance as predictors of recidivism among sexual offenders. *Psychol Assess*. 2017 Jun; 29(6), 639-651. doi:10.1037/pas0000394. PMID: 28594208
- Harris, Grant T.; Rice, Marnie E. (2006). Treatment of Psychopathy: A Review of Empirical Findings. Patrick, Christopher J. Handbook of psychopathy. New York: Guilford Press. 2006: 555-72. ISBN 978-1-59385-591-8.
- Hendriks, B., Vandenbergh, A., Peeters, L., Roelens, K., & Keygnaert, I. (2018). Towards a more integrated and gender-sensitive care delivery for victims of sexual assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study. *Int J Equity Health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0864-3>
- Herman, J. (1995)。創傷與復原（楊大和等譯）。時報文化。（原著出版於1992年）

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- Hollomotz, A., & Greenhalgh, J. (2020). A realist analysis of treatment programmes for sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(4), 729-738.
- Holmes, W. C. & Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and manage. *JAMA*, 281(21), 1855-1862.
- Holoyda, B. J., McDermott, B. E., & Newman, W. J. (2018). Insane sex offenders: psychiatric and legal characteristics of sexual offenders found not guilty by reason of insanity. *Journal of Forensic Sciences*, 63(4), 1207-1214.
- Hopper, J. (2016, March 19). *Sexual abuse of males: Prevalence, possible lasting effects, & resources*. <http://www.jimhopper.com>
- Hronis, A., Roberts, L., & Kneebone, I. I. (2017). A review of cognitive impairments in children with intellectual disabilities: Implications for cognitive behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 189-207. doi: <https://doi.org/10.1111/bjc.12133>
- Iqbal, S., Dolan, M. C., & Monteiro, B. T. (2004). Characteristics of deaf sexual offenders referred to a specialist mental health unit in the UK. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(3), 494-510.
- Jaycox, L. H., Zoellner, L. & Foa, E. B. (2002). Cognitive-Behavior therapy for PTSD in rape survivors. *Psychotherapy in Practice*, 58(8), 891-906.
- Johnson, R. L., & Shrier, D. K. (1985). Sexual victimization of boys. *Journal of Adolescent Health Care*, 6, 372-376.
- Johnston, J. M., Foxx, R. M., Jacobson, J. W., Green, G., & Mulick, J. A. (2006). Positive behavior support and applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 29, 51-74. 10.1007/BF03392117
- Keulen-de Vos, M., & de Klerk, A. (2022). Dutch forensic patients with and without intellectual disabilities: A comparison of demographic, offence, and diagnostic characteristics. *Research in Developmental Disabilities*, 126, 104255.

- Lamb, S. (2006). *Sex, therapy, and kids*. London: W. W. Norton & Company.
- Långström, N., & Grann, M. (2007). Severe mental illness and risk of sexual offending in men: a case-control study based on Swedish national registers. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(4), 588-596.
- Latvala, A., Tideman, M., Søndena, E., Larsson, H., Butwick, A., Fazel, S., & Lichtenstein, P. (2023). Association of intellectual disability with violent and sexual crime and victimization: a population-based cohort study. *Psychological Medicine, 53*(9), 3817-3825.
- Leung PC, Looman J, Abracen J. (2021). To Reoffend or Not to Reoffend? An Investigation of Recidivism Among Individuals With Sexual Offense Histories and Psychopathy. *Sex Abuse. 2021 Feb; 33*(1): 88-113. doi: 10.1177/1079063219877173. Epub 2019 Sep 20. PMID: 31538857.
- Lew M. (2010)。哭泣的小王子（陳郁夫等譯）。心靈工坊。（原著出版於2004年）
- Lindsay, W. R., Ward, T., Morgan, T., & Wilson, I. (2007). Self-regulation of sex offending, future pathways and the Good Lives Model: Applications and problems. *Journal of sexual aggression, 13*(1), 37-50. doi: <https://doi.org/10.1080/13552600701365613>
- Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of Traumatic Stress, 7*(4), 525-548.
- Loh, C. & Gidycz, C. A. (2006). A prospective analysis of the relationship between childhood sexual victimization and perpetration of dating violence and sexual assault in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(6), 732-749.
- Lurigio, A. J. & Resick, P.A. (1990). Healing the psychological wounds of criminal victimization: Prediction of postcrime distress and recovery. In A. J. Lurigio, W. G. Skogan, & R. C. Davis (Eds.), *Victims of crime: Problems, policies, and programs*. Newbury, CA: Sage Publications. pp.51-867.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- Malamuth, N. M., Linz, D., Heavey, C. L., Barnes, G., & Acker, M. (1995). Using the confluence model of sexual aggression to predict men's conflict with women: a 10-year follow-up study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(2), 353-369. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.69.2.353>
- Marotta, P. L. (2017). A systematic review of behavioral health interventions for sex offenders with intellectual disabilities. *Sexual Abuse*, 29(2), 148-185.
- Marquart, B. S., Nannini, D. K., Edwards, R. W., Stanley, L. R., & Wayman, J. C. (2007). Prevalence of dating violence and victimization: regional and gender differences. *Adolescence*, 42(168), 645-657.
- McGrath, R. (1991). Sex offender risk assessment and disposition planning: A review of empirical and clinical findings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35(4), 329-351.
- McKay, J. R., Weiss, R. V. (2001). A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. Preliminary results and methodological issues. *Evaluation review*, 25(2), 113-161.
- Mellins, C. A., Walsh, K., Sarvet, A. L., Wall, M., Gilbert, L., Santelli, J. S., Thompson, M., Wilson, P. A., Khan, S., Benson, S., Bah, K., Kaufman, K. A., Reardon, L., & Hirsch, J. S. (2017). Sexual assault incidents among college undergraduates: Prevalence and factors associated with risk. *PLoS One*, 12(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186471>
- Miller, K. R., Vernon, M., & Capella, M. E. (2005). Violent offenders in a deaf prison population. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(4), 417-425.
- Miller, K., & Vernon, M. (2003). Deaf sex offenders in a prison population. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 357-362.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial

- behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Moretti G., Flutti E., Colanino M, Ferlito D., Amoresano L., Travaini G. (2024) Recidivism risk in male adult sex offenders with psychopathic traits assessed by PCL-R: A systematic review. *Medicine, Science and the Law*. 2024; 64(1): 41-51. doi:10.1177/00258024231187186
- Morrison, T., Erooga, M. & Beckett, R. C. (2000)。兒童性侵害：男性性侵害者的評估與治療（黃世杰、王介暉、胡淑惠譯）。心理。（原著出版於1994年）
- Olver ME, Riemer EK. (2021). High-psychopathy men with a history of sexual offending have protective factors too: But are these risk relevant and can they change in treatment? *J Consult Clin Psychol*. 2021 May; 89(5): 406-420. doi: 10.1037/ccp0000638. Epub 2021 Apr 8. PMID: 33829820.
- Prentky, R. A., & Righthand, S. (2003). *Juvenile sex offender assessment protocol-II (J-SOAP-II) manual*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Ross, L. E., Dobinson, C., & Eady, A. (2010). Perceived determinants of mental health for bisexual people: A qualitative examination. *American Journal of Public Health*, 100(3), 496-502.
- Sewall LA, Olver ME. (2019). Psychopathy and treatment outcome: Results from a sexual violence reduction program. *Personal Disord*. 2019 Jan; 10(1): 59-69. doi: 10.1037/per0000297. Epub 2018 Jun 21. PMID: 2992798
- Stemple, L. (2009). Male Rape and Human Rights. *Hastings Law Journal*, 60(3), 605-646. https://repository.uchastings.edu/hastings_law_journal/vol60/iss3/3
- Thomas, J. C., & Kopel, J. (2023). Male Victims of Sexual Assault: A Review of the Literature. *Behav Sci (Basel)*, 13(4). <https://doi.org/10.3390/bs13040304>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- Turchik, J. A., & Edwards, K. M. (2012). Myths about male rape: A literature review. *Psychology of Men & Masculinity, 13*(2), 211-226. doi: 10.1037/a0023207
- Walfield, S. M. (2021). “Men cannot be raped”: Correlates of male rape myth acceptance. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(13-14), 6391-6417. <https://doi.org/10.1177/0886260518817777>
- Ward, T., & Keenan, T. (1999). Child molesters’ implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(8), 821-838.
- Wormald, C., & Melia, Y. (2021). How effective are interventions at enhancing empathy for service users with an intellectual disability who engage in sexually abusive behaviour? A review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 34*(6), 1373-1392.
- Young, A., Monteiro, B., & Ridgeway, S. (2000). Deaf people with mental health needs in the criminal justice system: A review of the UK literature. *The Journal of Forensic Psychiatry, 11*(3), 556-570.

第十一章

兒少司法訪談 及性侵害加害人測謊

朱惠英

國立嘉義大學輔導與諮商學系專案助理教授

吳慈恩

長榮大學神學系教授

蔡景宏

高雄市立凱旋醫院兒童青少年精神科醫師兼科主任

鍾素英

高雄市立凱旋醫院臨床心理科臨床心理師兼科主任

本章學習重點

1. 了解司法詢問之發展緣起、核心精神以及在臺灣運作的現況
2. 了解測謊技術在性侵害防治之運用

關鍵詞

司法詢問 (forensic interview)、測謊技術

第一節 兒童與弱勢證人之司法詢問

司法詢問 (forensic interview) 是一套針對兒童與心智障礙證人所實施的特別詢問程序，是基於考量兒童在發展上的特質、司法程序之要求與有關證據法則之規範所設計詢問方式，所以在取得弱勢證人證詞的過程中，一方面要符合法律對於證據要求的標準，且要同時兼顧兒童與心智障礙者的身心特殊性，以不具暗示性與誘導性的方式取得陳述，故詢問程序須有妥善規劃，以確保兒童所陳述的案情除了是真實的，其內容也儘可能詳細 (Faller, 2015; O'Donohue & Fanetti, 2016)。我國自 2015 年開始引入司法詢問的專業，以取得被性侵犯的兒童與弱勢證人之證詞，以下簡要說明司法詢問的發展脈絡與實施現況。

壹、司法詢問發展緣起

1980 年代的美國對於兒童被性侵害的議題開始熱切關注，此時期爆發幾件受到美國社會關注的大型兒童性侵害案件，包含在幼兒園或托兒所等幼教機構中，爆發兒童疑似受到教職人員性侵害的案件 (Laney & Loftus, 2016)。其中最受注目的一案、據稱是美國司法史上耗費最鉅的訴訟案件，是 1983 年發生在美國加州曼哈頓灘的 McMartin 幼兒園，在該案中有 7 名包含園長在內的幼教師被起訴，但經過 7 年的纏訟後所有被告均無罪釋放，因兒童證人被不當詢問導致證詞充滿瑕疵 (Laney & Loftus, 2016)。另外，1984 年紐澤西州的幼教助理 Kelly Michaels 被多名兒童證稱被其性侵，這位女幼教師助理在一審時被判刑 47 年，但於 1994 年經紐澤西州最高法院判決無罪定讞，關鍵因素也在於取得兒童證詞的方式顯有不當 (Laney & Loftus, 2016)。

幾個美國司法判決上的重要判例，像是 *Ohio v. Roberts* (1980) 以及 *Crawford v. Washington* (2004)，為兒童證人及其證詞在司法程序中的角色與認定方式帶來重要的影響，也直接或間接地改變了兒童證人司法詢問模式的發展 (Dupre, 2005; Jacobsen, 2013)。司法詢問在英美國家經歷約四十多年的發展，舉凡社會矚目的重大案件、對兒童身為證人的能力之研究、司法判決的結果等因素，皆促成司法詢問方法與理論上的演變，迄今在操作上可謂是成熟狀態，也為臺灣提供發展司法詢問上的框架。

貳、階段式的司法詢問

談到偵察詢問的模式，就得先從「認知訪談法」(Cognitive Interview) 說起。認知訪談法是由英國學者 Fisher 和 Geiselman 在 1980 年代所發展，當時英國警察缺乏偵查與訊問被害人的訓練，在專業表現上也頗為讓人擔憂，故 Fisher 和 Geiselman 研議一套四階段的詢問模式，以增進警察在詢問被害人時所取得證詞的質和量 (Fisher & Geiselman, 1992; Köhnken et al., 1999; La Rooy et al., 2013)。認知訪談法後來進行修訂，像是強化關係的建立與改善溝通技巧，以及修改成適合兒童證人的詢問版本 (Memon et al., 2010)，故認知訪談法可說是兒童證人司法詢問模式的濫觴。英國內政部和英國警察局長協會 (Association of Chief Police Officers) 在 1990 年代初期共同發展出簡稱 PEACE 的五階段偵訊模式，成為現今英美警察在偵訊成人時所使用的詢問架構 (La Rooy & Dando, 2010; Memon et al., 2010)。不論對象是兒童或是成人，以較具結構的階段式訪談方式取得不受暗示與誘導的證詞，成為主流作法。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

參、常見司法詢問模式 (Forensic Interview Protocols)

1980 年代起司法詢問開始發展，並逐漸在 1990~2000 年期間蓬勃茁壯，陸陸續續出現了數十種的司法詢問模式 (Faller, 2015)，依照發展單位的屬性可分為專業機構、學術機關以及政府部門三大類別，這三者各有擅場，也各自有其使用上的限制 (Chu, 2015)。

專業機構類別的司法詢問模式乃是由從事司法詢問的實務單位所發展，在聘請學者協助規劃的背景下，結合實務工作者的經驗，發展出具有代表性的司法詢問模式，像是 RATAAC、APSAC、NCAC、Finding Words 等皆屬於此一類別 (Chu, 2015)。除了從事司法詢問的工作，這些機構同時也辦理司法詢問員的教育訓練和同儕審查。機構類司法詢問的優點，則在於著重兒童的參與狀態而非法律的標準或是要求，對於兒童個案來說相對地比較友善，將關切兒童的身心狀態優先置於滿足法律標準 (Chu, 2015; Toth, 2011)。但這一類司法詢問程序的限制也在於缺乏實證研究作為基礎，在完成詢問程序的制定後，並未進行任何成效研究就持續的沿用 (Faller, 2014)。

第二類司法詢問模式為學院類，乃是由學者們在研究的基礎上所提出的證詞詢問方法 (Chu, 2015)。研究的來源可能是直接有關於兒童證人的表現，但更多是源自於實驗室研究觀察到的情境反應研究，可是在其結論的推論上是否適用於真實受創的兒童的身心狀態亦受到質疑。另外，學院派的司法詢問模式較重視是否符合法律程序的標準，並高度仰賴對於語言的理解和表達的能力，故威信較適用於 7 歲以上的兒童。這一類的代表性司法詢問程序有 NICHD、Stepwise、DNE 和 Ten Steps 等 (Chu, 2015)。對學院派司法詢問模式的批評則是對於學齡前兒童的證詞詢問成效有其限制，但是其優勢在於所具有的大量研究結果作為其支持後盾 (Benia et al., 2015)。

NICHD 在 2000 年由 Michael. E. Lamb 和一群學術界人士發展出來以後，在英國、以色列以及其他幾個國家紛紛進行研究，成為現今擁有最多研究文獻支持其成效的司法詢問模式 (Cyr, 2011; Hershkowitz et al., 2014; La Rooy et al., 2015; Pipe et al., 2013)。

第三類司法詢問模式為政府部門，亦即州政府或是聯邦政府基於該州的法律與司法程序，訂定適合該州法令規章的司法詢問模式 (Chu, 2015)。事實上，近年來美國有越來越多州採行自訂的司法詢問模式，包括聯邦政府調查局都有專屬的司法詢問模式，以因應案件類型所需 (Chu, 2015)。

美國受虐兒童專業人員學會 (American Professional Society for Abused Children, APSAC) 於 2012 年提出最佳操作指導原則 (the best practice guidelines)，建議只要符合下列架構的司法詢問模式，都是可以推薦使用的：

1. 介紹與建立關係：司法訪談員要向兒童作自我介紹，幫助兒童認識環境以及瞭解訪談程序。
2. 說明規則：和兒童討論基本規則與訪談的前置說明。
3. 陳述練習：練習陳述事件，或是訓練表達事件記憶。
4. 轉換話題：將討論話題作一轉換，帶入本次會談重點。
5. 敘述受侵害事件：使用開放式問句，以催化引發兒童對受虐事件的陳述。
6. 結束談話：將談話進行收尾。

目前幾大主流司法詢問模式均符合最佳操作指導原則的架構 (Newlin et al., 2015; The National Children's Advocacy Center, 2013)，在最佳操作指導原則的大傘之下，百家齊鳴的實務現況應仍會維持一段時間，直到劃時代新研究出現，針對司法詢問的技術提出更具說服力的新觀點，才可能大幅更改目前的操作模式。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

肆、司法詢問在臺灣的發展與現況

性侵害犯罪防治法在 2015 年底的修法中，增定有關專業人士協助被性侵害兒童與心智障礙者詢問的條文，從 2016 年開始辦理司法詢問員的教育訓練，2017 年正式施行專業人士協助兒童與心智障礙證人之證詞陳述制度。我國在運用司法詢問員的作法上，將其置於案件偵查以及法院審理的階段，但因我國司法程序中缺乏司法詢問員之專業角色，故在運作上出現不少亂象，其中包含要求司法詢問員同時簽署多份切結文件（證人、鑑定人、通譯等），顯示對於司法詢問員主要的工作目的缺乏清楚認識。

礙於我國法規對於證據的認定，當涉及到案件的陳述時，警察、檢察官和法官們均需親自詢問兒童證人，讓兒童陳述有關案件發生經過和細節，以使其陳述具有證據能力。在此前提下，司法詢問員無法獨立執行完整的司法詢問步驟，所被賦予的角色僅為協助建立關係與說明談話規則，一旦涉及案件的情節時，就會由偵查人員或司法人員接手詢問，此時司法詢問員像是提供兒童支持的人員，和在場陪伴與支持的社工角色差異不大。長此以往，我國司法詢問員在有關詢問案情階段的專業能力上將無法獲得精進的機會。性侵害犯罪防治法在 2023 年修法時，對於由司法詢問員獨立操作司法詢問的可能性，開啓一些嘗試的空間，但在實務運作上仍有待突破。此外，目前司法詢問員所接受的訓練，主要為協助兒童證人在偵查階段的證詞陳述，對於應用於司法審理階段協助證人陳述所需的知能，並未有相關的訓練協助司法詢問員熟悉法庭程序，顯示在法規制定與司法詢問員訓練之間的落差上仍有待拉近。

第二節 兒少司法訪談及性侵害加害人測謊

壹、前言

緣自性侵害犯罪防治法於立法院審議時，立法院參考美國執行性侵害加害人監督輔導之經驗，認為除應對性侵害加害人施以治療輔導外，並應採取測謊處遇以增加其外控機制，避免再犯，故要求於本法第 20 條中增列測謊規定，並授權法務部訂定實施辦法。法務部於 2005 年 7 月 5 日公告法令訂定發布「性侵害犯罪付保護管束加害人測謊實施辦法」，並自同年 8 月 5 日施行。該實施辦法之訂定，係為建立地方法院檢察署、地方軍事法院檢察署與性侵害防治中心之連繫平臺，並加強與矯正機關之聯繫，共同建立監控網絡，強化對性侵害受保護管束加害人及之監控機制，防治性侵害案件發生。辦法中授權觀護人於綜合保護管束執行情形、矯正機關、性侵害犯罪防治中心評估、治療等相關資料後，認有對受保護管束之加害人實施測謊之必要者，得報請檢察官、軍事檢察官許可，在一定期間內施以定期或不定期測謊。」以上的法令修法公布，國內逐步引進美國抑制取向治療模式，對性侵害加害人採行預防性測謊，以加強性侵害加害人之治療與監控。一項國內研究顯示測謊案件正確率即法院採信比率為 84.2%，測謊結果「誠實」被法院採信之比例為 94.9%，在「性侵害案」測謊結果被法院採信比例為 73.1% 證實國內測謊鑑定之穩定及可靠（蔡俊章、羅時強、曾春僑，2009）。

貳、測謊儀與技術簡介

在測謊原理與技術方面，實測圖譜上紀錄之生理反應基本上需包含三部分：

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

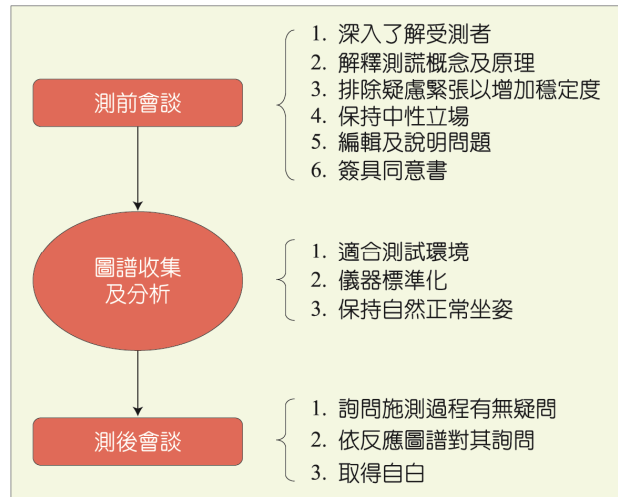
13

附錄

1. 測量呼吸裝置：測量受測者之呼吸頻率及深度，紀錄受測者胸腔呼吸及起伏的運動情況，透過呼吸胸部起伏狀況的測量來得知情緒喚起狀態。其原理是說謊易會有緊張、恐懼、憂慮等情緒反應，而使受測者之交感、副交感神經相互作用，在呼吸作用上產生了呼吸變化，造成上升或下降來產生測謊測儀上的圖譜變化。
2. 測量膚電反應裝置：測量受測者之皮膚對於電流的流動所產生之電阻，因人在說謊而有緊張、恐懼、憂慮等情緒時，使交感神經作用增強時，體表皮膚的汗腺分泌增加，使電阻抗降低，使通過接在受測者的二隻手指上的電極板電流增大，使反應強度增大。
3. 測量血壓裝置：測量受測者之血壓大小及脈搏速率。當人感到興奮、憤怒及面對壓力時，使交感神經開始發揮作用，神經脈衝直接作用於心臟使心跳加速，然後腎上腺釋出腎上腺素和正腎上腺素，而使心跳加速、血壓上升，使皮膚和消化系統的血管收縮，並使血液轉流向肌肉讓身體作運動的一、準備。我們即可由測謊儀紀錄下因說謊之後的恐懼、焦慮、緊張等情緒所引發的生理之心跳加快、血壓增高、皮膚電阻、呼吸等的變化，作為測謊研判的基礎。
4. 施測的基本流程：最高法院規定，測謊需符合五項要件才具有證據力，分別是，「經受測人同意，並告知可以拒絕受測」、「測謊員須經良好的專業訓練與相當的經驗」、「測謊儀器品質良好，且運作正常」、「受測人身心及意識狀態正常」及「測謊環境良好，無不當的外力干擾」。「測謊鑑定」的程序從資料收集、了解案情、重回案發現場勘查重建、測前晤談、題目設計修改、測謊情境控制、儀器測試、測後晤談、圖譜分析、

測謊鑑測結論等，每個環節緊密相接，為使整個程序能有一制式之標準化程序，以提升測謊鑑定之準確度，其基本流程如圖 11-1。其結果可分成 3 種，分別是不實反應（deception indicated, DI）、無不實反應（no deception indicated, NDI）及無法結論（inconclusive）。

圖 11-1 測謊的基本流程



資料來源：取自「性侵害犯罪防治學－理論與臨床實務應用」。

在施測過程圖譜反應即為當時受測者對想了解相關問題之生理心理變化之反應圖譜，「測謊儀」本身並不能指出受測者有無說謊，而是要對「測謊儀」之圖譜即一受測者對有關問題之生理心理變化之反應圖譜，進行客觀、公正之評量分析，了解受測者對有關問題有無說謊反應的可能性（probability）。

參、測謊技術在性侵害防制之運用

有效的性侵害加害人社區處遇方面，美國科羅拉多州發展出有名之「抑制取向模式」（containment approach），在三角的合作關係

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 附錄

上，一角由司法體系的觀護人(parole or probation)執行定期的追蹤，第二角是身心治療或輔導教育的治療提供者(treatment provider)，第三角是測謊人員的定期或特殊狀況監控。三角關係上身心治療加強侵害犯的內在自我控制，觀護人及測謊人員則增加對侵害犯的外在控制。三角缺一不可，定期開會，資源互享，以達成降低社區性侵害犯罪之再犯率(沈勝昂, 2013)。臨床測謊技術是一種團隊思維，要阻止達成假釋中性侵害加害人再犯效果，需觀護人、治療人員及測謊人員三者相互整合，瞭解彼此角色，有效溝通，相互信賴並且合作無間。

技術層面上，定罪後性犯罪相關測試(Post-conviction sexual offense-related testing, PCSOT)是最常用於預防監控制度下實施的測謊，即使用測謊儀檢查來協助處遇人員監控性侵犯的各項處遇效果。PCSOT 通常有三種主要類型的測謊方式：第一種是性史測謊儀檢查(Sexual History Polygraph Examination, SHPE)，旨在收集個人性行為的完整歷史、性幻想和過去未曾揭露性活動史；第二種是即時犯行測試(以前稱為特定否認測試, Instant Offense test)，重點關注與指控相關的否認狀況；第三種是定期維持檢查(Maintenance examinations)，以評估對治療或監督條件的遵從性。PCSOT 實務操作大部分以第一及第二類占大部分。

PCSOT 於 20 世紀 1960 年代中期首次在美國推出，早在 1966 年，美國伊利諾州便運用測謊技術於社區中處遇性侵害加害人以降低再犯，以確保其遵守各項假釋規定；1969 年美國華盛頓州亦發展出運用定期測謊技術去監控性侵害犯加害人，了解其是否遵守各項假釋規定；1973 年在美國俄勒岡州法官也使用定期測謊協助了解性侵害犯罪假釋犯各種狀況(Abrams, 1993)。1970s 及 80s 年代，隨著逐漸增高之犯罪率、監獄空間不足、獄中缺乏專責治療復健設施

及不斷升高的性侵害犯罪加害人再犯率等因素，使司法系統思考如何有效阻斷此一循環。測謊技術的運用，漸漸廣為被社區監督所採用。因為測謊技術優於其他人為的監控方式，提供較客觀之參考，最主要可達成有效之嚇阻作用。以美國為例，到了 2010 年已近 80% 的成人和 50% 的青少年社區計劃都採用了 PCSOT 於性侵害犯加害人處遇過程中，運用測謊技術去了解個案過去性侵害犯罪史或假釋後社區中各項行為的監控。一項運用測謊技術於 173 位性侵害犯罪加害人的再犯研究中，從追蹤這些監控個案之觀護官（Parole and Probation）資料，顯示追中 10 年中有 95% 的個案沒有性犯罪的再犯記錄。於是，對於性侵害犯罪加害人，特別是兒童性侵害犯罪加害人，建議將測謊技術運用於過去侵犯史的澄清及侵害犯定期的監控。根據美國 2017 年的資料，光科羅拉多州在過去七年中便花費了超過 500 萬美元對被定罪的性犯罪者進行測謊以監控性侵犯於社區中可能的再犯行為。但，也有研究認為，測謊儀可能會破壞信任關係，並且可能會被過度依賴作為解決否認或確定風險分類的工具，而不是將揭露轉化為個人化管理，需要進一步更嚴格的研究來評估 PCSOT 在性侵犯處遇上的有效性，以提供臨床上更多實證上的訊息。

肆、國內運用測謊技術於性侵防治現況

我國自 2005 年將刑後性犯罪預防性測謊入法。開始實施至今，與刑案測謊相較起步較晚，犯刑後期滿或假釋性犯罪預防性測謊目前尚未建立完整系統化操作模式。測謊具有心理嚇阻的作用，若觀護人能進一步運用該功能，將測謊作為制訂或調整觀護計畫的重要工具，將提昇監控效果，降低再犯。2006 年有一研究針對南部某獄中性侵害犯為對象，運用測謊技術，探討「否認」現象，了解測謊

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

技術在國內的使用狀況。研究顯示在實施測謊技術，特別鎖定罪犯過去性侵害史在揭露測驗（complete disclosure testing）方面，結論發現監獄中接受強制診療之性侵害犯可能有 60% 有不同程度之否認態度，分析也發現否認現象與個案刑期長短有明顯相關，即刑期愈長其否認現象程度愈高。

目前國內尚未見到針對性侵犯社區處遇的預防性測謊相關追蹤研究，也尚無針對較高危險的性侵害加害人假釋犯採取定期的測謊儀檢查，以了解其有無接近高再犯的危險情境，甚至有無再犯情況的發生（已犯行未被捉）。就實務上，國內觀護人如遇需預防性測謊時，會於內部申請具備測謊資格的觀護人實施測謊，但礙於具備測謊資格人員不足、各地檢署空間侷限、觀護人業務量負荷過大，通常等待時間較長，觀護人願意進一步轉介性侵加害人實施測謊的意願偏低；另外，目前國內有在執行測謊的單位，如憲兵指揮部刑事鑑識中心或警政系統的刑事鑑定中心，這兩單位業務較以刑事與民事案件鑑定為主，與觀護體系較缺乏橫向整合性針對性侵犯預防性測謊的相互合作與轉介。是故，未來仍須將整個抑制取向治療模式明文立法，加強處遇團隊間的合作關係，並將同意接受該模式列入性侵害加害人之假釋條件，及增訂相關的法律效果規定；政策層面上應充實觀護體系測謊人力與設備、舉辦更多測謊研習，增加觀護人受訓動機，並進行試辦方案，以建立性侵害加害人測謊處遇準則、強化性侵害防治中心的功能，和加強治療師參與抑制團隊的意願；在實證上，加強性侵害加害人預防性測謊之相關研究，找出測謊抑制再犯因子，使性侵害加害人之處遇更佳完善，以降低性侵再犯。治療師也應強化自身性犯罪的處遇知識與技術，並嘗試將測謊納入治療中，以提升治療的成效，保護社會大眾。

重點回顧

性侵害被害族群中，兒童或心智障礙被害人屬於弱勢證人，礙於發展有限，陳述證詞的過程會受到許多內外因素的影響而改變證詞。為了避免上述問題之發生，以司法詢問員協助取得不受誘導或是污染的證詞是兼顧受創被害人身心狀態與證詞有效性的可行策略。另外國內外已漸將測謊技術運用於性侵害加害人的社區防治，本章也詳述目前實務狀況。

問題與討論

問：是不是只要是兒童心理師或是兒童精神科醫師，就具有做兒童證人司法詢問的能力？

答：司法詢問員需要善於和兒童建立關係、瞭解兒童的身心發展特質、了解兒童揭露受虐事件的歷程以及影響揭露的因素、具備對證詞證據的法律標準的知識等。司法詢問的進程序，需要依照兒童的身心發展特質以及司法程序的目的加以設計，要流暢地操作此一程序，需要相當時數的司法詢問訓練以及實務操作的經驗累積，才能運作自如。兒童心理師和兒童精神科醫師嫻熟於和兒童工作，建立關係的能力可能較他人為佳，但是仍須接受司法詢問的專業訓練以後，才能在符合法律的規範下，取得兒童對受虐經驗的大量陳述。

問：只要接受過規定的訓練，我應該就可以勝任對兒童證人進行司法詢問的工作？

答：光是藉由授課式的學習方式，是無法精熟一項新的技術，但礙於授課時數的限制，通常難以提供足夠的練習機會，所以實務技術的部分，就有賴課後的持續鑽研和同儕的交流，才能日臻

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

勝任的狀態，故建議仍需要接受定期的訓練以及進行同儕審查（peer review），以確保自己的司法詢問品質與操作方式符合司法詢問的精神。

問：對性侵害加害人實施測謊有法源依據嗎？

答：法務部於 2005 年 7 月 5 日公告法令訂定發布「性侵害犯罪付保護管束加害人測謊實施辦法」，並自同年 8 月 5 日施行。該實施辦法之訂定，係為建立地方法院檢察署、地方軍事法院檢察署與性侵害防治中心之連繫平臺，並加強與矯正機關之聯繫，共同建立監控網絡，強化對性侵害受保護管束加害人之監控機制，防治性侵害案件發生。辦法中授權觀護人於綜合保護管束執行情形、矯正機關、性侵害犯罪防治中心評估、治療等相關資料後，認有對受保護管束之加害人實施測謊之必要者，得報請檢察官、軍事檢察官許可，在一定期間內施以定期或不定期測謊。」

問：在性侵害加害人的社區監控上測謊的角色與功能為何？

答：效的性侵害加害人社區處遇方面，有名之「抑制取向模式」（containment approach），在三角的合作關係上，一角由司法體系的觀護人（parole or probation）執行定期的追蹤，第二角是身心治療或輔導教育的治療提供者（treatment provider），第三角是測謊人員的定期或特殊狀況監控。測謊技術優於其他人為的監控方式，提供較客觀之參考，可達成有效之嚇阻作用。

參考文獻

江曉娟（2022）。*性侵害加害人社區處遇成效之研究*（未出版之碩士論文）。臺北醫學大學醫務管理學系碩士在職專班。

- 李育政、林明傑 (2012)。觀護人對測謊在性侵害加害人觀護效能之知覺研究。 *臺大社會工作學刊*, (26), 87-137。
- 周煌智、文榮光 (2018)。 *性侵害犯罪防治學－理論與臨床實務應用*。五南出版社。
- 林故廷 (2008)。從科學證據的觀點看測謊證據能力。 *日新司法年刊*, (8), 200-215。
- 林故廷 (2009)。性侵害加害人預防性測謊與臺灣現況。
- 林故廷 (2010)。性侵害加害人預防性測謊與臺灣現況。 *亞洲家庭暴力與性侵害期刊*, 6(1), 87-104。
- 陳慧女、林明傑 (2007)。臺灣近二十年來性侵害研究之脈絡與趨勢。 *臺大社會工作學刊*, (14), 211-259。
- 陳慧女、林明傑 (2013)。簡介美國佛蒙特州的性侵害防治方案。 *輔導季刊*, 49(1), 60-68。
- 董道興 (2018)。 *兒童性侵害加害人接受社區處遇後之再犯率與再犯風險評估* (未出版之博士論文)。中央警察大學犯罪防治。
- 蔡俊章、羅時強、曾春僑 (2009)。家庭暴力與性侵害防治實務工作研討會, 頁 426-442。
- 蔡俊章、羅時強、曾春僑 (2009)。測謊鑑定於性侵害案證據採用之研究。 *亞洲家庭暴力與性侵害期刊*, 5(2), 181-194。
- 蔡景宏、龍佛衛、曾冬勝 (2006)。測謊於性侵害受刑犯否認態度之應用。 *台灣精神醫學*, 20(4), 264-271。
- 鍾志宏、吳慧菁 (2009)。從犯罪共通性理論探討性犯罪再犯現象。 *犯罪與刑事司法研究*, 13, 145-170。
- Benia, L. R., Hauck-Filho, N., Dillenburg, M., & Stein, L. M. (2015). The NICHD investigative interview protocol: A meta-analytic review. *Journal of child sexual abuse*, 24(3), 259-279. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1006749>
- Bourke, M. L., Fragomeli, L., Detar, P. J., Sullivan, M. A., Meyle, E., &

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- O'Riordan, M. (2015). The use of tactical polygraph with sex offenders. *Journal of Sexual Aggression, 21*(3), 354-367.
- Chu, H.-Y. (2015). *A Critical Literature Review Regarding The Core Elements Of Major Forensic Interview Protocols And Implications For Developing A New Protocol In Taiwan*. The School of Professional Psychology at Forest Institute. Springfield, MO.
- Crawford v. Washington, 541 U.S. U.S. 36 (2004).
- Cyr, M. (2011). *NICHD Protocol: Cutting Edge Practice for Investigative Interviews with Children* Child Advocacy Centres Knowledge Exchange, Ottawa, Canada.
- Dietz, P. (2020). Denial and minimization among sex offenders. *Behavioral Sciences & the law, 38*(6), 571-585.
- Dupre, D. (2005). Crawford v. Washington: Reclaiming the Original Meaning of the Confrontation Clause. *Touro Law Review, 21*, 231-263. <https://digitalcommons.tourolaw.edu/lawreview/vol21/iss1/23>
- Faller, K. C. (2014). Forty Years of Forensic Interviewing of Children Suspected of Sexual Abuse, 1974-2014: Historical Benchmarks. *Social Sciences, 4*(1), 34-65. <https://doi.org/10.3390/socsci4010034>
- Faller, K. C. (2015). Forty Years of Forensic Interviewing of Children Suspected of Sexual Abuse, 1974-2014: Historical Benchmarks. *Social Sciences, 4*(1), 34-65. <https://www.mdpi.com/2076-0760/4/1/34>
- Fisher, R., & Geiselman, R. (1992). *Memory-enhancing techniques for investigative interviewing: The cognitive interview*. Charles C Thomas, Publisher.
- Grubin, D. (2008). The case for polygraph testing of sex offenders. *Legal and Criminological Psychology, 13*(2), 177-189.
- Harris, A. J., & Kras, K. R. (2024). Sex Offense Management and Supervision: A Framework for Advancing Research and Evidence-Informed Practice. *Corrections, 9*(1), 109-125.

- Hershkowitz, I., Lamb, M. E., & Katz, C. (2014). Allegation rates in forensic child abuse investigations: Comparing the revised and standard NICHD protocols. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(3), 336. <https://doi.org/10.1037/a0037391>
- Jacobsen, J. (2013). *Crawford and the prosecution of child abuse*. Midwest Regional CAC eLearning Portal.
- Jung, S. H., Jin, M. J., Lee, J.-K., Kim, H.-S., Ji, H.-K., Kim, K.-P., ... Hong, H.-G. (2021). Correction: Improving the quality of sexual history disclosure on sex offenders: Emphasis on a polygraph examination. *Plos one*, 16(8), e0256993.
- Köhnken, G., Milne, R., Memon, A., & Bull, R. (1999). The cognitive interview: A meta-analysis. *Psychology, Crime and Law*, 5(1-2), 3-27. <https://doi.org/10.1037/a0020518>
- La Rooy, D. J., & Dando, C. (2010). Witness interviewing. In G. J. Towl & D. A. Crighton (Eds.), *Forensic psychology* (pp. 195-209). British Psychology Society and Blackwell Publishing Ltd.
- La Rooy, D. J., Brown, D., & Lamb, M. (2013). Suggestibility and Witness Interviewing using the Cognitive Interview and NICHD Protocol. In A. M. Ridley, F. Gabbert and, & D. J. La Rooy (Eds.), *Suggestibility in Legal Contexts: Psychological Research and Forensic Implications* (pp. 197-216). John Wiley & Sons.
- La Rooy, D. J., Brubacher, S. P., Aromäki-Stratos, A., Cyr, M., Irit Hershkowitz, I., Korkman, J., Myklebust, T., Naka, M., Peixoto, C. E. E., & Roberts, K. P. (2015). The NICHD protocol: a review of an internationally-used evidence-based tool for training child forensic interviewers. *Journal of Criminological Research, Policy and Practice*, 1(2). <https://doi.org/10.1108/JCRPP-01-2015-0001>
- Laney, C., & Loftus, E. F. (2016). History of Forensic Interviewing. In W. T. O'Donohue & M. Fanetti (Eds.), *Forensic interviews regarding child sexual abuse: A guide to evidence-based practice* (pp. 1-17). Springer

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-21097-1_1
- McGrath, R. J, Cumming, G. F, Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The safer society 2009 North American survey*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Memon, A., Meissner, C., & Fraser, J. (2010). The Cognitive Interview: A meta-analytic review and study space analysis of the past 25 years. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(4), 340-372. <https://doi.org/10.1037/a0020518>
- Neal, T. M., & Grisso, T. (2014). Assessment practices and expert judgment methods in forensic psychology and psychiatry: An international snapshot. *Criminal Justice and Behavior*, 41(12), 1406-1421. <https://doi.org/10.1177/0093854814548449>
- Nelson, R., Handler, M., Thiel, E., Rockwood, J., & Bullock, R. M. (2021). *Polygraph & Forensic Credibility Assessment: A Journal of Science and Field Practice*.
- Newlin, C., Steele, L. C., Chamberlin, A., Anderson, J., Kenniston, J., Russell, A., ... & Vaughan-Eden, V. (2015). *Child forensic interviewing: Best practices* (pp. 1-20). US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- O'Donohue, W. T., & Fanetti, M. (2016). *Forensic interviews regarding child sexual abuse*. Springer.
- Ohio v. Roberts, 448 U.S. 56 (1980).
- Oravec, J. A. (2024). From Polygraphs to Truth Machines: Artificial Intelligence in Lie Detection. *Critical Humanities*, 2(2), 3.
- Pipe, M.-E., Orbach, Y., Lamb, M. E., Abbott, C. B., & Stewart, H. (2013). Do case outcomes change when investigative interviewing practices change? *Psychology, Public Policy, and Law*, 19(2), 179-190. <https://doi.org/10.1037/a0030312>

- The National Children's Advocacy Center. (2013). Position paper on the introduction of evidence in forensic interviews of children. In. Huntsville, AL: Authors.
- Toth, P. (2011). Comparing the NICHD and RATAC child forensic interview approaches—Do the differences matter. *APSAC Advisor*, 23, 15-20.
- Wilcox, D. T., & Collins, N. (2020). Polygraph: The Use of Polygraphy in the Assessment and Treatment of Sex Offenders in the UK. *European Polygraph*, 14(2), 55-62.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

— |

| —

— |

| —

第十二章

跟騷法施行現況與相對人 評估處遇之國內外文獻回顧

吳慈恩

長榮大學神學系教授

吳聖琪

嘉義市政府警察局婦幼警察隊隊長

林明傑

國立中正大學犯罪防治學系教授

陳慈幸

國立中正大學犯罪防治學系教授

黃 健

天主教輔仁大學臨床心理學系副教授

黃敏偉

高雄市立凱旋醫院醫療副院長

本章學習重點

1. 學習跟騷法與其程序之重點
2. 學習跟騷者分類學、病理及治療之重點

關鍵詞

跟騷法、書面告誡、保護令、跟騷者分類學、跟騷者診療學

第一節 跟蹤騷擾行為實施概況

本章主要針對跟蹤騷擾（下稱：跟騷）行為實際實施之概況進行說明，特別著重於實際案件發生時，警察程序如何處理，以及醫事人員如何因應，各位醫事人員可同時參考本書之第一章當中針對跟騷行為之法規沿革、跟蹤騷擾防制法（下稱：本法）當中跟騷行為之定義等詳細之內容說明。

在第一章的部分我們已經介紹了本法當中有幾個重要架構：跟騷定義、書面告誡與救濟、保護令聲請與救濟及罰則。首先根據本法第3條之定義，跟騷行為指以人員、車輛、工具、設備、電子通訊、網際網路或其他方法，對特定人反覆或持續為違反其意願且與性或性別有關之下列行為之一，使之心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動：

1. 監視、觀察、跟蹤或知悉特定人行蹤。
2. 以盯梢、守候、尾隨或其他類似方式接近特定人之住所、居所、學校、工作場所、經常出入或活動之場所。
3. 對特定人為警告、威脅、嘲弄、辱罵、歧視、仇恨、貶抑或其他相類之言語或動作。
4. 以電話、傳真、電子通訊、網際網路或其他設備，對特定人進行干擾。
5. 對特定人要求約會、聯絡或為其他追求行為。
6. 對特定人寄送、留置、展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品。
7. 向特定人告知或出示有害其名譽之訊息或物品。
8. 濫用特定人資料或未經其同意，訂購貨品或服務。

根據以上之定義，通常跟騷行為之具體案例有：

1. 案例一：某甲與乙互不認識，甲在路上偶遇乙即驚為天人並主動上前搭話，還送乙一杯奶茶，之後甲又連續兩天在同一個地點等候乙，令乙驚恐不已，由家人陪同報案。
2. 案例二：某甲與乙為朋友關係，甲對乙有好感，惟乙不願理會拒接甲電話，甲改以傳送訊息持續騷擾，致乙不堪其擾。其後甲更惱羞成怒竟至乙家敲門騷擾且破壞乙住家窗戶，令乙心生畏懼向派出所報案請求協助。
3. 案例三：某甲與乙為前配偶關係，離婚後甲仍持續不斷傳訊息給乙要求復合，甲見乙不理他便在乙的臉書留言謾罵，並私訊乙的朋友要求協助傳訊息給乙，甲另假冒乙的名義向外送平台訂餐，其後甲又不斷打電話威脅乙如果不復合就要去死，令乙心生畏怖，嚴重影響到生活，遂向派出所報案。

另根據本法第 3 條第 2 項規定，對特定人之配偶、直系血親、同居親屬或與特定人社會生活關係密切之人，以前項之方法反覆或持續為違反其意願而與性或性別無關之各款行為之一，使之心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動，亦為本法所稱跟蹤騷擾行為。以下即為一例：

某甲與某乙為同事，乙已結婚，甲因愛慕乙得不到乙的回應，除了在工作場所不斷騷擾乙外，又散布乙有外遇的謠言破壞其名譽，更持續不斷以電話、通訊軟體 line 騷擾乙的先生丙，恐嚇丙外出要小心以免發生意外，令丙恐懼不已。雖然甲對於丙的跟騷行為並非與性或性別有關，但仍構成跟騷行為。

當跟騷案件發生，受害人至警察機關報告後，即會啟動書面告誡、保護令聲請與罰則等相關問題，通常公權力介入程序時為下圖 12-1 所示：

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

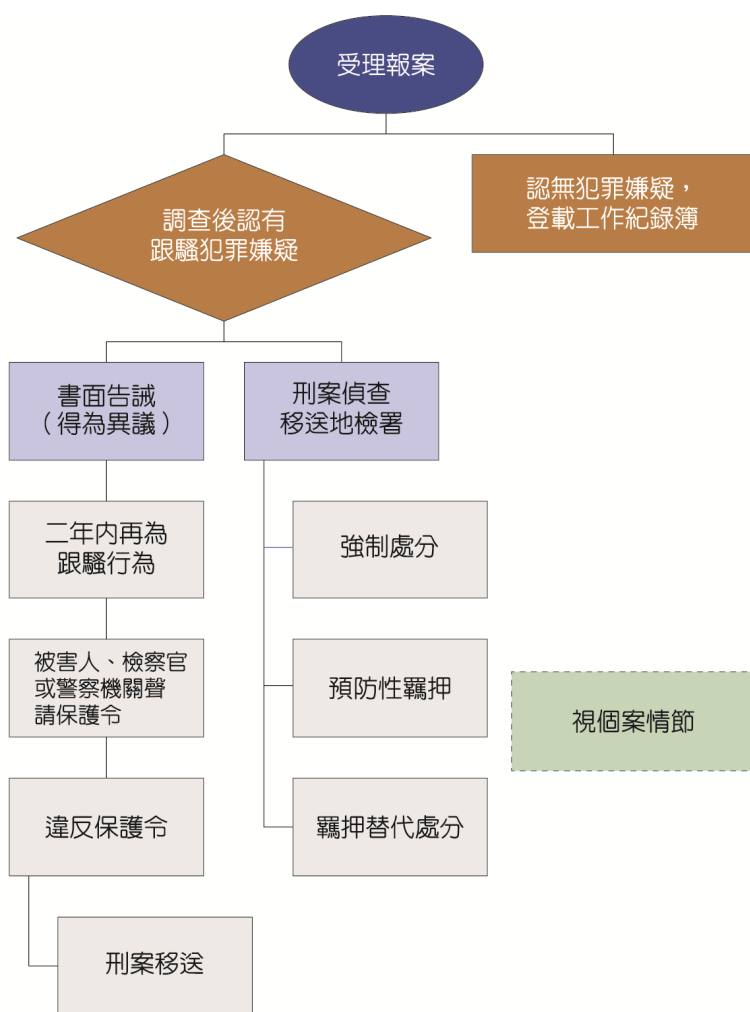
11

12

13

附錄

圖 12-1 警察機關處理跟蹤騷擾案件作業程序



資料來源：內政部警政署，2022，作者根據前述資料編繪。

受案後第一個階段是書面告誡與救濟：根據前述流程，警察機關於接獲案件後，即進行調查並製作書面紀錄，並告知得行使之權利及服務（本法第 4 條第 1 項），此即為下表 12-1 之對被害人核發跟騷法案件安全提醒單。

表 12-1 警察機關受理跟蹤騷擾防制法案件安全提醒單¹

安 全 提 醒	一、跟蹤騷擾行為定義：係指本法第 3 條，對特定人反覆或持續為違反其意願且與性或性別有關之相關行為，使之心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動；對特定人之配偶、直系血親、同居親屬或與特定人社會生活關係密切之人，反覆或持續為違反其意願而與性或性別無關之行為，使之心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動，亦為本法所稱跟蹤騷擾行為。 二、冷靜應對尋求協助：面對反覆或持續的跟蹤騷擾行為應報警處理，並將處境及遭遇告訴值得信任的家人、朋友、同事、鄰居等。 三、蒐集證據記錄過程：如果可以，請記錄被跟蹤騷擾的過程，保存被騷擾的證據，包括通話紀錄、簡訊、網路訊息等，提供警察處理。 四、提升自我防衛意識：提醒您隨時保持警覺，上、下車時，注意車內或停車場周邊狀況，並建議可以改變時間或路線，偶而換乘其他交通工具，或與友人結伴同行。 五、避免直接正面接觸：避免與跟蹤騷擾者正面直接的接觸，如確有聯絡必要，可以透過第三人（如朋友、律師）或其他通訊方式；變更電話號碼，或利用電話答錄機，或請家人、同事、大廈管理員過濾來電或訪客。		
	婦 幼 警 察 隊	警 察 分 局 (家 防 官)	分 駐 (派 出) 所
緊 急 電 話 號 碼 表 (隨身攜帶或牢記)	附註： 一、緊急時求救，請立即撥打報案專線 110。 二、若要諮詢跟蹤騷擾相關問題時，可撥打警察分局、分駐（派出）所。		
	〇〇〇政府警察局 關心您・保護您		

資料來源：內政部警政署，2022。

之後，根據本法第 4 條第 2 項前段之規定，根據前項案件經調查有跟蹤騷擾行為之犯罪嫌疑者，警察機關應依職權或被害人之請求，核發書面告誡予行為人，此為下表 12-2 之書面告誡之法源依據；此外，若行為人或被害人對於警察機關核發或不核發書面告誡不服時，得於收受書面告誡或不核發書面告誡之通知後 10 日內，經原警察機關向其上級警察機關表示異議（本法第 4 條第 3 項）。

¹ 警察機關受理跟蹤騷擾防制法案件安全提醒單及表格 2 之書面告誡共有九種語言版本，分別為中、英、日、印尼、柬埔寨、泰國、越南、緬甸及韓國，以因應使用不同語言之當事人之需。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
附錄

表 12-2 跟騷行為書面告誡單

○○市政府警察局 ○○分局書面告誡	
案由	跟蹤騷擾防制法
案件編號	○○○
行為人	王○○
性別	男
出生年月日	○○年○○月○○日
身分證統一編號	A123456789
住居所	○○○市○○○區○○○路○○號○○樓
告誡事由	<p>臺端因涉及 跟蹤騷擾防制法 案件，本分局依該法第 4 條第 2 項規定製作書面告誡交付，並告誡勿再對被害人為下列行為：</p> <p>一、監視、觀察、跟蹤或知悉特定人行蹤。</p> <p>二、以盯梢、守候、尾隨或其他類似方式接近特定人之住所、居所、學校、工作場所、經常出入或活動之場所。</p> <p>三、對特定人為警告、威脅、嘲弄、辱罵、歧視、仇恨、貶抑或其他相類之言語或動作。</p> <p>四、以電話、傳真、電子通訊、網際網路或其他設備，對特定人進行干擾。</p> <p>五、對特定人要求約會、聯絡或為其他追求行為。</p> <p>六、對特定人寄送、留置、展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品。</p> <p>七、向特定人告知或出示有害其名譽之訊息或物品。</p> <p>八、濫用特定人資料或未經其同意，訂購貨品或服務。</p>
注意事項	<p>一、行為人收受書面告誡後二年內，若對被害人再為跟蹤騷擾行為，被害人得向法院聲請保護令。</p> <p>二、法院核發保護令後，行為人若違反其內容，處三年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣三十萬元以下罰金。</p> <p>三、如不服本告誡，得於收受書面告誡後十日內，經原核發之警察機關向上級警察機關表示異議。原核發警察機關認有理由者，將立即更正；認無理由者，將加具書面理由送上級警察機關決定。對於上級警察機關之決定，不得再聲明不服。</p>
執行單位	處理人員 (員警職章) (單位主管職章)
	聯絡電話 ○○派出所、02-0000-0000
中華民國 111 年○○○月○○○日	
簽收人	
簽收日期	— 年 月 日

資料來源：內政部警政署，2022。

需注意的是，跟騷案件之刑案偵查程序與書面告誡審查、核發程序併行，並視個案情節，依刑事訴訟法建請檢察官裁定強制處分、羈押替代處分（具保、責付及限制住居）或向法院聲請羈押（參圖 12-1），此外，行為人經法官訊問後，認其犯第 18 條第 2 項、第 19 條之罪嫌疑重大，有事實足認為有反覆實行之虞，而有羈押之必要者，得羈押之（本法第 21 條），此部分以刑事訴訟法當中之預防性羈押進行防處之規定。

預防性羈押於刑事訴訟法當中之規定為：「被告經法官訊問後，認為犯下列各款之罪，其嫌疑重大，有事實足認為有反覆實行同一犯罪之虞，而有羈押之必要者，得羈押之：

- 一、刑法第一百七十三條第一項、第三項、第一百七十四條第一項、第二項、第四項、第一百七十五條第一項、第二項之放火罪、第一百七十六條之準放火罪、第一百八十五條之一之劫持交通工具罪。
- 二、刑法第二百二十一條之強制性交罪、第二百二十二條之加重強制性交罪、第二百二十四條之強制猥褻罪、第二百二十四條之一之加重強制猥褻罪、第二百二十五條之乘機性交猥褻罪、第二百二十六條之一之強制性交猥褻之結合罪、第二百二十七條之與幼年男女性交或猥褻罪、第二百七十一條第一項、第二項之殺人罪、第二百七十二條之殺直系血親尊親屬罪、第二百七十七條第一項之傷害罪、第二百七十八條第一項之重傷罪、性騷擾防治法第二十五條第一項之罪。但其須告訴乃論，而未經告訴或其告訴已經撤回或已逾告訴期間者，不在此限。
- 三、刑法第二百九十六條之一之買賣人口罪、第二百九十九條之移送被略誘人出國罪、第三百零二條之妨害自由罪。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- 四、刑法第三百零四條之強制罪、第三百零五條之恐嚇危害安全罪。
 - 五、刑法第三百二十條、第三百二十一條之竊盜罪。
 - 六、刑法第三百二十五條、第三百二十六條之搶奪罪、第三百二十八條第一項、第二項、第四項之強盜罪、第三百三十條之加重強盜罪、第三百三十二條之強盜結合罪、第三百三十三條之海盜罪、第三百三十四條之海盜結合罪。
 - 七、刑法第三百三十九條、第三百三十九條之三之詐欺罪、第三百三十九條之四之加重詐欺罪。
 - 八、刑法第三百四十六條之恐嚇取財罪、第三百四十七條第一項、第三項之擄人勒贖罪、第三百四十八條之擄人勒贖結合罪、第三百四十八條之一之準擄人勒贖罪。
 - 九、槍砲彈藥刀械管制條例第七條、第八條之罪。
 - 十、毒品危害防制條例第四條第一項至第四項之罪。
 - 十一、人口販運防制法第三十四條之罪。
- 前條第二項至第四項之規定，於前項情形準用之。

從前述之法條當中，可查知預防性羈押進行防處之犯罪行為，在日本學理之說法是一種「常習犯罪」，根據筆者彙整日本學理針對常習犯罪之定義為：「有犯罪習慣或以犯罪為常業或因懶惰成習之犯罪者。其中有『犯罪習慣』之意思為：固定重複性之犯罪行為，從此行為中可探測出對於某種固定類型犯罪行為傾向之犯罪人；後者之『以犯罪為常業或因懶惰成習之犯罪者』之意思為：因性格之素質或因慣習之行為所導致內在個性之癖好，此外，更有重複行使犯罪行為與犯罪之重複傾向……（森本益之，2000）」。前述之論述皆以生物學、心理學之觀點，特別著重於犯罪行為人「固定性與重複性」之見解（陳慈幸，2023），而跟騷行為與行為之「固定性與重複

性」面向，是歸屬於常習犯之類型當中，可以刑事訴訟法當中之預防性羈押進行強制處分程序。

第二個階段是保護令之申請與救濟：本法與家庭暴力防治法同樣設有保護令之規定，然而跟騷行為之保護令時效為 2 年（本法第 13 條第 1 項），除此之外，保護令聲請的狀況有下：

第一種情形是被害人申請：行為人經警察機關依前條第二項規定為書面告誡後 2 年內，再為跟蹤騷擾行為者，被害人得向法院聲請保護令；被害人為未成年人、身心障礙者或因故難以委任代理人者，其配偶、法定代理人、三親等內之血親或姻親，得為其向法院聲請之（本法第 5 條第 1 項）。

第二種情形是職權聲請：檢察官或警察機關得依職權向法院聲請保護令（本法第 5 條第 2 項）。

此部分需注意的是，若被害情形急迫（如行為人在場、現行犯案件或其他緊急狀況）時，可不依前述規定，管轄及管轄單位均得依職權聲請保護令，且不受書面告誡之保護令（參圖 12-1）。同時，在業務執行時，常會發現被害人會有家庭暴力相關案件跟騷與本法跟騷相混淆之情形，若為家庭暴力防治法之跟騷案件，應依法聲請家暴保護令，不適用跟騷保護令之聲請程序（本法第 5 條第 4 項）。有關法院端之保護令聲請流程如圖 12-2。

於本書之第一章當中已有說明保護令之內容有下（本法第 12 條第 1 項各款）：

- 第一款 禁止相對人為第三條第一項各款跟騷行為之一，並得命相對人遠離特定場所一定距離。
- 第二款 禁止相對人查閱被害人戶籍資料。
- 第三款 命相對人完成治療性處遇計畫。
- 第四款 其他為防止相對人再為跟蹤騷擾行為之必要措施。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

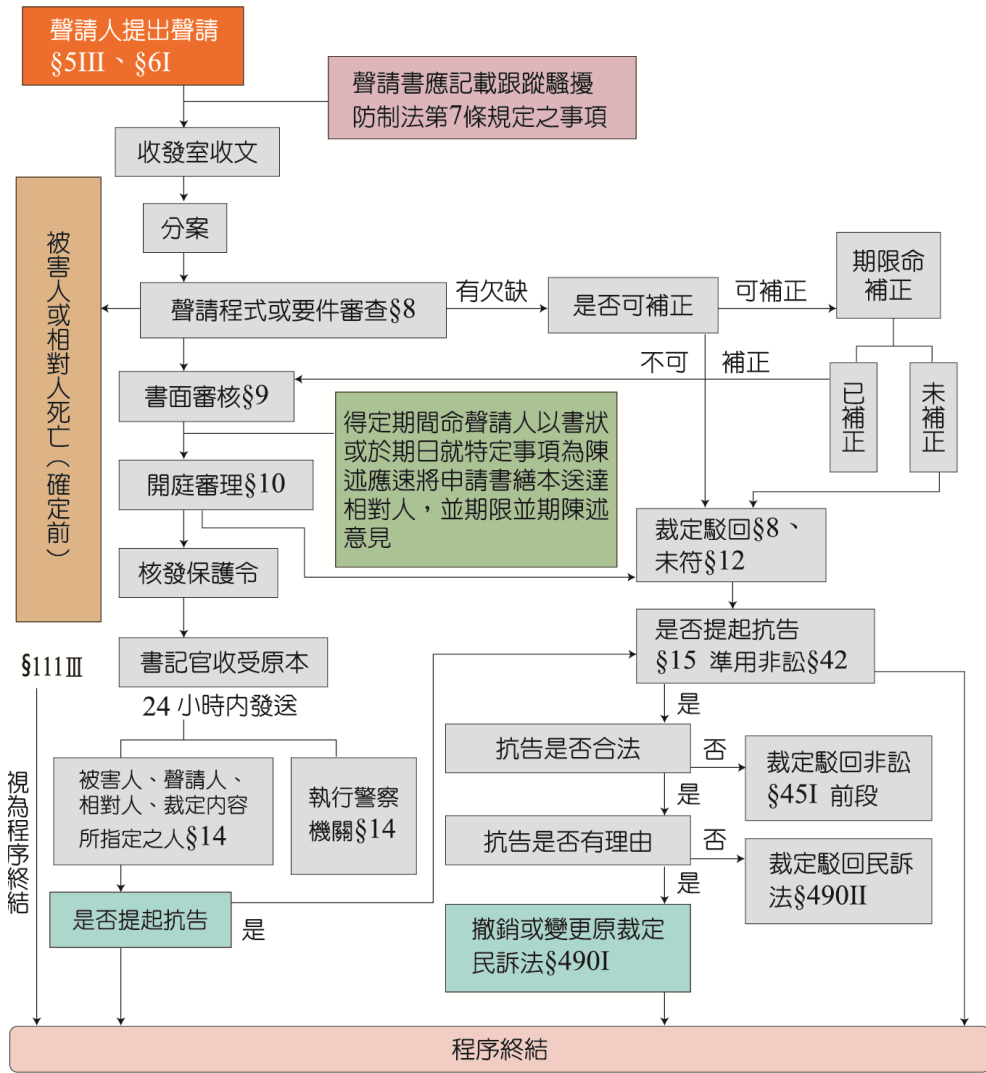
11

12

13

附錄

圖 12-2 地方法院受理跟蹤騷擾保護令聲請作業流程



資料來源：司法院，2022，作者依據資料進行改編。

屬保護令內容之一之「治療性處遇計畫」為吾等醫事人員所處理之保護令內容，其相關流程與計畫資料可參下表 12-3：

表 12-3 跟蹤騷擾案件相對人到達 / 未到達治療性處遇計畫執行相關資料

■ 跟蹤騷擾案件相對人到達 / 未到達治療性處遇計畫執行機構通報書

姓 名： _____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期： 年 月 日	身份證統一編號： _____
<input type="checkbox"/> 一、相對人確定未至執行機構報到 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>相對人確定未依處遇通知書（文號：____年度____字第____號），於____年____月____日至執行機構報到 <input type="checkbox"/>經由執行機構於____年____月____日通知相對人（執行機構應於相對人未依指定期日報到次日起七個工作日內再行通知相對人報到），相對人確定仍未於____年____月____日至執行機構報到 請敘明聯絡紀錄經過（含年、月、日、聯絡人及聯絡方式）：	
<input type="checkbox"/> 二、相對人確定已於____年____月____日至執行機構報到，並將進行 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>精神治療，預計____年____月結束 治療內容：<input type="checkbox"/>住院治療 <input type="checkbox"/>門診治療（____週____次） <input type="checkbox"/>戒癮治療，預計____年____月結束 治療內容：<input type="checkbox"/>住院治療 <input type="checkbox"/>門診治療（____週____次） <input type="checkbox"/>其他治療，預計____年____月結束 治療內容：_____（____週____次） 	
特此通知_____直轄市、縣（市）衛生主管機關	
執行機構： _____ 填 報 者： _____ 職 稱： _____ 聯絡電話： _____ 通知日期： ____年____月____日	

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
附錄

■ 跟蹤騷擾案件相對人特殊狀況通報書

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期： 年 月 日	身份證統一編號：

一、建議延長、縮短或變更治療性處遇計畫（可複選）：

相對人經評估、治療後，原治療性處遇計畫：

治療項目：精神治療 戒癮治療 其他治療

治療內容：住院治療 門診治療（__週__次） 其他_____（__週__次）

建議修改為：

精神治療，預計 年 月結束 治療內容：住院治療 門診治療（__週__次）

戒癮治療，預計 年 月結束 治療內容：住院治療 門診治療（__週__次）

其他治療，預計 年 月結束 治療內容：_____（__週__次）

修改原因：

二、相對人有跟蹤騷擾案件相對人治療性處遇計畫規範第九點所列情事：

不接受治療性處遇計畫

請敘述情形：

相對人於處遇期日__年__月__日未事前請假或屆期末參加處遇，經由執行機構於__年__月__日通知相對人（執行機構應於相對人未依指定期日參加處遇次日起七個工作日內通知相對人再次參加處遇），相對人確定仍未於__年__月__日至執行機構參加處遇。

不遵守治療性處遇計畫內容

請敘述情形：

有恐嚇、施暴、跟蹤騷擾等行為：

行為態樣：恐嚇 施暴 跟蹤騷擾

請敘述情形：

其他行為，請敘述情形：

三、在保護令有效期限內，相對人明顯無法完成治療性處遇計畫：

請敘明已接受之處遇次數、完成處遇計畫尚需之時間、執行處遇相對人簽到紀錄及聯絡紀錄。

四、其他情形

特此通知_____直轄市、縣（市）衛生主管機關

執行機構：_____

填報者：_____

職稱：：_____

聯絡電話：_____

通知日期：__年__月__日

■ 跟蹤騷擾案件相對人完成治療性處遇計畫報告書

姓 名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期： 年 月 日	身份證統一編號：
<p>一、相對人已於____年____月____日完成治療性處遇計畫，治療項目如下：</p> <p><input type="checkbox"/>精神治療____年____月____日至____年____月____日 治療內容：<input type="checkbox"/>住院治療____年____月____日至____年____月____日 <input type="checkbox"/>門診治療____次，____年____月____日至____年____月____日</p> <p><input type="checkbox"/>戒癮治療____年____月____日至____年____月____日 治療內容：<input type="checkbox"/>住院治療____年____月____日至____年____月____日 <input type="checkbox"/>門診治療____次，____年____月____日至____年____月____日</p> <p><input type="checkbox"/>其他治療____年____月____日至____年____月____日 治療內容：_____（____年____月____日至____年____月____日）</p>	
<p>二、個案在治療中整體表現（請勾選）：</p> <p>(一) 治療配合度 非常不配合 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常配合 說明：</p> <p>(二) 暴力危險評估 最低 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最高 說明：</p> <p>(三) 情緒處理技巧 最差 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最佳 說明：</p> <p>(四) 整體治療效果評估 顯無成效 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 成效俱佳 說明：</p>	
<p>三、對於處遇後建議：</p> <p>特此通知_____直轄市、縣（市）衛生主管機關</p>	
執行機構：_____ 填 報 者：_____ 職 <input type="checkbox"/> 稱：_____ 聯絡電話：_____ 通知日期：____年____月____日	

資料來源：衛生福利部，2022。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
附錄

第三個階段：罰則的部分。其他有關書面告誡與保護令救濟程序請參考本書第一章，此外，於罰則之部分，實行跟騷行為者，處1年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣10萬元以下罰金（本法第18條第1項），攜帶兇器或其他危險物品犯前項之罪者，處5年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣50萬元以下罰金（本法第18條第2項）。此外，違反保護令者，處三年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣30萬元以下罰金（本法第19條）。

第二節 相對人的評估與處遇治療之文獻回顧

壹、跟蹤騷擾者的評估與治療

1990年美國加州通過了第一部反跟蹤立法，短短6年時間裡，美國50個州都紛紛效法。我國跟蹤騷擾防制法於2021年經立法院三讀通過。跟蹤騷擾簡稱跟騷，該法定義為對特定人，或特定人之配偶、直系血親、同居親屬或生活關係密切之人，反覆或持續為違反其意願且與性或性別有關之八類行為，使之心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動。

跟騷行為是一個普遍存在的全球性社會問題，在美國研究發現約有12%的女性和4%的男性有被跟蹤騷擾過（Tjaden, 2009）。對被害人心理、社會和職業功能的影響甚為嚴重（van der Aa, & Römken, 2013）（引自楊聰財，2023-10-03）。

以下呈現相關分類學、病理學、評估與治療部分說明。

一、跟騷者分類學

澳洲法庭心理學團隊Mullen等（1999）根據轉介治療的145位跟騷者，男女百分比率為79比21，39%沒有工作，而52%從未有交

往關係。可以再區分為五類。被拒型 (35%)、追求型 (33%)、失能型 (15%)、怨恨型 (11%)、和掠奪型 (4%)。

跟騷者中 30% 是妄想症，追求型者與被拒型跟蹤者中，很明顯有些人格障礙傾向。跟騷者追蹤的持續時間從 4 週到 20 年不等，平均 12 個月，被拒型和追求型的追蹤持續時間更長。63% 的跟騷者有恐嚇，36% 有攻擊行為。怨恨型更常有威脅和財產損失，但遭到被拒型和掠奪型則有更多攻擊。先前的定罪、與藥物濫用相關的疾病、和先前的威脅能預測了攻擊行為。大多數跟蹤者都很孤獨，社交能力也較差，會讓受害者感到恐懼和痛苦。建議要結束其跟騷行為需要適當的法律制裁和治療介入相結合才行。

被拒型指與前伴侶分手 (80%)、朋友斷交 (10%)、同事分離後 (5%)、對想疏遠母親的跟騷行為 (5%)。

追求型中約 6 成有色情妄想，並相信他們的愛會得到回報；其中 4 成患有色情型妄想症，1 成患有思覺失調症，4% 患有雙極性情感疾患症。剩下的約半數，6 成爲「病態迷戀」的人及 3 成患有人格障礙的人組成，他們堅持追求。追求型的核心是建立關係，但有些人是強烈嫉妒，有些對他們的潛在伴侶對他們的接近漠不關心感到憤怒。

失能型的智力有限、社交能力差的人，他們對求愛儀式的了解還很初級，沒能力或意願開始建立某種小的社交互動。以前經常跟蹤過別人。他們將受害者視爲有吸引力的潛在伴侶，但與那些尋求親密關係的人不同，他們被吸引但並不迷戀，也沒有聲稱他們的感情得到了回報。

怨恨型多爲了恐嚇受害者並使受害者感到痛苦。一半對特定的受害者有仇殺，但其餘的人出於普遍的不滿而隨機選擇受害者。如某位剛失業男很氣一位看到很快樂的人而跟騷。另一男子跟騷醫生

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

是因其未能診斷出妻子的子宮頸癌。

掠奪型常性侵害，其喜歡跟蹤所產生的權力感，其中包括了解受害者並在幻想中完成攻擊意圖。此可能會持續很長時間。一名掠奪性跟蹤者在裝備一棟孤立的房屋、獲取乙醚和繩索並準備綁架受害者後尋求幫助。掠奪型多患有性倒錯，並比所有其他群更有可能有性侵前科。

日本精神科醫師福井裕輝依其關係性分爲執著型、單方型、求愛型和破壞型四型並據而推論可能之精神科診斷（福井裕輝，2016）：

1. 執著型：是由分手情人或離婚配偶等親密關係之崩壞，發展成跟蹤騷擾者，最初是由於想要復仇的意念，最後演變爲對於對方復仇之目的，容易演變爲傷害事件或殺人事。即使並不是前情人或配偶，在親子、同事、工作上交易對象、醫生與患者、教師與學生之間，如曾有相當期間處於親密關係的成員，亦有可能產生此種類型的跟蹤騷擾。從精神醫學診斷來看，自戀人格障礙傾向易成爲此型因子。
2. 單方型：是嘗試接觸未處於親密關係之對象，或幾乎不認識的對象，使其感受恐怖或混亂之跟蹤騷擾行爲。這種類型多爲對於自己理想的對象、藝人等，單方面抱持戀愛感情，進而發展爲跟蹤騷擾之情況。思覺失調症或妄想性障礙等被害妄想思考，易成爲此種類型之因子。
3. 求愛型：是想與對方發展親密關係之單方意圖所產生的跟蹤騷擾行爲，即使並不存在如執著型的親密關係，但亦非與對方毫無關係，常因無法適切地傳達自己的心意、無法溝通而產生跟蹤騷擾行爲。廣泛性發達障礙傾向，易成爲此型的因子。
4. 破壞型：係爲滿足自我中心欲求所爲之跟蹤騷擾行爲，只求

單方表達、強要對方接受自己感情與慾望，而與對方心情或立場全然無關，以滿足性慾為目的而支配對方之情況，即屬此類。反社會人格障礙傾向，易成為此型的因子（福井裕輝，2016，引自孟維德，2023）。

以上兩分類學雖不太一致，但病理診療的推論上值得參考。

二、跟騷者心理病理（psychopathology of stalking）

隨著各國紛紛意識到跟蹤騷擾問題的嚴重性，例如：從跟騷受害者的研究發現，跟騷行為會對其心理、身體和社會福祉產生毀滅性影響（Pathé & Mullen, 1997）。研究人員逐漸注意到此種新形態的犯罪行為，不同研究團隊均指出，跟騷者經常有心理和精神疾病問題（Mullen, Pathé, Purcell, & Stuart, 1999; Mohandie, Meloy, McGowan, & Williams, 2006）。

如前述之 Mullen 等人（1999）之研究結果，其指出接近八成跟騷者為男性，其中許多明顯有失業問題，以及從未有過親密關係者，而約 4 成跟騷者有第一軸主要精神障礙之診斷，而當中包含大約 3 成左右為妄想症（delusional disorder）之患者，較為特別的是有 4 成左右屬色情狂型妄想症（erotomaniac type），及 1 成屬病態嫉妒型（jealous type）。此外，在 Mullen 等研究團隊所調查的 145 位跟騷者中，患有思覺失調症占了約一成，有躁鬱症診斷者占比約 5%，而 25% 跟騷者有物質濫用問題。在性別比例方面，約一半男性之初步診斷為人格障礙（personality disorders），其中大多數屬於 B 群人格障礙。

然而，值得深入思考的是潛藏在跟騷行為問題，抑或是跟騷者是否存在某些內在心理病理機轉呢？Wheatley、Henley 及 Underwood (2022) 提及目前還沒有比較完整的理論來解釋跟騷行為問題，不

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

過，考慮到跟騷行為問題的複雜性和異質性（如：前述 Mullen 團隊提出的跟騷行為分類學），研究者們已進行了許多嘗試來加深有關跟騷者的理解，以下將概略介紹了兩個較為普遍在相關文獻中提出理解跟騷行為的心理病理看法，以期能有助於在全面性評估後理解特定的跟騷個案。

（一）依附理論（attachment theory）

依附理論以探討個人內在人際運作模式（internal working model）之發展為重點，其前提是人類有一種與生俱來的傾向，也就是會與出生後的主要照顧者（care giver）之間建立連結來作為一種增加生存機會的策略，此種生命初期的連結關係之本質映照到個人心理，進而形成未來與他人互動的模板（Bowlby, 1969; Dutton, Saunders, Starzomski, & Bartholomew, 1994; Lewis, Fremouw, Ben, & Farr, 2001; MacKenzie, Mullen, Ogloff, McEwan, & James, 2008）。Dye 與 Davis (2003) 嘗試將依附理論與跟騷行為問題串聯在一起，其認為跟騷行為問題與個人兒時受虐經驗有關，進而導致破壞了安全依附形成後才衍生之後跟騷的心理病理問題。因此，過去不同研究均發現，跟騷行為人經常會遭遇到與他人建立關係之困難，與其不安全的依附戀風格有關，且對分離議題過度敏感，常會使跟騷者內在焦慮加劇，以及出現易憤怒傾向，藉由人際互動中之高壓控制行為（coercive control）而以跟騷行為作為回應，依附關係之論點認為跟騷行為的根源是個人透過對不正常的追求來恢復或維持內在的自我價值感，此亦顯示跟騷行為是出自一種脆弱的自戀反應（Dutton, Saunders, Starzomski, & Bartholomew, 1994; Dutton, & Winstead, 2006; Meloy, 1999; Meloy, & Gothard, 1995; Ménard, & Pincus, 2012; Marazziti, Falaschi, Lombardi, Mungai, & Dell’Osso,

2015; Pistole, 1995)。

(二) 關係目標追求理論 (relational goal pursuit theory, RGP)

此理論之觀點認為個人透過追求特定的人際關係目標來藉此滿足其內在心理需求，而透過這些追求行為的動機來影響和塑造他們的人際互動關係，此理論提供了一種行為動機和人際關係的論點，企圖說明了為什麼追求關係會變得過度和固執，原因在於跟騷者過度強調人際需求滿足的重要性，因此解釋了為什麼有些人在一段關係結束後仍然堅持嘗試要去和解 (reconciliation) (Cupach, & Olson, 2006; Cupach, Spitzberg, Bolingbroke, & Tellitocci, 2011)。Cupach 等研究團隊及 Dutton-Green 等，進一步解釋跟騷者在互動關係遭到拒絕後會引發反芻思考運作模式 (一種跟騷案件中跟騷者普遍存在的一個認知運作特徵)，在不斷反覆滾動加劇的思緒反芻下，會導致「情緒淹沒」(emotional flooding)，即一種壓倒性的情感體驗，如憤怒、嫉妒和羞愧等高漲的情緒反應，最後難以擺脫反芻的認知運作慣性 (Cupach, & Olson, 2006; Cupach, & Spitzberg, 2004; Dutton-Greene, 2004; Gottman, 1994; Spitzberg, & Cupach, 2007)。跟騷者將其跟騷行為扭曲解釋為一種試圖恢復互動關係的合理表現，或者作為一種對不公平感的適當回應 (報復)，把跟騷行為朝向合理化解釋可能導致跟騷行為持續升級，因為每一次跟騷事件都變成為跟騷者達成滿心理需求之整體目標的增量步驟，而且只專注在內部認知解釋為具有正當性而忽略對受害者的傷害 (Cupach, & Spitzberg, 2004; Vohs, & Baumeister, 2004)。

RGP 理論的基礎是 Baumeister 等研究團隊所提之「自我調節理論」(theory of self-regulation) 的原則 (Baumeister, & Heatherton, 1996; Baumeister, & Vohs, 2004; Caver, & Scheier, 1990)，前述論點

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

認為自我調控是一個回饋迴路的運作模式 (feedback-loop model)，意指個體可以依據其自由意志做出行為反應，並依據外界的回饋做出行為修正以達個體標準。換言之，跟騷者之行為動機是為了實現生活目標 (例如：地位或建立關係) 並與尋求幸福和自尊 (被視為高階目標)，因此，跟騷者的目標主要是維持或調和人際關係。如果個人認定此為其唯一能增加幸福和自尊的方式，那麼這就是他們的高階目標。然而，RGP 理論進一步支持依附關係的觀點，也就是具有不安全依附風格的人更有可能陷落在跟騷思維和行為的漩渦中，因為他們過於依賴於親密關係，這對他們而言代表著滿足自尊感或自我價值的心理需求，受阻礙的人際需求目標 (自尊) 會導致追求加劇，而不是接受實現或者失敗。

如同前述理論之整理，依附理論和 RGP 理論共同強調了人際關係在個體生活中的重要性，以及個體追求特定人際關係目標的動機和行為。依附理論提供了對個體在人際關係中形成情感連結的理解，而 RGP 理論則進一步探討了個體在人際關係中如何追求特定目標以滿足其情感需求的過程。

三、跟騷者評估與再犯風險評估

不論是 Wheatley、Henley 及 Underwood (2022)，或者是 Mullen 等研究團隊 (1999)、McEwan (2017) 等人，還是王珮玲 (2015) 針對跟騷受害者的訪談研究，前述國內外有關跟騷的研究均指出，跟騷行為表象之背後存有相當程度之異質性 (heterogeneity)，因此，就如同 Craig、Browne 及 Beech (2008) 或前述之 Wheatley 等人 (2022) 之建議，對跟騷者之風險評估宜發展一個有效且具有意義的「跟騷行為」概念化 (case formulation)，至此，臨床實務工作者需要將通則式數據 (nomographic data，結構化評估量表) 與特則式資訊

(idiographic information, 個人獨特的資料) 整合在一起, 並透過個案概念化模型 (case formulation) 來了解個別犯罪者的風險, 其中包括使用精算式或其他具有信效度的臨床風險評估測量, 以及涵蓋保護性因素 (protective factors), 將個案從發展史、態度、價值觀和信念與心理學理論和臨床實務聯繫在一起, 嘗試理解個案的問題行為 (Craig & Rettenberger, 2018; Craig, Rettenberger, & Beech, 2020)。以下先介紹三個在評估跟騷風險的主要工具:

(一) 跟騷評估與管理手冊 (Stalking Assessment and Management, SAM)

SAM 是第一個專門設計用於評估跟騷的風險評估工具, 由 Kropp 等人 (2008) 所發展而來, 該評估工具引入了一個系統化和標準化的框架, 用於收集訊息以作出有關跟騷風險的決策。SAM 適用於已知、懷疑或以前發生過的跟騷案例, 男性和女性均可使用。風險因素項目分為三個領域:「跟騷問題性質的領域」(Nature of Stalking Domain)、「加害者風險因素領域」(Perpetrator Risk Factors Domain), 以及「受害者脆弱因素」(Victim Vulnerability Factors Domain), 每個領域有 10 個題項 (總計 30 個題目), 詳細題項及評分方式請參閱 Kropp、Hart 及 Lyon (2008) 所編製之評分指南。

(二) 跟騷風險剖繪 (Stalking Risk Profile, SRP)

此為 MacKenzie 等澳洲研究團隊 2009 年所發展出來的, SRP 採用了與 SAM 截然不同的方式, 運用了前述 Mullen 等人 (1999) 在跟騷分類框架及其動機之研究成果, 設計一套結構化的專業評估方式, 根據不同的跟騷類型進行評估, 每種類型會有 30~40 個風險因子需要評量, 詳細題項及評分方式請參閱 MacKenzie、McEwan、

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

Pathé、James、Ogloff，以及 Mullen (2009) 所編製之評分手冊，或 McEwan、Galiotta 及 Underwood (2024) 的介紹。

(三) 跟騷與性騷篩選評估 (Screening Assessment for Stalking and Harassment, SASH)

SASH 為 McEwan 等人 (2017) 所發展出來的一個非常簡短的工具，總共針對 16 個題項作是否的圈選，目的在幫助第一線人員 (例如：警察、心衛社工等) 快速進行威脅評估，SASH 並不是跟騷風險評估指南，也不會引導出風險高低判斷，其作用在於給出「關注程度」(level of concern)，也就是作為威脅評估 (threat assessment) 指標來指導有關跟騷問題立即行動反應的優先順序。

綜合上述，一般的暴力風險評估工具 (如 HCR-20) 並未包含與跟騷行為問題的關鍵臨床變項和風險變項，例如：對跟騷受害者的態度、跟騷者和被跟騷者之間的關係、升高情緒激動狀態、特定的妄想信念等，這些對於跟騷行為評估至關重要，因此，在評估跟騷行為問題時，建議使用專門針對跟騷議題所設計、以實證為基礎的評估工具才能有機會針對跟騷行為或跟騷者提出有效的風險管控策略。

四、跟騷者治療

我國與日本均有警察告誡書，福井裕輝指出雖然約 8 成的跟蹤騷擾行為可以透過警察介入而收斂，然剩下 2 成則可能繼續跟蹤騷擾行為或更為激化，因而認為對於這 2 成行為人應有施以治療的必要，僅將之全面委諸於刑事司法，仍有危險。我國制度下警察告誡後再犯就可聲請保護令，而當中可包含治療令。孟維德 (2023) 發現這兩成實務上多是家暴者、人格或認知障礙者。

孟維德 (2023) 研究國內樣本發現違反書面告誡行為人常有之特徵依序為「癡迷愛戀性格 (偏執型人格)」約 36.08%，其次是「病因認知障礙」約 27.84%，「暴力前科素行」約 17.76%，緊接著是「有藥癮或酒癮」約 17.33%，最後為「其他」約 0.99%。

(一) 法律規定

2022 年 6 月衛生福利部頒布「跟蹤騷擾案件相對人治療性處遇計畫規範」。明定治療性處遇計畫分三類：(1) 精神治療。(2) 戒癮治療。(3) 其他治療。

保護令案件審理終結前，法院得命相對人接受有無必要施以治療性處遇計畫之鑑定。

縣市衛生主管機關接獲前點保護令後，應即安排適當之執行機構及指定處遇之期日，並通知相對人或其代理人、執行機構、被害人或其代理人、聲請人及警察機關。直轄市、縣 (市) 衛生主管機關執行前項事宜，必要時得請警察機關協助。

(二) 醫療考慮

Mullen 等 (1999) 指出追求型需要果斷的精神治療，特別是因他們在很大程度上不太受司法制裁的影響，常將出庭、甚至監禁視為真愛的代價。相較之下，許多被拒型可以透過罰款或可能的監禁來勸停。無能型相對容易地放棄對當前受害者的追求，但挑戰是阻止他們選擇其他人。怨恨型通常表現得相當自以為是，很難接受治療，而法律制裁往往會加劇，而不是抑制他們的不滿情緒和相關的跟蹤行為。掠奪型由於其計劃犯罪的性質，主要是一個刑事司法問題，但精神科醫生在治療其性慾倒錯方面可以發揮作用。對掠奪型治療可阻止他實施性犯罪，並防止再次追蹤。患有嚴重精神障礙的

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

人需要治療，但鑑於該人群中妄想症占主導地位，這並不是一件容易的事，除了藥物治療和更全面的 support 外，還需要相當多的心理治療技巧。人格障礙患者是一個不同的群體，但大多數人都可以從支持、社交技能訓練和心理治療的結合中受益。

(三) 治療技術

英國治療師 Jerath 等(2023)以英國的治療與警察之多機構處遇計畫 (Multi-Agency Stalking Intervention Programme, MASIP) 由六位治療師對六位參與治療與監督的跟騷者實施質性訪談。跟騷者報告自己的情況有所改善，也反思自己解決問題和決策的能力。治療介入措施幫助認識到自己行為的嚴重性及對自己及受害者的影響，培養如何戒除跟騷動機，並透過習得的因應機制進行自我調節。案主能注意到跟騷對受害者的影響，但重要的是了解跟蹤的法律及願意停止跟蹤的意願，這可以避免被關或無法再跟親友接觸。停止追騷的個人利益還是超過跟蹤的動機。基本上還是以認知行為療法為主。本研究對於此治療與監督的多機構介入方案的評價是一個很全面周全的反跟騷方案。

Rosenfeld 等 (2019) 將 109 名跟騷者隨機分派以辯證行為治療 (dialectical behavior therapy, DBT) 及認知行為憤怒管理治療對跟騷累犯 (再次發生的追騷、暴力和其他犯罪行為) 進行了為期一年的監測，參與者在治療前後以及一年的後續評估中完成了一系列自我報告問卷。與過去對美國未經治療的跟蹤犯罪者的研究相比發現再犯率相對較低，但治療類型對再犯可能性沒影響，治療計畫有無完成也沒影響。且治療完成率或自我報告指標的變化也沒有組間差異。無論採用何種治療方式，旨在減少追騷罪犯問題行為的密集治療可能都是有效的。

重點回顧

主要依循第一章的概要進行重點摘錄並回顧，包括跟騷的構成要件及案例說明、警方處理程序、書面告誡及保護令之內容及跟騷罰則，以及講述了跟騷者的分類學、病理學、評估與治療法。Mullen 等（1999）發現跟騷者之男女比率約為八比二，將之分為五類。被拒型（35%）、追求型（33%）、失能型（15%）、怨恨型（11%）、和掠奪型（4%）。治療上可用認知行為與辯證行為治療。跟騷行為問題有其複雜性和異質性，至少可透過依附理論及關係目標追求理論等兩個論點瞭解潛藏於跟騷者內在的可能心理病理機轉，對跟騷者之風險評估宜將通則式數據（結構化評估量表）與特則式資訊（個人獨特的資料）整合在一起，並透過個案概念化模式來了解個別犯罪者的風險，進一步發展符合臨床實務工作者需要的跟騷行為風險管控策略與治療方向。

問題與討論

問：何種行為會構成跟蹤騷擾？

答：針對「特定人」「反覆或持續」實施「違反其意願，且與性或性別有關」之八種跟騷行為。另如對特定人之配偶、直系血親、同居親屬或與特定人社會生活關係密切之人騷擾，雖「與性或性別無關」，亦為跟騷行為。

問：遭受跟蹤騷擾要怎麼辦？應如何求助？

答：蒐集證據記錄過程、冷靜應對尋求協助、提升自我防衛意識並避免直接正面接觸；直接撥打 110 或就近向任一個派出所報案求助。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

問：書面告誡的作用是什麼？有何救濟管道？

答：告誡行為人不得再為跟騷行為。

行為人或被害人收受或不核發書面告誡通知後 10 日內，可經原警察機關向其上級警察機關表示異議。對於上級警察機關之決定，不得再聲明不服。

問：跟蹤騷擾保護令有那些內容？期限多久？

答：禁止相對人為第 3 條第 1 項各款行為之一，並得命相對人遠離特定場所一定距離、禁止查閱被害人戶籍資料、命相對人完成治療性處遇計畫及其他必要措施。最長 2 年，得聲請延長，每次不得超過 2 年。

問：哪類經警察發出的書面告誡後仍不會停止跟騷？須怎樣的治療與監督才會停止跟騷？

答：兩成書面告誡後仍不會停止跟騷實務上多是家暴者、人格或認知障礙者。認知行為療法或辯證行為治療都可，且需警察或觀護人之監督更有助改正。

參考文獻

內政部，處理跟蹤騷擾案件作業程序總說明（2022）。file:///Users/dept/Downloads/21-%E8%99%95%E7%90%86%E8%B7%9F%E8%B9%A4%E9%A8%B7%E6%93%BE%E6%A1%88%E4%BB%B6%E4%BD%9C%E6%A5%AD%E7%A8%8B%E5%BA%8F%20(2).pdf

森本益之（2000）。刑事政策講義，有斐閣，頁 187。

王珮玲（2015）。如影隨形的暴力：親密伴侶跟蹤行為。《社會政策與社會工作學刊》，19(1)，1-44。

- 孟維德 (2023) 跟蹤騷擾防制法施行成效檢討與分析。內政部警政署委託研究案。
- 林明傑、陳慧女 (2024)。精神病理社會工作：社會安全網與精神醫療體系的助人工作者的實務指引。臺北：心理出版社。
- 林明傑 (2018)。矯正社會工作與諮商：犯罪心理學的有效應用 (2 版)。臺北：華杏出版社。
- 陳慈幸 (2023)。刑事政策：概念與形塑，改版第四版。元照出版社，頁 164。
- 陳慧女、林明傑 (2016)。家庭暴力者對參與整合式矯正團體輔導及其改變內涵之看法。亞洲家庭暴力與性侵害期刊，12(2)，1-31。
- 楊聰財 (2023-10-03)。從精神醫學探討跟蹤騷擾－為什麼要立法？<https://vigormedia.tw>
- 跟蹤騷擾相對人特殊狀況通報書，衛生福利部，2022。<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-464-71262-107.html>，2024 年 4 月 1 日造訪。
- 跟騷保護令法院端聲請程序，司法院，<https://www.judicial.gov.tw/tw/cp-2242-647571-858ca-1.html>，2022 年 11 月 5 日造訪。
- 福井裕輝 (2016)。ストーカー加害者の病理と介入。刑法雜誌，55(3)，471-482。
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: an overview. *Psychological Inquiry*, 7, 1-15.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D. (2004). *Handbook of self-regulation: Research, Theory, and Applications*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: volume I: attachment*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Caver, C. S., Scheier, M. F. (1990). Principles of self-regulation: Action and emotion. In E. T. Higgins, & R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and social behavior* (pp.3-52). New York: Guilford Press.
- Craig, L. A., Browne, K. D., Beech, A. R. (2008). *Assessing risk in sex*

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

offenders: A practitioner's guide (pp.180). John Wiley & Sons Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9780470773208>

Craig, L. A., Rettenberger, M., Beech, A. R. (2020). Neurobiological considerations on the etiological approach to sexual offender assessment: CAsE Formulation Incorporating Risk Assessment–Version 2 (CAFIRA-v2). In J. Proulx, F. Cortoni, L. A. Craig, & E. J. Letourneau (Eds.), *The Wiley handbook of what works with sexual offenders: Contemporary perspectives in theory, assessment, treatment, and prevention* (pp. 153-173). Wiley Blackwell.

Craig, L. A., Rettenberger, M. (2018). An Etiological Approach to Sexual Offender Assessment: CAsE Formulation Incorporating Risk Assessment (CAFIRA). *Current Psychiatry Reports*, 20(6), 43. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0904-0>

Cupach, W., Spitzberg, B. (2004). *The dark side of relationship pursuit: From attraction to obsession and stalking*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Cupach, W. R., Olson L. N. (2006). Emotion Regulation Theory: A Lens for Viewing Family Conflict and Violence. In D. O. Braithwaite & L. A. Baxter (Eds.), *Engaging theories in family communication: Multiple perspectives* (pp. 213-228). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452204420.n14>

Cupach, W. R., Spitzberg, B. H., Bolingbroke, C. M., Tellitocci, B. (2011). Persistence of attempts to reconcile a terminated romantic relationship: A partial test of relational goal pursuit theory. *Communication Reports*, 24, 99-115. <https://doi.org/10.1080/08934215.2011.613737>

Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(15), 1367-1386. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1994.tb01554.x>

- Dutton, L., Winstead, B. (2006). Predicting unwanted pursuit: Attachment, relationship satisfaction, relationship alternatives, and break-up distress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23, 565-586.
- Dutton-Greene, L. B. (2004). *Testing a model of unwanted pursuit and stalking*. Unpublished doctoral dissertation, University of Rhode Island.
- Dye, M. L., Davis, K. E. (2003). Stalking and psychological abuse: Common factors and relationship-specific characteristics. *Violence and Victims*, 18(2), 163-180.
- Gottman, J. M. (1994). An agenda for marital therapy. In S. M. Johnson & L. S. Greenberg (Eds.), *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 256-293). Brunner/Mazel.
- Hehemann, K., Van-Nobelen, D., Brandt, C., McEwan, T. (2017). The reliability and predictive validity of the Screening Assessment for Stalking and Harassment (SASH). *Journal of Threat Assessment and Management*, 4(3), 164-177. <https://doi.org/10.1037/tam0000085>
- Jerath, K., Tompson, L., Belur, J. (2023) Treating and managing stalking offenders: findings from a multi-agency clinical intervention, *Psychology, Crime & Law*, 29:10, 1161-1184, DOI: 10.1080/1068316X.2022.2057981
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Lyon, D. R. (2008). *Guidelines for Stalking Assessment and Management (SAM): User manual*. Sydney, NSW, Australia: ProActive ReSolutions Inc.
- Lewis, S. F., Fremouw, W. J., Ben, K. D., Farr, C. (2001). An investigation of the psychological characteristics of stalkers: Empathy, problem-solving, attachment and borderline personality features. *Journal of Forensic Science*, 46(1), 80-84. <https://doi.org/10.1520/JFS14915>
- MacKenzie, R. D., McEwan, T. E., Pathé, M. T., James, D., Ogloff, J. P., Mullen, P. E. (2009). *Stalking Risk Profile: Guidelines for the Assessment and Management of Stalkers* (1st ed.). StalkInc and Centre for Forensic Behavioural Science, Monash University.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- MacKenzie, R. D., Mullen PE, Ogloff, J. P., McEwan, T. E., James, D. V. (2008). Parental bonding and adult attachment styles in different types of stalker. *Journal of Forensic Sciences*, 53(6), 1443-1449. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2008.00869>.
- Marazziti, D., Falaschi, V., Lombardi, A., Mungai, F., Dell'Osso, L. (2015). Stalking: A neurobiological perspective. *Rivista Di Psichiatria*, 50(1), 12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805350>
- McEwan, T. E., Daffern, M., MacKenzie, R. D., Ogloff, J. R. P. (2017). Risk factors for stalking violence, persistence, and recurrence. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(1), 38-56. <https://doi.org/10.1080/14789949.2016.1247188>
- McEwan, T. E., Galietta, M., Underwood, A. (2024). *Treating Stalking: A Practical Guide for Clinicians*. USA: John Wiley & Sons Ltd.
- Meloy, J. R. (1999). Stalking: An old behaviour, a new crime. *Forensic Psychiatry*, 22, 85-99.
- Meloy, J. R., Fisher, H. (2005). Some thoughts on the neurobiology of stalking. *Journal of Forensic Sciences*, 50(6), 1-9. <https://doi.org/10.1520/jfs2004508>
- Meloy, J. R., Gothard, S. (1995). Demographic and clinical comparison of obsessional followers and offenders with mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(2), 258-263.
- Ménard, K. S., Pincus, A. L. (2012). Predicting overt and cyber stalking perpetration by male and female college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(11), 2183-2207.
- Mohandie, K., Meloy, J. R., McGowan, M. G., Williams, J. (2006). The RECON typology of stalking: reliability and validity based upon a large sample of North American stalkers. *Journal of Forensic Sciences*, 51(1), 147-155. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2005.00030.x>
- Mullen, P. E., Pathé, M., Purcell, R., Stuart, G. W. (1999). Study of stalkers.

- The American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1244-1249. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.8.1244>
- Pathé, M., Mullen, P.E. (1997). The impact of stalkers on their victims. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 170, 12-17. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.1.12>
- Pistole, C.M. (1995). Adult attachment style and Narcissistic vulnerability. *Psychoanalytical Psychology*, 12(1), 115-126. <https://doi.org/10.1037/h0079603>
- Rosenfeld, B., Galietta, M., Foellmi, M., Coupland, S., Turner, Z., Stern, S., Wijetunga, C., Gerbrandij, J., Ivanoff, A. (2019). Dialectical behavior therapy (DBT) for the treatment of stalking offenders: A randomized controlled study. *Law and human behavior*, 43(4), 319-328. <https://doi.org/10.1037/lhb0000336>
- Schultz, W. (2000). Multiple reward signals in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 1(3), 199-207.
- Spitzberg, B.H., Cupach, W.R. (2007). The state of the art of stalking: Taking stock of the emerging literature. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 64-86. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.05.001>
- Vohs, K.D., Baumeister, R.F. (2004). Understanding self-regulation: An introduction. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, Theory, and Applications* (pp. 1-9). New York, NY: The Guilford Press.
- Wheatley, R., Henley, S., Underwood, A. (Eds.) (2022). *Working with individuals who have engaged in stalking: A resource for psychologists*. Leicester: British Psychological Society.
- Young, L.J., Wang, Z. (2004). The neurobiology of pair bonding. *Nature Neuroscience*, 7(10), 1048-1054.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

— |

| —

— |

| —

第十三章

各項整合案例分析

吳慈恩

長榮大學神學系教授

胡淳茹

高雄市立凱旋醫院附設城堡康復之家社會工作師

陳貞樺

財團法人勵馨社會福利事業基金會臺南分事務所主任

陳筱萍

樂安醫院心理科臨床心理師

黃志中

高雄市政府衛生局局長

鄭堉達

高雄市立凱旋醫院高年精神科主治醫師兼科主任

本章學習重點

1. 學習家內性侵害的評估與處遇
2. 學習婚姻強暴的評估與處遇
3. 性罪犯的家暴風險因子

關鍵詞

家內性侵害、婚姻強暴、家庭暴力、性罪犯的家暴風險因子

第一節 家內性侵害合併家庭暴力評估鑑定及處遇

壹、案例

一名中年男子（簡稱 B 男），與離婚的女子再婚，妻子之前的婚姻已生育 1 名女兒（簡稱 A 女），婚後 A 女與母親和中年男子同住。雖 B 男表現出視 A 女為己出，然而 B 男卻趁兩人獨處時長期性侵和猥褻 A 女。A 女備感痛苦，告知學校輔導老師，經通報社會局家庭暴力及性侵害防治中心，才揭發這起繼父性侵 A 女的家內性侵害犯罪案件。

貳、現象與概況

家內性侵的加害者，是指性侵與他們有血緣關係或居住在一起的兒童，例如自己的孩子、「繼子女」（step-children）、同居人的孩子或表弟妹等。根據衛生福利部保護服務司性侵害犯罪防治統計資料來看，2023 年性侵害案件受害者有 9,413 人，加害者為直系親屬為 520 人，占 5.5%；加害者為手足為 237 人，占 2.5%；加害者為家長家屬或家屬間關係者為 195 人，占 2.1%；另加害者為其他旁系親屬（4 親等以內）則為 380 人，占 4.0%，可謂家內性侵害共計占性侵害案件之 14.2%（衛生福利部保護服務司，2023）。

另從表 13-1 性侵害案件被害人年齡與兩造關係交叉統計資料顯示，家庭成員性侵害家內被害人以直系血親占的比例最多，其次是其他旁系親屬。以年齡層來看，被害人年齡以 18 歲以上占的比例最多，其次是 12~18 歲未滿，甚至還有幼兒和兒童。至於 18 歲以上已是成年人，為何被性侵害？推測可能是精神障礙或是智能障礙，尚未發展出自我保護的能力。

表 13-1 2023 年性侵害案件被害人年齡與兩造關係交叉統計

家庭成員 年 齡	直系親屬	手 足	家長家屬或 家屬間關係 者	其他旁系親 屬（4 親等 以內）	合 計
0~ 6 歲未滿	55	13	9	19	96
6~12 歲未滿	167	71	31	67	336
12~18 歲未滿	167	83	61	125	436
18 歲 以 上	131	70	94	169	464
總 計	520	237	195	380	1,332

資料來源：衛生福利部保護服務司性侵害犯罪防治統計資料，2023。

雖家內性侵害犯罪行爲與一般性侵害雷同，然家內性侵害異於一般性侵害，前者是熟識，且具血親關係及侵害期較長、頻率較高、年齡差距大，甚至使用暴力、多重虐待和侵入性的性侵害等（蔡秀玲、王淑娟譯，2001）。國內學者許春金（2007）以日常活動理論來解釋家內性侵害的發生，受害者是家中立即可得的對象、場所隱蔽，且受害者依賴、易操控，加害人施以威脅或利誘，致使受害者因為擔心、害怕、羞恥，不敢向他人求助而不被揭露。國外學者 Putri、Prasetyo 與 Lendang（2020）研究發現，引發家內性侵害的動機因素包括加害者無法控制其性慾、酒精消費、家中缺乏私人空間、社會經濟條件低下，以及機會的可用性。

如以家庭關係來看，國外學者 Zaini、Ahmad 與 Jalil（2022）研究發現，成為家內性侵害加害者的指標包括父母的婚姻狀況、育兒方式、家庭功能失調和性誘騙。另外，Pusch、Ross 與 Fontao（2021）整理 1991 年到 2020 年相關文獻，發現家內性侵害家庭的核心特徵包括父母之間和父母與子女之間的功能失調、暴力和衝突關係。由於加害者長期呈現婚姻衝突，且對壓力無能處理，將挫折情緒宣洩到女兒身上。另因婚姻多為離婚、分居、喪偶，因而對親密需求和

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

生理需求的渴望，轉而由女兒獲得滿足（陳若璋、施志鴻、劉志如，2001）。當加害者遭遇挫折後，通常有飲酒行為（李鴻懋，2008）。此外，夫妻間性生活匱乏，以及親子關係不佳也是主因之一（盧鴻文，2008）。以上顯現，家內性侵害加害者的婚姻關係和親子關係存在一些問題。

為何其他家人未察覺家內有發生性侵害行為，主要是家內性侵害加害者為孩子最親近和最信任的人，濫用權力、能力和信任，通過操縱孩子來滿足自己的性需求和慾望（Zaini, Ahmad & Jalil., 2022）。另李鴻懋（2008）發現是因家人關係疏離，監控不良所致。此外，國外學者 Hartley (1998) 認為加害人及其家人合理化身體接觸純粹只是意外或是遊戲而已（引自林子正，2012）。也因而性侵害成為家庭隱晦不為人知的事件。

就家庭動力論而言，在加害者成長過程，其原生家庭中有哪些問題，如 Barbara 和 Henry (1996) 綜合整理多篇研究歸納，加害者的原生家庭父母關係是破裂的，且曾經擁有高比率的身體虐待、被性虐待或疏忽的經驗。亦即成長在家庭暴力、性虐待和父權家庭，因為目睹或經歷父母間、父母對孩童的種種暴力，透過學習或內化，繼而在自己的家庭裡再發生類似的行為（引自林子正，2012）。另外，Higgins (2024) 指出，加害者在成長過程曾遭受疏忽、身體虐待、性虐待、與父母依附關係不佳、過度性生活型態、性別角色和男子氣概、失去控制、非典型性傾向、社交挫敗、認知扭曲、社交疏離和低自尊而導致犯罪。此顯示，家內性侵害加害者可能具有代間傳遞的現象。

再者，家庭內不同對象的性侵害，具有不同的特色。李鴻懋（2008）研究發現，家內性侵害的兄長具有較衝動傾向，偏差行為亦較嚴重，而親生父親自責的程度最高，易有自殺等偏激行為；至

於繼父女看待家內性侵害的角度不同於親生父女，其差別在血緣關係的有無，所以發展出來的關係也不同，繼父女比較容易有合意相姦的情形。然從高雄市政府衛生局與社會局合作方案已執行 84 件評估鑑定案件來看，生父及兄長性侵類型與李鴻懋（2008）研究發現是一致的，但在繼子女性侵案件中則無合意相姦情況。以施行評估鑑定者的觀察及經驗整理，筆者發現家內性侵害案件多數發生於家庭系統封閉、次系統功能缺損、親子關係界線模糊、被害人之重要他人（通常為母親）因情感創傷經驗而對加害人有不安全依附情感及經濟與精神壓力、居家空間規劃未重視女童或少女的安全需求、被害人至青春期交友受控而揭發早期家庭內性創傷經驗等因素及現象等。

參、評估重點

一、評估方法

因為家庭為小型社會，家庭成員是環環相扣的。由於家庭情境的隱密性，加上受害者「說不出口」，擔心家的撕裂和毀滅，以致性侵害事件未被發現，進而一而再再而三地發生？或許家庭成員稍微地知悉，而未揭開神秘的面紗，企圖保護相對人和家庭的完整性，導致家內性侵害事件一直在包庇的狀態。同時，性侵害案件會牽動到家庭的每個成員，畢竟牽一髮動全身，除了受害者性自主權被剝奪外，其身心會出現創傷後壓力症候群，也會波及到他的家人受到極大的衝擊。亦即不論是受害者有創傷，其母親萬萬想不到枕邊人、同居人或是子女等會侵害被害人的人身安全，且做出禽獸不如的犯罪行為。基於此，此模式由評估鑑定的整合性結構，來處理後端的跨領域系統合作的處遇，因此評估鑑定不僅訪談相對人，同時也訪談被害人及其同住的家人，如法定代理人及被害者曾求助之系統

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

等。以多方的訪談，蒐集相對人生命經驗，並傾聽被害人難以言說的心理創傷，以對性侵害事件有全盤的理解，進而可給予相對人、被害人、法定代理人及案家適當的介入處遇。

二、評估流程

(一) 社會局家庭暴力及性侵害防治中心的流程

通報後，社會局家庭暴力及性侵害防治中心立即啟動社工至學校了解 A 女受傷害的狀況，並至醫院進行驗傷和進行隔離安置的程序，以擺脫違背倫常的家庭環境。另將中年男子移送法辦，並擬請法官裁定家內性侵害相對人、被害人或重要他人，以鑑定機制實施評估，以掌握相對人身心狀況並評估其危險性與再犯性。

(二) 衛生單位進行家內性侵害裁定前鑑定

衛生單位及社政單位共同建置家內性侵害相對人裁定前鑑定評估小組，接受法院囑託辦理相對人、被害人或重要他人之裁定前鑑定工作，提供法官可參酌依據之專家意見核發相對人處遇計畫。

三、評估重點

(一) 對相對人的評估

1. 相對人成長史：原生家庭關係、求學史、交友史、創傷挫敗經驗、偏差行為或物質濫用等。
2. 家內性侵害相對人性心理與社會行為：親密關係、性功能、性行為特色、性需求滿足方式、人際關係、兩性互動、就業狀況、社會適應等。
3. 家庭結構與動力特徵：居家環境空間配置、家庭生命週期、界線、次系統、權力結構、決策及溝通過程等。

4. 人格特質與精神症狀：身心社會及精神狀況評估或運用測驗量表。
5. 鑑定結論：綜合評述其心性、家庭、社會、危險性及再犯風險。

(二) 對被害人及其家庭評估

1. 被害人成長史：原生家庭關係，含父母婚姻關係、親子關係及家庭照顧、親職角色與管教；家庭結構及動力特徵，含居家環境空間配置、家庭決策和溝通等；學校生活等。
2. 被害人身心評估及事件影響：創傷評估、人格特質與精神症狀（必要時身心社會及精神狀況評估會運用測驗量表或主題繪畫分析）、人際關係、性別互動、就學狀況、社會適應等。
3. 鑑定結論：綜合評述事件造成被害人之心理、家庭、社會狀況及其需求與風險。

肆、處遇建議及整合性系統處置方案

- 一、由專家依評估面向指標對相對人進行鑑定，並提供鑑定報告書供少家院參酌，經少家院裁定處遇計畫，並由衛生局安排相對人進行處遇計畫。
- 二、衛生局收至鑑定建議書後，提供少家院及社會局家防中心參酌。
- 三、社會局家防中心接獲評估建議書後，則經其內部程序，委託心理師實施處遇計畫、被害人保護措施及家庭維繫服務等。
- 四、定期辦理本方案整合性處遇計畫實施狀況個案研討會，及本方案執行成效檢討會議，邀集相關局處及處遇計畫執行單位一同與會，對此方案執行層面及實務處遇狀況進行了解與彙整，提供整合性後續服務之建議，以建構衛生局心衛中心、社會局家

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

防中心與處遇單位之連繫平臺（高雄市政府社會局家庭暴力及性侵害防治中心，2021）。

伍、結語

此鑑定模式嘗試建構出家內性侵害案件相對人裁定保護令前鑑定評估及處遇整合性模式。整體而言，本方案通力結合網絡合作，期待以被害人人身安全保護為核心，以家庭處遇為原則，共同協處被害人與相對人及其家庭復原為目標。

第二節 婚姻強暴

壹、案例

42 歲的 A 女士是一位高血壓合併高血脂症的病人，在一次門診就醫時，被醫師發現頸部有被其先生以襯衫長衣袖絞勒造成的瘀傷。雖然是屬於具致命性的暴力，A 女士對於其婚暴的處理多採取淡化、忽視的消極態度，只有在面對孩子的目睹傷害時，才有積極對應。直到某次門診，A 女士表示其陰道有發炎不適，才揭露遭到先生常在 A 女士拒絕性行為的情況下，強行施以具性虐待的婚姻強暴事件。

貳、婚姻強暴概況

在過往的人類歷史中，基於把女性視為性財產的概念，婚姻強暴行為因婚姻關係而長期獲得法律豁免是人類社會的法律所規範。直到 1970 年代後，人權與女性自主的倡議才逐漸翻轉婚姻強暴豁免的法律地位，於 1992 年的美國犯罪分類手冊中就有「家庭內性侵害」（domestic sexual assault）分類。目前全球仍有 36 個國家，「性侵害

配偶」的行為因法律豁免被視為合法，甚至像黎巴嫩雖然於 2014 年通過家庭暴力防治法，但其法律卻也同時承認性交是婚姻關係中的權力。因為缺乏法律規範，印度的女性被配偶性侵害的機會比被其他人性侵害高出 17 倍。顯然，當婚姻暴力被視為是人權議題而受到重視的同時，婚姻強暴卻被相對忽略 (Kumar, S. 2023)。

臺灣在 1970 年代對於性侵害議題，其論述是以「一般暴力犯罪」的概念看待，目的在於維持社會秩序的人身安全。到了 1990 年後期，相關修法意見除「維持治安」之外，更進一步導入人權觀念，臺灣社會才開始並呈「保障性自主」(湯詠煊，2013)。雖然沒有法律明文規定豁免，婚姻強暴並未隨著婚姻暴力防治的倡議而被關注。不僅如此，婚姻強暴是所有性侵害類型中最為常發生，卻也是相對少被處置。

參、婚姻強暴受虐婦女的臨床表徵

就婚姻暴力的盛行率來看，由於議題的隱晦且常為受虐婦女感受不受社會、法律體制的支持，受虐婦女常是難以啓齒。估計婚姻強暴發生數為非婚姻強暴發生數二至八倍，至少有 16% 的女性遭受到配偶的性侵害，其中 23% 的 15~49 歲女性遭受配偶的婚姻暴力合併性侵害 (Srivastava, S., & Mishra, P. C. 2023; 黃志中等，1999)。

婚姻強暴大多合併有婚姻暴力，在臨床上單獨以婚姻強暴為主訴者多發生在性虐待形式的個案，否則多以婚姻暴力傷害呈現，在處遇歷程中才被發現併有婚姻強暴。就婚姻暴力有無合併婚姻強暴來說，合併有婚姻強暴者顯著較多併有施虐者兒童虐待、受虐婦女身心症狀較明顯，但顯著較少併有施虐者外遇 (黃志中等，2000)。顯然，婚姻強暴使得受虐婦女遭受到更為沉重而徹底的傷害與壓迫，加害人透過親密關係暴力的「權力與控制」機制，造就受虐婦

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

女身心與自主性全然地「失權與被控制」而嚴重受損。

肆、婚姻強暴受虐婦女的臨床處置

受到婚姻強暴的婦女在自主及人格上受到極大的傷害，自尊被剝奪導致受虐婦女會認為不會被相信、擔心被家人指責及害怕加害人，內在自我也是難以面對所處的難堪，以至於強烈的羞愧及罪惡感使受虐婦女對於婚姻強暴一事比其他婚姻暴力更難啓齒。因此，除非是發生嚴重的性虐待傷害而需要醫療，婚姻強暴常深埋在婚姻暴力的深處而不易顯露。

在受虐婦女多不輕易揭露婚姻強暴遭遇的情況下，婚姻強暴受虐婦女的臨床處置常需要從婚姻暴力創傷處遇著手。在創傷復原的歷程中，受虐婦女的賦能與自主重拾自我的價值感，並深度感受到尊重與安全的情境經驗，鬆動與掙脫性別的關係性及社會性的，在此基礎上才得開啓對於性創傷的修復。因著作為一個人的價值肯認，到作為一個女性的正向存在，獲得具有性別正義與性自主的治療成效，才得以修通出自於與性關聯的羞辱、他者物化與無價值的創傷障礙。

伍、結語

婚姻強暴常發生在婚姻暴力關係中卻少被關注，乃因深受社會文化與法律規範的否定以及受虐婦女的創傷狀態影響，需要在抗拒壓迫的正義與主體性基礎上，統整具有權力與性別敏感及批判性文化能力的臨床處置，整合照顧資源已復原婚姻強暴造成的身心創傷。

第三節 性侵害犯罪的家暴風險因子

壹、案例

小元是一名 30 歲男性，大學畢業後多任臨時工，長期因情緒問題於精神科就醫，但並未規則服藥與回診。

小元與前女友小花於交友軟體上認識，兩人在交友軟體上談了幾次之後就決定約出來見面。剛開始兩人相處尚算融洽，但後來伴隨著生活習慣與價值觀的差異而逐漸出現爭執，兩人吵架過程中會互相咆哮與互擲物品。

兩人交往過程中發生數次性行為，曾在小花的同意下拍攝口交影片。此次兩人談分手時，小元未經小花同意即以脅迫的方式要求小花發生關係，並偷偷拍攝影片存於手機，甚至小元威脅小花如果提分手就要把兩人性愛影片散布在網路上。後因小花至警局報案遭小元性侵害，因小元曾於精神科就醫，在律師建議下進行精神鑑定，因而揭開了小元背後需要協助的議題—小元為家庭暴力的目睹兒，成長過程中出現翹家、竊盜等非行的行為；生活變故打擊之後，又罹患思覺失調症，但常因未按照醫囑服藥而導致情緒失控，曾在與兄長吵架過程中，將兄長推下樓梯，也因兒時目睹暴力的創傷，導致長期與父母親、手足關係衝突疏離—小元雖同是家外性侵害加害人，及家內手足關係暴力的相對人，但就其過往生命創傷而言，他也是需要幫助的隱形受害者。

貳、性罪犯的特質和家暴行為的關聯性

Groth 在 1979 年 *Men Who Rape* 一書中將性罪犯分為三類，分為權力型、憤怒報復型及虐待型。其列出性侵犯行為具有攻擊、衝動至極端的性凌虐，如綑綁、監禁、拷打折磨及處理掉等，犯行時

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

之語言是咒罵的、羞辱的、貶抑的或命令式，甚至持武器恐嚇、控制或傷害（引自林明傑、沈勝昂，2004）。從這發現，性罪犯有其特殊的心理動力促發其偏差的性暴力出現，而性罪犯的幼年發展史、人格特質、認知情緒行為模式類似家庭暴力的施暴者。以本案例小元為例，他除了對小花性侵犯外，另也合併有家庭暴力行為，說明如下：

1. 童年逆境：小元為家庭暴力的目睹兒，如同 Seto 等人（2010）對男性青少年性犯罪的研究發現，家庭背景以及早年的經歷，如經歷過家庭暴力、虐待和忽視，都可能是青少年性犯罪者發展出反社會行為和性犯罪行為的重要因素。由此可見，家庭暴力與性侵害是有相關的。
2. 權力特質：小元未經小花同意即以脅迫的方式要求小花發生關係，此明顯是小元並未尊重小花有身體自主權，違反小花意願而滿足其性需求。即小元具有自我中心和唯我獨尊心態，當不順其心意時，在生氣和憤怒之下就暴力相向。如同 Walker (1979) 在所著的 *The Battered Woman* 一書中，歸納出家庭暴力施暴者其中一項特質為經常使用性當作攻擊的行動來增加自尊，而為的是贏得男性的權控感。
3. 報復特質：小元威脅小花如提分手就要把兩人性愛影片散佈在網路上，小元面臨感情分手而有失落的議題，其意圖挽回感情，然他利用情緒勒索的方式，目的是要控制對方，不准小花離開他。同樣地，家內亂倫加害者在長期婚姻關係衝突下，對壓力的無能處理時，轉而將此種挫折情緒宣洩到女兒身上（陳若璋、施志鴻、劉志如，2001），就是以性侵害女兒作為報復妻子的手段。
4. 精神疾患：小元罹患思覺失調症，且常因未按照醫囑服藥而

導致情緒失控。Elbogen 與 Johnson (2009) 流行病學研究發現當精神疾患未規則就醫且合併其他歷史因素（如身體虐待、過去的暴力行爲）時，其親密暴力行爲的風險顯著增加。

5. 害怕被遺棄：小元好不容易找到一個他愛的人，其內心可能害怕失去小花，因而他以爲性侵害小花，就能挽回這段感情。如同 Lindsey 等人 (1996) 指出，施暴者害怕失去控制的恐懼感強烈到控制他的生命時，於極端的情況之下，他可能會迫於害怕被遺棄而使用暴力行爲，以解除他的不安全感（林明傑、陳文心、陳慧女、劉小菁譯，2000）。
6. 情緒管理和衝動控制：小元於親密關係中，常因爭執而情緒失控咆哮，並與小花相互拋擲物品傷害對方。此呼應 Dutton (1988) 研究發現，導致家庭暴力的成因之一就是具有衝動性格。

參、性侵害風險因子評估

性罪犯是一個多重因素所決定的異質性團體，在擬定處遇之前必須考慮到「接受治療的配合度」（amenability to treatment）與「風險因子」（risk factors）兩個中心議題（McGrath, 1991）。而風險評估的目的是對加害人的診斷及瞭解其問題如何形成，評估其危險性，推測再犯的可能性，以設計適合的處遇計畫。

一般而言，性侵害的風險評估包括法院移送的資料，如偵訊筆錄、被害人與證人的證詞、測謊或驗傷、前科紀錄等。另對個案進行會談，蒐集(1)基本資料；(2)成長經驗（含雙親教養）；(3)創傷經驗（包括身體、心理、挫折、壓力經驗與經濟問題）；(4)心性發展史（包括第一次性經驗、性生活、性幻想、性偏好、性態度與性挫敗經驗）；(5)婚姻家庭史（包括婚前交往與婚後互動）；(6)社交網絡與

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

家庭互動（包括與父母、兄弟姊妹互動與家庭暴力）、子女教養與家庭生計處理；(7)職業史（包括求學與工作經驗）；(8)犯罪史（包括非性犯罪前科與性犯罪前科等）；(9)物質使用史（包括酒精、毒品等）；(10)精神狀態（包括身體健康狀況、精神疾病診斷與人格違常）；(11)犯案歷程與危機處理模式；(12)對被害人同理心程度；(13)本次強制性交涉案情形；(14)視需要施以心理測驗（包括智力測驗及其他心智狀態）、測謊、陰莖體積測試儀或神經心理學的檢查；(15)性侵害再犯危險性評估（包括靜態因素九九評估表、穩定動態危險評估、急性動態危險評估等）。(16)可治療性評估（包括否認程度、治療意願、可治療性）。綜合以上資料，進行再犯性和風險性的評估。

總之，性犯罪風險評估，包含性犯罪歷程（案犯前之情境、想法、情緒與行為，犯案當時的想法、行為與感受，犯案後的想法與感受）、性犯罪紀錄（被害人特徵、與被害人的關係、接觸被害人的方式、時間、地點、手法、傷害嚴重度）、性犯罪類型（對象、性偏好、偏差性趣）、與性犯罪相關之事件（犯案前三個月的壓力事件、犯案一星期內是否有接觸性影片、心情煩躁、使用毒品或酒精）及對犯行的否認程度等。

性犯罪風險的評估有助於擬定處遇計畫，在處遇前進行風險因子的評估，找出那些風險因子與性侵害再犯是有所關聯的。為了避免再犯，因此在處遇的過程中，必須學習因應風險因子的策略，此時還是要持續地進行再犯歷程評估，以及評估風險因子改善的情形。最後在處遇結束時，則是進行成效評估，主要是檢視風險因子是否有顯著降低，相對地減少再犯的可能性。

以本案例小元為例的相關評估，說明如下：

1. 薄弱的家庭支持與衝突的互動關係：小元長期家人關係疏

離，甚至是家庭暴力的相對人，使得在小元需要協助的時候無人可提供支持。

2. 不穩定的就業與經濟狀況：小元從事臨時工工作，同時受到不穩定的情緒與病情影響，使得收入不穩定，進一步增加生活壓力。
3. 疾病適應與醫療合作度不佳：小元長期未規則就醫與服藥，使得情緒與病情不穩定，進一步影響人際互動，增加衝突可能性。
4. 缺乏正確的性知識與互動：小元處理分手時出現侵犯小花的行為。
5. 不安全依附關係發展影響成年後的親密關係：小元為家暴目睹兒，缺乏安全依附關係，並因精神疾病等因素，使其習慣以威脅、權控等方式來維持親密關係。

肆、處遇

以本案為例，小元是性侵害相對人，但同時也兼具家暴加害人、精神病人的角色，甚至還有童年逆境所造成的心理創傷議題。在目前社安網的體制中，小元因為性侵害相對人與精神病人的角色，主要由衛生局心衛社工提供處遇服務，如以下說明：

1. 家屬會談，協助進行家暴通報，以利社會局家庭暴力暨性侵害防治中心社工進一步了解家屬是否有申請家暴保護令之需要，或是小元是否需要接受家暴處遇計畫。
2. 提供家屬相關的疾病衛教，促進家屬對於精神疾病之了解，改善家庭互動關係。
3. 提供家屬或小元法律扶助基金會資源，透過律師之協助，讓小元在接受司法審判過程中可以受到合理、平等之對待。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

4. 心衛社工陪同至精神科回診，由醫師評估病情狀況並擬定治療計畫，期透過規則治療及遵從醫囑服藥，以穩定病情。
5. 心衛社工陪同回診時，告知門診醫師關於小元過往之創傷經驗，以利醫師評估轉介臨床心理師進行個別心理治療，期待透過個別心理治療，讓小元學習適當之情緒表達與宣洩，建立適當的互動關係。
6. 接受性侵害處遇團體，衛教小元適當之親密關係互動與界限，知悉相關的法律規範。

伍、網絡合作

衛生福利部精神照護資訊管理系統將社區中的精神病人分級照護，由衛生所公衛護士分層追蹤關懷。案例中的小元並非長期於精神科就診之個案，可能非精神照護資訊管理系統列管個案，但因此次案件的發生，讓小元有機會獲得衛生局心衛社工主責提供服務，同時連結、媒合其他正式支持系統。

以下為各網絡專業人員提供之服務內容：

一、心衛社工

心衛社工服務具有多重議題之精神病人，小元因妨害性自主案件有機會進入社安網心衛社工服務範圍內。透過心衛社工的介入，可提供以下服務：

1. 陪同小元規則門診。
2. 協助小元獲得相關福利身分。
3. 透過家訪與電訪追蹤小元社區生活適應狀況。

二、精神科社工

當小元進入精神醫療體系後，精神科社工可與心衛社工、小元共同討論未來的生活規劃，包括下列：

1. 家庭互動關係。
2. 職場適應議題。
3. 協助媒合相關社會資源，如日間型或住宿型精神復健機構。

當小元在相關社會福利身分未取得前，因經濟議題無法長期規則門診時，精神科社工可透過院內「仁愛基金」(或其他相關民間補助)等方案給予協助，以利小元穩定及規則就醫。

除此之外，精神科社工也可與心衛社工、小元共同跟門診醫師討論轉介臨床心理師進行個別心理治療，透過心理治療讓小元有機會修復創傷、學習適當情緒宣洩方式與管道。

三、勞政資源(就業服務員)

長期的情緒不穩定必然影響小元的工作適應狀況，當小元具備相關社會福利身分時，可透過心衛社工或精神科社工轉介就業服務員提供職業評估等相關服務，協助媒合適合的工作機會。就業服務員也可透過定期的職場訪視輔導讓小元有機會穩定於職場，協助其經濟自立。

陸、結語

由於性罪犯的特質和家庭暴力行為之間可能互有關聯性及交互作用，因此，對於性侵害合併家暴議題之相對人的處遇服務，必須從多個角度入手，包括心理治療、社會支援、法律援助等多方面進行綜合處理。依據整體評估，以人為本，制定周全但又兼具個別化

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

的處遇服務，同時連結網絡資源共同合作，整合各網絡專業人員的資源與專業知識，期許達到再犯預防的效果。

重點回顧

家內性侵害與婚姻強暴為重要但卻又不常被通報的家庭暴力，此類型暴力的發生，被害人無法立即求助，因而使得被害人承受身心極大的創傷，可以藉由跨網絡的合作與各專業職類的敏感度，提高案件通報率與提供被害人適時的協助。

問題與討論

問：家內性侵害的兄長與親生父親，各具有何種特徵？

答：兄長具有較衝動傾向，偏差行為亦較嚴重，而親生父親自責的程度最高，易有自殺等偏激行為。

問：擬定性罪犯處遇治療之前需要考量那些中心議題？

答：擬定性罪犯處遇治療時需要考慮「接受治療的配合度」(amenable to treatment) 與「風險因子」(risk factors) 兩個核心議題。

問：性犯罪的風險評估包含哪些面向？

答：性犯罪風險評估，包含犯罪歷程、犯罪紀錄、性犯罪類型、與性犯罪相關之事件及對犯行的否認程度等。

參考文獻

內政部家庭暴力防治委員會 (2001)。家庭暴力相對人裁定前鑑定專業人員訓練手冊。臺北：內政部家庭暴力防治委員會。

李鴻懋 (2008)。亂倫行為加害成因及歷程之研究。中央警察大學犯罪防

- 治研究所碩士論文。
- 林子正 (2012)。家內亂倫性侵害靜態危險因子之研究—以法務部矯正署臺中監獄性侵犯為例。國立中正大學碩士論文。
- 林明傑、陳文心、陳慧女、劉小菁 (譯) (2000)。家庭暴力者輔導手冊 (原作者 M. Lindsey, R. W. McBride & C. M. Platt)。臺北：張老師文化。(原著出版年 1996)
- 林明傑、沈勝昂 (2004)。法律犯罪心理學。臺北：雙葉。
- 高雄市政府社會局家庭暴力及性侵害防治中心 (2021)。家內性侵害高雄
市家內性侵害案件相對人裁定保護令前鑑定評估及處遇整合性計畫。
- 許春金 (2007)。慢性犯罪者與犯罪理論。中央警察大學犯罪防治學報，(8)，1-20。
- 陳若璋、施志鴻、劉志如 (2001)。五位臺灣亂倫父親犯罪歷程之分析。中華輔導與諮商學報，(11)，1-36。
- 陳若璋、劉志如 (2001)。五類型性罪犯特質與預測因子探討。中華心理衛生學會，14(4)，59-98。
- 湯詠煊 (2013)。一個強暴，各自表述？—從框架觀點省視戰後婦運的強暴法律改革 (1971-1999)。臺灣大學法律學院法律學系碩士論文。
- 黃志中 (2001)。台灣家庭暴力相對人之鑑定與治療模式。台灣司法精神醫學新世紀之突破研討會論文集。高雄：高雄市立凱旋醫院。
- 黃志中、吳慈恩、高浩雲、姬瑪娜 (1999)。婚姻暴力合併強暴之探索性研究。台灣性學學刊，5(2)，37-49。
- 黃志中、郭清寶、高浩雲、吳慈恩 (2000)。高雄地區婚姻暴力合併婚姻強暴之個案分析。婦女醫療倫理學術研討會論文集 (頁 6-29)。高雄：高雄市政府衛生局。
- 蔡秀玲、王淑娟譯，Christine A. Courtois 著 (2001)。治療亂倫之痛：成年倖存者的治療 (Healing the Incest Wound Adult Survivors In Therapy)，臺北：五南圖書。
- 衛生福利部心理及口腔健康司 (2016)。家庭暴力加害人處遇計畫規範。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

臺北：衛生福利部心理及口腔健康司。

衛生福利部保護服務司統計資訊網頁(檢索日期:民國 112 年 10 月 14 日)

<https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-cat01.html>

盧鴻文(2008)。曾遭受家庭內性侵害者家庭經驗之探究。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所。

藍慶煌(1998)。性侵害加害者之社會心理剖繪研究—以近親相姦(亂倫)為主要研究對象。中央警察大學犯罪防治研究所碩士論文。

Brown K., & Herbert, M. (1997). *Preventing family violence*. England: John Wiley & Sons.

Dutton, D. G. (1988). Profiling of wife assaulters: Preliminary evidence for a trimodal analysis. *Violence and Victims*, 3, 5-30.

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general Psychiatry*, 66(2), 152-161.

Higgins, R. A. (2024). A Systematic Review of Criminogenic Factors of Intrafamilial and Extrafamilial Child Sexual Abuse. *A Thesis Submitted to Saint Mary's University*. In Partial Fulfillment of the Requirements for the Honour's Degree, Bachelor of Arts in Criminology.

Kumar S (2023). Marital rape: Whether a crime or not? *International Journal of Current Science*, 13(1), 862-867.

McGrath, R. J. (1991). Sex-offender risk assessment and disposition planning: A review of empirical and clinical findings. *Int J Offender Therapy Comparative Criminology*, 35(4), 328-350.

Pusch, S. A., Ross, T., & Fontao, M. I. (2021). The environment of intrafamilial offenders—a systematic review of dynamics in incestuous families. *Sexual Offending: Theory, Research, and Prevention*, 16, 1-20.

Putri, P. R., Prasetyo, A. W., & Lendang, J. (2020). Description Of The Factors Related To Incest: The Characteristics Of The Person—A Case

Study Of A Father Relating Sexually With His Daughter. *European Journal Of Public Health Studies*, 3(1).

Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575.

Srivastava S, Mishra P. C. (2023). Global perspective on marital rape: A cross-cultural examination. *Journal of Research Administration*, 5(2), 11678-11687.

Walker, L. E. (1979). *Myth and reality: The battered woman*. NY: Harper & Row Publications.

Zaini, M., Ahmad, Y., & Jalil, A. (2022). The well-known devil of incest: it's all begun within the family. *Journal of Education and Social Sciences*, 21(1), 55-62.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

— |

| —

— |

| —

附 錄

附錄一 附 件

附錄二 本手冊相關法規

附錄一 附件

- 附件 2-1 臺灣親密關係暴力危險評估表 2.0 (通報版) 403
- 附件 3-1 臺灣親密關係暴力危險評估表 2.0 404
- 附件 3-2 兒童少年受虐待暨被疏忽研判指標簡明版表格 406
- 附件 3-3 兒童少年受虐待暨被疏忽危機診斷表 408
- 附件 3-4 酒癮檢測評估工具 411
- 附件 3-5 高雄市政府毒品防制局－藥癮者施用毒品之感受評量表 414
- 附件 3-6 藥物施用簡易評估表 (DUDIT) 415
- 附件 3-7 高雄市政府衛生局家事輔導課程 416
- 附件 3-8 高雄市政府衛生局家事輔導課程【課後回饋單】 418
- 附件 5-1 未成年直系血親卑親屬對尊親屬暴力事件評估表 420
- 附件 7-1 性侵害案件驗證同意書 422
- 附件 7-2 疑似性侵害案件醫療及蒐證流程 423
- 附件 7-3 受理疑似性侵害事件驗傷診斷書 426
- 附件 7-4 員警處理性侵害案件交接及應行注意事項表 429
- 附件 7-5 疑似性侵害案件藥物採證及鑑驗標準作業程序 430
- 附件 7-6 疑似性侵害案件藥毒物鑑驗收件流程圖 432
- 附件 7-7 性侵害案件藥物鑑驗血、尿液檢體監管紀錄表 433
- 附件 7-8 疑似性侵害案件胚胎採證標準作業程序 435
- 附件 7-9 性侵害案件胚胎採證流程圖 436
- 附件 7-10 性侵害案件胚胎採證監管紀錄表 437

附件 2-1 臺灣親密關係暴力危險評估表 2.0 (通報版)

(20220901 版)

被害人姓名：_____ 相對人姓名：_____ 兩造關係：_____ 填寫日期：__年__月__日
 填寫人單位：_____ 填寫人姓名：_____ 聯絡電話：_____

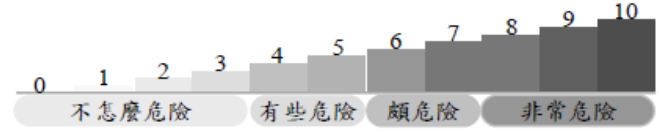
使用者：勿請被害人自行填答，由第一線受理親密關係暴力案件之社工、警察、醫事人員及相關人員填答。

使用方式：詢問被害人下列問題，除第 7、8 題外，其他各題所述情況包含過去與本次，並在每題右邊的有或沒有的框內打勾(✓)，每一項目勾選「有」者，計 1 分。

評估對象：遭受親密關係暴力之成年人。

說明：評估項目中之「對方」，指被害人之相對人，包括異性戀或同性關係之伴侶(例如前/配偶、前/同居伴侶、前/伴侶、前/男女朋友等)。

※你遭受對方暴力的時間已持續多久? ____年__月。

評 估 項 目	沒有	有
1. 對方曾做出一些危險動作(傷害或威脅恐嚇你(例如拿刀、槍、酒瓶、鐵器、棍棒、硫酸、汽油、或開車、騎機車衝撞你……))。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 對方曾對你有不能呼吸的暴力行為。 (例如： <input type="checkbox"/> 勒/掐脖子、 <input type="checkbox"/> 悶臉部、 <input type="checkbox"/> 按頭入水、 <input type="checkbox"/> 開瓦斯、或 <input type="checkbox"/> 其他_____等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 對方曾在住處以外的地方對你有過肢體暴力(例如：公開場合、他人住處、他人可能見聞之處……)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 對方曾對家人以外的人施以肢體暴力(例如朋友、鄰居、同事、陌生人等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 對方曾未經你同意強行把你帶走或關起來。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 對方曾揚言或威脅要殺掉你。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 你相信對方有可能殺掉你。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 過去一年中，對方對你愈打愈嚴重或愈打愈頻繁。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你對於目前自己危險處境的看法(0 代表無安全顧慮，10 代表非常危險) 請你在 0~10 級中圈選：	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="margin-left: 20px; text-align: right;"> 上列答有 題數合計 分 </div> </div>	
<input type="checkbox"/> TIPVDA 分數 < 5，但經評估為高危機個案原因：_____		
警察 / 社工人員 / 醫事人員對於本案之重要紀錄或相關評估意見註記如下：		
1. TIPVDA 分數 ≥ 5 分或經評估為高危機個案，你是否願意警政介入協助約制對方？ <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意，理由：_____		
2. 其他相關紀錄及評估意見：		



附件 3-1 臺灣親密關係暴力危險評估表 2.0

(20220901 版)

被害人姓名：_____ 相對人姓名：_____ 兩造關係：_____ 填寫日期：__年__月__日
填寫人單位：_____ 填寫人姓名：_____ 聯絡電話：_____

使用者：處理親密關係暴力案件之個案社工、家庭暴力防治官或相關評估人員。
使用方式：詢問被害人下列問題，除第 4、10、11、17、18 題外，其他各題所述情況包含過去與本次，並在每題右邊的有或沒有的框內打勾(✓)，每一項目勾選「有」者，計 1 分；並圈選勾選「有」之題項的加權分數，累加合計總分。
評估對象：遭受親密關係暴力之成年人。
說明：評估項目中之「對方」，指被害人之相對人，包括異性戀或同性關係之伴侶(例如前/配偶、前/同居伴侶、前/伴侶、前/男女朋友等)。

*你遭受對方暴力的時間已持續多久? __年__月。

評 估 項 目	沒有	有	加權分數
1. 對方曾說話羞辱、貶抑、詛咒你。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
2. 對方曾對你有跟蹤、監視或惡性打擾等行為，包括教唆他人。(例如跟隨、注視、密集狂打電話或傳訊息、打電話卻不出聲、網路追蹤、在你住所或工作地點留下物品等)。(假如你無法確定，請在此打勾□)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
3. 對方有很強烈的嫉妒心或占有慾(例如曾說過：「如果我得不到你，別人也別想得到你」)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
4. 對方最近懷疑或認為你們之間有第三者介入感情方面的問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
5. 對方曾做出一些危險動作傷害或威脅恐嚇你(例如拿刀、槍、酒瓶、鐵器、棍棒、硫酸、汽油、或開車、騎機車衝撞你……)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+3
6. 對方曾對你有不能呼吸的暴力行為(例如： <input type="checkbox"/> 勒/掐脖子、 <input type="checkbox"/> 悶臉部、 <input type="checkbox"/> 按頭入水、 <input type="checkbox"/> 開瓦斯、或 <input type="checkbox"/> 其他等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+5
7. 對方曾故意傷害你的性器官(例如踢、打、槌或用異物傷害下體、胸部或肛門)或對你性虐待。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+3
8. 對方曾在住處以外的地方對你有過肢體暴力(例如：公開場合、他人住處、他人可能見聞之處……)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+2
9. 對方曾未經你同意強行把你帶走或關起來。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+3
10. 過去一年中，對方對你愈打愈嚴重或愈打愈頻繁。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+1
11. 對方目前每天或幾乎每天喝酒喝到醉(「幾乎每天」指一週四天及以上)。 若是，續填下面兩小題： (1) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 若沒喝酒就睡不著或手發抖。 (2) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 醒來就喝酒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---

評 估 項 目	沒有	有	加權 分數
12. 對方曾威脅傷害□家人或□家中寵物。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+2
13. 對方曾對家人以外的人施以肢體暴力(例如朋友、鄰居、同事、陌生人等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+1
14. 對方會因為你向警察、社工、醫院、法院或學校……等部門求助而有激烈反應(例如曾言語恐嚇或暴力行為)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
15. 對方曾說過像:「要死就一起死」、或是「要分手、要離婚、或要聲請保護令……就一起死」等話。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
16. 對方曾揚言或威脅要殺掉你。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+1
17. 你相信對方有可能殺掉你。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+1
18. 你最近想過要自殺、或嘗試自殺。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
你對於目前自己危險處境的看法(0代表無安全顧慮, 10代表非常危險)請你在 0~10 級中圈選:			答「有」題 數及「加權」 分 數 小 計
			「有」及「 加權」分數 合 計
<input type="checkbox"/> TIPVDA 分數 < 20, 但經評估為高危機個案原因: _____			
評估人員對於本案之重要紀錄或相關評估意見註記如下:			
1. TIPVDA 分數 ≥ 5 分或經評估為高危機個案, 你是否願意警政介入協助約制對方? <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意, 理由: _____			
2. 其他相關紀錄及評估意見: _____			

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
附錄

附件 3-2
兒童少年受虐待暨被疏忽研判指標簡明版表格

兒童少年姓名		個案號		兒童少年年齡	
兒童少年性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	疑似施虐者		與兒童少年關係	
主要照顧者		與兒童少年關係		填表人	
調查日期		調查方式	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪	填表日期	年 月 日

類別	項 目
一、 兒童少年 身體傷害 狀況	<input type="checkbox"/> 瘀傷：_____部位，可能器具： <input type="checkbox"/> 燒燙傷：_____部位，可能器具： <input type="checkbox"/> 骨折：_____部位，可能器具： <input type="checkbox"/> 割裂擦刺傷：_____部位，可能器具： <input type="checkbox"/> 臟器傷害：_____器官，可能器具： <input type="checkbox"/> 性傷害：_____部位，可能器具： <input type="checkbox"/> 其他：_____
	1. 傷害造成原因： <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 非意外 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 暫時無法判斷 2. 傷 害 程 度： <input type="checkbox"/> 有生命危險 <input type="checkbox"/> 無生命危險 3. 是否須就醫： <input type="checkbox"/> 有就醫之必要 <input type="checkbox"/> 無就醫之必要 4. 有無舊傷痕： <input type="checkbox"/> 有舊傷痕 <input type="checkbox"/> 無舊傷痕 5. 其他：_____
	補充說明
二、 兒童少年 受不當對待 情形	<input type="checkbox"/> 被遺棄（完全或長期遺棄） <input type="checkbox"/> 遭不當體罰 <input type="checkbox"/> 被利用行乞 <input type="checkbox"/> 被強迫婚嫁 <input type="checkbox"/> 被拐騙、綁架、買賣、質押 <input type="checkbox"/> 以兒少為擔保之行為 <input type="checkbox"/> 獨處於易發生危險或傷害之環境 <input type="checkbox"/> 被利用犯罪或為不正當之行為 <input type="checkbox"/> 目睹家庭暴力 <input type="checkbox"/> 訴說被傷害或性侵害 <input type="checkbox"/> 無戶籍 <input type="checkbox"/> 長期被禁閉屋內 <input type="checkbox"/> 不合理的期待與要求 <input type="checkbox"/> 常年身體污穢不潔 <input type="checkbox"/> 缺乏足夠的食物，經常三餐不繼 <input type="checkbox"/> 經常食用腐敗食物 <input type="checkbox"/> 無固定或適當之居住處所 <input type="checkbox"/> 住屋環境不潔
	<input type="checkbox"/> 被利用從事有害健康等危險性活動或欺騙的行為 <input type="checkbox"/> 因身心障礙或特殊形體而被利用供人參觀 <input type="checkbox"/> 被剝奪或妨礙接受國民義務教育的機會 <input type="checkbox"/> 被強迫、引誘、容留或媒介為猥褻行為或性交 <input type="checkbox"/> 被供應毒藥、毒品、麻醉藥品、刀械、槍砲、彈藥或其他危險物品 <input type="checkbox"/> 被利用拍攝或錄製暴力、猥褻、色情之出版品、圖畫、錄影帶、錄音帶、影片、光碟、磁片、電子訊號、遊戲軟體、網際網路等 <input type="checkbox"/> 被提供或播送有害其身心發展之出版品、圖畫、錄影帶、影片、光碟、電子訊號、網際網路等 <input type="checkbox"/> 被帶領、誘使進入有礙其身心健康之場所 <input type="checkbox"/> 六歲以下兒童或需要特別看護之兒少由不適當的人代為照顧 <input type="checkbox"/> 有立即接受診治之必要，但未就醫或延誤就醫 <input type="checkbox"/> 被迫長時間工作，或從事體力難以應付之工作 <input type="checkbox"/> 被給予不必要之醫療檢查或不當處置 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	補充說明

類別	事實狀況及說明	
三、 兒童少年行為狀況	<input type="checkbox"/> 就學情形異常（如：缺課、中輟） <input type="checkbox"/> 學業成績低落 <input type="checkbox"/> 同儕關係不良 <input type="checkbox"/> 有偏差行為 <input type="checkbox"/> 在外遊蕩 <input type="checkbox"/> 有攻擊或暴力行為 <input type="checkbox"/> 不合年齡的性知識或性行為 <input type="checkbox"/> 性濫交 <input type="checkbox"/> 從事性交易（含上網媒介性交易） <input type="checkbox"/> 參與或從事飆車活動 <input type="checkbox"/> 吸菸、飲酒、嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 施用毒品、非法施用管制藥品或其他有害身心健康之物質 <input type="checkbox"/> 擔任酒家、特種咖啡茶室、限制級電子遊戲場及其他涉及賭博、色情、暴力等經主管機關認定足以危害其身心健康場所之侍應 <input type="checkbox"/> 觀看、收聽或使用足以妨害其身心健康之暴力、色情、猥褻、賭博之出版品、圖畫、錄影帶、錄音帶、影片、光碟、磁片、電子訊號、遊戲軟體、網際網路或其他物品 <input type="checkbox"/> 其他：	
	補充說明	
四、 兒童少年心理／精神／情緒狀況	<input type="checkbox"/> 有自我毀傷、自虐的想法或行動 <input type="checkbox"/> 有自殺的想法或行動 <input type="checkbox"/> 睡眠困擾 <input type="checkbox"/> 飲食障礙 <input type="checkbox"/> 自我概念不佳、自我形象低落 <input type="checkbox"/> 對他人不信任 <input type="checkbox"/> 不願接近施虐者 <input type="checkbox"/> 意圖遮掩傷口 <input type="checkbox"/> 退化行為 <input type="checkbox"/> 超乎常態的黏父母或照顧者 <input type="checkbox"/> 自卑 <input type="checkbox"/> 不敢或不願回家 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 恐懼 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 沉默，沒有情感 <input type="checkbox"/> 不安全感 <input type="checkbox"/> 自責、內疚 <input type="checkbox"/> 罪惡感 <input type="checkbox"/> 失去活力、精神不集中 <input type="checkbox"/> 其他：	
	補充說明	
五、 疑似施虐者／父母／主要照顧者行為與特質	<input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 自我概念不佳、自我形象低落 <input type="checkbox"/> 控制衝動的能力差 <input type="checkbox"/> 因應能力不足 <input type="checkbox"/> 攻擊、暴力行為 <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 酗酒、藥物濫用 <input type="checkbox"/> 幼年有受虐經驗 <input type="checkbox"/> 迷信 <input type="checkbox"/> 讓兒童少年目睹家庭暴力 <input type="checkbox"/> 婚姻困難 <input type="checkbox"/> 經濟困難 <input type="checkbox"/> 失業中 <input type="checkbox"/> 社會支持或社會資源不足 <input type="checkbox"/> 拒絕社會支持或社會資源 <input type="checkbox"/> 否認兒童少年受虐 <input type="checkbox"/> 不願說明施虐狀況 <input type="checkbox"/> 對兒童少年的傷有不合理解釋 <input type="checkbox"/> 對兒童少年有負面評價 <input type="checkbox"/> 對兒童少年有不合理的期待與要求 <input type="checkbox"/> 威脅兒童少年（如：自殘、不要你、不可以說出去） <input type="checkbox"/> 其他：	
	補充說明	

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
附錄

附件 3-3
兒童少年受虐待暨被疏忽危機診斷表

兒童少年姓名		個案號		兒童少年年齡	
兒童少年性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	疑似施虐者		與兒童少年關係	
主要照顧者		填表人		填表日期	年 月 日

	項次	低度危機	中度危機	高度危機
兒童少年因素	1. 年齡	<input type="checkbox"/> 12歲至未滿18歲	<input type="checkbox"/> 7歲至未滿12歲	<input type="checkbox"/> 未滿7歲
	2. 身心狀況	<input type="checkbox"/> 沒有生理或心理缺陷或限制	<input type="checkbox"/> 具輕微之身體疾病、身體障礙、心智障礙或發展遲緩	<input type="checkbox"/> 有嚴重之身體疾病 <input type="checkbox"/> 中重度身體障礙、心智障礙或發展遲緩
	3. 自我保護能力	<input type="checkbox"/> 有自我求助能力且可自我照顧和保護，不需要成人協助	<input type="checkbox"/> 雖有自我求助能力，但需要成人協助才能照顧和保護自己	<input type="checkbox"/> 完全無求助能力且一定需要成人的協助、保護及照顧
	4. 問題行為	<input type="checkbox"/> 輕微情緒問題或過動 <input type="checkbox"/> 偶爾有缺課紀錄 <input type="checkbox"/> 偶爾上學遲到 <input type="checkbox"/> 目前在家但曾有離家紀錄 <input type="checkbox"/> 輕微行為偏差 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 明顯情緒問題或過動 <input type="checkbox"/> 經常有缺課紀錄 <input type="checkbox"/> 經常上學遲到 <input type="checkbox"/> 偶爾離家未歸 <input type="checkbox"/> 嚴重行為偏差 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 中輟 <input type="checkbox"/> 嚴重學校適應問題 <input type="checkbox"/> 經常離家或目前離家 <input type="checkbox"/> 違法行為 <input type="checkbox"/> 自殺的想法或行動 <input type="checkbox"/> 酗酒或藥物濫用 <input type="checkbox"/> 極端的敵意、暴力、攻擊 <input type="checkbox"/> 性濫交、性交易或性交易之虞 <input type="checkbox"/> 其他
兒童少年受虐待狀況	1. 受虐史	<input type="checkbox"/> 第一次被舉發	<input type="checkbox"/> 曾被舉發 <input type="checkbox"/> 兒童少年與其家庭曾接受兒童少年保護服務	<input type="checkbox"/> 目前為兒童少年保護之個案 <input type="checkbox"/> 多次受虐記錄 <input type="checkbox"/> 家中曾有其他子女因受虐致死或四肢器官遭受永久傷害 <input type="checkbox"/> 經常目睹家庭暴力
	2. 受傷部位	<input type="checkbox"/> 膝蓋、手肘、屁股	<input type="checkbox"/> 軀幹(體)、四肢	<input type="checkbox"/> 頭部、臉部或生殖器、臟器
	3. 受傷程度	<input type="checkbox"/> 無傷害或輕微受傷，無需要送醫治療	<input type="checkbox"/> 輕微身體外傷，需送醫治療	<input type="checkbox"/> 兒童少年需要立即送醫處理或住院 <input type="checkbox"/> 已有生命危險
	4. 受虐頻率	<input type="checkbox"/> 兩個月一次 <input type="checkbox"/> 單一傷害事件(偶爾打，但不是同一因素或同一方式)	<input type="checkbox"/> 偶爾發生一次(約一個月一次)	<input type="checkbox"/> 未滿一週一次 <input type="checkbox"/> 持續受虐事件(約一週一次)

	項次	低度危機	中度危機	高度危機
兒童少年受虐待狀況	5. 受生活照顧狀況	<input type="checkbox"/> 未對兒童少年造成明顯影響	<input type="checkbox"/> 照顧者提供兒童少年基本的醫療、衣、食、居住安全有不足之處	<input type="checkbox"/> 照顧者未提供兒童少年醫療、衣、食、居住安全
	6. 受施虐者威脅程度	<input type="checkbox"/> 施虐者已經離家，沒有機會接近兒童少年 <input type="checkbox"/> 施虐者對兒童少年沒有危害狀況	<input type="checkbox"/> 施虐者在家，雖有機會接近兒童少年，但兒童少年受到其他成人保護	<input type="checkbox"/> 施虐者在家，能隨時接近兒童少年，且不确定有其他成人保護兒童少年
照顧者因素	1. 生理、智力、精神或情緒能力	<input type="checkbox"/> 無生理疾病 <input type="checkbox"/> 無智能問題 <input type="checkbox"/> 情緒穩定	<input type="checkbox"/> 輕微智障 <input type="checkbox"/> 疑似或曾有精神病 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 有時無法控制情緒	<input type="checkbox"/> 中重度殘 <input type="checkbox"/> 中重度智障 <input type="checkbox"/> 罹患精神疾病 <input type="checkbox"/> 經常無法控制情緒 <input type="checkbox"/> 罹患重大疾病
	2. 對兒童少年受虐的態度	<input type="checkbox"/> 對兒童少年期待合理 <input type="checkbox"/> 承認有兒童少年受虐	<input type="checkbox"/> 偶爾對兒童少年不合理，不實際期待 <input type="checkbox"/> 對兒童少年受虐事件避重就輕	<input type="checkbox"/> 持續對兒童少年有不合理、不實際的期待與要求 <input type="checkbox"/> 拒絕承認有兒童少年受虐待的問題
	3. 合作意願	<input type="checkbox"/> 有高度意願與機構合作解決問題	<input type="checkbox"/> 表面順從但配合度不夠	<input type="checkbox"/> 拒絕或無意願與機構合作
	4. 酗酒與藥物濫用狀況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 曾經酗酒或藥物濫用	<input type="checkbox"/> 持續有過量酗酒或藥物濫用（此酒癮或藥癮對兒童少年產生安全威脅）
	5. 親職能力	<input type="checkbox"/> 適當的照顧或管教知識及能力	<input type="checkbox"/> 不一致的照顧或管教知識與能力	<input type="checkbox"/> 嚴重缺乏照顧或管教能力
施虐者因素	1. 生理、智力、精神或情緒能力	<input type="checkbox"/> 無生理疾病 <input type="checkbox"/> 無智能問題 <input type="checkbox"/> 情緒穩定	<input type="checkbox"/> 輕微智障 <input type="checkbox"/> 疑似或曾有精神病 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 有時無法控制情緒	<input type="checkbox"/> 中重度殘 <input type="checkbox"/> 中重度智障 <input type="checkbox"/> 罹患精神疾病 <input type="checkbox"/> 經常無法控制情緒 <input type="checkbox"/> 罹患重大疾病
	2. 對兒童少年受虐的態度	<input type="checkbox"/> 對兒童少年期待合理 <input type="checkbox"/> 承認有兒童少年受虐	<input type="checkbox"/> 偶爾對兒童少年不合理，不實際期待 <input type="checkbox"/> 對兒童少年受虐事件避重就輕	<input type="checkbox"/> 持續對兒童少年有不合理、不實際的期待與要求 <input type="checkbox"/> 拒絕承認有兒童少年受虐待的問題
	3. 合作意願	<input type="checkbox"/> 有高度意願與機構合作解決問題	<input type="checkbox"/> 表面順從但配合度不夠	<input type="checkbox"/> 拒絕或無意願與機構合作
	4. 酗酒與藥物濫用狀況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 曾經酗酒或藥物濫用	<input type="checkbox"/> 持續有過量酗酒或藥物濫用（此酒癮或藥癮對兒童少年產生安全威脅）
	5. 親職能力	<input type="checkbox"/> 適當的照顧或管教知識及能力	<input type="checkbox"/> 不一致的照顧或管教知識與能力	<input type="checkbox"/> 嚴重缺乏照顧或管教能力

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
附錄

	項次	低度危機	中度危機	高度危機
家庭因素	1. 壓力與危機	<input type="checkbox"/> 家庭生活穩定 <input type="checkbox"/> 有固定工作與收入	<input type="checkbox"/> 收入不足 <input type="checkbox"/> 缺乏家庭管理技巧 <input type="checkbox"/> 家中有人患重大疾病 <input type="checkbox"/> 家中有失業人口	<input type="checkbox"/> 嚴重婚姻衝突 <input type="checkbox"/> 混亂生活方式 <input type="checkbox"/> 半年內家中有人過世 <input type="checkbox"/> 經濟困難
	2. 支持系統	<input type="checkbox"/> 親友關係佳，且能充分提供協助	<input type="checkbox"/> 有親友願意協助，但能力有限 <input type="checkbox"/> 親友僅能提供有限的協助	<input type="checkbox"/> 與親友、鄰里不相往來或關係交惡
	3. 生活環境	<input type="checkbox"/> 家中顯出整潔且無危害安全及健康之物品或設施	<input type="checkbox"/> 有未處理之垃圾、水電不通 <input type="checkbox"/> 螞蟻、蟑螂、老鼠及其他蟲類橫行 <input type="checkbox"/> 居住條件不良，危害健康：如違章建築、貨櫃屋等	<input type="checkbox"/> 居住於環境惡劣或危險之處所 <input type="checkbox"/> 無固定住所
其他				

附件 3-4
酒癮檢測評估工具
自填式華人飲酒問題篩檢問卷 (C-CAGE Questionnaire)

- 一、你曾經不想喝太多，後來卻無法控制而喝酒過量嗎？
是 否
- 二、家人或朋友為你好而勸你少喝一點酒嗎？
是 否
- 三、對於喝酒這件事，你會覺得不好或感到愧疚嗎？
是 否
- 四、你曾經早上一起床尚未進食之前，就要喝一杯才覺得比較舒服穩定？
是 否
- 若以上四個問題，有一題為「是」，請接續酒精使用疾患確認檢測 (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)

酒精使用疾患確認檢測 (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)

下列問題是詢問您過去一年來使用酒精性飲料的情形

- 一、你多久喝一次酒？
 (0) 從未 (1) 每月少於一次 (2) 每月二到四次
 (3) 每週二到三次 (4) 一週超過四次
- 二、在一般喝酒的日子，你一天可以喝多少酒精單位？
 (0) 1 或 2 (1) 3 或 4 (2) 5 或 6 (3) 7 到 9 (4) 高過 10

以下為參考用—每瓶酒之酒精單位數 (單位 / 瓶)		
罐裝啤酒：1	瓶裝啤酒：2.3	保力達、維士比 (600 cc)：4
紹興酒：8	米酒：11	高粱酒 (300 cc)：14.5
陳年紹興酒：9	參茸酒 (300 cc)：7.5	葡萄酒、紅酒：4.2
米酒頭：17.5	威士忌、白蘭地 (600 cc)：20.5	

- 三、多久會有一次喝超過 6 單位的酒？
 (0) 從未 (1) 每月少於一次 (2) 每月 (3) 每週
 (4) 幾乎每天

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

四、過去一年中，你發現一旦開始喝酒後便會一直想要繼續喝下去的情形有多常見？

- (0) 從未 (1) 每月少於 1 次 (2) 每月 (3) 每週
 (4) 幾乎每天

五、過去一年中，因為喝酒而無法做好你平常該做的事的情形有多常見？

- (0) 從未 (1) 每月少於 1 次 (2) 每月 (3) 每週
 (4) 幾乎每天

六、過去一年中，經過一段時間的大量飲酒後，早上需要喝一杯才會覺得舒服的情形有多常見？

- (0) 從未 (1) 每月少於 1 次 (2) 每月 (3) 每週
 (4) 幾乎每天

七、過去一年中，在酒後覺得愧疚或自責不該這樣喝的情形有多常見？

- (0) 從未 (1) 每月少於 1 次 (2) 每月 (3) 每週
 (4) 幾乎每天

八、過去一年中，酒後忘記前一晚發生事情的情形有多常見？

- (0) 從未 (1) 每月少於 1 次 (2) 每月 (3) 每週
 (4) 幾乎每天

九、是否曾經有其他人或是你自己因為你的喝酒而受傷過？

- (0) 無 (2) 有，但不是在過去一年 (4) 有，在過去一年中

十、是否曾經有親友、醫生、或其他醫療人員關心你喝酒的問題，或是建議你少喝點？

- (0) 無 (2) 有，但不是在過去一年 (4) 有，在過去一年中

■ 合計總分：_____

■ 計分方式：每個選項前面的括弧內有一個數字，**將選擇的項目數字加總起來**，即為酒精使用疾患確認檢測的得分。

男性總分 ≥ 8 分，女性 $\geq 4\sim 6$ 分，代表飲酒情形已經至少達到問題性飲酒的程度，若您有需要酒癮相關問題諮詢或想進一步了解自己飲酒的問題，請填寫下列同意書。

參加「酒癮治療服務方案」及個人資料使用同意書

本人同意參加「酒癮治療服務方案」，並同意將本人資料由_____（單位）提供予高雄市政府衛生局及_____（醫療機構），俾利提供本人有關飲酒問題之諮詢或醫療服務。

姓名：_____（請以正楷書寫） 性別：男 女

電話：_____ 年齡：_____

聯絡地址：_____

日期： 年 月 日

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

附件 3-5
高雄市政府毒品防制局－藥癮者施用毒品之感受評量表

您好：

請仔細閱讀以下 5 個題目內容，並依照自己目前想法在每題適當分數內打「✓」，此量表目的是要讓醫療人員了解您對施用藥物之感受，有效幫助您完成戒癮，請仔細思考後填寫，謝謝您的合作。

問 題	5 分	4 分	3 分	2 分	1 分
1. 您現在想用藥慾望有多強？					
2. 用藥後是否有罪惡感？					
3. 是否醒來就想用藥？					
4. 當出現某些人事物（朋友、酒、煙、吸管……等），會促使您想用藥？					
5. 想像您處於常用藥地點（藥頭家中、公園、汽車旅館、PUB……等）會勾起用藥想法？					
總 分					
計分說明：(1) 一定會：5 分 (2) 可能會：4 分 (3) 不一定：3 分 (4) 可能不會：2 分 (5) 一定不會：1 分					

備註：請院方工作人員協助將問卷編碼，當年度第一位補助對象為問卷 1 號（前、後測問卷使用同一編碼），以此類推。

附件 3-6
藥物施用簡易評估表 (DUDIT)

	1 從 不	2 一 個 月 一 次 以 下	3 一 個 月 至 四 次	4 一 週 二 至 三 次	5 一 週 四 次 以 上
1. 您多久使用酒精以外的藥物？					
2. 在同一場合下，您使用一種以上的藥物？					

	○ 次	一 至 二 次	三 至 四 次	五 至 六 次	七 次 以 上
3. 當您曾使用藥物時，通常一天使用多少次藥物？					

	不 曾	一 個 月 一 次 以 下	每 個 月	每 星 期	幾 乎 每 天
4. 您有多常受到藥物很大的影響					
5. 在過去的一年裡，您有多常覺得相當強烈渴望藥物，以至於無法抵抗它？					
6. 在過去的一年裡，有多常發生過，一旦你開始施用藥品就沒有辦法能夠停止吸毒的情形？					
7. 在過去的一年中，你多常因為吸毒，而忽略了應該做的事情？					
8. 在過去一年裡，您有多常需要在使用大量藥物後隔天早晨服用藥物？					
9. 在過去的一年裡，你多常因為使用毒品而感到內疚或覺良心不安					

	沒 有	有	
		發 生 在 一 年 以 前	發 生 在 過 去 一 年
10. 曾經發生過您自己或其他人因為您使用毒品而在精神上或身體上受傷？			
11. 是否曾有親戚或朋友，醫生或護士，或其他人一直擔心你的吸毒問題，或告訴你應該停止吸毒？			

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
附錄

附件 3-7
高雄市政府衛生局家事輔導課程
【課前問卷】

107.03.12 修訂

一、基本資料： No. _____

1. 姓名：_____
2. 性別：男 女
3. 年齡：20 歲以下 21~30 歲 31~40 歲 41~50 歲
51~60 歲 61~65 歲 65 歲以上
4. 居住地：高雄市_____區
5. 教育程度：未就讀 國小 國中 高中 大學(專科)
研究所以上
6. 與聲請人關係：配偶 前配偶 兄弟姊妹 親子
 (曾) 男女朋友 其他_____

二、自我觀點：

1. 我認爲保護令是專門保障女性與小孩的。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
2. 保護令中有禁止騷擾、通話、通信，但我想念小孩和配偶時，還是隨時可以打電話給他們。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
3. 夫妻 / 家人間溝而不通時，若對方咄咄逼人，出手制止是必然的。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
4. 夫妻 / 家人吵架時，不回嘴或離開現場是耍種的行爲。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
5. 我認爲自己的行爲是自己要負責任的。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
6. 我認爲酒精與暴力行爲之間的關聯。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
7. 我認爲小孩會學習大人的行爲，包括暴力。
完全不同意 不同意 同意 非常同意

8. 我認爲情緒是可以管理的。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
9. 我瞭解若違反保護令會處三年以下有期徒刑、拘役或併科新台幣十萬元以下之罰金。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
10. 我知道如何面對未來的法律程序？
完全不同意 不同意 同意 非常同意
- 三、綜合心理行爲現況：(可複選)
1. 我認爲引起家庭暴力最主要的原因是甚麼？
對方無理取鬧 對方外遇 情緒衝動 子女教養
使用酒精藥物 親子問題 親屬間相處問題 金錢糾紛
溝通議題 工作因素 感覺不受尊重
其他_____
2. 假設通常保護令確定裁定核發，我認爲我會如何反應？
完全不接受 遠離高雄 配合裁定內容
積極學習改變自己 請親友幫忙勸她/他 請她撤案
其他_____
3. 我平常處理壓力的方式是什麼？
抽菸 喝酒/茶 釣魚/蝦 打牌 看電視 睡覺
唱KTV 向朋友傾訴 外出兜風 性行爲
思考解決方式 認命
其他_____
4. 面對衝突，我認爲可以使用哪些方式處理呢？
辱罵 砸東西 出手打人 離開現場 保持沉默
自我傷害 自殺 請警察處理 請親屬處理
保持沉默/忍耐 等待時間溝通
其他_____

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

7. 我瞭解小孩會學習大人的行為，包括暴力。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
8. 我瞭解情緒是可以管理的。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
9. 我瞭解若違反保護令會處三年以下有期徒刑、拘役或併科新台幣十萬元以下之罰金。
完全不同意 不同意 同意 非常同意
10. 我知道如何面對未來的法律程序？
完全不同意 不同意 同意 非常同意

三、綜合心理行為回饋：(可複選)

1. 上課後，我認為引起家庭暴力最主要的原因是甚麼？
對方無理取鬧 對方外遇 情緒衝動 子女教養
使用酒精藥物 親子問題 親屬間相處問題 金錢糾紛
溝通議題 工作因素 感覺不受尊重
其他_____
2. 假設通常保護令確定裁定核發，我將會如何反應？
完全不接受 遠離高雄 配合裁定內容
積極學習改變自己 請親友幫忙勸她/他 請她撤案
其他_____
3. 上課後，我學習到處理壓力的方式有哪些？
抽菸 喝酒/茶 釣魚/蝦 打牌 看電視 睡覺
唱KTV 向朋友傾訴 外出兜風 性行為
思考解決方式 認命
其他_____
4. 如果再次面對衝突，我可以處理的方式是？
辱罵 砸東西 出手打人 離開現場 保持沉默
自我傷害 自殺 請警察處理 請親屬處理
保持沉默/忍耐 等待時間溝通
其他_____

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

附件 5-1

未成年直系血親卑親屬對尊親屬暴力事件評估表

一、尊親屬之基本概況與評估

- (一) 身心狀態。
- (二) 生命史或成長史（含重大或特殊事件）。
- (三) 婚姻史（含重要親密關係史）。
- (四) 教養態度：對於未成年卑親屬的教養態度、教養期待、教養困境等。
- (五) 受暴情形（受暴史）：暴力樣態、暴力危險與嚴重性。
- (六) 因應模式：看待此事件的想法或歸因（未成年卑親屬行為背後的動機）、面對此事件的因應方式策略（含自我保護能力評估）、過往有沒有具體成功經驗。
- (七) 求助期待

二、未成年卑親屬之基本概況與評估

- (一) 身心狀態（含醫療史、成癮問題、情緒及精神狀況）
- (二) 成長史（含重大或特殊事件、涉及刑事案件）
- (三) 就學或就業狀態（含就學就業成就表現、同儕關係）
- (四) 親密關係狀態
- (五) 因應模式：看待此事件的想法或歸因、面對此事件的因應方式策略（含自我保護能力評估）
- (六) 求助期待

三、家庭系統評估

- (一) 家庭結構與社經狀態（含福利身份）
- (二) 居住環境
- (三) 家庭動力（家庭互動關係、家庭溝通、家庭決策）
- (四) 教養觀念與態度（如重要照顧者的教養觀念態度、家中世代承襲之教養觀念與態度等）
- (五) 非正式支持系統（親屬（友）支持系統，包含親友對衝突的想法與行動；社區支持系統）

- (六) 家庭壓力
- (七) 此事件影響程度 (是否波及其他家庭成員?)
- 四、其他資訊
 - (一) 過往通報紀錄與內容 (含家庭所有成員的相關通報紀錄)
 - (二) 其他資源網絡介入情形 (如：司法、學校、醫療等)
- 五、整體性評估
 - (一) 衝突情境原因評估
 - (二) 家庭優勢與劣勢評估
 - (三) 家庭助阻力評估

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附
錄

附件 7-1 性侵害案件驗證同意書

一、本人_____依照意願（請在□內打✓）	
<input type="checkbox"/> 同意	<input type="checkbox"/> 不同意
驗傷	
<input type="checkbox"/> 同意	<input type="checkbox"/> 不同意
拍攝傷勢	
<input type="checkbox"/> 同意	<input type="checkbox"/> 不同意
照片燒錄光碟	
<input type="checkbox"/> 同意	<input type="checkbox"/> 不同意
身體採證（ <input type="checkbox"/> 但經驗傷採證醫師_____評估不適用）	
<input type="checkbox"/> 同意	<input type="checkbox"/> 不同意
尿液、血液採證以鑑定藥物（ <input type="checkbox"/> 但經驗傷採證醫師_____評估不適用）	
<input type="checkbox"/> 同意	<input type="checkbox"/> 不同意
胚胎採證*（ <input type="checkbox"/> 但經驗傷採證醫師_____評估不適用）	
<input type="checkbox"/> 同意	<input type="checkbox"/> 不同意
案件經判決確定或不起訴處分確定（刑事訴訟程序終結）者，拋棄證物盒內之檢體並銷毀	
二、本人_____願將所採得證物交由_____市、縣（市）政府家庭暴力暨性侵害防治中心或警察機關保管及鑑驗。告訴乃論案件，於證物保管六個月後，本人或法定代理人未提出延長保管申請時，同意由該中心銷毀。 立同意書人：_____ 身分證統一編號：_____ 法定代理人或監護人：_____ 身分證統一編號：_____ 簽署日期：_____年_____月_____日	
備註： 1. 被害人若未正式報案，疑似性侵害案件證物盒經鑑驗檢還後保存一年六個月仍未進入司法程序，證物盒將進入銷毀程序。 2. 除驗傷診斷書、病歷可提供被害人調取，其餘均屬司法證據，僅提供司法調查之用。 * 被害人胚胎採證若選擇 RU486 藥物，有可能造成胚胎證物無法保存，請自行評估引產方式，並依優生保健法規定辦理。	
醫院工作人員注意事項 一、對於被害人之驗傷及取證，除依刑事訴訟法、軍事審判法之規定、或被害人無意識或無法表意者外，應經被害人之同意，並在本人及立同意書欄位簽名。 二、被害人為禁治產（受輔助宣告）或未滿十二歲之人，應經其監護人或法定代理人之同意。 三、被害人若有下列情形請勾選簽名，得逕行驗傷及取證。 <input type="checkbox"/> 被害人無意識或無法表意者。 <input type="checkbox"/> 被害人為禁治產（受輔助宣告）或未滿十二歲之人且： <input type="checkbox"/> 1. 監護人或法定代理人之有無不明。 <input type="checkbox"/> 2. 監護人或法定代理人通知顯有困難。 <input type="checkbox"/> 3. 監護人或法定代理人為該性侵害犯罪之嫌疑人。	

驗傷採證醫師簽名：_____ 協助醫護人員簽名：_____

第一聯醫療院所留存（白），第二聯受理單位（司法警察或性侵害防治中心）存查（黃）。

附件 7-2 疑似性侵害案件醫療及蒐證流程

- 註：1. 有關醫療流程部分之檢體（打“◎”者），由貴院自行檢驗，不可放入證物蒐集採證盒中。若貴院無法完成，應建議病人至合格醫院檢驗。
2. 打“※”之程序，請貴院在現有設備許可、且經被害人同意接受及貴院能確實保存該證物之隱私的情形下為之。
3. 男性被害人之採證除步驟三陰道更改為生殖器外，其餘步驟均相同。
4. 對於以下採證步驟中需拍照存證部分，請將所拍攝照片或照片檔案燒錄於證物盒內附之光碟併同「受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」，由承辦員警轉呈檢察官。

步驟一：蒐集被害人衣物及其上之微物跡證

1. 將標示 1C 之紙袋內的白報紙鋪平在地板上。
 2. 請被害人站在白報紙上面，將外衣脫下，放入編號 1A 之證物袋內，續將內褲脫下，放入編號 1B 之證物袋內。
 3. 外衣有貴重或有價物品時，僅須採樣有鑑定必要之物品，並請於疑似性侵害採集單上註記清楚，無須鑑定之貴重或有價物品請歸還被害人。
 4. 請被害人離開白報紙，檢查白報紙上面遺留之可疑微物跡證，將其收集放入編號 1C 之證物袋內。
- ※5. 身體傷痕處或被害人陳述之疼痛部位，拍照存證。

步驟二：蒐集被害人之外陰部梳取物

1. 將標示 2 紙袋內的白報紙鋪平在內診台下端。
 2. 以全新的梳子將被害人陰部之脫落毛髮及異物梳下，連同梳子放入編號 2 之證物袋內。
- ※3. 女性被害人疑似陰部性侵害時，外陰部及陰道口（處女膜）拍照存證。不論是否有傷痕均拍照。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

步驟三：以中型長竹柄棉棒沾適量生理食鹽水後擦拭採集被害人陰部（生殖器）檢體

1. 採取女性被害人之外陰部棉棒檢體（男性被害人請採取陰囊及其周圍）二支，放入編號 3A 之棉棒保存盒內。
 2. 請用證物盒內拋棄式陰道擴張器協助，採取被害人陰道深部（陰道後穹窿及子宮頸口）體檢二支；男性被害人請採取陰莖棉棒，放入編號 3B 之棉棒保存盒內。
 3. 以 3B 陰道深部棉棒製作被害人陰道抹片檢體二片，放入編號 3C 之抹片保存盒內；男性被害人省略此項。
- ◎4. 淋病球菌培養檢體。
- ◎5. 精蟲濕片檢體：以無菌棉棒拭取子宮頸，在玻璃載玻片上作成抹片，加一滴生理食鹽水，蓋上蓋玻片，以顯微鏡觀察是否有活動或不活動之精子。（請依醫院實際狀況採檢）

步驟四：懷疑有肛交時，以中型長竹柄棉棒沾適量生理食鹽水後擦拭採集被害人肛門棉棒檢體

1. 採取被害人肛門棉棒檢體二支，放入編號 4A 之棉棒保存盒內。
2. 製作被害人肛門抹片檢體二片，放入編號 4B 之抹片保存盒內。

步驟五：懷疑有口交時，採取被害人口腔棉棒檢體

1. 採取被害人口腔棉棒檢體二支，放入編號 5A 之棉棒保存盒內。
2. 製作被害人口腔抹片檢體二片，放入編號 5B 之抹片保存盒內。

步驟六：依被害人陳述，採取被害人身體其他部位疑似遺留加害人精液或唾液之棉棒檢體

以中型長竹柄棉棒沾適量生理食鹽水後擦拭採集，放入編號 6A，6B 及 6C 之棉棒保存盒內，註明採取部位及加害人犯罪模式（如親吻、觸摸、射精等）。

步驟七：蒐集被害人之指甲縫遺留物（加害人皮膚屑、組織、血液）

用指甲剪將被害人指甲剪下或以尖頭竹棒刮取被害人指甲縫之微物跡證，分左右手放入 7A 及 7B 之證物袋內，指甲剪請勿置入。

步驟八：蒐集被害人對照組檢體

1. 採取被害人唾液及口腔細胞棉棒檢體二支，放入編號 8 之棉棒保存盒內。(對照用請務必採取)
- ◎2. 採取被害人血液，檢測梅毒(當時及三個月後)及愛滋病(當時、六週、三個月及六個月後)。若已知加害人為愛滋病毒感染者或不清楚其愛滋病毒感染狀況，請於受害者暴露後 72 小時之內，請臨床醫師評估給予愛滋病毒預防性投藥。如需查詢愛滋病毒預防性投藥之醫院，請撥打 1922。
- ◎3. 採取被害人尿液，作懷孕試驗。

步驟九：藥毒物採證(被害人主述或疑似遭藥劑影響而遭性侵害情形者，請注意藥毒物檢測)

1. 由臨床醫師判別受害者意識是否清楚，若受害者意識不清，則填寫昏迷指數，並檢驗尿液及血液中藥毒物及其代謝物。
2. 若受害者意識清楚，由臨床醫師詢問受害者經歷及症狀，判別被害人是否被迷姦，倘受害者疑似被迷姦，則依據被害人口述、症狀及其意願，檢驗血液及尿液中特定項目之藥毒物及其代謝物。
3. 藥毒物檢測應於第一時間採集被害人尿液及血液檢體，如已超過用藥後 96 小時，則因大部分藥物已無法測得不必採樣送驗。
4. 採樣時應依「疑似性侵害案件藥毒物採證標準作業程序」，由專責醫師或其指定之醫事人員採集血液 10 毫升兩管(甲、乙管，共 20 毫升)置入不加任何試劑之紅頭採血試管，管身貼上註明當事人代號之標籤，封蓋部分以試管封籤黏貼；另採取被害人尿液 30 毫升兩瓶(甲、乙瓶，共 60 毫升)置入採證盒內廣口採尿瓶(含蓋)，加蓋旋緊，冷藏於 4°C 保存，以註明當事人代號之證物封籤粘貼瓶口，並當場填寫「疑似性侵害案件藥毒物鑑驗血、尿液檢體監管紀錄表」(如附)。

步驟十、蒐集其他跡證

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

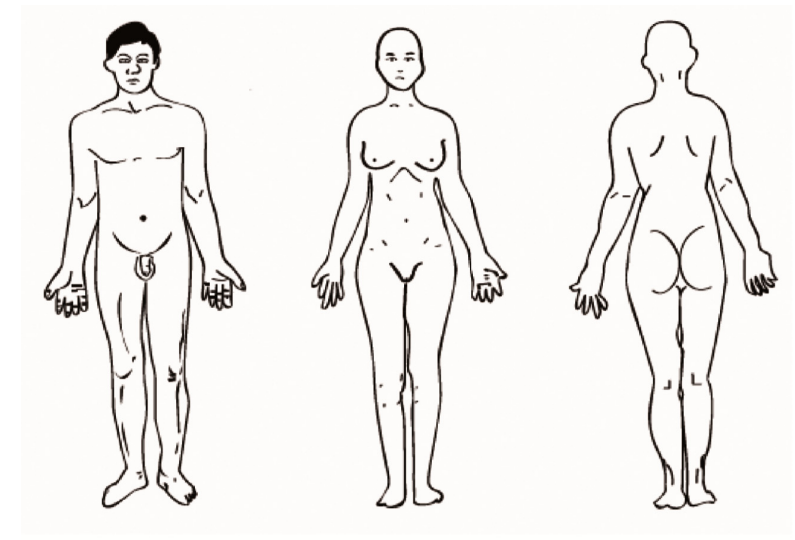
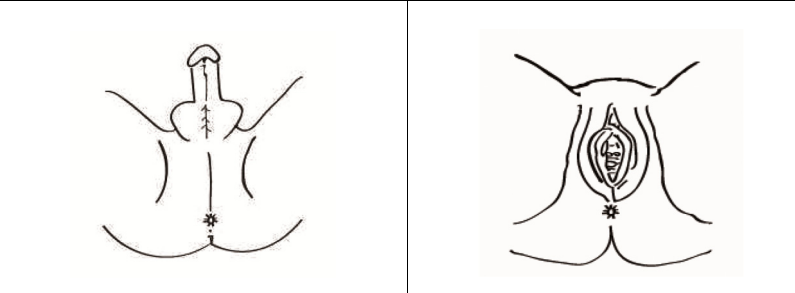
附錄

附件 7-3 受理疑似性侵害事件驗傷診斷書

(醫療機構名稱) 受理疑似性侵害事件驗傷診斷書						
姓 名			性 別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出 生	民國 年 月 日
職 業	國民身分證 統一編號			病歷號碼		
住 址			電 話		驗傷時間	年 月 日 時 分
被 害 人 主 訴 (有/無請用勾選)	事件發生時間	年 月 日 時 分				
	被害人身體傷 害描述					
	來驗傷前 有無沐浴、 更衣、沖 洗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	最近一次月 經(男性被 害人免填)	年 月 日		
	事件發生時 涉嫌人有無 使用保險套之 避孕方式				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
醫 事 檢 驗 項 目 (有/無請用勾選)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	血 型	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	披衣菌檢驗		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	精蟲檢查	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	B型肝炎檢驗 (檢驗項 目: B型肝炎病毒表面 抗原HBsAg及表面抗 體HBsAb)		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	懷孕檢查				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	梅毒血清檢驗				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	尿液或血液 中酒精之測 定				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	其 他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	HIV檢驗 淋病檢驗		
協 助 蒐 證 項 目 (有/無請用勾選)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 證物盒 (證物內容詳如證物採集單)。					
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 採證藥物血、尿液 (<input type="checkbox"/> 尿液鹼性類藥物篩檢 <input type="checkbox"/> 苯二氮平類 (Benzodiazepines)鎮定安眠劑尿液篩檢 <input type="checkbox"/> 尿液FM2代謝物確 認檢驗 <input type="checkbox"/> 其他_____由醫師臨床判斷)。					
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 驗傷光碟 (請醫療院所留存備份)。 ※建議尿液之鑑驗項目: 包括尿液鹼性類藥物篩檢、苯二氮平類鎮定安眠劑尿 液篩檢及尿液FM2代謝物確認檢驗等三項。					
檢 查 結 果 (傷之部位 形狀程度)	頭面部					
	頸肩部					
	胸腹部					
	背臀部					
	四肢部					

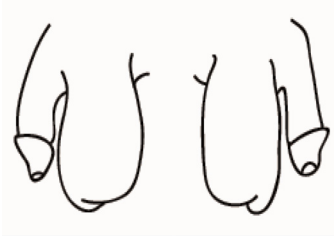
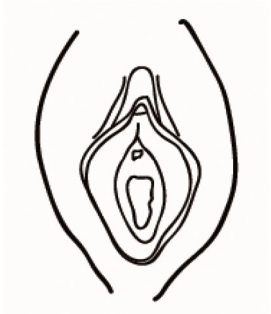
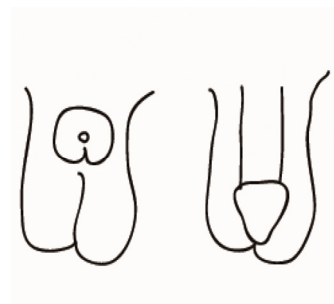
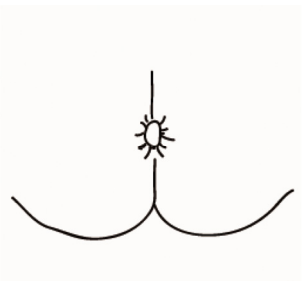
第 1 頁

第一聯醫療機構留存 (白), 第二聯司法警察留存 (黃), 第三聯被害人留存 (綠)。

檢 查 結 果 (傷之部位形狀程度)	陰部	
	肛門	
	其他部位	
其他補充說明 (例如：外觀或精神狀態之描述)		
驗 傷 解 析 圖 (請正確註記損傷及處女膜痕關係位置及程度等)		
		

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13

第一聯醫療機構留存(白)，第二聯司法警察留存(黃)，第三聯被害人留存(綠)。

驗 傷 解 析 圖 (請正確註記損傷及處女膜痕關係位置及程度等)		
		
中 華 民 國 年 月 日		
院長 (負責醫師)	主治醫師 (簽章)	檢診醫師 (簽章)
醫院(診所)地址：		
(加蓋關防或印信)		

附件 7-4 員警處理性侵害案件交接及應行注意事項表

案件編號： 是 否為緊急案件

員警至採證醫院交接事項：(請在內打✓)

有 無 性侵害案件驗證同意書

有 無 疑似性侵害案件未開盒證物袋

有 無 疑似性侵害案件證物盒

有 無 疑似性侵害案件證物袋—子袋(編號 1 A 外衣紙袋)

有 無 受理疑似性侵害事件驗傷診斷書

有 無 採證及驗傷照片(請將照片及驗傷診斷書交予檢察官)

有 無 驗傷採證光碟(請將光碟及驗傷診斷書交予檢察官)

有 無 胚胎組織檢體【被害人遭性侵懷孕引產時採取】請置於冰箱冷藏

有 無 性侵害案件藥物證物盒【被害人疑似被下藥時採取】

有 無 尿液(30 毫升兩瓶)請置於冰箱冷藏

有 無 血液(紅頭試管 10 毫升兩管)請置於冰箱冷藏

※上述胚胎檢體若需長時間存放請置於冰箱上層冷凍庫、藥物檢體存放請置於冰箱冷藏，
以避免溶血現象。

※送驗時請使用冰桶。

有 無 被害人自行攜至醫院之檢體。

醫院檢體交接人員簽名：_____

承辦員警簽名：_____ 承辦員警單位：_____警察局_____分局

交接時間：_____年_____月_____日_____時_____分

應注意事項：

1. 疑似性侵害案件證物盒於 10 日內送檢；性侵害案件藥物鑑驗採證盒之尿、血液需依上述規定保存運送。
2. 採集之尿、血液送至臺北榮總【臺北榮民總醫院內科部臨床毒物科實驗室(致德樓 5 樓)(02)28757525 轉 803】或高雄醫學院鑑驗【高雄醫學大學附設醫院檢驗部藥物毒物室(啓川大樓 11 樓)(07)3121101 轉 7251-2】。
3. 若承辦員警研判為陌生人犯案之緊急案件，請於證物盒右下角加貼粉紅色緊急案件貼紙以利實驗室優先鑑定。(請依案情研判，陌生人係指被害人表明不認識對方且非合意對象，惟不包含網友、知其聯絡方式或住居所之人)
4. 若採證上有任何疑義請洽詢內政部警政署刑事警察局生物科 02-27697399 轉 2502~2505

第一聯交由醫療院所留存(白)，第二聯由司法警察留存(黃)。

緊急案件
請優先鑑驗



附件 7-5

疑似性侵害案件藥物採證及鑑驗標準作業程序

壹、說明：

- 一、本作業程序作為性侵害責任醫院執行疑似牽涉藥物之性侵害案件被害人尿液、血液檢體採樣之應用。
- 二、被害人若有遭施用藥物性侵害之情形，請利用「性侵害案件藥物鑑驗採證盒」依本標準操作程序採集被害人尿液、血液檢體。
- 三、責任醫院應於第一時間採集被害人尿液、血液檢體，如已超過用藥後 96 小時，因大部分藥物已無法測得，不必採樣送驗；並責由警察機關於採集後 10 日內儘速送至鑑驗單位。

貳、採證步驟：

- 一、採證時由專責醫師或其指定之醫事人員採集血液 10 毫升兩管（甲、乙管，共 20 毫升）置入採證盒不含抗凝劑之紅頭制式血試管，管身貼上註明當事人代號之標籤，封蓋部分以試管封籤黏貼；另採取被害人尿液至少 30 毫升兩瓶（甲、乙瓶，共 60 毫升）置入採證盒內廣口採尿瓶（含蓋），加蓋旋緊，保存於 4°C 冰箱（一般家用冰箱之冷藏層，非冷凍層），以註明當事人代號之證物封籤粘貼瓶口，並當場填寫性侵害案件藥物鑑驗血、尿液檢體監管紀錄表。
- 二、採證完畢後，交由警察機關送至專責鑑定醫院（北榮、高醫）進行藥毒物及代謝物之初步檢驗工作。檢驗報告中需列出檢驗藥物品項、檢驗方法及初步檢驗結果，檢驗完畢後專責鑑定醫院將檢驗報告交與委驗警察單位，鑑驗報告若結果呈陰性者，於發交報告後六個月甲乙管、瓶檢體由專責醫院依醫療廢棄物銷毀程序銷毀。鑑驗報告若結果呈陽性，警察單位移送案件時需至醫院取回甲乙管、瓶檢體連同鑑驗報告一併移送至檢察機關。未移送之陽性檢體，專責鑑定醫院得於保存一年後銷毀。
- 三、若被害人自行攜帶現場可疑藥物或容器時，藥物請用藥袋，容

器部分請戴手套將容器置於紙盒內，交由警察機關依刑事案件證物採驗紀錄表送刑事警察局鑑驗。

參、責任醫院應依本作業程序訂定作業程序。

附註：性侵害案件藥物鑑驗採證盒規格，內置含蓋廣口採尿瓶 2 瓶（甲、乙瓶），不含抗凝劑之紅頭制式採血試管 2 管（甲、乙管）、尿液瓶封籤 2 張、血液試管封籤 2 張、性侵害案件藥物鑑驗尿、血液檢體監管紀錄表、性侵害案件驗證同意書、員警處理性侵害案件交接及應注意事項表、疑似性侵害案件藥毒物鑑驗收件流程圖及本標準操作程序說明書各一份。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

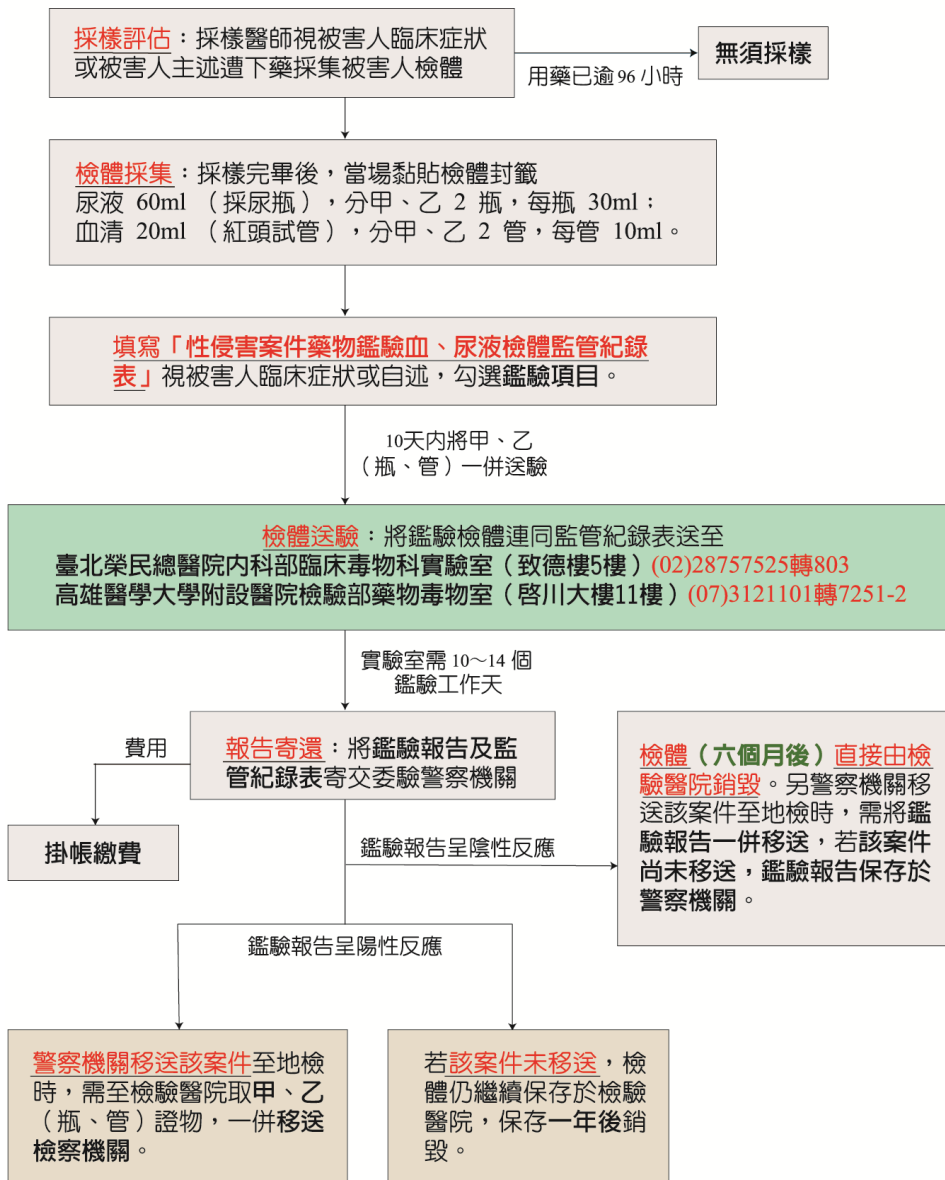
11

12

13

附錄

附件 7-6 疑似性侵害案件藥物鑑驗收件流程圖



**附件 7-7
性侵害案件藥物鑑驗血、尿液檢體監管紀錄表**

被害人代碼：
(警察機關填寫)

檢 體 代 號	出 生 年 月 日	性 別	年 齡	國 籍
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歲	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 ()
案發日期時間	採樣日期時間	採 樣 者		
年 月 日	年 月 日	採樣單位： 醫師簽章： 採樣者簽章：		
採 樣 前 醫 療 狀 況				
採樣前勿施以藥物治療 (如有請述明)				
證 物	採 集 量	備 註		
<input type="checkbox"/> 血液	2 管 (分甲、乙管, 每管 10 ml)	容量 10 毫升紅頭採血試管, 不含抗凝劑。		
<input type="checkbox"/> 尿液	2 瓶 (分甲、乙瓶, 每瓶 30 ml)	廣口採尿瓶, 加蓋蓋緊, 並當場粘貼檢體封籤。		
案 情 概 要 (包含症狀)				
1. 可能被施以之藥物： <input type="checkbox"/> 尿液鹼性類藥物篩檢 <input type="checkbox"/> 苯二氮平類鎮定安眠劑尿液篩檢 <input type="checkbox"/> 尿液 FM2 代謝物確認檢驗 <input type="checkbox"/> 其他_____ 由醫師臨床判斷 (請註明：_____) ※ 建議尿液之鑑驗項目：包括尿液鹼性類藥物篩檢、苯二氮平類鎮定安眠劑尿液篩檢及尿液 FM2 代謝物確認檢驗等三項。 2. 產生之症狀： 3. 昏迷期間： 4. 被害人交付現場可疑藥物形態或容器： (請交由警察機關依刑事事件證物採驗紀錄表送刑事警察局鑑驗)				
初步及確認檢驗機關：		複驗機關：		
委 驗 機 關	承辦人職稱 / 姓名	日 期	聯 絡 電 話	
		年 月 日		



證物監管情況

【甲管血、甲瓶尿】

傳送者	接收者	日期 / 時間	傳送目的
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)

【乙管血、乙瓶尿】

傳送者	接收者	日期 / 時間	傳送目的
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)
		年 月 時 分	<input type="checkbox"/> 鑑驗 <input type="checkbox"/> 保存 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)

附件 7-8 疑似性侵害案件胚胎採證標準作業程序

壹、說明：

- 一、本作業程序為性侵害責任醫院執行疑似性侵害案件被害人懷孕之被害人唾液、胚胎檢體採樣。
- 二、被害人遭性侵害後若懷孕須進行人工流產者，請利用「性侵害案件胚胎證物盒」依本標準操作程序採集被害人唾液、胚胎檢體。
- 三、責任醫院採檢後須將胚胎證物盒冷藏再交予警方。

貳、採證步驟：

- 一、採證時由專責醫師採集被害人胚胎檢體，胎兒週數小時請採取胚胎之絨毛 0.5~1 立方公分，週數大時採取臍帶 5~10 公分，以生理食鹽水稍做清洗後（避免血水），置於採證盒內廣口瓶（含蓋），加蓋旋緊（勿另外添加福馬林或任何其他藥劑），以註明當事人代號之廣口瓶標示貼紙標示於瓶身。
- 二、請專責醫師或指定之醫事人員採集被害人唾液棉棒 2 枝後置於紙盒內，再以唾液棉棒封籤貼紙封籤紙盒。將紙盒和胚胎廣口瓶一同置入採證袋內保存於 4°C 冰箱，待員警來領取。

附註：性侵害案件胚胎證物盒，內置含蓋廣口瓶 1 瓶，滅菌棉花棒 2 枝，唾液棉棒紙盒 1 個，紙盒胚胎廣口瓶標示封籤貼紙、唾液棉棒封籤貼紙、胚胎採證盒封籤各 1 張、性侵害案件胚胎採證監管紀錄表、性侵害案件胚胎採證流程圖、採證同意書、員警處理性侵害案件交接及應注意事項表及本標準操作程序說明書各 1 份。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

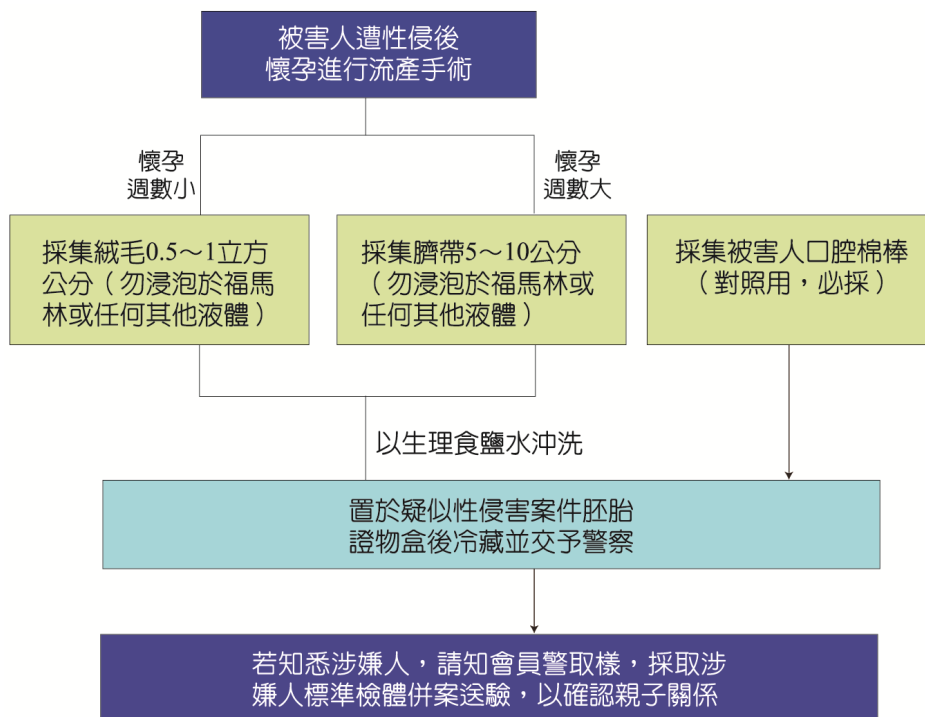
11

12

13

附錄

附件 7-9 性侵害案件胚胎採證流程圖



註：被害人胚胎採證若選擇 RU486 藥物，有可能造成胚胎證物無法保存，請自行評估引產方式。

附件 7-10
性侵害案件胚胎採證監管紀錄表

被害人代碼：
(警察機關填寫)

被害人姓名	出生年月日	年 齡	國 籍
	年 月 日	歲	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)

案發日期時間	採樣日期時間	採 樣 者
年 月 日	年 月 日	採樣醫院： 採樣醫師簽章：

檢 體	採 集	備 註
<input type="checkbox"/> 胚胎	<input type="checkbox"/> 絨毛 0.5~1 立方公分 (週數小) <input type="checkbox"/> 臍帶 5~10 公分 (週數大)	以生理食鹽水稍做清洗，勿浸泡於福馬林或任何其他藥劑，貼上胚胎廣口瓶標示貼紙於瓶身，保存於 4°C 冰箱
<input type="checkbox"/> 唾液	<input type="checkbox"/> 2 枝 (置於紙盒內)	貼上封籤，保存於證物盒內

被害人懷孕情形	
<input type="checkbox"/> 一胞胎	<input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 多胞胎 <input type="checkbox"/> 葡萄胎
<input type="checkbox"/> 其他 _____	

涉嫌人知悉情形	
<input type="checkbox"/> 知悉涉嫌人 涉嫌人姓名：_____ 被害人和涉嫌人關係：_____	
<input type="checkbox"/> 未知悉涉嫌人	

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
附錄

附錄二

本手冊相關法規

(法規若有修改或錯置，以主管機關公布為準)

本手冊相關法規摘錄

■ 家庭暴力防治法.....	439
■ 家庭暴力防治法細則.....	445
■ 刑 法.....	445
■ 性侵害犯罪防治法.....	450
■ 兒童及少年性剝削防治條例.....	458
■ 兒童及少年福利與權益保障法.....	459
■ 監獄行刑法.....	461
■ 醫事人員人事條例.....	461
■ 社會工作師法.....	462
■ 心理師法.....	463
■ 跟蹤騷擾防制法.....	463

《家庭暴力防治法》

公布日期：1988年06月24日

修正日期：2023年12月06日

- 第 2 條 本法用詞定義如下：
- 一、家庭暴力：指家庭成員間實施身體、精神或經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法侵害之行爲。
 - 二、家庭暴力罪：指家庭成員間故意實施家庭暴力行爲而成立其他法律所規定之犯罪。
 - 三、目睹家庭暴力：指看見或直接聽聞家庭暴力。
 - 四、騷擾：指任何打擾、警告、嘲弄或辱罵他人之言語、動作或製造使人心生畏怖情境之行爲。
 - 五、跟蹤：指任何以人員、車輛、工具、設備、電子通訊或其他方法持續性監視、跟追或掌控他人行蹤及活動之行爲。
 - 六、加害人處遇計畫：指對於加害人實施之認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導、精神治療、戒癮治療或其他輔導、治療。
- 第 4 條 ①本法所稱主管機關：在中央爲衛生福利部；在直轄市爲直轄市政府；在縣（市）爲縣（市）政府。
- ②本法所定事項，主管機關及目的事業主管機關應就其權責範圍，針對家庭暴力防治之需要，基於性別平等，尊重多元文化差異，主動規劃所需保護、預防及宣導措施，對涉及相關機關之防治業務，並應全力配合之；其權責事項如下：
- 一、主管機關：家庭暴力防治政策之規劃、推動、監督、訂定跨機關（構）合作規範及定期公布家庭暴力相關統計等事宜。
 - 二、衛生主管機關：家庭暴力被害人驗傷、採證、身心治療、諮商及加害人處遇等相關事宜。
 - 三、教育主管機關：各級學校家庭暴力防治教育、目睹家庭暴力兒童及少年之輔導措施、家庭暴力被害人及其子女就學權益之維護等相關事宜。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- 四、勞動主管機關：家庭暴力被害人職業訓練及就業服務等相關事宜。
- 五、警政主管機關：家庭暴力被害人與其未成年子女人身安全之維護、緊急處理、家庭暴力犯罪偵查及刑事案件資料統計等相關事宜。
- 六、法務主管機關：家庭暴力犯罪之偵查、矯正及再犯預防等刑事司法相關事宜。
- 七、移民主管機關：設籍前之外籍、大陸或港澳配偶因家庭暴力造成逾期停留、居留及協助其在臺居留或定居權益維護等相關事宜。
- 八、文化主管機關：出版品違反本法規定之處理等相關事宜。
- 九、通訊傳播主管機關：廣播、電視及其他由該機關依法管理之媒體違反本法規定之處理等相關事宜。
- 十、戶政主管機關：家庭暴力被害人與其未成年子女身分資料及戶籍等相關事宜。
- 十一、其他家庭暴力防治措施，由相關目的事業主管機關依職權辦理。

- 第 13 條 ①聲請保護令之程式或要件有欠缺者，法院應以裁定駁回之。但其情形可以補正者，應定期間先命補正。
- ②法院得依職權調查證據，必要時得隔別訊問。
 - ③前項隔別訊問，必要時得依聲請或依職權在法庭外為之，或採有聲音及影像相互傳送之科技設備或其他適當隔離措施。
 - ④被害人得於審理時，聲請其親屬或個案輔導之社工人員、心理師陪同被害人在場，並得陳述意見。
 - ⑤保護令事件之審理不公開。
 - ⑥法院於審理終結前，得聽取直轄市、縣（市）主管機關或社會福利機構之意見。
 - ⑦保護令事件不得進行調解或和解。
 - ⑧法院受理保護令之聲請後，應即行審理程序，不得以當事人間有其他案件偵查或訴訟繫屬為由，延緩核發保護令。
- 第 14 條 ①法院於審理終結後，認有家庭暴力之事實且有必要者，應依聲請或依職權核發包括下列一款或數款之通常保護令：

- 一、禁止相對人對於被害人、目睹家庭暴力兒童及少年或其特定家庭成員實施家庭暴力。
- 二、禁止相對人對於被害人、目睹家庭暴力兒童及少年或其特定家庭成員為騷擾、接觸、跟蹤、通話、通信或其他非必要之聯絡行為。
- 三、命相對人遷出被害人、目睹家庭暴力兒童及少年或其特定家庭成員之住居所；必要時，並得禁止相對人就該不動產為使用、收益或處分行為。
- 四、命相對人遠離下列場所特定距離：被害人、目睹家庭暴力兒童及少年或其特定家庭成員之住居所、學校、工作場所或其他經常出入之特定場所。
- 五、定汽車、機車及其他個人生活上、職業上或教育上必需品之使用權；必要時，並得命交付之。
- 六、定暫時對未成年子女權利義務之行使或負擔，由當事人之一方或雙方共同任之、行使或負擔之內容及方法；必要時，並得命交付子女。
- 七、定相對人對未成年子女會面交往之時間、地點及方式；必要時，並得禁止會面交往。
- 八、命相對人給付被害人住居所之租金或被害人及其未成年子女之扶養費。
- 九、命相對人交付被害人或特定家庭成員之醫療、輔導、庇護所或財物損害等費用。
- 十、命相對人完成加害人處遇計畫。
- 十一、命相對人負擔相當之律師費用。
- 十二、禁止相對人與其特定家庭成員查閱被害人及受其暫時監護之未成年子女戶籍、學籍、所得來源相關資訊。
- 十三、禁止相對人未經被害人同意，重製、散布、播送、交付、公然陳列，或以他法供人觀覽被害人之性影像。
- 十四、命相對人交付所持有之被害人性影像予被害人；必要時，並得命其刪除之。
- 十五、命相對人刪除或向網際網路平臺提供者、網際網路應用服務提供者或網際網路接取服務提供者申請移除其已上

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

傳之被害人性影像。

六、命其他保護被害人、目睹家庭暴力兒童及少年或其特定家庭成員之必要命令。

- ② 法院為前項第六款、第七款裁定前，應考量未成年子女之最佳利益，必要時並得徵詢未成年子女或社會工作人員之意見。
- ③ 第一項第十款之加害人處遇計畫，法院得逕命相對人接受認知教育輔導、親職教育輔導、心理輔導及其他輔導，並得命相對人接受有無必要施以精神治療、戒癮治療及其他治療處遇計畫之鑑定、評估；直轄市、縣（市）主管機關得於法院裁定前，對處遇計畫之實施方式提出建議。
- ④ 第一項第十款之裁定應載明處遇計畫完成期限。

- 第 50 條
- ① 醫事人員、社會工作人員、教育人員、教保服務人員、保育人員、警察人員、移民業務人員及其他執行家庭暴力防治人員，於執行職務時知有疑似家庭暴力情事，應立即通報當地直轄市、縣（市）主管機關，至遲不得逾二十四小時。
 - ② 前項通報之方式及內容，由中央主管機關定之；通報人之身分資料，應予保密。
 - ③ 直轄市、縣（市）主管機關接獲通報後，應即行處理，並評估被害人需求、有無兒童及少年目睹家庭暴力之情事；必要時得自行或委託其他機關（構）、團體進行訪視、調查，並提供適當處置。
 - ④ 直轄市、縣（市）主管機關或受其委託之機關（構）或團體進行訪視、調查時，得請求警察機關、醫療（事）機構、學校、教保服務機構、公寓大廈管理委員會或其他相關機關（構）協助，被請求者應予配合。

- 第 50-1 條
- ① 宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體，不得報導或記載有被害人及其未成年子女之姓名，或其他足以識別被害人及其未成年子女身分之資訊。但有下列情形之一者，不在此限：
 - 一、被害人為成年人，經本人同意；受監護宣告者並應取得其監護人同意。
 - 二、犯罪偵查機關或司法機關依法認為有必要。

- ②前項但書第一款所定被害人為心智障礙者、受監護宣告或輔助宣告者，應以其可理解方式提供資訊。
- ③第一項但書第一款所定監護人為同意時，應尊重受監護宣告者之意願。
- ④第一項但書第一款所定監護人為該家庭暴力案件相對人時，不得報導或記載有被害人及其未成年子女之姓名，或其他足以識別被害人及其未成年子女身分之資訊。
- 第 54 條 ①中央主管機關應訂定家庭暴力加害人處遇計畫規範；其內容包括下列各款：
- 一、處遇計畫之評估標準。
 - 二、司法機關、家庭暴力被害人保護計畫之執行機關（構）、加害人處遇計畫之執行機關（構）間之連繫及評估制度。
 - 三、執行機關（構）之資格。
- ②中央主管機關應會同相關機關負責家庭暴力加害人處遇計畫之推動、發展、協調、督導及其他相關事宜。
- 第 59 條 ①主管機關應辦理社會工作人員、居家式托育服務提供者、托育人員、保育人員及其他相關社會行政人員防治家庭暴力在職教育。
- ②警政主管機關應辦理警察人員防治家庭暴力在職教育。
- ③司法院及法務部應辦理相關司法人員防治家庭暴力在職教育。
- ④衛生主管機關應辦理或督促相關醫療團體辦理醫護人員防治家庭暴力在職教育。
- ⑤教育主管機關應辦理下列事項：
- 一、學校、教保服務機構及家庭教育中心之輔導人員、行政人員、教師、教保服務人員防治家庭暴力在職教育；其在職教育課程，應納入學生目睹家庭暴力之辨識及輔導內容。
 - 二、高級中等以下學校對目睹家庭暴力兒童及少年納入學生輔導。
- ⑥移民主管機關應辦理移民業務人員防治家庭暴力在職教育。
- ⑦各目的事業主管機關辦理防治家庭暴力在職教育訓練，應納

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

入性別平等課程。

第 61 條 違反法院依第十四條第一項、第十六條第三項或依第六十三條之一第一項準用第十四條第一項第一款、第二款、第四款、第十款、第十三款至第十五款及第十六條第三項所為之下列裁定者，為違反保護令罪，處三年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣十萬元以下罰金：

- 一、禁止實施家庭暴力。
- 二、禁止騷擾、接觸、跟蹤、通話、通信或其他非必要之聯絡行為。
- 三、遷出住居所。
- 四、遠離住居所、工作場所、學校或其他特定場所。
- 五、完成加害人處遇計畫。
- 六、禁止未經被害人同意，重製、散布、播送、交付、公然陳列，或以他法供人觀覽被害人之性影像。
- 七、交付或刪除所持有之被害人性影像。
- 八、刪除或向網際網路平臺提供者、網際網路應用服務提供者或網際網路接取服務提供者申請移除已上傳之被害人性影像。

第 62 條 ①違反第五十條第一項規定者，由直轄市、縣(市)主管機關處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。但醫事人員為避免被害人身體緊急危難而違反者，不罰。

②違反第五十二條或依第六十三條之一第一項準用第五十二條規定者，由直轄市、縣(市)主管機關處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。

第 63 條 違反第五十一條第三款規定，經勸阻不聽者，直轄市、縣(市)主管機關得處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。

第63-1條 ①被害人年滿十六歲，遭受現有或曾有親密關係之未同居伴侶施以身體或精神上不法侵害之情事者，準用第九條至第十三條、第十四條第一項第一款、第二款、第四款、第九款至第十六款、第三項、第四項、第十五條至第二十條、第二十一條第一項第一款、第三款至第五款、第二項、第二十七條至第四十二條、第四十八條、第五十條之一、第五十條之二、

第五十二條、第五十四條、第五十五條及第五十八條第一項之規定。

- ②前項所稱親密關係伴侶，指雙方以情感或性行為為基礎，發展親密之社會互動關係。

《家庭暴力防治法細則》

公布日期：1999年06月22日

修正日期：2024年07月03日

第 2 條 本法第二條第一款所定經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法侵害之行為，包括下列足以使被害人畏懼或痛苦之舉動或行為：

- 一、過度控制家庭財務、拒絕或阻礙被害人工作等方式。
- 二、透過強迫借貸、強迫擔任保證人或強迫被害人就現金、有價證券與其他動產及不動產為交付、所有權移轉、設定負擔及限制使用收益等方式。
- 三、其他經濟上之騷擾、控制、脅迫或其他不法侵害之行為。

《刑法》

公布日期：1935年01月01日

修正日期：2024年07月31日

第 10 條 ①稱以上、以下、以內者，俱連本數或本刑計算。

②稱公務員者，謂下列人員：

- 一、依法令服務於國家、地方自治團體所屬機關而具有法定職務權限，以及其他依法令從事於公共事務，而具有法定職務權限者。
- 二、受國家、地方自治團體所屬機關依法委託，從事與委託機關權限有關之公共事務者。

③稱公文書者，謂公務員職務上製作之文書。

④稱重傷者，謂下列傷害：

- 一、毀敗或嚴重減損一目或二目之視能。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- 二、毀敗或嚴重減損一耳或二耳之聽能。
 - 三、毀敗或嚴重減損語能、味能或嗅能。
 - 四、毀敗或嚴重減損一肢以上之機能。
 - 五、毀敗或嚴重減損生殖之機能。
 - 六、其他於身體或健康，有重大不治或難治之傷害。
- ⑤稱性交者，謂非基於正當目的所為之下列性侵入行為：
- 一、以性器進入他人之性器、肛門或口腔，或使之接合之行為。
 - 二、以性器以外之其他身體部位或器物進入他人之性器、肛門，或使之接合之行為。
- ⑥稱電磁紀錄者，謂以電子、磁性、光學或其他相類之方式所製成，而供電腦處理之紀錄。
- ⑦稱凌虐者，謂以強暴、脅迫或其他違反人道之方法，對他人施以凌辱虐待行為。
- ⑧稱性影像者，謂內容有下列各款之一之影像或電磁紀錄：
- 一、第五項第一款或第二款之行為。
 - 二、性器或客觀上足以引起性慾或羞恥之身體隱私部位。
 - 三、以身體或器物接觸前款部位，而客觀上足以引起性慾或羞恥之行為。
 - 四、其他與性相關而客觀上足以引起性慾或羞恥之行為。

- 第 77 條 ①受徒刑之執行而有悛悔實據者，無期徒刑逾二十五年，有期徒刑逾二分之一、累犯逾三分之二，由監獄報請法務部，得許假釋出獄。
- ②前項關於有期徒刑假釋之規定，於下列情形，不適用之：
- 一、有期徒刑執行未滿六個月者。
 - 二、犯最輕本刑五年以上有期徒刑之罪之累犯，於假釋期間，受徒刑之執行完畢，或一部之執行而赦免後，五年以內故意再犯最輕本刑為五年以上有期徒刑之罪者。
 - 三、犯第九十一條之一所列之罪，於徒刑執行期間接受輔導或治療後，經鑑定、評估其再犯危險未顯著降低者。
- ③無期徒刑裁判確定前逾一年部分之羈押日數算入第一項已執行之期間內。

- 第91-1條 ①犯第二百二十一條至第二百二十七條、第二百二十八條、第二百二十九條、第二百三十條、第二百三十四條、第三百三十二條第二項第二款、第三百三十四條第二項第二款、第三百四十八條第二項第一款及其特別法之罪，而有下列情形之一者，得令入相當處所，施以強制治療：
- 一、徒刑執行期滿前，於接受輔導或治療後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。
 - 二、依其他法律規定，於接受身心治療、輔導或教育後，經鑑定、評估，認有再犯之危險者。
- ②前項處分期間為五年以下；其執行期間屆滿前，檢察官認為有延長之必要者，得聲請法院許可延長之，第一次延長期間為三年以下，第二次以後每次延長期間為一年以下。但執行中認無繼續執行之必要者，法院得停止治療之執行。
- ③停止治療之執行後有第一項情形之一者，法院得令入相當處所，繼續施以強制治療。
- ④前項強制治療之期間，應與停止治療前已執行之期間合併計算。
- ⑤前三項執行或延長期間內，應每年鑑定、評估有無繼續治療之必要。
- 第221條 ①對於男女以強暴、脅迫、恐嚇、催眠術或其他違反其意願之方法而為性交者，處三年以上十年以下有期徒刑。
- ②前項之未遂犯罰之。
- 第222條 ①犯前條之罪而有下列情形之一者，處七年以上有期徒刑：
- 一、二人以上共同犯之。
 - 二、對未滿十四歲之男女犯之。
 - 三、對精神、身體障礙或其他心智缺陷之人犯之。
 - 四、以藥劑犯之。
 - 五、對被害人施以凌虐。
 - 六、利用駕駛供公眾或不特定人運輸之交通工具之機會犯之。
 - 七、侵入住宅或有人居住之建築物、船艦或隱匿其內犯之。
 - 八、攜帶兇器犯之。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

九、對被害人為照相、錄音、錄影或散布、播送該影像、聲音、電磁紀錄。

②前項之未遂犯罰之

第 224 條 對於男女以強暴、脅迫、恐嚇、催眠術或其他違反其意願之方法，而為猥褻之行爲者，處六月以上五年以下有期徒刑。

第 225 條 ①對於男女利用其精神、身體障礙、心智缺陷或其他相類之情形，不能或不知抗拒而為性交者，處三年以上十年以下有期徒刑。

②對於男女利用其精神、身體障礙、心智缺陷或其他相類之情形，不能或不知抗拒而為猥褻之行爲者，處六月以上五年以下有期徒刑。

③第一項之未遂犯罰之。

第 226 條 ①犯第二百二十一條、第二百二十二條、第二百二十四條、第二百二十四條之一或第二百二十五條之罪，因而致被害人於死者，處無期徒刑或十年以上有期徒刑；致重傷者，處十年以上有期徒刑。

②因而致被害人羞忿自殺或意圖自殺而致重傷者，處十年以上有期徒刑。

第226-1條 犯第二百二十一條、第二百二十二條、第二百二十四條、第二百二十四條之一或第二百二十五條之罪，而故意殺害被害人者，處死刑或無期徒刑；使被害人受重傷者，處無期徒刑或十年以上有期徒刑。

第 227 條 ①對於未滿十四歲之男女為性交者，處三年以上十年以下有期徒刑。

②對於未滿十四歲之男女為猥褻之行爲者，處六月以上五年以下有期徒刑。

③對於十四歲以上未滿十六歲之男女為性交者，處七年以下有期徒刑。

④對於十四歲以上未滿十六歲之男女為猥褻之行爲者，處三年以下有期徒刑。

⑤第一項、第三項之未遂犯罰之。

第227-1條 十八歲以下之人犯前條之罪者，減輕或免除其刑。

- 第 228 條 ①對於因親屬、監護、教養、教育、訓練、救濟、醫療、公務、業務或其他相類關係受自己監督、扶助、照護之人，利用權勢或機會為性交者，處六月以上五年以下有期徒刑。
 ②因前項情形而為猥褻之行爲者，處三年以下有期徒刑。
 ③第一項之未遂犯罰之。
- 第 229 條 ①以詐術使男女誤信爲自己配偶，而聽從其爲性交者，處三年以上十年以下有期徒刑。
 ②前項之未遂犯罰之。
- 第 229-1 條 對配偶犯第二百二十一條、第二百二十四條之罪者，或未滿十八歲之人犯第二百二十七條之罪者，須告訴乃論。
- 第 230 條 與直系或三親等內旁系血親爲性交者，處五年以下有期徒刑。
- 第 232 條 對於第二百二十八條所定受自己監督、扶助、照護之人，或夫對於妻，犯第二百三十一條第一項、第二百三十一條之一第一項、第二項之罪者，依各該條項之規定加重其刑至二分之一。
- 第 234 條 ①意圖供人觀覽，公然爲猥褻之行爲者，處一年以下有期徒刑、拘役或九千元以下罰金。
 ②意圖營利犯前項之罪者，處二年以下有期徒刑、拘役或科或併科三萬元以下罰金。
- 第 236 條 第二百三十條之罪，須告訴乃論。
- 第 319-2 條 ①以強暴、脅迫、恐嚇或其他違反本人意願之方法，以照相、錄影、電磁紀錄或其他科技方法攝錄其性影像，或使其本人攝錄者，處五年以下有期徒刑，得併科五十萬元以下罰金。
 ②意圖營利供給場所、工具或設備，便利他人爲前項之行爲者，處六月以上五年以下有期徒刑，得併科五十萬元以下罰金。
 ③意圖營利、散布、播送、公然陳列或以他法供人觀覽，而犯第一項之罪者，依前項規定處斷。
 ④前三項之未遂犯罰之。
- 第 332 條 ①犯強盜罪而故意殺人者，處死刑或無期徒刑。
 ②犯強盜罪而有下列行爲之一者，處死刑、無期徒刑或十年以上有期徒刑：
 一、放火者。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

- 二、強制性交者。
- 三、擄人勒贖者。
- 四、使人受重傷者。

第 334 條 ①犯海盜罪而故意殺人者，處死刑或無期徒刑。

②犯海盜罪而有下列行為之一，處死刑、無期徒刑或十二年以上有期徒刑：

- 一、放火者。
- 二、強制性交者。
- 三、擄人勒贖者。
- 四、使人受重傷者。

第 348 條 ①犯前條第一項之罪而故意殺人者，處死刑或無期徒刑。

②犯前條第一項之罪而有下列行為之一者，處死刑、無期徒刑或十二年以上有期徒刑：

- 一、強制性交者。
- 二、使人受重傷者。

《性侵害犯罪防治法》

公布日期：1997 年 01 月 22 日

修正日期：2023 年 02 月 15 日

第 2 條 本法用詞，定義如下：

- 一、性侵害犯罪：指觸犯刑法第二百二十一條至第二百二十七條、第二百二十八條、第二百二十九條、第三百三十二條第二項第二款、第三百三十四條第二項第二款、第三百四十八條第二項第一款及其特別法之罪。
- 二、加害人：指觸犯前款各罪經判決有罪確定之人。
- 三、被害人：指遭受性侵害或疑似遭受性侵害之人。
- 四、專業人士：指因學識、技術、經驗、訓練或教育而就兒童或心智障礙性侵害案件協助詢(訊)問具有專業能力之人。

第 4 條 本法所定事項，主管機關及目的事業主管機關權責事項如下：

- 一、社政主管機關：被害人保護、扶助與定期公布性侵害相

關統計資料及其他相關事宜。

- 二、衛生主管機關：被害人驗傷、採證、身心治療與加害人身心治療、輔導或教育及其他相關事宜。
- 三、教育主管機關：各級學校、幼兒園性侵害防治教育、被害人與其子女就學權益之維護及其他相關事宜。
- 四、勞動主管機關：被害人職業訓練、就業服務、勞動權益維護及其他相關事宜。
- 五、警政主管機關：被害人安全維護、性侵害犯罪調查、資料統計、加害人登記、報到、查訪、查閱及其他相關事宜。
- 六、法務主管機關：性侵害犯罪偵查、矯正、徒刑執行期間治療及其他相關事宜。
- 七、移民主管機關：臺灣地區無戶籍國民、外國人、無國籍人民、大陸地區人民、香港或澳門居民因遭受性侵害致逾期停留、居留者，協助其在臺居留或定居權益維護，配合協助辦理後續送返事宜；加害人為臺灣地區無戶籍國民、外國人、大陸地區人民、香港或澳門居民，配合協助辦理後續遣返及其他相關事宜。
- 八、文化主管機關：出版品違反本法規定之處理及其他相關事宜。
- 九、通訊傳播主管機關：廣播、電視及其他由該機關依法管理之媒體違反本法規定之處理及其他相關事宜。
- 十、戶政主管機關：提供被害人與其未成年子女身分、戶籍資料及其他相關事宜。
- 十一、其他性侵害防治措施，由相關目的事業主管機關依其權責辦理。

第 6 條 ①直轄市、縣(市)主管機關應整合所屬警政、教育、衛生、社政、勞政、新聞、戶政與其他相關機關、單位之業務及人力，設立性侵害防治中心，並協調相關機關辦理下列事項：

- 一、提供二十四小時電話專線服務。
- 二、提供被害人二十四小時緊急救援。
- 三、協助被害人就醫診療、驗傷及採證。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

四、協助被害人心理治療、輔導、緊急安置與法律諮詢及服務。

五、協調醫療機構成立專門處理性侵害案件之醫療小組。

六、提供加害人身心治療、輔導或教育。

七、辦理加害人登記、報到、查訪及查閱。

八、轉介加害人接受更生輔導。

九、推廣性侵害防治教育、訓練及宣導。

十、召開加害人再犯預防跨網絡會議。

十一、其他有關性侵害防治及保護事項。

②前項性侵害防治中心得與家庭暴力防治中心合併設立，並應配置社會工作、警察、衛生及其他相關專業人員；其組織，由直轄市、縣（市）主管機關定之。

第 10 條 ①法院、檢察署、司法警察機關及醫療機構，應由經專業訓練之專責人員處理性侵害案件。

②前項經專業訓練之專責人員每年應至少接受性侵害防治專業訓練課程六小時。

③第一項之機關應適時辦理教育訓練，以充實調查、偵查或審理兒童或心智障礙者性侵害案件之司法警察、司法警察官、檢察事務官、檢察官或法官之辦案專業素養；相關教育訓練至少包含接受兒童或心智障礙者性侵害案件詢（訊）問訓練課程。

④第一項醫療機構，應經中央主管機關指定，並設置處理性侵害案件醫療小組。

第 14 條 ①醫療機構對於被害人，不得無故拒絕診療及開立驗傷診斷書。

②醫療機構對被害人診療時，應有護理人員陪同，並應保護被害人之隱私，提供安全及合適之就醫環境。

③第一項驗傷診斷書之格式，由中央主管機關定之。

第 15 條 ①因職務或業務上知悉或持有被害人姓名、出生年月日、住居所及其他足資識別其身分之資料者，除法律另有規定外，應予保密。

②警察人員於必要時應採取保護被害人之安全措施。

③行政機關及司法機關所公示之文書，不得揭露被害人之姓

- 名、出生年月日、住居所及其他足資識別被害人身分之資訊。
- 第 15-1 條 ① 因職務或業務上知悉或持有被害人姓名、出生年月日、住居所及其他足資識別其身分之資料者，除法律另有規定外，應予保密。
- ② 警察人員於必要時應採取保護被害人之安全措施。
- ③ 行政機關及司法機關所公示之文書，不得揭露被害人之姓名、出生年月日、住居所及其他足資識別被害人身分之資訊。
- 第 16 條 ① 宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體，不得報導或記載有被害人之姓名或其他足資識別身分之資訊。但有下列情形之一者，不在此限：
- 一、被害人為成年人，經本人同意。但心智障礙者、受監護宣告或輔助宣告者，應以其可理解方式提供資訊。受監護宣告者並應取得其監護人同意。
- 二、檢察官或法院依法認為有必要。
- ② 前項第一款但書規定之監護人為同意時，應尊重受監護宣告者之意願。
- ③ 第一項第一款但書所定監護人為該性侵害犯罪嫌疑人或被告時，不得報導或記載有被害人之姓名或其他足資識別身分之資訊。
- ④ 第一項以外之任何人，不得以媒體或其他方法公開或揭露被害人之姓名及其他足資識別身分之資訊。
- 第 17 條 ① 對於被害人之驗傷及採證，除依刑事訴訟法之規定或被害人無意識或無法表意者外，應經被害人之同意，並依下列規定辦理：
- 一、被害人為心智障礙者、受監護宣告或輔助宣告者，應以其可理解方式提供資訊。受監護宣告者並應取得其監護人同意。
- 二、被害人為未滿十二歲者，應經其法定代理人同意。
- ② 前項第一款之監護人為同意時，應尊重受監護宣告者之意願。
- ③ 第一項第二款之法定代理人同意時，應以兒童之最佳利益為優先考量，並依其心智成熟程度權衡其意見。
- ④ 第一項第一款及第二款所定監護人或法定代理人不明、通知

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

顯有困難或為該性侵害犯罪之嫌疑人時，得逕行驗傷及採證。

- ⑤第一項採證，應將所取得之證物保全於證物袋，司法警察機關應即送請內政部警政署鑑驗。證物鑑驗報告應依法妥善保存。
- ⑥告訴乃論之性侵害犯罪案件，於未提出告訴或自訴前，司法警察機關應將證物送交犯罪發生地之直轄市、縣(市)主管機關保管；除因未能知悉犯罪嫌疑人者外，於保管六個月後得將該證物逕行銷毀。

第 18 條 ①被害人之法定代理人、配偶、直系或三親等內旁系血親、家長、家屬、醫師、心理師、輔導人員、社會工作人員或其信賴之人，經被害人同意後，得於偵查或審判時，陪同被害人在場，並得陳述意見。

②前項得陪同在場之人為性侵害犯罪嫌疑人、被告，或檢察官、檢察事務官、司法警察官或司法警察認其在場，有礙偵查程序之進行時，不適用之。

③被害人為兒童或少年時，除顯無必要者外，直轄市、縣(市)主管機關應指派社會工作人員於偵查或審判時陪同在場，並得陳述意見。

第 23 條 ①法院對被害人之訊問或詰問，得依聲請或依職權於法庭外為之，或利用聲音、影像傳送之科技設備或其他適當隔離措施，將被害人與被告或法官隔離。

②傳喚到庭作證之被害人為兒童、少年或心智障礙、身心創傷者，其因當庭詰問致有不能自由或完全陳述之虞時，法院應採取前項之隔離措施。

③法院因當事人或辯護人詰問被害人不當而禁止其詰問者，得以訊問代之。

④被告或其辯護人不得詰問或提出有關被害人與被告以外之人之性經驗證據。但法院認有必要者，不在此限。

第 24 條 偵查或審判時，檢察官或法院得依職權或依聲請指定或選任相關領域之專家證人，提供專業意見。其經傳喚到庭陳述之意見，得為證據，並準用刑事訴訟法第一百六十三條至第一百七十一條、第一百七十五條及第一百九十九條規定。

- 第 25 條 被告或其辯護人於審判時，對被害人有任何性別歧視之陳述或舉止者，法院應即時予以制止。
- 第 26 條 ①被害人於審判時有下列情形之一，其於檢察事務官、司法警察官或司法警察調查時所為之陳述，經證明具有可信之特別情況，且為證明犯罪事實之存否所必要者，得為證據：
 一、因性侵害致身心創傷無法陳述。
 二、因身心壓力於訊問或詰問時無法為完全陳述或拒絕陳述。
 三、依第十九條規定接受詢（訊）問之陳述。
 ②被害人於偵查中，依第十九條第三項後段規定接受專業人士直接詢問所為之陳述，除顯有不可信之情況外，得為證據。
- 第 27 條 ①性侵害犯罪之案件，審判不得公開。但被害人為成年人，經本人同意，且法院認有必要者，不在此限。
 ②前項被害人為心智障礙者、受監護宣告或輔助宣告者，應以其可理解方式提供資訊，受監護宣告者並應取得其監護人同意。監護人為同意時，應尊重受監護宣告者之意願。
 ③第二項所定監護人為該性侵害犯罪之被告時，審判不得公開。
- 第 31 條 ①加害人有下列情形之一，經評估認有施以身心治療、輔導或教育之必要者，直轄市、縣（市）主管機關應令其接受身心治療、輔導或教育：
 一、有期徒刑、保安處分或第三十七條、第三十八條所定之強制治療執行完畢。但有期徒刑經易服社會勞動者，於准易服社會勞動時起執行之。
 二、假釋。
 三、緩刑。
 四、免刑。
 五、赦免。
 六、經法院依第三十八條第一項但書及第六項規定或刑法第九十一條之一第二項但書規定裁定停止強制治療。
 ②前項規定，對於犯罪後經驅逐或限令出境者，不適用之。
 ③第一項之執行期間為三年以下。執行期間屆滿前，經評估認有繼續執行之必要者，直轄市、縣（市）主管機關得延長之，最長不得逾一年；其無繼續執行之必要者，得停止其處分之

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

執行。

- ④前項經評估認無繼續執行之必要者，於其登記、報到期間，經評估認有施以身心治療、輔導或教育之必要，直轄市、縣（市）主管機關應令其再接受身心治療、輔導或教育；其執行期間應予併計，且不得逾前項執行期間之規定。
- ⑤犯性騷擾防治法第二十五條第一項之罪經判處拘役或罰金確定，依第七條第一項準用本條第一項規定，於判決確定時執行之。
- ⑥第一項至第三項規定對於有性侵害犯罪行為，經法院依少年事件處理法裁定保護處分確定且認有必要者，得準用之。

第 36 條 加害人依第三十一條第一項及第四項接受身心治療、輔導或教育，經第三十三條評估小組評估認有再犯之風險者，直轄市、縣（市）主管機關得檢具相關評估報告，送請檢察官依刑法第九十一條之一規定聲請強制治療或繼續施以強制治療。

第 37 條 ①加害人於徒刑執行期滿前，接受身心治療、輔導或教育後，經矯正機關評估小組評估認有再犯之風險，而不適用刑法第九十一條之一規定者，矯正機關得檢具相關評估報告，送請檢察官聲請法院裁定命其進入醫療機構或其他指定處所，施以強制治療。

②加害人依第三十一條第一項及第四項接受身心治療、輔導或教育後，經評估認有再犯之風險，而不適用刑法第九十一條之一規定者，由檢察官或直轄市、縣（市）主管機關檢具相關評估報告聲請法院裁定命其進入醫療機構或其他指定處所，施以強制治療。

③依前二項規定經法院裁定施以強制治療之加害人，於徒刑執行期滿或接獲法院裁定後，直轄市、縣（市）主管機關應逕移強制治療處所接續治療，必要時得協調相關機關協助移送。

第 41 條 ①犯刑法第二百二十一條、第二百二十二條、第二百二十四條之一、第二百五條第一項、第二百二十六條、第二百二十六條之一、第三百三十二條第二項第二款、第三百三十四條第二項第二款、第三百四十八條第二項第一款或其特別法之罪之加害人，有第三十一條第一項各款情形之一者，應定

期向警察機關辦理身分、就學、工作、車籍之異動或其他相關資料之登記、報到；其登記、報到期間為七年。

- ② 犯刑法第二百二十四條、第二百五條第二項、第二百二十七條、第二百二十八條之罪之加害人，有第三十一條第一項各款情形之一者，亦適用前項之規定；其登記、報到期間為五年。
- ③ 前二項規定，對於犯罪後經驅逐或限令出境者或犯罪時未滿十八歲者，不適用之。
- ④ 第一項、第二項加害人於登記、報到期間，應定期或不定期接受警察機關查訪；其登記內容有變更者，應於變更之七日內辦理資料異動。
- ⑤ 犯性侵害犯罪經外國、大陸地區、香港或澳門法院有罪判決確定後，於未經我國法院重新判決確定前，準用前項查訪規定。

- 第 50 條
- ① 第三十一條第一項、第四項之加害人、性侵害犯罪經緩起訴處分確定者、依第七條第一項準用第三十一條第一項及第四十二條第一項、第二項規定者，有下列情形之一，由直轄市、縣(市)主管機關處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令其限期履行：
 - 一、經直轄市、縣(市)主管機關通知，無正當理由不到場或拒絕接受評估、身心治療、輔導或教育，或接受之時數不足。
 - 二、未依第四十一條第一項、第二項、第四項或第四十二條第一項、第二項規定，定期辦理登記、報到、資料異動或接受查訪。
 - ② 依第四十一條第五項準用同條第四項規定受查訪者，有前項第二款規定情形時，依前項規定處罰。
 - ③ 依前二項規定令其限期履行，屆期仍不履行者，處一年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣十萬元以下罰金。
 - ④ 受前三項處分者於執行完畢後，仍應依第三十一條、第三十二條、第四十一條及第四十二條規定辦理。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

《兒童及少年性剝削防制條例》

公布日期：1995年08月11日

修正日期：2024年08月07日

- 第 7 條 ①醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、移民管理人員、移民業務機構從業人員、戶政人員、村里幹事、警察人員、司法人員、觀光業從業人員、電子遊戲場業從業人員、資訊休閒業從業人員、就業服務人員、公寓大廈管理服務人員及其他執行兒童福利或少年福利業務人員，於執行職務或業務時，知有被害人，應即通報當地直轄市、縣（市）主管機關，至遲不得超過二十四小時。
- ②前項人員於執行職務或業務時，知有第四章之犯罪嫌疑人，應即通報第五條所定機關或人員，至遲不得超過二十四小時。
- ③任何人知有被害人或第四章之犯罪嫌疑人，得通報直轄市、縣（市）主管機關或第五條所定機關或人員。
- ④前三項通報人之身分資料，應予保密。
- ⑤直轄市、縣（市）主管機關接獲第一項通報後，知悉行為人為兒童或少年者，應依相關法規轉介各該權責機關提供教育、心理諮商或輔導、法律諮詢或其他服務。
- 第 36 條 ①拍攝、製造、無故重製兒童或少年之性影像、與性相關而客觀上足以引起性慾或羞恥之圖畫、語音或其他物品，處一年以上七年以下有期徒刑，得併科新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰金。
- ②招募、引誘、容留、媒介、協助或以他法，使兒童或少年被拍攝、自行拍攝、製造、無故重製性影像、與性相關而客觀上足以引起性慾或羞恥之圖畫、語音或其他物品，處三年以上十年以下有期徒刑，得併科新臺幣三百萬元以下罰金。
- ③以強暴、脅迫、藥劑、詐術、催眠術或其他違反本人意願之方法，使兒童或少年被拍攝、自行拍攝、製造、無故重製性影像、與性相關而客觀上足以引起性慾或羞恥之圖畫、語音或其他物品者，處七年以上有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。

- ④意圖營利犯前三項之罪者，依各該條項之規定，加重其刑至二分之一。
 - ⑤前四項之未遂犯罰之。
 - ⑥第一項至第四項之附著物、圖畫及物品，不問屬於犯罪行為人與否，沒收之。
 - ⑦拍攝、製造、無故重製兒童或少年之性影像、與性相關而客觀上足以引起性慾或羞恥之圖畫、語音或其他物品之工具或設備，不問屬於犯罪行為人與否，沒收之。但屬於被害人者，不在此限。
- 第 46 條 ①違反第七條第四項保密規定者，處新臺幣六萬元以上六十萬元以下罰鍰。
- ②無正當理由違反第七條第一項規定，未通報或未依時限通報者，處新臺幣六千元以上六萬元以下罰鍰。
- 第 51 條 ①犯第三十六條第三項之罪，經判決有罪確定者，準用性侵害犯罪防治法第三十一條、第三十三條至第三十五條、第四十二條、第四十三條、第五十條及第五十一條規定。
- ②犯第三十一條第二項、第三十六條第一項、第三十八條第一項、第三十九條第一項、第二項、第四項或第四十四條之罪，經判決有罪或緩起訴處分確定者，直轄市、縣(市)主管機關應對其實施八小時以上五十小時以下之輔導教育。
- ③前項輔導教育之執行，主管機關得協調矯正機關於犯罪行為人服刑期間辦理，矯正機關應提供場地及必要之協助。
- ④無正當理由不接受第二項或第三十九條第三項之輔導教育，或拒不完成其時數者，處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

《兒童及少年福利與權益保障法》

公布日期：2003 年 05 月 28 日
修正日期：2021 年 01 月 20 日

- 第 53 條 ①醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、教保服務人員、警察、司法人員、移民業務人員、戶政人員、村(里)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

幹事及其他執行兒童及少年福利業務人員，於執行業務時知悉兒童及少年有下列情形之一者，應立即向直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得超過二十四小時：

- 一、施用毒品、非法施用管制藥品或其他有害身心健康之物質。
- 二、充當第四十七條第一項場所之侍應。
- 三、遭受第四十九條第一項各款之行爲。
- 四、有第五十一條之情形。
- 五、有第五十六條第一項各款之情形。
- 六、遭受其他傷害之情形。

- ②任何人知悉兒童及少年有前項各款之情形者，得通報直轄市、縣（市）主管機關。
- ③直轄市、縣（市）主管機關於知悉或接獲通報前二項案件時，應立即進行分級分類處理，至遲不得超過二十四小時。
- ④直轄市、縣（市）主管機關受理第一項各款案件後，應提出調查報告。
- ⑤第一項及第二項通報人之身分資料，應予保密。
- ⑥直轄市、縣（市）主管機關於提出第四項調查報告前，得對兒童及少年進行訪視。訪視顯有困難或兒童及少年行方不明，經警察機關處理、尋查未果，涉有犯罪嫌疑者，得經司法警察機關報請檢察機關處理。
- ⑦第一項至第四項通報、分級分類處理、調查與其作業期程及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。

第 100 條 醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、教保服務人員、警察、司法人員、移民業務人員、戶政人員、村（里）幹事或其他執行兒童及少年福利業務人員，違反第五十三條第一項通報規定而無正當理由者，處新臺幣六千元以上六萬元以下罰鍰。

《監獄行刑法》

公布日期：1945 年 01 月 19 日

修正日期：2020 年 01 月 15 日

- 第 115 條 ① 監獄對於受刑人符合假釋要件者，應提報其假釋審查會決議後，報請法務部審查。
- ② 依刑法第七十七條第二項第三款接受強制身心治療或輔導教育之受刑人，應附具曾受治療或輔導之紀錄及個案自我控制再犯預防成效評估報告，如顯有再犯之虞，不得報請假釋。
- ③ 前項強制身心治療或輔導教育之處理程序、評估機制及其他相關事項之辦法，由法務部定之。
- 第 140 條 ① 受刑人依刑法第九十一條之一或性侵害犯罪防治法第二十二條之一規定，經鑑定、評估，認有再犯之危險，而有施以強制治療之必要者，監獄應於刑期屆滿前四月，將受刑人應接受強制治療之鑑定、評估報告等相關資料，送請該管檢察署檢察官，檢察官至遲應於受刑人刑期屆滿前二月，向法院聲請出監後強制治療之宣告。
- ② 前項強制治療宣告之執行，應於監獄以外之適當醫療機構為之。
- ③ 第一項受刑人實際入監執行之刑期不足六月，無法進行評估者，監獄應檢具相關資料通知其戶籍所在地之直轄市、縣(市)主管機關，於受刑人出監後依性侵害犯罪防治法第二十條規定辦理。

《醫事人員人事條例》

公布日期：1999 年 07 月 15 日

修正日期：2006 年 05 月 07 日

- 第 2 條 ① 本條例所稱醫事人員，指依法領有專門職業證書之醫師、中醫師、牙醫師、藥師、醫事檢驗師、護理師、助產師、營養師、物理治療師、職能治療師、醫事放射師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、藥劑生、醫事檢驗生、護士、助

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

產士、物理治療生、職能治療生、醫事放射士及其他經中央衛生主管機關核發醫事專門職業證書，並擔任公立醫療機構、政府機關或公立學校（以下簡稱各機關）組織法規所定醫事職務之人員。

②各機關適用本條例職務一覽表，由考試院會同行政院定之。

《社會工作師法》

公布日期：1997年04月02日

修正日期：2023年06月09日

第 2 條 ①本法所稱社會工作師，指依社會工作專業知識與技術，協助個人、家庭、團體、社區，促進、發展或恢復其社會功能，謀求其福利的專業工作者。

②社會工作師以促進人民及社會福祉，協助人民滿足其基本人性需求，關注弱勢族群，實踐社會正義為使命。

第 12 條 社會工作師執行下列業務：

一、行為、社會關係、婚姻、家庭、社會適應等問題之社會暨心理評估與處置。

二、各相關社會福利法規所定之保護性服務。

三、對個人、家庭、團體、社區之預防性及支持性服務。

四、社會福利服務資源之發掘、整合、運用與轉介。

五、社會福利機構、團體或於衛生、就業、教育、司法、國防等領域執行社會福利方案之設計、管理、研究發展、督導、評鑑與教育訓練等。

六、人民社會福利權之倡導。

七、其他經中央主管機關或會同目的事業主管機關認定之領域或業務。

《心理師法》

公布日期：2001 年 11 月 21 日

修正日期：2020 年 01 月 15 日

- 第 13 條 ①臨床心理師之業務範圍如下：
- 一、一般心理狀態與功能之心理衡鑑。
 - 二、精神病或腦部心智功能之心理衡鑑。
 - 三、心理發展偏差與障礙之心理諮商與心理治療。
 - 四、認知、情緒或行為偏差與障礙之心理諮商與心理治療。
 - 五、社會適應偏差與障礙之心理諮商與心理治療。
 - 六、精神官能症之心理諮商與心理治療。
 - 七、精神病或腦部心智功能之心理治療。
 - 八、其他經中央主管機關認可之臨床心理業務。
- ②前項第六款與第七款之業務，應依醫師開具之診斷及照會或醫囑為之。
- 第 14 條 ①諮商心理師之業務範圍如下：
- 一、一般心理狀態與功能之心理衡鑑。
 - 二、心理發展偏差與障礙之心理諮商與心理治療。
 - 三、認知、情緒或行為偏差與障礙之心理諮商與心理治療。
 - 四、社會適應偏差與障礙之心理諮商與心理治療。
 - 五、精神官能症之心理諮商與心理治療。
 - 六、其他經中央主管機關認可之諮商心理業務。
- ②前項第五款之業務，應依醫師開具之診斷及照會或醫囑為之。

《跟蹤騷擾防制法》

公布日期：2021 年 12 月 01 日

- 第 1 條 為保護個人身心安全、行動自由、生活私密領域及資訊隱私，免於受到跟蹤騷擾行為侵擾，維護個人人格尊嚴，特制定本法。
- 第 2 條 ①本法所稱主管機關：在中央為內政部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

②本法所定事項，主管機關及目的事業主管機關應就其權責範圍，依跟蹤騷擾防制之需要，主動規劃所需保護、預防及宣導措施，對涉及相關機關之防制業務，並應全力配合。其權責如下：

- 一、主管機關：負責防制政策、法規與方案之研究、規劃、訂定及解釋；案件之統計及公布；人員在職教育訓練；其他統籌及督導防制跟蹤騷擾行為等相關事宜。
- 二、社政主管機關：跟蹤騷擾被害人保護扶助工作、配合推動跟蹤騷擾防制措施及宣導等相關事宜。
- 三、衛生主管機關：跟蹤騷擾被害人身心治療、諮商及提供經法院命完成相對人治療性處遇計畫等相關事宜。
- 四、教育主管機關：各級學校跟蹤騷擾防制教育之推動、跟蹤騷擾被害人就學權益維護及學校輔導諮商支持、校園跟蹤騷擾事件處理之改善等相關事宜。
- 五、勞動主管機關：被害人之職業安全、職場防制教育、提供或轉介當事人身心治療及諮商等相關事宜。
- 六、法務主管機關：跟蹤騷擾犯罪之偵查、矯正及再犯預防等刑事司法相關事宜。
- 七、其他跟蹤騷擾行為防制措施，由相關目的事業主管機關依職權辦理。

③中央主管機關為推動前述事項應設置防制跟蹤騷擾推動諮詢小組，遴聘(派)學者專家、民間團體及相關機關代表之人數，不得少於總數二分之一，且任一性別人數不得少於總數三分之一。

第 3 條 ①本法所稱跟蹤騷擾行為，指以人員、車輛、工具、設備、電子通訊、網際網路或其他方法，對特定人反覆或持續為違反其意願且與性或性別有關之下列行為之一，使之心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動：

- 一、監視、觀察、跟蹤或知悉特定人行蹤。
- 二、以盯梢、守候、尾隨或其他類似方式接近特定人之住所、居所、學校、工作場所、經常出入或活動之場所。
- 三、對特定人為警告、威脅、嘲弄、辱罵、歧視、仇恨、貶

抑或其他相類之言語或動作。

四、以電話、傳真、電子通訊、網際網路或其他設備，對特定人進行干擾。

五、對特定人要求約會、聯絡或為其他追求行為。

六、對特定人寄送、留置、展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品。

七、向特定人告知或出示有害其名譽之訊息或物品。

八、濫用特定人資料或未經其同意，訂購貨品或服務。

②對特定人之配偶、直系血親、同居親屬或與特定人社會生活關係密切之人，以前項之方法反覆或持續為違反其意願而與性或性別無關之各款行為之一，使之心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動，亦為本法所稱跟蹤騷擾行為。

第 4 條 ①警察機關受理跟蹤騷擾行為案件，應即開始調查、製作書面紀錄，並告知被害人得行使之權利及服務措施。

②前項案件經調查有跟蹤騷擾行為之犯罪嫌疑者，警察機關應依職權或被害人之請求，核發書面告誡予行為人；必要時，並應採取其他保護被害人之適當措施。

③行為人或被害人對於警察機關核發或不核發書面告誡不服時，得於收受書面告誡或不核發書面告誡之通知後十日內，經原警察機關向其上級警察機關表示異議。

④前項異議，原警察機關認為有理由者，應立即更正之；認為無理由者，應於五日內加具書面理由送上級警察機關決定。上級警察機關認為有理由者，應立即更正之；認為無理由者，應予維持。

⑤行為人或被害人對於前項上級警察機關之決定，不得再聲明不服。

第 5 條 ①行為人經警察機關依前條第二項規定為書面告誡後二年內，再為跟蹤騷擾行為者，被害人得向法院聲請保護令；被害人為未成年人、身心障礙者或因故難以委任代理人者，其配偶、法定代理人、三親等內之血親或姻親，得為其向法院聲請之。

②檢察官或警察機關得依職權向法院聲請保護令。

③保護令之聲請、撤銷、變更、延長及抗告，均免徵裁判費，

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

並準用民事訴訟法第七十七條之二十三第四項規定。

④家庭暴力防治法所定家庭成員間、現有或曾有親密關係之未同居伴侶間之跟蹤騷擾行為，應依家庭暴力防治法規定聲請民事保護令，不適用本法關於保護令之規定。

第 6 條 ①保護令之聲請，應以書狀為之，由被害人之住居所地、相對人之住居所地或跟蹤騷擾行為地或結果地之地方法院管轄。

②法院為定管轄權，得調查被害人或相對人之住居所。經聲請人或被害人要求保密被害人住居所者，法院應以秘密方式訊問，將該筆錄及相關資料密封，並禁止閱覽。

第 7 條 ①前條聲請書應載明下列各款事項：

一、聲請人、被害人姓名及住所或居所；聲請人為機關者，其名稱及公務所。

二、相對人之姓名、住所或居所及身分證明文件字號。

三、有法定代理人、代理人者，其姓名、住所或居所及法定代理人與當事人之關係。

四、聲請之意旨及其原因事實；聲請之意旨應包括聲請核發之具體措施。

五、供證明或釋明用之證據。

六、附屬文件及其件數。

七、法院。

八、年、月、日。

②前項聲請書得不記載聲請人或被害人住居所，僅記載其送達處所。

③聲請人或其代理人應於聲請書內簽名；其不能簽名者，得使他人代書姓名，由聲請人或其代理人蓋章或按指印。

第 8 條 聲請保護令之程式或要件有欠缺者，法院應以裁定駁回之。但其情形可以補正者，應定期間先命補正。

第 9 條 法院收受聲請書後，除得定期間命聲請人以書狀或於期日就特定事項詳為陳述外，應速將聲請書繕本送達於相對人，並限期命其陳述意見。

第 10 條 ①保護令案件之審理不公開。

②法院得依職權或依聲請調查事實及必要之證據，並得個別訊

問；必要時得依聲請或依職權於法庭外為之，或採有聲音及影像相互傳送之科技設備或其他適當隔離措施。

- ③ 法院為調查事實，得命當事人或法定代理人親自到場。
- ④ 法院認為當事人之聲明或陳述不明瞭或不完足者，得曉諭其敘明或補充之。
- ⑤ 法院受理保護令之聲請後，應即行審理程序，不得以被害人、聲請人及相對人間有其他案件偵查或訴訟繫屬為由，延緩核發保護令。
- ⑥ 因職務或業務知悉或持有被害人姓名、出生年月日、住居所及其他足資識別其身分之資料者，除法律另有規定外，應予保密。警察人員必要時應採取保護被害人之安全措施。
- ⑦ 行政機關、司法機關所製作必須公示之文書，不得揭露被害人之姓名、出生年月日、住居所及其他足資識別被害人身分之資訊。

第 11 條 ① 被害人以外之聲請人因死亡、喪失資格或其他事由致不能續行程序者，其他有聲請權人得於該事由發生時起十日內聲明承受程序；法院亦得依職權通知承受程序。

- ② 前項情形雖無人承受程序，法院認為必要時，應續行之。
- ③ 被害人或相對人於裁定確定前死亡者，關於本案視為程序終結。

第 12 條 ① 法院於審理終結後，認有跟蹤騷擾行為之事實且有必要者，應依聲請或依職權核發包括下列一款或數款之保護令：

- 一、禁止相對人為第三條第一項各款行為之一，並得命相對人遠離特定場所一定距離。
- 二、禁止相對人查閱被害人戶籍資料。
- 三、命相對人完成治療性處遇計畫。
- 四、其他為防止相對人再為跟蹤騷擾行為之必要措施。

- ② 相對人治療性處遇計畫相關規範，由中央衛生主管機關定之。
- ③ 保護令得不記載聲請人之住所、居所及其他聯絡資訊。

第 13 條 ① 保護令有效期間最長為二年，自核發時起生效。

- ② 保護令有效期間屆滿前，法院得依被害人或第五條第一項後段規定聲請權人之聲請或依職權撤銷、變更或延長之；保護

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

令有效期間之延長，每次不得超過二年。

- ③ 察官或警察機關得為前項延長保護令之聲請。
- ④ 害人或第五條第一項後段規定聲請權人聲請變更或延長保護令，於法院裁定前，原保護令不失其效力。檢察官及警察機關依前項規定聲請延長保護令，亦同。
- ⑤ 院受理延長保護令之聲請後，應即時通知被害人、聲請人、相對人、檢察官及警察機關。

- 第 14 條
- ① 法院應於核發保護令後二十四小時內發送被害人、聲請人、相對人、裁定內容所指定之人及執行之機關。
 - ② 有關保護令之送達、期日、期間及證據，準用民事訴訟法之規定。
 - ③ 保護令由直轄市、縣(市)主管機關執行之；執行之方法、應遵行程序及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。

- 第 15 條
- ① 保護令之程序，除本法別有規定外，準用非訟事件法有關規定。
 - ② 關於保護令之裁定，除有特別規定者外，得為抗告；抗告中不停止執行。
 - ③ 對於抗告法院之裁定，不得再抗告。

- 第 16 條
- ① 被害人、聲請人或相對人對於執行保護令之方法、應遵行之程序或其他侵害利益之情事，得於執行程序終結前，向執行之機關聲明異議。
 - ② 前項聲明異議，執行之機關認其有理由者，應即停止執行並撤銷或更正已為之執行行為；認其無理由者，應於十日內加具意見，送核發保護令之法院裁定之。
 - ③ 對於前項法院之裁定，不得抗告。

- 第 17 條
- ① 外國法院關於跟蹤騷擾行為之保護令，經聲請中華民國法院裁定承認後，得執行之。
 - ② 被害人或聲請權人向法院聲請承認外國法院關於跟蹤騷擾行為之保護令，有民事訴訟法第四百零二條第一項第一款至第三款所列情形之一者，法院應駁回其聲請。
 - ③ 外國法院關於跟蹤騷擾行為之保護令，其核發地國對於中華民國法院之保護令不予承認者，法院得駁回其聲請。

- 第 18 條 ① 實行跟蹤騷擾行為者，處一年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣十萬元以下罰金。
- ② 攜帶凶器或其他危險物品犯前項之罪者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣五十萬元以下罰金。
- ③ 第一項之罪，須告訴乃論。
- ④ 檢察官偵查第一項之罪及司法警察官因調查犯罪情形、蒐集證據，認有調取通信紀錄及通訊使用者資料之必要時，不受通訊保障及監察法第十一條之一第一項所定最重本刑三年以上有期徒刑之罪之限制。
- 第 19 條 違反法院依第十二條第一項第一款至第三款所為之保護令者，處三年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣三十萬元以下罰金。
- 第 20 條 法院審理前二條犯罪案件不公開。
- 第 21 條 行為人經法官訊問後，認其犯第十八條第二項、第十九條之罪嫌疑重大，有事實足認為有反覆實行之虞，而有羈押之必要者，得羈押之。
- 第 22 條 本法施行細則，由主管機關定之。
- 第 23 條 本法自公布後六個月施行。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

附錄

中英文索引

中文索引

3 劃

女性性侵加害人 263, 270, 271,
274, 276, 311

4 劃

反社會人格 279, 296, 297, 299,
312, 363

心理輔導 80, 81, 93, 94, 95, 111,
114, 130, 439

5 劃

加害人 / 者 3, 9, 14, 16, 18, 19, 20,
21, 22, 23, 24, 26, 32, 33, 73, 80, 88,
93, 94, 112, 113, 114, 115, 116, 117,
118, 119, 120, 121, 123, 124, 129,
130, 156, 162, 163, 166, 169, 170,
171, 172, 173, 174, 202, 203, 204,
205, 207, 208, 209, 210, 214, 221,
223, 224, 232, 238, 240, 241, 242,
243, 244, 249, 251, 263, 264, 266,
267, 268, 272, 278, 281, 282, 288,
289, 292, 296, 301, 306, 307, 309,
333, 388, 389, 391, 393, 439, 442,
455, 456

司法詢問 327, 328, 329, 330, 331,
332, 339

未成年 4, 6, 26, 137, 156, 264, 310

未成年 / 卑親屬對尊親屬暴力
135, 136, 137, 139, 141, 156

犯罪被害人權益保障法 6, 15, 27

6 劃

再犯風險 19, 20, 221, 222, 366

再犯循環 228

再犯預防 3, 5, 223, 227, 228, 240,
285, 291

危機管理 227

同志親密暴力 135, 142, 143, 144,
145, 146, 147, 148, 149, 156, 157

同性間性侵害 263

7 劃

否認 227

戒癮治療 80, 93, 94, 95, 111, 116,
117, 118, 130, 369, 439

身心治療、輔導或教育 16, 18, 19,
20, 21, 22, 207, 246, 447, 451, 455,
456

8 劃

兒童及少年性剝削防制條例 6,
15, 16, 27, 438, 458

性侵害 179, 198, 201, 202, 205,
206, 207, 208, 209, 214, 221, 224,
238, 243, 244, 249, 251, 272, 278,
281, 282, 287, 292, 296, 301, 306,

307, 309, 312, 333, 337, 339, 381, 393
 性侵害加害人評估工具 201
 性侵害加害人評估步驟 201
 性侵害加害人評估報告 201
 性侵害犯罪防治法 1, 6, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 30, 70, 180, 207, 438, 450
 性侵害被害人 3, 15, 180, 198, 263, 312
 性侵害通報流程與管道 179, 180, 181
 性侵害循環 263, 301, 302, 303, 306, 309, 313
 性侵害驗傷採證 179, 187
 性偏好症 202, 203, 249
 性罪犯的家暴風險因子 379, 389, 391
 阻抗與權控 227
 青少年性侵害 263

9 劃

侵害行為因子 227
 保護令 3, 4, 5, 6, 13, 14, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 54, 71, 72, 74, 81, 88, 91, 92, 93, 96, 98, 104, 111, 121, 136, 141, 162, 163, 171, 174, 347, 348, 349, 355, 356, 360, 371, 372, 386, 440, 465, 466, 467, 468
 相對人 3, 4, 6, 37, 39, 48, 71, 79, 80, 81, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 118, 130, 137,

155, 157, 167, 169, 172, 185, 357, 358, 360, 383, 384, 389, 393, 441, 467
 約會強暴 263

10 劃

家內性侵害 379, 380, 381, 382, 383, 384, 396
 家事輔導 79, 97, 98, 99
 家庭暴力 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 29, 30, 32, 37, 42, 43, 44, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 73, 79, 80, 81, 87, 88, 91, 94, 95, 100, 101, 104, 107, 111, 115, 123, 129, 130, 135, 151, 152, 153, 162, 169, 171, 172, 173, 266, 355, 379, 380, 382, 384, 386, 389, 390, 391, 392, 395, 439, 440, 442, 396
 家庭暴力加害人成效評估 161, 162, 171, 172
 家庭暴力加害人的創傷輔導 103
 家庭暴力加害人類型 161
 家庭暴力防治法 1, 2, 3, 4, 9, 26, 28, 29, 30, 32, 37, 38, 42, 70, 72, 74, 81, 91, 143, 162, 355, 387, 438, 439, 445, 466
 家庭暴力事件法規 41
 家庭暴力事件通報流程 41
 家庭暴力事件報案流程 41
 家庭暴力被害人評估 41
 家庭暴力被害人驗傷採證 41
 書面告誡 32, 34, 35, 347, 348, 349,

472 家庭暴力與性侵害防治

350, 351, 352, 353, 360, 371, 372,
465

核發保護令 8, 13, 14, 39, 73

特殊監控措施 227

病態人格 263, 296, 297, 298, 299,
300, 309, 312

11 劃

國內家庭暴力加害人處遇 103,
104, 110, 118

國內家庭暴力加害人處遇計畫
103

婚姻強暴 379, 386, 387, 388, 396

強暴迷思 269

處遇計畫 3, 5, 14, 37, 80, 81, 87, 88,
91, 93, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 111,
116, 118, 120, 124, 129, 130, 149,
163, 171, 172, 173, 223, 355, 356,
358, 385, 392, 393, 439, 442, 443,
467

12 劃

報告書 79, 95, 124, 172, 359

智能障礙 17, 237, 241, 283, 284,
287, 288, 289, 309, 380

智能障礙性侵害者 263, 311

測謊技術 328, 335, 337, 338, 339

童年逆境 305

童年創傷經驗 5

評估工具 79, 81

評估步驟 79

評估與處遇 263, 270, 379

13 劃

跟蹤騷擾防制法 1, 26, 27, 28, 29,
30, 37, 348, 351, 352, 438, 463

跟騷法 29, 38, 39, 347, 374

跟騷者分類學 347, 360

跟騷者診療學 347

過動者 295, 309, 311

過動症 237

14 劃

精神疾病 151, 152, 155, 263, 278,
281, 282, 309, 392, 393

精神疾病患者家庭暴力 135, 156

臺灣親密關係暴力危險評估表
41, 43, 44, 49, 68, 148

認知行為療法 227

認知教育輔導 80, 81, 93, 94, 95,
111, 112, 118, 119, 130, 141, 439

16 劃

親職教育輔導 81, 93, 94, 95, 111,
113, 118, 119, 130, 439

靜態因素九九評估量表 202, 223

19 劃

藥物治療 227, 249, 251

藥酒癮性侵害者 294, 309

22 劃

聽力障礙 263, 292, 293, 294, 309,
311, 312

英文索引

A

Acute Factors 217
 Acute-2000 217, 218
 Acute-2007 218
 Age at Commencement of Risk 218
 Aggravating Factors 218
 Amenability to treatment 391, 396
 AMEND Model 105, 108, 110
 American Professional Society for
 Abused Children, APSAC 331
 Amount of Contact 205
 Anger Excitement 204
 Anger Retaliatory 204
 Antisocial 164, 296, 324
 Ascertain Dementia-8, AD-8 85
 Assessment 44, 76, 77, 83, 160, 165,
 199, 215, 217, 224, 256, 257, 258,
 266, 277, 281, 299, 3319, 324, 325,
 344, 345, 367, 368, 374, 375, 398
 Association of Chief Police Officers
 329
 Attachment Model 167
 Attachment theory 364
 Attuned responsiveness 128

B

Beck Anxiety Inventory, BAI 304
 Beck Depression Inventory-Second
 Edition, BDI-II 304

Beck Scale for Suicide Ideation, BSS
 304
 Borderline 163, 375
 Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS
 85
 Brief Symptom Rating Scale 85
 Broset Violence Checklist, BVC 281

C

Case formulation 366, 367, 374
 Children as sexual objects 274, 275
 Chinese Davidson Trauma Scale CDTS
 305
 Clinical intervention 208, 375
 Coercive control 364
 Cognitive Interview 329, 342, 343,
 344
 Common couple violence 164
 Complete disclosure testing 338
 Confirmation bias 128
 Conflict Perspective 167
 Conflict Tactics Scale, CTS 83
 Connection 276
 Contact driven 206
 Containment approach 335, 340
 Convention on the Rights of Persons
 with Disabilities, CRPD 16
 Conversational partnership 128
 Criminal Appearances 218
 Criminogenic Needs 214
 Critical event 150
 Cut down drinking, Annoyed by

criticism, Guilty feelings,
Eye-opener, CAGE 87
Cyclical 164

D

Danger Assessment, DA 165
Dangerous world 274, 275
Dating abuse perpetration 265
Deception indicated, DI 335
Degree of Fixation 205
Delusional disorder 363
Department of Solicitor General,
Canada 215
Depression 77, 122, 220, 260, 304
Dialectical Behavior Therapy, DBT
370
Disaster-Related Psychological
Screening Test, DRPST 85
Dislocated 125
Domestic sexual assault 386
Drop-out 109
Drug Use Disorders Identification Test,
DUDIT 87
Duluth Model 105, 134
Dynamic Variables 217
Dysphoric 163

E

Ecological Theory 167
Effect size 109
EMERGE Model 105, 106
Emotional flooding 365

Emotional volatile wife batterer 164
Engagement 277
Equality and nonviolence 106
Erotomanic type 363
Escalation 152

F

Family only 163
Family-Interactionism 167
Fantasy driven 206
Feedback-loop model 366
Feminist model 104
Feminist Theory 166
Fixated Type 205
Forensic interview 327, 328, 330,
342, 343, 344, 345
Forensic Interview Protocols 330,
342

G

Generally violent 164
Global Positioning System, GPS 10
Good Lives Model 277, 323

H

Heterogeneity 366
Historical 156, 216, 281, 342

I

Idiographic information 367
Implicit theories 274, 326
Inconclusive 335

Instant Offense test 336
 Institutional 217
 Internal working model 364
 Intimate terrorism 164, 177

J

Jealous type 363
 Juvenile Sex Offender Assessment
 Protocol-II, J-SOAP-II 266
 Juvenile Static Recidivism Risk
 Assessment Scale, J-SRRAS 266

L

learned helplessness 56
 level of concern 368

M

Maintenance examinations 336
 Meta-analysis 122, 134, 160, 257,
 258, 259, 260, 261, 319, 321, 343,
 399
 Minnesota Sex Offender Screening
 Tool- Revised, MnSOST-R 216
 Modifying criminogenic targets 277
 Multi-Agency Stalking Intervention
 Programme, MASIP 370
 Mutual couple violence 165

N

Nature of harm 274, 276
 Nature of Stalking Domain 367
 No deception indicated, NDI 335

Nomographic data 366
 Non-contact Sex Offense 219
 Non-heterosexual 270

O

Online child sexual abusers 206
 Opportunistic offenders 204
 Out-of-joint 125
 Overcontrol wife batterer 164

P

Paraphilic disorder 203, 257
 Parole and Probation 259, 337
 Parole or probation 336, 340
 Patriarchic Theory 166
 Pedophilia 220
 Perpetrator Risk Factors Domain
 367
 Personality disorders 363
 Pervasively angry offenders 204
 Point of Entry 127
 Population 134, 160, 292, 318, 323,
 324
 Positive and Negative Symptoms Scale,
 PANSS 85
 Post-conviction sexual offense-related
 testing, PCSOT 336
 Post-traumatic stress disorder, PTSD
 56, 304
 Power and control 105
 Power Assertiveness 204
 Probability 335

Protective factors 281, 299, 325, 367
Psychiatric Model 167
Psychopath wife batterer 164
Psychopathology of stalking 363
Psychopathy checklist: youth version,
PCL-YV 267

Q

Questionnaire 77, 87, 254, 411

R

Rapid Risk Assessment for Sex Offense
Recidivism, RRASOR 215
Rate of Sexual Offenses 216
Reality 125, 177, 399
Reconciliation 365
Regressed Type 205
Relational goal pursuit theory, RGP
365
Repetitiveness 152, 153
Resource Theory 167
Risk factors 160, 218, 225, 367, 376,
391, 396
Rorschach Inkblot Test 305

S

Sadistic offenders 204
Screening Assessment for Stalking and
Harassment, SASH 368
Self-management 260, 277
Sexual Appearances 218
Sexual fluidity 311

Sexual History Polygraph Examination,
SHPE 336
Sexual non-sadistic offenders 204
Sexual Offender Need Assessment
Rating 217
Sexual Offender Treatment Need and
Progress Scale 217
Sexual Offenses Against a Male 218
Sexual Offenses Against a Stranger
218
Social Control Theory 166
Social Exchange 166
Social Learning Theory 167
Stable Factors 217
Stable-2000 214, 217, 218
Stable-2007 218
Stalking Assessment and Management,
SAM 367
Stalking Risk Profile, SRP 367
Static Risk Factors 218
Static Variables 216
Static-2002/2002R 216
Static-99 202, 212, 213, 214, 215,
216, 225, 267
Static-99R 202, 215, 216, 225
Step-children 380
Strength based model 276, 311
Structure Clinical Interview for DSM,
SCID 85

T

The best practice guidelines 331

The confluence model 226, 324
 The Convention on the Rights of
 Children, CRC 16
 The Development and Validation of
 Taiwan Intimate Partner Violence
 Danger Assessment, TIPVDA 2.0
 44
 The Dynamic Appraisal of Situational
 Aggression, DASA-IV 281
 The Massachusetts Treatment Center
 Rapist Typology, MTC: R1 204
 The Massachusetts Treatment Center
 Rapist Typology, MTC: R3 204,
 221
 The Millon Clinical Multiaxial
 Inventory-III, MCMI-III 305
 The Psychopathy Checklist-Revised,
 PCL-R 202
 The Structured Assessment of
 Protective Factors for violence risk,
 SAPROF 281
 Theory of self-regulation 365
 Threat assessment 368, 375
 Transitional bisexuality 311
 Treatment provider 336, 340

U

Uncontrollability 152, 274, 275

V

Version 3 of the historical-clinical-risk
 management-20, HCR-20 V3 281

Victim Vulnerability Factors Domain
 367
 Vindictive offenders 204
 Violence resistance 165
 Violence Risk Scale: Sexual Offender
 Version, VRS: SO 202

— |

| —

— |

| —