

# 精神疾病家庭暴力相對人 高危機階段的工作模式

廖靜薇・楊淵勝

## 壹、緣起

在家庭暴力高危機會議及實務工作經驗中常會聽到這樣的討論內容：相對人疑似罹患精神疾病，但不願意就醫，也沒有意願接受相對人多元服務方案，警察已有進行告誡約制相對人，然而因為相對人沒有精神科診斷且未曾於精神科病房住院，不屬於精神照護系統列管的病人，所以困難有積極作為；或是罹患精神疾病的家暴相對人，經過精神科強制就醫治療後已經出院，卻於出院後不願服藥、拒絕回診並拒絕社區關懷訪視員的訪視，爾後精神症狀再度復發，那是不是又要啟動一次強制就醫？常見的情境卻是，受害人屢屢表達每次相對人被強制就醫出院後，對受害人就更怨恨，受害人也會猶豫是不是該再通報相對人需要協助就醫一事？或是受害人表示，每當相對人去住院治療，醫院還是會通知受害人去處理相對人住院相關事宜或是支付醫療費用，若是受害人申請保護令之後，裁定相對人必須要接受精神治

療或是輔導教育課程，還是需要受害人協助載著相對人去上課？所以受害人覺得申請保護令是多餘而且麻煩的，到頭有時會來倒霉的還是自己，因而想要撤銷申請；或是相對人罹患精神疾病，受害人也會問到，如果申請保護令中有隔離要求，那相對人可以去哪裡？若放任他自己離開家中生活，有地方住嗎？或是去當遊民？就算真離開家中，他如果自己又回家來，我又要趕他走，那這樣衝突不就會再發生？

以上的狀況，讓受害人在面對罹患精神疾病家暴相對人無所適從，相對人處在無法接受穩定治療的狀態下，也持續成為家人所畏懼的對象，家庭關係也就長期處於持續惡化中。

筆者皆在精神科專科醫院從事精神醫療工作至今，除長期投入於基層精神醫療工作之外，筆者在 90 年 7 月份開始帶領家庭暴力相對人認知輔導教育團體至今，服務單位也承接屏東縣精神病患社區關懷訪視計畫多年，也從 100 年開始擔任高雄

市高危機會議專家至今，另外不定期擔任其他縣市精神疾患及家庭暴力相關業務的督導工作，一路走來，因為家庭暴力防治法的推行及宣導，看到有些對家人暴力的精神疾病患者從單純的病人身份，開始增加了家暴相對人或加害人的標籤，因為不斷重複發作的明顯精神症狀、暴力行為，讓家屬（受害人）開始除了運用精神衛生法協助就醫之外，也增加進行家庭暴力通報，同時啟動了家庭暴力防治法介入，但是往往家庭互動關係並沒有改善，罹患精神疾病的相對人在精神治療穩定後，還是需要回到社區回到家中，在精神症狀不穩定之下容易又違反家庭暴力防治法、重複住院，週而復始，最後也許就是發展到相對人被長期安置到相關機構裡，跟家人長期隔離，當初被安置到龍發堂的精神疾病患者有很多就是這些類型的，罹患精神疾病合併家庭暴力，在社區無適切資源之下，家屬只好就將相對人送進機構或廟宇進行長期的隔離，從此相對人和家人的關係及記憶就定格在當時的暴力事件，無法向前或是改善，這對受害人而言是無法抹滅對相對人的懼怕，對相對人而言是因為罹患無法選擇的精神疾病，致使相對人時光靜止在機構中。在劉秀娟譯的家庭暴力一書中也提到對於家庭中的施暴者的個別精神治療，只不過是一種有限度的問題解決方式，因為家庭暴力的根源是在家庭與社會的結構。

另外於精神疾病本身發生在腦部，疾病影響了相對人的心智狀態、判斷能力、行為控制，再加上社會汙名化，要求精神

疾患的病人要能知道、理解或是接受自己罹患精神疾患的事實，了解自己需要哪些相關資源的協助，這長期以來都不是一件容易的事。此外，對於家庭成員有家庭暴力行為，家屬如果同時也是受害人時，該不該協助相對人進行持續醫療的行為，也成為精神醫療團隊思考的兩難議題：站在受害人的立場，無論是受害人情感上的糾結、暴露機會提高所產生的風險，若一味要求受害人繼續協助相對人就醫問題其實並不適切；但是，如果沒有受害人協助，則相對人因受限於精神疾患的影響，相對人自身也困難去主動尋求並獲得合適的精神醫療資源。顯然，若能有個角色，能具有精神醫療相關能力知識，對於家庭關係動力有所掌握，且家庭暴力相對人和受害人均能對該角色有所信任，將很有可能大大地提高家暴事件、就醫協助、家庭關係改善的機會，也很有可能打破不良循環，減少該類事件循環再循環對於現有體系資源的內耗。

那目前在整個體系中有那些資源可以協助相對人的持續就醫呢？在社區有哪些資源可以介入，提供相對人的醫療協助及家庭關係的改善呢？如果社會安全網的建立，專業人力的增聘，可以補足這一塊資源的不足，這對受害人、相對人而言都是協助，也許就都有機會可以獲得不同的人生故事發展，從家庭和社會的觀點來看，也有機會促進資源利用的效益，減少不必要的社會成本損耗。

## 貳、由基層實務發展之精神疾病家庭暴力相對人高危機階段的工作模式

依據衛生福利部在 107 年 2 月 26 日的強化社會安全網計畫指出因保護案件漸增、自殺人數未明顯下降、隨機殺人事件頻傳，為營造整體社會安全且無暴力的環境，建構保障經濟安全、人身安全與健全家庭服務的網絡，介入焦點由以個人為中心轉變成為以家庭為中心，在社安網個案管

理系統架構在衛生局(社區心理衛生中心)則是增加了精神疾病合併家暴或性侵個案的心理衛生社工人員，針對在高危機階段的家庭暴力相對人提供服務，到 107 年 12 月也執行幾個月了。筆者所參加的家暴高危機會議也開始轉介個案給精神疾病合併家暴的心理衛生社工人員(以下簡稱心衛社工)，目前也已有相關明確的轉介流程，筆者在這則提出以基層實務需求為出發點之高危機階段的家庭暴力相對人的工作模式，工作流程圖簡述如圖 1:

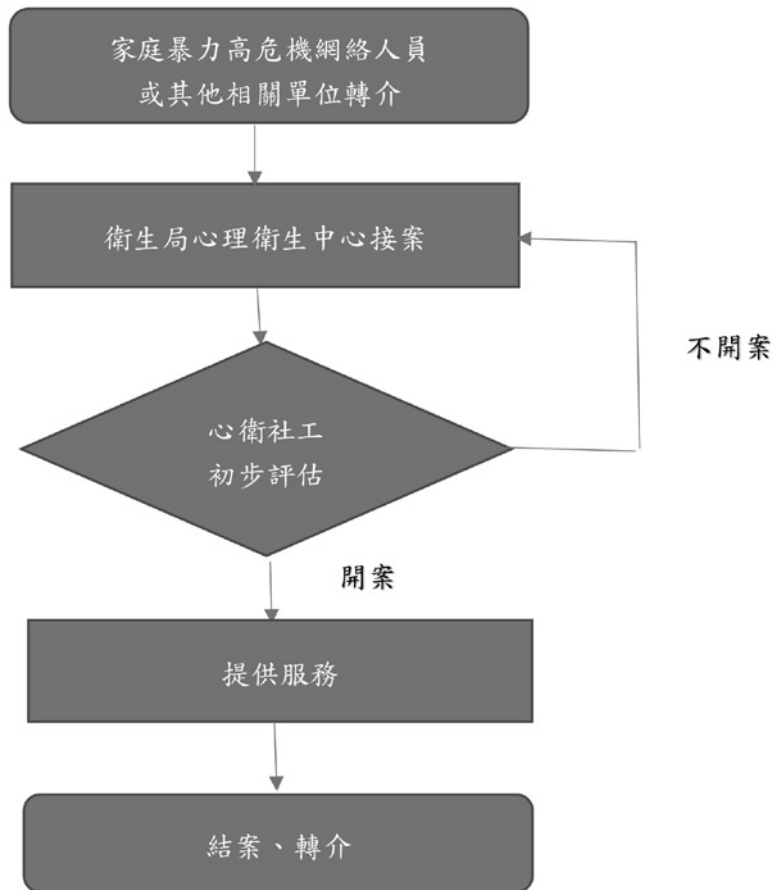


圖 1 工作流程圖簡述

## 一、在轉案的階段

在家庭暴力高危機階段經網絡人員確定相對人罹患精神疾病或是疑似有精神疾患，建議各縣市的衛生局心理衛生中心都能接受轉介並安排心衛社工進行初步評估，因為確診及接受過精神科住院治療者，都會進入精神照護管理系統成為列管個案，公衛護士會依照其分類等級進行追蹤訪視，或是轉介給社區關懷訪視員密集前往訪視，故相對於疑似罹患精神疾患之相對人及他的家庭在資源使用上都比較豐富，所以若能將在家暴高危機階段疑似精神疾患的相對人在此階段也納入服務對象，對於高危機網絡工作人員來說是真正解決長期以來的資源不足，也符合社安網的精神，補足原本網絡資源的缺口。

## 二、在初步評估階段

在筆者的工作經驗中，罹患精神疾病合併家庭暴力者較多的精神疾患類別是物質使用疾患（如：使用毒品或是酒精）、感覺失調症、情感性精神病（如：躁鬱症）、人格障礙（如：邊緣型人格障礙）。在針對不同類別的疾患，基於各疾患有其不同症狀的特性，要能初步辨識這些症狀和其家庭暴力行為之間的關聯，方能形成正確有效的協助方向。此外，反社會型人格障礙，雖不屬於精神衛生法中精神疾患之範疇，但也頗易在家庭暴力者中出現，必須和司法警政機關戮力合作，方能提供有效的處遇。家暴行為是精神症狀所促發或是來自於家庭互動關係、情境因素，做正確的評估才能找出適切的介入計畫，是協助相對人接受精神治療或是家庭關係的調整，視

實際需求適時轉介或引入相關社會資源的運用，方能做出正確有效的計畫方向。

在初步評估階段，要能掌握精神疾患者合併家庭暴力者的特性，在相對人難得答應接受訪視的機會或是願意接電話的當下，能夠快速地和相對人建立關係，評估及掌握相對人的相關問題及需求，讓相對人有動機願意信任且繼續接受訪視或是會談，這樣日後才有機會進行介入的服務工作，當無法把握住在當下讓相對人願意持續接受服務，日後相對人大概就會以拒接電話或是不願開門居多，在這樣的狀況之下可能需要和家防官進行聯訪為佳。

當然在此階段，心衛社工人員要能掌握和精神疾患相對人會談的技巧，同時也留意自身的安全議題，在社會工作人員人身安全維護手冊中也指出為維護服務對象與社工人員的安全，與服務對象接觸時，甚至會談之前，均應留意暴力風險因子，一旦發現風險升高，便須提高警覺，採取必要的防護措施。從相對人的言語內容、情緒狀態、眼神去判讀相對人對於自己行為的控制程度，若是相對人的談話內容都是妄想脫離現實，也切勿當下否定相對人的想法，這些內容對於一個處於妄想狀態的人而言，那些是他的真實，故在和這類服務對象應對互動時，傾聽、不否定、不批判、不增強是建立關係的會談原則。如果是物質使用疾患相對人，通常在當下是困難進行有效的會談，相對人需要時間及安靜的空間去和濫用物質隔離，精神症狀才有可能漸漸削弱，必要時還是建議請高危機網絡中的家防官陪同前往訪視進行評估，以維護自身之安全。

### 三、在提供服務階段

大多數的精神患者通常可能是因為症狀使然及未穩定接受治療而產生暴力行為，協助建立相對人的病識感、緊急介入協助醫療、連結相關醫療資源等等可能是工作重點；輕微的精神疾患這一類，則較多是文化、性格、家庭關係等等多元因素影響所致，如何去了解家庭關係的脈絡、相對人的思考邏輯及認知的評估、連結相關心理治療資源、緊急的危機介入等等是工作重點，所以社安網中的心理衛生社工必須要有以上這兩種類別的評估能力，才能發展出適切的服務計畫。

在李錦彪等人的社區精神病患關懷照顧計畫初探研究結果發現：

#### (一) 社區精神病人以精神醫療需求最高

改善病人與家人關係及加強其生活自理能力次之。

#### (二) 社區關懷服務之內涵可歸納為

促進病人持續接受藥物治療、協助病人獲得家人支持、提升病人生活的意義及提供整合性醫療資源等四大類服務。建議在社安網的心衛社工的工作內涵方面可以先以此為基礎，但是在協助病人獲得家人支持時要去評估及同理受害人本身的感受與壓力，譬如在協助相對人就醫時，若是受害人就是其醫療相關事務的主要處理者，則需要去思考從系統中連結相關資源來取代，譬如相對人如果是緊急護送就醫住院後是申請強制住院身分，就適合以公設保護人來處理相對人的相關醫療事務；那若非以強制住院身分來申請住院，而是

自願同意以健保身份住院，那建議心衛社工需去協商其他適合的家屬或資源來協助處理相對人醫療相關事宜，避免受害人同時又要擔任相對人的醫療決策及經濟提供者，造成受害人的角色混淆和加重其心理矛盾。

另外相對人在住院期間，心衛社工要和醫療院所、社區精神復健單位有良好的合作與聯繫，以掌握相對人結束急性期治療回到社區的銜接服務，在社區的精神醫療相關資源中有日間留院、社區復健中心、康復之家、重建中心、小作所、庇護工場、支持性就業、居家治療、長照服務等，則視相對人的年齡、病情穩定度、動機、復健潛能、資源便利性等相關因素和相對人討論適切可行的個別服務計畫，同時也對非受害人的其他家人持續提供一些醫療衛教資訊，在因精神症狀導致對家人暴力行為的相對人身上，症狀減少對相對人的影響，暴力再犯的風險也會相對的降低；若是非精神症狀促發的暴力行為，在相對人本身的壓力調適、人格層面、整體家庭關係方面則需要有比較多且長期的介入服務。

### 四、結案階段

依據服務階段的服務內容，以高危機會議中社政評估表、警政評估表及衛生醫療評估表，達到解除高危機列管指標，一停：暴力行為停止，二低：加害人危險降低、情境危險因素降低，二高：外部介入遏阻與保護效果高、被害人權能感提高。這當然可視為心衛社工結案指標，但深入具體來看暴力行為停止、加害人危險降

低、情境因素降低這些部分就是評估相對人是否有穩定接受醫療、生活安排方面是否有改變、有無穩定連結相關外在資源有關，家庭暴力與精神症狀都是會不斷重複復發，有效的介入是能打破其原本復發的循環，重新建立新的家庭互動或是穩定醫療的健康運作模式，並能持續運作，此部分若困難在心衛社工服務階段完成，則需要和社區關懷訪視員之間有密切的合作及銜接。

### 參、社安網心理衛生社工人員的專業教育訓練

以筆者來看社安網心衛社工的專業人力要求的理想聘用資格為至少有三年精神醫療社會工作經驗，具家庭暴力加害人、性侵害加害人處遇工作尤佳。摘自衛生福利部（2016）「第二期國民心理健康促進計畫」各類精神照護人力之分布情形在

103 年社工人員是 503 人，這 503 人包含了精神醫療院所、社區復健機構、精神護理之家專兼任的社工師（員），依據衛生福利部（2017）統計資料顯示在精神科醫院及精神科教學醫院的社工師（員）合計約 210 人，在精神醫療院所醫院床位未增加之下，這 200 多人大概就是主要會提供急性症狀精神疾患者和家屬的服務精神醫療社工人數，在這 200 多人中同時具有家庭暴力或性侵害加害人的精神醫療社工人數更少，所以在社安網心理衛生人員這部分就比較困難聘用到計畫中預期的理想專業人力。那在現有的人力資源下，要如何進行心衛社工的專業教育訓練，以利能發揮專業功能，達到計畫目標，並能注意到自身的人身安全及心理健康，依據 87 年 4 月衛生署公告的精神病患照顧體系權責劃分表內容（如表 1），社安網心衛社工主要服務的精神疾患合併家庭暴力的相對人是前四類的性質。

表 1 精神病患照顧體系權責劃分表

病患性質	服務類別	服務項目	服務機構	權責劃分
一、嚴重精神病症狀，需急性治療者。	精神醫療	急診 急性住院治療	精神醫療機構	衛生醫療單位
二、精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者。		慢性住院治療		
三、精神病症狀繼續呈現，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者		日間住院治療 居家治療		

四、精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者。	精神醫療 社區復健	日間住院治療 社區復健治療 社區追蹤管理	精神醫療機構 精神復健機構 衛生所	衛生醫療單位
	就業安置	就業輔導	職業訓練及就業服務機構	勞政單位
五、精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者。	長期安置 居家服務	安養服務 養護服務	社會福利機構	社政單位 (主辦)
六、精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆患者、智障者、無家可歸者。		居家服務 護理照顧服務	護理機構	衛生醫療單位 (協辦) 衛生醫療單位

註：1. 第五、第六類病患如需醫療服務由醫療單位提供支援。

2. 各類精神病患係依其病情變化，由精神醫療機構、精神復健機構、社會福利機構或職業訓練及就業服務機構共同提供服務。

那在目前這樣的專業人力條件之下，心衛社工除具備原本之社會工作專業訓練之外，尚須強化家庭暴力防治及精神醫療兩大領域的專業知能，筆者建議可以連結各縣市精神醫療院所中的精神醫療工作團隊進行在職教育訓練及成立區域性的專業諮詢及合作資源，所需要的心理衛生專業教育訓練建議如下：

### 1. 第一年的基礎課程

了解相關的精神醫療資源網絡與資源運用(包含協助就醫的網絡)、相關法令(包含精神衛生法、家庭暴力防治法等相關法規政策)、家族評估與會談技巧、家庭暴力防治網絡介紹、與非自願性個案工作會談技巧、家庭暴力生理社會心理議題、精神疾患症狀及分類、精神醫療生物社會心理治療模式、專業人員人身安全及

身心調適議題、實際參訪精神醫療治療及復健機構等、相關倫理議題探討、危機介入訓練與模擬、多元文化敏感度的訓練。

### 2. 第二年進階課程

非自願性個別心理會談技巧進階、家族評估與會談技巧進階、個案研討、精神疾患去汙名化及建立病識感的工作方法、精神科藥物的初步了解與辨識、專業人員人身安全及身心調適、相關倫理議題探討。

### 3. 第三年高階課程

精神疾患及家屬的權益倡導、家庭關係介入與調整、個案研討、專業人員人身安全及身心調適、相關倫理議題探討。

以上的專業教育訓練比較偏向社安網中的心衛社工設計與建議，和目前衛生福利部強化社會安全網計畫社工人員分級

訓練課程有其大同小異之處，特別不同的部分大概是針對心衛社工在精神醫療專業知能及家庭暴力加害人特質的專業部分之加強。第一年的基礎課程建議可以全國性每年辦理，第二年及第三年的課程則建議分區辦理，以規模較小的團體方式進行課程，以利進行較深入的實務經驗之討論與交流。

## 肆、小結

一個新的計畫需要中央政策推動、地方支持、財源穩定、專業人力充足、資源網絡合作，方能發揮其預期功能及達到計畫目標，在家庭暴力高危機階段對於罹患精神疾患或疑似有精神疾患的相對人確實

需要有專業人力介入，能在高危機階段和相對人工作，協助相對人穩定接受治療、降低受害人對於人身安全的擔心害怕、避免重大社會事件發生，筆者也期待此計畫中的心衛社工能在社區精神疾患合併家暴議題中紮根，建議日後也許可以評估心衛社工和社區關懷訪視員的功能整合，也期待可以成為各縣市心衛中心常態的服務方案，才能將這些工作經驗往上堆疊，有效的建立長期穩定的社會安全網。

（本文作者：廖靜薇為屏安醫療社團法人屏安醫院社工室主任；楊淵勝為屏安醫療社團法人屏安醫院精神科專科醫師）

**關鍵詞：**精神疾患、家庭暴力相對人、家庭暴力高危機會議、心理衛生社工人員。

## 📖 參考文獻

- 朱惠英、郭凡琦譯 (2008)。《如何與非自願性個案工作》。台北：張老師。
- 李錦彪、蕭淑貞、廖淑珍、李依玲、劉玟宜 (2008)。〈社區精神病患關懷照顧計畫初探〉，《精神衛生護理雜誌》，第3卷，第1期，頁20-27。
- 劉秀娟譯 (1996)。《家庭暴力》。台北：揚智。
- 衛生福利部 (2016)。《社會工作人員人身安全維護手冊》。台北：衛生福利部。
- 衛生福利部、教育部、勞動部、內政部 (2018)。《強化社會安全網計畫核定本》。取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-4085-43311-1.html>。
- 韓青蓉 (2015)。《精神醫療社會工作》。台北：華都文化。