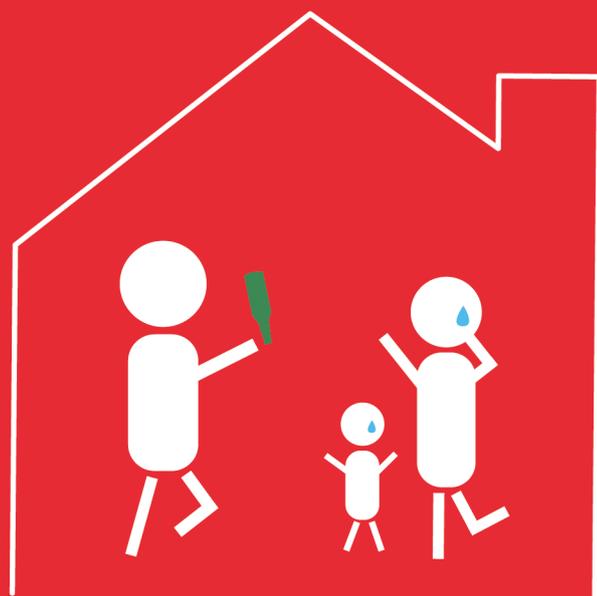


珍愛生命 希望無限

保護服務與自殺防治



目錄

01

保護服務個案之現況分析

- 03 | 家庭暴力與兒童及少年之保護
- 08 | 性侵害及性騷擾

03

保護服務個案之關懷訪視與介入

- 15 | 處遇上的判斷與介入
- 17 | 訪視技巧與注意事項

05

主要參考資料

保護服務個案之自殺評估

02

- 11 | 保護服務個案之危險因子與保護因子
- 12 | 保護服務個案之自殺風險辨識與危險性評估

04

資源轉介跨團隊合作

- 20 | 制訂追蹤關懷分級管理
- 21 | 跨團隊合作，互通資訊，共同照顧
- 21 | 建立跨團隊合作，橫向連結共訪流程
- 24 | 資源分享需求轉介

附錄

06

序

我國自殺防治策略，主要分為三大層面，分別為全面性、選擇性與指標性策略，其中選擇性自殺防治策略以高風險群為對象。在選擇性自殺防治策略中，心理健康篩檢以及高危險群之辨識工作，是相當重要的一個環節。加強醫護與諮商輔導人員篩檢、辨識可能罹患各類精神疾病或有自殺傾向者的能力，並適時轉介給精神醫療專業人員做妥當處置，是相當重要的環節。

家庭暴力已被視為是重大的公共健康與社會安全議題，並引起全球性的關注。根據世界衛生組織（WHO）的估計，約有 16~52% 的婦女曾遭受身體上的家暴攻擊，對於家暴盛行率的研究，一般相信是低估的狀態。台灣一樣存在嚴重低估家暴事件的情形，在華人「家醜不可外揚」等傳統觀念影響下，婦女請求協助的比例顯然偏低。有統計指出，有 48% 的家暴案件未曾向警方報案。因此不難想像，在台灣有多少人正在遭受家暴所帶來的痛苦。(周,2009)

性侵害是極為特殊的犯罪事件，國內外研究均顯示，性侵害在犯罪過程中充滿權力不平等及對身體自主權的剝奪。被害人常受限於迷思而害怕曝光，尤其被害人的受創反應充滿反覆、不願承認、不信任、無安全感等等。冗長的司法程序、社會大眾的不了解，種種外在因素使被害人不願求助或報案，而造成犯罪的黑數，也讓被害人受到二度傷害。根據衛福部保護服務司「我國性別暴力現況調查」之研究(2012)，遭遇性侵後曾提出求助者僅占 19.67%，其中非正式求助管道超過五成，可見實際發生的案件量，遠比進入通報系統的數量來得龐大。(呂,2019)

許多個案或許不知如何求助，以致於當壓力與痛苦無法解決時，常會走上自殺一途，因此第一線專業助人者更需要提升專業敏銳度，早期發現，早期介入。本手冊針對家暴及性侵等保護服務個案提出自殺評估及處遇方式，提供專業社工及輔導人員參考利用，期盼能協助第一線專業服務人員提升自殺防治知能，並協助個案能早日恢復正常生活。

台灣自殺防治學會理事長
全國自殺防治中心主任

李明濱 謹誌

01 · 保護服務個案之現況分析

一、家庭暴力與兒童及少年之保護

本節分析涉及家庭暴力防治法（簡稱家暴法）、兒童及少年福利與權益保障法（簡稱兒少法）此兩項法律所涵蓋的相對人與被害人族群所產生的自殺通報的樣態。

由表 1-1 可知，以家暴相對人來說，每 100 件的關於家暴相對人之通報，就有 5.1 件涉及自殺通報，而在家暴被害人則是每 100 件關於家暴相對人之通報，就有 6.6 年涉及自殺通報。在兒少保事件中涉及自殺通報比率，則是每 100 件中，相對人有 3.2 件，被害人有 4 件。顯示在成人的族群，比兒少的族群有更高自殺通報量的比率，間接顯示成人族群較易採取自殺行為。

除了家暴被害人在 2017 年的通報量及比率相較於前一年下降外，在家暴相對人及被害人，兒少相對人及被害人在自殺通報的件數及比率均有逐年昇高的趨勢。尤其在兒少被害人方面，不論件數及比率，在 2018 年均比其他族群顯著增加。通報案件的增加，可能來自於通報黑數的減少、通報敏感度增加，亦或是採取自殺行為的案件增加。

表 1-1 家暴及兒少事件中相對人及被害人自殺通報件數及百分比

2016-2018 關於家暴及兒少事件中相對人及被害人-自殺通報件數及百分比					
		家暴相對人	家暴被害人	兒少相對人	兒少被害人
2016	N	1346	1802	757	817
	%	4.6	6.2	2.6	2.8
2017	N	1394	1769	957	1070
	%	4.6	5.8	3.1	3.5
2018	N	1950	2547	1277	1829
	%	5.9	7.7	3.8	5.5
三年總計	N	4690	6118	2991	3716
	%	5.1	6.6	3.2	4

另一值得注意的是，不論是家暴或兒少族群，被害人的自殺通報量均比相對人來得高，近三年來的平均差異 0.8%-1.5%。間接顯示，在被害人族群上比起相對人的族群，更易發生自殺行為。

以下就「家暴相對人」、「家暴被害人」、「兒少相對人」、「兒少被害人」分別來看自殺原因歸類的統計。

(一) 家庭暴力相對人

表 1-2 是「家暴相對人自殺通報中自殺原因歸類」統計表，一個自殺事件的通報，可能同時涉及一個以上的因素。以上述表 1-2 來說，家暴相對人自殺通報的原因歸類前三名分別是「情感/人際」、「精神健康/物質濫用」及「工作/經濟」。尤其「情感/人際關係」佔了五成以上。以實務的經驗來說，此一類多涉及「分手」、「不被重視」…等的議題，如何分離及強化自我意像，常成為對家暴相對人處遇的重點。另一方面「精神健康/物質濫用」則多涉及精神疾病及藥酒癮，穩定精神疾病及戒癮防治則為重點工作。在相對人的族群上，近八成為男性，「工作/經濟」的缺損，對男性形成較大的壓力感，間接顯示此因子對相對人採取自殺行為的促成有一定的影響力。

表 1-2 家庭暴力相對人自殺通報中自殺原因歸類次數及百分比

家暴相對人								
		情感/人際關係	精神健康/物質濫用	工作/經濟	生理疾病	校園學生問題	迫害問題	其他
2016	N	765	517	135	33	5	12	68
	%	56.8	38.4	10	2.5	0.4	0.9	5.1
2017	N	754	573	164	53	6	10	78
	%	54.1	41.1	11.8	3.8	0.4	0.7	5.6
2018	N	1123	836	237	43	21	20	118
	%	57.6	42.9	12.2	2.2	1.1	1	6.1
三年總計	N	2642	1926	536	129	32	42	264
	%	56.3	41.1	11.4	2.8	0.7	0.9	5.6

(二) 家庭暴力被害人

家暴被害人族群自殺通報原因的歸類上，前三類的排序和家暴相對人一樣，但可以發現在「情感 / 人際關係」的百分率上，比相對人來得高。實務經驗顯示，被害人的族群多為女性，而家暴事件直接衝擊到「情感 / 人際關係」，此關係不僅是平行的情感關係，還包含水平的親子關係。不管在學理或實務研究上均發現女性族群對關係的重視與需求均高於男性，因「情感 / 人際關係」的損傷，產生的憤怒及絕望感往往會促成自殺的想法，乃至於行為。因此在被害人創傷介入上，此一面向的關照及處遇，即為自殺防治的重點。詳細數據請見表 1-3。

表 1-3 家庭暴力被害人自殺通報中自殺原因歸類次數及百分比

家暴被害人								
		情感/ 人際關 係	精神健 康/物質 濫用	工作/ 經濟	生理 疾病	校園學 生問題	迫害 問題	其他
2016	N	1121	629	153	48	15	35	75
	%	62.2	34.9	8.5	2.7	0.8	1.9	4.2
2017	N	1025	715	145	47	14	43	76
	%	57.9	40.4	8.2	2.7	0.8	2.4	4.3
2018	N	1522	1044	209	74	39	49	143
	%	59.8	41	8.2	2.9	1.5	1.9	5.6
三年總計	N	3668	2388	507	169	68	127	294
	%	60	39	8.3	2.8	1.1	2.1	4.8

(三) 兒少保護事件相對人

從下表可知兒少保護案件的相對人在自殺通報原因歸類上的排序，亦和家暴案件相仿。在這兒「情感/人際關係」的類別上，以實務經驗的角度來說有不同於上述家暴案件的意義。兒少保案件，雖直指「親子關係」的議題，但有很大的部份是和「親密伴侶關係」（夫妻、同居人）有關，因為伴侶關係的失調，而導致兒少保案件，因此針對兒少保的相對人，處遇「伴侶關係」和「親子關係」的平衡與界限，則是重點。

表 1-4 兒少保護事件相對人自殺通報中自殺原因歸類次數及百分比

兒少相對人								
		情感/人際關係	精神健康/物質濫用	工作/經濟	生理疾病	校園學生問題	迫害問題	其他
2016	N	399	308	85	15	3	11	49
	%	52.7	40.7	11.2	2	0.4	1.5	6.5
2017	N	515	396	112	23	8	8	51
	%	53.8	41.4	11.7	2.4	0.8	0.8	5.3
2018	N	731	558	144	30	22	13	62
	%	57.2	43.7	11.3	2.3	1.7	1	4.9
三年總計	N	1645	1262	341	68	33	32	162
	%	55	42.2	11.4	2.3	1.1	1.1	5.4

(四) 兒少保護事件被害人

兒少的定義，在兒少法為「未滿 18 歲之人」，兒童是「未滿 12 歲之人」、少年則為「12 歲以上，未滿 18 歲之人」。但在自殺統計上，是以「14 歲以下」、「15-24 歲」為分類，前者與後者的比例，約為 1:3。

兒少保護案件的被害人在自殺通報原因歸類上的排序上，和前三類族群有些不同，前三的排序是「情感/人際關係」，「精神健康/物質濫用」及「校園學生問題」。在實務經驗上，「情感/人際關係」類型上，大多和長輩（父母）的衝突之後產生的衝動控制有關，而近年來，親子互動中的衝突議題，在網路、手機使用的限制與爭議，也常和自殺舉動有高相關。而在「校園學生問題」，則顯示被害人在校園系統中感受到的壓力，如與霸凌議題相關。

表 1-5 兒少保護事件被害人自殺通報中自殺原因歸類次數及百分比

兒少被害人								
		情感/人際關係	精神健康/物質濫用	工作/經濟	生理疾病	校園學生問題	迫害問題	其他
2016	N	460	258	29	7	108	13	65
	%	56.3	31.6	3.5	0.9	13.2	1.6	8
2017	N	599	339	50	4	136	14	68
	%	56	31.7	4.7	0.4	12.7	1.3	6.4
2018	N	1008	768	80	17	277	32	131
	%	55.1	42	4.4	0.9	15.1	1.7	7.2
三年總計	N	2067	1365	159	28	521	59	264
	%	55.6	36.7	4.3	0.8	14	1.6	7.1

不論在「家暴相對人」、「家暴被害人」、「兒少相對人」、「兒少被害人」的自殺通報中自殺原因歸類排序第一均為「情感/人際關係」，顯示「人活在關係」中的重要特性。在政策上，建議在國民教育上，如何強化情感教育因應人際關係的崩解與裂痕，以及後續可行的和解之道。

二、性侵害及性騷擾

我國性侵害被害人保護政策重點在於：

- (一) 精進案件處理品質
- (二) 減少被害人二度傷害
- (三) 治療其性創傷。

根據衛生福利部統計資料顯示，107 年總通報件數為 14784 件，通報單位以教育單位（28.17%）和警政單位（28.39%）為最多，其次為醫院（23.63%）、社政單位（8.67%）。被害人與相對人兩造之關係，若不詳 1127 件及其他 1444 件不計，依序為男女朋友 1888 件（15.45%）、網友 1002 件（8.2%）、普通朋友 949 件（7.77%）、前男女朋友 916 件（7.5%）、同學 852 件（6.97%）、直系親屬 753 件（6.16%）、旁系親屬 718 件（5.88%），其他還有上司 / 下屬、師生、家人的朋友、鄰居、客戶、同事、配偶、前配偶等關係，然而完全不認識僅 494 件（4.04%）。

從被害人與相對人兩造關係來看，以熟識者居多，其中又以朋友關係為多，包含家人的朋友、同學、網友、普通朋友、鄰居佔四成；親密關係次之，如配偶、前配偶、未婚夫妻、男女朋友、前男女朋友，占三成三，再次之則為家屬關係、職場上司及同事，利用被害人的「信任」及「不敢反抗」進行性侵害，有些被害人受害時間長達數年之久。

案發地點包括私人住所及非私人住所，其中私人住所佔 61.2%，且又以被害人住所 20.5% 為多，其次為旅館 9%。非私人住所則以學校 6% 為多，其次是社福機構 2.1%。

性侵害的型態包括兒童性侵害、家庭內性侵害、約會性侵害及網路性侵害等，茲分述如下：

（一）兒童性侵害

利用兒童年幼無知，以誘騙取得兒童之信任，對兒童發生性交或猥褻等侵害行為；或以威嚇強迫兒童進行不當的身體接觸、發生性行為，或利用性行為來懲罰及控制兒童等。有些侵害型式明顯，有些則很細微，但每種形式都對兒童造成極大傷害與長期影響。

（二）家庭內性侵害

相對人可能是直系親屬、親戚、手足關係，由於被害人大多是在家中缺乏地位的未成年人，侵害行為甚至一直持續到成年。由於雙方具有親屬關係，此類性暴力往往被忽略、漠許，也可能用威脅或其他替代方式補償被害人，此類事件易引起其他親屬間的衝突，使未受害的家人夾在救援受害人與保護相對人的兩難之間，因而家庭內性侵害事件往往不容易被外界發覺，而延誤了求助的時機，更拉長創傷復原的時間。

(三) 約會性侵害

大多數人都認為性侵害是陌生歹徒偶發的犯罪行為，但統計顯示被害人與相對人兩造關係卻以普通朋友、男女朋友為最多，高達案件量的四成以上，初次見面即遭網友性侵害的案件也愈來愈多，發生地點或時機不外雙方住所、出遊約會等。

(四) 家庭內性侵害

社會快速變遷，網際網路成為現代人交友之重要工具，但安全性也成為網路交友的重要課題。「網路性侵害」事件係相對人可能利用社群網站（如 Facebook）、交友或一夜情網站與 APP，或是網路聊天室和遊戲室等網路平台結識被害人，進而建立關係與邀約見面，再說服、利誘甚至是脅迫對方與自己發生性行為。某些網路性侵害案件則可能由網路性剝削開始，相對人進而強拍被害者裸照或要脅發生性行為。

在探討青少年自殺企圖行為的相關因素研究，以 6245 位國小五、六年級及國中高中（職）學生為對象，結果發現青少年自殺企圖之終生盛行率為 5.2%，自殺企圖行為的相關因素包括：性別、家庭支持、親身遭受肢體創傷、親身受到性騷擾 / 性暴力、自身事故傷害經驗、目睹他人遭受肢體傷害、目睹過他人遭受性騷擾 / 性暴力及喝酒。且不論是親身遭遇或目睹他人的遭遇肢體創傷和性騷擾或性暴力的傷害，皆為青少年自殺企圖最強烈的預測因子。

依據家庭內性侵害被害人之性受害經驗、適應症狀與諮商介入情形之分析研究結果發現：

- (一) 女性被害人最多，女男比例為 23:1，有些被害人合併遭受身體虐待或疏忽。多數被害人之父母離婚或分居，或有婚姻暴力情形，案母多為家庭經濟主要照顧者，案父多呈現缺席或失功能。
- (二) 被害人之受害經驗多發生在幼兒及國小時期，舉發性侵害時間以在國小時期最多。舉發者以親人為主，母親是最主要的舉發人。在事件舉發之後，要面對生活變動、司法處置，以及與家人關係修復等議題。
- (三) 在適應症狀上，呈現心理上的負面認知、負面情緒、低自尊、負面意像，行為上的偏差行為、自傷行為、對身體界線模糊或很清楚，人際上的親子、異性或同性等人際關係上的適應困難，在學校與家庭生活調適的壓力，以及面對偵訊或出庭訴訟的壓力，這些均交互影響著案主之整體生活，且其適應症狀有其個別差異性。

(四) 在諮商介入上，諮商師需對案主進行整體與系統性的評估，擬定個別化的諮商計劃，並以全人關懷為中心、具性別意識的態度，協助其建立諮商關係、處理扭曲認知、紓發壓抑情緒、重塑依附關係、提昇自我概念、增進生活適應、加強自我保護、協助家庭重建、建構支持系統。(2006，陳慧女等)

當家內性侵害事件案件揭露之後，整個家庭（包括相對人、被害人及未受害的家人）都會處於高度的壓力和震驚狀態，被害人及其他家人必須承受鄰里、親友、同事及同學的異樣目光，造成二度傷害，這也是被害人猶豫是否求助的重要因素，揭露之後，未來生活會更安全、更好嗎？那些侵害自己的家人會如何？如果親人受到法律制裁，自己是否會受到其他親人的責難？知情的媽媽卻沒有保護自己，該如何面對媽媽？當家內性侵害案件曝光之後，被害人及其家庭需要社會大眾給予創傷復原的時間與空間，勿加深被害人的壓力。

性侵害事件發生後，幾乎所有被害人都會出現創傷多症狀，只是症狀的類別、嚴重程度及持續時間有所差異。然而一般社會對性侵害的迷思包括「因為被害人穿著清涼暴露，才會遭遇性侵害，自己也該負點責任？」、「發生性侵害時如果被害人奮力抵抗，就能夠避免性侵害的發生？」等，也會造成被害人在案件發生後及處理過程中承受莫大的壓力。其實性侵害發生前常伴隨其他暴力形式：例如誘騙、身體攻擊虐待、利用藥物喪失心神、利用權勢地位威脅、威脅被害人名譽損失後果等等，被害人因此被迫一再遭受性侵害，相對人就更能夠控制他人。責難性侵害被害人將使他們處境更加艱難，可能導致自殺自傷行為。

02 · 保護服務個案之自殺評估

一、保護服務個案之危險因子與保護因子

要討論保護服務個案之危險因子與保護因子之前先復習一般對於危險因子與保護因子。

自殺的危險因子可分為遠端因子以及近端因子。其中遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒及周產期因素、早年創傷經驗，以及神經生物學失調等；近端因子包括精神科疾患、身體疾患、心理社會危機、致命工具的可得性、以及媒體模仿效應等。而常見的危險因子有生理、心理與社會層面，以及環境層面。相對而言，自殺危險因子的另一面為自殺保護因子，所謂自殺保護因子，是指能夠達到促進個人成長、穩定發展與得到健康等目標之能力、特質或個人及環境資源，增強保護因子有助於降低自殺風險，評估保護因子亦可協助個案找出其潛力及韌性以緩衝個人面臨的自殺危機。自殺保護因子大致可分為：個人身心層面、社會文化層面，與健康照護層面三大層面。

因此，保護服務個案之需要特別注意的危險因子如：

- (一) 生理、心理、社會層面：心理社會危機、重大身體疾病、藥物或酒精成癮、精神疾病、家族自殺史、家暴、性侵、受虐或其他創傷經驗、曾有自殺企圖。
- (二) 環境層面：經濟困難、情感或人際關係問題、容易取得致命工具、模仿效應。
- (三) 社會文化層面：缺乏社會支持、宗教文化影響、汙名化、媒體報導、缺乏適當的醫療照護等。

而保護服務個案的保護因子如下：

- (一) 個人層面如個人特質與正向經驗、正向心理健康與調適、良好的生活習慣和社交技巧：
 1. 具求助意願及求助意向
 2. 擁有歸屬感、認同感和良好的自尊與自信感
 3. 擁有關於生命意義與價值的文化信念、精神支持與宗教信仰
 4. 擁有樂觀的願景及清楚的未來目標
 5. 具韌性之特質 (resilience)，如認知彈性
 6. 擁有良好的飲食、睡眠、運動習慣

(二) 社會文化層面如社會支持和社會關係與責任：

1. 與家庭或所屬社團成員間有高度的人際連結
2. 擁有一個安全且穩定的生活環境
3. 家庭給予溫暖、支持與接納
4. 擁有工作
5. 婚姻圓滿 (intact marriage)
6. 對其他事情還有責任和義務
7. 尚有幼子待養育

(三) 健康照護層面、精神醫療、一般醫療：

1. 連結到合適的醫療服務 (treatment engagement)
2. 可持續由醫療或心理健康照護中得到支持
3. 良好的醫病關係

二、保護服務個案之自殺風險辨識與危險性評估

有些被害人經過許多努力之後，會走進死胡同，相信自己除了繼續受虐、或自殺之外，沒有任何其他選擇。特別是那些曾試過各種躲避 / 安全計畫，而仍然沒有成功的被害人。許多被害人認為自殺是結束痛苦最有效的唯一選擇，它源自於無助感與替代方案的缺乏。

自殺的危機，也會出現在被害人剛離開相對人時。被拋棄感及失落經驗，都可能使得夫妻雙方更加痛苦而企圖尋短。

要評估自殺危機程度有多高，得分辨被害人有哪些無助感、哪些自殺企圖及特定行動意圖，並找出可以遏止自殺企圖的力量。而創造可以有選擇的感覺、給予可以改變或安全的希望，是助人者的最基本的工作。例如，面對一個已經受暴 25 年、想以殺死相對人來了結一切、充滿無助及悲傷的被害人，為其提供立即性的庇護或替代性安全住所是最佳選擇。此外，發展一個可信任的支持性關係，也可以為被害人創造一個安全的心理環境。有些被害人已經遠離了朋友、親人，身陷孤立，訪員或家防社工可能是僅有的支持來源，也是獲得其他資源協助的橋樑與希望。包括：支持團體、經濟援助、庇護服務等。總之，透過加強被害人與資源系統的連結，有助於被害人找到死亡以外的可選擇性具體行動。

保護服務個案之自殺風險辨識與危險性評估同樣可用簡式健康量表 (BSRS-5) (別名：心情溫度計) 施測。自殺行為是從「想法」到「行動」的漸進過程，因此當一個人從有自殺意念到有自殺計畫，其自殺的危險性隨著計畫愈具體則愈高，就必需加以注意。以下列出一些在評估自殺危險性時能詢問的問題。

- (一) 出現自殺意念多久了？
- (二) 自殺意念出現的頻率？
- (三) 如曾嘗試自殺，是猶豫不決，或立刻執行？
- (四) 曾尋求幫助嗎？
- (五) 自殺計畫的具體性？自殺行為或計畫之致命性？
- (六) 目前自殺計畫進行到什麼狀況？
- (七) 是否曾想到他人的感受？
- (八) 是否覺得死後週遭的事物會因此改變，或者自己就像漣漪般消逝。
- (九) 想過用什麼方式自殺嗎？(逐一探尋)
- (十) 自殺前做了什麼事？打電話？留遺書？交待後事？想找誰說再見？是否有未了的心願？牽掛誰？為何沒有執行或終止自殺行為？
- (十一) 事後對自殺經驗的省思。

自殺風險程度分級透過各項風險評估後，可將個案分為三種風險程度，分別敘述如下：

- (一) 低度風險：個案已經有一些自殺的想法，例如「我無法繼續下去了」、「我希望可以死掉」，但還沒有做任何計畫
- (二) 中度風險：個案有自殺的想法和計畫，但不會馬上執行計畫
- (三) 高度風險：個案有明確的計畫，有執行計畫的工具，並且打算立進行計畫

詳細評估方式請見表 2-1。

表 2-1 自殺風險評估表

危機程度 判斷項目	低	中	高
A.細節	模糊、沒有什麼特別的計畫	有些特定計畫	有完整之想法、清楚訂出時、地
B.工具之取得	尚未有	很容易取得	手邊即有
C.時間	未來非排定時間	幾小時內	馬上
D.方式之致命性	服藥丸、割腕	藥物+酒精、一氧化碳、撞車	手槍、上吊、跳樓
E.獲救之機會	大多數時間均有人陪	如果求救會有人來	沒有人在附近

總之，通常保護服務個案之危險因子會比一般個案多，保護因子會比一般個案少，因此，我們要思考的是如何快速的連結資源減少急性的危險因子並立刻增強保護因子，如家暴、性侵、兒虐是否可安排快速的安置和提供人身安全的環境就很重要。很多個案經過這麼大身心受創的壓力通常都處於焦慮狀況而有失眠嚴重焦慮，是否可能患急性壓力反應 (acute stress disorder) 或創傷壓力症候群 (post traumatic stress disorder)，因此通常都需要精神醫療介入。先透過一點抗焦慮藥物或安眠藥獲得一晚安眠，情緒就會改善不少，才有辦法接受一些關懷和建議，並思考未來的計劃。

03 · 保護服務個案之關懷訪視與介入

一、處遇上的判斷與介入

(一) 合併家庭暴力個案在處遇上的判斷與介入

關懷訪視員接觸到個案時若已知道個案合併受到家暴且已通報時，需要向個案表示由於自殺合併家暴是需要更多資源介入協助的困難狀況，今後會和家暴防治中心社工一起幫助個案度過此難關，合作單位會密切合作，且在保護個案之生命安全前提下，會絕對注意個案的隱私保護。

然而有時訪員收到自殺通報而開始接觸個案時，有可能個案遭受家暴的狀況尚未被發現或通報，而遭受家暴可能是個案自殺的重要因素，為了能及時通報及進行後續處置，訪員必須熟悉個案遭受暴力虐待的可能徵兆 (Ohio State Medical Association, 1992) 這些徵兆包括與醫療行為及身體症狀有關的訊息：

1. 與醫療行為有關的訊息

- (1) 經常因身體或精神方面的問題就醫。急診、外科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、腦神經科、精神科等均是受暴者經常會求助的科別。
- (2) 經常出現在急診室、同時需會診好幾科。
- (3) 從受傷到尋求治療的時間嚴重延誤，或病人陳述的情況與事實不合。
- (4) 有些施暴伴侶會陪同在旁，使被害人陳述前後不一致、對受傷原因交代不清、或誇大自己的責任，甚至表示暴力是自己引起的。
- (5) 對醫療順從性差，可能因被控制而缺錢或缺乏交通工具，而無法定期就診或按時服藥。
- (6) 否認、淡化暴力的發生、或陳述症狀模糊，交待不清。
- (7) 憂鬱、恐慌及焦慮的心理反應亦是常見，甚至出現自殺的意念或行為。

2. 與身體症狀有關的訊息

- (1) 明顯可見的毆傷，如瘀青、眼球內出血…等。
- (2) 頭部、頸部、喉嚨、胸部、乳房、下腹部或陰道都是常見的受傷部位。
- (3) 四肢擦傷、挫傷、骨折或脫臼。
- (4) 持續性受傷記錄，或慢性傷痕及舊傷。
- (5) 多處受傷。
- (6) 女性個案懷孕期間胸部、陰部受傷，或一些無法解釋的痛。
- (7) 女性個案懷孕期間的流產或早產跡象。
- (8) 女性個案經常出現婦科問題，如尿道感染及骨盆疼痛。
- (9) 出現與壓力有關的身心症狀，如失眠、恍惚、慢性頭痛或創傷後壓力反應。

若訪員發現以上跡象，必須懷疑個案的自殺企圖或行為與遭受家庭暴力有關，需安排在安全及隱私保護的環境下進一步詢問確認，若確認或高度懷疑個案遭受到家暴，則必須進行家暴通報，以連結當地家庭暴力防治中心資源，共同協助個案。

轉介精神醫療 (含心理諮商) 的時機

當被害人開始打破孤立，與中斷暴力循環而奮戰不懈時，很容易身心俱疲、或經歷自我形象的改變。此時要讓被害人知道，如果有需要，訪員及家防社工可以為被害人轉介心理諮商服務，讓專家一起來為被害人出力。常見的轉介時機與目的如下：

1. 當被害人出現創傷後壓力症候群時，如失眠、做惡夢、極度焦慮、恐慌…等症狀，使她的問題解決能力降低，甚至出現自殺或傷人的企圖時，需優先協助改善上述問題。
2. 被害人對於自己存在許多困惑與矛盾，面臨留或走的兩難，希望能透過諮商過程探索自我，以釐清自己的處境及可能的選擇。
3. 被害人在與暴力循環奮戰的過程經驗到某些情緒主題，如憤怒、悲傷與失落、憂鬱、自責…等，需要透過相關主題的探索獲得正向行動力量。
4. 有時被害人受制於自己的受虐處境，而形成母職困境，因此親子關係的重建與提昇也常是轉介諮商的主題。
5. 當被害人與其子女離開相對人，重建另一個新的家庭，或開始發展一段新的親密關係時。

(二) 合併性侵害個案在處遇上的判斷與介入

與合併家暴個案之處遇原則相同，訪員接觸個案時，需確認個案是否已通報性侵害防治中心，且向個案說明，將會與性侵害防治社工合作協助個案。

性侵害被害人受到的影響可能終其一生。每個被害人所呈現的創傷反應不盡相同，這與被害人受性侵害的形式、時間、相對人關係、原生家庭以及案主因應的能力都有關。因此每位案主都需要個別評估，若個案出現嚴重憂鬱、焦慮甚至急性壓力疾患 (acute stress disorder) 或創傷後壓力症候群 (PTSD) 時，需要陪伴並轉介精神醫療進一步協助處理。

此外，除性侵害被害人本人外，亦需注意性侵害事件對個案生活中的重要他人 (如家人) 產生的影響 (成為第二被害人)，如出現過度保護、責罵個案等對個案復原有負面影響之情緒及行為時，應給予適當的提醒或轉介專業資源協助。

二、訪視技巧與注意事項

(一) 合併家庭暴力個案的訪視技巧與注意事項

1. 訪員處理家庭暴力的態度：Do & Don't

從心理學的角度而言，每一個經歷家庭暴力的人，都處於脆弱的階段，一句不適當的話或一個不耐的眼神都可能對被害人二度傷害。因此，處理家庭暴力事件常會陷入家人情感的糾葛當中，這正考驗著工作人員的處理藝術。因此，提供面對被害人時的「Do & Don't」原則：

(1) 請你要…「Do」

A. 表達你的尊重與支持：

你可以向被害人表示「我們會盡全力幫助你」、「我們了解你的心情」之類的話。

B. 反映受暴者所提的事實：

你可以在她訴說一個段落後，綜合內容回應被害人「你的意思是五年前失業後，他就開始打你。」一方面驗證內容，一方面表示你很認真的傾聽被害人的話。

C. 強調暴力是犯罪的行為，沒有人應該被打：

工作人員在被害人面前強調此點，一方面可增加被害人「不再容許暴力」的信念，一方面也表明公權力介入的立場。

D. 考慮是否有其他被害人：

當工作人員調查家庭暴力案件時，應特別顧慮到，是否還有其他被害人。

E. 告知你將採取的步驟：

每個家庭暴力的內容、成員與處理方法都不盡相同，工作人員通常是在了解暴力內容並評估後，才決定將採取的步驟。請你將這些完善的計畫與目的向當事人解釋，一方面取得她的配合與信任，另一方面讓她有心理準備，否則被害人往往又經歷一次的「被擺弄」。對訪員而言，更重要是說明將會與其他工作人員，如家防社工如何一起協助個案，度過這生命中的困難時刻。

F. 確認安全計畫與資源：

被害人的安全是工作人員最高的考量。當你了解狀況後，應即刻評估被害人再次受暴的危險性。無論被害人是否聲請保護令、是否有庇護、是否已經隔離相對人、是否留在家，訪員都應該持續確認個案是否已獲得相關單位，如家防中心，所提供的安全計畫與資源。

(2) 請你不要…「Don't」

A. 責備受暴者：

有時候被害人的決定會三心二意，有時候也可能難以下決定，工作人員在尊重案主自決的前提下，要避免因為這樣的情形而責備他們。

B. 忽略：

有時候被害人可能經歷許多精神暴力，可是又沒有明確的事證指出，此時工作人員切不可沒有證據而忽略受暴的事實。

C. 與相對人站在同一陣線：

相對人是犯罪的人，如果工作人員與相對人同一陣線，這不僅對被害人二度傷害，讓被害人陷入絕望當中。

D. 批評被害人的判斷能力：

有時候工作人員判斷被害人絕對有接受庇護的必要而希望被害人配合，但是被害人堅持不願意。在求好心切下，可能感到對方冥頑不靈，此時我們可以強烈建議或者試圖以其他方式勸說，但是儘量不要使用如，「你怎麼這麼老頑固，我會害你嗎？」、「你這樣做很笨，難道你要在這裡被打死啊！」之類的批評的話。

E. 羞辱：

無論發生家庭暴力的原因為何，工作人員處理的是「暴力的問題」，而不是「暴力的原因」。原因只是幫助我們了解暴力的動機，我們並不需要在原因上表達我們的價值觀。這樣的做法也是一種維護人權的做法。我們要以沒有性別歧視、職業歧視、族群歧視、學歷歧視的態度面對被害人。

(二) 合併性侵害個案的訪視技巧與注意事項

1. 安全第一：

對於仍處於性侵害危機狀況的被害人，首先要做的是確保其人身安全；必要時，可以請防治中心協助將被害人安置到安全的地方。

2 陪伴：

與被害人為伴，或是情緒上給予支持，讓被害人感受到自己不孤單。也協助被害人尋求專業的協助。

3. 信任與接納的鼓勵：

相信被害人所說的。被害人選擇告訴他人創傷經驗之前，通常會有許多掙扎與矛盾。因此得到傾聽者的信任和接納，是對於被害人面對創傷經驗相當大的鼓勵，在被害人復原路上扮演相當重要的角色。

4. 不責備被害人：

即使覺得在事件發生，被害人可以把自己保護的更好。但永遠記住真正要責備的對象應該是相對人，責備會對被害人產生二度傷害。

5. 真誠的傾聽：

試著瞭解並接納被害人的情緒。性侵害的創傷經驗，因著年齡、人格特質或復原階段的不同，受害可以會有不同的情緒反應，雖然無法全然瞭解被害人的情緒，但請先接納被害人此時的感受，因為接納其情緒抒發，是被害人面對、處理性創傷事件的開始。

6. 尊重並維護被害人的自主性：

- (1) 尊重並且瞭解被害人會暫時有想和人保持距離的念頭。因為性侵害事件，讓被害人對肢體接觸相當敏感，甚至是抗拒；也對人失去信任，不知道如何再相信自己周圍的人。
- (2) 主動關切被害人，但不宜過度保護，要維護其自主性。有時候重要他人會因過度擔心被害人的安危，企圖替被害人做生活上的決定，而被害人為回報重要他人的付出，也可能會順從重要他人的決定，而形成過度依賴性的關係。
- (3) 對於成人的被害人，給予建議、提供資源與選擇（例如尋求醫療、心理或其他方面的協助），但讓被害人自己做決定。
- (4) 是否接觸成年被害人的重要他人，都會尊重被害人的意願。但被害人若有自殺、自傷或傷人之情形，訪員或社工將會主動與重要他人聯絡，告知並討論如何共同協助被害人。

7. 評估家人是否成為『第二被害人』：

家人若成為『第二被害人』，會感染被害人的情緒，並因此會經常以自己個人需求假設為被害人所需。因此可能會造成對被害人過度的關愛，或擔憂安全而過度限制被害人自由等，如此原來家人提供的支持，反倒形成被害人的壓力，容易造成雙方的衝突。如果被害人家人為『第二被害人』時，則應將被害人家人列入處遇治療安排計畫內。

04 · 資源轉介與跨團隊合作

從 2017 年的自殺死亡檔的資料顯示自殺企圖乃是最高風險因子，其在自殺死亡風險為一般人的 13.5 倍，精神照護列管病人風險次之，為 2.8 倍，再者家暴相對人，毒藥品濫用者及家暴被害人分別為 0.9、0.8 及 0.7 倍的風險。而 2018 年的自殺企圖通報檔的資料亦顯示整年通報的 33207 人次中，精照列管個案佔 16.2%，家暴被害人佔 7.7%，家暴相對人佔 5.9%，兒少被害人佔 5.5%，兒少相對人佔 3.8%，相對於其他身份者屬佔率較高的被追蹤列管者。從以上資料顯現從自殺防治的角度來看，主動將自殺防治網中的資源提供給保護個案及其整個家庭，勢在必行；從社會安全的角度來看，則是如何早些防範介入家庭暴力，降低高危險暴力事件的再次發生，而衍生家庭自殺或殺人後自殺的人倫悲劇。所以家庭暴力與自殺的個案管理師，乃至於其背後所屬，在地方的衛生局及社會局，在中央的衛生福利部心理及口腔健康司（以下稱為心口司）和社會及家庭署（以下稱為社家署），更是主動積極通力合作。

一、制訂追蹤關懷分級管理

針對自殺企圖者，透過關懷訪視追蹤可有效防治自殺約達三成，另從 2006-2011 年的通報後關懷訪視資料顯示：有接受關懷的自殺企圖者比未受關懷者再自殺率下降 50%，而再自殺死亡率下降 36.4%，已有具體成效；加以近年來在自殺防治網內推動鼓勵通報，增加通報比，從 2011 年的 20163 通報人次，7.1 的通報比，到 2018 年增至 33207 通報人次，8.1 的通報比；唯全臺自殺關懷訪視員不到 200 人，必得關懷 3 萬人，故如何分級管理具自殺危險性之個案實有必要。以 2017 年研擬以心情溫度計（BSRS）為自殺風險評估的工具，並以自殺企圖通報個案經關懷評估後的得分區分成：

得分 < 6

得分 ≥ 6 且 < 10，並自殺意念則 ≤ 1

得分 ≥ 10 且 < 15，並自殺意念為 2-4

得分 ≥ 15，並自殺意念為 2-4

共四個等級。依此各等級在關懷訪視的頻率，電訪及家訪各有不同，集中有限的人力時間精力於再自殺高風險群。（參考附圖 2）

二、跨團隊合作，互通資訊，共同照顧

(一) 建立自殺通報關懷資訊系統及保護業務相對人及被害人資訊系統互通串聯機制資訊系統

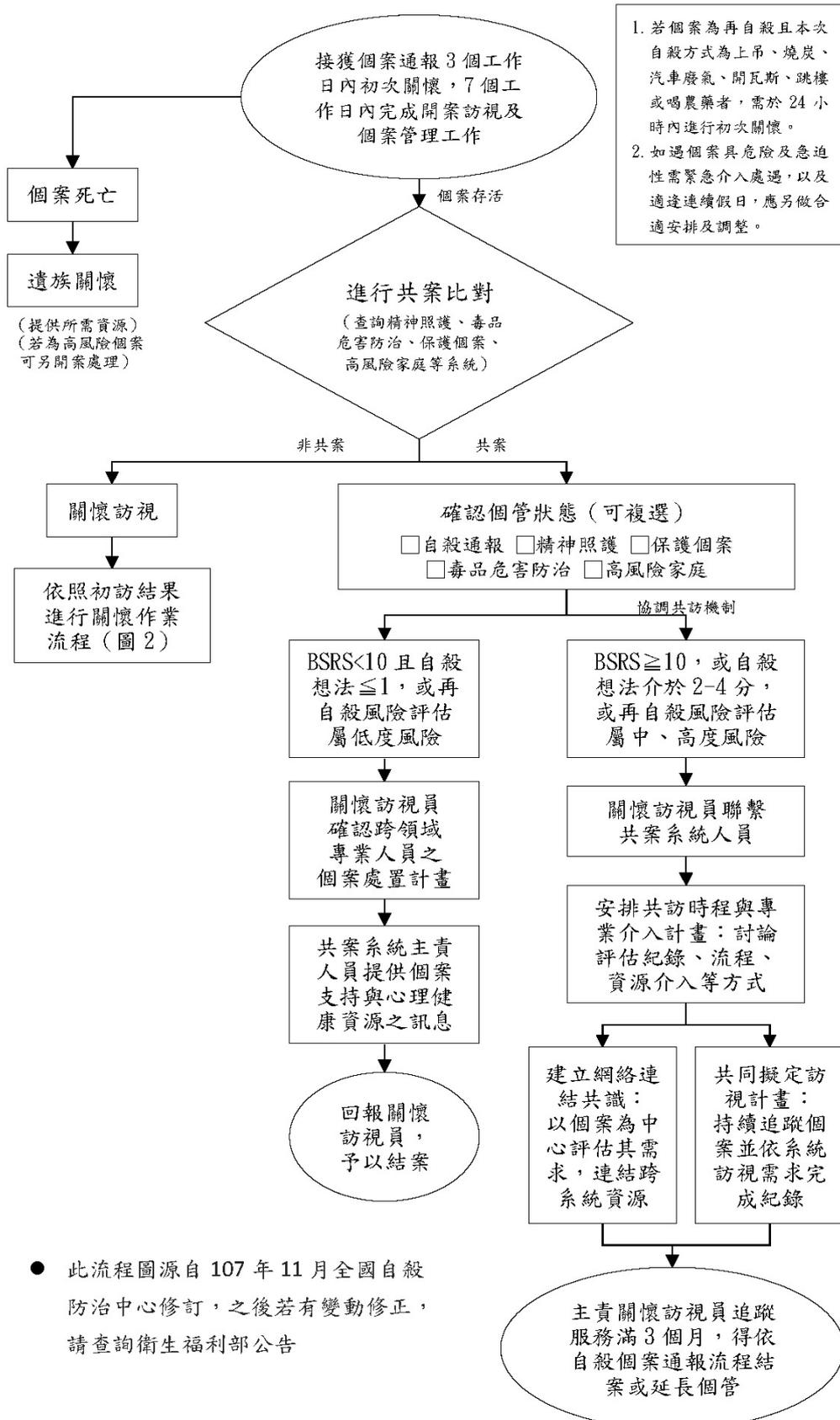
1. 建立自殺通報關懷資訊系統及保護業務相對人及被害人資訊系統互通串聯機制資訊系統
 - (1) 在自殺通報系統：註記是否為自殺通報個案。
 - (2) 在保護資訊系統：註記是否為保護性事件相對人或被害人。
2. 新增介接：分別提供保護性社工及自殺關懷員相關重要資訊，有助於降低暴力風險及建立預警機制，由保護性社工及自殺關懷員訂定家庭服務計畫

(二) 原系統歸屬的個案已具有一定的關係，建議持續個管各自原先議題；但從系統串聯雙方系統的個案資料，再輔以直接相互聯絡互通個案訊息，達到以個案為中心，家庭為範疇，全面性的個管照顧

三、建立跨團隊合作，橫向連結共訪流程

承上資訊系統串檔比對後若個案的心情溫度計，即 BSRS-5 得分大於等於 10 分或自殺想法 2-4 分，則需另循共訪流程來進行個案訪視關懷追蹤管理；其實個案若經串檔勾稽結果也同時是精神照護系統，毒品危害防治系統及高風險家庭系統中任一以上的個案管理案，均透過橫向連結均進入共訪流程。

之後則以個案為中心，家庭為範疇，一起討論共訪時程，專業介入計畫，評估，紀錄及連結跨系統資源並提供轉介等，再依照各系統工作要求，訪視追蹤到結案 (參考附圖 1)。

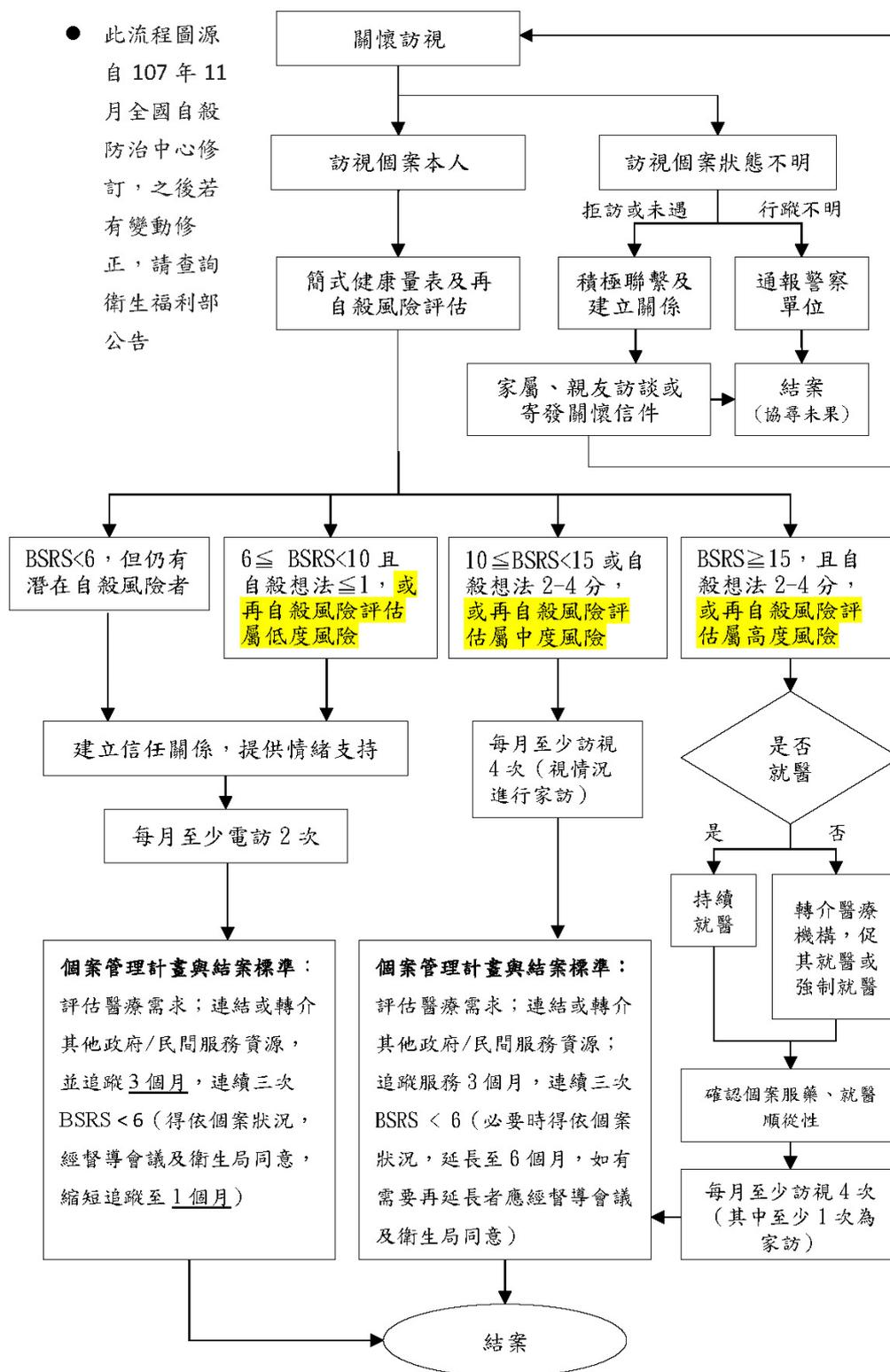


● 此流程圖源自 107 年 11 月全國自殺防治中心修訂，之後若有變動修正，請查詢衛生福利部公告

圖 1、自殺高風險個案共訪流程

資料來源：全國自殺防治中心

- 此流程圖源自 107 年 11 月全國自殺防治中心修訂，之後若有變動修正，請查詢衛生福利部公告



註：BSRS 為心情溫度計五題（另附自殺意念題），評估個案七日內之心理困擾程度。

圖 2、自殺高風險個案通報後關懷作業流程

資料來源：全國自殺防治中心

四、資源分享需求轉介

自殺防治資源網絡乃由中央跨部會，衛福部內從心口司到社家署、國民健康署、保護服務司、社會救助司、醫事司及長期照顧司；從衛福部到外部，包括內政部、警政署、消防署、教育部、勞動部、農委會及國家傳播委員會等的自殺防治網，及各縣市自殺防治諮詢審議委員會之下的跨局處，包括從衛生局到警察局、消防局、民政局、社會局、教育局、農業局等的自殺防治網。此乃由各縣市衛生局所設之心理衛生中心，七大精神醫療網核心醫院，及其轄區內各縣市的責任醫院，並納入自殺通報關懷訪視計畫承辦機構、協會、公會及基金會，且與一般醫療網及緊急醫療網結合。在中央已以衛福部心口司橫向串連，在地方已以衛生局社區心理衛生中心橫向串連，中央衛福部心口司再與各縣市衛生局縱向聯結，行政院各部會與各縣市各局處亦有縱向聯結；形成以公部門為核心骨幹，民間團體機構等再串連納入，綿密的自殺防治網絡。

而考量精神病人，家庭暴力引發社會滋擾案件及家庭人倫悲劇漸增，2017年以來強化社會安全網，並已與自殺防治網絡連結。所以在中央衛福部心口司的第一科、第四科與保護司本就有聯結；在地方各縣市衛生局及社會局也本就在網絡中有長期的業務互通及資源分享。未來期許在中央部內跨兩司有更多的定期及不定期政策對話交流；而在地方跨局處兩局有定期的業務交流，複雜個案研討及外聘專家督導等，提升個案管理品質，減少暴力事件及人倫悲劇的發生，更積極促進民眾心身健康。



05 · 主要參考資料

- 內政部家庭暴力及性侵害防治委員會 (2004)。家庭暴力防治工作人員服務手冊。內政部出版。
- 內政部家庭暴力及性侵害防治委員會 (2006)。性侵害防治工作人員服務手冊。內政部出版。
- 社團法人台灣自殺防治學會 (2009)。自殺防治系列 12- 心情溫度計 - 簡式健康量表。社團法人台灣自殺防治學會出版。
- 社團法人台灣自殺防治學會 (2016)。自殺防治系列 30- 自殺風險評估與處遇 .pdf。社團法人台灣自殺防治學會出版。
- 社團法人台灣自殺防治學會 (2016)。自殺防治系列 32- 自殺風險個案追蹤關懷實務 .pdf。社團法人台灣自殺防治學會出版。
- 社團法人台灣自殺防治學會 (2017)。自殺防治系列 26- 殺子後自殺事件之防治。社團法人台灣自殺防治學會出版。
- 社團法人台灣自殺防治學會 (2017)。自殺防治系列 34- 自殺關懷訪視員教育手冊 年月版。社團法人台灣自殺防治學會出版。
- 社團法人台灣自殺防治學會 (2018)。自殺防治系列 23- 社會福利工作人員與自殺防治手冊。社團法人台灣自殺防治學會出版。
- 社團法人台灣自殺防治學會網站。取自 www.tsos.org.tw
- 陳慧女、廖鳳池 (2006)。家庭內性侵害受害者之性受害經驗、適應症狀與諮商介入情形之分析研究。諮商輔導學報：高師輔導所刊，14，P102-103。
- 衛生福利部心口司網站。社會安全網。取自 <https://www.mohw.gov.tw/np-4424-1.html>
- 衛生福利部心理及口腔健康司 (2016)。家庭暴力與性侵害防治：醫事人員工作手冊。衛生福利部出版。
- 衛生福利部官網 (2019)。性侵害創傷復原陪伴懶人包。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/cp-1143-36478-105.html>
- 鄭仰辰 (2008)。青少年自殺企圖之危險因素探討 (未出版之碩士論文)。中國醫藥大學環境醫學研究所，台中市。

06 · 附錄

一、簡式健康量表（又稱心情溫度計）

心情溫度計

簡式健康量表每週自我檢測

請您仔細回想「在最近一星期中（包括今天）」，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒 —	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安 —	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒 —	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落 —	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人 —	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法 —	0	1	2	3	4

得分與說明

前5題總分：

- 0-5 分：為一般正常範圍，表示身心適應狀況良好。
- 6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
- 10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。
- 15分以上：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

*** 有自殺的想法 ***
 本題為附加題，若前五題總分小於6分，但本題評分爲2分以上(中等程度)時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

目前 IOS 及 Android 系統之「心情溫度計 APP」已正式上線並提供免費下載，歡迎擁有智慧型手機、平板的用戶利用以下方式踴躍下載，並協助轉發推廣。此 APP 中不只提供心情的檢測及分析建議，更提供了全國心理衛生資源及心理健康秘笈（系列電子書），方便民眾查詢。

1. 上 APP store 或 Google play 商店搜尋『心情溫度計』。
2. 使用手機掃描右圖 QR code 進行連結。



二、常用資源

各縣市社區心理衛生中心電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24300193	台南市	06-3352982(林森)
台北市	02-33937885		06-6377232(東興)
新北市	02-22572623	高雄市	07-7134000 #5410~5420
桃園市	03-3325880	屏東縣	08-7370123
新竹縣	03-6567138	台東縣	089-336575
新竹市	03-5234647	花蓮縣	038351885
苗栗縣	03-7558350	宜蘭縣	03-9367885
台中市	04-25155148#107	南投縣	049-2224464
彰化縣	04-7127839	澎湖縣	06-9272162#122
雲林縣	05-5370885	金門縣	082-337885
嘉義市	05-2328177	連江縣	08-3622095#8827

註：以上電話若有更動，可向各縣市衛生局洽詢。

全國性諮詢專線，如下表：

各縣市生命線 當地直撥 1995
各縣市張老師 當地直撥 1980
24小時免費 衛生福利部安心專線 1925 (依舊愛我)

資料來源：全國自殺防治中心

- 更多關於自殺防治的實用資訊，歡迎至全國自殺防治中心網站瀏覽

- 保護服務與自殺防治 -

- 發行人 | 李明濱
主編 | 李明濱
編審 | 陳俊鶯
編輯群 | 王禎邦、吳恩亮、李維庭、林惠珠、陳俊鶯
助理編輯 | 朱旭華、呂雯、林家鈴
出版單位 | 社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心
地址 | 10046 臺北市中正區懷寧街 90 號 2 樓
電話 | (02)2381-7995
傳真 | (02)2361-8500
E-mail | tspc@tsos.org.tw
網址 | 全國自殺防治中心
出版日期 | 2019 年 11 月第一版
I S B N | 978-986-719-529-6(PDF)



珍愛生命數位學習網



珍愛生命打氣網



心情溫度計APP