



劉珠利

## 壹、前言

親密關係暴力是人類創傷經驗的一種，人類遭遇創傷之後會產生許多不同程度的反應，Regehr and Bober (2005) 指出，人類的創傷後壓力反應是一個連續體，從危機發生時的暫時功能受損→急性壓力症候群→創傷後症候群→到長期創傷後症候群，因嚴重程度以及持續時間長短，而有不同的名稱，但是都通稱為創傷後壓力反應，在親密關係暴力防治工作中，經常看到女性倖存者描述自己的反應，例如：長期失眠，經常做惡夢，有憂鬱症狀，想到相對人就害怕等，這些都是典型的遭遇親密關係暴力後的創傷反應，因此第一線協助親密關係暴力倖存者的社工員應該是需要介入處理創傷經驗的工作人員之一。

然而筆者多年來從事親密關係暴力相關研究而訪問社工員時，發現多數社工員只要在所協助的倖存者提到創傷的感受、反應與經驗時，立即想到將倖存者轉介心理諮商服務，將創傷感受／反應及經驗的

處理，視為與其他的親密關係暴力服務分開的獨立服務。當筆者面對社工員異口同聲地反應在原本的工作流程中，就是這樣要求與設計時，內心不禁反問：人類創傷經驗影響如此之大，可以這麼分開處理嗎？倖存者在面對這麼多人人生決定的過程中，例如：離婚、獨立生活、爭取監護權等，創傷的狀況不會影響這些過程嗎？在高風險家庭服務工作領域中，筆者也發現同樣的現象：在個案記錄表單中有一欄位是創傷處理，但是即使該欄位主責社工員勾選了，但是後續持續協助的社工員卻向倖存者建議轉介諮商輔導，將倖存者無法扮演適當母職的問題與倖存者的創傷反應分開處理，導致後續出現更為嚴重的保護性問題。只要是創傷議題就應該轉介諮商服務，不是社會工作應該處理的問題？

這個疑問在筆者的內心存在數年，臺灣社會工作領域中也一直未出現討論照顧倖存者的創傷反應的文獻，直到筆者有機會接觸到照顧創傷工作 (trauma-informed care) 的文獻時，終於有了清楚的看法：創傷的經驗會帶來一些症狀，思考混亂、

情緒高張、解離等，如果治療的工作與情境未將倖存者的症狀加以考慮並且融入物理環境的安排、服務規範、服務範圍等，那麼將會引發或是加重倖存者的症狀，倖存者在協助／治療過程中有可能會採取拒絕、不合作等的態度(Savage, Quiros, Dodd & Bonavota, 2007)；照顧創傷工作是一個範圍很廣的工作，傳統屬於心理諮商所進行的創傷治療是一個深度的，特定的照顧創傷(intensive trauma care; trauma-specific intervention)，這種深度的照顧創傷經驗的目的在處理創傷症狀，但是必須和其他照顧工作結合，成爲一個全面的照顧創傷工作，例如：和精神困擾處理、戒毒、關係問題處理等整合，從女性倖存者踏入家庭暴力防治機構開始，就開始照顧倖存者的創傷反應與需要，這才是照顧創傷工作的真正意義(Jennings, 2004; Mockus, Mars, Ovard, Maelis, Bjelajac, Grady, LaClair, Livingston, Slavin, Williams & McKinney, 2005)。照顧創傷工作模式強調從倖存者整體的環境思考創傷的處理方法，強調充權、促進安全、以及鼓勵倖存者自我決定的過程，是一個非常適合社工人員採用的創傷處理模式(Savage, et al., 2007)。

前述的定義清楚解答了筆者過去的疑問，因爲遭受親密關係暴力經驗是一種創傷經驗，因此當家庭暴力防治社工員第一次接觸到暴力倖存者時，就已經開始從事照顧創傷工作，接受家庭暴力防治中心社工員協助的過程的任何一個步驟，都是照顧創傷的一環，不是只有心理諮商師所進行的心理諮商才是創傷經驗處理。除了照

顧創傷工作的定義解答了筆者多年的疑惑之外，筆者同時也發現照顧創傷工作已經開始融入西方的家庭暴力實務工作之中，因爲家庭暴力本身就是一個創傷的經驗，西方的家庭暴力領域的工作模式雖然極力的增強家庭暴力倖存者的權能(empowering)，因爲家庭暴力倖存者長期遭受暴力對待的關係，因此情緒或是精神狀態經常處於不穩定的狀態，如果社工員不關注／不處理倖存者的創傷情緒，在這樣的工作過程中經常再度讓倖存者受到創傷，因此西方的家庭暴力防治領域就積極加入這個視角(Andryczyk, 2015; Wilson, Fauci & Goodman, 2015)。家庭暴力領域引用照顧創傷模式是目前西方的趨勢，值得我們借鏡。

在臺灣，呂旭亞和詹美涓(民 98 年)從帶領女性遭遇親密關係暴力倖存者的團體失敗經驗中，指出數個失敗的可能原因，包括：女性倖存者與一般女性混合使用同一棟空間，讓女性倖存者覺得自卑與不自在，女性倖存者的時間與服務時間的配合程度不高等，因此造成團體失敗，所以建議協助女性倖存者的工作流程都必須加以調整。呂旭亞和詹美涓(民 98 年)的看法也同樣是照顧創傷工作的一環，支持了筆者對於臺灣親密關係暴力防治領域實務現況的觀察，亦即，臺灣親密關係暴力領域需要加入照顧創傷工作模式。

當筆者瞭解這樣的模式之後，引發筆者好奇，如何將照顧創傷工作加入現階段臺灣親密關係暴力社會工作領域之中？因此筆者就以此問題作爲本文企圖回答的問

題。

## 貳、照顧創傷工作／服務 (trauma-informed care/ services) 的發展源起與內涵

照顧創傷工作起源於西元 1992 年美國公共衛生法規定成立的 the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (簡稱 SAMHSA)，因為當時發現有很大比例的女性精神病患者或是有酒藥癮的女性都是長期肢體暴力或是性侵害的倖存者，而且在肢體暴力或是性侵害的領域之中，倖存者以女性佔多數，因此就定調照顧創傷工作以女性遭遇暴力的倖存者為主要協助的對象，需要處理女性倖存者的創傷反應，而且強調整合服務的精神。照顧創傷包括好幾個層次，最基本的底線就是工作流程不能再度造成女性倖存者的傷害，之後才是創傷的獨特治療 (Salasin, 2005)。照顧創傷工作／服務是一個基於對在人際關係／暴力關係中受到創傷經驗的了解，而發展出的照顧工作或是服務工作，因此提供這類型照顧工作的機構工作過程中，從機構的主管、行政人員、社工員、到接受服務的倖存者，都必須對創傷的經驗對人類的互動與行為所造成的影響，有所瞭解，因為這些互動方式與行為都會帶進接受服務的過程當中，因此工作人員必須小心瞭解與解讀，避免再度傷害服務使用者 (Elliot, Bjelajac, Fallor, Markoff & Reed, 2005; Muskett, 2014)。因為患有精神疾病與有毒藥癮的病患，在早年都有遭遇

創傷的經驗，例如：遭遇家庭暴力或是性侵害等創傷經驗，因此在日後他們以精神狀況不佳或是吸食毒品，酗酒等方法來因應創傷，因此如果專業工作人員不處理病患過去的創傷經驗，僅以另外的藥物或是精神病房常用的隔離約束等方法協助病患，是不會見到成效的。西元 2001 年在美國 SAMHSA 經費支持下，由 the trauma committee of the Women, Co-occurring Disorders and Violence Study (簡稱 WCDVS) 的一群研究人員研究發展出照顧創傷工作方法的細節，以精神疾病合併有酒藥癮的病患過去的創傷經驗為協助重點，摒棄過去吃藥，隔離，約束的作法，強調安全、信任、合作、選擇、以及充權 (Andruczyk, 2015)，實務工作流程與政策都必須能夠回應創傷倖存者的需要 (Savage, et al., 2007)。

這個工作方法簡單來說，共可以分成十個原則，分述如下 (Elliot, et al., 2005)：

1. 認可暴力或是受害的經驗對人類的發展與因應方式，都有極大的影響：創傷經驗對女性的認同、人際關係、對自己與他人的期待、對自己情緒的管理、以及對於世界的看法都有很大的影響，因此許多創傷後的症狀，都應該視為倖存者對創傷的因應方法，而不是病態。

2. 處理暴力倖存者的機構，都必須直接提供創傷處遇的獨特服務，或是和其他機構合作，共同處理創傷經驗並促進復原，不能將創傷處理視為和暴力服務平行無交集的其他服務。

3. 創傷服務工作必須採取充權 (

empowerment) 的模式，讓倖存者瞭解可以有的機會、選擇與資源，然後協助倖存者有能力掌控自己的生活。

4. 協助倖存者能夠掌控自己的復原過程，進而讓倖存者脫離無助、無力的角色。

5. 工作人員與倖存者建立的工作關係極為重要，這種工作關係必須是安全、一致、零暴力、不責備倖存者、不讓倖存者感受到羞恥；倖存者可以決定回答哪一些問題、拒絕哪一些問題，可以說出令她不舒服的服務等。

6. 必須建立可以滿足倖存者安全感、尊重與接納倖存者的氣氛，接待區必須讓倖存者感受到被歡迎，甚至擺放的期刊雜誌都必須考慮是否會引發倖存者不好的感受。

7. 視倖存者的症狀為因應創傷的因應方式，而不是疾病，是不得已的因應方式，強調倖存者的復原力 (resilience) 可以調整因應方式。

8. 所有的工作流程都必須重新檢視，不能再度造成創傷。

9. 工作人員必須能夠和不同文化的倖存者工作，至少要能夠尊重並體認倖存者不同的文化背景。

10. 倖存者／服務使用者對於工作流程的建議必須被尊重。

除了前述的十個原則之外，照顧創傷工作還強調提供外展工作、提供創傷經驗的篩檢與評估 (因為許多倖存者僅表現出症狀，並未敘述過去受創傷的經驗與程度)、提供危機防範處理、提供親子諮詢服務 (在創傷復原過程中，如何維持正向的

親子關係的方法)、提供戒毒、精神醫療以及醫療等服務。

一些實務工作者以前述的原則實際運用於實務工作中發展出更具體的作法：

Harris and Fallot (2001) 非常具體地指出實際的做法，包括：要事先與創傷倖存者擬定可以緩和情緒危機的做法，讓倖存者可以在情緒崩潰時採用；當倖存者必須被安置或者是住院時，第一次需要仔細且直接地收集倖存者過去創傷的經驗史，但是必須告知倖存者可以拒答，第二次入住機構或是向機構求助，工作人員就應詳讀過去已經收集的資料，避免讓倖存者不斷重述過去創傷的經驗，避免再次的受傷；由於暴力倖存者過去經驗到的是個人界線 (boundary) 極度被侵犯，因此倖存者在身體界線與情緒界線上有很大的困擾，工作人員對於這些議題都必須要有警覺與敏感度，甚至修正對於倖存者情緒的污名化，例如：有時倖存者希望跟同性別的工作人員會談，因為同性別讓他們有安全感，就應盡力安排，不要認為倖存者想要操弄過程；即使相關規定一開始已經跟倖存者說明，然而當倖存者說他沒聽過時，很容易引發工作人員認為倖存者在操弄工作人員，但是從照顧創傷工作而言，倖存者在情緒惡劣狀況下，的確會忘記或是未注意，因此工作人員再次耐心解釋是重要的。

Kessler (2014a) 指出，目前機構工作人員對於虐待的情境比較瞭解，對於更廣泛的創傷的概念則非常缺乏，也因為缺乏瞭解，因此工作過程更不會思考到是否再

度讓創傷倖存者受創。因此，Kessler (2014a)認為在開始轉換實務工作模式過程中，至少要從兩個部分開始做起，一是該機構所有工作人員都需要對創傷經驗對人的需要或是反應的影響有所瞭解，二是該機構的工作流程或者是工作人員的態度都需要重新檢視，修改可能再度造成倖存者二度創傷的實務工作或是工作人員的反應。Kessler (2014a)的建議對目前尚未開始實施照顧創傷工作的機構而言，是非常具有建設性與可行性，同時對臺灣現階段家庭暴力防治中心的工作模式，也是一大提醒，如果要融入照顧創傷模式，這兩大部分是最先應該進行的部分，同時也可以讓社工員瞭解在創傷的部分，社工員可以扮演的角色。

爲了了解一個機構如果要採用照顧創傷工作模式，還需要做哪一些事情，Farro, Clark and Eyles (2011)訪問一個已經採用照顧創傷工作模式的醫療機構的工作人員，瞭解他們對前述問題的看法，結果顯示，工作人員認為需要提供他們對創傷瞭解的訓練之外，機構的主管必須從機構政策著手，讓工作人員知道採用照顧創傷工作模式的要求，此外也必須持續的評估是否機構已經做到照顧創傷工作模式的要求。這個研究除了呼應 Kessler (2014a)的看法，工作人員需要對創傷有所瞭解之外，還提出機構政策需要配合的必要性。

此外，女性倖存者在接受機構的協助後，針對工作過程與服務提出意見，機構將他們的意見納入並修正工作流程、服務與政策，是很重要的一環 (Jennings,

2004)。

簡言之，照顧創傷工作模式是一個全面的照顧有創傷反應的倖存者，機構的物理環境安排、工作流程、工作人員態度、協助方法等都必須能夠照顧／回應倖存者的創傷反應，甚至最後還要依據倖存者的回饋修正整個模式。

### 參、照顧創傷工作在協助具有創傷經驗案主的運用經驗

照顧創傷工作最初是從協助患有精神疾病以及酒藥癮的女性患者機構發展出來的，但是時至今日，已經有不同的領域，例如：青少年機構、矯治機構、協助愛滋病帶原者機構、退伍軍人輔導機構、遊民機構等開始採用。因爲這些機構共同都在處理案主創傷經驗，因此相關實際做法值得參考，以下是這些機構運用的狀況：

矯治機構基本的精神以處罰矯治爲主要的價值觀，Miller and Najavits (2012)認為需要矯治機構協助的人通常在過去生命中，都是創傷經驗的倖存者，因此如果不處理倖存者的創傷經驗，那麼矯治的效果是十分有限。因此 Miller and Najavits (2012)以矯治機構的特殊性，討論如何在矯治機構中採用照顧創傷工作，結果顯示在矯治機構中實施照顧創傷工作有幾個主題是需要特別考量的：創傷倖存者需要在安全、信任與充分保密的環境下，才會揭露受創傷的經驗，這和矯治機構的組織氣氛以及工作要求非常不同，而且矯治機構只處理現在的問題，無法回溯過去或是

兒時的經驗，但是這並不表示矯治機構不需要照顧創傷工作，反而對創傷的瞭解能夠讓矯治機構工作人員對於被矯治者的特殊行爲，從另外更深一層的角度來瞭解與處理，降低被矯治者的不當反應，降低矯治機構的成本，因此培養工作人員對創傷的瞭解是重要的。同時，因為矯治機構的特殊性，一些工作人員也已經發展出一些處理被矯治的人創傷反應的方法，因此 Miller and Najavits (2012) 建議，不一定要全然採用 SAMHSA 所發展出的工作原則，可以與矯治機構中的工作人員一起討論，將矯治機構工作人員與主管已經發展出的有效原則與政策一起納入討論，發展出適合該機構屬性的照顧創傷工作原則。Miller and Najavits (2012) 的建議貼切的提醒，每個機構與體系都有他們的屬性，工作人員最瞭解這些屬性，適度的加入是必要的，也是決定這個模式是否能夠成功的關鍵，Miller and Najavits (2012) 的觀點提供一個很重要的基礎，就是一些社工人員已經發展出一些在工作過程中，當倖存者的創傷反應出現時的處理方法，這些方法都是該機構照顧創傷模式中重要的一環，因此訪問收集這些社工員成功地處理策略，是建構臺灣親密關係暴力領域照顧創傷工作的開始。

由於遊民多數在早年生命經驗中都經驗過創傷事件，這是成爲遊民的原因之一，同時成爲遊民本身就是一種創傷，因此 Hopper, Bassuk and Olivet (2010) 以遊民收容機構爲主，從相關文獻中討論如何在遊民機構中實施照顧創傷工作。結果顯

示，實施的方法可以分爲直接服務工作、服務設計 (programming)、以及政策三方面；在直接服務工作方面，主要需要做到實務工作流程不會再次造成遊民的傷害、需要運用創傷經驗評估表與優勢評估表來瞭解遊民、提供整合性的服務 (結合精神醫療、戒毒、照顧創傷)、須具備文化敏銳以及多元語言服務、納入遊民的意見；在服務設計方面，須檢視服務的各個系統流程、環境設施等是否符合照顧創傷工作的原則、提供工作人員有關照顧創傷的訓練與督導、建立深度創傷輔導服務；在政策方面，相關政策需要有效地消除再度讓遊民受創傷的因素、強化照顧創傷的因素、強化多元文化與多元語言服務、強化創傷的評估、確保足夠經費支持照顧創傷工作模式。Hopper, et al., (2010) 提供一個在建構臺灣親密關係領域的照顧創傷工作模式時，明確的建構方向，亦即，需要從直接服務的細節、服務表格環境設計、以及政策三方面著手建構。

Keesler (2014b) 則針對照顧創傷工作的主要元素：安全、信任、選擇、合作、充權如何納入協助智能障礙者機構工作中提出看法。Keesler (2014b) 指出，在協助機構的物理環境以及人際互動過程，都要加入安全的考量，要協助智能障礙者辨識威脅安全的因素，機構環境也必須考慮安全離開的路徑；機構工作人員與智能障礙者的溝通必須具有一致性，機構管理階層與第一線工作人員需要建立信任關係，管理階層需要支持第一線工作者當時的決定；機構工作人員必須對於因應創傷的選

擇有更多瞭解，才能協助有創傷經驗的智能障礙者作出選擇；處遇計畫是工作人員與智能障礙者共同擬定，同時機構中的工作人員可以相互支援共同協助問題較為複雜的智能障礙者；聚焦於工作人員與智能障礙者可以克服困境的優勢與能力。

前述在不同機構的運用討論，提醒在配合機構的特殊屬性，某些照顧創傷工作的原則是要特別強調，也可依據機構服務人口屬性加以調整，並且成功的經驗應該加入該機構的照顧創傷模式之中。

## 肆、照顧創傷工作模式的效果

SAMHSA 計畫的工作團隊在運用照顧創傷模式協助合併有精神疾病與酒藥癮的女性病患之後，將參與這個大型計畫（共 9 個地區，2,729 位女性病患）的女性病患，分為照顧創傷實驗組（1,415 位）與一般傳統治療組（1,314 位女性病患），給予兩組女性病患不同的治療方式一年，以量表比較兩種方法的成效與成本，結果顯示，在實施不同治療方式 6 個月之後，接受照顧創傷的女性病患，在藥物濫用，創傷反應，以及精神症狀方面的改善，比接受傳統治療的女性病患為佳（Noether, Finkelstein, Van De Mark, Savage & Reed, 2005）。Morrissey, Jackson, Ellis, Amaro, Brown and Najavits（2005）同時也發現，照顧創傷模式處理藥物濫用，精神症狀，與創傷三個議題是有效的，對其他議題的效果並不顯著；照顧創傷模式的效果，並不會因為個人特性而有差別。創傷經驗的女性倖

存者接受照顧創傷模式的協助之後，覺得最有效的部分是機構中的所有工作人員，即使是一般行政人員都能瞭解她們的狀況，讓她們覺得機構是友善與關懷的，她們被鼓勵可以表達自己的意見，是一個可以增強她們自信的經驗（Clark, Young, Jackson, Graeber, Mazelis, Kammerer & Huntington, 2008; Mocus, et al., 2005）。

換言之，目前已經發表的有關照顧創傷模式的實證研究都顯示，這個模式對創傷協助是有效的，值得以協助創傷經驗為主的機構採用，而且最重要的照顧元素來自於機構中所有工作人員對於創傷反應的處理態度，實在值得臺灣以處理倖存者創傷經驗的機構深思，如果工作流程與工作態度漠視倖存者的創傷經驗，只是一味轉介心理諮商，結果就如同前面定義所言，我們也只能消除創傷的症狀而已，無法幫助倖存者整體經驗的改善！

## 伍、西方融入照顧創傷經驗的家庭暴力防治工作內涵

西元 2011 年，美國 National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health 後來與 SAMHSA 合作，將 SAMHSA 所發展出的照顧創傷經驗的工作原則，納入家庭暴力／親密關係暴力問題的工作之中，發展出屬於協助家庭暴力／親密關係暴力倖存者的工作原則（National Center on Domestic violence, Trauma & Mental Health, 2011a）。該中心所發展出的協助暴力倖存者的創傷經驗的主要目標，在於充

分瞭解並協助倖存者處理因為長期受暴而產生的創傷反應，例如：絕望、悲傷、憤怒、無助、缺乏對人的信任、甚至自傷的行為等，同時也瞭解這些創傷反應也會反映在求助過程之中，因此家庭暴力／親密關係暴力問題的協助過程必須考量倖存者的創傷與感受，並修正會讓倖存者再度受到創傷（re-traumatization）的協助過程（National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health, 2013）；此外，過去家庭暴力／親密關係暴力的協助重點在於提供經濟資源、法律協助、人身安全為主，但是照顧創傷經驗的家庭暴力協助模式，同時相當強調情緒安全計畫（emotional safety plan）的擬定與執行，因為照顧創傷經驗的工作模式相信，協助倖存者強化心理的能力，然後倖存者可以使用這樣的心理能力面對多重複雜的問題，進而重建生活（National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health, 2011b）。

National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health 針對家庭暴力協助過程中，如何考量倖存者的創傷反應並且融入接案、會談過程與態度、會談室物理空間安排、轉介資源等工作流程之中，提出以下的原則（Accessing Safety & Recovery Initiative, 2012; National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health, 2011c, 2011d, 2011e, 2011f）：

1. 在接案（intake）步驟中，因為倖存者的情緒與精神狀況不佳，甚至多數倖存者因為長期受暴，因此睡眠不足導致注意力集中時間不長，因此不要進行冗長的接

案，甚至可以考慮接案過程中安排幾次休息時間，讓倖存者的精神恢復再繼續進行接案。

2. 接案過程中，應該集中於創傷經驗的收集，因此機構的接案表格之中應該重新設計有關詢問創傷經驗歷史的問題，同時也要收集倖存者的社會經濟背景、文化背景、宗教等如何影響倖存者因應創傷，如此才能協助社工員關注倖存者的創傷程度與影響。

3. 家暴中心的接待區要營造歡迎倖存者的氣氛，甚至要安排一個讓倖存者可以安頓身心的區域，在這個身心安頓的區域中，可以聆聽輕音樂，欣賞放鬆身心的影片等。

4. 因為倖存者在家中受到暴力對待時，可能都在某種特定的位置或是空間之中，例如一些倖存者可能對於背對門的位置感到不安全，因此與倖存者會談的空間要讓倖存者感受到安全與溫暖，讓倖存者決定坐哪一個位置比較有安全感，同時也讓倖存者決定燈光的明亮程度，因為空間的位置與燈光會讓倖存者與過去受到暴力對待的情境連結，因此要讓倖存者自己決定，以產生安全與可以自己控制的感受。

5. 倖存者在高度的負面情緒中已經耗費許多能量，因此對於吸收外界給予的訊息常有困難，因此社工員與倖存者會談時，講話速度放慢，語調要清楚易懂，才能讓倖存者了解，必要時，要多解釋幾次讓倖存者瞭解，不要責怪倖存者。

6. 所有創傷經驗的處理與復原都是在專業關係建立過程中產生，因此社工員對

於如何與倖存者建立良好專業關係，需要重新認識與學習。

7. 社工員經常需要轉介倖存者相關的資源，例如：精神醫療機構，但是倖存者並不一定能夠馬上接受，社工員千萬不可以倖存者不願意接受轉介作為不能讓倖存者接受其他服務的理由，因為這樣設定條件的服務，等於讓倖存者再次經驗被控制的經驗，也就是讓倖存者再度受到傷害進而產生創傷反應。

由 National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health 所發展出的原則，成為美國各地家庭暴力／親密關係暴力防治中心在採用照顧創傷經驗的工作模式時的主要參考原則。Ferencik and Ramirez-Hammond (2013) 採用這個模式修正俄亥俄州的家庭暴力防治中心家庭暴力工作過程。該中心的工作過程多數採用前述的原則，但是該中心也發展出屬於該中心的特色，尤其關注倖存者入住庇護中心、記錄書寫、擬定情緒安全計畫的工作流程，茲說明如下：

1. 當倖存者必須住進庇護中心 (shelters) 時，要考量倖存者的需要並且以倖存者的舒適度為考量，不能以管理方便為原則，例如：倖存者在極度不安情緒中，希望自己一人吃飯，而不是與其他陌生婦女一起吃飯，就應該尊重她的狀態；此外，剛入住庇護中心的長期受暴倖存者，通常在睡眠上會有一些獨特的狀況，社工員或是生活輔導員就要特別與倖存者討論，以符合倖存者的需要，例如會談時間安排就要考慮倖存者需要的睡眠時間而彈性

安排。

2. 在接案過程中，不要一直制式的問問題，因為這樣的方式很容易讓倖存者又再度陷入被控制的情緒中，而是讓倖存者述說自己的問題與經驗，即使倖存者在述說過程不是很有邏輯，也不要急，一旦倖存者說完，許多接案時需要收集的問題也就在其中得到答案。同時要相信倖存者有一些記憶是模糊的，因為在高度創傷下，遺忘是創傷反應之一，不要認為是倖存者刻意逃避問題而責怪倖存者。

3. 在會談過程中若要寫下任何資料，需要事先解釋讓倖存者瞭解，因為倖存者的創傷狀態對於留下任何資料是很在意的。

4. 與倖存者一起討論情緒安全計畫，這個計畫包括：辨識創傷的事件、辨識自己過去產生創傷反應的前兆、及討論可行的因應策略，這和人身安全計畫一樣重要。

5. 在進行預估 (assessment) 時，也要將倖存者的創傷歷史一併考量。

6. 家庭暴力防治中心可以製作簡單易懂的創傷反應的解說，讓倖存者理解暴力讓她產生的創傷反應，以及創傷反應如何影響她的所有功能等。

前述的原則非常細膩的架構出社工員在協助女性倖存者的工作過程中，如何調整工作過程與回應倖存者的創傷反應，避免再度讓倖存者受到傷害。Wilson et al. (2015) 以質性內容分析法分析許多期刊文獻之後，指出照顧創傷工作在家庭暴力領域中運用時，共有六個非常重要的原則，可以做為前述工作細節的摘要，分別

是：

1. 建立倖存者情緒上的安全感。
2. 提供倖存者相關的選擇並增強倖存者的控制感。
3. 促進倖存者與人的交流關係。
4. 支持倖存者的因應方式。
5. 考量倖存者獨特的認同與環境脈絡。
6. 建立倖存者的優勢 (strengths)。

這些原則提供了家庭暴力工作領域在採用這個模式時，重要的基礎。

雖然近四、五年的時間，美國各州的家庭暴力防治中心才開始採用照顧創傷經驗的工作模式，目前尚未有相關成效的實證研究出版，但是各州的家暴中心社工員都認為這個模式對倖存者很有幫助，畢竟受暴倖存者是在高度創傷的情況下進入家暴防治系統，社工員無法漠視倖存者的創傷反應而進行保護工作 (Wilson et al, 2015)。

## 陸、臺灣親密關係暴力受害女性倖存者求助過程產生之議題

目前臺灣各縣市的家庭暴力與性侵害防治中心的工作流程，大致以：接獲不同來源的通報後→進行收案評估以判定是否為家暴案件→如果符合成人保護，兒少保護，以及老人保護案件→進入協調聯繫以及開案評估→開案後擬定處遇計畫，危機處遇，以及提供處遇服務→再評估與結案等過程為主要的工作流程 (臺中市家庭暴力及性侵害防治中心，民 105 年)。當親密

關係暴力女性倖存者向家暴體系求助、在接受協助的工作流程中，產生何種議題？近年來臺灣的家庭暴力暨性侵害防治領域出版了為數不多有關這類議題的文獻，從這些有限的文獻中，仍然可以整理出帶著創傷反應的女性倖存者在求助過程中衍生的特殊議題。

這些文獻都共同指出，親密關係女性倖存者在長期遭遇暴力對待的情況下，已經累積許多創傷的反應，例如：無助、恐懼、絕望、憤怒、憂鬱、對人失去信任、注意力不集中、更嚴重甚至已經產生精神方面的症狀，當女性倖存者向正式體系求助時，甚至覺得擔心與丟臉 (劉珠利，民 101 年；Liu & Mishna, 2015；劉珠利，民 105 年)。帶著這樣的創傷反應接受家暴中心所提供的服務流程時，產生的獨特議題計有：(王淑芬，許宏綺，曾僑慧，民 101 年；林芬菲，民 87 年；陳筱萍、周煌智、劉仁儀，民 98 年；陳惠英、鄭媛玲，民 101 年；劉珠利，民 101 年，民 105 年)：

### 一、入住庇護中心

多數女性倖存者在入住庇護中心的初期，都需要長時間的睡眠，原因在於一方面女性倖存者在長期受暴情況下，產生嚴重睡眠不足或是睡眠失調的狀況，另一方面也因為長久以來無法安心入睡，因此一旦到一個令她安心睡覺的地方，多數需要較長時間的睡眠。此外，庇護中心對女性倖存者而言是一個新的地方，因此難免對新的地方產生不安全感，因此部分女性倖存者甚至在初期都將自己關在房間之中，

較不希望出來和其他女性入住者互動。

## 二、在辦公室空間觀望

由於長期處在對人不信任的狀態下，因此一些女性倖存者在一開始並不一定能夠立刻與社工員訴說，有時候甚至會只希望到社福機構的辦公接待空間看看書，先觀望一段時間產生安全感之後才會開始訴說。

## 三、填寫資料

由於許多女性倖存者深怕前來求助的舉動，會加重施暴者的暴力對待，因此對於留下資料相當恐懼不安；若是由類似施暴者身分的人協助代寫資料，更是恐懼不安。

## 四、會談過程

因為創傷反應／情緒的影響，多數女性倖存者需要較長時間訴說自己的狀況，甚至經常反覆訴說，原地踏步；無法接受社工員承諾代為爭取的資源／事情有任何的改變。

## 五、專業關係

由於在創傷經驗中已經發展出因應創傷的方法，而這些方法在一般人際關係互動中（包含和社工員的互動關係）可能並不恰當，例如：以命令或是討好的方式對待社工員。

## 六、向其他系統求助

女性倖存者在進入社福機構求助前，

可能已經向警察單位等單位求助過，如果這類經驗不好，會影響被社工員轉介至相關單位的意願。

前述的文獻顯示，除了沒有特別提到接案時間是否過長、或者對於會談位置與燈光明暗度是否有特別要求之外，帶著創傷反應的臺灣親密關係暴力女性倖存者在求助過程中，對於入住庇護中心有獨特需要、在接待區觀望家暴中心的服務、述說經驗的反覆、填寫資料的恐懼、專業關係中的不恰當因應方式等，和前述美國各州家暴中心所陳述的女性倖存者帶著創傷反應在求助過程中所產生的議題一致，亦即，根據 National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health (2013) 的研究結果來分析，臺灣親密關係暴力的女性倖存者會在求助時產生這些獨特議題，就表示女性倖存者的創傷反應同時也帶入／反映於接受協助的過程，而這些議題就是照顧創傷經驗工作模式必須特別回應的創傷議題。換言之，臺灣家暴中心的服務流程必須要能謹慎回應前述的女性倖存者的獨特議題，而謹慎地回應也就是照顧女性倖存者的創傷經驗，處理女性倖存者的創傷不是制式的提供女性倖存者相關服務，然後將創傷的反應留給心理諮商人員處理。可惜的是，目前前述議題除專業關係的議題已有社工員於實務工作中已經注意並有一些作法之外（劉珠利，民 101 年），其他議題則未有資料提到關注的做法。

此外，Farro, et al., (2011) 指出，社工員提供的服務流程能夠謹慎回應女性倖

存者獨特議題的前提，應該回歸家暴體系能夠在制度面提供社工員相關的協助，例如：相關訓練，從接案表格協助社工員關注倖存者的創傷經驗與歷史等，然而可惜的是，這部分在現階段家暴體系服務流程中，並未見到相關的規定與資料，這也表示如果臺灣家庭暴力體系要能夠融入照顧創傷經驗的工作模式，必須從家暴體系的制度面開始調整，然後才能帶動工作流程能夠回應帶著創傷經驗的女性倖存者在接受服務時的獨特議題。

既然帶著創傷反應的臺灣親密關係暴力女性倖存者的確在求助過程中產生前述特殊的狀況，接下來的問題就是，社會工作過程該如何考慮這樣的狀態並加以回應呢？

## 柒、對臺灣親密關係暴力實務工作的啟示

如前面文獻所言，工作的每一細節都考慮到如何處理倖存者的創傷反應，機構的政策以及所有工作人員面對倖存者的創傷反應應有的態度，如何避免再次造成倖存者創傷反應是很重要的起點。臺灣女性倖存者在求助過程中的創傷反應與這樣的工作流程相互結合後，如何納入照顧創傷經驗的工作原則？在參考美國各州家暴中心所制定的照顧創傷經驗家庭暴力實務工作原則後，臺灣的家庭暴力暨性侵害防治中心的實務工作可以加入：

### 一、社工員的訓練、思維與態度方面

1. 社工員的教育訓練中，就要明白讓社工員了解倖存者的創傷反應有哪些？面對倖存者的創傷反應，社工員可以如何在會談過程中進行處理，而不是對倖存者的創傷反應不予回應與討論，反而馬上跟倖存者討論轉介心理諮商師的可能性。如果社工員能夠對倖存者的創傷反應立即處理，屬於深度的創傷才轉介心理諮商師處理，如此才不會錯失一些處理創傷反應的重要時機。

2. 社工員不以倖存者的反應是病態的角度來看待倖存者，而是要能夠從倖存者不得已，只能以這種方式因應她所生存的環境來思考，因此不要採用具標籤性質的名詞來思考或是標示倖存者的行為，例如：不要用倖存者又在操弄人際關係，而是用倖存者又面對讓她害怕的情境了，因此不當的因應又出現，所以先弄清楚倖存者在害怕何事，如此才能建設性的跟倖存者一起工作。

3. 家暴中心的督導在督導過程要開始要聚焦協助社工員發展照顧創傷工作的能力，也可以開始收集不錯的協助倖存者創傷反應處理方式，分享給社工員了解。

### 二、家暴中心的硬體設備方面

家暴中心接待中心的布置，宜創造溫暖、放鬆、安靜的氣氛為主，顏色以溫暖令人沉靜為主，不宜擺設八卦雜誌，因為臺灣的八卦雜誌過於渲染社會事件，封面標題或是內容都容易引發倖存者許多的不安與創傷反應；相反，可以規劃出擺放具有療癒的書籍或是聆聽音樂的角落，讓女

性倖存者能夠安心求助。

### 三、家暴事件工作流程方面

1. 不管倖存者由何種管道進入家暴中心，當社工員開始與倖存者接觸之後，就必須開始收集資料並進行評估，如果倖存者是第一次向家暴中心求助，社工員除了必要的基本資料、家庭關係、求助問題、目前的安全議題等的資料收集之外，還應該要詳細的收集倖存者過去有關的創傷經驗，並且詳細記錄於個案紀錄中；如果倖存者是第二次以上向家暴中心求助，社工員應該仔細閱讀過去的個案記錄，了解並可以立即處理倖存者的創傷反應。

2. 承接前面所敘述，主管家暴業務的主管機關，應該檢視目前的個案記錄格式，詳細更改為對倖存者創傷反應的描述方式，並設計成能夠協助社工員發展敏銳覺察到倖存者出現創傷反應的記錄格式。例如：個案記錄表格中，加入倖存者的創傷的資料欄，包括詳列出倖存者過去創傷經驗歷史、常出現的創傷反應與倖存者的因應方式、有效的處理創傷反應方法等，由明顯引導的表格協助社工員注意倖存者的創傷反應與因應，如此社工員才能建立對倖存者創傷議題的敏感度。

3. 雖然接案時需要收集很多資料，但是社工員不要急著完成工作，要考慮女性倖存者的情緒狀態是否可以長時間會談，有時候需要安排短暫休息讓女性倖存者恢復精神，也要尊重女性倖存者慢慢陳述的狀態。需要寫下的資料，需要仔細跟女性倖存者說明用途，避免引起女性倖存者驚

慌，同時也要敏感不要讓類似施暴者的人協助女性倖存者。

4. 若女性倖存者需要入住庇護中心，需要關注女性倖存者的睡眠、獨處等問題，初期提供較為彈性的作法，而不要只關注必須遵守庇護中心的規定。

5. 協助過程中，讓倖存者了解所有的處理流程，即使反覆說明都是有其必要性，因為有創傷反應的倖存者，常常需要再三保證，也常常會忘記，因此再三說明是需要的。另外，創傷經驗會使女性倖存者經常長期處在無力的狀態而無法採取行動，也不責怪倖存者，傾聽並等待女性倖存者慢慢有力行動，讓倖存者覺得可以自己掌握過程、不會感覺全然失控而驚慌。

6. 除了人身安全計畫之外，同時也與女性倖存者討論擬定情緒安全計畫，亦即，辨識何種情況容易產生驚慌等的情緒，當失控與驚慌的感受出現時，當下可以如何處理。

7. 女性倖存者在人際界線方面的困難同樣會出現在社工員的專業關係中，因此社工員要協助倖存者處理當下發生的人際界線問題，而不是轉給心理諮商師，因為當下的處理與討論，才是對倖存者最有幫助的起點，同時這也是社工員可以提供的照顧倖存者創傷的最重要部分。

8. 若需要轉介任何資源，初次前往接觸該資源時，社工員應陪伴女性倖存者前往，因為有人陪伴可以避免女性倖存者因為緊張焦慮而引發對於對方態度的敏感解讀進而再次造成創傷反應。

## 捌、結語

家庭暴力是一個極具破壞性的人類創傷經驗，因此創傷反應與其他因家庭暴力所帶來的問題是糾結一起，無法分開來看。在臺灣，社工員是家庭暴力領域中扮演重要角色的專業人員，但是目前工作模式卻引導社工員將創傷議題與其他議題分割，這樣的思維有待調整，換言之，社工員所提供的協助的每一個過程，都在協助

女性倖存者處理創傷經驗，才是社工員應該採用的思維。本文提出將照顧創傷工作模式的文獻與筆者自行構思的融入家庭暴力實務工作中的做法，期待能夠拋磚引玉，讓臺灣社工界能夠正視與培養處理倖存者創傷經驗反應的能力。

(本文作者為東海大學社會工作學系教授)

**關鍵詞：**親密關係暴力、照顧創傷、女性倖存者、創傷反應

## 📖 參考文獻

- 呂旭亞和詹美涓(民 98 年)。  
〈以書寫開創人生的新局——一個臺灣婚姻受暴婦女表達性書寫治療團體的行動研究〉。  
《臺灣藝術治療學刊》，第 1 卷，第 1 期，頁 55-69。
- 臺中市家庭暴力暨性侵害防治中心(民 105 年)。  
〈家庭暴力事件處理流程圖〉。  
<http://www.dvc.taichung.gov.tw/ct.asp?xItem=211376&ctNode=8937&mp=106250>。  
瀏覽日期：2016 年 9 月 13 日
- 王淑芬，許宏綺，曾僑慧(民 101 年)。  
〈邁向獨立之路——庇護安置經驗對受暴婦女的影響。以臺北市蘭心家園為例〉。  
2012 邁向優質服務——社會工作的對話與省思研討會。
- 林芬菲(民 87 年)。  
〈婚姻暴力受虐婦女的正式機構求助歷程探討〉。  
東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 陳筱萍、周煌智、劉仁儀(民 98 年)。  
〈性侵害受害者對正式服務體系的求助經驗——以二位婦女為例〉。  
《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，第 5 卷，第 2 期，頁 1-24。
- 陳惠英、鄭媛玲(民 101 年)。  
〈談婚姻受暴婦女的特性、需求與協助者的注意要點〉。  
《家庭教育雙月刊》，第 35 期，1 月號，頁 37-47。
- 劉珠利(民 101 年)。  
〈臺灣社工員協助婚姻暴力受害女性案主經驗之研究——一個人際取向的觀點〉。  
《聯合勸募論壇》，第一卷，第一期，頁 131-157。(國科會專題研究計畫：NSC96-2412-H-029-006 MY2)
- 劉珠利(民 105 年)。  
《建構協助臺灣女性精神障礙婚姻暴力受害者社會工作實務——一個反壓迫概念的研究》。  
科技部專題研究計畫期末報告。
- Accessing Safety and Recovery Initiative (2012). *Creating Accessible, Culturally Relevant,*

- Domestic Violence- and Trauma-Informed Agencies*. Retrieved from:  
[http://www.nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/03/ACDVTI-Self-Reflection-Tool\\_NCDVTMH.pdf](http://www.nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/03/ACDVTI-Self-Reflection-Tool_NCDVTMH.pdf). On Oct. 14, 2016
- Andruczyk, M. (2015). *Intimate Partner Violence: Restorative Justice and Trauma-informed Care*.
- Anyikwa, V. A. (2016). Trauma-Informed Approach to Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Evidence-Informed Social Work, 13*(5), 484-491.  
DOI: 10.1080/23761407.2016.1166824
- Clark, C., Mazelis, R., Young, M. S., Kammerer, N., Jackson, E., Huntington, N. & Graeber, C. (2008). Consumer Perceptions of Integrated Trauma-Informed Services among Women with Co-Occurring Disorders. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 35*:1, 71-90.
- Elliot, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S. & Reed, B. G. (2005). Trauma-Informed or Trauma-Denied: principles and Implementation of Trauma-Informed Services for Women. *Journal of Community Psychology, 33*(4), 461-477.  
DOI:10.1002/jcop.20063.
- Farro, S. A., Clark, C. & Eyles, C. H. (2011). Assessing Trauma-Informed Care Readiness in Behavioral Health: An Organizational Case Study. *Journal of Dual Diagnosis, 7*(4), 228-241. DOI: 10.1080/15504263.2011.620429.
- Ferencik, S. C. & Ramirez-Hammond, R. (2013). *Trauma-Informed Care. Best Practice and Protocol for Ohio's Domestic Violence Program*. (2<sup>nd</sup>. Ed). Ohio: The Ohio Department of Mental Health.
- Hopper, E. K., Bassuk, E. L. & Olivet, J. (2010). Shelter from the Storm: trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal, 3*, 80-100.
- Jennings, A. (2004). *Models for Developing Trauma-Informed Behavioral Health Systems and Trauma-Specific Services*. Retrieved from:  
<http://www.theannainstitute.org/MDT2.pdf>. On Dec. 15, 2015.
- Keesler, J. M. (2014a). Trauma through the lens of service coordinators: exploring their awareness of adverse life events among adults with intellectual disabilities. *Advanced in mental health and intellectual disabilities, 8*(3), 151-164.
- Keesler, J. M. (2014b). A call for the integration of trauma-informed care among intellectual and developmental disability organizations. *Journal of Policy and Practice in Intellec-*

- tual Disabilities*, 11(1), 34-42.
- Liu, Chu-Li (2016). *Females suffering both from mental health problems and intimate partner violence in Taiwan: an anti-oppressive perspective*. Paper presented at 6<sup>th</sup> European Conference for Social Work Research. Catholic University of Portugal, Lisbon, Portugal. (Funded by Ministry of Science and Technology, Taiwan)
- Liu, Chu-Li & Mishna, F. (2015). Older Female Survivors of Intimate Partner Violence in the Taiwanese Cultural Context. *The Open Family Studies Journal*, 7, 77-85.
- Miller, N. A. & Najavits, L. M. (2012). Creating trauma-informed correctional care: a balance of goals and environment. *European Journal of Psychotraumatology*, 3: 17246. DOI: 10.3042/ejpt.v3i0.17426.
- Mockus, S., Mars, L. C., Ovard, D. G., Maelis, R., Bjelajac, P., Grady, J., LaClair, C., Livingston, C., Slavin, S., Willams, S. & McKinney, J. (2005). Developing Consumer/Survivor/Recovering Voice and its Impact on Services and Research: Our Experience with the SAMHSA Women, Co-Occurring Disorder's and Violence Study. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 513-525.
- Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B. & Najavits, L. M. (2005). Twelve-Month Outcomes of Trauma-Informed Interventions for Women with Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1213-1222.
- Muskett, C. (2013). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 51-59. DOI: 10.1111/inm.12012.
- National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health (2011a). *Trauma informed care*. Retrieved from <http://promising.futureswithoutviolence.org/advancing-the-field/research-informed-strategies/trauma-infomred-care>. On Oct. 14, 2016
- National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health (2011b). *A Trauma-Informed Approach to Domestic Violence Advocacy*. Retrieved from [http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet\\_TI-DV-Advocacy\\_NCDVTMH\\_Aug2011.pdf](http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet_TI-DV-Advocacy_NCDVTMH_Aug2011.pdf). On Oct. 14, 2016
- National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health (2011c). *Tips for Discussing a Mental Health Referral with DV Survivors*. Retrieved from [http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet\\_MH-Referral\\_NCDVTMH\\_Aug2011.pdf](http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet_MH-Referral_NCDVTMH_Aug2011.pdf). On Oct. 14, 2016

- National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health (2011d). *Tips for Making Connections with survivors experiencing psychiatric disabilities*. Retrieved from [http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet\\_Making-Connections\\_NCDVTMH\\_Aug2011.pdf](http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet_Making-Connections_NCDVTMH_Aug2011.pdf). On Oct. 14, 2016.
- National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health (2011e). *Tips for supporting survivors with reduced energy*. Retrieved from [http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet\\_Reduced-Energy\\_NCDVTMH\\_Aug2011.pdf](http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet_Reduced-Energy_NCDVTMH_Aug2011.pdf). On Oct. 14, 2016
- National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health (2011f). *Tips for enhancing emotional safety*. Retrieved from [http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet\\_Emotional-Safety\\_NCDVTMH\\_Aug2011.pdf](http://nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2012/01/Tipsheet_Emotional-Safety_NCDVTMH_Aug2011.pdf). On Oct. 14, 2016
- National Center on Domestic Violence, Trauma and Mental Health (2013). *Special Collection: Trauma-Informed Domestic Violence Services*. Retrieved from <http://www.theannainstitute.org/Andrea%20Blanch%20TIWA/Special%20CollectionTI%20DVServicesSpecialCollection.pdf>. On Oct. 14, 2016
- Noether, C. D., Finkelstein, N., VanDeMark, N. r., Savage, A. & Reed, B. g. (2005). Design Strengths and Issues of SAMSA's Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study. *Psychiatric Services*, 56(10), 1233-1236.
- Regehr, C. & Bober, T. (2005). *In the Line of Fire*. New York: Oxford University Press.
- Salasin, S. E. (2005). Evolution of women's trauma-integrated services at the substance abuse and mental health services administration. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 379-393.
- Savage, A., Quiros, L., Dodd, S. & Bonavota, D. (2007). Building trauma informed practice: appreciating the impact of trauma in the lives of women with substance abuse and mental health problems. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 7(1/2), 91-116. DOI: 10.1300/J160v07n01\_06.
- Wilson, J. M., Fauci, J. E. & Goodman, L. A. (2015). Bringing trauma-informed practice to domestic violence programs: A qualitative analysis of current approaches. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 586-599.