

# 知情視角的再擴大——創傷與暴力知情的概念與實務原則

沈慶鴻

## 壹、前言

由於創傷的普遍存在及其可能造成個體複雜且長期性的影響，以致「創傷知情」（trauma-informed, TI）成為近20年來心理健康研究和實踐的焦點（Roberts et al., 2018）；針對創傷影響、強調與倖存者合作的創傷知情照護，及以創傷知情視角提供照護服務（trauma-informed care, TIC），則成為衛生醫療與人群服務組織普遍採用的新觀點（Wilson et al., 2015）。

近年來國外不少組織更將創傷知情概念擴展為創傷與暴力知情（trauma-and violence-informed, TVI）、創傷與暴力知情照護（trauma-and violence-informed care, TVIC），關注的視角也由個人的創傷經驗擴大至系統、結構與體制的暴力，及其對創傷造成的交織性影響。本文為引導讀者認識創傷與暴力知情，除釐清創傷

知情及創傷與暴力知情間的差異，還說明創傷與暴力知情的實務原則，鼓勵專業助人工作者擴大知情的視角，成為具創傷與暴力知情觀點的工作者。

## 貳、創傷與創傷影響

「創傷」（trauma）一詞源於希臘語的傷口（wound），不過至今已不單指傷口，也非專指引發傷口的事件；創傷是個總稱，指個體遭遇超過自己因應能力的威脅，對生理、社會、情緒或靈性造成長期、持續的負面影響，出現過度警覺、記憶侵擾、封閉退縮等的現象，以致受創者無法以健康或適切的方式回應急性或慢性壓力，損害個體的健康和福祉（Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020; Kincaid & Wolpow, 2010）。

多數人成長過程中都曾經歷使其受到傷害、感受到威脅，及對個人身

體、心理、情緒、社會或功能造成不利結果的事件，這些事件可能源於自然的（caused naturally）傷害（如地震、颶風、暴雨、樹倒等），也可能源於人為的（caused by people）傷害；而人為傷害又可分為意外、科技帶來的災難（accidents, technological catastrophes）（如火車脫軌、瓦斯爆炸、車輛故障、意外槍擊等），以及意圖造成他人傷害的行為（intentional acts），包括來自個人與家庭的創傷（如搶劫、性或身體的攻擊、暴力傷害、跟蹤、騷擾等）、針對特定群體的創傷（如排擠、霸凌、幫派攻擊），以及殖民經驗、奴隸制度、種族主義迫害等可能造成被害人跨代的歷史性創傷（historical trauma）和戰爭造成的集體性創傷（mass trauma）等（Carswell, 2020; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014）。

至於創傷能否影響及如何影響個人，與個人特質、事件發生過程、傷害類型、嚴重程度、複雜性、頻率、持續性等因素有關，也受到與創傷有關之社會文化意涵的影響（Ponic et al., 2016; SAMHSA, 2014）。有些創傷可能造成睡眠障礙、腸胃不適、過度喚起（hyperarousal）等身體傷害，或受到記憶侵擾（intrusion）或記憶障礙、難以專心等認知上的干擾，出現憤怒、麻木、無助等情緒反應，或難以建立依附或親密關係造成人際疏離、關

係困境，導致警覺、逃避、消極情緒或解離等急性壓力障礙（ASD），或可能造成神經生物學和遺傳上的影響、改變基因結構，甚至受到毒性壓力（toxic stress）的干擾損害神經、內分泌和免疫系統，或創傷後壓力症候群（PTSD）、心理疾患等長期性的影響（Manyema et al., 2018; SAMHSA, 2014; Wathen & Varcoe, 2019）。

## 參、童年逆境研究

童年逆境經驗（Adverse Childhood Experiences, ACEs）的研究，是探索發展性創傷非常重要且知名的研究。所謂的「童年逆境經驗」指的是18歲以前在失功能家庭生活和成長的經驗，此研究係Felitti等人（1998）根據臨床工作經驗發現—童年不佳的成長經驗可能與成年後的健康行為有關，因此在美國疾病管制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）及凱薩醫療機構（Kaiser Permanente）支持下進行的系列研究（也稱Kaiser-CDC ACE研究）；當時研究團隊設計了七類不佳成長經驗的ACEs量表：包括心理的、身體的、性的虐待；目睹母親受暴；同住家庭成員有物質濫用、心理疾患或自殺、入監服刑等的逆境經驗（每經歷一類得1分），透過郵寄問卷對13,494位醫療機構（Health

Maintenance Organization, HMO) 的會員進行標準化醫療評估，在分析了9,508份(70.5%)的回收資料後，發現61.55%的受試者至少經歷一類逆境、24.64%至少經歷三類、13%則經歷四類以上的逆境，還發現兒童期曝露於逆境的數量與成年後健康行為的風險和疾病間具有顯著關係；與無逆境經驗者相比，經歷四類以上逆境的受試者不僅健康狀況不佳，在酗酒、吸毒、憂鬱、自殺未遂等項目上增加了4~12倍的風險、在吸煙行為上增加了2~4倍的風險、缺乏運動和嚴重肥胖則增加了1.4~1.6倍的風險。

後續該研究團隊還將ACEs量表之逆境類別擴大，並針對不同樣本進行調查，例如Dube等人(2003)為了解逆境經驗與藥物使用、藥物成癮間的關係，運用10類逆境的ACEs量表，對加州8,613位門診病患進行調查，發現每經歷一類逆境將增加2~4倍藥物使用上的風險，以及不論哪個年齡層(14歲以下、15~18歲、19歲以上)，逆境經驗都與其開始用藥的時間、藥物使用、藥物成癮密切相關；與無逆境經驗者(ACE 0分)相比，經歷五類以上逆境者(ACEs 5分以上)其使用非法藥物、藥物成癮的風險高出了7~10倍。Anda等人(2005)為探索童年壓力可能造成的影響，利用8類逆境的ACEs量表對17,337位HMO醫療機構會員進行調查，經邏輯迴歸分析後發現：會員的逆境經驗

與其在情感、身體及與性有關的攻擊、藥物濫用等風險顯著相關。此外，Dong等人(2004)則為了解各類逆境間的關係及逆境經歷的累積效應，使用8,629名參與醫療計畫之成人樣本後證實各逆境間的相關性，亦即經歷某一逆境者也可能經歷其他逆境，Dong等人因此建議後續研究者應關注逆境經驗的累積效應。

ACEs研究發表後引起了相當大的注意與迴響，研究結果也被廣泛運用在不同對象和問題上，例如童年失功能的成長經驗不僅提高青少年的健康與學習問題，增加自殺意念、過早性行為等問題行為的風險(Soleimanpour et al., 2017)，還與成年後的認知能力衰退(Brown et al., 2022)，提高攻擊行為、藥物濫用(Anda et al., 2005; Dube et al., 2003)、酒精濫用、致癌等的風險(Ports et al., 2019)。Chapman等人(2004)的研究亦顯示，與同齡人相比，兒童期遭受虐待和創傷的個體中精神疾病患者較多，特別是創傷後壓力症候群(PTSD)、邊緣型人格疾患、解離症狀和憂鬱症等疾患，並發現兒童期身體虐待、情緒虐待的經驗會增加罹患憂鬱症的風險，顯示ACEs分數與憂鬱症的近期、終生患病率間存在著顯著的正相關。

ACEs經歷也對暴力行為的出現有很大的影響，例如Whitfield等人(2003)的研究發現，親密關係暴力加害人和被害人

童年時普遍經歷家暴、身體虐待或性虐待等的創傷，而經歷前述逆境者相較於未經歷者，有2倍機率成為親密關係暴力加害人和被害人；Hahn等人（2015）的研究也將親密關係暴力組、非親密關係暴力組、無暴力組等三組受試者進行比較，發現童年逆境經歷愈多者犯罪傾向愈高，且具PTSD症狀的受試者有相當高的風險成為親密關係暴力加害人（引自Voith et al., 2018）。

為了解創傷經驗和PTSD症狀對施暴者的影響，Semiatin等人（2017）也曾針對法院轉介之親密關係暴力男性施暴者進行創傷曝露（trauma exposure）、PTSD症狀及臨床問題之評估，該研究評估了293位施暴者，發現77%的施暴者成長過程中曾曝露在創傷事件下、62%經歷了多重創傷、11%具有PTSD疾患，還出現了憂鬱、物質濫用（酒精和藥物）、一般性暴力、關係失調、虐待等症狀；再經統計推估，施暴者的PTSD症狀可顯著預測關係失功能、關係虐待、憂鬱、酒精問題、藥物使用等問題行為，Semiatin等人（2017）因此建議加害人處遇計畫中，應增加對加害人PTSD症狀的理解，並致力於創傷經驗的處理。

前述有關ACEs的研究結果，皆證實Felitti等人（1998）的臨床工作觀察，顯示童年時期巨大而長期的壓力，對一個人的神經、認知、身體和情緒帶來的

傷害影響終生健康和幸福。Hamby等人（2021）也表示ACEs研究擴大了我們對創傷和創傷影響的理解，20多年來的科學證據顯示：ACEs促成了40多種生理—心理—社會問題的發生（biopsychosocial outcomes），增加許多疾病的發病率和死亡率，造成公共衛生的沉重負擔，以致美國疾病管制與預防中心（CDC, 2021）以「童年逆境金字塔」（ACEs Pyramid）一詞，提醒童年逆境經驗所形成的發展性創傷對疾病和福祉帶來的終生影響。

## 肆、創傷知情與創傷知情照護

美國藥物濫用暨心理衛生服務部門（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）對於「創傷知情」的定義和詮釋，是多數研究者、組織遵循的依據，其表示所謂的創傷知情照護是工作者能在服務過程中融入四個關鍵要素的服務（4R）：瞭解（realizing）、辨識（recognizing）、回應（responding）、阻止（resisting），相關說明如下（Kataoka et al., 2018; Marsc et al., 2016; SAMHSA, 2014）：

1. 瞭解：指工作者要能理解創傷的普遍性及創傷帶來的廣泛性影響。
2. 辨識：工作者要能辨識創傷對案主、家庭或系統造成的影響，



及案主的創傷反應。

3. 回應：工作者要將創傷知識帶入實務中，營造安全、同理的環境並適切回應案主的需求。

4. 阻止：工作者不僅要避免案主再受創傷，還須在過程中減少自己出現替代性創傷的可能性。

除了上述四關鍵要素（4R）外，與創傷倖存者合作（collaboration），增加案主選擇（choice）的空間亦是創傷知情的重要價值（SAMHSA, 2014）；Fallot與Harris（2009）則認為安全（safety）、值得信任（trustworthiness）、選擇、合作、增強權能（empowerment）是落實創傷知情服務的五個核心價值。Kataoka等人（2018）發展創傷知情的學校支持性服務、Murshid與Bowen（2018）在探討移民受暴婦女之創傷知情服務時也強調，發展具透明（transparency）、值得信任的服務，使其服務具有增強權能、選擇、安全、合作等特性，才能達到創傷療癒和預防二度創傷的目的。

不只如此，以案主為中心、增強權能為取向，是創傷知情概念的重要內涵，透過創傷與全人健康的視角考量受創案主的需求，且在理解案件特性與問題脈絡的前提下，了解案主對暴力的可能反應，如此才能確保服務能夠納入案主的意見，促進案主的自主與自決（SAMHSA, 2014）。而為縮小服務提供者和使用

者間的權力落差，權力共享（power sharing）、真實性（authenticity）、個別化服務（individualized services）和系統倡議（systems advocacy）亦是實踐創傷知情照顧的四個共同要素（Kulkarni, 2018）。

可見創傷知情取向的服務係期待工作者能敏感於創傷倖存者的創傷經驗，並認識創傷經歷可能伴隨著特定的徵兆和症狀，以及創傷的廣泛影響和各種療癒、復原的途徑，發展全面、統整的應對措施以防止再受創之服務取向（Champine et al., 2022; Roberts al., 2018）。然要將前述關鍵要素、重要價值發展成創傷知情服務時，是需要組織將其融入整個的系統或在方案中形成全面性的行動模式，才能真正落實創傷知情理念與價值，因此不僅要在專業人員的訓練課程、服務準則中加入創傷概念，機構政策、程序和實務回應機制也要融入創傷知情概念，如此才能提供更適切、有效的服務（SAMHSA, 2014）。

## 伍、創傷與暴力知情

### 一、概念區辨

與創傷知情相較，創傷與暴力知情（TVI）則是較新的概念，其與針對特定創傷進行的照護服務工作（trauma-specific care）不同，也與創傷知情照護（TIC）或創傷知情實務（TIP）有異。

特定的創傷照護（trauma-specific care）專指針對因特定事件引發之創傷症狀所提供的照護或服務，至於創傷知情照護（TIC）或創傷知情實務（TIP）則聚焦於個人層次（individual level）之創傷經驗，指在瞭解創傷及與創傷相關的健康和行為後，為尋求照護服務的人們創造安全的環境（Wathen & Varcoe, 2019）。

創傷與暴力知情（TVI）則擴展了前兩者的概念，除了重視個人的創傷經驗外，更關注系統的、人際的暴力和結構上的不平等，以及各因素間交織性的影響力（intersecting impacts）；此概念上的擴展和轉變十分重要，不僅強調歷史的、長期持續的暴力，還重視廣泛的結構和社會情境造成的創傷及影響，期待改變僅聚焦於個人所承受的暴力和創傷問題，呼籲大眾應避免將創傷僅視為個人心理問題，還須重視影響創傷的社會環境（Jean & Bungay, 2020; Wathen & Varcoe, 2019）。

## 二、系統和結構暴力普遍存在

創傷與暴力知情關注系統的、結構的暴力（structural violence）及體制的暴力（institutional violence），例如：醫療衛生照護環境裡的種族歧視、性別歧視、階級歧視、污名化等的系統暴力，創傷與暴力知情關注並覺察這些已融入人們生活情境裡之系統暴力帶來的創傷；結構暴力則指讓人受到傷害或限制了某

些人和團體發揮潛能的社會安排（social arrangements），這些社會安排可能是經濟、政治、法律、宗教、文化組織等結構的一部分，它們普遍、長期存在於社會中，並以我們熟悉的方式運作，以致我們較易視而不見，並讓不公平的社會安排進入政治、權力、教育、健康、法律等範疇內，甚至影響了資源分配；至於體制暴力，提醒的則是政策和實務運作過程中帶來的持續性傷害，及讓此傷害持續存在的制度（Wathen & Varcoe, 2019）。

其實污名化（stigma）、歧視造成的創傷經驗普遍存在，以加拿大為例，2013年加拿大社區健康調查（Canadian Community health Survey）之調查結果就顯示，23%的加拿大人曾至少經歷一種與種族、宗教、出身地、性別、性取向有關的歧視（Godley, 2018）；2019年加拿大的全國健康調查更發現，污名化帶來的逆境經驗影響加拿大人的身心健康，經歷污名化—特別是與心理健康有關的污名化，會降低民眾使用有品質、維持健康之醫療資源和服務意願，增加慢性壓力、不良因應、攻擊和外傷的風險（Public Health Agency of Canada, 2019）。

加拿大公共衛生協會（Canadian Public Health Association, CPHA）是積極推動暴力與創傷知情（TVIC）的組織之一，其所推動的性接觸和血體液感染疾病（sexually transmitted and blood-

borne infections, STBBIs)之預防方案即是將TVIC概念融入其中的方案；其相信經歷較多創傷事件的人們，如物質濫用者、人類免疫缺乏病毒（HIV）患者一起生活的人們等，通常是人類免疫缺乏病毒（HIV）、慢性乙肝病毒（hepatitis）、披衣菌（chlamydia）、淋病（gonorrhea）、梅毒（syphilis）和人類乳突病毒（human papillomavirus）等STBBIs之易感染者，而其他被污名化、歧視、不平等對待等結構暴力所影響的團體，也常曝露在STBBIs和可能經歷的創傷事件中，影響其健康、福祉權利、就醫和使用服務的管道；然而在衛生服務和社會服務領域裡對STBBI患者充斥著歧視、污名化，造成感染者的求助障礙；因此對此類患者提供預防、診斷、治療和管理已成加拿大公共衛生的目標，以降低醫療機構服務上的障礙、促進改變，提供更多關懷、熱情、以人為中心及非批判的照護，讓飽受污名化傷害的STBBI患者接受檢驗或治療時，仍能得到安全、健康的服務（Canadian Public Health Association & Centre for Sexuality, 2020）。

另社會大眾對女性暴力（violence against women）的態度，亦是受到性別、文化影響的最佳例證，Flood與Pease（2009）在探索社會大眾對女性暴力的態度時，發現影響大眾對女性暴力態度的性別與文化因素與很多層次的因素交織在一

起，因此其呼籲：只改變大眾對暴力的態度是不夠的，若要預防暴力，則媒體、刑事司法系統等結構，和對性別及與性有關的社會習俗都要改變，所有可能導致創傷、支持暴力的結構或社會安排亦須被消除（引自Carswell, 2020）。

Wathen與Varcoe（2019）也提醒，當系統無法辨識、未能介入以性別為基礎（gender-based violence）之暴力及其相關事件時，就算我們什麼都沒做，也是陷受暴者於暴力處境的推手之一。Velonis等人（2015）也曾呼籲：要了解受暴女性在暴力處境中的求助決定和求助行為，僅解決個人層次的問題是不完整的，其提出的「社會生態架構和生命歷程理論」（The Social-Ecological Framework and Life Course Theory），就在說明受暴女性的求助決策與其生活中的各個層次，及其經歷暴力、壓迫、不平等事件之生命歷程緊密相關，這些與性別、族群、移民身分、貧窮、失能及社會制度等交織相關的社會生態、文化與結構，深入女性生活的各個層次，直接、間接影響受暴女性的求助選擇和求助決定（引自沈慶鴻，2022）。

可見促發性別暴力風險的因素是多重的、交織的，為了改變過去僅聚焦於個人層次的介入服務，Wathen與Varcoe（2019）曾引用Krug等人2002年協助WHO發展影響性別暴力之生態架構（Ecological Framework）概念，說明除

了個人、關係／家庭層次外，社區、社會／系統等層次亦會促發或強化性別暴力的影響（圖1），強調為了預防性別暴力，進行社區和社會／系統層次的改變是必要且有助益的。

創傷與暴力知情聚焦於系統、體制的暴力傷害，持續引發關注，連20多年來備受肯定的ACEs研究成果，其研究的侷限性也在近年不斷的被提出—不少研究者認為ACEs研究應進入革新階段，將原來只限於家庭因素的逆境範疇，擴大納入社區暴力、種族主義帶來的逆境，並應看見歧視、貧困等社經結構可能造成的系統性影響（Brown et al., 2022; Hamby et al., 2021;

Voith et al., 2018）。此呼籲與世界衛生組織（World Health Organization, WHO）2012年發展童年逆境國際問卷（ACE-IQ）時的做法相吻合—將原先集中於父母或主要照顧者虐待、忽視、暴力、失功能等的家庭逆境，加入同儕暴力、目睹社區暴力、戰爭和集體暴力等逆境，以能較全面的衡量全球各國／地區之童年逆境與其成年後各類風險行為間的關係（WHO, 2018）；美國CDC也修改了其曾提出的「童年逆境金字塔」（ACEs Pyramid）內涵，將代間／歷史性創傷，及與社會情境、地方脈絡相關的逆境經驗納入，形成完整的創傷影響圖像（CDC, 2021）。



圖 1 WHO 以性別為基礎之暴力風險的生態模式（WHO Ecological Model adapted to Risks for Gender-Based Violence）

資料來源：引自 Wathen 與 Varcoe（2019, p. 2）。



## 陸、創傷與暴力知情的核心概念、原則及作法

創傷與暴力知情擴大了創傷知情的4R要素，統整了健康公平（health equity）、文化安全（cultural safety）等概念，並將其與暴力和創傷經驗進行高度的連結與統整；因此減害、文化安全和謙遜、創傷與暴力知情，為促進公平互有相關的三個概念，催化了公平取向健康照護服務（Equity-Oriented Health Care, EOHC）的發展，其中的創傷與暴力知情即是建構EOHC的關鍵因子（Carswell, 2020; Wathen & Varcoe, 2019）。相關概念說明如下。

### 一、文化安全

文化安全關注系統、組織結構和人際歧視帶來的長期性影響，此概念較不強調個人文化，重視的則是歷史、集體和人際層次暴力帶來的長期影響，努力促進組織在政策和實務上的安全。

### 二、健康公平

「健康不公平」概念強調的是源於成長環境、生活、工作、年齡等不同條件帶來的差異；由於此類不公平深植於社會、政治和經濟結構，因此我們應致力於改變某些族群不正義的健康劣勢。此呼籲強調若想改變不公平，我們應重做決定，

學習如何將更多時間、資源分配給最需要幫助、面臨較大挑戰的人，而非「一視同仁」的看待所有人。

要確認健康照護服務是安全、有效的，除了要了解創傷、暴力和心理健康與福祉間的連結，還需了解不公平（inequity）對個人健康扮演的角色，以及他們對健康服務的影響程度；創傷與暴力知情取向並不鼓勵案主詳細揭露他們的創傷經歷，也不直接治療他們的創傷症狀，而是希望形成一個讓所有案主都覺得安全、不再受二度傷害的環境（CPHA, 2020）。至於創傷暴力知情照護的指導原則，則包含了以下四項（The guiding principles of TVIC）（Carswell, 2020; CPHA, 2020; Ponice et al., 2016; Wathen & Varcoe, 2019）：

1. 形成一個了解創傷、降低傷害，促進案主健康和幸福的組織文化。
2. 創造安全、信任的空間。
3. 在案主和服務提供者間建立選擇、合作、連結的機會。
4. 以優勢基礎和能力建構取向支持案主。

至於這些原則要如何由於落實於照護服務中？組織是否準備好要提供創傷與暴力之情照護服務了？是進一步須確認的問題；由於社會規範和結構可能深化弱勢或邊緣族群的創傷、暴力和不公平經驗，

讓特定族群受到傷害，因此將TVIC原則融入組織的政策與實務十分重要（CPHA, 2020）。Carswell（2020）強調為了讓組織轉化成為能提供「公平取向」照護服務的工作場域，促進安全、信任的環境，創造融入、為服務脈絡量身定制（適合區域人口的需要）、具文化安全的服務（能表達權力關係、種族歧視及其他不平等歧視之型式），就須教育工作人員認識創傷與暴力知情的原則和實務、文化安全和減少傷害，投入心力在組織層次的改變，轉換與結構、實務有關的政策。

Wathen與Varcoe（2019）則建議，落實創傷與暴力知情原則，組織除了可從政策、程序、文化著手，透過監控確認執行狀況，還可從「提供者層次」（provider-level approach）增強工作者與案主互動時的安全和信任。Ponic等人（2016）則分別從組織的、個人的層次（organizational and Individual levels）建議可落實創傷與暴力知情四原則之策略。

#### （一）瞭解創傷、暴力及其對人們生活和行為的影響

1. 組織層次：包括發展一個以理解創傷和暴力為基礎的政策和程序，及提供工作人員有關暴力／創傷和替代性創傷之訓練。

2. 個人層次：除了注意潛在的創傷和創傷影響，還要適當處理揭露行為：相信

案主的經驗，並驗證這些經驗，關注案主的安全和幸福。

#### （二）為案主和服務提供者創造安全的環境

1. 組織層次：創造溫馨、保密和以「人」為主體的空間、建立清楚的接案程序，並支持處於替代性創傷危機中的員工。

2. 個人層次：非批判取向以促進連結和信任，提供案主清楚的資訊。

#### （三）催化選擇、合作和連結的機會

1. 組織層次：具備彈性、鼓勵共享決策和參與的程序，並在執行服務或方案時納入案主意見。

2. 個人層次：積極傾聽案主的聲音，促進合作，提供有意義的照護選擇。

#### （四）以優勢基礎和能力建構取向支持案主

1. 組織層次：允許案主可根據自己的需求、優勢和背景選擇服務項目。

2. 個人層次：協助案主找到優勢，理解歷史、結構可能帶來的影響，並教導案主學習可使其平靜、專注的技巧，辨識可能引發創傷的觸動點（triggers）。

以性別暴力防治為例，因創傷與暴力知情聚焦於體制暴力造成的傷害，因此積極地減少、解除體制上的限制與壓迫，

即是暴力防治機構努力的方向；為落實前述四原則，在組織層面上，不論是工作環境、會談場所的設計與安排，應分別考慮工作者及案主需求（如身體安全、經濟安全、隱私、情感維繫等），鼓勵工作者為自己發聲及表達需求、或者不定期蒐集案主意見，以及搭配工作內容提供教育訓練、發展員工支持與協助方案，另外考慮案主狀況採取彈性協助措施（如對無法出席者提供遠距視訊服務）等皆是透過組織層面達到創傷與暴力知情取向的做法。

另在個人層面上，工作者應時刻覺察自己對不同性別、族別案主的刻板印象，對案主可能陷入年齡、角色、職業與暴力交織的困境保持敏感，蒐集案主成長史或暴力史時學習辨識、同理案主在相似情境下的創傷反應，另在服務案主時，協助案主認識服務資源、說明資源的類別與內容（如安置資源、保護令聲請、陪同出庭等），與案主討論安全計畫，鼓勵案主依其狀況及需求進行選擇，並預留時間、等待案主做選擇，還可在適當時機教導案主撫平情緒、自我照顧的方法等，皆是在服務對象之個人層面上落實創傷與暴力知情的可能做法。

## 柒、結語

「創傷知情服務」曾被建議為國內家暴防治可使用的策略之一（沈慶鴻、王珮

玲，2018），2020、2021年起國內兒少保護、家暴防治機構，及保護性社工、跨領域的專家和學者，持續透過研討會、出版實務手冊倡議創傷知情理念，以引導、轉換服務視角，催化發展符合被害人立即與中長期需求的服務方案。不過因創傷不只來自個別的人為傷害，也存在於系統、結構中，因此打開理解創傷的視角是必要且貼近生活現況的。

創傷與暴力知情是普世取向的（universal approach），由於無人能對創傷免疫，且受到結構、系統因素的影響，部分族群、民眾受創的風險原即較高、較複雜，本文因此期待提醒服務提供者、機構領導者或研究者們，須時時檢視我們的服務態度、信念、組織政策，並確認服務能否從謙遜與人性出發；相信若能如此，即使案主未揭露其創傷經驗，或是我們還無法理解特定創傷／暴力帶來的影響，具暴力與創傷知情概念的工作者仍能讓所有服務對象得到尊重、安全的服務。

※感謝國立暨南國際大學家庭暴力研究中心－創傷知情家暴小組成員的支持與激盪，及協助蒐集文獻資料的助理詹婉伶（本文作者為國立暨南國際大學諮商心理與人力資源發展學系特聘教授兼系主任）

**關鍵詞：**文化安全、創傷知情、創傷與暴力知情、童年逆境

## 參考文獻

- 沈慶鴻、王珮玲（2018）。《親密關係暴力現況問題暨防治成效研究》。衛生福利部。
- 沈慶鴻（2022）。《親密關係暴力的交織性：原鄉現象與社工實務》。巨流。
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Brown, M. J., Kaur, A., James, T., Avalos, C., Addo, P. N. O., Crouch, E., & Hill, N. L. (2022). Adverse Childhood Experiences and Subjective Cognitive Decline in the US. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 41(4), 1090-1100. <https://doi.org/10.1177/07334648211058718>
- Canadian Public Health Association & Centre for Sexuality. (2020). *Trauma-and Violence-informed care toolkit for reducing stigma related to sexually transmitted and Blood-Borne Infections*. [https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/STBBI-TVIC-toolkit\\_e.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/STBBI-TVIC-toolkit_e.pdf)
- Carswell, J. M. (2020). Fostering a trauma-and violence-informed community: Developing strategies to inform public education. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*, 7290. <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=9654&context=etd>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Helping patients cope with A traumatic event*. [https://media.clemson.edu/studentaffairs/website-documents/shs/resources/interpersonal-violence/support-survivors/coping\\_professional.pdf](https://media.clemson.edu/studentaffairs/website-documents/shs/resources/interpersonal-violence/support-survivors/coping_professional.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *About the CDC-Kaiser ACE study*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771-784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>



- Fallot, R. D., & Harris, M. (2009). *Creating Cultures of Trauma-Informed Care (CCTIC): A self-assessment and planning protocol*. Jossey-Bass. <https://traumainformedoregon.org/wp-content/uploads/2014/10/CCTIC-A-Self-Assessment-and-Planning-Protocol.pdf>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Godley, J. (2018). Everyday discrimination in Canada: Prevalence and patterns. *Canadian Journal of Sociology*, 43(2), 111-142. <https://doi.org/10.29173/cjs29346>
- Hamby, S., Elm, J. H. L., Howell, K. H., & Merrick, M. T. (2021). Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *American Psychologist*, 76(2), 230-242. <https://doi.org/10.1037/amp0000763>
- Jean, R., & Bungay, V. (2020). *Building capacities for trauma and violence informed approaches to care in the ED*. <https://bcpsqc.ca/wp-content/uploads/2020/11/LOUD-in-the-ED-Learning-Session-3-Presentation-Deck-to-Share.pdf>
- Kataoka, S. H., Vona, P., Acuna, A., Jaycox, L., Escudero, P., Rojas, C., Ramirez, E., Langley, A., & Stein, B. D. (2018). Applying a trauma informed school systems approach: Examples from school community-academic partnerships. *Ethnicity & Disease*, 28(2), 417-426. <https://doi.org/10.18865/ed.28.S2.417>
- Kincaid, S., & Wolpow, R. (2010). Kindness, Kith, Kin, Compassion, and Community: A Response Model Connecting Human Services and Education to Address Trauma. *Human Services Today*, 7(1), 1-14.
- Kulkarni, S. J. (2018). Intersectional trauma-informed intimate partner violence (IPV) services: Narrowing the gap between IPV service delivery and survivor needs. *Journal of Family Violence*, 34, 55-64. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-0001-5>
- Manyema, M., Norris, S. A., & Richter, L. M. (2018). Stress begets stress: The association of adverse childhood experiences with psychological distress in the presence of adult life stress. *BMC Public Health*, 18(1), 835. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5767-0>
- Murshid, N. S., & Bowen, E. A. (2018). A trauma-informed analysis of the violence against women act's provisions for undocumented immigrant women. *Violence Against Women*, 24(13), 1540-1556. <https://doi.org/10.1177/1077801217741991>
- Ponic, P., Varcoe, C., & Smutylo, T. (2016). Trauma- (and violence-) informed approaches to supporting victims of violence: Policy and practice considerations. *Victims of Crime Research Digest*, 9.

- <https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/victim/rd9-rr9/p2.html>
- Ports, K. A., Holman, D. M., Guinn, A. S., Pampati, S., Dyer, K. E., Merrick, M. T., Lunsford, N. B., & Metzler, M. (2019). Adverse childhood experiences and the presence of cancer risk factors in adulthood: A scoping review of the literature from 2005 to 2015. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, 81-96. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.10.009>
- Public Health Agency of Canada. (2019). *Addressing stigma: Towards a more inclusive health system*.
- Roberts, S. J., Chandler, G. E., & Kalmakis, K. (2019). A model for trauma-informed primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(2), 139-144. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000116>
- Semiatin, J. N., Torres, S., LaMotte, A. D., Portnoy, G. A., & Murphy, C. M. (2017). Trauma exposure, PTSD symptoms, and presenting clinical problems among male perpetrators of intimate partner violence. *Psychology of Violence*, 7(1), 91-100. <https://doi.org/10.1037/vio0000041>
- Soleimanpour, S., Geierstanger, S., & Brindis, C. D. (2017). Adverse childhood experiences and resilience: Addressing the unique needs of adolescents. *Academic Pediatrics*, 17(7S), S108-S114. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.01.008>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. [https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA\\_Trauma.pdf](https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf)
- Voith, L. A., Logan-Greene, P., Strodthoff, T., & Bender, A. E. (2020). A paradigm shift in batterer intervention programming: A need to address unresolved trauma. *Trauma, Violence & Abuse*, 21(4), 691-705. <https://doi.org/10.1177/1524838018791268>
- Wathen, C. N., & Varcoe, C. (2019). *Trauma- & violence-informed care: Prioritizing safety for survivors of gender-based violence*. London, Canada. EQUIP Health Care & the Health Equity Toolkit were originally funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). [https://gtvincubator.uwo.ca/wp-content/uploads/2020/05/TVIC\\_Background\\_Fall2019r.pdf](https://gtvincubator.uwo.ca/wp-content/uploads/2020/05/TVIC_Background_Fall2019r.pdf)
- Wilson, J. M., Fauci, J. E., & Goodman, L. A. (2015). Bringing trauma-informed practice to domestic violence programs: A qualitative analysis of current approaches. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 586-599. <https://doi.org/10.1037/ort0000098>
- World Health Organization. (2018). *Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ)*. [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))