

打開心門的鑰匙——融入 創傷知情視角的性侵害 倖存者服務

鍾佩怡

壹、前言

性侵害事件是極度破壞個人性自主權，是一種身體與情感上的侵犯，會造成倖存者在生理、心理及人際行為各方面不同程度的影響（WHO, 2002），倖存者易成為長期負面心理症狀，如憂鬱、物質使用、自殺、創傷後壓力症候群的高危險群體（Palmieri & Valentine, 2021）。

有關遭受性暴力（註1）或性侵害之各國調查皆揭示性侵害犯罪事件之嚴重性，德國研究發現21-40歲女性遭受性侵害終生盛行率為5.4%（Hellmann et al., 2018）。在加拿大，女性每 1,000 人中有 50 人遭受過性侵害，男性則是每 1,000 人中有 9 人（Statistics Canada, 2021）。美國調查顯示男性遭受性侵害終生盛行率為 3%，女性遭性侵害終生盛行率為 16.7 %（Tjaden & Thoennes, 1998），Basile 等人（2022）調查顯示女性遭性侵害終生盛

行率為 26.8%，男性則為 3.8%。香港針對 15~64 歲婦女進行調查，發現終生盛行率高達 37.5%（陳效能，2022）。我國研究結果顯示女性遭性侵害盛行率為 5.4%，男性低於女性為 2.1%（王麗容等人，2012），近期調查研究結果顯示女性性侵害終生盛行率略提升為 5.8%（潘淑滿等人，2022）。除女性、年輕族群（如女大學生）遭受性侵害有較高比例的盛行率外（Fedina et al., 2018），在其他特定人群，如衣索比亞女大學生研究發現，終生性侵害盛行率為 45.4%（Adinew & Hagos, 2017），這反映出人口學、文化與環境背景因素下的差異，卻也呼應了性侵害事件與社會文化情境、性侵害迷思息息相關（潘淑滿等人，2022）。

性侵害及親密關係暴力事件與早年兒童期遭遇性虐待有關（Campbell et al., 2009; Pittenger et al., 2016），也就意味著，許多倖存者生命經驗中伴隨著複雜的

創傷史，我國透過保護服務案件大數據分析研究中也發現同樣現象（戴榮賦等人，2018）。這樣多重複雜性受創會導致倖存者出現一系列，如焦慮症、憂鬱症、飲食失調和創傷後壓力症候群的身心反應（Campbell et al., 2009），當倖存者因受創傷影響成為精神疾病患者時，其呈現比一般無此經驗者有更嚴重的身心症（somatization disorder）、憂鬱、恐懼、焦慮、解離等症狀（Herman, 2018/2023; Rees et al., 2011），若助人工作者缺乏複雜性創傷的概念，倖存者的創傷與影響可能被誤判或未發現，不斷地轉介在不同服務系統中，或雖同時由多個服務系統提供協助，但系統之間未能充分討論、協調或分工，也將使倖存者在接受服務過程中經歷再次創傷（Bateman et al., 2013）。

然而，該如何得知倖存者的生命故事呢？揭露性侵害事件是不容易的（Alaggia & Kirshenbaum, 2005），倖存者因著性侵害創傷，導致對人信任感瓦解、羞愧罪惡感的烙印、無力的自我、擔憂揭露後負面結果、害怕沒有人相信等，抑或是以為不去揭開傷疤，事件就會過去，一切痛苦也隨之而去，使其難以輕易述說自己的經歷（鍾佩怡等人，2017），此外，要講述自己的經驗，亦受到倖存者創傷與內在重建程度與能力的影響，他們（註2）需要找到一個人願意傾聽故事（Crisma et al., 2004），需要一個機會來

述說故事（McElvane et al., 2014），需要感受到安全、被傾聽、被相信且不被批判的述說經驗（Gagnier & Collin-Ve'zina's, 2016）。因此，社工員能否成為良好的載體與促進體，幫助倖存者說出需要與困難是至關重要的，除了努力增進倖存者揭露創傷事件的動機與動力外，更應積極創造一個全面支持與安全的環境，來幫助倖存者感受到安全且舒服的方式來述說經驗（Alaggia et al., 2019）。

受創之倖存者經常伴隨身心情緒困擾、解離、物質使用現象，若處遇過程未考量倖存者的創傷症狀並融入在環境安排、服務內涵範圍與規範時，將使倖存者出現抗拒處遇，甚至加重倖存者的負面身心症狀。因此，創傷倖存者的服務決不是單一、傳統的創傷心理治療，而創傷知情照顧（Trauma informed care, TIC）是從倖存者整體環境思考處遇介入的服務，強調充權、促進安全與自我決定，非常適合社工員採用的創傷服務處遇模式（Savage et al., 2007），過去20年來，創傷知情照顧模式已成為許多人群服務使用的模式之一（Wilson et al., 2015），這打開創傷服務的新視角，被稱為是一種最佳實務（Palmieri & Valentine, 2021）。

性侵害服務自《性侵害犯罪防治法》公布實行迄今，各種性侵害服務方案不斷推展，期待協助倖存者獲得良好的服務且從創傷中恢復，然而倖存者在服務歷程中

仍面臨不少的挑戰與困境。故此，本文嘗試融入創傷知情視角，應用創傷知情原理原則，提出具體可行之性侵害處遇策略，供第一線性侵害服務社工員與性侵害服務組織參酌與思考。

貳、創傷知情照顧重要概念介紹

美國藥物濫用暨心理衛生服務部門（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）對「創傷知情」的定義經常被文獻引用與實務遵循的依據（沈慶鴻，2024）。創傷知情是一種眼光，看待個體現在的創傷症狀或不適應行為，是面對早年創傷經驗最佳、最有韌性的因應調適方式（SAMHSA, 2014），具有創傷知情視角的工作取向，融合大腦神經科學、認知行為、以感覺為本的理論知識與實務技巧（Steele & Malchiodi, 2012/2020），重視在非臨床情境（non-clinical settings），創造安全與信任的互動關係，讓個體能夠重新連結健康的關係，有能力為自己的需求做出決定，獲得自我價值感（SAMHSA, 2014）。

創傷知情取向（trauma-informed approach）的服務，係指在服務過程中融入四個重要關鍵要素（4R）（SAMHSA, 2014），包含：

- （一）瞭解（Realizing）：指助人者能理解創傷的普遍性，以及創傷帶來廣泛性的影響。
- （二）辨識（Recognizing）：助人者要能辨識創傷的線索—即創傷如何對個人、家庭或系統造成影響，以及倖存者的創傷反應。
- （三）回應（Responding）：助人者能應用創傷知識於服務中，在服務面、制度面、環境面等全面性的回應倖存者。
- （四）阻止再受創（Resisting）：助人者要避免倖存者再受創，並能減少工作者替代性創傷的出現。

除了上述四要素外，尚有六個實務關鍵原則，包含：

- （一）安全（Safety）原則：建立倖存者安全感是創傷知情中最重要的一環，在物理空間環境、人際互動中，倖存者感到身體與情緒心理的安全（SAMHSA, 2014），而安全感建立立基於良好的專業關係（Wilson et al., 2015）。
- （二）信任與透明（Trustworthiness and Transparency）原則：組織運作與服務輸送與決策是透明進行，與倖存者建立信任感

(SAMHSA, 2014)。

(三) 同儕支持 (Peer Support) 原則：鼓勵倖存者與其他倖存者連結 (Wilson et al., 2015)，或透過其他倖存者的分享與支持中受益，亦增進希望感 (SAMHSA, 2014)。

(四) 合作與互助 (Collaboration and Mutuality) 原則：重視與倖存者的合作與平等關係，透過權力共享 (power sharing) 與邀請倖存者共同決策 (SAMHSA, 2014)。

(五) 增強權能、發言權和選擇 (Empowerment, Voice and Choice) 原則：鼓勵與重視倖存者優勢、能力與意見展現，相信倖存者的復原力與韌性、開放溝通，讓倖存者能掌握選擇權與發言權。特別要注意，助人工作者是復原的「促進者」而不是「控制者」 (SAMHSA, 2014)。

(六) 文化、歷史和性別議題 (Cultural, Historical, and Gender Issue) 原則：組織與服務輸送過程中需積極消除各種文化偏見 (如性別、年齡、種族、性取向、宗教、地理區位等)，提供具有文化敏感度

的服務，使用文化連結的療癒活動或元素等 (SAMHSA, 2014)。

此外，以案主為中心亦是創傷知情取向的重要內涵 (SAMHSA, 2014)。綜上所述，創傷知情取向的服務係以案主為中心、優勢與復原力觀點出發，助人工作者能對倖存者各種創傷經驗敏銳，可指認辨識創傷伴隨而來的大腦神經、生理、心理情緒、認知行等創傷徵兆與線索，應用對創傷、療癒復原知能，發展全面且整合性的服務策略以防止再受創。

參、性侵害倖存者的處境與挑戰

我國推動性侵害減少重複陳述作業方案、整合性團隊服務方案、一站式服務、早期鑑定服務方案及性侵害創傷復原中心的設立，期待在制度與服務層面上回應性侵害倖存者的需要，以減少二度創傷。然而，倖存者復原的路上仍面臨以下挑戰。

一、失語的倖存者：性侵害倖存者複雜性創傷反應

許多研究指出性侵害會造成倖存者生理疾病，如生殖器疾病 (感染性病、未預期懷孕) (Wyatt et al., 1992)、頭痛、慢性疼痛、胃腸道症狀 (楊思芳、丁原郁, 2017; Felitti, 1991; Nelson et al., 2012) 及

慢性骨盆疼痛（Lampe et al., 2000）等，缺乏皮質醇（Cortisol）的PTSD倖存者，免疫系統將出現漏洞，更易罹患過敏或氣喘的疾病（Scott et al., 2008）。此外，亦會造成嚴重負面心理影響（如長期憂鬱、焦慮、自責、創傷後壓力症候群），睡眠問題、物質使用、自我傷害以及人際關係與親密關係問題（Campbell et al., 2009; Littleton & Bretkopf, 2006; Ullman, 2016）。性侵害造成倖存者安全感與信任感的破壞、身體與心理界限的破壞、權力感的喪失，對於他人、世界充斥恐懼與不安，一種無法保護自己的無力感侵蝕，深深影響倖存者的生活，在人際關係、親密關係上也將面臨許多困難。

Herman更提出長期受虐的倖存者會產生獨特的身心變化，也極易重複受暴，對於此類倖存者的創傷應以連續光譜來理解，以「複合性創傷後壓力失調症（又稱複雜性創傷後壓力症候群，Complex Post-Traumatic Stress Disorder）」來指稱這些症狀，在未能辨識清楚這些倖存者呈現身心症狀與長期童年創傷經驗有關時，經常被加諸不同的診斷，如：邊緣性人格疾患（Borderline Personality Disorder）、解離性身分障礙（Dissociative Identity Disorder），在治療過程中忽略症狀與創傷經驗的連結，無法對症下藥，不僅倖存者無法得到良好的醫療照護，也將造成助人者產生「難以改變的倖存者」之負面標

籤（Herman, 2018/2023）。

神經科學與創傷的研究豐富我們對倖存者創傷影響的認識，當大腦偵測到危險刺激時，大腦自然防禦系統會依據威脅的增加，出現高度警覺（hypervigilance）、逃跑（flight）或戰鬥（fight）、凍結（freeze）與關閉（shot down）的現象，一旦人經歷過創傷事件，大腦神經與壓力反應系統可能會變得過度敏感或鈍化，導致在面對一般刺激或少許壓力下，會出現面臨巨大威脅下的反應過度、對抗、逃避，或麻木無感反應，上層腦的高階思考功能會關閉，所有訊息將轉由負責情緒、心跳的下層腦處理（Perry & Szalavitz, 2017/2018）。也就是說，倖存者當感受到不安或危險時，防衛機制將「自動化」啟動，交感神經系統作用下使身體做好戰或逃的準備，作為大腦預警系統的杏仁核處於警鈴狀態，經常提醒大腦關注在危險刺激，而調控情緒、認知能力的前額葉皮質（prefrontal cortex）發展不完全或調節不足，無法透過或發揮理性邏輯思考判斷，或無法抑制對壓力刺激的過度恐懼反應，使得倖存者出現攻擊、焦慮不安、注意力無法集中、過度警覺甚至出現解離麻木的現象。

綜上所述，性侵害倖存者普遍經歷憂鬱、恐懼、羞愧自責、無助、記憶侵擾、麻木解離、PTSD、自傷或自殺、沈默、睡眠問題、人際與親密關係混亂等，

並會以其他形式或身體症狀來反應，大腦神經系統的連動，使倖存者產生一系列自動化的反應，這些看似「不相關」症狀卻深藏性侵害創傷的影子。這些徵狀之下，屬於倖存者完整（whole）的個人創傷與生命歷程若沒有同時被看見、被聽見，身心情緒的反應沒有被涵容與接住，社工員將難以靠近倖存者的經驗，隨之而做之處遇也將不是倖存者真正所需（廖美蓮，2023）。

二、求助經驗的困境：難以揭露、揭露後的二度受創

性侵害是通報黑數極高的一種犯罪類型（鄭瑞隆，2002），倖存者可能因為各種內外考的考量而不願意讓他人知道（或是只讓少數的人知道），或是不願意讓案件走進法律系統，以用遺忘、壓抑方式，跟創傷記憶保持「安全」的距離得以生存下來（Herland, 2024），更可能因為創傷影響改變記憶儲存能力，呈現記憶破碎混亂的記憶障礙而延遲或無法揭露，進而獲得協助（Goodman-Brown et al., 2003；Herman, 2018/2023）。

從王麗容等人（2012）與潘淑滿等人（2022）調查皆發現，倖存者求助對象以非正式支持協助為主，尋求朋友或同事最多、其次是家人，尋求正式支持協助者較少（如社政、醫師/護理人員、警察、教育單位）。探究其可能原因為何？王

麗容與黃冠儒（2021）從倖存者觀點出發的發現值得我們深思，這份係針對大專院校學生進行網路問卷調查，藉以了解學生遭性侵害現況與心理影響，以及向校方求助的經驗，研究指出近半數倖存者認為校園通報體制本身是影響其求助於否的因素，因為擔心學校不積極處理或黑箱作業、學校沒有能力處理，擔心此事件因此曝光而不願求助等，可見通報體制能否讓倖存者感受到安全與信任，進而願意求助是極具影響性。此外，基於信任或依賴專業體制，卻因為體制組織不合宜之作為或不作為，造成倖存者二度傷害的「體制背叛（institutional betrayal）」（Smith & Freyd, 2013），也將會破壞倖存者對世界的信任感（廖美蓮，2023；鍾佩怡，2022）。

爬梳有關性侵害服務中專業體制造成二度創傷文獻（方愛珍、利翠珊，2022；李婷婷，2005），包含警政訊問未在單獨、隱密的安全空間、未協助倖存者做好準備即要求其陳述性侵歷程；驗傷空間隱匿性不足、醫事人員態度冷待、少顧及倖存者的情緒；司法人員訊問技巧或態度不當感受到被質疑、重複詢問；社工員會談技巧不足、缺乏熱誠與同理心、被動的服務、只做轉介未作好轉銜與追蹤、為了安撫倖存者採取哄騙方式進行安置。其中對待倖存者的態度與對話技巧不恰當是最大的傷害來源（李婷婷，2005）。

三、服務輸送的問題：服務不連續或重疊、標準化流程易忽略倖存者的感受

現行保護性服務模式多以危機干預、問題解決與任務中心的服務模式，提供緊急保護、經濟扶助、心理諮商、法律諮詢、家庭工作等服務，藉以達到安全維護、創傷復原，協助倖存者學習自我保護方式避免性侵害再受害。若倖存者再受害易加深自責，似乎自己並沒有保護好自己而遭性侵害（Miller et al., 2007），而兒少服務仍以病理化、問題觀點為主，弱化倖存者的能力，以專家姿態的角色關係，使倖存者感受到沒有選擇、不受尊重，影響信任關係建立也阻礙了倖存者能動性展現（游毓君，2015）。又現行性侵害服務的處遇趨於標準化作業流程，有各樣規範性的表單（如SDM安全評估表、案情評估表）須於時效內完成，易使社工員忽略或淡化倖存者的主觀感受，且無法達到「以人為本」的助人精神（廖美蓮，2023）。

另各級地方政府行政架構多依據年齡、通報案件類型（如：兒少保護、性侵害、老人保護等）分由不同服務組別來提供服務，倖存者同時或先後遭遇不同受暴經驗是常見的實務現象，在服務過程中可能被單一社工員服務，或同時有不同組社工員共同開案服務，產生服務的重疊或斷裂，信任專業關係建立備受挑戰。

肆、克服問題與挑戰：融入創傷知情視角的性侵害服務內涵

正如Bateman 等人（2013）所言政府需要一種系統性「NO WRONG DOOR（沒有錯誤的入門）」方法來認識並滿足創傷倖存者的服務需求，在《性侵害犯罪防治法》施行迄今已逾25年，面對倖存者持續面臨之困難，性侵害創傷服務又該往哪個面向加以突破或精進？融入創傷知情視角的性侵害服務，透過理解創傷、辨識創傷線索，使用創傷知識全面性回應創傷，避免倖存者遭遇二度創傷的整體性照顧服務模式，可幫助創傷服務的助人工作者有系統性地滿足倖存者的需求。依據前述之實務原則，提出以下具體可行的策略與行動。

一、創傷服務思維重新定錨

保護性服務社工員善於用危機干預、問題解決模式來提供服務，而具創傷知情視角則是看待倖存者的「不適應行為」理解為「面對負面經驗的因應方式」，不再以問題為主要觀點，而是以優勢觀點，視倖存者為了因應其所處環境產生之行為。此外，社工員應遵循「以倖存者為中心」，放下專家姿態，去關心倖存者是如何生存下來的，因為倖存者才是最了解自己生活經驗的人，更接近他們的故事經驗

才可以做更正確的評估與處遇介入。依據神經可塑性原則（neuroplasticity），倖存者的行為可以透過嘗試與體驗後，因應行為有新的選擇，走出另一條路（Perry & Szalavitz, 2017/2018）。

二、打開對創傷的認識

透過教育訓練、內外督、讀書會方式，增進社工員對於創傷更多的認識，除「性侵害創傷」之知識外，可增加創傷與大腦發展、複雜性創傷後壓力症候群、大腦神經科學、交織性（Intersectionality）、社會文化歷史創傷等主題進行認識，打開對倖存者創傷反應更多元視角的理解，對社會情境脈絡、社會文化壓迫與性侵害創傷的關聯更具敏銳度，提升對創傷線索的掌握與梳理能力。

三、硬體環境設備

營造一個安全、溫暖、歡迎友善且支持的環境，對於性侵害倖存者是極為重要的（National Sexual Violence Resource Center & National Sexual Assault Coalition Resource Sharing Project, 2017）。故此，需注意機構建築物內外、停車場區域、廁所等空間光線是否充足，相關指引標示是否清晰易讀？是否有違章、海砂屋或其他不安全之區域？整體環境是否清潔整齊？接待區域應以溫暖、放鬆的氛圍，亦可以規劃可安頓身心的角落，擺放療癒書籍、

音樂或香氛，適當讓倖存者可以調整身心提升安全感。此外，需特別留意兒童使用的空間應減少過多刺激，在多重刺激下反而會讓兒童感到壓力而失控。在庇護或安置服務的機構，可多運用多元文化原則，允許倖存者可烹煮具有種族、文化、宗教特色的食物，進行寢室裝飾和靈性活動。

四、重視服務對象回饋的機制

組織環境或服務過程中，應重視服務對象聲音與意見，設立清楚透明之意見申訴或回饋機制與管道，給予服務對象表達自己對於環境安全與空間設計、服務輸送的建議與回饋機會，並且需尊重與正視其意見，給予討論與回應。

五、社會工作處遇介入

（一）專業關係建立：第一次接觸倖存者的機會是非常重要的，讓倖存者感受到被歡迎與接納的，社工員應預備好自己進到新的一個工作關係中，在接續不同服務中應適度休息與沈澱，讓自己可專注在即將開展的新的工作關係中。而正向良好的專業關係促進信任關係建立及提升服務成效，信任的專業關係可幫助倖存者從性侵害創傷中的恐懼與背叛感中恢復（方愛珍、利翠珊，2022）。

在第一次接觸時，社工員可主動告知姓名、服務單位、服務介入的原因、社工角色任務等，並允許倖存者有足夠時間分享經歷、提出問題，等待他們的步調，因為倖存者對於即將要揭露的事會有許多擔憂，社工員以真誠態度並給予充分說明，能讓倖存者感到安全與提升信任感。持續地適當頻率的訪視與會談，透過不斷地接觸提升關係的信任感，再次提醒，社工員的訪視或會談，可回到「不要只研究她的症狀，看看她過著什麼樣的生活？」（Perry & Szalavitz, 2017/2018, p. 31）」出發。

- （二）保持安全的界線：性侵害倖存者在人際界線上出現高度警覺，除了不隨意靠近或觸碰倖存者，在倖存者可輕鬆看見之處外，在處遇過程中可透過提問與徵詢倖存者認為安全的物理界線（如座位距離）、安全的關係界線（用何方式、在何處進行會談），讓倖存者自己決定讓自己產生安全的方式。
- （三）創傷史評估與討論：倖存者往往不知如何或完整陳述性侵害經驗，應以倖存者感受到舒適

安全，透過提問方式來探詢，也必須對倖存者其他生命經驗保持好奇，以收集更多創傷經驗與線索。

- （四）選擇權的提供：在法定強制保護性服務中，除違反法律或安全危害議題，倖存者的選擇權應給予最大限度的可能性與機會，從會談安排、轉介資源的決定都應給予倖存者選擇的權利並予以尊重，即便倖存者拒絕社工員，也是一種選擇的表達。此外，社工員與倖存者的關係是平等平權的關係，邀請倖存者與社工員合作，參與在各種處遇計畫討論中，亦可讓倖存者發掘認識自己的優勢與資源，重新獲得對生活、未來的控制感。
- （五）熟練會談技巧：同理、肯認（affirmation）與動機式晤談（Motivational Interviewing）技巧的熟練，能在會談中，幫助倖存者看見自己的優勢與能力，邀請倖存者與我們合作，提升倖存者的信心與改變動機，進而嘗試不同的因應行為。此外，多使用開放性問題打開倖存者的生命經驗，注意「為什麼」一詞可能使倖存者

感受到被指責而防衛。

(六) 掌握安全計畫與身心調節的技巧：當倖存者大腦感受到壓力時，需要先以調整（Regulate）、連結（Relate）、理性協助（Reason）的順序來協助。因此，社工員應更多掌握身心調節技術，如腹式呼吸、正念Grounding techniques（接地氣，此時此刻）調節技巧（註3），都是非常容易上手且隨時可以陪伴倖存者一起練習，幫助倖存者可以冷靜安頓下來。需與倖存者討論個人安全計畫，將倖存者已知的各種會觸發創傷反應的因素或情境具體列出，以及討論適當的因應策略或尋求幫助之管道。

(七) 工作表單的使用：應清楚說明相關工作表單的意義與填答方式，如性侵害心理創傷評估量表、安全計畫、補助申請表等，也須考量倖存者是否能理解內容或文字，適當媒合通譯人員。

(八) 提供心理衛生教育：服務過程中，幫助倖存者了解自己創傷壓力與觸發反應，大腦神經科學的基本認識，以及創傷事件對自己內在與外在的影響，可

除去烙印化。

(九) 團體工作與多元服務內涵：舉辦倖存者的團體工作，透過同儕支持原則，幫助倖存者與其他倖存者連結，建立相互理解、彼此接納與支持的關係。考量倖存者不同的需求，應提供多元的服務，如：藝術治療、戲劇治療、音樂治療或其他創造性或非語言性的方式。而創傷影響通常易先體現在身體上，以身體為導向（Body-oriented）的團體工作會是另一個可嘗試的工作取向（Steele & Malchiodi, 2012/2020）。

六、服務網站、法律權益與資源單張設計

服務網站或資源單張經常是倖存者容易取得或閱覽的管道，因此，善用這些管道可增進倖存者對服務、權益與法律的認識，促進透明化原則減少倖存者的不安。

(一) 相關性侵害資訊或服務網頁（如：關懷一起來、性侵害創傷復原中心網站），應設計明顯可見、立即快速離開的按鍵，提升倖存者在閱覽相關資料時的科技安全（Tech Safety）。

(二) 資源單張或權益說明單張應考量多元文化原則，使用多種語言版本，也應考量身心障礙者或兒童需要之圖示版或點字版。此外，有關程序說明如性侵害司法流程、驗傷採證流程，可透過「視覺圖像化」、「步驟化」的方式，增加多感官刺激建立更多、更穩定的神經模式，並將複雜概念分解為多個小步驟，提升倖存者的理解與記憶（陳偉任，2023）。

伍、代結語：一條新的性侵害創傷倖存者服務道路

創傷知情照護的工作模式非常適合社工採用（Savage et al., 2007），也將在性侵害創傷倖存者服務展開新的一頁。然而，在促進融入創傷知情視角的性侵害倖存者服務中，組織是否在政策上、資源上、督導上、實務上給予強而有力的

承諾與支持亦同等重要，因為創傷知情視角服務同樣關注助人者的需求，及提供相同的照顧元素，幫助第一線社工員在面臨工作壓力或挑戰時，能富有調節力、能有效採取因應措施，避免替代性創傷（Vicarious trauma）的產生（National Sexual Violence Resource Center & National Sexual Assault Coalition Resource Sharing Project, 2017），唯有組織能不斷支持第一線社工員，透過員工支持服務方案、訓練與督導（Sweeney et al., 2019），成為強而有力的後盾，並適時評估服務有效性、檢視服務流程適切性，進行服務或方案的調整，持續與其他警政、教育、醫療、司法等網絡系統合作，竭力促進友善的社會建構。

（本文作者為輔仁大學社會工作學系助理教授）

關鍵詞：創傷知情照護、性侵害倖存者、社會工作處遇

註 釋

註1 文獻中會以sexual violence（性暴力）、sexual assault（性侵害）、sexual sexual Aggression（性攻擊）、rape（強暴）、sexual abuse（性虐待）來描述性侵害事件，指違背倖存者意願或倖存者無能力同意下之性活動。為了使文章較易閱讀與符合我國法律用詞，本文統一以性侵害一詞來指稱。

- 註2 雖性侵害倖存者多為女性，但創傷知情視角並不局限於女性倖存者的服務經驗，故為強調此視角的適用性，以「他們」用以稱呼所有性別之倖存者。
- 註3 有關身心調節技巧已有非常豐富文獻、書籍與網站介紹，礙於篇幅，本文謹列舉幾項作者較常使用的方式提供參考。

參考文獻

- 方愛珍、利翠珊（2022）。〈亂倫受害者經通報安置到返家之復原歷程初探〉。《輔導與諮商學報》，44（1），69-100。<https://doi.org/10.53106/181815462022054401003>
- 王麗容、陳芬苓、王雲東（2012）。《我國性別暴力現況調查之研究期末報告》。內政部家庭暴力及性侵害防治委員會。<https://www.mohw.gov.tw/dl-14535-9fa03b26-ce34-443a-8f61-b5f7cfa0149d.html>
- 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、求助行為與體制背叛感〉。《教育心理學報》，53（1），61-84。[https://doi.org/10.6251/BEP.202109_53\(1\).0003](https://doi.org/10.6251/BEP.202109_53(1).0003)
- 布魯斯·D·培理、瑪亞·薩拉維茲（Perry, B. D., & Szalavitz, M）（2018）。《創遍體鱗傷長大的孩子，會自己恢復正常嗎？》（張馨方譯）。柿子文化。（原著出版年：2017）
- 李婷婷（2005）。《性侵害被害人求助經驗與預防二度傷害之研究：社工員角度之觀察》。（碩士論文，中正大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/yzwqfy>
- 沈慶鴻（2024）。〈知情視角的再擴大--創傷與暴力知情的概念與實務原則〉。《社區發展季刊》，185，424-437。
- 威廉·斯帝爾, 凱茜·馬爾基奧迪（Steele, M、Malchiodi, C.）（2020）。《兒童與青少年創傷知情實務工作》（謝政廷、許智傑譯）。洪葉。（原著出版年：2012）
- 茱蒂絲·赫曼（Herman, J.）（2023）。《創傷與復原：性侵與家暴倖存者的絕望與重生》（施宏達、陳文琪、向淑蓉譯）。遠流。（原著出版年：2018）
- 陳效能（2022）。《香港婦女遭受暴力經驗調查2021（Hong Kong women's experiences of violence 2021: a research report）》。平等機會婦女聯席、九龍崇德社、嶺南大學出版。取自於<https://womencentre.org.hk/Zh/Newsroom/publication/Upload/article/47/Download/62ad6dc070a4a.pdf>
- 陳偉任（2023）。《當心理學遇到腦科學（二）：神經科學於自我照顧與諮商的運用》。白

象。

- 游毓君（2015）。《服務對象眼中的助人關係—兒少家內性侵害被害人接受社工服務之經驗探究》（碩士論文，東海大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/g5fj94>
- 楊思芳、丁原郁（2017）。〈兒少性虐待受害者與身體虐待受害者在心裡創傷與生理健康之比較研究〉。《教育心理學報》，49（2），321-343。[https://doi.org/10.6251/BEP.2017-49\(2\).0007](https://doi.org/10.6251/BEP.2017-49(2).0007)
- 廖美蓮（2023）。〈科技與性暴力保護工作〉。載於游美貴編，《保護性社會工作實務專書》（頁141-169）。洪葉。
- 潘淑滿、林雅容、林東龍、劉一龍（2022）。〈臺灣女性遭受性暴力的現況與求助〉。《護理雜誌》，69（4），43-51。
- 鄭瑞隆（2002）。〈性侵害犯罪之處遇與再犯預測問題〉，《刑事政策與犯罪研究論文集》，5，147-161。
- 戴榮賦、王珮玲、呂立（2018）。《106年度「保護服務大數據應用分析委託科技研究計畫」》（計畫編號：M06C2268）。衛生福利部。<https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=12121698><https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=12121698>
- 鍾佩怡（2022）。《性侵害重複受暴婦女生命歷程的研究》（博士論文，東海大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/676994>
- 鍾佩怡、沈黎、呂靜淑（2017）。〈讓陌生人走進——網路性侵害幸存少女的自我揭露歷程研究〉。《青年學報》（1），90-97。
- Adinew, Y. M., & Hagos, M. A. (2017). Sexual violence against female university students in Ethiopia. *BMC International Health and Human Rights*, 17, 1-7.
- Alaggia, R., & Kirshenbaum, S. (2005). Speaking the Unspeakable: Exploring the Impact of Family Dynamics on Child Sexual Abuse Disclosures. *Families in Society*, 86(2), 227-234.
- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000-2016). *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 260-283.
- Basile, K.C., Smith, S.G., Kresnow, M., Khatiwada S., & Leemis, R.W. (2022). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2016/2017 Report on Sexual Violence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/nisvs/documentation/nisvsReportonSexualViolence.pdf>
- Bateman, J., Henderson, C., & Kezelman, C. (2013). Trauma-informed care and practice: Towards a cultural shift in policy reform across mental health and human services in Australia. A national strategic direction. *Mental Health Coordinating Council*, 4. <https://mhcc.org.au/wpcontent/up->

- loads/2018/05/nticp_strategic_direction_journal_article__vf4_-_jan_2014_.pdf
- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse, 10*(3), 225-246.
- Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D., & Romito, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: Fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse & Neglect, 28*(10), 1035-1048.
- Fedina, L., Holmes, J. L., & Backes, B. L. (2018). Campus Sexual Assault: A Systematic Review of Prevalence Research From 2000 to 2015. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(1), 76-93.
- Felitti V. J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal, 84*(3), 328-331.
- Gagnier, C., & Collin-Vézina, D. (2016). The disclosure experiences of male child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(2), 221-241.
- Goodman-Brown, T.B., Edelstein, R.S., Goodman, G.S., Jones, D.P.H., & Gorden, D.S. (2003). Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 27*, 525-540.
- Hellmann, D. F., Kinninger, M. W., & Kliem, S. (2018). Sexual Violence against Women in Germany: Prevalence and Risk Markers. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(8), 1613. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081613>
- Herland M. D. (2024). Understanding the Narratives of Child Sexual Abuse. *Qualitative Health Research, 34*(8-9), 842-852.
- Lampe, A., Sölder, E., Ennemoser, A., Schubert, C., Rumpold, G., & Söllner, W. (2000). Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstetrics and Gynecology, 96*(6), 929-933.
- Littleton, H., & Breitkopf, C. R. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly, 30*(1), 106-116.
- McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2014). To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(5), 928-947.
- Miller, A. K., Markman, K. D., & Handley, I. M. (2007). Self-blame among sexual assault victims prospectively predicts revictimization: A perceived sociolegal context model of risk. *Basic and Applied Social Psychology, 29*(2), 129-136.
- National Sexual Violence Resource Center & National Sexual Assault Coalition Resource Sharing Project (2017). *Building Cultures of Care: A Guide for Sexual Assault Services Programs*. <https://www.nsvrc.org/publications/nsvrc-publications-guides/building-cultures-care-guide-sexual-assault-services-programs>
- Nelson, S., Baldwin, N., & Taylor, J. (2012). Mental health problems and medically unexplained physi-

- cal symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 211-220.
- Palmieri, J., & Valentine, J. L. (2021). Using trauma-informed care to address sexual assault and intimate partner violence in primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 44-48.
- Pittenger, S. L., Huit, T. Z., & Hansen, D. J. (2016). Applying ecological systems theory to sexual revictimization of youth: A review with implications for research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 26, 35-45.
- Rees S, Silove D, Chey T, et al.(2011). Lifetime Prevalence of Gender-Based Violence in Women and the Relationship With Mental Disorders and Psychosocial Function. *JAMA*, 306(5), 513-521. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1098>
- Savage, A., Quiros, L., Dodd, S.J., & 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. https://doi.org/10.1300/J160v07n01_06
- Scott, K. M., Von Korff, M., et al. (2008). Childhood adversity, early-onset depressive/anxiety disorders, and adult-onset asthma. *Psychosomatic Medicine*, 70, 1035-1043.
- Smith, C. P., & Freyd, J. J. (2013). Dangerous safe havens: Institutional betrayal exacerbates sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 119-124.
- Statistics Canada (2021). *Criminal victimization in Canada, 2019*. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210825/dq210825a-eng.pdf>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration(SAMHSA)(2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Sweeney, A., Perôt, C., et al. (2019). Out of the silence: towards grassroots and trauma-informed support for people who have experienced sexual violence and abuse. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 598-602.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the national violence against women survey. Research in Brief. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Justice, and US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED434980.pdf>
- Ullman, S. E.(2016). Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors. *Addictive Behaviors*, 53, 7-10.

- WHO.(2002). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization. Retrieved from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
- 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.
- Wyatt, G. E., Guthrie, D., & Notgrass, C. M. (1992). Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 167-173.