

林明傑(2000) 美加婚姻暴力犯之治療方案與技術暨其危險評估之探討，社區發展季刊，90期 頁 197-215

美加婚姻暴力犯之治療方案與技術暨其危險評估之探討

Treatment Programs, Treatment Techniques, and Risk Assessment for Marital
Violence Offenders in America and Canada

林明傑

Min-chieh Lin

密西根州立大學犯罪學研究所博士班

關鍵字：婚姻暴力、家庭暴力、家庭暴力犯、毆妻、危險評估

壹、前言及我國目前之現況簡介

近年來，台灣社會之女性意識逐漸抬頭，漸而使台灣女性愈來愈無法在原有之社會框架中忍受不公平的待遇，而八十二年十月之鄧如雯殺夫案更使台灣社會激起一股討論之熱潮，該案雖然於八十四年五月判決有期徒刑三年，而家庭暴力已成一重要的社會討論議題之一，最後在幾位女性立委的極力動員爭取下促使立法院於民國八十七年五月二十八日通過「家庭暴力防治法」，同年六月二十四日總統公布，而於八十八年六月二十四日全部條文正式生效實施。

家庭暴力防治法中之第五及第七條之第一項內政部及各級地方政府所設立之家庭暴力防治委員會之職掌中分別訂有第五款：「協調被害人保護計畫及加害人處遇計畫」。第八條第一項各級地方政府所設立之家庭暴力防治中心辦理事項訂有第四款「加害人追蹤輔導之轉介」及第五款「被害人與加害人身心治療之轉介」。而第十三條第二項法院認為有家庭暴力之事實且必要者，應依申請或依職權核發包括一款或數款之通常保護令，十二款中之第十款為「命相對人完成加害人處遇計畫：戒癮治療、精神治療、心理輔導、或其他治療輔導」。以上是為國內家庭暴力犯治療方案之法源。機關方面，內政部已於八十八年四月二十三日以現有之性侵害犯罪防治委員會人力而成立家庭暴力防治委員會，分有綜合規劃組、保護扶助組、教育輔導組、及暴力防治組。各縣市政府也以多合併原設有之性侵害防治中心成立家庭暴力防治中心(高雄縣是唯一將此二機關分立，唯近月又合併之)，其人員各以政府現有之行政人員、醫護人員、社工人員、及警察人員以任務編組之方式延用之。依家庭暴力防治法第四十五條之規定下，衛生署於八十八年六月公告「家庭暴力加害人處遇計畫規範」，其規定必須接受處遇治療的加害人分為四類，一、有酗酒或濫用藥物行為者；二、罹患或疑似罹患精神疾病；三、對被害人慣行施予暴力行為；四、對被害人施以暴力行為且情節嚴重者。而加害人是否屬於前四類需要強制治療者之認定，係法院受理被害人提出保護令後，由法院評估加害人的身心狀況決定之，且治療費用初步擬定由加害人自付；若加害人拒不接受治療，將可依家庭暴力防治法第五十條視為「違反保護令罪」而處三年以下有期徒刑、拘役或科新台幣十萬元以下罰金；此外，並賦予醫療機構相當大的責任，包括醫療機構在收治加害人後，須於十天內分別通知裁判法院、執行保護管束的檢察署、加害人住所或居所所在地的家庭暴力防治中心，而且要通知被害人。對於加害人的治療情形，醫療機構必須每三個月評估一次，並通知上述對象。(張文，1999)。

然而，國內應當如何實施家庭暴力犯之治療及處遇，相關之方案設計及瞭解實是當務之急，內政部家庭暴力防治委員會於去年(民國八十八年)八月召開之問題彙整座談會即提到加害人處遇計畫及流程之訂立。筆者以現在見習於美國密西根州蘭辛市(Lansing)社區治療方案之經驗，並參加明尼蘇達州 Duluth 模式及麻

瑟諸塞州 EMERGE 模式的訓練坊之所學，再加上整理相關重要研究資料及與重要學者專家之訪談資料，分享國內之決策及臨床之輔導治療等人員，以供參考(註一)。

貳、 美國及我國家庭暴力犯罪的立法緣起

美國之家庭暴力犯罪的立法緣起，係起源於女性主義者長期以來對父權社會本質之覺醒，始於十九世紀下半葉之爭取投票權、財產處分權、及墮胎權，經六〇年代漸有女性進入法學院及法律界，並結合社會運動，至七〇年代之爭取平等就業權、及反對家庭暴力與性暴力，並終能獲得成果(Bartlett, & Kennedy, 1991)。

美國家庭暴力之成文法制定工作係自一九七五年由律師界展開，然至今各州多未訂有單獨之家庭暴力法，而多分散在民法、刑法、民刑事訴訟法、證據法、社會安全法等法規中。重要內容有：(1)各州均有民事保護令；(2)多數州之警察得對施暴者作無令狀之逮捕(註二)；(3)約半數州修改監護法，要求法院在子女探視權及監護權之裁判時應考慮家庭暴力因素；(4)有些州對家庭暴力及子女虐待之受害人免除離婚及監護之強制調解(mediation)；(5)許多州在受虐配偶提出自衛、脅迫、或必要等主張之刑事審判時允許非專家與專家證人證述家庭暴力之過程及其對受虐配偶之影響(高鳳仙，1998，p14)。

一九九四年美國國會制定了「對婦女暴力法」(Violence Against Women Act)(註三)，除了要求每年經費獎助研究、服務方案、及訓練方案與建立全國之救援專線電話外，更首度將跨州之毆妻犯視為聯邦犯罪，由聯邦檢察及司法系統起訴判決，並將已被判決確定之家暴犯而持有槍械者(包含警察人員)視為聯邦犯罪(Wallace, 1999)。National Council of Juvenile and Family Court Judges 亦於一九九四年草撰模範家暴法典供各州或各地參考之用。另有關全美之民間組織及年會可見www.ncadv.org，加拿大則可見www.bcifv.org。

我國之家庭暴力犯罪的立法係由婦女新知基金會將美、英、及香港之家暴法規翻譯整理，並續由現代婦女基金會及女法官協會參考美國模範家暴法，及紐、澳、英國、美國之加州、賓州、麻州、華盛頓州之相關法規草擬而成，至於我國之立法起源及過程，可詳見高鳳仙 (1998)。

參、 美國家庭暴力犯的治療方案與技術

美國最早之家庭暴力犯處遇治療方案是因 1970 年代前期女性運動者認為單單提供受害婦女庇護所，無法解決問題，因為受害女性可能會回到家中而繼續遭虐，或即使其離開，施虐者仍會再找到女性伴侶繼續施虐，因而發起處遇施暴者之方案。

依美國司法部所委託之研究報告，家庭暴力犯之處遇治療技術上，可歸納由三種不同對家庭暴力的產生原因之理論基礎而有不同，但在實際處遇上，仍以下列之(1)與(3)為主。分析如下(Healey, Smith, & O'Sullivan, 1998)：

- (1)社會及文化原因論而衍生之女性主義模式(feminist model)：強調家庭暴力主因係社會及文化中長期縱容男性對女性伴侶之暴力行為，因此，處遇上應給予施暴者教育課程，而非治療，教育其應體會此一社會文化之影響，並對兩性平等之尊重，而改以非暴力及平等之行為，且應對自己行為負責，反之，治療只會使施暴者卸責。
- (2)家庭原因論而衍生之家族治療模式：本模式認為家庭暴力係由家庭內之溝通、互動、及結構所造成。因此認為促進家人間之溝通技巧能避免暴力之發生，而主張家族治療，然此模式因無法達到刑事司法中對被害人之迅速保護之要求，因而美國有二十州明令禁止用家族治療為主要治療模式(筆者註：但不禁止為次要治療模式，筆者目前參與的治療方案即告知受療者，若想要家族治療者則可於本方案結束後，邀伴侶來做婚姻治療)。
- (3)個人原因論而衍生之心理治療模式：本模式認為家暴是因施暴者個人可能之人格異常、幼年經驗、依附模式、或認知行為模式等所造成，因而應以心理治療之方式加以改善。此模式可分認知行為治療模式(cognitive-behavioral model)為主強調施暴者對暴力之認知及行為之改善，並增加自我肯定訓練及社交訓練。此外尚有精神動力模式，而新近又有將依附模式(attachment model)加入認知行為模式中，將於如下介紹。

Healey, et al, (1998)之美國司法部研究報告更指出目前之許多方案也多是結合(1)與(3)，譬如說前段治療方案中由團體討論女性主義模式之省視社會文化中之兩性不平等，而後段則以認知行為模式之省視自己可能偏差之認知及行為，並加以練習改善。

此外，Healey, et al, (1998)並比較現有美國之三大方案，即 Duluth Model (Minnesota), EMERGE Model (Massachusetts), AMEND Model (Colorado)，此外並有其他方案，一併介紹之。

- (1) Duluth 模式之特色：Duluth 之家暴介入方案(Domestic Abuse Intervention Project, DAIP)係民間發起，現有機構亦是民間機構，其採取女性主義路線，努力於整合資源，訓練警察、法官、及民眾，現在美國之多數方案多以之為基礎。其特色在於 a. 社工、警察及司法系統之迅速處理，以快速及密集之反應使施暴者知所節制；b. 處遇上強調施暴者之心理教育，教導其瞭解並認出自己在家庭中病態之權力與控制(power and control)的行為反應，並示範如何才是平等及非暴力(equality and nonviolence)之行為反應(詳見附錄一、二之「權力與控制輪」及「平等輪」(power and control wheel & equality wheel)。治療課程為 26 週之心理教育課程，每週一次，分八個子課程(無暴力、無威脅、尊重、信任支持、誠實負責、對性之尊重、建立伴侶關係、

及協調暨公平)，並每一段課程前先放映錄影帶內容為權力與控制下之男性言行，再討論其可能想法，及其引起的反應，再討論如何是較好的解決之道。同時並指定家庭作業，提出自己對伴侶之言行。讓案主能在團體諮商師之引導及互動中讓案主漸能學會健康之兩性互動。然 Healey et al.(1998) 指出此取向因多以心理教育課程為主，所以應較無法改善高危險或長期之施虐犯。筆者個人認為此一方案過度強調女性主義中毆妻犯之責任及再教育模式，雖可能減少部分毆妻犯之再犯，然因忽略不同毆妻犯中可能之不同心理病理之根源，將可能導致療效之低落及再犯率偏高。因此，此一模式雖是美國最早與最普及之模式，筆者認為國內應多參考其他較好之模式。

(2) EMERGE 方案：Healey et al.(1998)指出本方案與 AMEND 方案是較為深度之團體治療。此二方案認為單以心理教育課程應無法解決真正問題，所以應加上「認知行為療法」才能較有效，然而也認為行為管理之教導等有可能會使毆妻者負面地增強其自我中心的世界觀，所以也不能疏漏施暴者對自己行為負責之強調。本方案負責麻瑟諸塞州 Boston 及附近之數個城鎮，其方案為期 40 週(不久之前為 48 週，因法院希望縮短)，分兩階段。前八週為教育模式(教導甚麼是家庭暴力、心理虐待、性虐待、及經濟虐待，正面及負面之自我對話，負面及正面之溝通，及家暴對被害人及小孩之影響)，據方案主持人 David Adams 告知在此階段內約有 50% 之人會退出或被停止參與(被停止參與之評估標準如下，出席率、繳費、投入程度、團體中無破壞行為、是否承認暴行、及未再有毆妻之行為)，但其可能因法官施壓而會面臨撤銷觀護而監禁，因此仍大多會重新參加治療。後三十二週為第二階段是一持續進行之開放團體，大約由老成員、中成員、及新成員各四人組成(約每十週放走老成員一次，而接收新成員一次)，每週兩小時之團體輔導，每次團體之初每人須有 check-in 之報告，成員要報告其一週內之負面行為，然若有新成員加入團體則每人均應自我介紹並說明自己之暴行。每次團體之末，每人仍應有 check-out 之報告包含本週心得分享、本週之行為目標 (第一階亦有團體始末之報告，然成員要報告其前一次暴行中如何毆打及被害人之受傷情形，但不能講理由)；並依個別情形發展個別目標 (personal communication, March 9, 2000)。若有案主總是推卸說是其妻惹他的則治療師會說：

其實我現在只想知道你到底作了甚麼，我對你認為你打她之前她做甚麼並不感興趣....其實你之所以在這裡是因為你的行為而不是她的行為

本方案之治療內容強調如下：(1)面質並鼓勵案主接受行為之責任；(2)在瞭解事情經過後，請團體成員腦力激盪，討論案主可以有哪些作法，並請案主評估這些建議的可行性；(3)請案主就其中認為較可行之作法與另一成員作

角色扮演，每次團體結束前並請案主提出對未來一週之目標為何；(4)建立同理心之角色扮演，由案主扮演其妻，並由另一成員扮演案主之各種言行，並由治療師詢問其感覺，並由大家回饋之；(5)治療師與被害人聯絡，以瞭解案主之情形，及其疑慮；(6)鼓勵每位案主提出自己的行為目標，並依自己之犯行提出因應的行為策略，而也鼓勵團體成員幫忙他，譬如妒嫉心重者如何作可減低其妒嫉疑慮(如可以在下次有此想法時讓自己有正面的內在對話，或出去走走而不馬上激烈反應等)。本方案且也建議最好由男女各一之治療師參與團體治療，因其可提供男女互動之良好示範機會。筆者認為此方案之特色在於引進認知行為療法之策略，如內在對話及角色扮演，並給予案主自我決定權，此係甚為理想之方法(Healey, et al. 1998)。(有興趣者請參考網址www.emergedv.com)

- (3) AMEND 方案：位於科羅拉多州丹佛市，其課程為期 36 週，但主張對於高危險或長期之施虐犯則須一至五年之治療，否則難以改善。其將團體之現象分四階，並指出大多數人在參加完前二階後，不再繼續參加後二階。四階如下：初階(危機團體)，前 12 至 18 週多以教育及面質處理否認，漸漸有人會對暴行負責；第二階進階團體，毆妻犯漸認出其合理化過程，並可能會提出想要改善的想法，然此時治療師應與被害人聯絡瞭解其言行是否一致，之後，毆妻者會困惑不知自己要改變到甚麼程度，此時治療師應多給予溫暖及支持，並教導如何解決衝突及肌肉放鬆；第三階自助/支持團體，若有成員願意繼續參加，則鼓勵他們組織自助團體，並練習健康的溝通技巧及討論如何預防日後之暴行；第四階社區服務團體，仍有些案主在自助團體之後想從事社區服務或反家庭暴力之推廣活動，則該方案亦從旁協助之。另外，所有治療師亦於每週有 2.5 小時之討論會以討論困難個案之現況及處遇技術。
- (4) The Third Path 方案：位於科羅拉多州之第 18 觀護區 Denver 南邊之 Englewood 等郡，其特色在於強調應要區分不同危險程度之毆妻犯，其危險評估及配套之治療方案請見下節，本方案受到 NIJ 報告之高度推薦，並以之為日後方案之趨勢(方案細部請參考網址 www.gylantic.com/gylantic) (筆者註，本方案與 AMEND 方案，可稱之為兄弟方案，有極多相似處。)
- (5) Compassion Workshop：此位於 Maryland 之 Baltimore 市，其技術因強調依附理論(attachment theory)之治療技術，能較深入解釋毆妻犯及幫助其減少再犯，NIJ 報告中推薦本方案為日後方案之趨勢之一。其認為兒童虐待或毆妻行為係加害者用憤怒以避免羞辱或苦惱之痛苦情緒，因其可能經驗過被輕視、被貶抑、被拒絕、被指責、不被愛、或無力感。並認為這樣的痛苦情緒是主要的創傷(core hurts)，而須引用 HEALS 之認知重建技術加以復原，HEALS 即是 Healing, Explain to yourself, Apply self-compassion, Love yourself, Solve(修復、對自己解釋、引用對自我之同情、愛自己、解決問題)。以便在痛苦之情緒升起前便能平撫之，並以對自己及妻兒的同情取代憤怒

的感覺。其治療為期十二週，每週二小時，共有四十三個家庭作業。前六週只需在家庭作業中描述自己的經驗，不必在團體中分享。在此一階段中，個案需簽同意書，同意不使用暴力，也不在家中提敏感話題，教導案主使用在憤怒的情境中使用暫離(time-out)及要求案主規劃安全計畫(formulate safety plan)。課程中強調內在情緒管理(告知控制他人並無法滿足自己的情緒需求)、增強自信及自尊(empowerment & self-esteem)。後六週則注重將所學技巧用在親密關係或人際關係中，譬如如何避免權力對抗(power struggle)、發展人際技巧(如管理害怕被放棄、害怕被捲入關係、或害怕關係過近或過遠的感覺)、及漸漸計畫未來，並在最後一次準備並大聲唸出「改善信」(healing letter)，但須是自願的，若是不願意則可延後。改善信中包含對所有被害人道歉、承認自己過去的負面行為、提出自己復原的步驟、及列出自己如何繼續復原的作法。此信中有兩個目的，即曾承認過去犯行及在未來情境中如何「再犯預防」(relapse prevention)。據方案主持人 Stosny 之研究就比較本方案及其他採用女性主義之權力與控制模式的五個方案，就一年之受害者之訪談追蹤，本方案之受療者 87% 一年內無暴力行為，71% 無語言攻擊，而比較組則各為 41% 及 25%。本方案之爭議處有其將男女施暴者、同性戀施暴者、及兒虐犯放在同一團體，有人認為不適當(筆者註：EMERGE 模式無兒虐犯，且同性戀之施暴犯依男女而各設獨立之團體)，且療程太短也受批評(Healey et al. 1998)。

關於付費方面，根據 Healey et al.(1998) 之全美家暴方案研究發現，全美各州甚至各市郡並不統一，端視各級政府之經費、及方案之立意而定，如 Duluth 方案則全免，其經費 35% 來自州政府，65% 來自補助金(據筆者詢問方案工作人員，其表示此部分多由訓練坊之收入及勸募而來)；EMERGE 方案則 25% 來自收費，75% 來自補助金(收費每次約 20 至 60 美金，視收入而定，David Adams, personal communication, March 9, 2000)；Michigan(筆者參與之方案，每次收費為 20 美元)，Maryland, California 等多數州則由案主支付全額。

肆、 家庭暴力犯之分類、其心理特質、及危險評估

一、家庭暴力犯之分類、其心理特質

在深入的介入及治療經驗中，我們很明顯地可知家暴犯並非都是一樣的。根據美國司法部 1998 之委託研究報告，研究家暴犯之分類將有助於更深入瞭解各類家暴犯之差異性以提出能適合不同家暴犯之治療方案，以調整目前多數方案之「以一應全」模式(one-size-fit-all)之疏漏，並指出其為近年來的趨勢之一(Healey, Smith, & O'Sullivan, 1998, p57)。

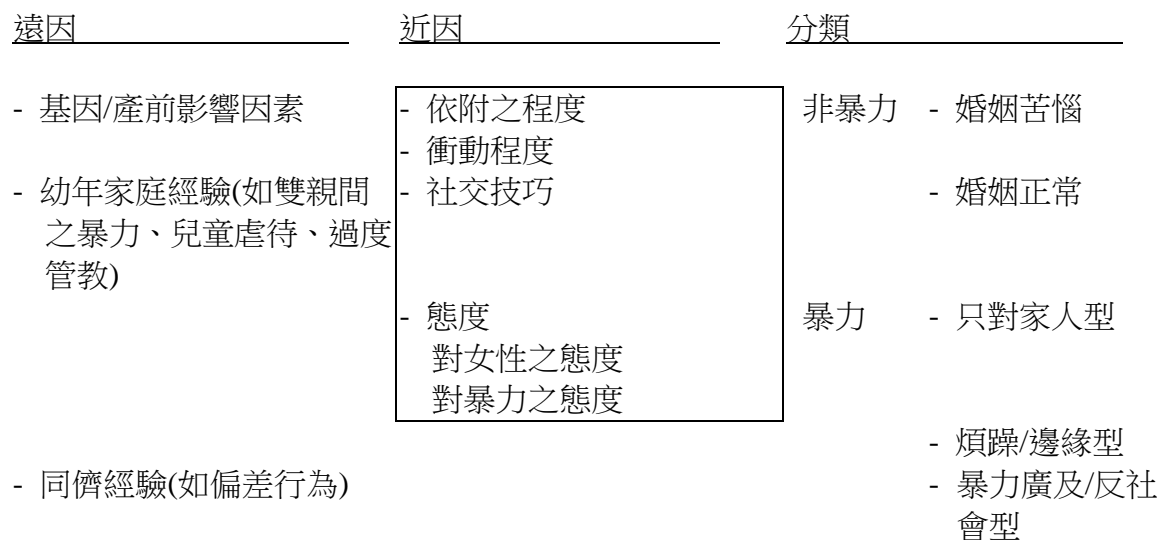
以下則簡介美加地區之新近分類研究。

(一) Haltzworth-Munroe & Stuart (1994)：其以文獻分析法分析先前十五篇之毆妻犯分類學(其中九篇係以理性推論法，如臨床觀察或理論推理；六篇係以實證歸納法，如因素分析或群聚分析)，歸納出毆妻犯之分類應有三個向度(dimension)，即施暴之嚴重程度、施暴之只對其妻或亦對外人、及有無心理病理或人格異常。並依之而提出毆妻犯之三個分類：(1)只打家人型(family only)：其施暴行為只及家人，多無前科記錄，較無心理病理上之問題，且暴力程度較其他二者小，此型約佔 50%；(2)煩躁/邊緣型(dysphoric/borderline)：此型毆妻犯之家外施暴行為雖可能有，但不多，有邊緣型人格異常，情緒易變且常煩躁，約佔 25%；(3)暴力廣及/反社會型(generally violent/antisocial)：此型之家外暴力行為很多，多會有犯罪之前科記錄，約佔 25%(三類毆妻犯之差異請見表一)。二者並嘗試提出一毆妻犯之發展模式(如圖一)，在此模式中，他們將原因分遠因及近因。遠因包括基因/產前影響因素、幼年家庭經驗(如雙親間之暴力、兒童虐待、過度管教)、及同儕經驗(如偏差行為)；而近因則包括依附之程度、衝動程度、社交技巧、及對女性與對暴力之態度。本分類之實證研究即將出版，其以群聚分析(cluster analysis)證實確有上述三類之存在，並發現有第四群之存在，此第四群是介於"只打家人型"及"暴力廣及"之間，其被稱為"低反社會型(low level antisocial)(Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman, Stuart, in press)。

表一、三類毆妻犯在三個向度中之差異

向度	只打家人型	煩躁/邊緣型	暴力廣及/反社會型
施暴之嚴重程度	低	中--高	中--高
心理虐待及性虐待	低	中--高	中--高
施暴之廣泛程度			
家外施暴	低	中--低	高
反社會行為/違法事件	低	中--低	高
有無心理病理或人格異常			
人格異常	無或被動/依賴型人格	邊緣/分裂病型人格	反社會/病態型人格
藥物/酒精濫用	低--中	中	中
憂鬱	低--中	高	高
憤怒	中	高	高

圖一 婚姻暴力之發展模式



(二)Dutton (1995)：Dutton 是加拿大溫哥華 University of British Columbia 臨床心理學教授，(1) 病態人格型毆妻犯(psychopath wife batterer)：此型自青少年起即有一連串之偏差行為，符合反社會人格之標準，約佔 40%(註四)；(2) 過度控制型毆妻犯(overcontrol wife batterer)：其特色為對妻會有過度之控制行為，心理測驗發現此型有很明顯的畏避及被動攻擊人格，他們的施暴行為通常會是在遭遇外在之挫折且長期以來未加舒解而突然暴發。此外，其施虐行為也會在兩方面較為多，即操控/隔離行為(dominance/isolation)及情緒虐待。此型約佔 30%之；(3) 循環/情緒易變型毆妻犯(cyclical/emotional volatile wife batterer)：約佔 30%，其認為此型之特色在於其不會描述自己的感覺，並且他們極需控制他們的伴侶，據 Dutton 之觀察，當他們在看一女因不想受男友控制而想離去之影帶時，他們會有比非暴力男子而更憤怒的表現，Dutton 認為這應是他們覺得在此一情境中被遺棄，因害怕被遺棄而有狂怒的表現。他們的妻子多會描述其先生好像是雙面性格，因為他們的朋友多會認為他們是好

好先生，看不見他們的另一面。即使在警察或治療師面前也會表現地順從。

(三)Jacobson & Gottman (1998)：Gottman & Jacobson 及其同事(1995)在實驗室之觀察下 61 位毆妻犯，發現可依迷走神經(vagal)在爭吵時之活動將毆妻犯分兩類：(1) 眼鏡蛇型(cobra)：此型在與妻之互動而激怒時，其迷走神經現象(vagal sign)反而是變得更冷靜，如心跳變慢，但大部分之人則會有自律神經之激起反應，如心跳加快及手掌流汗等。他們發現有 20% 之毆妻犯屬此型，並認為因樣本稍小，否則應會超過 20%。此型有些是病態人格，但其主要問題都是無法與人建立真正的親密關係，即使結婚後仍是依自己之需求而行事，因此其妻子多只是其在性上、社會地位上、或經濟上之供其即時滿足的踏腳石(convenient stepping-stone)而已。他們通常將親密程度維持到最低，即使其妻要多靠近他們亦很危險，因為他們決不想受到任何控制。其自少年起即有一連串之反社會行為。二者亦發現此型之原生家庭多很混亂(chaotic)，可能得不到雙親之愛護，甚至經常在幼年受虐。(2) 鬥牛型(pit bull)：80% 之毆妻犯屬此型。此型之暴力行為對象多只會是家中成員，特別是妻子。他們的父親也多會有毆妻行為，因此他們學到毆妻是可接受之行為。與前一型不同，他們通常沒有犯罪記錄，且內心害怕被妻遺棄而情緒上很依賴其妻。也因此其有常因妒嫉而憤怒，而也會千方百計地想要剝奪其妻之個人生活。至於暴力程度方面，鬥牛型雖相對較少，但其亦可能會有嚴重之傷亡。在被害人之脫困難易方面，眼鏡蛇型雖會採取迅速之攻擊行動，但較易分心，且不怕被受害者遺棄；反之，鬥牛型則會可能會採取激烈手段不讓被害人逃離他們。

(四)Gondolf (1997a)用米隆臨床多軸量表(Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-III, Millon, Millon, & Davis, 1994; 筆者註, MCMI-III 是一可與 DSM-IV 相容之心理測驗)，發現所有毆妻犯中 25% 有嚴重之精神異常(15% 有第一軸診斷，16% 有第二軸診斷，依 DSM-IV)。而在人格特質上，25% 有自戀人格，24% 有被動攻擊人格，19% 有反社會人格，19% 有憂鬱人格。依此將毆妻犯分四類，即極少病理型、自戀/反社會型、畏避/依賴型、及嚴重病理型。此外，有酗酒傾向者佔 56%。

二、家庭暴力犯之危險評估

1. 一般性研究：

Hotaling 及 Sugarman (1986)：收集自 1970 年來之毆妻行為發生之比較研究共五十二篇依毆妻犯、被毆婦女、及夫妻特質(包含同居關係)作整理，將所有之九十七個危險特質(risk marker)依研究中出現比率高低分四類，即經常出現(明顯度出現於 70% 以上之有探討的研究中)、不經常出現(明顯度出現於 31% 至 69% 之有探討的研究中)、經常不出現(明顯度出現於 30% 以下之有探討的研究中)、不足資料(只有 2 個及以下之研究探討者)之危險特質。其中"經常出現"者，在(1)被毆婦女中只有幼年時目睹父母間之暴力；(2) 毆妻犯中有八個，即對妻或伴侶性侵

害、對其小孩施暴、幼年時目睹父母間之暴力、就業狀況、酗酒、收入、自我肯定、及教育程度；(3)夫妻特質中有五個，即經常之語言爭執、宗教投入度不同、婚姻之不滿足、有無婚姻關係、家庭收入/社會階級(見表二)。

表二 被毆婦女、毆妻者、及夫妻特質對毆妻行為之經常危險特質

	研究數	與毆妻行為之相關性			
		正相關	不顯著	負相關	其他
被毆婦女					
幼年時目睹父母間之暴力	15	11 (73%)	4	0	0
毆妻者					
對妻或伴侶性侵害	3	3 (100%)	0	0	
對其小孩施暴	3	3 (100%)	0	0	
幼年時目睹父母間之暴力	16	14 (88%)	2	0	
就業狀況	5	0	1	4 (80%)	
酗酒	9	7 (78%)	2	0	
收入	4	0	1	3 (75%)	
自我肯定	4	0	1	3 (75%)	
教育程度	11	0	2	8 (73%)	1
夫妻特質					
經常之語言爭執	3	3 (100%)	0	0	
宗教投入度不同	3	3 (100%)	0	0	
婚姻之不滿足	6	0	1	5 (83%)	
有無婚姻關係	5	0	1	4 (80%)	
家庭收入/社會階級	9	0	2	7 (78%)	

Aldarondo & Sugarman(1996)以三年為期，研究停止施暴兩年者、持續施暴者及無暴力男子特質之區別，發現婚姻衝突、社經地位(SES)、及幼年時目睹父母間之暴力者三者最能有效區別這些不同團體。而且，高婚姻衝突及低社經地位(SES)不僅與暴力的發生有關，也與暴力的持續有關。此外，Hotaling 及 Sugarman (1986)及 Goldner, Penn, Sheinberg, & Walker(1990)均發現幼年時目睹父母間之暴力者其預測婚姻暴力之效果會比幼年時被父母施暴還強。

此外，McFarlane, Campbell, Wilt, Sachs, Ulrich, & Xu (1999)就 141 件殺妻案及 65 件意圖殺妻案作研究(筆者註，此處之妻尚含括女性親密友人)，以訪談被害人之重要親友或被害人之後發現 76%之殺妻案被害人及 85%之意圖殺妻案被害人均曾被廣義之跟蹤(stalking)(即除跟蹤外，尚包括間諜監視行為)。而在報告謀殺婦女案之親友而亦報告兇殺案前也有身體虐待者中，89%也報告被害人曾被跟蹤，至於未被虐待之殺女案中，則只有 56%有被跟蹤過，其間之差異達顯著之程度。因此，該作者提出在被殺害前之婦女若曾受身體虐待者，極有可能會被跟蹤。而 Weisz, Tolman, & Saunders (2000)更發現在危險預測之量表中若加上被害婦女自己對日後之可能再被施暴的可能性，則更能有效提升其預測效度。且 McFarlane, Parker, Soeken (1995)也發現懷孕期間仍被施暴之婦女，其回答之

Danger Assessment 及 Conflict Tactics Scale 顯著高於未在懷孕期間被施暴之婦女，顯示其受較高之暴力量及危險性。

2. 危險評估量表：

- (1) 危險評估表(Dangerousness Assessment, DA)：本表是由 John Hopkins University 之 Jacquelyn Campbell 於 1985(可參考 Campbell, 1995)所發展，共有 15 題，由受虐婦女填寫之，用以預測婚姻暴力之危險性（見附錄三）。其分有兩部分，第一部分請就一小月曆中寫下過去一年間，施虐者是否有所列之五類暴力行為，並記下大約日期及持續之小時數。第二部分則是 15 題之危險因素。本量表目前尚未發展出正式之切分點及其與再犯率之關係。據 Campbell(2000)危險評估應分兩種，即致命暴行之危險評估及再犯之危險評估(lethality and reoffending)，本量表係以前者為主，然亦可作為再犯預測之用(Goodman, Dutton, & Bennett, 2000)。至於非正式之切分點則可用 10 分作為謀殺之危險評估。然因第四題是家中有無槍械，因此 Campbell 認為臺灣可暫以 9 分做為切分點(personal communication, April 3, 2000)。有意者請見 Campbell (1995) 或 www.son.jhmi.edu/research/CNR/Homicide/main.htm
- (2) 配偶施暴危險評估(Spousal Assault Risk Assessment, SARA)：本評估表是由加拿大學者 Kropp, Hart, Webster, Eaves, (1995, 1999)所發展，加拿大之法律規定每位婚暴犯必須要有危險評估，所以每位施暴犯幾乎都有 SARA 之危險評估記錄(Campbell, personal communication March 24, 2000)。本量表係由心理衛生專業人員填寫；若由觀護人員填寫，則有關心理專業之項目，則應參考案主之心理或精神科之測驗或報告。本表有二十項(分四大類，即犯罪史、社會心理適應程度、虐妻史、及此次虐妻行為)，就每一項之沒出現、符合次門檻、及出現，依次給予零、一、或二分；並由填寫人就各項中判斷此項是否有立即及危害之危險，若有則計一分，若無則計零分。再就上二類分別計分，前一類達二十分或後一類達八分者即可歸為高危險之毆妻犯，均未達者則歸為中低危險。並提供各得分在樣本間之百分比數(percentile)。SARA 另附有一「資料來源檢索表」(checklist of information sources)以提供填表人瞭解可用之資料來源及檢索是否遺漏(有意者請參考 www.mhs.com)(註五)。
- (3) 衝突行為量表(Conflict Tactics Scale, CTS)：本量表由 Straus(1974, 1995)發展出來，有三個版本，即 Form A, Form N, 及 Form R, 各在 1971, 1975, 及 1988 為研究之用而發展出來的，共有十九題，Form A 為自陳量表，後二者則為兩個全國家庭暴力調查中做抽樣訪談時之用(Straus, 1990)。其包含 3x8 之因素設計，即三種衝突型式(討論、口語傷害、身體傷害，各有三

題、七題、及九題)用在八種不同之家人關係(夫對妻、妻對夫、母對兒童、兒童對母、父對兒童、兒童對兄弟姐妹、兄弟姐妹對兒童)。每項可選零至六分，零表示過去一年間未有該行為，一表一次，二表二次，三表三至五次，四表六至十次，五表十一至二十次，而六表二十次以上。至 1995 為止，已有約四百篇研究報告係使用 CTS。此外，CTS-2 於 1995 年發展出來，主要係針對親密伴侶間之暴力行為，包含五個分量表(身體攻擊、心理傷害、談判、傷害、及性強迫，共增為七十八題) (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996)。Campbell 認為本表較適合作測量家人間暴力行為研究之用，並不一定適合用於危險評估(personal communication, March 24, 2000)。有意者可查詢www.unh.edu/fri。

- (4) Colorado 之 AMEND 方案及 The Third Path 方案之創辦人 Michael Lindey 及觀護局之資深社工師 Frank Robinson 合作發展出一家庭暴力行為檢索表 (Domestic Violence Behavioral Checklist) 共三十八項問題，約需四十五分鐘來完成。其將家暴犯之危險因素分為如下三個層次(可查詢以下網頁 <http://www.sni.net/gylantic/dvbcheck.htm>)：□低危險因素：爭論小孩監護權、有多元之關係(如婚姻關係外仍另有同居關係)、曾因非家暴案件而被逮捕、及學校、工作、理財、或人際關係之功能較差。□中危險因素：與小孩已失去聯絡、被禁止探視其小孩、多次分居記錄、被害人請求保護令、曾因婚暴被補、違反保護令、原生家庭有暴力或藥酒癮問題等。□高危險因素：分居而失業者、曾對任何人有恐嚇或攻擊之行為、曾有跟蹤之行為、有自殺或謀殺之念頭、企圖、或計畫、威脅要使用武器、此次犯行有酗酒或嗑藥等(筆者註，本量表係依據臨床經驗，尚未以研究實証為基礎)。Colorado 之第 18 觀護區更依此一量表區分低中高危險之婚暴犯，而設計出不同之處遇計畫(Healey et al. 1998, p62)。然據 The Third Path 方案現任主持人 Robert McBride 告知，上述之量表目前已不為觀護部門所用，且方案已有些變動(一來因官方不希望治療太長，二來現在州政府正發展另一危險評估量表，但準度仍待商榷)。一般而言，目前其會建議低中高危險者(由治療者依臨床經驗或上述量表鑑別之)均需參與 36 週之團體治療方案，團體係混合各危險程度之人，而極少數之低危險者在參加約十週後若其確無危險性則可在治療師之建議下結束團體治療。其他人在團體完成之後，仍可依自願繼續參加團體，而高危險或反覆犯行者則除參加團體方案外仍鼓勵參加每週一次之個別治療，其個別或團體治療可最長延至一至四年，視觀護人及法官之支持觀護期長短而定。另團體治療每次四十元，全由受療者負擔(personal communication, April 20, 2000)。

此外，還有 Mosaic-20, Kingston Screening Instrument for domestic violence (K-SID), Domestic Violence Inventory (DVI), Domestic Violence Screening

Instrument (DVSI)等。Rohel & Guertin (2000)有詳述美加法庭對相關現有危險評估量表之使用現況與對現有量表之評估。

伍、 治療有效性之評估

毆妻犯之治療有效性之評估，應是臨床人員、決策人員、及受害者很關心之議題。以下提供近年來重要研究供做參考。

(1) Davis & Taylor (1999)將歷年來之美加三十一篇研究作一整理及分析，發現如下：(1)治療方案確能降低毆妻犯之再犯率；(2)仍無法證實不同之治療模式及療程長短，會有不同之療效；(3)至目前為止，仍少有研究處理不同毆妻犯會有不同之療效。並將五篇實驗設計及準實驗設計之研究做統計型綜合分析(meta-analysis)，發現其平均之效果量(effect size)為 0.416 與 0.412(如表三)(註六)。

表三 實驗設計與準實驗設計中接受治療組與未接受治療組效果量之比較

準實驗設計 (quasi-experiment)	再犯率		效果量
	接受治療	未接受治療	
Dutton (1986)	4%	40%	0.946
Chen et al. (1989)	5%	10%	0.193
Dobash et al. (1996)	7%	10%	0.108
平均			0.415
實驗設計 (true experiment)	再犯率		效果量
	接受治療	未接受治療	
Palmer et al. (1992)	10%	31%	0.537
Davis & Taylor (1997)	5%	13%	0.287
平均			0.412

(2) Gondolf (1996, 1997a)曾就四個城市之方案(Denver 之 AMEND 九個月方案；Pittsburgh, Dallas, Houston 之採用 Duluth 及以性別為基礎之認知行為療法二者的混合模式，各為審判前三個月、判決後三個月、及判決後五個月之方案)做評估比較研究，重要之發現如下：

- 所有之方案均與暴行短期之停止及提昇被害婦女之生活品質有關連。但發現三個月與九個月之治療方案在十二個月之追蹤期內其再犯率並無明顯差異。其原因可能係因為方案之複雜性及方案受療者之退出率(drop-out)的影響。其中方案之複雜性尤指法院或觀護部門對不參與治療者或違規者之反應很慢或很不確定(Gondolf, personal communication, April 5, 2000)。
- 個案中心理問題及藥酒癮問題最低者、參與治療方案最多者、及接受額外服務者，會有最低之再犯率且被害婦女也有較好之生活品質。
- Gondolf (2000)之三十個月之追蹤更發現 Denver 模式之受療後婚暴犯的再犯

嚴重暴行明顯較其他三個方案為少，但整體暴行則無明顯差異。

(3)Dutton (1995a, p174)就其十六週治療團體之研究，有如下之發現及建議：

- 在 1986 年之研究中 37 位完成療程者中約有 84% 未再有嚴重之暴行
- 之後，根據警察報告，比較受療與未受療之毆妻犯各 50 位之再犯率，發現在二類均能在緩刑期間保持不再犯，但之後到二年半之追蹤期間，未療者之再犯率竄升到 40%，而受療者只約 4%。
- 其贊成及使用之療法為認知行為療法(以憤怒管理為主要目標)，並認為女性主義模式忽略有些婚暴犯可能會有之對生活或經濟上的無力感，而夫妻治療模式則忽略被害婦女在家庭中之已受身心威脅(Dutton, 1995b, p278)。
- 建議有邊緣人格之毆妻犯應加長其療程，而有反社會人格之毆妻犯(尤其迷走神經反動者 vagal reactors)則治療對其改善幫助不大(unproductive)。發現 86% 之轉介受療之毆妻犯中約有 85% 有人格異常之情形，尤以邊緣人格異常及反社會人格異常為主。

(4)治療之新趨勢：根據 Healey et al (1998, p74)及 Gondolf (1997b, p90) 均認為家暴犯之治療若能加上「再犯預防技術」(relapse prevention, 詳見林明傑 1998)，則應可使治療之療效更加改善。加拿大著名之矯治心理學者 Paul Gendreau (1996) 亦指出「再犯預防技術」為有效處遇方案(effective intervention with offenders)七原則的其中之一(註七)。

陸、 結語及國內可行之道

治療方案方面，國內似可採行科羅拉多之 18 觀護區模式，而由各縣市家庭暴力防治中心社工員或觀護人於審前撰寫評估報告及危險評估報告，以提供法官參考，而治療及處遇之方案也應以危險評估為依據。至於危險評估則似乎可先引進 SARA(由心理衛生專業人員填寫)與 DA(由受虐婦女填寫)(此二者為 Campbell 對台灣之建議，personal communication, March 24, 2000)，唯應注意文化上可能之差異處。至於本土之危險評估量表，國內實有必要儘速投入研究並建立之。

治療技術方面，國內除可採行科羅拉多之 The Third Path 模式外，應可加上 Duluth 模式之兩性平權教育及 Baltimore 之 Compassion Model 之依附理論之治療，以對家暴犯能有深度及淺度之教育治療效果，以補各方案不足之處，而使國內家暴犯之治療能有更好之效果(註八)。

至於國內外之文化差異方面，湯靜蓮修女及蔡怡佳(1997)指出西方專家主張婚姻暴力之發生有其循環的模式(如建立期、累積期、爆發期、悔恨期、追尋期、蜜月期)，但台灣之實例則不一定，因為受虐婦女多會到娘家或兄弟姐妹家避難，

丈夫找到後會威脅或強迫她回去，返回後又繼續施暴，因此不見得有蜜月期及悔恨期。而且國內婚暴犯可能也會毆打同住父母之情形，也與國外不同，因為歐美較少有與老年父母同住。因此實有待國內臨床及研究人員之努力，在瞭解文化差異後，對治療處遇及危險評估做必要之修正。

註釋

註一 本文所指之婚姻暴力犯，將簡稱為婚暴犯，並專指毆妻行為之犯罪人，故有時於本文中又將之稱為毆妻犯或家暴犯。

註二 美國警察在 1984 年前多有對毆妻犯之「不逮捕政策」(non-arrest policy)，直到 1984 年一重要之聯邦司法部委託研究出爐，即 Sherman & Berk (1984)，其在 Minneapolis 市以觸犯家庭暴力之屬輕罪者為對象，共 314 件，以抽籤分三組不同處理方式，(1)逮捕(至少監禁一夜)；(2)強制將嫌犯帶離現場，若違抗則逮捕之；(3)給予雙方勸導，包含調解。經六個月之追蹤，依警察記錄則發現一、二、三組之再犯率為 10%，24%，19%；而依被害人透露之再犯率則各為 19%，33%，37%。其中以逮捕之效果最好，因此建議家庭暴力之屬輕罪案件應改採「無令狀逮捕」，且建議應將逮捕視為優先之政策，但若有做其他處理之理由者不在此限。到一九八九美國十萬人以上之城市中 84%已採取優先逮捕權，而 76%採取強制逮捕權，在此研究之前只有 10%有鼓勵逮捕政策。然之後有五個相同之研究，三個結果相同，兩個結果不同，有人認為逮捕可能較能遏阻有職業之人，或因逮捕而失去某些利益之人，可詳見 Wallace (1999)。

註三 「對婦女暴力法」(Violence Against Women Act)可詳見下網址

<http://www.ojp.usdoj.gov/vawo/laws/vawa/vawa.htm>

註四 其中更有一群「病態人格」(psychopath)，這一群在 Robert Hare 之研究下發現其獨特之處在於其缺乏情緒之反應(lack of emotional responsiveness)，因此病態人格者無法經驗到刑罰之痛苦及體會受害者之痛苦。Hare 更發現在核磁共振掃描圖(MRI, magnetic resonance imaging)中其大腦側葉之活動幾乎停滯近乎將死之人。至於病態人格怎麼產生，Hare 認為是基因之因素，然而 John Bowlby 認為是因嬰兒時期對照顧者親密需求之長期無法滿足之挫折而產生，Daniel Saunders 認為幼年時長期遭受虐待之結果(Dutton, 1995, p27)。筆者認為 Dutton 對病態人格型毆妻犯之稱呼疑有未當之處，此型實應改稱反社會人格型毆妻犯，如此才符合二者之區別(Dutton 亦告知其所指之病態人格毆妻犯其實是指反社會人格型毆妻犯，personal communication, March 6, 2000)。Hare 認為 DSM-IV 反社會人格異常之診斷標準只及一連串之反社會行為史，而未及於病態人格者在一連串之反社會行為外，尚有膚淺之人際及感情特質。並表示在加拿大之聯邦監獄中約 75%符合反社會人格之診斷，而約 25-30%符合病態人格檢索表之病態人格(Hare, 1998; Hare, Hart, & Harpur, 1991)。病態人格量表

(Psychopath Checklist-Revised, PCL-R)係由 Hare 於 1985 發展出來，簡介請見林明傑(2000)。病態人格檢索表(Psychopathic Checklist-Revised)可申購於www.mhs.com。

註五 SARA 之切分點係來自二千餘名毆妻犯樣本之平均數加上一個標準差，即高於此數即訂之為高危險，低於此數即為中低危險。因此尚未建立其各分數之可能再犯率。DA 亦未建立之。

註六 效果量(effect size)之評估一般而言多採用 Cohen (1988)之標準，即 0.10~ 0.2 屬小效果量、0.20~0.30 屬中效果量、及 0.30 以上屬大效果量。然 Dush (1987)認為 0.33 以下都屬於假藥效應(placebo effect)，0.33 至 1.0 才屬中效果量，而 1.0 至 1.5 才算大效果量。

註七 有關再犯預防之治療模式在憤怒管理之運用，可參考富勒曼隆格及柯藍 (2000)之中文翻譯。

註八 The Third Path 方案出版有治療手冊 Lindsey, M., McBride, R. W., & Platt, C. M. (1996). *Change Is the Third Path: A workbook for Ending Abusive and Violence Behavior*. Littleton, Colorado: Gylantic Publishing Company. 另外，有出版且較有名之方案手冊如下：

- Duluth 方案 Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Educational groups for men who batter: The Duluth Model*. New York: Springer.
- 舊金山方案 Sonkin, D. J., & Durphy, M. (1997). *Learning to live without violence: A handbook for men*. Volcano, California: Volcano Press. (筆者認為此書多較偏重於憤怒管理)
- EMERGE 方案 Emerge (1998). *Program manual: First stage groups for men who batter*. Boston, Massachusetts: Author. 及 Cayouette, S. (2000). *Emerge batterers intervention: Second stage program manual*. Boston, Massachusetts: Emerge. (筆者註：此二書係專為提供臨床人員使用之手冊，有意者可查詢 www.emergedv.com)

參考書目

- 周月清 (1995) 婚姻暴力：理論分析與社會工作處置。台北市：巨流
- 林明傑 (2000) 性罪犯之心理評估暨危險評估，社區發展季刊，88, 316-340
- 林明傑 (1998) 美國性罪犯心理治療方案之方案及技術暨國內改進之道，社區發展季刊，82, 175-187
- 高鳳仙 (1998) 家庭暴力防治法規專論。台北市：五南
- 湯靜蓮修女及蔡怡佳(1997) 我痛：走出婚姻暴力的陰影。台北市：張老師文化
- 張文 (1999) 衛生署公告：四類家暴加害人須強制治療，中國時報 焦點新聞 1999 06 28

- 富勒曼隆格及柯藍(2000) 如何好好生氣：憤怒模式工作手冊 (林明傑、劉小菁翻譯) 台北市：張老師文化 (原著出版於 1996)
- Aldarondo, E., & Sugarman, D. B. (1996). Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 1010-1019.
- Barlett, K., & Kennedy, R. (1991). Introduction. In K. Barlett, & R. Kennedy (Eds.) *Feminist legal theory: Readings in law and gender*. Boulder, CO: Westview.
- Campbell, J. C. (2000). *Issues in risk assessment in the field of intimate partner violence*. Paper presented at the meeting of 5th Annual BISC-MI (Batterer Intervention Services Coalition of Michigan) conference, Midland, Michigan.
- Campbell, J. C. (1995). Prediction of homicide of and by battered women. In J. C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers* (pp96-113). Thousand Oak, CA: Sage.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Davis, R., & Taylor, B. G. (1999). Does batterer treatment reduce violence? A synthesis of the literature. *Women and Criminal Justice, 10*(2), 69-93.
- Davis, R., & Taylor, B. G. (1997). A proactive response to family violence: The results of randomized experiment. *Criminology, 35*(2), 307-333.
- Dush, D. (1987). Relinquishing the placebo: Alternative for psychotherapy outcome study. *American Psychologist, 11*29-1130.
- Dutton, D. G. (1995a). *The batterer: A psychological profile*. New York: Basic Books.
- Dutton, D. G. (1995b). *The domestic assault of women: Psychological and criminal justice perspectives*. Vancouver, Canada: The University of British Columbia Press.
- Dwyer, D. (1999). Measuring domestic violence: An assessment of frequently used tools. *Journal of Offender Rehabilitation, 29*(1/2), 23-33.
- Gendreau, P. (1996). The principles of effective intervention with offenders. In A. T. Hartland (Ed.) *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply*. (pp.117-130). Thousand Oak, CA: Sage.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., & Walker, G. (1990). Love and violence: Gender paradox in volatile attachment. *Family Process, 29*, 343-364.
- Gondolf, E. W. (2000). A 30-month follow-up of court-referred batterers in four cities. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 44*(1), 111-128.
- Gondolf, E. W. (1997a). Multi-site evaluation of batterer intervention systems: A summery of finding for a 12-month follow-up. Online available: <http://www.mincava.umn.edu/papers/gondolf/sumofcdc.htm>

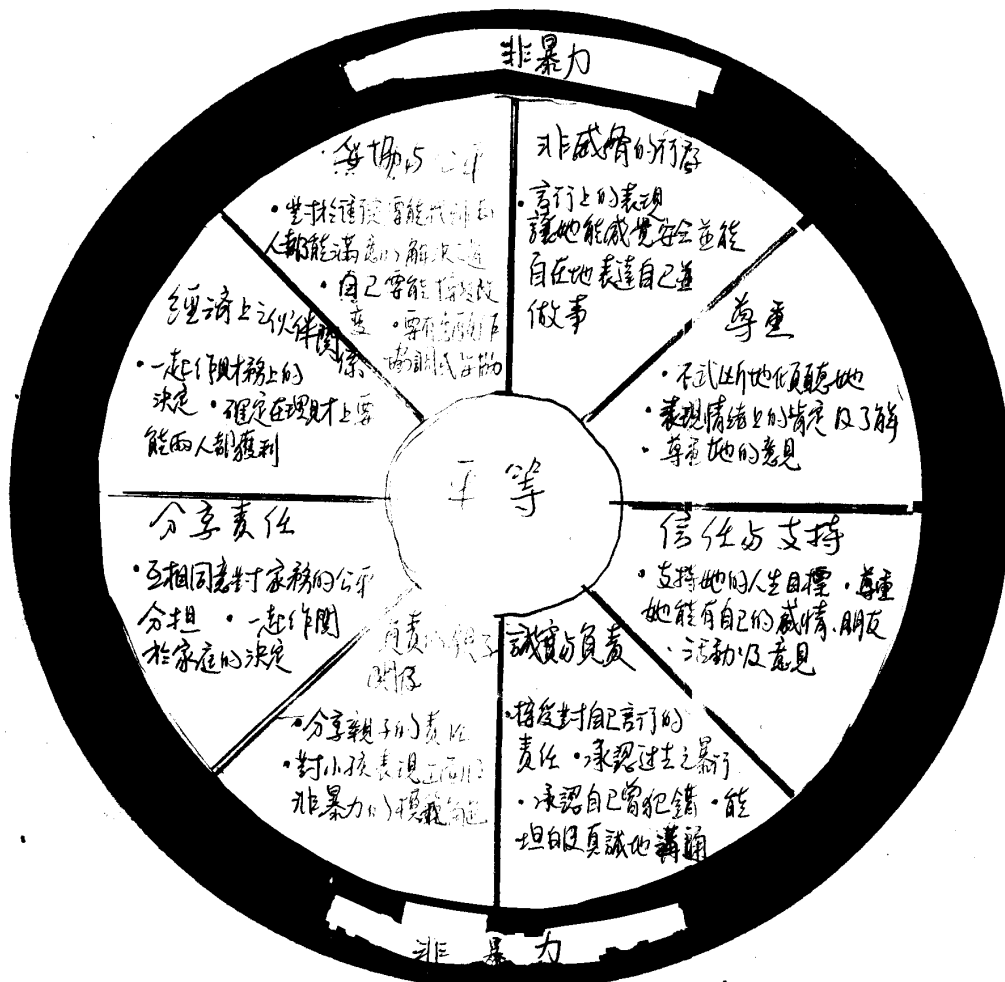
- Gondolf, E. W. (1997b). Batterer programs: What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, *12*(1), 83-98.
- Gondolf, E. W. (1996). *Characteristics of batterer in a multi-site evaluation of batterer intervention systems: A preliminary report*. Online available: <http://www.mincava.umn.edu/papers/gondolf/batchar.htm> or <http://www.iup.edu/maati/publications>
- Goodman, L. A., Dutton, M. A., & Bennett, L. (2000). Predicting repeat abuse among arrested batterers: Use of the Danger Assessment Scale in the criminal justice system. *Journal of Interpersonal Violence*, *15*(1), 63-74.
- Gottman, J., Jacobson, N., Rushe, R. H., Shortt, J. W., Babcock, J. B., Taillade, & Waltz, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, *9*(3), 227- 248.
- Hare, R., Hart, S., & Harpur, T. J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 391-398.
- Hare, R. (1998). Psychopath and their nature: Implications for the mental health and criminal justice systems. In T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith, & R. Davis (Eds.) *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior*. New York: Guilford.
- Healey, K., Smith, C., & O'Sullivan, C. (1998). *Batterer intervention: Program approaches and criminal justice strategies*. Washington D. C.: National Institute of Justice. Online available: <http://www.ncjrs.org/txtfiles/168638.txt> OR <http://www.ncjrs.org/pdffiles/168638.pdf> (Adobe file. Open Adobe software first)
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., Stuart, G. L. (in press). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart Batter Typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, *116*(3), 476-497.
- Hotaling, G. T., & Sugarman, D. B. (1986). An analysis of risk marks in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, *1*(2), 101-124.
- Jacobson, N. & Gottman, J., (1998). *When men batter women*. New York: Simon & Schuster.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., Eaves, D. (1999). *Spousal Assault Risk Assessment guide: User's manual*. North Tonawanda, New York: Multi-Health

Systems Inc.

- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., Eaves, D. (1995). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment guide (2nd ed.)*. Vancouver, British Columbia: The British Columbia Institute Against Family Violence.
- McFarlane, J., Cambell, J., Wilt, S., Sachs, C., Ulrich, Y., & Xu, X. (1999). Stalking and intimate partner femicide. *Homicide Studies, 3*(4), 300-316.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. (1995). Abuse during pregnancy: Frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide. *Public Health Nursing, 12*(5), 284-289.
- Millon, C., Millon, T., & Davis, R. (1994). Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Manual for MCMI-III. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Pence, E., & Paymar, M. (1996). Education groups for men who batter: the Duluth model. Duluth, Minnesota: Minnesota Program Development Inc.
- Rohel, J., & Guertin, K. (2000). Intimate partner violence: The current use of risk assessments in sentencing. *Justice System Journal, 21*(2).
- Sherman, L. W., & Berk, R. A. (1984). The specific deterrent effects of arrest for domestic assault. *American Sociological Review, 49*, 261-272.
- Sonkin, D., Martin, D., & Walker, L. (1985). The male batterer: A treatment approach. New York: Springer
- Straus, M., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS-2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*(3), 283-316.
- Straus, M. (1990). The Conflict Tactics Scales and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.) *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Wallace, H. (1999). *Family violence: Legal, medical, and social perspectives*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Weisz, A. N., Tolman, R. M., & Saunders, D. G. (2000). Assessing the risk of severe domestic violence: The importance of survivors' predictions. *Journal of Interpersonal Violence, 15*(1), 75-90.

(本文作者曾先後任高雄縣家庭扶助中心兒童保護社工員，國軍高雄總醫院精神科社工師，現為密西根州立大學犯罪學研究所博士班研究生。筆者感謝現代婦女基金會之支助婚暴犯治療訓練坊之部分費用。讀者如有意參考相關資料或指教及回應，可至作者之首頁及網址：<http://www.msu.edu/~linminch/> 及 linminch@pilot.msu.edu)

附錄二 平等輪



附錄三 危險評估量表(Dangerousness Assessment) by Jacquelyn Campbell

在伴侶間之兇案的研究中發現確有一些危險因素與毆打者及被毆打者所犯之殺人罪有相關。我們無法預測在你的案例中將會發生甚麼情形，但我們希望你知道在嚴重之毆打事件中兇殺的危險性，並讓你知曉在你的案件中符合這些危險因素有多少。(下面各題之"他"可以用來表示你的丈夫、伴侶、前夫、任何現在對你身體傷害的人)

甲：請記下過去一年間，你被他打的大約日期。並記下每次事件大約持續幾個小時，並依照下列之行為分類表，寫下該事件中對方行為之分類號碼(若該事件中有不同之號碼適用者，請記下最高之號碼)

1. 打巴掌，推你；沒受傷 或/與 持續一段時間之痛
2. 用拳頭打你，踢你；有瘀血，割傷，或/與 較長一段時間之痛
3. 較重之毆打；灼傷，骨折
4. 威脅使用武器(兇器)；頭部受傷，內傷，永久受傷
5. 使用武器；因武器(兇器)而受傷

乙：請回答下列問題，符合者打○，不符合者打□：

- ___1. 他在過去一年中對你身體暴力的次數是否有增加？
- ___2. 他在過去一年中對你身體暴力的嚴重性是否有增加 或/與 已擁有兇器並威脅使用兇器？
- ___3. 他有沒有曾掐你脖子？
- ___4. 在家中是否有槍枝？(筆者認為此題可忽略之)
- ___5. 當你並不想要有性行為時，他有沒有曾經強迫你跟他性行為？
- ___6. 他有沒有濫用成癮藥物？(譬如安非他命、天使粉、古柯鹼、海洛因等.)
- ___7. 他有沒有曾威脅要殺你 或/和 你是否相信他能殺掉你？
- ___8. 他有沒有每天酗酒或幾乎每天酗酒？(依據他的酒精使用量)
- ___9. 他有沒有控制幾乎或全部的每日生活？(譬如說，你只能跟誰交朋友，你購物時只能帶多少錢，你甚麼時候才能用車子等)
- ___10. 你懷孕時他有沒有曾打過你？
- ___11. 他有沒有對你有暴力性且經常性的忌妒？(譬如，他是否曾說過「如果我不能擁有你，其他人也不能擁有你。」)
- ___12. 你是否曾威脅要自殺，或曾經嘗試要自殺過？
- ___13. 他是否曾威脅要自殺，或曾經嘗試要自殺過？
- ___14. 他是否曾對你的小孩施過暴力？
- ___15. 他在家外是否也常使用暴力？

(___ 打○之總數有多少)

謝謝你。請告訴你的護理人員、扶助者、或輔導者，就你回答各項之中的詳細情形。Translated by author's permission