

亞洲家庭暴力與性侵害期刊

第十八卷，2023，87-114 頁

【實務論壇】

性侵者、家暴者、酒藥癮者的創傷知情：

行為四關鍵療法與兼愛輔導法

林明傑

摘要

創傷知情是近十年來在心理治療界的熱門主題，但只有暴力被害者有創傷嗎？本文的目的在於確認性侵者、家暴者、酒藥癮者過去多有創傷的情況，再就如何做創傷知情的輔導與社工處置，以更周全地做好心理與生理上三類案主的行為原因評估與輔導。筆者以三十年的經驗確認家暴者、性侵者、成癮者幾乎或九成以上都有創傷。根據所累積對三類人的評估治療經驗，而發展出「行為四關鍵評估輔導法，即人類行為分悶來的、學來的、想法來、神經營養不足或生理異常來的共四個關鍵」。並舉出案例。其中悶來的是指過去的不舒服經驗而啟動案主的偏差動機、學來的是指行為學派的三種學習模式但學到偏差行為，而想來的則是錯誤的思考過程與結果。神經營養不足則是根據近年研究發現慢性發炎與粒線體失能才是慢性精神障礙的生理主因。兼愛（又稱大愛）輔導法則是因為筆者近年發現自私合理化於社區日加嚴重並開始帶領投入討論「尊重自己與尊重別人，哪個重要？還是一樣重要？」發現部分案主會選擇自己重要，再詢問「是否喜歡被尊重？是否所有人都喜歡被尊重？」後再問前句，則全部案主都可回答一樣重要，也都改變心態到平等愛人的大愛。最後將相關結論與建議放在文末。

關鍵字：創傷知情、性侵害、家庭暴力、酒藥癮、兼愛

*本文部分來自教育部深耕計畫之經費

Trauma-Informed on Sex Offenders, Domestic Abusers, Addicts: Four-Factor Behavior Model of Assessment and Treatment

Min-Chieh Lin

Abstract

Trauma-Informed Care has been a popular topic in psychotherapy over the past decade, but is it only victims of violence who experience trauma? The purpose of this paper is to identify the prevalence of trauma in offenders, including sexual offenders, domestic violence perpetrators, and individuals with alcohol or drug addictions. It further aims to explore how trauma-informed counseling and social work interventions can be applied to provide a more comprehensive assessment and counseling of the psychological and physiological causes of these three types of clients' behaviors. Based on the author's 30 years of experience, it has been confirmed that almost or more than 90% of domestic violence perpetrators, sexual offenders, and addicts have a history of trauma. Drawing on accumulated experience in assessing and treating these three groups, the author has developed the "Four-Factor Behavior Model of Assessment and Treatment," which categorizes human behavior into four critical factors: (1) behaviors stemming from repression, (2) learned behaviors, (3) behaviors arising from thoughts, and (4) behaviors caused by neuro-nutritional deficiencies or physiological abnormalities. The paper includes case studies to illustrate the approach. 'Repressed behaviors' refer to deviant motivations triggered by uncomfortable past experiences; 'learned behaviors' refer to behaviors acquired through three learning modes in behavioral theory but resulting in deviant actions; and 'thought-based behaviors' arise from faulty thought processes and outcomes. Neuro-nutritional deficiencies, as supported by recent research, indicate that chronic inflammation and mitochondrial dysfunction are the primary physiological causes of chronic mental disorders. The paper concludes with relevant findings and recommendations.

KEYWORDS: Trauma-informed, sexual abuse, domestic violence, substance addiction

壹、前言

自從美國精神科教授 Judith Herman 的大作「創傷與復原」於 1992 年出版並風行全球後，心理治療界才更加注意心理創傷的重要性與復原方法，並進而思考怎樣將之整合進原有的認知行為治療。進而倡導「創傷知情」的助人模式。

2005 年美國創傷知情照護中心（National Center for Trauma-Informed Care）成立，開始積極推動創傷知情照護（trauma-informed care）取向的服務模式。創傷知情是指助人工作者從認識案主因應壓力的反應開始，更去理解事件帶來的壓力，且不能忽視創傷事件所造成的影響。據美國藥物濫用暨心理健康服務署（註 1）的定義，創傷知情（trauma-informed）含四個要素（4 個 R），即理解創傷（Realize）、辨認創傷（Recognize）、利用創傷知識做回應（Respond），及防止再受創（Resist re-traumatization）。創傷知情不只是一種理論，而是擴展我們看待人們行為時能有更多元的視野。

本文的目的如下。

1. 釐清性侵害者、家暴者、酒藥癮者過去有無創傷的情況
2. 對性侵害者、家暴者、酒藥癮如何做創傷知情的輔導與社工處置

貳、創傷怎麼來及其特徵

一、創傷後壓力症發現史

古代就有「一朝被蛇咬十年怕草繩」的成語，這就是指過去的傷害可能會造成後續面對相似情況的害怕反應。

隨著美軍在一九七〇年代越戰後的退伍軍人，回國後原本可適應環境的能力變差、脾氣變差、作惡夢等才知道他們在越南戰場中經歷極度驚恐與同袍被殺場景反覆出現在夢中使他們過度警覺、暴力回應等，如同越戰電影史特龍主演的第一滴血。

最後在退伍軍人與精神科醫師的倡導下，1980 年納入 DSM 第三版正式病名而稱為「創傷後壓力症」（簡稱 PTSD）使退伍軍人的心理創傷獲得國家照顧與社會理解。

Herman 倡導下又提出複雜性創傷後壓力症候群（CPTSD）因她發現並不一定只有遭受單一重大事件，才會造成心理創傷。更多是即使未發現自己正在經歷創傷，等一段時間後，才慢慢知道，原來過去被對待的方式，也可能是一種長期下創傷經驗，如長期遭受親密暴力、家庭暴力、霸凌、綁架、長期遭歧視族群、遭販運者、集中營等。對此類創傷經驗，而稱之為複雜性創傷後壓力症候群（Complex Post-Traumatic Stress Disorder, CPTSD）。WHO 出版的 ICD-11 收錄此障礙。到 2013 年 CPTSD 的部分診斷描述才以 PTSD 解離亞型的形式被納入 DSM-5。

(二) 主要特徵

主要特徵是當事人親身經歷創傷事件，創傷事件即指遭遇天災、人禍所造成的傷害。

天災如地震、颶風、颱風、土石流、海嘯等天然災害所造成的傷亡；而人禍如戰爭、槍戰、火災、交通意外（車禍、空難、船難等）、凶殺、綁架、家庭暴力、兒童虐待、目睹暴力、性侵害等事件。須是當事人親身經歷，或創傷事件因當事人而發生、近親或親密朋友發生死亡或威脅生命的暴力或意外創傷、反復暴露在創傷事件的細節中。且創傷症狀持續超過一個月，令個人生活、人際、工作等面向的苦惱，造成功能明顯的受損。

DSM-5 診斷 PTSD 之標準需符合以下五項。

1. 創傷事件發生。
2. 創傷影像閃現，如作惡夢、腦海中重複跳出該創傷影像。
3. 持續逃避與創傷相關的人事物，如車禍後不再開車、溺水後怕水。
4. 負面的認知感受，如常自責或覺得世界變了而更退縮或憤世嫉俗等。
5. 過度警覺：誤判別人動機、難入眠、無法有穩定親密關係等。

期間須超過一個月。造成臨床上重大痛苦，或功能損害。若未達到一個月而有此症狀者則為急性。而在事件後六個月方出現，稱延遲發作型。

(三) 複雜性創傷後壓力症候群(CPTSD)

「創傷與復原」第二版中 Herman(2018) 認為 PTSD 仍不足以包含全部創傷壓力症而提出新的診斷名稱「複合型創傷後壓力症」(Complex PTSD 或 CPTSD)，提出診斷 C-PTSD 六類症狀。其中增加 4、5、6 三點是 PTSD 所無。Herman 認為創傷的核心經驗是權能喪失 (disempowerment) 和失去連結 (disconnection)，並慶幸終於補上 DSM-5。含六類症狀如下。

1. 情緒調節的變化：含持續的煩躁不安，長期自殺意念，自殘，爆炸性或極度壓抑的憤怒及強迫性或極度壓抑的性行為等。
2. 意識變化：如失憶症或對創傷事件增強的回憶、一系列解離症狀、人格解體之失現實感，和暫時性的回到過往經歷。
3. 自我認知的變化：如無助感、羞恥感、罪惡感、和自責感，及自己與其他人完全不同的感覺，如特殊感、極端孤獨、相信沒有其他人能理解自己。
4. 對犯罪者想法之變化：如對犯罪者關係的關注，對犯罪者不切實際的歸因，理想化或反常的感激之情，或接受犯罪者的信仰體系或合理化。
5. 與他人的關係發生改變：如孤立和退縮，親密關係破裂，持續的不信任感以及自我保護的反覆失敗。
6. 意義系統的變化：如喪失持續的信仰以及無望和喪失信心的感覺。

|

相近現象更有如以下（林明傑、陳慧女，2024）。

1. 受暴婦女症候群：美國女權心理學者 Lenore Walker(1979)在 *Battered Women* 一書中根據「親密暴力三階段（憤怒、毆打、懺悔）」與「學得無助感理論（從狗的實驗得知當被持續無序地電擊後，會放棄掙扎而對再電擊不反應）」提出此症，主張長期受親密伴侶暴力的受暴婦女會放棄逃跑，改而順從，甚至認同加暴者的指責與想法，認為自己一無是處，甚至討好加害人。
2. 斯德哥爾摩症候群：從銀行挾持行員的約六天的事件中觀察到被害人轉而認同挾持者而主張受到部分遭挾持之人質對挾持者施暴者以自己為人質，改而順從，甚至認同暴力者的想法而不願離開或不願法庭指認。
3. 童年逆境：1985 年美國內科醫師費利提（Vincent Felitti）在減肥門診中，病患復胖情況勾起其注意，並深入詢問及治療，陸續發現門診部分病患亦有早期逆境經驗（Adverse Childhood Experiences, ACEs）。深入研究超過 17,000 名成年人，詢問在兒童時期的 10 項負向逆境經驗，個人最終得到的分數連結其醫療紀錄進行分析。結果發現 ACEs 分數較高者，較高機會得到心臟病、肝病、癌症、憂鬱症等疾病，也有較高比例會有肥胖、酗酒、物質濫用、社交與情緒障礙、自殺傾向等問題。兒童福利聯盟（2021）調查發現台灣高三生每 3 位約有 1 位具創傷經驗、自殺念頭高達三成，此顯示親師與治療師在面對心理適應困難學生時該留意昔日創傷或不舒服經驗。

參、Herman 的復原三部曲

Herman(2018)認為創傷的核心經驗是權能喪失(disempowerment)和失去連結(disconnection)因而將創傷治療設定成「復原三階段論」：建立安全感、回顧與哀悼，最後也是最重要的，就是重建人際連結。

她主張不論是哪種創傷的倖存者，要先能在受保護的環境下恢復一般作息，再來才可以提出勇氣進行不舒服的創傷回顧治療。而最後倖存者走入團體，發現自己的苦痛有人懂，自己的經歷可以啟發別人。其才開始覺得自己是個普通人，能過平凡的生活，從前的苦惱只是成長或困頓的過程。

Herman 提到治療創傷沒有捷徑，但這不一定是真的，以下筆者提出實證研究顯示還有兩種方法長期被忽略，但效果甚佳且療程縮短，就是情緒釋放療法與營養保健法。

肆、筆者提出「行為四關鍵診療模式」

很明顯 Herman 的討論都以被害人為主，但是家暴者、性侵害者、或成癮者是否也曾在幼年或過往受到創傷呢？筆者在三十年的以上三類人的治療經驗中發現，確實有，而且也找到方法改善他們，這個方法就是「四關鍵診療模式」

（Four-Key Model of Assessment and Treatment）。這方法可讓社工員或治療師提供給加害人、被害人、與成癮者更完善的輔導、治療、或社會處置。

(一) 「行為四關鍵診療模式」是甚麼

作者認為所有偏差行為的形成，從心理學觀點來看都是由三個階段所形成，即先有需求動機，接著是想法的支持，再來是行為的形成，後兩者也可以是順序顛倒或相輔相成。需求動機可從動機理論與精神分析理論來解釋，而想法與行為可由認知理論與行為理論解釋。加上營養心理學則整合四大學派，而提出簡要口訣「行為是悶來的、學來的、想來的、神經營養不足或生理異常來的」。簡述如下。可詳見圖 2「行為四關鍵之四遠因與四近因整合圖」，昔稱之依附營養認知行為整合理論（林明傑，2018），其中的四遠因即四關鍵，而四近因即認知行為四因素，都是需要改善的，很值得印在講義讓案主能記憶，而治療師也能熟悉。

1. 行為是「悶來的」(induced by trauma or bad experience)

這是精神分析學派提出，其認為行為的發生是用來減少過去遭遇挫折時情緒不舒服經驗的需求為主，而生出防衛機轉如對暴行的否認、對昔日憤怒的報復或轉移他人等(Freud, 1900)。佛洛伊德提出冰山理論，認為意識如浮在水面上的冰山只是自己可覺知的想法，而水下部分尚有一小塊稱前意識與一大塊稱潛意識，前意識猶如記憶，是在搜尋後可以記得的過去記憶，但更大一塊是自己無法察覺但一直影響自己的行為的意識，常會是自我與社會我鬥爭下的潛意識。常會是過去的不舒服經驗或創傷的是否順利平撫的產物。也可稱「傷來的」。美國兒童逆境的研究者 Felitti 提出這些早期創傷是行為變異的關鍵之一(Felitti et al., 1998)。

2. 行為是「學來的」(induce by wrong learning)

這是行為學派提出，認為行為的發生與持續發生是外在制約刺激所生成（即古典制約）(Pavlov, 1927)、自己在行為後得到快感或痛苦而習得是否繼續該行為（即操作制約）(Skinner, 1953)，或是透過觀察他人在某行為後的結果有無賞罰而學到該行為可否學習（即社會學習）(Bandura, 1977)。確認學習過程是行為變異的關鍵之一（Bandura, 1977）。

3. 行為是「想來的」(inducing by wrong thought)

這是認知學派 Beck 提出憂鬱症等心理問題源於消極自動思考（negative automatic thoughts）、認知扭曲（cognitive distortions）及核心信念（core beliefs）。Beck 提出「認知三元論（Cognitive Triad）」，指出憂鬱患者對自己、世界及未來持有負面看法，進而導致情緒困擾。也就是行為前後的看法是否支持該行為會影響是否持續該偏差的觀點(Beck, 1967)。思維模式是差異行為變異的關鍵之一（Beck, 1967）。

4. 行為是「神經營養不足或生理異常來的」(induced by malnutrition or bio-dysfunction)

文獻彙整暴力與營養之關係後指出神經營養不足是行為變異的關鍵之一（Benton, 2007）。這是營養心理學派，歐美早有以營養對少年與囚犯的研究，如美國加州大學 Schoenthaler（1983）以 276 位服刑之少年犯及對照組的研究，發

現實驗組在監獄的正向行為增加 71%且慢性違規減少 56%。英國牛津大學 Gesch, 等 (2002) 以 231 位年輕成年囚犯之雙盲研究，即隨機分配之分發者與受試者均不知所吃為真或假的營養品，發現兩個月後攝取真的複合營養素的暴力組之負面行為為減少了 35%，此研究結果使官方開始對監獄的膳食進行改善。

想再驗證的荷蘭學者 Zaalberg 等 (2010) 複製 Gesch 等 (2002) 之監獄研究，證實實驗組的暴行與違規行為顯著減少，但心理測驗與其他衡鑑中之攻擊性與精神症狀則無明顯差異，筆者認為若持續半年到一年必定會人格改變，畢竟人格是一組穩定的態度。以下再細論之。

(二)營養保健法

美國賓州大學團隊 Raine 等 (2015) 以社區之 16 歲少年進行 omega 3 研究，發現食用 omega 3 者有顯著降低內外向偏差行為，對照組則無差異，Raine 更提出神經犯罪 (Neurocriminology) 領域應受重視 (Glenn & Raine, 2014)。

加州大學的 Schoenthaler 及 Bier (2000) 以兩所小學之 468 位 6 到 11 歲兒童隨機分為實驗組與對照組，以美國建議使用量之一半的綜合維生素與礦物質提供四個月之研究，發現實驗期間之實驗組減少 47% 之偏差行為，而對照組則無顯著減少。

這些研究均證實對於小學生或犯罪者提供營養補充品，各可減少偏差行為達 47% 與 35%，顯示年紀愈小介入愈有效。可知營養能夠改善偏差行為，其實是因為神經細胞的穩定傳導需要關鍵營養的穩定提供。

跨國精神科團隊 Sarris 等 (2015) 指出已有信服的實證表明營養是精神障礙高盛行率和發病率的關鍵因素，選用營養補充劑解決營養缺乏問題可成為精神科主流療法。

國內中研院潘文涵在 2017 更因兒子有過動症吃近二十年的藥而更嚴重，便在台北抽樣國小生有無過動者各百餘位並做飲食調查與抽血營養素檢查，驚訝發現三種營養素可改善過動症，如圖 1。可看出越多**維生素 B 群、礦物質、omega 3 (魚油或亞麻仁油)** 越少過動症 (中央研究院, 2019)。而礦物質就是鈣鎂鋅，可到生鮮超市或大賣場買到鈣鎂鋅複合錠與 B 群。

近三十年研究已經證實所有慢性身心病都來自慢性發炎，而慢性發炎大多來自細胞內的粒線體之免疫功能變差，而這三類營養可改善粒線體而改善慢性發炎。哈佛精神醫學教授 Palmer (2022) 出版「Brain Energy」一書更認為降低醣類飲食增加蛋白質與脂質對精神異常者是關鍵，因醣類代謝產生的代謝物毒性較大，生理遺傳有缺陷者更易產生慢性身心病。

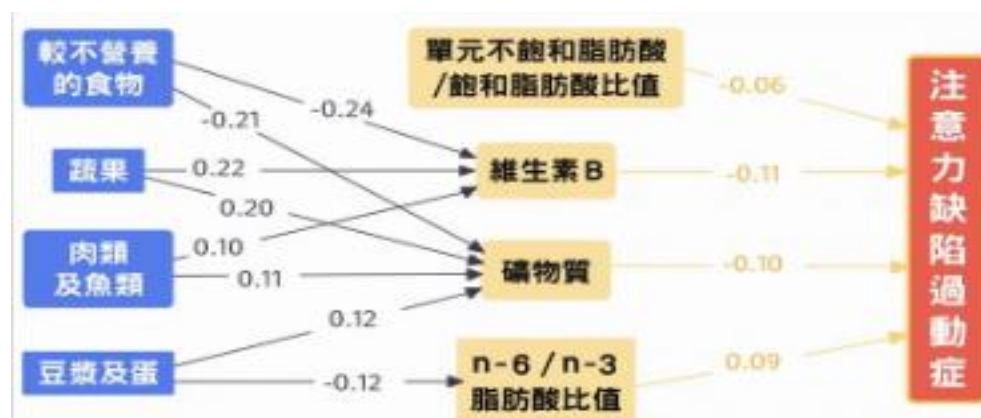


圖 1 過動症的路徑分析，可看出越多維生素 B 群、礦物質、omega 3 則越少過動（資料來源：中央研究院，2019）

上三類營養可改善之實證研究尚有如下。

(1) 維生素 B 群：

- A. 酗酒者上，Schenker 及 Halff (1993) 以文獻分析探索營養治療在酒精性肝病中的應用，特別強調了維生素 B 群的補充。研究指出，酗酒者常存在維生素 B 群缺乏，補充這些維生素可能有助於改善相關的健康問題。
- B. 維生素 B1，硫胺，又被稱精神性維生素，缺乏者可能脾氣暴躁、喜怒無常。Hvas 等(2016)證實成人過動症者之 B2、B6、B9 都比對照組缺乏。

(2) 礦物質：

- A. 鈣：鈣在神經心理上有強化神經系統的傳導感應，具有穩定情緒、緩和緊張焦慮、改善抽筋與失眠的作用（謝明哲，2012）。Zhao 等(2023)發現鈣與憂鬱症狀有關。
- B. 鎂：鎂在調節神經系統興奮性方面具有重要作用，酗酒者明顯缺乏，可能有助於減輕焦慮症狀，屬於天然的情緒鬆弛劑（謝明哲，2012）。Boyle 等(2017)證實補充鎂可改善焦慮與壓力。
- C. 鋅：可調節免疫力，是天然的抗憂鬱劑（謝明哲，2012）。Swardfager 等(2013)以統合分析（meta analysis，指以多篇統計研究整合為一篇研究以檢視統計檢定力，又譯後設分析）確認憂鬱症者血中鋅明顯較低。

(3) omega 3：

- A. 暴力行為上，美國賓州大學神經犯罪學家 Raine 團隊針對 29 篇隨機對照試驗做統合分析，共 3918 位受試者。結果顯示試驗組的被動攻擊行為和主動攻擊行為都減少了約 30%。在控制年齡、性別、診斷、治療持續時間和劑量等因素後也成立。每週吃一到兩次魚可以幫助穩定情緒、減少突發攻擊行為(Raine, & Brodrick, 2024)。
- B. 憂鬱上，Appleton 等 (2010)之統合分析研究評估 Omega-3 脂肪酸對成人憂鬱症的療效。研究納入多項隨機對照試驗，顯示 Omega-3 補充劑對減輕憂鬱症狀具有積極效果

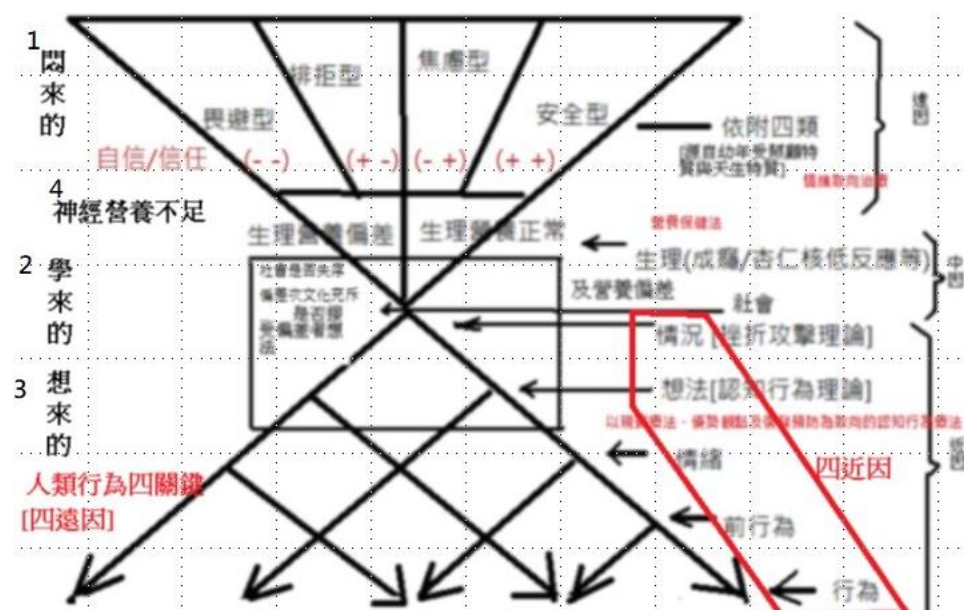


圖 2 行為四關鍵之四遠因與四近因整合圖（昔稱之依附營養認知行為整合理論，其中的四遠因即四關鍵，而四近因即認知行為四因素）

(三)四關鍵診療法的課程架構 (Course for Four-Key Therapy)

四關鍵診療法將在與案主建立關係後會在十二堂課逐次詢問以下主題。

1. 向左走（被關/百張保護令）向右走（自由/一張保護令），您選擇哪邊？怎樣可到？要注意自己的行為多久？是否希望子孫更也陷暴力循環或永遠幸福？若是幸福，那是您、您子女、或孫子女需要改變？
2. 四近因與四遠因是甚麼？（四近因是指未來可認出並做出改變的行為四因素即情況、想法、情緒、行為；而四遠因則是行為四關鍵都是長期的偏差造成，理解後可對未來做出改變，即悶來的、學來的、想來的、神經營養不足來的）。鼓勵案主需先記憶，在四近因怎樣認出偏差而轉換到較佳的回應。
3. 找出兩個優點及對眼說自信計算眨眼與飄移，詳見後面簡介。
4. 最不舒服的兩件事是甚麼及情緒釋放療法(EFT)後，詢問實施前後各幾成不舒服？
5. 被害人的衝擊及若你是遭暴力你會怎麼想？
6. 法律怎麼訂
7. 高危險情況是什麼及怎樣轉換？
8. 高危險想法是什麼及怎樣轉換？先討論「尊重自己與尊重別人，哪個重要？還是一樣重要？」計算三答案各有幾成的人贊成，再詢問「喜歡被尊重的人請舉手？怎麼說？」「是否贊成所有人都喜歡被尊重？」之後再問前句。
9. 高危險情緒是什麼及怎樣轉換？
10. 高危險行為是什麼及怎樣轉換？
11. 性愛的三加一原則
12. 總複習與測驗

(三)情緒釋放療法不輸認知行為療法，且親友社工員都可操作

美國臨床心理學教授 Roger Callahan 於 190 年代在治療恐水症者時意外發現，在幾次肌肉放鬆後約到泳池，而案主看到泳池時稱胃痛而幫敲打眼睛下方的胃經末端穴道（承泣穴）1 分鐘，竟然馬上改善且可碰水及游入泳池沒再復發。之後整理出一套療法。對於如何解釋改善機轉，Callahan 認為可能是應用人體動力學、神經語言學、及中醫經絡穴道的功效（林國光譯，2003）。

至今已被若干研究整合之後設分析（meta analysis）證實對創傷後心理症（PTSD）、焦慮症、和憂鬱症，均已經有令人興奮且實證有效的實證研究。並檢視療效確實不是來自假藥效應（只需搜尋 pubmed, EFT, meta）。後設分析之研究各可檢視 Sebastian 及 Nelms（2017）、Clond（2016）、Nelms 及 Castel（2017）。均證實 EFT 療效比認知行為療法相等或更佳。

筆者對案主操作後都發現，確實能在每次降低昔日不舒服經驗一兩成。確實有簡單操作與療效迅速與療效佳三優點。不必心理師來操作，可以社工或親友協助就可達到療效。

EFT 總共有 16 個敲打經絡穴點與轉動眼球的動作，因太過複雜，筆者將之改為四個動作，並在團體輔導中實施，每動作要做兩次，並說「雖然我不舒服，我還是愛自己、接納自己」，每說出一字要敲打穴點或轉眼球到一邊。可到 youtube 搜尋簡易身心輔導法簡單版，如圖 3。



圖 3 簡易身心輔導法簡單版（資料來源：筆者自製。影音網址如下 <https://www.youtube.com/watch?v=cWmBb9f32LY>）

(四)找到兩優點、對眼說自信

這是筆者在 2018 年之研究中發現證實有效改善自信的方法，因發現藥癮者有過度眨眼與飄移之現象而查到文獻指出這兩種都是焦慮或低自信的表現 (Gyurak, et al, 2007; Garner, et al, 2006)鼓勵以專注力訓練改善，筆者於是設計出請案主找出兩優點，若找不出則討論若曾有工作賺錢者則必有認真與專業兩優點，再鼓勵兩人一組做對眼說自信，如說「我有認真的優點，我有自信」，說五次一回合，另一人則幫計算出眨眼數加上眼球飄移數，一次上課做三回合，越低越好，兩月後再問自信幾成，必能提升且達顯著，濫用藥物也顯著降低。詳見林明傑（2017）。

五、家暴者的創傷知情

這裡分兩部分。

(一)研究證實家暴者有早年創傷

Hotaling 及 Sugarman (1986)收集自 1970 年來之毆妻行為發生之比較研究共 52 篇依毆妻者、被毆婦女、及伴侶特質作整理，將 97 個風險指標(risk marker)依研究中出現比率高低分四類而將七成以上之研究都證實顯著有相關稱經常出現之風險指標，在被毆婦女中只有一項即「幼年時目睹父母間之暴力」。而毆妻者中有八個，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。可看出「幼年時目睹父母間之暴力」是夫妻會暴力的風險指標（見表 1）。

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。

表 1 被毆婦女、毆妻者對毆妻行為之經常風險指標

	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

（資料來源：Hotaling 及 Sugarman，1986）

(二)早年創傷型塑家暴人格

Dutton, Saunders, Starzomski, & Bartholomew (1994) 以 120 位男性婚暴者與 40 位男性控制組，他們均接受依附型態、憤怒、忌妒、邊緣型人格組織和幼時創傷症狀的問卷。研究結果發現男性婚暴者除依附型態外，所有剖面圖中亦可顯著地看出有頻繁的語言與身體虐待。在本研究中可發現依附型態與其他測量變項有顯著相關：安全型依附與其他測量變項為負向相關，畏避型依附與其他測量變項為顯著的正相關，而焦慮型依附相較於畏避型依附的正相關強度稍為較低，排拒型依附則未與任何測量變項有任何相關性。得到之結果如下之表 2 及表 3。

可看出表 2 毆妻者比一般組在安全型依附顯著低些、畏避型及焦慮型都顯著高些。也可看出創傷症狀與嫉妒也都顯著高些。

從圖 3 可看出原生家庭之父母教養方式若有情緒傷害會影響「暴力人格」較多於直接影響「暴力行為」。看出父母的情緒傷害會促成暴力行為。

表 2 控制組與毆妻者再主要變項之平均數差異顯著分析

	控制組 N=40	毆妻者 N=120	p
依附型式			
安全型	16.4	14.9	.006**
畏避型	13.5	15.2	.01*
焦慮型	10.6	12.1	.02*
排拒型	16.1	15.8	ns[不顯著]
BPO	62.9	68.5	.048*
憤怒	74.9	80.7	.05
創傷症狀	16.9	26.1	.0001***
嫉妒	-10.2	8.2	.001**

註：星號表顯著水準，有星號均表顯著差異，* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

(資料來源：Dutton 等，1994)

表 3 依附四類型與 BPO、創傷症狀、憤怒、嫉妒、語言虐待之相關性研究(全部樣本)

	安全型	畏避型	焦慮型	排拒型
BPO	-.35***	.58***	.42***	-.04
創傷症狀	-.28***	.50***	.34***	-.04
憤怒	-.36***	.49***	.20	.02
嫉妒	-.16***	.34***	.18*	-.15
言語虐待 (PMWI)				
支配/疏離	-.30***	.46***	.27*	.06
情緒虐待	-.09	.52***	.26*	-.20

註：星號表顯著水準，有星號均表顯著相關。* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

(資料來源：Dutton 等，1994)

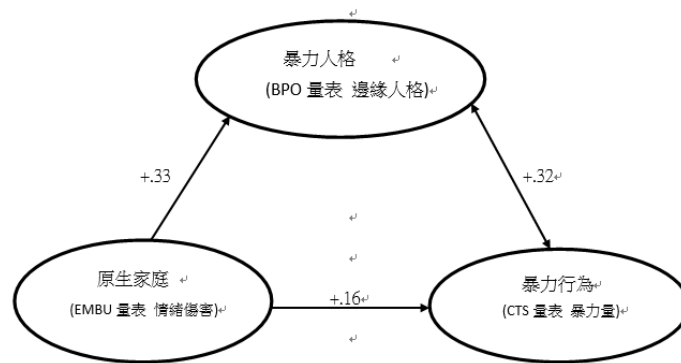


圖 3 原生家庭影響暴力人格與暴力行為之因徑分析
(資料來源：Dutton 等，1994)

(三)家暴者的創傷知情與四因素診療案例成效

案例

阿榮

阿榮是在夜市擺攤販，因為長期喝酒而太太常勸阻而口角。有一天太太說離婚好了，阿榮就跳起來打翻桌子而咒罵，被太太報家暴而參加課程。經過詢問這輩子最不舒服的兩件事是什麼，他說第一，因他是長子父親經常看到打媽媽，而媽媽帶著他跟兩個弟弟全台逃跑換了 5 個地方住，記得有一次半夜聽到爸爸找來並毆打媽媽而慘叫，讀國二的自己到廚房拿菜刀要追殺逃跑的爸爸。第二是他沒辦法接受太太要跟自己離婚，所以氣到跳起來，但真的到現在都沒有打過太太，至今也努力戒酒到現在三個月都沒喝酒。

經過詢問稱過去每天喝五六罐啤酒，但如果真的沒有喝就是不好睡。因此到現在也很難入睡，經過給予維他命 B 群與鈣鎂鋅片各七顆，並各要早起後與睡前吃，鼓勵若有幫助就自己去生鮮超市購買，隔週上時稱第一晚就很好睡了，而且真的不用喝也可睡，他嚇一跳真的可以睡得很好，且稱脾氣也好像變好。他稱上課前每天三瓶啤酒，現在不喝也睡著，目前只有每半年婚慶才喝半瓶一瓶。

經過詢問自己的優點有哪兩個，他講到自己有認真與很會煮東西。對眼說自信的眨眼加飄移一次課程就可從 3 到 0，兩個月後參加輔導前後的自信，則稱從三成到八成。不舒服經驗上，父親家暴在 EFT 前後的不舒服從 10 到 0，而太太要離婚從 EFT 前後的不舒服是 9 與 1。可看出其進步。問治療師到保護令結束後可否回家，告知應該可以但這段時間要更小心自己行為與想法，表示同意，成員給予鼓掌。最後因他太太不贊成他回去，自己也繼續在外租屋，繼續擺攤，稱不會因妻不讓其回去而抓狂。而稱妻若要提離婚，他也會答應，他說他畢竟能跟已成人的子女都能互動往來與關心，不擔心真的離婚。

六、性侵者的創傷知情之四關鍵診療及案例

(一) 研究證實性侵者曾有昔日創傷

性侵者分類學上最有名即「Groth (1977) 或 Groth (1979)」及「Knight & Prentky (1992) (又稱麻州分類法，採用統計分類法)」。Groth (1977, 1979) 是理論上之分類法，在臨床評估及治療上較常使用。

Groth (1979) 以精神分析學派之看法，從 3,000 位評估或治療的性侵者之臨床經驗中，發現在性侵者與被害人之案件中呈現三因素：即權力、憤怒、與性 (power, anger, and sexuality)，並指出其中「性」是最不重要，因為性是絕大多數人都需要的，因此性侵者是因有性以外之因素才會導致性侵者的性侵行為，而絕大多數人沒有這些性以外之因素所以不會有性侵害。

他先將性侵者區分對十三、四歲以上及以下者，各稱之成人性侵者與兒童性侵者。

1. 成人性侵者：Groth (1977) 提出二分類四小類。他以權力及憤怒兩軸來評估強暴犯之心理動機，而區分出不同類型的成人性侵者，並認為權力較多者稱為「權力型」，而憤怒較多者稱為「憤怒型」，可依之了解其行為病理，而擬出合適的治療策略。

(1) 權力型 (power rapist)：此種性侵者係透過以武器、強制力、威脅將對身體傷害而恐嚇被害人，以達成尋回權力感，並控制被害人。身體上之攻擊常只是用來控制並制服被害人，以達到征服被害人之目的。此類強暴犯的人際溝通能力甚差，在生活之性與非性方面常有不夠格感，因少有個人表達情緒之管道，性就變成其自我意像及自尊之核心議題。此型可細部區分為兩類：

- a. 權力再肯定型 (power reassurance)：主要是以強暴行為來減輕內在之「性不夠格感 (sexual inadequacy)」，並從被害人身上尋求自己的男子氣概 (masculinity) 證明。甚至有些案例的強暴犯會性侵後丟張名片或留下手機號碼要被害人若有需要或覺得不錯可找他，皆是屬此類。若性侵成年後也性侵女童，可能是此型再加退縮型兒童性侵者，兩者均有焦慮的特質。佔 37.5%。可知其創傷經驗在成年後遭成年婦女的欺壓而焦慮下嘗試贏回其男性尊嚴。
- b. 權力斷言型 (power assertiveness)：主要是以強暴行為來表現其力量、控制、及支配。並認為他們有權要被害人之性；或以性之操控權要被害人「乖乖聽話 (keep his women in line)」。筆者認為此型與權力再肯定型之差別，在於此型在侵害行為上有較多之攻擊性，而人格上也有較多之反社會性。佔 16.5%。可知其創傷經驗在成年後遭成年婦女的欺壓而直接以更多暴力毆打遂行性侵。此類多有暴力前科。

(2)憤怒型 (anger rapist)：此型之強暴經常伴隨著不必要之暴力、貶抑、與使被害人受屈辱之性行為，此強暴是為了要發洩怒氣，而性成了表達憤怒的一項武器。他們對女性表現出極多之憤怒與敵意，而且犯行常指向一群有重要象徵的女性，並突發地與其衝突，以轉換內在之憤怒。被害人雖可包括所有年齡之婦女，然較多會是年齡稍大之婦女。此型又可細部區分為兩類：

- a. 憤怒報復型 (anger retaliatory)：他們常會想到要傷害、貶抑、並羞辱被害人，並以突發滿足之暴力為重要指標。他們視強暴為懲罰與羞辱婦女的好方法，也是發洩因被害人或其代罪羔羊而導致心理挫折的出口。傷害行為中會有過度的暴力與刀傷，可看出其怒不可遏的痕跡。佔 40%。**成年前遭成年婦女的激怒而長大後受到類似挑釁而性侵。**
- b. 憤怒興奮型 (anger excitement)：他們通常會造成被害人嚴重之身體傷害甚至死亡，會以色情化之儀式折磨被害人（如脫掉衣褲並綑綁被害人），並在被害人痛苦掙扎時感到性趣上升。某些案例中，當性侵者性勃起時，常也是行為更暴力甚至導致謀殺的時候（註：在刀割被害人之乳頭或陰部時射精，故現場常少見精液）。而被害人的特質常會是加害人想要羞辱或毀滅的象徵。此類型常會割除被害婦女之乳頭與性器官，以顯示完全佔有女性或消滅女性的性特徵。佔 6%。**成年前遭成年婦女的激怒而長大後想要毀滅女體而性侵。**

從以上可看出權力型多是 14 歲後遭成年婦女欺壓，而希望贏回權力，而憤怒型多是在 14 歲前遭成年婦女激怒，小時無法報復長大後才對相似者報復或完全毀滅。

2. 兒童性侵者：

Groth(1979)認為兒童性侵害犯的分類是以主要之性偏好對象（primary sexual preference）是否為兒童為區分。如果不是，則為「退縮型」；如果是，則為「固著型」。而 Groth 認為亂倫者也可依此分類。

- (1) 退縮型（regressed type）：在性侵者一生中曾與適當之同儕有過性關係，然因一些情境上之壓力（如長期失業、身體傷殘、或遭成年婦女的貶抑，尤其在性上），使他們漸失身為男人的信心，於是轉移性的滿足到較不具威脅性的未成年兒童身上（而且也只有兒童才不會知道其性能力如何）。美國治療師都稱約佔 85%。但筆者根據二十年來經驗約佔 97%。可知其創傷經驗在成年婦女甚至是伴侶對其性能力的批評。
- (2) 固著型（fixated type）：他們終其一生只能被兒童（也可能是男童）所吸引，且無法在發展中獲得性心理上之成熟。經研究發現，此可能與幼年受創傷甚至受成年男子性侵害有關，造成無法發展與成人之信任關係，轉而與兒童親近，並以性為表達關懷的方法之一。臨床經驗顯示此型之被害人有可能是固定在同一年齡之男童，原因可能是性侵害犯首次之受虐年齡亦在此年齡，因而性心理成長固著在該年齡上，停滯不前。台灣佔 3%。可知其創傷經驗在幼年時遭受成年男子性侵。

(二)對性侵者的創傷知情診斷性會談

筆者建議可在輔導中期詢問以下

1. 能否講講這輩子到現在，兩件最不舒服的事是什麼？當時各幾成不舒服？怎麼說？
2. 對親子亂倫者詢問犯案當時跟伴侶的關係怎樣？怎麼說？
3. 持續犯性侵者詢問這輩子到現在，最氣的兩位女生是誰？當時各幾成不舒服？怎麼說？

筆者因此而發現性侵者幾乎或九成以上都有不舒服的經驗。但合意性交未成年者則因有些生活態度鬆散，但也可能約六、七成有過去不舒服經驗，且多因父母關係極差或離婚而有不舒服幼年。

(三)性侵者的創傷知情與四因素診療案例成效

1.婦女性侵者

阿賢原來是電纜工人五年前因為酒醉後誤闖性侵害同住單身公寓的女子判刑五年，出獄後仍有喝酒的習慣。經過詢問這輩子最不舒服的兩件事是什麼。他表示想要單獨在團體結束後告知治療師，後來說他在國小每星期六中午放學搭公車返山腰的家而途中都會被學長脫褲子給大家嘲笑。這件事從小學二年級到六年級。他說都不敢告訴家人，講到這件事他就哭了。

同理後帶領實施 EFT，經過三個月不舒服的感覺從原來的九成到兩成。經過詢問自己的優點有哪兩個他講不曉得，治療師鼓勵若有賺錢必定有認真與專業倆優點。實施對眼說自信的眨眼加飄移合計可從 3 次到 0 次，參加輔導前後的自信，稱從一成到七成。因其稱不喝酒難以睡著，鼓勵吃早上吃 B 群、睡前鈣鎂鋅。兩年半中漸漸穩定行為而結案。

2.對女童性侵害

有一位 50 歲小陳的男性性侵他同居人的 10 歲女兒，因同居人當時在輪夜班。經過詢問在性侵害當時跟同居女友的關係怎樣，他稱很慘，因女友嫌他賺錢少，而常罵他，也每天酗酒，課程中他也指出自己是退縮型的兒童性侵害。經過詢問向左走或向右走他表示當然要向右轉，詢問怎樣可以向右走他表示要改變自己的脾氣。但是治療師也鼓勵要找出跟女友較好的回應方式但這樣慢慢找。

下次上課時他說他找到的而且效果也很好，治療師嚇一大跳，問他怎麼做的，他表示本來每天領 1500 元工資就馬上給女友，上次課程後他想到他可以換個方式。他告訴女友若你再繼續這樣亂罵我就兩天不會給你錢，結果真的沒有給女友錢。女友嚇一跳後三天後就開始對他很好，脾氣也整個都改好了。於是他就持續 1500 而她也會如昔日給 200 塊給自己每天的生活費。他稱真的很感謝筆者，給他這個啟示。也帶領他做 EFT 也找到兩個優點後做對眼說自信，眨眼飄移數從十幾到達零，他的自信從一到八。

案例 對男童性侵害者

一位 19 歲的男童性侵害者，因難以輔導轉給我。他在網咖給一位 10 歲兒童遊戲點數後問他能不能去他家洗澡而對他性侵害。經過詢問他是否在 10 歲的時候有遭受性侵害，他低頭表示有，再詢問他這輩子最不舒服的事是什麼他表示他母親在他國小的時候就常常因為販毒入

獄，而他的父親不希望他來同住，要求他住在外祖母家。自己也常不想回家，只想待在網咖，我告訴他我對不起他因為我是市政府重要的方案諮詢者，竟然沒有能幫他。再問他「想要向左走去被關或向右走留在社區而享受自由」，他說當然要向右走，我鼓勵他說我也會幫他，在課程「我是哪種性侵犯者？」中他指出自己是固著型的兒童性侵害。也帶領他做情緒釋放療法 EFT。再找到兩個優點後，做對眼說自信，他的自信從二到七，也能夠開始穩定做超商的工作也鼓勵他將自己的零錢捐給超商的捐款箱做社會公益的用途，他表示願意也有做。六個月十二次的輔導後，觀護人告訴我他真的進步很大。

七、酒癮者、藥癮者的創傷知情之四關鍵診療及案例

(一)成癮者之縱貫性實證調查研究證實家庭功能與低自信是關鍵之一

Mackay & Weiss (2001) 曾對 12 個關於濫用藥物戒治處遇之縱貫性實證研究加以評估，其檢視之 12 個研究調查中，有 7 個是關於酒類，另外 5 個則是毒品濫用之戒治處遇，其共同之特色，均是實施縱貫性之實證調查研究，每一個實證調查研究之中，均有延伸若干篇之學術報告。有關於濫用藥物之戒治處遇成效方面，在戒治處遇完後，表 4 中之因素，係常被用來預測濫用藥物處遇之實證成效。

此證實家庭功能與低自信是關鍵之一，其中家庭功能就是家庭結構與互動的好壞、低自我效能就是對自己能面對及因應困難的自信程度。此可看出因果家庭功能變差會影響幼年及成年後的自信，壓力因應能力變差，而在損友促成下而變成酒藥癮。

表 4 毒品戒治處遇後常用檢視毒品再犯之預測因子一覽表

預測因子	曾對此因素進行 檢視之學術報告 總篇數	與毒品戒治成效具 有預測力或關連性 之學術報告總篇數	百分比
毒品／酒精之使用	27 篇	25 篇	93%
精神狀況	16 篇	11 篇	69%
社會／家庭功能	16 篇	14 篇	88%
額外之毒品戒治處遇	14 篇	12 篇	86%
工作就業	13 篇	7 篇	54%
涉及法律問題	10 篇	7 篇	70%
醫療（身體健康問題）	10 篇	6 篇	60%
日常生活處理（應付）能力—包括：自我效能及角色扮演	8 篇	7 篇	88%
參與自助團體	4 篇	4 篇	100%
生活壓力—負面之生活壓力事件	4 篇	3 篇	75%
連續性更生保護	2 篇	2 篇	100%

（資料來源：Mackay & Weiss，2001）

（二）加拿大 Gabor Mate（馬泰）醫師的啟示

馬泰提出成癮創傷理論，他發現所有的成癮都跟創傷（trauma）有關，關鍵是如何找到是什麼創傷造成的。因此會問成癮者，用酒藥有什麼好處？他們會說：「它能讓我忘記痛苦、擺脫壓力、一種活著的感覺、一種興奮、活力…」即癮可以滿足一些人的一些基本需求，那些他們在別處無法得到的東西。

其中，缺乏關係或與世隔絕感，以及生活中壓力過大等都是情感痛苦的表現。根據馬泰的理論，小時候情況越糟糕，長大後成癮的風險指數就越高。因此，馬泰認為成癮的原因總是跟創傷和兒時的經歷有關（Lang, 2019/11/22）。

馬泰更以自己是工作狂與古典樂 CD 購買癮為例，說曾經在準備開刀前想去逛逛 CD 店，卻半天才回到醫院，為耽誤開刀而懊惱。剖析自己為何如此，他回想母親曾告知她在奧地利懷他時每天擔心受怕被納粹帶走進集中營。這或許他受到影響而長期不滿意自己而容易情緒不穩或感到莫名痛苦。購買 CD 可讓自己感到好些。而工作狂是因為總覺得自己不夠好，於是就拼命要通過工作來證明自己能力（Mate，2020）。

（三）成癮者的創傷知情四因素診療及案例成效

筆者治療成癮者的經驗也確如 Mate 所說一樣他們都有過往不舒服經驗。因此在此診斷性會談會問以下。因此而發現成癮者幾乎或九成以上都有不舒服的經驗。

1. 「對你來說用藥/酒，是增加快樂、減少痛苦、還是各佔幾成？」實務上問完後可分出三類，即增加快樂型、減少痛苦型、兩者均有型（可續問「那各幾成？」）
2. 能否告知最不舒服的兩件事？當時各幾成不舒服而現在幾成呢？怎說？再問是否願意對哪件先開始做情緒釋放療法，慢慢讓自己能有力量好起來？
3. 對自己現在的自信有幾成？過去最高或最低各有幾成自信？再問是否願意找到兩個優點法並開始逐一做對眼說自信，慢慢讓自己能有力量好起來？
4. 是否希望子女與後代每代都跟您一樣濫用酒藥？若不希望，是您要改、子女改、還是孫子再改？
5. 若希望改可用兩招，就是心理想法改變與營養改善，請問這兩個哪個不重要？哪個快些？若您願意可到生鮮超市購買維他命 B 群與鈣鎂鋅片，各早上與睡前吃，這部分就完成，下次再告知睡眠近況。（筆者都會準備小夾鏈袋包好各七顆給案主，並寫好去生鮮超市買）

案例

兩年來每天喝兩箱啤酒的 A 太太因氣丈夫常去酒店談生意，而稱「我幫你顧小孩，卻不知道你抱哪個女人」而每天喝酒。夫妻大吵後稱要帶兩個國小子女自殺，被通報暫送寄養家庭安置。經治療師詢問是否希望子女返家，夫妻異口同聲說當然希望。經鼓勵用善意溝通方法後，改善夫妻溝通。丈夫亦同意帶太太一起早上吃 B 群與睡前鈣鎂鋅片保健。之後告知治療師，太太在第三天就完全沒喝酒，也好睡了。治療師亦給他們功課，要他每週末帶太太出遊。治療到後期，自信程度從三分提升到七分。太太稱家族無人酗酒，故符合 Williams（1949）推論可完全停酒。

案例

每天一瓶金門高粱的阿智，因氣外籍妻子的行為不檢而打妻，被妻聲請保護令並離婚。經接受輔導後表示願意減酒，並開始吃 B 群。稱每天早上吃後，傍晚就不想喝烈酒，而改買兩瓶啤酒。並說他弟弟是從一天一瓶半高粱，改到一天變兩瓶啤酒。經問有無酗酒家族史稱父長期喝酒且打母，符合 Williams（1949）之推論，可降酒但無法完全停酒。

八、大愛輔導法

(一)原由

2017 年筆者一位擔任警察的姻親半開玩笑的責備「社會變得越來越自私，為何犯罪防治系沒能改善這現象？」，「怎麼說？」，「比如冬天風大而垃圾袋被吹到鄰居家就可以打架，以前不會這樣！」。

2022 年起筆者在性侵者的團體治療增討論「性侵害算不算是自私的行為？怎麼說？」以及「尊重自己與尊重別人，哪個重要？」討論之後，竟然發現我們道德教育出了大問題。

性侵害團體中，參加輔導超過一年者都回答「算，因為只顧到自己的需要，沒顧到性侵會嚴重傷害被害人」。

而參加輔導未超過半年者的四五位則回答「不算，因為社會中每個人都會自私，性侵害怎算自私的行為」。後者不認為自私是錯的，更合理化自私是每個人都有。再次面對潛在危險情境下哪個會容易再次下手呢？當然會是後者。

筆者再問「尊重自己與尊重別人，哪個重要？或一樣重要？」前者都說一樣重要，因為如果能一樣重要就不會去性侵害別人，而後者都說自己重要，並說只有學會尊重自己才能學會尊重別人。我問「那該何時學會尊重別人？」，後者都無語。有的說只有靠來參加團體治療的時候才能學到，筆者說那不是太慢了嗎。

為此再問兩位社會科學的女大學教授「尊重自己與尊重別人，哪個重要？怎麼說？」均答：「應該是尊重自己比較重要，因為要先學會尊重自己才能學會尊重別人」、「那何時才學會尊重別人？」無語……「性侵害算不算是自私的行為？怎麼說？」、「算，因為不尊重別人」、「那該何時教尊重別人？」……無語。

至此筆者釐清了。應該是至今仍沒關於尊重的統一道德標準而形成「道德裂縫」。筆者在此先定義出「道德裂縫」一詞。道德裂縫「是指家庭、學校、與社會對於某種善與不善的選擇，沒統一的觀點，雖表面上看似沒問題實則因道德逐漸低落且紛亂逐漸造成人心沉淪、霸凌、家庭暴力、社會暴力與國際戰爭增多的一種道德低落現象。」這是所有有正向覺知的政治家、教育家、哲學家、社會工作、心理學等專家學者須敏感並極力改善的現象。

(二)大愛、小愛、自私孰對

孔子倡導「仁愛」，但百年後墨子倡導「兼愛」要改正儒家的愛分親疏的仁愛。墨子因發現儒家城邦的窮戶需賣兒女以厚葬長者而覺醒改倡兼愛互利與節葬而另立墨家。墨子稱「亂何自起，起不相愛」、「何以易之？唯**兼相愛、交相利**以易之」。墨子主張該平等互愛，不分親疏。這算是愛人不分親疏的大愛。而愛人區分親疏則算小愛，仁愛常被認為是愛人先親後疏(黃勇，2002；陳建明，2010)。而只愛自己不管親疏則算自私(吳進安，2011；李賢中，2003)。

筆者檢視兩家後認為孔墨是一脈，證據在禮運大同篇與小康篇。禮記禮運大同篇中述「大道之行也，天下為公(天下是大家的/民主制)。選賢與能，講信修睦，故人不獨親其親，不獨子其子(屬兼愛)」；而小康篇中「大道既隱，天下為家(天下是某家的/封建制)，各親其親，各子其子(屬仁愛)」故孔子理想是民主下要倡大愛，昔日封建下才倡小愛。

孟子倡「親親而仁民，仁民而愛物」，倡導愛須分層次，明顯脫離孔子本意。唐代韓愈的「讀墨子」稱孟子格局小，妄批墨子，而孔墨同多於異，必相知相惜。故確認：墨子的兼愛才能實踐儒家大同世界。所以孔子也主張**仁愛該提升到大愛，需能平等尊重所有人，才能到沒霸凌、犯罪、戰爭的大同世界。**

(三)大愛輔導法可改善犯罪者的自私行為、大愛宣導法可改善社會的道德思維

筆者因發現犯罪者將自私合理化而生成犯罪行為，但社區與學術界對於自私行為不只沒能指正更是認為合理。筆者建議開始帶領犯罪者投入討論「尊重自己與尊重別人，哪個重要？還是一樣重要？」發現約二、三成案主會選擇自己重要，再詢問「是否喜歡被尊重？是否所有人都喜歡被尊重？」後再問前句，則全部案主都可回答一樣重要，也都改變心態到平等愛人的大愛。這是屬於想法上的改變，也就是犯罪者若在想法上一直認為自私是可以持續的，也沒人輔導，就會去持續去想或做而甚至惡化到敢傷害別人而利益自己。直到有輔導者介入而改善。**筆者稱此法為兼愛（或大愛）輔導法。**

社區與小中大學也該有人倡導大愛比小愛與自私的重要，只有大愛才能無霸凌、犯罪、與戰爭。此可藉著討論「尊重自己與尊重別人，哪個重要？還是一樣重要？」來開始，也可以每年實施有獎徵答、作文比賽、網路過關比賽等。筆者以教育部大學責任計畫或深耕計畫之經費在嘉義透過中正大學大愛獨木舟與大林大愛獨木舟活動來推動大學生與社區的社會教育，讓大眾能漸漸釐清大愛比小愛與自私更好而選擇大愛，藉此減少模糊空間，使人心漸漸改善以正風氣、消犯罪。**筆者稱此法為兼愛（或大愛）宣導法**（呂慧瑜，2022/11/20；林明傑，2023）。

至於大愛輔導法為何適用於治療創傷後心理症？筆者認為創傷後心理症者容易因創傷而容易只看到自己受傷還惡性循環到自關心自己，大愛輔導法則可在 EFT 後實施，跟案主討論並釐清尊重的文提而開闊視野到「也有能量來關心別人」。此外，暴力者或成癮者之行為遠因可能有創傷或不舒服經驗而引發轉

移、報復、投射等不當的防衛機轉而啟動想傷人傷己的動機，再經過錯誤學習與想法及神經營養不足而惡性循環。因此，創傷的輔導在引用 EFT 而能「雖然我曾不舒服但我還是愛自己、接納自己」改善創傷的閃現與焦慮，但仍要鼓勵案主生出一套關於人生與壓力適應的新想法，此時鼓勵案主能也引用精神分析中正面的防衛機轉，如昇華，讓自己能開始幫助也有同樣困擾的人並預防任何傷害事件的發生。以上關於「尊重自己與別人哪個重要」的大愛問答，只有在創傷情緒穩定與認知辨認後才能改正而有長久的改善。筆者認為認知治療中要求指正案主的非理性想法並鼓勵辨認，還不如讓案主創傷情緒改善後再以「新的正面想法」代替更有效能，如問「如果是一樣重要，以後還有想傷害別人的想法跑出來可怎辦？」、「如果是一樣重要，以後看到有人傷害別人可怎辦？」、「是否希望子孫也都活在戰亂犯罪霸凌之下？若不希望那是自己先改還是子孫再改？」。

九、結論與建議

本文有以下之結論與建議。

(一) 結論

1. 可以從以上的案例知道家暴者性侵犯者與成癮者多少都有過去不舒服的經驗或創傷，只是程度不同而已
2. 四關鍵診療法相對傳統的認知行為療法上更增加過去創傷改善與營養保健而情緒釋放療法與營養保健更是操作簡易且有科學證據顯示改善效果，應可推廣於實務的心理治療或輔導。
3. 部分犯罪者有將自私合理化並敢於傷害別人以利益自己。建議可用「大愛輔導法」以帶領討論「尊重自己與尊重別人，哪個重要？還是一樣重要？」可改善利己心態為平等愛人心態。而建議以「大愛宣導法」在各級學校與社區辦理宣導仁愛提升到大愛才是人類道德的方向，使人人都可改變心態到平等愛人的大愛，至少需知道這才是正確的方向。

(二) 建議

1. 對家暴者、性侵犯者、與成癮者做治療時應該能夠經過詢問後找到創傷後同理，並鼓勵案主一起來做改善的事。如此案主才有力量能夠找出優點並開始檢視自己可改善的部分，使治療更周全有效。
2. 治療的方法，建議應可用更簡易並整合的療法來幫助案主，四關鍵診療法相對傳統的認知行為療法上更增加過去創傷改善與營養保健。而情緒釋放療法更是操作簡易，且驗證甚為快速有效，社工員或親友就可教導，建議對於家暴與性侵的被害人、加害人、及成癮者的輔導與訪視都可運用。
3. 認知的輔導上，筆者發現部分性侵、家暴、成癮者會認為「尊重自己與尊重別人，哪個重要？還是一樣重要？」上，認為自己比較重要。筆者建議增用兼愛輔導法，帶領投入討論「尊重自己與尊重別人，哪個重要？還是一樣重

要？」，之後再詢問「是否喜歡被尊重？是否所有人都喜歡被尊重？」後再問前句，則全部案主都可回答一樣重要，也都改變心態到平等愛人的大愛。並建議增用兼愛宣導法讓社區與小中大學都可學到大愛比小愛與自私更能讓社會更為祥和而沒犯罪。

註釋

註 1：Substance Abuse and Mental Health Services Administration，簡稱 SAMHSA

參考資料

中央研究院（2019）過動兒爸媽不哭！治療過敏、吃對食物，可能改善病情。

《研之有物電子報》<https://research.sinica.edu.tw/pan-wen-harn-adhd-nutrition-allergy/>

呂慧瑜（2022/11/20）宣導反家暴霸凌 中正大學辦獨木舟飛盤體驗 聯合報
<https://udn.com/news/story/6928/6779155>

吳進安（2011）儒墨哲學比較研究。台北：花木蘭。

李賢中（2003）墨學理論與方法。台北：揚智文化

兒童福利聯盟（2021）2021 台灣童年逆境經驗研究 作者：自印

林明傑，陳慧女（2024）精神病理社會工作：社會安全網與精神醫療體系助人工作者的實務指引。台北：心理。

林明傑（2023）。營養確可改善學生過動與憂鬱。《師友雙月刊》，641，90-94。

林明傑（2020）。家庭暴力的全貌與防治：含學習和平與人類未來。台北：元照。

林明傑（2018）矯正社會工作與諮商：犯罪心理學的有效應用。台北：華都。

林明傑（2017）毒品犯罪人再犯風險評估工具之研究。（計畫編號：PG10602-0154）法務部研究案。<https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=12078222>

留佩萱（2019）療癒，從感受情緒開始：傷痛沒有特效藥，勇於面對情緒浪潮，就是最好的處方箋。台北：遠流。

陈建明（2015）平等之爱与差等之爱 哲学中国网

http://philosophychina.cssn.cn/fzxk/rszx/201507/t20150714_2730299.shtml

黄勇（2003）儒家仁爱观与全球伦理：兼论基督教对儒家的批评《思想与文化》1：1-15。

謝明哲（2012）謝明哲博士的保健食品全事典。台北：三采

羅傑·卡拉漢及李察圖波（Callahan, R. & Trubo, R.）（2003）。《敲醒心靈的能量：迅速平衡情緒的思維場療法》（林國光譯）。心靈工坊

哲瑞·考利（Corey, G.）（2014）。《諮商與心理治療：理論與實務》（修慧蘭等譯）雙葉

茱蒂絲·赫曼（Herman, J.）（2018）從創傷到復原：性侵與家暴倖存者的絕望與重生（施宏達，陳文琪，向淑容譯）。左岸文化。

奧利維亞·蘭（Lang, O.）（2019/11/22）加拿大醫生顛覆認知 解密上癮之真相 BBC NEWS 中文 <https://www.bbc.com/zhongwen/trad/science-50502901>

加博·馬泰（Mate, G.）（2020）癮，駛往地獄的列車，該如何跳下？（高子璽譯）台北：新自然主義

- Appleton, K. M., Rogers, P. J., & Ness, A. R. (2010). Omega-3 fatty acids for depression in adults: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 196(6), 474-482.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Benton, D. (2007). The impact of diet on anti-social, violent, and criminal behaviour. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31(5), 752-774.
- Clond, M. (2016). Emotional Freedom Techniques for Anxiety: A Systematic Review with Meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 204(5), 388-395
- Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(15), 1367-1386.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & 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.
- Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams* (J. Strachey, Trans.). Macmillan.
- Garner, M., Mogg, K., & Bradley, B. P. (2006). Orienting and maintenance of gaze to facial expressions in social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 760-770.
- Gesch, C. B., Hammond, S. M., Hampson, S. E., Eves, A., & Crowder, M. J. (2002). Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners: Randomised, placebo-controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 181, 22-28.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., & Walker, G. (1990). Love and violence: Gender paradox in volatile attachment. *Family Process*, 29, 343-364.
- Groth, N & Birnbaum, J. (1979). *Men Who Rape: The Psychology of the Offender*. New York, NY: Springer.
- Gyurak, A. & Ayduk, O. (2007). Defensive physiological reactions to rejection: the effect of self-esteem and attentional control on startle responses. *Psychological Science*, 18(10), 886-892.
- Hvas, A. M., Juul, S., Bech, P., & Nexø, E. (2016). Vitamin levels in adults with ADHD. *British Journal of Psychology Open*, 2(4), 301-307.
- 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.
- McKay, J. R., & Weiss, R. V. (2001). A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. Preliminary results and methodological issues. *Evaluation review*, 25(2), 113–161.
- Nelms, J. A. & Castel, L. (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized and Nonrandomized Trials of Clinical Emotional Freedom Techniques (EFT) for the Treatment of Depression. *Explore (NY)*.12(6), 416-426.
- Palmer, C. M. (2022). Brain Energy: The Groundbreaking Science That Will Transform Mental Health Care. Benbella Books
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex* (G. V. Anrep, Trans.). Oxford University Press.
- Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., Amminger, G. P., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M. P., Hibbeln, J., Matsuoka, Y., Mischoulon, D., Mizoue, T., Nanri, A., Nishi, D., Ramsey, D., Rucklidge, J. J., Sanchez-Villegas, A., Scholey, A., Su, K. P., Jacka, F. N., & International Society for Nutritional Psychiatry Research (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The lancet. Psychiatry*, 2(3), 271–274.
- Schenker, S., & Halff, A. (1993). Nutritional therapy in alcoholic liver disease. *Seminars in Liver Disease*, 13(2), 196-209.
- Schoenthaler, S. J. & Bier, I. D. (2000). The effect of vitamin-mineral supplementation on juvenile delinquency among American schoolchildren: a randomized, double-blind placebo-controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 6(1), 7-17.
- Schoenthaler, S. J. (1983). Diet and crime: An empirical examination of the value of nutrition in the control and treatment of incarcerated juvenile offenders. *International Journal of Biosocial Research*, 4(1), 25–39.
- Sebastian B. & Nelms, J. (2017).The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Explore (NY)*13(1), 16-25.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Swardfager, W., Herrmann, N., Mazereeuw, G., Goldberger, K., Harimoto, T., & Lanctôt, K. L. (2013). Zinc in depression: a meta-analysis. *Biological psychiatry*, 74(12), 872–878.
- Walker, L. (1979) The battered woman. New York, NY: harper and how.
- Williams, R. J., Berry, L. J. and Beerstecher, E., Jr.(1949).Individual Metabolic Patterns, Alcoholism, Genetotrophic Diseases, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 35, 265-271.

- Zaalberg, A., Nijman, H., Bulten, E., Stroosma, L., & Staak, C. (2010). Effects of nutritional supplements on aggression, rule-breaking, and psychopathology among young adult prisoners. *Aggressive Behavior*, 36(2), 117-126.
- Zhao, Y., Fang, F., & Zhang, X. (2023). Association between dietary calcium and depression among American adults: National health and nutrition examination survey. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1042522.