

美國科羅拉多州家暴犯 機構性治療方案之探究

賴擁連*、林世琪**

要 目

壹、前 言

一、當前家暴案件與家暴犯
之現況分析

二、介紹與更新當前家暴犯
在監處遇方案的必要性

貳、RNR模型與犯罪人再犯風 險評估

一、RNR模型內容之簡介

二、RNR模型與犯罪人風
險評估之關聯性

參、有效介入原則（PEI）之 介紹

一、RNR模型與PEI之框架

二、PEI原則與家暴犯之處
遇評估

肆、科羅拉多州家暴犯機構性 治療計畫之介紹

一、家暴犯管理委員會之設
置與職掌

二、科際整合的治療團隊

三、進行家暴犯初始治療
評估

四、擬訂家暴犯治療計畫

五、家暴犯治療程序

DOI：10.6460/CPCP.202412_(39).0005

* 國立中正大學犯罪防治學系教授，美國德州聖休士頓州立大學刑事司法博士。通訊電子信箱：crmlyl@ccu.edu.tw。

** 國立中正大學犯罪防治研究所碩士生，國立臺灣師範大學教育學學士。

伍、結 論

- 一、以實證證據為基礎擬訂
家暴犯處遇方案
- 二、設置家暴犯管理委員會
制定家暴犯相關之治療
標準

三、成立科際整合的治療團
隊（MTT）跨領域治療
家暴犯

四、家暴犯治療計畫具有18
項核心能力促家暴犯
達成

摘 要

2010年，科羅拉多州修訂了其州立標準，旨在以實證證據為基礎之研究發現，整合到家庭暴力犯罪人之治療計畫中，以求全州對於家暴犯之治療與處遇有一致性之標準。自始，科羅拉多州建立了一個三層次的差異化治療模型（Three Tiered Differential Treatment Model），並宣稱該家暴犯治療模型是基於一般性犯罪人在犯預測的RNR模型以及機構性處遇矯正計畫中所使用的有效介入原則（PEI），進而設立家暴犯管理委員會、科際整合治療團隊以及設置18項核心能力作為評估家暴犯成功結案與否之標準。本文將介紹科羅拉多州的家暴犯機構性治療計畫與模型，期盼透過本文的介紹，對於當前臺灣家暴專監之家暴犯處遇計畫，具有啟發之效。

關鍵詞：家暴犯、機構性處遇、RNR模型、治療計畫

Introducing the Institutional Treatment Programs for Domestic Violence Offenders in Colorado, US

Yung-Lien Lai* & Shih-Chi Lin**

Abstract

In 2010, Colorado revised its state standards with the aim of incorporating evidence-based research findings into domestic violence offender treatment programs. This revision sought to establish consistent treatment and intervention standards for domestic violence offenders across the state. Consequently, Colorado developed a Three-Tiered Differential Treatment Model, claiming that the model for domestic violence offenders is based on the Risk-Need-Responsivity (RNR) model used for general offender risk prediction, and the Principles of Effective Intervention (PEI) employed in institutional treatment and correctional programs. Additionally, the state established the Domestic Violence Offender Management Board, interdisciplinary treatment teams, and defined 18 core competencies as criteria for

* Professor in the Department of Criminology at National Chung Cheng University; Dr. Lai received his Ph.D. from Sam Houston State University at Texas, USA.

** A Master Student in the Graduate of Criminology at National Chung Cheng University; Bachelor of Education, National Taiwan Normal University.

evaluating whether a domestic violence offender has successfully completed the treatment. This article introduces Colorado's institutional treatment programs and models for domestic violence offenders. We believe that the introduction may provide insights and inspiration for improving current domestic violence offender treatment programs in Taiwan's correctional system.

Keywords: Domestic Violent Offender, Institutional Treatment, RNR Model, Treatment Program

壹、前言

一、當前家暴案件與家暴犯之現況分析

根據衛生福利部（2024）統計數據顯示，我國家庭暴力事件通報案件數在過去五年仍有逐年上升的趨勢，例如整體家暴案件通報數量成長31%，其中最大中的類型為親密伴侶暴力（intimate partner violent, IPV），亦成長27%（詳表1）。

表1

2019年至2023年我國家庭暴力事件通報案數

年 份	親密暴力	兒少保護	老人虐待	其 他	家暴案件總數
2019	63,902	20,989	7,745	28,723	128,198
2020	67,957	25,181	18,165	30,569	141,872
2021	70,328	24,481	20,968	33,421	149,198
2022	75,052	25,193	21,902	34,717	156,864
2023	81,399	27,133	22,982	36,817	168,331

註：衛生福利部保護服務司，保護司統計專區，家庭暴力事件通報案件統計，<https://dep.mohw.gov.tw/dops/lp-1303-105-xCat-cat01.html>

另根據法務部法務統計年報（2024），近年來地方檢察署執行裁判確定有罪之家庭暴力犯罪案件人數，亦有上升之趨勢。例如，2020年為3,484人，相較於2019年之執行判決確定人數3,304人僅成長5%，然而2023年執行判決確定之人數達到5,242人，成長59%。

表2
2019年至2023年各地方檢察署執行判決確定之家庭暴力犯案件人數

年 份	執行判決確定人數	成長比例（%）
2019	3,304	0
2020	3,484	5%
2021	3,510	6%
2022	4,776	45%
2023	5,242	59%

註：法務統計年報（2024），第84-85頁，file:///D:/Admin/Downloads/Y01_Y3-18_84_112.pdf

最後，根據法務部矯正署（2024）統計數據顯示，過去近五年在監家庭暴力受刑人與違反保護令受刑人，亦呈現上升現象，例如家庭暴力受刑人約成長6%，而整體總人數則成長10%（詳表3）。

表3
2019年至2023年年底在監家庭暴力與違反保護令受刑人數

年 份	家庭暴力受刑人	違反保護令受刑人	總人數
2019	2,190	461	2,651
2020	2,159	426	2,585
2021	2,115	419	2,534
2022	2,194	495	2,689
2023	2,330	598	2,928

註：法務部矯正署。

值得注意的是，各地檢署近年來新收家暴犯接受社區性處遇的案件數，卻呈現逐年下滑之趨勢，例如家暴犯保護管束新收案件由2019年的173件略降至2013年之168件；而同一時間緩起訴社區處遇新收案件亦由98件降至66件（詳表4）。

表4

2019年至2023年各地檢署新收家暴犯社區處遇案件數

年 份	保護管束新收案件數	緩起訴社區處遇新收案件數	總人數
2019	173	98	271
2020	185	121	306
2021	179	96	275
2022	167	90	257
2023	168	66	234

註：法務統計年報（2024），第204-245頁，file:///D:/Admin/Downloads/Y01_Y3-18_84_112.pdf

根據家庭暴力防治法第41條規定，法務部應訂定並執行家庭暴力罪或違反保護令罪受刑人之處遇計畫。據此，法務部訂有「家庭暴力或違反保護令罪受刑人處遇計畫」，針對因觸犯家庭暴力防治法第2條第2款所稱家庭暴力罪及違反同法第61條規定處徒刑、拘役之違反保護令罪之在監受刑人，施以前揭處遇計畫，以達矯正輔導、祛除其暴力行為，促進其家庭和諧並使其習得與家庭有關知識之目的，自1999年訂定實施至今已有二十五年。

進一步探究該處遇計畫，具有以下五大內容：

（一）新收入監調查：處遇對象於入監後應由各監獄調

查科針對其犯罪原因、動機、性行、境遇、學歷、身心家庭狀況及其他可供行刑上參考之事項詳加詢問，作成紀錄，並將結果加以分析，以作為判定其有無心理或精神異常之依據及作為日後治療、教誨輔導評估之參考。

(二)治療、教誨及輔導：處遇對象經前項分析結果疑有酒癮、藥癮、心理或精神異常者，所屬監獄應延請精神專科醫師、臨床心理師及相關專業人員實施精神、戒癮等治療，無異常者應由教誨師或相關專業人員實施認知教育、親職教育、心理等輔導課程，並加強日常生活輔導，接受上述課程之受刑人應繳交5百字以上之心得感言報告（得視情況以5分鐘口頭報告代之），以供評估實施成效之參考。

(三)作業配置：處遇對象之作業分配應視其暴力程度加以區別，輕微暴力程度者，配予輕便簡單之作業，或減輕其作業數量，使其能有較多時間接受各項教誨及輔導；暴力程度較重者，則先予以隔離，施以密集之教誨及輔導，視其輔導具有成效後再配入工場作業。

(四)刑期屆滿或假釋前之銜接：監獄應於處遇對象刑期屆滿前一個月或假釋核准後釋放前，將判決書及相關處遇資料提供其戶籍所在地之家庭暴力防治中心，以利後續追蹤輔導。

(五)通知被害人及相關機關：處遇對象預定出獄前或有脫逃事實時，執行之監獄應依家庭暴力防治法第42條之規定通知被害人、其住居所所在地之警察機關及家庭暴力

防治中心，或視實際需要函請檢察機關提供被害人送達處所之資料，並依個人資料保護法等相關規定辦理。

鑑於家暴受刑人之處遇計畫屬於專業工作，考量各矯正機關內臨床心理師與社會工作人員專業人力之配置與矯正機關家暴犯處遇專業性之發展，法務部遂於2009年指定臺北監獄、臺中監獄、臺中女子監獄、嘉義監獄、高雄監獄以及明陽中學為家暴犯專業監獄（家暴專監），並依其鄰近監所劃分轄區，以移監方式集中收容於家暴專監，讓家暴受刑人接受專業治療輔導處遇。表5呈現過去五年各矯正機關接受處遇之家暴受刑人數。

表5

2019年至2023年各家暴專監接受家暴處遇人數統計表

年 份	接受處遇人數	個別輔導		團體輔導	
		人 數	人 次	人 數	人 次
2019	1,628	194	831	1,545	15,452
2020	1,335	215	957	1,240	13,829
2021	1,287	260	880	1,178	14,026
2022	1,162	175	622	1,073	11,495
2023	690	137	817	611	6,976

註：法務部矯正署。

二、介紹與更新當前家暴犯在監處遇方案的必要性

臺灣監獄對於家暴犯雖有根據前揭規定須針對渠等進行治療處遇與輔導，但具體的介入處遇與輔導內容，並無特定方案，都由各專監發展各自特色為主。惟大多改良美

國的處遇計畫，由各矯正機構與處遇人員沿用早期的 Duluth（杜魯斯）模式和認知行為治療法（cognitive-behavioral therapy (CBT) approach），期盼透過改變家暴犯對暴力的態度並制定更健康的因應策略來改變他們的思維模式和行為（林世棋等人，2007）。鑑於前揭兩種治療介入方案均發展於1970年代，實施近五十年，逐步的修正與優化方案內容，具有一定的治療成效與再犯防止，然而介紹新的介入治療方案亦有其必要性。其次，由於家暴犯處遇計畫並沒有統一，因此成效評估方式都不相同，有些只關注加害人的參與度和完成度；有些會評估參與者態度、認知與行為的改善程度（李建諺，2013）；有些研究評估設計會有前後測（林明傑、黃志中，2003）或實驗組與對照組（例如嘉南療養院The Third Path認知行為模式評估），但大部分則否，顯示臺灣對親密伴侶暴力加害人處遇計畫並無統一的成效評估標準，遑論當前治療處遇方案之成效。

晚近，美國在處理家暴犯（Domestic Violence Offender, DVO）機構性治療處遇上出現一個典範轉移的現象。亦即為了提高家暴犯機構性治療的成效，實務工作者和研究者提出一個新的倡議，主張納入證據為基礎的家庭暴力政策、治療方法和評估標準（Babcock et al., 2004; Cannon et al., 2016）。基於此一倡議以及典範轉移的殷切期盼，從有效的矯正處遇方案所汲取出解決受刑人出獄再犯問題的有效介入原則（Principles of Effective Intervention,

PEI) (Andrews et al., 1990; Bonta & Andrews, 2017) 即被提出 (Radatz & Wright, 2016; Stewart et al., 2013)。換言之，PEI框架在矯正治療計畫中提供經過實證支持的指導，而矯正治療計畫若當遵循這些指導時，則會有顯著減少再犯率的成效 (Bonta & Andrews, 2017)。其中最為人熟知和使用的原則即為RNR原則（風險、需求和回應原則）——通常也被稱為RNR模型。而科羅拉多的學者和實務工作者，根據PEI原則，將RNR模型整合到在監家暴犯的治療處遇當中，獲得相當不錯的實證成效之支持，頗令人鼓舞與支持 (Radatz & Hilton, 2019)。因此，本文將介紹興起於2010年的科羅拉多家庭暴力犯治療處遇方案 (Domestic violence treatment in Colorado)。

貳、RNR模型與犯罪人再犯風險評估

一、RNR模型內容之簡介

RNR模型為風險 (Risk) —需求 (Need) —回應 (Responsivity) 的縮寫 (Andrews et al., 1990)，自1980年代發展以來，已在加拿大、美國、英國、歐洲、澳大利亞和紐西蘭等國廣泛使用，以管理犯罪人之犯罪行為，並形成許多實證研究的基礎，進而被這些國家運用來作為犯罪人再犯評估與矯治工作之遵循原則 (Vitopoulos et al., 2012)。它可以說是當前最具影響力之犯罪人再犯風險評估與處遇的模式 (Bonta & Andrews, 2007)。該理論係在1990年根據犯罪行為的一般性格理論與認知社會學習理論

的脈絡中正式建立。自1990年開始，在其核心理論原則中，又陸陸續續增加了一些原則，以增進和強化有效的介入措施之設計和實施。例如，這些增加的原則包含矯正人員、受刑人和矯正機構間建立合作且相互尊重的工作關係之重要性，以及提供政策和引導方針以促進和實現有效的介入措施（Andrews & Bonta, 2006）。

即使有這些增加的原則期盼能夠增強與強化有效的介入措施，但該模式的核心仍在RNR三個核心原則（Bonta & Andrews, 2007），簡要說明如下：

（一）風險原則（Risk principle）——服務的強度將隨著犯罪人再次犯罪的風險水平而增加，亦即服務水平與犯罪者再次犯罪的風險相匹配。

（二）需求原則（Need principle）——犯罪人的需求是規劃服務的適當目標，亦即評估犯罪人的需求並針對需求提供適切的治療服務。

（三）回應原則（Responsivity principle）——服務提供者提供基於證據的規劃（一般回應），並且提供這些服務的方式是在考慮個人的個人特徵和／或影響治療效果的情況（特別回應）。亦即透過提供認知行為療法和根據犯罪人的學習方式、動機、能力和優勢，調整介入的措施，盡可能地協助犯罪人從介入措施中提高自身的學習能力。

回應原則又區分為一般回應（general responsivity）和特別回應（specific responsivity）。一般回應要求使用認知社會學習介入措施（cognitive social learning

interventions) 來影響犯罪人之行為。無論犯罪人的類型如何（即女性犯罪人、家暴犯罪人、精神病患者、性犯罪人等），認知社會學習策略都是最有效的。而該原則在矯正實務的核心實踐，例如親社會模式、適切的使用增強與懲罰以及解決問題，均可謂為認知社會學習方法中所具代表的實踐方式。而特別回應是指認知行為介入措施（cognitive behavioral interventions）的「微調」（fine tuning）。它考慮了犯罪人的優勢、學習方式、性格、動機和生物社會特徵（例如性別、種族）。

二、RNR模型與犯罪人風險評估之關聯性

風險原則，認為如果提供給犯罪人的治療服務與其再犯的風險是成反比的話，則可以減少犯罪人的累犯機率。而該原則可以分為兩部分：(一)治療的等級、和(二)犯罪人再犯的風險。犯罪行為其實是可以透過專業訓練和經驗（主觀）之外的可靠方式（客觀）來被成功地預測，亦即客觀的數據精算與主觀的專業判斷之辯論。此外，透過第三代和第四代風險評估工具¹，當前對於犯罪人再犯的預測能力，愈來愈精準、評估效能進而提高（Andrews et al., 2006）。換言之，如果吾人的矯正目標之一是減少犯罪人的累再犯比率，那麼我們則需要確定有一種可靠的方法來

¹ 第三代風險評估工具是指證據為基礎動態性評估工具，包含犯罪人動態性資料的收集以及大數據的運用分析。第四代風險評估工具則導入系統性與全盤性的評估工具，包含AI演算技術，詳見（Andrews et al., 2006）。

區分低度風險之犯罪人和高度風險之犯罪人，以便提供適當的處遇等級。今天，世上已經擁有評估技術來辨識出不同再犯概率的犯罪人（Campbell et al., 2007）。

需求原則則要求矯正處遇的重點放在犯罪需求上。犯罪需求是動態性的風險因素並與犯罪行為直接相關。犯罪需求既是動態性的，代表隨時變化，不像靜態風險因素只能在一個方向上改變（增加風險）並且對於處遇介入是不可改變的。犯罪人有許多需要治療的需求，但並非所有的需求都與他們的犯罪行為有關（例如疾病）。然而，這些導致犯罪的需求的主要預測因素，被稱為「核心八項」（central eight）風險／需求因素（Andrews & Bonta, 2006; Andrews et al., 2006），包含反社會行為史（history of antisocial behavior）、反社會性格型態（antisocial personality pattern）、反社會認知（antisocial cognition）、反社會同儕（antisocial associates）、家庭／婚姻狀況（family/marital circumstances）、學校／工作狀況（school/work）、享樂／娛樂活動（leisure/recreation）以及藥物濫用史（substance abuse），其中前四項為關鍵四項（Big four），後四項為緩和四項（Moderator four）（Grieger & Hosser, 2013）。

Bonta和Andrews（2007）將前揭八大核心修正為七大動態風險指標，最大差別在於將反社會行為史（犯罪史）視為是靜態因素後，予以移除，其餘均視為動態性因素（dynamic factors），各個風險／需求因素及其衍生之指

標、介入措施的目標，彙整如表6所示。

表6

Bonta和Andrews（2007）主張七大核心風險／需求因素

主要風險／需求因素	指 標	介入措施之目標
1.反社會性格型態	衝動性、追求冒險性的歡愉、易怒煩躁	建立自我管理的技術、教導管理脾氣的能力
2.親犯罪態度	合理化犯罪行為、對於法律持負面態度	以親社會態度反犯罪合理化：建立親社會認同
3.犯罪的社會支持	犯罪同儕、與其他社會人士隔絕	用親社會的朋友和同事取代親犯罪的朋友和同事
4.物質濫用	使用酒精類飲品與毒品濫用	降低物質濫用的機會，強化物質濫用的替代方案
5.家庭／配偶關係	父母管教不當、家庭關係不佳	教導育兒技術、強化關心與照顧嬰幼兒之能力
6.學校／工作狀況	在校／職場表現不佳、低度的滿意度	強化工作與學習的能力，教導在工作與學校的場域培養人際關係
7.親社會（正當）娛樂活動	缺乏親社會性（正當）的娛樂／休閒活動	鼓勵參與親社會娛樂／休閒活動，教導養成親社會（正當）嗜好與運動

註：Bonta & Andrews (2007). RNR model for offenders assessment and rehabilitation.

參、有效介入原則（PEI）之介紹

一、RNR模型與PEI之框架

1990年，Bonta和Andrews以及同僚為回應一些矯正學者之呼籲，引進證據為基礎之研究以降低再犯之策略後，推出了有效介入原則（PEI）框架（Andrews et al., 1990;

Bonta & Andrews, 2017; Gendreau, 1996)。在過去四十年裡，PEI框架已經成為證據為基礎（Evidence-based）之矯正計畫的代名詞，並且有數百項實證研究驗證了其在減少各類型犯罪人再犯率的成效（MacKenzie, 2006; Smith et al., 2009）。如前所述，RNR模型最受研究者和實務工作者的青睞和運用。風險原則指出，矯正計畫應根據犯罪人的再犯風險程度對其進行評估，並將其分類為低、中、高風險等級後，輔以相對應的治療處遇方案（Bonta & Andrews, 2017）。需求原則強調犯罪人的需求，這些需求分為兩類：犯罪性需求和非犯罪性需求（Criminogenic and Non-Criminogenic Needs）。犯罪性需求是與再犯率高度相關且可改善之風險因素（例如，物質濫用、反社會人格特徵），而非犯罪性需求則與再犯率呈現較弱的潛在性治療需求（例如，不佳的身體狀況、低的自尊心；Bonta & Andrews, 2017）。因此，需求原則要求治療處遇計畫應重視評估和提供動態的犯罪生成需求，只有在非犯罪性需求會影響到犯罪人的犯罪性需求時，才應該考慮提供非犯罪性需求（Bonta & Andrews, 2017）。

回應性原則則強調，犯罪人的治療計畫應考慮到犯罪人對治療的普遍性反應（例如，計畫的結構應利用認知社會學習策略），以及犯罪人的特殊特徵如何影響他們在介入過程中的成功或失敗（例如，閱讀理解能力低的犯罪人可能需要對課程的文字呈現方式進行部分調整）。總的來說，RNR原則強調犯罪人並非同質的，他們可能具有不同

的風險、需求和特徵，這些因素在治療計畫中需要採取不同的考量與調整，以確保治療計畫能降低再犯率（Bonta & Andrews, 2017）。

另外，有兩個著名的原則——治療和忠實原則（treatment and fidelity）——強調對計畫執行和評估的重視。治療原則概述了計畫執行人員應該接受良好的教育與訓練，瞭解治療與方案內容，並保持堅定但公平、尊重的態度。此外，治療服務應結合認知社會學習策略（例如，角色扮演、示範、認知行為療法），並將40%-70%的計畫時間專注於急性服務（acute services）（Bonta & Andrews, 2017）。忠實原則則為治療服務的執行和評估提供指導。特別是，符合資格的計畫執行人員應受到監督和監控，他們的執行方式與技巧應該被評估與檢視是否符合相關的標準化程序以及對當事人問題改善的適切程度。不僅治療計畫的執行人員，治療計畫的所有組成部分也都應該定期進行評估與修正、優化，以確保整個治療計畫的完整性（Andrews et al., 2006）。

二、PEI原則與家暴犯之處遇評估

目前僅有少數專門之研究在探討RNR原則於家暴犯（DVO）治療處遇之應用與評估。第一，Connors與其同僚（Connors et al., 2012; 2013）分別有兩次針對參加中等和高強度家庭暴力治療計畫的男性家暴犯進行前、中、後測的自我評估研究，研究人員調查家暴犯的態度和與計畫相關技能在接受治療前與後的變化。結果顯示，家暴犯在

態度、動機以及與計畫相關的技能方面，都有達到顯著的改善程度。值得注意的是，渠等的研究都使用了一個現存且有名的家庭暴力風險評估工具——配偶攻擊風險評估（Spousal Assault Risk Assessment, SARA; Kropp & Hart, 1997）來協助對於家暴犯之風險評估和治療強度的決策。第二，同樣地，Radatz和Hilton（2019）也運用PEI框架，針對另一個廣為人知且經常使用的家庭暴力風險評估工具——加拿大安大略省家庭暴力風險評估（Ontario Domestic Assault Risk Assessment, ODARA; Hilton et al., 2010; Hilton et al., 2004）進行實證研究以協助確定該評估工具與家暴犯之治療強度的關聯性。

這些少數的研究顯示，家暴犯具有犯罪性需求（Stewart & Power, 2014）。例如2014年，Stewart和Power針對家暴犯和非家暴犯的犯罪性需求進行比較研究，結果發現家暴犯的再犯風險和犯罪性需求顯著高於非家暴犯。此外，家暴犯宣稱他們比樣本中的非家暴犯有更多的學習障礙、更多的心理健康問題和更長久的犯罪史。2018年，Hilton和Radatz在Stewart和Powers（2014）的研究基礎上進一步去比較家暴犯、非家暴的暴力犯和非暴力犯在犯罪性需求和非犯罪性需求的差異。結果顯示，家暴犯在研究中的所有8個犯罪性和非犯罪性需求之指標上，均達到顯著水準。亦即與其他兩組相比，家暴犯的犯罪性需求顯著地多更多，且在所有犯罪性領域（除就業／學校問題外）表現出最高的需求程度（Hilton & Radatz,

2018)。

最近，Hilton和Radatz（2020）研究家暴犯的犯罪性需求與再犯率的關聯性，以及家暴犯的犯罪性需求數量與ODARA（加拿大安大略省家庭暴力風險評估）治療強度間的關聯性。研究結果顯示，家暴犯在他們能夠測量的所有6個犯罪性需求領域中均達顯著水準，其中有5個犯罪性需求（除了人際關係不良之外）均與家庭暴力的再犯程度達到顯著相關。此外，家暴犯犯罪性需求數量與ODARA治療強度等級間存在顯著的正相關。

在治療計畫層面，Stewart與其同僚（2014）進行了迄今為止唯一的一項研究，即探討基於PEI框架的家庭暴力治療計畫成效評估，該研究涵蓋了中等治療強度和高強度治療的計畫。結果顯示，參加高強度治療的高風險家暴犯與未接受治療的家暴犯相比，參加者的再犯（包括觸犯家暴和非家暴之再犯行為）可能性顯著地降低。此外，參加中等強度治療計畫的中等風險家暴犯其再犯率也呈現相似但未達統計顯著的趨勢（Stewart et al., 2014）。

2015年，Scott與其同僚針對一項「第二回應者計畫」（The seconder responder program）進行成效評估，這也是一項根據PEI框架所設計的治療計畫，旨在瞭解安大略省倫敦市中、高風險家暴犯的風險因素和犯罪性需求。該介入方案係針對等待審判的男性親密伴侶暴力（IPV）加害人，與心理治療師之間所進行的一對一的治療計畫進行評估。研究結果顯示，參加此項一對一介入計畫的IPV加

害人（實驗組）與未接受治療且隨機分配的加害人（對照組）相比，參加者的再犯可能性顯著降低（Scott et al., 2015）。整體而言，這些少數的研究顯示，將PEI框架整合到家暴犯的治療計畫是一種具有前瞻性的治療處遇方法（Radatz et al., 2020）。

肆、科羅拉多州家暴犯機構性治療計畫之介紹

以下參考Radatz與其同僚（2020）所撰寫之科羅拉多家暴犯治療一文，介紹該州家暴犯之治療處遇方案。

一、家暴犯管理委員會之設置與職掌

與許多其他州一樣，科羅拉多州於20餘年前亦針對家暴犯之管理機制與處遇內容進行相關的修正與優化措施，並於2001年通過了立法，設置家暴犯管理委員會（Domestic Violence Offender Management Board, DVOMB），其目的在為家暴犯之刑事案件建立一個一致性受理與處理標準，讓「此類加害者不再犯家暴罪，並增強對被害人及潛在被害人的保護」（C.R.S. § 16-11.8-101）。DVOMB主要作為一個政策委員會，在其中眾多的法定職掌中，以負責制定州的治療處遇標準據以評估、治療和監控家暴犯最為重要。為了遵循忠實原則，DVOMB被要求定期審查、修訂和核定這些標準，以針對最新研究發現、最佳實務、執行挑戰和最新判例，進行回應（Tunstall et al., 2016）。在最

近的一次重大修正中，DVOMB納入旨在解決親密伴侶暴力（IPV）的一系列模式和介入措施。這些修正的結果建立了以PEI框架為指導原則並強調證據為基礎的支持性州立標準（State Standards）。此外，DVOMB還負責管理並遴聘符合資格的專業人員以提供家暴犯治療處遇之業務，換言之，只有那些被DVOMB審查通過並列入資料庫的人員始有資格提供家暴犯者治療處遇的服務機會，不是任何一個治療機關或私人團體或單位的職員即可擔任家暴犯的治療處遇工作。此外，DVOMB的管轄範圍包括那些被判決有罪、緩刑、認罪協商或其他型態法院已認定具有家暴事實的家暴犯（已成功核發保護令），換言之，這些家暴犯包括在緩刑、社區矯正、假釋以及在監服刑等階段，也都是DVOMB監管之對象。

DVOMB在探討州的標準修訂時，會努力審查並納入實證研究。這種高度依賴研究結果的做法，2010年可以說是一個重要的分水嶺，主要是如同前述家暴犯治療處遇典範的轉移，納入並整合具有實證為基礎的RNR模型，至關重要，因為納入該模型後DVOMB取消了對所有家暴犯原先的36週最低治療期程的限制。這一變革的理由在於許多治療者擔憂以時間為驅動（Time-driven）的治療計畫或方案模式，受限於時間的壓力，不足以應付家暴犯多樣的犯罪學、病理學和類型學的特徵與犯罪性需求（例如，Fowler et al., 2016; Johnson & Goodlin-Fahncke, 2015）。因此，採納RNR模型在一般犯罪人之再犯風險研究與成效

評估，DVOMB設計了一個差異化且風險知情（Risk-informed）的模式，強調符合個性化目標，而不是在預定次數或期程的晤談中僅僅根據時間的推移來衡量治療的效果（Gover et al., 2015）。

二、科際整合的治療團隊

DVOMB標準要求設立一個「科際整合的治療團隊」（Multi-Disciplinary Treatment Team, MTT），其成員至少包括治療服務提供者、刑事司法從業人員（如緩刑或假釋官、矯正人員）和治療被害人倡議者（Treatment Victim Advocate, TVA）。為達治療程序的順利進行，家暴犯必須向每一位MTT成員簽署個人資料揭露同意書。同時，每一位MTT成員在每一個個案治療的以下階段必須達成共識：初步治療的安置、對於個案在不同治療階段之建議變更以及何時完成治療。MTT允許每位專業人士共享訊息、表達急性問題的關切，並在家暴犯的評估和治療過程中達成共識，以防止家暴犯離間專業人員意見、提高對被害者的保護等級，以及對家暴犯之監控程度。在家暴犯的整個治療過程中，MTT的所有成員都必須參與決策，其中家暴治療計畫的提供服務者在臨床事務上擁有優先發言權。MTT的組織在2010年的修法中已被納入家暴犯處遇的標準作業程序之一環。

TVA是科羅拉多州家暴犯處遇中州立標準的特有角色。每個接受治療的家暴犯都必須為案件中的指定被害人分配一名TVA。TVA在加害者治療評估的每一個環節都會

聯繫被害者，並告知是否繼續溝通的選擇。為了促進被害者的安全，每個案件的受害者可以選擇被告知家暴犯治療處遇的出席情況以及家暴犯治療是否有進展的相關事項。此外，被害者還可以選擇是否報告他們在加害者身上看到的任何積極性改變。被害者雖然沒有義務參與這樣的過程，然而，MTT成員說，當某一個案件的受害者與其TVA互動時，他們認為這層額外的聯繫管道說明家暴犯的治療情況與是否改變，是有助於保護被害者及其子女的安全。TVA係由治療服務提供者聘僱或簽約委託出任，但必須通過科羅拉多州被害者協助組織（Colorado Organization for Victim Assistance, COVA）的認證，並必須保持該認證的有效性。為了讓TVA與MTT共享訊息，每個個案的被害者被要求簽署個人資料揭露同意書，但與家暴犯不同的是，每位被害者擁有自我決定權，因此，多數的被害者選擇不簽署個人資料揭露同意書，這使得TVA無法與MTT分享來自被害者的訊息。在這樣的情況下，TVA仍可以與被害者溝通，但不能將被害者的資訊傳達給MTT。

MTT類似於一個小型的社區協調反應小組，每個MTT都有權力設計他們的溝通方式。儘管面對面交流有助於加強關係，但有些MTT會採取電子郵件、電話或電子病歷的方式進行溝通。州的標準是要求MTT至少每一季召開一次會議，以進行及時的治療計畫審查（Treatment Plan Reviews, TPR）；儘管不是強制性的，一些服務提供者說，MTT經常是一個月舉行一次會議，並會在此次會議與

下次會議之間進行額外的溝通，以即時處理家暴犯在治療流程上的問題。可見MTT是一個高度依賴更大範圍的社區協調反應系統，該系統從家暴犯被逮捕到判刑、緩刑、執行、假釋以及必要時的執法介入等，所有司法環節都參與其中。

三、進行家暴犯初始治療評估

當家暴犯被法院判決確定存在家庭暴力的事實依據時，根據科羅拉多州家暴法之規定，要求對於家暴犯進行治療評估，隨後法院則判處家暴犯移由DVOMB提供與進行治療。通常，家暴犯在判刑後會與其觀護人會面，觀護人隨後會建立一個詳細的轉介資料包（Referral Package）並發送給治療服務提供者，以準備進行評估。轉介資料包對於完成評估至關重要，因為它通常包括個案的犯罪報告、犯罪歷史摘要、相關測驗結果、被害者重要陳述意見以及其他對治療服務提供者有用的相關資訊。家暴犯需要自行負擔評估和治療的費用；然而，州的觀護部門會有限度地提供家暴犯在開始時的治療費用。

評估是指針對每個家暴犯進行個別化和綜合性的評估。在評估過程中，治療服務提供者必須包括三個主要的必要部分：最基本的個人資訊、評估工具和家暴犯臨床晤談的基本內容。最基本的個人資訊包括：犯罪報告、犯罪史、被害者意見（如有的話）、與當前犯罪直接相關的輔助資訊，以及先前完成的相關評估，包括任何已完成的定罪後或判刑前的評估。所需的評估工具包括：家庭暴力風險與

需求評估（Domestic Violence Risk and Needs Assessment, DVRNA）、至少一種其他家庭暴力風險評估工具（如加拿大安大略省家庭暴力風險評估[ODARA]）、一種物質使用篩檢工具（如物質濫用微粒篩檢工具[SASSI-4]）、成人物質使用調查——修訂版（ASUS-R）、一種心理健康篩檢工具（如患者健康問卷[PHQ-9]）、貝克憂鬱量表（BDI）、貝克焦慮量表（BAI）、精神疾病篩檢表——修訂版（PCL-R）以及一種認知篩檢工具等。除了DVRNA，治療服務提供者可以根據其經驗和資格選擇並使用其他的評估工具。每個評估工具的選擇和使用必須有相關佐證證明其具有信度與效度，而且是該評估工具的最新版本。家暴犯的臨床晤談的基本內容應包括：心理社會史、犯罪性需求、家暴犯的課責性、對治療的動機和適應性、回應性因素、個人和家庭的物質濫用情形與心理健康情形、親密關係史（特別關注家庭暴力動態和與權力控制相關的問題）、創傷或不良經歷史以及物質濫用和心理健康史。

評估完成後，治療服務提供者會分析所有評估和篩檢工具的結果，並結合其他輔助資訊和臨床晤談中收集的資訊，進行數據的概念化。治療服務提供者會簡明扼要地在總結報告中說明造成家暴犯風險的問題、家暴犯治療需求以及為提供最佳治療成功機會所需要的回應措施。根據這些建議，具體的治療目標會記錄在初步治療計畫中，包括針對所有動態風險因素和犯罪性需求的目標。此外，初步

建議的治療等級也會在總結報告中提出。

值得說明的是，科羅拉多州的DVRNA有三種可能的治療等級。治療等級A是針對那些在DVRNA中得分為0或1的家暴犯，這意思是說家暴犯沒有或只有一個風險因素存在。換言之，等級A屬於低強度治療類別，要求家暴犯每週參加一次家庭暴力治療課程，並且至少需要進行兩次治療計畫審查（TPRs）。治療等級B是針對那些在DVRNA中得分為2、3或4的家暴犯，這被認為是中等強度治療類別。等級B要求家暴犯每週參加一次家庭暴力治療課程，並且每月參加一次額外的課程以解決任何其他臨床上的問題，並至少需要進行三次治療計畫審查。治療等級C是針對那些在DVRNA中得分為5或更高的家暴犯，這被認為是高強度治療類別。等級C要求家暴犯每週參加一次家庭暴力治療課程，並且每週再額外參加一次其他類型的課程（例如，與物質濫用、認知技術或心理健康有關之課程）。此外，等級C要求家暴犯者至少完成三次治療計畫審查。

這些治療計畫審查是對家暴犯在治療中的進度、維持或退步進行持續性的評估基礎，並據此調整治療計畫或步驟。治療計畫審查每兩到三個月進行一次，並且需要科際整合的治療團隊（MTT）的參與。然而，MTT更重視的是家暴犯是否達成所有的治療目標，而非在特定時間內的進步情形，因為每一位家暴犯在治療計畫中的進步速度不同。如果沒有建議額外的治療計畫審查，標準上是允許A

級家暴犯在16至24週內完成治療程序，而B級和C級家暴犯則在24至36週內完成整個治療程序。治療方案的數據顯示，這些等級的實際治療時間通常比最低要求的時間更長。

但如果有必要，隨時可以進行額外的治療計畫審查。如果家暴犯違反了相關治療計畫條款，MTT將儘快瞭解狀況並做出決定，以便及時對家暴犯進行適切的處置。例如，如果家暴犯的尿液檢驗呈現陽性、犯下新罪或未履行財務賠償之責任，MTT將審查其違規的具體情況，決定是否需要調整回應性因素，是否需要修改或增加治療計畫中的目標，並對家暴犯的行為採取立即的相應措施。例如對於尿液檢查呈現陽性的家暴犯，MTT可能會增加尿檢次數、建議或增加物質濫用治療課程、增加安排個人晤談次數以進一步探究其使用物質的原因。通常，與家暴犯合作的家庭暴力治療服務提供者，會直接與MTT進行溝通，以期調整或額外增加對於家暴犯有效的處置措施。

四、擬訂家暴犯治療計畫

如前所述，初步評估結果將根據科際整合的治療團隊（MTT）所達成的共識，擬訂家暴犯的初步治療計畫。這一治療計畫的設計和擬訂是基於實證研究之結果（如Radatz & Wright, 2016; Webster & Bechtel, 2012），並包含以下必要的成分（elements）：根據DVRNA確定的初步安置等級、針對犯罪性需求所擬的具體且可衡量的目標、增強正面和親社會因素的方法、二次接觸介入措施（例

如，針對B級和C級家暴犯用於解決最重要的犯罪性需求的治療選擇；但不適用於A級家暴犯）、增加被害者安全和家暴犯控制的監督或監控建議，以及治療目標。如有必要，針對特定家暴族群（如女性家暴犯或LGBTQ+施暴者）的需求考量，也會被納入治療計畫。

在初步評估過程中，根據家暴者的動態風險因素和犯罪性需求，設定個別化的治療目標。而密切地關注家暴犯個別化治療的回應性因素，也是治療計畫的重要部分。例如，如果家暴犯僅會說西班牙語，則應由會說該語言的治療服務提供者帶領治療小組成員，且其他成員也應儘量找會說西班牙語者投入第一線治療工作。同樣地，如果家暴犯是處於過渡年齡的成年人（18-25歲），則應有與其年齡相仿的小組成員。一切準備就緒後，家暴犯會儘快地安排接受治療，通常在評估會議後的一週內開始接受治療。

五、家暴犯治療程序

科羅拉多州的州立標準（State Standards）為家暴犯治療的執行，提供參考性框架。治療服務提供者被要求以認知行為治療（CBT）作為其治療計畫的基礎。經該州核准的治療服務提供者擁有不同層次且合格的心理健康和物質濫用資源與團隊，這種專業性既提供了一個最低標準，同時也在適當的時候會更複雜的病症提供更專業的治療。雖然偏向於小組治療，但在臨床需要時也會進行個人晤談。治療小組的組成是基於性別的，並且與案件中的性取向相符。每個治療小組不超過12名家暴犯，每次小組治療

時間持續90分鐘。

治療計畫強調18個核心能力，這些能力被用來評估家暴犯的治療進展。3個主要的核心能力要求家暴犯承認並為其過去暴力行為及衍生的後果負起全部的責任，並承諾消除其暴力行為、停止所有其他暴力行為。家暴犯還必須參與並完成一個全面的「個人改變計畫」（**Personal Chang Plan**）來呈現其改變。其他核心能力包括：發展同理心；辨識並減少權力型態和控制行為／信念以及權威感；參與並配合治療；表現出理解家庭暴力類型的能力；理解、辨識並管理自己的暴力模式；能夠理解暴力對於跨間代（**intergeneration**）的影響力；表達出理解並會適當地使用溝通技巧；表達出理解並會使用「暫停」（**time-outs**）技術；展現出何謂經濟虐待（**financial abuse**）²並負起管理財務之責任；以及表現出對辨識和挑戰其暴力行為中起作用的認知扭曲之理解。最後，家暴犯被禁止購買、擁有或使用槍支或彈藥。

這些核心能力為家暴犯提供了一個改過的機會，讓他們認識、理解並改變其行為中與所發展的權力和控制模式相關的錯誤思維。儘管對核心能力的評估沒有固定的結構，但許多服務提供者依循這樣的結構框架已經發展出自己的課程來涵蓋州立標準中所確定的所有核心能力（**Richards & Gover, 2018**）。服務提供者還會開發額外的

² 經濟虐待係指未經允許或利用詐欺手段使用他人的金錢或財物。

課程內容，以解決小組中個體的其他問題。治療服務提供者會根據每個家暴犯的自身需求和犯罪性需求，添加額外的能力。這種在上述州立標準範圍內所開創課程的自由程度，為服務提供者也提供了處理個案特定問題的裁量權（例如簡單和複雜的悲傷、創傷史），而這些問題亦可能是影響或造成個體從事家暴行為的潛在性因素。

按照PEI框架，治療小組會根據治療強度等級進行分組，這意味著來自不同DVRNA治療強度等級的家暴犯不會被安排在同一小組中。治療處遇是包括治療手段和心理教育過程的綜合體。雖然需要遵循州立標準，但治療服務提供者仍有裁量權來按照他們認為適當的方式進行小組會議。每個服務提供者會一致地檢驗家暴犯所獲得的核心能力之程度，並確定是否需要額外的治療計畫項目，以幫助家暴犯朝向完成治療目標並成功改變自己的方向前進。

家暴犯也必須在治療小組和與監管者（例如監獄的戒護人員或觀護人）的個別晤談中表現出其改善之情況。家暴犯在治療計畫中的改善情形還必須接受科際整合的治療團隊（MTT）的進一步監控。此外，在MTT內，治療受害者倡議者（TVA）會提供來自家暴被害者的反饋，這些反饋包括對於家暴犯治療的進展、缺乏進展或任何相關的關切。家暴犯的治療進展通常都是由MTT進行的治療計畫審查來檢驗與決定。定期安排的治療計畫審查允許MTT審查各種訊息，並討論家暴犯可能需要的考慮事項。這些考慮事項可能包括：審查家暴犯在治療中的進展；討論是否需

要改變治療等級；審查家暴犯是否遵守監規／緩刑要求以及是否有新的犯罪行為、違規行為或違反計畫行為；是否存在新的風險因素；對先前確定的風險因素有何變化；以及核心能力的狀態（例如已達成、達成不足或無變化／未達成）。

家暴犯可以透過以下幾種方式解除治療計畫之流程：成功完成治療計畫、未成功但完成治療、行政性解除。對於解除治療服務流程，必須獲得MTT對家暴犯狀態的共識。一旦MTT對所有治療計畫目標的達成具有共識時，家暴犯即可以準備解除。而要被認為符合成功解除治療流程的資格，家暴犯必須完成最低要求的治療計畫審查，展現出所有核心或必要能力，並滿足治療計畫所列之條件。如果家暴犯完成了所設計的治療計畫，則仍有可能被圈選未成功的選項。有時，儘管使用了動機性訪談，適當地調整回應性因素，並且MTT付出了努力，家暴犯仍可能未準備好改變其生活，因此MTT會圈選未成功但已完成治療計畫。然而，在未成功解除之前，MTT會給予家暴犯多次機會來解決其違規行為或不適應之行為。例如，如果家暴犯累積多次無故缺席，MTT可能會要求家暴犯簽署一份出席契約，該契約將指出目前的違規行為，制定解決或改善家暴犯缺席行為的計畫，並規定若繼續缺席應有的具體處罰。儘管該治療計畫由MTT設計，家暴犯仍被允許提供他們的意見，作為治療過程的一部分，並作為個別化處遇的一種方式（例如，提供對行為進行矯正的選項，適當後果

的處置)。如果家暴犯能夠自行改善缺席的問題，MTT則可以繼續利用已有的有效方法來處理治療過程中出現的其他問題，讓治療計畫能持續進行。

值得注意的是，科際整合的治療團隊（MTT）與家暴犯合作，盡可能提供所有成功完成治療的機會，並兼顧治療設計能夠保障被害者的安全。如果家暴犯未能成功完成治療，則會被送回法庭進行檢視和評估，以決定隨後的刑事司法後果（例如監禁、拘留、撤銷／重新核准緩刑或假釋）。如果家暴犯的治療出席因不可控的情況（如重大疾病、接到義務役兵令或後備軍召）受到顯著影響，州立標準規定可以允許家暴犯行政性解除治療計畫。儘管這種情況很少發生，行政性解除會暫停家暴犯治療計畫的進行，直到家暴犯返回後繼續接受治療，至完成治療為止。治療服務提供者建議州立標準應進一步定義測量家暴犯核心能力的方式，以便在解釋和應用州立標準時來解除家暴犯治療完成時能保持忠實性。值得稱道的是，最近家暴犯管理委員會（DVOMB）正在收集與接納外界與學界之研究建議，進行州立標準的修訂，這些修訂包括評估家暴犯核心能力的方法。然而，這些討論的前提是需要有與家暴犯核心能力相關的再犯數據，據以評估其是否準備好解除治療。因此，家暴犯再犯數據將會與其治療計畫核心能力的評估方式，息息相關。

伍、結 論

綜合前揭介紹與說明，吾人可以發現科羅拉多州的家暴犯處遇方案具有以下幾點特色：

一、以實證證據為基礎擬訂家暴犯處遇方案

該州2010年修正該州家庭暴力防治法與以及家暴犯治療處遇方案，其依據即為以證據為基礎（Evidence-based）的相關實證性研究（Empirical studies），例如RNR模型以及PEI框架，進而建立三層次的差異化治療模式（Three-Tiered Differential Treatment Model），而且隨著相關推陳出新的實證研究與發現，滾動式的檢討與修正家暴處遇方案的內容，包含對於家暴犯治療計畫是否成功的核心能力測量方法，都是蒐集相關實證性研究之發現與結論，具以納入參採，實在值得我國學習與仿效。

二、設置家暴犯管理委員會制定家暴犯相關之治療標準

科羅拉多州於2001年設立了家暴犯管理委員會（DVOMB），其主要職責是制定州立標準，以一致性地方式處理家暴犯的刑事案件，旨在減少家暴犯再犯家暴罪並增強對於家暴案件中被受害者的保護。DVOMB會定期審查、檢視和修訂這些有關家暴犯治療與評估之州立標準，以應對最新研究和最佳實務，並納入以實證為基礎的RNR模型，強調治療個別化之目標和風險知情的處遇模式。

三、成立科際整合的治療團隊（MTT）跨領域治療家暴犯

家暴犯管理委員會（DVOMB）轄下設立科際整合的治療團隊（MTT），整合三大與家暴個案有關的領域，包括治療服務提供者、刑事司法專業人員和治療被害人倡議者（TVA）。MTT在家暴犯的治療過程中會進行協調與合作，針對每個治療階段協調三方達成共識後，據以實施治療計畫，並確保被害人的安全與權益保障。TVA在治療過程中也與被害人保持聯繫，以促進受害人的安全並針對家暴犯之治療進度與改變狀況，提供意見與反饋。

四、家暴犯治療計畫具有18項核心能力促家暴犯達成

家暴犯的治療以認知行為治療（CBT）為基礎，並根據治療強度進行低度、中度與高度分組。治療計畫強調18個核心能力，如承擔責任、停止暴力行為、發展同理心等。MTT定期進行治療計畫審查，以評估家暴犯的進展和核心能力達成情況，並根據結果調整治療計畫。家暴犯可以通過成功完成治療或行政性解除等方式退出治療流程，未成功完成者則可能面臨進一步的司法處置。

近年來矯正機關家暴專監對於家暴犯之治療與處遇計畫，存有部分力有未逮之處，除前揭相關實證研究略顯不足且鎖定於滿意度或態度之探究外，尚有以下幾點（林世棋等，2007）：加害人參加課程意願或投入度不高，甚至抗拒治療課程；處遇內容強調兩性平權觀念、法治教育、兩性互動與相處，但對於個案精神病理、爭吵情境處理以

及暴力處理與因應策略之課程略顯不足；再者，處遇人員職前與在職教育與訓練略顯不足、也缺乏跨領域之溝通平台；而臺灣家暴犯之治療處遇期程約8至32週，相較於美國治療處遇期程約26至40週（本文介紹之科羅拉多州根據風險高低介於16至36週），似乎較短；此外，臺灣處遇計畫之評估與結案標準，無統一標準，不似科羅拉多州有一套評估程序以及結案之核心能力指標。最後，依據我國家庭暴力防治法第39條規定，受刑人經假釋出獄付保護管束者，法院將依同法第38條規定命被告「完成加害人處遇計畫」等事項。另依家庭暴力罪或違反保護令罪受刑人處遇計畫，監獄應於處遇對象刑期屆滿前一個月或假釋核准後釋放前，將判決書及相關處遇資料提供其戶籍所在地之家庭暴力防治中心，以利後續追蹤輔導。前開規定，遲至受刑人出監前數個月，始要求監獄端「單方面」通知相關單位，做重返社區相關準備。相較於科羅拉多州「家暴犯在判刑後即與其觀護人會面，觀護人須建立詳細的轉介資料包（Referral Package）並發送給治療服務提供者，以準備進行評估」，我國家暴犯處遇之貫穿及連續性部分（Throughcare & Continuing care），尚有改善的空間。觀諸各先進國家，多由各地方政府社政、衛政主管機關擔任資源整合者，將處遇資源儘早送入矯正機關（孟維德等，2023）。我國「家庭暴力防治中心」應整合觀護體系及更生保護體系資源，利用個案穩定在監執行期間，提前進入矯正機關執行相關處遇或服務。

有謂「他山之石，或可攻錯」，凡此當前臺灣對於家暴犯治療處遇內容之缺失或不足之處，似可以科羅拉多州之家暴犯治療計畫作為參考依據，進而修正或優化現行做法，實為本文撰寫之目的與宗旨。

參考文獻

一、中文文獻

- 李建諺（2013）。*家暴受刑人教化處遇態度與需求之研究——以法務部矯正署嘉義監獄為例*〔未出版碩士論文〕。國立中正大學犯罪防治學系研究所。<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=U0033-2110201613540091>
- 林世棋、陳筱萍、孫鳳卿、周煌智（2007）。家庭暴力加害人處遇計畫執行現況。*台灣精神醫學*，21（3），208-217。<https://doi.org/10.29478/TJP.200709.0007>
- 林明傑、黃志中（2003）。*他們怎麼了：家庭暴力加害人的評估與輔導*。濤石。
- 法務部（2024）。112年法務統計年報。
- 法務部矯正署（2024）。家暴受刑人在監人數與接受處遇人數（未公布）。
- 衛生福利部（2024）。衛福部保護司統計專區。
- 衛生福利部保護服務司（2024），保護司統計專區，家庭暴力事件通報案件統計，<https://dep.mohw.gov.tw/dops/lp-1303-105-xCat-cat01.html>
- 孟維德、黃翠紋、溫翎佑（2023），回頭如何靠岸？更生人復歸社會協助策略之研析。*警專學報*，8（1），185-222。

二、英文文獻

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). LexisNexis.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, S. J. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime and*

- Delinquency*, 52, 7-27. <https://doi.org/10.1177/0011128705281756>
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x>
 - Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.07.001>
 - Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6(1), 1-22.
 - Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.
 - Campbell, M. A., French, S., & Gendreau, P. (2007). *Assessing the utility of risk assessment tools and personality measures in the prediction of violent recidivism for adult offenders*. Public Safety Canada.
 - Cannon, C., Hamel, J., Buttell, F. P., & Ferreira, R. (2016). A survey of domestic violence perpetrator programs in the United States and Canada: Findings and implications for policy and intervention. *Partner Abuse*, 7(3), 226-276. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.7.3.226>
 - Connors, A. D., Mills, J. F., & Gray, A. L. (2012). An evaluation of intimate partner violence intervention with incarcerated offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(6), 1176-1196. <https://doi.org/10.1177/0886260511424499>
 - Connors, A. D., Mills, J. F., & Gray, A. L. (2013). Intimate partner violence intervention for high-risk offenders. *Psychological Services*,

- 10(1), 12-23. <https://doi.org/10.1037/a0028979>
- Fowler, D. R., Cantos, A. L., & Miller, S. A. (2016). Exposure to violence, typology, and recidivism in a probation sample of domestic violence perpetrators. *Child Abuse & Neglect*, 59, 66-77. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.07.007>
- Gendreau, P. (1996). The principles of effective intervention with offenders. In A. T. Harland (Ed.), *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply* (pp. 117-130). Sage Publications, Inc.
- Gover, A. R., Richards, T. N., & Tomsich, E. A. (2015). *Colorado's innovative response to domestic violence offender treatment: Current achievements and recommendations for the future*. Denver, CO. Buechner Institute for Governance.
- Grieger, L., & Hosser, D. (2013). Which risk factors are really predictive? An analysis of Andrews and Bonta's "Central Eight" risk factors for recidivism in German youth correctional facility inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 41(5), 613-634. <https://doi.org/10.1177/0093854813511432>
- Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2018). The criminogenic and noncriminogenic treatment needs of intimate partner violence offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(11), 3247-3259. <https://doi.org/10.1177/0306624X1774001>
- Hilton, N. Z., & Radatz, D. L. (2020). *Criminogenic needs among intimate partner violence offenders: Association with recidivism and implications for treatment*. Psychological Services, Advanced Online Publication.
- Hilton, N. Z., Harris, G. T., Rice, M. E., Lang, C., Cormier, C. A., &

- Lines, K. J. (2004). A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism: The Ontario domestic assault risk assessment. *Psychological Assessment, 16*(3), 267-275. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.3.267>
- Hilton, N. Z., Harris, G. T., & Rice, M. E. (2010). *Risk assessment for domestically violent men*. American Psychological Association.
- Johnson, R. R., & Goodlin-Fahncke, W. (2015). Exploring the effect of arrest across a domestic batterer typology. *Juvenile & Family Court Journal, 66*(1), 15-30. <https://doi.org/10.1111/jfcj.12024>
- Kropp, P. R., & Hart, S. D. (1997). Assessing risk of violence in wife assaulters. In Christopher D. Webster & Margaret A. Jackson (Eds.), *The spousal assault risk assessment guide. In Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 302-325). The Guilford Press.
- MacKenzie, D. L. (2006). *What works in corrections: Reducing the criminal activities of offenders and delinquents*. Cambridge University Press.
- Radatz, D. L., Hansen, J., & Thomasson, C. (2020). Domestic violence treatment in Colorado: An overview of an evidence-based approach. *Partner Abuse, 11*(3), 268-291. <https://doi.org/10.1891/PA-D-20-00007>
- Radatz, D. L., & Hilton, N. Z. (2019). Determining batterer intervention program treatment intensities: An illustration using the Ontario Domestic assault risk assessment. *Partner Abuse, 10*(3), 269-282. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.10.3.269>
- Radatz, D. L., & Wright, E. M. (2016). Integrating the principles of effective intervention into batterer intervention programming: The case for moving toward more evidence-based programming. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(1), 72-87. <https://doi.org/10.1177/15248380>

14566695

- Richards, T. N., & Gover, A. R. (2018). Domestic violence offender treatment and multidisciplinary treatment teams: The role of “treatment” victim advocates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(4), 851-867. <https://doi.org/10.1177/0306624X16663890>
- Scott, K., Heslop, L., Kelly, T., & Wiggins, K. (2015). Intervening to prevent repeat offending among moderate- to high-risk domestic violence offenders: A second-responder program for men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(3), 273-294. <https://doi.org/10.1177/0306624X13513709>
- Smith, P., Gendreau, P., & Swartz, K. (2009). Validating the principles of effective intervention: A systematic review of the contributions of meta-analysis in the field of corrections. *Victims and Offenders*, 4, 148-169. <https://doi.org/10.1080/15564880802612581>
- Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z. (2014). Effectiveness of risk-needs-responsivity-based family violence programs with male offenders. *Journal of Family Violence*, 29(2), 151-164. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9575-0>
- Stewart, L. A., & Power, J. (2014). Profile and programming needs of federal offenders with histories of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(15), 2723-2747. <https://doi.org/10.1177/088626051452605>
- Stewart, L. A., Flight, J., & Slavin-Stewart, C. (2013). Applying effective corrections principles (RNR) to partner abuse interventions. *Partner Abuse*, 4(4), 494-534. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.4.4.494>
- Vitopoulos, N. A., Peterson-Badali, M., & Skilling, T. A. (2012). The

relationship between matching service to criminogenic need and recidivism in male and female youth: Examining the RNR principles in practice. *Criminal Justice and Behavior*, 39(8), 1025-1041. <https://doi.org/10.1177/0093854812442895>

- Tunstall, A. M., Weible, C. M., Tomsich, E. A., & Gover, A. R. (2016). Understanding policy reform in Colorado's domestic violence offender treatment standards. *Social Policy & Administration*, 50(5), 580-598. <https://doi.org/10.1111/spol.12136>
- Webster, M., & Bechtel, K. (2012). *Evidence-based practices for assessing, supervising and treating domestic violence offenders*. Boston, MA. Crime and Justice Institute at Community Resources for Justice.