

「社區性侵害加害人團體輔導教育模式」 成效評估

邱惟真・邱思潔

壹、緒 論

關於性侵害加害人社區輔導教育模式的發展與推廣，其實與整個大環境的需求息息相關。自從內政部於民國 87 年 11 月 11 日會銜法務部、教育部及行政院衛生署發布「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」施行以來，首先第一個碰到的問題就是，誰來評估社區性侵害加害人，以及要評估什麼？

這樣子的任務，對當時大部分的專業人員而言都是一大挑戰，甚至對這樣的一個業務產生抗拒，因為大部分的人對所謂的「性侵害加害人」是不熟悉的，對其可能造成的危險程度也沒有足夠了解。因此如何針對社區性侵害加害人進行評估，以及訓練一批專業人員來進行此項業務，變成是推動這項業務的第一道關卡。

由於當時我（註 1）在中國醫藥學院（註 2）附設醫院精神科擔任臨床心理師，精神科主任陳登義醫師知道我個人曾

經在民國 87 年時在國軍八一八醫院（註 3）接觸過這方面的業務，因此要求我與一名社工師，先試著接案，並針對此類個案建立一可行的評估模式，經由這樣子的累積，我們在民國 90 年便提出台中縣（市）在進行此項業務時，可供大家參考的一套評估模式，並由台中縣衛生局主辦，針對有意願或已經參與此項業務之專業人員進行為期半年的實務訓練（邱惟真，2002），然後建立工作團隊，評估進行之方式為：由社工員以及心理師分別針對性侵害加害人進行評估，社工員以會談為主，並完成「個案資料表」（註 4），心理師則進行加害人之心理評鑑（註 5），並要求社工員以及心理師，均執行 2 次評估，以增加個案資料收集之多元與豐富性，祈使評估委員會對於加害人後續處遇方式之判斷較為周延。依此模式，本團隊自民國 89 年起至 95 年 2 月止，累計評估個案總數為 108 名，計 218 人次。

然而，依據舊版的「性侵害犯罪加害

人身心治療及輔導教育辦法」(民國 87 年版, 以下簡稱舊辦法), 事實上各縣市性侵害防治中心評估委員會, 對於社區的性侵害加害人之處遇方式只有兩種選擇, 一種是實施「身心治療」, 每週不得少於 1 個半小時, 一種是實施「輔導教育」, 每月不得少於 1 小時, 兩種方式之實施期間均不得少於 1 年, 最長不得逾 2 年。若再加上進行的方式採取個別或團體的形式, 其選擇性也只有 4 種方式。評估者在針對社區性侵害加害人進行處遇建議時, 亦受限於此舊辦法的規範。但是更複雜的情況是, 這些接受評估的個案, 是否有意願、有能力接受後續的社區處遇, 這相當考驗著評估者以及防治中心的評估小組委員。

本團隊在考慮當初整個團隊專業人員的專業程度與人力、法令規範、以及社區性侵害加害人對處遇的參與態度等因素, 予以整體考量後, 決定先從 1 年的團體輔導教育開始接案, 也就是說, 以「團體」形式進行為期 1 年的「輔導教育」, 並將團體成員控制在 6 人以內, 需兩名輔導老師, 團體每次 2 小時, 1 個月 1 次, 1 年計 12 次、24 小時的團體。

類似的考量, 也發生在台中縣性侵害防治中心的評估委員會, 評估小組委員也傾向以再犯危險性高、可治療性高、有相當意願參與治療等 3 項標準, 來決定是否要求社區性侵害加害人進行「身心治療」的處遇, 依此思維, 可想而知, 到後來台中縣大部分的個案幾乎都以「團體輔導教育」做為後續的處遇, 當然, 需要進行「身心治療」的個案, 因個案數較少的關

係, 只能以「個別」身心治療來進行。雖然後來在大家的努力下, 在台中縣也成立了一個「身心治療團體」, 但 1 年的「輔導教育團體」仍是台中縣進行後續處遇的主要方式, 至今, 雖然在民國 94 年 10 月 14 日公布修正「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」(以下簡稱新辦法) 後, 整個團隊的業務經過大幅度的調整, 但「社區輔導教育團體」到目前仍維持有 6 個團體(註 6)之多。本研究即試圖說明此一年的「社區輔導教育團體」是如何發展完成, 並且實際評估此模式在社區實踐後的成效為何。

貳、理論基礎

既然稱之為「社區輔導教育團體」, 首先就必須先釐清何謂「社區」、「輔導教育」、以及「團體」這 3 個詞的特殊意涵, 此特殊意涵亦為構成本模式的 3 個重要理論基礎。根據文榮光等人(2002)針對台灣地區性侵害防治責任醫院現況之研究發現, 不管在「(監)獄中治療」或者是「社區處遇」, 對於性侵害加害人的治療模式仍以「個別心理治療」為主要方式, 這其實有違目前我們所收集到的研究資料, 並且大大的提高了進行這項業務所需的社會成本。事實上, 「團體」工作被認為是協助性侵害加害人最有效的治療方法(Barker & Morgan, 1993)。Behroozi (1992)認為團體工作可以透過同儕間對否認的來源提出面質, 來降低非自願性案主的否認程度, 並促進他們接受問題存在的事實, 以

增加他們改變的需求。陳若璋（2001）進一步引用 Schwartz（1995）的觀點認為：一、個別治療容易重複性侵害的動力，指出在個別治療的關係裡，性罪犯越是真實地描述他的行為與幻想，就越有可能在暗地裡侵犯他們的治療師，並在治療關係中體驗到權力和控制感；二、團體治療有助於改善加害者的社交關係，在團體中學習處理各個不同成員的人際問題時，性罪犯也學習到如何經營現實生活中的關係；三、當實施團體治療有困難時才使用個別治療，但同時要注意，個別治療會使「性的秘密」永遠存在，並且提供性罪犯無論是現實或幻想中，玩勾引遊戲的機會。因此，以「團體」形式來進行社區性侵害加害人的處遇工作，就成為本模式在發展初期的一個重要理論依據。

緊接著要釐清的是，所謂「社區」處遇，事實上是相對於「（監）獄中」治療的一個概念。相對於「獄中治療」，「社區處遇」的優點在於：一、成本較低，Prentky & Burgess（1992）曾指出，社區監控的費用比在監獄系統低的多；二、社區處遇可維持家庭的運作，這不僅是降低了社會福利的負擔，加害人更可能因此重建家庭關係，獲得家人的支持，而減少再犯的機會；三、社區處遇提供了「真實」的生活環境，讓加害人在真實的生活環境中試煉、再學習如何自我控制，並適應社區生活的現實考驗。

另一種觀點是將「社區處遇」視為「獄中治療」的後續照顧。此觀點一般而言乃基於如下的幾個假設：一、性侵害加

害人在治療後仍有可能再發生性侵害行為（Green, 1995；Laws, 1989, 1995；Schwartz & Cellini, 1995）；二、即使性侵害加害人已發展出以非侵害性行為為基礎的生活形態，仍有可能再犯（Laws, 1989；Thompson, 1989）；三、尤其是那些從獄中釋放出來的個案，因為已經習慣依賴高度結構化的環境，因而需要慢慢地增加其獨立性，後續照顧可漸減其依賴的過程，並提升長期再犯預防的可能性（Carich & Mussack, 2001）；四、無所謂「治癒」，治癒指的是性侵害加害人永遠沒有再犯之虞（George & Marlatt, 1989），其持續的安全性，在於加害人能有效維持住他在治療中所學得的自我控制策略及其所發展出來的支持系統。

在台灣，基於法令的規範（可參閱新辦法），針對性侵害加害人亦有「獄中治療」以及「社區處遇」的雙重規劃，接下來的問題是，如何讓「獄中治療」與「社區處遇」有一恰當的銜接（文榮光等人，2002），變成是進行社區處遇時的重要考量之一。陳英明（2002）針對性侵害加害人接受身心治療及輔導教育經驗的若干研究發現與建議，與本團隊當初為何專注於發展社區「輔導教育」模式時的考量不謀而合：一、受訪者認為社區身心治療及輔導教育之社區處遇與在監獄中所做的強制診療並無太大的區別，而且重複性太高，導致接受社區處遇意願低落，因此建議需建立一套完整的性犯罪治療處遇，整合各醫療團隊，將強制鑑定診療（刑前）、監獄強制診療（刑中）、身心治療及輔導教育之

社區處遇（刑後）相連結，方能達到最佳治療效果；二、多數受訪者有參加治療會影響工作的抱怨，因假釋出獄人覓職不易，為參加治療需請假，致生嚴重困擾，也連帶產生反感、抗拒及法律約束下不得不參加的無奈情緒，很明顯的是，若只是接受輔導教育（每月 1 次），其抗拒心理較弱，但如果接受身心治療（每週 1 次），加害人則會採積極反抗或消極不合作態度為之，因此建議處遇單位開放夜間或假日門診，或調整治療頻率，將每週 1 次改為 2 週 1 次的治療頻率；三、從訪談的經驗及文獻的資料中發現，很多相關案件都是性侵害加害人一時失慮或者反社會人格所形成，並無性行為的偏差，根本談不上治療，甚至根本無法治療，建議立法上應該給予專業治療者有自主彈性的評估

空間，而非全然概括的一律強制接受治療，如此不僅可以避免造成資源的浪費，也可減少治療產生的阻抗與困難。

基於當時法令（指舊辦法）上的限制，本團隊認為：發展「社區輔導教育團體」最符合當時整體環境（包括加害人、行政人員、專業人員以及法令上的需求）的需要。此輔導教育模式先假定到社區之性侵害加害人，理想上均應在獄中完成並通過密集的身心治療，因此到了社區處遇階段，其「監督」之需求應優於「治療」之需求，且基於犯罪人出獄後謀生不易，以及資料顯示大部分的加害人並無性行為偏差之問題，建議以 1 年的期間，每個月 1 次 2 小時的團體，針對社區性侵害加害人之再犯危險因子、社區生活適應、以及再犯預防進行輔導教育。

參、概念架構

表 1：輔導教育一年計畫書

次數	日期	內容	備註
1	12 月 2 日	介紹輔導教育之內涵	簽訂團體合約書
2	1 月 6 日	法律規範	作業
3	2 月 10 日	兩性關係與性教育	關於「性」這回事兒
4	3 月 3 日	強暴迷思與兩性平權	錯誤的思考習慣
5	4 月 7 日	壓力管理(一)	評估壓力模式
6	5 月 5 日	壓力管理(二)	問題解決
7	6 月 2 日	評估(一)	自陳測驗
8	7 月 7 日	動態—房子—樹—人+自我敘說	投射測驗
9	8 月 4 日	自我敘說	
10	9 月 1 日	再犯預防(一)	
11	10 月 6 日	再犯預防(二)	
12	11 月 3 日	評估(二)	自陳測驗

表 1 是本團隊所發展出來至今仍在使用的團體輔導教育 1 年的計畫書，整個課程的設計試圖照顧到 3 個層次的需求，包括「輔導教育」的需求、「生活適應」的需求、以及「評估」的需求。

關於「輔導教育」的需求，已經直接顯示在課程計畫的規劃上，課程整體的設計架構，採取「法→理→情」之順序。首先以「合約書」（法）來定位：「輔導老師」與「團體成員」之間的關係位置，讓個案進入一種「既來之，則安之」之境地。再以輔導教育之課程內容（如法律規範、兩性關係與性教育、強暴迷思與兩性平權、壓力管理等），設定清楚之目標，進行「理」之學習，此時輔導老師與團體成員之關係，不再只是法律上之關係，這時輔導老師應該要積極扮演一個「學習協助者」的角色（邱惟真等人，2005；McGrath, 2000），試著勾引並提升團體成員的學習動機，與團體成員發展出一種「人」與「人」相互對待的對等關係。「情」之設計，則以「動態-房子-樹-人」之投射測驗，勾引出團體成員的自我敘說，當團體成員能夠把自己從小到大的生命歷程作某種程度的回顧與省視之後，團體的進展才推進到每個人的犯罪歷程，並完成其再犯預防。

至於團體成員在「生活適應」上的需求，則以「作業」的方式進行討論，作業的內容主要是希望團體成員能針對日常生活或者團體中的困擾進行描述，並在團體中進行討論。事實上，1 次 2 個小時的課程，只有 1 個小時進行輔導教育（通常是

在後 1 個小時進行），另 1 個小時則針對每個團體成員所寫的作業進行討論，以了解團體成員的社區生活適應狀況，透過團體成員相互回饋的團體動力，凝聚一種相互支持的團體關係。這是一個動態的歷程，可發生在每一次的團體工作中，時間可長可短，有時亦會把時間多放一點在需要的成員身上，取決於當次的團體動力。

最後是「評估」的需求，也是分布在每一次的團體工作中（陳若璋，2001；許文耀等譯，1997），例如每次團體工作都要檢視個案的出席狀況、參與狀況、以及作業的內容等，其他具體的評估還包括在初期的輔導教育課程中，比如在「法律規範」的課程中偵測個案總是弄不清楚哪些觀念，甚至從每次的生活適應的討論中也能針對個案在社區的適應狀況進行評估。比較正式的評估，則以第 7 次與第 12 次的團體時間，進行團體自陳式量表的評估，包括〈人際、思考、行動習慣量表（KSRS）〉（柯永河，1999）、以及〈人際行為量表（IBS）〉（柯永河等人，2000）等。採取多元訊息來源、多元方法加以評估（邱惟真，2002；邱惟真等人，2005；Carich & Mussack, 2001；陳若璋，2001；Beckett, 1994），承認沒有一種評估方法是完美無缺的，藉由加害人的自我陳述、成就評量、團體討論、心理測驗、甚至再犯危險評估等來提高成效評估的信度及效度。

肆、研究方法

一、研究程序與對象

雖然每次團體成員完成 1 年的團體輔導教育後，我們都會進行個別的成效評估報告，但是此模式到底對整體參與過此團體的社區性侵害加害人會造成什麼樣的影響，我們試圖透過本研究進行一定程度的澄清。研究的程序區分為 2 個步驟：

(一)蒐集從民國 89 年到 95 年 5 月止完成以及正參與此 1 年團體輔導教育之個案資料，整理出有效樣本計 80 人，呈現此 80 人之「完成率」、「執行率」、「中斷執行率」、以及「再犯率」，做為本研究之結果 (result) 效標 (註 7)。

(二)整理從民國 89 年到 95 年 5 月止完成「人際、思考、行動習慣量表 (KSRS)」、「人際行為量表 (IBS)」、以及「臉色壓力測驗表」前後測之個案資料，進行前後測之檢定，以做為本研究之行為 (behavior) 效標 (註 8)。由於本團體為開放式團體，因此並不是每個團體成員都會剛好完成上述 3 種測量，因此，每種測量所蒐集到的有效樣本並不一致，KSRS 累計有效樣本 30 名，IBS 累計有效樣本 19 名，「臉色壓力測驗表」累計有效樣本亦 19 名。

二、研究工具

(一)「人際、思考、行動習慣量表 (KSRS)」(柯永河, 1999)

此量表區分為兩部分，第一部分計有 17 個量尺，主要針對有關性加害行為進

行評估，包括有「性刺激→性衝動」、「以性加害證明能力」、「性加害應處罰」、「使用毒品經驗」、「性慾強度與頻率」、「藥物影響性行為」、「反對男尊女卑」、「同理受害者」、「不做性加害的自我期盼」、「對性加害者的負面看法」、「性加害傾向強」、「性加害行為遺傳、家庭歸因」、「反對性加害行為」、「支持性加害行為」、「社會背景與飲酒關係」、「性慾難控制」、「對酒與性刺激的忍受度低」；第二部分則與一般心理健康及特殊行為的問題或心理障礙傾向的關係較多，計有 6 個量尺，包括「正常量尺」、「神經質因素」、「精神病質因素」、「反社會型性格傾向」、「反社會型思考習慣」、「自評作答可靠度」。

本量尺之信度：以總樣本 181 名 (學生 90、性加害組 40、非性加害組 40、一般成人 47) 計算各量尺內部一致性 α 值在 0.44~0.88。

效度採取參照團體檢驗：以 67 名男性及 70 名女性比較性別差異，結果發現除因素 3、8、10、14 外，其他因素量尺得分均值皆具有顯著差異。以台大男生組 (20)、一般成人 (47)、性加害組 (40)、非性加害組 (40) 進行 ANOVA 分析，結果發現第一部分除因素 7、8、11 外，其他因素量尺得分均值皆具有顯著差異。第二部分僅發現在「反社會人格違常」量尺上有顯著差異，性加害組與非性加害組兩組傾向一樣強，但均高於其他兩組。若將四組區分為受刑組與非受刑組，則在「反社會人格違常」及「神經質」兩量尺上具有顯著差異。

(二)「人際行為量表(IBS)」(柯永河等人, 2000)

此量表包括 4 類量尺：效度量尺、攻擊量尺、肯定量尺、關係量尺。3 個效度分量尺為「否認」、「罕見」、「博取印象」；攻擊量尺還包括了 6 個分量尺，分別為「敵對」、「表現憤怒」、「忽視權力」、「口頭的攻擊」、「肢體的攻擊」、及「消極的攻擊」；肯定量尺包含 7 個分量尺，「自信心」、「積極的自我肯定」、「防衛性的自我肯定」、「坦白」、「讚美」、「求助」、以及「拒絕要求」；關係量尺則包含「衝突」、「依賴」、「害羞」3 個分量尺。

本量尺之信度：男女大學生各 200 名，計算各量尺內部一致性 α 值，男性 0.38~0.87，女性在 0.09~0.88。

由因素分析的研究支持 IBS 具有良好的建構效度，如一般性的攻擊和一般性的自我肯定相關是 0.01（男性）和 0.16（女性），支持自我肯定及攻擊性行為是互相獨立。將 IBS 的攻擊量尺、肯定量尺及關係量尺等 3 部分分別與 EPPS、MMPI、CPI 及其他有關測驗的分量尺進行聚斂效度與區辨效度的相關研究，亦顯示 IBS 具有聚斂效度與區辨效度。

(三)「臉色壓力測驗表」

此測驗表乃取自中華民國幸福家庭促進協會（1999）：《性侵害犯罪被害人輔導教育內涵之研究 B》（33~35 頁）中之「臉色壓力測驗表」，此測驗表將一個人所經驗到的壓力源區分為三方面：生理方面、工作方面、以及生活方面，我們通常會在「壓力管理」的課程中進行，可協助

團體成員從這 3 個角度來討論自己目前所經驗到的壓力狀態，我們同時也將此測驗表當成一種簡易的壓力評估表，評估團體成員目前的壓力等級，做為其目前社區生活適應的一項參考。我們以本團隊所蒐集到的社區性侵害加害人為樣本（計 28 人），將上述三方面的分數，以及總分進行內部一致性信度估計，得 Cronbach's α 為 0.86，顯示此測驗表具備相當高的內部一致性信度。

伍、研究結果

一、結果效標

本模式自民國 89 年開始發展至今，已累積 6 年的經驗，其間進入本模式的社區性侵害加害人累計有 80 人：已完成 46 人，執行中有 25 人，有 9 人中斷處遇，這 9 人中有 1 人再犯，2 人因吸毒再度入獄，3 人因刑滿後失聯，3 人因當兵轉出或失聯，若扣掉 3 人因當兵而轉出或失聯的不可避免之因素，實際中斷處遇人數為 6 人。從以上數據可看到本模式到目前為止之「完成率」、「執行率」、「中斷執行率」、「再犯率」如下：

完成率 = 已完成人數 / (已完成人數 + 實際中斷人數) $\times 100\% = 46 / (46 + 6) \times 100\% = 88.5\%$

執行率 = (已完成人數 + 執行中人數) / (已完成人數 + 執行中人數 + 實際中斷人數) $\times 100\% = (46 + 25) / (46 + 25 + 6) \times 100\% = 92.2\%$

中斷執行率 = 實際中斷人數 / (已完

成人數+執行中人數+實際中斷人數) \times
100%=6/(46+25+6) \times 100%=7.8%

再犯率=再犯人數/(已完成人數+
執行中人數+實際中斷人數) \times 100%=1
/(46+25+6) \times 100%=1.3%

由以上的數據可知，本模式之「執行率」超過 9 成，「中斷執行率」低於一成，完成率亦將近九成，顯示本模式對於社區性侵害加害人之參與度與完成度均具有正向促進的效果。難能可貴的是，本模式之「再犯率」(1.3%)遠低於林明傑、鄭瑞隆(2003)所調查性侵害加害人在 6 年內之平均再犯率 12%，亦低於楊士隆(2004)所調查 5 年內再犯率 3.7%，顯示本模式所具有的成效相當令人振奮。

二、行為效標

(一)「人際、思考、行動習慣量表(KSRS)」之檢視

整理經 1 年社區輔導教育團體成員之 KSRS，得到有前後測之有效樣本共 30 名，平均年齡 33.3 歲(19~54 歲)，學歷為國小 9 名、國中 7 名、高中以上 14 名，前後測平均月數 10.1 個月(5~25 個月)。進行前後測檢定，僅發現「性慾強度與頻率」($t(29) = -2.32, p = .02 < .05$)具顯著差異，平均分數從 26.3 提升到 29.6，但仍在常模的範圍(20~41)之內，顯示團體成員經輔導教育團體之後，顯得較之前開放，較願意坦露關於「性慾強度與頻率」的狀態。關於「性加害行為遺傳、家庭歸因」($t(29) = 1.95, p = .06$)雖未達顯著，平均分數卻

也有下降的趨勢(從 8.1 到 7.2)，顯示團體成員對於將性加害行為歸因於遺傳或家庭因素之傾向有下降之趨勢。

我們將第 24 量尺「性加害組得分低於非性加害組之量尺」低於常模之團體成員特別篩選出來，由於這一群人通常以否認的方式作答，會不斷地為犯性加害罪的人做有力的辯護(柯永河，1999)，因此檢驗此群人前後測的變化特別有意義。篩選後得有效樣本 19 名，同上，進行前後測檢定，得到「性慾強度與頻率」($t(18) = -2.21, p = .04 < .05$)、「同理受害者」($t(18) = -2.22, p = .03 < .05$)、以及「支持性加害行為」($t(18) = -2.38, p = .02 < .05$)具顯著差異。「性慾強度與頻率」(平均分數從 23.8 上升到 27.2)、「同理受害者」(平均分數從 42.2 上升到 46.0)、以及「支持性加害行為」(平均分數從 11.2 上升到 13.9)除了同上述之情形顯示團體成員較前測時開放外，在「同理受害者」方面，我們亦可以看到本模式對於採取否認的這一群人具有明顯的提升。其次，我們亦可看到這群人在「反對男尊女卑」($t(18) = -1.83, p = .08$)以及「不做性加害者的自我期盼」($t(18) = -2.01, p = .059$)亦有提升之趨勢。

除此之外，我們也注意到這 30 名有效樣本在「性侵害應處罰」、「對性加害者的負面看法」、「社會背景與飲酒關係」、以及「正常量尺」等分量尺之整體平均數低於常模(低於 25%)之範圍。顯示這群人普遍認為自己的心理是較不健康的，不

認為性侵害行為與社會背景與飲酒有關，強烈認為性侵害不應處罰，也不應該對性加害者有負面看法。

(二)「人際行為量表 (IBS)」之檢視

整理經一年社區輔導教育團體成員之 IBS，得到有前後測之有效樣本共 19 名，平均年齡 29.4 歲 (19~51 歲)，學歷為國小 3 名、國中 5 名、高中以上 10 名，前後測平均月數 8.1 個月 (4~18 個月)。進行前後測檢定，並未發現有顯著差異之分量尺。仔細觀察每個分量尺的整體平均分數，發現前後測之平均分數均落在常模的範圍之內，也就是說，社區性侵害加害人在「人際行為量表」上的表現大致上與一般社會大眾之表現並無顯著差異。

(三)「臉色壓力測驗表」之檢視

檢視經「臉色壓力測驗表」前後測之團體成員，得有效樣本 19 名，平均年齡 29.9 歲 (19~51 歲)，學歷為國小 5 名、國中 3 名、高中以上 11 名，前後測平均月數 6.1 個月 (3~13 個月)。進行前後測檢定，發現在「生理方面」(分數越高，生理狀況越好)的狀況 [$t(18) = -1.77, p=0.09$]，以及「整體品質」(總分越高，壓力等級越低)的狀況 [$t(18) = -1.97, p=0.06$]，均有上升之趨勢。簡而言之，雖然團體成員在「臉色壓力測驗表」中各項壓力指標之前後測並未達顯著差異，但整體而言，不管在「生理方面」、「工作方面」、「生活方面」、以及「整體品質」方面的分數均呈一致的上升趨勢，此狀況至少表示，參與社區輔導教育之團體成員其壓力等級大致上均可維持

在穩定「正常」的範圍之內。

陸、結 論

雖然本研究之「再犯率」(1.3%)遠低於林明傑、鄭瑞隆(2003)以及楊士隆(2004)等人的再犯率調查，對本模式而言是一大鼓勵，但我們仍須小心此數據的意義，由於本模式所處遇的對象以台中縣社區性侵害加害人為主，雖然處遇之人數占台中縣處遇人數 51.7%，但處遇對象都是以「輔導教育」為主，也就是說，再犯危險度較高需進行較密集「身心治療」之個案有一部分並未在本團隊的樣本之中，以本模式樣本中再犯之個案為例，事實上他同時需要進行每週一次的「個別身心治療」，以及一個月一次的「團體輔導教育」，而「個別身心治療」乃是由另一機構負責執行。因此，有此可能，本模式由於所負責之個案的再犯危險程度本來就較低，因此本模式再犯率之成效也可能有高估之現象。但反過來亦可思考此一問題，同我們在「理論基礎」時已提過，如果我們經過一個適當的評估機制，事實上大部分進入社區的性侵害加害人並不需要進行如此密集性的「身心治療」，如此也可在「社會安全」以及「社會成本」、甚至個案本身之權益上取得某種平衡。

另一方面，在「行為效標」中，雖然並未看到社區性侵害加害人在 IBS 以及「臉色壓力測驗表」之前後測有顯著差異，這也並不表示本模式在這兩種量

表所評估之量尺皆無影響，此結果只能說明社區性侵害加害人在這兩種量表上並無整體一致性的變化，但對於個人而言，我們仍然可以看到每個人獨特的變化。

綜觀本模式所達成的具體成效，我們可以確認的是，本模式之「結果效標」之成效是相當肯定的，另外一方面，「行為效標」亦告訴我們本模式在實際上對社區性侵害加害人之行為所造成的影響為何，這兩項指標正好突顯出本模式在執行上所具有的特色：一、可達成較高的執行率（92.2%），並維持不錯的完成率（88.5%），以及較低的再犯率（1.3%）；二、可協助大部分社區性侵害

加害人維持穩定的社區生活適應；三、對「不斷地為犯性加害罪的人做有力的辯護的這群加害人」而言，本模式可讓這群人較坦承的面對自己的需求，並且提升他們對「受害者的同理」。

因此，本研究認為本團隊所發展的「社區團體輔導教育模式」為一值得推廣之模式，尤其針對再犯危險為中、低危險之社區性侵害加害人，本模式應可善盡「監督」與「輔導」之職責。

（本文作者：邱惟真現為輔仁大學心理學系博士候選人暨中華關懷社會發展協會身心發展研究中心主任；邱思潔現為中華關懷社會發展協會身心發展研究中心輔導專員）

註釋

註1：這裡的「我」，指的是本文的第一作者：邱惟真。

註2：目前已改制為「中國醫藥大學」。

註3：目前已改名為「國軍北投醫院」。

註4：內政部所頒布的統一格式。

註5：這裡所稱的心理衡鑑，其衡鑑內容與台灣在精神科所熟悉的衡鑑內容相當的不同；詳細內容可參考邱惟真（2002，2003）。

註6：本團隊目前在台中縣有5個團體，其中2個為3個月的初階團體，2個成人團體（又可分為成人強暴犯團體以及兒童強暴犯團體），一個青少年團體；還有一個成人團體開在苗栗縣。

註7：Kirkpatrick（1959）曾提出評估訓練成效的4種效標：(1)反應（reaction）效標，(2)學習（learning）效標，(3)行為（behavior）效標，(4)結果（result）效標。

註8：同7。

📖 參考文獻

- 中華民國幸福家庭促進協會（1999）性侵害犯罪加害人輔導教育內涵之研究 B，內政部 88 年委託研究報告。
- 文榮光、張敏、龍佛衛（2002）台灣地區性侵害防治責任醫院現況之研究：性侵害加害者之鑑定、評估與治療，行政院衛生署 91 年度科技發展研究報告。
- 林明傑、鄭瑞隆（2003）性侵害犯罪加害人再犯危險評估量表之建立研究——靜態與動態危險因素之探測與整合，財團法人婦女權益促進發展基金會。
- 邱惟真（2002）「性侵害加害人個案資料及心理衡鑑訓練與督導」成效評估，社區發展季刊，99，406~414。
- 邱惟真（2003）性侵害加害人心理衡鑑，92 年度中區醫療網臨床心理師繼續教育，4 月 19 日在中山醫學大學。
- 邱惟真等人（2005）性侵害犯罪加害人社區輔導教育手冊，內政部。
- 柯永河（1999）「性侵害加害人心理狀態評估工具編製」研究計畫報告，內政部 88 年度委託研究報告。
- 柯永河、林幸台、張小鳳（2000）人際行為量表，測驗出版社。
- 許文耀等合譯（1997）心理衡鑑，台北：心理。
- 陳若璋（2001）性犯罪心理學：心理治療與評估，台北：張老師。
- 陳英明（2002）性侵害加害人接受身心治療及輔導教育經驗之研究，中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 楊士隆（2004）性侵害犯罪再犯率及危險因子之研究，93 年度內政部委託研究報告。
- Barker, M., & Morgan, R. (1993) Sex Offenders: A Framework for the Evaluation of Community-based Treatment. London: Home Office.
- Beckett, R.(1994) 性侵害者的評估，黃世杰等人譯（2000）：兒童性侵害：男性性侵害者的評估與治療，台北：心理。
- Behrooz, C. S. (1992) Groupwork with involuntary Clients: Remotivating Strategies. Groupwork 5(2): 31-41.
- Carich, M. S., & Musssack, S. E. (2001) Handbook for Sexual Abuser Assessment and Treatment. Safer Society Press.
- George, W. H., & Marlatt, G. A. (1989) Introduction. In D. R. Laws (Ed.), Relapse prevention and sex offenders. (pp.1-31). New York: Guilford Press.
- Green, R. (1995) Community management of sex offenders. In Schwartz, B. K. & Cellini, H. R. (Eds.), The sex offender: Corrections, treatment and legal practice (pp.21-1~21-8). Kingston, NJ: Civic Research Institute.

- Kirkpatrick, D. K. (1959) Techniques for evaluation training programs. *Journal of the American Society of Training Directors*.
- Laws, D. R. (1989) *Relapse prevention and sex offenders*. New York: Guilford Press.
- Laws, D. R. (1995) Central elements in relapse prevention procedures with sex offenders. *Psychology, Crime and Law*, 2, 41-5
- McGrath, R. J. (2000) 性侵害加害人鑑定、評估及治療方案研討會，內政部、法務部、衛生署主辦。
- Prentky, R., & Burgess, A. (1992) Rehabilitation of child molesters: A cost-benefit analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 108-117.
- Schwartz, B. K., & Cellini, H. R. (Eds.). (1995) *The sex offender: Corrections, treatment, and legal practice*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Schwartz, B. (1995) Group therapy. In Schwartz, B. K. & Cellini, H. R. (Eds.), *The sex offender: Corrections, treatment and legal practice* (14-1~14-15). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Thompson, K. J. (1989) Lifestyle interventions: Promoting positive addictions. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention and sex offenders*. (pp.219-226). New York: Guilford Press.