

美國性罪犯心理治療之方案及技術

暨國內改進之道

傑明林

一、前言及台灣方案現況簡述

近年來，台灣社會對性犯罪問題的惡化及對婦女身心的衝擊已愈加重視。民國八十三年一月，立法院在修正放寬刑法七十七條條解釋條件中，訂入了「犯妨害風化罪章之受刑人，非經強制診療不得假釋」之規定，此即是國內在監性罪犯心理治療方案之法源，法務部並訂定「妨害風化罪之受刑人強制診療實施要點」，規定台中及花蓮以北（含）之風化罪受刑人移監到台北監獄，以南則移監到高雄監獄，並由該二監獄與當地精神科醫院簽約，由各院精神科醫師，臨床心理師及精神科社工師進入監獄參與強制診斷及心理治療。參與該方案之醫院現有北部二家及南部二家。

民國八十六年一月國內又因發生彭婉如命案而迅速通過「性侵害犯罪防治法」，明訂除在內政部成立性侵害防治委員會之外，各縣市政府成立「性侵害防治中心」，其中業務之一即是「加害人之追蹤輔導與身心治療」，此即國內性罪犯社區心理治療方案之法源。

各縣市政府已於八十七年初相繼完成設立中心，並延用現有之政府社工人員、警察及醫療人員以任務編組方式成立保護扶助、醫療服務、性暴力防治及綜合規劃四組。

筆者曾任南部某醫院之精神科社工師，參與高雄監獄之心理治療年餘，現赴美專研美國性罪犯心理治療方案及技術，並在密西根州立 Jackson 監獄心理治療小組實習，今謹將個人研究所得分享國內臨床及矯治工作等人員。

二、美國性罪犯心理治療方案

美國及加拿大是世界上在性罪犯心理治療方案上最先進的國家 (Freeman-Longo, Bird, Stevenson, & Fiske, 1995)。其較完整的方案也只是近十年來漸趨成熟，雖然美國最早的性罪犯處遇方案是在 Michigan 於一九二七年就已立法實施而擴及多州，但因不夠成熟而於五〇年代取消 (Palione, 1990)。今將美國之方案分以下二部分述之：

(一) 監獄方案：又可分成兩部分：

1. 在監獄完成之方案：即指所有性罪犯心理治療方案均在監獄中完成，大多數之州均採此，如Michigan, New York, Kansas, Pennsylvania等。今舉Michigan為例說明之。

Michigan之新近方案是於一九九三年才定案實施，其過程規定如卜(Bureau of Health Care Services in Michigan Department of Corrections, 1993):

(1) 在接收新犯中心中，性罪犯同一般罪犯均須做心理測驗(含MMPI-II, 班達、畫人、文字數字對照等四測驗)

(2) 性罪犯均被轉介心理師晤談，晤談後心理師依其罪行決定是否推薦參與假釋前治療(規定過去曾另犯其他重罪者不予推薦)，錄音心理測驗之解釋，交打字員打字。

(3) 被推薦之性罪犯於最早釋放日前二年經面談依其自願進入治療方案。進入前，須再完成Multiphasic Sex Inventory, Some Sexual Questionnaire Life History Questionnaire及MMPI(若上次所作已過兩年須再做)。

(4) 進入兩年的方案中，前六個月為標準化的性心理教育課程。以二、三十人之團體與每週三小時之上課並討論方式進行。在二十二週的課程中，依序分五部分，每部分約三至五週。含了解性犯罪(含法律、性犯罪之分類及特質)，被害者之衝擊、性教育(如何培養正常兩性關係，及性行為)、人際技術(含壓力憤怒管理、認

知扭曲、性偏差循環、介紹再犯預防(Relapse Prevention)之技巧)，及評估(含完成Multiphasic Sex Inventory, Some Sexual Questionnaire, Life History Questionnaire, 及MMPI-II測驗，課程總測驗，進入治療團體前心理準備之討論。)課程設計及教學影帶主要採用Safer Society Foundation(在Vermont州)之出版品。(註1)

(5) 後一年半為團體心理治療，採用開放式團體，成員可能在不同時間進出。由一位心理師或社工師帶領，每週二小時。心理師每半年寫一次案主的進步報告，寫完後可與案主討論更正，再存檔或若將屆假釋則交由假釋委員會參閱。團體中全為性罪犯，但並不區隔成人強暴犯與兒童性侵害犯。技術部分則容後再述。

以上所述為性罪犯與一般罪犯共囚的一般監獄的方案，而密西根自一九九二年起設有一座全國著名的性罪犯專監收容性罪犯(Muskegon State Prison, Level I & II)，雖說專監，其實際總囚犯為九百六十人，而性罪犯約七百四十人約占七十七%，共八舍房，而只有二舍房提供全面向的性罪犯的心理治療，其目的是為鼓勵其他舍房之性罪犯表現良好以爭取進入方案，並且集中受治療者到同一舍房可避免居住環境中受其他不同類囚犯的騷擾，也可提供性罪犯間的較安全的分享討論作業或心得的環境。其「全面向的治療方案」包含如下：全部工作人員的投入，含正副典獄長舍房長 Resident Unit Manager、副舍房長、心理師、社工師、獄警、獄內學業老師、牧師、運動指導員，已改善之性罪犯與社區之A A及

NA人員(Alcoholic Anonymous, Narcotic Anonymous 戒酒、戒毒自助匿名團體)；每週二小時團體治療外，尚有每月一次的性罪犯自助團體(訂有二十個主題，讓其自由選擇討論)；假釋前半年性罪犯可自願找本家人或重要友人，累積三至五家人後，由牧師、社工員在獄內教堂召開八小時的聚會，教導親友如何支持他們，如何幫助他們防止再犯，並連結監獄與社區的支援網絡；假釋前由監獄社工員召開個案研討會，邀集住所之社會局家庭服務人員，矯治局觀護人員，三個治療機構人員，一婦女庇護所人員研商該犯的假釋計畫及如何助其防止再犯。另外獄內社工員也參與Muskogan當地警局及假釋室的聯擊會報。本方案所使用的心理教育治療教材亦引用Safer Society Foundation之出版物。

2. 移至醫院完成之方案：即指有意願接受治療者，在最早釋放口前二至三年移至州立醫院(多是獄外)參與治療方案，如Oregon, California, 最有名的方案是已有三十年之加州Sacramento市之Atascadero州立醫院，其治療亦是採用再犯預防(Relapse Preventan)模式為基礎之認知行為心理治療。(Steele, 1995)每週四、五小時的團體心理治療，每週一小時由所分配之心理師或社工師及每週二小時由護理人員作個別心理治療。治療包含一系列的課程，含放鬆訓練、性教育、人類性行為、社交技巧訓練、壓力及憤怒管理與假釋前準備教育。該方案自一九八八年起作一系列的評估報告(Marques, Oay, Nelson, & West, 1994)。

(二)少年感化教育方案

在密西根，少年感化教育係由二個不同體系實施，一是在少年感化學校(Boy Training School)，一是由法院交民間合法少年收容機構。

1. 少年感化學校：今舉南密西根之Maxey Boys Training School為例。該校是屬密西根之社會服務局體系，心理專業人員均以臨床社工員為主，臨床心理師只在接收中心做心理衡鑑及諮詢。與台灣一樣少年感化在密西根也是不定期的處遇最高可到二十一歲，但釋放與否係住所之郡法院法官依進步報告而決定，平均為一年半左右。其治療亦採團體治療，由社工員每週帶領二次，而少年專家(Youth Specialist)是一準專業人員，負責日夜輪班，扮演親職角色，協調各工作人員、學業老師及家人相關事項，與帶領憤怒控制團體；並有安排家人每月來訪一次作家庭會談。共設有五個少年性罪犯Program Units，並有五個Program Managers，負責管理各Unit。其技術亦強調deviant behavioral Cycle之再犯預防模式並以認知行為心理取向為主。

2. 民間合法少年收容機構：密西根少年的感化教育亦可交由民間合法合格的少年收容機構輔導教養，在密西根有一名叫做Boysville之機構，設有五個收容中心，其中之一設有少年性罪犯收容方案。案由法官轉介，並經由機構社工員訪談評估，若少年本身亦同意此一方案，則予以收容。收容期視少年之進步情形而定，一般為二年至三年，該機構之領養方案及技術，大體與少年感化學校相同，唯該機構無警戒人員亦無圍牆。

另俄亥俄(Ohio)州設有全國唯一的智障少年性罪犯收容機構 Fairfield Academy，可收容二十四名案主，案主須是十三歲至十九歲，且智商在四十至八十之間。案主多來自全國各地，經費由各郡政府、聯邦政府，及慈善機構負擔，其治療強調以代幣及情緒管理促使案主能有良好的行為及合理想法，並有學科及簡單術科之教育。

在方案及技術支援方面，美國及加拿大現有一協會 Association of Treating Sex Abuser(ATSA)，其每年十月有一週的年會，提供技術訓練，學術研究及方案交流與評估，約有近千人與會，是專業人員及相關矯治方案人員的年度聚會，並出版有會員之專業期刊(註二)。另有一國際會議 International Conference on the Treatment of Sex Offenders，但其規模較不如 ATSA。

三、美國性罪犯心理治療技術

在提治療技術之前，筆者須提到性罪犯的分類。心理治療人員在會談性罪犯常會發現其在心理過程上有些不一樣，但應再有脈絡可尋。在許多分類學研究上，以 Groth (1979) 之分類學最爲有名，也幾乎是美加臨床界的共同語言。Groth 在累積三千五百個案後，作以下二大類及五小分類：

(一) 強姦犯(Rapists) (被害者年齡通常在青春期中以後)

1. 權力型(Power type)：他們視強姦是提供一種實行支配、征服、力量、權力並控制被害人方法。他們很少過度使用暴力，但常有強迫之性幻想，或要對其性能力重新肯定(註三)。又可分

權力肯定型(Power Assertive type)及權力再確定型(Power Reassure type) (註四)

2. 憤怒型(Anger type)：他們常會想要傷害、貶抑、並羞辱被害人，並以突發滿足之暴力爲重要指標。他們視強姦爲懲罰與羞辱婦女的好方法，而也是發洩因被害人或其代罪羔羊而導致心理挫折的出口。此又被 Groth 稱爲憤怒報復型(Anger Retaliation type)。

3. 虐待型(Sadistic type)：他們通常會造成被害人嚴重的身體傷害甚至死亡。他們會以色情化折磨被害人的儀式並在感受被害人痛苦上也常會變成色情化。在某些案例中，當攻擊者性喚起時，常也是其行爲更暴力甚至導致謀殺的時候，攻擊的型態及被害人之特質常會是有其想要羞辱或毀滅的象徵。又被 Groth 稱爲憤怒興奮型(Anger Excitement type)。

(二) 兒童性侵害犯或稱戀童症患者(Child Molesters or Pedophiles) (被害者的年齡通常在青春期中或青春期中以前) (亂倫犯亦可依以下歸類) (Incestuous offender)

1. 退縮型(Repressed type)：在其一生中他們曾與適當之同儕有過性關係。然而因一些情境上之壓力(如長期失業、身體傷殘，或遭成年婦女之貶抑，尤其在性上)，使他們漸失身爲男人的信心。於是他們轉移性的滿足到較不具威脅性的未成年兒童身上。

2. 固定型(Fixated type)：他們終其一生只能被兒童(較多是男童)所吸引，且無法在發展中獲得性心理上之成熟。經研究發現，此與幼年受虐甚至性虐待有關，造成其無法發展與成人之信任關係，

轉而與兒童親近，並以性為表達其關懷的方法之一，據 Jackson Prison(Michigan)資深心理學家 Stan Bolt 表示，此型之被害人常會固定在同一年齡層之男童，原因應是其首次受虐亦在此年齡。(Personal Communication, 7, 15, 1997)。

在心理治療技術上，Safer Society Foundation 在一九九四年所做之全美性罪犯方案及模式調查中，收集一千七百八十四個的參與調查之監獄、社區及學校方案，表示使用「認知行為取向(Cognitive Behavioral Approach)者有四十%，而採用「再犯預防取向」(Relapse Prevention Approach)者有二十七%，另採用「心理社會教育取向」(Psychosocial Education)者有十三%。因此可知前二者幾乎是美國治療技術之主流，但二者常被交混使用，頗難區分，故該調查為利區分而做以下之定義：(一) Cognitive-behavioral：一種基於使用認知重建及行為技術的性學習理論之全面結構化治療取向。行為技術主要是減低異常勃起及增加社交技巧，而同儕團體及教育課程亦被使用。採集了諮商理論之方法。(2) Relapse Prevention：一種三面向及多元模式專門協助案主依期望保持其行為的改變並因應可能再犯的情境。三個面向包含：①教導案主內在自我管理技術；②計畫外在的監督因素；③提供包含行為、認知、教育及技巧訓練取向的處遇，以教導案主如何認出並中斷其因某些情境而導致再犯的感受行為鏈。衡鑑乃處遇的焦點在專注及修正此一連串的感受行為鏈，從廣大的生活形態因素及認知扭曲到情境因應之缺點及偏差的性激起模式。這焦點即專注在「再犯過程

」本身(Freeman-Longo, Bird, Stevenson & Fiske, 1995)。

因此可知二者的主要差別，只在於「再犯預防」取向中增加認出性罪犯可能有之偏差的感受行為鏈(chain)，並以之為基礎，而衍生之如何作自我監督預防及接受外在之監督預防，然使用之治療技巧仍是以認知行為技術為內容。筆者在此謹介紹「再犯預防取向」之治療技術，然亦將其中之認知行為技術作一介紹。

(一)「再犯預防取向」(以下簡稱RP)

之緣由及立論基礎

RP 原本是一種心理技術，用來維持具成癮行為案主之治療效果，如酒精濫用、煙癮、藥癮與過食行為等。因為改善此類案主的主要問題在於如何使其在治療後，能維持其改善，否則其復發的機率將很高。

RP 的基礎來自 Bandura 之社會學習理論對人類行為的瞭解，其認為人類的行為是由觀察學習的認知過程，雖然仍受一些變數，如增強作為的影響。因此 RP 強調學習觀察(如已改善成功者之分享及其成功過程，失敗者如何失敗)(與認知之預演(rehearsal)(在何情境易再犯及如何避免)。RP 對成癮行為有三個重要假設：①成癮行為的模式是來自過去的學習經驗，先行情境的影響，廣泛的增強聯結，認知期望與生物學影響；②目標行為可被解析在非成癮行為至問題成癮行為間之連續體，因此無所謂絕對斷癮；③成癮行為可被視為因應生活壓力及失意所形成之適應不良反應(George

& Marlatt, 1989)。

R P之首先在性罪犯是一九八〇年左右，Dr. Richard Laws與二位實習心理師Janice Marques與William Pithers在加州Atascadero州立醫院（在Sacramento）討論而得，並由Laws及Marques在加州矯治局支持下在該院實驗推行，而Pithers則到Vermont州計畫推行。二者模式內容不盡相同，但均係以R P為主要架構。Safer Society Foundation之諮商師Robert Freeman-Longo在得到Pithers的協助下亦編印R P之書籍影帶及犯人手冊，推行全國多州(Laws, 1989)。

(二) 性犯罪的可能前兆 (precursors)

由於R P的主要技術即在於案主能瞭解其性犯罪的可能前兆，並在高危險情境之前或之中認出此前兆，而以內在意志及外在監督阻斷之，藉以防止再犯。因此，對於性犯罪之可能前兆的研究瞭解即很重要。

Pithers曾與其同事做過前兆之檔案研究，樣本為Vermont之一三四名兒童性侵害犯及六四名強暴犯，其結果如表一及表二(Pithers, Kashima, Cumming, Beal, & Buell, 1988)。

表一為性犯罪之近月前兆（前六個月），其間強暴犯明顯多於兒童性侵犯（戀童癖者）的有：全面性的憤怒，對婦女的憤怒、無所事事、無目的的單獨駕車、尋找機會、人格異常、酒精濫用；而相反者有：焦慮、憂鬱、偏差的性幻想，個人失落感，看色情書刊，

計畫其性侵犯；而二者均明顯的有認知扭曲、異常的性激起模式，情緒過度控制、低自尊、低被害者同理心、性知識缺乏等。

表一 性侵犯的近期(月)前兆

近期前兆	強暴犯 (%)	兒童性侵害犯 (%)
憤怒	3	3
事件上突	3	4
某人一般上的全面地	88	32
對女性一般上的憤怒	77	26
對女性一般上的困難	27	46
對女性一般上的曲解	42	23
對女性一般上的過度工作	45	28
對女性一般上的性妄想	72	65
對女性一般上的性起模式	0	8
對女性一般上的開車亂	3	38
對女性一般上的過度壓抑	17	51
對女性一般上的過度依賴	69	57
對女性一般上的過度壓抑	2	2
對女性一般上的過度依賴	17	1
對女性一般上的過度依賴	58	51
對女性一般上的過度依賴	30	48
對女性一般上的過度依賴	56	61
對女性一般上的過度依賴	61	71
對女性一般上的過度依賴	58	19
對女性一般上的過度依賴	2	3
對女性一般上的過度依賴	6	14
對女性一般上的過度依賴	61	35
對女性一般上的過度依賴	0	4
對女性一般上的過度依賴	14	6
對女性一般上的過度依賴	28	73
對女性一般上的過度依賴	2	7
對女性一般上的過度依賴	0	7
對女性一般上的過度依賴	45	52
對女性一般上的過度依賴	25	39
對女性一般上的過度依賴	59	50
對女性一般上的過度依賴	42	23
對女性一般上的過度依賴	14	7

註：以上均為這兩類罪犯之百分比

表二為性犯罪之早期前兆（六個月以前），其間強暴犯明顯多於兒童性侵害犯者有：曾親臨人類或動物之暴力死亡（如獵殺或屠宰動物）、早年家庭危機、低教育程度、母親之亡失或疏於照顧、兒童期之身體虐待，曾因非性之犯罪遭逮捕，十二歲至十八歲曾遭

性侵犯，曾招妓女；相反者有：所知之被害者超過一人，習慣性看色情書刊，十二歲前之性經驗、性焦慮，十二歲前曾遭性侵犯；二者均明顯有：父母婚姻不和，父母的亡失或疏於照顧。

表二 性侵犯的早期前兆

早期前兆	強暴犯 (%)	兒童性侵害 (%)
認知障礙(IQ<80)	9	10
離婚(犯行之五年以前)	14	15
曾看過人或動物的因暴力死亡	22	2
家庭危機	86	49
較晚才有性經驗(25歲較才有性經驗)	0	4
教育程度不高(國中及以下)	44	26
母親虐待(或疏於照顧)	41	29
性侵犯前科一次以上	14	17
已知被害人超過一人以上	30	60
父母或婚姻不和	59	45
父母虐待或疏於照顧	59	54
幼年時遭身體虐待	45	7
經常地看色情出版品	14	33
過早的性經驗(12歲以下，且非因侵犯而有)	14	30
有非性侵犯之前科	44	15
性上之焦慮	39	58
性失常	11	11
曾遭性侵犯 (2歲以前)	5	56
(2歲與18歲間)	11	6
曾找過妓女	30	8

註：以上均為這兩類罪犯之百分比

諮商人員可依此研究所得，瞭解性罪犯案主的可能前兆，並在個別或團體諮商中討論，藉使案主能領悟而阻斷再犯前兆之發生或受其影響，甚或尋求協助。

(三) 從再犯前兆到再犯的一般順序

在瞭解「可能前兆」後，其到「再犯」之過程如何，RP的專家們也試圖以性罪犯的陳述及上述發現描繪出來，以作為阻斷的基礎。其描繪出之過程如下：

第一階段：犯者會經驗到情緒的轉變，可能是因某外界事件的刺激。而通常戀童者是感覺沮喪，強暴犯是對長期的憤怒劇增。

第二階段：偏差性幻想的次數增多及增強。幻想常在犯者因應負向情緒狀態下手淫產生。也常在反覆手淫到偏差幻想中藉看色情出版品而增高其性激起。

第三階段：偏差性幻想常在此時轉成認知扭曲，即犯者常合理化其幻想，如「所有婦女在內心都是妓女」，「我十幾歲的女兒已將要經驗到約會及性行為，她必須要從關心她的人學到性，而不是被某些少男所滿足」。

第四階段：當再犯意圖漸明朗後，犯者會「被動地」發展一計畫，以實施其幻想化之行為，而通常這計畫會在幻想中完成。

第五階段：以行動實施其計畫。若犯者有先用毒品或酒精，它通常是被用來麻痺可能阻斷再犯之焦慮，或降低對犯行的責任。(Pithers & Cumming, 1995)

(四) RP之評估方式 (Assessment Procedure)

因為RP是以高度個人取向的方式來對性罪犯提供處遇及監督，所以它必須始於透過衡鑑及評估來瞭解案主的特質與缺憾。而除了

某些量表外（如MMPI-II及Multiphasic Sexual Inventory），以下的評估可由心理衛生人員或觀護人員來做：

1. 個案記錄的分析（會談前）：包含背景資料、警方報告、被害者陳述、犯者陳述、心理或精神科評估、本案報告、前科記錄等，以找出犯者的犯罪前兆。

2. 結構化會談：首先為使性罪犯能在一舒服的氣氛下會談，會談者應先詢問一些較不具威脅性的話題。筆者認為，如討論其社交、工作或休閒生活，漸及家庭成員及生活，再及早年生活及性生活，甚至前科。然在觸及前三項時，應可能較具威脅性或敏感性，務必注意案主的反應，如面部表情、語氣及談話內容。（註五）在更細部方面，則可談到此一犯行的過程描述，如包括在何情境、犯罪前後之心理想法、為何要傷害被害者等。這當中可能會是一連串如：

事件↓感受↓幻想↓合理化↓行動。筆者認為這些均是難以啓口的，只能點到為止，可待日後之漸漸詢問及治療者的敏感度。在此筆者要補充說明的是「否認」(denial)，因為個人在實務上亦發現「否認」會是會談甚或治療中的大問題，甚至幾乎每位性罪犯均有，容易被其矇混過去。Salter(1988)提出「否認」可能包含下列元素：否認行為本身，否認幻想及計畫，否認行為的責任（如推說因酗酒所致），否認行為的嚴重性（如推說不是強暴，或對女性沒大傷害），否認對行為的內在愧疚感，否認改變性侵犯的行為模式是困難的（筆者說：如犯者稱已改善而不再犯，或稱已全心投入宗教而不再犯），至於如何處理否認，以個人在Jackson之參與多個性罪犯

治療團體發現，治療師多不急於揭發，而在團體中（開放性團體）一久，犯者自然會參與討論，若其「否認」，其自然會被其他老成員質疑而漸袒露。治療師只須塑造安全氣氛，並在袒露後與其他成員一起給予回饋及鼓勵，讓犯者能disclosure而insightful working thought。

3. 直接行為觀察：有些性罪犯確有其異常的性激起偏好，如戀童者的性激起可能較偏好於兒童（男童或女童或二者兼有），有些強暴犯的性激起可能較偏好於融合性與暴力之時。而這可用「陰莖體積變化儀」(penile plethymography)測量。其過程是將水銀橡圈套在案主之陰莖，並展出一系列之男童、女童或婦女之泳裝照片，以測其陰莖體積變化之程度而知其性偏好之異常程度。國內目前尚待引進。

4. 自我監督及自我報告：在治療期中，鼓勵案主自我觀察其認知扭曲，對婦女或自我之憤怒及社交技巧等。可用表格請其定期填寫交出，而也可請其信任之親友來會談。

5. 問卷：有些問卷可用來幫助瞭解案主的偏好情形。如Clarke Sexual History Questionnaire及Multiphasic Sexual Inventory (MSI)，其中以MSI應較為普遍。

6. 情境測驗：此指紙筆之情境測驗，可描述一些可能是案主的高危險情境，如被婦女激怒，酗酒或在兒童遊戲場之情境，而詢問案主初始想到的反應為何。評估亦應依其潛在因素、長短、內容、因應能力及因應技巧來瞭解案主的可能現況，並注意案主有無過度

忽略危險因素或過度自信。(Pithers et al, 1995)

(五) RP 的治療過程 (Treatment Procedures)

RP 包含許多介入技術，以下面二類歸納之：

1. 對避免再犯的介入

(1) 教導認出犯行前兆：如教導認出高危險情境，自己的「明顯不當決定」（或稱「似乎不重要決定」Apparent Irrelevant Decision, AI0或Seemingly Unimportant Decision, SUD，如我只是去買色情影帶或只是出去繞繞而已），並與治療者或團體成員討論如何阻斷或因應之。

(2) 減少外在刺激：如若因喝酒而對婦女愈加憤怒者，應避免買酒、看到酒、或住在酒館附近。色情影帶亦是。

(3) 避開潛在之加害對象：如戀童者應避免與兒童的父母建立關係或避開兒童遊戲場，而強暴犯則不無目的駕車，或於深夜或偏僻處遊蕩。

(4) 逃開正面臨之高危險情境：無論真能避開以上與否，仍有可能會突然面臨高危險情境，如突然見一小孩或婦女遊走街頭，甚或偏僻處，此時若能快速地逃開會比停留猶豫更安全穩當，而不易再犯。

(5) 熟練程序化的因應方式：為使犯者能具體地抑止再犯，鼓勵犯者作以下四個因應步驟並熟練之：提出詳細的高危險情境，儘量想出可能的因應方式，評估每一因應方式的可能結果，估計自己有多少能力以執行可能因應方式。並鼓勵犯者選擇較可行的因應方式熟

練之，且給予回饋。

(6) 處應內在驅力：性侵犯行為可能提供犯者的立即性滿足或紓解，但負面的結果，如遭逮捕及被關，常是延後才來的，因此強暴犯或戀童者多是無法聯結二者。所以，忽視了負面效果，而只想到正向的立即滿足將很容易引起再犯。因此鼓勵犯者當想到再得以立即滿足時，延緩其行動（如三十分鐘），再想一想；並內心反覆自述「強暴不會使任何一人覺得好，包括自己」或「兩分鐘的性侵犯不值得被關五十年」。

(7) 全面之技巧訓練：因常可發現性罪犯沒有很好的人際關係、憤怒管理、問題解決技巧、壓力容受力，及性知識或人際同理心等，所以提供相關的知識及訓練在療程中，亦實有助提升社交能力、自我肯定及挫折容受力等而防止再犯。

2. 從準備再犯中阻斷犯行：

性罪犯應抱有一個信念，即不管治療是否足夠，在自我管理下再犯仍是有可能發生的。因為採此信念的人較能隨時自我警覺與接受監督，而較不易再犯。此外仍有下列三項技巧：

(1) 認知重建：RP 模式引導犯者視犯行是一錯誤或自我管理上的疏失，而鼓勵犯者學習如何因應的方法及學習更多的人際技巧，以避免使犯者加深其負面的自我意識，如「我是沒人愛的」，或「我失意時只能靠酒了」。可請犯者將較好的認知摘要寫下記於一小紙上，置於皮夾中，隨身攜帶。此小紙可含如下：

· 其實犯行是在自我管理中的一次疏失；只要隨時警覺即可避

免。

- 不可屈服於內在偏差的驅力，驅力自會隨時間漸漸弱的。
- 好好細察自己犯行的前兆，並對未來可能面臨的前兆增加控制力。
- 若需要再多些抑制力時，看看自己列出可用的因應方法。
- 當漸有困難抑制再犯時，找到治療者、團體成員或好朋友的電話，談出想法與感受。

(2) 簽下契約：犯者須在進入治療時簽一份契約，詳訂自己若出現前兆情境時的一些限制規定，並由治療者或觀護假釋官認可。如戀童者簽下當我感到偏差驅力來而想外出買色情影帶時，我願等三十分鐘想想我的意圖及可能再犯的危險性；如已決定去買，只能買一本（卷），且我要告訴治療師或團體，並交予治療師，也捐同額的錢予被害者基金會。

(3) 維持手冊：在治療中鼓勵每位受療者填寫在療程中的想法及困境在一手冊上，以便在治療後，隨時查閱、回想並定期摘記現狀，以維持警覺。其內容可含：提醒小卡、避開或逃開高危險策略、緊急電話、自己的明顯不重要決定、高危險情境、犯行可能前兆及自我監督表格等 (Pitthers, et al, 1995)。

(六) 佛蒙特州的社區性罪犯治療方案

筆者鑒於國內將開始實施社區性罪犯治療，今舉在美國堪稱模範的佛蒙特州 (Vermont) 簡介之（其即採用 R P 模式）(Pitthers,

Martin, & Cumming, 1989)：

1. 對象：有一種即法院判緩刑者與在監受療後而假釋者。
2. 團體成員：剛開始時，將強暴犯與戀童者分開治療，但後來發現將二者混合在團體中治療，效果更好。因強暴犯有較多的挑戰與質問，使團體顯得有活力；而戀童者則有較多的同理，使團體顯得有感性。團體領導者常是公家或私人之專業人員一男一女，而觀護人可為催化員，但不能有其監督的個案在團體內。

3. 花費：由州政府支付部分費用，並且案主每次亦須交剩餘費用予治療者。治療一週一次，每次一·五至二小時。

4. 參與性罪犯之篩選條件：因參與者可判處緩刑及提前假釋，故鼓勵犯者參與治療，但其篩選條件如下：承認犯行之責任，參與所有療程並付錢，保密團體成員所談，允許治療者將言行報告法庭，完成家庭作業等。並須簽下契約，以示負責。倘若有違反規定，則可提交法院取消緩刑或假釋。

5. 團體成員分三階：即候選者、一般成員、更生成員。成員六至八人，候選者一、二人，較後者將有較多的責任及獨立。而候選者須先在團體中待一個月，由成員評估並表決，之後鼓勵候選者詢問每位成員其評估之理由；若投否決者，亦須告知其如何做就可改變其感覺。治療者可提出看法並擁有最後決定權。

6. 團體過程：每次團體前，候選者及成員均先要向治療者繳錢。之後，每位成員須重述自己的姓名，是何種性犯罪，高危險情境有

哪些；再來是每人詳細報告在前一週內有的幻想、驅力、復發之行為、所面臨之高危險情境及性行為。若有成員總不提到上述項目，則會被要求轉至個別治療或聯合治療，以使其能瞭解上項陳述的重要性。候選者被安排在成員陳述後再陳述自己情形。再來則是討論團體議題，包括RP的前述各項論題及如何因應，例如認識自己的高危險情境，如何因應迴避，預想可能再犯的行為及如何避免之及認知重建等。每週議題之討論，可依上項，由團體成員選定，但治療者有最後決定權。每次團體最後，則由每位參與者報告自己上週的家庭作業。家庭作業可包括讀書報告（有關憤怒控制及提高同理被害人之書），給被害人的道歉信，性方面之自傳，敘述被害者之衝擊等。團體前段，每人之作業可能較一致，但中後期，則漸依各人所需而不同。作業提出後，由團體成員討論，由治療者或催化員決定通過與否，若不通過須再重做。不能寫字之人，則可以錄音機代替。作業落後或有缺席者，則予以警告可能列入觀察、降級甚或報告法院取消緩刑或假釋。

四、結論與國內改進之道

以上所述為美加地區在治療性罪犯上常用之理論與技術，唯是否可逐一適用於國內，或是否有文化差異，甚或犯罪本質上差異，實有待進一步考慮。然筆者願舉兩個研究發現以為參考：

(一) 性犯罪比率之差異：以十萬分之一為計，一九九六年美國為

三六·一，而台灣為六·八；一九九五年則各是三七·一及四·九（註六）。上項資料均來自警察報告。

(二) 不同性犯罪比率之差異：以兒童性侵害案件及成人性侵犯案件之比率而言，美國是四八·八六：五三·一四（一九九五），而台灣則是一〇：九〇（一九九六）及二〇：八〇（一九九〇）。（註七）

另外，台灣的在監性罪犯及社區性罪犯治療方案，均是採強制性之治療方式，此與美國均採自願性不同。其影響治療動力為何，亦應予考慮。

至於治療性罪犯是否有效，國內媒體、社會大眾甚至臨床人員均有爭議，筆者在此舉兩個有名的近年採用RP治療之研究結果以為結尾(Steele, 1995)：

表三 加洲Atascadero研究方案（一九九二）

研究期間	治療組 (N=116)	自願 控制組 (N=126)	非自願 控制組 (N=121)
(成人)強暴犯 (N=78)	三十八個月 二二·〇%	三十八個月 四八·〇%	三十八個月 二八·五%
兒童性侵害犯 (N=285)	七·八%	一一·〇%	一三·八%
全部(N=363)	一一·二%	一九·〇%	一四·九%

表四 佛蒙特(Vermont)州性罪犯方案(含監獄及假釋後在社區之性罪犯參與治療者)

性犯罪之類型	罪犯之人數	再犯性侵犯之百分比
戀童症(家外兒童性侵犯)	一九五	七%
家內之亂倫犯	一九〇	三%
強暴犯	五三	一九%
未治療者	—	三八%

從上二表可發現，治療性罪犯確實有效，有此爭議在所難免，因為美國也是近十年來才探索出較有效的治療方法。因此現在的問題應不是再爭議治療有無效果，而是如何建立一個好的治療方案，並訓練臨床人員如何實施治療。國內近年才開始起步治療性罪犯，筆者的看法是可依RP模式瞭解並治療性罪犯，在累積足夠臨床經驗及臨床研究後，國內應可依發現而予以修正，甚或找出一條本土模式之理論及治療方法。

(本文作者曾任高雄國軍八〇二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；讀者如有意參考相關資料及指教者，請至作者首頁／網址，<http://pilot.msu.edu/user/linninch>及 linninch@pilot.msu.edu)

附註：

1 Safer Society Fundatenen 是美國專門出版性罪犯教育影響書籍之機構，其電腦首頁為 www.saferociety.org。

1 IATSA之電腦首頁為 www.atsa.com。Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C., & West, M. A. (1994) Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: preliminary results of a longitudinal study. *Criminal Justice and Behavior*, 21(1), 28-54.

三許多因住宅竊盜而犯強姦罪之人，應可歸為此類，因其對物件所有權的不尊重，涵括了婦女的性自主權。而約會強暴亦可屬此類。

四 Groth在前二年，一九七七年的分類中，依兩軸而做此分類，兩軸即成人強姦犯常見的兩個重要不同之心理過程——權力與憤怒(Groth, 1977)，有時交雜也有時突顯其一，判斷常須靠豐富的臨床經驗。瞭解此二軸對瞭解性罪犯並對其治療有很大幫助。

五為使案主能增加其正面的自我意象以避免過度焦慮或阻抗，筆者建議可在談此三項前，詢問其自己認為自己有哪三項優點，曾被人稱讚或自己覺得的優點，並予同理，並告知每個人都會有優缺點的，問題是能否看見缺點而改善之。

六資料來自美國FBI之Uniform Crime Report及台灣刑事警察局之台灣刑案統計。

七資料來自美國司法部之Sourcebook of Criminal Justice Statistics與台灣刑事警察局之台灣刑案統計。

Freeman-Longo, R., Bird, S., Stevenson, W. F., & Fiske, J. Pithers, W. D., Martin, G. R., & Cumming, G. F. (1989) Vermont A. (1995). 1994 Nationwide survey of treatment programs and models: serving abuse-reactive children and adolescent and adult sex offenders. VT: Safer Society Program & Press.

Pithers, W. D. & Cumming, G. F. (1995) Relapse prevention: a method for enhancing behavioral self-management and external supervision of the sexual aggressor. In B. K. Schwartz and H. R. Cellini (ED), The sex offender: corrections, treatment and legal practice (pp. 20-1~20-32). New Jersey: Civic Research Institute.

George, W. H. & Marlatt, G. A. (1989). Introduction. In D. R. Laws(ED), Relapse

Groth, A. N., Burgess, A. W., & Holmstrom, L.L. (1977). Rape: power, anger, and sexuality. American Journal of Psychiatry. 134(11), 1239-1243.

Groth, A. N. & Birnbaum, H. J. (1979). Men who rape: the psychology of the offender. NY: Plenum.

Laws, D. R. (1989), Preface. In D. R. Laws (ED), Relapse prevention with sex offenders. (pp vii~ix). NY: Guilford.

Pallone, N.J. (1990) Rehabilitating criminal sexual psychopaths: legislative mandates and clinical quandaries. NJ: Transaction publishers.

Pithers, W. D. Kashima, K., Cumming, G. F. Beal, L. S. & Buell, M. M. (1988) Relapse Prevention of sexual aggression. Annals of the New York Academy of Science. NY: New York Academy

Salter, A. (1988) Treating child sex offenders and victims. London: Sage.

Steele, Nancy. (1995) Cost effectiveness of treatment. In B. K. Schwartz and H. R. Cellini (ED), the sex offender: corrections, treatment and legal practice (pp. 4-1~4-17). New Jersey: Civic Research Institute.