

安全防犯策略（SOS）的初探 ——一個以實徵基礎發展的 新興性侵害加害人治療模式

黃冠豪*、沈德寧**

要 目

壹、緒 論	二、治療的10個模式
一、多模式自我調適理論	三、模式的期間
二、標準化	四、自我調適與「多模式自我調適理論」
三、治療風格與臨床策略	五、行為鏈分析
四、實徵支持的療效	六、協助個案自我監控
貳、安全防犯策略之理論基礎	肆、安全防犯策略之實徵研究
一、自我調適與自我調適缺陷	伍、與其他國內外性侵害加害人治療模式之比較
二、失調是正常的嗎？	陸、結 論
參、安全防犯策略之實務操作	
一、治療的基本立場	

DOI：10.6460/CPCP.202404_(37).0002

本篇文章業經雙向匿名審查通過。

* 彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院臨床心理師，國立中正大學犯罪學博士。

** 彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院社會工作師，輔仁大學社會工作學系碩士。

摘 要

「安全防犯策略」模式（Safe Offender Strategies, SOS）是一個新興的性侵害治療模式，本模式是以自我調適的理論作為基礎來發展，是一個強調與個案建立合作關係，並以技巧學習為取向之治療模式。本治療模式著重實徵基礎來發展，包括：以具實徵基礎的性侵害風險因素作為治療目標，並發展以手冊為基礎的治療模式。雖然本模式目前尚在發展中，然而依目前的療效資料來看，在性侵害加害人的治療上其未來應是可以期待的。本文簡介「安全防犯策略」模式的內涵、架構，與其在性侵害加害人處遇中可能的優勢與侷限。

關鍵詞：安全防犯策略、性侵害加害人、治療、實徵基礎

The Preliminary Study for Safe Offender Strategies – An Emerging Evidence-Based Treatment Model of Sexual Offender

Kuan-Hao Huang^{*} & Te-Ning Shen^{**}

Abstract

Safe Offender strategies (SOS) is an emerging treatment model of sexual Offender. This model has been developed based on self-regulation theory. It emphasizes cooperative relationship with the client, and was a skills-based approach treatment model. The development of this treatment model focuses on the basis of evidence, including: taking the evidence-based risk factor of sexual offense as treatment target and developing a manual-based treatment model. Although SOS is still under development, but according the current data of efficacy, this model is promising in treatment of sexual offender. This article introduces the connotation and structure of the SOS, and its advantages and limitations in treatment of sexual offender.

Keywords: Safe Offender Strategies, Sexual Offender, Treatment, Evidence-Based

* Changhua Christian Hospital/Clinical Psychologist; Ph.D., Department of Criminology and Criminal Justice, National Chung Cheng University.

** Changhua Christian Hospital/Social Worker; M.S., Department of Social Work, Fu Jen Catholic University.

壹、緒論

性侵害加害人之治療，經常被人詬病的是缺乏實徵基礎，國內外至今已有許多性侵害加害人之治療模式，然而真正累積足夠實徵基礎的模式卻不多。

目前國內外主流的性侵害加害人治療模式，是以「再犯預防取向之認知行為療法」（cognitive behavioral therapy with relapse prevention approach）為主，然而其成效研究，卻頗有爭論，若依據 Marques 等人的研究（Marques et al., 2005），再犯預防為取向之認知行為療法與對照組相比是無顯著差異的。然而，Marques 也於文中建議，若能夠根據 Andrews 與 Bonta（2006）的 RNR 原則（risk, need, responsivity）也就是治療方案的規劃若能根據「風險程度」、「犯罪需求」、「方案與個案相應性」就能夠改善性侵害加害人之再犯率。

本文介紹的「安全防犯策略」模式（Safe Offender Strategies, SOS），是性侵害加害人治療中新興發展的治療模式。「安全防犯策略」是結合一些以技巧為基礎之內容，和新近關於問題性行為之自我調適技巧研究所發展的性侵害加害人處遇模式。這模式顯示出一個新的方向，讓我們如何看待個案，以及他們性侵害之本質。更重要的是，「安全防犯策略」模式其所介入的標的，即是根據現今實徵資料中性侵害加害人的風險因素所設計，因此是符合 Andrews 與 Bonta（2006）的 RNR 原則而有助於改善個案的再犯風險的。

不像其他的模式對待性侵害加害人之態度，「安全防犯策略」模式鼓勵治療者與個案培養出一個「合作」的治療關係，並且以符合個案陳述的目標，與目前治療需求，來引發個案的改變策略。並提供一個以實徵基礎建構的取向，來進行性侵害犯人之治療。

「安全防犯策略」模式有以下特色：

一、多模式自我調適理論

近期的病理研究，認為許多不適應行為的發展，包括：性侵害，其實是「自我調適」（self-regulation）的缺陷。

因此，本模式發展出一套根據自我調適缺陷如何形成與維持不當的性行為的理論模式，稱之為「多模式自我調適理論」（multi-modal self-regulation theory），用來解釋性侵害行為這複雜之現象。

二、標準化

有別於其他取向，本模式的發展是以有結構、手冊化操作的方式來作為發展基礎的。

三、治療風格與臨床策略

許多性侵害治療方法，是比較嚴厲、疏離的，本治療取向是重視治療關係、人際風格則是溫暖、同理、關懷的，並強調採用「認可」（validation）技術，讓個案感受到被接納，與促進改變動機，且強調特定的（個別化）治療，重視個案在治療過程中的自我導向。

四、實徵支持的療效

目前很少有性侵害治療模式獲得強烈實徵證據支持其效果。當然原因可能是研究設計不佳，或不一致的治療所致。SOS作為尚在發展中的新興治療模式，至今有三篇前導性研究，初步結果是有獲得部分效果支持的。而它的標準化操作，也支持其研究的進行。另外一點，是「安全防犯策略」模式之發展是聚焦於實徵有效的基礎，譬如其治療標的與設計是根據現今實徵資料中性侵害加害人的風險因素。

貳、安全防犯策略之理論基礎

性侵害本身也屬於犯罪行為之一，而關於犯罪行為，有不少探討犯罪行為之理論，其中與心理學有關的「緊張理論」(strain theory)，即認為內在壓力是造成偏差行為的原因之一(Merton, 1938; Agnew & White, 1992)。從早期Merton主張的社會階級壓力，到後期Agnew認為不只是社會階級壓力，舉凡家庭、社會、工作上所遇到之挫折，都有可能與犯罪行為之產生有關，Agnew稱之為一般化緊張理論(general strain theory, GST)，在這樣的理論架構下，內在負向情緒與如何有效地自我調適負向內在狀態，對於降低或預防性犯罪，就顯得相當重要(Agnew, 2014)。

以當代的性侵害治療理論來看，Ward與Hudson(2000)就曾針對再犯預防取向之認知行為治療，進一步

提出其修正版的理論模式即「再犯預防的自我調適模式」（self-regulation model of relapse process），這模式在描繪性侵害加害人其犯罪路徑架構時，就認為性侵害加害人的犯罪路徑與其自我調適議題是有關的，他們列出四種自我調適形式，包括：第一、逃避被動型，想要逃避犯行，卻缺乏有效技能，面對挫折僅能焦慮；第二、逃避主動型，想積極逃避性犯罪行為，卻使用錯誤的方法（如喝酒或看A片）；第三、追求自動型，衝動且毫無計畫地執行犯罪行為；第四、追求外顯型，其價值觀與追求目標已經與性犯罪已經錯誤連結，可能會有詳細計畫來執行性犯罪。另外，提出RNR模式的Andrews與Bonta也提出評估與瞭解性侵害者的犯罪需求（need）對於有效治療與預防再犯之重要性（Andrews & Bonta, 2006），常見的犯罪需求包括：反社會人格、親犯罪態度、親犯罪同夥、物質濫用、家庭／婚姻、學業／工作、休閒／娛樂，和自尊、個人困擾感受、主要精神障礙、生理健康等（Bonta & Andrews, 2017），其中親犯罪態度、物質濫用、個人感受困擾皆與個體自我調適議題有關，自我調適議題正是許多性侵害者的犯罪需求之所在。

正常性行為本身的變異性本身就很複雜，這包括個別的傾向、選擇與信念。因此若要解釋偏差、甚至有傷害性的性行為的原因時，有其複雜性與特定性。有很多性侵害理論被提出，但較少可涵蓋其多面向，因此「多模式自我調適理論」（multi-modal self-regulation theory）

(Stinson et al., 2008)，被提出用來全面性地解釋這複雜的現象，而這理論也是「安全防犯策略」模式的理論基礎。

「多模式自我調適理論」本理論是Stinson等於2008年提出，嘗試去瞭解性侵害行為之發展。本理論主要源自於臨床與發展心理學文獻，和犯罪與其他行為科學領域。本理論一項關鍵假設是，個案在「自我調適」出現缺陷時，可能會投入不適應的行為。而這項前提，也已經在其他領域被評估過，包括：自殘 (Linehan, 1993)、攻擊與犯罪行為 (Hirschi, 2004)。目前也被「安全防犯策略」運用在性侵害領域。因此，自我調適出現缺陷是「安全防犯策略」用來解釋性侵害行為最重要的關鍵。自我調適缺陷問題的發展過程中包含許多元素，從早年的生理傾向、氣質，到早期環境的學習與經驗、與他人互動的知覺，自我調節能力會隨著時間與發展而改變，透過不同個別化的環境增強與經驗，最終發展出不適應的調節策略，即象徵著個案自我調適的缺陷。換言之，以「多模式自我調適理論」認為性侵害加害人不再只是一個犯罪者，而是他們的自我調適出了問題，因此是需要被協助的一群人。因此，「安全防犯策略」模式不以犯罪者，而是以需要被協助的人，來看待性侵害加害人，這也可以避免犯罪學理論中的「標籤理論」(Labeling theory)，避免造成性侵害加害人因為認定或者認同自己就是犯罪者，而繼續其偏差行為 (Becker, 1963)。

一、自我調適與自我調適缺陷

「自我調適」是人身為一個有機體，必會經驗的內在歷程，個體透過此歷程，調適內在的情緒、想法、互動、行為、甚至生理狀態（如性驅力），為了能維持舒適的內在平衡（homeostatic balance），個體須平衡內在與外在的人際張力。每個人有其獨特的穩定點（set point）。當不平衡或不舒服出現時，即穩定點被干擾時，代表一種「失調」（dysregulation）出現。因此，失調對每個人來說是正常的歷程，當一個人處在失調狀態時，他會使用自我調適機制，來恢復此內在平衡。我們說一個人有「自我調適缺陷」（self-regulatory deficit），指一個人一旦失調出現時，無法有效地調適。

談到「自我調適」，「多模式自我調適理論」認為主要有四大領域的自我調適。即情緒、認知、人際、行為。其中，「情緒調適」廣泛地被定義為，辨識、監控、調適情緒反應之能力。「認知調適」則是指一個人管理和調適想法、期待、對他人知覺的能力。「人際調適」則是指一個人監控與他人互動，整合回饋，和調適人際行為之能力。「行為調適」則是指控制、抑制與表達行為之能力。以下逐一介紹。

（一）情緒失調

這可能是最常見的一種失調形式。要個體確認他何時開始出現失調可能不容易，但個體通常可以回憶起來，他何時開始出現無法忍受的情緒。這就是我們所說的情緒

失調。

這可能發生於任何情緒，當達到一個極端點時，所謂的「負向情緒」，包括：生氣、難過、害怕、無聊、厭惡……等等。而失調的「正向情緒」則包括：躁症、興奮、癡情、過度渴求的。每個人的情緒失調感受，可能有某種程度的一致性。那些有情緒經驗高閾值者，同時有高情緒穩定，和高效的情緒調節策略者，可能比較少注意到強烈的情緒狀態。但是對其他人來說，則可能需要與其對情緒經驗的瞭解與調節去掙扎。多數這些反應，仰賴成熟度、生命經驗、人格、氣質、擁有的資源或機會，和其他領域的調節。

性侵害加害人容易有某種程度的情緒失調，譬如：感覺被拒絕或孤單，生氣或敵意、無聊，和普遍的負向情感，就被認為明顯地連結到與反覆的性侵害犯行可能有關。雖然，負向情感與低自尊也不一定總是與長期性侵害風險有連結，但是似乎「較及時」與「立即」的這些情緒經驗（Hanson & Harris, 1998），可能與導致性侵害風險的發生是有關的。有些研究則指出，明顯的情緒症狀與明顯的情緒調節缺失，與性侵害犯行之頻率與嚴重度之關聯（Stinson et al., 2011）。

（二）認知失調

認知失調可能有許多形式，第一種、最明顯認知失調的形式是，信念或對他人的期待，這可能反應包括：評斷、責怪、理智化、合理化，或者全有全無的思考。這些

想法的例子包括：「這並不公平」、「他不應該……」……。這些想法的形式，在傳統的認知行為治療文獻中，通常被標示為認知扭曲（**cognitive distortions**）。雖然，這些想法常被認為是不正確或扭曲看待現實的，但是這些想法也確實反映出一種想法的態度，意即可以真實顯示出個體認知經驗的特性。這些想法，如何影響其他想法，情緒和行為，而導致不舒服或挫折的感受，會因人而異；第二種、妄想信念（**Delusional belief**）是另一種認知失調的形式。典型地來說，這些強烈偏執的信念，會引起明顯挫折感，也會改變情緒、互動和行為。當個體對這些信念的錯誤沒有病識感，個體可能運用調適策略，來讓環境符合其妄想信念（譬如妄想者的迴避或孤立）。妄想與其他認知失調形式可能不同，但同樣可能導致決策、問題解決、現實測試的問題；第三種、最後一種形式的認知失調，指的是認知能力的問題，而不是特定內容方面的問題。包括：抽象思考能力問題、問題解決缺陷、或一般認知無組織。因為調適策略仍是需要一定程度能力，方能有效能地處理訊息、維持專注力與做抽象思考。

對於性侵害加害人，認知失調之研究，顯示性侵害犯行之「認知歷程」問題、問題解決缺陷、認知限制，與一些風險因素。某些認知失調，相較於其他，是更與性侵害有關的，譬如：對浪漫關係的理想化或誇大期待（Marshall, 1989）、性別角色刻板化、性妄想（Smith &

Taylor, 1999) 、對人際線索的錯誤知覺 (Ward & Keenan, 1999) 。而和性侵害風險指標有關的認知失調，還包括過度聚焦於性的想法，偏差或支持犯行的態度與信念 (Hanson & Harries, 1998) 。此外，對於風險的缺乏警覺與意識，也是問題性行為的預測因子，意即性侵害犯可能淡化他們的風險 (譬如：我就是知道我不會再犯) ，顯示持續性犯行的高可能性 (Hanson & Harries, 1998) 。

(三)人際失調

人際互動怎麼變得失調呢？互動是包含2人或更多人，知覺與回應另一人，調整其個人行為，根據他人語言與非語言的回饋。但有很多機會，這樣的互動，可能會變得讓人不舒服、失衡或挫折。這樣的挫折，可能源自於爭辯、威脅、批評、操弄、欺騙、騷擾、或者迴避行為 (如：忽略、孤立) 。這些就是人際失調的行為指標。它們可能與對另一人強烈的情緒有關，譬如：生氣、害怕或傷害，反映負向評價的思考歷程、對特定人該做什麼或不該做什麼的應該期待、負向評斷、責怪。因此人際失調是與前述其他失調密切相關的。有些犯人，可能因過往經驗，與增強經驗，所以在這樣的互動中，不會覺得特別的失調，但某些犯人則會感到不舒服與張力。這些習慣於欺騙或操弄的人 (自己可能不會失調) ，可能會造成與他互動的人失調。

某些人格問題和有問題的人際互動，已經被標定出來，譬如：反社會人格、病態人格 (psychopathy) ，是與

增高性侵害再犯風險有關（Hanson & Harries, 1998）。其他與造成性侵害行為風險有關之人際失調變項，包括：對女性之敵意、關係不穩定、對他人缺乏關心與在乎，與治療過程中的操弄（Hanson et al., 2007）。

（四）行為失調

行為失調，通常是比較結構化介入的標的。行為失調，可能是個體最明顯與立即的結果。當然較嚴重的行為失調，包括：犯罪或攻擊行為、非法物質使用、問題性行為、自殺或自殘、導致傷害的危險行為。而較不嚴重的行為，則是長期遲到、不負責任、難以遵守承諾、不健康的習慣。行為失調也被認為是與其他類型失調有交互關係的。譬如：一個人從事某種形式的暴力行為，有可能會之後從事自殘行為，因為為了要調適其攻擊行為帶來的情緒失調（如罪惡感）。

我們知道性侵害犯是有行為失調問題的，譬如性侵害犯經常從事非性的犯行、問題的物質濫用、自殘行為。而從風險的角度來看，和反覆性犯行有關的行為指標，包括：持續使用性來作為因應策略、生活不穩定、不負責任、衝動、使用非法藥物（Hanson et al., 2007）。

二、失調是正常的嗎？

在「多模式自我調適理論」裡，認定「失調」的過程是正常的人類經驗。感覺強烈情緒、有挫折感、不健康的互動，對某些人是常見的經驗。明顯地，這是有個別差異

的。有些人強度較強，有些人強度比較沒這麼強。但這過程本身或經驗到失調，未必是病態的，但若是較為極端的話，可以被視為是疾病（如：情感性疾患），不過對多數人來說並不會是這樣。

會形成所謂的病態，最主要是看個體在失調時，他們「做什麼」。「多模式自我調適理論」認為多數人學會有功能且適應的方式來因應失調。問題是出現於，當人們經驗到強烈的失調感受，卻未準備好要去因應之，或他們選擇的策略是有害他人的。人們採取不適應的調適策略基本上有三種型式，第一種是人們採取的策略是無功能（無效的）。第二種是人們採取的策略，雖是有功能的，但卻是不充足的。第三種是人們透過觀察模仿學習到不適應的策略似乎是有功能的（有效的）。

許多不適應的策略，不管是它們包含攻擊、自傷、過度物質濫用，看來都是衝動且對自己或他人有傷害的。這一類策略有些共同特徵，第一、通常需要立即滿足，當個體少有能力在長時間下可以控制或調適其挫折感時，他需要快速紓緩，因此所選的策略就需要是能「快速」滿足此需求；第二、這些不適應行為通常是較少的內在準備與投入，且是依賴大量外在影響，來導致其效果。不適應策略本質上是相對較為生理性的，包括：攻擊、自傷、物質濫用，當然也包含性行為。當然，這不代表這些行為一定是沒有計畫的，但這些不適應策略相較於其他更有效的策略（譬如：理性衡量情境的利弊、使用有效的問題解決策略

來解決人際衝突）通常是較少需「內在」努力。譬如：喝酒雖然可以改變人的心情狀態，但比較少需要用內在控制或改變時的內在努力。

參、安全防犯策略之實務操作

一、治療的基本立場

（一）個案是能夠改變的

「安全防犯策略」認為個案是能夠改變的，個案即使只有改變一小部分，也是證明有能力改變的。這隨著時間累積，也能變成有意義的變化。另外，也由於「安全防犯策略」容許多重治療目標，所以不是只有直接改變問題性行為，才叫改變。自我管理憤怒、與他人建立適當界線，只要與其性侵害犯行有關，都是改變的指標。

（二）建立合作的治療關係

為了促進治療動機，和治療改變，「安全防犯策略」強調必須與個案建立治療關係。原因很簡單，仇恨無法帶來有意義的改變。很多治療師可能相信面質、批判，但事實是人際衝突、面質，很少帶來個案的正向反應。相反地，這樣的方式反而帶來更強的失調。

採取「合作取向」「安全防犯策略」的核心，有些傳統治療取向將治療者設定為教師，但SOS將治療者視為與個案一起工作，瞭解個案的行為發展替代策略，和提供治療需求回饋。這樣的取向，幫助與個案建立信任關係，讓

個案在治療者面前可以以開放的方式表達其所在乎、與挫折的。它接納缺點，且不鼓勵秘密。當然治療是接納個案這個人，但不是接納或合理化其傷害性行為（Stinson & Becker, 2018）。

另外，比較困難的是，治療師必須學會調適他自己的失調。因為，我們很容易因為個案的否認、防衛、無動機，而感到失望、挫折。與個案互動的挫折，會造成治療關係的傷害，當然我們會認為修復關係這是個案的責任，但治療師也須接受治療師對自己的失調也是有些責任的。

（三）認可的技術

「安全防犯策略」所提的「認可」（validation）技術，與「辯證行為治療法」（Dialectical Behavior Therapy, DBT）（Linehan, 1993）所說的「認可」是相同概念。辯證行為治療法是以針對邊緣性人格疾患治療著稱的有效治療方法，而辯證行為治療法對於邊緣型人格的心理社會描述與「多模式自我調適理論」有許多共通處，譬如：問題行為是源自於不適應的調節策略，還有在個案生活中不同方面的強烈失調導致問題行為。

由於性侵害犯經常遭遇不認可、面質。而採取「認可」技術，可以讓個案感受到被接納，與促進治療性改變。而什麼是「認可」？這是幫助個案更瞭解自己的治療策略，透過向他們傳達，他們的反應在他們所處的情境脈絡裡，是有效（valid）、可理解的。「認可」技術讓個案知道他們是被理解的，幫助他們對其行為有意義化地認

知。為何使用「認可」技術？因為這可建立正向的治療關係，而造成犯行的因素也可以因此被發掘出來，個案不需要淡化或為自己犯行找藉口。且「認可」技術可「正常化」個案的失調經驗，這樣才能增加個案正確自我監控的機會。「認可」技術，又可分為不同層次，有興趣的讀者可以進一步參考「DBT技巧訓練」（Linehan, 2015）。

「認可」技術是個挑戰性的工作，何時該用、如何使用，都是挑戰。有時更需要謹慎地「不使用」。譬如「認可」技術不建議用於「情緒性宣洩」之後，也不應該「馬上」運用於不適應行為（如性侵）之後，因為這樣反而強化其問題行為。另外，有些時候這挑戰，來自於治療者已經判斷個案其行為是有問題的、挫折的或令人反感的。這邊須強調，「認可」技術並不是鼓勵或認為個案的行為都是對的，而只是一個工具協助個案從其行為中學習，增加個案與治療師之間的治療性理解，還有讓個案感覺到被理解。

二、治療的10個模式

「安全防犯策略」共可分成10個模式，每個模式都是獨立的，但每一個都很重要。這些模式是被以「團體」治療的形式所設計，組成成員則是假定為6-8成員，與2名治療者（Stinson & Becker, 2018）。模式的主題和順序如下，「安全防犯策略」的10個模式，涵蓋面向廣，「表1」提供這些模式的簡介。

因為，這些模式的編排次序，從一個主題到下一個主

題，有其一定的邏輯，跳過任一主題，可能導致重要治療訊息的流失，也會導致難以維持團體凝聚性與治療同盟（Stinson & Becker, 2018）。

「安全防犯策略」的早期的模式，強調對治療的投入，和個案對參與治療的感受。這樣的強調，促進一些治療歷程，第一、個案可以探索與表達他們對於性侵害治療的想法。治療師也可以據此，評估個案對於參與治療的意願，並針對這些問題，做問題解決，以減少個案對於治療的負向感受；第二、鼓勵個案投入討論團體承諾、參與團體的阻礙，可以促進團體凝聚力，讓個案對於彼此有更進一步的瞭解；第三、治療者可以藉由「認可」個案的恐懼、挫折、與目標，來增加治療同盟；第四、這些早期的模式，讓個案可以發展出些治療方向，透過檢視他們的治療期待、優勢、和治療改變的目標。其他早期模式的治療活動，則包括瞭解基礎治療概念、討論個案自身的性侵害犯行、提供後續模式之基礎來處理失調問題與建立適應性技巧。

後續的模式，則是強調情緒、認知、人際等領域失調之探討，這些都依著特定模組，一開始先聚焦情緒、認知、人際關係的一般特質，再來是失調的徵兆，討論這些失調會如何與性侵害行為形成關聯、發展與使用這些有助適應的調適策略之概念。

表1

「安全防犯策略」10個模式內容綜覽

模式1——為何我接受治療
介紹與認識
改變的階段
確認治療目標與期待
模式2——基本治療概念
性，簡單地說
性侵害與受害
性侵害、心理疾患、自我調適
行為鏈分析
自我監控與自我管理
模式3——情緒與情緒調節
辨識與瞭解情緒
我們情緒的起源
經驗到情緒挫折
情緒失調與問題性行為
替代的因應形式：基本技術
模式4——性與性行為
性與關係：回顧
人類的性
性幻想與自慰
情色與性視聽媒材
模式5——動機、治療投入、治療目標的回顧
在性侵害加害人治療中
改變的階段
治療目標的回顧
回顧期待與團體規則
模式6——人際關係的預期與信念
信念：我們如何看待自己、他人和世界
預期
認知失調：陷入
想法、認知失調和問題性行為
替代的因應形式：基本技術

表1 (續)

模式7——失調與人際關係 預期與界限 人際關係中的溝通 人際失調 與人際失調工作 替代的因應形式：基本技術
模式8——因應過去 創傷的影響 想一下你的問題行為 修復關係
模式9——做好的選擇：以健康的方式管理衝動與行為 我們的決定與我們的行為 技巧的建立：辨識適應與不適應的技巧 回顧技巧行為 自我管理與提前因應
模式10——動機、承諾與治療目標 在治療中 改變的階段 投入適應的技巧 進程與未來的治療 治療與後續的挑戰 結束

註：修改自Stinson和Becker (2018).

三、模式的期間

「安全防犯策略」是將性侵害行為概念化在一個較大的架構與脈絡中（即自我調適缺陷）。治療是較廣泛地想改善個案的自我調適功能，和修正失調的行為。短期的治療（譬如：少於一年），或許是個好的開始，但無法維持持續的改變，這不管對於低程度問題行為與嚴重性侵害犯和廣泛自我調適功能缺陷的人都是一樣的。假設每次團體

進行45-50分鐘，10個模式中，多數的模式（除了模式1），約需20-25週次的課程，但這還需看團體狀況與人數等一堆變項而定。總之，「安全防犯策略」是個較長期的性侵害治療模式。

有關治療時間長度的議題，還包括要何時才開始討論個案的性侵害犯行？以「安全防犯策略」來說，在模式2後半段「以前」，個案通常不會開始細部地去討論其犯行。這樣的延遲是刻意的。因為過早討論其性犯行，是不被建議的。因為若這樣做，可能折損治療效果，和在早期模式中關係的建立。另外，在治療早期，個案由於不舒服、羞恥等因素，通常也排斥討論其犯行。這是可以理解的，因為多數的人是排斥在公眾面前承認其短處或社會不接受的行為。另外，個案也可能還未準備好討論其犯行，因為既然是談論「失調」的治療脈絡下，在治療早期階段，個案可能也還未認識到所謂的失調是什麼，還有它會如何影響犯行。

在其他治療模式中，性侵害加害人談論其犯行，可能是用坦承犯行的方式來陳述，一遍又一遍地描述其犯行之細節。但是，「安全防犯策略」並不是這樣做，因為這樣並無法完成「安全防犯策略」想要確認出不同失調領域的目的，和確認出可能導致性犯行或計畫性犯行的「前導因素」。細部地描述犯行，並無法包括和性犯行有關的情緒、認知、人際等前導因素，而「安全防犯策略」認為前述這些前導因素的釐清，才是幫助個案瞭解未來治療與自

我管理所需。在回顧個案的犯行以前，個案必須對治療有承諾、有其治療目標、瞭解一般的治療架構、和對自我監控的概念有所準備、學習新的技巧。在「安全防犯策略」裡，個案透過使用行為鏈分析（behavioral chain analysis）技術來討論其犯行，以釐清關於「犯行前」的情緒、想法、和衝動等資訊（Stinson & Becker, 2018）。

四、自我調適與「多模式自我調適理論」

在「安全防犯策略」裡的個案需要去理解自我調適、自我調適缺陷在其性侵害犯行中的角色。這也提供其架構，讓個案知道他在治療中要進步的方向。

「表2」列出各領域常見的失調指標，過程中治療師可以詢問個案，哪一領域，他們最為掙扎。每一個個案的自我調適問題或許會有個別差異，但最終在行為層面顯現出來。這讓治療者，可以據此針對不同個案，針對其所需要模式的治療做加強，儘管整個理論架構都是一樣的。

「安全防犯策略」讓個案瞭解更多關於自我調適的概念與自我調適策略是如何發展成形。視不良行為，是不良的調適策略的結果，讓個案知道失調、之前學習經驗、行為增強之間的關聯性。因此，在這過程中個案也須討論到「增強」（reinforcement）在自我調適策略發展中的角色。針對其性犯行，描述其帶來的增強與懲罰為何。

表2
各領域常見的失調指標

情 緒	認 知	人 際	行 為
生 氣	責 怪	爭 辯	攻 擊
無 聊	判 斷	操 弄	物 質 濫 用
害 怕	妄 想	說 謊	性 侵 害
孤 單	思 考 中 斷	自 我 孤 立	過 度 飲 食
悲 傷	奔 馳 的 想 法	威 脅	拖 延
狂 躁	困 惑	最 後 通 牒	自 傷
興 奮	擔 心	自 私	過 度 花 費

註：修改自Stinson和Becker (2018).

五、行為鏈分析

(一)向個案介紹行為鏈

「安全防犯策略」一個重要的治療標的，在探索促發性侵害犯行「前」的想法、情緒、衝動，因此治療師需先確認個案能瞭解這些概念的區別。透過讓個案舉一些例子，或者讓個案討論這些概念彼此之間的關聯性，來讓個案更清楚。

「安全防犯策略」需協助個案貼近地檢視其性侵害犯行「前」的事件、想法、情緒、衝動，等潛在導致犯行的因素。描述這些「前導因素」，可以揭露出需要被作為治療目標介入的重要失調的領域。這方法對於對自己內在經驗不熟悉的個案特別有效果。在「安全防犯策略」的模式2中，其中一個目標是讓所有個案都完成其行為鏈分析，至少以其一次性犯行為例子。然而，對某些個案而言，完成這一目標可能需花很多次的時間。

(二)執行行為鏈分析的步驟

1. 確認目標行為

這可以是司法轉介的犯案行為，或者其實司法單位也不知道的犯行。治療師可以直接詢問個案想討論哪個犯行。很重要的是先確認「單一個」犯行。嘗試要一次討論多個犯行，並無法獲得所需的犯行細節。

有些時候，有的個案可能不願意完成這樣的分析，治療師也可以請他們挑其他不適應行為（如：攻擊或其他犯罪行為），作為替代進行分析，這樣治療師就還是有機會瞭解個案其生命中失調的來源。

治療師需要對個案的犯行瞭解或熟悉，這樣才可以確認個案犯行中的重要事件都有描述到。但是值得一提的是，並非總是必要，要讓個案提供實際犯行的明確細節，因為這麼做可能導致個案的羞愧、生氣、害怕或性激發。既然，行為鏈分析的重點在於要確認其「前導的」事件與內在經驗。那麼聚焦於特定、明確犯行的細節，並無法提供更多有用訊息。治療師需決定，何時要討論與犯行有關的額外細節，當這樣的行為是其「模式」的一部分，或者是其後續犯行的「增強物」，那麼這樣的討論就是合適的。

2. 為分析確認時間架構

有些性犯行，是衝動的，可能也沒什麼計畫。但有些犯行，則可能有計畫，甚至跟隨被害人很久。前者，可能只要討論犯行前的當天或幾個小時的事件即可。但是，後

者，可能要選擇其犯行前的相關事件，橫跨幾天、幾週、幾個月。

3. 確認目標行為前的一般與特定的情境

再來，治療師也需協助個案描述其犯行時間點當時的一般生活特徵，譬如：立即的環境變化、與他人的關係、財務狀況、情緒狀態……等等。這是在確認特定犯行的特定情境「之後」所進行。

4. 確認與每一個事件有關的想法、情緒、衝動

接下來則是確認與每一個事件有關的想法、情緒、衝動。假如個案有困難標示這些，治療師與其他成員可以協助個案，透過個案之前所提供的相關資訊。譬如：個案有困難標示出其情緒，可以透過回顧其之前的想法，來推敲什麼情緒與此想法會有關。

5. 透過序列，來追蹤其失調

讓個案對其情緒、衝動之強度，評估與打分數。可以協助個案追蹤其失調程度，透過這序列，確認出導致其性犯行的失調徵兆。一旦行為鏈分析完成後，個案與其他成員可以反思這樣的討論。用非評斷的態度，協助個案從其經驗中學習。這些訊息有助於後續協助個案監控其失調。

藉由前述歷程，個案確認了許多可供介入的領域，包括：情緒、人際、認知失調的來源。瞭解其失調領域，而非去冗長地討論其實際性犯行細節，是行為鏈分析的重點所在。也由於透過這樣的分析練習，治療師得以獲得個案豐富的治療訊息，因此治療師便可忽略個案所陳述案情與

被害人所說少量不一致的地方（Stinson & Becker, 2018）。

六、協助個案自我監控

「安全防犯策略」的主要目標是教導個案「自我監控」其失調，這樣才可以打斷這些不適應或失功能的行為。因此，觀察個案能否發展出「自我監控」能力，在評估其治療的進展上，就顯得很關鍵。

治療師與個案會討論哪些領域，個案應持續自我監控。有些個案可能聚焦於情緒，有些個案可能聚焦於想法、人際互動或者衝動。每位個案應該確認出4-5個領域來監控，並且每天記錄，以便於每次治療開始時可以討論。治療者應與個案合作地發展出個案自己的個人化紀錄日誌表單，來監控他們從行為鏈分析中所辨認出的問題領域。從這時間點開始之後，治療結構有些變化，每次治療開始時，治療者與個案先短暫討論這一週的失調時刻，何時高度失調，有否使用技巧克服失調。治療者可以利用這方式，監控其治療進展。

肆、安全防犯策略之實徵研究

「安全防犯策略」模式是一個還在發展中的新興性侵害治療模式，但為了發展與測試「安全防犯策略」模式的效果，已有先前導性研究正在進行。「安全防犯策略」治療模式至今被實行於2個住院心理健康機構（n=220），和

1個在美國中西部的針對性侵害犯的機構（n=50）。研究中，2個住院心理健康機構的性侵害犯有較高比例的精神障礙，包括約65%的精神病患者，約40%智能障礙與發展遲緩，約50%的物質濫用。而非住院的機構的性侵害犯，則較少嚴重精神障礙，但有高比例的人格障礙或性倒錯問題。這些機構「之前」是使用再犯預防作為主要策略來做治療介入，目前則是改用「安全防犯策略」作為治療模式介入，本模式中的治療師都有被訓練。這些前導性研究目前仍繼續進行中。但初步的結果讓我們更知道此治療方法對性侵害犯的治療效果（Stinson & Becker, 2018）。有許多針對這前導性研究的變項被蒐集，包括語言、肢體暴力、自殺或自殘行為、被約束的次數，都被蒐集，包括治療前一年，與治療開始的頭2年。初步結果發現，至少已經參加2年治療，且至少參加50%以上比例「安全防犯策略」治療的個案，在行為或言語暴力、非接觸的性犯行、自殘行為等，相較於那些參加少於50%比例「安全防犯策略」治療，但是參加其他治療方案的個案，其頻率有明顯較為下降（Stinson et al., 2017）。同樣的，使用測量治療進步的「治療需求與進步量表」（Treatment Needs and Progress Scale），以有參加「安全防犯策略」治療的個案，相較於沒有參與治療的個案來對比，包括：性與攻擊行為的自我管理、治療動機與合作度、關於情緒與問題解決等自我調適能力，均顯示出明顯的進步（Stinson et al., 2017）。雖然，這些初步的前導性研究目前只有蒐集2年

資料，但可以預期的是，這樣的趨勢應該會繼續。也顯示「安全防犯策略」這個以教導技巧、聚焦自我調適議題為主的治療模式，在隨著時間進行下是可以有效地改善個案的性與攻擊行為、對治療的態度，還有自我調適能力。

另外，根據Stinson等（2015）的研究，亦顯示「安全防犯策略」相較於其他治療模式，似乎對於有精神疾病或心智缺陷的性侵害加害人會是更有幫助的，其研究是針對91位在住院情境的性侵害犯，這些個案都有嚴重精神疾病或認知缺陷的診斷，分成2組，一組接受「安全防犯策略」（n=58），一組接受再犯預防模式（n=33），在出院後繼續追蹤約半年到3年不等時間，結果發現接受「安全防犯策略」的個案明顯有較少的被逮捕率（0%）或再住院率（5.2%），相較於接受再犯預防模式的個案（9%被逮捕率；54.5%再住院率），這研究結果也顯示「安全防犯策略」這個促進技巧發展、改善整體自我調適能力的治療模式，對於嚴重精神障礙或有認知缺陷的性侵害犯之融入社區與減少再住院是有幫助的。

伍、與其他國內外性侵害加害人治療模式之比較

美國與加拿大是目前世界上性侵害加害人心理治療較為先進的國家，主要是以「再犯預防」與「認知行為治療」兩取向為主。在Association for Treatment of Sexual Abuser（ATSA）之大力推薦下，後期「再犯預防」取向

已超越「認知行為治療」而成為主流，而著名的矯正心理學家Gendreau（1996）亦指出「再犯預防」乃有效犯罪處遇方案（effective intervention with offenders）七原則中的一個。但事實上「再犯預防」取向本身也採取相當多認知行為治療的技術與架構，只是「再犯預防」強調個案須辨識自身的偏差「感受行為鏈」與「再犯行為循環」兩者，並找出方法來終止此偏差行為之惡性循環。因此我們實可將此治療取向模式稱之為「再犯預防取向之認知行為療法」（cognitive behavioral therapy with relapse prevention approach, CBT/RP）（林明傑等，2016）。雖然，再犯預防為取向之認知行為療法運用於性侵害加害人之心理治療之成效仍有爭議（Marques et al., 2005），但以著名的犯罪矯正模式RNR來看，「再犯預防」被認為是有效的，只是需要再改進（Andrews & Bonta, 2006；林明傑等，2016）。

我國在2001年亦開展了社區性侵害加害人身心治療與輔導教育工作，由於在此之前，我國對於性侵害加害人的心理治療幾乎是缺乏概念的。因此，最早是由國軍北投醫院司法精神醫學小組翻譯Freeman-Longo與Bays等人所編之性侵害者治療手冊，將美國的再犯預防取向之認知行為療法架構引進臺灣（林淑梨、陳若璋，2015）。其後，國內學者陳若璋則是在2007年出版「性侵加害人團體處遇治療方案——本土化再犯預防團體模式」，國內的團體心理治療學會的訓練課程，即以此書設計的24次治療方案為核

心訓練模式，來進行性加害者治療處遇團體。目前我國實施的社區處遇治療普遍即以「再犯預防為取向之認知行為療法」為主軸，而我國內政部於2003年也製訂「性侵害犯罪加害人社區輔導教育手冊」供各縣市社區處遇治療者帶領團體的指引（陳若璋，2016）。依據林淑梨、陳若璋（2015）之研究回顧我國歷年之性侵害加害人團體心理治療，發現「再犯預防為取向之認知行為療法」之團體治療是有效的，療效主要呈現在改善其憂鬱、攻擊及表達與溝通能力上，同時下降其男尊女卑的認知扭曲。但若進一步區分性侵害加害人之危險程度，在團體介入後，以「中危險組」最具療效，但高危險組反而產生負面影響，顯示有精神病態傾向之高度危險者可能不適合接受此種模式之治療。

近年，對於傳統「再犯預防為取向之認知行為療法」之性侵害加害人治療，國內外都有提出不同的反思與治療模式，如紐西蘭教授Ward所提出的「好生活模式」（good live model）（Ward & Stewart, 2003），而國內則是有林明傑教授所提出「確定方向、找出優點、找出做法、慢慢做到」等四項重點之「整合矯正諮商模式」（林明傑等，2016），而這些新進的模式共同點，均是認為傳統的「再犯預防為取向之認知行為療法」容易過度強調以缺陷與問題來看待性侵害加害人，且通常未顧及到提升其改變動機之重要性，或者反而使性侵害加害人在治療過程中更為低自尊與自我效能感低下。然而，「安全防犯策略」是以

「多模式自我調適理論」為基礎，強調性侵害加害人是「自我調適」出了問題才因此出現犯行，因此其行為是可以被理解，且可以透過學習技巧加以改變。而瞭解其自身的失調領域，而非去冗長地討論其實際性犯行細節，也可以避免對於性侵害加害人接受治療的排斥感。更重要的是，對於高風險個案或者有精神疾病或心智缺陷的性侵害加害人，「安全防犯策略」或許也帶來希望，因為根據 Stinson 等（2015）的研究，顯示「安全防犯策略」相較於「再犯預防」治療模式，似乎對於有精神疾病或心智缺陷的性侵害加害人是更有幫助，即「安全防犯策略」這個以促進技巧發展、改善整體自我調適能力的治療模式，對於嚴重精神障礙或有認知缺陷的性侵害犯之融入社區與可能會是有用的。

對比於現行國內性侵害加害人之治療制度，包括在監獄服刑期間的「刑中強制治療」，與在社區中執行之「刑後社區治療輔導」，還有移往特定處所執行治療之「刑後強制治療」（許福生，2014）。「安全防犯策略」透過讓性侵害加害人瞭解其犯行主因乃因為缺乏適當之自我調適策略，並且透過重新學習適當之自我調適策略，即可有效降低再犯之風險，這樣的治療方式有助於性侵害加害人將自己從一個犯罪人之角色，轉換為只是一個需要被幫助的人，以犯罪學的「標籤理論」來看，「安全防犯策略」有助於降低性侵害加害人之負向自我標籤，這對於性侵害加害人降低再犯與融入社區會有顯著地幫助。而在「刑中強

制治療」與「刑後強制治療」的情境下，「安全防犯策略」也有助於治療者與評估委員瞭解與評估其風險因素為何，相關因素改善程度如何，有否學習到相對應的調適策略，以評估其再犯風險是否有下降。因此，對於我國現行性侵害加害人之治療制度，「安全防犯策略」之運用效果應是可被樂觀期待的。

陸、結 論

關於性侵害加害人治療的效果，雖然至今仍未有明確的共識，有的文獻認為治療對於降低再犯率無效甚至可能是有反效果的（Mews et al., 2017），但有的文獻則是主張特定形式的治療模式對於治療性侵害犯是樂觀的。以Kim等（2016）的後設分析來看，他們檢視許多治療研究結果，認為性侵害治療是證明有效的，或至少是可以期待的，但須考量個案的年紀與治療模式等會影響治療性侵害的成功與否的變項。因此或許以當前性侵害治療療效研究，其實更需探究與釐清的是，「哪一種」治療元素或治療取向對「哪一種」性侵害犯最有效，畢竟性侵害犯是個異質性的族群，同樣的治療對不同性侵害犯的作用與影響可能也都不一樣。因此，類似像RNR原則（Andrews & Bonta, 2006; Hanson et al., 2009），將性侵害犯分類並針對不同類型的性侵害犯予以相對應的處遇可能會是更有幫助。另外，也需發展有實徵為基礎的治療模式，特別是目前許多性侵害加害人的研究其設計並不嚴謹（譬如缺乏對

照組），或者其執行缺乏結構或操作化，導致其研究結果難以推論或類推。而近期的研究也顯示，情緒與不適應的因應，在性侵害犯行上占有其影響性，也因此針對性侵害犯做好情感管理的治療取向也是未來性侵害治療的重要發展趨勢之一（Gunst et al., 2019）。

「安全防犯策略」是個以實徵為基礎發展的新興性侵害加害人治療模式，提供性侵害處遇領域一個新的方向，也契合犯罪學理論的「緊張理論」所強調犯罪人內在自我調適之重要性，再者也避免如「標籤理論」預測在治療過程中無意間讓性侵害者內化了「犯罪人」自我形象之風險，反之強調他們只是需要學習有效自我調適策略的人，一個需要被協助的人。因此，以犯罪學理論來看，「安全防犯策略」的這些概念與方法均是有助於預防與降低性侵害加害人之再犯風險。此外，本模式還有許多優點，第一、它有其理論基礎，是根據「多模式自我調適理論」發展出一系列的治療模式，其對自我調適的強調與技巧學習的取向，確實提供性侵害處遇一有用的觀點與方向，也由於是強調個案自我調適與技巧學習的取向，因此也適合結合其他同樣強調自我調適與技巧學習的心理治療模式（如辯證行為治療）；第二、其所聚焦處理的治療標的也是依據過往性侵害加害人實徵文獻中所發現的風險指標所設計。最後、本模式的另一項優點是將其操作予以結構、手冊化操作，這對於後續實徵研究的發展將會是較為有利的。不過，本模式也有些需留意的地方，由於本模式是新

興的治療模式，許多研究與實徵的資料也尚須累積，未來可能還需要針對社區處遇的個案或高風險性侵害犯累積更多的實徵療效證據。另外，根據Ward認為傳統的再犯預防為取向之認知行為療法過度聚焦於個案的缺陷，因此提出好生活模式（Ward & Stewart, 2003）。而國內學者林明傑亦提出建議納入正向心理學之作法以提升個案之改變動機，而本模式在提升個案改變動機上，雖然在一開始有介紹改變階段等概念，過程中也強調合作的治療關係，但是能否有效提升個案之改變動機仍有待評估。最後，本模式的架構與規模也較為龐大，屬於長期的性侵害加害人治療模式，對於犯性侵害微罪的個案是否適合，還有另外執行單位能否負擔這個長期的處遇架構與模式，可能都是實務工作者須衡量的。

參考文獻

一、中文文獻

- 林明傑、呂嘉豐、陳建霖（2016）。矯正諮商中再犯預防模式之缺點及其改善：兼論新取向的提出。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，12（2），113-146。
- 林淑梨、陳若璋（2015）。性侵害加害人團體治療回顧。《中華團體心理治療》，21（2），23-30。
- 陳若璋（2007）。《性侵害加害人團體處遇治療方案——本土化再犯預防團體模式》。張老師文化出版社。
- 陳若璋（2016）。「原來我的犯案是有跡可循的」——一個性侵犯加害者治療團體的紀實。《中華團體心理治療》，22（4），3-22。
- 許福生（2014）。我國性侵害犯刑後強制治療之檢討。載於《刑事政策與犯罪研究論文集（17集）》（頁215-256）。法務部司法官學院。

二、英文文獻

- Agnew, R., & White, H. (1992). An empirical test of general strain theory. *Criminology*, 30(4), 475-499.
- Agnew, Robert (2014). General strain theory. In F. T. Cullen & P. Wilcox (Eds.) *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice* (pp. 1892-1900). SAGE Publications, Inc. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412959193.n3>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). LexisNexis.
- Becker, Howard (1963). *Outsiders*. New York: Free press.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). New York: Routledge.

- 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.
- Gunst, E., Watson, J. C., Willemsen, J., & Desmet, M. (2019). The role of affect regulation in the treatment of people who have committed sexual offenses. *Aggression and Violent Behavior, 44*, 99-110.
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (1998). *Dynamic predictors of sexual recidivism (User Report 1998-1)*. Ottawa, ON: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project (User Report 2007-05)*. Ottawa, ON: Public Safety Canada.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behaviour, 36*, 865-891.
- Hirschi, T. (2004). Self-control and crime. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 537-552). New York: Guilford Press.
- Kim, B., Benekos, P. J., & Merlo, A. v. (2016). Sex offender recidivism revisited: Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma Violence Abuse, 17*(1), 105-117. <https://doi.org/10.1177/1524838014566719>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Marshall, W. L. (1989). Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behav. Res. Ther*, 27, 491-503. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90083-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90083-1)
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., & van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sex abuse: A journal of research and treatment*, 17(1), 79-107. <https://doi.org/10.1177/107906320501700108>.
- Merton, Robert (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672-682.
- Mews, A., Di Bella, L., & Purver, M. (2017). *Impact evaluation of the prison-based core sex offender treatment programme*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/623876/sotp-report-web-.pdf
- Smith, A. D., & Taylor, P. J. (1999). Serious sex offending against women by men with schizophrenia: Relationship of illness and psychotic symptoms to offending. *British Journal of Psychiatry*, 174, 233-237. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.3.233>
- Stinson, J. D., Becker, J. V., & McVay, L. N. (2017). Treatment progress and Behavior following 2 years of inpatient sex offender treatment. *Sex Abuse*, 29(1), 3-27.
- Stinson, J. D., & Becker, J. V. (2018). *Treating sex offenders*. Guilford.
- Stinson, J. D., McVay, L. N., & Becker, J. V. (2015). Posthospitalization outcomes for psychiatric sex offenders: Comparing

two treatment protocols. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(6), 1-17. <https://doi.org/10.1177/0306624X15594777>

- Stinson, J. D., Robbins, S. B., & Becker, J. V. (2008). *Sex offending: Causal theories to inform research, prevention, and treatment*. American Psychology Association.
- Stinson, J. D., Robbins, S. B., & Crow, W.C. (2011). Self-regulatory deficits as predictors of sexual, aggressive, and self-harm behaviors in a psychiatric sex offender population. *Criminal Justice and Behavior*, 38(9), 885-895. <https://doi.org/10.1177/0093854811409872>
- Ward, T., & Hudson, S. M. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 79-101). New York: Sage Publications.
- Ward, T., & Keenan, T. (1999). Child molesters' implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 821-838.
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353>