

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

博士論文

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇
前後的改變研究

The Study for the Change of Different Attachment Style Sexual
Offenders before and after Group Treatment

中華民國 105 年 1 月

摘要

本研究旨在探究性侵害者參與團體處遇前後改變動機之變化，並探究其改變動機之變化與性侵害者的依附關係之關聯。

本研究以彰化縣轉介接受社區團體心理處遇的性侵害者為主要樣本來源，個案在處遇前、處遇後填寫「改變階段量表—性侵害版」與「關係型態量表」（評估個案的依附型態）。研究者依據個案所填寫的「改變階段量表—性侵害版」進行量化分析，以評估性侵害者團體處遇前後改變動機的變化，以及其改變動機變化與依附型態之關聯。進一步，研究者透過立意取樣挑選處遇後改變動機進步的 5 位個案進行質性訪談，澄清這些性侵害者其依附關係經驗與參與處遇經驗。

研究結論歸納如下：一、本研究接受社區處遇的性侵害者其依附類型多數是屬於安全型依附與排拒型依附。二、改變階段與改變動機方面，本研究的性侵害者在經過 3 個月的團體處遇之後，「準備期」的人數比例提高，然而「行動期」與「維持期」的人數比例則是下降。而整體改變動機則是無顯著的前、後測變化。三、本研究的焦慮型依附性侵害者與安全型依附性侵害者，在團體處遇前、後改變動機呈現正向改變的人數比例較高，此外本研究的焦慮型依附性侵害者雖然在處遇前整體改變動機最低，但卻也是所有性侵害者之整體改變動機在團體處遇前、後進步幅度最高的依附型態。本研究並進一步將合意與非合意性侵害者分組進行討論。

最後，根據研究結果提出未來研究與性侵害處遇實務之相關建議與討論。

關鍵字：性侵害者、改變動機、改變階段、依附關係、團體處遇

Abstract

The purpose of this study was to explore the alteration of motivation to change of sexual offenders before and after the group treatment. And to explore the relationship between the alteration of motivation to change and attachment of sexual offenders.

In this study, the participants were sexual offenders who were referred to participate in community group treatment in Changhua County. All participants filled in the Relationship Style Questionnaire (assessment of attachment style) and Stages of Change Scale-Sexual Offense Version before and after treatment. According to the quantitative analysis of Stages of Change Scale-Sexual Offense Version, the researcher assessed the alteration of motivation to change before and after treatment of sexual offender who participated the group treatment, and the the relationship between the alteration of motivation to change and attachment of sexual offenders. Furthermore, in drder to clarified the attachment experience of participants and their experience of group treatment, the researcher used purposive sampling to select five participants who had progressed in terms of motivation to change after group treatment with whom to conduct further interview.

Conclusions are summarized as follows: (1) in our research, the most common attachment type of the sexual offenders who participated in community group treatment were security attachment and dismissing attachment. (2) in our research, in terms of the stage of change and motivation to change, after three months of group treatment, the ratio of the participants who belonged to "preparation stage" increased , but meanwhile the ratio of the participants who belonged to "action stage" and "maintenance stage" reduced. The level of total motivation to change did not change significantly after group treatment. (3) in our research, the ratio of positive changes before and after the group treatment in terms of motivation to change was higher in anxious attachment participants and security attachment participants. Although anxious attachment participants had the lowest level of

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

total motivation to change before group treatment, these participants exhibited the most progress in total motivation to change after group treatment, relative to participants of other attachment types.

Futhermore, all participants were grouped into consensual and non-consensual sexual offenders , and the results of the two groups were discussed separately.

Finally, according to the findings of this study, this article provided discuss and recommendations for future research and practitioners working with sexual offenders.

KEY WORDS : sexual offender, motivation to change, stage of change, attachment, group treatment

目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究問題與研究目的.....	5
第三節 研究假設.....	6
第四節 名詞解釋.....	7
第二章 文獻探討.....	11
第一節 促使性侵害者的改變.....	11
第二節 依附關係與性侵害者的心理治療.....	18
第三節 性侵害者的社區心理治療.....	34
第四節 性侵害者的改變與行為改變的跨理論模式.....	48
第三章 研究方法.....	65
第一節 研究設計.....	65
第二節 研究樣本.....	71
第三節 研究工具.....	75
第四節 分析方法.....	82
第五節 研究倫理.....	88
第四章 研究結果.....	91
第一節 性侵害者的依附型態.....	91
第二節 性侵害者團體治療前後的改變階段與改變動機.....	94
第三節 性侵害者團體治療前後的改變動機變化與依附型態之關係.....	100
第四節 治療後改變動機進步之性侵害者的依附關係經驗.....	108
第五節 治療後改變動機進步之性侵害者對於參與團體治療的主觀感受.....	113
第六節 改變動機進步之性侵害者團體治療過程中對於改變的看法.....	120

第七節 研究結果與討論.....	123
第五章 結論與建議.....	135
第一節 研究結論.....	135
第二節 研究限制與建議.....	137
參考文獻.....	141
附錄 1、匿名問卷研究說明書.....	159
附錄 2、訪談同意書.....	163
附錄 3、逐字稿登打說明.....	164
附錄 4、改變階段量表—性侵害版.....	165
附錄 5、關係型態量表.....	167
附錄 6、省思日誌.....	168
附錄 7、研究受訪個案檢核紀錄表.....	169
附錄 8、同意臨床試驗證明書.....	170

表目錄

表 2-1 成人依附關係的四種型態.....	20
表 2-2 認知行為治療理論與再犯預防理論異同比較表.....	39
表 2-3 十項改變歷程與其描述.....	50
表 2-4 改變階段中的介入策略與相關議題.....	59
表 3-1 第一階段身心治療或輔導教育團體內容大綱.....	69
表 3-2 本研究性侵害者的組成分布與平均接受處遇的次數.....	71
表 3-3 受訪個案背景資料.....	73
表 3-4 受訪個案的量表分析結果摘要.....	74
表 3-5 關係型態量表各題目所對應測量之依附類型.....	78
表 3-6 訪談大綱.....	79
表 3-7 定義現象的範例.....	85
表 4-1 性侵害者各依附型態之人數與百分比.....	92
表 4-2 「非犯罪組」各依附型態之人數與百分比.....	93
表 4-3 全體性侵害者前後測的改變階段之人數與百分比.....	95
表 4-4 參與第一階段團體治療之性侵害者前後測的改變階段之人數與百分比.....	96
表 4-5 參與第二階段團體治療之性侵害者前後測的改變階段之人數與百分比.....	97
表 4-6 全體性侵害者前後測各改變階段分量表之分數與整體改變動機分數.....	97
表 4-7 第一階段團體治療性侵害者前後測各改變階段分量表之分數與整體改 變動機分數.....	99
表 4-8 第二階段團體治療性侵害者前後測各改變階段分量表之分數與整體改 變動機分數.....	99
表 4-9 性侵害者之改變動機前後測之正負向改變分組 x 依附型態 交叉表.....	101
表 4-10 性侵害者之改變動機前後測之正負向改變分組與依附型態之卡方檢定...	101
表 4-11 依附型態與改變動機前後測之二因子混合設計變異數分析摘要表.....	102

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

表 4-12 各依附型態性侵害者 (全部個案) 之整體改變動機分數前後測變化之變異數分析.....	103
表 4-13 「不安全型依附」性侵害者 (包含：排拒型依附、焦慮型依附、畏避型依附) 之整體改變動機分數前後測變化之變異數分析.....	104
表 4-14 各依附型態性侵害者 (分成合意、非合意) 之整體改變動機分數前後測變化之變異數分析.....	106

圖目錄

圖 1-1	2009 至 2014 年之我國性侵害案件加害人數統計圖.....	2
圖 1-2	2009 至 2014 年之我國性侵害案件被害人數統計圖.....	2
圖 2-1	不安全依附類型與性罪犯心理發展的關係.....	24
圖 2-2	性侵害犯之社區監督鑽石模式.....	35
圖 2-3	改變階段.....	57
圖 3-1	混合方法研究—解釋式設計.....	66
圖 3-2	單組前後測設計.....	67
圖 3-3	研究設計流程圖.....	70
圖 4-1	全體性侵害者各依附型態之人數分布長條圖.....	92
圖 4-2	性侵害者前測的改變階段之人數分布長條圖.....	95
圖 4-3	性侵害者後測的改變階段之人數分布長條圖.....	95
圖 4-4	各依附型態性侵害者前、後測的整體改變動機分數變化圖.....	103
圖 4-5	合意性侵害者之各依附型態性侵害者前、後測整體改變動機分數變化圖	106
圖 4-6	非合意性侵害者之各依附型態性侵害者前、後測整體改變動機分數變化圖	107

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

壹、研究背景

性犯罪是導致社會與婦女大眾不安的社會現象，對於被害人也會造成長遠身心傷害的影響，嚴重者甚至會造成被害人出現創傷後壓力症候群或憂鬱等心理陰影。然而隨著社會觀念的開放，情色的氾濫，這反而成了促進性犯罪之溫床，也導致性犯罪的防治處境越趨嚴峻。根據衛生福利部保護服務司的統計資料，性侵害事件通報加害人人數有逐年上升趨勢，由 2009 年 7274 人增至 2014 年 1,1292 人（見圖 1-1）。同樣地，我國之性侵害被害人整體而言亦有逐年攀升之趨勢，由 2009 年的每年 8008 人攀升至 2014 年之 11086 人（見圖 1-2），因此面對我國性侵害犯罪現象之逐漸惡化，性侵害犯罪之防治工作實為我國政府須嚴肅看待與積極投入資源之領域。

由於性侵害犯罪的高再犯率，為了有效防治其再犯國內外大多是採團隊性的工作模式來處理，包括結合矯正、觀護、精神醫療、警察、社工等相關領域的專業，來強化對這群犯人的監控與矯治。其中，性侵害加害人（簡稱性侵害者）的心理處遇（簡稱處遇）更是整個性侵害犯罪防治環節中相當重要之一個部分，國外的研究結果顯示，若對性侵害者採取再犯預防為主的認知行為治療法，能夠有效減低將近一半之再犯率（Hanson et al., 2002），而國內的林明傑與董子毅（2005）追蹤性侵犯再犯率之研究亦顯示 1994 年、1995 年、1996 年全國釋放之性侵犯追蹤七年再犯率為 11.3%，但在國內開始實施獄中治療之後，追蹤七年再犯率已經降至 6.7%（以 1997、1998、1999 年全國釋放之性侵犯為樣本），可見不論國內外之研究與數據均顯示，處遇對於性侵害犯罪之防治是相當重要之一環，而如何提升對於性侵害者處遇之瞭解，改善處遇效能，則是社會與此領域專家所關切之重要議題。

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

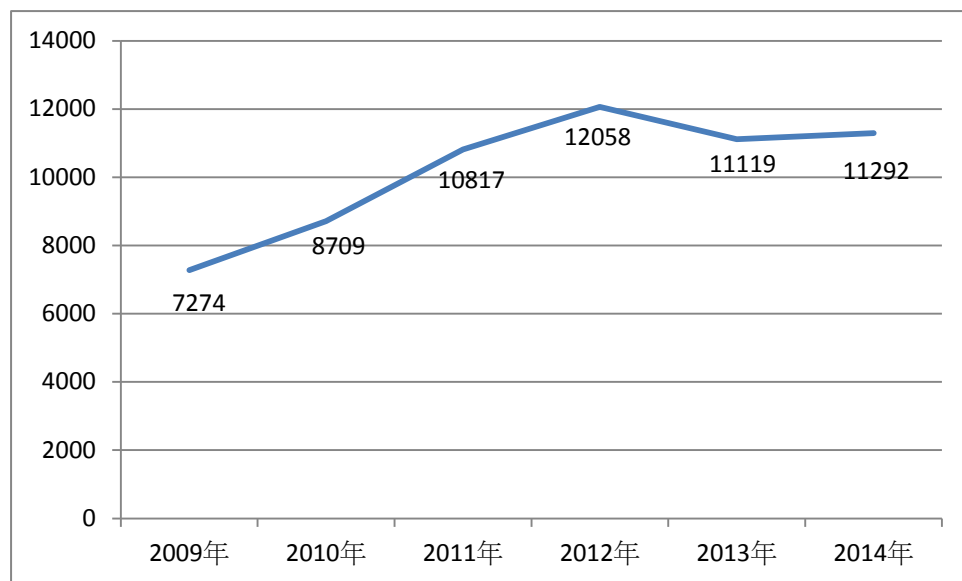


圖 1-1 2009 至 2014 年之我國性侵害案件加害人數統計圖

資料來源：衛生福利部保護服務司

http://www.mohw.gov.tw/cht/DOPS/DM1.aspx?f_list_no=806&fod_list_no=4622

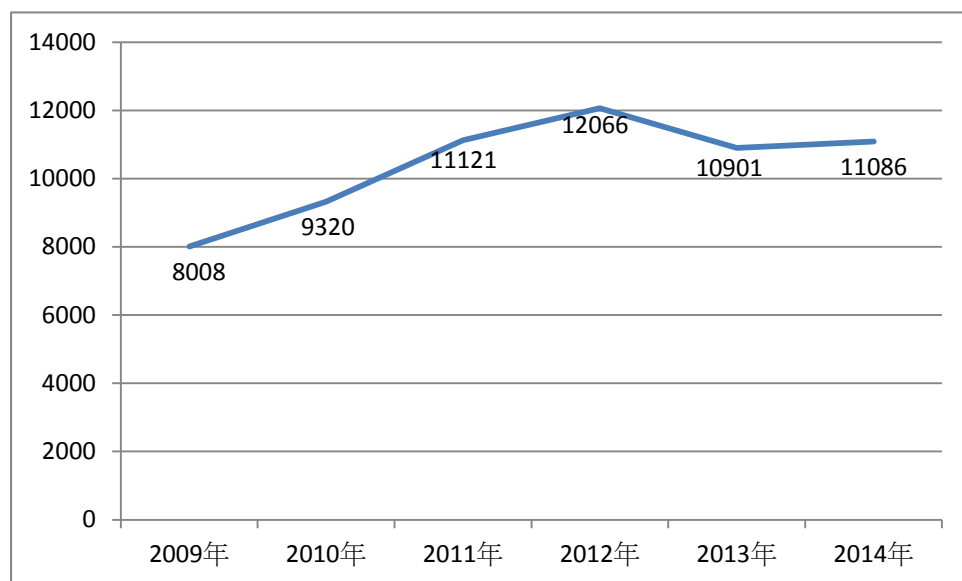


圖 1-2 2009 至 2014 年之我國性侵害案件被害人數統計圖

資料來源：衛生福利部保護服務司

[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOPS/DM1_P.aspx?f_list_no=806&fod_list_no=4622&](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOPS/DM1_P.aspx?f_list_no=806&fod_list_no=4622&doc_no=43623)

[doc_no=43623](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOPS/DM1_P.aspx?f_list_no=806&fod_list_no=4622&doc_no=43623)

貳、研究動機

由於性侵害者之處遇屬於強制治療，因此其本質與一般之心理治療、心理諮商明顯不同，這群個案之所以來做處遇多數是因為被法院或政府機關強制要求而來，很少人是發自內心自願來參與處遇，因此他們一開始接受處遇或輔導的動機通常即較為低落，甚至會有各種排斥或抗拒參與處遇的形式出現，譬如：出席率偏低或者經常遲到、在團體裏面不願意談論自己或案件、不斷責難受害者或外界，因此如何「促進」個案想要改變的動機與協助他們進行行為改變，是治療師在處遇過程中首要面對的最大課題。

性侵害者之處遇，是一個協助性侵害者進行行為改變之歷程。然而，就像多數問題行為的改變一樣，改變往往並不是一次就可以成功，它通常需耗費時間與精神，這過程中甚至可能會因為「失足」而再度回到原先的問題行為。關於行為改變的了解，目前以「行為改變的跨理論模式」(The Transtheoretical Model of behaviour change, 簡稱 TTM) 的「改變階段」(stages of change) 概念 (Prochaska & DiClemente, 1982)，似乎受到最多支持 (Tierney & McCabe, 2001)。本理論將改變的歷程依據其「改變動機」與不同準備程度，由淺到強劃分成不同的階段，包括：前思期 (Precontemplation)、沉思期 (Contemplation)、準備期 (Preparation)、行動期 (Action)、維持期 (Maintenance) 等不同階段。這些階段也曾被用來預測治療的參與性、治療結果、長期的行為改變 (DiClemente & Prochaska, 1998)。改變階段的概念在不同類型問題與不同族群樣本都已獲得支持 (Prochaska, 1994)，因此適合讓治療者用來理解與評估個案自身目前所處的行為改變狀態，與據此採取不同的處遇策略，因此本研究以此理論架構來理解與評估性侵害者在處遇前後之改變動機變化。

國內楊大和、饒怡君、金樹人 (2012) 的研究即評估性侵害者參與團體處遇的改變動機與改變階段之變化，他們結果發現這些性侵害者在參與團體處遇之前，已經進行某些程度之思考，約四成處在沉思期階段，兩成處於準備期，四成則是

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

處在行動期與維持期。在經過 12 次的團體處遇後可能退到較早的改變階段，但之後則不會再有進退。而這些性侵害者的整體改變動機水準在處遇歷程中似乎也維持水平直線趨向。雖然研究結果並未呈現性侵害者參與團體處遇對其改變動機之正面影響，然而楊大和等人 (2012) 也認為改變動機的變化趨向，在性侵害者內部是存在著多種形態。因此，依據楊大和等人 (2012) 的研究結果之脈絡進一步發展，本研究的研究者認為在評估性侵害者參與團體處遇前、後之改變動機的變化時，需考量性侵害者族群內部的差異，意即性侵害者內部其實是異質性高的，特別是不同的依附關係可能影響其發展出不同的性犯罪路徑 (Ward, Hudson, Marshall, & Sieger, 1995)，因此可能需分開來考量。

性侵害行為表面上雖然是犯罪行為的一種，但背後往往也可能涉及到性侵害者的親密關係或人際關係議題。許多性侵害者其在人際、兩性互動上都可能有潛在的問題，這些問題可能與其早年不良的原生家庭互動經驗有關 (陳若璋，2000)。Groth 認為性侵害加害者與女人的關係經常出現問題，而與母親的關係被認為是導致其長大後與其他異性相處出現困難的原型 (Groth, 1979)。因此，我們可以說性侵害者的性侵害犯行，或許反映的其實是其最根本的兩性互動、自我與他人關係型態的問題，而這問題進一步甚至可以追溯到其早年的家庭經驗，還有與主要照顧者的互動型態，此即所謂的「依附關係」(attachment)，而不同的依附關係型態也可能發展出不同的性犯罪路徑。依附關係問題除了影響性侵害者之人際型態，也會影響性侵害者在處遇過程中與治療者的關係建立和互動模式，進而影響其在處遇過程中的參與度與配合度、改變動機，與影響其行為改變歷程的進展。

因此研究者欲探究性侵害者之依附型態與性侵害者參與團體處遇前、後的改變動機變化，並評估不同依附型態的性侵害者在參與團體處遇前、後其行為改變與改變動機是否有所差異，而這些對於治療者瞭解性侵害者之改變歷程、改善處遇模式與發展提升改變動機的策略將是很有幫助。

第二節 研究問題與研究目的

基於前述研究背景與動機，本研究以「不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變」為研究主題，延伸以下研究目的與問題：

- (一) 評估性侵害者在團體處遇前後之改變。
 - 1-1 性侵害者在團體處遇前、後，其改變階段之變化為何?
 - 1-2 性侵害者在團體處遇前、後，其改變動機之變化為何?
- (二) 瞭解性侵害者之依附型態，與其對於其團體處遇前、後的改變之影響。
 - 2-1 評估性侵害者的依附型態
 - 2-2 不同依附型態的性侵害者，在團體處遇前、後，其改變動機之變化為何?
- (三) 進一步探究「處遇後正向改變」的性侵害者，其依附關係經驗、對於處遇歷程之主觀感受，與影響其改變之可能因素。
 - 3-1 在團體處遇前後，正向改變的性侵害者的依附型態為何?(包括：
與朋友的互動、與家人的互動、與異性的互動、幼年時期與主要照顧者的互動)
 - 3-2 在團體處遇前後，正向改變的性侵害者的整體處遇經驗為何?
 - 3-3 在團體處遇前後，正向改變的性侵害者在處遇過程中對於治療者的感受為何?
 - 3-4 在團體處遇前後，正向改變的性侵害者在處遇過程中對於其他團體成員的感受為何?
 - 3-5 在團體處遇前後，正向改變的性侵害者認為在處遇過程中影響他改變的主要因素為何?
- (四) 結合上述資訊，提供討論與建議以促進未來治療人員，對於促進性侵害者改變，與改善性侵害者處遇策略之參考。

第三節 研究假設

本研究採「混合方法研究」，包括量化部分與質性部分，針對質性研究問題，本研究在資料蒐集前採開放態度、不預設立場，因此不預設研究假設。而量化研究問題方面，根據前一節本研究所提的研究問題，研究者提出的「研究假設」如下：

- (一) 假設一：性侵害者在團體處遇前、後，其改變階段會有進步，意即經過團體處遇後，性侵害者處於「前期改變階段」（前思期、沉思期、準備期）的人數比例會下降，而「後期改變階段」（行動期、維持期）的人數比例會上升。
- (二) 假設二：性侵害者在團體處遇前、後，其改變動機會提升。
- (三) 假設三：性侵害者的依附型態，不安全型依附人數比例會高於安全型依附的人數比例。
- (四) 假設四：不同依附型態的性侵害者，在團體處遇前、後，其改變動機之變化會有所不同。
- (五) 假設五：安全型依附的性侵害者，在團體處遇前、後，其改變動機會提升。
- (六) 假設六：不安全型依附的性侵害者（包括：焦慮型依附、排拒型依附、畏避型依附），在團體處遇前、後，其改變動機會下降。

第四節 名詞解釋

本節將本研究所探究之相關名詞意涵與概念，先予以闡明定義與清楚界定所指涉之範疇，包括「性侵害者」、「依附型態」、「團體處遇」、「改變」等名詞在本文中之定義。

壹、性侵害者

本研究為便於陳述，於文中統一將「性侵害加害人」一詞簡稱為性侵害者，以下簡稱「性侵害者」。

本研究關於「性侵害者」之定義，是依據我國「性侵害犯罪防治法」所稱之性侵害犯罪，其內涵主要是根據刑法第十六章「妨礙性自主罪」之內容，其中包括觸犯刑法第二百二十一條至第二百二十七條、第二百二十八條、第二百二十九條，另外尚包括第三百三十二條第二項第二款、第三百三十四條第二款、第三百四十八條第二項第一款及其特別法之罪。本研究稱性侵害者，係指觸犯前項各罪經判決有罪確定之人。

除了符合上述定義外，本研究為了降低異質性，因此將本研究之研究對象「性侵害者」界定於成年男性（犯案時，年齡在 18 歲以上），以排除少年性罪犯或女性性罪犯。

另外，本研究中進一步將所有性侵害者區分為「合意性侵害者」與「非合意性侵害者」。本研究中「合意性侵害者」的定義為根據法院卷宗資料之描述，個案於案件中之性犯行雖未違反被害人之意願，然而個案觸犯了刑法第二百二十七條與未滿 16 歲或 14 歲之男女對象為性交或猥褻。

「非合意性侵害者」本研究的定義為根據法院卷宗資料之描述，個案於案件中之性犯行違反了被害人之意願，或係利用權勢與機會而為之，包括性交或猥褻之行為。包括觸犯了刑法第二百二十一條至第二百二十六條、第二百二十八條、第二百二十九條，另外尚包括第三百三十二條第二項第二款、第三百三十四條第

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

二款、第三百四十八條第二項第一款及其特別法之罪。

貳、依附型態

本研究之依附型態概念源自於依附關係理論 (attachment theory)，該理論最早是由 Bowlby (1969) 所提出，指成年人與他人互動或形成親密關係的形式，與其早年與父母或者主要照顧者的連結經驗有關，此即所謂的依附關係 (attachment)。而 Bartholomew 和 Horowitz (1991) 等人，進一步使用自我的內在表徵 (internal model of the self) 與他人的內在表徵 (internal model of the others) 等兩大向度，並加上正向、負向的向度分類，據此區分出四種類型的依附型態。其中安全型依附 (secure attachment) 的人在親密關係中是容易感到安全且具自主性，而焦慮型依附 (anxious attachment) 的人則是容易過度專執於關係當中並且過度在關係中尋求認同，排拒型依附 (dismissing attachment) 的人則是輕視親密關係的價值，較為自戀與自我中心，最後一類畏避型依附 (fearful attachment) 的人則是害怕親密關係且有逃避社交接觸之傾向。

本研究對於性侵害者之依附型態分類 (量化研究部分)，主要是依據王慶福依據 Bartholomew & Horowitz (1991) 之成人依附關係模式理論所發展出來之「關係型態量表」，該量表可以分析出包括安全型依附、焦慮型依附、排拒型依附、畏避型依附等四種依附型態之分數，研究者依據其各依附型態分數之相對高低，決定個案所屬之依附類型。

參、團體處遇

本研究之「團體處遇」指依據我國「性侵害犯罪防治法」第二十條與內政部所發布的「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」，直轄市、縣(市)性侵害防治中心所裁定性侵害犯罪加害人所須接受之身心治療或輔導教育，其內容可以包括認知教育、行為矯治、心理治療、精神治療或其他必要之治療及輔導

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

教育。本研究之團體處遇即身心治療或輔導教育之一種形式，其本質屬於在「社區」執行的團體心理治療或團體輔導教育，係透過治療師帶領一群性侵害者，透過定期的團體對話、教育等形式來進行之處遇方式。

本文有時會使用「團體心理治療」或「團體治療」等名詞來指稱「團體處遇」，或使用「治療」來指稱「處遇」。

肆、改變

本研究之「改變」，係依據「行為改變的跨理論模式」理論的「改變階段」(stages of change) 概念 (Prochaska & DiClemente, 1982)，可以用來評估個案改變其自身問題行為之階段性歷程與「改變動機」水準。根據該理論，依據個案對於自身問題行為的改變動機水準或者準備程度，由淺到強，劃分成不同的改變階段，包括：前思期 (Precontemplation)、沉思期 (Contemplation)、準備期 (Preparation)、行動期 (Action)、維持期 (Maintenance) 等不同階段，本研究根據這樣的理論架構來評估性侵害者於處遇中的改變。(關於各改變階段的內涵介紹，可參見本文第二章第四節)

本研究主要是依據楊大和、饒怡君、金樹人 (2012) 所翻譯編製的「改變階段量表一性侵害版」(見附錄 4) 對個案於處遇過程中之改變階段與改變動機來進行評估，研究者根據個案所填寫「改變階段量表一性侵害版」之分析結果來歸納個案目前所屬之改變階段與評估其目前之改變動機水準。(關於本量表的詳細介紹，可參見本文第三章第三節)

另外，本研究中進一步將所有個案根據參與團體處遇前後之表現，區分為「改變動機正向改變組」或「改變動機負向改變組」兩組。根據個案所填寫之「改變階段量表一性侵害版」所分析出之整體改變動機分數進行前、後測之分數相減，若後測之整體改變動機分數高於前測之分數，則將其歸納為「改變動機正向改變組」，反之若後測之整體改變動機分數低於或等於前測之分數，則將其歸納為「改

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

變動機負向改變組」。

第二章 文獻探討

第一節 促使性侵害者的改變

壹、性侵害者心理治療的非自願本質

性侵害者的心理治療本質上屬於「矯正 (心理) 治療」領域，其本質與一般之心理治療、心理諮商明顯不同，乃針對「犯罪人」所提供之心理治療或心理諮商服務。Braswell (1997) 認為「矯正治療為心理衛生與相關助人專業者與被認定為有偏差行為或犯罪之人之一種服務工作」。而林明傑 (2011) 則定義「矯正治療是由受過專業訓練的人員與犯罪人或偏差行為人以矯正其行為為目的之談話，使其能去除成長阻力、增進成長助力，也能增進其面對與解決問題的能力」。

矯正治療與一般心理治療最不同的地方，在於一般接受心理治療之個案都是有意願來參加治療，然而接受矯正治療的個案通常一開始都是缺乏意願，他們通常是被法院或政府機關強制要求而來，所以通常也被稱為非自願治療。這些個案與治療的內容有以下特性 (林明傑，2011)：

1. 個案都是犯罪人或偏差行為人：目前根據法律規定需要矯正治療者，包含：性侵害者、家庭暴力加害人、吸毒者、少年犯罪者等。
2. 個案多是被迫參加治療：個案通常是在面臨刑事或行政處罰之處分或壓力下，被迫來參加治療輔導。
3. 個案剛開始多無意願接受治療：這一部分使得矯正治療與傳統自願心理治療很不同，難度也較高。
4. 治療內容的保密原則有限制。
5. 治療成效報告多將作為機關機構之進一步懲處或取消處罰的依據。
6. 治療之前後評估部分，通常包含再犯危險評估。
7. 個案之退出率相對較高：在社區應接受輔導治療之性侵害者，約有 5 %之退出率。如果能有更積極之催促與關心，參與率可能會提高一些。

也由於矯正治療服務之對象都是非自願性個案，而一般心理治療之個案則多是自願性居多，因此矯正治療須比一般諮商更加留意其特有之治療議題，包括：治療者可能會無法克服對個案的反移情現象（譬如害怕或討厭個案）、治療者不了解偏差行為者的心理社會病理、一般心理治療訓練缺乏對非自願個案之處理、個案缺乏改變動機且易生阻抗 等議題（林明傑，2011），這些均是傳統心理治療者所需面臨的特殊挑戰。關於非自願性案主之治療輔導技巧，Trotter (2006/2008) 根據其研究發現，提出對於非自願性個案之心理工作，具效能的工作者具有以下特質，第一、能清楚且誠實地進行角色澄清，譬如說明治療者同時具有協助者與監督者的角色；第二、利社會行為的示範與增強，譬如依約赴會、守時且言出必行；第三、採取合作式問題解決模式，意即依據個案對問題的定義，建立個案認為合理可達成的目標，而不是治療師自己單方面設定目標，且與個案一同確認達成目標的策略；第四、治療關係的重要性，治療者要保持開放與誠實，能傾聽個案，運用同理心，挑戰個案的合理化，不帶責備，保持樂觀，適度地自我揭露與幽默。而林明傑（2011）則是根據其實務經驗提出幾點原則，第一、「激發動機」應該永遠擺第一優先。治療者可以透過讓個案認知到治療者是幫個案脫離強制輔導的協助者，促使個案投入治療與信任治療者；第二、遵守「確定方向、找出做法」二階段原則，先讓個案確定自己參與治療的目標，意即不想要再走回頭路（犯罪行為），接下來才談要如何做改變。

由上述可知，如何促進性侵害者想要改變與提升投入治療的動機，是治療者所需面臨的首要治療課題，畢竟性侵害者若連改變的動機都沒有，那後續治療內容的效果也會十分有限。而促進性侵害者的改變，就須瞭解何謂改變動機與性侵害者的心理病理。

貳、關於改變動機

在傳統觀念上，犯罪人的改變動機被認為是一項固定的個人特質。意即，除非犯人準備好要改變，否則相關單位是很難做什麼去影響犯人的改變動機。雖然說「遵從要求」似乎是成功改變的指標之一，但是矯治或觀護的長遠目標並不只是讓犯罪人做「他們被告訴要他們做的事」。遵從並不等於改變。試想兩個犯人同樣同意去參加憤怒管理的課程，其中一個人同意是因為他想要避免被關；另一人同意則是因為他在乎他的憤怒議題會影響其和他人的互動。兩個犯人雖然可能都符合標準，但後者比較有可能產生改變，降低其未來犯罪行為的機率。事實上，懲罰的處遇方式大多數只是教導人們在未來的日子裡如何避免被懲罰 (Skinner, 1953)。改變可以因為外在因素而發生，但它通常是弱的且短暫的 (Ryan and Deci, 2000)。假如目標是想促成犯罪人其長期的行為改變，處遇人員需要能夠使用技巧來接近改變的內在動機，而非那些只是依賴外在壓力的方式。

關於改變動機，根據Walters、Clark、Gingerich與Meltzer (2007) 的文章，研究者有以下觀點，第一、改變動機可以預測行為，動機可以預測一個人是否可能開始執行與持續一個行動。雖然動機不是一個必然保證，但它增加一個行動的可能性；第二、改變動機是可以改變的，動機並非如同成人的身高或眼珠顏色是固定不變的特質，它是可以變動的。人們通常在經歷一些重大事件之後可能會做出改變，譬如：小孩出生、結婚、愛人的去世。另外有些人，即使只是一些較小的事件，譬如像是與朋友或與臨床心理師的會談就可能產生影響；第三、改變動機是互動的，與處遇人員的會談可以增加或減少犯罪人的動機，並引導或影響犯罪人的想法；第四、改變動機可以被內在因素與外在因素所影響，但內在動機引發的改變通常可以維持較久。而內在因素包括行動是否吻合一個人的價值或目標 (譬如：這樣的改變對我來說有多重要) 和對於自身能力的信念 (譬如：我是否能夠做出這樣的改變)。人們會改變，通常是因為一個新的行為或行動更能吻合他們的個人信念或價值，而每個人的個人信念或價值都是很獨特的。此外，矯治人

員也可以透過強化犯人的自主性、能力來支持一個犯人的內在動機去做出改變；第五、在矯正領域，內在力與外在力兩者合作之下方可促成犯人的改變。改變可能因為外在壓力而顯現（譬如：觀護或監督的情境），但犯人更可能因為內在因素而持續（譬如：犯人看到個人收穫）。矯正人員可以選擇強調短期目標（譬如：要求犯人遵從特定規定），或者他們可以選擇使用策略，來幫助犯人做出長期的進步。

參、如何促進個案的改變動機

性侵害者心理治療中最重要的議題即在於，如何在最初的會談即能激勵個案使有動機參與治療歷程。Miller 與 Rollnick（1992/1996）的「動機式晤談法」即針對此議題所發展出來，動機式晤談法是一種以個案為中心諮商方法，透過受過訓練的治療者運用動機式晤談法的溝通技巧，依據個案的動機狀態，來協助個案達到行為改變的目標。在動機式晤談的初期階段，會使用幾項治療策略（溝通技巧）包括：使用問開放性問題（open questions）、反應式傾聽（reflective listening）、總結摘要（summarising）等溝通策略，促使個案自己探索自己行為的意義，與解決他們關於問題行為的內在矛盾與衝突（譬如：問題行為有可能給他們正向增強，但也同時會帶來毀滅性後果）。這目的是要去發展與深化個案所表達出來的願望與真實行為之間的落差，透過與個案進行目標設定，探索改變的可行選項，和讓個案放心地承諾去投入改變，藉由前述這些歷程來促發目標行為的達成（Loughran, 2006）。當然，「優勢觀點」（Strengths Perspective）中去反映體現個案的優勢之技巧，在此階段也會被使用上（Seden, 2005）。上述策略可以讓治療者與個案建立關係，並促進個案的行為改變動機。此外，有五大項基本原則（Miller & Rollnick, 2002），可以促進個案之改變動機，包括：

1. 表達同理心（Express Empathy）：治療者需要瞭解個案的想法、感受、價值與意義，並向他們傳達此理解，且不帶判斷、批評或責難。就像一面

鏡子般反映給個案知道他們自身的經驗，會使個案真得看清與體驗他們的處境。此原則主張溫暖地同理與回應式傾聽需充滿整個治療過程，此一原理背後所秉持的基本態度就是「接納」，但須知接納並不是同意或贊同個案的行為。若堅持個案有錯而不去接納反而會有使個案堅持原樣而不改變。

2. 創造不一致 (Develop discrepancies)：第二原則主張在個案的腦中創造一個當下行為與生活目標 (或美好未來) 間的落差，並加以擴大，因為這樣的認知不和諧，會促使個案產生改變的動機。譬如：治療者嘗試讓個案看到問題行為的短期收穫與個案長期目標之間的落差。
3. 避免爭辯 (Avoid argumentation)：第三原則是避免跟個案發生爭辯，因為與個案爭辯容易引起反彈，但可以使用軟性的面質法，或搭配高層次同理心的運用，重點在於要能夠促進個案的反思，而不是引發其反彈。
4. 與阻抗纏鬥 (Roll with resistance)：第四原則是由於個案常因為沒動機改變而出現阻抗，治療師的任務就是要有心理準備要與阻抗纏鬥。常用的技巧是將個案拋出的問題再拋回去，以使個案能積極參與問題解決的過程。直接面質個案對治療可能未必有益，個案應被視為是他們自己問題的專家，重新架構 (Reframing) 而非挑戰 (challenging)，可能會是更有幫助的。所謂的重新架構指的是用新的觀點重述個案說法，並邀請個案考慮此新的觀點。譬如：個案抱怨父母一直對其問題行為整天碎碎念。治療師或許可以說，看起來你的父母很擔心你，但似乎他們這樣做對你來說更像是嘮叨，而非表達對你的關心。
5. 支持自我效能感：第五原則是支持個案的自我效能感 (self-efficacy)，能給個案對處理自己的困難產生自信，這當中重要的因素是讓個案有能力選擇是否改善與選擇改善的方法，輔導者應鼓勵個案有自信。筆者認為這點與優勢觀點的理念非常接近，若無法讓個案在輔導中找到自信則

任何改變可能會不持久。在此的信念是，相信個案的自主性與具獨特能力去改變，而個案也才是自己行為改變的負責人。

使用上述五大原則，可以使治療者擴大個案所表現出來的不一致處，包括個案所說、所相信、所做之間的差距，讓個案可以在一種非威脅性的氣氛下，看清楚他們處境的真實狀況，並檢視其問題行為的動機，和問題行為對於他們重要他人的影響與結果。舉例來說，以下步驟可以簡要說明，用來促發非自願性個案改變動機之歷程 (Norton, 2012)，第一、誘使個案說出其問題行為的正向經驗 (譬如：詢問個案在問題行為中有何正向感受與收穫)，這也有助於與個案建立關係，這可表列於「正向收穫」之部分；第二、接著，探索個案問題行為的負向經驗，這可表列於「負向損失」之部分，即讓個案自己可以與辨識出與說出問題行為的負向效果，因此促進此矛盾情境產生。譬如：詢問個案不喜歡問題行為的那些影響？或者問題行為可能會造成什麼問題。可以使用 4 L's 模式 (Roizen & Weisner, 1979) 來詢問促發，包括：法律 (Law)、健康 (Life/ Liver)、感情 (Love)、工作與學業 (Labour) 的影響，此四大面向議題來作切入探討；第三、辨識與確認個案的目標 (譬如：詢問個案若情況不同了，你希望會是怎樣？你希望達成甚麼目標?)；第四、鼓勵個案自行達成要做改變的決定，昭示並強化個案的矛盾與不一致困境，然後詢問他們自己接下來的決定 (譬如：詢問個案要持續目前這樣或者停止問題行為)；第五、與個案設定目標，以促使個案去做出改變，目標之設定建議可以符合 SMART 原則，即 具體 (specific)、有意義 (meaningful)、可評估的 (assessable)、實際的 (realistic)、有時效性的 (timely)，譬如詢問個案以下問句，譬如：所以你接下來的第一步是？誰可以幫助或支持你渡過這改變的歷程呢？你要何時脫離問題行為呢？

近年 Pantalon (2011/2012) 又進一步從動機式晤談法中，發展出「立即影響法」(Instant Influence)，他所發展出出的六步驟版本，一開始是使用在急診室情境，以協助急診醫師面對酒精相關疾患的患者能夠快速產生戒酒意願所發展出來的，他

提及這方法可以有效激勵他人去找出自己的理由去做治療者希望他去做的事，這方法後來也成功運用於精神病患、緩刑犯等族群，並使緩刑犯的再犯率下降。

這六個步驟摘述如下：第一、試著詢問個案他為什麼可能想改變；第二、詢問個案以一到十來表達程度，他有多想要改變；第三、承上一題，詢問個案為何沒選擇更低分數；第四、請個案想像自己若已經改變，會有什麼正面的結果；第五、承上一題，詢問個案這些結果為什麼對他來說很重要；第六、承上一題，詢問個案如果有下一步，那會是什麼。

根據 Pantalon (2011/2012) 的觀點，這六個步驟是幫助人們發現自己去做某件事的理由，即使一開始他們自以為並不想做那件事，但當人們聽到自己說出採取行動的理由時，採取行動的可能性就會大增。「立即影響法」可以說是奠基於三項心理學原則，第一、人是可以自由選擇的，沒有人非做什麼不可。因為使用強迫或威脅口吻往往會激發人們內心的心理反抗機制；第二、每個人都有足夠的動力，因此治療師要協助個案找到自己的動力，譬如可以透過請個案想像「如果」他們改變了，他會「想要」做什麼；第三、專注於任何微小的動力跡象，要比問那些會引來抗拒的問題有效得多。透過認知失調理論，讓個案自主說出自己想要做的事，那麼他往後更有可能會採取符合自己認知的行為。

第二節 依附關係與性侵害者的心理治療

壹、依附關係理論

依附 (Attachment) 最簡單的定義是，指稱一種於童年時期所形塑成與重要他人情緒連結的特質，其本質是持續且相對穩定，隨著個體往後生命歷程之發展，其基礎依附類型的本質僅會有微幅度的更改 (Wallin, 2007)。而依附概念最早來自於依附關係理論 (attachment theory)，這是由英國精神科醫師Bowlby (1969) 所發展出來，他認為有一部份的成人心理病理，可能源自於其早年與父母或者主要照顧者的連結經驗。他論述孩童早年與主要照顧者的連結關係，其實提供了孩童探索外在世界的一種必要的心理安全基礎。如果這樣的關係是正向發展的話，孩童可以獲得一種自我價值感，認為自己是值得被愛的、他人是可以信任的，這會協助孩童發展出有效的人際技巧，使孩童能有效的展露情緒與同理他人。然而如果關係是朝負向發展的話，譬如：受到身體或性虐待、被忽略，就可能形塑出孩童對他人的不信任感。如果早年的依附關係是正向的，這樣的孩童在日後也較少會有情緒問題或者出現反社會行為。然而當孩童發展出負向的自我或他人的表徵時，或者發展出關係中的防衛機轉時 (譬如：從意識中排除掉與依附相關的線索)，這可能影響其日後適應與心理健康，甚至因此出現情緒問題或反社會行為。

依附理論的主要原則是，兒童的情緒回應方式，對於其往後社交與情緒能力的發展，包括回應他人和發展親密關係的情緒能力，是有很大的影響力。Bowlby (1944) 早期名為「44位盜賊」的研究，即提及母愛剝奪與不安全依附型態之間的關聯。Bowlby發現「情感冷漠人格」(affectionless personality) 的發展，顯示其與今日被稱為反社會人格疾患或者心理病態 (psychopathy) 之間的關聯性，這些人顯現出明顯的缺乏罪惡感、低責任感、不太在乎他人。Bowlby的主要發現是在其研究樣本中被辨識為「情感冷漠人格」的14位青少年，其中12位在出生前2年，曾經歷過與母親的長期分離 (指超過6個月)，而非犯罪組青少年則只有2位經歷過長期分離，而非犯罪組也沒有人有「情感冷漠人格」。Bowlby的結論是在生命

中前兩年的分離之影響，對於決定兒童的依附型態、未來的社會與情緒功能，有著關鍵性的影響。儘管，對於Bowlby的論點也有不少批評 (Rutter, 1972)，但很少有其他理論能夠像此理論可以對於了解個體情緒能力的發展與關係形成和維持能力的發展有如此大的影響力。

Bartholomew 和 Horowitz (1991) 等人，則依據Bowlby的理論，進一步使用自我的內在表徵 (internal model of the self) 與他人的內在表徵 (internal model of the others) 等兩大向度，並加上正向、負向的向度分類，據此區分出四種依附型態 (見表2-1)，第一、安全型依附 (secure attachment) 的人在親密關係中是容易感到安全且具自主性。這樣的人對自己與他人均有正向的看法，認為自己是有價值的、可愛的，而別人則通常是接納的、有好回應的；第二、焦慮型依附 (anxious attachment) 的人，則是傾向認為自己是沒價值的、不可愛的，自我意象是負面的，而對別人則是正向評價，此型的人傾向尋求他人的接納藉以肯定自己，因此容易過度專執於關係當中並且過度在關係中尋求認同；第三、排拒型依附 (dismissing attachment) 的人則是傾向擁有認為自己是有價值的、可愛的自我形象，然而認為他人是不可信賴與拒絕的，雖然逃避和別人親近，卻是維持獨立自主與免於受傷害，這樣的人較為輕視親密關係的價值，較為自戀與自我中心；第四、最後一類畏避型依附 (fearful attachment) 的人則是擁有自己是沒價值與不可愛的自我意象，同時也認為他人是不可信賴與拒絕的，傾向逃避和別人親近，也保護自己免於受到來自預期中別人的拒絕，因此這樣的人是害怕親密關係且有逃避社交接觸之傾向。其中，排拒型依附與畏避型依附又可以合稱為「迴避型依附」(avoidant attachment)。這四種依附型態，僅有「安全型依附」屬於健康的依附關係，而其他三類型可以統稱之為「不安全依附」。

表 2-1 成人依附關係的四種型態

		對自己的模式	
		正向	負向
對他人的 模式	正向	安全型依附 (secure) 對親密關係是安全的，且具自主性	焦慮型依附 (anxious/preoccupied) 過度專執於關係
	負向	排拒型依附 (dismissing) 排斥親密關係、反對依賴	畏避型依附 (fearful) 害怕親密關係、社交排斥的

資料來源：修改自Bartholomew 和 Horowitz (1991)

貳、依附問題與性侵害行為

性侵害行為發生的原因通常並非單純地只是為了滿足生理上的需求 (Carich, 2003)。因為實務上通常可以發現性侵害者往往存在著不良的自我概念、某種犯案的內在需求或者扭曲的認知信念，而這些偏差的自我、信念與犯罪需求的形成經常是與性侵害者其發展經驗有關 (陳若璋、施志鴻、林正修，2003)。日後，性侵害者在個人生命發展當中，負向的生命經驗 (挫折、壓力) 又加深了這些偏差自我、扭曲信念的傾向，並形成特定的內在需求，這些不良人格特質與特定的需求日後經常成為性侵害者犯罪內在動力的來源，以及犯案的潛在因素 (陳若璋、施志鴻、林正修，2003)。因此，根據前述歷程從發展心理病理學的觀點而言，Gray與Pithers認為性侵犯罪的發展歷程可分為「事先存在危險因子」、「後續進行危險因子」、「犯案觸發危險因子」等三個部分 (Gray & Pithers, 1993)。其中較遠之事先存在危險因子為早年的生命經驗，這些經驗塑造其人格傾向與需求，也就是造成性侵害行為發生的遠因，其中較為重要的即性侵害者早年的依附經驗，而其影響性可能會持續至其成年與他人的人際互動。關於個體的依附型態

與人際功能的意涵之影響性，目前已有許多檔案與文獻，且普遍被接受 (Bifulco & Thomas, 2013)。Wallin (2007) 提及不同依附類型對於個體長期的社會與情緒功能有著不同的意涵，從一個性侵害行為風險之形成觀點來看，安全依附的存在普遍被認為是一種保護因子，因為安全依附型態是被認為提供高強度的情緒韌性 (emotional resilience)，然而不安全的依附型態則被視為是風險因子。

有不少研究指出，依附型態與性犯罪行為之間可能的關聯性。例如 McCormack 等人發現，強暴犯或者暴力犯罪者其早年的人際經驗大多是負向的，而特別是與父親的關係較為糟糕。而這樣的經驗，被視為可能是廣泛性的脆弱性因素進而導致多重犯罪型態與生活問題 (McCormack, Hudson, & Ward, 2002)。而 Smallbone 和 Dadds (2000) 則發現性侵害者的依附類型屬於不安全依附，他們的研究發現性侵害者兒童時期的依附關係，是可以獨立於其與反社會和攻擊的關係來預測其性侵害行為，這樣的發現與主張性侵害行為與依附關係是有關聯的假設是一致的。Craissati、McClurg 與 Browne (2002) 所完成的一項研究結果，則顯示猥褻年輕女童的犯人報告較多與其父母的不安全依附。該研究的個案報告他們的母親在其兒童時期並未提供有品質的照顧，而個案的父母於其兒童期離婚或分開者，則易報告較多被其母親的控制或過度保護。當有一個較弱的父母連結，常導致因應技巧並未適當地發展，這會影響個體如何處理日常生活中的壓力源。Ward、Hudson 與 Marshall (1996) 認為，不良的依附型態會導致成人的孤單與不適當的親密關係，這可能是導致性侵害者對於性刺激等犯罪機會，相較於一般人容易出現不適當反應之重要因素之一，而研究顯示不安全依附是一種普遍特質在性侵害者身上。Marshall (1989) 則認為性侵害者童年的不安全依附關係，會持續影響其日後的依附型態，導致其低自尊，在成人關係中缺乏自信心且缺乏要達成親密關係所必要的技巧，無法與他人建立親密的人際關係也缺乏同理心，這會導致個體容易處在或陷落在情緒孤單和社交孤立感，也很難表現出正向之社會行為，這種挫敗感進而導致敵意態度與攻擊行為，而試圖透過不適當的方法達成親密關係的目

的。他進一步提出，性侵害者透過性行為尋求親密關係，而達成親密關係的持續性失敗亦會導致其性活動的擴張，終究導致性侵害犯行的出現。許多性侵害者會形容他們在社交互動上像是個局外人 (outsiders)，而那些可能有較多社交接觸者則可能會描述他們自己為膚淺或不曾真得體驗到與任何人的親密感。這些個體的陳述顯示出較差的父母依附連結、社會與情緒孤立的，且似乎在親密關係上是失敗的 (Marshall, 1989)。有研究亦支持上述觀點，意即相較於其他類型犯罪人和非犯罪男性，性侵害者較常被發現是親密關係缺乏的和孤單的 (Seidman, Marshall, Hudson, & Robertson, 1994)。

Ward、Hudson、Marshall 與 Siegert (1995) 認為性侵害者的依附型態，會決定其犯行的特定類型，包括他們所選的犯案對象 (小孩或成人)，以及他們執行犯行的方式 (譬如：誘拐哄騙、脅迫或武力)。進一步，Ward 等人 (1995) 依據 Bartholomew 之 3 個不安全依附類型，勾勒出三種不同依附模式與其所對應出之不同性罪犯心理發展路徑 (見圖 2-1)，分述如下。第一型、焦慮／矛盾依附模式之性侵害者，這類性侵害者期望親密關係，但對成年人之親密關係感到焦慮。因缺乏自信及自視不値被愛，而一直尋求他人的讚許，並很快投入親密關係但也很快就抽離。這樣的人害怕若他們允許伴侶太接近他們，他們的伴侶會知道這不安全的人並沒有值得被愛的本質且因此拒絕他。因此他們可能會尋找其可控制並讚許他之伴侶 (甚至如小孩)，透過性交來滿足其強烈的安全感及感情需求。雖不一定要與小孩有性關係，但若無法從成人關係中滿足其親密需求，則會轉向小孩來滿足親密需求，因為她們對他來說比較不會有威脅。Howells (1978) 曾經顯示許多兒童性侵害犯確實視兒童為接納的與無威脅性的。既然這種依附類型的人渴望尋求羅曼蒂克的關係，Ward 等人(1995) 認為焦慮／矛盾依附類型的人可能會討好或哄騙他們的受害者。意即他們可能會對被害兒童表現出類似於傳統男性追求女性所使用的求偶行為模式，因此，焦慮／矛盾依附類型的性侵害犯會尋找可以與之有羅曼蒂克與性關係的兒童來作為犯案對象；第二型、因害怕而畏避依附之

性罪犯，這類性侵害者避免過度緊密、避開社交接觸、害怕親近關係。多以非個人感情的性（impersonal sex）來滿足其親密需求。性侵犯中對性愉悅的主要考慮為自己本身之需求為主。對被害人少有同理心，而對犯行也少有罪疚感。若是暴露狂，則不會去接觸被害人，也不有表現語言羞辱；若是窺淫狂，則只會隱密地偷窺。若是兒童性侵害犯，則只會對被害人作短暫及不具個人感情的性接觸以滿足親密需求，而不會發展關係；第三型、拒絕依附也不害怕之性侵害者，這類性侵害者不期望親密關係，因此也不害怕被拒絕。其人際關係多是不具個人感情之接觸或疏遠，並具有敵意。因缺乏緊密關係之經驗，再加上其敵意與對他人之缺乏興趣，使他們嚴重缺乏同理心，因此若再加上其他之高危險因素，則將可能導致性犯行。性侵犯中滿足的主要考慮為自己本身之需求為主，且與表達敵意之暴行有關，因此可能有虐待狂之傾向。對被害人極少有同理心，而對犯行也少有罪疚感。若是暴露狂，則可能用語言羞辱被害人並嘗試去接觸被害人；若是窺淫狂，則可能會讓被害人知道其窺視並會企圖闖入；若是對兒童或成人性侵害犯，則會對被害人使用超過必要之暴力。其中，第二型與第三型之依附型態又可以統稱為「迴避型依附」（avoidant attachment style），這可能起源於早期被照顧者忽略與不一致對待，其童年時期表現出的依附特徵是，對於主要照顧者的出現缺乏反應，主要照顧者離開時也不會感到沮喪，他們對於陌生人也以類似的方式互動（Berk, 2000）。迴避型依附發展於兒童期，當他們成年後易感受到人際間的缺乏連結，或顯示出不適當的同理技巧，且顯示出對他人的非社會性或者敵意（Ward et al., 1996）。這樣的特質在性侵害者中是很常見的，有迴避型依附特徵的性侵害者不是往外對他人發展出攻擊性（譬如強暴犯），就是經驗到內在與他人的疏離（譬如暴露狂或偷窺狂經常描述到的感受）（Stinson, Sales, & Becker, 2008）。

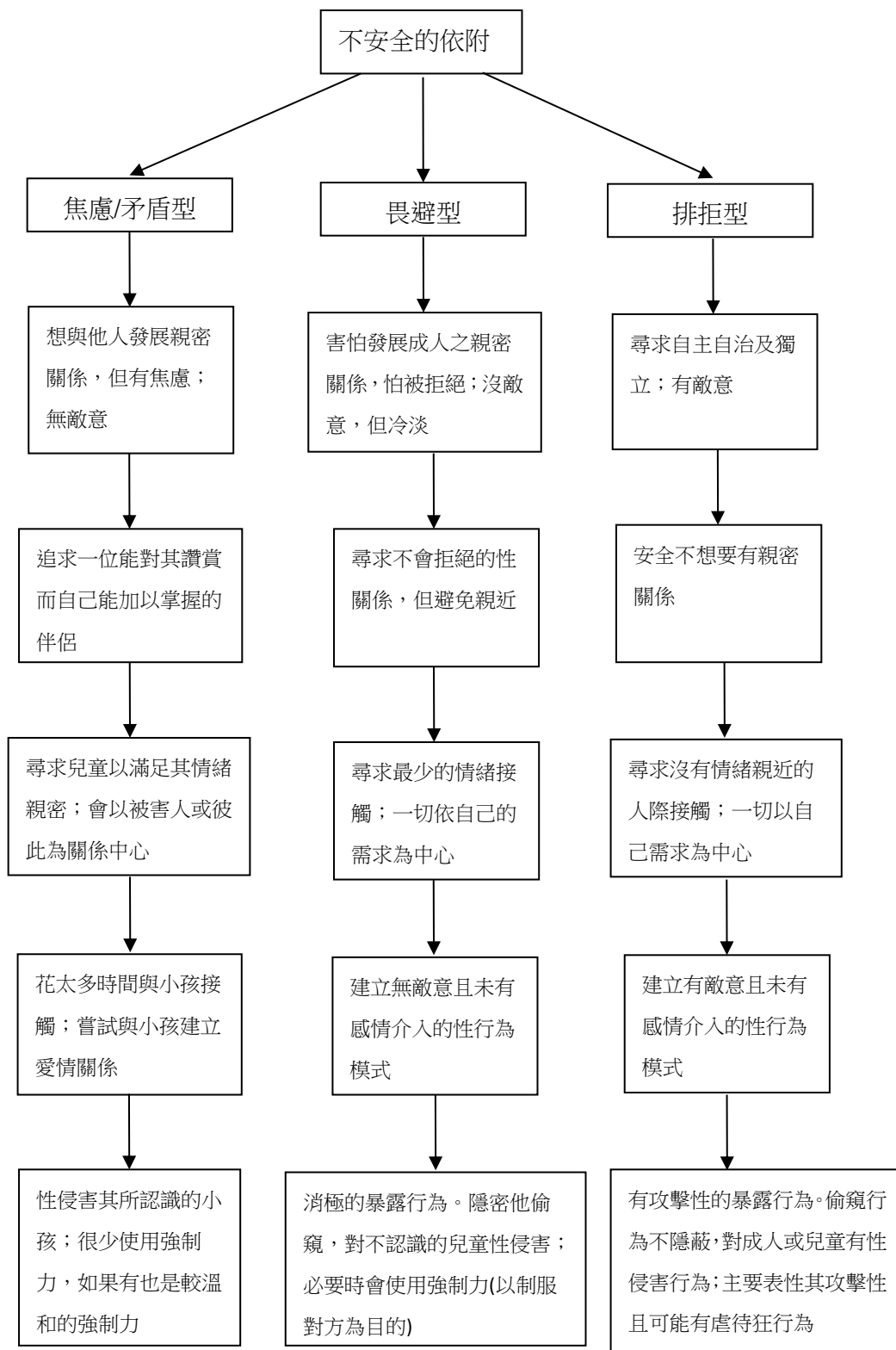


圖 2-1 不安全依附類型與性罪犯心理發展的關係

資料來源：修改自 Ward, Hudson, Marshall & Sieger (1995)

參、依附關係與心理治療

Bowlby (1969) 的依附理論，是一種關於生命進程發展 (life span development) 對於個體一生具影響性的觀點，其意涵不只涉及到人格與心理病理，也包含心理治療進程與原則。雖然 Bowlby 是一個精神科醫師，許多關於依附理論的研究，已被發展與社會心理學家所運用，且聚焦於依附的標準規範層面。然而，從一開始 Bowlby 建構其依附理論時，其理論涵蓋面並不只是涉及正常與心理病理的發展而已，也包含心理治療的論述。依附理論延伸自 Bowlby 對於不同學科領域的興趣，包括精神分析、行為學、演化，以及認知與發展心理學。他整合各個領域的原則，來解釋嬰孩與他們照顧者之間的情感連結，與早期依附經驗對於人格發展、人際功能與心理病理的長期影響性。Bowlby 推論，依附系統是終生在運作，對個人的影響從其搖籃時期 (出生) 到走進墳墓 (死亡)，跨越廣泛種類的關係，包含心理治療關係 (Farber, Lippert, & Nevas, 1995)。

如前所述，Bowlby 相信依附理論對於心理治療有特別的關聯性。他認為治療師的主要角色是「去提供病人一個暫時性的依附對象」。他覺得這樣做，可以提供病人一個安全的基礎，從中來探索包括他自己、他與所有已有的或可能有的關係，或情感連結。在這樣的基礎下，Bowlby (1988) 提出5個治療師主要的心理治療任務：第一、建立一個安全的基礎，其中包含提供病人一個強烈的信任、照顧與支持..等內在感受，而這讓病人可以更安全與全面地，探索其心智的內容，即使是那些有困難或痛苦地去了解的層面；第二、探索過往依附經驗，包含幫助病人反思與討論過往與目前關係，探索他們在關係中的期待、感受與行為；第三、探索心理治療關係，包含幫助病人檢視其與治療師的關係，與這如何與治療外的關係或經驗做連結；第四、治療師使用依附理論來引導治療，鼓勵病人去檢視他們目前的知覺、感受與期待，可能是兒童時期與他的父母互動事件的產物。透過連結過往經驗與目前經驗，包含鼓勵覺察目前的關係經驗可能與過往經驗之關聯性；第五、修正內在在工作模式，包括會幫助病人檢視他們內在關於自我與他人的

概念，是否適合於目前與未來，幫助病人以一種新的方式去感受、思考與行動，而這是與不同於他們以往關係中的感受、思考與行動。這五個方式，是Bowlby宣稱依附理論可以引導治療師進行治療的要點，且是高度相似於「移情」(transference) 概念。其他的依附理論學家也提出治療關係本身，正是一種真實的依附連結，並且也去檢視治療師如何成為病人的一個依附對象。譬如：Mallinckrodt (2010) 提及某些接受心理治療的病人會經驗到包括下列感受，第一、會視他們的治療師為強壯者與智慧者；第二、透過情緒連結與持續的治療，尋求親近；第三、在遭受壓力與威脅時，經驗到他們的治療師是個安全的避風港；第四、經驗到他們的治療師是個安全的基礎；第五、當預期失去他們的治療師時，會經驗到分離焦慮。

近期依附的概念已應用於理解治療關係中個案的行為，根據Bowlby (1988) 的理論觀點，治療同盟關係 (Alliance) 也可能是依附關係的表徵，會體現出相類似的元素去誘發出依附相關行為。Bills (2013) 則指出依附與治療同盟之間的關聯性，他們假設依附型態是成形於兒童時期，且可以去預測個案從治療當中獲益的程度。有許多研究發現，依附型態在個別治療過程中對於形成有效的治療同盟的能力扮演重要角色，譬如Diener與Monroe (2011) 發現不安全依附的個案對於去信任並且與治療師建立情緒連結和同意治療師的治療目標與作業，會有一段艱困期。而Goldman與Anderson (2007) 則是發現個案在親密關係中感到舒服者，則可以依賴與信任他人而不會擔心被拒絕，且在第一次治療時較可以建立較強的治療同盟關係。而 Mallinckrodt、Gant與 Coble (1995) 則發現依附類型與治療期間行為 (in-session behavior) 之間的強烈關係，個案若是安全依附的人，傾向信任治療師，和幫助促進一個較深的關係，在這過程中他們對於治療任務也有較多的認同。焦慮型依附個案傾向與治療師快速建立關係，但也可能會過度在意治療師。迴避型依附個案 (Avoidantly-attached clients) 將他們從治療中疏離，且不信任治療師，且無法完成與合作治療師的作業。而Bachelor, Meunier, Laverdiere, & Gamache

(2010) 則發現這些依附基礎反應，在個體面臨壓力或痛苦時期時，會變得更加明顯。

個案是否自治療中流失，可能也受其依附型態之影響。Bowlby (1988) 強調個案依附在投入心理治療的重要性，寫下「除非一個治療師可以讓他的病人感到某種程度的安全，否則治療師甚至無法開始」。若以個案於治療過程中的流失率，作為心理治療投入程度的指標，最近的研究已調查個案焦慮型依附、迴避型依附，與個案流失 (dropout) 和心理治療結果之間的關聯性，譬如Marmarosh等人(2009) 發現個案在第三次治療之後流失，且在相互約定結束之前結束者，有明顯較高的依附焦慮，相較於參與超過3次治療，且有按照相互約定結束的個案。迴避型依附則並未在流失者與治療持續者之間有明顯的差距。同樣地，在一項後設研究中，Levy、Ellison、Scott與Bernecker (2011) 發現，有較高依附焦慮者，有較差的心理治療結果，然而迴避型依附則未與治療結果有明顯的關聯。綜合這些發現指出，當個案有較高的依附焦慮時較有可能從治療中流失，然而迴避型依附則與流失較無關聯。

關於將依附概念運用於性侵害者的心理治療方面，已經有依附的治療元素被運用到分析與治療包括成人 (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999) 與青少年 (Creeden, 2005) 性侵害者。針對運用依附概念於成人性侵害者治療的方案上，已有證據顯示這樣的方案能明顯降低其再犯率 (Marshall, Marshall, Seran, & O'Brien, 2009)，這些方案的核心特徵，包括訓練性侵害者去辨識其失功能的依附類型，與此相關的生命中孤單感受和缺乏親密關係議題。然後他們會被教導，以適合社會文化的方式，滿足其親密需求所需的技巧與態度。雖然並未特別去評估「依附/親密訓練」此一治療元素對於再犯率的影響。然而，有研究指出「依附」作為治療元素在此類方案中對於性侵害者的親密與孤單感是能產生直接且有效的影響 (Marshall, Bryce, Hudson, Ward, & Moth, 1996)。此外，Hughes (1997) 以一個有性侵害行為的年輕人的治療歷程，來描述依附取向治療中一個重要促進治療改

變的關鍵，即讓有性侵害行為的年輕人能夠去反思與回顧其行為，但不要因此與屈辱或拒絕做連結。這樣的治療進程能促進信任程度的增加，使得該名有性侵害行為的年輕人能去辨識與較好地調適其行為，來促進改變歷程。他可以與其治療師在治療過程中前進，因為治療師視他為有性侵害行為的年輕人，而不是個性侵害犯，並且提供一種他長年在尋找的互動關係「一種療育與安慰的關係」（讓他可以不用害怕被嘲笑或排斥，來探索多面向的自己）。透過這樣的方式，該名年輕人雖然持續經驗與同儕的社交困難，但是已經較能管理與聚焦其性行為，且持續於治療關係中去進一步探索他過去與母親、父親失去的關係對其行為的影響。

此外，若將性侵害行為放在親密關係暴力問題的脈絡上來看，關於親密關係暴力之治療，Stosny (1995) 提出了 **Compassionate approach**，該模式是根據「依附理論」所發展出的認知行為介入方法，此模式將焦點放在暴力行為的源頭，即施暴者是透過生氣來避免感受到痛苦的情緒，包括：不受尊重、被拒絕、不被愛等，這些痛苦感受被標示為「核心痛楚」(Core Hurts)，透過簡稱為HEALS的療育技巧認知上去重建這些痛楚，透過改善個案自身的情緒調節能力，和使用認知行為技巧來產生同情心與同理心，並打破個案對於罪惡感、羞恥感與害怕被遺棄等感受的暴力情緒反應。這樣的治療形式是非責難的，且設計來提升個案的情緒智能，以調節其脆弱的情緒，這樣的模式也已成功運用於家庭暴力加害人身上，並有效減少其再犯率 (Stosny, 2002)。因此，這樣的模式也值得針對有依附關係議題或者因破壞性情緒而產生暴力行為的性侵害之治療做為參考。

在團體治療之領域中，讓團體治療個案能依賴團體與參與治療團體的能力，已經是當今團體治療文獻的主要焦點，且是與依附理論有直接相關。研究者發現，團體成員的依附類型，與其在團體的揭露能力有關 (Shechtman & Dvir, 2006)，因此也被用來評估在治療時的改變 (Tasca, Balfour, Ritchie, & Bissada, 2007)，與用來預測誰可以從團體治療中獲益 (Flores, 2008)。Shechtman與Dvir (2006) 表示因為安全型依附的成員對他人持正向看法，且渴望親密關係，他們更可能於團體

中適當地運用自我揭露，且敏銳地回應其他團體成員的自我揭露。而迴避型依附 (avoidant attachments) 的人通常較依賴自己來處理壓力，傾向避免自我揭露，且不會喜歡成為揭露方的接受者。除了自我揭露，安全依附青少年表現出較高分的正向性個案行為，且能回應他人。然而，迴避型依附個案則是在各項測量中表現出較低的分數。Shechtman與Dvir 發現團體成員對其他成員與在團體中的行為，與他們自身的依附類型有關 (Shechtman & Dvir, 2006)。假如依附型態會影響團體治療的行為，它們也可能影響個案對於團體治療的態度與預期。Marmarosh等人(2009) 檢視63位初談個案與28位大學生之依附型態，與他們對團體心理治療的態度。結果他們發現，於成人依附關係中的「依附迴避」指標與在團體治療中對於脆弱性的害怕之增加有明顯的關聯性。意即個案在親密關係中的迴避與在團體治療中害怕羞辱與汗巖有關。

雖然已有強烈文獻顯示，個案的依附型態對於其在治療過程中發展治療同盟關係的意義，然而目前仍缺乏研究去探究性侵害者之依附型態對於其心理治療歷程中改變動機之影響性。尤其性侵害者潛在之依附關係問題，可能會影響治療師與其建立治療同盟關係之品質，並進而影響其改變動機在治療過程中之變化，與治療師所可以採用的治療策略。

肆、治療關係與性侵害者的改變

治療關係對於性侵害者的治療有何影響？而性侵害者的依附型態又如何影響治療關係的形成，進而影響其改變動機呢？這些有關「治療歷程」的議題在傳統性侵害者治療領域容易被忽略，在早期的認知行為治療取向的發展上，焦點是放在關注於特定的治療步驟上，包括強調促進想法、態度與行為的改變，然而最關鍵的治療者自身的角色卻常被忽略 (Horvath, 2000)。一般心理治療文獻，均指出治療效果是由治療者的風格、個案對於治療者的知覺、治療關係 等因素所交織影響而成 (Marshall et al., 2003)。而 Yalom (1980) 則認為個案與治療師的關係

可以產生療癒力。因此與個案發展出合作的工作關係是很重要，特別是當這些個案被認為是缺乏改變動機時（譬如性侵害者）。Yalom (1995/2001) 進一步提及治療者與個案之間對於治療看法之差異，治療者可能會以為個案的改變與其過程中所做的詮釋或所談的內容較有關，然而個案往往重視的是過程中治療師所展現的專注、傾聽、穩暖、尊重，最重要的是有人味，即治療師過程中所展現出人性的關懷。事實上，研究顯示「治療關係」可以說明約 25% 的治療成效 (Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis, & Solomon, 1982)。一些後設分析亦顯示，中等效果量在治療同盟與治療效果之間。譬如 Horvath 與 Symonds (1991) 報告平均約 0.26 的效果量。因此，治療者能與個案發展一個適當的治療同盟關係之能力是很重要。關於團體心理治療的同盟效果其中一個指標，是可以透過評估「團體凝聚力」來獲得，在團體治療過程中，凝聚力被認為是重要的治療因子 (Yalom, 1980)。Beech 與 Fordham (1997) 則發現在不同性侵害治療方案中其團體凝聚力的水準會影響治療目標。事實上，在他們研究中最有凝聚力的團體是由展現正向特質的治療師所主導，但若是面質取向的治療師則是有較小的團體凝聚力與較小的療效產生。

性侵害者通常會嘗試逃避其行為的責任，這也意謂著治療者的人際技巧在治療這群人身上將會是很重要的。事實上，性侵害者的「否認」與淡化常常會促使治療師變得更加地面質。然而，面質、責備個案、過早聚焦於其困難的議題、標籤化個案（譬如：強暴犯、戀童癖），或詢問封閉式問句，或當起偵探，這些行為反而容易增加個案的抗拒反應。因此，性侵害者的抗拒與治療者的行為是有關聯且受其影響的。根據 Marshall 等人 (2003) 的建議，回應抗拒最好的策略是「後退」(back off)，治療者應該將「抗拒」視為是一個改變或調整治療策略的訊號，而不是當成去霸凌個案接受治療師立場的理由。如果，個案嚴重地抗拒討論某一議題，他應被提供討論另一個較少威脅性議題的機會，直到抗拒減低了。當然，雖然面質可能是有害的，但是無條件的支持 (Unqualified support) 亦是無效，因

為性侵害者所展現的否認、淡化、扭曲與負向態度，仍然是需要被挑戰。因此，Marshall 等人 (2003) 建議，面對性侵犯的否認、淡化，應採取「支持但堅定挑戰」(supportive but firm challenging) 的策略與態度，才較可能促進其接受責任。這意即著，支持但是仍堅定挑戰個案 (譬如：透過保持愉快的語調，來指出其不一致，且指認出問題所在)，而非與其爭辯或面質。譬如：一個個案堅持並未犯下其罪行。與其就這點與他爭辯，治療師應將重點放在他實際上做了哪些行為，另外個案也需要被協助去理解與同理為什麼同樣的行為與事件，受害者會看到完全不同的面向。與其將個案視為抗拒者或不配合者，治療師應將個案的淡化或否認反應，視為是他想要避免羞恥感，和想維持正向自我意象需求的行為反應。

根據 Marshall 等人 (2003) 的觀點，為了讓性侵害者發展出動機去改變，且真得去改變其行為，他們需要支持與鼓勵。性侵害者經常是抗拒承擔其行為的責任，他們可能會淡化他們對於被害人造成的傷害。這些看來都是為保護他們自我價值的受損。因此 Marshall 等人 (2003) 有如下幾點建議，首先、提供一個安全、舒適的治療環境，使個案在其中是較少感覺到受威脅，相較於一直去攻擊其防衛行為，這樣做才較有可能促使個案放棄淡化或否認。因此治療師應展現出對於個案的興趣，和表達對其改變能力的信心，並創造出一個開放的環境；第二、強化個案的誠實 (譬如：我對於你剛剛能坦誠地訴說，感到激賞)，和一致地概述誠實的益處，也促使其接受責任；第三、Marshall 等人 (1999) 也提出促進性侵害者的自尊對於促進他們投入治療是很重要，而這和一般文獻中提及對於低自尊的人 (Baumeister, 1993) 和動機式晤談取向針對犯罪族群所強調的治療重點是一致的 (Ginsburg, Mann, Rotgers, & Weekes, 2002)。促進性侵害者的自我價值感不只是使他們投入治療，也使他們更具信心去承擔其行為的責任 (Marshall, Anderson, & Champagne, 1997)。雖然有很多作為可以用來增加這群人的自尊 (Marshall, Champagne, Sturgeon, & Bryce, 1997)，治療者與這群人的關係是如何建構更是關鍵。譬如：認識到個案的優勢，且在治療課程中給予回饋，並且使個案去確認自身的

正向特質，這些都是增加自尊的策略；第四、治療師可以致力於讓個案表達「促進自我動機的陳述」(self-motivating statements)，而非直接告訴個案什麼是他們需要去改變的。譬如：藉由詢問來協助個案去勾勒出不同行為其中的損益（譬如：犯罪行為 v.s. 過著無犯罪的生活）。其他促進個案動機的方法包括，對個案表達同理、避免爭論、與抗拒周旋 (rolling with resistance)、在個案對於未來的看法與其使用現有策略來達成目標之間去創造不一致、支持自我效能等。另外，許多正向的治療者特質與治療技巧，譬如：詢問開放式的問句，提供肯定、做結論、使用回應式傾聽，這些也都有助於促進個案的改變動機 (Mann & Fernandez, 2000)。

因此，我們可以得知治療師與性侵害者所形成的治療同盟關係，會明顯影響其改變動機之變化，進而影響治療成效。若治療師被個案知覺是溫暖、同理、正向、真誠的，會是更有效能降低他抗拒的治療者 (Marshall et al., 2003)。而 Marshall 與其同事亦證實一個有同理心與溫暖的治療者，且同時具有回應與指導性的話，會對性侵害者產生最大的正向改善 (Marshall et al., 2003)。他們回顧文獻發現，如果性侵害者認為治療者是個在乎他們的人，且尊重地對待他們，則對於治療反應會最好。然而，治療關係的形成，除了與治療師本身的治療技巧有關之外，更與個案的人際與依附型態有密切關聯，不同依附型態的個案可能會與治療師形塑出不同的治療同盟關係，進而影響治療成效，因此治療師在治療過程中有必要去瞭解個案的依附型態以採取不同的治療策略，特別是性侵害者通常被認為是有依附關係的問題。

相關質性研究也證實此看法，Collins、Brown 與 Lennings (2010)透過質性研究發現以接受社區團體治療之性侵害犯的角度來看，他們會將治療關係視為比方案內容更重要，這也呼應了正向治療者角色的重要性。而 Elisha、Idisis 與 Ronel (2013)也以性侵害監禁犯的質性訪談結果與正向犯罪學 (Positive criminology) 觀點提出類似看法，他們強調正向人性際遇的重要性，因為許多性侵害者會表示出他們改變的意願 (包括參與正式的治疗)，主要是由於他們感受到來自重要他人之社會支

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

持，特別是伴侶或父母。這樣的正向接觸，對於犯人來說可以被使用為矯正性的社會經驗，可以提升他們的連結感，且增加他們對他人的在乎與關心，這也是種相互接納的表達。最近的研究，亦支持這樣的假設，指出被釋放的性侵害犯，若於監獄與社區均接受持續的正向治療（“positive” treatment），其再犯率較低（Levenson & Prescott, 2009）。然而，Elisha 等人(2013) 亦表示除了伴侶、父母、宗教、精神對象與治療師等的支持對於性侵害犯很重要之外，另一方面也需伴隨要求性侵害犯改變其生活方式，意即是「有條件性的」支持，要求犯人為其生活承擔起責任，且願意做出改變，這也類似於再整合羞恥理論（re-integrative shaming theory）中所強調的核心觀點（Braithwaite, 1989）。

第三節 性侵害者的社區心理治療

壹、我國性侵害社區處遇架構

我國實務運作之性侵害者社區處遇網絡之建構，乃承襲自美國佛蒙特州（Vermont）之性侵害犯之社區監督鑽石模式（supervision diamond），該模式整合了型抑制方案，認為性侵害者之社區監督應有如鑽石形之四個角且缺一不可（圖2-2），此四個元素包括：治療師於社區之輔導與治療、觀護人於社區的監督、個案的支持網路（如好友、家人、或輔導中之其他成員）、及定期的測謊（林明傑，2011）。而此一制度架構已成為我國性侵害者社區處遇制度建置之重要參考。實務上，目前我國社區處遇模式實際運作之重要團隊成員包括觀護人（地檢署）、治療師（醫療單位）、警察（所屬分局）（沈勝昂、葉怡伶、劉寬宏，2014）。此外針對性侵害犯罪之監督，除了既有體制內的觀護制度運作外，也加入身心治療與團隊網絡的監控，意即針對性侵害犯之治療成效與再犯風險進行評估。雖然目前測謊單位尚未正式成立，但相關辦法已在2005年底經專家學者之建議納入運作之內（法務部，2005）。

根據上述架構，其中的社區之輔導與治療，主要是依據我國「性侵害犯罪防治法」第20條與「性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育辦法」之規定，對於曾受徒刑或保安處分執行完畢、假釋、或免刑、赦免，或法官直接裁判緩刑之性侵害犯罪人，於其回到自由社會後，有關之主管機關（各縣市政府之性侵害犯罪防治中心），可對其施以身心治療以及輔導。所謂「社區」之輔導與治療，事實上是相對於「監獄」治療的概念。社區輔導與治療的目標，在於將原本傳統刑事司法系統中，只重視監獄內之教化以改變犯罪人的操作方式，延伸至犯罪人回歸社區生活，讓處遇的成效得以延續，畢竟性侵害者的治療有否成效，要端視其在社區情境中的表現才有意義，要維持其治療成效只靠監獄中的治療是明顯不足，需再搭配社區治療與輔導才得以確保能全面地維持（沈勝昂、葉怡伶、劉寬宏，2014）。

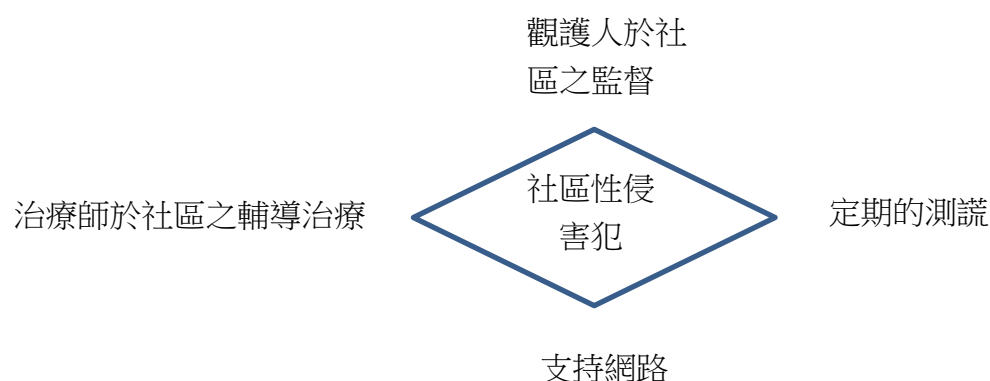


圖2-2 性侵害犯之社區監督鑽石模式

資料來源：McGrath, R. & Cumming, G. (2000)

我國目前性侵害犯之社區輔導與治療現況，實務運作上又將之區分為第一階段與第二階段身心治療輔導教育。「前者」共六次，須在三個月完成之，屬於結構式之團體課程，執行者須負責執行初階之課程與撰寫評估報告，相關之課程架構可參閱邱惟真等人受內政部委託所編撰之教材內容（邱惟真等人，2005）。課程結束後，則由縣市衛生局召開評估小組會議以決定特定個案是否須再進入第二階段。通常未成年合意性交者（單次）只需上完第一階段，若不是則須接著參與第二階段。第二階段身心治療輔導教育則通常為開放式與半結構之團體，可以是每月1次到4次，各縣市不定，通常越密集者越快結束。也有每個月一次但須至少二年。依據規定整個輔導與治療過程須在開始後三年內完成，最多可再延長一年（陳慈幸，2014）。而各縣市之治療形式雖然個別或團體皆有，但通常是以團體為主（陳慈幸，2014），當實施團體治療有困難時才使用個別治療。會以團體治療形式為主，除了團體治療較能有效消耗掉為數不少需接受社區處遇的性侵害者之外，團體治療也被認為是協助性侵害者較有效的治療方法（Barker & Morgan, 1993）。譬如Behroozi(1992)即認為團體治療可以透過團體成員之間對個案否認的面質，來降低非自願性個案的否認程度。此外，團體治療被認為有助於改善加害者的社交關係，藉由團體中學習與觀摩其他成員的人際問題時，性侵害犯也能學習到如何經營生活中的人際關係（陳若璋, 2001）。

貳、合意性侵害者與非合意性侵害者

雖然一般人對於性侵害犯罪者其性犯行，通常聯想到的是強制性交或強制猥褻等「非合意」本質的性犯行。然而，即使是雙方兩情相願，與 16 歲以下之人發生性行為者其實已觸犯我國刑法第二百二十七條，這類案件也會被我國司法系統以「性侵害事件」來處理，而這類案件的性侵害「加害人」在接受性侵害加害人社區處遇的人數比例也不少，研究者在此簡稱其為「合意性侵害者」。這類性侵害者本質上與犯下包含強制性交或強制猥褻等非合意性犯行的性侵害者（非合意性侵害者）有明顯之差異。

「合意性侵害者」之性犯行本質上可能更多是出自於對法律的無知或輕忽行為的後果，台灣兒童暨家庭扶助基金會在 2012 年針對我國各縣市 12~18 歲之國、高中職在學學生進行『青少年身體自主權調查』，發現每 5 人當中就超過 1 人認為只要兩情相悅或對方邀請，即可與對方發生性行為，22% 的高中職、國中生認為只要雙方同意的性行為，就不必負法律責任，在面對法令的不了解，加上現今網路性資訊氾濫的環境下，更容易發生這一類的性侵害事件。而「合意性侵害者」是否適合使用一般針對非合意性侵害的性侵害案件通報流程作為處理也是有爭議的，我國勵馨基金會（2015）即認為認為將未成年人合意性行為依性侵害案件通報，其處理方式相當粗糙，反會容易使問題地下化，因此建議推廣「通報分級」制度，希望藉此讓醫療資源能夠真正有效地運用於非合意性侵害案件的被害人，而兩小無猜案件的未成年人則是應該由社政主導，加強其情感教育、性教育及與家庭關係修復。

當然實務上，通常並非可以這麼單純地二分，因為有時合意或非合意之認定，被害人與加害人會有明顯之落差。另外，我國刑法第二百二十七條之一與第二百二十九條之一，也提及未滿 18 歲的個案犯下第二百二十七條之罪者，屬於告訴乃論，且得以減刑或免除其刑，因此這案件的成立與否又涉及到被害人父母是否

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

堅持對未滿 18 歲的加害人提告，與法官對其犯後態度之認定等變數之影響。因此，本研究為減少前述變數之影響，統一以法院卷宗所認定的犯罪事實為依據，並將本研究性侵害者之研究對象聚焦於成年性侵害者（意即犯案時，年齡在 18 歲以上）。

參、性侵害心理治療之發展

美國及加拿大是世界上性罪犯心理治療最先進的國家，我國目前現有治療模式大多也是參考自北美所發展出的模式。目前所知最早的性侵害犯團體治療架構，是 1950 年期間美國加州 Atascadero State Hospital 對性侵害者推廣情緒安全感課程（Emotional Security Program），此架構主要是針對監獄內的性侵害者所設計（Schultz, 1965）。而後華盛頓州的 Western State Hospital 也提供性侵害犯的團體治療，團體內容主要是針對加害人的問題提供結構式的自助團體，該團體內沒有特定的治療者，而是由個案在團體情境中討論他們自己的問題。1972 年，Peters 與 Roether 則是報導第一份關於性侵害者出獄後的團體治療報告，其報導對象為 Philadelphia General Hospital 所執行的治療團體，此治療是針對假釋的性加害者所設計，治療目標在於建立個案的社交能力，內容強調的是教導團體成員如何遵守社會規範與加強衝動控制能力。到了 1990 年代，根據美國 Safer Society Foundation 在 1994 年之全美性罪犯治療方案調查，其收集 1784 個參與研究調查之監獄、社區及學校之性罪犯輔導方案中，發現採用「認知行為取向」（cognitive behavioral approach）與「再犯預防取向」（relapse prevention approach）最多，各占百分之四十及百分之三七（Freeman-Longo, Bird, Stevenson, & Fiske, 1995）。因此可知二者幾乎已成為美國性罪犯心理治療技術的主流，其實二者甚為接近，而後者亦是取用前者之理論及技術為基礎而實施之，以下分別簡介之。

「認知行為治療」（cognitive-behavioral treatment）應該是至今運用於性侵害心理治療中最廣為被接受，且對於降低再犯率目前累積支持實徵證據最多的模式，

它是基於行為、認知與社會學習理論所發展出來 (Yates, Prescott, & Ward, 2010)。在此模式中，性侵害犯行被認為是種行為與認知的模式，可能是源自於模仿、觀察學習、行為增強、認知與態度等方式所發展與形塑出的結果。因此，治療目標就放在與性犯行有關的行為、認知、情感反應，而這些偏差的反應被辨識出來後，需進一步用「利社會」的行為或認知反應來做取代，因此治療目標會放在與再犯有關的動態風險因素上。

而「再犯預防」模式是Marlatt於1980年代初發展出來，原本是用來幫助有成癮行為者之戒癮，本模式認為戒癮的有效防治並不是在治療過程中，而是在「治療後」案主能否維持其改善之成果，否則其再犯可能性仍高 (Marlatt, 1982)。當再犯預防被運用於性侵害犯的治療時，本模式也假設性侵害行為是成癮行為的一種，它假設性犯行有一定的路徑與循環，可能是起因於某種負向情緒，且犯人可能是缺乏某種因應技巧，所以可能再犯。所以本模式是要協助犯人去辨識與避免可能導致自己再犯 (relapse) 的高風險情境，並教導個案因應問題與高風險情境的技巧。所以，雖然也是以認知行為療法為基本架構，然而其治療重點係放在如何幫助犯罪者認出及修正自己之認知感受行為鏈，並以自我內在管理 (internal self-management) 結合外在的監督 (external supervision) 之方法，以有效阻斷個案潛在之「再犯循環」(relapse cycle)，藉以防止其再犯 (Pithers, & Cumming, 1995) (見表2-2)。所以，治療方案之設計通常是強調需先有「教育課程階段」，使性罪犯了解臨床發現可能有的「認知感受行為鏈」及「再犯循環」，然後才是「輔導治療階段」由每位案主提出自己於犯行前所有的可能前兆 (precursors) 並視之為高危險情境，並說出自己如何進行內在自我管理 (譬如：避免酒精或看色情出版物，而兒童性侵害犯則避開小學及兒童遊戲場) 及引進外在監督 (譬如：透過親友或治療師監督其行為) 避開該特定之高危險情境，並與團體成員討論出可行的辦法 (林明傑，2011)。九零年代再犯預防技術已被廣為使用在治療性加害者的團體，再犯預防取向治療大多是融合了認知行為治療，在臨床研究中，也印證此治療約可降低一半再犯率 (McGrath, 1991)。McGrath (1991) 的研究中指出，在一千五百個針對成人和青少年性侵犯者所採用的治療計劃中，有60%的計劃是使用Knopp、Freeman-Longo與Stevenson (1992) 等人的認知行為及防止再犯的治療

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

模式，由此可見再犯預防取向被廣泛使用於團體治療。而美國性侵害者治療的著名典範模式－佛蒙特模式（Vermont），亦是採用再犯預防模式之團體。此外，加拿大著名之矯治心理學者Gendreau亦明白指出「再犯預防技術」乃「有效罪犯處遇方案」（effective intervention with offenders）七大原則的其中之一（Gendreau, 1996）。

表2-2 認知行為治療理論與再犯預防理論異同比較表

	認知行為治療理論	再犯預防理論
相 同	4個行為因素	情境、想法、情緒、行為
	治療技術	認出並轉換上述四因素
相 異	連結上	不強調循環概念
	外在監督上	強調自我管理，不強調外在監督
		認為四因素形成一個四因素之「循環」
		除了強調自我管理，也強調外在監督

資料來源：林明傑 (2011)

肆、性侵害心理治療之未來趨勢

雖然認知行為治療與再犯預防模式成為現今性侵害心理治療模式的主流，然而這兩大模式並非沒有批評與缺點。再犯預防模式一個最關鍵的問題，是第一、再犯預防模式假設在治療中的犯人是擁有高度且穩定的改變動機，他們會想去抑制自己的性侵犯行。但它並未考量到一項事實即，每位性侵害犯在開始接受治療時是處在不一樣的改變階段，意即每位個案一開始的改變動機並非都是一致。再犯預防模式所假設的高動機水準，只有在改變歷程啟動後才可能發生。改變動機不明或仍在抗拒的性侵害犯其「動機」是治療中的重要議題，卻被再犯預防模式給完全忽略。再犯預防忽略了有效治療的必要元素，即改變的動機（或改變的意願）。第二、再犯預防模式對於性犯行過度窄化為單一路徑，而忽略性犯行可能

是有多重路徑、多重病因的問題，這點也是被飽受批評的地方 (Yates & Ward, 2007)。至於，認知行為治療模式雖然至今獲得相當多實徵支持，但 Yates 在回顧治療文獻後對於採取本取向的治療師也有兩大方面的建議 (Yates, 2013)，第一、現今多數的認知行為治療僅處理到個案表層的認知扭曲 (cognitive distortions)，而沒有處理到其深層的認知基模 (cognitive schema)，然而認知基模才是代表個案潛在深層的視野與態度，而認知扭曲其實只是認知基模的「產物」而已，認知基模與個案過往的經驗有關，包含關於對自己、他人、世界的信念與假設，基模是有特定內容的，且可能會被情境線索所激發，特別是面對模糊或受威脅情境 (Mann & Shingler, 2006)。許多性侵害犯是有特定基模問題的，譬如認為世界是充滿敵意的地方、認為小孩是有能力同意性活動 (Mann & Beech, 2003)。因此，建議治療應將重心更放在認知基模，而非只停留於認知扭曲 (Gannon, 2009)；第二、Fernandez、Shingler 與 Marshall (2006) 則是觀察到近幾年的治療重心過度放在認知層次，但卻缺乏「複述」 (rehearsal) 與「練習」 (practice)，而這些元素對於「行為」的改變更是關鍵，因此建議治療應更強調技巧的發展與練習，包括在實際情境下的練習。

性侵害犯治療領域自它在 1980 年代開始以來，與經歷後來的再犯預防模式的盛行時期，如今也有更進一步的發展。譬如在性侵害治療領域已出現許多新穎的理論，與關於理論和實務的明顯進展 (D'Orazio, 2013)，包括：自我管理模型 (Self-Regulation Model) 和它對於犯行的路徑 (Ward & Hudson, 2000)，優勢基礎取向的治療譬如「好生活模式」 (Good Lives Model) (Ward, 2002)、依附告知取向 (attachment informed approaches) (Rich, 2005)、動機式晤談與改變階段 (Prescott, 2009)，和性侵害整合理論和包括目前對於神經生理因素的理解與強調之進展 (Beech & Ward, 2004) 等。其中，「自我管理模型」即是針對傳統再犯預防模式過度簡化再犯路徑的缺點所進一步發展出來的，它對於性侵害犯的犯行路徑、動力與動機均有更廣泛地論述，特別考量到個案犯行相關的目標 (offense-related

goals) 與為了達到目標個案是如何調節其行為等變項，因此或許是比傳統再犯預防模式更適合用於性侵害心理治療 (Yates, 2013)；而「好生活模式」則是改善傳統性侵害者治療中過度強調個案缺失、缺陷的傾向，而是轉向將治療重心放在去重視個案的優勢與內在目標，本模式重點放在如何協助個案，以利社會且非傷害性的方式，來達成重要且有價值的生活目標 (Yates et al., 2010)，當然這對於提升個案治療動機與減少流失率 (Yates, 2009) 是有明顯助益的，目前本模式的效果已獲得部分支持，但仍需進一步實徵研究的累積。

也許至今關於性侵害治療效果的研究，最激勵人的發現是「風險」(Risk)、「需求」(Need)、「回應性」(Responsivity)，簡稱 RNR 原則，這是 Andrews 與 Bonta (1998) 由大量後設研究分析所提出的關於一般有效矯正方案的原則 (governing principles of offender treatment)，也被運用到性侵害治療領域 (Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009)。其中重要性的結論，指出性侵害犯治療方案對於降低性侵害者再犯是有效的，而其有效的程度是與符合這三項指導原則的程度或比例有關聯，當治療越能符合這三項原則，治療效果也會隨之提升 (Hanson et al., 2009)。

1. 風險原則：對於個別性侵害犯治療的整合性、強度、持續度，均需依據其其風險之高低成比例。而其風險評估則須依據實徵風險評估工具。如果我們將高、中、低再犯風險之個案，均用相同治療強度去治療 (譬如使用高強度治療)，可能會對低再犯風險個案造成過度治療的反效果 (Marshall & Yates, 2005)。
2. 需求原則：治療需要針對導致個案風險提高的個案特質去做適當的處理。譬如風險評估工具中所彰顯個案的問題，當然靜態風險因子是無法做改變，然而 Hanson 與 Harris (Hanson & Harris, 2000) 發展出的動態風險因子實徵評估工具 (Stable-2000)，就可以做為治療與評估標的的參考。

3. 回應性原則：治療必須以一種方式來傳遞，即使個案有意義地投入與促進他們的學習。意即治療的傳遞，須根據個案的學習能力與學習風格、文化背景做調整。治療者也須依據個案每次的情緒、合作狀態變化，來調整其治療取向，意即治療需要有「彈性」，以適應每位個案獨特的個人特質。因此，此原則強調治療師的個人技巧，而貶抑過度強調手冊式治療的制式取向。

此外，D'Orazio (2013) 於近期亦根據其在性侵害治療領域的經驗反思與過往累積的文獻資料回顧，提出「五項重要原則」建議，以提供協助未來性侵害犯治療領域的處遇效能之提升。他提及的這五項重要原則，更像是概括性原則，需要彈性化地個人化應用，而非死板逐步的方法。他特別強調在合作關係中，由治療中延伸出意義的必要性，即 RNR 原則中的「回應性原則」的重要性 (Andrews & Bonta, 1998)。若要符合「回應性原則」，代表治療方法與傳遞，需配合個案的獨特學習風格，來做調整。即同時認識治療傳遞的重要性與重視個案對於治療傳遞的反應，以及治療者對於治療結果的影響，和回歸到一般心理治療的基礎原則。某種意義來說，他所提出的五項原則即是「回應性原則」的擴大。這「五項重要原則」包括：首要聚焦於個案的自我，評估與治療其舊傷 (Focus first on the client's self, assessing and treating old wounds)、強調情感因素 (highlight affective factors)、培養對於加害人的同理心和改變的氣氛 (cultivate empathy for the abuser and a landscape for change)、擁抱整體性的奧義 (embrace the mystery of wholeness)、照顧治療者自身 (care for the therapist) (D'Orazio, 2013)。簡介如下：

1. 首要聚焦於個案的自我，評估與治療其舊傷：許多成人性侵犯均有兒時創傷，成人性侵犯族群兒時創傷經驗是明顯高於一般族群。創傷所造成的未滿足需求，譬如：身體或心理虐待、忽略，意外原因所造成的發展中斷。這些舊傷存在於許多身體系統，與造成過度的自我聚焦與失功能，很大的影響大腦的結構與功能 (Siegel, 1999)。此原則提醒治療者，治療人員需從

犯人的視野開始，評估與同理地認同其舊時創傷。治療者接納而非反應，透過這樣對犯人基礎的接納，彷彿視其為生病的同胞，促進信任與降低心理防衛，包括：否認、外化、逃避。

2. 強調情感因素：第二原則強調要達到犯人長久與持續的改變，需瞭解到情感因素對人類行為的明顯影響。情緒系統在人類功能上扮演一個整合角色，避免未來犯行的策略若僅強調其認知歷程，譬如：挑戰扭曲認知的邏輯，確認再犯循環的成分、或記住風險因子的條列與新的因應技巧，未能促及個案的情緒系統，效果將會很有限。因為當未來再犯的機會再度出現，個案在高強度的激發下，個案的理性抉擇很容易就會被略過，而被迫自動化地去反應。因此不要僅只是透過認知方法去處理其犯行，應提供個案一個治療空間，讓他能去體驗、辨認與處理自身情感。實務的技巧包括，促進提升對情緒的容忍與調整，重視治療的「此時此地」(here and now)，而非只是在治療過程中一味地去討論其過去或未來的事。
3. 培養對於加害人的同理心，和改變的氣氛：本原則的假設是治療者與治療氣氛是有效治療的基礎特徵 (Marshall, 2005)。這意味著治療者「如何」傳遞治療至少是和傳遞了「什麼」內容是一樣重要。譬如研究指出與個案建立正向的治療關係，與治療結果有效與否有相當大比例的因果關係 (Fernandez et al., 2006)。能促進個案對於治療投入與反應的要素包括：治療者特質、風格和行為，治療者與個案間交流過程的品質，治療氣氛、團體凝聚力之程度、參與者滿意度。而能促發改變的治療者行為與特質則是，真誠、尊重、溫暖、指導性、彈性、回饋性/獎勵性 (rewarding-ness)，鼓勵情緒表達、主動參與、中等程度幽默、灌輸信心與希望、最重要的是同理心 (Marshall, 2005)。另外，治療者能表現出正向社會行為 (pro-social)，譬如：清楚地溝通、主動地傾聽、堅定且公正，強化與鼓勵個案但不是與個案流於同謀，適度處理個案的挫折與困難，適度挑戰但不是攻擊性地面

質、建立一個安全的治療氣氛也是相當重要 (Fernandez et al., 2006)。另外，使用能激發或提升個案動機的技術，對於提升性侵害治療成果也被認為是很重要的部分(Prescott, 2009)。更重要的是，建立一個正向治療氣氛，可以促進治療的合作與配合度，並減少流失率 (Beech & Fordham, 1997)。而研究也清楚指出，性侵害犯人無法配合完成治療，其再犯風險會明顯高很多(Hanson et al., 2002)。因此，以正向並激發犯人動機的方式來進行治療很重要。好的治療者能使用精準調整的同理心來理解個案混亂行為下的脈絡，試著用個案的情緒與認知觀點來看這世界。這樣對犯人的同理心能幫助犯人感到被了解，被關心與投入治療。同時，這也能培養犯人同理心的發展，促進親社會行為，和抑制施虐的衝動。

4. 擁抱整體性的奧義：這原則強調那些我們還尚不清楚的生命和生活面向的力量。包括強調前意識(preconscious)、潛意識(unconscious)、未知和非理性等層面的影響力，它喚起我們去珍視經驗、情感的、非線性的、和非語言等面向，在這裡個案可以獲得內在改變所需的意義的基礎感受。這樣整體性取向的形式是多元，包括：重視追求創造，工作、遊玩、身體方法、靈性、冥想的練習，和透過藝術的宣洩經驗 (包括說故事，音樂，與戲劇)來達到心靈成熟的機會，讓犯人個案轉換不穩定內在狀態與培養彈性。
5. 照顧治療者自身：對許多治療者來說，去同理他人的痛苦，在司法心理衛生領域是一種專業的天職。但是不幸地，同理能讓治療者可以做好這份工作，卻也可能帶來真實的職業傷害，包括導致耗竭 (burn-out)、替代性創傷、不滿意 (Pearlman & Saakvitne, 1995)，且傷害工作表現。因此，治療者在持續地介入犯人以矯治其侵犯行為同時，也需關心與培養自身的健康。治療者可以透過以下方式照顧自己，包括：定期評估自身的耗竭指標、使用正念技巧 (mindfulness skill)、規劃一個更成熟的生活模式 (譬如將個人生活置於工作之上)、發展對專業的熱情、讓自己也接受心理治療、透

過督導、討論來與領域中的其他專業產生連結等方式。

伍、性侵害者心理治療之成效

性侵害者的心理治療成效如何？一直是大家重視的議題，畢竟投入不少人力、物力在這領域，有否效果是需要被檢視，本文蒐集國內外文獻概略介紹目前性侵害者治療成效之相關研究結果。根據Hanson等人的研究亦發現，採取「再犯預防取向」為主的認知行為療法有高度治療效果，而且能減少將近一半之再犯率(Hanson et al, 2002)。Hanson等人(2002)蒐集大量關於性侵害犯的治療結果，他們找出43個有無治療對照組的研究，並蒐集其再犯資料，使用後設分析發現在這些研究中的治療組與對照組各近4000為個案，他們發現使用「認知/行為取向」與/或 使用「再犯預防策略」者，會有最佳效果。這些治療將性侵害犯再犯率由17.3% (對照組)，降低至9.9% (實驗組)，除此之外他們也觀察到非性的犯行也有明顯地下降。另外，Losel與Schmucker (2005) 也蒐集超過80筆研究進行後設分析，其中也包含些歐洲樣本，他們發現有接受性侵害犯治療的個案再犯率為11.1%，然而未接受治療的個案再犯率則為17.5%。而Johnson (2001) 以10個最近剛完成18個月獄中治療的性犯罪者來了解治療的影響層面為何，發現團體治療的互動可以使這些成員，第一、在面對困境時，其認知情緒較容易轉換；第二、較易與其情緒向度及其內在意義產生聯結；Johnson 亦表示團體治療的過程可以幫助個案了解理性與非理性的概念。另外，Marshall (1994) 蒐集了81名個案，欲了解接受治療之後，個案之否認與淡化現象是否有所改變，其研究結果發現治療後確實能使加害者之否認與淡化態度皆降低，不同類型之性侵害者之間並沒有顯著的差別。不過，Dennis等人 (2012) 在回顧調查10篇治療研究後，認為目前仍無法確認治療對於性侵害犯是有效果，因為多數研究均缺乏隨機分派與控制組之設計。

Collins等人 (2010) 則是透過「質性研究法」來探索性侵害犯參與社區團體治療的經驗，該治療內容是依據認知行為治療架構設計且奠基於基督教教義，每

周2小時的課程，由男性治療師執行。他們一共訪談8位犯人與4位治療者，多數的犯人均報告某種程度有助益的治療經驗，包括：對受害者的同理的提升、和更加了解他們犯行的促使原因，僅2位參與者卻報告較少的收穫與改變。多數的犯人表示討論犯罪循環 (offense cycle)、討論犯罪促發因素是有幫助，雖然多數的犯人承認有困難去回憶治療過程中的核心要素，他們通常難以回憶過程中不同治療概念的名詞，有的甚至難以記得一些治療內容。不過，仍有一些個案提及一些他們覺得重要且關鍵的治療性要素，包括：家庭作業必須根據個別能力來作調整 (有些個案有閱讀困難)、治療者要能追蹤家庭作業、治療期間能有一些休息時間但不用太頻繁、方案內容需要適度結構化、接納個體但不是其行為的重要性、挑戰行為、不要使用太專業的語言、不要使用庸俗或不恰當的語言、支持的環境、放鬆的氣氛、需要覺得被傾聽、好的治療結構、討論到家庭議題、好的治療者關係等。本研究亦顯示，犯人與治療者兩組均認同「治療者角色」的重要性，特別是犯人將「治療關係」的重要性擺在治療內容之前，而治療者則是認為需要維持「對犯人同理」與「界限設定」兩者之間的平衡，需要既能尊重個案同時也能對其犯行保持冷靜的判斷。

國內研究方面，綜觀我國近二十餘年來有關性侵害防治議題的研究議題，主要是以加害人的類型與特質及處遇所占之研究主題最多，另外我國也逐漸建立本土化的治療模式，與國外的研究進程相較，已有相當之水準(陳慧女、林明傑，2007)。根據陳若璋的研究顯示，整體而言國內性侵害治療團體確實對於性侵害者有產生正向影響，其成效主要反映在接受團體治療後性侵害者的情緒穩定度上有獲得改善(陳若璋，2007)。而從林明傑與董子毅(2005)追蹤我國性侵犯自監獄釋放後再犯率之研究則是顯示1994、1995、1996年全國釋放之性侵犯追蹤七年再犯率為11.3%，而1997、1998、1999年全國釋放之性侵犯追蹤七年再犯率已經降至6.7%，可見自從我國開始實施獄中治療後，確實見到治療對改善再犯率的效果，整體能降低約一半的再犯率，惟如何令再犯者持續降低再犯率，並且阻止新犯者

的發生，確實需持續檢視現行之預防與處遇措施並持續改進。而唐心北與王逸文(2006) 針對轉介至嘉南療養院接受社區處遇之性侵害者作為追蹤調查對象，以郵寄問卷方式做治療後的調查，結果發現結束處遇後有一半的個案有固定性伴侶 (配偶、女友)，超過九成的回應者均認同社區團體治療對個人有所幫助，但由於本研究之問卷回收率不高 (28.4%)，因此對本研究結果之詮釋需較為保守。此外，邱惟真團隊針對我國社區性侵害者所設計之團體輔導治療課程，內容包含法律教育、兩性關係與性教育、性別平權、生涯規劃等，其研究發現使用該模式，性侵害者在治療後在同理被害人、改善否認，能有顯著進步。不過，邱惟真也提及使用他們所設計的治療模式治療期間需拉長，成效方會更顯著 (邱惟真，2011)。綜觀上述，雖然目前我國性侵害者的治療成效研究相對較少，然而根據上述研究發表，初步亦支持治療和輔導對於改變我國性侵害者的成效是正向且有效。

第四節 性侵害者的改變與行為改變的跨理論模式

了解性侵害者其改變動機的動態變化對於治療設計與介入、促進結果均很有意義。傳統上，性侵害者並不被認為是適合做治療的，因為性侵害者普遍被認為是缺乏改變動機，而這在治療裡也被認為是關鍵的議題 (Kear-Colwell & Pollock, 1997)。對於這群犯人行為改變動機的較多了解，較可能導致發展出較有效能的介入。而有些專家認為治療的主要目的就是要聚焦在增加性侵害者改變其性犯行的動機 (Grubin & Thornton, 1994)。此外，改變動機的不同程度可能反應不同介入的需求。譬如：面對不想再犯的高改變動機之性侵害者，就可以使用「再犯預防」策略 (Hanson, 2000)。然而假如性侵害者避免再犯改變的動機尚不高時，在這種情況下，最好對這類犯人在與其討論或教導其再犯預防策略之前，先去探討其缺乏動機之議題。譬如 Marshall (1994) 即認為否認與淡化應該在開始針對一些其他議題（譬如再犯預防等）之前優先著墨。因為，若犯人否認其犯行或者根本還不想改變，是不太可能預期他們會對於聚焦在其再犯預防策略之討論能有好的回應。

壹、行為改變的跨理論模式

關於探究與評估性侵害者的行為改變動機，「行為改變的跨理論模式」(Trans-theoretical Model of Behavior Change, 簡稱TTM) 的「改變階段」概念 (Prochaska & DiClemente, 1982)，似乎是目前受到最多支持的理論概念 (Hudson & Ward, 2000; Mann, 2000; Tierney & McCabe, 2001)，它使用階段概念來反應個案的自發性 (動機) 改變 (stages in self-motivated change)，以了解個案的改變歷程。TTM是由James Prochaska 與 Carlo DiClemente (1982) 所創的理論，並已獲得實徵研究支持，這個模式很快便成為行為改變領域的先行者。事實上，過去30年來，TTM 已成為最廣為使用的行為改變模式，它被使用作為一個架構，用來確認促進個案正向行為與態度改變的狀態，與評估個案的改變動機或改變準備度

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

(readiness to change)，包括運用在治療成癮或問題行為領域方面 (Casey, Day, & Howells, 2005)，另外也包括運用在個人減肥(Prochaska, Norcross, Fowler, & Follick, 1992)、中風患者的運動 (Garner & Page, 2005)，改變階段的概念在不同類型問題與不同族群樣本都已獲得支持。

TTM 包含三大建構，包括：「改變的歷程」 (Processes of Change)、 「改變的階段」 (Stages of Change)、 「決策平衡」 (Decisional Balance)。以下，將簡要介紹這三個建構的概念，關於此模式的更詳細與完整的回顧，亦可進一步參考 Prochaska與DiClemente (1994) 的論述。

(一) 改變的歷程

Prochaska and DiClemente (1984) 所描述的「改變的歷程」指得是個體進入前進至下一個改變階段時所須完成的基礎任務 (tasks)，這些是Prochaska (1979) 在多數心理治療取向中，所辨識出治療者常會使用來促成改變的治療技巧。一般認為，這些任務在不同的治療模式與取向上都是普遍存在。他們指認出10項獨特的歷程，並認為一個新行為模式的形成過程當中，都是依靠每一個先前所完成的歷程所支撐 (DiClemente, 2005)。TTM的十項改變歷程是：覺察提升 (consciousness raising)、自我再評估 (self-reevaluation)、環境再評估 (environmental reevaluation)、戲劇性舒緩 (dramatic relief)、自我自由 (self-liberation)、社會自由 (social liberation)、反制約 (counter-conditioning)、刺激控制 (stimulus control)、增強管理 (contingency management)，和幫助關係 (helping relationship) (見表2-3)。有趣的是，研究顯示自發性改變的個體通常會利用所有十項歷程，然而多數的治療介入通常僅運用2~3個歷程 (Prochaska, 1979)。根據TTM，特定的歷程在特定的改變階段中會相對較為突顯，某些歷程在特定的階段是更為有效的，但在其他階段則不是那麼有效。較依賴認知或語言歷程的技巧用在早期的改變階段是較好的，而行為取向技術則是在較後面的改變階段較為有效 (Prochaska & Norcross, 1994)，因此上列中的前

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

五項歷程通常是在前面的改變階段中會被運用到，而剩下的歷程則通常是運用在後面的改變階段 (DiClemente, 2005)。在下一段「改變的階段」中的論述中，亦可以看見各改變歷程在不同改變階段中的角色。

表2-3 十項改變歷程與其描述

歷程	描述
覺察提升 (consciousness raising)	透過經驗對他人的觀察與他人的詮釋，增進個案關於問題行為的知識，以幫助個案做更明智的選擇
自我再評估 (self-reevaluation)	自我評估關於哪些內在價值與信念是要接受或拒絕的；發現目前的行為如何與個人的生活目標與內在價值有衝突
環境再評估 (environmental reevaluation)	學習與認識關於問題行為對於環境的影響（包括重要他人），激發個案動機
戲劇性舒緩 (dramatic relief)	釋放或經驗與問題行為有關的負向情緒
自我自由 (self-liberation)	關於個體有能力改變成功的信念；相信自己的改變能力，並基於該信念去行動與做出承諾
社會自由 (social liberation)	認識與創造社會環境中的其他選擇，鼓勵行為改變
反制約 (counter-conditioning)	學習在過去會引發問題行為的情境中，以健康或適切的行為來取代問題行為
刺激控制 (stimulus control)	改變一個人的環境，以避開或移除那些會誘發問題行為的刺激

增強管理 (contingency management)	正向改變是被獎賞的；問題行為則是被懲罰的。 當個案做出正向的行為改變後，經驗到獎賞，他們更可能會持續做同樣的改變
幫助關係 (helping relationship)	關係可以提供給嘗試要進行改變的人支持、照顧與接納。讓個案在改變的歷程中，瞭解到自己擁有一個正向的支持系統，使他們面對改變問題行為時並不孤單

資料來源：整合修改自Prochaska & Norcross (1994)

(二) 改變的階段

「改變的階段」(或稱改變階段) 此建構，基本上是包含5個改變過程中漸序且不同的階段概念，各個階段簡介如下：

(1) 前思期 (Precontemplation)：

處於前思期的個案，在可見的未來中並未考慮改變其問題行為。治療者可由這些個案的否認或淡化期性犯行問題來辨識出這些特徵，個案因此也不會認為其性犯行是項問題。犯人可能因各種不同的理由而不考慮改變。這些理由可能包括性侵害犯對其改變能力的挫敗感 (譬如之前嘗試改變的挫敗)、自尊議題 (有困難承認自己是性侵害犯)、懷疑治療的成效、在意治療的本質 (認為治療是壓力性、懲罰性) (Tiemey, 2001)。在前思期，個體的問題行為像是鮮少受控制的自動化習慣。個案缺乏改變的動機，也許源自於個案對問題的缺乏覺察，加上過去改變的失敗所造成的道德低落或防衛。個案處在此階段，更可能去產生理由或藉口去持續其有問題的行為，而非停止它。因此，個案在此階段，是不大可能會自發性的去尋求協助，只可能會是因為他人壓力而來參與治療。在此階段，很重要的是去辨識為何犯人不願意去思考行為改變與參與治療，並且設計相關的介入促使其由前思期移動至沉思期。雖然個案的否認、淡化與缺乏對受害者的同理心，與其缺乏改變動機有關 (Tiemey & McCabe, 2002)，而這也是治療方案的核心重點，

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

但是也有如同先前所提的其他因素需要被考量與處理。

在TTM的模式裡，被認為是促進個案由前思期移至沉思期的改變歷程，主要包括：「覺察提升」、「環境再評估」和「戲劇化舒緩」。覺察提升指的是一些包含增進關於自我與問題行為知識的歷程 (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992)。Marshall (1994) 描述一個對於81個性侵害犯的介入研究，其特定目標去降低他們對於犯行的否認與淡化，其中所使用的策略就與「覺察提升」的歷程是一致的。簡言之，該團體方案包括讓每位犯人對團體坦露其犯行，接著由每位團員挑戰犯人陳述的真確性。治療者然後讀一段受害者的說法摘要，與官方版本對於犯行的說法。在這之後，犯人會被團員質問其不一致處，和犯行的其他部分。經歷這樣的過程之後，否認其犯行的犯人已由31% 降至 2%，而淡化其犯行的數目也由32% to 11%，這樣的介入可協助犯人投入自我評估的歷程。

(2) 沉思期 (Contemplation)：

在沉思期，人們可能開始覺察到自身有一個問題，且主動考慮改變其問題行為的可能性 (Prochaska & DiClemente, 1994)。他們尋求資訊，且開始重新再評估他們自身的行為。他們也傾向於評估成功改變所帶來的損失或收穫，而這會導致利弊權衡平衡的改變，而這過程即構成了所謂的「決策平衡」 (Decisional Balance)。然而，人們在此階段並未準備去採取行動，他們只是在評估可能的選項。在沉思期，個案相信改變其行為會是好的構思，但在近期的未來他們可能還未打算這麼做 (Prochaska & Norcross, 1994)。人們在此階段有可能會問自己「這改變有多重要」或者「在改變之後，我會更喜歡我自己嗎」等問題 (Prochaska, 2001)。人們更可能產生理由，來告訴自己為何他們要改變自己的行為，也更能覺察到其問題行為的代價。然而，關於決策平衡中行為改變的利與弊兩方，可能尚勢均力敵 (Prochaska & Norcross, 1994)。

在此階段，最常被使用的改變歷程是「自我再評估」。自我再評估被定義為

「評估一個人對於自己與問題行為的關聯，是如何感覺與如何想的；包括價值澄清、意象、矯正情緒經驗」(Prochaska et al., 1992)。有些臨床工作者所描述到的一些治療策略，似乎能促進個案進行自我評估。譬如，Marshall (1994) 強調治療者將個案的犯行（被描述為傷害性與不被接受的）與他們自己本身作為一個完整的人，兩者做出「區分」之重要性。另外，Kear-Colwell and Pollock (1997) 描述動機式晤談對於兒童性侵害犯的介入目的「去引發一種認知不協調…為了降低這不一致…犯人改變其對於自身行為的態度，且開始思考改變其性犯行的可能性」。一個性侵害犯在沉思期的例子是，一位兒童性侵害犯已經覺知其行為對小孩的全面性影響，這會導致他投入自我評估的歷程，進而導致他省思到對於自己身為一個人看法之間的矛盾，包括他對於小孩有情感與其實際行為對兒童所造成的傷害之間的矛盾與不一致 (Kear-Colwell & Pollock, 1997)。這種認知的不協調，會促使犯人產生想要降低此不一致狀態的需求，而這正可以被用來作為一種誘因與動機，促使他們思考改變其性犯罪行為。

(3) 準備期 (Preparation)：

在準備期，對於個案來說，改變的利開始大於弊，個體準備採取行動去改變其問題行為 (Prochaska & DiClemente, 1994)。準備期是一種處在結合行動與動機的状态 (Prochaska et al., 1992)，個體在此階段也許會問自己「當我行動時，我會失敗嗎？」(Prochaska, 2001)。此時，對個案來說，改變的好處最終壓過了改變問題行為的代價，此時個案需要設定合理的目標，與承諾在未來能達到特定目標。他們可能會做出一些小的行為改變，但是還未達到想要的目標。

「自我自由」與「社會自由」是此階段最常被使用的改變歷程，且被認為是促進由準備期移動至行動期 (Prochaska et al., 1992)。「自我自由」被定義為個體可以選擇與投入去採取一些作為來改變其行為，與其關於自己對於改變之能力的信念相關的發展 (Prochaska et al., 1992)。這歷程是類似於自我效能(self efficacy)、

反應效率 (response efficacy) 和控制的場域 (locus of control) 等概念。如同先前所描述，要達到準備期，犯人需投入自我評估歷程，這會導致他們接受自己有一個問題需要改變，且接受他們行為的責任，與促進對受害者的同理，與其行為所造成的影響。雖然，前述是改變的必要條件，但這些並非充分條件，要再前進下一個改變的階段，犯人需要發展一種認識，即他們要如何管理自己的行為，並發展出一些對這些策略的信心，和他們執行它們的能力，且投入以採取些行動。這邊舉例說明，在治療性侵害者一項經常被使用的策略是，協助他們進行性侵害犯罪循環分析，這使得性侵害犯可以以次序步驟來了解其犯行，且確認預防再犯的策略，譬如「犯行腳本」 (offence script) (Van Beek & Mulder, 1992) 即是要個案去紀錄其犯行前6小時的認知、情緒、行為與情境因素。Van Beek 與 Mulder (1992) 宣稱，這樣過程的釐清，可以使得犯人獲得一種對其行為的領悟，與釐清其對犯行的責任。這過程使得治療師可以幫助犯人去確認在犯罪循環中的「關鍵點」 (通常是越多越好)，與在其中他所可發展出的其他行為選擇。因此，譬如假如「無聊」是與犯罪循環有關，治療師也許會協助犯人去發展出策略以因應無聊。假如他們的犯行是與經常在公園有關，他們需要覺察到關於經常在公園可以有的其他選擇。這樣的分析歷程能讓犯人對其行為的賦權(empowerment)，使得他們感到自己是可以去控制其行為，雖然犯人可能一開始需藉由治療師協助來發展策略以預防再犯，然而很重要的是隨著治療進行，犯人應該逐漸自行增加其策略。很重要的是，他們所產生的策略須使他們能有信心去執行 (自我效能)，而這策略也須使他們有信心能避免再犯 (反應效能)。至於，「社會自由」 (Social liberation)，則是被定義為「增加非問題行為在社會中的選項：包括倡導被壓抑的權力，賦權 (empowering)、政策介入」 (Prochaska et al., 1992)。不過，由於社會對性侵害犯之既有反應，這是很難想像他們能使用「社會自由」歷程策略，因為這很可能會使得他們不得不去揭露其自身的犯罪行為。

(4) 行動期 (Action) :

在行動期，個體承諾並投入時間與努力，採取作為去改變其問題行為 (Prochaska & Norcross, 1994)。此階段的個體經常會被描述成是有動機、配合的、且願意去行動。在此階段，改變是伴隨著能自覺地運用新形成的合適行為與合適想法。在此階段，改變問題行為之利益比例已明顯高於損失。在此階段，個案需要有效的策略來預防自己在犯罪循環中又出現失誤，而導致再犯。假如他們要持續成功地維持不再犯，這點將會是很重要。

「反制約」、「刺激控制」、「增強管理」和「幫助關係」，是最常在行動與維持階段所使用的改變歷程 (Prochaska et al., 1992)，將在以下做討論。「反制約」指得是對問題行為做選擇性替代 (Prochaska et al., 1992)。譬如對於被監禁性侵害犯的治療，可使用包含「飽足法」(satiation) 的介入方式，此目標是讓犯人使用適當的替代項目來取代其偏差的幻想 (反制約)。舉例來說將「飽足法」用於侵犯兒童的性侵害犯身上，一般做法是讓他們先對於非偏差的性幻想進行自慰，直到他們射精，在這之後即刻再要求他們以他們偏差性幻想的內容進行自慰，犯人在這歷程下通常無法再達到高潮。簡單地說，此目標是為了讓非偏差的幻想與愉悅產生連結，而讓偏差幻想與無趣連結 (Abel & Osbom, 1995)。「刺激控制」則是被定義為避免引發行為的刺激。譬如酒精若是與其犯罪的促發有關，治療介入就會包含如何避免個案接觸到相關刺激物。而「增強管理」則被定義為當個案做出改變時應被適度增強 (Prochaska et al., 1992)。這可以包含外在歷程 (overt processes) (譬如因為改變而被某些人獎勵)，與內在歷程 (covert processes) (譬如內在自我增強)。至於「幫助關係」歷程是被定義為，對某人關於其問題的開放與信任 (Prochaska et al., 1992)。Marshall (1994)曾描述此議題與治療性侵害犯之關聯，他提及假如性侵害犯知道他們並不會被拒絕，而且他們也確定支持與幫助會持續時，他們比較有可能冒著風險去坦承被他人鄙視與厭惡的行為，而當犯人越被尊重地對待，他們越會感受到越多的自信，當他們是越有自信的，他們才越

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

可能有勇氣去承認令人髮指的犯行。

(5) 維持期 (Maintenance) :

在維持期，個案已經對其生活做出必要的改變，且目標放在如何鞏固其收穫，人們聚焦努力於維持他們從前面幾個階段已獲得的收穫與成果，並且發展策略以避免再犯 (Prochaska & Norcross, 1994)。一個人會被認為是處在維持期，假如他們展現出的行為明顯與他先前的問題行為是不相同的，且能持續至少六個月 (Prochaska et al., 1992)。然而，很重要，需認知到個案的問題行為並不是因此就被認為從此完全地消失，或者其適應性行為從此就很堅實地被建立起來 (Prochaska & DiClemente, 1992)。成功地維持行為改變，通常包含幾次的再犯與通常需要重複幾次在改變階段的循環 (Prochaska & DiClemente, 1994)。因此，發展出「再犯預防策略」在維持期顯得很重要。在維持期，個案需「持續地」使用前一個改變階段 (行動期) 中所運用到的改變歷程 (Processes of Change)，包括：反制約、刺激控制、增強管理、幫助關係。而維持期是一個可能需要終身努力的漫長過程，因此前述各項歷程可能會被反覆地運用到 (Prochaska et al., 1992)。

TTM 認為當個案處在「前思期」時準備要做改變的動機水準是最低，但準備要改變的程度會隨著每個階段的進程而上升，而「維持期」則是被認為是改變準備度最高的狀態。換言之，若運用在犯罪矯治領域，犯人在早期階段是較少有興趣去做改變，且可能會覺得是被強迫要去做改變，然而在較後面的階段則是對於改變會有較多自發性的興趣，因為他們已有充分的內在動機。圖2-3 是根據 Prochaska 與 DiClemente (1992) 的TTM理論，透過視覺圖所呈現改變階段的概念。此外，改變階段此概念的另一項特色是可以用來評估「再犯」的風險 (Brownell, Marlatt, Lichtenstein, & Wilson, 1986)。Olver 等人即整合了「改變階段」的評估進入其風險評估的工具中，他們提出當個案從一改變階段前進至下一個改變階段時，

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

即是一個正向改變的指標，也代表著風險的降低 (Olver, Wong, Nicholaichuk, & Gordon, 2007)。

每個階段的動態歷程，是由前往下一階段的線性進程，或者循環退回到早期階段 (譬如當一個失誤再度發生或者再犯時) 所交織結合而成。因此，Prochaska 與 DiClemente (1986) 提醒在達到理想行為之前，改變過程的形狀更像是螺旋而非線性的，因為再犯在改變歷程中是常見的歷程，這會導致個案在改變階段中的退後與前進 (Prochaska et al., 1992)。

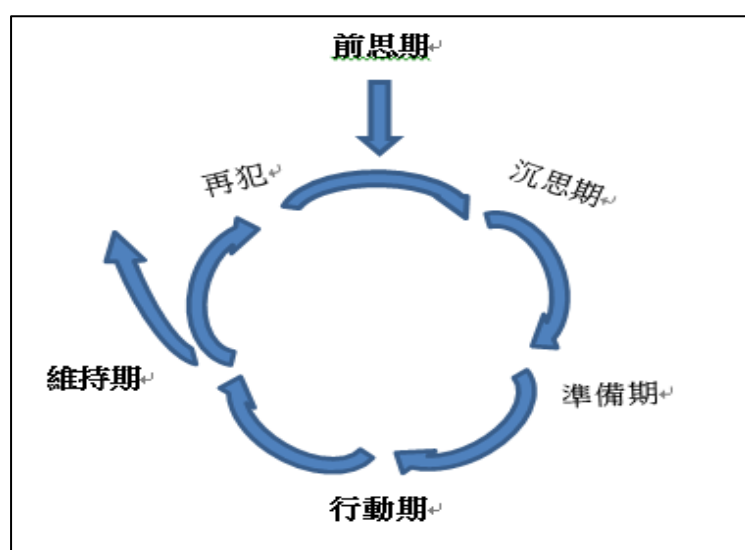


圖2-3 改變階段

資料來源：修改自Prochaska & DiClemente (1992, p.200)

(三) 決策平衡

「決策平衡」構念，則是促使個案去羅列其行為改變與治療參與的好處與壞處。在羅列所有的好處與壞處之前，若能去深入地探詢犯人所詳列出的項目將會是很有幫助。譬如：假如犯人說不要回去監獄是改變行為的優點，那麼可以進一步地問，監禁對他的影響為何，以決定相關議題。雖然很明顯犯人通常都想避免監禁，但其背後的原因可能會有很多種，犯人可能會描述一些議題，譬如法律過程的難為情、暴露於媒體、對家人的影響、對工作的影響、自我意象 (Tierney,

2001)。通常，犯人會同意他們不想再經歷此經驗一次，而這樣的訊息就可以用來作為鼓勵個案思考改變的槓桿，或鼓勵個案維持其聚焦於行為改變。當治療過程中是想要去確認犯人其個人相關議題，並將其用來幫助犯人維持與促進其改變動機，這樣子做會是特別有用。進一步，研究已發現「改變階段」與「抉擇平衡」之間的關聯，在前思期個案會覺得改變的缺點比重明顯大於改變的優點；然而，當個體進展到更進階的改變階段時，這平衡就發生變化了，改變的優點會持續增加 (Prochaska & Velicer, 1997)。Prochaska 與 Velicer (1997) 建議，在協助個體做出改變時，聚焦於「改變的優點」會是更加容易成功的，相較於將焦點放在「若不改變時的缺點」。

表2-4 提供此先討論關於「行為改變的跨理論模式」的整體概況，並同時呈現了「行為改變的跨理論模式」的三大建構，透過這樣的呈現可以看見「決策平衡」的評估如何和促進個案前往下一階段移動的「改變歷程」來搭配運用。但是，就如同其他問題行為，可以預期的是有些性侵害者並不會改變，而有些則真的會如預期般的在各階段間來回波動 (Kear-Colwell & Pollock, 1997)。另外，也和其他臨床問題一樣，可以預期的是性侵害者會使用超過一個階段以上的改變歷程 (DiClemente et al., 1991)。因此，「行為改變的跨理論模式」用來作為一個綜合架構來概念化性侵害者的行為改變與設計治療介入，是有其實用價值。它讓治療師避免使用單一向度或單一治療取向來看待個案的改變歷程，而是能依據個案所處的不同改變階段，來評估個案目前的改變狀態，並依此調整其治療策略。此模式讓我們對於犯罪行為的改變過程有更深入地了解，且目前已被矯正方案所廣泛地接受。TTM從原先只是侷限於解釋與治療物質濫用者，目前已經被運用於性侵害者 (Tierney & McCabe, 2005)、親密伴侶暴力犯 (Levesque, Driskell, Prochaska, & Prochaska, 2008)，和暴力受害者 (Brown, 1997)。而研究亦指出，性侵害者在面對性偏差行為的改變時，其改變準備度與改變階段是有明顯的個別差異 (Tierney &

McCabe, 2004)，因此需應著不同個案的改變動機之高低，來擬定相對應之治療策略。

表 2-4 改變階段中的介入策略與相關議題

改變階段 (犯罪者的行為)	治療介入策略	促進前進至下一階段的 改變歷程	決策平衡
「前思期」： 否認或淡化其犯 行與影響 (沒有甚麼需要改 變的)	<ul style="list-style-type: none"> ● 建立關係與信任 ● 增加問題覺察；提升對於改變重要性的感知 ● 調整認知扭曲 (犯罪循環、警方筆錄、受害者說詞的分析) ● 促進受害者同理 (評估行為的影響)，確認行為的廣泛影響 ● 表達對問題的感受 	<ul style="list-style-type: none"> ● 覺察提升 ● 環境再評估 ● 戲劇性舒緩 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在此階段，改變的缺點高過改變的優點。因此，介入的目標在於探究改變的缺失，以及確認改變的個人相關優點。
「沉思期」： 考量其犯行是個 問題，且考慮改變 (我正考慮改變)	<ul style="list-style-type: none"> ● 確認關於改變的複雜感受 ● 討論改變的得、失 ● 談論 關於改變的實驗 ● 創造出認知不一致 (強化其個人價值、目標與性犯行之間的差異) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自我再評估 (當有關覺察升起/ 確認行為的負向影響時，再評估個人對自己內在的感覺) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 決策平衡雖有些移動，但是改變的缺點仍高於改變的優點。
「準備期」： 準備採取行動，以 改變其犯罪循環 (我清楚如何改變)	<ul style="list-style-type: none"> ● 建立犯人的改變信心 ● 討論 改變的時程 ● 提供現有的資訊、選項與建議 ● 抑制住想要「逼迫」的衝動，跟隨犯人的步調 ● 開始確認關於管理犯罪循環的選擇和責任 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自我自由 (選擇與承諾行動) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 改變的優點開始高過改變的缺點。
「行動期」： 主動投入治療/ 行為改變方案 (我正為達成我的 目標行動)	<ul style="list-style-type: none"> ● 提供計劃協助 ● 支持與鼓勵改變的努力 ● 發展可行的目標與監控進程 ● 幫助發展計畫，以便能隨著時間維持行為 ● 問題行為的替代選擇 	<ul style="list-style-type: none"> ● 反制約 ● 刺激控制 ● 增強管理 ● 幫助關係 	<ul style="list-style-type: none"> ● 改變的優點明顯高過改變的缺點。

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

- 避免引發問題的刺激
- 改變後獲得回饋 (自己或他人)
- 關於問題對某人開放與信任

「維持期」： ●支持與鼓勵改變的行為 (如同行動期) (如同行動期)
犯罪者避免再犯 ●談論可能的問題點，與發展
的維持策略 計畫來管理再犯促發源
(我已做出改變，現 ●在行動中維持再犯預防策
在我要維持它) 略

資料來源：整合修改自 Walters, Clark, Gingerich & Meltzer (2007) 與 Tierney & McCabe (2005)

TTM 讓治療人員在面對性侵害者的行為改變歷程中，至少可以有四項新的觀點 (Walters, Clark, Gingerich, & Meltzer, 2007)：

(一) 改變是個歷程

有的人在經歷某些事件之後，改變會發生的很快 (譬如突然頓悟或領悟)，但對於多數人來說，改變的歷程是複雜的。人們可能需要獲得訊息、權衡利弊，或者在認真嘗試改變之前先做些實驗性的嘗試。

(二) 特定階段對應特定取向的介入策略才可能幫助個體變得更有動機

當處理尚未準備好要改變者，主要的目標是放在要讓個案想改變。在早期的階段，這目標是去提升個案對於需要改變的覺察。而對於處在改變中間階段的個案來說，可能需要的是幫助他計畫或訂出改變的時程。而處在更後面階段的個案，建議和協助做問題解決則可能會是對個案較有助益。

(三) 再犯對於許多人來說只是循環的一部分

在飲食管理或戒菸、戒酒等領域，多數人在穩定改變之前，其實可能已做出了多次的嘗試失敗。同樣地，對於犯人或性侵害者來說也是這樣，改變對於多數人來說是個嘗試錯誤的歷程。

(四) 治療目標放在改變動機的逐步提升

雖然矯治人員可能會希望看到犯人通過所有改變的階段，但一個較為實務的

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

治療目標是，在單次的個別會談中把目標放在提升「部分的」動機即可。譬如：早期會談的目標可能放在告知犯人關於觀護或治療時期處遇人員對他們的行為期待為何，且幫助他們權衡服從期待的利弊得失。但在後期，會談的目標才可能是放在如何在長期的計劃中去鼓勵與協助個案進行改變。

貳、目前關於性侵害者改變動機的研究

目前國外關於評估改變動機的研究，主要是使用「羅德島大學改變量表」(The University of Rhode Island Change Assessment Scale，簡稱URICA量表)來進行評估。它是由McConaughy、Prochaska與Velicer (1983)所設計結合「行為改變之跨理論模式」之改變階段等概念所發展出的評估量表，以下所列之國外文獻均是使用此工具來評量。國外關於性侵害者的改變動機研究，顯示各改變階段分量表的分數與改變準備度分數在不同治療時間點的縱貫變化大都不明顯，似乎只有「有限的」證據支持改變動機會朝正面方向明顯的改變。Pelissier (2007)以監獄內的性侵害犯為對象，發現這群犯人於治療前後只有「行動期」的分數有明顯提升，其他三個改變階段的分量表與改變準備度分數並未有明顯變化。而Beech、Oliver、Fisher與Beckett (2005)的研究則是發現在治療前後，四個改變階段分量表中只有「前思期」的分數有明顯地下降。另外，Tierney與McCabe (2004)的研究卻顯示四個改變階段分量表分數在治療前、中、後都沒有顯著變化。而加拿大的Barrett、Wilson與Long (2003)的研究則是追蹤次數最多的研究，他們以不同的改變動機量表在個案進入精神機構前、出院時、社區治療接案時、三個月社區治療結束時等四個時間點進行測量，發現個案在進入機構前其改變動機最低，最高的改變動機則是出現在剛完成機構治療時，但是到了進入社區接受評估時，改變動機又出現大幅度地下降，接著在經歷社區治療後仍維持相類似的水平。

而國內目前關於性侵害者改變動機的文獻，僅楊大和、饒怡君、金樹人 (2012)所發表的研究有針對此議題做深入地探討。楊大和等人的研究共有30名接

受治療的男性性侵害者，其治療形式屬於社區團體心理治療，每週一次，且為開放、非結構性的談話性團體，個案分別在團體開始前、接受團體治療12次、24次與36次之後等四個時間點，接受楊大和等人針對性侵害者所翻譯與修訂的中文版URICA量表（即「改變階段量表—性侵害版」）之施測。楊大和等人（2012）發現，所有研究對象在團體開始前對於改變性侵害行為至少已經進行了某些程度的思考，四成的人的改變動機階段處於沉思期，兩成的人處於準備期，行動期或維持期則有四成左右。在12次團體治療後，性侵害者可能會退回較早的改變動機階段，但是之後即不會再進退。另外，在各施測點中一致地發現沉思期、行動期與維持期的改變態度均強過於前思期，其中以沉思期最強，行動期次之，然後才是維持期。楊大和等人（2012）的研究發現，治療經驗似乎未能對改變階段比例分佈產生明顯影響，性侵害者治療前後改變動機的縱貫時間變化維持水平趨向，似乎未能支持改變階段理論中原先的非直線變化假設。而他們也發現改變準備度總分的變化趨向在性侵害人群體內部存在著多種型態。值得一提的是，該研究亦發現強暴家庭外陌生成人者與有其他非性侵害犯罪史之性侵害犯這兩類性侵害犯其改變動機似乎都有維持的困難（楊大和等人，2012）。

總結來說，從現有關於性加害人改變動機的有限文獻當中，可以有以下初步的結論（楊大和等人，2012）：首先、是性加害人分佈於各改變階段的人數比例高低與該比例在治療前後的變化，在不同研究之間有很大的差異，曾經接受過治療的犯人似乎有較高的可能性會處於行動期，而治療對改變動機變化之幫助似乎比較反映在前思期的比例降低或者行動期的比例提高，但是已經進入行動期的人即使繼續接受治療似乎並不那麼容易可以再前進到維持期；第二、整體改變準備度與各改變階段分量表所反映的改變態度兩方面只有「有限的」證據支持治療能改善前思期或行動期的改變態度，樣本越大似乎呈現較有利的結果；第三，儘管Pelissier (2007)的獄中研究是唯一發現經過治療之後性侵害者的「行動期」分數有提高的研究，但監獄的個案畢竟不同於社區的個案，監獄中的行動明顯受到外在

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

控制，而社區中則充滿更多的犯罪刺激，因此是否是發自內在可信的態度改變，該結果仍需要進一步地澄清；第四，三個與四個追蹤時間點的研究似乎顯示出，儘管待在治療當中未必能提昇性侵害者的改變動機，但離開治療卻是會使改變動機明顯地下降。

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

第三章 研究方法

第一節 研究設計

壹、混合方法研究

本研究為瞭解不同依附型態性侵害者參與治療團體前、後的改變動機與改變階段之變化，與探究影響性侵害者改變的可能因素，因此採用「混合方法研究」(mixed methods research) (Creswell & Clark, 2006)，即結合量化資料與質性資料來進行研究的研究設計。根據 Creswell 與 Clark (2006) 綜合許多文獻資料後，對於「混合方法研究」所下之定義：

混合方法研究是一種不但具有哲學假定，而且也包含研究方法的研究設計。作為一種方法論，它包含了引導資料分析與蒐集方向的哲學假定，以及在研究歷程的許多階段中，質性與量化取向的混合。作為一種方法，它聚焦於單一研究或一系列的研究中，蒐集、分析並混合量化與質性資料。它的主要前提在於量化與質性的混合相較於僅使用其中一種取向，提供了對研究問題較佳的理解。(頁 4)

關於「混合方法研究」的世界觀與哲學立場，相較於量化研究與後實證主義之關聯，質性研究與建構主義 (constructivism) 之關聯，「混合方法研究」通常被認為是和「實用主義」較為相關 (Tashakkori & Teddlie, 2003)。實用主義是由許多人清楚表達的組合性概念，譬如 Cherryholmes (1992)、Murphy (1990)。它採用包括以下概念，包括：什麼是有用的 (what works)、重視客觀與主觀的知識、運用多種不同的取向有助於研究問題的解決、重點是在研究結果與所提出的問題而不是方法。根據 Tashakkori 與 Teddlie (2003) 的觀點，他們將混合方法研究與實用主義兩者具體做連結並提出以下主張，第一、在單一研究中可能使用量化與質性研究方法；第二、比起方法或方法背後的哲學世界觀，研究問題應該是更為重要；第三、應該拋棄在後實證主義與建構主義之間強迫選擇的二分法；第四、也應該

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

拋棄使用形上學的概念，像是真實 (reality) 或 真理 (truth)；第五、一種實際的與應用的研究哲學，應該引導方法論的選擇。

對於「混合方法研究」，Creswell 與 Clark (2006) 認為其主要的使用前提是當量化與質性取向的結合使用，相較於任何單一取向，更能提供對研究問題更佳的理解，這種更佳的理解是因為混合方法的優勢彌補了單獨應用量化與質性方法研究的缺點。由於量化資料雖然可以客觀地呈現個案所自陳之心理狀態，然而量化資料所獲得的資訊通常是特定問句下的封閉式訊息，若要更深入地探究個案參與治療過程中之主觀感受與開放性之豐富資料，則須結合質性資料方可使之更為完整。而本研究所欲探究之性侵害者團體治療前後改變動機的變化由於涉及到個案其主觀感受，為了更深入地探究其改變動機議題，除了予以施測客觀的自陳量表之外，研究者也根據研究目的從中挑選特定個案進行質性訪談，以深入瞭解影響其改變動機變化之主觀因素。

關於混合方法的研究設計類型，根據 Creswell 與 Clark (2006) 之觀點可分為四種類型，包括：三角校正設計、嵌入式設計、解釋式設計與探索式設計。而本研究根據研究者所設計之概念，屬於「解釋式設計」。解釋式設計是一種兩階段的混合方法設計 (見圖 3-1)，其目的是質性資料能夠幫助解釋或擴展最初的量化結果 (Creswell, Plano Clark, Gutmann, & Hanson, 2003)，「解釋式設計」適用於研究者需要以質性資料來解釋顯著的 (或不顯著) 結果、或出人意表、極端的結果 (Morse, 1991)。也適用於研究者根據量化結果分組，並應用質性研究追蹤不同的組別。或者研究者透過量化研究訂出目標個案的特徵，指引接下來質性階段的立意取樣 (Creswell, et al., 2003)。而本研究即是透過量化研究的訊息，來確認與有目的地選擇特定的研究個案，並進行後續深度的質性研究。

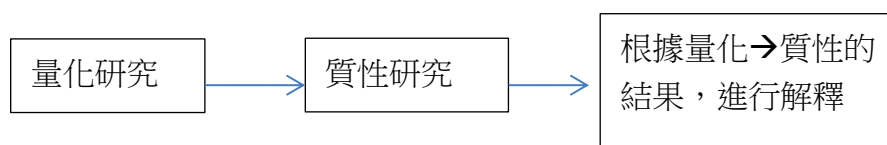


圖 3-1 混合方法研究—解釋式設計

接下來，進一步分別闡述本研究的「量化研究」與「質性研究」等兩大區塊。

貳、量化研究部分

量化設計方面，本研究在量化設計方面，屬於「單組前後測」設計（見圖 3-2），研究者蒐集本研究個案之治療前、後（前測、後測）的「改變階段量表—性侵害版」資料，並分析出其治療前、後的「改變動機」（即整體改變動機分數）數據，並檢定其前、後測整體改變動機分數之差異，若後測的整體改變動機分數高於前測的整體改變動機分數，代表個案治療後改變動機是呈現進步的。反之，若後測的整體改變動機分數是低於前測的整體改變動機分數，代表個案治療後改變動機是退步的。另外，研究者透過「改變階段量表—性侵害版」也分析出個案治療前、後所處的「改變階段」，本研究並呈現治療前、後「改變階段」個案人數比例之分布。

進一步，並依據其參與團體治療前、後改變動機之提升與下降，將所有研究參與者分類成「改變動機正向改變組」（即後測的整體改變動機分數高於前測的整體改變動機分數）與「改變動機負向改變組」（即後測的整體改變動機分數低於或等於前測的整體改變動機分數）兩類別，進一步並分析其與個案的依附型態（透過個案自填的「關係型態量表」分析出其依附型態）之間的關聯性。

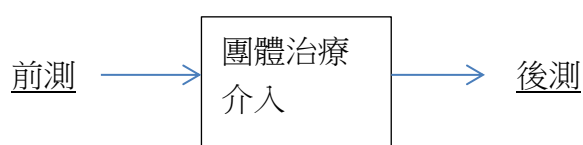


圖 3-2 單組前後測設計

參、質性研究部分

質性研究方面，研究者為了進一步探究參與團體治療前後影響性侵害者改變

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

動機進步的可能因素，與個案參與團體治療過程中之感受與心路歷程。在完成量化資料分析之後，研究者進一步從個案中挑選「治療後改變動機進步」的個案（代表正向改變的個案），透過與其質性訪談來進行質性研究之資料蒐集。

而本研究所採用的質性訪談屬於「個別訪談」主要是透過研究者與個案一對一的訪談互動過程中，不斷的詢問、釐清問題，獲取豐富且詳細的資料，來探究個案參與治療過程中影響其改變動機變化之主觀因素。並且嘗試理解受訪性侵害者的家庭關係、人際關係、依附型態、參與團體治療之感受，從受訪性侵害者的觀點出發，融入他們的主觀經驗、感受與想法，了解治療過程中給他們帶來的感受與意義為何。過程中，本研究的個別訪談之進行主要是採用半結構式 (semi-structure) 深度訪談法 (in-depth interview)，研究者除了依據本研究預先擬定之「訪談大綱」詢問主要問題之外，並可視個案之實際回答內容，彈性調整訪談次序與內容或做進一步探問。訪談過程中，研究者與個案之間的關係是平等且互動性高，研究者態度保持開放且具彈性，重要的是對於個案所回答的問題與反應不預設立場或價值批判，並且保持同理與中立的態度，研究者並透過積極傾聽與提問的方式來與個案互動 (鈕文英, 2014)。

肆、實施程序

本研究所實施之程序，主要是搭配彰化縣之「性侵害加害人身心治療或輔導教育」流程。團體心理治療的內容基本上可以分兩種類型，第一種為「第一階段身心治療或輔導教育」（本文簡稱「第一階段團體治療」），所有初次進入社區團體心理治療之性侵害者均需先接受「第一階段身心治療或輔導教育」，總共 6 次，進行方式為「半結構式」教育性質的團體，內容主題涵蓋法律教育、兩性關係與性教育、性別平權概念、生涯規劃等（見表 3-1）。六次結束後，會經由衛生局召集專家學者進行「評估小組會議」以評估個別性侵害者是否需要繼續接受治療，若被裁定仍有再犯風險須再繼續接受治療，則須進入下一階段治療，此即「第二

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

階段身心治療或輔導教育」(本文簡稱「第二階段團體治療」)。「第二階段身心治療或輔導教育」為「非結構式」的談話團體，團體之進行依著不同治療者的帶法每次可能會有不同治療主題(本研究並未統一規範「第二階段團體治療」治療者每次團體處遇的主題)，主要是包含：深入探討個案的性犯罪案情、生活近況，與其性侵害犯行有關的犯案動機、偏差或扭曲的認知、動態危險因子、兩性交往、家庭經驗、支持系統、生活穩定度等議題，一套完整的第二階段團體治療總共 6 次，六次結束後會經由衛生局召集專家學者進行「評估小組會議」以評估個別性侵害者是否需要繼續接受治療，若被裁定仍有再犯風險須再繼續接受治療，則須再次進入治療循環(即再次進入「第二階段團體治療」)。不論第一階段或第二階段團體心理治療，每次團體心理治療之進行皆由 2 名受過專業訓練的社工師或社工員帶領。團體心理治療進行的形式為每兩周一次，每次進行時間約為九十分鐘。

表 3-1 第一階段身心治療或輔導教育團體內容大綱

月	次	內容	備註
1	1	澄清對處遇團體的期待	簽訂合約書
	2	法律教育	法律規範
2	3	兩性關係與性教育	關於「性」這回事兒
	4	性別平權觀念	兩性平權與強暴迷思
3	5	生涯規劃 I	生涯及自我管理
	6	生涯規劃 II	團體成效評估

為了降低研究的複雜性與不確定性，本研究以一套完整的團體心理治療循環為評估單位(為期三個月，共六次團體心理治療)，在個案團體心理治療中的第一次治療時予以施測「改變階段量表—性侵害版」(前測)、「關係型態量表」，並在個案的第六次治療(最後一次治療)時予以施測「改變階段量表—性侵害版」(後測)。進一步，根據個案治療前後其「改變階段量表—性侵害版」的「整體改變動機」分數(代表改變動機)的進步或退步，區分成「改變動機正向改變組」

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

與「改變動機負向改變組」兩類別。另外，也根據個案在關係型態量表之分數，區分其為「安全型依附」、「排拒型依附」、「焦慮型依附」、「焦慮型依附」、「畏避型依附」等類別（後三種類型又統稱「不安全型依附」）。因此在這兩大向度下（改變動機前後測之正負向改變 x 依附類型），會將個案分類於各個類別。

最後，研究者根據個案所填寫之「改變階段量表—性侵害版」分析結果，選取「治療後改變動機進步」的 5 位個案（代表正向改變的個案），進行質性訪談。在訪談前，研究者會向受訪個案詳細說明本研究之目的、內容，並於訪談過程中進行全程錄音，且告知個案有隨時停止錄音、拒絕受訪之權利。另外，研究者必須遵守保密之研究倫理等，在個案瞭解上述資訊，並對本研究無異議後，請其簽署「訪談同意書」後（見附錄 2），才開始進行訪談。

綜合前述量化研究與質性研究兩部分，本研究之研究設計流程如圖 3-3。

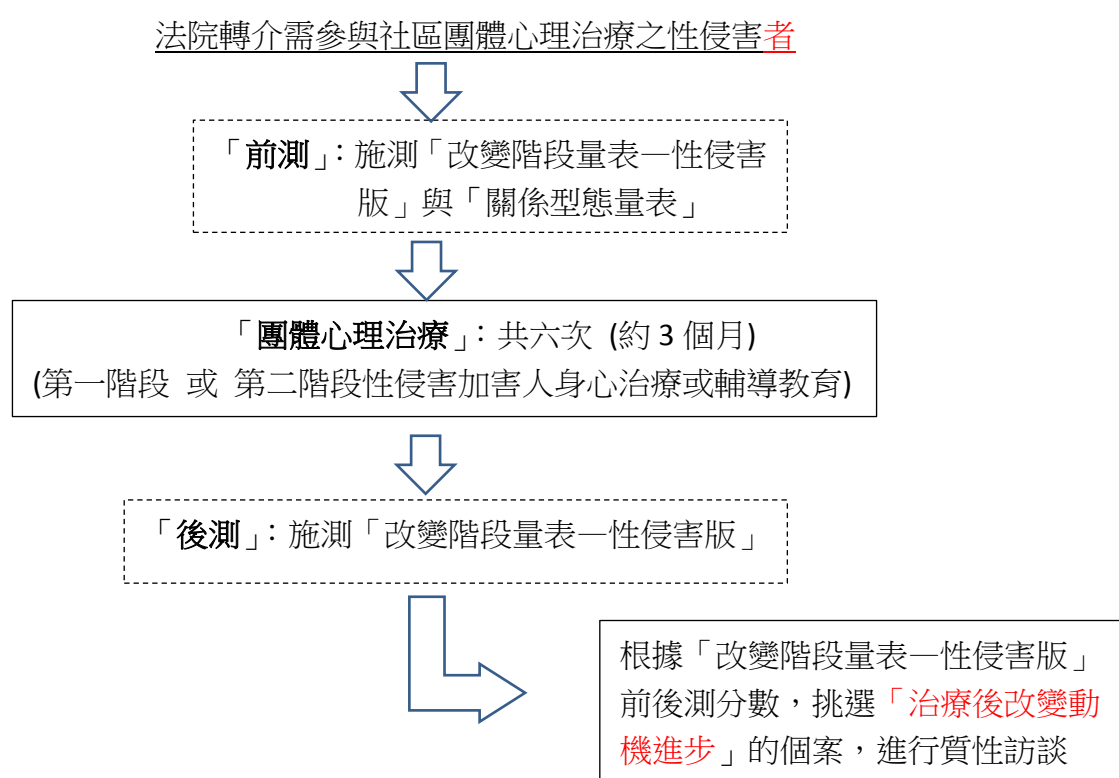


圖 3-3 研究設計流程圖

第二節 研究樣本

量化樣本方面，本研究以 103 年度至 104 年度之間，彰化縣政府轉介至彰化基督教醫院接受「性侵害加害人身心治療或輔導教育」團體治療的社區性侵害者為主要樣本來源，個案為全彰化縣境內法院裁定為需接受社區治療之性侵害者，個案需具有國小六年級以上的基本文字閱讀與理解能力。在排除掉拒絕參與研究的個案後，共有 61 位完整參與 3 個月團體治療的個案，再排除掉患有思覺失調症的 2 名個案與 4 份無效問卷之後，最後實際共蒐集到 55 位有效樣本。本研究這 55 位個案，研究者依照其「參與團體類型」與「性犯行是否合意」2 個向度來做分類，其組成分布與接受處遇的次數簡述如下，參與「第一階段團體治療」且屬於「合意性侵害者」的共 13 位，參與「第一階段團體治療」且屬於「非合意性侵害者」的共 18 位，所有參與「第一階段團體治療」個案的平均接受處遇次數為 6 次。而參與「第二階段團體治療」且屬於「合意性侵害者」的共 11 位，平均接受處遇的次數為 15.5 次，參與「第二階段團體治療」且屬於「非合意性侵害者」的共 13 位，平均接受處遇的次數為 19 次（見表 3-2）。

表 3-2 本研究性侵害者的組成分布與平均接受處遇的次數

	人數 (平均接受處遇次數)	
	合意性侵害者	非合意性侵害者
第一階段團體治療	13 (6)	18 (6)
第二階段團體治療	11 (15.5)	13 (19)

註：細格內數字代表人數，括號內數字則代表平均接受處遇次數

註：本研究的「平均接受處遇次數」，指得是個案從「一開始接受社區處遇」到「本研究後測結束」時，所接受過「社區處遇」之次數，不包括部分個案（假釋或服刑期滿的性侵害者）其在獄中所接受的處遇次數。

質性樣本方面，本研究在蒐集完量化樣本資料後，再根據參與團體治療個案前、後測所填寫「改變階段量表—性侵害版」之量表分數，透過「立意取樣」的方式來選取「治療後改變動機進步」的個案，並在徵得知情同意之狀況下，與之進行質性訪談。所謂「立意取樣」根據 Lincoln 與 Guba (1985) 即研究者依據研究目的，選取能夠為研究問題提供豐富資訊的人、時間、地點、事物等，以蒐集深入而多元的資料，並詳盡地回答研究問題。而立意取樣並非像量化研究之取樣方式在研究設計的初始階段，就可確定人、時間、地點、事物，而是配合質性研究「逐步浮現」之特徵，隨著研究問題的越趨聚焦，來選取能夠回答研究問題的人、時間、地點、事物。這過程是隨著研究之進行，一邊蒐集資料，一邊分析資料，視資料能否回答研究問題，持續調整並系統性地選取下一個人、時間、地點、事物 (鈕文英, 2014)。實際的質性樣本收案過程，研究者主要根據每一批團體結束的個案當中，去分析其團體處遇前、後之「改變階段量表—性侵害版」分數，並依據「取樣條件」(見下列)，從該批個案中挑選改變動機分數進步幅度相對較大的個案來進行訪談，若遇到拒絕受訪或者不適合之個案 (如填寫的量表有明顯問題)，再從該批個案中挑選進步幅度次之的個案，本研究依著一邊蒐集訪談資料，一邊進行分析之收案原則，直到開始發現有資料飽和 (saturation) 與重複，才停止質性樣本的蒐集。本研究最後蒐集到的受訪個案總共有 5 位，每位個案於本研究的訪談次數皆為 1 次，每次訪談時間約為 1 小時至 1 小時半之間，訪談地點則皆約在彰化基督教醫院精神科內的個別會談室，為保護其隱私，研究者予以英文字母 A~E 代號表示，其基本背景資料與量表結果如表 3-3、表 3-4 所示。本研究之質性訪談個案的「取樣條件」如下：

(一) 依據我國「性侵害犯罪防治法」所稱之性侵害者

本研究關於性侵害者之定義，是依據我國「性侵害犯罪防治法」所稱之性侵害犯罪，其內涵主要是根據刑法第十六章「妨礙性自主罪」之內容，其中包括觸犯刑法第二百二十一條至第二百二十七條、第二百二十八條、第二百

十九條，另外尚包括第三百三十二條第二項第二款、第三百三十四條第二款、第三百四十八條第二項第一款及其特別法之罪。本研究稱性侵害者，係指觸犯前項各罪經判決有罪確定之人。

(二) 參與本研究團體治療前、後改變動機進步之性侵害者

根據參與本研究團體治療的個案，其前後測所填寫之「改變階段量表一性侵害版」量表之整體改變動機分數的差異，來選取前、後測改變動機進步的個案 (代表「治療後改變動機進步」)。本研究將選取質性訪談個案之選取標準設定為須符合以下兩個條件，第一、個案的「改變階段量表一性侵害版」之整體改變動機分數，後測分數需大於前測分數 (代表其改變動機進步)；第二、「改變階段量表一性侵害版」前後測「整體改變動機」分數差異須超過 1 分 (代表改變動機進步相對較多)，且有意願接受訪談之個案。

表 3-3 受訪個案背景資料

代號	性別	目前婚姻/感情	學歷	前科	目前年齡	犯案年齡	犯案類型	受害者人數	受害者特徵
A	男	單身	高中肄業	無	48 歲	33 歲	(酒後) 強制性交	1	成年女性
B	男	女友	高中肄業	無	25 歲	23 歲	未成年合意性交	1	未滿 16 歲女性
C	男	女友	高職畢業	強制性交 (再犯同罪)	28 歲	(1) 19 歲 (2) 20 歲	(1) 未成年合意 (2) 強制性交	2	(1) 17 歲女性 (2) 成年女性
D	男	離婚 (有女友)	高中畢業	無	33 歲	25 歲	強制性交 (個案自述未成年性交易)	1	未滿 18 歲女性
E	男	離婚	國中畢業	無	53 歲	49 歲	(酒後) 強制猥褻	1	成年女性

表 3-4 受訪個案的量表分析結果摘要

代號	依附型態 (根據關係型態量表結果)	整體改變 動機分數 (前測)	整體改變動 機分數 (後測)	整體改變動機分數 進步幅度
A	排拒型依附	8.85	10.57	1.72
B	安全型依附	5.14	6.71	1.57
C	安全型依附	9	10.28	1.28
D	安全型依附	8.42	10.42	2
E	安全型依附	8.57	10.28	1.71

第三節 研究工具

壹、量化研究工具—「改變階段量表—性侵害版」

本研究所使用之改變階段量表，原型係 McConaughy、Prochaska 與 Velicer (1983) 所設計的 URICA 量表 (The University of Rhode Island Change Assessment Scale, 簡稱 URICA 量表), 該量表是結合「行為改變之跨理論模式」所發展出的評估量表, 是第一個使用來測量改變階段之工具。跨理論模式的改變階段概念, 被運用來評估一個人改變的意願, 並提供對應的策略。因此, 臨床上本量表多用於測量個體的改變動機階段及使用該資料來輔助設計處遇的方向。

URICA 量表為一自陳量表, 測量對象為成人, 由受試者自行填寫, 共包含 32 題, 可測量四個改變的階段 (包含: 前思期、沉思期、行動期及維持期), 每道題目評分設計為 5 點量表 (從非常不同意到非常同意), 分數越高表示越同意該題目可以描述自己的狀態。該量表已做過內在信度與內容效度、效標關聯效度、及建構效度等研究。經 Grenavage(2001)針對 63 位心理治療個案, 求得前思期、思考期、行動期及維持期等四個改變階段的信度係數(Cronbach α) 為.80、.67、.63、.86, 而 Pantalon、Nich、Frankforter 與 Carroll (2002)針對 106 位心理治療個案, 求得四個改變階段的信度係數(Cronbach α)各為.75、.79、.83、.79, 顯示此量表具有相當良好的內部一致性信度。

URICA 量表被用於性侵害者的研究, 通常是將問題行為的描述用詞稍加修改, 以適用於性侵害者。Tierney 與 McCabe(2004)將量表應用在兒童性侵害犯, 發現各改變階段分量表的內部一致性在.81(行動期)到.90(思考期) (其餘兩期在此數字之間), 再測信度在.69到.84之間, 各分量表的建構效度與 McConaughy 等人(1983)針對一般犯罪人的研究結果類似。Tierney 與 McCabe (2005) 進而指出將 TTM 以及 URICA 量表運用在性侵害者治療, 以概念化其改變階段並促進性侵害者行為改變之可行性。而楊大和、饒怡君、金樹人 (2012)在針對性侵害者進行中文化 URICA 量表時, 則是將原量表題目中的「問題」一詞具體化為「性侵害與性偏差問題」

因而修改成為「改變階段量表—性侵害版」。本量表中文化過程簡述如下，楊大和等人 (2012)於初步翻譯後將題目交給真實性侵害者閱覽並根據他們的回饋修正，後續再將中文題目翻譯回英文，以核對題意之正確性並據此進行修正。為了確認特定的題目反映的是特定改變階段，最後再邀 5 位瞭解改變階段理論的心理師進行題目歸類，將每一道題目歸類於特定改變階段，並針對少數不一致題目進行修正。結果顯示各評分者在整個量表的平均命中率為.95，評分者間一致性為.92，顯示量表題目的評分者內容效度與一致性均在良好範圍。本量表施測於 15 位社區接受性侵害輔導治療之加害人，四次施測中，四個改變階段分量表的內部一致性在.73到.94之間，整體量表的內部一致性在.90到.95之間，有良好的量表信度，顯示將該量表中文化使用於性侵害者輔導的可行性 (楊大和等人，2012)。本研究即使用楊大和等人 (2012)所翻譯的「改變階段量表—性侵害版」(見附錄 4) 來進行研究工具的施測。

應用改變階段量表來評估改變動機有三種方式 (Callaghan et al., 2005)：第一、「改變階段歸類法」：這是一種相對分數法，比較四個改變階段分量表分數的相對高低，以分數最高的分量表做為個案當時所處的改變動機階段。若是兩個分量表同為最高分處理方式如下，如果最高分量表為兩個相鄰的量表，則以較後面的階段做為改變階段，但是若沉思期與行動期分量表分數相同，則歸入準備期 (楊大和等人，2012)，若是兩個不連續階段得同分，則取較高階段做代表。由於個案在不同時間點中在四個分量表上的相對強弱很可能變動，因此與其說結果是代表個案所處的改變動機階段 (stage)，不如說是改變動機狀態 (state)。因為主要處在某個改變動機階段的個案，並不表示不存在相對較弱勢的其他改變階段的態度，這只表示個案在某個分量表上的分數或其代表的某種改變態度相對強過於其他分量表的改變態度；第二、「剖面圖法」：可以是一種相對分數或絕對分數法。若作為相對分數法來使用時，將四個分量表分數視為同時存在的四個動機面向或是態度，因此可以分析四個分量表分數所構成的剖面圖型態，產生二到九種剖面圖類型。如果某人的分數型態符合某個類型，就將其歸類為該改變動機類型；第三、「改變準備度法」：這是單一總分法，將沉思期、行動期與維持期等三個分量表分數加總之後，減去前思期的分量表分數，以此代表個案目前「整體改變準

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

備度」(Callaghan et al., 2008)。

本研究採用「改變準備度法」與「改變階段歸類法」兩種方式來分析個案所填寫的「改變階段量表—性侵害版」。第一、為比較性侵害者在參與治療前後其改變動機之量化變化，因此採用「改變準備度法」來分析性侵害者的「改變階段量表—性侵害版」表現，並將分析得出之整體改變準備度分數，用來代表個案之「整體改變動機分數」或簡稱「改變動機分數」(反映個案的「改變動機」)。第二、研究者透過「改變階段歸類法」歸納出每位個案所處之「改變階段」。

貳、量化研究工具—「關係型態量表」(Relationship Style Questionnaire, 簡稱 RSQ 量表)

本研究給予性侵害者所填寫之「關係型態量表」(見附錄 5)，係王慶福依據 Bartholomew & Horowitz (1991) 之成人依附關係模式理論所發展出來。本量表共有 24 個題目，每一道題目均可對應到 Bartholomew & Horowitz 所提出的安全型依附、畏避型依附、焦慮型依附及排拒型依附等四種依附類型，每個依附類型共有 6 個題目。每一道題目所對應測量之依附類型，請見表 3-5。本量表採用 Likert 五點量表填寫方式，受試者依據每個題目之題意勾選「非常不贊成」、「有點不贊成」、「一半一半」、「有點贊成」、「非常贊成」其中一個選項，並依此可以記 1~5 分。其中第 13、16 題為反向題，需反向計分。每位受試者最後均會得到四種依附類型的分數，得分最高的該依附類型即受試者之「主要依附類型」。倘若受試者有兩種依附類型同為最高分，本研究將以其依附病理較為嚴重之依附類型為代表，譬如：受試者若同時在安全型依附與排拒型依附兩量尺得到最高之分數，則將受試者歸類為排拒型依附。若受試者同時在焦慮型依附與排拒型依附兩量尺得到相同高分之分數，則亦將受試者歸類為排拒型依附。採上述做法係因研究者假設性侵害者之性犯行與其較有問題之依附類型有關聯。

本量表之信效度，依據王慶福 (1995) 之研究，四種依附類型量尺的折半信度分別為，安全型依附折半係數為.74，畏避型依附折半係數為.84，焦慮型依附

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

折半係數為.78，排拒型依附折半係數為.73，顯示各量尺均有良好的內部一致性；而效度方面，依據王慶福 (1995)之研究，本量表經由最大概似法進行因素分析和斜交法加以轉軸，結果四種依附風格與 Bartholomew & Horowitz (1991)所提出之依附理論架構吻合。

表 3-5 關係型態量表各題目所對應測量之依附類型

依附類型	題 目 編 號
安全型依附	2、16、19、21、23、24
畏避型依附	1、4、6、11、14、15
焦慮型依附	7、9、12、13、18、20
排拒型依附	3、5、8、10、17、22

參、質性研究工具—研究者

研究者為國立中正大學犯罪防治系博士班的研究生，臨床心理師高考及格並領有執照，目前在醫院精神科擔任臨床心理師，在醫院工作所負責之業務包括：司法鑑定、性侵害加害人治療與治療前評估、家暴相對人審前鑑定等內容，前述工作經驗均累積達 5 年以上，這些工作經驗均有助於研究者在與性侵害者進行質性訪談時更具敏感度。此外，研究者在求學及工作過程中曾學習各種疾病的病理學，並已完成犯罪防治學系相關學科之修習，如：刑事法學、刑事司法、少年犯罪專題研究、犯罪學、性罪犯與婚姻暴力加害人處遇、矯正諮商、犯罪學研究法等課程，並曾全程參與「犯罪學質的研究方法」之課程，前述學習經歷對於本研究議題之探討將有所助力。而研究者的臨床心理背景訓練也有助於與個案建立與保持良好的訪談關係，包括使用同理、積極傾聽與提問等方式來與個案互動，以獲得可靠之資料。

本研究的研究者並非本研究中實際執行團體處遇的帶領者 (治療者)，本研究

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

中的「團體帶領者」皆為彰化基督教醫院精神科的社工員或社工師，共 4 位，三位女性、一位男性。每次團體之進行皆由 2 位治療者分別擔任團體的主帶領者與協同帶領者，帶領者的性侵害加害人團體帶領經驗深淺不一由 10 年以上至半年不等。本研究「第一階段團體治療」之進行由資歷較淺的治療者來帶領，而「第二階段團體治療」則至少由一名較資歷較深的治療者來擔任團體帶領者。

肆、質性研究工具—協同分析者

為了避免質性資料之分析侷限於研究者的主觀或偏誤，共邀請 2 位專業人員進行協同分析，皆為女性。一位身分是高考及格具執照之社工師，具性侵害者輔導與治療經驗累積達三年以上。另一位則為高考及格具執照之臨床心理師，在國外接受臨床心理之訓練，其碩士論文即是針對心理治療個案採用質性研究法來進行分析。兩位協同分析者的背景使得她們對於本研究之性侵害者之訪談分析能夠提供各自不同專業且有用之見解，並且可以避免研究者單一視野的缺點，此外亦可藉由不同性別的觀點，加深資料分析過程中的對話與辯證效果。

伍、質性研究工具—訪談大綱

研究者以事先設計之訪談大綱作為質性訪談之依據，實際進行訪談時會根據受訪的回答再提出問題。訪談綱要內容如下：

表 3-6 訪談大綱

訪談大綱

(一)基本資料：年齡、教育程度、婚姻、前科、本次性侵害案情、工作、目前家庭關係、有無重大生理疾病/精神疾病/智能問題 等。

(二)瞭解性侵害者的依附型態：

1. 性侵害者與家人之關係互動

1-1 請問您小時候對家庭的印象如何？

1-2 請問您小時候主要由誰帶大？ 對 他/她 印象為何？

1-3 請問您跟家人感情如何？ 和誰感情最好？ 和誰感情較不好？ 怎麼說？

2. 性侵害者與朋友之關係互動

2-1 請問您的人際關係如何？

2-2 請問您認為自己的朋友多嗎？

2-3 有真正要好與可以談心的朋友嗎？

2-4 請問您在朋友眼中，可能是個怎樣的人？

2-5 請問您，認識新朋友對您來說會有困難嗎？怎麼說？

3. 性侵害者與異性之互動關係

3-1 請問您過去交過幾個伴侶？

3-2 請問您與異性互動會有困難嗎？ 怎麼說？

3-3 請問您跟伴侶感情好嗎？怎麼說？

3-4 請問您會常常容易感到孤單寂寞嗎？ 怎麼說？

3-5 (承上一個問題) 當沒有伴侶或者伴侶不在身旁時，您覺得自己有辦法處理孤單寂寞的感受嗎？ 怎麼說？

4. 性侵害者對自己的看法

4-1 請您試著描述一下自己？ 你會如此描述自己的原因是？

4-2 請問您喜歡自己嗎？ 怎麼說？

4-3 請問您覺得跟他人相比較，自己是個怎麼樣的人？ 怎麼說？

(三) 瞭解性侵害者團體治療過程中關於改變動機感受：

1. 性侵害者參與團體治療的整體感受

1-1 請問您參與完這治療團體，整體感受為何？

1-2 請問您在團體中討論您的案件或您個人的事，會讓您不舒服嗎？ 怎麼說？

1-3 請問您對治療者的印象如何？

1-4 請問您對治療者的帶領方式，有何想法？

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

1-5 請問您對其他一起參與團體的成員，有何想法？

1-6 請問您對於團體中所教的內容或討論的主題，有何想法？

1-7 請問您，參加完本治療團體，讓您印象最深刻的團體經驗或者討論內容為何？請舉 1~2 個具體例子。

1-8 若要請您給本團體或治療者改善團體課程的建議，您的建議為何？請至少說 1 個以上。

2. 性侵害者團體治療過程中對於改變的感受

2-1 請問經過這次案件，您自己有什麼感想？

2-2 請問經過這次案件，您覺得自己有沒有什麼地方是需要反省的？怎麼說？

2-3 請問經過這次案件，您是否覺得自己有哪些地方（或行為）需要做改變？怎麼說？

2-4 請問您，參加完本次治療團體，對於幫助您避免再度觸犯法律有否幫助？怎麼說？

2-5 請問您，參加完本次治療團體，會不會讓你更想要調整自己的行為或態度（以避免再度觸犯法律）？怎麼說？

2-6 (承上一個問題) 您認為本次治療有哪些因素（或地方），是影響您想要調整自己行為或態度的主要原因？

陸、質性研究工具—其他訪談工具

由於在訪談過程中，無法將所有受訪資訊完整地記錄下來，為了確保資料之正確性，與後續進行質性分析所需，研究者依著研究倫理之規範，在取得受訪個案的同意（見附錄 2）之後，訪談過程中會以「錄音筆」進行錄音。

另外，研究過程中，研究者也透過紀錄「省思日誌」（見附錄 6），來達到研究者對自我與研究方法省思之目的。其紀錄內容包括研究者的心境、研究過程中遭遇的問題與偶發想法、採取的分析方法、初步的研究發現等（鈕文英, 2014）。

第四節 分析方法

壹、量化資料分析

本研究之量化資料方面，採用量化研究之調查研究法來蒐集資料，並進一步進行統計分析。研究者使用社會科學統計套裝軟體 SPSS (statistical package for the social science) 18.0 來進行下列統計分析，統計檢定設定.05 為統計顯著水準。本研究總共進行三大主題之量化資料呈現，並進行相關之統計分析，分述如下。

第一、根據本研究個案所填寫的「關係型態量表」所分析出之依附型態，進一步透過描述統計，以呈現本研究之性侵害者各種依附型態之人數與比例之分布狀態，並描繪其分布之長條圖。

第二、根據本研究個案所填寫的「改變階段量表—性侵害版」(前、後測) 所分析出之所屬「改變階段」，進一步透過描述統計以呈現本研究之性侵害者在前、後測所屬各種改變階段之人數與比例之分布狀態，並描繪其分布之長條圖。另外，為檢視改變動機水準的前、後測變化，使用「相依樣本 t 檢定」分析「各改變階段分量表之分數」與「整體改變動機分數」之前、後測差異有否達顯著。

第三、為了瞭解「依附型態」對於改變動機前、後測改變之影響，針對此主題研究者分別進行以下三種統計分析。(1) 透過卡方檢定，檢視「改變動機正向改變」與「改變動機負向改變」兩類性侵害者其治療後改變動機的提升或下降，與其依附型態是否有顯著關聯，並呈現其比例分布之交叉表；(2) 根據個案所填寫的「改變階段量表—性侵害版」(前、後測) 分析出個案其「整體改變動機」之前、後測分數，並透過「變異數分析法」分析「依附型態」與「團體處遇之前、後測」兩因子對於整體改變動機分數之影響性(使用二因子混合設計變異數分析，「依附型態」為受試者間因子，而「團體處遇之前後測」為受試者內因子，「整體改變動機分數」為依變項)。並進一步，透過「單因子變異數分析」分析「各依附類型」其「整體改變動機分數」之前、後測差異有否達顯著；(3) 進一步，將全體性侵害者依其性犯行「是否合意」做分類，將合意性交性侵害者(簡

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

稱「合意性侵害者」)與非合意性交性侵害者(簡稱「非合意性侵害者」)各自分開來分析。透過「單因子變異數分析」,分別分析其內部之各依附類型之整體改變動機分數的前、後測差異有否達顯著。

貳、質性資料分析

(一) 文本資料的編碼

研究者根據半結構式訪談大綱對選定的研究個案進行深度訪談,由於訪談過程中進行全程錄音,完成訪談之後研究者就將錄音檔交由打字員將訪談內容轉成逐字稿的文本,打字員須清楚保密原則且於事前簽署保密約定(見附錄3)。研究者在檢視過打字員完成的逐字稿文本之後,即開始針對逐字稿文本內容並給予編碼與分析。逐字稿的編碼方式如下,5位個案分別以A、B、C、D、E編碼表示。個案A的逐字稿的第一句論述分析,其編碼為「A:001」,個案A的第二句論述分析編碼為「A:002」,以此類推。此外,研究者透過不時的閱讀文本並反覆聽取錄音內容,除了確認文本之內容是否正確,並可藉由不斷地思考,以期望有新的發現或不同之觀點出現。

(二) 文本資料的分析

本研究採用現象學研究的資料分析原則來進行質性資料的分析。現象學主張要理解人類行為,必須瞭解他們詮釋思想、情感與行動的概念架構,而此架構是具有獨特性。為理解此獨特的概念架構,現象學強調研究者的開放性(openness),意即研究者須開放地接受現象的多元面貌,並願意從中了解與學習,意即透過對欲研究之現象,不斷地理解、反思、聚焦與再思,即便研究者自認為已知道一切,也要提醒自己開放心智,再仔細理解與反思(鈕文英,2014)。研究過程中,現象學主張「存而不論」(epoche),或者說是「懸置」(bracket)的態度,意即過程中研究者須省視並懸置自己的感受、想法和經驗,使其不會影響到個案

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

自由與完整的表達，以及影響對於個案觀點的瞭解 (鈕文英, 2014)。

本研究進一步依據 Moustakas (1994) 所提出之現象學研究過程之三步驟原則，包括：「現象還原」(phenomenological reduction)、「想像變異」(imaginative variation)、「現象意義與本質的整合」(synthesis of meanings and essences) 來進行分析，過程中並依照本研究之實際狀況做彈性調整，這三個分析原則簡述如下。第一、「現象還原」，即忠實而詳盡地描述個案述說的內容。本研究透過訪談內容的逐字稿謄寫，忠實地還原個案陳述內容之原貌，而訪談過程中研究者亦需懸置自己的感受、想法和經驗，使其不會影響個案的表達；第二、「想像變異」，即研究者透過想像 (譬如尋找反例或變異例子)、擴散性觀點 (譬如尋找相似概念來做比較) 等方式來避免思考的固著，並藉此過程尋求現象背後可能的意義 (Moustakas, 1994)。在本研究中，研究者透過反覆閱讀受訪個案的逐字稿文本全文，先掌握整體的意義，接著以開放的態度針對個案的陳述句子，找出其陳述背後的意義單位，並將前述意義單位與研究問題做連結，過程中並透過協同分析者的檢核與討論以避免思考的固著；第三、「現象意義與本質的整合」，最後則統整前述想像變異後所獲得現象背後的意義，以及跨個案的分析資料，以發掘現象背後的意義與本質 (Moustakas, 1994)。

根據上述現象學研究分析原則，本研究之質性資料之「實際分析」過程如下。首先、研究者於與個案的訪談過程中，研究者對個案之陳述內容保持價值中立之態度，研究者懸置自己的感受、想法和經驗，使其不會影響個案的表達，透過這樣的方式來蒐集到個案忠實與完整的陳述。接著，研究者將訪談內容轉成逐字稿文本，研究者先反覆閱讀個案的逐字稿全文，以期待能對整體全貌有所掌握。接著，開始針對逐字稿文本內容進行分析，透過找出本文中有意義的句子、段落，予以初步的編碼、命名，以進行概念化分析。具體而言，即是將文本劃分成有意義的段落，再予以命名，此即「定義現象」(labeling phenomena) (見表 3-7)。緊接著，研究者並依據半結構式「訪談大綱」的標題 (研究問題) 做為架構進行類

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

別分析，研究者將指涉同一現象的概念群聚起來，並予以更高層次之概念將之命名。研究者並將整理好的逐字稿交予協同分析者分析檢核，確認所分析的概念與類別之正確性，並針對不一致處進行思辯與討論。研究者透過前述步驟，完成 5 位個案的個別分析之後，再藉由跨個案分析的方式，比較個案間是否有相同或相異之情形，對此發現的結果與協同分析者進行更深入的討論與分析。最後，並將分析結果與受訪個案進行討論，確認所分析的概念與類別個案是否同意、是否有需再補充或修正之處，最後再統整所有分析結果，並將其置回研究的整體脈絡中來撰寫結論。

表 3-7 定義現象的範例

意義段落的劃記	命名
研究者：那你小時候對家庭印象怎麼樣？小時候。	
受訪個案 D：媽媽特別的呵護我。因為媽媽腳不方便嘛、小兒麻痺，都把希望放在兒子身上。舅舅、阿姨、姑姑、叔叔都對我特別的呵護。(D：60)	照顧者特別愛護

(三) 品質檢視

質性研究的品質，可以使用Lincoln與Guba (1985) 所提出的「信賴度」來進行評估，它是指研究值得讀者信賴的程度。Lincoln與Guba首先區辨質性研究與量化研究在派典上之差異，並指出質性研究所認為的實體是多元且複雜，因此提出不同於量化的指標來評鑑「信賴度」，這些即「可信性」(credibility)、「遷移性」(transferability)、「可靠性」(dependability) 與「可驗證性」(confirmability) 等四項指標 (鈕文英, 2014)。首先，為了有效達成「可信性」指標的要求，即研究者是否充分而適當地呈現個案對實體的多元觀點，本研究採取以下幾個措施，包括：不同研究者的三角檢證 (協同分析)、個案檢核、省思日誌，分述於下。

為了讓分析的觀點避免過於主觀，只有研究者一人的觀點，導致有盲點出現，

本研究採用不同研究者的「三角檢證」理念，即須經一位以上的研究者蒐集和分析相同的資料，徹底檢視彼此的一致性 (鈕文英, 2014)。研究者在初步分析逐字稿文件後，會再請 2 位協同分析者，一起幫研究者來分析。之後並檢視研究者與協同分析者的分析結果是否有一致性，以確認資料分析之可信賴性。若研究者與協同分析者之分析有不一致處，研究者與協同分析者會針對不同觀點之分析處進行討論，對於看法不同之分析處，重新檢視此段落的意義與背景脈絡，討論可能差異的原因，直到達成共識為止。另一方面，透過協同分析者的不同觀點，在與研究者討論的過程中，也可以激發出新的觀點，以找出資料中背後的豐富內涵。

本研究除了透過協同分析者檢核所分析之內容之外，後續並將分析結果交予本研究之受訪個案，請他們予以檢視與回饋，研究者並透過「研究受訪個案檢核紀錄表」(見附錄 7) 紀錄其檢核之結果。透過這樣的檢核歷程，一方面可讓受訪個案有機會修正錯誤，另一方面也可以刺激受訪個案回想之前受訪時沒有分享的地方，並有機會提供更多資訊 (鈕文英, 2014)。

本研究亦透過研究者自身平日所進行的「省思日誌」(見附錄 6) 之紀載以確保本研究之可信性。「省思日誌」是研究者對自我和研究方法的省思，其功能是促進研究者產生新的思維。凡走過必留下痕跡，因此研究過程中不只需省察，還需要記錄下來。紀錄之內容包括研究者的心境、研究過程中遭遇的問題與偶發想法、採取的分析方法、初步的研究發現等 (Lincoln & Guba, 1985; 鈕文英, 2014)。而「省思日誌」除了確保研究的可信性之外，也可以提高遷移性、可靠性與可驗證性 (Lincoln & Guba, 1985)。

在「遷移性」指標方面，本研究透過清楚地陳述立意取樣標準與方法，並說明受訪個案的相關特徵。於結果的陳述中，亦提供清楚的訪談之引文內容，使得讀者可以透過厚實的描述 (thick description)，來理解並獲得對所呈現主題的共鳴；而「可靠性」指標方面，研究者透過清楚呈現研究過程中所採取的設計與方法，讓讀者得以瞭解研究程序與決策歷程，並檢核其適當性；最後，「可驗證性」

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

指標方面，本研究的結論均源自於質性訪談之文本資料，研究者於研究結果的陳述中均提供清楚的訪談引文來源，可供讀者檢視與驗證 (鈕文英, 2014)。

第五節 研究倫理

Flick (2007/2010)曾提及確保研究的品質先決條件，是必須具有倫理之正當性，使個案更願意揭露自身處境或讓他人瞭解自己的隱私。因此基於保護參與研究的個案，研究者須瞭解並遵守研究倫理，鈕文英(2014)提到對研究個案的倫理守則包括以下六點：第一、以誠實且尊重的態度對待研究參與者；第二、取得研究個案的知情同意 (informed consent)；第三、尊重研究個案的隱私，並注意匿名以及保密原則；第四、讓研究個案受惠並避免受到傷害；第五、確保研究個案擁有資料與得知研究結果的權力；第六、適當處理和研究個案間的關係。遵守研究倫理，除了是為了減少研究對於個案之可能傷害之外，也可以使研究個案在進行本研究時，無須擔憂洩漏相關之個資，並增進個案對於研究者的信任，提升研究資料蒐集之品質。

本研究基於前述之研究倫理原則，在正式進行研究之前，先將本研究之執行方案送彰化基督教醫院之「人體試驗委員會」進行審查，審查通過後才正式執行收案 (見附錄 8)。關於研究倫理的考量，本研究的具體措施如下，第一、本研究在正式對團體成員進行量表施測前，會告知個案研究者的身份、研究的目的，資料的使用；第二、研究者同時也向個案宣告他們的相關權力，譬如：過程中個案若覺得不舒服，不願意再進行訪談時，參與者有權利要求暫停訪談或退出研究，且完全不影響其治療結果；第三、明確告知個案參與研究中可能遭遇的風險與獲益。前述措施均明確載明於「匿名問卷研究說明書」(見附錄 1)中，並於團體前測之時，即由研究者明確告知個案。

進入質性訪談階段之受訪個案，研究者也會事先告知個案，訪談過程將會進行全程錄音，並明確告知下列事項，包括：錄音內容僅提供本次研究使用，所有訪談內容與資料絕對保密，個案的真實姓名或任何會讓人聯想到他們的重要資料，均不會出現在本研究任何書面報告中。個案若不想被錄音，有權當場要求停止錄音。並於個案瞭解上述權益與簽署「訪談同意書」(見附錄 2)後，方才進行訪談。

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

除此之外，研究過程中個案所有填寫之自陳式量表，也全部匿名，僅以代號編碼的方式，以利前後測之追蹤。所有個案填寫之量表資料，均存放於有上鎖之檔案櫃中。本研究所有個案的真實姓名或者會讓人聯想到他們個人的重要資料，均不會出現在本研究任何書面或口頭報告中，以達到保護本研究個案的目的。

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

第四章 研究結果

本章分別就本研究所蒐集到之量化資料與質性訪談資料等兩大面向來呈現分析結果。第一、量化資料方面，本章第一、二、三節主要是根據本研究個案所填寫的「關係型態量表」、「改變階段量表—性侵害版」(前、後測)，透過描述統計、相依樣本 t 檢定、卡方檢定、二因子混合設計變異數分析等統計方法，來分析與呈現個案的依附型態、前後測之改變階段與改變動機之變化；第二、質性資料方面，本章第四、五、六節則是呈現對於立意取樣所選取出之「治療後改變動機進步」之性侵害者所進行質性訪談的分析結果，依序呈現性侵害者的依附關係經驗、參與團體治療的主觀感受、團體治療過程中對於改變的看法等三項主題。最後，本章第七節則是針對本研究的結果進行總討論。

第一節 性侵害者的依附型態

表 4-1 與圖 4-1，為依據本研究個案所填寫之「關係型態量表」所分析出全體性侵害者之依附型態人數與比例分布狀態。由描述統計可以發現，所有性侵害者中安全型依附所占比例最高，約占 54.5%，其次則是排拒型依附的 29.1%，第三位則是焦慮型依附。而畏避型依附的比例則是最低，在本研究的 55 位個案中僅 1 位屬於畏避型依附，僅占 1.8%。本研究結果與黃冠豪 (2013) 之研究結論相近似，即我國接受社區處遇之性侵害者其依附型態多數屬於安全型依附與排拒型依附，而畏避型依附之比例則是最低。

而本研究的 55 位性侵害者中，約 31 位性侵害者可以被歸類為「非合意」，這些包括非合意性交、非合意性猥褻等性犯行 (簡稱「非合意性侵害者」)，人數約佔全體性侵害者之 56.4% 左右。而非合意性侵害者，同樣是呈現安全型依附所占比例最高，約占 64.5%，其次則是排拒型依附的 25.8%，第三位則是焦慮型依附，而畏避型依附的比例則是最低約占 3.2% (參考表 4-1)。值得一提的是，雖然「非合意」性侵害者其安全型依附比例頗高，但是本研究唯一一位畏避型依

附性侵害者也是屬於「非合意」性侵害者。

而本研究的「合意」性侵害者共約 24 位，包括：未成年合意性交、未成年合意猥褻等性犯行（簡稱「合意性侵害者」），人數約佔全體性侵害者之 43.6% 左右。而合意性侵害者，同樣是安全型依附所占比例最高約佔 41.7%，而排拒型依附次之約佔 33.3%，第三位則是焦慮型依附約佔 25%，畏避型依附則是 0 位（參考表 4-1）。值得一提的是，「合意」性侵害者雖然沒有畏避型依附，然而其「排拒型依附」與「焦慮型依附」等不安全依附型態之比率，均高於全體性侵害者或「非合意」性侵害者之比例，尤其是「焦慮型依附」性侵害者多數是屬於「合意」性侵害者（佔 75%）。

表 4-1 性侵害者各依附型態之人數與百分比

	非合意 性侵害者	合意 性侵害者	全體 性侵害者
安全型依附	20 (64.5%)	10 (41.7%)	30 (54.5%)
畏避型依附	1 (3.2%)	0 (0%)	1 (1.8%)
焦慮型依附	2 (6.5%)	6 (25%)	8 (14.5%)
排拒型依附	8 (25.8%)	8 (33.3%)	16 (29.1%)
總人數	31	24	55

註：單位為人數

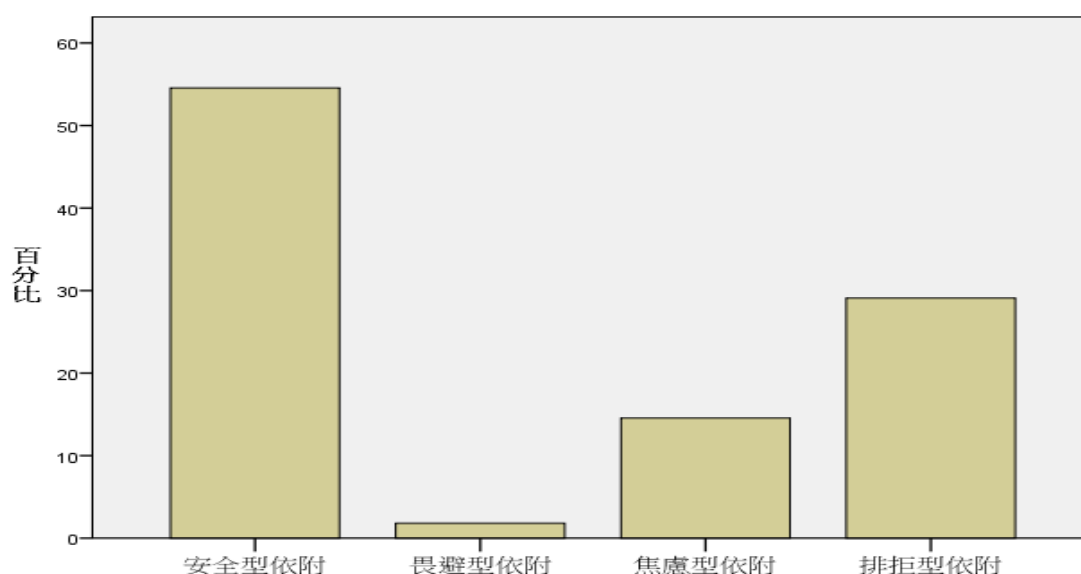


圖 4-1 全體性侵害者各依附型態之人數分布長條圖

為了對比上述研究結果，研究者整理 2 個「非犯罪組」的文獻數據做為對照參考，第一、根據王慶福 (1995) 的研究結果，其樣本 781 位大學生中，有 657 位可以被歸類到某種依附類型，其中以「焦慮型依附」244 人比例最多 (31.2%)，「排拒型依附」195 人比例次之 (25%)，「安全型依附」183 人比例第三 (23.4%)，「畏避型依附」35 人比例最少 (4.5%)；第二、根據黃冠豪 (2013) 的研究結果，其「一般成人組」(該研究之對照組) 以勞委會中區職訓中心之受訓男性學員為樣本 (學歷均為高中職畢業)，結果顯示 143 位個案中，以「安全型依附」79 人比例最多 (55.2%)，「排拒型依附」31 人比例次之 (21.7%)，「焦慮型依附」18 人比例第三 (12.6%)，「畏避型依附」15 人比例最少 (10.5%)。然而需留意黃冠豪 (2013) 研究中的「一般成人組」使用的是「30 題」版本之關係型態量表 (非本研究使用之 24 題版本)。(見表 4-2)

表 4-2 「非犯罪組」各依附型態之人數與百分比

	王慶福 (1995) 的研究	黃冠豪 (2013) 的研究
安全型依附	183 (23.4%)	79 (55.2%)
畏避型依附	35 (4.5%)	15 (10.5%)
焦慮型依附	244 (31.2%)	18 (12.6%)
排拒型依附	195 (25%)	31 (21.7%)
無法歸類特定 依附類型	124 (15.9%)	—
總人數	781	143

註：單位為人數

第二節 性侵害者團體治療前後的改變階段與 改變動機

表 4-3、圖 4-2、圖 4-3 為依據本研究個案於團體治療前、後所填寫之「改變階段量表—性侵害版」所分析出之前、後測之各個改變階段之人數與比例分布狀態。由描述統計可以發現，在進入團體治療之前（前測），多數性侵害者落於改變階段的「沉思期」（佔 34.5%），其次則是「行動期」（27.3%），第三則是「前思期」（16.4%），最少的則是「維持期」（7.3%）。

而在接受團體治療之後（後測），性侵害者最多的改變階段仍是「沉思期」（佔 36.4%）。然而，相較於前測，「後測」落於「準備期」之性侵害者變得較多，由原本前測的 14.5%提高為後測的 32.7%。但是，「行動期」則是由原本的 27.3%，降為 12.7%，而「維持期」之性侵害者人數比例也是由原本的 7.3%，降到 3.6%。

本研究之結果與楊大和等人（2012）之性侵害者改變階段之研究結果相似，楊大和等人的研究「第一測」與「第二測」之間，間隔也約 3 個月（該研究採每周治療，故兩次測試之間，總共間約 12 次治療），以楊大和等人（2012）研究之 30 人樣本為例，其研究之性侵害者於第一測（對應本研究之前測）多數屬於「沉思期」（佔 40%）與「行動期」（33.3%），「前思期」則是 0 人，然而到了第二測（對應本研究之後測），其「行動期」人數降為 8.3%，而「沉思期」、「前思期」的人數比例則是分別提高為 58.3%、8.3%。

換言之，楊大和等人（2012）之研究與本研究，似乎均顯示處於「後期改變階段」（行動期與維持期）的人數比例在接受團體治療過後反而呈現下降趨勢。以本研究為例，性侵害者多數退到「準備期」，而楊大和等人（2012）之研究則是退回到「沉思期」或「前思期」。

表 4-3 全體性侵害者前後測的改變階段之人數與百分比

	前測	後測
前思期	9 (16.4%)	8 (14.5%)
沉思期	19 (34.5%)	20 (36.4%)
準備期	8 (14.5%)	18 (32.7%)
行動期	15 (27.3%)	7 (12.7%)
維持期	4 (7.3%)	2 (3.6%)

註：單位為人數

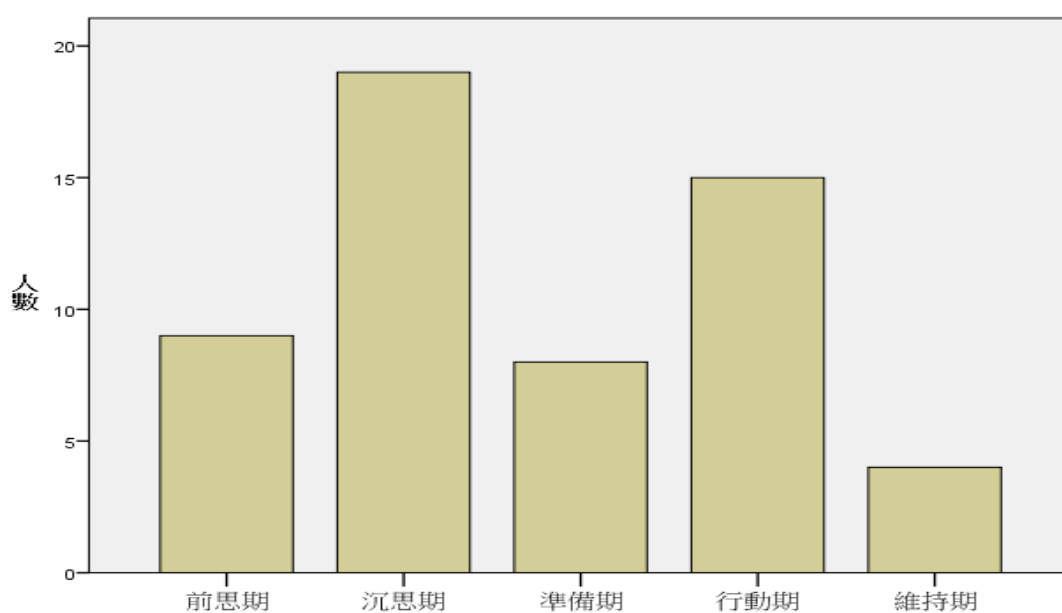


圖 4-2 性侵害者前測的改變階段之人數分布長條圖

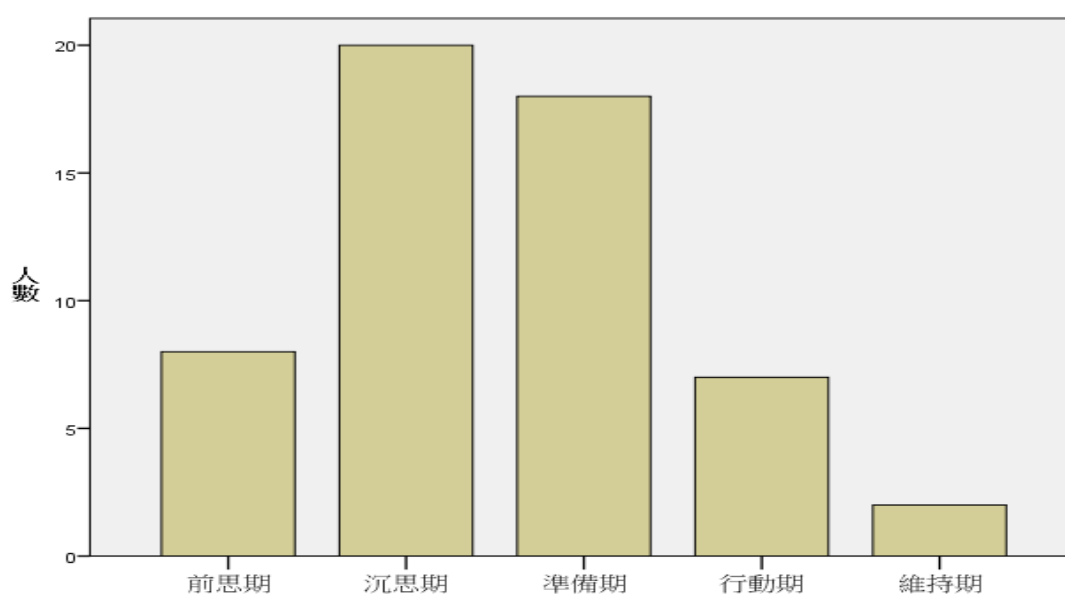


圖 4-3 性侵害者後測的改變階段之人數分布長條圖

進一步，若將性侵害者依據其所參與「團體類型」做區分，進行分析。

參與「第一階段」性侵害加害人身心治療或輔導教育(即第一階段團體治療)之個案，在進入第一階段團體治療之前(前測)，多數性侵害者落於改變階段的「沉思期」(佔 32.3%)，其次則是「行動期」(25.8%)，第三則變成是「準備期」(19.4%)，最少的仍是「維持期」(9.7%) (見「表 4-4」)。在接受六次的「第一階段」團體治療之後(後測)，同樣有「準備期」人數比例攀高，而「行動期」與「維持期」人數比例下降之現象。「準備期」人數比例由前測之 19.4% 升高至後測之 32.3%，而「行動期」人數比例則是由前測之 25.8% 下降至後測之 12.9%，「維持期」人數比例則是由前測之 9.7% 下降至後測之 3.2%。(見「表 4-4」)

而參與「第二階段」團體治療之性侵害者，在進入第二階段團體治療之前(前測)，多數性侵害者落於改變階段的「沉思期」(佔 37.5%)，其次則是「行動期」(29.2%)，第三則是「前思期」(20.8%)，最少的仍是「維持期」(4.2%) (見「表 4-5」)。在接受六次的「第二階段」團體治療之後(後測)，同樣地「準備期」人數比例攀高，而「行動期」人數比例則是下降，然而「維持期」人數比例則是維持不變。「準備期」人數比例由前測之 8.3% 升高至後測之 33.3%，而「行動期」人數比例則是由前測之 29.2% 下降至後測之 12.5%。(見「表 4-5」)

表 4-4 參與第一階段團體治療之性侵害者前後測的改變階段之人數與百分比

	前測	後測
前思期	4 (12.9%)	4 (12.9%)
沉思期	10 (32.3%)	12 (38.7%)
準備期	6 (19.4%)	10 (32.3%)
行動期	8 (25.8%)	4 (12.9%)
維持期	3 (9.7%)	1 (3.2%)

註：單位為人數

表 4-5 參與第二階段團體治療之性侵害者前後測的改變階段之人數與百分比

	前測	後測
前思期	5 (20.8%)	4 (16.7%)
沉思期	9 (37.5%)	8 (33.3%)
準備期	2 (8.3%)	8 (33.3%)
行動期	7 (29.2%)	3 (12.5%)
維持期	1 (4.2%)	1 (4.2%)

註：單位為人數

另外，透過「改變階段量表—性侵害版」所得出之前、後測之「各改變階段分量表之分數」、「整體改變動機分數」（代表改變動機分數），進行「相依樣本 t 檢定」，結果如「表 4-6」所示。t 檢定結果顯示，本研究性侵害者之各改變階段分量表之分數，僅「維持期」有達前、後測之顯著差異 ($t=2.193$, $p=.03$)，平均數由原本「前測」之 3.14 降至「後測」之 2.92，其他改變階段分量表之分數則無顯著前、後測之差異。

而「整體改變動機分數」的前、後測之平均數分別為 7.91、7.85，然而前、後測並未達顯著差異 ($t=.246$, $p=.806$) (見 表 4-6)。

表 4-6 全體性侵害者前後測各改變階段分量表之分數 與 整體改變動機分數

	平均數 (標準差)		t 值	p 值
	前測	後測		
前思期	2.86 (.84)	2.75 (.80)	1.16	.251
沉思期	3.85 (.93)	3.91 (.98)	-.722	.474
行動期	3.76 (.93)	3.75 (1.02)	.141	.888
維持期	3.14 (.86)	2.92 (.82)	2.193	.033*
整體改變動機分數	7.91 (2.88)	7.85 (3.06)	.246	.806

註：* $p < .05$

進一步，若將性侵害者依據其所參與「團體類型」做區分，進行分析。

參與「第一階段團體治療」的性侵害者，透過「改變階段量表—性侵害版」所得出之前、後測之各改變階段分量表之分數、整體改變動機分數（代表改變動機分數），進行「相依樣本 t 檢定」，結果如「表 4-7」所示。t 檢定結果顯示，參與第一階段團體治療的性侵害者之各改變階段分量表之分數，其「前思期」與「維持期」有達前、後測之顯著差異，前思期平均數由原本「前測」之 2.92 降至「後測」之 2.58，而維持期平均數由原本「前測」之 3.33 降至「後測」之 2.95，其他改變階段分量表之分數則無顯著前、後測之差異。而「整體改變動機分數」的前、後測之平均數分別為 8.3、8.52，並未達顯著差異 ($t = -.741, p = .464$) (見表 4-7)。

參與「第二階段團體治療」的性侵害者，分析其「改變階段量表—性侵害版」所得出之前、後測之各改變階段分量表之分數、整體改變動機分數，使用「相依樣本 t 檢定」，結果如「表 4-8」所示。t 檢定結果顯示，參與第二階段團體治療的性侵害者之各改變階段分量表之分數，均未有前、後測之顯著差異。而「整體改變動機分數」的前、後測之平均數分別為 7.4、6.99，前、後測亦未達顯著差異 ($t = 1.034, p = .312$) (見表 4-8)。

表 4-7 第一階段團體治療性侵害者前後測各改變階段分量表之分數 與 整體改變動機分數

	平均數 (標準差)		t 值	p 值
	前測	後測		
前思期	2.92 (.8)	2.58 (.84)	2.97	.006*
沉思期	4 (.9)	4.16 (.98)	-1.586	.123
行動期	3.89 (.94)	3.98 (1.02)	-.6954	.492
維持期	3.33 (.85)	2.95 (.82)	2.955	.006*
整體改變動機分數	8.3 (2.86)	8.52 (2.99)	-.741	.464

註：* $p < .05$

註：總人數 31 人

表 4-8 第二階段團體治療性侵害者前後測各改變階段分量表之分數 與 整體改變動機分數

	平均數 (標準差)		t 值	p 值
	前測	後測		
前思期	2.78 (.9)	2.98 (.69)	-1.55	.134
沉思期	3.68 (.95)	3.61 (.90)	.531	.601
行動期	3.61 (.91)	3.45 (.96)	.84	.412
維持期	2.89 (.81)	2.9 (.83)	-.044	.965
整體改變動機分數	7.4 (2.87)	6.99 (2.99)	1.034	.312

註：* $p < .05$

註：總人數 24 人

第三節 性侵害者團體治療前後的改變動機變化與依附型態之關係

為評估性侵害者之「改變動機前後測變化」與「依附型態」之關聯，本研究採用三種分析方式，第一種、根據個案前、後測之「整體改變動機分數」分組，並與「依附型態」變項進行卡方檢定；第二種、檢視不同依附型態之個案其前、後測之整體改變動機分數變化，採用二因子混合設計變異數分析；第三種、進一步，根據性侵害犯行是否為合意進行分類，並分別分析不同依附型態之個案其前、後測之整體改變動機分數變化。依序介紹如下：

壹、前、後測改變動機之正負向改變分組與依附型態分析

本研究將「改變階段量表—性侵害版」所得出之前、後測之「整體改變動機分數」，進行前、後測之分數相減，根據其分數正、負結果可以區分為兩組，即「改變動機正向改變組」（即後測之整體改變動機分數高於前測之分數）與「改變動機負向改變組」（即後測之整體改變動機分數低於或等於前測之分數）。

根據上述分組方式，再依據個案之依附型態分類，結果形成如「表 4-9」之交叉表，本研究發現「安全型依附」性侵害者中，約 53.3% 呈現前、後測改變動機之「正向改變」，而約 46.7% 則是未改變或負向改變；而「排拒型依附」則僅 37.5% 呈現前、後測改變動機之「正向改變」，有 62.5% 則是未改變或負向改變；「焦慮型依附」則有高達 75% 屬於前、後測改變動機之「正向改變」，僅 25% 是未改變或負向改變。「畏避型依附」僅 1 位，屬於前、後測改變動機負向改變。綜合上述結果，「焦慮型依附」與「安全型依附」之性侵害者，在接受團體治療之後其改變動機呈現進步（改變動機正向改變）的人數比例多於未進步或退步者，然而「排拒型依附」與「畏避型依附」之性侵害者則是相反，改變動機未進步或退步者（改變動機負向改變）比例較高。

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

然而，進一步將兩因子「改變動機前後測之正、負向改變」與「依附型態」，進行卡方檢定 (表 4-10)，結果並未達顯著，顯示「改變動機前後測之正、負向改變」與「依附型態」之間並無顯著關聯性。

表 4-9 性侵害者之改變動機前後測之正負向改變分組 x 依附型態 交叉表

前後測相比	依 附 型 態			
	安全型依附	畏避型依附	焦慮型依附	排拒型依附
改變動機正向改變	16 (53.3%)	0 (0%)	6 (75%)	6 (37.5%)
改變動機負向改變 (含未改變)	14 (46.7%)	1 (100%)	2 (25%)	10 (62.5%)
總 人 數	30	1	8	16

註：單位為人數

表 4-10 性侵害者之改變動機前後測之正負向改變分組與依附型態之卡方檢定

	數 值	自 由 度	漸進顯著性 (雙尾)
Pearson 卡方	4.117	3	.249
有效觀察值個數	55		

註：由於 4 格的預期個數少於 5，因此解釋上須小心。

貳、不同依附型態之性侵害者其前、後測之整體改變動機分數變化

本研究依據所有個案之依附型態分組，並進行其前、後測整體改變動機分數之檢定，研究者使用「二因子混合設計變異數分析」，「依附型態」為受試者間因子，「團體處遇之前後測」為受試者內因子，而依變項則是「整體改變動機分數」。分析結果顯示，兩個因子之交互作用並未達顯著 ($F=.775, p=.513$)，顯

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

示兩因子並未有交互作用效果。而「依附型態」對於依變項之效果未達顯著 ($F=.694, p=.56$)，「改變動機之前後測」對於依變項之效果亦未達顯著 ($F=.024, p=.878$)。(詳見「表 4-11」)

表 4-11 依附型態與改變動機前後測之二因子混合設計變異數分析摘要表

變異來源		離均差平方和 (SS)	自由度 (DF)	均方 (MS)	F 值	顯著性
依附型態	SSa	33.945	3	11.315	.694	.56
改變動機前後測	SSb	.039	1	.039	.024	.878
交互作用	SSab	3.807	3	1.269	.775	.513
誤差項	SSs/a	831.09	51	16.296		
誤差項	SSbs/a	83.472	51	1.637		

進一步，本研究將所有個案按照其依附型態分類，並「分別」進行前後測「整體改變動機分數」之比較，使用「變異數分析法」進行分析，結果如「表 4-12」與「圖 4-4」。結果顯示，「各依附類型」其前、後測整體改變動機分數均未達顯著差異。其中，由於「畏避型依附」僅 1 位個案，無法進行檢定。

雖然上述檢定結果並未達顯著差異。然而由「圖 4-4」可以看出，整體而言「安全型依附」其前、後測整體改變動機分數似乎有略為下滑之趨勢，而「焦慮型依附」前、後測整體改變動機分數則是有上升之趨勢。

另外，若撇開「畏避型依附」之個案不談 (因為僅 1 位個案)，儘管「安全型依附」其整體改變動機分數前、後測似乎有略為下滑之趨勢。然而整體而言，「安全型依附」不論在前測或後測其整體改變動機分數之平均數 (前測 8.38；後測 8.02)，仍是普遍高於其他依附型態之整體改變動機分數之平均數 (見「表 4-12」)，意即整體而言「安全型依附」之個案，相較於其他不安全依附型態，其改變動機仍是較高的。

表 4-12 各依附型態性侵害者 (全部個案) 之整體改變動機分數前後測變化之變異數分析

	前測	後測	個數	F 值	p 值
	平均數 (標準差)				
安全型 依附	8.38 (2.56)	8.02 (2.79)	30	.837	.368
畏避型 依附	9	8.86	1	—	—
焦慮型 依附	6.29 (2.56)	6.95 (2.83)	8	2.261	.176
排拒型 依附	7.77 (3.47)	7.92 (3.79)	16	.276	.607

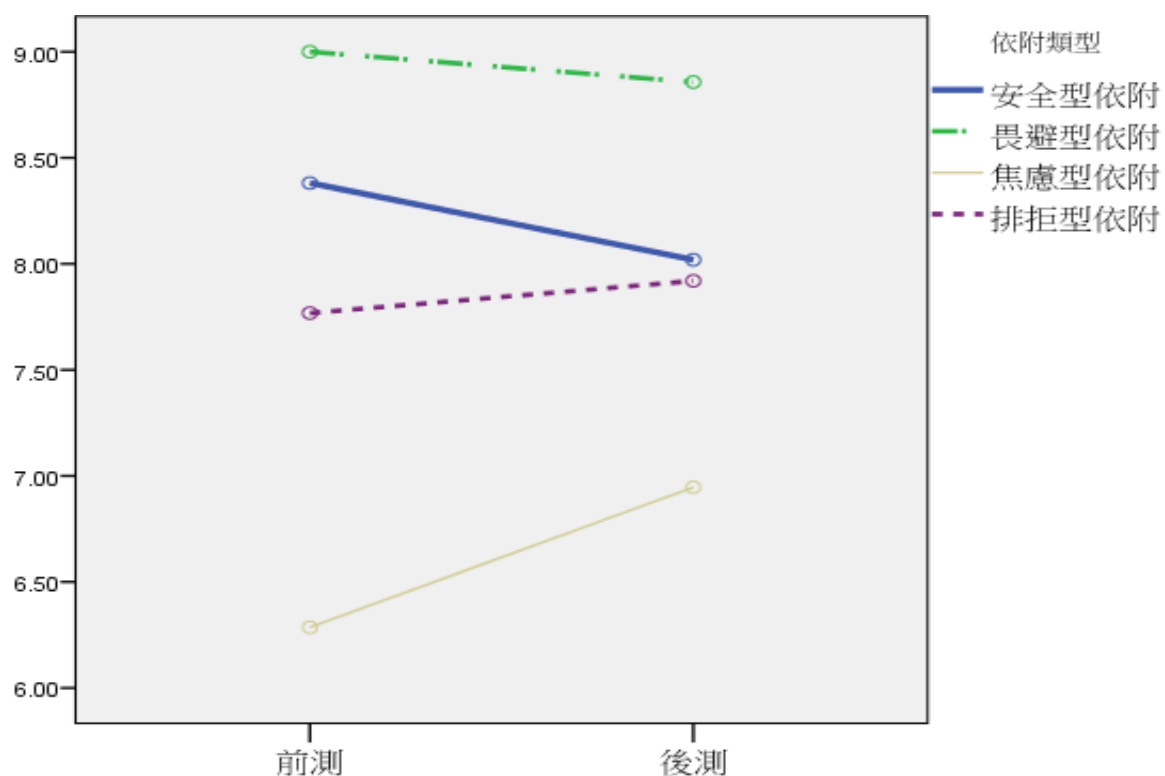


圖 4-4 各依附型態性侵害者前、後測的整體改變動機分數變化圖

最後，由於考量到本研究之「畏避型依附」、「排拒型依附」、「焦慮型依附」等依附類型之「樣本數偏少」（分別僅 1 人、16 人、8 人），可能會影響統計考驗結果。因此研究者進一步將這三種依附類型，合併起來統稱為「不安全型依附」，總人數為 25 人，進行前、後測「整體改變動機分數」之比較，使用相依樣本「變異數分析法」進行分析。結果顯示，所有「不安全型依附」性侵害者，其前、後測整體改變動機分數之平均數各為 7.34、7.65，前、後測仍未達顯著差異 ($F=1.695$ ， $p=.205$) (見表 4-13)。

表 4-13 「不安全型依附」性侵害者 (包含：排拒型依附、焦慮型依附、畏避型依附) 之整體改變動機分數前後測變化之變異數分析

	前測	後測	個數	F 值	p 值
	平均數 (標準差)				
不安全型 依附	7.34 (3.17)	7.65 (3.41)	25	1.695	.205

參、依據性侵害犯行「合意與否」分析不同依附型態之性侵害者其前、後測之整體改變動機分數變化

進一步，研究者將所有個案依其性犯行之本質 (合意或非合意) 分成兩族群，並分別依據其「依附型態」分組進行前、後測「整體改變動機分數」之比較，使用「變異數分析法」進行分析，結果如「表 4-14」。研究結果顯示，僅「合意性侵害者」中的「焦慮型依附」性侵害者其前、後測整體改變動機分數有達顯著差異 ($F=7.896$ ， $p=.038$)，其餘組別之前、後測整體改變動機均未達顯著差異。

「焦慮型依附」之合意性侵害者 (總共 6 位個案)，其整體改變動機分數由前測之平均值 5.95，顯著提升至後測之平均值 7.05。換言之，「焦慮型依附」之合意性

侵害者雖然一開始其「整體改變動機分數」是低於安全型依附、排拒型依附等其他依附型態，然而卻是合意性侵害者中治療前、後進步幅度最大且顯著的依附類型。

以「合意性侵害者」來看，除了前述其「焦慮型依附」之整體改變動機分數前、後測有顯著的提升之外。另外值得一提的是，根據圖 4-5，亦可看出其「安全型依附」之整體改變動機分數則是有不小的降幅（雖然未達顯著差異），從前測的平均值 8.14 降到後測的平均值 7.36。而「排拒型依附」則是前後測差異不大。

若以「非合意性侵害者」來看，雖然各依附型態之整體改變動機分數前、後測差異均未達顯著，但仍可從圖 4-6 看到一些變化趨勢與現象，描述如下。根據圖 4-6 與表 4-14 可以發現，非合意性侵害者其「焦慮型依附」之整體改變動機分數不只一開始偏低，且前後測呈現退步趨勢（這與合意性侵害者之焦慮型依附是截然不同之變化方向），不過由於本研究之非合意性侵害者屬於「焦慮型依附」僅 2 位個案，因此推論或解釋上須非常保守。而非合意性侵害者之「安全型依附」則是呈現微幅地下降，由前測的平均值 8.5 降到後測的平均值 8.35（未達顯著差異），「排拒型依附」則是呈現微幅上升，由前測的平均值 8.75 上升到後測的平均值 9.07（未達顯著差異）。

表 4-14 各依附型態性侵害者 (分成合意、非合意) 之整體改變動機分數前後測變化之變異數分析

	合意 (n=24)					非合意 (n=31)				
	前測 平均數 (標準差)	後測 平均數 (標準差)	個數	F 值	p 值	前測 平均數 (標準差)	後測 平均數 (標準差)	個數	F 值	p 值
安全型 依附	8.14 (2.58)	7.36 (2.31)	10	.608	.455	8.5 (2.62)	8.35 (3)	20	.203	.657
畏避型 依附	—	—	0	—	—	9	8.86	1	—	—
焦慮型 依附	5.95 (2.6)	7.05 (2.71)	6	7.896	.038*	7.29 (3.03)	6.64 (4.34)	2	.479	.614
排拒型 依附	6.79 (4.58)	6.77 (4.8)	8	.002	.968	8.75 (1.61)	9.07 (2.19)	8	.631	.453
全體	7.14 (3.37)	7.08 (3.28)	24	.016	.899	8.5 (2.32)	8.44 (2.79)	31	.061	.807

註： * $p < .05$

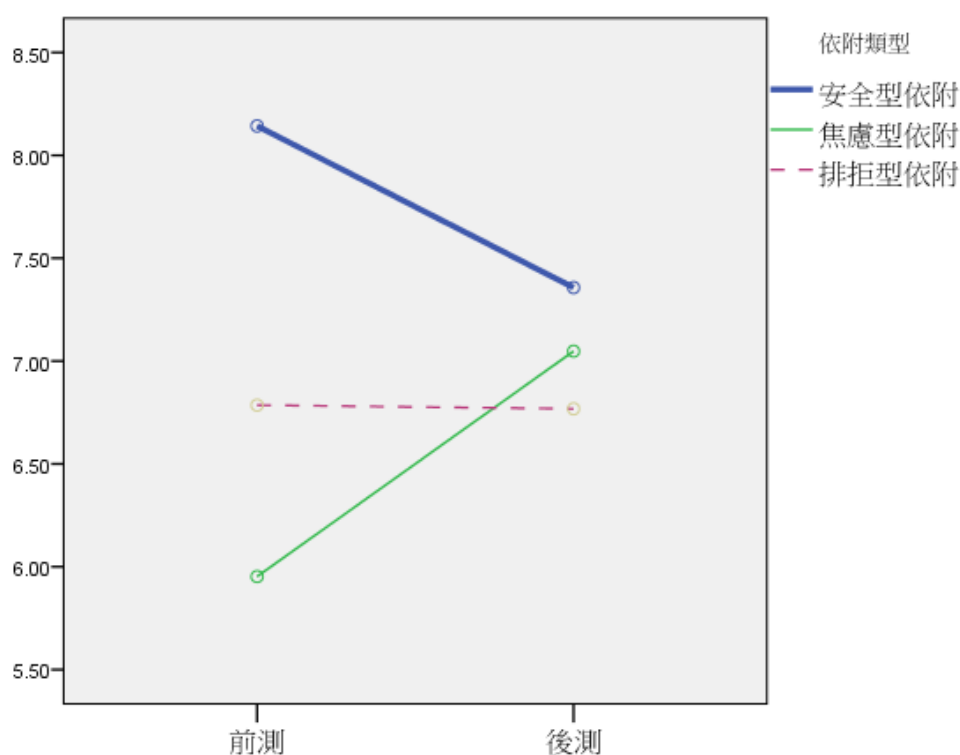


圖4-5 合意性侵害者之各依附型態性侵害者前、後測整體改變動機分數變化圖

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

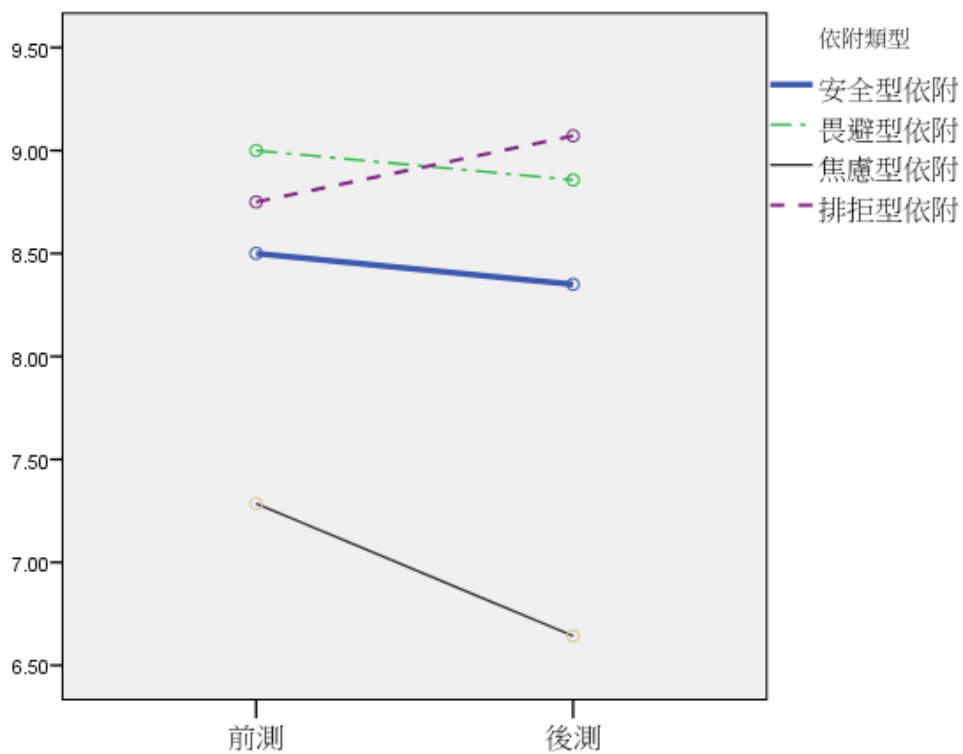


圖4-6 非合意性侵害者之各依附型態性侵害者前、後測整體改變動機分數變化圖

第四節 治療後改變動機進步之性侵害者的依附關係 經驗

依據國外文獻，性侵害者多數被認為是與不安全依附關係型態較為有關 (Smallbone & Dadds, 2000)。譬如根據 Marshall 等人的觀點，不良的依附型態與童年之成長經驗，會導致性侵害者成年後較為低自尊，也缺乏相關人際技巧並影響其發展適當親密關係之能力，進一步衍伸出後來性侵害行為之出現 (Ward, Hudson, & Marshall, 1996)。雖然國外文獻，多認為性侵害者的依附型態主要為不安全依附，然而是否對於治療反應較佳的性侵害者 (譬如本研究接受團體治療後改變動機進步的受訪個案) 其依附型態也是如此？又或者國外的研究結論也可全然適用於本土性侵害者呢？

以下根據質性訪談，以本研究立意取樣所選取之「治療後改變動機進步之性侵害者」其童年家庭氣氛、對童年主要照顧者之印象、人際關係、和異性之關係、面對孤單寂寞感受、對自我之看法等 6 個面向，來呈現訪談內容之質性分析結果，以瞭解受訪個案對於其自身依附關係之看法。

(一) 童年家庭氣氛

本研究的受訪個案多數知覺到童年時的家庭氣氛是正向且和睦，且知覺到童年是受到照顧 (甚至是寵愛的)。顯示，這些在治療中獲益的個案 (治療後改變動機進步的性侵害者)，其童年家庭氣氛其實並不差。

不錯啦，我要什麼有什麼。 (B: 069)

他們都滿照顧我的。 (C: 087)

我家庭就是生活中齣，環境不是說很好，但是大人也都很疼。因為我小時候到大，我媽沒有給我種過田或做工，如果我今天去種田回來他就拿棍子打我，也不能抓魚之類的，因為怕我發生意外啊，因為我小時候還有一個小弟嘛，啊他

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

死了之後如果我再走了他就變得沒依沒靠了，所以就保護我保護的…才會害我今天變成這樣啊。以前我說要什麼就有什麼，我娶老婆沒多久老爸就把財產都給我，我二十六歲就可以開車了。(E:047)

(二)對主要照顧者的印象

本研究的受訪個案，童年主要照顧者多為女性，受訪個案對於主要照顧者之知覺大多是具有溫暖、和藹與包容等特質；然而，本研究也發現多數個案提及童年時其主要照顧者似乎有「特別關愛」(甚至過度溺愛)個案的狀況(唯個案 A 雖肯定童年主要照顧者之溫暖形象，但否認有到特別關愛之程度)。

和藹可親阿。(A:059)

她的包容吧。(B:079)

不錯啦，我要什麼有什麼。(B:069)

因為她(媽媽)算是…算是比較…照顧我啦，因為只有我一個男生。(C:096)

媽媽特別的呵護我。(D:060)

對，是屬於和藹的那種。就處處都會想到小孩。(D:067)

因為她很疼我什麼事情都順我，今天才会有…。(E:054)

(三)人際關係

本研究的受訪個案多數認為自身的人際關係或與朋友之間的關係是不錯，也不會有交朋友方面的困難。

然而進一步分析，除了個案 A 與個案 B 認為在案件發生前他們在朋友間屬於豪爽與領導角色、交友也較廣之外。其餘受訪個案均或多或少有部分人際議題，譬如：犯行相對較嚴重的個案 C (個案 C 總共有兩次性侵害前科，第二次犯案使用強制手段) 在人際關係上，對於朋友或他人有防衛傾向，較不容易相信他人，也不易對他人吐露心聲。而個案 D 雖然也認為自己的人際關係好，然而對於可

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

能排斥他的人際訊息可能會較為敏感。個案 E 則是在朋友面前會刻意呈現比較好的那一面。

(我) 算個性比較豪爽，算出去我們都算…怎麼講…算人家如果要幹嘛都優先，買單那些就對了啦。(A：091)

同學、朋友、同事…朋友朋友也很多啊…同梯的也很多。(B：094)

朋友是在一起沒有錯，但是朋友不可以完全都信任。(C：133)

我都不會去跟人家講這個(自己的壓力、心事)。(C：137)

(交新朋友困難嗎?) 不會啊，除非說對方排斥啦，對方會懷疑東懷疑西這樣子，就不要，就不好啦，要對我沒有惡意。(D：126)

我在我朋友面前的形象都做得非常好，那可能是…一種善意的欺騙的形象啦，譬如說我在你面前啊我都會表現的很好。(E：073)

(四)和異性之關係

本研究的受訪個案多數認為自己與異性交往或互動沒有困難。其中，個案 B 目前已有穩定交往中之女友，個案 D 目前亦有互有好感之對象。

(和女友感情) 不錯，很好！(B：124)

對，互相都有好感，大家彼此尊重這樣。(D：166)

然而，性犯行相對較嚴重的個案 C 對於與女性交往有不信任感，這也會使其目前與異性交往時會有所顧忌。而個案成員 A 則有親密關係的建立需要有經濟層面的條件等觀念。

有的女生齷，有的女生看我不高興齷，有的女生都會…怎樣說…都會都會告你啦，不然就是用仙人跳啦，現在…現在很多都是這樣啦，所以我現在不敢碰就是這樣啦。(C：192)

(交女友困難?) 不會啦，現在目前如果有工作能力…我們也是可以再認識啊。

(A : 105)

(五)面對孤單寂寞感受

本研究的受訪個案，多數否認有受到孤單寂寞感受之困擾。其中，個案 B 與個案 D 目前已有正在交往或互有好感之對象，而其他受訪個案則是表示會透過休閒活動（如看人下棋、看網路與報章雜誌等）或將重心投入工作，來填滿空閒的時間或者轉移自己的注意力。

如果我覺得無聊，我就會去…那個要怎麼說…社區的有沒有，去社區那裏坐著，看人走來走去啊。（指下棋）（A : 144）

（孤單的感覺？）不會不會，我現在是工作比較重要，女朋友晚一點交也是可以。（C : 182）

（目前有好感對象？）對，互相都有好感，大家彼此尊重這樣。（D : 166）

個案 B 與個案 E 則是都提到目前重心是放在家庭，或挽回親情，也用此方式轉移掉孤單寂寞感受。

對啊，就像我現在的重心是家人嘛，公司的事情嘛，然後我有我的目標，我的店也快開幕了阿，這就是我的目標阿，你有一個重心重點後，就不會去想那些有的沒有的了。（B : 233）

要把親情找回來，剩下對我來說都不是重點，啊對我來說有沒有在一起…這次回來我承認是很空虛沒錯，因為我身邊沒有一個身邊的人，我生活中感覺少一味的那種感覺。（E : 093）

(六)對自我的看法

本研究的受訪個案，全數都表達對自己的喜歡，對自我之看法也多以正向描述居多，受訪個案大多會從自身脾氣及人際關係互動等面向來陳述自己。其中，

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

個案 B 與個案 C 認為自己個性活潑。

健談...人緣好啦。(B:147)

我現在覺得是自己活潑和樂的人，就是很快樂在過生活。(C:193)

我脾氣很好。(E:102)

我很喜歡我自己。(E:103)

第五節 治療後改變動機進步之性侵害者對於參與團體治療的主觀感受

關於性侵害者對於團體治療的主觀知覺此一議題，至少我們目前瞭解建立一個安全的治療氣氛對性侵害者的改變是相當重要 (Fernandez, Shingler, & Marshall, 2006)。Marshall 等人 (2003) 即建議提供一個安全、舒適的治療環境，使性侵害者在其中是較少感覺到受威脅，才較有可能促使個案放棄淡化或否認，因此治療師應展現出對於個案的興趣，和表達對其改變能力的信心，並創造出一個開放的環境。而 Collins 等人 (2010) 透過「質性研究法」探索性侵害者參與社區團體治療的主觀經驗，這些性侵害者也提及，不要使用太專業的語言、支持的環境、放鬆的氣氛、需要覺得被傾聽、好的治療結構、討論到家庭議題、好的治療者關係等因素，是他們覺得重要的治療要素。

以下根據本研究立意取樣所選取之「治療後改變動機進步之性侵害者」，其參與團體治療過程中的整體感受、團體治療中學習到的內容、在團體中向他人分享自身案件的感受、對治療者的感受、對其他成員的感受、對團體內容的感受、對團體之改善建議，等 7 個面向來分析訪談文本，以瞭解受訪個案參與團體治療之感受。

(一) 參與團體治療的整體感受

本研究的受訪個案，多數表達對參與本次團體治療之肯定也覺得有所收穫，對於與治療者互動也多持正向觀感。包括對於本次團體治療的氣氛感到輕鬆、自然、不會感到有壓力。或是表達對於透過參與團體治療能增加法律、性知識與對他人的尊重的認識表示肯定。

感受不錯啊，大家算……大家不會說很緊張，大家很輕鬆…算跟…跟在裡面（指監獄）上課不一樣啊。（A：162）

算很輕鬆、很自然這樣就對了啦。（A：172）

老師在問我們都是滿和樂、滿客氣地問我們。(C:122)

能跟社工老師一起互動談心，覺得滿不錯的。(D:188)

畢竟以前在社會上沒有接觸這個…覺得有來上這個課…覺得這個社會齷，有辦法去改變說我們人在性的方面要徹底地去了解自己，也要了解別人，要體會說別人的承受的感覺，老師跟我們說的內容，我們要能去吸收，畢竟是我們在外面學不到的東西，來這邊吸收一些對性方面啦、性交方面…。(E:108)

然而，本研究亦有受訪個案表達被強制要求來參與社區團體心理治療的不滿，譬如個案 B 認為社區處遇的課程會影響到自己的生活，尤其經濟的損失是讓他最在意的。

我來講的話，我在上班啦，啊我…下午的班都卡掉，只為了來上課的話…我整整損失掉五百塊錢啦。(B:170)

(二) 團體治療中所學習到的內容

本研究的受訪個案，普遍提及在團體治療中所學習到印象較深刻的內容包括：第一、能聽到別人的經驗與案例，透過這樣可以知道何時須留意與克制自己；第二、留意交往對象的年齡（是否未成年）與其他背景資料，防止自己再次落入違法的風險；第三、學習到對於他人的尊重、同理之重要性。

至少我聽到了很多人的經驗之後，我知道這個煞車該怎麼去踩它了。(B:177)

因為案件基本上都是相同的，雖然說我沒有碰到這一塊去，但是可以借鏡嘛，以後如果發生類似狀況…前提都出來了，然後其他大哥都這樣講，可能會發生同樣的事情，那就先踩剎車，不要再下去了。(B:183)

就是那個未成年都要去問清楚，最好是…這個是最重要的，因為未成年碰到齷，刑期都滿長的。(C:166)

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

怎樣做才不會觸法，比如說不可以跟女生發生性關係，不是說全部都不可以，你要成人，要對方同意，才可以，未成年同意也不行，還是說，會想說做到…比如說舉例講說我跟女生發生性關係，女生突然一半說覺得不舒服一樣，我們也是不可以再繼續，那就是觸法了。(D:286)

要徹底地去了解自己，也要了解別人，要體會說別人的承受的感覺 (E:108)

(三) 在團體中向他人分享自身案件的感受

本研究的受訪個案，可能因普同感（譬如均是男性、均同樣犯了性犯罪）等因素，對於在團體治療中向其他成員分享自己的案件，多表示不會覺得有心理障礙（不會因講述自己案件而感到不舒服），在團體中談及自身的案件能有自我揭露的意願。

大家都男生怎麼說丟臉，阿就我們做錯事齣，已經發生了，過去式了，算一個經驗齣，因為裡面發生這種事情很多，有什麼稍微就被仙人跳的，哩哩摳摳的，很多都判這種罪阿。(A:212)

我會覺得像我把我的經驗分享給大家，然後讓大家…順便跟我一樣…就是能學習大家經驗的啊。(B:187)

我們是無形中發生這種事情…哪有什麼好丟臉的，我覺得要坦然面對。(E:110)

(四) 對治療者的感受

本研究的受訪個案，對於在團體治療中治療者的描述與感受多為正向，多數提及對治療者的感受是會關心個案、對待個案不錯、親切，但也能適度糾正與提醒個案。另外，多數受訪個案也覺得在治療者帶領下的團體氣氛是輕鬆、沒有壓力的，而他們也認為這樣的治療氣氛比較容易讓他們願意自然地多講述，壓力太大或太沉悶，個案們會比較不想講。

回顧文獻也可發現與本研究受訪者所言相似之論點，Marshall 也曾提及若治療師被個案知覺是溫暖、同理、正向、真誠的，會是更有效能降低他抗拒的治療者 (Marshall et al., 2003)。而 Marshall 與其同事亦證實一個有同理心與溫暖的治療者，且同時具有回應與指導性的話，會對性侵害者產生最大的正向改善 (Marshall et al., 2003)。

很和藹可親、對人很好這樣就對了。(A:187)

不會說一個很嚴肅的這樣說，我就是老師怎樣又怎樣的。(A:188)

這次沒有來，下次出現的話一定會問說「啊，你上次為什麼沒有來？做了什麼事情？怎麼了？」就很關心我們。(B:190)

比較輕鬆啦，比較容易說出來。比如說你今天比較輕鬆愉快的講話嘛，很多東西我會自然而然講給你聽，可是如果今天氣氛很沉悶的話，我會比較不想講話。(B:199)

就會跟家人一樣啊...啊你吃飽了沒？啊你回來了沒？會噓寒問暖，會告訴我，你這樣做是錯的，會糾正你，怎樣才是對的。(D:193)

(五) 對其他成員的感受

本研究的受訪個案，多數表示與其他成員交集不深，彼此也缺乏深入地互動與瞭解，對於其他成員之印象停留在他們的上課表現或是成員與治療者之間的互動。

大家算是上課上幾節而已，沒有很熟阿。(A:201)

他走他的我走我的...理這麼多。(B:204)

有的同學講話會比較沒有節制，會想說再犯率滿高的，會想說某某人講話就不認錯嘛「我這樣子做就是要這麼做啊，有什麼錯，啊你不要問了我啦，說那麼多，啊你趕快上課(台語)」我想說他應該還會再做。(D:198)

我跟他們沒有什麼了解，也不知道他們在想什麼。(E:124)

(六) 對團體內容的感受

本研究的受訪個案，多數提及對於性知識、法律知識之討論印象較為深刻，特別是能讓成員留下深刻印象的大多是顛覆自己以前錯誤認知的部分；另外，也有不少學員認同的是治療者對他們所表達的關心，譬如詢問這兩周生活近況等。

學到什麼經驗，就是說一般我們算交往當中，還是要了解對方有沒有滿十八歲，比較不會說犯但那個罪，還是說她有沒有手冊阿。(A:229)

老師就是來的時候就是問你最近這兩個禮拜過得好不好，他都問這個比較多。他都會說這兩個禮拜有沒有怎麼樣？怎麼樣生活。(C:143)

以前不知道這樣子做是錯的啊，啊現在知道，啊自己就要知道那個嚴重性啊，那一些法規啊，法條，還是說…比如說，以前都會想說，嗯…未成年只要你情我願發生性關係那就是合法的，因為我不是用強制性的，現在知道未成年就是沒有那個自主能力，在刑法上是錯的。(D:204)

另外，參與進階團體心理治療的個案 B 則是提及治療中被詢問自己的再犯風險等級，以及如何說服他人自己不會再犯的反省印象等再犯預防之議題較深刻。

讓我們寫作業之外啦，然後讓我們用自己的言語去了解說我確定我不會再犯了，要去說服他們相信我不會再做這種事情啦。(B:239)

(七) 對團體之改善建議

本研究的受訪個案，整體而言多數認可目前的進行方式，然而部分個案仍有提出一些面向之建議可供參考。第一、可以透過實際案例的討論，讓其他團員有借鏡機會；第二、許多人會犯案與生活缺乏目標有關，若能用正向目標與生活替換原本無目標、無重心的生活，或會減少再犯機會；第三、團體人數不要太大，

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

因為人數太多這樣案件歷程就無法問很細；而犯案時的心態、心情為何均很重要，案件要「問得深」是關鍵，但是可能並非所有個案均可以在團體治療一開始被問很深，因此可從比較願意講自己事情的個案著手。

滿意滿意，非常滿意，不錯啦。(A：292)

那如果以後碰到同樣的狀況話，我可以怎麼做。可以把他的狀況講出來，然後把他的重點舉一些出來之後，然後讓人家去接受說哦原來這樣做是不對的，原來這樣不要這麼做，是可以借鏡他的啊。(B：226)

舉凡像上課一定會有比較話多的，像我這種話多的嘛，比較願意談自己的事情的嘛。(B：228)

你去做這個事情一定是，欸!! 像我的事就是生活中缺乏刺激感嘛，覺得無聊，那你可以去找別的事情代替嘛，就譬如說像找工作也好啦，…應該要去做一些正向的事情啦，去踏青也好，去跟朋友聚會也好。(B：231)

最多好像到 15 個還 12 個人，就比如說從 1 號問問，問到 15 號，喔那時間都不夠用了。他應該說要仔細的說，一個一個來問犯罪過程…而不是說簡單、草草的。(D：212)

案發過程，怎樣案發，啊你當時的心態，像我，依我來講，我的心態就是，嗯…狡猾的心態嘛，你缺錢，那我剛好要，嘿啊，要嫖妓，那我錢給你，你給我性服務。說要仔細的，要去瞭解那個加害人當時犯罪的心情…要瞭解加害人當時的心態。(D：216)

至於個別心理治療形式與團體心理治療形式，不同個案有不同看法，譬如個案 A 認為團體治療形式較好，因為可以聽見他人的案例。但個案 D 個人認為個別治療形式比團體治療形式好，因為可以跟治療師有像好朋友聊心事的互動感覺。

(個別與團體治療相比) 團體，我覺得團體是比較好啦。因為團體算是一個

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

人聊天比較有辦法聊，某個同學在跟老師聊案情也好、還是聊天這樣，大家都會聽到啦，我是犯什麼案，怎樣又怎樣的，什麼事情發生。(A：211)

嘿，個別（治療）比較好。(D：300)

（個別治療）就類似說，嗯…有一個好朋友在跟你談心事。(D：301)

第六節 改變動機進步之性侵害者團體治療過程中對於改變的看法

以下根據本研究立意取樣所選取之「治療後改變動機進步之性侵害者」來分析訪談文本以探究受訪個案參與團體治療後對於行為改變的看法，包括：自覺需要反省與改變的地方、參與團體治療對於幫助其調整自身行為以避免未來再犯之幫助 等 2 個面向。

(一) 自覺需要反省與改變的地方

本研究中的受訪個案在經歷本案件後對於自身的反省，個案 C 與個案 E 均提及家人影響力的重要性，譬如個案 C 提醒自己不要讓父母擔心。而個案 E 則是表達對家庭之懺悔與自責。

爸媽跟你講的都是為你好的，爸媽對你們講的都是對你好的，所以你要懂得去聽爸媽的話。你已經關這麼久了，爸媽也去看你這麼久了，你不要再去犯，不要再一錯在錯，讓爸媽再擔心。(C：197)

我的感想就是說，因為之前還沒有發生這個案件的時候，發生了之後，覺得很對不起我的長輩啦，很對不起我的老婆小孩，很對不起我自己。對這個家庭齣，我整個很失格啦，我覺得很不應該。(E：155)

本研究的受訪個案自覺需要改變的地方，多數提及包括生活習慣不良、缺乏生活重心與交壞朋友是其犯行可能的誘發因素，也可因此反省而有所調整。另外，也提及與異性互動需更為謹慎與留意。

我去犯到這一條罪是因為喝酒才犯的，啊我出來之後就把一些菸酒都戒掉了，保持清醒一點避免說自己去犯到那一條喝酒後這樣。(A：240)

以前因為就是很想找刺激的事情來做啦，越刺激越好啦，啊現在覺得說反正該玩得該碰的該混得我都玩過了，找不到東西好玩的，不如安安分分的上班好了。

(B: 266)

其實壞朋友交到大部分都有影響啦，因為你如果交到壞朋友，你去學他們，你自己情緒的控制啦，也是都會不好，就是講話...朋友講話很衝，你學他講話也很衝。(C: 200)

生活中就是要有一個生活目標，這才是一個理想啊，阿你沒有一個生活目標，你才會在那邊胡思亂想會亂做嘛，人家三五好友一揪就想要去喝燒酒，找女人幹嘛的，有的沒的事情就會發生在你的身上啊。(E: 157)

(二) 參與團體治療對於幫助其調整自身行為以避免未來再犯之幫助

本研究的受訪個案，多數表示法律規範之認識或性方面知識之獲得、在團體中聽取他人實際案例之分享經驗，能讓自己想產生改變與避免再犯，也會因此會多留意自身行為，因為個案在平日生活中較無機會學習到相關知識。特別地是，多數個案提及往後會留意交往異性是否為未成年此一議題，與異性之交往態度亦轉趨小心。

因為我們聽到很多案例嘛，因為我們沒有經驗聽到這個經驗之後，改天我們也許會遇到，遇到的情況下就知道了，我們就要閃了這樣。(A: 250)

要成人，要對方同意，才可以，未成年同意也不行，還是說，會想說做到...比如說舉例講說我跟女生發生性關係，女生突然一半說覺得不舒服一樣，我們也是不可以再繼續，那就是觸法了。(D: 286)

性關係的問題你知道嘛，你以前在社會都不會聽說過有關性關係的事情啊，因為這個課程的關係，在監獄裡老師跟老師我們才能上這種課，不然以前在社會平常根本想接觸也沒有機會啊，完全沒辦法理解這種東西啊，不知不覺才會犯這種罪，啊你如果有這種觀念之後對性方面和對異性方面自己就會多注意一點了啊。(E: 161)

另外，個案 E 也提及治療者比內容更重要，活的「具體實例」的探究與教育比死的教材內容背誦重要。而個案 C 則提及治療者的提醒與關心，對其改變是有幫助。與此相呼應的，Collins 等人 (2010) 的質性研究也提及犯人與治療者兩組均認同「治療者角色」的重要性，特別是犯人將「治療關係」的重要性擺在治療內容之前。

我是覺得老師啦，我覺得裡面的內容比較不重要。裡面的內容那算死的東西，老師跟我們說的是活的啊，我最主要是要東西是要活得，不是死的。(E: 179)

一定有幫助幫助很大啦，他們是在關心你，老師來這裡上課是在關心你不是在害你。(C: 243)

第七節 研究結果與討論

本節針對本研究之量化與質性研究結果進行綜合討論。依據以下三個主題分類論述，包括：性侵害者的依附關係、性侵害者團體處遇前後的改變階段與改變動機之變化、性侵害者的依附型態與團體處遇前後的改變動機變化。

壹、性侵害者的依附關係

不少國外文獻認為性侵害者早年的家庭經驗可能是不良 (Craissati et al., 2002; Smallbone & Dadds, 2000)。性侵害者童年時期與重要依附對象的關係通常不良，譬如 McCormack 等人發現，強暴犯或者暴力犯罪者其早年的人際經驗大多是負向的，特別是與父親的關係較為糟糕 (McCormack, Hudson, & Ward, 2002)。而 Marshall (1989) 則是認為性侵害者童年的不安全依附關係，會持續影響其日後的依附型態，使其在成人關係中缺乏自信心且缺乏要達成親密關係所必要的技巧，無法與他人建立親密的人際關係，也較容易陷落在情緒孤單和社交孤立感，也很難表現出正向之社會行為，這種挫敗感進而導致後來的性侵害行為。Marshall 也提及許多性侵害者會形容他們在社交互動上像是個局外人(outsiders)或者與他人互動較為表淺 (Marshall, 1989)。然而，國外研究中這些對於性侵害者的描繪，是否適用於我國性侵害者？又是否對於處遇反應較佳的性侵害者來說 (譬如本研究質性訪談所聚焦的處遇後改變動機進步的性侵害者)，其依附關係其實會有不同的樣貌？

本研究的結果顯示，接受社區處遇的性侵害者，不論其犯行本質是合意性行為或非合意性行為，其依附類型多數是屬於「安全型依附」與「排拒型依附」，而畏避型依附最少 (在本研究 55 位個案中，僅 1 位)，這似乎與國外文獻對於性侵害者之依附型態之描述與預期以「不安全型依附」為主有所落差。此外，本研究中的「焦慮型依附」比例上似乎也較容易出現在「合意性侵害者」身上。針對

本研究結果，研究者提出下列 4 點觀點，第一、本研究之樣本主要是以我國彰化縣接受性侵害加害人社區處遇之個案為主，因此本研究之性犯罪樣本的代表性本身可能尚有侷限，本研究的性侵害者「整體而言」其所犯之性犯行，相對於入獄服刑或接受刑後強制治療之性犯罪者嚴重程度可能較低。因此，研究者建議將本研究之結論，聚焦適用於我國「接受社區處遇」之性罪犯，而非其他性罪犯者；第二、根據國內學者林明傑的觀察，我國的性侵害者之心理病理嚴重度相較於美加地區的性侵害者應有程度上之落差，譬如我國的戀童性侵害犯與北美的戀童性侵害犯，其較嚴重的「固著型」所佔比率即明顯偏低約僅佔 1/9 (然而北美則佔約近 1/2) (林明傑，2013/01/18，個人通訊)。加上東西方家庭文化與價值觀上的差異，本研究之結果也反映出或許我國的性侵害者其不安全依附等心理問題相較於國外可能較不嚴重；第三、本研究也發現「合意性侵害者」其依附關係問題與嚴重度，其實並不會比「非合意性侵害者」來得好，特別是相較於非合意性侵害者有比例相對偏高的「焦慮型依附」，因此顯示「合意性侵害者」其實也有其不安全依附議題，值得進一步介入與探究；第四、是否「依附關係理論」真能用來解釋我國性侵害者的性犯行，也是一個可以思考的議題。雖然依據 Bartholomew 和 Horowitz (1991) 運用對自我與對他人兩個向度，可以區分出 4 種依附型態，而依附關係問題也可能與部分性侵害者的親密關係問題有關，然而這未必能全然解釋性侵害者其性犯行的一項最根本議題，即「人我界線」的問題。換言之，研究者認為雖然本研究的分析結果，顯示性侵害者最多的依附型態是「安全型依附」，但「安全型依附」並不同於這群人的「人我界線」是沒問題的，而研究者認為「人我界線」問題或許才是這群性侵害者會有侵犯他人性自主權的主因，而非依附關係問題。因為對比於「非犯罪組」的依附型態比例，譬如以王慶福 (1995) 研究中的大學生樣本為例，本研究的性侵害者其「不安全型依附」之比例並未比較高，因此「不安全型依附」是否可以用來區辨性侵害者與一般人，或者是否足以解釋性侵害者其性犯行之發生，這些議題均值得後續研究進一步去探究。

進一步，根據本研究的質性訪談與分析也發現，「接受團體處遇後改變動機進步的性侵害者」普遍對於童年自身的家庭經驗描述是正向，而對於童年主要照顧者之知覺亦認為是溫暖與照顧的形象，對於自我也多持正面看法與評價，普遍否認有同儕互動問題或與異性交往之障礙，團體處遇過程中在其他團體成員面前談論自己的案件也不會有心理障礙，上述這些現象整體而言大致也符合「安全型依附」之特徵。這樣的質性分析結果，也間接驗證了「安全型依附」與處遇後改變動機進步之間的關聯性，意即也呼應了 Mallinckrodt 等人 (1995) 的研究，即「安全型依附」的個案在治療中能與治療者建立較佳的合作關係，他們也較能對治療作業產生較多的認同，因此我們可以預期這類個案相較於不安全型依附的個案於處遇過程中其進步的幅度相對應該會較大。然而，質性資料的分析結果中也發現 2 點重要現象，第一、本研究受訪的 5 位性侵害者有為數不少曾提及童年主要照顧者似乎對他們有過度寵愛或過度包容之傾向，甚至有個案直接將其案件犯行的促發因素與童年主要照顧者的「過度溺愛」做出連結。本研究的這項發現，似乎也顯示主要照顧者的「過度溺愛」議題或許也有可能是導致性侵害者出現性偏差行為之可能因素之一，但是這與在西方文獻中常見對於性侵害者之不良家庭功能描述中 (McCormack, et al., 2002 ; Craissati, et al., 2002)，所強調的疏離、虐待等議題有明顯的不同，因此需思考的是是否有「跨文化」的差異？特別是，傳統華人的家庭價值與對於幼童的撫育觀念可能與西方家庭有明顯差異，傳統華人家庭是具有集體主義的色彩，強調與他人的緊密連結，個體也被期待融合成團體的一部份，這與西方個人主義中所強調突顯個人的獨特特質有明顯之不同（楊國樞、陸洛，2005），東、西文化對於家庭觀念與價值之差異，是否影響父母在教養上態度之不同，而這樣的差異對於後續造成性侵害者之性犯行的發展路徑是否也會有不同之影響。另外，對比於西方文化，華人較為重視家庭價值與對於幼童之照顧較為關係緊密的撫育方式，是否也是導致本研究性侵害者所測出來「安全型依附」比例較為偏高的原因之一，這些議題均是值得未來的研究進一步去做探究；

第二、雖然質性分析結果，本研究處遇後改變動機進步的受訪個案，普遍認為自己沒有人際或異性交往方面之問題，然而有部分受訪個案確實有提及部分輕微的人際議題（譬如：敏感他人對自己的不友善、在朋友面前刻意表現較好的那一面）。另外，若再依據犯案情節嚴重度來將本研究的受訪個案做劃分，情節較嚴重的性侵害者（性侵害再犯同罪）其人際關係議題似乎也有較為偏差之傾向（譬如對他人或異性較為不易信任），由此可知性侵害者確實可能有潛藏人際互動或依附關係之問題存在，問題之嚴重度也可能與其性犯行嚴重度有關。

貳、性侵害者團體處遇前後的改變階段與改變動機之變化

本研究的結果顯示，接受社區處遇的性侵害者，在處遇前多數性侵害者落於改變階段的「沉思期」（佔 34.5%），其次則是「行動期」（27.3%）。然而，在接受團體處遇之後，性侵害者最多的改變階段雖然仍是「沉思期」（佔 36.4%）。然而，相較於處遇前，處遇後落於「準備期」之性侵害者變得較多，而「行動期」與「維持期」之性侵害者人數比例則是下降。這樣的現象，即使在只有接受一次社區處遇經驗的性侵害者（即本研究參與第一階段團體處遇之性侵害者）也是一樣。本研究之結果與我國楊大和等人（2012）之性侵害者改變階段之研究結果相似，楊大和等人（2012）的性侵害者研究亦發現在經過 3 個月的處遇之後，似乎有退回早期改變階段之傾向，只是本研究的性侵害者多數退到「準備期」，而楊大和等人之研究則是退回到「沉思期」或「前思期」。

此外，若以「改變動機」來看，雖然處遇前後本研究全體性侵害者的「整體改變動機分數」並未有顯著前後變化，然而卻可以發現「維持期」的分量表分數有明顯下降之現象。從上述結果，可以發現性侵害者接受團體處遇的經驗，似乎無法明顯提升其改變動機或改變階段，甚至有部分跡象顯示是有些微退步的。針對這樣的現象，研究者分析有以下幾個可能的原因，第一、這樣的現象或許反應本研究的團體設計或處遇模式未能針對性侵害者之「改變動機的提升」做介入有

關，本研究的團體帶領者並未受過動機式晤談之訓練，團體的介入內容也未特別針對改變動機的提昇做設計，而這群性侵害者都是非自願性被強制要求來參與團體處遇的，因此若無特別針對改變動機做設計，這樣的團體經驗可能對他們來說反而是種挫折經驗，因此未來之團體設計或許可以採用針對提升動機之介入方式(譬如：動機式晤談法)。另外，目前國內外現行常見的性侵害者團體處遇模式「再犯預防取向的認知行為模式」，其理論與治療架構本身亦缺乏改變動機之提升要素，意即「再犯預防取向的認知行為模式」與「行為改變的跨理論模式」兩種治療取向的理論立基並非「非」在同一個概念向度上，因此使用「行為改變的跨理論模式」的改變動機與改變階段等概念作為療效指標，當然就難以評估使用「再犯預防取向」的團體處遇效果。對此，林明傑提出的「整合矯正諮商模式」(林明傑，2011) 包括強調「確定方向、找出做法、找出優點、慢慢做到」等四項矯正治療的重點，即改善原本「再犯預防取向之認知行為模式」遭人詬病的缺乏促進性侵害者改變動機之元素，是一項有前瞻性的新興治療模式；第二、本研究的團體處遇追蹤期間僅 3 個月，這過程中僅經歷 6 次處遇，而這群性侵害者皆為非自願性案主，因此可能也很難期待在 6 次的「短期」團體處遇過程中就能很明顯地提升其改變動機。楊大和等人 (2012) 的研究中也曾提及處遇的次數限制可能是團體處遇效果未能彰顯的原因之一；第三、根據「行為改變的跨理論模式」對於處在不同改變階段的個案，應使用不同的處遇方式與相對應的動機促發策略才能有效促進其改變動機，因此當本研究將所有不同改變階段的個案放在同一個團體來進行處遇時，應可預期很難提升個案的改變動機。因此，在個案接受處遇之前，可能須先評估其改變動機並根據個案所處的不同改變階段，分派到不同的團體或者予以不同的處遇策略，如此效果才有顯現之可能性；第四、雖然本研究的結果未能證明團體處遇能促進性侵害者的改變動機，但是根據 Barrett 等人 (2003) 的發現，這些性侵害者若脫離處遇，其改變動機即會大幅下降，因此從另一個角度來看，雖然團體處遇似乎未能促進性侵害者的改變動機，但是至少團體處遇對於

性侵害者的改變動機起了「維持」的作用 (楊大和等人, 2012), 若無安排團體處遇, 性侵害者的改變動機可能退得更快; 第五、最後, 由於「改變階段量表-性侵害版」是屬於「自陳式量表」, 雖然研究者有初步篩選掉一些無效問卷, 然而仍難避免個案為了討好研究者或者刻意表現好以求通過處遇評估的心態之影響, 畢竟量表的題目還是可以讓個案揣測到研究者想測的大概是什麼, 因此難以避免個案可能會選擇較符合社會期許的答案, 因此這樣處遇前、後改變動機的退步現象, 或許只是反映前測時個案因為還不熟悉處遇情境, 因此面對量表之填寫較為刻意掩飾, 然而到了後測面對量表的填寫時, 因為對處遇情境已較為熟悉因而填寫時心態變得較為鬆懈, 反而較貼近其真實的想法與態度。事實上, 確實無法排除這樣的可能性, 因為知名的社會心理現象「霍桑效應」(Hawthorne Effect) 即反應這樣的現象, 意即當個案知道自己成為被觀察對象時而改變行為的傾向。另外本研究對於「接受團體處遇後改變動機進步的性侵害者」所進行之質性訪談, 也提供關於提升性侵害者改變動機之一些參考 (於下一段介紹)。

針對本研究受訪性侵害者之質性訪談結果, 研究者提供以下觀點與建議, 第一、如同 Marshall 等人的發現, 若治療師被個案知覺是溫暖、同理、正向、真誠的, 會是更有效能降低他抗拒的治療者, 如果性侵害者認為治療者是個在乎他們的人, 且尊重地對待他們, 則對於治療反應會最好 (Marshall et al., 2003)。確實, 本研究多數處遇後改變動機進步的性侵害者提及對治療者的主觀知覺是, 治療者會關心個案、對待個案不錯、親切, 也能適度糾正與提醒個案。換言之, 有不少受訪性侵害者在處遇過程中, 認同的是治療者對他們所表達的關心態度, 這也呼應 Collins 等人 (2010) 的質性研究發現, 即性侵害犯會將「治療關係」的重要性擺在處遇內容之前, 並強調治療師能接納個體但不是其行為的重要性 (將個體與其犯行做區分), 以及犯人會需要覺得被傾聽等關鍵性治療要素。同樣地, 團體氣氛若是讓個案感到輕鬆、不會感到有壓力, 他們也會認為這樣的治療氣氛比較容易讓他們願意在團體過程中較自然地多講述。而 Marshall 等人 (2003) 也曾建

議，提供一個安全、舒適的治療環境，使性侵害者在其中是較少感覺到受威脅，相較於一直去攻擊其防衛行為，這樣做才較有可能促使個案放棄淡化或否認；第二、本研究受訪的性侵害者普遍提到，團體處遇經驗讓他們能聽到別人的經驗與案例，透過案例的討論可以知道何時須留意與克制自己，並做為自己的借鏡，當然在團體中聽到其他性侵害者與自己相類似的案件或者相近的心路歷程，也能產生「普同感」(Universality) 的共鳴感受，因為性侵害者可以意識到這樣的問題或困擾不是只有自己，別人可能也有相雷同的困境或感受，而這也是 Yalom 所提到重要的團體心理治療中的療效因子之一 (Yalom, 1995/2001)；第三、多數受訪者亦提及對於性知識、法律知識之討論印象較為深刻，而這點也可以對應到 Yalom 所提到團體心理治療中療效因子的「傳達資訊」(Yalom, 1995/2001)，然而須留意這邊的傳達資訊並非只是單向式的教育個案，而是透過「討論」而讓個案發現過往認知的錯誤與不足之處，因為通常能讓成員留下深刻印象的內容，大多是顛覆自己以前錯誤認知的部分，而這部分確實對於性侵害者很重要，因為他們有不少人確實之前對於法律與性相關是缺乏概念的，或者是因為錯誤觀念而觸法；第四、有部分受訪者提及家人影響力的重要性，譬如表達對家庭之懺悔與不想讓家人再擔心。這部分也呼應 Elisha 等人所說正向人際聯結對於性侵害者改變的重要性，因為許多性侵害者會表示出他們想改變的意願，主要是由於他們感受到來自重要他人之社會支持，特別是伴侶或父母 (Elisha et al., 2013)；第五、許多性侵害者會犯案可能是與生活缺乏目標有關，若能用正向目標與生活替換原本無目標、無重心的生活，或許會減少再犯機會，而這概念也呼應「好生活模式」(Good Lives Model) 中所提之理念 (Ward, 2002)，即如何協助個案，以利社會且非傷害性的方式，來達成重要且有價值的生活目標，以替代過去不良的生活型態。而這樣的介入方式，也比較能帶個案以正向角度來面對其問題，並提升其改變動機；第六、個案犯案時的心態、心情為何，對於「再犯預防」均是很重要之訊息，團體人數若太多 (譬如超過 10 人以上) 會使得個別案件的歷程無法探究得很細緻，治療者

需要能針對案件「問得深」(包括：犯人案發時的認知、情緒、心態等)，但同時可能也需留意並不是所有個案均可以在團體處遇過程中被問得很深入，因此建議可以先從比較願意自我坦露的個案著手，並以此開端建立起鼓勵團體成員願意做自我揭露的典範。

參、性侵害者的依附型態與團體處遇前後的改變動機變化

以下分別就本研究的各主要依附類型性侵害者，來闡述其參與團體處遇前後之改變動機變化之狀況，分述如下。

關於本研究中「安全型依附」性侵害者，本研究發現以下現象，第一、若以處遇前後改變動機是否呈現正向改變來看，其正向改變的人數比例確實高於本研究中不安全依附類型的性侵害者 (除了焦慮型依附之外)，本研究中約有 53.3% 的安全型依附性侵害者呈現前、後測改變動機之「正向改變」，而排拒型依附則僅 37.5% 呈現前、後測改變動機之「正向改變」。而本研究的質性訪談結果也顯示，「處遇後改變動機進步」的性侵害者其依附關係型態多數呈現「安全型依附」之特徵；第二、整體而言，本研究中「安全型依附」性侵害者的整體改變動機分數平均值不論在處遇前或處遇後，是高於本研究中全體不安全依附的性侵害者。這也顯示本研究中安全型依附性侵害者的改變動機整體而言確實較高；第三、然而若以整體改變動機分數的處遇前、後之動態變化來看，雖然未達顯著差異，但是本研究中安全型依附性侵害者似乎在接受團體處遇之後，呈現改變動機略為下降之趨勢，這樣的趨勢特別是在本研究中的「合意性侵害者」身上更為明顯。這與本研究原本的預期有部分落差，雖然本研究中安全型依附性侵害者其處遇前後改變動機正向改變的「人數比例」確實較高，然而其整體改變動機分數卻是呈現退步傾向，特別是在本研究中的「合意性侵害者」(如未成年合意性交) 身上更是如此，研究者推論這樣的現象或許是反應，對於本研究中性犯行屬於合意性交的安全型依附性侵害者來說，參加團體處遇的經驗反而是種挫折經驗，進而使其

改變動機降低，因為目前所採用的性侵害者團體處遇進行方式，不論是團體內容與討論議題，均是將非合意與合意性侵害者放在同一個團體進行，這樣的進行方式可能未必適合「合意性侵害者」，因為對這群人來說他們可能不一定認為自己是「性侵害犯」，建議未來之研究可以再針對此現象，進一步探索其背後之可能原因。

關於本研究中「排拒型依附」性侵害者，本研究發現以下現象，若以處遇前後改變動機是否呈現正向改變來看，其正向改變的人數比例確實較低，僅 37.5% 呈現前、後測改變動機之「正向改變」，有 62.5% 則是未改變或負向改變。而整體改變動機分數，本研究中排拒型依附性侵害者則是無顯著前後測之差異（前測平均 7.77；後測平均 7.92）。上述現象，也顯示本研究中「排拒型依附」性侵害者對於團體處遇之反應是不佳的，接受團體處遇似乎無法對提升其改變動機有顯著之正向影響。另外，雖然處遇對這群依附類型之性侵害者無明顯作用，但本研究也發現同樣是排拒型依附性侵害者，本研究中的「合意性侵害者」其整體改變動機水準，相較於本研究中的「非合意性侵害者」反而是要來得低（不論處遇前或處遇後），這亦顯示對於本研究中的「合意性侵害者」來說，相較於本研究中的非合意性侵害者，不論有否接受過處遇，他們更可能認為自己是不需要改變的（特別是其中的排拒型依附性侵害者），因此對於合意性交性侵害者來說，實務工作者確實有必要考量這群性侵害者的性犯行本質與其心態，思考提升其改變動機之處遇策略，而這樣的策略可能需有別於一般針對非合意性交性侵害者所設計之處遇內容。

關於本研究中「焦慮型依附」性侵害者，相較於本研究中其他依附型態其改變動機呈現有趣的現象，本研究發現雖然處遇前其整體改變動機分數是比本研究中安全型依附性侵害者或本研究中排拒型依附性侵害者要來的低，然而本研究中焦慮型依附性侵害者的整體改變動機分數於團體處遇前、後的「進步幅度」卻是所有依附型態中最高的。這樣的現象同時也反應在處遇前後改變動機正向改變

的人數比例上，約 3/4 的焦慮型依附性侵害者呈現改變動機正向的改變。換言之，若以改變動機來看，本研究中的焦慮型依附性侵害者是所有依附型態中，對於「團體處遇」反應最佳的族群。進一步，也可以發現這樣的現象在本研究中焦慮型依附「合意性侵害者」身上更是如此（相較於焦慮型依附非合意性侵害者），其整體改變動機水準顯著地由原本處遇前平均 5.95，提升到處遇後平均 7.05。但是須留意的是，這樣的現象並未出現在本研究中焦慮型依附「非合意」性侵害者身上。換言之，從這樣的結果可以發現雖然本研究中有 3/4 的焦慮型依附性侵害者其性犯行屬於合意性交，但是他們也是所有依附型態中，在接受團體處遇後改變動機進步幅度最大的。綜合上述顯示，雖然本研究中焦慮型依附性侵害者相較於本研究中其他依附型態，整體改變動機水準偏低，亦即可能一開始多數不認為自己需要改變或改變的意願不高，但在接受團體處遇後卻也是進步最多的，特別是在本研究中焦慮型依附「合意」性侵害者身上。另一方面，這也顯示本研究中同樣是「合意性侵害者」，也會因著其依附型態之不同，而反應出對於團體處遇之不同改變動機變化型態。不過，需值得注意的是，Mallinckrodt 等人 (1995) 曾提及焦慮型依附的個案在治療關係中，傾向與治療師快速建立關係，但也可能會過度在意治療師。因此，焦慮型依附個案與治療者所形成的治療關係是否能「長時間」維持穩定也是需值得觀察的，由於本研究僅追蹤三個月六次的團體處遇，屬於短期的團體處遇追蹤，因此焦慮型依附性侵害者在「長期的」團體處遇是否也能維持其高幅度的改變動機進步之成果仍須進一步的研究與觀察。

關於本研究中「畏避型依附」性侵害者，由於本研究中其人數與比例偏少，在本研究的 55 位性侵害者中，僅 1 位性侵害者屬於畏避型依附性侵害者，這在黃冠豪 (2013) 的研究中也發現類似現象，黃冠豪 (2013) 的研究總共蒐集 65 位性侵害者也僅 1 位屬於畏避型依附性侵害者。換言之，我國的接受社區處遇的性侵害者中，依附型態屬於畏避型依附者之比例是明顯偏低的。本研究唯一的一名畏避型依附性侵害者，其性犯行本質是屬於「非合意」，是對熟識的成年女性進行

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

強制猥褻，屬於初犯，本研究處遇前、後其整體改變動機分數則是由原本的 9 些微地降至 8.86，但由於僅 1 位個案，目前無法做統計檢定，也不適合針對此一依附類型做過多的推論。

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

第五章 結論與建議

以下就本研究之發現，提出相關之結論與建議，以做為「性侵害加害者處遇」領域的研究者與實務工作者之參考，共分兩節，第一節為研究結論，第二節為研究限制與研究建議。

第一節 研究結論

本研究中接受社區處遇的性侵害者其依附類型比例最高的是安全型依附，第二高的是排拒型依附，而畏避型依附的比例最少。

若以本研究的「全體性侵害者」來看，本研究的性侵害者在經過 3 個月的團體處遇之後，「準備期」的人數比例提高，然而「行動期」與「維持期」的人數比例則是下降。而整體改變動機則是無顯著的前、後測變化。這樣的結果與楊大和等人 (2012) 的研究結果是相近的，意即在經過三個月的團體處遇後，性侵害者的改變階段呈現退回到較早改變階段跡象，而整體改變動機則是無顯著的前、後測變化。進一步，本研究發現不同依附類型之性侵害者在團體處遇前、後有著不同的改變動機變化樣態。

以下依據各依附類型摘述其改變動機於團體處遇前、後之變化樣態，第一、本研究中「安全型依附」的性侵害者，整體而言其團體處遇前、後的整體改變動機是高於其他不安全型依附的性侵害者，在團體處遇前、後改變動機呈現正向改變的人數比例也高於負向改變的人數，質性訪談的分析結果也間接證實本研究中接受團體處遇後「改變動機進步」的性侵害者其依附關係多屬於安全型依附；第二、本研究中「排拒型依附」的性侵害者，在團體處遇前、後改變動機呈現正向改變的人數比例低於負向改變的人數，整體改變動機也無顯著前後測之差異，顯示本研究中排拒型依附性侵害者對於團體處遇之反應是不佳的，接受團體處遇似乎無法對提升其改變動機有顯著之正向影響；第三、「焦慮型依附」的性侵害者是較為特殊的不安全型依附類型，本研究中焦慮型依附性侵害者雖然在處遇前整體改變動機，相較於其他依附類型是最低的，然而本研究

中焦慮型依附性侵害者也是所有性侵害者之整體改變動機處遇前、後進步幅度最高的依附型態。然而這樣的效果能否在「較長期」的處遇過程中持續維持或是否會有不一樣的變化，需未來進一步之研究方能下定論；第四、「畏避型依附」的性侵害者由於本研究僅一位個案，由於人數過少因此本研究不做過多的推論。

本研究亦發現，本研究中不同依附型態性侵害者的團體處遇前、後改變動機之變化，會因著個案是屬於「合意性侵害者」或「非合意性侵害者」的不同，而有不同之變化樣態。譬如：本研究中排拒型依附的非合意性侵害者其整體改變動機不論處遇前或處遇後均高於排拒型依附的合意性侵害者，而本研究中焦慮型依附性侵害者於團體處遇後整體改變動機的進步現象，亦只局限於合意性侵害者，本研究中焦慮型依附的非合意性侵害者其整體改變動機團體處遇後反而是呈現退步。

第二節、研究限制與建議

本研究雖呈現了依附關係型態對於性侵害者參與團體處遇之改變動機變化之影響，然而本研究也有些研究限制須提醒，以下各段陳述本研究之限制，並提供對於後續研究或實務工作之建議。

本研究所評估的性侵害者所接受的團體處遇為三個月總共六次的團體處遇，由於次數有限，處遇時間亦不長，這也會使得處遇對於性侵害者的影響可能也會有侷限性，譬如處遇次數有限可能尚不足以形成足夠之團體凝聚力（譬如：本研究受訪個案普遍表示對其他團體成員認識不深），因而間接影響本研究之推論。加上性侵害者絕大多數是非自願性案主，因此若無特別針對動機提升做設計，三個月內要明顯提升其改變動機其效果可能也會很有限。另外，對於某些處遇成效（譬如：焦慮型依附性侵害者的改變動機變化）可能也須較長時間之觀察與持續追蹤才能確定與釐清。建議未來研究可以追蹤處遇超過半年以上之性侵害者，並進行後續質性訪談。

而以嚴謹的實驗設計來看的話，本研究也「缺乏」對照組與隨機分派，這明顯會影響到本研究推論之效力，因為會有許多混淆因素無法被控制住。當然以實務與倫理而言，確實也很難像在實驗室情境，再去找一組性侵害人卻完全不給予任何處遇來做為對照組，因為這明顯是不道德且違反倫理的。但建議未來的研究還是可以朝向給予這群對照組的性侵害者用比較傳統或典型的處遇（而非完全不給處遇）對比新的處遇模式來做實驗組與對照組的比較，而這在實務上應該是較為可行的方式。

本研究除了屬於「焦慮型依附」的合意性侵害者於處遇後有明顯的改變動機進步之外。整體而言，本研究並未發現團體處遇對於全體性侵害者改變動機有顯著之正向影響，這樣的結果雖然與我國楊大和等人（2012）的研究結果類似，楊大和等人（2012）的研究結果發現在 3 個月的處遇之後，可能退回較早的改變動機階段，改變動機水準在各個施測點也未有明顯的變化。然而本研究與楊大和等

人 (2012) 的研究同樣有處遇方法未單純化之問題，譬如：本研究的治療者帶法與風格並不一致，也並非每位治療者均有動機式晤談或者跨理論模式之概念，團體處遇內容也未針對提升改變動機特別做設計。另外，也建議未來研究可以將本研究的第一階段團體處遇與第二階段團體處遇分開追蹤，畢竟第一階段團體處遇與第二階段團體處遇之團體內容不同，團體成員所接受的團體處遇次數與經驗也不同。

未能發現團體處遇對於性侵害者改變動機有顯著之影響的另外一項可能原因是，本研究的「樣本數偏少」的問題。若以量化研究的統計分析來看的話，本研究共蒐集有效樣本數 55 人，但是若進一步依照其「依附類型」將其分成 4 類來探究的話（安全型依附、排拒型依附、焦慮型依附、畏避型依附），本研究除了「安全型依附」的人數達到 30 人之外，其餘的依附類型人數均少於 30 人，尤其「畏避型依附」更因為只有 1 位個案而無法做任何推論統計，而人數的偏少也會影響統計檢定的效力與後續的研究推論。因此未來的研究若要做這樣的分組或分類的統計檢定與探討，建議可以再擴大樣本數的蒐集。

此外，如同楊大和等人 (2012) 的研究中曾提及，性侵害者群體內部各別差異很大，因此將其全部混在一起看時，可能會因此看不見改變動機之變化情形。本研究初步發現不同依附型態之性侵害者，其處遇前、後改變動機之變化會有不同之樣貌，特別是若再進一步依其性犯行本質「合意與否」做區分的話。由於性侵害者是個異質性群體，因此透過分組或分類來看待其接受團體處遇之改變動機變化是必要的，而且將異質性高的性侵害者放入同樣的處遇模式，也會使得處遇效果不易顯現，這在楊大和等人 (2012) 的研究文章中也有提出相關的建議，意即在性侵害者接受團體處遇前，應先就個案的改變動機水準之高低進行不同團體之分派，因為處在不同改變階段之性侵害者，所需要的處遇方式或改變動機激發策略是不同的。而根據本研究的發現，基於以下兩個理由，研究者認為將性侵害者依其性犯行「合意與否」之本質進行分類，並分別予以不同的處遇內容設計，

有其必要性，第一、「合意性侵害者」占本研究全體性侵害者近 4~5 成，其量足以另外獨立出來考量。第二、由本團體處遇研究可以發現，合意性侵害者與非合意性侵害者對於處遇可能有不同的反應，因此他們所需要的處遇方式與介入技巧可能也需不同，若混在一起處理對於合意性侵害者而言，可能甚至是反效果。

性侵害者是個異質性高的族群，由於本研究的「質性訪談」對象主要是針對「團體處遇後改變動機進步」的性侵害者來進行蒐集與分析，因此在質性訪談的資料上目前尚缺乏「為何」某些性侵害者在接受團體處遇後改變動機無法顯著改善（或甚至退步）之資料。因此，對於接受團體處遇後改變動機無明顯改變的性侵害者、或者甚至退步的性侵害者，又或者性犯行情節較嚴重的性侵害者，可能均須未來進一步的質性研究來探究，以彌補這方面資料之不足。

本研究的質性分析結果，也發現到「有別於」國外文獻對於性侵害者之原生家庭所描述的特徵，譬如疏離或虐待 (McCormack, et al., 2002; Craissati, et al., 2002)，根據本研究對性侵害者的質性訪談，關於我國性侵害者的原生家庭風險特徵，有一部分似乎可能是與其原生家庭的「過度溺愛」有關（而非疏離），這一部分或許反應我國與西方在教養與家庭觀念上文化的差異，畢竟我國的傳統文化原本就是較著重家庭與家族維繫，與西方的個人主義有明顯不同，建議未來研究可以針對跨文化性侵害者之原生家庭與童年成長經驗的差異做進一步的探討與比較。

最後，對於實務工作者而言，本研究的質性分析結果也證實了「治療關係」對於性侵害者於團體處遇過程中的自我揭露與改變動機影響之重要性。治療者若能營造出支持與放鬆的氣氛，或者讓性侵害者知覺到是溫暖、真誠與關懷的，比較能讓性侵害者於處遇過程中願意自我坦露，降低淡化與否認。因此，實務工作者在將注意力聚焦於處遇內容的設計時，也不應忽略治療關係的重要性。此外，針對有明顯依附關係問題的性侵害者，這些個案不論在其親密關係或者與治療者形成的治療關係上可能都會遭遇到問題，為了協助其改善與修復其可能的依附關係問題，Stosny (2002) 提出治療依附問題的 *Compassionate approach* 是個可供參

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

考之模式，該模式已成功運用於有關係暴力的男性加害人身上，而 Marshall (1996) 等人也曾提出針對性侵害者親密關係與依附問題之方案內容，這些都是國外已成功運用於治療性侵害者依附關係問題之模式，也可供未來國內性侵害治療領域實務工作者之參考。

參考文獻

中文部分

王慶福 (1995)。大學生愛情關係徑路模式之分析研究。國立彰化師範大學輔導研究所博士論文。

台灣兒童暨家庭扶助基金會 (2012)。多數的青少年清楚身體界線 但5位就有1位認為合意就可以發生性行為。檢索自

http://tfcfrg.ccf.org.tw/?action=reply_text&did=2479

沈勝昂、葉怡伶、劉寬宏 (2014)。臺灣性侵害犯罪加害人社區處遇之現況與檢討。長庚人文社會學報，7(1)，頁135-165。

林明傑 (2011)。矯正社會工作與諮商：犯罪防治的有效元素。台北：華都文化。

林明傑、董子毅 (2005)。台灣性罪犯靜態再犯危險評估量表(TSOSRAS)之建立及其外在效度之研究。亞洲家庭暴力與性侵害期刊，1(1)，49-110。

法務部 (2005)。性侵害犯罪付保護管束加害人測謊實施辦法發布施行新聞稿。

檢索自<http://www.tps.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=6657&ctNode=142&mp=002>

邱惟真 (2011，8月)。性侵害犯罪加害人改善與治療成效評估。論文發表於100年度南區精神醫療網性侵害犯罪防治加害人之專業人員處遇研討會，台灣。

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。

唐心北、王逸文 (2006)。性侵害加害人社區處遇之成效追蹤。95年度行政院衛生署所屬醫院研究發展計畫獎勵成果報告書。

陳若璋 (2000)。兒少性侵害：全方位防治與輔導手冊。台北：張老師文化。

陳若璋 (2001)。性犯罪心理學：心理治療與評估。台北：張老師。

陳若璋 (2007)。性罪犯團體治療十年研究之回顧暨展望。中華團體心理治療，13(2)，3-27。

陳若璋、施志鴻、林正修 (2003)。性加害者犯罪動機、歷程與路徑分析。中華

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

心理衛生學刊，16（2），47-86。

陳慈幸（2014）。性侵害加害人社區身心治療與輔導教育之執行現況之探究。亞洲家庭暴力與性侵害期刊。亞洲家庭暴力與性侵害期刊，10(2)，159-184。

陳慧女、林明傑（2007）台灣近二十年來性侵害研究之脈絡與趨勢。臺大社會工作學刊，14，211-260。

黃冠豪（2013）。不同類型性侵害加害人之依附關係型態研究：以台灣之社區處遇個案為樣本。亞洲家庭暴力與性侵害期刊，9(1)，67-93。

楊大和、饒怡君、金樹人（2012）。接受強制團體治療社區性侵害人之改變動機研究。中華心理衛生學刊。25卷3期，477-505。

楊國樞、陸洛（2005）。華人自我的理論分析與實徵研究：社會取向與個人取向的觀點。本土心理學研究，23，71-143。

鈕文英（2014）。質性研究方法與論文寫作。台北：雙葉。

衛生福利部保護服務司。性侵害案件受暴人數。檢索自http://www.mohw.gov.tw/cht/DOPS/DM1_P.aspx?f_list_no=806&fod_list_no=4622&doc_no=43623

勵馨基金會（2015/07/17）。性侵害通報應分級 未成年人應加強性教育。檢索自<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20150717/650020/>

外文部分

Abel, G. G., & Osbome, C. A. (1995). Pedophilia. In G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments of Psychiatric disorders* (Vol. 2, pp. 1959-1975). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2nd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.

Bachelor, A., Meunier, G., Laverdiere, O., & Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomology, and their contributions to

- the therapeutic alliance. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 454-468.
- Barker, M., & Morgan, R. (1993). *Sex Offenders: A Framework for the Evaluation of Community-based Treatment*. London: Home Office.
- Barrett, M., Wilson, R. J., & Long, C. (2003). Measuring motivation to change in sexual offenders from institutional intake to community treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(4), 269-283.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* 61: 226 - 244.
- Baumeister, R. F. (1993). *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum Press.
- Beech, A., & Fordham, A. S. (1997). Therapeutic climate of sexual offender treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 219 - 237.
- Beech, A., Oliver, C., Fisher, D., & Beckett, R. (2005). *SOTP 2005 Report. Step 4: The Sex offender treatment programme in prison: addressing the offending behavior of Rapist and murders*. London, England: Home Office.
- Beech, A. R., & Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 31-63.
- Behroozi, C. S. (1992). Groupwork with involuntary Clients: Remotivating Strategies. *Groupwork* 5(2): 31-41.
- Berk, L. (2000). *Child development*. Needham Heights, MA: Pearson.
- Bifulco, A. & Thomas, G. (2013). *Understanding adult attachment in family relationships: Research, assessment and intervention*. London: Routledge.
- Bills, Shawn A., (2013). The Effect of Attachment on the Therapeutic Alliance in Couples Therapy. *Theses and Dissertations*.

- Bowlby, J. (1944). Forty – four juvenile thieves: Their characteristics and home lives. *International Journal of Psychoanalysis, 25*, 19 – 52.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*, Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Braswell (1997). The purpose of correctional counseling and treatment. In P. Van Voorhis, M. Braswell & D. Lester (Eds.), *Correctional counseling and rehabilitation*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Braithwaite, J. (1989). *Crime, shame and reintegration*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence. *Violence Against Women, 3*(1), 5-26.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist, 41*, 765-782.
- Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S., & Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of Adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors, 30*, 1834 – 1847.
- Callaghan, R. C., Taylor, L., Moore, B. A., Jungerman, F. S., De Biaz Vilela, F. A., & Budney, A. J. (2008). Recovery and URICA stage-of-change scores in three marijuana treatment studies. *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*, 419 – 426.
- Carich, M. S. (2003) 九十二年家庭暴力及性侵害加害人治療輔導專業人員訓練工作坊講義，內政部家庭暴力暨性侵害防治委員會主辦，台北，臺灣。
- Casey, S., Day, A., & Howells, K. (2005). The application of the transtheoretical model to offender populations: Some critical issues. *Legal and Criminological Psychology*,

102), 157-171.

- Cherryholmes, C.H. (1992, August-September). Notes on pragmatism and scientific realism. *Educational Researcher*, 14, 13-17.
- Collins, E., Brown, J., & Lennings, C. (2010). Qualitative Review of Community Treatment With Sex Offenders: Perspective of the Offender and the Expert. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 290-303.
- Craissati, J., McClurg, G., & Browne, K. (2002) The parental bonding experiences of sex offenders: a comparison between child molesters and rapists. *Child Abuse & Neglect*, 26, 909-921.
- Creeden, K. (2005). Trauma, attachment and neurodevelopment: Implications for treating sexual behavior problems. In B.K. Schwartz (Ed.), *The sexual offender: Issues in assessment, treatment and supervision of adult and juvenile populations* (Vol. 5, pp. 395 – 418). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Creswell, J.W. & Clark, V.L. (2006). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Sage Publications.
- Creswell, J.W., Plano Clark, V.L., Gutmann, M., & Hanson, W. (2003). Advanced mixed methods research designs. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 209-240). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dennis, J.A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M.J., & Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *The Cochrane Library*, 12, 1-95.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style And therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248.
- D’Orazio, D.M. (2013). Lessons Learned from History and Experience: Five Simple

- Ways to Improve the Efficacy of Sexual Offender Treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8, 2-8.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Faithurst, S. K., Velcier, W. R., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. In W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp.3-24). New York: Plenum Press.
- DiClemente, C. C. (2005). Conceptual models and applied research: The ongoing contribution of the transtheoretical model. *Journal of Addictions Nursing*, 16(1-2), 5-12.
- Elisha, E., Idisis, Y., & Ronel, N. (2013). Positive criminology and imprisoned sex offenders: Demonstration of a way out from a criminal spin through acceptance relationships. *Journal of Sexual Aggression*, 19(1), 66-80.
- Farber, B. A., Lippert, R. A., & Nevas, D. B. (1995). The Therapist as attachment figure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32, 204 – 212.
- Fernandez, Y.M., Shingler, J., & Marshall, W.L. (2006). Putting “behaviour” back in cognitive-behavioral treatment. In W.L. Marshall, Y. Fernandez, L. Marshall, & G. Serran (Eds.). *Sexual Offender Treatment: Controversial Issues*. London: Wiley & Sons, Ltd.
- Flick, U. (2010)。質性研究的品質控管。(梁婉玲 譯)。台北：韋柏文化。(原著出版於2007)。
- Flores, P. (2008). Attachment theory and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 127–132.
- Freeman-Longo, R., Bird, S., Stevenson, W. F., & Fiske, J. A. (1995). *1994 Nationwide*

- survey of treatment programs and models: serving abuse-reactive children and adolescent and adult sex offenders*. Brandon, Vermont: Safer Society Program & Press.
- Gannon, T.A. (2009). Social cognition in violent and sexual offending: An overview. *Psychology Crime & Law, 15*, 97-118.
- Garner, C., & Page, S. J. (2005). Applying the transtheoretical model to the exercise behaviors of stroke patients. *Topics in Stroke Rehabilitation, 12*(1), 69-75.
- Gendreau, P. (1996). The principles of effective intervention with offenders. In A. T. Hartland (Ed.) *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply*. (pp.117-130). Thousand Oak, CA: Sage.
- Ginsburg, J. I. D., Mann, R. E., Rotgers, F., & Weekes, J. R. (2002). Motivational-interviewing with criminal justice populations. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed., pp. 333 – 346). New York: Guilford Press.
- Goldman, G. A., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology, 54*(2), 111-117.
- Grencavage, L.M. (2001). Demand-withdraw couple interaction, disease-model beliefs, and readiness to change problem drinking. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 61(8-B), Feb 2001. pp. 4406.
- Gray, A.S., & Pithers, W. D. (1993) . Relapse prevention with sexually aggressive adolescents. In H. E. Barbaree, W. L. & Marshall, & S. M. Hudson (Eds.) , *The juvenile sex offender*. New York : Guilford Press.
- Groth, A.N. (1979). *Men who rape : The psychology of the offender*. N.Y.: Plenum.
- Grubin, D. & Thornton, D. (1994). A national program for the assessment and treatment of sex offenders in the English prison system. *Criminal Justice and Behaviour, 21*,

55-71.

- Hanson, R. K. (2000). Treatment outcome and evaluation problems (and solution). In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook* (pp. 485-502). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 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.
- Hanson, R. K., Gordon, Harris, A.J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V.L., & Seto, M.C. (2002). First report of the collaboration outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *14*, 169-197.
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sex offender recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, *27*, 6-35.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship. *Psychotherapy in Practice*, *56*(2), 163-176.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139 – 149.
- Howells, K. (1978). Some meanings of children for pedophiles. In M. Cook & G. Wilson (Eds.), *Love and attraction* (pp. 57 – 82). London: Pergamon Press.
- Hudson, S. M. & Ward, T. (2000). Relapse prevention: Assessment and treatment implications. In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook* (pp. 102-122). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hughes, D.A. (1997). *Facilitating developmental attachment: The road to emotional*

- recovery and behavioural change in fostered and adopted children*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Johnson, J. K. (2001). *The sexual offenders in treatment: an analysis of the cognitive-affective meaning-making process*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences, 62(4-A), 1299.
- Knopp, F.H., Freeman-Longo, R., & Stevenson, W.F. (1992). *Nationwide Survey of Juvenile and Adult Sex Offender Treatment Program and Models*. Orwell, V.T. : Safer Society Program Publications.
- Kear-Colwell, J. & Pollock, P. (1997). Motivation or confrontation: Which approach to the child sex offender? *Criminal Justice and Behaviour*, 24, 20-33.
- Levesque, D. A., Driskell, M., Prochaska, J. M., & Prochaska, J. O. (2008). Acceptability of a stage-matched expert system intervention for domestic violence offenders. *Violence and Victims*, 23(4), 432-445.
- Levenson, J. S. & Prescott, D. S. (2009). Treatment experiences of civilly committed sex offenders: A consumer satisfaction survey. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21, 6_20.
- Levy, K.N., Ellison, W.D., Scott, L.N., & Bernecker, S.L. (2011). Attachment style. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 377_401). New York: Oxford University Press.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Loughran, H. (2006), A Place for Motivational Interviewing in Probation?, *Irish Probation Journal*, 3, 17 – 28.
- Losel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A Comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 1-29.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L. & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the Psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale.

Journal of Counseling Psychology, 42, 307 – 317.

Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 262 – 270.

doi:10.1177/0265407509360905

Mann, R. E. (2000). Managing resistance and rebellion in relapse prevention. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A Sourcehook*. (pp. 187-200) California: Sage.

Mann, R.E., & Beech, A.R. (2003). Cognitive distortions, schemas, and implicit theories. In T. Ward, D.R. Laws, & S.M. Hudson (Eds.), *Sexual Deviance: Issues and Controversies*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Mann, R.E., & Shingler, J. (2006). Schema-driven cognitions in sexual offenders: Theory, assessment, and treatment. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, L.E. Marshall, & G.A.Serran (Eds.), *Sexual Offender Treatment: Controversial Issues* (pp. 173-185). Hoboken, NJ: Wiley.

Mann, R. E., & Fernandez, Y. M. (2000). *Sex offender treatment programme: Rolling programme manual*. (Available from Programme Unit, HM Prison Service, Abell House, John Islip Street, London SW1P 4LH, England)

Marlatt, G.A. (1982). Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors. In Stuart, R. B. (Ed.). *Adherence, compliance, and generalization in behavioral medicine*. New York: Brunner/ Mazel.

Marmarosh, C.L., Gelso, C.J., Markin, R.D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 337_350. doi:10.1037/a0015169.

Marshall, W. L. (1989). Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behav.Res. Ther.* 27:

491 - 503.

Marshall, W.L. (2005) Therapist Style in Sexual Offender Treatment: Influence on Indices of Change. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 109-116.

Marshall, W. L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 559-564.

Marshall, W. L., Anderson, D., & Champagne, F. (1997). Self-esteem and its relationship to sexual offending. *Psychology, Crime and Law*, 3, 81 - 106.

Marshall, W. L., Champagne, F., Sturgeon, C., & Bryce, P. (1997). Increasing the self-esteem of child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 321 - 333.

Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. M. (1999). *Cognitive behavioral treatment of sexual offenders*. Chichester, England: Wiley.

Marshall, W.L., Bryce, P., Hudson, S.M., Ward, T., & Moth, B. (1996). The enhancement of intimacy and the reduction of loneliness among child molesters. *Journal of Family Violence*, 11, 219 - 235.

Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Serran, G. A., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R. E., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 205 - 234.

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A., & O' Brien, M.D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: Their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15, 217 - 234.

Marshall, W. L., & Yates, P. M. (2005). Comment on Mailloux et al.' s (2003) study: "Dosage of treatment of sexual offenders: Are we overprescribing?" *International Journal of Offender Treatment and Comparative Criminology*, 49, 221-224.

McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in

- psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- McCormack, J., Hudson, S.M., Ward, T. (2002). Sexual offenders' perceptions of their early interpersonal relationships: an attachment perspective. *The Journal of Sex Research*, 39(2).
- McGrath, R. J. (1991). Sex offender risk assessment and disposition planning: a review of empirical and clinical findings. *International Journal of offender Rehabilitation and Comparative Criminology*, 35, 328-350.
- McGrath, R. & Cumming, G. (2000). External supervision: How can it increase the Effectiveness of relapse prevention? In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward. (Ed.) *Remaking, relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. New York: Sage.
- Miller, W.R., and Rollnick, S. (1996)。動機式晤談法：如何克服成癮行為戒除前的心理衝突 (楊筱華 譯)。台北：心理。(原著出版於1992)。
- Miller, W.R., and Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2d ed. New York: Guilford Press.
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., & Solomon, J. (1982). Predicting outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397 - 402.
- Morse, J.M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40, 120-123.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Murphy, J.P., with Rorty, R. (1990). *Pragmatism: From Peirce to Davidson*. Boulder, CO: Westview.

- Norton, S. (2012). Motivational Interviewing: An Appropriate Model for Engaging Clients with Drug Abuse Problems in the Probation Service. *Iriah Probation Journal, 9*, 132 - 141.
- Olver, M. E., Wong, S. C. P., Nicholaichuk, T., & Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the violence risk scale-sexual offender version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological Assessment, 19*(3), 318-329.
- Pantalon, M.V., Nich, C., Frankforter, T., and Carroll, K.M. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*, 299-307.
- Pantalon, M. (2012)。6 個問題，竟能說服各種人—耶魯心理學家教你迅速解決一切難題 (愛荷 譯)。台北：先覺。(原著出版於 2011)。
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders. In C. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pelissier, B. (2007). Treatment retention in a prison-based residential sex offender treatment program. *Sex Abuse, 19*, 333-346.
- Peters, J. J., & Roether, H. A. (1972). Group psychotherapy for probationed sex offenders. In H. L. Resnick & M. E. Wolfgang (Eds.), *Sexual Behaviors: Clinical and Legal Aspects*. Boston: Little. Brown and Co.
- Pithers W. D. & Cumming, G. F. (1995). Relapse prevention: A method for enhancing behavioral self-management and external supervision of the sexual aggressor. In Schwartz, B. K. & Cellini, H.R. (Eds), *The sexual aggressor: Current perspectives in treatment*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.

- Prescott, D.S. (2009). Motivational interviewing in the treatment of sexual abusers. In D.S. Prescott (Ed.), *Building Motivation for Change in Sexual Offenders*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford, England: Dorsey.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology, 13*, 47-51.
- Prochaska, J. (June, 2001). *Staging: A revolution in clinical and health psychology*. Paper Presented at the annual meeting of the Canadian Psychological Association, Sainte-Foy, QB.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19*, 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (2nd ed.) (pp. 3- 27). New York, NY: Plenum Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of Problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 28, pp. 183-218). Sycamore, IL: Sycamore.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Malabar, FL: Krieger.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.

- Prochaska, J., & Norcross, J. (1994). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., & Follick, M. J. (1992). Attendance and outcome in a work site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behaviors, 17*(1), 35-35.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*, 38-48.
- Rich, Phil. (2005). *Attachment and Sexual Offending: Understanding and applying attachment theory to the treatment of juvenile sexual offenders*. Chicester, England: Wiley & Sons.
- Roizen, R., & Weisner, C. (1979). *Fragmentation in Alcoholism Treatment Services: An Exploratory Analysis*, Berkeley, CA: Alcohol Research Group, University of California.
- Rutter, M. (1972). Maternal deprivation reconsidered. *The Journal of Psychosomatic Research, 16*(4), 241 – 250.
- Ryan, R.M., and Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist, 55*(1): 68 – 78.
- Schultz, G. (1965). *How many more victims?* Philadelphia: Lippincott.
- Seden, J. (2005). *Counselling Skills in Social Work Practice*, London: Open University Press.
- Seidman, B., Marshall, W. L., Hudson, S. M., & Robertson, P. J. (1994). An examination of intimacy and loneliness in sex offenders. *J. Interpers. Violence 9*: 518 – 534.
- Shechtman, Z., & Dvir, V. (2006). Attachment styles as a predictor of group behavior in group counseling with preadolescents. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 10*, 49 – 92.

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Free Press.
- Smallbone, S.W., & Dadds, M.R. (2000). Attachment and Coercive Sexual Behavior. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(1), 3-15.
- Stinson, J., Sales, B., & Becker, J. (2008). *Sex offending: causal theories to inform research, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stosny, S. (1995). *Treating attachment abuse: A compassionate approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Stosny, S. (2002). *Treating attachment abuse: The compassion workshop*. In E. Aldarondo, F. (Eds.), *Programs for men who batter; Intervention and prevention strategies in a diverse society*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Tasca, G., Balfour, L., Ritchie, K., & Bissada, H. (2007). Change in attachment anxiety is associated with improved depression among women with binge eating disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 423 - 433.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (Eds.) (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tiemey, D. W. (2001). *An investigation of motivation for behavior change among pedophilic sex offenders*. Unpublished PhD, School of Psychology, Deakin University Australia.
- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2001). The validity of the Trans-theoretical Model of Behaviour Change to investigate motivation to change among child molesters. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 176-190.
- Tiemey, D. W., & McCabe, M. P. (2002). Motivation for change among sex offenders: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 113-129.

- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2004). The assessment of motivation for behavior change among sex offenders: An investigation of the utility of the stages of change questionnaire. *Journal of Sexual Aggression, 10*, 237-249.
- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2005). The utility of the trans-theoretical model of behavior change in the treatment of sex offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 17*(2), 153-170.
- Trotter, (2008)。如何與非自願個案工作 (朱惠英、郭凡琦，譯)。台北：張老師文化。(原著出版於 2006)。
- Van Beek, D. J., & Mulder, J. R. (1992). The offense script: A motivational tool and treatment method for sex offenders in a Dutch forensic clinic. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 36*, 155—167.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Walters, S.T., Clark, M.D., Gingerich, R., & Meltzer, M.L. (2007). *Motivating offenders to change: A guide for probation and parole*. National Institute of Corrections, U.S. Dept. of Justice (Washington DC.)
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of sexual offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 513_528.
- Ward, T., & Hudson, S. M. (2000). A self-regulation model for relapse prevention. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp.79-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ward, T., Hudson, S. M., Marshall, W. L., & Siegert, R. (1995). Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: A theoretical framework. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment, 7* (4), 317-334.
- Ward, T., Hudson, S. M., & Marshall, W. (1996) Attachment style in sex offenders: a preliminary study. *The Journal of Sex Research, 33*(1), 17-26.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

不同依附型態性侵害加害人在團體處遇前後的改變

Yalom (2001)。 **團體心理治療的理論與實務** (方紫薇、馬宗潔等譯)。新北：桂冠。
(原著出版於 1995)。

Yates, P. M. (2009). Using the good lives model to motivate sexual offenders to participate in treatment. In D. S. Prescott (Ed.), *Building Motivation to Change in Sexual Offenders*. Brandon, VT: Safer Society.

Yates, P. M. (2013). Treatment of Sexual Offenders: Research , Best Practices, and Emerging Models. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8, 89-96.

Yates, P. M., Prescott, D. S., & Ward, T. (2010). *Applying the Good Lives and Self-regulation Models to Sex Offender Treatment: A Practical Guide for Clinicians*. Brandon, VT: Safer Society Press. <http://www.safersociety.org/safer-society-press/>.

Yates, P. M., & Ward, T. (2007). Treatment of sexual offenders: Relapse prevention and beyond. In K. Witkiewitz and G.A. Marlatt (Eds.), *Therapists' Guide to Evidence-based Relapse Prevention* (pp. 215-234). Burlington, MA: Elsevier.

附錄 1、匿名問卷研究說明書

匿名問卷研究說明書

我們邀請您參加本研究，此份說明書提供您本研究相關資訊，請您慎重考慮後自由決定是否參加。

計畫編號	無	IRB 編號	150210
計畫名稱	不同依附型態性侵害加害者在團體治療前後之改變研究		
研究執行期限	約 104 年 3 月至 105 年 3 月		
委託單位/藥廠	無	執行單位	
計畫主持人		機構名稱	彰化基督教醫院 精神科
		部門/職稱	精神科 / 臨床心理師
		電話/分機	04-7238595 (分機：7168)
		手機	0928654528
聯絡人		機構名稱	彰化基督教醫院 精神科
		部門/職稱	精神科 / 臨床心理師
		電話/分機	04-7238595 (分機：7168)
		手機	0928654528
<p>● 研究背景</p> <p>我國的性侵害加害人社區處遇計畫已進行多年，然而本族群大多是被法院強制要求來參與治療，其自發性的改變動機往往不高，因此如何提升其改變動機就是心理治療過程當中一個相當重要的議題。而個案在心理治療過程中改變動機的變化，往往與治療關係有密切關聯，而治療關係又受到個案本身的情感關係型態之影響。為了更有效地協助此族群避免再度犯錯，並提升其改變的動機，本研究欲探討本族群的個案在參與團體心理治療前後其改變動機之變化，與這變化和其自身的情感關係型態之間的關聯性，以協助未來的治療者對於提升本族群參與治療的改變動機上能有更深入的瞭</p>			

解，並擬定出有效的治療策略，方能有效協助他們避免再度觸犯法令或做出錯誤行為。

本研究計畫為學術研究，與您的判決或轉介無關。您可以自由決定是否參加，且不會因此影響您社區治療的進行或司法判決結果。

● 研究目的

- (一) 評估性侵害者在治療前後改變動機之變化
- (二) 瞭解性侵害者之依附型態對於改變動機變化之影響
- (三) 探究性侵害者在治療過程當中，對於治療歷程之主觀感受，與影響其改變動機變化之可能因素。
- (四) 結合上述資訊，提供討論與建議以促進未來治療處遇人員，對於提升性侵害者治療動機，與改善性侵害者處遇策略之參考。

● 受訪者之篩選條件

- 納入條件(符合下列條件者，適合參加本研究)
 - 1. 法院裁定為性侵害犯罪加害者轉介至本院之需接受社區治療者
 - 2. 年齡在 20 歲至 90 歲之間
- 排除條件(若有下列情況者，不能參加本研究)
 - 不識字

● 研究方法與程序

參與本研究的個案，每 2 週做一次團體性心理治療，在參與第一次團體心理治療與最後一次 (第六次) 團體心理治療時，填寫包括：URICA 量表、關係型態量表等量表，填寫量表地點在彰化基督教醫院的團體心理治療室，由本研究計畫主持人負責發放與回收量表。每次填寫完所有量表，約需耗費約 20~25 分鐘 (依個案填答速度而有個別差異)。本階段總共預計在彰化基督教醫院蒐集 25 位個案。

後續研究計畫主持人會再根據上述結果，從中選取 2~3 名改變幅度較大的個案來進行訪談，訪談過程中會進行錄音以便後續能進行逐字稿謄寫與文本分析。而訪談與錄音內容均會以極機密的方式加以保存，而未來研究結果的呈現方式也會去除足以辨識或連結到個人的線索資料。

● 可能產生之不適及處理方法

本研究之量表填寫，主要是瞭解您參與治療過程中對於改變自己錯誤行為之看法、與您在親密關係中的互動型態等問題，一般來說回答這些問題並不會有心理方面的負面影響。然而若您於填寫問卷過程中有任何不舒服，均可隨時向研究計畫主持人提出反應與中止作答，且不影響您的治療權益與司法結果。若後續仍有不舒服之心理感受，請與研究計畫主持人聯繫，研究計畫主持人會視您的身心狀況安排專業之心理諮詢服務，協助您處理本研究帶來的心理不適感受。

● 研究預期效益

瞭解受試者治療前後改變動機的變化與其情感關係型態之關聯，除了有助於更加瞭解這族群之外，也有助於未來之治療者擬定出更有效能的心理處遇方案，以協助這族群降低未來再度觸犯法令或做出錯誤行為之機會。

● 研究進行中受訪者應配合之事項

需配合並據實填寫測驗量表

● 機密性

本研究採匿名方式進行，凡涉及個人或機構之可辨識資訊將以研究的號碼取代。除了有關機構依法調查外，計畫主持人會確保個別資料的機密與受訪者的隱私。

● 補助與損害賠償

- 參與本研究，您不需負擔本研究的相關成本與費用
- 如依本研究所訂的臨床試驗計畫，因而發生不良反應或傷害，由試驗機構【財團法人彰化基督教醫院】依法負損害賠償責任。

● 受訪者權利

- 如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與研究人員聯絡 (電話：04-7238595 轉 7162 或 0928654528)。
- 如果您在試驗過程中對試驗性質產生疑問，對您的權利有意見或懷疑因參與研究而受傷害時，可與財團法人彰化基督教醫院人體試驗委員會聯絡，聯絡時間：週一至週五 9:00~12:00、14:00~17:00，聯絡電話：04-7238595 分機 8442，e-mail：d9065@cch.org.tw，地址：500 彰化市南校街 135 號。

- 本研究計畫書需經由人體試驗委員會(Institutional Review Boards, IRB)審查通過才能執行。人體試驗委員會是依衛生福利部規定由具醫學背景之專業人員與非醫學背景之社會公正人士所共同組成，為獨立運作之委員會，執行審查、核准及監督人體研究案，以保護研究對象之權利、安全與福祉。
- 委員會審查研究計畫，綜合評估研究方法及程序之適當性，尊重研究對象之自主權，確保研究進行之風險與利益相平衡，對研究對象侵害最小，並兼顧研究負擔與成果之公平分配，以保障研究對象之權益。
- 任何研究案皆有風險，請您謹慎評估！

● 研究之退出與中止

- 您可自由決定是否參加本研究；填寫問卷過程中，您可以隨時停止或拒絕填寫，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響您的任何權益。研究主持人亦可能中止本研究之進行，因本研究以匿名方式進行，故屆時無法通知您。

附錄 2、訪談同意書

您好，我是國立中正大學犯罪防治學系博士班的研究生，感謝您參與本研究，請仔細閱讀以下內容。

本次研究主要目的，是想要瞭解性侵害者參與團體心理治療之改變動機過程。本研究訪談可能需要進行1~2次的訪談(依訪談內容增減次數)，每次皆為個別訪談，訪談時間約為60~90分鐘。為了方便日後資料的整理分析，訪談過程將會進行全程錄音，所有內容與資料我將會謹慎處理並且絕對保密，不會提供給非研究相關人員參考。您的真實姓名或任何會讓人聯想到您的資料，均不會出現在本研究任何書面或口頭報告中。

在本研究過程中，若您不想被錄音，有權當場要求停止錄音。或者，當您覺得非常不舒服，不願意再往下談時，您有權利要求暫停訪談或退出研究。若您在研究過程中有任何疑慮，請您儘管提出。

若您同意以上有關訪談目的、作法、資料運用與保密原則之說明，同意接受訪談，請在本同意書上簽名。非常感謝您的參與和協助！

訪談者： 日期：中華民國 年 月 日
聯絡地址：嘉義縣民雄鄉三興村160號 國立中正大學教育學院6樓
聯絡人：

※我瞭解並同意以上的敘述，願意簽名表示同意參與這項研究。

研究參與者簽名：

日期：中華民國 年 月 日

附錄 3、逐字稿登打說明

《逐字稿登打說明》

首先感謝您願意協助我登打逐字稿，打逐字稿是件審慎的工作，且基於保護研究參與者隱私權的原則，在您使用電腦打逐字稿時，有一些需要您配合的事項，請您詳閱並遵守以下原則：

- (1) 保密：聆聽錄音資料時，勿讓他人聽到，也不要與研究者以外的他人討論其內容。請妥善保存錄音資料與逐字稿，請勿遺失或是讓他人取得。
- (2) 仔細：請仔細、真實地逐字登打錄音資料的內容，包含研究者和研究參與者所說的內容，請不要省略、刪除或修改任何的字句，包含語助詞（譬如：嗯哼、啊）。
- (3) 標示語言行為：當錄音資料有笑聲或哭泣聲，或是談話過程中語調突然改變（譬如：變快、變慢、情緒激動），請以「《文字》」表示，譬如：《些微啜泣》；當研究者或是研究參與者在談話談話過程中突然沉默時，請以「…」註明，並在後面以「《文字》」標示停頓的時間長短，譬如「…《停頓 1 分鐘》」。
- (4) 檢核：逐字稿的品質會影響研究結果，因此請您檢核登打的內容。
- (5) 繳交與善後：登打完成後，請您繳交逐字稿時，同時也刪除錄音資料，與電腦中的這些資料。

國立中正大學犯罪防治學系 博士班學生 敬上

我已瞭解上述說明，並同意配合

逐字稿登打人員姓名：_____

日 期：_____

連 絡 電 話：_____

附錄 4、「改變階段量表—性侵害版」

改變階段量表—性侵害版

此份問卷可以幫忙我們提供更合適的幫助。每一個句子都描寫著人們在開始接受治療或處理生活問題時可能會有的感覺。請以「**V**」勾選您對於每個句子的同意或不同意程度。每一題都依照您 目前 的感覺來填答，而非以過去的或想要的感覺來填答。所有的句子都與您的某個性侵害與性偏差「問題」有關。在這些句子中，「這裡」指的是這個身心治療課程。

以下問卷中，「問題」指的是：性侵害與性偏差

問卷中每一個句子都有五個可能的選項，請勾選每個句子中您同意或不同意的程度：

	相 當 不 同 意	不 同 意	難 以 決 定	同 意	相 當 同 意
1. 我認為我目前沒有任何性侵害與性偏差問題需要改變。	1	2	3	4	5
2. 也許我已經準備好要改善自己的性侵害與性偏差問題了。	1	2	3	4	5
3. 我正在處理一直困擾著我的某些性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
4. 我在想花時間處理我的性侵害與性偏差問題或許是值得的。	1	2	3	4	5
5. 我沒有性侵害與性偏差問題，沒有道理要我來這裡。	1	2	3	4	5
6. 我已經改變了某個性侵害與性偏差問題，但是我擔心自己可能會退步，因此我來這裡尋求協助。	1	2	3	4	5
7. 我正在處理自己的性侵害與性偏差問題了。	1	2	3	4	5
8. 我一直在想我可能需要改變自己的性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
9. 我一直都可以成功地處理自己的性侵害與性偏差問題，但是我不確定自己是否可以繼續堅持下去。	1	2	3	4	5
10. 有時候我的性侵害與性偏差問題蠻難處理的，但是我正在處理它。	1	2	3	4	5
11. 對我來說，來這裡相當浪費時間，因為我沒有性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
12. 希望這裡可以幫助我更瞭解自己的性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
13. 我想我的確有錯，但是我真的不需要改變什麼性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
14. 我正在努力地改變自己的性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
15. 我有性侵害與性偏差問題，我應該好好處理它。	1	2	3	4	5
16. 我已經改變了性侵害與性偏差問題，可是我沒有辦法像自己所期望地那樣堅持下去，所以我來這裡防止問題再度發生。	1	2	3	4	5
17. 雖然我並不總是成功地改變自己的性侵害與性偏差問題，但是至少我正在處理它。	1	2	3	4	5
18. 我曾經想過，一旦解決了性侵害與性偏差問題，我就自由了，但是有時我	1	2	3	4	5

	相 當 不 同 意	不 同 意	難 以 決 定	同 意	相 當 同 意
發現自己還在跟這個問題奮戰著。					
19. 我希望能夠更知道如何解決自己的性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
20. 我已經開始處理我的性侵害與性偏差問題了，但是我需要幫忙。	1	2	3	4	5
21. 也許來這裡可以幫忙我處理性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
22. 我現在需要有人推我一把，來幫忙我維持在性侵害與性偏差方面已經達成的改變。	1	2	3	4	5
23. 儘管性侵害與性偏差問題的發生我或許有責任，但是我自己真的不認為我有問題。	1	2	3	4	5
24. 我希望這裡有人可以給我一些關於性侵害與性偏差問題的好建議。	1	2	3	4	5
25. 任何人都可以在嘴巴上說自己正在改變，但是我是真的已經做了一些事情來改變自己的性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
26. 這些心理方面的討論都是無聊的，乾脆忘掉自己的性侵害與性偏差問題就沒事了。	1	2	3	4	5
27. 我來這裡是為了防止已經改善了的性侵害與性偏差問題再度發生。	1	2	3	4	5
28. 我原本以為已經解決的性侵害與性偏差問題可能又快要發生了，真讓我沮喪。	1	2	3	4	5
29. 我對於性侵害與性偏差問題的擔心和別人都一樣，何必花時間來想這些。	1	2	3	4	5
30. 我正積極地處理自己的性侵害與性偏差問題。	1	2	3	4	5
31. 我不想改掉我的性侵害與性偏差問題，寧願有狀況時再處理就好。	1	2	3	4	5
32. 儘管我已經做了許多事情來改變自己的性侵害與性偏差問題，但是這問題還是會不時地回來影響我。	1	2	3	4	5

附錄 5、關係型態量表

關係型態量表 (Relationship Style Questionnaire, RSQ 王慶福版)

請您依每一題就您之感覺，圈選右邊的 1 至 5 中之一個數字

S	F	P	D		1	2	3	4	5
					非	有	一	有	非
					常	點	半	點	常
					不	不	一	贊	贊
					贊	贊	半	成	成
					成	成			
				1.和別人親近會讓我覺得不舒服	1	2	3	4	5
				2.我發現自己很容易和別人親近	1	2	3	4	5
				3.即使沒有任何親近的情感關係我仍過得很自在	1	2	3	4	5
				4.我想要情感上的親密關係，但卻很難完全信賴別人	1	2	3	4	5
				5.對我來說，獨立和自給自足的感覺是非常重要的	1	2	3	4	5
				6.我擔心如果和別人太親近會容易受到傷害	1	2	3	4	5
				7.我會擔心別人並不那麼想跟我在一起	1	2	3	4	5
				8.我不喜歡依賴別人	1	2	3	4	5
				9.我會擔心別人不如我看重他們那樣的看重我	1	2	3	4	5
				10.我不會擔心自己孤單一人	1	2	3	4	5
				11.當別人太親近我時，會讓我感覺不自在	1	2	3	4	5
				12.我會擔心別人並不真正喜歡我	1	2	3	4	5
		*		13.我很少擔心別人不接納我	1	2	3	4	5
				14.我寧可和別人保持距離以避免失望	1	2	3	4	5
				15.當別人想要和我更親近時，我會感到不安焦慮	1	2	3	4	5
*				16.我對自己不滿意	1	2	3	4	5
				17.通常我寧可自己一個人比較自由	1	2	3	4	5
				18.我發現自己一直在尋求別人的接納並藉以肯定自己	1	2	3	4	5
				19.我了解自己的優點與缺點，並且喜歡自己	1	2	3	4	5
				20.我時常太過於在乎別人對我的看法	1	2	3	4	5
				21.我可以很自在的讓別人依賴我	1	2	3	4	5
				22.一個人的生活就可以過得很好了	1	2	3	4	5
				23.即使別人不欣賞我，我仍然能肯定自己的價值	1	2	3	4	5
				24.當我需要朋友的時候，總會找得到人的	1	2	3	4	5

註：有*之星號者請反向計分

附錄 6、省思日誌

《研究活動和省思日誌》

日期	研究活動或發生事件	研究者的省思
104/2/12	決定旁聽「-犯罪學質的研究方法」	研究者自認對於質性研究缺乏瞭解，決定選修質性研究課，並找尋可行方案選項，與詢問系辦、老師可行性。最後決定旁聽碩士在職專班的課，雖然不能選修，但至少可以旁聽。寫信詢求兩位老師的同意。
104/4/26	研究者建立 Coding book，對 9 位個案進行量化建檔	研究者初步分析發現目前收的幾位個案治療後大多呈現改變動機退步狀況，僅兩位個案是進步；反省可能是本研究治療之設計並未針對提升動機去做考量。研究者也好奇有動機改變之個案，其治療歷程感受為何。 另外，研究者也開始思索進行邀請個案訪談的回饋形式，與訪談地點場域等問題。
104/4/29	透過與性侵害犯（個案屬於未成年合意性交型個案）評估建檔機會，嘗試使用本研究訪談大綱進行訪談	訪談大綱測試感想，研究者覺得目前半結構式訪談大綱版本，大體上可以問到研究者原先想問的（個案也不會覺得突兀），問題安排結構也還流順，僅部分措辭可能需再口語化一些。
104/5/2	對於與個案進行訪談，需考量的回饋準備	研究者面臨的個案為社區型個案，由於擔心訪談的邀約會被拒絕，因此開始設想可能需準備的質性訪談回饋為何？並就此問題詢問兩位做過質性研究訪談畢業的碩士同學，並在 104/05/01 質性研究法課堂上就此問題提出來與老師討論。其中一位許姓碩士研究生表示，他的研究個案是社區個案，因此每位個案的回饋金他當時準備約 600 元（他也提醒用錢可能會影響個案受訪動機，因此建議會談結束後再給），另一位邱姓研究生則表示他的個案由於是監獄個案，因此她的回饋是使用咖啡沖泡包。而課堂中老師也回饋表示，此問題需要考量訪談個案的對象（社區或監獄），回饋金額需視研究者自身負擔能力與訪談對象而定，一般是送一些回饋禮物或禮卷，現金也可以，但要記得簽收據。

註：在此僅呈現「部分」省思日誌內容

附錄 7、研究受訪個案檢核紀錄表

《研究受訪個案檢核紀錄表》

檢核者	檢核的紀錄項目	檢核的方法 (請寫上代號 ^a)	檢核的結果	修改的情形
個案 A	個案的研究結果報告	A3 / B2 / C2	個案表示均符合他原本陳述內容之意，僅再補充部分細節	已針對個案的說法，補充部分訪談紀錄內容。
個案 B	個案的研究結果報告	A3 / B1 / C2	透過電話與個案聯繫，個案口頭表示放棄檢核	
個案 C	個案的研究結果報告	A3 / B1 / C2	透過電話與個案聯繫，個案口頭表示放棄檢核	
個案 D	個案的研究結果報告	A3 / B2 / C2	個案表示均符合他原本陳述內容之意，僅再補充部分細節	已針對個案的說法，補充部分訪談紀錄內容。
個案 E	個案的研究結果報告	A3 / B1 / C2	透過電話與個案聯繫，個案口頭表示放棄檢核	

註：A.檢核時間—1.該次訪談結束之前；2.下一次訪談開始之前或之後進

行；3.蒐集完所有資料之後

B.呈現形式—1.口頭摘述並和研究參與者非正式對話；2.書面資料

C.檢核管道—1.書面回饋；2.口頭回饋

註：本表格形式，參考自鈕文英(2014)

附錄 8、同意臨床試驗證明書



同意臨床試驗證明書

Clinical Trials Approval Certificate(New Applications)

135 Nian-Hsiao Street, Changhua 500, Taiwan (R.O.C.)
Tel :886-4-723-8595 ext.8442
E-mail: d9065@cch.org.tw
彰化基督教醫院 Changhua Christian Hospital

500 彰化市南校街 135 號
聯絡人：洪翠霞
Contact Person : Tsui-Hsia Hung
電話：(04)723-8595 轉 8442
E-mail: d9065@cch.org.tw

計畫中文名稱：不同依附型態性侵害加害者在團體治療前後之改變研究
計畫主持人： 豪
本會編號：150210
會議日期：西元 2015 年 03 月 20 日
核准日(審查通過日)：西元 2015 年 03 月 20 日
核准臨床試驗期間：西元 2015 年 03 月 20 日 至 西元 2016 年 03 月 19 日止

計畫書：版本 2，2015-03-07
受試者同意書：版本 2，2015-03-08
問卷：1. 關係型態量表：版本 1，2015-02-07
2. URICA-性侵害版：版本 1，2015-02-07
3. 訪談大綱：版本 2，2015-03-08

未預期事件或藥品嚴重不良反應通報、後續定期追蹤之程序及應注意事項，請參閱背面。

Protocol Title: Change of different attachment styles of sexual offenders under group psychotherapy
Principal Investigator(s): Hao
CCH IRB No.: 150210
Date of meeting: Mar 20, 2015
Date of Approval: Mar 20, 2015
Duration of Approval: from Mar 20, 2015 to Mar 19, 2016

Protocol: Version 2, Mar 07, 2015
Informed Consent: Version 2, Mar 08, 2015
Questionnaire: 1. Relationship Style Questionnaire: Version 1, Feb 07, 2015
2. URICA-性侵害版: Version 1, Feb 07, 2015
3. 訪談大綱: Version 2, Mar 08, 2015

See the back of this page for the procedures for reporting unanticipated problems, or drug serious adverse reactions, or interim, and other important notes.

彰化基督教醫院
第二人體試驗委員會
主任委員：葉坤土

Sincerely Yours
Kun-Tu Yeh, M.D.
Chairman
Institutional Review Board Committee B
Changhua Christian Hospital, Taiwan



Kun-Tu Yeh 2015-Mar-20
(signature, date)

本會組織與執行皆符合 ICH-GCP
The Institutional Review Board performs its functions according to written
Operating procedures and complies with ICH-GCP and with the applicable regulations.



未預期事件通報、後續定期追蹤之程序及應注意事項：

1. 院內受試者發生死亡或危及生命案例應該在獲知日起七天以內通報本委員會，其他非預期嚴重藥品不良反應應於十五天以內向本委員會通報。
2. 可能危害受試者安全、影響試驗執行之新發現或影響人體試驗委員會同意試驗繼續進行之新發現，須向本委員會報告。
3. 期中報告：應於 西元 2016 年 01 月 19 日 前繳交期中報告。
核准有效期限屆滿，若尚未通過期中報告追蹤審查，不得繼續試驗。(計畫主持人，未依規定繳交期中報告，本會針對該研究案，於應繳交日起暫停納入新受試者，且本會得拒絕計畫主持人申請新案，並直到該期中報告繳交。)
4. 結案報告：試驗完成後，應將執行情形及結果以書面報告本會核備。
5. 暫停或終止計畫報告：計畫完成前就暫停或停止收案與追蹤，應與書面「計畫暫停或終止摘要表」，送交本會核備。
6. 嚴重或持續不配合本委員會規範，未能遵循以上事項，可能導致您的研究計畫暫停或永久終止，並影響您未來送審計畫的權益。
7. 為了受試者安全，計畫主持人必須遵循以上之規範，以確保能繼續執行試驗。

Procedures for reporting Unanticipated Problems, or interim, and other important notes:

1. If subject(s) die(s) or hospitalized, IRB should be notified within 7 days of becoming aware of this. For other unexpected serious adverse drug reactions, IRB should be notified within 15 days.
2. If any new findings affect the safety of the participants or others, or the implementation of the study, or decision of IRB as to allowed to continuing of the study, IRB should be informed promptly.
3. Interim report: An interim report should be submitted by Jan 19, 2016.
If the interim report has not been submitted by the deadline, the study must be halted. (If a principal investigator fails to submit an interim report on schedule, IRB may suspend review of other protocols submitted by the investigator, and may refuse to review any further applications made by the investigator.)
4. Final report: When the study has been completed, details of the study implementation and of the results obtained should be submitted to IRB in writing for review.
5. For any reason, the study is terminated prior to the completion of a study, the summary report should be submitted to IRB.
6. Serious or repeated failure to comply with regulations and with the above requirements may result in the study being suspended or terminated, and may affect you to submit studies for review in the future.
7. Principal investigators must follow in order to continue study procedures for the safety of the subjects.

