DOI: 10.6482/ECPCR.201810.0011

我國性侵犯矯治成效評估之研究：再犯風險的病因學觀點

葉怡伶*

目　次

壹、緒論
貳、文獻探討
參、研究材料與方法
肆、研究結果
伍、結論與建議

摘　要

性侵害矯治成效評估乃我國刑事司法制度中的重要議題。本研究主要目的即是希望從性侵害的病因學觀點出發，透過次級資料分析，檢視國內性侵害矯治獄內治療與社區處遇之成效評估結果，期能對於其性侵犯之矯治成效有全面性之理解，以供後續研究或矯治實務上之參考。

研究結果發現：目前針對矯治成效評估之研究，大多著重在團體治療成效上，缺乏對於個別治療成效之評估。其次，針對性侵害再犯危險之遠端發展因子與急性動態因子之矯治成效評估較為欠缺，且相較於獄內治療，社區處遇更加重視加害者急性動態因子之矯治成效評估。此外，部分穩定動態因子與急性動態因子（如：支持犯行的認知、情緒狀態與性衝動的控制等面向）之治療成效仍有許多爭議。最後，我國針對不同類型性侵害加害者之矯治成效評估分析仍付之闕如。綜合前述研究結果，盼能提供相關單位進行性侵犯治療與成效評估以及矯治政策擬定之參考。

關鍵字：性侵害、矯治成效、獄內治療、社區處遇、病因學

* 葉怡伶，國立彰化師範大學輔導與諮商學系助理教授，國立政治大學教育系教育心理與輔導組博士、英國劍橋大學犯罪學研究所訪問學者，Email:ylyeh@cc.ncue.edu.tw。本文之完成特別感謝國立彰化師範大學輔導與諮商學系研究助理巫南萱同學之協助。

The effectiveness of treatment for sexual offenders: An etiological perspective of recidivism

Yeh Yi-Ling*

Abstract

The evaluation of sexual offender treatment is important for criminal justice policy. The aim of this paper was to examine existing sexual offender treatment outcome studies, including journal articles and research reports commissioned by the government. The secondary data analysis with applying a detail search procedure was conducted based on an etiological framework.

The findings are discussed as follows. First, the evaluations of group therapeutic outcomes are strongly emphasized, however, the treatment results of individual therapy were ignored. Second, the evaluations of the effect for distal and acute dynamic risk factors is insufficient on both treatment model. In contrast to treatment in prison, community-based treatment did reveal a significant emphasis on the effectiveness of acute dynamic risk factor. Furthermore, there is ongoing debate about the effectiveness of stable and acute dynamic risk factors, including offense supportive cognitions, affective state, and sexual impulse control. Finally, due to the lack of the evaluation of the treatment effect for various different types of sexual offender, more studies and practice are needed for improving and examining the quality of treatment. Future directions for improving the effectiveness of sex offender treatment outcome evaluations are discussed.

Key Words: sexual assault, treatment effectiveness, prison-based treatment, community-based treatment, etiology

* Yeh, Yi-Ling, Assistant Professor, Department of Guidance and Counseling, National Changhua University of Education; Visiting scholar, Institute of Criminology, University of Cambridge. E-mail: ylyeh@cc.ncue.edu.tw. Special thanks to my research assistant Miss. Wu Nan Hsuan who provided expertise that greatly assisted the research

壹、緒論

台灣每年因性犯罪所付出的成本約為4億7270萬元，其中，性侵害加害人處遇相關計畫的總成本約為5136萬元（洪妤媜、周子敬、林坤村，2008）。根據謝文彥、許春金與施雅甄（2006）針對自1974年來，台灣整體暴力犯罪趨勢之分析可知，我國的性犯罪比例雖然增加的很緩慢，但卻呈現穩定成長的趨勢，特別是2001年至2003年間以及2007年的強制性交總數甚至有急遽的上升。然而，近幾年之統計資料顯示，自2013年至2017年，我國強制性交整體案件數平均約下降26.464%（警政署，2018）。若進一步根據目前台灣幾項針對性侵害再犯率探討之研究可知，若以「再被起訴/逮捕」為再犯之定義，以為期平均七至九年為間隔的追蹤期限為基準，我國自2004至2012年累積樣本之整體性侵害再犯率約介於8%~13%之間（林明傑、董子毅，2005；法務部，2012；楊士隆、張清豐，2004；鍾志宏、吳慧菁，2009；盧映潔，2005）。相較之下，上述研究調查期間之案件成長雖有些許的高低變動，整體的性犯罪率、再犯率亦低於英、美、加拿大或是澳洲（陳炯旭，2006；楊士隆，2004），但總體而言，性犯罪案件呈現穩定不減的趨勢，仍是不爭的事實。

有鑑於此，基於性犯罪本質上之心理病理的特殊性，為了有效改善性犯罪案件的發生，法令、處遇制度都應隨著性犯罪矯治、預防的需要與社會脈絡的改變而有所修正，性侵害犯罪的專業知識是一切社區處遇操作的根本，若處遇的內容與方向不清楚，所有的處遇只會淪為「有做」卻不知道「做了什麼」、為何而做？即使「有效」也不知道「為何有效」，抑或是「無效」也不知道「問題為何」的窘況。

前述的調查結果也同時顯示，我國性侵害處遇策略對於性侵害再犯的抑制雖然沒有非常大的下降幅度，但至少守住了持續惡化的基本面。但若以現今政府付出的社會成本而言，更應該考慮與評估性侵犯矯治的有效性，才能達到最有效能的資源運用。

因此，如何衡量性侵犯矯治成效便成為司法與矯治制度中一項重要的議題，主要原因為成效評估的結果可以作為性侵害加害者矯治方案的規劃實施與假釋的決策參考，例如：不同類型的性侵害加害者治療方案之目標設定或治療進度的追蹤控制。1994年我國通過刑法第77條之修正條文第三項「犯第九十一條之一所列之罪，於徒刑執行期間接受輔導或治療後，經鑑定、評估其再犯危險未顯著降低者」。其後，由於第91條之一之增修，又刪除第77條第三項，並於2005年刑法修正後，正式成為我國性侵犯強制治療之

法源依據。然而，我國執行性侵犯矯治迄今近20多年，針對矯治成效評估之研究，大多以再犯率作為評估標準（例如：林明傑、董子毅，2005；邱惟真，2015；陳炯旭，2006；楊士隆，2004；鍾志宏、吳慧菁，2012），抑或是進行單一監所或社區處遇團體之處遇成效評估（例如：林明傑、方韻、王怡婷，2015；宋郁賢，2015；李思賢、高千雲，2004；邱惟真，2011) 以及性侵害加害者之單一特性（例如：王郁文、修慧蘭，2008；林子軒，2017；陳筱萍、林耿樟，2008）進行探討，僅有陳若璋（2007）針對已實施十年之性罪犯團體治療進行成效評估，除此之外，然對於整體矯治成效之心理病理層面變化之檢討則付之闕如。

過去對於性侵害犯罪危險因素之討論，大多聚焦於靜態 (static) 與動態 (dynamic) 危險因子兩大層次 (Hanson, 2001)。其中，靜態危險因子指的是性犯罪者過去發生的固定歷史事件，例如：前科紀錄（包含：性侵對象、初次犯罪的年齡）、青少年時期的偏差行為紀錄、性偏差的類型等已無法或難以改變的因素。而動態危險因子則又可根據其變動之時間，細分為「穩定動態因子」與「急性動態因子」（沈勝昂、林明傑，2007）。其中穩定動態因子雖具可改變性，但大多會維持數月甚至數年，例如：人格特質、親密關係的缺陷 (Hanson, 2001)、扭曲的性認知或性別刻板印象 (Beech, Friendship, Erikson, & Hanson, 2002; Thornton, 2002; 陳若璋、劉志如、王家駿，2002)、社交技巧 (Beech et al., 2002; Thornton, 2002)、情緒或壓力管理能力 (Hanson, 2001; Polaschek & Hudson, 2004) 等促發性犯罪者犯罪或再犯之因素。除此之外，若單純僅根據靜態與動態因子來檢視性侵犯之再犯危險或矯治成效，便容易忽略整體犯罪路徑中的情境因子，而無法對於其再犯歷程有全面性之理解。有鑑於此，本文目的為回顧文獻中，國內性侵害矯治成效評估之實證研究結果，並試圖從性侵害的病因學觀點出發，亦即同時考量性侵害犯罪之成因與路徑，藉此作為我國性侵犯矯治成效評估之架構，供後續研究或矯治實務上之參考。

貳、文獻探討

研究性侵犯矯治成效必須先對於性侵害犯罪者之再犯危險原因有深入探討，以下將進一步根據過去傳統再犯危險因子之相關理倫模式與病因學觀點之再犯理論進行討論。除此之外，亦將說明不同類型的性侵害加害者之特性與我國目前性侵害之矯治模式之現況與內容。

一、傳統的再犯危險因子相關理論

（一）前置理論 (Precondition model)

Finkelhor(1984) 提出前置理論 (precondition model)，可說是首個運用系統化觀點來解釋戀童性侵加害者犯罪成因之多因子模式。前置理論指出，戀童性侵加害者侵害兒童的原因主要是因為情感上的認同與性興奮，同時，也因為其在人際社交上的阻礙，使其將焦點轉而向容易建立關係的孩童，且由於自我抑制低落或喪失，而失去自我約束的能力，進而對兒童進行侵害。因此，在 Finkelhor 的前置理論中，特別強調戀童性侵犯犯罪行為的發生主要有四項前置條件，分別為：

1. 性虐待孩童的動機 (Motivation to sexually abuse)：這些動機包括前述對於孩童有情感上的認同與性興奮，以及因為無法與一般同年齡的成人建立親密關係，因而將對象轉為兒童。
2. 喪失自我內在抑制力 (Overcoming internal inhibitors)：例如：缺乏自控能力、無法面對心理壓力。
3. 外在抑制力喪失 (Overcoming external inhibitors)：例如：情境中的自然監控 (兒童身邊缺乏成人照顧，因而容易接近)、無視於法律的規範、酒精或藥物造成的抑制力喪失。
4. 克服孩童的抵抗 (Overcoming resistance of the children)：指的是使威脅利誘或是暴力的方式來克服孩童對加害者的抵抗。

前置理論雖考量了加害者心理病理的因素，也考慮了其犯罪手法的路徑，然而，僅針對戀童加害者此一類別之犯罪成因進行解釋，較無法全面性地評估整體性侵犯加害者之再犯危險。

（二）成癮循環 (Addiction cycle)

Wolf 於 1984 年根據自己的臨床經驗以及在西雅圖西北矯治學會 (Northwest Treatment Associates) 所進行的研究結果，提出性侵害的十階段成癮循環 (addiction cycle)，主張性侵犯不停連續犯案的原因乃是由於壓力導致個體的自我效能感降低，因而認為自己將在人際互動中遭受到挫敗，先主動在社交中退縮，而這樣的退縮更進一步的強化其對於自己的負面覺知，而造成更強烈的焦慮與負面情緒，且由於缺乏與人建立親密關係能力。為了補償個體的孤立感，僅能以 " 需求滿足的幻想 (need-fulfilment fantasies)" 來降低焦慮與壓力，一般而言，性幻想便能增進個體的自我控制與效能感 (Wolf, 1985, p.368)，因而形成以性行為或自慰的方式來調節壓力的不良壓力調適模式。

然而，這樣的壓力調適模式僅能讓個體的負面情緒與心理壓力獲得短暫的釋放與逃避，負面情緒與壓力並未消除，且根據 Wolf 的主張，個體在性行為結束後自我負面評價甚至會因為伴隨而來的罪惡感而更為深化，因而又導致個體繼續選擇以性行為緩解壓力，形成性成癮的循環。

（三）整合理論 (Integrated theory)

Marshall 與 Barbaree(1990) 提出的整合理論，採用病因學的觀點，解釋性侵害犯罪者的犯罪因素。整合理論主張，性侵犯之所以犯罪乃是因為其早年經驗了發展上的逆境，以及因著發展上的逆境所產生的心理問題，對個體的青春期產生了影響。這些影響包括：異常的性偏好、扭曲的性態度、對女性的敵意、低自尊與易怒等狀態。加上生活中潛在的觸發因子，例如：酗酒、生活壓力、潛在受害者的出現等因素，此時，若個體出現頻繁的性活動與扭曲的性幻想，便容易促使其產生性犯罪行為。

Marshall 與 Barbaree 嘗試從心理與社會的因素來探討性侵害形成的歷程，試圖釐清個體如何因著早年發展上的不利因素，而形成性侵害加害者的路徑。整合理論可說是解釋性侵害犯罪的一般化理論，但僅將性侵犯早期遠端因子的焦點放置在早年經驗與依附關係上及其所產生的部分心理問題上，例如：衝動控制與人際互動的扭曲認知，對於其他可能的產生的影響，例如：情緒調節問題、支持犯罪有利的信念或反社會人格等因素之討論則較為欠缺。

（四）四部理論 (Quadripartite model)

Hall 與 Hirschman(1992) 提出四部理論，主要用以解釋針對兒童進行性攻擊的犯罪者之四種初期徵兆。這四項徵兆主要包括：生理上的性興奮 (physiological sexual arousal)、合理化的性攻擊認知 (cognitions that justify sexual aggression)、負面的情緒狀態 (negative affective states) 與人格問題 (personality problems)。其中，前三項徵兆屬於犯案前之狀態因子 (state factor)，亦即犯案前夕的暫時性狀態；而人格問題則是屬於特質因子 (trait factor)，是經由個體長期發展所形成的人格脆弱因素。

四部理論雖同時考量了生理與心理的因素，但卻忽略了犯罪當下的情境因素，也欠缺對於各因子之間的互動關係的討論。同時，也僅針對性犯罪者的初期徵兆進行探討，但對於各因子與後續犯罪行為之間的關係卻未多有著墨。

（五）性攻擊的合流模式 (The confluence model of sexual aggression)

Malamuth、Heavey 與 Linz(1996) 年提出性攻擊的合流模式，認為性侵

害犯罪行為的成因主要包含「敵意的男子氣概 (hostile-masculinity)」與「混亂非人格性的性心理 (promiscuous-impersonal sex)」兩個面向，其中，「敵意的男子氣概」指的是男性對女性的敵視、不信任與防禦心態；而混亂非人格性的性心理則是指陳性濫交與性偏差行為。合流模式主張，這兩大面向可具體轉化為六大影響變項，分別包括：性攻擊的動機（包含：性興奮、性的控制與權力、敵意）、克服內、外在抑制力量（包括：接受對女性施加暴力的態度、反社會人格）以及展現性攻擊的機會（將性攻擊視為一種征服）。並認為前述各個因素，皆可單獨對性侵害加害者的性犯罪行為產生影響，亦可將各個因素加乘，其影響力將會提高。

相較於以往的多因子理論，合流模式具體指出性侵犯的認知扭曲主要來自於對女性的敵視與不信任，這部分也是合流模式最主要的立論基礎，但卻也過度簡化了性侵害加害者的病態心理成因，亦即其扭曲的性認知未必僅來自於其對女性的敵意，可能包含了其他個體或情境對加害者在發展上的影響。

（六）路徑模式 (Pathways model)

Ward 與 Siegert (2002) 分析前置理論、四部理論與整合理論的優缺點，提出戀童性罪犯的路徑模式。路徑模式指出，影響戀童性侵害加害者的機制，主要包括四大範疇，分別為 : 親密與社交技巧的缺陷 (intimacy and social skill deficits)、扭曲的性腳本 (distorted sexual scripts)、情緒失調 (emotional dysregulation) 與認知扭曲 (cognitive distortion)。其中，扭曲的性腳本指的是個體偏差的性幻想與性興奮。這些機制主要是受到其早年的學習經驗 (learning events) 以及生物與文化因素 (biological and cultural factor) 所影響，且個體會因為個體其中任何一個因素產生特別的差異時，而衍生出不同的影響路徑。

路徑模式認為，戀童的加害者因者前述影響機制的不同，主要可衍生出五條不同的影響路徑。在前四條路徑中，個體的主要問題便是前述的四大加害機制，而第五條路徑則為多重問題路徑，亦即個體的犯罪機制乃是綜合前述所有因素而形成。

綜合前述六大理論模式可知，不論是前置理論、四部理論、整合理論、成癮循環模式抑或是合流模式都存在者概念解釋不足的問題，Ward 與 Beech(2004) 更指出前三大理論亦欠缺實證研究基礎。而路徑模式雖考量了性犯罪行為發生機制的異質性，亦即不同的機制可能導致不同類型的性犯罪行為，但卻未釐清這些觸發機制之間對於性犯罪行為的遠、近影響力，也無法清楚說明這些因子之間的互動關係。

二、再犯風險的病因學模式 (An etiological model of risk)

有鑑於前述傳統再犯危險相關理論的不足，Beech 與 Ward (2004) 延續 Ward 與 Siegert(2002) 的路徑模式，從病因學的觀點，試圖釐清路徑模式中各因素對於性犯罪的遠端與近端影響，同時聯結各影響因素之間的互動關係，建立性犯罪再犯危險的病因學模式（詳下圖 1）。

在病因學模式中，Ward 與 Beech 將這些再犯危險因子區分為發展上的遠端因子 (distal factors)、脆弱性因子 (vulnerability factors)，又稱特質因子 (trait factors)、犯行前夕的狀態因子 (state factors) 以及誘發個人脆弱因子的觸發或情境因素 (triggering events / contextual risk factors)。其中，遠端因子指的是個體在發展的過程中所遭受到的困境，例如：被虐待、被父母或照顧者拒絕，抑或是在早年並未與照顧者建立起安全的依附關係，進而影響了個體發展出了脆弱的特質。而這些脆弱因子具體展現在兩大架構中，分別為：歷史標記 (historical markers) 與心理特質 (psychological dispositions)。歷史標記亦即個體已經發生的過去經驗，亦稱為靜態因子 (static factors)，包括：未婚、個體的犯罪史或兒少時期的反社會行為紀錄；而心理特質則是指個體長久以來的穩定特性，雖持續很久，但仍可能透過學習或其他方式而改變，又稱為穩定動態因子 (stable dynamic)，包含個體對於性慾的自我調節能力、支持犯罪行為的認知、人際互動的能力與程度以及廣泛性的自我調節問題（例如：情緒或衝動控制）。

Ward 與 Beech 認為這些脆弱性因子可能在受到情境脈絡中的因素觸發後，而促使個體產生犯罪前兆，亦即犯罪前的急性動態因子，而增加個體性侵害的風險程度。這些情境中的觸發因素指的是：接近被害者、不配合規範或法律的監督、與社會脫節、物質濫用、與親友產生關係上的衝突或是結交反社會傾向的同儕，都可能觸發個體狀態因子的發生。一旦狀態因子發生，便成為性侵害犯罪行為的警訊，包括生理上的性興奮、偏差的性幻想、親密關係的需求與正負向情緒狀態等揉合生理與心理的急性因素，都將提高性侵害犯罪行為產生的風險。

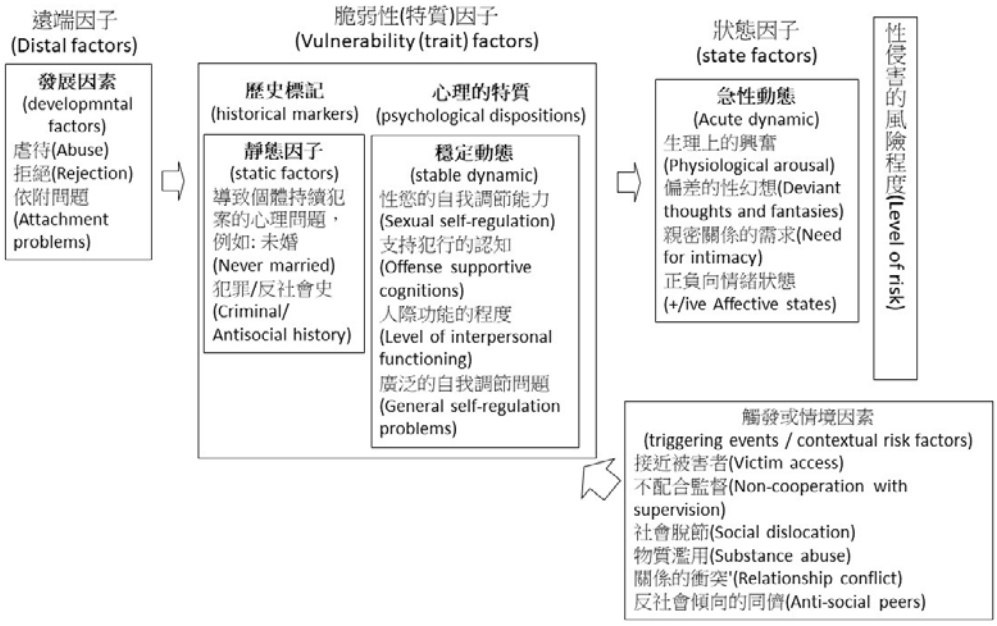

圖 1　性犯罪再犯風險的病因學模式 (An etiological model of risk)

資料來源：Beech, A. R., & Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 48.

由此可知，Ward 與 Beech(2004) 所建構之性犯罪再犯風險的病因學模式，不但考量了個體發展上的早年影響因素，更凸顯了個因素之間的影響路徑關係，並同時考量了性犯罪行為當下的情境與觸發因素，使得性犯罪的行為有了更全面與完整的架構，而這亦為本研究以病因學模式做為評估我國性侵犯矯治成效之理論架構的主要原因。

三、不同類型性侵害加害者之特性

個體由於發展與生理上的差異，所形成人格特質、心理特性甚至是外顯行為樣態亦有很大的不同，性侵犯亦然。綜觀目前國內外性侵害之分類學研究，主要可區分為兩大系統，分別為 Groth(1979) 之分類法以及麻州治療中心的系統中的強暴犯分類法 (The Massachusetts Treatment Center System: Rapists Typology) (Cohen, Seghorn, & Calmas, 1969；Knight & Prentky, 1990；Knight, 1999, 2010；Prentky, Cohen, & Seghom, 1985)。兩大系統之分類學類型分別為：

（一）Groth 分類法

Groth(1979) 認為強暴行為就如同「偽性行為」，且在這個行為中，個體最主要的動機就是憤怒與權力，因此，Groth 也以這兩大軸向來作為強暴犯分類的依據，訪談了 300 位的性侵害加害者，進而將強暴犯區分為三大類型，分別為憤怒型 (anger rape)（約佔 40%）、權力型 (power rape)（約佔 55%）以及虐待型 (sadistic rape)（約佔 5%），其分別之特徵如下 (Bartol & Bartol, 2017)：

1. 憤怒型：此類加害者之犯行經常會出現羞辱被害者的行為（例如：言語或心理上的羞辱），經常伴隨著高強度且不必要的暴力行為。目的在於發洩內心對於女性的敵意與怒氣，且通常會挑選特定類型，例如：扮演母親、老闆或妻子的角色之女性為下手對象。然而，矛盾的是，憤怒型加害者雖犯下性侵他人之行為，但內心卻視性為骯髒污穢的 (view sex as a dirty, offensive, and disgusting thing)。
2. 權力型：權力型的加害者主要藉由性侵害的行為來尋求控制感與權力，其目的主要在獲得性的征服 (sexual conquest)。因此，此類加害者使用暴力的程度取決於被害者的反應。其人格特質經常是低自尊，甚至缺乏社交退縮的，亦可能伴隨著長久的負面情緒。在犯罪手法上，權力型的加害者通常會以綁架的方式擄走被害者（也可以視為是一種權力的表徵），且通常會將加害者拘禁在某個特定的地方，並且不斷地加以強暴。
3. 虐待型：此類加害者的犯罪動機同時包含性與攻擊的成分。換句話說，此類加害者在性侵被害者時，表面上所表現出的攻擊行為，實際上卻是加害者性興奮的來源。此外，被害者受虐時所產生的痛苦反應，也同時強化加害者性刺激的程度。在選擇被害者時，通常會挑選從事性交易或是某些對加害者而言，具有某種特殊表徵，且是加害者希望破壞或摧毀其形象之女性。

（二）麻州治療中心系統：強暴犯分類法

Cohen 等人 (1969) 臨床診斷與 t 考驗，將 65 位正於麻州治療中心接受矯治之性侵犯分為四個主要類型，分別為：替代攻擊型 (The displaced aggression type)、補償型 (The compensatory type)、性虐待 / 性攻擊型 (The sex aggression defusion or sadistic type) 與衝動型 (The impulse type)， 此為 MTC 系統分類中的第一版。其後，Prentky 等人於 1985 年又對 1600 位異質性高且同樣位於該治療中心性侵犯進行分類，並以 Cohen 等人的分類學為基礎，且有鑑於治療中心的臨床治療人員認為，Cohen 等人的分類僅僅考量性

與攻擊作為分類基礎，難以鑑別其異質性，因此，進一步根據這些性侵犯的攻擊的目的 (meaning of aggression)、犯罪型態 (offense style) 與生活型態 (life style) 將性侵犯區分為八個亞型，又稱為 MTC: R2（詳下圖 2）。

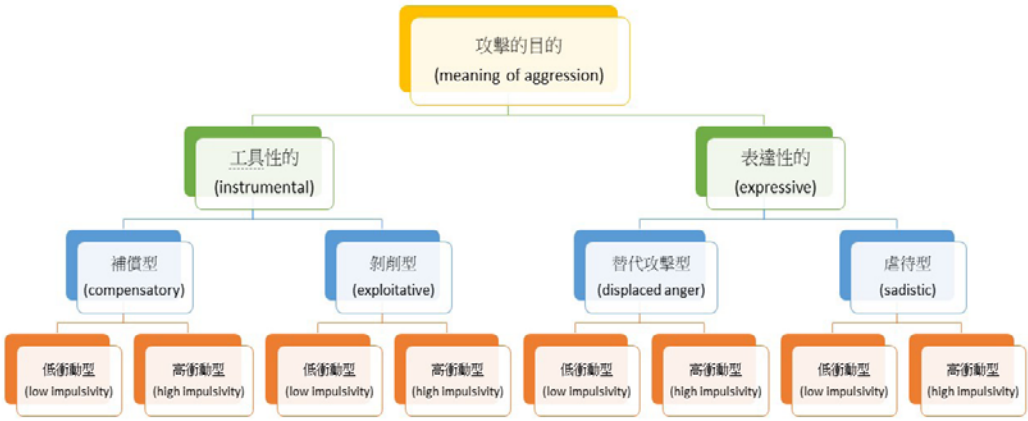

圖 2　麻州治療分類系統：強暴犯分類法第二版 (MTC: R2)

資料來源：Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Applied clinical psychology. Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp.36). New York, NY, US: Plenum Press.

而目前臨床上最廣為使用的分類乃是由 Knight 與 Prentky(1990) 以前兩個版本為基礎，再考量加害者的社會能力所建立的分類法 (MTC:R3)。MTC: R3 系統共包括四大類型以及九項亞型（詳下圖 3）。其中機會型 (opportunistic) 的加害者大多有著非常多的前科紀錄，犯罪史也較長，但前科紀錄並不一定包括性犯罪。此類犯罪者一開始大多未預期會犯下性侵害案件，而是在情境因素有利的情況下，藉由情境所提供的機會而犯案（例如：行竊時順勢性侵屋主）。廣泛憤怒型與報復型之加害者，則與 Groth(1979) 分類中之憤怒型以及 MTC: R2 中替代攻擊型的加害者特質相近，主要特徵都是對女性有強烈的敵意，其性侵害行為並非已獲得性的滿足為目的，而是在宣洩情緒與憤怒。而性型 (sexual) 的加害者則是同樣可對應至 Groth 與 MTC: R2 的虐待型，若從犯罪剖繪的觀點，虐待型的加害者通常有著以下特徵，例如：對婚姻或親密關係的忠誠度低落、曾有過家暴紀錄，或是在青少年時期曾有反社會傾向。加害者會藉由施虐被害者來達到性的滿足，被害者受到的疼痛與暴力將對加害者產生更高程度的性興奮。甚至在某些狀況下，被害者的憤怒與反抗會被視為是一種遊戲或是引誘被害者的象徵 (Bartol &

Bartol, 2017)。

相較於麻州治療分類系統，Groth(1979) 發展出的分類系統，雖與 MTC 系統相似，卻較為簡單，然而，不論是哪一個分類學系統，都顯出了不同類型的性侵害加害者不論是在人格特質亦或是心理問題，甚至是行為表現上都有著非常大的差異，因此，在矯治處遇上，也應該以此為基礎，針對不同類型的性侵害加害者，給予個別化的處遇。

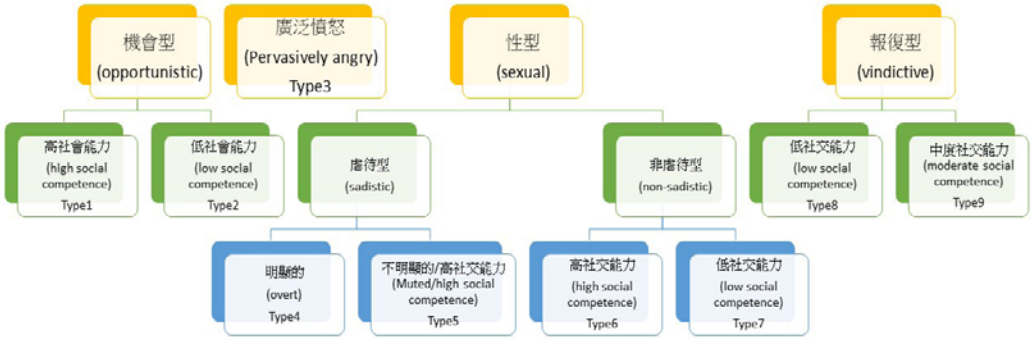

圖 3　麻州治療分類系統：強暴犯分類法第三版 (MTC: R3)

資料來源：Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Applied clinical psychology. Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp.43). New York, NY, US: Plenum Press.

四、我國目前性侵害加害者之治療模式

2005 年刑法修正案通過，目前我國性侵犯之矯治以「獄中強制治療」或「社區身心治療輔導教育」為主要兩大範疇。實施方式主要為團體治療與個別治療課程並行，但由於目前各監所人力資源與時間有限，故針對經診斷與評估後認定較不適合進行團體之加害者，才會進一步安排個別治療，例如：罹患精神疾病、語言障礙、身心障礙等類型，由此可知，台灣目前針對性侵害加害者之治療主要仍以團體治療為主（吳正坤，2011；邱惟真，2011）。不論是刑法第 77 條亦或是性侵害防制法的精神，針對性侵害加害者施以治療的主要目標皆為有效改善性犯罪人再犯危險性，使其無法再繼續危害社會（鍾志宏、吳慧菁，2012）。由此可知，不論是接受在監治療或社區治療的性侵害加害者，其治療內容的實質改變成效，亦即再犯危險因子是否具體減少或達到顯著程度上的下降，便是研究者最為關注的目標。

台灣目前的治療模式主要以結合認知取向的「再犯預防模式（Relapse Prevention，簡稱RP模式）」為主（陳若璋、黃亮韶，2006）。Pithers 與 Cumming(1995) 主張RP模式的進行方式主要有以下五個階段：

（一）澄清個案對治療的看法與誤解、提供合理的治療目標

（二）鑑別個案的犯罪路徑循環 (identify offense cycle)

（三）評估及教導個案熟悉自己的犯罪前兆 (precursors)、高危險情境 (high risk situation)、看似不重要的決定 (seemingly unimportant decision) 與因應的資源 (coping resources)。

（四）讓個案瞭解「犯錯」與「再犯」，訓練個案減少犯錯的頻率與強度，同時預防再犯。

（五）當個案了解自己的犯罪路徑循環以及危險因子後，協助其發展阻斷這些循環與危險因子的策略。

再犯預防模式的團體教材內容以 Bays、Freeman-Longo 與 Hildebran 於 1996 年所編之四本性犯罪治療手冊之內容為主 (吳素霞、林明傑，2001)，目前國內所進行之再犯預防團體課程大多為 12 週次與 20 週次之治療方案為主。其中，12 週次的再犯預防治療課程主要包括：檢驗個案的性偏差循環、預防再犯處遇模式、性侵害相關法律課程、兩性關係與酒精與藥物的影響；而 20 週次的課程雖同樣是檢驗個案的性偏差循環以及再犯處遇模式，但最大的差異在於，20 週次的課程從生命史的觀點為基礎，深入探索個案的家庭成長環境、同儕關係、兩性交往經驗與個人心性發展。相較於 12 週次的課程內容，更能對於個案早期的發展因素、初期的危險因子與後期的犯罪前兆有全盤的了解，也能更進一步爬梳加害者的生命脈絡，藉此達到再犯預防的目的。

參、研究材料與方法

一、研究材料

本研究主要是採次級資料分析法，就國內性侵害矯治成效評估之相關期刊論文與政府委託之研究報告為主要文獻分析之範疇。並以「性侵害」、「性犯罪」、「加害人」、「獄內治療」、「社區處遇」、「再犯預防」為關鍵字，透過「華藝線上圖書館」、「臺灣人文及社會科學引文索引資料庫」、「科技政策研究與資訊中心學術會議論文摘要資料庫」、「月旦知識庫文獻檢索」、「國家圖書館期刊文獻資訊網臺灣期刊論文索引系統」、「法源法律網」、

「政治大學圖書館學術資源探索系統」「彰化師範大學整合性圖書館自動化系統」以及「淡江大學機構典藏」等查詢系統，進行資料檢索。

檢索結果顯示，自 2002 年至 2017 年止，探討我國性侵害矯治成效評估，且不以再犯率作為成效評估指標，而是具體評估獄內治療或社區處遇改善層面之相關論文共 83 篇（各主題之對應篇數如下表 1 所示），排除單純以性侵害加害人行為特徵、相關背景與（依附關係、家庭結構）、刑事司法政策與制度、評估工具之討論等 66 篇，以及研究對象重覆之論文 5 篇，本研究主要分析之文獻範疇為具體探討獄內治療與社區處遇矯治成效之論文共 21 篇。

表 1　2004-2017 年我國性侵害矯治相關論文主題與篇數摘要表

主題	篇數（篇）
獄內治療	13
社區處遇	8
加害人行為特徵	11
相關背景（依附關係、家庭結構）	2
刑事司法政策與制度	38
評估工具之討論	10
司法心理治療之優缺點探討	1

二、資料分析

本研究參酌 Pollack(2001) 之建議，在進行次級資料分析前，先針對本研究欲探討的具體概念與各研究資料之變項的操作型定義進行檢視，確定檢索標的與本研究概念吻合，藉此建立本研究資料之信度。

肆、研究結果

本研究以 Ward 與 Beech(2004) 所建構之性犯罪再犯風險的病因學模式作為文獻分析之理論架構，並以此作為我國性侵犯矯治成效評估指標之分析依據。

一、我國性侵害犯獄內治療成效評估

本研究中具體探討獄內治療成效之文獻有 13 篇，其中有 11 篇提及獄內矯治成效結果的具體進步層面，而有 5 篇則指出獄內矯治成效未具顯著效果的面向，其中有四篇同時討論兩方面之結果（甘桂安、陳曉萍、周煌智等人，2006；李思賢，2002；陳若璋等，2004；鍾明勳、陳若璋、陳筱萍等，2004）（詳表 2）。

表 2　我國性侵犯獄內治療矯治成效評估相關研究摘要表

獄內治療【進步面】				
進步/有效面向	**矯治模式**	**對象**	**研究方法/資料分析與評估方式**	**作者**
1.法律規範 2.性別關係與性教育 3.性別平等與強暴迷思 4.卸下其防衛機制，並坦承參與團體	初階團體處遇。兩天一次共6次(開放式團體)；一天一次共6次(封閉式團體)	新竹地方法院受保護處分之少年性侵害行為人，兩梯次計26名。	介入性實驗研究 多元方法多元評估。 Kirkpartrick(1959)四種效標：反應效標(出席、作業、參與度)、學習效標、行為效標(人際、行動、思考人際量表)、結果效標。	邱惟真(2017)
【強暴組】表達溝通 (高危險組)衝動控制 (低微險組)合理化、異性相處 【兒童性侵組】憂鬱、情緒基調、表達溝通 (高危險組)合理化 (中危險組)男尊女卑、異性相處、情緒基調(穩定度提升、憂鬱下降)、攻擊、表達 (低危險組)否認	預防再犯為主的團體心理治療。每週一次，每次90分鐘，為期20週。	【實驗組】民94-95在監10組及社區2組。強暴51人；兒童性侵53人 【控制組】民94-95在監服刑之加害者。強暴34人；兒童性侵39人	介入性實驗研究 性態度量表及情緒量表；團體氣氛量表；耶樂姆療效因素量表	陳若璋、劉志如、林烘煜(2007)
1.發現彼此問題所在，吸取他人優缺點，建立回饋機制，學習到解決問題的能力。 2.開放心靈、紓解胸中鬱悶，考慮到對方的感受及行為後果	團體治療	台北監獄8名性侵害犯	訪談資料質性分析。(於治療團體中隨機訪談) 性侵害犯強制治療訪談大綱	李思賢(2002)

1.提升同理心 2.採取外在歸因、神經質、凸顯自己的反社會性格傾向之情形皆有顯著下降。 2.攻擊傾向降低：表現憤怒、口頭攻擊 3.提升自我肯定：全面、防衛性自我肯定 3.正常化傾向的發展	團體同理心訓練模式。每週一次，每次2小時，為期21週。	台灣○○監獄性犯罪受刑人8名	多元方法多元評估。 故事性思考；人際、行動、思考人際量表(KSRS)；人際行為量表(IBS)	邱惟真(2009)
1.對自己家庭問題的瞭解 2.自我了解 3.希望感提升 4.人際學習	20次再犯預防模式之團體心理治療。	監獄或社區中接受身心治療之性犯罪，有效樣本80人。	單一樣本實驗研究	陳若璋等(2004)
1.覺察自我情緒	情緒管理團體治療。每周一次，為期12週。	南部某監獄38名性侵害加害人。	單一樣本實驗研究 問卷調查法 情緒智商量表、衝動量表	甘桂安、陳曉萍、周煌智、劉素華、湯淑慧(2006)
改善憂鬱、攻擊、表達與溝通、下降男尊女卑認知扭曲	再放預防模式團體治療		文獻分析	林淑梨、陳若璋(2015)
1.實驗組與控制組在情緒向度上有顯著差異；改變主要顯示在攻擊及表達與溝通能力上。 2.分組比較上，與高、低危險組相較，中危險組改變最多。 3.團體氣氛中，成員投入度隨著團體進展而逐漸提高。 4.團體早期至中期，成員覺得家庭重現、自我瞭解及希望灌注最具療效；在晚期，則以外向性人際學習及家庭重現最為重要。	20次再犯預防模式之團體心理治療	實驗組94人；控制組91人	介入性實驗研究	陳若璋、林烘煜(2006)

1.對被害人同理心在處預後顯著提升 2.「否認犯行」正向處遇效果	再犯預防認知行為療法。每週一次、一次兩小時，為期16 週團體。	台北監獄性侵害犯。實驗組48人與控制組40人	介入性實驗研究 訪談質性分析。 量表前後側之量化分析。性侵害加害人心理狀態評估工具」（柯永河，1999）、「兩性態度與想法問卷調查表」（李維娜，2001）、及「強暴認知問卷」（林淑梨，2001）	李思賢、高千雲(2004)
在認知扭曲中的強暴迷思、合理化中的行為合理化和否認及情緒量表中的衝動控制，在團體介入後，有顯著之改變。	再犯預防為主之團體心理治療。共八組，每組8-10人。每周一次，一次90分鐘，為期20週。	監獄77人；社區3人	介入性實驗研究 Static-99再犯危險預測量表；性態度量表；情緒量表	鍾明勳、陳若璋、陳筱萍等(2004)
1.小於25歲年紀之性侵害犯，呈現較多的改善人際與幫助別人想法。 2.受教育年較短的較有壓力與困擾 3.刑期短者，學到緒表達之技巧滿意度較高。 4.初犯對團體的滿意度高過累犯：認為寫功課對我有幫助；增加自我了解；對治療不再排斥；可以使用自己孰悉的防衛機轉。	Robert Freeman-Longo編輯之Relapse Prevention教材，團體治療。	民87到88年，完成團體教育階段之台北監獄性侵害男性犯。有效樣本N=71	單一樣本實驗研究 台灣台北監獄妨害風化受刑人團體治療問卷。	李光輝、王家駿、李文貴等(2006)
1.提升法律概念 2.了解情緒 3.能避開高危險情境 4.學習如何與伴侶相處，擁有和諧的性關係	再犯預防取向的認知行為療法，進行4個月的課程。	軍監性罪犯37人	問卷調查法	林明傑、方韻、王怡婷(2015)

獄內治療【未顯著改善】				
無效/負向影響	矯治模式	對象	研究方法	作者
情緒宣洩	20次再犯預防模式之團體心理治療。	監獄或社區中接受身心治療之性犯罪，有效樣本80人。	單一樣本實驗研究	陳若璋等(2004)
1.覺察他人情緒 2.衝動	情緒管理團體治療。每周一次，為期12週。	南部某監獄38名性侵害加害人。	單一樣本實驗研究 問卷調查法 情緒智商量表、衝動量表	甘桂安、陳曉萍、周煌智、劉素華、湯淑慧 (2006)
1.不願為自己的行為負責 2.將自己所犯的錯誤怪罪於他人	團體治療	台北監獄8名性侵害犯	訪談資料質性分析。(於治療團體中隨機訪談) 性侵害犯強制治療訪談大綱	李思賢(2002)
1.認知扭曲之男女對立、男尊女卑之概念沒有顯著改善。 2.憂鬱、情緒基調、攻擊和表達溝通無達顯著改善。 3.異性相處在團體介入後並未造成任何變化	再犯預防為主之團體心理治療。共八組，每組8-10人。每周一次，一次90分鐘，為期20週。	監獄77人；社區3人	介入性實驗研究 Static-99再犯危險預測量表；性態度量表；情緒量表	鍾明勳、陳若璋、陳筱萍等(2004)
1.強姦犯的父權心態得分顯著高於猥褻犯	再犯預防認知行為療法。每週一次、一次兩小時，為期16 週團體。	台北監獄性侵害犯。實驗組48 人與控制組(未接受任何治療)40 人	次級資料分析	楊雅淳，邱靜絜，高千雲，李思賢(2007)

根據 Ward 與 Beech(2004) 的病因學觀點，分析提及獄內矯治有效之文獻可知，獄內矯治的成效具體表現在個體穩定動態因子的部分，包括：支持犯行的認知（林明傑等，2015；林淑梨、陳若璋，2015；李思賢，2002；李思賢、高千雲，2004；邱惟真，2009，2017；陳若璋等，2004；陳若璋等，2007；鍾明勳等，2004）、人際功能的程度（林明傑等，2015；林淑梨、陳若璋，2015；李光輝等，2006；李思賢，2002；李思賢、高千雲，2004；邱惟真，2009；陳若璋等，2004；陳若璋、林洪煜，2006；陳若璋等，2007；蘇益志，2008）以及廣泛的自我調節問題（甘桂安等，2006；李光輝等，2006；李思賢，2002；林明傑等，2015；林淑梨、陳若璋，2015；邱惟真，2009；陳若璋等，2004；陳若璋、林洪煜，2006；陳若璋等，2007；鍾明勳等，2004）三個面向上，尤為顯著。顯示出獄內治療對於加害者在法律規範的理解、性別平等、強暴迷思、人際溝通、提升自我效能、衝動控制以及情緒的調節上，有顯著的治療效果（詳圖 4）。但亦有部分研究指出獄內治療在支持犯行的認知中，包含：不願意承認犯行、外在歸因（李思賢，2002）、性別刻板印象（父權心態、男尊女卑、男女對立）（楊雅淳等，2007；鍾明勳等，2004）等面向上，未見顯著效果，甚至可持續觀察到加害者的否認行為（李思賢，2002）（詳圖 5）。

在遠端發展因子上，則僅有陳若璋等 (2004) 具體指出在經過 20 次的再犯預防團體後，個體對自我與早年家庭問題有更深入的了解。此外，亦有部分研究指出獄內治療有助於改善急性動態因子中的情緒問題（李思賢，2002；林淑梨、陳若璋，2015；陳若璋等，2007），但卻未有針對獄內矯治成效之研究探討其他急性動態因子的改變。而在觸發事件與情境因素的面向上，亦僅有林明傑等人 (2015) 指出軍監的性罪犯透過 4 個月的再犯預防課程，有助於其更加了解如何與伴侶建立和諧的性關係，同時避開高危險情境。

然而，從圖 5 之分析亦可發現，鍾明勳等人 2004 年之研究同樣指出經過 20 週次的獄內治療，個案在表達溝通以及急性動態因子的情緒面向上沒有顯著改善，甘桂安等 (2006) 與陳若璋等 (2004) 之研究皆呼應此一結果。顯示獄內治療在穩定動態因子與急性動態因子（特別是正負向情緒的部分）仍需持續評估治療效果。

另一方面，綜觀本研究針對獄內治療成效評估之 13 篇實徵研究，遠端發展因子的部分，除了陳若璋等 (2004) 曾分析加害者對於家庭問題的理解之外，幾乎未見有針對個案過去所受到的虐待情形與親子依附問題之矯治成效評估。由前述我國目前矯治的內容可知，RP 模式的教材包含了病因學觀點中的發展因素、個人脆弱因素、觸發事情與情境因素與急性動態因素，但在

矯治成效的評估上，卻忽略了發展中的童年受虐與依附關係、性慾的自我調節能力等議題，在觸發事件與情境因素中，同樣忽略了對於加害者物質濫用的控制、親密關係的衝突與偏差同儕的接觸之後續追蹤，對於犯罪前的急性前兆，也多將焦點放置在情緒問題，而缺乏檢視目前獄內治療對於個體偏差的性幻想以及親密關係需求的改善情形。

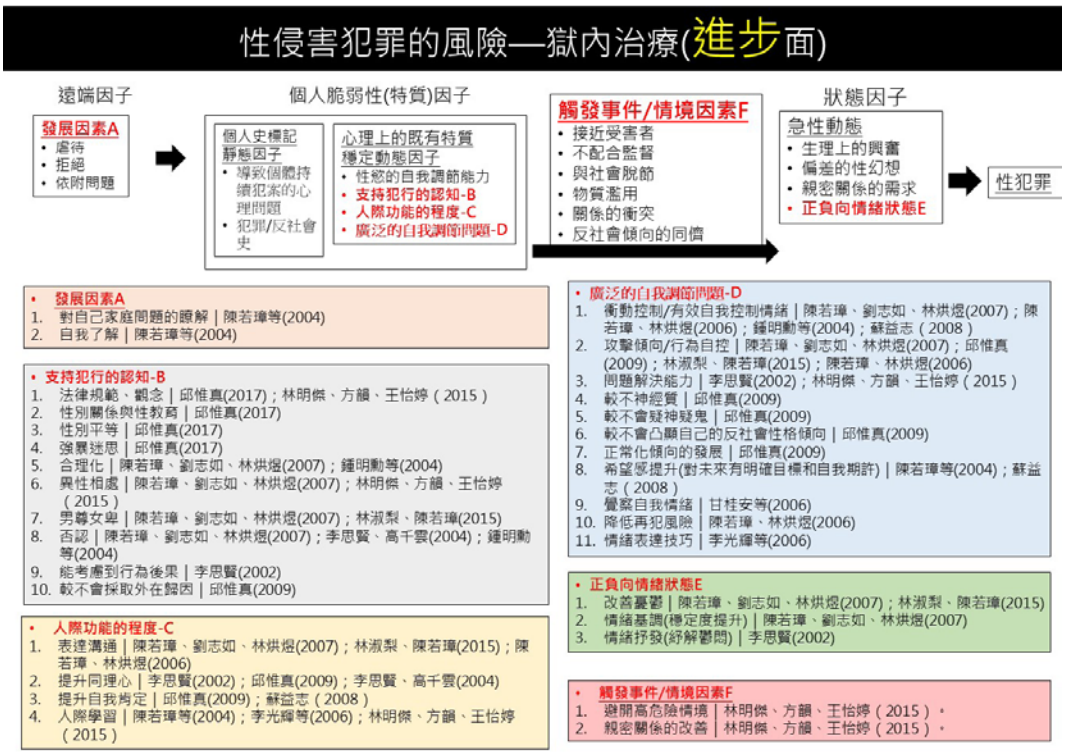

圖 4　病因學觀點之獄內治療進步層面分析圖

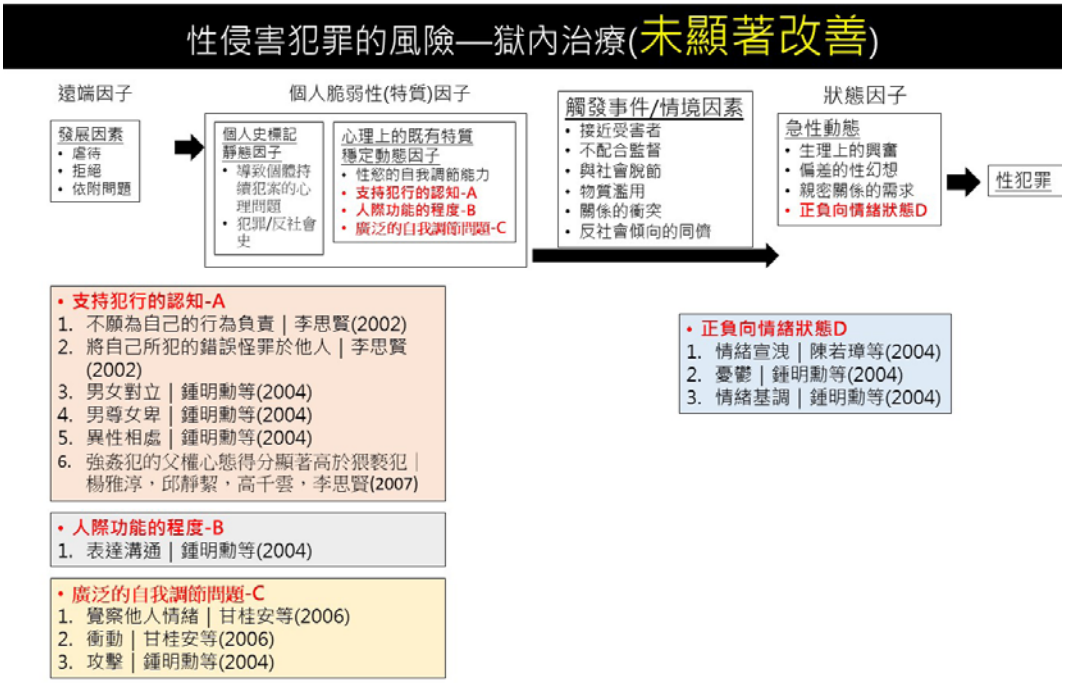

圖 5　病因學觀點之獄內治療未顯著改善層面分析圖

二、我國性侵害加害者社區處遇之成效評估

本文具體探討社區處遇成效層面之文獻 8 篇（林耿樟、劉芯瑜、鄭珮汝，2014；沈勝昂，2006；邱惟真，邱思潔，2006；邱惟真，2011；陳若璋，2016；陳婷宇，2015；黃冠豪，2016；楊大和、饒怡君、金樹人，2012），其中邱惟真 (2011) 與陳婷宇 (2015) 兩篇同時討論正、反兩方面之結果（詳表 3）。

由社區處遇有效之文獻可知，社區處遇的成效評估的重點主要仍放在個體穩定動態因子的部分，但相較於獄內矯治的成效評估，探討社區處遇成效之文獻觸及了個體在性慾的自我調節能力（邱惟真，2011），其他各個穩定動態因子包括：支持犯行的認知（林耿樟等人，2014；邱惟真、邱思潔，2006；邱惟真，2011；陳亭宇，2015；陳若璋，2016；黃冠豪，2016）、人際功能的程度（邱惟真、邱思潔，2006；邱惟真，2011；陳亭宇，2015；陳若璋，2016；黃冠豪，2016）以及廣泛的自我調節問題（邱惟真，2011；陳若璋，2016；黃冠豪，2016）之成效評估結果，皆顯示出社區處遇對於加害者在回歸日常生活環境中，對於法律規範的理解、性別平等、扭曲的認知、行為的合理化、異性相處、對被害者的同理心、尊重他人、情緒覺察與表

達、壓力與憤怒管理等面向上，都有顯著的治療效果（詳圖 6）。但陳亭宇 (2015) 以及邱惟真、邱思潔 (2006) 與邱惟真 (2011) 之研究結果則發現社區處遇的加害者在否認以及外在歸因的態度（例如：認為性侵犯不需要處罰、外界不應該對性侵犯抱有負面看法）上仍未見顯著效果，甚至否認酒精對於性侵害行為之影響。（詳圖 7）。

相較於獄內矯治而言，去對於社區處遇矯治成效的評估研究更加著重在觸發事件與情境因素上，本研究所分析之四篇研究便指出，在經過社區處遇之後加害者對於危險情境的辨識（陳若璋，2016）、遠離被害者的傾向（沈勝昂，2006）、更留意與異性的互動 (黃冠豪，2016) 以及體認到自己的犯罪循環（邱惟真，2011）等面向上，都有顯著的進步。同時，也有兩篇研究指出，接受社區處遇的被害者，在減少接觸偏差同儕的面向上，有顯著的下降（沈勝昂，2006；黃冠豪，2016）。而黃冠豪 (2016) 之研究則指出個案在社區處遇後，物質濫用的不良習慣以及與社會脫節的情形也大幅下降。

而加害者在急性動態因子的改變上，則僅有陳亭宇 (2015) 具體指出在經過 12 次加入表達性藝術媒材之社區再犯預防團體後，個體的情緒基調，特別是憂鬱的情形有獲得改善，但在穩定動態因子的廣泛性的自我調節問題上，例如：衝動控制與攻擊的部分則未見顯著進步。除此之外，邱惟真與邱思潔 (2006) 針對 30 位接受一年社區輔導教育團體之性侵犯之研究結果甚至發現，加害者在經過治療後性慾強度與頻率反而顯著提升（詳圖 7）。

綜觀本研究針對社區處遇成效評估之 8 篇實徵研究可知，過去研究對於社區矯治成效的評估雖已較獄內治療成效更重視觸發與情境因素，但卻忽略了對於加害者親密關係的衝突上進行後續追蹤，而個案否持續配合監控，也僅有楊大和等人 (2012) 之研究指出接受強制社區處遇團體之個案，在改變的動機上並沒有太大的進步，甚至在團體後期出現改變動機下降的情況。對於犯罪前的急性前兆，同樣僅將焦點放置在情緒問題的面向上，而缺乏檢視目前獄內治療對於個體偏差的性幻想以及親密關係需求的改善，且幾乎未見有針對個案過去遠端發展因子的部分進行之矯治成效評估。

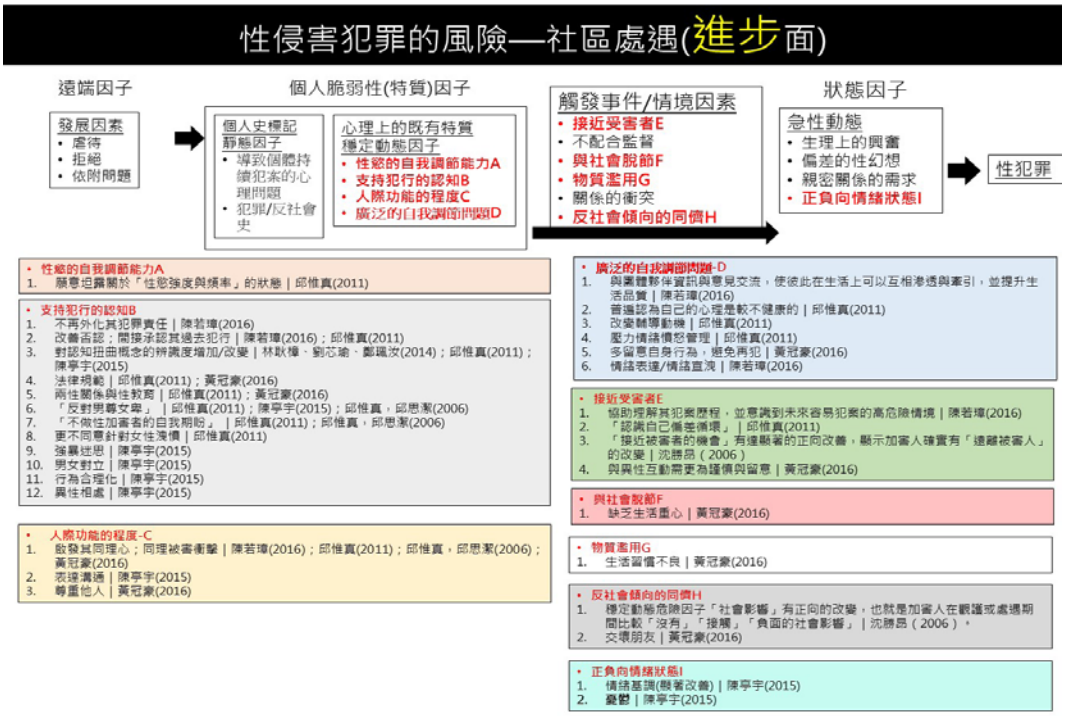

圖 6　病因學觀點之社區處遇進步層面分析圖

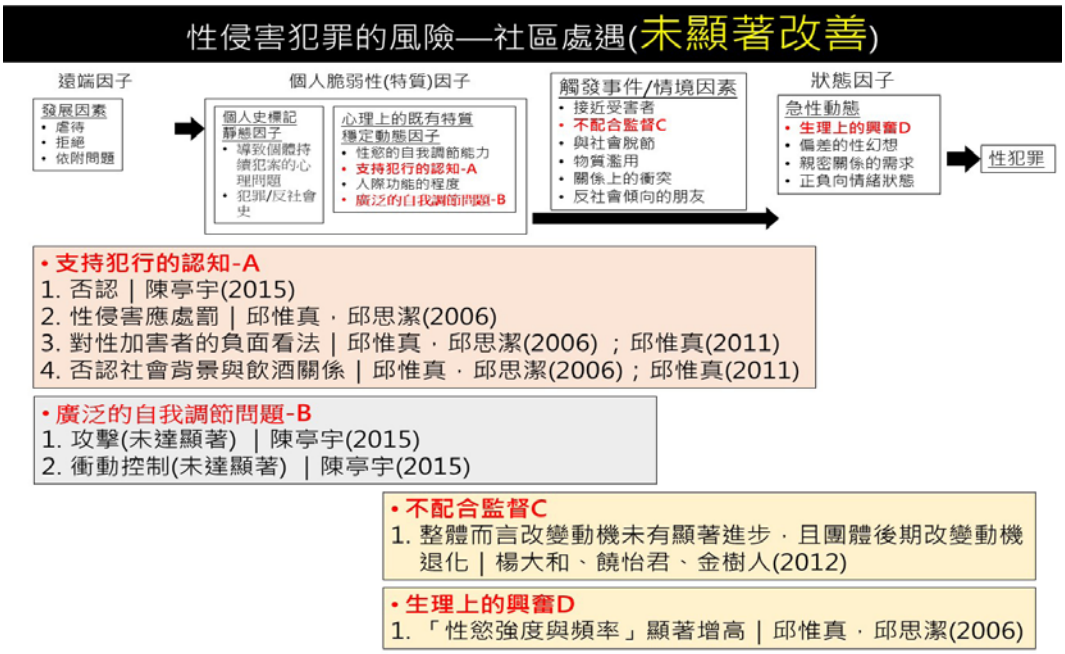

圖 7　病因學觀點之社區處遇未顯著改善層面分析圖

表3　我國性侵犯社區處遇矯治成效評估相關研究摘要表

社區處遇【進步面】				
進步/有效面向	矯治模式	對象	研究方法/ 資料分析與評估方式	作者
1.情緒表達/情緒宣洩 2.啟發其同理心 3.協助理解其犯案歷程，並意識到未來容易犯案的高危險情境 4.不再外化其犯罪責任，轉而回頭檢討自身困境、探索其內心世界。 5.間接承認其過去犯行 6.資訊與意見交流，使彼此在生活上可以互相滲透與牽引，並提升生活品質。	社區身心治療團體。 以認知行為治療(CBT)為主體的再犯預防模式；風險管理(RNR)模式；好生活(GLM)及優勢取向模式；強調治療著重處理性相關技術或關係/歷程重點模式；制式化手冊為主或個別化為主之模式；保護社區為主或重視發展個人興趣成長為主的模式。 每週進行1次，每次2小時，共進行24次。	當地衛生局所裁定接受性侵害加害者二階段處遇之7位成員	Giorgi現象學質性研究 參與觀察法	陳若璋 (2016)
對認知扭曲概念的辨識度增加。	12次調整認知扭曲課程方案團體	99年度參加社區處遇輔導教育課程共92人。研究組(進階團體)46人，對照組(初階團體)46人。	前後測準實驗研究 自編認知扭曲量表	林耿樟、劉芯瑜、鄭珮汝 (2014)
1.法律規範之課程學習效度達顯著 2.兩性關係與性教育之課程學習效度達顯著	三個月之社區輔導教育團體(初階團體)	1.有效樣本13名 2.有效樣本11名	介入性實驗研究 「成就評量」乃直接檢視團體成員在「法律規範」、「兩性關係與性教育」、以及「性別平權與強暴迷思」這三門課程中的表現。	邱惟真 (2011)

1. 願意坦露關於「性慾強度與頻率」的狀態，平均分數從26.3提升到29.6，但仍在常模的範圍（20-41，百分等級25%-75%之間）之內。 2.「反對男尊女卑」提升 3.「不做性加害者的自我期盼」提升 4. 普遍認為自己的心理是較不健康的 5. 更不同意針對女性洩憤。 6.「改善否認，接受責任」相較達顯著改善 7.「改變輔導動機」達顯著改善 8.「改善認知扭曲」達顯著改善 9.「認識自己偏差循環」達顯著改善 10.「同理被害衝擊」達顯著改善 11.「壓力情緒憤怒管理」達顯著改善	一年之社區輔導教育團體	30名有效樣本	介入性實驗研究 人際、思考、行動習慣量表（KSRS）以及人際行為量表（IBS）。	邱惟真(2011)
1.「同理受害者」顯著增高 2.壓力等級大致上均可維持在穩定「正常」的範圍之內。	一年之社區輔導教育團體	30人	介入性實驗研究 人際、思考、行動習慣量表（KSRS）；人際行為量表（IBS）；臉色壓力測驗表	邱惟真，邱思潔(2006)

1.學習到對於他人的尊重、同理之重要性。 2.能自覺需要反省與改變的地方：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。 3.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	社區團體心理治療。每兩周一次，每次約90分鐘左右，為期三個月。	以103 年度至104 年度之間，我國某中部縣市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，5位。	半結構式訪談質性分析。	黃冠豪 (2016)
1.穩定動態危險因子「社會影響」有正向的改變，也就是加害人在觀護或處遇期間比較「沒有」「接觸」「負面的社會影響」。 2.「接近被害者的機會」有達顯著的正向改善，顯示加害人確實有「遠離被害人」的改變	社區處遇	樣本來源：民國93、94、95假釋的性侵加害人，有效樣本共計571人 研究對象：心理治療者與觀護人	問卷調查法 對假釋之性侵害加害人進行再犯危險評估量表的評估，進行間隔四到六個月的兩次評估	沈勝昂 (2006)
1.【性態度量表】強暴迷思、男女對立、男尊女卑、認知扭曲、行為合理化、異性相處此面相分數達顯著下降。 2.【情緒量表】「情緒基調」、「憂鬱」與「表達溝通」上都有達統計顯著的改善	以再犯預防模式為主要團體架構。12次性侵加害人社區處遇團體，	台灣某地區衛生局與家庭暴力暨性侵害防治中心轉介至當地醫學中心接受性侵害加害人身心治療與輔導教育等社區處遇之個案，共19人。	單因子混合實驗研究 「性態度量表」、「情緒量表」、「耶勒姆團體療效因子」與「團體氣氛量表」收集量化資料；以半結構式深度訪談蒐集使用藝術媒材之團體參與者的主觀經驗。	陳亭宇 (2015)

社區處遇【未顯著改善】				
無效/負向影響	**矯治模式**	**對象**	**研究方法/資料分析與評估方式**	**作者**
性別平權與強暴迷思之課程學習效果未達顯著	三個月之社區輔導教育團體	12名	介入性實驗研究 「成就評量」乃直接檢視團體成員在「法律規範」、「兩性關係與性教育」、以及「性別平權與強暴迷思」這三門課程中的表現。	邱惟真(2011)
1.不認為性侵害行為與社會背景與飲酒有關 2.強烈認為性侵害不應處罰，也不應該對性加害者有負面看法	一年之社區輔導教育團體	30名	介入性實驗研究 人際、思考、行動習慣量表（KSRS）以及人際行為量表（IBS）	邱惟真(2011)
「性慾強度與頻率」顯著增高	一年之社區輔導教育團體	30人	介入性實驗研究 人際、思考、行動習慣量表（KSRS）；人際行為量表（IBS）；臉色壓力測驗表	邱惟真，邱思潔(2006)
1.【性態度量表】在處遇後，「否認」、「否認量表」未達顯著改變 2.【情緒量表】在「攻擊」與「衝動控制」向度上未能達到顯著改變	以再犯預防模式為主要 團體架構。12次性侵加害人社區處遇團體	台灣某地區衛生局與家庭暴力暨性侵害防治中心轉介至當地醫學中心接受性侵害加害人身心治療與輔導教育等社區處遇之個案，共19人。	單因子混合實驗研究 「性態度量表」、「情緒量表」、「耶勒姆團體療效因子」與「團體氣氛量表」收集量化資料；以半結構式深度訪談蒐集使用藝術媒材之團體參與者的主觀經驗。	陳亭宇(2015)
不論是在團體各個階段改變動機都不強，甚至在團體後期出現改變動機退化的情形。整體而言，治療本身僅維持了現有的動機效果。	共36次之完全開放、非結構性之團體，理論依據與技術為「動機式晤談法」與「跨理論模式」。	30名接受強制團體社區治療之男性性侵害加害者	單一樣本前後測實驗研究 在接受團體12、24與36次時分別接受「改變階段量表-性侵害版」之施測。	楊大和、饒怡君、金樹人(2012)

伍、結論與建議

台灣針對性侵犯之治療至今已二十年，然而，考量矯治機關的人力資源與成效追蹤的困難，目前大多數對於矯治成效的研究，仍以再犯率為最主要的評估指標。本研究嘗試以病因學觀點出發，藉由爬梳過去研究結果，歸納出我國目前獄內治療與社區處遇成效之實質進步層面與仍需改善的面向，對於我國性侵犯矯治情況的了解具有一定程度的實務與學術參考價值。本研究主要結論與建議如下：

一、目前針對矯治成效評估之研究，大多著重在團體治療成效上，缺乏對於個別治療成效之評估

本研究整體而言共回顧了21篇實際分析獄內治療與社區處遇成效之實徵研究，然而，不論是獄內治療或是社區處遇，皆未有研究針對個別治療之成效進行評估。由此可知，若排除以再犯率作為成效評估之指標，我國目前對於性侵犯矯治之個別治療的具體成效並不清楚，亦無從得知對於接受個別治療之性侵害加害者而言，有哪些層面是有效的，而哪些又是需要改善的。故建議未來相關單位能進一步針對個別治療的具體成效進行評估與檢視。

二、性侵害再犯危險之遠端發展因子與急性動態因子之矯治成效評估較為欠缺

由前述之研究結果可知，我國目前獄內治療或社區處遇之成效評估都將成效評估的重點都聚焦於加害者穩定動態因子的部分，大多數的研究都集中在「支持犯行的認知」、「人際功能的程度」以及「廣泛性自我調節問題」的層面，對於穩定動態因子中「性慾的調節能力」之改善程度也未有太多的著墨。不論是獄內治療與社區處遇皆欠缺對於加害者遠端發展因子以及急性動態因子之成效評估。在發展因子方面，僅有一篇獄內治療之研究探討加害者對於家庭問題的理解；此外，在急性動態因子方面，大多數的研究都將評估重點放在情緒問題的面向上，但對於其他急性動態因子(例如：偏差的性幻想與親密關係的需求等面向)的評估則付之闕如。另一方面，相較於獄內治療而言，社區處遇矯治成效評估更重視加害者在觸發事件與情境因素之改善情形，特別是在接近被害者、加害者出獄後關係的建立(與社會脫節的情形、降低結交偏差同儕的傾向)以及酒精的濫用等三個面向上。但兩者卻也都忽略了急性動態因子中，對於加害者是否持續配合監控以及親密關係的衝

突進行後續追蹤。故建議未來能進一步針對矯治課程中個案的遠端發展因子與急性動態因子的矯治成效，特別是前述提到鮮少被檢視的面向，能有更深入的評估，方能更有系統的了解整體治療的成效。

三、部分穩定動態因子與急性動態因子之治療成效仍有爭議

由獄內治療之成效分析結果可知，加害者在經過獄內治療後，在穩定動態因子中的「支持犯行的認知」此一面向上之治療成效仍未明朗，雖有 9 篇研究認為個案在經過獄內治療後，對於有顯著的改善，但亦有 3 篇研究認為，加害者在治療後不僅沒有在認知上達到進步，甚至有更持續否認與合理化犯行的情形，而這樣兩極化的研究結果也同樣顯示在社區處遇的成效評估研究分析中。

另外，在急性動態因子中的情緒問題的面向上亦呈現正反面不同的聲音，獄內治療成效分析文獻中，有 3 篇研究認為經過治療後，有助其於負向情緒的改善，然而，同樣有另 3 篇研究認為加害者在經過治療後，情緒問題並未獲得緩解。

除此之外，本研究亦發現，不論是經過獄內治療抑或是社區處遇，加害者在衝動控制與攻擊行為上都未有顯著的改善，加上邱惟真與邱思潔 (2006) 在社區處遇成效評估的研究中亦發現加害者經過治療後，有性慾強度與頻率顯著提高之情形，亦能呼應現階段的治療對於個案特別是在性慾的衝動控制上並未有太好的成效。有鑑於此，建議相關單位不論是進行獄內治療抑或是社區處遇，都需特別針對個案支持犯行的認知、情緒狀態以及性衝動的控制上，有更多的著力，而後續研究亦將持續追蹤與檢視個體在這三個面向上之矯治成效。

四、針對不同類型性侵害加害者之矯治成效評估分析付之闕如

本文所檢索之實徵研究中，僅有陳若璋之研究團隊分別於 2007 年與 2006 年分別針對強暴犯與兒童性侵犯以及低、中、高三組不同危險程度加害者之獄內治療成效進行評估。由前述文獻探討結果可知，不同類型之加害者不論是在遠端發展因子、個人歷史標記、心理特徵亦或是情緒調節能力上都有非常大的差異，然而，目前針對不同類型性侵害加害者之矯治成效評估研究卻非常稀少。建議相關單位未來除了需針對不同類型性侵害加害者之治療成效有更深入的評估外，更需進一步思考其分類學上之差異，以其能針對不同類型加害者提供更適切之處遇模式，達到提升整體治療效果之目標。

最後，本研究雖試圖透過目前我國性侵害矯治成效評估之次級資料分

析，並藉由病因學觀點提供不同於過去研究之成效評估指標，而本研究也的確在此一架構上檢視了目前我國矯治成效評估中具有顯著成效以及待改善之面向。然礙於有限之資源與時間，在資料檢索方面仍有不足或闕漏之處，仍待後續研究進一步探討，讓整體矯治成效評估更臻完備。

參考文獻

中文文獻

王郁文、修慧蘭 (2008)。性侵害加害人否認行為之研究。**中華輔導與諮商學報**，23，177-211。

甘桂安、陳曉萍、周煌智、劉素華、湯淑慧 (2006)。性侵害加害人情緒管理團體治療的療效評估。**亞洲家庭暴力與性侵害期刊**，2(1)，1-26。

吳正坤 (2011)。論收容人於矯正機關內「性侵」行為之處遇對策。**犯罪、刑罰與矯正研究**，3(1)，98-116。

宋郁賢 (2015)。臺灣地區性侵害加害人團體心理治療內涵與成效概況之探究。**亞洲家庭暴力與性侵害期刊**，11(2)，103-126。

李光輝、王家駿、李文貴、謝思韻、黃雅琪、王作仁、…張敏 (2006)。性侵害犯團體治療滿意度分析。**亞洲家庭暴力與性侵害期刊**，2(2)，35-52。

李思賢 (2002)。臺北監獄性侵害犯強制治療方案之需求與困境。**人文與社會**，2，7-22。

李思賢、高千雲 (2004)。性侵害犯非自願團體心理治療：臺北監獄再犯預防認知行為療法成效之初探。**犯罪與刑事司法研究**，3，1-25。

沈勝昂 (2006)。**性侵害犯罪加害人再犯危險評估量表之建立－動態危險因素之探測（三）**。內政部委託之專題研究報告（編號：PG9712-0109）。臺北市：內政部。

沈勝昂、林明傑 (2007)。變與不變：性侵害再犯“穩定動態危險因子”與“急性動態 危險因子”的關係。**犯罪學期刊**，10(2)，1-27。

林子軒 (2017)。非自願性成員在團體中之抗拒行為 - 一個性侵害加害人刑後強制治療團體的觀察。**中華團體心理治療**，23(1)，29-44。

林明傑、方韻、王怡婷 (2015)。軍監性侵害加害者對處遇課程各項目之重要性評比研究。**犯罪學期刊**，18(1)，89-114。

林明傑、董子毅 (2005)。臺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。

林耿樟、劉芯瑜、鄭珮汝 (2014)。性侵害加害人參與社區處遇認知扭曲療效研究。**輔導季刊**，50(1)，34-43。

林淑梨、陳若璋 (2015)。性侵害加害人團體治療模式回顧。**中華團體心理治療**，21(2)，23-30。

法務部 (2012)。**性侵害案件統計分析**。取自 http://www.rjsd.moj.gov.tw/

rjsdweb/common/WebListFile.ashx?list_id=1189

邱惟真 (2009)。臺灣○○監獄性犯罪受刑人同理心訓練模式之建立及成效評估。**亞洲家庭暴力與性侵害期刊**，5(2)，159-179。

邱惟真 (2011)。**新竹地方法院青少年再犯預防認知輔導團體成效評估**。「司法院 100 年度少年業務個案研討會」發表之論文，新竹地方法院。

邱惟真 (2011 年 8 月)。**性侵害犯罪加害人改善與治療成效評估**。「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」發表之論文，長榮大學。

邱惟真 (2015)。**臺灣性侵害加害人處遇成效初探：從再犯率進行探討**。「2015 性別、家庭與生涯學術研討會：翻轉家庭與職場失衡」發表之論文，淡江大學。

邱惟真 (2017)。少年性侵害行為人初階團體模式之建構與檢驗。**中華團體心理治療**，23(4)，25-39。

邱惟真，邱思潔 (2006)。社區性侵害加害人團體輔導教育模式成效評估。**社區發展季刊**，115，380-391。

吳素霞、林明傑 (2001)。從性罪犯治療理論探討我國社區性侵害犯罪加害人之身心治療及輔導教育制度。**刑事政策與犯罪研究論文集**，4，181-211。

洪妤媜、周子敬、林坤村 (2008)。性侵害犯罪之社會成本分析。**犯罪學期刊**，11(1)，1-44。

陳亭宇 (2015)。藝術治療媒材用於本土性侵害加害人社區處遇團體之效果研究。**臺灣藝術治療學刊**，4(1)，53-78。

陳炯旭 (2006)。**性侵害加害人處遇模式成效評估與國內外量表之比較**。內政部委託之專題研究報告（編號：PG9502-0682）。臺北市：內政部。

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

陳若璋 (2016)。“原來我的犯案是有跡可循的”- 一個性侵加害者治療團體的紀實。**中華團體心理治療**，22(4)，3-22。

陳若璋、林烘煜 (2006)。預防再犯團體模式對性罪犯之療效評估與影響。**教育與心理研究**，29(2)，369-398。

陳若璋、劉志如、王家駿 (2002)。性暴力連續犯危險因子分析研究。**女學學誌：婦女與性別研究**，13，1-46。

陳若璋、黃亮韶 (2006)。**性侵害犯罪加害人團體輔導方案**。2006 年度家庭暴力及性侵害犯罪加害人處遇模式觀摩研討會。

陳若璋、劉志如、林烘煜 (2007)。比較強暴犯與兒童性侵害犯接受團體治療

之療效評估。**中華輔導學報**，22，1-31。

陳若璋、鍾明勳、陳筱萍、沈勝昂、林正修、唐心北…林佩芸 (2004)。本土性侵害加害人團體之氣氛變化及療效因子。**中華團體心理治療**，10(3)，1-15。

陳筱萍、林耿樟 (2008)。性侵害加害人在團體治療中的抗拒行為。**輔導季刊**，44(2)，18-26。

黃冠豪 (2016)。性侵害者之依附關係與團體治療經驗 - 以治療後改變動機進步的性侵害者為例。**亞洲家庭暴力與性侵害期刊**，12(1)，1-28。

楊士隆、張清豐 (2004)。**性侵害犯罪再犯率及危險因子之研究**。內政部委託之專題研究報告 (編號 : PG9303-0379)。臺北市：內政部。

楊士隆 (2004)。暴力犯罪：原因、類型與對策。臺北市：五南。

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(3)，477-505。

楊雅淳，邱靜絜，高千雲，李思賢 (2007)。強制性交犯與猥褻犯在父權心態與對被害人同理心之初探。**臺灣性學學刊**，13(1)，1-11。

熊恒瑂，洪素珍 (2016)。性侵害加害人團體治療之表達性藝術治療模式。**矯政**，5(1)，162-180。

盧映潔 (2005)。性犯罪之分布狀況及再犯率研究 - 以德國及臺灣為說明。**臺大法學論叢**，34(5)，1-84。

謝文彥、許春金、施雅甄 (2006)。臺灣暴力犯罪趨勢之研究。**中央警察大學犯罪防治學報**，7，1-41。

鍾志宏、吳慧菁 (2009)。從犯罪共通性理論探討性犯罪再犯現象。**犯罪與刑事司法研究**，13，145-194。

鍾志宏、吳慧菁 (2012)。性罪犯強制治療成效評估：社會控制理論觀點探討。**犯罪學期刊**，15(2)，1-28。

鍾明勳、陳若璋、陳筱萍等 (2004)。團體心理治療對本土性侵害加害人之影響。**中華團體心理治療**，10(4)，1-26。

蘇益志 (2008)。少年司法處遇場域中的臨床論述與實務呈現 - 以一妨害性自主少年個案爲例。**犯罪與刑事司法研究**，10，91-124。

警政署 (2018)。**我國強制性交整體案件數**。取自 https://ba.npa.gov.tw/npa/stmain.jsp?sys=100

英文文獻

Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2017). *Criminal behavior: A psychological approach* (11th ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Beech, A. R., & Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 31-63.

Beech, A. R., Friendship, C., Erikson, M., & Hanson, R. K. (2002). The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of UK child abusers. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14,* 155-167.

Cohen, M. L., Seghorn, T., & Calmas, W. (1969). Sociometric study of the sex offender. *Journal of Abnormal Psychology, 74*, 249-255.

Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.

Groth, A. N. (1979). *Men who rape: The psychology of the offender.* New York: Plenum Press.

Hall, G. C. N., & Hirschman, R. (1992). Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. *Criminal Justice and Behavior, 19,* 8-23.

Hanson, R. K. (2001), *"Age and Sexual Recidivism: A Comparison of Rapist and Child Molesters (User Report No. 2001-10),"* Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.

Knight, R. A. (1999). Validation of a typology for rapists. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 297-323.

Knight, R. A. (2010). Typologies for rapists: The generation of a new structural model. In A. Schlank (Ed.), *The sexual predator* (Vol. 4, pp. 17-1-17-28). New York, NY: Civic Research Institute.

Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Applied clinical psychology. Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp.23-52). New York, NY, US: Plenum Press.

Malamuth, N. M., Heavey, C. L. & Linz, D. (1996). The confluence model of sexual aggression: combining hostile masculinity and impersonal sex. Journal of Offender Rehabilitation, 23(3/4), 13-37.

Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offenders*. New York: Plenum Press.

Pithers, W. & Cumming, G. F. (1995). Relapse prevention: A method for enhancing behavioral self-management and external supervision of the sexual aggressor. In B. K. Schwartz & H. K. Cellini (Eds.) *The Sex Offender: Corrections, Treatment and Legal Practice* (Vol. 20, pp.1-32). Civic Research Institute, Kingston, New Jersey.

Polaschek, D. L. L. & Hudson, S. M. (2004). Pathways to rape: preliminary examination of patterns in the offence processes of rapists and their rehabilitation implications. *Journal of Sexual Aggression, 10*, 7-20.

Pollack, C. D. (2001). Measuring health care outcomes with secondary data. *Outcomes Management for Nursing Practice,* 5(3), 99-101.

Prentky, R., Cohen, M., & Seghorn, T. (1985). Development of a rational taxonomy for the classification of rapists: The Massachusetts Treatment Center system. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, *13*, 39-70.

Thornton, D. (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14(2),* 139-153.

Ward, T., & Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime & Law, 8,* 319-351.

Ward, T., & Beech, A. R. (2004). The etiology of risk: A preliminary model. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*, 271-284.

Wolf, S. C. (1985). A multi-factor model of deviant sexuality. *Victimology, 10,* 359-374.