

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：實習)

性侵害與家庭暴力加害人
身心治療與心理輔導
相關業務實習

服務機關：衛生署醫政處

出國人 職 稱：科 長

姓 名：吳 文 正

出國地區：美 國

出國期間：90.7.28~90.8.31

報告日期：90.12.1

行政院研考會/省(市)研考會 編號欄
J3 / c09.004851

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：實習)

性侵害與家庭暴力加害人
身心治療與心理輔導
相關業務實習

服務機關：衛生署醫政處

出國人 職 稱：科 長

姓 名：吳 文 正

出國地區：美 國

出國期間：90.7.28~90.8.31

報告日期：90.12.1

系統識別號:C09004851

公務出國報告提要

頁數: 41 含附件: 否

報告名稱:

性侵害與家庭暴力加害人身心治療與心理輔導相關業務實習

主辦機關:

行政院衛生署

聯絡人/電話:

王玲紅/23210151#507

出國人員:

吳文正 行政院衛生署 醫政處 科長

出國類別: 實習

出國地區: 美國

出國期間: 民國 90 年 07 月 28 日 - 民國 90 年 08 月 31 日

報告日期: 民國 90 年 12 月 01 日

分類號/目: J3/醫療 /

關鍵詞: 治療輔導,性侵害,家庭暴力,加害人,身心治療,心理輔導

內容摘要: 性侵害犯罪防制法及家庭暴力防治法各已於86.01.22及87.06.24公布施行，衛生署應依法執行相關的工作，這包括對性侵害犯罪加害人的身心治療及輔導教育，與家庭暴力相對人/加害人的戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他治療輔導，以及對兩者被害人的身心治療、心理輔導、就醫驗傷、取得證據等，而這些工作均與本署業務息息相關，並且有依法協助主管機關內政部的義務，故在積極協調後，與內政部性侵害及家庭暴力防治中心張秀鴛組長，以及林明傑博士、國軍北投醫院王家駿副院長、李文貴主任，一同前往美國以下機構實習：1. 波士頓市EMERGE 2. 佛蒙特州矯治局 3. 佛蒙特州家庭暴力防治中心 4. 華盛頓州雙河監獄(Twinriver Correctional Complex) 5. 加州阿塔斯卡戴羅州立醫院(Atascadero State Hospital) 6. 舊金山受暴治療中心(Rape Treatment Center) 7. 舊金山兒童及青少年性侵害資源中心(Child And Adolescence Sexual Abuse Resource Center簡稱C.A.S.A.R.C.) 關於此次實習可概分為三個部分，第一部分，主要為家庭暴力加害人的治療輔導為主，第二部分，主要為性侵害加害人的治療輔導為主，第三部分，主要為家庭暴力被害人及性侵害被害人的醫療協助。由此次實習擬定我國未來發展的目標如下：1. 積極鼓勵民間成立基金會等法人團體參與。2. 發展專業化的服務模式。3. 不論家暴或性侵害的防治，均需要跨部會、跨專業的整合，才有可能提供整體性與連續性的治療效果。4. 對於性侵害加害人的鑑定，可依美國模式，在裁判確定後再行鑑定，並建議修正我國刑法第九十一條之一。5. 對於性侵害加害人的治療場所，我國應以監獄為最後治療場所，並可考慮成立監獄內專區或專監，以專業專人提供專業治療。6. 對家暴犯或性侵害加害人所提供的治療方案，亦應於施行後，定期分析其治療效果以作為改進方案之用。7. 發展統一化、本土化的鑑定工具，並建立其信度與效度。8. 現行對於性侵害加害人

摘 要

性侵害犯罪防制法及家庭暴力防治法各已於 86.01.22 及 87.06.24 公布施行，衛生署應依法執行相關的工作，這包括對性侵害犯罪加害人的身心治療及輔導教育，與家庭暴力相對人/加害人的戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他治療輔導，以及對兩者被害人的身心治療、心理輔導、就醫驗傷、取得證據等，而這些工作均與本署業務息息相關，並且有依法協助主管機關內政部的義務，故在積極協調後，與內政部性侵害及家庭暴力防治中心張秀鴛組長，以及林明傑博士、國軍北投醫院王家駿副院長、李文貴主任，一同前往美國以下機構實習：

1. 波士頓市 EMERGE
2. 佛蒙特州矯治局
3. 佛蒙特州家庭暴力防治中心
4. 華盛頓州雙河監獄(Twinriver Correctional Complex)
5. 加州阿塔斯卡戴羅州立醫院(Atascadero State Hospital)
6. 舊金山受暴治療中心(Rape Treatment Center)
7. 舊金山兒童及青少年性侵害資源中心(Child And Adolescence Sexual Abuse Resource Center 簡稱 C. A. S. A. R. C.)

關於此次實習可概分為三個部分，第一部分，主要為家庭暴力加害人的治療輔導為主，第二部分，主要為性侵害加害人的治療輔導為主，第三部分，主要為家庭暴力被害人及性侵害被害人的醫療協助。

由此次實習擬定我國未來發展的目標如下：

1. 積極鼓勵民間成立基金會等法人團體參與。
2. 發展專業化的服務模式。
3. 不論家暴或性侵害的防治，均需要跨部會、跨專業的整合，才有可能提供整體性與連續性的治療效果。
4. 對於性侵害加害人的鑑定，可依美國模式，在裁判確定後再行鑑定，並建議修正我國刑法第九十一條之一。
5. 對於性侵害加害人的治療場所，我國應以監獄為最後治療場所，並可考慮成立監獄內專區或專監，以專業專人提供專業治療。
6. 對家暴犯或性侵害加害人所提供的治療方案，亦應於施行後，定期分析其治療效果以作為改進方案之用。
7. 發展統一化、本土化的鑑定工具，並建立其信度與效度。
8. 現行對於性侵害加害人的治療，依法強制治療，得修正監獄行刑法第八十一條第二項規定，並以受刑人是否經自願輔導或治療作為評估假釋的要件之一。

目 錄

壹、	目的.....	1
貳、	過程.....	1
參、	心得.....	3
	第一部分：關於家庭暴力加害人的治療輔導.....	3
	第一節 波士頓的治療輔導模式.....	6
	第二節 佛特蒙州的治療輔導模式.....	10
	第二部分：關於性侵害加害人的治療輔導.....	14
	第一節 佛蒙特州的治療輔導方案.....	14
	第二節 華盛頓州的治療輔導方案.....	19
	第三節 阿塔斯卡戴羅州立醫院的治療輔導.....	21
	第三部分：關於被害人的治療處置.....	28
	第一節 受暴治療中心.....	28
	第二節 兒童及青少年性侵害資源中心 (C. A. S. A. R. C)	30
肆、	建議.....	33

圖 表 目 錄

表一：台灣與美國鑑定之比較表.....	35
表二：台灣與美國矯治機構處遇比較表.....	35

壹、 目的

性侵害犯罪防制法及家庭暴力防治法各已於 86.01.22 及 87.06.24 公布施行，衛生署應依法執行相關的工作，這包括對性侵害犯罪加害人的身心治療及輔導教育，與家庭暴力相對人/加害人的戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他治療輔導，以及對兩者被害人的身心治療、心理輔導、就醫驗傷、取得證據等，而這些工作均與本署業務息息相關，並且有依法協助主管機關內政部的義務，然而兩法公佈施行僅數年，雖尚未有足夠的經驗累積，但已發現許多問題極須早日解決，再環顧世界各國經驗與考察其法規及醫療發展，均以美國最值得參考學習的，因此前往美國汲取其經驗，並藉此作為解決我國對這些相關問題的參考，由於受限於短暫的實習時間，本研習乃以性侵害加害人的治療輔導為主，其餘為輔。

貳、 過程

由於性侵害及家暴防治的主管機關，依法為內政部，故在積極協調後，與內政部性侵害及家庭暴力防治中心張秀鴛組長，以及林明傑博士、國軍北投醫院王家駿副院長、李文貴主任，依序一

同前往以下機構實習，不過除筆者繼續到美西的華盛頓州及加州實習外，其餘均到美東實習後，即因公事必須返台。

1. EMERGE:位於美東麻塞諸賽州波士頓市。
2. 佛蒙特州矯治局:位於美東佛蒙特州伯靈頓市。
3. 佛蒙特州家庭暴力防治中心:亦位於美東佛蒙特州伯靈頓市。
4. 雙河監獄(Twinriver Correctional Complex):位於美西華盛頓州夢露(Monroe)鎮。
5. 阿塔斯卡戴羅州立醫院(Atascadero State Hospital): 位於美西加州阿塔斯卡戴羅鎮。
6. 受暴治療中心(Rape Treatment Center): 位於美西加州舊金山市區。
7. 兒童及青少年性侵害資源中心(Child And Adolescence Sexual Abuse Resource Center 簡稱 C. A. S. A. R. C.): 亦位於美西加州舊金山市區。

參、心得

關於此次實習可概分為三個部分，第一部分，主要為家庭暴力加害人的矯治處遇為主，這些機構包括 EMERGE、佛蒙特州家庭暴力防治中心 SPECTRUM；第二部分，主要為性侵害加害人的矯治處遇為主，這些機構包括佛蒙特州矯治局、華盛頓州雙河監獄、阿塔斯卡戴羅州立醫院；第三部分，主要為家庭暴力被害人及性侵害被害人的醫療協助，這些機構包括受暴治療中心、兒童及青少年性侵害資源中心。以下依上述三部分分述之：

第一部分：關於家庭暴力加害人的治療輔導

「家」，是每個人成長必經之處，固然家內或多或少偶有紛爭，但傳統上大多數仍依循傳統，秉持著「法不入家門」的舊有思想，即使有身心虐待家人的所謂親密性暴力(intimate violence)情況發生，仍基於面子而忍辱不告，但自 1970 年代女權興起，促使政府與民間不得不面對潛藏已久的家庭暴力的問題，我國亦逐漸注重女性權益保障的議題，因此 87.5.28. 立法院三讀通過「家庭暴力防治法」並於 87.6.24. 總統公佈施行，於是台灣成為亞洲第一個制定家庭暴力防治法的國家，依其立法精神有以下五個重點：

- (1) 讓被害人安居家庭中；
- (2) 為加害人及被害人建立特別醫療或輔導制度；
- (3) 保護未成年子女的安全；
- (4) 公權力積極介入家庭；
- (5) 設立家庭暴力防治委員會及防治中心；

由此，家庭暴力防治工作成為需要結合社政、司法、警政、法務與醫政來共同推動的工作，內政部依法為主管機關，而本署與其他單位為協辦機關，分工負責相關業務。

關於家庭暴力防治工作的執行現況，在加害人的治療輔導方面，依 86.6. 至 89.4. 的資料，通報家報案件計有 17903 件，核發保護令者計 11596 件，強制加害人治療輔導者計 109 件，僅佔核發保護令數的 0.8% ，比率明顯偏低，主要原因在於執行的精神醫療院所，對相關的治療輔導不熟悉所致。反觀美國，對於加害人的治療已累積 20 多年的經驗，其最早的治療方案，係因 1970 年代的女性運動者認為，假使只提供受害婦女庇護所，是無法解決根本問題！因為被害婦女可能在返家後仍繼續受到加害，或者即使其在離開後，加害人仍會再找到她繼續加害，故發起處遇加害人的治療方案。

依美國司法部所委託的研究報告，關於家庭暴力加害人的治療輔導技術上，依對家庭暴力的產生原因的理論基礎不同，而可概分為以

下三種治療輔導模式：

(1)由社會及文化原因論而衍生的女性主義模式(feminist model):

此模式強調社會與文化中長期縱容男性對女性的暴力行為，因此處遇應給予加害人教育課程而非治療，教育其應反省此種社會文化的影響，並應尊重兩性平權，若未為此，治療反而只會使加害人找到藉口推卸責任。

(2)由家庭原因論而衍生的家族治療模式：

此模式認為家庭暴力係由家庭內的溝通、互動及結構所造成，因此認為若能促進家人間之溝通技巧即能避免暴力的發生，因而主張家族治療，但此模式因無法達到刑事司法中對被害人迅速保護的要求，故美國有二十州明文禁止使用家族治療為主要的治療模式，但不反對為次要的治療模式。

(3)由個人原因論而衍生的心理治療模式：

此模式認為家庭暴力，可能是因個人的異常人格、幼年經驗、依附模式或認知行為模式等所造成的結果，因而應以心理治療的方式加以治療，並且以認知行為治療模式為主，其強調加害人對暴力的認知及行為的改善，並增加自我肯定訓練及社交技巧訓練。

雖有以上三種治療模式，但在實際的處遇上，仍以(1)(3)為主。美國司法部的研究報告也指出，目前在美國的許多方案，多

是結合上述(1) (3)模式。

第一節 波士頓的治療輔導模式

依麻州州政府的「婚暴犯治療方案實施標準」的規定，治療方案模式可採用 Duluth 模式或 EMERGE 模式，任何方案的設立須只須符合符合二者之一即可，而麻州波士頓則是採取 EMERGE 的治療模式，該機構的方案主持人(program director) David Adams 於 1977 年起，即開始以義務的方式提供本方案，用來接受法院轉介婚姻暴力加害人實施治療，不過多以外來移民的家庭為主，這包括中國、越南、柬埔寨、西班牙等。本方案負責麻瑟諸塞州波士頓及附近的數個城鎮，其方案原為 48 週，但法院希望能縮短時間，故其後改成為期 40 週，本方案而且也建議最好由男女各一的治療者參與團體治療，因其可提供男女互動的良好示範機會，此方案之特色在於引進認知行為療法的策略，並給予加害人自我決定權，該治療模式可分為兩個階段：

第一階段：

前八週為教育模式，教導加害人甚麼是家庭暴力、心理虐待、性虐待、及經濟虐待，正面及負面的自我對話，負面及正面的溝通，以及家庭暴力對被害人及小孩的影響，據方案主持人 David Adams 報告，在此階段內，約有 50%的加害人會退出或

被停止參與治療(被停止參與的標準，包括出席率、繳費、投入程度、團體中有無破壞行為、是否承認暴行以及未再有家庭暴力的行為)，但其可能會因面臨撤銷觀護而大多仍會重新參加治療。

第二階段：

後三十二週為第二階段，係採取開放進行的團體，成員包括老、中、新成員(約每10週走一批老成員，同時收一批新成員)，每週有兩小時的團體輔導，在每次團體開始時，每人必須登入(check-in)報告，亦即成員要報告其過去一週內的負面行為，假若有新成員加入時，則每人均應自我介紹並說明自己過去的暴力行為以及所受的刑事處罰，亦即成員要報告其受判刑的犯罪暴行，如何毆打被害人、被害人所遭受到的傷害情形，但不能講任何的理由，以免加害人會合理化其暴力行為。

本方案的治療處遇方案，強調以下的內容：

1. 面質並鼓勵加害人接受自己暴力行為的責任。
2. 團體成員在瞭解事情經過後腦力激盪，討論加害人可以有哪些作法，並請加害人評估這些建議的可行性。
3. 請加害人就其中認為較可行的作法與另一成員作角色扮演，每次團體結束前，並請加害人提出對未來一週的目標為何。
4. 建立同理心的角色扮演，由加害人扮演其被害人，並由另一成員扮演加害人的各種言行，並由治療師詢問其感覺，並由大家給予回饋。
5. 治療師與被害人聯絡，以瞭解加害人的情形，並解除其疑慮。
6. 鼓勵每位加害人提出自己的行為目標，並對自己的犯行提出因

應的行為策略，而且同時鼓勵團體成員幫助他。

本方案除對智能不足的個案提供個別的治療外，均採團體治療的方式完成，並且不採心理動力(psychodynamic)模式，因其易造成加害人將責任歸咎於其兒童經驗。40 週的治療約需 1000 美元，亦即每次 25 美元，若個案經濟能力不好時，中心會酌減收費至最低每次 10 美元，或請個案轉為提供每週 8 小時的社區服務。若個案在矯治期間再有暴行，則矯治期間多加 20 週為瞭解團體運作的實際情形，筆者亦參與治療師 Erika 及 Mark 的個案督導，這一男一女的兩位治療師，表現出豐富的經驗與良好的默契。

在研習時，除方案主持人 David Adams(Ed. D.)兼有社工及臨床心理的背景外，工作人員約 1 / 2 有精神醫療專業背景，另外邀請 Susan Cayouette(Ed. D.) 為其機構的臨床指導(Clinical Director)，此位臨床心理師已全職或兼職地參與家暴工作計 16 年，原先是對家暴被害人(即在庇護所的受虐婦女 sheltered battered women)作治療諮商工作，後來才轉成對家暴加害人作治療輔導的工作。依 David Adams 與 Susan Cayouette 所說，個案來源約 3 / 4 來自法院，1 / 4 來自社會福利部門(即 Department of Social Services，簡稱 D. S. S.)。對被害人服務方面，先由社工作面談提供法律與醫療資源後，才由其他專業人員作治療與諮商，現在已有被害人的自助團體(self-help group)成立，可提供治療。另外對加害人矯治方面，麻州政府不僅家暴犯須矯治，另外尚包括酒醉駕車者、性侵害加害人等，凡酒醉駕車者依其行為的嚴重情形分 3 種處罰，罰鍰、強制治療與刑事處罰，原此治療中心的個案均包括此三種個案，

不過現在只作家暴加害人的矯治工作而已。另外，為提供成效證明以利申請每年的政府補助，在施行治療模式時，均有作成效研究(outcome study)。

另外在工作人員的資格與訓練方面，不論背景，凡只要參加方案訓練計畫合格取得證書者，均可成為治療師，其訓練包括二階段，第一階段為4天共24小時的密集訓練，第二階段為共18小時的團體治療訓練，合計42小時。即使過去有家暴的前科，如果有3年以上未再犯，亦可經由受訓取得證書，但其資格審查較嚴。至於繼續教育方面，每年均舉辦四或五次為期一天的繼續教育訓練，並且每兩年監督其工作人員的受訓情形。

關於觀護人的工作，雖然在麻州法院的編制上，有包括精神科醫師、臨床心理師、及司法社工師等臨床人員，但其主要工作為對刑事案件加害人做心理評估及處遇建議，此與觀護官平日在刑事案件中，係提供法官審判前調查報告(presentence investigation, 簡稱PSI)與執行社區處遇的工作完全不同，此外，對於保護令的執行，主要以觀護官為主，而由警察協助。觀護官得向法院建議，對部份嚴重的加害人採取過渡性處遇制度(intermediate sanction)，例如加害人於家中監禁(house arrest)時，必須在小腿上帶電子監測器以利監控。

筆者亦順道與內政部張秀鴛組長一同參觀在波士頓的兒童探視中心(Child Visitation Center)，此中心位於Cambridge區，稱為Youth Guidance Center，由臨床督導Gene小姐負責介紹，依她所述，

加害人必需付費才能探視兒童，其費用標準係依個案的收入而定，收入高者付費亦較多，反之，則較少個案來源，約 9/10 由家事法庭而來，另 1/10 來自 D. S. S.。加害人對子女的探視依監督(supervision)程度的不同而分 4 種等級，從最嚴格(strict)、嚴格(extreme)、鬆散(loose)到最鬆散(off-sight)，前 3 級由中心人員依個案危險程度決定，是否需在場監視或監聽，而最鬆散監督者，必須由法院裁判。探視時間以週五及週六為主。另外，據州政府觀護局表示，全州約有 8 至 10 個兒童探視中心，但仍不足以應付所需，因此常常安排探視在公共場所，並且由兒童的親屬長輩負責監督。

佛州政府 D. S. S. 下設有兒童福利、智障、老人、健康等單位，工作人員來自多種領域，例如藥物濫用、家暴、兒童保護方案等，工作內容包括提供法律諮商、提供社會資源等，至於工作資格，凡只要有處理家暴、兒福、宣導、尋找資源等經驗者，即可擔任這些工作。

第二節 佛特蒙州的治療輔導模式

而筆者所前往研習的佛特蒙州，其治療模式係採取由社會及文化原因論而衍生的女性主義模式，稱之為 Duluth 模式 (Duluth 家庭暴力介入方案，Domestic Abuse Intervention Project, 簡稱 DAIP) 此模式係由民間發起，現有機構亦是民間機構，現在美國的多數治療方案多是以它為基礎。其特色在於：

- (1) 社工、警察及司法系統的迅速處理，以快速及密集的反應，逼使加害人知所節制。

(2)在處遇上強調加害人的心理教育，教導其瞭解並認出自己在家中病態的權力（power）與控制（control）的行為反應，並示範如何才是平等（equality）及非暴力（nonviolence）之行為反應。

其治療方案的課程，總共為 26 週的心理教育課程，每週一次，分 8 個子課程（無暴力、無威脅、尊重、信任支持、誠實負責、對性的尊重、伴侶關係的建立、以及協調與公平）。

佛蒙特州的家庭暴力防治中心 SPECTRUM，位於該州北部之伯靈頓市（Burlington），方案主持人（program coordinator）Mark Larson，表示該機構係採用明尼蘇達州 Duluth 模式，不過在名稱及內容上有些不同，名稱為家庭暴力教育方案（Domestic Abuse Education Project，簡稱 DAEP），比較強調教育對家暴防治的重要性，在矯治內容上可分兩種課程，第一種共 27 次，至少每次 2 小時，每週至少 2 次，1 次 25 美元，此種課程係針對一般家暴犯，得由法官直接裁判，另一種課程，係針對高危險的犯重罪或重複犯罪者所設計的加強課程，共 169 次，每次 1.5 小時，一週 3 次，一週 35 美元，必須由法院與矯治局共同決定，高危險的評估工具係

採用攻擊配偶危險評估量表(Spouse Assault Risk Assessment) , 不論那種課程半年內不得超過3次不到, 如有違反, 可能會受到監禁社區服務或延長治療的處罰, 處罰方式依課程而定, 27次者由法官決定, 而169次者由假釋官決定, 但須向法官報告, 若家暴犯亦罹患精神異常或施用藥酒成癮者, 則須先轉介至精神醫療單位治療。

在佛州家暴案可分民事及刑事案件, 民事案件係由法院發民事保護令以保護被害人, 而刑事案件, 除傳統上對人或對物的犯罪外, 另有違反保護令罪以及對伴侶(partner)的犯罪, 伴侶的定義包括同居、有性關係、約會對象等, 本中心治療對象只以刑事案件為矯治對象作團體治療, 參與治療個案不得有未經治療的精神疾病、缺乏治療動機、缺席、被控新犯罪、服用藥物, 其中以缺席、被控新犯罪最常見, 團體的目標包括評估個案是否適合參與團體、危險評估、搜集資料、個案與被害人接觸的資料等, 團體運作方式, 先1對1接案告之團體進行相關事宜, 其目的在於填寫文件、確認治療契約、給個案機會提問題、定出具體的治療計畫與期程, 每次團體進行必須登入(check-in)、報告上週的家庭功課、討論本週的課程、指定家庭作業、登出(check-out), 個案在團體中的情形,

治療師必須告知觀護人、伴侶、法官、婦女團體、兒童保護機構、任何安全受影響的人，個案在完成治療後即改由觀護官負責追蹤監控。

此方案的治療師，稱為輔導者 (facilitator)，不必具有精神醫療專業背景，甚至認為有這些背景反而有害，因為精神醫療專業人員對加害人多用同理技巧，而對被害人多採譴責的態度，治療師的養成訓練共 27 小時，其中包括 2 天共 15 小時的概論，與 12 小時的治療團體的觀察，結訓後並無認證，故與麻州不同，但日後仍以證照制度的立法為目標，在中心的費用補助方面，因為佛特蒙州方案是由民間團體承接州政府的工作，所以佛特蒙州矯治局有訂定「家庭虐待介入的全州標準」，其程序是由民間依照該標準提出方案計劃，矯治局會審核其方案的適當性，並考核其方案的執行品質，在州政府通過該方案後，州政府會先與中心簽約後才會轉介個案給方案執行機構，之後才向聯邦政府申請補助費用。

筆者參與兩個團體，一個為強盜 (robbery) 與攻擊 (assault) 罪犯組成的團體，治療師為 David 與 Donna，王家駿醫師亦共同參與，個案作簡短的登入包括上週最危險的想法、當時的情境、對那危險想法的感覺、對那危險想法的危險行為、介入行為，筆者另外與張

秀鴛組長參與家暴團體，治療師為 Yanik 與 Donna，當次為第 4 次，團體主題是強迫(coersion)與威脅(threat)，共 8 個個案參與，使我們知悉個案乃由個案報告自己的犯行及罪刑(That' s why I am here)，收穫非常豐富。

第二部分：關於性侵害加害人的治療輔導

美國與加拿大二國在性侵害加害人的矯治處遇上，是領先其他各國的，雖早在 1937 年於密西根即有處遇方案，但直到近十幾年來才逐漸成熟。在美國處遇方案依執行地點，可分為兩種方案，其一為監獄方案，指對加害人的治療方案均在監獄中完成，美國大多數州均採此種形式，佛蒙特州、華盛頓州、密西根州等州即採此方案；另一為在療養院中進行治療，加州的阿塔斯卡戴羅(Atascadero State Hospital, 簡稱 A. S. H)即為代表。筆者即先後前往佛蒙特州、華盛頓州及加州研習。

第一節 佛蒙特州的治療輔導方案

佛州對性侵害加害人的治療，是由 Robert J. McGrath (M. A) 所主持，並且由 Geogia Cumming 任方案的協調人(Program

Coordinator)，佛州性侵害防治中心(Vermont Center for Prevention & Treatment of Sexual Abuse) 位於 32 Cherry Street Suite 101, Burlington, VT 05401。

在該州，除性侵害加害人需治療輔導外，暴力犯、精神異常犯、吸毒犯三者，亦有治療輔導方案，本方案係由 Georgia 到加州、奧瑞岡州、華盛頓州與康乃迪克州參考擬定的，而加州又為全美方案的發源地。

關於該州的刑事司法制度 (criminal-justice system)，其程序如下。首先有犯罪事實的發生，其次為偵查的發動，偵查的主體為警察而非檢察官，並且有社工師參與，之後，法院提審(arraign)、聽審 (hearing)、並由陪審團依證據認定事實評決(verdict)被告是否有罪，無罪即當庭開釋，若被評決有罪，即犯有性侵害的事實，則應接受被認定兩種程序，其一，由觀護官(probation officer)負責，作裁判前調查 (presentence investigation，簡稱 PSI)，亦即對該被告的心理社會作再犯評估 (psychosocial evaluation)，包含可治療性 (amenability to treatment) 與對社會危害性(risk to the community)，此種評估類似我國刑法第九十一條之一第一項前段之規定：「犯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；第二百三十條、第二百三十四條之罪者，於裁判前應經鑑定有實施以治療之必要。」，此種評估雖由觀護官使用，但社工師與心理師亦需受此種相關訓練；在該州常用的評估工具，包括加拿大所發展出來的快速再犯危險評估表(Rapid Risk Assessment of Sexual Offense Recidivism, 簡稱 RRASOR)、Static-99、VASOR 等，較不用明尼蘇達州的性侵害評估表(Minnesota Sex Offender Screening Tool – Revised, 簡稱 MnSOST-R)。另一程序，由社工師或心理師在監獄中對報告作心理性評估 (psychosexual evaluation)，主要針對報告的獄中治療作評估，此種治療評估並非由精神科醫師所作，他一般只對精神病犯提供每月六小時的診療而已。被告在接受 PSI 後，法官即參考其報告判刑，包括假釋或有期徒刑。

在研習期間多由 Robert 介紹治療情況，依他所述，該州共有六間監獄，其中兩間有治療性侵害加害人的方案，一間為監禁高危險性侵害加害人的監獄，包括性暴力掠奪者 (Sexually Violent Predator, 簡稱 SVP)、戀童症患者、性侵害累犯者，另一間為監禁低危險性侵害加害人的監獄。其治療並非強制性，而係自願性，但受刑人為爭取較早的假釋，多會自願接受治療。一般而言，治療期間，在高危險受刑人約 2~2.5 年，而在低危險受刑人約 1~1.5 年，而性侵

害加害人的刑期 5~20 年不等，因此，自願爭取治療是有誘因的。

第一項 監獄的治療輔導

筆者為瞭解方案的實務運作，特請 Robert 帶我們參訪西北州矯治監獄(Northwest State Correctional Fac.，地址是 3649 Lower Newton Road, Swanton, VT05488)，該監獄四周圍以鐵網而非高牆，不論監獄內外的人，極易見到受刑人的行動與位置，因此即使在監獄外，亦不允許照相。在經過嚴密的安檢後，進入參觀，並參與工作人員例行的個案討論，當時有 Catherine、Garry、Sahra、Douglas 等治療師，並由 Robert 與 Cumming 作指導，討論的議題主要在於評估受刑人的危險性，可否假釋到社區中。Cumming 認為依性侵害加害人的再犯危險性，可分為很高度 (Very High)、高度 (High)、中度 (Moderate)、與低度 (Low) 危險四組。很高度危險組，一般治療無效，所以長期監禁是最佳對策，而高度與中度危險組，治療可能有效，所以具有最高的投資報酬率，至於低度危險組，因很少再犯，所以不需治療。Robert 認為治療仍以心理治療為主，僅有 15~25%加害人需用藥物治療，藥物有 SSRI (如 PROZAC 等)、抗男性賀爾蒙 (如 Depot、Provera 等) 兩類，實務上多用 SSRI 合併治療。

第二項 社區治療

Robert 不僅為佛州方案的臨床主任，而且兼任愛迪遜郡(Addison County)的社區治療主持人，因此他亦為我們介紹相關事項，依他所述，全佛州的社區治療中心共有 10 個，其中北區 4 個、中區 3 個、南區 3 個，此中心與監獄屬政府管轄不同，為私人機構而與政府訂有契約，依約對性侵害加害人作社區治療。其治療模式亦採再犯預防(Relapse Prevention，簡稱 RP)，說明如下：

1. 對象：性侵害加害人受緩刑宣告或在監獄經治療後而假釋者。
2. 篩選條件：個案需符合承認犯行的責任、參與所有治療並付部分負擔的費用、對團體所有成員談話保密、允許治療者將其言行向法院報告、完成家庭作業並簽下治療契約。
3. 團體：採混合、開放式團體，成員包括對成人及兒童的性侵害加害人，隨時有新進人員加入，加入後的新成員必須先在團體中待一個月，由其他成員評估並表決是否通過再犯評估，而治療者對此擁有最後決定權。成員在團體中必須報告自己的姓名、犯何種罪名、有哪些高危險情境、最近一週的行為表現以及家庭作業等。並且討論每週安排的團體議題。成員依其危險性評估結果，逐漸由密集參與（每週一次）漸改成每月一次的團體治療，而治療師原則上一個月向觀護官報告個案的情況，以利其評估是否讓個案

繼續治療或撤銷其假釋或緩刑。

佛州雖無死刑，但仍有梅根法案 (Megan's Law) 的有限適用，亦即對性侵害加害人假釋或緩刑到社區時，其個人資料雖不可在網路上公布，但任何人可到社區查詢其資料。如此，對社區內不特定的人均可受保障。

另外，為瞭解社區治療情況，筆者與內政部張組長一同參與 Robert 所主持的團體，包括我們在內共 11 人，團員為對兒童性侵害的加害人，其治療模式即以 RP 為主，並輔以自我成長史的介紹，並分析每個時期的想法與感受，其中 Robert 對較氣餒的團員給予「人生絕非單純 (Life is never simple!)」的鼓勵。

第二節 華盛頓州的治療輔導方案

筆者單獨前往華盛頓州北方的雙河矯治中心，此中心位於 BOX 888 Monroe, WA98272，該中心係為其矯治複合機構 (correctional complex) 中的一部份，係屬中度戒護，另外三處，包括高戒護的州立監獄 (Washington State Prison, 簡稱 W.S.P)、低戒護監獄與社區中心 (community center)。對性侵害加害人的治療方案主持人，原為 Arthur Gordon，近來改由 Anna Alyward 接任，其治療模式亦

採 RP，並由多位心理師負責，包括 Andrei，Sharon，Angela，Lisa，Robin，Paul，Bob，Caroll，Caroline 等人，各人各有專精，如 Paul 專攻精神病質人格，Andrei 則對宗教心理學極有研究。另外，Maia Christopher 則負責心理師的教育訓練。

進入此中心的治療個案數，約有 200 人，大部分為對兒童性侵害的加害人，一般而言，對成人的性侵害加害人(rapist)因欠缺病識感，多不願接受治療。中心的治療方案，稱為性侵害加害人治療方案 (Sexual Offenders Treatment Program，簡稱 S. O. T. P)。主要以團體治療為主，治療一年，若有需要，則依治療者決定個別心理治療，每個治療師每週負責三個團體，維持一年，在個別心理治療中與個案所談的內容，必須帶到團體中告訴其他成員，因為在治療中個案無秘密可言，此外，亦可防止個案有操縱的行為。

治療師的資格，可由社工師、心理師或其他精神醫療人員擔任，均需大學畢業，必須接受包括社區訓練的八個月基本訓練及三個月的團體訓練，合計 11 個月的訓練，才能獨立帶團體。個案在接受一年左右的治療假釋回到社區中，由開始每週一次的治療約維持一年半左右，再改成每月一次直到假釋期滿，若個案不接受治療，則會遭到撤

銷假釋返回監獄。

為深入瞭解團體治療實務上的運作，筆者積極參與由 Andrei，Angela，Sharon，Robin 等治療師所帶的團體，此外，在技術員 Stu 的介紹下，亦參觀陰莖體積測量儀 (Penile Plethysmography，簡稱 PPG) 的示範操作。依 Stu 所述，個案由治療師依其需求轉介而來，轉介多因個案否認犯行、年輕加害人、對兒童性侵害者、與性虐待成人者等，此種檢查係藉著給個案觀看不同年齡的男女裸體幻燈片，或聽發生在不同場景的性侵害案件錄音帶，使個案發生性興奮 (sexual arousal)，並因此使陰莖勃起，藉陰莖膨脹的曲線圖，來確認加害人的被害對象，是男性、女性或男女均可。

心理師 Andrei 除在中心做治療外，另外與兩位資深心理師在西雅圖 West Galer 成立 Northwest Treatment Associates 的治療中心，負責性侵害加害人的社區治療，在前往參觀時，筆者亦在暴露狂個案的同意下，參與個案的個別心理治療。

第三節 阿塔斯卡戴羅州立醫院的治療輔導

一、阿塔斯卡戴羅州立醫院的簡介

阿塔斯卡戴羅州立醫院 (Atascadero State Hospital, 簡稱 A. S. H.), 為加州模範醫院且是其他醫療訓練中心, 提供法律精神科醫師及臨床心理師之實習和培訓場所。1993 年該院已榮獲全美衛生機員會(Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO)評鑑為最高等之醫療機構而榮獲 "Accreditation with Commendation"。這家醫院的地址為 10333 EL Camino Real , Atascadero, CA , TEL:805-468-2005, 佔地 208 英畝, 是一間高度安全(maximum security)的司法精神科醫院, 專門收容有精神疾病犯或性侵害加害人 (即性暴力掠奪者, Sexually Violent Predator, 簡稱 S. V. P.), 裡面容納約 1030 名個案, 而工作人員約有 1079 名, 包括 84 名醫師、臨床心理師 53 名、社會工作師 21 名、職能復健師 49 名、護士是 872 名, 醫院提供 24 小時全天候的與精神醫療與一般醫療服務。該院具有下列五項特色: (1)屬於最高度安全醫院(Maximum Security Hospital); (2)所有病人都是男性; (3)由全加州之各級法院、獄政矯治機構及其它各州醫院轉介者, 且有犯罪或危險性記錄者; (4)採取科技整合的團隊治療模式 (Interdisciplinary Team Approach Model); (5)治療目標是生物、心理和社會的復健(Biopsychosocial Rehabilitation 簡稱 B. P. S. R.)。關於在職訓練方面, 對安排至性暴力掠奪者單位的工作人

員，必需接受以下的在職訓練：(1) 法律；(2) 性侵害的再犯預防；(3) 精神藥物的使用；(4) 性侵害的認知行為治療；(5) 個別性的疾病；(6) 制約行為治療。

二、阿塔斯卡戴羅州立醫院治療輔導的歷史

雖在 1898 年，加州政府即認為對罪犯需要有別於一般醫療機構的專門機構來安置，但遲至 1946 年才展開相關工作，並於 1949 年指派人員籌備以及至各地參觀其他相關的機構，故此醫院設施在採取最高度安全的措施外，並採用社區公園化的造形。該院於 1951 年開始建造，1954 年完成，提供 1084 床位，之後又擴建 400 床位，故共可提功 1484 床的服務。

在設立後的第一年，醫院共收 1183 人，其中包括 700 位非精神病的性侵害加害人，當時的治療重點，係在矯治其信念 (belief)，而約在 1950 年以精神科方法可治療心因性性偏差。治療是採用開放和信任的方式超過 300 為病患有充分的土地自主權，在醫院有 3/4 工作是由病患做的，如種蔬菜和料理食物。有些病患甚至可到社區工作。

1955 年 3 月社區報紙登出很多父母不滿要求限制性侵害加害人至社區的報導，院方因而改變開放性的治療，並加強安全性戒護。1960 年因社區心理衛生的盛行和去機構化的提倡，建議減少醫院的存在。A. S. H. 因而漸趨向特殊角色和功能，對高危險或不能自己管理的罪犯才送入此醫院。

1972 年發展出醫院的特殊治療模式，每一個治療模式有其特定目標，陳述特殊團體病患的需求，由醫師和護士來執行。經過多年來政策和法律的改變，A. S. H. 是少數僅存的州立醫院。A. S. H. 病患不再

像一般犯罪者只是監禁，它尚包括治療輔導。

1980 年政策和經濟提升加上醫院工作人員增加改善醫院的體制。1981 年執行性罪犯心理疾病的治療，A. S. H. 同意性侵害加害人自願參加治療可抵最後二年刑期。A. S. H. 針對性侵害加害人治療和評估，做出 10 年研究計劃，重視研究設計和再犯預防計劃（Relapse Prevention Program），獲得國際間重視和肯定。

1990 年治療策略轉向重視生物心理社會（Biopsychosocial）整體治療模式，針對病患認知、社會心理和精神功能治療，使其安全重返社區為最終的目標。醫院內尚有品質處促進委員會（Continuous Quality Improvement）的設立和提供給工作人員訓練場所。

過去 10 年性罪犯心理疾病有增加的趨勢，因而 A. S. H. 提供 412 床位。1996 年 1 月 1 日通過新法案，性暴力略奪者依法需強制住院治療（The Sexually Violent Predator Commitment），A. S. H. 也是治療中心之一，收治 240 位性暴力略奪者，並將於 2001 年擴建完成 258 張供性暴力略奪者所需的床位，目前仍在擴建中。

三、性暴力略奪者的治療輔導

A. S. H 對性暴力略奪者的矯治處遇，是享有盛名的，性暴力略奪者的定義必須符合以下三項要件：

- (1) 已被判刑犯暴力性侵害之罪，通常此罪包括對兒童及成年人的性侵害。
- (2) 有二人以上的被害人，而被害人與加害人係為陌生人關係，無實質交往的偶識關係或處於加害人為達成犯罪行為的關係。
- (3) 已被診斷罹患精神疾病（Mental disorder），其精神疾病的後果可能成為新的性暴力略奪者。

A. S. H. 心理治療模式以認知行為治療為主，輔以藥物治療，尤其強調「再犯預防」(relapse prevention)，其治療的目標並非在於治癒，而在於幫助個案終身學習如何有效控制其行為。控制的概念包括主動參與行為改善過程，並強調要持續的努力與警告才能免除再犯。因性侵害是多重因素所導致的，尤其是認知扭曲、社交技巧欠缺，治療的主要任務，在於發現再犯的危險因素和計劃，並練習相對應的策略以減低這些危險因素，這包括避免高危險的情境、矯正偏差的認知、學習控制偏差的性衝動、加強對被害人的同理心、運用有效的藥物治療等方式。

四、治療輔導的階段 (Phases Of Treatment)

依 A. S. H 心理師 Craig Neison(Ph.D)所提供的資料，該醫院的治療輔導稱為性侵害者監禁方案(Sex Offender Commitment Program；簡稱 SOCP)，可分為五個階段，前四階段為住院治療，第五階段為院外治療，並且在「條件性出院計畫」(Conditional Release Programs，簡稱 CONREP)下實施，每個階段都包含有團體心理治療，以下分述之：

(1)第一階段：治療輔導的準備 (Treatment Readiness)：

此階段的設計，主要是將監獄轉換成具教育性的治療環境，其目標是讓個案在治療中採取主動，治療的主題，包括 SOCP 與其五階段治療計劃的介紹、知曉法律條文 (WIC6000 以下)、精神疾病的認識、被害人的覺醒、再犯的預防、認知偏差、人際關係技巧、憤怒和壓力處理、生活技巧、症狀處理和性教育等課程，此時治療團體相當大，

至少 25 人。

(2) 第二階段：技巧的獲得 (Skill Acquisition):

此階段團體縮減到 6 至 10 人，其個案必須符合以下四個標準：
承認過去的性犯罪和想要減低再犯的危險、證明有意願討論過去的犯罪史、同意參加必須評估的程序、表現出能參加團體討論的能力。
此階段使用的評估工具，包括完整的性心理發展(psychosexual development)史、人格功能的評估、性興奮的描繪、精神病理的程度、性方面的認知偏差和被害人的同理心。個案在此階段應完成再犯預防(行為鍊和決定矩陣)、性認知偏差(與個人性犯罪相關的偏差)、被害人的覺醒(瞭解性犯罪對被害人的衝擊)、自傳。此外尚有人際關係技巧、人類性關係和家庭基本的關係等特殊的團體治療。

(3) 第三階段：技巧的應用 (Skill Application)

此階段個案必須整合第二階段所學的技巧，進入此階段治療，個案必須達到以下的九個標準：

- ①成功的完成第二階段的評估，以及證明有意願接受更進一步的評估。
- ②完全承認過去的犯罪行為，並願意對這些犯行負責。
- ③以現在行為表明不再犯的約定。
- ④瞭解治療的目標不是治癒(cure)，而是管理(management)與控制。
- ⑤滿意地完成行為鍊與決定矩陣設計。
- ⑥能指認出認知扭曲之處並能矯正他們。
- ⑦瞭解並能描述所有高危險因子。

⑧成功地完成所指定的特殊團體治療。

⑨指認出對性虐待的典型反映。

此外尚有性衝動矯治、家庭間的關係等特殊的團體治療。

(4) 第四階段：技巧轉換 (Skill transition)

詳細的出院計劃必須和「條件性出院計劃」(CONREP) 連接。參加者必須符合以下的 7 個標準：

①個案能完全描述性虐待對其被害人所造成的負面影響；

②個案能繼續承認過去的犯罪行為，並對這些行為負責；

③個案能繼續以現在行為表明不再犯的約定；

④個案能承認與矯正所有導致犯行的認知扭曲；

⑤個案表現出能持續的控制性衝動與性興趣(Sexual urge and interest)；

⑥個案能描述所有未來可能發生的再犯高危險因子與內在警告(internal warning)，同時證明出可有效應付這些危險因子；

⑦個案的地方 CONREP 方案願意接受他到社區作治療與監控。

此外尚有下列特殊團體治療：性興奮矯治（藥物或電擊）；家庭的關係（家庭的成員）和條件式避免再犯治療計劃。

(5) 第五階段：社區門診治療 (Community Outpatient Treatment)：

此階段主要工作，是將院內的治療成果延續至社區，同時加強監督和偵測，以早期發現犯罪徵兆並確保社區的安全。此階段是在監禁個案的郡 CONREP 所實施的，並且需當地的高等法院 (Superior Court) 批准才可實施。筆者在實習期間，均由該院主任 David Saunders(M.D)負責相關事宜，由 Jeanne Gacia 醫師協助，

而使筆者參予由司法精神科醫師 Hadley C. Osran (M.D) 主持的鑑定研討會、Jay Seastrunk 醫師的團體治療、Alacon 心理師主持的評估與治療團體，收穫甚多，此外，為實地參觀法庭作證情況，David 更安排筆者陪同 Gabrielle M. Paladino (M.D.) 司法精神科醫師，到位於附近的 San Luis Obispo 的地方法院，法官為 Barry T. LaBarbera，案由係因 Paladino 的 SVP 病人，要求陪審團審判，以證明他可出院，不必再被當作 SVP 病人而受強制住院。過程相當精采，但作證程序繁瑣，筆者雖參與兩天，但仍只進行到檢視此 SVP 病人的過去犯罪史資料而已，不過對美國法庭保障人權的努力，留下相當深刻的印象。

第三部分：關於被害人的治療處置

本次研習雖多以加害人的治療輔導為主，但仍安排到兩個針對保護、治療被害人的中心研習，這兩個中心是「受暴治療中心」(Rape Treatment Center) 與「兒童及青少年性侵害資源中心」(Child and Adolescent Sexual Abuse Resource Center，簡稱 C. A. S. A. R. C.)，其目的乃在於也能由被害人角度去瞭解處理性侵害及家暴案件上，應有那些足供參考的制度。

第一節 受暴治療中心

此中心位於 2801 25th St., San Francisco, CA 94110，離舊金山總醫院 (San Francisco General Hospital) 僅約 1 公里的距離，

在研習時，由心理師 Vanessa Kelly 負責介紹，另外，有社工碩士(MSW) 畢業的 Stacey Wiggall 協助相關事宜。依 Vanessa 所述，該中心已有 20 年的歷史，係針對 18 歲以上的性侵害受害人提供醫療協助，工作人員共有 16 人，包括護理師 (Nursing Practitioner, 簡稱 NP) 6 人，社工師 8 人，心理師 2 人，不包括精神科醫師，但另外有一般科的醫師協助治療。護理師均為精神科專科護理師，且均為碩士畢業，主要工作係針對被害人作醫療檢查，並蒐集生物證據已提供司法審判之用。而社工師亦為碩士畢業，其工作在於提供受害人社會資源，或尋找庇護所以供暫時安置，需要此種服務的被害人，多屬低收入者，亦包括少數外國來的觀光客。

一般而言，每年個案量約 250 人，其中 10-20% 為男性，來自加州大學舊金山分校 (University of California, San Francisco, 簡稱 UCSF) 急診，在急診室接案，即先安排懷孕、愛滋、性病、藥物等檢查，之後，再安排後續四個月共 16 次的諮商輔導，並同時提供法庭證據的協助。因婦產科醫師工作忙碌，且不熟悉法律，多不願到法院作證，所以對性侵害案件的作證工作，均由 NP 負責，而且與我國不同，無女警參與，另外關於法律諮詢工作，則由 UCSF 負責。

在過去多年，該中心雖有六間會談室，但使用率低，原因是被害人常因迴避(avoidance)心理而來到中心接受諮商輔導。而舊方案不包括外展式服務，因此，未能有效提供協助，但近兩年來左右，由 UCSF 接掌該中心後，為提供符合被害人需求的服務，乃展開提供外展式服務以及針對社區、勞工工會等的宣導服務，目前工作成效已受肯定。

依 Vanessa 所說，舊金山也有家暴防治中心，但其工作人員並無精神醫療專業人員，治療對象包括加害人與被害人，並且以團體治療的方法進行。

第二節 兒童及青少年性侵害資源中心 (C. A. S. A. R. C)

此中心位於 995 Potrero Avenue, Ward 82, San Francisco, CA 94110，即位在舊金山總醫院院區內。

依其主持人 Cynthia Kane Hyman(RN, MS, CNS)介紹，該中心已有 20 年歷史，成立之初，原只對受害兒童提供醫療檢查，但隨後即發現對兒童需要提供醫療評估與蒐證外的服務，針對全舊金山市自出生後至未滿 18 歲的性侵害被害人及其家屬，提供醫療及司法上的協助，服務範圍共九項：

1. 多專業的司法會談 (Multidisciplinary forensic interviews)
2. 蒐集證據 (Evidence Collection)
3. 立即性危機諮商 (Immediate Crisis Counseling)
4. 醫療檢查與治療 (Medical Exam and Treatment)
5. 對被害人及其家屬針對性侵害與創傷作心理治療
6. 心理衛教 (Psychoeducation)
7. 行使親權 (Parenting) 的技巧評估與訓練
8. 開父母或孩童的團體
9. 轉介到其他社區機構或私人治療師

此外，並有 24 小時的專線服務。依 Cynthia 所述，該中心一年約有 300 個案，男女比例約為 1：3，多發生在 4-7 歲與 12-16 歲兩個年齡層，發生原因，4-7 歲年齡層多因亂倫，而 12-16 歲多因約會或陌生人性侵害。該中心共有大學畢業護理師 6 人，負責蒐集生物證據，另有 N.P. 一人，可獨立行使職務，現在仍缺心理師，正在徵求中，也無精神科醫師編制，但每週有安排 10 小時的照會。該中心是由舊金山總醫院小兒科負責支援，故其團隊均由該科小兒科醫師協助處理個案。個案來源是經由急診轉介小兒科而來，在接案作司法會談

(forensic interview)時，除心理師外，尚有警察單位、兒童保護服務單位、檢察單位等在場，協助護理師與被害人會談並作蒐證工作。心理師係針對被害人心理創傷提供後續對創傷後壓力症候群（PTSD）的心理治療，此種會談一般約需 30 分鐘。

在個案保護方面，尤其是亂倫案件，均有隸屬於人性服務部門（Dept. of Human Services）的兒童保護服務人員（Child Protector Services）自始至終提供服務，還包括協助刑事調查，以及對被害人的安置保護；例如加害人為被害人的父親，若被害人的母親相信被害人的被害陳述，則服務人員依法令加害人遷出；反之，若不相信時，則安排被害人遷到寄養家庭，以免受到再度的性侵害。

該中心對被害人的治療，採取個別與團體治療二種。團體心理治療係依年齡而分團體，但個案聚會不易，故實際上多採用個別心理治療，治療內容依個案情況而定，並採用個案管理方式來進行。

肆、建議

由於美國係採聯邦制，共五十州組成聯邦政府，故在法制上有五十一個管轄權 (Jurisdiction)，且各州法規制度差異頗大，州州各有不同，此次研習走訪四州，但不能依此推定其他各州必定有相似或相同的法規制度，本研習報告僅記述筆者在研習期間所蒐集到上述四州的資料，以下為與我國比較的參考，並作為未來修法或改進制度之用。

在家暴防治方面，筆者以為美國有以下幾點足供我國借鏡：

1. 對加害人已有明確的處遇計畫實施方案：不論採取 Duluth 或 EMERGE 模式，或其他州所採行的 AMEND、The Third Path、Compassion Workshop 等，均有明確的治療理論基礎、課程、期程等，並且對其成效亦自行評估，以作為向政府申請補助的依據。
2. 方案以向加害人收費為原則，如 EMERGE 方案在治療期間，仍向個案收費，且費用的高低視個案收入而定。
3. 民間團體參與積極，治療方案均為民間團體所發起，與我國多依賴綜合醫院精神科或精神科專科醫院等不同。
4. 治療師的資格寬鬆，即使曾為家暴加害人在經嚴格篩選後，仍得以成為治療者，因不必為心理衛生專業人員擔任治療師的工作，所以只需在治療中心經過短期訓練即可，目前仍未必有証照才可治療。

另外在性侵害防治方面，有幾點特色：

1. 再犯鑑定：在個案被陪審團評決有罪後，使由觀護人做 PSI，依個案的危險性、嚴重性及可治療性作評估，一般在觀護人室或監獄中接案室（reception room）中作，評估的工具，有 STATIC-99、SONAR、PRASOR、MnSOST-R 等。
2. 治療處遇：在矯治機構中的處遇，以心理師為主要的治療者，一般是在假釋前兩年作治療，而且治療場所多在監獄，少在醫院，治療性質係採自願方式，並非強制治療，其治療包括使用 RP、SSRT、Anti-libidinal、閹割等方式。
3. 治療人員及費用：由國家編列預算，並非由私人或其他保險支付，而完全由矯治局負責治療人員的人事費用。
4. 治療人員的資格：多為心理師或社工師，且為大學畢業，一般的資格遠較家暴治療師資格嚴，故其專業性較強。

在性侵害加害人的鑑定與矯治方面，與我國不同之處，整理如下

二表：

表一：台灣與美國鑑定之比較表

	台灣 (ROC)	美國 (USA)
何人 (WHO)	精神專科醫師	觀護人 (PO)
何時 (WHEN)	裁判前 (刑§91 之 1 I)	Found guilty 後 PSI
何地 (WHERE)	醫院	觀護人室
為何 (WHY)	有無施以治療之必要	1. 可治療性 2. 危險性
如何 (HOW)	心理衡鑑/臨床判斷	Static-99/SONAR/RRASOR/ MnSOST-R 等

表二：台灣與美國矯治機構處遇比較表

	台灣 (ROC)	美國 (USA)
何人 (WHO)	精神專科醫師為主	心理師為主
何時 (WHEN)	入機構後	假釋前 2 年
為何 (WHY)	有施以治療之必要者，得入相當處所施以治療 (刑§91 之 1 I)	依各州法律
如何 (HOW)	強制監禁/強制治療	強制監禁/自願治療 PT/(cognitive-behavioral) RP/ SSRI/Anti-libidinal/Castration

關於家暴或性侵害的加害人方面，亦由民間成立相關中心參與，而由政府補助經費，醫院協助診療，相關人員尚包括有屬社政系統的兒童保護服務人員、檢調與警察系統人員等，以利提供

包括醫療、安置與司法上整體的服務。

由上述可知，我國未來發展的目標如下：

1. 積極鼓勵民間成立基金會等法人團體參與。
2. 發展專業化的服務模式，不僅包括精神醫療人員，在觀護人、檢調、司法、警察人員亦同。
3. 不論家暴或性侵害的防治，均需要跨部會、跨專業的整合，才有可能提供整體的效果。
4. 對於性侵害加害人的鑑定，可依美國模式，在裁判確定後再行鑑定，以免個案否定犯行，造成鑑定不易，且恐有違無罪推定的刑事訴訟基本原則，故建議修法將我國刑法第九十一條之一第一項前段：「犯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、第二百三十條、第二百三十四條之罪者，於裁判前應經鑑定有無施以治療之必要。」，修改成為「裁判確定後，應經鑑定有無施以治療之必要」，以杜爭議。
5. 另外對於性侵害加害人的治療場所，依我國刑法第九十一條之一第一項後段：「有施以治療之必要者，得令相當處所，施以治療。」，現行治療場所均在監獄內，並非在公立醫院內，參考美國現況，亦以在監獄內治療，並由矯治單位編列預算及提供治療專業人力，就治療的戒護及效果，我國亦應以監獄為最

後治療場所，並可考慮成立監獄內專區或專監，以專業專人提供專業治療。

6. 對家暴犯或性侵害加害人所提供的治療方案，亦應於施行後，定期分析其治療效果以作為改進方案之用。
7. 發展統一化、本土化的鑑定工具，在實施之前，需建立其信度與效度。
8. 現行對於性侵害加害人的治療，依法強制治療，為相對於美國法制，均以強制監禁自願治療為原則，故我國現行治療法源的監獄行刑法第八十一條第二項規定：「犯刑法第二百二十一條至第二百三十條及其特別法之罪，而患有精神疾病之受刑人，於假釋前，應經輔導或治療，其辦法由法務部定之。」宜修改成「於假釋前，得經輔導或治療」，並以受刑人是否經自願輔導或治療作為評估假釋的要件之一。