

出國報告（出國類別：實習）

## 性侵害犯罪評估與處遇計畫

服務機關：衛生福利部八里療養院

姓名職稱：謝孟晃臨床心理師

派赴國家/地區：美國華盛頓州

出國期間：1130406 至 1130704

報告日期：1130730

## 摘要

此次進修的機構主要在美國華盛頓州的 Monroe Correctional Complex，目的在學習美國華盛頓州性侵害加害人處遇與評估計畫(Sex Offender Treatment and Assessment Programs)，簡稱 SOTAP。實習目標包括瞭解獄中性侵害加害人處遇計畫內容及執行方式；獄中加害人處遇如何銜接社區處遇以及社區處遇方案；女性性侵害加害人及精神障礙合併性侵加害人之處遇計畫；性侵害加害人評估工具的使用，社區觀護人的角色與職責。歷經三個月的實習與學習，了解如何運用認知行為治療、辯證行為治療等技術在獄中性侵害加害人處遇方案，再犯風險因子評估工具的使用，了解華盛頓州性侵害加害人的治療計畫如何結合司法及社區監控，全面加強社會安全。

## 目次

頁碼

一、目的.....	4
二、過程與心得.....	5
三、建議.....	15

## 一、目的

性犯罪一直是社會安全所關注的議題，也一直存在社會文化中，其對受害人所造成身心傷害的嚴重性可能長達數年甚至一輩子，重大性犯罪事件也會影響國家立法與刑事政策。隨著科技的進步，犯案的手法與方式也顯得更為多樣化，尤其網路的崛起，其匿名性與便利性讓性犯罪似乎更為容易也難以預防。

台灣在民國 86 年通過「性侵害犯罪防治法」，並於民國 87 年公布實施至今已二十餘年，期間因重大社會案件的發生，也歷經幾次相關法令的修訂。針對性犯罪的預防加入了處遇的概念，亦即這些性犯罪者需要透過處遇(treatment or intervention)而非單單處罰(入監服刑，剝奪其自由的方式)的方式，才能降低再犯率。

以 4~5 年的追蹤期來看，性犯罪者再犯性犯罪的平均比率約 10~15%(Hanson & Bussiere,1998; Hanson & Morton-Bourgon,2005; Schmucker & Losel, 2015)，台灣性犯罪再犯率約在 8%~12%(董子毅,2005; 林明傑&鄭瑞隆, 2003)。性犯罪的處遇與治療最主要的目標是降低再犯率。筆者自民國 96 年開始從事性侵加害人社區處遇團體，有感於國內缺乏一套完整的治療架構，不同治療師使用治療方式不同，也無法在實證與研究中呈現治療效果，且獄中處遇與社區處遇無法銜接等問題。就像 Stinson & Becker(2013)提到，「針對性犯罪治療包括最常使用的 CBT、RP 和好生活模式，最明顯的問題之一就是在跨情境和不同治療師時，缺乏一致性。每個治療師或計畫可能都會宣稱自己用的是再犯預防，但可能看起都不一樣。從實證或研究觀點上這是一個很大的問題，因為我們無法確認被宣稱的治療方式，在實際上也同樣的執行。」

本次進修目的在認識與學習美國華盛頓州性侵害加害人處遇與評估計畫(Sex Offender Treatment and Assessment Programs)，簡稱 SOTAP。學習目標包括：瞭解獄中性侵害加害人處遇計畫內容及執行方式；社區性侵害加害人處遇計畫及執行方式，司法系統與處遇單位的合作方式；女性性侵害加害人及精神障礙合併性侵加害人之處遇計畫；性侵害加害人評估工具的使用，社區觀護人的角色與職責。因此期待透過此次參訪研習美國華盛頓州 SOTAP 的性侵害加害人治療模式，能為國內性侵害加害人治療帶來不同的視野。

## 二、過程與心得

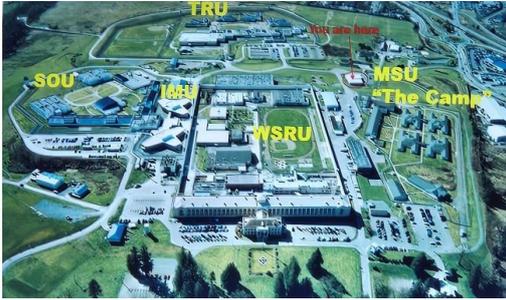
此次出國進修主要透過中正大學犯罪防治系所林明傑教授引薦美國性犯罪專家 Robert McGrath，並詢問是否有合適關於性侵害加害人處遇的實習機構。McGrath 的專長在於性犯罪的預防與研究，其在評估與治療性犯罪有超過 35 年的經驗，國內翻譯使用之「性犯罪治療需求及進步量表」即是由 McGrath 與 Cumming 共同研發。McGrath 幫我寫了三封介紹信給三位目前在做性犯罪處遇的負責人，並讓我自己選擇想要的實習單位。其中一個是在紐約州的聖勞倫斯醫院，另一個在佛蒙特州，第三個在華盛頓州的，前面兩個地方分別是監獄治療和社區治療，如果想要學習監獄與社區的處遇模式，得要分開兩個地方，而華盛頓州則包括了監獄與社區的處遇，考量只有三個月的實習時間，如果在同一個地方可以同時看到監獄與社區的治療方式，應該是比較節省時間及交通成本，最後我決定的實習地點在華盛頓州。於是我開始寫信給華盛頓州性犯罪處遇與評估計畫的負責人 Cathi Harris，並與她討論可行的實習方式，經過將近一年的書信往返，終於確認了此次實習的行程。另外在尋找住處與處理交通問題上，非常感謝當地治療師 Valerie 的大力協助。最終在 113 年 4 月 6 日出發至美國，開始這趟學習之旅。

此次的實習地點主要在美國華盛頓州門羅矯治中心(Monroe Correctional Complex)，簡稱 MCC，研習計畫內容以 SOTAP(Sex Offender Treatment & Assessment Programs)為主，此計畫為性侵害犯罪者治療與評估計畫，包括了獄中及社區處遇方案，以及性侵害加害人的評估。以下將此次進修以不同主題分享實習的過程與心得。

研習主題：(一)門羅矯治中心的 TRU(Twin Rivers Unit)：了解一般性侵害犯罪者獄中治療方案和執行方式。(二)門羅矯治中心的 SRTC(Sky River Treatment Center)：了解性侵害犯罪合併精神疾病之治療方案和執行方式。(三)華盛頓州女性矯治中心 WCCW(Washington Correction Center for Women)：參觀女性性侵害犯罪者治療模式。(四)Everret 及 Seattle 社區處遇模式：了解加害人從獄中釋放後，如何轉銜至社區，以及社區性侵害加害人處遇治療如何運作。(五)Community custody officer(CCO)：了解司法系統在監控與治療中扮演的角色。(六)性犯罪加害人風險評估工具的使用。

## (一) 門羅矯治中心的 TRU(Twin Rivers Unit)

### 1、 門羅矯治中心(MCC)簡介



MCC 之所以稱為 Complex，因其共有五個監獄在同一地區，這五個監獄相互獨立，各自具有不同的功能，互相支援。

五個監獄分別是，TRU(Twin Rivers Unit)

雙河監獄，監控層級屬於中低度；SRTC(Sky River Treatment Center)天河治療中心，原名 SOU(Special offender Unit)特殊罪犯監獄，監控層級屬於中低度，主要收容嚴重精神病的犯罪者；IMU(Intensive Management Unit)高度管理監獄，監控層級屬於高度，為高強度控制與管理的單位，主要針對難以管理的受刑人，共有 200 床，其中 100 床收容違反社區矯治者；WSRU(Washington State Reformatory Unit)華盛頓州改良監獄，目前無收容受刑人，多數作為行政辦公場所，或作為暫時行醫療場所。(簡易住院設備，若病況嚴重仍需移至他院)；MSU(Minimum Security Unit)低度監控監獄，監控層級屬於低度，共 360 床，有 3 個 house，為收容人自治區，有學校、教堂、運動場、餐廳等。另有 90 床為精神疾病計畫(Crossroads Program)，為華盛頓州唯一讓精神疾病收容人轉換至低度監控環境，學習接受更多管理自己精神疾病責任的計畫。

筆者在獄中處遇的實習地點主要是 TRU 和 SRTC。TRU 共有 A、B、C、D 四個單位的舍房，每個單位收容 200 名受刑人，SOTAP 計畫的性犯罪者主要收容在 C 單位，約有 120 名性犯罪者參與此計畫。TRU 的性侵害犯罪治療師人數約有 11 人，並設有主任 1 人、心理師 1 人、督導治療師 3 人、行政助理 1 人。因此 TRU 可以說是性犯罪治療專區，在這裡有一整個團隊負責性犯罪的處遇工作，筆者也花最多時間在 TRU 學習 SOTAP 的治療方式。而 SRTC 共有六個單位的舍房，目前有兩個單位的舍房關閉，共收容約 400 名受刑人，參與 SOTAP 計畫的性犯罪者約有 10 名，設有 2 名治療師，由 TRU 心理師擔任治療督導。

## 2、 SOTAP 在 TRU



1989 年 SOTAP 開始於 MCC 的雙河監獄(TRU)，2004 年這個計畫擴展至華盛女性矯治中心(WCCW)，2009 年增加位在 Spokane 的 AHCC(Airway Heights Correctional Center)，2016 年在 MCC 的天河治療中心(SRTC)。本計畫一般為期兩年，包括獄中處遇一年以及社區處遇一年。計畫主要有三大目標，第一、協助個案學習如何減少並管理犯罪相關風險，第二、提供資訊以協助矯正機構和社區去管理並監控個案的性再犯風險，第三，定期評估並適時修正 SOTAP 相關內容。筆者發現並非所有服刑中的性犯罪者都可以進入 SOTAP 計畫中，個案必須符合下列條件才可以參加 SOTAP，1、目前或之前服刑時有被定罪為性犯行；或目前或之前的定罪包含了性的成分或性侵害行為。2、個案必須即將從獄中釋放，但個案要在獲准釋放日期前 24 個月開始參與治療，如果少於 12 個月則不考慮。3、如果個案被宣判的是 Special sex offender sentencing alternative，則不獲准參加(例如比較輕的罪，不用服刑只需在社區接受治療等)。4、個案必須服從治療，個案必須願意持續對話，並探索他們不洽當/非法的性行為，個案同意參與完整性犯罪治療，包括獄中和社區治療，並能遵守治療規則和期待。綜上所述，條件 1 定義了此計畫的服務對象是性犯罪者；條件 2 則是依據過去研究顯示，出獄前 1 至 2 年參加治療具有最佳療效，且 SOTAP 在獄中的治療方案為一年。條件 3，因 SOTAP 需將獄中處遇連結至社區處遇，若因輕罪無須服刑，未參與獄中處遇計畫，亦未能銜接社區處遇。條件 4 攸關治療成效，意即個案的參與動機及是否能參與完整的治療計畫。關於治療動機的提升，筆者第一次觀察 TRU 的團體治療時，驚豔於成員能在團體高度投入討論的程度，多數成員均願意坦

誠分享個人的想法與情緒狀態，成員間也能相互挑戰不合宜的信念或給予回饋，成員非常自然的使用學習過的相關專有名詞，例如 DRF、BCA 等等，讓筆者覺得許多成員對於性犯罪的了解，幾乎可以成為團體中的另一個帶領者。在幾次的觀察及與治療師討論後，治療動機的提升除了有賴於治療師的帶領技巧與風格外，規則中獎勵與懲罰的實施，讓成員知道能參加這個團體是重要的。首先多數性犯罪者需參與獄中治療計畫才有獲釋的可能，即使未參與治療計畫，獲釋後回到社區仍需要法官的命令下接受社區處遇，但這些治療可能必須自費，在美國自費進行心理治療是相當昂貴的，多數性犯罪受刑人是難以負擔這筆費用，因此 SOTAP 提供一個免費治療的機會，若能在獄中完成一年的治療計畫，獲釋回到社區的治療則由政府全額提供補助。不管在獄中或社區的治療，若治療師發現成員的參與動機低、拒絕討論、違規等，仍可能將成員踢出 SOTAP 計畫。筆者認為對於非志願個案的治療，此部分對於參與動機的提升會有一定程度的影響。

SOTAP 仍是遵循 RNR 模式(Risk Need Responsivity model)，Risk：採用靜態 99R 作為再犯風險分類，原則上將中低和低風險個案放在同一團體中，將中高和高風險個案放在同一團體中，但沒有辦法完全做到。Need：以 Stable2007 作為動態風險因子工具，找出個案最高分的動態風險因子，在常規團體中會討論個案的 DRF，會也依個案的動態風險因子安排特殊團體。Responsivity：針對認知能力不佳者，有 AT(activity track)團體，團體內容與一般常規團體一樣，但多以活動設計為主，減少談話的部分。獄中處遇包括個案進入團體前的初談評估(Intake)、常規團體、特殊團體、AT 團體、個別治療，最後進行結案評估，以下說明這幾種處遇方式及觀察心得。

(1) 初談評估：個案在進入獄中處遇團體前，會由團體治療師與個案進行 1~2 次的初談評估，除了向個案說明治療方式與規則，讓個案了解團體治療如何運作及他需要在治療中做甚麼準備，並簽署獄中及社區治療同意書，保密同意書外，也會使用 Stable2007 評估個案的動態風險因子(DRF)。最後會完成一份評估報告和治療計畫書，個案也會閱讀自己的評估報告和治療計畫書，並有一份複製版的治計畫書，

若個案有任何意見或想法，也可寫在治療計畫書中。筆者認為此次晤談評估對於建立治療關係極為重要，讓個案對於參與治療團體能有所準備，另外治療師與個案的訊息溝通是雙向與平等的，個案清楚知道自己被評估的高分 DRF 有哪些，也會知道自己的治療計畫，這些訊息在未來團體的作業與討論是非常有用的素材。

- (2) 常規團體：或稱作主要團體(Primary Group)，所有參與 SOTAP 的個案均須參加，為期一年(治療師幾乎全年無無休，但休假時可找人代班)，常規團體每周兩次，每次三小時，屬於開放式團體。團體人數最多 12 人，由一名治療師帶領。團體進行流程大致如下，但會因治療師而異，checkin：每個個案分享生活上的近況；自己在自我控制上的技巧運用，或是情緒的覺察。作業分享：個案會提前被告知甚麼時候要在團體中分享某個主題的作業，並提前完成這份作業清單。團體主要作為分享與討論的場合，個案分享作業時，其他個案則會提問覺得不清楚不合理或有疑問的地方。技巧練習/閱讀討論：若今天沒有個案被分配到分享作業，或是分享者今日未出席團體。chckout：個案及治療師針對今天的討論給予回饋。筆者觀察此團體的優點如下：同一主題，每個個案會重複聽或練習 11 次的機會。團體外的作業量很多，每份作業，成員可能會花 10 個小時以上完成，視作業的難易度而定。另外有 Subgroup 的成立，亦即團體之外的時間，治療師可指定或成員自己組成，三~四人一組，在舍房中由資深教導資淺個案(或能力較弱者)完成作業的部分。標準化的治療教材，每個治療師所帶領的內容與方向一致，教材融合了 DBT、CBT、ACT 等技巧的運用。
- (3) 特殊團體(Specialty Group)：再犯風險屬於中高個案除了常規團體，會再分配參加 1 至 2 個特殊團體，特殊團體屬於封閉式團體，團體個案人數約 10~12 個，每周進行一次，共 12 周，每次兩小時，由兩個治療師帶領(如此設計是因為此團體有時間限制，當有一位治療師請假或無法出席時，仍有另一位治療師可讓團體繼續進行下去)。特殊團體的設計有不同的主題，多以 stable2007 的動態風險因子發展不同特殊團體，TRU 目前共發展有五個特殊團體的治療模式，包括增強性自我調

節團體 ESSR(enhance sexual self-regulation)；發展情緒平衡團體 DER(developing emotion balance)；對女性健康態度團體 HATW(healthy attitude toward women)；問題解決與衝動性團體 PS-I(problem solving and impulsivity)；健康的關係團體 HR(healthy relationship)。筆者在實習期間正好參與了 10 個 Sessions 的增強性自我調節團體，此團體主要針對“性佔據想法”以及“用性來因應”這兩個高分 DRFs 所設計，每次團體都有固定的主題與作業，團體流程大致如下：先有暖身的 checkin，個案先分享最近可能使用之前學過的甚麼技巧來幫助自己碰到的問題。第二部分會有一個技巧練習，練習完後成員給予回饋。第三部分，回顧上週的主題和作業，如果個案有作業書寫上的問題，可能會在常規團體或個別治療時處理。第四部分，討論及教導一個新的技巧使用，會給成員講義並講解討論。第五部份給成員回家作業。筆者認為不管在常規團體或特殊團體中，都很強調作業及技巧練習的部分，在這個特殊團體中，又更深入與聚焦在如何用適當的方式轉換過去常用性來因應挫折與情緒。在最後兩次團體中，每個個案必須上台報告分享自己在這個團體中所學到關於動態風險因子間的相互關聯，以及如何影響自己的行為與因應方式，在團體中學到甚麼樣的技巧幫助自己。筆者看到在這樣的團體中，每個個案的潛能無限，其所分享内容甚至超過當地治療師的預期。

- (4) AT 團體：全名為 Activity Track Group，參與的個案主要是有閱讀障礙或學習困難的性犯罪受刑人，AT 團體亦為每周兩次，為期一年的時間，但每次時間較短，每次團體兩小時，也是由一位治療師帶領，目前在 TRU 只有一個 AT 團體正在進行，團體約有七名個案。筆者觀察發現，AT 團體同樣是依循 SOTAP 的治療教案主題，但內容的呈現與方式較為視覺化或以活動設定的方式帶領，素材也較為簡單，符合個案的認知能力，治療師會刻意放慢帶領團體討論的速度，成員間的互動較少，治療師可能必須不斷重複詢問問題，成員才会有回應。
- (5) 個別治療：每個個案每個月至少會有一次個別治療，如果個案有額外需求，可與治療師討論增加個別治療時段，個案個別治療的治療師即為其常規團體的治療師。

因個別治療較為個人與隱私，筆者未能觀察個別治療進行的方式，但與 TRU 治療師討論，可了解個別治療主要在處理個案可能在團體中的困難但無法在團體中討論的議題，例如作業書寫上的問題、對團體中其他個案的情緒、個人較為隱私的議題、團體中較不合作或破壞性的行為、或是治療技巧的練習，專有名詞的解釋說明等。

- (6) 結案評估：結案評估與初談評估最大的差異在於，結案評估個案不須到場，而是由治療師評估其穩定和急性動態風險，並完成結案評估報告。筆者認為由常規團體治療師評估個案的穩定和急性動態風險，雖然治療師與個案相處一整年，對個案的狀況最為了解，但也易產生治療師評估的盲點與偏見。TRU 的督導表示，這樣的盲點不可避免，但可以透過個案討論，督導等方式減少這樣的盲點。在 TRU 裡有三位治療督導，他們本身可以不用執行常規團體的帶領，但會定期參與常規治療師的團體，確保他們帶領的方式與內容與 SOTAP 是一致的。

(二) 門羅矯治中心的 SRTC(Sky River Treatment Center)：在這裡收容了約近三百名受刑人，多是中度到重度監控的犯人，有單人房，或雙人房的，有些反社會、邊緣型人格疾患的受刑人，多數有很多行為問題，但並沒有接受治療，因為他們必須被銬在所謂的凳子上(據說連椅子都談不上)，活動也都很不自由，因此不適合參加團體。

這個單位只有兩名女性心理師，負責兩個常規團體，團體亦屬於開放式團體，每個團體一名治療師，團體個案約 5 人，進行方式一樣是每周兩次，每次兩小時，與 TRU 的 AT 團體類似，這裡的個案均有精神疾病或認知能力障礙，能力比 AT 團體的個案更弱，因此這裡更著重活動的部分，甚至同樣的活動或主題可能會重複兩次到三次，因為他們學習能力較慢也容易忘記。團體教材主題亦同樣為 SOTAP 的常規團體，想要傳達給個案的概念仍是一樣的，例如也是會教他們 DRF、價值觀、BCA、他們也運用 DBT 的技治療技術。筆者發現治療師面對能力較弱的個案，會大量運用治療室中的 Smart Board，可用來播放 PPT、教材、YouTube、或作業，治療師的帶領方式更像是在教導與上課、一步驟一步驟的教導他們相關的概念與技術。

(三) 華盛頓州女性矯治中心 WCCW(Washington Correction Center for Women)：



華盛頓州女性矯治中心離 MCC 約 90 英里遠，在 TRU 工作人員的協助與安排下，長途跋涉參觀該中心針對女性性犯罪者的團體治療。此中心的性犯罪治療對象為女性，只設有一個女性治療師，團體個案約五名，團體治療內容與

TRU 的常規團體類似，但會更著重在幾個與女性加害人相關的特殊議題上，例如個人的創傷、健康親密關係的建立、依賴以及脅迫等主題。團體每周三次，但每次兩小時，每周總治療時數與 TRU 的男性加害人是一樣的，每月也會有一次的個別治療，治療期程約在九個月至一年，也較男性加害人的治療期程稍短。但獄中處遇結束後，出獄後仍需銜接社區處遇。筆者在觀察女性加害人團體後發現，部分女性加害人對治療的抗拒甚至較男性加害人強烈，防衛程度的表達也較為直接，但也有部分女性加害人對治療的投入程度非常高，也對治療保持正面的心態。另外女性加害人的人口群較少，再犯率也相對較低，因此在 SOTAP 計畫中未針對女性加害人使用工具(如靜態 99R)去評估其再犯風險。在 WCCW 中只有一個治療師，若加上個案的對治療的抗拒極為強烈時，太容易產生工作耗竭，雖設有督導一人，但未在同一工作空間，只能透過視訊方式聯繫與互動，對舒緩治療師面臨的壓力與專業上的討論效果仍有限。

(四) Everret 及 Seattle 社區處遇模式：



社區處遇為獄中處遇的延伸，進入這個計畫的社區處遇個案，都在獄中參加過 SOTAP，因此社區處遇的治療師了解個案在獄中學到甚麼內容以及治療的技巧，個案在面對現實生活中的壓力或事件時，如何將獄中學到的技巧運用以及持續的練習，是社區處遇的重點。社區處遇每周一次，每次兩小時，由一位治療師帶領，治療期程約一年。一個社區治療師約負責三到四個團體，每個團體的上限是 12 名個案，目前 SOTAP 計畫共有 14 個社區處遇治療師，治療師會於不同的地方帶領社區處遇團體，華盛頓州 SOTAP 計畫有 20~25 個地方在執行社區處遇，治療師可使用公務車往返不同治療地點。

個案出獄後必須先與社區觀護人取得聯絡，安排進入社區團體的時間，治療師會打電話給個案約第一次會談，讓個案了解社區團體在做甚麼，它需要遵守甚麼規定等。治療師與個案可以互相透過公務電話或電子郵件聯繫。社區處遇治療師每兩周會在線上召開團隊會議，討論團對行政問題及特殊個案議題，會議主持人為社區管理督導。



個案可能因為以下原因被迫退出團體處遇：故意違反其他參與者的保密規定、攻擊或暴力行為、與他人發生被禁止的性行為、破壞團體運作或機構安全的行為、個案進到高度監管等級、治療中缺乏進步、使用酒精、大麻或非法藥物、未告知的情形下缺席三次團體或個別治療。當個案出現上述行為，會由社區管理督導召開 **Successful Meeting**，雖名為“成功會議”，但實際上為了可能失敗的個案而召開，希望其能成功完成治療，主要參與人員包括個案本人、社區管理督導、社區觀護人、團體治療師，其目的在了解個案違規的原因以及給予個案一次修正改變行為的機會，促進其參與的動機與意願。筆者參與過一次“成功會議”，該個案因進出賭場(可能有飲酒行為)、傳送自拍照給女網友等

違規行為被社區觀護人發現，個案雖不斷辯稱自己沒有違規，且抗拒社區處遇的必要性，但個案在面對若被迫退出社區處遇團體後，可能會入獄或需要自費負擔治療情形下，個案在後續的社區處遇團體中表現較過去積極。筆者也認為，SOTAP 最大的優點在於獄中處遇方案與社區處遇的連貫性，讓個案不會在獄中學一套方法，在社區又重新學習另一套方法。

#### (五) 社區觀護人：



Community custody officer 簡稱 CCO。除了治療師外，華盛頓州的社區觀護人在再犯預防中扮演重要的角色，社區處遇治療師與社區觀護人的聯繫非常密切。筆者在與社區觀護人互動的過程中，發現社區觀護人對個案有極大的管理權，多數個

案回到社區後，均為終身 Probation(尤其是性侵兒童的個案)，均須定期向觀護人報到，當社區觀護人對個案有所懷疑(例如個案是否有在看色情影片或飲酒等違規行為)，即可進行測謊(由觀護人執行)，若未通過測謊，可以搜索並監控其電腦、手機等電子產品，知道個案傳訊息給誰，在看甚麼網站等，有些個案也有 GPS 的監控。個案出獄後在社區受到嚴格的監控，例如找工作時必須誠實告知雇主自己為性侵犯；在交友部分，與任何人交往即便只是約會或見面，是否有發生性行為，均須告知社區觀護人，即使個案交往的對象為成年女性也一樣，由社區觀護人決定可否繼續這段關係或會面；觀看色情影片或飲酒屬於違規行為；不能出入特定場所，也不能持有 sex material；若個案搬到一個新的社區，警察會發傳單給該社區的居民(印有彩色照片的傳單)，告訴居民社區裡將有一個性侵犯入住。

(六) 性犯罪加害人風險評估工具的使用：SOTAP 原名 SOTP，當初並沒有將評估(Assessment)加入計畫名稱內，2014 年因應性犯罪人口快速成長，在華盛頓矯治中心(WCC)成立了風

險評估單位(Risk Assessment Unit)，主要負責性犯罪個案的再犯風險評估，一開始單位只有兩個工作人員，目前增加至七人。

SOTAP 的風險評估工具，主要有三種，初期的篩選使用靜態 99R，區分低中高風險個案，並依其風險高低進入不同團體中。治療前期使用 Stable2007 評估個案的動態風險因子，Stable2007 共有 13 個動態風險因子，包括社會影響、關係穩定能力、兒童情緒認同(主要針對兒童性侵犯)、對女性的敵意、社會拒絕、對他人缺乏關心、衝動性、不良問題解決能力、負向情緒、性盤據念頭、以性作為因應方式、偏差性興趣(後更名為與犯行相關的性興趣)、監督合作性。Stable2007 除了作為風險評估的工具外，在治療期間，亦作為犯罪需求因子，做為治療與處遇的目標。筆者認為，相較於使用犯罪類型作為特殊團體的分類方式，例如戀童團體、亂倫團體或同志類型團體，利用相類似的動態風險因子作為特殊團體的分類方式，可聚焦於治療中處理其相關動態風險因子，也能再利 Stable2007 及 Acute2007，評估其再犯風險是否下降。

### 三；建議

性侵害犯罪防治並非只是單純的處遇工作，還包括司法、觀護制度以及家庭和社區的配合，美國司法在性犯罪的判決與處遇與國內制度有許多不同之處，此次三個月的見習與經歷，收穫非常豐富。俗話說他山之石，可以攻錯，對照國內現行性侵害犯罪處遇，仍有許多值得借鏡與參考之處。此次學習以處遇工作為主，以下將處遇端的建議分點說明：

#### 1、針對中高至高風險再犯者，增加獄中與社區處遇時數：

國內及 SOTAP 在獄中和社區處遇時數比較

	獄中團體處遇時數	社區團體處遇時數
國內	每周一次，每次兩小時 一年約 96 小時	每月兩次，每次兩小時 一年約 48 小時
SOTAP	至少每周二到三次，每次二到三小時 一年約 320 小時	每周一次，每次兩小時 一年約 96 小時

SOTAP 監獄及社區處遇時數(監獄處遇一年，社區處遇一年)

SOTAP 活動	每周 6 小時 常規團體(每 次 3 小時) 共 50 周	特殊團體 每周 1 次(每 次 2 小時) 共 12 周	每月至 少一次 個別治 療	社區處遇每周 一次，每次兩 小時。40~96 小時
處遇累積時數	300 小時	320 小時	332 小時	400 小時以上

然而處遇時數需要多少才能減少再犯風險，依照 RNR 模式中的研究，須留意治療的飽和效應，亦即個案無法從治療中再獲得更多的效果，因此針對低風險個案，處遇時數過多反而會增加其再犯風險，因為過多治療時數有可能阻礙他們發展利社會(prosocial)行為。

McGrath(2014)的研究結論

再犯風險	低	中	高
治療強度(每次 90 分鐘)	每周 0~2 次	每周 1~3 次	每周 2~5 次
治療長度	0~6 個月	9~18 個月	12~36 個月
整體治療時數	0~100 小時	150~250 小時	300~600 小時

由上表可以發現，國內處遇時數明顯較 SOTAP 少。國內性侵犯犯罪處遇時數似乎偏少，約是處遇中低風險個案的處遇時數，因此針對中高至高風險個案，應增加處遇時數。

## 2、處遇內容及方式的標準化設計：

國內雖同樣針對性侵害加害人進行處遇，然不同治療師採行的治療方式、治療學派均不相同。難以明確知道是否對再犯預防是有成效的。SOTAP 發展至今超過 30 年，獄中處遇模式與處遇內容有明確標準化的指導手冊，治療師在大方向與大原則上必須按照指導手冊上的主題帶領，治療師可因個人風格或興趣而有差異，但每次團體的處遇目標及方向則是不變，如此可以確保治療品質，也可知道再犯預防成效與治療內容是有相關。

## 3、獄中處遇與社區處遇內容的無縫接軌

國內的獄中處遇與社區處遇有所謂的無縫接軌，預防加害人出獄後未即時接受社區處遇而犯案，然筆者認為依照處遇的精神，在處遇內容上若能無縫接軌，更能延伸獄中處遇

的效果。一般而言，社區處遇治療師除了透過保護資訊系統，可以知道加害人在獄中的處遇情形，但較難知道加害人在獄中學習到的相關知識與治療技術，且社區治療師可能因為處遇學派、理念風格不同，而在加害人回到社區後，開始不同的處遇方式或內容，造成時間與資源上的浪費。若能依照建議 2 所述，標準化獄中的處遇模式，社區治療師清楚加害人在獄中已經學過的相關預防技術，在加害人進入社區處遇後，即可強化加害人在獄中所學之方法，如何運用於實際生活情境中。另外，社區處遇治療師與獄中處遇治療師的聯繫，也可讓社區處遇治療師了解加害人在獄中處遇的狀況與效果。

#### 4、處遇團隊的成立

SOTAP 是一個專門專職的性侵害犯罪處遇團隊，要達成建議 2 與建議 3 的目標，需要成立一個團隊，發展處遇方案內容。治療師在面對非志願個案時，所面臨的壓力與問題，與面對一般個案不同，團隊可以相互支持與討論。在如何運用治療技術在個案身上(尤其是 DBT)，也需要團隊的協助，對個案與對治療師都是一種成長。

#### 5、限制團體人數

SOTAP 的團體處遇人數上限是 12 人，筆者在觀察 SOTAP 的社區與獄中的處遇，團體人數從未超過 12 人，在與 SOTAP 社區治療師分享處遇心得時，他們認為社區處遇團體最有效過的人數約 6~7 人，超過這個人數幾乎很難在團體中做很多的了解與處遇，他們很難想像國內社區處遇團體多則二十幾人。筆者也同意這是維持處遇品質很重要的方式，SOTAP 在獄中的處遇團體，寧可讓加害人排在等待進入團體的名單中，也不貿然增加團體的人數，在社區處遇鐘，寧可爭取經費增加社區治療師的人數，或與私人治療師簽訂合作契約，也不會增加團體治療的人數。這與國內的思維很不相同，在國內，尤其是社區處遇，盡量把個案塞進團體中，認為只要他們有在團體名單中，只要他們有出席就有受到監控，而不管處遇是否有品質與效果。

#### 6、依動態風險因子成立不同團體

筆者認為這個建議適用在獄中處遇，如同在本文過程與心得(六)性犯罪加害人風險評估工具的使用中所提，將高得分類似的動態風險因子個案成團，加強其對動態風險因子的預

防策略，是不同於成立類似亂倫或戀童團體的思維。可以發展不同動態風險因子的處遇方案。

## 7、利用賞罰提高個案參與動機

筆者在觀察獄中團體運作時，最為驚訝的莫過於個案在團體中的投入及學習的程度。筆者認為有4點因素讓個案願意投入和學習，(1)華盛頓州的性犯罪判刑很重，也有所謂不定刑期的制度，參加SOTAP讓個案有機會提早出獄，且等候參加SOTAP的名單很長，個案較珍惜參加的機會。(2)沒有參加SOTAP而出獄的個案，在法官的命令下須自費參加社區處遇，在美國自費心理治療的費用相當昂貴，但若參加SOTAP，可以免費參加社區處遇。(3)在SOTAP的治療計畫中，若發現成員參與動機差、缺席、沒有進步等狀況，會被踢出此治療計畫，若是獄中個案可能面臨遙遙無限的刑期，以及出獄後必須付費心理治療的情形；社區個案可能面臨須另找私人治療師付費治療或再度入獄的情形。因此多數個案的治療動機均很投入。(4)個案須在聽證會上報告自己在獄中的學習成果，若只是在處遇團體中打混摸魚，較難呈現出自己的學習狀況，因此也能增加個案的投入程度。反觀國內，在獄中處遇中有類似的機制，即通過獄中處遇團體可以有提報假釋的機會，但在社區處遇團體中，雖有明確針對缺席個案的處罰機制，但執行成效不佳，且未針對動機低或無進步之個案有相關因應作為，待社區處遇最年限一到即可結案。筆者認為或可借鏡華盛頓州之方式，以提高個案投入處遇程度。

## 8、督導制度的建立

筆者觀察SOTAP的TRU獄中處遇共有三位督導，其職責無須帶領常規團體，但偶會進入不同治療師的常規團體觀察，以確保團體治療品質，另外督導會定期與其負責的治療師討論常規團體的進行及個案的狀況。督導也會研發不同主題之特殊團體，寫成方案並帶領之，並與團隊分享成果。國內在性侵害犯罪處遇上較無督導制度，多是利用個案討論會或每年繼續教育課程協助治療師，但筆者認為此方式容易流於形式，若能有明確的督導制度，可確保治療品質或對新進治療師的處遇能力較有幫助。

最後要感謝八里療養院李新民院長、廖定烈副院長給予醫事人員出國進修的機會，感謝臨床心理科許靜怡主任的鼓勵和協助，如果不是她，這次的學習可能不會成行，感謝社會工作科張紀微主任協助牽線林明傑老師，感謝臨床心理科和社會工作科的同事，在出國期間幫忙臨床業務的執行，感謝我的家人，在背後默默的支持我。這是我生命中非常難得的經驗，也希望將此次所看所聽所學的內容應用於工作中，能為預防性犯罪盡一份心力。

## 參考資料

- 林明傑、鄭瑞隆（2003）。《性侵犯罪加害人再犯危險評估量表之建立研究：靜態與動態危險因素之探測與整合》。婦女權益促進發展基金會。
- 董子毅，2005，《台灣性侵害加害人再犯調查與靜態因素九九評估量表適用性之探討》，國立中正大學犯罪研究治碩士論文。
- Hanson, R. K. and Bussière, M. T. ( 1998 ) . Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 348-362.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2005). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Schmucker, M., & Losel, F.(2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 597-630
- Stinson, J. D., & Becker, J. V. (2013). Pedophilia: A case study in empirically supported treatment. *Case Studies in Clinical Psychological Science: Bridging the Gap from Science to Practice*, 425-457