

比較強暴犯與兒童性侵害犯接受團體治療之療效評估

陳若璋 劉志如 林烘煜

國立東華大學臨床與諮商心理學系

摘要

本研究是系列探究性侵害犯在團體治療中發生的現象及其療效的研究之一，目的在了解強暴犯及兒童性侵害犯，在接受團體治療的介入後，是否產生正向改變，並探究此兩類犯對於團體氣氛及耶樂姆團體療效因子的知覺在團體階段的變化。

研究對象共計 177 人，採實驗組、控制組前後測準實驗設計，以認知扭曲、否認、異性相處、情緒療效等四向度的變項在團體實施前及實施後進行效果評量。實驗組並在團體的前、中、後三期評估團體氣氛及耶樂姆團體療效因子的變化。

研究結果有以下幾項發現：1. 兒童性侵害犯較強暴犯有較多變項產生正向改變。2. 當比較高中低危險組之療效，發現正向改變集中在兒童性侵害犯的中危險群體。3. 兩組受刑人在團體氣氛的投入向度中，均呈現有隨團體進展而逐漸升高之現象；而在衝突向度中，以兒童性侵犯呈現較高衝突，且兩組呈現不一致之趨勢。4. 本研究亦發現兩類犯會隨著團體階段的進展，重視不同的團體治療因子。本結果將有助對強暴犯暨兒童性侵害犯在團體治療處遇上的了解。

 HvWeb
關鍵詞：性侵犯類型、兒童性侵害犯、強暴犯、團體氣氛、團體療效因子

* 本研究為國科會補助之計畫，國科會之編號為 94-2413-H-259-003，本研究的完成，特別感謝林寶鈺、呂宗翰、陳怡均、張維真、蕭新譽協助整理資料。

壹、前言

早在 80 年代國外學者就發現，不同類型性加害者在性質上確實存有不同。如 Groth 在其作品強暴：《犯案者心理學》(Men Who Rape: The psychology of the offender)，就認為強暴犯和兒童性侵犯者的犯罪手法和形成背景不同。而後的學者們 O'Connell、Leberg 和 Donaldson (1990)，也都同意強暴犯及兒童性侵害犯無論在性質上、治療效果及再犯率上皆有所不同，因此性罪犯分類研究有其重要性。

陳若璋、劉志如 (2001) 亦發現，不同類型之性罪犯的特質與其預測因子皆不同；強暴犯的特色在犯罪手法上，其犯案是為滿足忿怒宣洩及權力掌控。而兒童性侵害症則有早發犯罪之傾向及偏差性癮的特質。

過去文獻中亦發現，對不同類型的性侵害加害人使用同一種治療方式時，強暴犯的治療效果與兒童性侵害犯有所不同，強暴犯的再犯率高於兒童性侵害犯；但強暴犯在經過治療後再犯率下降幅度較兒童性侵害犯更為明顯 (Marques, Day, Nelson, & Miner, 1989; McGrath, 1992)。由此可見，治療對不同類型之性加害者所造成的影響可能不同。因而國外也開始將研究轉向探討不同類型加害者的最佳治療方式。如 Danni 和 Hampe (2000) 認為兒童性侵害犯需要面質的、深入的、終身的治療；而對亂倫者則建議除一般治療外，尚須有更深入的周邊訪視監控，才能徹底防止再犯。

國內有關性罪犯治療的研究剛起步，關於療效的研究始於 2003 年：由國內八個執行性侵害加害者治療處遇的單位，開始合作進行有關以再犯預防為主體的團體治療方案，同時進行療效研究 (陳若璋等人，2004)。其研究結果發現：治療介入後的改變，主要產生在認知層面的變化上，如強暴迷思的降低、合理化及否認的下降及衝動控制的增加上；同時也發現，團體介入在中危險程度之性加害者產生最大的改變；而對高危險之性加害者，治療反而得到更負面的結果；同時團體氣氛投入度隨著團體進行的時間逐漸升高；而團體衝突度則在團

體中期後呈現緩和之趨勢；而不同階段的重要療效因子亦有所不同（陳若璋等人，2004）。陳若璋和林烘煜（2006）修改了上述研究缺乏控制組設計之缺失，並再次進行療效研究；發現性加害者在治療介入後，在情緒向度（攻擊及表達與溝通能力）上有明顯改善。在再犯危險分組比較上，與陳若璋等人（2004）結果相似，仍是中危險組改變最多。在團體氣氛中，成員投入程度也是隨著團體進展而逐漸提高。

由以上的兩次研究療效發現，團體治療的確對性加害者整體而言是有正向的影響，然而對於不同類型的加害人其分類治療的現象，國內則尚未進行初步研究，本研究除延續上述一系列探究性侵害犯在進行團體治療時所發生的現象及其療效之研究，加入分類學的概念對研究資料進行更細緻的檢測，擬將性加害者分為強暴犯及兒童性侵害犯，進一步檢測在參與同一治療策略的團體治療後，是否有相同的治療效果。希望這樣的探索及研究結果能有助於對此兩類型性加害者，在參與治療的結果上有更進一步的了解，並透過對團體療效因子的分析，以分別對此兩類性侵害犯提出更精緻的治療及預防再犯策略之建議。

本研究目的如下：

- 一、了解兩類犯（強暴犯、兒童性侵害犯）在參與預防再犯團體治療模式（實驗組）上的成效，包括：
 - （一）強暴犯，接受團體治療的介入後，實驗組在：1. 認知扭曲（包含強暴迷思、男女對立、男尊女卑三變項）；2. 否認（包含否認及合理化兩變項）；3. 異性相處；4. 情緒療效（包括：憂鬱、衝動控制、情緒基調、攻擊及表達溝通五變項），四向度十一變項中的正向改變是否優於控制組？
 - （二）兒童性侵害犯接受團體治療的實驗組，在：1. 認知扭曲；2. 否認；3. 異性相處；4. 情緒療效，四向度十一變項中的正向改變是否優於控制組？
 - （三）了解兩類犯在相同治療方案下的正向改變其異同為何？
- 二、兩類犯（強暴犯、兒童性侵害犯）之實驗組其低、中、高危險組經治療後之正向改變為何？

- 三、兩類犯（強暴犯、兒童性侵害犯）之實驗組分別在團體前、中、後期治療過程中，感受到團體的氣氛（投入、衝突兩變項）的變化及差異為何？
- 四、兩類犯（強暴犯、兒童性侵害犯）之實驗組分別在團體治療過程三階段中，覺知的最重要三項耶樂姆團體療效因子為何？同時這兩組覺知療效因子之異同為何？

貳、文獻探討

一、強暴犯與兒童性侵害犯特質的差異

陳若璋和劉志如（2001）整理國外的研究發現，強暴犯與兒童性侵害犯在背景變項上，年齡、婚姻、社經背景、早期遭受性侵害、家庭關係、認知組型、社交能力皆有差異。國內黃軍義和陳若璋（1997）發現強暴犯多數有暴力家庭的背景，常在學校被欺侮的經驗，多曾遭受性侵害，也常發生人際問題及以暴力對待女友或妻子的現象，而且強暴迷思及男尊女卑及男女對立的想法多，與異性相處及表達溝通能力最差。黃富源（付梓中）則發現兒童性侵害犯婚姻狀況普遍不佳，並有酗酒的習性，犯案後不擔心案情曝光的現象。

本研究接續上述研究，整理此兩類犯在人格特質、犯案因素、偏差性行為等因素的差異，詳述如下：

（一）強暴犯情緒控制能力差，兒童性侵犯則自尊較低

Holmes 和 Holmes（1996）指出，強暴犯通常社會適應能力不良、有酒癮或藥物濫用問題及常看色情書刊。Hall（1990）認為強暴犯有很強的衝動，極易有偏差的性興奮，且容易憤怒及大發脾氣。根據 FBI 的研究指出，71%的連續強暴犯在兒童期及青少年期曾涉及偷竊，55%曾攻擊成人，54%是說謊慣犯，且有易怒、過動的現象（Holmes & Holmes, 1996）。

Knight 和 Prentky（1990）認為兒童性侵犯的自我肯定不足，有低自尊的現象。Horley 和 Quinsey（1994）以語義分析研究發現，兒童性侵害犯認為自己

較沒有性的吸引力、較軟弱、較服從；兒童性侵害犯也認為女性較冷感，配偶不熱情且沒有魅力。而 Marshall 和 Barbaree (1990) 則認為兒童性侵害犯缺乏自尊，不僅不肯定自己，他們亦較不肯定女性。

(二) 強暴犯童年期多曾遭受暴力對待，兒童性侵害犯則較多在童年被性侵害

在早期生活經驗上，強暴犯經歷的負面生活皆高於兒童性侵害犯，諸如混亂的家庭生活，包括雙親的爭吵及目睹外遇事件（強暴犯 86% vs. 兒童性侵害犯 49%）(Pithers, Buell, Kashima, Cumming, & Beal, 1987)。而兒童性侵害犯在童年期曾遭受性侵害者的比例是強暴犯一倍（強暴犯 23% vs. 兒侵犯 57%）(Bard et al., 1987)。

(三) 強暴犯多因憤怒而犯案，兒童性侵犯多因親密需求而犯案

強暴犯，在犯案前六個月內發生的事件中，有較多一般性的憤怒及對女性的憤怒(Pithers et al., 1987)。大部份的強暴犯犯案時曾對他人使用暴力(Queen's, Bench, & Foundation, 1976)。在調查強暴犯的再犯危險因子研究上亦顯示強暴犯較易出現一般的憤怒（強暴犯 88% vs. 兒侵犯 32%）；及對女性的憤怒（強暴犯 76% vs. 兒侵犯 26%），且強暴犯的攻擊通常是經過計畫的(Amir, 1972)。

Nelson (1989) 與 Quinsey、Lalumiere、Rice 和 Harris (1995) 均指出，兒童性侵犯多會和受害者建立關係，且為多次侵犯。在犯案後的情緒兒童性侵害犯比強暴犯有較高的比例呈現出沮喪的反應（兒侵犯 38% vs. 強暴犯 3%）。

(四) 強暴犯在偏差性幻想後有犯案衝動，兒童性侵害犯則易隱瞞其偏差性幻想

FBI 對連續強暴犯的研究指出，59%的犯人表示開始幻想和第一次作案間並無時間差(time lapse)，顯現強暴犯的犯案衝動性、性幻想後即實踐作案的現象(Holmes & Holmes, 1996)。

Pithers、Beal、Armstrong 和 Petty (1989) 則認為兒童性侵害犯有較高的比

例會隱藏他們脫軌的性幻想(兒侵犯 51% vs. 強暴犯 17%)。Marshall、Barbaree 和 Eccles (1991) 發現 45% 的兒童性侵犯承認在 20 歲之前便開始騷擾兒童，但只有 21.7% 的人承認在犯下第一起案件之前曾有偏差性幻想。Marshall、Barbaree 和 Eccles (1991) 以陰莖體積測試儀測試兒童性侵害犯對偏差性幻想的相關圖片反應時，發現 38.8% 的人呈現高度偏差性勃起，而在此其中，僅 44% 的人承認在第一次犯案前有性幻想。

二、不同類型加害者在團體治療後之療效、再犯率及治療焦點有差異

(一) 同一治療方案對不同類型性侵害犯的效果不同

國外學者在對性罪犯進行分類研究之後，發現以同樣的治療策略對不同類犯進行治療後會產生不同的效果。McGrath (1994) 指出 Vermont 州一項長達八年的追蹤的研究中，在施以同樣的治療方案後，比較不同類型的加害者之再犯率，其中未接受過治療的加害者其再犯率為 38%，經過治療後之強暴犯 (53 人) 之再犯率為 19%，兒童性侵害者 (195 人) 再犯率為 7%，亂倫加害者 (190 人) 再犯率為 3%，由此可看出經過治療後強暴犯之再犯率最高，其次為兒童性侵害犯，但各類型加害者在接受治療後犯行均有顯著改善。

Marshall (1994) 使用了 81 名性加害者欲了解團體治療之後，他們的否認與淡化的現象是否有所改變，其結果發現治療後，確使加害者之否認與淡化態度皆降低，惟不同類型之加害人之間並沒有顯著差別。故而對不同類型之性侵害者進行同一種治療時是否會有不同的影響力，仍需要進一步探索。

(二) 強暴犯與兒童性侵害犯在治療策略上的差異

在治療策略上，Nelson (1989) 整理多數學者的意見，發現過去學者均強調性侵害是一種上癮行為，無法治癒只能控制，故再犯預防治療模式之目的在於幫助加害者找出他們自身的犯罪行為的鏈結 (offense chain) 或是環境中會引發再犯的危險因子，並且幫助他們發展出因應的技巧，避免再犯，並且學習到

當他們在真實生活中進入犯罪行為鏈結時可以使用的因應方法。

Marx、Robert 和 Meyerson (1999) 整理了以認知治療策略為主的強暴犯治療方案，認為此方案可在偏差性喚起及認知扭曲的部分產生療效，但若能針對不同強暴犯的異質性，設計不同的治療策略，將能更對症下藥。Marx 等人(1999) 則建議應提高強暴犯對暴力不當使用的區辨力，則更能降低再犯發生的可能性。

而 Danni 和 Hampe (2000) 則建議兒童性侵害犯需要面質的、深入的、以及終身的治療。觀護人及治療師應瞭解這些兒童性侵害犯對兒童的偏好，並確保他們絕對接觸不到兒童。除非有其他狀況，否則對兒童性侵害犯應終身持續監控。由於兒童性侵害犯的問題多與情緒有關，故此類型治療團體，其重點應在於提供情緒支持和鼓勵他們發展社交支持網絡，教導他們改變生活型態和增強行為上的控制。正如 Nelson (1989) 的提醒，在治療結束後，兒童性侵害犯雖能對自己犯案的危險因子有警覺，但仍需周遭社會能提供關懷支持及監控的協助。故而治療過程協助兒童性侵害犯了解自己的問題，形成願意接受支持系統監控的動機。

(三) 不同危險度性加害者應設計不同之治療計畫

Cleckley 遠在 1964 年就提出心理病態(psychopathy)或社會病態(sociopathy)人格的概念，Rice 和 Harris (1997) 引用其定義，認為連續的、嚴重的性罪犯，多有心理病態人格，而心理治療可影響的程度不高，甚至某些治療法可能會使心理病態者未來的暴力性增加。也因此，在美加地區，一些有聲譽的性加害者治療計畫 (Marques, Wiederanders, Day, Nelson, & van Ommeren, 2005)，會對不同危險性加害者的治療內容作不同的設計。如在美國佛蒙特州要參加監獄內的治療方案，需先經過危險評估後，再將加害者區分成低中高不同之危險性，低危險性在監獄中提供很少的基礎課程，不需要接受密集的治療，中高危險性則需接受至少一年以上的治療課程，而高危險組進行治療則需注意反而可能帶來的反效果 (Cumming, 2002)。

國內有關低中高危險群性加害者在接受治療後的效果差異研究有二：一為陳若璋等人（2004）發現團體介入對中危險程度之性加害者最能改變；低危險程度次之，對高危險之性加害者，治療反而得到更負面的結果。二為陳若璋、林烘煜（2006）以不同的受試樣本重複研究，得到相似的結果。

三、團體氣氛與團體療效因子

（一）團體氣氛對治療成效有影響

有關性加害者治療團體中團體氣氛對療效影響的研究並不多，國外近十年來僅發現有一篇。Beech 和 Fordham（1997）以團體環境量表（Group Environment Scale）對英國 12 個性侵害加害人治療團體進行施測，結果發現其中四個治療成效較佳的團體，呈現較高凝聚力、較好組織、較開放等現象，且團體成員在團體進行中更感受到對治療結果的希望感。亦即正向的治療氣氛，有利於團體課程的學習，團體領導者正向的治療態度會領導團體正向的治療氣氛，當領導者具有同理心，加害人也學會同理受害者和他人。

（二）在團體氣氛上呈現隨團體進行越來越投入的現象，團體的衝突則是先高後低

國內陳若璋等人（2004）與陳若璋、林烘煜（2006）的兩篇研究皆提及，在國內的加害者團體初期，團體之投入度均較低，而隨著團體進行，投入度逐漸升高，直至後期皆為直線上升趨勢，亦即團體成員之凝聚力逐漸形成。這兩個研究在團體衝突度之資料卻顯示，團體前期衝突似乎較強，中期降低，後期又有些微上升。這個趨勢，可能主要來自團體之初成員對領導者有許多阻抗：團體成員會針對作治療的必要性、治療的性質及效果、參加的強制性等問題與團體領導者進行抗爭，而後阻抗下降，之後團體凝聚力較好，及成員覺得較安全時，衝突又上昇。

(三) 性加害者較重視家庭重現的團體療效因子

Yalom 早在 1975 即提出團體療效因子的概念(Yalom, 1995), Reddon、Payne 和 Starzyk (1999) 以 100 名性罪犯為樣本, 請其用七個類別排序的方法去編排 Yalom 的 12 個治療因子(60 題)的重要性及排名。結果發現, 若和 Yalom(1995) 住院病人的排序研究比較, 性加害者較重視家庭重現因子, 而較不重視人際學習之獲得。

Reddon 等人(1999)的研究同時顯現: 1.在團體後期,「希望灌注」療效因子的重要性下降; 2.隨著年齡增加,「希望灌注」的重要性提升,「存在因子」的重要性減少; 3.隨著 IQ 的提高,「自我了解」排名提升而「希望灌注」則下降; 4.«希望灌注»對受害者為男性的加害人較受害者為女性者更重要。

而國內的兩個相關研究亦指出, 團體在早期至中期, 及晚期至中期性加害者認為重要的療效因子亦不盡然相同, 團體中期前成員認為家庭重現、自我瞭解、希望灌注等療效因子極為重要, 而後期團體成員則認為人際學習等療效因子極為重要(陳若璋等人, 2004; 陳若璋、林烘煜, 2006)。

參、研究方法

本研究使用實驗組、控制組前後測準實驗設計(non-randomized control-group pretest-posttest design)(又稱「不平等實驗組對照組設計」, 林清山, 1989)。實驗組與控制組又各分有強暴犯與兒童性侵害犯二組。實驗組成員接受 20 次團體治療, 控制組成員則不進行團體治療。

一、研究對象

本研究樣本中, 實驗組為 104 人、控制組為 73 人, 共為 177 人; 實驗組中強暴組有 51 人、兒童性侵害組有 53 人; 控制組中強暴組有 34 人、兒童性侵害

組有 39 人。實驗組來源為從民國 94 年到 95 年在監獄 10 組及社區 2 組(註一)，志願參與進行治療的性加害者。治療團體組成時，依各監獄狀況約 10 人左右，然於治療完成時，各組均有流失的成員，再加上經剔除資料填答不全者，每團體獲得有效問卷的人數約 4-14 人，實驗組最後人數為 104 人。

其中實驗組為本研究進行時在監獄或社區參與治療之性加害者；對照組為同時期在監服刑之性加害者；強暴組及兒童性侵害組的分類是至獄中一一調閱犯案資料，將犯案對象中，未有十四歲以下之性加害者歸為強暴組；犯案對象中，有十四歲以下者歸為兒童性侵害組。

由於實驗組控制組限於監獄的限制，無法隨機分派，本研究為了解上述各組間是否趨近等組，故以卡方考驗以下九個背景變項（包括：年齡、是否曾結婚、是否曾同居、是否有子女、犯案前是否酗酒、犯案前是否用毒、是否有性犯罪前科、是否與被害人認識及犯案時是否用暴力）等，是否有差異存在，發現如下：

實驗組與控制組兩組比較，僅在年齡一項上達顯著差異（ $\chi^2(1, N = 167) = 8.163, p = .004$ ），其中實驗組以 35 歲以下者居多（實驗組 60.6% vs. 控制組 38.3%）。

在強暴組（ $N = 76$ ，包括實驗組與控制組）與兒童性侵害組（ $N = 91$ ，包括實驗組與控制組）兩組的基本資料上，在年齡（ $\chi^2(1, N = 167) = 5.173, p = .023$ ）、犯案前 24 小時是否使用毒品（ $\chi^2(1, N = 168) = 5.248, p = .022$ ）與是否使用暴力（ $\chi^2(2, N = 167) = 7.886, p = .019$ ）三項資料上達顯著差異。強暴組以 35 歲以下者居多（強暴組 60.5% vs. 兒童性侵害組之 42.9%）；在犯案前 24 小時是否使用毒品方面，以強暴組有使用居多（強暴組 14.5% vs. 兒童性侵害組 4.3%）；在是否使用暴力方面，亦是強暴組居多（強暴組 35.5% vs. 兒童性侵害組 18.7%）。

註一：研究者考驗監獄組與社區組之療效發現兩組在結果達顯著差異的變項上，均無差異存在。由於性侵害樣本得來不易，為使樣本群增大，故決定加入社區組八位成員之資料。

續了解強暴犯之實驗組與控制組之基本資料差異度時，發現無一項達顯著差異。

而兒童性侵害犯之實驗組與控制組僅在年齡上達顯著差異($\chi^2(1, N = 91) = 8.260, p = .004$)，實驗組以 35 歲以下者居多(實驗組 55.8% vs. 控制組 25.6%)。

二、研究流程與工具

(一) 資料收集之流程

本研究為介入性研究，研究樣本中之實驗組實施以預防再犯為主的團體心理治療，為期二十次；而控制組則無治療之介入。

團體運作皆取得成員之同意書，並於治療前、治療中及治療後施予各種量表之評估，用以收集研究資料。實驗組樣本之基本犯罪資料是由團體帶領者以成員之犯罪筆錄為依據，於團體介入前填寫，並以個別會談補充不足之資料。而控制組樣本之犯罪基本資料則由控制組成員自行填寫，並由監所工作人員核對其資料正確性。

性態度量表及情緒量表：實驗組於團體進行前及第二十次團體結束後填寫，用以作前後測之比較。控制組則於監獄之教誨師代為統一施測，以取得對照資料。

團體氣氛量表 (Group Climate Questionnaire, short form) 及耶樂姆療效因素量表 (Yalom Therapeutic Factors Categories)：由實驗組成員於第二次團體、第九次團體及第二十次團體進行後填寫，以了解參與團體治療的成員對團體方案的主觀知覺，用以作團體階段差異性的比較。實驗組、控制組實施的量表及時間安排表見表一。

表一
量表施測時程表

施測時程 施測組別	資料功能	實驗前	前測	中測	後測
實驗組	基本資料 危險評估	基本資料表 Static-99			
	實驗介入 效果評估		性態度量表 情緒量表		性態度量表 情緒量表
	對團體的 知覺		團體氣氛 耶樂姆療效 因素量表	團體氣氛 耶樂姆療效 因素量表	團體氣氛 耶樂姆療效 因素量表
控制組	基本資料	基本資料表			
	實驗介入 效果評估		性態度量表 情緒量表		性態度量表 情緒量表

(二) 團體心理治療介入方式

團體心理治療計畫以預防再犯為主的治療模式，團體內容包括早期經驗與犯案關係及犯案歷程的自我控制。團體帶領者為精神科醫師、臨床心理師及社工師等，每個團體由一至兩位專業人員共同帶領。每個團體皆為封閉式團體，團體每次時間為九十分鐘，每週進行一次，為期二十週。

(三) 研究工具

1. 基本資料量表

此量表包括研究樣本之基本社經資料（包括年齡、子女數、同居及結婚經驗等）及犯罪相關資料（包括犯案前二十四小時是否飲酒、犯案前二十四小時是否施用毒品、是否有性犯罪之前科、及是否使用暴力及是否與受害者認識等）。

2. 性態度量表

採用陳若璋和劉志如（2001）編輯 Burt（1980）與楊國樞、余安邦、葉明華（1991）之量表而成性態度量表，其中包括三向度：認知扭曲（包括強暴迷思、男女對立及男尊女卑等三個變項）、否認（包括行為合理化及否認兩變項）、與異性相處（只包括「與異性相處能力」單一變項），用以測量加害者之性態度（以上各個向度，分數越高者，其負向程度越高）。本量表各次量表之 Cronbach α 介於.74 至.86 之間，各次量表之量表名稱、編著者、題數及信度見表二。

表二

性態度及情緒量表各分量表之信度表

量表名稱		編著者	題數	信度
性態度量表		陳若璋（2001）	40	.92
認知扭曲	強暴迷思	Burt（1980）	13	.76
	男女對立	Burt（1980）	5	.86
	男尊女卑	楊國樞（1991）	8	.85
否認	行為合理化	Matza（1961）	5	.80
	否認	陳若璋（2001）	3	.78
與異性相處		黃軍義（1997）	4	.74
情緒量表		陳若璋（2001）	26	.89
憂鬱		楊士隆（1999）	3	.65
衝動控制		楊士隆（1999）	4	.84
情緒基調		楊士隆（1999）	6	.78
攻擊		楊士隆（1999）	8	.71
表達與溝通能力		黃軍義（1997）	5	.82

3. 情緒量表

本表共二十六題，包括五個由楊士隆（1999）與黃軍義和陳若璋（1997）等人修改之次量表，分別為：憂鬱、衝動控制（反向計分）、情緒基調、攻擊、

表達溝通，用以評估加害人之情緒反應及穩定性（本量表各次量表分數越高者，負向程度亦越高）。本量表各次量表之 Cronbach α 落在.65 至.84 之間（詳見表二）。

4. 團體氣氛量表

採 MacKenzie (1981) 原著，後經中華團體心理治療學會 1999 年修訂之短型態團體氣氛量表 (Group Climate Questionnaire, short form)，共 9 題，原有三個變項：投入 (engagement) 5 題 (得分越高者，其投入程度越高)、衝突 (conflict) 4 題 (得分越高者，其衝突程度越高) 及逃避 (avoiding) 3 題，但因逃避題目的信度不高，故在本研究中剔除。其應用於一般之團體治療，以評估不同時期團體氣氛之變化。此量表之投入次量表內部一致性信度 Cronbach α 為.88；衝突次量表為.50。

5. 耶樂姆療效因素量表

採用由 Yalom (1985) 所編制，並由中華團體心理治療學會將之翻譯並發行之二十四題耶樂姆療效問卷，包括：利他、宣洩、團體凝聚、仿同、普遍性、家庭重現、人際學習之獲得、自我瞭解、人際學習之付出、希望灌注、指導建議及存在因素等十二大項 (得分越高者，成員感受該項因子在團體對其幫助越大)，每大項各兩題，量表整體的信度 Cronbach α 為.94。

肆、研究結果

一、兒童性侵犯呈現三變項的正向改變，而強暴犯僅呈現一個變項的正向改變

本研究原擬以前測為共變數進行實驗組、控制組單因子變異數分析，但在進行迴歸線同質性檢定時，發現實驗組與控制組前測之斜率不平行，二者呈現交叉現象，不符合共變數考驗的統計假定，故改採治療效果後測減去治療效果

前測作為效果量，分別進行兩類型受刑人（強暴組與兒童性侵害組）在實驗組與控制組之獨立樣本平均數檢定（t-test）。

發現強暴組僅在表達溝通一變項達顯著差異，表達溝通之實驗組的效果量得分（ $M = -0.20$ ， $SD = 0.67$ ， $N = 41$ ）顯著低於控制組（ $M = 0.13$ ， $SD = 0.69$ ， $N = 34$ ， $t(73) = -2.13$ ， $p = .0018$ ），顯現強暴犯實驗組在表達溝通上有正向改變。

而兒童性侵害組在憂鬱、情緒基調及表達溝通上皆因治療的介入而與控制組產生顯著差異：其中兒童性侵害實驗組的憂鬱效果量得分（ $M = -0.13$ ， $SD = 0.69$ ， $N = 48$ ）顯著低於控制組（ $M = 0.31$ ， $SD = 0.91$ ， $N = 39$ ， $t(85) = -2.523$ ， $p = 0.01$ ）；情緒基調實驗組效果量得分（ $M = -0.26$ ， $SD = 0.596$ ， $N = 48$ ）顯著低於控制組（ $M = 0.33$ ， $SD = 0.778$ ， $N = 39$ ， $t(85) = -4.03$ ， $p = .00$ ）；且表達溝通實驗組效果量得分（ $M = -0.43$ ， $SD = 0.673$ ， $N = 48$ ）亦顯著低於控制組（ $M = 0.18$ ， $SD = 0.811$ ， $N = 39$ ， $t(85) = -3.883$ ， $p = .00$ ），顯現兒童性侵害犯實驗組在憂鬱、情緒基調及表達溝通上均有正向改變。

就上述結果而言強暴犯於治療介入後達成顯著正向改變的變項僅表達溝通一項，而兒童性侵害組的正向改變的變項則有憂鬱、情緒基調及表達溝通三變項。

二、治療效果集中顯現在兒童性侵害犯的中危險組

本研究再進一步以分類學概念，深入探究此兩類型不同危險程度的性侵害犯，在治療效果上是否有差異存在，由於在進一步分類後，各組人數少於三十人，故採無母數 Wilcoxon 配對符號等級檢定法，以了解不同類型不同危險程度的性罪犯對治療效果的反應。

在強暴犯的部分，高危險組僅在衝動控制一變項上達顯著正向改變（前測 $M = 2.5$ （ $SD = .866$ ， $N = 7$ ） vs. 後測 $M = 2.0$ （ $SD = .9354$ ， $N = 6$ ）， $Z = -1.841$ ， $p = .033$ ），低危險組則在合理化及異性相處兩變項上，產生顯著的正向改變（合

理化：前測 $M = 1.85$ ($SD = .6705$, $N = 7$) vs. 後測 $M = 1.65$ ($SD = .5127$, $N = 7$), $Z = -2.121$, $p = .0017$; 異性相處：前測 $M = 1.82$ ($SD = .6075$, $N = 7$) vs. 後測 2.07 ($SD = .5537$, $N = 7$), $Z = -1.841$, $p = .033$ 。

在兒童性侵犯部分，高危險組在合理化變項達顯著正向改變(前測 $M = 1.52$ ($SD = .4382$, $N = 5$) vs. 後測 $M = 1.20$ ($SD = .2$, $N = 5$), $Z = -1.841$, $p = .033$); 中危險組則有男尊女卑、異性相處、情緒基調、攻擊及表達溝通五項達顯著的正向改變(男尊女卑：前測 $M = 2.5208$ ($SD = .5535$, $N = 12$) vs. 後測 $M = 2.3229$ ($SD = .4661$, $N = 12$), $Z = -1.690$, $p = .0455$; 異性相處：前測 $M = 2.5769$ ($SD = .7996$, $N = 13$) vs. 後測 $M = 2.2083$ ($SD = .6977$, $N = 12$), $Z = -1.725$, $p = .042$; 情緒基調：前測 $M = 2.7692$ ($SD = .5206$, $N = 13$) vs. 後測 $M = 2.3472$ ($SD = .4631$, $N = 12$), $Z = -2.810$, $p = .0025$; 攻擊：前測 $M = 2.9904$ ($SD = .3081$, $N = 13$) vs. 後測 $M = 2.6875$ ($SD = .5236$, $N = 12$), $Z = -2.323$, $p = .01$; 表達溝通：前測 $M = 3.1231$ ($SD = .7002$, $N = 13$) vs. 後測 $M = 2.5667$ ($SD = .4334$, $N = 12$), $Z = -2.191$, $p = .014$)。在低危險組部分則僅否認一項達顯著正向改變(前測 $M = 2.3333$ ($SD = .11643$, $N = 11$) vs. 後測 $M = 1.6944$ ($SD = .9041$, $N = 12$), $Z = -2.207$, $p = .0135$)。

整理上述兩類犯在高中低危險的治療改變，發現在兒童性侵害的中危險組有最多的變項(五項)達顯著的正向改變(見表三)。

表三

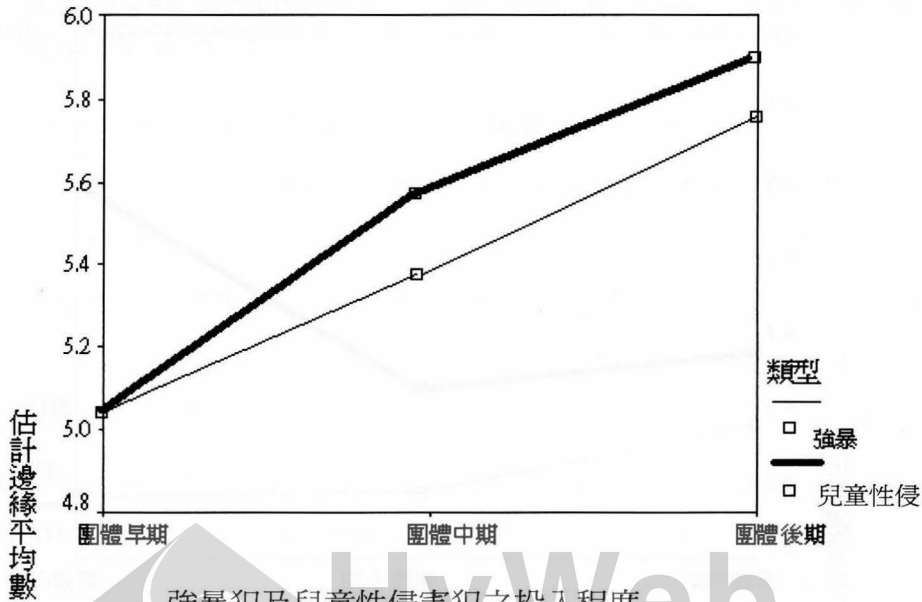
強暴組與兒童性侵害組之三個危險組別的顯著個數說明表

	強暴組	兒童性侵害組
	顯著之變項數／全數變項數 (改變方向)	顯著之變項數／全數變項數 (改變方向)
低危險	2/11 (正向)	1/11 (正向)
中危險	0/11 (正向)	5/11 (正向)
高危險	1/11 (正向)	1/11 (正向)

三、兩類型性罪犯（強暴、兒童性侵害犯）在團體氣氛的投入向度上，皆呈現隨團體進行而上昇現象，但衝突向度上則是呈現不一致的現象

爲了解兩類犯在團體氣氛投入及衝突兩變項在各階段的變化，故以相依 t 檢驗兩兩階段間的變化，並以趨勢分析考驗三階段的趨勢變化。

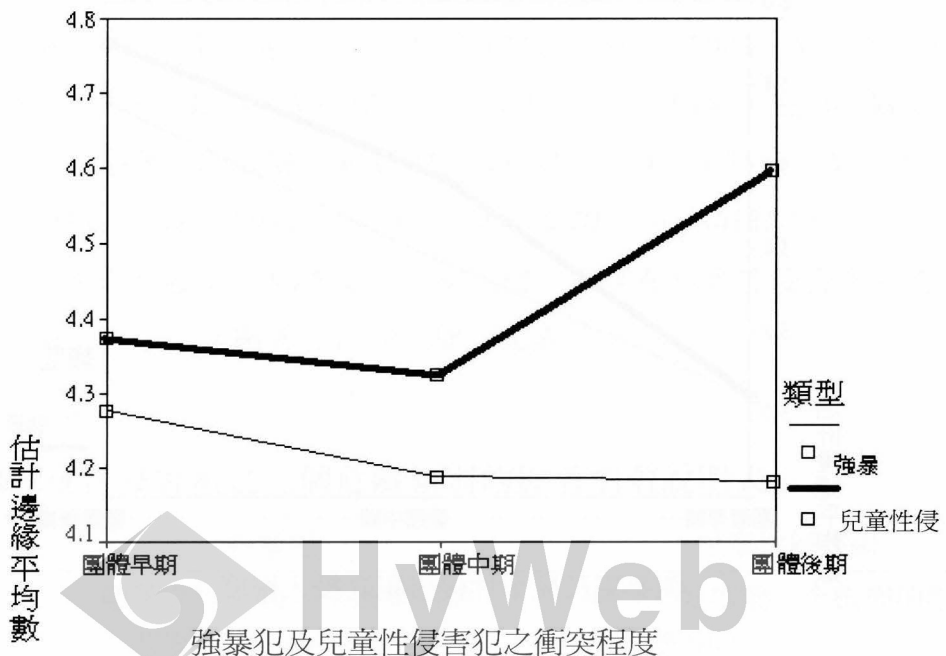
(一)在團體氣氛中的投入向度上，強暴實驗組在團體氣氛中投入向度上，呈現逐漸上升的現象，團體前期：團體中期：團體後期（ $M = 5.04$ vs. $M = 5.37$ vs. $M = 5.75$ ），比較兩兩階段間的差異，僅團體前期與團體後期間呈顯著差異（ $t(44) = -2.722, p = .009$ ）；當進行三階段趨勢分析時呈現顯著之直線上升趨勢（ $F(1,40) = 15.35, p = .00$ ）（見圖一），顯現團體進行越久，強暴組成員的投入度就越高。



圖一 強暴犯與兒童性侵害犯之團體投入程度變化圖

兒童性侵害實驗組在團體氣氛中的投入向度上，亦呈現逐漸上升的現象，團體前期：團體中期：團體後期（ $M = 5.04$ vs. $M = 5.57$ vs. $M = 5.91$ ），比較兩兩階段間的差異，發現在團體前期及團體中期之間；暨團體前期及團體後期之間均達顯著差異（ $t(44) = -2.458, p = .018$ ； $t(40) = -3.954, p = .00$ ）；再進行整體趨勢分析時呈現顯著之直線上升趨勢（ $F(1,36) = 12.21, p = .001$ ）（見圖一），所以亦可知團體進行越久，兒童性侵害實驗組成員的投入度就越高。

(二)至於在團體衝突向度上，強暴實驗組在團體衝突向度上，呈現緩慢下降的現象，團體前期：團體中期：團體後期（ $M = 4.28$ vs. $M = 4.18$ vs. $M = 4.17$ ），但兩兩階段間未呈現統計上之顯著差異；且當進行趨勢分析時，亦未呈現顯著之一次線性趨勢（見圖二）。



圖二 強暴犯與兒童性侵害犯之團體衝突程度變化圖

而兒童性侵害實驗組在團體衝突向度上，呈現緩降後上升的現象，團體前期：團體中期：團體後期（ $M=4.38$ vs. $M=4.34$ vs. $M=4.60$ ），兩階段比較上，發現團體中期與團體後期間；暨團體前期與團體後期間達顯著差異（ $t(19) = -2.304, p = .033$ ）；（ $t(18) = -2.208, p = .040$ ），再進行趨勢分析時，卻未達顯著之二次拋物線趨勢（見圖二）。

(三)進一步檢驗強暴犯與兒童性侵害犯分別在團體前、中、後期之投入與衝突差異時發現：兩組在投入的前、中、後期均未達顯著差異；而檢驗衝突變項時，發現兩組在團體後期達顯著差異（ $t(45) = -2.55, p = 0.01$ ），即兒童性侵犯在團體後期較強暴犯團體後期呈現較高的衝突行為（ $M = 4.60$ vs. $M = 4.17$ ）（見圖二）。

四、兩類犯均重視人際學習的付出及家庭重現這兩項療效因子，同時強暴犯較重視團體的利他性及宣洩性，而兒童性侵害犯則強調希望灌注

為了解兩類犯對耶樂姆團體療效因子在團體進行的各階段中，主觀知覺各因子對其幫助的重要程度，本研究乃依各因子在各階段的平均數高低，依序排出各因子的重要性排序。

強暴組在團體治療前期認為對治療有幫助的團體療效因子中，排序前三高的變項分別為人際學習的付出、利他及存在因素；團體中期為家庭重現、利他性、宣洩；後期則為人際學習之付出、家庭重現及宣洩（見表四）。同時人際學習之付出、利他、家庭重現及宣洩四項在兩期皆出現。

兒童性侵害組在團體治療前期排序最高的三因子分別為：希望灌注、家庭重現、及人際學習的付出；中期排序最高的三因子分別為人際學習之付出、希望灌注及家庭重現；後期得分排序的三因子分別為家庭重現、宣洩及人際學習之付出（見表四）。其中家庭重現及人際付出在三期皆出現，希望灌注在兩期中出現。

再詳細探究上述幾個因子在各階段的變化上，研究者認為較具意義的是三

期均重視的因子以及前期可能不重視，但在中期及後期均呈現重要性的因子，故再細究符合上述條件的因子在兩類犯各階段呈現的現象。

強暴犯從團體前期即重視而到後期仍被重視的有：人際學習的付出（前期：中期：後期排序分別為 1：4：1）及利他（前期：中期：後期排序分別為 2：2：4）；在團體開始時較被忽視而在中後期逐漸被重視的為，宣洩（前期：中期：後期排序分別為 6：3：3）及家庭重現（前期：中期：後期排序分別為 8：1：2）尤其是家庭重現因子，在中、後期重要性極高（見表四）。

而兒童性侵犯從團體前期到後期皆重視的有家庭重現（前期：中期：後期排序分別為 2：3：1）、人際學習的付出（前期：中期：後期排序分別為 3：1：3）及希望灌注（前期：中期：後期排序分別為 1：2：4）三項；同時無中後期特別改變其重要性的因子（見表四）。

表四

兩類犯在團體前、中、後期團體療效因子重要性知覺排序表

對象 團體療效 階段 因子	強暴			兒侵		
	團體前期 團體因子 排序	團體中期 團體因子 排序	團體後期 團體因子 排序	團體前期 團體因子 排序	團體中期 團體因子 排序	團體後期 團體因子 排序
利他	2	2	4	5	9	6
宣洩	6	3	3	7	6	2
凝聚	10	7	5	9	10	10
仿同	12	12	12	12	12	12
普遍	11	11	11	11	11	11
家庭重現	8	1	2	2	3	1
內注	4	9	9	6	8	5
自我	7	5	7	8	4	7
人際付出	1	4	1	3	1	3
希望	5	8	8	1	2	4
指導	9	10	10	10	7	8
存在	3	5	6	5	5	9

由此可知，對於二類犯而言均認為幫助性高之療效因子有人際學習之付出，家庭重現，這兩療效因子的差異在於，人際學習的付出此療效因子，對兩類犯團體三階段皆重要；而家庭重現因子對兒童性侵組也是在團體三個階段皆重要，但對強暴犯在開始時不重視，中、後期後變得重要。除此之外，強暴組還重視利他性及宣洩因子，而兒童性侵害組則強調希望灌注對其療效的重要性。

伍、討論與建議

根據上述研究結果，本研究有以下的討論：

一、兒童性侵害組較強暴組在治療介入後有較多變項產生正向改變

本研究發現在團體治療後的結果，似乎兒童性侵害組的正向改變較多，效果呈現在憂鬱、情緒基調及表達溝通上，但這些結果和和美加地區的研究結果是否一致仍難定論，以 McGrath (1994) 研究為例，施以同樣的治療方案後，以再犯率來檢驗療效時，兒童性侵害犯的效果優於強暴犯（強暴犯再犯率為 19%，兒童性侵害犯再犯率為 7%），而本研究目前因成員大多仍在監服刑，無法測量再犯率，因此無法得知兒童性侵害犯有較多正向改變的變項是否即等同於再犯率下降。

另兒童性侵害組與強暴組在團體治療後共同產生正向改變的變項為表達溝通，亦即參加團體治療幫助這些成員開始能講自己內心的話，能和別人分享內心世界的感受，不再將想法、情緒封鎖在自己的內心，而願意向朋友或可信任的人表達其困難，這樣的改變，似乎對本土性加害人很有助益。

同時，兒童性侵害犯其他的改變集中在情緒向度上，如憂鬱下降、情緒基調更平穩等；由於多數學者 (Nelson, 1989; Quinsey et al., 1995) 認為兒童性侵害犯其犯案動機是為滿足其親密需求有關，在其親密關係不得滿足，其情緒低落時則易犯案，故而建議在治療時若能促進其與他人的互動，將有助於此類犯

人在一般正常女性及正常人際上能獲得親密感的滿足，以降低其犯案的需求。然而上述的正向改變是否能直接下降再犯率，仍需待未來的研究持續追蹤才能得知。

二、綜觀本土進行之團體治療，顯現樂觀效果

以本研究連結過去兩次的療效相關研究，第一次研究（陳若璋等人，2004）以同樣焦點之團體治療介入後，性加害者正向改變在認知扭曲、合理化、情緒變項各有一項，但因此研究無控制組，其結果是否真具代表仍值得存疑；第二次研究，陳若璋和林烘煜（2006），使用實驗組、控制組對照，同時採 MANCOVA 及 ANCOVA 兩種統計方式分析，發現療效主要在情緒向度，包括了攻擊下降，增進了加害者的表達溝通；而此次研究，如前述以兒侵犯組有較多改變，而其改變似乎也與情緒穩定度提昇、情緒基調憂鬱下降，表達溝通能力改善等為主。而強暴犯的正向改變也在表達溝通的改善，因此綜觀這幾次的研究皆指向團體治療，運用到本土的性加害者身上，效果頗樂觀。

進一步分析療效的向度似乎較集中在情緒及表達溝通的提昇，而非在認知上的改變。為何產生此結果，其可能原因還有待未來的質性研究繼續探討，建議未來研究可使用訪談法，以深入瞭解這些團體成員主觀覺知，在團體治療中有助益和無助益的具體例證，才能得知此項結果的可能原因。

三、療效集中在兒童性侵害之中危險組

研究者在過去的研究（陳若璋等人，2004；陳若璋、林烘煜，2006）中重複的顯示出一致的趨勢為：團體治療對性加害者之中危險組最具影響，其次為低危險組，再其次為高危險組；而這次的研究中之兒侵犯組也呈現相同的趨勢：在中危險組有最多的改善變項。陳若璋和林烘煜（2006）對性罪犯進行之療效評估研究時，研究者即已建議中危險層級的性侵害犯可能才是最值得投資進行治療的群體，正如 Cumming（2002）、Gore（1988）與 Rice 和 Harris（1997）等所建議，中危險群確實有再犯的危險性存在，但同時並未有嚴重的心理病態

特質，故而在經過團體治療後較易產生正向的改變。而本系列研究中三份研究皆亦指向同一結論，似值得性侵害防治委員會與司法部矯正司及各縣市的性侵害防治中心等相關處遇機構，在考慮治療資源的分配時參酌本研究的結果。

四、兩類型性加害者皆呈現對團體治療越來越投入的趨勢

有關性加害者團體氣氛的前兩項及本次研究，皆呈現對團體投入現象有一致的結果：即不同類型的性加害者治療團體，皆能隨團體的進行的時間越長而越投入；陳若璋和林烘煜（2006）之研究及本次研究使用趨勢分析時，皆發現投入有直線上昇趨勢。這結果亦顯示，無論哪種類型的性加害者皆未排斥此種團體治療。此結果對團體帶領的臨床工作者應是一項鼓舞，因為性加害治療團體的困境，大多產生在團體開始時參與者的阻抗及不合作，相較其他志願性團體成員，此類成員會在前期有大量質疑團體參與的適法性，並以團體進行會干擾其生活作息、工作權、自己的情緒不需在大家面前公開等藉口來阻抗團體治療的進行，甚而影響領導者也對政府提供此類團體的必要性產生懷疑。經由本研究團隊此一系的實徵研究資料，似能回應雖加害者在團體形成的初期會產生強烈的抗拒，但似乎隨著團體的進行，多數的成員仍能投入在團體中並獲得益處。

然兩類型皆能接受團體治療，又為何兩類型在療效上會有差異？同時為何在後期兒侵犯比強暴犯更能覺知團體內的衝突？這些問題則有待未來的研究更精緻的探索。

五、兩類犯均重複肯定之療效因子是家庭重現與人際學習之付出

本研究發現不論是強暴犯或是兒童性侵害犯均指出家庭重現及人際學習之付出是重要的團體療效因子，此結果也與前兩次的相關研究雷同（陳若璋等人，2004；陳若璋、林烘煜，2006）此項結果與 Reddon 等人（1999）的研究發現相較，僅家庭重現一因子有雷同，而 Reddon 等人亦認為，大多的性罪犯在作治療

時是與本身家庭孤立的，所以也比較愛談此一話題；同時這些加害者在童年期大多有性及身體被虐待的經驗，因此在治療時容易回到此主題，同時希望藉治療修通早期的創傷，此觀點在本研究中亦重覆獲得證實。同時本研究結果亦呼應 Reddon 等人認為希望灌注是重要的療效因子的現象，而其重要性會隨團體的進行逐漸下降。

另 Reddon 等人 (1999) 亦指出「人際學習」治療因子不重要的原因是由於太多的性罪犯喜歡談自己的問題，因此相對而言，其對幫助別人或從他人處學習較無興趣，在本研究中未獲相同結論，很可能與我國國情中自尊是與面子、人際相聯結的 (楊國樞, 1993)，故而在團體中展現人際學習的行為，特別是付出的行為，可能會令受試者覺得自己是有用的、有價值的，而將人際學習之付出視為有療效的因子。

六、兩類犯另有各自重視不同的團體療效因子，強暴犯重視利他性及宣洩，而兒童性侵害犯則強調希望灌注

本研究結果發現強暴犯重視利他性及宣洩而兒童性侵害犯則強調希望灌注，研究者認為此二類型的性侵害犯在進行治療時，團體帶領者在帶領的態度及方向上可稍調整，強暴犯在團體開始時可多同理及邀請，以協助宣洩憤怒及提高參與，而兒童性侵害犯則可在治療時多提供已有正向改變的前例做為角色典範，以建立其對治療有助其問題改變的信心，在團體早期讓成員感受到治療是有幫助的，將成為兒童性侵害組之團體領導者重要的課題。

除了在以上討論中，研究者建議對某些議題在未來研究中可再加入深入探索外，對未來的處遇計畫及後續研究另有以下的建議：

一、建立分類治療的概念

研究結果發現介入方案對兩類犯的影響不同，而根據文獻探究，兩類犯不論在背景資料，犯案原因，犯案手法及再犯危險因子上均有差異，尤其本研究發現，兩類犯在治療後有正向改變的變項並不全然相同，與 Pithers 等人 (1989)

的觀點認為強暴犯與兒童性侵害犯犯案的原因是不同的可重複呼應，兒童性侵害犯犯案可能是由於親密關係的需求，因此未來在治療介入時，需加強人際技巧，促進其在人際能力的增益，特別是要加強與同年女子的人際互動能力，以減少其因人際親密關係的缺乏而產生的犯案動力。而強暴犯多數與情緒表達及控制有關，相信若團體治療能改善其情緒控制與表達能力，也許更有助於強暴犯的再犯預防。

同時，上述討論可發現強暴犯及兒童性侵害犯治療效果確實有差異，故而在未來研究上，研究者可嘗試將之分類，並同時組同質性團體（同一類型），及異質性團體（類型混合），同時進行療效評估並對團體過程進行質性記錄分析，以了解此二類團體在進行時主題及投入度上的差異。

二、性侵害犯的團體治療可多加入家庭動力的探討及人際互動的學習

本研究發現不論是強暴犯或是兒童性侵害犯均認為團體中家庭重現及人際學習的付出是重要的療效因子，相信此可能與這兩類犯其早期生命經驗中多有家庭的創傷或互動不佳有關，而人際學習特別是在付出方面，皆讓兩類犯覺得有治療效果，其原因可能如前述，此些行為讓此兩類犯覺得自己有價值、有用、有希望，因此未來在治療方案中適當加入此議題，可能有助於參與者的投入及對自己問題癥結的釐清。

三、呼籲建立再犯率資料庫以建構本土再犯預測指標

本研究係採用自陳式的量表，對其治療後自陳有正向改變並無法推估是否等同於未來不再犯，因此後續追蹤再犯率的實際資料就極重要，不但可驗證治療的實際成效，且有助未來自陳式量表評估與實際再犯率間預測效度的建立，以使未來療效評估及假釋評估有更正確的依據。

由於本研究團隊進行性侵害加害人的治療、研究工作已逾十年，十年來發現要追蹤性侵害犯之後續治療效果及再犯率皆有困難，使有意研究此一領域的

學者對於如何評估治療效果均深感困難；因此提出呼籲，希望法務部在未來對性加害者從犯案、定罪、判決確定、服刑、假釋到再犯等均能有一共同的追蹤系統，以便研究者能有效的追蹤性罪犯的後續狀況；相信這些治療效果的累積資料及再犯率的確切數據，都會對社會大眾的安全及未來的治療方向、技術的修正，更能提出有力的具體證據。

最後因本研究為準實驗設計，兩類性加害者在本質上即有差異，所以他們在背景資料及對介入方案的參與動機上，可能均會有不同，所以在推論兩者結果不同的原因上，有待未來研究者提出更好的實驗設計及控制才能達成。

針對本文之任何回應、回饋或意見，請直接聯繫：劉志如，花蓮縣壽豐鄉大學路二段一號，東華大學臨床諮商心理系，e-mail:ljr@mail.ndhu.edu.tw，(03) 8635632

收件日期：2006 年 9 月 12 日

通過日期：2006 年 11 月 30 日



參考文獻

- 周煌智、郭壽宏、陳筱萍、張永源（2000）。性侵害加害人的特徵與治療策略。
公共衛生，27（1），1-14。
- 林清山（1989）。心理與教育統計學。台北市：東華。
- 陳若璋、劉志如（2001）。五類型性罪犯特質與預測因子之探討。中華心理衛生
學刊，14（4），59-98。
- 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）。
- 陳若璋、鍾明勳、陳筱萍、沈勝昂、林正修、唐心北等人（2004）。本土性侵害
加害人團體之氣氛變化及療效因子。中華團體心理治療學刊，10（3），
10-23。
- 黃軍義、陳若璋（1997）。強姦犯成因及相關問題之研究。台北：法務部。
- 黃富源（付梓中）。性侵害加害人之特質與犯罪手法之研究。
- 楊士隆（1999）。台灣地區強姦犯罪之成因與處遇對策之研究。行政院國家科學
委員會專題研究。計畫編號 NSC 88-2414-H-194-010
- 楊國樞（1993）。中國人的社會取向：社會互動的觀點。載於楊國樞、余安邦（主
編），中國人的心理與行爲：理念及方法篇（87-142 頁）。台北：桂冠圖書
公司。
- 楊國樞、余安邦、葉明華（1991）。中國人的個人傳統性與現代性：概念與測量。
載於楊國樞、黃光國（主編），中國人的心理與行爲（一九八九）（241-306
頁）。臺北：桂冠圖書公司。
- Amir, M. (1972). *The role of the victim in sex offenses. Sexual behaviors: Social, clinical,
and legal aspects.* Oxford: Little Brown.
- Bard, L. A., Carter, D. L., Cerce, D. D., Knight, R. A., Rosenberg, R., & Schneider (1987).
A descriptive study of rapists and child molesters: Developmental, clinical and
criminal characteristics. *Behavioral Sciences and the Law*, 5, 203-220.

- Beech, A., & Fordham, A. S. (1997). Therapeutic climate of sexual offender treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of research and Treatment*, 9, 219-237.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and support for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217.
- Cumming, G. (2002). *Judicial treatment for sex offenders in the United States*. 載於婦女權益促進發展基金會主辦, 性罪犯司法處遇暨輔導治療國際研討會。Taipei, Taiwan.
- Danni, K. A., & Hampe, G. D. (2000). An analysis of predictors of child sex offender types using presentiment investigation reports. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 44(4), 490-505.
- Gore, D. K. (1988). *Cognitive distortions of child molesters and the cognition scale: Reliability, validity, treatment effects, and prediction of recidivism*. Unpublished doctoral dissertation, Georgia State University, Atlanta.
- Groth, N. (1980). *Men who rape: The psychology of the offender*. NY: Plenum.
- Hall, G. (1990). Prediction of sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 10, 229-245.
- Holmes, R. M., & Holmes, S. T. (1996). *Profiling violent crimes: An investigative tool*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Horley, J., & Quinsey, V. L. (1994). Assessing the cognitions of child molesters: Use of semantic differential with incarcerated offenders. *Journal of Sex Research*, 31(3), 171-178.
- 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.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 23-54). New York: Plenum.
- MacKenzie, K. R. (1981). Measurement of group climate. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31(3), 287-295.
- Marques, J., Day, D., Nelson, C., & Miner, M. (1989). The sex offender treatment and

- evaluation project: California's relapse prevention program. In D. R. Law (Ed.), *Relapse prevention with sex offender* (pp. 247-267). Guilford Press.
- Marques, J., Wiederanders, M., Day, D., Nelson, C., & van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 17*(1), 79-107.
- Marshall, W. L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behavior Research & Therapy, 32*(5), 559-564.
- 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* (pp. 257-275). New York: Plenum.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E., & Eccles, A. (1991). Early onset and deviant sexuality in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence, 6*(3), 323-336.
- Marx, B., Robert, Jr., & Meyerson, L. A. (1999). Cognitive-behavioral treatment for rapists: Can we do better? *Clinical Psychology Review, 19*(7), 875-894.
- McGrath, M. A. (1992). Five critical questions: Assessing sex offender risk. *APA Perspectives, 16*(3), 6-9.
- McGrath, R. (1994). *Cost effectiveness of sex offender treatment programs*. Paper presented at the meeting of Annual Conference for Virginia Sex Offender Treatment Providers, Hampton Beach, Virginia.
- Nelson, C. (1989). *Relapse prevention: A cognitive-behavior model for treatment of the rapist and child molester*. New York: Guilford Press.
- O'Connell, M. A., Leberg, E., & Donaldson, C. R. (1990). *Working with sex offenders – guidelines for therapists selections*. Newbury Park, CA: Sage.
- Pithers, W., Beal, L., Armstrong, J., & Petty, J. (1989). Identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse*

- prevention with sex offenders* (pp. 77-87). New York: Guilford.
- Pithers, W., Buell, M. M., Kashima, K., Cumming, G. F., & Beal, L. S. (1987). *Precursors to sexual aggression*. Paper presented at the meeting of Association for the Behavioral Treatment of Sexual Abusers, Newport, OR.
- Queen's, V. L., Bench, & Foundation (1976). *The rapist and his crime*. New York: John Wiley.
- Quinsey, V. L., Lalumiere, M. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Predicting sexual offenses. In J. C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offender, batterers, and child abusers* (pp. 114-137). Thousand Oaks, CA: sage.
- Reddon, J. R., Payne, L. R., & Starzyk, K. B. (1999). Therapeutic factors in group treatment evaluated by sex offenders: A consumers' report. *Journal of Offender Rehabilitation*, 28(3/4), 91-101.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (1997). Violent offender research and implications for the criminal justice system. *American Psychologist*, 52(4), 414-423
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.



The Comparison of the Therapeutic Effectiveness in the Relapse Prevention Group Model between Rapists and Child Sexual Abusers

Roda Chen Chih-Ju Liu Hung-Yu Lin
National Dong Hwa University

Abstract

The present study investigated whether group intervention had significant therapeutic impacts on rapists and child sexual abusers. This study also explored whether the rapists and the child sexual abusers had differences in their view of group climate and the therapeutic factors in different phases of the group process.

One hundred and seventy seven sex offenders were assigned to the experimental group and the control group. Four dimensions were assessed at the pre- and post-treatment phases: cognition, emotion, denial, and interpersonal relationships. All of the experimental group members were evaluated by the Group Climate Questionnaire and Yalom Therapeutic Factors Categories at the second, ninth and the last session.

The results showed that the child sexual abuser group had more positive changes than the rapist group after group intervention. When comparing the therapeutic effectiveness among six different levels of risk groups, the middle risk of child sexual abusers group had the highest improvement. Group engagement had increased continuously along with time. Finally, this study provided further understandings of the group therapeutic factors concerning rapists and child sexual abusers.

Keywords: child sexual abuser, group climate, group therapeutic factor, rapist, types of sex offender.

