

三、性侵害犯罪加害人因刑法第 91 條之 1 或性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 規定而受強制治療者，其異常人格及行為，有無治癒（矯正至與常人無異）之可能？一般而言，接受強制治療者，需經過多長時間方能達到「再犯危險顯著降低」？實務上是否有受長期強制治療卻仍未治癒者？有無強制治療以外對人身自由侵害較小之替代方式，可使加害人達到「再犯危險顯著降低」之程度？

1. 刑法第 91 條之 1 或性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 受強制治療者異常人格及行為，有無治癒（矯正至與常人無異）之可能？

基本上，回答「有無治癒之可能、矯正至與常人無異」前，必須先釐清所謂「受強制治療者」所指稱的「異常人格及行為」為何？換言之，就是「性侵害加害人」的「異常」導致他們「性侵犯行為」的發生。那臨床治療就是要針對「異常」的處理，以達到「治癒、矯正至與常人無異」。

然而，本質上，在探討「有無治癒可能」之前，則必須先界定所謂「異常」的解釋，而臨床上解釋「異常」通常是指治療「對象」產生此一行為(症狀)的「心理或行為病理」，亦即為何(why)會發生「性侵害行為」？目前有關性侵害行為發生的解釋模式，雖然生物(理)性成因也累積了相當豐富的實證資料，但礙於性侵的臨床治療(如：pharmacological treatment 使用降低雄性激素的藥物，類似化學去勢)仍有多問題(如：降低雄性激素可能產生的其他生理問題)，所以這類的成因解釋通常做為研究或參考用，臨床實務的應用仍須審慎看待之，因此，就性侵害行為發生成因之解釋仍多以「心理-社會學模式(psychosocial model)」為主，這也是目前國內臨床專業實務(包括精神、臨床心理、社工專業)治療介入(clinical intervention)的主流架構，當然除了「性侵害行為」本身外，性侵害加害人若伴隨著其他的「身心問題(障礙)」，例如：精神疾病(psychosis)、智能問題(MR)、人格障礙(personality disorder，含心理病態人格)，臨床上，前述幾種性侵害加害人的「身心問題(障礙)」，無論在監獄或社區都會合併在執行的性侵身心治療計畫當中，而目前「刑法第 91 條之 1 或性侵害犯罪防治法第 22 條之 1」受強制治療者有半數以上都屬於這幾類身心障礙的情況，因此評估「治療成效」必然會考慮兩類情況，一為單為「性侵害行為」，另為「性侵害行為」合併「身心問題(障礙)(精神疾病、人格障礙、MR)」或其他生

理疾病。

而就「性侵害行為」本身，根據過去近 30 年的實證研究/臨床/理論，目前「心理-社會學模式」對性侵害行為發生的「犯罪成因(criminogenic need)」歸納整合成四個主要「風險因素」面向：一般/親密關係缺失(general/intimacy relationship deficit)、不良的自我調節(poor self-regulation)、偏差性趣(sexual deviance)、認知扭曲(cognitive distortion)(如下表一)，在每一個心理成因面向則各有其涵蓋之特定心理特徵的內容，不過不同的理論與實證研究針對心理特徵內容或多有增、減。

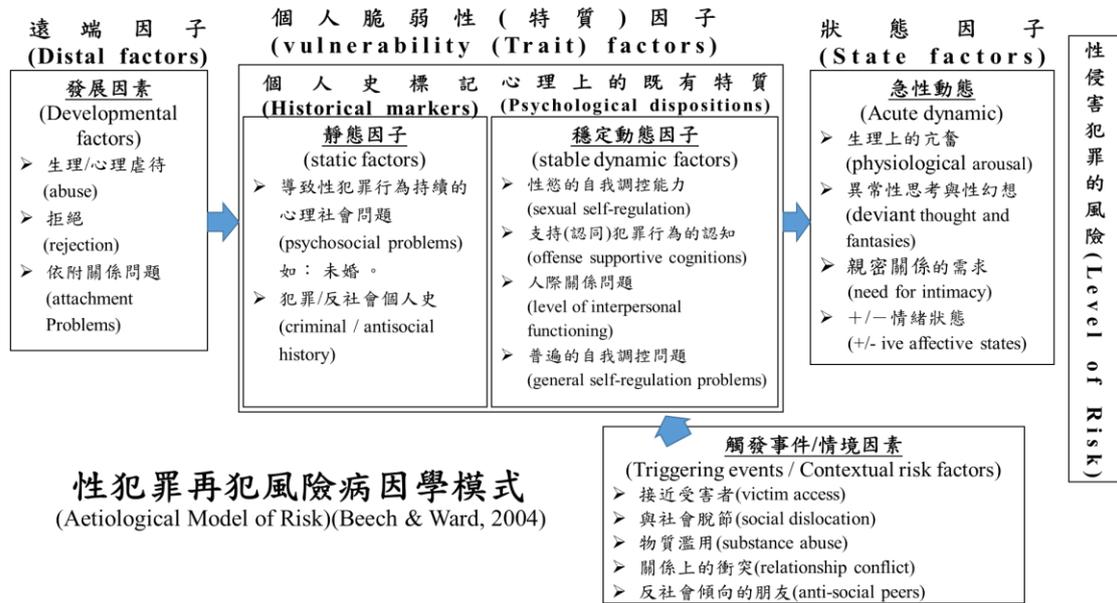
表一 性侵成因面向與心理因素內涵

性侵因素面向	心理因素內容
關係缺失 (relationship deficit)	Lack of intimacy Insecure attachment Emotional loneliness
不良的自我調節 (poor self-regulation)	Impulsive Poor problem solving Negative emotionality Cooperative with treatment/supervision
偏差性趣 (sexual deviance)	Interest in children Interests in sexual violence hypersexuality
認知扭曲 (cognitive distortion)	Emotional congruence with children Lack of concern for others(empathy deficits) Hostility towards women

實務上，目前多以此「性侵害行為發生的犯罪成因」為根基，建構出性侵害加害人的「性犯罪/再犯病因的風險模式」，例如 Beech & Ward(2004)所提出的架構(如下圖一)大致為此整合模式的典型架構(有其他類似的模式)。

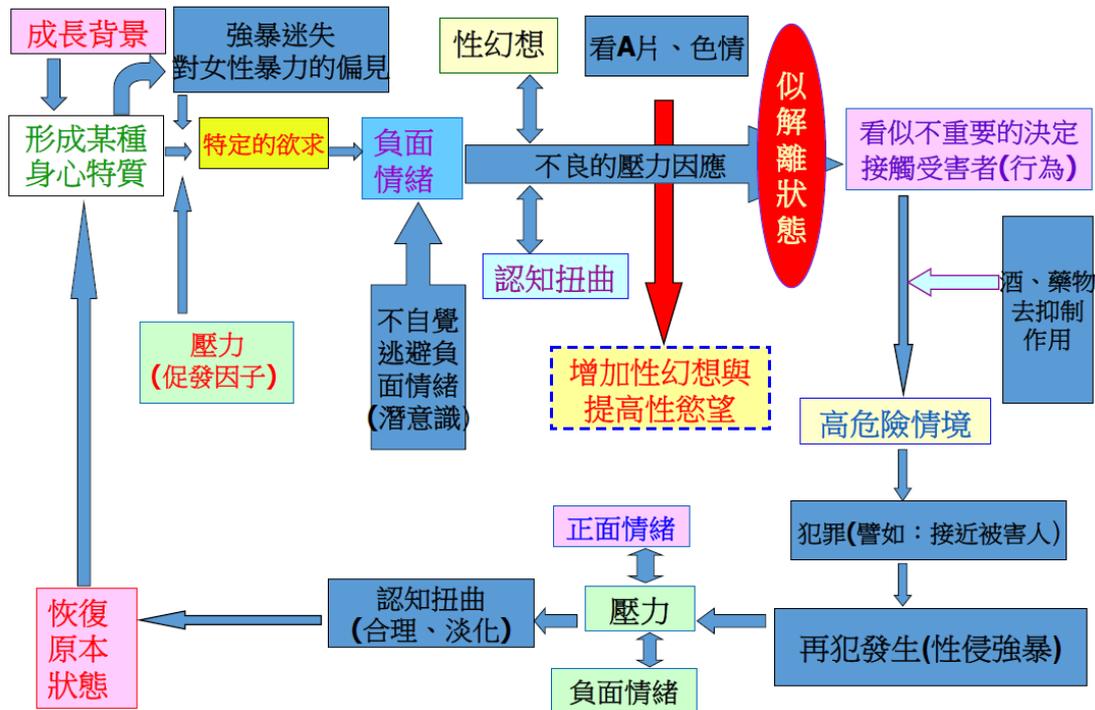
此一模式成形之後，臨床的評估與治療執行就會根據治療如表一所列之各個細部的成因內容，按每一位「受強制治療者」在受治療初(前)期性收集的個人所有資料，透過「個案概念化(case formulation)」框架出其個人的性犯罪成因的「心理歷程模式」，而加上因為「人」生活在社會情境當中，因此「個案概念化」就會在「社會情境」的場域中形成這一位「受強制治療者」發生性侵行為

特有的「心理-社會-行為歷程」(如圖二)，這個歷程就是治療計畫、執行與療效評估的參考來源，而判斷其「治癒」程度與可能性及其所需時間，原則上就會依個人這些「心理、社會、行為」的改善情況來決定。



圖一 性犯罪/再犯風險病因學模式

性侵害發展與路徑概念化形成之架構



圖二 性侵害行為發生「概念化」後可能之參考路徑

因此，有關受強制治療者異常人格及行為有無治癒（矯正至與常人無異）之可能的判斷，就會依據上述(例如:表一、圖一、圖二)的「心理-社會-行為歷程」模式中「導致(有因果關係)」個人性侵害行為發生的各個「心理因素」、「社會因素」、「行為因素」改善的情況(指改善程度)，在每一個治療階段(或療程)，一次一次回到受治療者的「心理-社會-行為歷程」模式，從「偏差(或異常)」到「改變(改善)」進行檢視，例如從「缺乏同理能力」經由治療改善「同理能力」，一直達到性侵害行為因著這些「因素」的改善而「不再發生」為止，就是達到一般所謂治癒的概念，而其中指稱的「治癒可能性」，仍依其個人「各個因素」所「概念化(formulation)」成之「心理-社會-行為歷程」模式的「偏差程度」，一般又稱為再犯「風險程度」來判斷，這個「偏差或風險程度」通常可以由「風險量表(測量)」與「臨床判斷」兩種方式得到(計算或精算)「分數或等級」，而在專業治療者(或團隊)綜合(或調整)判斷後，依「風險程度」分等級，風險等級愈高者，其治療難度就愈高，治療可能性就愈低。

2.一般而言，接受強制治療者，需經過多長時間方能達到「再犯危險顯著降低」？

理論上，如上題所述，由受治療者之「各個因素」所「概念化」成之「性侵害」「心理-社會-行為歷程」模式，依照「風險量表(測量)」與「臨床判斷」，若是屬「偏差程度」偏高，就是再犯「風險程度」較高。如接受治療者係屬「高風險等級」者，其治療難度就愈高，所需要的「治療療程」時間相對就會比較長。而如果接受治療者又伴隨有其他身心障礙問題，例如精神疾病(psychosis)、智能問題(MR)、人格障礙(personality disorder，含心理病態人格)等等問題，那麼其所需的治療內容範圍會更為廣泛(或有更多面向)，「治療療程」當然也會更長，治療「療效或成效」的評估則更為多元(面)。就目前之臨床實務，基本上，性侵害身心治療一個療程設計通常會以六個月為原則，而「再犯危險」是否降低的判斷，也會在每個治療療程結束後進行「療效」評估，一次療程評估一次，至於「再犯危險」之風險是否「顯著」下降，則依其「風險程度」會否導致其「再犯行為」之發生為判斷依據，因此所需療程的「時間長短」將依各個接受治療者之「風險因素」改善的情況與

進展而決定。

3.實務上是否有受長期強制治療卻仍未治癒者？

對單純的性侵害行為者而言，若能釐清導致「性侵害行為」發生的「心理-社會-行為歷程」，然後按此歷程顯現之「心理、社會、行為」因素偏差，亦即促成性侵害行為發生的風險因素，設計完整的身心治療計畫，透過專業人員按計畫執行治療，直到降低「行為」的發生，甚至達到「治癒(不再發生性侵害行為)」是樂觀而且可以期待的，其療程的長短，則如上題所述，須視個案之「風險因素」改善的情況與進展而決定。

目前比較難處理的是性侵害行為又合併其他身心障礙的受治療者(如前述精神疾病、智能問題(MR)、人格障礙，含心理病態人格等)，因為其身心問題出現的「心智障礙(認知、情緒、行為能力)」導致臨床性侵害治療模式執行的困難，例如：思覺失調引發的知覺與認知的異常，以至於影響其心理治療的「療效」與「療程」，因而確實有長期強制治療卻仍未見改善的情形。另外，若性侵害受治療者伴隨人格障礙，臨床與實證研究都顯示其接受心理治療之療效不彰，尤其是被確認有「病態人格(psychopathy)」之受治療者，甚至可能從治療中學習不利治療的能力，例如：更「高明(sophisticated)」的操控或欺騙、學會同理心後更熟悉被害者的弱點、性侵害手法更為細緻。

4.有無強制治療以外對人身自由侵害較小之替代方式，可使加害人達到「再犯危險顯著降低」之程度？

目前強制治療所採行之「心理-社會學模式(psychosocial model)」，其本質係在增進(或改善)受治療者個人對自己「問題行為(如性侵害行為)」的覺察與認識，然後透過專門(業)的心理治療「改變(善)」導致其「問題行為」發生之「心理」素質的改變，這種心理治療設計內容與執行有其完整心理科學的行為理論與技術作為支持的背景與依據，除非整個「強制治療(如風險概念與治療模式)」的心理科學典範對性侵害行為發生之解釋，出現本質上之「轉換(或改變)」，否則此種治療模式仍為目前性侵害治療專業學界的共同共識。

基本上，性侵害行為須「強制治療」之規定，指的應是「治療」本身須「強制」執行，而非在限制「治療」之進行方式，因此如何確實執行及落實「治

療」本身才是重點。如前所述「心理-社會學模式(psychosocial model)」是目前臨床/學界對性侵治療之共識，然此等治療模式之執行方式，如：內容、執行技術、執行地點等，卻可以有不同的設計。就目前在「矯治機構(監獄)」內採取「集中式」管理之治療執行方式，若考慮受治療者之人身自由，則其處遇處所可考慮改變為具有「治療型式」的專業醫療或安置收容機構；而其風險管理，於技術上可分級(依其再犯風險等級)，採取「進階形式」之治療與監控配搭的處遇方式；其治療結果外在效度之評估與執行，可依其風險等級適度地給予社區型態之處遇模式，如：低風險等級可採取社區型式的治療執行，讓受治療者有機會到社區進行實際的生活演練，惟其風險監控之管理等級則必須相對的提升(如：搭配電子設備的監控等)，這種兼具治療、監控、社會(區)復健的型式，除針對受治療者心理病理「內在的(internal)」問題專業治療介入外，也類似近年來提倡性侵受治療者在心理治療的同時，需要看見受治療者這個「人」回歸社區生活需要準備的處遇內容與方向，主要在強調性侵治療需納入建立滿足個人生活目標「外在的(external)」掌控能力(agency)，例如：「好生活模式(Good life Model)」主張性侵受治療者須建構好的生活型態(life style)，嘗試以社會接受的方式(行為)滿足個人的基本(人生)生活需求(primary goods)，藉此學習專注、情緒調控之技巧，換言之，就是建立一個兼具處理「內控」與「外控」調控(或管理)的治療「模式」與處遇「型式」。但是上開的建議都仍只是原則性的描述，其落實必須要有更完整而細緻的規劃與執行，才有機會化解目前性侵害刑後治療執行所面臨之司法、衛生困境。