

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。

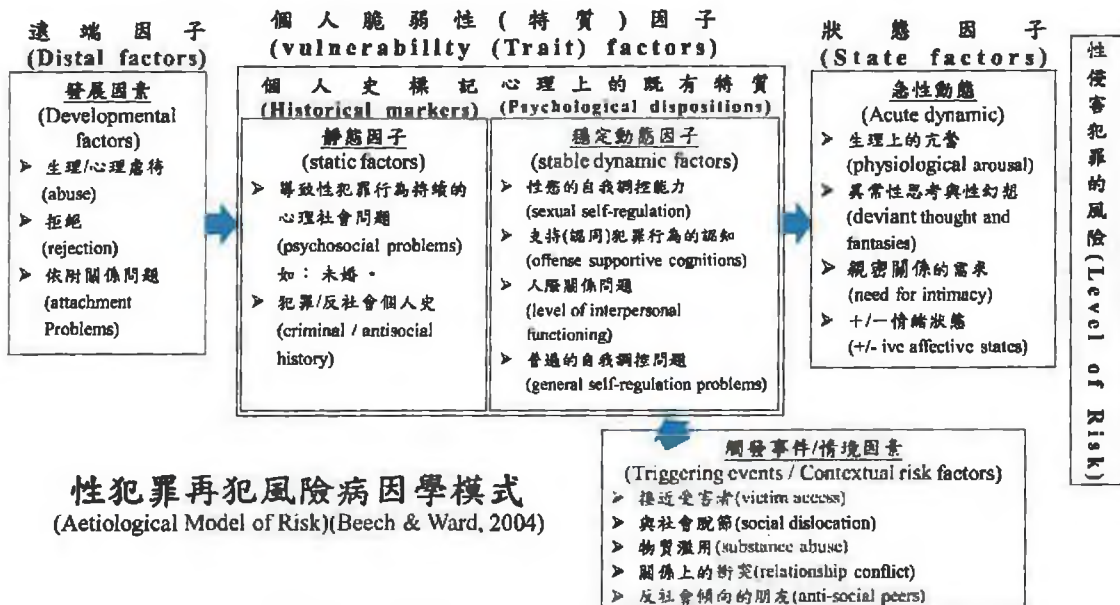
表一 性侵成因面向與心理因素內涵

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)。

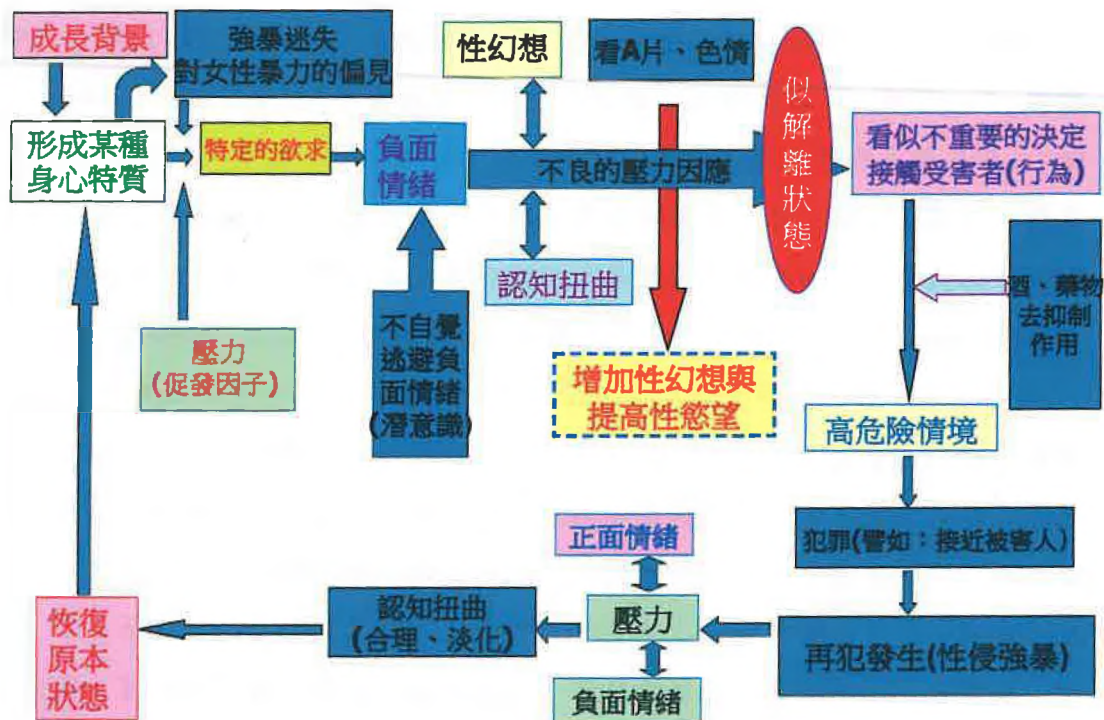
此一模式成形之後，臨床的評估與治療執行就會根據治療如表一所列之各個細部的成因內容，按每一位「受強制治療者」在受治療初(前)期性收集的個人所有資料，透過「個案概念化(case formulation)」框架出其個人的性犯罪成因的「心理歷程模式」，而加上因為「人」生活在社會情境當中，因此「個案概念化」就會在「社會情境」的場域中形成這一位「受強制治療者」發生性侵行為

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治療專業學界的共同共識。

基本上，性侵行為須「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。

性侵害犯罪/再犯處遇架構

風險評估與心理治療

沈勝昂

中央警察大學 犯罪防治系

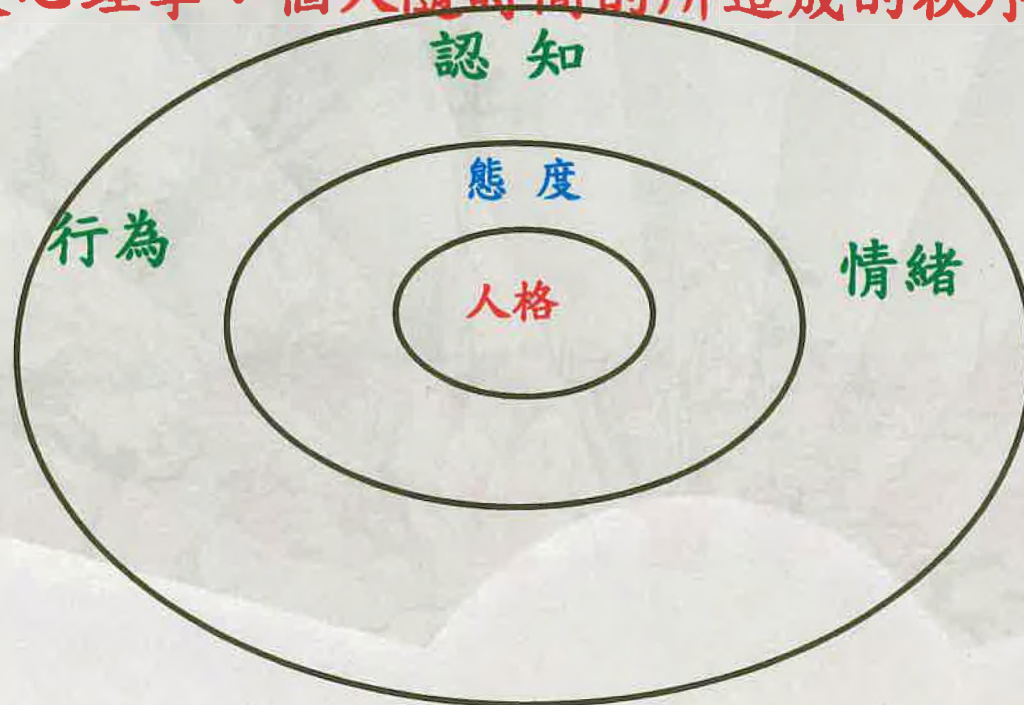
天主教輔仁大學 臨床心理學系

Emory University, Ph.D. Clinical Psychology

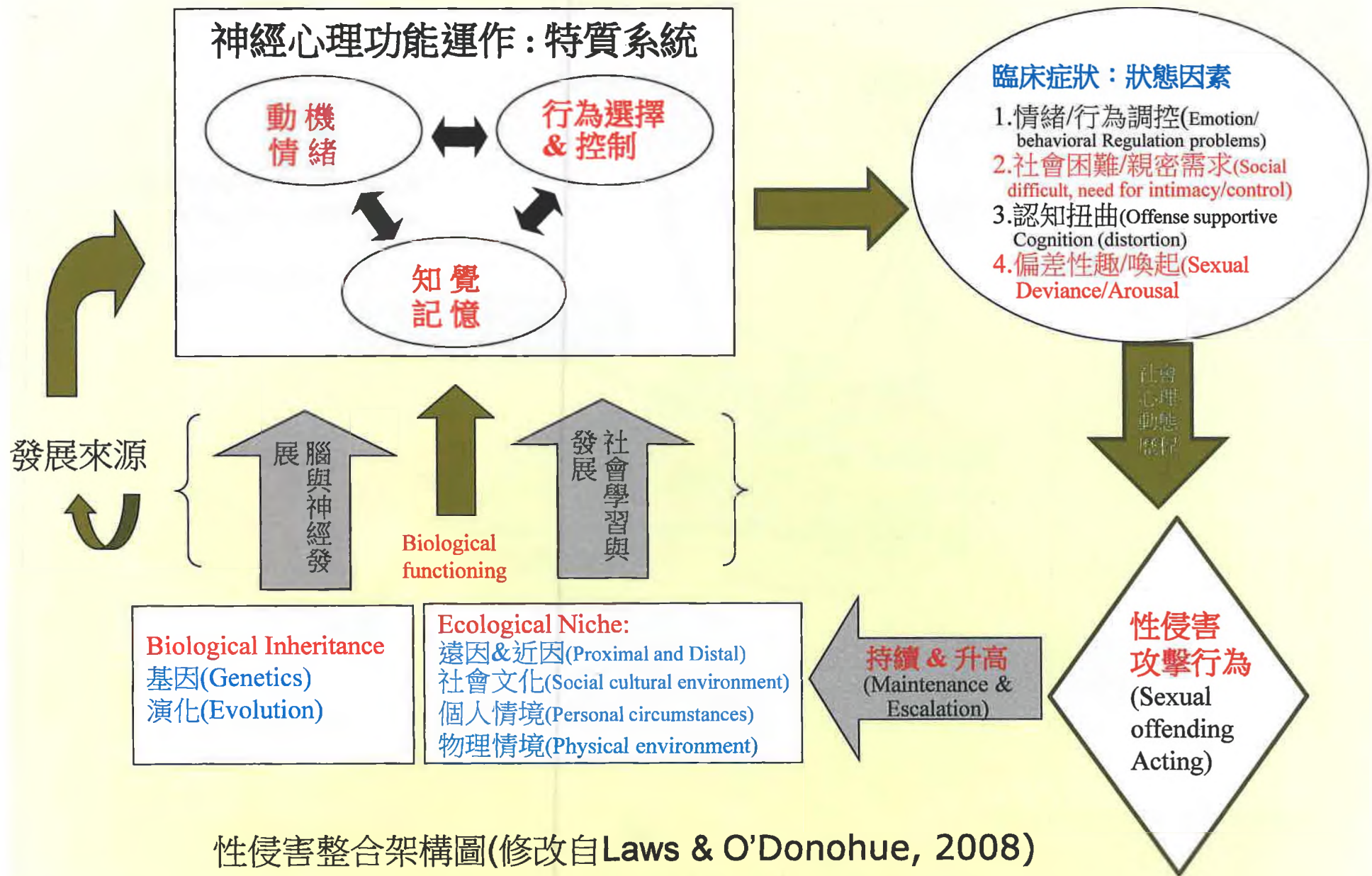
Licensed Clinical Psychologist

什麼是人：個人的「發展」

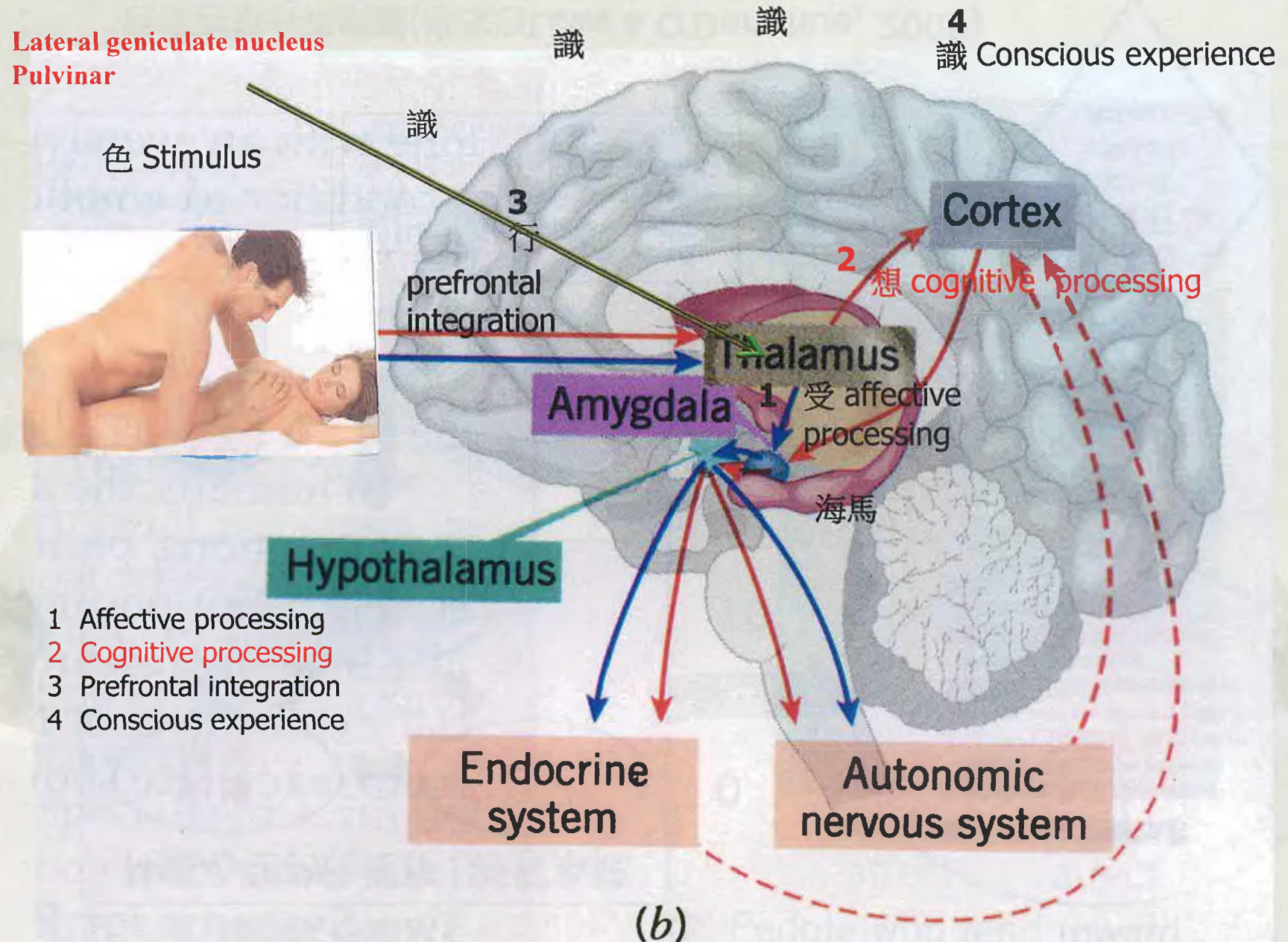
- * 由心理學引申的「改變」可能概念：學習與發展
- * 學習心理學：個人與環境間互動的改變
- * 發展心理學：個人隨時間的所造成的秩序性改變



生態環境



被性衝動支配(性慾) - 心不由己



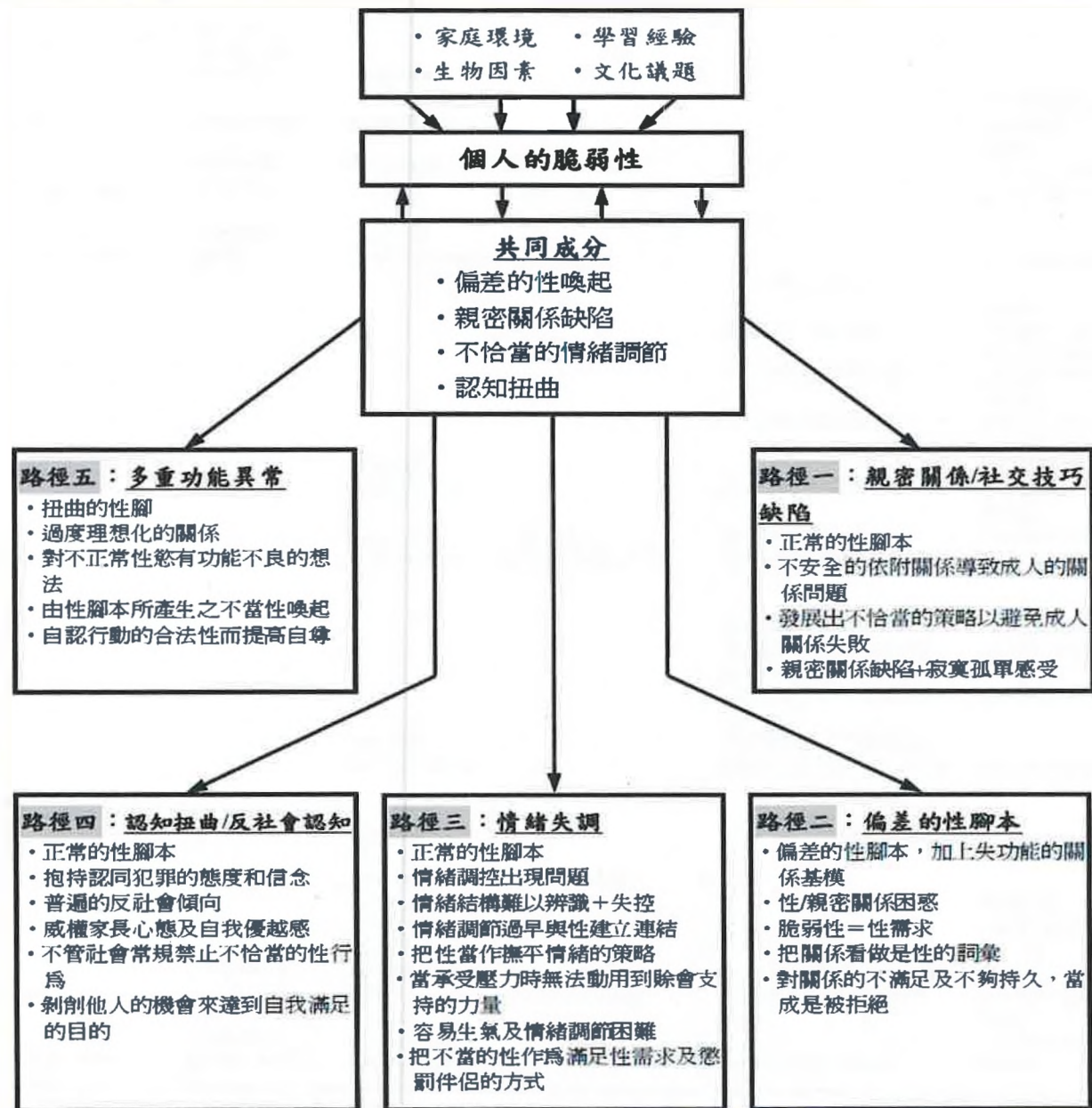


Table 1 Mapping static and stable dynamic risk factors

Stable dynamic factors	Static risk factor assessments				Dynamic risk factor assessments		
	STATIC-99/2002 (Hanson and Thornton, 2000)	SORAG (Quinsey et al., 1998)	SVR-20 (Boer et al., 1997)	Risk Matrix 2000/S (Thornton et al., 2003)	Beech Deviancy Classification (Beech et al., 1998/2002)	STABLE 2007 (Hanson et al., 2007)	SRA (Thornton, 2002)
Sexual interests	Non-contact sexual offence	Deviant sexual preference	Deviant sexual preference	Sexual appearances	Sexually obsessed	Sexual preoccupation/sex drive	Sexual preoccupation (obsession)
	Unrelated victim	Prior sexual convictions	High frequency sex offences	Sexual offences against a male	Sex deviance patterns (child molestation) marked	Sex as a coping strategy	Sexual preference for children
	Stranger victim		Multiple sexual offences	Non-contact sexual offences		Deviant sexual interests	Sexualized violence
	Prior sex offence		Escalation of sexual offences	Stranger victim			Other offence-related sexual interests (fetish)
	Sentencing occasions						
Attitudes supportive of sexual assault	Male victim		Pro-offending attitudes		Distorted attitudes about children and childrens' sexuality	Sexual entitlement	Adversarial sexual attitudes
					Distorted attitudes about own victims	Pro-rape attitudes	Sexual entitlement
Intimacy deficits	No relationships	Never married	Relationship problems	Single (never been married)	Emotional identification with children	Child molester attitudes	Child abuse supportive beliefs
			Employment problems		Low self-esteem	Lack of lovers/intimate partners	Belief women are deceitful
					Emotional loneliness	Emotional identification with children	Personal inadequacy
					Under-assertiveness	Hostility toward women	Emotional congruence with children
					Personal distress	General social rejection/loneliness	Grievance stance
					Locus of control	Lack of concern for others	Emotional loneliness (lack of intimate relationships)
Self-regulation deficits	Index non-sex violence	Violent criminality	Violent non-sex offences	Age (18-34)		Impulsive acts	Lifestyle impulsiveness-impulsive, unstable lifestyle
	Prior non-sex violence	Non-violent criminality	General criminality	Criminal appearances		Poor cognitive problem solving skills	Poor problem solving
	Age (18-24.9)	Psychopathy	Psychopathy			Negative emotionality/hostility	Poor emotional control
		Failure of conditional release	Impulsivity				

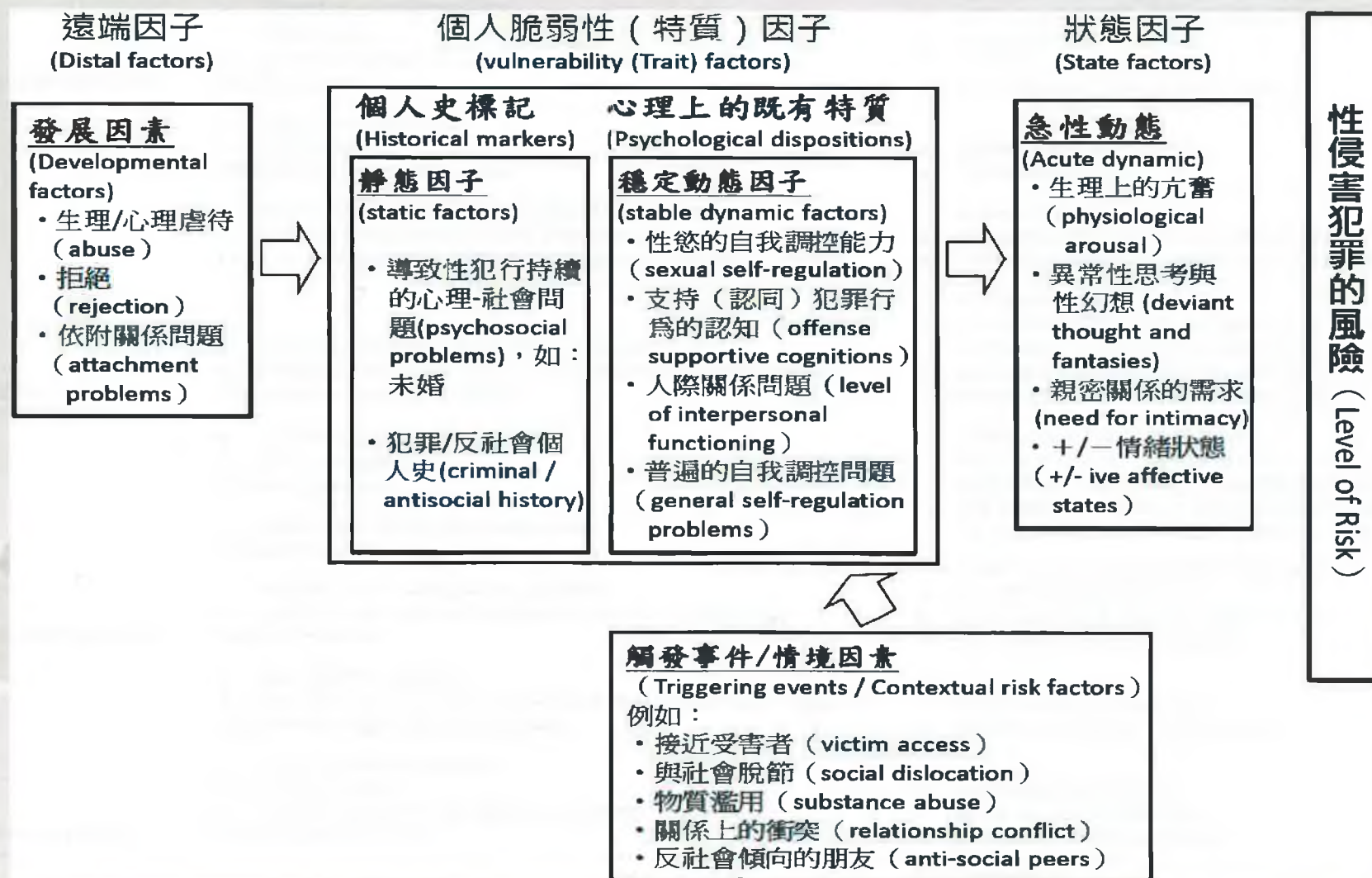
(Beech and Craig, 2012)

Table 1. Meta-analytic results organized within the Structured Risk Assessment (SRA) Need Framework

Domain	Subdomain	Meta-analytic Results
		S= Empirically-supported P= Promising
Sexual Interests	Sexual Preoccupation <ul style="list-style-type: none"> Intense impersonal sexual interests Sexual coping Diverse sexual outlets 	<ul style="list-style-type: none"> Sexual preoccupation (S) Multiple paraphilias (S) Sexualized coping (P)
	Offense-Related Sexual Interests <ul style="list-style-type: none"> Sexual interest in prepubescent and pubescent children Sexualized violence 	<ul style="list-style-type: none"> Sexual interest in children (S) Sexualized violence (P)
Distorted Attitudes	Victim Schema <ul style="list-style-type: none"> Pro-offending schema about classes of potential victims(e.g., children or women) 	<ul style="list-style-type: none"> Pro-offending attitudes (S) Pro-child molestation attitudes (S) Pro-rape attitudes (S) Generic sexual offending attitudes (S)
	Rights Schema <ul style="list-style-type: none"> Excessive sense of entitlement 	<p><i>Note that there was insufficient data to look at the predictiveness of more specific attitudes, although all three SRA categories coincided with at least one of the broader categories used in the meta-analyses</i></p>
	Means Schema <ul style="list-style-type: none"> Machiavellianism Violent World schema 	
Relational Style	Inadequate Relational Style <ul style="list-style-type: none"> Dysfunctional self-esteem (inadequate or narcissistic) Emotional congruence with children 	Emotional congruence with children (S) <ul style="list-style-type: none"> Painfully low self-esteem was found consistently predictive in the UK, but not in other jurisdictions. Narcissistic self-esteem hasn't been examined in recidivism studies
	Lack of Emotionally Intimate Adult Relationships <ul style="list-style-type: none"> Lack of sustained marital type relationships Relationships marred by violence/infidelity 	<ul style="list-style-type: none"> Lack of sustained marital type relationships (S) Marital relationships marred by repeated violence/infidelity (S)
	Aggressive Relational Style <ul style="list-style-type: none"> Callousness Grievance Thinking 	<ul style="list-style-type: none"> Callousness (P) Grievance thinking (S)
Self-Management	Social Deviance <ul style="list-style-type: none"> Early onset and pervasive resistance to rules and supervision Lifestyle impulsiveness 	<ul style="list-style-type: none"> Childhood behavior problems (S) Juvenile delinquency (S) Non-sexual offenses (S) Non-compliance with supervision (S) Violation of conditional release (S) Antisocial personality disorder (S) Impulsivity/recklessness (S) Employment instability (S)
	Dysfunctional Coping in response to stress/problems <ul style="list-style-type: none"> Poor problem-solving Poor emotional control 	<ul style="list-style-type: none"> Poor Coping (externalizing) (P)

(Thornton, 2013)

Theoretical understanding of the causal processes that give rise to criminal actions



性犯罪再犯風險的病因學模式 (Aetiological Model of Risk) (Beech & Ward, 2004)

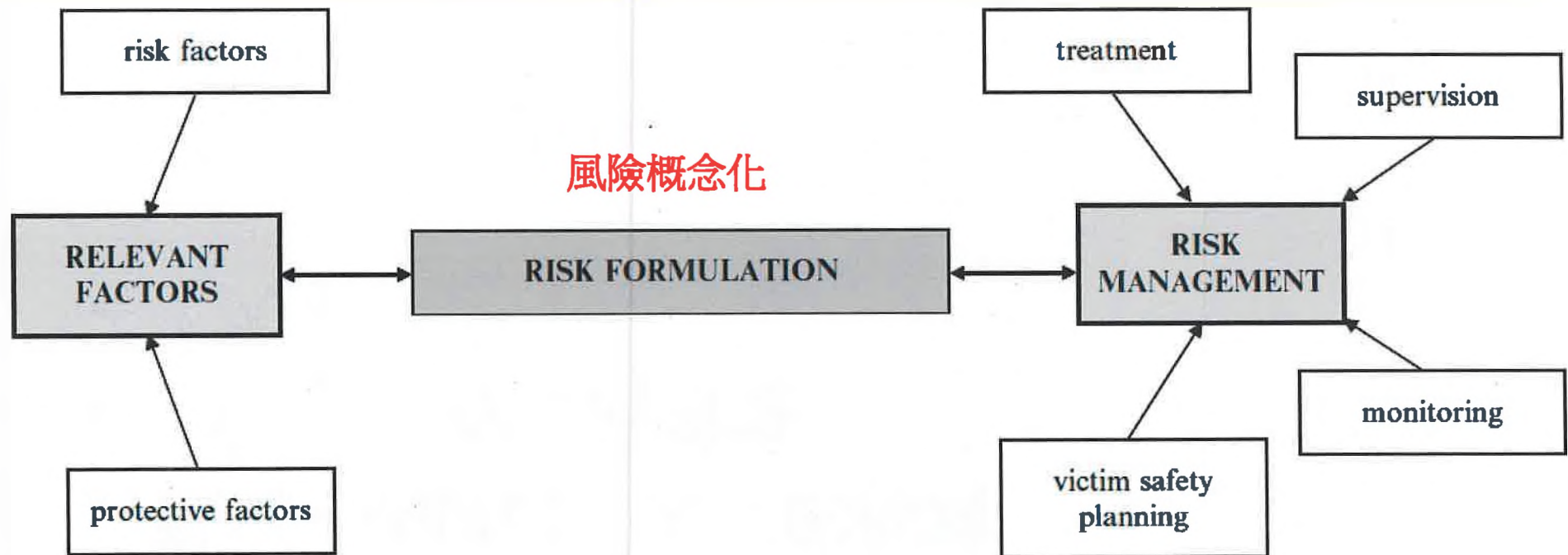
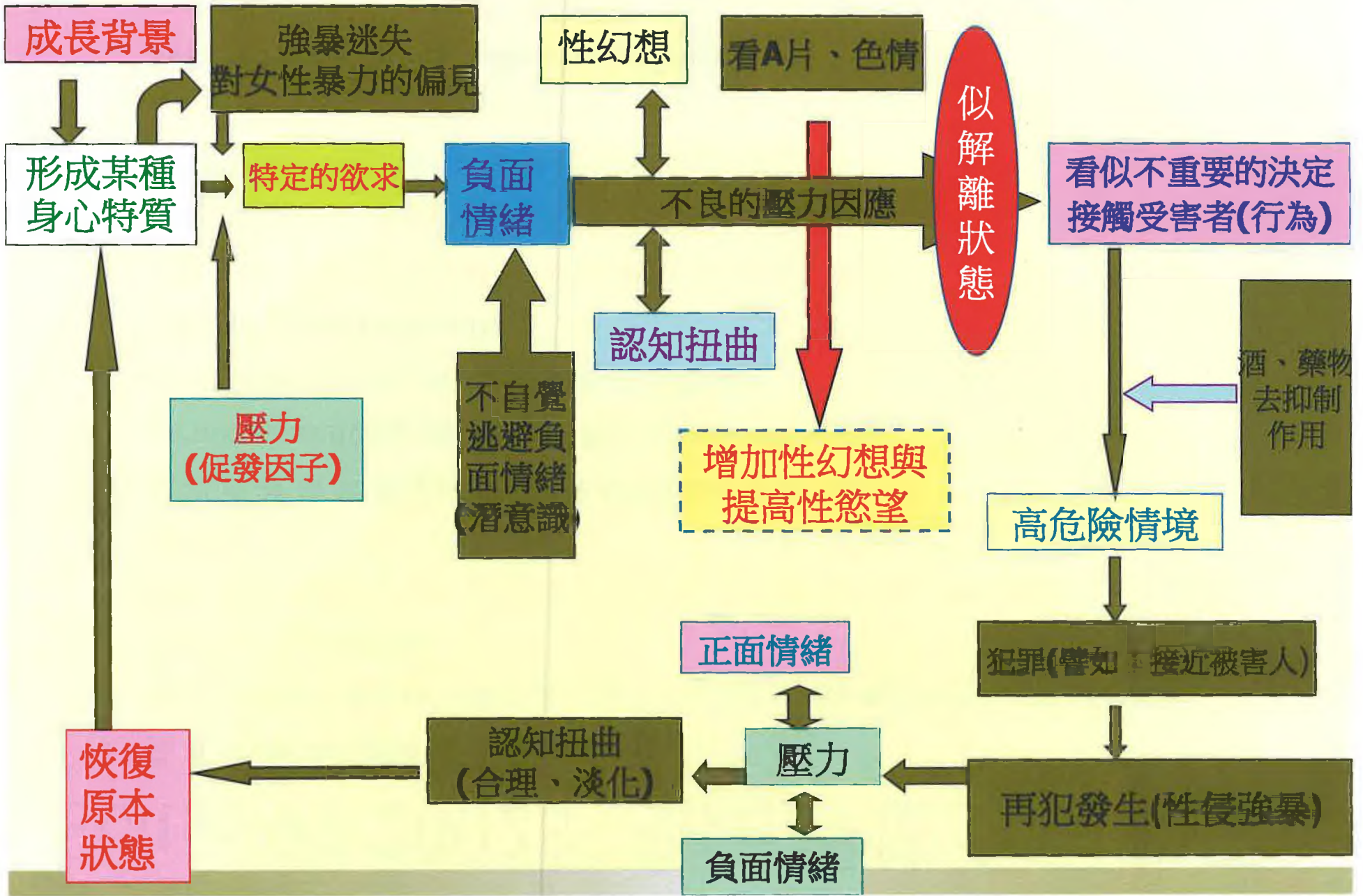


Fig. 4.1 Structured professional judgement in a nutshell

形成「人」的概念化

- * 有一套自己「人」的知識
- * 形成一個自己「人」的理論
- * 「時」「空」的帶進
- * 「人」

性侵害再犯與路徑形成之理論架構



Static-99/2002的風險評估五個向度

(1) 異常性趣(deviant sexual interest)

non-contact sexual offense, **male victims**, young/unrelated victims
ever been married

(2) 與被害的關係(relationship to victims): **any unrelated victim, stranger victim**

(3) 性犯罪持續程度(persistence of sexual offending)

prior sentencing occasions for sexual offense

any juvenile arrest for a sexual offense

rate of sexual offending

(4) 一般的犯罪性(general criminality, antisociality)

any prior involvement with criminal justice system

prior sentencing occasion

any community supervision violation

years free prior to index sex offense

any prior non-sexual violence

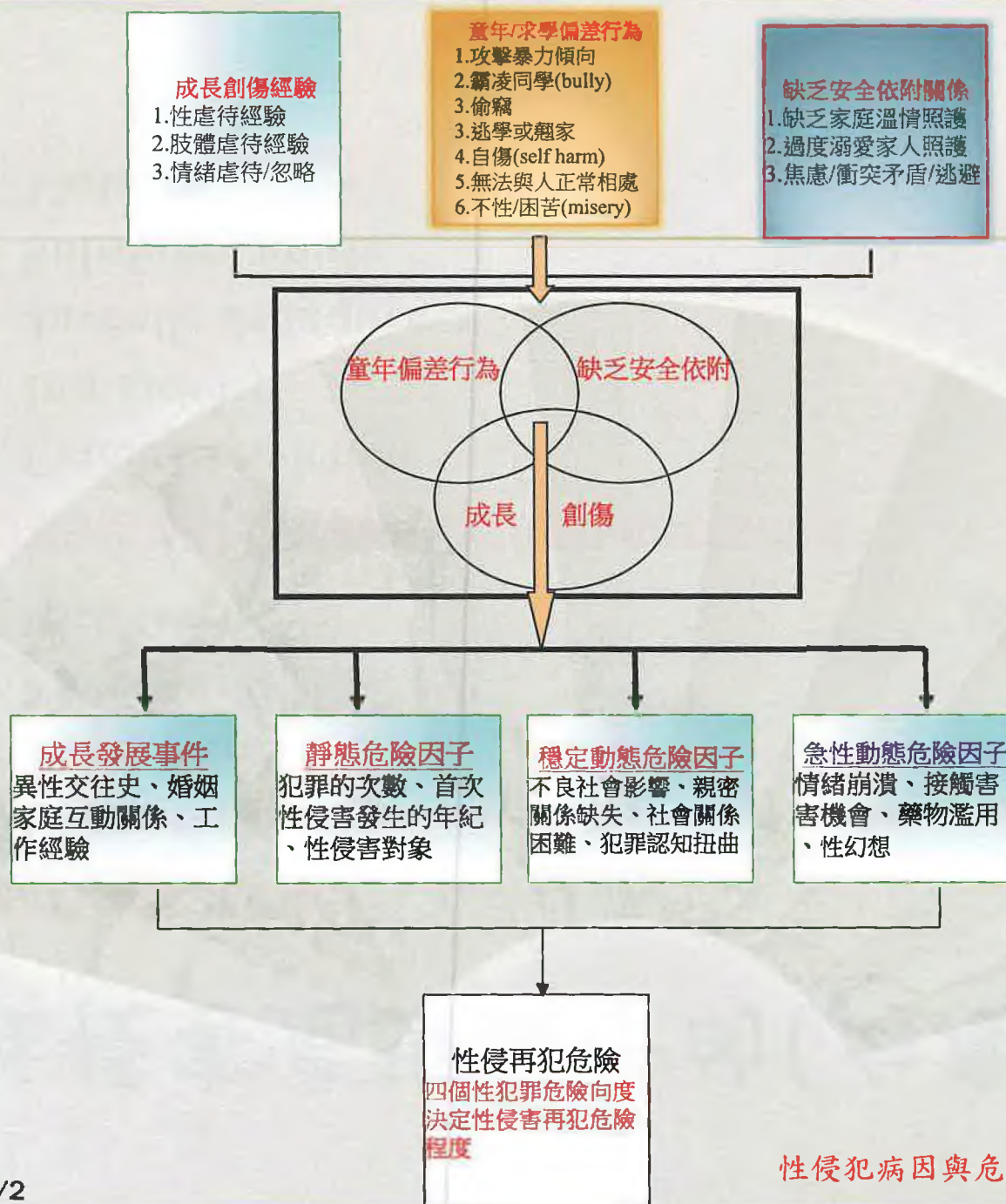
(5) 年輕(Young) : age (at release) under 25 years of age

穩定動態危險因子量表

穩定危險因素		各子題組得分	主要題項總得分
1. 不良的社會影響			
2. 親密關係缺失	(1) 夫妻的親密缺失		
	(2) 女朋友(愛人)的親密缺失		
3. 社會依附關係 缺乏	(1) 對孩童的情緒認同		
	(2) 對女性的敵意		
	(3) 一般的社會排斥/孤獨		
	(4) 缺乏對他人的關心		
4. 性的自我規範	(1) 性衝動/性幻想不斷		
	(2) 以「性」來處理負面情緒或壓力		
	(3) 偏差的性嗜好		
5. 對性侵害的 態度	(1) 滿足性需求是一種權利		
	(2) 強暴的態度(強暴迷失)		
	(3) 兒童性侵害的態度		
6. 對於監控的 配合	(1) 對觀護的配合		
	(2) 對治療的配合		
7. 個人自我規範 特質	(1) 衝動的行為		
	(2) 問題解決技巧的認知不良		
	(3) 負面的情緒性/敵意		
	(4) 缺乏同理心		
總分=7個主要題項的分數加總			

急性動態危險因子量表

急性危險因素	類別			計分
	沒有/ 完全不會	可能/ 有一些	有	
1. 接近被害者的機會				
2. 情緒低落				
3. 被性占有慾望/性幻想				
4. 對他人的敵意				
5. 藥物或酒精的濫用				
6. 社會支持網絡減少				
7. 拒絕觀護或治療				
8. 特殊因素				
總分＝八個主要題項的分數加總				



性侵犯病因與危險因子架構圖

性侵害危險因子的(向度)結構

× **Demographic**

- + Crime type
- + Age group
- + Follow-up(追蹤年限)
- + Risk level

× **Antisocial Tendency(Anti-sociality)**

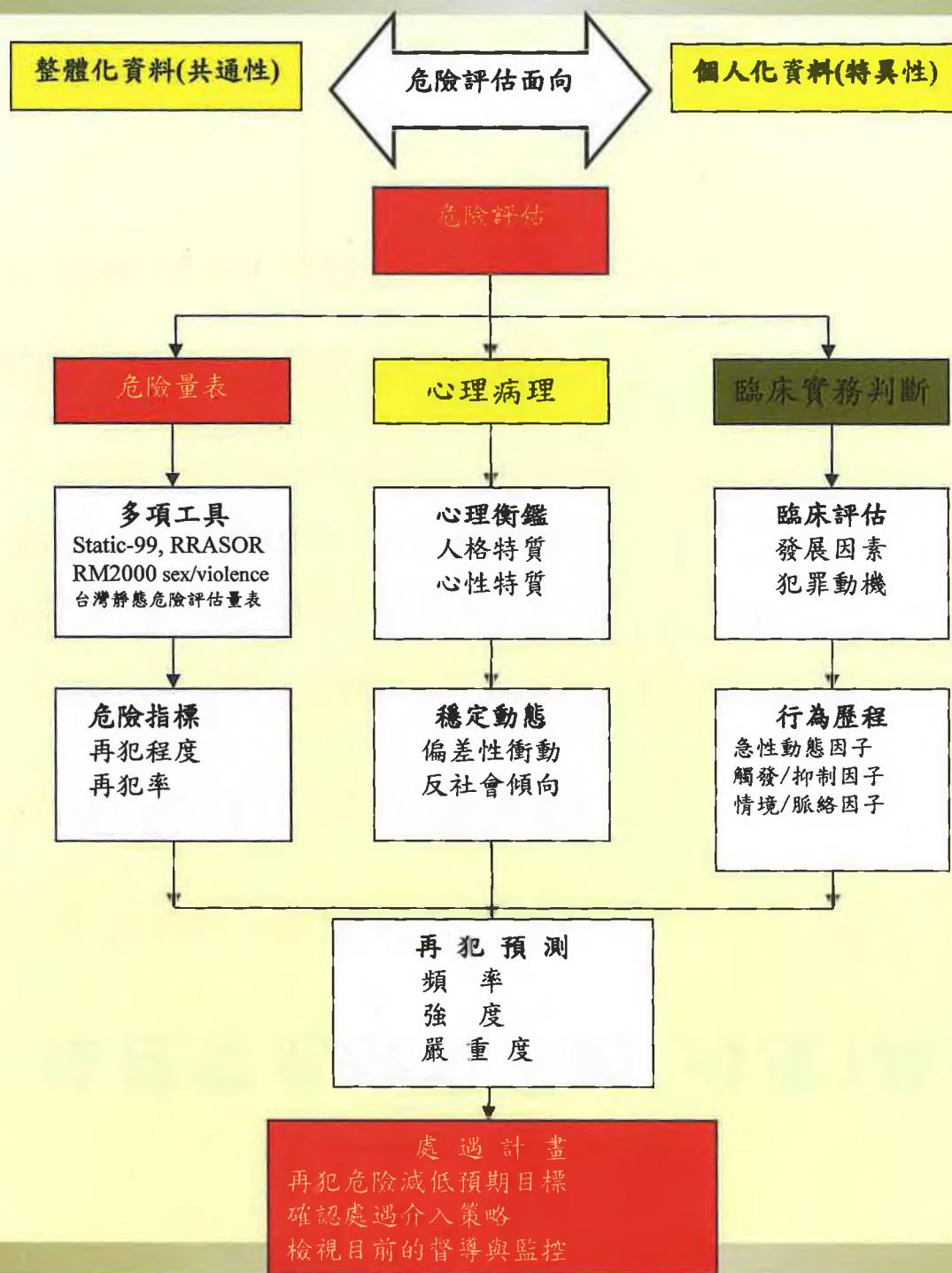
- + Crime Conviction
- + Impulsivity
- + Juvenile delinquency
- + Substance abuse
- + Violence

continued

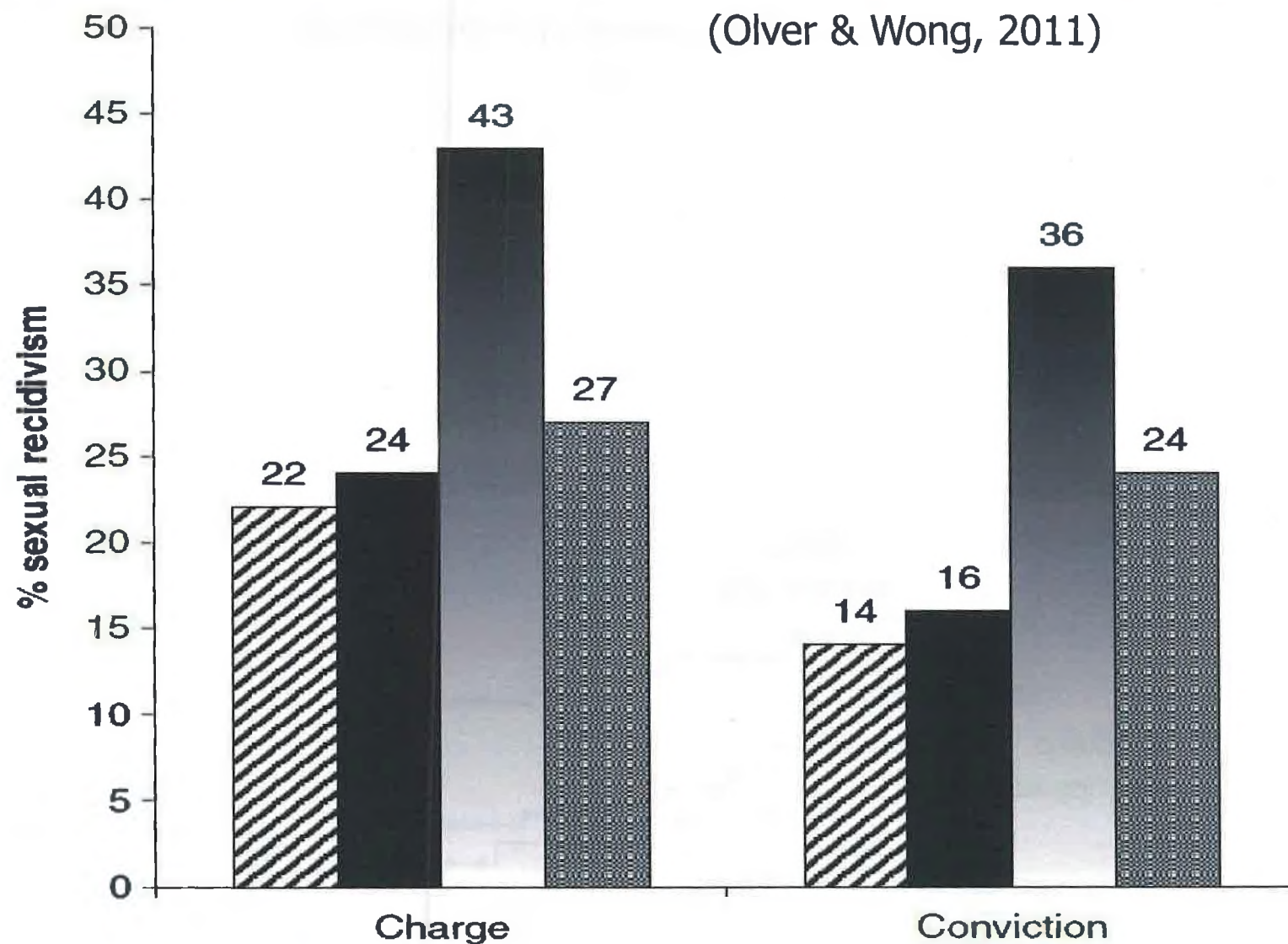
性侵害危險因子的(向度)結構

* **Deviant Sexual Interest**

- **Sexual self-regulation**
- **Atypical sexual Interest(Preference)**
 - **(Male victim, child abuse)**
 - **Number of pre-sexual crime**
 - **Distant or non-existent personal with victim**
- **Intensity of Sexuality**
 - **Degree of sexual interest and activity**



▨ Low risk/low change (n = 67) ■ Low risk/high change (n = 50)
 ▩ High risk/low change (n = 100) ▤ High risk/high change (n = 104)



Rates of Sexual Recidivism as a Function of Change and Actuarial Risk Level

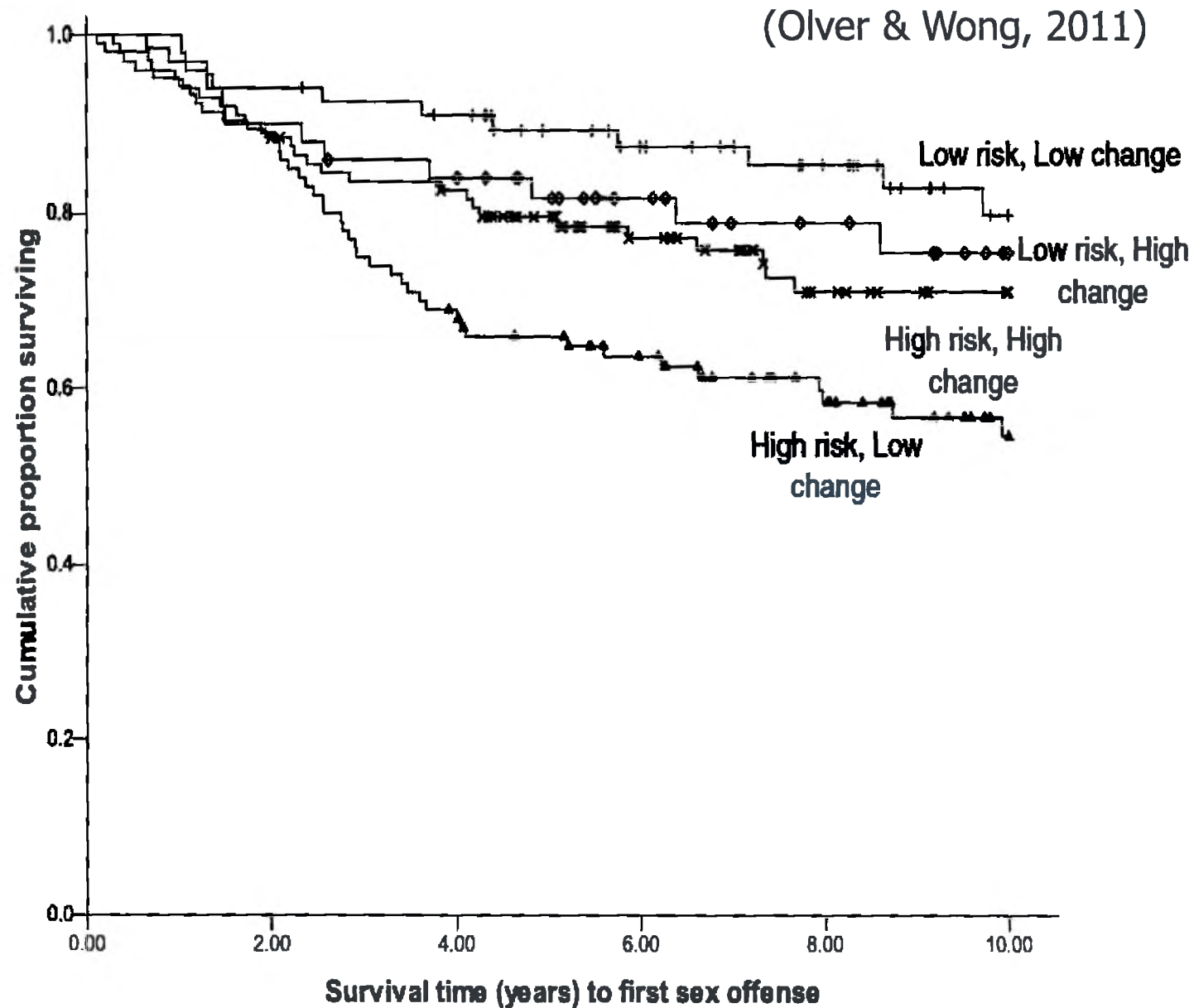


Figure 2: Kaplan-Meier Survival Curves Illustrating Sexual Recidivism Failure Rates as a Function of Treatment Change and Actuarial Risk Level

犯罪歷程路徑如何使用在治療中

1. 加害人的性侵基本背景


- * **Demographic**
- * **Crime type Age group Follow-up(追蹤年限) Risk level**

2. 加害人目前的風險因素評估

- * **Antisocial Tendency(Anti-sociality)**
- * **Crime Conviction Impulsivity Juvenile delinquency Substance abuse Violence**
- * **Deviant Sexual Interest**
 - **Sexual self-regulation**
 - **Atypical sexual Interest(Preference)**
 - (Male victim, child abuse)
 - **Number of pre-sexual crime**
 - **Distant or non-existent personal with victim**
 - **Intensity of Sexuality**
 - **Degree of sexual interest and activity**

3. 治療師協助個案畫出其犯案路徑及循環圖(之前個案要先做功課)。

對性侵再犯路徑評估與治療(處遇)

- 
1. 確實按前述步驟與原則做完整的心理病理評估
 2. 案病理評估「概念化」出「個人」的性侵發生歷程
 3. 依照病理評估設計治療計畫，治療開始就應針對每個個案 (person-oriented) 之特殊性，設立治療目標及策略，以配合個別罪犯之需求。
 4. 在整體及個別個案的處遇計劃中取得平衡。
 5. 以危險及偏差行為程度進行合適的處遇長度及強度。
 6. 執行治療與隨個案變化修正

治療目標與達到的標準

	治療目標與標準	-2	-1	0	+1	+2	計分說明
臨床 目標	1. 對性侵害的發生有罪惡感						Clinical targets
	2. 體悟(感受)性侵被害所受的身心衝擊						
	3. 對性侵被害者有同理心						
	4. 確認自己對性侵害行為負責任						
	5. 知道自己認知扭曲						
	6. 淡化性侵害犯罪後果						
	7. 瞭解生活形態與性侵害發生有動態關係						
	8. 瞭解性侵害犯罪循環(路徑)						
	9. 瞭解性侵再犯預防(RP)概念						
決意 目標	10. 允諾揭露有關的個人資訊						Engagement targets
	11. 允諾參與治療						
	12. 有改變行為的動機						
總體 治療 範圍	I. 瞭解再犯相關的基模(再犯認知模式)						
	II. 能夠調節自己的情緒(情緒調節)						
	III. 瞭解性侵發生前置事件(引發的事件)						
	IV. 好的正向生活方式策略(好生活計畫)						

為何中止犯罪？治療發生效果？

(Harris,2014)

中止犯罪(Desistance): exhibit abstinence from offending last 3-6 years(crime-free)(Farrall, Hough, Maruna, & Sparks,2011)

- * **Natural Desistance:**

1. Biological perspective
2. Maturation and aging

- * **Cognitive Transformation:**

1. Personal agency & cognitive transformation in life
2. Conscious decision and ability to change

- * **Informal Social Control:**

1. Conformity and community investment
2. Negative reinforcement, retribution, deterrence

從病理化轉向：正向因子的重建

- * 強調病理化只能達到一定的成效
- * RP認知治療模式：「不犯罪」治療(標)目的
- * 因此治療不斷的延長
- * 監控的手段愈形嚴密(苛)
- * 整合正向因子的治療
- * 全人的治療

保護因子的重要

Table 3. Incremental Validity of the Protective Strengths Index in Relation to Overall Risk.

Recidivism type	Model 1: Risk/FIM			Model 2: Risk and protective strengths		
	β (SE)	Odds ratio	R^2	β (SE)	Odds ratio	R^2
Sexual recidivism						
SRI + DNI	.10 (.05)	1.11		.04 (.06)	1.04	
FIM	.23 (.19)	1.26	.13	.08 (.22)	1.08	
PSI				-.33* (.15)	0.72	.30
Violent recidivism						
SRI + DNI	.03 (.04)	1.03		.01 (.04)	1.00	
FIM	.11 (.16)	0.89	.07	.20 (.17)	0.82	
PSI				-.21 (.11)	0.81	.14
General recidivism						
SRI + DNI	.08* (.03)	1.09		.08** (.04)	1.09	
FIM	.23* (.11)	1.26	.14	.23* (.11)	1.26	
PSI				-.01 (.09)	0.97	.25

Note. R^2 = Nagelkerke; FIM = Favorable Impression Management; SRI = Static Risk Index; DNI = Dynamic Needs Index; PSI = Protective Strengths Index.

犯罪終止：理想的好生活

- 1.專業治療的協助(professional support)
- 2.社會網絡連結(Social network)
- 3.結構的團體活動(Structured group activity)
- 4.目標導向的生活(goal-directed living)
- 5.對終止犯罪有盼望與持續的態度(Hopeful and persistent attitude to desistance)

Table 2. Proposed Protective Domains and Evidence.

Robb , Mann, Maruna, & Thornton(2015)

Proposed protective domains	Evidence		
	Healthy poles of risk factors	Desistance factors	General protective factors
1. Healthy sexual interests	Moderate intensity sexual drive Sexual preference for consenting adults Attitudes supportive of respectful and age-appropriate sexual relationships		Medication
2. Capacity for emotional intimacy	Preference for emotional intimacy with adults Capacity for lasting emotionally intimate relationships with adults Trustful and forgiving orientation Positive attitudes toward women Honest and respectful attitudes Care and concern for others		Empathy Secure attachment in childhood Intimate relationship
3. Constructive social and professional support network	Acceptance of rules and supervision Law-abiding social network Honest and respectful attitudes Empathy	Treatment as turning point Place within a social group or network	Motivation for treatment Attitudes toward authority Professional care Living circumstances Network Self-control
4. Goal-directed living	Self-control	Enhanced sense of personal agency Stronger internal locus of control	Financial management Life goals Intelligence
5. Good problem solving	Effective problem-solving skills Functional coping		Coping Work Leisure activities
6. Engaged in employment or constructive leisure activities		Place within a social group or network	
7. Sobriety	Self-control		Self-control Professional care External control
8. Hopeful, optimistic and motivated attitude to desistance		Find positive outcomes from negative events Treatment as turning point	Motivation for treatment Medication

性犯罪治療的未來

* 性犯罪的分類、評估治療

- * 分級:不同危險等級(Level of Risk)

- * 分類:1.犯罪類別(犯罪性 vs.性趣異常)

2.Versatility vs. Specialization

- * 個別化的評估與治療

- * Risk Assessment

- * Criminogenic Need

- * Responsivity

未來處遇/治療建議

- Beyond Static and Dynamic Risk Factors :社區監督與社會復歸
- 治療模式的差異性與個別化
 - One Size Doesn't fit All: 「罐頭(CANNED)」 Therapy
 - Person-Oriented Perspectives
- 身心治療與司法處遇的整合(如專業司法處遇機構的設立)
- 神經心理與心理社會因子的整合(生物、心理、社會的整合)