



## 第一章

### 同行邁步：

# 重犯性罪行 高風險人士的 更生之旅

唐可怡女士、張鴻驥先生  
懲教署臨床心理學家

針對干犯性罪行的在囚人士的更生服務，對維護社會安全是十分重要的。懲教署設立心理評估及治療組（Evaluation and Treatment Unit），旨在為干犯性罪行的在囚人士，提供以科學實證為本的心理評估和治療，是東亞地區首個針對干犯性罪行人士而設的住院式治療中心。

ETU在過去20年一直緊貼心理治療的科學研究，以風險-需要-反應（Risk-Need-Responsivity）原則為基礎，不斷更新改善心理治療計劃，例如由預防復發模型和認知行為療法（Cognitive and Behavioral Therapy），到結合以強項為本的正向人生模型（Good Lives Model）；由院所為本的治療計劃，發展到採用治療社群的模式；由個別治療擴展到以小組形式進行。

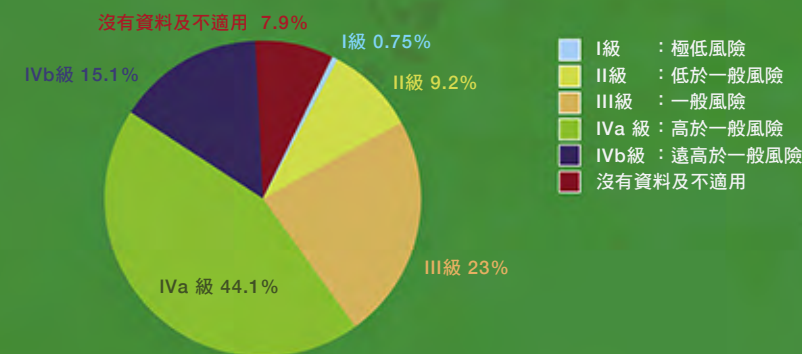
## 心理評估與治療組（ETU）的高風險群組的特徵

為有效幫助干犯性罪行的在囚人士，實證為本的心理治療是不可或缺的。大量綜合研究顯示，以風險-需要-反應（RNR）原則為基礎的社會心理治療，能顯著有效減少性罪行重犯率（Hanson, et.al, 2009; Mackenzie, 2006; Schmucker & Lösel, 2015），實在令人鼓舞。

然而，因為高風險群組可能對社會構成嚴重威脅，他們往往更備受重視。根據 Hanson 及其同事（2016）的研究，性罪犯的風險等級可以分為五個標準化風險類別，由最低的I級到最高IVb級。屬較高風險群組的IVa級及IVb級的人士的重犯風險，分別是第III級組別的兩倍及四倍（Brankley 等，2017）。

較高重犯風險的人士通常有更多的治療需要，因此在ETU參加高密度治療的人士多數屬於第IVa和IVb級。以2009年至2019年期間計算，屬於較高風險群組的人士佔了整體ETU參加的人數的60%。在此段期間內參加者的再犯風險的整體分佈如下：

### 再犯風險分佈



### 從監獄到社區的風險管理

針對干犯性罪行的動態風險因素的心理治療固然重要，另一方面，從Hanson及其同事（2014）的一項橫跨多國的大型研究中可見，高風險群組的性罪行重犯率會隨著時間有所轉變。事實上，高風險群組於獲釋重回社區後的5年內如沒有干犯任何罪行，他們重犯的機會率已降低一半以上；他們若保持10年在社區沒有違法行為，重犯率就會進一步減少近一半。由此可見，犯罪紀錄是預測重犯率其中一個有效的因素，但會隨著時間而改變。此外，無論以獲釋年齡、治療參與度、獲釋年份或受害者類型區分的組別，他們的相對重犯風險比率亦有類似的隨著時間下降的情況。因此，長遠以言，高重犯風險群組的再犯率是有可能遞減的。有效的風險管理策略不但在於在囚期間的心理治療，他們獲釋後最初數年的更生服務，對幫助他們中止重犯性罪行亦起著關鍵的作用。從以上令人鼓舞的數據可見，針對高風險群組的治療及風險管理策略的重點，在於整全的貫穿式更生服務，包括在囚時的心理評估及治療，以至獲釋重回社區後的持續關顧。

### 針對干犯性罪行人士的心理治療的組織原則

近數十年來針對干犯性罪行人士的心理治療，有令人振奮的發展。多年來臨床心理學家根據風險-需要-反應（RNR）原則設計出最有效的治療方案，這亦是今在減低重犯的治療上最具實證基礎的理論（Andrews & Bonta, 2013）。正向人生模型（GLM）亦因為非以問題主導而逐漸廣受歡迎（Ward & Mann, 2004）。最近，Carter and Mann (2016)進一步提出綜合轉變模型，綜合了風險-需要-反應（RNR）原則和正向人生模型（GLM），勾勒出六項組織原則，為落實治療計劃提供指引。下文以兩位被評估為極高重犯風險的ETU心理治療計劃參加者：Ben 和 Jerry 的更生歷程來闡釋組織原則，以及討論實際操作上的考慮。為保障當事人的私隱，文中的名字皆為化名，個人資料亦已作出修改。



綜合轉變模型  
Integrated Model of Change  
(Carter & Mann, 2016)



個案研究

個案背景 1: Ben

Ben (化名) 從小就被診斷出患有多種精神問題，包括專注力失調及過度活躍症、品行障礙和對立性反抗症。他的智力亦被評估為臨界智能。其精神狀況和行為問題使他的童年成長甚為艱難，和家人的關係亦很緊張。他在學校被同儕欺凌，學業成績亦一直欠佳，完成九年強制教育後便輟學從事外賣工作，唯表現亦不理想。他自15歲起便因性罪行而多次入獄，初期干犯的罪行相對較輕微，例如偷窺裙底，但後來日趨嚴重，例如出現跟踪之類的行為。他從未成功完成社區監管，曾出獄後最短五天便重犯。他在衝動、孤獨、缺乏親密感，和以性減壓方面的問題皆是構成他高重犯風險和治療需要的重要因素。

個案背景 2: Jerry

Jerry (化名) 是家中長子，父母後來離異。他無心向學，並在少年時期交上壞朋友，完成中學後投身社會工作。他在朋輩影響下，少年時已開始服用違禁藥物咳藥水。投身社會後曾遭公司解僱，在挫敗的感覺籠罩下亦開始吸食冰毒(安非他命)。在叔父和當時的女朋友的支持下，他成為推銷員，逐步踏上事業頂峰，擁有可觀的收入。然而，他毒癮復發，再次吸食安非他命，並開始盜竊，以及偷拍裙底。經歷無數次監禁，他整个人生變得支離破碎，最終亦結束了12年的愛情。Jerry本身是個善於交際的人，但由於過去十多年不斷進出監獄，無法建立及維持有意義及彼此信任的關係。他將自己所有問題和犯罪行為純粹歸咎於毒癮，而在更生路上的屢試屢敗，令他沮喪萬分。





### 組織性原則一：風險原則

第一個組織原則是風險原則，它是風險-需要-反應（RNR）原則中的第一個R，即心理治療的劑量應與重犯風險成正比例，因此重犯風險越高，治療密度亦應相應提高。

和其他在囚人士一樣，干犯了性罪行的Ben和Jerry也參加了ETU的啟導課程以進行全面的心理評估。參考Static-99R和Stable-2007等常用的風險評估工具，結果顯示他們日後重犯性罪行的風險非常高。一般情況下，他們會獲編配到高度密集治療計劃（HIP）以接受更密集式的治療。可惜有時他們的刑期太短，不足以讓他們完成整個高度密集治療計劃。儘管如此，考慮到他們非常高的重犯風險，我們仍堅持組織原則一（即風險原則）的精神，在他們每次監禁僅餘的刑期中，盡可能為他們提供治療。



### 組織性原則二：反應性原則

第二個核心原則是反應原則，它是風險-需要-反應（RNR）原則中的第二個R，強調心理治療要考慮參與者的生理、心理和社會特徵，以設計出易於理解、有效和吸引當事人參與的治療，例如為專注力不足的參與者縮短每節治療的時間。

ETU的系統化治療計劃是以科學實證及認知行為治療為本，並著重技能訓練。對於智力相對較弱的Ben來說，學習和應用認知技巧是一個挑戰。因此，將行為訓練設計成更具體、直接，讓他易於遵循是非常重要的。例如，臨床心理學家會向他展示一般女性在街上行走的短片，這對他來說已足以喚起他的衝動，由此與他一起練習應對方法。

認知行為療法（CBT）對Jerry而言則沒有太大困難，他近年更完成了兩次中度密集治療計劃。完成第一次治療獲釋後，他能夠在社會不犯事的情況下待了一段較長的時間。他本身解難能力強（例如，他每次出獄後都能找到新工作），但面對自己的情緒時卻束手無策。當他第二次接受治療計劃時，我們靈活地將計劃的單元的次序修改，以便在治療初段提高他對情緒的認知及了解自己情感上的需要，尤其是他在更生路上的挫敗感。同時，亦引用靜觀練習，希望他能練習把意識專注當下，留意自己當刻的經驗，從而學習調節自己的情緒。幸好他相當接受靜觀練習，並願意花額外時間練習。



### 組織性原則三：生理因素

第三至第五項組織原則，是風險-需要-反應（RNR）原則中的N，即是需要，是指治療計劃應著重處理在囚人士的犯罪因素。Carter and Mann (2016)進一步說明，這原則應該從三方面考慮—生理、心理和社會性。

第三個組織原則關乎處理在囚人士的犯罪因素時，著重強化生理方面的支援，包括腦神經認知功能，例如使用藥物治療來控制性慾亢進或異常性興趣。

Ben由於患有專注力失調及過度活躍症，一直有接受精神科治療，所以在他於ETU接受心理治療期間，我們亦與精神科醫生透過跨專業合作來處理他的性心理問題。與Ben探討過利弊以後，他同意接受針對性慾亢進的精神科治療。當他在2012年再次入獄時，因其性暴力升級的情況，所以亦加強了他的精神科治療，至今他仍接受荷爾蒙治療。

前文提及的靜觀練習，有助減弱大腦中與壓力相關的神經路徑活動，提升神經認知功能，遂將這練習加入Jerry的治療中，幫助他應對情緒和毒癮的問題。這是首次將靜觀練習加入ETU的預防重犯性罪行的治療計劃當中。鑑於懲教院所的環境及限制，要每日進行靜觀練習實在不容易，除了定時在懲教職員看守下進行靜觀練習外，例如身體掃描練習，亦將靜觀練習融入他的日常生活中，例如靜觀進食（Brewer, J., 2017）。由於他願意嘗試練習，就算在囚期間，他也經驗到如何以不批判的態度活在當下，覺察到他的情緒及心癮，以作出合適的回應。



### 組織性原則四：心理因素

第四個組織原則強調治療計劃應強化針對犯罪成因的心理資源，亦即大多數以減低重犯為目標的治療計劃中最常見的元素。例如，旨在改善情緒管理或提升分析能力的訓練都應該包括在內。通過改善參與者的認知能力及情緒管理，相信治療計劃能達至更佳效果。

心理評估顯示Ben明顯不善處理負面情緒。具體而言，他傾向透過不當的方法尋求性興奮，藉以解悶和減壓。因此，治療的其一重點是協助他學習其他更有效應對負面情緒的方法。由於ETU是一個以治療社群概念運作的住院式治療中心，他能夠於在囚期間練習在治療中學到的新技能，這對專注力和學習能力較弱的他尤為重要。Ben在接受治療期間開始參與運動，並在離所後他仍然繼續，這對他管理壓力和負面情緒大有裨益。





### 組織性原則五：社會因素

第五個組織原則重點在於通過加強社會資源來處理犯罪因素，並指出治療計劃應協助在囚人士發展正面的社交技能和觀念以改善人際和親密關係。同時亦應該鼓勵他們發展出能延伸至監獄以外的社交網絡。因此，與社區組織建立伙伴合作對在囚人士重投社會是不可或缺的。



由於Ben行事衝動，因此他與家人的關係一直欠佳。除了難以結交朋友外，年少時更遭受欺凌。由於他既孤獨又渴望與人建立關係，亦非常憧憬愛情，所以幫助他發展建立和維持親密關係所需的技巧就非常重要。因此他在治療期間一開始便學習如何建立親密關係，學習溝通技巧和社交禮儀。

Jerry交際能力高，在人前總是表現得開朗樂觀。雖然他常以正面的態度待人接物，但由於他內心其實不太接納自己，他的人際關係一直都流於表面。隨著治療他了解自己多一點，意識到自己的心理狀態，他開始能向人稍為敞開心扉。他亦承認仍然渴望親密關係，對尋找伴侶還抱有希望；在他最後一次獲釋後不久，他真的如願開展了一段愜意的親密關係。



### 組織性原則六：中止犯罪

最後的組織原則就是要強化在囚人士離所後不再犯罪的動機。此原則基於理性行為理論，該理論認為某行為（例如中止犯罪行為）背後的動機取決於三個因素：信念及對後果的評估、感知到身邊重要的人的期望、以及自我效能。例如通過動機式訪談法來增強當事人轉變的動力，就是符合這原則的治療元素（Miller & Rollnick, 2002）。

作為懲教署的臨床心理學家，我們明白在囚人士重投社會時要改變舊習，並應用治療期間所學，是十分困難的，尤其是考慮到Ben與Jerry複雜的臨床心理問題及較高的重犯風險。因此，我們鼓勵他們獲釋後多參與社區的支援服務。為此懲教署亦安排熟悉他們更生需求的專責團隊為他們提供獲釋後的監管和跟進。我們還與非政府組織和宗教團體建立了緊密的合作關係，以支持他們重新融入社會。



Ben和Jerry都參加了一個由非政府機構專為曾干犯性罪行的更生人士制訂的師友計劃，透過社工和義工的支持協助他們更生。由此，Ben逐漸養成了定期跑步、踏單車和參與教會聚會的習慣，這都有助他應對壓力。Jerry重回社區後亦建立了一些較有深度的友誼。他同樣喜歡踏單車，並組織了自己的單車隊，經常和一大班志同道合的朋友聚會，讓他重拾久違了的滿足感。

他們倆走了很長的一段路，逐步建立起親社會行為及有意義的生活。他們不僅找回自我，掌握自己的生活，而且還能夠與他人分享自己的故事和更生之旅，以幫助有類似經歷的人。他們從來不敢想像自己不再是「受助的在囚人士」，而是令他們引以為傲的「幫助人的義工」。



### 結論

在過去十多年進出監獄期間，Ben 與Jerry多次參加心理治療，亦接受了不少社區支援服務，我們見證著他們的身份由「性罪犯」轉變為機構的「義工」，實在殊不簡單。在撰寫本文時，Ben 已經停止干犯性罪行超過四年，相比起他曾經獲釋後五天便重犯是顯著的成就。他現在與家人的關係已有所改善，亦能夠維持穩定的工作和人際關係。至於Jerry，他在獲釋後兩年沒有重犯，可惜及後卻因財產相關的罪行而再次入獄。他原本已兩年沒有吸食毒品，但在與父親一次的爭執後重拾陋習，以致他精神狀態不穩而再犯案。他當然懊悔自責，但更重要的是他更理解需要學習處理自己的情緒。今次他慶幸沒有干犯任何性罪行，並對自己繼續有正面的改變仍抱有希望。畢竟，更生之旅是一個持續的過程。正如曼德拉所說：「事情在成功之前，看起來總像不太可能」。

高重犯性罪行風險人士的背景各有不同，治療需要亦非常複雜，為他們提供心理治療從來絕非易事。有時難以想像他們怎樣可以遠離罪行，並在社會重新適應生活。儘管如此，確實有些曾經被視為高重犯性罪行風險的更生人士，正在社區中過著守法而滿足的生活。根據過去有關干犯性罪行人士的研究及臨床經驗，能夠應用上述以實證為本的「綜合轉變模型」至為重要，以這六個組織原則為基礎，利用跨專業的協作，結合從監獄開始延續至社區的更生服務，能有效幫助高重犯性罪行風險人士作出正面的改變。透過適切的治療和支援，每位曾干犯性罪行的人都可以實踐有意義的改變和過一個正面的人生，實在令人鼓舞。當他們成功更生，我們亦可以生活在一個更安全和美好的社會。



## 參考資料

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2013). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Newark, NJ: LexisNexis/Anderson. <http://doi.org/10.4324/9781315721279>

Beggs, S.M., & Grace, R. (2010). Assessment of Dynamic Risk Factors: An Independent Validation Study of the Violence Risk Scale: Sexual Offender Version. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 234 - 251. <https://doi.org/10.1177/1079063210369014>

Brewer, J. (2017). *The Craving Mind*. New Haven: Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/9780300227604>

Carter, A. J. & Mann, R. E., (2016), Organizing principles for an integrated model of change for the treatment of sexual offending. In Beech A.R. & Ward, T., (Eds.), (2016), Volume 1: Theories. In Boer, D. P., (Ed.), (2016), *The Wiley Handbook on the Theories, Assessment, and Treatment of Sexual Offending* (pp.359-378). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574003.wattso017>

Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The Principles of Effective Correctional Treatment Also Apply To Sexual Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865 - 891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>

Hanson, R.K., Harris, A., Helmus, L., & Thornton, D. (2014). High-Risk Sex Offenders May Not Be High Risk Forever. *Journal of Interpersonal Violence*, 29, 2792 - 2813. <https://doi.org/10.1177/0886260514526062>

Hanson, R. K., Bourgon, G., McGrath, R. J., Kroner, D., D'amora, D. A., Thomas, S. S., & Tavarez, L. P. (2017). *A five-level risk and needs system: Maximizing assessment results in corrections through the development of a common language*. New York: The Council of State Government Justice Center.

MacKenzie, D.L. (2006). *What Works in Corrections: Reducing the Criminal Activities of Offenders and Delinquents*. New York, NY: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9780511499470>

Marques, J.K., Wiederanders, M., Day, D.M., 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: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107. <https://doi.org/10.1007/s11194-005-1212-x>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.

Olver, M., Wong, S.C., Nicholaichuk, T., & Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the Violence Risk Scale-Sexual Offender version: assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological assessment*, 19(3), 318-329. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.318>

Schmucker, M., & Lösel, 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. <https://doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z>

Tewksbury, R., Jennings, W. G., & Zgoba, K. M. (2012). A longitudinal examination of sex offender recidivism prior to and following the implementation of SORN. *Behavioral sciences & the law*, 30(3), 308-328. <https://doi.org/10.1002/bsl.1009>

Ward, T., & Mann, R. (2004). Good lives and the rehabilitation of offenders: A positive approach to sex offender treatment. *Positive psychology in practice*, 598-616. <https://doi.org/10.1002/9780470939338.ch36>