

亞洲家庭暴力與性侵害期刊

第二十卷第一期，2025，53-80 頁

【研究論文】

四關鍵療法對智能障礙合併過動症少年性侵害者影響之行動研究

林明傑¹、施雅碧²、葉信昌³、蔡宜延⁴

摘要

智能障礙伴隨過動少年性侵害者之研究極少，介入方案一般以認知療法為主，成效仍待確認，而智能障礙伴隨過動性侵害者之性侵害數與再犯率很高。四關鍵療法是指對過去的不舒服經驗、偏差學習模式、偏差想法、改善營養狀況，並進行輔導，即可降低再犯風險與其性偏差行為，此療法之理論基礎在於以傳統認知行為療法加入創傷知情與營養學新知，乃為跨領域之整合型方案，此方案少為人所知，而研究者以四關鍵療法進行性侵害者治療已一段時日，藉此研究呈現四關鍵療法介入智能障礙伴隨過動少年性侵害者的輔導過程並於輔導過程中之省思及修正。本研究以智能障礙伴隨過動少年性侵害者 4 個案為研究對象，4 個案均有多次的性偏差行為，於「四關鍵療法」介入輔導過程反思並依據個案給予調整輔導方式。研究結果發現介入後，4 位個案之再犯風險均降低，行為與人際互動之依附關係則依個案而有不同變化，個案與相關人員皆給予四關鍵療法介入後成效與治療師正向肯定，該方案中營養補充受到部分個案與其家人的肯定，個案的性偏差行為確實獲得改善。

關鍵字：智能障礙伴隨過動、四關鍵療法、少年性侵害者、營養、創傷

¹ 國立中正大學犯罪防治學系教授

² 國立嘉義特殊教育學校教師，本文之通訊作者，elyownhazon@gmail.com

³ 國立中正大學犯罪防治學系碩士生

⁴ 國立中正大學犯罪防治學系博士生，現任南華大學社會工作系專技助理教授

壹、前言

一、緣起與動機

目前智能障礙伴隨過動少年性侵害者之研究闕如，由於智能障礙者犯罪之防治，再加上其個別可能合併的身心障礙類型，通常需要跨領域的專業合作才能實行。實務上，性侵害者之性侵害數與再犯率皆高居不下，第一作者因治療家暴者與性侵害者約 30 年，因發現酒癮者療效差，發現傳統認知行為療法的不足，而使之再整合創傷改善與補充營養之「四關鍵療法」，後續第一作者嘗試接受轉介困難治療之精神障礙個案，期盼藉由本研究之結果，能引發實務工作者、教育者及學術研究者的跨學科之重視，並進而持續投入原本難以改善的多重原因犯罪者之有效防治方案。

二、研究目的

本研究之研究目的：

- 1.瞭解「四關鍵療法」對智能障礙伴隨過動少年性侵害者創傷之影響。
- 2.瞭解「四關鍵療法」對智能障礙伴隨過動少年性侵害者之再犯風險、行為改變階段、依附風格之改變。
- 3.瞭解「四關鍵療法」對於智能障礙伴隨過動少年性侵害者性偏差行為之影響。
- 4.瞭解個案與相關人士對「四關鍵療法」成效之看法。
- 5.瞭解研究者對個案調整之作法與省思。

三、研究限制

本研究限制有：

- 1.本研究主要採用訪談法蒐集資料，研究結果可能受到研究參與者主觀經驗與表達能力之影響，尤其本研究之研究參與者均為智能障礙伴隨過動者。
- 2.本研究之研究參與者僅限於特定族群，樣本數僅 4 位，不宜過度推論至其他不同背景之族群。
- 3.本研究所使用之研究工具，雖經專家效度檢核，仍可能無法涵蓋研究現象之所有面向，尤其此研究之障礙族群。
- 4.本研究之研究期間有限，僅能呈現短期介入之成效，對於長期影響尚待後續研究加以驗證。
- 5.研究過程中，研究對象之個別差異及環境因素難以完全控制，可能對研究結果造成影響。

貳、文獻探討

一、智能障礙、過動症及相關研究

(一) 智能障礙與過動症者之偏差行為

依據教育部（2024）修正之《特殊教育學生及幼兒鑑定辦法》第三條第一款

指出智能障礙為：

「指個人在發展階段，其心智功能、適應行為及學業學習表現，較同年齡者有顯著困難。前項所定智能障礙，其鑑定基準依下列各款規定：

一、心智功能明顯低下或個別智力測驗結果未達平均數負二個標準差。

二、學生在生活自理、動作與行動能力、語言與溝通、社會人際與情緒行為等任一向度及學科（領域）學習之表現較同年齡者有顯著困難情形。」

另外，智能障礙（*mental disability*）是指智力功能顯著低於常態，並伴隨有適應性行為方面的缺陷，導致認知、能力和社會適應有關之智能技巧的障礙。教育上則將智能障礙定義為：在心理發育上較遲滯、導致無法達到同年齡兒童的學業或學習成效低落（林淑莉，2020）。過動症原名為注意力缺陷過動症（*Attention Deficit Hyperactive Disorder*，簡稱 *ADHD*），是一種集合注意力不集中、過動、衝動三大核心症狀之兒童期障礙，一般兒童人口當中約有 5-10 % 的人有此，可分為三個亞型，即注意力缺陷型、過動衝動型、合併型。我國 *ADHD* 盛行率為 9.02%（楊健良，2024/02/01）。到青少年時，這些問題會進一步影響親子互動、師生關係、以及同儕關係的惡化外，*ADHD* 兒童學業不佳，經常被責罵，易形成自卑、低自信甚至自暴自棄的個性（陳映雪，2023/03/01）。*ADHD* 主要症狀有不專注、衝動、過動、難以習得常規行為以及成就表現不穩定（洪儷瑜，2020）。因此，智能障礙合併過動症者會有行為問題，性侵犯行為則為行為問題的一種，如何輔導性侵犯行為須考量智能障礙與過動症之行為特徵。

55 篇 *ADHD* 的影像分析後設分析發現其病因是大腦額葉區活化不足（*Cortese*，2012）。目前 *ADHD* 治療以中樞神經興奮劑療效最佳，其藥理為前額葉注意中樞不夠活化而以興奮劑活化，其機制乃調解腦內神經傳遞介質的作用，尤以多巴胺系統來改善症狀，此僅為症狀治療，藥效過後，症狀又出現，需定時且長期服用。藥物治療約 3/4 病童有效，國內目前有短效立他能及長效專思達兩種不同劑型，時效不同，成分皆為 *methylphenidate*，使用於 *ADHD* 的治療已長達五十年以上（陳映雪，2023/03/01）。

（二）相關研究

Dunn 等人（2019）提出，細胞發炎狀態可能與過動症之風險指標相關。此外，中央研究院（2019）進行一項以臺北市 31 所國小學生為研究對象之研究，分別選取過動組與一般組各約百名研究參與者，蒐集其飲食狀況、營養素攝取與血液指標資料，並進行相關與路徑分析。研究結果顯示，過敏狀況、飲食形態與過動症相關指標之間存在統計相關。進一步分析飲食與營養素變項發現，維生素 B 群、鈣、鎂、鋅及魚油之攝取量與過動症相關指標呈現負向關聯（如圖 1 所示）。上述結果僅顯示營養素攝取程度與過動症相關指標之間的相關趨勢，其關聯方向與潛在機制仍有待後續研究進一步釐清。

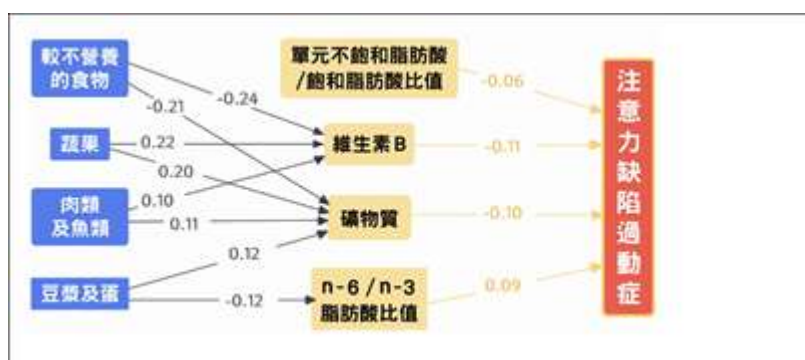


圖 1 顯示飲食、營養素、與過動症之統計影響關係圖

二、少年性侵犯者

(一) 少年性侵犯者分類學

美國治療師 Groth (1977) 提出以精神分析的創傷防衛機轉為基礎的性侵害加害者分類學，認為無論是成年人或少年性侵犯者，其行為皆源自憤怒與權力的心理動力 (Groth, 1979; 林明傑, 2018)。Groth 指出性侵的三大心理動力為權力、憤怒與性，但性並非主因，故可依權力與憤怒的主導程度，將少年性侵犯者依其受害者與該性侵犯者之相對年齡分為三類 (Groth, 1979, p.182)：

- (1) 第一類：性侵害比自己明顯年幼五歲以上之被害人的少年性侵犯者；
- (2) 第二類：性侵害與自己五歲以內之年齡相近被害人的少年性侵犯者；
- (3) 第三類：性侵害比自己明顯年長五歲以上之被害人的少年性侵犯者。

其特性如表 1：

表 1 Groth 依受害者與該性侵犯者之相對年齡分類

分類型	攻擊與暴力使用	被害人型態	性侵樣態	地點	對象是否熟識
第一類	較少	較年幼者或男童	多是性撫摸	—	多為相識者
第二類	有	陌生人	多是輪姦	戶外	可能認識
第三類	有，且併用武器	多女性	侵入生殖器	戶外	陌生人

若是強暴成年婦女之少年性侵犯者 (adolescent rapist)，其常在建立親近關係或有意義的同儕關係的能力或技巧上較差，因而多會是較孤單；心情上常多較有空虛感及憂鬱，且常因其挫折容忍力而常有衝動行為，而易怒且無法從事較花時間及有目標的活動，此可常其在學校表現較差上看的出來。另外若是性侵害兒童的少年性侵犯者 (adolescent child molester) 其多會覺得與較年幼之幼童相處比與同儕相處較舒服，因而也表現的較不成熟與較有依賴性。

從以上可看出，根據性侵犯者分類學，每一個分類都有昔日的創傷經驗上生成扭曲的防衛機轉而有性侵行為。

三、治療技術

(一) 一般性侵犯者治療技術

根據美國 Safer Society Foundation 於 1994 年的全國性侵犯者治療方案調查，分析 1784 個來自監獄、社區與學校的輔導單位後發現，「認知行為取向」與「再犯預防取向」分別佔 40% 與 37%，為最常見的治療方法 (Freeman-Longo et al., 1995)。再犯預防取向由 Marlatt 與 Gordon (1985) 針對酒癮者開發，其概念被 Marques 等人 (2005) 引入性侵犯者治療中，強調辨識與中斷再犯循環，但 15 年實驗顯示治療組與對照組在再犯率上無顯著差異。McGrath 等 (2010) 調查美加地區治療師後發現，若以「一個主要取向」分類，認知行為療法為主 (65%)，其次為再犯預防 (15%)、好生活模式 (5%)、多系統 (3%)、RNR (3%)。若列出三個常用取向，則認知行為達 92%、再犯預防 67%、心理教育 30%、好生活模式 29%、自我規範 22%。整體而言，美國治療實務仍以認知行為療法為主軸，且其療效已有多篇後設分析支持 (Hall, 1995; Gallagher et al., 1999; Schmucker & Lösel, 2015)。林明傑 (2025) 研究顯示，遭霸凌、與女互動之不舒服經驗會影響性侵犯者「沒平等尊重」、「安全型依附」、「焦慮型依附」、「畏避型依附」、「排拒型依附」、「病態型自私」等人格層面，進而影響到「喜暴力色情片」、「強暴迷思」、「性別不平等心態」，最終「強暴迷思」會導致性侵犯行為。

(二) 少年性侵犯者的治療技術

根據美國 Safer Society Foundation 於 1994 年進行的全國性侵犯者治療方案調查，針對 1784 個來自監獄、社區與學校的輔導單位分析顯示，最常使用的治療方法為「認知行為取向」與「再犯預防取向」，分別佔 40% 與 37% (Freeman-Longo et al., 1995)。其中，再犯預防模式源自 Marlatt 與 Gordon (1985) 針對酒癮者所設計的概念，強調辨識高風險情境與中斷再犯循環。Marques 等人 (2005) 將其應用於性侵犯者治療，進行長達 15 年的實驗性評估，結果顯示治療組與對照組在再犯率上無顯著差異，顯示其單一應用效果有限。

McGrath 等 (2010) 進一步針對美國與加拿大的治療師進行調查，結果發現若以「一個主要取向」分類，有 65% 的治療師採用認知行為療法 (CBT)，其次為再犯預防 (15%)、好生活模式 (Good Lives Model, 5%)、多系統療法 (3%)、與風險需應原則 (RNR, 3%)。若允許治療師列出三個常用取向，則認知行為療法高達 92%，再犯預防為 67%，心理教育 30%，好生活模式 29%，自我規範 (self-regulation) 22%。整體而言，美國目前性侵犯加害人治療仍以認知行為療法為主流，其成效亦獲多篇後設分析支持 (Hall, 1995; Gallagher et al., 1999; Schmucker & Lösel, 2015)，在降低再犯風險方面被廣泛肯定。

四、營養對犯罪者改善之相關研究

美國 Schoenthaler (1983) 針對 276 位少年犯進行研究，發現實驗組服用營養補充品後，監獄內正向行為提升 71%，慢性違規行為減少 56%。英國 Gesch 等 (2002) 以 231 位年輕囚犯進行雙盲實驗，服用複合營養素者於兩個

月後，其暴力與負面行為減少 35%，該研究促使英國政府檢討監獄膳食品質。Schoenthaler 與 Bier（2000）亦在加州小學對 468 位 6 至 11 歲兒童進行四個月營養介入，實驗組偏差行為下降 47%，對照組則無顯著變化。

美國賓州大學 Raine 等（2015）對 16 歲青少年進行 omega-3 實驗，結果顯示攝取者顯著減少內外向偏差行為。這些實證指出，針對青少年及受刑人補充營養，行為改善幅度高達 35%-47%，且年齡越小介入效果越顯著，反映神經穩定傳導依賴穩定營養支持。林明傑（2025）認為，性侵者的行為成因上發現整體性侵類別上，只有「強暴迷思」可直接顯著促使性侵行為發生，「營養攝取」可顯著抑制性侵行為發生，其中所指的營養補充是每天吃較多的蔬菜、水果或海水魚者較不會產生性侵行為；而吃較多上述三類食物者，在輔導介入後，顯著有較高的改變分數。

五、創傷

性侵害加害人是否曾有心理創傷或早年不舒服經驗？根據 Groth（1977）以精神分析為基礎所建立的性侵害者分類學，成人性侵害者可分為權力型與憤怒型，這兩種類型皆顯示其行為是對女性的憤怒、挫折或羞辱感的扭曲反應，是一種權力失落或情緒壓抑的補償性行為。而針對 13 歲以下兒童的性侵害者，Groth（1979）則分為退縮型與固著型。退縮型通常過去曾與成人女性有正常性關係，但因生活壓力或與女性互動的挫敗而轉向對女童施害。固著型則多與其童年受創經驗有關，特別是早年遭成年男性性侵害的創傷，使其性心理固著於童年階段，進而傾向對男童進行侵犯。Groth 強調，不論成人或兒童性侵害者，其行為背後皆存在某種形式的過往不舒服經驗或心理創傷。

「心理創傷」（psychological trauma），根據《劍橋線上百科全書》的定義，是指「極度令人震驚或煩亂的經驗，所造成的嚴重情緒衝擊與痛苦」。當人遭逢重大變故，內在安全感與信任感被摧毀時，便可能留下長期陰影，甚至演變為「創傷後壓力症」（Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD）。對於尚未達到臨床診斷門檻者，可稱之為「昔日不舒服經驗」，其雖不符合正式診斷，但已對人格或情緒產生深遠影響。

根據《精神疾病診斷與統計手冊第五版》（DSM-5），PTSD 需符合五項條件：一、遭遇創傷事件；二、創傷記憶重現（如夢魘、閃回）；三、逃避與創傷相關的人事物；四、認知與情緒負面改變（如自責、憤世嫉俗）；五、過度警覺（如失眠、易怒、關係緊張）。然而許多性侵害加害人並不符合這些典型症狀。

Herman（2018）指出，心理創傷核心在於「權能喪失」與「失去連結」，尤其當個體長期處於無助、無法逃離的情境下，如戰爭、家庭暴力、性侵、人口販運等，會對人際關係與世界觀造成深層破壞。她認為 PTSD 不足以涵蓋複雜創傷經驗，因此提出「複合型創傷後壓力症候群」（Complex PTSD, C-PTSD），其在 DSM-5 中已被承認。

C-PTSD 除具 PTSD 基本症狀外，還包括六大面向：1. 情緒調節困難（如

自殘、爆炸性憤怒、性強迫或壓抑)；2. 意識變化(如解離、失現實感、創傷記憶回溯)；3. 自我認知變異(如羞恥、自責、孤立感)；4. 對加害者的扭曲認知(如理想化或合理化其行為)；5. 關係受損(如退縮、不信任、無法建立親密關係)；6. 意義體系崩解(如失去信仰、絕望感)。

儘管大多數性侵害加害者未符合 PTSD 診斷標準，但他們普遍存在「昔日不舒服經驗」或兒時創傷，如人際排斥、性羞辱、家庭功能失衡等。透過 C-PTSD 架構，實務與研究者能更全面理解性侵害者的心理脈絡與創傷歷程。這不僅有助於辨識其風險與需求，也為設計有效的介入與治療策略提供理論基礎，促進其重建人際信任與情緒調節能力，進而降低再犯可能。

六、四關鍵療法

「四關鍵療法(Four-Key Therapy)」分成四關鍵評估、矯正諮商四步驟兩部分。偏差行為形成過程可區分為三個階段：需求動機、支持想法、行為表現。前三階段未必依序發生，需求動機可透過精神分析理論中之昔日創傷經驗與防衛機轉來說明「四關鍵療法」，此一架構發展自認知理論納入創傷知情與營養因素，主張行為是悶來的，行為係為減少過往創傷造成的情緒困擾所產生之負面防衛行為，如轉移怒氣、否認責任等(Corey, 2014)，說明如下。

1. 學來的(行為理論)：行為透過制約、強化與模仿產生，包括古典制約、操作制約與社會學習(Corey, 2014)。
2. 想來的(認知理論)：行為受其信念與思維模式影響，亦包含 Rosenberg (2019) 之非暴力溝通(NVC)理論，即所有衝突皆因需求未被滿足。研究者延伸提出四項溝通提問，用以釐清尊重概念：是否喜歡被尊重？是否同意沒人喜歡不被尊重？尊重自己與他人，哪個重要？尊重自己與他人的需要，哪個重要？
3. 神經營養不足或生理異常來的(營養心理學)：研究指出營養素如維生素 B 群、鈣鎂鋅對於情緒與行為有穩定作用，且對過動、憂鬱、攻擊性等症狀有助益(中央研究院, 2019; Davis, 1993)。

(二) 矯正諮商四步驟

林明傑(2018)提出四步驟如下：

1. 確定方向：透過現實治療理論引導案主思考「想要被關還是不要被關」，強化其選擇責任與未來目標(林明傑, 2009)。
2. 找出優點：採優勢觀點社會工作理論，引導案主說出自我優點，提升自信(宋麗玉、施教裕, 2009)。
3. 找出作法：(1) 說出最不舒服的兩件事，並進行情緒釋放療法(EFT)，以接納與疼惜自我(林嘉瑗、郭玉文, 2014)。(2) 辨識與轉化高風險情緒、想法與情境，探討情緒與性衝動之關聯性。(3) 補充營養素：鼓勵服用穩定情緒的維生素 B 群與鈣鎂鋅螯合錠，促進神經穩定與生理調節(Davis, 1993)。
4. 鼓勵個案需完成以下自我實踐行動：輪流帶領 EFT 練習、自我鼓勵、做

出正面行為並予以獎賞、月度自評與互評。

(三) 實施步驟

第一部分：四關鍵評估

1. 問最不舒服的兩件事及其不適感程度（1-10 分自評）。
2. 問性偏差行為是怎樣學來的？
3. 問其對性偏差行為的想法？
4. 詢問其飲食習慣、有無服用藥物與營養品？

第二部分：矯正諮商四步驟

1. 問案主選擇：「向左走會被關、向右走不被關，你選哪邊？」
2. 找出兩項優點，並與夥伴進行「對眼說自信」練習。
3. 找出作法：包含情緒釋放療法、高風險因子辨識與調整、營養補充。
4. 鼓勵營養與自我行為獎賞，如捐款、買喜愛食物、月會談分享進步。

(四) 想法與作法的改變策略

1. 想法改變：透過討論「尊重自己與他人何者重要？是否同樣重要？」引導個案反思自私觀念與合理化思維，建立平等尊重他人之價值觀，打破自我中心化思維，實現責任與愛的轉化（林明傑，2023b）。
2. 作法改變：透過鼓勵性行為反思與實際情緒表達練習（如 EFT）、具體獎賞系統（如零用錢、捐款等），提升個案投入感與改變動機，並促進其長期行為改變與社會責任實踐。

六、小結

本研究以智能障礙合併過動症少年性侵害者為研究參與者，並以自行發展的「四關鍵療法」，從少年之障礙特性、少年性侵害者、治療技術、營養心理學、四關鍵療法分別提出文獻，以作為本研究之理論基礎。

參、研究方法

本研究以行動研究法進行，行動研究（Action Research）是一種改善或增進實務工作的研究，藉由分享的、互動的關係來建構研究者與研究參與者互動的歷程，包含行動方案介入與實務工作者的參與（鈕文英，2006）。黃政傑（2001）則認為行動研究是一種結合實務與研究的歷程，強調在實務現場中，研究者（如教師、社工、警察等）透過發現問題、行動介入、觀察效果、反思調整的循環過程，進行持續改進。本研究以 4 位智能障礙伴隨過動少年性侵害者為研究參與者，並實施「四關鍵療法」作為介入方案，以自評與質性資料作為評估成效之工具。本研究之第一作者為治療師，第二作者為資料彙整者，有質性研究訓練，擔任輔助質性資料分析，協助研究資料再確認。

一、研究流程

本研究於團體治療時，進行「四關鍵療法」介入，藉由觀察記錄其治療歷

程，與介入前後之質性描述與三量表之填答，彙整所得之研究資料，進而分析為本研究之結果，其過程中研究者反思「四關鍵療法」介入時之困境、調整與成效。

二、研究參與者

研究參與者基本資料摘要如下：

(一) 阿甲：

阿甲為有中度智障及過動診斷之特殊教育高職部學生，說話稍口齒不清仍可聽出語意，父為工人且輕度智障，生阿甲後離婚再娶後母，奶奶對阿甲相當關心。國二時對同父異母七歲妹妹撫摸陰部兩次，被通報而被裁定保護管束，也曾在校有偷看女同學上廁所、摸或打大腿、臀部及肩膀等踰矩行為，也疑似曾對鄰居女童脫褲子。阿甲在社區參與社區治療時，治療師表示阿甲表現不佳，也常缺席治療，因而轉介研究者。

(二) 阿乙：

阿乙為有過動症診斷及有邊緣智能之私立高級職業學校學生，父為工人，生阿乙後離婚，再娶後母住進後母屋，並與異父異母兩位哥哥及一位妹妹同住，與父親關係差。國三時對國一妹妹摸胸。高二在校車上曾摸同年級女生胸部。因社工員要求女兒與案主須分開，而將案主安置姑姑家。父親嚴厲禁止使用手機，只能打公共電話。且每天要求跟父親通電話才會給他零用錢。父親與後母習慣用貶抑的言詞，家庭支持差。

(三) 阿丙：

阿丙為特殊教育學校畢業生，具輕度智能障礙合併過動症，且罹患第一型糖尿病，因父母離異、父親病逝後，住在育幼院，畢業後，住在母親居住地之院外家園，母不願接其同住。國中時曾推倒女同學並摸胸，高一時對家園國中男生摸陰部，於同年亦對家園小學一年級男童摸陰部。因阿丙稱想到父親離世留下孤獨的自己而憂鬱想自殺，因此轉介至治療師。

(四) 阿丁：

阿丁為私立高級職業學校畢業生，輕度智障合併過動症，父母離婚，未再見母，父被罵而殺死老闆入獄，與祖父母同住，阿丁被祖父母灌輸觀念，認為母親很爛。國一時在雜貨店對小三女童指頭性侵；也曾竊盜，稱祖母給錢不夠吃飯，後續又在公園對聊天中的三十歲女，突然從後方抓胸。畢業後半年無工作閒賦在家。

三、研究工具

本研究之研究工具包括：

(一) J-SOAP 量表 (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol)

由 Prentky 與 Righthand (2003) 發展之，含四個分量表，前兩個為靜態分量表，即「I. 性驅力分量表」及「II. 衝動與反社會行為分量表」均各八題，而後兩個分量表為動態分量表，即是「III. 處遇分量表」及「IV. 社區穩定及適應

分量表」，依據各分量表、靜動態量表、或全量表計算平均分，並以此平均分顯示案主之再犯危險程度，平均分以下為低風險，平均分到一個標準差為中風險，而一個標準差以上為高風險。在信效度方面，相關研究顯示 J-SOAP 具可接受之內部一致性與評分者間信度，各分量表 Cronbach's α 約介於 0.65 至 0.80 之間；其總分及分量表得分與後續再犯行為具顯著關聯，支持其建構與預測效度。整體而言，J-SOAP 為一兼顧靜態與動態風險因子的實務評估工具，適用於青少年性犯罪者之再犯風險評估。

(二) URICA 量表 (The University of Rhode Island Change Assessment)

以多理論觀點為基礎設計用來測量改變的階段，由 McConaughy, Prochaska 與 Velicer (1983) 編制，共包含 32 題，測量四個改變的階段（即前思考期、思考期、行動期及維持期）中位於哪一個階段，換言之，即改變問題行為的準備程度如何。在信度方面，原始研究顯示各分量表之內部一致性信度良好，Cronbach's α 介於 0.79 至 0.89 之間；後續研究亦支持其在不同族群中的信度表現，多數研究 α 值皆達 0.70 以上。在效度方面，因素分析結果支持其四因素結構，具良好建構效度；此外，URICA 得分能有效區辨不同改變準備程度之個體，並與治療投入度及行為改變成效具有顯著關聯，顯示其具備良好的效標關聯效度。綜上所述，URICA 量表具備穩定之信效度，適合作為評估研究對象改變動機與行為改變階段之測量工具。

(三) RSQ 量表 (Relationship Style Questionnaire)

性侵害加害人的性侵害犯行，可能反映其最根本的兩性互動、自我與他人關係型態，或可以追溯到其早年的家庭經驗，還有與主要照顧者的互動型態，此即所謂的依附關係 (attachment)。台灣翻譯為關係型態量表或依附風格量表，此採用王慶福 (1995) 參考 Bartholomew 和 Horowitz (1991) RSQ，收集四種依附分數，即安全型、逃避型、焦慮型及排拒型依附等分量尺為指標，各 6 題，總量表合計 24 題，其依附關係的四種型態說明如表 2。其中折半相關與 α 係數在 0.71~0.84 之間，可從自我意象與他人意象兩個向度加以解釋。

表 2 依附關係的四種型態

		對自己的模式	
		正向	負向
對 他 人 模 式	正向	安全型依附 對親密關係是安全的 ，且具自主性的	焦慮型依附 過度專執於關係
	負向	排拒型依附 排斥親密關係、反對依賴	畏避型依附 害怕親密關係、社交排斥的

四、研究資料處理

本研究資料採用質性訪談、觀察紀錄及反思札記蒐集研究資料，訪談以 i-作為編碼代號，觀察紀錄則以 ob-作為編碼代號，反思札記以 Re-代表，研究參與

者阿甲等四位則分別為 PA、PB、PC、PD 作為代碼，家人則以 F-代表，由於有兩位研究者，第一研究者反思札記為 Re-01-作為代碼，作後數字為接觸研究參與者的次數。例如：i-PA-01 資料代表第一次訪談阿甲，i-F-PA-01 則代表第一次訪談阿甲的家人，Re-01-PA-12 則代表第一作者的第十二次接觸阿甲的省思札記，期間反思紀錄也有非針對某研究參與者之反思，則依據接觸次數作為紀錄，如：Re-01-0 則代表接觸第五次第一作者的反思札記，觀察記錄由第二作者紀錄，ob-PA-01 代表阿甲第一次觀察紀錄。

五、研究者研究參與之說明

（一）研究者與觀察紀錄者之角色

本研究中，研究者於研究過程中負責研究程序之安排與資料蒐集，並依研究設計進行相關活動之實施與觀察。研究者之參與角色以研究程序執行與資料記錄為主，相關活動皆依事前規劃之流程進行。另設置觀察紀錄者一名，極為第二作者，其角色為旁觀性紀錄者，主要負責記錄研究進行過程中可觀察之行為與互動情形。觀察紀錄者不參與活動引導、決策或回饋，以避免對研究歷程產生影響。

（二）進入研究場域之方式

研究者於研究開始前，先向研究參與者說明研究目的、研究流程與參與方式，並於取得同意後，依研究倫理規範向研究參與者或其法定代理人說明研究內容與參與權益。研究僅於完成研究說明並取得書面同意後，始進入研究進行相關程序。

（三）研究場域與活動形式

本研究之研究活動於社區衛生所進行，場域選擇以空間穩定性與基本隱私條件為考量。研究活動形式依研究設計採取團體方式，相關活動之進行僅限於研究設計所規劃之範圍。

（四）活動進程序之說明

團體形式之活動依既定程序進行，流程包含活動開始說明、主要活動進行及活動結束整理等階段；個別形式之活動亦依相同原則，依序完成相關程序。各次活動之時間、次數與總期間皆依研究設計事前規劃執行，研究過程中不進行臨時調整或額外介入。

研究進行期間，研究者與觀察紀錄者僅依研究設計進行紀錄與資料整理，所得資料僅用於研究分析，並依研究倫理規範妥善保存。

肆、研究結果與討論

一、創傷與改變

經 4 位個案之背景分析發現，阿甲因國二時被導師說是垃圾且很髒，也曾被關進少年觀護所兩個禮拜，此二事件使得阿甲很不舒服；阿乙則在父母離婚後，無法常回外婆家而感到不舒服，阿丙認為父親病死丟下自己，很難過，阿

丁曾有被父親獨留廟裡半天而大哭的經驗 (Re-01-03)。四位個案對於自己曾遭遇的不舒服事件，給予評分如表 3。個案給予不舒服評分為 8 到 10 分，顯示個案對不舒服事件具高度的不舒服感受。

以阿甲為例，在確定方向策略上，協助阿甲找出方向，確認方向並予以鼓勵，並以兩人一組方式找出優點，阿甲認為自己優點為「認真改過、認真學習」，並用「對眼說自信法」練習五次，並說出不舒服的事後，以「情緒釋放療法」鼓勵自己能接納自己愛自己，並詢問改變想法或改善營養哪個容易？輔導後，阿甲確實將其不舒服程度大幅降低至自評分數 0 (ob-PA-05)。

阿乙表示：「很氣，自從爸媽離婚之後就不能再常去外婆家了，之後過年有再去」和「被關在少年觀護所一陣子」(i-PB-02) 上述兩事件造成阿乙不舒服，經情緒釋放療法處遇後，阿乙自評不舒服情況降為 1 與 0。阿乙於矯正諮商四步驟之歷程，阿乙表示自己想向右走，並經由「多注意自己的行為」、「注意兩個月」的方法，經由研究者鼓勵：「若能一輩子就能一輩子不用被關」，經阿乙表示同意後，研究者給予鼓掌、正向肯定。介入前表示原本阿乙表示自己沒優點，經討論後，稱「自己幽默、好相處」，輔導後，阿乙認為：「認真打工」及「幫姑姑付電費」是優點，並持續能在麵店打工 (Re-01-PB-06)。

阿丙認為最不舒服的事是「父親突然生病往生」及「母親很少來看自己」，自評 9 與 7 成不舒服，輔導後阿丙對兩事件的不舒服程度都降為 0 (Re-01-PC-05)。於矯正諮商時，詢問其方向，阿丙表示：「想向右走，因為不想被關」，經治療師鼓勵後，自稱優點為：「會幫忙掃地、學校烘焙課已學會做麵包」，介入前自評自信程度為 0，介入後自信程度自評為 9。阿丙因住育幼院，又轉住團體家屋，畢業後轉住母親所居住縣市之團體家屋，於庇護工廠工作，因家庭支持較弱，接受治療後仍有偷竊行為 (Re-01-PC-20)。

阿丁認為最不舒服的事為：「幼兒園時爸爸帶自己去台北玩而將自己丟到寺廟半天而大哭」、「小時看父母吵架」，當時自陳不舒服為 9 成，輔導後，對該事件不舒服為 1-2 成，自信程度從介入前為 0，介入後有 8 成。矯正諮商階段，認為自己想向右走，因不想被關失去自由，自己有 9 成把握，1 成則是注意自己「別再白目」。經鼓勵與釐清，阿丁認為「孝順」與「會種田」是優點，介入前後自信程度為 0 和 9。經就業輔導後，阿丁在醫院穩定擔任清潔工，在團體中當意見領袖也會關心成員進步，願意幫助他人，團體治療時也會買東西給成員一起吃，屬於穩定進步型個案 (Re-02-PD-12)。

表 3 個案自評對不舒服事件的感受程度

	個案阿甲	個案阿乙	個案阿丙	個案阿丁
對最不舒服之事之				
前自評	10/9	10/7	9	10
歷經時間	24 個月	16 個月	24 個月	24 個月
後自評	0/0	1/1	0	0

綜上可知，情緒釋放療法有效協助降低不舒服感，所有個案經過 3 次以上的

情緒釋放療法，均成功將其主觀不舒服程度由高分（8 - 10）降低至接近或等於 0，證實此方法在處理創傷經驗方面具有顯著改善趨勢。找出生活方向與自我肯定是關鍵轉捩點，四位個案皆在矯正諮商歷程中逐步建立「向右走」的生活方向，即選擇正向、不再重犯的道路。透過找出自身優點，對於行為轉變與自信提升有重要幫助。自信提升與行為穩定高度關聯，自信心由 0 分提升至 8 - 9 分的個案，皆展現出穩定的行為與生活轉變。例如阿丁從 0 分提升至 8 分後，於工作上穩定並能帶動團體成員，展現出強烈的社會適應力。家庭與社會支持影響長期成效，如阿丙因家庭支持薄弱，即使在介入後自信大幅提升，仍出現偷竊行為，顯示後續穩定支持系統的重要性。反觀如阿丁具備團體支持與就業穩定，表現穩定。與林嘉媛與郭玉文（2014）研究相符，情緒釋放療法能幫助個案降低創傷所造成的影響。個案自信提升則與應用優勢觀點的社會工作理論相符（宋麗玉、施教裕，2009）。而創傷的諮商則與 Corey（2014）相符，則與創傷經驗轉化成為性侵犯行為發生，為使創傷減少。

二、輔導介入前後再犯風險、行為改變與人際互動變化

（一）J-SOAP 量表結果

J-SOAP 量表內含 4 個分量表，靜態分量表的部分包括「性驅力分量表」及「衝動與反社會行為分量表」，在此部分 4 個案的介入前後無明顯變化，顯示「四關鍵療法」介入對於個案之性驅力、衝動、反社會行為變化不明顯，可能在於輔導介入變化有限，或是輔導介入時間是否足夠而產生的狀況。

在動態分量表部分，包含「處遇分量表」及「社會穩定及適應分量表」兩分量表，「四關鍵療法」介入後，表 4 顯出 4 個案動態風險面向高度的變化，皆由高風險介入後轉變成低風險，顯示輔導介入後，動態風險明顯降低。

全量表結果顯示阿甲、阿乙、阿丁皆由中風險轉變為低風險，顯示再犯程度風險降低為一個標準差，而阿丙從高風險至中風險，顯示此輔導法介入後，阿丙雖為高風險之再犯，亦降低其再犯為中風險，但檢視其阿丙背景條件，因居住於家園，與其他 3 位個案明顯不同的生活環境，亦無親人在身邊，長期居住於家園，家庭支持嚴重不足，且家園中更常能接觸潛在受害者，因此，阿丙再犯風險高於其他 3 位個案，即便如此，阿丙仍呈現輔導後再犯風險降低之趨勢，因此，全量表結果顯示 4 個案經此輔導法介入後，再犯風險皆有降低的成效。

綜合以上結果，靜態風險在四位個案中皆未出現明顯變化，顯示「四關鍵療法」主要針對可調整行為面向有效，對性驅力、衝動等深層傾向影響有限。動態風險（如社會適應、治療合作等）則顯示明顯改善，所有個案皆由高風險下降至低風險，表示在行為與適應層面顯著進步。全量表風險中，阿甲、阿乙、阿丁由中風險降至低風險；阿丙由高風險降至中風險，顯示整體再犯風險皆有下降，但阿丙仍屬風險相對較高者。

表 4 介入前後 J-SOAP 量表結果

	個案阿甲	個案阿乙	個案阿丙	個案阿丁
J-SOAP 量表				
靜態風險				
介入前	靜態低風險	靜態中風險	靜態高風險	靜態中風險
介入後	靜態低風險	靜態中風險	靜態高風險	靜態中風險
J-SOAP 量表				
動態風險				
介入前	動態高風險	動態高風險	動態高風險	動態高風險
介入後	動態低風險	動態低風險	動態低風險	動態低風險
J-SOAP 量表				
全量表風險				
介入前	中風險	中風險	高風險	中風險
介入後	低風險	低風險	中風險	低風險

(二) URICA 量表結果

URICA 量表顯示個案處在何種行為改變階段，前思考期又稱懵懂期，依據表 5 顯示，個案阿甲、阿乙、阿丁由思考前期轉變至思考期，而阿丙則於輔導介入前後皆處於思考前期，行為改變階段仍處於思考前期，即懵懂期，然其餘 3 位個案已經能在問題行為發生時進行思考，也顯示 75% 個案能於「四關鍵療法」介入後，開始思考行為問題，多數個案（75%）從「前思考期」進入「思考期」，表示他們開始有意識地思考行為問題與改變可能，對於性侵行為具備思考能力，且願意思考行為改變之可能。阿丙仍停留在前思考期，可能因缺乏支持環境、行為內化程度低，尚未建立問題意識。

表 5 介入前後 URICA 量表結果

	個案阿甲	個案阿乙	個案阿丙	個案阿丁
URICA 量表				
介入前	前思考期	前思考期	前思考期	前思考期
介入後	思考期	思考期	前思考期	思考期

(三) RSQ 量表結果

RSQ 依附風格量表可反映兩性互動、自我與他人關係型態，或早期家庭經驗、與主要照顧者的互動型態，即是依附關係的意義。本研究發現，如表 6，阿甲與阿乙經輔導介入後，其依附風格已經轉為安全型，經分析其背景，發現阿甲與阿乙均經歷家庭離異而與後母同住，且性侵害對象有同父異母妹妹，而阿丙與阿丁則於輔導介入後仍為排拒型，追溯其家庭現況則與父母無法同住，阿丙父親病逝入住家園，而阿丁父親入獄，家庭歷經驟變，阿丙與阿丁因離開父母無法獲得足夠的家庭支持，因此而顯出依附感受呈現排拒型，而阿丁經輔導介入後，能穩定工作，且輔導介入後穩定進步，也能幫助他人，阿甲與阿乙在輔導後由畏避型/排拒型轉為安全型依附，推測與輔導關係建立及部分家庭支持有關。阿丙與阿丁在輔導後依然為排拒型，反映其長期缺乏穩定家庭依附對象，特別是阿丙長期居住於家園、無親屬支持。依附風格與再犯風險非絕對因果關係，但與社會互動、自我形象及改變動機間存在潛在關聯。

(四) 研究者省思

「四關鍵療法」能有效降低動態風險與整體再犯風險，特別是透過情緒釋放與方向確認，提升個案合作與行為調整能力。行為改變階段提升與風險下降呈正相關，進入「思考期」者皆有明顯的風險下降與進步表現。個案若具部分家庭或社會支持（如親屬、就業穩定）更易進入安全依附與穩定行為模式。為目前仍有挑戰與限制，如：靜態風險難以改變，需更長期追蹤或多元治療策略整合（如藥物、生理評估）。阿丙作為高風險個案，即便輔導有效，其缺乏家庭支持、生活環境高風險，提醒後續應加強環境管理與社會支持網絡建構。依附風格雖具參考價值，但不宜視為再犯唯一指標，需配合行為評估、社會資源考量綜合研判。

對於風險仍偏高之個案（如阿丙），應提供密集追蹤、職涯輔導與環境安全設計。

對於尚處前思考期者，可加入更多動機增強技術（如 MI），協助進入行為改變階段。推動家屬參與或替代支持系統（如師長、社工），協助建立穩定依附與行為監督系統。

表 6 介入前後 RSQ 依附風格量表結果

	個案阿甲	個案阿乙	個案阿丙	個案阿丁
RSQ 依附風格量表				
介入前	畏避型	排拒型	排拒型	排拒型
介入後	安全型	安全型	排拒型	排拒型

三、性偏差行為於介入前後之轉變

阿甲性偏差行為包括：對同父異母妹妹、女同學及鄰居女童等的性侵害行為，於介入前阿甲坦承每晚從吃完飯到凌晨 2、3 點都在玩手機（Re-02-PA-02），觀護人於第 2 次介入後要求拿出手機檢查歷史紀錄，而發現前一晚看了百餘部色情片，且每晚幾乎如此，於是觀護人要求與之一起返家，並與祖母會談（ob-PA-02）。在阿甲矯正諮商歷程中，治療師問：「若在 10 歲時被性侵害會有甚麼感覺?」，以換位思考引發其同理心，阿甲表示：會不舒服，自己也知道不可以做侵害的事。並隨後在作業紙上寫出：「妹妹我對不起你，哥哥做錯了」字句，阿甲曾跟妹妹說過兩次認錯的話，妹妹也回應說：「以後不要再這樣就好了。」（ob-PA-07）研究者省思對於性偏差行為的矯正諮商，以同理心喚起阿甲對於同父異母妹妹的性偏差行為的意識，使其自發的表達歉意，妹妹的回應也可能引發阿甲對自我性偏差行為的危險辨識度提升。

阿乙的家庭訪視中，家人告知：「幼稚園就開始被阿伯帶著看色情片，小五年級就摸小三妹妹胸部，且曾自慰拍照送臉書 3、4 位女子，這些行為都沒被告，但有一位要求賠償也給予金錢賠償，...每周會沒關房間門自慰很多次，後母氣到把門拆掉還是會自慰...。」（i-F-PB-03）輔導介入第 4 個月時，研究者被告知阿乙搭火車來上課後，回程在火車上對一位三十歲女性摸胸部，隨後被

找去鐵路警察隊做筆錄，阿乙表示，是那位女生要來推薦自己去當志願役，但自己不知怎地而摸了對方 (i-PB-05)。第 9 個月研究者被觀護人告知，阿乙在超商摸國中女頭髮，而且該女父親還在旁邊，阿乙稱不知為什麼會摸該女子頭髮 (i-PB-10)。在矯正諮商協助阿乙辨識高危險情況時，阿乙表示，知道要避開女生，自從工讀後每天都很累，沒時間再做壞事 (i-PB-14)；對於高危險想法，輔導介入前，阿乙原本覺得有想法無所謂，經矯正諮商釐清後，阿乙表示，知道還是要注意自己的想法，也同意團體治療時，與同學相互提供正面建議 (ob-PB-10)。研究者對於阿乙治療目標設定在找出昔日不舒服經驗並使改善，找出優點使其增加自信後，再鼓勵穩定於合理合法的性滿足方式，如自慰，並穩定自己的衝動，輔導介入後，阿乙雖仍有性侵與性騷擾行為，但仍願意持續上課 (Re-01-PB-11)，這也顯示宋麗玉與施教裕 (2009) 所提出之優勢觀點的社會工作理論於性侵者輔導中獲得支持。

阿丙住在育幼園，國二時在學校電腦看到女生清涼照後，在樓梯間對一位智能障礙女同學推倒猥褻，高一又突然摸小一男院童下體，育幼院社工告知治療師，阿丙常會要求使用電腦玩遊戲而上色情網站，輔導介入後，阿丙也會向治療師借手機藉口要玩遊戲 (ob-PC-05)。阿丙曾表示：「會摸男院童下體只是好玩，沒想太多就摸了」 (i-PC-03)，治療師釐清為何想看色情片，阿丙則表示很久沒看了，介入輔導後，阿丙則稱不知道，顯示阿丙對於討論自己的性偏差行為形成仍有防備，矯正諮商時，辨認自己高風險情況為覺得無聊，出現想法則為想看色情片，情緒沒被支持，輔導介入後，仍會向治療師或社工要求看手機，阿丙除了性偏差行為，也有偷竊育幼院辦公室或鄰居金錢的行為，行為頻率約每 6 個月 1-2 次，治療期間未有性侵害行為，但仍有偷竊行為 (Re-02-PC-16)。

阿丁國一時曾對小三女童指頭性侵，高一時對 30 歲女性從後方抓胸，矯正諮商時，治療師詢問怎麼學到性偏差行為，阿丁表示幼兒園時跟父親一起看色情片，之後就沒看過了 (ob-PD-04)。對於自慰行為，阿丁表示從沒有自慰過，也不知道怎麼自慰 (i-PD-05)。對於治療師提議請成員教導怎樣自慰，阿丁顯出排斥，並予以拒絕 (ob-PD-08)。在四關鍵療法找出優點後，辨認高危險情況為與女生單獨相處時，是否有白目不尊重女生的想法，在穩定工作後，阿丁稱：「工作期間回家都很累了而睡覺，真的沒時間想做壞事」 (i-PD-12)。

各個案在輔導過程中呈現不同轉變歷程：阿甲透過同理心訓練，對妹妹表達歉意，並大幅減少色情片接觸。阿乙雖偶有再犯行為，但能開始辨識高危險情境並進行反思，學習使用團體支持。阿丙仍有偷竊與色情接觸需求，對於偏差行為認知不足，需更長期介入與信任建立。阿丁在職場穩定後行為轉變明顯，自信心提升，展現正向人際互動與助人行為 (Re-02-15)。

綜上而論，4 個案於「四關鍵療法」介入後，4 個案性偏差行為皆有改善趨勢，輔導介入後，阿丙仍有偷竊行為，阿乙雖於輔導介入時仍有性騷擾和性侵害行為，但仍持續輔導課程，輔導介入期間後，4 位個案性偏差行為、高風險情況與想法辨識能產生自我覺知，並且可選擇避開高風險情況，提醒自己注意

自己的想法。從個案分析可見，個體背景與生活環境差異會明顯影響輔導成效。例如阿丙因長期住育幼院、缺乏穩定家庭支持，加上高社會暴露風險，導致其再犯風險仍相對偏高，顯示即便介入策略具成效，仍需強化外部保護因子與長期支持機制。因此，四關鍵療法雖具一定成效，實施時仍需依個案特性調整策略，並與家庭、學校、司法與社福系統合作，共構支持網絡，提升整體效果。

四、個案與相關人士對於營養介入的主觀陳述

阿甲祖母表示阿甲：「不挑食、但水果吃不多，每天早上吃兩顆過動的藥。」(i-F-PA-01)經治療師鼓勵吃營養品，祖母表示，「阿甲行為真的開始好起來，進步最多的地方是沒在早晨與深夜時刻頂撞自己。」(i-F-PA-05)，阿甲認為：

「自己有進步，進步最多的地方在於沒再看色情片，沒再做不好的事，覺得營養品對自己有幫助，尤其可以改善脾氣，而過動症的藥物也有幫助。」(i-PA-06)

祖母對於營養品的認同間接增強阿甲服用營養品的行為，因此阿甲性侵行為與情緒獲得顯著的改善，與祖母之間衝突也相對緩和。

阿乙不挑食，因父親反對吃藥，因而未服藥治療過動症，治療師建議父親幫忙購買營養品，父親回應：「營養已足夠。」(i-F-PB-01)於輔導介入 4 個月時，阿乙因再度有摸胸行為，治療師送給阿乙維他命 B 群與鈣鎂鋅各一罐，個案同意早上吃 B 群、晚上吃鈣鎂鋅(ob-PB-04)，第 9 個月阿乙發生超商摸頭髮事件，治療師詢問發現，阿乙已經一個月未吃營養品，治療師鼓勵遠離有女生的地方，並且持續服用營養品(ob-PB-09)，12 個月後，阿乙稱：「有試過，好像那顆白色的可以讓自己色色的想法沒有了」，第 13 個月時，阿乙自稱：「現因自己有在賺錢，自己上網找到有在賣而買到鈣鎂鋅營養品」，阿乙服用營養品不穩定，經治療師持續鼓勵，阿乙能自覺營養品的好處，也能自己購買服用(ob-PB-13)。研究者反思，對於阿乙服用營養品之狀況不穩定，治療師需持續觀察並鼓勵，增強使用營養品之動機。

阿丙自國小診斷出過動症、輕度智能障礙、先天性糖尿病，因此開始服藥，本研究治療師介入輔導時，阿丙有服用抗憂鬱劑，鼓勵服用營養品，前一年採個別治療，一年內阿丙表示都有服用營養品(ob-PC-13)，一年後則稱會忘記吃，阿丙第二年住院外團體家屋，因偷竊曾被關於觀護所，目前於庇護工廠上班。阿丙之疾病問題較其他個案複雜，且家人不願意接回家中(Re-02-PC-16)，家庭支持相對其他個案薄弱，因此營養品介入相當重要，輔導介入後，阿丙已無性侵害行為，僅餘偷竊行為。阿丙先前接受社區治療無效而轉介至本研究治療師，以四關鍵療法介入後，性偏差行為獲得改善，顯示此輔導介入成效優於先前治療效果顯著。

阿丁國小即被診斷出過動症，但因父親不同意而未服藥治療(ob-PD-01)，輔導介入時，治療師建議阿丁服用營養品，經阿丁同意後請祖父購買 B 群和鈣鎂鋅，服用一個月後，阿丁自稱：「晚上 10 點吃，約 10 點半睡著。以前都看

手機到兩三點」，祖父則稱：「一周之只吃 2-3 天」(ob-PD-04)，但祖父對阿丁能穩定在醫院當清潔工感到很高興(Re-01-PD-10)。阿丁服用營養品狀況雖與家人說法有落差，但阿丁能穩定工作，且自述營養品能促進入睡，顯示營養品對阿丁有相當程度的幫助。

藥物治療與營養品服用的關聯方面，阿甲與阿丙有服用過動症藥物的個案，通常有較穩定的行為與情緒改善。未服用藥物的阿乙與阿丁，營養品成為主要輔助方式，但服用穩定性及家庭支持影響其效果。營養品服用穩定性與行為改善的關係方面，阿甲與阿丙為服用穩定者，其性偏差與情緒問題改善明顯，阿乙與阿丁為服用不穩定者仍有不當行為，但有部分改善，如阿乙能自覺營養品幫助，阿丁入睡較快。家庭支持方面，祖母或祖父積極支持(阿甲、阿丁)有助於營養品及療法的持續執行。阿丙家庭支持薄弱或阿乙父親反對服藥與營養品阻礙治療效果，需治療師更多介入與鼓勵。自我認知與行為改變方面，阿甲與阿乙表達對營養品功效的正面認知，有助於持續服用。

研究者省思介入時，治療師持續提供營養品與行為指導，並鼓勵個案自我管理，對個案服用動機與行為改善有正面影響。阿乙的情況提醒需長期觀察與激勵，防止營養品服用斷層。阿丙、阿丁則顯示服用記憶與規律性問題，需要配合提醒或監督。穩定服藥與營養品的綜合介入，搭配良好的家庭支持，能明顯改善過動症患者的偏差行為與情緒問題。營養品在無法或不願服藥的個案中，仍具有輔助治療的潛力，但須重視服用穩定性與家庭/治療師的持續支持。個案自我覺察與積極參與是持續治療的關鍵。治療師應針對服用不穩定個案設計長期追蹤及動機增強策略。

服用過動症藥物的阿甲、阿丙，通常有較穩定的行為與情緒改善，未服用藥物的阿乙與阿丁，營養品成為主要輔助方式，但服用穩定性及家庭支持影響其效果。阿乙服用營養品狀況較不穩定，但仍肯定營養品好處，願意自行購買服用。阿甲與阿丁則有行為與情緒上明顯的進步，顯示若能穩定服用 B 群和鈣鎂鋅可輔助此療法的成效，與中央研究院(2019)、Marx 等(2017)、Raine(2015)研究結果相符，認為營養可改善偏差行為。

五、與昔日接受輔導的異同

由於四位均是原治療師團體中參與度與進步有限而提議轉介第一作者，故四位約在三四個月內先後轉介。輔導期間四位都主動告知與昔日治療課程的差別。

阿甲稱：「這裡上課有趣多了，不會一直問有無交女朋友或問有的沒有的，這裡有問有答有活動，會比較想來。...以前都愛來不來上課。」(i-PA-05)阿乙稱：「比較喜歡來這裡上課，這裡有講義可以知道要上甚麼，以前的課程都沒講義，也放一直放影片，也都不想來。...覺得兩人一組對練「對眼說自信」很好。」(i-PB-07)阿丙因一直逃避上課，先最早被轉介參加個別治療，而開始有問有答及較有投入問答(Re-01-PC-06)。研究者發現在幼年創傷改善後，對治療師信任更增加，也會主動跟治療師互動玩笑與問安。阿丁最晚被轉介來

本團體，稱：「比較想來參加這裡，稱昔日課程都一直放影片。」（Re-01-PD-08）

治療師省思發現，「四關鍵療法」更容易被接受，因其融入活動與討論，而非一問一答方式，個案的輔導法宜融入活動增加其參與動機，尤其是本研究中的個案為智能障礙者，需要更容易理解的文字與活動式的輔導方式來克服其認知與社會適應，與林淑莉（2020）所提相符。而過動特質亦須要以活動融入輔導方式引導其參與，以因應其特質注意力不集中、過動及難以習得常規等特質，與洪儷瑜（2020）所提相符。

六、研究者的反思

（一）治療師該勇於跨越學門才能有周全的療法

本研究發現「四關鍵療法」能有效改善被認為困難輔導的智障者合併過動症的少年性侵犯者。研究者對於「學然後知不足」這句諺語的體驗很深，認知療法成效仍待確認，加入其他學門理論成為整合型方案已經成為趨勢，治療師該勇於跨越學門限制，才能促進智能障礙伴隨過動少年性侵犯者的治療進一步的發展。將「四關鍵療法」置於既有犯罪矯治與心理治療理論的脈絡中進行比較，可更清楚呈現其理論貢獻與適用性。首先，相較於傳統認知行為治療（CBT）著重於非理性信念修正與行為改變，「四關鍵療法」雖同樣關注個體的認知與行為層面，但其核心並非僅止於症狀或風險因子的消除，而是透過關係連結、情緒調節與自我理解的整合歷程，促進個體內在動機與自我調節能力的發展。此一取向補足了傳統 CBT 在關係脈絡與情感經驗處理上較為工具化的限制。

其次，與再犯預防模式（RP）相比，RP 強調辨識高風險情境與發展因應策略，以降低再犯機率，整體架構偏向風險管理導向；而四關鍵療法雖不否認風險辨識的重要性，但更著重於個體如何在治療關係中重建自我控制感與意義感，從「為何要不再犯」的內在層次著手，補強 RP 模式較少觸及的動機與價值層面。然而，相對而言，四關鍵療法在結構化風險評估與標準化操作流程上，可能不如 RP 模式明確，亦是其後續實證研究可再精緻化之處。再者，若與好生活模式（GLM）進行對話，兩者皆重視個體的主體性與正向生活目標，並試圖超越單純風險控制的框架。不同之處在於，GLM 以追求基本人類善（primary goods）為核心，強調生活目標的建構；而四關鍵療法則更聚焦於治療歷程中的關係品質、情緒修復與自我整合，透過具體互動經驗支持個體逐步內化正向生活方向。此差異顯示，四關鍵療法在實務操作上可能更貼近臨床歷程，但在生活目標的長期規劃與社會結構層面的連結，仍可借鏡 GLM 的理論補充。

整體而言，四關鍵療法可被視為一種兼具認知、情緒與關係取向的整合模式，其優勢在於能回應高風險族群在情感調節與人際連結上的核心需求；然而，其理論架構與實證基礎仍有待透過與 CBT、RP 與 GLM 的持續對話與比較研究，以進一步釐清其適用條件與限制。

（二）應重視創傷經驗之處遇

認知行為療法被證實為具最佳療效之心理治療療法（Butler et al., 2006；

Hofmann et al., 2012)，但對於性侵者、家暴者或成癮者，該以更全面的角度來評估其心理、生理及病理因素，心理病理上該應留意其可能有之「過去創傷經驗」，而提供簡易有效之療法，否則療效可能有限。因此本研究「四關鍵療法」設計重視過去不舒服經驗的情緒釋放，並轉向肯定自我優勢，藉以建立個案自信，以增強辨識其性侵行為之認知與再犯。經本研究結果發現，創傷經驗可能影響性侵行為，因此創傷處遇可能為性侵者治療之首要步驟。

（三）治療師長期忽略暴力者的神經營養不足與營養改善

至今變態心理學與精神醫學教科書極少提到已有七十年實證療效歷史的營養療法，本研究個案與相關人皆陳述證實補充特定營養的食物或營養品都對行為改善有顯著正面影響，建議治療師在輔導課程中也能引用已有實徵研究初步實證支持之專業學術發現，鼓勵營養之攝取來改善個案身心狀態，使自己、個案與社會都能互蒙其利。

（四）身心障礙者犯罪防治輔導應以良好互動為基礎

過動症、智能障礙者雖有確定之身心障礙類別，仍具備如光譜型態之高異質性、認知能力及家庭支持有限等多面向問題，因此，需要整合跨學門的輔導方式進行，以克服身心障礙者輔導時所面臨之重重困境。本研究中，治療師因個案狀況需與觀護人、家人等相關人員保持聯繫，以形成一個輔導網絡隨時支持個案之偶發事件，治療師以優勢觀點之社會工作理論為基礎，提點個案所具備的自我優勢，在不斷的鼓勵之下，加上同理心的換位思考演練，維持個案與治療師之間的良好互動，雖治療介入後，阿乙仍有性侵與性騷擾行為，阿丁對輔導自慰行為呈現排斥，但輔以營養介入，其性偏差行為與情緒皆呈現改善趨勢，治療師在此輔導過程中，除定期輔導之外，仍須因應偶發事件而進行應變之輔導措施。

（五）循環歷程之調整

在研究之輔導歷程中，研究者發現個案對於電子產品如手機、電腦等的使用可能引發其他偏差行為如偷竊等，且阿乙和阿丁曾有年幼時與長輩共同觀賞色情影片的經驗，因此輔導介入時，觀察個案對於電子產品的使用是否能自我監測也是輔導介入時後續應觀察的部分，故四關鍵療法雖不涵括性偏差行為衍生出的相關行為，然而，研究歷程中仍加入觀察個案電子產品使用，以瞭解個案的性偏差行為之內在變化。另外，營養介入之輔導措施可能因家人支持度不高而效果受限，如阿乙父親所為，因此，輔導歷程中，治療師需反覆確認，並瞭解不食用營養品之因素，因應不同的狀況而做調整，除鼓勵個案，家人也是關鍵對象，能穩定的營養介入對於智能障礙合併過動症之少年而言，雖有其難處，但確實能對個案產生正面的行為與情緒的影響，輔導介入時，持續鼓勵並觀察其使用營養品的狀況乃是必要之措施。

（六）治療師輔導應融入活動與講義有助成效

「四關鍵療法」有每次一頁的講義，如同個案回饋中有稱有課程講義很重要，個案可以知道今天的上課內容，而兩人一組的對眼說自信活動時，在告知彼此優點後，需做到對看對方眼球說出自己的兩個優點，之後並得到全體成員

的稱讚。治療師引進此活動時在課程中，都會讓團體瞬時交融起來，讓所有案主提升自信，而非一直檢討自己的缺點。因此，輔導應融入活動與教材，四關鍵療法也依據個案回饋，持續給予教學資源與活動，能克服性侵害者多元特質，協助其接受輔導。

(七) 失敗個案之討論

本研究中，阿丙於「四關鍵療法」介入後，在性偏差行為層面已呈現明顯改善，惟於整體行為控制與生活功能適應上仍未完全達到預期目標。此結果顯示，輔導介入在特定行為面向具有效果，然其整體成效可能受限於個案所處之身心狀況與支持系統條件。基於倫理考量，本研究將療效限制視為介入模式與支持結構之調整需求，而非個案本身之不足，據此提出以下優化建議。

1. 強化跨專業整合，提升治療一致性與穩定性

阿丙具多重身心疾病背景，顯示單一心理輔導介入難以全面回應其複雜需求。未來可考慮將「四關鍵療法」與精神醫療、藥物管理、營養照護及職業復健等跨專業資源進行更緊密之整合，透過定期個案會議或聯合追蹤機制，以提升治療方向的一致性與介入穩定度，降低因多元治療並行而產生的落差。

2. 納入結構化生活支持，以補足家庭支持不足

在缺乏原生家庭支持的情況下，個案需仰賴替代性支持系統以維持介入成效。未來「四關鍵療法」可進一步結合團體家屋、庇護工場或社福單位，設計結構化的生活督導與日常支持機制，例如協助建立服藥與營養補充之提醒流程，以彌補家庭功能不足對介入成效之影響。

3. 依認知功能調整介入內容與節奏

考量阿丙具輕度智能障礙，其理解與自我管理可能影響介入內化程度。建議未來於「四關鍵療法」中，針對認知功能受限之個案，調整介入內容之抽象程度與進行節奏，並增加具體化、重複性及情境導向的介入策略，以提升其實際運用能力。

4. 延長追蹤期並設計漸進式介入目標

本研究顯示，部分行為問題之改善可能需較長時間累積。未來可於「四關鍵療法」中設定分階段之介入目標，並延長追蹤期，以評估介入成效之持續性與穩定度，避免過早以短期成果判定整體療效。

5. 將「部分成效」納入治療成功的多元指標

阿丙於性偏差行為改善上已呈現具體成果，顯示介入具有實質意義。未來研究可考慮將治療成效由單一行為結果，擴展至包含風險降低、生活功能提升與自我控制能力改善等多元指標，以更全面地反映「四關鍵療法」之介入價值，並避免對高支持需求個案產生不當的失敗標籤。

伍、結論與建議

一、結論

(一) 本研究所接觸之研究對象為智能障礙伴隨過動之少年性侵犯者，於既有輔導與治療安排中，常出現缺席或較低參與程度之情形。研究歷程中嘗試採用「四關鍵療法」作為介入架構，並自創傷相關經驗之理解與討論開始進行。就本研究案例而言，該介入方式顯示其於實務應用上的可行性，並可能與研究參與者對不舒服經驗之主觀感受變化有所關聯。

(二) 在「四關鍵療法」介入期間，研究者於四位案例中觀察到其再犯風險相關指標、行為表現與人際互動狀況呈現變動情形。上述變化僅為研究期間內之觀察結果，尚不足以作為介入成效之確認。

(三) 研究過程中，有兩位案例於介入期間，在研究者提供營養相關資訊並鼓勵其補充維生素 B 群與鈣、鎂、鋅等營養素後，其想法、情緒與行為表現呈現變化趨勢。此一現象僅為個案層次之觀察結果，尚無法排除其他可能影響因素。

(四) 「四關鍵療法」係基於優勢觀點之理論架構，研究歷程中可觀察到治療互動關係之建立，以及研究參與者對自身經驗之表述方式有所轉變。相關變化僅反映研究歷程中的互動現象，其與性侵再犯預防之關聯性，仍有待進一步研究釐清。

(五) 本研究結果顯示，跨學門理論整合之介入取向於此類研究情境中具備實務操作之可能性，惟其適用性與效果仍需後續研究加以驗證。

二、建議

(一) 創傷知情觀點之納入

既有研究對性侵犯者再犯預防之介入模式仍存在不同觀點，且相關實證結果尚未一致。近年研究逐漸關注創傷相關經驗及其他影響因素之角色，惟整合創傷知情與營養相關觀點之研究仍相對有限。未來相關研究可考慮將不同理論觀點納入比較與討論，以擴充現有知識基礎。

(二) 營養相關資訊於輔導情境之應用

在現行實務中，部分治療人員對於營養相關議題之介入持審慎態度。未來研究可進一步探討，在符合法規與專業倫理之前提下，提供營養相關資訊作為輔助性參考，其於輔導歷程中所可能扮演的角色與限制。

(三) 研究設計之建議

未來研究可考慮採用實驗設計或準實驗設計，進一步檢驗「四關鍵療法」於不同研究情境中之適用性與結果一致性，以提升研究結果之解釋力。

(四) 身心障礙者相關研究之擴充

目前針對成年身心障礙者之教育或輔導研究仍相對有限，未來研究可嘗試跨領域視角，從教育、輔導與其他相關面向進行探討，以補充現有研究之不足。

(五) 整合性介入模式之未來方向

針對智能障礙伴隨過動之少年性侵犯者，此類族群雖屬研究對象中之少數，

然其所呈現之需求與困境，仍具研究價值。未來研究可持續發展並檢視不同整合性介入模式，透過多學門合作，累積更為周延之研究證據。

參考文獻

中文文獻

- 中央研究院 (2019)。過動兒爸媽不哭！治療過敏、吃對食物，可能改善病情。中央研究院研之有物。
<https://research.sinica.edu.tw/pan-wen-harn-adhd-nutrition-allergy/>
- 王慶福 (1995)。大學生愛情關係徑路模式之分析研究〔未出版之博士論文〕。國立彰化師範大學輔導研究所。
- 宋麗玉、施教裕 (2009)。優勢觀點：社會工作理論與實務。洪葉。
- 林明傑 (2025)。性侵害的行為成因及其改善之本土化研究〔未出版之博士論文〕。國立中正大學心理學研究所。
- 林明傑、陳慧女 (2024)。精神病理社會工作：社會安全網與精神醫療體系助人工作者的實務指引。心理。
- 林明傑 (2023)。性侵害者、家暴者、酒藥癮者的創傷知情：四關鍵療法與兼愛倡導法。亞洲家庭暴力與性侵害期刊。第 18 卷，87-114 頁
- 林明傑 (2018)。矯正社會工作與諮商：犯罪心理學的有效應用(第二版)。華都。
- 林淑莉 (2020)。智能障礙。載於吳武典等著，特殊教育導論 (頁 219-226)。心理。
- 林嘉瑗、郭玉文 (2014)。EFT 情緒療癒：10 分鐘情緒排毒敲打操。商周。
- 洪儷瑜 (2020)。情緒行為障礙。載於吳武典等著，特殊教育導論 (頁 427-446)。心理。
- 姚冠汶 (2015)。智能障礙性侵害加害人輔導治療困境之調查研究〔未出版碩士論文〕。國立中正大學犯罪防治研究所。
- 黃政傑 (2001)。行動研究：理論與實務。心理。
- 鈕文英 (2006)。教育研究方法與論文寫作。心理。
- 陳映雪 (2023/03/01)。注意力缺陷過動症。台北榮民總醫院。
<https://wd.vghtpe.gov.tw/vghpsy/Fpage.action?muid=452&fid=108>
- 教育部 (2024)。特殊教育學生及幼兒鑑定辦法。
<https://edu.law.moe.gov.tw/LawContent.aspx?id=FL009187>
- 楊健良 (2024/02/01)。「注意力不足過動症」診斷標準、病因與盛行率。國家衛生研究院電子報。<https://enews.nhri.edu.tw/health/11157/>
- 蔡依珊 (2017)。建立智能障礙性侵害者刑中團體治療課程之行動研究〔未出版之碩士論文〕。國立中正大學犯罪防治研究所。

英文文獻

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Corey, G.(2014).*諮商與心理治療：理論與實務*（修慧蘭等編譯）。雙葉書廊。
- Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M. P., & Castellanos, F. X. (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *The American journal of psychiatry, 169*(10), 1038–1055. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101521>
- Davis, A. (1993)。 *吃的營養科學觀*（謝明哲編譯）。世潮。
- Dunn, G. A., Nigg, J. T., & Sullivan, E. L. (2019). Neuroinflammation as a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder. *Pharmacology, biochemistry, and behavior, 182*, 22–34. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2019.02.004>
- Groth, N & Birnbaum, J. (1979). *Men Who Rape: The Psychology of the Offender*. Springer.
- Groth, A. N. & Holmstrom, L. L. (1977). Rape: power, anger, and sexuality. *American Journal of Psychiatry. 134*(11), 1239-1243.
- Herman, J. (2018)。 *從創傷到復原：性侵與家暴倖存者的絕望與重生*（施宏達、陳文琪、向淑容譯）。左岸文化。
<https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427–440.
- Kring, Ann. M. et al. (2018)。 *變態心理學*(3版)（張本聖等譯）。雙葉。
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- 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*(1), 79–107.<https://doi.org/10.1177/107906320501700105>
- Marques, J. K. , Day, D. M. , Nelson, C. , & West, M. A. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: preliminary results of a longitudinal study. *Criminal Justice and Behavior, 21* (1), 28-54.
<https://doi.org/10.1177/0093854894021001003>
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*, 368-375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- McGrath, R. J., Livingston, J. A., & Falk, G. (2007). Community management of sex offenders with intellectual disabilities: characteristics, services, and outcome of a statewide program. *Intellectual and developmental disabilities, 45*(6), 391–398.
- Lindsay, W. R., Olley, S., Baillie, N., & Smith, A. H. (1999). Treatment of adolescent sex offenders with intellectual disabilities. *Mental retardation, 37*(3), 201–211.

[https://doi.org/10.1352/0047-6765\(1999\)037<0201:TOASOW>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(1999)037<0201:TOASOW>2.0.CO;2)

- Palmer, C. M. (2022). *Brain Energy: A Revolutionary Breakthrough in Understanding Mental Health--and Improving Treatment for Anxiety, Depression, OCD, PTSD, and More*. Benbella.
- Rosenberg, M. (2019)。非暴力溝通：愛的語言（蕭寶森譯）。光啟。
- Raine, A., Portnoy, J., Liu, J., Mahoomed, T., & Hibbeln, J. R. (2015). Reduction in behavior problems with omega-3 supplementation in children aged 8-16 years: a randomized, double-blind, placebo-controlled, stratified, parallel-group trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(5), 509–520. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12273>
- Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., Amminger, G. P., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M. P., Hibbeln, J., Matsuoka, Y., Mischoulon, D., Mizoue, T., Nanri, A., Nishi, D., Ramsey, D., Rucklidge, J. J., Sanchez-Villegas, A., Scholey, A., Su, K. P., Jacka, F. N., & International Society for Nutritional Psychiatry Research (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The lancet. Psychiatry*, 2(3), 271–274. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00051-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00051-0)
- Vázquez-González, D., Carreón-Trujillo, S., Alvarez-Arellano, L., Abarca-Merlin, D. M., Domínguez-López, P., Salazar-García, M., & Corona, J. C. (2023). A Potential Role for Neuroinflammation in ADHD. *Advances in experimental medicine and biology*, 1411, 327–356. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25548-6_17
- Williams, R. J., Berry, L. J., & Berkstecher, E. (1949). Biochemical individuality. 3. Genetotropic factors in the etiology of alcoholism. *Archives of Biochemistry*. 23, 275-290.

An Action Research on the Impact of the "Four-Key Therapy" on Juvenile Sexual Offenders with Intellectual Disabilities combined ADHD

Min-chieh Lin 、 Ya-Pi Shih 、 Hsin-chang Yeh 、 Yi-Yen Tsai

ABSTRACT

Researches on juvenile sexual offenders with both intellectual disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) remained scarce. Existing intervention programs primarily adopt cognitive-behavioral therapy (CBT), but their effectiveness had yet to be firmly established. Notably, this population exhibited a high frequency of deviant sexual behaviors and recidivism rates. This study introduced the "Four-Key Therapy," an integrated intervention model focusing on addressing past traumatic experiences, correcting maladaptive learning patterns, restructuring distorted cognitions and improving nutritional conditions. The approach was grounded in traditional CBT while incorporating trauma-informed care and nutritional science, offering a cross-disciplinary therapeutic strategy that remained relatively unknown in the field. This study involved four juvenile sexual offenders diagnosed with intellectual disability and ADHD, all of whom exhibited multiple instances of deviant sexual behavior. Through personalized intervention based on the Four-Key Therapy model, the therapeutic process included ongoing reflection and adjustment according to individual needs. Findings indicated a significant reduction in recidivism risk across all four cases. While improvements in behavior and interpersonal attachment varied by individual, all cases showed positive changes. Both the participants and their families expressed affirmative feedback regarding the intervention, with particular recognition given to the nutritional component. Notably, deviant sexual behaviors were effectively reduced. Throughout the counseling process, the therapist continually reflected upon and adapted their approach based on individual responses. These results suggested that the Four-Key Therapy, as an integrated and flexible intervention model, held promise for reducing deviant behaviors and recidivism among high-risk youth with neurodevelopmental disorders. Further application and study of this method were recommended.

Keywords: Intellectual Disabilities Combined ADHD, Four Key Therapy, Juvenile Sexual Offenders, Nutrition, Trauma

EXTENDED ABSTRACT

Background and Objectives

The intervention for juvenile sexual offenders with intellectual disabilities (ID) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) remains a significant challenge in clinical practice. Traditional cognitive-behavioral therapies (CBT) often show limited effectiveness for this population, who exhibit high rates of sexual recidivism. This action research introduces an integrative intervention model known as the "Four-Key Therapy". This model incorporates traditional CBT with trauma-informed care and nutritional psychology, aiming to address the complex underlying factors of deviant sexual behavior, including past traumatic experiences, maladaptive learning patterns, irrational beliefs, and nutritional deficiencies. The primary objectives of this study were to evaluate the therapy's impact on: (1) reducing trauma-related distress; (2) mitigating recidivism risk and improving behavioral change stages; (3) modifying deviant sexual behaviors; (4) gathering feedback from participants and stakeholders; and (5) reflecting on the practitioner's intervention strategies.

Methodology

This study utilized an action research design, which involves an iterative process of intervention, observation, and reflection to improve practical work. Four juvenile sexual offenders with concurrent ID and ADHD were purposively sampled as participants. The "Four-Key Therapy" was implemented through individual and group counseling sessions over a defined period. Data were collected via qualitative interviews, observational records, and the practitioner's reflective journals, alongside standardized assessments including the Juvenile Sex Offender Assessment Protocol (J-SOAP), the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale, and the Relationship Style Questionnaire (RSQ).

Intervention Framework: The Four-Key Therapy

The Four-Key Therapy is divided into two main components: the "Four-Key Assessment" and the "Four-Step Corrective Counseling".

Assessment: Evaluates the client's past traumatic experiences, the origin of deviant learning patterns, irrational thoughts, and nutritional/dietary status.

Corrective Counseling: * **Determining Direction:** Utilizing Reality Therapy to encourage participants to choose between future consequences and goals.

Identifying Strengths: Applying Strengths-Based Social Work to enhance self-esteem.

Implementation: Incorporating Emotional Freedom Techniques (EFT) to release past trauma, identifying high-risk situational factors, and recommending nutritional supplementation (e.g., Vitamin B complex, minerals) to stabilize neuro-physiological

functioning.

Self-Practice: Encouraging participants to maintain positive behaviors and self-reinforcement.

Results and Discussion

The study found that the "Four-Key Therapy" effectively reduced the risk of recidivism among all four participants, as indicated by the J-SOAP scale. Regarding behavioral change, 75% of the participants progressed from the "Pre-contemplation" stage to the "Contemplation" stage on the URICA scale, demonstrating an increased awareness of their behavioral issues and a willingness to consider change. Changes in attachment styles were also observed; two participants developed secure attachment styles, which appeared linked to the establishment of a strong therapeutic relationship and supportive environments.

The practitioner's reflection highlights that the integration of trauma-informed care and nutritional support is crucial for this population. The participants' own statements and those of their families confirmed that nutritional intervention had a positive impact on behavioral improvement. The study suggests that traditional CBT, while useful, is insufficient when it ignores the underlying physiological and trauma-related components of deviant behavior.

Conclusion

This research demonstrates that the "Four-Key Therapy" offers a comprehensive, interdisciplinary approach that successfully addresses the complex needs of juvenile sexual offenders with ID and ADHD. By integrating neuro-nutritional stabilization with trauma-informed counseling, this model bridges the gap between traditional risk management and the developmental needs of high-risk populations. Future research should focus on long-term follow-up and the integration of this model with broader social support networks to ensure sustainable behavioral change.

Keywords: Intellectual Disabilities, ADHD, Four-Key Therapy, Juvenile Sexual Offenders, Nutritional Psychology, Trauma-Informed Care