

性侵害加害人在團體治療中的抗拒行為

陳筱萍（高雄市師範大學輔導及諮商博士班候選人）

林耿樟（高雄市長官立凱旋醫院臨床心理師）

壹、緣由

相對於其他人身暴力犯罪，性犯罪是所有犯罪行為中，再度犯罪機會稍高的犯罪類型，且性犯罪並沒有隨著年齡增長而降低犯罪行為。再者，某些犯罪行為在長期監禁之後，其再犯危險性有可能降低。但是，從美國的實務顯示，性犯罪者多半監禁至刑期期滿，但是出獄後再犯機會仍然偏高。Hanson(2001)收集包括英國、美國以及加拿大4673個樣本數發現，性侵害犯罪加害人的再犯率介在7%到36%之間(平均為17.5%)。Beech, Friendship, Erikson與Hanson(2002)根據英國樣本的研究也有相類似的結果，發現被列為高危險的兒童性侵害犯罪者(child molester)的再犯率竟然高達46%。顯示性犯罪再度發生的可能性很高，除了對性侵害加害人施以獄中監禁矯治外，更需要對假釋與刑期服滿回到社區者持續進行監控與治療，才能根本地達到預防再犯的效果(沈勝昂，2003)。

在國外，團體治療成為性侵害加害人最廣泛使用的介入方案(Carich, 2003; Jennings & Sawyer, 2003)，主要原因是個別治療中，具否認、罪惡感與保有秘密特質的性侵害加害人在面對治療師面質時

慣常性地表現出說謊、淡化及合理化。團體治療中，成員彼此面質、回饋使得個別成員較難在類似經驗者面前持續說謊，且更能認出自己的犯罪路徑(Jennings & Sawyer, 2003; Marshall, Anderson & Fernandez, 1999; Schwartz, 1995)。

然而，對性侵害加害人而言，他們認為自己性犯罪已接受法律的制裁，在監獄也有接受獄中性侵害的診療，出獄後仍需向觀護人報到，又需被強制來接受「身心治療與輔導教育」，當他們來到被轉介的治療情境時，治療師常會面臨到加害人總會有許許多多的抱怨，陳述自己知道做錯事了，一定不會再犯；自己是因為不懂法律才會觸法；自己和被害人的性關係實屬兩情相悅，自己事前並不知道對方未滿16歲；自己並不是有意強姦或犯妨害性自主的案件；自己並沒有如判決書所寫的那麼嚴重，使用暴力、威脅被害人等；自己當時是喝酒、用藥一時失控才會做出這樣的行為，現在知道錯了，不會再犯罪了；以上種種都是加害人企圖引導治療師認定他是被冤枉的、無辜的、不危險的、已知錯和有悔意的，而不是萬惡不赦或無可救藥的人。加害人透過抗拒、否認、淡化和合理化來逃避責任，並保護自己可以盡

快結束治療，這種現象不僅發生於治療初期，甚至在治療中期和後期也都會出現此現象。因此，治療師在治療過程中得花很多力氣和時間處理這些現象，尤其抗拒是最明顯的，加害人會抗拒來治療，即使來參加，在治療中仍會抗拒表達或討論案情等。

心理治療中，有許多因素會影響整體的治療效果和關係的發展，其中一項就是抗拒。Langevin, Wright與Handy(1988)對成人女性侵害、亂倫和戀童症87位加害人調查他們參加治療的意願，結果發現僅有49.4%加害人願意參加治療。當加害人抗拒治療，不僅會缺乏參與治療計畫的意願，也無法學習到與犯案有關的想法、情緒和行為，認知到高危險情境，或學習對危險情境的因應策略。而很多研究發現加害人未完成治療比完成治療的再犯率高(Hall, 1995; Hanson & Bussiere, 1988; Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, & Quinsey et al., 2002; Marshall, 1994; Marshall, Anderson & Fernandez, 1999; Marshall & Barbaree, 1988)，所以為了提升加害人參與治療的動機和從治療中獲得幫助，治療師必須對加害人的抗拒議題有所瞭解和正視。本篇重點將探討性侵害加害人參與團體治療的抗拒行為，以及治療師可能可以採取什麼樣方式來因應加害人的抗拒。

貳、性侵害加害人在團體治療中的抗拒類型

國內性侵害加害人的處遇治療是強制性的，治療師對加害人做矯正治療時，常面臨加害人有抗拒的現象，有些成員會採取逃避行為以避免團體的工作

與責任；有時團體討論或分享引起相當高的焦慮時，成員也會設法抗拒；一旦感受威脅，很可能就變得相當自我防衛，而表現出各種抗拒行為。

洪雅鳳(2004)整理許多學者的資料(如：Corey, 1990；Flapan & Fenchel, 1987；Rosenihal, 1994)將團體治療中成員的抗拒分成個體和整體兩種，個體包括(1)移情(transference)抗拒：成員將源自家庭的情感投射至其他成員或領導者身上；(2)特質(character)抗拒：個體自發地、無意識地運用某些固著的方式來與外在世界互動，它影響個體全面的行為而使得成長受到阻礙。整體包括(1)沉默：團體常常處於一語不發的狀態(2)配對(pairing)：常出現在團體的過程中，指的是有兩位成員的關係比其他成員來得更親近些，有時甚至會出現同進同出的行為(3)次團體(subgroup)：比配對的人數更多些，或有時配對常會組合成次團體(4)出現代罪羔羊(scapegoating)：尤其當團體經驗到了挫折或被侵犯時，會找一個人或一群人來承擔全體的不安、衝突或過錯(5)陷入閒聊：成員很一致地閒聊，而對探索情感很生氣或退縮(6)完全專注在某一個成員私人的問題，而對其他成員的困擾沒有興趣(7)獨佔：成員未能平等共享團體時間，並允許某成員獨佔團體的時間(8)只聚焦在治療師，成員可能忽略彼此或一致地貶低彼此的貢獻，或是反過來忽略治療師，這些會造成共享的抗拒(9)口語上相互攻擊或是逃避負向的情緒卻表現得像彼此欣賞(10)行動化(acting-out)：從事有計畫的，具象徵性意義的行為來抒解內在的壓力，例如在團體外做邀約或聚會(11)其他如理智化、表現出不信任或做

作表現，還有遲到或繳費不尋常、有團體外的聚會及性接觸，或是將團體當社交場合，帶糖果食物到團體中。

Miller與Rollnick將Chamberlian等人(1984)(1991；楊筱華譯，1995)抗拒行為系統運用在酒癮病人，而把病人抗拒行為型態區分為以下四類：

- 1.挑釁(arguing)：挑戰、貶損治療師，對治療師有敵意。
- 2.妨礙(interrupting)：打岔、阻斷治療的進行。
- 3.否認(denying)：指責、不同意治療師的看法，找藉口，拒絕承認自己有危險情境，縮小化罪行，悲觀，抗拒，缺乏改變的意願。
- 4.忽視(ignoring)：缺乏專注、答非所問、沈默、沒有回應、岔開話題。

Carich(2003)則針對性侵害加害人抗拒的類型分為以下四類(1)頑抗(reluctant)：因缺乏認知而不認為自己有須改變之處；(2)叛逆(rebellious)：抗拒遵從他人意見，即反抗權威；(3)退縮或是放棄(resigned)：個案不認為自己有改變的能力；(4)合理化：個案以自我合理化的理由來逃避改變。

有許多學者(如：Carich, 2003; Schneider & Wright, 2004)進一步指出性侵害加害人的抗拒與否認有關，陳若璋(2002)提出性侵害加害人否認原因包括：(1)為了避免感覺羞恥、困惑、困窘、不足感，並規避責任及罪惡感。因為承認自己妨害他人性自主，會讓自己感到自己是一個不好的人，因此加害人多半會把犯罪事實隱藏起來；(2)陷入一種「魔術般的思考」，亦即加害人如果說它(妨害性自主)

不是真的，那就不是真的。只要不承認，就會覺得自己沒有罪；(3)害怕承認之後，會被他人指責和拒絕，自尊受損，會使加害人失去家人、朋友、工作，並且要承受心智和情緒的崩潰；(4)害怕承認之後會有法律後果，例如「治療時間拉長或者他人對加害人有負面的看法」。

綜合以上的資料，再參考國內外相關的文獻(Corey, 1990；Edelwich & Brodsky, 1992；Flapan & Fenchel, 1987；Rosenthal, 1994；方紫薇、馬宗潔譯，2001；；呂勝瑛，1981；莊靜雯、吳健豪等譯，2003；劉安貞、黃慧涵、梁淑娟、嚴妃伶譯，1995)，並加上研究者本身的實務經驗，而彙整出性侵害加害人在團體治療中所出現的抗拒行為，再區分為個體與整體兩大部分：

一、個體的抗拒行為

(一)缺席或遲到：團體一開始治療師即鼓勵大家要規律出席與準時，但在團體初期階段，成員常會以工作、交通困難等因素缺席或遲到。團體是一個小社會的縮影，對一些害羞和害怕表達的成員而言，團體是有壓力的，有些成員抗拒那種自我表露的不自在因而缺席；有些成員礙於強制性的規定不得不參加團體，而為非志願和被動的參與，表現抗拒方式就是遲到。不規則出席或遲到對團體是有傷害性的，這種情形也會傳染的，有時會拉低團體的士氣，和影響團體的進行，甚至導致更嚴重的缺席或遲到。

(二)無聊：成員會把團體的無聊的感覺

歸咎於團體互動的無趣，且常自認為是一個「受害者」。當團體有無聊的人存在，他會使團體分心，團體中的其他成員會注意那位感到無聊的人，而感染到他的狀態。

(三)玩心理遊戲：藉著「打高空」的方式，或談一些「風花雪月」的內容，或說一些「理智型」的話語，而沒有貼近個人的經驗和感受。

(四)扮演主導者：在團體中很活躍，但是自己卻沒有真正地和別人有深入的溝通。常問其他成員很多問題，或常評論團體進展的情況，或時常檢核別人的感受。藉由質問別人，轉移他人注意的對象，使自己能安全地躲在一旁。逃避作自我表露或說出對別人真實的感受。

(五)自認已學會課程的內容：在團體中有些人可能會認為自己已有相當不錯的能力，所以不需要團體中所提供的內容或訓練。或常聽到的反應是這些內容都知道了，不必重覆再說。

(六)冷眼旁觀：有些成員來參加團體就雙手交叉於胸前，除非強迫他，否則一言不發，儘可能地不說話。對團體互動中各種行為抱著冷眼旁觀，不參與的態度。對人際間親密關係感到不舒服的人，常會以「隔離」防衛機轉，來避免和別人的親密關係。

(七)合理化：對於自己消極行為設法文飾而沒有面對真正的原因，如「我想說的話別人都先說了，所以我就沒什麼好說的」。「因為她是檳榔西施，本來就很開放的，摸一下又

不會怎樣」。

(八)沉默：沉默的成員對團體沒有貢獻，且其他成員會受到沉默成員的干擾，想瞭解他們有什麼不對勁，設法要使他參與，而沉默也會影響到團體的氣氛。在團體中存有不參與者，會使其他成員有被欺騙的感覺，他們會覺得他們冒險揭露了自己讓別人了解，但別人卻不是這樣對待他們。他們對沉默者一無所知，所以也不願意再坦誠，再信任別人了，團體的進行就會發生困難。

(九)幽默：幽默具有利和不利的部份，一個真摯而幽默的人，可以利用輕鬆的氣氛，表達出認真的面質。但是有人每當團體在緊張而認真的討論時，就故意表示幽默，因而影響團體的進展。

(十)不夠自我表露

- 1.概括性的講話：時常用「人們」、「我們」、「有人」、「你」來代替第一人稱的「我」
- 2.以「繞圈子」重覆的話，因應他人的問題，不願再深入地探索和挖掘。
- 3.沒有設法和別人分享想法：不願意冒險把想法和他人分享。
- 4.轉移話題：當成員不願意回答問題時，有些人就會移開問題，不做正面的反應或常試圖讓團體的焦點集中在不相關的話題上，如電影、運動或最近的流行趨勢。

(十一)對領導風格不接受：抱怨領導者不夠資格、缺乏帶領團體經驗、領導風格過於武斷或權威，和協同領導

者有衝突。之所以不願意在團體中分享他們的感受是因為他們不信任團體領導者，或覺得團體不夠安全而不願意揭露。

二、整體的抗拒行為

- (一)分析：團體花很多時間來分析過去成員間發生的事情，只分析過去而沒有和此時此地發生關聯，對團體的目標沒有多大益處。
- (二)集中焦點於一個人：團體常常使每一成員輪流成為團體注意的中心，由某一位成員敘述他自己的問題，然後其他每一位成員都給該成員回饋。這樣方式使得某一位成員成為接受諮商的人，其他團體成員則回饋他的問題，這種作法不是雙向溝通。
- (三)形成配對與次團體：前者指有兩位成員的關係比其他成員來得更親近些，有時甚至會出現同進同出的行為；後者指3人以上的配對，組合成次團體，附和其他人的意見形成聯盟，而不做個人化的表露。
- (四)出現代罪羔羊(scapegoating)：尤其當團體經驗到了挫折或被侵犯時，會找一個人或一群人來承擔全體的不安、衝突或過錯。
- (五)特別專注於某些成員身上：完全專注在某一個成員私人的問題，而對其他成員的困擾沒有興趣，或允許某成員獨佔團體時間。
- (六)一再地做同樣的事情：有一些團體太依賴結構，使得每一次聚會很相似。太依賴結構活動，以致成員不夠自動自發，也缺乏足夠的互動強

度。

- (七)從事與團體的目標無關的談話：岔開話題，而談論與主題無關的話題，如談時事，與所談的主題是不相關的，甚至陷入閒聊，對探索情感很生氣或退縮。
- (八)選擇沉默：團體常常處於一語不發的狀態，成員對某些事情不做討論，有時候會形成一種沉默的決定。
- (九)口語上相互攻擊或是逃避負向的情緒卻表現得像彼此欣賞。
- (十)只聚焦在治療師，成員可能忽略彼此或一致地貶低彼此的貢獻，或是反過來忽略治療師，這些會造成共享的抗拒。
- (十一)行動化(acting-out)：從事有計畫的，具象徵性意義的行為來抒解內在的壓力，例如在團體外做邀約或聚會或一致地抱怨且自認是受害者。
- (十二)其他如理智化、表現出不信任或故作表現，還有遲到或繳費不尋常、有團體外的聚會及性接觸，或是將團體當社交場合，帶糖果食物到團體中。

由以上的資料顯示，整體的抗拒以各種型式出現，有時類似個體的抗拒，卻隱含了潛在團體的支持和鼓舞，對領導者而言，需敏感地分辨是個體抗拒或是整體的抗拒，有時個體的抗拒若不處理，有可能會演變成團體的抗拒，而對治療效果產生重大的影響。

參、性侵害加害人抗拒行為的因應方法

抗拒是團體中不可避免的現象，被視為一種降低焦慮的保護性機制，領導

者必須能接受抗拒是成員在涉入個人危機問題中自然的反應。如果領導者能協助成員探索和表達與抗拒有關的情感，讓成員能體驗並了解抗拒行為的來源，將會帶來成員的改變(吳秀碧，1994)。

Miller與Rollnick(1991)認為處理抗拒特定的策略有以下八種，分別簡述如下：

- (一)簡單地反映：採取「非抗拒」反應方式，使用回映式的聆聽以及同理心，表示你已知道成員的不同意、情緒及看法，使成員能繼續，而不是一味的防衛，可避免掉入「面質—否認」的陷阱。
- (二)增強地反映：將成員所說的話，以強化或誇張的方式反映成員的行為。
- (三)雙重地反映：以成員的話題為材料，反映成員的說法，再加進成員未說到的另一方面的說法。
- (四)轉移焦點：把成員的注意焦點移開，尤其是阻礙進步的課題或特別是遭遇到困難的課題時，而討論其他的主題或轉移話題。
- (五)有限度地同意：部份同意成員的說法，再施力於改變的方向，引導成員再深思。
- (六)強調個人的選擇權與自我控制：當人們認為自己做選擇的自由受到威脅時，或感受到失去自由時，而反彈出現抗拒。用來對抗這種反應的最佳方式，是向成員提出保證。強調事情的發展仍由成員做最後的決定，尊重他的選擇和自主權，讓他放下威脅和不安，而減少抗拒。
- (七)重新建構(reframing)：先對成員的說

法加以認知與肯定，接著再賦予它新的意義與解釋，從新的角度使它變得有助於改變。

- (八)諄離治療策略(therapeutic paradox)：此策略具有危險性且需高度的技巧，在其他方法均宣告無效的情況下才使用此策略。類似「以毒攻毒」，當所有的努力都遇到反對，治療師可以建議繼續保持原狀不變，或者可變本加利。或以「欲擒故縱」的技巧，以相反的陳述，激起成員思考這是他要的選擇。但基本上此策略是以平穩鎮靜的口氣或態度說出。

研究者參考Miller與Rollnick處理抗拒的技巧和國內外相關的資料(Edelwich & Brodsky, 1992；方紫薇、馬宗潔譯，2001；呂勝瑛，1981；洪雅鳳，2004；莊靜雯、吳健豪等譯，2003；曾華源、胡慧嫻，1998；劉安貞、黃慧涵、梁淑娟、嚴妃伶譯，1995)，發現治療者在處理抗拒的策略有其共同之處，加上本身的實務經驗，列出適合性侵害加害人的策略如下：

1. 建立團體規範：針對缺席、遲到，表達方式等內容，可先與成員建立好團體規範，讓成員確立團體中必須有其必須遵守的原則。
2. 開放的態度：治療師鼓勵成員說出抗拒，並讓成員認知到抗拒是團體中不可避免的現象，願意接受抗拒並與它一起工作。成員需要覺察到心理防衛只是為了防衛團體及其他成員對自己的影響，應該加以重視且去面對。治療師可先自我開放，示範說出自己的

想法和感受，並帶動成員跟進。

3. 尊重及同理：團體初期成員的抗拒可能來自不安全感和不信任感，領導者要協助團體發展成為一安全、信任和接納的環境，透過尊重成員的決定，同理成員的感受及了解成員的困難，當加害人知道治療師不會排斥他，並不把他貼上標籤視為有問題者或性變態，否認的情況就會減少。建立良好的治療關係後，成員比較可以減少害怕和恐懼，而能自由地試驗不同形式的行為。
4. 歷程評論：不管抗拒的原因是什麼，抗拒的行為或多或少都會影響團體的進行，故必須趁早處理此行為，當治療師看到或聽到成員的抗拒，則藉著「此時此地」和「歷程評論」反映出對抗拒行為的想法和感受。領導者將自己體驗到的抗拒經驗及自己受到的影響感受表達出來，透過示範自我表露之後，鼓舞成員去冒險，而能真正面對和探索自己的抗拒，並不是一直持有或待在抗拒中，一旦化解了抗拒，接下來團體的進行就會較順暢些。對整體的抗拒，也可運用「此時此地」和「大團體歷程評論」來處理，共同來檢視抗拒的干擾而達到修通。
5. 改變團體進行方式：對一些沉默或不願在團體中表達的成員，領導者可利用雙人配對、三人配對或小團體討論來完成，以降低在團體說話的焦慮。或鼓勵成員針對抗拒行為做討論，如成員告訴

沉默者，當他們說完話以後卻沒有得到任何回應時的感受，讓主動表達的成員協助沉默者去探討他們的困難，面質和挑戰他們，或支持他們度過適應期。

6. 成員的相互處理抗拒的效果比治療師處理更好：團體成員對彼此性偏差習性之瞭解必然遠超過治療師，他們在團體中彼此面質的功効就會大於治療師單一的面質；同時，團體成員比治療師更能夠認出自己的循環路徑，並提供比個別治療更有效的面質與支持。有時治療師的解釋和評論可能會被視為傷害，但同樣的評論若來自其他成員則較易被接受，治療師只要引導成員相互協助處理抗拒即可。
7. 面質：集中於內容不一致，口語與非口語內容不一致之處，以不批評、不攻擊、不破壞的方式進行面質。坦誠的行為、敏銳的感覺、關懷的態度，以及選擇適當時機給予回饋和反應都是最為重要的。
8. 轉介個別治療：在團體治療的同意書上，非常強調準時出席的重要性，對缺席或遲到成員需瞭解其原因，如一些時間不能配合，有交通問題者，或固定有事，則比較適合轉介至個別治療。治療師在觀察團體狀況，發現部份成員常有抗拒或持續性抗拒，且頑固地不參與團體或唱反調，則需考慮轉介個別治療，即以成員最佳利益為前提。

綜合以上的資料顯示，治療師在辨識加害人的抗拒行為後，能同理地傾聽和反映抗拒的想法和感受，不逃避此經驗，藉由此時此地和歷程評論，並運用團體的力量，鼓舞加害人探索和面對，這種方式間接地，也讓加害人學習對自己犯罪的行為負責。

肆、結語

抗拒常藉由各種不同的行為表現出來，做為一個領導者，不僅要能察覺及處理團體成員的抗拒行為，更要了解自己本身對抗拒行為的反應。一般領導者可能會對成員的挑戰感到震驚，對成員不肯合作的態度感到憤怒，或對自己能力資格產生懷疑，和對一些老是出問題的成員心存厭惡。當領導者能處理自己對抗拒的感覺和反應時，並和成員分享這些想法和感覺，將可成為成員最真實和最直接的模仿對象。

抗拒與否認是性侵害加害人普同性行為，而加害人的抗拒會影響其參加治療的意願，也間接地影響治療的效果。從Brake與Shannon(1997)研究發現經過治療後，加害者否認和淡化減少了，顯示參加治療確實能幫助加害人正視抗拒和否認的問題。

參考文獻

方紫薇、馬宗潔譯(2001)。《團體心理治療的理論與實務》。台北：桂冠。
(Yalom, I.D., 1995)。
呂勝瑛(1981)。《成長團體的理論與實際》。台北：遠流。
沉勝昂(2003)。《建構本土化性侵害加害人

社區處遇監控模式之研究》。台北：內政部性侵害防治委員會。

吳秀碧(1994)。《團體諮商實務》。高雄：復文。
洪雅鳳(2004)。團體治療中的抗拒與反抗。《輔導季刊》，40(1)，12-25。
胡中宜(2000)。《性侵害犯罪加害人之輔導教育與矯治社工處置策略》。性侵害犯罪加害人輔導教育教學研討會論文集(32-35)。高雄，鳳山婦幼館。
莊靜雯、吳健豪等譯(2003)。《團體諮商的理論與實務》。台北：學富文化。
(Corey, G., 2000)。
陳若璋(2002)。《性罪犯心理學—心理治療與評估》。台北：張老師文化。
曾華源、胡慧嫻譯(1998)。《團體技巧》。台北：揚智。(Corey, G., Corey, M.S., & Russell, J. M., 1982)。
楊筱華譯(1995)。《動機式晤談法—如何克服成癮行為戒除前的心理衝突》。台北：心理。(Miller, W.R., & Rollnick, S., 1991)。
劉安貞、黃慧涵、梁淑娟、嚴妃伶譯(1995)。《團體諮商—策略與技巧》。台北：五南。(Jacobs, E.E., Harvill, R.L., & Masson, R.L., 1994)。
Beech, A., Friendship, C., Erikson, M., & Hanson, R. K. (2002). The relationship between static and dynamic risk factors and reconvictions in a sample of U.K. child abusers. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 155-167.
Brake, S. C., & Shannon, D. (1997). Using pre-treatment to increase admission in sex offenders. In B.K. Schwartz & H.R.

- Carich, M. S. (2003). 九十二年度家庭暴力及性侵害犯罪加害人治療輔導專業人員訓練工作坊講義，內政部家庭暴力及性侵害防治委員會主辦，台南：嘉南療養院。
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1992). Group counseling for the resistant client: a practical guide to group process. New York: Lexington Books.
- Hall, G. C. N. (1995). Sex offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.
- Hanson, R. K. (2001). Age and sexual recidivism: A comparison of rapist and child molesters (User Report No. 2001-10). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1988). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (2002). First report of the collaboration outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-197.
- Jennings, J. L., & Sawyer, S. (2003). Principles and techniques for maximizing the effectiveness of group therapy with sex offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*, 15(4), 251-267.
- Langevin, R., Wright, P., & Handy, L. (1988). What treatment do sex offenders want? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 1(3), 363-385.
- Marshall, W. L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 559-564.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. (1988). The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behavior Research and Therapy*, 26, 499-511.
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. M. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sex offenders*. London: Wiley.
- Schneider, S. L., & Wright, R. C. (2004). Understanding Denial in Sexual Offenders: A Review of Cognitive and Motivational Processes to Avoid Responsibility. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(1), 3-20.
- Schwartz, B. K., & Cellini, H. R. (1995). *The sex offender: Corrections, Treatment, and Legal Practice*. NJ: Civic Research Institute.