

受監護處分男性精神疾病患者再犯因子分析

Recidivism Analysis of Male Offenders with Mental Illness under  
Criminal Custodial Protection

本論文獲得法務部司法官學院108年傑出碩博士犯罪防治研究論文獎



# 107 學年度第 1 學期碩士學位論文提要

論文題目：受監護處分男性精神疾病患者之再犯因子分析 論文頁數： 79

## 論文提要內容：

**目標：**針對曾於我國東部及中部精神醫療機構執行監護之男性精神疾病犯罪者進行研究，了解現行監護處分，是否能依照精神疾病犯罪者特殊性進行治療同時降低未來再犯風險，找出再犯預測因子。

**方法：**回顧 1999 年 1 月 1 日至 2014 年 6 月 30 日於中部及東部精神醫療機構執行監護病患之病歷，分析精神疾病罪者個人變項、精神疾病、犯罪史、監護期間接受的治療及行為表現、監護結束前之精神病症狀、監護結束 3 年內是否再次犯罪起訴。分析結束監護處分 3 年再犯與無再犯者之差異性。

**結果：**男性精神疾病罪者結束監護時 97.5% 精神病症狀改善。受監護處分男性精神疾病患者，50% 結束監護處分 3 年內出現犯罪行為偵查起訴。精神疾病診斷、成癮物質使用、監護期間接受之治療及結束監護時精神病症狀與結束監護 3 年內是否犯罪無差異。觸犯竊盜罪之男性精神疾病犯罪者有較高之再犯風險 (OR=12.179)；執行監護期間有違規行為者，結束監護之後的犯罪率較高。違規行為發生週期少於 90 天之男性精神疾病犯罪者，有較高之再犯風險 (OR=33.515)。

**結論：**精神醫療機構以治療精神疾病為主，醫療機構執行監護可積極治療精神疾病與穩定症狀，但未顯示有犯罪矯治及降低未來犯罪功能。有竊盜前科及監護期間違規行為發生週期少於 90 天，可作為再犯預測參考。建議監護期間評估違規行為及針對違規行為制定個別化治療為。違規週期少於 90 天、有高違規傾向精神疾病犯罪者，設立司法精神病院或其他特殊處遇單位。

**關鍵詞：**精神疾病犯罪者、監護、再犯、違規行為



# ABSTRACT

Recidivism Analysis of Male Offenders with Mental Illness under Criminal Custodial Protection

January 2019

**Objectives:** The thesis tries to understand the criminal custodial protection in psychiatric hospital and its impacts on the rates of recidivism. The thesis only focuses on the offenders with mental illness who released from psychiatric hospital and tries to find out the risk factors of recidivism.

**Methods:** The objects of this study are inpatients in psychiatric hospital under criminal custodial protection from January 1, 1999 to June 30, 2014. I have tracked the behaviors of the patients for three years since their releases from criminal custodial protection. The collected data includes demographic variable, psychiatric diagnosis, criminal history, treatments during the criminal custodial protection, mental condition after the criminal custodial protection, and any re-offences within 3 years after the custody.

**Results:** 97.5% of patients showed improvement in psychiatric symptoms when they were released from criminal custodial protection. Within three years of release, 50% of released patients were prosecuted with new offences. The male offenders with mental illness who had committed the crime of theft have a higher risk of recidivism (OR=12.179); those who have violated the rules during the custodial period also have a higher crime rate than others. The male offenders who have higher rule-violating frequency ( $\leq 90$  days) have a higher risk of recidivism (OR=33.515) than others do.

**Conclusions:** The mental health institutions can treat mental illness and stabilize their symptoms, but there was no evidence of criminal behavior correction. The criminal justice system should establish a forensic psychiatric hospital or other forensic service unit for the male offenders with mental illness or offenders who have the tendency to violate hospital rules.

**Keywords:** Offenders with Mental illness, Custodial Protection, Recidivism, Violation



## 目錄

中文提要 .....	iii
英文提要 .....	v
第一章 緒論 .....	1
第一節 研究動機 .....	1
第二節 研究目的 .....	2
第二章 文獻回顧 .....	3
第一節 精神疾病患者犯罪危險性及再犯 .....	3
第二節 日本、美國及英國對精神疾病犯罪者處遇措施及再犯 .....	8
第三節 臺灣監護處分現況 .....	14
第四節 社會控制理論與再犯研究 .....	18
第三章 研究方法 .....	21
第一節 研究架構 .....	21
第二節 研究方法 .....	22
第三節 資料分析方法 .....	25
第四章 研究結果 .....	27
第一節 個體變項 .....	27
第二節 精神疾病史 .....	29
第三節 犯罪史 .....	31
第四節 監護處分提供之治療 .....	35
第五節 監護期間家庭支持度 .....	37
第六節 監護期間行為表現 .....	38
第七節 結束監護後再犯 .....	44
第八節 研究結果摘要 .....	52
第五章 討論 .....	55
第一節 研究發現 .....	55

第二節	與過去研究相同及相異之處.....	61
第三節	分析與討論 .....	65
第四節	建議 .....	68
第五節	研究限制 .....	69
參考文獻	.....	71
附錄	.....	77



## 表目錄

表 2-2-1 日本、美國及英國處遇措施比較.....	13
表 2-3-1 臺灣與日本、美國及英國處遇措施比較.....	16
表 4-1-1 男性精神疾病犯罪者個人基本資料.....	27
表 4-1-2 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者個人基本資料比較.....	28
表 4-2-1 男性精神疾病犯罪者精神疾病診斷、過去治療、成癮物質.....	29
表 4-2-2 兩所醫療機構受監護者之精神疾病診斷、過去治療、成癮物質比較.....	31
表 4-3-1 男性精神疾病犯罪者犯罪史.....	32
表 4-3-2 男性精神疾病犯罪者前科（過去犯罪紀錄）.....	32
表 4-3-3 男性精神疾病犯罪者，此次監護所犯之犯罪類型.....	33
表 4-3-4 男性精神疾病犯罪者重複相同犯罪類型.....	33
表 4-3-5 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者犯罪史比較.....	34
表 4-3-6 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者前科（過去犯罪紀錄）.....	34
表 4-3-7 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者此次監護所犯下之犯罪類型.....	35
表 4-4-1 男性精神疾病犯罪者監護處分時間.....	35
表 4-4-2 男性精神疾病犯罪者監護處分治療、結束監護時之症狀.....	36
表 4-4-3 兩所醫療機構監護處分時間.....	36
表 4-4-4 兩所醫療機構監護處分治療及結束監護時之症狀比較.....	36
表 4-5-1 男性精神疾病犯罪者監護期間家屬訪視.....	37
表 4-5-2 男性精神疾病犯罪者監護期間家屬訪視週期.....	37
表 4-5-3 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者監護期間家屬訪視比較.....	37
表 4-5-4 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者監護處分家屬訪視週期.....	38
表 4-6-1 男性精神疾病犯罪者人格特質與違規行為.....	38
表 4-6-2 男性精神疾病犯罪者，反社會性人格特質與違規行為.....	38
表 4-6-3 男性精神疾病犯罪者反社會性人格特質特徵（排除違規行為）.....	39
表 4-6-4 男性精神疾病犯罪者監護處分期間違規類型.....	39
表 4-6-5 男性精神疾病犯罪者監護處分期間違規行為發生頻次（次/人）.....	40

表 4-6-6 男性精神疾病犯罪者違規行為發生週期（日/次） .....	41
表 4-6-7 29 位出現違規行為男性精神疾病犯罪者違規後處置 .....	41
表 4-6-8 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者人格特質與違規行為 .....	41
表 4-6-9 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者反社會性人格特質特徵比較 .....	42
表 4-6-10 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者違規類型（人數） .....	42
表 4-6-11 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者違規行為發生頻次 .....	42
表 4-6-12 兩所醫療機構對男性精神疾病犯罪者違規處置方式比較 .....	43
表 4-6-13 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者違規行為週期 .....	43
表 4-6-14 男性精神疾病犯罪者，反社會性人格特質與違規傾向高低 .....	43
表 4-7-1 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者結束監護再犯比較 .....	44
表 4-7-2 中部醫療機構結束監護後門診追蹤與再犯比較 .....	44
表 4-7-3 男性精神疾病犯罪者個人基本資料與是否再犯比較 .....	45
表 4-7-4 男性精神疾病犯罪者精神疾病診斷與是否再犯比較 .....	46
表 4-7-5 男性精神疾病犯罪者精神疾病共病症與監護前治療 .....	46
表 4-7-6 男性精神疾病犯罪者是否再犯之成癮物質種類比較 .....	47
表 4-7-7 男性精神疾病犯罪者犯罪史與再犯比較 .....	47
表 4-7-8 男性精神疾病犯罪者犯罪類型與再犯比較 .....	48
表 4-7-9 男性精神疾病犯罪者重複相同罪與再犯之比較 .....	48
表 4-7-10 監護天數與家屬訪視週期（天/次）與再犯之比較 .....	49
表 4-7-11 男性精神疾病犯罪者監護期間治療與再犯之比較 .....	49
表 4-7-12 男性精神疾病犯罪者之再犯與反社會性人格特質、違規行為比較 .....	50
表 4-7-13 男性精神疾病犯罪者之反社會性人格特質與再犯比較 .....	50
表 4-7-14 男性精神疾病犯罪者是否再犯之違規行為比較 .....	51
表 4-7-15 男性精神疾病犯罪者是否再犯之違規行為發生週期比較 .....	51
表 4-7-16 29 位有違規行為之男性精神疾病犯罪者違規後處置與再犯 .....	52
表 4-8-1 結束監護 3 年內是否再犯之二元邏輯斯迴歸分析 .....	53
表 5-1-1 本研究個案診斷、犯罪類型及是否再犯 .....	58

## 圖目錄

圖 3-1-1 研究構圖.....	21
圖 4-6-1 違規週期.....	40
圖 5-1-1 研究發現.....	55



# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機

2005年2月14日下午，一名17歲大阪府寢屋川國小畢業少年，持兩把刀進入母校刺死一名男老師，造成一名女老師及一名女營養師嚴重傷害。少年精神鑑定診斷結果為廣泛性發育障礙 (Pervasive Developmental Disorder)<sup>1</sup>，一般稱為自閉症 (Autistic Disorder)，家事法院承認該少年有障礙存在，但刑事能力沒有減損，裁決移送檢察方公開審理 (朝日新聞，2006)。2006年10月19日大阪地方法院裁定該少年犯被判處12年監禁，被告少年接受審判結果，大阪高等法院於2007年11月9日完成判決 (教育資料庫，2017)。被告少年幼年時遭受霸凌、長期缺課，定期至青少年精神科門診就診。被告少年的門診醫師、精神鑑定醫師及辯護律師主張自閉症影響少年的人際互動，對生活事件情境理解及因應有障礙，建議法院將被告少年安置於「少年院」接受教科指導、生活指導及矯正教育，在日常生活之中學習解決人際衝突問題、學習如何負責，減少未來發生事件的危險性。檢方認為少年應負起應有責任進入「少年監獄」，限制自由、從事工作、服完刑期。法院依據被害者和死者家屬訴求、檢察官與辯護人的主張及少年的悔過，最終裁定判處監禁12年 (佐藤幹夫，2009)。時光飛逝，當時的少年犯將要出獄，對一個廣義精神疾病者或神經發展障礙者沒有提供相對應教育輔導，未來發生危險的可能性究竟如何，實在令人擔心。

我國近年亦陸續發生重大刑案，網路及媒體常出現「精神疾病」、「犯罪」、「刑責」的討論，常見標題有「色司機性侵韓女下月將精神鑑定」(顏凡裴，2017)、「鄭捷精神鑑定結果出爐，殺人六親不認且無心神喪失」(孫曜樟，2014)、「北投女童割喉案龔嫌願精神鑑定」(項程鎮，2016)…。重要議題，如精神疾病患者對他人的安全性、犯罪的刑責及未來是否在再犯等，通常是短暫時間內被熱烈討論之後快速冷卻，轉移到其他社會事件議題。臺灣媒體多以負面形象報導身心障礙者 (李怡芳，2017)，這與國外媒體亦以負面詞彙描述精神疾病者 (Coverdale, Nairn, & Claasen, 2002) 研究結果相似，這些報導或討論是否能讓一般大眾認識精神疾病，進而減少精神疾病患者的負面標籤，仍需長期觀察及評估。精神疾病犯罪者是否會再犯，成為重要問題。

我國精神疾病患者犯罪研究，以法院委託精神鑑定精神分裂症 (思覺失調症) 犯罪者進行再犯因素分析。發現思覺失調症犯罪者犯行前之住院經驗、反社會性人格疾患、首次犯罪年齡層在10-19歲或60-69歲年齡層、前科數大於4...等情形，有較高再犯 (楊添圍，2007)。當精神疾病患者危險性高時，需考慮犯罪危險性為未必來自於精神疾病本身 (精神疾病不直接造成犯罪行為)，其他危險因素，例如過去的犯罪史、反社會性人格疾患特質、未規則持續治療精神疾病、以及社會家庭支持系統失調等。

國外近年關於精神疾病患者犯罪危險性進行研究，Morgan 等 (2013) 澳洲研究發

---

<sup>1</sup> 本研究精神疾病診斷採用美國精神科學會診斷標準 Diagnostic and Statistical Manual of Mental

現 11.1% 犯罪者有精神疾病、20.1% 暴力犯罪者有精神疾病診斷，多數暴力犯罪者無精神疾病；Skeem, Manchak 與 Peterson (2011) 發現僅 18% 的犯罪行為與精神疾病症狀有直接相關；Fazel 與 Yu (2009) 研究發現精神疾病犯罪者的再犯率達 30.4%。Skeem, Winter, Kennealy, Loudon 與 Tatar II (2014) 發現反社會性人格疾患模式與缺乏休閒娛樂精在精神疾病犯罪者有較高再犯罪比例。

依據過去研究，造成精神疾病者犯罪及再犯罪因素包括生理及非生理，但是精神疾病犯罪者處遇措施是否對再犯有獨立之影響，或是否與犯罪危險因素相對應，亦或處遇措施有針對危險因子進行犯罪預防，仍有待進一步分析研究。

## 第二節 研究目的

了解現行監護處分是否能依照精神疾病犯罪者特殊性進行治療，同時降低未來再犯風險。本研究對曾經於醫療機構執行監護處分之男性精神疾病犯罪者進行研究，分析結束監護處分 3 年再犯與無再犯者之差異性，找出再犯預測因子。

## 第二章 文獻回顧

### 第一節 精神疾病患者犯罪危險性及再犯

#### 一、 精神疾病者犯罪危險性

精神疾病者之危險性向來是民眾與媒體關注焦點，許多針對精神疾病與犯罪之間研究陸續發表，不同研究設計與結論，歸納不同研究結果。Morgan 等人（2013）以 1955 年至 1969 年間於西澳洲出生者為對象，連結出生約 30 年後之精神疾病就醫資料庫及犯罪紀錄，分析研究對象之犯罪行為（被逮捕犯紀錄）與精神疾病關聯性。該研究發現，88.9% 犯罪者無精神疾病診斷、11.1% 犯罪者有精神疾病，多數犯罪者無精神疾病。79.9% 暴力犯罪者無精神病診斷、20.1% 暴力犯罪者有精神疾病診斷，多數暴力犯罪者無精神疾病。該研究中，共有 40478 為研究對象診斷有精神疾病，2.25% 被逮捕之精神疾病者診斷為思覺失調症、8.2% 被逮捕之精神疾病者診斷為物質使用。依疾病診斷排序顯示，精神疾病犯罪者常見診斷為「物質使用疾患」、「思覺失調症」及「反社會性人格疾患」。精神疾病患者最主要犯罪類型為暴力犯、次之為財產犯、第三為違反社會秩序。將暴力犯罪做進一步分析，精神疾病犯罪者最常見暴力犯為強盜、次之為殺人罪及其他人身犯罪。Morgan 等人將思覺失調症患者、非思覺失調症精神疾病者及無精神疾病患者以 1:1 方式抽樣分析，該研究發現思覺失調症患者的暴力犯罪、違反社會秩序、財產犯及藥物使用犯罪比率明顯低於非思覺失調症患者及無精神疾病者。該研究發現犯罪者罹患精神疾病比率低，思覺失調症患者犯罪比率低於其他精神疾病者及無精神疾病患者。

依據我國個人資料保護法第 6 條，有關個人病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之資料，必須在限定條件及保護下蒐集、處理或利用。精神疾病者醫療紀錄與犯罪前科紀錄受嚴格保護，精神疾病者之犯罪危險性難以直接計算，本研究僅能在限定條件下蒐集資料及分析。關於精神疾病患者之犯罪僅能由每年度司法統計年報得知，以 103 年司法統計年報顯示當年度地方法院裁判監護處分共 205 人。相較於 103 年內政部統計全國有 18,638,652 位 20 歲以上成年人，同年監獄新入監受刑人為 34,385 人，一般成人犯罪率為每十萬人口 184.48 人(  $(34,385/18,638,652) * 100,000$  ) 犯罪入監服刑。因部分精神疾病者並未接受監護處分處遇，僅在監獄服刑，或因精神疾病不起訴或無罪判決。以 103 年受監護處分 205 人及一般成人新入監人數 34,385 人相比較，呈現精神疾病犯罪人口數並未高於一般成年人犯罪人口數，精神疾病不等同於高犯罪率。且精神疾病者可能因認知理解力較低、受精神病症狀或衝動控制能力下降而較易犯罪，或精神疾病者犯罪行為較容易被逮捕。

## 二、 嚴重精神疾病犯罪危險性

嚴重精神疾病系指思覺失調症、情感性精神病及器質性精神疾病。嚴重精神疾病與犯罪關係在國內研究方面，如針對思覺失調症患者犯罪行為進行研究，思覺失調症急性期患者較非急性期患者有較高之人身或財產犯罪，人身犯罪對象多數為家庭成員或近親；思覺失調症非急性期患者則傾向偷竊（楊添圍、游正名、郭千哲、陳喬琪與胡維恆，2001）。周仁宇等（1997）針對我國情感性精神病患者犯罪行為進行研究，發現病患在躁期發生犯罪行為比憂鬱期多，躁期個案多半在高亢情緒、誇大意念或誇大妄想影響之下犯罪，以搶奪及竊盜罪多，極少對個人生命或身體之犯罪。此研究中憂鬱期犯罪個案多數為重鬱症，憂鬱期發生的犯罪行為有絕大比例為生命或身體犯罪，多為殺人重罪。殺人罪犯行前絕大多數未曾接受治療，多數受害者為親屬（子女為多）。

## 三、 智能不足者犯罪危險性

智能不足 (intellectual disability) 為兒童時期開始出現認知、語言、運動、社交能力的心智發展停止或不完全，屬於發展障礙。西方社會智能不足盛行率 (Prevalence Rate) 在 1% 到 3% 之間，輕度智能不足可能到兒童中期才被發現，因此智能不足很難準確計算發生率。高達三分之二智能不足兒童和成年人同時患有其他精神疾病，比無智能不足一般人高出好幾倍 (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2014)。McBrien, Hodgetts 與 Gregory (2003) 訪談 1326 名已於英國衛生及社會福利機構服務之成年智能不足者，26% 受訪者曾經有被視為犯罪的冒險行為，9.7% 受訪者曾與刑事司法體系接觸、2.9% 受訪者有犯罪定罪史，0.83% 受訪者曾犯罪被定罪一次。Fazel, Xenitidis 與 Powell (2008) 研究四個國家相關調查，總計共 11,969 名囚犯（平均年齡 29 歲；92% 為男性；23% 為暴力犯罪），研究發現獄中囚犯有 0.5-1.5% 被診斷為智能不足（範圍從 0% 到 2.8% 不等）。智能不足發生率不高、人數不多，但受限於自身的認知理解能力、判斷力不足，易做出犯罪或類似犯罪的行為，或智能不足者的認知理解能力及處理問題能力不足，發生犯罪行為較容易被逮捕，故智能不足者常出現於刑事司法體系。因此智能不足犯罪者是需要被關注及制定特殊處遇族群，難與一般族群相比較。

## 四、 反社會性人格患者之犯罪危險性

過去研究如 Gibbon 等人 (2009) 發現，反社會性人格疾患在一般人群發病率為 2-3%，估計男性約為 3%，女性約為 1%。Fazel 與 Danesh (2002) 發現監獄中反社會性人格疾患的男性比例為 47%，女性為 21%，反社會性人格疾患常與犯罪連結。

1835 年美國醫師 James C Prichard 使用 moral insanity（悖德狂）一詞描述情緒、衝動與行為控制不佳的人，之後許多學者認為這是對反社會人格早期描述之一。描述這類情緒、衝動與行為控制不佳的人詞彙，經歷長時間的討論及發展，1968 年精神疾



病診斷及統計手冊 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 簡稱 DSM) 第二版採用「反社會人格」 (antisocial personality), 減少其他用語造成混亂。到目前第五版 (DSM-5), 仍維持「反社會性人格疾患」 (antisocial personality disorder) 名稱。經過多次演進, 反社會性人格疾患強調情緒不穩定、衝動行事、缺乏對人的關愛、反社會行為、缺乏羞愧感, 而理性、理解力完整等諸項特質 (蔡盧浚、楊添圍, 2006)。以本研究個案監護時間相對應之精神疾患診斷與統計手冊為第四版修訂版 (DSM IV-TR) 為例, 反社會性人格疾患列於《精神疾病診斷與統計手冊》之人格疾患。「人格疾患」指內在經驗與行為模式 (包含認知、情感、人際功能及衝動控), 持久且顯著偏離個人所處的文化期待。這廣泛且無彈性行為模式足以引起痛苦或影響社交行為、職業狀態或其他重要領域。這模式可追溯到青春期或成年期早期, 無法以另一種精神疾病作解釋或歸因於其他生理效應或身體病況。按照診斷標準, 「反社會性人格疾患」者年齡超過 18 歲, 自 15 歲開始出現對他人權益不尊重及侵犯之廣泛模式。反社會性人格疾患之行為表現如下: 無法遵守社會規範, 一再作出導致逮捕的行為; 漠視且侵犯他人權益, 一再說謊、使用化名或為自己的利益或娛樂而欺騙愚弄他人; 做事衝動或不能事先計畫; 易怒又好攻擊, 一再打架或攻擊他人身體; 行事魯莽, 無視自己或他人安全; 無責任感, 無法維持長久的工作或信守財務上的義務; 缺乏良心自責, 對傷害、虐待他人、或偷竊他人財物覺得無所謂或合理化 (孔繁鐘、孔繁錦, 1988)。而精神疾病診斷與統計手冊內「反社會性人格疾患」仍具有高爭議性, 反社會性人格疾患與其他疾病有相當大的重疊或共病症, 包括精神病, 物質濫用, 雙相情感障礙和邊緣型人格疾患 (Glenn, Johnson, & Raine, 2013)。

我國精神衛生法第三條定義精神疾病範圍, 將反社會性人格排除於精神疾病之外。反社會性人格疾患雖屬精神醫學範疇之疾病態樣, 但反社會性人格疾患特質如前所述, 一般治療方法成效不彰、不易治療, 因此排除於精神衛生法。近期研究顯示, 美國藥物食品管理局 (US F Food and Drug Administration, FDA) 無核准治療反社會性人格疾患適應症之藥物及證實之心理治療, 藥物有助於治療其共病症 (如恐慌症、重鬱症), 認知行為治療模式亦有研究顯示有益處 (Black, 2017), 顯示反社會性人格之治療困難性。另外, 精神醫學指涉之反社會性人格疾患表現出「無法遵守社會規範」行為並非全部是犯罪行為, 這些反社會性人格疾患者不一定是犯罪人 (Hare, 1999), 但在非精神疾病犯罪者或精神疾病犯罪者會有不等比例反社會性人格疾患存在。

## 五、 物質使用疾患者之犯罪危險性

前述嚴重精神疾病、智能不足及反社會性人格疾患之犯罪行者多數同時合併物質使用疾患 (substance use disorders)。這些物質共同特徵是經由注射、口服或吸入進入人體, 物質進入人體後會改變個人的意識狀態或心智狀態, 影響情緒、行為或精神狀態。現行精神疾病診斷與統計手冊之物質包含酒精、咖啡因、大麻類、幻覺劑、吸入劑、鴉片類、鎮靜安眠藥物、抗焦慮劑、刺激劑 (含安非他命及古柯鹼)、菸草類。物質使用在精神醫學、神經學範疇發現腦部有特定神經迴路形成獎勵系統或成癮路徑

(Kelley & Berridge, 2002) ，使用物質時可獲得刺激、愉悅感覺及逃避現實，一旦停用將引起戒斷症狀而極度痛苦，因此反覆使用、無法克制。故物質使用行為在精神醫學領域為歸於成癮疾病，使用的物質被列為毒品危害防制條例規範之「毒品」（如海洛因、嗎啡、安非他命）則歸為犯罪行為。這些物質有易成癮特性，讓物質使用者成為反覆犯罪的毒品使用者。另外毒品使用會衍生出其他多種犯罪行為，成為犯罪學領域中的「問題行為症候群」（Childs & Sullivan, 2011; Jessor & Jessor, 1977）。

## 六、 共病症與犯罪關係

嚴重精神疾病者有時會合併多重疾病診斷，也就是共病症（comorbidity 或 co-occurring disorders），例如，思覺失調症同時合併智能不足及/或物質使用疾患（物質濫用、物質依賴），或物質使用疾患同時有人格疾患。Chiles, Von Cleve, Jemelka 與 Trupin (1990) 發現在監獄環境裡共病症終生流行率高達 84%，Ogloff, Lemphers 與 Dwyer (2004) 研究司法醫精神醫療機構裡有 74% 有共病症。精神疾病共病症者犯罪行為及再犯行為，較無精神疾病者複雜。Männynsalo, Putkonen, Lindberg 與 Kotilainen (2009) 在芬蘭進行全國性司法精神醫學研究，了解智能不足者個人特徵、精神病共病症和犯罪行為的關係。回顧 1996 至 2006 年審判進行前之精神鑑定評估，有三分之一犯罪者曾定期於門診治療、有一半者曾經犯罪，最常見的犯罪是縱火。幾乎有一半智能不足犯人同時被診斷有酒精濫用或酒精依賴，三分之二被診斷為任何物質的濫用或依賴，25% 犯罪者被診斷為反社會性人格疾患。幾乎一半罪犯被置於非自願特殊照顧持續約 2 年。有濫用藥物、精神疾病和智能不足者（三重診斷）犯罪者是一小部分並且有複雜的犯罪行為。

患有共病症者不僅更容易被捕，更有可能違反治療社區之規則及出現暴力。此外，有共病證者在監獄時間比無共病者更長，並且在出院後 1 年內比僅有精神或物質使用障礙者更可能被重新監禁。另外，共病症患者的暴力風險增加，主要歸因於物質使用疾患和反社會性人格特質，非精神疾病 (Messina, Burdon, Hagopian, Prendergast, & Law, 2004; Peters, Wexler, & Lurigio, 2015) 。

以上為精神疾病與犯罪行為相關研究，接下來為精神疾病與再犯之間的關連性，透過文獻整理，可得知精神疾病與再犯未必有顯著關係，而再犯有關的危險因子尚有過去犯罪史、休閒娛樂安排（生活安排）、反社會性人格疾患、物質使用疾患及家庭失能。

## 七、 精神疾病犯罪者再犯危險因子

Bonta (1998) 運用統合分析精神疾病犯罪者的犯罪及暴力再犯預測，發現過去犯罪史、反社會性人格、物質使用及家庭失能這些因素造成精神疾病犯罪者較一般犯罪者容易再犯。Fazel 與 Yu (2009) 利用系統性回顧與統合分析精神疾病患者重複犯罪風

險，精神疾病患者重複犯罪比例高於無精神疾病者，30.4%精神疾病犯罪者會再犯罪。Peterson, Skeem, Kennealy, Bray 與 Zvonkovic (2014) 針對嚴重精神疾病症狀與再犯關係研究，研究對象為「精神衛生法庭」(mental health court) 裁定社區治療的嚴重精神疾病犯罪者(診斷符合思覺失調症、雙極性情感疾患、重鬱症患者)，利用半結構會談、病歷、其他紀錄回顧(含犯罪紀錄)及簡明精神病評定量表 評估犯罪者精神病症狀與犯罪的關聯性是否持一致，發現僅 18%犯罪與症狀有直接關係，顯示精神病症狀與再犯罪無直接關係。Skeem 等 (2014) 蒐集 221 位由監獄釋放 3 個月內之假釋犯、在積極監控地區、符合 18 歲以上、無智能不足、有知情同意能力者進行研究。將參與者區分為有明確精神疾病診斷者及無精神疾病者，有精神疾病障礙者返回社區時有持續於社區醫療追蹤。無精神疾病犯罪者的性別、種族、年齡及時間假釋與精神疾病犯罪者相似，以存活分析(Cox proportional hazards) 發現，精神疾病犯罪者更容易返回監禁，hazard ratio 顯示 60%精神疾病者會重返監禁(精神疾病患者再犯率高)。精神病症狀無法預測多久會被逮捕，但能預測精神疾病犯罪者會重返監禁，精神疾病的分類及症狀無法預測新犯罪行為但能預測假釋會失敗。

Skeem 等 (2014) 想找出非精神疾病犯罪者的再犯預測因子，將這些預測因此推論到精神疾病犯罪者。研究將暴力風險評估量表進行修改，分成三組評分，一組僅重大精神疾病特有的因子，一組為一般危險因子，一組為綜合因子。「重大精神疾病特有因子」包含精神疾病診斷和症狀，缺乏對精神病的認識。「一般危險因子」包含暴力史、其他反社會行為、人際關係、職業狀態、物質使用、創傷經驗、穩定性、休閒娛樂及生活狀態...等，研究結果發現「一般性危險因子」的預測再犯效力較疾病因素高，影響精神疾病障礙犯罪者的再犯一般危險因子為「休閒娛樂與過去犯罪史」。

其他再犯危險因子研究，如 Coid, Hickey, Kahtan, Zhang 與 Yang (2007) 發現自英國中度戒備司法醫療 (medium secure forensic service) 出院的病患主要為男性、罹患精神疾病及物質使用疾患共病症、1/5 有反社會性人格疾患。這些自中度安全設施醫院出院的精神疾病犯罪者在研究追蹤期間有 1/3 男性及 1/7 的女性發生刑事案件，犯罪的危險因子有年輕、男性、初次犯罪出庭年齡較輕、先前病定罪次數、過去有暴力犯罪，暴力犯罪的危險因子為反社會性人格疾患共病症。另外，在中度戒備司法醫療住院超過 2 年者暴力風險降低。

由上可知，精神疾病患者(思覺失調症、情感性精神病、物質使用疾患、智能不足、反社會性人格疾患與共病症)有犯罪風險，但精神疾病者佔全體犯罪者之比率相較無疾病者低。精神疾病犯罪者 30.4%會再犯罪 (Fazel & Yu, 2009)，精神疾病犯罪者在犯罪中僅 18%犯罪與症狀有直接關係 (Peterson, Skeem, Kennealy, Bray, & Zvonkovic, 2014)，因此須評估其他非疾病因素造成犯罪或再犯罪行為。如果精神疾病犯罪者處遇僅針對精神病症狀，卻無評估其他非疾病因素之再犯因子，恐有不當。以下即以此觀點出發，探討其他國家處遇。

## 第二節 日本、美國及英國對精神疾病犯罪者處遇措施及再犯

精神疾病者之危險因子研究已如上述，然而，此些研究並未考慮精神疾病者處遇過程中，是否會出現其他變數而影響再犯率。因此，以下本文將臚列各國處遇狀況，從中整理是否有與再犯有關之「機構內」危險因子。

### 一、 日本醫療觀察法

2001年6月8日日本發生大阪府池田國小殺人事件，8人死亡、15人受傷慘劇。池田案件行為人在偵查與審判其間皆受精神鑑定，該行為人被認定為詐病，非心神喪失被處以死刑。在池田事件發生前3個月，該行為人涉及另一起傷害事件，傷害事件偵查中被鑑定有精神疾病為無責任能力，因而不起訴處分，並依據精神保健福祉法強制入院治療，出院後不久後犯下池田國小殺人事件，引發社會議論。池田事件後，日本政府開始進行精神疾病者處遇的立法提議，日本國會於2003年通過全名為《因心神喪失等狀態所為的重大危害他人行為者的醫療與觀察法 (Medical Treatment and Supervision)》(以下簡稱為醫療觀察法)，2005年7月15日為正式施行 (Fujii, Fukuda, Ando, Kikuchi, & Okada, 2014; 吳景欽, 2008)。

日本於2005年實施醫療觀察法至今約10多年，當精神疾病者發生嚴重犯罪行為(縱火、強制性交與猥褻罪、殺人罪及傷害罪)時，經精神鑑定評估犯罪行為當時是否受精神疾病影響至責任能力下降、精神疾病是否可被治療及影響康復造成再次發生類似行為的因子，由法院裁定是否納入醫療觀察體系持續追蹤及治療。醫療觀察法其中機制有「門診治療」和「緩刑監護官追蹤」，可合併「社會福利體系支持」實行3至5年，若因疾病惡化重新進入治療體系將重新計算追蹤時間。此制度讓精神疾病患者持續接受治療、穩定症狀，症狀惡化可立即接受精神科治療。Fujii等(2014)研究顯示精神疾病觸法者嚴重犯罪之再犯率明顯低於多數研究再犯率。但日本處遇制度醫療費用高昂，以2014年為例，每人每年住院醫療費為日幣18,922,726元/186,019美元；門診醫療費用為日幣1,447,627元/14,230美元。除費用昂貴之外，全國住院治療床位有限。

因此，日本醫療觀察法是以治療精神疾病為出發，間接減少重大刑案發生。醫療觀察法將觸犯重大罪刑的精神疾病者持續於醫療體系追蹤，病情不穩定即安排醫療機構住院，另外將無法治療(如失智症)或智能不足安置於適當場所。嚴密監控之下，精神疾病者之重大刑案再犯率非常低，但精神疾病者的一般犯罪如，偷竊、搶奪或毒品使用行為並未納入醫療觀察法體系追蹤，難以估計或追蹤精神疾病者非嚴重犯罪的犯罪率及再犯率。

## 二、 美國之精神衛生法庭及強制社區治療

美國精神疾病犯罪者處遇須從「去機構化」開始談起，Markowitz (2011) 回顧 1960 年代美國去機構化政策造成精神醫療機構大幅減少、照顧床位減少；當時新一代抗精神病藥物研發上市，新一代抗精神病藥物治療效果較傳統藥物佳，降低病患住院率及住院天數；同時在對精神病患的自由意志尊重、加上人權意識提高，使強制治療在法律的保障下更難執行。另外，精神醫療財政支出減少，使社區精神醫療照顧服務減少。精神醫療服務減少（公立精神醫療機構減少、私人醫療機構不願接受無力負擔醫療費用的病患）加上醫療政策縮減住院天數（由 6 個月縮減到 10 天），制度使精神病患反覆進出醫院形成旋轉門效應。部分在社區裡的病患對疾病無病識感，不願接受家人管理，間接造成嚴重影響及增加被逮捕機會。

去機構化政策實施之後，監獄取代了醫療機構成為大型精神病院，監獄內精神醫療需求比例逐漸上升。Lamb 與 Weinberger (1998) 研究發現州立監獄的嚴重精神疾病患者佔 10%-15%，近期 Mulvey 與 Schubert (2017) 研究估計地方監獄約 10%-20% 犯人有嚴重精神疾病，州立或聯邦監獄 25% 犯人有嚴重精神病，這些監獄囚犯罹患嚴重精神疾病的比例是一般人口的 3 到 6 倍。使監獄中的精神疾病患者大幅度增加，同時這些精神疾病犯罪者反覆進出監獄形成旋轉監獄門效應。Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams 與 Murray (2009) 研究 2006 年 9 月 1 日至 2007 年 8 月 31 日在德州刑事司法機構服刑囚犯，共 79,211 人，回溯研究對象被監禁前 6 年前的疾病史及犯罪史，發現監獄中近 10% 囚犯罹患精神疾病（重鬱症、雙極性疾患、思覺失調症及其他精神疾病），這些精神疾病犯罪者重複被監禁，雙極性疾患監禁超過四次者為非精神疾病犯罪者的 3.3 倍，精神疾病犯罪者再犯率最高的犯罪類型為財產犯。Baillargeon 等人建議將嚴重精神疾病犯罪者轉移到以社區為基礎的精神衛生服務系統代替監獄。

美國精神疾病犯罪者的社區治療是屬於刑事司法系統管轄，由法院裁定緩刑，精神疾病犯罪者強制接受治療，其中包括強制性門診治療或由假釋官轉介治療，不遵守強制之療導致撤銷假釋和返回羈押。另一些罪犯是被法院從刑事司法系統轉移到精神衛生系統，完成指定治療方案則取消刑事處分。社區治療需要精神衛生治療人員和刑事司法系統人員之間密切聯繫，評估病人病情進展和需求 (Lamb, Weinberger, & Gross, 1999)。

90 年代末期，美國各地方政府開始發展「精神衛生法庭」，處理精神疾病被告的專門法庭，由法院督導社區治療處遇，有別於傳統的案件處理 (Thompson, Osher, & Tomasini-Joshi, 2008)。精神衛生法庭之法官、檢察官、辯護律師和其他法庭工作人員要接受特別培訓並熟悉社區精神衛生服務。精神疾病犯罪者要自願參與社區治療處遇，遵守治療計畫並接受法院監督。法院工作人員與社區提供者合作，提供藥物治療，物質濫用治療，居住，工作培訓和社會心理復健 (Watson, Hanrahan, Luchins, & Lurigio, 2001)。經由強制社區治療提供心理健康服務，防止成年嚴重精神疾病被拘留和監禁、涉入刑事司法系統，預防犯罪及再犯 (Lamberti, Weisman, & Faden, 2004)。但美國各州有不同的精神衛生法庭運行方式，對於精神疾病犯罪者的處遇有不同的處理模式。

2000年11月13日，William Jefferson Clinton 總統簽署公法 (Public Law) 106-515 條有關執法和心理健康項目，促使增加「精神衛生法庭」，持續監督精障礙犯罪者、智能不足、精神疾病和物質使用共病症罪犯者的輕罪或非暴力罪行 (Watson et al., 2001)。精神衛生法庭運作約 20 年，法院裁定強制社區治療措施是否降低精神疾病犯罪者的再犯及暴力風險成效仍不一致。McNiel 與 Binder (2007) 對舊金山監獄之精神疾病犯罪者進行回顧性研究，比較接受精神衛生法庭強制社區治療者及採行一般治療者（監獄內之精神醫療）的再犯率。控制研究樣本的個人特徵、臨床變相及犯罪史之下，參與精神衛生法庭的精神疾病者的再犯時間延長或無新犯罪發生；完成精神衛生法庭治療程序，不再受法院監督的精神疾病者再犯率及暴力下降。參與精神衛生法庭治療程序的精神疾病犯罪者的再犯率低於採行一般治療者的再犯率。McNiel, Sadeh, Delucchi 與 Binder (2015) 對精神衛生法庭成效進行前瞻性研究，比較接受精神衛生法庭強制社區治療的精神疾病犯罪者及監獄內接受精神疾病治療的精神疾病犯罪者暴力再犯風險。這些精神疾病犯罪者在研究追蹤 1 年後，參與精神衛生法庭精神疾病犯罪者暴力風險下降。研究追蹤期間 25% 的精神衛生法庭參與者發生暴力，對照組有 42% 發生暴力行為。研究顯示精神衛生法庭有助於降低精神疾病犯罪者的再犯行為，但需將參與者治療動機納入強制社區治療之療效。Renee 與 Binder (2008) 提到對於不參與「精神衛生法庭」或無治療動機的監獄內精神疾病犯罪者，須擬定其他的出獄計畫，如出獄前學習解決問題技巧、促進治療順從性、出獄返回社區之後個案管理服務，社區可提供物質使用疾患治療、就業及居住安排、醫療照顧資源。

精神疾病犯罪者除了在監獄服刑、接受強制社區治療之外，另一個精神衛生服務為司法精神醫療機構，以紐約州為例，涉及刑事訴訟法被判定無能力接受審判、刑事訴訟法被認定對因精神疾病或其他缺陷影響無責任能力、矯治法審理前拘留於當地醫院接受治療、矯治法判處於司法精神醫療機構（矯治機構）住院治療 (NYS Office of Mental Health Division of Forensic Services)。以伊利諾州為例，這些司法精神醫療機構分不同等級，分別為低度安全戒護、中度安全戒護及最高安全戒護。低度安全戒護環境包括門禁管制、全天候有工作人員監督，通常為輕罪、非暴力犯罪及低風險的病人於此接受治療。中度戒備司法精神醫院環境有門禁、監控設備，訪客限制及個人物品使用的限制。最高安全戒護為限制性環境、專門設備持續監控觀察，主要安置有高度攻擊危險病患及具有實質潛逃能力的病患。司法精神醫療機構對於精神疾病犯罪者的再犯行為研究較「精神衛生法庭」研究缺乏，推論為採用精神疾病與心智缺陷抗辯 (insanity defense) 之犯罪者精神症狀與犯行嚴重，法院裁定於司法精神醫療機構住院治療，刑期結束後依據精神衛生法轉為住院治療或出院，因此司法精神醫療出院後再犯研究較缺乏。

### 三、 英國之司法精神醫療機構

英國現行精神衛生法以 1983 年制訂法條 (The 1983 Mental Health Act) (Hamilton, 1983) 為基礎，經歷三次修法，最新版本為 2007 年修訂，其中包過重新定義精神疾病為精神障的任何疾病或失 (any disorder or disability of the mind)、引入精神疾病者的強制社區治療(Supervised Community Treatment 及 Community Treatment Orders)、修改司法精神醫療機構治療精神疾病犯罪者無時間限制的敘述 及修改「精神衛生法庭」(Mental Health Review Tribunals) 運作 (Bowen, 2007)。

英國司法精神衛生服務是針對在監獄或法庭上的精神疾病犯罪者提供特殊精神健康治療 (Rutherford & Duggan, 2008)，設有不同等級的司法精神醫院，分別為高度戒備 (high-secure forensic psychiatric services)、中度戒備 (medium-secure mental health hospitals) 及普通精神醫院 (Coid et al., 2007)。中度戒備機構的設置是為了減緩過度擁擠的高度戒備機構以及提供精神疾病犯罪者復健、出院後銜接社區精神醫療服務。但中度戒備司法精神醫療機構的費用高昂，以 2009 年為例，每張病床的醫療每年的醫療費用為 176000 英鎊，近 7 百多萬臺幣。經過中度戒備司法精神醫療處遇的精神疾病犯罪者有四種不同轉介，回到監獄、轉院到高度戒備醫療機構、低度戒備醫療機構或社區，社區定義為各類住宿，包括租屋、支持性住宿、開放式復健病房或開放式病房 (Doyle et al., 2014)。

為維護公共安全，依據精神衛生法、司法精神醫學相關條款，精神疾病犯罪者由法院裁定或由監獄兩種方式強制進入司法精神醫療機構評估精神健康問題、住院及出院治療計畫。Coid, Kahtan, Gault, Cook 與 Jarman (2001) 研究發現，英國於 1980 年後期開始緩慢發展中度戒備醫療機構，這些中度戒備司法醫療之設置會考量不同區域屬性，但有發展不均或轉介收治病患差異問題。2000 年英國學者開始針對中度戒備醫療機構治療成效進行不同的分析研究，Maden, Scott, Burnett, Lewis 與 Skapinakis (2004) 分析評估由中度戒備司法醫療出院的精神病患之精神疾病與犯罪風險，研究發現 15% 精神疾病犯罪者出院 2 年內再犯罪定罪、6% 觸犯暴力犯罪。最強而有力的再犯預測因子為過去犯罪之紀錄，物質使用及性犯罪紀錄均會增加犯罪風險，出院後中斷醫療追蹤亦可能增加犯罪風險。Alexander, Crouch, Halstead 與 Piachaud (2006) 研究於中度戒備司法醫療出院之智能不足者長期預後，發現 11% 出院者再犯罪且被定罪，58% 出現類似犯罪行為但未導致警方介入，28% 依據英國精神衛生法被安置於醫院照顧。研究發現有人格疾患、搶奪強盜犯罪史、較為年輕者的再犯罪定罪的風險較高，出現類似犯罪的違規行為者較容易再入院治療。Davies, Clarke, Hollin 與 Duggan (2007) 認為自中度戒備醫療機後出院精神疾病者長期效果不佳，出院後病患死亡率高、再犯率及再住院率高、較少獲得工作。但 Fazel, Fimińska, Cocks 與 Coid (2016) 經由 10 個國家 35 個研究進行系統性回顧及統合分析發現自司法精神醫療機構出院的精神疾病者粗再犯率為 44.8%，但這些出院的精神疾病者再犯率低於由監獄出獄的一般犯罪人。Doyle 等 (2014) 近期研究發現，監獄轉入中度戒備醫療機構的精神疾病犯罪者經治療後再轉回監獄的比例高於其他的轉介方式，且達到顯著差異；由社區轉入中度戒備司法醫

療的精神疾病犯罪者，有較高比例返回社區；非重大刑案犯罪者較高比例返回社區；主要診斷為人格疾患或人格疾患共病症者有較高比例返回監獄；有物質使用疾患的精神疾病犯罪者經中度戒備司法醫療治療後轉入社區治療或監獄則無差異，此研究顯示即使經過中度戒備司法醫療治療的病患仍有許多需要追蹤介入。另外也顯示返回社區者的犯罪行為較輕、人格疾患影響較少，這些因素間接影響再犯率。

日本、美國及英國對精神疾病犯罪者有不同的處遇，共通點為著重於精神疾病持續治療，以司法精神醫療機構進行治療、法院強制執行或自願接受社區治療精神疾病，雖未直接處理犯罪相關因子，但持續穩定的治療精神疾病或持續監控機制可延長再犯時間或減少再犯。反之，若未有持續監控或穩定之機制，機構本身極有可能成為再犯之原因，而非減少犯罪之變數。見表 2-2-1 各國處遇方式比較。



表 2-2-1 日本、美國及英國處遇措施比較

國家	精神衛生 法庭 <sup>2</sup>	司法精神 醫療機構 <sup>3</sup>	社區治療 <sup>4</sup>	再犯	特點
日本	V	V	V	降低 (Fujii, Fukuda, Ando, Kikuchi, & Okada, 2014)	醫療費用昂貴； 僅針對重大刑案精神疾病犯罪者，犯行時受疾病影響及責任能力下降、疾病可治療及有影響疾病或引發犯罪因子者，納入醫療觀察法體系追蹤治療。
英國	V	V	V	降低 (Coid, Hickey, Kahtan, Zhang, & Yang, 2007)；  較高 (Davies, Clarke, Hollin, & Duggan 2007)。	費用高昂； 強制社區治療屬於罹患精神疾病的社區民眾。由監獄轉至司法精神醫療處遇的病患仍會轉回監獄。
美國	V	V	V	降低 (McNiel, Sadeh, Delucchi, & Binder, 2015)	強制社區治療需要精神疾病犯罪者治療意願及動機，接受強制社區治療者之再犯率較低。

<sup>2</sup> 精神衛生法庭 (Mental Health Court)

<sup>3</sup> 司法精神醫療機構(Forensic Psychiatric Hospital)

<sup>4</sup> 精神衛生法庭裁定之強制性社區治療(Supervised Community Treatment 及 Community Treatment Orders)

### 第三節 臺灣監護處分現況

#### 一、 精神疾病犯罪者監護處分處遇制度

精神疾病犯罪者依現行刑法第十九條，行為時因精神疾病或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰。行為時因前項之原因，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低者，得減輕其刑。此為 2006 年 7 月 1 日所生效的新刑法，關於責任能力採取兩段式混合規定，即關於有無責任能力的判斷必須依據：生理上，行為時具有精神疾病或其他心智缺陷；心理上，因有上述缺陷而無法辨識其行為是否違法，或者欠缺依其辨識行為而行為的能力。同時兼顧生理與心理上的原因，同時考慮行為時是否具有精神上的障礙（吳景欽，2008）。因此，並非罹患精神疾病犯罪就免責，需要評估疾病的嚴重程度及疾病對行為的影響作出判斷，有的案情為免責、有的為減輕刑責或須負完全刑責。

針對精神疾病及其他心智缺陷觸法者，於犯罪行為當時責任能力被認定符合第十九條情形，依據刑法第八十七條，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，令入相當處所，施以監護。或於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。但必要時，得於刑之執行前為之。前二項之期間為 5 年以下。但執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。由此可知，監護處分構成要件為（一）行為時因精神疾病或其他心智缺陷的犯罪行為人；（二）犯行時之責任能力被判定為顯著減低或喪失；（三）有再犯或危害公共安全之虞（黃聿斐，2013）。監護處分為保安處分其中一項措施，依據保安處分執行法四十六條至四十八條進行監護處分、對受監護處分者之治療及監視行動、視察。「監護」有監督、保護及提供治療，有監禁與保護的雙重意義。監護處分主要用意為消除觸法精神疾病者之危險性，這些人的精神疾病多有治療之必要，企圖藉由監護處分治療其精神疾病，消除精神疾病者未來再犯罪可能性（周焯智，2014；張麗卿，2011）。「監護處分」可在法院指定的精神病院、醫院、慈善團體及其最近親屬或其他適當處所執行，法務部於 1998 年 11 月頒訂《檢察機關執行因心神喪失或精神耗弱受監護處分應行注意事項》，將觸法精神疾病或其他心智缺陷觸法者委由特約機關機醫護，因此前述犯罪者近年來多送至醫療機構執行監護處分。精神疾病犯罪者於醫療機構內執行監護處分，積極治療精神疾病，包含精神藥物治療、心理治療、社會及環境治療、行為治療、職能治療、教育治療以及成癮治療（張麗卿，2011）。這些特約醫療機構多為公立精神科醫院，當受監護處分的精神疾病患者有合併其他身體疾病，將造成精神科醫院治療上的困難。部分受監護處分者同時合併反社會性人格疾患，當精神病症狀改善，在醫療機構違反住院規則，造成收治機構醫療人員照顧上的壓力（周焯智，2014）。

以 2011 年 5 月 11 日監察院糾正臺灣高等法院檢察署、國軍北投醫院之陳昆明殺人案為例，陳昆明有殺人前科、精神鑑定有罹患精神疾病，減刑出獄後至國軍北投醫院執行刑後監護 2 年。國軍北投醫院執行監護處分 5 個多月後，以精神疾病治癒為由准許出院，2009 年 12 月 30 日結束監護處分，陳昆明於 2010 年 10 月間再度犯案殺人，高檢署及國軍北投醫院均有違失。糾正案文指出，國軍北投醫院執行刑後監護處分，

陳昆明在監護期間出現行為問題，造成病房工作人員困擾，竟未向高檢署據實陳述真實病情及危險程度，反而建議高檢署結束住院治療；高檢署檢察官未依法對陳昆明進行視察，也未詳查病情是否已治療改善，僅憑醫院建議，草率向高院聲請裁定免予繼續執行監護處分，導致陳昆明再犯殺死婦女的慘劇（監察院新聞稿，2011），監察院對陳昆明糾正案與現行監護處分缺乏出院後追蹤制度相互呼應。

我國保安處分執行法自 1963 年 7 月 3 日公布執行，監護處分執行多年，但是否可以有效治療精神疾病同時消除未來再犯罪可能性，目前無確切實證數據。監護處分中央指揮督導機關是法務部，指揮執行是地方檢察署檢察官，執行監護處所不限於精神病院或醫院，依據臺灣最高檢察署資料，2018 年共有 35 所公立及私立精神醫療機構與各地方檢察署執行科簽約，協助司法機構執行監護處分。受監護之精神疾病犯罪者於精神醫療機構住院治療，執行監護機構必須特別注意受監護者的治療及監控行動。監護處分機關可對受處分人進行身體財務檢查；限制接見家屬或親友的頻率、時間，必要時須監視或拒絕接見及檢查受監護人書信。監視受處分人相當耗費人力，且為精神醫療機構之少數人口，因此多與一般慢性精神病人同住。受處分人亦為精神病人，因被強制在機構中進行治療，一般慢性病患之病房外復健訓練，如購物或外出活動會被設限。若受處分人罹患急性傳染病、重大疾病，保安處分處所無法施以適當治療或無相當醫療設備情況，需監督機關即檢察官許可，送其他醫療機構治療。若危及生命狀態，緊急外送後，仍必須向檢察官報告。在監護處分終了前、認為無繼續執行或延長時，監護機構報請指揮執行之檢察官，等待指揮機關裁定。但部分受處分人的疾病或人格特質不適合或無法以醫療模式處遇獲得改善，醫療機構聲請免除執行的意義不等同受監護人的危險性降低，出現類似上述陳昆明糾正案之狀況（黃聿斐，2013）。

部分研究認為我國監護處分以治療為名行監禁之實的制度，象徵意義大過實質意義（林思蘋，2009）。學者曾淑瑜（2005）曾建議精神疾病犯罪者處遇制度採取德國的「行為監督制度」，監護期滿精神疾病犯罪者出院或出獄後的保護觀察制度。犯罪行為人須遵從保護觀察官一定之指示，監督之內容除與精神疾病犯罪者直接面談、以信件或電話談話，還包括提供教育、職業、失業保險等之申請援助服務。犯罪行為人違反應遵守事項時，行為監督者主動提起訴訟，依刑法有相對應刑期及罰金。

我國為促進國民心理健康、預防及治療精神疾病，保障病人權益，支持並協助病人於社區生活，以醫療照護及福利觀點制定「精神衛生法」。針對精神疾病患者之精神疾病強制住院、強制社區治療有關事項，強制住院及強制社區治療由審查會審理。當精神疾病嚴重病人有傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院。前項嚴重病人拒絕接受全日住院治療者，指定精神醫療機構予以緊急安置，指定專科醫師進行強制鑑定，強制鑑定結果仍有全日住院治療必要，經詢問嚴重病人意見，仍拒絕接受或無法表達時，應即填具強制住院基本資料表、通報表及相關證明文件，向審查會申請許可強制住院。當嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞，經專科醫師診斷有接受社區治療之必要，其保護人應協助嚴重病人接受社區治療。強制社區治療項目如下，並得合併數項目為之：一、藥物

治療。二、藥物之血液或尿液濃度檢驗。三、酒精或其他成癮物質篩檢。四、其他可避免病情惡化或提升病人適應生活機能之措施。強制社區治療得以不告知嚴重病人之方式為之，必要時並得洽請警察或消防機關協助執行。強制社區治療之嚴重病人診斷條件、方式、申請程序、應備文件、辦理機構、團體之資格條件、管理及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。我國精神衛生法之強制住院及強制社區治療不同於犯罪後之保安處分，強制住院及強制社區治療為福利制度；監護處分是保安處分，精神疾病者犯罪後於精神醫療機構接受治療。我國對於精神疾病者犯罪行為及監護處分結束後再犯行為研究甚少，監護處分成效仍有待進一步研究。

衛生福利部玉里醫院於 2016 年進行監護處分患者臨床分析（計畫編號：YLH-IRP-10513），樣本為 1999-2013 年間地方檢察署委託執行監護之男性精神疾病犯罪者，研究結束監護處分後是否再犯罪。研究結果發現，精神疾病犯罪者於結束監護處分時精神病症狀穩，結束監護處分離開醫院 3 年期間內，約 50% 再度出現犯罪行為。其他研究方式，如李偉如（2013）透過高等法院裁判書回顧分析，發現是否接受監護處分對再犯行為無顯著影響，此研究結果發現再犯者的前案處置（監護處分或前案刑責）多未執行完畢，再犯行為多發生在審判期間，可能的解釋為這些精神疾病者可能需要監護處分，但尚未執行監護處分即發生再犯，導致監護處分未能發揮效果。因此我國監護處分措施是否能減少精神疾病犯罪者的再犯行為，或精神疾病犯罪者即使經過治療的再犯率仍高於一般犯罪者，或僅接受監護處分但無持續接受治療的精神疾病犯罪者再犯率高，仍有待進一步研究。

表 2-3-1 臺灣與日本、美國及英國處遇措施比較

國家	司法精神醫療		刑罰之強制社		再犯
	精神衛生法庭	機構	區治療	醫療機構監護	
日本	V	V	V		降低
英國	V	V	V		降低
美國	V	V	V		降低
<b>臺灣</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>V</b>	不詳

註：臺灣針對精神疾病者犯罪之後無精神疾病者專責法庭、無精神疾病犯罪者刑罰相關專責醫療機構、無精神疾病犯罪者刑罰相關社區治療銜接，對於是否犯罪無再犯研究，無法掌控預防再犯因子。

## 二、 精神醫療機構內之病房管理規範

現行監護處分處遇類似環境為治療性社區藥癮治療模式，兩者均屬於結構性環境，有特定管理規範（如生活規範、治療性社區內的生活作息規範、違禁品規範）之下接受治療。過去研究發現，藥癮患者在治療性社區接受治療時之違規行為會影響藥癮治療成效，常見違規行為如室內抽菸、住民間語言或肢體衝突、賭博或借貸行為、口語威脅或暴力威脅工作人員、擅自拿取其他住民之物品、自殺或自傷行為、未經醫囑擅自離開治療單位等（林春旭、邵文娟、李世凱與林滄耀，2015）。這些醫療機構或治療性社區訂定生活規範可以 Thomas Hobbes (1651) *Leviathan* 提到的「自然狀態」及「契約」做說明，在自然狀態下個體的智慧、體力雖有差距，但整體差距微小。每個人追尋個人利益、依其慾望、情慾而行，若兩人想要同樣的東西但又不能同時得到，這樣就會發生衝突、成為仇敵。為了安全、生存、和平及互相制衡，人們共同訂定契約，依照契約每個人放棄部分權力，把它交給政府做公正裁決。精神疾病患者更為特殊，病患異質性高，認知能力及體能狀態差異大，容易發生恃強凌弱事件，需要有規範維持秩序，保障弱小病患權益。醫療機構有其特殊性，管理規範看似瑣碎但有保護病患的機制存在，例如禁止擅自拿取他人物品，禁止以物易物、借貸、賭博、口語或肢體威脅他人、使用危險物品（如打火機）以及禁菸，更禁止對自己對他人的暴力攻擊，未經醫囑擅自離院則違反住院契約或監護處分裁定。違反醫療機構生活規範不等同於犯罪，但嚴重違規亦有可能違反法律（如嚴重暴力攻擊其他病患），依違反規範的嚴重程度進行處置。醫療機構內違規行為處置可歸類為口頭提醒或告誡、暫停或取消原有權益（如外出活動或購物）、與其他病患隔離、以精神藥物穩定情緒或約束限制行動。不論是否為監護處分之精神疾病者，於醫療機構住院治療期間均需遵守病房規範。

參考前述衛生福利部玉里醫院 2016 年院內研究（計畫編號：YLH-IRP-10513），曾於玉里醫院接受監護之精神疾病犯罪者，監護期間有違規行為者，出院後再犯率高。監護期間發生違規行為時，醫療機構會對違規行為進行介入，但違規行為者出院後再犯率較無違規行為者高，推論醫療機構之違規處遇無法減少出院後再犯。此狀況可以醫療機構處遇無威嚇效果，以及違規行為及其處置無標籤效應作為解釋。

威嚇主義建立在古典犯罪學「趨樂避苦、自由意志與理性選擇」理論基礎，認為懲罰可以嚇阻犯罪活動。威嚇主義可分為一般威嚇及特殊威嚇，一般威嚇為對犯罪者施以懲罰時對其他人產生嚇阻效果，及特殊威嚇針對犯罪者施以處罰。但醫療機構是提供醫療照護處所，以醫療處置處理病患精神病症狀，對問題/偏差行為施以認知行為治療。醫療措施無暴力性的懲罰或完全剝奪精神疾病犯罪者應有權益，也就是監護處分對問題行為處置不以懲罰作為手段。另外，精神醫療機構是針對精神疾病進行治療，對於犯罪行為或違法行為無提供相對應的矯治教育（矯治非醫療院所使命）。此外，精神疾病犯罪者結束監護處分離開醫院回到社去生活，在社區裡影響犯罪行為發生的因素眾多，這些影響再犯的潛在因素將在本研究進行分析。簡言之，若有威嚇不足之情事，則再犯率可能升高。

然後，以標籤理論觀點分析精神疾病犯罪者在醫療機構內發生之違規行為及懲處，標籤會帶來兩種效果，一個是汙名，另一個是汙名對自我形象的影響，也就是 Merton (1948) 提出的自我實現預言。醫療機構對有為違規行為病患之處罰，可能會進一步造成新的自我實現預言，增加再犯。在此情況之下，若以標籤理論及威嚇理論檢視醫療機構進行監護處分，將使這精神疾病犯罪者監護處分顯得格外矛盾，而此爭議在精神醫療機構下的研究更是付之闕如。

因此本研究再次將違規行為納入評估，分析精神疾病犯罪者於監護處分時違規行為與監護處分成效，違規行為是否與再犯罪有關連性，進一步檢驗是負相關（威嚇理論）或正相關（標籤理論）。

#### 第四節 社會控制理論與再犯研究

以上之文獻著重於犯罪之個人因子，以及機構處遇可能之影響，然而，精神疾病者在回歸社會之後，其生活之環境亦為不可忽略之再犯危險因素。

犯罪學古典學派的理論基礎建立在人有自由意志、做出理性選擇以及具有可改變性的基本假設。這假設套用在精神疾病犯罪者時，精神疾病者犯罪時是否受精神疾病影響、是否有自由意志及是否能做出理性選擇常使人存疑。Cesare Lombroso 生來犯罪人 (born criminals) 學說發展到後期的犯罪學實證學派，發現僅用生物因素無法解釋所有的犯罪行為，並非所有的精神疾病或其他心智缺陷者都會有犯罪行為。我國符合刑法第十九條之精神疾病或其他心智缺陷的犯罪者，於精神醫療機構內執行監護處分期間針對其精神疾病接受精神醫療照護（包含藥物治療、心理治療及職能治療等），仍無法完全解決其犯罪行為或降低未來再犯罪風險。醫療機構為封閉式的生活環境，接受監護處分的精神疾病犯罪者主要接觸對象為其他精神病患者及醫療人員，人際互動較為單純與貧乏。機構內生活作息規律、較低機會接觸酒精或非法物質，醫療機構內的環境刺激較社區生活少及穩定。精神疾病犯罪者結束監護處分返回社區，原本生活狀態若無改變或無法如醫療機構內穩定，這些精神疾病犯罪者的精神疾病穩定度或再犯罪風險仍存在。因此，僅就犯罪生物學的觀點（治療精神疾患）執行監護處分的犯罪預防效果有限。

事實上，犯罪學實證學派不僅強調犯罪的生物因素，強調個人的行為更多是受環境結構影響，這與犯罪社會學認為犯罪行為通常是個人為適應環境壓力的反應有類似之處，犯罪社會學中的社會解組理論及社會控制理論兩理論皆強調家庭、社區與社會對犯罪的影響。

社會解組理論認為快速社會變遷導致社會控制力量瓦解，進而促使犯罪增長。但「社會解組」的概念相當複雜，不同研究有不同的社會解組測量方法。社會解組理論中 Sampson, Raudenbush 與 Earls (1997) 主張社區「集體效能 (collective efficacy)」的高低影響犯罪率，集體效能定義為社區鄰居的凝聚力以及主動參與公共事務的意願。無論社區中個人人際網絡如何，只要社區居民目標相同、集體效能提高，犯罪率即呈

負相關。

以 Hirschi (1969) 之社會控制理論為例，Hirschi 認為個人與其他人、社會產生聯繫，個人將社會規範內化也就是所謂的社會化，這些個體與社會的聯繫就是社會鍵 (social bonds)。社會鍵有四個元素，分別為依附、致力/奉獻、參與及信仰，這四個社會鍵互相關聯及互相影響。當個人與社會的聯繫薄弱或損毀時，犯罪行為就會產生。一般而言，當個人與其中一個社會（元素）緊密結合，也就會與其他元素緊密結合。若與社會建立強有力的鍵結，除非很強犯罪動機才能將這連繫打斷，否則不會輕易犯罪；反之，社會鍵薄弱，即使很弱的犯罪動機也可能導致犯罪發生。

社會鍵除了用在犯罪學理論，也運用在精神衛生或心理健康，Nijdam-Jones, Livingston, Verdun-Jones 與 Brink (2015) 於加拿大西岸一所司法精神醫療機構進行質性研究，分析對司法精神醫療機構對精神疾病犯罪者的照護，了解「社會鍵」在精神疾病犯罪者疾病恢復的重要性，司法精神醫療機構內採行以「恢復 (recovery)」為導向的照護，「恢復」定義為讓病患有能力處理疾病症狀及與精神疾病共同生活。研究發現司法精神醫療機構安排讓病患參與社會心理設計的活動、治療過程中對規則及社會規範產生信仰、與支持病患的工作人員產生依附以及對工作相關的活動賦予承諾。這些病患在訪談中提到這些活動使他們忙碌及給予成就感、承認遵守規範（例如禁菸政策）對於疾病恢復的重要性、知道破壞規則會受到處分及取消原有的權益、知道哪些是違規行為，為了尊重照顧的工作人員不發生違規行為、感受到被支持、學習到職業技能有助於出院後融入社區...等。司法精神醫療機構提供的照護與 Hirschi 的社會鍵四項元素乎相互應，使精神疾病犯罪者在司法精神醫療機構照護下促進達到恢復目標。由此可知，社會鍵穩固有助於精神疾病的治療及使病患學習管理症狀、與精神疾病共存，但精神疾病犯罪者社會鍵穩定程度是否影響再犯行為亦需要進一步研究。

以精神衛生、健康行為、健康教育觀點，與「社會鍵」類似作用的用語為「社會支持」。Glanz、Rimer 與 Viswanath (2008) 認為社會關係會影響到健康狀況、健康行為及健康決策。社會關係的其中一項是社會支持，不同理論對社會支持有不同的定義，House (1981) 認為社會支持是指關係的功能內容，提出四種社會支持，分別為情緒性支持（包含同理心、愛、信任及關懷）、工具性支持（直接提供實際援助）、訊息性支持（提供解決問題的建議或訊息）和評價性支持（建設性的回饋及反應）。Silver 與 Teasdale (2005) 研究顯示精神疾病患者遇到壓力事件或社會支持受損，會影響暴力行為發生。Cochran (2014) 研究監獄受刑人家屬不同的探訪模式對再犯的影響，發現與監獄外社交網絡保持聯繫的受刑人再犯罪率較低。社會支持、家庭支持或穩定的社會鍵有助於減少犯罪發生及再犯，但精神疾病犯罪者犯罪行為及再犯研究較著重於生物因素（疾病因素）影響，其他層面因素如社會支持或社會鍵則較少提及。

本研究將依據病歷紀錄，間接收集接受監護處分精神疾病犯罪者之社會支持或社會鍵，如是否有宗教信仰、是否有人同住、婚姻狀態、監護處分其間是否有家屬訪視、結束監護處分出院後的主要照顧者及家屬對於此精神疾病者的態度。但本研究對於結束監護處分回歸社區精神疾病者的生活狀態於無法進一步追蹤，於例如在社區的生活

方式、是否有穩定的依附關係或主要照顧者、是否有可參與的活動或工作、是否能被提醒遵守規則或內化遵守規範...這些都是現行醫療機構監護處分期間難以個別化執行或出院後無法追蹤之再犯影響因素，但目前處遇措施無法追蹤或做進一步分析研究。



### 第三章 研究方法

#### 第一節 研究架構

比較個人變項、犯罪史、精神疾病史、機構處遇、家庭社會支持與是否再犯之差異，如圖 3-1-1。

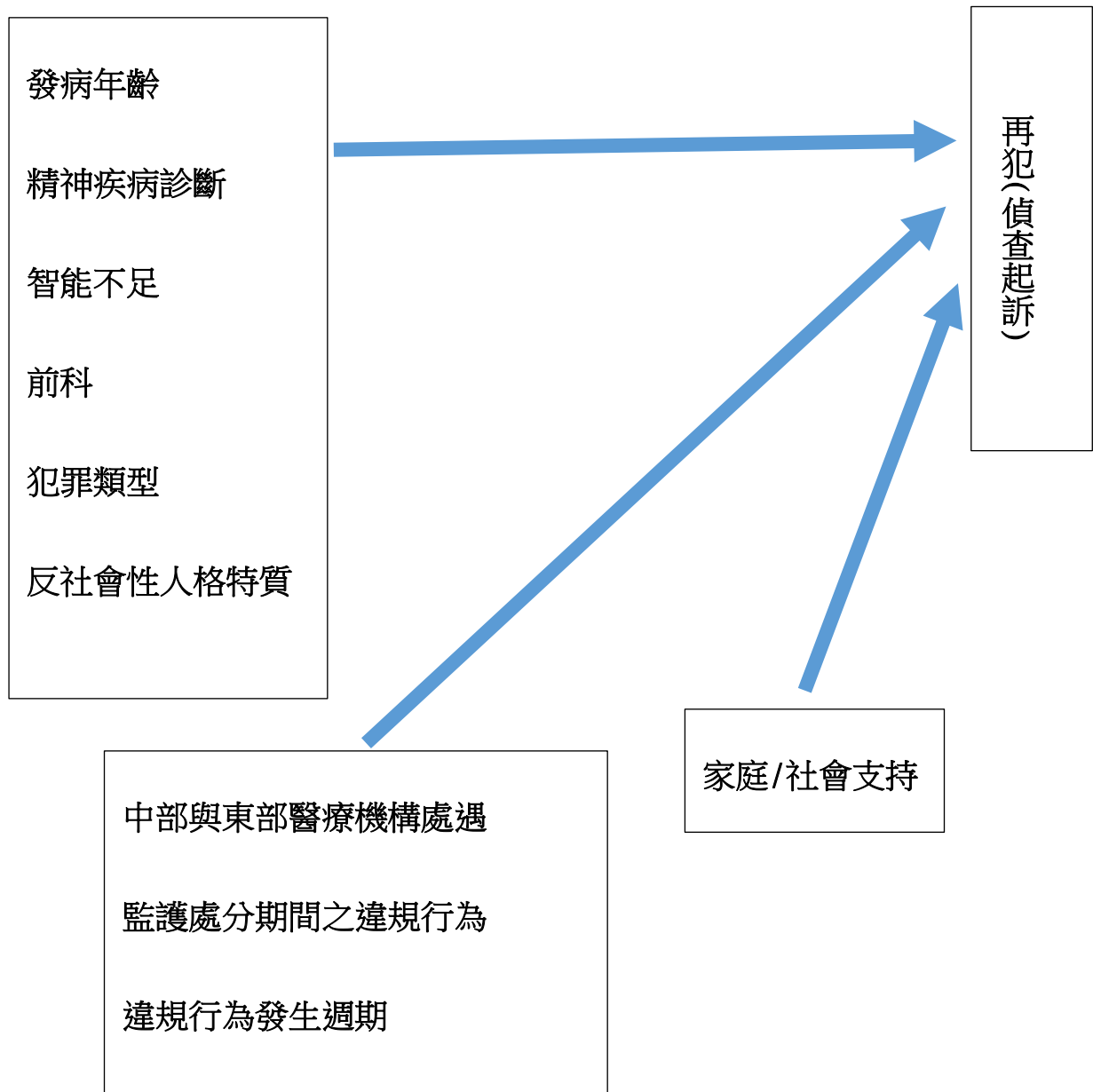


圖 3-1-1 研究架構

## 第二節 研究方法

本研究為量性研究，由於取樣限制及著重於特定群體，故採行立意取樣，以地方檢察署委託公立精神醫療醫院執行監護之精神疾病犯罪者為研究對象。回顧監護處間病歷紀錄、追蹤結束監護處分之後是否再犯罪，比對再犯與無再犯之間差異及再犯影響因素。

### 一、 研究對象及期間

曾於衛生福利部所屬之東部某精神專科醫院或衛生福利部所屬中部精神專科療養院執行監護之精神疾病犯罪者為研究對象，通過兩所精神醫療機構人體試驗委員會審查之後進行研究，監護處分執行期間為 1999 年 1 月 1 日至 2014 年 6 月 30 日曾於東部精神醫療機構或中部精神醫療機構接受監護精神疾病犯罪者之病歷資料。研究收案時間為 2018 年 5 月 21 至 2018 年 8 月 31 日。

研究納入條件為 2014 年 6 月 30 日前結束監護、首次於該機構接受監護處分為收案起始時間。排除條件為監護處分執行前已於兩所精神醫療機構住院者（亦即排除在醫療機構住院期間犯罪之精神疾病者）。

東部醫療機構為衛生福利部所屬精神科專科醫院，負責照護急性及慢性精神疾病患者，收治約 2600 位精神疾病患者，另以簽約方式收治基隆地方檢察署、花蓮地方檢察署及臺東地方檢察署委託執行監護之精神疾病犯罪者。中部醫療機構亦為衛生福利部所屬精神科專科醫院，負責照護急性及慢性精神疾病患者，以簽約方式收治臺中地方檢察署、南投地方檢察署及雲林地方檢察署委託執行監護之精神疾病犯罪者。

本研究精神疾病診斷依據研究對象監護時間（1999 至 2014 年），使用美國精神科學會出版之精神疾患診斷與統計手冊第四版修訂版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Revised edition；DSM IV-TR) 診斷準則<sup>5</sup>。

本研究對象病歷資料之收集與發表均去連結、加密及分開保存，無法辨識個案之個人資料，減少易受傷害族群之風險。

### 二、 研究方法

經由病歷回顧收集研究對象之個人資料（性別、年齡、教育程度、智商、家庭經濟狀態、家庭狀態、職業狀態）、精神疾病資料（精神科診斷、疾病史含發病年齡及過去治療狀況、犯行時之精神病症狀）、犯罪學資料（前科、犯行類別、監護處分時間）、醫療機構監護處分提供之治療、家庭支持（家屬訪視）、監護處分治療期間是否有反社會性人格疾患特質、是否發生違規行為，結束監護處分時之精神病症狀。

---

<sup>5</sup> DSM-IV 修訂版（簡稱為 DSM-IV-TR）於 2000 年出版；DSM-5 美國精神醫學會於 2013 年 5 月 18 日正式公布。

依變項為結束監護 3 年內是否再犯罪，依 2012 年 7 月 5 日衛署醫字第 1010265083 號公告之《得免取得研究對象同意之人體研究案件範圍之規定》，因東部及中部醫療機構受地方檢察署委託執行監護，對公共政策進行成效評估，得免取得研究對象之同意。函請基隆、花蓮、臺東、臺中、南投及雲林地方檢察署提供委託之精神疾病觸法者於結束監護 3 年內是否發生犯罪行為偵查起訴。

自變項名詞定義及分類：

1. 精神疾病患者：包含思覺失調症、情感性精神病、物質使用疾患、器質性精神病、反社會性人格疾患與精神疾病共病症。
2. 教育程度：區分為國中以下（含國中學歷、國小及不識字）；高中以上學歷。
3. 婚姻狀態：研究對象入院前之婚姻狀態，分為已婚、未婚及離婚。
4. 社會資源利用：研究對象入院前（監護前），家庭整體收入是否被評定為中低收入戶，接受社會資源補助；精神疾病犯罪者接受監護處分前是否取得重大傷病卡及是否取得身心障礙手冊。
5. 工作狀態：依據入院病歷，入院前（監護前）是否有穩定工作或是否為家庭主要經濟來源。
6. 宗教信仰：依據入院病歷，入院前（監護前）是否有宗教信仰。
7. 犯罪前治療情形：依據入院病歷，犯行前（監護前）是否曾接受過精神科治療或間斷接受治療。
8. 精神疾病診斷及共病症：研究對象於 2013 年之前住院治療，監護期間住院病歷以精神疾病診斷與統計手冊（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder）第四版或第四版修訂版（DSM-IV 及 DSM-IV-TR）之疾病診斷進行分類。因精神疾病有共病症特性，病歷上記載之診斷即納入統計，依照精神疾病特質及第一軸第二軸（智能不足或人格疾患）診斷歸類及分析。
9. 發病年齡：依據入院病歷紀錄之精神疾病發病年齡或確診智能不足之年齡。
10. 犯罪紀錄：依據入院病歷紀錄或判決書之記載。「殺人罪」包含殺人、殺人未遂、過失致死或預備殺人。「傷害罪」包含過失傷害、種傷害與傷害均。另有「妨害自由」、「強盜」、「搶奪」、「恐嚇取財」、「侵占」、「詐欺」、「竊盜」、「毀損」、「公共危險」、「社會秩序」、「藥物相關」及「偽造文書」。由於本文欲廣泛地界定危險因子、機構處遇等與犯罪行為之間的關係，故以有期徒刑以上之罪為準。本研究將殺人、強盜、傷害、恐嚇取財及強制性交罪歸類於「暴力犯罪」<sup>6</sup>，將竊盜、公共危險、違犯社會秩序、猥褻及藥物相關歸類於「非暴力犯罪」。

---

<sup>6</sup> 中華民國內政部警政署警政統計名詞定義，暴力犯罪包括故意殺人(不含過失致死)、強盜(含海盜及盜匪罪)、搶奪、擄人勒贖、強制性交(含共同強制性交)、重大恐嚇取財(係指行為人已著手槍擊、下毒、縱火、爆炸等手段恐嚇勒索財物者)及重傷害(含傷害致死)等 7 種案件。

11. 成癮物質種類：依據入院病歷紀錄，將成癮物質進行分類，分別為酒精、安非他命、海洛英與強力膠。
12. 前科：此次犯罪判定監護前，已有其他犯罪紀錄。
13. 監護前入監服刑：此次監護處分前是否入監服刑（刑後監護）。
14. 反社會性人格特質：包含誇大、傲慢、冷酷、表面、操控、情緒不穩定、無罪惡感、不負責任、衝動行事與缺乏羞愧感。因反社會性人格疾患診斷標準包含違反規範，與本研究另一自變項「違規行為」重複，產生共線性，因此本研究之反社會性人格特質排除有偏差行為、排除破壞規範或排除違反規範。
15. 違規行為：違反病房規範行為，包括違規抽菸、醫療機構住民間借貸、語言/肢體侵犯過攻擊他人、私藏危險物品（違禁品）、破壞治療場所、自殺或自傷行為、擅自拿取他人物品、未經醫囑擅自離開治療單位及飲酒或使用非法物質。
16. 家庭支持度評估：依據入院病歷紀錄，男性精神疾病犯罪者在犯罪前或監護前是否與家屬同住；家屬在監護處分期間是否訪視研究對象。訪視週期為監護處分總天數除訪視總次數。
17. 違規行為發生週期：監護處分總天數除以違規行為發生總次數。
18. 違規傾向：將違規週期以 90 天作為區分，違規行為週期 90 天內歸類於高違規傾向、違規週期 90 天以上及無違規行為歸類為低違規傾向。
19. 違規行為處置：分為口頭告誡、口頭告誡之外的處置、口頭告誡合併其他處置。
20. 再犯：結束監護處分 3 年內發生犯罪行為，以檢察官偵查起訴為依據。過去再犯追蹤為 5 年，依據 Durose, Cooper 與 Snyder (2014)發現，2/3 的出獄者於 3 年內因犯罪行為被逮捕。考量延長追蹤時間所增加的再犯人數有限，及研究追蹤時間愈長，影響再犯因素增加，故本研究再犯追蹤時間為監護處分結束 3 年內是否發生犯罪行為。
21. 機構效應：為東部精神醫療機構及中部精神醫療機構兩所醫院處遇模式，以及針對精神疾病犯罪者於機構內發生違規行為的處理。
22. 結束監護處分時之精神病症狀：以監護治療後之精神病症狀呈現治療成效。以醫師病程紀錄、護理紀錄、心理治療紀錄及職能治療紀錄為依據，精神症狀嚴重程度及症狀是否影響生活為評斷，非標準化精神病症狀評分。

### 第三節 資料分析方法

描述性統計分析接受監護處分之精神疾病犯罪者個人變項及臨床特徵等基本變項分佈，如年齡、性別、教育程度、婚姻狀態、經濟能力、社會福利、犯行時職業狀態、精神疾病初發病年齡、主要精神病症狀、臨床診斷、物質濫用、精神科藥物治療、心理治療、職能治療、智商、前科、犯行類別、監護處分時間、結束監護處分後的醫療追蹤治療、結束監護處分後是否再犯，以百分比或平均值表示。本研究之依變項為結束監護 3 年內是否再犯，上述自變項將歸納是否影響結束監護處分後再犯罪。將精神疾病犯罪者分為兩組，一組為經過監護處分治療後仍然再犯罪、另一組為經過監護處分之後無再犯罪行為。以獨立  $t$  檢定檢視前述連續變數在再犯者與非再犯者是否有明顯差異，以卡方檢定檢視前述類別變項與再犯是否有顯著相關。若某類別變數與再犯有明顯相關，再以 **Logistic Regression** 進行分析。



## 第四章 研究結果

本研究自 1999 年 1 月 1 日至 2014 年 6 月 22 日年間，有 31 位男性精神疾病犯罪者於東部醫療機構接受監護及 12 位男性精神疾病犯罪者於中部精神醫療機構監護。43 位男性研究對象排除 1 位為患者長期於精神醫療機構住院，住院期間發生刑案；另外排除 2 位無法取得結束監護 3 年內是否發生犯罪行為資料之男性精神疾病犯罪者。本研究共 40 位男性精神疾病犯罪者納入分析，結束監護離開醫療機構 3 年內有 50% 再次出現犯罪行為偵查起訴。

以下第一節至第六節將介紹精神疾病犯罪的風險因子，以及風險因子在兩所不同精神醫療機構執行監護之間是否有差異。第七節將簡述風險因子與再犯之關係。

### 第一節 個體變項

男性精神疾病犯罪者發病平均年齡 27.26 歲，於醫療機構接受監護平均年齡 40.8 歲。因智能不足為生長發展遲緩，與其他精神疾病病程不同，本研究非智能不足之男性精神疾病犯罪者平均發病年齡為 29.43 歲。男性精神疾病犯罪者平均智商 71.68，智能不足犯罪者平均智商為 53，非智能不足精神疾病犯罪者智商為 78.94。智能不足者之智商低於與非智能不足精神疾病犯罪者，在統計上達到顯著差異 ( $t = -3.980, p = 0.001$ )。

80% 男性精神疾病犯罪者為國中以下（含國小及未就學）學歷。60% 男性精神疾病犯罪者未婚、62.5% 犯罪行為發生前與家人朋友同住、90% 精神疾病犯罪者在犯案時無業或無穩定工作，65% 無宗教信仰。社會福利資源支持方面：7.5% 家庭為中低收入戶、47.5% 監護前已擁有重大傷病卡、60% 領有身心障礙手冊，見表 4-1-1。

表 4-1-1 男性精神疾病犯罪者個人基本資料

基本資料類別	項目	總人數(n=40)	%
教育	國中以下	32	80
	高中職以上	8	20
婚姻	已婚	7	17.5
	未婚	24	60
	離婚	9	22.5
工作	無穩定工作	36	90
	穩定工作	4	10

（續下頁）

基本資料類別	項目	總人數(n=40)	%
經濟	非中低收入戶	37	92.5
	中低收入戶	3	7.5
重大傷病卡	無	21	52.5
	有	19	47.5
身心障礙手冊	無	16	40
	有	24	60
同住者	獨居	15	37.5
	家人朋友	25	62.5
宗教信仰	無	26	65
	有	14	35

機構差異方面，中部與東部醫療機構監護之精神疾病犯罪者相比較，其發病年齡、監護年齡、智商、婚姻狀態、學歷、宗教信仰、工作狀態、家庭支持度、家庭經濟能力與個人擁有社會福利資源（重大傷病卡及身心障礙手冊）均無差異。亦即在監護執行處分之前，兩所機構之精神疾病犯罪者之個人基本特徵相似，見表 4-1-2。

表 4-1-2 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者個人基本資料比較

基本資料類別	項目	中部 n=10	%	東部 n=30	%	$\chi^2$	p
教育	國中以下	8	80	24	80	0	1
	高中職以上	2	20	6	20		
婚姻	已婚	3	30	4	13.3	2.116	0.347
	未婚	6	60	18	60		
	離婚	1	10	8	26.7		
工作	無穩定工作	9	90	27	90	0	1
	穩定工作	1	10	3	10		
經濟	非中低收入戶	9	90	28	93.3	0.12	0.729
	中低收入戶	1	10	2	6.7		
重大傷病卡	無	6	60	15	50	0.301	0.583
	有	4	40	15	50		

(續下頁)



基本資料類別	項目	中部 n=10	%	東部 n=30	%	$\chi^2$	p
身心障礙手冊	無	4	40	12	40	0	1
	有	6	60	18	60		
同住者	獨居	3	30	12	40	0.32	0.572
	家人朋友	7	70	18	60		
宗教信仰	無	6	60	20	66.7	0.147	0.702
	有	4	40	10	33.3		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

## 第二節 精神疾病史

男性精神疾病犯罪者最常見疾病診斷為「物質使用疾患」、「思覺失調症」、「智能不足」及「器質性精神病」，僅 7.5% 診斷有「反社會性人格疾患」。60% 男性精神疾病犯罪者為共病症 (comorbidity) 患者，62.5% 男性精神疾病犯罪者使用成癮物質，67.5% 男性精神疾病犯罪者在本次監護前斷續接受精神科治療。成癮物質使用種類分別為酒精、安非他命、海洛英及強力膠。最常使用的成癮物質為酒精，最常使用的非法物質為安非他命，見表 4-2-1。

表 4-2-1 男性精神疾病犯罪者精神疾病診斷、過去治療、成癮物質

類別	項目	總人數 (n=40)	%
疾病診斷			
	思覺失調症		
	無	23	57.5
	有	17	42.5
情感性精神病	無	37	92.5
	有	3	7.5
物質使用疾患	無	15	37.5
	有	25	62.5
智能不足	無	29	72.5
	有	11	27.5
器質性精神病	無	31	77.5
	有	9	22.5

(續下頁)

類別	項目	總人數 (n=40)	%
反社會性人格疾患	無	37	92.5
	有	3	7.5
精神疾病共病症	無	16	40
	有	24	60
犯案前治療	無	13	32.5
	間斷	27	67.5
成癮物質			
酒精	無	21	52.5
	有	19	47.5
安非他命	無	28	70
	有	12	30
海洛英	無	36	90
	有	4	10
強力膠	無	38	95
	有	2	5

過去精神疾病犯罪者監護處分臨床研究，分析 1999 年 3 月至 2001 年 8 月於行政院衛生署嘉南療養院執行監護處分病患，其精神科診斷以精神分裂症（思覺失調症）居多，次之為智能不足，與器質性精神病（唐心北、沈楚文，2002）。思覺失調症在過去研究結果與本研究都為主要精神疾病診斷，但監護處分病患之物質依賴或濫用明顯增加、共病症或疾病複雜程度亦增加。究竟是成癮行為醫療化或監所擁擠將成癮者轉至醫療機構監護，需要進一步研究。

中部與東部精神醫療機構監護之精神疾病犯罪者相比較，精神疾病診斷之「器質性精神疾病」有顯著差異 ( $\chi^2 = 3.871, p = 0.049$ ) 及「共病症」有顯著差異 ( $\chi^2 = 5, p = 0.025$ )，東部醫療機構病患較多器質性精神疾病患者及精神疾病診斷較複雜。其餘疾病診斷，如「思覺失調症」、「物質使用疾患」、「智能不足」、「情感性精神病」及「反社會性人格疾患」均無差異。兩所醫療機構監護個案的「成癮物質疾患」( $\chi^2 = 2.88, p = 0.9$ ) 及成癮物質使用總類均無差異。兩所精神醫療機構執行監護之精神疾病犯罪者，在此次犯罪判定監護前接受精神科治療狀態亦無差異，見表 4-2-2。

表 4-2-2 兩所醫療機構受監護者之精神疾病診斷、過去治療、成癮物質比較

類別	項目	中部 n=10	%	東部 n=30	%	$\chi^2$	p
疾病診斷	思覺失調症	無	6	60	17	56.7	0.034 0.853
		有	4	40	13	43.3	
情感性精神病	無	8	80	29	96.7	3.003 0.083	
	有	2	20	1	3.3		
物質使用疾患	無	6	60	19	30	2.880 0.09	
	有	4	40	21	70		
智能不足	無	6	60	33	76.7	1.045 0.307	
	有	4	40	7	23.3		
器質性精神病	無	10	100	21	70	3.871* 0.049	
	有	0	0	9	30		
反社會性人格疾患	無	9	90	28	93.3	0.120 0.729	
	有	1	10	2	6.7		
共病症	無	7	70	9	30	5* 0.025	
	有	3	30	21	70		
犯案前治療	無	4	40	9	30	0.342 0.559	
	間斷	6	60	21	70		
成癮物質	酒精	無	6	60	15	0.301 0.853	
		有	4	40	15		50
安非他命	無	8	80	20	66.7	0.635 0.426	
	有	2	20	10	33.3		
海洛英	無	8	80	28	93.3	1.481 0.224	
	有	2	20	2	6.7		
強力膠	無	10	100	28	93.3	0.702 0.402	
	有	0	0	2	6.7		

$p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

### 第三節 犯罪史

本研究之精神疾病犯罪者有 67.5% 在此次犯罪監護前已有「犯罪前科」，55% 為非暴力犯罪，40% 精神疾病犯罪者於執行監護前曾「入監服刑」，即「刑後監護」，見表 4-3-1。

表 4-3-1 男性精神疾病犯罪者犯罪史

犯罪史類別	項目	總人數 (n=40)	%
前科 (此次監護前已有其他犯罪紀錄)	無	13	32.5
	有	27	67.5
此次監護之犯罪類型	暴力犯	18	45
	非暴力犯	22	55
此次監護前，是否入監服刑	無	24	60
	有	16	40

依據研究對象犯罪類型加以區分，前科最常見之罪行為「竊盜罪」、「公共危險罪」；此次犯罪裁定監護之犯罪類型為「竊盜罪」、「公共危險罪」及「殺人罪」，見表 4-3-2 及 4-3-3。

表 4-3-2 男性精神疾病犯罪者前科 (過去犯罪紀錄)

犯罪類別	總人數(n=40)	%
殺人	3	7.5
傷害	1	2.5
強盜	1	2.5
搶奪	1	2.5
恐嚇取財	1	2.5
竊盜	17	42.5
公共危險	8	20
藥物相關	5	12.5
偽造文書	0	0
侵占	0	0
妨害自由	0	0
毀損	0	0
社會秩序	0	0
詐欺	0	0

表 4-3-3 男性精神疾病犯罪者，此次監護所犯之犯罪類型

犯罪類別	總人數(n=40)	%
殺人	9	22.5
傷害	1	2.5
妨害自由	1	2.5
強盜	4	10
搶奪	1	2.5
恐嚇取財	4	10
竊盜	12	30
毀損	1	2.5
公共危險	9	22.5
社會秩序	2	5
藥物相關	1	2.5
偽造文書	1	2.5
妨礙性自主	3	7.5
侵占	0	0
詐欺	0	0

以過去犯罪類型及此次監護犯罪類型比對，「竊盜罪」、「公共危險罪」為常見重複發生之犯罪類型，見表 4-3-4。

表 4-3-4 男性精神疾病犯罪者重複相同犯罪類型

犯罪類別	總人數 n=40	%
殺人	2	5
強盜	1	2.5
恐嚇取財	1	2.5
竊盜	9	22.5
公共危險	4	10
藥物相關	1	2.5

我國過去監護處分相關研究亦發現，受監護處分精神疾病犯罪者主要犯罪類型為竊盜罪、殺人罪、殺人未遂及公共危險（唐心北、沈楚文，2002）。不論過去研究或本研究都發現精神疾病犯罪者之竊盜罪比率高。

中部與東部醫療機構監護之精神疾病犯罪者相比較，兩所醫療機構執行監護之男性精神疾病犯罪者的「前科」（ $\chi^2=0.95$ ， $p=0.33$ ）、「入監服刑」（ $\chi^2=0$ ， $p=1$ ）、「犯罪類型」（ $\chi^2=0.135$ ， $p=0.714$ ）均無差異，見表 4-3-5。「前科犯罪類型」表 4-3-6、「此次監護之犯罪類型」表 4-3-7，因個案數量少，僅以百分比呈現。將犯罪型態與疾病診斷比對分析，暴力犯罪常見之精神疾病診為思覺失調症及物質使用，非暴力犯常見之精神疾病診斷為物質使用及智能不足。

表 4-3-5 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者犯罪史比較

犯罪史類別	項目	中部 n=10	%	東部 n=30	%	$\chi^2$	$p$
前科(此次監護前已有其他犯罪紀錄)	無	2	20	11	36.7	0.95	0.33
	有	8	80	19	63.3		
此次監護之犯罪類型	暴力犯	4	40	14	46.7	0.135	0.714
	非暴力犯	6	60	16	53.3		
此次監護前，是否入監服刑	無	6	60	18	60	0	1
	有	4	40	12	40		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

表 4-3-6 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者前科（過去犯罪紀錄）

犯罪類別	中部 n=10	%	東部 n=30	%
殺人	2	20	1	3.3
傷害	0	0	1	3.3
強盜	0	0	1	3.3
搶奪	0	0	1	3.3
恐嚇取財	1	10	0	0
竊盜	4	40	13	43.3
公共危險	1	10	7	23.3
藥物相關	2	20	3	10

表 4-3-7 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者此次監護所犯下之犯罪類型

犯罪類別	中部 n=10	%	東部 n=30	%
殺人	2	20	7	23.3
傷害	0	0	1	3.3
妨害自由	1	10	0	0
強盜	0	0	4	13.3
搶奪	0	0	1	3.3
恐嚇取財	2	20	2	6.7
竊盜	2	20	10	33.3
毀損	0	0	1	3.3
公共危險	3	30	6	20
社會秩序	0	0	2	6.7
藥物相關	0	0	1	3.3
偽造文書	1	10	0	0
妨礙性自主	1	10	2	6.7

#### 第四節 監護處分提供之治療

男性精神疾病犯罪者於醫療機構執行監護時間差異大，平均住院天數為 440.8 天（標準差 337.2），最短監護天數為 47 天，最長監護天數為 1096 天，監護日數中為數為 359 天，見表 4-4-1。

表 4-4-1 男性精神疾病犯罪者監護處分時間

監護時間	總人數(n=40)
監護平均天數（標準差）	440.80 (336.177)
最長天數	1096
最短天數	47
中位數	359

90%精神疾病犯罪者於監護處分期間接受抗精神病藥物治療、95%接受職能復健治療、70%接受心理治療（含個別心理治療、團體心理治療或行為治療）。依據出院前病歷文字描述（非正性與負性症狀量表 positive and negative syndrome scale，PANSS 或簡明精神病評定量表 Brief Psychiatric Rating Scale，BPRS），32.5%精神疾病犯罪者結束監護時無明顯精神病症狀，65%在監護結束時精神病症狀改善，一位病患因糖尿病惡化轉院治療，見表 4-4-2。

表 4-4-2 男性精神疾病犯罪者監護處分治療、結束監護時之症狀

類別	項目	總人數(n=40)	%
精神科藥物治療	無	4	10
	有	36	90
職能復健治療	無	2	5
	有	38	95
心理治療	無	12	30
	有	28	70
結束監護時之精神病症狀	無精神病症狀	13	32.5
	精神病症狀改善	26	65.0
	內外科疾病惡化	1	2.5

中部與東部醫療機構監護之精神疾病犯罪者相比較，兩所醫療機構監護之男性精神疾病犯罪者監護前的監護平均日數 ( $t = -1.257, p = 0.216$ )，見表 4-4-3。精神科藥物治療 ( $\chi^2=1.418, p = 0.224$ )、心理治療 ( $\chi^2=0.635, p = 0.426$ ) 均無差異，唯職能復健治療參與程度有顯著差異 ( $\chi^2=6.316, p = 0.012$ )，見表 4-4-4。結束監護時之精神病症狀 ( $\chi^2=0.410, p = 0.815$ ) 無差異，見表 4-4-5。

表 4-4-3 兩所醫療機構監護處分時間

監護時間	中部 n=10	東部 n=30	t	p
監護平均天數 (標準差)	325.90(272.392)	479.10(350.555)	-1.257	0.216
最長天數	855	1096		
最短天數	66	47		
中位數	254	364		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

表 4-4-4 兩所醫療機構監護處分治療比較

類別	項目	中部=10	%	東部=30	%	$\chi^2$	P
精神科藥物治療	無	2	20	2	6.7	1.418	0.224
	有	8	80	28	93.3		
職能復健治療	無	2	20	0	0	6.316*	0.012
	有	8	80	30	100		
心理治療	無	4	40	8	26.7	0.635	0.426
	有	6	60	22	73.3		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$



表 4-4-5 兩所醫療機構結束監護處分時之精神病症狀比較

類別	中部=10	%	東部=30	%	$\chi^2$	<i>P</i>
結束監護時之精神病症狀						
無精神病症狀	3	30	10	33.3	0.41	0.815
精神病症狀改善	7	70	19	63.4		
內外科疾病惡化	0	0	1	3.3		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

### 第五節 監護期間家庭支持度

有 80%家屬曾於監護期間探訪精神疾病犯罪者，見表 4-5-1。

表 4-5-1 男性精神疾病犯罪者監護期間家屬訪視

類別	項目	總人數(n=40)	%
家屬訪視	無	8	20
	有	32	80

家屬支持度以探訪於醫療機構監護男性精神疾病犯罪者之週期推估（天/次），平均探訪週期約 64.75 天探訪一次，最短探訪週期為 6 天探訪一次，最長探訪週期為 542 天一次，見表 4-5-2。中部與東部醫療機構監護之精神疾病犯罪者相比較，兩所醫療機構監護之家屬探訪平均週期無差異（ $t = 0.339$ ， $p = 0.737$ ）、最短探訪週期為 6 天一次或 8 天一次、最長探訪週期約一年至兩年探訪一次，見表 4-5-3 及表 4-5-4。

表 4-5-2 男性精神疾病犯罪者監護期間家屬訪視週期

家屬訪視	總人數(n=40)
家屬平均訪視週期（天）（標準差）	64.75 (110.097)
最長探訪週期（天）	542
最短探訪週期（天）	6
中位數	27.35

表 4-5-3 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者監護期間家屬訪視比較

類別	項目	中部 n=10	%	東部 n=30	%	$\chi^2$	<i>p</i>
家屬訪視	無	2	20	6	20	0	1
	有	8	80	24	80		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

表 4-5-4 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者監護處分家屬訪視週期

家屬訪視	中部 n=10	東部 n=30	t	p
家屬平均訪視週期 (天)	79.08	61.3	0.339	0.737
(標準差)	(115.515)	(110.050)		
最長探訪週期 (天)	365	542		
最短探訪週期 (天)	6	8		
中位數	32.85	27.35		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

## 第六節 監護期間行為表現

本研究「反社會性人格特質」排除有違規行為或有偏差行為，共有 55% (22 人) 男性精神疾病犯罪者於病歷紀錄呈現反社會性人格特質，72.5% (29 人) 男性精神疾病犯罪者於監護期間有違規行為。95.5% (21 人) 反社會性人格特質者住院期間發生違規行為，有反社會性人格特質在監護期間出現違規行為，在統計上達到顯著性 ( $\chi^2=12.920$ ,  $p < 0.001$ )，見表 4-6-1 至 4-6-2。

表 4-6-1 男性精神疾病犯罪者人格特質與違規行為

類別	項目	總人數 n=40	%
反社會性人格特質(排除違規行為)	無	18	45
	有	22	55
監護期間發生違規行為	無	11	27.5
	有	29	72.5
監護期間違規後處置	無	11	27.5
	有	29	72.5

表 4-6-2 男性精神疾病犯罪者，反社會性人格特質與違規行為

反社會性人格特質與違規比較	無違規行為	%	有違規行為	%	$\chi^2$	P
無反社會性人格特質 (18 人)	10	55.6	8	44.4	12.92***	0.000
有反社會性人格特質 (22 人)	1	4.5	21	95.5		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

「反社會性人格特質」男性精神疾病犯罪者，常見人格特質為「行事衝動」、「情緒不穩定」、「無罪惡感」，見表 4-6-3。72.5% (29 人) 男性精神疾病犯罪者於監護期間發生「違反病房規範」行為 (如違規抽菸、語言/肢體攻擊或侵犯他人、借貸、夾帶

違禁品、破壞治療場所、擅取他人物品、自殺或自傷、自行離院及使用成癮物質)，常發生之違規行為為「語言/肢體攻擊或侵犯他人」、「違規抽菸」、「自行離院」及「擅自拿取他人物品」，見表 4-6-4。「語言/肢體攻擊或侵犯他人」系指發生口語威脅、謾罵或肢體作勢威脅、肢體攻擊或適當碰觸他人；受侵犯或攻擊之對象為其他病患或醫療人員。出現「語言/肢體攻擊或侵犯他人」者，受監護期間出現 10.4 次之違規行為。其他違規行為發生頻次較低，以「違規抽菸」為例，於監護期間發生違規抽菸次數為 2 次，見表 4-6-5。以總違規行為發生次數分析，監護期間違規行為出現次數自 1 次到 62 次，違規行為次數中位數為 9 次。

表 4-6-3 男性精神疾病犯罪者反社會性人格特質特徵（排除違規行為）

類別	人數 n=40	%
言談誇大	1	2.5
態度冷酷	1	2.5
言談表面	6	15
操控行為	3	7.5
情緒不穩定	8	20
無罪惡感	8	20
衝動行事	12	30
缺乏羞愧感	5	12.5

表 4-6-4 男性精神疾病犯罪者監護處分期間違規類型

違規行為類別	人數 n=40	%
抽菸	10	25
借貸	2	5
語言肢體攻擊他人	28	70
攜帶違禁品	2	5
破壞治療場所	2	5
自殺或自傷	2	5
擅取他人物品	4	10
自行離院	5	12.5
使用成癮物質	3	7.5
賭博	0	0

表 4-6-5 男性精神疾病犯罪者監護處分期間違規行為發生頻次（次/人）

違規行為類別	次/人
抽菸	2
借貸	1
語言肢體攻擊他人	10.4
攜帶違禁品	1.5
破壞治療場所	1
自殺或自傷	1.5
擅自拿取他人物品	2
自行離院	1.2
使用成癮物質	1.7

違規週期為監護天數除以違規總次數，最短違規週期為 5 天出現一次，最長違規週期為 730 天出現一次，違規週期中位數為 46 天。平均違規週期天數為 93 天，標準差為 148.3 天，顯示違規行為發生週期為正偏分配，見圖 4-6-1。違規行為週期顯示，52.5%（21 人）在違規週期 90 天內、20%（8 人）違規週期 90 天以上、另有 27.5%（11 人）監護期間無違規行為，顯示有群男性精神疾病犯罪者違規週期短、頻繁發生違規行為，見圖 4-6-1。

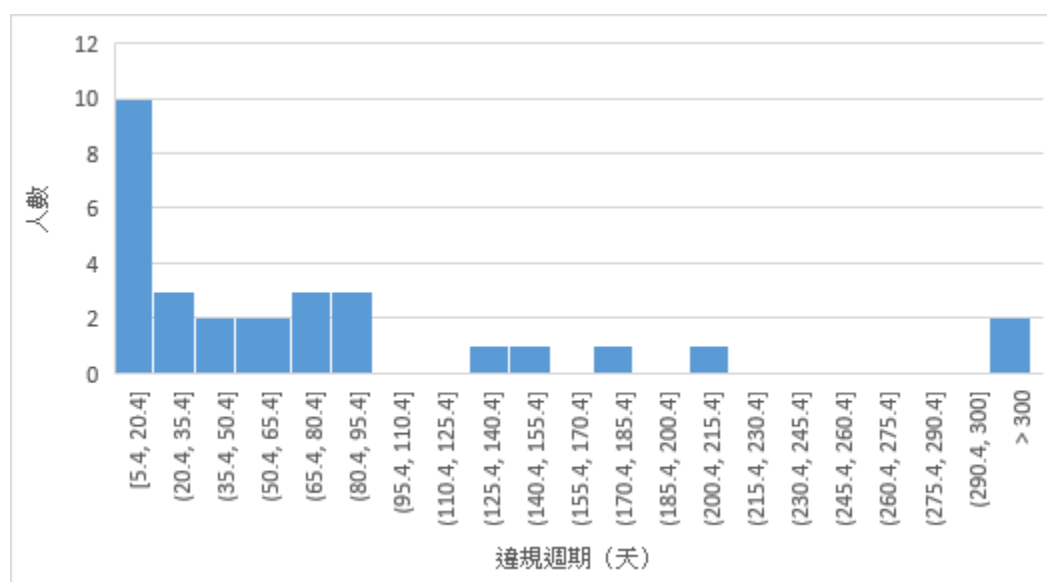


圖 4-6-1 違規週期分佈（29 位有違規行為者）

將違規週期以 90 天作為區分，將違規週期少於 90 天歸於高違規傾向、違規週期 90 天以上及無違規行為歸類為低違規傾向，研究結果顯示 52.5% 男性精神疾病犯罪者為高違規傾向，47.5% 男性精神疾病犯罪者為低違規傾向，見表 4-6-6。違規行為會受

不同類型的違規處置（如口頭告誡、隔離、保護約束或針劑注射、取消原本權益或轉病房...等），見表 4-6-7。

表 4-6-6 男性精神疾病犯罪者違規行為發生週期（日/次）

類別	總人數 n=40	%
違規週期 90 天內（高違規傾）	21	52.5
違規週期 90 天以上及無違規（低違規傾向）	19	47.5

表 4-6-7 29 位出現違規行為男性精神疾病犯罪者違規後處置

違規處置類別	總人數 n=29	%
僅口頭告誡	10	34.5
口頭告誡之外處置	4	13.8
口頭告誡合併其他處置	15	51.7

中部與東部醫療機構監護之精神疾病犯罪者相比較，兩所醫療機構監護之男性精神疾病犯罪者之反社會性人格特質病患人數無差異 ( $\chi^2=0.135, p=0.714$ )、兩所醫療機構研究對象違反病房違規行為 ( $\chi^2=1.045, p=0.307$ )、違規行為發生週期 ( $t=0.125, p=0.724$ ) 及違規處置 ( $\chi^2=1.045, p=0.307$ ) 亦無差異，見表 4-6-8。兩所醫療機構監護之男性精神疾病犯罪者之反社會性人格特質以百分比呈現，見表 4-6-9。兩所醫療機構監護之男性精神疾病犯罪者之違規行為，以百分比呈現，見表 4-6-10。兩所精神醫療機構監護之男性精神疾病犯罪者，幾乎均有「語言/肢體攻擊或侵犯他人」行為，兩所醫療機構在違規行為發生後的處置亦無差異，見表 4-6-11 及表 4-6-12。

表 4-6-8 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者人格特質與違規行為

類別	項目	中部 n=10	%	東部 n=30	%	$\chi^2$	$p$
反社會性人格特質	無	5	50	13	43.3	0.135	0.714
	有	5	50	17	56.7		
監護期間違規行為	無	4	40	7	23.3	1.045	0.307
	有	6	60	23	76.7		
監護期間違規後處置	無	4	40	7	23.3	1.045	0.307
	有	6	60	23	76.7		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

表 4-6-9 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者反社會性人格特質特徵比較

反社會性人格特質特徵類別	中部 n=10	%	東部 n=30	%
言談誇大	0	0	1	3.3
態度冷酷	0	0	1	3.3
言談表面	3	30	3	10
操控行為	1	10	2	6.7
情緒不穩定	0	0	8	26.7
無罪惡感	0	0	8	26.7
衝動行事	2	20	10	33.3
缺乏羞愧感	1	10	4	13.3

表 4-6-10 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者違規類型（人數）

違規行為類型	中部 n=10	%	東部 n=30	%
抽菸	2	20	8	26.7
借貸	0	0	2	6.7
語言肢體攻擊他人	6	60	22	73.3
攜帶違禁品	0	0	2	6.7
破壞治療場所	0	0	2	6.7
自殺或自傷	1	10	1	3.3
擅自拿取他人物品	3	30	1	3.3
自行離院	2	20	3	10
使用成癮物質	0	0	3	10
賭博	0	0	0	0

表 4-6-11 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者違規行為發生頻次

違規行為類型	中部（次/人）	東部（次/人）
抽菸	1.5	2.1
借貸	0	1
語言肢體攻擊他人	14.3	9.4
攜帶違禁品	0	1.5
破壞治療場所	0	1
自殺或自傷	1	2
擅自拿取他人物品	1	5
自行離院	1	1.3
使用成癮物質	0	1.7

表 4-6-12 兩所醫療機構對男性精神疾病犯罪者違規處置方式比較

違規處置類別	中部 n=10	%	東部 n=30	%	$\chi^2$	<i>p</i>
僅口頭告誡	2	33.3	8	34.8	1.373	0.503
口頭告誡之外處置	0	0	4	17.4		
口頭告誡合併其他處置	4	66.7	11	47.8		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

兩所醫療機構監護之男性精神疾病犯罪者違規週期無差異，見表 4-6-13。將已排除有違規行為或有偏差行為之「反社會性人格特質」與高低違規傾向進行分析，85.7% 有反社會性人格特質者出現違規週期小於 90 天，達到統計上顯著差異 ( $\chi^2 = 16.851$ , *p* < 0.001)，見表 4-6-14。反社會人格特質男性精神疾病犯罪者，在監護期間有較高之違規傾向。

表 4-6-13 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者違規行為週期

違規週期類別	中部 n=10	%	東部 n=30	%	$\chi^2$	<i>p</i>
違規週期 90 天內 (高違規傾)	4	40	17	56.7	0.835	0.361
違規週期 90 天以上及無違規 (低違規傾向)	6	60	13	43.3		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

表 4-6-14 反社會性人格特質與違規傾向高低

人格特質與違規週期	低違規傾向 <sup>7</sup>	%	高違規傾 <sup>8</sup>	%	$\chi^2$	<i>p</i>
無反社會性人格特質 (18 人)	15	78.9	3	14.3	16.851***	0.000
有反社會性人格特質 (22 人)	4	21.1	18	85.7		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

以前述犯罪類型分析違規行為，暴力犯罪者與非暴力犯罪者在監護期間出現是否出現違規行為無差異 ( $\chi^2 = 0.559$ , *p* = 0.455)。以違規行為細項「語言或肢體攻擊他人」分析，暴力犯罪出現「語言或肢體攻擊他人」比率為 61.1% 與於非暴力犯罪者出現「語言或肢體攻擊他人」比率為 77.3%，在統計上無差異 ( $\chi^2 = 1.231$ , *p* = 0.267)。以暴力犯罪中「殺人罪」進行分析，常見之診斷為思覺失調症。因殺人罪判定監護處分者，有 2 位在結束監護 3 年內再犯，診斷均為思覺失調症。主要診斷為思覺失調症犯下殺人罪者，依據病歷紀載，殺人行為多與精神病症狀不穩定有關。

<sup>7</sup> 監護期間違規行為週期大於 90 天以上或監護期間無違規行為。

<sup>8</sup> 監護期間違規行為週期違規週期 90 天內。

## 第七節 結束監護後再犯

本研究以結束監護 3 年內是否再犯（犯罪偵查起訴）為依變項進行分析，男性精神疾病犯罪者結束監護離開醫療機構 3 年內有 20 位再次出現犯罪行為且偵查起訴，其餘 20 位男性精神疾病犯罪者結束監護 3 年內無犯罪紀錄。男性精神疾病犯罪者結束監護 3 年內再犯率為 50%。

中部醫療機構有 7 位精神疾病犯罪者結束監護 3 年內無犯罪紀錄，3 位有犯罪紀錄（再犯率 30%）；東部醫療機構有 13 位精神疾病犯罪者結束監護 3 年內無犯罪紀錄，17 位精神疾病犯罪者結束監護 3 年內有犯罪行為偵察起訴（再犯率 56.7%）。中部醫療機構執行監護之精神疾病者與東部醫療機構執行監護之精神疾病者，結束監護出院 3 年內犯罪率，在統計上無顯著差異（ $\chi^2=2.133$ ， $p=0.144$ ），見表 4-7-1。

表 4-7-1 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者結束監護再犯比較

醫療機構類別	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	$p$
中部醫療機構	7	70	3	30	2.133	0.144
東部醫療機構	13	43.3	17	56.7		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

本研究僅 6 位男性精神疾病犯罪者結束監後有出院後醫療追蹤紀錄，中部醫療機構有 5 位男性精神疾病犯罪者監護出院後仍有門診追蹤，東部醫療機構僅 1 位個案結束監護後轉長期照護。中部醫療機構結束監護後門診追蹤者再犯率為 20%；未於門診追蹤精神疾病犯罪者，再犯率為 40%。中部醫療機構監護處分之精神疾病犯罪者，在結束監護後是否有門診追蹤對再犯影響，在統計上無差異（ $\chi^2 = 0.476$ ， $p = 0.490$ ），但再犯率似乎有較低之趨勢。因本研究本數量少，需保守推估結束監護後門診追蹤之效益，見表 4-7-2。

表 4-7-2 中部醫療機構結束監護後門診追蹤與再犯比較

門診追蹤類別	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	$P$
監護後無門診追蹤	3	60	2	40	0.476	0.490
監護後有門診追蹤	4	80	1	20		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

個人基本資料分析方面，結束監護處分 3 年內再犯之男性精神疾病犯罪者，受監護處分平均年齡為 37.25 歲，無再犯之男性精神疾病犯罪者受監護處分平均年齡 44.35 歲，再犯者較無再犯之男性精神疾病犯罪者年輕（ $t = -2.615$ ， $p = 0.013$ ）。結束監護後



無再犯與再犯者平均智商分別為 74.36 與 69.57，男性精神疾病犯罪者之智商與結束監護 3 年內無差異 ( $t = -0.631, p = 0.534$ )。

除監護年齡，男性精神疾病犯罪者結束監護後有再犯與無再犯者之「教育程度」、「婚姻狀態」、「工作狀態」、「家庭經濟能力」、就醫資源之「重大傷病卡」、社會福利資源之「身心障礙手冊」持有比率、「同住者」及「宗教信仰」均無差異。男性精神疾病犯罪者教育程度為國中以下、未婚、與家屬同住。精神疾病犯罪者多數為非低收入戶家庭、犯罪監護前無穩定工作，多數於犯罪監護發生前以取得重大傷病卡及身心障礙手冊，精神疾病犯罪者多數無宗教信仰，見表 4-7-3。

表 4-7-3 男性精神疾病犯罪者個人基本資料與是否再犯比較

類別	項目	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	$p$
教育	國中以下	17	85	15	75	0.625	0.429
	高中職以上	3	15	5	25		
婚姻	已婚	6	30	1	5	4.349	0.114
	未婚	10	50	14	70		
	離婚	4	20	5	25		
工作	無穩定工作	17	85	19	95	1.11	0.292
	穩定工作	3	15	1	5		
經濟	非中低收入戶	18	90	19	95	0.36	0.548
	中低收入戶	2	10	1	5		
重大傷病卡	無	9	45	12	60	0.902	0.342
	有	11	55	8	40		
身心障礙手冊	無	9	45	7	35	0.417	0.519
	有	11	55	13	65		
同住	獨居	5	25	10	50	2.667	0.102
	家人朋友	15	75	10	50		
宗教信仰	無	15	75	11	55	1.758	0.185
	有	5	25	9	45		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

精神疾病診斷「思覺失調症」之外，其他疾病診斷（如情感性精神病、物質使用疾患、智能不足、器質性精神病及反社會性人格疾患）、「是否使用成癮物質」及「犯案前是否規律接受治療」在結束監護後 3 年內是否再犯均無差異。研究結果顯示，罹患「思覺失調症」精神疾病犯罪，結束監護 3 年內再犯顯著低於非思覺失調症患者 ( $\chi^2=5.013, p=0.025$ )，見表 4-7-4。

表 4-7-4 男性精神疾病犯罪者精神疾病診斷與是否再犯比較

診斷類別	項目	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	<i>P</i>
思覺失調症	無	8	40	15	75	5.013*	0.025
	有	12	60	5	25		
情感性精神病	無	19	95	18	90	0.360	0.548
	有	1	5	2	10		
物質使用疾患	無	8	40	7	35	0.107	0.744
	有	12	60	13	65		
智能不足	無	15	75	14	70	0.125	0.723
	有	5	25	6	30		
器質性精神病	無	17	85	14	70	1.290	0.256
	有	3	15	6	30		
反社會性人格疾患	無	19	95	18	90	0.360	0.548
	有	1	5	2	10		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

精神疾病共病症與結束監護後是否再犯無差異 ( $\chi^2=0.417$ , *p* =0.519) , 犯罪前之精神疾病治療情形與結束監護後是否再犯無差異 ( $\chi^2=0.114$ , *p* =0.736) , 見表 4-7-5。

表 4-7-5 男性精神疾病犯罪者精神疾病共病症與監護前治療

類別	項目	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	<i>p</i>
精神疾病共病症	無	9	45	7	35	0.417	0.519
	有	11	55	13	65		
犯案前治療	從未治療	7	35	6	30	0.114	0.736
	間斷治療	13	65	14	70		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

本研究共有 25 位精神疾病犯罪者使用成癮物質，研究發現物質使用種類，如酒精及非法成癮物質使用，均不影響精神疾病犯罪者結束監護後的犯罪發生，見表 4-7-6。

表 4-7-6 男性精神疾病犯罪者是否再犯之成癮物質種類比較

物質類別	項目	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	<i>p</i>
酒精	無	11	55	10	50	1	0.752
	有	9	45	10	50		
安非他命	無	15	75	13	65	0.476	0.490
	有	5	25	7	35		
海洛英	無	19	95	17	85	1.111	0.292
	有	1	5	3	15		
強力膠	無	20	100	18	90	2.105	0.147
	有	0	0	2	10		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

以犯罪史分析男性精神疾病犯罪者，是否有前科與結束監護 3 年內是否再犯無差異 ( $\chi^2=0.114$ , *p*=0.736)；是否有監獄服刑與結束監護 3 年內是否再犯無差異 ( $\chi^2=0.417$ , *p*=0.519)。暴力犯罪與非暴力犯罪與結束監護 3 年內是否再犯無差異 ( $\chi^2=1.611$ , *p*=0.204)，見表 4-7-7。

表 4-7-7 男性精神疾病犯罪者犯罪史與再犯比較

類別	項目	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	<i>p</i>
前科	無	7	35	6	30	0.114	0.736
	有	13	65	14	70		
犯罪分類	暴力犯罪	11	55	7	35	1.616	0.204
	非暴力犯罪	9	45	13	65		
監護前入監服刑	無	13	65	11	55	0.417	0.519
	有	7	35	9	45		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

以此次監護犯罪類型分析結束監護 3 年內犯罪行為，因「竊盜罪」執行監護之精神疾病犯罪者結束監護後的犯罪發生情形遠高於非竊盜罪者 ( $\chi^2=7.619$ , *p*=0.006)。因「殺人罪」執行監護之精神疾病犯罪者結束監護後犯罪比率低於非殺人罪，在統計上無顯著差異 ( $\chi^2=3.584$ , *p*=0.058)，見表 4-7-8。男性精神疾病犯罪者反覆出現之「竊盜罪」、「公共危險罪」、「強盜罪」、「恐嚇取財罪」及「藥物相關」與結束監護 3 年內再犯進行比較，上述反覆犯罪之犯罪類型與再犯，以百分比呈現，見表 4-7-9。

表 4-7-8 男性精神疾病犯罪者犯罪類型與再犯比較

犯罪類別	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	<i>p</i>
殺人	7	35	2	10		
傷害	1	5	0	0		
妨害自由	1	5	0	0		
強盜	2	10	2	10		
搶奪	0	0	1	5		
恐嚇取財	2	10	2	10		
竊盜	2	10	10	50	7.619**	0.006
毀損	0	0	1	5		
公共危險	5	25	4	20		
社會秩序	1	5	1	5		
藥物相關	0	0	1	5		
偽造文書	1	5	0	0		
妨礙性自主	3	15	0	0		
侵占	0	0	0	0		
詐欺	0	0	0	0		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

表 4-7-9 男性精神疾病犯罪者重複相同罪與再犯之比較

犯罪類別	無再犯	%	再犯	%
殺人	2	10	0	0
強盜	1	5	0	0
恐嚇取財	0	0	1	5
竊盜	2	10	7	35
公共危險	2	10	2	10
藥物相關	0	0	1	5

無再犯與再犯男性精神障礙犯罪者，於精神醫療機構內之平均監護天數分別為 452.2 日與 429.5 日，監護時間無差異 ( $t = 1.512, p = 0.834$ )。監護期間家屬支持度為家屬探訪頻次，家屬平均訪視天數與結束監護 3 年內是否有犯罪無差異 ( $t = -0.073, p = 0.427$ )，見表 4-7-10。

表 4-7-10 監護天數與家屬訪視週期（天/次）與再犯之比較

監護天數與訪視週期	無再犯	再犯	<i>t</i>	<i>p</i>
監護平均天數 （標準差）	452.2 (366.685)	429.45 (311.847)	1.512	0.834
監護最長天數	1095	1096		
監護最短天數	47	66		
中位數	348	364		
家屬平均訪視週期 （天）（標準差）	66.04 (139.291)	63.46 (77.643)	-0.073	0.427
最長探訪週期（天）	540	274		
最短探訪週期（天）	6	8		
中位數	21.25	37.10		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

是否接受精神科藥物治療與結束監護後再犯無差異 ( $\chi^2 = 1.111, p = 0.292$ )、是否接受心理治療與結束監護後再犯無差異 ( $\chi^2 = 1.905, p = 0.168$ )，及是否接受職能治療與結束監護後再犯無差異 ( $\chi^2 = 0, p = 1$ )。結束監護 3 年內有犯罪之精神疾病犯罪者與無犯罪在「結束監護時的精神疾病症狀」( $\chi^2 = 1.231, p = 0.54$ ) 亦無差異，見表 4-7-11 表 4-7-12。

表 4-7-11 男性精神疾病犯罪者監護期間治療與再犯之比較

治療類別及症狀	無再犯	%	有再犯	%	$\chi^2$	<i>p</i>
藥物治療						
無	3	15	1	5	1.111	0.292
有	17	85	19	95		
職能復健						
無	1	5	1	5	0	1
有	19	95	19	95		
心理治療						
無	8	40	4	20	1.905	0.168
有	12	60	16	80		
家屬訪視						
無	5	25	3	15	0.625	0.429
有	15	75	17	85		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

表 4-7-12 男性精神疾病犯罪者監護期間治療後症狀與再犯之比較

結束監護時之精神病症狀	無再犯	%	有再犯	%	$\chi^2$	<i>p</i>
無精神病症狀	7	35	6	30	1.231	0.540
精神病症狀改善	12	60	14	70		
內外科疾病惡化	1	5	0	0		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

與犯罪行為相關變項為「反社會性人格特質（排除有違規行為）」與在監護期間有發生「違規行為」，是否有反社會性人格特質與結束監護 3 年內再犯在統計上無差異 ( $\chi^2 = 3.636$ , *p* = 0.057)，監護處分期間有違規行為者，結束監護 3 年內有犯罪行為，達統計上差異 ( $\chi^2 = 6.144$ , *p* = 0.013)，見表 4-7-13。

表 4-7-13 男性精神疾病犯罪者之再犯與反社會性人格特質、違規行為比較

類別	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	<i>p</i>
反社會性人格特質						
無	12	60	6	30	3.636	0.057
有	8	40	14	70		
違規行為						
無	9	45	2	10	6.144*	0.013
有	11	55	18	90		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

有再犯之反社會性人格特質男性精神疾病犯罪者最常見之特質為「衝動行事」、「表面」，以百分比呈現，見表 4-7-14。

表 4-7-14 男性精神疾病犯罪者之反社會性人格特質與再犯比較

反社會性人格特質類別	無再犯	%	再犯	%
誇大	0	0	1	5
冷酷	1	5	0	0
表面	0	0	6	30
操控	0	0	2	10
情緒不穩定	4	20	4	20
無罪惡感	4	20	4	20
衝動行事	4	20	8	40
缺乏羞愧感	1	5	4	20

監護期間最常出現之違規行為為「語言/肢體侵犯或攻擊他人」，有此違規行為與無「語言/肢體侵犯或攻擊他人」在結束監護 3 年內再犯，達顯著差異 ( $\chi^2=4.286$ ,  $p=0.038$ )，見表 4-7-15。

表 4-7-15 男性精神疾病犯罪者是否再犯之違規行為比較

違規行為類型	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	$p$
違規抽菸	4	20	6	30	0.533	0.465
住民間借貸	0	0	2	10	2.105	0.147
語言及或肢體侵犯或攻擊他人	11	55	17	85	4.286*	0.038
私帶違禁品	1	5	1	5	0	1
破壞治療場所	1	5	1	5	0	1
自殺或自傷	1	5	1	5	0	1
擅取他人物品	1	5	3	15	1.111	0.292
自行離院	1	5	4	20	2.057	0.151
飲酒或非法物質	1	5	2	10	0.360	0.548

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

以違規行為發生週期分析，違規週期少於 90 天男性精神疾病犯罪結束監護 3 年內再犯，遠高於違規週期 90 天以上或無違規者 ( $\chi^2=12.130$ ,  $p < 0.001$ )，見表 4-7-16。

表 4-7-16 男性精神疾病犯罪者是否再犯之違規行為發生週期比較

違規週期	無再犯	%	再犯	%	$\chi^2$	$p$
違規週期 90 天內 (高違規傾向)	5	25	16	80	12.130***	0.000
違規週期 90 天以上及無違規 (低違規傾向)	15	75	4	20		

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

監護期間出現違規均接受處置，但接受處置的方式 (僅口頭告誡、口頭告誡之外處置、口頭告誡合併其他處置) 與結束監護 3 年內是否犯罪無顯著差異 ( $\chi^2=0.330$ ,  $p=0.848$ )，見表 4-7-17。

表 4-7-17 29 位有違規行為之男性精神疾病犯罪者違規後處置與再犯

違規處置類別	無再犯		再犯		$\chi^2$	<i>p</i>
	n=11	%	n=18	%		
僅口頭告誡	4	36.4	6	33.3	0.330	0.848
口頭告誡之外處置	1	9.1	3	16.7		
口頭告誡合併其他處置	6	54.5	9	50		

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

## 第八節 研究結果摘要

依據於東部及中部精神醫療機構執行監護的男性精神疾病犯罪者病歷分析，男精神疾病犯罪者多為青壯年、未婚、國中以下學歷、智商低於一般人、犯罪行為發生前無穩定工作。兩所醫療機構監護男精神疾病犯罪之家庭經濟狀態、社會福利資源使用、家庭支持度及宗教信仰均無差異。兩所醫療機構監護男精神疾病犯罪者精神疾病發病年齡、精神疾病診斷、反社會性人格特質、成癮物質使用疾患及犯案前之精疾病治療狀態均無差異。兩所精神醫療機構男性精神疾病犯罪者之犯罪史，包含前科類型、此次犯案類型、再犯類型及入監服刑紀錄均無差異。

兩所精神醫療機構監護治療除職能復健治療之外，治療方式及治療後精神病症狀均無差異，兩所精神醫療機構男性精神疾病犯罪者家人於監護期間探訪頻次亦無差異。兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者監護期間發生違規行為類型及頻次無差異，違規行為發生後的違規處置亦無差異。兩所精神醫療機構男性精神疾病犯罪者經治療後，結束監護 3 年內再犯之比率亦無差異。

男性精神疾病犯罪者監護時年齡、有反社會性人格特質、監護期間有為違規行為、有語言/肢體侵犯或攻擊他人、90 天內頻繁出現違規行為以及觸犯竊盜罪者，結束監護 3 年內有較高比率再犯。是否使用成癮物質、是否有前科紀錄、是否有人監服刑、家庭支持度、精神疾病共病症與監護期間治療方式在結束監護 3 年內是否再犯者之間無差異。結束監護後仍有門診追蹤之精神疾病犯罪者有較低再犯率之趨勢。思覺失調症精神疾病犯罪者結束監護 3 年內再犯低於非思覺失調症精神疾病犯罪者。

以二元邏輯斯迴歸分析竊盜罪、精神疾病共病症、反社會性人格特質、違規週期少於 90 天及語言肢體衝突與結束監護 3 年再犯之關係。結果顯示，竊盜罪及違規週期少於 90 天可顯著預測結束監護 3 年內是否再犯。相對於非竊盜罪者，竊盜罪之男性精神疾病犯罪者有較高之再犯風險 (OR=12.179)；相對於無違規行為與違規週期高於 90 天之男性精神疾病犯罪者，違規週期少於 90 天之男性精神疾病犯罪者有較高之再犯風險 (OR=33.515)，見表 4-8-1。



表 4-8-1 結束監護 3 年內是否再犯之二元邏輯斯迴歸分析

再犯因子類別	B	OR
竊盜罪	2.500*	12.179
精神疾病共病症	-.359	.699
反社會性人格特質	-.265	.767
監護期間90天內違規	3.512*	33.515
語言與肢體衝突	-1.363	.256
-2LL	36.444	
N	40	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$



## 第五章 討論

### 第一節 研究發現

精神醫療機構執行監護之男性精神疾病犯罪者，結束監護 3 年內再犯率為 50%。因本研究再犯定義為偵查起訴，再犯率必然高於實際再犯率。精神疾病犯罪者於精神醫療機構執行監護處分，此項處遇措施對男性精神疾病犯罪者效益將進一步討論。監護時年齡較輕、竊盜罪、監護期間違規週期小於 90 天者再犯風險高，見圖 5-1-1。

本研究樣本數量少及兩所醫療機構樣本數差異大，即使在統計上有顯著差異，亦須保守推估。本研究亦無驗證中介效應，個體因素與社會家庭因素對再犯之影響、個體因素對醫療機構監護處遇對再犯之影響，此類複雜交互影響需保守推論。

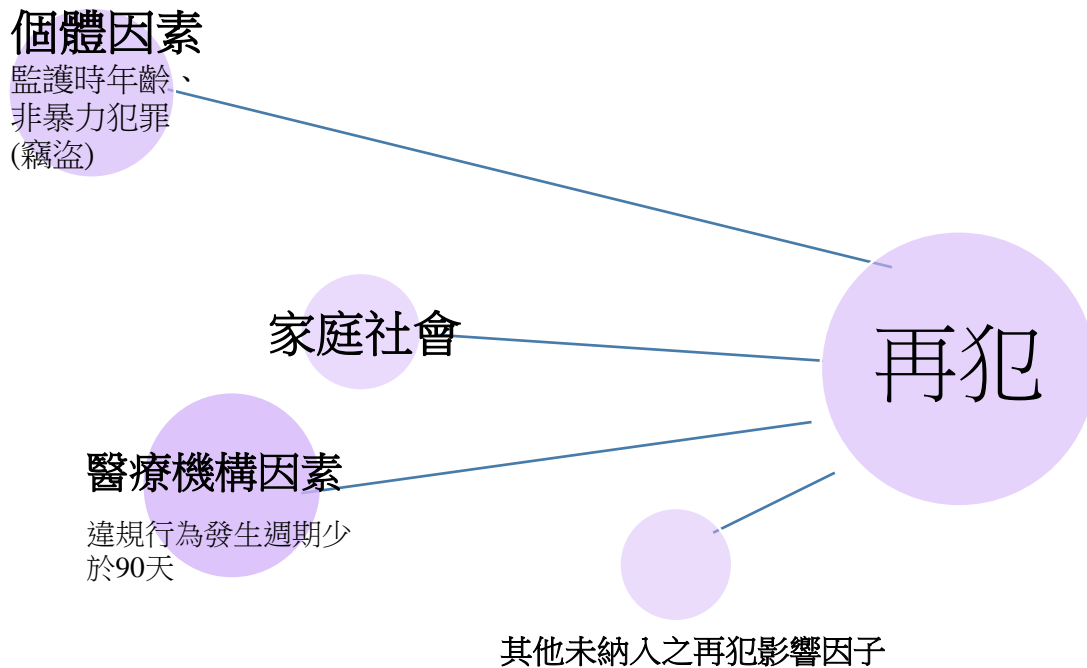


圖 5-1-1 研究發現

## 一、 個體因素與結束監護後再犯

男性精神疾病犯罪者與再犯相關之個體因素為年齡、反社會性人格特質、罹患思覺失調症以及竊盜罪，在統計上達到顯著差異。智能不足、精神疾病共病症、物質使用疾患與是否再犯在統計上無顯著差異，詳細分析如下。

40 位男性精神疾病犯罪者監護處分平均年齡為 40.8 歲。最年輕之監護年齡為 24 歲，最年長之年齡為 62 歲。結束監護 3 年內再犯之男性精神疾病犯罪者平均年齡 37 歲。較年輕受監護之男性精神疾病犯罪者，結束監護 3 年再犯風險較高 (OR=0.904)。排除智能不足者進行分析(智能不足為生長發展障礙)，診斷為其他精神疾病之男性犯罪者共 29 位，非智能不足精神疾病發病平均年齡為 29.43 歲，65.5% (19 人) 有犯罪前科。非智能不足男性精神疾病犯罪者主要精神疾病診斷為「物質使用疾患」及「思覺失調症」。非智能不足男性精神疾病犯罪者平均監護年齡為 42 歲，從精神疾病發病到犯罪監護，相差約 12 年，上述兩疾病「物質使用疾患」及「思覺失調症」若無穩定治療或戒癮處置介入，易使病程慢性化、逐漸影響認知功能。疾病診斷、犯罪類型與再犯，詳見表 5-1-1。

13 位「犯罪前從未治療精神疾病治療」之男性精神疾病犯罪者，53.8% (7 位) 診斷為「智能不足」。43% 有犯罪前科未曾接受治療之智能不足者，在結束監護處分 3 年內再次發生犯罪行為。推論智能不足者若無罹患其他精神疾病，則較少接觸精神科治療；本研究智能不足者結束監護 3 年內是否再犯，在統計上亦無差異 ( $\chi^2=0.125$ ,  $p=0.723$ )。

60% (24 人) 男性精神疾病犯罪者合併「多重疾病診斷/共病症」，有 83.3% (20 人) 男性精神疾病犯罪者疾病史符合「物質使用疾患(物質依賴或濫用)」。其他精神疾病如，思覺失調症、器質性精神病、智能不足及情感性疾患多與物質使用疾患共病。本研究 12.5% (3 人) 共病症患者診斷符合反社會性人格疾患，反社會人格診斷者同時與物質使用及思覺失調症或情感性精神病共病，見表 8.1.1。54.2% (13 人) 有共病症之男性精神疾病犯罪者，在結束監護 3 年內再犯；45.8% (11 人) 有共病症之男性精神疾病犯罪者，在結束監護 3 年內無犯罪行為，共病症與結束監護 3 年內再犯在統計上無差異 ( $\chi^2 = 0.417$ ,  $p = 0.519$ )。共病症為精神疾病犯罪者常見診斷，但在結束監護 3 年內是否再犯上無差異。

如前段所述，最常見之精神疾病診斷為物質使用疾患，有 62.5% (25 人) 男性精神疾病犯罪者疾病史符合「物質依賴或濫用」，但不一定觸犯藥物相關犯罪，僅 4% 有藥物相關前科。第二常見之診斷為思覺失調症，42.5% (17 人) 男性精神疾病犯罪者診斷有思覺失調症，思覺失調症患者結束監護 3 年內再犯風險低於非思覺失調症患者 (OR=0.222)。第三常見之診斷為智能不足，27.5% (11 人) 男性精神疾病犯罪者診斷有智能不足，智能不足者犯罪行為特徵如前述。東部醫療機構有 9 位男性精神疾病犯罪者診斷有「器質性精神病」，有 8 位器質性精神病合併物質使用疾患，物質使用疾患合併器質性精神病診斷在東部地區較常使用。住院診斷有反社會性人格疾患男性精神

疾病犯罪者僅佔 7.5%，但依據監護期間病歷分析，55%監護期間行為表現呈現反社會性人格特質。反社會性人格特質者有較高風險在監護 90 天內出現違規行為 (OR=10.150)，但反社會人格特質無法預測結束監護 3 年內再犯 ( $\beta = 1.064$ ,  $p = 1.55$ )。

以犯罪行為進行分析，最常見前科為「竊盜」、「公共危險罪」及「殺人罪」。犯有竊盜前科且未接受過精神科治療之男性精神疾病犯罪者，超過半數診斷為智能不足。因竊盜罪判定監護處分之男性精神疾病犯罪者，結束監護處分 3 年內再犯高於非竊盜罪，竊盜罪之男性精神疾病犯罪者有較高之再犯風險 (OR=12.179)。本研究觸犯竊盜罪者之常見精神科臨床診斷為智能不足，另一常見診斷為物質使用疾患。本研究第二常見之犯罪為「公共危險」，包含酒駕及縱火，4 位犯有公共危險罪之男性精神疾病者，共同之精神疾病臨床診斷為物質使用，成癮物質均為酒精。將犯罪型態與疾病診斷比對分析，暴力犯罪常見之精神疾病診為思覺失調症及物質使用。非暴力犯常見之精神疾病診斷為物質使用及智能不足。以暴力犯罪中「殺人罪」進行分析，常見之診斷為思覺失調症。因殺人罪判定監護處分者，有 2 位在結束監護 3 年內再犯，診斷均為思覺失調症。主要診斷為思覺失調症犯下殺人罪者，依據病歷內容，殺人行為多與精神病症狀不穩定有關。

然而，竊盜前科與再犯之間的關係，或許沒有精神疾病的中介作用。研究結果顯示，犯有竊盜罪之男性精神疾病犯罪者有較高之再犯風險 (OR=12.179)，財產犯罪的再犯率原本就高 (民間司改會、台北律師公會，2004)，若此再犯比率與一般竊盜之再犯率無差異，則表示精神疾病與竊盜之再犯率無關。反之，殺人罪可能與精神疾病本身有關，依據本研究思覺失調症精神疾病犯罪者之精神鑑定或判決書記載，行為當時精神病症狀明顯、現實感缺損。監護處分期期間積極治療精神疾病可能減少再犯，將於第二節、第三節進一步分析。

本研究中男性精神疾病犯罪者無侵占前科或無詐欺前科，亦無因侵占或詐欺罪執行監護處分。其中一項推論為此類型犯罪需要較高之認知功能，本研究男性精神疾病犯罪者平均智商為 71.68、智商中位數 69，明顯低於一般人之平均智商 (一般人智商平均數為 100)，男性精神疾病犯罪者較無法進行較複雜之犯罪行為。

過去犯罪研究發現是否有入監服刑亦會影響犯罪行為，40% (16 位) 位男性精神疾病犯罪者於監護前入監服刑 (刑後監護)，81.3% (13 人) 臨床診斷符合物質使用疾患。有入監服刑者診斷有物質使用疾患含共病症，監護期間發生違規行為發生是無入監服刑且無非物質使用者的 8 倍。53.8% (7 人) 物質使用疾患含共病症入監服刑者，結束監護 3 年內再犯，但在統計上無差異 ( $\chi^2 = 0.037$ ,  $p=0.848$ )。入監服刑合併有物質使用者，經過監護處分後仍是犯罪高危險群。刑後監護是否有助於改善精神疾病犯罪者之犯罪行為仍有待討論。

表 5-1-1 本研究個案診斷、犯罪類型及是否再犯

編號	診斷	犯罪類型	再犯
101	情感性精神病 物質使用疾患 反社會性人格疾患	竊盜	再犯
103	智能不足	殺人	
104	思覺失調症	妨礙性自主	
106	思覺失調症	公共危險	
108	思覺失調症	殺人	
109	思覺失調症 物質使用疾患	妨害自由+恐嚇取財+偽造文書	
113	智能不足	竊盜	再犯
114	智能不足	恐嚇取財	再犯
121	智能不足 情感性精神病 物質使用疾患	公共危險	
129	物質使用疾患 幻覺症	公共危險	
05	思覺失調症	殺人	再犯
06	思覺失調症	殺人+社會秩序	再犯
10	器質性精神病 物質使用疾患	公共危險	
11	思覺失調症 物質使用疾患	殺人	
12	思覺失調症	竊盜	
13	物質使用 幻覺症	公共危險	再犯
15	器質性精神病 物質使用疾患	竊盜	再犯
16	智能不足 器質性精神病 物質使用疾患	公共危險	再犯
17	物質使用疾患 幻覺症	強盜	再犯
19	思覺失調症 物質使用疾患	搶奪+竊盜	再犯
20	思覺失調症 物質使用疾患	殺人	
22	智能不足 戀物癖	竊盜	再犯
23	智能不足	妨礙性自主	
24	器質性精神病 物質使用疾患	恐嚇取財+毀損	再犯
25	物質使用疾患	殺人	
26	思覺失調症 物質使用疾患 反社會性人格疾患	強盜	再犯
27	思覺失調症 物質使用疾患	強盜+恐嚇取財+竊盜	
28	思覺失調症	殺人	
29	物質使用疾患	公共危險	再犯
30	智能不足 器質性精神病 物質使用疾患	公共危險	
32	物質使用疾患 焦慮症	竊盜	再犯
33	智能不足 情感性精神病	竊盜	再犯

(續下頁)

編號	診斷	犯罪類型	再犯
34	智能不足 器質性精神病	竊盜	再犯
35	器質性精神病 物質使用疾患	竊盜+藥物	再犯
36	器質性精神病 物質使用疾患	公共危險	再犯
39	智能不足 思覺失調症	強盜	
40	思覺失調症 物質使用疾患 反社會性人格疾患	社會秩序	
41	思覺失調症 物質使用疾患	竊盜	再犯
42	思覺失調症 物質使用疾患	傷害+妨礙性自主	
43	器質性精神病 物質使用疾患	殺人	

## 二、 家庭社會經濟因素與結束監護後再犯

精神疾病者犯罪相關的家庭社會經濟因素進行分析，90%（36 人）男性精神疾病犯罪者在犯罪時無穩定工作，無穩定工作之男性精神疾病犯罪者在結束監護 3 年內，有 52.8%發生犯罪行為。絕大多數男性精神疾病犯罪者無穩定工作，有穩定工作者在結束監護 3 年內是否發生犯罪行為，在統計上無差異。

在家庭支持度部分，男性精神疾病犯罪者多與家人同住，37.5%（15 人）男性精神疾病犯罪者監護前為「獨居」。40%（6 人）獨居者在監護期間亦無家屬訪視，這些獨居且無家屬訪視者為 50%（3 人）於結束監護 3 年內再犯，家庭支持度極低之男性精神疾病犯罪者，有一半數在監護 3 年內再犯。60%（9 人）獨居男性精神疾病者於監護期間有家屬訪視，77.8%（7 人）於結束監護 3 年內再犯，獨居但有家屬訪視之男性精神疾病犯罪者，在監護結束 3 年內犯罪比率高於無家屬訪視者。

監護前獨居男性精神疾病犯罪者，最常見之診斷為「物質使用疾患」；結束監護 3 年內發生犯罪行，最常出現之臨床診斷亦為「物質使用疾患」。推論長期物質使用者之家屬支持度較低，較少與家屬同住。以監護期間家屬探訪男性精神疾病犯罪者之家庭支持度，在獨居之男性精神疾病犯罪者，似乎無降低犯罪行為的保護因子。以監護期間是否有家屬訪視或家屬訪視週期進行分析，在結束監護 3 年內是否再犯均無差異。本研究無驗證中介效應，物質使用對家庭支持度影響及對再犯影響需保守推估。

## 三、 醫療機構處遇與結束監護後再犯

本研究於我國不同地區，兩所不同精神醫療機構進行收案。這兩所醫療機構執行監護之男性精神疾病犯罪者，結束監護 3 年內再犯統計上無差異，推論兩所醫療機構提供之監護處分處遇無明顯差異。

兩所醫療機構同為衛生福利部所屬之精神醫療專科醫院，專責照護急性及慢性精神疾病患者，均符合財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會之精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑標準，醫療人員與病患比率符合一定標準。另外，精神醫學會制定精神

科專科醫師訓練課程基準，住院醫師訓練必須學習相同範疇之知識，以及每年度精神醫學年會舉行繼續教育訓練。因此，不同精神醫療機構提共之精神醫學訓練雖非完全一致，但有其共通性。對於精神疾病犯罪者之照護，亦無明顯差異。本研究中，中部與東部兩所精神醫療機構提供之治療項目、男性精神疾病犯罪者接受各項治療比率、違規處置施行...等，均無差異。監護處分結束後有再次發生犯罪行為者與無再發生犯罪者，在監護期間所接受的治療方式並無差異。現代精神醫療治療模式未強制要求對病患提供制式化治療，依照現行精神醫療訓練過程，既使在不同區域醫療機構，仍會有相似治療模式或治療原理。本研究兩所精神醫療機構提供治療項目包含藥物治療、心理治療、職能治療及家族治療。接受家族治療之男性精神疾病犯罪者樣本數少，故未納入統計分析。共有 4 位男性精神疾病犯罪者監護期間未使用抗精神病藥物治療，其臨床診斷分別為 2 位智能不足及 2 位物質使用者。顯示藥物治療並非精神醫療唯一治療方式，有環境治療、心理治療及職能治療予以輔助。

本研究收案對象 97.5% (39 人) 於醫療機構執行監護接受治療後症狀改善，僅一位男性精神疾病犯罪者在監護期間「糖尿病」病情惡化，安排轉院治療。若排除內外科疾病因素，於精神醫療執行監護之男性精神疾病犯罪者之精神病症狀均有改善。結束監護 3 年內再犯與無再犯者之精神病症狀改善程度無差異。

精神醫療機構對於違規處置包含口頭告誡、隔離約束措施、施以藥物穩定情緒、取消原本權益（購物或外出購物）及轉換病房。最常見之違規處置為單純口頭告誡或口頭告誡合併其他處置。精神醫療機構對於住民之違規行為僅能以管理方式加以制止，無有效治療違規行為之方法。思覺失調症患者及物質使用疾患患者出現違規行為時，有較高比率被施以口頭告誡合併其他方式處置。

最常見違規行為是「語言或肢體攻擊他人」，「語言或肢體攻擊他人」男性精神疾病犯罪者較常出現之反社會性人格特質為表面、操控、情緒不穩定、無罪惡感、行事衝動。「語言或肢體攻擊他人」發生時，有 35.7% 施以口頭告誡、53.6% 施以口頭告誡合併其他方式處置。器質性精神病合併物質使用疾患常見之違規行為為語言或肢體攻擊他人，同時被處以口頭告誡合併其他方式處置。相對於無違規行為與違規週期高於 90 天之男性精神疾病犯罪者，違規週期少於 90 天之男性精神疾病犯罪者有較高之再犯風險 (OR=33.515)。違規行為發生週期小於 90 天之男性精神疾病犯罪者，最常見之臨床診斷為物質使用疾患，但無統計上之差異。



## 第二節 與過去研究相同及相異之處

### 一、 精神疾病患者之犯罪危險性

精神疾病者之犯罪危險性與精神疾病犯罪者再犯行為有部分共通性，本研究依病歷回顧分析，可歸納精神疾病犯罪者犯罪危險性。因研究限制，無法取得研究個案結束監護後再犯之詳細資料，無法驗證再犯是否與精神疾病有直接關係，僅能以監護期間病歷資料推估精神疾病犯罪者特質與結束監護後再犯影響因子。故本段落先針對研究對象犯罪危險性進行分析，第三段分析再犯危險因子。

受個人資料保護法保障，有關個人病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之資料，必須在限定條件及保護下蒐集、處理或利用。因此精神疾病者醫療紀錄與犯罪前科紀錄受嚴格保護，精神疾病者之犯罪危險性難以直接計算，本研究僅能在限定條件下蒐集資料、分析及推估。依本究執行監護之醫療機構年報統計數據為例，東部精神醫療機構於2013年共收治2523位精神疾病患者，本研究收案期間約15.5年，共33位（含排除個案）精神疾病犯罪者於該精神醫療機構接受監護處分，顯見精神疾病犯罪者與一般精神疾病患者的比例懸殊，精神疾病犯罪者為精神醫療機構少數個案。

國外精神疾病者犯罪相關研究有Morgan等人(2013)在澳洲進行之世代研究，發現多數犯罪者無精神疾病且多數暴力犯罪者無精神疾病。該研究中，共有40478為研究對象診斷有精神疾病，2.25%被逮捕之精神疾病者診斷為思覺失調症、8.2%被逮捕之精神疾病者診斷為物質使用疾患。依疾病診斷分類：精神疾病犯罪者常見診斷為物質使用疾患、思覺失調症及反社會性人格疾患。精神疾病患者最主要犯罪類型為暴力犯、次之為財產犯、第三為違反社會秩序。將暴力犯罪做進一步分析，精神疾病犯罪者最常見暴力犯為強盜、次之為殺人罪及其他人身犯罪。

因研究設計方式不同，本研究針對已犯罪並執行監護之男性精神疾病者進行分析，疾病診斷比例如下，42.5%男性精神疾病犯罪者診斷有思覺失調症及共病症，62.5%男性精神疾病犯罪者有物質使用疾患及共病症，7.5%男性精神疾病犯罪者診斷符合反社會性人格疾患，57.5%執行監護期間發現有反社會性人格疾患特質。與Morgan等人2013的研究相比較，本研究男性精神疾病犯罪者主要精神病診斷同樣為「思覺失調症」及「物質使用疾患」，「反社會性人格疾患」診斷較低該研究及國內研究。Gibbon等人(2009)「反社會性人格疾患」流行病學研究，一般人群的發病率為2-3%，估計男性約為3%，女性約為1%。Fazel與Danesh(2002)研究發現監獄中「反社會性人格疾患」的男性比例為47%，女性為21%。陳喬琪(1996a)由當時專門收容煙毒犯之監獄進行取樣，對使用海洛因之男性成癮者進行分析，24.6%同時診斷有反社會性人格疾患。本研究男性精神疾病犯罪者之反社會性人格疾患診斷低於其他研究，但監護期間反社會性人格特質比率與其他研究相似，推論反社會性人格疾患非我國精神衛生法之精神疾病，且診斷結果易造成標籤化，故在監護期間入院或出院疾病診斷未詳細列出。

本研究男性障礙犯罪者犯罪行為以非暴力犯罪為主，非暴力犯罪比率略高於暴力犯罪（55%：45%），見表 4-3-1。受監護之男性精神疾病犯罪者主要觸犯非暴力罪（竊盜罪為主），但統計上無顯著差異。有 38.9%暴力犯罪者結束監護 3 年發生犯罪行為 59.1%非暴力犯罪者結束監護 3 年內再犯，暴力犯犯罪與非暴力犯罪在結束監護 3 年內發生犯罪無差異（表 4-7-5）。男性精神疾病暴力犯罪低於過去研究，將於第三節進一步分析及討論。

## 二、 精神疾病共病症與犯罪

過去研究亦發現監獄或司法精神醫療機構之精神疾病共病症問題/多重疾病診斷者較單純精神疾病診斷多，如 Chiles, Von Cleve, Jemelka 與 Trupin (1990) 發現監獄受刑人物質使用疾患及精神疾病共病症問題及 Ogloff, Lemphers 與 Dwyer (2004) 人發現司法醫精神醫療機構中 74%有物質依賴或濫用等精神疾病共病症。Ogloff, Talevski, Lemphers, Wood 與 Simmons (2015) 對 130 名於司法精神醫療機構之男性罪犯調查，亦發現共病症問題。Ogloff 等人發現該研究中多數罹患精神疾病和物質使用疾患，少數人符合反社會性人格疾患標準。伴有精神疾病和物質使用疾患及另外被診斷為反社會性人格疾患，與患有單獨精神疾病的人相比，疾病診斷複雜者會造成更嚴重和頻繁犯罪。本研究 60%男性精神疾病犯罪者合併多重疾病診斷，詳見表 5.1.1。本研究與過去研究相比，物質使用疾患亦為最常見共病症，但男性精神疾病犯罪者是否有共病症在結束監護 3 年內是否有犯罪無差異，54.2%共病症男性精神疾病犯罪者在結束監護 3 年內再犯。結果顯示，精神疾病共病症無法預測結束監護 3 年內是否再犯，見表 4-8-1。亦即，雖然共病症與犯罪有一定程度的相關，但是在此再犯研究上，受監護人之共病症並非再犯重要原因。

除了國外學者研究結果，我國學者自 1990 年代同樣注意到物質使用與精神疾病共病症、提出臨床治療觀點。成癮物質與精神疾病共病症間關係複雜，在治療策略有混和治療法：區辨疾病原發或次發關係、讓病患瞭解酒及藥癮對精神疾病的影響、同時治療共病症、加強藥酒癮防止復發訓練及鼓勵病患留在治療場所（陳喬琪，1996b）。精神醫療機構可實施上述治療原則，協助病患治療藥酒癮，但精神醫療機構無法處理精神疾病犯罪者的犯罪矯治或教化議題。

## 三、 精神疾病犯罪者再犯危險因子

過去國外研究發現精神疾病患者重複犯罪比率高於非精神疾病犯罪者，30.4%精神疾病犯罪者會再犯罪（Fazel & Yu, 2009），本研究男性精神疾病犯罪者再犯率 50%。我國監獄受刑人再犯研究發現，2011-2014 年出獄受刑人「出獄後（累積）再犯率」數據：六個月內再犯率為 13%，一年內再犯率為 25%，兩年內再犯率為 41%，3 年內再犯率為 49%及四年內再犯率 54%（鍾宏彬，2017）。本研究處分再犯率高於實際再犯率，無法等同出獄受刑人再犯率。受限於個人資料保護法，本研究僅能得知這 3 年

內是否犯罪被起訴，無法取得犯罪罪名、結束監護 3 年內是否持續接受精神醫療治療及犯罪是否與精神疾病症相關。

以現有資料分析，男性精神疾病犯罪者與再犯相關因素有年齡、思覺失調症、反社會性人格特質、非暴力罪、監護期間之違規行為及違規行為週期。

過去研究發現非精神疾病犯罪者，較年輕者之犯罪率及再犯率較高 (Sampson, Laub, & Science, 2005)，本研究較年輕之男性精神疾病犯罪者之再犯率高於年長者，與過去再犯研究結果相似，推論不論是否罹患精神疾病，較年輕者再犯比率均較高。

本研究思覺失調症之男性精神疾病犯罪者，再犯率低於非思覺失調症之男性精神疾病犯罪者，與近期思覺失調症高犯罪再犯率研究 (Oueslati, Ali, & Ridha, 2017) 研究不同，該研究發現思覺失調症犯罪者生活在城市貧困社區、失業、出院後未與家人一起生活、酒精和大麻使用疾患、住院時間短於 6 個月、不規則服用抗精神病藥和不遵醫囑，八項危險因子會增加思覺失調症再犯率。Oueslati 等人以病例對照研究法，分析思覺失調症患者離開司法精神醫院後動態。由此推論，精神疾病診斷與是否再犯，尚須需要考慮其他犯罪影響因子，無法單憑疾病診斷認定再犯率。

本研究非暴力犯罪結束監護 3 年內之再犯高於暴力犯罪之再犯率。非暴力犯罪細項為竊盜罪等，竊盜罪為常見之犯罪型態 (民間司改會、台北律師公會，2004)，精神疾病犯罪者與一般犯罪者之高竊盜再犯類似。過去研究發現精神疾病犯罪者暴力犯罪較多 (Morgan et al., 2013)，但本研究之男性精神疾病犯罪者之暴力犯罪低於非暴力犯罪，將於下一節進行分析討論。

多數研究發現反社會性人格疾患或反社會性人格特質與犯罪行為相關，本研究對象在臨床診斷 (住院或出院診斷) 雖未標註有反社會性人格疾患，但監護期間的住院病歷會呈現出此類人格特質的行為表現，同時反映在違規行為發生情形。本研究發現違規行為與結束監護 3 年內再犯有關，將於下一節分析討論。

Peterson, Skeem, Kennealy, Bray 與 Zvonkovic (2014) 針對嚴重精神疾病症狀與再犯關係研究，以接受社區治療的嚴重精神疾病犯罪者 (診斷符合思覺失調症、雙極性情感疾患、重鬱症患者) 為對象，發現僅 18% 犯罪與症狀有直接關係。本研究無法驗證再犯是否與精神病症狀有直接關係，僅能反映出經過監護處分期間之治療，男性精神疾病犯罪者之精神病症狀明顯改善。

本研究結果顯示男性精神疾病犯罪者經過監護處分、接受精神科治療，結束監護 3 年內再犯比率為 50%。本研究男性精神疾病犯罪者的過去犯罪史、反社會性人格、物質濫用及家庭支持度在結束監護是否犯罪無差異，僅監護年齡、住院期間的違規行為及是否犯下竊盜罪在結束監護 3 年內是否有犯罪行為有差異。由是可見，精神醫療機構可針對精神疾病進行治療，但與犯罪相關風險非現行精神醫療機構可處理。

#### 四、 家庭社會支持對再犯的影響

本研究無法呈現家庭支持度對結束監護後再犯影響正面效果。Cochran (2014)研究監獄受刑人家屬不同的探訪模式對再犯的影響，發現與監獄外社交網絡保持聯繫的受刑人再犯罪率較低。社會支持、家庭支持或穩定社會鍵有助減少犯罪發生及再犯，但本研究醫療機構的照護及家屬是否訪視，在監護結束 3 年內是否再犯無差異。未來對精神疾病犯罪者家庭支持度研究，除了家庭訪視週期等量性分析，可增加家屬高度情緒表露行為 (High Expressed Emotion) (鄭夙芬, 2000)、共依附 (Codependency) (Teichman, Basha, & misuse, 1996; 蔡淑鈴, 2003) 等家庭關係較為詳細的互動方式。

以 Nijdam-Jones, Livingston, Verdun-Jones 與 Brink (2015) 於加拿大司法精神醫療機構研究發現，該機構安排病患參與社會心理為基礎設計活動、治療過程中相信規則及社會規範、與支持病患的工作人員產生依附以，及對工作相關的活動予承諾。病患提到這些活動使他們忙碌及給予成就感、承認遵守規範 (例如禁菸政策) 對於疾病恢復重要性、知道破壞規則會受到處分及取消原有的權益、知道哪些是違規行為，為了尊重照顧工作人員，不發生違規行為、感受到被支持、學習到職業技能有助於出院後融入社區...等。精神疾病犯罪者在司法精神醫療機構照護下促進達到恢復目標。以前述東部醫療機構年報統計數據為例，東部精神醫療機構於 2013 年共收治 2523 位精神疾病患者；本研究收案期間約 15.5 年，共 33 位 (包含排除個案) 精神疾病犯罪者於東部某精神醫療機構接受監護處分。精神疾病犯罪者與一般精神疾病患者的比例懸殊，執行監護之醫療機構多以照顧一般精神疾病患者方式提供照護。依病患精神疾病嚴重程度施以藥物治療、不同程度認知能力安排不同訓練計畫，訓練目標主在維持規律作息、訓練及維持原有日常生活自理能力。治療目標著重於穩定症狀及生活適應，出現違規行為時，安排轉急性病房 (與受害者隔離及降低危險性)，轉換病房同時轉換照護之工作人員，因此監護期間男性精神疾病犯罪者與醫療機構人員難以建立社會鍵強弱，如前述司法精神醫療機構提供之成效。另外，結束監護後仍有門診追蹤之精神疾病犯罪者有較低再犯率之趨勢，但在統計上無顯著性。精神疾病者可持續門診追蹤，應可歸於社會鍵之一部分，有助減少再犯。

### 第三節 分析與討論

#### 一、 精神疾病暴力犯罪者之再犯

本研究男性精神疾病犯罪者暴力犯罪略低於非暴力犯罪 (45% : 55%)，38.9%暴力犯罪者結束監護 3 年內再犯，59%非暴力犯罪者結束監護 3 年內再犯。非暴力罪主要類型為竊盜罪，然而，竊盜罪在一般犯罪人之情況亦有高再犯率 (民間司改會、台北律師公會，2004; 鍾宏彬，2017)，無法說明竊盜再犯與精神疾病間之關係。

暴力犯罪部分，將犯罪型態與疾病診斷比對分析，暴力犯罪常見之精神疾病診為思覺失調症及物質使用。思覺失調症之暴力犯罪者，60%監護期間出現違規行為；物質使用疾患之暴力犯罪者，85.7%監護期間出現違規行為。以違規行為細項「語言或肢體攻擊他人」分析，61.1%暴力罪出現「語言或肢體攻擊他人」，77.3%非暴力犯罪者出現「語言或肢體攻擊他人」。暴力犯罪之「殺人罪」進行分析，常見之診斷為思覺失調症。因殺人罪判定監護處分者，有 2 位在結束監護 3 年內再犯，診斷均為思覺失調症合併物質使用疾患。主要診斷為思覺失調症犯下殺人罪者，依據病歷記載，殺人行為多與精神病症狀不穩定有關。以暴力犯罪與結束監護 3 年是否再犯分析，33.3%思覺失調暴力犯罪者再犯，36.4%物質使用暴力犯罪者於監護結束後再犯。思覺失調症合併物質使用再犯者為前述因殺人罪判定監護之思覺失調症合併物質使用患者。除上述 2 位思覺失調合併物質使用疾患暴力犯罪者，其餘思覺失調症患者再犯率為 18%。研究結果亦顯示，思覺失調症再犯比率低於非思覺失調症患者。推論與其他精神疾病相比，思覺失調症再犯危險性低，特殊個案 (精神疾病共病症暴力犯罪者) 需個別分析或個案追蹤。因樣本數有限，僅究男性精神疾病暴力犯罪者再犯較低及嚴重精神疾患合併物質使用再犯進行保守推論。

本研究暴力再犯罪比率低於其他研究，且男性暴力犯罪者結束監護 3 年內再犯率為 38.9% (低於非暴力犯罪者之再犯)，可能原因為我國為預防及治療精神疾病，保障病人權益，促進病人福利，以增進國民心理健康，維護社會和諧安寧，制定之精神衛生法。對於有傷害自己或攻擊他人之虞精神疾病犯罪者申請強制住院治療，減少暴力傷害可能性。因此出現暴力行為或有傷害他人風險，曾有精神科住院史 (於醫療機構進行監護處分) 之男性精神疾病犯罪者被強制就醫及住院治療，在暴力犯罪發生前住院治療。

另一解釋為，暴力犯最常見精神疾病診斷為思覺失調症，針對思覺失調症 (精神分裂症) 患者犯罪行為進行研究，思覺失調症急性期患者較非急性期患者有較高之人身或財產犯罪，人身犯罪對象多數為家庭成員或近親 (楊添圍等，2001)。推論家庭成員或近親對於患有精神疾病家人較為包容，相對應的暴力犯罪犯罪率應較難呈現。

另外，暴力犯罪黑數高，精神疾病者出現暴力行為不一定會報案處理；暴力犯罪亦有可能因精神異常抗辯或刑法第十九條條第一項：行為時因精神疾病或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰，因此精神疾病者暴力犯罪結束監護後再犯率較其他研究為低。

無論如何，暴力與非暴力犯罪於犯罪之初，依其他學者之研究，或許跟精神疾病有相關性；然而本研究指出：在再犯的統計上，無論是暴力還是非暴力犯罪，與精神疾病的相關性，僅思覺失調症有差異，可能的原因除了報案機制與犯罪黑數外，很有可能再犯的風險因子中，精神疾病診斷並無太高之重要性；亦即，與一般人之再犯並無太大不同。又或者即使精神疾病的再犯率較高，但由於精神衛生法的設計及家庭支持，使得其再犯率與疾病之間在統計上無顯著性。

## 二、 有違規行為者再犯率高

男性精神疾病犯罪者有反社會性人格特質者違規率高、有違規行為者再犯率高，反社會性人格特質、違規行為與再犯是否中介，仍有待進一步研究。本研究針對病房規範及違規行為進行分析討論。

精神疾病患者較一般人特殊，部分病患認知能力較低及疾病異質性高。醫療機構所收治病患的年齡差異大且體能狀態差異大。依臨床經驗，醫療機構收治之精神疾病患者易發生恃強凌弱事件，需要訂定規範、工作人員維持秩序，保障弱小病患權益。醫療機構有其特殊性，病房管理規範看似瑣碎但有保護病患的機制存在，例如禁止擅自拿取他人物品，禁止以物易物、病患間借貸、賭博、口語或肢體威脅他人、病房內禁止使用危險物品（如打火機）以及醫療機構內禁菸，更禁止對自己對他人的暴力攻擊，未經醫囑擅自離院則違反住院契約或監護處分裁定。另一方面，制定管理規範實際為方便管控病患活動，減少個別化活動造成例外，需要較多的人力物力處理個別狀況。因此，違反醫療機構生活規範不等同於犯罪，但嚴重違規亦有可能違反法律（如嚴重暴力攻擊其他病患），依違反規範的嚴重程度進行處置。醫療機構之病房管理規範適用對象為所有住院治療之病患，包含執行監護之精神疾病犯罪者。

本研究有違規行為之男性精神疾病犯罪者，結束監護 3 年內再犯高於無違規行為者。「語言或肢體侵犯他人或攻擊他人」是違規行為中最發生頻率最高之違規行為，包含口語威脅、謾罵或肢體作勢威脅、肢體攻擊或適當碰觸他人；受侵犯或攻擊之對象為其他病患、特別是極退化病患或醫療人員。監護期間「語言/肢體攻擊或侵犯他人」出現頻次為平均每位違規者出現 10.4 次此行為，違規頻次遠高於其它類型之違規行為。相對於無違規行為與違規週期高於 90 天之男性精神疾病犯罪者，違規週期少於 90 天之男性精神疾病犯罪者有較高之再犯風險 (OR=33.515)，顯示男性精神疾病犯罪者之違規週期少於 90 天（高違規傾向），高再犯風險，見表 4-8-1。

有違規行為男性精神疾病犯罪者，結束監護 3 年內再犯比率高於無違規行為。精神疾病犯罪者之違規行為需要考慮影響因素包括精神疾病者認知功能低，無法遵守規範；精神疾病患者衝動性高，無法遵守規範；病患於機構內生活的空間較緊密、長時間相處，易有衝突發生，易出現語言、肢體攻擊或逗弄退化病患；有犯罪行為之精神疾病患者較無法遵守規則，不論在社區生活或醫療機構生活，都容易有偏差或犯罪行

為。違規行為這項行為特質在精神疾病患者及精神疾病犯罪者需進一步研究。可以推論，當各醫療機構無法正面減少其違規行為之次數時，此支持系統應無法達到刑法八十七條期待精神醫療機構降低精神疾病犯罪者再犯率。或針對違規行為週期少於 90 天，這類高違規傾向男性精神疾病犯罪者，需要不同於一般精神醫療機構照護模式，需要較多醫療照護人力、管理人力，針對違規行為制定個別化治療模式，如認知行為治療等。另外此推論仍須輔以家庭與機構是否成為再犯與精神疾病之中介因素為斷。

### 三、 監護處分目的與醫療機構使命之矛盾

監護處分於刑法第八十七條，是保安處分其中一項措施。保安處分起源於十九世紀末到二十世紀初德國，因刑罰不足以達到防衛社會安寧而產生，目的在預防未來犯罪。

醫療機構使命為針對疾病進行治療，工作人員為醫事人員，如醫師、護理師、心理師、職能治療師、社工師及照顧服務員等。精神醫療機構提供精神科藥物治療、職能治療、心理治療疾病之外，其內容會依病患認知能力安排不同訓練計畫，訓練目標主在維持規律作息、訓練及維持原有日常生活自理能力，因此精神疾病患者在機構主要為治療疾病及適應環境。醫療機構為封閉式生活環境，精神疾病患者住院期間主要接觸對象為其他精神病患者及醫療人員，人際互動較為單純與貧乏。機構內生活作息規律、較低機會接觸酒精或非法物質，醫療機構內的環境刺激較社區生活少及穩定。

本研究發現精神醫療機構對精神疾病犯罪者再犯行為無機構效應，可能因素已於本章第一節第三點描述。精神疾病犯罪者於醫療機構執行監護處分，接受與一般精神疾病患者類似原則治療，醫療機構工作人員未曾接受過犯罪矯治訓練，當精神疾病者出現違規行為，多以口頭訓誡、轉換病房或取消原本權益(如生活必需品以外之購物)作為處置，這對於精神疾病犯罪者之再犯預防有多少成效令人存疑。若完全針對犯罪行為或違規行為週期少於 90 天者進行介入，此類認知行為治療、心理治療恐與全民健康保險治療精神疾病之目標不一致(醫療機構執行監護之醫療費用等項目，由全民健康保險依照支付標準<sup>9</sup>給付)，或無相對應適應症或健保給付。另外，當監護處分結束，精神疾病犯罪者返回原社區生活，原本生活狀態若無改變或無法如醫療機構內穩定，例如持續使用成癮物質、不規律接受精神科治療、經濟因素惡化、家屬的監督與支持、居住問題...等，使得精神疾病犯罪者再犯罪風險仍存在。

本研究顯示醫療機構執行監護處分僅能提供精神疾病犯罪者適當之精神疾病照護，無證據顯精神疾病示有直接影響再犯，可合理推論無犯罪矯治或預防再犯效果。但對精神疾病犯罪者之標籤效應，本研究結果無法直接驗證，似乎仍需要進一步研究。

<sup>9</sup> 1999 年 3 月 25 日「檢察機關委託醫療執行監護處分費用支用作業要點」。

## 第四節 建議

### 一、 醫療機構監護期間評估違規行為及針對違規行為制定個別化治療

現行監護制度仍於精神醫療機構執行，建議精神疾病犯罪者入院初期進行標準化精神疾病症狀評估（如正性與負性症狀量表 *Positive and Negative Syndrome Scale*，*PANSS* 或簡明精神病評定量表 *Brief Psychiatric Rating Scale*，*BPRS* 或其他評量）作為監護處分治療前後比較。精神病症狀穩定後安排完整認知功能評估（含智商）、人格特質評估等，依照精神疾病犯罪者之認知能力、人格特質安排治療計畫，如支持性心理治療、認知行為治療或動力取向心理治療。紀錄監護期間之違規行為發生與否及週期，若精神疾病犯罪者於監護期間有違規傾向高，或違規行為週期少於 90 天，施以個別化處置。若精神病症狀穩定仍頻繁出現違規行為，且此違規行為無法以醫療模式處遇無法改善，此情形報告委託之地方檢察署檢察官。依據 1999 年 03 月 02 日修訂之檢察機關執行因心神喪失或精神耗弱受監護處分應行注意事項第七條：法院宣告受監護處分之期間尚未屆滿，而醫療機構認為受監護處分人病情經治療確已改善並可終止治療者，執行檢察官於收到醫療機構通知後，應依刑法第九十二條規定聲請法院另裁定以保護管束代之。現行法令，監護尚未屆滿但病情改善可終止治療者，應界定於「終止住院治療」，出院保護管束期間仍需高度監控及持續醫療追蹤，接受藥物、心理治療，同時可轉介家庭治療或職能治療，讓精神疾病犯罪者在社區期間仍有完整治療。

### 二、 高違規傾向精神疾病犯罪者，設立司法精神病院或其他特殊處遇單位

本研究結果顯示，竊盜罪及監護期間高違規傾向者（監護期間違規行為發生週期少於 90 天），結束監護後有高再犯風險。現行監護處分處遇模式對精神疾病犯罪者的高違規傾向或頻繁違規，無特殊應對模式。出現違規行為之男性精神疾病犯罪者多為反社會性人格特質者，然目前無核准治療反社會性人格疾患適應症之藥物及證實之心理治療。藥物有助於治療反社會性人格疾患之共病症（如恐慌症、重鬱症），另其他治療模式顯示對有反社會性人格疾患有助益（Black, 2017），現行可行治療模式有認知行為治療（*cognitive behavioral therapy*）（Brazil et al., 2018）。針對此類違規行為之反社會性人格特質者，除了需要提供相對應之治療，在機構處遇期間也需要相對應之生活管理及藥物治療。但違規行為治療模式非全民健保治療目標，生活秩序管理人力非醫療機構常態人力配置。針對監護處分高違規傾向之精神疾病犯罪者，可設立司法精神病院或設立其他特殊處遇單位。將一般醫療機構無法照顧或管理之精神疾病犯罪者（如違規行為週期少於 90 天、頻繁違規），轉至司法精神病院或設立其他特殊處遇單位。

以少年矯正為例，經學校教育矯正不良習性，促其改過自新，適應社會生活，設置少年矯正學校，收容經法院確定裁處感化教育的少年。並制定少年矯正學校設置及教育實施通則，第四條規定：矯正學校隸屬於法務部，有關教育實施事項，並受教育部督導。因此，矯正學校內有教師負責教學及警衛勤務戒護人員維持安全。

法務部與衛生福利部可沿用矯正教育模式，設置司法精神病院或其他特殊處遇單



位，針對監護處分頻繁違規之精神疾病犯罪者進行處遇（低違規傾向之精神疾病犯罪者沿用原精神醫療機構監護處遇）。司法精神病院或其他特殊處遇機構之醫事人員可依據病患疾病進行治療，矯正人員進行生活管理或違規處置。整合司法及醫療資源，協助精神疾病犯罪者維持治療及矯正行為。

### 三、 他山之石:日本醫療觀察法

結果顯示，犯有竊盜罪之男性精神疾病犯罪者，結束監護 3 年內再犯風險高。日本醫療觀察法實施至今約 10 多年，精神疾病者犯下嚴重犯罪（縱火、強制性交與猥褻罪、殺人罪及傷害罪）時，經精神鑑定評估犯罪行為當時受精神疾病影響至責任能力下降、精神疾病症狀可治療及有影響康復/造成再次發生類似行為的因子者，由法院裁定納入醫療觀察體系持續追蹤及治療。醫療觀察法追蹤之下的精神疾病者再犯罪率低 (Fujii, Fukuda, Ando, Kikuchi, & Okada, 2014)。我國可參考日本醫療觀察法，僅限嚴重犯罪，受精神疾病影響之精神障礙犯罪者，依犯罪情狀免刑、減刑或於醫療機構監護，竊盜罪等犯罪類型另建立其他處遇模式。

## 第五節 研究限制

因樣本數有限，研究結果趨向保守推論。因無法取得直接影響結束監護 3 年內再犯之起訴書或相關資料，無法驗證再犯罪行為是否與精神疾病相關及其直接影響犯罪因素。亦無法分析結束監護後精神疾病追蹤治療、生活狀態等情形。

僅就精神科專科醫院執行監護之男性精神疾病犯罪者進行分析，研究結果不適用於女性精神疾病犯罪者或我國其他地區精神醫療機構之精神疾病犯罪者。採用病歷回顧方式研究，精神疾病診斷及發病時間均以精神疾病作為基準，非犯罪當時或初犯時間為基準，另外依據病歷紀載無法取得完整家庭互動狀態。本研究以「偵查起訴」為再犯依據，因此再犯率必然高於實際經由法院審理裁定之犯率，高估男性精神疾病犯罪者結束監護 3 年內發生的犯罪行為。

針對精神疾病犯罪者與一般精神疾病患者之人格特質及違規行為發生週期，需進一步研究分析及比對，澄清精神疾病犯罪者與一般精神疾病患者差異。



## 參考文獻

### i. 中文部分

- 孔繁鐘、孔繁錦 (1998)。精神疾病診斷準則手冊 *DSM-IV*。台北：合記。
- 民間司改會、台北律師公會 (2004)。坦白未必從寬，抗拒未必從嚴？！ — 「竊盜罪」統計實證研究結果大公開！。 *司改雜誌*，49，15-19。
- 佐藤幹夫 (2009)。心，無法審判 - 十七歲自閉症少年的審判實錄 (王蘊潔，譯)。臺北：台灣商務印書館。
- 吳景欽 (2008)。對精神疾病犯罪者的刑事處遇-以日本精神醫療觀察法為比較觀察。 *國會月刊*，9，40-56。
- 李怡芳 (2017)。身心障礙者形象研究—以 2007 至 2015 年報紙報導內容分析為例 (未出版碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市，臺灣。
- 李偉如 (2013)。精神疾病犯罪狀況及再犯分析 (未出版碩士論文)。國立臺北大學，新北市，臺灣。
- 林思蘋 (2009)。強制治療與監護處分-對精神疾病者之社會控制 (未出版碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市，臺灣。
- 林春旭、邵文娟、李世凱、林滄耀 (2015)。藥癮治療性社區住民違規率改善措施之效果評價研究。 *榮總護理*，32 (1)，47-55。
- 唐心北、沈楚文 (2002)。公立精神科教學醫院監護處分病患之臨床分析。 *行政院衛生署嘉南療養院年刊*，1，121-126。
- 唐心北、黃聿斐、蔡景宏 (2014)。監護處分。載於周焯智 (主編)，*司法精神醫學手冊* (頁 523-545)。臺北：臺灣精神醫學會。
- 張麗卿 (2011)。 *司法精神醫學：刑事法學與精神醫學之整合*。臺北：元照出版有限公司。
- 陳喬琪 (1996a)。海洛英成癮者之精神並理學研究 (第二年)：在獄者之共發性精神疾病與人格違常疾患。 *行政院衛生署研究計畫成果報告*。台北：行政院衛生署。
- 陳喬琪 (1996b)。與酒癮或藥癮共患的精神疾病。 *中華精神醫學*，4，315-323。
- 曾淑瑜 (2005)。精神疾病者犯罪處遇制度之研究。 *刑事政策與犯罪研究論文集*，8，67-93。
- 黃聿斐 (2013)。監護處分制度的介紹與雜思。 *精神醫學通訊*，32 (10)，7-8。
- 楊添圍 (2007)。法院委託鑑定之精神分裂症患者之再犯因素分析 (未出版碩士論文)。國立臺北大學，新北市，臺灣。
- 楊添圍、游正名、郭千哲、陳喬琪與胡維恆 (2001)。精神分裂症患者之犯罪行為。 *臺灣精神醫學*，15 (4)，290-297。
- 蔡淑鈴、吳麗娟 (2003)。青少年的親子關係與共依附特質之相關研究。 *教育心理學報*，35 (1)，59-78。
- 蔡盧浚、楊添圍 (2006)。反社會人格疾患及精神病態：概念名詞與歷史回顧。 *北市醫*

學雜誌，3 (10)， 944-953。

鄭夙芬 (2000)。精神分裂症患者主要家屬照顧者之溝通訓練效果研究 (未出版碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市，臺灣。

霍布斯 (2002)。利維坦 (朱敏章，譯)。臺北：臺灣商務。

ii. 英文部分

Alexander, R., Crouch, K., Halstead, S., & Piachaud, J. (2006). Long-term outcome from a medium secure service for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(4), 305-315.

Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *American Journal of Psychiatry, 166*(1), 103-109.

Black, D. W. J. C. T. O. i. P. (2017). The Treatment of Antisocial Personality Disorder. *4*(4), 295-302.

Bonta, J. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological bulletin, 123*(2), 123-142. doi:10.1037/0033-2909.123.2.123

Bowen, P. (2007). *Blackstone's guide to the Mental Health Act 2007* (Vol. 11): Oxford University Press Oxford.

Brazil, I. A., van Dongen, J. D., Maes, J. H., Mars, R., Baskin-Sommers, A. R. J. N., & Reviews, B. (2018). Classification and treatment of antisocial individuals: From behavior to biocognition. *91*, 259-277.

Childs, K., & Sullivan, C. (2011). Problem Behavior Syndrome. *Encyclopedia of Adolescence, 2171-2180*.

Chiles, J. A., Von Cleve, E., Jemelka, R. P., & Trupin, E. W. (1990). Substance abuse and psychiatric disorders in prison inmates. *Psychiatric Services, 41*(10), 1132-1134.

Cochran, J. C. (2014). Breaches in the wall: Imprisonment, social support, and recidivism. *Journal of research in crime and delinquency, 51*(2), 200-229.

Coid, J., Hickey, N., Kahtan, N., Zhang, T., & Yang, M. (2007). Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. *The British Journal of Psychiatry, 190*(3), 223-229.

Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., Cook, A., & Jarman, B. (2001). Medium secure forensic psychiatry services. *The British Journal of Psychiatry, 178*(1), 55-61.

Coverdale, J., Nairn, R., & Claasen, D. (2002). Depictions of mental illness in print media: A prospective national sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(5), 697-700.

Davies, S., Clarke, M., Hollin, C., & Duggan, C. (2007). Long-term outcomes after discharge from medium secure care: a cause for concern. *The British Journal of*

- Psychiatry*, 191(1), 70-74.
- Doyle, M., Coid, J., Archer-Power, L., Dewa, L., Hunter-Didrichsen, A., Stevenson, R., Shaw, J. (2014). Discharges to prison from medium secure psychiatric units in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 205(3), 177-182.
- Durose, M. R., Cooper, A. D., & Snyder, H. N. (2014). *Recidivism of Prisoners Released in 30 States in 2005: Patterns from 2005 to 2010*: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics Washington, DC.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.
- Fazel, S., & Yu, R. (2009). Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, sbp135.
- Fazel, S., Fimińska, Z., Cocks, C., & Coid, J. (2016). Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 208(1), 17-25.
- Fazel, S., Xenitidis, K., & Powell, J. (2008). The prevalence of intellectual disabilities among 12000 prisoners—A systematic review. *International journal of law and psychiatry*, 31(4), 369-373.
- Fujii, C., Fukuda, Y., Ando, K., Kikuchi, A., & Okada, T. (2014). Development of forensic mental health services in Japan: working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *International journal of mental health systems*, 8(1), 1.
- Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J. M., Huband, N., Völlm, B. A., Ferriter, M., & Lieb, K. (2009). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Protocols*.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons.
- Glenn, A. L., Johnson, A. K., & Raine, A. (2013). Antisocial personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 15(12), 427.
- Hamilton, J. R. (1983). Mental Health Act 1983. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 286(6379), 1720.
- Hare, R. D. (1999). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*: Guilford Press.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth.
- Kelley, A. E., & Berridge, K. C. (2002). The neuroscience of natural rewards: relevance to addictive drugs. *Journal of Neuroscience*, 22(9), 3306-3311.
- Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiatric Services*, 49(4), 483-492.

- Lamb, H. R., Weinberger, L. E., & Gross, B. H. (1999). Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review. *Psychiatric Services, 50*(7), 907-913.
- Lamberti, J. S., Weisman, R., & Faden, D. I. (2004). Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services, 55*(11), 1285-1293.
- Maden, A., Scott, F., Burnett, R., Lewis, G., & Skapinakis, P. (2004). Offending in psychiatric patients after discharge from medium secure units: prospective national cohort study. *Bmj, 328*(7455), 1534.
- Männynsalo, L., Putkonen, H., Lindberg, N., & Kotilainen, I. (2009). Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(3), 279-288.
- Markowitz, F. E. (2011). Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior, 16*(1), 36-44.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2010.10.003>
- McBrien, J., Hodgetts, A., & Gregory, J. (2003). Offending and risky behaviour in community services for people with intellectual disabilities in one local authority. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 14*(2), 280-297.
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2007). Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence. *American Journal of Psychiatry, 164*(9), 1395-1403.
- McNiel, D. E., Sadeh, N., Delucchi, K. L., & Binder, R. L. (2015). Prospective study of violence risk reduction by a mental health court. *Psychiatric Services, 66*(6), 598-603.
- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review, 8*(2), 193-210.
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G., Prendergast, M. J. B. S., & Law, t. (2004). One year return to custody rates among co-disordered offenders. *22*(4), 503-518.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (1983). Crime and mental disorder: An epidemiological approach. *Crime and justice, 4*, 145-189.
- Morgan, V., Morgan, F., Valuri, G., Ferrante, A., Castle, D., & Jablensky, A. (2013). A whole-of-population study of the prevalence and patterns of criminal offending in people with schizophrenia and other mental illness. *Psychological medicine, 43*(9), 1869-1880.
- Mulvey, E. P., & Schubert, C. A. (2017). Mentally Ill Individuals in Jails and Prisons. *Crime and justice, 46*(1), 231-277.
- Nijdam-Jones, A., Livingston, J. D., Verdun-Jones, S., & Brink, J. (2015). Using social bonding theory to examine 'recovery' in a forensic mental health hospital: A qualitative study. *Criminal Behaviour and Mental Health, 25*(3), 157-168.

- NYS Office of Mental Health Division of Forensic Services. Retrieved from <https://www.omh.ny.gov/omhweb/forensic/bfs.htm>
- Ogloff, J. R., Lemphers, A., & Dwyer, C. (2004). Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: Prevalence and implications for services. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(4), 543-562.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.
- Peters, R. H., Wexler, H. K., & Lurigio, A. J. (2015). Co-occurring substance use and mental disorders in the criminal justice system: A new frontier of clinical practice and research.
- Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness. *Law and human behavior*, 38(5), 439-449.
- Renee, L., & Binder, M. (2008). Interrupting the Mental Illness–Incarceration–Recidivism Cycle. *Psychiatr Serv*, 59(2), 170-177.
- Rutherford, M., & Duggan, S. (2008). Forensic mental health services: facts and figures on current provision. *The British Journal of Forensic Practice*, 10(4), 4-10.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, R. (2014). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, 11e*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918-924.
- Silver, E., & Teasdale, B. (2005). Mental disorder and violence: An examination of stressful life events and impaired social support. *Social Problems*, 52(1), 62-78.
- Skeem, J. L., Manchak, S., & Peterson, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and human behavior*, 35(2), 110-126.
- Skeem, J. L., Winter, E., Kennealy, P. J., Loudon, J. E., & Tatar II, J. R. (2014). Offenders with mental illness have criminogenic needs, too: Toward recidivism reduction. *Law and human behavior*, 38(3), 212.
- Thompson, M., Osher, F. C., & Tomasini-Joshi, D. (2008). *Improving responses to people with mental illnesses: The essential elements of a mental health court*: Justice Center, the Council of State Governments.
- Watson, A., Hanrahan, P., Luchins, D., & Lurigio, A. (2001). Mental health courts and the complex issue of mentally ill offenders. *Psychiatric Services*, 52(4), 477-481.

iii 中文網頁

司法院 (2014)。司法統計年報。取自

<https://www.judicial.gov.tw/juds/year103/index.html>。

孫曜樟（2014年12月2日）。鄭捷精神鑑定結果出爐，殺人六親不認且無心神喪失。  
*ETtoday 新聞雲*。取自 <https://www.ettoday.net>

項程鎮（2016年12月13日）。北投女童割喉案 龔嫌願精神鑑定。*自由時報電子報*。  
取自 <http://news.ltn.com.tw>

監察院新聞稿（2011）。*精神鑑定及刑後監護有違失 監察院糾正高檢署、國軍北投醫院*。  
取自監察院 <https://www.cy.gov.tw>

鍾宏彬（2017）。*我國的再犯率與監獄矯治效能——初探*。財團法人民間司法改革基金會。  
<https://www.jrf.org.tw/articles/1255>

顏凡裴（2017年3月21日）。色司機性侵韓女 下月將精神鑑定。*蘋果日報*。取自  
<https://tw.appledaily.com>

#### iv 日文網頁

教育資料庫（2017）。大阪府寢屋川市立中央小学校教職員殺傷事件

<https://sites.google.com/site/kyouikuh077/jiko/j20050214>

朝日新聞（2006）。*寢屋川市立中央小の教職員殺傷事件*。<https://kotobank.jp>



## 附錄

### 個案資料收集表

#### A. 基本資料

- A.1. 醫院代號\_\_\_\_\_ 個案代號\_\_\_\_\_
- A.2. \_\_\_\_ 性別: 0.女 1.男
- A.3. \_\_\_\_ 出生日期:YYYY/MM/DD:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- A.4. \_\_\_\_ 教育程度:\_\_\_\_\_
- 1.國小 2.國中或初中 3.高中 4.五專或二專  
5.大學或三專 6.研究所 7.失學 8.不詳  
9.國小資源班 10.國中資源班 11.高中資源班
- A.5. \_\_\_\_ 犯行時婚姻狀態: 1.已婚 2.未婚 3.離婚 4.喪偶 5.不詳
- A.6. \_\_\_\_ 犯行時之職業狀態: 1.穩定工作 2.不穩定工作 3.無業 4.不詳
- A.7. \_\_\_\_ 監護處分前家庭經濟狀態: 0.非中低收入戶 1.中低收入戶
- A.8. \_\_\_\_ 監護處分前是否有重大傷病卡: 0.無 1.有
- A.9. \_\_\_\_ 監護處分前是否有身心障礙手冊: 0.無 1.有
- A.10. \_\_\_\_ 犯案時同住者: 0.獨居 1.家人 2.朋友
- A.11. \_\_\_\_ 是否有宗教信仰: 0.無 1.佛道教 2.基督教/天主教 3.其他

#### B. 精神病疾病史及其他疾病史

- B.1. 首次呈現精神病症狀之年齡/首次發病之年齡: 1. \_\_\_\_\_ 歲 2. 不詳
- B.2. \_\_\_\_\_ 精神科疾病臨床診斷包含共病症: (可複選)
- 
1. 思覺失調症 2. 情感性精神病 3. 情感性思覺失調症 4. 器質性精神病  
5. 智能不足 6. 物質使用 7. 焦慮症 8. 重鬱症  
9. 其他\_\_\_\_ 10. 自閉症 11. ASPD
- B.3. 共病症: 0. 無 1. 有 \_\_\_\_\_
- B.4. \_\_\_\_\_ 物質濫用: (可複選)
- 0: 無 1. 酒精依賴濫用 2. 安非他命依賴  
3. 海洛因依賴 4. 強力膠依賴濫用 5. 鎮靜安眠藥物  
6. 多重物質使用疾患 7. 其他 \_\_\_\_\_
- B.5. \_\_\_\_\_ 此次犯案前之精神科治療情形:  
1. 從未治療 2. 間斷治療 3. 持續治療 4. 不詳

### C.犯罪史

C.1. \_\_\_\_前科紀錄: 1.有\_\_\_\_\_ 2.無 3.不詳

- |          |          |          |          |        |
|----------|----------|----------|----------|--------|
| 1. 殺人    | 2. 傷害    | 3. 妨害自由  | 4. 強盜    | 5. 搶奪  |
| 6. 恐嚇取財  | 7. 侵占    | 8. 詐欺    | 9. 竊盜    | 10. 毀損 |
| 11. 公共危險 | 12. 社會秩序 | 13. 藥物相關 | 14. 偽造文書 | 15. 其他 |

C.2. \_\_\_\_犯罪類型:

- |          |          |          |          |        |
|----------|----------|----------|----------|--------|
| 1. 殺人    | 2. 傷害    | 3. 妨害自由  | 4. 強盜    | 5. 搶奪  |
| 6. 恐嚇取財  | 7. 侵占    | 8. 詐欺    | 9. 竊盜    | 10. 毀損 |
| 11. 公共危險 | 12. 社會秩序 | 13. 藥物相關 | 14. 偽造文書 | 15. 其他 |

C.3. \_\_\_\_此次監護處分前是否入監服刑: 0.無 1.有

### D.監護處分處遇

D.1.開始監護處分日期:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

D.2.終止監護處分日期:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

D.3. \_\_\_\_是否有心理衡鑑: 0.無 1.有

D.4. 心理衡鑑結果: D.4.A.1. : FIQ=\_\_\_\_\_

D.5. \_\_\_\_心理治療: 0.無 1.個別心理治療 2.行為治療 3.團體治療 4.其他

D.6. \_\_\_\_職能治療: 0.無 1.有

D.7. \_\_\_\_精神科藥物治療: 0.無 1.有

D.8. \_\_\_\_監護處分期是否有家屬訪視: 0:無 1:有 3:不詳

D.8.1 \_\_\_\_家屬訪視總次數

D.9. \_\_\_\_\_反社會性人格障礙特質(可複選): 0.無

- |        |               |               |        |
|--------|---------------|---------------|--------|
| 1.誇大   | 2.傲慢          | 3.冷酷(缺乏對人的關愛) | 4.表面   |
| 5.操控   | 6.喜怒無常(情緒不穩定) | 7.無法建立穩固情感關係  | 8.無罪惡感 |
| 9.不負責任 | 10.衝動行事       | 11.缺乏羞愧感      |        |

D.10.監護處分期間違規行為及次數

0:無

- |             |     |              |
|-------------|-----|--------------|
| 1.抽菸        | 0:無 | 1.有 : _____次 |
| 2.吃檳榔       | 0:無 | 1.有 : _____次 |
| 3.住民之間借貸    | 0:無 | 1.有 : _____次 |
| 4.與住民發生語言衝突 | 0:無 | 1.有 : _____次 |
| 5.與住民發生肢體衝突 | 0:無 | 1.有 : _____次 |
| 6.賭博        | 0:無 | 1.有 : _____次 |
| 7.私帶違禁品     | 0:無 | 1.有 : _____次 |
| 8.破壞治療場所設備  | 0:無 | 1.有 : _____次 |

- |                |     |            |
|----------------|-----|------------|
| 9.口語或肢體威脅工作人員  | 0:無 | 1.有：_____次 |
| 10.自殺或自傷       | 0:無 | 1.有：_____次 |
| 11.擅自拿取他人物品    | 0:無 | 1.有：_____次 |
| 12.請假逾時        | 0:無 | 1.有：_____次 |
| 13.自行離院        | 0:無 | 1.有：_____次 |
| 14.飲酒或其他非法物質   | 0:無 | 1.有：_____次 |
| 15.不當觸摸病友或欺侮病友 | 0:無 | 1.有：_____次 |
| 16.其他          | 0:無 | 1.有：_____次 |

D.11. \_\_\_\_\_違規行為發生之後的處置:

- |         |             |          |         |
|---------|-------------|----------|---------|
| 0.無處置   | 1.口頭告誡      | 2.隔離     | 3.隔離及約束 |
| 4.隔離及針劑 | 5.隔離 約束 及針劑 | 6.取消原本權益 | 7.無違規行為 |

D.12. \_\_\_\_\_終止監護處分時精神狀態:

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1.症狀改善,不影響生活 | 2.症狀改善,仍影響生活 |
| 3.無精神病症狀     | 4. 惡化        |
|              | 5.內外科疾病症狀惡化  |

### E. 出院計畫:

E.1. \_\_\_\_\_終止監護處分原因: 1.監護期滿 2.提早結束監護處分 3.死亡  
4.擅自離院而失蹤 5.其他

E.2. \_\_\_\_\_終止監護處分出院轉歸:

- |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|
| 1.門診   | 2.社區復健 | 3.康復之家 | 4.居家治療 |
| 5.精神護理 | 6.護理之家 | 7.養護機構 | 8 監獄機構 |
| 9 其他   | 10.不詳  |        |        |

E.3.最後追蹤日期:YYYY/MM/DD: \_\_\_\_\_

E.4. \_\_\_\_\_ 追蹤單位:

- |         |                |
|---------|----------------|
| 1.原醫療單位 | 2.衛生所/局/健康服務中心 |
| 3.其他    | 4.不詳           |

E.5.\_\_\_\_\_追蹤方式: 1.電話 2.家訪 3.門診 4.無法追蹤

### F. 再犯:

F.1.\_\_\_\_\_結束監護處分三年內是否再次犯罪: 0:否 1.是 2.不詳

