

受監護處分男性精神疾病 犯罪者再犯分析

林詩韻*、黃聿斐**、沈伯洋***

要 目

壹、前 言	六、精神疾病患者犯罪危 險性
貳、文獻探討	參、研究方法
一、日本醫療觀察法	肆、病歷紀錄次級資料分析
二、英國司法精神醫療 機構	伍、研究結果
三、美國精神衛生法庭及 強制社區治療	一、敘述性統計
四、我國監護處分制度	二、檢定與分析
五、精神醫療機構內之管 理規範	陸、分 析
	一、精神醫療機構處遇與 結束監護後再犯

DOI : 10.6460/CPCP.202008_(25).05

* 衛生福利部玉里醫院一般精神科主治醫師，國立臺北大學犯罪學研究所碩士。

** 衛生福利部草屯療養院主治醫師，美國約翰霍普金斯大學公共衛生碩士、國立政治大學法律研究所碩士。

*** 國立臺北大學犯罪學研究所助理教授，美國加州大學犯罪與法律社會學博士。

- | | |
|-----------------|---------|
| 二、家庭社會支持對再犯的影響 | 柒、結論與建議 |
| 三、精神疾病犯罪者再犯危險因子 | 一、結論 |
| | 二、建議 |
| | 捌、研究限制 |

摘 要

精神醫療機構承接精神疾病犯罪者處遇已有二十年，本研究對兩所不同區域精神醫療機構執行監護處分之男性精神疾病犯罪者進行分析，瞭解現行監護處分執行狀態及結束監護處分者是否再犯。檢視監護處分執行成效與困境，歸納男性精神病犯再犯預測因子，提出再犯預防及監護處分改善建議。

回顧1999年1月1日至2014年6月30日間，於兩所精神醫療機構執行監護男性病犯之病歷，分析個人變項、精神疾病史、犯罪史、監護處分期間之治療、男性病犯監護處分期間行為表現、監護處分結束前之精神病症狀、監護處分結束三年內是否再次犯罪起訴，檢驗結束監護處分後再犯與無再犯者之差異。

研究顯示男性精神疾病罪者結束監護時精神病症狀改善，結束監護處分三年內，半數受研究對象出現犯罪行為偵查起訴。診斷有思覺失調症者，結束監護處分再犯低，達統計上顯著差異。反社會性人格特質、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在結束監護三年內是否犯罪無差異。再犯相關因素包含年齡、竊盜罪、監護期間發生違規行為、違規行為週期小於90天者，在統計上達顯著差異。現行監護處分執行後，男性病犯再犯率與一般罪犯出監者相當。

精神醫療機構執行監護處分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，但僅醫療機構處遇未顯示有犯罪矯治功能及降低犯罪性。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。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。規劃社區處遇協助復歸及降低再犯風險，提出刑法第87條第3項修法建議。

關鍵詞：精神疾病犯罪、監護處分、再犯、違規行為

Recidivism Analysis of Male Offenders with Mental Illnesses under Criminal Commitment

Shih-Yun Lin* & Yu-Fei Huang** & Pao-Yang Shen***

Abstract

This study attempted to understand the male offenders with mental illnesses under their criminal commitment procedure in two psychiatric hospitals which located in east and center Taiwan, and these patients' recidivism after released. The patients' medical records between January 1st 1999 and July 30th 2014 were reviewed. Those patients were tacked for 3 years after released from criminal commitment. The criminal charges were used as a proxy indicator of reoffending behavior.

A total of 40 subjects received criminal commitment in two psychiatric institutions. They were mostly young adults,

* Psychiatrist, Department of Psychiatry, Yuli Hospital, Ministry of Health and Welfare, Taiwan (R.O.C.); M.S., Graduate School of Criminology, National Taipei University.

** Psychiatrist, Taso-Tun Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare, Taiwan (R.O.C.); M.S., Public Health Department of Mental Health, Johns Hopkins University School, U.S.A.; M.S., Collage of Laws, National Chengchi University.

*** Assistant Professor, Graduate School of Criminology, National Taipei University, Taiwan (R.O.C.); Ph.D., Criminology, Law and Society, University of California, Irvine, U.S.A.

unmarried, with education below junior high school, low IQ and unemployed. Almost all patients showed improvement in psychiatric symptoms when they were released. Half of the patients were prosecuted for new offences within 3 years since released. The patients who had committed theft, violated the rules during the criminal commitment procedure, and short violation period (< 90 days) were more likely to recidivate than other patients.

The results indicated that the psychiatric institutions were capable to treat the symptoms but unable to deal with the criminality. In order to reduce the recidivism rates, regular evaluating violation behaviors during the criminal commitment period, personalized treatment, forensic hospital and more resources were recommended. The suggestions for revising the related criminal law were provided.

Keywords: Offenders with Mental Illnesses, Criminal Commitment, Recidivism, Violation

壹、前 言

監護處分（*criminal commitment*）為我國針對受精神疾病或其他心智缺陷犯罪者的特殊處遇，列於刑法第87條及其他相關法條，以社會防衛觀點出發，保護社會整體秩序與安全。現行監護處分與過去相比，不僅消極維護公共安全，更包含積極提供治療，具有監禁與治療意義。但精神疾病患者犯罪不僅是精神疾病問題，仍包含其他非疾病相關因素，以我國思覺失調症與犯罪相關研究發現，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、前科數大於4次有較高再犯（楊添圍，2007）。除精神疾病本身，其他犯罪危險因素，例如過去犯罪史、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也須納入考量（Bonta, Law & Hanson, 1998）。現行監護主處分由地方檢察署委託精神醫療機構執行，醫療機構提供之監護是否能降低再犯，或處遇措施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，仍待進一步研究。

本研究旨在針對曾經於精神醫療機構執行監護處分之男性精神疾病犯罪者進行分析及追蹤是否再犯，瞭解處遇制度執行現況與問題。參考其他國家對精神疾病犯罪者處遇措施，提供未來對精神疾病犯罪者處遇政策參考，研究目的包含：

一、瞭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。

二、分析結束監護處分三年再犯與無再犯者之差異性，歸納出再犯預測因子。

三、以再犯預測因子提供降低精神疾病犯罪者未來再犯風險之建議。

貳、文獻探討

精神病患犯罪之精神異常抗辯、精神鑑定演進在英國及美國已超過兩百年歷史，除精神疾病犯罪刑責不同，多數國家針對精神疾病犯罪者都有特殊處遇。我國之西方精神醫療於1916年時日本中村讓醫師引入，之後以精神鑑定案例作為精神病理學教案教學，對我國精神醫學演進有長遠影響（楊添圍，2018）。故本文簡述日本、英國、美國以及我國精神疾病犯罪者處遇，比較不同國家精神疾病犯罪者接受處遇後之再犯危險性。

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案，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。在池田事件發生前三個月，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且無責任能力，因而不起訴處分，並依據精神保健福祉法強制入院治療，出院不久犯下池田國小殺人事件，引發社會議論。池田事件

後，日本政府進行精神疾病者處遇立法。2005年7月15日實施《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）針對精神病患者發生嚴重犯罪行為（縱火、強制性交與猥褻、殺人及傷害）時，經精神鑑定確認受精神疾病影響導致責任能力下降、精神疾病有可治療性及具有再次發生類似行為可能因子，由法院裁定納入醫療觀察體系持續追蹤治療。醫療觀察體系治療包括住院治療、門診治療和緩刑監護官追蹤，可合併社會福利體系支持，實行三至五年。若精神疾病惡化則進入治療體系，且重新計算追蹤時間。此制度讓精神病患者持續接受治療、穩定精神病症狀，當症狀惡化可立即接受治療（Fujii, Fukuda, Ando, Kikuchi & Okada, 2014；吳景欽，2008）。日本醫療觀察法以治療精神疾病為主要目標，間接減少重大刑案發生。醫療觀察法將觸犯重大罪刑精神病患者於醫療體系持續追蹤，病情不穩定即安排住院，另外將無法治療（如失智症）或智能不足者安置於適當場所。在嚴密追蹤下，醫療觀察法2005年至2012年3月實施期間，僅2名完成治療的患者再次犯下嚴重罪行，精神病患者之重大刑案再犯率低（Fujii et al., 2014）。但精神病患者一般犯罪（如，偷竊、搶奪或毒品使用）並未納入醫療觀察法體系追蹤，難以估計非嚴重犯罪的犯罪率及再犯率。

二、英國司法精神醫療機構

依據英國精神衛生法、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轉出兩種方式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（Rutherford & Duggan 2008）。英國設有不同安全戒備等級的司法精神醫院，分別為高度戒備、中度戒備及普通精神醫院（Coid, Hickey, Kahtan, Zhang & Yang, 2007）。因高度戒備精神機構過度擁擠，故設立中度戒備之精神醫療機構，提供精神疾病犯罪者復健、出院後銜接社區精神醫療服務。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）。Maden, Scott, Burnett, Lewis與Skapinakis（2004）分析由中度戒備司法醫療出院的精神病患犯罪風險，15%精神疾病犯罪者出院兩年內再犯罪定罪、6%觸犯暴力犯罪。Alexander, Crouch, Halstead與Piachaud（2006）研究中度戒備司法醫療出院之智能不足者，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。顯示精神病犯罪者或智能不足犯罪者僅接受機構處遇出院之後仍有許多問題，推論司法精神醫療機構僅解決部分問題，仍需考慮其他再犯影響因素。

三、美國精神衛生法庭及強制社區治療

Markowitz (2011) 提到約1960年代，美國精神醫療機構「去機構化」政策及新一代抗精神病藥物上市，降低住院率及縮短住院天數，但間接造成病患反覆進出醫院，形成旋轉門效應。部分在社區的病患無病識感，不願接受家人管理，間接造成嚴重影響及增加被警方逮捕機會。去機構化後，監獄取代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) 研究發現州立監獄內的嚴重精神疾病患病占10%-15%；Mulvey與Schubert (2017) 估計地方監獄約10%-20%犯人有嚴重精神疾病，州立或聯邦監獄內約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。監獄內精神疾病患者大幅度增加，這些精神疾病犯罪者反覆進出監獄亦形成旋轉門效應。

開始有學者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監禁 (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams & Murray, 2009)。約1990年代末期，美國各地方政府開始發展「精神衛生法庭」(mental health court)，專門處理精神疾病被告，由法院督導社區治療處遇 (Thompson, Osher & Tomasini-Joshi, 2008)。社區治療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，包括強制性門診治療或由假釋官轉介治療，不遵守強制治療導致

撤銷假釋和返回羈押。另一些是法院將精神疾病犯罪者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）。因此精神衛生法庭法官、檢察官、辯護律師和其他法庭工作人員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、居住處所、工作培訓和社會心理復健（Watson, Hanrahan, Luchins & Lurigio, 2001）。強制社區治療顯示可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）。但美國各州精神衛生法庭運行方式不同，對於精神疾病犯罪者處理模式亦不同。

美國精神衛生法庭運作約二十年，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監獄內接受精神治療者的再犯率，研究結果顯示，參與精神衛生法庭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精神疾病者再犯率及暴力下降。McNiel, Sadeh, Delucchi與Binder（2015）對精神衛生法庭成效進行前瞻

性研究，與監獄內接受治療的精神疾病犯罪者進行比較，參與精神衛生法庭社區治療的精神疾病犯罪者暴力風險下降。研究追蹤期間，25%精神衛生法庭社區治療參與者發生暴力，比對42%監獄內精神疾病犯罪者發生暴力行為，顯示精神衛生法庭社區治療有助於降低精神疾病犯罪者的再犯行為。

日本、英國及美國對精神疾病犯罪者處遇共通點為持續接受精神疾病治療，不論是司法精神醫療機構、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，但持續穩定治療精神疾病或持續監控機制，推論可延長再犯時間或減少再犯。日本、美國及英國對精神疾病犯罪者處遇比較，見表1。

表1 日本、美國及英國處遇措施比較

	精神衛生法庭	司法精神醫療機構	精神衛生法庭裁定之強制性社區治療	再犯	特點
日本	✓	✓	✓	降低 (Fujii et al., 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	✓	✓	✓	降低 (Coid et al.,	費用高昂；強制社區治療屬於罹患精神疾病的社

表1 (續)

精神衛生法庭	司法精神醫療機構	精神衛生法庭裁定之強制性社區治療	再犯	特點
			2007)；較高 (Davies, Clarke, Hollin & Duggan 2007)。	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	✓	✓	✓	降低 (McNiel et al., 2015) 強制社區治療需要精神疾病犯罪者治療意願及動機，再犯率較低。

資料來源：作者自行製表。

四、我國監護處分制度

監護處分為保安處分其中一項措施，依據保安處分執行法第46條至第48條，犯罪行為時因精神疾病或其他心智缺陷影響，導致犯行時之責任能力被判定為顯著減低或喪失，有再犯或危害公共安全之虞者進行監護，對受監護者提供治療及監視行動。主要用意為消除觸法精神疾病者之危險性，且這精神疾病犯罪者多有治療之必要，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（唐心北、黃聿斐、蔡景宏，2014；張麗卿，2011）。監護處分可在指定精神病院、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」，將觸法精神疾病患者或其他心智缺陷者委由特約機關醫護，因此前述犯罪者多送至精神醫療機構執行監護處分。這些特約醫療機構多為公立精神科醫院，精神疾病犯罪者會與一般精神疾病患者一起接受治療。但當受監護處分者合併其他身體疾病，無法依循一般病患治療流程處置（如轉院治療），凸顯精神科醫院治療的困難。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壓力（唐心北等人，2014）。

精神醫療機構執行監護的限制以2011年監察院糾正之陳○明殺人案為例，陳○明有殺人前科及鑑定罹患精神疾病，減刑出獄後至醫院執行刑後監護兩年。但陳○明提早結束監護，離開醫療機構沒多久就再次殺害婦女（監察院，2011）。臨床實務上，有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，執行監護醫療機構向法院聲請免除執行。實際上免除執行不等同受監護人的危險性降低，出現類似陳○明案狀況（黃聿斐，2013）。監察院對陳○明案提出糾正，正與現行監護處分缺乏出院後追蹤制度相互呼應。國內學者曾淑瑜（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，但目前監護處分仍於醫療機構內執行。

除上述案例，我國監護處分相關研究包括1999年3月至2001年8月間，於行政院衛生署嘉南療養院（現稱衛生福利部嘉南療養院）執行監護處分病患的臨床分析，當時精神疾病犯罪者主要診斷為精神分裂症（思覺失調症）、智能不足與器質性精神病。主要犯罪類型為竊盜罪、殺人罪、殺人未遂及公共危險。除呈現統計資料，該研究同時反映執行監護處分面臨許多實務障礙，如檢察機關處理流程、醫療院所與受處分人關係及家屬聯繫、醫院內部溝通等事務需要克服（唐心北、沈楚文，2002）。後續類似研究，分析1999年至2013年間東部某精神醫療機構執行監護處分效益。該研究顯示男性精神疾病犯罪者於結束監護處分時精神病症狀穩定，半數受監護者結束監護處分三年內再度出現犯罪行為（林詩韻、林育聖、余權訓，2019）。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。

監護處分實際執行困境包括監護經費，1999年3月25日實施之檢察機關委託醫療機構執行監護處分經費支用作業要點，明列精神醫療機構執行監護處分費用參照全民健康保險支付標準，亦即於精神科慢性病房執行監護處分，每月健保給付費用包含醫事人員提供之照護、病房費用、藥物費用與一般精神病患相同，費用由地方檢察署支付。根據2011年修正的《全民健康保險法》（又稱二代健保法），其中第10條第4類被保險人於2013年1月1日起正式納入健保體系，因此監護處分治療單位完全由公立或特約精神醫療院所執行，費用亦使用全民健康保險費用。健保若有不足（例如，膳食），由法務部各地方方法院檢察署的預算支應。2013年後監護處分納入健康保險體系成為司法行政委託的醫療行為（楊添圍，2018）。但當受監護精神疾病犯罪者同時罹患其他內外科疾病，或疾病診斷不符合健保支付，或行為治療不符合健保支付時，同時面臨無法符合檢察署支付條件等問題，執行監護處分醫療機構無法收取相對應醫療費用，亦即醫療機構僅能以一般精神疾病患者治療費用進行精神疾病犯罪者處遇治療。

精神醫療機構承接精神疾病犯罪者處遇已有約二十年，需進一步檢視監護處分執行成效與困境，對精神疾病犯罪者進行分析，對可能的危險性提出預防或改善建議。

以下為我國與日本、英國與美國精神疾病犯罪者處

遇措施比較，見表2。

表2 臺灣與日本、美國及英國處遇措施比較

	精神衛生法庭	司法精神醫療機構	刑罰之強制社區治療	再犯率
日本	✓	✓	✓	降低
英國	✓	✓	✓	降低
美國	✓	✓	✓	降低
臺灣	×	×	×	50%

資料來源：作者自行製表。

五、精神醫療機構內之管理規範

與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、在特定管理規範（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。過去藥物成癮研究顯示，在治療性社區接受治療時，患者的違規行為會影響治療成效。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）。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。所有病患，不論是否為監護處分身分，於精神醫療機構住院治療期間均需遵守病房規範。

其他研究顯示66.7%男性精神疾病犯罪者監護期間有違規行為（林詩韻等人，2019），但精神醫療機構是提供照護處所，以醫療處置處理病患精神病症狀，對問題或偏差行為施以認知行為治療。醫療措施無暴力性懲罰或完全剝奪權益，也就是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法提供相對應矯治教育。

六、精神疾病患者犯罪危險性

Morgan等人（2013）針對精神疾病患者犯罪危險性研究，結果顯示11%犯罪者罹患精神疾病，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。我國研究方面，針對思覺失調症患者犯罪行為發現，思覺失調症急性期有較高之人身或財產犯罪，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）。另外，其他心智缺陷（如智能不足）亦常出現在刑事司法體系，Fazel、Xenitidis與Powell（2008）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）。智能不足之發生率不高、人數不多（Sadock, Sadock & Ruiz, 2014），但受限於自身的認知理解能力、判斷力不足，易作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，出現於刑事司法體系。反社會性人格疾患亦常與犯罪連結，如Gibbon等人（2010）反社會性人格疾患心理介入研究提到，反社會性人格疾患在一般人群發生率為2-3%，男性發生率高於女性。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%。這些反社會性人格疾患不一定都是犯罪人（Hare, 1999），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。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。成癮物質使用者因物質的成癮性，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，犯罪學領域稱為「問題行為症候群」（Childs & Sullivan, 2011）。嚴重精神疾病患者有時會合併多重疾病診斷，也就是共病症（comorbidity），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），或物質使用疾患患者同時有人格疾患。Chiles, Von Cleve, Jemelka與Trupin（1990）發現在監獄環境裡，受刑人罹患共病症之終生流行率高達84%，司法精神醫療機構內有74%精神疾病犯罪者有共病症（Ogloff, Lemphers & Dwyer, 2004）。物質使用疾患和反社會性人格特質使共病症患者的暴力危險性增加，非精神疾病本身（Messina, Burdon, Hagopian, Prendergast & Law, 2004; Peters, Wexler & Lurigio, 2015）。綜合上述，精神疾病

犯罪者、智能不足犯罪者、物質使用者、反社會性人格特質者及共病症者犯罪者，疾病型態或行為較無精神疾病者或一般精神疾病患者複雜。

精神疾病犯罪者再犯危險因子研究，如 Bonta 等人（1998）對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，研究精神衛生法庭裁定社區治療的嚴重精神疾病犯罪者，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、Winter、Kennealy、Louden 與 Tatar（2014）發現暴力史、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……等的預測再犯效力較疾病診斷高，影響精神疾病障礙犯罪者的再犯因子為「休閒娛樂」與「過去犯罪史」。過去犯罪史為靜態影響因素，休閒娛樂屬於生活安排或生活模式，在現有監護處分機制是否能有效介入，待進一步研究。

參、研究方法

本研究為量性研究，著重特定群體、採立意取樣，以地方檢察署委託衛生福利部東部及中部之精神醫療機構執行監護男性精神疾病犯罪者為研究對象。回顧監護處期間之病歷紀錄、追蹤結束監護處分之後是否再犯罪，比較再犯與無再犯之間差異及再犯影響因素。略圖如圖1、圖2所示。

本研究通過衛生福利部所屬之東部及中部精神醫療機構人體試驗委員會審查之後進行收案，收案時間為2018年5月21至2018年8月31日。研究對象為1999年1月1日至2014年6月30日間曾於兩所精神醫療機構執行監護之男精神疾病犯罪者。研究納入條件為2014年6月30日前結束監護之精神疾病犯罪者。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。精神疾病診斷標準依據收案對象監護期間（1999年至2014年）使用之第四版修訂版精神疾患診斷與統計手冊（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Revised edition, DSM IV-TR）。「再犯」定義為發生犯罪行為且偵查起訴。據Durose、Cooper與Snyder（2014）研究顯示，三分之二出獄者在三年內出現犯罪行為被逮捕，考量延長追蹤時間增加再犯人數有限、研究追蹤時間愈長影響再犯因素增加，故本再犯追蹤時間為三年。追蹤執行監護處分男性精神疾病患者，結束監護處分三年內是否發生犯罪行

為且偵查起訴。

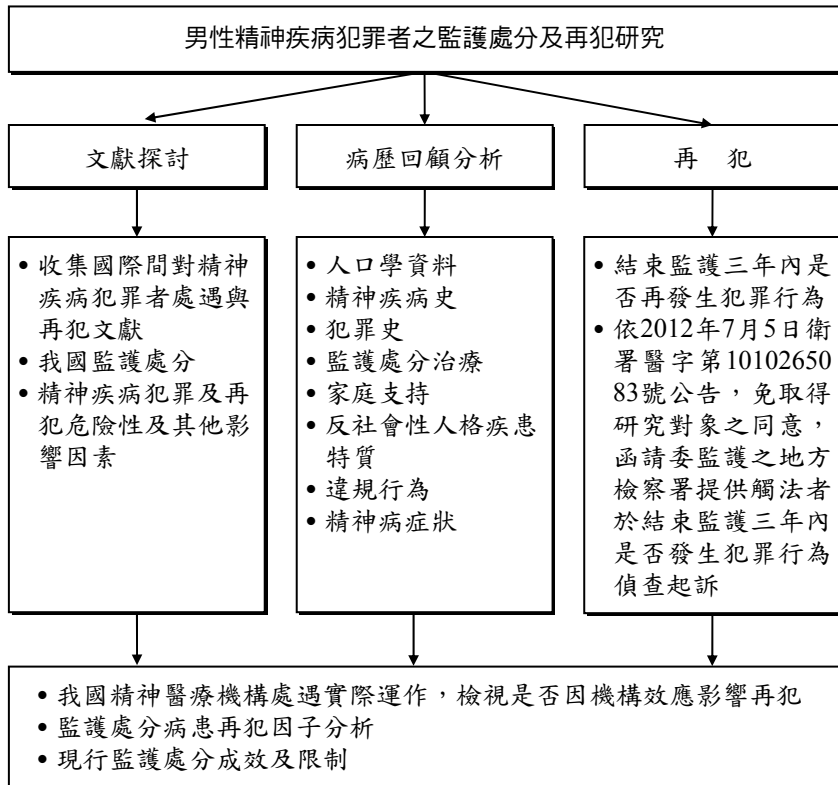


圖1 研究設計圖

資料來源：作者自行製表。

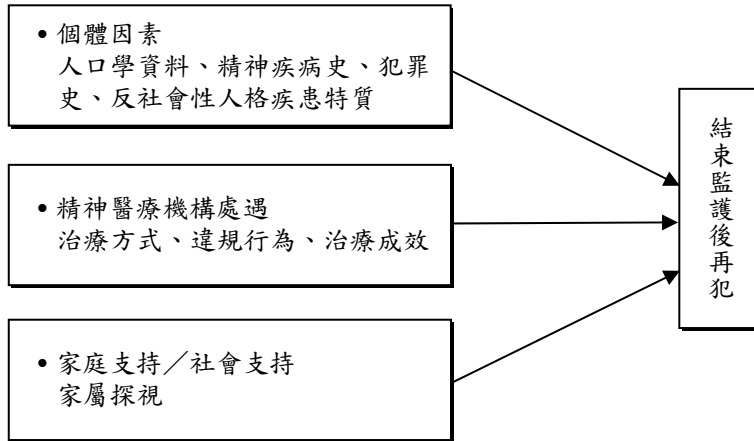


圖2 研究架構圖

資料來源：作者自行製表。

肆、病歷紀錄次級資料分析

依據於兩所醫療機構執行監護處分病患住院病歷，運用SPSS統計軟體分析。敘述性統計呈現接受監護處分男性精神疾病犯罪者之個體因素、疾病史，犯罪史及監護處分執行狀態，自變項如年齡、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、犯社會性人格特質（收案時排除違規行為）、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、監護處分期間之違規行為、違規行為處置、結束監護處分時之精神病症狀，以百分比或平均值表示。本研究之依變項為結束監護三年內是否再

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，一組為監護處分治療後無犯罪行為、另一組為監護處分後出現犯罪行為起訴（再犯）。所蒐集之自變項期望值過低時，採費雪（Fisher）精確檢定。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，再以二元邏輯斯迴歸（Logistic Regression）進行分析。

伍、研究結果

因監護處分個案身分特殊，兩所精神醫療機構檔案登記方式不同，可取得之樣本數量有限且數量差異大。自1999年1月1日至2014年6月30日年間，31位男性精神疾病犯罪者於東部醫療機構執行監護及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，於住院期間發生刑案；另外排除2位無法取得結束監護三年內是否發生犯罪行為資料。本研究共40位男性精神疾病犯罪者納入分析，50%男性精神疾病犯罪者結束監護處分三年內再次犯罪起訴。

一、敘述性統計

依據於東部及中部精神醫療機構執行監護之男性精

神疾病犯罪者病歷分析，接受監護處分者平均年齡40歲為青壯年、60%未婚、80%國中以下學歷、平均智商71.68（智商低於一般人）、90%犯罪行為發生前無穩定工作。最常見疾病診斷為「物質使用疾患」、「思覺失調症」與「智能不足」，60%男性精神疾病犯罪者有兩項以上之精神疾病診斷（共病症）。最常使用之成癮物質為酒精，最常使用之非法物質為安非他命。67.5%有犯罪前科，最常見之犯罪類型為竊盜罪、次之為公共危險罪及殺人罪。

醫療機構執行監護平均天數為440.8天，最長監護天數與最短監護天數差距大（標準差337.2天）。90%男性精神疾病犯罪者接受抗精神病藥物治療、95%接受職能治療、70%接受心理治療。除一位研究對象因糖尿病惡化轉院治療，剩餘病患經治療後，精神病症狀改善。

於醫療機構執行監護期間，55%男性精神疾病犯罪者呈現反社會性人格特質、72.5%發生違規行為，最常見之違規行為為語言肢體攻擊他人，最常見之違規處理方式為口頭告誡合併其他處置。80%男性精神疾病犯罪者有家屬探視，探視週期中位數為27.35天。本研究記錄研究對象違規行為發生次數，將次數除以監護處分天數計算出違規行為發生週期，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。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，見圖3。

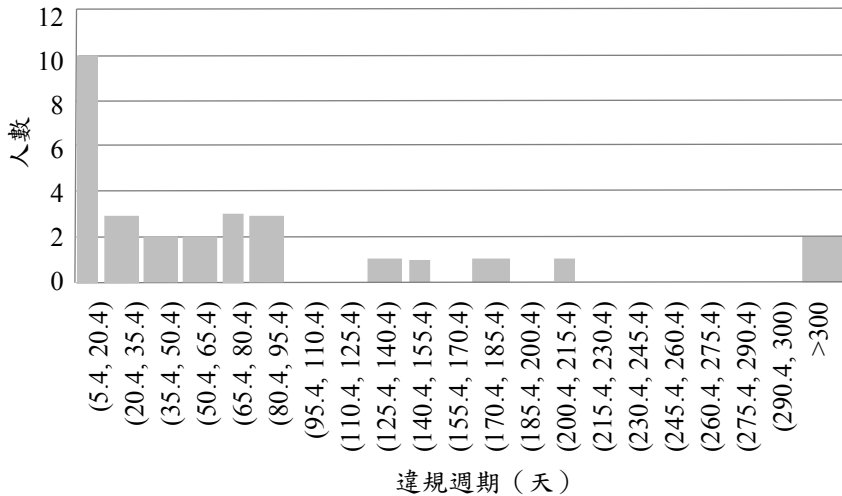


圖3 29位有違規行為男性精神疾病犯罪者之違規週期分布

資料來源：作者自行製表。

二、檢定與分析

透過卡方檢定驗證兩所醫療機構監護之男性精神疾病犯罪者差異，在基本資料（表3）、疾病史（表4）、犯罪史（表5）、社會家庭支持度（表3）方面，除疾病診斷（共病症、器質性精神病）與違規行為細項（擅自拿取他人物品）之外，均無統計上顯著差異。兩所精神醫療機構監護提供之藥物治療、心理治療及治療後精神病症狀，統計上均無顯著差異（表6與表7）。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、反社會性人格特質、是否發生違規行為及違規行為發生後的處置，統計上亦無顯著差異（表9及表10）。兩所精神醫療機構男性精神疾病犯罪者經治療後，結束監護三年內再犯之比率亦無統計上顯著差異（表11）。

表3 兩所醫療機構男性受監護處分者基本資料比較
(*n*=40)

基本資料類別	於醫療機構執行監護處分者		χ^2	<i>P</i>
	中部醫療機構 <i>n</i> =10	東部醫療機構 <i>n</i> =30		
教育				
國中以下	8(80.0%)	24(80.0%)	0	1
高中職以上	2(20.0%)	6(20.0%)		
婚姻				
已婚	3(30.0%)	4(13.3%)	2.116	0.347
未婚	6(60.0%)	18(60.0%)		
離婚	1(10.0%)	8(26.7%)		
工作				
無穩定工作	9(90.0%)	27(90.0%)	0	1
穩定工作	1(10.0%)	3(10.0%)		
經濟				
非中低收入戶	9(90.0%)	28(93.3%)	0.12	0.729
中低收入戶	1(10.0%)	2(6.7%)		
重大傷病卡				
無	6(60.0%)	15(50.0%)	0.301	0.583
有	4(40.0%)	15(50.0%)		
身心障礙手冊				
無	4(40.0%)	12(40.0%)	0	1
有	6(60.0%)	18(60.0%)		

表3 (續)

基本資料類別	於醫療機構執行監護處分者		χ^2	P
	中部醫療機構 n=10	東部醫療機構 n=30		
同住者				
獨居	3(30.0%)	12(40.0%)	0.32	0.572
家人朋友	7(70.0%)	18(60.0%)		
宗教信仰				
無	6(60.0%)	20(66.7%)	0.147	0.702
有	4(40.0%)	10(33.3%)		
監護期間家屬訪視				
有	2(20.0%)	6(20.0%)	0	1
無	8(80.0%)	24(80.0%)		

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

資料來源：作者自行製表。

表4 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	於醫療機構執行監護處分者		χ^2	P
	中部醫療機構 n=10	東部醫療機構 n=30		
疾病診斷				
思覺失調症				
無	6(60.0%)	17(56.7%)	0.034	0.853
有	4(40.0%)	13(43.3%)		
情感性精神病				
無	8(80.0%)	29(96.7%)	3.003	0.083
有	2(20.0%)	1(3.3%)		
物質使用疾患				
無	6(60.0%)	19(30.0%)	2.880	0.09
有	4(40.0%)	21(70.0%)		

表4 (續)

類別	於醫療機構執行監護處分者		χ^2	<i>p</i>
	中部醫療機構 <i>n</i> =10	東部醫療機構 <i>n</i> =30		
智能不足				
無	6(60.0%)	33(76.7%)	1.045	0.307
有	4(40.0%)	7(23.3%)		
器質性精神病				
無	10(100.0%)	21(70.0%)	3.871*	0.049
有	0(0.0%)	9(30.0%)		
反社會性人格疾患				
無	9(90.0%)	28(93.3%)	0.120	0.729
有	1(10.0%)	2(6.7%)		
共病症				
無	7(70.0%)	9(30.0%)	5*	0.025
有	3(30.0%)	21(70.0%)		
犯案前治療				
無	4(40.0%)	9(30.0%)	0.342	0.559
間斷	6(60.0%)	21(70.0%)		
成癮物質				
酒精				
無	6(60.0%)	15(50.0%)	0.301	0.853
有	4(40.0%)	15(50.0%)		
安非他命				
無	8(80.0%)	20(77.7%)	0.635	0.426
有	2(20.0%)	10(33.3%)		
海洛英				
無	8(80.0%)	28(93.3%)	1.481	0.224
有	2(20.0%)	2(6.7%)		
強力膠				
無	10(100.0%)	28(93.3%)	0.702	0.402
有	0(0.0%)	2(6.7%)		

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

資料來源：作者自行製表。

表5 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者犯罪史比較
($n=40$)

犯罪史	於醫療機構執行監護處分者		χ^2	p
	中部醫療機構 $n=10$	東部醫療機構 $n=30$		
前科 (監護前已有其他犯罪紀錄)				
無	2(20.0%)	11(36.7%)	0.95	0.33
有	8(80.0%)	19(63.3%)		
此次監護之犯罪類型				
暴力犯	4(40.0%)	14(46.7%)	0.135	0.714
非暴力犯	6(60.0%)	16(53.3%)		
此次監護前，是否入監服刑				
無	6(60.0%)	18(60.0%)	0	1
有	4(40.0%)	12(40.0%)		

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

資料來源：作者自行製表。

表6 兩所醫療機構監護處分治療比較 ($n=40$)

治療	於醫療機構執行監護處分者		p
	中部醫療機構 $n=10$	東部醫療機構 $n=30$	
精神科藥物治療			
無	2(20.0%)	2(6.7%)	0.256
有	8(80.0%)	28(93.3%)	
職能復健治療			
無	2(20.0%)	0(0.0%)	0.058
有	8(80.0%)	30(100.0%)	
心理治療			
無	4(40.0%)	8(26.7%)	0.451
有	6(60.0%)	22(73.3%)	

費雪 (Fisher) 精確雙尾檢定。* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

資料來源：作者自行製表。

表7 兩所醫療機構結束監護處分時之精神病症狀比較
(n=40)

治療後症狀改善情形	於醫療機構執行監護處分者		χ^2	p
	中部醫療機構 n=10	東部醫療機構 n=30		
結束監護時之精神病症狀				
無精神病症狀	3(30.0%)	10(33.3%)	0.41	0.815
精神病症狀改善	7(70.0%)	19(63.4%)		
內外科疾病惡化	0(0.0%)	1(3.3%)		

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

資料來源：作者自行製表。

表8 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者違規類型
(n=40)

違規行為類型	於醫療機構執行監護處分者		p
	中部醫療機構 n=10	東部醫療機構 n=30	
抽菸			
無	8(80.0%)	22(73.7%)	1.000
有	2(20.0%)	8(26.7%)	
借貸			
無	100(100.0%)	28(93.3%)	1.000
有	0(0.0%)	2(6.7%)	
語言肢體攻擊他人			
無	4(40.0%)	8(26.7%)	0.451
有	6(60.0%)	22(73.3%)	
攜帶違禁品			
無	100(100.0%)	28(93.3%)	1.000
有	0(0.0%)	2(6.7%)	
破壞治療場所			
無	100(100.0%)	28(93.3%)	1.000
有	0(0.0%)	2(6.7%)	
自殺或自傷			
無	9(90.0%)	29(96.7%)	0.442
有	1(10.0%)	1(3.3%)	

表8 (續)

違規行為類型	於醫療機構執行監護處分者		<i>p</i>
	中部醫療機構 <i>n</i> =10	東部醫療機構 <i>n</i> =30	
擅自拿取他人物品			
無	7(70.0%)	29(96.7%)	0.042*
有	3(30.0%)	1(3.3%)	
自行離院			
無	8(80.0%)	27(90.0%)	0.584
有	2(20.0%)	3(10.0%)	
使用成癮物質			
無	100(100.0%)	27(90.0%)	0.560
有	0(0.0%)	3(10.0%)	
賭博			
無	100(100.0%)	100(100.0%)	
有	0(0.0%)	0(0.0%)	

費雪(Fisher)精確雙尾檢定。**p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001

資料來源：作者自行製表。

表9 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者人格特質與違規行為 (*n*=40)

違規與處置	於醫療機構執行監護處分者		χ^2	<i>p</i>
	中部醫療機構 <i>n</i> =10	東部醫療機構 <i>n</i> =30		
反社會性人格特質				
無	5(50.0%)	13(43.3%)	0.135	0.714
有	5(50.0%)	17(56.7%)		
監護期間違規行為				
無	4(40.0%)	7(23.3%)	1.045	0.307
有	6(60.0%)	23(76.7%)		

表9 (續)

違規與處置	於醫療機構執行監護處分者		χ^2	p
	中部醫療機構 $n=10$	東部醫療機構 $n=30$		
違規行為之相應處置				
無	4(40.0%)	7(23.3%)	1.045	0.307
有	6(60.0%)	23(76.7%)		

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

資料來源：作者自行製表。

表10 兩所醫療機構對男性精神疾病犯罪者，違規行為處置方式比較 ($n=40$)

違規處置類別	於醫療機構執行監護處分者		χ^2	p
	中部醫療機構 有違規行為者 $n=6$	東部醫療機構 有違規行為者 $n=23$		
僅口頭告誡	2(33.3%)	8(34.8%)	1.373	0.503
口頭告誡之外處置	0(0.0%)	4(17.4%)		
口頭告誡合併其他處置	4(66.7%)	11(47.8%)		

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

資料來源：作者自行製表。

表11 兩所醫療機構男性精神疾病犯罪者結束監護再犯比較 ($n=40$)

結束監護後是否再犯	醫療機構執行監護處分者		χ^2	p
	中部醫療機構 $n=10$	東部醫療機構 $n=30$		
無再犯	7(70.0%)	13(43.3%)	2.133	0.144
有再犯罪偵查起訴	3(30.0%)	17(56.7%)		

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

資料來源：作者自行製表。

以卡方檢定驗證結束監護三年內是否再犯，顯示觸犯竊盜罪 ($\chi^2=7.619$, $p=0.006$) (表12)、監護期間出現違規行為 ($\chi^2=6.144$, $p=0.013$) (表13)、出現語言肢體侵犯或攻擊他人 ($\chi^2=4.286$, $p=0.038$) (表14)、違規行為發生週期小於90天者 ($\chi^2=12.130$, $p < 0.001$) (表15) 結束監護三年內再犯可能性高，達到統計上顯著差異。思覺失調症精神疾病犯罪者結束監護三年內再犯低於非思覺失調症精神疾病犯罪者 ($\chi^2=5.013$, $p=0.025$) (表16)。是否有反社會性人格特質與結束監護三年內再犯，在統計上無顯著差異 ($\chi^2=0.360$, $p=0.548$) (表13)。

表12 男性精神疾病犯罪者犯罪類型與再犯比較 (n=40)

犯罪類別	結束監護後	結束監護後	p
	無再犯 n=20	再犯 n=20	
殺人			
無	13(65.0%)	18(90.0%)	0.064
有	7(35.0%)	2(10.0%)	
傷害			
無	19(95.0%)	20(100.0%)	0.500
有	1(5.0%)	0(0.0%)	
妨害自由			
無	19(95.0%)	20(100.0%)	0.500
有	1(5.0%)	0(0.0%)	
強盜			
無	18(90.0%)	18(90.0%)	0.500
有	2(10.0%)	2(10.0%)	

表12 (續)

犯罪類別	結束監護後 無再犯 n=20	結束監護後 再犯 n=20	p
搶奪			
無	20(100.0%)	19(95.0%)	0.500
有	0(0.0%)	1(5.0%)	
恐嚇取財			
無	18(90.0%)	18(90.0%)	0.698
有	2(10.0%)	2(10.0%)	
竊盜			
無	18(90.0%)	10(50.0%)	0.007**
有	2(10.0%)	10(50.0%)	
毀損			
無	20(100.0%)	19(95.0%)	0.500
有	0(0.0%)	1(5.0%)	
公共危險			
無	15(75.0%)	16(80.0%)	0.500
有	5(25.0%)	4(20.0%)	
社會秩序			
無	19(95.0%)	19(95.0%)	0.500
有	1(5.0%)	1(5.0%)	
藥物相關			
無	20(100.0%)	19(95.0%)	0.500
有	0(0.0%)	1(5.0%)	
偽造文書			
無	19(95.0%)	20(100.0%)	0.500
有	1(5.0%)	0(0.0%)	
妨礙性自主			
無	17(85.0%)	20(100.0%)	0.115
有	3(15.0%)	0(0.0%)	

費雪 (Fisher) 精確單尾檢定。* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

資料來源：作者自行製表。

表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 (n=40)

類別	結束監護後 無再犯 n=20	結束監護後 再犯 n=20	χ^2	p
反社會性人格特質				
無	12(60.0%)	6(30.0%)	3.636	0.057
有	8(40.0%)	14(70.0%)		
違規行為				
無	9(45.0%)	2(20.0%)	6.144*	0.013
有	11(55.0%)	18(90.0%)		

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

資料來源：作者自行製表。

表14 男性精神疾病犯罪者是否再犯之違規行為比較 (n=40)

違規行為類型	結束監護後 無再犯 n=20	結束監護後 再犯 n=20	p
抽菸			
無	16(80.0%)	14(70.0%)	0.358
有	4(20.0%)	6(30.0%)	
借貸			
無	20(100.0%)	18(90.0%)	0.244
有	0(0.0%)	2(10.0%)	
語言肢體攻擊他人			
無	9(45.0%)	3(15.0%)	0.041*
有	11(55.0%)	17(85.5%)	
攜帶違禁品			
無	19(95.0%)	19(95.0%)	0.756
有	1(5.0%)	1(5.0%)	
破壞治療場所			
無	19(95.0%)	19(95.0%)	0.756
有	1(5.0%)	1(5.0%)	

表14 (續)

違規行為類型	結束監護後 無再犯 n=20	結束監護後 再犯 n=20	p
自殺或自傷			
無	19(95.0%)	19(95.0%)	0.756
有	1(5.0%)	1(5.0%)	
擅自拿取他人物品			
無	19(95.0%)	17(85.0%)	0.302
有	1(5.0%)	3(15.0%)	
自行離院			
無	19(95.0%)	16(80.0%)	0.171
有	1(5.0%)	4(20.0%)	
使用成癮物質			
無	19(95.0%)	18(90.0%)	0.500
有	1(5.0%)	2(10.0%)	

費雪 (Fisher) 精確單尾檢定。* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

資料來源：作者自行製表。

表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 (n=40)

違規週期	結束監護後 無再犯 n=20	結束監護後 再犯 n=20	χ^2	p
違規週期90天內 (高違規傾向)	5(25.0%)	16(80.0%)	12.130***	0.000
違規週期90天以上 及無違規 (低違規傾向)	15(75.0%)	4(20.0%)		

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

資料來源：作者自行製表。

表16 男性精神疾病犯罪者精神疾病診斷與是否再犯比較 (n=40)

診斷類別	結束監護後 無再犯 n=20	結束監護後 再犯 n=20	χ^2	P
思覺失調症				
無	8(40.0%)	15(75.0%)	5.013*	0.025
有	12(60.0%)	5(25.0%)		
情感性精神病				
無	19(95.0%)	18(90.0%)	0.360	0.548
有	1(5.0%)	2(10.0%)		
物質使用疾患				
無	8(40.0%)	7(35.0%)	0.107	0.744
有	12(60.0%)	13(65.0%)		
智能不足				
無	15(75.0%)	14(70.0%)	0.125	0.723
有	5(25.0%)	6(30.0%)		
器質性精神病				
無	17(85.0%)	14(70.0%)	1.290	0.256
有	3(15.9%)	6(30.0%)		
反社會性人格疾患				
無	19(95.0%)	18(90.0%)	0.360	0.548
有	1(5.0%)	2(10.0%)		

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

資料來源：作者自行製表。

以獨立 t 檢定檢，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 ($t=-2.615$, $p=0.013$)。

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三年再犯之關係。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三年內是否再犯。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）（表17）。

表17 結束監護三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	-0.359	0.699
反社會性人格特質	-0.265	0.767
監護期間90天內違規	3.512*	33.515
語言與肢體衝突	-1.363	0.256
-2LL	36.444	
N	40	

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

資料來源：作者自行製表。

陸、分 析

一、精神醫療機構處遇與結束監護後再犯

本研究於我國不同地區、不同精神醫療機構進行收案。卡方檢定分析兩所醫療機構執行監護後之成效，兩所醫療機構執行監護之男性精神疾病犯罪者在結束監護

三年內再犯統計上無顯著差異，但因樣本數量差異大需保守推估。

兩所醫療機構同為衛生福利部所屬精神醫療專科醫院，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。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知識及成為專科醫師後持續接受教育訓練。因此，不同精神醫療機構之訓練雖非完全一致，但有共通性。對於精神疾病犯罪者之照護，亦無明顯差異。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，在統計上無顯著差異。監護處分結束後，有再犯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治療，依照現行精神醫療訓練過程，既使不同區域醫療機構，仍會有相似治療模式或治療原理。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，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。經治療後，男性精神疾病犯罪者精神病症狀均改善，結束監護三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」，當行為發生時，醫療機構相對應處置分別有35.7%施以口頭告誡、53.6%施以口頭告誡合併其他方式處置。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），頻繁出現違規行為，除了有高再犯風險，也會影響精神科病房運作及其他精神病患之權益。

以前述東部醫療機構年報統計數據為例，2013年共收治2,523位精神疾病患者；本研究收案期間共33位（包含排除個案）男性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（與受害者隔開及降低危險性），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穩定關係及治療。

二、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、家庭支持或穩定之社會鍵（social bond）有助減少犯罪發生及再犯，但本研究家屬是否訪視與監護處分結束三年內是否再犯，在統計上無顯著差異。未來對精神疾病犯罪者家庭支持度研究，除了家屬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、吳麗娟，2003）等家庭關係、以較詳細的互動方式呈現精神疾病犯罪者與家人的互動。

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%，因再犯定義為偵查起訴，必然高於實際法院判

決定讞之再犯率。另外以我國監獄受刑人再犯研究為比較，2011年-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%，三年內再犯率為49%及四年內再犯率54%（鍾宏彬，2017）。男性精神疾病犯罪者再犯率與出獄受刑人再犯率雖無法直接比較，但兩者再犯百分比相近。受限於個人資料保護法，本研究僅能得知這三年內是否犯罪被起訴，無法取得再犯罪罪名、結束監護三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。

本研究結果顯示，罹患思覺失調症之男性精神疾病犯罪者再犯風險低於非思覺失調症男性精神疾病犯罪者（ $\chi^2=5.013$ ， $p=0.025$ ），推論為思覺失調症確認診斷及持續接受治療後精神疾病症狀較為穩定，因此再犯發生較低。關於思覺失調症犯罪者再犯危險性，因著不同研究架構有不同的數據，如Golenkov、Nielsen與Large（2014）統合分析發現，思覺失調症殺人案件個案，早期有凶殺案前科的比例分別為4.3%、4.5%和10.7%。近期Oueslati、Ali與Ridha（2017）思覺失調症犯罪者研究顯示，當思覺失調症犯罪者生活在貧困社區、失業、出院後未與家人生活、酒精和大麻使用疾患、住院時間短於六個月、不規則服用抗精神病藥和不遵醫囑等危險因子，影響思覺失調症患者再犯率。因此，精神疾病犯罪者再犯因素除精神疾病診斷，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可能性。

Peterson等人（2014）針對嚴重精神疾病患者與再犯關係研究，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。但保守推論，僅醫療機構執行監護處分處遇無法完全解決再犯或預防再犯。

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呈現此類人格特質行為表現，同時出現違規行為發生情形。但反社會性人格特質在結束監護處分後是否再犯，在統計上無顯著差異。男性精神疾病犯罪者有反社會性人格特質者出現較高的違規率、有違規行為者再犯率高；但反社會性人格特質、違規行為與再犯在統計分析中未發現中介效果。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不易治療、成效不彰。美國藥物食品管理局（US Food and Drug Administration, FDA）無核准治療反社會性人格疾患適應症之藥物，藥物有助於治療其共病症（如恐慌症、重鬱症）。其他治療模式，如認知行為治療對反社會性人格疾患有益處（Black, 2017; Brazil et al.,

2018) , 顯示反社會性人格之治療困難性。

本研究觸犯竊盜罪男性精神疾病犯罪者再犯風險高，竊盜罪為常見之犯罪型態，精神疾病犯罪者與一般犯罪者之高竊盜再犯類似，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。但過去研究發現精神疾病犯罪者暴力犯罪較多（Morgan et al., 2013），而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，推論可能原因為我國精神衛生法對於有傷害自己或攻擊他人之虞之精神疾病患者，申請強制住院治療，經審查會通過後進行強制住院治療，間接減少暴力傷害可能性。若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，在暴力犯罪發生前已住院治療。

依據研究結果及分析歸納，男性精神疾病犯罪者結束監護後再犯之靜態因子包括年齡、犯罪紀錄（竊盜罪）、精神疾病診斷（思覺失調症再犯風險低）；動態危險因子為監護處分期間是否有違反病房規範、是否有語言或肢體攻擊他人以及違規行為發生週期小於90天。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。

柒、結論與建議

一、結 論

(一)有違規行為者再犯率高

精神疾病患者較為特殊，疾病異質性高且精神病患認知理解能力較低。精神醫療機構所收治病患的年齡差異大且體能狀態差異大，因此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。病房管理規範看似瑣碎但有保護病患機制存在，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。

現行監護處分將精神疾病犯罪者置於一般精神醫療機構進行監護，本研究中72.5%男性精神疾病犯罪者監護期間出現違規行為；相較於Iozzino、Ferrari、Large、Nielsen與De Girolamo（2015）研究精神科急性病房治療之病患，約五分之一病患發生暴力行為。此研究結果與臨床經驗相呼應，一般精神疾病患者的暴力危險或違

規行為發生比率較監護處分病患低。男性精神疾病犯罪者高違規行為發生率，需要考慮因素包括認知理解能力有限，無法遵守規範；衝動性高，無法遵守規範；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。推論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。頻繁發生違規行為或違規行為發生週期少於90天之男性精神疾病犯罪者為困難照顧病患，同時結束監護後有較高之再犯風險（OR=33.515）。顯示精神疾病犯罪者與一般精神疾病患者行為模式不完全相同，違規行為發生次數愈多或違規行為發生週期短之精神疾病犯罪者再犯風險高。針對違規行為發生週期少於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照護模式。

（二）監護處分目的與醫療機構使命之矛盾

監護處分是保安處分其中一項措施，保安處分起源於19世紀末到20世紀初德國，因刑罰不足以達到防衛社會安寧而產生之處遇，目的在預防未來犯罪。然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。另外，本研究未發現精神醫療機構對精神疾病犯罪者再犯行為有機構效應。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，無證據顯示精神疾病有直接影響再犯，可合理推論監護處分對犯罪矯治或預防

再犯效果有限。

二、建 議

(一)制定個別化治療計畫

現行監護制度仍於精神醫療機構執行，據最高檢察署2018年統計，共有35所公立及私立精神醫療機構與地方檢察署執行科簽約，協助司法機構執行監護處分。不同醫療機構有不同的監護處分模式，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。記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改善，此情形報告委託之地方檢察署檢察官。

(二)設立司法精神病院或其他特殊處遇單位

本研究結果顯示，監護期間高違規傾向者在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，如前所述，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。針對此類違規行為之反社會性人格特質者，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，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管理之精神疾病犯罪者、高違規傾向精神疾病犯罪者，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4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：社區處遇

日、英與美國均設置精神衛生法庭專責精神疾病犯罪相關審判及執行，日本醫療觀察法實施至今約十五年，精神疾病患者犯下嚴重罪刑，法院裁定納入醫療觀察體系持續追蹤及治療，醫療觀察法持續追蹤之下的精神疾病者再犯罪率低（Fujii et al., 2014）。英國採行不同安全等級司法精神醫療機構，不同嚴重程度病患有轉換醫療機構或監獄的措施，精神疾病犯罪者接受適合治療及機構內的照顧者提供相對應照顧，且再犯率低。美國之社區處遇模式，法律人員同時增加精神醫療專業訓練，讓精神疾病犯罪者不只有機構式治療，能穩定於社區生活。綜合上述特質及精神疾病犯罪者除了精神疾病之外仍有其他犯罪危險因子，此犯罪危險因子無法在精神醫療機構執行監護期間進行介入，例如出院後之疾病追蹤治療、改善生活型態或其他犯罪預防措施。因此建議針對精神疾病犯罪者設立專責法庭、司法精神醫療機構、社區治療及離開機構後增加社區追蹤及介入機制，如生活安排、職能復健、定期門診治療等，應可有效降低精神疾病犯罪者再犯率。

(四)修法建議

現行監護處分相關法條依據為刑法第87條、刑法第92條、保安處分執行法及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。刑法第87條針對監護處分對象、監護處所、監護時間點、監護處分年限及監

護及無執行必要，法院得免監護處分執行。對監護處分尚未屆滿，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，法院宣告免除執行監護處分。依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7條，執行檢察官於收到醫療機構通知後，依刑法第92條規定聲請法院另裁定以保護管束代之。

建議修改刑法第87條第3項，執行中認無繼續執行之必要者，修改為病情改善可終止住院治療，由專業委員會評估是否終止監護處分，再報請法官裁定。保安處分第71條，以保護管束代監護者，對於受保護管束人，應注意其心身狀態及其行動與療養。建議出院改保護管束期間強制持續醫療追蹤，接受藥物、心理治療，同時介入家庭治療或職能治療。監護處分及保護管束不以五年為限，讓精神疾病犯罪者不論在醫療機構或社區生活期間仍有完整治療及其他介入措施。

捌、研究限制

因收案樣本數有限，本研究結果趨向保守推論。遵循個人資料保護法無法取得起訴書或相關資料，無法驗證再犯罪行為是否與精神疾病相關以及直接影響再犯罪的因素。研究結果不適用於女性精神疾病犯罪者同時不適用其他精神醫療機構個別制定之監護處分處遇模式。精神疾病診斷非犯罪當時或初犯時間為基準，非犯罪行為時之精神狀態；另外依據病歷記載無法取得完整家庭

互動狀態。本研究以「起訴」為再犯依據，再犯率必然高於實際經由法院審理裁定之犯率，高估結束監護三年內發生的犯罪行為。

參考文獻

一、中文文獻

- 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，頁15-19。
- 吳景欽（2008）。對精神障礙犯罪者的刑事處遇——以日本精神醫療觀察法為比較觀察。《國會月刊》，9，頁40-56。
- 李偉如（2013）。精神疾病犯罪狀況及再犯分析（未出版碩士論文），國立臺北大學犯罪學研究所，新北市。
- 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)，頁47-55。
- 林詩韻、林育聖、余權訓（2019）。男性精神疾病犯罪者於醫療機構執行監護之效益。《醫學與健康期刊》，8(2)，頁27-39。
- 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，頁121-126。
- 唐心北、黃聿斐、蔡景宏（2014）。監護處分。載於周煌智主編，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。
- 曾淑瑜（2005）。精神障礙者犯罪處遇制度之研究。載於法務部編，刑事政策與犯罪研究論文集(8)（頁67-93）。臺北：法務部司法官學院。
- 黃聿斐（2013）。監護處分制度的介紹與雜思。《精神醫學通訊》，32(10)，頁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）。國立臺北大學犯罪學研究所，新北市。
- 楊添圍（2018）。精神鑑定、治療介入與國家犯罪治理。載於蔡友月、陳嘉新主編，不正常的人？台灣精神醫學與現代性的治理（頁523-545）。新北市：聯經。
- 楊添圍、游正名、郭千哲、陳喬琪，胡維恆（2001）。精神分裂症患者之犯罪行為。《台灣精神醫學》，15(4)，頁290-297。
- 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>
- 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)，頁59-78。
- 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），國立臺灣師範大學衛生教育研究所，臺北市。
- 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。取自<https://www.jrf.org.tw/articles/1255>

二、英文文獻

- 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. (2017). The Treatment of Antisocial Personality Disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(4), 295-302.
- Bonta, J., Law, M. & Hanson, K. J. P. B. (1998). The Prediction of Criminal and Violent Recidivism Among Mentally Disordered Offenders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123-142.
- 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. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 91, 259-277.
- Childs, K. & Sullivan, C. (2011). Problem Behavior Syndrome. In *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 2171-2180). New York: Springer Science & Business Media.
- 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.
- 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 23000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.
- 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.
- Fazel, S. & Yu, R. (2009). Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia bulletin*, 37(4), 800-810.
- 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(21), 1-11.
- Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Völlm, B. A., Ferriter, M. & Lieb, K. (2010). Psychological Interventions for Antisocial Personality Disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007668.pub2>
- Golenkov, A., Nielsen, O. & Large, M. (2014). Systematic Review and Meta-Analysis of Homicide Recidivism and Schizophrenia. *BMC psychiatry*, 14(1), 46.
- Hare, R. D. (1999). *Without Conscience: The Disturbing World of*

the Psychopaths Among Us. New York: Guilford Press.

- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O. & De Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS one*, 10(6), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
- 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, 1534. <https://doi.org/10.1136/bmj.38075.467569.EE>
- Markowitz, F. E. (2011). Mental Illness, Crime, and Violence: Risk, Context, and Social Control. *Aggression and Violent Behavior*, 16(1), 36-44.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- Oueslati, B., Ali, M. & Ridha, R. J. E. P. (2017). Predicting Offense Recidivism in Schizophrenia Patients. *European Psychiatry*, *41*, S589-S590.
- 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. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*(1), 1-6.
- 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.
- 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. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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), 212-224.
- Teichman, M., Basha, U. J. S. U. & Misuse. (1996). Codependency and Family Cohesion and Adaptability: Changes during Treatment in a Therapeutic Community. *31(5)*, 599-615.
- 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.