

美國精神疾病犯罪者 司法處遇之介紹與借鏡 ——美國精神衛生法庭之探究

賴擁連*、駱姿螢**

要 目

壹、前 言	參、美國精神衛生法庭之介紹
貳、美國精神疾病犯罪者之 現況分析	一、紐約州 二、猶他州
一、精神疾病犯罪者之現 況分析與政策發展	肆、結論與建議 一、結 論 二、建 議
二、精神疾病與刑事責任 認定之發展	

DOI : 10.6460/CPCP.202106_(28).04

* 中央警察大學犯罪防治學系教授，美國德州聖休士頓州立大學（SHSU）刑事司法博士。

** 美國紐約市立大學（CUNY）John Jay刑事司法學院博士生。

摘 要

因應當前我國司法實務對於處理精神疾病患者觸犯刑事法令之案件時所面臨之挑戰，本文希望透過美國法系的視角，探討美國晚近對於精神疾病患者觸法時的司法判例與審判標準、實務政策以及美國精神衛生法庭之運作，是否有值得我國參採之處。綜觀美國法制與實務之經驗，本文提出數點建議如下：刑事司法系統秉持特別預防的治療而非應報的思維、轉向處遇的治療成效比監禁措施更能得到預防再犯的效果、發展結構式犯罪風險量表以提供不同層級之治療服務、針對每位參加精神衛生法庭的精神疾病犯罪者制訂個別化治療計畫、成立司法精神病院以收容嚴重精神疾病障礙患者、個案即使離開機構性治療，仍須及時銜接治療和康復服務。

關鍵詞：精神衛生法庭、精神障礙、監護處分、思覺失調、個別治療計畫

Introducing Judicial Treatment on Criminals with Mental Disorders in the United States – What Lessons Can We Learn from American Mental Health Courts ?

Yung-Lien Lai* & Tzu-Ying Lo**

Abstract

In response to the current challenges faced by Taiwan's judicial practice in dealing with criminals with mental disorders, this article aims to explore the recent judicial precedents, trial standards and practical policies for the treatment of offenders with mental illness in the United States. Specifically, this article pays more attention to introduce the procedures, the operations, and the content of treatment of the Mental Health Courts in the states of New York and Utah, respectively. Based on the review of literature derived from experiences of the U.S. legal system and judicial practice, several policy implications have been proposed to Taiwan's judicial authorities as follows: the criminal

* Professor in Department of Crime Prevention and Corrections at Central Police University, Taiwan; His Ph.D. of Criminal Justice received from Sam Houston State University, US.

** Doctoral student at John Jay College of Criminal Justice, CUNY, US.

justice system should uphold specific preventive treatment rather than retribution philosophy for those offenders with mental illness; the alternative to the treatment can be more effective than imprisonment to prevent recidivism; the structured crime risk scales should be developed to provide different levels of treatment services for those mental offenders; the individualized treatment plan should be established for each criminal offender with mental illness while upon the mental health courts; the judicial psychiatric hospitals should be built to accommodate patients with severe mental illness; and the treatment and rehabilitation services must be seamlessly provided in time after those leaving psychiatric institutions.

Keywords: Mental Health Courts, Insanity, Custodial Protection Measure, Schizophrenia, Individualized Treatment Plans

壹、前言

近年來「精神疾病」患者觸犯重大刑事案件，甚至是殺人罪，在法院審理時獲判無罪或減刑的結果，社會譁然，違背一般民眾罪有應得、殺人償命之常理，不滿之情緒，在社會各個層面蔓延。特別是為民喉舌的立法委員，受到選區選民與政黨支持者的壓力，在2020年下半年的會期，先後提出10多個修法草案之版本，以回應民眾殷切的期盼（張子午，2020）。

所謂「精神疾病」，根據《精神衛生法》第3條第1項第1款之定義，係指「思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病，範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病。但不包括反社會人格違常者。」

精神疾病犯罪者，根據《刑法》第19條規定「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，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。（第1項）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。（第2項）」因此，實務上法院在審理過程中，參考精神醫師等專業的精神鑑定結果後，依情節判處不罰或減輕其刑。例如近年來發生在嘉義台鐵殺警案之鄭姓兇嫌、以及桃園曾男弑母案，在2020年的一審與二審中都被判無罪。無獨有偶，

「刑事訴訟法」第465條第1項規定「受死刑之諭知者，如在心神喪失中，由司法行政最高機關命令停止執行」；同法第467條規定「受徒刑或拘役之諭知而有左列情形之一者，依檢察官之指揮、於其痊癒或該事故消滅前，停止執行：1.心神喪失；2.懷胎五月以上；3.生產未滿二月者；4.現罹疾病，恐因執行而不能保其生命者。」換言之，在刑事實體法與刑事訴訟法之執行，均給予觸法之精神疾病患者，免於執行死刑或自由刑之機會，而在刑罰無法或延後執行的情況下，立法者尋求具有刑罰補充性格之保安處分制度中的監護處分，以作為刑罰以外防衛社會、預防再犯之手段之一。

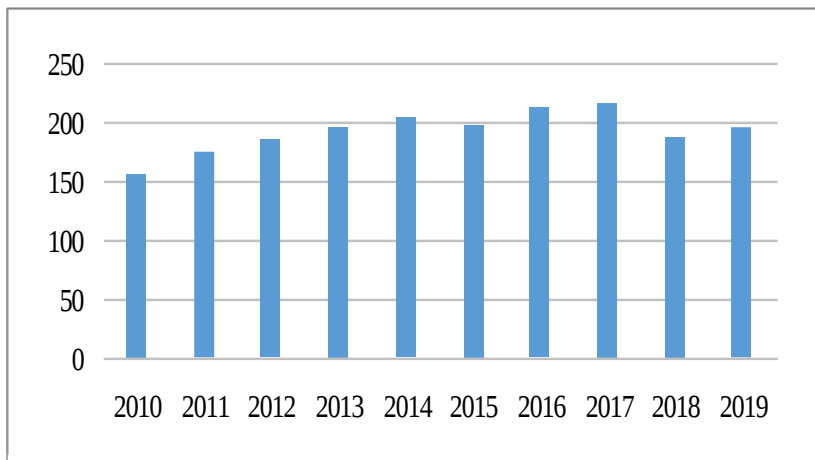
根據《刑法》第87條規定「因第19條第1項之原因而不罰者，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，令入相當處所，施以監護。（第1項）有第19條第2項及第20條之原因，其情狀足認有再犯或有危害公共安全之虞時，於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護。但必要時，得於刑之執行前為之。（第2項）前二項之期間為5年以下。但執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。（第3項）」。

根據法務部（2020）所出版之「中華民國108年犯罪狀況及其分析」一書顯示，在過去10年間，台灣地區每年地檢署所執行之監護處分人數介於150人至200人之間，2019年較2010年成長25%（詳圖1）。這些受監護處分之人會到哪裡執行監護處分呢？根據前揭刑法第87條

之規定，「令入相當處所，施以監護」，法院將因精神疾病無罪或減輕其刑者，處以5年以下之監護處分，自2000年起至2018年止，全台陸續有35家公私立精神醫療機構與地檢署簽約，執行監護處分，大部分都是服完刑後（或無罪免刑）執行（刑後或免刑監護處分），也有少數先進醫院治療後才入監執行（刑前監護處分）（張子午，2020）。

圖1

台灣地區近10年監護處分人數



註：法務部（2020），中華民國108年犯罪狀況及其分析。

此外，由於立法設計，《刑法》第92條規定，得以保護管束替代監護處分，且《保安處分執行法》第64條第1項又規定「保護管束，應按其情形交由受保護管束人

所在地或所在地以外之警察機關、自治團體、慈善團體、本人最近親屬、家屬或其他適當之人執行之。」即執行保護管束之處所，不以醫療機構為限，讓本應受監護處分之人卻因為執行替代之保護管束而有機會於社區中執行保護管束（吳忻穎、林晉佑，2020）。再加上監護處分後，並沒有相關的行為監督、或追蹤輔導、評估病情的機制，讓其在社區存在著高度的危害性，根據林詩韻、林育聖、余權訓（2019）針對1999年至2013年間於東部某精神醫療機構執行監護處分之30名男性精神疾病犯罪者於完成監護處分後3年之追蹤調查發現，有50%的男性精神疾病患者再度犯罪並被起訴偵辦，凸顯出當前精神疾病患者違法行為所衍生的社會治安問題，值得社會大眾關注。

綜上所述，目前精神疾病患者犯罪或觸犯刑法所衍生的問題，包含其行為時刑事責任能力之認定問題以及現行監護處分執行之困境。首先，在行為時刑事責任能力之認定與判斷，涉及到精神疾病患者在司法審判中所主張的減輕或免除其刑之證明，抑或是審查標準，是否應該與時俱進的修改？其次，現行法的規定，對於精神疾患者的治療或監護處分是否存在問題？例如治療應該是門診治療或是住院治療？監護處分是否應該改為強制監護？監護處分的效益為何？過往因為這方面的案例不多，抑或是受到媒體與社會大眾關注，因此對於精神疾患者觸法之審判或治療、處遇，關切甚少。晚近因為

精神疾病患者觸犯重大刑案導致無罪或減刑之結果增加，引起社會大眾的關心與重視。

本研究想透過美國法系的視角，探討美國對於精神疾病患者觸法時晚近的司法判例與審判標準，是否有值得我國參採之處。其次，對於精神疾病患者因疾病，主張暫緩刑之執行時，美國對其治療與處遇之程序與處所為何，亦一併介紹，最後進行比較、提出建言，供我國在修正相關法律與制度時的參考依據。

貳、美國精神疾病犯罪者之現況分析

一、精神疾病犯罪者之現況分析與政策發展

美國於近20年來，已成為全世界監禁率最高的國家，截至2020年6月止，有逾2百萬人置身於監獄之中，亦即平均每10萬人口中，就有655名在監人口（Statista Research Group, 2020）。2014年有一項調查數據指出，在美國的看守所內，約有20%監禁人口有嚴重的精神疾病，而在美國各州監獄內，亦有約15%受刑人患有嚴重的精神疾病，如果將患有精神疾病之在監人口總數（約35萬6,000人）與美國各州州立醫院精神病患人數（約3萬5,000人）相比，在監精神疾病患者為在醫院的10倍之多（Torrey et al., 2014; AbuDagga et al., 2016）。2018年美國司法統計局報告（Bureau of Justice Statistics, 2018）亦顯示，在州及聯邦監禁機構內，有14%的受刑人符合嚴重精神疾病症狀，在地方看守所則有高達26%的精神

疾病患者（Lyon, 2019）。有些學者認為，自1960年代以降精神病床減少的現象，導致監獄嚴重精神病犯的增加，兩者互為消長（Ben-Moshe, 2013; Liska et al., 1999; Penrose, 1939; Tsimploulis et al., 2018）。學者Harcourt（2005）研究認為，受到美國1960年代「標籤理論」（Labeling theory）所主張「去機構化」（Deinstitutionalization）的影響以及當時治療精神疾病藥物的新發明，認為精神疾病患者接回家中、按時服藥就能控制病情的主張下，導致精神疾病患者離開精神病院或大幅縮短住院時間，多數精神疾病患者返回家中、生活於社區之中。但因為家人疏於管理或監督用藥，以及精神疾病患者未能主動或定期服藥、就診，造成社區的困擾，在此同時1970年代的美國崇尚「社區警政」（Community policing），社區內大大小小的失序行為，均為警察回應社區與民眾需求之業務，進而將這些精神疾病患者逮捕入監。換言之，精神疾病患者「去機構化」後，監獄取代了醫療院所之功能，導致監獄內精神疾病患者的人數，與日俱增（林詩韻等，2020）。在監禁成本方面，有學者指出，一名受刑人一年的平均監禁成本為2萬2,000美金，但對患有精神疾病的受刑人而言，一年平均的監禁成本為3萬至5萬美金（Bender, 2003）。另一方面，將患有精神疾病之犯罪人置於監獄，亦引起學界及實務界對醫療資源不足及增加監獄暴力程度之擔憂（Lyon, 2019）。

時值今日，美國聯邦政府正透過跨單位部門的通力

合作，欲建立一套更臻完善的全國精神衛生系統，以解決嚴重精神疾病患者的健康需求，幫助其於社區中正常生活。2016年底通過「21世紀治癒法案」（the 21st Century Cures Act），以及因應此法、隨後由美國聯邦各相關部門及其他非聯邦公立與私立機關共同組成之「嚴重精神疾病問題跨部門協調委員會」（Interdepartmental Serious Mental Illness Coordinating Committee，簡稱ISMICC），便是此一政策的具體展現，目的是希望透過系統與資源的整合，為嚴重的精神疾病患者提供更有效的服務。美國「嚴重精神疾病問題跨部門協調委員會」（ISMICC）於2017年的期初報告中所列的五大重點之第四點，即明白指出，應增加涉入刑案之嚴重精神疾病患者轉向處遇之機會並給予更好的治療。此一政策願景的具體成果，將有待ISMICC於2022年提交美國國會的最終報告進一步呈現。此外，2018年美國國會為「精神疾病犯罪者治療與減少犯罪法案」（Mentally Ill Offender Treatment and Crime Reduction Act），撥款3千萬美金予司法部運用，目的亦在於減少患有精神疾病之犯罪人進入刑事矯正系統之數量，期將重點從懲罰轉移到醫療、矯治和公共安全上（Lyon, 2019）。

綜上觀之，美國政府對於嚴重精神疾病患者涉入刑事司法系統之「去機構化」政策與處遇措施，雖可稱為主流趨勢，然而在司法實務上，各州的判決與程序仍有

相當差異，對於精神疾病患者所為之犯行是否應判定有罪、是否應罰以刑責、是否應准其接受轉向處遇，各地作法不一。至於罪行重大、依法應判處死刑之情形，是否能以被告有精神障礙（insanity）為由，獲判無罪或得以減輕其刑，美國最高法院（the Supreme Court）大法官（the Justices）之見解亦有相左。¹學者Sandys et al.（2018）舉著名的少年犯和智力障礙者Roper and Atkins案為例，探討最高法院豁免死刑之標準，雖然多數大法官認為威嚇和報應主義對缺乏判斷力的少年犯和智力障礙者無法產生作用，因而得直接豁免死刑，但有些大法官仍認為需要讓陪審團根據證據、逐案認定是否予以減輕；再者，雖然最高法院對於死刑得「減輕其刑」

¹ 2020年3月，美國聯邦最高法院針對「凱勒v.堪薩斯州案」（Kahler v. Kansas）作出最新一起有關精神異常抗辯（insanity defense）的憲法解釋，以6票對3票裁定堪薩斯州限縮被告精神異常抗辯的權利，並未違反憲法保障的正當法律程序。此案源起於男子凱勒（James Kahler）於2011年因謀殺4名家人被判死刑，辯護律師主張他患有嚴重憂鬱症，導致無能理解或辨識事物的對錯。一般在美國的法庭，若能證明被告因精神疾病無法辨識犯行之對錯，便可以主張無罪，但堪薩斯州在二十年前取消此一慣例，而需要被告證明無故意犯罪之意圖，至多以精神疾病為由爭取減刑。阿拉斯加、愛達荷、蒙大拿、猶他州，是另外4個限縮精神異常抗辯的州。大法官凱根（Elena Kagan）主筆的意見書中提到，美國憲法的正當法律程序條款允許各州選擇較有限制性的精神異常抗辯模式。但3位自由派大法官，包括2020年9月過世的美國史上第二位女性大法官金斯伯格（Ruth Bader Ginsburg）則持反對意見，而主筆不同意見書的大法官布雷耶（Stephen Breyer）寫道「堪薩斯州不只重新定義了精神異常抗辯，它還消滅了存在數個世紀的辯護核心（the core of a defense）。」

（mitigation）的要件曾做出規定，強調需要足夠證據支持減輕之理由，且多數的大法官認為可以用專家的鑑定意見作為減輕其刑之證據，仍有些大法官認為精神專家所提出的證據不具足夠說服力而不應予以採用。值得一提的是，美國許多非官方組織，諸如美國律師協會（the American Bar Association）、美國心理協會（the American Psychological Association）、美國精神病學協會（the American Psychiatric Association）、全美精神病患者協會（the National Association for the Mentally Ill）以及全美精神健康協會（the National Mental Health Association）等，均大力倡議應將患有精神疾病之罪犯強制免除死刑。

二、精神疾病與刑事責任認定之發展

Tsimploulis 等學者（2018）對「精神疾病」（Psychotic Disorder）與「刑事責任」（Criminal Responsibility）議題所做的系統性文獻回顧（systematic review），提供了過往研究在此一主題之全面性綜述。渠等首先釐清的是，「精神障礙」（insanity）屬於法律上的定義，「精神病」（psychosis）屬於醫學上的定義，兩者的定義不完全相同。換言之，「精神障礙」（insanity）並不是精神病學上的專有詞彙，即使法律定義可能有和醫學診斷重疊的部分，但絕非可互換使用，也不應將「精神疾病」（psychotic disorder）直接理解為「精神障礙」。

當今世界各國法律，尤其是英美法（Anglo-American law），認為「刑事責任」需要犯罪行為有「主觀意圖」（mens rea）為要素，因此被告的精神狀況需被列入考慮（Hart & Gardner, 2008; Tsimploulis et al., 2018）。最早在西元1742年時，由英國Tracy法官提出「野獸法則」（Wild Beast Test），認為行為人於行為時，若喪失瞭解、記憶，如同野獸般無法知曉其所為何事，即可主張免責（吳忻穎、林晉佑，2020）。1843年，一位名為Daniel M'Naughten的男子因欲刺殺英國首相而遭逮捕審判，最後獲英國上議院判決無罪，原因是他明顯地患有精神疾病，導致他「犯罪當下並不清楚了解自己所做的行為本質（nature and quality of act），也不知道自己的行為是錯誤的（knowledge that the act was wrong/know what is right from wrong）」，應以刑事上的精神障礙（criminal insanity）為其辯護，主張免責（United Kingdom House of Lords Decisions, 1943）。此判例此後便成為著名的「姆納頓規則」（M'Naghten Rules）。此一規則建立後，迄今美國仍有超過20州採用此法則，包括佛羅里達州及加州。

美國新罕布夏州則對「請求援引精神障礙為理由」（insanity plea），做出更廣義之適用，認為當犯罪行為是精神疾病患者所做，該被告應獲得「因精神障礙而無罪」（not guilty by reason of insanity, NGRI）的判決，此又稱為「達勒姆規則」（Durham Rule, 1954），在該

規則下，精神疾病的存在本身即足以為其犯罪行為辯解，不需要證明精神疾病對其當下認知及情緒判斷的影響。然而，由於此規則適用範圍太廣而飽受爭議，在1970年代以後，美國司法實務傾向於不承認這一論點，主要原因在於United States v. Brawner（1972）一案中，達勒姆規則已被美國聯邦最高法院放棄，因為它強調精神醫生主張「精神疾病或缺陷」（mental disease or defect）的證詞，會影響陪審團的決定，讓司法訴訟與審判有些模糊。然而，新罕布夏州成為美國目前唯一仍使用此規則的州。

美國司法實務傾向於不使用「達勒姆規則」的州，阿拉巴馬州可謂是先驅。阿拉巴馬州於1887年在Parsons v. States中率先採用的「不可抗拒衝動評估量表」（the Irresistible Impulse Test）²，則是將「因精神障礙而無罪」（NGRI）」之認定標準，聚焦於個人的「意志控制」（volitional control），認為患有精神疾病之刑事被告，須在「不能控制衝動才導致其犯罪行為」（as a result of mental illness the defendant was unable to control his impulses leading to the criminal act）的情況下，才有NGRI之適用。

而麻薩諸塞、紐約、密西根等多州，則係採用「美

² 指在精神疾病影響下，縱使公權力（如警察）近在咫尺，行為人仍無法克制自己的犯罪行為，故又稱為「警察在旁準則」（Police-at-the-Elbow Law）（吳忻穎、林晉佑，2020）。

國法律機構」(the American Law Institute)在其所頒訂的「模範刑法法典」(the Model Penal Code)中所闡釋的「精神障礙」(insanity)適用情形,認為「因精神障礙而無罪」(NGRI)之判決,須適用於當患有精神疾病之被告「於犯罪行為當下因精神疾病導致缺乏實質能力去評估該行為之罪責或去遵守依法應遵守的行為(at the time of the crime as a result of mental illness or defect the defendant lacks substantial capacity either to appreciate the criminality of his conduct or to conform his conduct to the requirements of the law)」之時,但不包含反覆的犯罪行為及反社會行為(Tsimploulis et al., 2018)。時至今日,美國大部分的州主要以「姆納頓規則」(M’Naghten Rules)、「達勒姆規則」(Durham Rule)和「模範刑法法典」(the Model Penal Code)內所主張的「辨識能力」、「控制能力」以及「精神疾病與行為之因果關係」幾個要件作為判斷精神疾病患者是否具備刑事責任能力之依據(吳忻穎、林晉佑, 2020)。

相對地,美國的愛達荷、堪薩斯、蒙大拿與猶他等4州,則並無「因精神障礙而無罪」(NGRI)」之適用,取而代之的是「有罪但有精神障礙」(Guilty but insane/Guilty but mental ill)之法律見解,此與歐洲國家瑞典近年欲將精神障礙納入刑法概念所持見解相似(Radovic et al., 2015; Tsimploulis et al., 2018)。例如堪薩斯州於1995年通過一項法律,刪除傳統以來精神障礙

辯護的條文，也就是被告不得再以因為精神疾病導致他們無法決定對或錯而主張減輕或免除刑責；相反地，如果被告犯罪時正處於精神疾病（**mental illness**）狀態，則僅允許被告主張精神疾病是否讓他們免於形成犯罪的意圖（**specific intent/mens rea**），進而減輕或免除刑責，亦即被告要證明其犯罪時因為處於精神疾病之影響，導致其沒有犯罪之意圖，進而犯罪。無獨有偶的，愛達荷州的刑法法典則有規定「精神狀況不能成為任何起訴犯罪行為之辯護理由」（**[m]ental condition shall not be a defense to any charge of criminal conduct**），愛達荷州法院明確指出，檢察官「仍需在合理的懷疑範圍內證明被告具有形成必要意圖的精神能力」。因此，在愛達荷州，精神障礙仍然與刑事責任有關，但僅涉及是否有犯罪之意圖。

晚近，美國聯邦最高法院在兩則有關精神疾患與刑事責任是否免除的案例，可以發現美國聯邦最高法院對於刑事被告具有精神疾患即主張免責或減輕其刑的情況，已有限縮的趨勢（亦即對於達勒姆規則的限縮適用）。例如在 **Delling v. Idaho**（2012）以及 **Kahler v. Kansas**（2020）的案例中，聯邦最高法院均引述愛達荷州法院審判實務上所引用的精神疾病犯罪者是否應該免責的標準：

案例一，由於精神錯亂，被告認為被害人是狼，他開槍殺死了被害人（**The defendant, due to insanity,**

believes that the victim is a wolf. He shoots and kills the victim)。

案例二，由於精神錯亂，被告認為狼是一個超自然的人物，已命令他殺死被害人（The defendant, due to insanity, believes that a wolf, a supernatural figure, has ordered him to kill the victim）。

在案例一中，被告不知道自己殺害了一個人，而他的精神錯亂消除了犯罪所需的意圖；而在第二個案例中，被告故意殺害了一個他知道是人的被害者，他擁有了必要的犯罪意圖。在這兩種情況下，由於精神錯亂，被告均無法評價其行為的真實品質，因此無法感知其行為是錯誤的。但是，案例一的被告卻可以辯稱自己缺乏因為犯罪意圖，從而主張免於或減輕刑事責任，然而案例二的被告卻無法根據自己的精神疾病提出免責或減輕刑責之抗辯。

Tsimploulis等學者（2018）指出，英美法系國家與歐陸法系國家對精神障礙（insanity）的法律見解亦有文化上的差異。英美法系是基於過往判例，歐陸法系則是基於法典化的法律規則。在英美法系國家（美國、加拿大、英國、澳洲及紐西蘭），刑事責任（criminal responsibility）的存在與否是二分法，非有即無。但在其他歐陸法系國家（荷蘭、比利時、及德國），則有一套系統劃分不同程度的刑事責任（Grossi & Green, 2017; Tsimploulis et al., 2018）。例如，加拿大刑法法典

（Criminal Code of Canada）載有「因精神疾病而無刑事責任」（not criminally responsible on account of mental disorder, NCRMD之規定，認為當患有精神疾病之人於犯罪時不能瞭解其行為本質或不知道此為錯誤時，該人不具有刑事責任，不能視為有罪，在NCRMD情況下，法院只能做出以下三種決定之一：絕對釋放（absolute discharge）、有條件釋放（conditional discharge）、或醫療院所拘留（detention in a hospital）（Miladinovic & Lukassen, 2015; Tsimploulis et al., 2018）。相反地，在瑞典，所有犯下罪行的人都被視為有罪，精神疾病的事實只有在有罪判決確立後才會被考慮，並將可能導致後續的強制治療（compulsory treatment）（Grossi & Green, 2017；引自Tsimploulis et al., 2018）。

精神疾病本身不是讓行為人免除刑責（exculpating）的條件，但不可否認的，精神疾病確實會削弱行為人精神狀況，甚至使其意圖無效（negate mens rea）（Morse, 2011；引自Tsimploulis et al., 2018），所有法律上精神障礙的標準都包含精神疾病的呈現會嚴重影響行為人能力的缺陷（deficit），導致其無法充分理解其行為的非法本質以及了解其行為所帶來的後果（Smith, 2012；引自Tsimploulis et al., 2018）。換言之，精神障礙的法律標準就是必須要有因精神疾病導致行為人喪失辨識非法行為及其結果之能力，而思覺失調（schizophrenia）就是其中一種經常與刑事責任有關

的精神疾病，亦即被告在犯罪時沒有能力辨識或理解其行為的非法性和／或意志力的損害（*impairment of volition*），這意味著行為人無法控制自己的行為，其常見症狀有思維混亂、幻覺、缺乏動力（Smith, 2012；引自Tsimploulis et al., 2018）。研究指出，思覺失調患者在眼窩額葉皮質（*orbitofrontal cortex*）和杏仁核（*amygdala*）的缺陷被認為與反社會行為和攻擊行為有關且影響對表情的認知能力；思覺失調患者在背外側前額葉（*dorsolateral prefrontal cortex*）的缺陷則被認為與意志能力有關，但在美國各州對於認知能力和意志能力是否納入精神障礙（*insanity*）之要件有不同見解，即使從法律與醫學角度觀之，這些案件也是十分複雜，難以形成共識。Dietz（1992）認為，對於某些犯罪者來說，犯罪是對於精神病症（*psychotic symptoms*）的反應，的確符合精神障礙的法律標準，但這仍須取決於每個案件的事實和適用的法律標準。值得注意的是，Tsimploulis等學者（2018）發現，比起其他精神疾病診斷，因思覺失調而獲宣告無罪或無刑事責任的案例最常見，而在法醫鑑定中也以思覺失調為最常見的診斷。

參、美國精神衛生法庭之介紹

有鑒於監所內嚴重精神疾病患者之收容人數，自1960年代以來與日俱增（Harcourt, 2005; Lamb & Weinberger, 1998; Mulvey & Schubert, 2017），美國於

1990年代起開始成立精神衛生法庭（Mental health courts, MHCs），以應對美國刑事司法系統內日益增多之患有精神疾病之被告與受刑人（Thompson et al., 2008；林詩韻等，2020）。迄今美國各州總計已有逾350處精神衛生法庭（Adult Mental Health Treatment Courts Database, 2020）。美國精神衛生法庭的設立，主要是在刑事司法系統管轄下，由法院裁定精神疾患被告緩刑，接受以社區為基礎的心理健康治療方案，雖然精神衛生法庭之運作程序及適用被告之條件因地而異，但共同之要素包括：治療計畫須受司法監督、參與者須定期向法官報告、參與者須能按計畫完成治療、不遵守強制治療將導致撤銷緩刑或返回羈押等（Lowder et al., 2018）；有一些法院將精神疾病犯罪人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減少或取消刑事控訴或免除處分。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的密切聯繫，評估被告病情進展和需求（Lamb et al., 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需接受特別培訓並熟悉社區精神衛生服務。所提供的社區治療內容包含藥物治療、物質濫用治療、居住處所、工作培訓與社會心理復歸等（Watson et al., 2001）。研究也指出，社區的強制治療可作為成年嚴重精神疾病犯罪人被拘留、監禁與涉入刑事司法系統的有效替代方案，並預防渠等犯罪與再犯（Lamberti et al., 2004; Lowder et al., 2018；林詩韻

等，2020）。由於美國實施精神衛生法庭已有20年歷史，各州實施狀況略有不同。以下僅就紐約州及猶他州之精神衛生法庭簡要介紹。

一、紐約州³

在紐約州，精神衛生法庭（Mental Health Courts）被歸類為「問題解決法庭」（Problem-solving courts）⁴，最早是在2002年率先成立兩個精神衛生法庭並執行「全州精神衛生法庭計畫」（Statewide Mental Health Courts Initiative），在全力推動下於2004年遍及全州，其成立的宗旨是希望透過法院的連結，讓涉入刑事案件的嚴重精神疾病犯罪人接受法院的監督與社區為基礎的治療，以增進社會的安全、法院的運作順利以及精神病患的健康。而參與者都是那些具有精神疾病涉及刑事案件、且參與精神衛生法庭後並不會對於社會大眾產生危害風險的被告。換言之，精神衛生法庭的成立，具有以下幾點目標：改善公眾安全；減少精神疾病受刑人在監所的監禁時間，讓已經負擔過重的刑事司法資源更加地有效

³ 資料來源：Mental Health Courts, NYCOURTS.GOV, <http://ww2.nycourts.gov/mental-health-courts-overview-27066> (last visited: Jan. 28, 2021)及Hahn（2015）紐約州精神衛生法庭政策研究報告。

⁴ 紐約州問題解決法庭包含：身障法庭（Disability courts）、青少年轉向法庭（Adolescent diversion courts）、社區法庭（Community courts）、藥物治療法庭（Drug treatment courts）、家庭治療法庭（Family treatment courts）、人口販運法庭（Human trafficking courts）、精神衛生法庭（Mental health courts）與榮民法庭（Veteran's courts）等。

率；改善法庭辨識、評估、監督精神疾病犯罪人之能力；改善精神疾病犯罪人在社區接受治療之品質以及整合精神衛生部門與刑事司法部門之資源。

精神衛生法庭要求的相關利害關係人要通力合作：

(1)法院端：包含法官、法院人員、檢察官、辯護人；(2)社區治療端：包含公共精神衛生機構與藥物濫用機構、社區治療服務之提供者、藥物濫用與相關治療提供者、社區代表；(3)執法人員端：包含警察、矯正與觀護人員；(4)當事人端：包含精神疾病犯罪人、家屬以及精神衛生提倡者；(5)犯罪被害人。這些利害關係人與團體，必須在法庭的規劃與運作下確保法庭的資源與行動能夠整合於刑事司法系統與精神衛生系統中，協助涉案的精神疾病患者維持穩定的精神狀態。精神衛生法庭的規劃過程，應包括建立一個由利益相關人所組成的當地工作團隊，以協助制定方案指南和發展出跨部門的人員培訓計畫。而法庭人員團隊將建立一個計畫文件，以指導法庭的實施和運作。

自2002年起至2015年止，共計約近8,000被告參與該州精神衛生法庭方案，總計26處的紐約州精神衛生法庭中，超過四分之三的紐約州精神衛生法庭受理觸犯輕罪者參與，將近三分之二的精神衛生法庭受理非暴力犯罪之重罪犯參與，但僅7處精神衛生法庭受理暴力犯罪之重罪犯參與，最常見不符資格之犯罪類別（因各法庭而異）包括：暴力重罪、性侵害、縱火、殺人、家暴、虐

童及酒駕。

有96%的精神衛生法庭接受患有美國精神醫學協會出版之「精神疾病診斷與統計手冊」(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 簡稱DSM)所列第一軸症狀(Axis I diagnoses)之被告,此Axis I diagnoses包含躁鬱症(bipolar disorder)、重度抑鬱症(major depression)及思覺失調(schizophrenia);超過80%的州內精神衛生法庭接受創傷後壓力患者(posttraumatic stress disorder);超過半數的州內精神衛生法庭接受物質使用患者(substance use disorder);亦有超過半數的州內精神衛生法庭接受符合第二軸人格患者(personality disorders)、創傷性腦損傷患者(traumatic brain injuries)以及智力或發展障礙患者(intellectual and/or developmental disabilities),但大多須有與第一軸病症合併發生之情形較易被接受。

案件進入精神衛生法庭的時間點在各法庭略有不同,有些是在被告認罪後,進入精神衛生法庭方案,被告若於此時間點進入精神衛生法庭,其審判刑尚未宣告;有些個案則是在判刑時或判刑後才進入精神衛生法庭;亦有個案是在尚未進行認罪協商前即進入精神衛生法庭方案,實務操作非常彈性。另外,有精神疾病的被告,法庭不得基於他們的刑事起訴而確認他們是否有疾病,律師與法官也不能清楚知道他們的精神病症或精神疾病史,以免對被告有刻板印象。相反地,精神衛生法

庭的法官為了要辨識出潛在的精神疾病刑事被告，應該要確定所有可能的轉介資源，並發展出工具與程序以辨識、轉介和篩檢這些具有精神疾病風險的被告。精神衛生法庭還應擁有可運用資源，針對潛在性的參與被告進行全面的社會心理和／或精神疾病之評估，以便讓法庭可以決定哪些人是否有參加的資格，並了解為實現該名參加被告之治療目標以及為實現該目標所需要的社區服務。目前紐約州有35%法庭使用「結構式的風險與需求評估量表」（structured risk-need assessments），此類量表提供具實證基礎的分類方式，將參與者分為低、中、高三類再犯風險，並釐清其導致犯罪需求之面向，包含犯罪思維（criminal thinking）、犯罪前同夥（pro-criminal associates）、家庭關係（family relationships）、物質濫用（substance abuse）以及就業與就學問題（employment and school problems），藉以準確地了解參與者之再犯風險，並根據個案再犯風險程度之不同，來給予不同強度的處遇與監督。另有15%的法庭使用暴力風險評估量表，僅有11%法庭使用創傷評估量表。

此外，均衡個體治療目標和公共安全目標的「個別化治療計畫」（individualized treatment plans），是精神衛生法庭的基石之一。這些計畫會設定與治療有關的目標和法院所設定必須達成的任務，精神衛生法庭的參與者必須在成功完成該計畫以及從計畫結業前達到這些目標。法庭以及與精神衛生法庭合作的社區服務提供者，

在參與者參與服務的期間，針對其需求調整其個別化治療目標。

值得注意的是，個案參加精神衛生法庭的決定必須是出於其自願，並且是知情下選擇，不得強迫。精神衛生法庭將會建立程序以確保每個參與個案都充分理解參加的條款，包括對於其刑事案件的影響以及所提議的替代性治療。特別是，精神衛生法庭必須在個案加入該計畫之前評估其參與治療之能力。而精神衛生法庭的參與條款是基於刑事司法標準和精神衛生的考慮。精神衛生法庭將訂定有關以下幾個方面的「方案指南」（**program guidelines**）：是在協商/或審判之前還是之後參加方案？參加法庭所裁定的治療期限？完成法庭要求的條件？成功完成所有法庭命令所獲得的獎勵？以及如果未完成或未遵守法庭命令之後果？精神衛生法庭的參加者因為需各式各樣、個性的、充分的與適當的治療和服務，社會資源的連結就很重要，這包括心理健康治療、藥物濫用治療、個案管理服務、支持性居所、教育和職業服務、以及社會福利援助等。精神衛生法庭必須與上述服務的提供者緊密合作，以確保個體在參與精神衛生法庭所安排的治療期間，獲得適當的服務。

在受法院監督的情況下，參與者最常被轉介至以下幾種服務：精神健康治療（**mental health treatment**）、個案管理或護理協調（**case management or care coordination**）以及門診藥物治療（**outpatient drug treatment**）。州內有

逾半數的法庭使用經實證研究證實有效的認知行為療法（cognitive-behavioral criminal thinking intervention）及創傷療法（trauma interventions）。主要的結案標準為：治療方案的持續出席率、穩定的住家、遵循醫囑使用處方藥物、有症狀改善之證據、功能改善的證據等。

而當法院職員、律師和社區服務提供者定期地分享有關參與者的治療資訊時，是精神衛生法庭實現個人治療目標和公共安全目標的最佳狀態。然而，精神衛生法庭在制定定期分享治療資訊的程序時，還必須制定相關的協議規定，以保護參與者有關醫療的、心理健康的和藥物濫用的隱私權。另外，精神衛生法庭參與者也會受到司法監督（judicial monitoring）以及司法和臨床行動的合作，以鼓勵參與者對於治療措施的服從性，這是精神衛生法院的另一個基石，亦即精神衛生法庭會透過從社區服務端所提供的資訊，針對參與者進行獎勵和懲罰，以激勵他們遵守法院的命令，進而完成治療期限。最後，精神衛生法庭將建立案件追蹤系統和相關治療資訊收集程序，這些系統和程序能使法院職員和利益關係人確保參與者的相關資訊能夠連續地、快速地和可靠地傳達到法官處，以允許法官對於參與者的治療進行評估與行蹤之掌握。

Hahn（2015）的研究報告指出，紐約州精神衛生法庭方案是有優勢的，因為他能提供每一個參與者個別化治療計畫與規律的司法監督。此外，他也認為精神衛生

團隊和專門法官這個制度是有優勢的，因為精神衛生法庭能夠促進團隊合作與社區專業服務與資源共享。

二、猶他州⁵

在猶他州，精神衛生法庭係指一個專庭（specialty court），其成立的目的是來改善涉入刑事案件且具有嚴重精神疾病的被告病徵，以降低他們監禁的機率、減少再犯的風險。所以，精神衛生法庭的主要目的，就是提供涉入刑事案件且具有嚴重精神疾病的被告協助以及他們所需要的服務，讓他們不再犯罪。為達此一目標，精神衛生法庭所提供：

- 1.連結被告所在地的行為衛生服務提供者（例如醫院、健康中心、衛生所），而個別化治療計畫（individual treatment plans）也會根據被告的需求與服務性，據以擬定。

- 2.法院會提供密集的監督以掌握被告在社區的動態。

- 3.設定一些條件與要求，確認被告在社區均能服從與遵守。

在猶他州，每一個申請進入精神衛生法庭的被告，必須具備醫療條件、法律條件與其他特殊條件，相關條件均符合後，向地檢署檢察官申請，由檢察官檢視相關

⁵ 資料來源：We advocate for and support Utah individuals and families impacted by mental illness, nami, <https://namiut.org/> (last visited: Jan. 28, 2021).

的條件後，決定被告是否進入精神衛生法庭。

1.醫療條件（**medical criteria**）：係指被告的精神狀態，經過診斷後屬於「精神疾病診斷與統計手冊」（**DSM**）所列第一軸症狀（**Axis I diagnoses**）者，包括思覺失調症（**schizophrenia**）、躁鬱症（**bipolar disorder**）以及情感思覺失調症（**schizoaffective disorder**）等。但有些法庭也會接受其他的精神疾病症狀，例如憂鬱症（**depression**）與創傷症候群（**PTSD**）。

2.法律條件（**legal criteria**）：係指被告必須住在與精神衛生法庭相同的縣市（被告的住所地為精神衛生法庭的管轄區）。有些縣市會列出了一系列罪名，而這些罪名會自動將涉案的精神病患被告排除適用精神衛生法院。即使沒有自動地被排除，檢察官也會仔細檢視每一個精神疾病被告所申請的案件，以確定其是否適用入精神衛生法庭。一般而言，以下幾個罪名是被精神衛生法庭所排除的清單：酒駕案件（**DUIs**）、性侵害案件（**sexual offenses**）以及嚴重的暴力犯罪（**exceedingly violent crime**）導致被害人具有嚴重的肢體傷害。

3.其他條件（**other criteria**）：是否具有醫療補助身份（**Medicaid**）？是否是榮民身份（**Veterans**）？因為大多數的精神衛生法庭都會要求被告接受當地醫療與健康機構的服務，如果沒有相關的醫療保險或健康保險納保的狀態，將無法納入當地醫療與健康保險的服務範圍。

當被告具有上述的條件後，委請律師向該地區的地

檢署（District Attorney's office）提出申請，如果被告無力聘僱律師，可以向法院申請指派公設辯護律師，再向地檢署提出進入精神衛生法庭。而律師在替被告向地檢署申請精神衛生法庭時，因為要填答相關的表格，其中就是有關被告的精神疾病與身心健康的資料，因此，會向被告要求檢附以下相關醫療的證明文件（例如診斷書），包含心理師、精神醫師、諮商師以及醫療機構的就診記錄。如果被告從未有就診紀錄，律師可以要求被告親赴當地與精神衛生法庭合作的行為健康診所進行相關的精神與身心的評估診斷證明。當被告上述的申請表格與醫療診斷資料檢附後，律師即可向地檢署遞件，提出申請，再由地檢署檢察官檢視被告的刑事罪名、警方記錄以及其他證據、被害人的證詞、是否有前科紀錄，以決定本案是否由精神衛生法庭審理。換言之，地檢署負有被告是否由精神衛生法庭審理本案的最後決定權。

被告符合上述資格與條件，經檢察官同意後，該案即受精神衛生法庭審理。但在進入法庭前，被告必須與檢察官達成「認罪」（Plead guilty），以獲得檢察官的「讓步」（concession），檢察官的讓步係指被告可以獲得檢察官的減輕／少求刑或法院的減輕量刑（縮短刑期）。被告進入精神衛生法庭是自願而非強制，如果被告與律師討論結果，不願意認罪，則該案件退回普通法院審理，如果被告與律師討論結果，願意認罪，則正式進入精神衛生法庭審理。進入精神衛生法庭審理後，被

告反悔，該案仍可以退回普通法院審理。經過數次開庭審理後，法院接受被告的認罪並根據被告的情況判處被告一定的徒刑，但這個徒刑會立即宣告暫停執行（suspended），讓被告得即刻出獄，在接受法院監督的情況下回到社區生活，期間須視法院的命令與被告的表現。

精神衛生法庭係將被告轉介與法院合作的民間精神科診所接受指定治療，治療過程並由法院實施密集監督，在社區處遇期間，被告必須達到精神衛生法庭開出的各項規定，例如按時服用處方箋用藥、參加治療活動（包含諮商與團體課程）、不得服用非處方箋用藥（over-the-counter medications）以及定期向法院報到（原則上每週一次，但隨著被告在社區治療後精神狀況的穩定性以及服從法院相關指令正常，次數遞減，例如改由一個月一次）等，還必須符合標準緩刑條件（standard probation condition），例如不可吸毒與酗酒、不可擁有槍械以及接受不定期的尿液篩檢指令等，緩刑期間觀護官可以無令狀檢查住家，如果被告有與其他家人或他人同住，要遵守家庭的規定或住宿地區的團體規範。

精神衛生法庭深知治療期間要要求這些精神疾病被告完全遵守相關的指令與規定，非常困難，因此法庭設計的分級獎懲規定（graded incentives and sanctions）來協助與鼓勵參與者完成治療課程。獎勵部分包含口頭嘉

勉或團體鼓掌、糖果、禮物卡以及提早結業（完成治療課程）；懲罰則包含口頭訓誡、寫信給法官告知如何改善行為之計畫、從事社區服務或是撤銷治療改回監獄服刑。這些獎懲方式的適用完全看參與者行為表現的輕重。

接受治療期間，如果被告故意或重複的違反精神衛生法庭所設之規定，法官可撤銷其治療，令被告入監服其原有刑期。對於順利完成治療計畫之個案，法院可能將其犯罪紀錄從重罪改為輕罪，甚至可能將其所有控訴全部駁回。

總結猶他州的精神衛生法庭，具有以下幾點成立之效益：

1.法庭所要求的治療旨在幫助精神疾病被告實現並保持精神疾病的穩定性，即使其離開法庭後，也能繼續利用這些治療技術與能力，防止再犯。

2.精神衛生法院所整合的社區服務團隊會協助精神疾病被告獲得適切的支持性服務，包括申請重大殘疾福利、一般援助、職能復健服務和安置處所（但是，並不保證一定會有）。

3.法院也瞭解到患有嚴重精神疾病的人會復發，有時會難以遵守法院的要求。因此，法院團隊會研擬潛在策略以協助參加者，例如設計分級獎懲規定，就是精神衛生法庭與社區治療服務的提供者合作之部分成果。

4.儘管參加者已被定罪成立，但仍可以在法院和觀

護官的監督下，在社區中生活。如果參加者遵守所有規定與指令，則無須再入獄服刑。

5.進入精神衛生法庭的認罪協商通常是指被告完成治療後取代其被控訴之罪名或刑度。例如被告是三級重罪定罪，但法院記錄僅被記載為輕罪A（一旦成功地完成了精神衛生法庭的治療）。有些案件，如果成功完成，精神衛生法庭則將是項控訴完全駁回（dismissed），所以，參與者的犯罪記錄將隨著其行為的改善程度有所調整，這是精神衛生法庭制度很大的好處。

美國精神衛生法庭成立的目的，除了希望減少使用監禁、紓緩監獄擁擠外，亦是希望透過社區治療與監督，維持精神疾病患者其精神疾病的穩定性，進而降低其再犯的風險。McNiel與Binder（2007）對舊金山監獄之精神疾病犯罪者進行回溯性研究，比較接受精神衛生法庭附加強制社區治療者及監獄內接受精神治療者的再犯率，結果顯示，參與精神衛生法庭之精神疾病者，不是再犯時間延長就是無再犯紀錄；而完成精神衛生法庭治療程序之精神疾病者，其再犯率及暴力行為顯著下降。相類似地，McNiel等（2015）針對精神衛生法庭附加社區治療之精神疾病犯罪者與監獄內精神疾病犯罪者進行完成後的成效評估研究，經過一年的追蹤調查後發現，有25%的精神衛生法庭社區治療參與者發生了暴力行為，但卻有42%的監獄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暴力行為。晚近，Lowder等（2018）對美國2004-2015年間發表之精神衛生法庭成效評估，進行統合分析（Meta-Analysis），結果發現，相較於進入傳統法庭程序之被告，參與精神衛生法庭方案之被告有顯著的低再犯率。但本研究也指出，精神衛生法庭運作成效之良窳，實受到經費預算、評估量表有效性、訓練和技術支援、處遇方案有效性及處遇資源落差等各項因素之影響，倘若希望達到預期成效，需要通盤考量並具備充足條件，方可竟全功。

肆、結論與建議

一、結 論

因為可以降低再犯率，嚴重精神疾病犯罪者在刑事司法系統監督下於社區接受治療，似乎已成為美國主流趨勢（Baillargeon et al., 2009）。事實上，精神疾病犯罪者與一般精神疾患者在社區接受治療的情形，其實是不同的，前者的焦點著重於減緩或穩定（而非治癒）其症狀。精神疾病犯罪者在行為上也必須要遵守與服從相關的法規命令，因此，治療的第一步就是想方設法降低其對於社區的危害性，否則社區居民不可能同意渠等回歸社區接受治療。但實際上，這些精神疾病犯罪者，經常會抗拒接受治療、違反相關法令規定，例如拒絕轉介、拒絕與醫事人員約診、拒絕定時服藥、拒絕居住於安置

的處所以及拒絕參與一些治療課程或輔導活動，而拒絕這些治療或處遇行為，其實對於社區居民會造成莫大的風險與傷害。再者，由於這些精神病患刑事犯具有攻擊性或讓人感到害怕接近，因此，一般的醫護人員均不願意接近、從事與提供醫療服務；甚至一些未改建硬體設施的醫療機構，也不敢收容這些精神疾病患者，進而導致有些精神疾病犯罪者於社區接受治療之資源與服務，仍嫌不足，這是美國在實施精神衛生法庭轉介精神病患刑事犯於社區接受治療所面臨的挑戰與困境（Lamb et al., 1999）。

為了有效地治療這類極端的病人，美國精神衛生法庭的經驗告訴吾人，平衡個人權利（Individual rights）以及顧及公眾安全（Public safety）下的治療服務模式最為恰當（Heilbrun & Griffin, 1998），換言之，以實需為基礎的治療思維（Reality-based treatment philosophy）是有效治療此類犯罪人的最佳模式，包含顧及精神疾病患者之需求而明確的治療目標；法庭以及其他監控精神疾病患者的刑事司法機構之間密切聯繫，包括刑事司法和精神衛生系統連結到每位病患的資料庫；以及強調對精神病患的結構性要求和監督（Lamb et al., 1999）。

首先，在治療目標方面，應聚焦於精神病患者在社區病情的穩定，強調其獨立的功能性，並維持內在與外在的控制能力以預防精神病患再從事暴力行為或再度犯罪。其次，社區治療必須在司法脈絡下進行，這是上述

個人利益與公共安全考量妥協下的治療方式。因此，藉由法庭的受理，法官可以將精神病患置於社區的治療計畫中，輔以相關的監控。而社區的治療計畫，最重要的成分是治療性的住所、社會與職業能力復健、以及一般社會福利服務等提供。而這裡面最關鍵的就是治療者與精神病患者信任關係的建立，因為信任關係建立後，比較能夠誘發其接受治療與改善行為的動力。另外，營造一個安全且免於擔憂被捕風險的醫療與服務環境更顯重要，因此，在機構內的安全防護設施之完善以確保相關醫護人員或其他服務提供者之安全，讓他們可以免於恐懼中進行治療與諮商活動，亦為成功的關鍵。

再者，就是司法系統與醫療系統的聯繫，包括法院、檢察官、緩刑／假釋部門以及精神疾病患者辯護的律師（Buckley & Bigelow, 1992）。而聯絡的核心是一個完整且相關的資料庫，該資料庫是可以讓相關人員瞭解精神病患者病情的嚴重程度、決定門診或住院治療是否合適以及可以據以擬定治療計畫，因此，個案資料庫的建立非常重要。該資料庫應包括精神病患者的逮捕報告、投訴單（rap sheets）、醫院就診記錄、法庭指定的精神科醫生或心理學家的評估結果、心理測驗的結果、緩刑報告以及以前住院、門診與監禁記錄。一個成功的密切聯繫是需要兩個系統之間保持開放、頻繁和持續的聯絡。此外，雙方都必須尊重對方的觀點，並接受雙方都朝著為精神病患病情穩定的目標而努力。亦即精神衛

生和刑事司法系統為了精神疾病患者，必須提供各自的專業知識以共同開發與修改最有效的社區治療計畫。

第四，在結構性的要求與監督方面，通常這些在社區接受治療的精神疾病患者，缺乏主動前往就診的內在動力，此時外在的控制力就很需要，這就是為什麼精神疾病刑事犯的社區治療要依附於刑事司法，因為司法系統可以結構性的要求、組織他們的行為模式。例如要求他們工作、日間治療處所報到、以及參加多樣的社交諮商活動，讓他們的日常生活具有結構性（Lamb et al., 1988a）。此外，輔以獎勵或懲罰機制，以強化其結構性的日常活動與行為。做為刑事司法人員在社區治療的角色，他們有時候會動用權威，其目的是在於對於精神疾病患者一些行為的控制與約束，例如附加一些條件要求其遵守，監控他們在社區的行蹤以保障社區民眾以及抽檢他們是否有按時服用處方箋用藥或違法飲酒或使用管制藥品等，透過這樣的監管，發現精神病患者在社區的治療情況相當良好，他們也有權限向法院提出治療完成的建議，讓渠等脫離治療計畫；相反地，如果他們發現精神疾病患者在社區治療的行為不佳、又有再犯之行為時，亦可以建議撤銷治療計畫，回復監禁之途。最後，適當且支持性的居住安排（例如從司法精神醫院治療、到普通精神醫院治療、到中途之家門診治療，到回家的門診治療或獨立自主的不用治療）（Lamb et al., 1988b）、暴力與情緒管理課程（Wack, 1993）以及認知

到家人和重要他人在治療計畫中也扮演著重要角色（Lamb et al., 1999），都是美國精神衛生法庭成功的重要關鍵。

二、建 議

雖然我國對於精神疾患之司法審理與治療處遇，在法制上與實務運作上，與美國法制可能大相逕庭。但近年來由於精神疾病患者觸犯刑事法令導致無罪釋放，且要不要附加監護處分，引起社會大眾關切。英美法系國家長期以來即透過法院裁定緩刑轉向社區強制治療的方式進行，並接受司法系統管轄，以降低再犯風險（林詩韻等，2020）。他山之石，或可攻錯，綜合上述針對美國精神衛生法庭運作之探討，本文具有以下幾點建議，做為我國日後修正相關監護處分制度之借鏡。

（一）刑事司法系統秉持特別預防的治療而非應報的思維

傳統以來，刑罰理論具有應報理論、預防理論與調和理論等（林山田，1992），然而對於防衛社會、預防再犯的保安處分制度，應該著重於預防理論中的特別預防，運用治療與矯治措施，減輕或祛除犯罪人之再犯危險性，使其再社會化。因此，對於因為缺乏刑罰適應性之精神疾病犯罪者，應該更加強調治療的重要性與特別預防的可能性，對渠者施用應報性或隔離性濃厚的司法監禁，以達到犯罪人再社會化之目標，實無助益（吳忻

穎、林晉佑，2020）。透過美國精神衛生法庭的實務運作得知，讓嚴重精神疾患犯罪人在社區中接受治療，促其病情穩定並不再犯罪，此即為刑事司法系統所秉持的特別預防性目的，值得日後修正我國監護處分之參考。

(二)轉向治療措施比監禁措施更能獲得預防再犯的效果

從紐約州與猶他州所實施的精神衛生法庭的實務運作得知，法庭於受理精神疾病患者所涉及之刑事案件，即大量給予機會讓被告可以進入社區接受治療，例如被告認罪後，第一次給予轉向處遇機會。如不認罪，案件進入審理後，但尚未宣判有罪前，再給被告第二次認罪轉向處分的機會。如果此次機會再度錯失，法院判刑時，尚有轉向處遇的機會。換言之，法院所思考的就是當事人利益最佳化，而社區治療可以說是當事人的利用最佳化的體現。如同前述，接受社區治療的精神疾病犯的再犯情形，比一般監禁處遇的精神疾病犯的再犯情形來得輕微（Lowder et al., 2018）。

(三)發展結構式犯罪風險量表以提供不同層級之治療服務

由紐約州精神衛生法庭的實務運作得知，即使是精神疾病患者，亦有不同的疾病嚴重程度以及所衍生的犯罪風險，因此，透過結構式的評估工具與量表，可以將欲參加的精神疾病犯罪人區分為高、中、低三類風險程

度，有助於社區資源與服務的整合和提供。例如是否應該收容於司法精神病院，以獲得適切的治療資源與提供服務。另外，發展其他工具或量表，例如暴力風險評估量表、創傷評估量表等，亦可以讓法庭在決定提供被告個案哪些適切的治療或處遇方案時，提供一個重要的參考依據。

(四) 針對每位參加的精神疾病患者制訂個別化治療計畫

均衡個體治療目標和公共安全目標的「個別化治療計畫」(individualized treatment plans)，是精神衛生法庭的基石之一。這些計畫會設定與精神病患有關的治療目標和法院所設定必須達成的任務(遵守規定)，而這些參與治療課程的參與者必須在成功完成該計畫以及從計畫結業前達到這些目標。根據調查，我國目前監護處分因為各地檢署與不同醫療機構簽約後，各有不同的監護處分模式，故個別化治療計畫甚為不明確或難以執行(林詩韻等，2020)。因此，未來我國監護處分與各公私立醫療機構進行簽約時，應參考《監獄行刑法》第11條之規定，訂定個別化處遇計畫，以讓參與者以及治療和服務提供者，有所依循。

(五) 成立司法精神病院以收容嚴重精神疾病障礙患者

從美國的司法實務運作得知，對於精神疾患犯在社區所接受的治療處遇，其實是有程度之分的，然而，最

嚴重的層級，可將嚴重精神疾病患者收容於司法精神病院，接受長期且專業的醫療照護，可以說是治療性社區（Therapeutic community）的一環。目前台灣監護處分，亦有將嚴重性的精神病患予以收容，然收容之處所與收容一般精神疾病患之處所相同（與地檢署簽契約的公私立精神專科醫院），甚至同在一個收容病舍，對於其他正常之精神病犯產生莫大的威脅（林詩韻等，2020）。因此，法務部也已著手修正《保安處分執行法》中有關監護處分部分，讓執行監護處分更加彈性與多元化，具體規劃漸進式的治療方式，從最高戒護的司法精神醫院到一般地區精神專科醫院、精神復健機構、精神護理機構，甚至門診治療與交給家屬等，讓未來的監護處分兼顧當事人就醫權利與社會安全防衛之目的（張子午，2020）。

（六）即使離開機構性治療，仍須及時銜接治療和康復服務

美國許多文獻指出，嚴重精神疾病患者的刑事再犯率高於一般無嚴重精神疾病史之刑事前科犯，無論嚴重精神疾病患者是從精神病治療院所出院抑或自監獄釋放，均有高再犯率，雖然有證據支持具成效的處遇方案能夠真正幫助嚴重精神疾病患者降低再犯可能，但是離開機構性治療後，倘若未及時銜接治療和康復服務並持續監督與協助，後果可能仍導致高再犯率及徒增個案再次入獄之人道與經濟成本（Torrey et al., 2017），因此，

美國「嚴重精神疾病問題跨部門協調委員會」(ISMICC, 2017)主張，若要能真正幫助犯重大罪行之嚴重精神疾病患者重返社區、重新生活，且不對社區造成危害，必須具有規劃良好的處遇配套措施，換言之，社區部門應該提供無縫接軌的及時銜接治療與康復服務，以確保社區裡能夠提供合適與足夠的支持與資源，實際運作上不僅應著重及時銜接服務，更應具備充分資源與能量做出持續且長期之追蹤、評估與支持。

參考文獻

一、中文文獻

- 吳忻穎、林晉佑（2020），責任能力調查與監護處分執行現況之探討。《矯政期刊》，9（1），71-107。[http://doi.org/10.6905/JC.202001_9\(1\).0003](http://doi.org/10.6905/JC.202001_9(1).0003)
- 林山田（1992）。《刑罰學》。商務印書館。
- 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），27-39。
- 林詩韻、黃聿斐、沈伯洋（2020）。受監護處分男性精神疾病犯罪者再犯分析。《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，25，183-243。
[http://doi.org/10.6460/CPCP.202008_\(25\).05](http://doi.org/10.6460/CPCP.202008_(25).05)
- 法務部（2020）。中華民國108年犯罪狀況及其分析。法務部司法官學院。
- 張子午（2020）。直視刑罰與治療的極限——如何務實修正精神障礙犯罪監護處分？報導者，2020年10月30日。

二、英文文獻

- AbuDagga, A., Wolfe, S., Carome, M., Phatdouang, A., & Torrey, E. F. (2016). *Individuals with serious mental illnesses in county jails: A survey of jail staff's perspectives*. VA: Public Citizen and the Treatment Advocacy Center.
- Adult Mental Health Treatment Courts Database (2020). *Adult Mental Health Treatment Court Locator*. Rockville, Md: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, GAINS Center for Behavioral Health and Justice Transformation, 2020.
<https://www.samhsa.gov/gains-center/mental-health-treatment-court-locator/adults>

- 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.
- Bender, E. (2003). Community treatment more humane, reduces criminal-justice costs. *Psychiatric News*. October. <https://doi.org/10.1176/pn.38.19.0028>
- Ben-Moshe, L. (2013). Disabling incarceration: connecting disability to divergent confinements in the USA. *Critical Sociology*, 39, 385-403. <https://doi.org/10.1177%2F0896920511430864>
- Buckley, R., & Bigelow, D. A. (1992). The multi-service network: Reaching the unserved multi-problem individual. *Community mental health journal*, 28(1), 43-50.
- Bureau of Justice Statistics (2018). Data Collection: National Prisoner Statistics (NPS) Program. <https://www.bjs.gov/index.cfm?ty=dcdetail&iid=269>
- Dietz, P. E. (1992). Mentally disordered offenders: Patterns in the relationship between mental disorder and crime. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 539-551.
- Durham Rule (1954). [https://en.wikipedia.org/wiki/Durham_v._United_States_\(1954\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Durham_v._United_States_(1954))
- Grossi L. M., & Green, D. (2017). An international perspective on criminal responsibility and mental illness. *Practice Innovations*, 2, 2-12. <http://doi.org/10.1037/pri0000037>
- Hahn, J. W. (2015). *New York state mental health courts: A policy study*. Center for Court Innovation.
- Harcourt, B. E. (2005). From the asylum to the prison: rethinking the incarceration revolution. *Tex. L. Rev.*, 84, 1751-1786.

- Hart H. L. A., & Gardner, J. (2008). *Punishment and responsibility: Essays in the philosophy of law*. Oxford University Press.
- Heilbrun, K., & Griffin, P. A. (1998). Community-based forensic treatment. In R. M. Wettstein (Ed.), *Treatment of offenders with mental disorders* (pp.168-121). Guilford.
- Interdepartmental Serious Mental Illness Coordinating Committee (2017). *The way forward: Federal action for a system that works for all people living with SMI and SED and their families and caregivers*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health & Human Services.
- 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. (1988a). Court-mandated outpatient treatment for insanity acquittees: clinical philosophy and implementation. *Psychiatric Services*, 39(10), 1080-1084.
- Lamb, H. R., Weinberger, L. E., & Gross, B. H. (1988b). Court-mandated community outpatient treatment for persons found not guilty by reason of insanity: A five-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 450-456.
- 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.
- Liska, A., Markowitz, F., Bridges, W. R., & Bellair, P. (1999). Modeling the relationship between the criminal justice and mental health systems. *American Journal of Sociology*, 104, 1744-1775. <https://doi.org/10.1086/210222>
- Lowder, E. M., Rade, C. B., & Desmarais, S. L. (2018). Effectiveness of mental health courts in reducing recidivism: A meta-analysis. *Psychiatric Services*, 69(1), 15-22.
- Lyon, E. (2019). Imprisoning America's mentally ill. *Prison Legal News*. February.
- Mental Health Courts. NYCOURTS.GOV. <http://ww2.nycourts.gov/mental-health-courts-overview-27066>
- Miladinovic, M, & Lukassen, J. (2015). Verdicts of not criminally responsible on account of mental disorder in adult criminal courts, 2005/2006-2011/2012. *Statistics Canada*. <http://www.statcan.gc.ca>.
- Morse, S. J. (2011). The status of neurolaw: A plea for current modesty and future cautious optimism. *The Journal of Psychiatry & Law*, 39(4), 595-626. <https://doi.org/10.1177/009318531103900405>
- 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.
- Mulvey, E. P., & Schubert, C. A. (2017). Mentally ill individuals in jails and prisons. *Crime and Justice*, 46(1), 231-277.
- Penrose, L. S. (1939). Mental disease and crime: Outline of a comparative study of European statistics. *British Journal of Medical*

- Psychology*, 18, 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1939.tb00704.x>
- Radovic, S., Meynen, G., & Bennet, T. (2015). Introducing a standard of legal insanity: The case of Sweden compared to the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.009>
 - Sandys, M., Pruss, H., & Walsh, S. M. (2018). Capital jurors, mental illness, and the unreliability principle: Can capital jurors comprehend and account for evidence of mental illness?. *Behavioral Sciences & the Law*, 36(4), 470-489. <https://doi.org/10.1002/bsl.2355>
 - Smith, S. R. (2012). Neuroscience, ethics and legal responsibility: The problem of the insanity defense. Commentary on “the ethics of neuroscience and the neuroscience of ethics: a phenomenological-existential approach.” *Science and Engineering Ethics*, 18(3), 475-481. <https://doi.org/10.1007/s11948-012-9390-7>
 - Statista Research Group (2020). Ranking: Most prisoners per capita by country 2020. <https://www.statista.com/statistics/262962/countries-with-the-most-prisoners-per-100-000-inhabitants/>
 - Thompson, M., Osher, F. C., & Tomasini-Joshi, D. (2008). *Improving responses to people with mental illnesses: The essential elements of a mental health court*. Washington, DC: Justice Center, the Council of State Governments.
 - Torrey, E. F., Dailey, L., Lamb, H. R., Sinclair, E., & Snook, J. (2017). *Treat or repeat. A State Survey of Serious Mental Illness, Major Crimes and Community Treatment*. Arlington, VA: Treatment Advocacy Center.
 - Torrey, E. F., Zdanowicz, M. T., & Kennard, A. D. (2014). *The treatment of persons with mental illness in prisons and jails: A state survey*. VA: Treatment Advocacy Center.

- Tsimploulis, G., Niveau, G., Eytan, A., Giannakopoulos, P., & Sentissi, O. (2018). Schizophrenia and criminal responsibility: A systematic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(5), 370-377. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000805>
- United Kingdom House of Lords Decisions (1943). <https://www.casemine.com/judgments/uk/United%20Kingdom%20House%20of%20Lords/1943>
- Wack, R. C. (1993). The ongoing risk assessment in the treatment of forensic patients on conditional release status. *Psychiatric Quarterly*, 64(3), 275-293.
- 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.
- We advocate for and support Utah individuals and families impacted by mental illness, nami. <https://namiut.org/>