

性侵犯罪化學去勢的本質與爭議

中央警察大學犯罪防治學系教授 沈勝昂

中央警察大學犯罪防治學系博士生 廖秀娟

振興醫療財團法人振興醫院教學研究部研究員 董道興

林口長庚醫院泌尿科助理教授 張英勛

目 次

壹、前言

貳、化學去勢

參、睪固酮、性行為、攻擊性和性侵

肆、性罪犯「化學去勢」的醫學、倫理/道德與法律爭議

伍、化學去勢的法律議題

陸、結論與討論

摘 要

回顧過去十幾年來針對性侵犯罪所修訂的法律與相關處遇執行，儘管法令愈形嚴厲，但為回應社會大眾的需求，這類的法案通常會以保護社會安全的考量為前提之下通過。然而對性侵犯身心治療執行的成效卻仍充滿著不確定性，尤其性侵害加害人回到社區生活之後令人不安的恐懼，使得社會大眾對化學去勢療法的使用有許多的期待。然對化學去勢與其作用卻沒有全盤的理解，尤其對性罪犯使用化學去勢牽涉到司法、醫療、倫理道德的根本問題，若不謹慎權量，一如目前執行刑後治療所遭遇的問題，化學去勢療法的介入可能又是另一個難題的開始，採用與否實應有充分了解與討論。本文即針對化學去勢的本質、作用以及可能的爭議進行說明與討論。

關鍵字：化學去勢、抗雄性激素治療、性犯罪

壹、前言

我國從民國 83 年開始，有鑑於性犯罪案件的增加以及其造成的社會安全問題，政府單位於是修訂刑法中有關性侵害犯罪加害人必須接受法定強制治療的規定，後於民國 86 至 88 年間陸續於監獄行刑法與性侵害犯罪防治法增修相關配套法令，分別於其條文中明訂性侵害犯罪加害人在監獄執刑與社區緩刑/假釋期間皆必須接受身心治療或輔導教育，直到其性侵再犯風險降低至顯著水準為止。

爾後，因期間又發生幾次嚴重之性侵犯再犯案件，性侵害加害人之「治療成效」因而備受質疑，於是政府在社會輿論壓力的要求下，民國 94 年間又修訂刑法第 91 條之 1 與性侵害防治法 22 條之 1 之內容，規定性侵害犯罪加害人在監徒刑與社區處遇執行期間，在已經接受以防治其再犯性侵害犯罪為目的之診療（即身心治療或輔導教育）之後，若再經鑑定、評估，而有繼續接受治療之必要者，得令入相當處所（加強外控），施以強制治療（改善內控）。該處分期間至其再犯危險顯著降低為止，執行期間應每年鑑定、評估有無停止治療之必要。這樣的修訂，除了原有在「刑期間」的「法定治療期間」之外，還要以「治療成效」做為是否「必須」「再接受治療」的判斷。而且即便「刑期已滿」，被評鑑為「仍有再犯危險」，還必須「繼續」「接受治療」，此乃正式將「不定期刑」的概念加入性侵害處遇的操作，也就是以「再犯危險」的鑑定做為更高的「判斷」原則，而不是以「有治療」或「無治療」完成法定的「療程」為準。

雖然以心理模式治療性罪犯是目前的主流，但有心理治療並無法完整的降低性侵害再犯危險，特別是對性侵害再犯高危險群的處遇，無論在性犯罪的心理病理模式的建構與心理治療技術的執行都面臨到諸多挑戰與「治療成效」的困境。為此，以生物醫學模式作為降低再犯的風險配套療法，因而逐漸受到許多司法、精神與心理學者的關注，特別是有關藉由藥物介入性罪犯治療的建議，其中又以降低性荷爾蒙，抑制性喚起的主張被認為是身心治療的替代方案，關於這類的方法，司法系統多以「化學去勢（chemical castration）」概稱。

目前在全球有包括美國（九個州）、捷克、波蘭、韓國等國家都訂有與強制使用化學或外科去治療性罪犯的法律，亦即將「化學去勢」列為性侵害司法判決的要件之一。另外有些國家雖未直接針對「化學去勢」明訂特殊的法令，但也有其他配套法律允許醫師開立強制治療藥物作為社區性罪犯管理策略的一部分（例如英國、加拿大、法國）。

儘管諸多國家採用化學去勢，但仍有許多醫學、倫理與法律學者有不同的論點（e.g., Bailey & Greenberg, 1998; Harrison & Rainey, 2009; Hicks, 1993; Miller, 2003; Scott & Holmberg, 2003; Stinneford, 2006），甚至部分研究強烈主張「化學去勢」是不合乎倫理，應廢止該法（例如 Stinneford, 2006）。但由於性犯罪對一般民眾帶來極大的威脅與不安，特別是兒童性罪犯更是受到社會的敵視，而為了

回應社會大眾的需求，這類的法案通常會以保護社會安全的考量為前提之下通過。

回顧過去十幾年來臺灣對性侵犯罪加害人所修訂的法律與相關處遇執行也有類似的狀況，儘管法令愈形嚴厲，用以確保強制治療與監控的進行，然而對性侵犯身心治療執行的成效卻仍充滿著不確定性，尤其性侵害加害人回到社區生活之後令人不安的恐懼，使得社會大眾對化學去勢療法的使用有許多的期待。然對化學去勢與其作用卻沒有全盤的理解，尤其對性罪犯使用化學去勢牽涉到司法、醫療與人權的根本問題，若不謹慎權量，一如目前執行刑後治療所遭遇的問題，化學去勢療法的介入可能又是另一個難題的開始，採用與否實應有充分了解與討論，本文即針對化學去勢的本質、作用以及可能的爭議進行說明與討論。

貳、化學去勢

雖然「化學去勢」這個用語經常為一般司法系統所使用，甚至偶爾一般民眾也會這麼說，但在醫療與學術的文獻中，多以專業的醫學名詞稱之。儘管文字上不如「化學去勢」那般聳動，但就醫學本質而言，以「藥物」作用達到類似對性器官閹割造成的結果，就屬於「醫學治療 (medical treatment)」的一種方式，因此文獻上如「抗雄性激素治療 (antiandrogen medication)」、「荷爾蒙治療 (hormonal medication)」、「降低性慾治療 (sex drive reducing medication)」以及「抗性慾治療 (antilibidinal medication)」等等名詞常常被交替的使用。而由於早期這類的藥物多使用在臨床的病患身上(譬如攝護腺癌後期病人的治療)，晚近主要是針對性導錯或性罪犯的「治療」，因此醫學上一般多以「雄性素去除療法 (Androgen deprivation therapy, ADT)」來代替司法上指稱的化學去勢一詞。

就定義而言，實際上所謂化學去勢是對已發育的 (post-pubertal) 男性施以抗雄性素藥物，以減少睪固酮 (testosterone) 的生理反應，而達到類似外科去勢效果的藥物；尤其是減少睪固酮的合成、阻斷傳至受體中目標細胞的途徑、或是增加身體睪固酮的代謝的藥物。然在功能上，雖會產生類似對性器官閹割造成的結果，但藥物僅能維持短暫的時間，而因化學去勢的生理機制具可逆性，所以去勢的作用有一定的時效性。

目前在藥理學上有些物質確實能夠透過對於睪固酮生成機制的影響去勢的效果，以下列三類為主：(一) 醋酸甲羥孕酮 (medroxyprogesterone acetate, MPA)、(二) 醋酸環丙孕酮 (cyproterone acetate, CPA)、與 (三) 促黃體激素釋放激素 (luteinizing-hormone-releasing hormone, LHRH) 促效劑。

MPA 為一促孕激素類固醇，其藉由降低肝藏中的睪固酮 5 α 還原酶來增加睪固酮的清除率，進而導致血清與組織中的睪固酮濃度下降。此外，MPA 亦能透過目前醫學未解的機制，減少促性腺激素的分泌。MPA 最為人所熟知的大概是一種市售長效注射型避孕藥 (Depo-Provera 普強) 中的主要成份。在臨床上，

MPA 一般用於子宮內膜癌與腎臟癌、因荷爾蒙失調所造成的繼發性閉經或子宮異常出血、停經女性（未接受子宮移除手術）服用綜合雌性激素後產生的子宮內膜增生減緩、避孕與子宮內膜異位造成的疼痛。

CPA 是一種同時具有抗促性腺與抗雄性激素特性的類固醇。其扮演抗促性腺的角色時，是藉由抑制黃體素的分泌，來降低睪丸中睪固酮的生成；又因為 CPA 能有效的在雄性激素受體抑制二氫睪固酮的結合，所以其又被認為是真正的抗雄性激素。因此，CPA 同時減低睪固酮的生成與阻斷其生理上的反應。臨床上 CPA 核准的用途包括對前列腺癌晚期的舒緩治療（藥名安得卡 Androcur），以及具有針對女性治療面疤與避孕雙重效果的口服避孕藥（藥名 CyEstra™-35 與 DIANE®-35）。

LHRH 促效劑（agonist）則是利用過度刺激下視丘（hypothalamus），造成睪固酮的循環 paradoxical reduction。LHRH 的分泌會刺激前腦垂體分泌釋放促性腺激素的荷爾蒙、促濾泡激素（follicle-stimulating hormone, FSH）與促黃體激素（luteinizing hormone, LH）。這些激素原本都會刺激睪固酮的分泌，但是過量的 LHRH 促效劑反而會使腦垂體的性腺分泌機制受到牽制，進而限制 FSH 與 LH 的分泌，最後使睪固酮降低至去勢的程度。在臨床分類上，LHRH 促效劑（通常被認為是一種釋促性腺激素的類似物）用於子宮內膜異位、兒童中樞性早熟與前列腺癌晚期的控制與治療。

參、睪固酮、性行為、攻擊性和性侵

基本上，按照神經生物學觀點，人類大腦中許多區塊也都跟性喚起（sexual arousal）以及激起造成行為的訊息傳遞有關，但儘管如此，下視丘與邊陲系統（the limbic system）才是跟性衝動與性功能（sexual drive and functioning）最有相關的部位；它們的作用有部份是藉其調節身體的荷爾蒙狀況（hormonal environment），而有些則是透過影響一般的生理衝動與情緒狀態來達到改變。其中，最為人熟知的就是對於調節睪固酮（testosterone）分泌，以及對睪固酮與男性性喚起之間關係的控制。因此，採用化學去勢作為性犯罪處遇的科學原理，雖然是以複雜的生物醫學原理為基礎，但簡單來說，基本上就是認定「睪固酮」在男性性行為的表現扮演著核心的角色。

一、睪固酮與性行為

目前有關睪固酮對性行為的影響多由動物研究而來，然而臨床上為了評估雄性激素替代治療對一般正常性腺男性、性腺功能衰減（hypogonadal）與攝護腺癌症患者，在性功能與臨床症狀的變化，才開始累積這方面的研究資料。

由於睪固酮的主要作用在維持正常的性趣 (sexual interest) 與性喚起，因此人體內之睪固酮含量 (濃度) 的高低，就會影響性趣與性喚起的程度，當然也會影響性行為的表現。然而，特別值得注意的是這些抗雄性激素藥物對性功能的表現並沒有立即的影響。例如，性腺功能衰退 (hypogonadal) 的男性睪固酮含量降低時，其性趣及性渴望的下降的情況要經過三至四個星期後才會逐漸明顯；反之，則可以藉由睪固酮的使用升高男性的性慾 (sexuality)，不過性趣恢復的速度因為某種原因較快一些，大約只要兩周的時間。

另外，也有藉由實驗操控男性體內的睪固酮濃度，結果雖然發現其性喚起與情緒的改變，但兩者之間的關聯並不穩定。例如Anderson、Bancroft、Wu (1992) 等人施於年輕男性睪固酮藥物(exogenous testosterone)持續兩個月，使其體內睪固酮血清濃度高於標準500%，再與服用安慰劑 (placebo，沒有藥效的處方) 的男性比較後發現，根據自陳報告，雖然性喚起有增加，但有趣的是，個案的性活動 (sexual activity) 卻一如往常。甚者，Buena等人 (1993) 以藥物將一般男性的性腺功能降至萎縮程度 (hypogonadal)，再投以不同劑量的睪固酮後，發現其性趣及性活動都沒有任何改變；Yates, Perry, MacIndoe, Holman, 及 Ellingrod (1999) 亦發現睪固酮藥物對性趣與性活動都沒有影響。

再者，睪固酮的濃度除了維持男性的性趣與性喚起外，睪固酮對男性性功能也有重要的作用，臨床上性功能的評估主要包括勃起 (erection) 的程度與行使性交 (intercourse) 的能力，研究顯示性趣與自慰頻率的程度最為相關。而且男性的手淫次數與勃起的硬度和時間長度，也跟睪固酮分泌量的多寡有密切相關。不過，當在睪固酮含量不足的情況下，性功能還是存在，只是在這種狀況下，性的反應不是自發的行為反應(spontaneous behavior)，勃起反應會具有很強烈的刺激連結 (stimulus-bound)。換言之，勃起反應需要有立即的性暗示，如煽情的圖片，而且只要刺激一移除反應就會消失¹。

二、睪固酮、攻擊性和性侵犯的關係

儘管有些研究指出暴力性犯罪者的睪固酮含量相對較高，但是其與結果並不一致 (Bradford & McLean, 1984; Rösler & Witzum, 2000; Studer et al., 2005)。多數的結論認為睪固酮對人類的攻擊行為有一定程度的影響，但關兩者之間的關聯性很小 (Archer, Graham-Kevan, & Davies, 2005; Book & Quinsey, 2005)。例如，1976年Rada、Laws、與Kellner指出暴力強暴犯血清內的睪固酮濃度，較「非暴力」強暴犯與戀童犯來的高，但在1981年Rada卻發現暴力強暴犯的睪固酮濃度沒有升高，反而是暴力戀童犯的睪固酮濃度較高。此外，其他構成攻擊性 (aggression) 的因素使情況更為複雜。例如，Perry等人 (2003) 發現有服用合成代謝類固醇的舉重選手，其攻擊性較高；而此發現與人格特質卻存在混淆之處：有較高攻擊性的個體應該也要有較高的反社會 (antisocial)、邊緣

¹ Bancroft, 2009.

(borderline)、及戲劇化(histrionic)的特質。以後設分析(Meta-analyses)計算的結果，睪固酮與攻擊性之間的關係雖有統計上的顯著，但在相關係數(r)低於.15的情況看來，其關係是有些牽強的。再者，支配地位(dominance status)與睪固酮濃度的關聯性可能還較攻擊性來的高。

按照上述結果，目前的文獻與研究顯示睪固酮對性喚起與性行為的影響確實是毋庸置疑，但其作用的模式與確切的影響還有待進一步的釐清。因此，整體而言，睪固酮可能會改變一般或特殊的神經衝動機制(neurological arousal mechanism)、影響感應刺激的過程、個體的動機與注意力，但無論其作用包含前三者或是以完全不同的方式造成，唯一可以確定的是在睪固酮濃度對性行為影響，並非全面、完全與立即的。換言之，雖然睪固酮對一般的性功能是必須的，但其作用並不具獨立性，即便它可能與攻擊性、以及支配性有關，然無論如何，睪固酮仍只是影響性行為表現諸多成因中的一環而已。

肆、性罪犯「化學去勢」的醫學、倫理/道德與法律爭議

在衡量「化學去勢」(或稱為「雄性激素去除療法」)的使用與否，無論以司法或醫學的觀點都無法單純地考慮性罪犯「去勢」後對「性侵」再犯的作用與成效。如前一節的討論，精神醫學對性犯罪是否為「疾病」有不同的看法，然而刑法中明定的強制治療，就其實已經認定性犯罪本質上是「疾病」的一種型態，因而在性侵害防治法繼而規定「性罪犯」監獄執刑與社區緩刑/假釋期間皆必須接受身心治療或輔導教育，直到其性侵再犯風險降低至顯著水準為止。

顯然「化學去勢」如果被採用必須要身身心治療形式的一種，但要如何認定它是一種治療呢？藉由「藥物」的作用減低睪固酮的生理反應，除了影響性趣、性喚起與性功能外，其實有許多的副作用(Aroudj & Baratta, 2012; Brett、Roberts、Johnson, & Wassersug, 2007)，譬如骨質疏鬆、憂鬱、視覺神經萎縮。如果「療效或作用」如此，那「治療」還算是治療嗎？「治療」「什麼」？若果，則「強制治療」將面臨更大的難題，「性侵」與「副作用」，誰可以決定？底下將討論幾個目前可能面臨的醫學、法律、倫理/道德問題。

一、失調(Disorder)或偏差(Deviance)

無論稱為「化學去勢」或「雄性素去除療法」都是以「治療」為手段，而治療的對象則是以人類的「性行為表現」的「改變」為目的，因此為了要瞭解所謂的「化學去勢」中所面對的議題，以及在治療中它們所扮演的角色，就必須先釐清性犯罪、性偏差以及性倒錯的概念的界定(沈勝昂, 2012)。

(一) 性犯罪、性偏差、與性倒錯

基本上性犯罪 (Sexual offenses) 是鑒於其對社會安全的傷害，以及對公共秩序的影響而定義的法律問題。至於性犯罪的範疇會隨著時空的變換而不同，尤其法令的修訂能使其定義一夕間改變。雖然某些性犯罪被歸因於精神的失調，大部份的案件卻並非都是如此，換言之，性犯罪的處理仍較仰賴刑事司法系統的運作，而非精神醫學與心理治療的介入 (沈勝昂，2009)。

其次，性偏差 (Sexual deviance) 則多被認為是個人違反社會規範的性行為，其界定範圍較前述之性犯罪來得廣泛，而且通常是指一般的性趣或性行為的表現。儘管這樣的判斷忽略了人類真正的行為表現，僅以一般對於「行為規範」或「適當行為」的觀點，究其定義，還是要端視共有的文化規範而論。最明顯的例子就是名人私底下的性事，往往成為報章媒體討論的題材。即便性偏差有時被視為統計術語，但其作為規範準則時，底下包含的次文化可從戀物癖到性虐癖。再者，就算存有定義上的疑慮，一旦被認為是性偏差的行為，便很難跳脫被冠上偏差的標籤，例如過去對同性戀的看法。然而，如同 Bancroft (2009) 所述，性偏差的結構較傾向於道德層面而非精神醫學，所以「醫療」無論對性犯罪與性偏差的「處理」其實有其實質上的困難。

性倒錯 (Paraphilias) 是 DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 精神疾病診斷與統計手冊) 在定義某種因精神失調 (disorder) 而導致的性行為的專業術語，而在歐洲所使用的 ICD (International Classification of Diseases, 國際疾病分類) 中，亦有「性表現失調」的說法。在此兩種分類系統中，都講求重複且會造成個體壓力，或會妨礙自我功能 (比起對他人的影響) 的症狀或行為。此兩種分類雖然在分類中條列數種特定的「不正常」性表現，但事實上任何的性行為都能符合這樣的描述。的確，ICD-10 (WHO, 1992) 也意識到「性表現的多樣性與特殊性導致難以對單一行為下定義」。再者，亦有一些作者指出，若像先天性慾強這樣的非偏差行為，也會造成明顯的壓力或功能失調時，是不是就要列為「性偏差相關疾病」的範圍內？雖然 DSM 與 ICD 兩者在診斷上仍有諸多待釐清之處，但他們至少表明精神科醫師在診療性行為時，是以醫學為依據，而非社會或道德標準。

上述關於性犯罪、性偏差以及性倒錯三種的分類是有重疊，但並非完全相同的。例如，強暴無非是性犯罪的一種，但其通常不被視為性偏差或性倒錯，又雖然性虐狂可能為性偏差的一種，但本質上不為性犯罪，且因為沒有妨礙及施壓到他人，或干擾個人的人際互動功能，所以亦非性倒錯之輩。再者，如果「性倒錯相關」失調的概念是正確的話，那麼強迫性自慰 (compulsive masturbation) 理應歸類為精神疾病，而非屬於性犯罪或是性倒錯。當 Marshall (1997) 等非精神醫學專家的權威面臨「兒童性侵犯」缺少自我性喚起，而不能將它列入性倒錯的難題時 (根據 DSM-IV 的分類，而 DSM-IV-TR 中已將此問題解決)，精神科醫師以臨床醫學的角度來執行治療，似乎會比從道德層面還來的要適合。因此，戀童癖 (Pedophile) 無疑是性偏差的一種，但卻不一定是精神失調，然而這兩個觀點卻都沒有觸及問題的核心，對於那些尋求或同意治療偏差性喚起 (deviant arousal)

的戀童癖，其實應該被視為患有性慾「疾病」上的問題，而接受醫學治療，不論個案是否犯罪應該都與治療無關。

（二）去雄性激素：「去勢」唯一的選擇？

如前述，睪固酮對性喚起與性行為的影響確實是毋庸置疑，但其作用並不具獨立性，無論從性行為的過程或神經生物的運作，睪固酮仍只是影響性行為表現諸多成因中的一環而已。因此，採用去雄性機激素（例如MPA、CPA、LHRH），透過減低睪固酮，以降低性喚起與性行為的表現，可能不是唯一的選擇。

許多研究都顯示 5-HT（Serotonin，血清素）的作用也會影響性喚起與性行為的形成，特別是對於和慾望行為有關的抑制效果（inhibition）。而在臨床上，亦發現以 SSRIs（Selective Serotonin Reuptake Inhibitors，選擇性血清素回收抑制劑）治療強迫症與憂鬱症的成效跟治療偏差性行為個體時具有類似的現象²。主要的原理來自 5-HT 在動物的研究中被證實可透過其對神經傳導物質的直接作用，來抑制多巴胺（Dopamine）在中央邊緣系統（mesolimbic dopamine system）的分泌³，以及調節（降低）一些 5-HT 在其受體(receptor)活動⁴，進而導致性功能減低的副作用，諸如喪失性慾、性喚起失調、勃起障礙、或射精困難等⁵。因此，SSRIs 才被許多精神醫療專業人員用來治療性倒錯與相關失調的處方藥物。而且有研究還發現 SSRIs 不但能成功地降低性幻想、性衝動、及性喚起外，其普遍對一般的性行為竟沒有負面影響的⁶。因此，相較於「去雄性激素」藥物所帶來之嚴重的副作用，SSRIs 藥物則僅出現一些和緩的副作用，而最常見的就只是腸胃症狀，如噁心與排便習慣的改變。

另外，臨床上也發現，經常被用來治療精神疾病的鎮靜劑，有時也會當作降低性喚起的藥物，譬如 benperidol 與 fluphenazine，有研究顯示，若在對照試驗中，前者對降低性趣較具療效⁷。此藥物是藉由阻隔多巴胺受體（雖然有時作用在 5-HT 受體），導致具有一連串副作用的阻斷；尤其是對動作行為障礙（movement disorder）。雖然性慾喪失與勃起障礙是重鎮靜劑常見的副作用，然而，究竟是抑制多巴胺機制或是促發性催乳素的分泌所造成，至今無解，不過這些藥物並不會影響睪固酮的血清濃度。

整體而言，即使多巴胺、5-HT 與鎮靜劑在性喚起與性功能中佔有舉足輕重的地位，但必須強調的是，當今對其如何作用，以及如何與其他神經傳導物質或睪固酮相互作用，尚缺乏足夠的認識。而且，更嚴肅的問題在對於沒憂鬱症、強

² Kafka & Prentky, 1994..

³ Hull et al., 2004.

⁴ Simon, Cologer-Clifford, Lu, McKenna, & Hu, 1998.

⁵ Balon, 2006.

⁶ Greenberg & Bradford, 1997.

⁷ Tennent, Bancroft, & Cass, 1974.

迫症、精神疾病確診的性罪犯，治療目標在「犯行」，不是「精神症狀」，能否開立「抗精神藥物」的處方藥物？

二、化學去勢的倫理/道德問題

當司法將醫療上使用的去雄性激素看成是一種「性犯罪」治療類型時，使用與否就牽涉倫理/道德的規範，因為「藥物」的使用確實改變睪固酮分泌與作用的生理機制，雖然從「性犯罪」的成因、亦或病因的觀點，「性犯罪」到底是屬於生物醫學模式中的哪一類的「疾病」仍未有確切的共識，但在司法處遇認定性侵害為「疾病」的前提下，治療因而成為處理疾病的必要手段，按此，服用藥物就是一種治療，如果是治療，就必須按醫學的考量來決定犯罪人是否應接受此類藥物治療計畫，而在目前「藥物」是否具治療成效也尚未全然確立，那麼治療所產生的效果是否會超越原來的治癒目標呢？

(一) 治療或懲罰

以對人體使用更具侵入性的外科去勢為例，Baker (1984) 認為，此去勢法是讓犯罪人無法從事所有性行為（包括一般性交與強暴行為），在法律允許的情況之下，此法應被認定為處罰，而非治療。就此對照外科去勢的結果，或許有人會認為性犯罪者本來就不應該有「性」，造成無法有「正常的性生活」是其中的一部分，按此邏輯化學去勢的藥物治療理應被視為是一種治療。但目前有許多證據顯示服用去雄性激素最大的問題是使用後對人體造成的負面影響，而且使用特定的藥物進行治療時，亦必須注意到不同的副作用，除了警示之外，這些副作用一旦達到臨床的症狀，則必須同時進行處理。譬如：與MPA有關的副作用包括熱／冷潮紅、頭痛、噁心、嗜睡、腿抽筋、膽結石、憂鬱症（包括自殺意念、失眠、呼吸困難和水分滯留）（Harrison, 2007）。更嚴重的副作用包括表淺性血栓靜脈炎（在淺表靜脈中有血塊），肺栓塞（Bradford, 1983），高血糖，高血壓，前列腺血管收縮，糖尿病（Spalding, 1998）和男性女乳症（Craissati, 2004）。在歐洲和加拿大主要使用醋酸環丙孕酮（Cyproterone Acetate, CPA），副作用包括疲倦、嗜睡、睡得太多、憂鬱、體毛減少，頭皮髮量增加和體重增加（Bradford & Pawlak, 1993）。其他影響包括肝功能損害、骨質流失、皮膚出現紅疹、溢乳（母乳分泌異常）、呼吸困難（www.netdoctor.co.uk/medicines/100000131.html）。使用促性腺激素促效劑（Luteinizing-Hormone Releasing Hormone [LHRH] agonists）時要注意到，該藥有可能會使體重增加、憂鬱（Briken, Nika, & Berner, 2001）、輕度至中度骨頭礦物質流失、噁心、輕度憂鬱症，男性乳房發育（Krueger & Kaplan, 2001）和骨質疏鬆症（Grasswick & Bradford, 2002）。在這麼多的考量之下，即使是以自願為基礎的情況下，仍舊很難想像暴露在此類風險中施予化學去勢不是懲罰。

另一個值得注意的是標榜「治療」一詞的重要意義，「治療」同時暗示此類的「藥物」可讓犯罪人的性傾向痊癒，就這一點而言仍有許許多多的爭議。去雄

性激素或許能降低偏差性慾和性趣，但 Bowden (1991)、Gys 和 Gooren (1996) 認為，此治療實際上不太可能治癒或改變他們的性侵行為。Meyer 和 Cole (1997) 也警告，儘管去雄性激素藥物治療可協助治療犯罪人，他也可能被犯罪人拿來當成犯罪的藉口（例如宣稱自己因為生病，才會犯罪）。Meyer 和 Cole 主張，即便睪丸是內分泌系統的一部分，都會影響性喚起的程度和品質，然而根本上，大腦心智的運作而非陰莖才是犯罪的主導器官。儘管不是每個人都認同這樣的觀點（Bradford & Pawlak, 1993; Fitzgerald, 1990），不過，很重要的一點是醫療與司法實務工作者應鼓勵犯罪人檢驗自己的犯罪行為，理解犯罪行為可能的生物、心理、社會因素，願意為自己的行為負起責任，也有意願、耐心接受專業的身心治療。

（二）治療的對象

選擇犯罪人接受治療也是一個重要的道德議題。舉例來說，去雄性激素藥物治療有可能只對某些類型的性罪犯有效；研究指出，僅讓戀童者（性侵對象僅限於小孩而無大人者），治療較有可能成功；相反的對於受到情境因素或與權力、憤怒、暴力、以性虐待獲得愉悅感的犯罪人，此治療較不可能成功。除了原本擔心藥物治療可能會出現許多不良副作用之外，另一個重點就是進行篩選以確保犯罪人是適合接受去雄性激素治療者。應定期進行健康檢查。以使用LHRH促效劑來說，Briken、Hill和Berner（2003）建議，在治療之前和治療中每隔六個月，檢查患者的腎功能、全血細胞計數（complete blood count, CBC）、睪固酮量、心血管狀況，並以心電圖（electrocardiograms, ECG）監測。由於有罹患骨質疏鬆症的風險，也應每年檢查骨密度。

此外，同時必須注意的是犯罪人之選擇須以醫療評估而非法律考量。分配至接受藥物治療計畫的要素不應與犯行嚴重程度或過去曾犯下多少罪刑有關。譬如前科紀錄固然有助於評估接受治療的需要，但除非個案適合接受藥物治療，不然不得強制分配至藥物治療計畫。而且，在評估後，若犯罪人不適合接受藥物治療，實務工作者應可以按專業考量不需執行，而不一定要得到法院解除藥物治療的判定。又或也不應讓醫療專業人員有壓力，在個案不適合接受藥物治療時仍向法院建議讓個案接受藥物治療。如前所述，這也是為什麼在一個理想的情況下，應將去雄性激素治療視為一種治療方案，不涉入刑事司法體系的領域中，該領域認為保護大眾較維護犯罪人健康和福祉更重要。

三、化學去勢的療效

討論性罪犯化學去勢的治療時，療效是另一個重要的道德議題；事實上討論療效的部分是以認知行為技術、外科手術、矯正實務，或如本章提及的藥物治療為主。若去雄性激素對性罪犯無效的話，而且會使服藥者產生許多不良副作用，那麼以道德的角度來說要性罪犯接受這樣的治療合理嗎？特別是採用強迫的方式？如前述有關治療成效的個案與研究的討論，許多結果都顯示，某些藥物對某

些類型的犯罪人是有效的，但這些研究中有的僅是單一個案研究，有的研究則有其他方法學上的問題。因此大部分的實務工作者主張，針對藥物治療的療效研究，方法上需要採用包括使用雙盲、隨機試驗的研究設計（e.g., Beech & Mitchell, 2005; Grubin 2007; Maletzky & Field, 2003）。如果未能進行這樣的研究，我們可以肯定的說，性罪犯只是「實驗室的白老鼠」而已。儘管有此需要，不過目前學界認為，雙盲隨機試驗本身就有道德上的問題，這是因為有些犯罪人有接受治療，有些則沒有。保護社會安全的考量不只是因為在試驗中半數的人接受治療，另外必須考量的是在此類治療確實有效的情況下，部分接受治療者可減輕其偏差性幻想，卻要求其他沒有接受此類協助者自行控制自己行為，這不只對自行控制者不公平，對周遭的社會民眾也不公平，一旦有「性犯罪」發生，除了法律責任的歸屬之外，可能造成的個人身心創傷、社會恐慌才是更嚴重的問題。

伍、化學去勢的法律議題

由於我國刑法與性侵害防治法明訂只要犯「性犯罪」一律必須接受「強制」「身心治療」，所以就司法而言，「治療」已涵蓋在司法對「性犯罪者」處遇計畫內容當中，假若將來法律允許採用「化學去勢」療法，自然屬於刑法與性侵害防治法中所規定之「身心治療」的一種選項或配套療法。然而，儘管治療對象都是「性侵害犯罪人」，但是身體與心理的治療方法、執行、標的與作用卻是截然不同，因此當「化學去勢」療法作為法定「強制治療」性侵犯罪人的選項時，法律上的考量勢必與傳統之「心理治療」有所區分。

一、性犯罪者的人權

目前國內對性侵加害人所採用的「身心治療」多以「心理模式」的心理治療為主，而以生物醫學模式為本的「化學去勢」療法對「人體」直接「侵入」的影響自不待多言，換言之，相對於傳統心理治療的執行方式，「化學去勢」本質上就是利用藥物對身體進行「侵入性」的療法，「人體」當然對於藥物之反應就更為直接、更為顯著。因此，即便是法定執行的「強制治療」，除了原有「降低再犯危險」的治療目標外，法律的執行也應該考慮到對個人「身體」可能造成的影響以及可能的傷害，更何況這些身體傷害都已是被證實的結果（Aroudj & Baratta, 2012）。為此，先不論「化學去勢」「療效（降低性侵再犯）」的高低，必須優先考量執行「化學去勢」是否危害犯罪人之基本人權。

二、犯罪人的選擇與同意權力

除了考量是否傷害身體外，就法律而言，「化學去勢」實質上是一種司法處遇，但執行上卻屬於臨床「治療」的方式，盡管如前述文獻研究證據所顯示，採用「化學去勢」對於「再犯」性侵犯罪的效果並不一致，而對於多數的性罪犯，

「化學去勢」的採用可能不會是「治療」的選項(因為性偏差不太嚴重)，但對於極端的暴力性侵犯或戀童症之高再犯風險(如類似 psychopath 的性罪犯)，目前的「心理治療」幾乎沒有療效，選擇「化學去勢」可能被認為是最終不得已的決定，即便在此情況下，由於在台灣「強制治療」仍是法定的要求，因此犯罪人根本沒有選擇的權利，然而考量「化學去勢」對人體造成諸多副作用，在長期使用下甚至可能有致命的風險，那麼性罪犯是否有「同意」及「選擇」的權力，如果可以不接受「化學去勢」，犯罪人還有「心理治療」的選項，更何況按照刑法九十一條之一的規定，若身心治療無法有顯著效果，還可以安排刑後治療，繼續接受較無身體傷害的「心理治療」。

陸、結論與討論

不論醫學模式如何完整地解釋性的心理病理 (sexual psychopathology)，性喚起與性行為之間終究是透過生理機制相互連接，而如此的見解為醫學(主要是藥理學)介入 (intervention) 減輕或改善問題性行為的可能性開啟一條道路。但不幸的是，若以神經生物學為基準來探討性喚起，這方面研究所累積的知識仍相當有限。研究者探討人類「性」行為形成仍面臨諸多複雜的問題，如發展、社會、心理、與生理等面向交雜的關係，然由於大部份的研究是基於動物實驗結果的推論，故其對人體是否有同等的成效仍有疑慮。況且僅以荷爾蒙來解釋人類的性慾 (sexuality) 其實過於簡化性行為表現的過程，就人類而言，任何的行為反應都是透過荷爾蒙對身體(如肌肉)及心理(如情緒)的影響，中介 (mediate) 而來。

因此，目前雖然有愈來愈多的國家使用去雄性激素藥物治療性罪犯，以控制其偏差性行為的發生，但其實只是反映政府面對性犯罪的對策著重於性侵「再犯風險」預防而非使犯罪人「康復(痊癒)」回歸社會。尤其是司法處遇與特定臨床用藥有關的治療計畫是採取強制手段時，不僅要有嚴謹的醫療考量，也必須考慮到道德和法律所衍生的議題。

而基本的道德和法律議題，就是犯罪人服用藥物與否必須建立在共識的基礎上，這樣的共識還必須確定犯罪人的同意不是受到脅迫同意接受治療(譬如不同意就終身監禁)，而且若因任何因素使其同意為無效的情況下(譬如強制治療)，也要考慮採用藥物治療是不會產生任何法律問題的，譬如治療期間的效果不等同於外科去勢，或使用其他會產生與去雄性激素藥物一樣降低性驅力和性慾的正向效果的藥物，卻不會產生破壞性的副作用即可。

在此情況下，可以依人權法案提供一個框架，在這個框架下可評估治療會以何種方式達成大家所關切的議題。假若化學去勢確實是一可行的配套治療，那麼在考慮到有條件同意的效力時，強制藥物治療、使用的藥物類型、接受治療的適切性、正視犯罪人的尊嚴，都是實務工作者治療個案須要考慮的倫理議題重點，也是人權律師衡量治療合法性的關鍵。基本上，一旦考慮社會整體尊嚴和保護其

他人時就會面臨進退兩難的處境，保護社會大眾很重要，但當可能影響個人權利才能達到這個目標時，讓性罪犯接受藥物治療仍須符合法律規定。因此，研究者建議，採用這樣合法、適法的方式，一方面提供實務工作者可遵循的指導方針，讓他們了解到人權法也有其限制，同時只要是在符合法規與相關條件滿足的情況下亦可讓犯罪人接受治療。

本質上，如果確認「性罪犯」就是「疾病」必須進行「治療」，則在治療選項中就清楚地增列藥物治療條款，讓「是否同意接受治療」不與刑事司法體系有所關聯。這能讓犯罪人從醫療觀點進行選擇，鼓勵犯罪人和臨床醫師建立良好的專業關係，這有助於確認犯罪人同意接受治療是在自願、充分告知其整個治療內容及相關資訊的情況下，讓犯罪人能坦然接受治療效果，不須擔心監禁的問題，也不用因藥物不良副作用退出治療而面臨再次入監服刑的問題，因為只是當事人不適合接受藥物治療就須入監服刑是不公平的。

儘管藥物治療計畫是強制性的，犯罪人仍必須接受醫療評估適合接受藥物治療，以決定採行的藥物治療是否有其醫療上的必須性。因此研究者建議，如果政策最終決定採用化學去勢療法，首次接受藥物治療時可採用對人體傷害性較小副作用的藥物，像是選擇性血清素回收抑制劑（SSRIs）或多巴胺拮抗劑（e.g. Adi, Beech, Fry-Smith, & Hyde, 2002），若仍無顯著療效之後才考慮使用去雄性激素的藥物。而且，在整個治療過程需監控犯罪人的健康狀況，並檢視可能的不良副作用，不得使用實驗性質的藥物。針對療程的每一個步驟，都應有詳細的法規規範。法規中應規定，需定期檢視治療計畫、犯罪人有機會了解進行治療的原由、或有退出治療計畫的權利。而且必須有類似的醫療委員會定期審查每位犯罪人的治療過程和一般性計畫。若有證據顯示，治療計畫未產生預期成果—降低對公共的風險，或藥物副作用可能侵害到犯罪人的尊嚴，那麼審查委員會有權終止該計畫，換言之，降低再犯風險不應是持續藥物治療的唯一理由，若藥物治療引起的負面影響，造成治療有身體傷害的風險或貶損人格（心理）之情況，使得治療計畫預期達到的目標不成比例，就應立即終止治療計畫。

總結而言，人類性行為的正常與否，絕對不只是神經系統中，單胺類（monoaminergic）神經傳導物質（如5-HT）交互作用的結果而已；其亦受到複雜的人格特質組成、學習經驗、社會因素及環境的影響。然透過藥物對單胺功能及其活性的作用，可以協助個案控制體內無法招架的生理衝動。但是，當個體的偏差行為不再只有影響自己，而且對他人造成可能的危害時，治療究竟是由哪一方所推動的，便模糊不清。在長期監禁（incarceration）或附條件假釋（須接受藥物治療）的選擇下，多數的性犯罪者往往無視藥物可能帶來的風險，而選擇後者。於此，醫療人員更應要確保該用藥是否具有臨床指徵（clinically indicated），或其只是執行社會控制的手段之一。當然，醫療人員也是人，要求他們在「醫療」與「司法」間進行單一選擇，其實有些強人所難，更何況他們是專業的醫療人員，而非司法的仲裁者。最後，固然目前對於性犯罪的「司法處遇」仍面臨諸多「療效」不彰的困境，在冀望「化學去勢」的救援之際，本文期望能

提供一個一般化的架構，在此架構脈絡下，對於化學去勢可就醫學、道德和法律等議題上，進行全盤的討論，讓主管當局可考慮和評估現行政策，期待在兼顧醫療與司法的雙重目標下，建構一套好的處遇計畫方案，除了能有效的「治療」性罪犯的「性疾病（偏差）」，降低其再犯的機會，滿足大眾免於被害風險的需要，亦同時可解決因藥物造成的醫學、法律、道德/倫理與犯罪者人權利的問題。

參考文獻

一、中文資料

- 沈勝昂(2012)。性侵害「Deviance vs. Disorder？」與「處遇 vs. 治療？」：神經心理的觀點。檢察新論，348-366。
- 沈勝昂(2009)。性侵害犯罪加害人社區處遇：理論政策與實務操作。中央警察大學出版社，桃園，臺灣。

二、英文資料

- Adi, Browne, Beech, Fry-Smith, & Hyde, C. (2002). Clinical Effectiveness and cost-consequence of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. London: Home Office.
- Anderson R.A, Bancroft J, Wu, F.C.(1992) The effects of exogenous testosterone on sexuality and mood of normal men *J. Endocrinol. Metab.*, 75, 1503-1507.
- Archer, J., Graham-Kevan, N., & Davies, M. (2005). Testosterone and aggression: A reanalysis of Book, Starzyk, and Quinsey's (2001) study. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 241–261. doi:10.1016/j.avb.2004.01.001.
- Aroudj, S., & Baratta, A. (2012) Paraphilia, chemical castration and optic neuropathy: A case report. *Annales Medico-Psychologiques*, 170, 579-582.
- Bailey, J. M., & Greenberg, A. S. (1998). The science and ethics of castration: Lessons from the MORSE case. *Northwestern University Law Review*, 92, 1225–1246.
- Baker, W. L. (1984). Castration of the male sex offender: a legally impermissible alternative. *Loyola Law Review*, 30, 377–399.
- Beech, A. R., & Mitchell, I. J. (2005). A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of such problems. *Clinical Psychology Review*, 25, 153–182.
- Book, A. S., & Quinsey, V. L. (2005). Re-examining the issues: A response to Archer et al. *Aggressive and Violent Behavior*, 10, 637–646. doi:10.1016/j.avb.2005.01.001.
- Bowden, P. (1991). Treatment: Use, abuse and consent. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1, 130–141.
- Bradford, J. M. W., & Pawlak, A. (1993). Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Archives of Sexual*

- Behavior*, 22(5), 383–402.
- Bradford, J. M., & McLean, D. (1984). Sexual offenders, violence and testosterone: A clinical study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 335–343.
- Bradford, J. W. (1983). The hormonal treatment of sexual offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 11, 159–169.
- Briken, P., Hill, A., & Berner, W. (2003). Pharmacotherapy of paraphilias with longacting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(8), 890–897.
- Buena, F., Swerdloff, R. S., Steiner, B. S., Lutchmansingh, P., Peterson, M.A., Pandian, M.R., Galmarini, M., & Bhasin, S. (1993). Sexual function does not change when serum testosterone levels are pharmacologically varied within the normal male range. *Fertil. Steril.* 59, 118–123.
- Craissati, J. (2004). *Managing high risk sex offenders in the community. A psychological approach*. New York: Routledge.
- Fitzgerald, E. (1990). Chemical castration: MPA treatment of the sexual offender. *American Journal of Criminal Law*, 18(1), 1–60.
- Grasswick, L. J., & Bradford, J. B. (2002). Osteoporosis associated with the treatment of paraphilias: A clinical review of seven case reports. *Journal of Forensic Sciences*, 48(4), 849–855.
- Grubin, D. (2007). *Second expert paper: Sex offender research*, NHS National Programme on Forensic Mental Health Research and Development. Liverpool: Forensic Mental Health.
- Gys, L., & Gooren, L. (1996). Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *The Journal of Sex Research*, 33(4), 273–290.
- Harrison, K. (2007). The high-risk sex offender strategy in England and Wales: Is chemical castration an option?. *The Howard Journal*, 46(1), 16–31.
- Harrison, K., & Rainey, B. (2009). Suppressing human rights? A rights-based approach to the use of pharmacotherapy with sex offenders. *Legal Studies*, 29, 47–74. doi:10.1111/j.1748-121X.2008.00111.x
- Hicks, P. K. (1993). Castration of sexual offenders. *The Journal of Legal Medicine*, 14, 641–667. doi:10.1080/01947649309510933
- Bancroft, J. (2009). *Human Sexuality and Its Problems*, Churchill Livingstone; 3 edition.
- Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2001). Depot-Leuprolide Acetate for treatment of paraphilias: A report of twelve cases. *Archives of Sexual Behavior*, 30(4), 409–422.
- Maletzky, B. M., & Field, G. (2003). The biological treatment of dangerous sexual

- offenders: a review and preliminary report of the Oregon pilot Depo-Provera program. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 391–412.
- Marshall, W. L. (1997). Pedophilia: Psychopathology and theory. In D.R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (pp. 152-174). New York: Guilford Press.
- Meyer, W. J., & Cole, C. M. (1997). Physical and chemical castration is sex offenders: A review. *Journal of Offender Rehabilitation*, 25(3/4) 1–18.
- Miller, R. D. (2003). Chemical castration of sex offenders: Treatment or punishment? In B. J. Winick & J. Q. LaFond (Eds.), *Protecting society from sexually dangerous offenders* (pp. 249–263). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10492-014
- White, P., Bradley, C., Ferriter, M., Hatzipetrou, L. (2009). Management for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders (Review)"*The Cochrane Library*.
- Roda, R. T., Laws, D. R., Kellner, R. (1976). Plasma testosterone levels in the rapist. *Psychosomatic Medicine*, 38, 257- 268.
- Rösler, A., & Witztum, E. (2000). Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 43–56.
doi:10.1002/(SICI)1099-0798(200001/02)18:1::AID-BSL3763.0.CO;2-8
- Scott, C. L., & Holmberg, T. (2003). Castration of sex offenders: Prisoners' rights versus public safety. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 31, 502–509.
- Shen, S. A. (2009). An Examination of the Relationships between Self-consciousness emotion, Empathy, and Anger/Aggression of Male Marital Violence Offenders in Taiwan, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
- Spalding, L. (1998). Florida's 1997 chemical castration law: a return to the dark ages. *Florida State University Law Review*, 25 Retrieved from:
<http://www.law.fsu.edu/journals/lawreview/frames/252/spalfram.html>
- Stinneford, J. F. (2006). Incapacitation through maiming: Chemical castration, the Eighth Amendment, and the denial of human dignity. *University of St. Thomas Law Journal*, 6–25.
- Studer, L. H., Aylwin, A. S., & Reddon, J. R. (2005). Testosterone, sexual offense recidivism, and treatment effect among adult male sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 171–181.
doi:10.1177/107906320501700207
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization. Geneva.

- Yates, W. R., Perry, P.J., MacIndoe, J., Holman, T.,& Ellingrod, V. (1999).
Psychosexual effects of three doses of testosterone cycling in normal men.
Biological Psychiatry. 1999 Feb 1;45(3):254-60.