

精神與行為問題者強制治療之多層次系統性探討：從世界看臺灣

計畫主持人：吳建昌

協同主持人：江東亮、李茂生、周愷嫻、陳宜明

計畫摘要

背景：

人類營現代法治生活，永遠必須在尊重個人自主、保障個人安全、及維持公共衛生及社會安全之間進行權衡，因此針對有精神或行為問題的犯罪人，許多國家皆發展出強制治療之制度，期待能夠達到上述之政策目的。臺灣近來因為隨機殺人之案件受到矚目，造成社會人心惶恐不安，有論者認為應該要加強管制，提升人身及社會安全之保障，人權的保障在安全的考量下，必須退讓。因此有必要全面檢視臺灣強制治療與社會安全之制度，進行國際比較，並從事文獻與實證研究，瞭解強制治療制度之現況，並擬定強制治療與社會安全之政策大綱。

計畫內容：

1. 從歷史及社會經濟文化觀點，系統地探討並描畫出臺灣及世界各國強制治療系統之網絡。
2. 系統地探討強制治療制度之科學、風險、治理與倫理的理論與實踐問題。
3. 對於台灣精神疾病犯罪人進行訪談，探討其在各種強制治療系統中之經驗以及合流與分流之可能途徑。
4. 探討台灣民眾對於社會安全及強制治療系統之態度，作為將來政策擬定之參考。

研究方法：

第一年：強制治療與社會安全政策之文獻回顧與歷史探討

1. 從科學、風險、管制與倫理之理論出發，探討臺灣、美國、英國、日本及中國強制治療與社會安全政策之歷史背景、社會經濟文化變遷、制度合流或分流，以及進行強制治療與社會安全網絡之分析
2. 撰寫論理分析之論文，投稿至 TSSCI 或 SSCI 之期刊

第二年：實證研究

1. 訪談、焦點團體、大眾電話訪談、專家學者會議：
 - (1) 訪談監所中，具有精神或行為問題之矚目或重大暴力或殺人案件之犯罪人
 - (2) 訪談強制治療及社會安全制度之專家學者、相關官員並進行一般民眾焦點團體
 - (3) 設計問卷並進行電話訪問探討臺灣民眾對於強制治療及社會安全政策之態度
2. 召開專家學者會議，針對強制治療及社會安全政策提出政策大綱

3. 撰寫論理分析及實證研究之論文，投稿至 TSSCI 或 SSCI 之期刊

預期成效：

1. 進行國際比較，從科學、風險、管制與倫理之觀點，系統化地形成具有歷史與社會經濟文化多層次觀點之強制治療與社會安全政策。
2. 了解台灣民眾對於強制治療及社會安全政策之態度，協助政府進行調和民眾期待與政策可行性，進行政策溝通，形成具有民意基礎的強制治療與社會安全政策。
3. 舉辦專家學者會議，擬定強制治療與社會安全政策大綱，可以作為政府施政之參考。
4. 發表 TSSCI 或 SSCI 相關論文。

一、計畫緣起(動機、背景)

(一) 各種強制治療系統之簡介：

人類營現代法治生活，永遠必須在尊重個人自主、保障個人安全、及維持公共衛生及社會安全之間進行權衡，而此種權衡與衝突在精神衛生與法律之交錯地帶更加明顯(Sales & Shah, 1996)。精神或心理狀態之字眼出現在法律之中，大概與法律之歷史一樣久遠(Bartlett & Sandland, 2003; 吳建昌, 2000)，而在近代之發展，法律與精神醫學二者呈現出複雜之關係，一方面精神醫學與法律相輔相成，建構出社會控制與治療之系統(Dallaire, McCubbin, Morin, & Cohen, 2000)，另一方面，精神醫學與法律之間亦呈現衝突之態勢，例如精神醫學強調生物系統之決定論，而法律學則強調尊重個人尊嚴自主之非決定論；精神醫學與法律亦經常使用不相通之語彙，使得精神醫學與法律之間必須時常進行翻譯詮釋之工作；最後，精神衛生法律所賦予精神科醫師之職責，有時與精神科醫師對於病人之義務相衝突，因此一部良好之精神衛生法，必須跨越衝突所造成之壁壘，發揮精神醫學與法律之整合功效，而完成法律作為國家社會政策工具所欲實現之理想(Sales & Shah, 1996)。

1. 精神衛生法之強制治療

檢視各國精神衛生相關法制，國家動用力量強制人民接受治療之思維，大致可分成二種模式：(1) 警察權力 (police power) 維持公共秩序模式；(2) 家戶長作為 (parens patriae) 照顧人民模式(Appelbaum & Gutheil, 2007; Dressing & Salize, 2004; Nakatani, 2000)。在警察權力模式中，當人民出現違反社會秩序公共利益之行為時，例如當人民因精神疾病出現傷人或傷人之虞的行為時，國家可以採取強制住院治療之措施，治療該人民之精神疾病，使其精神症狀改善後不再出現上述傷害他人之危險。在家戶長作為模式中，當人民因為精神疾病出現無法照顧自己或傷害自己之行為或傾向時，國家扮演有如家長之保護角色，為了該人民的福祉利益而強制其接受住院治療。民國 97 年 7 月 4 日台灣新修訂精神衛生法實施前，台灣「舊」精神衛生法第 1 條之立法目的中，還保留著「維護社會和諧安寧」之字眼，然而新修訂精神衛生法第 1 條中已無這些字，但在理論上及實踐上，「社會和諧安寧」仍可能由尊重人民自由權利及保護人民之過程中導出。然而，最困難的是，如何在瞭解憲法之比例原則精神與精神衛生法之立法目的後，妥善詮釋並運用強制住院之法條於臨床精神醫療之實踐中。臺灣 1990 年公佈精神衛生法，開始精神醫學執業方式之改造工作，精神疾病病人之權益也逐漸受到重視。其歷經 2000 年及 2002 年之小幅修正。然而，國內對於精神衛生法之相關研究可供參考者並不多，僅有數位法學者如林超駿、郭明政及黃進興針對病人人權保障進行探討，且精神衛生法整體制度面之討論更是少見(李俊穎 & 周煌智, 2003; 林超駿, 2004; 林曉卿, 2005; 郭千哲, 潘俊宏, 蔡尚穎, 陳喬琪, & 胡維恒, 1998; 郭明政, 2004; 陳小慈, 1992; 陳秋瑩, 1999; 單美惠, 2003; 黃進興, 2003)。因此，於 2007 年 7 月 4 日大幅修正公佈並於 2008 年 7 月 4 日實施之精神衛生法，除了將強制治療之實施對象-嚴重病人之定義釐清之外 (第 3 條)，亦引進了審查會、法院、與病人權益促進相關公益團體 (第 15 條、第 41-42 條、第 45-46 條) 監督強制治療之實施，將社區中之處置方式更加詳細規定，如緊急處置及社區強制治療等，且加強警察與消防機關之功能

(第 32-34 條、第 46 條)。

依據目前台灣經神衛生法修法之趨勢為人權保障，同時，家庭在醫療過程中扮演的角色逐漸式微。其特色包括：只有嚴重病人（呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務）在出現傷人或自傷之虞時，才能夠啟動強制住院之程序；而強制社區治療之幾種可能樣態包括：強制住院之替代、附條件之出院、預防性強制社區治療（包括以較寬鬆之條件許可在社區進行強制治療）、結合監護宣告之強制社區治療等；國內目前採取的是針對嚴重病人之預防式的強制社區治療，有擴大強制社區治療之制度設計，具有過度侵害精神疾病患者人權之可能性。而目前對於意思能力（mental capacity）相關事項立法密度最高之國家，首推英國；其於 2005 年公佈 Mental Capacity Act，對於英國法律中牽涉到精神及身體醫療病人意思能力之部分，作一總括性之規定，降低法律規定對於精神疾病病人不當歧視之效果，並提出在各種醫療法律場域皆可有一致之意思能力判準(Dawson & Szmukler, 2006)。而在台灣立法趨勢強調預立醫療決定之時（例如，於 2016 年公布，將於 2019 年實施之病人自主權利法），精神疾病之強制治療是否亦可有預立醫療決定之可能性，值得探討。

2. 毒品與酒精濫用或成癮之強制治療

而在毒品使用之防治方面，從清朝迄今，我國歷代政府對於毒品之管制，皆以特別立法之方式進行管制，而其管制之法律策略，在動員戡亂時期，強調嚴刑峻罰之治亂世用重典策略，對於許多毒品相關犯罪皆處以「唯一死刑」；而在管制毒品之政策上，於 1955 年至 1990 年強調供給面（販賣、運輸等）之控制，然而實施成效不彰(施奕暉, 2013)。因此，於 1991 年以後，開始重視需求面（持有、使用等）之控制，強調緝毒、拒毒及戒毒三者並行，於全球化之過程中，我國許多毒品管制法律政策繼受美國之作法，於 1993 年宣示「向毒品宣戰」(詹中原 & 張筵儀, 2007)，於 1998 年，開始對於採用醫療模式之「有條件除罪不除刑」，將施用毒品者同時當作犯人與病人（又稱「病犯」），施行觀察勒戒、強制戒治及追蹤輔導等機制。然而，於 2003 年又開始強調刑罰，對於戒治後五年內再犯者，則認為成效不彰，直接對此種人士進行刑事追訴(吳耀宗, 2010; 施奕暉, 2013)。其後，由於毒品施打者共用針具（因政府管制取得不易），導致許多施打毒品者罹患愛滋病，造成公共衛生及醫療成本之重大負擔，故政府於 2005 年開始實施「毒品病犯減害計畫」，提供清潔針具及美沙酮（methadone）供施打毒品者使用，期待以美沙酮取代海洛因，降低施打者罹患愛滋病之機會，同時也可協助毒品施打者在使用美沙酮之時，保持工作能力自我維持。由於成效不錯，因此於 2008 年修法時，將減害計畫正式入法結合緩起訴制度，使得加入減害計畫使用美沙酮者不必受到刑事追訴(吳耀宗, 2010)。然而，美沙酮替代療法之成效如何，仍有爭論；學者於 2012 年之研究顯示，接受追蹤 18 個月之後，在毒品、財產及暴力犯罪之再犯率方面，接受美沙酮替代療法者，確實比為接受者有顯著地降低，然而因為繼續參加美沙酮替代療法者在 18 個月後，僅剩 23.64%，因此對於整體再犯率影響仍有限(陳泉錫, 季延平, & 詹中原, 2012)。而我國施用毒品後接受戒治者，再犯率可達 8 成至 9 成之多(施奕暉, 2013; 柯雨瑞, 2012)，而毒品犯戰監獄人口，可達 4 成至 6 成之多(王皇玉, 2010; 詹中原 & 張筵儀, 2007)，亦顯示目前之毒品管制法律政策，並無法發揮預期之功效。學者對毒品防制供作之主管質性質性訪談，並

對於即將出監之毒品犯進行問卷調查之後，認為有三大問題亟待解決：缺乏國家級專責常設機構；缺乏中途處遇機制；各部會機關之間防制處遇作業程序不一，資訊無法整合。而出監者將常遭遇得困境，則為：找不到工作以及無法脫離毒友之社交圈(詹中原 & 陳泉錫, 2011)。為了整合刑事政策與公共衛生政策，處理有精神疾病（包含毒品濫用及其他精神疾病）的犯罪人，全美國州政府協會(Council of State Governments)為了也建立了一個刑事司法與精神衛生共識計畫(Criminal Justice/ Mental Health Consensus Project)，希望由制度面的修正探討如何處遇落在刑事司法與精神衛生兩個系統接縫處之精神疾病犯罪人，其中合併有精神病及酒精、藥物濫用與成癮者，更是探討的重點之一(Council of State Governments, 2002)。同樣地，在臺灣而要達到上述之機制整合降低毒品使用或傷害之目的，不管是成立一個國家級專責機關或是整合牽涉到毒品犯罪之各個機關，善用相關於毒品使用之流行病學資料(Clark, Power, Le Fauve, & Lopez, 2008)，瞭解施用毒品者在刑事司法系統、衛生醫療系統或社會福利系統之中的流動，以及與毒品使用相關之各個層次（從社會到個人）之可能風險因子，將有助於國家將來發展更貼近實際情況的毒品管制法律政策。

在關於酒癮者之治理，根據我國刑法第 89 條第一項，「因酗酒而犯罪，足認其已酗酒成癮並有再犯之虞者，於刑之執行前，令入相當處所，施以禁戒。」第二項則規定，「前項禁戒期間為一年以下。但執行中認無繼續執行之必要者，法院得免其處分之執行。」然而，我國從未發展出有如毒藥癮防治般整體網絡的治理策略，而是結合在刑法第 19 條第三項關於原因自由行為的刑事責任能力規定，刑法第 87 條監護處分之規定，或者在於精神衛生法關於緊急安置、強制住院或強制社區治療的規定，形成一種概念式的酒癮治理模式。而世界各國在酒藥癮強制治療（或近似強制治療）之法律政策上，近十年來的調整，亦是台灣修訂相關法律時，必須努力收集分析之資料。

3. 性侵害加害人之強制治療

最近二十餘年來，不僅重大刑案如白曉燕案、彭婉如案（1995 年-1996 年）撼動社會大眾之觀感，媒體經常出現「XX 之狼」之報導評論，犯罪統計數據亦顯示台灣每年強制性交案件節節上升；1992 年為 524 件，然而 2001 年已增加到 1698 件，再加上專家估計未報案之案件數（所謂犯罪黑數）約為已報案件數之 7-10 倍，因此在邁入 21 世紀之際，台灣可能平均每小時皆有 2 位女性遭受到強制性交之傷害，在官方、學界及民眾觀感上，台灣性侵害問題已到了必須慎重處理的時候(黃富源, 2003)。而隨著台灣女性平權論述高漲，保障女性之立法運動及行政管制方興未艾(黃富源, 2003)，例如家庭暴力防治法、兩性工作平等法、性別教育平等法、性騷擾防治法等相繼通過，尤其自 1994 年至 2005 年，台灣性侵害防治政策相關立法活動更是旺盛，結合各個法規形成一個性侵害防治之法律網絡，而在實務操作上逐漸形成一個結合統計分析與專家判斷之風險評估與管理系統(周煌智, 李俊穎, 林世棋, & 陳筱萍, 2004; 林明傑, 2004; 龍佛衛 et al., 2005)，因此台灣似乎已經進入了性侵害風險治理（risk governance）的時代。在近二十年來，性侵害防治一項是結合心理科學（包含精神醫學）及刑事政策之跨科際學門，有學者們以 Michel Foucault 之規訓（discipline）與治理理性（governmentality）的觀點來探討此二學門知識運作制度之變革，而此種探討亦有助於我

們更理解風險治理在性侵害防治政策上之發展方向。

採用 Foucault 之治理理性之概念，Robert Castel 認為法國及美國在控制精神疾病病人之行為之技術，已經逐漸從強調危險（danger）之專家規訓過渡到強調風險（risk）之行政治理，亦即從聚焦於精神疾病病人內在危險性（dangerousness）之個別診斷治療，轉成以病人個別特質或外在環境等風險（risk）因子預測治理其行為之過程。以往精神科等專業人士獨佔危險評估之局面不再，反而是各階段評估人員針對這些風險因子所積累之檔案資訊將跟隨著病人，隨時可以作為使用電腦科技統計分析之材料，因此病人的與醫師面對面接觸之血肉主體性在此化解成可從遠處（at a distance）個別管理之風險因子之組合，而對病人行為之直接物理控制亦轉型為可針對個別因子進行操作，降低各因子對於病人負面行為之影響力(Castel, 1991)。而近來刑事政策及犯罪學之論述中也出現公共衛生、精算正義（actuarial justice）及情境犯罪預防（situational crime prevention）之論述。專長於以公共衛生方式進行犯罪防治之美國學者 Prothrow-Stith 認為，美國最近數十年來公共衛生與刑事政策有互補合流之趨勢，亦即公共衛生以標定犯罪風險因子之方式來尋找降低犯罪之介入點；過往刑事政策所強調之個人責難與處罰並非重點，反而控制或降低源於潛在加害人或被被害人之風險因子才是重點(Prothrow-Stith, 2004)。在英美新自由主義（neo-liberalism）的治理理性架構下，政府強調私有化及市場化制度，提供風險資訊，鼓勵民眾以企業家之精神，建構其自主性，理性計算風險、行使自由並自行負擔風險責任時，因此英美政府建構刑事政策之過程中，潛在犯罪人之形象也被建構成理性計算犯罪成本效益及風險之「理性人」，而植基於此種犯罪人形象理解之情境犯罪預防政策，就在於調整環境，使得潛在犯罪人發現其成功犯罪之成本及風險上升，且獲利下降，則潛在加害人將「理性地」放棄其犯罪計畫。而與此情境犯罪預防理論合流之精算正義，則以保險精算之思考架構系統化地收集犯罪數據，以統計方式進行犯罪預測，並創造數據指標作為管理階層判斷制度成功與否之依據。而在犯罪人依指標被視為無可改變時（inert），亦即對於刑事政策之介入不起反應時，則隔離或排除犯罪人於社會之外，使犯罪人失能（incapacitation）之策略，將成為精算正義下的最佳選擇(Feeley & Simon, 1994; O'Malley, 2004)。美國法學家 David Garland 則綜合描述上述之發展，認為英美政府逐漸步出強調社會福利及受刑人更生復歸之思考架構，不再認為社會工程之類大計劃值得採用，而更強調良好之刑事政策在於良好之犯罪風險管理，因此，調整日常生活及環境結構，使「理性」潛在犯罪人犯罪成功之成本及風險增加，使「理性」潛在被害人不再成為犯罪機會之提供者(supplier of criminal opportunities)，強調指標績效及評估，重視被害人遭受之傷害，而在這種氛圍中出現的另一極，則是社會對於法律與秩序之強調，以嚴打犯罪之方式進行犯罪控制，而無法降低其風險之犯罪人族群將被視為所謂的「怪物」(monster)，將之長期監禁而與社會隔離便成為重要的預防措施(Garland, 2001)。我國目前性侵害加害人強制治療之防治政策，便是採用這樣的基本論調，結合性侵害犯罪防治法第 20 條（性侵害加害人身心治療及輔導教育之社區處遇）、第 22-1 條（強制治療）及刑法 91-1 條（強制治療）規定，在經過評估之後，若性侵害加害人仍有再犯之危險者，則需持續治療至其再犯危險顯著降低為止。

4. 暴力刑事犯罪人之強制治療

在殺人的研究文獻中，殺人者與被害人之關係是分析及防治政策之重點。例如，殺人者是否為被害人之家屬成員、親戚、朋友、認識的人或者純然的陌生人等等，會有不同的互動及犯案模式，而藉著分析資料，可以獲得各種關於加害人、被害人、靜態及動態背景資料之特徵，可能有助於將來進行預防或矯治工作之進行。而臺灣自 30 餘年前開始，無差別殺/傷人事件逐漸地吸引人們的注意，尤其在最近 10 餘年，無差別殺傷人事件在媒體之曝光率比以前更高，「似乎」此類事件之發生率比以前更高，再加上此類事件本身之發生原因及犯案者之動機經常無法為一般人所理解，與加害人「精神疾病症狀」的不可預測性結合，經常造成人心惶惶，因此，有論者認為應該要加強管制，提升人身及社會安全之保障，人權的保障在安全的考量下，必須退讓。在我國，此類犯罪人若是被認定因精神障礙或其他心智缺陷，致其犯罪時無辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，則依刑法第 19 條免刑，但是依據刑法第 87 條，於犯罪人之情狀「足認其有再犯或有危害公共安全之虞時」，法院可以令犯罪人「入相當處所，施以監護」。然而，根據同法條第 3 項，監護處分之期間為 5 年以下，若監護處分期滿而犯罪人仍具有「再犯或有危害公共安全之虞時」，若其不符合精神衛生法強制住院之規定時，則國家並無介入之可能。在英國，不僅僅是此類病人，其他因為危險嚴重人格疾患 (dangerous severe personality disorder) 而有暴力危險者，即使沒有犯罪記錄，國家也可以對之進行強制治療，此種管制措施遭到許多的批評，認為國家濫用權力的風險頗高 (Wootton & Fahy, 2007)，然而此一強制治療制度似乎能夠補救前述強制治療制度之漏洞；而日本對於精神疾病犯罪人，其強制治療乃納入精神衛生法強制住院之規範中，將民事與刑事之強制治療系統加以合流於精神衛生照顧系統之中，在制度規劃上具有效率。而美國，合流則發生在所謂的藥物法庭 (drug court) 或精神衛生法庭 (mental health court)，由司法系統結合法律、心理、精神醫學、社工、警察等專業人士進行介入；在二十一世紀初，此種整合司法與精神衛生系統的努力方興未艾，試圖打破過去以專業領域所劃定的強制治療系統規劃，然而總體而言，各個治療系統之間，仍是斷裂不連續，而且其介入仍集中在個人。

(二) 秩序治理之模型

1. 秩序與關係

從觀察的角度而言，自然科學探討所謂自然之現象 (例如物理、化學、生物、地球科學等等)，不需人類的制訂介入即可依據某種原理運作之狀況，一旦掌握了這些自然原理或秩序的知識，人類可以藉由某種操作來因應或運用自然的力量，達到某些維持生存或提升福祉的目的；而社會人文科學則是研究與人相關的現象 (例如倫理、法律、經濟、文化、社會等)，這些現象經常是在個別或群體關係中展現，而藉由社會人文研究所得至的社會人文原理或秩序的知識，同樣地可運用之來達到維持生存或提升福祉的目的。

然而，進行自然現象之研究時，仍然必須受限於人類社會文化的結構，例如，研究問題的選擇、經費、人力、同儕審查等等皆是。尤其，在進行與人有關的研究時，研究倫理的審查，更觸及知識應該以何種合乎科學及倫理之方式獲得，因此，自然知識等

秩序的構築，與社會人文制度（社會秩序的一種）有莫大的關係。然而，同時，我們的社會人文運作，無法脫離人長期演化的肉體性（embodiment），即使在目前強調人機介面發展的時代，科技與人性（存在於肉體或想像中）的互動，也會影響社會人文制度的發展。因此，自然秩序與社會秩序在人、人群與社會的展現上，是互相絞揉嵌鑲在一起的，或者是同一體的不同的探索與認識的面向。

2. 國家社會與個人之界線

圖 1 表示國家社會與個人之間的界線的最簡單模型。在一個憲政體制國家，通常會制訂人民的基本權利，確保人民擁有一個廣義的隱私權（privacy rights）空間，國家社會只有在某些特殊條件存在時，才能夠運用國家社會的力量介入個人的隱私空間之內（方框之中）。而在其非隱私權範圍內的行為，人則必須為了共贏生活而遵守公共空間的法規，以限制彼此的自由而達到保障自由的目的。



當然，這個示意圖本身是個人主義/自由主義思維架構下的產物，從個人的權利保障出發，強調國家社會權力運用之正當性及界線。然而，若是從某些社群主義或儒家主義關係主義之思維架構出發(Ames, 2011)，那麼想法可以轉變

成，人是如何從關係的

圖 1 國家社會治理權力的界線

建構過程中發展起來，因此人與國家社會之間存在者許多關係網絡與線路，而成就了這個人，因此之中，任何國家社會與個人之間的界線皆會成為虛線，而且有許多細微的連結產生。因此，不同的人與國家社會界線的模型，將產生不同秩序治理的想像。

3. 人的不同層次的觀察

上述圖 1 乃是靜態的平面圖，底下圖 2 乃是靜態的縱面圖，表示我們可以從不同的層次來看待一個人，瞭解其在不同層次的意義為何。



例如，從最高的宇宙層次的觀察，我們想像人在宇宙之中的定位為何，甚至在靈性的終極的人生的目標為何。而在社會層次，則牽涉到人生活在何種社會之中會有何種的社會文化的特色展現；另外，人在不同的家庭之中成長對於人格的養成非常重要，也是人在營社會生活

前的重要學習場所，對於人後來的行

圖 2 人的層次性觀察

為模式影響重大。而在個人的層次，我們可以考察個人的身體現象或是個人的心智現象，或者理解到兩者乃是揉合不可分，我們只是從不同的觀察角度，為了方便起見而加以區分。

而在神經科學發展方興未艾之際，許多學者希望能夠將行為化約（reduce）為神經科學的機制，以神經科學的語彙解釋行為層次的現象，這樣的努力與辯論仍在持續進行

(consensus project) (Thompson, Reuland, & Souweine, 2003), 或者機構例如藥物法庭 (drug court) 或精神衛生法庭 (mental health court) (Tyuse & Linhorst, 2005), 結合各種專業 (法律、精神醫學、社工、心理、警察等) 來協助進行轉向分流或合流的決定。當然, 目前這些國外的新興機制仍在研究發展之中, 然而臺灣仍處在概念引進的時期, 有待加強。

6. 社會經濟、不平等、精神健康與犯罪

6.1 貧窮與心理健康的關係

十九世紀末, 涂爾幹提出社會與經濟的剝奪造成自殺率升高的觀點 (Durkheim & Simpson, 2002)。二十世紀以降, 學者陸續探討貧窮跟身心疾病之間的關聯性, 揭露了各種疾病在貧窮族群與地區盛行的現象。

貧窮或低社經條件, 與精神疾病之間的關係, 主要有兩種理論: 第一種是社會選擇理論, 意即罹患精神疾病使的個人無法獲得較高的社會經濟地位, 或是使人陷於貧窮。另一種社會致病理論, 則認為貧窮與低社經條件帶來的心理壓力, 導致精神疾病發生 (Costello, Compton, Keeler, & Angold, 2003; Murphy et al., 1991)。社會選擇理論重視生物致病因素與遺傳體質導致的疾病與失能, 另一方面, 社會致病理論則著重於社會因素的調控。

社會致病理論認為, 貧窮不但使個人遭受到社會排除, 也限制了個體對生活方式的選擇。經濟上遭受剝奪的人, 在居住環境、人際網絡、教育機會、社區資源、職業性質、社群文化等等方面, 較缺乏益於健康的選擇, 因而更加容易罹患心理與身體的疾病。

在心理健康方面, 經濟弱勢的族群, 也比他人更頻繁地暴露於天然災害、經濟動盪、社會變遷、與罹患疾病的風險, 更容易遭遇到各種令人感到威脅、害怕、甚至羞辱的生活壓力事件 (World Health Organization, 2010)。一旦面對壓力, 經濟弱勢族群似乎缺少能有效作為調節壓力或緩衝風險的心理社會資源, 也較難有效率地使用個人與外界的資源 (Aneshensel, 2009)。

依據世界衛生組織的定義, 心理健康的個人, 應當能發揮自己的潛能, 因應一般生活當中的壓力, 能在工作中產生豐碩的成果, 亦能對於社群做出一己之貢獻 (World Health Organization, 2001)。依此定義, 貧窮在令人喪失與他人相同的機會, 使人更難以去實踐有意義、有生產力的社會生活的同時, 也使經濟弱勢的族群相對於他人, 更不容易達到心理健康的最高標準。

6.2 從貧富差距到健康不平等

今日的富裕國家, 大部分民眾的生活已然處於貧窮線以上, 有足夠能力滿足基本所需的飲水、食物、和住所, 有些先進國家甚至辦理全民醫療保險。然而, 貧富之間的差距卻持續擴大, 報告指出四分之三以上的 OECD 國家, 在過去 20 年皆有收入不平等增加的現象 (OECD 2011)。

社會流行病學研究指出，除了絕對貧窮之外，整個群體貧富不均的程度，對於群體之健康，尤其是相對貧窮的個體，也有極大影響。過去文獻發現，已開發國家的收入不平等與死亡率、平均餘命、肥胖、心血管疾病及精神疾病都有關聯(Pickett & Wilkinson, 2015)。

從經濟層面的差距到健康差距，兩者之間的關係主要有三種影響途徑假說。第一種是物質途徑：貧富差距對社會的結構與資源分配造成廣泛性的影響，因而對於個體在教育、工作、撫養子女、交通、居住各方面的資源剝奪，使個人暴露於物質性的危險因素，造成健康的差異。第二種則是社會心理途徑：個人在不平等的社會結構之中，透過社會比較而產生之相對剝奪感，引起羞恥、焦慮、沮喪等負面情緒，進而引發慢性壓力，最終因長期過度活化神經壓力反應系統：下視丘-腦垂腺-腎上腺軸(hypothalamic - pituitary - adrenal axis)以及交感神經系統(Chrousos & Gold, 1992; Tafet & Bernardini, 2003)，繼而引起憂鬱症、焦慮症、以及壓力疾患(Ehlert, Gaab, & Heinrichs, 2001)。第三種是社會資本途徑：從群體觀之，貧富不均會危害社會凝聚力、社會資本、以及減少群體互信、社會友善程度及個人投入社會的意願。社會資本的降低會增加社區的犯罪率，升高憎恨，並且在此脈絡效應之下影響群體中每個人—無論富有或貧窮—的身心健康。

6.3 相對剝奪感

相對剝奪根源於社會比較行為，發生在群體中較低社會經濟地位的個體身上(Walker & Smith, 2002)。相對剝奪的概念最初在1966年被Runciman提出，其生成的四個條件包括：渴望得到某特定的事物、見到他人擁有某特定事物、自己沒有該特定事物、認為自己應該得到該事物(Runciman, 1966)。而後，相對剝奪感被學者定義為個體判定自身在某些標準比其他人差，而伴隨著負面感受(Smith, Pettigrew, Pippin, & Bialosiewicz, 2012)。在個人層次，相對剝奪感會增加個體罹患憂鬱症與焦慮症的風險。相對剝奪感下降25%，能降低9.5%個人罹患任何精神疾病的機率(Eibner, Sturn, & Gresenz, 2004)。國內的研究亦發現個人在同年齡、同性別、同等教育程度的比較群體中，當個人所得較相同特質者低，其發生憂鬱症狀的機率比其他同儕高出33-77%，且憂鬱症狀部分解釋了相對剝奪和整體健康的關係，表示社會心理途徑是貧富差距影響健康的重要機轉(Kuo & Chiang, 2013)。

6.4 從貧富不均到犯罪

犯罪是另一個影響群眾健康的議題。一方面，犯罪率與自殺在特定族群的升降往往可被觀察到相似的趨勢。另一方面，人際衝突與其他慢性疾病如心血管疾病，同樣受到個體行為所決定。最後，兒童虐待、家庭暴力、物質濫用的犯罪類型，也逐漸被視為跨越司法與健康領域的社會問題(Dahlberg & Mercy, 2009)。

為數甚多的研究發現，低社經階層、所得較低的族群、以及貧富差距大的地區，犯罪率高於其他的族群與地區(Blau & Blau, 1982; Hsieh & Pugh, 1993)。貧富不均對於各種類型的犯罪可能具有不同的影響。例如英國的調查發現，低收入族群的所得

降低，會增加交通與財產犯罪(Machin & Meghir, 2004)。在美國都市進行的研究發現，貧富差距與暴力犯罪有顯著關聯，但對於財產犯罪則否(Kelly, 2000)。

經濟學家認為，犯罪行為是在衡量可能獲得的利益與懲罰之後產生的結果。因此當貧富差距越大，犯罪帶來的潛在利益越高，代價越低，於是增加了犯罪的誘因(Becker, 1968)。而社會學家提出緊張理論(strain theory)，認為當人們無法透過合法的方式得到預期的財富，會感受到相對剝奪，削弱人們維護社會常規的動機，變得更能接受犯罪行為(Merton, 1938)。社會失序理論(social disorganization theory)則主張，經過社會比較，貧富不均導致人際之間的張力升高，降低凝聚力，造成敵意與對立，而這些地區的居民無法安居樂業，種族混雜，家庭不穩定，都可能升高犯罪風險(Kelly, 2000)。另外，也有學者解釋，富裕地區比貧窮地區挹注更多資源用於維護社會安全，且生活貧窮的人對於社會安全的標準普遍較低。

(三) 本研究之動機與重要性

從上述(一)、(二)的背景探討中，本研究團隊認為，過去之研究鮮少有從多層次系統性之架構，探索國家對於精神或行為問題者之多種強制治療制度之銜接與整合；畢竟，我們難以想像各種強制治療系統存在於社會經濟文化制度之虛空中，因此必須探討在何種的社會經濟文化政策中，強制治療系統能夠發揮何種功用；在另一方面，同一個人可能同時具有精神疾病、酒精或毒品濫用問題、性侵害或其他暴力犯罪行為，或者被國家認為乃無教化可能性，或經治療後危險無法有顯著降低，因此，對於此種個人，國家強制治療系統如何整合多層次、多專業團隊進行介入，規劃良好之合流或分流路徑，不僅做到降低傷害，也做到預防，並符合人權的保障，應是值得探討的問題。因此，本計畫團隊將進行國內外文獻回顧及實證研究，根據個案、學者及官員的質性訪談中，擬定政策重要問題，並設計問卷進行大眾態度調查，作為開展符合科學與民主之社會安全政策之基礎。

二、計畫內容

1. 從歷史與社會經濟文化觀點，系統地探討並描畫出臺灣及世界各國強制治療系統之網絡。
2. 系統地探討強制治療制度之科學、風險、治理與倫理的理論與實踐問題。
3. 對於台灣精神疾病犯罪人進行訪談，探討其在各種強制治療系統中之經驗以及合流與分流之可能途徑。
4. 探討台灣民眾對於社會安全及強制治療系統之態度，作為將來政策擬定之參考。

三、研究方法

第一年計畫

1. 強制治療制度文獻回顧與歷史探討：

A. 主要分析內容：

- 1) 以強制治療制度歷史悠久的美國、英國、日本以及後來者之中國作為研究對

象，與臺灣進行比較，瞭解包含臺灣在內的這些國家過去至目前之強制治療制度開展之歷史背景，以及其社會經濟文化之變遷，如何影響這些國家強制治療制度之發展，以及這些強制治療制度如何進行特化或合流，形成強制治療制度之網絡。

- 2) 根據文獻，探討上述各國強制治療制度內在的科學、風險、管制與倫理之理論與實踐之問題，系統化地整理這些問題與解決方案的系譜與全景，從其他國家之經驗理解目前臺灣強制治療系統之問題所在，以及可能之解決方案。

B. 文獻蒐集分析方式

- 1) 本研究計畫進行文獻蒐尋之英文關鍵字包括：compulsory treatment, involuntary treatment, mandatory, mental health act, alcohol, drug, substance, sexual offender, criminal responsibility, insanity, homicide, murder, violence, treatability, incorrigibility, U.S., America*, U.K., Engl*, Scot*, Japan*, Chin*。在蒐尋之文獻過程中，可視發現而增加關鍵字。搜尋學術文獻資料庫，包括：Pubmed, Google Scholar, JSTOR, EBSCO, Westlaw, 及Lexis，以及美國國會圖書館等網站等，蒐集與上述主題相關之臺灣、美國、英國、日本與中國之資料。
- 2) 本計畫蒐尋文獻之中文關鍵字則包括：強制、住院、治療、精神衛生法、酒精、藥物、毒品、性侵害、刑事、責任能力、心神喪失、殺人、暴力、可治療性、教化可能、美國、英國、英格蘭、蘇格蘭、日本、中國等。在蒐尋之文獻過程中，可視發現而增加關鍵字。除了搜尋上述之資料庫外，亦將使用臺灣之國家圖書館，行政院、衛生福利部及立法院之網站，蒐集與上述主題臺灣之相關資料。
- 3) 使用本團隊上述提出之秩序治理模型，分析並比較臺灣、美國、英國、日本及中國之強制治療系統，從社會經濟文化到個人之多層次之觀點，系統性地檢討臺灣強制治療政策之優劣。

2. 撰寫論理性 (doctrinal analysis) 之論文，投稿至TSSCI或SSCI之期刊。

第二年計畫

1. 訪談監獄或看守所中具有精神或行為問題之犯罪人

經由上述之文獻回顧及官方資料搜尋所得之資料，本研究團隊將以立意取樣之方式，選定國內台中監獄、台北監獄（含桃園病監）或台北看守所中，約 20 位合併精神或行為問題之狀況之「矚目」或「重大」暴力或殺人案件犯罪者（根據檢察官起訴書或法院裁判書進行判斷），確認其中至少有濫用酒精、毒品、性侵害加害人者各 3 位以上，進行深度訪談。在受訪者同意之情況下，透過受訪者所在之監所，與受訪者之家屬聯繫，以確認受訪者提供資訊之可信度。「矚目」之條件，首要為經過媒體報導，引發討論等等；「重大」之條件，則為多數被害人、手段情節特別冷酷殘忍等等。其進行步驟如下：

(1) 申請並通過研究倫理審查：

首先申請學術機構研究倫理委員會同意本研究計畫對於此一易受傷害群體進行質性訪談、相關檢測以及資料蒐集。

(2) 加害人訪談及資料蒐集分析部分：

A. 由本校政法中心行文，經過監所同意協助之下，調取相關監所受刑人或受拘禁人之資料，按照其涉案情節進行篩選，共挑出 20 個受矚目之重大暴力或

殺人案件之犯罪人。

- B. 根據前述之多層次系統之理論，以生命歷程 (life course) 的角度出發，經過加害人同意之後，與加害人進行會談。會談內容包括：發展史；求學史；工作史；心性史；家庭史；小時候的鄰里狀況；交友與活動；身體疾病史；精神疾病史；酒精與物質使用史；過去失敗或受創歷史；犯罪行為史；對於犯下本案的描述，包括：動機、犯罪手法（使用武器、攻擊方式等）、被害人之選擇或不選擇、被害者人數、犯罪行為間之時間差距、是否使用酒精/藥物、情境因素（參考日常生活行動理論或衝突控制）、精神疾病與動機之關係等等因素；社會經濟文化因子之可能影響（經濟、政治、文化、媒體、法律、犯罪防治政策等等）；犯案後之感受（認知、情緒、訴訟過程、服刑、對於被害人及社會之看法）；以及對於政府防治政策的看法（哪些是可能使其不犯案的介入點、政府某些措施的可能效果）等等。在會談之過程中，若有上述各種殺人理論相關資訊，則將進一步澄清這些因素對於其犯罪行為可能之影響。

而在精神疾病史及酒精與物質使用診斷之部分，將由本研究共同主持人吳建昌副教授本身為精神科專科醫師親自與其訓練之研究人員運用臺灣 2.0 版 Mini International Neuropsychiatric Interview 的大綱，進行會談，瞭解加害人相關精神科之診斷。

- C. 蒐集受訪者犯罪事件相關之案件資料，內容包括：起訴書、歷審上訴書、各級法院裁判書、加害人在監所相關檔案、或其他可取得之保護管束資料或（經受訪者同意之後）可取得之精神醫療等既有資料。
- D. 經過受訪者同意之後，由臨床心理師為受訪者進行一般之心理衡鑑，包括智力、人格（含心理病質）、認知及神經心理學測驗等。
- E. 綜合上述資料，撰寫每個加害人的個案報告，歸納與其犯案行為相關之動機、人格、情境（微觀與巨觀）等因素，對加害人進行分類，分析並提出其犯下陌生人間殺人或無差別/隨機殺人事件之解釋，涵蓋其潛在之深層動機與加害人自己未感知到的因素，並提出針對此種加害人可能有效預防對策。

(3) 加害人家屬或其重要關係人之訪談部分：

透過監所可聯繫到加害人（家屬）的情況下，經過其同意之後，進行訪談。訪談重點在於以不同的觀點理解加害人之生命歷程，包括：發展史、家庭史、教育史、職業史等等，期待能夠就此比對加害人之描述，也可澄清家庭中某些重要的人格養成因素之運作。有助於從家庭及學校教育中進行預防或介入措施。

(4) 綜合資料，撰寫每位加害人之個案報告：

研究團隊將整合上述所有與某加害人相關之訪談資料、檔案資料以及檢測資料，為每一個受訪之加害人撰寫個案報告，歸納與其犯案行為相關之動機、人格、情境（微觀與巨觀）等因素，對加害人進行分類，分析並提出其犯下陌生人間殺人或無差別/隨機殺人事件之解釋，涵蓋其潛在之深層動機與加害人自己未感知到的因素，並提出針對此種加害人可能有效預防對策。

2. 訪談具有精神或行為問題犯罪人強制治療經驗之專家學者

受訪者包括具有司法精神醫學專長之精神科專科醫師、從事酒藥癮戒治之精神科專科醫師、從事性侵害加害人強制診療之專家、以及對於前述強制治療主題具有研究之法律學者、心理學者、社會（含社工）學者或犯罪學者，請其表達對於目前臺灣強制治療制度

之看法；若專家學者提及目前臺灣重要的強制治療制度，而為前面背景探索未觸及者，本研究計畫團隊亦將納入這些新的強制治療制度，成為本計畫之研究題材。

3. 談精神或行為問題犯罪人強制治療相關業務之官員

受訪者可包括衛福部及衛生局官員、法務部官員、內政部官員、教誨師、檢察官、社工師等人員，請其表達對於目前臺灣強制治療制度之看法。

4. 辦理一般民眾焦點團體訪談

利用媒體廣告或人力銀行網站，徵求一般民眾參加 3 小時的焦點團體，根據上述 3 個受訪群體之意見發展出來的討論大綱，進行焦點團體訪談。

5. 設計強制治療制度大眾態度調查問卷並進行電訪調查

運用上述資料，從科學、風險、管制與倫理之角度探討，發掘出具有爭議之主題，將之轉化成問卷題目，委託信譽良好之民調公司進行社會調查，從具有臺灣民眾代表性的樣本意見中，了解台灣民眾對於管制措施的態度，進行分析之後，討論一個符合民眾期待的各種強制治療管制政策的可能樣貌，以及將來管制政策上應如何強化與民眾溝通之處。

6. 召開專家學者會議

針對本研究所發現之重要強制治療議題，邀請專家學者與會進行討論，並期待能夠對於強制治療及社會安全議題，期能擬定強制治療與社會安全大綱，並請媒體協助發佈大綱內容。

7. 撰寫論理性分析及實證研究之論文，投稿至 TSSCI 或 SSCI 之期刊。

四、預期效益

1. 進行國際比較，從科學、風險、管制與倫理之觀點，系統化地形成具有歷史與社會經濟文化多層次觀點之強制治療與社會安全政策。
2. 了解台灣民眾對於強制治療及社會安全政策之態度，協助政府進行調和民眾期待與政策可行性，進行政策溝通，形成具有民意基礎的強制治療與社會安全政策。
3. 舉辦專家學者會議，擬定強制治療與社會安全政策大綱，可以作為政府施政之參考。
4. 發表 TSSCI 或 SSCI 論文。