吳建昌

對於「爭點題綱三」之鑑定意見書

鑑定人：吳建昌

令人敬重的大法官們好：

在針對底下個別子題綱問題進行回答之前，鑑定人必須提醒各位大法官，以科學語彙回答法學思維所架構出來之問題，有其困難之處；因為根據法學思維之用語或想像，有時並無法找到對等之科學語彙，無法以科學操作之知識做出答案，甚至有時候一個法學思維之名詞，可能具有數種以科學語彙詮釋之可能性，造成了溝通上之障礙。因此，本鑑定意見書在進行直接回答題綱之子問題前，有時候運用到科學哲學與法學哲學，先試著對於法學思維所使用之語彙進行澄清。

問題（一）：

性侵害犯罪加害人因刑法第 91 條之 1 或性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 規定而受強制治療者，其異常人格及行為，有無治癒（矯正至與常人無異）之可能？

答：

回答本題時，首先遭遇到的困境是，本題綱中之「治癒」，其意義為何？就治癒與時間的關係，疾病依其病程，大略可以分成兩種：急性／短期疾病以及慢性／長期疾病。若是治癒等於英文字 cure 的意思，則急性／短期疾病有可能治癒；最典型之例子為感冒，一個人之一生中可以有多次感冒，但是每一次感冒都有治癒之結果。慢性／長期疾病，則必須長期以藥物治療，或許其症狀改善，但是一位必須長期以藥物控制血壓，所以醫學使用「緩解」（remission）這個字來描述慢性／長期疾病症狀穩定之情況。最難決定者，則為某些疾病（例如癌症或憂鬱症）可能症狀改善之後，不需持續接受治療，然而經過數年之後又出現癌症或憂鬱症狀，此時要將再度出現之癌症或憂鬱症當作同一疾病復發（經過數年緩解），或者當作前一個疾病治癒後再出現另一個類似的疾病，則完全決定於「同一疾病」的定義為何。

就治癒疾病恢復之程度而言，在醫學理論中，治癒是指疾病症狀改善，生病者之身心情形回到生病前之狀況。然而在此題綱子題之定義則為「矯正至與常人無異」，具有重大的科學操作之困難。在醫學中，定義疾病比較容易，因為可以根據診斷準則確認某人是否已經符合疾病之診斷，然而在一個群體中「常人」之形象為何，則至少有幾種討論之方向。第一種，「常人」就是「平均人」，那麼比常人好就是正常（占群體 50%），比常人差就是異常（占群體 50%），似乎違反直覺。第二種，從常態分布之觀點，「常人」就是距離平均人身心狀況 2 個標準差以內的人士，如此一來，則少見之狀況（不管是天才或智能障礙）就是異常，亦有違反直覺之處。第三種，則**是有如法學論述中之「善良管理人」**乃是一種符合「正常人原型」（prototype）**之想法，則此種原型之內涵為何**，目前

仍有疑義，難有比較操作之可能。更何況，所謂「無異」，是表示沒有統計學上的差異，還是對照某種判準達到某種一致的程度，亦不清楚。
最後，關於「可能」之定義，到底要多高之機率才算是「可能」，在此似乎沒有直接答案之可能。是否為 more likely than not，或者只要有一丁點機會，就算是「可能」，目前亦不清楚。
上述之討論，皆顯示了以科學分析回答本子題之困難。若要勉強為之，則根據性侵害加害人風險因子之兩大重點，一個是其反社會或其他異常人格，另一個則是其異常之性行為。根據精神醫學對於人格之理論，通常人格異常（例如反社會人格異常、自戀型人格異常）為長期之狀況，具有一定之穩定性，有如慢性疾病，通常以部分緩解之概念理解其人格異常改善之情形，因此，「治癒」人格疾患之困難度頗高。若是從異常之性行為著手，則許多具有異常性行為者，具有性偏好異常（例如戀童癖、虐待癖等），治癒困難度比較高，但是也有許多出現異常性行為者乃是因為其他精神疾病（例如精神病、躁症、使用酒精或藥物）所造成，這些其他精神疾病所造成之異常性行為，經常在這些精神疾病治療妥善之後，就不再會出現，因此治癒之困難度比較低。然而，上述常人之定義已經將某些具有長期精神問題者，例如智能障礙者、自閉症類群體劃入無治癒可能之群體，可能有過度歧視之嫌，建議應將此定義調整，較為妥適。
結論：若是勉強回答，從最寬鬆之定義分析而言，根據目前之科學文獻，從生理（藥物或手術治療）、心理（心理與行為治療）與社會（社會與環境調控）三個部分進行介入，某些性侵害加害人之異常行為，仍有治癒（矯正至與常人無異）之可能。然而，實際情況中，如何判斷已經「治癒」，在科學上乃是非常困難之問題。

問題（二）：
一般而言，接受強制治療者，需經過多長時間方能達到「再犯危險顯著降低」？
答：
一般而言，以「一般而言」詢問此一問題，難以得到適切的答案。性侵害加害人之治療成效，受到治療方法（治療人員及使用之治療方式）、治療情境（監獄或醫院）、被治療者特徵及評估風險方法（評估人員及使用之評估方式）之影響。此外，經費限制（例如，經費難以維持同時治療眾多性侵害加害人）、政治與輿論風向（例如，剛剛發生性侵害再犯之重大刑案）此種大環境之變動，亦有可能影響「再犯危險顯著降低」之認定標準及寬嚴調整。難以用抽象之「一般」進行想像或認定。
但是，若將上述問題侷限在臺灣之實證資料，亦即依據刑法第 91 條之 1 及性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 接受強制治療者，以統計方式確認從「開始治療」至被認定「再犯危險顯著降低」經過多久時間之分布狀況（平均值與標準差），則可由目前掌握該實證資料之法務部或性侵害研究專家進行分析後回答。

結論：治療方法、治療情境、被治療者特徵及評估風險方法皆會影響答案，若是將分析侷限在臺灣，可由掌握相關實證資料之法務部或專家分析資料後，進行回答。

問題（三）：
實務上是否有受長期強制治療卻仍未治癒者？
答：
本鑑定人目前並沒有直接從事性侵害加害人之強制診療，不宜回答此一問題。

問題（四）：
有無強制治療以外對人身自由侵害較小之替代方式，可使加害人達到「再犯危險顯著降低」之程度？
答：
根據科學文獻回顧，有數種不同之降低性侵害加害人再犯風險之模型，結合各種治療方法，例如 RNR（Risk-Need-Responsivity）模型強調，強制治療之強度必須符合性侵害加害人之風險程度（risk）、治療必須針對再犯風險因子（criminogenic need）進行處理，要注意到考量被治療者之特徵進行處遇；也有運用認知行為治療之再犯預防模型（Relapse Prevention），其強調訓練性侵害加害人辨識並因應容易造成再犯風險之情境，將低自己「違規」行為（lapse），避免再犯（relapse）；Good Lives Model（GLM）則強調，性侵害加害人也有尋求人類美好經驗之需求，然其採取錯誤之方法與策略來達到此一目標，因此性侵害加害人之治療，不僅在於防堵風險，也在於正向增加性侵害加害人參與治療與改變之動機（使其能夠以合法之方式獲得人生美好之經驗），與治療者形成良好之治療關係；亦有 Self-Regulation Model（SRM），強調關注性侵害加害人之自我管制能力（capacity）（管制不足、錯誤管制、錯誤之犯罪目標），其描畫出再犯發生之各個階段，歸納出四種性犯罪之途徑，可以根據每個性侵害加害人之個別需求規劃治療方針。
根據科學文獻回顧，有不少降低性侵害加害人再犯風險及改善其再犯動態因子之性侵害加害人之單一方法，例如生理介入、心理介入或社會環境介入等；而根據上述之模型，這些個別方法亦可被整合成為一個治療計畫之一環。然而，根據最嚴格之 Cochrane 文獻回顧，目前性侵害加害人治療之療效仍有爭議，因為研究倫理與法規之限制，難以進行隨機控制實驗（刻意地隨機分派某些人接受治療，某些人不接受治療），因此難以根據藥物試驗之黃金準則獲得資料，驗證性侵害加害人之治療是否確實降低性侵害之再犯率；然而，許多學者認為根據再犯預防模型或 GLM，皆有不錯之證據支持其降低再犯率或再犯因子之療效。而亦有文獻支持藥物治療（結合心理治療）、電子監控（結合其他治療模式），可以達到降低再犯風險之效果。然而，從人權保障觀點出發之文獻，則對

於這些治療模式採取嚴格檢視之觀點，認為並沒有足夠良好之科學證據支持這些治療措施之療效，無法通過在比例原則手段適當性之檢驗。亦有文獻批評，認為限制住居、公布性侵害加害人之資訊讓社區民眾知道（讓民眾進行社區防衛措施），不僅沒有降低再犯率，也可能造成這些性侵害加害人難以生活、工作或復歸社會，反而造成更大之再犯風險。

根據本鑑定人針對上述問題（二）之回答，性侵害犯罪治療之療效評估，受到治療方法、治療情境、被治療者特徵及評估風險方法之影響，此外，也受到經費限制、政治與輿論風向之影響，難以用抽象之「一般」進行想像或認定。因為各種條件之差異，要達到顯著降低再犯風險，每個性侵害加害人需要受到結構式監控之程度亦不同，需要採用治療之強制性亦有程度之差異。然而，確實有某些性侵害加害人可以基於知情同意（informed consent），自願接受治療（包括以藥物降低性慾、團體認知心理治療），佐以其自願接受社會環境之調控（有些具有強制性，例如強制配戴 GPS 定位腳鍊，CCTV 監視，有些則無，例如社會支持輔導），得以顯著降低其再犯風險。然而，此種自願參與性侵害防治之治療模式，並非可以適用在每一個性侵害加害人之情狀上。也因此，有可能某些強制治療之方式，對於某些性侵害加害人並非限制最小之措施。

而從人權公約之觀點，能夠細緻化處遇之內容，契合個人之特質與治療需求，理解性侵害加害人做為權利之主體，而非僅僅是國家力量控制之客體，意識國家需要考量之事項。終究，在諸多種不確定之情況下，如何衡量強制治療之不確定利益、風險與成本，以及社會安全之不確定利益、風險與成本，終究要進行法律政策評價，進行選擇，科學並無法提供完整之答案。

附件：

鑑定人採用之各種概念模型

- **Porous Boundary between society and individual**

-A simplified representation -

個人脫序行為的處理流程

精神衛生政策的多層次模型

性侵害犯罪加害人強制治療效果與替代方案

鑑定人：吳建昌 M.D., LL.B., LL.M., Ph.D.
臺灣大學醫學院 醫學教育暨生醫倫理研究所 副教授
臺灣大學醫學院附設醫院 精神醫學部 主治醫師
ccwu88@ntu.edu.tw

司法院憲法法庭 20201103

性侵害犯罪加害人強制治療　1/2

異常人格及行為治癒（矯正至與常人無異）之可能？

- 異常人格及行為
  - 急性／短期疾病 或 慢性／長期疾病？
  - 疾病症狀消失一段時間，再出現類似症狀：同一疾病之復發，或者另外一個新發生之疾病？
- 治癒
  - Cure （症狀消失多久時間之後？）或 remission（永遠是慢性疾病之緩解 ?）
  - 回復到生病前之狀態？與「常人」「無異」？
- 與常人無異
  - 常人：平均人？常態分布中，距離平均人兩個標準差以內之人士？正常之原型人？
  - 無異：與平均人或原型達到某種一致之程度？沒有統計上之差異？
- 可能
  - 多高的機率算是可能？More likely than not （＞50%）或者 not impossible?

性侵害犯罪加害人強制治療　2/2

異常人格及行為治癒（矯正至與常人無異）之可能？

- 異常人格及行為
  - 異常人格（通常是慢性／長期）
    - 反社會人格異常或自戀行人格異常等；較難治癒
  - 異常行為（可以是急性／短期或慢性／長期）
    - 性偏好異常（paraphilia）如戀童癖、虐待癖等；較難治癒
    - 因為其他精神疾病導致異常之性行為：如在精神病、躁症、使用酒精或藥物等影響下，做出性侵害之行為；有可能經過治療之後，這些性侵害之行為不再出現，即使原來之精神疾病仍在
  - 然而智能障礙者、自閉症類群者等慢性精神障礙者，根據題綱之定義，將永無治癒之可能？是否為違反人權公約之歧視？
- 答案：
  - 根據最寬鬆之定義，使用生理（藥物或手術治療）、心理（心理與行為治療）及社會（社會與環境調控）介入，某些性侵害犯罪加害人之異常行為，仍有治癒之可能。但是，如何以科學判斷治癒，乃是非常困難之事。

性侵害犯罪加害人強制治療

一般而言，經過多長時間可達到「再犯危險顯著降低」？

- 「一般而言」之用語，難以得到適切之答案
- 治療成效之影響因素：
  - 治療方法（治療人員及使用之治療方式）
  - 治療情境（監獄、醫院或社區；強制或自願）
  - 被治療者特徵（靜態或動態風險因子）
  - 評估風險方法（評估人員及使用之評估方式）
  - 非治療因素：經費限制或政治輿論風向等，影響評估之標準或寬嚴等
- 臺灣性侵害加害人之實證資料
  - 需由掌握資料者（法務部或其他專家）以統計方式確認從「開始治療」至被認定「再犯危險顯著降低」經過多久時間之分布狀況（平均值與標準差），鑑定人目前沒有相關資料可供回答。

性侵害犯罪加害人強制治療 1/2
對於人身自由侵害較小之替代方式

- 性侵害加害人再犯風險評估模型
  - Risk-Need-Responsivity model；Relapse Prevention model; Good Lives model; Self-Regulation model
  - 可以整合多種治療方式
- 性侵害犯罪加害人治療之療效
  - 根據最嚴格之Cochrane文獻回顧，目前性侵害加害人治療之療效仍有爭議，因為研究倫理與法規之限制，難以進行隨機控制實驗。
  - 強調保障人權之文獻，亦批判上述治療之療效不足，無法通過比例原則之手段適當性之檢驗。
  - 然而，仍有不錯之證據支持Relapse Prevention model及 Good Lives model之療效。
  - 亦有文獻支持藥物治療（結合心理治療）、電子監控（結合其他治療模式）可以達到降低再犯風險之效果。

性侵害犯罪加害人強制治療 2/2
對於人身自由侵害較小之替代方式

- 療效之影響因素
  - 治療方法；治療情境；被治療者特徵；評估風險方法；非治療因素（經費或政治輿論）
  - 必須依據個別性侵害犯罪加害人各種條件之差異，設計治療方案（不同程度之結構性監控與治療模式之組合）
  - 並非每個性侵害犯罪加害人都能在「弱」的監控情境下，達到再犯風險顯著降低之效果（實證資料顯示，必然有性侵害犯罪之再犯者）
- 對於人身自由侵害較小之性侵害犯罪加害人治療方案之可能性
  - 性侵害犯罪加害人可基於知情同意，同意接受治療
  - 性侵害犯罪加害人可基於知情同意，在醫院或社區接受治療
  - 可採用之治療模式包括：以藥物或手術降低性慾、認知行為治療（團體或個人）、社會環境之監控（GPS定位腳鍊、CCTV監視、社會支持與輔導等等）
  - 理解性侵害犯罪加害人乃是權利之主體，不僅僅是國家力量作用之客體，治療必須契合特人之特質與治療需求；在諸多不確定性下，如何衡量強制治療之不確定利益、風險與成本，以及社會安全之不確定利益、風險與成本，終究要進行法律政策評價，進行選擇，科學並無法提供完整之答案。

➢ Porous Boundary between society and individual

-A simplified representation -

人

—不同層次(level)之觀察—

個人脫序行為的處理流程

精神衛生政策的多層次模型

109.11.5
增列參考文獻

對於「爭點題綱三」之鑑定意見書

鑑定人：吳建昌

令人敬重的大法官們好：

在針對底下個別子題綱問題進行回答之前，鑑定人必須提醒各位大法官，以科學語彙回答法學思維所架構出來之問題，有其困難之處；因為根據法學思維之用語或想像，有時並無法找到對等之科學語彙，無法以科學操作之知識做出答案，甚至有時候一個法學思維之名詞，可能具有數種以科學語彙詮釋之可能性，造成了溝通上之障礙。因此，本鑑定意見書在進行直接回答題綱之子問題前，有時候運用到科學哲學與法學哲學，先試著對於法學思維所使用之語彙進行澄清。

問題（一）：

性侵害犯罪加害人因刑法第 91 條之 1 或性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 規定而受強制治療者，其異常人格及行為，有無治癒（矯正至與常人無異）之可能？

答：

回答本題時，首先遭遇到的困境是，本題綱中之「治癒」，其意義為何？就治癒與時間的關係，疾病依其病程，大略可以分成兩種：急性／短期疾病以及慢性／長期疾病。若是治癒等於英文字 cure 的意思，則急性／短期疾病有可能治癒；最典型之例子為感冒，一個人之一生中可以有多次感冒，但是每一次感冒都有治癒之結果。慢性／長期疾病，則必須長期以藥物治療，或許其症狀改善，但是必須長期以藥物控制血壓，所以醫學使用「緩解」（remission）這個字來描述慢性／長期疾病症狀穩定之情況。最難決定者，則為某些疾病（例如癌症或憂鬱症）可能症狀改善之後，不需持續接受治療，然而經過數年之後又出現癌症或憂鬱症狀，此時要將再度出現之癌症或憂鬱症當作同一疾病復發（經過數年緩解），或者當作前一個疾病治癒後再出現另一個類似的疾病，則完全決定於「同一疾病」的定義為何。

就治癒疾病恢復之程度而言，在醫學理論中，治癒是指疾病症狀改善，生病者之身心情形回到生病前之狀況。然而在此題綱子題之定義則為「矯正至與常人無異」，具有重大的科學操作之困難。在醫學中，定義疾病比較容易，因為可以根據診斷準則確認某人是否已經符合疾病之診斷，然而在一個群體中「常人」之形象為何，則至少有幾種討論之方向。第一種，「常人」就是「平均人」，那麼比常人好就是正常（占群體 50%），比常人差就是異常（占群體 50%），似乎違反直覺。第二種，從常態分布之觀點，「常人」就是距離平均人身心狀況 2 個標準差以內的人士，如此一來，則少見之狀況（不管是天才或智能障礙）就是異常，亦有違反直覺之處。第三種，則是有如法學論述中之「善良管理人」乃是一種符合「正常人原型」（prototype）之想法，則此種原型之內涵為何，目前

仍有疑義，難有比較操作之可能(Daniels, 2000)。更何況，所謂「無異」，是表示沒有統計學上的差異，還是對照某種判準達到某種一致的程度，亦不清楚。
最後，關於「可能」之定義，到底要多高之機率才算是「可能」，在此似乎沒有直接答案之可能。是否為 more likely than not，或者只要有一丁點機會，就算是「可能」，目前亦不清楚。
上述之討論，皆顯示了以科學分析回答本子題之困難。若要勉強為之，則根據性侵害加害人風險因子之兩大重點，一個是其反社會或其他異常人格，另一個則是其異常之性行為。根據精神醫學對於人格之理論，通常人格異常（例如反社會人格異常、自戀型人格異常）為長期之狀況，具有一定之穩定性，有如慢性疾病，通常以部分緩解之概念理解其人格異常改善之情形，因此，「治癒」人格疾患之困難度頗高。若是從異常之性行為著手，則許多具有異常性行為者，具有性偏好異常（例如戀童癖、虐待癖等），治癒困難度比較高，但是也有許多出現異常性行為者乃是因為其他精神疾病（例如精神病、躁症、使用酒精或藥物）所造成，這些其他精神疾病所造成之異常性行為，經常在這些精神疾病治療妥善之後，就不再會出現，因此治癒之困難度比較低。然而，上述常人之定義已經將某些具有長期精神問題者，例如智能障礙者、自閉症類群者劃入無治癒可能之群體，可能有過度歧視之嫌，建議應將此定義調整，較為妥適。
結論：若是勉強回答，從最寬鬆之定義分析而言，根據目前之科學文獻，從生理（藥物或手術治療）、心理（心理與行為治療）與社會（社會與環境調控）三個部分進行介入(Phenix & Hoberman, 2015)，某些性侵害加害人之異常行為，仍有治癒（矯正至與常人無異）之可能。然而，實際情況中，如何判斷已經「治癒」，在科學上乃是非常困難之問題。

問題（二）：
一般而言，接受強制治療者，需經過多長時間方能達到「再犯危險顯著降低」？
答：
一般而言，以「一般而言」詢問此一問題，難以得到適切的答案。性侵害加害人之治療成效，受到治療方法（治療人員及使用之治療方式）、治療情境（監獄或醫院）、被治療者特徵及評估風險方法（評估人員及使用之評估方式）之影響(Barbaree & Prentky, 2017)。此外，經費限制（例如，經費難以維持同時治療眾多性侵害加害人）、政治與輿論風向（例如，剛剛發生性侵害再犯之重大刑案）此種大環境之變動，亦有可能影響「再犯危險顯著降低」之認定標準及寬嚴調整。難以用抽象之「一般」進行想像或認定。
但是，若將上述問題侷限在臺灣之實證資料，亦即依據刑法第 91 條之 1 及性侵害犯罪防治法第 22 條之 1 接受強制治療者，以統計方式確認從「開始治療」至被認定「再犯危險顯著降低」經過多久時間之分布狀況（平均值與標準差），則可由目前掌握該實證資料之法務部或性侵害研究專家進行分析後回答。

結論：治療方法、治療情境、被治療者特徵及評估風險方法皆會影響答案，若是將分析侷限在臺灣，可由掌握相關實證資料之法務部或專家分析資料後，進行回答。

問題（三）：
實務上是否有受長期強制治療卻仍未治癒者？
答：
本鑑定人目前並沒有直接從事性侵害加害人之強制診療，不宜回答此一問題。

問題（四）：
有無強制治療以外對人身自由侵害較小之替代方式，可使加害人達到「再犯危險顯著降低」之程度？
答：
根據科學文獻回顧，有數種不同之降低性侵害加害人再犯風險之模型，結合各種治療方法，例如 RNR（Risk-Need-Responsivity）模型強調，強制治療之強度必須符合性侵害加害人之風險程度（risk）、治療必須針對再犯風險因子（criminogenic need）進行處理，要注意到考量被治療者之特徵進行處遇；也有運用認知行為治療之再犯預防模型（Relapse Prevention），其強調訓練性侵害加害人辨識並因應容易造成再犯風險之情境，降低自己「違規」行為（lapse），避免再犯（relapse）；Good Lives Model（GLM）則強調，性侵害加害人也有尋求人類美好經驗之需求，然其採取錯誤之方法與策略來達到此一目標，因此性侵害加害人之治療，不僅在於防堵風險，也在於正向增加性侵害加害人參與治療與改變之動機（使其能夠以合法之方式獲得人生美好之經驗），與治療者形成良好之治療關係；亦有 Self-Regulation Model（SRM），強調關注性侵害加害人之自我管制能力（capacity）（管制不足、錯誤管制、錯誤之犯罪目標），其描畫出再犯發生之各個階段，歸納出四種性犯罪之途徑，可以根據每個性侵害加害人之個別需求規劃治療方針(Phenix & Hoberman, 2015)。
根據科學文獻回顧，有不少降低性侵害加害人再犯風險及改善其再犯動態因子之性侵害加害人之單一方法，例如生理介入、心理介入或社會環境介入等；而根據上述之模型，這些個別方法亦可被整合成為一個治療計畫之一環。然而，根據最嚴格之 Cochrane 文獻回顧，目前性侵害加害人治療之療效仍有爭議（https://www.cochrane.org/CD007989/BEHAV_drug-treatments-for-sexual-offenders-or-those-at-risk-of-offending）
（https://www.cochrane.org/CD007507/BEHAV_psychological-interventions-for-sex-offenders-or-those-who-have-sexually-offended-or-are-at-risk-of-offending），因為研究倫理與法規之限制，難以進行隨機控制實驗（刻意地隨機分派某些人接受治療，某些人不接受治療），因此難以根據藥物試驗之黃金準則獲得資料，驗證

性侵害加害人之治療是否確實降低性侵害之再犯率(Kim, Benekos, & Merlo, 2016; Schmucker & Lösel, 2017)；然而，許多學者認為根據再犯預防模型或GLM(Mallion, Wood, & Mallion, 2020)，皆有不錯之證據支持其降低再犯率或再犯因子之療效。臺灣亦有文獻支持臺灣性侵害犯罪加害人強制診療之成效(沈勝昂, 曾昱哲, & 董道興, 2020; 邱惟真, 2017)，然而其證據強度亦未達到上述黃金準則之要求。而亦有文獻支持藥物治療（結合心理治療）(Garcia, Delavenne, Assumpção, & Thibaut, 2013; Gooren, 2011; Turner, Petermann, Harrison, Krueger, & Briken, 2017)、電子監控（結合其他治療模式）(Belur et al., 2020)，可以達到降低再犯風險之效果。然而，從人權保障觀點出發之文獻，則對於這些治療模式採取嚴格檢視之觀點，認為並沒有足夠良好之科學證據支持這些治療措施之療效，無法通過在比例原則手段適當性之檢驗(Birgden & Cucolo, 2011)。亦有文獻批評，認為限制住居、公布性侵害加害人之資訊讓社區民眾知道（讓民眾進行社區防衛措施），不僅沒有降低再犯率，也可能造成這些性侵害加害人難以生活、工作或復歸社會，反而造成更大之再犯風險(Bonnar-Kidd, 2010)。

根據本鑑定人針對上述問題（二）之回答，性侵害犯罪治療之療效評估，受到治療方法、治療情境、被治療者特徵及評估風險方法之影響(Barbaree & Prentky, 2017)，此外，也受到經費限制、政治與輿論風向之影響，難以用抽象之「一般」進行想像或認定。因為各種條件之差異，要達到顯著降低再犯風險，每個性侵害加害人需要受到結構式監控之程度亦不同，需要採用治療之強制性亦有程度之差異。然而，確實有某些性侵害加害人可以基於知情同意（informed consent），自願接受治療（包括以藥物降低性慾、團體認知心理治療），佐以其自願接受社會環境之調控（有些具有強制性，例如強制配戴 GPS 定位腳鍊，CCTV 監視，有些則無，例如社會支持輔導），得以顯著降低其再犯風險(Birgden & Cucolo, 2011)。然而，此種自願參與性侵害防治之治療模式，並非可以適用在每一個性侵害加害人之情狀上。也因此，有可能某些強制治療之方式，對於某些性侵害加害人並非限制最小之措施。

而從人權公約之觀點，能夠細緻化處遇之內容，契合個人之特質與治療需求，理解性侵害加害人做為權利之主體，而非僅僅是國家力量控制之客體，亦是國家需要考量之事項。終究，在諸多種不確定之情況下，如何衡量強制治療之不確定利益、風險與成本，以及社會安全之不確定利益、風險與成本，終究要進行法律政策評價，進行選擇，科學並無法提供完整之答案。

附件：
鑑定人採用之各種概念模型

- **Porous Boundary between society and individual**

-A simplified representation -

人

—不同層次(level)之觀察—

個人脫序行為的處理流程

精神衛生政策的多層次模型

參考文獻：

Barbaree, H. E., & Prentky, R. E. (2017). Risk assessment of sex offenders. In T. Sanders (Ed.), *The Oxford handbook of sex offences and sex offenders* (pp. 363-391). New York: Oxford University Press.

Belur, J., Thornton, A., Tompson, L., Manning, M., Sidebottom, A., & Bowers, K. (2020). A systematic review of the effectiveness of the electronic monitoring of offenders. *Journal of Criminal Justice, 68*, 101686.

Birgden, A., & Cucolo, H. (2011). The treatment of sex offenders: Evidence, ethics, and human rights. *Sexual Abuse, 23*(3), 295-313.

Bonnar-Kidd, K. K. (2010). Sexual offender laws and prevention of sexual violence or

recidivism. *American Journal of Public Health, 100*(3), 412-419.

Daniels, N. (2000). Normal functioning and the treatment-enhancement distinction. *Cambridge Q. Healthcare Ethics, 9*, 309.

Garcia, F. D., Delavenne, H. G., Assumpção, A. d. F. A., & Thibaut, F. (2013). Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. *Current psychiatry reports, 15*(5), 356.

Gooren, L. J. (2011). Ethical and medical considerations of androgen deprivation treatment of sex offenders. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 96*(12), 3628-3637.

Kim, B., Benekos, P. J., & Merlo, A. V. (2016). Sex offender recidivism revisited: Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(1), 105-117.

Mallion, J. S., Wood, J. L., & Mallion, A. (2020). Systematic Review of 'Good Lives' Assumptions and Interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 101510.

Phenix, A., & Hoberman, H. M. (2015). *Sexual offending: Predisposing antecedents, assessments and management*: Springer.

Schmucker, M., & Lösel, F. (2017). Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews, 13*(1), 1-75.

Turner, D., Petermann, J., Harrison, K., Krueger, R., & Briken, P. (2017). Pharmacological treatment of patients with paraphilic disorders and risk of sexual offending: An international perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry*.

沈勝昂，曾昱哲, & 董道興. (2020). 性侵害社區處遇風險評估與治療成效之關連. *中央警察大學犯罪防治學報*(28), 85-117.

邱惟真. (2017). 台灣性侵害加害人處遇成效初探. *亞洲家庭暴力與性侵害期刊, 13*(1), 113-134.