



專題研析

司法精神醫學與少年事件處理法的 交錯—從評估到處遇

郭宇恒

摘 要

近期因新北國三生殺人案，引起社會關注，而有諸多對於少年事件的討論。少年出現不恰當的行為時，如背馳家庭規則、違反學校規定、不遵守社會上要求的秩序，或甚至觸犯法律等，表示在少年的個人內在及外在環境可能出了問題，在沒有適當的因應技巧下，使得少年適應不良，此需要即時的協助，以避免狀況惡化。因少年行為問題背後有許多與精神醫學有關的議題，而要有效的協助少年，則需找到根本的原因，才能針對根本的問題安排後續的處遇。本文從少年事件處理法的相關規定、實務上運作等方向出發，提出現行司法精神醫學上，鑑定人在評估與後續處遇上，如何運作，以讓少年獲得最佳的利益，並減少問題行為的產生。

關鍵字：少年事件處理法、觸法少年、曝險少年、司法精神醫學、保護處分、鑑定人、司法精神醫學專科醫師、最佳利益、福利司法。

* 作者為衛生福利部嘉南療養院成癮暨司法精神科主治醫師、中正大學法律學研究所博士候選人。

目次

壹、前言

貳、少年事件處理法的評估與處遇脈絡

一、少年事件處理法的精神

二、少年事件處理之流程

參、司法精神醫學上的評估及處遇

肆、司法精神醫學於少年事件的運用

一、少年身心評估與少年司法精神鑑定

二、責付適當性評估

三、急速輔導的協助

四、交付觀察的輔助

五、保護處分的協助

肆、結論與建議

參考資料

壹、前言

少年事件處理法係為維護少年健全自我成長所設置之特殊保護制度（釋字第664號解釋），因此少年事件處理上，少年法院有先議權，如少年有觸犯刑罰法律之行為時，先由少年法院調查（少年事件處理法第3條第1項第1款、第18條第1項），再決定後續處理方式，與刑事案件之追訴及偵查程序不同。少年事件處理法於2019年6月大幅度修正，其中將少年虞犯改為曝險少年¹，在曝險少年的部分以「行政先行」作為

修法核心，取代原先全件移送的做法，將司法介入的順位後移，經過4年的緩衝期，自2023年7月1日起，由縣市政府所屬跨局處的少年輔導委員會（下稱少輔會），結合福利、教育、心理、醫療等各類相關資源，在經過一段期間之輔導與評估，若有成效，則不須再以司法介入，只有當評估確有必要，才請求少年法院處理。

以12歲至18歲少年的身心發展來看，此階段正值少年之性格逐漸形成的階段，受家庭功能、成長環境、參加的活動（參與團體、經常往來對象、出入

¹ 少年虞犯與曝險少年的定義不同，原少年虞犯規定7類事由，而曝險少年僅剩其中的4類，即「無正當理由經常攜帶危險器械」、「有施用毒品或迷幻物品之行為而尚未觸犯刑罰法律」、「有預備犯罪或犯罪未遂而為法所不罰之行為」等3類行為（少年事件處理法第3條第1項第2款）。



之場所)、就學(或就業、生活作息)等影響甚巨²，若少年的上述情狀，難以提供少年健全自我成長之必要，則需外力協助，以補足少年健全成長所需，也由此作為司法介入的正當性原則。因此，少年事件處理法，是國家為了保護少年之身心健康及人格健全成長，基於少年之最佳利益，而採取必要之措施。

這些必要措施，主要是讓少年不受危險環境危害，並導正少年的性格朝正確的方向發展，以協助少年恢復生活常軌。在曝險少年部分，尊重少年主體權，以福利補足方式提供協助；對於觸法的少年，雖仍移送少年法院處理，但本質上是認為少年有觸法事實，代表少年有需要受保護之急迫性，為了讓少年日後仍可健全成長、融入社會，才有司法在第一時間介入的設計³。由此可知，不管對於曝險或是觸法的少年，少年事件處理法的目的，都是要為少年提供一量身訂做的處遇方案，而非處罰。雖不論在少輔會階段、以及少年法院階段，皆有提到要結合醫療資源，然而醫療上如何整體的評估少年適合什麼樣的處

遇，尚未有明確的方向，以我國目前司法實務上，對於少年事件評估與處遇的方式，很少委託司法精神專科醫師及團隊做精神鑑定，而少年事件的精神鑑定與一般成人刑事案件的精神鑑定不同，司法精神專科醫師也較難以掌握少年事件處理的核心重點，使得鑑定報告無法切中評估與處遇的核心。本文依循少年事件處理法的脈絡，並運用司法精神醫學的理論，提出司法精神醫學如何在少年事件的處理上有所助益，並且建議在特殊情形的少年事件處理上，如何與司法精神專科醫師一同交流合作，讓少年的處遇計畫更為完整。

貳、少年事件處理法的評估與處遇脈絡

一、少年事件處理法的精神

少年事件處理法，一般認為屬於刑法及刑事訴訟法之特別法，除少年刑事案件之性質與刑事案件相同（多準用刑事訴訟法相關規定，僅例外準用少年保護事件之規定外），少年保護事件程序

² 如行為規範障礙症（conduct disorder），指青少年有反覆侵犯他人權益，或明顯違反其年齡應遵守的社會規則，相關研究指出，行為規範障礙症的危險因子，包括家長狀況不好、成長環境不佳、參與不當的活動、逃學等。參考 M. Lillig, *Conduct Disorder: Recognition and Management*, 98 Am Fam Physician, 584 (2018).

³ 黃宗旻，少年司法福利系統的變化—淺談 108 年少事法修正之意義，《法律扶助與社會》，2023 年 9 月，11 期，75 頁。

也類似刑事程序，而非民事程序⁴。現行少年事件處理法，對於少年行為之程度已極接近觸犯刑罰法律、嚴重戕害少年身心健康，或已處於觸犯刑罰法律邊緣而曝露於危險之中之情形時，採審前轉向制度之立法方式，對於有上述情形的曝險少年，於移送法院前，先轉由司法以外之機關處遇⁵，我國目前則交由少輔會輔導。至於觸法少年，則移送少年法院。

在少年事件的程序上，有保護優先原則，即保護程序優先，例外才發動刑事程序。而調查的內容則有犯罪事實、曝險事由與需保護性二者。少年調查官則協助法官，在需保護性的部分做出調查報告供作法官參考。在處遇方式的選擇上，依自由推定原則，則優先採取責付與非拘禁性處分，若無法提供讓少年得以適當發展出符合社會性的環境，或少年目前的環境對其發展有害時，才可

考慮將少年與現在的環境隔離，例外地選擇拘禁性的處分。換言之，對於少年的處遇，目標在於讓少年可以復歸社會⁶，在審理階段，也需讓相關的教育、社福、衛生等資源一起協調，整合出最適合少年的處遇計畫。

由此可知，少年事件處理法，不論在調查、審理之目的，都是在評估、鑑定少年性格與環境，並整合相關資源，讓少年可以健全成長，而少年事件在司法以及其後的程序，都與處遇（treatment）⁷有關。這種具有福利色彩的司法系統，即所謂「司法福利系統」⁸。在福利國思想下，少年之司法處遇具「復健（rehabilitation）」性質，復健的目的，就是要處遇少年社會性或心理性之適應不良問題，導致在外顯上的不適當行為，讓少年可以回歸社會，也有學者稱為「犯罪之醫療模式」⁹。稱醫療或許會誤解成少年的不當行為都

⁴ 蔡坤湖，少年司法政策之檢討—以少年虞犯為中心，《刑事法雜誌》，2018年2月，62(1)期，7-8頁。

⁵ 蔡坤湖，少年虞犯與審前轉向制度，《刑事法雜誌》，2018年12月，62(6)期，76頁。

⁶ 李茂生，少年事件處理法發展專題回顧：回首向來蕭瑟處，也無風雨也無晴，《臺大法學論叢》，2021年11月，50期S，1624-1626頁。

⁷ treatment也有翻譯成治療，但本文此處翻譯為處遇，範圍較廣，與少年事件本質上不一定皆為疾病導致較為吻合。這種翻譯也見於李茂生，少年事件處理法發展專題回顧：回首向來蕭瑟處，也無風雨也無晴，同前註，1620頁。

⁸ 李茂生，少年事件處理法發展專題回顧：回首向來蕭瑟處，也無風雨也無晴，同前註，1621頁。

⁹ 賴恭利，少年保護事件之保護優先原則與被害人保護之衡平，《法律扶助與社會》，2023年3月，10期，101-106頁。



是疾病導致，因此本文以上述少年司法復健之理論，是認為少年之行為深受外在環境影響，偏差行為以至於犯罪，是因為家庭功能不佳、社會環境不利等因素，影響下之結果，因此少年會觸法，應該被視為一種病態，雖不一定符合疾病的程度，但須接受處遇，其中除對於有疾病的少年，以藥物治療外，尚包括非藥物治療方式，如家庭治療、心理治療，協助少年改變原有的認知，重新調適，或是改善負面家庭因素，亦也有其他輔導、教育等，從少年之生長環境著手，改變少年的適應不良狀況。

二、少年事件處理之流程

曝險少年應先通知少輔會，先經由少輔會輔導，輔導無效，則請求少年法院（少年事件處理法第 18 條第 6 項）。

觸法少年則在少年法院受理移送後（少年事件處理法第 17 條、第 18 條第 1 項），若少年法院認為有必要，可裁定少年責付或收容。責付即將少年交由其法定代理人、家長等，最適合少年保護的相關之人管教，或者將少年安排至適當之機關，如醫療機構等（少年事件處理法第 26 條第 1 項第 1 款），對於一些暴力性、侵害性較高的行為，則

得於責付時，命少年應該遵守的事項。而責付時，少年調查官在事件終結前，得對少年為「適當之輔導」。實務上因少年事件之調查、審理，需要冗長時間，少年因為抗壓性較為不足，可能會出現自殺或自傷傾向，而需要較即時輔導¹⁰，此種有迫切性值的輔導，也稱為「急速輔導」，並且提出以下情況可能皆有急速輔導的需要，如少年因案，嚴重影響學業或工作、或案件導致少年心理上、精神上之嚴重挫折，達到需醫療或心理輔導的程度等¹¹。

除原則上以責付為優先外，若少年法院認為有不能責付或以責付顯不適當的情形時，則收容於少年觀護所，進行身心評估及行為觀察，並提供鑑別報告，即可大致區分為於社區或於限制環境，若於社區需有專人或機構協助看管並且督促少年遵守規定，若實質上少年缺乏相關人或機構可以責付、或少年身心狀況在社區中有危害他人或自己的危險性等，綜合考量下，不得已才讓少年入限制環境中，並且接受觀察鑑別。

在調查程序中，審前調查由少年調查官進行，內容包括與事件有關之行為、少年之品格、經歷、身心狀況、家庭情形、社會環境、教育程度以及

¹⁰ 司法官第 59 期臺南學習組，少年事件之點線面，《司法新聲》，2020 年 7 月，134 期，92 頁。

¹¹ 陳慈幸、蔡孟凌，《少年事件處理法學理與實務》，元照，2018 年 4 月，修訂 3 版，155 頁。

其他必要之事項，並於調查後提出建議（少年事件處理法第 19 條第 1 項）。而處理少年事件的目的，不是侷限在對於觸法或曝顯的表面事件，而是需要找出導致行為問題的人格及環境問題¹²，因此審前調查，則須了解包括少年的身心狀況、家庭結構、親子及同儕關係、學校或職業上的適應狀況等，更深入的層次，如少年的改變可能性、家庭與社區的重塑與復歸，以至於被害人的修復等，都可能有部分的涉獵，才可以做出以少年為中心的處遇建議，至於更特殊的事件或情形，可能轉介司法鑑定¹³。

若於調查後，在一些情形下，不會進入審理的程序，分為應不付審理，即認為少年不具備非行事實等，無付保護處分之原因，或以其他事由不應進入審理程序之情形（少年事件處理法第 28 條第 1 項），其中包含少年心神喪失之情形，而若有心神喪失，則得以令少年入相當處所接受治療（少年事件處理法第 28 條第 2 項）；以及得不付審理，即認為少年非行行為情節輕微，以不付審理為適當之情形。不付審理時，可做成如告誡、交付少年相關的人嚴加管

教，或轉介到適當的機構，為適當的輔導，亦包含醫療機構（少年事件處理法第 29 條第 1 項）；然而，有部分少年觸法事件，則逆送至檢察官偵查程序，因屬少年刑事案件的部分，本文略而不談。

除不付審理及逆送外，少年法院依調查結果，亦可能認為應進入審理程序，之後再依照相關事實，分成符合絕對、相對逆送之情況下，應或得移送至地方檢察署（少年事件處理法第 40 條）、不應或不宜付保護處分之情形，而準用不付審理的相關處遇方式（少年事件處理法第 41 條），以及保護處分。少年的保護處分，包括訓誡，並得予以假日生活輔導、交付保護管束並得命為勞動服務、交付安置於適當之處所（包括醫療機構）輔導、令入感化教育處所施以感化教育。而若少年有毒癮或酒癮，則得以於保護處分前或同時諭知禁戒處分、若少年有身心缺陷，則可於保護處分前或同時諭知治療處分（少年事件處理法第 42 條）。

因少年事件有時候並非表面上的行為問題，在少年的行為問題背後，有許

¹² 謝如媛，少年修復式司法的批判性考察—從少年的最佳利益到利益衡平？《政大法學評論》，2018 年 3 月，152 期，133-34 頁。

¹³ 相關資料參考《衛生福利部 109 年度-性侵害加害人處遇業務全國共識會議(簡報檔)》，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/fp-466-62886-107.html>。最後預覽日：2024 年 2 月 8 日。



多的原因，錯綜複雜且牽扯極廣，在短期內無法完整的評估，而需要較長時間的觀察，此時則有交付觀察的制度，在必要時，少年法官裁定將少年交付少年調查官為六月以內期間之觀察，以讓少年法院判斷宜否為保護處分，或應為何種保護處分較為恰當（少年事件處理法第 44 條）。交付觀察時，也可將少年交付適當之機關、學校、團體或個人為之，並受少年調查官之指導。實務上認為，交付觀察具有診斷、治療及調適等作用，在診斷上，對於少年的家庭動力、學校及社區系統、有無身心問題等評估，有必要時，則可考慮委由專業機構協助；在治療上，除輔導外，也可結合各種社會資源，提供少年完整的輔導以及治療方式；在調適上，透過少年調查官與少年之法定代理人的協助，調整少年心理失衡之狀態，並導正少年偏差行為及觀念等¹⁴。

綜觀來看，少年保護事件包含調查及審理程序，審理前，必須經過調查程序、調查後，可能諭知不付審理而裁定終結程序。進入審理程序後，調查有關

應受保護處分之原因及事實等必要證據後，才能對少年諭知保護處分。由此結構可知，保護程序可分成事實判定與保護必需性評估程序之先後兩個程序。需先有事實（觸法事實或曝險事實），才有可能發動少年司法，少年司法藉此形成社會防衛機能；而只有當少年達到需要司法保護的程度，程序才可繼續進行，若不符合此際要求，應將該事件移送至其他適當的國家社會機關、交還予親權人等，欲藉此防止權力下的個案工作機能過度膨脹。此為保護程序二分原則，即指非行構成要件事實該當與否的認定外，也相當著重少年的需保護性¹⁵，以保障少年健全成長為主要的目標¹⁶。

參、司法精神醫學上的評估及處遇

少年的問題雖未必皆與精神問題有關，但是醫療資源的挹注，才可讓少年的保護更為完善。研究指出，少年產生犯罪的各項危險因子，包括個人的偏差或認知扭曲的不正確想法、情緒控制和管理的不佳、人際關係的處理能力

¹⁴ 陳慈幸、蔡孟凌，《少年事件處理法學理與實務》同註 11，158 頁。

¹⁵ 林奕宏，釋字第 805 號解釋打開被害人權益的新頁？：一個少年事件實務工作者的觀察，《司法新聲》，2022 年 3 月，139 期，165-170 頁。

¹⁶ 少年事件審理中，另有協商式審理之特色，審理情境較為和緩，讓法庭當中各種資源協助少年；以及協商裁定，即以宣示筆錄取代裁定書等，但因與司法精神醫學的介入無關，故略而不談。

不好、抗拒同儕誘惑的能力不足，以及缺乏家人正確有效的支持¹⁷。且許多非行少年雖然一方面看起來是加害人，但同時也可能是被害人，對於非行少年的求救訊號，也不應忽略¹⁸。在曝險少年中，以毒品使用問題而言，國外研究發現，有物質使用問題的青少年，與精神疾病，如情感性疾患、焦慮症等共病有關¹⁹，我國以涉毒收容少年為研究，發現我國矯正機構內的涉毒少年，有過度成人社會化的生活模式、低估心理症狀的問題而未被判斷為疾病（常見的症狀包含焦慮、憂鬱、躁鬱等）、缺乏自我覺察、環境歸屬感不足等特徵²⁰。由此可知，少年出現問題行為，仍有部分可能是因為受到精神疾病的影響所致²¹。

在精神醫學的診斷準則上，主要以

美國精神醫學會的「精神疾病診斷與統計手冊」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，簡稱 DSM）之內容為依據²²。確定診斷，是（司法）精神醫學的首要任務。雖有中文版診斷準則，但其中的診斷精髓，並非單以字面意思便可理解。尤其在司法情境，因為醫師與少年的關係，不像一般的醫病關係，在少年事件的影響下，少年未必會坦誠以對，因此，在司法情境中，要確定精神科診斷，較一般的看診更為困難，通常實務上，以司法精神醫學專科醫師協助少年法院做診斷上的評估。然而因精神科醫師有限，司法精神專科醫師更少，全國僅 103 人²³，若欲全面性的評估少年有無精神疾病，實際上並不可行，故僅能以替代的方式，

¹⁷ 王伯頌，刑事司法體系中少年個案犯罪思考型態之研究，《青少年犯罪防治研究期刊》，2020 年 1 月，11(2) 期，90-94 頁。

¹⁸ 林政佑，日本兒童相談所考察：以非行諮輔為中心，《犯罪與刑事司法研究》，2021 年 6 月，34 期，25 頁。

¹⁹ Harry Man Xiong Lai et al., *Prevalence of Comorbid Substance Use, Anxiety and Mood Disorders in Epidemiological Surveys, 1990–2014: A Systematic Review and Meta-Analysis*, 154 *Drug and Alcohol Dependence*, 1, 8-11 (2015).

²⁰ 法務部司法官學院，《第三篇：少年之觸法狀況與司法處理，犯罪狀況及其分析》，法務部司法官學院犯罪防治研究中心，2020 年 12 月，27-29 頁。

²¹ 因本文欲探討司法精神醫學可以處遇的範圍，故與疾病無關的部分則略而不談。

²² 經過多次改版，在 2013 年 5 月 18 日前，使用的版本為內容修正之第四版診斷準則 DSM-IV-TR（下稱「第四版」診斷準則），2013 年 5 月 18 日出版第五版診斷準則 DSM-5（下稱「第五版」診斷準則），目前精神醫學臨床上主要採第五版診斷準則。

²³ 參考台灣司法精神醫學會，司法精神專科醫師甄審通過名單，2020 年至 2023 年間，累積共 103 位。（最後預覽日：2024 年 2 月 8 日）。



如以各種問卷、量表等，評估有無精神疾病的「傾向」，再就個別少年的行為、各種疾病的嚴重程度、治療必要性與急迫性等，綜合評估後，再決定是不是需要進一步確診與治療。至於何種精神疾病可能與犯罪行為有關，以及相關處遇建議，茲就文獻回顧結果，敘述於下：

智能不足。研究指出，智能不足可能與暴力、性犯罪有關，智能不足者也有可能成為受害者²⁴。智能不足是自幼出現，在發展上就會出現的問題，而因理解能力不佳，在評估及判斷事理上，可能會想得不夠充足，且在社會規則的學習上，也比較侷限，故可能在12歲前就有偏差行為²⁵，甚至有觸法行為。因智能不足至今無法以藥物治療改善智商，故主要處遇目標不是提升智能不足少年的智商，而是著重在改善他們

社會適應的能力。將希望少年改變的行為，細分成幾個步驟，透過反覆練習、回應，並且定期複習，以達到改善行為的效果²⁶。

自閉類群障礙症。自閉類群障礙症屬於光譜型的診斷類群，從自閉症到亞斯伯格症都包括在這類群中，最輕微的情況者幾乎與一般人相同，而在嚴重的情形下，自幼即有社會互動能力的損害、重複的行為、興趣侷限、感知與他人不同、語言與非語言溝通困難、情緒障礙等²⁷，且因社交功能的缺乏，可能有許多不好的人生經驗，而出現酒精或藥物濫用²⁸、與其他精神疾病的共病出現²⁹，如情緒起伏、行為過於干擾及暴力等，或可考慮藥物，但在一般的情形下，以藥物治療並非首選，而是需要各種行為治療的方法，如利用代

²⁴ A. Latvala et al., *Association of Intellectual Disability with Violent and Sexual Crime and Victimization: A Population-Based Cohort Study*, 53 *Psychol Med*, 3817-18 (2023).

²⁵ M. W. Segeren et al., *Exploring Differences in Criminogenic Risk Factors and Criminal Behavior between Young Adult Violent Offenders with and without Mild to Borderline Intellectual Disability*, 62 *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 978-80 (2018).

²⁶ W. Yang, X. Liang, and C. H. Sit, *Physical Activity and Mental Health in Children and Adolescents with Intellectual Disabilities: A Meta-Analysis Using the Re-Aim Framework*, 19 *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2 (2022).

²⁷ National Institute for Health and Care Excellence, *CLINICAL GUIDELINES 16-22* (2021).

²⁸ D. W. Hoover and J. Kaufman, *Adverse Childhood Experiences in Children with Autism Spectrum Disorder*, 31 *Curr Opin Psychiatry*, 2-3 (2018).

²⁹ E. A. Arnevik and S. B. Helverschou, *Autism Spectrum Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorder - a Systematic Review*, 10 *Subst Abuse*, 72 (2016).

幣和獎品當作獎勵、培養彈性、減少刺激、教導情緒控管等，是比較建議的方法³⁰。

注意力不足及（或）過動症。「過動症」為通稱，全名為「注意力不足及（或）過動症」（Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder，簡稱 ADHD），此診斷為兩大類群症狀，即「注意力不足」類群以及「過動及衝動」類群，兩大類群可以同時出現，稱「注意力不足及過動症」，亦可分開出現，如僅有「注意力不足」或僅有「過動症」。少年可能因衝動、太過好動或不專心，而不慎造成他人傷害³¹，也可能因成長過程中，累積生活挫折，出現其它精神問題，如對立反抗行為、行為規範障礙、物質使用障礙症，使得社會功能產生障礙，發展出較危險的行為³²。除了可考慮用藥外，結合醫療、家庭、學校及司法的力量等，如透過親職教育，讓少年的家長能更了解青少年的問題、安排行為治療，協

助少年發展較佳的適應模式、家庭治療協助父母及青少年建立良好親子互動關係；並整合學校教育資源，安排社交技巧的輔導，建構友善且支持的環境等；若持續有違法違規的行為出現，則建議以限制自由的環境，協助少年了解須對自己的行為負責³³。透過以上資源的挹注，才有機會導正少年的不適當行為。

衝動控制及行為規範障礙症。此診斷指青少年「有能力控制衝動，但不願意控制」，與因病導致的衝動控制能力減損，屬於「不能自控的衝動」之情形不同。此類群包括「間歇暴怒障礙症（Intermittent Explosive Disorder）」略可理解為無端情緒爆發的情況，可能會有破壞物品或傷害他人的行為³⁴；「對立反抗性疾患（Oppositional Defiant Disorder）」指少年對於權威者（如師長、父母等）有反抗、敵意，或背道而馳的行為模式，或與之爭執、反抗或拒絕聽從成年人的要求或規定等

³⁰ B. Hofvander et al., *Autism Spectrum Disorders in Forensic Psychiatric Investigations-Patterns of Comorbidity and Criminality*, 14 *Front Psychiatry*, 7-8 (2023).

³¹ V. C. Chen et al., *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Mortality Risk in Taiwan*, 2 *JAMA Netw Open*, 8 (2019).

³² S. Young and K. Cocallis, *ADHD and Offending*, 128 *J Neural Transm (Vienna)*, 13-16 (2021).

³³ R. Drechsler et al., *ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents*, 51 *Neuropediatrics*, 326-27 (2020).

³⁴ K. M. Scott et al., *Intermittent Explosive Disorder Subtypes in the General Population: Association with Comorbidity, Impairment and Suicidality*, 29 *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2-3 (2020).



行為³⁵；「行為規範障礙症（Conduct disorder）」，指少年在 13 歲前，已出現不遵守規範、不在意他人權益、不願達成社會的預期等行為出現，不尊重他人權益，或不遵守與年齡相符的社會規範，且為一種反覆而持續的行為模式。包括對別人和動物的攻擊、對物的破壞有、欺騙或偷竊、重大違反規定等³⁶。滿 18 歲之後，可能形成「反社會型人格障礙症」。「反社會型人格障礙症」非精神衛生法定義的精神疾病，醫療無從協助，因此在少年階段，須盡量在人格定形之前，提供協助，避免走向「反社會型人格障礙症」。行為規範障礙症可能和青少年的成長環境、家庭功能不佳等有關³⁷，且可能與其它精神疾病共病。因此，需仔細評估青少年的人生發展經驗，如家庭、學校、社區等情形，以及有無共病，分析各個層次的問題，仔細評估，才可能在少年性格定型前，改變少年的個性與行為模式。

精神疾病重症的初次發病情形。重症可概分成情緒障礙症類群與思覺失調症類群，情緒障礙症包含憂鬱症以及雙相情緒障礙症。最嚴重的憂鬱症，稱為鬱症（major depressive disorder），呈現失去興趣的狀態，退縮及活動力減低，此時須防止自殺或傷害自己的行為。至於雙相情緒障礙症，指躁症與鬱症兩種面相，又稱躁鬱症，躁症與憂鬱症相反，少年可能處在活力充沛的狀態，無法控制衝動、想法多、計畫多、性慾高、喜歡冒險且睡眠需求減少等，可能會出現危險行為，如飆車、易與人爭執、發生性行為等，且可能不慎碰觸毒品，在合併毒品的使用下，則會有較高的暴力風險³⁸。青少年階段可能剛好是躁症初次發病，若未能妥善治療，反覆發病下，容易造成少年在學習、人際、家庭等社會功能的損害。除了症狀嚴重的時候必須要考慮住院外，後續在行為危險性較低時，仍應繼續於門診返

³⁵ O. J. Derella et al., *Reciprocity in Undesirable Parent-Child Behavior? Verbal Aggression, Corporal Punishment, and Girls' Oppositional Defiant Symptoms*, 49 *J Clin Child Adolesc Psychol*, 1-2 (2020).

³⁶ M. P. V. Mariano, *Moral Competence and Conduct Disorder among Filipino Children in Conflict with the Law*, 39 *Neuropsychopharmacol Rep*, 195 (2019).

³⁷ Y. Gao et al., *Neuroanatomical Changes Associated with Conduct Disorder in Boys: Influence of Childhood Maltreatment*, 31 *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 609-10 (2022).

³⁸ Seena Fazel et al., *Bipolar Disorder and Violent Crime: New Evidence from Population-Based Longitudinal Studies and Systematic Review*, 67 *Archives of General Psychiatry*, 934-35 (2010).

診追蹤，定期服藥，才可以有效減少躁症復發，從而減少再犯風險³⁹；至於思覺失調症，雖並非在青少年期好發，但於青少年期初次發病的思覺失調症，預後較不佳。青少年開始有思覺失調症時，不一定就會有明顯的聽幻覺或被害妄想，而可能是感覺到環境變得比較不尋常，而將一些意思曲解成對自己不利的想法等，造成少年身心上的壓力，進而影響生活，如無法上學、退縮，或者易與他人衝突等，需及早藥物治療，以免後續出現暴力行為⁴⁰。

物質使用障礙症。法律中所稱的酗酒成癮、施用毒品成癮等，與診斷中的「物質使用障礙症（substance use disorder）」概念接近。少年使用毒品，可能屬於曝險少年或觸法少年，視有無觸犯刑罰法律做為區分，而在處遇上，因為物質使用障礙症之少年，有可能使用物質比預期更大量或更長時間、持續渴望、無法戒除、或是控制使用物質、許多時間花在獲取物質、使用物質或

由物質相關作用中恢復、強烈慾望要使用物質等，使得少年無法完成學校或家庭的重大義務、或因物質導致持續反覆之社交或人際問題、甚至引起身、心問題⁴¹，因此積極的戒除物質實有必須，以目前戒毒採醫療優先的觀點⁴²，鼓勵少年至醫療院所戒（癮）毒門診評估，最具成效。

以上介紹少年常見的精神疾病可知，有些精神疾病確實與少年的不當行為有關，少年事件處理法也逐漸重視到醫療可能有的幫助（如少輔會結合醫療資源、多元處遇增設醫療機構等），只是在少年事件處理的程序中，結合司法精神醫學的資源方面，還未如責任能力的鑑定般普遍。而少年正值腦部發展的階段，少年的不當行為，可能是一連串的問題所導致，個別化的評估及擬定處遇計畫有其必要，每個青少年都是獨特的個體，需要找到少年需要幫忙的地方，並加以協助，才有機會協助少年步入正軌。透過司法精神醫學的介入，除

³⁹ S. Fazel et al., *Antipsychotics, Mood Stabilisers, and Risk of Violent Crime*, 384 *Lancet*, 1212-13 (2014).

⁴⁰ D. Whiting et al., *Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents from 15 Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis*, 79 *JAMA Psychiatry*, 120-22 (2022).

⁴¹ American Psychiatric Association 著，臺灣精神醫學會譯，《DSM-5 精神疾病診斷準則手冊，合記》，2014年8月，10頁。

⁴² 黃俊棠、鍾志宏、彭瑋寧，機構戒癮處遇的回顧與前瞻，《矯政期刊》，2021年1月，10(1)期，107頁。



鑑別診斷出疾病外，對於後續的處遇，也可提出建議，如藥物、心理層次的提升、家庭及學校的全面性協助等。而少年司法則扮演不可或缺的角色，維持處遇的運行，鼓勵並督促青少年持續接受處遇，避免中斷而無法完成治療。接下來則嘗試從少年常見的精神疾病出發，將少年事件處理的流程中，司法精神醫學可以介入提供協助的部分，敘述於以下段落。

肆、司法精神醫學於少年事件的運用

一、少年身心評估與少年司法精神鑑定

於少輔會的階段，因曝險少年先由少輔會整合社會資源加以輔導，此時少年可能有物質使用障礙症、或其他未被診斷出來的精神疾病，使得輔導的成效可能不佳，因此在少輔會輔導的階段，對於使用毒品的少年，應鼓勵少年至司法精神醫學科門診評估，確定有無相關精神疾病，及早醫療介入，才有更好的效果。

至於精神鑑定，可用在調查的程序。有別於傳統司法精神醫學鑑定以責

任能力為主，少年司法精神鑑定的範圍應該更為廣泛，不僅止於判斷責任能力的有無⁴³，而應該是提供一份對少年最有利的處遇計畫，才符合少年事件處理法的精神。因此，除需確認診斷、智能狀態、生長及發展情形、生理上疾病外，也需參考相關的調查報告、筆錄等，尤其若有調查保護官的評估、學校的紀錄、之前輔導或諮商的紀錄等，才算完整。此外，人格養成上的問題及家庭動力的評估，也要謹慎的評估，如家長在場與不在場，可能影響少年的表現。因此，少年司法精神鑑定，再經過會談、整體評估客觀的資訊、青少年與家長互動的狀態、在鑑定過程中出現的不同面貌等，來為青少年量身訂做，以符合其最佳利益的情況下，做出從診斷到處遇的建議供作少年法官裁定的參考。

二、責付適當性評估

在少輔會與少年法庭調查開始前，即少年法院受案的階段，少年的家庭狀況是否適合責付，或是否須責付於醫療機構，也可借助於司法精神醫學的評估。少年若處於精神疾病的初次發作、有嚴重的毒品使用障礙問題等，需要醫

⁴³ 少年在責任能力的規定，與成人不同，仍用心神喪失的用語，但應與刑法第 19 條第 1 項所稱喪失辨識其行為違法之能力，或依其辨識而行為的能力喪失之情況類似，也可能需接受治療。

療協助時，責付於醫療院所，讓少年可以早期接受評估與治療，對於後續的疾病預後應更為有利；而少年的家庭狀況，除表面的經濟狀況、家長職業、親權人對於少年的看法外，還有一些少年與家人互動中呈現的隱微關係，如過度的關心會造成少年的壓力等。若少年的家庭時常有過大的情緒反應、意氣用事的言詞等，也會造成少年的壓力，似乎就不太適合責付家長，或家長需要一些準備，才可協助少年。

另外，有些家長可能是「孟喬森症候群（Munchausen syndrome）」，在第五版診斷系統中，稱為加諸於他人身上的偽病（Factitious Disorder Imposed on Another）⁴⁴，指照顧者故意誇大、偽造，甚至可能促成少年的身體、心理或精神問題。換句話說，家長看似關心且保護少年，然而其行為卻是有害少年健康，如故意讓少年服用安眠藥，以製造青少年精神不繼的症狀、或如聲稱青少年因官司壓力想自殺，而不斷的去刺激青少年等。在這樣的情形下，責付給家長便須謹慎，避免造成青少年更多的損害。

三、急速輔導的協助

一般人遇到司法問題，輕如無人傷亡的交通事故，都有可能產生壓力。而少年在抗壓性、社會經驗、衝動控制、挫折忍受度等，都尚未完全成熟，遭遇司法事件，可能會有極大的身心壓力，而有相關的精神狀況出現，而急速輔導本是為了少年因案有嚴重身心適應不良時，協助的機制。

少年嚴重適應不良，可能會有高自殺風險⁴⁵，光靠輔導可能不夠，需醫療協助評估及治療，如積極藥物治療、考慮住院、或少年不願住院，需頻繁返診、居家的視、關訪員的關心等，防止自殺；至於壓力反應的原因，可能是精神疾病、人格的問題，或是偽病詐病等，都可由司法精神專科醫師評估，提供藥物、各種方式的心理治療等，協助青少年緩解壓力。

四、交付觀察的輔助

交付觀察與鑑定留置，有部分的理念相符，即以較長的時間來達到較準確的評估。原本少年便需要較長的時間建立關係，若少年整理情況較為複雜，或

⁴⁴ M. J. Sanders and B. Bursch, *Psychological Treatment of Factitious Disorder Imposed on Another/Munchausen by Proxy Abuse*, 27 J Clin Psychol Med Settings, 139-41 (2020).

⁴⁵ M. S. Chung et al., *Association among Depressive Disorder, Adjustment Disorder, Sleep Disturbance, and Suicidal Ideation in Taiwanese Adolescent*, 6 Asia Pac Psychiatry, 319-20 (2014).



許可考慮在交付觀察的時候，委由司法精神專科醫師長期評估，如以門診方式評估，則較頻繁回診追蹤；或若有住院觀察必要，在少年與家長都同意下安排住院，透過護理師（協助記錄少年的行為、問題等）、社工師（評估少年家庭狀況、主要照顧者以及互動狀態等）、心理師（評估智商、人格特質、協助疾病診斷等）、職能治療師（評估少年的功能較適合做什麼工作等）各個職類的合作下，密集觀察及評估，應不需要到 6 個月的時間，即可對少年的情況有一定程度的掌握，而可擬定後續治療計畫，讓青少年逐步改善不當的行為。

五、保護處分的協助

除了少年有治療疾病、或戒癮的必要時，可透過保護管束付命少年完成治療或戒癮的目標，或若少年有嚴重精神障礙，達心神喪失時，可能需要治療處分，而安排少年至司法精神醫學科門診評估少年的狀況，而採門診或住院治療的模式執行外，當青少年保護處分執行上遭遇到困難，也可適時轉介少年到司法精神專科醫師門診，或交付安置於醫療機構（由機構內的司法精神專科醫師

處遇），協助確認診斷、擬定治療計畫等，讓少年得到最好的保護。

肆、結論與建議

在現代福利國家思想下，少年司法處遇係法官代表國家，以少年福祉之保障為主要目的介入少年事件，結合福利行政與其他社會資源，而成為福利司法處理模式。關於少年司法處遇之決定，包含了司法謙讓原則、保護優先原則、少年最佳利益原則、個別處遇原則及全人格原則⁴⁶。少年行為問題牽連即廣，除了與教育、社政、警政等相關外，也有部分的少年行為問題，與醫療相關，如酒藥癮、精神疾病等⁴⁷。因此透過醫療的評估，也可讓少年處遇的思考層面更為寬廣，提供曝險或觸法少年早期診斷與治療的機會，或許對於特殊困難協助的少年，是一個值得思考的方向。而現行制度運作上資源整合機制，雖有將運用醫療資源、與醫療結合等，列入考慮，但執行面上，仍未成熟。可能是因醫療與法律雙邊皆缺乏相關的資訊，以至於法律上對於司法精神醫學如何提供協助不甚了解、精神鑑定或評估報告也

⁴⁶ 賴恭利，少年保護事件之保護優先原則與被害人保護之衡平，《法律扶助與社會》，2023年3月，10期，102-104頁。

⁴⁷ 黃宗旻，少年司法福利系統的變化—淺談 108 年少事法修正之意義，同註 3，109-111 頁。

難以提供法律上具體建議。

本文藉由將司法精神醫學上的觀念，與現行制度對照，可知在少年事件處理中，從少輔會的輔導、審前的責付、調查的鑑定、急速輔導、交付觀察以及有部分的保護處分，司法精神醫學皆有介入的可能。具體而言，在少輔會階段，提升處遇人員辨識精神疾病的能力，並與醫療單位建立轉介及處遇的流程（如少輔會對於在曝險少年輔導時，對於施用毒品的少年方面，除了輔導外，可考慮建制轉銜到醫療評估的流程，讓醫療端確認少年毒癮的嚴重度，以及提供醫療上戒毒的協助）；而在少年法庭的階段，加強與司法精神醫學的合作機制，善用對少年的精神鑑定，作為從評估到處遇的參考（如告知鑑定人鑑定目的為：了解少年之品格、經歷、身心狀況、家庭情形、社會環境、教育程度及該少年與事件有關之行為，以決定後續之處理方式等，有利於鑑定人了解鑑定要朝哪個方向進行，較可符合少年處遇的精神）；另外在少年在程序前階段就發現疑似需要協助，或在少年處遇的過程中，若發現少年有酒、藥及其他物質使用或網路使用過度的問題（少年可能有成癮問題），或少年在應對進退時，疑似理解力不佳（少年可能智力不佳），甚或是情緒起伏過大等，建議可轉介至司法精神科門診評估，確定診

斷並且擬定治療方向。透過與醫療的科際整合，將司法精神醫學也納入少年處遇的一環，應能讓少年的保護更為完善。

參考資料

- 王伯頌，刑事司法體系中少年個案犯罪思考型態之研究，青少年犯罪防治研究期刊，11(2)期2，頁51-98，2020年1月。
- 司法官第59期臺南學習組，少年事件之點線面，司法新聲，134期，頁89-1055，2020年7月。
- 李茂生，少年事件處理法發展專題回顧：回首向來蕭瑟處，也無風雨也無晴，臺大法學論叢，50期S，1607-38，2021年11月。
- 林奕宏，釋字第805號解釋打開被害人權益的新頁？：一個少年事件實務工作者的觀察，司法新聲，139期，頁159-80，2022年3月。
- 林政佑，日本兒童相談所考察：以非行諮詢為中心，犯罪與刑事司法研究，34期，頁1-33，2021年6月。
- 法務部司法官學院，第三篇：少年之觸法狀況與司法處理，犯罪狀況及其分析，法務部司法官學院犯罪防治研究中心，頁1-38，2020年12月。
- 陳慈幸、蔡孟凌，少年事件處理法學理與



- 實務，元照，修訂3版，2018年4月。
- 黃宗旻，少年司法福利系統的變化－淺談108年少事法修正之意義，法律扶助與社會，11期，73-114，2023年9月。
- 黃俊棠，鍾志宏，彭瑋寧，機構戒癮處遇的回顧與前瞻，矯政期刊，10(1)期，97-124，2021年1月。
- 蔡坤湖，少年司法政策之檢討－以少年虞犯為中心，刑事法雜誌，62(1)期，1-22，2018年2月。
- 蔡坤湖，少年虞犯與審前轉向制度，刑事法雜誌，62(6)期，71-81，2018年12月。
- 賴恭利，少年保護事件之保護優先原則與被害人保護之衡平，法律扶助與社會，10期，頁95-138，2023年3月。
- 謝如媛，少年修復式司法的批判性考察－從少年的最佳利益到利益衡平？政大法學評論，152期，頁125-86，2018年3月。
- E. A. Arnevik, and S. B. Helverschou, Autism Spectrum Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorder - a Systematic Review, 10 Subst Abuse, 69-75 (2016).
- American Psychiatric Association, DSM-5 精神疾病診斷準則手冊，合記，2014年8月。
- G. Borges, Y. Ye, J. Bond, C. J. Cherpitel, M. Cremona, J. Moskalewicz, G. Swiatkiewicz, and M. Rubio-Stipec, The Dimensionality of Alcohol Use Disorders and Alcohol Consumption in a Cross-National Perspective, 105 Addiction, 240-54 (2010).
- V. C. Chen, H. L. Chan, S. I. Wu, M. Lee, M. L. Lu, H. Y. Liang, M. E. Dewey, R. Stewart, and C. T. Lee, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Mortality Risk in Taiwan, 2 JAMA Netw Open, e198714 (2019).
- M. S. Chung, H. J. Chiu, W. J. Sun, C. N. Lin, C. C. Kuo, W. C. Huang, Y. S. Chen, H. P. Cheng, and P. Chou, Association among Depressive Disorder, Adjustment Disorder, Sleep Disturbance, and Suicidal Ideation in Taiwanese Adolescent, 6 Asia Pac Psychiatry, 319-25 (2014).
- O. J. Derella, J. D. Burke, S. D. Stepp, and A. E. Hipwell, Reciprocity in Undesirable Parent-Child Behavior? Verbal Aggression, Corporal Punishment, and Girls' Oppositional Defiant Symptoms, 49 J Clin Child Adolesc Psychol, 420-33 (2020).
- R. Drechsler, S. Brem, D. Brandeis, E. Grünblatt, G. Berger, and S. Walitza, Adhd: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents, 51

- Neuropediatrics, 315-35 (2020).
- S. Fazel, J. Zetterqvist, H. Larsson, N. Långström, and P. Lichtenstein, Antipsychotics, Mood Stabilisers, and Risk of Violent Crime, 384 *Lancet*, 1206-14 (2014).
- Seena Fazel, Paul Lichtenstein, Martin Grann, Guy M. Goodwin, and Niklas Långström, Bipolar Disorder and Violent Crime: New Evidence from Population-Based Longitudinal Studies and Systematic Review, 67 *Archives of General Psychiatry*, 931-38 (2010).
- Y. Gao, Y. Jiang, Q. Ming, J. Zhang, R. Ma, Q. Wu, D. Dong, *et al.*, Neuroanatomical Changes Associated with Conduct Disorder in Boys: Influence of Childhood Maltreatment, 31 *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 601-13 (2022).
- B. Hofvander, T. Nilsson, O. Ståhlberg, E. Claesdotter, P. Moberg, K. Ahlbäck, and M. Hildebrand Karlén, Autism Spectrum Disorders in Forensic Psychiatric Investigations-Patterns of Comorbidity and Criminality, 14 *Front Psychiatry*, 1168572 (2023).
- D. W. Hoover, and J. Kaufman, Adverse Childhood Experiences in Children with Autism Spectrum Disorder, 31 *Curr Opin Psychiatry*, 128-32 (2018).
- Harry Man Xiong Lai, Michelle Cleary, Thiagarajan Sitharthan, and Glenn E. Hunt, Prevalence of Comorbid Substance Use, Anxiety and Mood Disorders in Epidemiological Surveys, 1990–2014: A Systematic Review and Meta-Analysis, 154 *Drug and Alcohol Dependence*, 1-13 (2015).
- A. Latvala, M. Tideman, E. Søndena, H. Larsson, A. Butwicka, S. Fazel, and P. Lichtenstein, Association of Intellectual Disability with Violent and Sexual Crime and Victimization: A Population-Based Cohort Study, 53 *Psychol Med*, 3817-25 (2023).
- M. Lillig, Conduct Disorder: Recognition and Management, 98 *Am Fam Physician*, 584-92 (2018).
- M. P. V. Mariano, Moral Competence and Conduct Disorder among Filipino Children in Conflict with the Law, 39 *Neuropsychopharmacol Rep*, 194-202 (2019).
- M. J. Sanders, and B. Bursch, Psychological Treatment of Factitious Disorder Imposed on Another/Munchausen by Proxy Abuse, 27 *J Clin Psychol Med Settings*, 139-49 (2020).
- K. M. Scott, Y. A. de Vries, S. Aguilar-



- Gaxiola, A. Al-Hamzawi, J. Alonso, E. J. Bromet, B. Bunting, *et al.*, Intermittent Explosive Disorder Subtypes in the General Population: Association with Comorbidity, Impairment and Suicidality, 29 *Epidemiol Psychiatr Sci*, e138 (2020).
- M. W. Segeren, T. J. L. Fassaert, R. Kea, M. A. S. de Wit, and A. Popma, Exploring Differences in Criminogenic Risk Factors and Criminal Behavior between Young Adult Violent Offenders with and without Mild to Borderline Intellectual Disability, 62 *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 978-99 (2018).
- D. Whiting, G. Gulati, J. R. Geddes, and S. Fazel, Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents from 15 Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis, 79 *JAMA Psychiatry*, 120-32 (2022).
- W. Yang, X. Liang, and C. H. Sit, Physical Activity and Mental Health in Children and Adolescents with Intellectual Disabilities: A Meta-Analysis Using the Re-Aim Framework, 19 *Int J Behav Nutr Phys Act*, 80 (2022).
- S. Young, and K. Cocallis, Adhd and Offending, 128 *J Neural Transm (Vienna)*, 1009-19 (2021).