

國立政治大學法學院碩士在職專班

碩士論文

指導教授：謝如媛 博士

從司法精神醫學觀點論殺直系血親尊親屬罪

Punishment of Parricide in Taiwan: A Forensic

Psychiatric Perspective

研究生：黃聿斐

中華民國一百零二年七月

摘要

我國早期的刑法與道德、宗教與風俗有密切關係，與大多數人信仰、道德背離的行為，不僅會被認為是違反善良風俗，也常被認為是可以處罰的行為。因此，許多朝代的法律對於傷害、甚至殺害尊親屬者皆有加重處罰的規定。雖然從民國 80 年左右開始，陸續有學者提出「殺直系血親尊親屬罪」並不符合現代刑法的立法原理，且有違憲法之平等原則，並建議進行廢除改以普通殺人罪及刑法既有的法律進行加重或減輕等，然至今皆未獲得立法者的關注。

本文回顧我國刑法中與倫常條款有關之規定，發現在侵害身體法益之犯罪行為中，當發生直系血親卑親屬對尊親屬的侵害時，不論行為人平日素行、與被害人過往的互動關係、行為理由等等，國家法律對行為人一律加重處罰，甚而一般關係中非屬非難範圍的行為，也可能列入處罰的範圍，似有法律過度介入家庭關係的形塑、刑罰缺乏個別性判斷、違背憲法平等原則，違反刑法的謙抑原則等等疑慮。並參照日本及德國二國刪除「殺直系血親尊親屬罪」的歷程及廢除理由，來權衡我國維持「殺直系血親尊親屬罪」之立法理由與刑罰目的是否相稱。

其次，簡介精神疾病類型及其相關的犯罪學研究結果，探討我國刑法第 19 條關於精神障礙與心智缺陷者之責任能力規範，及現行精神鑑定制度之運作。

再從司法精神醫學的角度，透過分析最高法院從民國 85 年至 102 年間殺直系血親尊親屬罪的 52 個案例及中部某精神專科醫院實施殺人案件精神鑑定共 99 個案例發現，法官與司法精神鑑定人對精神障礙及其他心智缺陷的見解顯有差異，行為人於犯行當時之精神狀態鑑定的結果，對刑事起訴後的判決具有明顯的影響力。然而，現行精神鑑定的進行，絕大多數是由法院審理至決定行為人的責任能力階段時，才進行機關囑託鑑定或是個人委託鑑定，而往往忽略了對於精神疾病或有其他心智缺陷者，或許在案件審理調查的最初就有「受審能力」的困難，導致精神障礙或心智缺陷者於刑事審理過程中常處於不利益的處境，而無法確保審理過程中的正當程序的進行。退萬步言，精神障礙者受疾病影響，常處於認知、

自我及職業等功能退化而難以獨立，需倚賴父母或其他家屬協助生活的狀態，而相關犯罪學研究顯示家庭成員為他們最常見的人身犯罪對象，以家人為侵犯對象的機率最高可達 40%，相對一般人為 16%，可知精神障礙者觸犯殺直系血親尊親屬罪的機率較非精神障礙者高。

進步的刑法必須能貼近社會的脈動，家庭人倫關係固為值得珍視的價值，但家庭情感的維繫應是家庭成員發自內心的主動作為，而非單方面的以刑罰加以形塑及鞏固。本文從法規範的立法理由、保護法益及合憲性的角度思考刑法第 272 條殺尊親屬罪存在的妥適性，並進一步探討「殺直系血親尊親屬罪」的施行是否造成實施上的不平等，使得精神障礙者實質上較其他人更容易受到此項罪名的處罰。

從司法精神醫學觀點論殺直系血親尊親屬罪

目錄

內容

第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
第三節 研究方法及綱要.....	5
第一項 文獻回顧分析.....	6
第二項 判決及鑑定報告案例分析.....	6
第三項 內容綱要.....	6
第三節 研究限制.....	8
第二章 刑法與倫常條款.....	9
第一節 刑法中的倫常條款概論.....	9
第二節 刑法第 272 條殺害直系血親尊親屬罪之概要與處罰目的.....	12
第一項 我國的立法沿革及處罰目的.....	12
第二項 日本的修法沿革與過程.....	14
第三項 德國的修法沿革.....	17
第三章 精神疾病與犯罪的關係.....	20
第一節 前言.....	20
第二節 精神分裂症.....	22
第一項 沿革與流行病學研究.....	22
第二項 臨床症狀與診斷準則.....	24
第三項 相關犯罪學研究及責任能力.....	24
第三節 情感性精神病.....	25
第一項 沿革與流行病學研究.....	25

第二項	臨床症狀與診斷準則.....	26
第三項	相關犯罪學研究及責任能力.....	29
第四節	妄想性精神病.....	32
第一項	沿革與流行病學研究.....	32
第二項	臨床症狀與診斷準則.....	33
第三項	相關犯罪學研究及責任能力.....	33
第五節	器質性精神疾患.....	35
第一項	譫妄狀態.....	35
第二項	失智症（Dementia）.....	35
第六節	物質關聯之精神疾患.....	36
第一項	酒精性疾患及相關之犯罪學研究及責任能力.....	37
第二項	安非他命及其他物質使用疾患與相關之犯罪學研究及責任能力.....	42
第七節	精神官能症.....	46
第一項	概論.....	46
第二項	與犯罪之關係.....	47
第八節	智能不足.....	50
第一項	智能分級與相當之行為能力.....	50
第二項	相關犯罪學研究與行為能力.....	51
第九節	人格障礙及其他行為障礙.....	53
第一項	人格疾患.....	53
第二項	衝動控制疾患.....	59
第三項	性變態行為.....	60
第十節	小節.....	62
第四章	精神疾病與直系血親尊親屬罪.....	66
第一節	責任能力的減輕或免除.....	66
第一項	我國責任能力的規定.....	66
第二項	責任能力的組成.....	67

第三項 精神障礙的定義	68
第四項 責任能力判斷的標準	69
第二節 精神疾病障礙者殺直系血親尊親屬案件之判決整理	70
第一項 研究方法	70
第二項 結果	72
第三項 小結	79
第四項 案例分析	80
第三節 精神疾病與責任能力	115
第一項 精神疾病與殺直系血親尊親屬的行為	115
第二項 現行的司法精神鑑定制度	116
第五章 精神障礙者易觸犯刑法第二七二條直系血親尊親屬罪之實證分析與檢討	124
第一節 精神鑑定實證資料分析	124
第一項 研究目的	124
第二項 研究方法	125
第三項 結果	126
第二節 精神障礙者與親屬的緊密連結	134
第一項 精神障礙者容易侵害倫常條款的原因探討	135
第二項 精神障礙者實質上更容易面臨倫常條款的處罰	137
第三節 從精神醫學角度看精神障礙者犯殺直系血親尊親屬罪之處罰	139
第六章 結論與建議	143
參考文獻	148
一、專書	148
二、期刊論文	149
三、學位論文	150
四、外文資料	150
附錄一、刑責能力判斷準則（何海、莊明敏、林信男、林憲，1997）	154
附錄二、52 個最高法院殺直系血親尊親屬罪判決整理	156



第一章 緒論

第一節 研究動機

從殺直系血親尊親屬罪的立法理由來看，大多數的學者支持對殺害尊親屬者加重處罰，原因不脫「直系血親尊親屬是己身所從出之人，血統攸關，養育劬勞，梟獍其心，而有逆殺之舉，有悖倫常，應加重處罰」等¹，直到民國 79 年始有蔡墩銘教授提出「蓋認為人民在法律以下一律平等，不必對尊親屬特別厚為保護也。」²民國 80 年後，漸有較多的學者支持無須對殺直系血親尊親屬特別立法。學者陳志龍認為：其立法基礎係以古代孝順思想為出發，尊親屬享有優越地位，其只考慮到刑事意義的身份而不考慮及責任主義，如此思考實非現代刑事立法所當採³。學者許志雄則從平等原則與違憲審查理論的角度思考，認為：對殺直系血親尊親屬進行嚴格審查時，可發現該犯罪類型之立法目的不僅非不可或缺者，甚至殘留封建色彩，違反民主之本質，應屬違憲⁴。林山田教授更直言：「父母與子女間之關係，乃人倫中最重要密切之關係，行為人若非精神狀態異常，或有不足為外人道之特殊情事，始會有殺害父或母的行為，……因此本罪之規定宜加以刪除⁵」。黃源盛教授亦認為「之所以釀成『逆倫』慘案，有不少比例是肇因於行為人之精神異常，或因酒醉、毒癮、自我控制力薄弱，或受到長久虐待、傷害、嘲罵，或有不足為外人道的不倫情事等所致，……依目前的實況來看，情輕而法重者仍時有所聞，同時也會造成一種絕對義務的不公平現象。」⁶然而，儘管近 20 多年來，刑法學者們逐漸形成殺尊親屬罪無須特別立法，可改以普通殺人罪及刑法第 57 條規定進行酌科即可的專家意見，但殺直系血親尊親屬罪仍始終未

¹李玉璽，從孝道思想論殺尊親屬罪概念衍變，頁 109-111，國立政治大學法學院法律系碩士班碩士論文，2001 年。

²蔡墩銘，刑法各論，頁 30，1990 年 9 月。

³陳志龍，人性尊嚴與刑法體系入門，頁 307，1992 年。

⁴許志雄，殺直系血親尊親屬罪與平等原則，頁 15，月旦法學雜誌，37 期，1998 年 6 月。

⁵林山田，刑法各論罪（上冊），頁 5，1999 年。

⁶黃源盛，固有倫常與舶來法律，頁 54-55，政大法學評論，117 期，2010 年。

有任何改變。

支持應對殺直系血親尊親屬罪加重處罰的主要理由，咸認為父母子女間關係親近緊密，弑親乃倫常之大不道，若不加重處罰，無法彰顯我國對於倫常裡教的重視。將倫常理教納入法律，始至漢武帝採納董仲舒的建議，「獨尊儒術、罷黜百家」，以儒教的名教綱常作為治理國家的手段，使得儒家忠君孝親的價值觀從此在人民生活、人際交往的社會規範中奠基並深化，國家亦將其所尊崇的價值觀放入刑法典中，當人民逾越禮教之法時，國家便會發動刑法來制裁逾禮者，不論國家主事者的目的是為了強化君主的權力，強化對人民的控制，或是認為將道德放入法律中，可以讓人民的德行更高，忠君孝親的思維更加內化到人民心中。如此一來，我們可以注意到的是在特別關係底下的犯罪行為，其制裁往往比無特別關係的犯罪更為嚴苛。特別是叛國、弑親、女子違背丈夫等行為，最為明顯。這樣的做法或者可以使立法者所尊崇的道德思想更被重視、被更確實的遵守，只是以嚴刑峻法去處罰所謂的「違背禮教、以下犯上」的行為，是否就能彰顯「正義」以及符合人民想法與情感的歸向，仍有待證明。

然而一味的要求地位上的從屬者去順從服膺禮教的規範，甚而對於反抗者施以嚴厲的懲罰，而不論上位者之舉措是否失當，一律施以加重處罰，其實就是以人的地位尊卑而施以差別化的待遇，以現代化的法律觀點進行審查，似乎違背了「人生而平等」的基本原則。

綱常禮教及倫理思想，到底該在法律中佔據怎樣的地位？傳統以法律的強制力維護統治者重視的禮教，目的是強化統治者的控制力量；有論者認為綱常名教及倫理思想是個人自然的情感紓發，應該退出法律的範疇，不能用法律強制力去逼迫個人實踐去禮教，法律不該是控制的手段。這二種對立的論述在清朝末年，清廷預備制訂大清新刑律時，強調維持傳統禮教立法，認為必須「因倫制禮、準禮制刑」的張之洞、勞乃宣等「禮教派」人士，跟主張揚棄禮教入刑的傳統立法

思考，應繼受西方近代立法原理原則的沈家本等「變法派」人士，為了維護各自對「禮教入刑」的不同立場產生激辯，並掀起著名的「禮法之爭」⁷。可惜清廷雖指派變法派的沈家本為修法大臣，最後卻明白宣示「綱常是立國根本」，是國粹。沈家本等人的變法努力功敗垂成，以致於我國現今刑法中，仍處處可見以道德作為保護法益的痕跡，例如：維護一夫一妻體制的第 237 條重婚罪，維護婚姻忠誠關係的第 239 條通姦罪，違背孝悌之道而加重罪責的第 272 條殺直系血親尊親屬罪、第 281 條加暴行於直系血親尊親屬罪等等。

然而現代刑法強調「罪刑法定」、「罪責相當」，以不可能改變的親屬關係作為加重處罰的理由，甚至只針對卑殺尊的情形進行特別處罰，恐怕有違上述二個原則。此外，刑法規範的呈現，也是一種社會價值的表達，不同的社會具備有不一樣的社會價值，這樣的思考也應該被應用在保護生命法益的刑法規範⁸。是以當時代變遷，家庭樣態、社會風氣與價值觀變得複雜且與過去認同的價值不同時，刑法的規範亦應與時俱進，方能與社會價值維持連動。所以，刑法第 272 條規範僅以主觀的單向的親屬尊卑作為加重刑罰的要件，以示對尊親孝道價值的重視，以現代眼光看來，卻極有可能造成法律上看似有理、但道德上難以認同的現象，例如兒子殺死對母親及家人長期施以暴力的父親，弑親誠然是法律及道德追訴及處罰的目標行為，但被害者的惡性及過去對加害者之戕害行為，豈無非議之處？後者雖屬刑法第 57 條規範所應審酌之情狀，但先以刑法第 272 條殺直系血親尊親屬加重處罰，再進行特殊情狀之科刑輕重的思考，其實是實質的限縮法官判決量刑的自由度。易言之，倘若沒有刑法第 272 條之規範，刑法第 57 條第 1 項第 7 款⁹不也能夠處理直系血親卑親屬對尊親屬的殺人行為的加重處罰，以昭示對孝道尊親之社會價值的重視與維護？何需刑法第 272 條之特別規定？綜上所述，刑法第 272 條之存在實有進一步探討之必要。

⁷黃源盛，法律繼受與近代中國法，頁 200-223，2007 年。

⁸李聖傑，從殺人罪在德國的法制法展思考台灣殺人行為的規範，頁 31，刑事法學新趨勢-Lothar Phipipps 教授七秩祝壽論文集，2004 年。

⁹刑法第 57 條第 1 項第 7 款：「科刑時應以行為人之責任為基礎，並審酌一切情狀，尤應注意下列事項，為科刑輕重之標準：七、犯罪行為人與被害人之關係。」

第二節 研究目的

姑且不論以國家刑罰規範家庭的倫理及道德是否真能達到維持家庭關係及價值的實益。但不細究犯罪人的動機、個人狀態、所處情境等其他相關因素，純粹以「特別身份關係」的主觀個人因素作為刑罰調整的理由，如直系血親卑親屬對尊親屬的暴力犯罪的加重處罰，但對於直系血親尊親屬對卑親屬的暴力犯罪卻無相應的加重條款，讓人不禁懷疑這樣的法律規定實質違反了憲法中平等原則，或因其過度處罰而有違反比例原則的可能。尤其今日社會，民眾對於兒童虐待、兒童忽略等議題逐漸認識及瞭解，顯示社會所重視的家庭倫理不再只是單向的下對上的尊重與順服，而是雙向的。在民法的修正¹⁰及家庭暴力防治法¹¹的規定中，皆能發現類似社會價值的具體實現。唯獨刑法依循著對家庭倫理重視的傳統，相關的倫常條款規定尋常可見，不免讓人認為現代刑法欠缺與時俱進的精神且與現代的社會價值相違的質疑。

在各類型的犯罪中，殺人罪被認為是最令人恐懼的暴力犯罪，犯罪學學者 Sellin & Wolfgang(1964)曾編製一份有關 141 項不同犯罪類型之犯罪嚴重性量表 (Serious Scale)，對 1000 名警察、法官及大學生進行施測，研究發現各職業團體對犯罪嚴重性之衡量趨於一致，殺人犯罪被衡量為最嚴重的犯罪行為，二倍半於強姦犯罪¹²。因此我國刑法第 271 條普通殺人罪規定：「殺人者，處十年以上有期徒刑、無期徒刑或死刑。」同時明白揭示對未遂犯及預備犯的處罰條款，昭示我國對於生命法益保護的重視。刑法第 272 條殺直系血親尊親屬罪是普通殺人罪的加重條款，規定：「殺直系血親尊親屬者，處死刑或無期徒刑。」針對殺害已所從

¹⁰民法第 1118 之 1 條第 1 項第 1 款：「受扶養權利者有下列情形之一，由負扶養義務者負擔扶養義務顯失公平，負扶養義務者得請求法院減輕其扶養義務：

一、對負扶養義務者、其配偶或直系血親故意為虐待、重大侮辱或其他身體、精神上之不法侵害行為。」

¹¹家庭暴力防治法第 43、44、45、46 條之規定，法院有權停止或改定加害人對未成年子女之權利與義務之行使，並得監督加害人與未成年子女之會面及交往，以保護未成年子女之安全與權益。

¹²許春金，犯罪學，頁 508，2007 年 5 版。

出的直系血親尊親屬的犯罪者加重處罰，即對違背孝悌之道者，不論原因、背景或其他因素，一律加重處罰。誠然殺人是違反彼此兼社會契約之約定，所以得以刑罰處罰其所造成的社會危害，但與社會危害不相當之刑罰，則是超過社會契約之範圍¹³；也就是說殺人行為已有既定之法律評價，但單就行為人與被害人主觀之尊卑關係而一律加重處罰，卻未必與其對應的社會危害一致，而可能破壞社會的法感情，違反了罪刑均衡的原則。雖然殺直系血親尊親屬罪是否應回歸普通殺人罪的討論時有所聞，而截至目前為止，並無明確的結論。

筆者為精神科專科醫師，自民國 91 年 7 月開始，於行政院衛生署草屯療養院負責司法精神醫學鑑定，截至 102 年 2 月已完成 437 件精神鑑定報告¹⁴，其中絕大多數為刑事案件。在從事刑事精神鑑定過程，發現精神障礙者犯殺人或是傷害類型的對象，絕大多數是主要照顧者，如：父母、祖父母、手足或是其他關係親近的人，因而推論刑法第 272 條殺直系血親尊親屬罪看似公平的施行於全國，但有可能因精神障礙者犯罪對象的特性，而造成在實質施行的偏誤。因此，本研究論文將從精神醫學的角度探索將殺直系血親尊親屬罪回歸普通殺人罪適當性。

第三節 研究方法及綱要

本論文將分別以刑法中與殺直系血親尊親屬罪之相關文獻進行回顧探討，同時就不同精神疾病的特質及其容易與法律發生關係的面向進行瞭解，進而分析最高法院的殺直系血親屬罪之相關判決，並輔以某療養院之精神鑑定的實際案例中觀察犯殺直系血親尊親屬罪之被鑑定人與犯一般殺人罪之被鑑定人之特質比較，探討殺直系血親尊親屬罪從法理學至實際施行可能造成精神障礙者更容易受到此法處罰的現象，探討維持殺直系血親尊親屬罪存續正當性的疑慮。

¹³王正嘉，犯罪被害人影響刑事量刑因素初探，國立中正大學法律集刊，第 36 卷，頁 64-66，101 年。

¹⁴黃聿斐，草屯療養院院內研究計畫「精神醫學與司法系統的交界：司法體系中的精神疾病的流行病學」，100 年及 101 年。

第一項 文獻回顧分析

本文所採取的文獻，在刑法部分，主要以家庭內的法律、殺直系血親尊親屬罪、刑法中的倫常條款等關鍵字於國內學術網路中進行文獻搜索，由國內學者的觀點與理論探討過去關於殺直系血親尊親屬罪的研究及討論；精神醫學方面，則以精神障礙者的暴力及犯罪行為、精神障礙者在犯罪學中的特性等關鍵字於國內外學術網路進行文獻搜尋，參照國內精神醫學期刊之相關研究、歐美國家以英文發表於國際期刊之論文及專書進行探討。

本論文所採取的精神疾病診斷標準以臨床上最常使用的由美國精神醫學會（American Psychiatric Association，APA）編纂的精神疾病診斷與統計手冊第四版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV，簡稱 DSM-IV）及世界衛生組織（World Health Organization，WHO）主導編輯的國際疾病與相關健康問題之統計分類第十版（International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems X，簡稱 ICD-10）之原文及中文譯名。

第二項 判決及鑑定報告案例分析

判決部分以「殺人」合併「直系血親尊親屬」為關鍵字搜尋司法院法學資料庫及法源法律網之判決書資料庫中的最高法院判決進行統計分析，並選取適當案例進行探討，鑑定報告案例分析以草屯療養院於民國 91 年 1 月至民國 100 年 6 月間的鑑定案件資料庫中，選取因「殺人案件」由法院轉介進行司法精神鑑定的案例進行資料的統計分析。同時將二個分析進行對照比較，或可增加精神障礙者在于刑事審判中的遭遇及殺直系血親尊親屬罪在精神醫學範疇內的狀態。

第三項 內容綱要

本研究論文共分為六章，各章大綱及撰寫目的說明如下：

第一章，緒論，此章藉由問題意識的發想，說明本篇研究的動機、研究目的，

進而說明研究方法的設計，及研究大綱摘要。本文第二章將論述刑法與倫常條款，在殺直系血親尊親屬罪的加重處罰的討論中，倫常關係的維持常是重要的原因，因此探討刑法中仍然存在的倫常條款實有必要。本章將分從財產犯罪及人身傷害犯罪等進行探討；進而探討刑法第 272 條殺直系血親尊親屬罪的概要與處罰的目的，並探討其他國家的立法例及德、日二國刪除殺直系血親尊親屬罪的歷程。

因本論文是由精神障礙者犯殺人罪之角度出發，因此在第三章中，將介紹各種精神疾病，以刑事精神鑑定中常見的精神疾病為主，如：精神分裂症（現稱思覺失調症）、躁鬱症、妄想症、器質性精神病及物質濫用/依賴等，分別說明其主要精神症狀，診斷標準及其相關的犯罪學研究，比較精神障礙者與非精神障礙者在犯罪學上的差異，初步探討精神疾病與犯罪的關係。

其次，由於精神障礙者的犯罪行為，除受審能力之判定外，量刑時必須進行行為人於犯罪行為當時之責任能力之判斷。本文將於第四章介紹責任能力在刑法中的相關規定，包括刑法第 18 條至第 20 條；並整理及分析最高法院的殺直系血親尊親屬罪之判決，篩選出以定讞的案例，分析犯罪者與被害人的關係、犯罪動機、精神疾病診斷、精神鑑定有無，鑑定結論（犯行時之精神狀態），物質濫用、法律效果等項目。進而探討精神疾病與責任能力的關係，檢討現行精神鑑定制度。

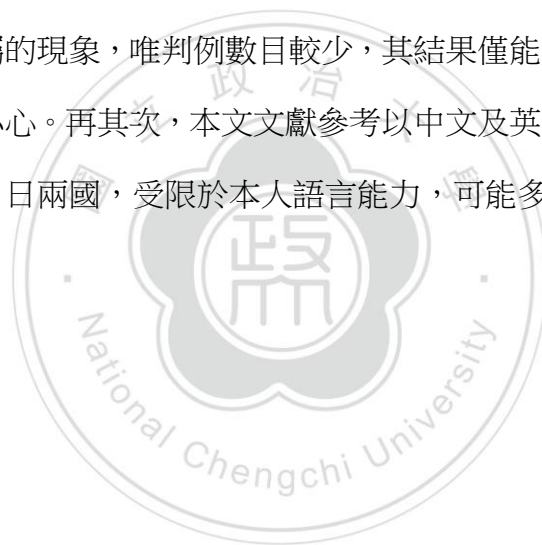
本文第五章將分析犯殺人罪之精神障礙者之特徵，透過中部某精神專科醫院十年間因殺人案件進行刑事精神鑑定之個案的分析整理，該司法精神醫學資料庫共有 1487 筆資料，其中刑事案件共 437 件（排除性侵害加害人鑑定事項），共有 99 筆資料來自殺人案件，其中有 12 筆為殺直系血親尊親屬罪。將進行一般人口學資料、精神障礙之有無、精神障礙的種類、犯行時中樞神經物質之使用、與被害者關係及責任能力判斷的結果進行整理、分析及探討，同時比較不同精神疾病診斷在殺人案件中的特性，說明重大精神疾病患者比非重大精神疾病患者（其他精神疾病）更容易因刑法中的倫常條款遭到處罰。探討重大精神疾病患者進入

司法審判體系中的可能遭遇及相關的法律規定，重新審視精神障礙者的責任能力在遭遇倫常條款時，可能面臨的矛盾及困境。

最後，綜合前數章節內容，於第六章進行結論與建議。

第三節 研究限制

最高法院的殺直系血親尊親屬罪已定讞之判例僅收集到 52 例，且因犯行時精神狀態有疑義而轉介進行精神鑑定之殺人案件十年間僅 99 例，，尤其在殺直系血親尊親屬罪僅佔所有殺人案件的十分之一，顯示殺直系血親尊親屬為罕見的犯罪類型，但仍分別於二組資料分析中，發現重大精神疾病障礙者的殺害對象集中於父母及家內親屬的現象，唯判例數目較少，其結果僅能解釋部分現象，進行廣泛性的推論時須小心。再其次，本文文獻參考以中文及英文之著作為主，由於本國刑法繼受自德、日兩國，受限於本人語言能力，可能多所疏漏。



第二章 刑法與倫常條款

在傳統倫理的思想下，我國家庭對個人的影響遠較鼓勵個人主義的西方社會更為深遠。從少到老，無論生育扶養、性格形成、行為規範及老年照護等等，家庭皆扮演著相當重要的角色。這樣的影響不只展現在個人生命的歷程，國家亦藉著法律的制訂，進而由外部肯認及強化家庭中的倫常秩序、個人於家庭中的責任義務的歸屬及家庭結構維持的穩定性增添了強制的色彩，而分就不同的目的，對於家庭親屬成員間的犯罪行為與非親屬成員間犯罪進行差別性的刑事政策思考及處遇。

第一節 刑法中的倫常條款概論

家庭是什麼？在一般的觀念裡，家庭是個人因血緣相繫或婚姻結合的方式與特定他人發生關係，進而因彼此關係的不同，如父母子女、夫妻、手足或是向外延伸的祖孫、甥、姪、姑、表等，隨著血緣關係的親等而有親疏的差異，但血緣關係的親等接近與否未必等同於情感的親近，反而同居共財的親屬間，可能因生活密切、思想及情感經常交流，而會有較親近的關係，因此同居共財與否對親屬關係的親疏的影響似乎超越血緣親等的影響。

而法律定義中的家庭，如民法親屬篇第 6 章第 1122 條規定：「稱家者，謂以永久共同生活為目的而同居之親屬團體」。家庭暴力防治法（家暴法）第 3 條則定義家庭成員包括配偶或前配偶、現有或曾有同居關係、家長家屬或家屬間關係者、現為或曾為直系血親或直系姻親、現為或曾為四親等以內之旁系血親或旁系姻親等及其未成年子女。二者相較，家暴法所定義的家庭成員顯然較民法親屬篇之定義更為廣泛，家庭成員之間不再以「永久共同生活而同居」為目的作為主體，而強調是否曾經或現存有法律或事實的眷屬或特定親等的關係，同時將未成年子女特別標定在法條中，以強調未成年子女居於家庭暴力狀態下的被害人角色

而需加以特別保護的目的有關，但亦反映了從民法親屬篇公布施行至 1998 年家暴法公布間，我國家庭結構及家庭觀念的變化。綜觀刑法中與親屬關係相關的特別規定，依被侵害法益可分類如下¹⁵：

- (1) 侵害財產法益之犯罪行為，竊盜（第 324 條）、侵佔（第 338 條）、詐欺背信（第 343 條）及贓物（第 351 條）等罪；
- (2) 侵害身體法益之犯罪行為，對直系血親尊親屬犯侵害屍體罪（第 247 條至第 250 條）、殺害或傷害直系血親尊親屬（第 272 條、第 277 條、第 278 條）、或使之受重傷者（第 280 條）、對直系血親尊親屬犯遺棄罪（第 294 條、第 295 條）、對直系血親尊親屬犯剝奪行動自由罪（第 302 條、第 303 條）、暴行罪（第 281 條）；
- (3) 妨害司法之犯罪行為，配偶、五親等內之血親或三親等內之姻親犯縱放逃脫罪（第 162 條第 5 項）、配偶、五親等內之血親或三親等內之姻親圖利犯人或依法逮捕拘禁之脫逃人犯「藏匿人犯及湮滅證據罪」（第 167 條）、意圖陷害直系血親尊親屬而犯誣告罪（第 170 條）；
- (4) 侵害婚姻法益之犯罪，血親和姦罪（第 230 條）、重婚罪（第 237 條）及通姦罪（第 239 條）。

其中侵害身體法益之犯罪行為，將行為人與被害者的關係限定為直系卑親屬對尊親屬的侵害，由國家直接發動刑法對行為人加以處罰，不論行為人平日素行、與被害人過往的互動關係、行為理由等等，一律加重處罰。甚至在一般關係中非屬非難範圍的行為，亦列入處罰的範圍，例如：刑法第 281 條暴行罪規定「施強暴於直系血親尊親屬，未成傷者，處一年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。」該罪係屬傷害罪的範圍，在一般關係中，處罰的構成要件為傷害人之身體或健康，「未成傷者」並不構成處罰要件，屬於不罰的範圍，但在特別關係的規範下，直系血親卑親屬對尊親屬的未成傷之強暴行為則構成暴行罪，使得國家刑

¹⁵謝如媛，刑法規範下的家庭秩序，國立臺灣大學法學論叢，第 35 卷第 6 期，頁 291-303，2006 年。

法對其追訴懲罰的基礎。此間或許可以看到國家對於「孝道尊親」的維護與重視，但回到刑法的謙抑原則及憲法的平等原則來思考，不免有法律過度介入家庭關係的型塑、刑罰缺乏個別性的判斷及違背憲法平等原則的疑惑。

然而反觀其他型態的家庭內或家族內犯罪，刑法似乎採取較為寬容且尊重當事人意願的態度¹⁶。例如侵害財產法益中關於親屬間竊盜得以免刑及告訴乃論之規定，如刑法第 324 條第 1 項規定：「於直系血親、配偶或同財共居親屬之間，犯本章之罪者，得免除其刑。」及第 2 項規定「前項親屬或其他五親等內血親或三親等內姻親之間，犯本章之罪者，須告訴乃論。」立法者認為直系血親、配偶及同居共財的親屬之間，彼此關係密切，即使明知拿取的物品財物是非屬己有，仍有可能在故意或過失的狀況下，拿取他人所有的物品或財物，產生易他人所有而為己有的狀態，認為國家的介入可能傷害親屬間情感及親屬關係的維持，同時「法不入家門」的思維亦支持這樣的立法精神，因此不論是在刑法的發動或是懲罰的刑度上，都給予特別的考慮，而在關係較遠的親屬之間，亦有刑罰發動的特別規定，必須由被害親屬主動要求提起告訴，法院才能對行為人進行竊盜行為的刑事追訴，即便被提起訴訟，行為人仍得免除其刑。此外，上述的特別規定不但適用於所有特定親等的親屬關係，亦無尊卑之分，無論是尊竊卑或是卑竊尊，甚而平輩間相盜，不論受侵害之法益是否輕微，皆適用得以免刑及告訴乃論的特別規定。相較於直系血親卑親屬對尊親屬侵害身體法益之加重處罰的特別規定，是另一個值得關注的特點。而刑法第 320 條普通竊盜罪的規定「意圖為自己或第三人不法之所有，而竊取他人之動產者，為竊盜罪，處五年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。意圖為自己或第三人不法之利益，而竊佔他人之不動產者，依前項之規定處斷。前二項之未遂犯罰之。」卻是不論是行為既遂或是未遂，即使刑罰發動後，被害人願意原諒，行為人仍必須面對刑事審判及後續法定刑的處罰。立法者對於親屬間財產法益的給予特別減

¹⁶謝如媛，同註 1，頁 295-298。

輕的程度可見一斑。

第二節 刑法第 272 條殺害直系血親尊親屬罪之概要與處罰目的

本節探討我國設置殺直系血親尊親屬罪的立法理由及沿革，並對照日、德二國將殺直系血親尊親屬罪從立而廢的歷程，以澄清本法立法理由與處罰目的之相當性。

第一項 我國的立法沿革及處罰目的

刑法第 272 條殺害直系血親尊親屬罪為第 271 條普通殺人罪的加重類型。回溯近代刑法的更迭，從民國元年的暫行新刑律、民國 17 年公布的舊刑法、民國 24 年公布的現行刑法，都有類似殺害尊親屬而加重處罰的規定，差別在於三者對「尊親屬」的定義不同。暫行新刑律的尊親屬包含妻與夫之父母、祖父母、高曾祖¹⁷等；舊刑法定義之尊親屬則包含旁系及直系之尊親屬¹⁸；現行刑法之尊親屬則限制在直系血親及擬制血親，因姻親關係而成立之夫或妻的直系血親並不包含其中。短短 24 年間，儘管殺害尊親屬必須加重處罰的思考沒有改變，但對於被害客體「尊親屬」的範圍卻明確限縮在直系血親尊親屬，且排除因婚姻關係而產生的尊親屬關係，此間反映著立法者對於孝道與人倫關係思考的改變，及社會與家庭型態的變遷。然而，從民國 24 年現行刑法公布至今，歷經多次修法，第 272 條殺直系血親尊親屬罪的加重條文，始終未有更動。

探究其立法理由，認為行為人的直系血親卑親屬的身份，竟然對施以教養

¹⁷暫行新刑律第 82 條定義「尊親屬」：第一項：「稱尊親屬者，為左列各人：（一）祖父母，高曾同。（二）父母。」第二項：「妻與夫之尊親屬與夫同。」

¹⁸舊刑法第 14 條規定：「稱直系尊親屬者，謂左列各親：一、父母，二、祖父母、外曾祖父母、高祖父母及高祖以上祖父母，三、外祖父母，為人後者，於本生直系尊親屬仍以直系尊親屬論。」

舊刑法第 15 條規定：「稱旁系尊親屬者，謂左列各親：一、胞伯叔祖父母、胞伯叔父母及在室胞姑，二、母之胞兄弟姐妹，三、胞兄及在室胞姐。」

保護的尊長實施殺人行為，不但侵害生命法益，亦違反了孝道倫理，因此為了同時保護個人生命法益與維護孝道倫理的價值，認為必須加重處罰。周治平教授認為：「父母生我育我，哀哀劬勞，昊天罔極，乃生梟獍之心，忤逆反弑，不但有乖倫教，抑亦破敗善良風紀。¹⁹」韓忠謨教授則認為：「蓋直系血親尊親屬乃己身所從出之人，血統攸關，情親罔極，倘竟梟獍其心，而有弑逆之舉，則惡性深重，勢非從重制裁，無以維護倫教。²⁰」林山田教授則認為卑親屬殺害直系血親尊親屬，為大逆不道而應加重處罰，但同時主張沒有必要在普通殺人罪外，另設專條，將殺害直系血親尊親屬的法律效果，提高為死刑與無期徒刑²¹。

誠然為了同時保護個人生命法益與維護孝道倫理的淳美傳統目的下，對殺害直系血親尊親屬之行為人施以重罰，乍看合於情理。然反身思考，為何行為人會對己所從出，且對己施予教養保護的父母、祖父母等，生出反弑之心，並付諸行動？難道行為人本身惡性是唯一的原因？其犯罪動機及背景有無可憫之處？會不會有某特定族群的人因不可抗力的原因，較一般人容易受到加重的處罰？如果上述問題的答案任一不是明確的對錯，僅為了維護孝道倫理，而對任何卑親屬殺害尊親屬的行為，無差別的施以重刑，不單有違憲法的平等原則²²，同時在手段與立法目的間，也可能造成過度嚴苛的懲罰而不符比例原則。

關於卑親屬殺尊親屬設有加重刑罰的規定，並非舉世皆有。歐陸法系國家如丹麥、瑞士、巴西、捷克、南斯拉夫及希臘等國，英美法系的英國與美國、中國大陸等，並未設有類似的規定，即不因人於家庭中地位之差等，而施予不同程度的懲罰。德國、日本及匈牙利則是過去曾設有殺尊親屬加重處罰之刑，但目前已刪除。芬蘭、義大利、羅馬尼亞、西班牙及土耳其等國，其刑法規定不論殺尊親屬或殺卑親屬皆應加重處罰。而單獨就殺尊親屬而加重其刑的國家，除台灣

¹⁹周治平，刑法各論，頁 619，1968 年 9 月。

²⁰韓忠謨，刑法原理，5 版，頁 334，1979 年 4 月。

²¹林山田，刑法特論（上），頁 51，1976 年 11 月。

²²許志雄，殺直系血親尊親屬罪與平等原則，月旦法學雜誌，37 期，頁 14-15，1998 年。

外，尚有法國、比利時、葡萄牙、摩洛哥及韓國等國²³。其中德國及日本將殺尊親屬罪的加重條文刪除特別值得關注，我國刑法從普魯士戰爭後，師法德國，清末民初變法時，亦受到日本法的影響甚深，何以德國與日本二國會由支持殺尊親屬者需加重處罰的立場，轉而認為這樣的特別規定無須存在而加以刪除，其立論基礎及法益保護概念的轉向，值得吾人進一步探討。以下分就日本與德國的修法歷程及理由進行探討。

第二項 日本的修法沿革與過程

日本在唐朝時派出遣唐使、留學生、僧侶等，到中國學習文字、律法及各種典章制度，因此，日本最早的法律受到唐律影響，有加重卑幼犯尊長之刑，減輕尊長犯卑幼之罰的條文。德川幕府末年，長期的鎖國政策不斷受到歐美國家的挑戰，開始推行明治維新（1866-1889），轉而學習西方工業技術及制度，在法律上，明治 15 年（1882）施行參照法國法學家 Boissonade 編纂之刑法草案而制訂的舊刑法，但因其內容與日本國之民情難以融合，施行困難，修法需求日增。

明治 41 年（1908），日本公布施行現行刑法，內容多繼自於德國刑法。普通殺人罪與殺尊親屬罪並列於第 26 章「殺人罪」中，其刑法第 200 條殺尊親屬罪規定：「殺自己或配偶之直系尊親屬者，處死刑或無期懲役。」相較第 199 條普通殺人罪：「殺人者，處死刑、無期徒刑或三年以上之懲役。²⁴」前者之法定刑顯然較後者嚴苛。

昭和 25 年（1950）福岡裁判所飯塚支部判決刑法第 205 條第 2 項加重傷害尊親屬致死罪的規定為違憲，最高裁判所於同年 10 月 11 日對該上訴案件宣示該條法律並不違憲，進而於同年 12 月 25 日引前項判決理由，宣判刑法第 200 條加重處罰殺尊親屬罪的規定不違憲，而引發各界重視，昭和 43 年於樞木縣宇都宮發

²³黃源盛，固有倫常與舶來法律-「殺尊親屬罪」的歷史、觀念及其歸趨。政大法學評論，117 期，頁 32-35，2010 年。

²⁴石顯榮，殺尊親屬罪加重處罰規定之比較研究，刑事法學研究，第 13 卷第 5 期，頁 223-225，1969 年。

生的受虐女兒弑父案，促發法律修正的契機。

昭和 43 年，關東地區的宇都宮²⁵，14 歲的甲女（被告），遭到生父的連續性侵，甲女向母親告發此事，母親與父親發生爭執，之後離家出走。甲女雖在母親及親戚協助下多次離開，但因擔心同住的妹妹也會遭到父親毒手而不斷回到父親的掌握，並曾產下 5 名子女。甲女為協助家計到印刷廠工作，某不知情同事對其有好感且向她求婚。不料當告知父親結婚及結束二人不倫關係之計畫後，父親大怒並恫稱將殺害該不知情同事，並從此監視甲女的行動，甲女日夜應付工作及父親，身心俱疲。某夜，甲女又遭到酒醉父親的暴力相向，身心受創之餘，極欲徹底脫離父親的掌握，遂趁父親酒醉之際，以和服腰帶勒死父親。

一審宇都宮地方裁判所認為刑法第 200 條殺尊親屬罪係屬違憲，乃改依第 199 條的普通殺人罪論處，又肯認被告之行為屬於防衛過當，衡量各種情狀後，予以「免除其刑」。二審的東京高等裁判所認為殺尊親屬罪的規定合憲，撤銷一審判決，但認為被告行為當時之精神狀態已屬心神耗弱，採第 200 條最低刑度無期徒刑²⁷，再依第 68 條規定減為 7 年有期徒刑，再依第 66 條酌量減輕至 3 年 6 個月。本案經上訴後，最高裁判所於昭和 48 年（1973）4 月 4 日作出刑法第 200 條的殺尊親屬的罪之法定刑為死刑或無期徒刑，與刑法第 199 條普通殺人罪之法定刑相較是重大不合理差別待遇的規定。違反憲法第 14 條第 1 項之規定而被認為無效。而做出此判決的 15 位法官中，除一位持反對意見外，有 14 位贊成違憲的結論，其中有 6 位反對該結論所支持的理由²⁸。

細究東京高等裁判所認為殺尊親屬罪合憲的理由大致可分為三點：首先，尊卑親屬關係的建立在「血緣」，與憲法第十四條「社會的身分平等」中所謂的「身分」通常是以人為的方式獲得不同，其所以成立是因為「長幼有序」的倫理

²⁵黃源盛，同註 23，頁 41-46。

²⁶謝如媛，刑法與倫常--「殺尊親屬罪」判例選讀，月旦法學教室，109 期，頁 97，2011 年。

²⁷日本刑法曾於第 200 條規定：殺自己或配偶之直系親屬者，處死刑或無期徒刑。其保護客體及於配偶之尊親屬，較我國現行法律之定義廣，已於 1995 廢止。

²⁸黃源盛，同註 23，頁 42。

而形成的合理差別。因此，對於殺害尊親屬之大逆不道行為加以重罰，符合日本國情及當代倫理價值觀，並不違反法律平等原則及社會正義。其次，基於親屬關係而為法律上的差別待遇，具有相當合理性。殺害尊親屬是違反人倫的重大惡行，值得社會給予高度的道德非難，親子關係與一般的「社會身份」不同，且人之一生將經歷年輕時為卑親屬負較重的責任，年長後為尊親屬受到保護，因此均受到平等的待遇。所以刑法第 200 條對殺尊親屬罪科以較重的處罰，並非毫無道理。最後，法定刑度的輕重，本屬立法機關裁量的權限，此為價值判斷的問題，應由國會收集多方意見進行討論達成結論，司法機關不該越俎代庖，違背三權分立的體制及破壞司法謙抑的原則。

在支持刑法第 200 條違憲，應屬無效的理由可概分為二種：

(一) 手段違憲說（最高裁判所判決採用）

此說認為殺害尊親屬是屬於高度社會道德非難的行為，因身份類型的差異而設有刑度差異的法律效果，並不違反憲法第 14 條第 1 項的規定。但是，刑法第 200 條的法定刑為無期徒刑、死刑，相較刑法第 199 條普通殺人罪的法定刑的死刑、無期徒刑及三年以上徒刑嚴酷許多，即使依現行刑法規定的法律減輕及酌量減輕進行二次遞減，其結果仍無法輕於刑法第 25 條三年以下的緩刑條件²⁹，因此認為立法目的與手段間失之均衡，而違反憲法第 14 條第 1 項的規定，應改以第 199 條普通殺人罪論處³⁰。

(二) 目的違憲說

認為殺尊親屬罪的規定，以身份區別進行法律效果的差異理由，就是一種不合理的差別待遇，因此有違憲法第 14 條的平等原則，應屬無效立法，無須再就法定刑的輕重進行討論。此說認為就手段違憲說的立場，殺尊親屬罪加重其刑之所以違憲，僅是因為法定刑度過高，但即便刑度合宜，也不該有殺尊親屬而加

²⁹日本刑法第 25 條規定，需三年以下有期徒刑才可適用緩刑的規定。

³⁰司法院秘書處，日本國憲法判例譯本第八輯，頁 70-78，1990 年 7 月再版，。

重其刑規定的存在。同時這個規定是源於舊有的家族倫理觀，與現代憲法所強調的個人尊嚴及人格平等的理念相衝突。尤其父母子女間的親情，是個人情感的自然流露，而「父慈子孝」的氛圍，子女主動自發的遵守「孝道」的倫理，以法律手段去強制道德的實踐並不恰當。

雖然刑法第 200 條殺尊親屬罪在昭和 48 年（1973）即被宣告違憲，但其向國會建議刪除該項條文的議案因執政黨的考量並未在立法上實現，而司法實務上，則由日本最高檢查廳統一見解，對於殺尊親屬罪之案件一律以刑法第 199 條普通殺人罪起訴，實質凍結刑法第 200 條之適用。1995 年 6 月，日本國會公布施行「刑法部分修正法律」，刑法第 200 條正式被刪除³¹，其刪除理由為自昭和 48 年判決至今，法院對殺尊親屬者皆適用以普通殺人罪，及若被告之行為重大的違反人倫之常時，法院可以審酌其情形適切的科行等，將該條規定完全刪除。同時，為了維持法律規定間之均衡，亦將第 205 條第 2 項傷害尊親屬致死罪、第 218 條第 2 項遺棄尊親屬罪、及第 220 條第 2 項逮捕監禁尊親屬罪等加重處罰規定一併廢除³²。

第三項 德國的修法沿革

歐陸國家刑法典中，關於殺尊親屬之規定，多受到羅馬法中親屬殺（Parricidium）概念的影響。德國於 1871 年施行的帝國刑法典的殺人罪章中，將殺人罪分為謀殺與故殺，故殺再依犯罪客體之身分區分為普通殺人罪與殺直系尊親屬罪。其中第 211 條謀殺罪規定：「故意殺人者，殺人行為曾經熟慮時，依謀殺之理由處死刑。」可見當犯謀殺罪時，不論行為客體為普通人或尊親屬，一律處以死刑。第 212 條普通殺人罪規定：「故意殺人者，其殺人行為未經熟慮時，依故殺之理由處五年以上有期徒刑。」第 215 條殺直系尊親屬罪規定：「對於直系尊親屬之故殺，處十年以上有期徒刑或無期徒刑。」由此可知當犯罪客體為直

³¹黃源盛，同註 23，頁 45-46。

³²黃銘傑，朝向平易近人化的日本刑法修正，月旦法學雜誌，5 期，頁 120，1995 年。

系尊親屬時，行為人會受到較嚴苛的處罰。

然而，對於殺直系尊親屬加重處罰的規定，在 1909 年之後的刑法修正草案即主張區分殺直系尊親屬罪與普通殺人罪不合理，應刪除第 215 條殺直系尊親屬的規定。進而於 1941 年生效的帝國刑法修正法中，正式廢除第 215 條殺直系尊親屬罪的規定。其刪除理由中指出，刑法第 213 條規定：「非行為人之責任，而是因被害人對個人或家屬進行虐待或重大侮辱，致行為人當場義憤殺人，參酌其他減輕情節者，處六個月以上五年以下有期徒刑³³」，但第 215 條的殺直系尊親屬罪為特殊殺人類型，無法適用第 213 條因情節輕微而減輕刑罰的規定，以致於在殺害直系尊親屬的案件中，起因於犯罪客體的尊親屬行徑惡劣對家人施暴或其他虐待行為，而遭致卑親屬殺害，在此種情狀下，若卑親屬不能適用減刑的規定，極為不公平。反之若卑親屬因其本身的惡性或其他不正動機而殺害其直系尊親屬，可適用第 211 條謀殺罪之規定處理，而對於通常情形，第 212 條普通殺人罪亦已足夠應付，因法官可依個案情節酌量加重其刑，因此殺直系尊親屬罪並無成為特殊的構成要件類型的必要³⁴。

由上述修法理由來看，德國刑法刪除殺直系尊親屬罪是基於法條結構的關係，無涉於違憲與否或是孝道的存在價值的論述。藉由德國刑法第 211 條謀殺罪，處理存有特殊情節要素的不法型態，再由第 212 條普通殺人罪處理一般情節的殺人事件，並運用第 213 條酌減的法律規定，對情節輕微的殺人行為減輕刑罰，認為第 215 條殺直系尊親屬罪無存在的必要。同時也間接宣示「尊親屬」的身份類型不足以成為獨立的不法類型。而刪除殺直系尊親屬罪後，法官可不受其最低本刑的拘束，得以斟酌一切情狀，做出合情、合理、合法的量刑及判決。

因芬蘭、義大利、羅馬尼亞、西班牙及土耳其等國同時對於殺害尊親屬及卑親屬的行為皆有加重處罰的立法，以彰顯對於家族關係的重視，因此較不會面臨

³³德國刑法第 213 條於 1998 年第 6 次第 1 次修正中，將科刑範圍加重至一年以上十年以下有期徒刑。

³⁴許玉秀，除罪：消解類型-從殺害直系血親尊親屬罪談起。刑事法學之理想與探索（二），頁 7，2002 年

對於「生命價值」差別待遇的違憲挑戰，但是否符合憲法規定中的手段與目的需相稱的比例原則，仍有待考驗。

綜合來說，過往刑法典中設有殺直系血親尊親屬罪，將「尊親屬」的身份類型視作特殊不法類型的日本與德國，前者於 1950 年即有一審法院認為該法違憲之說，歷經論述，於 1973 年因其立法目的與手段違憲，凍結該法條的使用，改以普通殺人罪論處，1995 年正式自刑法刪除此項規定；德國則早於 1909 年即有立法者主張刪除，並從法條結構分析，認為謀殺罪及普通殺人罪併其他科刑之規定，即可處理殺直系血親尊親屬罪之加重或減輕處罰類型，因此身份類型不足以獨立形成不法之類型，並於 1941 年正式廢除。反觀我國，雖然斷續有學者就殺直系血親尊親屬罪之必要進行論述³⁵，可惜並未形成集體認同及共識，時至今日，我國刑法仍存有殺直系血親尊親屬罪之設計。

除了從法規範的立法理由、保護法益及合憲性的角度思考刑法第 272 條殺尊親屬罪存在的妥適性外，本文將探討第 272 條殺直系血親尊親屬罪的施行是否有造成實施的不平等，使得精神障礙者實質上較其他人更容易受到此項罪名的處罰。

³⁵林山田，同註 7，頁 51；許志雄，同註 8，頁 14-15；許玉秀，同註 19，頁 7。

第三章 精神疾病與犯罪的關係

精神疾病與犯罪的關係是長久難解的問題，除財犯之外，侵害人身安全的人身犯罪更是引人注意。然而精神疾病樣態多變，對人的思考、情緒及行為的影響亦隨著不同疾病有所不同，因此，必須就精神疾病之類型進行說明，同時說明不同疾病極其相關的犯罪類型及相關之犯罪因素。

第一節 前言

精神病患或精神疾病與犯罪的關係是一個長期難解的問題，在試圖嘗試釐清這個問題時，必須注意到暴力與犯罪的界定，因為暴力未必會產生犯罪的結果，而犯罪也不以暴力為絕對必要條件。

暴力是一種行為，通常是臨床研究定義下的行為，其程度可能由口頭的辱罵、張揚且威嚇性的肢體動作、破壞物品、以肢體攻擊他人甚至持武器攻擊他人皆是暴力行為，然輕重有別，發生的後果也不同。而犯罪則是一個刑事案件，依其侵害的法益不同，而有不同的構成要件，暴力並非唯一的要件，犯罪與否，仰賴來自司法單位的定義及統計，兩者並不相等。例如：我國家庭暴力防治法第二條第一項第一款定義家庭暴力是家族成員間實施身體或精神上不法侵害之行為；第二款則定義家庭暴力罪是指家庭成員間故意實施家庭暴力行為而成立其他法律所規定之犯罪。可見犯罪比暴力具有更為嚴格的定義，而精神病患在病況嚴重時發生的暴力行為，不論其發生機率較常人高或低，都不該驟下精神病患的犯罪機率較常人為高或低的結論。

犯罪案件的嫌疑者未必會被逮捕，相較一般犯罪者，精神病患犯罪者常因其能力比較差而容易被捕，研究發現超過 25%的精神分裂病患者會主動向警方自首，因此在統計上有可能被過度呈現，以致於精神病患的犯罪率有被高估的情形

¹，這亦被稱為精神病患的犯罪化現象（criminalization），而精神病患在離開醫院或是家庭而居無定所時，常缺乏獨立謀生技巧，而出現偷竊或搶奪等犯罪行為，亦加重了精神病患犯罪化的現象。另一方面，警方也會將疑似精神病患的嫌疑犯轉送至精神病院而未移送司法單位，也有造成低估的現象。

在研究精神疾病與犯罪的關係時，亦需注意研究樣本的來源。研究樣本的來源會影響結果的呈現，如：監獄的受刑人、精神病院、被逮捕、被起訴、由司法單位移送精神醫學評估或是一般人口的流行病學調查等等，不同的取樣方式，各自有其限制，各國司法警政系統的程序的差異也對研究的結果有極大影響。

根據美國國家精神衛生研究院 1991 年研究結果顯示，就整體刑事訴訟案件來統計，以精神異常來做為抗辯（insanity defense）的案件，只有 1%，而其中僅有 26% 的經陪審團認定有精神異常，意即所有刑事案件中，只有 0.26%（低於千分之三）的被告因精神異常而無罪²。2001 年紐約郡所做的調查發現，於 1988 年到 1997 年的十年間，十萬名被告中，只有十七人（0.16%）提出精神異常抗辯，而四名被判定精神異常³。

許多研究發現，和暴力或犯罪最有關的因素，並不是犯罪嫌疑人有無精神疾病診斷，而是與精神病症狀（psychotic symptoms）是否處於急性期⁴（楊等人，2002）或犯罪當時是否仍然有接受治療有關。研究發現，精神分裂症患者不分男女其發生暴力行為的危險率為常人的 10 倍，不合併酒精濫用者，為常人的 7 倍，當男性精神分裂症患者，合併酒精使用時，其暴力攻擊的危險率則為常人的 17 倍⁵（Eroene,1996），也就是說，酒精或藥物濫用是引發暴力攻擊行為的重要因子。

罪犯中，精神官能症和人格違常較多，精神病個案所佔比例極少。此外，許多研

¹Robertson G, *Arrest patterns among mentally disordered offenders*, Br J Psychiatry 153: 313 (1988).

²Callahan LA, Steadman HJ, McGreevy MA, Robbins PC., *The volume and characteristics of insanity defense pleas: an eight-state study*, Bull Am Acad Psychiatry Law.19(4), 331(1991).

³Kirschner SM, Galperin GJ., *Psychiatric defenses in New York County: pleas and results*, J Am Acad Psychiatry Law.29(2), 197-9 (2001).

⁴楊添園等：精神分裂症患者之犯罪行為，台灣精神醫學雜誌，15 期，頁 292-294，2001 年。

⁵Eronen M, Tiihonen J, Hakola P, *Schizophrenia and homicidal behavior*. Schizophr Bull(2), 83-9 (1996).

究結果顯示，精神疾病患者比較容易成為被害人（victims）而非加害者，這在各種的研究中都被證實，例如：美國學者 Hiday 等以被法院強制住院至精神科病房的 331 位病人為研究對象，發現罹有嚴重且持續性精神疾病的患者成為暴力犯罪受害人的機率是一般人的 2.5 倍（8.2% vs. 3.1%），物質使用及無固定住所是重要相關因子⁶。

然而精神疾病的範圍甚廣，不同疾病的成因、症狀表現、對人的思考、情緒及行為的影響變異甚大，不同的犯罪類型似也有其相對應的精神疾病類型，因此有必要對精神疾病的類型及相關影響進行了解。以下分就精神疾病類型介紹相關流行病學研究犯罪學研究及責任能力。

第二節 精神分裂症

精神分裂症⁷主要影響人的思考功能之退化性疾病，主要症狀表現如幻覺、妄想、思考混亂等，在急性期時可能造成患者之思考及行為混亂，長期罹病會影響患者之個人、家庭、職業、認知及執行功能等，為公認之重大精神疾病。

第一項 沿革與流行病學研究

個別的精神疾病中（除反社會性人格違常之外），與犯罪比較有高度關聯的，是酒癮、藥癮與精神分裂症（Swanson, 1990）⁸。

晚近的研究發現，精神分裂症患者的犯罪率可能比一般人口高，不過各項

⁶Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR., *Criminal victimization of persons with severe mental illness*. *Psychiatr Serv.* 50(1), 62 (1999).

⁷103 年 5 月 8 日，根據衛生福利部照字第 1031500267 號函，正式公告 Schizophrenia 之中文譯名由「精神分裂症」更換為「思覺失調症」，「思覺失調」強調 Schizophrenia 的主要病理為思考與知覺功能的失調，同時也強調疾病恢復的可能性。期待能藉此更名運動，減少社會對此疾病的誤解與污名。台灣精神醫學會，Schizophrenia 中文譯名由「精神分裂症」更名為「思覺失調症」的歷史軌跡，2014 年 5 月 30 日。

⁸Swanson J, Holzer C, Ganju V, et al, *Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys*. *Hosp Community Psychiatr* 41, 761-70 (1990).

研究結果出入甚大，且沒有定論⁹，然而越是近期的研究則傾向認為精神分裂症患者的犯罪率可能比一般人口高，有研究認為這與各國精神醫療採取「去機構化」(de-institutionalization)的原則，而社區資源又普遍不足有關¹⁰。

比較確定的是，精神分裂症患者的犯罪與否，和精神病症狀或治療與否的相關性最高，在急性期特別容易發生人身犯罪行為¹¹，而且妄想型精神分裂症的患者又比其他類型的精神分裂症的患者容易犯罪。

在精神病症狀方面，最主要與犯罪有關的症狀是妄想，研究指出可能占30-40%的病患是因妄想症狀而出現犯罪行為（特別是殺人）。若以妄想的內容來區分，則以被害妄想、被人控制的妄想、愛慾妄想（erotomania or erotomaniac delusion）、妒嫉妄想（jealousy delusion）或是外來的思考插入，妄想性錯認等症狀與犯罪行為最有關聯，此外，幻覺症狀與犯罪行為也有相當關聯¹²。當精神分裂症患者，其妄想或幻覺，造成其自覺無法面對威脅，也無從逃避時（威脅凌駕自我控制），他會對想像中，或者偶然接觸，卻認為與其威脅有關的對象產生防衛性的攻擊或報復，這就是所謂威脅與控制失衡（threat/control override, TCO）假說，這樣的假說有後續的研究支持，也說明，病患的暴力攻擊，常常並不是直接受到妄想或幻覺的直接影響或指使，反而是外在威脅與自我控制失恆下的產物。

除卻精神疾病本身的影響，精神分裂症患者若是合併有人格違常或是藥物或酒精濫用，則犯罪率也顯著提高¹³。美國學者 Swanson 利用國內人口普查的資料就暴力與精神疾病的關係進行分析，發現社區中精神分裂病患者發生暴力行為的機率是 8%，一般成人是 2%，而當精神分裂病患者合併有物質濫用時，其暴力發

⁹Teplin LA., The criminality of the mentally ill: a dangerous misconception, *Am J Psychiatry* 142(5), 593 (1985).

¹⁰Tiihonen J, Isohanni M, Rasaen P, Koiranen M, Moring J, *Specific major mental Disorders and Criminality: a 26-year prospective study of the 1966 North Finland birth cohort*, *Am J Psychiatry* 154, 840-45 (1997).

¹¹楊添圍等：同註 4，頁 292-294，2001 年。

¹² Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, T. Stroup TS, McEvoy JP, Lieberman JA, *A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia*, *Arch Gen Psychiatry* 63, 493-496 (2006).

¹³Eronen M, Tiihonen J, Hakola P, *Schizophrenia and homicidal behavior*, *Schizophr Bull* (2), 83 (1996).

生的機率升高至 30%¹⁴。然而目前現今的研究中，尚無法對精神分裂病與物質濫用或依賴或與人格違常的臨床進行更細緻的分析，例如：該犯罪率的增加是單純由於藥物或是人格違常的影響，或者是該個別因子與精神疾病間的交互作用所致，又或者是精神分裂症患者以藥物或酒精進行自我治療過程中，反而惡化了精神疾病的控制，而無法更深度的探討精神分裂病患者發生犯罪行為的原因。

第二項 臨床症狀與診斷準則

精神分裂症的主要障礙為思考功能異常，患者因而呈現廣泛的功能障礙，例如：思想形式障礙（Formal thought disorder），常見的是連結鬆散（loosening of associations）、自閉思考（autistic thinking）、思考內容貧乏（poverty of thought）、思考停頓（thought blocking）等；思想內容（Content of thought）障礙，即妄想，常見如被害妄想、關係妄想、虛無性妄想、思想被廣播、思想被剝奪及思想插入等。知覺障礙（perceptual dysfunction），常見的是幻覺（hallucination），以聽幻覺居多，視幻覺亦不乏見。情感（affect）障礙，常見如情感表現平淡（affect flattening）或情感表現不適當。自我功能障礙，隨著疾病的進行，精神分裂病患者的人格崩潰，人我界限（ego-boundary）逐漸喪失而無法明確分別自己與外界的關係。意志（volition）障礙，缺乏主動性及有目的性的活動。與外界的關係則表現退縮、自閉，沈浸在精神症狀中，且對週遭人事物情感淡漠或是不關心。此外，有些患者會有特殊的動作行為障礙，緊張性行為（catatonic behavior）：如呆僵（stupor）或激動（excitement）¹⁵。

第三項 相關犯罪學研究及責任能力

影響精神分裂症患者之犯罪率的其他因素：青、中年，男性，與社會隔離，失業，低社經地位與支持系統不足。在性別上來看，女性精神分裂症患者則比一

¹⁴Elizabeth Walsh, Alec Buchanan, Thomas Fahy, *Violence and schizophrenia: examining the evidence*, *British Journal of Psychiatry* 180, 492 (2002).

¹⁵李明濱編，實用精神醫學，頁 129-130，1999 年 2 版。

般女性容易出現犯罪行為。學者 Lindqvist 於瑞典長期追蹤 644 名精神分裂症患者 15 年，除了其暴力行為的發生率大約是普通人的 4 倍外，精神分裂症男性的犯罪率與一般男性相當，女性精神分裂病患者的犯罪率則是一般女性的 2 倍¹⁶。

精神分裂症患者於急性期之犯罪多半是對人身之侵害，受害者大多是家屬或熟人¹⁷。根據美國聯邦調查局的統計，一般的殺人犯罪，有 16% 受害者者是家屬，40% 是友人、鄰居或熟人，只有 13% 是陌生人，而精神分裂症患者殺人的受害者和一般刑案的型態有所差異，受害人是家屬的比率高約 40%¹⁸。

精神分裂症患者對財產的侵害則以對財產的毀損、偷竊為主¹⁹，而且多發生於非急性期。一般而言，其犯案前相較於一般犯罪者較少有計劃性（但未必沒有），而有部分會自首或投案（可能達四分之一），其餘的多半在犯案現場被捕。

第三節 情感性精神病

情感性精神病又稱為意動疾患，以對於情緒控制之減弱或喪失為主要表徵。

第一項 沿革與流行病學研究

轉介進行司法精神鑑定的被鑑定人中，情感性精神病個案較精神分裂病個案為少。台北市立聯合醫院松德院區截至民國 89 年統計刑案精神鑑定個案，情感性精神病個案數約僅為精神分裂病之四分之一²⁰²¹。行政院衛生署草屯療養院調查自民國 91 年 1 月至 100 年 6 月期間，經法院轉介進行刑事案件司法精神鑑定之刑案精神鑑定個案共 437 人，其中主要臨床診斷為精神分裂症個案數為 104 人，占 26% 為最多；情感性精神分裂症個案數為 41 人，占 9.6%，情感性精神病

¹⁶Lindqvist, P. & Allebeck, P., *Schizophrenia and crime: Alongitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm*, *British Journal of Psychiatry* 157, 345 (1990).

¹⁷楊添圍等，同註 4，頁 295。

¹⁸楊添圍等，同註 4，頁 295。

¹⁹楊添圍等，同註 4，頁 293。

²⁰台北市立聯合醫院松德院區，*司法精神醫學講義：情感疾患*，2000 年。

²¹周仁宇、游正名等，*情感性精神病患者之犯罪行為*，*台灣精神醫學雜誌*，第 11 卷第 4 期，頁 15-25，1997 年。

個案數約為精神分裂症個案數百分之四十。比較台北市立聯合醫院松德院區與草屯療養院二者統計間之差異，顯示情感性精神病患者轉介精神鑑定的比率似有逐年增加的趨勢，排除不同鑑定醫師對於疾病症狀認定或有出入的可能因素，近年來國人對於以精神疾病作為責任能力缺損抗辯的認識逐漸上升，亦有可能是情感性精神病個案數增加的原因之一。

雖然在情感性精神病與犯罪行為的研究中，診斷觀念因時地而有所差異，各地區之司法制度亦影響研究樣本；然而，情感性精神病與犯罪行為之關聯較精神分裂病為小，乃是目前研究中較一致的結論。

不同精神疾病診斷之患者出現犯罪行為可能性之高低，與其大腦病變之位置或型態未必相關，反與不同精神疾病所呈現之精神病理關係較為密切。而相同的精神疾患但處於不同階段病程之患者，其可能出現之犯罪行為也不同。也就是說，犯罪時之精神狀態遠較犯罪者之臨床診斷更會影響犯罪的發生及型態。因此，在情感性精神病的病程中，雙極型疾患的患者處於鬱期狀態時的犯罪型態會與重鬱症患者較為接近，而與雙極型疾患躁期患者之犯罪型態的相似性較低，即便二者的疾病名稱皆是雙極性疾患，但處於不同的狀態，精神症狀呈現的方式不同，自然影響其可能的犯罪類型。

第二項 臨床症狀與診斷準則

情感性疾患顧名思義為情緒調控的障礙，根據其情緒狀態進行分類，可粗略分類為「躁症/期 (manic state/episode)」及「鬱症/期 (depressive state/episode)」兩種型態。根據每次發作之狀態的輕重程度及持續性的臨床經過，可歸類為不同疾病。因此需先描述躁症與鬱症的症狀表現。

一、 躁症/躁症發作 (Manic state/ episode)

躁症 (Manic state) 或是躁症發作 (Manic episode)²²是指患者呈現情緒異常

²²孔繁鍾、孔繁錦，DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊，頁 165-166, 1997。

躁症發作 (manic episode) 的臨床診斷準則如下：

(A) 情緒呈現異常高亢 (elated)、開闊 (expansive) 或急躁 (irritable)，且與其環境不相稱，至少持續一星期以上。

且持續地呈現高昂興奮 (elevated) 的狀況。情感表達較誇大 (expansive)、急躁 (irritable) 或易怒的心情，至少持續一星期以上。

躁症 (Manic state) 主要的臨床表現如：情緒會變得異常的高興及快樂，同時伴隨有易怒及情緒變化大 (labile mood) 的情形。思考內容豐富、速度快，聯想力增快，內容跳躍，而有「意念飛躍」(flight of ideas) 的現象；嚴重誇大妄想，即自認為異於常人，有特殊的神力/能力、財富及地位等，而變得興趣廣泛、愛管閒事、膽大、過分有自信、對人慷慨大方、對事不假思索的當機立斷。行為忙碌，活動量增多，整日走動、無法靜坐且注意力分散。話多、難以打斷，食慾及性欲增加，睡眠需求減少仍精力充沛。社交活動增加，不分時刻的打電話給家人、朋友或是陌生人、無節制花錢買東西、請客、開快車、或是輕率的性行為等危險行為增加，從事事後可能帶來痛苦後果的活動²³。

二、 鬱症/鬱症發作 (depressive state/depressive episode)

「鬱症」(depressive state) 或「鬱症發作」(depressive episode)，是指情緒極度低落，憂鬱的狀態，至少持續二星期以上。

(B) 至少有三個以上 (假如僅是急躁的情緒，則需有四個以上) 的症狀，且致使嚴重影響個人的日常功能。

- (1) 活動力增多或身體好動。
- (2) 話量增加、急迫。
- (3) 意念飛躍或思考奔馳 (thought racing) 的主觀經驗。
- (4) 失去正常的社交意志力，導致表現對就環境狀況不恰當的行為。
- (5) 睡眠需求減少。
- (6) 自尊心膨脹或誇大。
- (7) 注意力分散或不斷地改變活動或計畫。
- (8) 有勇無謀或魯莽的行為，且個人並無法認知此種行為所帶來的危險，例如狂亂的花錢、魯莽地開車、愚昧的投資。
- (9) 顯著的性能力或不尋常的性行為。

(C) 沒有幻覺或妄想。

(D) 非因精神刺激物質的使用或任何器質性疾患引起的發作。若情緒是持續且輕度的高昂興奮，至少持續四天，且仍有其他症狀表現，但並未嚴重到干擾其工作或致使遭他人排拒，沒有幻覺或妄想的存在，則為「輕躁症」(Hypomania) 的診斷。

²³李明濱編，同註 15，頁 143-145。

鬱症²⁴主要的臨床症狀表現：情緒憂鬱、悲傷，莫名的哭泣。覺得人生沒有希望、悲觀、消極、退縮、對任何事都提不起興趣，猶豫不決、優柔寡斷、缺乏自信。行動遲緩、減少，時常靜坐發呆或是反向的靜不下來、會有踏步等激動的行為。變得沉默寡言，甚至無語，講話音量小而低沉。專注能力減退，反應遲鈍，思考內容貧乏、簡單且多為悲觀、消極、虛無、憂愁的內容，嚴重時有自殺的想法，易有罪惡感，甚而有「虛無妄想」、「罪惡妄想」及「身體妄想」。身體方面會有胃口減低、食慾不振，失眠，性慾減退，有時發生陽萎現可能月經停止，失去活力，時常感覺疲倦、力不從心。青少年期的憂鬱發作則可能有食慾增加或是睡眠增加的情形。

三、 雙極性情感疾患 (bipolar affective disorder)

「雙極性」是指患者會周期性地呈現「躁症」和「鬱症」的狀態，其情緒會在二個極端間變化與擺動。所以疾病的特徵重覆的發作（至少二次），患者的情緒及活動量有顯著的改變，包括情緒高昂、活動量與活力增加的發作（躁症或輕躁症）及情緒低落、活動量與活力降低的發作（鬱症），這些症狀常會明顯影響患者的日常生活、職業、家庭及社會功能，而有明顯障礙。雖然大多數患者在發作之間的通常可回到完全沒有症狀的狀態，但臨床觀察仍有少數患者於發作之間仍有殘餘的功能退化。重覆躁症或輕躁症的發作仍歸類於此。

雙相情緒障礙依（輕）躁症和鬱症出現的狀況、有無精神病症狀及嚴重程

²⁴孔繁鍾、孔繁錦，同註 22，頁 163-165。

美國精神疾病診斷準則第四版中鬱症發作（depressive episode）的臨床診斷準則如下：

- (A) 憂鬱情緒（depressive mood）至少持續二週以上。
- (B) 至少有四個以上的下述症狀：
 - (1) 失去自尊心或自信心。
 - (2) 不合理的自責或過度的罪惡感。
 - (3) 自傷或自殺的意念或行為。
 - (4) 思考能力及注意力減退。
 - (5) 精神運動性活動的改變，包含激動或遲滯（他人觀察或主觀感受）。
 - (6) 睡眠障礙。
 - (7) 食慾改變及體重的變化。
- (C) 非因精神刺激物質使用或其他器質性疾患引起的發作。
- (D) 沒有幻覺、妄想或鬱性靜呆（depressive stupor）。

度而再作區分。

第三項 相關犯罪學研究及責任能力

在精神鑑定個案中，犯罪時之精神狀態，診斷為躁期個案數較診斷為鬱期個案為多。可能是因為精神疾病患者於犯罪行為之鬱症發生率遭到低估所致。主要原因如下：一、憂鬱症狀容易被忽略，患者多以身體抱怨或是沒精神呈現，少以情緒低落作為表達。二、犯罪者呈現憂鬱症狀，常被解釋成對於犯行本身、司法審訊過程、監禁或預期中之刑罰等因素之情緒反應，特別是憂鬱情緒出現的時間不明確，無法確定是否先於犯罪行為前時，更容易被認定是因犯行本身及刑事審判訴訟而來。三、雙極性疾患患者之病程，在躁期出現前，可能會先有嚴重度不一之鬱期，若該患者於此一鬱期出現犯罪行為，而後轉變為躁期，鑑定時可能遭錯誤歸類。四、暴力行為對於鬱期患者可能具有宣洩效果，以致在犯行後精神狀態評估時，其憂鬱症狀已不明顯。

一、躁期的犯罪行為

患者在躁期時的精神狀態通常呈現情緒高亢，思考內容有誇大意念或誇大妄想，活動量、性慾與攻擊性升高是導致犯罪的原因²⁵。曾有人嘗試將躁症分為三個時期，第一期為逸樂期，第二期則具敵意、憤怒、富攻擊性、易有暴力傾向，第三期為恐慌混亂期，一般認為以第二期與犯罪行為之關聯最高²⁶。此外，若躁症患者合併有反社會人格特質、酒癮與藥物濫用，則與犯罪的關連性相當高²⁷。

情感性精神病人於躁期的犯罪型態通常以財犯及社會犯為主，極少身犯的情形。常見多為傷害、威脅、性侵犯、酒醉鬧事或損毀財物，亦偶有更嚴重之罪行發生。患者於躁期雖容易出現傷人或威脅殺人的行為，然而若其果真出現傷害或殺人之犯行，通常是出於過失而非故意，此與鬱期患者不同，鬱期患者容易出現自殺或殺人的行為，國外研究顯示有 16%至 28%的謀殺者在犯罪時處於憂鬱的狀

²⁵Sheard M, *Effect of lithium on human aggression*, Nature 230(5289), 113-4 (1971).

²⁶Carlson GA, Goodwin FK., *The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode*, Arch Gen Psychiatry 28(2), 221-2 (1973).

²⁷ Guze S, *Criminality and Psychiatric Disorders*, 130-1 ,Oxford University Press, 1976

態，同時有 4%至 35%的謀殺者在殺人後立即自殺²⁸。

躁症患者的通常並無組織性之犯罪意圖，沒有特定之犯罪動機，其犯罪行為可能是因為情緒高亢、自我行為抑制力下降時的「意外」結果。其犯罪對象多為陌生人，對親屬的犯罪較少。男性情感性精神病患者較女性容易在躁期發生犯罪行為，在司法精神鑑定個案即以監獄個案為樣本的研究中，女性依然為少數。性別差異的原因可能與該犯罪類型仍須仰賴身體力量方能遂行之故。

二、鬱期的犯罪行為

患者在鬱期時的精神狀態通常呈現情緒低落，思考內容有無助無望感、罪惡妄想或虛無妄想，伴隨有自殺意念或死亡意念。

情感性精神病患者在鬱期時的犯罪型態中，殺人罪佔極大比例，犯罪特點為殺親生子女而後自殺，即俗稱慈悲殺人（Mercy Killing）。（林信男, 1985; 劉絮愷等, 1997）²⁹但若據此而推導出憂鬱的患者較容易出現殺人行為的結論是不恰當的，上述的情形可能是因為犯輕罪之憂鬱狀態個案較少接受精神鑑定，而犯重罪的鬱症個案被過度表現的緣故。

同時，過去研究顯示，竊盜犯中罹患精神疾病者，其診斷以憂鬱症為最多，多數僅是在商店中順手牽羊的情形，其原因可能是伴隨憂鬱症而來的注意力不集中或故意。此外，可能出於無望感，亟於摧毀周遭事物，或為減輕一己之緊張情緒而出現縱火行為³¹。

鬱症患者在犯罪時，常有清楚的動機存在，無論是源於利他性因素或潛在敵意。其犯罪對象多為近親，尤其為年幼子女為最常見。女性在鬱期時的犯罪機率

²⁸Bénézech M, Bourgeois M., *Homicide is strongly correlated to depression and not to mania*, *Encephale* 18(1), 89-90 (1992).

²⁹林信男：精神疾病患者之暴力犯罪。台灣醫誌，84 期，頁 500-512，1985 年。

³⁰劉絮愷、林憲等：殺害未成年子女犯人之分析，頁 16-17，中華精神醫學雜誌，11 卷：頁 16-17，1997 年。

³¹Herschel A. Prins：Offenders, Deviants, Or Patients, Explorations in Clinical Criminology 286-289 (Routledge 4th ed., 2010)

高於男性，女性在所有的罪行中皆佔少數，但在殺人罪中卻佔較大比例³²。文獻報告中，男性殺害子女者極少，且可能和人格違常、虐待子女致死有關。並無明顯成形的計劃或目的，加拿大學者 Bourget 針對 13 位殺子女的父母進行分析，母親殺子佔 69.2%，通常面臨多種心理社會壓力，憂鬱症狀是常見的狀態³³。

自殺合併殺人為憂鬱狀態下最受到廣泛重視及討論的犯罪型態，又被稱雙重自殺 (double suicide)。包括衍生性自殺、殺人後因內疚而自殺、情侶相約殉情等。自殺合併殺人中，衍生性自殺 (extended suicide) 是最受注意的一種形態，指的是自殺計劃中包含另外 1 名或 1 名以上非出於自願者的死亡，常出現在憂鬱症狀初發或是症狀緩解後期。常見的類型是：中年女性殺害子女（通常在五歲以下）或中年男性殺害配偶或同居人，犯罪者以女性佔絕大多數，犯行當時多數處於鬱期。英國與歐陸的研究顯示，可能有高達 30-50% 的自殺合併殺人者可診斷為罹患重鬱症。自殺合併殺人的犯罪動機極難界定，利他性因素是最常受到精神醫學界及司法界注意的一種動機，也是傳統上認為殺害子女的最常見動機³⁴ (Felthous, 1995)。本國之研究亦發現相同現象。

三、緩解期的犯罪行為

情感性精神病患者於病情緩解期，其躁症或憂鬱症狀可達完全消失，此時其出現犯罪行為之可能性，與一般未罹患精神疾病者無異。若其犯罪行為遭人發覺，或甚而面臨拘禁、受審等壓力情境，則可能導致病情之再發，進而影響司法精神鑑定時對於犯行當時精神狀態之判斷。

³²Liya Xie, *Gender Difference in Mentally Ill Offenders: A Nationwide Japanese Study*, *Int J Offender Ther Comp Criminol* 44(6), 714 (2000).

³³Bourget, Dominique; Bradford, John M., *Homicidal parents*, *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie* 35(3), 233-238 (1990).

³⁴Felthous, *Combined homicide-suicides: a review*, *J Forensic Sci.* 40 (5), 846-57 (1995).

第四節 妄想性精神病

妄想是一種極其普遍的精神症狀，二千多年前的希臘醫學使用 Paranoia 此名詞來描述這樣的現象，其原意為「精神異常」或「瘋狂」。

第一項 沿革與流行病學研究

妄想是一種極其普遍的精神症狀，二千多年前的希臘醫學使用 Paranoia 此名詞來描述這樣的現象，其原意為「精神異常」或「瘋狂」。十九世紀中期，Kahlbaum（1863）首先將以妄想為主的精神疾患命名為 paranoia，主要指有被害妄想或誇大妄想。克列貝林（Kraepelin）則指出 paranoia 是一種獨特的疾病，因為內因性因素而發生，病程進行徐緩而漸次形成有系統且有組織的妄想體系，但是病人不論在思考或行為上仍清楚、有序，沒有發生人格解體或退行的情形，而且沒有幻覺的精神病症狀。弗洛伊德（Freud）認為妄想性精神病的形成，可能是患者過度使用外射作用（projection）或是否認（denial）等心理機轉去處理其內在衝突的結果。

1950 年左右，科列契默（Kretschmer）曾提出某些性格敏感而自我意識過強、缺乏自信的人容易罹患妄想性精神病。1952 年，美國出版精神疾病診斷與統計的第一版時，妄想性精神病被稱為 paranoid reactions。1977 年，Winokur 指出妄想性疾患的病人不全是以被害妄想為其主要症狀，可以有誇大妄想或色情妄想等症狀，而主張使用 delusional disorder，不要使用 paranoid disorder 的名稱。目前精神疾病診斷與統計的第四版，已使用 delusional disorder 取代傳統 paranoia 的分類。

妄想性精神病的平均發病年齡四十餘歲左右；病程變異頗大，常成慢性化，除嫉妒型妄想性疾患在男性較女性多以外，整體觀察其發生頻率並無明顯性別差異。除非病人的妄想明顯的表現在行為上而被強迫治療，或因其妄想內容引發其他精神或情緒問題就醫，妄想症患者通常少到精神科就診，因此妄想性精神病在臨床上較不常見，以美國而言，盛行率的估計值約為 0.25%到 0.03%，許多是已

婚且有工作的人³⁵。

第二項 臨床症狀與診斷準則

顧名思義，妄想性精神病³⁶是以妄想症狀為主要表現的精神疾病。「妄想是一種錯誤且不可動搖的信念，該信念無法以此人的社會及文化背景做解釋。換言之，所謂妄想，即對事情的因果關係，依其心理狀態來作主觀和非事實的錯誤解釋，並且深信不疑。妄想性疾患的臨床表現是以妄想為最明顯的症狀（或是唯一的症狀），妄想的內容持續且呈現多樣性，常見為被害的、慮病的或誇大的妄想，有時與訴訟或嫉妒有關，或是堅信自己身體畸型等。有時會伴隨間歇性憂鬱症狀，沒有清楚且持續的幻覺或精神分裂病症狀，除了與妄想有關的舉止和態度外，情感言行都算正常。根據這樣的臨床表現，

第三項 相關犯罪學研究及責任能力

關於精神疾患與犯罪的關係，尤其是暴力事件，妄想性精神病與精神分裂病經常被聯想在一起，因為二者所發生的犯罪行為都直接或間接地與妄想有關。所以本項就許多的妄想內容中，除了曾經已談過的妄想外，例如被害妄想等，探討與力或犯罪較有關係的妄想。

一、病態性嫉妒（pathological jealousy）

患者會有配偶或伴侶不忠貞的信念；他們通常不信任自己的配偶而產生過份的嫉妒，或毫無根據地懷疑配偶或伴侶不貞、有外遇，並企圖干涉阻止想像的不

³⁵李明濱，同註 15，頁 139-140。

³⁶孔繁鍾、孔繁錦，同註 22，頁 155。

妄想性精神病的診斷準則為：

- (A) 顯著的妄想，且持續至少三個月。
- (B) 不符合精神分裂病的準則。
- (C) 沒有或偶有幻聽。
- (D) 偶爾有間歇性憂鬱症狀或發作。
- (E) 沒有器質性疾患。

忠事件，因而常無理地限制其行動或跟蹤，甚至發生攻擊行為。雖然許多精神疾患可能會有此症狀，有 14%的妄想性精神病是以嫉妒妄想為主要症狀表現。1966年，Mowat 發現英國某專科醫院所收容的精神障礙的殺人犯中，男性有 12%其犯罪因素是由嫉妒妄想直接引起³⁷。病態性嫉妒的危險不僅在於會引發憤怒，同時嫉妒常成為攻擊配偶的正當化理由，根據英國犯罪調查的結果，婚姻暴力中，有 23%的女性及 15%的男性因為嫉妒的因素遭到配偶的肢體攻擊，前妻/夫/男友/女友亦是容易被攻擊的對象，有時會伴隨要殺死對方的威脅³⁸。

二、 愛戀妄想 (erotomanic delusion)

患者常自作多情地深信，有位有尊貴身份地位、有名望或是知名的尊貴的異性正在追求、愛慕或是迷戀著她/他，深信假如沒有他/她，這人將不可能有快樂；患者充滿著愛慾幻想及行為，女性較多。患者會努力地嘗試與妄想的對象聯絡，有時甚至會尾隨跟蹤對方，一旦遭到對方拒絕時，威脅、辱罵、恐嚇或脅迫的行為就會發生，可能因此觸犯法律。另有些患者會努力地欲將其愛人由幻想的危險中拯救出來，因而「有不當行為而違法。最有名的例子之一，1981 年刺殺美國總統雷根的約翰辛克萊，其精神症狀之一便是對女星茱蒂佛司特 (Jodie Foster) 的愛戀妄想，其住處搜出許多寫給茱蒂佛司特的紙條及信件，內容中透露曾親自將信件送至茱蒂佛司特的門前信箱並預告其犯罪行為。

三、 好訟症

病人深信他們受到不正當的侵害而被賦予革除或匡正的權利，常參與無數的聽証會而變得非常憤怒，會不惜任何手段去控訴他人或是有關當局，因此成為名的「濫告的訴訟者 (vexatious litigants)」。尤其當他們的妄想內容與政治議題相關時，會有行為的暴力出現。某些政治刺客即屬此類。

³⁷Michael Kingham & Harvey Gordon, *Aspects of morbid jealousy*, *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 212 (2004)

³⁸孔繁鍾、孔繁錦，同註 22，頁 211.

第五節 器質性精神疾患

器質性精神疾病是一系列的精神疾患、可能是因為大腦疾病、腦部外傷，或其他疾病或物質等引發，進而造成腦功能失調。意即此功能失調能是原發性的腦病變，或者是次發於其他因素造成的腦病變。因此，其涵蓋之精神疾病的精神病理表現範圍相當廣泛，但其主要的表徵可以分為兩大類：

第一類的症候群最明顯的表徵包括認知功能障礙，例如記憶、智力和學習，意識狀態障礙，例如意識與注意力障礙。

第二類症候群最明顯的臨床表徵為知覺（幻覺）、思考內容（妄想）、情感與情緒（憂鬱、焦慮、亢奮）。或性格與行為的型態改變，認知或意識功能多半僅有輕度失調或不受影響³⁹。

第一項 譫妄狀態

「譫妄」是一種狀態，短期內發展出意識障礙及認知能力的變化，譫妄的發生通常是急速發生、症狀變化多，意識狀態起伏，且病情短暫，因此也被稱為急性混亂狀態（acute confusion state）；主要的症狀除意識障礙，對四周環境認識的清明度下降、同時伴有注意力、知覺、思考、記憶、精神運動行為、情緒、以及睡眠循環的障礙；也會產生妄想及明顯的幻覺、錯覺等感覺障礙。疾病的原因可為一般性醫學狀況、直接中毒或戒斷、使用臨床藥物、暴露於毒物、或這些因素組合而成的直接生理後遺症。譫妄產生的意識障礙，可能因而發生混亂、朦朧及定向感失常，進而導致脫序為或暴力行為而有觸法行為⁴⁰。

第二項 失智症（Dementia）

「失智症」或稱「癡呆」是由腦部功能廣泛性的退化所造成的症候群，通常呈現慢性或進行性的病程，常引發多種高級皮質功能的障礙，包括記憶、思考、

³⁹李明濱，同註 15，頁 107-108。

⁴⁰李明濱，同註 15，頁 108-109。

定向感、理解能力、計算、學習力、語言、執行功能及判斷能力等。沒有意識狀態的混淆，但常伴有社會行為和情緒控制的退化，明顯智力功能的下降導致日常生活中個人活動的妨礙，如穿衣、進餐、個人衛生等。造成疾病的原因可能是一般性醫學狀況的直接生理效應、物質使用的持續效應、或是多重病因。最常見為阿滋海默病（Alzheimer's disease）及腦血管疾病⁴¹。

由於失智症所引起的大腦高級皮質區功能的退化，使得患者的自控能力變差，進而增加患者的激躁及攻擊性或多疑，若合併有妄想、幻覺的狀態下，可能會發生暴力行為。有些癡呆病人會呈現大腦去抑制化的行為（disinhibition），如開不適當的玩笑、對陌生人表現不適當的熟識反應、行為魯莽失當、不顧社會規範等，可能會有不當的性犯行（unwanted sexual behavior）。癡呆患者因為記憶等能力下降，對事物健忘（forgetfulness），因此可能會發生不經意行竊（absent-minded shoplifting）的行為。癡呆合併憂鬱症時，嚴重的會發生自殺或殺人案件，如前述憂鬱症所提到的犯罪。因此當一位年長者，過去並無不良行為，突然無故發生犯罪行為，尤其是被控告性犯罪，應該考慮有無癡呆的可能。

第六節 物質關聯之精神疾患

所謂的物質是指「精神作用物質」（psychoactive substance），係指攝取後會引發精神狀態變化的化學物質，如安眠藥、酒精、鴉片、大麻、安非他命、咖啡、尼古丁，及近來於夜店流行之搖頭丸、K他命等均屬之。從臨床診斷來看，精神作用物質的不恰當使用而可分為中毒、濫用⁴²、依賴、脫癮等病態階段，而後因長時間使用或是突然的使用劑量變化而發生譫妄、癡呆、失憶、精神病症狀等併發症，稱為物質關聯之精神疾患⁴³。從法律的角度觀察，刑法第 19

⁴¹李明濱，同註 15，頁 110-112。

⁴²濫用（Abuse），相當於 ICD-10 中的有害性使用（harmful use）。

⁴³美國精神醫學會出版之精神疾病診斷準則第四版（DSM-IV）之物質關聯之精神疾患（Substance Related Disorders），相當於另一診斷系統國際疾病分類第十版（ICD-10）之精神作用物質引起之精神疾病與行為障礙（Mental and Behavior disorders due to psychoactivesubstance use）。

條第三項規定：「前二項規定，於因故意或過失自行招致者，不適用之。」意指當個人於犯罪行為施行前，故意服用藥物或喝酒後而自陷於無法辨識其行為違法或依其辨識而行為的狀態或上述能力顯著降低的狀態，而後遂行犯罪行為，應對其犯罪行為負完全責任。

因精神作用物質的種類繁多，在此僅討論酒精和常見造成精神障礙的其他物質。

第一項 酒精性疾患及相關之犯罪學研究及責任能力

酒精是最被廣泛使用的神經作用物質，其取得與使用皆不違反現行法律規定，於媒體及公眾印象中，甚至被塑造成身分、地位及品味的象徵。然而，過度或不當的使用，不僅造成個人生理與心理方面的疾患，同時損及個人與家庭、社會的互動與協調關係，更可能危及大多數人之社會安全。

一、 酒精性疾患之分類

關於過量飲酒所造成的障礙，常被概稱為「酒癮」(alcohol addiction)。以下就飲酒所造成障礙的本質進行分類：

(一) 過度喝酒 (excessive alcohol consumption)：

所謂「過度喝酒」是指每天或每週喝的酒超過一定的特殊量：定義上經常是以「使用的酒精量會導致個人健康和社會問題的明顯危險」為主要觀念。通常男性每週所飲用的酒精大於 50 單位，女性大於 35 單位的酒精，(一單位約為八克的酒精)；、則認為有過度飲酒的問題。

(二) 酒情濫用 (alcohol abuse)：

所謂的「濫用 (abuse)」，是指「同一年期間內重複發生一而再地疏忽

其主要角色的責任，對身體有害的狀況下仍繼續使用此物質，造成許多法律糾紛且一再引起社會與人際問題⁴⁴。」。而酒精濫用顧名思義便是因反覆飲酒而出現自我功能、職業及家庭功能的喪失，甚而引發身體、人際、社會及法律問題等，仍無法停止飲酒。

(三) 酒精依賴 (alcohol dependence) :

「依賴 (dependence)」是最嚴重型態的物質使用問題，定義為「同一年期間內的任何時後出現至少三項的症狀：(1) 耐受性 (tolerance)，指需要大量增加物質使用量達到中毒或所欲效果，或繼續使用原使用量時效果大幅降低。(2) 戒斷 (withdrawal)，原先長期且大量使用某物質，當血中或組織中的該物質濃度下降時，發生適應不良的行為變化且同時合併有生理及認知變化，可能再度使用此物質以緩和或避免戒斷症狀的不適。(3) 比原先所意願地更大量或更長時期的攝取此物質。(4) 多次不成功的減量或戒除的努力。(5) 消耗相當多的時間活動在取得物質、使用物質或由物質作用恢復過來(6) 為了物質使用而放棄或減少重要的社會、職業或休閒活動。(7) 即使已知曉有持續或再發的身體或心理問題是物質使用所造成，仍繼續使用此物質⁴⁵。」。

(四) 問題喝酒 (problem drinking) :

問題喝酒是指「因飲酒而導致酒精性的相關疾患或失能」。酒精的相關聯精神疾患相當多，除了造成對身體、心理、社會的傷害，還有酒精戒斷徵候群、中毒現象、慢性的營養方面的疾患、或關聯的精神疾病。

(1) 中毒現象 (intoxication phenomena)

酒精是屬於中樞神經抑制劑，症狀的嚴重度是與血中酒精濃度有關，

⁴⁴依美國精神醫學會頒佈之精神疾病診斷準則第四版 (DSM-IV) 訂定之物質濫用的定義。

⁴⁵孔繁鍾、孔繁錦，同註 22，頁 112-113。

其中存有相當的個人差異性，包括個人飲酒習慣、飲酒速度、喝酒時的情緒狀況等因素都會影響行為的表現。任何血中酒精濃度都可能有判斷能力的受損，一般血中酒精濃度在 30mg / 100ml (0.03%)，會有欣快感、輕度影響開車功能。50 mg / 100ml，其思想、行為、判斷力呈現去抑制化，表現出多話、大聲、活動過度，中度影響駕駛。100mg/100ml，運動失調、口齒不甚清楚，嚴重影響開車安全。200mg/ 100ml，會有步態不穩、行動減少、難以站立、口齒不清。300 mg/100ml 可能會意識不清、木僵的情形，超過 400 mg/100ml 以上，會有昏迷、呼吸抑制、生命危險⁴⁶。根據研究，50%~60%的人當被捕以犯下嚴重罪行時，是因受到酒精的影響致使控制力減低。

(2) 戒斷現象 (withdrawal phenomena)

多年的大量喝酒，一旦減少或停止喝酒之後，血中酒精濃度突然下降時即有戒斷症狀產生，因為長期酒精抑制中樞神經，當抑制解除而表現出過度興奮，一般在 24 小時內會陸續出現症狀，輕者有坐立難安、心慌、焦慮、全身無力、頭痛、嘔吐、失眠、自主神經亢奮，嚴重者會有震顫 (tremulousness)。幻覺、癲癇大發作，及最嚴重的震顫性譫妄 (delirium tremens)，其致死率達 50%。

(3) 慢性的營養方面的疾患 (chronic nutritional condition)

因為長期喝酒致使維他命 B1 不足，產生了步履失調、眼震、失憶等急性症狀的魏尼克氏症候群 (Wernicke's syndrome)；當情況未改善且又惡化，則成了慢性症狀的柯沙科夫氏症候群 (Korsakov's syndrome)；另外也會造成酒精性痴呆。

(4) 相關的精神疾患 (associated psychiatric disorders)

長期的酗酒會導致精神病症、情緒障礙及人格改變。酒精性幻覺症

⁴⁶Benjamin James Sadock and Virginia Alcott Sadock, Synopsis of Psychiatry 9th Edition, P403, Lippincott Williams & Wilkis (2003).

(alcoholic hallucinosis) 是以幻覺為主要症狀但意識清楚的精神病症，尤其以聽幻覺最常見，視幻覺次之，有關酒精與情緒的關係是相當複雜的，有些報告指出酒癮、憂鬱、反社會人格違常經常在家族中出現；以就醫患者的研究調查，重鬱症經常伴有酒精濫用；6%~20%的酒癮者是以自殺結束生命。根據學者的觀察，發現酒癮者的性格傾向為：較無力、孤獨、依賴、易怒、不穩定的情緒、較具攻擊性及緊張性、自我意識強、較自我炫耀。而長期酗酒以後，變得自我中心的思考，缺乏對他人的關心、體諒以及行為規範的低落等，其中以額葉症候群 (frontal lobe syndrome) 較常見，產生類似憂鬱症或類似反社會人格違常，或其他人格變化，缺乏自我控制且笨拙的不恰當行為，常作錯誤的判斷，無衝勁且不會主動做日常生活等事，可能會有短暫的幻覺或陣發性的激怒、暴力⁴⁷。

二、酒精影響下的犯罪行為及刑責

酒精是犯罪行為人於犯罪時最常使用的精神作用物質，其犯罪當時可能處於酒精中毒時受到體內酒精影響出現大腦控制能力被去抑制化而變得行為張揚、隨體內濃度之升高而漸有判斷力受損、控制力變差、身體協調變差的情形，或是處於酒精脫癮、甚至譫妄而發生幻覺，進而間接或直接的發生犯罪行為。鑑定實務常見的是被鑑定人聲稱飲酒後對自己行為沒有印象等情形，因此釐清行為人飲酒的狀態，有助於澄清犯行當時的精神狀態。

此外，行為人是否為長期的酒精濫用或依賴，與其大腦功能的受損程度判斷有關，同時在判斷行為人之行為是否為「原因自由行為」之屬性時，可提供部分佐證。

酒醉的表現如，話多、好動、蹣跚步履、愉悅的情緒、噁心嘔吐或嗜睡等情形，因大腦對行為的控制力降低而變得容易激動、自我情感上揚、判斷力變差，

⁴⁷Benjamin James Sadock and Virginia Alcott Sadock，同註 46，頁 407-410

容易將平日無意識的情感、欲求或衝動表現於行動上，而出現衝動、不恰當、甚至暴力的行為，因此可能會與人發生衝突、破壞物品、發生交通意外、或是對他人的身體侵害，性犯行或傷害、殺人等罪刑。許多證據顯示酒精與犯罪之間的關聯：60%以上的暴力犯於犯罪當時喝酒，酒癮者的同胞兄弟較一般人更可能有酩酊現象和其他的犯罪，女性在酒精中毒時的行為表現與男性不同。

酒精所發生的作用，有因為大量且不停的飲酒所產生的急性酒精中毒（酩酊狀態）及長期習慣性多量飲酒所產生的急性精神病、酒精性幻覺症、酒精妄想症等精神病症。根據「酩酊」的樣態可分為單純酩酊和異常酩酊，異常酩酊又可分為複雜性酩酊與病態酩酊，前者較一般的酩酊程度有更嚴重的情形，後者的酩酊則與一般性的酩酊有本質上的差異。「病態性酩酊」（pathological drunkenness），在美國精神醫學會以前的診斷分類 DSM-III-R 中稱為「特異體質性酒精中毒」

（alcoholic idiosyncratic intoxication），其症狀是在酒後因情緒的激烈變化而突然呈現朦朧狀態，失去對周圍的場所、時間、人物的辨識能力，出現夢幻、似有逃避性、無動機且與現實脫節的行為，有失憶的情形，片斷性的記憶障礙，即存有島狀記憶⁴⁸。

酒精妄想症以嫉妒妄想為最多，經常造成夫妻間的不和或爭吵，而一方（以先生居多）則可能因為對另一方或妄想中的情人產生殺人的犯罪行為；酒精幻覺症是在清醒的意識狀態下有明顯的幻覺症狀（多數為聽幻覺），其多為被虐殺、拷打、家人被害等淒慘的內容，因此會帶給患者極度的恐懼，患者會對恐怖的幻覺狀態作出防衛的反應，而有求救、逃走、自殺、攻擊的行為表現。總之，在酒精的影響下而產生酩酊或精神病症的狀態，可能引發出竊盜、縱火、傷人、殺人、強姦或（家庭）暴力事件等犯罪行為。

精神醫學上認為患有酒精中毒性精神病症和病態性酩酊者的精神狀態可達到喪失辨別是非能力的程度，而單純的慢性酒精中毒及普通酩酊者的精神狀態則

⁴⁸林憲、林信男，精神鑑定，頁 149-151，1986 年。

認為僅達是非辨別能力減退的程度⁴⁹。但病態性酩酊者，若其酩酊並非第一次發生，而且本身知道過去有酩酊的情形發生但仍經常任意喝酒，則不無「原因自由行為」的法理適用的可能。

第二項 安非他命及其他物質使用疾患與相關之犯罪學研究及責任能力

自有人類的歷史即有藥物的足跡，藥物對人類而言充滿著愛恨交集的複雜情緒。藥物可以救治人類生命，但有些藥物會對人體發生危害，有些藥物的使用會破壞社會規範，也有些藥物原本無害卻因濫用而產生不良的結果。隨著現代科技的進步使藥物的製造和運送愈來愈便利，也助長了藥物濫用的蔓延，也使得某些疾病的產生及擴散，如愛滋病、C型肝炎等。台灣近年來，藥物濫用的情形也急劇升高，藥品種類增多，使用的年齡層降低，衍生許多難以預料的生理及心理問題。

一、分類及其相關特性

麻醉藥品和酒精在犯罪學上同樣被認為是藥物，而從精神醫學的觀點，酒精被視為廣義的藥物之一種，通稱為「物質」。所以其他精神作用物質與酒精的成癮有許多相似的現象（見表 3-1）。

精神作用物質在種類、形態、用法、生理及心理作用、對身體所造成的影響等方面有或多或少的差異，所以有多種分類方法。依照藥理性質，大致可將精神作用物質分稱三大類：

（一） 中樞神經抑制劑：

降低神經細胞興奮性，提高抽搐閾值，使神經穩定，如安眠藥劑、鴉片類等。所以中毒時，會使人嗜睡、注意力及記憶力減退，影響動作及發音的協調；

⁴⁹德國學者 H. Binder 曾提出所為的 Binder's Criteria，建議：單純酩酊有完全刑責能力，複雜酩酊有限制刑責能力，而病態酩酊則屬於無刑責能力。

中度中毒時，會有欣快、躁動的情形，有些會出現敵視或攻擊行為；最嚴重時會抑制呼吸心跳。戒斷時，易出現焦慮、失眠、手抖、全身無力；嚴重時甚至可能出現抽搐、譫妄等情形。

表 3-1:伴隨各類物質使用的物質誘發性疾患⁵⁰

	中毒 譫妄	戒斷 妄	痴呆	失憶 性疾 患	精神 症狀	情感 症狀	焦慮 症狀	性功 能障 礙	睡眠 障礙
酒精	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
安非他命	I				I	I/W	I	I	I/W
咖啡因							I		
大麻類	I				I		I		
古柯鹼	I				I	I/W	I/W	I	I/W
幻覺劑	I				I	I	I		
吸入劑	I		P		I	I	I		
尼古丁									
鴉片類	I				I	I		I	I/W
PCP	I				I	I	I		
鎮定安眠 藥	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
其他	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W

說明：I：中毒時初發；W：戒斷時初發；P：持續存有之障礙

⁵⁰孔繁鍾、孔繁錦，同註 22，頁 111。

(一) 中樞神經興奮劑：

主要作用機轉為阻斷多巴胺等神經傳導物質的回收，有些也會促進神經末梢釋出多巴胺，因此會增加神經細胞興奮性，降低抽搐閾值，使精神狀態亢奮激動、失眠、降低食慾等，如安非他命、古柯鹼等。中毒時，呈現精神運動性激動、誇大、易怒、甚至常有妄想、幻覺等明顯精神病症狀。戒斷時，會出現較不嚴重的嗜睡、容易疲倦、激動等生理症狀，比較危險的症狀是引發憂鬱情緒、自殺意念⁵¹。

(二) 幻覺劑：

影響神經傳導物質，引起各種感官知覺、思考、情緒上變化，甚至引起如解離反應、意識範圍擴大，如大麻類、天使塵（PCP）、揮發性吸入劑等。中毒時，會造成幻覺、妄想、情緒障礙、明顯的交感神經亢進症狀，天使塵中毒時甚至會導致譫妄。不會產生戒斷症狀，但仍會有耐受性。

對於藥物濫用的病因仍在早期的研究階段，但可確信絕非單一個原因可以完全解釋藥物濫用的原因，除了藥物性質的生物性因素外，容易取得藥物、脆弱的人格特性及社會環境是目前最常被討論的原因。

二、常見的成癮藥物

(一) 嗎啡類：屬中樞神經抑制作用。是由鴉片的未成熟種子提煉而成，由其加工而成的半合成製劑有海洛因（heroin）、可待因（codein），人工合成的是美沙酮（methadone）、速賜康等，其中以海洛因是最為廣泛濫用。原本有鎮痛、止咳的醫藥用途，但曾引起欣快感，發生成癮現象。中毒及戒斷症候群是最常遇到的問題，戒斷症狀發生的同時會有情緒不穩、暴躁、過動、哭泣、破壞行為等表現。

⁵¹葉佐偉、周仁宇等，34例安非他命使用疾患之精神鑑定，頁320，台灣精神醫學，第12卷第4期，1998年。

大多數的嗎啡成癮者都有人格違常的問題，尤其可能有反社會人格違常的情形⁵²。

(二) 安非他命：屬於中樞神經興奮劑，俗稱「冰塊」、「白飯」。可用於治療嗜睡症 (narcolepsy)、過動症 (ADHD)、憂鬱症等疾病。藥理作用會使人興奮、較具決斷力及行動效率、睡眠需求減少、焦躁等；大量或較長期使用下，產生多疑及不安、被害妄想、關係妄想和幻聽、幻視等精神症狀，因而可能發生殺人、縱火、傷害等犯罪行為，成癮者大都有容易爆發、情緒失控、亢奮、衝動的人格異常的特徵。

(三) 強力膠：主要成份是甲苯，吸入後的作用主要在安定細胞膜，造成中樞神經作用。起初有興奮、去抑制化及偉大的感覺，數分鐘後進入幻旅 (trip) 而產生各種幻覺，之後進入抑制期而有嗜睡的情形，有時會有失憶現象。因此在整個過程中，吸食者會有不安、亢奮、失控、陶醉、恍惚等情形，在意識混濁下產生錯覺、幻影、幻覺。可能因為失控的行為而犯下竊盜、強盜、強暴、強制猥褻等罪刑。本身並無很強的戒斷反應及耐受性，造成長期濫用而無法戒除的主要原因為心理社會因素。吸膠者通常較具炫耀性、不穩定的情緒且較具自戀性人格傾向，比起其他藥物濫用，年紀較輕。

(四) 安眠鎮靜劑：有減少焦慮、幫助睡眠等醫療效果。可抑制神經中樞，產生放鬆的情緒，因而經常被使用於不純的異性交遊等脫軌行動和不良行為上，或被用於自殺；有些人服用鎮靜劑會產生逆理現象 (paradoxical effect)，出現激動或攻擊的情形⁵³。

每種精神作用物質濫用的情況，或因文化背景、或因社會環境等因素的影響而有其流行時期，例如興奮劑的使用在第二次大戰後以及七十年代有二次分別，

⁵²李明濱，同註 15，頁 122-123。

⁵³Benjamin James Sadock and Virginia Alcott Sadock，同註 46，頁 1019

流行，一九六〇年代因嬉皮文化的盛行而使大麻和幻覺劑流行到最高點，美國於七十年代大量流行古柯鹼，台灣在民國七十幾年有青少年濫用強力膠的情形，民國八十幾年有流行使用安非他命，而目前最為時下年輕人流行的是搖頭丸（狂喜片，MDMA）、K 他命。

三、 物質使用與犯罪的關係

藥物的使用與犯罪關係的本質是相當複雜的。根據研究顯示，藥物使用者比非藥物使用者更可能有犯罪紀錄，研究亦發現精神分裂症患者合併藥物濫用時，其暴力行為的機率會大幅上升⁵⁴。而事實上犯罪本身並非因為「需要藥物」而引起，犯罪和藥物使用二者間是互相影響，例如：使用者可能因為買賣藥物的行為、為取得買藥的金錢而進行竊盜、搶奪或強盜等行為而遭到刑法的處罰，或因藥物使用的結果導致行為辨識能力及控制能力下降而違法，甚至因長期物質使用衍生出的精神病症狀而有違法行為。因此對於物質使用者必須針對其使用之特定物質及其使用行為進行通盤的瞭解及評估。

第七節 精神官能症

「精神官能症」的診斷名詞可以用在臨床上見到的各種精神和生理的混雜症狀上，故其所指的乃是一種症狀群。

第一項 概論

所有的精神疾病，除了精神分裂病、情感性疾患、妄想症、重度憂鬱症等精神病疾患（psychosis），或所謂「重度精神疾患（major mental disorder）」，另有一較不嚴重、非精神病（non-psychotic）而常見的精神疾患，主要以焦慮、不安、恐懼、情緒低落等心情症狀和心悸、呼吸困難、失眠等身體症狀表現，稱「輕度

⁵⁴Eronen M, Tiihonen J, Hakola P, *Schizophrenia and homicidal behavior*. Schizophr Bull 2, 83 (1996).

精神疾患 (minor mental disorder)；即為「精神官能症 (neurosis)」，俗稱「腦神經衰弱」。

「精神官能症」的病人會以暫時性或持續性的生理障礙來表達其不適的狀態，某些患者則主要以身體或自律神經性的症狀表現，而藉以壓抑其潛在的心理衝突，但意識上並不明白症狀背後所隱藏的焦慮、憂鬱、恐懼、憤怒。等心理因素。造成此症的病因是多元性，患者常具有特殊的身體體質。如較敏感的交感神經反應，以及特殊的性格傾向，例如神經質、依賴性或情緒化等，經常在面臨較特別的心理社會壓力後，引發內在的心理衝突而導致焦慮、憂鬱等症狀的發生⁵⁵。

第二項 與犯罪之關係

精神官能性疾患發生犯罪的比率雖不清楚，但根據英國官方⁵⁶1998年發表的統計資料顯示，英格蘭及威爾斯地區的看守所中的59%男性、76%女性，監獄中40%男性、40%女性有精神官能性疾患；而5%受拘禁的男性及3%受刑的男性，9%受拘禁的女性及5%受刑的女性存有創傷後壓力 (post traumatic stress)。然而雖然在罪犯之中有高程度的精神官能性症狀，並不表示症狀與犯罪之間就存有因果關係。另有研究顯示，人格障礙者存有較高的精神官能性症狀；明顯的物質濫用是與精神官能性症狀及人格障礙有關聯。臨床上，罪犯中最普遍的精神官能性狀況為：焦慮狀態和精神官能性憂鬱症；恐懼和強迫狀態最不普遍。以下就精神官能症與各種犯罪作簡單描述：

一、 精神官能症與殺人

一種反應性的憂鬱或焦慮狀態是可能嚴重到其所伴隨的緊張程度到足以導致爆發殺人，且並沒有人格上的障礙。因此在英國，慢性反應性憂鬱症及中程度的重憂鬱症是可被法院接受當作減輕責任能力 (diminished responsibility) 的理由。

⁵⁵李明濱，同註 15，頁 155-156。

⁵⁶Singleton, N., Meltzer, H. and Gatward, R., Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office of National Statistics, The Stationery Office (1998).

而若精神官能症合併人格障礙將會有更大的影響。

二、精神官能症與竊盜

偷竊很可能與憂鬱性官能症有關，其理由可能在於引起別人的注意或為一種安慰的行為。這種由精神官能症合併緊張焦慮而導至偷竊的行為，可視為心理上的破壞行為。病人大都有憂鬱症的病史，但偏差行為表現，故而未能注意到基本的病態。

三、精神官能症與縱火

精神官能症與縱火的關係是被確認的，特別是在緊張的狀態。縱火是去除緊張的方式、減輕憂鬱情緒或象徵撲滅痛苦的根源。精神官能症合併物質濫用和人格障礙將顯現縱火的特殊意義。

四、精神官能症與性犯罪

男性猥褻行為、戀童症及性侵害，可能與憂鬱、緊張或焦慮狀態有關。精神官能症會導致去抑制的作用而犯罪；性犯罪用以取代攻擊性來解除緊張的情緒或是一種尋求處罰的方式。

五、精神官能症與酒精犯罪

酒精會引發憂鬱狀態，同樣的憂鬱或焦慮的情緒也會誘發酒精的飲用增加。因為酒精容易使人產生去抑制作用（disinhibition），故二者，結合可能會導致犯罪。

六、甘瑟症候群（Ganser syndrome）

最早由甘瑟醫師於坐牢的囚犯中發現而命名，Ganser syndrome 是坐監牢後的

反應所產生的一種特殊症候（但非侷限於坐監時），ICD-10⁵⁷將之歸類於解離疾患的一種型，臨床上罕見。主要症狀是其回答反應看似答非所問，但內容仍與被詢問之題目或狀況間有密切的關聯性及類似性⁵⁸，其可能症狀如下：

1. 沒有辦法回答最簡單的問題，雖然答案顯示似乎有些了解問題。例如問他們大象有幾條腿？會回答五條腿。
2. 意識障礙，如對於時、地的定向感喪失，注意力不集中、混亂，反應慢或空白。
3. 歇斯底里的轉化症狀，如普遍喪失痛覺或局部過度敏感。
4. 視幻覺或聽幻覺。
5. 症狀會突然暫時消退或突然再度出現。

造成此症候群的真正原因一直有所爭議而未有定論，但在英國較被接受的看法，認為是一種憂鬱狀態下所導致的歇斯底里反應。因此需要與偽病、精神分裂病、假性癡呆及藥物誘入狀態做鑑別診斷。

七、創傷壓力後疾患（PTSD）

兒童時期的遭受持續的身體侵害，尤其是性侵害，會造成長大後變成加害人（或被害人）。因為長期不斷的傷害會嚴重影響正常人格的發展：例如邊緣性人格障礙、反社會人格障礙等皆是源因於兒童時期受到照顧者長期不斷的侵害。成年以後，因而產生的人格障礙可能會再度扮演兒時創傷經驗專的角色而有不斷的不當行為或暴力行為。另外某些型態的創傷壓力後疾患會和暴力相關聯，當處於受傷害的倒敘經驗時（flashbacks），患者可能會對環境中喚起原始創傷事件記憶的人或物發生無預警的暴力行為，例如越戰歸來的將士。

⁵⁷胡海國、林信男，精神與行為障礙之分類-臨床描述與診斷指引，頁 198，中華民國精神醫學會，1996 年。

⁵⁸林憲、林信男，同註 48，頁 90-91。

第八節 智能不足

人類的智能發展約在十四至十六歲時即達巔峰狀態，因此當個人的智能在發展的過程中因為素質或環境的影響而發生障礙時，即為智能不足。

根據國際疾病分類（ICD-10）的定義⁵⁹：指心智的發展停止或不完全，其特徵為發展期間，包括認知、語言、運動、社交能力的全盤性的發展障礙。智能不足可能伴隨其他精神或身體疾病，患有其他精神疾病的盛行率至少超過一般人口的三、四倍。依據許多學者的研究及推斷⁶⁰：任何一個社會中的智能不足發生率大約都在 2%至 3%之間。而大多數的研究資料均顯示：社會經濟狀況愈差的家庭或地區中，智能不足的發生率也愈高。

關於智能不足的病因，許多研究發現是多重原因造成，即遺傳因素與環境因素的交互作用。尤其對於輕度智能不足更是結合基因和不利的環境因素的結果。如染色體異常、物質代謝異常、生產時的障礙、嬰幼兒時的感染等原因都可能造成智能不足。

第一項 智能分級與相當之行為能力

智力的評估應依據可取得的所有資料，包括臨床觀察、適應行為及心理測驗的結果。可是在考慮不同文化間的使用效度時，智商（I.Q.）程度可以提供連續性但武斷的分類。智商的測量須由已經過標準化及個別施測，且已有地區性文化常模的智力測驗來評估；最普遍的智力測驗方法是：魏氏成人智力量表（WAIS）、魏氏兒童智力量表（WISC）。

一、輕度智能不足

⁵⁹對應美國精神疾病診斷準則第四版（DSM-IV）的定義為智力功能明顯低於平均水準（智商在 70 或以下），發生在 18 歲之前，同時伴隨有適應功能的障礙或缺陷。

⁶⁰Broman(1987)：所有年紀中智能不足的發生率為千分之 20-30。

智商 50-69 間（在成人，心智年齡約在 9 至 12 歲），約佔所有智能不足的 85%。從教育立場而言，屬之「可教育者」。學習雖較慢，能學會日常生活所需的語言，能獨立自我照顧及實際操作家務；有閱讀及書寫的困難，但能勝任需操作能力而非學業能力的工作；一般環境下，可獨立生活。

二、 中度智能不足

智商在 35-49 間，（在成人，心智年齡約在 6 至 9 歲），約佔所有智能不足的 10%。從教育立場而言，屬於「可訓練者」。語言的理解及使用發展遲滯，至多僅能簡單的會話；自我照顧及運動技能發展遲滯，幾乎無法獨立生活。

三、 重度智能不足

智商在 20-34 間（在成人，心智年齡約 3-6 歲），約佔所有智能不足的 3%-4%。幾乎無法學得溝通性語言。密切督導下，可有部分自我照顧功能。

四、 極重度智能不足

智商在 20 以下，（在成人，心智年齡約在 3 歲以下），約佔所有智能不足的 1%-2%。幾乎沒有能力處理基本需求，需由他人完全照顧。

第二項 相關犯罪學研究與行為能力

多項研究顯示：低能力水平的違法人口中有較高比率是青少年。1961 年，Eilenberg 針對在倫敦少年拘留所的男孩的研究報告：儘管有身心缺陷的少年僅有 2%，但其中 58% 可歸類有智力魯鈍。1970 年，Gibson 和 West 研究發現：14 歲左右而至少有一次的違法紀錄的青少年，智商 90 以下的有 17%，而智商 90 以上的僅有 5%。至於在成人的犯罪群中，其智商分布並無特殊差異，即和一般大眾

的分布相同。研究也發現智商與犯罪年齡或犯罪頻率無關。林憲教授的研究⁶¹也發現，在所有精神鑑定個案中之最主要的精神疾病診斷，以精神分裂病所佔比率最高，智能不足次之。在草屯療養院的精神鑑定案件統計中，則以智能不足佔14.2%最多，精神分裂症11.3%為其次⁶²。

智能不足者的犯罪類型以竊盜的犯行最多，此傾向與其他犯罪人口並無不同。智能不足的青少年多半竊取的是當場食用或使用的物品或金錢，很少像一般青少年是偷東西去變賣典當花用⁶³。其次是性侵害猥褻的犯行，智能不足者被拒絕、甚至被否認「正當性需求」的表達，造成某些智能不足者在有性需求時，不知道要先得到他人同意。誠如 Spry 和 Craft 發現他們的病人中，很多人的性方面被忽視了，以致於不知如何宣洩性的緊張及需求，或去接近女性，而因此引發了正向的攻擊反應⁶⁴。縱火的犯行（arson）也是智能不足者常見的犯罪型態，基於興奮或報復權威者的動機，在智能不足和挫折的影響下形成的反社會行為。

智能愈低，愈容易產生對社會不適應及善惡判斷困難，因此造成不良行為。不過不似其他精神疾病的犯罪事蹟是始於成年以後，大多數智能不足者的首次犯罪是在青少年時（73%），所以低智能在青少年犯罪上扮演著重要因素。但是若以失能的角度而言，智能不足更可能是各種犯罪的被害人。

由於智能不足的分類等因素，因此現今並未明確規定何種程度的智能障礙屬於無責任能力或限制責任能力，何況光是只有智力的障礙並不是造成犯罪行為的原因，尚須考慮素質、環境等因素，才足以衡量整個犯罪行為的脈絡。所以建議在輕度智能不足者，若存在有下列情況時，亦可判定為限制責任能力（精神耗弱）

⁶⁵： 1、案發時有所謂心因性反應。2、犯罪行為發生時，有明顯的因激烈勞動或

⁶¹林憲，精神鑑定 200 位個案之分析及精神疾患者刑責能力之探討，國科會補助研究，1984 年。

⁶²黃聿斐，中部某精神專科醫院近十年執行精神鑑定案例分析結果初探，台灣精神醫學會年會口頭發表，2012。

⁶³張麗卿，司法精神醫學-刑事法學與精神醫學之整合，頁 135，2004 年 3 版。。

⁶⁴Spry, W. B. & Craft, M, The function of a forensic assessment and rehabilitation unit in Mentally Abnormal Offenders, eds M. Craft & A. Craft, Bailliere Tindall, 397-402 (1984).

⁶⁵林憲，精神疾病患者刑責能力之精神病理學研究，台灣醫誌，75 期，頁 175-182，1976 年。

長期生病等而引發的身體困倦和心理壓力。3、極度缺乏社會適應性及人際關係不良，而且自我控制能力差者。4、併有精神病⁶⁶。

依照中華民國精神醫學會司法精神醫學學術分組於 1997 年研議的「刑責能力判斷準則」，當病人屬智能不足時，有「中度以上智能不足，或伴有精神病症狀之輕、中度智能不足，以致認知及現實判斷能力或自我控制能力極度受損。」即屬「心神喪失」的程度。而當顯現「中度智能不足，以致認知及現實判斷能力或自我控制能力明顯受損。⁶⁷」即屬「精神耗弱」的程度。

第九節 人格障礙及其他行為障礙

人格障礙有多種類型，每種類型皆有其相對應的情緒、行為及思考的特質，必須在 18 歲之後，人格形成較為穩定後，方能進行診斷。其中，反社會人格障礙是唯一被現行精神衛生法第三條排除在精神疾病之精神科診斷。衝動控制疾患及性變態行為則是以偏離正常的行為表現為主要的症狀呈現。

第一項 人格疾患

不正常人格的觀念可追溯自十九世紀初，法國精神科醫師 Pinel 注意到有一群人表現「容易發怒且有暴力，但無妄想」的情形。到了 1835 年，英國醫師 J. C. Prichard 提出『道德上的精神異常 (moral insanity)』來描述「沒有幻覺、妄想，在智能上也沒疾患或缺損，但在情感、情緒、性向、氣質、習慣或道德取向上卻有病態性的反常」表現的一群人。1891 年，德國醫師 Koch 以有系統的記載和分類而提出『精神病性質人格 (psychopathic inferiority)』，指出「有明顯的不正常行為表現但並無精神疾患或智能受損」的一群人。Kraepelin 於 1904 年使用『精神病質人格 (psychopathic personality)』來描述反社會、激動、不穩定、怪癖、說謊、騙子和好辯等七種類型的異常人格。1923 年，德國精神醫師 Schneider 以更清楚

⁶⁶張麗卿，同註 64，頁 138-139。

⁶⁷若輕度智能不足伴有精神病症狀，同此原則。見附錄一。

的分類和定義擴充人格疾患的觀念，認為所謂的「異常人格」是指「以一般平均的人格狀態而言具有偏差及脫逸狀況者，與疾患和道德規範無關；因自身的異常人格而造成自己或社會的困擾。」在這樣的定義下將精神病質人格分成十種類型：情緒高昂型、抑鬱型、缺乏自信型、狂信型、炫耀型、情緒起伏型、爆發型、無人性型、缺乏意志型、無力型，Schneider 的精神病態人格類型，是目前最廣泛被各國犯罪學家所採用的，且在德語系國家的司法精神鑑定上，仍佔據有相當重要的份量⁶⁸。1939 年，蘇格蘭精神科醫師 Sir David Henderson 提出『精神病質狀態 (psychopathic states)』一詞，定義精神病質的人為：儘管未達精神異常，但終其一生或在其相當早年時就出現反社會或脫離社會本質的行為障礙，在很多方面證明難以受到社會、刑罰及醫療方式的影響，或者對於他們無法有適當預防性或治療性的監督。到了 1959 年，英格蘭及威爾斯頒行的精神衛生法，採用『精神病質障礙 (Psychopathic disorders)』，是指「智能以外的持久性精神障礙或失能，導致不正常的攻擊或不負責任的行為，經常反抗醫療者」。由於精神病質人格的語意不明確且相當難定義，因此現今多以人格障礙 (personality disorder) 替代。

人格違常有多種類型，因此在其流行病的盛行率及成因上會有差異。對於人格障礙的罹患率的資料並不多。Weissman 在 1993 年的流行病學研究而對所有人格障礙盛行率為 10%~13%，我國林憲教授於 1972 年調查各型精神疾病每千人口中之發生頻度，人格違常於男性的盛行率約每千人有 2.4 人，女性盛行率為每千人 0.4-0.7 人，總合來看約為每千人中 1.5 人左右⁶⁹。至於成因方面，造成人格違常絕非單一因素，可能與染色體異常、精神疾患、親子關係等因素有關。

一、 個論

人格障礙的類型相當多種，在國際分類與診斷第十版 (ICD-10) 中總歸類為特定人格障礙 (specific personality disorder)，包括有：妄想性人格障礙 paranoid

⁶⁸張麗卿，同註 64，頁 88-92。

⁶⁹林憲，精神醫學與社會，頁 43，當代醫學雜誌，1978。

personality disorder)、類分裂性人格障礙 (schizoid personality disorder)、異規性人格障礙 (dissocial personality disorder)、情緒不穩定性人格障礙 (emotionally unstable personality disorder)、戲劇性人格異常 (histrionic personality disorder)、完美型人格障礙 (anankastic personality disorder)、敏感性 (畏避性) 人格障礙 (anxious (avoidance) personality disorder)、依賴性人格障礙 (dependent personality disorder) 等主要型態。以下僅討論與犯罪或臨床鑑定關係較密切的人格障礙。

(一) 妄想性人格障礙 (paranoid personality disorder) :

妄想性人格障礙有六個主要特徵，即疑心 (suspicious)、敏感 (sensitive)、不信任 (mistrustful)、好辯 (argumentative)、固執 (stubborn)、自大 (self-importance)。因此他們在生活及人際互動上，會表現多疑並經常曲解他人對自己的友善或無惡意的舉動，毫無道理且一再的懷疑配偶或性伴侶的不忠 (易產生病態性忌妒)。對於挫折或人際間的不順遂過度敏感，總認為是別人的陰謀是欲對其意圖不軌來解釋發生在其週遭或世界的大部分事情 (所以熱心訴訟)，不能原諒他人對自己的傷害或侮辱且會長期記恨，以自我為中心及自大的傾向。不顧現實狀況而過度的維護個人權益。在這樣的人格驅動下，形成多疑、好辯、及敵意的冷漠等處世態度，緊張的人際關係和經常的法律糾紛，且易與人發生衝突甚而引發暴力破壞行為。

這種性格多見於男性，盛行率於一般人群中約為 0.5%~2.5%，在慢性精神分裂病患者的家屬中，妄想性人格障礙的盛行率可能會增加⁷⁰。

(二) 情緒不穩定性人格障礙 (emotionally unstable personality disorder) :

情緒不穩定性人格障礙者常是不經過考慮即作出衝動的行為，且有不穩定的情緒；因此當面臨他人的批評或意見不合時，常無法經過深思熟慮就爆發強烈的

⁷⁰ 李明濱，同註 15，頁 216-217。

憤怒而引起暴力行為。而衝動型的特徵為情緒不穩定及缺乏衝動控制的能力，容易爆發威脅言語和暴力攻擊行為。邊緣型者（邊緣性人格障礙）的主要特徵有：不穩定的人際關係、衝動行為、易變的情緒、缺乏憤怒的控制、經常出現自殺的威脅或行為、不確定的自我認同（所以會有明顯不穩定的自體形象）、長期的空虛寂寞感、過度努力避免被拋棄、與壓力相關的暫時性妄想或解離症狀。

患者常會表現賭博、亂花錢、無節制大吃大喝、物質濫用、從事不安全的性行為及魯莽的駕車等自我傷害的衝動行為，而且可能為避免被拋棄所作的瘋狂努力而一再的出現自傷、自殺行為或威脅，約有 8%~10% 自殺身亡。

邊緣性人格障礙患者多為女性，盛行率約為總人口的 2%。病程變異甚大，其隨著年齡增長所造成的損害及自殺危險會逐漸減少，多數到三、四十歲時，人際關係和工作狀況可較為穩定⁷¹。

（三）反社會人格障礙（antisocial personality disorder）：

美國精神醫學會的診斷系統稱為「反社會人格障礙」，又有被稱之為「精神病態」（psychopathy）或「社會病態」（sociopathy）。在人格障礙的各種類型中，是研究得最多且最為精神病學家和心理學家所注意的。反社會人格障礙的主要特徵有：無情且不關心別人的感受，缺乏責任感且不理會社會的常規、法則或義務，不願建立持久的人際關係，低挫折忍受度且經常爆發攻擊或暴力行為，缺乏罪惡感且不易從過去的經驗中獲得到教訓，經常脾氣暴躁，常常怪罪他人或總是對其不良言行提出似是而非的辯解。因此他們在生活中的表現常是無法同理他人的感受與痛苦，反而是以嘲弄和輕藐的態度應對，驕傲自大而善於口頭逞能，不負責任的性態度而有多位性伴侶，缺乏負責任的婚姻關係，經常會有家庭暴力，衝動的行為而無法有穩定的工作，再加上缺乏自省，故會一再地違背法令，有酗酒或藥物濫用的傾向。所以對他們而言，犯法、被捕，判刑、坐牢等都是家常便飯的

⁷¹Benjamin James Sadock and Virginia Alcott Sadock，同註 46，頁 809

事，矯治最多也只有暫時性的效用，除少數個案在態度及行為上可能會有所改進。不過長期的監護住院仍可以導致明顯的功能改善。

曾被虐待或疏忽照顧的兒童，不穩定或易變的親子關係或是不一致的父母教養方式，都可能會增加兒童青少年時期的品性疾患而演變為成年時的反社會人格障礙，因此他們在青少年時即曾表現某些破壞的行為，學業成就的表現通常很差。另外前額有病變或腦萎縮性疾患者亦有人格上的變化而有反社會的表現或發生犯罪行為。染色體異常的遺傳因素也是被人認為與反社會的犯罪行為有關。

反社會人格障礙的患者更多為男性，社區取樣的總盛行率約為男性的 3%及女性的 1%。病程較慢，年歲較長後會明顯地表現於犯罪行為減少等反社會狀況緩解，尤其過了四十歲以後⁷²。

二、與精神病的關係和犯罪、刑責

人格障礙的行為問題有多種不同的程度，輕者可能完全過著正常生活，只有與他緊密接觸的家人或同事才會知道其怪異處，覺得難與相處；最嚴重者事事違抗社會習俗，常常違法犯紀，甚難適應正常的社會生活，時常遊走於精神機構和司法組織之間，如反社會人格障礙者。

Hart、Hare、Jutai、McPherson、Wong、Kosson 及 Serin⁷³等學者對精神病態者與犯罪關係的一系列研究，發現反社會人格障礙者的各種犯行，尤其是暴力犯行，較監護在醫院的人或非反社會人格障礙者多，約為非反社會人格障礙者之犯行的二、三倍，刑滿或假釋假釋出獄後，反社會人格障礙者的再犯率和再犯的時間也較非精神病態者高及短。

在監獄或監護機構中有發現到反社會人格障礙者會有短暫的精神症狀，但根據反社會人格障礙者及精神疾病相關性的研究發現，反社會人格障礙者與非反社

⁷²李明濱，同註 15，頁 220-222。

⁷³ T. A. Skilling, G. T. Harris, M. E. Rice, V. L. Quinsey, *Identifying Persistently Antisocial Offenders Using the Hare Psychopathy Checklist and DSM Antisocial Personality Disorder Criteria*, *Psychological Assessment* 14(1), 27-38 (2002).

會人格障礙者在精神分裂症相關疾患的盛行率、型態及嚴重度上並無差異，但在酒精或藥物的濫用或依賴方面，反社會人格障礙者則有明顯較高的酒精及藥物的濫用或依賴的問題。⁷⁴

世界各國的法律和精神醫學專家大多數認為，除非可以證實尚有其他精神疾病的存在，否則人格障礙是無法免除刑責的。根據精神衛生法第三條：「本法所稱精神疾病，係指思考、情緒、知覺、認知等精神狀態異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央衛生主管機關認定之精神疾病。」精神衛生法將反社會人格排除在精神疾病之定義，因該人格障礙基本上無法透過醫療方式進行矯治，通常嘗試以醫療方式進行處理時，會產生破壞性的結果，例如人格違常障礙者可能於病房中出現攻擊及破壞的行為，危及其他病患及工作人員的安全，而無法以「病人」的身份待之。所以反社會人格障礙的犯罪行為，原則上是不承認責任的減輕，意即屬完全責任，因為該人格上的障礙並不會影響行為人之辨識行為能力及控制能力，其犯罪往往是因為無視法律規定，衝動而缺乏控制行為動機的結果。

因此，日本學者的中村修曾對人格障礙犯罪者的量刑應考慮的事項提出建議：行為的危險性（行為人的再犯危險性）、現實責任（直接基於行為的責任）、刑罰適應性（行為人對其所科之刑的感受性）。即倘若行為人的危險性大，即便現實侵害小，仍應處以較重的刑罰；反之，若行為人的現實侵害大，但其危險性小，則可處以較輕的刑罰。所以對人格障礙的犯罪者之量刑，不僅應就行為量刑，亦應考慮行為者本身的人格類型⁷⁵。而英國在 1997 年，因為刑法《The Crime (Sentences) Act》的介入而增修精神衛生法《The Mental Health Act》的內容，在『醫院取向 (hospital direction)』的策略下，強調的是『可治療性』，即假若精神科醫師相信一個人格障礙犯罪者是可治療的 (treatable)，則在法律的依據下向法院建議住院治療；而若精神科醫師認為犯罪者是不可治療的 (not treatable)，

⁷⁴張麗卿，同註 64，頁 100。

⁷⁵張麗卿，同註 64，頁 101-102。

則不需要向法院建議住院。由於現今刑事政策上有越來越強調犯罪者監護處分的施行，認為因符合刑法第 19 條第 1、2 項受有減刑或不罰者，認定仍有再犯之虞時，應進行監護處分。然而從醫療的觀點來看，總有「危險性高，但可治療性低」的行為人出現，而無從以醫療方式進行降低對公共安全危險性的可能，法院應針對此類行為人另行訂定適當的處遇方式，而非倚賴精神病院的治療。

第二項 衝動控制疾患

在世界衛生組織(WHO)所編著的「精神與行為障礙之分類」第十版(ICD-10)中，將衝動障礙症(impulse disorders)及性變態(disorders of sexual preference)等疾患與人格疾患歸於同一章節。這二類疾患中有些行為可能會涉及犯罪，如賭博、竊盜、縱火、傷害、妨害性自主、過失致死等，雖然並不常見，但仍有說明的需要。衝動控制疾患中，四種類型皆有直接觸犯刑法的可能，如公然賭博、縱火、公共危險及竊盜等；陣發性暴怒症可能因其衝動控制差、易怒而容易與他人發生衝突、口角，甚而衍生人身傷害的結果。此類患者的辨識行為違法能力通常與常人一般，但多自稱「無法控制行為的衝動」，然而所謂的「無法控制」的狀態是否就足以符合刑法第 19 條第 2 項規定？本文認為應從嚴認定，應就行為人曾經嘗試過的「控制方法」進行瞭解，確定其是否真有嘗試「控制」的努力，而非僅是順著衝動而任意為之。

一、 病態性賭博症(pathological gambling)

患者的生活因經常且重覆的受到陣發性之不可抗拒的賭博行為所支配，而危害到應盡的社會、職業、婚姻及家庭義務。因此病人常會因賭博而使其工作陷於危機，欠下大筆賭債，並且可能常會以說謊或其他違法的方式，如偽造、詐欺、偷竊或侵占公款等，去取得錢財或逃避債務。患者會描述其所以要賭博是因為來自於內心之不可控制的衝動，而且腦海中亦常盤據著與賭博有關的事務，尤其當

面臨壓力時，此衝動及想法更強烈。

二、病態性縱火症 (pyromania)

病症的特徵是在無明顯的動機下一再重覆地出現多次縱火或企圖縱火毀損財物或其他物品的行為，而且腦海中經常盤旋著與縱火或燃燒等有關的事務。患者在縱火、目睹火災或滿足或解脫感。因此常會對消防車及救火設施有不正常的興趣，有時會有謊報火災的情形。

三、病態性偷竊症 (kleptomania)

患者會一再無法抗拒偷竊的衝動而行竊，從事偷竊之前不久會增加緊張感覺，而在偷竊當時或爾後會感到愉快、滿足或解脫。偷竊的目的並非是為了個人使用的需要，也不是為了其金錢價值。

四、陣發性暴怒症 (intermittent explosive disorder)

病症的特質是多次不同情境的發作而無法控制其攻擊的衝動，因而造成重度攻擊他人身體或破壞財物。患者在暴怒發作之前先有緊張或警醒感覺，發作後會感到解脫，之後也會對其攻擊行為覺得心亂、後悔、自責或困窘。所以可能會違反重傷害等罪行。⁷⁶

第三項 性變態行為

下述的性變態行為中，其主要的病理特徵多是源於其特殊類型性需求的滿足方式⁷⁷，其中，以虐待-被虐待症容易在進行過程中，發生過失致死的結果。

⁷⁶李明濱，同註 15，頁 267-269。

⁷⁷李明濱，同註 15，頁 244-247。

一、 戀物症 (fetishism)

使用無生命的物體，作為達到性刺激及性滿足的對象。最常被使用的迷戀物是女性的內褲、胸罩、絲襪、鞋子等衣飾。患者可能為了此類迷戀物而有偷竊、侵入住宅等犯罪行為。

二、 暴露症 (exhibitionism)

經常或反覆地在陌生人（通常是異性）面前或公共場合暴露自己的生殖器，並不企求進一步的性接觸；為求達到性興奮的目的，通常暴露當時或事後會有自慰的行為。因此患者此行為可能涉及公然猥褻的罪行。

三、 窺視症 (voyeurism)

經常或反覆地窺視他人性行為或隱密的行為，藉此以求達到性興奮和進行自慰行為的目的，通常並不會尋求與所偷窺的人從事性活動。

四、 戀童症 (pedophilia)

以前青春期或青春前期的兒童為性對象的癖好。有些患者只喜歡男童或女童，有些則對男、女兒童皆有興趣。偏好男童的患者中，累犯的比率大約是偏好女童患者的二倍。患者因此可能會威脅、誘拐兒童並對之性侵害，而觸犯加重強制性交或猥褻等罪行。

五、 觸磨症 (frotteurism)

特徵是觸摸或摩擦另一未表同意的人。患者通常選擇擁擠而較容易逃脫的場所執行此行為，如公共汽車上等。男性患者會在受害女性的大腿及股部摩擦自己的生殖器，或以手撫弄受害女性的陰部或胸部。

六、虐待—被虐待症 (sodomasochism)

對於與羞辱，綁縛或造成痛苦之行為有關的性活動癖好。偏好接受如痛打、電灼、被羞辱等這些刺激而得到性興奮的，稱之為被虐待症 (masochism)；患者可能獨自或與性伴侶一起執行其受虐待的衝動，因此會發生身體受傷或自傷的情形。反之，以實際行為將心理或身體的痛苦施加於受害人身上，並因而得到性興奮的，則稱為虐待症 (sadism)；嚴重的性虐待症患者，尤其若伴隨反社會人格障礙，會嚴重傷害受害者或使其死亡，犯下過失殺人的罪行。

以上的行為障礙所致的犯罪，原則上，其刑責應比如人格障礙者一般，除非能證實尚有其他精神疾病的存在，否則是無法完全免除刑責的。而完備的責任能力應就「辨識能力」及「控制能力」進行考慮，上述之衝動控制疾患或性變態行為者，絕大多數能辨識自己的行為是合法或非法，但在適當的控制自己的行為上卻出現困難，因此必須探討是否為「部份責任能力」，此外，能否適當的控制自己的行為，也應包括「控制的動機」，也就是說明知自己無法控制要偷東西，卻又故意讓自己經常出入充滿「目標物」的場所，其竊盜行為的發生則無法單純被視為「欠缺控制能力」。在量刑及處置上，可參酌日本學者中田修的意見和英國由精神醫學專家判定其可治療與否的做法。

第十節 小節

犯罪學之父 Lombroso 之「生來犯罪人」的理論，已不為許多研究支持，目前認為「違法行為」是由多重因素影響，意即一個人生活中的許多因素的總合的結果。先天的因素，如頭腦功能的阻礙、染色體異常、過動兒、低智能等；或是後天的因素，如貧窮家庭、犯罪家族、不當的教養、不良生活環境等都有可能造成犯罪的行為。異常的精神狀態、異常的人格、酒精或藥物的濫用等都是可能造成犯罪的原因，雖然尚無法定論某種特定的犯罪型態是何種精神疾病的特徵，但從司法精神醫學的角度來看，除了考慮精神疾病的犯罪普遍性時，仍必須瞭解不

同精神疾病的特質對患者的行為、思考及判斷能力的可能影響；如有無能力在犯罪當時形成意圖、是否有特殊抗辯的理由，再從犯罪預防的角度來看，精神疾病可否治療及治療可能的預後、治療的可能性、治療可近性等種種問題，都是精神科專科醫師在進行司法精神鑑定時需要周詳考慮的問題。

楊士隆教授調查監獄中服刑 813 名殺人犯，發現該族群中，未曾罹患精神疾病者有 697 名 (85.7%)，曾罹患精神病者 39 名 (4.8%)，未填報者 77 名 (9.4%)。其精神病類型為精神分裂症 10 名 (25.64%)、躁鬱症 15 名 (38.64%)、妄想症 10 名 (25.64%)、癲癇症 4 名 (10.26%) 及其他精神病 1 名 (2.6%)⁷⁸。儘管曾經罹患精神疾病者於獄中的殺人犯族群並非多數，但由於精神疾病患者的認知功能、現實感受損等種種因素，其犯罪手法可能較為奇異而引發社會關注，在進入司法體系後，也可能其疾病而無法瞭解法庭上進行的程序、為自己進行有效的辯護，而無法獲致公平公正的審判結果。

更因為精神疾病的特性，精神病患者所犯傷害罪或殺人罪的對象通常以主要照顧者，如：父母、兄弟姊妹、子女等家庭成員為主，與一般人的對象以陌生人為主不同。澳洲學者 Mouzos 分析澳洲國家兇案監測計畫的資料發現，精神病犯相對一般殺人犯，其犯罪動機通常不明 (87.8%，35.9%)，且殺害家庭成員的機率也顯著的高 (49.0%，13.8%)⁷⁹。北歐學者 Gottlieb, Kramp 等人分析於 1959 年至 1983 年間於丹麥哥本哈根市內 263 件司法精神案件中的兇殺案類型發現，相對於非精神障礙者的殺害對象有 51% 為陌生人，精神障礙者的殺害對象僅有 4.2% 至 21% 為陌生人⁸⁰；學者 Lindqvist 於瑞典北方的謀殺案研究亦有類似的結果，包含 64 名謀殺犯及 71 名受害人，其中有 63% 謀殺犯過去曾接受精神科治療，主要的受害人為核心家庭中的成員，為血親或姻親⁸¹。此外，男性亦比女性更容

⁷⁸楊士隆，台灣地區殺人犯罪之研究：多面向成因之實證調查，犯罪學期刊，4 期，頁 204，1999 年 6 月。

⁷⁹Mouzos, Jenny. , *Mental disorder and homicide in Australia.*, Trends and Issues in Crime and Criminal Justice/Australian Institute of Criminology 133, 3-4 (1999).

⁸⁰Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P., *Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983*, Acta Psychiatr Scand 76(3), 290 (1987).

⁸¹Linqvist, P., *Criminal homicide in Northern Sweden 1970-1981: Alcohol intoxication, alcohol abuse and*

易侵害陌生人，這樣的結果顯示，精神障礙者的殺人行為可能因為生活周遭的人際接觸之衝突、壓力，或引發精神症狀而發生，使得精神障礙者的父母、兄弟姊妹、子女、其他親屬及醫護人員較陌生人容易成為受害者。

由此可見精神障礙者於傷害或殺人類型的被害人以共同生活及經常接觸的人為主，儘管在刑事殺人案件的統計中，精神障礙者的殺人罪數量並不顯著，但由於其傷害對象多以父母及家庭內成員居多，少有陌生的受害者，因此精神障礙的殺人案件較非精神障礙者的殺人案件有更高的可能適用刑法第 272 條殺直系血親尊親屬罪。事實上，精神障礙者進入司法體系所遭遇的困難與障礙及資源的匱乏，也較非精神障礙者更多；雖然，精神障礙者的責任能力往往有刑法第 19 條的適用，當其責任能力僅達部分喪失時，實務上便可見到精神障礙者在傷害/殺害其他家屬與直系血親尊親屬的判決結果落差甚大的結果。因此，本文認為儘管刑法第 272 條殺直系血親尊親屬罪並非針對精神疾病障礙者而施行，而是公平的使用於所有殺害直系血親之犯罪者，但實施的結果卻可能對精神障礙者造成較明顯的不利益，故進而對以「殺直系血親尊親屬」以維護孝道之倫理條款存在的正當性感到質疑。

精神醫學不同於其他醫學部門，可以從確定的病原或病理因素著手治療，不論是美國精神醫學界常用的 DSM 精神疾病診斷與統計手冊或是歐陸常用的 ICD 國際疾病與相關健康問題之統計分類，常是由症狀學或是行為表現作為診斷的工具，因而招致某些「反精神醫學」的批評，認為精神疾病是精神醫學界創造、虛擬出來的，是醫藥界的共同陰謀。也因為難以用客觀的儀器或測試進行精神疾病的診斷，使得司法精神鑑定時，鑑定結果常會受到執行精神鑑定醫師的主觀影響，使得即便是相同的被鑑定人因同樣案件接受鑑定，在精神疾病診斷、甚至鑑定結果也可能獲致非常不一致的結果，此外被鑑定人「詐病」的情形也不乏見，特別是媒體常散佈精神疾病患者犯罪不會被處罰的錯誤訊息，以致於常有犯罪嫌

疑人聲稱自己有「憂鬱症」、「躁鬱症」、「竊盜癖」等等疾病，欲藉此卸責。因此，從事司法鑑定的精神科醫師對於精神疾病的鑑別診斷、精神症狀的確信及對法律的瞭解更相對重要。



第四章 精神疾病與直系血親尊親屬罪

本章說明精神病患者為何容易對直系血親發生傷害或殺害的行為，相對一般人容易觸犯殺直系血親尊親屬罪，以致於容易因卑尊關係而受到加重處罰的結果。

第一節 責任能力的減輕或免除

行為人之責任能力與其是否適用刑法上的處罰規定相關，責任能力存在方具有可罰性，即犯罪三階理論的最後一道關卡。責任能力的判斷除以自然年齡及聽讀能力缺陷與否作區別外，刑法第十九條是以精神障礙及心智缺陷進行判斷，因此有必要探討責任能力之相關規定與組成，並從中瞭解精神病患在刑事審判過程中的困境。

第一項 我國責任能力的規定

責任能力的界定，根據我國刑法第十八條至第二十條之規定觀察，以行為人的「精神成熟度」及「精神障礙程度」作為區分，例如：刑法第十八條規定「未滿十四歲人之行為，不罰。十四歲以上未滿十八歲人之行為，得減輕其刑。滿八十歲人之行為，得減輕其刑。」前二項認為行為人年幼，智識尚未成熟，而予以免刑或減刑；第三項則是年邁之人受腦功能退化的影響以致於精神成熟度下降。

刑法十九條規定「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。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。前二項規定，於因故意或過失自行招致者，不適用之。」前二項認為行為人的於行為時受精神障礙或心智缺陷的影響，以致於在「違法性辨識」及「依其辨識而行為之能力」受損或喪失的狀況下，因認為行為人之責任能力有缺損，法律上應予以免刑或得減刑的處置。第三項則在因自身行為導致責任能力減損的狀況，對於免刑或減刑的適

用加以限制。

而刑法第二十條則適用於瘖啞人的犯罪行為，其規定為「瘖啞人之行為，得減輕其刑。」雖然現代文明社會業已設置許多瘖啞人的特殊教育體系及管道，但事實上，即使受到完整的教育及訓練，瘖啞人所認知的事務也未必與一般人之通念相當，因此仍有其規定的必要。不過，林山田教授認為此條文在過去或許有規定之必要，但在啟聰教育體系完整的現代社會，瘖啞人應可習得與一般人相當的智識及社會規範，因此無須特別規定瘖啞人得減輕責任能力之規定，倘若瘖啞人其心智發展真有缺陷，只需回歸刑法第 19 條因精神障礙或心智缺陷導致的責任能力完整與否進行判斷即可¹。只是如此一來，如何克服聽人與瘖啞人間的溝通障礙，避免通譯可能產生的錯誤，進而判斷瘖啞人的責任能力是否完整，將是司法精神醫學鑑定專家的一大挑戰。

第二項 責任能力的組成

我國關於責任能力的組成，根據民國 94 年修正後刑法之規範，責任能力的概念採用生理因素及心理因素組成之混合立法方式。根據張麗卿教授於《責任能力修正》提示（見表 6-1-1），生理因素部份為刑法第十九條第 1、2 項條文前段所稱之精神障礙及其他心智缺陷，當行為人罹患精神分裂症、老人痴呆症、躁鬱症、酒精性精神病等精神障礙，或智能不足、焦慮或人格疾患等其他心智缺陷，加上違法辨識能力及控制能力二者組合而成的心理因素，當發生不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，則產生不罰之法律效果；而其心理因素呈現的狀態是辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力顯著降低者，則產生得減輕其行之法律效果。二種因素進行聯動而生後續的法律效果。

¹林山田：刑法通論（上），頁 373-374，2005 年 9 版。

表 4-1-1：刑法第十九條與精神疾病名稱之對應與評價²

	法律用語	精神疾病名稱		法律用語	法律效果
《生理原因	精神障礙	精神分裂症、早發性痴呆及躁鬱循環症、腦神經創傷精神病、酒精中毒精神病、感染性精神病（如慢性神經麻痺）、腦神經痙攣精神病（如癲癇精神病）及腦組織退化之痴呆等	+	不能辨識其行為違法之能力（辨識能力）或欠缺依其辨識而行為之能力（控制能力）	不罰
	其他心智缺陷	智能不足、人格違常、精神官能症、慾望衝動、焦慮等 灰底部分仍有爭議		辨識其行為違法之能力（辨識能力）或依其辨識而行為之能力（控制能力），顯著減低者	得減輕其刑

第三項 精神障礙的定義

然而，我國刑法第十九條所指稱的「精神障礙及心智缺陷」是否等同於精神衛生法中的「精神疾病」是有待商榷的。

根據九十六年修正後精神衛生法第三條：「精神疾病：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；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機

²張麗卿，司法精神醫學-刑事法學與精神醫學之整合，頁 251，2004 年 2 版。

關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。」其範圍包山包海，除了反社會人格違常之外，凡影響到思考、情緒、知覺、認知及行為的範疇，皆可被認定為精神疾病。然而，並非所有的精神疾病都會影響行為人的知覺或現實感的判斷，例如精神官能症、酒藥癮及衝動控制疾患等，倘若認定精神衛生法第三條之精神疾病即等同於刑法第十九條之「精神障礙及心智缺陷」，符合刑法第十九條規定的範疇過廣，容易造成凡有精神科相關診斷皆有機會減刑或免刑的錯誤印象，同時因此必須進行責任能力鑑定的個案數量勢必增加，將徒增不必要的負擔。

因此，精神障礙與心智缺陷的認定必須從嚴，應就精神疾病的定義予以限縮，並建議以「知覺異常與現實感缺失」導致之違法辨識力及依其辨識而行為能力之減損或下降的核心症狀為認定標準。

過去林憲教授提出之「精神鑑定醫師對於被鑑定人刑責能力程度之判定標準」，為國內司法精神醫學鑑定實務上判定被鑑定人責任能力之重要參考資料。依此標準鑑定醫師應依照被鑑定人的診斷及行為人於行為當時所呈現的狀態進行責任能力的判斷³。觀察該判定標準中類型化的疾病，如精神分裂症、其他精神病（憂鬱症、妄想症）、智能不足、腦器質性障礙（癲癇及老人失智症）、精神官能症、人格違常及酒精中毒等，其責任能力的減損與該疾病是否引發辨識能力及現實感缺失有關。其中，反社會人格違常與衝動控制疾患並不在類型化的範圍內。

第四項 責任能力判斷的標準

然而責任能力的有無，除了客觀的年齡及瘖啞人的標準外，所謂的精神障礙或其他心智缺陷對行為人犯行時責任能力的影響的概念，最早始於 18 世紀理性主義盛行的時期，有人提出「對於無法理性思考的人施以刑法，並無法達到刑罰的效果，且顯得多餘。」當時亦認為精神障礙無須專家證詞，法官可以依賴鄰

³何海、莊明敏、林信男、林憲，刑責能力判斷準則，台灣精神醫學會司法精神醫學學術分組第十五次會議，1997 年 5 月 3 日，詳見附錄一。

居或熟識者的證詞進行判斷。隨著對精神障礙認識的增加，某些精神疾病的外觀可能與一般常人無異，而某些看似如同精神障礙的患者，可能藉此逃避刑罰的理解逐漸增加，開始認為精神障礙的責任能力必須交由專家進行鑑定。

判斷責任能力鑑定的標準，常是公開辯論的議題，也會受到社會重大案件的影響而修正。英美法中曾經出現過的責任能力判定標準如：「宛如野獸」標準、「十四歲孩童」標準、馬克諾頓法則、不可抗拒之衝動標準、杜漢法則、模範刑法典 1955 年、犯罪控制法案標準等標準。而美國精神醫學會在 1983 年中所宣示的立場：「行為人被宣判因癲狂（insanity）而無罪，乃是其實施犯罪行為時因精神障礙或心智遲緩的影響，以至於無法分辨己身行為的對錯與否」；「上述標準所指涉的精神障礙及心智遲緩，只包括嚴重的精神病狀態，通常可見知覺及現實感的缺損。」這個概念與台灣精神醫學會司法精神醫學學術小組研擬的刑責能力之判定標準的精神不謀而合。

第二節 精神疾病障礙者殺直系血親尊親屬案件之判決整理

為觀察我國殺直系血親尊親屬罪實際施行的結果，及精神障礙者在殺直系血親尊親屬罪後之訴訟程序的處境，本節以最高法院已定讞之判決作為研究對象。

第一項 研究方法

以司法院的法學資料檢索系統為最高法院判決蒐集的主要來源，並參照「法源資料庫」確認有無遺漏判決結果。搜尋關鍵字為「殺人及直系血親尊親屬」，共搜尋到 103 件判決⁴。

由判決書內容逐一進行案件內容分析，排除判決結果為「撤銷高等法院判決，發回重審」38 案；「被告死亡」案件 2 案；非以「刑法第 272 條殺直系血親

⁴查詢日期 102 年 3 月 10 日，見附錄二總表。

尊親屬罪」起訴的案件共三件（2 件採第 277 條傷害直系血親尊親屬致死、1 件為遺棄直系血親尊親屬）；最後判決確定案件數含犯行既遂及未遂共 60 案。

表 4-1-1：最高法院判決結果分類

判決結果	案例數（103）
撤銷原判決，發回	38
被告死亡	2
起訴案由非殺直系血親尊親屬罪	5（2 件發回）
有罪或上訴駁回	60

60 個案例中，有 8 個案件因一、二審判決書未上網，而有大部分的資料缺失，無法進入完整分析⁵，予以刪除，最後有 52 件案例進入分析。

表 4-1-2：有罪或上訴駁回之犯行結果

犯行結果	案例數
既遂	35
既遂+未遂（被害人數>/=2）	4
未遂	13

選擇犯行結果為既遂或既遂加未遂的判決，回溯性探查高等法院及地方法院的判決書，以釐清犯罪嫌疑人的犯行動機、犯行對象、被害人數、物質使用、精神鑑定有無、精神疾病診斷、刑法第 19 條之適用與否及判決結果等項目進行統計分析。

⁵排除判決為 85 年度台非字第 171 號，85 年度台非字第 269 號，86 年度台上字第 2733 號，87 年度台上字第 518 號，87 年度台上字第 3679 號，88 年度台上字第 3283 號，88 年度台上字第 3498 號，88 年度台上字第 7351 號。

第二項 結果

以下分就被害人數與被害人關係、犯行時使用影響精神作用物質、精神鑑定有無與責任能力、精神鑑定之有無與精神疾病的判定、由精神疾病觀察犯案動機、鑑定醫院與責任能力判定的結果、精神鑑定結果與最後判決結果等七個面向進行結果分析。

一、被害人數與被害人的關係

在 52 個案件中，80.8%的案件僅有一位受害人，二位與三位受害人之比例皆為 9.6%。以父母為殺害對象者，佔所有案件數之 94.2%，祖父母為 5.8%。殺害父母的案件中，13.4%的案件同時傷害其他家人，以手足佔 9.6%為最常見。

表 4-2-1: 行為人與被害人關係

	案件數	百分比
父母	42	80.8
父母,卑親屬	1	1.9
父母,手足	5	9.6
父母,配偶	1	1.9
祖父母	3	5.8

觀察同案被害人數為 3 人之六個判決，其中有三案曾經進行責任能力之精神鑑定，二人之臨床診斷屬於其他精神疾病，鑑定結果為完全責任能力。另一人診斷為精神分裂症，殺人未遂，鑑定結果為部分責任能力，遭判處十年以上有期徒刑。但另一案件之完全責任能力且殺人未遂的案件，卻被判處十年以下有期徒刑，此間不免令人有矛盾難以理解之處。其餘 4 案之裁判結果為死刑或無期徒刑。

而在同案被害人為 2 人的四個案件中，有三件曾經進行精神鑑定，其中一案之行為人臨床診斷為重大精神病、合併人格違常及物質濫用的被認定為完全責

任能力，判處無期徒刑外，其餘二案皆為部分責任能力，某中一位於犯行時合併使用酒精及強力膠之行為人，亦被判處無期徒刑；似乎行為人具有酒精或藥物濫用或依賴習慣，會讓法官認為這些人的惡性較其他人重大。

表 4-2-2：被害人數統計

	案件數	比例 (%)
1	42	80.8
2	4	7.7
3	6	11.5
總和	52	100.0

二、犯行時使用影響精神作用物質

在犯行時的物質使用方面，有 63.5% 的案例並沒有使用任何物質，而使用物質案例中，最常見的使用的是**酒精**，其次為混用酒精、安眠藥物、強力膠、安非他命、搖頭丸或 K 他命等物質。

此部分結果與因殺直系血親尊親屬案而轉介進行精神鑑定的被鑑定人有差異⁶，酒精仍是最常被使用的影響中樞神經物質，可能與其價廉容易取得的緣故有關，再上訴到最高法院的行為人中，有較高比例的物質使用問題。

表 4-2-3：物質使用情形

	無	酒	酒/安 眠藥	酒/強 力膠	安非他命/搖頭丸/K 他命	強力膠	海洛因
案例數(52)	33	13	1	2	1	1	1
比例 (%)	63.5	25.0	1.9	3.8	1.9	1.9	1.9

⁶參照本文第五章第一節第三項第四款，草屯療養院 2002 年至 2012 年針對刑案被鑑定人資料分析結果。

三、精神鑑定有無與責任能力

進行分析的 52 個案件中，共有 28 個案例曾經進行精神鑑定，其中有 9 個案例被判定為部分責任能力，19 案為完全責任能力；24 案不曾進行精神鑑定，有 1 案被判定為部分責任能力，其餘為完全責任能力。其中無責任能力之判定為零。

以我國現行刑法第 19 條責任能力來看，責任能力應是生理因素及心理因素組成，因此由下表我們可以發現，未經由精神鑑定的過程，法官仍得逕自認為行為人有部分責任能力的情形，究竟妥適與否，將在案例分析中討論。

表 4-2-4：精神鑑定有無與責任能力判定

	精神鑑定		
	無	有	總和
部分責任能力	1	9	10
完全責任能力	23	19	42
總和	24	28	52

四、精神鑑定之有無與精神疾病的判定

以下所稱之重大精神病是指精神分裂病、躁鬱症、重度憂鬱症伴隨精神病症狀、妄想症及器質性精神病等，具有妄想性思考（被害/關係/嫉妒妄想等）或知覺異常（視幻覺/聽幻覺等）之症狀，可能直接影響患者之辨識及控制能力之疾病。其他精神病指除去重大精神病、人格障礙、物質相關之精神病、物質濫用或依賴以外的其他精神病診斷，其所有症狀通常不會影響患者之辨識及控制能力，例如：焦慮症、精神官能性憂鬱症等。

未進行精神鑑定的 24 案件中，有 20 案被認為沒有精神科診斷，1 案為智能

障礙，3 案有物質濫用或物質依賴的診斷。

曾進行精神鑑定的 28 案件中，有 7 案沒有精神科診斷⁷，5 案被診斷為重大精神病，有 1 案合併有重大精神病、物質使用及人格障礙，4 案為其他精神病，1 案為其他精神病合併人格障礙，3 案為物質相關之精神病，如酒精、安非他命引發之精神病；2 案被診斷為人格障礙；5 案為物質濫用或依賴，即使用酒精、安非他命、安眠藥、K 他命等物質達到依賴或濫用的程度，但並未引發精神病症狀。

此結果顯示法官對於精神疾病的理解與認知，及其如何處理精神障礙者疑有責任能力缺陷時的處理方式，此處應當注意的是未進行精神鑑定，但臨床上認為有精神疾病診斷或心智缺陷的部分。

表 4-2-5：精神鑑定有無與精神疾病類型

	精神鑑定		總和
	無 (%)	有 (%)	
無診斷	20 (83.3%)	7 (25.0%)	27
重大精神病	0	6 (21.4%)	6
其他精神病	0	5 (17.9%)	5
物質相關精神病	0	2 (7.1%)	2
智能障礙	1 (4.2%)	0	1
人格障礙	0	3 (10.3%)	3
物質依賴/濫用	3 (12.5%)	5 (17.9%)	8
總和	24	28	52

⁷行為人由法院轉介前來進行精神鑑定，可能是由行為人主動提出生病的證明或法院認為其有精神障礙，然而，經由鑑定之後，被判定為不具精神科診斷。原因可能是行為人詐病、或是個別醫師對疾病的看法差異、或是疾病已痊癒等。

五、由精神疾病觀察犯案動機

在所有的犯案動機中，以加害人及行為人間長期或是一時的衝突佔 26 件為最常見，其次是金錢爭議佔 15 件，有 6 件被認定是精神病性症狀影響（5 件為重大精神病，1 件為物質相關之精神病），3 件為慈悲殺人（常見於憂鬱症患者，為了免除被害人於人世間的悲慘未來而予以殺害），2 件無法從判決文中判斷其動機（分別為無診斷及物質濫用或依賴）。

將精神疾病合併犯案動機進行分析後，發現具有物質使用依賴或濫用及人格違常診斷者 90%是因衝突而犯案，10%無法判定；被判定為重大精神病及物質相關之精神病者，有 75%因精神症狀犯案，25%是因金錢問題犯案；非重大精神疾病者，有 66.7%是因為衝突，33.3%被認定為慈悲殺人；智能障礙的犯行以衝突為多，但因案例數較少，解釋上需小心。

而無精神疾病診斷者，因衝突而引發殺機的案例數，雖較因金錢問題引發殺機者略多，但二者比例相近，不似具精神疾病診斷者有集中在某種特定動機的趨勢。

表 4-2-6：精神疾病類型與犯案動機

	無診 斷	重大精 神病	其他精 神病	物質相關 精神病	智能 障礙	人格 障礙	物質依 賴/濫用	總 和
衝突	15	0	3	0	1	1	6	26
金錢	10	0	1	2	0	2	0	15
精神病性症 狀	0	5	0	1	0	0	0	6
慈悲殺人	1	0	1	0	0	0	1	3
無法判定	1	0	0	0	0	0	1	2
總和	27	5	5	3	1	3	8	52

六、鑑定醫院與責任能力判定的結果

28 個經精神鑑定的案例中由 15 家精神醫療機構參與鑑定，其中有 2 案轉介 2 家精神醫療機構鑑定，其中有 7 案為草屯療養院鑑定(2 案為民國 91 年前鑑定)，鑑定結果皆為完全責任能力。高雄凱旋醫院鑑定 4 案，其中 3 案為部分責任能力，1 案為完全責任能力，台北榮總鑑定 2 案，2 案結論皆為部分責任能力。台北市立聯合醫院松德院區鑑定有 2 案，2 案結論皆為完全責任能力。

雖然各家醫院鑑定案件數不多，但似乎各醫院對於責任能力的判定有趨於嚴格或趨於寬鬆的傾向，此部分可能與鑑定醫師對於鑑定問題及法條認識的差異，或根源於可知論或不可知論的辯證，即鑑定醫師對於能否依經驗之立場，來解答犯罪者的刑責能力問題的看法不同，而分為『可知論』與『不可知論』，兩派彼此爭論不休。

主張可知論者認為，不論根據生物學或心理學之指標，凡受過良好訓練之精神科醫師皆可依經驗的立場來予以解答，可知論者認為不論是現在或犯罪當時的精神狀態鑑定，有經驗的精神科醫師、臨床心理學家及社會工作人員可以透過精神病理的研究與瞭解，及精神病理的分析與法律上責任能力之程度有特定的相互關係，可以判斷犯罪者之責任能力，較不認為單從病因或診斷即能判定責任能力，也因此責任能力的判定也較不一致⁸。

主張不可知論者則站在純粹客觀之立場上，相信對於罪犯在犯案當時是否有採取另一種行為之可能是無法判定的事，故精神鑑定在實際說明責任能力程度時，只能依慣例做大致的判斷而已⁹，採用不可知論者之精神科醫師、臨床心理學家或社會工作人員，傾向以疾病診斷作為責任能力的主要判斷依據，認為精神病的存在即對犯罪者之自由決定意思造成影響，使得犯罪者在無法自控的狀態

⁸張麗卿，刑事責任相關之最新立法修正評估，東海大學法學研究，第 23 期第 2 卷，頁 33-83，2005 年。

⁹林憲，精神鑑定，頁 3，1986 年。

下，而有責任能力的缺損。

主張不可知論者之鑑定人，對於責任能力缺損的標準可能較主張可知論者寬鬆，而主張可知論者中，亦有可能對於精神病理跟責任能力間的特定相互關係認定不一，而有寬弛。因此，值得蒐集更多資訊繼續觀察，尤其是法界常質疑何以不同鑑定人對對相同案件之被告實施精神鑑定，結論竟大相逕庭，或可由此觀察回應部分的質疑。

七、精神鑑定結果與最後判決結果

判決結果如下表所示。在犯行既遂的情形下，鑑定結果為完全責任能力中有 1 人被判死刑，15 人判處無期徒刑，2 人為十年以上徒刑；部分責任能力者僅有 1 人判處無期徒刑，1 人十年以上有期徒刑，4 人十年以下有期徒刑，鑑定為部分責任能力且犯行既遂的行為人，以十年以下徒刑為最多；可見關於行為人於犯行當時之精神狀態鑑定的結果，對刑事起訴後的判決具有明顯的影響力，特別是當精神鑑定結果認為其犯行時之精神狀態不符合刑法第 19 條第 1、2 項所規範之減刑或免刑之範疇，除此之外，在犯行既遂的部分，行為人被判處死刑或無期徒刑的機率是部分責任能力且犯行既遂的 5.3 倍。在犯行未遂的情形下，完全責任能力者有 1 人被處十年以下有期徒刑，部分責任能力則有 2 人處十年以上有期徒刑，1 人處十年以下有期徒刑，精神鑑定結果對於未遂犯的判決結果沒有顯著影響。

因此精神鑑定的品質將是訴訟程序上實現公平正義的重要影響因素，現行精神鑑定的進行，絕大多數是由法院審理至決定行為人的責任能力階段時，才進行機關囑託鑑定或是個人委託鑑定，而往往忽略了對於精神疾病或有其他心智缺陷者，或許在案件審理調查的最初就有「受審能力」的困難，而由本次最高法院的案例分析中，可以發現相同的現象：28 個案件轉介精神鑑定的事由全為責任能力鑑定，卻無任何受審能力鑑定的紀錄。

表 4-2-7：責任能力與判決結果

刑度	精神鑑定後責任能力				總和
	部分責任能力		完全責任能力		
	既遂	未遂	既遂	未遂	
死刑	0	0	1	0	1
無期徒刑	1	0	15	0	16
十年以上	1	2	2	0	5
十年以下	4	1	0	1	6
總和	6	3	18	1	28

第三項 小結

在本研究分析之殺直系血親尊親屬罪的 52 個最高法院判決中，將近 95% 的被害人為行為人之父母，5% 為祖父母，90.4% 的判決中為單一受害人，約有 9.6 % 的案件有二位以上的受害人，其第 2、3 位受害人，可能是殺害對象外之父或母的另一位尊親屬，或是配偶、手足或其他卑親屬。

63.5% 的行為人在犯行時並未使用影響中樞神經作用的物質，最常被使用的是酒精，其次為多種物質的混用。

在犯行動機部分，衝突是最常見的犯案動機，其次為金錢因素、精神病性症狀影響。無精神疾病診斷之行為人，其因衝突或金錢而犯案的比例相當，沒有特殊的趨勢。而被診斷為重大精神疾病的 5 個案件中，全數因疾病影響犯案；物質濫用或物質依賴者有 75% 是因長期或是突發的衝突而發生犯行。

52 個判決中之行為人，有 28 位曾經進行責任能力之精神鑑定，9 位被判定為部分責任能力，19 人為完全責任能力，其中 7 位行為人鑑定認為無精神疾病

診斷，24 案未進行精神鑑定的行為人中，有一人被判決為部分責任能力，4 人具有精神科診斷，包括 1 人為輕度智能障礙，3 人為物質濫用或依賴，意即精神鑑定之有無，並不絕對等同於行為人有無精神疾病。在責任能力的鑑定結果部分，觀察到不同精神醫療院所採行的判定寬弛有別，雖然個別醫院的樣本數皆不多，但仍可觀察到部分「趨勢」，某些醫院採取較嚴格的標準，而少出現責任能力受損的結論，某些醫院採取寬鬆的標準，多數報告為責任能力受損的結論。責任能力的判定結果對於犯行既遂的行為人之最終判決刑度有明顯的影響，完全責任能力之行為人其被判死刑或無期徒刑的機率是部分責任能力行為人的 5.3 倍。

第四項 案例分析

不同精神疾病的主要病理現象是精神科醫師進行責任能力判斷時非常重要的依據。

精神病性精神病(重大精神病)是指會有知覺異常及妄想性思考症狀的疾病，不論其發生的原因，患者可能出現聽幻覺、視幻覺、被害妄想、關係妄想等症狀，而減損其辨識行為違法的能力及行為控制能力而發生犯行，一般而言，這類疾病比較容易被判定有責任能力減損的情形，法院也傾向接受這樣的鑑定的結果。但前提是法院可以辨認出這類病人並轉介精神鑑定，某些被家屬妥善照顧、外表乾淨清潔，且會隱藏自己精神症狀的病人，因不符合精神疾病患者的刻板印象，反而會讓法官認為其在「假肖」，而未能在訴訟程序中給予適當的協助。此外，對於某些初次發病的行為人，因為過去從未有過就醫史，也會造成在請求「精神鑑定」時的困難。

其他精神病常見的是精神官能性憂鬱症、焦慮症、失眠、重鬱症未併發精神症狀等，其主要症狀通常不會影響其違法辨識性或行為控制能力¹⁰等，但近年

¹⁰參照本文第三章第二節情感性精神病及第七節精神官能症之描述，二者皆以情緒症狀表現，情緒可能高昂、狂躁、低落、憂鬱、焦慮等，除非合併精神病症狀，如幻覺、妄想等，並不影響思考功能。一般而言，並不影響通常辨識能力，或依其辨識而行為的能力。

來以此類診斷作為責任能力抗辯的頻率逐漸增加，一般而言，很少判定此類患者會有責任能力缺損的情形，除非伴隨有極重大的生活事件或壓力。此外，除非案發前就有相關的就診紀錄，否則當面臨十年、無期徒刑或是死刑的刑事追訴時，常人皆會有情緒低落、焦慮、失眠之反應，所以判斷疾病是發生於犯行前或犯行後也是鑑定中非常重要的步驟。

智能障礙者的智能較普通人降低，其辨識能力與行為控制能力也會受到影響，但智能障礙者的障礙程度範圍很大，難以就絕對的智力測驗分數進行責任能力的判定，常必須參考其日常生活的實際功能才能作較正確的判斷。智能障礙者不一定能從外表辨認，也會試圖掩飾自己的不足，即使可以有問有答，也未必表示他們完全瞭解對話的內容，也因此容易在訴訟程序中被忽略而形成對他們的不利益。

在酒精或藥物濫用及依賴的範疇內，因常牽涉到刑法第 19 條第 3 項的原因自由行為或自招行為的理論，常使得精神科醫師在進行責任能力判斷時非常困難，而不同的法官對原因自由行為的見解似乎也不一致，另一件值得注意的是大多數法官對於有藥物或酒精使用傾向的人，量刑似乎較為嚴格，也較難認為他們其情可憫，即使精神鑑定認為其有責任能力缺損的情形，相較其他診斷，法院通常較難採納。

以下就最高法院判決中行為人曾被診斷有精神疾病或其他心智缺陷的案例進行分析，因判決量僅 25 案，但牽涉的精神疾病種類多，因此以下依精神病的特質進行分類，並就案例的特殊處進行討論：

一、重大精神病

重大精神病，即精神病性精神病，包括器質型精神病、精神分裂病、躁鬱症、重鬱症合併精神症狀、妄想症、其他非器質性精神病（如譫妄症），其共通特徵是患者可能因上述疾病產生知覺異常（幻聽、幻視等），妄想性思考（被害妄想、

關係妄想或誇大妄想等)，因而產生相應的情緒、行為異常，認知功能低下及判斷力異常之特徵。

本分類共有五個判決，案例 1 之行為人是重鬱症合併精神症狀，產生欲讓母親脫離病痛的念頭而行兇，案例 2 至 5 皆為精神分裂症，行為人行兇前皆呈現有相當程度的妄想症狀，其犯行亦有程度不一的怪異行止，為精神分裂病患者的特徵之一。

1. 重鬱症合併精神症狀/殺害母親/解脫照顧負擔（案件 1）

本件案件事實是行為人因其重鬱症合併有精神症狀，身心疲憊不堪負荷，於本件案發時地，突萌為己及其母親解脫照顧、病症之累，而有殺害被害人之動機；以其所有平日供助行之柺杖一支重擊被害人之頭部數下，造成被害人大量失血死亡¹¹。

高雄地方法院轉介至高雄市立凱旋醫院對行為人之精神狀況為門診鑑定，鑑定認為被告係受長期嚴重憂鬱症，致其認知功能退化，然尚能辨識殺人是違法之行為，其行為當時因受幻覺之精神病症影響，其依其辨識而行為之能力已有顯著降低。行為人至高雄醫學大學附設中和紀念醫院進行住院治療，同時進行住院鑑定被告行為時之精神狀態，鑑定結果亦認被告在能否傷害他人之辨識力上，並未受到憂鬱症狀之影響，其於行為時係因受憂鬱症及個性特質為有限的自我控制能力等影響，依其辨識而行為之能力係顯著減低。判決認同鑑定報告結果，並認定行為人於犯罪當時，因上述精神疾病達到辨識行為違法及依其辨識而行為的能力達到顯著降低的狀態。

裁判結果如下：一審判決殺直系血親尊親屬，處有期徒刑拾陸年。但二審判決認為行為人罹患嚴重憂鬱症，本已無力再照顧亦患重度失智之母，但仍顧及母子親情勉力而為，卻致使本身憂鬱症惡化，更出現聽幻覺及視幻覺，於身心疲憊、

¹¹最高法院 101 年度台上字第 1360 號；臺灣高等法院高雄分院 100 年度上訴字第 1667 號；臺灣高雄地方法院 100 年度重訴字第 29 號

不堪負荷之情形下，突萌為己及其母解脫上開照顧、病症之累，以上述方式殺害其母。經審酌被告所犯本件犯罪之情狀，於客觀常情及一般人認知，應合於顯可憫恕之情，殺直系血親尊親屬，處有期徒刑捌年。三審判決認為上訴為違背法律上之程式，予以駁回。

2. 妄想型精神分裂症/殺害母親/被害妄想（案件 2）

本件案件事實是行為人為妄想型精神分裂疾病之患者，長期幻想會遭其母親的陷害及殺害，曾有攻擊及報復母親之行為，雖經治療，妄想症狀僅稍有改善。嗣行為人於犯罪日時，與母親發生爭執，惟行為人心生不滿，在屋內不停走動，母親見狀，隨口對行為人罵「瘋子」，詎行為人至上開住處 1 樓廚房，拿取其父親所有、供平日殺魚使用之魚刀 1 把，返回住處 2 樓浴室門前，趁母親打開浴室房門欲出來開啟瓦斯之際，用力推開浴室房門，持該魚刀砍刺母親頭部多下。睡覺之行為人之父親聽聞被害人呼救聲，立刻驚醒，隨即趕至上開住處 2 樓浴室，將行為人拉住，並奪取其手中之魚刀，將被害人送醫急救，始倖免於難¹²。

台南地方法院轉介行為人至署立臺南醫院進行精神鑑定，其鑑定結果認為：「被告診斷為妄想型精神分裂症。無病識感，其服藥順從性不佳」、「行為當時之精神狀態：被告自案發當時到鑑定時刻，被告持續堅定相信當時母親是要拿刀子殺被告，相信母親心情不好就會針對自己，達到被害妄想程度」、「被告在案發時之精神狀態，決策能力嚴重受到長久對母親之被害妄想信念系統所影響，加上衝動控制差，而導致本案發生」。一審法院認同鑑定結果，認為行為人於犯罪當時的精神狀態符合刑法第 19 條第 2 項規定的狀態。

裁判認為，一審判決殺直系血親尊親屬，未遂，處有期徒刑柒年拾月。二審判決上訴駁回。三審判決認其上訴為違背法律上之程式，予以駁回。

¹²最高法院 99 年度台上字第 4873 號；臺灣高等法院臺南分院 99 年度上訴字第 506 號；臺灣臺南地方法院 98 年度訴字第 1555 號

3. 精神分裂症/養父、養母、路人/關係妄想/五體投地自首（案件3）

本案件的行為人為被害人夫婦之養子，行為人罹患「精神分裂病」；病發時常施暴於養父己及養母庚。案發當晚七時許，行為人再度病發，而對自己養母庚產生「關係妄想」，萌生弑殺養母庚之犯意，撥打庚持用之行動門號，要求在外之庚儘速返抵「翁宅」，之後至「翁宅」廚房取出菜刀2把，以自己雙手分持而步抵「翁宅」客廳，俾期於庚進門瞬間伺機弑殺。以此「事前準備」行為，預備殺害庚。養父己赫見行為人持刀而來，遂即出於本能喝稱：「把刀放下」；行為人突先將自己右手所持菜刀隨意擲往附近沙發，再條以自己左手所持菜刀擊砍猶坐立吃麵之己之頭、頸、胸部及右手、右膝等處，而使養父陷入昏迷、倒臥「翁宅」客廳。行為人攜刀奪門。適有路人甲頭戴安全帽、坐立在『翁宅』門口附近之機車上」行為人利用自己與甲錯身之瞬間，條以自己左手所持菜刀擊砍「頭戴安全帽」之甲頭部及其左大腿等身體各處。行為人持刀在後緊追甲。乃其甫尾隨而至『巷口』，即赫見甲跑進向身兼義警職務之丁尋求臂助，行為人情急心虛，遂即轉身他逃；至此，甲方得脫險境。茲以丁見行為人轉身離去，亦係隨即自後舉步緊追；尾隨而至「翁宅」門口，即見行為人自「翁宅」內啟門而出；逕自遞交其手持菜刀暨以言詞宣稱：「我『老爸』也快死了」、「那麼我就自首」，同時以「五體投地」之姿匍匐於地，藉此於已殺害養父之犯罪遭人查悉以前，經由丁之轉達，主動向員警供述關此事實，自首而表示接受裁判之意¹³。

基隆地方法院將被告轉介至國軍北投醫院鑑定其犯行時之精神狀態，鑑定結果認為被告係因「精神分裂病」發作，對養母庚產生「關係妄想」，方陷入自我矛盾而在其「辨識行為違法之能力」及「依其辨識而行為之能力」均已顯著減低之情況下，罹犯本案。一審法院認同鑑定報告的結果，認為被告於犯罪當時已符合刑法第19條第2項的規範。

¹³最高法院97年度台上字第3732號；臺灣高等法院97年度上訴字第984號；臺灣基隆地方法院96年度訴字第709號

裁判結果：一審判決認為行為人預備殺直系血親尊親屬（養母），處有期徒刑壹年；又殺直系血親尊親屬（養父），未遂，處有期徒刑玖年；又殺人（路人），未遂，處有期徒刑肆年。應執行有期徒刑十三年六月。二審判決認為一審之認事用法及量刑均無不當，應予維持，上訴駁回。三審認為上訴為違背法律上之程式，予以駁回。

4. 精神分裂症/殺害母親、損害屍體/妄想（案件 4）

本案之行為人罹患精神分裂症，經常有言語恐嚇、辱罵及暴力攻擊母親的行為。犯行前二個月，母親將行為人強制送往台北榮總住院治療。一個月後母親要求讓行為人出院，惟行為人出院後仍未規則服藥。之後母親因跌倒受傷致無法行走，需行為人照顧。犯行當日，行為人不耐照顧母親，又妄想領取母親之定存單去繳納購屋所需之款項，持母親平日使用之手杖，朝母親身體重擊數下，母親終因多處鈍創傷、出血性休克死亡。行為人於行兇後，無絲毫悔意，仍於翌日上午八時許持母親之身分證及印章至台北銀行欲領取定存單遭拒。同日十時許返家後，因無法順利領取定存單而遷怒於母親，以母親生前所用之菜刀切割母親之左手小指頭而毀壞屍體，並即將屍體拖至門外三樓後移至二樓樓梯間擺放¹⁴。

一審士林地方法院轉介行為人至台北榮總鑑定案發當時之精神狀況，鑑定認為被告罹患精神分裂症，未規則服藥，病況不定，易與他人爭吵。在事發前二個月因妄想及暴力行為而住院治療，且事發前數日亦曾出現情緒激躁之行為，顯示事發前數日內仍有精神病症狀，被告於事發當時應處於精神耗弱之狀態。判決認同鑑定報告之結論，認為行為人於犯行當時是精神狀態已達精神耗弱之程度。並認為其有再犯及危害公共危險之虞。

¹⁴最高法院 90 年度台上字第 3412 號；臺灣高等法院 90 年度上訴字第 167 號；臺灣士林地方法院 89 年度重訴字第 10 號

裁判結果：一審法庭認為，行為人殺直系血親尊親屬，處有期徒刑拾年，褫奪公權伍年。又損壞屍體，處有期徒刑陸月。應執行有期徒刑拾年，褫奪公權伍年。並應於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所，施以監護，其期間為參年。二、三審判決皆駁回上訴。

5. 妄想型精神分裂症/殺害母親、哥哥/怪異妄想（案件 5）

本案之行為人因誤認其朋友拿伊之內褲及短褲牽魂作法，無法工作，被解雇於家中。犯行前日 22 時持一長約一公尺長之鐵管敲擊住家之牆壁，經其母報警勸導後始罷休。至翌日凌晨 2 時許，竟持前開鐵管進入母親房內，先持鐵管敲擊其母，母親被敲擊後欲逃走，被告竟瘋狂以鐵管攻擊母親之頭部身體等要害部位，繼而以木椅擊打母親之身體，母親當場死亡。被告於攻擊母親後，竟又持前開鐵管進入其兄房內，遂以鐵管猛力朝哥哥頭部要害處毆擊數十下，致哥哥因顱內出血，頭部外傷，當場死亡¹⁵。

一審法院轉介行為人進行犯罪時精神狀態之精神鑑定，鑑定單位不明，根據判決書節錄之鑑定報告結果：行為人患有精神病症含關係妄想，被害妄想，誇大妄想，視幻覺，及聽幻覺，為妄想型精神分裂症患者，精神狀態已達精神耗弱之程度。一審法院認同鑑定報告的結果，認為被告於犯罪當時已符合刑法第 19 條第 2 項的規範。

裁判結果：判決認為行為人連續殺直系血親尊親屬，處有期徒刑捌年，並於刑之執行完畢後，令入相當處所，施以監護參年。最高法院駁回上訴。

二、其他精神病

其他精神病係指不會產生知覺異常、妄想性思考或明顯認知功能缺損之精

¹⁵最高法院 86 年度台非字第 293 號；屏東地院 83 年度重訴字第 8 號

神疾病，常見如精神官能性憂鬱症、焦慮症、失眠、創傷後症候群等疾病，一般而言不會造成判斷力的受損。其中最常見的是精神官能性憂鬱症或稱輕鬱症。

本文所蒐集之判決 6 至 9 之行為人皆被認為罹有精神官能性憂鬱症，其發病原因各異，犯行動機不若重大精神病受到精神症狀影響而行為，而更貼近現實生活狀態，如：欲協助病父解脫之利他性殺人、為謀奪保險金鋌而走險、或因長久衝突欲發洩怒氣而行兇。

1. 憂鬱狀態/殺害母親、哥哥、殺傷父親/報復（案件 6）

本案之行為人退伍後，長期無業在家打電動，受失眠困擾，認為是哥哥深夜打電動干擾所致，認為父母親偏心，遂生報復之念頭。趁哥哥熟睡時，持折疊刀刺殺，至流血過多死亡。父親聽聞聲響查看，亦遭行為人刺殺，母親發現遂打 119 叫救護車，行為人為阻止母親的行為，持折疊刀刺殺母親十多刀，母親傷重死亡。行為人發現母親倒地，對父親動之以情，遂跟父親說「救護車和警察都在外面，不然我先送你一程，我就跟你一起去。」之後表示可放父親一條生路，自行下樓讓員警及救護員上樓。送醫後父親始倖免於難，母親及哥哥不治¹⁶。

一審法院將行為人送至屏東醫院進行責任能力之精神鑑定，其鑑定報告結果顯示：根據鑑定所獲資料，縱使個案於行為前可能處於憂鬱狀態，但並無證據顯示個案犯行當時之精神狀態符合修正後之中華民國刑法第十九條第一項或第二項所稱「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，或致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著減低」之情形。」一審法院認同鑑定結果，判定行為人為完全責任能力。

一審判決認為：行為人身為人子，卻不思受父母多年養育浩恩，理應克盡孝道，反哺為報，僅因對其父管教方式不以為然，即罔顧人倫萌生殺人之犯罪動機，

¹⁶最高法院 101 年度台上字第 3468 號；臺灣高等法院高雄分院 101 年度上重訴字第 1 號；臺灣屏東地方法院 100 年度重訴字第 7 號

又弑母殺兄，違逆倫常，惡性非輕，又被告殺人手段冷酷兇殘，視人命如草芥，而其行兇後未為任何救護措施，任由被害人最後流血過多休克死亡，殺直系血親尊親屬，處無期徒刑，褫奪公權終身，又殺直系血親尊親屬，未遂，處有期徒刑拾陸年，又殺人，處無期徒刑，褫奪公權終身，應執行無期徒刑，褫奪公權終身。二審認為認事用法，核無不合，量刑亦屬允當。被告（擬制上訴人）上訴並無理由，應予駁回。最高法院亦認定其上訴為單純事實之爭執，其上訴為無理由，應予駁回。

2.憂鬱情緒/殺害父親/被罵（案件7）

本案件事實之行為人因索討機車鑰匙未果，而與父親甲發生口角爭執及肢體衝突。詎行為人為此事心生不滿，亦就父親於飲酒後對其多所指責甚感不耐，竟當場萌生殺害直系血親尊親屬之犯意，先至廚房拿取家中之菜刀一把，攜往父親房間門外之走道處，持刀朝甲之頭部、頸部、顏面、胸部、腹部、左、右前臂揮刺，造成甲全身受有明顯刀傷共計七十七處。其間雖經行為人之祖母乙在一旁出言勸阻，惟因行為人殺意已決，仍繼續朝倒臥在地之甲持刀猛刺¹⁷。

台中地方法院委託衛生署草屯療養院鑑定被告犯罪行為時之精神狀況，精神鑑定報告書略稱：被告長年受「身上異味」思考影響，造成情緒憂鬱、孤獨而離開人群，因容易分心造成工作不順，平日即對酗酒父親輒有怨言，抱怨父親喝酒致父母離異，且讓其病情加劇；而被告情緒鬱積不穩，遽遇刺激而爆發，惟能清楚描述殺人前約二十日之心境、揮刀前的現場記憶，也清楚犯行內容（殺父），證明其犯罪行為時沒有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。一審法院同意精神鑑定報告記載內容，認為行為人於犯罪行為時之精神狀態屬於完全責任能力狀態。

¹⁷最高法院 97 年度台上字第 6100 號；臺灣高等法院臺中分院 97 年度上重訴字第 45 號；臺灣臺中地方法院 97 年度重訴字第 1848 號

裁判結果：二審認為被告僅因不滿其父甲於飲酒後一再出言指責，及其未能借得機車鑰匙之細微緣故，犯罪手法兇殘至極；量處被告無期徒刑，併宣告褫奪公權終身，以昭炯戒。倘量處如第一審到庭實施公訴之檢察官所求處之死刑，尚嫌過重；再參以被告犯罪目的、永久剝奪他人生命權之危害程度、智識程度等一切情狀，量處被告無期徒刑，併宣告褫奪公權終身，足昭炯戒。三審認為認其上訴為無理由，予以駁回。

3. 埔里驚世媳婦案：精神官能性憂鬱症/殺害母親、婆婆、丈夫/保險金（案件 8）

本件案件事實如右：甲女為行為人之母親，行為人因遭胞兄催討債務，需錢孔急，思及如甲女身故，其即可獲得南山人壽保險公司理賠之保險金，以雙手從甲女背部將甲女推下樓梯，甲女墜樓時頭頸部撞擊大理石材質樓梯翻滾至下方樓梯轉折處之地板，墜樓後，身體仰躺在樓梯間地板，以頭下腳上之方式仰躺，行為人為掩飾殺人之事實，隨即拖移甲女身體到樓梯間下方樓梯，改呈頭上腳下之方式仰躺，行為人破壞現場跡證後旋逃離現場，事後領得母親意外身故之保險金¹⁸。

乙女（即丙男之母親）係行為人之婆婆，與行為人及丙男同住。行為人得乙女同意，於九十七年九月二十二日，以其為要保人，乙女為被保險人，其子丁男為受益人，向南山人壽保險公司投保人身保險契約，該契約於九十七年十月十五日生效。行為人意圖取得其人身保險理賠金，竟罔顧人倫，另萌殺人之犯意，將精神科診所開立之安眠藥、抗憂鬱症藥及去水醋酸鈉摻水調和後注射至乙女點滴內，導致乙女死亡，詐領保險金未遂。

行為人係丙男之妻，於 98 年 6 月 25 日凌晨，發現丙男上吐下瀉、頭暈，身體不適即將就醫，認有機可趁，思及如丙男身故，其即可獲得南山人壽保險公司理賠。在其上開住處 3 樓電腦桌前將惠承診所開立之 Acetaminophen, Sulpiride,

¹⁸最高法院 101 年度台上字第 2898 號；臺灣高等法院臺中分院 101 年度上重更(一)字第 5 號；臺灣南投地方法院 99 年度重訴字第 3 號

Trazodone, Propranolol 及 Estazolam 成分之藥物各 5、6 顆以湯匙磨成粉狀，再加入不詳份量之粉狀農藥納乃得裝存在小瓶子內，摻水調和後，將之連同其前所購入之 3 cc 針筒 1 支攜帶在身，欲伺機注射至丙男施打之點滴內，行為人前二次注射藥品皆因遭護理人員發現而殺人未遂，間隔 20 多天後，再度於丙男之點滴內施打其調和之藥物，導致丙男之死亡。

南投地方法院委託衛生署草屯療養院鑑定被告行為當時之精神狀態，該院綜合被告之過去生活史、疾病史、心理測驗結果，本案相關影卷及此次鑑定所得資料，鑑定結果認被告的臨床診斷為精神官能憂鬱症及睡眠障礙；被告的主要症狀並不會造成個人對外界知覺理會、判斷作用及自由決定意思的障礙；被告狀況欠佳時，雖偶有幻聽干擾，但幻聽內容（例如：幹嘛活得那麼累？）亦與犯行無關；因此，該院推論被告行為當時之精神狀態，並無因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，顯著降低；或不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力之情形。一審法院判決認同機構之鑑定報告結果，認為行為人於犯罪行為時為完全責任能力，非屬刑法第 19 條第 1、2 項規範之範圍。

地方法院一審判決：被告因耽溺六合彩簽賭及之前負債導致經濟狀況不佳，為貪圖保險金，罔顧人倫，逆倫弑親：殺直系血親尊親屬罪（被害人甲女）量處無期徒刑；殺害被害人乙女，迭次坦承客觀之犯罪事實，科處無期徒刑即可達罰當其罪之目的，無處以極刑之必要。殺害丈夫丙男部分，其人格及價值觀嚴重偏差，秉性冷酷無情，泯滅人性，所為嚴重影響社會治安，破壞社會善良風氣，惡性重大，罪無可逭，已非死刑以外之教育矯正刑所得導政教化，認求其生已不可得，判處死刑。高院二審判決行為人殺人，處無期徒刑，褫奪公權終身。但至最高法院判決結果：原判決關於殺害丙男部分撤銷發回，其他上訴駁回。台灣高等法院台中分院更（一）審關於殺害丙男部分改判死刑。

4. 酒精依賴合併憂慮狀態/殺病父自殺/醫院中行兇（案件 9）

本案件事實中之行為人患有肝癌、食道靜脈癌及精神官能症等疾病，多次住院診治，常有情緒低落、緊張、個性內向、壓抑、疑心、憂鬱、缺乏自信，並曾因飲酒導致肝昏迷時出現幻聽、幻視等情形。行為人與患有肺結核之父親同住並同宿，案發當晚，行為人二次因聽聞同床之父親咳嗽、欲小解的需求起床協助父親清痰、拿尿桶，持所有之瑞士刀打開雞精罐瓶蓋，餵食父親雞精，於餵食期間，因思及其罹有重病將不久於人世，恐其死後其父將無人照料，乃興起與父親同歸於盡之念頭，且於恍惚中似真似幻聽聞多人在旁向其連續聲稱「刺下去、刺下去」等語，先以左手所持瑞士刀朝其自己左胸刺殺一刀，繼再持刀以右前向左後之方向朝父親左胸刺殺一刀，行為人於行兇完畢後，仍續就寢。嗣至翌日十時許，行為人起床欲叫醒父親，發現父親臥於床下，並因胸腔出血性休克，早已氣絕身亡多時。行為人見狀乃起身先將父親扶放於床上，繼持瑞士刀再朝自己左胸刺殺二刀，再以水果刀自傷左手腕二刀，欲自我了斷，惟因前開自傷均不足以致死，俟於同日十時二十四分許，方以一一〇電話向警方報案自首¹⁹。

高雄地方法院囑託高雄市立凱旋醫院對行為人實施精神鑑定，鑑定結果認定行為人之臨床精神診斷無法排除「酒精依賴併有憂慮」之診斷，鑑定時之診斷為「憂慮狀態」，並判斷其於憂慮狀況下有「利他性殺人」之念頭，依酒精藥理作用，被告在精神恍惚中幫被害人拿雞精及尿桶，發生不可抑制之行為（酒精作用之一），其精神狀態已達到精神耗弱之程度。一審判決同意精神鑑定結果，認為行為人於犯罪時之精神狀態已達精神耗弱狀態。

案件裁判結果，一審判決行為人殺直系血親尊親屬，處有期徒刑陸年，褫奪公權參年，應於刑之執行完畢或赦免後，令人相當處所，施以監護參年。二、三審皆認為上訴無理由而駁回上訴。

¹⁹最高法院 90 年度台上字第 7123 號；台灣高等法院高雄分院 90 年度上訴字第 1030 號；高雄地方法院 88 年度重訴字第 49 號

三、物質相關之精神病

某些中樞神經作用物質會誘發精神病症狀，例如：國內最常見的為酒精、安非他命、強力膠等，顧名思義，被診斷為物質誘發之精神病者，必曾有過該特定物質的濫用或是依賴的情形，而其精神症狀的型態則隨著中樞神經作用物質的不同而有所改變，同時精神症狀的強度也與其所使用的劑量及使用後經過的時間長短有關。精神症狀的呈現以知覺異常及妄想性思考為主，通常持續時間為數小時到數日為多。精神醫學教科書描述安非他命精神病通常在停止使用安非他命後，精神症狀便可以緩解。但國內經驗發現，安非他命精神病有可能在停止安非他命之後，仍持續達數年之久，但其症狀通常與精神分裂症不同，患者的現實感及思考形式較少受到影響。

雖然案例 11 於鑑定報告中被診斷為器質性精神病，但根據其他資料顯示行為人平時即有飲酒及施用強力膠的行為，因此將其放在物質相關之精神病中較為妥適。鑑定中亦提及行為人之反社會人格特質，較符合物質使用問題者之表現；案例 12 之鑑定報告中明確提及行為人因使用安非他命及酒精之後才發病，因此亦將其放入這個類型進行分析。

1. 安非他命精神病緩解中/殺害父親/索討金錢（案件 10）

本案件事實之行為人因缺乏生活費，遂要求父親前來其租屋處，然因不滿父親質疑其對他人恐嚇，及所給之生活費不足，遂與被害人起激烈爭執。行為人先持電風扇毆打父親，後又持其所有之水果刀三把接續刺向父親胸部與背部等處多達二十餘刀，造成父親身上多處傷害，並因肥厚心臟病變及心冠症遭胸部刺創致血胸、肺刺創，最後引起心因性休克及呼吸性休克死亡。行為人於父親倒地後，並未施以救護，旋即離家²⁰。

²⁰最高法院 100 年度台上字第 1520 號；臺灣高等法院 99 年度上重訴字第 34 號；臺灣臺北地方法院 98 年度重訴字第 22 號

台北地方法院囑託臺北市立聯合醫院松德院區進行犯罪行為當時精神狀態之鑑定，鑑定結果為：「並無跡象顯示被告其行為可能出於『非現實』之動機（如：受幻覺／妄想症狀之影響），或其辨識一己行為違法之能力有所減低」、「依據病歷資料，並無理由認為被告行為時可能因『安非他命精神病』復發，或陷於其他『精神障礙』（如：罹患其他重大精神病），致其依辨識而行為之能力有所減低」。一審法院同意精神鑑定結論，認為行為人於犯罪行為時處於完全責任能力之狀態。

一審判決認為行為人自十餘歲起，先後接觸施用速賜康、海洛因及安非他命等毒品，平日端賴家中供給經濟來源，竟不知感恩圖報養育浩恩，僅因細故與父親發生爭執後，即罔顧人倫萌生殺人之犯罪動機，殺直系血親尊親屬，處無期徒刑，褫奪公權終身。二、三審皆駁回其上訴。

2. 器質性精神病、強力膠濫用/反社會人格/殺母、兄/爭執（案件 11）

本案件事實之行為人於犯行當日下午三時三十分許，在社區之某土地公廟內吸食強力膠二條後，在該處休息至同日下午四時許，即自行騎乘自行車離去，欲返回其位於住處，於約三十分鐘左右後返抵住處，繼而與其兄長丙共同飲酒約十五分鐘左右後，席間，行為人計飲用米酒頭及保力達各一杯，迨至同日下午五時三十分許，行為人另於上揭住處騎樓下向其母親要錢買煙，惟遭母親當面予以回絕，二人因而發生爭執，母親即回身欲進入屋內，企圖不予理會，行為人見狀亦即拉住母親之手，以圖阻止，適有其兄戊剛經此騎樓步至該屋，行為人始放手作罷，然此際，行為人因所患器質性精神病及甫吸食強力膠及飲用酒類之相互影響，於恍惚中似真似幻感到戊向其吐口水，並聽聞戊向其連聲稱：「看要怎麼樣？」等語，行為人持菜刀一把，待戊於該騎樓下行經正立於其左方之行為人身旁時，行為人即持刀猛砍戊之左後腦，戊回身探看，並作出雙手護頭之狀，詎行為人殺意甚堅，猶續持刀猛砍戊二、三刀，致使戊受有低血容性休克、雙手深部砍傷、

頭皮深刺割傷及左額切傷等傷害，母親旋以雙手護頭之姿，趨前護於戊之前，行為人雖見此，仍殺意不減，母親當場因大量出血導致低容積性休克而倒地身亡，行為人見母親倒地不起，即停手作罷，趨前至母親身前失聲痛哭，之後回身進入屋內廚房清洗雙手及上述供犯案所用之菜刀，事畢，至屋內神桌點香參拜「太子爺」以求心安、並示懺悔之意，戊則藉行為人回身進屋之際，奔逃出外，惟仍因傷勢過重，昏倒於屋外某大樹下，幸經其兄長乙及時返家發覺上情²¹。

屏東地方法院囑託高雄市立凱旋醫院鑑定行為人犯罪行為當時之精神狀態，鑑定結果認為行為人的診斷為器質性精神病，但並未完全排除精神分裂病的診斷。犯案當時案主有喝酒與吸食強力膠等物質，在酒精作用與強力膠的影響下，其認知功能和對現實判斷力明顯較常人下降，且其意識受到妄想內容影響所為的行為，已顯者比常人平均能力為低，依據精神醫學專業知識判斷，涉案當時已達精神耗弱程度。」，並敘明被告時有反社會人格、偏差行為、情緒不穩、失眠、自我控制力變差、衝動控制不好、幻覺、妄想等現象。法院認同鑑定醫院結論，同意行為人犯行當時處於精神耗弱狀態予以減刑，但仍判處無期徒刑。

裁判部分，一審判決認為被告正值年輕力盛，不思勤奮工作，獨立謀求生活之資，僅因要錢買煙未遂之芝麻小事，即持刀連續朝其母及兄長行兇，致成一死一傷，犯罪情節甚重，手段兇殘，罪無可逭等一切情狀認非予長期監禁，顯不足以矯正其惡劣犯行，爰量處如主文所示之刑，並依法諭知褫奪公權終身。又被告既因精神耗弱而減輕其刑，雖係經本院判處無期徒刑，然其尚有因假釋出監期滿而視為執行完畢之可能，為預防其再次犯罪，併予宣告於刑之執行完畢或赦免後，令入相當處所施以監護三年。二、三審駁回上訴。

²¹最高法院 91 年度台上字第 7204 號；臺灣高等法院高雄分院 91 年度上重訴字第 11 號；臺灣屏東地方法院 90 度重訴字第 15 號

3. 安非他命精神病/殺害生父/報復（案件 12）

本案件事實之行為人為丁之子。行為人自幼即因雙親離異而未與其父丁同住，其認為「未獲丁關愛，且母親經常遭丁毆打」，遂對丁懷恨在心並計劃報復。

行為人因接觸酒精及主要為安非他命等非法藥物，於民國 98 年出現聽幻覺與妄想等精神症狀，經診斷為「妄想型精神分裂症」，病識感不佳，未持續規則接受治療嗣於犯行當日上午 11 時許，在其友人住處施用安非他命後，遂騎腳踏車前往丁之住宅，並翻越住宅後方圍牆進入屋內，在室內覓得尖銳之水果刀 1 支。隨即持該水果刀進入 2 樓房間，以該水果刀朝丁頭部戳刺多次，致丁受有「頭頂部多處撕裂傷、左耳撕裂傷」等傷害。丁自睡夢中驚醒後即奮力出手抵抗並試圖奪取上開水果刀，經救治後始倖免於死²²。

屏東地方法院委託屏東安泰醫院鑑定行為人犯案當時的精神狀態，鑑定結果：行為人表示案發當天並未飲酒，但案發前持續一段時日皆有使用安非他命，當天上午亦於朋友家吸食安非他命，其表示後來聽到一個男性聲音對自己說『為了世界和平，傷害你爸爸世界會比較好.....』等內容，後來個案自述跑去找父親，但敲門沒人回應，所以才從房子後方巷子翻牆進入，後來看到血就嚇到了，其對中間過程並無法清楚描述。根據既有資料，推測個案於案發時的知覺呈現明顯的命令式聽幻覺，行為亦受命令式聽幻覺影響，判斷力與現實理解能力可能受精神症狀影響而有明顯損害。法院同意鑑定意見，認為行為人犯行當時之責任能力受損。

裁判結果部分，一審判決行為人殺害直系血親尊親屬，未遂，處有期徒刑捌年。二審判決敘明，被告僅因思及自幼未受父親好好照顧即心生不滿，遽下狠手，實難謂其犯罪有特殊之原因與環境等，在客觀上足以引起一般同情。故本件

²²最高法院 100 年度台上字第 5573 號；臺灣高等法院高雄分院 100 年度上訴字第 1020 號；臺灣屏東地方法院 99 年度訴字第 576 號

被告之犯罪情節，尚難認符合刑法第 59 條情堪憫恕之情狀，自難依該條規定酌減其刑，上訴駁回。三審亦上訴駁回。

四、智能障礙

智能障礙成因複雜，被認為是一種心智缺陷，而非疾病。主要問題為認知功能較常人低落，因而造成學習、現實判斷、抽象思考、自我照顧、家庭及職業功能等，廣泛性的不良影響，該影響程度受其智能障礙程度、後天學習、個人適應能力及環境的差異有所不同。

1. 輕度智能障礙/聯合朋友殺父/零用錢（案件 13）

本案件事實中之行為人於 90 年間因不滿父親每日只給 100 元零用及不讓其保管自己之郵局存摺及印章，向友人乙、丁抱怨父親太過小氣，導致缺錢花用等語，行為人及友人乙乃提議如將其父親殺害，就可以拿到行為人於新店復興郵局存摺及印章，再領錢花用。三人竟基於殺害行為人父親之犯意聯絡，於隔日凌晨二時許，趁被害人熟睡之際，遂由乙及丁以枕頭用力壓住被害人之頭部及捉住被害人之手，行為人發現被害人極欲掙扎，乃整個人坐到枕頭上，並用身體之力量壓住被害人之頭部，歷時約一小時之久，直至被害人因其口鼻被壓住無法呼吸造成心肺衰竭死亡，三人確認被害人已氣絕身亡後，乙、丁即吩咐行為人當天早上要謊報自然死亡，之後騎乘機車離去，行為人答應，且未通知母親，並即取得被害人放在保險箱內之行為人之存摺及印章，嗣於早上即依乙之指示，向台北縣新店市衛生所謊報自然死亡，嗣後由不知情之醫師吳 OO 進行行政相驗，並開立死亡證明書予行為人。行為人於 91 年 5 月間報案指稱乙、丁上開犯行，為警逮捕二人到案並經偵、審程序後，始查獲上情²³。

本案件之行為人並未經過精神鑑定。而是依臺北縣政府 91 年 9 月 30 日北府社障字第 0910573927 號函而認定被告有輕度精神障礙及天主教耕莘醫院精神

²³最高法院 98 年度台上字第 5543 號；臺灣高等法院 94 年度上訴字第 751 號；臺灣臺北地方法院 93 年度重訴字第 22 號

科心理診斷測驗結果於報告欄最後載明「但在壓力及複雜環境之下，病人（指被告）有較差之 ego-strength（自我之理性決定力）」。一審法院據此認定其具有防止結果發生之必要能力。

裁判結果部分，一審認為行為人單純在場目睹案發經過，並無從證明自始有致父親死亡之主觀意欲，客觀上依被告智能及相對體力，亦難認已具防止結果發生之作為必要能力；自無從認其不作為已符合本案不純正不作為犯之主客觀構成要件。此外復查無其他積極證據足資證明被告有公訴人所指之共同殺害直系血親尊親屬犯行，不能證明被告犯罪，依照首開說明，應為被告無罪之諭知。二審主張行為人乃與乙、丁二人共同殺害其父，在被害人氣絕後立即取回印章存摺並配合謊報自然死亡，動機可議，手法殘忍，行徑惡劣，並違倫常，犯後多方推諉卸責，犯後態度不佳，惟被告患有輕度智能障礙，在壓力及複雜環境之下，自我之理性決定力（ego-strength）較差及其智識程度、家庭狀態、受損友影響等情狀，共同殺害直系血親尊親屬，處有期徒刑拾伍年，褫奪公權拾年。三審認其上訴為違背法律上之程式，予以駁回。

一般而言，不論是精神醫學界或是教育界都是依標準化智力測驗的結果定義行為人的智能；然而，在進行精神鑑定，判斷行為人是否有智能障礙的缺陷時，則必須參照行為人於施測當時的情緒狀態、專注力、對測驗進行的合作度、誠實作答程度以評估所得智力商數的可信度。因為在精神鑑定的狀況下，被鑑定人面臨刑事追訴的現實，於作答時故意不反應或反應錯誤以得到較實際能力低的智力分數情形並不少見，也因此比較過去學經歷、工作狀態、執行功能及問題解決能力等各方面的表現是非常重要的步驟，才能得到較正確的評估結果。此外，由於人的智力發展在 18 歲前變動較大，而 18 歲之後智力發展才會達到穩定的狀態，因此在 18 歲之前取得的智能障礙證明，必須在 18 歲後重新施測。

此案例中，一審法官以社會局核發的輕度智能障礙手冊作為其責任能力缺損的佐證，由精神醫學的角度來看，法官對責任能力的判定顯然較精神醫學專家

的看法寬鬆。同時也忽略了「疾病診斷」代表的是長期持續的病症，但疾病對個人功能的影響，會隨著疾病控制、外在環境壓力、內在情緒狀態等等因素的影響，而有不同的表現。

五、人格違常

人格違常是特殊的精神疾病樣態，患者通常在 18 歲之前就會出現不同人格違常的行為特徵，並造成身邊的人許多痛苦。案例 14 的行為人為邊緣性人格違常，特徵是情緒、人際關係的不穩定，偶而在極度壓力的狀態下會產生一過性的精神病症狀，且常伴隨有憂鬱症狀的發生。其他三例皆為反社會人格違常，精神衛生法將其明訂排除在精神疾病之外，其行為殘酷、缺乏對他人同理及自我反省已非精神醫學所能處理，而必須採取其他的方式進行矯正，又或者連矯正都不可得，僅能以嚴密的個人監測才能減少危險的發生。

1. 精神官能性憂鬱症、邊緣性人格/殺害母親/衝突（案件 14）

本案件事實之行為人罹患精神官能性憂鬱症及邊緣性人格，長期與兄姊衝突，關係疏離，認為母親偏袒兄姊。犯行當日，因細故與姊姊與電話中衝突，遂發送內容為「去你家給你汽油」、「我今晚要去燒你家...你去報案!」等語之簡訊至哥哥手機，仍氣憤難平的搭計程車返回母親及兄姊家中，取一空塑膠桶步行至加油站買汽油，返回母親住居後，潑灑汽油於一樓，嗣母親下樓查看，雙方發生口語衝突，行為人拿出打火機點燃，造成母親受有吸入性肺炎合併呼吸衰竭大面積燒傷，深 2 度到 3 度，佔體表面積百分之 60，送醫後不治死亡²⁴。

台中地方法院囑託草屯療養院鑑定進行行為人犯行時之精神狀態之鑑定，鑑定意見認為，綜合行為人之過去生活史、疾病史、本案相關影卷及此次鑑定所

²⁴最高法院 100 年度台上字第 5780 號；臺灣高等法院臺中分院 100 年度上訴字第 1044 號；臺灣臺中地方法院 98 年度重訴字第 4110 號

得之資料，行為人的臨床診斷為情感性精神病及邊緣性人格疾患。症狀呈現以情緒不穩定、衝動控制能力差、自我傷害等為主，對於認知功能、是非判斷及辨別能力無明顯影響。行為人此次犯行與其怒氣之下的衝動控制低落密切相關，關於犯行時之精神狀態，行為人的疾病本身，並不影響其辨識行為違法或依其辨識而行為的能力，因此推論，其於犯罪行為時，並無因精神障礙或其他心智缺陷至不能辨識其行為違法或缺依其辨識而行為之能力，或上述能力顯著降低的情形。

裁判部分，一審認為行為人竟不顧兄姊妹之情誼，亦罔顧母女親情，斷然起意以放火方式延燒系爭住宅而殺人，以洩其憤，其對於公共生活安全及他人財產權之漠視與冷酷，及其手段之暴烈，應予嚴厲非難，殺直系血親尊親屬，處有期徒刑 15 年 2 月。二審認為原審顯已注意及考量刑法第 57 條所列舉之各款事項，所處之刑符合「罰當其罪」之原則，亦與比例原則相符，並無輕重失衡之情形，故上訴為無理由，應予駁回。三審則以上訴為違背法律上之程式，予以駁回。

行為人及丈夫於上訴二審後，要求傳喚鑑定人出庭說明，此間直接到草屯療養院，掛鑑定醫師的門診，於診間希望與醫師討論鑑定報告及上訴的議題，鑑定醫師說明診間只處理醫療事宜，不適合談論其他，且已收到法院傳票，會出庭說明。

二審出庭時，行為人及其代理人以鑑定報告內容中智能測驗結果為邊緣智能為由，認為行為人應有精神障礙之缺陷。鑑定人當庭說明該智能測驗反映的是行為人於「鑑定當時」的認知功能狀態，邊緣智能的意義是屬於正常範圍中較低的程度；且其病歷記載中，行為人於案發時間前數月，甫從精神科急性病房出院，住院期間的智力測驗結果屬於中等智能程度，行為人犯行當時的能力應相當於住院時的測驗結果相近。訴訟代理人再度提出行為人過去曾有精神症狀、情緒崩潰的現象，作為行為人有精神障礙的佐證。鑑定人當庭說明邊緣性人格的確可能在極度的壓力狀態下，出現暫時性的精神症狀，但不代表隨時都處於有精神病症狀

的狀態，且其病歷記載中的迴診記錄顯示，行為人在案發前應處於症狀相對穩定的時期。

由上述經驗可知，即令法院囑託機關進行精神鑑定，但行為人與鑑定人互知彼此，當行為人對鑑定結果不滿時，可以直接找到鑑定人表達意見跟不滿，此為司法機關未預見的結果。此外，鑑定人於鑑定報告中所提供的資料，除針對鑑定問題明確的回應外，其他的訊息未必可以完整無誤的傳達給法院，例如：本案例中智能測驗的結果為鑑定當時之狀態，而非犯行時之狀態，而有誤解或誤用的可能。

2. 精神分裂症、酒精濫用、反社會人格/殺害父親、殺母未遂/衝突（案件 15）

本案件事實之行為人係被害人甲及乙之子，自 29 歲左右即有飲酒之習慣。其前於 82 年及 86 年間分別因殺人案件及殺人未遂案件遭判刑入獄，後於 94 年 11 月 17 日假釋期滿執行完畢。案發當日行為人復外出飲酒，返家時，因家門遭上鎖不得其門而入，行為人返屋內向其母乙索取家門鑰匙時，雙方發生爭執，因乙提及要將其送回醫院治療，不讓其繼續住於家中，行為人乃心生不滿，自廚房流理台刀架取出菜刀 1 把，砍殺乙致其頭及顏面多處砍傷合併出血性休克。此際，行為人之姪子丁在屋內房間聽聞聲乙呼喊「救命」聲音而外出前往客廳查看，經當時人在客廳之父親甲告知其前往廚房查看，丁即在廚房看見行為人持刀揮舞。嗣行為人走出屋外，丁始在廚房看見乙，經甲告知趕快報警，丁走出屋外，以其持用行動電話撥打 110 勤務中心，向警方通報其三伯（即行為人）在上開住處殺人之事實。行為人進入屋內廚房後，因聽聞在客廳內一旁行動不便之甲出言制止，隨即持前揭菜刀穿越通往客廳之走道，在客廳左側沙發、電視櫃間持上開菜刀朝甲頭部猛砍 4 刀。行為人見甲、乙均倒臥於血泊之中，始將該把菜刀棄置

於客廳之垃圾筒內，進入浴室內清洗全身後，躺臥於客廳屏風後之床鋪上休息。甲送醫後因失血性休克死亡，乙經急救倖免於難²⁵。

高雄地方法院囑託財團法人台灣省私立高雄仁愛之家附設慈惠醫院鑑定結果，鑑定認為「行為人對犯案過程可清楚描述，亦能清楚地知道可能的後果，顯示行為人於犯案過程中意識尚屬清醒。由行為人過去病史與心理衡鑑資料結果顯示，行為人有不尋常的行為徵狀與思考模式，其個性衝動、易受強烈情緒影響其問題解決之行為表現、攻擊性高，尤其是在酒精的作用下，更易產生不良行為後果，過去已有多項前科。此次犯案前行為人飲酒，且與母親有激烈爭吵，引發其憤怒情緒。因此綜合評估行為人犯案當下其精神狀態意識尚屬清醒，現實感不佳，其現實判斷力及行為乃受其不尋常知覺經驗及思考模式、憤怒情緒與衝動控制不良所致。」、「行為人於精神醫學上屬慢性精神分裂病合併反社會人格違特質及酒精濫用；但行為人在此次鑑定時並未有一般精神分裂的症狀，如鬆散語言、自言自語、怪異之言談及行為，也否認有幻聽干擾、及被害妄想或關係妄想等等。但行為人較令人擔心的是其反社會人格特質及酒精濫用。本次行為人會痛下殺手，除了長期跟母親的口角衝突，及又愛又恨的情緒影響外，犯案前有喝酒可能影響其自我控制能力，犯案前一刻受到短暫而突發的一些不尋常的知覺經驗影響其辨識能力，加上反社會人格特質影響其認知及衝動控制能力。意思即若行為人僅有精神分裂症之病情影響下而無合併反社會人格特質及酒精濫用，或許可避免此憾事發生。綜合上述資料，行為人雖然患有慢性精神分裂病合併反社會人格違常特質及酒精濫用，仍可辨識其行為違法，且雖然其辨識能力有較一般人減低，但減低程度並未達顯著。」法院接受鑑定機關之意見，認為行為人於犯行當時處於完全責任能力狀態。

²⁵最高法院 98 年度台上字第 821 號；臺灣高等法院高雄分院 97 年度上重更(二)字第 14 號；臺灣高雄地方法院 95 年度重訴字第 77 號

裁判結果部分，一審認為行為人其不思報答父母之養育之恩，惡性重大；考量被告具有反社會人格違常特質，且其已有 2 次殺人前科，被告一再縱容自己飲酒，致自己控制衝動能力減低，處於隨時可能傷害他人之情況之下；連續殺害直系血親尊親屬，累犯，處死刑，褫奪公權終身。二審認為罔顧人倫之犯罪動機惡性重大；又因父親甲之前曾自殺過，並曾要求伊幫他自殺，伊殺了母親乙後，突然想到父親甲曾要求伊幫他自殺之事，才又殺害父親甲等語，尚非不能採信，之此部分犯罪動機尚非惡性重大，且其犯本案前已有慢性精神分裂症，行為時其辨識其行為違法之能力，雖未顯著減低，但仍較一般人減低，故其犯罪時所能承受刺激及其智識之程度應較一般人為低；母終因醫急救而倖免於難，此部分犯罪所生之損害尚非不可挽救；又被告犯罪後曾打電話欲報警，以及員警到場後配合偵辦之犯罪後態度尚佳，定其應執行刑為無期徒刑，及褫奪公權終身。三審認為上訴難認為有理由，應予駁回。

3. 反社會性人格違常/殺害父親/借錢未果（案件 16）

本案件事實之行為人與父親平日相處不睦，時生口角，行為人並曾毆打父親成傷。犯行當日下午 1、2 時許，行為人在 1 樓住處房間內，以郵局提款卡向父親借錢未果，2 人遂生口角，行為人即先徒手毆打父親。嗣行為人轉而要求父親打電話予其前妻丁，拐騙其回家到農會替父親領錢，因父親未配合行為人指示轉述，行為人因而心生不滿，復與父親發生言語衝突，2 人再度徒手拉扯隨即互毆。同日下午 4 時許，行為人再向父親借錢未果，竟隨手以防身之扁擔連結菜刀 1 把，先以刀背毆打父親手、腳，再以刀刃猛然砍殺父親，致其左手上臂受有破裂傷血流不止跌坐於地，行為人任由其父親流血不止，而不送醫治療，其父因失血過多死亡²⁶。

²⁶最高法院 96 年度台上字第 1891 號；臺灣高等法院高雄分院 95 年度上重更(二)字第 28 號

一審法院囑託慈惠醫院對行為人進行責任能力之精神鑑定，鑑定結果為：「於精神醫學上行為人青少年時期屬行為障礙，成年後為反社會性人格違常，依國內精神衛生法施行細則之規定反社會性人格違常不屬精神疾病。行為人雖承認犯案，但事後避重就輕，承認傷到父親但否認要致（置）其死，再依犯意、事後未積極處理及未具悔意，行為人仍宣稱『我認為我沒有對不起自己』作對犯案之結論。參照個人、家庭生活史及智商為 88，腦波正常，行為人犯殺人案時確未受到任何精神病症影響，且目前以被動態度接受法律程序，如出庭時不積極辯答，鑑定人綜合判定行為人在犯殺害直系血親尊親屬罪時未達心神喪失或耗弱之程度」。一審法院判決認同鑑定機構之結論，認為行為人為完全責任能力之人。

裁判部分，一審判決行為人殺直系血親尊親屬，處無期徒刑，褫奪公權終身。二、三審皆駁回上訴。

4. 反社會人格/殺害父親/要錢未果（案件 17）

本案件事實之行為人曾因犯傷害尊親屬罪，經法院判處有期徒刑十月確定，仍不知悔改。復於父親住處，因久病臥床之父親要行為人謀職維生，行為人則要求其父給錢購買機車以便上班被拒，雙方因而發生爭執，父親一直責罵行為人，並談起寄放於乃妹處之退休金可能被騙光了，行為人想起平日其父不許其過問退休金之事，忽聞其父退休金被騙光，以致無錢讓其購買機車，愈想愈氣憤，先持塑膠掃帚柄揮打其父一下，致其父眼角出血，惟掃帚柄因打及桌角而斷裂，行為人又在屋內拾起角鐵一支，再持續毆擊其父頭部、肩部共二十餘下，致父親因枕骨部挫裂傷、顱內出血，不治死亡。事後，行為人因另犯竊盜案件被警查獲，於警訊中向警察自首其殺害父親等情。²⁷

²⁷最高法院 85 年度台上字第 4652 號

法院囑託高雄市立凱旋醫院鑑定，其鑑定結果，雖認為上訴人具反社會人格特質，行為上較不易受到社會道德、司法之規範的約束，面對現實挫折易做出不可測或立即錯誤之判斷。惟其對犯行前後均可明白陳述，坦承犯行，但對「殺父」並無悲戚之表現。從精神醫學之診斷，上訴人僅為「反社會性人格」，故其犯行時之精神狀態既非「心神喪失」，亦無「精神耗弱」之程度。法院認同鑑定機關結果，認為行為人於犯行當時為完全責任能力之精神狀態。

裁判部分，判決認為行為人曾犯有傷害尊親屬之前科，猶變本加厲，再犯弑父之罪，惡性重大等一切情狀，量處無期徒刑、併宣告褫奪公權終身。最高法院判決本件上訴無理由，應予駁回。

六、物質濫用或依賴

本疾病族群中共有 8 個案例，除案例 23 為海洛因依賴之外，其餘 7 例皆與酒精使用相關，其中案例 18、23、24 皆未進行精神鑑定，診斷是透過判決書之內文記載推測所得。案例 18 及 24 中，承審法官由證人對行為人於犯行當時的行為表現逕行判斷行為人精神耗弱或心神喪失的問題，案例 23 則透過詢問精神醫療院所關於服用海洛因、強力膠之後對於行為人的心智及行為的影響，以行為人聲稱使用物質的時間，推導出行為人於犯行當時幾無受到上述物質的影響而為完整責任能力之結論。

案例 20 判決文中，鑑定人在鑑定報告結論中回覆使用酒精及強力膠是行為人自行招致之行為，無涉精神耗弱或心神喪失。法官在判決文中指出此為鑑定人之個人意見，法院無須受此結論拘束，並請鑑定人出庭說明行為人於犯行時之精神狀態究竟為何。

在物質濫用或依賴診斷類型的精神鑑定實務上，是否適用原因自由行為常造成鑑定人的困擾，即便在高度懷疑適用刑法第 19 條第 3 項的狀態下，是否該在鑑定報告書中敘明？或是寫到何種程度才不會侵犯法官職權，始終莫衷一

是，沒有準則可循。

1.酒精濫用/企圖燒死父親、叔父/衝突（案件 18）

本案件事實之行為人為丁之三子，並為乙之弟，為家庭暴力防治法第三條第三、四款所定之家庭成員，又與丙為遠親關係，以叔父相稱。行為人於案發時地，因飲酒遭父親丁責罵，並與乙爭執，竟持已點燃火苗之點火器擲入乙房內之床上，為乙及時察覺後撲滅，幸未成災。嗣行為人復另基於殺人之犯意，預帶火柴盒一盒（內有十五枝火柴），隨丁步出屋外後，即自屋外牆角處，取出分裝有汽油之米酒瓶一瓶，將汽油自丁之頭部淋下。復返回牆角處，另取一裝有汽油之米酒瓶一瓶，行近適在屋前之丙身旁，亦將汽油自丙頭部淋下。繼而貼近丁，另取出火柴盒一盒，拿火柴一枝點火未著，為丁警覺後，以手推開，並與丙閃避於旁，行為人則走回丁、丙原站立處，再以火柴一枝引燃落於地面之汽油，並對丙稱：「要讓大家一起死」等語。俟火燃盡後，警方據報趕抵現場，依法執行職務欲行逮捕行為人時，詎行為人竟基於妨害公務之犯意，持於地面撿拾之石塊拒捕而施強暴，致警員受有右手食指第一節表皮擦傷之傷害²⁸。

本案並未轉介進行精神鑑定，行為人酒後行兇，但行為人及法院在訴訟過程中，皆未對其犯行時之精神狀態提出需要澄清之必要。

裁判部分一審判決認為：放火燒燬現供人使用之住宅未遂，累犯，處有期徒刑參年捌月；又殺直系血親尊親屬未遂，累犯，處有期徒刑拾貳年貳月；又對於公務員依法執行職務時，施強暴，累犯，處有期徒刑參月。應執行有期徒刑拾伍年拾月。二審認為：欲點燃火柴引燃其父丙未遂後，即未再次點燃火柴繼續加害其父親，丙亦未因此受有任何傷害。原判決就此部分，量處有期徒刑十二年二月，似嫌過重，有違罪刑相當原則。因此就殺害直系血親尊親屬未遂罪暨定應執

²⁸最高法院 98 年度台上字第 62 號；臺灣高等法院臺南分院 97 年度重上更(二)字第 243 號；臺灣嘉義地方法院 90 年度訴字第 344 號

行刑部分撤銷改判，殺直系血親尊親屬，未遂，累犯，處有期徒刑捌年陸月。三審認其上訴為違背法律上之程式，予以駁回。

2.酒精濫用/殺害母親/衝突（案件 19）

本案件事實之行為人平日與母親甲相處尚稱和睦，然行為人平常有酗酒之習慣，且酒品不佳，常因飲用酒類而與甲發生爭吵。行為人酒後自行騎乘機車返回住處，因其母親甲將門栓栓住，行為人遂敲門呼叫開門，甲起床開門時，即數落其不應喝到那麼晚才回家，雙方並發生爭吵，甲在返回房間睡覺後，行為人竟因遭母親責罵心生不滿且因酒後衝動，進而至甲房間內，接續用拳頭重力毆打甲頭部、臉部及胸部多拳，造成甲因多重創傷致死。行為人隨即返回自己房間睡覺。嗣於當日十一時二十分許，行為人始至隔鄰告訴其孀孀丙其母死亡情形，丙查看後即通知行為人之伯父，再輾轉由當地里長報警而查悉上情²⁹。

高等法院台中分院囑託衛生署草屯療養院實施精神鑑定，鑑定結果認為行為人犯行時可能受酒精影響而導致衝動控制力較差，此為潘員自行招致之行為；且考量潘員當日之飲酒量和其平日飲酒量相當，飲酒後仍能騎乘機車返家等複雜運作，推估潘員犯行當時應未達精神耗弱之程度。即潘員行為時未因精神障礙或其他心智缺陷，至其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低。法院認同鑑定結果，認為行為人並無得依刑法第 19 條第 1 項不罰，或同條第 2 項得減輕其刑之情形，

裁判結果部分，一審判決認為行為人手段兇殘、惡性重大，其犯行令人髮指，且嚴重破壞社會善良風俗；又被告當明知自己酒後控制衝動能力減低，處於隨時可能傷害他人情況之下，認被告有長期與世隔絕之必要，依法量處無期徒刑，並褫奪公權終身。行為人以酒後不記得發生的事、沒有動機殺母上訴，二審

²⁹最高法院 97 年度台上字第 5047 號；臺灣高等法院臺中分院 97 年度上重訴字第 21 號；臺灣南投地方法院 96 年度重訴字第 7 號

法院送精神鑑定確認行為人犯行時之精神狀態，二審上訴駁回。三審認為上訴，非有理由，應予駁回。

3.強力膠及酒精濫用/殺害母親/衝突（案件 20）

本案件事實之行為人與其母乙平日即關係不睦，行為人前因恐嚇欲持刀砍乙，並徒手毆打乙等行為，而經乙聲請法院核發 91 年度家護字第 522 號民事通常保護令獲准；行為人在住處 2 樓其母乙之臥房內，因細故與乙發生衝突後，於盛怒之下持置於房內床頭櫃上之花瓶多次重擊乙之頭部要害，使乙受有頭皮鈍器傷及銳器傷致因大量出血休克而死亡³⁰。

板橋地院囑託亞東紀念醫院鑑定被告精神狀況結果，鑑定結果認為行為人於案發之前，係基於自由意志使用酒精及強力膠，而導致精神狀態恍惚與失憶現象，係使用酒精與有機溶劑可理解之必然後果，已非首次發生或個人特異體質所造成，而其一般之知覺能力與認知功能亦未受長期使用酒精與有機溶劑而明顯受損，故個案於本案中，並不適用精神耗弱或心神喪失……」鑑定醫師到庭陳述意見，並未否認案發前飲酒或吸食強力膠可能導致被告於案發時精神恍惚、意識不清，而係因認被告係自陷於上開精神恍惚之狀態，乃依原因自由行為理論認被告於本案中不適用精神耗弱或心神喪失之情形。但同時指出與被告會談過程中，並無跡象顯示被告具有成形之聽幻覺、視幻覺，且本案被告並無與其母親即被害人相關之幻覺，復非依據幻覺之內容而犯案等語。承審法院認為行為人案發前所為吸食強力膠及飲用酒類之行為，就案發當時而言，並不影響被告之認知及判斷能力，即與原因自由行為理論無涉，且此乃係法律適用之範疇，並非精神醫學之專業領域，本院自無庸受鑑定人此部分所述之拘束。

裁判結果結果部分，地院一審判決被告素行非佳，其身為人子，案發時已

³⁰最高法院 95 年度台上字第 5670 號；臺灣高等法院 95 年度上重訴字第 45 號；臺灣板橋地方法院 94 年度重訴字第 31 號

逾四十三歲，仍閒賦在家不知感恩圖報養育浩恩，僅因細故與母親發生爭執後，即萌生殺人之犯罪動機，殺直系血親尊親屬，累犯，處無期徒刑，褫奪公權終身。二審認為其求予撤銷改判為無理由，應予駁回。三審上訴駁回。

物質（酒精或其他中樞神經作用物質）使用後的責任能力鑑定是鑑定意見最容易與法院判決發生相左的情形，雙方對於「原因自由行為」的理解不同應是最大的原因。此案例是典型的狀態，即鑑定人認為行為人之精神狀態雖受到物質的影響，而有責任能力之缺陷，但基於行為人乃自行飲酒或使用物質遭致此狀況，因而不適用刑法第 19 條第 1、2 項之規定，而為完全責任能力；但法院通常認同完全責任能力之結果，但對於行為人受物質影響而有精神缺陷之推論多不認同，而認為行為人之精神狀態並未受到物質使用之影響，為完全責任能力，而與「原因自由行為」之理論無涉。

4. 多重物質濫用/殺害母親/衝突（案件 21）

本案件事實之行為人平日遊手好閒、在外惹事生非與多次欺瞞，致二人相處不睦，常生激烈爭吵。案發時地，行為人欲向母親借用自用小客車使用，惟因母親不滿行為人多次未經其同意使用該小客車，即嚴詞拒絕並厲言指責行為人平日行為，行為人心甚憤怒，至廚房內持平日家中所用之料理刀，進入母親臥室內，趁其坐於床上抽煙不及防備時，直刺母親左胸部，母親見狀徒手抵抗，上訴人仍接續持刀猛刺母親手臂、肩部與胸部各處共二十一刀，直至母親無法抵抗倒臥床上，行為人見母親仍有喘息，為防遭人發覺及母親撥電話求救，另以棉被蓋於母親頭部及拔除房間內電話線，並取走母親所有 N O K I A 手機乙支與前開小客車鑰匙，回至自己房間內脫下血衣褲換洗，且將該料理刀丟至床下後，向位於客廳外祖母藉口外出，使母親因失血過多致低容積性休克死亡³¹。

³¹最高法院 93 年度台上字第 6880 號；臺灣高等法院臺南分院 93 年度上重更(一)字第 382 號；臺灣嘉義地方法院 92 年度重訴字第 14 號

嘉義地方法院認為行為人於歷次審訊均能自由陳述、對答自如，且亦自承從有記憶至今從未看過精神科醫師，認無鑑定之必要。高等法院台南分院於二審訴訟過程，囑託嘉南療養院進行責任能力鑑定，鑑定認為：行為人之智識能力屬於正常範圍之中下程度，其坦承犯行經過，對案發經過之交代與筆錄及起訴書上資料大抵吻合，時序接連無誤，並無意識混亂或不知所為之情形，且無妄想或幻覺等活性精神症狀干擾之證據，本身亦無精神疾病史。雖合併有多種物質濫用之診斷，但行為人否認犯行經過前段有使用大麻、搖頭丸、K他命或安眠藥等物質之行為，僅在案發前一晚曾喝酒至凌晨二時，但於隔日晨醒後並無酒精戒斷症狀或出現幻覺、妄想等活性精神症狀，記憶亦無影響，本身也無特異性體質酒精中毒病史。行為人雖描述於刺殺母親時曾有短暫失去意識之情況，然此意識障礙並無影響被告之肢體活動能力，事件發生前後亦無類似解離性失憶症之症狀表現，就時間點來看亦非酒精性失憶症，且並無任何證據可佐證有意識之喪失或癲癇之發作，就臨床精神檢查判斷為一時之情緒衝動所引發。故就整體評估判斷，被告犯行時對外界事務仍具有知覺、理會之能力，且能自由決定其意識，其精神狀態並未達精神耗弱或心神喪失之程度。二審法院認同鑑定報告結果，認為於本個案發時，行為人之精神狀態並未達精神耗弱或心神喪失之程度。

裁判部分，一審判決認為被告身為人子，不知感念母親養育浩恩，僅因用車問題之爭執，竟萌生殺機之犯罪動機，兇殘犯罪手段，造成被害人身亡之無可彌補危害，惟被告剛滿十八歲，因其涉世未深、年輕氣盛、思慮欠周、一時衝動鑄成大錯，於本件犯罪後對其犯行均坦承不諱，並非毫無悔意，雖公訴人求刑判處死刑，然本院認其惡性尚未達於應與世永久隔離之程度，對被告本件殺人犯行處以無期徒刑。二審維持原判並褫奪公權終身。三審上訴駁回。

5.酒精濫用、輕微酒精中毒/殺害母親/衝突（案件 22）

本案件事實之行為人係乙之子，二人感情素來不睦，言語間易起衝突，且

其復有酗酒之習慣。案發當日行為人外出飲酒，之後返回住處，乙見行為人身有酒氣，言語上即有責罵之意，詎行為人至為氣憤失去理智，竟持其所有用於殺魚之水果刀一把，自後尾隨而至，旋即持前開水果刀，並基於殺害直系血親尊親屬之犯意，在其前揭住處廚房門口處，猛力刺殺乙之腹部一刀，致乙當場受有左腹刺傷合併胃及結腸破裂嚴重內出血等之傷害，乙隨即與行為人發生拉扯，並將行為人所持有之兇刀搶下，且因行為人之父甲睡夢中醒來發覺，要求行為人通知救護車前來，而倖免於難³²。

彰化地方法院囑託草屯療養院鑑定行為人於犯行當時之精神狀態，鑑定認為行為人於臨床上診斷為酒精濫用，犯案當時為輕微酒精中毒狀態，並依被告過去飲酒後會有脾氣暴躁與人發生衝突失去自我控制之情形，推測被告犯案當天有類似衝動控制減弱之情形，犯案當時因飲酒造成其對外界知覺、理會及判斷能力有較平時減弱之情形。但承審法院認為，惟被告因酒精使用已不斷造成其角色功能上之障礙，並影響其人際關係，其在了解飲酒行為之利弊仍持續飲用，對其酒後行為仍需負擔完全責任，無法因酒精中毒造成之耗弱狀態，而得邀減刑之寬典，況從被告於行為後，仍知聽從其父之言，通知救護車到場，顯難察覺其於行為當時是否處於精神耗弱之狀態，是本案亦難援引刑法第十九條第二項之規定，減輕其刑。

裁判部分，一審判決認為行為人僅因不耐其母言語上之責罵，枉顧天倫，即鑄此殺人之犯行及其之品行、智識程度、犯罪之手段暨被告於本院審理時當庭已表悔意，且其母即被害人亦已原諒被告等一切情狀，殺直系血親尊親屬未遂，處有期徒刑柒年貳月。二審認為被告之母平日未照顧被告之父親等行為，亦需對此案發生負部分責任，依刑法第 59 條減刑，改判殺直系血親尊親屬未遂，處有期徒刑參年拾月。三審認為上訴為違背法律上之程式，予以駁回。

³²最高法院 93 年度台上字第 5522 號；臺灣高等法院臺中分院 93 年度上訴字第 120 號；臺灣彰化地方法院 92 年度訴字第 868 號

鑑定認為行為人於犯行當時受酒精影響而有精神耗弱的情形，法院以行為人明知酒後可能發生的行為仍持續飲酒，且根據其行為後的行為表現作為行為人並無精神耗弱的佐證，應負起完全責任。這是在物質影響下犯行進行責任鑑定後，鑑定意見與法院見解不一致的另一種典型，即鑑定意見認為行為人於犯行當時受到物質使用之影響，而有辨識及控制能力受損的情形，但法院援引其他證據作為行為人並無責任能力降低的可能。

6.海洛因依賴/殺害母親/金錢（案件 23）

本案件事實之行為人長期無工作收入，為金錢問題遭母親訓誡，二人發生口角爭執，行為人思及受母親教訓而心生不滿，乘母親熟睡之際，持母親所有置於廚房內之水果刀一把，進入母親臥房，朝母親左背部連刺七刀，造成母親左肩胛骨平行橫走穿刺傷七處，致發生失血性休克，經送醫急救後因背部多處刺創，左側血胸，左肺刺傷出血休克而不治死亡³³。

本案件並未進行精神鑑定。行為人之指定辯護人上訴理由上訴人於案發前曾施用毒品海洛因，其行兇當時可能係處於心神喪失或精神耗弱之狀態，所為應屬不罰或應減輕其刑，經最高法院審理認為有理由發回更審³⁴，台灣高等法院重新審理³⁵，發函給醫學中心詢問海洛因及安眠藥之作用及對使用者的影響後，使用後症狀及時間關聯性。並根據回函判斷行為人使用藥物距離行兇已 5 個小時，藥物屆已失效，認為行為人並無精神耗弱或心神喪失的情形。

裁判結果部分，板橋地方法院認為行為人不知感恩圖報養育浩恩，僅因金錢問題與母親發生爭執，竟萌生殺機之犯罪動機，行兇後未為任何救護措施，反而清理現場後自行離去，可見殺意甚堅，又將被害人反鎖於房間內，延誤其他人救治被害人之時機，惟被告於本件犯罪後對其犯行均坦承不諱，尚有悔悟之心，

³³最高法院 91 年度台上字第 2858 號；臺灣高等法院 90 年度上重更(一)字第 46 號；臺灣板橋地方法院 90 年度重訴字第 2 號

³⁴最高法院 90 年度台上字第 5922 號

³⁵臺灣高等法院 90 年度上重更(一)字第 46 號

認其惡性尚未達於應與世永久隔離之程度，對被告本件殺人犯行處以無期徒刑，已足懲儆。殺直系血親尊親屬，處無期徒刑，褫奪公權終身。行為人上訴至最高法院後，發回更審。

更一審時判決認為行為人於犯行當時，無任何注射海洛因後所可能呈現之意識不清、恍惚、昏迷、放鬆、約制力降低、健忘、嗜睡、口齒不清、步態不穩、譫妄等症狀，足認被告並無心神喪失或精神弱情形甚明，惟其注射海洛因之時間距其弑母時已達約五小時之久，其藥效已消失，要屬無據，上訴駁回。三審認為上訴自難認為有理由，應予駁回。

由精神醫學的觀點來看，高等法院於更一審時發函詢問所得的「海洛因的作用與使用後的反應及作用時間的通常知識」是否能直接適用於行為人於犯行時精神狀態的推論可能有所疑義，其判決書中摘錄有「一般以吸煙或注射方式使用，作用可於數分鐘內出現，作用時間之長短，則因純度、劑、使用途徑、用藥習慣、次數、耐藥性而定與是否併用其他藥物而定，一般使用者之藥效感覺維持二至四小時不等……」，四個小時的藥效為通常原則，但若使用者的使用途徑、劑量、海洛因純度、藥物耐受性及使用習慣而有所增減，不免令人有過度推論的疑慮。

7.酒精濫用/意圖殺祖母/原因不明（案件 24）

本案件事實之行為人因飲酒導致心情不佳，脾氣不穩定，見其年邁祖母在家，一時生氣，以天氣太熱為由，強行將祖母推入宅前通電中之冰箱內，並稱：要其死在裡面等語。行為人復將棉被、枕頭丟入冰箱中，再以塑膠繩綁住冰箱大門（繩子未綁的十分緊密），之後逕行離開至親戚家聊天並忘記已將祖母關入冰箱一事。祖母用腳將冰箱踢出小縫，再經行為人妻子發現，與另一親戚救出被害人³⁶。

³⁶最高法院 96 年度台上字第 6992 號；臺灣高等法院花蓮分院 94 年上更(一)字 51 號刑事判決；

訴訟過程及裁判部分，花蓮地方法院以第 303 條對直系血親尊親屬私行拘禁，處有期徒刑 7 個月，二審高等法院花蓮分院認為從行為人強行用力將祖母推入冰箱，且說要其死亡，復以塑膠繩綁住冰箱大門，以防逃逸，旋即外出之整個過程觀之，被告殺意之堅，已顯露無遺。是被告所犯為第 272 條殺直系血親尊親屬，未遂，處有期徒刑柒年。94 年最高法院判決雖認同以刑法第 272 條起訴，但原審未對行為人將棉被枕頭放入冰箱中等動機、情節調查清楚，而發回更審。更一審就發回事項進行說明後，仍以殺直系血親尊親屬，未遂，處有期徒刑柒年。辯方再以依「本件案情，顯非出於一般正常人之作為，是上訴人或有精神耗弱或心神喪失之情況，原審未對上訴人實施精神鑑定」為由上訴最高法院；96 年最高法院認為「行為人之精神狀態究竟如何，事實審法院非不得視個案情節，綜合其當時各種言行表徵，就顯然未達此程度之精神狀態者，逕行判斷，並非概須送請醫學專家鑑定，始得據為審斷之基礎。」駁回上訴。

觀察行為人的犯行，將祖母關入冰箱作為殺害的手段，又塞入枕頭及棉被避免祖母會冷，再以塑膠繩鬆鬆的綁住冰箱大門，其中多有矛盾且難以理解行為人之動機，不免讓人懷疑其是否處於正常的精神狀態，可惜的是高等法院以行為人犯行之後，「旋即外出到其表舅家談事情，當時精神狀況還不錯，意識好清楚」為由，據以認定犯行時之精神狀態屬於完全責任能力，而最高法院亦認為事實審法院得視個案情節，逕行判斷。

8.急性酒精中毒/企圖殺父/照顧壓力（案件 25）

本案件事實之行為人長期照顧罹患中風、老人癡呆的父親，身心交瘁，又因中度肢障，謀職不易，以致經濟狀況不佳，除依靠政府發放之殘障津貼補助以

最高法院刑事 94 年度台上字第 2141 號；臺灣高等法院花蓮分院 91 年度上訴字第 47 號；臺灣花蓮地方法院 90 年訴字 181 號刑事

外，平日均仰賴其兄接濟為生，行為人又得知其兄其可能失業，屆時恐將無力負擔家中經濟與父親之醫療費用，行為人為此憂心不已，乃在醫院附近與友人飲用二瓶米酒抒鬱，迨至當日晚間九時三十分許返回醫院看顧父親，詎行為人返回醫院後，思及其前述困境，徬徨無計，一時昏亂，竟動念與父親一同赴死，而基於殺害直系血親尊親屬之犯意，於當日晚間十一時二十五分許，在病房床邊，持枕頭壓住父親臉部口、鼻，欲悶死父親，幸醫院護士甲適巧進入病房，目睹上情後搶下枕頭，並返回護理站聯絡其他醫護人員，將父親移至鄰近護理站之治療室觀察，斯時，行為人因情緒尚未平復，竟又承前殺害直系血親尊親屬之犯意，在隨父親移床至治療室後，復於當日晚間十一時三十五分許，在治療室內，再度以手試圖悶死父親，惟仍遭護士甲發覺制止，其父親始倖免於難。嗣其父親出院後，仍由行為人繼續照顧至因肺炎不治死亡為止³⁷。

士林地方法院囑託臺北榮民總醫院鑑定其精神狀況，鑑定認為行為人於案發當時有使用酒精之事實，亦有偏差失控之行為，行為人之哥哥表示行為人當時之口齒不清（過量酒精引起之神經精神症狀），故行為人於案發時應有『急性酒精中毒』之情形，行為人於案發行為時應有『因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識其行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低之情形』。

裁判部分，一審認為行為人素行尚佳，因平日累積之壓力無處宣洩，又適逢經濟瀕臨絕境，擔憂父親獨自在世，恐將無人照顧，甚至連累哥哥所致，殺直系血親尊親屬，未遂，處有期徒刑參年玖月。二審認為行為人不念父子之情，違逆人倫，僅因長期照顧造成身心壓力，或一己之經濟困窘，即藉酒而二度為故意殺父之犯行，改判有期徒刑拾貳年。三審認為上訴為違背法律上之程式，予以駁回。

³⁷最高法院 100 年度台上字第 6094 號；臺灣高等法院 99 年度上訴字第 1729 號；臺灣士林地方法院 98 年度訴字第 277 號

第三節 精神疾病與責任能力

精神疾病儼然成為行為人發生犯罪行為時的辯解之一，一般人的印象是精神病犯罪定可以減刑或免刑，不需要為自己行為負責。然而，精神疾病的種類及個人變異甚大，其責任能力有否豈能一言以蔽之。本節繼續探討不同精神疾病與責任能力的關係。

第一項 精神疾病與殺直系血親尊親屬的行為

「精神障礙或其他心智缺陷」是我國刑法第十九條關於責任能力的生理學因素，依照修正後精神衛生法第三條的定義，精神疾病係指：「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；其範圍包括精神病、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。」也因此，實務上轉介進行精神鑑定的疾病種類眾多，除了疾病特質會明確影響罹病者的意識狀態、思考、知覺及判斷能力等重大精神病³⁸外，其他如精神官能性憂鬱症、焦慮症、衝動控制疾患，如偷竊癖等，對於意識狀態、思考、知覺或判斷力幾無影響的疾病也都有可能被當成精神疾病抗辯的理由。相較於德國刑法第二十條所定義的影響責任能力之生理學要素：病理之精神障礙、深度之意識障礙、心智薄弱及其他嚴重之精神異常似乎更為廣泛³⁹。

最高法院的案例中，被發現的臨床診斷包括：精神分裂症（案件 2、3、4、5、12）、重鬱症（案件 1）、安非他命精神病（案件 10）、焦慮症（案件 9）、情感性精神病（案件 14）、精神官能性憂鬱症（案件 6、7、8）、智能障礙（案件 13）、反社會人格（案件 15、16、17）、邊緣性人格（案件 14）、酒精依賴/濫用（案件 9、18、19、20、22、24）、強力膠/安眠藥/海洛因依賴或濫用（案件 21、23）、器質性精神病（案件 11）、睡眠障礙（案件 8）等等。而根據不同疾病特質加以分

³⁸器質性精神病、精神分裂症、妄想症、重鬱症合併精神症狀、躁鬱症、急性精神病狀態（譫妄）等。

³⁹張麗卿，司法精神醫學-刑事法學與精神醫學之整合，頁 232-236，2010 年 3 版。

類並進行分析時發現，不同的精神疾病類型對於行為人的生活及犯行模式、犯行動機等都有相當的影響，其外顯的言行舉止也可能是司法單位是否進行司法精神鑑定的參考因素，責任鑑定的結果更直接影響行為人最後的判決結果，因此，有必要在對現行之責任鑑定制度進行瞭解。

第二項 現行的司法精神鑑定制度

以下將就司法鑑定的發動階段及鑑定階段來說明我國鑑定制度及問題所在。

一、發動階段：

司法精神鑑定的發動，大多數的精神鑑定案件來自法院審理過程的轉介，少部份來自檢察署或是青少年保護機構，隨著訴訟程序的不同，轉介鑑定的問題也不同。不同於美國的制度⁴⁰，我國的刑事司法鑑定案件委託超過 95%是鑑定當事人犯行時之精神狀態，換言之，即是當事人的責任能力鑑定。在美國，以撰者曾經參與司法精神醫學醫師訓練的華府為例，每日會有輪值的司法精神醫學醫師或司法精神醫學心理師到看守所中，面談前一日被送至看守所且精神狀態似有疑義的行為人，進行受審能力之評估，當行為人被認定是受審能力有缺陷時，法官將依個案狀況，令行為人參與門診或住院治療，直至行為人能夠瞭解法庭訴訟的過程、法官、檢察官、辯方律師、陪審團的功能及與自己的關係，自己所犯的罪名，可能面對的刑罰，如何抗辯，不同抗辯之後的結果後，方才被認為有受審能力並進入訴訟程序，由於華府對於精神疾病抗辯⁴¹後的監護處分採取「定期評估、不定期限⁴²」的策略，使得除了重大犯罪外，甚少有人會提出精神疾病抗辯，以免出現監護處分時間超過本刑的結果，以致於責任能力之鑑定數量相較受審能力之鑑定的數量少很多。

⁴⁰以受審能力鑑定為主，責任鑑定較少。

⁴¹Not guilty by reason of insanity

⁴²每年評估，直到對社會的危險性顯著降低，評估通過後才能離開。

受審能力的鑑定一直未受到司法單位的重視，和司法人員對於當事人的能力缺陷缺乏敏感度及對心智缺陷及精神疾病的認知不足有關，即除非明顯的精神症狀或是行為干擾，當事人若能夠有問有答便視同當事人有受審能力，如此極可能忽略許多罹有智能障礙、失智症或負性症狀為主之精神障礙者於訴訟階段經歷的困難。此外刑事訴訟法第 294 條停止審判規定過於嚴格有關⁴³，當事人必須心神喪失才能停止審判，必須對外界事物全然失去知覺理會與判斷作用，在此前提下，似乎只有植物人、重度失智症、譫妄症等深度意識障礙才能符合停止審判的要件，而忽略了當事人能力不佳時，其實是處於武器不平等的狀態下，面對國家刑法的審判。而責任能力鑑定並無從補足前段因受審能力缺陷導致的訴訟程序中不利益的問題。

修正後刑法第 19 條將責任能力的判定以生理因素及心理因素進行分別認定，雖然立法者期待由精神醫學專家協助判定行為人「精神障礙及其他心智缺陷」等生理因素的存在，再由法官進行其辨識能力及控制能力的判定，但實際進行時，法官仍會期待鑑定人對被鑑定人的心理因素進行判定，唯鑑定報告的結論為法官形成心證的素材，對法官並不具有拘束性；也有主張認為精神鑑定非絕對必要，如上節案例 24，最高法院 96 年度台上字第 6992 號判決文：「行為人之精神狀態究竟如何，事實審法院非不得視個案情節，綜合其當時各種言行表徵，就顯然未達此程度之精神狀態者，逕行判斷，並非概須送請醫學專家鑑定，始得據為審斷之基礎。」。案例 15 最高法院 98 年度台上字第 5543 號判決，一審法庭直接以社會局的輕度智能障礙及醫院心理衡鑑報告結果，認定被告有責任能力缺陷而判處無罪，而事實上，在民國 84 年台灣精神醫學會司法精神醫學學術分組提出的責任能力判斷準則⁴⁴建議中，輕度智能不足屬於完全責任能力之範圍。又如，本人曾參與中度智能障礙者持鐵條打人造成傷害致死案件⁴⁵之責任能力鑑定，行

⁴³刑法第 294 條第一項：被告心神喪失者，應於其恢復以前停止審判。

⁴⁴同註 3。

⁴⁵南投地方法院 92 年度訴字第 504 號判決

為人於鑑定當時，對問題多以不知道、搖頭或忘記來回應，言語表達及理解有明顯困難，思考內容較貧乏，反覆確認行為人對問話的瞭解，認為行為人的少數回應只是任意之回應，並不真正瞭解談話進行的內涵，因而判定行為人之精神狀態已達心神喪失之程度。法院發函要求鑑定人到庭陳述，法官認為行為人於開庭過程中，皆可問有答，似乎也可瞭解法庭上進行上的事，鑑定人如何認定行為人為心神喪失？鑑定人回應有問有答並不表示行為人真的瞭解問題，並針對問題作回應，可能只是碰巧的結果。雖然法官最後認同鑑定人之意見，但過程中可以發現法官對於行為人「受審能力」的要求似乎只要有問有答即可，而無須行為人對訴訟過程進行中的實質瞭解，而當行為人在顯然有言語表達與理解的困難時，這樣的訴訟程序是否真能達到發現真實、探求真相的目的，也不禁讓人有所疑惑。因此，精神鑑定制度本身在發動階段即存有制度性及系統性的問題需要解決。

二、鑑定階段：

精神醫學專家是否能準確的判斷被鑑定人於犯行當時之精神狀態仍有相當的爭議，相同的被鑑定人經過不同的精神醫學專家的鑑定可能獲致不同的鑑定結果，也令許多人覺得匪夷所思，事實上，精神鑑定的確有其瓶頸，特別是責任能力鑑定的進行通常距離案發時間很久，數月甚至數年，被鑑定人在這段期間可能衍生情緒及適應的問題（如因面臨刑事追訴而生的憂鬱、失眠等問題），可能會形成因果關係的推論困難，再受被鑑定人因素的影響，如瘖啞、不合作、詐病等，而法院或是其他第三人提供資料不完備等等，都會影響鑑定的進行，甚而無法獲致十分確信的鑑定結論。

除了鑑定人的個別差異外，於最高法院的判決整理中，我們發現似乎不同的醫院系統間也會就責任能力的判定有寬或嚴的差異，此間或許因為知識及經驗傳授者不同，以致於除了已知論或是未知論的理念不同，各家鑑定機關或許皆有自己專有的思考邏輯，而難以取得統一的想法及認定。

三、鑑定後階段：

鑑定報告是精神鑑定的成果，精神科專科醫師在撰寫鑑定報告時，通常盡量少用醫學之專有名詞，盡量清楚簡單表達鑑定的結果。然而，儘管如此，似乎司法與精神醫學間仍有相當的隔閡，以致於鑑定報告意圖傳達的訊息未必能夠正確的被法官接收，倘若未再就其不明確處進行溝通，則誤會或誤用鑑定結論的情形亦不乏見。

心魔殺手陳昆明案件⁴⁶日前在精神醫學界廣泛討論，也引發司法單位及衛生單位認為應嘗試建立司法精神鑑定的標準流程及鑑定人資格審核制度。陳昆明於7年前殺死鄰家兩名女童，先後經歷5次審判，高院更五審確定判決，因認其精神耗弱而將減輕其刑，終審定讞刑期12年，後減刑6年出獄。出獄後不久，99年10月，陳昆明以招聘為由，將前來應聘的婦女亂棒打死，報載陳男表示是心中的魔鬼令其殺人，被冠以「心魔殺手」的稱號。然其因精神耗弱被減刑，出獄後住院監護處分不久，改為門診監護處分，不久又殺人的行徑，掀起對外界對精神醫學界責任能力鑑定的效力及監護處分執行的質疑。

陳昆明殺女童案，承審法院先後進行4次其案發時精神狀態之鑑定。一審時送台大醫院及台北榮總進行精神鑑定，臺大醫院（距犯行5個月）認為其罹有精神分裂症，達心神喪失之程度；臺北榮民總醫院（距犯行10個月）認為其有精神疾病，且達精神耗弱之程度。更一審時囑託衛生署桃園療養院（距犯行2年）鑑定，鑑定認為在意圖殺人後，可以將F M 2磨粉放入飲料，可見精細動作能力正常；騎乘重型機車及行走，可見粗動作能力正常；能正確找到小木屋，案發後可以自行回家，可見定向感正常；引誘兩女童進入木屋，讓女童服下藥物，可見

⁴⁶判決歷審—臺灣板橋地方法院92年少連重訴字第4號、最高法院93年台上字第6759號、臺灣高等法院93年度家少連上重訴字第1號、臺灣高等法院94年少連上重更（一）字第1號、最高法院95年台上字第4511號、臺灣高等法院95年少連上重更（二）字第68號、最高法院96年台上字第4282號、臺灣高等法院96年重上更（三）字第158號、最高法院97年台上字第786號、臺灣高等法院97年重上更（四）字第34號、最高法院97年台上字第6192號與臺灣高等法院97年重上更（五）字第209號等判決。

其言語能力正常；數個月後，仍能陳述殺人過程之細節，可見犯案當時記憶之登錄能力正常。因此，犯案當時之精神狀態，並未較普通人之平均能力顯著減低，故判斷其精神狀態應未達精神耗弱之程度，其既無心神喪失亦無精神耗弱；更二審時送國軍北投醫院鑑定（距犯行 3 年 9 個月），鑑定認為行為人具有精神分裂症及疑有 B 型人格特質之診斷，認為其屬於精神耗弱之程度。高院更五審整理四家醫院鑑定結論，認為台大醫院鑑定意見對行為人最有利，桃園療養院的鑑定意見最不利，而台北榮民總醫院與北投國軍醫院之意見則較適中，之後認定行為人於犯行時屬於精神耗弱的狀態，並減輕其刑。但國軍北投醫院執行監護處分之醫療團隊，卻推翻該院先前之鑑定意見，認為陳昆明既無心神喪失亦無精神耗弱，顯然不僅各醫院意見歧異，同一醫院之醫師也各自有不同意見。

監察院彈劾意見⁴⁷認為：本案 4 家醫院為陳昆明進行精神鑑定時，分別距離陳昆明為犯行已逾 5 個月、10 個月、2 年及 3 年 9 個月期間，回溯推論行為時之精神狀態及對於責任能力之影響，確為實務之難題；又前 4 次鑑定結果殊異，可見本案鑑定有其複雜性，亦呈現精神鑑定專業之高度不確定性。因歷次鑑定之相關作業程序均係於 1 日內完成，未有醫院將陳昆明留置住院鑑定，亦未有鑑定人到庭接受交互詰問，就不同意見陳明己見，較難發現真實。綜言之，鑑定之功能雖在於輔助及補充法院之認識能力，鑑定結果是否得採為判決之基礎，最終仍應由法官依據經驗法則及論理法則之支配，不當然拘束法院，然因最高法院 47 年臺上字第 1252 號判例明載：「精神是否耗弱，乃屬醫學上精神病科之專門學問，非有專門精神病醫學研究之人予以診察鑑定，不足以資斷定」，法官及檢察官多能尊重醫院醫師之專業判斷，故司法精神鑑定結果雖不當然拘束法院，卻常影響法院判決，益顯其重要性。因精神鑑定之結果常影響被告刑事責任能力之判定，因此受委託醫療機構進行精神鑑定之程序及品質，至關重要。

台灣精神醫學會司法精神醫學學術分組曾於 100 年台灣精神醫學會時就本

⁴⁷監察院，0990800945 號調查報告，2011 年 5 月 12 日。

案進行討論，除桃園療養院認定行為人有詐病可能，為完全責任能力外，其中台大醫院醫師到場說明鑑定報告結論雖認定行為人為心神喪失，但具有極高的危險性（此句未被節錄在判決中），北投國軍醫院認為其為精神耗弱，但懷疑其有 B 型人格特質，此二者雖然對於精神狀態的結論不同，但事實上，皆認同行為人具有高度的危險性，可惜高等法院法官並未傳喚鑑定人出庭說明鑑定報告的結果，否則看似不同的鑑定意見，其實仍有共通之處。

過去曾有文獻探討最高法院對鑑定結論質疑而不接受鑑定結論的理由大致有以下 9 點⁴⁸：

1. 鑑定報告與後來醫院的說明不一致。
2. 依警訊檢錄以事實狀況的自由心證與質疑。
3. 醫院沒有說明或說明其判斷的理由或依據，鑑定報告未臻明確。
4. 醫院未明確判斷或使用專門術語致含意不清。
5. 診斷或鑑定結論不一致或與以前的病歷不符而懷疑鑑定內容（專業知識的不確定）
6. 對時間的質疑（精神鑑定日與案發時日相隔甚久）。
7. 無法接受鑑定結論之解釋（法官自由評價證據）。
8. 對鑑定方法的質疑。
9. 鑑定內容與事實不符。

除了第 9 點鑑定內容與事實不符可能是顯然錯誤外，其他 8 點常難以避免，最大的困難是鑑定日期距離案發時日甚久。本人曾被要求鑑定案發於 10 多年前的精神狀態，行為人多不記得細節，然而精神鑑定又多仰賴行為人之陳述進行分析。可想而知，鑑定時難以中獲得確實的證據進行說明。其次行為人因精神疾病或其他心智缺陷而有困難進行澄清時，且鑑定時間緊迫時，亦會使得不同的醫師在不同的時期看到病人的狀態不同，做出不同的診斷及病歷內容（第 5 點）。根

⁴⁸王富強，精神鑑定，國立政治大學法學院碩士論文，頁 145-147，2003 年 7 月。

據立法者的想法，現行責任能力是採行「生理因素」及「心理因素」的綜合立法，設計上由精神醫學專家進行生理因素的判斷，再由法院綜合所有的證據進行心理因素的判斷，也就是說，鑑定人的工作其實在決定行為人是否有精神障礙或心智缺陷後，便已結束。後段是否因前項因素而有不能辨識行為違法或欠缺依其辨識而行為的能力或能力顯著降低的判斷應歸屬於法官裁量的範圍。只是實務運作時，鑑定人常必須被迫趕鴨子上架進行後段「心理因素」之判斷。然而，就如法律專家批評精神醫學專家寫的專有名詞難懂，並非所有的精神醫學專家都能通曉法律的語彙。雙方需求無法溝通，鑑定報告自然難以切中要點的滿足法院或法官的需求。

同時，鑑定人進行判斷時，僅能由法院所有提供之資料及鑑定所得之資料進行判斷，其資料完備與否，對鑑定方向的影響甚大。有時法官不甚願意提供資料，猶如將鑑定人視為「人肉測謊機」，來確認行為人是否真有所稱之疾病或是鑑定人是否足夠專業，其實是浪費雙方時間。而影響精神障礙者權益最鉅者，是應轉介精神鑑定而不為轉介，尤其是對於低功能但外觀整潔之精神障礙者。法官似乎傾向於高估這群人的能力，而當此族群未有他人協助時，在訴訟程序中的弱勢情形很容易被忽略，而造成不公平。

從最高法院的判決分析中，我們發現並非未轉介精神鑑定者就沒有精神病（4/24），而由法院轉介進行精神鑑定的行為人中，也有未符合任何精神疾病診斷（7/28）的可能，也就是說，法官與司法精神鑑定醫師間對於「精神障礙或其他心智缺陷」的解釋，未盡一致。而經由精神鑑定被認為有責任能力缺損的行為人中，其被判的刑度也相對較輕，因此對精神障礙者而言，精神鑑定是協助其獲致公平審判的助力之一。然而，從犯行發生到調查蒐證、審判的過程中，精神障礙者的能否被安排進行精神鑑定受到許多因素的影響，如：行為人本身相對能力及求助能力、法官對精神疾病的敏感度及鑑定醫師對責任能力的判斷標準為何，都有可能影響到行為人經由訴訟之後最後的結果。因此，接下來將以精神鑑定為出

發點，檢視犯普通殺人罪及殺直系血親尊親屬罪的精神障礙者間的差異，並探討何以精神障礙者容易觸犯殺直系血親尊親屬罪的因素。



第五章 精神障礙者易觸犯刑法第二七二條直系血親尊親屬罪之實證分析與檢討

罹患重大精神疾病患者（精神分裂症、躁鬱症、妄想症、重鬱症合併精神症狀、器質性精神病）的人身傷害犯行與罹患非重大精神疾病者的人身傷害犯行有差異。本章以被轉介接受刑事案件精神鑑定之被鑑定人為研究對象，進一步測試精神障礙者易觸犯刑法第二七二條的假設。

第一節 精神鑑定實證資料分析

重大精神疾病患者的人身傷害對象多以主要照顧者：如父母、兄弟姊妹、子女及醫療人員為主，而罹患非重大精神疾病者的人身傷害對象則以陌生人為主；此外，罹患重大精神疾病患者的暴力犯行發生頻率也與罹患非重大精神疾病者不同，根據美國學者 Swanson 進行的大規模研究，酒精或物質的依賴或濫用者，其暴力發生率最高，有 19.25%至 34.74%的機率發生暴力行為，精神分裂病及躁鬱症發生暴力行為的發生機率則介於 10.7%至 11.68%之間，居次；其他精神疾病，如強迫症約有 10.66%出現暴力行為，而畏懼症有 4.97%發生暴力的行為的機率，無精神科診斷者有發生暴力行為者為 2.05%。此外，合併越多精神科相關診斷者，其發生暴力行為的機率越高。

第一項 研究目的

我國刑法第 272 條殺直系血親尊親屬罪¹⁵為刑法第 271 條普通殺人罪¹⁶的加重類型，法定刑期為無期徒刑或死刑。由於重大精神疾病患者的犯罪學特徵，使其

¹⁵. 第 272 條「殺直系血親尊親屬者，處死刑或無期徒刑。前項之未遂犯罰之。預備犯第一項之罪者，處三年以下有期徒刑。」

¹⁶. 第 271 條「殺人者，處死刑、無期徒刑或十年以上有期徒刑。前項之未遂犯罰之。預備犯第一項之罪者，處二年以下有期徒刑。」

違反刑法第 272 條殺直系血親尊親屬罪的機率較非罹有重大精神疾病者的機率高，然而，重大精神疾病患者於刑事案件後亦有刑法第 19 條³適用的可能，是以有先加重其刑，再求減刑的可能，然而即便重大精神疾病患者因精神耗弱而減刑，也不可能低於十年有期徒刑，此間呈現刑事政策的矛盾。因此，本研究企圖透過病例對照的研究方式，瞭解重大精神疾病患者與罹有其他精神疾病患者於殺人犯行的犯罪學特徵及差異，並期待可供作刑事政策的參考佐證。

第二項 研究方法

本研究為病例對照式之描述性研究。分析工具為 SPSS 第 17 版。

蒐集於民國 91 年 1 月 1 日至民國 100 年 6 月 30 日間曾經至中部某精神科專科醫院進行精神鑑定的被鑑定人，針對性別、鑑定時年齡、鑑定目的、犯罪類型、前科史、臨床診斷、藥物或酒精使用、犯罪動機、與被害人關係、鑑定結果及司法判決結果進行建檔、。

由資料庫中篩選出刑事案件中的殺人類型案件，分析具有重大精神病診斷（其他器質性精神病、精神分裂症，躁鬱症、重鬱症合併精神症狀、妄想症）的個案與不具重大精神病診斷個案在一般人口學資料、藥物或酒精使用、前科史、犯罪動機、與被害人關係、鑑定結果等，釐清重大精神疾病患者與其他精神疾病患者在殺人案件中犯罪學上的差異。此外，因精神作用物質的依賴或濫用（如：酒精或安非他命、安眠藥物等）會增加暴力攻擊的機率，再由重大精神病與其他精神病二組，進行區分有無物質濫用及依賴的問題。鑑定結果若認為行為人並無明確的精神疾病症狀且足以形成精神疾病診斷，則註記為無精神病診斷。

³第 19 條「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。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。前二項規定，於因故意或過失自行招致者，不適用之。」

第三項 結果

本研究共計收集 1487 經由司法單位轉介進行精神鑑定個案數，其中刑事案件類型共有 437 件，其中 99 案件數為殺人案件，其中 87 件為刑法第 271 條普通殺人罪，12 件為刑法第 272 條殺直系血親尊親屬罪。以下將分別以殺人對象及精神疾病診斷類別為操作變項，進行分析及解讀。

一、年齡

犯普通殺人罪之被鑑定人較犯殺直系血親尊親屬罪之平均年齡高 3.8 歲。犯普通殺人罪的年齡分布較殺直系血親尊親屬罪者大，殺直系血親尊親屬罪之被鑑定人中，有一少年犯（14 歲），鑑定目的為保安處分必要之評估。

根據民國 99 年地方法院檢察署執行裁判確定有罪之殺人犯年齡⁴，以 30 至 40 歲未滿者為最多，有 123 人（佔 28.54%），其次依序為 24 至 30 歲未滿者，90 人（20.88%），40 至 50 歲未滿，70 人（佔 16.24%），其平均年齡應介於 30 至 40 歲之間，約 35 歲或更少，與殺直系血親尊親屬者較接近。

表 5-3-1：被鑑定人年齡

	普通殺人罪（87）	殺直系血親尊親屬罪（12）
平均年齡	39.3	35.5
最高年齡	88	53
最低年齡	18	14

二、性別

犯普通殺人罪之被鑑定人之男女比例與殺直系血親尊親屬罪之男女比例類似，二者皆以男性居多，佔所有犯罪者的 75% 以上。

⁴法務部，犯罪狀況及其分析，頁 26，2010 年。

根據民國 99 年地方法院檢察署執行裁判確定有罪之殺人犯性別比率，女性佔 6.26%，男性佔 93.74%⁵。因此，在被轉介精神鑑定族群中，女性的犯罪率相較一般群體有增加的情形。

表 5-3-2：被鑑定人性別

	普通殺人罪	殺直系血親尊親屬罪
女	19 (21.8%)	3 (25.0%)
男	68 (78.2%)	9 (75.0%)
總和	87	12

三、婚姻狀態

儘管此二組資料接取樣來自轉介進行精神鑑定的群體，其精神疾病診斷的人數比例或者偏高，但由殺直系血親尊親屬罪之被鑑定人以未婚者佔三分之二最多，剩餘三分之一者曾有婚姻紀錄或婚姻持續狀態；而普通殺人罪之被鑑定人雖亦以未婚者最多，比例上略高於三分之一，有6成以上曾有婚姻紀錄或婚姻持續狀態的結果看來，推測二組被鑑定人之精神疾病診斷的組合或許有所不同，進而導致在殺直系血親尊親屬罪的群體中，未婚比例有高達66.7%的情形。

因此，推測犯殺直系血親尊親屬罪之被鑑定人的家庭型態與主要支持者與普通殺人罪之被鑑定人有很大的差異，其未婚者比例偏高，與原生家庭同住之比例應較普通殺人罪之被鑑定人高，也因此認為犯殺直系血親尊親屬罪之被鑑定人與原生家庭成員，如父母、同住的祖父母或手足間的依賴關係或生活連結應較犯普通殺人罪者之被鑑定人深厚且緊密。

⁵法務部，同註 4，頁 54。

表5-3-3：被鑑定人之婚姻狀態

	普通殺人罪	殺直系血親尊親屬罪
未婚	31 (35.6%)	8 (66.7%)
已婚	23 (26.4%)	2 (16.7%)
離婚	23 (26.4%)	1 (8.3%)
鰥寡	7 (8.0%)	1 (8.3%)
其他	3 (3.3%)	0
總和	87	12

四、犯行時使用之精神作用物質

不論是普通殺人罪或是殺直系血親尊親屬罪之被鑑定人於犯行時絕大多數未使用物質，比率分別是 52.3%及 72.7%；最常見之物質使用為**酒精**，分別為 38.6%及 18.2%；藥物部分，值得注意的是安眠藥物使用佔普通殺人罪的 5.7%。

與所有 437 件因刑事案件前來進行精神鑑定的被鑑定人相比較，刑案中有 74.1%的行為人於犯行時並未使用酒精或其他藥物，酒精仍是最常被使用的物質佔 16.9%，其次為安眠藥 4.3%。犯殺直系血親尊親屬罪之被鑑定人的物質使用型態與整個群體較為接近。

因此，由物質使用的角度來觀察，即便二者皆在司法單位基於類似的原因轉介前來進行精神鑑定，但二者的被鑑定人組成仍有相當差異，犯普通殺人罪之被鑑定人顯然有較多的酒精或物質濫用或依賴的情形，同時將間接造成人格特質及衝動控制能力的差異。

五、精神疾病診斷

因酒精或藥物使用會增加精神疾病患者的暴力攻擊行為，因此在診斷分類時，除將診斷群粗分為無臨床診斷、重大精神病診斷（器質性精神病、精神分裂症、情感性精神病、妄想症）及其他精神病（智能障礙⁶、輕鬱症、環境適應障

⁶智能障礙及人格違常屬於 DSM-IV 診斷系統中之第二軸診斷，其性質偏向刑法第 19 條所稱之「其

礙、人格違常、物質相關精神病、物質濫用、老人失智等），再依精神作用物質使用之有無進行區分。

有8名被鑑定人，在鑑定過程中並未發現被鑑定人於犯行當時具有之精神症狀，足以形成相關的精神科臨床診斷，即被鑑定人在法院審理中主動要求進行精神鑑定，或由法院發現被鑑定人於行為當時的精神狀態似有缺陷而發動精神鑑定的程序下，約有8.1%的被鑑定為沒有診斷，其中1人明顯為詐病行為，且無法配合鑑定進行；另7人於案件發生前並無任何精神科相應症狀，其犯行較類似為一時之衝動行為，其中1位未成年，1位甫滿18歲。

由於殺直系血親尊親屬罪的案件數僅有12，因此，每個數值（1）的變化量大，無法進行統計學上的意義分析，由下表可知犯普通殺人罪者，有6%的行為人沒有精神科臨床診斷，17.2%罹患重大精神病，14.9%的行為人有重大精神病診斷合併物質使用疾患，20.7%罹患其他精神病，及40.2%的人患有其他精神病合併物質使用疾患；而犯殺直系血親尊親屬罪者，有16.7%的行為人沒有精神科臨床診斷，25%罹患重大精神病，25%罹患其他精神病，及33.3%的人患有其他精神病合併物質使用疾患。罹患其他精神疾病合併物質使用疾患者之行為人，佔所以殺人案件的最多數39.4%，而罹患重大精神病的行為人佔所有殺人案件的18.2%，不及前者的一半，但其殺害直系血親尊親屬的比率（25.0%）卻顯著高於18.2%的平均值，較殺害其他人者高。

也就是說，罹患重大精神病的精神障礙者，其殺人行為在所有精神疾病中的發生率並不算高，但其殺害對象有集中於尊親屬的趨勢。

他心智缺陷」，而非屬精神障礙。

表5-3-4：精神疾病診斷類型

	普通殺人罪（87）	殺直系血親尊親屬 罪(12)	總和(99)
無臨床診斷	4 (4.6%)	2 (16.7%)	6 (6.1%)
重大精神病	15 (17.2%)	3 (25.0%)	18 (18.2%)
重大合併物質使 用	13 (14.9%)	0	13 (13.1%)
其他精神病	20 (22.9%)	3 (25.0%)	23 (23.2%)
其他精神病病合 併物質使用	35 (40.2%)	4 (33.3%)	39 (39.4%)

六、行為人與被害人的關係

在所有的接受精神鑑定的殺人案件被害人中，以熟人或朋友佔 44.4%的比例最高，其次為陌生人佔 19.2%，其他為被害家屬中，以父母、同居人或配偶及子女的比例較高。

表 5-3-5：被鑑定人與被害人的關係

	普通殺人罪（87）	殺直系血親 尊親屬罪(12)	總和(99)
陌生人	19 (21.8%)	0	19 (19.2%)
熟人/朋友	44 (50.6%)	0	44 (44.4%)
祖父母	0	2 (16.7%)	2 (2.0%)
父母	0	10 (83.3%)	10 (10.1%)
子女	8 (9.2%)	0	8 (8.1%)
手足	2 (2.3%)	0	2 (2.0%)
孫子女	1 (1.1%)	0	1 (1.0%)
其他親戚	4 (4.6%)	0	4 (4.0%)
同居人或配偶	9 (10.3%)	0	9 (9.1%)

七、精神疾病診斷與被害人的關係

普通殺人罪中，其殺害對象包括直系血親卑親屬、手足、其他親人、熟人朋友或是陌生人，殺直系血親尊親屬之殺害對象自然是父母、祖父母及養父母等。由於精神疾病患者受到精神症狀、社交及職業功能退化及生活型態的影響，普遍呈現人際退縮的生活型態，是以其傷害對象多以主要照顧家屬及醫護人員為主，而不僅限於直系血親。此部分之分析乃綜合資料庫中 99 件殺人案件，不論是普通殺人罪或殺直系血親尊親屬罪，僅就行為人的精神疾病診斷及與被害人關係做進一步分析。結果如表 5-3-6 所示。

以疾病診斷別與被害人關係進行觀察時，無臨床診斷者共 6 人，其中 0% 殺害陌生人，50.0% 殺害熟人或朋友，分別有 16.7% 殺害父母、其他親戚、配偶或同居人，0% 殺害子女，其殺害家中親人的比率為 50.0%，如本項第五點所描述，無診斷之人之行兇多因一時衝動而為，因而其殺害對象以與其有密切互動之人為主，而未見有殺害陌生人的情形。

罹患重大精神疾病障礙者共 18 人，有 16.7% 殺害陌生人，38.9% 殺害熟人或朋友，5.6% 殺害其他親戚，16.7% 殺害父母，11.1% 殺害子女，5.6% 殺害孫子女，5.6% 殺害配偶或同居人，其殺害家中親人及其殺害直系血親尊親屬的比率分別為 43.4% 及 16.7%，二者皆為所有診斷類型之最高。其傷害陌生人、熟人或朋友的比例（55.6%）則相較其他診斷群為低。

罹患重大精神疾病障礙合併物質使用疾患者共 13 人，有 15.4% 殺害陌生人，61.5% 殺害熟人或朋友，7.7% 殺害手足，7.7% 殺害孫子女，7.7% 殺害配偶或同居人，其殺害家中親人的比率為 23.1%，殺害直系血親尊親屬的比率為 0%。

罹患其他精神疾病障礙者共 23 人，有 13.0% 殺害陌生人，39.1% 殺害熟人或朋友，8.7% 殺害父母，17.4% 殺害子女，4.3% 殺害孫子女，4.3% 殺害其他親戚，13.0% 殺害配偶或同居人，其殺害家中親人的比率為 42.8%，殺害直系血親尊親屬的比率為 9.5%。其殺害直系血親卑親屬的比例略高於殺直系血親尊親屬（17.4% vs

13.0%)，此外其殺害配偶或同居人的比例(14.3%)明顯高於其他診斷群。

罹患其他精神疾病障礙合併物質使用疾患者共39人，有28.2%殺害陌生人，43.6%殺害熟人或朋友，10.3%殺害父母，2.6%殺害手足，5.1%殺害子女，2.6%殺害其他親屬，7.7%殺害配偶或同居人，其殺害家中親人的比率為28.2%，殺害直系血親尊親屬的比率為10.3%。

此外，可以注意到合併物質使用疾患的行為人，不論其為重大精神病或其他精神病診斷，其殺害陌生人、熟人或朋友的危險明顯增加(76.9%, 71.8%)。

表5-3-6：被鑑定人之精神疾病診斷類型與被害人關係

	無臨床診斷(6)	重大精神病(18)	重大精神病合併物質使用(13)	其他精神病(23)	其他診斷病合併物質使用(39)	總和(99)
陌生人	0(0%)	3(16.7%)	2(15.4%)	3(13.0%)	11(28.2%)	19 (19.2%)
熟人/朋友	3(50.0%)	7(38.9%)	8(61.5%)	9(39.1%)	17(43.6%)	44 (44.4%)
祖父母	1(16.7%)	0(0%)	0(0%)	1(4.3%)	0(0%)	2(2.0%)
父母	1(16.7%)	3(16.7%)	0(0%)	2(8.7%)	4(10.3%)	10 (10.1%)
子女	0(0%)	2(11.1%)	0(0%)	4(17.4%)	2(5.1%)	8 (8.1%)
孫子女	0(0%)	1(5.6%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(1.0%)
手足	0(0%)	0(0%)	1(7.7%)	0(0%)	1(2.6%)	2 (2.0%)
其他親戚	0(0%)	1(5.6%)	1(7.7%)	1(4.3%)	1(2.6%)	4(4.0%)
同居人或配偶	1(16.7%)	1(5.6%)	1(7.7%)	3 (13.0%)	3(7.7%)	9 (9.1%)

八、鑑定結果與起訴原因關係

以普通殺人罪來院進行精神鑑定的87人次鑑定中，有6.9%被鑑定為無責任能力，39.1%被鑑定為責任能力減輕，52.8%被鑑定為完全責任能力，其中有1.1%因被鑑定人在鑑定過程不合作、詐病企圖明顯而無法判定。而因殺直系血親尊親罪來院鑑定的12人次中，沒有任何一案被鑑定為無責任能力，有25%被鑑定為

責任能力減輕，66.7%被鑑定為完全責任能力，其中 8.3%(一人)因被鑑定人為 14 歲以下少年，不進行責任能力判定。

表 5-3-7：精神鑑定結果

鑑定結果	普通殺人罪 (87)	殺直系血親尊 親屬罪(12)	總和	備註
無責任能力	6 (6.9%)	0 (0%)	6 (6.1%)	
責任能力減輕	34 (39.1%)	3 (25%)	37 (37.4%)	
完全責任能力	45 (51.7%)	8 (66.7%)	53 (53.5%)	
強制性治療/ 全責任能力	1 (1.1%)	0 (0%)	1 (1%)	龍井女作業員 案，被控性侵殺 人，被告無罪。
教育	0 (0%)	1 (8.3)	1 (1%)	14 歲少年殺祖 父
無法判定	1 (1.1%)	0 (0%)	1 (1%)	醫學生男友分 屍案，詐病

九、精神病診斷與鑑定結果關係

綜合普通殺人罪及殺直系血親尊親屬罪的鑑定案件進行觀察，在無臨床診斷組中，83.3%為完全責任能力，16.7%無法判定；重大精神病組中，有 16.7%被判定為無責任能力，50%為部分責任能力，27.8%為完全責任能力；重大精神病合併物質濫用組中，7.7%鑑定結果為無責任能力，61.5%為部分責任能力，30.8%為完全責任能力；其他精神科診斷組中，有 4.3%為無責任能力，34.8%為部分責任能力，56.5%為完全責任能力；在其他精神病診斷合併物質使用中，2.6%被鑑定為無責任能力，30.8%為部分責任能力，66.7%為完全責任能力。

其中，其他精神病診斷及其他精神病診斷合併物質使用之鑑定結果，其被鑑定為無責任能力、部分責任能力及完全責任能力的比例接近，無臨床診斷組中沒有被判定為無責任能力者，83.3%為完全責任能力。而重大精神病者與重大精神病合併物質使用者的鑑定結果比例則較相近，但重大精神病者被認為是無責任能力者的比例較合併物質濫用者高。

表 5-3-8：被鑑定人之精神病診斷類型及精神鑑定結果

鑑定結果	無臨床診斷 (6)	重大精神病 (18)	重大精神病 合併物質(13)	其他精神科 診斷(23)	其他精神科診斷 合併物質(39)	總和 (99)
無責任能力	0 (0%)	3 (16.7%)	1 (7.7%)	1 (4.3%)	1 (2.6%)	6 (6.1%)
部分責任能力	0 (0%)	9 (50%)	8 (61.5%)	8 (34.8%)	12 (30.8%)	37 (37.4%)
完全責任能力	5 (83.3%)	5 (27.8%)	4 (30.8%)	13 (56.5%)	26 (66.7%)	53 (53.5%)
強制性治療/ 完全責任	0 (0%)	1 (5.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
教育	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.3%)	0 (0%)	1 (1%)
無法判定	1 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)

第二節 精神障礙者與親屬的緊密連結

重大精神疾病患者因精神症狀影響，其自我照顧、自我效能、社交及職業功能退化而多退縮於家中，除家人外少有互動對象，家人除照顧行為人之日常生活，尚有協助其規則服藥、追蹤之義務，因而容易與家人發生摩擦及不愉快。在此種生活型態的影響下，主要照顧家屬且不限於直系血親，成為患者的攻擊或出氣的對象。

第一項 精神障礙者容易侵害倫常條款的原因探討

從以上的統計結果發現因殺直系血親尊親屬罪被轉介司法精神鑑定的被鑑定人的平均年齡為 35.5 歲，較普通殺罪者年輕四歲，其年齡範圍也較（14-53）也較普通殺人罪小，由於犯行對象為被鑑定人之尊親屬，因此年齡差異尚可理解。性別方面，不論是普通殺人罪或殺直系血親尊親屬罪的女性所佔比例約 21%-25%，然根據法務部統計 99 年各地方法院檢察署執行裁判確定有罪的女性約佔 14.69%，殺人罪則佔 6.26%⁷，精神疾病的存在使得女性暴力犯罪的機率增加的危險性，與國外的研究結果類似⁸。婚姻狀態部分，殺直系血親尊親屬罪的被鑑定人中，未婚者佔 66.7%，顯著比犯普通殺人罪者的比例高，因此可以想像犯殺直系血親尊親屬罪者與原生家庭的關係較接近。與被害人的關係部分，普通殺人罪的被害人約有 20%為陌生人，熟人約佔 50%，具親屬關係者僅 27.6%。疾病診斷部分，殺直系血親尊親屬被鑑定人中，重大精神病診斷皆佔 25%，普通殺人罪者中重大精神病診斷為 17.2%，重大疾病合併物質使用者為 14.9%。從精神疾病診斷與被害人關係的分析中可知，凡有藥物或酒精使用者的殺害對象，陌生人及熟人朋友為最多，佔 60%以上，因此藥物或酒精的使用之有無，似乎對犯行對象的影響較是否為精神病性精神病的影響更大，此部分應與藥物或酒精使用者的人格特質關係有關，如物質使用者大多有好奇、容易衝動等特性。當以診斷別進行觀察時，罹患重大疾病之精神障礙者，其殺害對象為尊親屬者佔 16.7%與無診斷者相當，而殺害手足、卑親屬及其他親屬的比例亦有 27.9%；而重大精神病患者的所有犯行中，有 27.8%的被鑑定人被鑑定為完全責任能力；而罹患其他精神疾病者，殺害尊親屬的比例為 13.0%，殺害對象為親屬者為 47.9%，其中有 56.5%的犯行被認為是完全責任能力。上述二個診斷群合併物質使用疾患時，殺害具親屬關係者之比例約在 23-29%之間，但僅有 0-10%殺害尊親屬者。然而即便殺害的對象類似，但最終其犯行動機、犯行時的精神狀態，仍隨著精神疾病的本質不

⁷法務部，同註 4，頁 40-43。

⁸ Mouzos, Jenny. , *Mental disorder and homicide in Australia*, Trends and Issues in Crime and Criminal Justice/Australian Institute of Criminology 133, 3-4 (1999).

同而發生差異，以致於責任能力的鑑定之結果大相逕庭。

而究竟為什麼重大精神病患者的直系血親尊親屬或其他的親人容易成為他們的殺害的對象？難道真如立法者所言，這些精神障礙者是惡逆、大逆不道、不知反哺而生梟獍之心，忤逆反弑之人嗎？或者有其他非自主的因素，導致他們比其他人更容易觸犯倫常條款？即便事實上，其他的親屬亦是容易受害的對象，只是適用的法律不同。

以下以精神分裂病患者為例，探討上述現象的可能原因。精神分裂症患者的發病年齡以成年早期至成年間為最多，更早可能有 10 歲以下就發展出精神病症狀，女性發病年齡較男性稍晚，大約 20 歲至 30 歲間，越早發病者，疾病對其人生的破壞越大。精神分裂病是一種影響「思考」的退化性疾病，也因此罹病者在發病後，往往在學業、工作上的表現明顯下降，同時受精神症狀干擾，如：幻聽、被害妄想/關係妄想/被監視妄想等等，逐漸改變其人際關係及行為模式。臨床最常聽家人描述病人發病前跟發病後的狀態是「變了一個人」，罹病者逐漸變得多疑、害怕跟人接觸、情緒起伏大、行為怪異等，使得他們的人際互動越來越疏離、退縮，即便有工作，也無法維持太久，即使面臨適婚年齡，通常也無法找到對象結婚，而婚姻也往往難以維持，以致於大多數精神分裂病患者通常是單身、失業、與父母或是其他親人同住或是住附近，日常生活花費多半仰賴他人資助或是社會福利，同住的家人通常也協助與監督患者的就醫跟服藥治療的情形。而隨著社會型態的改變，以往的大家庭生活形態逐漸轉變成只有父母及子女組成的核心家庭，能夠提供罹病者照顧的人員也隨之變少，主要的照顧者通常是逐漸年邁的父母，少部分由手足或是子女提供協助，部分沒有家屬的患者，則可能安置於醫院的慢性病房，功能稍好者可以住在社區的康復之家。

患者與父母或其他主要照顧者共同生活的時間越長，彼此關係越緊密，衝突發生的機會也越來越多，患者可能在過程中逐漸衍生出針對家屬的妄想性思考或是因要求未獲滿足、金錢使用受限、發病被送住院等而生的怨懟，及因疾病而

帶來的失業、人生失落及人際受挫的種種壓力。不論是患者的症狀因未服藥或是其他因素變得嚴重，失去現實感，開始認同幻聽或妄想性思考的內容時，患者可能開始變得情緒起伏、易怒，行為變得有攻擊傾向、難以自控的狀態；或是因生活上的壓力而尋求情緒發洩，首當其衝的通常是同住的、關係親密的家屬，因為在面對家人時，患者容易卸下心防，不會有顧忌，即使造成身體的傷害，家人亦不太會對患者進行刑事追訴的處罰⁹。其次，平日較常接觸或妄想中的對象（鄰居、熟人）、或是醫護人員，都有較高機率成為被患者攻擊的對象。也因此，在精神分裂症的攻擊行為中，陌生人則較少成為被攻擊的對象。在草屯療養院因殺人案件進行精神鑑定的研究中，重大精神病障礙者攻擊陌生人的機率为 16.7%，重大精神病障礙合併物質使用者為 15.4%。

因此，精神障礙者攻擊尊親屬、手足、子女或是其他家人，可能與他們的生活侷限、失業、病情起伏、功能退化等等因素相關，其中包含許多非自願、主動可控制的因素，而是許多人生的無奈及無助的不幸結果，無法單純以行為人的惡性重大、不思親恩，或故意違背倫常禮教解釋。

第二項 精神障礙者實質上更容易面臨倫常條款的處罰

我國前司法行政部在民國 53 年 12 月以台灣省各監獄受刑人中，962 位故意殺人罪之受刑人作為調查對象，發現 16.85%的被害人是加害人的親屬，1.56%的被害人是加害人的父母，1.35%的被害人是加害人的子女；民國 59 年再度做了類似調查，結果與前次類似，殺直系血親尊親屬的行為是屬於相當少見的犯罪類型¹⁰，日本的統計資料亦有類似發現¹¹。日本研究統計自 1949 年至 1961 年間，因殺直系血親尊親屬罪被起訴，第一審判處有罪的 514 人中，因心神耗弱而給予法律減刑者，有 74 名，相當於有罪者 7 人之中，就有一人被認為是在精神狀態異常

⁹黃怡華，司法精神鑑定之家庭殺人犯罪個案之相關因素探討，頁 15-16，高雄醫學大學行為科學研究所碩士班，2006 年。

¹⁰司法行政部犯罪研究中心，殺人犯罪問題之研究，頁 120，1965 年 7 月。

¹¹謝開平，刑法第 272 條在立法上之檢討，刑事法學之理想與探索（二），頁 33-40，2002 年。

時犯案；相對於普通殺人罪，相同期間內被判有罪者為 14209 人，因心神耗弱而獲減刑者，共有 622 名，約有罪者 23 人中才有一人是在精神狀態異常時犯案¹²，也就是說，在殺害直系血親尊親屬罪的犯罪類型中，有很高的比例的行為人是處於精神狀態異常的情況下犯罪，子女不圖報答養育的恩情而反弑父母，違背了父母子女相互親愛的基本關係，通常存在有特殊的理由及情非得已的困難，精神病態即是其一。日本坪井孝幸教授（1960），曾對殺直系血親尊親屬犯進行精神醫學及犯罪學研究，指出加害人患精神異常或被害人的人格有問題或二者皆有人格問題者居多¹³。日本學者滿田久敏等人於昭和 36 年（1971）以日本大阪矯正管區內所有殺人既遂之犯罪人中，選出大阪刑務所的受刑人 41 人及滋賀刑務所 20 人，共 61 位男性，進行精神醫學及遺傳生物學的研究，在 14 名殺尊親屬之受刑人中，被認為精神正常者只有 1 名，有 5 名被認為是性格異常，6 名有精神病（其中 4 人疑為癲癇症），2 名為精神薄弱（智能障礙）。學者佐藤典子調查發生在昭和 50 年（1985）後，於昭和 62 年 12 月 31 日前判決確定的 209 件之殺人案件判決為對象，整理後發現全部行為人中，適用日本刑法第 39 條規定（相當我國刑法第 19 條）者，有 46 人，佔全部行為人 22%，其中 8 人為心神喪失被宣判無罪。同時比較昭和 61 年（1986）至昭和 63 年被舉發的殺人案件，發現殺尊親屬案件中，具有精神障礙或疑似精神障礙之行為人，比率達 44.2%，而在普通殺人案件中，行為人具有精神障礙之比例，則僅有 8.1%¹⁴。

由此可見，不論由我國的統計分析資料，或是日本的研究，皆可發現殺直系血親尊親屬的行為人中有很高的比例具有精神障礙或是疑似精神障礙。然精神障礙者發生殺父弑母行為的原因，與立法者所預想的犯罪行為的發生是源於行為人不知報答親恩，惡性重大的原因不同，更多的因素是因為罹病後認知功能、職業功能及人際互動功能逐漸下降，以致於生活僅能侷限於親人照顧可及的範圍，

¹²石榮顯，殺尊親屬罪加重處罰規定之比較研究，刑事法雜誌，13 卷第 5 期，頁 244-248，1969 年。

¹³石榮顯，同註 13，頁 248。

¹⁵謝開平，同註 11，頁 23。

與家人的生活摩擦漸多，有時因精神症狀起伏以致於出現暴力攻擊、殺人的行為。其行為的原因往往不是行為人自主或可控制的，若僅以違背倫常而不論行為人個別因素一律給予加重的處罰，似乎有失法律維護公平正義的目的。

此外，再將最高法院判決與草屯療養院鑑定資料相同期間進行比對，在民國 91 年 1 月 1 日至民國 100 年 6 月間，本院共有 12 件殺尊親屬案件鑑定，鑑定結果有 3 件為部分責任能力（其中 1 件判決不罰，逕送監護處分），8 件為完全責任能力，其中上訴至最高法院僅有 5 件（全為完全責任能力）。由此可推測，刑事訴訟程序對於社會中相對弱勢的精神疾病患者的並不是友善的制度，行為人的家屬在面臨精神障礙者的突發行為及喪失親人的狀況下，往往沒有餘力協助精神障礙者行為人繼續尋求較有利的裁判結果，而當精神障礙者過往就時常有行為問題時，家屬甚至會期待精神障礙者關越久越好，所以可能判決一旦確立，就立刻放棄上訴的權利，直接入監服刑。

因此，本文認為，殺直系血親尊親屬罪的實施結果，會使得精神障礙者在疾病的影響下，比一般人更容易受到倫常條款的懲罰，也因為其處於法知識及執行能力的弱勢，其在刑事訴訟程序中容易面臨更多的不利益，而有違憲法所保障的平等原則。

第三節 從精神醫學角度看精神障礙者犯殺直系血親尊親屬罪之處罰

從殺直系血親尊親屬罪的立法理由來看，大多數的學者支持對殺害尊親屬者加重處罰的原因不脫「直系血親尊親屬是己身所從出之人，血統攸關，養育劬勞，梟獍其心，而有逆殺之舉，有悖倫常，應加重處罰」之範圍¹⁵，民國 79 年開始，漸有學者認為殺直系血親尊親屬罪應予以廢止或予以特別立法；例如蔡墩銘教授

¹⁵李玉璽，從孝道思想論殺尊親屬罪概念衍變，頁 109-111，國立政治大學法學院法律系碩士班碩士論文，民國 90 年。

主張「蓋認為人民在法律以下一律平等，不必對尊親屬特別厚為保護也。」¹⁶學者陳志龍認為：其立法基礎係以古代孝順思想為出發，尊親屬享有優越地位，其只考慮到刑事意義的身份而不考慮及責任主義，如此思考實非現代刑事立法所當採¹⁷。學者許志雄則從平等原則與違憲審查理論的角度思考，認為：對殺直系血親尊親屬進行嚴格審查時，可發現該犯罪類型之立法目的不僅非不可或缺者，甚至殘留封建色彩，違反民主之本質，應屬違憲¹⁸。林山田教授直言：父母與子女間之關係，乃人倫中最重要密切之關係，行為人若非精神狀態異常，或有不足為外人道之特殊情事，始會有殺害父或母的行為，因此本罪之規定宜加以刪除¹⁹。黃源盛教授亦認為「之所以釀成『逆倫』慘案，有不少比例系肇因於行為人之精神異常，或因酒醉、毒癮、自我控制力薄弱，或受到長久虐待、傷害、嘲罵，或有不足為外人道的不倫情事等所致，依目前的實況來看，情輕而法重者仍時有所聞，同時也會造成一種絕對義務的不公平現象。」²⁰刑事量刑應回歸到給犯罪人一個是合於其犯罪行為的處罰的本質，雖則犯罪被害人因素在很多方面影響量刑的適用，但應該限於與犯罪行為有關聯，即除非是與行為責任或刑罰為目的有關者，始可做量刑因素之參考²¹，而尊卑關係是天生無法改變的性質，自然不該為其特別立法。

儘管近 20 多年來，刑法學者們逐漸形成殺尊親屬罪無須特別立法，可改以普通殺人罪及刑法第 57 條規定進行酌科即可的專家意見，但殺直系血親尊親屬罪仍始終未有任何改變。

精神疾病本身，特別是精神分裂症、躁鬱症或是妄想症等重大精神病，對罹病者、罹病者家屬，甚至社會都是相當沈重的負擔。精神障礙者絕非是因為做了天理不容的壞事而遭到生病的懲罰，卻因為精神疾病而使得人生變調，他們有

¹⁶蔡墩銘，刑法各論，頁 30，三民書局，民國 79 年 9 月。

¹⁷陳志龍，人性尊嚴與刑法體系入門，頁 307，自刊，民國 81 年

¹⁸許志雄，殺直系血親尊親屬罪與平等原則，月旦法學雜誌（37），民國 87 年。

¹⁹林山田，刑法各論罪（上冊），頁 51，作者自刊，民國 88 年。

²⁰黃源盛，固有倫常與舶來法律，頁 54-55，政大法學評論，117 期，民國 99 年。

²¹王正嘉，犯罪被害人影響量刑因素初探，國立中正大學法學集刊，第 36 卷，頁 88-89，民國 101 年。

可能來自全家都是精神病患的家庭、中產階級的家庭，可能原來是醫師、工程師、留美的雙博士等等，在疾病的影響之下，回不到原來的美好人生，家屬承接了大部分的照顧責任，罹病者疾病的治療協助、情緒及行為異常、及來自社會的歧視對待等等，同時他們也是精神障礙者發生暴力行為時，最容易的攻擊對象，父母尤為最多。

從最高法院殺直系血親尊親屬罪的判例調查中（詳見第四章），有 48% 以上的行為人被認為有程度不等之精神疾病，而以殺直系血親尊親屬罪之案轉介進行責任能力鑑定的行為人中（見第五章第三節第五項），則有 83.3% 的行為人具有精神疾病診斷，前者也有因精神障礙者的行為人未上訴或判決不罰，以致於樣本中精神障礙者比例有較實際值偏低的可能，後者也可能因為法院認定有精神疾病才進行轉介，而發生選樣的差誤，使得比例偏高；且進行二個研究對象的比對時，發現後者的 12 案（10 案來自地方法院，1 件高等法院，1 件地方法院檢察署）中，除 1 案經法院判決行為人無責任能力為無罪之宣告並逕行監護處分外，其餘僅有 5 案（2 案為無臨床診斷，3 案精神官能症，其中一人合併邊緣性人格違常）進行上訴至最高法院，因此推論精神疾病在殺直系血親尊親屬罪中的盛行率²²應介於 48% 至 83.3%，同時亦可觀察到罹患精神疾病的行為人在訴訟程序中的弱勢，很難窮盡所有救濟途徑，以追求更有力的判決的現狀。縱使因疾病診斷對於犯行時之精神狀態的影響各異，以致於責任能力的未必符合刑法第 19 條前 2 項之規定，但仍可見在殺直系血親尊親屬罪這樣稀有的犯罪型態中，精神疾病是不容忽視的存在。精神障礙者的犯行，特別是重大精神疾病患者，往往跟精神疾病症狀的惡化、疾病引起的道德敗壞（demoralization）或是衝動控制不佳有關，與早年立法者設想的起因於行為人的惡性，故意且惡質地悖倫弑親有很大的不同。雖然合併有藥物濫用或依賴診斷者，或人格違常者，其人格特質、犯行動機及對象，與重大精神疾病診斷者有明顯的差異，不免讓人認為是否有必要保存刑法第 272

²² 在某特定時間，某特定疾病在每 100 人曾經罹病的比率。

條，以維持尊親孝親的的絕對必要，然當執法者就行為人的個別狀態進行分析及理解時，仍可將惡質的行為人處以現行第 272 條的最高刑度。反之，並無法得到類似的結果。

刑法第 272 條之法定刑為死刑或無期徒刑，相較第 271 條普通殺人罪的法定刑顯然嚴厲。即使精神障礙者在殺害尊親屬後，經由責任能力鑑定認為其辨識力及控制力有明顯降低，在進行刑法第 57 條的酌科、第 59 條情堪憫恕的酌減，其最終判決結果也不會等同於在相同精神狀態下殺害手足或是他人而獲致的判決結果

由於殺直系血親尊親屬罪的行為人中，有絕大部分具有精神疾病診斷，也就是說該法有很大機會適用在罹有精神疾病的行為人身上，同時此類行為人因其疾病衍生的後續狀態下，若沒有適當的協助，於刑事訴訟程序中，顯然有遭受不利益的可能，不太可能窮盡所有的手段為自己尋求最佳的判決結果，因此本文認為需從精神障礙者犯殺直系血親尊親屬罪之現象，重新思考這個特別規定。

因此，從精神障礙者行為人的角度進行觀察，首先，加重法定刑罰，再以各種理由進行減刑，這是相當矛盾的作法。其次，相同的精神狀態，相同的殺害行為，只因殺害對象的不同，而有法律上不一的評價，亦充滿矛盾。假設法律應為道德所用，為何獨尊孝道，父母愛子女豈不應該，為何在尊殺卑幼，沒有相應的規定，上述犯行常見於憂鬱症患者的慈悲殺人²³。此間，不僅是因「被害人的身份尊卑」而產生生命法益的不等價，也認定不同精神疾病診斷的行為人的「行為」不等價，而產生雙重的不平等。所以，本文認為倫常道德固然是人與人間往來的規則與優良傳統，但不該以法律的規定來鞏固，以避免造成社會及法秩序的扭曲現象。

²³ 見本文第三章第三節鬱期時的犯罪行為。

第六章 結論與建議

我國傳統強調三綱五常，除了忠君之外，孝道更廣被重視，是以各個朝代的法律對於傷害、甚而殺害尊親屬者皆有加重處罰的規定。因而過去的刑法與道德、宗教與風俗有密切的關係，與大多數人信仰、道德背離的行為，不但常被評價為違反善良風俗的行為，也常被認為是可罰的行為。清朝末年沈家本修法，為除去舊法令中的綱常名教禮法條款，與以勞思光等禮教派展開連串的論戰，最後功敗垂成，是以我國刑法中仍有許多維護道德、人倫關係的法律，除了尊親屬對象的範圍變更外，持續維持加重處罰以維風教的原則。

然而，啟蒙時代之後的刑法認為只有與公民間和平的、自由的共同生活不一致的行為，才能施以刑罰，是以「行為的社會損害性」為聯結點，亦即即使是不道德的行為，如未損及人類和平的共同生活，也不應受刑罰制裁，將刑法與特定道德過度連結是不正確的作法²⁴。民國 99 年 1 月 27 日，中華民國刑法針對「遺棄直系血親尊親屬罪」增訂第 294 條之 1 的排除條款²⁵，將子女對於直系血親尊親屬之扶助、養育或保護的義務，從絕對義務改為相對義務，某種程度動搖了「天下無不是的父母」的傳統概念，也將法律上子女需對尊親屬的孝順奉養的要求加上前提要件。可惜雖然從民國 80 年左右開始，陸續有學者提出「殺直系血親尊親屬罪」並不符合現代刑法的立法原理，違背憲法之平等原則，或建議應進行廢除改以普通殺人罪及刑法既有的法律進行加重或減輕等看法等等，似乎並未獲得立法者的注意。

²⁴林鈺雄，新刑法總則，頁 8-9，3 版，元照，2011 年。

²⁵刑法第 294-1 條對於無自救力之人，依民法親屬編應扶助、養育或保護，因有下列情形之一，而不為無自救力之人生存所必要之扶助、養育或保護者，不罰：

- 一、無自救力之人前為最輕本刑六月以上有期徒刑之罪之行為，而侵害其生命、身體或自由者。
- 二、無自救力之人前對其為第二百二十七條第三項、第二百二十八條第二項、第二百三十一條第一項、第二百八十六條之行為或人口販運防制法第三十二條、第三十三條之行為者。
- 三、無自救力之人前侵害其生命、身體、自由，而故意犯前二款以外之罪，經判處逾六月有期徒刑確定者。
- 四、無自救力之人前對其無正當理由未盡扶養義務持續逾二年，且情節重大者。

而反觀我們所師法的日、德二國，先後廢除殺尊親屬罪的加重處罰規定。日本最高裁判所在昭和 48 年（1973）4 月 4 日作出刑法第 200 條的殺尊親屬的罪之法定刑為死刑或無期徒刑違反憲法中平等原則而無效的判決，日本國會雖遲至 1995 年宣布廢除刑法第 200 條，期間皆以普通殺人罪起訴殺害尊親屬之行為人，形同已實質廢除該法。與刑法第 199 條普通殺人罪之法定刑相較是重大不合理差別待遇的規定。違反憲法第 14 條第 1 項之規定而被認為無效。德國則於 1941 年生效的帝國刑法修正法中，正式廢除第 215 條殺直系尊親屬罪的規定，廢除理由與孝道存在價值或違憲與否無關。少數歐洲國家，芬蘭、義大利、羅馬尼亞、西班牙及土耳其等國，雖未廢除殺尊親屬加重處罰的規定，但相應的加重處罰尊殺卑的行為，因此較不會發生「生命法益」不等價的違憲疑義。

殺直系血親尊親屬罪的立法是為了處罰違逆孝道、不思報答親恩，惡性重大之行為人，是將「行為主體的身份」擬制成行為人主觀的惡意，但身份與惡意間並不存在等號。何況實際施行的結果，無論是日本或是本國的研究調查結果，重大精神疾病障礙者因其疾病特性、生活狀態及整體功能的惡化，其侵害直系血親尊親屬罪的機率較一般人高，以致於更容易受到殺直系血親尊親屬罪的處罰，同時其為社會的弱勢，若無給予特別協助，更容易在訴訟程序中遭受不利益。此外，依現行的只加重處罰卑殺尊的法律規定，除可以想見的因身份差等造成的生命法益不等價外，在某些特殊狀態，如：相對於可能發生尊殺卑的憂鬱症患者，也有因精神疾病差異以致於造成「行為不等價」的結果，從而產生更多的不平等。因此，本文認為殺直系血親尊親屬罪的立法，看似公平的適用於國民全體，但實際施行的結果，已明顯的使得重大精神障礙者特別容易受到這個法律的處罰，更遑論此法是以行為人的客觀身份做成主觀惡性的加重處罰條件，即便根據刑法第 57 條重新審視行為人的個別狀態進行酌科，亦無法與侵害刑法第 271 條普通殺人罪進行酌科達到相同的法律效果。反之，若改以刑法第 271 條普通殺人罪適用於殺直系血親尊親屬的行為，當行為人的犯行手段殘忍、惡意重大、毫無可憫之處

時，不論是否進行酌科，仍可以達到原先第 272 條所設定之法定刑。

孝道固然是值得珍視與鼓勵的道德與傳統，但是這原該是父母子女間自然的親愛關係，基於雙方長久相互關懷照顧的互動，所建立的關係，雖然以法律規定強化孝道的重要及必然，似可以讓孝道的美德更深植人心，卻忽略了人間事千百款，天下無不是的父母只是理想，翻開報紙家庭暴力、亂倫的事件時有所聞，以法律強制孝道的踐行，不免顯得侷促且荒誕。應讓法律的歸法律，道德的歸道德。人倫關係的進展應源於個人與個人自發性的情緒表露，而非以法律要求單方面絕對的順從及忠誠。刑法第 294 條之 1 的增修將子女對父母的絕對撫養及照顧義務由絕對改為相對，便是順應此般思潮結果。

究竟刑法第 272 條殺直系血親尊親屬罪是否該續存於我國刑法當中，黃源盛教授曾做以下五個思考方向的建議²⁶：

- 一、 維持原規定，以彰顯傳統孝道文化的獨特性。
- 二、 修正刑法第 272 條的法定刑，使其較有機會適用緩刑的規定。
- 三、 對於刑法第 272 條的行為客體，增列直系血親卑親屬，以符合所謂的相對義務性。
- 四、 刪除刑法第 272 條，以從德日等國的立法趨勢。
- 五、 將刑法第 272 條及同法中第 170 條「誣告直系血親尊親屬罪」、第 250 條「侵害直系血親尊親屬罪」、第 281 條「施暴行於直系血親尊親屬數未成傷罪」、第 295 條「遺棄直系血親尊親屬罪」以及第 303 條「剝奪直系血親尊親屬行動自由罪」等倫常條款一併刪除，或增訂「排除條款」以符合人格權的平等與倫理義務的相對性。

從精神醫學的角度來看，前二項建議皆無法解決重大精神病障礙者實質的較一般人容易面臨刑法第 272 條追訴的困境，第三個建議看似將直系血親之間的

²⁶黃源盛，同註 20，頁 55-56。

尊卑差等弭平，但實際上，仍會造成直系血親與其他親人或非血緣關係被害人間生命法益不等價的結果，且除父母子女外，其他家屬亦可能是精神障礙者的受害人，雖然其他歐洲國家採取類似的立法例，但本文認為並非良方。第四及第五的建議重點皆是刪除刑法第 272 條，然第五個建議是將刑法中關於行為客體為尊親屬的加重處罰規定進行刪除或增訂，是對法體系更完整的考慮，事實上，日本國會於 1995 年刪除刑法第 200 條的規定後，也一併廢除第 205 條第 2 項傷害尊親屬致死罪、第 218 條第 2 項遺棄尊親屬罪、及第 220 條第 2 項逮捕監禁尊親屬罪等加重處罰規定。

由第四章最高法院的判決分析中，我們發現法官與司法精神鑑定醫師間對於「精神障礙或其他心智缺陷」的解釋，未盡一致，法官認定需要進行司法鑑定的嫌疑人中，有四分之一被司法精神鑑定醫師認定無精神相關疾病，而六分之一未轉介司法精神鑑定的嫌疑人中，有精神科相關診斷；且經由精神鑑定被認為有責任能力缺損的行為人中，其被判的刑度也相對較輕，因此對精神障礙者而言，精神鑑定是協助其獲致公平審判的助力之一。但事實上，法官卻沒有妥適的工具或客觀依據來判斷眼前的犯罪嫌疑人是否應進行司法精神鑑定。

同時，不論從第五章殺人案件精神鑑定研究，或是日本的監獄及犯罪學研究中，皆發現殺直系血親尊親屬為稀有之犯罪類型，且行為人有集中在重大精神疾病障礙者身上，因此過度加重處罰行為人，有欠妥當²⁷。許玉秀教授認為，殺親罪的加重理由存在行為人的主觀面，而不是表面的客觀身份，而在殺直系血親尊親屬罪的類型中，是以行為人的客觀身份擬制行為人的主觀惡性，而目前實務上的犯罪行為人多半不是因其身份而具有應加重的主觀要素，而建議應消解此種犯罪處罰類型。²⁸

本文認為進步的刑法必須能貼近社會的脈動，當家庭的組成逐漸從大家庭

²⁷謝開平，同註 11，頁 28-31。

²⁸許玉秀，除罪：消解類型-從殺害直系血親尊親屬罪談起。刑事法學之理想與探索（二），頁 12-16，2002 年。

的形式轉為核心家庭，甚至小家庭的模式時，可預見的是家庭能夠提供給個人的支持越來越薄弱，因此有必要對於家庭成員間的關係作特別的保護，儘管家庭中自有其尊長卑幼的倫常，但不宜再以法律強制的實行單一的價值觀，且應盡量保護家庭中的弱勢，以避免刑罰的強制性造成家庭關係的破壞，而形成更扭曲的家庭關係²⁹。因此，不論是從精神醫學角度、立法政策、比較法學及社會的趨勢等角度看來，未來的刑法第 272 條仍應朝向廢除的方向進行，而改以刑法第 271 條普通殺人罪、輔以刑法第 57 條刑之酌科的規定，對所有的殺人行為進行起訴、審理及判決的程序。



²⁹謝如媛，刑法規範下的家庭秩序，國立台灣大學法學論叢，第 35 卷第 6 期，頁 321-322，2006 年。

參考文獻

一、專書

- 孔繁鐘、孔繁錦編，DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊，合計圖書出版社，1997。
- 司法院秘書處，日本國憲法判例譯本第八輯，再版，1990。
- 司法行政部犯罪研究中心，殺人犯罪問題之研究，1965。
- 台北市立聯合醫院松德院區，司法精神醫學講義，2000。
- 李明濱編，實用精神醫學，國立台灣大學，二版，1999。
- 林山田，刑法通論(上)，自刊，增定9版，2005。
- 林山田，刑法各論罪(上冊)，作者自刊，1999。
- 林鈺雄，新刑法總則，3版，元照，2011。
- 林憲、林信男，精神鑑定，台北橘井文化，1986。
- 林憲，精神醫學與社會，當代醫學雜誌，1978。
- 法務部，犯罪狀況及其分析，2010。
- 周洽平，刑法各論，三民，1968。
- 許春金，犯罪學，三民出版社，修訂五版，2007。
- 許玉秀，除罪：消解類型-從殺害直系血親尊親屬罪談起。甘添貴教授六秩祝壽
論文集-刑事法學之理想與探索(二)，頁1-16，學林，2002年
- 陳志龍，人性尊嚴與刑法體系入門，自刊，1992
- 黃源盛，法律繼受與近代中國法，元照出版有限公司，2007。
- 張麗卿，司法精神醫學-刑事法學與精神醫學之整合，元照，二版，2004。
- 張麗卿，司法精神醫學-刑事法學與精神醫學之整合，元照，三版，2011。
- 蔡墩銘，刑法各論，三民書局，1990。
- 謝開平，刑法第272條在立法上之檢討，甘添貴教授六秩祝壽論文集-刑事法學
之理想與探索(二)，頁17-48，學林，2002。
- 韓忠謨，刑法原理，自刊，5版，1979。

二、期刊論文

- 王正嘉，犯罪被害人影響刑事量刑因素初探，國立中正大學法學集刊，第 36 卷，頁 57-94，2012。
- 石顯榮，殺尊親屬罪加重處罰規定之比較研究，刑事法學研究，第 13 卷第 5 期，頁 62-98，1969。
- 李聖傑，從殺人罪在德國法制發展思考台灣殺人行為的規範，刑事法學新趨勢 -Lothar Philipps 教授七秩祝壽論文集，頁 27-41，2004。
- 林憲，精神疾病患者刑責能力之精神病理學研究，台灣醫誌第 75 期，頁 175-82，1976。
- 林憲，精神疾病患者刑責能力之精神病理學研究，台灣醫誌第 75 期，頁 175-182，1976。
- 林憲，精神鑑定 200 位個案之分析及精神疾患患者刑責能力之探討，國科會補助研究，1984
- 林信男，精神疾病患者之暴力犯罪，台灣醫誌，第 84 期，頁 500-12，1985。
- 周仁宇、游正名等，情感性精神病患者之犯罪行為，台灣精神醫學第 11 卷第 4 期，頁 15-25，1997。
- 周煌智、龍佛衛、郭壽宏，精神疾患與暴力綜說。公共衛生 22 (3): 頁 189-200，1995。
- 游正名、楊添圍等，精神鑑定結論與法院裁判認定間不一致現象之分析 (第一報): 犯行時之精神狀態，台灣精神醫學，第 19 卷第 3 期，頁 225-236，2005。
- 許志雄，殺直系血親尊親屬罪與平等原則，月旦法學雜誌第 37 期，頁 14-15，1998。
- 黃源盛，固有倫常與舶來法律-「殺尊親屬罪」的歷史、觀念及其歸趨。政大法學評論第 117 期，頁 1-62，2010。
- 黃銘傑，朝向平易近人化的日本刑法修正，月旦法學雜誌第 5 期，頁 120，1995。
- 黃聿斐，中部某精神專科醫院近十年執行精神鑑定案例分析結果初探，台灣精神醫學會年會口頭發表，2012。
- 黃聿斐，100 及 101 年度草屯療養院院內研究計畫「精神醫學與司法系統的交界：司法體系中的精神疾病的流行病學」。

- 葉佐偉、周仁宇等，34 例安非他命使用疾患之精神鑑定，頁 320-331，台灣精神醫學，第 12 卷第 4 期，1998
- 張麗卿，藥癮與犯罪。刑事法雜誌：第 38 卷第 3 期，頁 13-27，1994。
- 楊添圍、游正名等，精神分裂症患者之犯罪行為，台灣精神醫學第 15 卷第 4 期，頁 290-298，2001
- 楊士隆，台灣地區殺人犯罪之研究：多面向成因之實證調查，犯罪學期刊，4 期，頁 185-224，1999 年 6 月。
- 劉絮愷、林憲等，殺害未成年子女犯人之分析。中華精神醫學第 11 卷第 1 期，頁 16-27，1997。
- 謝如媛，刑法規範下的家庭秩序，國立臺灣大學法學論叢，第 35 卷第 6 期，頁 291-329，2006。
- 謝如媛，刑法與倫常--「殺尊親屬罪」判例選讀，月旦法學教室，第 109 期，頁 97-104，2011 年。
- 監察院，0990800945 號調查報告，2011 年 5 月 12 日。

三、學位論文

- 王富強，精神鑑定，國立政治大學法學院碩士論文，2003。
- 李玉璽，從孝道思想論殺尊親屬罪概念衍變，頁 109-111，國立政治大學法學院法律系碩士班碩士論文，2001。
- 黃怡華，司法精神鑑定之家庭殺人犯罪個案之相關因素探討，高雄醫學大學行為科學研究所碩士班，2006。

四、外文資料

- Bénézech M, Bourgeois M.: Homicide is strongly correlated to depression and not to mania. *Encephale Jan*; 18 Spec No 1: 89-90, 1992.
- Benjamin James Sadock and Virginia Alcott Sadock, *Synopsis of Psychiatry 9th Edition*, USA, Lippincott Williams & Wilkis, 2003.

Bourget, Dominique; Bradford, John M.: Homicidal parents. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie* Vol 35(3), 233-238, 1990.

Callahan LA, Steadman HJ, McGreevy MA, Robbins PC.: The volume and characteristics of insanity defense pleas: an eight-state study. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 19(4): 331-8, 1991.

Carlson GA, Goodwin FK.: The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry* 28 (2): 221-8, 1973.

Carpenter, William T.; Heinrichs, Douglas W.; Wagman, Althea M.: Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept. *The American Journal of Psychiatry* Vol 145(5): 578-583, 1988.

Constantine, R., Andel, R., Petrila, J., Becker, M., Robst, J., Teague, G., et al.: Characteristics and experiences of adults with a serious mental illness who were involved in the criminal justice system. *Psychiatr Serv.* 61(5): 451-457, 2010.

Elizabeth Walsh, Alec Buchanan, Thomas Fahy: Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry* 180: 490-495, 2002.

Eronen M, Tiihonen J, Hakola P.: Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull.* 2: 83-9, 1996.

Eronen, M., Hakola, P. & Tiihonen, J.: Mental disorders and homicidal behaviour in Finland. *Archives of General Psychiatry* 53: 497-501, 1996.

Felthous: Combined homicide-suicides: a review. *J Forensic Sci.* 40(5): 846-57, 1995.

Goldsein: The Drug/Violence nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Drug* 15: 493-506, 1995.

Gottlieb P, Gabrielsen G, Kramp P.: Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand.* 76(3): 285-92, 1987.

Guze, (1976): *Psychiatric Disorders and Crime: a Study of Pretrial Psychiatric Examinations.* *Dis Nerv Syst.* 37(5): 309-11, 1976.

Guze S: *Criminality and Psychiatric Disorders*. London. Oxford University Press. 130-1, 1976.

Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR.: Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 50(1): 62-8, 1999.

Herschel A. *Prins: Offenders, Deviants, or Patients? Explorations in Clinical Criminology*, 4th ed., Routledge, 2010.

Kirschner SM, Galperin GJ.: Psychiatric defenses in New York County: pleas and results. *J Am Acad Psychiatry Law* 29(2): 194-201, 2001.

Linqvist, P.: Criminal homicide in Northern Sweden 1970-1981: Alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *International Journal of Law and Psychiatry* vol. 8: 19-37, 1986.

Lindqvist, P. & Allebeck, P.: Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, 157, 345-350, 1990.

Liya Xie: Gender Difference in Mentally Ill Offenders: A Nationwide Japanese Study. *Int J Offender Ther Comp Criminol*; vol. 44 no. 6, 714-724, 2000.

Michael Kingham & Harvey Gordon: Aspects of morbid jealousy. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, 207 - 215, 2004.

Mouzos, Jenny. , *Mental disorder and homicide in Australia, Trends and Issues in Crime and Criminal Justice/Australian Institute of Criminology* 133, 1-6, 1999.

Robertson G: Arrest patterns among mentally disordered offenders. *Br J Psychiatry* 153: 313-6, 1988.

Sheard M: Effect of lithium on human aggression. *Nature* 230(5289): 113-4, 1971.

Singleton, N., Meltzer, H. and Gatward, R.: Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office of National Statistics. The Stationery Office, London, 1998.

Spry, W. B. & Craft, M.: The function of a forensic assessment and rehabilitation unit in Mentally Abnormal Offenders, eds M. Craft & A. Craft, Bailliere Tindall, London, 397- 402, 1984.

Swanson J, Holzer C, Ganju V, et al: Violence and Psychiatric Disorder in the Community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry* 41: 761-70, 1990.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., et al.: A national Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*; 63(5), 490-499, 2006.

Teplin LA.: The criminality of the mentally ill: a dangerous misconception. *Am J Psychiatry*. May; 142(5): 593-9, 1985.

Teplin, L. A.: The prevalence of severe mental disorder among urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program. *American Journal of Public Health* 80: 663-669, 1990.

Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., et al: Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry* 154: 840-845, 1997.

Tracey A. Skilling, Grant T. Harris and Marnie E. Rice, Vernon L. Quinsey: Identifying Persistently Antisocial Offenders Using the Hare Psychopathy Checklist and DSM Antisocial Personality Disorder Criteria, *Psychological Assessment* Vol. 14(1): 27 – 38, **2002**.

附錄一、刑責能力判斷準則（何海、莊明敏、林信男、林憲，1997）¹

病名	ICD-10/DSM-IV	心神喪失	精神耗弱
精神分裂病	F20/295	1.呈現明顯精神病症狀（包括精神分裂症正性及負性）致認知及現實判斷能力極度受損。 2.行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所控制者。	1.呈現精神病症狀（包括正性及負性症狀）致認知及現實判斷能力明顯受損。 2.行為受妄想或幻覺等精神病症狀所影響者。
分裂情感性障礙	F25/295.7	1.呈現明顯精神病症狀（包括正性、負性或情緒障礙）致認知及現實判斷能力極度受損。 2.行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所控制者。	1.呈現出精神病症狀（包括正性、負性或情緒障礙）致認知及現實判斷能力明顯受損。 2.行為受妄想或幻覺等精神病症狀所影響者。
情感疾病	F31-33,F35-39/296	1.呈現重躁或鬱狀態致認知及現實判斷能力極度受損。 2.行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所控制者。	1.呈現躁或鬱狀態致認知及現實判斷能力明顯受損。 2.行為受妄想或幻覺等精神病症狀所影響者。
妄想型精神病	F22, F24/297.1, 297.3	行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所控制者。	行為受妄想或幻覺等精神病症狀所影響者。
急性或短暫性精神病或其他精神病	F23/298.8, 293,298.9	行為直接受精神病症狀之影響致理解判斷能力或自我控制能力極度受損。	行為受精神病症狀之影響致理解判斷能力或自我控制能力明顯受損。

¹台灣精神醫學會司法精神醫學學術分組第十五次會議（民國 86 年 5 月 3 日）決議。

器質性精神疾病	F00-F19,G40/290-294,303-305	1.呈現器質性因素導致明顯意識障礙或精神病症狀，以致認知及現實判斷能力極度受損。 2.行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所控制者。	1.呈現器質性因素導致意識障礙或精神病症狀，以致認知及現實判斷能力明顯受損。 2.行為受妄想或幻覺等精神病症狀所影響者。
癡呆症	F00-F04/290,294	中度以上之癡呆症，或伴有精神病之輕度癡呆症，以致認知及現實判斷能力，或自我控制能力極度受損。	輕度癡呆症，以致認知及現實判斷能力，或自我控制能力明顯受損。(註 1)
譫妄狀態	F05/293	呈現意識障礙，致認知及現實判斷能力，或自我控制能力極度受損。	呈現意識障礙，致認知及現實判斷能力，或自我控制能力明顯受損。
智能不足	F70-F79/317,318	重度以上智能不足，或伴有精神病之輕、中度智能不足，以致認知及現實判斷能力，或自我控制能力極度受損。	1.中度智能不足，以致認知及現實判斷能力，或自我控制能力明顯受損。(註 2) 2.輕度智能不足，合併急性壓力反應、創傷後障礙症或適應障礙症，以致認知及現實判斷能力，或自我控制能力明顯受損。

註 1:若輕度癡呆症伴有精神病症狀，則以其精神病症狀之影響為重點考慮，不再另列。

註 2:若輕度智能不足伴有精神病症狀，同上原則。

附錄二、52 個最高法院殺直系血親尊親屬罪判決整理



案號	裁判結果	既遂與否	關係	動機	被害人數	物質使用	鑑定單位	精神疾病	19條適用	徒刑	刑度	摘要			
最高法院99年度台上字第7614號	上訴駁回	既遂	祖父母	衝突	1	無	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院99年度台上字第4873號	上訴駁回	既遂	父母	疾病	1	無	台南	重大精神病	部分責任能力		十年以下				
最高法院99年度台上字第3841號	上訴駁回	既遂	父母	金錢	1	無	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院99年度台上字第3102號	上訴駁回	未遂	父母/手足	金錢	3	無	無	無診斷	完全責任能力		十年以下				
最高法院99年度台上字第2414號	上訴駁回	未遂	父母/手足	金錢	2	無	無	無診斷	完全責任能力		十年以下				
最高法院98年度台上字第821號	上訴駁回	既遂/未遂	父母	衝突	2	酒精	慈惠	重大精神病/人格障礙/	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院98年度台上字第62號	上訴駁回	未遂	父母	衝突	1	酒精	無	物質依賴及濫用	完全責任能力		十年以下				
最高法院98年度台上字第6219號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院98年度台上字第5543號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	無	智能障礙	部分責任能力	15年	十年以上	未做鑑定，以學校智能報告為主。			
最高法院97年度台上字第6100號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	草療	其他精神病	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院97年度台上字第528號	上訴駁回	未遂	父母	衝突	1	無	無	無診斷	完全責任能力	20年	二十年以上	父親把孩子交付社會局			
最高法院97年度台上字第5047號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	酒精	草療	物質依賴及濫用	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院97年度台上字第3732號	上訴駁回	未遂	養父母/路人	疾病	3	無	國軍北投	重大精神病	部分責任能力	13年6月	十年以上	殺養父未遂+預備殺養母，具精神障礙、未遂及自首三項減刑因素。			
最高法院96年度台上字第6992號	上訴駁回	未遂	祖父母	無法判定	1	酒精	無	物質依賴及濫用	完全責任能力	7年	十年以下	祖母腦傷，酒後將祖母、棉被跟枕頭關在冰箱裡，法官認為不用鑑定就可以進行判斷。			
最高法院96年度台上字第1891號	上訴駁回	既遂	父母	金錢	1	無	慈惠	人格障礙	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院95年度台上字第5670號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	酒精	亞東醫院	物質依賴及濫用	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院95年度台上字第4664號	上訴駁回	既遂	父母	無法判定	1	無	嘉基	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院94年度台上字第3541號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	嘉南	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院93年度台上字第6880號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	酒精	嘉南	物質依賴及濫用	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院93年度台上字第5522號	上訴駁回	未遂	父母	衝突	1	酒精	草療、中榮	物質依賴及濫用	完全責任能力		十年以下				
最高法院93年度台上字第130號	上訴駁回	未遂	父母	衝突	1	酒精	無	無診斷	完全責任能力		十年以下				
最高法院92年度台上字第1219號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	桃榮	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院91年度台上字第7204號	上訴駁回	既遂/未遂	父母/手足	金錢	2	酒/強力膠	凱旋	物質相關精神病	部分責任能力		無期徒刑	器質性精神病，反社會人格、長期濫用安非他命、強力膠、酒精。			
最高法院91年度台上字第2858號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	海洛因	無	物質依賴及濫用	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院90年度台上字第7123號	上訴駁回	既遂	父母	慈悲殺人	1	無	凱旋	其他精神病	部分責任能力	6年	十年以下	食道癌、精神官能症。餓食父親期間，因思及其罹有重病將不久於人世，恐其死後父將無人照顧。			
最高法院90年度台上字第5765號	上訴駁回	既遂	父母	金錢	1	無	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑	兄弟合謀保險金殺人			
最高法院90年度台上字第3412號	上訴駁回	既遂	父母	疾病	1	無	北榮	重大精神病	部分責任能力	10年6月	十年以上	不規則吃藥，長期精神科治療			
最高法院89年度台上字第3048號	上訴駁回	既遂	父母	金錢	1	酒精	聯醫松德	無診斷	完全責任能力		死刑				
最高法院88年度台上字第789號	有罪	未遂	父母/卑親屬	金錢	3	酒精	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院88年度台上字第3625號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	酒精	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院88年度台上字第3096號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	草療	無診斷	完全責任能力	14年	十年以上				
最高法院88年度台上字第2503號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	草療	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院88年度台上字第1576號	上訴駁回	既遂/未遂	父母	衝突	3	酒精	無	無診斷	完全責任能力		死刑				
最高法院87年度台上字第3114號	上訴駁回	既遂	父母	金錢	1	無	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院87年度台上字第2273號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	酒精	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院87年度台上字第1893號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院86年度台非字第293號	減刑(19)	既遂	父母/手足	疾病	2	無	不明	重大精神病	部分責任能力	8年	十年以下				
最高法院86年度台上字第855號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	酒精/安眠藥	無	無診斷	完全責任能力		死刑				
最高法院86年度台上字第1489號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	成大	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院85年度台上字第4652號	上訴駁回	既遂	父母	金錢	1	無	凱旋	人格障礙	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院85年度台上字第1897號	上訴駁回	既遂	祖父母	金錢	1	強力膠	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院101度台上字第5331號	上訴駁回	未遂	父母	衝突	1	安非他命/搖頭丸/其他命	無	無診斷	完全責任能力	15年	十年以上				
最高法院101年度台上字第4886號	上訴駁回	未遂	父母	慈悲殺人	1	無	無	無診斷	完全責任能力		十年以下				
最高法院101年度台上字第3468號	上訴駁回	既遂/未遂	父母/手足	衝突	3	無	屏安	其他精神病	完全責任能力	16年	無期徒刑/十年以上				
最高法院101年度台上字第2898號	上訴駁回	既遂	父母/配偶	金錢	3	無	草療	其他精神病	完全責任能力		無期徒刑/死刑	保險金			
最高法院101年度台上字第1360號	上訴駁回	既遂	父母	疾病	1	無	凱旋+高醫	重大精神病	部分責任能力		十年以下	母親失智加妄想，病人重鬱症			
最高法院100年度台上字第6094號	上訴駁回	未遂	父母	慈悲殺人	1	酒精	北榮	物質依賴及濫用	部分責任能力	12年	十年以上	病房中殺人，父親重病，經濟負擔大。			
最高法院100年度台上字第5870號	上訴駁回	既遂	父母	衝突	1	無	草療	其他精神病/人格障礙	完全責任能力	15年2月	十年以上				
最高法院100年度台上字第5573號	上訴駁回	未遂	父母	疾病	1	無	屏安	物質相關精神病	部分責任能力		十年以下				
最高法院100年度台上字第5470號	上訴駁回	既遂	父母	金錢	1	無	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑	與他人合謀殺養母，籌錢還債			
最高法院100年度台上字第4867號	上訴駁回	既遂	父母	金錢	1	無	無	無診斷	完全責任能力		無期徒刑				
最高法院100年度台上字第1520號	上訴駁回	既遂	父母	金錢	1	無	聯醫松德	物質相關精神病	完全責任能力		無期徒刑				