

國立臺灣大學法律學院法律學系

碩士論文

Department of Law

College of Law


National Taiwan University

Master Thesis

論精神障礙與心智缺陷不法行為責任問題

—以人格疾患為中心

Responsibility of Unlawful Acts Caused by Mental
Disorders: Focusing on Personality Disorders



林伯樺

Po-hua Lin

指導教授：李茂生博士

Advisor: Mau-sheng Lee, Ph.D.

中華民國 97 年 6 月

June, 2008

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

論精神障礙與心智缺陷不法行為責任問題

—以人格疾患為中心

Responsibility of Unlawful Acts Caused by Mental
Disorders: Focusing on Personality Disorders

本論文係林伯樺君 (R93A21052) 在國立臺灣大學法律學系完成之碩士學位論文，於民國 97 年 6 月 18 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

李芬怡

吳建昌

王兆鵬

謝 辭

本篇論文的完成，首先要感謝恩師李茂生教授。自 2000 年 2 月認識李老師起，大學部五年、碩士班四年共八年多的時間中，老師在我求學過程中扮演極重要的角色，無論在思想、學術或做人處事上，均給我相當多的啟發及指導。在 2005 年 2 月起擔任系助教後，當時擔任副院長的李老師更對我多加照顧，讓我在工作之餘尚能完成學業。八年多的時間中，老師不停的容忍我許多青澀的想法及問題，不厭其煩的回答指導，更容忍本篇論文的不成熟與我個人的任性，是我能完成這篇論文最需要感謝的。同時也感謝王兆鵬教授及吳建昌醫師擔任本篇論文的口試委員，在口試過程中給予我相當多的意見，補足了我在其他領域專業知識的不足，也讓本篇論文能更加完整。

在九年求學過程中，謝謝法律學院諸位老師不吝給予教導，以致我能完成這篇論文，尤其擔任助教期間羅前院長、詹前副院長，現任蔡院長、王副院長、陳副院長，對我在工作上的包容，更令我十分感謝。擔任助教是相當不同的人生經驗，工作過程中法律及社會科學學院的同仁均對我相當照顧提攜，圖書館法社分館張主任、學務分處李股長、駐警隊丁隊長更在我離職後執筆撰寫論文期間，給予我相當大的鼓勵。

其次要感謝我的家人，尤其我的父母讓我任性的花了九年的時間完成學士及碩士學業，沒有他們的支持這篇論文不會有完成的時刻。我的妹妹更在繁忙學業中，抽出時間為我打理許多雜務。如果沒有家人的支持，容忍我的任性、暴躁、情緒化，甚至是撰寫論文時的雜亂，這篇論文或許沒有完結的一天。如果這篇論文能稍微有任何的學術價值，能作為我人生的里程碑，或能在我的人生中留下小小的痕跡，都必須歸功於家人對我無止盡的支持。

在求學過程中的學長姊、同學、學弟妹、朋友及室友們，給我相當多友情的支柱。宗謀學長、宗旻學姊、靖惠學姊、宜恩學長、育瑾學長、允鍾、國晏、陳挹、易哲、巴鎮、凱平、孝成，以及其他所有關心過我的朋友，都是本篇論文的

催生者。

正如我在論文內文中所說，這個題目所指向的範圍，遠遠超越我在臺大九年來所學習的領域，而會寫出這樣的論文只是我的任性所致，或許這幾年所經歷的人生經驗，才是我選擇這個题目的最大動機。在寫作過程之中，我自認已經盡了最大的努力，讓本文看起來不只是一篇我個人的囈語，試圖稍稍在學術領域之中留下一點我曾經努力過的痕跡。但最終本文是否能在歷史的洪流中留下任何的痕跡，或許取決於之後每一個閱讀本文讀者的解讀，如同後現代主義所採取的立場一般，當今天我完成了這篇論文之後，論文本身就與我脫離關係而獨立存在，其是否將有任何的價值，再不是身為作者的我所能掌控。

最後，我很想如同許多論文的謝辭一般，感謝在求學過程或論文撰寫過程中，陪伴在身邊的女友或妻子，但可惜的是所有曾經交往過的女孩都已不在我身邊。最需要感謝的是曾經與我交往多年的初戀女友，雖然已經不在我身邊，但沒有這段感情，或許我不會在大學時故意延畢堅持考上研究所，更不會有這篇論文的誕生。無論如何，謝謝這些曾經愛過我的女孩，如果我曾經犯錯傷害了這些女孩，我在此致上我最真摯的歉意，也祝他們能獲得屬於他們的幸福。

林伯樺 2008.6.30

摘要及關鍵字

本文之研究重心在於精神疾患患者在我國刑法上，其責任能力判斷之模式，並論及向來在我國刑事司法實務中，認為屬於完全責任能力之人格疾患病患責任能力之判斷。在第二章中以介紹歐陸法關於罪責之理論，以及我國學說與實務所採取之罪責理論為主。並且就系統理論之觀點，試圖提出關於責任與正義的新論述。第三章則介紹關於責任能力之立法方式，我國刑法責任能力之學說以及實務見解，並且以精神醫學位於精神疾病的診斷，試圖檢驗我國關於精神疾病患者責任能力判斷過程。第四章重點在於人格疾患的介紹，由心理學的人格理論開始，並以系統理論試圖整合提出法律人所能理解之人格概念。同時介紹在精神醫學上之人格疾患歷史，以及目前的診斷模式。第五章討論人格疾患病患可能出現的不法行為類型，並且討論人格疾患是否可以作為我國責任能力障礙判斷要件之一，並檢視我國最高法院對於人格疾患病患責任能力向來之見解。第六章則提出以系統論的觀點，試圖討論自由意志的新內涵，並且檢視我國關於人格疾患之刑事政策。

關鍵字：刑法、責任能力、精神障礙、人格疾患、系統理論

Summary & Keywords

The interest of this dissertation is about the criminal law's estimation model on liability, of patients with mental disorders or diseases, to take guilt, including estimation on abilities of patients with personality disorders, which are always regarded as full ability criminals by practice of our nation's jurisdiction. In second chapter, the text will briefly introduce theories of guilt in European-land law style and the choices of judgment practice and scholars in our nation. And also, try to bring up a new expound of justice and guilt theory of criminal law by systematic theory. Text will summary the estimation model in chapter three and try to exam estimation model practice of our nation's jurisdiction by psychiatry diagnosis models. In chapter four, text will focus on the history and diagnosis models of personality disorders. Also, introduce personality theories of psychology. Text will try to find out what kinds of illicit behavior are easily committed by patients of personality disorders, discuss that can consider personality disorders as one kind of biological element of demurrers against liability of crimes, and read supreme court's opinion about personality disorders in the past. Text brings up a new viewpoint about free will by systematic theory and reflection on criminal policies about patients of personality disorders.

Keywords: criminal law, responsibility, mental disorders, personality disorders, systematic theory

目 錄

口試委員會審定書.....	i
謝辭.....	ii
摘要及關鍵字.....	iv
Summary & Keywords.....	v
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機及問題提出.....	1
第一項 研究動機.....	1
第二項 問題提出.....	3
第二節 研究方法及範圍.....	3
第二章 罪責理論與我國刑事理論現狀.....	5
第一節 罪責理論概述.....	5
第一項 道義責任論與社會責任論.....	5
第一款 道義責任論.....	5
第二款 社會責任論.....	6
第二項 心理責任論與規範責任論.....	6
第一款 心理責任論.....	6
第二款 規範責任論.....	7
第三項 個別行為責任論、性格責任論與人格責任論.....	8
第一款 個別行為責任論.....	8
第二款 性格責任論.....	9
第三款 人格責任論.....	9
第二節 罪責理論比較與我國現狀.....	9
第一項 罪責理論比較.....	10
第一款 道義責任論與社會責任論.....	10

第二款	心理責任理論與規範責任理論.....	12
第三款	個別行為責任論、性格責任論與人格責任論.....	13
第二項	各國與我國現狀.....	14
第一款	德國責任理論開展.....	14
第二款	日本責任理論開展.....	14
第三款	我國責任理論開展.....	15
第一目	學說現狀.....	15
第二目	我國實務判解現狀.....	16
第三節	小結.....	16
第一項	本文犯罪結構理論選擇.....	17
第一款	刑法理論簡介.....	17
第一目	前期舊派刑法理論.....	17
第二目	新派刑法理論.....	17
第三目	後期舊派刑法理論.....	18
第四目	目的行為刑法理論.....	18
第二款	本文刑法理論選擇.....	19
第二項	本文罪責理論選擇.....	20
第一款	規範內容之正當性.....	21
第一目	自然法主義與實證法主義.....	21
第二目	正義論與精神分析法學.....	23
第三目	以系統論角度觀察正義論一代本文理論選擇.....	25
第三章	精神精神障礙與心智缺陷不法行為責任問題.....	28
第一節	責任能力之法規範方式.....	28
第一項	規範方式.....	28
第一款	生物學立法方式.....	28
第二款	心理學立法方式.....	29

第三款 混合立法方式.....	29
第二項 我國規範方式及實務實踐.....	30
第一款 刑法修正前規定及實務.....	30
第一目 規範方式.....	30
第二目 司法實務運作.....	31
第二款 現行刑法規定及實務.....	34
第一目 現行法規定方式.....	34
第二目 現行實務運作.....	35
第二節 精神障礙與心智缺陷責任判定.....	37
第一項 精神觀點—精神疾病及心智缺陷.....	37
第一款 國際疾病分類第十版 (ICD-10)	39
第二款 精神疾病診斷統計手冊第四版內文更新版(DSM-IV-TR).....	42
第二項 心理學觀點—意識.....	48
第三項 我國混合模式立法責任判定問題.....	51
第一款 實務精神鑑定一致率.....	57
第二款 混合模式判斷過程.....	61
第三節 小結.....	64
第四章 人格疾患簡介.....	66
第一節 人格與人格理論.....	66
第一項 人格理論簡介.....	66
第一款 Freud 心理分析理論.....	66
第二款 George A. Kelly 個人建構理論.....	67
第三款 Carl Rogers 個人—中心論.....	68
第四款 Allport、Eysenck 與 Cattell 人格特質論.....	68
第五款 行為學派人格理論與社會認知人格理論.....	68
第二項 以系統論整合人格理論.....	70

第二節 人格疾患之歷史與發展.....	72
第一項 ICD-10 定義下之人格疾患.....	75
第二項 DSM-IV-TR 定義下之人格疾患.....	83
第三項 人格疾患之成因.....	98
第三節 小結.....	99
第五章 人格疾患不法行為.....	101
第一節 人格疾患病患不法行為類型.....	101
第一項 ICD-10與DSM-IV-TR均有之人格疾患類型.....	102
第二項 兩系統不同之人格疾患類型.....	107
第二節 我國人格疾患病患不法行為責任.....	109
第一項 責任能力障礙生物學要件範圍.....	109
第二項 我國最高法院關於人格疾患不法行為之態度.....	112
第一款 具完全責任能力者.....	112
第二款 僅具部分責任能力者.....	113
第三款 作為量刑依據者.....	114
第三項 與非人格疾患精神疾病可能的差異.....	115
第三節 小結.....	117
第一項 對向來學說見解之辯駁.....	117
第二項 我國應如何解釋人格疾患之異常.....	120
第六章 人格疾患與罪責理論.....	121
第一節 人格疾患與犯罪原因.....	121
第一項 非決定論犯罪原因.....	121
第二項 決定論犯罪原因.....	123
第二節 系統論下有限的自由意志.....	124
第一項 心理系統與自由意志.....	124
第二項 人格疾患病患心理系統與責任.....	126

第三節 人格疾患刑事政策雜議—代本章小結.....	127
第七章 結論.....	132
第一節 正義與責任.....	132
第二節 精神醫學與心理學在刑法實踐上的運用.....	133
第三節 本文的反思.....	136
參考文獻.....	138



第一章 緒論

第一節 研究動機及問題提出

第一項 研究動機

所謂犯罪者，就刑法解釋學的觀點而言，有學者認為係指不法而且有罪責的行為¹，又或認為一個行為具備有不法、罪責以及應刑罰性三個本質要素後，方得經由立法方式成為一個犯罪行為²。但無論何種說法，一個行為本身除了法所不容許之外，尚須具有罪責內涵方才構成刑法上所定義之犯罪一事，是國內學者所不爭者。

此一觀點自德國19世紀末期提出古典犯罪理論以來，構成要件、違法性以及罪責要素三者構築了是否成立犯罪行為之判斷標準，而其中行為之構成以及違法性質是屬於外在的客觀要素，行為人內心的狀態則型塑了主觀的責任要素。在這樣的犯罪構成結構之下，罪責係犯罪構成中相當重要甚至是不可欠缺的因素，必須審慎加以評估，更有「假如不具罪責者，亦不可稱為犯罪行為」此一說法³。罪責要素之本質，係以行為人具有正確判斷合法或非法的能力以及自由作為基礎，刑法僅對於具有決定自由的行為人加以制裁以及責難方有意義，反之欠缺決定自由之行為人則無罪責可言⁴。

在此前提下行為人進行其行為之時，罪責的作用就可以從兩個層次去觀察，其一在於行為人是否具有決定其行為適法與否之能力，其二在於行為人在此一能力之下所做出的自由行為為何，如果從立法例的角度觀察，我國刑法第12條起關於刑事責任的規定中，第12條至第17條之規定係對於行為人選擇意志之結果之差別，而第18條至第20條的規定則是行為人是否有能力選擇之差別。此觀點在德國後期舊派刑法理論提出後產生極大的變動。目的行為刑法理論建構了主觀的構成要件要素，將行為人心中的故意與過失狀態改列至構成要件要素這個層面討論，

¹ 黃榮堅，〈基礎刑法學〉上冊，2003年5月，頁121。

² 林山田，〈刑法通論〉上冊，2003年11月八版二刷，頁149。

³ 林山田，〈刑法通論〉上冊，2003年11月八版二刷，頁159。

⁴ 林山田，〈刑法通論〉上冊，2003年11月八版二刷，頁323。

換言之在後期舊派刑法理論下的責任要素，僅剩下行為人是否具有能力去選擇適法之行為，而將行為人選擇之自由與能力切割開來。即便如此，這並不影響在刑法解釋學上對於犯罪行為之發生，仍然認為是基於行為人自由意志之結果。

但從刑事學的另個端點討論犯罪的意義時，卻可以發現截然不同的差異。犯罪學所要討論者在於犯罪為何產生，若基於刑法解釋學的觀點，犯罪產生皆是基於犯罪行為人之自由意志，則犯罪學之研究必然無法得到任何的結果。蓋因為犯罪學研究之目的即在於尋找行為人犯罪之原因，無論歸因於心理的、生物的或社會的成因，當犯罪學上承認其原因與行為人犯罪行為之間的因果關係時，是否還能說犯罪行為係出行為人本人之自由意志？又或若採取折衷一點的說法，犯罪學研究之結論是用以分析出影響行為人做出犯罪這個決定的主要原因為何，亦即犯罪學所研究者在於建構行為人人格的因素，而基於這樣的因素限制了行為人選擇的可能性，那麼究竟在影響犯罪產生原因所建立的人格因素之下，行為人的自由意志剩下多少？

相對於此學界對於責任能力基礎存有「決定論」以及「非決定論」之歧異，認為決定論之立論基礎在於團體主義思想所構成之社會責任理論，而非決定論之基礎則是個人主義下個人責任理論⁵。在此一歧見之下學者提出相對之非決定論作為折衷學說，亦即以「行為自由」取代「意思自由」，行為人在具體之情事下有以其他行為的意欲取代原行為意欲可能時即是具有選擇的自由，此一選擇的自由即有原意思自由的意味⁶，並解釋認為當今天環境與素質的影響下行為人仍得以自由做出決定時，行為人方負有道德及刑法上之責任，反之則行為人不必負責⁷。

但此一論述之下無法根本上解決的問題，仍在於由素質以及環境建構出的「人格」，行為人就行為抉擇所剩下的自由選擇空間為何？或換言之，當行為人

⁵ 張麗卿，〈責任能力與精神障礙-評刑法修正草案〉，月旦法學雜誌第 93 期 2003 年 2 月，頁 75。

⁶ 木村龜二著，阿部純二增補〈刑法總論〉[增補版]，平成 6 年 9 月 20 日增補版初版 10 刷，頁 58。

⁷ 張麗卿，〈責任能力與精神障礙-評刑法修正草案〉，月旦法學雜誌第 93 期 2003 年 2 月，頁 75。

的自由意志係由於其生活經驗，將其所接觸的社會環境或先天的生物生理因素內化後所建構時，其所謂自由意志本身的內涵為何是根本無法被論述的，無論是超經驗形而上的自由意志，或者是根源於經驗所建構的自由意志，當先驗的承認行為人具有自由意志的時點起，刑法的責任理論無可避免的追究行為人本身的責任以及可非難性。

於是本文試圖反省的出發點，就在於行為人之意志之可爭議性，藉由對於意志與責任觀點再次建構，試圖跳脫出責任理論中先驗承認意志存在的傳統說法，就意志本身進行一個新的解讀後，亦就責任的內涵試圖進行新的解讀。

第二項 問題提出

既然犯罪之前提係罪責，罪責之前提在於個人自由意志能選擇適法之行為，這三者在法律上的評價應該一致固無庸置疑，但若今天存在有罪責與自由意志不相當的狀況，是否可以解構傳統學說對於罪責內涵之定義？這在法律學的觀點是難以想像的。是故本文試圖從其他領域的觀點切入，尋找可能存在的情形：法律評價為有罪責，但卻能被其他學門評價為無自由意志或意志有缺陷的情形。因而本文選擇在精神醫學以及心理學領域上被認為是疾病，但在法律層面卻認為具有完全自由意志的狀況，人格疾患病患的不法行為罪責作為討論命題。

在分析人格疾患犯罪行為前，仍有幾個初步的問題必須理解，首先是我國犯罪結構理論對於罪責的內涵；其次在於我國刑法傳統所判定的無自由意志，亦即精神疾病與心智缺陷患者不法行為之罪責評價；第三在於人格疾患病患定義以及特徵。

第二節 研究方法及範圍

在第二章的部分所要處理的問題，係我國刑法解釋學犯罪結構理論中罪責層次之內涵，本文會以刑法解釋學犯罪構成理論中關於罪責之部分作為主要的論述重點。由於我國刑法主要源出歐陸法系⁸，故於第二章中會以罪責理論於歐陸法系刑法學中之演變作為主要論述基礎，並參照我國刑法學教科書對於罪責理論不同

⁸ 王泰升，〈台灣法律史的建立〉，1997年，頁365。

之處。並對於規範責任論的內涵就其正當性依據，亦即正義的內涵稍加論述。第三章的部分是關於精神疾病與心智缺陷的責任能力問題，會以各國立法模式、我國立法模式，以及我國實務上運作結果作為主要的論述，並且就2005年我國刑法修正後，本文認為關於責任能力判斷過程進行討論。同時為明確清楚在我國立法方式下之精神疾病與心智缺陷患者責任，會就向來的精神醫學領域發展以及精神鑑定上之標準稍加介紹。第四章的部分則是關於人格疾患的定義，故會以人格理論、精神醫學上人格疾患的歷史以及分類做為論述重點。第五章則是關於人格疾患責任問題，其內容包括有人格疾患類型與不法行為之關係，以及人格疾患在責任能力上的判斷模式，同時並討論我國最高法院，向來對於人格疾患病患責任能力之判定結果。第六章則是關於人格疾患與罪責理論的關係，其會以規範責任論之下之自由意志為何為論述重心，並討論關於人格疾患刑事政策問題。



第二章 罪責理論與我國刑事理論現狀

第一節 罪責理論概述

行為人之罪責要素作為犯罪構成結構中必要條件，多為我國學者所採納，認為行為人之行為縱然具有構成要件該當性以及違法性，若不具備罪責者則該行為為欠缺犯罪之本質。且犯罪行為之不法內涵決定於行為人之行為非價以及結果非價，罪責的內涵意義則決定於行為人之良知非價，實施犯罪行為之行為人若欠缺良知非價則無罪責可言⁹。於此，罪責要素應要討論者，既然在於行為人是否具有良知上可非議性，則此一評價標準之選擇，以及被評價之行為人意志構成結構為何，均係需要被討論之部分，則構成評價標準之罪責內涵理論發展過程以及理論選擇即為本章節所要討論之部分。

圍繞責任本質議論向來以「道義責任論」與「社會責任論」，「心理責任論」與「規範責任論」，「（個別）行為責任論」、「性格責任論」與「人格責任論」三組對立模式組成基本論述。大致上爭議的重心在於，第一組「道義責任論」與「社會責任論」是以自由意志存在於否為中心，對於責任之本質進行討論；第二組「心理責任論」與「規範責任論」則是由兩者的對照闡明了責任的實質以及責任之構造；第三組之對立則是就行為人之哪一部份係責任理論所要探究者，對於責任之對象進行議論¹⁰。

第一項 道義責任論與社會責任論

第一款 道義責任論

道義責任論是由Kant以及Hegel之絕對應報刑理論為源頭，是後期舊派刑法理論所採之責任理論，並且以意思自由作為基礎之應報刑理論為特徵¹¹，在此一責任理論之下，意思自由係具有責任能力之前提¹²，換言之亦即當行為人無自由意志時，即無責任能力可言，不具刑法上之罪責亦不構成犯罪。在道義責任論下，

⁹ 林山田，〈刑法通論〉上冊，2003年11月八版二刷，頁323。

¹⁰ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁267。

¹¹ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁268。

¹² 淺田和茂，〈刑事責任能力の研究〉下卷，1999年12月，頁80。

學者依據行為人具有之自由意志是否絕對而將之區分為古典的道義責任論以及近代的道義責任論，兩者之歧異在於古典之道義責任論認為行為人具有絕對之自由意志，而近代道義責任論僅認為因行為人之生物學上素質與社會學上環境不同，僅具備相對之自由意志，並認為古典之道義責任論因人之意思決定不可能絕對自由而逐漸被捨棄¹³。

第二款 社會責任論

社會責任論則係由19世紀末義大利Lombroso（1835-1909）發端之新派刑法學採取之責任理論，其特徵係以意思決定論作為基礎¹⁴。並自個人應為全體存在之社會本位主義所主張之責任理論，謂責任之根據在於行為人對社會之危險性，利用刑罰的手段使具有危險性格者處於受社會防衛的地位¹⁵。社會責任論認為責任的根據在於人類生活於社會之中，就自己的行為負責時必須依據社會規範亦即法律規範之要求做出意思決定，若行為人未依據此一要求為意思決定之時，此時的社會非難即為其刑事責任，則刑事責任之本質應解釋為社會的責任較為妥當，再者探究義大利學者Ferri的本意，可以認為社會責任論並非是以形而上之個人自由為中心的個人道義上的責任，而是以社會的道義作為其基礎，刑事責任則奠基於以社會道義為中心的社會責任論上¹⁶。又有學者認為社會責任論是以防衛社會為目的，在此一意義上責任毋寧解釋為「必須承擔的義務」，所以處罰犯罪者乃因行為人表徵其犯罪的性格而危及社會之故，而非因基於自由意志而於道義上追問其責任，欠缺倫理的非難性並認為不能謂係本來意義的「責任」¹⁷。

第二項 心理責任論與規範責任論

第一款 心理責任論

心理責任理論是自古代結果責任開始奠基，將故意與過失作為責任的內容，構成犯罪結構中的主觀面。在心理責任論之中，心理的事實包含故意過失的總和

¹³ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁53。

¹⁴ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁268。

¹⁵ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁13。

¹⁶ 木村龜二著，阿部純二增補〈刑法總論〉[增補版]，平成6年9月增補版初版10刷，頁324。

¹⁷ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁53。

亦即責任，在此一概念之下責任能力係責任之前提，故意過失是為責任之種類¹⁸。有學者論之心理責任理論係將行為與行為者內部之心理狀態理解為責任之實體，並依據心理狀態之差異將之區別為故意以及過失，當行為人認識自己行為之反社會性卻決意將之付諸時現實即為故意，當可能認識自己行為之反社會性卻未加注意而輕率做出行為時即為過失，且認為當具備責任能力時若存有故意或過失時即可追究行為人之責任，亦即將責任之內容認為係行為人之心理因素，其中不包含「非難」之要素。該論者並對於心理責任理論提出兩點批評，其一在於無認識過失時因對於結果之心理關係完全不存在，故應認為無責任可言與今日過失觀念不符；其二在於心理責任理論欠缺規範之要素，認為雖有與行為或結果相對之心理因素存在時，仍有因規範要素而否定可責性之可能¹⁹。日本學者木村龜二氏亦對於心理責任論提出以下三者批判，其一為之所以將故意以及過失種類認為是責任的根據，在於與故意或過失結果相對應的心理關係之存在，但在無認識過失的狀況下因認識根本不存在而心理的狀態亦不可能存在，要據此說明責任係不可能的；其二在於不同於故意，過失並非單純的心理狀態而含有注意義務違反此一規範要素，且規範要素是過失之本質所在，故不包含規範要素的狀況下將故意過失統一視為責任種類之概念是錯誤的；第三在於故意過失係單純存在之心理事實，並不具有價值性，在無價值判斷下是無法得到將之解釋為責任之結論²⁰。

第二款 規範責任論

相對於此規範責任論以「期待可能性理論」為中心發展，以非難可能性作為故意以及過失上位概念，此一非難可能性同時即為責任的實質概念²¹。對於規範責任論學者提出兩個特點，其一在於故意的內涵中必須包含對於違法性的認識，此一意涵在於行為人之心理對於構成要件的認識應解釋為責任要素中「心理的或是存在論上的責任要素」，而對於違法論的認識應該解釋為「倫理的或規範的責

¹⁸ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁268、272。

¹⁹ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁24。

²⁰ 木村龜二著，阿部純二增補〈刑法總論〉[增補版]，平成6年9月增補版初版10刷，頁298。

²¹ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁268。

任要素」；其二規範責任論根本思想在於責任的非難或苛責係與行為的無價值性或者無價值判斷相關連，必須是行為人決意為違反刑法規範之行為，換言之係因為行為人不為適法行為之決意而為違法行為之決意，義務之違反始對於行為人之非難成為可能。據此適法行為之「期待可能性」即為責任非難之界限，當期待不可能時即可認為是阻卻責任之事由，而此處之期待可能或不可能並非以行為人本身作為標準，而係以社會之一般人作為平均標準處於行為人的地位以及場合時作為判斷標準²²。

惟有論者對於規範責任理論提出兩點批判，其一在於以期待可能性作為責任成立要素之一時，因外部存在有特殊情事時固無期待可能性無疑，惟當不存有特殊情事時因無期待可能性問題，則認為此與心理責任理論僅以故意過失等心理事實作為責任要素無差異。其二在於以期待可能性者作為責任規範要素時，其與故意過失作為責任之心理要素間之關係為何，若為規範要素包含在心理要素之中則與新道義責任論無異，若兩者為併行關係則發生故意過失的心理事實係被評價之對象，與期待可能性的規範要素做為評價兩者不可能共存於責任要素之中²³。

第三項 個別行為責任論、性格責任論與人格責任論

第一款 個別行為責任論

個別行為責任論主張將責任非難的對象限定於個別的犯罪行為之中，是基於近代刑法以行為原理作為基本原則之要求。在此一概念之下，行為人的思想以及其他行為並非責任所要非難的對象²⁴。亦即行為人在為犯罪行為之過程中，該犯罪行為係出於行為人之特定具體決意，從而將行為者之特定行為與意思立於不可分割之地位，故將個別之具體行為以及該具體行為之決意作為責任評價之對象，此說係以客觀主義之犯罪理論為基礎，為古典學派之責任論中心，有學者認為個

²² 木村龜二著，阿部純二增補〈刑法總論〉[增補版]，平成6年9月增補版初版10刷，頁299以下。

²³ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁29以下。

²⁴ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁272。

別行為責任論亦即道義責任理論²⁵。

第二款 性格責任論

性格責任論是以主觀主義犯罪理論為基礎所建立之責任理論，認為所要非難的對象在於行為人之危險性，亦即其危險之性格，認為具有此侵害社會之危險性格者，為防衛社會之目的必須加以處分，此即所謂之責任。惟若僅因具有對於社會之危險即立刻加以處分時，即出現嚴酷非難之情形，是故此一學說主張者以犯罪表徵作為修正之標準，亦即其危險性必須以犯罪之形式顯現時，使得視為刑法上之問題加以刑罰或保安處分之防衛²⁶。

第三款 人格責任論

人格責任理論鑑於個別行為責任論以及性格責任論之缺點，將上述二學說折衷，主張責任雖基於個別的行為責任，但仍通過個別的行為而對於行為人之人格進行非難。學者解釋古典犯罪理論學者Birkmeyer理論，認為其作為責任評價對象之行為之「性格」並非性格責任論所主張不可變之性格，而係行為人意志自由形成可變之性格²⁷。換言之人格責任論對於行為人個別行為進行非難時，同時去確定個人的部分人格與該特定行為之間之關係，當該部分人格是基於行為人自由意思所形成的時候，人格責任論透過對於行為的非難同時對於該部分人格進行非難，反之該部分人格非行為人自由意思選擇產生時，即對於該特定行為也無法非難。

第二節 罪責理論比較與我國現狀

基於上述關於罪責理論之論述，初步可以發現並非所有責任理論均處於互斥的關係，又或者學者認為之所以出現理論對立的組別，係出於其所觀察的觀點之不同，若探討於責任的根源為何時則出現道義與社會責任之對立，如探討責任之內容為何時則出現心理與規範責任之比較，若討論責任要非難的對象為何時則有

²⁵ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁33。

²⁶ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁34。

²⁷ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁36。

個別行為、性格責任與人格責任之差異²⁸。惟責任理論發展歷史過程中，各理論間關係以及發展過程均有不同，故於本節中將以學者既有論述整理比較各理論之擅場。

第一項 罪責理論比較

第一款 道義責任論與社會責任論

道義責任論的是基於意思自由論為基礎，亦即採取非決定論，個人在行為上是存在有意思選擇的空間，在犯罪行為以外的其他行為之選擇是可能的時候，行為人卻仍然選擇了構成要件該當的違法行為，於此時對於行為者即可以追究道義上的非難，而對於行為人的刑罰就是此一非難以及應報的展現，此為古典犯罪理論所採取的責任理論。相對於此社會責任論基於意思決定論為基礎，個人的意思是先天的素質以及後天的環境所決定，否定了行為人為違法行為時其他適法行為的選擇可能性，所以責任的定義在於對於社會的危險行為之行為人，其危險性格的必須受到社會防衛的一定措施，受到此一地位即為責任之意義。同時在此一理論之下，除了刑罰以外更加上保安處分此種社會防衛的科處，此為新派刑法學下的責任理論²⁹。

惟本文的見解在於道義責任論而言，對責任之追究或言對於行為人之非難，並非代表即為對於行為人之「應報」，蓋應報刑之主張係基於歷史上之潮流因素，對行為人不為適法行為之意志基於道義而予以非難，甚至以刑罰給予犯罪行為應報之態度，係刑法史上發展的一個過程，應該重視者在於此一理論之下，其所謂「道義」的內涵為何。蓋若道義責任理論中之道義係指一個社會族群內所形成之文化倫理，則在道義責任理論中所要非難應該在於行為人選擇了違反倫理的自由意志，基於這樣的非難應該給予何種的刑罰反而會因為道義的內容而產生輕重不同之差異，不必然產生嚴酷的應報刑之概念。

反之在社會責任論的立場，本文認為更有出現過酷刑罰之可能。蓋雖然社會

²⁸ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁7。

²⁹ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁270。

責任理論之基礎在於否定行為人自由意志之決定論，但行為人一旦具有對於社會危害可能之表徵時，即必須受到社會防衛之處分一事，本身就是一個過度侵犯人權的狀態，蓋因當根本否定了行為人有自由選擇的可能之時，卻要求行為人受刑罰或保安處分之不利益地位，此唯一之合理化根據僅為了社會安全之目的。將之兩者置於同一層面討論之時，由於行為人本身不具有自由意志，其之所以為侵害社會之行為，係由於先天之素質素以及後天社會所造成之環境，而先天的素質係行為人不可選擇者，而後天環境係社會所塑造者，則社會塑造行為人為侵害社會之行為後，卻將行為人置於受社會防衛之不利益地位，此係一根本上之謬誤。

基於以上的衝突，有學者提出「新社會防衛理論」作為修正，蓋此說的特點在於並非採取社會責任理論之「決定論」，並且將實證主義刑法所排斥的價值觀帶入刑法之中，仍然重視行為人對於社會之責任感。同時新社會防衛理論相較於傳統的社會責任理論，並非單純消極的以防衛手段將行為人置於被防衛之地位，而是積極的使行為人再社會化。故學者認為新社會防衛理論認為行為人之責任係同時具有「倫理性」以及「社會性」兩個性質，認為是道義責任論以及社會責任論之折衷學說³⁰。

惟本文見解認為新社會防衛理論根本上並沒有解決道義責任論以及社會責任論根本的問題，道義責任論之根本為提在於其非難的對象既然為行為人違反道義的自由意志，然道義的構成內涵為何卻僅能以社會生活之倫理性解釋之，其為何必須被遵循，或者其倫理價值何以得被法律所採納均未曾論及；再者行為人之自由意志之內涵為何，何以必須遵從「道義」此一標準，尚未在傳統道義責任論中被討論，僅因為倫理性此一說法，或許在自然法概念之中得以被滿足，卻無法理解現今社會複雜之人際關係下多種類之犯罪類型。而對於社會責任論本文之批判以如前述，當今天在新社會防衛理論中，將社會的責任概念引入倫理性的概念時，僅能解釋為以倫理的觀點去理解社會防衛之必要性，而倫理之形成以及自由意志何以必須遵從倫理規範仍是無解。於是乎新社會防衛理論下，僅有社會復歸

³⁰ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁19以下。

此一概念係與道義或社會任理論不同，為此點應屬於刑罰或者刑法之目的所在，與行為人之責任係屬於不同層次之問題。

第二款 心理責任理論與規範責任理論

在心理責任理論之中將故意過失的結果視為是責任之內涵，亦即行為人心理的狀態即為行為人之責任，當行為人有意識的狀態之下，即因其有可能存有故意或者過失的心理狀態而即有責任。而在規範責任理論之中，藉由引入規範的價值評價，以行為人對於規範之認識、行為人是否合於規範之決意，以及是否存有期待行為人為合於規範行為之期待可能性，將故意以及過失建構成為責任評價之結果。

本文就學者對於規範責任論提出之疑點重新整理規範責任理論之結構，規範責任理論應該被理解成為三個層面，首先是關於規範意識的形成，亦即行為人對於規範存在有一定之認識，此認識可推論出行為人必須為合於規範行為之義務，換言之當行為人無法形成對於規範之認識時，即無法以規範責任理論非難行為人之行為；其次在於行為人為行為之時其心理之狀態，針對此心理狀態之評價結果即為故意或過失之結果，而當行為人心理狀態不存在故意或過失時亦不能非難行為人；第三層面則是行為人為行為之時有無期待可能性，亦即有無存在特殊事由使行為人雖對於規範有所認識，亦有可非難之心理狀態，卻可能存在無法期待其不為違法行為之可能性。本文將規範責任理論理解為，規範意識係為責任中的價值層面，故意或過失狀態則是屬於行為人心理層面，而期待可能性則是屬於行為時客觀環境層面之議題。如此一來，前述學者對於規範責任理論之批判中關於期待可能性之議題，可以理解為當不存有特殊狀態時即可因對於行為人具有期待可能，而行為人竟違反此一規範之期待可被非難，故此一外部客觀存在之可能性仍為對於行為人進行非難時所必要之因素。其二關於期待可能性與故意過失等心理因素之關係，則可理解為主觀與客觀的併行要素。

惟本文至此仍須對於規範責任理論提出之疑義在於，首先規範意識之形成過程為何，以及規範意識之內涵為何，此牽涉到對於犯罪行為為評價時最根本之價

值選擇問題。其次在於行為人為犯罪行為時其心理作用狀態為何，其牽涉規範責任論中主觀層面之評價對象之形成。第三在於學說上認為期待可能性係一般人處於行為人行為時點上，有無期待其不為違法行為之可能，按前述的理解是一個客觀存在的狀態，但本文認為所謂期待可能性者是否純粹為一客觀狀態，抑或係客觀事實與行為人主觀上交錯的狀態，尚有值得討論之空間。

第三款 個別行為責任論、性格責任論與人格責任論

個別行為責任、性格責任與人格責任理論的比較上，首先要重視的問題點在於個別行為責任理論將責任非難的對象限縮在行為人個別的行為之上，此一理論可以說並非對於罪責理論提出新的理論，而可說是責任理論中道義責任、心理責任、規範責任的再度確認，可說是近代刑法行為主義下的基本原則。相對於個別行為責任理論，性格責任理論將認為非難的對象係行為人對於社會的危險性格，具有此危險性格者即受到社會防衛的不利益。此學說實質上等同於前述之社會責任理論，在新派犯罪結構理論中，雖然基於經驗科學認為此一性格的形成非行為人得自由選擇者，但該歷史時期將社會置於個人之上，故易於引起過酷的刑罰。

相對於以上兩者，人格責任理論中責任非難的出發點在於個別的行為，但同時注重行為人為犯罪行為時其人格之構成，在相對自由意志之下認為人格之構成係行為人具有相對自由的選擇空間，是故在犯罪行為的非難過程中，要尋找促發此一行為之人格因素究竟是否為行為人所自由選擇之結果，若該行為背後的人格係行為人所選擇者，則當然的可以非難行為人之選擇，反之若行為人係無法自由選擇時，則不能認為該犯罪行為之責任應由行為人負擔。惟此說有一根本上之問題需要探討，當要藉由人格構成是否係基於行為人之自由選擇時，必須確定責任與行為人之人格特定構成部分間之因果關係，後方得就該被特定之人格構成部分去討論是否為行為人自由選擇者。但人格部分與行為之間的因果關係，在複雜因果之狀態下是否得以輕易的確認，此外即便得以確認其因果關係，則該人格是否基於自由選擇，對於自由選擇之定義仍有討論之空間。

第二項 各國與我國現狀

第一款 德國責任理論開展

古代歐陸刑法以客觀結果責任以及團體責任為基礎，凡對於共同生活有害之行為皆加以處罰，其責任之主體在於團體而非個人，團體責任之觀點因社會分工精細化而漸不當，逐漸轉變成為主觀化及個人化³¹。是故中世紀以及近世紀以來的轉變，19世紀後半對於犯罪行為主觀層面之重視，於是心理責任理論提出成為最初的責任理論。同一時期後期舊派基於意思自由以及應報刑為基礎，以道義責任理論作為判斷責任來源之基礎。19世紀末期基於自然科學發展，新派刑法否定自由意志下，改採以社會防衛作為責任的根源，於是乎社會責任論被提出並與道義責任論構成新舊派理論紛爭。而德國1897年帝國法院瘋馬案判決作為契機，於20世紀之後以期待可能性為核心的規範責任理論相對於以往理論建立。

近代刑法的基本原則在於個別行為責任理論，但新派刑法學理論的性格責任論基於行為人的危險性格而對於行為人進行非難，舊派刑法理論在此一相對應的時刻，以及二戰前納粹刑法的時代，超越個別行為責任的人格責任論於是展開。而二戰後由於對於納粹時代刑法的恐懼，以及對於責任主義的強調，道義責任理論、規範責任理論與個別行為責任理論的結合再次成為主流，但是由於刑法修正作業強調脫離形上學化、去倫理化以及世俗化，同時要脫離應報刑理論的主張，刑事學在責任以外開始考慮犯罪預防之觀點，責任理論有必要重新討論以對此回應³²。

第二款 日本責任理論開展

日本在明治時代前之律令制度採取官吏或家族的連帶責任，是標準的團體責任主義典型，而自明治時代繼受歐陸法以法國的責任理論，古典學派確立個人責任主義之後，個人、行為責任下具有責任能力以及故意過失的心理狀態方得以處

³¹ 洪福增，〈刑事責任之理論〉，1982年12月，頁6。

³² 淺田和茂，〈刑事責任の研究〉上卷，1999年12月，頁174以下，淺田和茂，〈刑事責任の研究〉下卷，1999年12月，頁341以下，淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁269。

罰，排除結果、團體責任的責任主義，以責任能力作為責任前提故意過失的心理狀態作為責任類型的心理責任論係為日本刑法該時主流。後德國刑法繼受時期，日本同時受到歐洲刑法學派紛爭之影響，首先以接近新派刑法Ferri學說的牧野英一所提出之社會責任理論為有力學說。同一時期大場茂馬相對於此以Birkmeyer學說，提出舊派的刑法理論之道義責任論，之後滝川幸辰以及小野清一郎亦主張道義責任理論，兩者的對立展開日本的學派爭執。在此之後佐伯千仞介紹期待可能性理論為中心提出規範責任理論。1960年代之後關於意思自由之論爭開始後，團藤重光提出的人格責任理論以及平野龍一提出的性格責任理論相對，日本的責任理論基於刑法去倫理化以及世俗化的要求之下，目前仍在探索可供對應之新責任理論³³。

第三款 我國責任理論開展

第一目 學說現狀

至於我國理論之開展，必須觀察繼受歐陸刑法後之發展，蓋因為繼受歐陸法體系前我國大陸地區採用之刑法係傳統中國式刑法³⁴，亦即對於行為人之行為是採取團體式的責任，非近現代西方式刑法的責任理論。惟1945年前大陸地區戰亂仍頻，對於刑法學說研究內容並未有深入的討論。當對於大陸地區，臺灣地區於1945年前受日本統治，該時刑事理論係日本之理論。1949年國民黨政府遷移來台，學界對於刑法理論開始進行討論，惟我國繼受德日刑法學說頗深，而至1949年二戰後德日關於責任理論已經發展至一個相對穩定的狀態，故我國刑法理論上關於罪責理論，以規範責任理論為通說。而我國學者關於規範責任理論範圍包含之罪責要素包括有責任能力、故意過失之罪責型態、不法意識，以及期待可能性等³⁵。

³³ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁269。

³⁴ 我國大陸地區於民國初年實行西方式前，採行中國傳統式刑法，臺灣地區則於清末因馬關條約改為日本統治後，採行逐漸繼受西方式刑法。

³⁵ 林山田，〈刑法通論〉上冊，2003年11月八版二刷，頁327。

第二目 我國實務判解現狀

至於我國法院判決見解中有明言所採取責任理論為何者，可以見臺灣高等法院89年上訴字第2925號判決，該判決理由第二點提及：「...且自學理上而言，所謂「過失」責任之有無，端視行為人是否違反其應注意之義務，結果之發生得否預見，行為人倘盡最大程度之注意義務，結果之發生是否即得避免，以資判斷，如行為人已盡最大能力避免結果之發生，其結果縱使不免發生，仍不得將之非難於該行為人，此乃刑法採行意思責任主義、規範責任理論之當然結論。」亦即該判決表明我國刑事理論採取規範責任理論。又見桃園地方法院87年易字第3124號判決，判決要旨中即表明：「...又禁止命令對於行為人而言，其規範意義在於禁止行為人明知違法，竟又我行我素之決意，苟行為人以此心態違法，即為責任非難之根據所在，但此種規範責任，並非行為人一有違法行為之決意，即告成立，尚必須一般人處於行為人行為當時之情況，在客觀上可為合法行為，而行為人竟實行違法決意時，始得加以非難，若有客觀情勢，不能期待其迴避產生違反義務之決意時，則不能對行為人論以責任之非難，蓋此乃基於「法律不要求不可能」原則之當然結論，...」則可見除表明採取規範責任理論之外，更表明在行為人主觀意識以外更要客觀上得有可期待行為人遵守規範之可能，此及理論上之「期待可能性」見解。

參照上訴二判決結果，可知我國刑事實務上對於行為人之責任理論之態度，採取行為人要有對於規範之認識，並有違反此一規範之決意（故意），或者是有對於注意義務之違反（過失），並客觀上需要有期待可能性之規範責任理論。

第三節 小結

在以上的討論之後，雖然本文試圖重新建立責任之標準以及內涵，但面臨的問題仍然在於責任理論的選擇，唯有以現有的責任理論為基礎方得以繼續就精神病患不法行為之責任問題進行探討。惟要就罪責理論進行選擇之前，仍應該先就犯罪結構理論為選擇。

第一項 本文犯罪結構理論選擇

新舊刑法犯罪結構理論紛爭中，舊派刑法理論基於「意思自由→責任非難→應報刑」此一路線之考量，與新派刑法理論「意思決定論→性格的危險性→社會防衛處分」路線的對立，雖可於立法層面上藉由刑罰與保安處分的二元主義得到緩和³⁶，惟根本的問題在於當犯罪理論結構的差異將影響各要素所置的位置，則必然影響責任理論之選擇，同時各刑法理論展開之原因也必然造成責任理論選擇上之差異。

第一款 刑法理論簡介

第一目 前期舊派刑法理論

前期舊派刑法理論是由Feuerbach（1775-1833）所開啟的理論，是繼承啟蒙時代以來法治國家思想以及人性尊嚴思想之學說。其基礎在於心理強制說之一般預防理論，以罪刑法定主義以及罪刑均衡之前提，犯罪係對於權利之侵害，客觀的犯罪行為是處罰的對象，法律與道德或宗教有明顯不同。其重點之一在於心理強制說，藉由人皆不願受到刑罰之不利而達到預防一般人犯罪之目的。重點之二則應該是犯罪行為本身係客觀存在的行為，亦即法所禁止且要處罰的行為係一客觀存在之事實³⁷。則在前期舊派刑法理論中，刑法所處罰者在於行為人之行為，且基於犯罪是權利的侵犯之概念，此一行為必然存在有侵犯到權利這一結果存在。

第二目 新派刑法理論

新派刑法理論則是於19世紀後半開始，因社會快速變動所產生的刑法理論。其特色在於以社會防衛作為其目的，對於犯罪進行防衛處分，同時避免犯罪者之再犯。在此說之下採取社會責任理論對於犯罪行為人進行分類，對生來犯罪人或改善不可能之常習犯罪人進行隔離無害化，改善可能之常習犯罪人與偶發犯罪人進行矯治，精神病犯罪人由醫療機構收容，激情犯罪人則要求其損害賠償等處遇

³⁶ 淺田和茂，〈刑事責任の研究〉下卷，1999年12月，頁342。

³⁷ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁20。

的個別化，採取之刑罰理論係目的刑理論，亦即特別預防理論³⁸。按此說理解下，本文認為新派的刑法理論所要處罰者，是行為人對於社會危險的性格或者說危險性，行為人是否為犯罪行為並不影響其危險之性格或危險性，即便以犯罪表徵作為是否發動刑法之標準，仍不改變其所要處罰者在於行為人性格之本質。

第三目 後期舊派刑法理論

後期舊派是1871年德意志帝國成立的背景下，出現對於刑法理論精緻討論，其繼承Hegel學派國家主義傾向應報刑理論，對於自然法的否定並肯定實定法的法實證主義為特色，此一時期中數位學者先後對於刑法學進行深入的論述。

Karl Binding (1841-1920) 基於國家可要求國民服從之立場，認為犯罪的實質是對於國家權力規範之違反，此亦即規範說之奠基。在氏學者說法中，認為當違反規範時若刑罰手段係必要者，類推適用容許且肯定溯及既往處罰，對於罪刑法定主義出現懷疑。Ernst Beling (1866-1932) 繼受前述Binding的規範說，認為犯罪是對於國家規範意思之違反以及法秩序之不符從，違反行為必須該當於刑法所規定之構成要件，此為構成要件論的展開，構成要件係價值中立的行為與違法性或責任並無關係，此一構成要件該當必要性建立再次結合罪刑法定主義與犯罪構成論。

Birkmeyer (1847-1920) 則認為個人基於意思自由為犯罪行為之決意時對於行為加以道義上非難（道義責任論），此一非難係是以刑罰的方式實現，對於過去的犯罪行為予以應報，並非預防將來犯罪行為的手段。道義責任與社會責任的紛爭在1909年德意志刑法修正草案中以二元主義體現，後R. v. Hippel (1866-1951) 之統合說以及M. E. Mayer (1875-1923) 的分配說則是對於新舊學派責任論之妥協³⁹。

第四目 目的行為刑法理論

1930年代起德國經過Hellmuth von Weber (1893-1970年)、Alexander Graf zu

³⁸ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁22。

³⁹ 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁23以下。

Dohna (1876-1944年)、Hans Welzel (1904-1977年)等學者發展之犯罪理論，基於Weber見解認為，行為之處罰必須就行為人是出於何種意思而為該行為作為判斷標準。亦即行為人之意欲係犯罪判斷之重要依據，故主觀要素必須在構成要件該當性之層次即加以判斷，而非在責任層次方加以判斷。zu Dohna認為故意並非罪責要素而是主觀構成要件要素，不法構成要件做為評價客體可區分為客觀不法構成要件以及主觀不法構成要件，在構成要件該當與否的判斷即應判斷有無故意之問題。Welzel的見解則基於目的行為論認為行為之基礎在於行為之目的性，在刑法之概念下即為故意，在故意犯罪的狀況中故意為一主要不法要素⁴⁰。日本學者亦指出過失犯係構成要件該當性所要判斷之客體，係存在有一指向構成要件結果以外結果之目的行為（非故意行為）存在，在過失犯構成要件部分中，不僅是非故意行為與結果之間具有因果關係便足夠，尚必須判斷行為人遂行非故意行為是否係客觀注意義務之違反，據此客觀注意義務之違反之非故意行為即為構成要件行為，亦即過失行為。因而過失犯之構成要件，與具有指向構成要件該當性故意行為存在之故意犯，兩者之構成要件係有區別者⁴¹。

第二款 本文刑法理論選擇

犯罪之實質意義究竟為何？學說上有義務違反說、規範違反說、權利侵害說，以及法益侵害說等差異，本文認為犯罪之實質意義在於對於法益的侵害，理由在於啟蒙時代以來所建立之人性尊嚴傳統以及法治國家交互作用下，超個人的倫理義務，或國家意志制訂之規範皆不得置於個人之上，而應該本諸個人存在為其源頭。再者，對於權利的侵害類型不必然皆需要國家以最後手段性之刑罰處罰之，是故謂犯罪者即應該限縮於對於刑法所要保障法益之侵害，蓋此一侵害之危害性必要由國家以刑罰之手段加以處罰，以避免對於個人之人性尊嚴造成更大的傷害。亦即法益之保護即為人性尊嚴之維持，其兩者間為表裡之關係。

則刑法藉由規範個人行為之方式，其目的在於保護法益以及對於人性尊嚴的

⁴⁰ 林山田，〈刑法通論〉上冊，2003年11月八版二刷，頁164以下。

⁴¹ 福田平，〈目的的行為論と犯罪理論〉，1999年10月復刻版，109頁。

維護，是故刑法理論以及責任理論之選擇必要的符合刑法預設的目的。本文認為後期舊派中構成要件論展開後，構成要件是行為的形式客觀的要素，違法性是行為實質客觀的要素，責任則是行為實質主觀的要素，並且M. E. Mayer將構成要件與違法性分割後建立認識根據說⁴²，此說將構成要件認為是違法性之表徵，當構成要件該當時推定違法性之存在，當構成要件以及違法性的客觀事實存在之後，則行為人主觀上要具有責任之要素，方得以對於行為人加以非難。

選擇此說之理由在於刑法既然目的在於法益之保障，法益應該是為刑法之中心，如此一來行為是否侵害法益係犯罪構成最本質之部分，以違法性作為犯罪行為之實質要素故無疑問，而一個行為是否造成法益侵害之結果必然係由客觀層面觀察之，是故違法性係行為之實質客觀要素無疑。但是為了避免國家藉由刑法過度的侵害人民，同時也是人性尊嚴維持之必要，罪刑法定主義之原則是必須遵守的，是故構成要件論之存在，將侵害法益行為類型化之後，得以確定侵害法益行為或者說犯罪行為之外觀，則可以藉由形式層面觀察確定特定行為是否為刑法所要處罰之行為。而最後在於主觀的責任問題，刑法本身具有法律的規範訓誡意義存在，加以刑罰本質無論是應報刑或是目的刑皆對於行為人產生不利益下，犯罪之構成必須在行為上尋求可以苛責之部分，而之所以認為此一責任之本質係行為人主觀層面之問題，則與罪責理論選擇產生交互影響，將在下面進行討論。

第二項 本文罪責理論選擇

基於對於刑法目的之認識，本文認為規範責任理論係可採之理論。惟規範本身並非單純國家意志之體現，而係因個人尊嚴保障必要所產生之實定法規範。蓋本文立場認為個人的價值應該置於社會或國家之上，則基於防衛社會立場所生之社會責任理論顯非本文所將採取之責任理論，此因社會責任理論中僅因行為人展現侵害社會性格即認為其有責任一事，實是將社會安全置於個人之上，非本文所能接受者，與之相同之性格責任論亦同。再者心理責任論因為僅具有故意過失之心理狀態內涵，其缺失已經學者批判如本文前所述，亦不為本文所採。則於規範

⁴² 淺田和茂，〈刑法總論〉[補正版]，2007年3月，頁89。

責任理論與人格責任理論之中，本文基於前述提出對於人格責任理論的疑問，認為人格責任理論在歸責或免責上過於模糊不定，並不適合刑法此種具有嚴酷性本質之規範，故選擇採取規範責任理論作為犯罪結構論述上之責任理論。

第一款 規範內容之正當性

在採取規範責任理論之下，本文認為有必要就規範之正當性來源加以探究。蓋因為今既承認刑法對於行為人苛責之依據，在於行為人故意或過失為違反規範之行為，並且具有責任能力又具有規範意識時，對於行為人自由意志作用結果加以非難，首先必須面對的問題即在於該規範之正當性。Reinhard Frank (1860-1934) 指出，「當行為人做出一違法行止，人們能由此而對他非難時，就必須把該行止罪責歸屬該行為人」。依其見解認為罪責是建立在規範命令之上，有關於心理學上事實狀態的價值判斷。是故以學界的見解認為，不法層面是論行為人「應為」之問題，責任或言罪責則係因為行為人「能為」合於規範行為而不為，故刑法以及社會得對之加以苛責⁴³。從這樣子的觀點觀察之，可以發現規範責任論下罪責的本質，是一種對於行為人可為合法行為，卻為不法行為的價值判斷，而這樣子的價值判斷則是立基於法律之上。而根本性的問題在於，法律的本質就是一種價值，合法與不法本身即是對於行為的價值判斷，則法律這一價值判斷又立基於何者之上，牽涉能否將罪責此價值判斷正當化甚深，於此進入一個深層的命題，亦即刑法之正當化基礎何在。或許「正義」是最常用來回這個問題的答案，而對於正義的內涵千百年來人類卻無法普遍定義解釋。

第一目 自然法主義與實證法主義

要解釋法律中正義之定義，首先很難不去想到關於自然法主義下對於法的定義，諸如自然法定義中最極端的形式，和天主教自然法傳統相關之定義模式認為「存在有真正的道德或正義的原則，即使這些原則來自於上帝，人類還是可以憑理性去發現，人類所制定的法律如果和這些原理抵觸，就不是有效的法律」

⁴³ 劉幸義，〈意志自由與罪責〉，中興法學 24 期，1987 年 5 月，頁 48。

⁴⁴。比較緩和一點的定義方式，於十七、八世紀中借用自然科學中關於「自然」這個概念認為，如同其他的自然法則一般，對於法律法則人類並非發明而僅是發現，並非規定而僅是確定，其在於所有時空以及民族中都是不變的概念，其有效性超越恣意的立法者。⁴⁵在這樣邏輯下，法律所謂之正義即是一種亙古不變之存在，但對於其內涵仍舊無法定義。則依照自然法的概念下，當今天行為人之行為違反法律時除非法律本身就是不義，否則行為人之行為就是不義的行為，似乎也取得非難行為人之基礎。但要如何去確定法律本身是否是正義的？似乎僅能進入法哲學的領域加以探討，或者是基於宗教、道德等其他價值觀加以評斷。

反之與其相對應的實證法主義下，認為這是基於「法則」此用語的歧異性，Stuart Mill對於Montesquieu所著《法意》的批評，認為自然法主義長久的混淆，即在於將型塑自然的法則與要求人類行為的法律混為一談，前者是對於事實觀察的描述，而後者並非對於事實加以陳述，而是被建立的⁴⁶。於是乎認為當今天理性及科學對於正義無法定義時，意志和權力就必須接手加以定義；沒有人能知道何謂正義時，意志或權力就必須加以定義何謂正義。而如今已被普遍接受的概念是，除「制定的」、「實證的」法律以外並不存在有其他的法律⁴⁷。因而在極端的實證法主義下，正義與否似乎變得不是那麼重要了，或者說正義等同於威權意志的內涵，行為人違法之所要要被苛責的原因，也就是因為其行為違反了立法者的威權意志。

無論在哪一種學說底下，似乎都會得到行為人只要符合了罪責的條件，被認為有責任能力之後，其行為就是「不正義」而可被法律加以苛責，可將殘酷的刑罰施加在行為人身上這樣的結論。其差別僅僅在於其各自所謂的「正義」，自然法主義是來自於不可知的宗教神性、或者是世俗的道德等，其最終必然存在著一個先驗而不可被懷疑的神，或者是一種「因為大家都（應該）這樣」而無法被推

⁴⁴ H.L.A Hart 著，許家馨、李冠宜譯，〈法律的概念〉，頁 205。

⁴⁵ Gustav Radbruch 著，王怡蘋、林宏濤譯，〈法學導論〉，頁 43。

⁴⁶ H.L.A Hart 著，許家馨、李冠宜譯，〈法律的概念〉，頁 240。

⁴⁷ Gustav Radbruch 著，王怡蘋、林宏濤譯，〈法學導論〉，頁 44。

翻的道德習俗；而極端實證法主義下，其不正義就是因為違反了法律（威權）意志的結果，而立法者為何制定這樣的法律似乎仍然是無法解決的問題，或許只能將一切歸罪於國家暴力的結果。如此無論是極端自然法主義或極端實證法主義，定義的「正義」都顯得如此絕對而不可被質疑，則行為人為不法行為時由於行為違背法規範的「應為」，則只要行為人「能為」之狀況下，似乎就是「不正義」而有理由對行為人加以苛責。

第二目 正義論與精神分析法學

極端主義下的說法似乎無法合理化法律的存在，蓋若歸因於自然（神權）或威權意志，則普遍被接受的人權、自由、平等其所立基者，僅是自然或威權意志運作巧合之產物。似乎應該找尋一個可以正當化法律正義根源及其內涵之說法。1971年法理學領域Rawls與Ehrenzweig分別出版正義論（A Theory of Justice）及精神分析法學（Psychoanalytic Jurisprudence）二書分別試圖對正義進行定義。

Rawls所關心的正義其核心價值在於自由、平等與福利，其所提出第一正義原則為「平等自由原則」，第二正義原則為「差異與補償原則」⁴⁸。Rawls認為正義是人類基於自由理性為求自身發展，在最初的狀態中所接受的原則，以界定社會構成的基本條款。而所謂的最初的狀態，在Rawls的說法中，相當於傳統社會契約論中的自然狀態，但他並不認為原初立場是一種真實發生的歷史狀態，只是一種純粹的假設狀態。正義原則選擇是在無知之幕籠罩下進行，此說法假設個人對於自身於社中所處的位置、階級地位，或對於先天的能力、運氣，以及心中的善惡觀念或心理傾向均不知的狀況下，由於無人能佔據特別有利的狀況，所以可以產生出公平協議的正義原則。並認為由於原初狀態的假設，所以在具有正義感、自我目的和能力的理性存有者（rational beings）亦即道德人（moral person）個人間其關係均是相稱的，而這樣的關係被稱為「公平的」。⁴⁹簡言之，Rawls所認為之正義是在個人排除一切可能影響判斷的條件後，基於對等的關係所協議出

⁴⁸ 徐振雄，〈羅爾斯「第二正義原則」析論〉，軍法專刊第45卷第4期，頁19。Rawls著，李少軍、杜麗燕、張虹譯，〈正義論〉，頁13。

⁴⁹ Rawls著，李少軍、杜麗燕、張虹譯，〈正義論〉，頁10-11。

來的原則，其認為在這樣的狀況下，將出現的原則為：一、要求平等的分派基本權利與義務。二、如果發生經濟或社會的不平等，則應對弱勢者給予補償⁵⁰。

Ehrenzweig對於正義的概念則跳脫出傳統基於理性企圖對正義定義之方式，基於Freud的精神分析理論對正義的概念為不同的定義。其認為人類處於絕對正義之追求以及各種不同正義價值間搖擺，其主因是混淆主觀上的「正義感」，以及客觀上得以引發正義感之「正義」。依Freud的看法人類除了求生存之本能以外，「本我」中另具有攻擊的本能。攻擊本能尋求滿足下，「自我」因「超我」的監視無法滿足此攻擊欲望而產生緊張感，同時因為「超我」的存在，是故僅得以社會所許可之方式來消除此緊張感。正義感的發揮即是在文明發展過程中，逐漸形成的一種昇華作用，具有中性化意義之「正義」概念因而誕生⁵¹。據此說法，則個人在不同時期以及不同狀態下選擇的「正義」即會產生差異，相同的部分反而是個人對於正義的感情，而不同個人間由於其心理上作用不同之結果，似乎連正義感都會出現些許差異，但根源於「超我」亦即「規範我」在相同文化下應該類似之緣故，或許可以推論一般正常人在這樣的理論之下，會產生有差異但大致相同之「正義感」。

對於以上兩者說法，明顯的可以發現出自不同方向尋求正義之根源，Rawls將正義之根源認為在個體間之理性溝通，Ehrenzweig則認為正義來自於個人內心欲望作用。兩學說各自有其根本上的問題存在，Rawls的說法中所假設的原初狀態根本未曾在人類的歷史上存在過，個體即便對於自身所處之社會地位天賦，以及個體間優劣差異全然不知，但在彼此協議的過程中會越來越清楚個體間的差異，諸如生理上的體能等，這樣的原初狀態即便在協議開始被假設存在的，能否維持到協議的結束都是一個很大的疑問。而Ehrenzweig的說法，能否出現普遍被接受的正義則是其問題所在，每個人類個體即便從生物學的角度認為是相近的，其心理歷程基於不同家庭文化背景也會產生不同的運作結果。或者僅能認為刑法

⁵⁰ Rawls 著，李少軍、杜麗燕、張虹譯，〈正義論〉，頁 13。

⁵¹ 陳麗玲，〈精神分析法學之研究〉，國立臺灣大學碩士論文，1994 年 6 月，頁 94-96。

對於犯罪人的苛責，本身就是一種減輕人類因為攻擊欲望遭到壓抑所產生緊張感之方式，那麼並非是基於正義而塑造刑法，反而應該是刑法使人的正義感被滿足故其為「正義的」。

第三目 以系統論角度觀察正義論—代本文理論選擇

基於前段中的敘述，本文開始思考有無一種可能性，能在包含理性及欲望之作用，兼具人際溝通以及個人內心所形成正義的內涵，以賦予法律尤其是刑法正義之概念。

基於智利生物學家Maturana以及Varela於1973年所提出關於神經系統的自我再製系統理論，社會學家Luhmann提出了關於社會系統、心理系統、生命系統的自我再製系統理論。其認為系統對於環境的刺激產生反應作用，這種反應作用與系統內部規範自我再製的過程必須區分，而系統雖然必須藉由環境的刺激產生反應作用而生存，但是其再製的運作卻是自主的⁵²。Luhmann認為意識系統的運作是自我再製式的。而此也就是說，心理系統藉循環持續地尤其組成部分生產出新的組成部分來維持自己，但並非指心理系統可以無中生有，反而是必須仰賴外在提供持續的基礎，才有可能維持，所以意識系統若沒有生理系統做為環境，意識是無法生存的，而且意識系統與腦的生理系統並不同⁵³。按照Luhmann的系統理論，個人與個人間的溝通亦即社會最後無法細分的單位，此亦為一獨立運作之系統，則此一系統（亦即溝通）與一開始促發的其他系統（個人的心理系統）之間的關係，是彼此將對方視為一種環境，於是乎要整合個人間心理系統成為不可能的狀況。學者引用關於醫病關係之例子解釋，認為患者或醫生無法直接影響對方心理系統的運作，也無法影響彼此之間所形成的醫病關係系統運作，並認為在此例中心理思考系統的內容會成為醫病關係系統的訊息，而引發下一次溝通，卻不

⁵² Georg Kneer & Armin Nassehi 著，魯貴顯譯，〈盧曼社會系統理論導引〉，頁 61 以下。李茂生，〈少年犯罪的預防與矯治制度的批判——一個系統論的考察〉，台大法學論叢第 29 卷第 2 期，頁 98-99，註 23 參照。

⁵³ Georg Kneer & Armin Nassehi 著，魯貴顯譯，〈盧曼社會系統理論導引〉，頁 78 以下。吳建昌，〈刑事責任能力之研究〉，國立臺灣大學碩士論文，2000 年 6 月，頁 112-113。

引發下一個思考⁵⁴。

於是本文試圖以系統理論將Rawls的正義論以及Ehrenzweig精神分析法學連結起來，亦即精神分析法學中基於Freud的精神分析理論呈現出的「本我」、「自我」、「超我」的相互作用，亦即傳統論述上的理性或欲望，均是一種心理系統運作的元素或內容規則。而個人基於自己心理系統運作的內容，卻無法認知或影響其他人心理系統的狀況下進行溝通，這個溝通系統可能出現在許多層面的人際關係之中，例如前文所提及學者舉出的醫病關係，而在關於規範性、價值性取向上，應該也可以形成所謂的「正義系統」。這一個系統在出現了之後與個人內心的系統呈現耦合的關係，亦即個人心理思考系統不必然與正義系統發生關係，也無法得知正義系統內的運作內容以及規則，但可透過正義系統以及個人心理系統對於彼此的開放性，互相釋放出做為相對系統之環境的刺激，並以另一個系統所釋放出的訊息，成為自身系統中下一次運作的刺激來源⁵⁵。

則在此理解下，正義系統對於所有人的心理系統呈現既開放又閉鎖的狀況，其開放是指任何人的心理系統都有與正義系統對話的機會，然無人能控制或知道正義內部運作的結果，我們只能藉由將感受到的正義系統所釋放之刺激，進入自身心理系統運作，這樣的刺激不一定會對於自身的心理系統產生任何的影響，每個心理系統對於正義系統所釋放的刺激也會產生不同的運作結果，甚至可能正義系統所釋放的刺激不誘發任何的系統運作。

則更進一步可以推導出，正義系統可能是多種的價值系統，而其中之一應該就是法規範系統，其是基於最初次的心理系統與心理系統間溝通出來的結果。雖然法律系統一旦產生之後即與所有個體的心理系統分離呈現耦合狀態，心理系統

⁵⁴ 李茂生，〈少年犯罪的預防與矯治制度的批判——一個系統論的考察〉，台大法學論叢第 29 卷第 2 期，頁 103。

⁵⁵ 以前述醫病關係中溝通系統為例，本文認為醫生或患者心理系統思考內容，成為醫病關係系統中的刺激後，醫病關係系統會不斷的產生溝通，這是基於其自我再製之特性。而醫病雙方的心理系統思考內容可能成為醫病關係系統的新刺激，對醫病關係系統產生醫病雙方都無法預測或控制的影響，此基於醫病關係系統之開放性以及閉鎖性。然醫病關係系統所釋放出的訊息，亦可能對醫生或病人或雙方的心理系統產生醫病關係系統無法知道並控制之影響，這則是基於心理系統作為一個系統的存在，應該亦具有開放性及閉鎖性兩性質。

也無法得知法律系統運作成長的內容以及過程，雖然法律系統對於心理系統給予依照一定程序、範圍內的對話機會。則本文在此得到一個不甚滿意的結論，亦即在最初的溝通出現造成法律系統時，心理系統所釋放出的訊息即為「正義」，並希望此一正義作為法律系統的內部規則存在。然法律系統本身由外界接受刺激並自我再製的結果，正義是否依然作為法律系統內的規則存在則無人得以知曉，也無法對於法律系統的進化加以操控，甚至事實上沒有人同意過要接受什麼樣子的法律規定統治⁵⁶，故僅能假定正義仍然存在法律系統內部做為規則，且由於個人均能夠與法規範系統合法的對話，而假定行為人對於法規範是同意的。則進而違反法律的行為，是一種違反自我對於法規範同意的行為。換言之其正當性依據非在於違反「正義」，而是基於行為人違反了自身對於「正義」的「同意」，而對於違反法律的行為取得處罰的正當性依據⁵⁷，而刑罰之功能亦成為對行為人心理系統的對話，同時位於法規範中所存在的正義進行再度確認⁵⁸。

是故本文理解的規範責任理論，其規範內容內容正當性依據應該亦即係傳統道義責任論中所謂的「道義」，亦即個人所接受的正義。惟本文認為不存在超越時空之自然法，因而也不可能存在有超越時空的正義，但卻應該存在有合於特定時空背景下之正義，且必然係於該時空背景下為維護個人人性尊嚴而存在。同時基於溝通系統之作用藉由法規範運作之方式，將前所述之正義以法律之外觀顯現，而規範責任理論即應該基於這樣的立場，對於行為人責任細緻操作具體化。

⁵⁶ Paul Campos 著，陳佳穎、林宏濤譯，〈法律狂〉，頁 68。

⁵⁷ 筆者認為採取這樣的定義方式，可以避免將正義訴諸超自然的理性、神性或自然法則，同時在溝通的基礎下兼顧人類內心系統關於理性以及欲望的掙扎。藉由系統自我再製的演化結果，可以推導出正義變遷之原因，以及由於正義這一個價值系統與個人心理系統對話的過程，理解在同一時代下每一個個人對於正義多元化的解釋。

⁵⁸ 當然此一對話對於行為人心理系統所產生反應亦無法預測，故可能出現改變行為人心理系統，或者以上訴模式與法規範系統進行再次溝通，亦可能根本不對行為人心理系統產生任何作用。

第三章 精神障礙與心智缺陷不法行為責任問題

在確定學說以及實務對於責任理論採取係規範責任理論後，接續的問題在於此理論之下對於精神病患不法行為之態度。當今天肯定關於規範責任理論中個人自由意志或是有限度的自由意志時，則因為行為人個別因素而非外力強制而致使無法產生個人自由意志，或者自由意志有所瑕疵時，將對於個人之責任存在與否發生爭議，對於個人自由意志與責任能力的規範，則本文在以下進行討論。

第一節 責任能力與法規範方式

採取規範責任理論下，行為人就其行為本身是否有負擔刑事責任之能力，則取決於前述所論及對於規範之認識，以及是否能按照規範為其行為決意兩者，換言之，亦即為規範意識以及不違反規範之意志。當今天行為人無法形成規範意識或者是無法按其形成之規範意識為決意時，即應該解釋為無責任能力，反之即有責任能力。則在此一前提之下，本文就關於責任能力之法規範進行討論之。

第一項 規範方式

按關於責任能力之規範方式，學說上有三種主要之規範方式，亦即生物學、心理學以及混合的立法方式三種，以下將就之分別簡述之。

第一款 生物學立法方式

謂生物學之立法方式者，亦即在法規範中規範生理上狀態，若行為人於該行為發生時具備被規範之特定生理狀態，則即不具有責任能力而無責任，其行為亦不構成犯罪行為。至於行為人之行為是否與該生理狀態具有因果關係，皆不影響行為人於該行為中是否具有責任能力。就生物學的立法方式而言，其支持之論述者認為其可採之理由，因其以實證研究的醫學觀點為基礎，同時具有具體明確之標準，不因為時代變遷導致哲學上對於行為人意識狀態認知不同而產生變化。反對者認為因行為人精神障礙狀態並非不變，且精神障礙狀態並非皆對於行為人之行為發生影響，同時精神醫學之判斷可能因醫學變化而改變，故認為不可採行，

此立法方式目前已為多數學者及各國立法例所不採⁵⁹。採取純生物學觀點立法方式之立法方式例如有，1810年法國刑法第64條、1851年普魯士刑法第40條、1929年挪威刑法第40條、我國暫行新刑律第12條第一項，以及英美法之杜漢法則⁶⁰。

第二款 心理學立法方式

純心理學之立法方式係以行為人行為時之心理狀態是否達到刑法所規範之異常為標準，行為人是否具有生理上之精神障礙則在所不論，換言之亦即行為人生理上即便無任何精神障礙，但行為時只要心理狀態達到刑法所規範之狀態時，其就該行為即無責任能力可言。就心理學之立法方式之贊成意見認為，行為人雖無精神疾病但仍可能在心理上達到無責任能力狀態，過度強調精神醫學上之因素將使無認識或控制能力之人於無生理上精神障礙時被歸責，以及責任之重點在於行為時之認識能力以及控制能力，而其造成心理狀態之生理因素則非理論上重點所在。反對論者則認為此一立法方式因心理狀態的判斷不易將流於審辦者的主觀判斷，同時僅以行為人心理狀態為判斷時，對於行為人因故意過失使自己陷入無責任能力心理狀態之情形將無法歸責。而現行單純以心理學觀點作為責任能力立法方式者並不多見⁶¹。採取純心理學方式之立法方式例如有，1869年北德聯邦第一次刑法草案第46條、德國1925年刑法草案第46條、瑞士伯恩1866年刑法第43條、1724年英國「野獸法則」，以及美國某些州採取之「極度情感痛苦」抗辯⁶²。

第三款 混合立法方式

混合立法方式是採取兼顧生物學以及心理學之立法方式，亦即標明行為人生理上之精神障礙因素，同時表明行為人於行為時之心理狀態必須係由於該生理因

⁵⁹ 吳建昌，〈刑事責任能力之研究〉，國立臺灣大學碩士論文，2000年6月，頁155參照。

⁶⁰ 張麗卿，〈刑事法學與精神醫學之整合—精神疾病犯罪人處遇之比較研究〉，1994年6月，頁239。李元簇，〈刑事責任能力判斷之標準〉，刑事法雜誌第29卷第3期，頁27。吳景芳，〈英美法上精神異常認定標準之研究〉，刑事法雜誌第28卷第1期，頁24。趙守博，〈英美刑法心神喪失問題之研究〉，刑事法雜誌第18卷第5期，頁15。廖正豪，〈精神障礙影響刑事責任能力規定之探討〉，刑事法雜誌第19卷第5期，頁67。

⁶¹ 吳建昌，〈刑事責任能力之研究〉，國立臺灣大學碩士論文，2000年6月，頁156參照。

⁶² 張麗卿，〈刑事法學與精神醫學之整合—精神疾病犯罪人處遇之比較研究〉，1994年6月，頁240-241。李元簇，〈刑事責任能力判斷之標準〉，刑事法雜誌第29卷第3期，頁29-30。趙守博，〈英美刑法心神喪失問題之研究〉，刑事法雜誌第18卷第5期，頁7。

素所致，行為人就該行為方不具責任能力。就該學說進行之解釋有二說，一說認為生理上之精神疾病係為刑事責任之前提，當存在有生理上精神疾病時，方就心理狀態加以探究，以認定其刑事責任能力之問題。二說則認為心理狀態是對生理上精神疾病所加之限制，而精神疾病狀態對於心理狀態則無限制可言，亦即無論是否存在有法定精神疾病，均應探究行為人心理學上意識狀態以決定其責任問題，事實上等於心理學的立法方式⁶³。此二說中以第一說為混合立法方式之通說，對於混合立法方式贊成之見解認為混合方式顧及無責任能力之相對性，以行為人之行為時心理狀態避免純生物學方式之缺點，並藉由生理上精神障礙之列舉，使審判者必須為一定之確認，避免純心理學缺陷，並認為唯有混合方式得理解責任能力係生物學與心理學之綜合概念，此種混合方式為目前多數國家刑法立法例所採⁶⁴。採取混合立法方式例如有，德國現行刑法第20條、日本1974年改正刑法草案第16條第一項、奧地利1974年刑法第11條、現行加拿大刑法第16條、現行義大利刑法第88及89條、法國新刑法第122條之一、1843年英國「馬可諾頓法則」、美國模範刑法典第4條、美國1984年全面犯罪控制法關於心神喪失抗辯之規定⁶⁵。

第二項 我國規範方式及實務實踐

第一款 刑法修正前規定及實務

第一目 規範方式

2005我國刑法第19條關於精神障礙責任能力規範修正，修正前原規範條文所採用之用語為「心神喪失」與「精神耗弱」⁶⁶，有學者表示其用語係法學觀點之

⁶³ 李元簇，〈刑事責任能力判斷之標準〉，刑事法雜誌第29卷第3期，頁35-36。

⁶⁴ 吳建昌，〈刑事責任能力之研究〉，國立臺灣大學碩士論文，2000年6月，頁157參照。

⁶⁵ 楊建華，〈刑法總則之比較與檢討〉，1988年9月，頁131。張麗卿，〈刑事法學與精神醫學之整合—精神疾病犯罪人處遇之比較研究〉，1994年6月，頁241-243。趙守博，〈英美刑法心神喪失問題之研究〉，刑事法雜誌第18卷第5期，頁8-15。廖正豪，〈精神障礙影響刑事責任能力規定之探討〉，刑事法雜誌第19卷第5期，頁68-69。李元簇，〈刑事責任能力判斷之標準〉，刑事法雜誌第29卷第3期，頁32-34。吳景芳，〈英美法上精神異常認定標準之研究〉，刑事法雜誌第28卷第1期，頁31-34。

⁶⁶ 2005修正前刑法第19條
心神喪失人之行為，不罰。
精神耗弱人之行為，得減輕其刑。

用語，對於該用語之正確使用僅得期待法官而非精神醫學領域為之⁶⁷，換言之，僅得依賴法官於個案審判之中就行為人之心理狀態，是否已達到心神喪失或精神耗弱為判斷。在此狀況之下，由於並未規範行為人生理上必須存有之精神障礙狀態，則就條文而論行為人達到心神喪失或精神耗弱狀態之原因皆可不問。就此一論述模式認為，「心神喪失」與「精神耗弱」係指心理學上之立法方式⁶⁸，由法官於審判時就行為人行為時之心理狀態加以認定。我國亦有不同論認為此一用語係精神醫學上用語者，亦即認為「心神喪失」及「精神耗弱」係指行為人生理上所具有之精神疾病，係一純粹生理學方式之立法模式⁶⁹，亦即行為人是否存在心神喪失精神耗弱之狀況，應該交由精神醫學為判斷。另若比較與我國立法相近之日本立法模式，日本現行刑法規定：「心神喪失人之行為，不罰。心神耗弱人之行為，減輕其刑。」日本學說上通常再依「大判昭和六年十二月三日判一例」解釋採取混合模式立法，認為所謂心神喪失乃「因精神障礙而無事務之是非善惡辨識能力，或無依此辨識而為行為之能力」，所謂心神耗弱乃「因精神障礙而致前述能力顯著減低之狀態」⁷⁰。則我國刑法修正前採取「心神喪失」與「精神耗弱」用語與之相近，故非不能謂為混合模式立法方式⁷¹。則我國學說上對於修正前刑法第19條所規範方式，究竟指生理學模式、生物學模式或混合模式立法方式實無定見⁷²。

第二目 司法實務運作

按照前文對我國刑法第19條修正前之學說，有認為心神喪失以及精神耗弱係

⁶⁷ 蔡墩銘，〈刑法裁判百選〉，頁129。

⁶⁸ 李元簇，〈精神耗弱減輕刑事責任能力制度之比較研究〉，刑事法雜誌第16卷第3期，頁13。李元簇，〈刑事責任能力判斷之標準〉，刑事法雜誌第29卷第3期。張麗卿，〈刑事法學與精神醫學之整合—精神疾病犯罪人處遇之比較研究〉，1994年，頁244。蔡墩銘，〈司法精神鑑定與刑事判決〉，刑事法雜誌第42卷第3期，頁13。

⁶⁹ 廖正豪，〈精神障礙影響刑事責任能力規定之探討〉，刑事法雜誌第19卷第5期，頁82。韓忠謨，〈刑法原理〉，1992年4月重訂，頁206。蘇俊雄，〈刑法總論II〉，1997年，頁275-277。楊建華，〈刑法總責之比較與檢討〉，頁135-137。

⁷⁰ 謝杜喬，〈反社會性人格疾患犯罪人之責任能力與處遇〉，東吳大學碩士論文2003年，頁37。

⁷¹ 甘添貴，〈刑法總論講義〉，1992年，頁166。陳樸生，〈實用刑法〉，1993年再版，頁186-187。

⁷² 吳建昌，〈刑事責任能力之研究〉，國立臺灣大學碩士論文，2000年6月，頁78-79。

屬於精神醫學上狀態者，有認為屬心理狀態而應由法官為認定者，有認為係屬於混合模式者，其見解並不一致。惟就法庭實踐上而論，我國刑事司法對於原刑法規定「心神喪失」以及「精神耗弱」用語之態度，以17年上字第305號判例⁷³而論，認為此一用語係精神醫學上之用語，需要經過精神醫學專科鑑定方才能確定之，但同一判例又認為此一精神病狀態並非隨時存在，需由精神醫學專科加以認定行為人於行為時是否存在有精神障礙之狀態。就22年上字第1771號判例⁷⁴而論，亦採取相同之見解，並認為心神喪失及精神耗弱係精神病狀態之程度差異。47年台上字第1253號判例⁷⁵亦採取相同之見解，認為精神耗弱狀態係必須由醫學上精神病科專門學問決定之，必須由醫學界學者加以診斷之方得以確定。以上三判例均認為心神喪失精神耗弱係指精神醫學上之判斷結果，而17年上字第305號以及22年上字第1771號判例則是同時表明心神喪失與精神耗弱之狀態必須存於行為時，行為人方得以免責或減輕責任。

而26年渝上字第237號判例⁷⁶，則認為心神喪失以及精神耗弱必須以行為人行為時之精神狀態判斷之，並以對於外界事務知覺以及判斷之自由決定意思之能力強度作為判斷基準。相較於前之判例，此一判例並非認為行為人只要存有醫學上之精神障礙即可構成免責事由，似乎與純生物學之立法方式不同。

⁷³ 17年上字第305號

要旨：所謂精神病人（新刑法稱為心神喪失人），不過謂其素有精神病，並非即永遠精神喪失而絕無間斷之時，本件被告平時是否確有此種疾病，當實施犯罪行為之時精神病有無間斷，自應詳細調查，由專門醫家診察加以鑑定，始能論擬。

⁷⁴ 22年上字第1771號

要旨：精神病本有心神喪失及心神耗弱之不同，前者固可不罰，後者僅減輕其刑，故其處罰與否，仍須視精神病之程度如何而定，非謂凡有精神病者均可不罰，且其不處罰與減輕其刑，必以其犯罪行為確在精神病中者為限，若其精神病時有間斷，而犯罪行為適在間斷之際者，則其行為與精神病無關，即不能以夙有精神病為理由，而主張不罰或減輕其刑。

⁷⁵ 47年台上字第1253號

要旨：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。

⁷⁶ 26年渝上字第237號

要旨：刑法上之心神喪失與精神耗弱，應依行為時精神障礙程度之強弱而定，如行為時之精神，對於外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力者，為心神喪失，如此項能力並非完全喪失，僅較普通人之平均程度顯然減退者，則為精神耗弱。

24年上字第2844號判例⁷⁷見解，並未直接認定心神喪失以及精神耗弱屬於精神疾病狀態，為該判例要旨中認定行為時係心神喪失狀態行為後雖回復正常狀態，非不可謂心神喪失之人，就此一論述方式可以認為，法庭實務將心神喪失以及精神耗弱重點著眼於行為人行為時之狀態，惟並未對於此一狀態究竟係精神疾患上之狀態或者是心理學上狀態。而29年上字第866號判例⁷⁸亦採取相同之見解，其著重的重點在於心神喪失以及精神耗弱狀態必須存在於行為時，而非以行為後是否陷入精神疾病而論。

惟28年上字第3816號判例⁷⁹，此一判例係論及行為人因飲酒而致自身陷入心神喪失以及精神耗弱之狀態，若對於之後將發生之犯罪行為已有認識，按刑法理論而言係所謂之原因自由行為⁸⁰，亦即行為人因本身之行為致使自身陷入辨別能力以及意思上有缺陷之情形。惟此判例中認為行為人若於飲酒時無犯罪之意思，但飲酒後致心神喪失或精神耗弱之狀態而陷於犯罪，難謂此一心神喪失之行為仍應予以處罰或精神耗弱之行為不能減輕其刑，且該判例中並未論及關於行為人是否需因飲酒導致產生「病態醜態」狀態。換言之，無法由此判例見解推導出辨別之能力以及自由決定之意思缺陷，必須基於行為人生理上病態，在不具有生理上病態時，仍可能屬於心神喪失以及精神耗弱狀態，是故就此判例立場而論，心神喪失以及精神耗弱係行為人之心理狀態，而於生理上是否存在有精神病無關。據此，可以發現我國法院實務上在2005年修正刑法第19條之前就「心神喪失」或

⁷⁷ 24年上字第2844號

要旨：刑法上所謂心神喪失人，非以其心神喪失狀態毫無間斷為必要，如果行為時確在心神喪失之中，即令其在事前事後偶回常態，仍不得謂非心神喪失人。

⁷⁸ 29年上字第866號

要旨：所謂心神喪失或精神耗弱人之行為，係指其行為時在心神喪失或精神耗弱狀態中者而言，其有間發的精神病態者，即應以其行為是否出於心神喪失或耗弱狀態存在中，為不罰或得減之標準，不能由其犯罪後罹於精神病態，而與心神喪失或精神耗弱人之行為同論。

⁷⁹ 28年上字第3816號

要旨：舊刑法第三十二條關於不得因酗酒而免除刑事責任之規定，已為現行刑法所不採，故如被告於尚未飲酒之先，即已具有犯罪之故意，其所以飲酒至醉，實欲憑藉酒力以增加其犯罪之勇氣者，固不問其犯罪時之精神狀態如何，均應依法處罰。假使被告於飲酒之初，並無犯罪之意圖，祇因偶然飲酒至醉，以致心神喪失，或精神耗弱而陷於犯罪，即難謂其心神喪失之行為仍應予以處罰，或雖係精神耗弱亦不得減輕其刑。

⁸⁰ 黃榮堅，〈基礎刑法學〉下冊，2003年5月，頁183。

「精神耗弱」之認定，並非單純採取精神醫學上之認定。

則參照上述我國法庭就心神喪失以及精神耗弱之認定，有認為其屬於精神疾病者，有認為其屬於行為人行為時之心理狀態者，見解上亦不一致。唯可以確定者。我國刑事司法實務上將心神喪失以及精神耗弱認為是一種狀態，無論是生理上的疾病狀態存續或者是心理上的認知狀態缺陷，都必須是在犯罪行為發生時點存在於行為人生理或心理上的一種狀態，且非由精神醫學鑑定可作為唯一依據。

換言之，我國向來實務上對於刑法修正前第19條之規範，採取之態度並非單純的生物學模式是可以確定的，縱然在精神醫學鑑定上確定行為人行為時具有精神障礙存在，但法官基於審判時的判斷，可以認為行為人並不存在心理狀態之欠缺，或心理狀態要素並未到達心神喪失而僅為精神耗弱。故以混合模式立法方式解釋我國向來實務運作似乎可採。惟有研究顯示，未送醫療機構進行精神鑑定案件中，法官仍可能逕行認定行為人是精神耗弱或心神喪失之狀態⁸¹，該研究中並未分析類似案件是否行為人均有精神障礙病史，或者是行為人於行為時點已經達到病態醞釀或複雜醞釀的狀態，參照前述28年上字第3816號判例亦未論及行為人生理上是否已經呈現病態醞釀或複雜醞釀狀態，故無法解釋我國實務上是採取混合模式通說見解或少數說見解，但應該可以認為實務運作上採取混合模式無疑。

第二款 現行刑法規定及實務

第一目 現行法規定方式

於2005年刑法修正中，將我國刑法第19條關於精神疾病障礙責任能力規範修正為「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。」⁸²。就此修正而論，其修正理

⁸¹ 王富強，〈精神鑑定〉，國立政治大學碩士論文，2002年，第四章，頁1，頁22-24。

⁸² 2005年修正後刑法第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。

由明言「心神喪失」與「精神耗弱」之語意極不明確，且非醫學上之用語，醫學專家鑑定之結果，實務上往往不知如何採用。其將修正前「心神喪失」、「精神耗弱」用語認定非屬醫學用語，同時並認為責任能力有無之判斷標準，多認以生理學及心理學之混合立法體例為優。在生理原因部分，以有無精神障礙或其他心智缺陷為準；在心理結果部分，則以行為人之辨識其行為違法，或依其辨識而行為之能力，是否屬不能、欠缺或顯著減低為斷。故按其修正理由，我國刑法第19條之修正後採取之立法例，係混合模式之立法方式，以精神障礙以及心智缺陷作為前提之生物學要件，而行為人行為時因其生物學要件致不能辨識、辨識能力低下，或無法按其辨識結果為行為之心理的狀態作為考量責任能力之依據。

按我國學者對於新修正刑法第19條規定之解釋，有認為其中所謂「精神障礙或其他心智缺陷」之定義，應參照德國刑法第20條規定解釋之，其中所包含之生理上缺陷應包括有：病理之精神障礙、深度之意識障礙、智能不足其他嚴重之精神異常等四者。並認為我國立法例中所謂精神障礙者，亦即指德國立法例中病理之精神障礙以及深度之意識錯亂，其他心智缺陷則是指稱心智薄弱或其他嚴重之精神反常者，氏並以德國學者對於該國立法例之解釋，就精神障礙、深度意識障礙、智能不足，以及嚴重精神異常為解釋，認為其應該包含內因性以及外因性之精神病、與精神病同等質之意識或情緒障礙、先天智能不足以及後天之人格違常等。惟學者此一見解中亦表明我國立法模式中應注意者，在於如何將法律用語與精神醫學上之疾病名稱及評價相對應⁸³，故本文認為其重點仍應置於我國法律用語上「精神障礙或其他心智缺陷」於精神醫學上之意義為何。

第二目 現行實務運作

我國刑法第19條於2005年修正並於2006年7月1日起實施後，前述司法實務運作是否產生相對應之變革，本文認為此有討論之必要。本文已將我國關於刑法第19條之修正後條文及修正理由於前簡述，然修正理由畢竟僅是立法者文字敘述，

⁸³ 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二十三期，2005年12月，頁50以下。

不必然造成實務運作上之改變。若按前所述，我國於刑法第19條修正前法庭實務運作之結果，我國學界對此立法模式究竟採取何者眾說紛紜，甚學者有批評我國判例見解事實上係將刑法第19條解釋為心理學立法模式者⁸⁴，則於刑法第19條修正後我國實務見解運作結果是否有所變更，才是法律修正是否產生實際作用之關鍵。

則自司法院法學資料檢索系統判解函釋類關於地方法院裁判中，以「心神喪失」或「精神耗弱」或「精神障礙」或「心智缺陷」為關鍵字查詢，各地方法院刑事裁判共14件，扣除依法不得公開類案件後所得案件數共8件，裁判日期均在2006年7月至該年9月間，由於這些案件皆為新法施行前所發生者，則可能涉及刑法第19條變更後對於行為人有無有利或不利之變更情形。此類裁判中關於刑法第19條修正之論點相當一致，皆認為刑法第19條之修正前後雖文字內容有異，但皆係因修正前「心神喪失」與「精神耗弱」用語之語意不明，是故該修正僅是關於原用語之解釋或定義性規定，不生應適用修正前、後之法律或有利或不利於被告之問題⁸⁵。再者若以發生於2006年7月1日後案件為例，台北地方法院96年訴字1914號裁判亦可為例，該案件中被告年紀為62歲且患有中度精神障礙，並具有身心障礙手冊以及重大傷病免自行部分負擔證明卡，但該案件中被告放火燒毀他人之物行為是否因精神障礙所致，法官卻未送任何精神醫療單位為鑑定，而係以「…則被告毀損及放火之所為乃係表達其對於陳情時未獲置理之情緒不滿，其復知火勢太大而自行撲滅，顯見被告能完全掌控自己行為，亦知悉火勢太大可能造成之危險，故被告行為當時實已具有辨識其行為之能力，尚難認其行為時有因精神障礙，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，或有顯著減低之情事…」逕自認定被告不存在刑法第19條之情形。

綜上所述，我國刑法第19條於2006年修正後，對於我國刑事司法實務上之影

⁸⁴ 張麗卿，〈精神障礙者之犯罪〉，台灣本土法學第86期，2006年9月，頁162，註4。

⁸⁵ 94年訴字第3891號（高雄地方法院）、95年訴字第119號（新竹地方法院）、94年訴字第1169號（屏東地方法院）、95年訴字第480號（屏東地方法院）、95年訴字第75號（台東地方法院）、95年訴字第258號（南投地方法院）、95年簡上字第7號（苗栗地方法院）、95年易字第134號（苗栗地方法院），等判決理由參照。

響是值得存疑的。依本文前述學者對我國刑法修正前原刑法19條中「心神喪失」與「精神耗弱」用語解釋，已經呈現眾說紛紜狀態，則2006年之修正將原用語目的，即在於確認混合模式立法方式，亦即確定行為人存在有生理上的精神狀態異常，並同時具有心理狀態異常時方得以免除或減輕其刑事責任，而在實務並無因法律修正而同步變化時，是否能符合該修正意旨，尚有待觀察實務運作之結果。

第二節 精神障礙與心智缺陷責任判定

依我國修正前後學說以及實務運作方式之對照，採取混合模式的立法方式作為刑法修正後，關於精神障礙行為人不法行為責任判定模式故應無爭議，有爭議者應該在於所要判斷的對象以及判斷之標準。亦即位於混合模式中生物學要件以及心理學要件的範圍或內容，以及如何對之進行判斷。首要釐清的問題在於，法學領域所認為的「精神障礙」，與精神醫學領域所認定的「精神疾患」，兩者是否可以被為是同一概念。學者認為「精神障礙」一詞應該是法學所判定之結果，其與精神醫學上所使用「精神疾患」並非具有相同意義⁸⁶。換言之「精神障礙」一詞應該被理解為司法審判領域中，經由生理學以及心理學之判斷後，認為不具有責任能力或僅有部分責任能力之狀態，與「心神喪失」、「精神耗弱」等價，而「精神疾患」則應該純粹指精神醫學領域上所判定之結果。若按此見解，則我國2005年刑法第19條條文所使用「精神障礙」一語，是否應該更改為如同精神衛生法第5條所使用之「精神疾病」或者「精神疾患」則尚值得加以討論之。

第一項 精神觀點—精神疾病及心智缺陷

在採取混合模式立法方式下，首先要加以判斷者，即在於行為人生理上是否具有病態之狀況，亦即包括有行為人精神上的疾病狀態，以及心智上的障礙狀態，此一部份有賴於精神醫學加以診斷之。精神醫學對於精神疾病的發展歷史相當長，現代精神醫學主要由Wilhelm Griesinger (1817-1869) 所開始。其將精神病 (psychosis) 與精神官能症 (neurosis) 加以區分，認為精神病係因為器質性所造成，根據其「精神疾患為腦病」之基本概念，致力於使精神醫學之研究成為現代

⁸⁶ 吳建昌，〈刑事責任能力之研究〉，國立臺灣大學碩士論文，2000年6月，頁18。

科學研究之對象⁸⁷。綜觀整體德國精神醫學之發展，以記述性精神醫學為其發展主軸，強調其與先天遺傳因素以及腦部病變相關⁸⁸。並且於1890年代由精神醫學家Emil Kraepelin（1856-1928）建立了13種主要的身體組織性方面的精神疾病，包括有傳染性精神病、中毒性精神病、甲狀腺性精神病、麻痺性痴呆、腦疾患性精神病、疲憊性精神病、早發性痴呆、躁鬱性精神病、退行性精神病、妄想狂、一般精神官能症、精神病質狀態以及精神發展停止等⁸⁹。相對於此，美國地區則於Adolf Meyer（1866-1950）的精神生物學以及Freud的心理分析理論為骨幹，出現不同於記述性精神醫學的動力精神醫學，Meyer認為生物體、物質及其機能乃不可分之整合體，人格除生物與醫學因素之外，亦包含有心理、社會、文化各因素存在⁹⁰。

整體而言在二次世界大戰前精神醫學界並無統一的診斷分類，且即便各國診斷分類亦時常變動修改。二次世界大戰後世界衛生組織成立，開始修訂國際疾病分類，並且推動各國統一的疾病診斷分類標準，直至1973年時方提出國際疾病分類第九版（ICD-9），並建議各國基於此繼續加以研討。相對美國於1952年提出第一版精神疾病診斷統計手冊（DSM-I），我國於次年及採用此手冊標準以代替傳統記述性學派的診斷模式，1969年中華民國神經精神醫學會更出版DSM的第二版，希望藉此使國內精神醫學界使用統一的診斷名詞⁹¹。

據此，在我國精神醫學界由於對精神疾病之診斷依其標準不同，其分類及內容上具有相當多差異，由於疾病之成因不甚明確下，主要依據臨床之症狀以及可分析之成因作為分類標準。目前在精神醫學診斷系統中，實際操作方式係採取負面定義，亦即定義負面的特徵作為精神疾病確診之要件，而當不存在有此等負面要件時即為無精神疾患⁹²。目前我國精神醫學臨床上診斷所使用之標準，主要是

⁸⁷ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985年，頁8-9。

⁸⁸ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985年，頁9-13參照。

⁸⁹ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985年，頁71-72。

⁹⁰ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985年，頁10、14。

⁹¹ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985年，頁72-73。

⁹² 吳建昌，〈刑事責任能力之研究〉，國立臺灣大學碩士論文，2000年6月，頁118。

ICD-10以及DSM-IV兩套標準併行⁹³。ICD-10是由世界衛生組織於1992年通過之國際疾病分類第十版，歐洲國家主要採取此類診斷標準，其中關於精神疾患在第五章（F分類）中。DSM-IV是美國精神醫學會於1994年公布的精神疾病診斷統計手冊第四版，而更於2000年就DSM-IV進行修正後公布內文更新版本之DSM-IV-TR版本，以下就兩診斷系統關於精神疾病部分分別簡述如下。

第一款 國際疾病分類第十版（ICD-10）

國際疾病分類第十版第五章中，將精神疾患首先區分為十一大類，每大類中又有數種疾病，分別就其名稱及定義概述如下⁹⁴：

- 一、包含症狀性之器質性精神障礙（F00-F09 Organic, including symptomatic, mental disorders）：此分類中大多可於病理學上發現明顯的腦部病變、大腦傷害，或其他原因導致腦部功能不良，諸如阿茲海默症、或腦血管病變等，此分類中的症狀會呈現慢性逐漸影響大腦皮層作用，包括記憶、語言、計算能力等。認知作用的損傷會逐漸使情感控制、社交能力或者積極性逐漸消逝。
- 二、使用刺激性物質之精神與行為障礙（F10-F19 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use）：此分類精神及行為障礙之症狀與其成因，在臨床醫學上是可以被嚴格區分為許多種類，但相同的部分都是由於使用一種或多種對心理或精神有影響，且不一定屬於醫學上合乎規定所使用之物質。在本分類中包括的物質諸如酒精、鴉片類、大麻、古柯鹼等毒品，或其他興奮劑等。
- 三、精神分裂症，分裂性與妄想性疾患（F20-F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders）：此一分類最重要的症狀是精神分裂症，其餘

⁹³ 吳文正，〈從精神鑑定探討被告心神喪失抗辯之主張〉，東吳大學碩士論文 1996 年，頁 50。當然依據我國健保制度，目前主要採行之分類方式是以 ICD 之分類為主，其版本甚至可能為較早期的第 9 版，但以本文立場並不影響責任能力判斷之整體結構，蓋因為精神醫學之分類僅作為責任能力判定之門檻條件，仍應該就心理狀態加以判斷為是，詳見後述。

⁹⁴ 本文關於 ICD-10 之內容，請參照世界衛生組織線上 ICD-10 分類網站 <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

包括分裂性的精神障礙，反覆的妄想障礙，另外很大的部分則是急性與短暫的精神障礙。同時分裂性情感障礙患者，雖然在本質上仍有極大的爭議，也被納入此一分類之中。

四、情感性障礙（F30-F39 Mood [affective] disorders）：此分類則是基於情緒或情感上鬱症或躁症變化所產生的混亂，情緒的變化通常伴隨整體活動環境而改變，此分類中的情緒變化常呈現週期性產生，或者因為特殊的壓力或事件而發生，此分類為眾人所熟知的包括有憂鬱症以及躁鬱症等。

五、精神官能性、心理壓力性與身體性障礙（F40-F48 Neurotic, stress-related and somatoform disorders）：此一分類係一般所說之精神官能症，其特徵包括有焦慮、恐懼以及生理上無原因而感到不適等。ICD-10在本分類中並無整體的說明，但以其下各個子分類所標示的病症內容，可大致理解此分類，如F40.1的社交恐懼症（Social phobias），病患會對於他人的目光感到恐懼進而迴避社交情況，普遍伴隨著自信心低落以及對於批評的恐懼，外在的症狀會出現臉紅、顫抖等症狀，甚至病患會誤以為這些基於恐懼的症狀才是其主要病症，症狀嚴重化之後更可能導致起於恐懼的攻擊行為。

六、與生理失調及身體相關行為症候群（F50-F59 Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors）：此項分類主要是針對與生理失調以及身體素質相關之行為障礙，例如在F50.0～F50.9係有關於飲食失調之狀況，例如F50.0神經性厭食（Anorexia nervosa）是由於故意減重所導致的厭食症，大多易發於青春期少女以及年輕婦女等，病患由於恐懼體重增加以及過度之價值觀影響，給自己設下過強的減重門檻。附隨的症狀是內分泌以及新陳代謝的改變影響身體機能，其他包括飲食選擇減少、過度鍛鍊、催吐或者食慾抑制劑以及利尿劑的濫用等。其他如F55則是關於非依賴性藥物之濫用（Abuse of non-

dependence-producing substances），主要的藥物類型包含（a）無成癮性的精神科用藥，例如抗憂鬱劑等。（b）瀉藥或通便劑。以及（c）無須醫師處方的止痛劑如阿斯匹林等。

七、成人人格與行為障礙（F60-F69 Disorders of adult personality and behaviour）：此一分類中包含多樣化臨床上重要的症狀及行為模式，此分類下之病患具有持續展現個人人格、生活模式以及人際關係之症狀。這些症狀中部分可歸因於人格養成的早期，包括先天的素質要素以及社會經驗，其餘則於人生較晚的時期習得。特殊的人格疾患、混合人格疾患以及永久性的人格改變，是深刻且不變的行為模式，並廣泛且不變的於人格及社會處境中呈現。相較於受意識到相同文化的平均個人而言，病患在想法、感受尤其是人際關係上呈現極度或重大的偏差。此種行為模式具有極為固定，並在複合行為或心理作用領域中出現的傾向。雖然不是一定，但病患往往承受到各種程度的內心壓力，或者是在社會上表現之問題。

八、智能不足（F70-F79 Mental retardation）：智能不足係指心智發展受阻或不完整的情形，特別是技能在發展期中明顯的受阻，此技能係指組成整體智力之部分，包含有認識能力、語言能力、運動能力以及社會機能等，發展遲緩的情形，將可能在心智或者是身體機能上呈現。智力遲緩的程度可藉由標準化的智力測驗評估，並且藉由對於一定環境的社會適應能力程度，可以補充對於智力評估的準確度。

九、心理發展障礙（F80-F89 Disorders of psychological development）：在心理發展障礙此一分類中的共同特徵為：（a）在嬰幼兒時期發展的遲緩。（b）與中央神經系統機能，於生理成熟重大相關的損傷或者是發展遲緩。（c）無變化、無改善或反覆發作的病程。在大多數的狀況下，此一障礙所影響的機能包括有語言能力、圖像空間機能，以及動作協調能力。通常這樣的損傷或者遲緩在確實察覺後即會表現出來，且症

狀將因兒童的成長而逐漸趨緩，但成年後相較於常人仍會稍有缺陷。

十、青春及幼兒期之行為及情緒障礙（F90-F98 Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence）：此一份類的障礙中ICD-10並未有統一的特徵描述，但其中較為重要的例如有F90的過動障礙（Hyperkinetic disorders），這類的障礙通常呈現於初期（一般而言在五歲以前），對於需要認知之活動欠缺持續能力，並且具有在完成一個活動前轉向另一活動之傾向，並伴隨著擾亂的行為、不良的規矩，以及過多的動作，有時還會伴隨其他異常。過動兒童通常欠缺注意力且衝動，容易引發意外。並也因為盲目的破壞而非有目的的反抗，發現自己出現紀律上的麻煩。另一個比較特殊的類型還有F91的品行障礙（Conduct disorders），此障礙藉由持續的不友善、侵略或蔑視的行為展現，這樣行為的總和主要呈現出對於社會基於年齡適當期望之違反，並較兒童淘氣的行為或青少年刻意反抗的行為來的嚴重，並意味著會是一個持續的行為。根據ICD-10對於此類型障礙的描述，相當重要者在於此類型障礙患者行為會出現極度的鬥毆或脅迫行為、對於動物或他人殘酷的對待、對於他人財物的破壞、縱火行為、竊盜、反覆的說謊、蹺課和蹺家、時常且嚴重的易怒，以及刻意反抗的行為。

十一、其他精神障礙（F99 Unspecified mental disorder）：此類是包含其他無法被特定化的精神障礙疾病，但按照ICD-10的分類中，要排除器質性但無法分類之精神障礙，亦即必須排除因腦部、功能失調或生理疾病所造成且無法特徵類型化之精神障礙疾病。

第二款 精神疾病診斷統計手冊第四版內文更新版（DSM-IV-TR）⁹⁵

根據DSM-IV-TR中對於精神障礙的定義，雖然使用「精神障礙」此一用語，但是這是基於過於簡化的「精神／生理」二元錯誤區分所產生之結果。事實上可以尋找到許多文獻記載，相當多到「生理」要素存在於「精神障礙」之中，亦有

⁹⁵ 本項中關於 DSM-IV-TR 資料係引用線上資料庫版本，詳可參照各分類的介紹部分。

相當多的「精神」要素存在於「生理障礙」之中。此問題之重要性提升是基於「精神障礙」一詞，相較於其解釋的內涵而言是相對清楚的，而且在無法找到更適當的詞彙之前僅能使用這樣的名詞。且DSM-IV-TR本身即明白表示無法尋找出有效的定義，去說明關於「精神障礙」此一概念的邊界，「精神障礙」此定義如同其他醫學以及科學的定義，欠缺能包含一切特徵且一致的操作型定義。

但基本上DSM-IV-TR仍對於精神障礙提出了描述的概念，認為任何的精神障礙至少會有以下的性質：個人於臨床上出現重大特殊的行為或心理上之症候或模式，並伴隨痛苦以及功能上的缺陷，或者死亡、痛苦、傷殘或失去自由的風險提升。此症候或模式並非單一可預期的或社會認同的反應，而必須令個體於行為、心理或生理機能上的功能減損。且除非個人的異常行為或與社會之衝突，是存在有個人行為、心理或生理機能上的功能減損，否則這些異常行為或與社會的衝突不能被認識精神障礙。

DSM-IV-TR根據症狀的特徵以及其定義，提供精神障礙一個排他性的分類，此分類命名方式是相當傳統組織化並交流資訊的方法，並廣泛的被使用在日常生活以及醫療診斷系統當中。排他的分類方式，必須在同分類的診斷類型中每一個種類均具有同質性時，方才能良好的運作，不同分類間必須是相互排除的，且必須承認排他性分類系統上之侷限。

DSM-IV-TR根據其定義對於精神障礙採取軸線（Axis）式的分析系統，每一個軸線具有不同的領域資訊意義，其判斷的軸線為：

- 一、臨床症狀（Clinical Disorders, Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention）：此軸的重點在於人格疾患或智能缺陷以外的臨床上障礙症狀，或者是任何臨床上被關注的焦點。
- 二、人格疾患或智能遲緩（Personality Disorders, Mental Retardation）：第二軸的重點在於人格的疾患或者智能障礙，同時也可以用於無其他特徵的適應不良或者是防衛心理中。
- 三、一般醫療狀況（General Medical Conditions）：第三軸則是關於個體在醫

學上，可以解釋或管理個體精神障礙的潛在因素，這些因素是精神障礙以外的醫療上狀況，第一軸、第二軸、第三軸間的差別不代表其有本質上的差異，或生理的因素不會影響精神障礙的情況，或一般健康狀況與社會或行為因素無關，區別一般健康醫療狀況可以在醫療過程中，加強評估的效果以及提高溝通。

四、心理社會及環境問題（Psychosocial and Environmental Problems）：第四軸是針對有可能導致精神障礙的心理社會以及環境問題，心理社會或環境問題可能是負面的人生事件、環境的艱困或缺乏、家庭或其他人際關係的壓力、不適當的社會支持或個人資源，或其他任何造成個人困難之原因。所謂正面的壓力，例如工作上的升遷，僅應該在造成如適應不良等個人問題時，才被視為是心理社會或環境問題。除了是構成或加劇精神障礙的原因以外，心理社會問題也可能作為個人精神的形成要素，或者導致在整體精神管理評估上必須被考慮的問題。

五、整體功能評估（Global Assessment of Functioning）：亦即精神疾患患者整體性的評估，是臨床診斷者對於個體各項指標整體的評斷，用於對於病患治療計畫的擬定，以及所造成後果的評估。

DSM-IV-TR根據以上的五個軸對於精神障礙，將其分類為十七個類別，以下分別就其類別以及定義簡述之：

一、通常初現於嬰兒期、兒童期或青春期的障礙（Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence）：DSM-IV-TR對於此一分類的說明中指出，屬於此一分類的障礙亦可能出現在成年人中，例如學習障礙或注意力欠缺等，此一分類之存在是為臨床診斷上的方便，並非專屬於嬰兒、兒童或青少年。

二、神智失常、痴呆、失憶症及其他認知性障礙（Delirium, Dementia, and Amnestic and Other Cognitive Disorders）：此一分類則包括神智不清、智力衰退、失憶等。神智不清（Delirium）是出現一段時間在認識與認知

上的混亂；智力衰退（Dementia）則是個體在智力以及認識上的減損缺陷；失憶（Amnesic）則是欠缺其他認識受損症狀下，記憶能力的明顯減損，這些病症依據病理學的分類均可以尋找出生理上原因、刺激性物質使用或其他原因造成的神智不清。

三、源自於他處未分類一般醫療情況之精神障礙（Mental Disorders Due to a General Medical Condition Not Elsewhere Classified）：本分類是由於精神障礙以外其他醫療上狀況導致的精神障礙，其他醫療症狀亦即DSM-IV-TR用以判斷個體是否存在有精神障礙的第三軸。

四、與精神刺激物質相關之障礙（Substance-Related Disorders）：此一分類包括的範圍係指藥物的濫用、藥物的副作用，以及暴露在毒物下所造成之精神障礙。在這個分類中DSM-IV-TR列出十一種主要的藥物、毒物或化學物質，包括有：酒精、安非他命或仿交感神經作用藥物、咖啡因以及茶鹼、大麻、古柯鹼、迷幻劑、吸入劑（Inhalant）⁹⁶、尼古丁、鴉片類藥物、天使塵（PCP）或類似藥物，以及鎮定劑安眠藥或抗焦慮劑。在這些與刺激性物質相關的精神障礙中，可以區分為刺激性物質的使用成癮障礙，以及物質誘發的精神障礙，諸如物質所引起的精神混亂、焦慮症、機能失調等。

五、精神分裂症與其他精神疾病性障礙（Schizophrenia and Other Psychotic Disorders）：此一分類包含相當多種精神疾病障礙，包括精神分裂症、精神分裂型障礙、妄想障礙、暫時型精神障礙、分享型精神障礙、因其他醫療狀況引起的精神障礙、物質引起之精神障礙，以及其他無法分類精神障礙等。根據DSM-IV-TR指出，精神疾病在歷史上有多種不同的意義，但不論任何意義均無法被普遍的接受，最狹義的精神疾病被定義為妄想以及嚴重的幻覺，但在DSM-IV-TR的分類中對於精神病認定是包括

⁹⁶ 吸入劑（Inhalant），根據美國國家藥物濫用研究所（NIDA）網頁，係指日常生活中許多常見物品但包含化學藥劑對人體有害者，常被青少年用於吸食，諸如強力膠。參考網頁 <http://www.drugabuse.gov/Infofacts/Inhalants.html>

妄想、嚴重的幻覺、語言溝通上的混亂，以及行為上的混亂或緊張等。

六、情感障礙 (Mood Disorders)：情感障礙可以分成單純的憂鬱症、雙極性的情感混亂 (躁鬱症)、基於病理學所造成的情感障礙，以及基於物質所造成的情感障礙等類型。

七、焦慮障礙 (Anxiety Disorders)：焦慮障礙的部分可以區分為基於恐慌症所產生的焦慮障礙、非因恐慌症所產生的焦慮障礙、對於特定事物的恐懼症、社交恐懼症、妄想-強制障礙、創傷後壓力症候群、壓力所造成的急性障礙、廣泛的焦慮障礙、一般醫療狀況所造成的焦慮症、刺激性物質所造成的焦慮症，以及其他焦慮障礙等。

八、身體化症障礙 (Somatoform Disorders)：身體化障礙或稱為體化症，是一種不斷感覺到身體上出現症狀，但在一般醫療中、或刺激性物質上、或者其他精神失調上均找尋不出原因的症狀，且必須造成病患在社交、工作或其他方面上的痛苦或機能衰退。與人為障礙或詐病的差異在於，身體化障礙並非是病患有意識的行為，與因其他醫療症狀所造成的精神障礙差異，則是體化症在生理上並無任何可確診的病徵。區分體化症作為單獨類別之原因係基於臨床上之需求，而非為尋求此類障礙之原因，體化症常在一般的醫療過程中被發現。

九、人為障礙 (Factitious Disorders)：人為障礙係指病患刻意偽裝出心理或生理上疾病症狀，諸如利用抗凝血劑製造血尿的症狀。與人為障礙類似情況是詐病，詐病通常是藉由偽裝出疾病的症狀以迴避義務，例如兵役等。但人為障礙卻無外界環境的原因作為詐病之理由，而是病患在心理上需要扮演病患的角色。

十、解離障礙 (Dissociative Disorders)：解離障礙或稱解離症最主要之特徵在於，意識、記憶、身份或者知覺上整合能力之崩潰、瓦解或分裂，這樣的混亂可能是突然發生或逐漸加重，亦可能是短暫或長期影響。

十一、性與性別認同障礙 (Sexual and Gender Identity Disorders)：此一部份

包括有性機能障礙（Sexual Dysfunctions）、特殊之性癖好（Paraphilias）⁹⁷，以及性別認同障礙（Gender Identity Disorders）。性機能障礙之症狀為性機能或慾求上的障礙，造成個人的痛苦或人際關係上的困難。特殊之性癖好則包括對於不尋常的物品、行為或狀況存有有強烈的性需求、幻想或行為，引起社交上、職業上或其他方面的痛苦過功能減損，諸如暴露癖、戀物癖、戀童癖、虐待或被虐癖，或者偷窺癖等。性別認同障礙則是持續對於個人生物性別所產生的不安及不適，並對於相對性別的認同。性別認同障礙必須與性取向分別開來，性取向僅是對於對於男性、女性或者雙性具有性慾望。

十二、飲食障礙（Eating Disorders）：飲食障礙是在飲食方面出現混亂的症狀，包含有厭食症以及暴食症兩種情形。厭食症的狀況通常會出現病患低於健康所需的最低體重之情形，而暴食症則伴隨著反覆暴食之後出現不適當的補償行為，例如濫用瀉藥或利尿劑、禁食或過度運動等。

十三、睡眠障礙（Sleep Disorders）：睡眠障礙主要區分為四大類，包括有精神障礙造成的睡眠障礙、刺激性物質造成的睡眠障礙、其他醫療狀況造成之睡眠障礙，以及非屬於前述原因的睡眠障礙，非屬於前三者所造成之睡眠障礙也是本分類所指主要之睡眠障礙。主要睡眠係因為體內關於睡眠生理機制混亂所造成，可以分為睡眠障礙（Dyssomnias）以及類睡症（Parasomnias），前者係指睡眠長度、質量或者是定時上的異常，後者是睡眠時異常的狀況或生理反應。

十四、他處未分類之衝動控制障礙（Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified）：此一分類是指不具有其他分類原因所造成的衝動控制障礙狀況，此種分類之症狀要素為個體無法抗拒衝動、驅使，或者是傷害自己以及他人之慾望。在此一分類之中，個體從事行為前會感到壓力或激

⁹⁷ 筆者註：中文用語中亦有稱之為「性變態」或「性倒錯」者，惟基於本文立場故使用較為中性的「特殊之性癖好」一詞。

勵的升高，而在行為的當下感到愉悅、滿足或者是壓力的緩解。行為後個體不必然會感到後悔、自責，或者是罪惡感。在本部分特別被標示出來的子類型包括有，暫時性的破壞衝動障礙、竊盜衝動障礙、縱火衝動障礙、病態的賭博障礙，以及拔毛衝動障礙（Trichotillomania）。

十五、適應障礙（Adjustment Disorders）：適應障礙的必要要素是個體對於特殊事件壓力的心理反應，或者是壓力導致臨床上可辨認的行為或情感上之精神病理症狀。壓力本身可能是單一事件，或者是數個事件，可能是經常發生或者連續發生者。

十六、人格疾患（Personality Disorders）：人格疾患是個人內在經驗以及行為持續的違反其所處文化之期待，且是個體經驗或行為上普遍且難以改變的現象，通常發生於青少年或者成年初期，且穩定持續於個體的人生之中，通常會造成病患的痛苦或者傷害。

十七、臨床上關注之其他情況（Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention）

則就精神醫學觀點而言，其對於人類精神上疾病狀態，無論以德國生物精神醫學的觀點，或者是美國所採取的動力精神醫學觀點，對於個人精神疾病狀態都包含了精神病、精神官能症、精神素質偏倚，以及智能不足等狀態。換言之，就精神醫學的角度，可以將之均視為一種精神疾病，但有爭議者在於是否所有「精神疾病」均應該作為刑法上責任能力判斷之「精神障礙或其他心智缺陷」，則係一可以加以討論之爭議。

第二項 心理學觀點—意識

混合模式在判定行為人具有精神疾病狀態後，應該就行為人行為時之心理狀態，是否已經到達異常狀態加以判定。所謂心理狀態，學者認為可以區分為「知」、「情」、「意」三者，關於行為人理解以及判斷能力為知的要素，喜怒哀樂等情感作用為情的要素，而依照理解及辨別後為決定或意志行為則為意的要

素，而依據何種要素作為心理學判斷要素則因立法例有所不同⁹⁸。但就心理學這門學科而言，於十九世紀後期才藉由生理學和物理學的實驗技術，正式崛起成為一門學科。在Wilhelm Wundt於1879年在德國促成實驗心理學後，由其學生Edward Titchener建立的結構主義學派，以及美國學者William James與John Dewey等所建立的功能主義學派，又分別對於心理學研究的中心主題「意識」（consciousness）產生不同模式的闡述。基於不同的立場下，心理學又因其不同觀點而產生不同取向，包括有生物論取向、心理動力論取向、行為主義取向、人本主義取向、認知論取向、進化論取向，以及文化學取向等。但無論如何可以確定者在於，心理學所要探討者在於人類意識及行為的結構與功能⁹⁹。而心理學研究之範圍，也從感覺、知覺、意識等基本的元素狀態，一直到學習與行為、記憶、認知歷程、動機、人格乃至於社會歷程與社會關係等複雜的作用狀態。惟在各種心理學取向的模式中，對於個人心理結構內容以及其作用方式，皆會產生不同的關注重心，以下將就各心理學取向之模式加以簡介。

一、生物論取向：該取向引導心理學家由基因、大腦、神經系統以及內分泌系統等運作尋找行為之起因，由此一角度的觀察，有機體的運作可以由基本身體構造以及生化歷程加以解釋。

二、心理動力取向：根據心理動力取向，行為是受到強大內在力量的驅使或制動，人類的行為是源於先天本能、生物性驅力，即是圖解決個人需要與社會要求之間的衝突。在心理動力取向中，認為只有需要得到滿足驅力減弱之後，有機體才會中止行動。

三、行為主義取向：其理論在於特定的環境刺激如何控制特定性質的行為。在二十世紀大部分時間中，行為主義取向模式一直在美國心理學界占有主導地位。

四、人本主義取向：人本主義取向在1950年至1960年代間發展出來，其認為

⁹⁸ 吳建昌，〈刑事責任能力之研究〉，國立臺灣大學碩士論文，2000年6月，頁156。吳建昌，〈從精神醫學探討精神障礙影響刑事責任能力之判準〉，*刑事法雜誌*第43卷第1期，頁100。

⁹⁹ Richard J. Gerrig & Philip G. Zimbardo 著，游恆山譯，〈心理學〉，2004年，頁10-14。

個人並非單純受到內在驅力驅使，也非被周遭環境所控制。個人是積極主動的生物體，本性善良且具有抉擇的能力，個體會致力於自我的成長與潛能的開發，積極尋求改變並能夠規劃與重建自己生活。

五、認知論取向：1970年代開始在心理學產生的認知革命，其中心議題在於人類的思維以及所有認識歷程，包括注意、期望、記憶、想像、理解等。根據認知論人類的行動是基於思考的結果，而其之所以可以思考是基於大腦的自然設計。

六、進化論取向：進化論取向認為人類的心理能力亦是經歷進化的過程，以達成特定的適應目的。認為大腦如同其他器官，基於自然淘汰的過程塑造內在結構，以適應有機體所處的物理環境和社會環境要求。

七、文化學取向：在文化學取向下，其研究重心在於行為因果關係的跨文化差異，是一種對於「心理學向來針對白種中產階級美國人為研究」的回應，且針對文化是否影響行為人心理作用加以研究理解。

如果依心理學的觀點，則在混合模式下所要判斷之心理要素，究竟是人類心理的哪一個部分即非不生疑義。若採取結構主義學派心理學的狀態下，則當然可以將個人的心理狀態加以區分為各項要素，並分別對各要素是否具有正常結構或機能加以判斷，以及可以產生出我國向來對於混合模式結構中的「知」、「情」、「意」各項要素，並就之加以判斷行為人於各要素作用是否正常。惟結構主義向來在心理學界受到多方的批評，包括有一、結構主義為一種化約論，將複雜的人類經驗化約為單純的感覺。二、結構主義為一種元素論，因其試圖結合各個元素成為整體。三、結構主義是一種唯智論，忽視無法描述自我意識的個體。以上的批判最嚴重者，來自於美國功能主義學派心理學立場¹⁰⁰。在功能主義的說法中，無論何種取向的心理學模式，則根本的狀況會發生對於行為人心理狀態的判斷，必須對整體的、複雜的運作加以考量，則混合模式下的立法例中即應該對於行為人心理狀態整體加以判斷，則向來所謂「知」、「情」、「意」等要

¹⁰⁰ Richard J. Gerrig & Philip G. Zimbardo 著，游恆山譯，〈心理學〉，2004年，頁9。

素是否能以分別判斷，抑或整體性的判斷是需要加以考慮者。

若採取功能主義學派的心理學理論，當然對於行為人的心理狀態亦可以加以判斷，但要注意者在於法規範中對於責任混合模式的心理學要件，要如何加以判斷，則會出現與結構主義全然不同的判斷模式。若採取整體、複雜的心理狀態加以判斷，則在心理要素中所重要者，或者說要加以判斷者究竟為何？就心理學的角度觀察，雖然其所要研究探討者均為個人之「意識」，但由於立場以及所關注之取向不同，則其就責任判斷時所將注重的觀點以及方式，也會產生不同之重心，如此而言就心理要素加以判斷時，意識之結構及作用方式是否可如向來法學以「知」、「情」、「意」之方法區分，或者法學所要判定者是否僅在於其三要素中之一部分，則可能因心理學理論不同而產生不同之結論。此外要加以說明者在於，「意識」此一概念事實上可以泛指個人多種層面的機能，本文所指稱之意識是以心理學上的意識為主，當然可能涉及到精神分析論中的潛意識部分，必須與刑法在行為論部分所指行為人有無意識之「意識」加以區別。

第三項 我國混合模式立法責任判定問題

則據上述所論，則在採取混合模式下關於行為人責任判定時，應當對於行為人之精神狀態以及心理狀態分別加以判斷。而我國精神鑑定工作向來受德、日精神學派所影響，採取生物精神醫學的觀點¹⁰¹。法學界關於精神鑑定領域之中，向來亦承襲德國精神醫學的模式，對於精神異常的分類方式有認為應該包括精神病、精神病質、精神薄弱以及中毒引起的精神障礙之分類模式¹⁰²；又或區分為精神病、精神素質之偏倚，以及異常精神反應之分類¹⁰³；亦有將之區分為內因性精神障礙、外因性精神障礙，以及心理性精神病者¹⁰⁴。以我國向來法學界所理解的精神異常狀態，以下簡列之¹⁰⁵：

¹⁰¹ 林憲、林信男，〈精神鑑定〉，1987年，頁2。

¹⁰² 張甘妹，〈論精神的障礙與犯罪之關係〉，刑事法雜誌第2卷第12期，頁32。

¹⁰³ 張甘妹，〈精神異常犯罪者在法律上之責任及其鑑定問題〉，刑事法雜誌第12卷第1期，頁44-45。

¹⁰⁴ 廖正豪，〈精神障礙影響刑事責任能力規定之探討〉，刑事法雜誌第19卷第5期，頁69-70。

¹⁰⁵ 張甘妹，〈精神異常犯罪者在法律上之責任及其鑑定問題〉，刑事法雜誌第12卷第1期，頁

一、精神病：在腦部或其他身體部位有器質性變化（即病理解剖學上之變化），或中毒性變化而呈現異常的精神狀態者。其中包括有內因性精神病、器質性精神病、症狀性精神病、中毒性精神病等。

二、精神素質之偏倚：無如精神病之身體病變，僅其精神上的某種素質較一般人普通顯著的偏倚或差異者。其中包括有智能異常、性格異常、慾動異常等。

三、異常精神（體驗）反應：異常精神反應又稱心因性反應或心因性精神異常，即因某種環境的心理的原因，如精神受極大打擊、精神的不滿等而促成的精神異常，並無如精神病之身體病變。

法學界對精神醫學的理解，更促使法學者提出關於精神疾病以及責任能力判斷過程之理論，學者蔡墩銘教授認為精神醫學將精神疾病區分為重大精神疾病以及非重大精神疾病，重大精神疾病在嚴重發作時行為人呈現嚴重精神障礙狀態而為無責任能力，在輕微發作時呈現輕度精神障礙而為限制責任能力；而非重大精神疾病在發作時，則屬於輕度精神障礙而為限制責任能力；無論重大或非重大精神疾病在未發作時皆屬於精神狀態無障礙之情形，而具有完全責任能力¹⁰⁶。

而我國精神醫學界就司法精神鑑定方面，則有區分為功能性精神病（包含精神分裂病、情感性精神病、妄想狀態、反應性精神病、未分類精神病）、非精神病性精神疾患（包含精神官能症、人格違常、智能不足）、器質性腦症候群、其他精神疾患等¹⁰⁷。並且對於精神鑑定之疾病症狀，與鑑定結果之間多次提出見解，將臨床診斷上所認定精神疾病，依據其情節輕重不同區分出心神喪失、精神耗弱以及具有完全責任能力之差異，可參閱下列數表。

45。

¹⁰⁶ 蔡墩銘，〈司法精神鑑定與刑事判決〉，刑事法雜誌第 42 卷第 3 期，頁 13-14。筆者註：蔡教授於該文 14 圖示中將之標示為心理學方式，為按照其以精神疾病作為前提，應該理解為混合模式判定較為合理。

¹⁰⁷ 林憲、林信男，〈精神鑑定〉，1987 年，頁 5 表一。

表一 精神鑑定醫師對於被鑑定人刑責能力程度之判定標準（1976年）¹⁰⁸

臨床診斷	心神喪失	精神耗弱	有刑責能力
精神分裂病	<p>I · 犯罪行為全由妄想或幻覺內容之控制而發生</p> <p>II · 呈現慢性分裂病性精神敗壞</p> <p>III · 緊張型精神混亂現象</p> <p>IV · 精神病性解離（catathymic crisis）急性發生狀態</p>	<p>I · 尚有精神分裂病症狀而其犯罪行為由精神病性衝動而發生，但無左列狀況之任一項</p> <p>II · 邊緣性精神分裂病，認有現實把握能力差</p>	完全治癒之狀況
其他精神病	<p>I · 有極度之憂鬱狀態或反應性暫時性憂鬱，或現遲滯及精神混亂現象，極可能有自殺衝動</p> <p>II · 犯罪行為全由妄想內容所控制之妄想性精神病</p> <p>III · 老年期癡呆</p>	<p>I · 妄想性精神病尚有症狀，但其犯罪行為並非由妄想控制，且有對自己行為不負責任、懶散之生活態度</p> <p>II · 更年期妄想狀態尚有症狀，但其人格崩壞程度甚為輕微</p>	完全治癒之狀況
精神官能症人格 違常及酒精中毒	酒精醱酩中發生犯罪行為並喪失記憶	<p>I · 患有精神官能症遇心理壓力發生激烈情緒反應而發生島狀記憶喪失（解離反應）者</p> <p>II · 幼年期至青春期因環境不良與情緒剝奪，其人格包括智能綜合性發展有障礙者</p>	<p>I · 歇斯得里性假性癡呆</p> <p>II · 不安全感、自卑心及衝動性顯著之人格違常</p> <p>III · 有潛在之侵略性衝動控制力薄弱而有歇斯得里性格傾向</p> <p>IV · 妄想性人格違常</p> <p>V · 反社會性人格違常</p> <p>VI · 最輕度智能不足與人格違常合併者</p>

¹⁰⁸ 林憲，〈精神疾病患者刑責能力之精神病理學研究〉，臺灣醫誌 75 卷第 3 號（1976 年），頁 179，表三。

智能不足	重度智能不足 (IQ35以下)	<p>I · 輕度智能不足發生心因性反應者</p> <p>II · 輕度智能不足其犯罪行為發生時有極明顯之身體困倦及心理壓力</p> <p>III · 輕度智能不足加上極重度之缺乏社會性及人際關係不良且情緒控制不良者</p> <p>IV · 中度智能不足 (IQ36-51)</p>	<p>I · 只為最輕度智能不足 (IQ68-83)</p> <p>II · 只有輕度智能不足 (IQ52-67) 但破壞衝動極強者，且無左記狀況任一項</p>
腦器質性障礙	大發作性或精神運動性癲癇之發作	<p>I · 嚴重腦震盪後遺症留有輕度智能減退 (IQ52-67) 及人格變化</p> <p>II · 癲癇尤其是顳葉性癲癇因頻發其發作呈現衝動性人格變化者</p>	



表二 精神病理學與刑責能力之關係 (1986年)¹⁰⁹

臨床診斷	心神喪失	精神耗弱	有刑責能力
精神分裂病	①其犯行全由妄想或幻覺所控制者 ②急性精神分裂之解離症狀 ③急性症狀發作，呈興奮或混亂狀態者 ④慢性退化之精神敗壞現象者	①精神分裂病之殘餘狀態 ②精神分裂病之不完全寬解狀態 ③潛伏期及臨界型精神分裂病	治癒狀況 (完全寬解時期)
情感性精神病	嚴重之躁型或鬱型精神病	感情性精神病之寬解期	完全寬解時期
器質性障礙	①腦部挫傷而引起重度及不可逆性之意識障礙 ②精神病加上異常腦波，斑達反應異常及中度智能不足	腦外傷引起症，引起輕度潛能衰退 (IQ52-69) 及人格變化者	①治癒狀況 ②僅有自覺性，抱怨但無客觀病症者。
妄想性精神病	確定其犯罪行為完全由妄想所支配者	妄想時隱時現，無法確定其犯行由妄想所支配者	痊癒狀況
智能不足	重度智能不足 (IQ35以下)	①中度智能不足 (IQ36-51) ②輕度智能不足併精神病 ③輕度智能不足缺乏自我控制能力 ④最輕度智能不足併精神病	僅為最輕度智能不足者 (IQ為68-83)
精神官能症		僅為適應不良而引起焦慮及憂鬱症狀者	
癲癇	癲癇大發作之狀態	癲癇控制良好，但併有輕度智能不足	癲癇發作完全受控制者
人格違常		①精神病性解離狀態並留有島狀記憶喪失者 ②受內外壓力衝擊下，導致自我控制能力薄弱者	無精神病症狀者

¹⁰⁹ 郭壽宏，〈從精神醫學之論點談行為能力與責任能力〉，醫事法學第一卷，8、9、10 期合訂本，頁 169。

表三 刑責能力判斷準則¹¹⁰

病名	ICD-10/DSM-IV	心神喪失	精神耗弱
Schizophrenia 精神分裂症	F20/295	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。 行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所控制者。	呈現精神病症狀（包括正性及負性）致認知及現實判斷能力明顯受損。行為受妄想或幻覺等精神病症狀所影響者。
Schizoaffective disorder 分裂情感性障礙	F25/295.7	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。 行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所控制者。	呈現精神病症狀（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。 行為受妄想或幻覺等精神病症狀所影響者。
Affective disorder 情感疾病	F31-33,35-39/296	呈現嚴重躁或鬱狀態致認知及現實判斷能力極度受損。 行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所控制者。	呈現躁或鬱狀態致認知及現實判斷能力明顯受損。 行為受妄想或幻覺等精神病症狀所影響者。
Delusional disorder 妄想型精神病	F22,24/297.1,297.3	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。
Acute or transient or other psychotic disorder 急性或短暫性精神病或其他精神病	F23,298.8,298.9,293	行為時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。
Organic psychotic disorder 器質性精神病	F00~F19,G40/291~293,303~305	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。 行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所控制者。	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。 行為直接受妄想或幻覺等精神病症狀所影響者。

¹¹⁰ 中華民國精神醫學會司法精神醫學學術分組刑事責任能力判斷準則。

Dementia 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（症伴有精神病症狀，則以其精神病症狀之影響為重點考量，不再另列）。
Delirium 譫妄狀態	F05/293	呈現意識障礙，以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，以致認知及現實判斷能力，或自我控制能力明顯受損。
Mental retardation 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。	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（若輕度智能不足伴有精神病症狀，同上原則）。 輕度智能不足，合併性壓力反應、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。
Dissociation 解離狀態	F44/300.1,300.6	暫不做結論	暫不做結論

*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。

*若輕度智能不足伴有精神病症狀，同上原則

第一款 實務精神鑑定一致率

則按照我國就法學與精神醫學兩者關於精神鑑定的學說，看起來似乎均採取德國式的生物精神醫學模式進行，則我國在刑事司法上鑑定結果應該要為司法審判者所大量接受才是，正如同我國精神醫學界所描述德國在精神鑑定上司法精神醫學與法學者共同採用的刑責標準，在精神病存在與否以生物學為重要指標，而呈現極高的一致性¹¹¹。

但參考精神醫學判斷之結果，是否均為我國法庭實踐上所接受。按研究者分析結果顯示，自1971年1月1日起至2001年12月31日止，我國最高法院裁判中排除不明確因素諸如不公開判決等，與「精神鑑定、心神喪失、精神耗弱」相關之判

¹¹¹ 林憲、林信男，〈精神鑑定〉，1987年，頁2-3。

決數共700例，其中實際送精神醫療單位進行鑑定者共208例，其比例為29.7%；扣除酒精與非法刺激性物質使用等案件後，366件裁判中有177件送精神鑑定，比例為48.4%。送至醫療機構進行精神鑑定之208件中，有129件為法院所完全接受，亦即其鑑定結果為各級法院均認同之，其比例為62.0%，完全不為法庭所採者為8件，比例為3.8%。未送醫療機構進行鑑定之492件中，法官逕行認定精神耗弱或心神喪失者有91例，比例為18.5%¹¹²。又另一研究為1992年4月至1994年年底桃園療養院所進行之鑑定案件共198案，其中刑事案件84例，醫療機構結論與法庭判決相符合者，在刑事案件中之一致率為93.6%，僅5件呈現醫療機構與法庭判決不一致之結果¹¹³。台大醫院自1950年至1974年間確知判決結果之28件刑事判決中，一致率為67.9%¹¹⁴；高雄市立凱旋醫院1961年至1981年鑑定120案件中，刑事一致率為70%¹¹⁵；草屯療養院1984年4月至1991年12月間刑事鑑定率為89.7%¹¹⁶。

上述各統計研究結果間，在法庭實務與精神醫學鑑定結果一致性上，數據有相當大的分歧，若考慮研究結果的案件數以及案件來源，顯第一研究結果較為可採。雖該研究結果顯示約有62%之鑑定結果為法院所接受，但以不同角度觀察下，涉及心神喪失精神耗弱之700件案件中，僅有129件法庭採取醫療機構之鑑定結果，其比例應為18.4%，其餘案件均呈現有法庭對於醫療單位鑑定結果遲疑，或直接逕行認定，或不送醫療單位進行精神鑑定之情形。同時，該研究結果中亦顯示，法庭對於醫療單位鑑定結果持疑，另送鑑定之再鑑定比率為11.1%¹¹⁷，縱88年台上字4407號判決¹¹⁸謂：「…倘法院就鑑定之結果尚有疑義，在未究明以

¹¹² 王富強，〈精神鑑定〉，國立政治大學碩士論文，2002年，第四章，頁1，頁22-24。

¹¹³ 何海、莊明敏、林信男、林憲，〈司法精神鑑定結果與法庭判決之比較〉，臺灣精神醫學第11卷第3期，1997年，頁54-59。

¹¹⁴ 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卷，175-182

¹¹⁵ Kuo SH，〈Forensic psychiatry in Taiwan〉，Int J Law Psychiatry 1983;6:457-472。轉引註自游正名等著，〈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，2005年，頁225-235。

¹¹⁶ 林滄耀、劉昭賢，〈草屯療養院精神鑑定個案之臨床研究〉，中華民國精神醫學會81年度年會暨學術研討會議程及論文摘要，頁35-36。轉引註自游正名等著，〈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，2005年，頁225-235。

¹¹⁷ 王富強，〈精神鑑定〉，國立政治大學碩士論文，2002年，第四章，頁33。

¹¹⁸ 88年台上字4407號裁判要旨

前，即遽與鑑定意旨相反之認定，或逕行摒棄不採，自難謂為適法。」或88年台上字第5414號裁判¹¹⁹謂：「…又心神是否喪失，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。又按鑑定報告之內容不完備或仍有疑義者，固不妨另行鑑定，然若命原為鑑定之機關，就鑑定之經過及其結果更為補充說明，自非法所不許。」看似我國法庭對於鑑定之態度持疑時應採取再次鑑定之方式解決，但整體而言不能謂我國法庭實務對於精神醫學診斷結果採大多數接受之態度。

又復參照台灣高等法院91年上更（二）字778號判決¹²⁰，其判決理由謂：「…二、按鑑定報告祇為形成法院心證之資料，對於法院之審判並無拘束力，故待證事項雖經鑑定，法院仍應本於職權予以調查，以期發見事實之真相，不得僅以鑑定報告作為判決之唯一證據。又刑法上之心神喪失與精神耗弱，應依行為時精神障礙程度之強弱而定，如行為時之精神，對於外界事務全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力者，為心神喪失；如此項能力並非完全喪失，僅較普通人之平均程度顯然減退者，則為精神耗弱。…」又同案中判決理由引述國立臺灣大學附設醫院對於該案被告精神狀態之說明「…雖然具備一般之基本生活、記憶及感受能力，但何員於犯案時之精神，實已受其精神病病理之左右，對於外界事務，已然全然缺乏知覺理會及判斷作用，對於週遭事務其中意義之感知、解讀及意涵之瞭解，已嚴重受其妄想病症之影響，而無自由決定意思之

刑法上之精神耗弱或心神喪失，屬行為有責性判斷之範圍，法院固得綜合全部調查所得資料，以為判斷之基礎。惟是否精神耗弱或心神喪失，亦屬精神醫學上之專門知識，有賴精神醫學專家之鑑定，以期法院形成正確之心證。倘法院就鑑定之結果尚有疑義，在未究明以前，即遽與鑑定意旨相反之認定，或逕行摒棄不採，自難謂為適法。

¹¹⁹ 88年台上字5414號裁判要旨

刑事訴訟法第二百九十四條第一項規定被告心神喪失者，應於其回復以前停止審判，係為保護被告利益，使被告得依其自由之意思行使其防禦權而設。本件被告於審判時，縱心神喪失仍未回復，亦因原審係維持第一審諭知無罪之判決，依刑事訴訟法第二百九十四條第三項之規定，本得不待被告到庭行使防禦權而逕為有利於被告之判決，是以原審雖未依同條第一項之規定停止審判，仍與上訴意旨所指訴訟程序違背法令之情形有間。又心神是否喪失，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。又按鑑定報告之內容不完備或仍有疑義者，固不妨另行鑑定，然若命原為鑑定之機關，就鑑定之經過及其結果更為補充說明，自非法所不許。

¹²⁰ 本案為1998年1月份，何姓婦人於台北市立第一女子中學門口潑灑硫酸，致該校20名學生受輕重傷事件。

能力，已達心神喪失之程度。」卻又於理由中認定「...被告於實施本件犯罪行為當時之精神，對於外界事務並非全然缺乏知覺理會及判斷作用，而無自由決定意思之能力，即其此項能力並非完全喪失，僅因罹患有妄想症而較之於普通人之平均程度減退而已。則上開各該證據，即與被告於本件案發時之精神狀況，是否確已達於心神喪失程度之待證事實，其間並無必然之關聯性可言。」顯然矛盾。

依照我國向來司法審判對於精神鑑定的實務操作，對於精神醫學鑑定結果之接受度似乎不高，甚至有司法審判者基於其對於行為人認知狀態的觀察，將精神鑑定結果予以變更或推翻，或是行為人即便提出以精神異常作為抗辯，仍未送精神醫學予以鑑定，而由司法審判者逕行認定是否具有向來實務上所用「心神喪失」或「精神耗弱」之情形。

要合理解釋如此精神醫學與司法審判領域中衝突，或許可以向來法學界以及精神醫學界皆諸多批評的「心神喪失」與「精神耗弱」用語不明為理由，但採取「心神喪失」以及「精神耗弱」用語的日本，卻不產生精神鑑定與法學衝突的情形。日本在繼受德國法的司法精神鑑定下，日本學者中田修以傳統見解支持「不可知」的立場，除明顯處於緩解狀態的病患外，精神分裂病患者均屬無責任能力者¹²¹。何以採用相同用語的我國向來刑事司法實務，卻產生如此見解不一致之情形？難道說要引用精神醫學界的說法認為，「在採用動力精神醫學的國家中，由於理論基礎的不同而不認為精神病全屬於器質性者，所以在刑責能力之判定上未若德國一般具有一致性，學者之間的意見仍諸多分歧。在犯罪學上對於『是非辨別能力或依辨別而行為之能力』之判定乃是依據心理學之標準，一般而言法官所持的觀點要比精神醫學者嚴格，有不少罹患了精神分裂病等嚴重的精神病的病患仍不為法官認為是無責任能力。」¹²²，故我國刑事司法實務就精神鑑定上所採用者乃動力精神醫學？

¹²¹ 林憲，〈司法精神醫學的展望〉，台灣醫學 1998 年 2 卷 2 期，頁 124-125。

¹²² 林憲、林信男，〈精神鑑定〉，1987 年，頁 3。

第二款 混合模式判斷過程

本文認為其根本的問題在於我國法學者在混合模式的立法方式中，過度簡化責任能力判斷過程，導致精神醫學者產生的誤解。亦即採取混合模式的立法方式時，必須先探究行為人是否具有精神疾患或者心智缺陷（如智能不足或腦損傷等），再論及行為人於行為時點上是否已經達到無法辨別，或者無法依其辨別結果行為之心理狀態，以探求行為人責任能力狀態。換言之，採取混合模式立法方式下，精神醫學上之精神疾病與行為人之心理學上之意識狀態不必然具有直接之因果關係，即便認為具有精神醫學上之重大精神疾病且處於發作時，可以推定行為人之心理上意識狀態是存在缺陷的，但不排除以心理學觀點對於行為人意識狀態反證，以認定行為人仍可能具有完全責任能力，或僅為限制責任能力。

如果將行為人精神狀態上是否具有疾病，以及行為人心理狀態上是否存在障礙兩者加以區分，則可以合理解釋理論上何以司法實務在審判過程之中，推翻精神醫學鑑定結果，或行為人有精神疾病病史但審判者認為毋須送鑑定，或行為人有精神疾病病史時，審判者逕行認定為無責任能力或限制責任能力之情形。換言之在傳統判例見解中認為「心神喪失」與「精神耗弱」應該交由精神醫學加以鑑定者，係希望精神醫學者就行為人之「生理—心理」要素（亦即精神疾病—心理狀態）加以判斷並做出結論；學說上認為應該由法學者做出最後決定，或者判決上推翻精神鑑定結果者，則是認為生理要素（精神疾病存否）應該由精神醫學者加以判斷，而心理要素（心理狀態正常運作與否）應由法學者加以判斷；甚至所謂的再鑑定也可以解釋為，並非對於精神醫學上，就行為人是否具有精神疾病或是否處於發作狀態之診斷質疑，而是司法審判者希望精神醫學者做出「生理—心理」這樣的判斷結論時，基於其審判中所認知理解行為人的行為過程，對於精神專科醫師做出關於心理狀態部分之診斷有所質疑。

這樣的解釋固然可以將以往的實務運作在混合模式立法方式下加以統整，但相對的將面臨到一個基本的問題在於，混合模式下關於行為人時為時點上是否患有精神疾病，以及精神疾病的發做狀態如何，固由精神醫學者加以判斷無疑，但

在精神疾病發作狀態下之心理狀態，應由誰加以判斷？我國實務上，有認為應該交由精神醫學判斷，也有推翻精神醫學判斷的狀況，似乎呈現尚無定論之狀態。

就此問題而言，按照前述眾多的心理學理論造成心理學本身對於個人意識的內容以及作用為何，仍呈現眾說紛紜的狀況之下，似乎要求法官於審判時以心理學的觀點對於行為人的意識狀態加以分析判斷，似乎是一個難以達成的目標，似乎法官僅能夠就其為一般人之經驗，就行為人心理意識狀態是否處於能識別行為違法，或者有無依識別為行為之能力加以判斷。就精神醫學者的觀點而言，固然有認為基於「可知論」的立場，無論在生理學或心理學指標下，受過良好訓練的精神科醫師皆可依經驗對於行為人「是非辨別能力或依辨別而行動之能力」之辨別加以解答¹²³。但亦有精神醫學醫師認為臨床上對於「知覺理會及判斷作用」與「自由決定意思之能力」，卻非臨床精神科醫師所能掌握者。縱然將「知覺」解釋為「感官知覺」（sensorial perception）或「統覺」（apperception），「判斷」理解為「理性判斷」（rational judgment）下，心理功能與「自由決定意思之能力」間連結實非精神科醫師所能得知¹²⁴。換言之，即便純就精神醫學專科醫師之立場，對其能否就行為人心理狀態加以判斷亦有所爭論。

對於心理學要素亦即「意識」，或依我國修正後刑法第19條規定之「辨識其行為違法」或「依其辨識而行為之能力」之心理要素判斷，若以向來實務運作模式下，將之交由精神醫學者加以判斷，其優點在於與前階段生理學，亦即精神疾病的判斷上將採取相同之標準，不至於產生在行為人精神疾病以及意識狀態的判定上，採用不同標準之狀況。但相對其缺點在於若精神醫學領域中，對於是否能判斷行為人意識並無一致說法下，則是否可能導致最後判斷的結果在刑法理論上無法統一，亦即相同疾病以及發作狀態下，產生不同之判斷結果，同時並可能因為精神醫學本身的進展而不斷變化。再者將兩要素完全交由精神醫學者加以判斷，其所判斷出之結果，與一般大眾之法感情是否將造成差異，也是必須考慮的

¹²³ 林憲、林信男，〈精神鑑定〉，1987年，頁3。

¹²⁴ 游正名等著，〈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，2005年，頁232。

問題。若將心理學要素交由法官加以判斷時，則按照現代生物精神醫學而言，生物學因素以及心理學因素，僅是對於行為人腦部運作現象的兩種不同的描述方式¹²⁵，則若採取不同標準加以判斷，是否造成在判斷理論上不一貫之疑義？但相對的其判斷結果可能與人民法感情更為接近。再者司法審判者是否具有適當能力對於行為人的意識加以判斷，也是一個極為重要的問題。若司法審判者並不具備有心理學的能力時，在切割精神醫學與心理學要素判斷的過程下，是否將出現因為法官不具有心理學能力，故對於行為人心理狀態判斷上，司法審判者呈現依照精神醫學判斷結果為判斷之狀態，亦即重大精神疾病即判定為無責任能力，非重大疾病則限制責任能力，於此是否將出現運作上事實等於生物學立法模式，導致削弱混合模式中心理要件之機能，亦必須加以考慮。

於此，除前述兩條路線之外，本文提出是否具有第三條路線，可以就行為人之意識狀態加以判斷。在我國既然亦經通過心理師法，亦承認臨床心理師以及諮商心理師，並在心理師法第13及14條定義臨床或諮商心理師業務範圍均包含有「一般心理狀態與功能之鑑衡」，則交由心理師對於行為人心理狀態加以鑑定，則似乎亦為一條可行之道路。但當然的此一路線亦有其優缺點存在，其優點在於心理師既然被要求具有心理學學位，對於行為人意識狀態的鑑定上，在複雜而眾說紛紜的心理學下，應該可以得到相對合於理論之鑑定結果。同時在心理師業務範圍中亦包含精神官能症的心理治療，在臨床心理師的部分更包括有精神病或腦部心智缺陷之心理治療，則交由心理師就行為人意識狀態加以鑑定，相對於法官自為判斷，更能夠判斷出精神疾病與心理意識兩要素間的關連性。其缺點在於心理師的判斷中，其所採用之理論依據不必然與精神醫學專科醫師相同，仍可能出現理論不一貫之狀態。再者，心理學之判斷結果是否能夠貼近社會法感情，亦必須加以考量。第三則是在於若交由心理師加以判斷，則以精神障礙狀態作為抗辯時，將出現交由精神醫學判斷後在交由心理師判斷之雙次鑑定模式，對於司法資

¹²⁵ 吳建昌，〈從精神醫學探討精神障礙影響刑事責任能力之判準〉，刑事法雜誌第43卷第1期，頁106。

源的負擔是否加劇，亦必須加以考量。其次，仍有需要加以注意者，在於心理學與精神醫學是否實為一體兩面之問題？就神經生理學的觀點而言，有精神疾病均為腦病之說法，亦即人類所有精神活動均可以在腦部反應找出相對應之變化，心理活動亦然。則無論精神醫學或心理學均基於人類腦部活動之基礎上，則此一區分是否具有意義，即需要再加以考慮。本文認為雖現代醫學發達認為精神或心理的活動均基於腦部運作而呈現一體兩面之之狀態，但基於其重視的觀點不同，仍應該呈現不同面貌。而法學上就行為人責任能力之判定標準，既然採取混合模式之立法例，亦即認為對於此種不同面貌之差異，在法學上有其存在之意義，是以仍可以加以區分並判斷之，此係基於法學之要求而存在，假若法學上或社會立法政策接受神經生理學之觀點，當然就必須出現相對應的論述改變。

第三節 小結

就精神病患刑法上責任問題而言，若依據我國所採取混合模式立法，則根本上的問題在於精神狀態之確定以及心理狀態之確定。前者必須依賴精神醫學進行確認無疑，且必須確認者在於行為人行為時點上精神疾病發作之狀況，而後者應該交由精神醫學專科醫師、司法審判者或心理師加以判斷，則是相當重要之問題。若依據我國修正後條文規定模式，心理障礙狀態係指行為人辨識能力或者依據辨識結果為行為之能力欠缺或低落，均涉及行為人行為時點上意識狀態以及意識作用之問題，則法學者在三者之間，其所具備之專業能力，與判斷行為人心理學上意識狀態之專業能力差距最大；但相對者，精神專科醫師與心理師，其與法規範之理論內容，及法規範系統之內容與運作機能亦存在相當之距離；則在各有利弊之狀況下，採取何種判斷模式在刑法理論上似乎尚無法出現定論，甚至可能必須藉由程序法的觀點，藉由立法模式就此一部份進行選擇。

本文之建議為，我國立法與實務上對於精神障礙所造成之不法行為責任判斷，經2005年之修正後，已經明確的表示採取混合模式立法，不再有因原「心神喪失」與「精神耗弱」用語不明所導致的疑問，則行為人是否具有精神醫學上所謂「精神障礙」或「心智缺陷」，此部份當然應該交由精神醫學臨床診斷結果判

斷無疑。第二階段關於因精神疾病心智缺陷所造成行為人於行為時辨識，及依辨識行為之能力欠缺或低下之意識問題，應該交由心理師加以鑑定判斷，以較能貼近行為人真正之意識狀態。最後由司法審判者以精神專科醫師與心理師判斷之結果，於法規範上給予行為人責任能力之最後確認，並調和關於精神專科醫師與心理師專業判斷，與法規範系統運作或人民法感情之差異，此一模式似乎較能避免在責任能力判定上之爭議。附帶一提，我國目前刑事司法實務運作中，涉及精神障礙或心智缺陷疑慮的案件，僅不到一半交由醫療機構鑑定，其比率似乎仍嫌過低。則於刑事程序法中關於精神障礙鑑定之立法例，似乎有再加以討論之必要。



第四章 人格疾患簡介

在上述討論完我國關於一般精神障礙患者刑事責任能力之後，接下來要開始討論本文的核心議題—人格疾患患者於不法行為中之責任問題。在要深入討論這個問題之前，必須要先面對的是人格疾患在精神醫學上的定義究竟為何，其患者在行為特徵以及意識上，與我國刑法實務或理論上認為無責任能力責任，或僅有部分責任能力之精神障礙患者有何異同，最終才能討論人格疾患患者究竟有無刑法上責任能力，或與其他精神障礙病患為不同之對待標準是否合理。本文就人格疾患之定義，採取由精神醫學的角度加以觀察，就精神醫學上對於人格疾患的定義進行介紹。

第一節 人格與人格理論

要瞭解人格疾患之前，必須先必須對於何謂人格，及人格的結構或者運作方式為何有初步的理解。以心理學的說法，區分個體之獨特性以及其作用者則在於「人格」。其認為人格具有兩個基本的共通性質，其一在於獨特性，其二則是每個個體所特有的行為型態。人格理論更有助於心理學瞭解個人就各種環境的適應以及反應¹²⁶。而在人格心理學上對於人格的定義為「代表個人在對情境做反應時，將自身所表現出的結構性質和動態性質」¹²⁷，則必須理解的在於人格之構成以及作用方式，固有必要以人格理論加以理解。

第一項 人格理論簡介

第一款 Freud心理分析理論

對於心理運作的分析，早在心理系統理論出現之前，即由Freud首次提出關於心理分析之理論。其對於人的觀點主要核心在於人的能量，亦即人具有有限度的能量，當能量以某一種特定方式釋放時，其他方式釋放之能量便相對減少，若某一種表現能量之方式受阻時，便會尋找其他方式表現，通常是阻力最小之方式，

¹²⁶ Richard J. Gerrig & Philip G. Zimbardo 著，游恆山譯，〈心理學〉，2004年，頁427。

¹²⁷ Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁4。

而行為之目的都在於享樂，亦即尋求緊張減除或能量的釋放¹²⁸。其對於人類心理人格結構的說法，則認為心理結構上分為「本我」、「超我」、「自我」三個部分。本我代表個人生物本體，是一切驅慾能量的來源，最早的心理能量存在於生與死的能量，亦即性與攻擊的能量；本我的運作模式依循享樂原則，追求快樂逃避痛苦。自我則是配合現實符合超我的要求並滿足本我的欲望，故其作用依循現實原則，故認為自我是人格中合於邏輯、理性的部分，並為人格的表現者¹²⁹。超我是屬於心理中關於規範的部分，其功能在於控制行為並使其合於社會規則，其來源源自於人類早期的圖騰崇拜以及依底帕斯情節，一方面成為自我應然的理想形象，另一方面又成為壓抑自我的禁律¹³⁰。

第二款 George A. Kelly個人建構理論

Kelly的建構理論是認識的人格理論，其強調個人如何覺知刺激以和既存的結構發生關連，以及個人為配合這些解釋與轉變所採取行為的方法¹³¹。其認為人格之主要概念，在於「建構」，亦即個人用以解釋世界的方式，是個人對於事件的整理、分類，並記下行為過程的一種模式。其認為個人經驗到世界而給予解釋，並對於世界中事物觀察到相似性以及相異性，對於相似性與相異性的解釋便形成建構。其認為建構本身有許多種模式，核心建構是個人行為的最基本模式，外圍建構則是不修改核心建構下可加以改變的模式；有些建構是可滲透的，亦即能容納新的成分進入適用範圍，相對於此則有部分是不可滲透者；緊縮的建構使個人對於事件的預期絕不改變，反之鬆散的建構則使個人的預期時常改變¹³²。

¹²⁸ Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 169。

¹²⁹ Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 179-181。筆者註，關於 Freud 理論內容的部分，尚包含有關於感覺與情感的意識作用以及潛意識作用，其認為感覺是來自於外部的，情感是來自於內部的，兩者合稱為「知覺」，而知覺對於自我的作用就如同本能對於本我的作用。Freud 著，〈自我與本我〉，楊韶剛、高申春等譯，收錄於《超越快樂原則》，2006 年，頁 215-216、239 參照。

¹³⁰ Freud 著，〈自我與本我〉，楊韶剛、高申春等譯，收錄於《超越快樂原則》，2006 年，頁 230、234。

¹³¹ Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 302-303。

¹³² Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 309-310。

第三款 Carl Rogers個人—中心論

Rogers的理論認為，人格中最主要的結構是「自我」，個人知覺到外界事物並經驗到自己，對於事物賦予意義，於是知覺與意義構成個人的現象場。在現象場中個人被視作「自己」、「我」等部分即組成「自我」。自我概念代表一套有組織且具一致性之知覺組織，縱使會改變，但自我本身總是努力維持整合與組織的特性。其有兩個獨特的論點，第一在於Rogers認為個人並沒有一個可以控制行為的自我，自我僅是代表一組有組織的知覺系統。其次被視為自我的經驗與知覺大致是可以感覺查知的，雖然個人可能有未能覺知的經驗，但自我概念主要是意識的¹³³。

第四款 Allport、Eysenck與Cattell人格特質論

關於Allport、Eysenck與Cattell的理論上，本文並非心理學專門論文，並不一一細分三位學者理論上的差異，而整體就特質論所理解的人格進行簡介。人格特質論一般認為個人擁有特定方式反應的行動傾向，並將之稱之為特質，換言之及可以某特定行動方式可能性對個人加以描述¹³⁴。目前採取人格特質論者，一般認為人格中可以以五種特質向度加以評估測量，其分別為神經質（Neuroticism）、外向性（Extraversion）、開放性（Openness）、友善性（Agreeableness）、嚴謹性（Conscientiousness）。本文認為其最重要的重點，在於指出人格特質之遺傳性。整體評估人格特質的遺傳成分，則約略佔40%，亦即人格個別差異性中有40%可以遺傳因素解釋之。同時遺傳基因不但直接透過生物組成對於人格進行影響，更藉由讓個人展現出的特質間接影響環境對待個人之態度，諸如父母同伴學校等對於個人之反應態度¹³⁵。

第五款 行為學派人格理論與社會認知人格理論

行為學派以及社會認知人格理論都注重人格的學習性。其所差異的在於產生人格的學習過程，行為學派中的Pavlov主張的正統條件理論，亦即一般常見的制

¹³³ Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 257。

¹³⁴ Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 352。

¹³⁵ Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 380-385。

約過程，其最有名的實驗例子是以鈴聲出現於食物前，反覆制約後造成狗聽到鈴聲後即會產生唾液分泌的反應。Pavlov的理論中認為原來鈴聲、食物均是非條件刺激，而唾液分泌則是非條件反應；藉由鈴聲與食物出現的連結後，則使得鈴聲成為條件刺激，唾液分泌成為條件反應。行為學派中的Skinner則區分已經由刺激引起的誘發反應，以及非關於任何刺激的操作性反應，並認為操作性反應是有機體本身所發端的行動，於是對於操作性反應給予增強物（增強或負增強），則會逐漸強化個體學習為該行為之能力。此外Clark L. Hull、John Dollard與Neal E. Miller所採取的刺激—反應論，則著重於刺激與反應間關連性，並稱之為習慣，此外並提出關於驅慾之概念，其被定義為強度足以引發行為的刺激，驅慾分為原始驅慾如飢餓以及疼痛等，以及與原始驅慾關連學習得到的次級驅慾，例如焦慮和害怕。其認為當刺激（驅慾）出現引發反應後，反應使刺激驅慾解除而獲得酬賞，則學習於此發生¹³⁶。

與行為學人格理論相類似的社會認知理論，則除了對於個體的刺激以及反應外，更著重於對於社會的學習認知。Albert Bandura與Walter Mischel所認為人格的結構認知歷程，其改念包含「能力—技能」、「目標」、「自我效能」三者。其認為個人學習的歷程除了對於個體的刺激與反應外，並應該注意「觀察學習」與「自我調適」二者。所謂觀察學習者意指對於其他個體行為及其後果的觀察以及模仿，諸如對於父母以及同伴的行為與後果的觀察模仿，在個體後期建立自我目標及自我效能後，也會選擇個人所要模仿的對象。而自我調適則是指個人除藉由觀察學習到對於特定行為情境的反應之外，也可以學習到一般法則，這些法則構成自我目標等內在標準，以及希望由他人或自我獲得增強的依據。則自我增強的歷程在長期不再具有外在增強物下，對於本身行為表現的持續特別重要，因而行為是經由期望或對結果預期而非行為的即時後果得以維持。按此分析下有兩個特性應予以注意，其一在於個人並非單純反應性而是主動的，亦即自身會設定目標

¹³⁶ Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 413-414、426-427、436-437。

及標準，並非單純因應環境要求產生反應。其二在於由於個人可以自訂標準並自我增強，故可具有自我調適功能的可能性¹³⁷。

第二項 以系統論整合人格理論

首先要說明的，筆者既非心理學或精神醫學領域研究者，也非企圖藉由對於以上理論整合建構出於心理學或精神醫學上新的理論及診治依據，更非要評論上述理論之優劣，而是希望藉由心理學對於人格理論之描述，試圖整合一個可供法學者所理解的人格之外貌。

回到本文先前所採取的，原本就是用以解釋有機體的系統理論中，在一般系統理論之下，系統具有其內部規則、封閉性以及開放性等性質，並且產生自我組織、再製的特性，換言之其具有內部獨特且複雜的運作方式，無法由外界觀察或直接的被外界影響，僅透過系統本身特定的選擇結果，才將環境某一個刺激產生系統自己的元素，去再度組織系統本身並且產生新的系統元素。換言之，而基於一般系統理論原則，其間元素之關係並非是單純的線性關係，亦即個別元素是以複雜的交互關係以及非線性組織著¹³⁸。如果我們認為系統同時具有封閉性及開放性，封閉性的作用下，其可能存在著內部穩定不改變以維持系統本身，不與環境保有交換關係，換言之環境的改變不影響系統內部的運作¹³⁹；則在開放性的影響之下，其狀態是可變的，其可以藉由與環境的交換過程發展出新的動力，按照環境的改變而變化，卻不必要每次都隨著環境條件改變而立即改變系統結構，則其與環境間的關係亦呈現非線性狀態，且外部無法觀察其內部運作過程¹⁴⁰。基於封閉性以及開放性的運作結果，系統間呈現耦合狀態，亦即將其他系統作為環境且系統間相互依存著，如果環境的刺激是系統元素的一種，將使系統基於開放性可能產生變化；但由於自我再製、自我組織並非環境所直接影響，而是基於系統自身所決定，又呈現封閉性的狀態¹⁴¹。

¹³⁷ Lawrence A. Pervin 著，洪光越、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 453-458。

¹³⁸ Georg Kneer & Armin Nassehi 著，魯貴顯譯，〈盧曼社會系統理論導引〉，頁 28-29。

¹³⁹ Georg Kneer & Armin Nassehi 著，魯貴顯譯，〈盧曼社會系統理論導引〉，頁 29-30。

¹⁴⁰ Georg Kneer & Armin Nassehi 著，魯貴顯譯，〈盧曼社會系統理論導引〉，頁 30-31。

¹⁴¹ Georg Kneer & Armin Nassehi 著，魯貴顯譯，〈盧曼社會系統理論導引〉，頁 81，及該頁註

按照Luhmann所提出心理系統觀點，若將人類的心理作用以系統的概念加以理解，則可以發現心理系統其主要的元素是思想以及想像¹⁴²。在這樣的狀況下，心理系統對於其環境，亦即自身生理系統、其他個人心理系統、所處的家庭環境，或者任何的社會溝通系統均呈現封閉性及開放性，且係非線性的選擇與運作。換言之亦即對於環境所產生的任何刺激，心理系統不必然會對於這樣的刺激產生反應（封閉性），如果基於心理系統的選擇而產生反應（開放性），外界並無法預測其將產生的反應結果（輸入與輸出的非線性），同時外界對於心理系統中運作方式也無法理解認知（運作的非線性）。

基於這樣的概念下，將前述關於心理學人格理論套用至心理系統中，則可以發現Freud的心理分析理論，即是企圖對於心理系統內部規則運作方式提出一般論，然即便假設其一般論的觀點是可能的（亦即每個人都有所謂「本我」、「超我」和「自我」存在，且其運作方式也大致依循精神分析論的概念），然事實上不可能對於每個個人心理系統中，運作規則產生正確的觀察。而Kelly之個人建構理論，則可以認為是對於心理系統運作過程的描述，亦即心理系統對於外界環境的定義，並且產生可改變（開放）的部分與不可改變（封閉）的部分，而其同時存在有緊縮與鬆散的建構模式，以及建構可能改變的狀態，剛好可以用以說明心理系統的不可預測（非線性）。Carl Rogers之個人—中心論，則剛好可以用以說明心理系統對於自身與環境的劃分，以及心理系統自我組織、維持、再製的過程。而人格特質論對於心理系統的重點，則包括有心理系統輸出的分類模式，此外其關於遺傳之人格特質部分，則可以提供作為心理系統環境之生物系統，對於心理系統影響重要之論依據。最後關於行為以及社會認知之人格理論而言，其在心理系統中所具有之意義，在於分析環境對於心理系統的輸入以及輸出，惟若採取系統理論中關於非線性的說法，則輸入與輸出間之關係其實是非必然的，換言之也可以解釋為何對於相同的輸入，不同心理系統可能產生不同之反應，以及同

12 參照。李茂生，〈少年犯罪的預防與矯治制度的批判——一個系統論的考察〉，台大法學論叢第29卷第2期，頁98-99註23參照。

¹⁴² Georg Kneer & Armin Nassehi 著，魯貴顯譯，〈盧曼社會系統理論導引〉，頁78。

一個心理系統對於相同的輸入也可能產生不同反應之結果。

這樣的觀察以及分類或許不具有任何學術上的意涵，本文所要提出的僅是一種可能性的方向，社會學家基於生物學系統理論所發展之系統理論，包含社會、溝通、心理系統等方面，與心理學觀點所建立的人格理論，共同構築一種可能用以理解個人心理狀態之說法。當然這樣的方向假設將面對兩者學說最根本的衝突，在心理學理論中對於個人心理狀態、意識內容基本上採取可知論的主張，亦即可以探知個人心理作用之過程；反之在系統論之心理系統理論中，對於個體心理系統運作過程採取不可知理論，其他心理系統或溝通系統無法探知其運作過程，由於非線性之運作過程，亦無法全然預測心理系統之運作結果。針對此一理論衝突，本文認為基於心理學採取觀察個體行為，以及藉由個人自陳方式理解心理作用之方式，事實上可以觀察到的永遠是心理系統輸出的結果。加以對於輸入刺激之觀察記錄，心理學理論即是試圖在非線性的因果關係下，建構相對可預測之理論模型。換言之，本文認為此理論衝突，事實上是對於同一事件解讀不同之結果，若著重科學方法永遠無法真正理解個人內心的想法，為何做特定選擇此一層面，自然會得到不可知論之結果；反之若重視在非線性的輸入輸出關係間，所建立出之相對可預測或可理解理論模型，則會認為對於個人心理作用呈現可知論之說法。是故本文所採取之態度，無寧說是一種相對的可知論，或者說相對的不可知論。換言之亦即對於心理系統的觀察下，僅能有限的理解或預測心理系統的作用過程或作用結果，無法完全探知或預測心理系統非線性的作用。

第二節 人格疾患之歷史與發展

目前精神醫學上所謂之人格障礙或者說人格疾患（personality disorder）在精神醫學史上曾經被命名為變質、性格異常、精神病質等，在十九世紀中亦曾經被稱為類精神病性低人格、精神變質狀態、精神病性中間狀態等。在精神醫學史上對於此疾病的描述、分類以及病因論因過去瞭解不確實，故過去曾在精神醫學中受到輕視。在記述性精神醫學發展過程中，德國學者關於其多次提出此疾病的內涵以及分類，最早應溯及至1891年的J. L. A. Koch所提出的L. A. Koch所提出的精

神病性低人格。其認為此類病人係因先天或後天性因素，使個人生活上產生較大障礙的精神異常者，但尚未達於精神病程度。之後於1904年Kraepelin更提出所謂精神病質人格一詞，認定此病是因為遺傳性變質、胚種損毀、或胎兒其間之疾患引起之發育障礙，部分為精神病之先行過程，但此病中並不帶有智能的障礙¹⁴³。後在1923年Sihneider更對於精神病質人格提出較清楚的定義與分類，在其關於精神病質人格分類之中，認為有十種無體系的分類模式，包括有¹⁴⁴：

- 一、情緒高昂型（Hyperthymische）：其顯著特徵在於個人具有活潑爽快的根本氣質，多為多血氣質者，樂天而富活動性。好爭訟、輕挑或缺乏安定性或鎮定性，不足信賴。在侮辱、詐欺、竊盜等財產犯罪及小犯罪中多見，在大犯罪中少有情緒高昂型者。Stumpfl曾報告累犯者約30%屬於此類型。
- 二、抑鬱型（Depressive）：其特徵與情緒高昂型剛好相反，具有持續的憂鬱感情，對人生抱持悲觀厭世及懷疑的態度，此種類型與犯罪之關連較少。
- 三、缺乏自信型（Selbstunsichere）：其特徵為極度敏感，對自己缺乏自信心，其與犯罪之關係亦較少。
- 四、狂信型（Fanatische）：容易執迷於一定的思想並受其支配，具有積極的熱誠，不惜為其主張而犧牲自己或家屬的利益，固執的認為自身是正確而其他人皆是錯誤，於兇惡犯與好鬥的政治犯中多見。
- 五、炫耀型（Geltungsbedürftige）：自誇感、虛榮心特強，對自我價值認知超越現實，故誇大或隱瞞現實而空想虛言，喜歡惹起他人注意以抬高自己身價，在詐欺犯中多見。
- 六、情緒起伏型（Stimmungslabile）：突然出現或消逝之不悅情緒，易驅使

¹⁴³ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985年，頁217-218。

¹⁴⁴ 關於本文介紹 Sihneider 之精神病質人格分類，其中文翻譯名稱係採取林憲教授〈臨床精神醫學〉之翻譯名稱，但由於該書中並未對於各分類特徵加以描述，故對於各分類特徵參照張甘妹教授〈論精神病質人格與犯罪之關係〉刊載於刑事法雜誌第13卷第6期，頁22-24。

其做出各種衝動行為，社會行動上缺乏安定性及穩定性。在縱火、傷害、竊盜等罪中多見。

七、爆發型（Explosive）：對於刺激產生不平等反應，因細小動機而引起病態的興奮而失去自制力，產生衝動暴行。在傷害、侮辱、毀損、公務妨害等暴力犯中多見。根據Stumpfl的調查，累犯中有14%屬於此種類型。

八、無人性型（Gemütlose）：缺乏同情、憐憫、良心、後悔名譽感等道德感情為特徵。因感情遲鈍而有冷淡殘忍等情形，以往稱為生來性犯人或悖德狂均屬此類，被認為最危險又無法改善。在粗暴犯罪、危險的風俗犯罪、原始性犯罪及狡猾的財產犯罪中多見，職業犯以及習慣犯之危險性者亦屬於此類。

九、缺乏意志型（Willenlose）：意志欠缺持續性以及獨立性，易受他人或環境之影響。無恆心或耐力，頻頻更換職業，易沈溺於賭博或酗酒。在監獄中可成為模範受刑人，但離開監獄後在社會上卻難以持續自己的意志，立即又陷於犯罪。根據Stumpfl的調查累犯中58%屬此類型，初犯者中有30%。日本學者植松正則報告一般累犯中60%屬此類型。

十、無力型（Asthenische）：有習慣性神經質、神經衰弱等現象，亦稱體質性神經質或體質性神經衰弱，神經敏感心情纖細而無力，與犯罪之關係不大。

按照我國精神醫學領域的說法，此種精神病質人格分類方式所受到的批評，包括有：一、其分類方式與心理學觀點中性格學的觀點不完全相符。二、在犯罪學和刑法觀點上，精神病質人格一詞已具有「病態」之意涵。三、從精神分析學派觀點認為，精神病質與精神官能症均是在個人發展過程中對其經驗所形成之障礙。無論如何，此種分類方式按我國精神醫學學者的描述，於1985年時僅剩下義大利、日本、蘇聯仍在使用的，其餘各國均已廢除精神病質人格的概念¹⁴⁵。日本方面於1937年將Psychopathie一詞翻譯為精神病質，其學者對其解釋認為異常性格

¹⁴⁵ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985年，頁218。

是一種對於正常性格的變異與脫逸，此種變異與脫逸尚未達到精神病之程度。性格異常與精神病質係同義語，不過對於性格異常中有妨礙社會之舉者可固定冠以精神病質，此用法是方便司法精神醫學使用。性格異常與精神病質之原因尚未能確定，故既不採取變質論，亦不偏向分析論之說法，僅將異常性格以及精神病質視為一種狀態¹⁴⁶。美國方面的論述則由Meyer首次提出體質性精神病質低人格，但其所謂體質仍包含幼兒期的環境因素。美國精神醫學界以往未將人格疾患視為一種特殊的疾病單元，僅是作為一種無法分類的人格異常或行為問題集合。直至1952年DSM第一版中才出現所謂社會病質性人格疾患，1968年的DSM第二版中改以人格違常稱之，並且將性心理變態、藥物或酒精成癮自人格違常中各自獨立¹⁴⁷。

至於我國對於人格疾患或人格違常之論述究竟為何，則依據精神醫學領域學者所採取理論可能有所不同，但可以確定的一點在於，依據我國現在以ICD-10與DSM-IV並用的精神醫學診斷模式之中，均是屬於精神醫學領域可以診斷分類的精神疾病一種。至於是否如在司法精神鑑定中，仍採取將人格違常與精神官能症視為一種非精神病性精神疾病，則尚不可知。以下就ICD-10以及DSM-IV-TR中關於人格疾患之症狀以及分類，分別簡介之。

第一項 ICD-10定義下之人格疾患

關於ICD-10中對於人格疾患基本定義，本文前述關於ICD-10之精神障礙簡介中已經簡述過，亦即在ICD-10的第五章F60-F69這個部分。必須注意的一個特點在於ICD-10的分類中，將人格疾患或謂人格障礙限定在於成人之人格及行為障礙部分，換言之未成年人在ICD-10關於精神障礙的分類中，出現人格或行為上障礙時，會被分類至第十關於青少年、幼兒的情緒以及行為障礙之分類中。按ICD-10關於成人行為及人障礙之分類，將其下又區分為數個種類，以下簡述之¹⁴⁸：

¹⁴⁶ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985年，頁219。

¹⁴⁷ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985年，頁220-221。

¹⁴⁸ 本文關於ICD-10之內容，請參照世界衛生組織線上ICD-10分類網站
<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

一、特定人格疾患（F60 Specific personality disorders）：特定人格疾患係非因於腦部損傷，或其他生理上疾病影響所產生之人格疾患，對於行為人之性格以及行為傾向會產生重大的影響，常與人格中複數區域相關，並且可在個人的痛苦壓力以及社會關係不良找尋到關連性。通常被認定為特定人格疾患的患者，常在青少年時期或者兒童時期就顯現病徵，並會持續至成年之後。此一分類下又可以區分為十個子類，包括有：

(一)、妄想型人格疾患（F60.0 Paranoid personality disorder）：妄想型人格呈現對於挫折以及不被原諒過於敏感，具有對認為是敵人者中立或友好行為慣於曲解之傾向，或經常性陷於不具正當性的多疑，對於性伴侶或配偶無忠貞，對於個人權利過度強調並捍衛，且常過於自我強調。

(二)、分裂型人格疾患（F60.1 Schizoid personality disorder）：分裂性人格相較於情感、社會或與他人接觸而言，較喜於沈溺於幻想、獨自活動或者內心活動，在表現感覺以及體驗快樂的能力上受限制。

(三)、反社會型人格疾患（F60.2 Dissocial personality disorder）：反社會型人格之特徵是忽視社會道義、對於他人的感受極度的冷漠，其行為與社會一般規範具有極大的差異存在，且行為模式難以藉由相對的經驗改變，甚至包括懲罰在內。對於挫折的難以容忍，並且容易採取侵略性的行為，例如暴力；具有責怪他人的傾向，或者藉由似是而非的方式合理化病患自身與社會的衝突行為。

(四)、情緒不穩定型人格疾患（F60.3 Emotionally unstable personality disorder）：情緒不穩定型人格明顯的依據衝動行為，同時不考慮後果之傾向，且心情是出乎意料並善變的。容易出現情緒的爆炸，而且對於行為爆發無控制能力。具有好爭吵並與他人發生衝突之傾向，特別是在病患衝動的行為被阻撓或被他人審查時。情緒不穩定人格有兩種明顯的典型：衝動型以情緒不穩定以及缺乏對衝動的控

制為特徵。邊緣型則會加上自我形象、目標或內心喜好的混淆，長期的感到空虛無意義，具有劇烈且不穩定的人際關係，並且具有自我毀滅行為之傾向，諸如自殺行為的態勢或企圖。

- (五)、戲劇型人格疾患 (F60.4 Histrionic personality disorder)：戲劇性人格具有膚淺且善變的情感作用、自吹自擂、戲劇性或誇大的情感表現，易受暗示、自我中心、自我放縱、欠缺對於他人的考慮、感覺方面易受傷害，以及不斷的尋求刺激或他人的欣賞或注意。
- (六)、強制型人格疾患 (F60.5 Anankastic personality disorder)：強制型人格的特點為易於感到懷疑、完美主義、過度的責任心、對於細節反覆檢查並專注、固執、小心以及過於死板。可能有迫切和令人不愉快想法或者衝動，但尚未達到強迫症的程度。
- (七)、憂慮型人格疾患 (F60.6 Anxious [avoidant] personality disorder)：以緊張、恐懼、不安全感或感到自己較次級為特徵，對於被接受以及被喜愛有持續的渴望，對於個人特定方面的被拒絕或被批評感到敏感，並具有在日常生活以誇大潛在危險或風險的方式避免特定活動的傾向。
- (八)、依賴型人格疾患 (F60.7 Dependent personality disorder)：其特徵為普遍且被動的信賴他人去做生活中所有的決定，對於被遺棄有嚴重的恐懼，常感到無助或無力感，消極的服從長者與其他人的希望，並且對於日常生活需求的反應軟弱。在智力或感情面顯的欠缺精力，亦常會出現將責任推卸給他人的傾向。
- (九)、其他特定型人格疾患 (F60.8 Other specific personality disorders)
- (十)、無法分類至其他類型之人格疾患 (F60.9 Personality disorder, unspecified)

二、混合型人格疾患 (F61 Mixed and other personality disorders)：這個分類的情況是常感到困擾，但卻無法證明有F60.-這類的症狀，往往較F60.-更

難被確診。

三、非因腦部病變所產生之持續性人格改變（F62 Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease）：此類的人格疾患是在重大災難、長期重大壓力或者嚴重的身體上疾病後所產生的人格疾患，且造成長期而不可逆的改變以及適應不良。其下分為四個子種類，簡述如下。

- (一)、因重大災難產生的人格改變（F62.0 Enduring personality change after catastrophic experience）：永久的人格改變症狀持續兩年以上，且是出現於重大災難壓力之後，壓力必須極端重大至可以忽略個人的易受傷性。此種障礙之症狀為對世界呈現敵意或不信任、拒絕社交、感到空虛及絕望，持續感到在威脅下，以及與周遭環境失和。創傷後症候群（F43.1 Post-traumatic stress disorder）可能出現在此種人格改變之前。
- (二)、因精神病學的疾病後產生之人格改變（F62.1 Enduring personality change after psychiatric illness）：基於受嚴重精神病學上疾病，導致之外傷經驗所造成之人格改變，症狀需持續兩年以上。症狀無法基於先前的個人障礙而被解釋，且必須與殘餘的精神分裂症或先前的精神障礙復原不良區分。此障礙之症狀為對於他人極端依賴及需要之態度，症狀明顯是因為疾病所帶來的改變或恥辱，造成無力維持生活形態，無法維持親近及信賴的人際關係並在社會上孤立，被動、興趣減少以及休閒活動的縮減，非基於現在或先前精神障礙殘留感情症狀所造成之煩躁或不穩定情緒，以及在社會及工作上持續出現的困難。
- (三)、其他人格改變（F62.8 Other enduring personality changes）
- (四)、人格改變無法特定化（F62.9 Enduring personality change, unspecified）

四、習慣及衝動障礙（F63 Habit and impulse disorders）：此一分類中的障礙是無法屬於其他種類下之行為障礙，以反覆、無合理刺激，且無法控制的從事特定之行為，通常傷害病患或其他人利益為特徵，病患會表示該行為通常出於一時的衝動。此類障礙的原因無法被理解，且屬於同分類之理由為描述上的類似。其下分為六個子種類，分別簡述如下。

(一)、病態賭博（F63.0 Pathological gambling）：病態賭博係病患持續或經常性的重複賭博的行為，且已經傷害病患的日常生活，例如損及社會地位、職業、身體健康、家庭價值觀或者應承擔之義務。

(二)、病態縱火（F63.1 Pathological fire-setting [pyromania]）：病態縱火呈現多次企圖或實現，於他人財產或其他物體上縱火之行為，且無明顯之原因促使病患縱火。對於火焰或燃燒相關之事物，具有持續性之專注。此行為通常在行為前壓力會不斷增加，並於縱火後感到極大的興奮。

(三)、病態竊盜（F63.2 Pathological stealing [kleptomania]）：病態竊盜呈現反覆失敗於抗拒竊盜衝動，且竊盜之物品並非為了個人使用或是財產上的增加，竊盜來的物品可能丟棄、給予他人或者是單純的貯積。病態竊盜病患通常於行竊前不斷增加累積壓力，並於行竊中及行竊後感到滿足。

(四)、拔毛癖（F63.3 Trichotillomania）：此症狀伴隨明顯的頭髮脫落情形，其原因是病患反覆的失敗於抗拒拔掉頭髮的行為，拔毛癖一樣有壓力的增加以及消滅之情形。惟若在拔去毛髮前已經伴隨皮膚發炎之情形，或者是拔去毛髮係因為妄想或幻覺，則非拔毛癖型的人格疾患。

(五)、其他之習慣及衝動障礙（F63.8 Other habit and impulse disorders）：其他之習慣及衝動障礙，係病患對於適應不良行為衝動的抗拒失敗或反覆為之，必須伴隨有壓力的累積及消滅，且不能為其他精神病

理學的次要症狀，諸如間歇性爆發障礙。

(六)、無特徵之習慣及衝動障礙 (F63.9 Habit and impulse disorder, unspecified)

五、性別認同障礙 (F64 Gender identity disorders)：下分為五個子類型，以下簡述之。

(一)、變性慾 (F64.0 Transsexualism)：對於成為相對性別存有慾望，並希望能以相對性別被他人所接受，通常伴隨著對於病患自身生物學上性別感到不舒服或者是不適當，希望藉由外科手術以及賀爾蒙治療，使自己的身體盡可能的符合自己所喜好的性別。

(二)、雙角色變性慾 (F64.1 Dual-role transvestism)：藉由服飾打扮成相對性別，以享受部分性成為相對性別存在個體之經驗，但並不希望永久的或藉由外科手術的改變天生的性別，且並非藉由裝扮成為相對性別獲得性方面的興奮。

(三)、兒童期性別認同障礙 (F64.2 Gender identity disorder of childhood)：在兒童時期對於天生的性別出現持續且強烈的沮喪，通常會在青少年期之前治癒，伴隨著希望成為或堅持自己是相對性別的情形。有持續專注於相對性別的衣著打扮以及行為舉止之情形，並否認自身天生的性別。要出現此障礙之確診，必須發生對於病患性別認同的嚴重混亂，而非僅是男孩子舉止的女孩或女孩子舉止的男孩。此一分類不包含成人或者是已經進入青春期的病患。

(四)、其他性別認同障礙 (F64.8 Other gender identity disorders)

(五)、無特定症狀之性別認同障礙 (F64.9 Gender identity disorder, unspecified)

六、性癖好障礙 (F65 Disorders of sexual preference)：其下包含九種子種類，分別簡述如下。

(一)、戀物癖 (F65.0 Fetishism)：藉由特定非生物激起性欲以及獲得性

滿足，許多物品是身體的延伸物，例如衣物或鞋子，另外常見的是特定的物質，例如橡膠、塑膠或皮革。被迷戀的物質對於病患個體有著不同的重要程度，在一些狀況中，相較於一般性行為，僅被用以增加性方面的快感，例如穿著特定衣物的性伴侶。

- (二)、異性裝扮癖 (F65.1 Fetishistic transvestism)：藉由穿著相對性別的衣物以獲得性方面的快感，並表現出相對性別的形象。與變性慾的差異在於單純的與引起性的快感相關，並在性高潮或性刺激被滿足後出現脫去異性衣物的慾望，可能是變性慾的早期症狀。
- (三)、裸露癖 (F65.2 Exhibitionism)：具有持續或反覆發生在公開場所對陌生人或他人（通常是異性）暴露生殖器之傾向，但非為了吸引對方或更進一步的關係。通常但非必然的會在暴露行為時獲得性的興奮，且在暴露行為後常伴隨著自慰的行為。
- (四)、偷窺癖 (F65.3 Voyeurism)：具有持續或反覆窺視他人進行性行為或私密行為例如更衣的傾向，並希望不被窺視者所發現，通常伴隨著性興奮或自慰行為。
- (五)、戀童癖 (F65.4 Paedophilia)：對於兒童有性慾望傾向，可能是男孩、女孩或兩者皆是，性慾對象的年齡通常是尚未進入青春期或青春期早期。
- (六)、施虐受虐癖 (F65.5 Sadomasochism)：對於涉及施加疼痛、羞辱或奴隸等性行為的喜好。若病患喜於成為前述狀況的接受者，則稱為受虐癖；反之若為施予者則為施虐癖。通常個體在施虐或受虐的過程中會獲得性興奮。
- (七)、多重性傾向障礙 (F65.6 Multiple disorders of sexual preference)：個人具有多個不正常的性癖好，且對其中任一均不具有優先喜好的狀況，最常見的結合為戀物癖、異性裝扮癖以及施虐受虐癖。
- (八)、其他性傾向障礙 (F65.8 Other disorders of sexual preference)：其他

多種類型的性癖好以及活動，包括有撥打猥褻電話、藉由在擁擠的場所偷摸以獲得性興奮、與動物性交，以及利用勒絞或缺氧方式增加性快感。

(九)、無特定症狀之性傾向障礙 (F65.9 Disorder of sexual preference, unspecified)

七、性發展、定向之精神及行為障礙 (F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation)：其下有五個子種類，分別簡述如下。

(一)、性成熟障礙 (F66.0 Sexual maturation disorder)：病患苦於自身性別認同 (gender identity) 或性定向 (sexual orientation) 不確定，並造成焦慮或沮喪。通常發生於青春期病患，不確定自身定位為同性戀、異性戀或雙性戀者，或者是病患在已經明顯確定自身性定位後，發現自身性定位的改變。

(二)、自我性別定向 (F66.1 Egodystonic sexual orientation) 性別認同或性定向已經確定，但病患因為心理學或行為學上原因之關連而希望改變，且可能尋求治療去改變之。

(三)、性關係障礙 (F66.2 Sexual relationship disorder)：性別認同或性定向難以定型，或者是難以與性伴侶維持關係。

(四)、其他精神病發展障礙 (F66.8 Other psychosexual development disorders)

(五)、無特定症狀精神病發展障礙 (F66.9 Psychosexual development disorder, unspecified)

八、其他成人人格疾患 (F68 Other disorders of adult personality and behaviour)：其下有三個子種類，簡述如下。

(一)、基於心理因素加劇的生理症狀 (F68.0 Elaboration of physical symptoms for psychological reasons)：病患基於心理因素，誇大或

延長生理障礙、疾病或殘疾所造成的生理症狀。病患通常因病痛或殘疾而痛苦，雖然是情有可原的專注於對於病痛的擔憂，但可能造成殘疾或痛苦的延長或加劇。

(二)、基於生理或心理因素故意製造或偽裝症狀或殘疾 (F68.1 Intentional production or feigning of symptoms or disabilities, either physical or psychological [factitious disorder])：病患無明顯原因的反覆偽裝症狀，甚至自我損傷以製造症狀。其動機不明確，可能是內心有成為病患角色之目標。此種障礙常與明顯的人格或關係障礙相結合。

(三)、其他特徵的成人人格或行為障礙 (F68.8 Other specified disorders of adult personality and behaviour)

九、無法歸類為其他類型之人格疾患 (F69 Unspecified disorder of adult personality and behaviour)

第二項 DSM-IV-TR定義下之人格疾患

接下來我們要看的是關於DSM-IV-TR中關於人格疾患的定義，DSM分類系統中將人格疾患定義在診斷的第二軸中，並且將其分類在第十六個分類之中，並將其分類為三群，A群包括有妄想型人格疾患、分裂型人格疾患以及分裂病型人格疾患三種。B群包括有反社會型人格疾患、邊緣型人格疾患、戲劇型人格疾患，以及自戀型人格疾患四種。C群則包括有迴避型人格疾患、依賴型人格疾患、強制型人格疾患，以及無法被分類至其他類型之人格疾患四種。以下將就其特徵以及盛行率分別簡述如下。

一、A群人格疾患 (Cluster A Personality Disorders)

(一)、妄想型人格疾患 (301.0 Paranoid Personality Disorder)：妄想型人格的特質是病患會假想他人將剝削、傷害或欺騙他們，即便不存在任何的證據以支持這樣的假想。此類病患基於及微弱甚至沒有證據懷疑其他人正密謀對抗，並可能在任何時間點上無理由突然的攻擊自己。即便無任何事實足以證明，病患仍常感到自己深刻且不可挽

回的被他人傷害。病患專注於不適當的懷疑朋友以及同伴的忠實或可信賴度，並周密的找尋任何證明朋友或同伴敵意的證據，任何可靠性或忠實上可被察覺的差異，均會被用以支持病患的假定。當朋友或同伴表現出忠實時，病患會感到相當的驚訝且不相信，當自身陷入困境時，病患會認為朋友以及同伴將忽視自身，或者是趁機攻擊。有此障礙的病患不願意接近或信任他人，因恐懼自己分享的訊息將被用以對抗自身。他們可能拒絕回答個人問題，並說這些問題「不干任何人的事」。他們將溫和的評論或事件解讀為背後均藏有貶抑性或威脅性，對於讚美常曲解，並可能認為他人提供的幫助是在批評自己獨力做的不好。病患持續怨恨、無法寬恕那些認為自己所受到的侮辱、傷害，或者輕視。極輕微的輕視將引起病患極強烈並持久的敵意。由於持續對他人有害的意圖持續警惕，病患經常感到自己的人格或者名聲被攻擊或被輕視。一旦察覺侮辱，病患會迅速反擊且憤怒地回應。此類障礙之病患可能具有病態的妒忌，經常無任何理由懷疑，他們的配偶或者性伴侶不忠。他們可能以瑣碎的「證據」支持他們嫉妒懷疑。他們想要保持對親密關係的完全控制以避免遭到背叛，並不停的詢問、質疑伴侶的所在、正在從事的行為、意圖或是忠誠度。

妄想性人格疾患的盛行率，在一般人中大約是0.5%-2.5%間，精神醫療機構的住院病患中大約是10%-30%，精神醫療機構門診病患中則約為2%-10%。

- (二)、分裂型人格疾患 (301.20 Schizoid Personality Disorder)：分裂型人格疾患的特徵普遍在自社會關係分離，以及人際間內在情感的表示能力受限。這種症狀在早期青春期中開始，並且於多種脈絡中可尋。分裂型人格疾患的個人缺乏對親密的欲求，對發展親密關係的機會漠不關心，且不從作為家庭或社會團體成員得到滿足。相較於與他

人作伴，病患更喜歡自己度過時間。他們經常呈現與社會隔離或者孤癖者的形象，且選擇不需與他人互動的孤獨活動或嗜好。患者較喜歡機械或者抽象工作，例如計算機或者數學遊戲，幾乎對與另一個人發生性經驗毫無興趣，且僅於極少數活動中獲得樂趣。通常極少來自知覺的、身體的，或人際經驗中獲得快樂的經驗，例如傍晚在海灘散步或者發生性關係。病患沒有好朋友或者知己，除了可能的近親之外。分裂型人格疾患對他人的贊許或批評呈現漠不關心，且不被其它人可能對他們的看法所打擾。他們可能對社會相互作用常見細微差別，呈現不注意之情形，且常對社會提示作出不適當回應，以至於呈現不善交際，或者膚淺而自私的形象。病患通常呈現柔和外表，卻無可見的情感反應，和很少有手勢或面部的表情的互動，例如微笑或者點頭打招呼。病患聲稱自身極少經歷例如憤怒或快樂等強烈的情感，經常表現狹隘的情感，以及冷酷或冷漠的外在形象。但是在極少數的情況中，病患藉由展現自己感到短暫的舒適，病患也可能承認有痛苦的感覺，特別是與社會相互作用有關。關於分裂型人格疾患的盛行率，在精神醫療機構臨床診斷上極為少見，故無關於盛行率之資料。

- (三)、分裂病型人格疾患 (301.22 Schizotypal Personality Disorder)：分裂病型人格疾患係因為認知或知覺扭曲以及行為的怪異，所造成之社會及人際關係欠缺與能力低下所引起之嚴重不安為特徵。分裂病型人格疾患患者常有對於關連性的臆測，亦即對於偶然或外在事件產生對於個人特別、不尋常且不正確之解釋。此情形應該與關連性的妄想區分，尤其是確定證明是妄想障礙所導致的信念。病患可能迷信或專注於亞文化規範外之超自然現象，感覺到自身具有預知或讀取他人想法的能力，可能相信自身有直接控制他人的魔力，或者間接順從於魔法儀式。知覺改變可能存在，說話方式可能包括不平

常或者特性的措辭和語法，此說話方式常係鬆散、離題，或者含糊的，但並非實際超出常軌或不著邊際。回應可能過度具體或者過度抽象，且用字或概念有時以不尋常之方式被使用。具此類障礙的病患常多疑並可能具有妄想觀念，病患往往不能夠完整的溝通或成功處理人際關係，因此呈現與他人關係不適當、僵硬，或狹隘的方式的人際關係。因為不平常的特殊習慣，不適當的穿著，並且對一般社會規範的不注意，病患會被認為是奇特的或古怪的。具分裂病型人格疾患之個人，將認為人際關係是一種困難，且在與他人相關時感到不舒服。雖然他們可能對缺乏人際關係表示不愉快，但是他們的行為卻顯現對親密接觸欲望的減少。因此除了近親之外他們通常沒有或很少好友或知己。他們在社交場合中，特別是那些包含陌生人的場合中，感到焦慮不安。他們與其他人僅在必須時互動而喜歡保持孤獨，因為感到自身的不同以及不適合。他們的社會焦慮不容易減少，即便當他們試圖花更多時間去更熟悉他人，因為他們的憂慮傾向與懷疑他人動機有關。例如參加宴會時，分裂症型人格疾患病患不會因時間經過而變的較輕鬆，而是可能變得越來越緊張和疑心。

關於分裂病型人格疾患的盛行率，根據報告指出在一般人中約有3%左右的分裂病型人格疾患患者。

二、B群人格疾患 (Cluster B Personality Disorders)

- (一)、反社會型人格疾患 (301.7 Antisocial Personality Disorder)：反社會人格疾患的特徵是對於他人權利忽視以及暴力，自童年或者青春早期開始並且持續直到成年。這種圖案也已經被稱為精神病態 (psychopathy)、不喜社會 (sociopathy) 或社會困難 (dyssocial) 人格疾患。因為欺騙和控制是反社會人格疾患的中心的特徵，因此有利於對附屬資訊在臨床診斷上資訊整合。患有反社會人格疾患的

個人必須至少18歲以上，且在15歲前已經有部分品行障礙症狀的病史。品行障礙係具有反覆或持續對他人權利、適於年齡之社會道德或規範侵犯之行為模式。品行障礙的具體行為特性包括以下四種類：對人和動物的侵犯、破壞他人財物、詐欺或竊盜，或對規則嚴重的違反。反社會行為模式將持續至成年，反社會人格疾患的病患無法以適法行為去遵守社會規範，可能反覆從事可能遭逮捕的行為，例如破壞他人財產、傷害他人、竊盜，或從事非法職業。有此障礙的個人忽視他人期望、權利或感受。為了獲得個人利益或快樂（例如，獲得錢，性或者權力），他們經常欺騙和操控。他們可能反覆說謊、使用化名、欺騙他人，或者詐病。欠缺提前計畫證明易衝動的形象，瞬間的衝動將導致個體立即做出決定，沒有預謀，且不加考慮對自我或他人之後果，這可能出現在工作，居住地或者人際關係的突然變化。反社會人格疾患病患具有易怒以及侵略之傾向，且可能反覆開始打架或犯下攻擊他人的罪行，攻擊行為必須非出於防衛自己或他人的狀況，病患也展示輕率忽視自己或他人安全，這可能由病患駕駛行為等方面加以證明。他們可能致力從事性行為或刺激性物質使用等，具有高有害結果風險之行為。病患可能忽視或不關心孩童，使孩童暴露於危險之中。反社會人格疾患之病患，具有一貫極無責任感的傾向。不願承擔責任工作的行為模式，可以藉由長時間的處於失業狀態，即便有機會獲得工作，或放棄工作但無任何尋找另一工作的實際計畫加以證明，病患也可能處於無理由的重複缺席工作之行為模式。對於財務的不負責，則可以藉由債務拖欠、無法撫養子女，或者不能定期撫養其他應受撫養者。反社會人格疾患的個人對自身行為後果極少感到自責，對於自己傷害、虐待他人或竊盜的行為，漠不關心或尋找表面合理化的藉口，可能是責備受害者的愚蠢、無能力，或者受害者應承受的命運。或

許可能盡可能減少自己行為有害結果，亦可能僅表現完全的冷漠或漠不關心。他們通常無法賠償或補償他們的行為，病患可能相信個人應僅為自身利益打算，並應該不擇手段避免被威脅。

關於反社會人格疾患在流行病學上關於盛行率的統計，以整體社會做為樣本時，男性大約為3%女性約為1%。在臨床診療機構的統計則由3%-30%不等，取決於作為樣本的對象之主要人格特質。更高的盛行率則與藥物戒治機構、監獄或其他司法安置機構有關。

- (二)、邊緣型人格疾患 (301.83 Borderline Personality Disorder)：邊緣型人格疾患特徵是人際關係、自我形象、情感的不穩定並衝動，在成年早期開始發作。病患會盡瘋狂的努力以避免真正或想像上遭受遺棄，逐漸接近分離或遭拒絕的感覺，或失去外部關係，導致在自我形象、情感、認識以及行為方面深刻的變化。這些個人非常對環境情形極度敏感，他們感受強烈遭遺棄的恐懼以及不適當憤怒，即使當的時候面臨事實上短暫分離或在計畫上不可避免變化，病患可能相信這些是對於自身的「放棄」並暗示自身是「壞」的，對於遭遺棄的懼怕與無法獨處且需要他人陪伴相關。避免遭遺棄的瘋狂舉動可以包括衝動行為，例如自我傷害或自殺行為。邊緣型人格疾患病患具有不穩定和強烈的人際關係的模型，他們可能在初次或第二次見面時，即將對方認知為理想的潛在照顧者或情人，要求共同度過許多時間，並且在人際關係初始即分享最親密的細節。但是他們可能迅速將對方自理想中貶低，感到他人關心不足、給予不足，或陪伴不足。病患可以同情並善待他人，但是僅是希望他人將陪伴作為報答，以滿足他們自身的需要。病患對他人的觀感具有突然且戲劇性變化，對方的行為可能被交替地視為友善的支持和殘忍的懲罰，這樣的變化反映病患自身對於理想化的關懷，或預期中的遺棄及拒絕之感受。不穩定自我形象或者自我的感覺，自我形象上劇烈且突

然的變化，以及目標、價值以及志向的改變，可能成為個人認同上的混亂。病患可能突然的改變關於職業、性認同、價值觀和朋友類型選擇與計畫。病患可能突然從貧困的懇求者，到對過去虐待的公正的報仇者的角色改變。雖然通常具有基於壞或者邪惡自我形象，有此類障礙的個人可能有他們根本不存在的感覺，這樣經驗通常發生於個人感到穩定關係、養育以及支持缺乏的情形。這些病患可能在非正式組織的工作或者學校情況中，顯示出更惡劣的表現。有此障礙的病患至少在兩個部分展現出由衝動造成之潛在自我傷害，可能是賭博、不負責地浪費錢、瘋狂飲食、物質濫用、不安全性行為，或者魯莽地開車。病患展示經常出現的自殺行為、態勢、威脅，或自傷的行為。8%-10%的病患會完成的自殺或自傷的行為，同時自殺威脅和企圖則非常普遍，反覆出現的自殺行為是這些病患常處於需要幫助之原因。這些自我毀滅行為，通常是因為分離或拒絕的威脅以及預期，所造成病患突然的反應。自我傷害的行為可能在分離經驗期間發生，且常透過對個人邪惡贖罪感，或感覺能力的再確認，緩和病患痛苦感受。邊緣型人格疾患的病患展現由於顯著的情緒反應所造成的情感不穩定性，病患煩躁不安的情緒常被憤怒、恐慌或絕望打斷，且幾乎不是因為感到滿足或舒適所中斷，這些插曲反射出病患人際壓力上極端反應。病患因經常性表達空虛感而感到困擾，由於容易厭煩，病患可能不斷尋找可以做事情。邊緣型人格疾患的病患經常表現不適當、強烈的憤怒，或難以控制憤怒。病患可能展現極端譏諷，持續的苦難或言語的爆發。憤怒經常在照料者或者情人忽視、不注意或遺棄病患時被引發，憤怒的表達後常接著出現強化病患自覺邪惡的羞恥感和罪惡感。在極端壓力的期間，暫時的偏執觀念或解離症狀可能發生。

關於邊緣型人格疾患的流行病學盛行率，據研究指出在一般人估計

約有2%，在精神醫療機構的門診病患中約有10%，住院病患中約有20%，在臨床診斷上被認為有人格疾患中，約有30%-60%屬於邊緣型人格疾患。

- (三)、戲劇型人格疾患 (301.50 Histrionic Personality Disorder)：戲劇型人格疾患的特徵是遍佈及過度的情緒化和尋求注意的行為。這種症狀在成年早期開始並存在於多種脈絡中。當不在注意的焦點時，戲劇型人格疾患的個人感到不舒服或未受賞識。經常精力充沛並戲劇化，傾向於引起他人對自己的注意，並可能透過他們的熱情、明顯外向，或打情罵俏吸引新朋友。不過因為這些個人持續要求成為注意中心，這些質量將逐漸消失。他們強行扮演活躍中心人物之角色，如果他們不在注意的中心，他們可能做戲劇化的事情，以吸引對自身注意焦點，這類需要經常顯現於病患臨床診斷時的行為。此類障礙的病患外顯形象和行為，經常不恰當的性挑撥或者引誘。這行為不僅直接對於病患有性或浪漫興趣的人，而是在社會、工作，以及與社會較無關專業關係中裡發生，感情表情可能是膚淺並迅速變化，病患貫於使用展現身體引起對自己的注意。病患過度關心自身的外表給他人所留下的印象，並花費過多的時間、經歷以及金錢在衣著打扮上。他們關於外觀可能出現沽名釣譽的情形，且易於並極度因對於外表不受歡迎的關鍵批評感到不安。病患具有過分印象主義和詳細缺乏的講話的樣式，強烈的意見以戲劇化的方式表示，但基礎推論通常是含糊的且擴散的，沒有支持的事實和細節。例如，具有戲劇型人格疾患的個人，可能表示某個人是極好的人，但無法提供良好、具體的例子支持這個意見。此種人格疾患的病患以自吹自擂、戲劇化，以及對於情感表達過於誇大為特徵。他們過度的公開顯示情感常使使朋友和熟人感到窘迫，但是他們的情感變化過於迅速以致於不能被感受，可能導致他人指責病患偽造這些感

覺。具有戲劇型人格疾患的病患易於受暗示，他們的意見及感覺容易受其它人以及潮流的影響。他們可能過度相信某些人，尤其是能魔術般解決他們問題的權威人物，他們有迅速的採納直覺以及信念的趨勢。病患想像中的人際關係比實際上更親密，幾乎把每個認識的人描述為「我的親愛的朋友」或者指僅見過一兩次的醫生在專業場合中，會直接稱呼他們的名字（first name），陷入浪漫的幻想是普遍的情形。

關於戲劇型人格疾患的流行病學研究，在有限的資料下推測一般人的戲劇型人格疾患盛行率大約是2%-3%，在精神醫療機構中依據結構資料評估認為應有10%-15%屬於戲劇型人格疾患。

- (四)、自戀型人格疾患（301.81 Narcissistic Personality Disorder）：自戀型人格疾患必要特徵是浮誇、需要被欽佩，以及缺乏同理心，易出現於早期成年期。此障礙的病患具有宏偉的妄尊自大感，通常高估自身的能力並膨脹自身的成就，經常呈現好自誇及炫耀。病患樂觀的以為他人對於自身的努力的價值判斷與自己相同，並當他們期望或認為應該有的讚揚不存在時感到訝異。經常暗示相對於他人的貢獻，自身成就的誇大評價仍是過低。他們經常專注於無限成功、權力、光輝、美麗或者理想的愛之幻想。病患可能沈溺於很久前讚賞和特權，並喜歡與著名或特權人士比較。自戀型人格疾患的個人相信自己是佔優勢、特別，或獨特的，並且期望其他人也如此承認。他們可能感到他們只能被特別或者高地位，且可以被聯想到獨特、完美或極有天賦的他人理解以及交往。病患相信他們的需求特別且在普通人的知識範圍以外，他們的自尊藉由與有理想化價值的他人發生關連而提升，很可能堅決要求只與理想化價值的他人交往，只有最高等或附屬於頂級機構的他人。但可能因那些人讓他們失望，而貶低那些人的證照。有此類障礙的個人一般需要過度的讚賞，病

患的自尊幾乎均非常脆弱，可能專注於自己能做的多好，以及多受其他人所喜愛，經常以對於注意和讚賞需要的形式呈現。期望自己受到誇耀的歡迎，並對於他人不渴望自己到來感到驚訝。通常利用魅力沽名釣譽，對於權利的感知是這些病患認為自己應享有特權的不合理預期之證明。病患期望被奉承，當沒有被奉承時感到困惑或者生氣。例如，他們可能假想他們不必成隊等待，他們的優先權如此重要以致於其它人應該順從他們，然後當其它人不能對他們「非常重要的事件」提供幫助時病患將被激怒。這個對於他人需求、希望缺乏敏感性相結合的權利認知中，可能導致有意或者無意的對他人的剝削。病患期望可以獲得任何想要的或需要的東西，不管對他人的意義為何。例如病患可能期望來自他人的奉獻，且無視將對他人造成生活上何種衝擊地使他人勞累過度。病患有僅於對於目的有幫助或提升病患自尊時，才形成友誼或者浪漫關係的傾向。由於相信自身的特別，病患經常奪取特權和額外的資源，他們相信他們應當得到。病患一般而言缺乏同理心作用，且很難認識到他人的願望、主觀經驗和感受，可能以為他人全部擔心病患自身的利益。他們傾向於在他們自己的關心的議題上，有著不適當且冗長細節的討論，而不能認識到其他人也有感覺及需要。病患在提及他人的關懷或困難時，經常呈現輕視和不耐煩的態度。這些病患可能對於他們的言行所可能造成的傷害並不注意。當提及他人的需要、欲望或感受時，很可能輕蔑地認為是他人的軟弱或易受傷害。自戀型人格疾患有關的病患通常可以被發現感情冷酷和缺乏相互興趣。這些病患經常嫉妒他人或者認為他人嫉妒自己。他們可能嫉妒他人的成功或者財產，感到自己更應該擁有那些成就，讚賞或者特權。他們可能粗糙使貶低他人的貢獻，特別是那些成就已經受到承認讚揚的人。傲慢、自大的行為是這些病患的特徵，他們經常展現勢利，蔑視，

或者高人一等的態度。例如，有此人格疾患的病患可能抱怨笨拙的服務生「粗魯」或「遲鈍」，或對醫生之醫學評估給予低下的評價。

自戀型人格疾患流行病學的估計，在精神醫學臨床病患內為2%-16%，在普通人的情形則低於1%。

三、C群人格疾患 (Cluster C Personality Disorders)

- (一)、迴避型人格疾患 (301.82 Avoidant Personality Disorder)：迴避型人格疾患的必要的特徵是普遍的社交抑制、不充分的感覺，以及對負面評價的高敏感性，通常發作於成年早期。因為懼怕批評、不贊同或拒絕，迴避型人格疾患的個人避開具明顯人際間接觸相關的工作或者學校活動。病患婉拒工作的晉升，因新責任可能導致同事批評，除非病患肯定他們將被喜歡，並且不被批評的接受，否則病患將避免交新朋友，並透過嚴格考驗證明他人並非不滿或批評病患。具有此障礙的個人不參加團體活動，除非團體活動中不斷且大量的提供病患支持及關愛。病患往往難以建立親密的人際關係，除非此親密關係中保證對於病患會不加批評的接受。他們採取抑制的行動模式、很少談論關於自身，並且生怕被暴露、嘲笑，或羞愧導致隱藏私密的感覺。由於具有此障礙之個人過於專注於在社會情勢裡被批評或者拒絕，病患可能及容易就產生反應。如果某人僅輕微地不贊成或批評，病患可能感到被嚴重傷害。因為任何對於鄙視或拒絕恐懼的注意，病患傾向於怕羞、安靜、壓抑，和存在感低落。他們預期不管他們說什麼，他人均會將它視為一種錯誤，因此他們根本什麼也不說。他們對因嘲笑或嘲弄而產生的細微暗示回應強烈。儘管他們渴望在社會生活過程中成為活躍的參與者，病患仍懼怕將自身福利至於他人手中。有迴避型人格疾患的個人在新的人際關係中被抑制，因為他們感到自己能力不足且低自尊。對於社交能力和個

人表現的懷疑，在與陌生人有關的相互作用過程中變得特別明顯。這些病患相信他們自己在社會上是不適當的，對他人來說無吸引力，或不如他人。由於可能令人困窘，病患極度不願意承擔風險或從事任何新活動。他們易於誇大普通情勢的潛在危險，受限制的生活模式係起因於他們的對確信和安全的需要。病患可能因擔心穿著不適當造成困窘而婉拒工作面試，身體外在症狀或者其他問題可能成為病患避免新活動的原因。

關於迴避型人格疾患的流行病學研究，其盛行率在普通人間大約為0.5%-1.0%，在精神醫療機構門診病患中被報告大約為10%。

- (二)、依賴型人格疾患 (301.6 Dependent Personality Disorder)：依賴型人格疾患必要特徵是對於被照顧過度的需求，並導致執著的順從行為及對於分離的恐懼，症狀在早期成年前開始並且存在於多樣的脈絡中。依靠和順從的行為引起自己獨自無法適當工作，以及需要照護的自我感覺。若無從他人處獲得大量的建議和保證，依賴型人格疾患的個人難以做出日常決定。這些個人傾向於被動，且讓他人主動對自身生活主要的領域負責。此障礙的成年人通常由父母或配偶決定應該住在那裡、應該有哪種工作，以及和哪些鄰居作朋友。此障礙的青少年則由他們的父母決定他們應該穿什麼、應該與誰有關連、他們應該如何度過空閒時間，以及應該進入何種學校。依賴型人格疾患可能在有嚴重醫療疾病或者生理殘障的個人發生，但是在這樣病例中，病患的困難必須超出與一般疾病或症狀關連的情況。由於懼怕失去支援或者贊成，依賴型人格疾患的個人常很難表示與他人意見不合，特別是他們依靠人。病患感到無法單獨作用，以致於他們將同意感到錯誤的事情，而非承受失去病患尋求建議者幫助之危險。因為病患害怕疏遠，所以無法適當的表達對於支援或撫育自己者之憤怒。有此障礙的個人難以獨立開始或完成工作，缺乏自

信並相信需要幫助以開始且完成任務，因為相信按慣例他人能將事情做的更好，所以病患會等待他人開始從事工作。病患確信獨立工作上無法勝任以及自我表現不適當，故要求持續的幫助。若在他人監督和允許的保證下，病患可能適當的運行。病患可能懼怕變得或看起來更有能力，因為病患相信這可能將導致遭遺棄。因為倚賴他人處理自身的問題，他們不學習獨立生活的技能，因此永遠的依賴。依賴型人格疾患的個人可以經過極度困難以從他人處獲得關懷及支援，甚至自願參加不愉快的工作，假使這樣的行為可以帶來病患所需要的關懷。他們願意服從他人的期望，即使期望是不合理的。維持重要緊密的需求，經常導致不平衡或者歪曲的人際關係。病患可能進行特殊的自我犧牲，或容忍言語、身體或性方面的虐待。因為病患誇大不能照顧自己的恐懼，當單獨時病患會感到不舒服或者無助。他們決心尾隨重要的他人，僅僅為了避免單獨的情況，即使正發生的事情是病患所不感興趣或無關者。當親密的關係結束時，依賴型人格疾患的病患會緊急尋找另一個關係，以提供照護且支援他們的需要。對於缺乏親密關係下病患無法正常運作之堅信，使得這些病患快速且不加選擇的依附另一個人。病患經常專注於失去對自身照顧的懼怕，病患認為自己全然倚賴來自於重要他人的建議以及幫助，以致於恐懼遭到該特定人的遺棄，即便沒有理由證明這樣的恐懼是正確的。

依賴型人格在流行病學研究上指出，是精神醫療門診中最常發現的人格疾患。

- (三)、強制型人格疾患 (301.4 Obsessive-Compulsive Personality Disorder)：強制型人格疾患的特徵在專注整齊、完美主義，以及精神與人際控制，相對的缺乏靈活性、開放和效率。強制人格疾患的個人試圖藉由對於規則、瑣碎細節、程序、清單、時間表等勤

勉的注意以維持控制感，或者注重活動的外觀形式以致於失去重點。病患過分小心且容易重複、特別注意細節並且反覆檢查可能的錯誤，忽略他人因這些行為所造成的延遲和不便而產生惱怒的可能。例如，病患遺失工作目錄時，他們將花費無止盡的時間尋找，而非花費短暫時間從記憶中再製作並著手完成任務。時間不足以分配下，最重要的工作往往被留到最後一刻。對於表現的完美主義和自我強加的高標準，引起病患重要的機能失調和痛苦。他們可能涉及工作中每個細節絕對完美，以致於工作從未被完成。例如，書面報告為了完美多次曠日廢時的重寫，以致於完成被耽誤，但仍無法滿足所謂的完美。工作期限被錯過，以及病患的人生焦點未聚焦在當下的活動中，且導致混亂。強制型人格疾患顯示過度熱愛工作及生產，以致排除休閒活動和友誼，此種行為並非經濟上必須的。他們常感到沒有時間可花一晚上或一週末休假去郊遊或放鬆，他們可能將愉快的活動例如假期不停的延後，因而該活動從未發生。當他們花時間進行修繕活動或假期時，病患感到不舒服，除非他們繼續工作才覺得不「浪費時間」。家務事上可能有嚴重的注意，如果他們花時間跟朋友在一起，很可能是在某種正式組織的活動。嗜好或娛樂活動接近一種需要詳細組織和努力，以精通的正經任務，其重點關於完美的表現，這些人把玩樂變成一項組織化任務。強制型人格疾患的病患對道德、倫理、價值觀方面，有過度的責任心、審慎，以及剛硬；強迫自己和他人遵循嚴格的道德規範，以及非常嚴格的表現標準，他們也可能冷酷無情挑剔自我的錯誤。病患對於威權和規則有著固執的恭敬，堅決要求完全依照字面服從，沒有任何情有可原狀況下的規則彈性可言。例如病患不會借硬幣給需要打電話的朋友，因為「不出借也不向他人借用」的教條，或者對於自身的性格而是這是「不好的」。這些特質並非由於個人的文化或者宗

教認同所造成。病患無法丟棄已經用壞或無價值的物品，即使沒有情感上價值。通常這些病患承認自己是愛收藏不需要東西者（pack rats），他們認為丟掉物品是浪費，因為你不知道什麼時候你可能需要這些東西，且如果他人企圖丟棄他們保留的東西，病患將變得不愉快。他們的配偶或者室友可能抱怨大量空間被舊東西、雜誌、已壞器具等所佔據。強制型人格疾患病患不願意授權他人或與其它人合作。頑固而不合理的堅持所有事情應該依他們方法完成，其他人也必須遵照該方法。他們經常對於事情應該如何被完成，給予相當細節的指示，且當其它人建議出有創意的選擇時，感到驚訝及惱怒。在其他情形中，即使工作已經遲延病患仍拒絕他人的幫助，因為他們相信沒有其他人能將事情做對。具此障礙的個人可能是貪婪和吝嗇，並維持遠低於所能承擔的生活水準，堅信花費必須被嚴格控制以為了將來的大災難作準備。強制型人格疾患病患以死板和頑固為特點。他們極關注於將事情以「正確」的方法完成，以致於難以依照其他任何人的想法進行。病患事先過份計畫精細細節，且不願意考慮情事變化。完全沈迷於他們自己的觀點，他們很難承認其它人的觀點。作為病患的朋友或同事，可能因其固定不變的死板而感到沮喪。即使強制型人格疾患患者認識到和解可能較符合其利益時，仍可能頑固的拒絕，並以「事情的原則」作為其理由。

流行病學系統評估的結果，認為強制型人格疾患以社會樣本為基礎時大約為1%，而在精神醫療機構的病患中大約為3%-10%。

- (四)、無法被分類至其他類型之人格疾患（301.9 Personality Disorder Not Otherwise Specified）：此分類是無法具體分類的人格疾患。例如呈現多種人格疾患症狀，而未滿足其中任一特定人格疾患標準，但整體已經造成病患在一個以上機能領域中沮喪或失能的症狀。此外亦包括臨床醫師判斷，不屬於其他具體人格疾患分類時，例如包括壓

抑的人格疾患或兩極性人格疾患。

第三項 人格疾患之成因

人格疾患之起因為何，按照其學說理論不同產生不同之理由。自精神醫學觀點論之，認為內在的特質和傾向受到早期人際關係影響，出生後個人即受基因、心理以及社會因素交互作用影響，照顧者的照護缺陷，對於人格疾患的形成有重大因素。雖然並非所有暴露在致病環境下的個體均形成帶有疾患的人格，但基因以及外在環境互動的結果極可能呈現出人格疾患¹⁴⁹。但同時精神醫學也承認對於人格疾患的研究並未透徹，時間也不長久。美國方面認為自1952年第一版DSM出版，方才確立人格疾患正式的診斷分類，且多數患者並未求助於心理治療，另一方面係因為人格疾患研究對象是人格特質，而非特定的行為型態，包括生物因素、心理因素以及社會文化因素，均被認為可能是人格疾患之原因¹⁵⁰。

以體質成因論作為人格疾患或人格障礙成因者，學者曾就各種人格疾患、犯罪人、酒癮或慢性酒精中毒、戀童症等進行家族研究。發現個案家屬中具有同人格障礙或其他如內因性精神疾病之比率較高。另項研究是關於染色體異常之研究，其中特別與人格疾患有關者，是Klinefelter's症候群以及XYY症候群兩種。還有關於幼兒期腦部異常的研究，學者認為至少部分人格疾患與早年腦部障礙所造成人格發展的遲滯或不成熟¹⁵¹。

以反社會人格疾患為例，在生物因素方面認為導致反社會人格疾患之原因，包括有個體不充分的情緒喚起（emotional arousal），係對於焦慮或有害感覺的反應遲鈍，以至於在學習制約反應出現不良的情形；自律系統不足，導致個體對於刺激出現較強的免疫力，因而尋求刺激以及戰慄；認知功能缺陷，包括大腦前葉反射功能障礙，此研究結果於處在精神醫療機構中的反社會人格疾患患者被證實；遺傳影響，雖然僅是一種假設，但亦為精神醫學的研究人員開始探討。在家庭因素方面的原因，包括有早期失去雙親或情緒剝奪，父母之一離去造成的家庭

¹⁴⁹ David J. Robinson 著，唐子俊、唐慧芳、李珣合譯，〈失序的人格〉，頁 36。

¹⁵⁰ Carson & Butcher 著，游恆山譯，〈變態心理學〉，頁 283-284。

¹⁵¹ 林憲，〈臨床精神醫學〉，1985 年，頁 226-228 參照。

關係導致情緒障礙；父母的拒絕或不一致的紀律，使病患在兒童期良心發展緩慢且出現攻擊性；不良的父母楷模與家庭互動，強化子女逃避懲罰免於良心及罪惡感的苛責。在社會文化因素面，則包括因規範崩潰、道德瓦解、對社會的敵意或疏離感等，均可能強化反社會性人格疾患¹⁵²。

第三節 小結

在敘述完ICD-10以及DSM-IV-TR對於人格疾患的定義，或者說診斷特徵後，我們可以明顯的發現一個問題，兩者對於人格疾患定義存在著相當大的差異，或者至少在對於人格疾患的類別，以及何種症狀屬於人格疾患等觀點存有相當大的不同。如果就兩者對於人格疾患的基本定義來看，可以發現均強調個人相較其所處之文化，具有某種或幾種極端的特質，且這個特質對於個體而言是穩定的，均造成個體在該文化中適應不良的情況，亦即造成自己內心的壓力，或與他人人際關係不良的情況。此外亦有認為人格疾患是一種自我包容的狀態，亦即具備該特定的人格特質並不直接造成該個體的困擾，反而較易影響在周遭互動的朋友及親人¹⁵³。但無論如何都可以確定的是，個人的特質是否為人格疾患，與病患個體所身處的文化具有相當大的關係。ICD-10與DSM-IV-TR兩者間對人格疾患分類的差異，或許也可以說明兩系統中的文化差異¹⁵⁴，例如ICD-10中將性別認同障礙、性癖好障礙以及性發展定位等障礙均列入人格疾患中，在DSM-IV-TR中卻不將其認為是人格疾患，而是屬於非人格疾患的精神障礙之中，這明顯涉及兩者使用系統對於性的觀點。

此外對照ICD-10與DSM-IV-TR的分類模式，可以發現ICD-10是包含了在DSM-IV-TR中其他行為障礙的類型。而ICD-10的分類正式名稱是「成人人格與行為障礙」。換言之人格障礙與行為障礙兩類型，在不同的理論之下其區分不必然那麼清楚。但對於本文一貫至此的立場而言，人格障礙與行為障礙的區分，不必然在法學上對於責任能力的判定具有如此大的意義，蓋因為本文認為藉由混合模

¹⁵² Carson & Butcher 著，游恆山譯，〈變態心理學〉，頁 289-295。

¹⁵³ David J. Robinson 著，唐子俊、唐慧芳、李珣合譯，〈失序的人格〉，頁 6。

¹⁵⁴ David J. Robinson 著，唐子俊、唐慧芳、李珣合譯，〈失序的人格〉，頁 14。

式的判定過程，必須先經過精神醫學就行為人加以鑑定，確定其為精神障礙或心智缺陷的狀況下，再交由心理學加以判斷是否存在意識的障礙狀態，是故行為障礙即便在精神醫學上與人格障礙區分為兩不同之類型，只要在精神醫學上被認為是一種疾病或病態時，仍不影響其作為生理學或者說精神醫學要件範圍，而是應該就其是否存在意識上的障礙，亦即認識辨別行為違法性，或按其認識辨別為行為的能力加以判斷，亦即心理學的要件。

綜觀上述在精神醫學領域中，無論人格疾患與其他精神疾病差異為何，或者可能於症狀上的差異，或者可能於起因上的差異，甚至可能在治療方式效果的差異，但從精神以外的觀點例如法學觀點觀察精神醫學對其的敘述，即便認為是屬於不同的診斷分類，也不得不承認在精神領域中將人格疾患，與非人格疾患兩者均置於精神疾病此統一概念下。

則按照本文的概念在於，對於刑法上所謂責任能力障礙，其標準在於行為人無精神疾病存在並發作，或其他心智缺陷之情形，且心理狀態亦即意識上有無出現障礙之情形。換言之，亦即當行為人具有精神疾病或心智缺陷，且該疾病處於發作狀態，且心理狀態因為疾病而呈現嚴重障礙時，是刑法上所謂嚴重的精神障礙而屬於無責任能力之情形；假若心理狀態，亦即意識，呈現輕度障礙狀態時，則屬於刑法輕度精神障礙情形而屬限制責任能力。換言之，在精神醫學上認定人格疾患是一種精神疾病之下，要討論者在於人格疾患是否屬於我國刑法上所為的精神障礙或其他心智缺陷，若屬於此一範圍之內，即發生依行為人行為時之病發狀態，以及心理狀態是否存在障礙去判定責任能力之問題。若不屬於我國刑法第19條之精神障礙或心智缺陷，則自然不發生行為人責任能力之問題，而另屬於行為人有無規範意識，亦即對於規範有無認識可能性之問題。

第五章 人格疾患不法行為

我國法學領域對於人格疾患的討論向來是欠缺的，學者的論述中多使用「人格違常」此一用語稱呼所謂人格疾患或人格障礙。關於人格疾患的討論重點，也多往往集中於反社會人格違常，亦即本文中前述所謂之「反社會人格疾患」。且對於反社會人格疾患的討論，往往直接導向犯罪學的討論，而涉及解釋學上關於責任部分，常往往一語帶過。本文於此章中企圖討論者，為人格疾患，不僅是反社會人格疾患，在解釋學上可能出現的不法行為類型，以及人格疾患在不法行為過程中其責任內涵為何，與其他非人格疾患精神障礙存有的差異何在。

第一節 人格疾患病患不法行為類型

對於人格疾患可能出現的不法行為類型，可以從兩方式找尋，其一再於由精神醫學對於人格疾患人格特質所產生行為特徵，推測可能出現的不法行為類型；其二則是由司法收容機構如監獄、看守所、矯治學校，以及勒戒所等單位，找尋有無人格疾患病患存在，並分析其犯罪的態樣。但此二種研究方式均有其限制存在，第一種方式之限制在於由精神醫療對於人格疾患定義的行為傾向，以及人格特質推論下的可能犯罪類型，終究是屬於個人可能付諸實現的行為，而非必然付諸實現的行為；即便是醫療機構確診為人格疾患患者，亦可能由於人格疾患所帶來之社會生活人際關係壓力，導致病患進行一個與其人格疾患行為特質不一定有關連的犯罪行為，此時該人格疾患的確診在刑法上是否具有意義，即具有相當大的討論空間。第二種研究方式在於，於司法收容機構確診出人格疾患患者後，雖然可以明確的知道病患被監禁的原因犯罪為何，但該原因是否係因為人格疾患所引起，是否能正確的判斷不無疑問；再者，相對於一般社會，監獄具有其特殊的文化，以及相對封閉造成被收容人心理壓力之特性，被收容者被確診為人格疾患時，其確診的時點在已經被監禁的狀態下，是否因為被監禁的狀態影響了被收容者的心理狀態，方至於產生人格疾患，而精神醫療在此是否又能加以區分也值得存疑。以下僅就精神醫學對於人格疾患的症狀描述，推論病患可能出現的犯罪，

以及就既有的資料說明司法收容機構中人格疾患患者的比率。

比較ICD-10與DSM-IV-TR對於人格疾患的診斷分類，可以發現的是除去無特定特徵的人格疾患，以及無法歸類於其他分類的人格疾患這種分類之後，ICD-10的第一部份關於特定人格疾患分類（F60 Specific Personality disorders），可以對應到DSM-IV-TR大多數的人格疾患分類中，僅有DSM-IV-TR關於分裂病型人格疾患（301.22 Schizotypal Personality Disorder）以及自戀型人格疾患（301.81 Narcissistic Personality Disorder）無法找到相對應分類，由於兩種分類系統皆認為屬於人格疾患，可能為精神醫學在對於人格疾患診斷上較無爭執者，因而以下將先就兩疾病分類系統共同認定是人格疾患的部分，探討其可能發生的不法行為類型。

第一項 ICD-10與DSM-IV-TR均有之人格疾患類型

- 一、妄想性人格疾患（F60.0/301.0 Paranoid Personality Disorder¹⁵⁵）：在ICD以及DSM系統中關於妄想型人格疾患的描述相當一致，妄想周遭的人將迫害自己，並且在受到屈辱之後採取激烈的反擊。此一症狀將可能致使妄想型人格疾患患者在覺得受到屈辱後，採取暴力的反擊手段以致於涉及傷害或者是破壞的行為¹⁵⁶。甚至在精神醫學中，提及對於妄想性人格疾患患者進行面談時，都需要注意暴力的預防，必須事先要求警察或警衛在面談室附近或隨時可出現、避免被患者擋住門、需要時隨時可以逃脫等¹⁵⁷。由此可知妄想型人格疾患最可能導致的不法類型是暴力類型，則其可能的不法行為程度，由對於財物破壞所導致的毀損罪，到因為施加暴力至於被害人死亡的過失致死或殺人均有可能¹⁵⁸。

特別要提及的，關於妄想型人格疾患被假設為精神分裂的範圍內，且與

¹⁵⁵ 斜線前編號是 ICD-10 的分類編號，斜線後是 DSM-IV-TR 之分編號，如兩系統名稱不同則亦以斜線區隔，若不區隔則為兩系統使用相同名稱。

¹⁵⁶ ICD-10，頁 359。DSM-IV-TR，頁 690-694。張麗卿，〈人格違常與犯罪〉，刑事法雜誌第 37 卷第 5 期，頁 17-37。

¹⁵⁷ David J. Robinson 著，唐子俊、唐慧芳、李珣合譯，〈失序的人格〉，頁 182-183。

¹⁵⁸ 張麗卿，〈人格違常與犯罪〉，刑事法雜誌第 37 卷第 5 期，頁 24。

妄想症相關，由最正常到最異常為：正常的警覺心→妄想型人格疾患→迫害妄想→妄想性精神分裂，且在妄想型人格疾患與迫害妄想間難以區分，差異僅在於程度的不同以及是否具有侷限性（encapsulation：亦即妄想有一定的範圍）¹⁵⁹。提及此精神醫學敘述之原因，在於本文先前所引用91年上更（二）字778號判決，該判決理由中引述台大醫院88年2月1日(88)校附醫精字第0625號函謂：「何員（指被告）之精神病理，未影響其一般之基本生活、記憶及感受能力，故能計畫，並詳述有關細節，然而此一基本能力之具備，並無涉其對於週遭事物之解讀，已長期受精神病理所影響，而導致犯行。」則就精神醫學上的論述，回頭檢視該案被告之精神狀態，應是處於較妄想型人格疾患更嚴重的迫害妄想中。

二、分裂型人格疾患（F60.1/301.20 Schizoid personality disorder）：分裂型人格疾患在兩疾病分類系統中的描述，是一致的欠缺社交關係，喜歡獨處以及沈溺於內心活動，且在少有強烈的情感。這樣的人格特質，整體看來欠缺犯罪關連性，似乎沒有特定的不法行為類型。

三、反社會型人格疾患（F60.2 Dissocial personality disorder/301.7 Antisocial Personality Disorder）：反社會人格疾患向來是法學對於人格疾患討論最多的領域，我國學者早期依德國精神醫學以精神病性人格、精神病質人格稱呼之，後多以反社會人格違常稱之，近年來除反社會人格違常的用語外，因精神醫學影響也開始使用反社會人格疾患或障礙等語。反社會性的人格疾患之所以被法學領域所重視，在於其人格特質所呈現之行為傾向，良心發展不足、不負責任與衝動、利用他人、排斥權威、無良好關係等，均呈現其人格特質是缺乏道德及倫理發展¹⁶⁰。在ICD或DSM系統對其描述中，從暴力型不法行為到預謀型不法如詐欺等，由輕微的不法行為如竊盜到重大不法行為如殺人，均是反社會人格疾患患者可能違

¹⁵⁹ David J. Robinson 著，唐子俊、唐慧芳、李珣合譯，〈失序的人格〉，頁 179、190。

¹⁶⁰ Carson & Butcher 著，游恆山譯，〈變態心理學〉，頁 286-288。

犯的不法行為類型。整體而言其行為態樣就是與整體社會規範、道德或價值觀衝突的，症狀輕微的類型可能僅是說謊、利用他人等不道德的行為，症狀嚴重的則可能構成任何一項不法行為。¹⁶¹

另一值得注意的重點，ICD-10將反社會人格疾患定義為成年人的人格行為疾患，且在分類表中未說明此類人格疾患與病患未成年時期之關係，但參考DSM-IV-TR對於反社會人格疾患之描述，發現病患在15歲前應該已經出現品行障礙（Conduct Disorder）¹⁶²的狀況，對應至ICD-10中則於青春及幼兒期之行為及情緒障礙（F90-F98 Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence）中也有品行障礙（F91.- Conduct Disorder）的對應診斷分類¹⁶³。換言之具有反社會人格疾患之患者於成年前，極有可能已經反覆出現違反社會規範的情況，諸如有鬥毆或脅迫行為、竊盜、反覆的說謊、蹺課和蹺家等等。則輕微的狀況是單純的說謊、蹺家或成為中輟生，嚴重的出現校園霸凌、竊盜、傷害他人等暴力舉止。以我國刑法為例，這些行為在（可能的反社會人格疾患患者）未滿14歲出現時，由於患者當時依刑法第18條¹⁶⁴規定不具有責任能力，故這些不法行為被視為青少年非行行為，而要對行為人加以輔導或矯正。但當滿14歲至未滿18歲出現這些行為時，由於已經具有部分責任能力，被視為青少年犯罪行為。故雖然依據ICD或DSM的分類系統均認為反社會人格疾患是屬於成年人的精神障礙，但事實上患者可能未成年時已經反覆的出現犯罪的情況。因此當行為人自青

¹⁶¹ ICD-10，頁360。DSM-IV-TR，頁701-706。

¹⁶² 包括開始於兒童期 312.81 Childhood-Onset Type、開始於青春期 312.82 Adolescent-Onset Type 以及無法確定開始期間 312.89 Unspecified Onset 三種診斷的子分類。品行障礙是屬於通常初現於嬰兒期、兒童期或青春期的障礙此分類下，注意力不足-破壞性行為障礙子分類中的第三層分類。

¹⁶³ 世界衛生組織 ICD-10 網路線上版，DSM-IV-TR 資料庫版本。

¹⁶⁴ 刑法第18條

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。

少年起即反覆於非行行為甚至違法行為之後，若成年後或經矯正輔導後仍未出現改善，及應該考慮行為人是否具有反社會人格之可能。

四、情緒不穩定型人格疾患／邊緣型人格疾患（F60.3 Emotionally unstable personality disorder/301.83 Borderline Personality Disorder）：由DSM-IV-TR對於邊緣型人格疾患的描述，邊緣（borderline）指的是人格疾患與其他精神障礙的界線上，對此人格疾患之描述有許多與精神分裂症類似，甚至最初時被認為是一種精神分裂症的變種，或被認其症狀與許多其他精神障礙重疊¹⁶⁵。參考ICD-10對於情緒衝動型的描述下，本文認為這兩者人格疾患症狀以及行為模式相類似，故一併討論其在刑法上可能的意義。此種人格疾患的行為特質是不穩定、衝動的行為模式，同時相較於依賴型，其避免被遺棄的方式更為激烈且瘋狂，且有強烈的自殺意圖。由於行為衝動特質，其可能造成的犯罪是屬於較衝動類型的犯罪，偏向身體的、物理的攻擊犯罪可能是此類人格疾患患者較有可能違犯的不法類型，諸如傷害、重傷害、傷害致死、殺人等。同時因為無法抑制衝動，可能臨時起意的竊盜，對財產法益的輕微不法行為如毀損，或者對於他人出現公然侮辱，對於公務員出現妨礙公務等。換言之由於其人格特質是無法控制的衝動且善變，似乎需要縝密預謀的不法行為，諸如詐欺，較難出現於此類人格疾患中。另一方面由於此類人格疾患患者具有藥物濫用、沈溺於賭博等常見的症狀，故在我國刑法下可能有煙毒類不法行為或賭博不法行為的可能。第三在於邊緣型人格疾患害怕遭到遺棄，且採取強烈的行為去避免，則對於病患認為可能遺棄他們的人，是否存在恐嚇、強制、私行拘禁，或藉由散佈彼此間親密資訊所導致的妨害秘密或者散佈猥褻物品圖片文字是值得評估的。

五、戲劇型人格疾患（F60.4/301.50 Histrionic Personality Disorder）：戲劇性

¹⁶⁵ David J. Robinson 著，唐子俊、唐慧芳、李珣合譯，〈失序的人格〉，頁 313-339。

人格疾患國內法學者亦有稱之為「歇斯得里性人格違常」¹⁶⁶，無論對其稱呼為何，其描述均是病患戲劇化的行為模式，企圖以誇大的行為吸引他人的注意，以讓自身處於眾人目光的焦點中。精神醫學方面有認為此疾患的盛行率是女性高於男性者，女性在形成此種人格疾患的過程時，甚至可能曾遭受父親的性侵害¹⁶⁷。此類格障礙之行為特質，似乎無法與刑法上有意義的不法行為類型之特質找到相類似的關係，因此似乎無產生特定不法行為的傾向。

六、憂慮型人格疾患／迴避型人格疾患（F60.6 Anxious [avoidant] personality disorder/301.82 Avoidant Personality Disorder）：此種人格疾患的形象是極度的害羞以及自我壓抑，避免社交行為同時極度誇大日常生活中的風險。由於這種格障礙病患呈現出來的形象，幾乎企圖迴避一切可能的社交以及公眾的活動，似乎沒有直接導致特定刑法不法類型的傾向。

七、依賴型人格疾患（F60.7 Dependent personality disorder/301.6 Dependent Personality Disorder）：由於依賴型人格疾患病患會交由他人為自己對日常生活做出決定，並認為自己無法獨自從事一件工作，故似乎要在刑法出現與特定不法類型相關連的機會似乎不高。但應該要注意的地方在，此人格疾患病患會為了避免被其依賴的幫助者拋棄，而傾向接受幫助不合理的要求，故應該要注意是否在不法行為中成為幫助犯的角色；甚至據本文目前的脈絡，則是是否可能因為人格上障礙，至無法依據其對於法律的認識，拒絕其認定的幫助者對於從事不法行為之要求，或者無法辨識其幫助者或建議者給予的行為方面建議是違法的，若此假設可以成立，則有可能成為刑法不法行為中的工具，亦即間接正犯所利用其以違犯法律。

八、強制型人格疾患（F60.5 Anankastic personality disorder/301.4 Obsessive-

¹⁶⁶ 張麗卿，〈人格違常與犯罪〉，刑事法雜誌第 37 卷第 5 期，頁 17-37。

¹⁶⁷ David J. Robinson 著，唐子俊、唐慧芳、李珣合譯，〈失序的人格〉，頁 250-251

Compulsive Personality Disorder)：強制型人格疾患在刑法上有意義的觀察，在於其對於完美的要求，以致於要求所有事件均需要依據病患所認定「正確」的方法為之，甚至對於他人也有這樣的要求。因而是否對於他人的行為出現與病患自身期待不符時，強制他人依據特定方法完成或從事特定方式為之之強制罪不法行為類型，或對於自己所能控制範圍，例如自己的子女過於嚴厲導致有違犯對兒童虐待不法行為之可能，此部分應該要加以考慮。

第二項 兩系統不同之人格疾患類型

由於精神醫學上ICD-10與DSM-IV-TR兩診斷分類的差異，有相當多的人格疾患並非兩者共同認定者，本文以下僅就本文認為在刑法上可能重要的人格疾患類型，對其可能發生或違犯的不法行為加以討論。本文認為最重要者，在於ICD-10列入人格行為障礙類型中關於習慣及衝動障礙，以及性癖好障礙兩部分。這兩個部分在DSM-IV-TR中其實也具有相對應的分類，但非屬於人格疾患分類之中，而是在「他處未分類之衝動控制障礙（Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified）」，以及「性與性別認同障礙（Sexual and Gender Identity Disorders）」此二分類中。

- 一、習慣及衝動障礙（F63 Habit and Impulse disorders）：在習慣及衝動障礙中，ICD-10列出了病態賭博（F63.0/312.31 Pathological gambling）、病態縱火（F63.1 Pathological fire-setting [pyromania]/312.33 pyromania）、病態竊盜（F63.2 Pathological stealing [kleptomania]/312.32 kleptomania）三種在刑法上較具意義的障礙類型，同時在其他類型的衝動控制障礙中包括有間歇性爆發障礙（Intermittent explosive disorder）在DSM-IV-TR中也別被標明（312.34 Intermittent Explosive Disorder）。就此四種障礙其在刑法上具有的意義，包括病態賭博可能因無法控制病患自己賭博的衝動反覆從事賭博的行為，導致公然聚賭等賭博罪的違犯。病態縱火則可能構成公共危險（我國刑法第173條至第175條）方面的不法行為，同時

如縱火燒毀他人之物若未致生公共危險（無延燒可能性）時，則是毀損建築物或器物的毀損罪，若縱火的行為導致有人死傷時則因想像競合可能構成殺人罪。病態竊盜則可能因為其無法控制竊盜衝動，則反覆限於竊盜行為中。至於間歇性的爆發衝動，基於DSM-IV-TR對其之描述，則病患難以抗拒自身間歇性侵略行為的爆發，對於他人可能構成傷害、重傷害、殺人、強制等犯罪行為，或者是毀損他人財產器物的毀損罪¹⁶⁸。

二、性癖好障礙（F65 Disorders of sexual preference）：關於性癖好障礙可能違犯的不法行為，牽涉非常多樣化的類型，主要是包含在刑法中妨害風化或妨害性自主罪章之中，但特殊的情況下亦可能涉及其他類型的不法行為。性癖好障礙包括有戀物癖（F65.0/302.81 Fetishism）、異性裝扮癖（F65.1 Fetishistic transvestism/302.3 Transvestic Fetishism）、裸露癖（F65.2/302.4 Exhibitionism）、偷窺癖（F65.3/302.82 Voyeurism）、戀童癖（F65.4 Paedophilia/302.2 Pedophilia）、施虐受虐癖（F65.5 Sadomasochism/302.83 Sexual Masochism, 302.84 Sexual Sadism）等，在DSM-IV-TR中屬於性與性別認同障礙（Sexual and Gender Identity Disorders）下關於特殊之性癖好（Paraphilia），分類之中。

在性癖好障礙中之戀物癖，由於對於特定物品癖好，可能導致出現竊盜女性衣物等狀況，構成竊盜罪。裸露癖則由於具有在公開場所暴露生殖器的衝動，可能觸犯刑法第234條所規範的公然猥褻。偷窺癖由於其偷窺他人私密行為，可能導致刑法第315-1條規範之妨害秘密罪。戀童癖則由於其對於未成年人的性慾，所觸犯的包括有準強姦罪、姦淫幼女、和誘或略誘等。其餘則包括施虐癖由於自對他造的虐待以滿足性慾，故可能在施虐的過程中造成傷害、重傷害、傷害致死、私行拘禁或者是強制性交、猥褻或公然猥褻的可能性。此外在其他性癖好障礙（F65.8 Other disorders of sexual preference）中的偷摸癖（Frotteurism）或戀屍癖

¹⁶⁸ ICD-10，頁 364-365。DSM-IV-TR，312.34 Intermittent explosive disorder 參照。

(Necrophilia) 可能構成性騷擾、強制猥褻以及毀損屍體的不法行為。

由於許多人格疾患患者並未接受精神醫療機構輔導，雖然本文前述對於人格疾患的敘述中包含對人格疾患的流行病學統計，但監獄中人格疾患患者比率數字仍不清楚。1989年Reich, Yates與Nduaguba的報告指出約11.1%的監獄人犯可能屬於人格疾患患者¹⁶⁹，其他如的研究報告也有從40%-100%不等，而慣犯或累犯中人格疾患的比率較高，初犯或一次犯罪僅約10%-20%為人格疾患患者¹⁷⁰，而依據Stumpfl的研究指出在累犯中，屬於反社會人格疾患患者的比率約為49%，初犯中之比率僅佔2.4%¹⁷¹，至於我國法庭實務統計結果，送精神鑑定案件中與人格疾患有關者為7.7%，未送精神鑑定案件中與人格疾患有關的比率為1%，全體案件之比率為3%¹⁷²。但若考慮到人格疾患患者可能從未求助於精神醫療機構，實際上在犯罪人中具有人格疾患之比率應該更高。是故就人格疾患與犯罪之關係，向來認為較精神疾病或智能不足更密切¹⁷³。

第二節 我國人格疾患病患不法行為責任

第一項 責任能力障礙生物學要件範圍

在瞭解人格疾患的基本的特質，以及人格疾患病患基於這樣特質表現出的行為，在刑法能出現的不法行為類型後，接下來再討論人格疾患的行為特質在刑法責任能力上應該獲得的評價。刑法關於責任能力的判斷，按照混合模式立法下，首先要確定行為人具有精神障礙，其次才判斷行為人在行為時點時心理狀態，亦即行為時點對於行為合法性的判斷能力，以及依照判斷結果為行為之能力。依照我國刑法修正後第19條之規範方式，首先必須要確定行為人具有「精神障礙或其他心智缺陷」，之後才是因前述之精神障礙及心智缺陷以致於行為人「致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力」或者是其能力顯著減低。則人格疾患於此的意義，應該先討論其是否屬於我國刑法第19條所規範之精神障礙與其他

¹⁶⁹ Carson & Butcher 著，游恆山譯，〈變態心理學〉，頁 274。

¹⁷⁰ 張麗卿，〈人格違常與犯罪〉，刑事法雜誌第 37 卷第 5 期，頁 22。

¹⁷¹ 張甘妹，〈論精神病質人格與犯罪之關係〉，刑事法雜誌第 13 卷第 6 期，頁 23。

¹⁷² 王富強，〈精神鑑定〉，國立政治大學碩士論文，2002 年，第四章，表 20、21、22。

¹⁷³ 張麗卿，〈人格違常與犯罪〉，刑事法雜誌第 37 卷第 5 期，頁 21。

心智缺陷。

參照各國立法例下，德國於1975年修正後刑法第20條規定：「行為人於行為之際，由於病理精神障礙、深度之意識障礙、心智薄弱或其他嚴重之精神異常，致不能識別其行為違法，或不能依此識別而為行為者，其行為無責任。」依德國通說精神病質人格（psychopathien，亦即本文所稱之人格疾患）與精神官能症（neurosis）、衝動異常（triebstörung）等精神疾患均為其中嚴重之精神異常所包含¹⁷⁴。是故並未排除人格疾患，甚至未排除反社會性人格疾患，作為阻卻責任能力之精神醫學上要件，則行為人僅需於行為時確實處於不能辨識行為違法或不能依此辨識而為行為之心理狀態時，人格疾患患者即可以阻卻責任。

日本刑法現規定：「心神喪失人之行為，不罰。心神耗弱人之行為，減輕其刑。」再依「大判昭和六年十二月三日判一例」解釋採取混合模式立法，並未明言其精神醫學要件。若參照其精神衛生法第3條規定，人格疾患患者係屬於其所謂「精神障害者」範圍之內。至於刑法學界對人格疾患之態度，依學者內藤謙教授整理所示，因為精神醫學學派見解不同，而呈現有將人格疾患視為一種異常性格狀態，而不屬於精神疾病範圍，以及將人格疾患視為一種精神疾病與正常人之中間狀態兩種解釋方式。在第二種學說下認為人格疾患患者雖然多被認定具有完全責任能力，但人格疾患仍應該屬於阻卻責任能力之生物學判斷要件¹⁷⁵。內藤謙教授見解亦是採取第二種學說，且認為除足可能構成限制責任能力外，並不排除人格疾患患者無責任能力之可能性¹⁷⁶。但法院實務操作上卻因人格疾患而犯罪，其犯行殘暴或改善困難者為多數，對於人格疾患通常仍判定為完全責任能力¹⁷⁷。依據前揭內藤謙教授所論，認為法院裁判將人格疾患患者認為屬完全責任能力時，是將人格疾患作為生物學要件下，就其心理要件加以判斷，並認為其心理狀

¹⁷⁴ 吳景芳，〈精神障礙犯罪者認定標準與處遇制度之回顧與前瞻〉，刑事法雜誌第 29 卷第 5 期，頁 46-47。張麗卿，〈精神障礙者之犯罪〉，台灣本土法學第 86 期，頁 163-164。

¹⁷⁵ 內藤謙，〈刑法講義〉總論下 I，頁 823-825。

¹⁷⁶ 內藤謙，〈刑法講義〉總論下 I，頁 826。

¹⁷⁷ 吳文正，〈自精神醫學立場泛論反社會人格疾患犯罪人〉，刑事法雜誌第 43 卷第 3 期，頁 78。內藤謙，〈責任能力(四)〉，法學教室 73 號，頁 75 參照，轉引著自謝杜喬，〈反社會性人格疾患犯罪人之責任能力與處遇〉，東吳大學碩士論文，頁 39。

態並未達到減輕或無責任能力狀態，是採取與前述第二種學說見解相同之態度¹⁷⁸。

英美法下若採取純粹生物學規範方式，例如杜漢法則，依據生物學規範方式決定行為人是否得以阻卻責任，對於人格異常者而言，由於起初精神醫療機構對於人格疾患認為非屬於精神疾病，此見解下多認為行為人應負刑事任，1957年後由於使用該法則地區之精神醫療機構變更見解，認為人格異常屬於精神疾病後，人格違常患者遂可據此抗辯責任¹⁷⁹。

若以美國1984年全面犯罪控制法所規範方式「因嚴重精神疾病或缺陷以致無法感知其行為之本質與特質或其行為之錯誤性，則對其行為不負責任：在其他情況下則不足以構成抗辯。」則其著重的重點在於行為人對於行為「知」的要素，故人格疾患患者對於行為認知上通常較接近於常人，難以依據人格疾患為責任抗辯。

則我國精神醫學領域將人格疾患認為屬於精神疾病的狀況下，理論上而言，無任何理由將人格疾患排除在刑法所謂的「精神障礙或其他心智缺陷」之外，對於責任能力是否存有缺陷的重點，應該在於是否因其導致辨識行為違法以及依其辨識行為能力低下。我國向來學說或有依據我國精神衛生法規定，將反社會人格違常排除於精神疾病外¹⁸⁰，惟刑法對於精神障礙以及心智缺陷之定義，是否需要受到精神衛生法的拘束。本文認為因為兩法律之目的完全不同，在我國刑法解釋

¹⁷⁸ 內藤謙，〈刑法講義〉總論下I，頁829。

¹⁷⁹ 吳景芳，〈英美法上精神異常認定標準之研究〉，刑事法雜誌第28卷第1期，頁28。

¹⁸⁰ 精神衛生法第3條

本法用詞定義如下：

- 一、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關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。
- 二、專科醫師：指經中央主管機關依醫師法甄審合格之精神科專科醫師。
- 三、病人：指罹患精神疾病之人。
- 四、嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。
- 五、社區精神復健：指為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療。
- 六、社區治療：指為避免嚴重病人病情惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療等治療方式。

學上，實無依照精神衛生法將反社會人格違常排除之必要性。再者即便依照精神衛生法定義，將反社會人格排除於刑法精神障礙之外，也不應認為此精神醫學上認定之「疾病」排除於心智缺陷以外。第三即便將反社會人格排除於刑法上「精神障礙或其他心智缺陷」外，但仍不應忽視其餘人格疾患在刑事案件中，對於行為人所存在之影響。

第二項 我國最高法院關於人格疾患不法行為之態度

則依據前面的論述，我國司法實務在精神醫學領域配合之下，對於人格疾患患者產生的實際運作結果究竟為何，本文茲以最高法院判決為例試圖解讀之。自司法院法學檢索系統以「人格疾患」或「人格違常」為關鍵字查詢刑事判決，除依法不得公開案件外，就判決書內文記載有精神醫學鑑定結果，以及對於人格違常或人格疾患進行討論者，本文認為重要者共5件，就其內容與立場分別概述如下。

第一款 具完全責任能力者

在本文所要探討的五件判決中，最高法院對於人格疾患患者，認為仍具有完全責任能力者共有兩件，分別為78年台上字第427號以及96年台上字第3526號，分別簡述如下。

78年台上字第427號判決係駁回被告上訴，判決理由內引二審（77上重二訴字第16號）時台灣大學醫學院附設醫院鑑定結果謂：「…認其於案發時意識清楚，有自主能力，沒有妄想及幻覺等特殊經驗，除智力功能外，精神狀態均無嚴重病態，臨床上診斷其為強迫性人格違常，當時之精神狀態除焦慮外，並無其他偏差，未達於心神喪失或精神耗弱之程度…」。

96年台上字第3526號判決係駁回被告之上訴，引用二審（95年上更（一）字第878號）判決書中亞東醫院鑑定書謂：「乙○○係中等智力程度，雖經臨床診斷為『邊緣性人格疾患』併類精神病性幻聽症狀，及短暫解離症狀，然其形式思考功能完整，認知功能亦在正常智能範圍內，並未達於精神分裂症之程度，而『邊緣型人格疾患』並有情緒症狀之患者，其判斷合法與非法之能力，不因此而

較普通人平均程度為低。…上訴人乙○○於和發前後即日常之精神狀態，就辨識能力，並無特別之減損，而無精神耗弱或心神喪失之狀況。」判決並表示：「乙○○雖有罹患精神疾病，及參與鬥毆前有飲酒，仍未達於不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力，或辨識行為違法或依其辨識而為行為之能力，顯著減低之程度。…」。

上述兩件判決所呈現關於人格疾患精神鑑定結果，均是認為行為人具有完全責任能力，但本文所發現的疑點在於，第二件判決（96年台上字第3526號）中精神醫學鑑定內容謂「形式思考功能完整」、「認知功能亦在正常範圍內」或謂被告辨別合法或非法能力不較普通人低等語，論述的範圍是否包含判決書中「依其辨識而行為之能力」。按本文前述關於邊緣性人格疾患之描述，其行為特徵上本就呈現混亂以及情緒強烈之症狀，加以該案件中被告已有幻聽、短暫解離症狀，且行為時已然飲酒，則即便辨識能力無誤，得以辨識自身行為之違法性，行為人內心狀態是否仍有「遵法意識」存在之空間，依辨識而為行為之能力是否仍完整無缺則不無疑問。

第二款 僅具部分責任能力者

查最高法院關於行為人患有人格疾患案件中，認定行為人已達精神耗弱狀態而得以減輕其刑者共二件，分別為77年台上字第677號以及84年台上字第5059號判決，茲分別就其中關於人格疾患及精神鑑定部分簡述如下。

77年台上字第677號係駁回被告上訴案件，該件中引用高雄市立凱旋醫院鑑定結果謂：「…曾有不尋常行為及奇性行為，且殘忍本質，情緒曾顯不適當或衝動出現，思考上有妄想意念，稍欠彈性，智能活動未受影響，臨床上符合『精神分裂病人性人格違常』之診斷，此類病人遇有挫折或壓力等不利情況會出現短暫性的精神分裂病之症狀，其精神狀態判斷，屬於輕度『精神耗弱』之程度…」。

按此判決所示，分裂病型人格疾患在出現患者呈現短暫性精神分裂症狀態時，法院是可以接受屬於精神耗弱，亦即辨識能力或依辨識行為之能力衰退之說法。

84年台上字第5059號判決亦駁回被告之上訴，其二審判決認定被告曾患有精

神分裂症，係精神耗弱人。本件中共三間醫院分別進行精神鑑定，判決理由中台大醫院鑑定結果謂：「…其常因被害妄想影響，導致本身焦慮不安，引發精神病性衝動，且慣於以飲酒來抒解本身不適。犯案後，其雖能了解整個犯案過程，然無法理解其受被害妄想及為妄想性思考影響產生之精神病態，而歸諉於『神仙』、『魔鬼』所為，故認定其於犯案當時之狀態已達於心神喪失之程度…」，後再送桃園療養院八里分院鑑定認為：「羅員（指上訴人）於82年4月間實施犯罪行為時，雖有受精神分裂病影響之情形，然當時應仍保有相當之判斷能力及依此判斷而行為之能力；且此項犯罪亦應考慮受其人格違常影響之因素。依臨床精神醫學之立場觀之，羅員實施犯罪行為當時之精神狀態未達『心神喪失』，而僅為『精神耗弱』之程度。…」。該案件復因前兩鑑定結果分歧，再送台北市立療養院鑑定，判決理由中引鑑定結果謂：「綜合羅員之個人史、生活史、疾病史精神狀態檢查及心理測驗結果，認為羅員為慢性精神分裂並合併反社會性格違常，若輔以八里分院治療過程為參考，可見羅員犯案當時的行為，乃反社會性人格違常之表現，因此認為犯案當時，羅員雖受精神分裂病之影響，但應保有相當之判斷能力，故精神狀態應未達『心神喪失』，僅為『精神耗弱』之程度」。此件中最後係認為桃療八里分院以及北療之鑑定結果較為可採，認定被告係精神耗弱。

分析此二判決可以發現兩重點，其一在於分裂病性人格疾患患者，由於其症狀會出現暫時性精神分裂症情形，法院是可以接受其作為精神耗弱減輕責任之理由。而後判決得到的重點在於，法院對於反社會人格違常，作為判定行為人是否為心神喪失精神耗弱之要素，其態度非全然的拒絕，精神醫療於此處似乎具有論述的空間。

第三款 作為量刑依據者

本文與此分類中重視之判決為72年台上字第3194號判決，本件判決係撤銷二審判決發回台灣高等法院台中分院。本件案件重要之處在於，其判決理由謂：「原判決既採用台中市仁愛之家附設靜和醫院，關於陳敏男精神狀態之鑑定書，則其中所載陳敏男之母系親族有精神官能症之遺傳傾向及：『被鑑定人（陳敏

男)患有妄想性人格違常，可能有短暫之精神症狀。該病症可能起於青春期中後，至七十年五月十一日(即本案發生之日)仍然存在。』一點，似已足證明陳敏男在基本上有異於常人之某種精神缺陷，此為原審此次更審所得之新資料，科刑時自應慎重斟酌及之，方與本院上次發回意旨相符。乃原判決就此精神狀態問題，僅著重於已不達精神耗弱程度之論斷，而對於其與科刑輕重之關係如何，則略而不置一言。殊難謂無疏失。」。

本文以為該判決足以認為最高法院對於人格疾患作為量刑之要素，是採取可接受之態度。即便認為人格疾患患者，其症狀對於不法行為之作用並非構成刑法上所謂「無辨識行為違法或依辨識為行為之能力」，或也不足以導致前述能力之減損而減輕責任能力，仍應該於行為人具有人格疾患時，將其疾患作為量刑要素之一。同時該判決具有之另重大意義，係為我國司法實務上，承認人格疾患患者「有異於常人之某種精神缺陷」，人格疾患在刑法上具有一定意義，患者並非與常人無異。則在這樣的認識下，對於人格疾患病患為不法行為時，給予與常人不同之刑法判斷，在刑法解釋學上似乎是可能的；另或在量刑上給予考量，實際運作上似也可行。

第三項 與非人格疾患精神疾病可能的差異

依據本文立場下，將關於精神醫學之生物學要件與關於心理學之心理要件嚴格加以區隔時，在人格疾患與犯罪具有如此緊密的關係下，何以我國向來刑法實務對於人格疾患患者，在不法行為時均採取較嚴格的態度？同時以致於在前述第三章中提及之，我國精神醫學領域提出對於行事責任能力鑑定標準中，若非未提及人格疾患，就是認為大部分人格疾患狀態均具有完全的責任能力，是值得加以討論的問題。

本文認為向來實務第一層面的問題，在於前述提到關於我國向來刑法解釋上，將混合模式立法方式中，關於責任能力判定過程過於簡化造成的誤解。若採取生物學的立法模式下，則重大精神疾病因為其精神的障礙狀態較為嚴重，則認為為無責任能力人故無疑問；在非重大精神疾病時，由於其精神的障礙狀態較為

輕微，故認為其是限制責任能力人，這樣的判斷模式於生物學立法例下故無爭議。但採取混合模式時，除精神的障礙狀態之外，尚必須就行為人心理的障礙狀態加以考量，則精神的障礙狀態重大並不代表其心理意識的障礙狀態重大，反之精神的障礙狀態輕微，亦不代表及必然在心理的障礙狀態即輕微。在精神的狀態以及心理狀態可能交互影響之下，固然必須就兩者作用均加以評估，惟以往的實務見解導致精神醫學鑑定時多採取著重於精神的障礙狀態評估。

在精神醫學領域對於人格疾患的描述中，輕微症狀的個案將使病患被認為是麻煩或反常的，最嚴重的患者則可能呈現極度不道德的行為以致於被認為是犯罪者。但無論症狀嚴重程度為何，精神醫學基本上認為病患在一般日常生活中還不至於完全失去與現實的接觸¹⁸¹。換言之，病患在日常生活之中可以理解其所接觸的人、事、物，對於法律的內涵以及行為是否違犯法律，可以有與一般非精神障礙患者的正常人相同的認識。在基於精神醫學這樣的認知下，參考我國刑事實務上對心神喪失、精神耗弱最重要的判例，不難理解何以認為出現人格疾患患者具有完全責任能力之結論。

其次在於關於心理學要件，其要判斷的對象以及標準為何。向來法學對於個人心理狀態認為是「知」、「情」、「意」三要素，先不討論這樣的結構是否符合心理學對於意識的分析下，按照26年渝上字第237號判例所示，我國司法實務向來將對於判斷心神喪失精神耗弱之標準，置於「對於外界事務的知覺理會以及判斷」作用上，當具備有正常的知覺理會判斷能力時，著重於心理學上知覺層面要素時，必然導出行為人具有自由決定意思的結果。換言之，當行為人具有「正常」的知覺理會判斷能力，對於外界的理解被認為是正常的，對於自己所要從事行為的合法性判斷也是正常的，此時行為人仍然為不法行為時，司法實務上認為這是基於行為人自由意志作用結果。即便今天行為人在性格上被證明是易於犯罪的，向來實務判斷上也僅認為這是行為人具有犯罪的傾向或者是習性。亦即對於行為人選擇不法行為之原因，亦即不法行為之「動機」，在犯罪構成結構中並不

¹⁸¹ Carson & Butcher 著，游恆山譯，〈變態心理學〉，頁 274-278。

重要，而僅僅在於量刑時加以討論。

針對司法實務上此運作結果，精神醫學專科醫師在制訂判斷行為人責任能力標準時，將大部分人格疾患狀態判定為非心神喪失精神耗弱是可理解的，僅有併發其他的精神疾病，或者是人格疾患極為嚴重出現解離症狀或島狀記憶喪失等精神分裂症狀，才認為屬於精神耗弱，此為我國精神醫學配合向來司法實務使用心神喪失精神耗弱等用語，所產生的實際操作結果，其核心概念仍為然精神病裡學取向之「行為時精神障礙程度之強弱」¹⁸²。

第三節 小結

綜合至此的討論，本文的立場在於採取混合模式立法下，以確定「精神障礙或其他心智缺陷」存在，做為阻卻責任能力之生物學（精神醫學）要件，確定行為人於行為時有「不能辨識其行為違法或依其辨識為行為」或「辨識能力或依辨識能力顯著減損」等心理學上要件以阻卻或減輕責任。而人格疾患應該被認為屬於「精神障礙或其他心智缺陷」之生物學要件下，則重要的問題在於回歸一般關於精神障礙者不法行為的判斷標準下，人格疾患人是否得以在心理學要件上符合以阻卻或減輕責任。

第一項 對向來學說見解之辯駁

以對向來刑事學說上觀察，傳統上一般通說均認為對人格異常者，不予承認得以減輕責任，理由其一在於認為人格疾患（病態性格）並非如精神疾病為一種疾病，其與一般人之間僅有量的差別而無質的差異，且異常至何種程度方無客觀實質的判斷標準。其二在於人格疾患（病態性格）在改善困難甚至改善不能的多次累犯、習慣犯中常見，若對此類犯人承認得以減輕責任，在刑事政策上並不妥當，僅因於並有智能不足或異常傾向非常顯著，且於平常生活上亦時常顯現，達到顯難以抑制其行為之程度，方得以例外認定其限制責任能力¹⁸³，且按照我國原

¹⁸² 游正名等著，〈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，2005 年，頁 22

¹⁸³ 張甘妹，〈精神異常犯罪者在法律上之責任及其鑑定問題〉，刑事法雜誌第 12 卷第 1 期，頁 56-57。

刑法十九條之規定，以及26年渝上字第237號判例所示，著重在於行為人辨別是非之能力，而人格違常者於此並無欠缺，故不應減輕責任¹⁸⁴。

本文對此種向來見解認為，如果美國獨立宣言中Thomas Jefferson所說的「人皆生而平等」（All men are created equal）此說法是假定其正確的，則刑法不應該因為因為一個人有病，就否定其作為人之尊嚴，要求他處在社會上不利的地位，反應該就其具有疾病，基於法學對於平等權的理解，所以對於異於常人的精神病患，在刑法上給予不同之對待，認為精神異常者因其精神狀態之不健全，缺乏辨別是非能力或自由決定意思之能力，或者這樣子的能力較一般正常人不足，不使其負完全的責任，蓋因其選擇善惡的自由是有瑕疵存在¹⁸⁵。那麼對於精神醫學認為是疾病的人格疾患，何以與精神醫學認定為正常者給予相同之對待，此作法是顯然矛盾的情況。

事實上可知的概念在於，精神疾病診斷之分類，下仍有其隨時代遷移之理論支撐，同一疾病名稱之實質內涵及其範圍在不同時代並非完全相同；不同疾病名稱再度不同時代其實質內涵及範圍可能明顯重疊；精神疾病本身即包含有生物、心理及社會多種成因，不應簡化僅為純生物學概念；對於精神疾病成因理論之不同，亦產生不同之治療方式及社會對待¹⁸⁶。則對於隨著精神醫學進展，已經被認為疾病之人格疾患，採取與向來所認知其他精神疾病採取同一標準，在現今國際精神醫學界已經標示診斷人格疾患方式的時代中，是一可行的方式。即便在於精神醫學領域對於人格疾患診斷上，可能無法完全客觀區分其與其他精神疾病之差異，或無法正確判斷其嚴重程度，則至少可區分其與一般正常人之不同，給予與正常人不同之對待應無不合理之處。排除人格疾患在精神障礙或其他心智缺陷範圍之外，就生物學（精神醫學）要件之概念顯有衝突。

其次就行為人心理狀態認知概念而論，行為時之心理狀態有認為其區分為

¹⁸⁴ 張甘妹，〈論精神病質人格犯罪之關係〉，刑事法雜誌第 13 卷第 6 期，頁 29。

¹⁸⁵ 張甘妹，〈精神異常犯罪者在法律上之責任及其鑑定問題〉，刑事法雜誌第 12 卷第 1 期，頁 44。

¹⁸⁶ 吳建昌，〈從精神醫學探討精神障礙影響刑事責任能力之判準〉，刑事法雜誌第 34 卷第 1 期，頁 103。

「知」、「情」、「意」三者，以及對於事物的理解或判斷作用，行為人感情上之作用，以及依理解判斷決定意志行為之作用（依是非之辨別而支配行為之意思能力）。心理學上亦有將人格界定為認知（思考歷程）、情感（情慾與感受）以及外顯行為三種內含之建構，而心理學學者已經接受思考、情感、外顯行為間相互影響之說法¹⁸⁷。在這樣的理解下，就精神醫學領域被判定為異常者的人格疾患患者，其行為時的心理狀態評估上，「知」、「情」、「意」等要素作用，係刑法上就行為人責任能力是否欠缺之判斷對象。換言之當三要素均處於正常作用狀態下，刑法對於行為人之評價應該具有完全之責任能力；反之當作用出現嚴重異常甚至無法作用時應認為無責任能力，若具有一定程度的異常狀況影響行為人最後行為，則應該僅有部分責任能力。

如果就這樣的見解，人格疾患患者在心理學上的判斷，認為其與一般社會仍有一定程度正常之接觸，對於理解其行為是否違法，亦即在於「知」的層面上應該可以正常運作可能較無疑問（反社會人格部分，因其高度反社會行為傾向，有學者認為其先天不具道德感，無法認識其所為之是非，在「知」的要素上具有障礙¹⁸⁸）。但基於其人格之疾病狀態，在「情」、「意」兩要素作用上，即存在有一定程度之缺陷無疑。諸如妄想性人格疾患對於其所妄想之侵犯，基於其行為特質導致的衝動性報復行為，雖明知該行為係違法，但若不採取這樣的暴力行為，行為人在感情上所受到的壓抑以及痛苦（情的要素），或在選擇行為上因為疾患所產生易於選擇（意的要素）暴力報復行為的狀態，豈可謂對行為人在刑法關於責任能力規範上心理學之要素，全然無影響或缺陷存在。更極端的例子，在ICD-10關於衝動障礙的描述中，竊盜癖、縱火癖、暴露癖等，行為人即便清楚其行為係違法行為，但若情感或意欲方面已然無法克制自己為違法行為之衝動時，則其心理要素亦即意識，是否應該認為存在有缺陷，而非因為心理要素中知的要素具備，就要求行為人就心理狀態上並無法克制或難以克制的行為負完全責任。

¹⁸⁷ Lawrence A. Pervin 著，洪光遠、鄭慧玲譯，〈人格心理學〉，頁 65-66。

¹⁸⁸ 吳建昌，〈從精神醫學探討精神障礙影響刑事責任能力之判準〉，刑事法雜誌第 34 卷第 1 期，頁 104。

是以我國刑法第19條於2005年修正後，以明文表示其心理學要素在於「辨識其行為違法」與「依辨識為行為」兩者，換言之相對於26年渝上字第237號，除該判例所表示之「知覺理會及判斷作用」外，亦重視「自由決定意思之能力」之部分，則人格疾病患者為不法行為時，自當考慮其心理狀態是否有能力控制自己的行為，而達到刑法第19條所規範之無法依辨識為行為或其能力低下，就行為人之心理狀態交由適當之判斷者加以審慎評估。

第二項 我國應如何解釋人格疾患之異常

則在我國規範下，究竟應該對於人格疾患採取何種態度，方才符合對於精神障礙責任能力之規範及其理論？依據我國修正前刑法第19條，心神喪失以及精神耗弱之用語最接近者為日本之立法例，但如前述，向來我國實務與學說見解卻認為，人格疾患應排除於責任阻卻或減免事由之外。本文對於向來見解的看法以如前所述，則在新修正刑法第19條由於立法者已經明定採取混合模式立法，在具有精神障礙以及心智缺陷的精神醫學要素外，心理要素中除行為人理解判斷行為此一心理學上「知」的要素以外，更加入是否能依照判斷為行為之「情」、「意」的要素。則在近代精神醫學進展，對於人格疾患已經視為一種精神疾病且診斷更加準確前提下，我國操作關於人格疾患責任判定時，就規範而言不應排除人格疾患或反社會性人格疾患做為生物學要件，而應該就其具備生物學要件下，行為人心理狀態亦即意識是否存在缺陷加以判斷之。

至於向來另一反對將人格疾患作為阻卻責任之理由，亦即人格疾患通常呈現反覆犯罪之情形，其改善不能或者是改善困難，基於刑事政策為理由，認為應該將之排除於阻卻責任或減輕責任之範圍外。對此部分，本文將下在一個章節中，回歸到刑法罪責的本質，以及犯罪學上人格疾患的意義，甚至企圖以個人意志自由對此加以討論。

第六章 人格疾患與罪責理論

在經過上述的討論後，本文採取的立場認為人格疾患係一種精神疾病，故人格疾患患者如果從事不法行為，而行為的時點上心理狀態確實存在障礙時，應該認為行為人不可被歸責，或者其責任應該減輕。此立場所產生的最基本問題是，如同前所述，學者認為人格疾患與犯罪發生之關係，較其他非人格疾患之精神疾病以及智能不足更為密切，那麼為何不能如同我國早期學者見解，認為因人格疾患患者改善困難或不能，基於刑事政策之要求將之排除於減輕或阻卻責任範圍之外？本文認為，所牽涉最根本的問題在於，人為何從事犯罪行為，或者說人格疾患患者為何從事犯罪行為。

第一節 人格疾患與犯罪原因

第一項 非決定論犯罪原因

古典主義犯罪學理論，一般認為在18世紀中葉首先由Beccaria（1738-1794）所開始，之後由Bentham（1748-1832）所加以發展，其最根本的理論在於人類具有理性的自由意志選擇，行為最根本的目的是為了追求快樂避免痛苦¹⁸⁹，所以應該用刑罰施加在犯罪人身上，使個人衡量犯罪的快樂以及刑罰的痛苦後，決定不為犯罪行為。因而認為基於自由意志，於一定年齡之下均有變別善惡之能力，並能決斷是否從善去惡¹⁹⁰。如果說這樣子的想法可以成立，那為何在刑罰存在人力歷史上數千年，犯罪行為仍然不斷發生？縱使以近代刑法而論，數百年人類在刑法的威嚇下依然不斷的選擇了犯罪行為，選擇承受刑罰的痛苦。要合理化這樣的說法，似乎只能認為犯罪人若非是無法感受刑罰痛苦，無法正確衡量犯罪快樂與刑罰痛苦，不然就是認為其犯罪所產生的快樂永遠超越刑罰（甚至於死刑）的「瘋狂者」，以致於行為人在明知刑罰痛苦的狀況下，仍然要選擇承受刑罰而不願基於自由意志選擇其他的行為。

我們承認這樣的「瘋狂者」的確存在於歷史之上，希臘的蘇格拉底選擇他心

¹⁸⁹ 許春金，〈犯罪學〉，2007年1月，頁191-195。

¹⁹⁰ 林山田、林東茂、林燦璋著，〈犯罪學〉，2007年增訂四版，頁36。

中的真理而承受死亡，羅馬帝國的基督教徒以及英法戰爭中的聖女貞德選擇他們所信仰的上帝也承受死亡，傳統中國南宋文天祥、明初方孝儒、明末史可法也都選擇了他們相信的道德而承受死亡，甚至到近代各國許多政治犯也都相信他們心中的正確而去接受監禁或死刑。但這些狂熱者的例子卻無法解釋更多明知刑罰的痛苦，在接受刑罰時感到恐懼、戰慄、痛苦的犯罪人。因而，堅持個人具有自由意志避免刑罰的痛苦，選擇放棄犯罪的快樂這樣子的說法，若非只能證實刑罰（包括死刑）永遠都不夠嚴酷，就只能證實另外一個說法：我們不需要討論精神障礙患者是否容易犯罪，因為所有犯罪者都是精神障礙病患。

或許是因為古典時期中，對於瘋癲的意識與非理性的意識並未加以區分，至十八世紀下半葉之後社會對於兩者的恐懼是同時增強，兩者之間相互強化¹⁹¹所影響。似乎將所有精神疾患患者均放入監獄監禁，與社會永久隔離的想法一直支配所謂「理性」的世界，即便在十九世紀初期，精神病學家與歷史學家對於「居然沒有人因把精神病人投入監獄臉紅」這件事情發出義憤以及譴責¹⁹²，但直至現代卻仍然出現諸如美國1984全面犯罪控制法將精神疾病範圍限縮，甚至美國在1982至1985年間出現的「有罪但有精神疾病」。(GBMI, Guilty But Mental Ill)之判決結果¹⁹³。我國似乎也處在這樣子的氛圍之中，從日據時代對於癲瘋病患恐懼出現的樂生療養院，到1970年代對於精神病患的恐懼出現「龍發堂」這樣子非現代醫療也非監獄的收容機構，1990年代康復之友聯盟成立社區照護單位而遭到居民抗爭，乃至於前文提及之北一女中硫酸事件中對於精神疾病患者傷害他人的恐懼，似乎都不斷加強社會對於精神病患的恐懼，以及將之與社會隔離之要求強度。

在這樣子非理性意識選擇犯罪，跟瘋狂意識選擇傷害他人被認為是等價的價值觀之下，相較於其他精神障礙而言尚有知覺理解能力的人格疾患患者，若非認為其仍然具有自由意志所以是非理性意識選擇，則認為係一種瘋狂意識選擇，對

¹⁹¹ Michel Foucault 著，劉北成、楊遠嬰譯，〈瘋癲與文明〉，頁 184。

¹⁹² Michel Foucault 著，劉北成、楊遠嬰譯，〈瘋癲與文明〉，頁 195。

¹⁹³ 吳建昌，〈從精神醫學探討精神障礙影響刑事責任能力之判準〉，刑事法雜誌第 34 卷第 1 期，頁 94。

於社會而言都是必須被隔離以避免造成傷害者。

或者以近代犯罪學對於非決定論復興，所提出的理性選擇理論以及日常活動理論¹⁹⁴認為：行為人都會基於其所收集到的資訊，依據有限度的理性做出決定，是否要以犯罪之方式滿足其利益。那麼在1980年代開始的「主觀期望利益理論」下，進行不法行為的行為人，若非認為其不法行為所帶來的利益極大，否則即認為其被捕受刑罰惡害之機率極小，再不然即是這樣的衡量模式出現錯誤。嚴重的精神病患在這樣的理論之下，因為其日常生活理解認知能力的根本缺乏或不足，可以認為是衡量模式出現錯誤，但當一切外在條件包括行為人經濟條件等相同或相似的狀況下，要如何解釋人格疾患患者較正常人更易出現不法行為？似乎又要回到人格疾患患者主觀上具有較大的犯罪傾向此說法。本文對此的質疑是，既然個人有自由意志存在，假若具有人格疾患的患者，與不具人格疾患之正常人，在其他外在條件都相同的狀況下，一定嚴重程度以上人格疾患患者較易有犯罪傾向，那麼對於不法行為難以抗拒或不能抗拒的患者意志，是否能夠認為人格疾患患者具有自由意志？

第二項 決定論犯罪原因

相較於非決定論的犯罪學，認為犯罪行為出自於行為人自由意志或者理性選擇，近代實證犯罪學似乎採取非決定論，企圖在行為人的先天素質以及後天經驗中找尋行為人犯罪之原因。十九世紀由義大利學者Lombroso所展開的實證犯罪學，認為人類行為是受外在力量或內在生、心理問題所決定，非行為人可自由選擇者¹⁹⁵。在實證犯罪學的概念之下，無論是生物犯罪學理論、心理犯罪學理論，或者是社會犯罪學理論，其下均產生許多的分支理論，生物學中由最早期的生來犯罪人論，經歷胚胎理論後到近期關於犯罪基因的醫學研究，認為犯罪是出於人類生物遺傳因素上的影響；心理學理論中從最早期Freud開始的分析論，經過學習理論到最後的人格論，認為犯罪是基於行為人內心的心理活動所產生；而犯罪社

¹⁹⁴ 許春金，〈犯罪學〉，2007年1月，頁200-209。

¹⁹⁵ 許春金，〈犯罪學〉，2007年1月，頁228。林山田、林東茂、林燦璋著，〈犯罪學〉，2007年增訂四版，頁36。

會理論則以團體為討論重點，著重於文化經濟等社會因素所產生的犯罪動機，包括衝突論、控制論以及副文化論等。

本文並非要針對犯罪學各個理論加以分析探討，蓋在決定論的實證犯罪學中由於理論不同所關注的犯罪原因也不相同，如果人格疾患以及醫學上認為其所產生之因素恰是該理論所關注的重點，則僅僅是證實該理論的說法具有該素質的個人易於產生不法行為，若非該理論的重點，則亦必然找尋人格疾患患者其他方面存在的素質，以證實該理論之正確性。基於醫學上認為人格疾患原因係多樣化之結果，則必然產生無窮盡的比較，這既非本文能力所及也非本文關注的重心。本文關懷的重心在於，當對於犯罪行為的原因採取決定論時，人格疾患患者乃至於非人格疾患之全體犯罪人，其所犯罪之原因既然係先天遺傳的素質，或者是其後天因為無法選擇所處的心理或社會環境，則何以要求犯罪人對於其行為負擔刑罰這樣不利益的結果？

是故在決定論與非決定論相衝突的結果之下，終究回到本文一開始於罪責理論中提及關於決定論與非決定論折衷產生的「相對的非決定論」，則關於人格疾患患者，或其他一般犯罪人所為之不法行為，最根源的問題仍舊在於其自由意志能夠活動的空間有多大，亦即非決定的部分究竟為何。

第二節 系統論下有限的自由意志

第一項 心理系統與自由意志

基於前文對於系統理論的論述，於此本文再度企圖對於個人的意志存在與否進行討論。基於心理系統的特質，與外界其他系統交錯運作間呈現耦合之狀態，則心理系統運作及內容不受到外在其他社會系統或其他的心理系統所影響，但也基於心理系統本身的不足性，必須由環境接受其所選定之刺激不斷作為其充實自我系統內涵再製之要素，則理解心理系統運作過程之一般論，係理解自由意志是否存在所要較之前提。

若以本文對於人格理論以及系統理論在心理系統上之整合，作為用以決定個人是否具有自由意志之理論，則可以發現的是，由於輸入與輸出間非線性關係之

理論，事實上在心理系統運作中似乎存在有相當大的自由空間，個人非在特定環境刺激下即產生特定的反應輸出，必須視該時點上個人心理系統運作之結果。惟應該重視者在於心理系統的構成，雖然是基於自我再製、自我組織之基礎，亦即其內部規則及運作方式非由外界可決定之，但個人心理系統最初的环境觸發，亦即生物遺傳因素以及最初所接觸到的環境諸如家庭所給予的刺激等，將會嚴重影響心理系統最初發動的立基點，可能對於個人心理系統最初的規則具有決定性因素，並嚴重影響個人心理系統日後自我發展的方向。

則推論至此，如果將個人意志視為一種心理系統運作後，所釋放至環境的結果，那麼本文於此做出一個大膽的假設，如果個人的心理系統越複雜其開放性越強，呈現出輸入與輸出的非線性特質越強的狀況下，我們可以認為這個個人的意志是自由的。反之，若個人的心理系統內部結構越簡單，其較趨向封閉性的那端，對於輸入與輸出呈現較趨向線性因果的狀態，甚至當輸入超越其心理系統所能處理的狀態時，整個心理系統呈現完全崩潰乃至於被迫重建之狀態時，則個人的意志越不自由。意志自由與否，取決於最初的心理系統規則系統自身對於外界環境刺激，改變系統內部規則的容許程度。則換言之，個人的意志自由與否，被遺傳因素以及最初的心理狀態所決定。

則按照這樣的論述模式，所謂的人格疾患可能以兩種方式被理解，其一在於其心理系統極度的簡化，這樣的狀況下，當環境給予病患心理系統的刺激超出系統所能負擔時，病患心理系統應該有崩潰的可能性，本文認為例如分裂病型，其在承受壓力時出現解離或島狀失憶症狀，就是一種心理系統崩潰的狀況。在第二種理解模式則認為，雖然病患的心理系統呈現極度封閉且與一般正常人心理系統差異過大，以致於面對其他系統的對話，亦即作為病患心理系統之環境刺激，會使病患心理系統產生並反饋的反應，被其他系統視為是一種不能理解的反應，於是呈現系統間無法溝通的狀況，或者病患給予的反應根本上被其他系統視為一種攻擊行為。

第二項 人格疾患病患心理系統與責任

如果於此參照前文對於規範責任論的介紹，其在判斷行為人有無責任之內涵上，應該包含規範意識、按規範意識行為的能力，以及期待可能性三者。就規範意識以及按規範意識行為的能力而言，傳統上對於規範意識之解釋指的是行為人對於自己行為是否違反規範之認識能力之可能性，亦即行為人「知」的要素。而能否依照其辨識結果為行為，則為「情」、「意」的要素，亦即行為人之自由意志。

則在前文的論述中，由於個人心理系統與法規範系統的溝通間，個人無法知曉法規範系統運作的內容以及結果，是以個人對於法規範的理解，會由法規範系統運作並釋放至環境中的訊息，做為個人內在心理系統之刺激，並由心理系統加以運作後得到，並且依據心理系統運作結果，決定是否有能力按照其辨識結果為行為。而刑法在評價行為人是否具有規範意識及依規範為行為之能力時，係以法官於結果的時點上透過司法審判系統的運作，去理解行為人是否對於其行為在法規範系統中之意義有無認識可能並選擇適法行為。在依規範為行為的能力上也會出現不能依辨識為行為、依辨識為行為能力減損，或可以完全依辨識為行為等情形。

人格疾患患者若其心理系統運作的狀態無法與周遭他人之心理系統，或社會溝通系統發生對話，亦即出現系統間無法正常溝通之情形。則按照規範責任理論，人格疾患患者如果其心理狀態與規範系統完全的無溝通可能性，且這樣的情形如果在行為人幼年或青少年時期已經出現，則必須加以考慮其有無規範意識的可能。換言之當今天將人格疾患仍解釋為刑法第19條之「精神障礙或心智缺陷」時，固然由心理學加以判斷時是否能「辨識其行為違法或依辨識為行為」無疑。但若將人格疾患解釋為非精神疾患時，或者立法將人格疾患排除於刑法第19條阻卻責任之精神障礙以外時，則必然應該加以考慮者，在於人格疾患患者症狀嚴重者，其心理意識狀態有無產生法規範認識之可能性。換言之，按照前文提出關於規範責任理論中，其處罰之正當性依據在於，行為人違反自身對法規範內涵正義

之同意，則若行為人的意識狀態根本與法規範系統不可能發生對話時，根本不具有對於法規範之同意，亦即對規範無認識之可能性，則據規範責任理論下無法對其取得處罰之正當性。

再者，若人格疾患被解釋為非刑法第19條阻卻責任事由時，其心理系統由於無法與他人心理系統發生正常溝通，對於周圍環境弱小的刺激可能產生極大的反應，甚至於其心理系統運作結果產生「刺激—反應」固定的狀態下，亦即行為人對於一定的刺激必然產生一定相對應的反應，則必須就心理學的觀點，考慮行為人是否仍具有自由意志或自由意思。換言之，依據心理學的觀點，本文以心理系統試圖統整人格理論以及個人內心運作過程的立場，個人的自由意志在於其心理系統間運作之結果，亦即心理學上意識運作之結果。如果個體對於法規範能夠認識，但已經呈現對於刺激產生固定反應狀態，以致於出現刺激後必然導致犯罪行為，則必須加以考慮者即在於行為人是否仍具有所謂的自由意志。若心理學的評估下行為人已經不具備自由意志，則依據規範責任論，自然不應使行為人負擔刑法之非難。

第三節 人格疾患刑事政策雜議—代本章小結

在本文對於心理系統的形成以及作用給予假設後，那麼對於精神醫學上認為有疾病的人格疾患患者，應該給予何種的刑事政策方為妥當，則是必須面對問題。前文已經提及人格疾患與不法行為之間的關係向來被認為及為密切。按照以往對於人格疾患患者（我國向來學說稱為「精神病質人格」¹⁹⁶）在犯罪人中的比率調查，Stunptl的調查結果認為多次累犯者有99%為人格病患患者，Verveck的調查結果為累犯者有90%為人格疾患患者，Michel的調查結果為83%的習慣犯為人格疾患患者，M. Riedl認為習慣犯中有40%為人格疾患患者，Schnell對於多次累犯的調查則48.7%為人格疾患患者，Schiedt則認為累犯者中有63.7%為人格疾患患

¹⁹⁶ 由 Kreplin 首先使用，而經由 Kurt Schneider 定義分類的「精神病質人格」說法，在精神醫學界受有不少的批評，按 1985 年我國精神醫學方面資料顯示，該時除義大利、日本、蘇聯以外，均不採精神病質人格之說法及分類。詳參照：林憲，〈臨床精神醫學〉，1985 年 11 月四版，頁 218。

者。對於一次犯罪或初犯者中人格疾患調查結果，Stunpfl認為約為14.5%，A. Schmid認為約有18%，吉益脩夫則認為有12.2%。對於所違犯的犯罪重大與否的調查中，Reiss的調查結果有88%重大犯罪者是人格疾患患者，Rattenhuber在危險風俗犯中發現有55%為人格疾患患者，吉益脩夫則於無期徒刑者中發現69.3%為人格疾患患者，不良兇惡犯人中有70.8%。對於少年犯罪者則依據吉益脩夫的調查結果為62.7%為人格疾患患者¹⁹⁷。

無論是哪一個地區的調查結果，都可以發現累犯中人格疾患患者的比率相當高，這顯示刑罰對於人格疾患患者似乎不具有威嚇及矯治的功能。而依據精神醫學的研究結果顯示，人格疾患患者特別抗拒改變，以反社會人格為例，有學者指出「他們很難以心理治療來處理，他們很少自願接受治療。當他們不情願地來到治療中心時，傾向於抵抗，板著面孔，不願付出真正的努力。即使他去到私人診所，他們通常尋求神奇的、不用費力的『治療』，因而只能短期地處於治療狀況，無法有太大改善」¹⁹⁸。我國精神醫學領域，亦曾經對於人格疾患亦表示無方法可以矯治，是故僅能採取監禁與社會隔離之方式¹⁹⁹。於是我國法學界曾有學者認為由於對於人格疾患患者施以刑罰並無矯正之功能，即使加長刑期對於社會之威脅無法消除，故對於其最佳的矯治，是收容於介於監獄與精神病院間中間機構之保安處分²⁰⁰。

此種純粹基於社會防衛的觀點所呈現的刑事政策結論，實難為本文所接受。基於本文立場認為，個人之自由意志既然是一種有限度的自由意志，取決於個人心理系統發展之過程，甚至因為受到生物環境以及社會環境之影響，可能出現全然不自由的狀況，如此一來基於社會防衛的觀點對於自由意志可能有缺陷，甚至是其心理系統與「正常人」差異極大導致根本無自由意志的人格疾患患者，施予嚴格的保安處分，甚至連收容的地點都必須在較精神醫學上，同屬於疾病之其他

¹⁹⁷ 張甘妹，〈論精神病質人格與犯罪之關係〉，刑事法雜誌第13卷第6期，頁26-27。

¹⁹⁸ Ellis 1997 P.259 引自 Carson & Butcher 著，游恆山譯，〈變態心理學〉，頁284。

¹⁹⁹ 林信男，〈精神疾病患者之暴力犯罪〉，台灣醫誌84，頁510。

²⁰⁰ 張麗卿，〈人格違常與犯罪〉，刑事法雜誌第37卷第5期，頁32，同文註50參照。

非人格疾患精神障礙患者來得殘酷，似乎無法被假設其中仍舊存有「公平」、「自由」等價值的法律正義所接受。此一作法與十九世紀後半中產階級基於自身道德與治安危機感，企圖以剝奪自由的方式確保暫時性的治安，與對於其所認定之「不良份子」進行改造之行為有何不同？即便是採取二元論將保安處分與刑罰分立作為折衷作法，以給予保安處分對於行為人進行矯治的正當性依據，但其終究似乎僅是藉由治療的外觀，滿足長期拘禁的社會防衛需求²⁰¹。

再者以神經生理學的理解而言，大腦對於侵犯行為的引發區域與抑制區域是一個流體衡平的系統，如果沒有因素干擾不應該引發侵犯行為²⁰²。而動物學的觀點告訴我們，對於動物尤其是靈長類動物，在原居地的棲息狀況下很少具有侵略性，但在動物園內的靈長類卻呈現過度的破壞性。而對於人類而言，除了少數的獵人或食物採集者，或西元前四千年之前的早期農人以外，幾乎從未生活在自然棲息地，文明人總是住在「動物園」裡²⁰³。當然的單純的擁擠並不會造成侵犯，個人需要社會結構及人際關係的支持，但現代社會卻使共同價值觀，或人際間真誠的關係消失了，個人與個人被聚合的原因僅剩下共同卻又對立的利益和現金關係²⁰⁴，當今天動物在過於擁擠至生存利益受到威脅的狀況下，藉由本能的侵犯方式加以解決，但人類可藉由其他政治或社會方式加以解決，但在前述社會紊亂的狀況下，似乎卻會不斷刺激人類侵犯行為的本能出現²⁰⁵。

本文並非要藉由神經生理學或動物學的論述，用以說明人格疾患或者非精神障礙之正常人，其犯罪行為是可以被接受的。況且在法學上過度強調神經生理學或動物學的說法下，會認為可以藉由神經生物學的研究，將人類所有行為均於大

²⁰¹ 李茂生，〈論刑法部分條文修正草案中保安處分相關規定〉，月旦法學雜誌第 93 期，頁 107-108。

²⁰² Erich Fromm 著，孟祥森譯〈人類破壞性的剖析〉，頁 133-136。神經生理學的研究中，發現腦部存在有特定區域與憤怒及隨後之侵犯行為存在關連性，另一區域為制止侵犯行為中心，當外界刺激改變時兩者會出現電流變化。反之，以電流直接刺激攻擊區域可以誘發個體出現侵犯行為，若以電流刺激制止中心，則可以抑制侵犯行為。兩者原本處於穩定的平衡狀態，而出現侵犯行為通常係由外界刺激所產生。

²⁰³ Erich Fromm 著，孟祥森譯〈人類破壞性的剖析〉，頁 147。

²⁰⁴ Émile Durkheim 稱之為社會紊亂之情形。

²⁰⁵ Erich Fromm 著，孟祥森譯〈人類破壞性的剖析〉，頁 153-156。

腦中找到生物學基礎下，刑法體系勢必要走向一個詭異的方向，所有犯罪行為均是一種腦部活動的異常，則只要存在這種腦部異常行為人就會出現犯罪行為，所以只要在事後加以治療，甚至在事先加以預防。則會走向純粹的行為人刑法，將犯罪的原因單純的歸責在行為人的遺傳生物學因素²⁰⁶，Lombroso的生來犯罪人學說，乃至於納粹的劣等人種說法必然再現，將使整個刑法乃至於整體法律秩序被迫走向一個極端的方向。

而是本文認為若依照Freud所說的人具有攻擊的驅慾（死的慾望），而神經生理學也證實大腦有部分支配侵略性的行為，那麼在本來可在一個平衡的環境下使得侵略性的行為不至於那麼容易發生，但社會造成的紊亂卻使得個人易於出現侵略性行為。甚至在人格疾患的狀況下，其生理遺傳因素提供易於造成人格疾患的環境，家庭以及其最初所接觸的社會環境文化，更使得其心理系統出現異於常人的狀況。當今天人格疾患患者出現侵略性的不法行為時，社會對於其應該要負相當大的責任才是，而在這樣的狀況下，卻要求行為人基於社會防衛的立場被置於一個極度不利益的狀態下，似乎不但要求行為人負擔自己的責任，更要求行為人負擔整個社會的責任。故採取決定論或相對的非決定論下，採取社會防衛主義的說法，似乎讓刑法真的成為Friedrich Julius Stahl所指出「刑法正義旨在創造國家之崇高性，透過消滅或懲罰那些因反對而激怒國家的人。」²⁰⁷之樣貌，只不過把國家換成了社會，整個法律制度成為了阿茲提克的獻祭制度，而被處刑的受刑人成為高台上的祭品，只不過少了傳統部落對於成為祭品者的感謝，更多的是藐視以及唾棄。

故本文認為對於人格疾患患者不法行為時，應該採取之刑事政策，第一點在於應該與其他精神障礙不法行為所採取的態度相同。亦即於刑法第19條中，認為「精神障礙或心智缺陷」之範圍包括有人格疾患，並由心理學觀點對人格疾患患者，行為時是否能辨識行為違法或依其辨識為行為之意識，加以判斷以決定責任

²⁰⁶ 吳建昌，〈從精神醫學探討精神障礙影響刑事責任能力之判準〉，刑事法雜誌第43卷第1期，頁104-105參照。

²⁰⁷ Gustav Radbruch 著，王怡蘋、林宏濤譯，〈法學導論〉，頁136。

能力。其次在於本文認同我國學者見解，認為應該將矯治機能由傳統的刑罰系統中分離，成為一種司法福利系統與刑罰系統耦合連動，於行為人同意的狀況下於刑罰系統執行期間執行，若認為有必要時則得依據比例原則，於刑罰執行期間在監獄中進行矯治。若是無責任能力而不構成犯罪，無法進入刑罰系統之病患，則依然必須病患同意下，藉由另行制度進入此一司法福利系統，若認為有必要強制加以治療時，則應該具有其他審慎的審查機制，以及強烈的理由方得以強制拘束人身自由，強制的提供司法福利系統²⁰⁸。是以我國精神衛生法中，將反社會人格疾患排除於精神疾病以外，基於本文之立場下，可能導致於刑法上經由精神醫學以及心理學判定被認為是病態，無法於行刑過程中基於比例原則強制提供矯治之患者，亦無法在其具有強烈正當理由下，藉由其他制度強制進行矯治，是精神衛生法必要加以考慮之問題。



²⁰⁸ 李茂生，〈論刑法部分條文修正草案中保安處分相關規定〉，月旦法學雜誌第 93 期，頁 108-109、111-112。

第七章 結論

第一節 正義與責任

本文認知的正義，並非採取自然法主義下的絕對正義，也不採實證法主義下忽略正義的概念，而認為正義是一種基於溝通出現的價值系統，其可能以多種樣貌的方式呈現，諸如法規範系統、倫理系統等。其對於每個個人的心理系統都呈現開放的狀態，給予每個人對話的機會，但僅有所選定的元素可以進入系統內部，成為系統的刺激而使系統再度演化。當然本文也承認系統基於其自我演化的特性，以及對於外界的閉鎖性，沒有人可以操控其變化，也無法瞭解其運作的內容，甚至可能基於其自我演化的結果，已經超出原先最初形成系統時所給定的規則元素。

然在法規範系統的狀況下亦然如此，本文只能假設法規範系統之目的以及內部規則，其仍然存在有最初建立法規範系統時所給定的元素。雖然沒有人真正同意過法規範的統治，但基於個人均有按照法規範所給定的方式，與法規範進行對話之可能（即便這個可能性小到趨近於零），故假定個人同意了法規範的內容。則以超越系統規則的方式，亦即對於法規範的攻擊行為，被認為是一種可以被歸責的行為，其原因在於行為人有可能與法規範系統產生正常的對話，但卻選擇對法規範進行攻擊。

由此可知本文所界定的可苛責性，是基於：一、假設法規範仍存在有其最初被給定的目的。二、每個人都有與法規範對話之可能，故假定個人同意法規範之統治。三、行為人在前述有限的意志自由下不採取對話而採取攻擊行為，三者所建構的規範責任理論，或者說對於既有的規範責任論進行新的詮釋。這樣的的可苛責性，建立在兩個假設之上，但與向來假設人皆有理性或人皆是善良事實上沒有什麼不同。事實上本文認為基於對話可能性的假設，遠優於基於理性或善良的假設，因為個人除非先驗的承認理性與善良存在，否則其假設根本不成立；而對

話可能性至少確定是存在的，問題只在於可能性大小²⁰⁹。這是基於本文立場上認為，無法將任何事物視為先驗而不能檢驗其真偽的，因為若要將理性認為是先驗的存在，那麼與上帝作為先驗的存在沒有什麼不同；況且在於人格、心理、意識範圍內理性向來被定義是排除慾望的，但慾望或驅慾的定義即便是給定，但至少可以與實質的生理現象做出連結，但理性卻無法與意志或意識做出連結。

筆者必須先再次加以強調，筆者非精神醫學或心理學專業人員，只是以很粗淺的認知，對於精神醫學與心理學進行論述的重新整理。在本文中介紹了目前精神醫學大概的發展狀態，包括有被世界衛生組織以及美國精神醫學學會，被認為是精神障礙包含人格疾患的項目以及其診斷特徵。同時企圖以自然科學已經廣泛使用的「系統理論」對於心理學上人格理論重新的整理，並試圖提出系統的人格理論，以作為重新論述法學上意志自由之基礎。

對於意志自由的論述上，本文認為既然人格是一種系統，則基於系統的性質，人格本身是具有一定程度的自由，但由於其在建構的過程中，亦即此一系統最初規則的給定，將造成每個個人心理系統亦即人格呈現差異極大的發展結果，因而除了傳統的「相對的非決定論」之外，本文更認為每個人的意志自由程度應該不盡相同。有些人的意志會呈現相當自由的狀況，對於社會情境呈現極強的適應能力，能依照其自身的判斷去選擇為何種行為，而不受到其生長環境、遺傳特質等背景因素所影響。反之，當然會出現極度意志狀態極度不自由的個人，尤其精神障礙或人格疾患病患是本文認為明顯的例子，在這樣的狀況病患能夠選擇的空間就相當有限。

第二節 精神醫學與心理學在刑法實踐上的運用

關於本文對於精神障礙患者責任能力之見解，本文並不試圖比較生物學模式、心理學模式或混合模式的優劣，本文認為的要點在於我國採取混合模式的立法例之下，如何將精神醫學與心理學於刑法實踐中運作。向來實務見解關於混合

²⁰⁹ 雖然個人無法理解並操作法規範系統，但藉由法規範系統給定的運作模式，諸如司法審判系統或立法系統，個人仍存在有與法規範對話的空間，只是或許機會不大。

模式的操作中，多藉由將案件送交精神醫學診療機構鑑定，希望藉由精神醫師之鑑定結果就行為人責任能力為判定。這樣子的實踐過程中，其實是簡化了混合模式的判斷過程，混合模式除了就行為人是否具有精神疾病或心智缺陷之外，尚應該就行為人心理狀態加以判斷。精神醫學要素的部分應該包括行為人是否具有精神疾病，腦部缺陷，智能不足等精神的障礙狀態。而心理學的部分應該包含有行為人意識的內容以及作用等，是否存在有障礙狀態。

而向來的實務見解中，由於數個判例所關注的重心根本不同，使精神醫學領域在進行鑑定的過程中，產生相當多的困難。當然我們不排除精神醫學專業醫師可以就行為人心理狀態進行評估，但根本的問題在於如果實務操作上對於「心神喪失」與「精神耗弱」的內容定義模糊不清時，精神醫學醫師根本不清楚法院要其鑑定的內容為何，也只能本於專業就精神疾病發作狀態是否嚴重為鑑定，而將重點環繞在精神的障礙狀態上。這樣的鑑定結果當然無法使法院感到滿意，以致於出現再鑑定甚至法院推翻精神醫學鑑定結果之情形。

當2005年我國刑法第19條修正後，關於責任能力判斷對象方面，在生物學要件上明確的指出為「精神障礙或心智缺陷」，在心理學要件中明確的表示為「辨識其行為違法或依辨識為行為之能力」。關於精神障礙或心智缺陷此部分，交由精神醫學專業醫師為判斷，應該在實務運作尚無爭議。但是仍會有疑問點在於心理要素部分應該由精神專業醫師，司法審判的法官，或者改由臨床、諮商心理師加以判斷。本文在前述已經提及，交由不同專業就行為人心理狀態加以判斷，將會出現各有利弊的情形。要解決這個問題可能尚待訴訟法方面就責任能力障礙鑑定上再立法加以釐清，包括何時要開始進行責任能力障礙之鑑定，鑑定過程應該由誰來進行，以及鑑定結果效力在法庭上對於審判者之拘束力為何等爭議。

另一可能的爭議即在於生物學要素與心理學要素各自的範圍為何。亦即何種狀態可以被視為精神障礙或心智缺陷，何種狀態可以被視為是辨識行為違法或依辨識為行為能力欠缺或低下。此二問題將會牽涉行為人能否以責任能力障礙作為抗辯，亦即是否構成犯罪此一最基本的問題。精神的障礙所包括的範圍，以及心

理的障礙所包括的範圍，將影響行為人對於刑法的可預測性，如果該範圍越不確定時，個人對於刑法的可預測性相對越低。

事實上而言，精神醫學或心理學均會因為其本身理論的進展，就相同之症狀產生改變之判定結果，且因為其理論的不同所著重的焦點也不盡相同，是以在進行精神醫學的以及心理學的鑑定時，其結果無可避免的會因為精神醫學以及心理學的論述而產生變化。以精神醫學為例，其對於精神疾病的認知從早期體液說到現今的生物精神醫學，其產生的變化相當重大，甚至連近代精神醫學中經歷約一世紀以來，也因科技進步而對於疾病部分產生不同的掌握。由於立法上不可能隨時掌握各專業的變動，只要繼續採取「精神障礙或心智缺陷」這種必須經過專業判斷的文字模式，就勢必受到該專業的影響。當然的法學操作上也可以透過立法加以拘束，包括排除特定疾病，或限於特定疾病這種立法方式，但當其他專業論述變化時，對於疾病的成因以及影響產生不同判斷時，則法律就必須隨之加以變更，否則可能出現對於相同成因、影響之不同疾病產生不同之法評價，根本上破壞法律的基本原則。

是以本文對於精神的障礙狀態範圍與內涵，以及心理的障礙狀態範圍與內涵，認為應該尊重各該專業的論述，亦即由精神醫學與心理學告訴法官行為人有無障礙，而法官就最後加以整合專業判斷結果，進行法律上的判斷與論述。事實上類似的問題亦會出現在其他案件或刑法以外法領域中，諸如關於醫療過失、工程建設甚至於一般的刑事鑑定，其因果關係都可能必須依賴各該專業鑑定論述，法學於此的機能，應該是調和該專業鑑定結果與法律的論述模式，調和專業領域與民眾的法感情，以維護法規範系統的正常運作，而非積極介入其他專業領域的論述模式。當然不排除在有必要性時，藉由立法的模式對於其他專業的論述加以限制，甚至對於其他專業研究加以限制，例如對於人體實驗、複製人、生化實驗的限制等，但那是另一個層次的問題。在法規範發現必要性，藉由立法限制其他專業的論述前，應該就其他專業的論述給予尊重。

所以本文認為人格疾患在現今精神醫學認為是一種精神疾病的狀態下，可以

作為刑法第19條「精神障礙或心智缺陷」的生物學要素，但仍須就行為人之心理意識狀態加以審查判斷，以決定是否可阻卻或減輕責任。當然也可藉由立法方式將人格疾患排除於刑法第19條的精神障礙範圍以外，與精神衛生法之立法例將反社會人格疾患排除相同，但在法規有相當之理由並明文將之排除前，仍應該尊重精神醫學將之視為一種疾病之論述，並確保精神醫學領域給予人格疾患患者與其他精神疾病相同之對待治療。

第三節 本文的反思

如前所述筆者非精神醫學專業人士，以此題目作為論文題目有筆者自身之理由所在，對於本篇論文的期待也僅限於一種對於傳統論述微弱而無力的反省。本文寫作的期望，或許在於夢想刑法體系的自我檢討。對於犯罪預防目的而言，刑法以及刑罰系統的存在，就後果論而言，顯然是一個不可能的夢想。以死刑廢止為潮流的刑法學界，或許已經認知到嚴酷的刑罰並不能夠帶來犯罪預防的目的，即便採取監獄監禁之方式，對於犯罪預防的意義似乎也不是那麼的重要，按照挪威學者Thomas Mathiesen的意見，無論在受刑人更生或一般預防目的上，監獄的功能均明顯無效果²¹⁰，其甚至認為監獄的機能僅存在有五種意識型態上的功能，包括有：將社會中不生產的人口集中控制以讓社會大眾遺忘、剝奪罪犯的權利、轉移社會對於當權者製造出的危機事件之注意力、污名化罪犯以象徵未被監禁的社會是乾淨，以及對於犯罪者的管理以型塑社會²¹¹。而在1971年心理學學者Philip G. Zimbardo所主導的Stanford Prison Experiment也說明了監獄對於其中受刑人將產生的影響，可能無法達成其矯治之目的²¹²。甚至我們目前所處的狀態，是一個「無政府狀態下的圓形監獄」，Jeremy Bentham的理性主義夢想，以專家政治為骨幹不斷監視人類活動，已然在現代實現且非僅僅在監獄中²¹³。

²¹⁰ Thomas Mathiesen 著，許華孚譯，〈受審判的監獄〉，頁 25-100。

²¹¹ Thomas Mathiesen 著，許華孚譯，〈受審判的監獄〉，頁 172-174。Michel Foucault 也認為古典主義的大禁閉機構透過監獄的中介，將法律與規訓系統相統一，將教養技術擴散至社會中。Michel Foucault 著，劉北成、楊遠嬰譯，〈規訓與懲罰—監獄的誕生〉，頁 304-305。

²¹² 實驗資料請參照該實驗網站 <http://www.prisonexp.org/>

²¹³ Paul Campos 著，陳佳穎、林宏濤譯，〈法律狂〉，頁 69。

如果說生活在一個已經充斥著規訓技術，且無邊際的監獄之中是現代人類的宿命，或者說是一種既成的現實狀態，對於社會再定位存有必然的需求及必然出現結果，那是否可以在刑法本身即具有謙抑性的基礎上要求刑法更加謙抑，或者刑法更加謙抑的結果是使得規訓技術更加龐大而難以對抗。正如同本文論述中建議司法審判系統對於責任能力的判斷模式，就精神醫學與心理學要件上，應該分別送精神醫學專業醫師以及臨床或諮商心理師鑑定，或許只是換來更加嚴酷的精神醫學與心理學判斷。甚至於精神醫學與心理學治療過程之副作用，可能較監獄監禁的過程，給行為人帶來更大的痛苦與傷害，這個問題是本文尚未處理的部分，也是本文認為還有疑義的部分，亦即對於責任能力障礙行為人的處遇過程，本文僅以學者意見採取耦連的司法福利系統帶過，這一個部分是可能尚須討論以及研究之部分。



參考文獻（依作者姓名順序排列）

一、中文論著或譯著

B. K. Malinowski著，夏建中譯，原始社會的犯罪與習俗，台北市：桂冠，1994

David Garland著，周盈成譯，控制的文化：當代社會的犯罪與社會秩序，台北市：巨流，2006

David J. Robinson著，唐子俊、唐慧芳、李珣合譯，失序的人格：人格疾患的評估與治療，台北市：五南，2003

Duane Schultz, Sydney Ellen Schultz著，車先蕙等譯，人格理論，臺北市：揚智，1997

Erich Fromm著，孟祥森譯，人類破壞性的剖析，台北市：水牛，1990

Georg Kneer、Armin Nassehi著，魯貴顯譯，盧曼社會系統理論導引，台北市：巨流，1998

Gerry Spence著，江雅綺譯，正義的神話，台北市：商周，2001

Gustav Radbruch著，王怡蘋、林宏濤譯，法學導論，台北市：商周，2000

H. L. A Hart著，許家馨、李冠宜譯，法律的概念，台北市：商周，2000

Jean-Jacques Rousseau著，徐百齊譯，社約論，台北市：臺灣商務，1999

John Rawls著，李少軍、杜麗燕、張虹譯，正義論，台北市：桂冠，2003

Lawrence A. Pervin著，洪光遠、鄭慧玲譯，人格心理學，臺北縣新店市：桂冠，1995

Michel Foucault著，林志明譯，古典時代瘋狂史，臺北市：時報文化，1998

Michel Foucault著，劉北成、楊遠嬰譯，規訓與懲罰：監獄的誕生，台北市：桂冠，1992

- Michel Foucault 著，劉北成、楊遠嬰譯，瘋癲與文明，台北市：桂冠，1992
- Paul Campos 著，陳佳穎、林宏濤譯，法律狂，台北市：商周，1999
- Philip G. Zimbardo 著，孫佩姵、陳雅馨譯，路西法效應，台北市：商周，2008
- Richard F. Gerrig, Philip G. Zimbardo 著，游恆山譯，心理學，台北市：五南，2004
- Robert C. Carson, James N. Butcher, James C. Coleman 著，游恆山譯，變態心理學 [原著第九版]，台北市：五南，1993
- Ruti G. Teitel 著，鄭純宜譯，變遷中的正義，台北市：商周，2001
- Sigmund Freud 著，宋廣文譯，精神分析引論，台北市：胡桃木，2006
- Sigmund Freud 著，汪奉言、郭本禹等譯，精神分析新論，台北市：胡桃木，2006
- Sigmund Freud 著，楊韶剛、高申春等譯，超越快樂原則，台北市：胡桃木，2006
- Thomas Mathiesen 著，許華孚譯，受審判的監獄，台北市：洪葉文化，2005
- Timothy W. Costello, Joseph T. Costello 著，趙居蓮譯，變態心理學，台北市：桂冠，1995
- 川端博著，余振華譯，刑法總論二十五講，台北市：元照，1999
- 王泰升，臺灣法律史的建立，台北市：作者自刊，1997
- 吳景芳，刑事法研究，台北市：五南，1999
- 林山田，刑法通論[第八版]，台北市：作者自刊，2002
- 林山田、林東茂、林燦璋著，犯罪學[增訂四版]，台北市：三民，2007
- 林憲，人格與心病，台北市：健康世界雜誌，1999
- 林憲，臨床精神醫學，台北：茂昌圖書，1982

- 林憲、林信男著，精神鑑定，台北市：橘井，1987
- 段重民，刑法總論，台北縣蘆洲市：空中大學發行，2003
- 洪福增，刑事責任之理論，台北市：刑事法雜誌社，1982
- 張麗卿，司法精神醫學：刑事法學與精神醫學之整合，台中市：作者自刊，2004
- 許玉秀，主觀與客觀之間，台北市：作者自刊，1997
- 許春金，人本犯罪學，台北市：作者自刊，2006
- 許春金，犯罪學[修訂五版]，台北市：作者自刊，2007
- 黃榮堅，基礎刑法學，台北市：元照，2003
- 楊建華，刑法總則之比較與檢討，臺北市：作者自刊，1982
- 蔡墩銘，刑法裁判百選，台北市：月旦，1992
- 蔡墩銘，刑法精義，台北市：作者自刊，1999
- 蔡墩銘，刑法總論，臺北市：三民，2000
- 韓忠謨，刑事責任之理論研究，台北市：司法行政部，1957
- 韓忠謨，刑法原理，台北市：作者自刊，1976
- 二、學位論文
- 王小萍，精神障礙犯罪者之鑑定及處遇：以人權保障為出發，國立中興大學碩士論文，1996
- 王富強，精神鑑定，國立政治大學碩士論文，2003
- 吳建昌，刑事責任能力之研究：法學與精神醫學之交錯，國立臺灣大學碩士論文，2000

林秉信，從哈特承認規則論法律的有效性與規範性，國立臺北大學碩士論文，2005

涂嘉益，責任能力之研究：以部份責任能力為主，國立中興大學碩士論文，1995

張麗卿，精神疾病犯罪人處遇之比較研究，國立臺灣大學博士論文，1992

張麗卿，論精神障礙之鑑定及監護，國立中興大學碩士論文，1985

陳麗玲，精神分析法學之研究，國立臺灣大學碩士論文，1994

廖錦玉，責任能力的認定與精神鑑定，國立政治大學碩士論文，1997

謝杜喬，反社會性人格疾患犯罪人之責任能力與處遇，東吳大學碩士論文，2003

三、期刊論文

丁道源，從精神病學觀察犯罪問題，刑事法雜誌第8卷第3期，1964

文榮光、李俊毅，邊緣型人格障礙症：回顧與前瞻，台灣精神醫學第14卷第4期，2000

吳文正，自精神醫學立場泛論反社會人格疾患犯罪人，刑事法雜誌43卷3期，1999

吳建昌，從精神醫學探討精神障礙影響刑事責任能力之判準，刑事法雜誌43卷1期，1999

吳景芳，英美法上精神異常認定標準之研究，刑事法雜誌第28卷第1期，1984

吳景芳，精神障礙犯罪者認定標準與處遇制度之回顧與前瞻，刑事法雜誌第29卷第5期，1985

吳賢藏，台灣精神疾病犯罪概況，刑事法雜誌第28卷第5期，1984

呂宏曉、柯慧貞等，反社會人格障礙男性受刑人的腦額葉執行功能，台灣精神醫學第15卷第1期，2001

李元簇，刑事責任能力判別之標準，刑事法雜誌第29卷第3期，1985

李元簇，精神耗弱減輕刑事責任能力制度之比較研究，刑事法雜誌第16卷第1、2期合刊，1972

李茂生，少年犯罪的預防與矯治制度的批判——一個系統論的考察，國立臺灣大學法學論叢29卷2期，2000

李茂生，圓形監獄與行刑制度——以日本行刑實務中分類制、累進制、階段制為題材，政大法學評論48期，1993

李茂生，論刑法部分條文修正草案中保安處分相關規定，月旦法學雜誌93期，2003

林山田，談精神障礙者的法律問題，醫事法學1卷8-10期合訂本，1986

林信男，精神疾病患者之暴力犯罪，臺灣醫誌84卷，1985

林輝煌，論刑法上「心神喪失」免責之抗辯（下）——美國法制之參酌，台灣本土法學雜誌85期，2006

林輝煌，論刑法上「心神喪失」免責之抗辯（上）——美國法制之參酌，台灣本土法學雜誌84期，2006

林憲，司法精神醫學的展望，台灣醫學2卷2期，1998

林憲，精神疾病患者刑責能力之精神病理學研究，臺灣醫誌75卷，1976

林憲、林信男，刑事案件精神鑑定50例之臨床報告，臺灣醫誌74卷，1975

林憲、林信男等，司法精神鑑定結果與法庭判決之比較，台灣精神醫學第11卷第3期，1997

林憲、林信男等，殺害未成年子女犯人之分析，台灣精神醫學第11卷第1期，1997

林憲、林信男等，縱火犯之犯行與動機，中華精神醫學第9卷第4期，1995

柯耀程，排除責任缺陷規定明文化之衝擊，刊於〈刑法總則修正重點之理論與實務〉，臺灣刑事法學會主編，台北市：元照，2005

洪福增，目的行為論，刑事法雜誌第1卷第4期，1957

洪福增，期待可能性之理論與實踐，刑事法雜誌第2卷第5、6期，1958

胡海國，精神科診斷問卷所標認之精神疾病盛行率：國際間比較，中華精神醫學第8卷第4期，1994

徐振雄，羅爾斯「第二正義原則」析論，軍法專刊45卷4期，1999

張甘妹，精神分析學及個性心理學的犯罪理論，刑事法雜誌第7卷第6期，1963

張甘妹，精神異常犯罪者在法律上之責任及其鑑定問題，刑事法雜誌第12卷第1期，1968

張甘妹，論精神的障礙與犯罪之關係，刑事法雜誌第2卷第12期，1958

張甘妹，論精神病質人格與犯罪之關係，刑事法雜誌第13卷第6期，1969

張麗卿，人格違常與犯罪，刑事法雜誌第37卷第5期，1993

張麗卿，心神喪失與精神鑑定—評高等法院八十七年上字第三六〇五號判決，月旦法學雜誌59期，2000

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23期，2005

張麗卿，刑罰理論與精神疾病犯罪人的處遇，國立臺灣大學法學論叢22卷1期，1992

張麗卿，責任能力之研究，東海大學法學研究8期，1994

張麗卿，責任能力與精神障礙—評刑法修正草案，月旦法學雜誌93期，2003

張麗卿，新刑法第十九條之法理分析，月旦法學雜誌136期，2006

張麗卿，精神障礙者之犯罪，臺灣本土法學86期，2006

- 張麗卿，精神鑑定的問題與挑戰，東海大學法學研究20期，2004
- 許玉秀，犯罪階層體系方法論探源，政大法學評論60期，1998
- 郭壽宏，司法精神鑑定之原理及實際問題，刑事法雜誌43卷3期，1999
- 郭壽宏，從精神醫學之論點談行為能力與責任能力，醫事法學1卷8-10期合訂本，1986
- 陳俊欽、簡錦標，刑事精神鑑定與司法判決之相關研究，台灣精神醫學第17卷第3期
- 陳煥生，心神喪失與精神耗弱之區別，刑事法雜誌第16卷第4期，1972
- 游正名、楊添園等，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，2005
- 楊添園、蔡墩銘等，殺人罪受刑人之精神障礙，台灣精神醫學第17卷第4期，2003
- 葉家君，規範罪責之權衡，軍法專刊49卷7期，2003
- 裘朝永，談精神病犯的處刑與監護處分，刑事法雜誌第2卷第12期，1958
- 廖正豪，精神障礙影響刑事責任能力規定之探討，刑事法雜誌第19卷第5期，1975
- 趙守博，英美刑法心神喪失問題之研究，刑事法雜誌第18卷第5期，1974
- 劉宏恩，婚姻暴力受虐婦女殺夫之責任能力與違法性問題（下）—法律心理學之觀點，月旦法學雜誌20期，1996
- 劉宏恩，婚姻暴力受虐婦女殺夫之責任能力與違法性問題（上）—法律心理學之觀點，月旦法學雜誌19期，1996
- 劉幸義，意志自由與罪責，中興法學24期，1987
- 蔡文哲、林憲、林信男，台灣地區刑事案件精神鑑定之變化趨勢，中華精神醫學

第10卷第3期，1996

蔡墩銘，司法精神鑑定與刑事判決，刑事法雜誌42卷3期，1998

蔡墩銘，精神狀態之認定判斷，月旦法學雜誌123期，2005

蔡墩銘，精神病與犯罪行為，刑事法雜誌第18卷第6期，1974

蔡墩銘，精神障礙與意識障礙，刊於〈民主、人權、正義—蘇俊雄教授七秩華誕祝壽論文集〉，台北市：元照2005

羅瑩雪，人格發展過程與犯罪行為之關係，刑事法雜誌第22卷第5期，1978

四、英文論著

Edited by American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR, Washington, DC : A. P. A. , c2000

Edited by Craig Calhoun et al. , Contemporary Sociological Theory , Oxford : Blackwell Publishing , 2002

Edited by James Reich , Personality disorders : current research and treatments , New York : Routledge/Taylor & Francis Group , 2005

Edited by Theodore Millon et al. , Psychopathy : antisocial, criminal, and violent behavior , New York : Guilford Press , c1998

Edited by WHO , International statistical classification of diseases and related health problems , Geneva : WHO , 1992-1994

Jürgen Habermas , edited by Ciaran Cronin, Pablo De Greiff , The Inclusion of Other : Studies in Political Theory , Cambridge : Polity Press , 1999

Robert C. Carson, James N. Butcher, James C. Coleman , Abnormal psychology and modern life[8th Edition] , Glenview, Ill. : Scott, Foresman , c1988

五、日文論著

Ruth Harris著，中谷陽二譯，殺人と狂気：世紀末の醫學、法、社會，東京都：みすず書房，1997

大谷實，刑事責任の基礎：意思の自由と責任能力，東京都：成文堂，1977

小野清一郎，刑法講義，東京都：有斐閣，1955

山口厚，刑法総論，東京都，有斐閣，2001

中山研一，刑法総論，東京都：成文堂，1983

中田修，増補犯罪精神醫學，東京都：金剛，1993

内藤謙，刑法講義総論下I，東京都：有斐閣，1991

木村龜二著，阿部純二増補，刑法総論[増補版]，東京都：有斐閣，2004

平野龍一，刑法：総論，東京都：有斐閣，1972-1975

平野龍一，刑法の基礎，東京都：東京大學出版會，1978

西村克彦，刑事責任能力論，東京都：法政大學出版局，1957

林美月子，情動行為と責任能力，東京都：弘文堂，1991

淺田和茂，刑事責任能力の研究：限定責任能力論を中心として，東京都：成文堂，1983-1999

淺田和茂，刑法総論[補正版]，東京都：成文堂，2007

森敏昭，中條和光編，認知心理學キ-ワ-ド，東京都：有斐閣，2005

福田平，目的的行為論と犯罪理論，東京都：有斐閣，1999[復刻板]

福島章，犯罪心理學研究，東京都：金剛，1977

墨谷葵，責任能力基準の研究，東京都：慶應通信，1980

沢登佳人，刑事法における人間の虚像と実像，東京都：大成，1976

