

妄想 (Delusions) 影響責任能力在審判上的判斷

一以思覺失調症 (Schizophrenia) 為例

林英志*

目次

- 壹、前言
 - 一、相關案例二則
 - 二、問題提出
- 貳、妄想 (Delusions) 的定義與判斷
 - 一、妄想的定義與核心概念
 - 二、牙醫命案與妄想定義是否合致？
 - 三、小結
- 參、妄想與責任能力的判斷
 - 一、精神障礙者之刑事責任
 - 二、妄想「有無」影響責任能力在審判上的判斷
 - 三、妄想影響責任能力「程度」在審判上的判斷
- 肆、建立法院與精神醫學鑑定之個案合作關係
 - 一、複數鑑定結果不同的成因
 - 二、法官與司法精神鑑定人應瞭解彼此之角色、方法不同
 - 三、建立法院與司法精神醫學鑑定之個案合作關係
- 伍、結論

* 最高法院法官。

壹、前言

一、相關案例二則

【案例1：牙醫命案】

某甲 18 歲時因大學入學考試失利後，因聽到很多人的聲音，命令他去「蝙蝠洞」、「元寶宮」、「吐口水」，再把「口水吃掉」，騎車時曾看到「魔神阿」追他，經醫師診斷為思覺失調症。自幼即因其胞妹乙女活潑外向、人緣好、受關注，使其相對無所表現，因此感情疏離。成年後，認為乙女不幫忙整理家務、不拿錢回家貼補家用、對父母不孝、對其不敬、是不及格的家庭成員，同時將自己的人生的不順遂，皆歸因於乙女。案發前 2 月，乙女在喜宴中，詢問某甲為何不回家看跌倒受傷的奶奶，某甲認為乙女質疑他不孝順，就傳訊息罵乙女是「垃圾」、「要把她（乙女）解決掉，不讓你們過生活」，並且放話要乙女不能回家，否則即予毆打。案發前數日，某甲亟欲與乙女見面理論，並親自前往乙女任職之牙醫診所找尋，然乙女一再躲避，並囑咐牙醫診所同事推稱乙女並未上班。案發當日，某甲竟萌生殺害乙女之犯意，持刀殺害乙女診所同事丙女（未遂）、丁女（未遂）及牙醫師乙男（既遂），乙女則因躲藏在外，逃過一劫。

第一審法院囑託 A 療養院鑑定結果，認乙女實際上對某甲並無任何侵害行為，某甲對於乙女產生不滿或憤怒的情緒，程度上甚至激烈到要殺害乙女，從現實觀之，已有扭曲、偏離常情或不相當，這是妄想而不是現實。至於某甲殺害丙女、丁女及乙男，則係因妄想瀰漫，開始殺人以後就殺紅眼了。雖然某甲具有選擇殺人對象及選擇、等待最佳下手時機的能力（忍耐、遲延能力），例如，選擇只殺害阻止其尋找乙女的人，也懂得誘

騙丙女，再出其不意的予以刺殺，最後見到制服警察出現，也會有逃匿行為等等，均未受到幻覺或其他知覺異常影響，而是因妄想而動心起念，產生殺人之動機，他不是完全沒有現實感，而是因為受到妄想的影響，以致在現實判斷上出問題，但沒有嚴重到心神喪失的程度，僅較一般人顯著減低。

第二審法院則另囑託B醫院鑑定，鑑定結果則認：某甲與乙女之關係長期不佳，與其思覺失調症呈現之症狀「幻影」、「魔神」等精神症狀無關，某甲因對乙女不滿而生殺人動機，與其罹患之思覺失調症並無顯著相關。某甲是依賴與消極性攻擊的態度面對環境，一般而言，對於人際互動是採疏離的方式面對，但因消極的態度而持續累積負向的情緒，也因此容易因無法承受本身內在負向的情緒而出失控的行為，某甲的犯案行為大致與其人格特質相符合，並無顯著受到精神疾病症狀的影響¹。

【案例2：鐵路警察命案】

鄭某因長期罹患思覺失調症，有被害妄想、關係妄想及被跟蹤妄想等症候。案發前，因認友人甲、乙、丙設計整人遊戲要整他，並聯合其女兒要謀害他以詐領保險金，乃前往派出所、市政府等機關尋求協助，並終止其保險契約，復購買刀械防身，又惟恐自己行蹤遭人發覺，乃自臺南市輾轉高雄再搭乘火車欲北上召開記者會公開遭人陷害詐領保險金一事。嗣列車長於驗票時發覺鄭某無票搭車，要求不願補票之鄭某在嘉義站下車。鄭某因受妄想影響，認為列車長及車內旅客都是針對他，並害怕下車後遭人殺害，乃在車廂內移動、咆哮，罵政治、罵政黨、罵政府、罵股票，認為其遭人陷害卻沒人管，列車長乃通報由

¹ 詳細案例事實及鑑定經過，請參見最高法院 109 年度台上字第 2925 號刑事判決書。

值班鐵路警察李某上車處理。鄭某雖見李某身著警服，但受妄想影響，認為李某與人同謀欲行加害以詐領保險金，乃持預藏之刀械刺殺李某左上腹 1 刀後，遭李某會同旅客多人予以壓制。然李某經送醫急救，仍因大量出血而不治死亡。

第一審法院囑託 C 醫院鑑定結果，認鄭某於 93 年間即曾因債務問題出現疑神疑鬼、怕被跟蹤、監視等狀況，99 年又出現幻覺（看見過世的親人）、混亂行為（自己關進籠子裡睡覺）而經醫師診斷為思覺失調症。本件鄭某於案發時處於思覺失調症急性發作期，出現明顯之被害妄想、關係妄想及被跟蹤妄想，其行為受其妄想所影響，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力。

第二審法院另囑託 D 醫院鑑定結果，則認：鄭某於事件當時受急性思覺失調症發作影響，其情緒、認知及行為皆顯著受妄想之影響。但鄭某行為時能辨識列車長在執行查票職務，也清楚所刺殺之對象為執勤員警，亦知道員警係前來要求他下車，但因為受妄想影響，自認「既然沒有政府，我也不當你是警察」，遂持刀刺殺員警。故其行為時因受思覺失調症影響，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力，有顯著減低之情形²。

二、問題提出

妄想是思覺失調類群（Schizophrenia Spectrum）與妄想疾患（delusional disorder）的核心症狀，在其他疾患中，如憂鬱症、雙相情緒障礙症、情感思覺失調症、強迫症及相關障礙症、譫妄、認知障礙症、物質引發的精神病症等，也會伴隨有妄想症狀。敵意和攻擊性可以與思覺失調症有關，但思覺失調症的

² 詳細案例事實及鑑定經過，請參見臺灣高等法院臺南分院 109 年度上重訴字第 537 號刑事判決書。

病人大部分沒有攻擊性，並且比一般人群的個人更容易成為受害者³。某些研究指出，可能有 30-40%的病患是因出現妄想症狀而犯罪(特別是殺人)，且妄想性錯認等症狀與犯罪行為最具關聯性。當思覺失調症患者，因妄想發作而自覺無法面對威脅，也無從逃避時(威脅凌駕自我控制)時，他會對想像中，或者偶然接觸，卻認為與其威脅有關的對象產生防衛性的攻擊或報復，這就是所謂「威脅與控制失衡」(threat/control override, TCO)假說。病患的暴力攻擊，常常並不是直接受到妄想或幻覺的影響或驅使，反而是外在威脅與自我控制失衡下的產物⁴。從審判實務觀點，思覺失調症患者在發作時因受妄想症候影響而殺人之事件，常引發社會重大不安與關注，例如，上述之牙醫命案、鐵路警察命案等皆是。法官在輿論壓力之下，面對司法精神鑑定之不同結果，如何判斷被告行為時是否受其罹患之思覺失調症或妄想症狀影響及其程度，備受質疑與挑戰⁵。究竟法官面對具體個案，如何與司法精神鑑定專家共同合作，拉近司法精神醫學與刑事法學領域間之距離(尤其是刑法第 19 條判斷依據之共識)，作成人民可以信賴之判決結果，乃本文關注之議題。

³ 見美國精神醫學會出版，徐翊健等人譯，DSM-5 精神疾病診斷與統計，合記圖書出版社，2018 年 3 月，第 93、101 頁。

⁴ 參黃聿斐，從司法精神醫學觀點論殺直系血親尊親屬罪，國立政治大學法學院碩士在職專班碩士論文，2013 年 7 月，第 23 頁。

⁵ 鐵路警察命案第一審之鑑定醫師甚至在臉書發文表示：「鑑定醫師只是法界的棋子，只是被要求配合演出的演員，只是被利用來轉嫁責任的工具。」

<https://www.facebook.com/chengche.shen/posts/pfbid0ryfXXaG7GLYK6754wEQ7aK3VaL7uMej69Yw3DCW5UuWMFZa9KgNaCBtLZm6EEVPal>，最後瀏覽日：2023 年 6 月 5 日。

貳、妄想 (Delusions) 的定義與判斷

一、妄想的定義與核心概念

人類因為感官而接收到外界環境的訊息，經過神經傳導而在大腦解譯產生想法，如果這些想法因為思考的偏差（自我中心、外歸因、意圖歸因）、認知的扭曲或錯誤（斷章取義、二分思考、關聯偏差、災難化、妄下定論），而發生與共同生活文化的現實世界顯不合理或被認為是怪異的解構言行，並且堅信其想法正確，無法因為客觀的證據而改變其想法時，即符合精神醫學上關於妄想的主要特徵⁶。故妄想是把內心的想法當成事實，無法改變的固定信念（fixed beliefs）⁷，這些想法顯然是不合理（implausible）、無法被相同文化的人理解，且非源自於日常生活的經驗，其內容可以包括各種主題（例如，被害、關係、身體、宗教、誇大妄想等）⁸。但妄想內容不必然與現實不合，因為有些妄想內容根本不牽涉到現實事務，有些妄想內容則恰恰與真實相同⁹（例如，個案看到銀行寄給太太的對帳單，就妄想太太在外與人通姦，而事實上太太確實有外遇），只是因思考推論的偏差，導致認知的扭曲，故妄想是思考過程的偏差、固著、無法改變、信念於現實世界看來怪異或顯不合理等，才是

⁶ 見註3書，第87至92頁。

⁷ 妄想和強烈信念（strongly held idea）的不同，可以依下列幾個向度來判斷：(1)滲透性：個案在整體生活上被妄想信念控制的程度；(2)堅信度：個案對信念的相信程度；(3)重要性：妄想信念對於個案整體生活的重要性；(4)強度：妄想信念對真實想法的干擾程度；(5)缺乏彈性與自我中心：這些信念不受動搖的程度；(6)專注性與衝擊性：信念對於行為與情緒的影響。見 Aaron T. Beck, Neil A. Rector, Neal Stolar, Paul Grant 著，黎士鳴、陳秋榛譯，精神分裂症認知理論、研究與治療，心理出版社，2016年8月，第56頁。例如，鐵路警察命案，鄭某堅信（堅信度）車廂內的所有人（滲透性），包含鐵路警察李某都要害他，縱使列車長只是查票，李某好言以勸也不能改變他的想法（缺乏彈性與自我中心），到最後竟然刺殺李某（衝擊性）。

⁸ 見註3書，第87頁。

⁹ 見吳建昌，刑事責任能力之研究—法學與精神醫學之交錯，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，2010年6月，第164頁。

主要的中心概念。

二、牙醫命案與妄想定義是否合致？

上述牙醫命案，某甲對於乙女「小時候不寫作業、吃飯時間跑去看卡通、不跟家人一起吃飯、染髮、穿破牛仔褲、沒讀大學、偶爾口出髒話、長大後不幫忙整理家務、不拿錢回家貼補家用」等訊息，以二分法解讀乙女為「壞小孩、人品不好、對父母不孝、對兄長不敬、是不及格的家庭成員」，同時將自己的人生的不順遂，皆歸因於乙女(外歸因)。對於乙女詢問某甲為何不回家看跌倒受傷的奶奶，某甲認為乙女質疑他不孝順(意圖歸因)，就傳訊息罵妹妹是「垃圾」、「要把她(妹妹)解決掉，不讓你們過生活」，並且放話要妹妹不能回家，否則即予毆打。甚至因乙女一再躲避，並囑咐牙醫診所同事推稱未上班而生殺意(與共同生活經驗不合理的言行)。其長期以來對於乙女的想法因為思考偏差，導致認知的扭曲或錯誤，已生解構言行(辱罵乙女垃圾、要解決掉乙女)，而且信念固著，無法改變(從小到大)，似可歸類為關係妄想型；A療養院鑑定結果，認某甲已有妄想症候，依上揭妄想定義，應屬可採¹⁰。B醫院鑑定結果雖認為：某甲殺人行為前並無妄想，起意殺害乙女也與其「幻覺」(幻影、魔神)無關，應該是因為對乙女負向情緒的累積，而產生的失控的行為，與其人格特質相符合，並未顯著受到思覺失調症的影響等語，然並未就某甲對乙女長期以來的想法、思考推論、認知、言行是否符合上述妄想的定義予以分析，逕認其殺人行為係人格違常所致，與其罹患之思覺失調症無關，

¹⁰ 詳細卷證資料分析，請見臺灣高等法院臺中分院 109 年度囑上重更一字第 4 號刑事判決書，第 15-20 頁。

似未盡周全。

三、小結

就第二審法院而言，A療養院及B醫院鑑定結果雖然對於某甲罹患有思覺失調症之診斷並無不同，但關於某甲殺人行為前是否已有妄想症候，或者只是人格違常之疑點，既有截然不同之結論，並且影響於判決結果，且涉及精神醫學之專業領域，自應命雙方鑑定人到場說明，或囑託其他機關另行鑑定，以期詳實。倘不加調查，逕採取其中一方之鑑定結果，卻未說明另一方如何不具有醫學合理性之理由，非但事實仍未明瞭，並有理由欠備之違法¹¹。

參、妄想與責任能力的判斷

一、精神障礙者之刑事責任

刑事法上犯罪之成立，以具備構成要件該當性、違法性及有責性（罪責）為要件，三者缺一不可。行為人藉該當構成要件之違法行為，表現其個人主觀上違反法律規範價值之可非難性或可責性，而應負擔刑事責任，並接受刑罰之制裁。故刑罰以罪責為基礎，無罪責即無刑罰。而罪責係以行為人之判斷能力為基礎，即其在意思自由之狀態下，具有正確判斷並辨別合法與不法之能力，且有能力決定從事合乎規範的行為，但卻不從事合法行為，反而違法行事，其行為即具可責性，該行為人即具有擔負罪責之能力（責任能力）¹²。

經精神專科醫生診斷罹患有精神疾病者之違法行為，是否

¹¹ 見註1判決書，第5-6頁。

¹² 見林山田，刑法通論（上），2005年9月增訂9版，第362頁。張麗卿，刑法總則理論與運用，2021年9月，第281頁。

具有上述罪責內涵之可非難性，刑法第 19 條採混合生理學及心理學之立法體例，區分其生理原因與心理結果二者，就生理原因部分，實務上可依醫學專家之鑑定結果為據，而由法官就心理結果部分，判斷行為人於行為時，究屬無責任能力或限制責任能力與否。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（辨識能力，知的要素），或依其辨識而行為之能力（控制能力，意的要素），於行為時是否屬不能、欠缺或顯著減低為斷¹³。本條所謂「辨識能力」，係指行為人具有認識自己行為對錯的能力、認識行為與法律秩序敵對的能力（判斷自己行為是否違法的能力）。「控制能力」，則係指能夠依其而自我警惕、自我約束的能力、有理性選擇行為的能力¹⁴（克制自己從事違法行為的能力）。

此外，依本條規定，行為人所為之違法行為必須與其罹患之精神障礙或其他心智缺陷疾病所生知覺異常與現實感缺失之間，具有關聯性，始有阻卻責任可言。倘行為人非但具有正確理解法律規範，認知、辨識行為違法之辨識能力，而且具備依其認知而決定（選擇）是否為或不為之控制能力，縱經醫師診斷為精神疾病患者，仍應負完全之責任，並無同條不罰或減輕其刑規定之適用¹⁵。

二、妄想「有無」影響責任能力在審判上的判斷

（一）妄想須影響行為人的辨識能力「或」控制能力

妄想是因思考推論的偏差，而發生扭曲、錯誤的認知

¹³ 見註 12 張麗卿書，第 291 頁。

¹⁴ 見張麗卿，精神病患的鑑定與監護處分—兼談殺警案與弑母案，月旦法學雜誌第 309 期，2021 年 2 月，第 58 頁。

¹⁵ 見註 1 判決書。

(Cognition)，當然可能因而影響其辨識行為違法的能力，特別是處在急性發作期之思覺失調症患者。但不是每個急性發作期的患者，就一定完全喪失辨識違法或控制行為的能力，仍然必須依個案判斷妄想影響行為人辨識能力以及控制能力的程度。除非行為人對於外在客觀世界的種種現象，完全不能辨識，也不能理解自己所作所為已經觸法；或者仍然有辨識違法的能力，卻完全無法控制，才可以阻卻罪責。如果行為人仍然是非對錯的認知，辨識違法的能力或控制行為的能力只是比一般人之平均程度顯著減低者，仍然成立犯罪，則只是得減輕其刑。故(1)完全沒有辨識違法的能力者，例如，重度智能不足者完全無法明瞭殺人的本質及殺人是法律所禁止的行為，依刑法第 19 條第 1 項前段免責。(2)仍有辨識違法的能力，卻完全無法控制者，例如，患有被害妄想症的行為人，雖然知道殺人是法律所不允許的，但因為被害妄想無法控制而殺人。(3)辨識違法的能力顯著減低者，例如，輕度智能不足者，知道竊盜是不合法的，但仍因為肚子餓而行竊，得依刑法第 19 條第 2 項前段減輕其刑。(4)有辨識違法的能力，但控制能力顯著減低者，例如，憂鬱症患者想自殺卻又不忍幼子獨留人世受苦，而先殺害幼兒後再自殺，得依刑法第 19 條第 2 項後段減輕其刑¹⁶。所以，精神障礙者是否承擔刑法上的責任，除了辨識能力以外，還要判斷控制能力，兩者都不可或缺，但不必兩者都欠缺或顯著減低，始能阻卻或減免罪責¹⁷。

(二) 妄想影響行為人辨識能力之判斷準則

¹⁶ 見註 12 張麗卿書，第 291 至 293 頁。

¹⁷ 見張麗卿，司法精神醫學—刑事法學與精神醫學之整合，2018 年 9 月，第 233 頁。及註 14 張麗卿文第 58 頁。

如上所述，妄想是思考過程的偏差、固著、無法改變的怪異或不合理信念，但妄想內容不必然與現實不合，因為有些妄想內容根本不牽涉到現實事務，有些妄想內容則恰恰與真實相同。妄想的內容不僅牽涉到對實際事物的瞭解（例如，教主認為自己是「大黑天」轉世，具有神力¹⁸），也可能牽涉到對事物的評價（例如，與女教徒做愛是協助少女提升境界的神聖宗教儀式），甚至牽涉到對規範系統內容之瞭解（例如，自己是協助少女飛昇的最終解脫者，是如上帝般的救贖者，並非加害者）。故行為人之辨識能力須受妄想影響而完全失能或顯著減低，才可以免責或減輕罪責。否則，縱使如上述教主處於誇大妄想發作期，如仍知其正與未滿 16 歲之少女性交，且其行為不容於法律或社會規範，也不能單以其處於妄想發作期而主張免責。

辨識能力即行為人認知自己行為對錯的能力、認識行為與法律秩序敵對的能力，具體而言，實務上依英美法「馬克諾頓準則」(The M’Naghten rules)¹⁹進行判斷，其內容除行為人認知其物理上行為的性質與意義以外，尚及於行為人認知其行為不見容於法規範之不法意識判斷。只要行為人的辨識能力欠缺上述其中之一，即可因而主張免責。但如果行為人能夠描述其行為時正在做的事情，並且知道行為是法規範所禁止的，那麼

¹⁸ 改寫自奧姆真理教教主麻原彰晃案例。另「小燈泡命案」中，被告認為：「我是堯，我是皇帝，堯是四川人，故我是四川人，皇帝通常會砍庶民的頭，因此我要砍庶民的頭；當殺人後就會有四川嬪妃來找我，完成傳宗接代之事」，也是適例。見臺灣高等法院 107 年度上重更一字第 6 號刑事判決書，第 1 頁。

¹⁹ 所謂「馬克諾頓準則」，指被告由於精神疾病而缺乏理智，以致(1)不知道他所實施的行為的性質與意義，或者(2)即使知道也不了解其正在實施的行為是錯誤的 (to establish a defence on the ground of insanity, it must be clearly proved that, at the time of the committing of the act, the party accused was laboring under such a defect of reason, from disease of the mind, as not to know nature and quality of the act he was doing; or, if he did know it, that he did not know he was doing what was wrong.)。引自江溯，美國〈模範刑法典〉研究，元照出版社，2021 年 5 月，第 286 頁。

行為人就可能具有完全或部分的辨識能力。具體而言，審判上可以就下列事項判斷被告是否具有辨識能力：(1)被告對其行為物理性質和可能的物理後果的認識（知道拿刀刺進人體，可能造成死亡之結果）；(2)理解與自己與其他人關係之認知能力（知道丙女、丁女及牙醫師都是乙女的同事，而且協助乙女迴避與其見面）；(3)理解其行為的性質、後果的重要性與合理評價的能力（因為不滿乙女避不見面而起意殺害，也知道殺害丙女、丁女與牙醫師以後，就可以排除乙女迴避與其見面的障礙，進而達到殺害乙女的目的）。至於，行為人是否知道對錯，並非依行為人的價值來判斷，而是行為人是否知道他的行為對一般社會規範或法律規範而言有無對錯，而且有能力選擇遵循與否而言²⁰。我們畢竟共同生活在同一個社會，不能任性妄為，必須遵守在理性、心智健全條件下建構出一致的生活規範。如果行為人對於其不法行為，仍有違反一般社會共同生活規範之不法意識，即有責任能力，不能以其自己之價值來判斷有無辨識能力。例如，鐵路警察命案，雖然被告妄想內容為「鐵路警察與其他友人聯合要殺害他」，但被告既知被害人為警察，自不能以被告自己的價值：「既然沒有政府，我也不當你是警察」，而推論被告係受妄想影響而出於自衛意思殺人，並據以主張欠缺辨識能力²¹。

(三) 妄想影響行為人控制能力之判斷準則

根據研究，有 50% 的患者對聽幻覺有某種控制之能力（打斷聽幻覺），且多達 76% 的患者皆可發展出應對幻覺困擾的模式（如睡覺、看電視或大聲喊叫）。故無論妄想或聽幻覺都不必

²⁰ 見註 9 論文，第 164 頁。

²¹ 見註 2 判決書，第 38 頁。

然造成患者失控，甚至可以一般人遭遇困擾時之自我控制因素來瞭解²²，何況患者也並非時刻都處在妄想急性發作的狀態當中²³。當患者失控殺人時，實務上通常以「不可控制之衝動法則」(irresistible impulse test)²⁴來檢驗行為人是否因妄想而影響其控制能力。但「不可控制」與「不加控制」之界線甚難判斷，如前述牙醫命案，法院即綜合被告殺人時具有事先計劃(多方詢問乙女行蹤、準備凶器、詢問保全員確認乙女在診所內)、選擇對象(不及於其他不妨礙其殺害乙女目的之人，選擇能力)、忍耐遲延以選擇最佳下手時機(趁丙女不備再突然下手，忍耐遲延的能力)；殺人後則急欲離去現場以避免被捕(警察在旁〈Police at the elbow〉)等能力，質疑被告具有控制其殺人與否、如何殺人及停止殺人之能力，又如何能合理說明其控制能力因受病態之妄想殺人動機影響，而較一般人顯著降低²⁵？但上述所謂「警察在旁」理論，目的在判斷係行為人是否具有避免被逮捕之能力，而非行為人實際上是否有採取避免逮捕之行為。故行為人著手殺人以前，看到周遭有人在場，為避免犯行遭發現，如果懂得先停止殺人，就具有控制能力(可以控制、選擇殺或不殺)。但如果殺人的對象就是警察，根本不怕被攻擊

²² 見註9論文，第167頁。

²³ 思覺失調症的診斷必須符合持續至少6個月，且包括至少1個月的活躍期(active-phase)症狀。前驅症狀(prodromal symptoms)常先於活躍期，而殘餘症狀(residual symptoms)可能緊接在後，其特點是輕度或閾值下形式(mild or subthreshold forms)的幻覺或妄想。見註3書，第99、100頁。

²⁴ Parsons v. State (1886)一案指出，如果行為人因為精神疾病或者精神缺陷，在一種不可抗拒且無法控制的行動之下實施了行為，那麼行為人構成精神病。薩默維爾(Henserson M. Somerville)法官認為，刑事責任既需要認識能力，也需要「意志自由」，也就是說，如果一個精神病人的疾病摧毀了他選擇對錯的能力，即使他明白對錯的區別，也沒有刑事責任。1929年，美國哥倫比亞特區上訴法院在Smith v. United States案中正式將不可抗拒的行動規則補充到馬克諾頓準則之中，以彌補缺乏意志能力的因素的不足。見註19書，第289-290頁。

²⁵ 見註1判決書。另參註18判決書關於控制能力判斷標準之論述，第36、37頁。

對象之警察逮捕；又或者被告自知殺人一定會被警察逮捕，也做好被逮捕的準備，即使被害人之母親就在左右，仍公然在人來人往的大街上殺人²⁶，均不能以此理論主張其欠缺控制能力。否則，故意以警察為攻擊目標之犯罪，或在大街上公然殺人，全部都可以免責，顯非是理。

三、妄想影響責任能力「程度」在審判上的判斷

行為人之辨識能力或控制能力，於行為時是否已屬「不能、欠缺」或僅「顯著減低」，攸關行為人究應依刑法第19條第1項或第2項不罰或減輕其刑之依據。但妄想影響行為人之辨識能力或控制能力的程度，究竟依據如何具體之客觀標準而為判斷，實務上雖囑託精神醫學專家實施鑑定，但仍無足夠精確並具科學的方法來衡量行為人能力受損的程度，作法上僅能依據不同個案犯罪情狀，涵攝法律上關於上述「不能、欠缺」或「顯著減低」等不確定法律概念之定義而為剖析、判明。

例如，上述鐵路警察命案，被告行為時雖處於急性妄想發作狀態，但對於列車長在執行查票職務，也清楚所刺殺之對象為執勤員警(與被害人關係)，亦知道員警係前來要求他下車(事務性質)，但自認「既然沒有政府，我也不當你是警察」(重要性、評價、不法意識)等辨識殺人行為之本質、特性與不法意識等各節，皆能理解而無不能辨識情形。但一般人處於被告相同環境(列車長或警察要求下車)，認知上不會扭曲為「列車長、警察或同車廂旅客都是與其友人密謀要害他以詐領保險金」，故其辨識能力較一般人有顯著減低。縱使被告上開妄想(認知)的內容屬實，也理解殺人是違法的(馬克諾頓準則第2項)，至

²⁶ 見註18，小燈泡命案判決書第37頁。

多僅能依據刑法第 19 條第 2 項規定減輕其刑。

此外，從控制能力而言，假設被告上開妄想內容為真（即法文所謂「依其辨識」而行為），被告如已因妄想而完全欠缺控制能力，則應該就其妄想瀰漫（擴張）對象²⁷包含列車長、鐵路警察或其他同車廂之旅客進行無差別攻擊，但被告面對列車長要求下車，卻選擇忍耐，跑至另一車廂，也未攻擊列車長或其他旅客。被告一開始選擇逃跑、躲避以防範自己的生命 safety，可見被告當時仍有控制能力，並不是完全欠缺。但一般人處於被告相同環境（鐵路警察與其友人密謀設計殺害被告），仍有考慮殺人後果與選擇其他作為之能力，例如，打電話對外求援、逃跑至其他車廂、洗手間躲藏等防衛可能性，但被告卻選擇直接殺害警察，故其控制能力顯然受到妄想影響而較一般人有顯著減低，也可印證。

相對於審判實務上以個案證據涵攝法律定義之方式，中華民國精神醫學會司法精神醫學分組（下稱司法精神醫學分組）在刑法第 19 條修正以前，曾提出所謂「刑事責任能力判斷準則」，其中關於 Schizophrenia（思覺失調症）患者之行為診斷為「心神喪失」之標準，規定須(1)呈現「明顯」精神病症狀，致認知及現實判斷能力「極度受損」；或(2)行為「直接」受妄想或幻覺等精神病症狀所「控制」者。至於「精神耗弱」則規定為：(1)呈現精神病症狀，致認知及現實判斷能力「明顯受損」；或(2)

²⁷ 所謂妄想對象之「瀰漫」或「擴張」，指行為人擴張原本妄想系統裡的對象範圍。例如，牙醫命案，某甲原先妄想的對象只有乙女，但因認為丙女、丁女及牙醫師協助乙女迴避與其見面，而擴張其妄想對象。又鐵路警察命案，鄭某原本妄想系統的加害人範圍只有友人甲、乙、丙或其女兒，但行為時，因妄想瀰漫，認為列車長、旅客及鐵路警察李某均與其友人密謀欲行加害等是。見註 10 判決書第 16 頁；註 2 判決書，第 45 頁。

行為受妄想或幻覺等精神病症狀所「影響」者²⁸。以出現「明顯症狀、(識別能力)極度受損及(控制能力)直接受控制」,對應「出現症狀、(識別能力)明顯受損及(控制能力)受影響」,作為區別心神喪失或精神耗弱之標準,在判準上雖已較為客觀,但仍嫌抽象或過於主觀而因人而異。DSM-5 關於患者罹患思覺失調症之嚴重程度評估標準,則訂有「臨床醫師評量精神病症狀面向嚴重度量表」(Clinician-Rated Dimensions of Psychosis symptom Severity),由臨床醫師就其所知患者所有之資訊,配合其臨床判斷,就患者出現症狀之嚴重程度,以妄想為例,區分:(1)無(0分);(2)模稜兩可(1分,嚴重度或持續時間不足以考慮精神病);(3)存在但輕度(2分,很少壓力順從妄想信念,很少被妄想困擾);(4)存在且中度(3分,一些壓力去執行妄想或受妄想困擾);(5)存在且重度(4分,強大壓力去執行妄想或受妄想困擾)等5種²⁹。此一量表雖係臨床醫師診斷患者是否(有無)罹患思覺失調症及其嚴重程度使用,與行為人因思覺失調症而影響其辨識能力、控制能力的程度無關,但其中關於嚴重程度之配分標準,本文以為在審判上似也可作為判斷參考。換言之,司法精神醫學分組所指「出現明顯症狀、極度受損及直接受控制」,或「出現症狀、明顯受損及受影響」之配分,應分別為4分、3分,在3分以下則可認為具有完全之責任能力。法院於囑託司法精神醫學專家鑑定時,似不妨與鑑定人溝通於鑑定精神疾病影響行為人行為的程度時,就上述事項具體予以評分後,提出客觀數據作為法院判斷之參考。

²⁸ 見註9論文附錄一,第207頁。

²⁹ 見註3書,第100、743頁。

肆、建立法院與精神醫學鑑定之個案合作關係

一、複數鑑定結果不同的成因

上述牙醫命案，A療養院與B醫院就某甲殺人「有無」受妄想影響（或者只是其人格違常的行為）有不同之鑑定結論；鐵路警察命案，C醫院及D醫院對於鄭某於行為時正處於思覺失調症急性發作期，雖無不同診斷意見，但對於鄭某當時受其妄想症候影響的「程度」，究竟已經完全不能辨識或欠缺控制能力，或者僅是顯著減低？則有截然不同的看法。法院無論採取那一種結論作為判決依據，縱使說理充分，也不容易獲得輿論認同，歸根結柢在於複數的不同鑑定結果。依上述案例分析造成複數不同鑑定結果之原因，有下述可能之情形：

(一)無論檢察官、第一審或第二審法院均有權一再囑託鑑定：

依刑事訴訟法現制，無論檢察官、第一審或第二審法院均得一再依當事人聲請或逕依職權囑託鑑定（刑事訴訟法第163、163-1、163-2、198、208條）。上述案例，皆因社會矚目案件，第一審法院依據初次鑑定結果，或認被告之辨識能力、控制能力顯著減低而予減輕其刑（牙醫命案）；又或者逕認被告已完全不能辨識或欠缺控制能力而判決無罪（鐵路警察命案）。宣判以後，社會嘩然，質疑鑑定粗疏、判決不公。第二審法院在此社會氛圍之下，為求慎重，再囑託其他不同醫療機構重為鑑定，乃踐行審慎調查證據之職權所必須，本屬當然。但令人意外的是，作為自然科學一環的司法精神醫學鑑定，竟然因不同醫療機構而有不同的結論，其原因為何，自有進一步分析之必要。

(二)在上述案例中發現複數不同鑑定意見的成因如下：

1. 法院提供或鑑定人自行蒐集所得資料的多寡：

依「罪責與行為同時存在原則」，鑑定必須回溯調查以判斷行為人於行為「當時」有無受精神疾病影響及其程度，鑑定時間距離行為時愈久，隨著被告在押時精神疾病症狀獲得治療而控制，逐漸增加鑑定人面談、觀察、檢查及各項測驗、評量或衡鑑準確性的困難度。故鑑定人因鑑定之必要，自得經法院許可，檢閱卷宗及證物，並得請求蒐集或調取（見刑事訴訟法第 205 條第 1 項）。特別是被告於行為以後，司法警察即時詢問被告、相關證人之筆錄，案發現場扣案相關物證（例如監視錄影光碟），或執行搜索被告住處、交通工具、電磁紀錄所得物件，均為判斷被告於行為時精神疾病及其影響程度之重要參考資料，如有闕漏，就可能有不同之鑑定結論，不能因當事人爭執警詢筆錄之證據能力，即不予提供，而有礙於真實之發見（詳下述肆、三、(-) 3.）。

2. 鑑定人對於其他具有相同症狀之精神疾病未一併進行鑑別：

患者產生妄想的可能原因，除生理狀況以外，物質濫用或其他情感性精神疾病也會伴隨有妄想症狀，並不限於思覺失調症，鑑定人於鑑定時亦應一併予以鑑別排除。例如，牙醫命案被告早年經診斷為思覺失調症，但其行為時究竟是受思覺失調症的妄想影響？還是與思覺失調症無關的「妄想型的人格障礙」（Paranoid Personality Disorder）³⁰？或根本就只是其本來的人格特質？A 療養院鑑定時並未進行鑑別，以致在第二審法院形成不同醫學意見之爭點。相同情形在鐵路警察命案 D 醫院之鑑定報告中，即詳述有被告並不符合 DSM-5 關於人格障礙症之定

³⁰ 見註 3 書，第 649 頁。

義³¹，值得參考。

3.不同鑑定人對於行為人之精神症狀出現不同之醫學診斷：

從牙醫命案之鑑定結論也發現，A療養院認為被告殺人係受到其思覺失調症妄想症候之影響，B醫院則認為被告對的行為大致與其人格特質相符合，並無顯著受到精神疾病症狀的影響。就被告之殺人行為與其思覺失調症之妄想症候有無關聯性部分，出現不同之醫學意見。究竟應採取那一種意見作為判決基礎，對於不具有司法精神醫學專業之法官而言，顯然是個難題。

關於精神疾病有無影響行為人之辨識能力、控制能力及其影響之程度，精神醫學之鑑定人做為「發現事實之當然輔助者」，鑑定意見對於不具有精神醫學專業之法官而言，自具有釐清事實之重要功能。當數個適格之鑑定人或機關之鑑定意見彼此互相歧異時，關於其間因醫學意見歧異而形成之爭點，事實審法院宜傳喚正、反（或折衷）意見之鑑定人，各自說明其意見所憑之精神醫學診斷準則，及判斷本件符合或不符合診斷準則之過程，兼及於其對不同意見之看法，藉由審、檢、辯三方交互詰問程序，以逐步釐清事實，形成確信。若數個鑑定人或機關仍各持己見，法院亦無法形成心證，無妨尋求第三鑑定意見以協助法院正確認定事實（刑事訴訟法第207條參照）。法院採取或不採取任一意見，應說明其判斷是否符合精神醫學專業領域所普遍接受之診斷準則，及其試驗、操作或推論過程，是否均無瑕疵，且具有醫學合理性之理由。正、反或折衷意見，均無法說服法院形成有無責任能力之確信時，始依罪疑唯輕原

³¹ 見註2判決書，第30、32、50頁。

則，而為有利於行為人之認定³²。

4. 鑑定人對於刑法第 19 條規定之法律用語(辨識能力、控制能力、不能或欠缺、顯著減低)，與法院有不同解讀：

刑法第 19 條關於辨識能力、控制能力、不能或欠缺、顯著減低之定義與判準，已詳述於上，此於司法審判實務上尚無不同之操作標準，至多僅因個案證據之取捨而有不同之推論。鑑定意見不能僅依行為人於行為時係處在思覺失調急性發作期，忽略行為人具有認知正在實行不法殺人行為能力之客觀證據，逕認行為人欠缺辨識能力；或僅因為其殺害的對象就是警察，就認為行為人不具有控制能力³³。

5. 鑑定意見之形成，未依憑法院提供或自行蒐集所得證據而為判斷，而流於臆測：

刑事訴訟法第 206 條第 1 項規定，鑑定之經過及其結果，應命鑑定人以言詞或書面報告。所謂「鑑定之經過」，指實施鑑定之程序與步驟，包括鑑定之方法如何，因鑑定之必要所為資料、資訊之蒐集與其內容，為判斷之根據暨理由；又所謂「鑑定之結果」，即鑑定人就鑑定之經過，依其專業知識或經驗，對於鑑定事項所作之判斷、論證。因欠缺鑑定必要之資料所作成之鑑定結果，既無法以科學方法驗證其依據及推論過程，自不足以作為被告不利之認定依據³⁴。司法精神鑑定係以症狀與病因來診斷行為人有無精神疾病及其影響的嚴重程度，即使是不同的司法精神鑑定人，就相同之症狀與病因，也應為相同之判斷。則司法精神鑑定經過，自應採取司法精神醫學領域所普遍

³² 見註 1 判決書。

³³ 見註 2 判決書，第 36-41 頁。

³⁴ 最高法院 110 年度台上字第 6091 號判決參照。

接受之醫學知識、程序或檢驗標準，鑑定人並應基於醫學上的證據而為推論、判斷，不應採用無法驗證之臆測方法，致使其鑑定意見淪於主觀而失科學證據之再現性³⁵。鑑定人於法院說明其鑑定經過及結果，應依據法院提供或自行蒐集所得之證據，倘使用臆測性之推斷，非但削弱其鑑定結論之可信性，並且招致法院及當事人進一步詰問以澄清其使用臆測方法與鑑定結論間之關聯性，徒增鑑定人在法庭活動之不利處境，甚至造成鑑定人誤會法院已有成見，引發司法獨立之疑慮³⁶。

二、法官與司法精神鑑定人應瞭解彼此之角色、方法不同

依上述複數不同鑑定結論之成因分析，刑事訴訟現制既然允許複數鑑定，審判實務上自應儘量避免因複數鑑定而發生複數鑑定結果之可能性。而刑法第 19 條既採混合生理學及心理學之立法體例，就生理原因部分，委由司法精神醫學專家之鑑定結果為據，而由法官就心理結果部分，判斷行為人於行為時之責任能力，則法院與司法精神醫學鑑定人在個案上應基於相互合作 (cooperation)，而不相互污染 (contamination) 之原則，瞭解並尊重彼此角色之不同、處理證據或資訊方法之差異，相互合作以確保彼此有效並適切之運作關係，而共同完成發見真實之任務³⁷。

³⁵ 即所謂「弗萊法則」(Frye Test) 或「道伯特法則」(Daubert Test)，參最高法院 97 年度台上字第 6293 號判決、110 年度台聲字第 26 號裁定。

³⁶ 例如，鐵路警察命案，鑑定人於第二審接受詰問時，陳稱：「(問：根據現場乘客說被告一開始面對警察的下車勸說時，曾經開口表達說他願意下車，然後也有往前走了一、二步打算跟警察下車，之後又立刻反悔走回來拒絕下車，代表被告當時可以忍住怒氣，打算用採取攻擊警察以外的手段來解決，你還是認為他案發時沒有辨識能力、控制能力?)他有可能聽到幻聽跟他講你下車馬上就會死，他又下不了。」「(問：但是他沒有講到這件事?)都有可能，因為你沒有問」等語。相同批評意見，請見註 14 文，第 62-63 頁。

³⁷ 見 Nigel Eastman、Tim Green、黃致豪、Richard Latham、Marc Lyall 合著，台灣死刑案件司法精神鑑定實務手冊，The Death Penalty Project、台灣廢除死刑推動聯盟合作出版，2015 年，第 15 頁。

(一)法官應瞭解司法精神鑑定人與法院在任務上的差異性，採用完成任務的方法也有不同；法官對於司法精神鑑定意見關於生理原因鑑定部分的證據價值，也應充分尊重：

刑事審判與司法精神醫學鑑定，因其目的（有罪、無罪；有病、沒病）之差異，而在取得、採用證據或資訊以達成目的之方法當然也就不同。前者，法院審判的目的在依證據認定犯罪事實，方法上係以對抗、辯論（adversarial）方式，逐一檢驗當事人雙方所提出各項證據之證據能力有無與證明力高低，再由法官綜合各項經調查後之直接、間接證據，本於推理作用形成確信而為最終認定，單憑一項證據通常難以獲得正確之心證，必須有其他證據補強。而被告之陳述僅係多數證據方法之一，法院採信被告之自白或辯解與否，必須調查其他必要之證據，以察其是否與事實相符（刑事訴訟法第 156 條第 2 項、第 310 條第 2 款）。後者，精神專科醫師鑑定之目的，首在診斷受鑑定人（病患）於行為時有無刑法第 19 條規定之精神障礙或其他心智缺陷之疾病，方法上須主動與受鑑定人（病患）面談，探問病史，並參照家屬、在場人所提供之資訊、案件資料、醫療紀錄、學校紀錄、社工紀錄等文件，及相關之生理檢查、心理測驗等結果，以調查方式（investigative）盡力蒐集所得之資訊整體，涵攝對應至醫療規範（例如，DSM-5），再以「模式辨識」（pattern recognition）方式，做出病因診斷或責任能力判定。過程中重視的是資訊的整體觀察（例如，患者持續出現妄想、幻覺、解構的語言、異常舉止或僵直、負性等其中 2 項以上之症狀），是否已充分至足以做出診斷或判定（例如，符合 DSM-5 關於「思覺失調症」之定義）之程度。雖然，病患可能詐病（例如，偽裝在幻聽、幻覺下犯罪）以獲取有利之鑑定結

果，但精神專科醫師不能僅以病患主述缺乏其他資訊佐證為由（例如，病患之前並無幻覺經驗，復無其他在場人可以證明病患確有幻覺情形），逕為病患「沒病」之診斷。仍應依其專業知識或相關生理檢查、心理測驗結果，以「驗證假設」(hypothesis testing)方式評估其可信性（例如，假設病患陳述幻覺屬實，但卻不會描述幻覺經驗，或者幻覺持續不斷而非斷續出現、幻覺完全與妄想無關聯、說不出對付幻覺之經驗、自述對各種命令式之幻覺照單全收）。精神專科醫師經綜合觀察病患陳述之情節、與病患接觸之相關證人陳述或紀錄、客觀犯罪過程或相關病歷、檢查、測驗結果等資訊，倘足以證成病因診斷或責任能力判定，並說明排除病患捏造症狀或詐病之可能性判斷，以兼顧最終診斷結果之效度考量，方法上即不能認為有違反醫療常規或鑑定準則，所出具之鑑定意見亦具有證據能力。至於鑑定意見之信度（可信性）檢驗，法院固得依嚴格證據法則逐一調查鑑定結果所憑之各項證據（資訊）結果予以判斷。然精神專科醫師關於蒐集資訊、發現症狀、診斷病因及責任能力判定之過程，既係秉其醫學專業所為，並以鑑定人身分參與並協助法院發見事實，其鑑定意見對於不具有精神醫學專業之法官而言，復具有釐清事實之重要功能。法院就精神專科醫師對於病患面談或主述如何具有精神病診斷上重要意義之判斷，允宜傳喚到庭說明其所憑之精神醫學診斷準則，及判斷本件符合或不符合診斷準則之過程，兼及於其對不同意見或資訊解讀之看法³⁸。

例如，鑑定人判斷被告因其原有之「憂鬱症」惡化，且因長時間服用其父親之抗巴金森氏症藥物以致「藥物引發之精神

³⁸ 最高法院 110 年度台上字第 2048 號判決意旨參照。

病症」，在幻覺影響下縱火。關於被告於行為時是否因受「幻覺」影響而縱火，又是否有長期服用其父親之抗巴金森氏症藥物，固主要係依憑被告於鑑定時所為陳述。但鑑定人作成上開鑑定結論，係綜合：(1)被告住院病歷記載：案發之日，聽到閻羅王的聲音告訴自己：紙錢燒不夠，你必須奉獻自己肉體。(2)被告自述：本案之前，多年在精神科就診，並服用抗憂鬱劑及安眠藥，但並無幻覺症狀。惟父親過世，因圖一時方便，開始服用父親之前用藥，但覺精神狀況越來越恍惚，至案發當天第一次出現幻覺，仍不明所以，覺得是神鬼之聲。(3)依起訴書記載：陳員於案發當日在客廳以明火點燃衣物起火，確係縱火之人無誤。(4)觀察被告會談結果，其形式思考正常，自述僅在案發當日開始，以及後續於醫院醫療時有幻聽、幻覺症狀，清醒後即未再有幻覺。當日相關行為係直接基於幻覺之指示所為。(5)查得被告父親確在醫院領用抗巴金森氏症藥物，而該藥持續服用確有引發幻覺之可能。(6)被告應不熟悉該藥物之副作用而無法故意謀劃，並非僅以被告向鑑定人陳述為唯一判斷之依據。法官指摘該鑑定報告結論僅憑被告向鑑定人之陳述，並無其他證據補強（無藥物或藥袋佐證、無人在場佐證幻覺經驗），而不予採納，也未傳喚鑑定人到場說明其判斷過程，逕認被告並非受其幻覺影響而具有完全之責任能力，即有未合。

(二)司法精神鑑定人也應瞭解其最佳角色是協助法院發揮功能，至於被告有無責任能力之判斷則是法官無可旁貸的職責：

關於行為人是否罹患精神疾病，及其對於行為之影響程度，法律固委諸於鑑定，但行為人行為時有無責任能力（終極問題，ultimate issues），則應由法官進行判斷。儘管法官對於司

法精神鑑定結果之證據價值應充分尊重，司法精神鑑定結果對法官的心證而言，也具有高度之影響力，但鑑定人應瞭解其適當角色是透過與法律合作以協助法院發揮功能，而非以醫學身分介入影響司法，甚至穿起「白色法袍」，代替法官執行職權。縱使法院最終並未採取其鑑定意見，也應相互尊重，避免對法院之判斷指指點點³⁹。

三、建立法院與司法精神醫學鑑定之個案合作關係

刑事審判的目的在保障人權及發見真實，但真理是多面性的，無法克服因變遷而帶來的焦慮與不安。現代型法院應建構一個訴訟主體及法庭活動參與者都可以共同溝通、對話的理性平台，再由審判者經由程序所獲得之資訊，以合理推論建立「事實」去說服雙方當事人，甚至是社會中共同生活的其他個體。為了達成說服的目的，方法上必須透過程序參與者的合作、溝通，瞭解訴訟主體之歧見（爭點）後形成判斷結果，甚至進行被害人（家屬）修復。因為法院的最終判斷及修復的結果是透過合作、溝通而來，反映出來的就是對人的重視，而不是冰冷、沒有溫度的法律。上述現代型法院理想的實現，有賴法官同儕們在日常個案中以智慧、耐心引領型塑，再透過個案正義之逐步累積，慢慢形成司法共同正義，則人民信賴司法的目標，終不遠矣。

³⁹ 見註 37 手冊，第 15、87 頁。最高法院 57 年台上字第 3399 號判例意旨認：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。另最高法院 94 年度台上字第 2074 號判決意旨亦認：鑑定乃使有特別知識或經驗者，在訴訟程序上，就某事項陳述或報告其判斷之意見，藉以補充法院之知識，協助法院判斷事實之真偽，屬證據資料之一種。因鑑定僅具補充法院認識能力之機能，鑑定意見能否採取，屬證據說明力問題，賦予法院自由判斷之權，故鑑定結果，對法院而言，並無必須接受之拘束力，對於涉及專業事項之鑑定意見，法院除須經直接言詞的調查證據程序，調查鑑定意見之適格性與可信度外，仍應綜合卷內全部資料予以判斷，且應於判決理由說明得心證之理由，否則自有理由不備之違法。

法院在個案上如何建立與司法精神鑑定人之充分合作關係，本文認為法官應善用準備程序，透過當事人之參與並集中爭點，事前確定、完備囑託鑑定之相關事項；暨於鑑定人提出報告以後，確定鑑定人於審判程序應報告之鑑定經過、結論等內容，及法院、當事人欲詢問之事項，務使鑑定內容及鑑定人之報告趨近於客觀、完備。具體作法如下：

(一)準備程序於囑託鑑定前應確定之事項：

1.確定由何人或何機關鑑定

鑑定人之選任，審判中固係法院職權（刑事訴訟法第198條），但當事人依法既得拒卻（刑事訴訟法第200條），且涉及鑑定人有無司法精神醫學之特別知識經驗、敬業態度及鑑定品質之決定，仍宜徵詢當事人意見後慎選決定之。

2.確定囑託鑑定事項的內容

囑託鑑定事項的內容宜僅限於被告生理原因之鑑定，即：
(1)被告於行為時有無罹患何種符合DSM-5或ICD-11的診斷準則的精神疾病（並應排除具有相同症狀表現之其他精神疾病或人格障礙）？
(2)所罹患之精神疾病與犯罪行為之間的關係？即被告實行犯罪行為時，其精神症狀（妄想）有無或（有的話）如何影響被告以致犯罪之過程。
(3)精神症狀影響被告辨識能力及控制能力的程度（完全不能或欠缺、顯著減低、稍微減低或完全未影響）？
囑託鑑定函文不宜直接照引條文內容，逕以：「被告於行為時之精神狀態是否有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其依其辨識而行為之能力？」或「因精神障礙或其他心智缺陷，致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低？」作為鑑定事項。

另其他當事人於準備程序或以書狀爭執與司法精神醫學相

關之事項，例如：檢察官主張依被告縱火後經救護車送往醫院治療時之病歷記載其「意識清楚」，爭執被告於縱火時並未受其妄想或幻覺影響。被告辯護人則以病歷記載所謂「意識清楚」是指被告生理上的清醒程度，並非指被告於縱火時之認知或識別能力⁴⁰。究竟病歷記載被告「意識清楚」等語，與判斷被告行為時之識別能力有無關聯性，應一併作為鑑定事項。

司法精神鑑定的目的在確定行為人生理上是否罹患有精神疾病，及其精神疾病產生之症狀與犯罪行為間之關聯性，以協助法院判斷被告行為時之辨識能力及控制能力情形。故鑑定人就被告於行為時之心智狀態鑑定結果，鑑定書除應明確記載：被告罹患之精神疾病在精神醫學上的診斷病名（例如，思覺失調症，多次發作，目前急性發作；DSM-5 295.90）以外，宜就下列7個視角：(1)犯罪動機的瞭解可能性或不能瞭解；(2)被告對於行為的計畫性(或偶發性、衝動性)；(3)被告對於行為意義、性質及違反性的認識(4)被告對於精神疾病可能免責的瞭解(有無病識感)；(5)被告犯罪行為與其本來的人格之異質性(或親和性)；(6)被告犯罪行為有無一貫性或合目的性；(7)犯罪以後有無防衛或危險迴避舉動，提出相關說明，以供法官綜合判斷其行為時之辨識能力及控制能力有無受精神疾病影響及其程度⁴¹。

3. 確定提供的資料範圍

刑事訴訟法所謂「鑑定」，是一種調查證據的方法，乃法院

⁴⁰ 見註 38 判決書。

⁴¹ 參見日本「關於刑事責任能力精神鑑定書作成之指引」(刑事責任能力に する精神鑑定書作成の手引き，平成 18-20 年 括版，ver.4.0)，引自国立研究開発法人，国立精神・神経医療研究センター，精神保健研究所，地域精神保健・法制度研究部網站
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/07-01.pdf>。最後瀏覽日：2023 年 6 月 5 日。

或檢察官為取得證據資料，選任有特別知識經驗之第三人，就個案之特定具體事項，加以分析、實驗或臨床診斷而作成判斷意見，以供法院或檢察官參考⁴²。刑事訴訟法第206條第1、3項規定，鑑定之經過及其結果，應命鑑定人以言詞或書面報告。以書面報告者，於必要時得使其以言詞說明。故證據法上只有鑑定人作成之書面報告或其在法庭之言詞陳述，始具有證據屬性。鑑定人因鑑定之必要所蒐集之資料、資訊及其內容，只是「鑑定經過」之一環，如果鑑定人實施鑑定之程序與步驟，包括鑑定之方法、使用的資料，並未違反醫療常規或鑑定準則，其他具有相同特別知識經驗之鑑定人，以相同之方法、使用相同的資料，也會形成相同之判斷意見者，就應認其所出具之鑑定意見具有證據能力。當然，鑑定人如使用在審判上經判斷不具有證據能力或經證明係與事實不符之資料，是否因而影響其鑑定意見，乃鑑定意見之證明力問題，且仍可在審判程序於詰問鑑定人過程中予以調查、釐清，囑託鑑定前似不應剔除當事人有爭執證據能力之訴訟資料而不予送交⁴³。更何況精神疾病患者之病理變化過程，通常是一個持續性的過程，因而可以經由觀察、追蹤、研判其潛伏期、症狀起伏、治療與否及其療效，據以推斷患者在特定期間內可能之精神狀況。鑑定人為回溯調查被告於行為時之精神狀態，必須兼及被告在行為前、中、後一段時間軸內呈現之相關整體性資料，以憑判斷。特別是被告於行為以後，司法警察即時詢問被告、相關證人之筆錄，法律上均歸類為傳聞證據，但對於鑑定人而言，卻是最重要的判斷

⁴² 林山田，刑事程序法，2004.9，第423頁。朱石炎，刑事訴訟法（上），2003年10月，第214頁。

⁴³ 關於囑託鑑定送交資料是否以具有證據能力者為限之討論，見張永宏，論精神鑑定在國民法官審理之運用（中），2022年4月8日，司法周刊第2100期。

資料。如當事人不同意作為證據使用，即無證據能力，而不能一併送交予鑑定人參考，反而有害於真實之發現，恐非適當之見解。

此外，法院卷證資料浩繁，究竟哪一份文件與鑑定事項有關而具有參考價值，法院宜事先篩選，製成摘要目錄，除方便鑑定人閱覽、引用以外，亦有助於當事人檢驗鑑定報告與原始文件之適合性或關聯性。

(二)準備程序於囑託鑑定期間應配合、協助、溝通之事項：

司法精神鑑定人於接受囑託鑑定以後，因鑑定之必要，得經審判長、受命法官或檢察官之（書面）許可，檢查身體（或採取分泌物、排泄物、血液、毛髮等出自或附著身體之物）、進入有人住居或看守之住處或其他處所、檢閱卷宗及證物，並請求蒐集或調取，請求訊問被告、自訴人或證人，以及於審判長、受命法官或檢察官訊問時在場與請求直接發問之權利，甚至得請求留置鑑定（見刑事訴訟法第 204 條第 1 項、第 204 條之 1、第 205 條、第 205 條之 1、第 203 條至第 203 條之 4）。以上相關規定均係法律賦予鑑定人之權利，法院自應予以配合、協助。

又鑑定人使用之精神疾病診斷準則（DSM-5、ICD-11）、診斷模式（精神動力診斷、認知行為診斷）之不同，對於個案精神狀態表述之方式及應用的判斷準則也不一定相同，鑑定人自會選擇合適的模式，呈現對於個案的臨床觀察，以作為訴訟過程的佐證。但對於判斷行為人有無辨識能力、控制能力之操作準則（馬克諾頓準則？不可抗拒衝動準則？），法院則應事先於準備程序中透過與當事人及鑑定人溝通確定，避免鑑定人使用

法院所不認可之判斷準則（例如，杜漢法則⁴⁴），因而作成與法律規定不同之鑑定結論，致法院在個案上進退維谷，甚而出現再行鑑定、複數鑑定結果之窘境。

（三）準備程序於鑑定報告提交後、審判程序前應溝通之事項：

鑑定人於提交報告以後，報告結論不利之一方當事人自得聲請傳喚鑑定人到場詰問（刑事訴訟法第 166 條），鑑定人有到場義務（刑事訴訟法第 197 條準用第 178 條）及具結並真實陳述之義務（刑事訴訟法第 197 條準用第 189 條，刑法第 168 條），接受當事人詰問以檢驗其鑑定結果，並協助法院釐清相關事實。法院為準備詰問鑑定人，應先確定當事人雙方對於鑑定報告內容之爭點及醫學專業上不明瞭之相關事項，並於準備程序中告知鑑定人事先準備。

其次，法官必須同理鑑定人出庭面對公開審理法庭的壓力（被告、被害人家屬、媒體），出庭可能讓鑑定人飽受質疑而氣餒，應讓鑑定人事前有機會瞭解法庭指揮及交互詰問進行之方式，避免鑑定人事前未充分準備致無法因應詰問過程而受挫，進而誤會法院不尊重其專業意見，甚至質疑審判不公正或違反審判獨立原則，影響司法信賴。法院宜先召開準備程序，向鑑定人說明交互詰問進行的方式及可能詢問的事項（待證事項）。包含：關於鑑定人適格性方面（鑑定人專業部分的提問，例如，專科訓練後第幾年、做過幾例司法精神鑑定、有無類似案件的鑑定經驗等）；鑑定程序方面（有無診視被鑑定人、是否給予詳細的說明，是否採用誘導式的鑑定等）；鑑定方法方面（心測工

⁴⁴ Durham v. United States 一案，巴澤隆（David L. Bazelon）法官指出：如果被告的非法行為是精神疾病或精神缺陷的產物，就不承擔刑事責任（an accused is not criminally responsible if his unlawful act was the product of mental disease or mental defect.）。引自註 19 書，第 291 頁。

具或相關評估的選用是否適合個案、報告完成的過程等)；鑑定依據方面(診斷標準、診斷模式、診斷依據、判斷原則等是否符合相關的證據法則與科學性)；鑑定內容方面(論述前後內容是否一致、與卷宗、病歷等資料是否有衝突等)及鑑定結論方面(達成結論的邏輯、準據)等。

鑑定人面對法庭之交互詰問，則應具備以下能力：(1)研究並熟稔個案相關之資料及推論過程；(2)獨立超然；(3)能分辨事實與觀點；(4)能清楚說明自己的觀點論據。鑑定人要在法庭上展示上述能力，前提是要有一份論述完整的鑑定報告。換句話說，口頭陳述要好，好的書面報告絕對不可少。如果書面報告提出結論前，已審酌所有的資料，而且推論清楚、結論明確，還恰如其分的交代了與自己看法相左的見解，甚至可能降低法庭陳述的可能性⁴⁵。

伍、結論

本文選定以思覺失調症患者因妄想發作而犯殺人事件之案例為題，分析案例1、2發生不同鑑定結論的成因，再依分析所得，提出審判上事先防免的建議方案。

本文認為法院與司法精神鑑定人在個案中扮演的角色及使用的方法均不相同，但追求發現真實的任務，則並無二致。雙方應基於相互合作，而不相互污染之原則，相互合作以確保彼此有效並適切之運作關係。法官對於司法精神鑑定意見關於生理原因鑑定部分的證據價值，應予充分尊重；司法精神鑑定人也應瞭解其最佳角色是協助法院發揮功能，至於被告有無責任

⁴⁵ 見註37手冊，第71頁。

能力之判斷則是法官無可旁貸的職責。在此共同認知的前提下，建立法院與司法精神醫學鑑定的個案合作關係。法院方面，相關具體建議作法，包含慎選鑑定人、確定囑託鑑定事項的內容、確定提供之資料範圍、配合及協助鑑定人因鑑定必要之請求、溝通鑑定報告使用之判斷行為人有無辨識能力、控制能力之操作準則，暨於鑑定人提出報告以後，事先說明交互詰問進行的方式及可能詢問的事項（待證事項），俾使鑑定人得以在出庭前充分準備，避免因面對詰問受挫而傷害與法院間的合作關係，進而指責法院違反審判獨立或審判公平原則，影響人民對司法的信賴。