

台灣死刑案件 司法精神鑑定實務手冊

Handbook of Forensic Psychiatric
Practice in Capital Cases in Taiwan

Nigel Eastman

Tim Green

黃致豪 Leon Huang

Richard Latham

Marc Lyall

合作單位



Forensic Psychiatry Chambers

致謝

本手冊之出版須感謝英國在台辦事處的慷慨贊助，在此謹致謝忱。

死刑專案（The Death Penalty Project）及台灣廢除死刑推動聯盟感謝 Nigel Eastman 教授、Richard Latham 醫師、Marc Lyall 醫師、黃致豪律師及 Tim Green 醫師撰寫這本手冊。對於台灣精神健康專業人士或參與刑事司法審判的人員來說，這是一本不可或缺、實用且訊息豐富的手冊。

我們也感謝趙儀珊助理教授及黃聿斐醫師，在手冊撰寫及編輯過程中所給予的協助及意見。同時也非常感謝台北律師公會及法律扶助基金會支持及協助這本手冊的出版及後續相關訓練活動。

© 2015 作者

版權所有，翻印必究。本出版物刊載之所有內容，非經作者書面許可，不得以任何形式或以任何工具（電子、機械、影印、錄製或其他工具）翻印、儲存於檢索系統。

如需索取報告，敬請聯繫：

The Death Penalty Project
8/9 Frith Street Soho
London
W1D 3JB

台灣廢除死刑推動聯盟
taedp.tw@gmail.com
+886 (0)2 23951158

索引

前言 (Nigel Eastman、Richard Latham)	vii
第一章：臨床司法精神醫學與法制精神醫學	1
一、各類法醫資源間的關聯	3
二、刑事司法與法院資源	3
三、監所的精神衛生服務	4
四、精神病犯戒護療養機構的相關服務	4
五、特定類別的工作團隊	4
六、中低發展經濟體的法醫資源	5
第二章：法律與精神醫學	7
一、精神醫學與法律系統的目標	8
二、精神醫學與法律間的張力	8
三、不同語境中的詞彙運用問題	8
四、探問方式	9
五、學科衝突的實務問題	9
六、重點在於認清脈絡	10
七、醫學與精神醫學vs. 心理學	10
八、終極分歧	10
九、自創性vs. 彈性	11
十、語境之轉譯	11
十一、將轉譯的失誤降到最低	12
十二、精神醫學作為司法精神鑑定專業	12
十三、「起於目的之構念」的細節	12
十四、資訊運用	13
病史vs. 證據	13
十五、收集與選擇資訊的方法	14
十六、司法精神醫學專家的意義	14
十七、精神醫學與法律之雙向關係	14
精神醫學與法律的關係是雙邊關係	14
十八、藉由相互了解保持彼此界線	15
十九、相互合作但不相互污染	15
二十、精神醫學與刑法體系是否有目的混淆的風險？	15
二十一、結論	16

第三章：精神疾病與犯罪行為	17
一、功能性精神疾病（含妄想型思覺失調症）	18
二、酒精及藥物濫用與依賴	18
三、人格違常	19
四、躁症	20
五、鬱症	20
六、創傷後壓力症候群	20
七、亞斯伯格症及其他類型自閉症	21
八、學習障礙	21
九、後天大腦損傷	21
十、癲癇與睡眠失調	22
十一、結論	22
第四章：司法精神醫學衡鑑	23
一、概覽	24
二、為何應該注意脈絡？	25
目標不同的影響	25
死刑案件各階段的差異	25
關係的差異	25
三、接受委託之前	26
四、死刑案件常見問題	27
五、面談之前	28
六、資訊來源	28
七、衡鑑	29
環境	29
同意	29
面談	29
口譯者	31
筆記	31
應該寫下詢問的問題（與回答）嗎？	31
應該見被告一次以上嗎？	31
八、間接證據	31
九、身體檢查與專門檢查	32
十、人格衡鑑	32
十一、心理測驗	33
十二、死刑案件之醫學參與	33
第五章：心理衡鑑	35

一、運用心理測驗	36
心理測驗與其他訊息來源	36
選擇測驗工具	36
二、衡鑑臨床症狀及症候群	37
衡鑑情緒症狀	37
人格衡鑑	37
病前智力功能衡鑑	37
目前智力功能衡鑑	38
物質誤用	38
記憶障礙症/失智	38
詐病	40
外傷導致的腦損傷與其對行為的影響	41
受暗示性與順從性	42
三、心理學與法律問題	42
第六章：精神醫學的診斷與判定	43
一、診斷過程	44
二、分類	44
三、效度與分類	45
四、精神醫學診斷、行為與犯行	46
五、診斷死刑案件當事人的特定考量	46
智力失能	46
六、精神醫學上的「判定」	47
七、詳述精神醫學判定	47
第七章：風險評估	49
一、重視實務過程不著墨理論	50
二、以法律目的為導向的風險評估	50
三、風險評估本身就有倫理問題	50
四、定義	50
五、風險評估概述	51
六、清楚自己所進行的事	51
七、一切都可能發生，但發生預期結果的或然率有多高？	51
八、幾種不同類型的衡鑑方式/資料蒐集方法	52
九、精算式的評估	52
十、結構式的臨床判斷	53
暴力史	53
精神醫學因素	54

物質誤用	54
頭部外傷	54
心理因素	54
情境因素	55
十一、比較精算式與臨床式評估的方法	55
十二、暴力風險：觀點與判斷	56
十三、靜態與動態風險	56
十四、保護因子	56
十五、對暴力行為的「判定」	56
圖1：判定圖表示例	58
十六、結論	59
第八章：報告撰寫	61
一、目標	62
二、一般建議	62
要促成上述目標，報告架構就是關鍵	62
三、報告架構	63
四、引言	63
五、被告晤談	64
六、心智/精神狀態檢驗	64
七、從晤談以外管道獲得的資料	64
八、個人見解	65
其他可能見解	66
診斷	66
醫學的極限	66
九、對報告架構的建議	67
十、內容揭露	68
十一、報告增修	68
十二、需要留意的問題	68
第九章：出庭作證	69
一、開庭時間點	70
二、準備出庭	70
三、開庭程序	72
一般建議	72
開庭之前	73
主詰問	73
反詰問	74

再次交互詰問.....	75
覆主詰問.....	75
覆反詰問.....	75
詰問專家證人的規則.....	76
第十章：審前衡鑑與報告相關議題.....	77
一、審前衡鑑的原則.....	78
應運用衡鑑相關總則（見前章）.....	78
二、了解警方警告之能力.....	78
三、接受偵訊之合適性.....	79
四、自白的可靠性.....	79
與自白有關的心理衡鑑.....	80
五、審判時心神喪失.....	81
審判時心神喪失之精神醫學衡鑑.....	82
六、結論.....	82
第十一章：衡鑑與報告：以精神狀態異常為由進行抗辯.....	83
一、引言.....	84
二、心神喪失.....	84
臨床衡鑑.....	85
三、神經性的疾病.....	85
四、減輕（刑事）責任.....	86
五、失憶.....	86
失憶－臨床議題.....	86
六、酒精或藥物中毒.....	87
七、本章摘要.....	87
第十二章：量刑相關的衡鑑與報告.....	89
一、引言.....	90
二、刑罰的減輕因素.....	90
三、精神疾病對量刑的影響.....	91
四、量刑相關的衡鑑.....	92
五、從輕量刑所需的報告.....	93
六、危險性與風險.....	94
風險評估.....	94
報告.....	95
七、「惡性重大至極」與「已無教化可能」.....	96
八、懊悔.....	96

九、結論.....	96
第十三章：特赦聽證的相關鑑定與報告撰寫.....	97
一、精神/心智疾患的性質.....	98
二、臨床鑑定.....	98
三、針對減刑聽證的報告.....	98
第十四章：死刑受刑能力之衡鑑與報告.....	99
一、關於「恢復死刑受刑能力」之治療的建議.....	100
第十五章：死刑案件中司法精神醫學與心理鑑定之倫理議題.....	101
一、何謂臨床倫理？.....	102
二、責任衝突與雙重角色.....	102
三、原則.....	103
四、專業性.....	104
五、倫理準則.....	104
六、價值觀、偏見與客觀.....	104
七、與被告的關係.....	105
八、知情同意.....	105
九、醫師或司法鑑識人員.....	105
十、與死刑執行的距離.....	106
判決.....	106
減刑.....	106
死刑受刑能力.....	106
十一、治療以恢復死刑受刑能力.....	107
十二、結論.....	107
附錄1：精神衡鑑量表簡表.....	110
附錄2：心理衡鑑工具建議清單.....	111
附錄3：診斷分類－參照DSM與ICD.....	114
附錄4：倫理規範.....	125
作者.....	130
「死刑專案」組織簡介.....	132

前言

司法精神醫學包括心理疾病與犯罪行為之精神醫學，亦即臨床司法精神醫學，以及與精神醫學相關的民法、刑法或法律精神醫學。

民法有些部分與所有具有精神疾患者相關，最明顯的莫過於精神衛生法，但民法的其他部分也可能與他們有關。

然而，具精神疾患的犯罪行為人既可能成為刑法的適用對象，實務上也更可能適用於心理衛生法與其他法律。

因此，臨床司法精神工作者涉入法律精神醫學的程度，也可能會比進行一般精神醫學業務時來得更深。

換言之，臨床司法精神醫學的工作不只包括衡鑑與治療具精神疾患的犯罪行為人，更包括為了法律目的而衡鑑、報告他們的情況。在很多時候，臨床司法精神衡鑑的唯一目的的確是為了向刑法審判提出報告。

本手冊專為協助在臺灣從事與死刑審判、判決聽證、上訴與減刑聽證之相關心理衛生領域專業人士及律師而設計，但內容大致參照另一本為了現在還維持死刑的英美法系國家（特別是加勒比海與東非國家）的手冊。本手冊著重於一般司法精神醫學實務原則，大多數內容適用於採納心理狀態作為抗辯或減刑理由的司法轄區。

為提高本手冊於心理衛生與法律脈絡下的實用性，我們主動縮限了廣度與深度，為維持形式簡要，便不再加列參考資料來源。因此，我們願在此明確聲明：本手冊深深仰賴眾多的作者的研究成果，我們感謝他們，也承認他們作品的著作權。關於一般司法醫學實務更詳盡的資料，可參照 Eastman N, Adshead G, Fox S, Latham R, Whyte S 所著，由牛津大學出版社在 2012 年出版的《牛津司法精神醫學專家手冊》，惟該書亦未列出參考資料。

本手冊是獨立的單本實務工作手冊，主要提供台灣處理死刑案件的精神醫學家、心理學家、律師、檢察機關與法院使用。本手冊討論範圍含括死刑案件審理過程的各個階段，從逮捕、警方偵訊、判斷嫌犯是否適於抗辯，到受審、宣判、上訴與聲請減刑等各個階段。因此，本手冊不僅探討審判時提出「精神狀態抗辯」的問題，也討論死刑案件各階段都可能發生的精神－法律相關議題。

雖然本手冊是為了參與審判的精神衛生與法律工作者而設計，但並無意提供任何絕對的法律詮釋。我們想做的是描述法律跟精神科學之間的「前緣」，並協助心理衛生工作者與律師在探索此一領域。因此在個別案件中，主要仍需依其所適用的法律細節作判斷。我們必須特別強調：本手冊並無意提供法律建議。

本手冊的宗旨是作為可靠的資訊來源，為臨床人員跟律師提示重點與解釋，並提供審判過程中的適切臨床指引，既討論臨床衡鑑原則，也建議如何在法律攻防中有效提出醫學證據。本手冊清楚描述診斷原則與實務，也著重國際間接受的精神障礙國際分類系統。本手冊處理的問題也包括：由於診斷的性質不同、法律問題的差異，在審理過程中採用專家醫學證據所引起的問題亦將大相逕庭。

為上述目的，我們勾勒了一套司法精神衡鑑與報告書寫的框架，包括在法律的特殊脈絡中描述、檢驗衡鑑對象的病史，在這個脈絡中，衡鑑對象通常不被視為「病患」，而被視為「被告」或「上訴人」。

我們也進一步處理法律脈絡下診斷結果的驗證，以及如何運用適當的法律手段挑戰診斷結果。手冊也討論了一些所有司法精神醫學實務都會遇到的倫理議題，但特別著重與臨床衡鑑及死刑案件衡鑑報告有關的倫理問題。

本手冊並不僅只為「閱讀」而設計，更是為提供英國司法精神醫學會、死刑專案、台灣廢除死刑推動聯盟、台北律師公會及法律扶助基金會之教育與訓練活動之用。因此，本手冊可充分作為該類教育與訓練之「教材」。

最後，由於手冊的許多內容亦可用於死刑案件之外的刑事案件，我們希望未來能進一步拓展本手冊的使用範圍。

Nigel Eastman

Richard Latham

倫敦

2015年8月

誠如序言揭示，臨床司法精神醫學（clinical forensic psychiatry）是同時觸及精神疾患與偏差行為面向的精神醫學；法制精神醫學（legal psychiatry）則含括精神醫學領域整體所牽涉的各民事、刑事法律層面。綜合臨床司法精神醫學與法制精神醫學兩者的內涵，即構成司法精神醫學（forensic psychiatry）。

本手冊著重呈現臨床司法精神醫學的諸多面向。至於死刑審訊、量刑、赦免聽證及死刑執行，由於本質上與法律的關係較為密切，相關內容請參酌由法律專家撰寫的另一本手冊。儘管司法精神醫學與法律屬於不同領域，但兩者仍因「精神醫學在司法程序中所扮演的角色」而產生交集。本手冊因此臚列司法鑑定議題（大致上可參見第2章），協助讀者認識這兩者在死刑案件中彼此交會的「新領域」；部分章節也將分別針對案件審前及審理階段，就相關精神鑑定執行及報告撰寫提出建議，相關內容會說明以精神失常為辯護理由、量刑聽證、赦免聽證等實務所需的各項報告，並在詳述各相關鑑定項目後，再建議妥適執行與撰寫報告的方式，以俾執行及撰寫都更切合個別鑑定項目「命題」，也讓相關精神醫學或心理專家能採用更符合法律實務工作者認知的用語。

由此可見，死刑案件在各階段法律程序的臨床資訊呈現、相關研究方法，才是本手冊關注的重點。同理，針對臨床司法精神醫學在醫療院所內的多元實務面向，手冊將僅就攸關訴訟程序的臨床資訊提供指引。如果為因應法院裁定或民事案件相關精神衛生法令規定、需針對精神病犯進行評估或治療，因而希望參考相關「綜合攻略指南」，我們會建議另行查閱《牛津臨床司法精神醫學專科手冊》（Oxford Specialist Handbook of Forensic Psychiatry）等內容更為完整的教科書。

此外，探究臨床司法精神醫學在法院中的實務，並非本手冊初衷，本手冊也力有未逮。這本手冊基本上會針對《牛津手冊》常觸及的主題濃縮其內容，並特別著墨死刑案件的精神醫學應用。舉例來說，本手冊第3章以精神疾患與暴力之間的關聯性為主題，但篇幅就遠不如《牛津手冊》相關章節；本手冊的主要目的，原則上是要協助讀者了解個別主題的基本要素，並獲得足以對相關主題「心領神會」的梗概知識。

同理，讀者不難發現手冊的「危險評估」（risk assessment）章節也相對精簡，且相關內容主要聚焦於因應法律程序需求提出危險評估；手冊也論及不證自明的「第一原理」（first principles），但其中關於司法精神醫學「倫理議題」與「倫理抉擇」的部分，也同樣會著重在臨床醫師經手死刑案件可能面臨的倫理議題。

由前述可得知，臨床司法精神醫學的關注重點，就是《牛津手冊》指出的——在於評估治療各種與偏差行為有關聯性、但未必與之具有因果關係的精神疾患；病患是否經判決有罪則不在考量範圍。與臨床司法精神醫學交集最密切的領域，當屬法律及法制精神醫學；因此，臨床從業人員務必對法律實務有充足認識。舉例而言，如果不了解相關法規，當然就無從進行協商、要求刑事司法體系將病患交付心理治療。要有效執行臨床司法精神醫學實務，且作為均符合倫理考量，前提就是要充分瞭解法律與訴訟程序，以及此兩者和精神醫學實務交集的範疇（參見本手冊第2章）。至於法制精神醫學，其範圍則是涵蓋所有與精神疾患相關的法律層面，也包括病患的治療照護。總而言之，精神

醫學與法律兩領域間的關係是雙向的：各類民事與刑事法律實務都需要整合精神醫學證據，才能為案件建立與釐清脈絡；援引相關法令，也有助精神醫學達成特定臨床目的或規範臨床實務。不過，衡諸所有精神醫學分支學科，這種雙向關係在司法精神醫學中的份量可謂最重，也構成司法精神醫學的核心。

誠如第2章所言，法律與精神醫學分屬不同領域，既然兩者目的大相逕庭，為達目的所採取的方法（method）當然迥異，也因此導致彼此間的自然緊張關係（natural tensions）。精神醫學為求「人類福祉」，建立了種種有關「心理情況」的構念（construct），而法律領域也為其追求的福祉，針對相關心理機制與狀態建構了各種精巧概念與說法；但兩領域與心理有關的構念，彼此之間可謂大異其趣。

從以上說明及《牛津手冊》即可得知，對人類福祉的追求，即是精神醫學構念的框架；探究疾患以徹底扭轉失序狀態或其影響，自然也是精神醫學構念的內涵之一。相對的，法律追求抽象正義，有時得被迫在各方的利益衝突間求取平衡。不過，同一領域的分支學科也可能採取不同的構念模式。

舉例來說，在審理階段，刑法最關注的是責任能力（responsibility）或可罰性（culpability），由於強調正義而非福祉，因而在認定（眾多）精神疾患上，一般傾向採嚴格標準，但針對量刑（有時是考量要保護社會大眾）的構念就相對鬆散，且如前述、並非以當事人利益為依歸。但若因判決本身牽涉到執行精神衛生法規，則自然會將病患福祉納入考量。

和法律及司法系統相較，醫學領域的「價值體系」（value set）極為不同；醫事人員為服膺法律程序需求而運用醫學知識與技術，勢必會面臨包羅萬象的倫理難題與拉鋸；尤其，醫學和法律領域的倫理基準不同，醫學從業人員等於是在相對陌生的情境中，為法律程序提供醫學證據（詳見第15章）。

一、各類法醫資源間的關聯

司法精神醫學的英文原文為forensic psychiatry；forensic此處指涉精神醫學領域內與法律實務相關的部分，也就是提供給精神病犯的臨床資源—其中部分與精神醫學或司法精神醫學相關，但與此兩者性質不同者也所在多有。本節將說明各類法醫資源及其執行範圍。

二、刑事司法與法院資源

幾乎各種專業團體都有出庭作證的能力，因此才會出現所謂的法醫昆蟲學家、鑑識會計，及大眾較熟悉的法醫病理學家；提供專家證詞的心理學家與精神醫師固然臨床實務不同，但兩者均稱為「法醫從業人員」（forensic professionals）。

1 此段內容多摘錄自《牛津臨床司法精神醫學專科手冊》（Oxford Specialist Handbook of Forensic Psychiatry），且適用於英國體制。

一般精神科醫師、精神復健專科醫師、藥癮戒治服務、精神醫療資源或司法精神醫療機構內的精神科醫師（多為司法精神醫學專家），都是犯罪者接受精神衛生臨床服務的管道。在以往，只要細數冠上「forensic」的英文詞彙，就知道有哪些適用於管理犯罪者、「具危險性」的患者的服務；不過，還有更多其他新興資源，也即將應用於相關管理用途。

三、監所的精神衛生服務

2006年起，英國政府在獄中設立專責保健中心，藉以將健保體系（NHS）的精神衛生服務觸角伸入監所系統，工作人員多為社區內的精神專科護士，有些則屬精神醫學或心理諮商專業，其中包括一般成人精神衛生醫事人員，也包括了法醫實務工作者；監所內也持續由編制內的司法精神醫學專家提供心理衛生服務。

中低發整程度經濟體的此類機制則通常較為零星、有待整合協調。

四、精神病犯戒護療養機構的相關服務

以機構內的「司法醫學」從業人員類別來看，英國的精神病犯戒護療養單位與一般精神療養院並無二致；在戒護療養單位執行處遇的人員，包括精神醫學專家、臨床心理師、藝術治療專家、醫學暨心理治療專家（medical psychotherapist）、護理師、醫療保健助理、職能治療師、社工員與藥劑師；較例外的，則是部分戒護療養機構也會看重司法精神醫學專家管理犯罪者的能力、將其納入編制。大致上，在因應重度病情、通常有長期且嚴重暴力史、經長期收容者方面，「司法醫學」精神衛生專家經驗相對豐富，這也是他／她們和其他前述專家最大的不同。

上述服務有賴各類專家支援，中低發展的經濟體多半資源有限，即使心有餘也可能力不足，因此多半只得仰賴一般精神衛生體制提供相關照護。

五、特定類別的工作團隊

司法精神醫學專科醫師（forensic psychiatrist）：在取得精神科醫師執照後，還另行完成司法精神醫學專科訓練。

臨床心理師（clinical psychologist）：如果要司法體系內執業，則需具備一般臨床心理學訓練並取得博士學位；通常與跨領域工作夥伴協力，在團隊中多負責執行心理鑑定與形形色色的處遇服務，或就相關事務進行協調；其特殊專業在臨床心理學界逐漸自成一格，堪可比擬司法精神醫學專家在精神醫學領域的情況。

司法心理專家 (forensic psychologist)：專業養成迥異於一般臨床心理師，且通常需針對法醫相關主題取得碩士學位，未必曾在監所外的一般精神衛生機構執業；通常直接針對非關精神疾病的偏差行為本身；多於獄中執行危險評估，或督導犯罪者心理衛教方案。

司法心理治療專家 (forensic psychotherapist)：擅長應對精神病犯，未必具備醫師執照；執業內涵包括提供相關專科服務、帶領個人或團體處遇、或為跨領域司法團隊提供諮詢建議及督導。

犯罪學家 (criminologist)：探究犯罪行為與犯罪者；在英國，犯罪學家不直接涉入精神病犯的照護。不過，許多精神病犯的犯罪成因複雜、無法單歸咎於精神疾患，因此，犯罪學研究影響深遠、也貫串本手冊各章節。

緩刑監督官 (probation officer)：若對回歸社區的精神病犯進行追蹤輔導，通常都會請心理衛生從業人員支援，處遇措施以降低再犯危險性及促成心理復健為目標。英國的監督官也在性侵案加害人的處遇方案中扮演特定角色—通常主導相關協調，但有時也需要精神衛生資源襄助。此外，監督官及司法精神醫學專家之間，可能會因量刑所需的相關報告而需彼此交流，甚至成為協力夥伴。

六、中低發展經濟體的法醫資源

上述通行於英國的司法精神醫學專家服務，對於醫療與刑事司法體系資源有限的中低度發展國家而言，通常可望而不可及，小規模經濟體系要配置這些資源更是難如登天。在這樣的情況下，儘管一般精神衛生體系接觸複雜司法案件的機率不高，但仍需未雨綢繆、充實相關應變能力—與司法體系進行協調的實力亦不可或缺。提升一般體系的能力，才是相關各界的真正課題，本手冊因此以改善一般精神衛生體制從業人員的培訓為目標。

一、精神醫學與法律系統的目標

精神醫學與法律的關係是司法精神醫學的核心。因此，無論是進行臨床司法精神醫學評鑑，或是提供法庭或仲裁機構精神醫學證據，了解法律系統的目標及其提出、回應問題的方式都極其重要。

二、精神醫學與法律間的張力

法律的核心目標是維護正義，醫學的核心目標則是追求人類福祉。醫學資訊應用於法律問題而產生之種種爭議，皆導因於兩者目標間的深刻差異。

三、不同語境中的詞彙運用問題

不同學科的目標及其參與者的興趣，決定了該學科所運用的構念（*constructs*）及其探問方式（*methods of inquiry*）。精神醫學作為醫學的分支，其所使用之構念如「診斷」（*diagnosis*）、「心理狀態」（*mental state*）等，目的在於界定造成其所面對之人不便的狀況（*conditions*），而這些狀況是有可能透過醫療介入而緩解的。

就醫療「語境」而言，如「思覺失調」（*schizophrenia*）、「雙極性疾患」（*bipolar disorder*）和「失智症」（*dementia*）等詞彙，代表的是診斷（*diagnoses*）；另一方面，「思維異常」（*thought disorder*）、「憂鬱情緒」（*depressed mood*）、「非人化」（*depersonalisation*）指的是心理狀態異常（*mental state abnormalities*），這些異常狀態的要素可能不只出現在一種診斷中，也可能意指個人因其「條件」（*conditional*）而遭受之失能（*disability*），這些異常狀態往往也是醫師希望緩解或處理的，但某些時候，這些失能可能與法律相關（俟後述）。

同樣地，心理學也自行定義其心理構念，而這些構念可能、也常常不同於源出醫學或精神醫學的構念（俟後述）。

相反地，諸如「心理異常」（*abnormality of mind*）、「心神喪失」（*insanity*）、「心理疾患」（*disease of the mind*）、「責任」（*responsibility*）、「認罪答辯能力」（*fitness to plead*）、「受宣判死刑能力」（*fitness to be sentenced to death*）、「死刑受刑能力」（*fitness to be executed*）等詞彙，只會出現在法律範圍，也只具法律意義，它們是「為法而設之詞」（*legal artifices*），用意在於滿足正義的法律目的，尤其是解決個人法律問題。

為法律目的創設法律用詞時，其法律方法有時是界定自身的「心理概念」（*mental concepts*），例如「意圖」（*intention*）、「心理疾患」（*disease of the mind*），甚至「心神喪失」（*insanity*）皆屬此類。

某些字或詞的意義，會因使用於醫學或法律領域、或同時出現於兩者論述（discourses）之中而顯得模糊，例如「心理疾病」（mental illness）、「心理失常」（mental disorder）、「精神變態」（psychopathy）、「精神變態疾患」（psychopathic disorder）、「治療」（treatment）、「心理疾病治療」（treatment for mental disorder）等等。

法條中關於心理功能之法律構念數不勝數，它們可能看似心理名詞（mental terms），而醫學定義的心理功能可能與它們顯著相關。

因此，當讀者遇上或使用一個顯然像是「心理」的詞彙時，她/他應該明確思及：「這個詞來自醫學、心理學或是法律呢？」因為醫學專家若要在法律脈絡中發揮有效功能，釐清詞彙的起源與本質是十分重要的。

最後，若某一詞彙具有明顯的「道德」要素，其起源即是法律（除非該詞彙源於倫理學或哲學），因為法律的本質就是規範性或道德性的。不過醫學亦有其主體性，也能納入隱含道德成分的構念。

四、探問方式

精神醫學、心理學和法律的探問方式都不一樣。醫學的探問方式都是調查式（investigative）的，根據所有取得的資訊做出判斷，但某些資訊被認為更具判斷價值。相反地，法律既在方法上採對抗式（adversarial），對於可納入對抗過程的資訊又設下重重限制（restrictive），話句話說：為「公平」（fairness）之故，哪些資訊可被納為「證據」（evidence）有所限制。因此，心理醫師會以「驗證假設」（hypothesis testing）的方式衡量其所獲得的一切資訊，法律的假設則是：透過對照相斥而有限制的資料、彼此論辯，並「判斷」（judging）兩方的立場何者更強，「真相」（至少部份真相）可以浮現。

心理醫師為形成看法，可能希望運用在法律上不被接受的資料，但典範上的衝突將使其陷入深沉的倫理困境。

五、學科衝突的實務問題

由於精神醫學與法律之間具有這些龐大差異，精神醫師和心理學家於出庭時可能深感不自在，因為他們一方面會面臨對抗式的（adversarial）問題，另一方面卻希望能以調查式的方式回答問題，可是他們又被禁止這樣作答。

六、重點在於認清脈絡

很重要的是：無論是臨床醫師或律師，都必須明確認知他們是在何種脈絡之中使用某個詞彙，當某字或某詞同時出現於醫學（或精神醫學）與法律，或是法律使用其自創之「心理概念」時，尤其如此。也就是說，無論是醫學領域的「實證性」（positive）用語（指涉某物之實存狀態），或是法律領域中的「規範性」（normative）用語（人為創設而/或本質上是具有價值意涵的），如果兩方無法認清被使用的詞彙的「起源」（或「雙重起源」），該詞彙便有在「錯誤語境」（wrong discourse）中遭到誤用且/或誤解意義的風險，因為它原本應在特定學科脈絡中使用。

七、醫學與精神醫學 vs. 心理學

即使在心理健康學科中，詞彙的意義也常有分歧，探問方式亦不盡相同（請參考前文與後文）。廣義而言，精神醫學作為醫學的分支，採用的是「範疇式」構念（‘categorical’ constructs），而臨床心理學採取的是「面向式」構念（‘dimensional’ ones）

精神醫學與心理學在構念及探問方法上的差異，注定它們彼此與法律、法律過程間存在許多歧異（incongruities）。廣義來說，精神醫學比心理學更不會與法律衝突（incongruous），因為其所使用的方法更範疇式、「二元式」（binary），便更不致與法律同樣採取的「二元式」方法衝突。因此，醫生上證人席後或許可以沉著回答問題（例如「請教醫生：他是否生病了呢？」），而臨床心理學家可能更傾向單純描述人口上的統計資料。²

八、終極分歧

終極上說，所有心理健康科學的目的都是個人福祉，並預設個人應該能從治療中獲得一些健康利益，偶爾甚至能讓其他人也因此得益（例如第三方潛在受害人）。法律的關懷則是人人享有正義，不僅要顧及被告的權利、受害人的權利，也要關懷整體社會的權利。對於患者福祉與公眾保護間的艱難平衡，心理健康專業照護者與法律人員的思考重心必有不同。心理學與法律所關懷的價值具有潛在差異，但它們必須處理與彼此相關的問題，兩者之間的對話與交涉不僅涉及倫理、涉及法律，也是艱難而極其重要的。

² 雖然醫學、精神醫學、心理學之構念的本質及延伸意義有所不同，但它們的共同性已足以與法律中的心理構念區分，自此處起除非特別區分，讀者可自行分辨「醫學」或「精神醫學」，以推論是否含括心理學。

From here on, even though the constructs of medicine, or psychiatry, and psychology are distinct in their nature and derivation, they have sufficient in common at least to be distinguished from mental constructs which occur in law, such that the reader should interpret ‘medicine, or ‘psychiatry’, to infer the inclusion of psychology, unless we specify a distinction.

九、自創性 (Autopoesis) vs. 彈性

不同程度的歧異

由於法律方法在不同法律脈絡之下，或多或少是二元式或範疇式的，其與精神醫學或心理學的分歧程度可能也隨之不同。舉例言之，刑事審判在意的是有無責任，因此對（諸多）精神疾患（mental disorder）的界定相當嚴格，重點當然也在處理正義³相關問題，而非人類福祉。相對而言，判決（sentencing）所使用的構念與公眾保護有關，定義往往較為寬鬆，但也同樣不涉個人福祉（除非判決是以心理健康法條為本）。當然，在所有刑事領域中使用的構念，截然不同於醫學、精神醫學與臨床心理學使用的生物學或心理學構念，畢竟後三個領域的主要關懷是疾病成因與/或治療。

與前述相關的是，「自創性」（autopoesis）與「彈性」（reflexivity）指的是法律的開放性，或其採用其他學科所使用之概念的能力。

舉例來說，家事法相對而言更具彈性，它採用寬鬆的概念與程序，也能大範圍採納各式專家證據與構念，而且一般說來不致明顯扭曲證據或遭遇衝突。不過，這也必須付出缺乏精確性的代價，亦有不同法庭面對相同事實卻做出不同判決的風險。

另一方面，刑法是高度自創的（autopoetic），亦即不具彈性。它只在嚴格劃定的語境及程序中使用自身嚴格定義的概念，而這些概念強力排除其他學科的概念與方法，因為這可能嚴重扭曲證據所提供的概念的意義。刑法之所以不具彈性，是因為它務求程序嚴謹，以確保被告與檢方公平攻防。

不過，以判決形式行使的法律，在方法上較不二元、僵硬，以便能廣泛採納精神醫學與心理學專家認可的資訊。是故，雖然法庭在裁量死刑時必須遵守量刑準則（sentencing guidelines），在面對精神醫學或心理學專家提供的證據時，其態度還是不可避免地會比審理時更開放也更具彈性，在判斷心神喪失（insanity）之抗辯、刑事責任能力降低（diminished responsibility）之部份抗辯是否合理、被告是否具有認罪答辯能力（fit to plead）時，也一樣更具彈性。

十、語境之轉譯

如前言所述，精神醫學（含其它心理健康學科）和法律的關係，可被視為兩套不同「語境」的關係，這兩種語境各從它們不同的社會目的與角色之中，衍生出其特殊的構念及探問方法。因此，不同語境之間一定需要「轉譯」（translation）。

³ 從個人層次來說，正義指的可能是「合乎比例」（proportionality）、「得其所應得」（just deserts）。除此之外，正義還有許多不同意義。Justice can mean, from the perspective of the individual, proportionality, or 'just deserts'. There are other meanings attributed to the concept also.

換句話說，法律與心理學就像兩個鄰近的國家，各有其目標、語言和地貌，法律有不同的分支，精神醫學也有許多不同的診斷。因此，在兩者之間往來必須仰賴翻譯，而轉譯過程大幅提高了混淆與意義扭曲的可能性。

於是，構念之間往往缺乏一致性，即使沒有這種問題，彼此之間還是可能產生不少誤解。此外，彼此了解在不同法律環境下，精神醫學與法律的關係也會以不同的方式表現，對於有效、公正地運用專家證據也極其重要。

十一、將轉譯的失誤降到最低

雖然完美的轉譯或許不可能，但概念之間的內在歧異仍可透過下列方式降到最低：

- 律師詢問精神醫師明確的法律問題，在予以指引（instructions）時尤其如此。舉例來說，應該問：「請說明被告的診斷可不可能導致理性缺陷？」而非「請報告被告的心理狀態」。
- 精神醫師了解法律將如何運用自己提出的回答—亦即即公正裁決，而非維護被告利益（即使被告正好是正接受治療的患者）。
- 精神醫師了解自身專業能力與角色的限制而不踰矩，例如不應試圖處理終極問題（address the ultimate issue）。

十二、精神醫學作為司法精神鑑定專業

精神醫學與法律之間的問題相當特別，舉例來說，司法病理鑑定與法律的關係相對單純，法律僅僅關注事實，例如傷口的情況、它可能是如何造成的等等。然而精神醫學所處理的構念，卻明顯與法律構念相似，例如精神醫學討論意志（volition），法律也討論意圖（intention）。雖然這些是不同的構念，卻看似十分相近，因為對律師或精神科醫師來說，它們的本質差異未必那麼明顯。這不但會導致相互誤解，對精神科醫生來說，甚至會帶來倫理問題。

十三、「起於目的之構念」（Constructs from Purposes）的細節

若比較、對照精神醫學中精神病（psychosis）的與法律中的心神喪失（insanity），可以發現兩者都涉及缺乏事實判斷，也/或缺乏認知行動真正意義的能力。同樣地，主張刑事責任能力降低（diminished responsibility）的理由之一是「心理異常」（abnormality of mind），雖然這看似醫學用語，實則與醫學無關。精神醫學是以症狀與病因來界定精神病，所以即使是不同的醫生，見到這些症狀與病因也同樣會診斷為精神病，這項疾患被歸入獨立的診斷項目，因此可以推測預後情形，也有利於給予適當治療，然而被告被診斷為精神病，並不能決定其是否不具認罪答辯能力（unfit to plead），或不具死刑受刑能力（unfit for execution）。

對刑法而言，之所以有「心神喪失」和「罪責能力不足」的概念，都只是為了以不同的方式公正地減輕刑責。刑法界定「不具認罪答辯能力」的目的是保障公平審判，界定「死刑受刑能力」的目的也類似，是為了判定「目前執行死刑是否公正」。舉例來說，發現被告心神喪失可完全免除其責任，判定被告罪責能力不足則只能減輕責任。對醫師來說，法律對兩者定義不同似乎十分矛盾，但就法律層面來說，兩者定義不同並無矛盾之處，因為它們都是為了發揮法律功能。

當然，醫師絕不應依一己之見「反對」法律對「法律能力」的既定構念，也不可依自行「發想」的法律定義對案件提出意見。相反地，醫師必須「接受」法律的定義，單純提出相關醫學證據，由法律判定其滿足要件與否，擱置自身對法律定義的看法。

十四、資訊運用

病史 vs. 證據

精神醫學與法律對資訊的看法也相當不同。

對法庭來說，任何資訊都是證據，有待採納或排除，非真即假，份量不一，端視證據法則（rules of evidence）而定。

可是對精神科醫師來說，同樣的資訊是患者病史（history）的一部份，或是對他們心理狀態的觀察，必須從診斷或治療的方向予以評估。要判定每個人的每項資訊是否為「真」，在細節爬梳上遠不需像法庭般嚴謹，也不必嚴格依循既定的證據標準（standard of proof）（不過，對資料可靠性還是有一定程度的評估）。精神科醫師重視的是資訊的整體模式（例如症狀），以及整體看來這些資訊是否足以做出診斷（diagnosis）或判定（formulation），並仔細思考若做此診斷，患者是否缺少該疾病的某些症狀，或是患者的某些症狀與這項診斷有矛盾之處。⁴

也就是說，醫療程序的重點是思考目前取得的資訊是否充分？加總資訊之後能否推出診斷性結論？下診斷就像是收集拼圖一樣，必須仔細評估掌握的拼塊夠不夠多？是否足以證明它們真的能拼湊出一幅圖像？這種推理方式的特色是：結合證據片段之後，各個片段可以相互強化、相互補充。雖然法律有時也會運用這種相互證成的方法，但建立醫學有效性的方式，基本上還是與法律發掘真相的方式大不相同。

這兩種方式不僅處理的資訊有異，對待資訊的方式也十分不同，它們的不同正反映了法律與醫學探究問題的方法差異：法律是對抗式的（adversarial），醫學是調查式的（investigative）。此外，在醫學調查式的探問方法中（相對於亦採取調查式方法的法律領域來說），位居核心的是嚴格醫療典範內的「模式辨識」（pattern recognition）。

⁴ 如果不符診斷標準的症狀太多或太明顯，精神科醫師也會質疑當前認定的模式（診斷、判定）是否正確，或是重新予以解釋。However, if numerous or significant, they challenge the psychiatrist to question whether the perceived pattern (diagnosis, formulation) is correct, or the whole explanation.

十五、收集與選擇資訊的方法

法律與精神醫學收集和選擇資訊的方法也很不一樣。法庭僅深究兩造呈交且獲得「採納」的證據，接著便以對抗式的方法一一檢驗。司法精神醫學專家（forensic psychiatrist）則需主動從患者身上取得資訊，並與其他人提供的資訊相互參照，同時以調查式方法盡力找尋一切可以取得的資訊。

十六、司法精神醫學專家的意義

對司法精神醫學專家來說，這些差異帶來幾個結果。

法庭報告（court report）中由精神醫師收集之臨床資料，可能不只涉及醫學，也涉及法律，可能坐實被告有罪，也可能使其無罪開釋；此外，這些資料也可能部份被採納，部份被排除。另一方面，法庭為確認證據的份量，也會希望了解專家的地位（例如是精神醫學顧問亦或實習醫師）、職位、相關資格以及經驗，這些資訊都應寫入報告。

同樣地，精神醫師也應明確交代資料來源（患者、提供資料者、相關紀錄等），以便法庭運用自身的方法發掘其所認定的真相。

在精神醫師用以決定診斷或判定（formulation）的資訊，以及相關法律程序所能採納的資訊之間，可能存在落差（參前文）。這可能讓出庭的專家面臨倫理壓力，舉例來說，專家可能被告知某項資訊無法被法庭列入考慮。司法精神醫學專家也許意識到某些資訊無法採納為證據，但它們卻深具診斷或臨床意義。報告中也應明確指出結論如何導出，又是依據哪些資訊。

法庭程序（court proceedings）中所包含的資訊（如證人證詞），可供司法精神醫學專家作為資料（類同於一般臨床問診時自資料提供者獲得之資料）。但因為證詞可能彼此矛盾，專家必須以條件式命題看待之（「如果法庭相信A，可強化X診斷；如果法庭相信B，則將削弱該診斷。」）

若刑事司法機關取得之資訊已獲法庭評估並採納，應特別予以注意，因為它們會受證據法則檢驗，也會被一方或多方質疑（舉例來說，在風險評估中〔詳第七章〕，判決應比指控份量更重）。

十七、精神醫學與法律之雙向關係

精神醫學與法律的關係是雙邊關係

法律運用精神醫學協助回答法律問題，例如邀請精神醫學專家作證，判斷被告是否具有犯罪意圖？若以罪責能力不足為謀殺提出部分抗辯，被告是否滿足相關法律標準？被告是否符合裁量死刑之判，如「罪無可逭」（the worst of the worst）、「無教化可能」（beyond reformation）等（詳見第十二章）？

精神醫學本身亦可運用法律程序邁向治療目標，例如精神醫學專家可依精神衛生法規建議強制被告進行治療，這種做法有時亦可作為他們風險管理計畫（risk management plan）的一部分。

十八、藉由相互了解保持彼此界線

增進對於法律體系的知識與了解，不會提高精神醫學專家遭法律不當運用的風險。相反地，相關知識與了解還可能釐清界線、提高相互尊重，讓兩者安於彼此之間的差異。醫師和律師並不需要完全熟悉對方的專業與術語，但為了讓學科之間能有效合作，雙方仍須對對方有一定程度的了解。

十九、相互合作但不相互污染

我們的目標是讓精神醫學與法律能相互合作（co-operation），而不相互污染（contamination）。醫師以專家身份參與法律運作時，其適當角色是藉著與法律合作協助司法發揮功能（effecting），而非以醫學身份介入影響（affect）司法。

不過，精神醫學對福祉而非正義的內在執著，還是可能讓精神醫學專家無意、甚至有意地加入自己的意見，以達成他們認為符合患者（而非法律）最佳利益的目標。某些專家甚至可能為了其所認定的正義，故意提供具有個人偏見的證據。這種行為無論在倫理或法律上都不可原諒。

二十、精神醫學與刑法體系是否有目的混淆的風險？

司法精神鑑定剛開始發展時，該學科雖然涉入公眾保護，但基本上認為後者從屬或衝擊患者治療。這讓司法精神鑑定的方向偏向「救援」（rescue），亦即將患有嚴重心理疾患患者由司法體系轉往精神健康照護單位（有時導致司法程序中斷）。

不過，社會漸漸要求隔離其所畏懼之人以保安全，更期待司法精神鑑定專家管控心理疾患人犯所造成的風險，不論能否透過治療為患者帶來利益。這些壓力導致司法精神鑑定涉入法律之公眾保護功能，忽略法律與精神醫學其實都有增進福祉的共同目的。

精神醫學目的混淆的情形包括：

- 治療患者與保護公眾的臨床平衡目標逐漸失衡
- 精神衛生法規中的界定範圍擴大，以便拘留可能無法從治療中獲益之人
- 司法精神醫學專家更涉入以風險為主要考量的司法量刑

目的混淆亦指涉偏離醫學核心目標與價值的可能性。

二十一、結論

律師、法庭以及以專家身份參與法律的精神醫師之間，若要保障彼此有效而適切的關係，只能透過相互瞭解對方的角色與方法，並尊重彼此之間的差異。無法持守此一原則，勢必導致倫理危機。

刑的權利不容克減。《公民與政治權利國際公約》第7條禁止足以構成酷刑、或其他殘酷、不人道、本手冊並非精神病學教科書，並預設讀者未來能接觸更廣泛的精神病學論著。⁵以下關於不同精神病症的介紹，包含它們會以何種方式增加刑事犯罪風險。本章並非該領域的完整探索，在評估時亦須考量個人因素。

特定診斷與犯罪行為的關係有賴流行病學之探索，有興趣的讀者可參考第七章，該章有依據人口統計學所做之風險評估。不過大致上說，並無強烈證據證明精神疾病或症狀與特定暴力行為有顯著關係。然而，在某些具有特定精神疾病的人身上，的確可以發現暴力行為與特定症狀有關，就他們自身的「暴力史」（biography of violence）來說，這些病症確實與他們的暴力行為相關。以下所述，是目前所知在個人層次可能發生的疾病與犯罪的關聯。在關聯性具流行病學證據之處，我們也嘗試進一步釐清關係。

一、功能性精神疾病（含妄想型思覺失調症 [paranoid schizophrenia]）

從人口層面來說，精神病患者暴力行為的風險較高，但風險之所以提高，大多間接與藥物濫用相關。

特別容易提高個人犯罪風險的症狀包括：

- 對外在現實的認知改變，包含對威脅的錯誤認知。
- 妄想他人身份及其可能造成之威脅
- 妄想嫉妒
- 妄想情愛及遭到拒絕
- 認知扭曲範圍龐大
- 情緒失調
- 程度次於精神疾病之高度恐懼與焦慮
- 因精神疾病、藥物、酒精所致之退縮

二、酒精及藥物濫用與依賴（Alcohol and drug misuse and dependence）

暴力行為者常有藥物及酒精濫用狀況，整體來說，藥物及酒精濫用亦常造成暴力行為。在所有精神疾病中，有藥物及酒精濫用情形者與犯罪及暴力最為相關。

提高個人暴力風險的機制包括：

⁵ 我們特別推薦Semple D and Smyth R (2009) Oxford Handbook of Psychiatry, Oxford University Press, Oxford, UK，因為它不僅是 Oxford Specialist Handbook of Forensic Psychiatry 的姊妹作，而且寫作方式比後者更近於「手冊」而非「教科書」。

- 與醉態（intoxication）（譯註：此處醉態係指包含酒精、藥物或其他物質使用所肇致的控制能力下降或喪失狀態，非單純指所造成者而言。）相關之抑制消除（disinhibition）
- 與醉態相關之脫序行為
- 戒斷狀態（withdrawal states）
- 妄想症
- 不安、焦慮
- 長期使用藥物、酒精所致之神經性精神病作用

貪婪性犯罪與當事人求索其依賴之物之衝動相關。

三、人格違常（Personality disorder）

人格違常涵蓋面極廣，在嚴重犯罪中，B群人格違常（反社會、邊緣性精神疾病、自戀）為其大宗。這類精神異常的定義性特徵包括破壞規則與犯罪行為。

在人口層次，反社會人格違常與犯罪（含暴力犯罪）強烈相關。對監獄人口的流行病學研究顯示：五成到七成的受刑人符合反社會人格違常的診斷標準。其中符合《海爾病態人格檢核表修訂版》（PCL-R）之「精神變態」（psychopathy）定義者，更可能犯下嚴重暴力行為。

下列機制可能促成B群人格違常者表現暴力行為：

- 短暫精神病扭曲現實認知（常與壓力或使用藥物有關）
- 對威脅的認知改變或妄想
- 情緒失調（含憤怒）
- 高度不安與焦慮
- 同理心與情緒認知受損
- 忽視他人感受
- 衝動，缺乏反省能力
- 追求冒險與刺激
- 自大，瞧不起他人

四、躁症 (Mania)

躁症者可能因其症狀而被預設為暴力犯罪者，但躁症與暴力之實證相關性弱。潛在機制包括：

- 興奮
- 高度焦慮與不安
- 衝動
- 性慾亢進 (Hypersexuality)
- 前述精神病症

五、鬱症 (Depression)

就統計來說，鬱症與暴力行為並不相關，但可能有助於了解當事人為何犯罪。相關原因例如：

- 絕望感影響判斷力
- 遭批評或威脅之感受增加
- 控制力降低，通常是自我傷害，但有時是傷害他人
- 前述精神病症

六、創傷後壓力症候群 (PTSD)

就人口層次來說，創傷後壓力症候群與暴力行為間並無顯著關係，但對越戰退伍士兵的研究顯示，他們較為暴躁易怒、更具攻擊性，濫用藥品的情況也較多，而這些特徵增加了暴力犯罪的風險。

就個人層次而言，創傷後壓力症候群與其暴力行為之相關性可能是：

- 高度焦慮、激動
- 警覺性與防禦心過高，隨時警惕，對威脅高度敏感
- 高度衝動、易怒
- 困於往事，並因此啟動連鎖反應 (Triggering from flashbacks)
- 與社會高度疏離
- 惡夢導致睡眠中之暴力行為

七、亞斯伯格症及其他類型自閉症 (Asperger's syndrome and other autistic spectrum disorders)

就人口層次來說，自閉症與暴力行為無顯著關係，但在個人層次，下列特質可能與暴力行為相關：

- 不甚在意社會規範
- 對自身行為對他人之影響缺乏自覺
- 缺乏同理心
- 對他人言行舉止瞭解不足
- 傾向以字面意義詮釋他人言詞
- 對道德及社會意義上之對錯了解有限

八、學習障礙 (Learning disability)

學習障礙並不會增加嚴重暴力風險，但獄中有學習障礙的人口比例高於一般標準。這可能是因為學習障礙者犯罪後更易遭到逮補，而學習障礙者的下列情況可能也導致他們犯罪：

- 無法掌握抽象概念
- 無法預見犯罪之後果
- 難以體會受害人的心情
- 不知如何處理、轉化憤怒與激動
- 解決問題能力不佳

九、後天大腦損傷 (Acquired brain injury)

大腦損傷不論輕重或位置，都與精神失常及犯罪的關係相關，也可能合併以下情況

- 前額葉受損所致之
- 計畫能力與組織行為受損
- 控制力不足
- 衝動行為
- 攻擊性增加

- 認知能力受損，也可能改變對法律界線之理解

相關法律應用，請參考第七章「風險評估」，以及第五章「神經精神病學評估」。

十、癲癇與睡眠失調 (Epilepsy and sleep disorder)

此類問題雖然極少與嚴重暴力犯罪有關，但在法庭程序答辯時可能被提出討論。相關議題如下：

- 複雜性癲癇發作時之暴力行為
- 癲癇發作後或發作間因困惑、恍惚或精神失常所致之暴力行為
- 睡眠失調階段發生之暴力行為

十一、結論

即使在人口層次可發現被告精神問題與犯罪行為間具有相關性，在處理個別案件時，此項事實只應提供背景參考。為法庭程序準備報告時，重點在於說明被告的疾病如何可能導致犯行，其中包括被告「傷害史」(‘biography of offending’) 中病症與犯行間的明顯關係，以及其目前犯行之「判定」(formulation)。(請參考第七章)。

一、概覽

精神醫學衡鑑的形式與細節，端視衡鑑以及可能需要採取的行動而定。舉例來說，患有精神病（psychosis）的病患來醫院尋求治療時，精神醫師運用的面談技巧與衡鑑程序是一套；但若是為了提交法庭報告而面會看守所中面臨嚴重刑事訴訟的被告，便須運用另一套程序與技巧。因此，每件精神醫學衡鑑都因脈絡而有所不同，需要回覆法律問題的司法精神衡鑑更是如此。

處處浮現的倫理議題也隨脈絡與衡鑑目的而定。為治療而衡鑑患者的倫理意義，與為審判而衡鑑被告的倫理意義判然有別（例如衡鑑可能提出心理狀態抗辯的被告，詳見第11章）。不僅衡鑑人與受衡鑑者的關係不同，衡鑑結果對受衡鑑者的意義也不同。

不過，司法衡鑑仍有共通的原則，因為為法庭衡鑑被告亦需運用與衡鑑患者同樣的技巧，即使前者的結果可能用以回答法律而非醫學問題。

所有精神醫學面談的共同目的都是為了觀察心理疾患的症狀，要能成功觀察到症狀，才能繼續以診斷與行為意義的角度加以了解。因此對於衡鑑結果，讀者應進一步參考精神醫學文獻以獲得更細緻的建議。但在此同時，司法衡鑑也要求將臨床焦點放在反社會行為上，以參考「判定」（formulation），釐清相關行為與心理症狀、個人先天失能的關係（詳見第六章）。

同樣地，對於症狀及其與行為之間的關係應細加檢視，務求詳盡理解其中關係。由於對行為起因的解釋不僅要通過醫學認可，也會在法律框架中受嚴格檢驗，因此分析過程必須比一般臨床實務更加嚴謹。舉例來說，如果謀殺案被告可能提出「罪責能力不足」之部分抗辯，或「心神喪失」之完全抗辯，「行為原因」（the causes of behaviour）的衡鑑便既須詳盡，亦須符合法律對這些抗辯的界定。

此外，由於司法衡鑑所運用的資訊必須更豐富、更多元，通常需要收集更多間接訊息（collateral information）、回溯童年病歷（history），同時仔細思考法律報告中與診斷相關的資訊（例如提及被告異常行為的證詞）。

專家調查也須比一般臨床調查更加仔細，若判處無心理疾患之犯罪者徒刑或死刑，對公民自由影響甚鉅⁶，尤須做到「滴水不漏」（leaving no stone unturned）。舉例來說，只要被告有腦部受損之可能，便須進行全套神經心理學檢查與腦部掃描，甚至檢驗腦電波，即使在一般臨床情況下，其腦部受損之可能性尚未高到必須進行這類檢查。

在司法衡鑑中⁷，亦須比一般臨床衡鑑更注意受檢者偽裝症狀之可能。

6 “where the civil liberty effect of a finding of guilt in the absence of mental disorder is high, through imprisonment or execution”

7 原文為：“Within the clinical assessment itself...”，疑為筆誤。

二、為何應該注意脈絡？

目標不同的影響

進行司法精神衡鑑的目的，通常意味著必須提供患者的法律顧問坦誠建議。司法衡鑑可能不會直接影響患者的臨床照護，這也是司法衡鑑與一般成人精神衡鑑明顯不同之處。

不過，司法精神衡鑑仍有可能促成治療，例如衡鑑報告建議將被告安置於醫院而非監獄。

死刑案件各階段的差異

與其他司法衡鑑相同，死刑案件的司法衡鑑可能在審判前、審判中、判決前實施，但判決報告與前兩者的顯著差異在於：判決報告將回答被告是否符合判處死刑的法律判準——通常是被告是否「無教化可能」。此外，某些精神醫學因素可能也關乎被告在法律上是否「罪無可逭」，因為法庭若認為被告「罪無可逭」，代表法庭不僅認定謀殺本身有罪，也認定被告的「人格」（characteristics）極度偏差，而其人​​格因素與謀殺大為相關（請參考討論判決衡鑑的第12章，以及探討風險評估的第七章）。減刑聽證（mercy hearings）時可能也需要衡鑑報告，此時「軟性的」（softer）心理狀態資料，也許就比在判決聽證時更能發揮作用。最後，在評估死刑定讞的人犯是否「適於執行死刑」（fit for execution）時，可能也需要提交衡鑑報告。

大致上說，無論是何種類型的衡鑑報告，其重要面向之一都是衡鑑個人心理狀態，而且不僅是當下的狀態，也需溯及過去某段時間的狀態。

關係的差異

醫師與受衡鑑者的關係，在司法衡鑑與一般精神醫學中並不相同：前者的衡鑑對象是「被告」，而後者則是「病患」。換句話說，受衡鑑者的特殊處境與角色決定其與衡鑑者的關係，一般精神醫學衡鑑的醫病關係未必能一體適用。

這種特殊關係的意義不難理解：看醫生時，患者隨時可以撤回同意，必要時亦可離開診間；接受司法衡鑑的被告的自主性則小得多，死刑案件的被告尤其如此。他們也許根本不願接受衡鑑，或者不願意談過去的某些面向，可是他們往往不得不回答這些問題，因為他們既有律師的「外在」壓力，亦須面對自身的「內在」壓力——被告通常明白不參與衡鑑的潛在後果：不僅可能失去以心理狀態為抗辯理由的機會，也可能難以因此獲得減刑。因此，在司法精神衡鑑中，衡鑑者與受衡鑑者的關係較不是合作性的。

進行司法精神衡鑑的醫師必須面對艱難的倫理問題，以臨床技巧為例：醫師一方面要以同理心讓被告卸下心防，以便獲得實情，另一方面也要隨時留意：自己主要是對他人負責，而非對被告負責。在此同時，司法精神衡鑑亦有「傷害」被告的風險，例如取得的資訊不僅無法讓被告獲得減刑，

反而使法庭認定其罪責更重。如此一來，便抵觸了醫學倫理的主要原則之一——「不傷害」（non-maleficence）原則（詳見第15章）。

對於為司法目的衡鑑被告，有些司法精神衡鑑專家並不認為有倫理問題，即使衡鑑結果將明顯造成「傷害」亦然，因為他們相信自己亦有維護「正義」之責（「正義」亦為醫學倫理重大原則，與「善意」或「不傷害」原則常有競爭關係），為司法目的進行衡鑑時，自己的身份就類似於司法鑑識科學家，任務是做好「司法鑑識專家」的工作，與「醫療」毫不相關。不過，雖然這個區隔在理論上十分明確，但實務上卻窒礙難行。畢竟，即使醫師一開始就對被告說明他/她現在的身份是「司法鑑識專家」，而非醫療從業人員（這種作法也十分得宜），他/她所運用的仍是醫學技巧（例如明顯屬於醫學技巧的同理心或其他技巧），目的是從被告身上獲得資訊。因此，他/她所扮演的角色很明顯仍是「醫師」。即使他/她在衡鑑時並不認為自己是醫師，被告還是很快會忘了他/她一開始對自身身份的告誡，並將這位自稱是司法鑑識專家的人視為醫生。

由於為法庭進行衡鑑時並無法完全跳脫「醫師」身份，醫師受檢方委託衡鑑死刑案件被告時，面對的倫理困境尤其艱難。有些醫師認為此舉可能造成「過大傷害」，所以只接受死刑案件辯方的委託，但這個位置必須十分留意個人「價值觀」對衡鑑的潛在影響，例如本身是否具有潛在偏見、是否秉持「誠信」進行等等⁸（詳見第15章）。

即使醫師是受辯方委託，若其衡鑑能力不足，還是會對被告「造成傷害」，例如未能取得可能在法律上有助於被告的醫學資訊。這在倫理上明顯無法接受。

三、接受委託之前

若有意進行司法衡鑑，首先該問的是此項衡鑑是否在你專業範圍之內？即使答案是「是」，也要思考這項衡鑑是否更貼近另一名醫師的專業範圍？在你自己所做的衡鑑之外，是否還應該委託另一名專家進行衡鑑？（例如被告若有腦部損傷之可能，在司法精神衡鑑專家之外，可能還需要委託神經精神醫學家與/或神經心理學家）要評估這些問題，委託書必須提供詳盡資訊。與被告法律顧問事先進行非正式討論，往往也能獲得更多資訊（例如現階段最好取得哪些臨床資訊？律師希望透過專家證據提出哪些法律問題？）。此外，除非你確定能在期限內完成報告，否則不應接受委託。

即使司法管轄區內具備司法精神衡鑑專業的人選有限，受徵詢的精神醫學專家仍需自問下列問題：

- 我曾接受過必要訓練嗎？
- 我經驗夠嗎？在法庭提出證據的經驗夠嗎？
- 我有足夠能力衡鑑患者、回覆問題嗎？

⁸ “although this position emphasises the importance of being aware of the potential impact on assessment of one’s own ‘values set’, in terms of the potential for bias, and of acting ‘honestly’”

如果沒有把握，最好在這個階段便拒絕委託，不要等到見了被告之後才拒絕，以免浪費時間與金錢，更糟的情況是出庭時對問題一問三不知。

曾接受完整專業訓練的司法精神醫學專家，通常已有能力回答法律上的標準提問，他們不僅熟悉治療方式，也能解釋心理疾患對心理功能與行為產生的影響，例如說明急性精神病（acute psychosis）對患者行為控制能力的影響。不過，有些問題甚至可能超過一般司法精神醫學專家的專業，必須找更熟悉該領域的專家回答，例如說明顯葉損傷對患者行為認知能力的影響。

斟酌是否可以接受某個案件的委託，也須考慮利益衝突問題。相關問題包括：如果衡鑑對象是已接受你照顧的病患，你能否提出中立的報告？（你們的醫病治療關係可能造成偏見）在意識到他人（含法庭）的偏見下，你是否仍可獨立、客觀地進行衡鑑？

最後，一旦你接受委託，請務必充分了解問題內容，包括所有相關法律構念或詞彙。

四、死刑案件常見問題

死刑案件在不同法律階段可能涉及的法律問題，可歸納如下：

- 能力衡鑑
- 放棄上訴權利之能力
- 理解警方警告（police caution）之能力
- 自白可信度（含自白是否屈意而為[compliance]或受誘導而為[suggestibility]）
- 具抗辯及接受審判之能力（Fitness to plead and stand trial）
- 犯行發生時（time of offence）之心理疾患
- 刑事責任能力降低（Diminished responsibility）
- 心神喪失（Insanity）
- 無意識行為（Automatism）
- 構成意圖犯之特定犯罪意圖（the requisite intention）之能力
- 與減刑相關之衡鑑
- 未來暴力風險之衡鑑
- 對定罪（conviction）與/或判刑（sentence）提出上訴之相關衡鑑
- 與減刑程序相關之衡鑑
- 受刑能力之衡鑑

五、面談之前

善加準備即善用時間。動身進行衡鑑之前，請確認與你合作衡鑑的律師的聯絡細節。請確認：

- 如果你要造訪監獄或醫院，需要準備什麼證件？
- 需要介紹信嗎？
- 誰能提供介紹信？
- 需要什麼形式的證件？
- 需要醫師證嗎？
- 監獄會提供有助於進行衡鑑的設備嗎？
- 獄方是否同意衡鑑過程保持隱私，無獄方人員隨同？

六、資訊來源

理想上最好能在衡鑑前數週收到案件卷宗。相關文件可能範圍很廣，請確認你需要的文件都有送到（有時你可能只收到案件摘要、檢方證人證詞以及警方偵訊筆錄而已）。醫療紀錄必須一讀，但法定代理人（legal representatives）有時很難取得，所以也往往無法及時在衡鑑前送達。在見到患者之前，有時根本料想不到這些資訊有多重要。如果患者談到的精神病史很長，取得詳細的醫療記錄可能十分重要。總之，盡可能取得一切記錄絕對是周全之道，因為被告或許不會向你提起自身的重大醫療資訊。舉例來說，如果醫療紀錄顯示患者曾接受精神治療或有腦傷，朝此方向詢問與檢視患者可能相當重要。因此，雖然有時不得不在尚未取得醫療記錄之前與患者面談，但這絕非理想狀況。

衡鑑人應仔細思考取得更多資訊的方法，例如：是否可能與照顧患者的醫生談談？還能透過什麼管道獲得更多醫療紀錄（如造訪地方醫療院所）？如果這些方式可能有幫助，必須事先取得何種形式的授權？

取得學校記錄往往也有助益，在被告可能被診斷為人格違常時尤其如此。

同樣地，如果被告有童年困擾（childhood disturbances）與/或家庭破裂背景時，也須設法取得所有社工記錄。

如果必須遠行進行衡鑑，請事先想好該帶多少文件前往，案件相關文件全帶？還是只帶摘要即可？

七、衡鑑

環境

精神醫學面談是收集資訊的關鍵時機，進行面談的場所必須能符合各種面向的安全。

就訪談者的安全而言，精神科醫師時常得訪談素昧平生之人，恐懼或焦慮的訪談者很可能分心。為避免風險，可事先規劃預防措施，例如告知該處職員（可能是獄方人員或護士）你在哪裡、預計待多長時間。訪談者應確認座位到出口之間沒有障礙物，通常坐得越靠近門口越好。很多人認為隔桌面對面坐太過正式，也可能讓原本便已焦慮的被告更加不快；替代方案是呈對角線坐，與患者維持一定距離，但亦可讓互動過程更為放鬆。有些房間可能備有警鈴，請確認它們的位置。事先了解按鈴將引起什麼反應，通常很有幫助。畢竟，如果按鈴只是希望有人開門看看，卻驚動全監所戒備，著實令人困窘。

面談應於安靜的房間進行，並確保被告不會被監聽，當他們可能吐露敏感資訊時尤其如此。不過，在面談進行時，獄所人員常常不願離開房間（加勒比海地區的死囚警衛尤其如此），往往造成尷尬場面。為保持面談隱私，事先磋商是必要的，最好還能取得監所主管的同意書。但理想的安排通常難以達成，也必須保留讓步空間，可是讓步還是得畫定底線。身體檢查設備（尤其是神經學檢查設備）可能十分有限、甚至完全沒有，這可能造成挑戰、甚至構成問題。

同意

醫師應於訪談開始時自我介紹，並說明衡鑑目的、預計時間、面談內容，還有哪些人會在什麼情況下看到這份報告。若衡鑑為辯方委託，法庭與檢方只有在報告公開後才能閱讀；若衡鑑為檢方委託，報告自動向所有人公開。

事先說明無保密義務是必要的，讓被告瞭解一言一語都將成為呈堂證供十分重要。患者見到醫生時，往往預期彼此互動能保留隱私並獲得守密，但司法衡鑑在這方面及其他方面都與醫學諮詢不同，這一點請務必在衡鑑開始時講清楚。衡鑑人應嘗試記錄被告接受訪談規定，至少提筆記下。

如果被告沒有能力決定是否接受衡鑑，若你受辯方委託，應與辯方律師討論後依被告最大利益決定；若你受國家委託，則應通知檢方，再由檢方與辯方聯絡。

面談

在「一般」司法衡鑑中，患者可以單獨接受面談。死刑案件被告也應適用同一標準，因為旁人在場可能扭曲臨床互動，甚至妨礙面談進行。但某些時候（精神科醫師赴海外進行衡鑑時尤然），或許值得考慮讓被告之法定代理人（或律師、口譯員）陪同，溝通與行為之文化差異需要解釋時尤其如此。

經驗豐富的精神科醫師通常有自己獨到的面談方式。但相對於大多數成人病患來說，接受司法衡鑑者可能有意隱瞞或扭曲資訊，因為衡鑑結果若對其有利，可能讓其重獲自由或撤銷死刑。因此，面談時不可假定受衡鑑人誠實以對。面談人在心理上必須與患者保持一定距離，雖然維持心理距離與同理心之平衡實屬不易，但極其重要。在此同時，也須考慮使用發現謊言或誇大症狀的技巧（詳見第五章）。

面談時應注意非言語線索。面談人應安撫患者出現的情緒問題，患者流淚時遞予面紙通常能讓關係更融洽。雖然以某種力道測試患者情緒反應（如質疑其觀點），乃是所有精神醫學衡鑑不可分割的一部分，但絕對應避免故意激怒患者（如長時間眼神接觸）。不過，面談人還是要掌控衡鑑過程，在時間有限時尤其如此。

所有面談都包含最基本的精神病史與心理狀態檢查，但每次衡鑑也都得依被告狀態與法律脈絡而調整。事先規劃內容（即使只有腹稿）有助於面談進行，在複雜案件中尤其如此，死刑案件衡鑑往往屬於此類，面談人面對這項任務也常常更加緊張。關鍵在於既有系統又具彈性。一般說來，在詢問遭指控之罪或指標犯罪（index offence）相關問題之前，最好先從一般性背景問題開始。驗證面談資料有效性的技巧請詳見第五章。開放性問題永遠優於封閉性問題。

死刑案件衡鑑的焦點是指標犯罪（index offence）。不過，被告不願談相關問題的原因可能很充分、也不難理解，例如衡鑑如果在判決前進行，被告可能害怕因此入罪，或擔心因此失去不服死刑判決而上訴的機會。若有此情形，衡鑑人必須接受。

好的面談人容許患者暢所欲言，並隨時確認他們對談話內容的理解。面談應流暢進行，以已收集之資訊為基礎設定問題，並在詢問過程中驗證假設，主動為之。亦即，在保留彈性之餘，亦留意沒有遺漏應究問之處。老練的面談者往往能推想可能之診斷，並以ICD-10或DSM-IV（譯註：現行臨床使用最新版本為DSM-5）為參照探求相關症狀，並尋找能證成或否證此一診斷之證據。

司法衡鑑乃臨床衡鑑及相關法律問題之交會，請確認必要問題一無所遺。⁹

某些面談可能較其他面談困難。接受面談對深受困擾的患者有益，因為對他們來說，面談不僅能讓他們獲得時間與空間，他們也相信面談者對自身有興趣。但是，請勿因此不敢結束面談，畢竟被告如果情緒不穩，也不太可能提供有價值的資訊，繼續追問下去可能只會提高風險。

在面談結束時，應向被告說明接下來的進程，如有可能，亦可告知報告大致產出時間，但絕不宜向被告說出你的結論。雖然你花費時間閱讀所有能取得的資料並予以思考，但你的意見及其意義必須佐以全部證據、放在案件整體脈絡中看，即使你的看法相當重要，但它依然只是整體證據的一部分，而法律意見必須觀照整體證據來形成。因此，你對被告的見解應由其律師告知，無論你是受辯方或檢方委託皆然。

9 “Ensure that you have asked any necessary questions at the interface between the clinical assessment and the legal questions to which you know the information will be applied”

口譯者

許多死刑案件的訪談有賴口譯人員協助，有時是因為語言隔閡，有時是因為文化差異（若醫師出身不同文化）。雖然挑選口譯人員十分重要，但在實務上可能選擇有限。

由家庭成員擔任口譯的問題十分明顯，雖然在某些情況下這種作法可以應急，但這不利保密，也讓被告難以道出家中不愉快的經歷。此外，被告也可能因為家庭成員在場，羞於講述心理疾患症狀或犯罪細節。

尋找口譯人員時，具有精神醫學面談經驗的專業口譯是首選，在死刑案件中尤其如此。他們應與被告素不相識，最好也隸屬提供訓練的組織。口譯人員能守口如瓶尤其重要。但在實務運作上，這些相當基本的要求往往難以滿足。

筆記

臨床醫師有其獨特的筆記、標記、縮寫方式。理想面談應順暢如日常對話，面談人筆記時應盡可能不干擾談話。不過，面談筆記亦屬法律紀錄，至少你自己要能準確解讀，它們的內容也要充足到能讓你準備報告。

應該寫下詢問的問題（與回答）嗎？

這樣做的確有好處。你可以向法庭提交一份相當詳盡的報告，還能陳述被告在面談時出現的心理疾患症狀。但這樣做十分費力，也可能干擾面談流暢進行、推遲報告完成速度。在實務上，最好的方式或許是寫成摘要，並以第三人稱陳述，同時確認可能在法律上相當重要的問題一字不差，被告的回答以第一人稱記錄，如其本人所說。

應該見被告一次以上嗎？

見被告兩次，能再度確認第一次面談取得的資訊。確認被告陳述時如果發現與其說法矛盾或不合的資料，可在第二次面談時向他/她出示。即使兩次面談取得的資訊沒有更動或不一致的情形，還是可以透過兩次個別面談觀察被告的心理狀態。在被告有人格違常之可能性時，這一點特別重要。

八、間接證據（Collateral information）

無論是哪一種司法衡鑑，取得間接資訊都十分重要。間接資訊的取得方式很多，例如面談被告的朋友或家人（雖然這往往不可行）。患者的陳述必須進一步確認，參照資料包括案件資料、醫療紀錄，以及其他潛在書面資訊，如學校記錄、社工記錄等（參前文）。如果取得的資料是一致的，這種多方核實的過程能讓醫師對自己的見解更加篤定。如果你想取得資訊的對象同時也是證人，可能還有其他規定必須遵守，這時請先取得檢方同意（如果你是受辯方委託，想詢問辯方證人通常不會有什麼困難）。

九、身體檢查與專門檢查 (Physical examination and investigations)

心理疾患可能有器質性原因。要讓這項原因可以成立，不只要證明它有顯著臨床影響，也要證明它會造成重大法律後果，例如它可能導致法律定義上的「無意識行為」(legal automatism)。不過，雖然進行身體檢查很重要，實際執行卻相當困難，在監獄中尤其如此，因為監獄不僅缺乏隱私，也設備不足(參前文)。此外，由於檢驗者必須與被告近距離接觸，不啻提高了暴力風險。但無論如何，身體檢查可能是必要的。

在西歐和美國，專門檢查器材如腦波儀 (EEG)、腦部核磁共振 (MRI) 與頭部電腦斷層掃描 (CT)，在臨床實務上已相當常見。但對被拘留在非洲部分地區被告而言，要接受這些檢查難如登天，對於加勒比海地區的人犯而言，這些器材也往往可望而不可及。

進行衡鑑的醫師必須思考這類檢驗是否必要，如果認為確有必要，則由被告的律師向獄方主管提出申請，並附上精神衡鑑醫師的書面證明，說明需要進一步檢查的臨床適應症 (clinical indication)。檢查應盡可能安排在監獄所在地區。

除此之外，要求死刑案被告的身體檢查能做到「滴水不漏」也很合理，即使被告腦部受傷的可能性不高，在一般臨床實務上不必進行這等檢查，這時也應予以安排。這種處理方式與國際法「最低標準」(minimum standards) 的要求直接相關。因此在死刑案件中，最低標準原則不僅必須應用於法律，也必須應用於醫學，並以已開發國家所能獲得的醫療資源為判斷基礎。

十、人格衡鑑

人格衡鑑有其特殊議題，例如人格違常之可能診斷。

界定「人格」本身即是複雜問題，需同時衡量社會層面的問題、個人能力、干擾效果 (affective traits)、心理抗辯與認知異常等。

人格違常由精神醫學手冊界定，並須參照持續時間、早年發展或表現，最後嚴重到對言行產生重大影響。

值得特別注意的是，除非被告已據《海爾病態人格檢核表修訂版》(Psychopathy Checklist Revised, PCL-R) 衡鑑為精神變態 (psychopathy)，否則不可對此予以評論。由於精神變態一詞深具貶抑且易激化情緒，使用此詞應謹慎為之。

臨床面談對於人格衡鑑相當重要，但人格衡鑑亦須結合廣泛資訊。心理衡鑑 (psychological testing) 通常需要藉由人格心理測驗 (personality psychometrics) 進行，以此勾勒人格結構。但值得注意的

是：心理測驗學界定「人格違常」的方法，只是測量受測人在統計上是否偏離「正常」夠多，並不涉及「對日常生活功能之影響」，但在另兩個廣獲接受為精神醫學診斷標準的國際分類系統中，都必須觀察「對日常生活功能之影響」。

十一、心理測驗

關於心理測驗更詳盡的說明，請參考第五章。如果發現被告有認知功能受損的跡象或人格違常的可能性，最好安排心理衡鑑，準備報告的精神科醫師可能希望與被告的法定代理人接觸。在被告可能有嚴重性心理病態（psychosexual pathology）時，心理測驗可能也深具價值。

十二、死刑案件之醫學參與

有些人認為，醫師參與死刑案件之衡鑑時，必須發揮比一般司法精神衡鑑更高的專業技能。很顯然地，身負這項任務的精神科醫師不僅要有臨床司法衡鑑經驗，也要有準備醫學—法律報告的經驗。醫學法律專家的專業要求比當個好醫師更高。事實上，連沒有死刑的英國，即使是嫻熟一般精神醫學的醫師參與謀殺案報告，但因不具相關經驗而沒有做好，仍會受到英國醫學總會（General Medical Council）申斥。在保留死刑的司法轄區，司法精神衡鑑人員不適任的代價尤其高昂，因為一旦出錯便再也沒有機會彌補。承擔此一任務的專家，也要有在極艱困環境中完成工作的能力。由於潛在風險極高，參與死刑案件衡鑑可能造成醫師莫大壓力，相關人員必須接受他們的衡鑑結果可能導致被告受死，並對此處之泰然。

即使是曾參與司法精神衡鑑其他領域的醫師，也未必熟悉死刑相關法律。如果醫師對相關法律（含法律門檻[legal tests]）認識有限，應尋求建議並詳加了解。同樣地，如果醫師從未在保留死刑或/且低度開發而資源有限的國家工作過，他們的經驗將更顯不足。

不過，無論從技術或倫理上說，最大的挑戰或許都是：幾乎在所有保留相對死刑的司法轄區中，都必須嚴肅思考衡鑑結果所可能導致的暴力風險（詳見第七章）。

做出衡鑑結論後，以匿名方式與有經驗的同儕討論往往極具價值。這提供了反思空間，也讓暫定結論有機會接受挑戰，並在必要時加以修改。對衡鑑死刑案被告經驗有限的醫師來說，聽取建議尤其重要，但無論一名醫師經驗多豐富，都不可過於自滿而不與同儕討論。

針對刑事案件審理時常要求臨床心理學家提供見解者，本章將提出各相關面向典範實務的一般性準則。

本章將為衡鑑方法提供實務指引，主要針對心理計量的測驗，也會以心理計量特質的完善性為考量基準，選擇並說明個別衡鑑面向較常採用的測驗工具，也藉附錄（一）臚列相關一覽表，附錄（二）則簡短說明文內提及的各心理測驗方法；讀者或可將這兩篇附錄視為合宜實務的簡便指南。

一、運用心理測驗

心理測驗與其他訊息來源

臨床心理學的核心前提，在於一切行為都可溯及相對應的心理功能；臨床心理衡鑑就是為了替看起來可能不太尋常、表現適應不良或怪異的行為提出解釋。此類衡鑑，可能會對諸如智商等某些心理功能進行正式測驗，透過標準化的測驗工具，來比較案件當事人與同齡、同文化者的受測結果。

也有些衡鑑可能會從人格功能來探究案件當事人須被釐清的行為，以便詳細說明其人格特質、可能表現出的功能異常；同樣的，這也是以當事人的「正常同儕」受測結果為比較基準，目的包括了評估當事人情況是否構成「人格違常」（此處須留意：心理學家定義的人格違常，指的是「受測結果偏離數據的正常值」；精神醫學專家要鑑別的人格違常，則必須看到正常生活功能異常的相關證據。）

採用這些測驗進行衡鑑時，務必要搭配臨床會談，並尋求側面資訊來源（對相關資訊來源的建議，請參照第4章）。

選擇測驗工具

選擇施測工具時，一定要符合以下標準，才可能妥適運用相關心理測驗：

- 該測驗是否能適用於當事人所處的文化環境？
 - 是否曾針對欲測驗對象出身環境的人群，檢驗該測驗的效度？
 - 割捨文化效度恐有疑慮的測驗
- 當事人是否符合測驗編製時的常模樣本？
 - 比對的項目，應包括人口統計學及臨床資料等
 - 同樣地，在兩者比對顯有落差的強抗下，從施測結果導出有關當事人的任何結論都不可能站得住腳。

有些評量，像是魏氏成人智力量表第四版（WAIS-IV；屬於智商測驗），編製時就涵蓋多元族裔及年齡層，常模資料庫較大。

其他像米隆臨床多軸量表第三版（人格衡鑑量表）等測驗，編製時就純為臨床與司法醫學用途，因此不應由非相關領域者執行。

只有心理計量特質顯示信度與效度良好的測驗才值得使用（測驗附帶的操作手冊就會說明相關特質）。如果只找得到內容設計、效標、再測信度、測試者間信度不佳的測驗，解讀施測結果時就必須格外謹慎。（在實務上，只要是曾發表刊登並獲採用的近代測驗，都應已建立長足的信度與效度，但針對部分些年代久遠但仍未被淘汰的測驗，就必須先審慎檢驗、確保是否符合前述標準。）

二、衡鑑臨床症狀及症候群

衡鑑情緒症狀

情緒可能影響當事人目前的臨床心理衡鑑受測能力。鑑別當事人情緒除了靠臨床評估，心理測驗可能不僅有用，也有助理解當事人在犯罪行為發生當下及後續接受警方詢問與庭訊時的部分行為表現。貝克焦慮量表（Beck Anxiety Inventory, BAI）、貝克憂鬱量表第二版（Beck Depression Inventory II, BDI-II）、醫院憂鬱及焦慮量表（Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS）都是這方面的合適測驗工具。

人格衡鑑

若要鑑別人格，包括透過會談或爬梳資料探究當事人過往的詳盡臨床衡鑑有其重要性，不能為任何心理衡鑑所取代。人格衡鑑編製多以西方文化價值為基準，因此特別容易產生文化效度問題；相關標準化測驗不是不能用，但詮釋測驗結果時應更加小心。常用的人格衡鑑包括：

- 米隆臨床多軸量表第三版（Milon Clinical Multi-axial Inventory, MCMI-III）
- 明尼蘇達多向人格量表（Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI）
- 人格衡鑑量表（Personality Assessment Inventory, PAI）

病前智力功能衡鑑

病前智力功能衡鑑有助鑑別當事人是否曾因外傷、缺氧導致腦部損傷，藉此排除天生的功能低下，也判斷受測者接受其他測驗的受測結果是否發生變化。

研究觀察，在個人早期發展時期就學會的閱讀能力，與其他能力相較，相對不易受腦傷、腦部退化、功能性疾病的影響；這是病前心理測驗當初研發的脈絡。因此，相關測驗的編製採用了非語音字詞（例如英語中的cough、gist、debt等字）。目前已有有些測驗，不僅效度與信度良好，受測得分還能直接比較目前智力的衡鑑結果、代表樣本的數據分布曲線。

有鑑於全球智商逐年提升，考量到弗林效應（Flynn effect），智力測驗每年都會進行重新校正，因此，衡鑑人員務必要針對各版本WAIS-IV，採用相應的正確病前測量：新的衡鑑都應採用病前功能測驗（Pre-Morbid Functioning Test，TOPF）；若是用WAIS第三版（WAIS-III），就應進行魏氏成人閱讀能力量表（Wechsler Test of Adult Reading，WTAR）；若採WAIS修訂版（WAIS-R），就要搭配全國成人閱讀能力量表（National Test of Adult Reading，NART）。

目前智力功能衡鑑

通常除了需要就目前智能、記憶力與專注能力進行測驗（WAIS-IV、WMS-IV），還要加上執行功能測驗（日常執行功能行為量表/BADS、史楚普氏神經心理篩檢測驗/Stroop、路徑描繪測驗/Trailmaking）。同時進行病前與目前智力測驗，才有助對認知衰退提出見解，或證明有關發展或學習障礙的主張。

物質誤用

物質誤用與犯罪之間的關聯確鑿；瞭解當事人物質誤用的性質，是確認治療目標（攸關量刑建議或假釋審理）的關鍵。

在所有鑑別有害物質誤用的衡鑑工具之中，最完善者當屬李茲氏依賴問卷（Leeds Dependency Questionnaire, LDQ）。既然是自陳式量表，此一問卷自然有其缺點，但確實能對隨時間演進的相關變化進行有意義的量測。LDQ的進階優勢，則在能導出物質依賴程度的嚴重性。

衡鑑人員可採用包括刺激尋求量表（Sensation Seeking Scale, SSS）等一般認定與物質誤用較有關的人格測驗。

記憶障礙症／失智

無論是接觸法院案件或臨床工作，臨床心理學家都常需衡鑑明顯的記憶喪失（失憶）。在衡鑑記憶功能方面，心理計量工具及有關心智的心理學模型，都可適用於探究記憶喪失的原因（肇因於器質性的腦部功能缺失或心理因素）。

多半來說，法院都會亟於釐清記憶喪失的原因。若察覺當事人有詐病（malingering）可能，要鑑別失憶原因究竟為器質性、心理性或功能性，就更具挑戰性。

有些研究人員會將失憶的情況區分為「不連續」與「持續」，並分別就兩者提出可能成因：

導致非連續性暫時失憶的醫學因素可能包括：

- 中毒導致的記憶混淆狀態（包括酒精中毒）

- 頭部外傷
- 癲癇導致的抽搐
- 低血糖症發作
- 電痙攣療法後的記憶混淆狀態
- 暫時性全面失憶症（transient global amnesia syndrome）

可能導致持續性記憶障礙的醫學因素，則舉例如下：

- 癲癇
- 睡眠障礙
- 腦瘤
- 胰島素休克療法

關於持續性記憶障礙的心理學描述，包括了在犯罪行為發生時發生解離現象，導致失去憶起各事件的能力；在事後難以回想起來的事件發生當下，通常也會表現高度情緒激擾，還會出現情境相依記憶，也就是唯有重新進入犯罪事發時的情緒狀態，當事人才能想起當時的情形。

另外一種可用來詮釋失憶成因的「解離」，則是過往事件的發生並未伴隨高度情緒激擾，但所發生的事情實在太痛苦，導致當事人後來藉由遺忘，讓自己從痛苦回憶「解離」開來，這就稱為「心因性失憶」。

相關人員固然必須審慎探究無法想起犯行的說詞是否屬實，但也要知道已有研究明證：就算是已定讞且不得上訴者，對於犯罪當時也只有不確切的記憶。

由此看來，簡言之，對犯罪行為失憶，有可能追溯至以下幾種可能並存的主要機制：

1. 犯罪時的高度情緒激擾
2. 從犯罪事件的回憶「解離」（心因性失憶）
3. 酒後失憶（當事人在犯罪時有急性酒精中毒情況，通常可歸因於長期性的酒精濫用）

或許可以說，為時較長的失憶通常是肇因於酒精中毒或記憶的解離；維持時間較短的失憶，發作時則多伴隨著高度情緒激擾。針對記憶障礙，法院通常會想探究當事人是否可能詐病，心理衡鑑就是釐清這一問題的利器。

發生失憶情況並不直接等同於任何心理防衛機轉。非心因性（相關說明請參考前述）失憶能與心理防衛產生關聯，主要是因為這種失憶有時可能是犯罪發生時心理異常的徵象－失憶的原因，有可能溯及失智、精神病症、重度憂鬱症、酒精依賴或其他心理因素。

相關衡鑑均應考慮腦部功能異常的潛在可能性，如果從當事人的過往歷史或臨床表現都找不出蛛絲馬跡，就應該進行神經心理學的掃瞄檢查與衡鑑。

詐病

當事人偽裝失憶或其他諸多心理症狀，經常都是心理衡鑑的主題。

「偽善」（faking good）的欺騙行為，指的是當事人企圖表現得比客觀檢定結果還要好；相對的，詐病就是「偽惡」（faking bad），指的是裝成苦於記憶不佳等心理障礙。

包括MCMI-III及PAI在內的多種人格測驗，都內建了效度量表，可以檢出全面人格功能衡鑑必須考量的「偽善」。

其他測量工具，則是在設計時就著重於探究試圖「偽善」者的細節。其中最常使用的是鮑修氏欺騙量表（Paulhus Deception Scale），評量面向包括提升自我欺瞞（self-deceptive enhancement）及印象整飾（impression management）。

以下是六個普遍獲得認同的詐病偵察對策：

1. 地板（測驗下限）效應：對於在特定測驗中的表現屬最差，連最基本問題都答不出、或連最簡單任務都無法完成者，就要特別留意。（「猜猜錢在哪一手」的記憶測驗就活用了此一對策。）
2. 症狀效度測驗：要求受測者回答強迫選擇題，若是受測表現比隨便亂作答的結果都還要差很多，就要懷疑是否有詐病可能。
3. 表現曲線：如果受測者答錯很簡單的問題，卻能正確解答較難的題目，就很容易拆穿是詐病。
4. 誤差值：對受測者給的錯誤答案進行質化與量化檢驗，藉以找出刻意誇大症狀或偽裝功能缺失的證據。
5. 非典型表現：受測者明明是進行相似的幾個測驗，或是在一段時間之後再重做同一測驗，但受測結果卻不一致。不過，頭部受傷也有可能導致這種情況，這一點應特別留意。
6. 偽病的心理性後遺症：詐病者可能偽裝自己有與主訴根本沒有直接關聯的症狀。

應對心理疾病偽裝的心理測驗很多，最為人熟知的就是米勒氏司法精神醫學症狀衡鑑（Millar Forensic Assessment of Symptoms, MFAST）、症狀報告結構晤談（Structured Interview of Reported Symptoms, SIMS）、結構式詐病症狀量表（Structured Inventory of Malingered Symptomatology, SIMS）。運用這些會談方法時，另搭配側面訊息，就可能找出詐病的相關線索。不過，衡鑑者也要特別留心：若受測者屬於作答多傾向答「是」的唯唯諾諾型人格（見前述），這些測驗易有導出偽陽性（false positive）結論的傾向。

對可能偽裝失憶者，應進行記憶偽裝測驗（Tombaugh Test of Memory Malingering, TOMM）。

另一項很能準確揭穿詐病的測驗，當屬文化兼容性已廣獲肯定的瑞文氏標準圖形推理測驗（Ravens Standard Progressive Matrices, RSPM），不僅可用於測驗一般智力，也可用於探知不當的刻意作為。

在司法情境中，關於當事人詐病的專家意見可左右審判結果。因此，採用「詐病」一詞更應格外小心。相關工作者在詮釋測驗結果時，應同步考量所有側面獲得的相關訊息，而不應單憑測試結果就指稱當事人為詐病—這一點已是普遍共識。鑑別詐病的考量因素如下：

- 各神經病理面向的受測結果相互牴觸（例如測出專注力缺失，但記憶力測驗結果卻正常）
- 在神經病理方面的受測結果，不符合所宣稱的腦功能異常成因（例如智力正常，但卻宣稱有缺氧性的腦損傷）
- 神經病理方面的受測結果，與醫學檢驗呈現的當事人損傷嚴重程度有落差（例如受測得分差，通常意味著發生過昏迷，當事人不太可能從未失去意識）
- 神經病理方面的受測結果，和當事人的行為表現有所出入（例如能自主提供與個人相關的說明，卻沒辦法通過短期與長期記憶的相關測驗）

外傷導致的腦損傷與其對行為的影響

執行功能障礙是過往頭部外傷造成的行為後遺之一，有時又稱為執行功能失常症。然而，包括廣泛性腦組織損傷、（非器質性的）人格疾患、憂鬱症、妄想（偏執）型思覺失調症候群等多種疾患，都有可能導致這種行為表徵。

在嫻熟應對方式或可能需採取連串新行動的情境下，或若得克服已習慣成自然的應對模式、或須抗拒誘惑時，個人因應規劃、決策、修正錯誤、排除問題之需的能力，就是執行功能。心理過程有執行功能障礙的犯罪者恐怕不在少數；因此，法院不僅須瞭解相關缺失是否肇因於器質性的疾患、有非器質性疾患的當事人的相關疾患是否僅導致人格違常，還得要釐清腦損傷的程度。

目前已有幾個用於探究執行功能障礙屬性與程度的測驗，其中最完善且模式最符合標準者為：

- 日常執行功能行為量表（Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome, BADS）
- 史楚普氏神經心理篩檢測驗（Stroop Neuropsychological Screening Test）
- 控制性口語詞彙聯想測驗（Controlled Oral Word Association Test，通常稱為FAS）
- 雷頓氏路徑描繪測驗（Reitan Trail Making Test）

受暗示性與順從性

受暗示性（suggestibility）所指涉的特質，是因為對自己太沒把握，以至於全盤將別人所告知的訊息當成個人信念，因此漠視或拒絕以往的自主想法。

順從性（compliance）指涉的特質，是指個人雖不改變原有信念，但會為了避免衝突或尋求他人接納而屈從於外來意見。這兩種特質，可能單獨或同時出現於一個人身上。不過，這個人表現出的「傾向」特質固然存在，但未必能在衡鑑設定的情境中獲得驗證。

受暗示性與順從性可能強化當事人受迫犯罪的可能性。不過，目前已獲認可的受暗示性測驗，是特別針對「詢（訊）問」時的受暗示性所編製，以「詢（訊）問時的受暗示性」來定位相關測驗指涉的受暗示性，確實會較為妥適。

相關衡鑑必須搭配完整臨床會談、檢視側面資訊，因此如果情況許可，也應該和檢舉人進行會談，也應採用谷瓊森氏暗示感受性量表（Gudjonsson Suggestibility Scale）、谷瓊森氏順從性量表（Gudjonsson Compliance Scale）；當事人適用量表中的D表格，檢舉人則是用其中的E表格。上述測驗的信度與效度均佳，針對一般大眾或法院指定的案件也都能有效提供常模比較資料。

三、心理學與法律問題

在好些法律情境中，前述的心理功能的一個或多個內涵面向，會與法律衡鑑及程序彼此交會。與特定法律議題有關的心理學證據，將會涵蓋於本手冊論及相關法律議題的章節（第10-13章）。

精神醫學的「診斷」，要考量以國際公認標準來分類心理疾患。診斷常是捲動諸多後續重要臨床與司法程序的關鍵—有時是因為診斷可能對爭議中的法律問題有重大意義。相關診斷幾乎都以確然存在的徵象與症狀為準，病因或病理並不在考量範圍內。換句話說，將精神醫學診斷所認定的疾患類別稱為症候群，可能遠比稱之為疾病還貼切得多。這種情況可能使人認定司法環境內的精神診斷就是以病患自述為基準，診斷信度也因而招致批評。不過，相關診斷其實並非僅考量病患或被告對醫師的陳述。

精神醫學的「判定」(formulation)，則是透過症狀與「心理機轉」說明個體的心理功能與行為，觸及範圍超過「診斷」。

一、診斷過程

診斷過程務必都要統整一切可得的資訊；情況如果許可，也應該從當事人親友獲得側面消息。確立症狀不可流於天真，應該要認清打官司的人有可能會試圖杜撰或誇大心理疾患的症狀。詐病的警訊，包括所宣稱的症狀與其他報告結論不一致、症狀描述和實際表現不符同、提及極不尋常或前所未聞的症狀、對症狀的過度描述。如果高度懷疑當事人告知的症狀真實性，則可藉心理測驗確認詐病或捏造症狀的可能性。

不過，歸根究柢，捏造症狀既難奏效也很罕見。精神醫學的診斷和所有醫學領域學門並無二致，要探究的是否湊齊了可確認「某圖樣確實存在」的「拼圖片」。換句話說，如果確實挖掘出某一症狀的「斷簡殘篇」，則其他症狀存在的真確性也會提高；這其實類似法律概念的「補強證據」(corroborating evidence)，但涵義更廣：因為雖然「整張圖樣上任何一塊拼圖」都會強化彼此存在的真確性，但如果找到好些「塞不進某一圖樣」的拼圖片，那也要懷疑原本斟酌的圖樣是否正確。

在心理學上，衡鑑者的價值觀多少會對診斷決定產生影響，死刑案件的相關衡鑑更是如此。因此，衡鑑者不僅要能洞察自己的價值觀，還要承認這些價值觀足以影響最終的診斷結果。要能制衡偏見，就得對個人價值觀具備洞察力，還要有意識地恪守誠實原則。

二、分類

所有的精神醫學診斷都應以已獲認可的兩大分類系統為基礎：世界衛生組織(World Health Organization, WHO)的〈國際疾病分類第十版〉(International Classification of Diseases, 10th edition; ICD-10)與美國精神醫學會的〈精神疾病診斷與統計手冊第四版〉(Diagnostic and Stastistical Manual, 4th edition; DSM-IV)。上述兩手冊都定期修訂，新版也即將出爐。(譯註：現行臨床使用最新版本為DSM-V)

診斷手冊的用途，是要提高測試者間信度(inter-rater reliability)，並增加臨床工作者之間的交流。

然而，手冊既不應取代臨床判斷，更不是非臨床工作者偶爾會錯認的「精神醫學工作者聖經」。由於手冊臚列了診斷分類的「判準檢覈表」，使用者可能因此會在比對分類標準後，就將手冊內的診斷建議照單全收；DSM-IV（譯註：現行臨床使用最新版本為DSM-5）請使用者切莫視之為「食譜」的呼籲，正反映了這種診斷風險。這種條列分類標準與相應診斷的檢覈表，在司法環境中更易招致外行分析或斷章取義；負責診斷的醫師千萬別割捨臨床鑑別、過度依賴分類系統，被法律程序牽著鼻子走。儘管如此，如果提出的診斷既不切合DSM的嚴謹分類術語、也不符合較為敘述性的ICD用語，衡鑑者仍應重新任擇DSM或ICD的用語，並清楚指明採用以上何者。

三、效度與分類

針對ICD-10的編製，各界為對疾病分類標準達成一致見解，當時就採行了符合國際共識的診斷方法，這雖然讓疾病診斷的文化效度爭議多少獲得解套，但同一衡鑑工具在不同文化脈絡下的效度仍難免有問題。因此，如果採用經過翻譯的衡鑑工具，譯文內容務必要能對應本地文化脈絡。如果衡鑑工具需要受測者就個人閱讀能力自我評分，由於個別文化環境的識字率勢必有落差，衡鑑人員就要斟酌原評分基準的文化效度。衡鑑人員也應考量不同語言及文化環境對特定衡鑑工具的詮釋是否都相符；在進入在不同的語言與文化脈絡後，同一衡鑑工具所量測的構念是否仍然相同，這一點也值得衡量（可參考第五章對心理測驗的說明）。

多數臨床工作者在面對衡鑑對象斟酌診斷時，眼前不會剛好放著一本診斷手冊，而是必須發揮本身的臨床經驗與會談技巧，藉以確認病患症狀的本質、持續時間與嚴重程度，並據此確立診斷。有些結構式晤談工具的設計初衷為研究用途，但有時也可應用於臨床或醫學司法環境（例如神經精神醫學臨床評估表/Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN；DSM-IV（譯註：現行臨床使用最新版本為DSM-V）之結構式診斷晤談量表/Structured Clinical Interview for DSM, SCID）。運用這些工具前必須先接受相關訓練；換句話說，如果這些工具為其他領域的專家所用，如果使用者不曾接受相關訓練，精神科醫師就不應針對對其採用的工具及診斷詮釋提出意見。

ICD與DSM兩大分類系統的主要差異摘要如下：

ICD-10 (第五章)	DSM-IV（譯註：現行臨床使用最新版本為DSM-V，相關基準已經變動）
疾病分類系統	疾病診斷術語表
設計用途：資料收錄；內容包括效度可疑的診斷	只收錄已確立診斷效度的類別
幾乎悉數以症狀為診斷基準	幾乎所有的診斷都包括特定功能障礙
將思覺失調類的疾患描述為思覺失調症	將思覺失調類的疾患描述為人格疾患
以症狀維持一個月為診斷思覺失調症的前提	以症狀維持六個月為診斷思覺失調症的前提
未提供自戀型失人格疾患的診斷準則	提供了自戀型失人格疾患的診斷準則

衡鑑報告內應說明以下診斷資訊：

- 衡鑑人員提出的診斷
- 採用的診斷手冊
- 患者出現的症狀、相關症狀的事證
- 曾考慮哪些不同的診斷，並說明為何最後決定不採用
- 對最終診斷結果的效度考量，包括對捏造症狀或許病可能性的判斷，並說明為何最後排除了相關疑慮。

四、精神醫學診斷、行為與犯行

衡鑑人員必須能謹慎分辨某一用語是屬於精神醫學診斷，或是指涉當事人行為或犯行。有時，對某一心理狀況的描述用語會剛好與對特定犯行的用語相符，但這並非常態。舉例而言，「戀童」罪犯在醫學上稱為「戀童症患者」；如果符合醫學上對戀童症的診斷標準，兒童性侵案的加害人也可能是戀童症患者，但性侵兒童的行為和罪名並不是戀童症的診斷標準，千萬別誤將性侵兒童與戀童症畫上等號。同理，「縱火」指的是種行為，但並非臨床診斷。所有的臨床診斷都無法直接導向特定判決，各犯罪行為本身並沒有可以直接對號入座的臨床診斷。舉例而言，縱火的人可能是法律定義的「縱火犯」，但他們的心理狀態並沒有罹患什麼「縱火症」。

同樣的道理也適用於法律辯護。舉例而言，衡鑑人員一發現當事人是精神病患者，就必須審酌是否符合法律定義的「心神喪失」，並須探究相關證據；但精神疾患不直接等於心神喪失，不是所有患者都符合後者標準。這種精神醫學與法律概念的「轉譯」問題，就是手冊第二章探討的內容。一般來說，司法界不會在「吸納」某醫學觀點後，就直接形成某種法律衡鑑或標準，「學習障礙」（智能不足）或許比較像是這樣的特例：一旦做出這樣的臨床診斷，幾乎就直接等於宣告對當事人施用死刑會違法，這樣的診斷本身可能就對執行死刑的合法性形成約束力。

五、診斷死刑案件當事人的特定考量

智力失能(intellectual disability)

智力失能是學習障礙的或智能不足的同義詞，也是死刑案件中極為重要的疾患類別。臨床診斷很少能與特定的最終法律判定畫上等號；當事人一經診斷為智能不足，就可能直接豁免死刑，這就算是其中特例（請參考前述）。不過，如果診斷的衡量標準導不被接受，從這些標準導出的診斷結果未必會被採納－美國各州對心智不足各有其認定標準，對相關診斷的採納程度也各異。

智能不足的診斷事關重大，因此更須格外審慎。當事人至少必須符合以下三項寬鬆的標準，才算是DSM-IV診斷的智能不足：（譯註：現行臨床使用最新版本為DSM-V，相關基準已經變動）

1. 低於一般智商平均值
2. 適應功能有限
3. 始於18歲前

量測一般智商有幾種不同方式，但都以智商量表呈現測驗結果（請參照第5章）。

智商測驗必須考量當事人的背景、慣用語言、教育程度、特定身心障礙。任何智商評測都有誤差可能，因此，即使各界慣以智商分數70為判定智能不足的臨界點，但這種判定方式未必準確。就信度而言，診斷標準精準當然有一定的好處，但太強調智商分數的精確度也有風險。舉例來說，智商71的被告如果有嚴重適應功能障礙，就算智商高於臨界點，仍可能符合智能不足的診度標準。如果要將智商當成診斷基準，建議要考量當事人智力數據正負四分的誤差值。

六、精神醫學上的「判定」

無論是臨床或司法醫學實務，診斷之後都不可免俗地要進行「判定」。「診斷」是說明當事人疾患本質類別的可靠簡便方法，但單憑診斷也不易推估其他各種當事人的情形。相形之下，「判定」的推論成分更高，可以涵括當事人心理疾患與行為的根本成因、促成因素與持續原因，基本上等於解釋了個人心理功能及相關行為（請參考第七章）。

對其他許多刑事案件而言，精神醫學的「判定」，有可能意味著找出疾患診斷與犯行間的「因果關係」；死刑案件也是如此，並可能著重於當事人精神疾病或心理問題的發作、冒險或危險行為、個人生活的其他特定面向。對當事人的精神醫學判定，不僅可用於解釋過往犯行的成因，還能據此評估再犯風險及未來相關風險管理。由此可知，無論是在審判階段以（刑事責任）能力降低為由提出抗辯、相關抗辯失敗以致被告遭判殺人後且須進行法律衡鑑、對「無教化可能」而得科處死刑者的重大犯罪再犯可能進行風險評估，精神醫學判定對死刑案件都有一定意義。

簡言之，就司法精神醫學而言，「診斷」通常無法完整解釋當事人行為，「判定」則為司法程序導入了必要的複雜考量與解釋。然而，診斷與判定各自採用的方法與本身效度基準都大相逕庭。

七、詳述精神醫學判定

針對犯行進行判定時的重要考量因素包括：

- 發展因素，包括早期遭虐待或缺少應有的照顧關懷
- 心理疾患的基因遺傳因素
- 兒童時期失去照顧者

- 兒童期的反社會行為
- 破壞性/不安全依戀型態
- 成年生活中的關係適應困難
- 股型的反社會態度
- 鼓勵指標犯罪的態度
- 未來出現暴力行為的特定風險

發展「判定」，有賴必要資訊的蒐集及詳盡的精神醫學衡鑑。心理衛生從業人員之間有不同的判定模式。其中的生物心理社會綜合模式採納的考量因素，包括預期問題（例如暴力行為）在生理、心理與社會層面的先天因子、促成因素、持續原因。不同的精神醫學或心理測驗模式所採用的判定方法各異其趣，其中包括了認知一行為取向（探究想法、感受與行為，並建立三者之間的關聯）、精神動力取向（可能考量心理防衛機轉/驅力/客體關係）。相關判定應同時考量促成再犯風險及降低風險的因素。

一、重視實務過程不著墨理論

本章目的，在於針對諸如量刑或釋放受刑人等法律決策，為讀者、臨床醫師或律師提供臨床風險評估的指引。應用於風險評估的司法醫學衡鑑種類、專家對處遇方式的建議、一般有關精神疾患與犯罪行為相關性的資料，內容都可謂包山包海，建議讀者閱讀本章時，同時參照其他相關章節。

二、以法律目的為導向的風險評估

這本手冊處理的主題，都是專門考量要協助法官與陪審團、假釋委員會，當初設計就不是針對一般臨床用途。因此，針對風險評估、管理與處遇，本章並未進行全面與完整的說明；也因此，手冊雖不論及自殺風險，但將會論及對他人施暴的風險。

三、風險評估本身就有倫理問題

對臨床醫師而言，風險評估是倫理問題，純為滿足司法程序需求的評估更是如此。

- 無論選擇採用何種衡鑑方式，衡鑑工具本身都免不了隱含某種價值判斷；衡鑑工具對信度與效度門檻的設定就是一例。
- 為訴訟目的進行風險評估的臨床醫師，在接受委託時，務必要對自身角色的界線有清楚認知，也要在與他人溝通時堅守此一原則。
- 有些風險評估，目的在於確認被告是否符合法律定義的「無教化可能」，再依此裁量是否適用死刑。臨床醫師面對這類評估時，更應堅守前述「角色界線」原則。（請參考第十二章）

與死刑相關的風險評估可能牴觸醫學倫理的「不傷害原則」，有些臨床醫師會因此選擇迴避這類評估。與此相對，有些臨床醫師會考量「正義」原則，認為自己應實踐社會責任，因此仍願意執行相關風險評估。

四、定義

「風險評估」是常見的專業用語，但也常遭誤用。不過，就前述評估而言，採用「風險」一詞是比「危險性」恰當；後者誤將認被告個人本身的「內在因素」視為決定其未來所有暴力風險的唯一因素。事實上，未來暴力風險應歸因於個人因素與環境的交互作用。

要達到「零再犯風險」是不可能的任務，這是個關鍵概念。相對的，世上也沒有「絕對會再犯的風險」。

比較正確的說法，是「預估風險」等於說明「在設定期間內，某特定事件發生」的或然率（機

率)。風險評估至少必須參酌一種衡鑑工具的施測結果，但測驗形式不限。不過，也有可能現有的所有資料在風險評估時都用處不大。

有鑑於此，本章目的，就在於針對或可探知未來個人暴力風險的優質資訊來源提供指引，以俾實務工作者進行風險評估（而非只是依賴目前自己覺得唯一可行的評估方式）。

五、風險評估概述

就醫療實務而言，綜合以下臨床衡鑑，就成了對患者進行評估的依據：

- 就特定疾患的症狀與病徵、病理機制進行臨床衡鑑
- 醫學專業針對某些疾患，也已對有某類特質的特定族群者發作的情況有所瞭解，幸運的話，評估人員也可就這部分的背景進行衡鑑（特定精神或心智問題的「流行病學」）

就已確診的精神疾病患者而言，預估其暴力行為的方式有好幾種。不過，舉例來說，若衡鑑像是對思覺失調症候群患者，針對具有某些特質者進行的相關流行病學研究資料都有其意義，但這些資料本身，並不足以成為暴力風險評估提供有效而可靠的依據。歸根究柢，對當事人整體、過往暴力模式、暴力行為的各相關變項進行充分瞭解，肯定會比對「當事人的同類族群」的認識來得可靠，也才是風險評估的最佳基準。

為了瞭解特定疾患、心智或精神問題與暴力之間的關聯，風險評估確實會採用相關流行病學資料（就是一般較常說的「事實資料」），但風險評估仍應以當事人整體、其「暴力履歷」為重點，應該就此針對引發被告過往暴力行為的「個人內在因素」（intrinsic factors）、內心情境與環境情境加以著墨，還應該就當事人過往的暴力事件「說故事」及進行「綜論判定」（目的是「感同身受」當事人的過往相關事件）。

六、清楚自己所進行的事

為了要讓風險評估有「好品質」，臨床醫師在評估時，必須像面對有明確參數的心智／精神狀態測驗或智商測驗一樣，對「該做的一切」都頭腦清晰又信心十足。也正因為如此，我們一定要針對風險評估，提供臨床醫師清晰的指導及「界線說明」。

七、一切都可能發生，但發生預期結果的或然率有多高？

風險評估的核心，在於對可能的結果提出意見；這裡的意見，是指說明發生特定事件的「或然率」（probability），而非其「可能性」（possibility）。任何人都可能出現暴力行為，但某些人發生暴力行為的或然率會比較高；有暴力史（過往行為）、衝動特質（人格類型）、對暴力行為興趣或覺得

暴力會帶來報償（以人格區分）、有嚴重人際問題（過往行為），以及酒精或藥物中毒者（影響隨癮頭改變的心智情況），都是發生暴力行為機率較高的例子。

八、幾種不同類型的衡鑑方式／資料蒐集方法

風險評估經過了幾個相異的發展時期，發展史包括了幾個階段；換句話說，「風險預估」也可區分成以下幾個「世代」：

- 第一代：臨床醫師非結構性的判斷

個別醫師各用各的方法，彼此之間欠缺一致性或共識：如果某醫師的做法導出某一特定判斷，要確切複製此一過程也很困難；臨床醫師的個人判斷，在當下或未來的效度也都沒有什麼實證證據。整體而言，這種判斷的精確度差及評估者間信度都較差。

- 第二代：精算式（actuarial）的評估方法

評估人員依據一套規則推演數據資料，再以此做出判斷。這種評估方式受限於僅能量測特定族群全體的少數幾個要素，卻排除了與預測效度（predictive validity）有關的因素，因此將個案意義與重要性、特異性因素都限縮到最小，也排擠了臨床判斷、臨床專業的功能與投入，使臨床醫生因此備感氣餒與受傷；以上是對此類評估方法的其中一個批判觀點。

- 第三代：直接進展到風險管理與再犯防治，並釐清導致風險增減的因素。

批評者認為：這種方式無法運用合理的科學或專業確定性（certainty），因此也無法找出具體的個人再犯的或然率或絕對可能性。

- 第四代：結構式的臨床判斷

對以下兩者兼容並蓄：實證實務（evidence-based practice）意指比照精算式衡鑑工具的發展模式，藉由研究找到最佳證據；實務證據（practice-based evidence）則指借重臨床判斷、搭配合宜的精算式資料，藉以呈現清楚且放諸四海皆準的充分意見，藉以提出面面俱到的明晰意見。

九、精算式的評估

再犯風險評估終歸是要探究當事人個人的情況。但針對特定群體，找出能強化或減弱其暴力行為的因素，仍仍有相當重要性。

一直以來，數據性的研究都企圖透過數據圖譜（statistical mapping）確認暴力風險的相關因子。一般來說，與針對被告個人的非結構式臨床診斷相較，這種方法信度與效度都較高。然而，各種特定族群人口的可量測變因太少、種類有限，幾乎全都是「過去性的歷史因素」。對實際降低個人暴力風險而言，精算式評估方法很難發揮作用。

此外，多數用來獲致相關數據的研究都不是「社區研究」（community study），多是針對「偏離正

軌」的特殊族群，如受刑人（藉此量測患有精神病的受刑人比例）、精神醫院病患（量測其暴力行為比例）。

採用前類資料進行精算式風險評估的臨床醫師，務必要知道量表依據的偏差行為基本率（base rate），也要了解量表是從特定族群或一般人口取樣、是否僅適用於評估某種行為類型者的再犯風險。以下是精算式的風險評估工具示例：

- 暴力犯罪風險評估指南（Violence Risk Appraisal Guide, VRAG）
 - 測量12個項目後，將評估對象的再犯可能性分類為「低度、中度、高度」。
- 風險矩陣2000（Risk Matrix 2000, RM 2000）
 - 評測各項目後，將評估對象的性侵犯再犯可能性分類為「低度、中度、高度」。

上述工具也都屬於理計量測驗，因此在運用時，最主要的問題就是得從「群體」風險預測推論「個人」再犯風險。首先，以預測誤差幅度而言，前者絕對小於後者。其次，從整體資料推論出的結論，如果應用到個案上，絕不能採「在T時間內，D出現Y類型偏差行為的機率為X」的說明方式，而應改為「在在T時間內，某群體整體出現Y類型偏差行為的機率為X，D可歸類為此群體。」

精算式評估從群體推論個人難免有其限制，因此也促成了新一代的評估方式：精算式的評估工具對「第四代」風險評估而言，不再是確切預測風險的指標，而是可用來充實臨床醫師見解的其中一類資料。

十、結構式的臨床判斷

此類評估方式借重精算式評估的優勢，也同時透過醫師的臨床觀察、技巧與經驗，進行資料蒐集與詮釋，最後才完成架構清晰、經得起檢驗的專業判斷。「暴力歷史、臨床、風險評估量表」（HCR-20）是結構式臨床判斷的具體範例，已廣獲精神醫學界採用及尊重。「性暴力風險量表」（RSVP）也是另一項針對性暴力再犯風險的類似評估工具。

進行結構式臨床診斷的人員要先接受相關訓練；如果要採行這種評估方式，我們建議舉辦相關培訓。

建議納入結構式風險評估的項目詳列如下；請注意下列建議並非任何特定臨床判斷工具的使用指南：

暴力史

- 記錄每一次的身體暴力事件
- 是預先策畫或衝動行事；誘發因素？
- 被告與被害者的關係性質？

- 是否以武器施暴？
- 被告在犯罪前的態度、扭曲的思考模式，都可能會導致未來持續犯罪，因此應探究是否有足以反映當事人贊同暴力心態的行為，諸如霸凌、脅迫他人、或其他刻意苛薄他人的行為
- 虐待動物、施虐同儕
- 「違反界線」，例如施虐或攻擊老師、員警、父母等權威象徵
- 鑑別過往暴力行為的共通特質，例如是特別針對陌生人、家人、親密對象、兒童，或是有多種受害對象
- 迷戀武器

精神醫學因素

- 病人的精神疾病性質？
- 病人傾向於在精神病症狀鮮明或鬱症發作時施暴？
- 是否出現相關的命令式幻覺？
- 可能導致智力損傷的認知相關因素

物質誤用

- 物質誤用史
- 誤用的藥物種類
- 各誤用藥物的使用頻率與劑量
- 藥物使用與暴力行為的關聯
- 是為自行治療精神疾患症狀而用誤用藥物？
- 是否出現藥物誤用的長期後遺症？

頭部外傷

- 是否曾發生頭部外傷？
- 頭部外傷的嚴重程度？
- 是否曾出現頭部外傷的長期後遺症？
- 頭部外傷與暴力行為發作的關聯？

心理因素

- 當事人是否表現出任何贊同暴力的態度？

- 當事人是否容易對他人懷恨、惱火，或總是滿腹牢騷？
- 是否有指向暴力風險的人格特質相關證據？
- 施虐癖
- 欠缺同理心
- 情緒不穩
- 對自身暴力傾向的病識感

情境因素

- 與過往暴力有關聯的情境？
- 暴力行為發生時，與受害者的關係？
- 他人行為如何促成當事人暴力行為？
- 暴力行為發生當下，被告有哪些同儕在場？
- 是否在家人出現爭端時發生暴力行為？
- 當事人最近是否在個人生命或生活中遭遇損失？
- 暴力發生時，當事人能拿到武器的管道？

結構式的評估方式，既能有條不紊地整合資料，也有助彙整資料、進行「綜論判定」（請參考以下內容）。

十一、比較精算式與臨床式評估的方法

評估再犯風險時如果只採用精算式評估方法，一旦選了不適當的評量工具，就會導致偽陽性或偽陰性的評估結果。

精算式預測的關鍵缺失，在於無論評量工具本身有多好的心理計量特質、敏感性（sensitivity；鑑別「真陽性」的能力）、特異性（specificity；避免「偽陰性」的能力），只要是面對低發生頻率但具高衝擊性的行為（例如嚴重暴力），評量時就很容易會高估風險、導出很多「偽陽性」的測驗結果。因此，如果風險評估是為了要提供量刑依據，單做精算式評估，很容易會導致「量刑過重」。

相對地，臨床式評估從當事人本身「暴力履歷」推論再犯風險，因此可能受到衡鑑者偏見影響；無論是設定變相、採用何種方法、是否同時將再犯「風險因子」及「保護因子」都納入考量、設定閾值等，都可能充斥衡鑑者的個人偏見。

有鑑於此，最好的折衷方案，可能就是綜合兩種評估方法的評量工具，例如HCR-20或RSVP。

十二、暴力風險：觀點與判斷

風險評估不可能迴避「判斷」。最好的風險判斷方法，可能是採用一種以上的評估方式，以俾從多種「風險觀點」取材、進行「風險判斷」。這種綜合式的做法，需要同時採用精算式與臨床式的評估，也給了兩種評估方法合作的空間；其中，臨床式評估以結構性方法的結果較為可靠（相較於完全憑仗各醫師個人的、相對特殊的臨床見解）。

十三、靜態與動態風險

結構式的臨床判斷工具，兼顧了再犯的「靜態」與「動態」因子。

「靜態因子」針對特定族群的犯罪行為，著重相關的過往歷史性因素，對犯罪風險預測能力極佳。畢竟，過往行為就是窺見未來行為的最佳指標。「靜態因子」通常讓被告的暴力風險加成，通常會造成負面評估，也比其他資料更有份量。

「動態因子」則在考量個人是否可能犯罪時，也整合情境、誘發因素等多種詳細資料，也考量「保護被告免於再犯」的「保護因素」，並有助設定被告的治療目標，以俾未來評估當事人接受治療一段時間後的變化，還有助擬定風險管理策略。

十四、保護因子

以往，風險評估強調當事人過去的犯罪紀錄與反社會行為。可想而知，由此而來的評估結果，通常會顯示很難降低當事人目前的犯罪風險。近來，風險評估也開始考量保護被告免於再犯的「保護因子」，並因此編製了幾項新的心理測驗量表；再犯風險與可治療性短期評估（Short-term Assessment of Risk and Treatability, START）就是其中一例。

十五、對暴力行為的「判定」（formulation）

「判定」是假設所有的行為都有其相應的「心理功能」，再以此為前提，試著瞭解當事人的行為（包括暴力行為）。以這樣的假設分析行為成因，不僅最有助於理解當事人行為，還能促成行為改變。

因此，對暴力行為的「判定」涵蓋範圍比單一行為事件的行為功能分析更廣，會完整描述暴力行為的可能根源，並推論精神醫學可介入治療的方向。

「判定」，就是可以用觀察到的資料加以檢驗的的假設。

基本上，「判定」就是一個故事或一段敘述；就是將當事人暴力行為演變的經過、初次發生的原委，都娓娓道來。

「判定」而言會將影響行為的因素分成以下幾項：

- 易感性
 - 精神健康不佳
 - 智力功能損傷
- 情境（或誘發）因素
 - 酒精或藥物中毒
 - 憤怒
 - 受挫感
 - 損失
- 持續因素
 - 贊同犯罪行為的態度
 - 身邊有素行不良的同儕
 - 適應技巧不良
- 保護因素
 - 伴侶或家人支持
 - 有改變行為的動機

「優質判定」的優點，在於藉由臨床晤談與心理測驗蒐集資訊，但同時也採納「側面資料」，例如由獨立觀察人員、親友線人所提供的報告。

採納「判定」進行風險評估的優點，在於此評估方法將所有的犯罪脈絡因果彙集為「故事」，為行為描述補足了情境，在說明了被告犯罪「內外情境」時，綜觀事件發生順序、行為的發生、導致行為的因素，從而能為預測未來再犯的可能性提供輪廓。

從以上可得知，「判定式」的評估方法也有極佳的再犯預測能力，不僅能「解釋」某行為究竟是在何種情境下、怎麼重覆發生的，並足以建立明確而務實的風險管理與治療目標，也有助當事人明瞭專家認為他們該做出什麼改變，才能藉以降低自身再犯風險。

無論是否為提供給患者本人，「判定」都可用圖表呈現。圖1即是判定圖表的示例。方框內僅舉例導致個人犯罪行為的可能影響因素，並未一一列舉所有可納入圖表的元素。

圖1：判定圖表示例



十六、結論

世界上沒有完美的再犯風險評估。針對在採用精算式評估方法之外，同時也詮釋臨床資料，希望本章確實提供了妥善的指引。

最後，以下的「風險評估」檢覈表，可能有助個別醫師進行或詮釋被告的再犯風險評估：

- 側面消息與資料多多益善。別怕回頭詢問任何不清楚之處，。
- 建議「眼見為憑」，確認自己有藉由晤談瞭解當事人的態度與信念。就算是要呈現包括精算式資料在內的「事實性」資料，也別過度強調直接從當事人口中得知的訊息。
- 為暴力行為建立「判定」，藉此瞭解被告本人與其犯罪行為，也幫助其他人對此有所瞭解。
- 切莫只以一個字草草記錄再犯風險預估結果，例如再犯風險「低」、「中」、「高」。
- 具體描述你所考量的風險本質與脈絡，例如以「回歸社區後發生嚴重暴力行為的風險」取代「風險為.....」。
- 從風險評估工具的心理計量特質來衡量並選擇合適的評估工具、充分瞭解各工具的優勢及缺失。唯有如此，才能從實證證據適切地導出你的專業判斷。
- 針對治療或管理犯罪行為的可能方案，提出個人建議。

一、目標

即使精神醫學報告的內容應包括對當事人的診斷，也不應僅流於描述診斷結果。相對地，報告應說明有時相當複雜精神疾病各爭議點、包括診斷本身與其意義，也不應漏了「判定」，並解釋這些內容與爭議中的法律問題有何關聯。除外，報告也應以結構清楚、淺明易懂、完整全面的方式，娓娓道來被告截至目前的生命史。

報告也應充分並詳盡說明結論的依據，以俾讀者揣摩報告觀點的邏輯；換句話說，報告本身必須言之成理，撰寫時應該考量非醫學背景讀者能否理解。通常，最先讀到報告的讀者，就是被告的訴訟代理人，以及其他律師、法官；換言之，報告的重點讀者固然聰敏，但多半是醫學及精神醫學的門外漢。

此外，書面報告等於是後續對陪審團提出口頭證據的腳本，寫報告時也要考慮這一點。

當然，相關報告要協助的對象是法官及陪審團，而非當初提請精神鑑定的特定一方。因此，報告更應謹守三個英文用語以「I」開頭的專家證人原則：公正（impartiality；不僅思慮要公正，一切表現都要公正）、獨立（independence）、正直（integrity）。

二、一般建議

要促成上述目標，報告架構就是關鍵

首先，報告必須將客觀資料與個人意見分開呈現。報告必須清楚交代所有經採用、賴以推定結論的資料；資料本身與對參考資料的意見，必須分開撰寫。

此外，資料來源多少會與信度與效度息息相關，加上有些資料本身可能有爭議、是否採信有賴法官及陪審團定奪，因此，寫報告時，一定要考慮到能讓法官及陪審團看得出資料出處。

如果報告撰寫人在面對同一問題時，會因為不同前提而產生相異的相應見解，報告中就要說明相關先決條件。；例如：「如果庭上認為X屬實，我的建議就會是A；如果庭上採信Y，我的見解就是B」。同時，儘管報告以精簡為要（相關人員比較看得下去），內容還是要包括足以佐證個人意見的資訊。

此外，寫報告時，也應附上與自己意見相左的參考資料，並註記幾經衡量仍採定某一見解的原因。為了方便讀者閱讀，報告應該分章節撰寫，這樣也才能清楚區分客觀資料及作者主觀意見，還能將各類資料依其出處分類呈現。

有些報告撰寫人偏好在各段落開頭編號，這樣做的好處，是報告撰寫人在開庭時更方便找出要引述

的特定段落，比較不會因為有壓力而手腳混亂、顯得「落漆」。不過，每個段落都編號，也會讓報告顯得沉重又枯燥死板、打斷敘事的流暢。

冗長的句子閱讀不易。精神醫學報告不是文學作品，簡單簡潔的文句大家都喜歡，一切以「清楚明晰」為最高指導原則。此外，報告如果提及任何專業術語，務必在第一次提到時就要立刻說明指涉內容；為方便起見，術語首次在報告內出現時，可以在術語後面以括號說明。此外，作者一定要竭盡所能，避免任何模糊曖昧的指涉；每個遣辭用句，都不該有多重解讀的空間。

很多報告撰寫人習慣先口述腦中想法，之後再謄寫錄音內容；在面見被告後能立刻以此紀錄個人觀察或想法，這確實是好事，但前提是口述意見前就先讀過所有的相關資料。

另外，報告校對耗時費力，但絕對是不能省的功夫。還要記得律師用語通常都很精準，因此也會就書面報告用語詰問作者，散漫不明確的用語絕對是司法精神醫學人員在法庭上的大敵。

三、報告架構

為了方便讀者閱讀，無論是報告標題、小標、次標的運用原則，或是報告格式，都應該要系統化、原則一致。編輯標題的最佳原則，是讓讀者能從各層次的標題就一眼看出報告整體架構，客觀資料與作者意見也能藉不同標題區分開來，也能依資料出處將其分類呈現。

四、引言

首先，說明你的身分、受委託寫報告的來龍去脈；報告開頭就必須釐清這些脈絡，包括你報告委託人是誰、委託人請你提出意見的問題。

請清楚交代彙整報告的過程，說明自己如何蒐集相關事實的參考資料；既然這些事實資訊主要是從與被告晤談而來，報告就必須說明晤談的時地、在場人員、時間長短，也要說明被告是基於何種條件接受晤談要求。此外，還要說明晤談前就已得知，以俾於晤談時詢問被告的「其他證據」，也要交代後來才浮現的證據。上述說明，可在序言提出，也可以保留在報告內文關於晤談紀錄的部分。

報告必須臚列看過的各文件。相關資料是否齊全攸關報告見解的扎實度；因此，針對你未形成意見而希望能查閱，但偏偏不存在或拿不到（例如依法不得查閱的證據）的資料，也請事先就條列於書面報告內。

報告一旦完成，就會成為病人病歷與卷證的一部分，未來可能會成為被告後續治療的參考，接下來的法律程序也可能引述報告內容。你與看報告的律師，本來就都清楚知道撰寫報告的原委，但後來才看到報告的人則未必如此。因此，請記得敘述進行衡鑑的來龍去脈，包括簡短交代背景由來；在

報告開頭就讓讀者知道梗概絕不會錯。報告的編輯排版，要避免字太小，也要充分預留律師及法官可以隨手筆記的空白邊界。

五、被告晤談

報告請務必清楚記錄與被告的晤談。記錄方法很多。其中之一，是在報告內提供逐字稿，這麼做的好處，是能帶領讀者回到現場、感受當時流程，還說不定能幫讀者察覺被告的思考形式障礙（formal thought disorder）、執念、應對困難或質疑的模式；另一種記錄方法，則是依報告架構，摘要、重組被告的敘述。無論採哪種做法，都務必要逐字記錄法律上可能有重大意義的被告說詞。

記錄時，如果採用「A先生說……，A先生告訴我……」，能讓讀者一目瞭然消息來源就是被告，但也會使報告顯得生硬，閱讀起來也不方便。整體而言，直接引述晤談病人的談話內容，能讓讀者如見其人、直接見聞當事人的說法。

提問與回答內容的紀錄，能幫助讀者真切洞察被告晤談時的反應。不過，除非晤談人會速記，要同時進行晤談並精確記錄問答，其實有一定難度；而且，書面紀錄畢竟少了被告在當時的肢體語言和說話語調，一旦抽離這些脈絡，被告談話內容還不一定說得通。不過，這裡要再強調：若是晤談問答內容在法律上可能有重大意義，請務必逐字記錄。

報告也要註記病人的情緒反應。舉例來說，如果病人提到死去的狗兒時淚流滿面，但提到往生的母親卻不會這樣，這種情緒反應就可能有重大的意義。不過，正如之前曾提醒，額外的註記也可能干擾報告敘事的流暢度；針對被告有特殊情緒反應的晤談觀察，在相關段落結尾處以括號註記情緒反應，或許是可考慮的解套方式。

六、心智／精神狀態檢驗

報告內容對心智狀態檢驗的篇幅因撰寫人而異，有的可能只有幾行，有的可能會用好幾段來交代，有些也只會摘錄證據確鑿的衡鑑結果，但報告也應紀錄重大的否定性證據，譬如看不出當事人的精神疾病病癥。不過，倒也不必做到像是要針對典型的思覺失調症詳列每個當事人未呈現的病癥，這裡指的主要是本來懷疑當事人會有、但最後並未觀察到的病癥。

每份報告針對認知衡鑑的篇幅不一。一般而言，只要交代沒有重大認知功能異常，並說明被告的一般智商，多半就夠了；但如果當事人的認知功能是爭議點，那就需要加以詳述。

七、從晤談以外管道獲得的資料

如果被告不僅曾由身為報告作者的精神醫師進行醫學或精神醫學研究，而第三人的研究也切合報告

所提出的見解，請也概述相關研究。對於曾彙整成為報告並送交律師或法院的資料，也應以同樣方式處理。即使相關研究結果已彙整成報告、提交給律師或法官及陪審團，或那是本來就是因應後者需要所撰寫的報告，衡鑑報告都仍應加以概述。以因應法院需求而進行的報告而言，如果是由檢方委託進行，完成後自然會送交法院。但如果是辯方委託的衡鑑報告，辯方就有權決定是否將讓其他人運用報告；正在斟酌個人醫學見解的專家如果看過這些內容、覺得有有醫學上的意義，但又不能引用，毋寧就須判斷自己是否真的將這些資料略而不談、因此備感為難。如果衡量的結果，是衡鑑見解不該少了其他研究報告，勢必就會造成醫學與法律範例的正面衝突，也會使當事的精神醫師陷入倫理困境。

撰寫報告的精神醫師要謹記：法院對報告撰寫人看過那些資料都瞭若指掌，如果讀過的資料包括檢方證人供辭、警方詢問及其他證人的相關報告，那更是如此。如果是這樣，那為何還要多此一舉，在報告中概述這些資料？原因有二：首先，是要「讓人看見你下的功夫」，也就是不負法官與陪審團期待、逐一呈現你建構個人意見的依據，同時也讓對方確知你曾斟酌與自己意見相左的資料；其二，你若在與被告晤談後數月接獲口述證據的要求，從自己的報告直接找到撰寫時就認為有用的參考資料，會比重新查閱檢方檔案來得更快更簡單。換句話說，你精心打造的報告不僅是要讓他人明白易讀，對你自己也是。

不過，如果沒什麼特殊理由，卻把所有資料都落落長地收進報告內，法院也不會特別感謝你。舉例來說，針對被告在犯罪時或相關時間點的心理狀態，處理檢方證人供辭時，只要節選與此有關的部分就好，不必全數收錄。

綜合被告病歷與其他各研究報告所得到的資料，可能會與你的個人意見有關。在這種情況下，儘管要摘要被告的病歷確非易事，還是要逐字詳盡抄錄病歷，或至少摘錄重點；病歷資料遠比以往的診斷結果更重要。

報告作者要留意：為了變造醫療紀錄原有的隱含意義，你拿到的病歷有可能已經過刻意剪輯。

八、個人見解

撰寫報告的目的，就是要回應特定的法律問題。從這個角度來思考，衡鑑報告是否只要回答委託方的提問就好了？

在開頭的序言就先從精神醫學角度出發，對個案進行摘要與系統性的說明，也就是針對案件含括的「精神醫學」（相對於法律）議題提出意見，這也是一種做法，不少人覺得這樣也有好處，包括讓法院看出作者的「工作情況」，尤其是對被害人心理狀態形成見解的過程。

接下來在說明個人意見的章節內，則可以交代「法律意涵」，做法是不對應留待法律判斷的「終極議題」直接表示意見，但可詳述該如何「轉譯」被告在「特定情況」下的心理狀態、使其能對應作

者手邊的法律標準（詳見第二章）。就前述「特定情況」而言，如果心理防衛機制是爭議點，那可能就是要回溯之前某個時間的情形，譬如犯罪行為發生當下；如果是要釐清量刑，包括鑑定被告心智／精神狀態是否適用死刑、其死刑適刑能力，那就是要探討現在情況。

如前所述，報告若非得使用醫學術語，請務必以非醫學專業人士的說法再行解釋。為方便起見，建議在報告內首次提及的術語後方以括弧提供說明；如果報告內出現的醫學專用語數量到一定程度，也可以改為在報告最後附上字詞對照表。

法院對報告撰寫人的期待，是作者在報告內提出見解時，不僅要憑藉個人的專業訓練與經驗，還要參考其他研究結果。報告應該交代所有相關研究，如果必要，還可以附上研究報告的原始資料。同樣地，針對被告所做的診斷，報告也應附上參照ICD-10或DSM-IV（譯註：現行臨床使用最新版本為DSM-V）寫成的診斷文件（也可參考以下段落。）

其他可能見解

作者務必要在報告內交代所有可能與自己相左的見解，就算這些看法以往並未整理成報告，也不應加以忽略。報告還應該你不認同這些觀點的原因—比方說，你為什麼最後還是認不是詐病，而是真的患有思覺失調症。如果你在報告內沒交代這些觀點，其他人還是會挖出這些資料。考量過其他觀點，等於是為自己的公正心態展示證據；畢竟，法院及雙方律師還是比較可能尊重確經審度推理才得出的結論。

診斷

報告對診斷的結論，應該沿用ICD-10或DSM-IV(譯註：現行臨床使用最新版本為DSM-V)標準。然而，其實不應把這兩套系統的內容視為診斷「檢覈表」；比方說，訴訟代理人有時會依照這兩套系統對病徵的描述和分類，逐一比對被告有哪些相符和不符合的精神疾患症狀。這兩種診斷系統都是合宜的診斷指南，但不能取代精神醫學專家的臨床判斷。

有些報告在關於當事人的基本事實確立前就必須撰寫完成，「審前報告」就是其中一例；此外，有些事實也可能在開庭時受到質疑。不同的「事實套餐」可能會導向截然不同的醫學結論，某一結論的說服力也可能因此受到影響。如前所述，稱職的精神醫學專家，會以「法院對事實的認定」為變項，再分別就各變項提出相應見解；如果某項事實可能在法官與陪審團間衍生多種詮釋方式，就不要對該事實表示意見。

醫學的極限

精神醫學專家無權越俎代庖、取代法官與陪審團，因此不該對當事人是否有罪、該如何量刑等「最根本」的法律議題提出意見，否則就嚴重失了分寸，這一點可說是無庸置疑。

不過，法官與陪審團應該衡量的「最根本」議題，也包括被告是否符合心神喪失的法定標準，因此

也有人質疑精神專家對此提出意見的合宜性。事實上，報告鑑定人可以描述被告在相關時間點的精神狀態，並針對法律標準要求檢驗的項目「轉譯比對」其狀態，但這已經是極限，專家應該就此打住，切莫直接說當事人「是否」心神喪失。另一種做法，則是比照前述，以法官及陪審團對事實的各種不同認定方式為基準、說明各相應見解。

報告應以其真實性及獨立性聲明作結；英國國內法院的實務指引就有提供範本。

九、對報告架構的建議

以下的報告撰寫架構僅為建議，但多少還算是有用：

- 封面頁
- 基本資料，包括案主姓名、生日、遭起訴的罪名摘要
- 衡鑑委託方的姓名與地址
- 衡鑑目的與實用指南
- 與被告的晤談細節，包括會面日期、地點、總時數
- 從晤談之外管道獲得的資料清單（如果附錄未收錄，就應另立章節臚列）
- 詳述透過與被告晤談所獲得的資訊
- 對被告心智／精神狀態的檢查
- 詳述由其他各種管道、會談、病歷或紀錄所獲知的資訊
- 概述與報告撰寫人意見有關的卷證內容
- 詳述適用於此報告的所有各類衡鑑，包括由他人執行者
- 由其他報告獲得的資訊
- 以醫學角度呈現的精神專家意見，包括診斷及判定
- 說明醫學證據的法律意涵；也要交代精神醫學見解與爭議中的法律議題有何關聯
- 概述精神醫學專家意見
- 報告的真實性與獨立性聲明
- 附錄－如果報告內文還沒有交代所有看過的文件清單，就應在此詳列；如果覺得合適，也可收錄原始資料
- 報告人的簡歷：含現職、資格與參加的專業組織；並請詳述臨床與法律醫學經驗

十、內容揭露

報告完成後應屬第三方（通常是報告委託人）的財產，因此除非攸關生死、可能導致他人遭受重大傷害、或考量重大公眾利益，否則若未獲授權，作者均不得對外揭露報告內容。檢方委託進行的報告必然也會提交辯方、法官與陪審團；但如果是由辯方委託執行，辯方就有權「不加以運用」，等於從此將報告束之高閣。

十一、報告增修

報告一經提出，就不該更動或修正，以下是例外情況：

- 法律專業特權（legal privilege）保障秘密通訊，因此須摒棄部分有違於此的內容
- 無關醫學見解的內容

為了讓報告內容更清楚、針對某些重點增加說明、或考量新發現的證據，報告撰寫人有時會被要求提交增補報告書。

十二、需要留意的問題

- 請留意法律與醫學專業對精神疾患的不同概念（詳見第二章）。
- 基於上述，無論是針對他人告知的訊息、你自己獲知的一切、是否要應用相關法律標準，都務必進行確認，避免未經審酌，就輕率採用醫學用語回答法律爭議。
- 就被告的「診斷」及「判定」提出報告，目的不在量刑；但針對再犯風險評估提出報告則確為量刑，因此更該謹慎。
- 如果最後沒診斷出被告有任何精神疾患，則審慎思考是否仍應對此案提出任何意見。
- 絕不可建議對被告施行任何懲罰。
- 除非曾和委託報告的律師討論過，否則就只依委託行事、切莫僭越。
- 要說任何精神疾患「導致」犯行不太可能；描述精神疾患與行為關聯性時，請謹慎措辭、確認用語合宜。

為訴訟程序撰寫報告的精神衛生從業人員，要明白若法院傳喚或該案應訴訟代理人有所請求，自然就須面對其在必要時出庭的期待；出庭可能令人卻步與氣餒，因此更需謹慎準備。

本章將說明如何出庭提供口頭證據，也會論及提供證據的程序。依據台灣現行的刑事訴訟法，法官有調查對被告之利益有重大關係證據的義務（刑事訴訟法第163條第2項但書）；然而，對於大多數案件，法官多半憑自己對案件的看法裁量是否調查相關證據（刑事訴訟法第163條第2項：法官……得依職權調查證據）。台灣的開庭乍聽雖像是兩造相互辯論的「對抗制」（譯註：或稱「當事人進行」），但有時卻事實上更像是由法官主導的「糾問制」（譯註：或稱「職權進行」）。無論如何，即使法官保留親自詰問證人的權力，而且也經常依閱卷所得詰問證人，但檢辯雙方仍應在案件審理過程妥適詰問證人。

一、開庭時間點

儘管並非通例，但開庭準備期多為期數周，甚至好幾個月，一旦日期決定就不易更動。經指派負責審理該案的法官會先排定初審（譯註：在台灣稱為「準備程序」）日期。你可能會被傳喚出庭。傳票上會載明你的姓名、性別與住址，以及其他與個人身分相關的詳細資料。傳票還可能包括將開庭審理案件的重要事實（在台灣，通常在開庭前，專家們就會透過法院公文或/與其他形式獲知要審理的主要事項，因此傳票上不會載明案件事實/開庭審理事項）開庭日期、時間與地點。傳票送達時間至少是在開庭前24小時，不過也可能提前至7-30天。

刑事案件開庭通常會分好幾個階段，間隔數週或數月不等。請事先確認自己必須出庭的時間。跟法院人員排定開庭日期時，請用恰當而清楚的方式與其溝通你能到庭的時間（先用電話溝通，再以書面確認，這樣可以同時確保時效與正確性）。專家出庭作證的日期一確認，你就會在出庭的前幾天或前幾周收到傳票。

二、準備出庭

請反覆確認出庭日期的相關事項，例如開庭地址與時間。傳票通常會載明這些資訊，還會提醒你記得攜帶身分證，到庭時才能立刻由法警確認身分。如果要使用視聽器材或其他諸如佐證個人證詞的文件等素材，你也會需要跟法官溝通（通常由書記官處理）。儘管法官有時會主動將前述的這些素材納為證據，但請謹記－相關素材除非經過兩造審視、甚至是交互詰問，否則並不保證都能會獲承認其證據能力。

別把上法院的初次經驗留給出庭當天。如果你都沒機會跟著其他專家出庭，至少你也要有在旁聽席觀察訴訟程序的經驗。如此一來，你才能熟悉法院的空間配置、各人開庭時的職責，更重要的是，這樣才會先對開庭氣氛與調性有點概念。

沒有為死刑案件出庭作證過的醫師，一開始恐怕就不應該在經驗不足的情況下接受鑑定囑託；曾在有爭議的其他重大案件的審判過程中作證者例外，而且以曾有為殺人案件出庭作證的相關為佳。

出庭的口頭證據都是取材自你之前提出的書面鑑定報告；書面報告一字一句都應該經得起考驗與詰問。換句話說，口頭證據要好，好的書面鑑定報告絕對不可少。其實，書面報告寫得有多好，也多少決定是否最終需出庭提供口頭證據－儘管在台灣，被告詰問證人的權利已獲法律承認與支持，其中自然也包括透過辯護人的交互詰問，詰問出庭作證的專家證人。

如果書面報告提出結論前，就審酌了所有讀過的資料，而且結論明確清晰、言之成理，還恰如其份地交代了與自己看法相左的見解，這都可能降低後續需要出庭提出口頭證據的機率。不過，有時就算書面報告寫得好，醫師還是免不了必須出庭（譯註：在台灣鑑定人必要時仍需到庭接受交互詰問，否則其鑑定報告可能因交互詰問程序之欠缺，而被認為戕害被告憲法與刑事訴訟法上的權利，因而被認定無證據能力）；如果有一位以上的精神醫師專家各自受託撰寫報告，但彼此見解不同，醫師還是免不了得出庭。

如果書面報告寫得好，提供口頭證據的難度就會相對降低。反之，書面功夫下得不夠，後者就面對不少挑戰。

精神醫學專家在準備寫報告時，可能已經參閱並運用大量文件資料；記得在書面報告中先摘要這些文件（請參考第8章），避免日後準備出庭還要費力重新調閱這些文件。

在晤談當事人時，為後續報告打底的手寫筆記，務必要妥善保管，如果有相關影音檔也是一樣，出庭當天要帶在身上，以備訴訟的任何一方希望看原檔案、就相關素材詰問精神醫師。專家證人也可以在開庭由各方檢視證據前，先為各方至做好相關素材，以俾開庭時能順利審理相關證據與交互詰問。如果獄方或法院有將你和被告晤談的過程錄影錄音，請事先與書記官聯繫，安排好相關影音檔案，方便你出庭時可以運用。

身為證人，你會被要求簽署切結書（譯註：在台灣稱為具結），確認你會據實以告。請謹記，說謊不僅會使你與你的專業在法院上遭到批判，依據台灣法規，還可能依偽證罪遭到起訴。

出庭時要信心十足，關鍵在於對法律與精神醫學交集的領域、案件、自己做的報告、讀過的其他報告，都具備長足瞭解。專家出庭作證時，法官通常會允許醫師參照自己的書面報告和筆記；既然如此，建議你最好在決定回答辯方律師/檢方/法官問題前，先回頭請大家參考報告內容、不要多做解釋，或者單純就表明：「我要表達的都已在報告中清楚說明，我想我不必多做解釋或贅述」。記得在自己的報告、參考的其他專家報告上都標示重點，讓自己在開庭時能儘快找到關鍵段落，也提醒自己還想強調什麼。

一般而言，出庭前讓律師和醫師先碰面，並共同檢視將提出的證據，都會有利後續的出庭表現，面對複雜案件更應該如此。藉由事先討論，醫師能提示律師相關證據的重點，也可以讓雙方會如何挑戰醫師意有心理準備。通常，律師的精神醫學知識有限，至少是比精神醫學專家證人少，如果缺乏適當指引，很可能會誤解報告的某些部份，甚至無法事先看出明顯會在法庭上對精神醫學專家構成挑戰的部分。稱職的律師會先備好交互詰問的重點，陪同醫師在會議過程中預演。不過，在台灣的司法實務上通常由法官指派專家證人（鑑定人），因此前述的事前會面通常窒礙難行。

如果專家證人與要求傳喚的辯方律師在事前真的碰上面，而且事先能徵詢對方同意，全程錄音當天的討論可能會是比較聰明的做法（也算常見做法）；當然也可以請辯方律師幫忙錄音。這樣做的目的，是擔心之後會有人說「律師教證人怎麼講」（譯註：或者常遭指控為「串證」）。檢方有時候是指控、通常則是暗示，會表示辯方律師有「指導」專家證人，藉此在法官面前削弱證人的公信力與專家報告的份量（儘管法官在實務上未必都會認同相關指控或暗示）。經過充分準備的律師會反擊檢方具有殺傷力的相關指控，專家與辯方律師的討論錄音，這時就會派上用場。

儘管說起來有些不公平，但專家證人進入法庭時，務必要給人良好的第一印象。請著正式服裝，記得這條絕對有用的黃金原則：「上台穿的要比上班更正式」。保守穿著為上策。

三、開庭程序

一般建議

- 說話要慢，咬字要清晰。說話速度太快，連自己恐怕也會搞不清楚要表達什麼；用字遣詞越多越複雜，等於是給人更多挑戰質疑或作文章的著力點；無論如何，你都會被要求放慢說話速度。
- 如果開庭時有通譯在場，請注意發言時要在語句間固定保留停頓時間，給被告時間聽完翻譯。
- 盡可能簡化你的意見。
- 如果提到抽象概念，請用具體比喻說明清楚。
- 避免使用艱澀術語，如果逼不得已用到了，就儘量加以簡化並說明。
- 不要回答聽不懂的問題。
- 如果有人提出二元選擇問題，要你回答是或否，請採以下回答模式：「是，但.....」；如果事實上確是如此，就解釋單純是或否的答案可能會誤導法官。如果真的覺得是或否的單純答案沒辦法適切表達專家的專業看法，請務必向法官解釋，並向詰問你的人員徵詢同意，請求以扼要語言進一步說明的機會。多數的律師及檢察官都還算明理，在一定的程度內，會願意讓證人說明或深究特定概念。如果對你提出詰問的人不同意請求，而且要求傳喚你的律師也不反對，你也可以向法官提出相關要求。

開庭之前

多數法院都比照機場安檢規格，不僅設有金屬探測器，也會翻查手提包或公事包，並進行搜身。口述錄音機等特定物件有時不准攜入法院；行動電話可以帶進法院，但進法庭時必須關機。法院開庭基本上不准錄音，在台灣，如果執意錄音可能會需要負擔相應的法律責任。

記得先向律師了解自己能否旁聽其他專家或被告提出證據。多數的開庭都能讓民眾旁聽，聽證則是都開放給一般民眾旁聽，要找個位子坐下來應該不成問題。不過，如果案件牽涉性侵、家暴或未成年者，那就例外；法官可能要求全案審理或部分審理過程不對外公開（例如不公開審理）。如果是這種情況，即使身為受委託或指派的專家證人，也只可能出席被要求作證的那場聽證會。

法官的適當稱呼依法院類別有所差異（譯註：台灣則無），請先問清楚適當稱呼；如果真的沒先問到，就觀察其他律師怎麼稱呼法官。

如果你在進入法庭時，各個法官都坐著，而你是受邀坐在律師後方，就請往法官方向欠身鞠躬再入座。

聲請法院囑託你寫鑑定報告的律師會「傳」你提供證據，儘管緊張是可預期的，但務必試著展現自信，從出列到上證人席都要有自信。進入證人席後，你會被要求進行宗教宣誓，或以確認（affirmation）代之（譯註：在台灣則係具結程序）。套個演講的概念，這是個「打量演講廳」的好機會，不僅能依此調整說話速度，還能熟悉自己聲音在現場聽起來的感覺。即使法官請你就座，建議還是站著為佳，站著說話畢竟比坐著更有權威感。

接受主審法官訊問以確認身分後，你會接受檢方或辯方律師詰問。如果這檢辯雙方同時都想對你提出詰問，雙方會自行協調由誰要求你接受詰問（譯註：在台灣則一般由聲請傳喚鑑定人/專家證人之一方先進行主詰問，再由他方依法進行反詰問）；如果雙方無法達成共識，則由主審法官出面解決爭議。專家證據檢視，則會分階段進行。

主詰問

你之所以出庭提供證據，是為了協助法官與陪審團就案件正確達成結論，你要幫忙的對象並不是要求你出庭的訴訟代理人。此外，法官及陪審團最後必須就所見聞的證據做出結論；大律師提問乍聽似乎有一定立場，但其實都是為「庭上」問的。因此，請面對法官站穩，營造對他們直接發言的印象。這種做法還有個好處：萬一你的答案對律師而言並不友善，你還能藉此迴避律師後續連串提問時的侵略性肢體語言及眼神。不與提問人四目相對有助保持專注。眼光不接觸提問的人只是看似失禮，事實上一點也不會不禮貌，而法官也不會覺得迴避目光有任何不妥。

有些法庭的擴音設備很差，發言請務必大聲清楚。刑事案件的訴訟通常會錄音，但如果不是某一方提出的法律程序爭議有待解決，法官很少會自己要求聽錄音檔。因此，身為專家證人，自己怎麼對法官說話表達意見還是很重要；法官通常會針對專家提示的證據手寫筆記，也可能會只聽不寫。不

過，重點是，書記官才是即時在電腦上聽打各方發言、儘可能精確完成法庭筆錄的人；如果你說話太快，代價可能不僅是法官沒辦法繼續專心聽你發言、也可能會被要求放慢速度，書記官也很難正確記錄你的發言內容。因此，請依書記官打字的速度調整讓說話快慢，也要偶爾看一下螢幕上書記官聽打的內容是否正確；如果發現有誤，請立刻要求更正。

請求訊問證人的訴訟代理人會負責依照相關規定進行主詰問；規定之一，就是非屬以下例外情形，不得以誘導方式詰問證人：

- 專家證人的個人身分、教育程度、經驗
- 確無爭議的事項
- 因為專家證人記憶模糊，要喚起其記憶
- 專家明顯表現不友善或敵意
- 專家明顯迴避問題
- 專家提示的證據與其書面聲明或報告顯有矛盾

請避免採用難懂的專業術語，但如果像是得引述其他採用術語的專家等情形，因此真的免不了，請以簡明方式補充說明這些術語。有人會把提供口頭證據想成是在進行教學，目標是要極不可能有精神醫學專家知識的對象了解你的見解。

對你而言，主詰問是完整說明報告結論與推理邏輯的大好時機；把每個問題都當成充分說明個人見解、參考資料、推理原則的機會。不過也要切記，你在這個訴訟程序中的遣辭用句，都可能在交叉詰問時受到質疑。因此，措辭絕對要小心謹慎，避免「用太多不同方式指陳同一件事物」；畢竟，在接下來的交叉詰問過程中，每個先前用詞都可能成為質疑的著力點，用語的矛盾之處也可能被揭穿。

反詰問

透過反詰問，你的對手（有可能不只一方）才有機會質疑你的見解，也能藉此讓法官對你的專業能力產生懷疑。本個階段可進行誘導詰問。

請冷靜自持，在專業能力受到質疑時更應如此。提醒自己：訴訟代理人的任何質疑都只是為了「檢驗證據」而鬥智，並不是要蓄意針對攻擊你（事實上也多半真的不是要攻擊個人）。

除了掌控提供證據的步調，還要好整以暇、斟酌答案，藉此控制對方提問的速度。

保持公正誠實，比較能讓法官與陪審團對你印象深刻，你也比較像是「對的」。在對你不利的爭論點上讓步，會讓你看起來更理性。同樣的，如果新證據在你報告完成出爐，你的結論也因為新證據而有變動，如果變動幅度不大，就明確表示想法有所調整。如果不知道某些問題的答案，就請直接承認，這是唯一的恰當應變方式。

無論是否為對立的一方質疑，專家不妨在開庭時正視並承認對個人專業的侷限；專家證人一定要對個人專業有未逮之處有自知之明。相對地，表達觀點時也要充滿自信。如果說到一半就被打斷，還是要找機會說完，必要時可向法官求助。就精神疾病與精障的影響而言，你是專家。你的出庭，目的並非是裁量任何案件的事實或結果，請避免針對法律或法律概念相關的問題進行回應（例如鑑定人不應依台灣刑事訴訟法第57條衡量被告的刑事責任能力）。

避免過快附和看起來明顯無害的論點；審慎聆聽並思考，想想每個問題與前後問題間有什麼關聯性。切莫針對沒被問到的事情發言。此外，用「對.....但是」的方式表達意見可能會被法官告誡，但用這種方式回答提問絕無不可。

律師所受的訓練，就是要針對問題找出「是」或「否」的二元答案，但精神醫學要旨多半不是要讓事事都劃分是非黑白，而是要以「千刀萬剮」的方式拆解、「分解」證據。在適當情況下，可以提及你證據的各面向，以及能交相補強的事實，藉此提升證據的完整性；這就像是用積木架構一個建築物，本來就疊好的積木，都會因為每一塊新補上的積木而獲得更強的支持。

法官的職責之一，是確保詰問過程的公正性。針對回答提問，如果證人擔心自己的回答可能會被解讀成有某些特定意涵、又或是不明白提問的意思、或認為問題超出個人專業範圍，不妨向法官尋求協助。

再次交互詰問

覆主詰問

詰問證人、覆主詰問，都是由聲請法院囑託鑑定人進行鑑定報告的訴訟代理人執行，訊問範圍僅限於交叉詰問衍生的問題，除非法官許可，否則不得提出新事實或論點。若專家意見在反詰問時保持毫髮無傷，再次直接詰問通常很快就會收尾。

覆反詰問

覆反詰問屬於最後一個階段，由覆主詰問的反方律師負責進行，也是進一步反詰問專家的機會。

法官在這個階段的尾聲或進行期間都有權提問（譯註：但台灣司法實務上法官多半會避免打斷雙方交互詰問，縱使法官最後提問，也多半會等到雙方交互詰問結束後，進行補充性的訊問），請儘可能謹慎徹底回答。為此，你可能會需要回頭解釋之前就給過的答案、釐清先前提過的重點、或是對法官覺得是新問題的部分進行回答。即使作證結束，沒有經過主審法官同意，你也不能逕行離開法院。強烈建議你要審閱書記官製作的開庭筆錄，其中會完整記錄你的證詞證據，請就此確認是否書記官有聽打或理解上的錯誤。請記得作證與交叉詰問結束、離開現場前，在開庭紀錄紙本上簽名。

詰問專家證人的規則

台灣刑事訴訟法第166-7條禁止以下列方式詰問證人，如有違反，他方/律師可提出異議：

- 對證人的提問，與本案及因詰問所顯現之事項無關。
- 以恫嚇、侮辱、利誘、詐欺或其他不正之方法者進行詰問。
- 抽象不明確之詰問。
- 為不合法之誘導者。
- 對證人提出的問題，屬於假設性事項，或有關某一欠缺證據支持的事實。
- 重覆的詰問。
- 要求證人陳述個人意見或推測、評論。
- 對證人未親身經歷事項或鑑定人未行鑑定事項為之者。

即使有以上法律依據，你應該了解並謹記：身為出庭的專家證人，你沒有責任、也沒有權力去判斷任何詰問是否屬於前述「可異議」的範圍。抗議通常由他方/律師提出，而且專由法官裁定抗議是否有理。身為專家，你就像其他的證人一樣，不許決定什麼是開庭該回答或該抗議的問題。你真正該做的，是在聽到有人提出異議時，暫時中斷發言，靜候法官針對抗議事項進行裁示後，再依照法官裁定的內容繼續你的證詞、回應詰問。

審前衡鑑先於定罪或宣告無罪，被告被控的罪行此時仍未核實。心理健康衡鑑可能以某種或某些能力為鑑定目標。有些鑑定可能需要回溯評估被告過去的心理狀態，例如他們是否了解警告（caution）、是否適於接受面談、自白是否可靠等等；有些鑑定或許被認為更直接相關，例如被告當前的心理狀態及其對某種特定能力的影響（如是否具有認罪答辯能力及就審能力？是否有能力放棄延請法律代表之權利？）；另一些審前鑑定則關乎心理狀態抗辯（mental condition defences）。為回答與審前與審判相關的一切問題，很可能需要實施衡鑑。

一、審前衡鑑的原則

應運用衡鑑相關總則（見前章）：

- 完整精神醫學衡鑑
- 閱讀所有可取得之資訊，尤其是遭控之犯行發生時的資訊，以及逮捕、警方偵訊時的資訊
 - 警方偵訊之筆錄、錄影、錄音
 - 拘留紀錄
 - 警方拘留時的一切醫學發現，包括被告當時是否適於被拘留與接受面談
 - 目擊證詞描述之行為與態度可能與審前衡鑑議題相關者
 - 特定測驗，包含暗示性（suggestibility）與屈從性（compliance）；以及資格充足之心理學家所做的智力與人格測驗（詳見第五章）

二、了解警方警告之能力

專家必須運用所有能取得的資料，以重建被告獲警方警告時可能處於何種心理狀態。相關資料包括提及被告態度或行為的一切證詞，被告當時對警方警告之反應的描述，以及可反映被告當時理解能力的蛛絲馬跡。如有可能，應完整閱讀筆錄（雖然筆錄中不太可能記錄警告時的情形）。

此外，如有醫師或其他醫療專業人員於警局見過被告，他們的即時記錄也應詳加閱讀。

衡鑑被告時亦應詢問他們對警告的記憶、他們目前對警方警告的了解，並嘗試測驗他們是否真的了解警告的內容。進行這項衡鑑的目的，並不僅止於發掘被告受警告時是否有心理疾患或責任能力不足（vulnerability），也是要釐清他們是否因為潛在心理異常而影響理解警告的能力。

建議從以下框架思考這個議題：

- 他們（被告）當時是否有能力理解警告的詞句與意義？
- 如果不能，原因何在？可能是因為他們當時精神病（psychosis）嗎？他們是否沒有足夠的智力理解警告意義？

- 他們當時是否因酒精或藥物而陷入醉態（intoxication），或處於戒斷狀態？
- 在決定下一步時，他們可曾考慮警告的影響？
- 警告是否曾以簡化的方式重複，讓人更容易理解？
- 現在是否有了解警方警告之能力的證據？

三、接受偵訊之合適性

這項議題在法律上相當重要，因為它可能影響認罪（admissions）或自白的可靠性（見下文）。同樣地，衡鑑人必須考慮被告接受任何面談時的可能心理狀態，並思考心理狀態對他們參與面談能力的可能影響，還有他們是否自由同意參與面談。¹²

衡鑑必須思考下列問題：

- 被告接受面談時可能處於何種心理狀態？
- 這對他們理解面談目的的能力有什麼影響（如果有影響的話）？
- 這對他們理解問題的能力有什麼影響（如果有影響的話）？
- 這對他們回應問題的能力有什麼影響（如果有影響的話）？
- 筆錄或錄音、錄影中有證據顯示他們無法理解問題嗎？
- 有證據顯示面談造成重大心理困擾或傷害嗎？
- 他們的心理疾患或心理狀態，是否可能讓他們對某種詢問方式更敏感？

思考這些問題時參考面談筆錄會有幫助。關於被告的特定能力，可以對照目前已知或已證明的資訊。請注意他們被問及是否理解問題時的回答：他們是只回答「是」呢？還是能確認確實了解問題？以被告的能力判斷，有沒有哪些問題太複雜或太幽微？有沒有證據顯示被告誤解問題？被告是否回答了尚未提出的問題？是否曾長久停頓？或是回答似乎迴避問題？

四、自白的可靠性

自白的可靠性與當時是否適於接受偵訊息息相關。如果被告有心理疾患或其他心理異常，其自白或認罪顯然不可靠。對於被告的任何回應，都應考慮是否受到失能或疾患之影響。

醫學與心理學文獻試圖將假自白歸納為以下幾種：

- 自發性的假自白（voluntary false confession）可能是為了保護真正的犯人

¹² “Again, there is a need to give an opinion on the likely mental state of the defendant at the time of any interview, and then to consider the likely impact of this on their ability to have participated in an interview, and nature of that participation.”

- 受迫後順服的自白（coerced-compliant confession）可能是被脅迫或逼問所致，也可能是被告為了避免衝突或害怕受到傷害而為
- 受迫而內化的自白（coerced-internalised confession）是嫌犯誤以為自己確實犯案，這種假自白常與警方的不當偵訊有關（如吼叫、態度粗暴或脅迫行為），被告也可能受到誘導性問題誤導，例如將資訊暗藏在問題之中，讓被告漸漸相信自己有犯案（詳見第五章）。

心理疾患或異常可能合併上述因素之一或全部，提高被告屈意合作的風險、擴大警方不當偵訊的效果，使被告易受誤導，產生假自白。

作假自白的被告的個人因素可能還包括：

- 情緒高度不穩，容易混淆實情
- 因心理疾患而生之高度假性罪惡感，導致認罪傾向
- 因精神疾患之故而沈溺幻想，追求出名（無論是善名或惡名）
- 智力障礙影響理解問題能力與回應能力，不易瞭解問題本身及作答後果

衡鑑警方偵訊是否具有「壓迫性」（oppressive）屬專門領域，各司法轄區對「壓迫性」的界定也不盡相同。此外，對某人來說具壓迫性的行為，對另一個人來說未必如此，因此我們需要專人判斷被告是否患有心理疾患或心理狀態異常，以致偵訊對他們而言壓迫性超乎尋常。此外，請留意下列資訊：

- 可取得之偵訊紀錄與筆錄
- 休息與睡眠的一切記錄
- 顯示被告困惑或誤解的一切筆錄、影音證據
- 顯示被告因壓迫性手段而改變回答的筆錄證據
- 顯示被告被灌輸資訊乃至「採納」它們的筆錄證據

某些被告可能保持沈默或拒絕得宜地回答問題。如果這種表現與他們心理異常有關，應向法庭報告，以免法庭因他們的回答或缺乏反應而作不利推論。

與自白有關的心理衡鑑

低智商之人和某些人可能異常容易默認（acquiescence）、屈從（compliance）或受誤導（suggestibility）。這樣的人也普遍傾向錯構（confabulation）（自行創造記憶以填補記憶空缺）。

智能障礙之人未必都會出現這些傾向（但據目前所知，很可能會），而判斷他們有沒有這些傾向的最好方法，可能就是選用合適的心理計量測試（psychometric tests）。

在接受警方面談時，有些人可能過於焦慮，為了避免這種場合的潛在衝突而過度配合，對一切要求盡皆同意（或是默認，或是屈從），這讓他們有可能說出虛構而不利於己的證詞，甚至作出假自白（詳見第五章）。

五、審判時心神喪失

在許多司法轄區，這被稱作「適於提出抗辯與接受審判」。依據台灣〈刑事訴訟法〉294條，被告心神喪失者，應於其回復以前停止審判。被告因疾病不能到庭者，應於其能到庭以前停止審判。

- 姑且不論294條條文中「心神喪失」一詞的不確定性，對於被告是否適於接受審判之心理狀態的衡鑑，應以其於審判進行時之心理狀態為準。除非被告「心神正常」，否則不得進行審判。與此議題有關的精神醫學與/或心理學證據應予提出，但議題最終需由法律決定。在台灣，若無精神醫學/心理學證據，或有相反的證據提出時，法庭很少作出裁決。

雖然法律對「心神喪失」並無明確定義，但應完整考慮被告是否有醫學意義下的心理疾患。這項衡鑑也應適當考量任何心理疾患對他們出庭、參與審判之能力的影響。考慮面向包括：

- 了解控訴
- 決定進行認罪或無罪抗辯
- 在審判之前與審判進行中，能明白指示法律代理人
- 了解證據細節
- 為自己的抗辯提出證據
- 決定是否作證，以及作證之能力
- 在審理程序與審判時舉止得宜的能力

衡鑑應盡可能接近開庭，審前衡鑑應包含完整精神醫學衡鑑，尤其不可遺漏下列各項：

- 請被告說明自己為何被要求出庭
- 詢問他們對法律過程的理解
- 詢問他們對法庭上不同角色的理解
- 如有必要，請向被告解釋基本程序，並考量他們記憶資訊的能力
- 詢問被告對犯行的記憶，以及他們是否了解證人的陳述
- 詢問被告對任何可能不利於他們的證據的理解（這個部分必須依案情而定）
- 如果被告提出某項抗辯，請他們說明為何提出這項抗辯（不過，他們可能已獲建議不予說明，這往往使得衡鑑很難進行）
- 與被告一同檢視證人證詞與筆錄，以了解被告理解能力，取得相關證據

何一種心理異常可能都與前述能力有關，但沒有心理疾患能自動證成某人在法律上心神喪失。雖然某些司法轄區運用能力工具（competency tools），但它們的功能只是協助司法決定，而非取而代之。

以下症狀或障礙可能具相關性：

- 注意力障礙
- 與提出抗辯相關之特殊幻覺或其他精神錯亂症狀
- 與遭控之犯行無關，但直接阻礙法庭表現之記憶與感官障礙
- 整體知能缺損
- 正常互動與溝通能力，而可能影響被告與律師溝通之能力

報告應包含診斷與判定（formulation）之意見，並特別註明已確認的症狀。若有任何心理疾患對參與審判所必需之能力可能造成影響，應特別指出。

審判時心神喪失之精神醫學衡鑑

臨床心理師和神經心理學家都能進行判定被告是否心神喪失的心理測驗，藉此了解被告理解資訊的能力、維持專注的能力、與法律代理人溝通的能力，以及形成判斷以提供意見的能力是否受損。除了測驗被告的這些能力是否受損之外，心理測驗也能協助了解被告是否有足夠能力面對嚴格的交叉詢問。需詳細收集被告之間接資訊與背景資訊，包括被告之病歷、精神病史、藥物使用史，及其過去對刑事司法體系之經驗。

- 被告目前的智力商數（IQ）。低智商人士可能較難理解證據的意義，出庭時應予特別協助，若智能不足情況嚴重，可能代表此人不具認罪答辯能力。
- 語言能力。這能讓衡鑑人評估被告理解討論的能力，並藉此推論他們是否理解與法律代理人的討論，以及他們出庭時能否理解審理內容。
- 記憶功能。這能協助了解被告的專注力和記憶力，與被告繼續訴訟的能力息息相關。

六、結論

請留意：為審前相關問題進行的衡鑑，可能也涉及審理時相關法律問題的衡鑑。但若被告遭到定罪，判刑與是否適於執行死刑的問題須做進一步臨床衡鑑，因為那時面對的法律問題極為不同，必須另行提供相關證據。

一、引言

精神醫學證據只不過可能與合於法律認知的精神疾病「有所關連」，但精神醫學認定的疾病證據，未必能百分之百符合法律對精神疾病的標準、為其接受；這種情形，與精神醫學證據和其他法律標準的可能落差並無二致。

台灣多數司法人員都不曾接受科學訓練，對司法相關的科學學門先進知識，瞭解程度實在太低，面對精神醫學或心理學等心理衛生領域更是如此；在這樣的司法環境下，精神醫學專家更該對上段描述的情況有所認知。儘管如此，精神醫學從業人員還是務必要確知各方爭議被告是否符合的法律標準為何；唯有如此，蒐集臨床資料、詮釋過往病歷、衡量相關法律文件時，才可能儘量協助司法裁決。

以精神異常為由進行抗辯有兩種結果：當事人「完全」無罪；或當事人「部分有罪」、從輕量刑；其結果可能取決於法官對專家報告與證詞的接受程度。

以精神問題為抗辯主張，牽涉被告案發當時、而非案件審理時的精神狀態，因此與第10章說明的「心神喪失」有所不同。這兩者是有可能導致混淆，但身為專家，你一定要分辨清楚自己指涉的是被告當下或之前的精神異常；如果陳述的是被告的過往狀態，也要清楚知道自己指涉的又是過去哪個時間點。

二、心神喪失

心神喪失是最徹底的犯罪抗辯理由；台灣刑法第19條明文規定：「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰。」。「心神喪失」乍聽像是醫學名詞，但「心神喪失」其實是特定的法律標準，應由法官裁定。

心智／精神疾病 法律對「心智／精神疾病」的裁定，並非依據精神疾患的醫學分類或診斷。我們可以合理假設思覺失調症候群、心智障礙符合法律認定的相關疾病；但其他非屬精神醫學專家認定的精神疾病，諸如癲癇、腦血管與代謝疾病（例如甲狀腺功能亢進或糖尿病導致的某些狀況）等，因為對認知功能會產生衝擊，因此也屬於法律認定的「心智／精神疾病」。對於被告是否患有符合法律標準的「心智／精神疾病」，精神醫師務必認清自己並非最終裁定者。針對人格違常之類的心智／精神疾病等認定，法律與醫學領域彼此間就可能有爭議。

不能辨識其行為違法 在判定可能參照醫學相關證據，但本身是法律標準之一。精神醫師針對所描述的精神疾病，責任在於衡量疾病對於個人辨識行為違法性的影響。針對當事人是否能辨識其行為的違法性，精神醫師如果逾越本分、對此提出「終極意見」，就可能僭行法官職權，因此違反或甚至否定了刑法第19條的立法意旨：授權及賦予法官依「法律」觀點裁定被告的刑事責任。

欠缺依其辨識而行為的能力也是法律標準，可能在判定時參酌醫學相關證據，但非完全以此判定。針對被告是否欠缺此一能力，精神醫師通常應避免直接表達看法，而應提供相關證據，讓法官就此進行最後的裁定。比方說，妄想型的精神病患者，對自身行為的判斷能力可能就有缺損；精神醫師所能協助的，就在於詳述精神疾病的本質、特定妄想對個人影響的強度、對判斷產生影響的方式。

臨床衡鑑

精神衛生專家受委託的案件如可能以心神喪失為抗辯主張，則務必完全就被告犯罪時的心智狀態加以考量，並剖析細節。針對被告進行犯罪行為時的心智狀態，相關臨床衡鑑，不僅要提供診斷或進行回溯判斷，還應說明被告當時的功能能力（functional ability）－尤其是前述法律標準牽涉的相關功能能力。

有鑑於此，臨床衡鑑應特別說明：

- 被告犯罪時，對自身行為本質的瞭解程度
- 被告在犯罪當時，對自身行為的了解程度
- 被告對任何個人行為的解釋

一般對衡鑑執行的建議，都適用於衡鑑被告是否心神喪失。被告如果在犯案時出現任何精障症狀，從犯罪前後的精神問題症狀就會有跡可循，請特別說明相關症狀。然而，除非案發不久就對被告做過臨床衡鑑，否則，心神喪失的衡鑑多半都要透過臨床晤談進行回溯重建，再佐以其他時間點臨床症狀表現的相關補充資料，並參考可能有關被告犯案時心理狀態的證據。

精神醫學專家應該取得被告對犯行的說詞，以俾說明被告精神症狀說明如何有助於拼湊出合理的犯案「敘事」。儘量以開放式問題向被告提問。逐字記錄被告意見，如果記錄有困難，就請對方暫停或重述。直接針對犯罪行為向被告提問，不僅可能揭示當事人哪些精神疾病症狀，還可在衡鑑確認的精神異常與犯行之間建立關聯。

三、神經性的疾病

可能需要進行相當特定而專門的神經專業鑑定，藉以考量被告是否患有癲癇或睡眠障礙。相關衡鑑必須考量以下因素：

- 是否已確認被告有相關神經性疾患、案發前就罹患？
- 被告的犯行，是否符合這種神經性疾患的典型表現？
- 犯行本身是否有明顯動機、策畫或預謀？
- 針對被告案發時的任何正常意識，是否有證據？

同時也要考量：

- 犯罪行為是否不符被告的典型日常行為？
- 有任何關於犯案動機的證據？
- 被告是否隱匿犯行？

四、減輕（刑事）責任

針對因刑事責任減輕而刑罰較輕的原則，台灣刑法第19條第2項即規定：行為時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者，得減輕其刑。比對該條第1（見本章前述「心神喪失」段落）、2項，可知因為精神或心智障礙「不罰」或「減輕」其刑，差別的關鍵，在於被告是已「不能」辨識行為違法，或相關能力有所「減低」－這是法官要裁定的法律問題，但衡鑑仍應依前述建議執行。

五、失憶

唯有在可能致使被告犯案時處於精神異常狀態，精神醫學上的失憶才對犯罪行為有意義。

被告宣稱自己失憶，也有可能只是要逃避討論或承認犯行，也有可能是因為誤以為失憶本身就能構成抗辯主張。

失憶本身並非抗辯主張，但可能與本章論及的各法律標準有關。

此外，失憶也有可能影響被告（或證人）的可信度。

精神衛生專家可能接受以下相關委託：

- 被告所稱的失憶是否為真？
- 失憶是否與任何潛在的精神問題有關？
- 被告的失憶，是否暗示可能患有任何可為抗辯主張、或用於抗辯部分有罪的精神問題－比方心神喪失、刑事責任能力降低？
- 是否顯示可能患有廣義的記憶障礙？

失憶－臨床議題

請取得所有相關紀錄，才有辦法考量被告在其他時候或對其他人憶起的相關證據細節。要注意身體創傷與失憶的關聯性。如果懷疑被告患有其他的廣義記憶障礙，也可考慮進行記憶衡鑑。要對過往失憶事件提出說明（詳見探討記憶與失憶衡鑑的第5章）。

針對分解離性失憶（「心因性失憶」）與案發後解離狀態對記憶的衝擊，要區分兩者其實並不容易（請參考前述）。

解離性失憶的發作通常斷斷續續，多與情感強度高的事件有關、也會逐漸好轉。

案發後宣稱失憶的解離狀態，則可能有以下補充要件：

- 對犯罪行為嚴重失憶
- 「不符個人人格特質」的行為
- 案發後出現意識混淆
- 其他與解離相關的因子，包括腦部外傷、過往多次解離發作、自我感喪失(depersionalisation) 或失去現實感(derealisation)

六、酒精或藥物中毒

對所有刑事犯罪而言，自願性的酒精中毒都不能用來主張無罪，刑法第19條第3項即明文規定；精神醫學專家可能要考慮解釋的，是被告是否身患致使他「自願」施用毒品或酒精的精神障礙。

七、本章摘要

針對「以精神疾病為抗辯主張」，法官需要精神醫學專家提供相關證據。但切記：裁定相關抗辯主張屬於司法權責，儘管精神醫學證據可能對最終裁定有影響力，但提證據時，切莫對該主張是否成立直接指指點點。在本章前述脈絡下提供的精神醫學證據，要處理的議題包括了精神障礙、精障與認知及行為的關聯、精障為什麼「可能」與被告責任能力有關，但針對被告「責任能力」的根本問題，精神醫學專家應避免提供個人意見。

一、引言

多數刑事訴訟案的量刑報告撰寫，都和先前訴訟程序所需的報告有極大差異。

非為量刑用途的報告，多半依循形式「二元」且定義明確的法律標準；相形之下，各國量刑準則的本質或意涵多有「分級」傾向。包括台灣在內，有些國家仍沒有法定的正式量刑準則。即使如此，在法定限度內量刑時，法官仍需考量某些特定要素（例如台灣刑法第57條與／或第59條），以確保量刑的正當性。想當然爾，死刑裁量必然屬於前述「二元」形式－不是有判處死刑，就是給被告一條生路；以精神醫師需要因應的各法律標準而言，死刑量刑標準的實質拘束力卻相對「軟性」，定義也相對寬鬆。

檢視台灣的死刑實務情況，會發現經判例產生、對原審法院有實質約束力的量刑基本標準，其實有著無所不在的影響力。被告是否「無教化可能」就是此類標準之一；然而，上至法官、下至律師，期間卻鮮少有人真的瞭解這個詞彙在法律、心理或精神醫學上的意義。

在其他諸如審前或案件開審期間，精神醫學專家透過報告提出的意見，對於最後的刑罰裁定，似乎只有遙遠而間接的意義；相形之下，在撰寫量刑開庭用的報告時，精神專家會更為「貼近」裁定被告有罪與否的判決裁量。對醫師與其他心理衛生從業人員而言，因應量刑所需而撰寫報告，意謂自己的意見攸關決定被告是否有罪、可能導致「傷害」被告，其中因此蘊含重大的職業倫理議題（醫學證據不僅攸關裁定被告是否有罪，甚至用於量刑決定，相關說明請參見第14章）。

二、刑罰的減輕因素

被告量刑都會審酌各項加重與減輕因素－前者意謂被告的有責性更高，將導致從重量刑，後者則相反，其中可能考量被告的精神健康與人格。若對台灣刑法第19條的「減輕因素」採較寬鬆的解讀，相關精神醫學或心理要素即使不足以在審理時主張被告因精神異常而無罪或僅部分有罪，也可能對量刑產生重大影響。

依據台灣刑法第57條，法官科刑時應審酌與被告及犯罪情境有關的一切情狀；針對其中具體條列10個科刑標準，較可能審酌被告精神健康者如下：

- 犯罪之動機
- 犯罪之目的
- 犯罪時所受之刺激
- 犯罪行為人之生活狀況。
- 犯罪行為人之品行。
- 犯罪行為人之智識程度。

- 犯罪後之態度。

依據刑法第57條與／或第59條，法官可能認為能酌減其刑、或律師通常會據以抗辯的減輕事由包括：

- 案發時精神狀態異常
- 量刑時精神狀態異常
- 案發時的年齡
- 無前科
- 被告係因威脅或強制而犯罪
- 與一般人相較，被告面對恫嚇脅迫（或判決認定的「共同犯罪」）欠缺一定程度的「堅忍能力」
- 被告因精神障礙或其他心智缺陷而認定犯罪行為合理
- 被告辨識行為本質的能力有所缺損
- 被告相關能力缺損，以致一從社會、道德或法律常規的能力有限
- 被告患有學習障礙
- 被告人格「違常」

三、精神疾病對量刑的影響

台灣刑法第19條明定：「行為時因精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為違法或欠缺依其辨識而行為之能力者，不罰」。

幾位台灣最高法院法官在審理陳昆明案時，做出了死刑不適用於精障或心智障礙被告的判決。然而，此一觀點既非定論、亦非共識；對「精障或心智障礙」等用語的詮釋、這些情況在死刑案件的適用情況，有些法官仍有疑慮。

由此可見，被告是否患有精神疾病對科刑至為關鍵。即使被告在犯罪時，精障並未發作，前述「不罰」原則依然適用。

綜觀前述，法官審酌量刑當然必須審酌有關被告精神健康的相關證據。

撰寫報告的精神醫學專家應詳述被告的精神疾病，無論是犯罪或科刑期間所診斷出的疾病皆然。被告的精神疾病，即使在審理期間不足以構成無罪或部分有罪的主張，也可能攸關是否科處被告死刑。就台灣而言，以精神問題為抗辯事由通常會經過兩道檢視程序：先依刑法第19條，衡量精障與責任能力的相關性（攸關能否減輕或免除責任能力）；再援引刑法第57條與／或第59條，斟酌精障與從輕量刑的相關性。

然而，精神醫師切忌針對刑事案件的科刑本身（包括是否應科處死刑）提出主張，即使辯護律師或主審法官有此要求，也不能例外。量刑固然有某些部分可能聽取精神醫學專家提出的證據，裁量刑罰仍屬於法官的職權。

大致上，精神醫學專家應該撇開個人對死刑的信念及價值觀，竭力避免成為被告的「辯護人」；法官對案件自有判斷，精神醫師要避免訴諸個人道德判斷、為被告尋求開脫或為其辯護。

各類心智障礙或學習障礙的診斷都可能讓被告免於一死，因此至關緊要。即使被告並非智能障礙或顯見患有學習障礙，審酌減輕因素時也可能考量被告是否智力低於平均水準。

四、量刑相關的衡鑑

量刑相關衡鑑依循一般原則。然而，負責衡鑑的人員不可僅依ICD-10或DSM-V對照被告人格特質是否符合ICD-10或DSM-V，而應審慎檢視被告的個人特質、經驗與背景。

除了教惟一般的家庭背景與親密關係，也請詢問被告的特殊情況－包括是否曾遭到性虐待、身體虐待、照護疏失。

精神醫學專家可合理回應以下命題，以俾法官考量從輕量刑：

- 被告是否患有精神疾病？相關疾病對被告過往與目前行為的影響？
- 針對被告行為自制，是否有任何心理因素足以影響其相關判斷或能力？
- 被告的壓力反應等人格塑形，是否受到任何（社會性或心理性）發展因素影響？
- 相關創傷與困境對身歷其境者的影響，是否有實證證據？
- 身體或情緒創傷、虐待、照護疏失等早期經驗，對經歷相似創傷或困境者的個人發展和犯罪傾向等後續行為，有哪些影響？
- 「已無教化可能」是再犯風險評估的重點指標；當事人是否暴露於可導致暴力再犯的風險因子，攸關對教化可能的判定（詳見第7章的風險評估相關內容）。

側面所獲得的訊息不僅能為做為晤談意見的依據，還能從客觀來源提供資訊，因此格外重要；側面訊息甚至還可能補足直接晤談未能蒐集到的資料。

如果可能，相關紀錄應涵蓋以下項目：

- 精神醫學相關紀錄
- 病歷

- 分娩前後的紀錄
- 兒童期發展紀錄
- 特殊教育需求評估
- 學校報告與懲處紀錄
- 育幼院或寄養家庭紀錄
- 社福紀錄
- 鄰居與親友的說詞
- 警方相關紀錄、筆錄、法院卷證
- 假釋紀錄

採用警詢筆錄的潛在問題請參見第10章。

精神醫師也可能執行經正式認定的精神心理測驗與人格測驗，並將被告的受測結果納入報告。

五、從輕量刑所需的報告

報告依循一般模式—大量涵蓋個人早期發展與家庭關係史、早年生活中的重大事件。

即使被告遭判有罪，相關報告仍應對被告的犯行多所考量，以俾從精神疾病的角度理解其犯行。報告可能涉及關於當事人犯案時心理狀態的特定問題、當事人是否具備理解自身行為的能力。

從輕量刑可能考量的相關精神健康因素舉例如下：

- 產程併發症
- 兒童時期遭受照護疏忽或虐待
- 發展遲緩
- 精神問題家族史
- 兒童時期罹患精神或心智障礙，包括注意力不全（ADHD）、智能障礙、情緒障礙
- 成長環境有家暴史
- 反覆更換就學環境
- 反覆更換照護者、依附感中斷
- 童年時，痛失主要照護者
- 成年後罹患精神疾病

- 生理疾病：例如頭部受創與神經系統病變
- 欠缺治療宿疾的就醫管道
- 成年後有曾有受到傷害的經驗

六、危險性與風險

再犯風險評估，有不少因素應由精神醫學專家衡量。須特別釐清的是：再犯風險牽涉被告個人因素，但也涉及當事人與特定外在因素的互動，一般以常以「危險性」稱之，其實說法有誤。詳見第7章。

風險評估不僅在方法學有其挑戰，還得面對效度與信度的不定性（請參照第7章），更因為評估意見將影響死刑裁量，而成為臨床醫師職業倫理的地雷區。一般對醫師的忠告，無非是「如果診斷不出當事人有問題，就別貿然多事指點相關風險」，反之則與一般臨床般做法背道而馳。然而，「診斷」並非臨床精神醫師執業的基準典範，相關工作不是在依從或迴避「診斷」間打轉，而是應該強調對「理解」個人行為（包括正常行為），因此做法相對有彈性。

臨床再犯風險評估，通常是為了找到妥適治療方案，目的迥異於藉此決定是否科處死刑；為量刑進行再犯風險評估時，切勿將個案再犯風險簡化為「高、中、低風險」分類。此外，儘管風險評估早已是精神醫學實務的核心面向，但在臨床實務上的概念仍持續變動—取決於在特定情境、特定期間內所發生的特定形式傷害。

衡鑑如果包括風險評估，或是所採用的資料可能被法官用於風險評估，臨床人員執行前就應該事先徵得當事人同意。

請只採用確實適用個別當事人的風險評估，執行評估者也應先接受相關訓練、並清楚瞭解所有衡鑑本身的侷限。

此外，對相關風險提出的一切見解都應謹守醫療本份，切勿直接貿然回應任何法律命題。

法官在科刑時，會顧慮當事人可對大眾構成威脅的行為。然而，沒有哪一種或然率在應用於被告時會全然精準無誤，請務必就此審慎斟酌，並在文件內載明個人風險預測正確性的侷限。

風險評估

請依過往實證經驗，審慎衡量所採用的評估方法是否都站得住腳；舉例來說，如果要為智能障礙者進行風險評估，就別採用未對相關障礙者群體建立效度的評估工具。風險評估開始前，就要確定要探究的「大哉問」是什麼、自己是否對直接回應相關問題有信心，然後才向委託者提出個人見解；舉例來說，如果問的是「被告再次殺人的或然率為何」，這就不可能兼顧信度與效度、提出回答。

委託者請精神專家探究的「大哉問」可能都繞著當事人未來暴力行為打轉，但卻可能導出各種截然不同的答案。以下的委託主題就是例子：

- 未來發生暴力行為的風險為何？
- 請預測未來服刑時發生嚴重暴力行為的可能性。當事人出獄後再殺人的風險為何？

當然，所有風險評估的核心，無非是風險究竟是在「在何種情境下發生」。依法律標準判定被告「已無教化可能」，無非是針對被告的嚴重暴力風險，認定「回歸人群」的風險遠高於在獄中時。然而，如果單衡量被告在獄中再犯風險較低，當「已無教化可能」的被告未獲死刑、就算未判處終身監禁，也實際上讓他「終老」收容機構內，那就很難說被告在獄中也是「已無教化可能」。

臨床實務的再犯風險評估必須對應當事人所處的情境，請問清委託者「希望評估何種情境下的風險」。20年、30年後的再犯風險牽涉太多未知數，如果對方要評估的是被告經歷這段時間獲釋後的再犯風險，回應問題時，就針對這樣的特定情境脈絡。

一般來說，精算後的數據（詳見第7章）顯示，犯下可處死刑之罪的被告出現嚴重暴力行為的機率並不明確，或是其實並不高；此外，相對於待決死囚，從輕量刑的被告發生嚴重暴力行為的機率更低。獄中發生殺人案件的機率也並不高。上述情形固然是針對「特定群體」的嚴重暴力行為、未必對所有「個案」放諸四海皆準（詳見第7章），但可藉此推論：「個案未來不會出現嚴重暴力行為的風險」，是目前準確度最高的風險評估項目。

報告

再犯風險的資訊溝通相當敏感。針對採用的資料與個人意見間有何相關性，評估者應該清楚交代。

- 針對委託人意欲探究的風險問題，精確詳載其確切本質
- 清楚說明所有風險評估的侷限
- 如果報告時呈現精算數據，請強調相關數據資料是以「群體」為依據，並非直指個別被告（舉例來說，如果被告特質符合「有4成機率可能在獄中發生嚴重暴力行為」的族群，那也不意味可斷言被告「個人」在獄中發生嚴重暴力行為的機率達4成）。
- 若採行的評估工具未針對你評估當事人所屬的特定族群或情境脈絡建立效度，請加以說明。
- 通常只會在有限的個案追蹤期間蒐集可得的資料。請說明風險評估適用的期間。
- 「說明攸關被告個人的風險因素及情境說明」是風險評估的重要前提與重點，切勿在未論及個人相關因素的情況下，使用諸如「高風險」、「低風險」之類的用語。
- 強調風險評估的不確定性。

七、「惡行重大至極」與「已無教化可能」

這兩項法律概念已普遍為在美國與東加勒比海等地的國際判例採納，也成為死刑案件的量刑基準（詳見Edward Fitzgerald、Keir Starmer所著，由死刑專案／The Death Penalty Project於2007年出版的〈The Guide to Sentencing in Capital Cases〉；<http://www.deathpenaltyproject.org/legal-resources/research-publications/guide-to-sentencing-in-capital-cases/>）。

「惡行重大至極」的犯罪，有時也稱為「至為罕見」（儘管這兩者邏輯未必相符，但法院常交替使用）：儘管實務上並不常見，但在認定犯罪行為是否惡性重大時，相關心理或精神醫學證據仍可能有其影響性。除了被告的行為，法官也可能斟酌被告想法的本質、或犯案時其他個人心理狀態。

然而，犯行是否已達「惡行至為重大」，這是應由法律衡量的終極問題，精神衛生專家不該妄自回應。

其次，如果法官判定案件符合「惡行重大至極」，因而要進一步考量被告是否「已無教化可能」，也可能將精神衛生專家意見與其他證據並陳，據以判定被告「人格」。法官會依法律標準，衡量被告在犯罪時的想法與精神狀態；因此，如果案件具備從輕量刑的要素，被認定不符「惡行重大至極」的機率就很高，精神衛生專家依本份說明的減輕因素也會是考量之一。

針對死刑案件，已有部分台灣最高法院及下級法院的法官，在科刑時會考慮相關法律準則—尤其是被告的「教化可能性」；不過，由於台灣仍未就相關概念建立明確法律標準，精神醫學實務工作者著手因應相關標準時更應謹慎以對。

八、懊悔

對於精神衛生專家而言，要直接評論被告是否有懊悔之意，可謂既複雜又困難。要說明被告對自身犯行的看法並不難，但要解讀被告的看法是否流露懊悔之意、懊悔程度為何，則牽涉複雜的道德判斷。不過，針對被告如何認定譴責歸因等相關概念，要提出意見當然也是可行的。

九、結論

有鑑於死刑案量刑的法律標準本質，由精神衛生從業人員針對量刑所需，進行再犯風險評估、向法官提出報告，確有其必要。面臨死刑判決的被告有權接受相關評估。不過，對於評估過程的技術與倫理陷阱，心理或精神醫學家應該戒慎小心、步步為營。

依據台灣憲法第40條，總統有依法行使大赦、特赦、減刑及復權之權，但進行方式欠缺詳盡說明，針對相關程序的規定也付之闕如。從《赦免法》看來，大赦與特赦則是全然取決於恣意的裁量。

既然減刑聽證並非司法機關權責，而是由行政權主導法律要求，大赦與特赦在台灣仍欠缺法律標準，這種情形就也不那麼令人意外了；不過，可能適用大赦、特赦的精神／心智疾患種類或嚴重程度也因此沒有定論。儘管如此，相關聽證仍可能觸及以下三個面向：

一、精神／心智疾患的性質

對有嚴重精神疾病或心智障礙的個案，例如思覺失調症患者或智能不足者，都應給予赦免，美國與東加勒比海等國對此都有相當清楚的判例。不過，如果被告有輕微到診斷不出來的智能障礙、人格障礙或諸如還未達病態性憂鬱的精神疾病，是否也能因此獲得特赦，就沒有那麼明確了（請參考由Edward Fitzgerald與Keir Starmer所著、Death Penalty Project於2007年出版的A Guide to Sentencing capital Cases；<http://www.deathpenaltyproject.org/legal-resources/research-publications/guide-to-sentencing-in-capital-cases/>）。

二、臨床鑑定

特赦並沒有法律定義的標準，只是基於「自然正義」原則，認為應對某些精神／心智疾病患者減刑；既然如此，自然也沒有什麼特別針對減刑的詳盡臨床鑑定建議。不過，針對減刑，讀者還是可以適度揀選前面章節的內容、加以參考。

三、針對減刑聽證的報告

如前所述，減刑並沒有法律標準；因此，對精神醫學專家而言，依個別案件需求接受被告訴訟代理人的指示、針對需回應的問題撰寫報告，應該會是比較明智的做法。

如果人犯在判決後心神喪失，依台灣〈刑事訴訟法〉465條規定，應暫停執行死刑，直到人犯痊癒。依照相同的理由，〈刑事訴訟法〉467條亦言明若人犯心神喪失，未痊癒前不得受徒刑或拘役。

雖然缺乏相關實務指引，但精神醫學證據對判定「心神喪失」顯然十分重要，對衡鑑人犯當前的心理狀態尤其關鍵。必須詳盡檢查人犯之心理狀態，並自人犯本身收集相關間接資訊，若人犯曾接受治療，亦應向醫院收集資料，這些資訊都有可能有所幫助。任何心理疾患症狀都應仔細紀錄。

台灣法律尚未明確定義「心神喪失」（參第十章），〈刑法〉與〈刑事訴訟法〉對「心神喪失」在刑事脈絡中的意義似乎也見解有異（舉例來說，可對照〈刑法〉19條關於刑事責任的討論，以及〈刑事訴訟法〉294關於受審能力的規定）。不過，〈刑事訴訟法〉465條的核心概念似乎是被告的心理狀態在判刑後惡化，而這項「變化」應該是衡鑑重點所在。被告在被犯死刑後感到沮喪、恐懼未來，並不令人意外，但變化程度似乎必須足以實質證成「心神喪失」。人犯不太可能毫無心理疾患症狀，舉例來說，長期患有人格疾患者，極不可能沒有心理疾患症狀；其他具有復發－緩解型心理疾患（relapsing and remitting mental disorders）者，意識清明之「窗」可能相對短暫，但可透過治療（含住院治療）暫時痊癒，這為治療的醫師帶來嚴峻的倫理難題。

由於缺乏明確的法律判準，明確描述臨床發現變得十分重要。

一、關於「恢復死刑受刑能力」之治療的建議

如果不適於執行死刑的原因可能是可逆的（例如重度精神病），負責照顧人犯的獄醫或受人犯律師委託評估合適性的醫師，將面臨「無解難題」（impossible question）：該不該給予可能恢復人犯合適性的醫療處置呢？一方面來說，人犯正受精神病之苦；另一方面來說，治療卻會造成人犯受死。換句話說，在參與死刑審判的醫師必須面對的各種倫理困境中（詳見第15章），這可能是最難回答的問題，而且此一難題或許只能由參與該案的醫師回答。這個困境讓「治療有醫療需求的病人」的責任與「不傷害」的責任正面衝突，然而無論如何都可能造成傷害。此外，不傷害病患的責任（承上，其實你的決定可能無論如何都會造成傷害），也與醫師作為公民、協助公正執法的社會責任衝突。

第十五章

死刑案件中司法精神醫學與 心理鑑定之倫理議題

一、何謂臨床倫理？

「臨床倫理」指的是對臨床案例仔細反思，不僅思考不同行動所可能帶來的結果、必須採取何種選擇，也深思應該做的是什麼。也就是說，雖然醫學是實證科學（描述事物的樣貌，以及在不同情況下會產生什麼變化），臨床倫理卻是規範性的（討論應該採取什麼行動）。簡單來說，臨床倫理探討的是臨床實務的「應然面」。

所有倫理討論的核心都是決定「權利」與「責任」是什麼，或應該考量的權利與責任有哪些，並試圖解決權利之間的衝突、責任之間的衝突，或是權力與責任間的衝突。

倫理「學派」間關懷重點有異，換言之，學派之間的反思過程不盡相同。不過在臨床倫理實務中，關鍵的第一步是辨識哪些部分是規範性的倫理問題，然後才透過理性思辯過程決定該做什麼，亦即，決定「從應然層面切入該怎麼做」。

倫理難題少有、或許也根本沒有「正確答案」。倫理學的任務是找出「合乎正當性的答案」（a justifiable answer），並透過論證說明正當性何在。倫理抉擇是極其煎熬的過程，必須從倫理角度犀利分析你所運用的倫理理據，並深入探問你為何選擇某個方案而非另一個。

因此在倫理實務中，了解某個情境的倫理細節或萃取其「倫理精華」極其重要，要深思的不僅包括各種行動的結果，也必須考慮相關責任。而過程往往更重於結果。

醫療最常參照的倫理思考是「四原則」（four principles）與「效益主義」（utilitarian）方法（詳下文）。前者以原則為本，後者則透過比較、評估各種方案對各方的整體「影響」，再決定回應之道。

二、責任衝突與雙重角色

臨床實務中普遍存在倫理困境，醫療健康實務中尤然，司法醫學鑑定更常遇上倫理問題，它們往往也更加艱難，而死刑案件中的倫理問題或許是最複雜、也最嚴重的。

司法精神醫學專家的核心衝突在於：他們不僅對受鑑定、治療的患者有責任，也對社會及司法有責任。因此，他們不只有治療患者之責，也有責任保護社會免於其所治療之人之害；此外，他們一旦接受專家證人的身份，便也必須對司法機關負責。前者的衝突在於：他們不但有醫師之責，必須衡鑑、治療患者，也有責任維護其他人的福祉。後者的艱難則在身份轉換：他們平時的角色是治療者，必須對患者負責，但一旦以專家的身份出庭，他們便需擱置治療身份及其相關作為，即使他們此時仍對鑑定對象懷有治療責任感。

三、原則

從「原則」途徑切入分析，醫療人員參與死刑案件的臨床倫理問題至為明顯。

醫療實務大多以四項倫理原則為本：自主（autonomy）、善意（beneficence）、不傷害（non-maleficence），以及尊重公義（respect justice）。在四者之中，尊重病患自主又被普遍視為臨床醫學之「重中之重」（first amongst equals）。

「尊重公義之責」可單純視為「公平待人之責」（例如公平分配稀有醫療資源），也可視為協助國家正當執法之責。

承上所述，司法精神鑑定顯然對「眾所接受的臨床倫理實務」衝擊更大，非手術等醫療問題可比。

凡尊重病患自主與保護公眾之間存在衝突之處，即明顯產生倫理問題。當醫師成為專家證人時，協助國家執法之責重於「尊重自主」之責。因此能合理預期的是：當心理健康專家出庭提供證據時，他們最大的責任是對法庭負責，而此舉可能破壞醫師倫理原則之平衡。

參與死刑案件或許是司法精神醫學實務之「非常性」（unusual nature）的極致，對「不傷害」原則的衝擊尤其巨大。在擔任專家證人時，尊重公義之責基本上高於尊重自主和不傷害，而擔任死刑案件的專家證人，更意味著醫師將公義高高置於不傷害之上。

其所導致的結果是：有些醫師認為參與死刑案件「過度偏離」一般醫療倫理實務與原則，無異於「參與」死刑執行過程，或至少促進或合法化了可能導致這個懲罰的司法過程，因此參與死刑案件自根本處牴觸「不傷害」原則。

對於這個根本性扞格提出的「部分解決方案」（partial solution）是：只能以辯方專家證人身份參與死刑案件。但這種做法的風險是：專家證人的客觀性可能遭受質疑，甚至專家本身也無法維持中立。避免這種風險的唯一方法是公正運用技巧，一如在非訴訟臨床實務中一樣，並隨時留意在法律脈絡中運用醫療倫理原則所可能造成的偏見。簡言之，重要的是過程（參前文）。

另一方面，也有人將參與死刑案件的過程分為不同階段，以醫師與執行死刑間的「距離」（remoteness）分別看待其倫理意義。舉例來說，衡鑑謀殺案嫌犯是否「適於接受偵訊」，比在死刑案審理過程中衡鑑被告是否「具有罪名認否答辯能力」離執行死刑更遠；提供死刑案被告是否適用心理狀態抗辯的證據，又比前兩個階段離執行死刑更遠，但相對來說，比參與死刑判決聽審或衡鑑是否適於執行死刑更近。¹³

13 “.....whilst giving evidence towards determining whether a mental condition defence is available to a defendant in a capital trial might reasonably be seen as more remote from execution per se than the former two stages, but less remote than medical involvement in a capital sentencing hearing, or in assessing for fitness for execution.” 不知less與more是否前後顛倒？

四、專業性

臨床倫理的要點之一是獲得並維持醫學專業之責，而專家證人不只有保持臨床專業能力之責，也有獲得並維持醫學 法律能力之責，亦即他們必須有能力連結精神醫學與法律（詳見第二章）。在死刑案件中，這份責任更形重大，因為以「不傷害」的角度來看，無法完全勝任的後果將「極其嚴重」而不可逆。嚴守專業份際至關重要，為了做到這點，你可能必須拒絕參與某些案件。如果能力不足卻同意在案件中擔任專家證人（即使是擔任辯方專家證人），對被告及司法造成的傷害可能遠比拒絕委託更大。

五、倫理準則

思考何種決定合乎倫理時，參考倫理準則有時的確能獲得助益。但倫理準則往往寫得過於空泛，對處理個別案例或困境不盡然有幫助。它們無法取代良好的倫理思考。

每個專業領域都有其必須思考的倫理準則。世界精神醫學會（World Psychiatric Association）、美國精神醫學會（American Psychiatric Association）與英國醫學會（General Medical Council）都有發表倫理準則。心理學家亦有類似準則。美國精神醫學與法律學會（American Academy of Psychiatry and the Law）亦有司法精神衡鑑實務倫理指引。

某些「全國性」準則亦有觸及司法精神衡鑑實務，將醫學參與死刑的相關準則納入其中。

六、價值觀、偏見與客觀

參與任何案件都不可牽涉個人利益。不過，要完全跳脫個人價值觀與信念極其困難，在死刑案件中或許更是如此。

承認自己的價值觀與信念其實值得鼓勵，而在此同時，好的倫理思考也代表你能隨時自覺，意識到自己在思考過程中無可避免地帶入了個人價值觀。假裝自己「沒有偏見」在倫理上比承認自己可能有偏見更危險，請盡可能坦誠以對，並隨時意識到你的「倫理自我」。

客觀是無法達成的目標，但在良好的臨床倫理實務中，力求客觀與誠實還是極為重要。釐清眼前面對的倫理問題，辨明既定的模式或反思方式，是避免個人偏見之「無形」（unseen）操作的最佳方式。

更簡單來說，請留意下列問題：

- 你是否將自己的價值觀與信念納入考量？你的見解是否過於受它們影響？
- 你曾想過其他解釋嗎？為什麼你沒採納它們？是因為個人信念的關係嗎？
- 你的見解是否可能出於個人習性或職業習慣？

七、與被告的關係

被告不是「病患」，醫師和被告從一開始就該完全意識到這點。

不過，「告知」被告你不是以醫師身份來鑑定及治療病患，雖然既重要也必須，卻未必一一實則很難一一讓被告在鑑定過程中隨時謹記此一區別，有時連醫師都無法做到。這是因為醫師必須運用醫療技巧來進行鑑定，而其中有些溝通技巧很容易讓被告以為你的身份是「醫生」（請參見以下關於擔任「司法鑑識人員」[forensicist]角色認知的部分）。不過，雖然這種特殊關係不易拿捏，至少還是應該有所認知，並盡可能「銘記在心」。

八、知情同意

所有可能影響被告配合鑑定意願的資訊，醫師都應事先告知被告。這些資訊包括：鑑定的性質與目的、你接受了哪些指示、你對法庭的責任，以及保密義務的有限性。說明鑑定的目的不是為了治療也很重要，雖然在某些個案中，你確有可能建議進行治療。在死刑案件的鑑定中，完整告知被告上述資訊尤其必要。

九、醫師或司法鑑識人員

關於醫師在刑事訴訟案（含死刑案）中的角色，尤其是衡鑑被告時能否擱置醫療身份及其相關倫理原則的問題，倫理論辯已進行了至少二十年（在美國尤其激烈）。此一爭議的重點在於：醫師在衡鑑被告時，既然其唯一責任是「公義」（對法庭負責），醫療倫理中的「不傷害」原則此時是否暫不適用？

持肯定意見者認為：醫師在衡鑑被告時的身份不是「醫師」，而是「司法鑑定人員」，類似於司法鑑識科學家。

不過，除了誠實以外，司法鑑識科學家對其處理的個案別無責任，換作其他情境，他們也不須「治療」個案。因此，「鑑識科學家託詞」（forensicist alibi）潛在的重大缺陷在於：醫師運用醫療技巧時，也必然會用上溝通技巧，被告幾乎不可能始終不將衡鑑者視為「醫生」，無論衡鑑者一開始多強烈警告亦然。

鑑識科學家託詞更根本的倫理問題在於：醫師於衡鑑時運用的臨床技巧，原本是用於、亦起於透過治療增進人類福祉。可是在衡鑑被告時，醫師運用這些醫療技巧卻可能「傷害」他們。

鑑識科學家託詞的另一個重大問題是：「假裝」自己不是醫師的危險，遠高於承認自己的醫師身份，並面對、處理隨衡鑑被告而起的深刻倫理困境。此處值得再次重申：倫理自覺是最好的倫理保障。

十、與死刑執行的距離

如前所述，有些醫師以受託參與鑑定之法律階段離死刑執行多「近」，來判斷在倫理上是否合適接受委託。

因此，醫師可能可以接受鑑定謀殺案嫌犯是否具有「接受面談的能力」，或衡鑑被告是否「具有罪名認否答辯能力」，或被告是否能提出「心理狀態抗辯」，但拒絕參與判決之後的階段。

判決

法庭考慮是否判處相對死刑時，必須進行精神醫學鑑定及/或心理學鑑定（詳見第12章）。

雖然受託鑑定之醫師此時有可能「傷害」被告，但事實上，只有在醫師發現被告沒有精神疾患所致之減刑因素時，這項「傷害」才可能造成。因此，無論醫師是受辯方或檢方之託參與衡鑑，只有在他/她誠實地發現被告沒有精神狀態上可供減刑的因素時，才牽涉到「無教化可能」或「罪無可逭」的法律判斷，從而造成傷害（詳見第12章）。

因此，重點在於誠實進行臨床鑑定，並隨時自覺自身價值觀（例如個人對死刑的看法）對衡鑑的潛在影響。

減刑

與減刑相關之精神醫學鑑定所需留意的重點，其實和判刑相關鑑定類似：誠實進行鑑定，隨時自覺自身對死刑之態度的潛在影響。

死刑受刑能力

對某些醫師來說，宣告人犯適於執行死刑或有死刑受刑能力極令人嫌惡，理由是醫師運用醫術協助死刑，在倫理上無論如何都不具正當性。

也就是說，如果法律要求人犯必須經過「醫療認證」證明適於處刑，持上述信念之醫師將一概拒絕這類委託，因為這會造成「終極傷害」。

不過，如果法律上有合適性的推定，醫師造成的傷害也只是沒發現相關疾患而已，情況與量刑鑑定或減刑鑑定實無二致。

十一、治療以恢復死刑受刑能力

若治療精神疾患人犯的目的只是為了恢復其死刑受刑能力，幾乎全數醫療人員皆認為不合倫理。不過，如果人犯深受精神疾患之苦，而其精神疾患可以治療，可能也有人認為在倫理上必須予以治療。

但若予以治療可能恢復其受死能力，如何權衡傷害之輕重將是「幾乎無解」（almost impossible）之倫理困境。

如果人犯此時仍有能力同意或拒絕接受治療，應由人犯自行決定。不過，足以使人失去死刑受刑能力的心理疾患，極可能也同時使人失去同意治療與否的能力，此時人犯之律師便必須參與決定。這似乎能為醫師的倫理困境「解套」（resolution），但以為能如此「解套」實為幻想，因為即使律師提出了意見，最後還是要由醫師決定「是否予以治療？」

十二、結論

醫療人員參與死刑案件之法律訴訟，不僅倫理問題複雜，也容易引起龐大爭議與情緒反應。在此同時，這也更顯示出冷靜、細密、犀利、理性的思考與反思的重要性。我們希望這一章能提供面對死刑案件的醫師一些幫助，協助他們如此思考與反思，倫理思考雖難完美，但以此方式審慎處理，或可稍安於心。

作者群歡迎同業與我們聯絡，提供你所遇上的特殊臨床倫理及臨床法律倫理問題，我們希望能透過開放的對話，提升我們在這極其困難的領域中的倫理實踐。

附錄1：精神衡鑑量表簡表

所衡量的精神 ／心智面向	精神量表（英）	精神量表（中譯）
一般智力的現況	<ul style="list-style-type: none"> • Wechsler Adult Intelligence Scale IV (WAIS-IV) • Ravens Progressive Matrices 	<ul style="list-style-type: none"> • 魏氏成人智力量表(第4版) • 瑞文氏推理測驗
發病前的智力功能	<ul style="list-style-type: none"> • National Test of Adult Reading (NART) • Schonell Graded Reading Test • Wechsler Test of Adult Reading (WTAR) • Wechsler Test of Pre-morbid Functioning (TOPF) 	<ul style="list-style-type: none"> • 全國成人閱讀能力量表 • 舒乃爾氏分級閱讀測驗 • 魏氏成人閱讀能力量表 • 魏氏病前功能測驗
記憶功能	<ul style="list-style-type: none"> • Wechsler Memory Scale (WMS-IV) • Rey-Ostreith COmplex Figure Test 	<ul style="list-style-type: none"> • 魏氏記憶量表(第4版) • 雷歐式複雜圖形測驗
執行功能	<ul style="list-style-type: none"> • Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS) • Controlled Oral Word Association Test (FAS) • Reitan Trailmaking Test • Haying and Brixton tests • Stroop Neuropsychological Screening Test 	<ul style="list-style-type: none"> • 日常執行功能行為量表 • 控制性口語詞彙聯想測驗 • 雷氏路徑描繪測驗 • Haying成句測驗與Brixton視覺規則測驗 • 史楚普氏神經心理篩檢測驗
語言	<ul style="list-style-type: none"> • British Picture Vocabulary Scale (II) • Graded Naming test 	<ul style="list-style-type: none"> • 英國詞彙圖片量表（第2版） • 分級唸名測驗
受暗示性	<ul style="list-style-type: none"> • Gudjonsson Suggestibility Scale (I/II) • Gudjonsson Compliance Scale 	<ul style="list-style-type: none"> • 谷鐘森氏暗示感受性量表（第1或2版） • 谷鐘森氏順從性量表（當事人受測採D表；其他資訊提供者受測採E表）
情緒	<ul style="list-style-type: none"> • Beck Anxiety Inventory (BAI) • Beck Depression Inventory II (BDI-II) • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) • State/Trait Anger Expression Scale (staxi) 	<ul style="list-style-type: none"> • 貝克焦慮量表 • 貝克憂鬱量表（第2版） • 醫院憂鬱及焦慮量表 • 情境/特質憤怒量表
人格功能	<ul style="list-style-type: none"> • Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) • Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) • Personality assessment inventory (PAI) 	<ul style="list-style-type: none"> • 米蘭臨床多軸量表第三版 • 明尼蘇達多向人格量表 • 人格衡鑑量表
物質誤用	<ul style="list-style-type: none"> • Leeds dependence Questionnaire (LDQ) • Sensation Seeking Scale (SSS) 	<ul style="list-style-type: none"> • 里茲依賴量表 • 刺激尋求量表
解離	<ul style="list-style-type: none"> • Dissociative Experience Scale (DES) • Tombaugh Test of Memory Malingering (TOMM) 	<ul style="list-style-type: none"> • 解離經驗量表 • 記憶偽裝測驗
次佳認知努力/詐病	<ul style="list-style-type: none"> • Raven's Standard Progressive Matrices • Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (MFAST) • Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) • Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) • Paulhus Deception Scales (PDS) 	<ul style="list-style-type: none"> • 瑞文氏標準圖形推理測驗 • 米勒司法用途症狀量表 • 症狀報告結構晤談 • 結構式詐病症狀量表 • 包琰氏欺騙量表

*上表並未涵括所有相關量表，僅表列心理計量特性扎實且最廣為採用者。

附錄2：心理衡鑑工具建議清單

Weschler Adult Intelligence Scale IV (WAIS-IV)

魏氏成人智力量表 (第4版)

英國魏氏成人智力量表第4版是標準化的心理測驗工具，用以評估個人智力功能。

Weschler Memory Scale (WMS-IV)

魏氏記憶量表 (第4版)

英國魏氏記憶量表第4版是標準化的心理測驗工具，用以評估個人記憶功能。

Controlled Oral Word Association Test (FAS)

控制性口語詞彙聯想測驗

這是用來評估個人執行功能的「床邊」測驗(bedside test)，特別是要評估受測者不受意識控制的建立清單、規則依從和轉換能力。針對臨床與非臨床受測者，這個衡鑑工具都建立了標準數據，並已獲國際認可。

Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III)

米隆臨床多軸量表第3版

米隆臨床多軸量表第3版用於評估人格與情緒障礙的幾個主要模式。

Coin in the hand test

銅板在哪一手記憶測驗

測驗表面上看起來很有難度，但實際上非常簡單，就算是嚴重的器質性失智症患者，受測10次也能每次都過關完成。測驗目的是評估受測者是否有偽裝記憶的問題。

Beck Depression Inventory II (BDI-II)

貝克憂鬱量表 (第2版)

貝克憂鬱量表第2版包括21個問題，是自陳式衡鑑工具，用於評估青少年與成人的鬱症嚴重程度，也是最廣為臨床心理學與精神醫學界接受的衡鑑工具。

Tests of Attitudes Towards Violence - Maudsley Violence Questionnaire (MVQ)

莫斯里暴力問卷

為自陳式問卷。針對個人在自尊受威脅時或各類情境下，將暴力使用合理化的各種相關認知。

Stroop Neuropsychological Screening Test

史楚普神經心理篩檢測驗

檢測個人針對字詞刺激抑制自動反應的能力。用於衡鑑執行功能。

Reitan Trailmaking Test

雷氏路徑描繪測驗

A部分：讓受試者很快看過測驗頁面上雜亂無章的數字堆，再依數值由小至大畫線串聯

B部分：由英文字母與數字組成，受試者循數字1－字母A－數字2－字母B.....的邏輯，在字母與數字間交替轉換，將所有數字與字母畫線串聯。測驗的是個人注意力轉換、解決問題的能力，以及視覺空間意識。

Rey-Ostreith Complex Figure Test

雷歐氏複雜圖形測驗

測試個人重現複雜圖表的能力－先是看圖複製，再立刻要求依記憶力畫出圖表，接著再間隔45分鐘請受測者憑記憶畫出圖表。普遍認為此一測驗可適用於不同文化的族群；涵蓋個人執行能力。

Raven's Progressive Matrices

瑞文氏推理測驗

測試抽象推理能力；先提供一個部分殘缺的圖形，再由受測者從其他幾個圖案選出適合補上缺塊者。針對兒童與成人，此測驗都已建立妥適基準，適用性多不受文化差異侷限；測驗一般推理能力。

Test of Effort

投入度測驗

為了要確認受測者是否確實投入測驗，抑或為了某種間接好處而刻意「營造比實情更糟的假象」（例如刻意導致某種測驗結果，讓人誤認受測者患有比實際情形更嚴重的精神或心智障礙）。測驗衡鑑的是個人接受測驗時的投入度。

Test of Memory Malinger (TOMM)

記憶偽裝測驗

TOMM是含括50個題目的成人辨識測驗，包括兩個學習測驗與視覺保持測驗。

Gudjonsson Suggestibility Scale (I/II)

谷鐘森暗示感受性量表（第1或2版）

谷鐘森暗示感受性量表，測試的是面對他人提議時，個人服從、接受與相信的程度。

Gudjonsson Compliance Scale Form D

谷鐘森順從性量表－D表

谷鐘森順從性量表包括20個問題，由受測者自陳；與谷鐘森暗示感受性量表同時進行。能看出受測者自覺不應自行決定作為、而應依循他人指引與要求的程度。

Paulhus Deception Scales (PDS)

包琮斯欺騙量表

問卷包含40個題目，鑑別受測者填寫自陳式量表時刻意符合社會期待的傾向。問卷內含兩個分量表：自欺性提升量表（作答誠實、但答案反映正向偏差傾向）；印象粉飾量表（故意誇大自己符合社會期望的行為）。因為同時具備這兩個子量表（但兩者均相當獨立），一般都認為PDS量表能抓注意欲迎合社會期待的兩種主要自陳傾向。

Dissociative Experience Scale (DES)

解離經驗量表

DES是自我評估式的心理問卷，測量解離症狀。

State/Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)

情境/特質憤怒量表第2版

STAXI-2量表有57題，針對情緒狀態的憤怒程度（憤怒狀態）、經歷憤怒感受的人格特性（憤怒特質）進行評估。

Leeds dependence Questionnaire (LDQ)

里茲依賴量表

LDQ量測的是物質依賴程度。

Sensation Seeking Scale (SSS)刺激尋求量表

這個測驗衡鑑的是感官刺激傾向的個體差異。有些人喜歡較強刺激，行為上就會表現出尋求強烈感官刺激的傾向；有些人則偏好較低的感官刺激。量表採問卷形式，量測個人享受興奮感所需的刺激程度。

附錄3：診斷分類－參照DSM與ICD

參照國際疾病分類第10版(ICD-10)與美國精神醫學會(APA)《精神疾病診斷與統計手冊》(Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV-TR)第4版內文修正版，下表臚列精神疾病診斷及其診斷編碼；相較於DSM-IV-TR，ICD-10內含更多具體的診斷，下表因此沿用其診斷用語。DSM第5版已於2013年出版。(譯註：請讀者注意，DSM第五版與DSM-IV-TR之間，有關精神疾患之診斷分類與譯名，甚至於分類概念上，已有諸多變更與修訂；本附錄係依據本手冊原附件所翻譯製作，因而並未納入DSM第五版之譯名。惟臨床與司法相關用途上，仍應以最新版本之DSM為主。特此說明。)

ICD10 code	DSM code	Diagnosis	
F00-F09		Organic mental disorders	器質性精神 [心智] 疾患
F00.0	290.10	Dementia in Alzheimer's disease with early onset	阿茲海默型失智症，早發型
F00.1	290.0	Dementia in Alzheimer's disease with late onset	阿茲海默型失智症，遲發型
F00.2	294.1	Dementia in Alzheimer's disease, atypical or mixed type	非典型或混合型阿茲海默型失智症
F00.9	294.1	Dementia in Alzheimer's disease, unspecified	阿茲海默型失智症，未註明
F01.0	290.40	Vascular dementia of acute onset	急性血管性失智症
F01.1	290.40	Multi-infarct dementia	多發梗塞性失智
F01.2	290.40	Subcortical vascular dementia	腦皮質下血管性失智症
F01.3	290.40	Mixed cortical and subcortical vascular dementia	混合型腦皮質及腦皮質下血管性失智症
F01.8	290.40	Other vascular dementia	其他血管性失智
F01.9	290.40	Vascular dementia, unspecified	其他未特定之血管型失智
F02.0	290.10	Dementia in Pick's disease	畢克氏病造成的失智症
F02.1	290.10	Dementia in Creutzfeldt-Jakob disease	庫賈氏病造成的失智症
F02.2	294.1	Dementia in Huntington's disease	亨丁頓病造成的失智症
F02.3	294.1	Dementia in Parkinson's disease	帕金森氏病造成的失智症
F02.4	294.1	Dementia in human immunodeficiency virus [HIV] disease	類免疫缺乏病毒 (愛滋病) 造成的失智症
F02.8	294.1	Dementia in other specified diseases classified elsewhere	未列於前的其他醫學狀況造成的失智症
F03	294.8	Unspecified dementia	未特定之失智症
附加於前述編碼後的第5碼診斷編碼			
.x0		Without additional symptoms	未伴隨其他症狀
.x1		Other symptoms, predominantly delusional	伴隨妄想
.x2		Other symptoms, predominantly hallucinatory	伴隨幻覺
.x3		Other symptoms, predominantly depressive	伴隨憂鬱心情
.x4		Other mixed symptoms	伴隨其他混合症狀
F04	294.0	Organic amnesic syndrome, not substance-induced	器質性失憶症候群 (非物質造成)
F05.0	293.0	Delirium, not superimposed on dementia, so described	經描述為非疊併於失智症的譫妄
F05.1	293.0	Delirium, superimposed on dementia	疊併於失智症的譫妄
F05.8	293.0	Other delirium	其他譫妄
F05.9	780.09	Delirium, unspecified	未特定之譫妄
F6.0	293.82	Organic hallucinosis	器質性之幻覺
F6.1	293.89	Organic catatonic disorder	器質性之緊張性障礙症

F6.2	293.81	Organic delusional [schizophrenia-like] disorder	器質性之妄想性（類似思覺失調症）障礙症
F6.3	293.83	Organic mood [affective] disorders	器質性之情感（情緒）性障礙症
F6.30	293.83	Organic manic disorder	器質性之躁症
F06.31	293.83	Organic bipolar affective disorder	器質性之雙極性情緒障礙症
F06.32	293.83	Organic depressive disorder	器質性之憂鬱症
F06.33	293.83	Organic mixed affective disorder	混合型器質性情感障礙症
F6.4	293.84	Organic anxiety disorder	器質性之焦慮性障礙症
F06.5	293.9	Organic dissociative disorder	器質性之解離性障礙症
F06.6	293.9	Organic emotionally labile [asthenic] disorder	器質性之情緒易變（衰弱）型障礙症
F06.7	294.9	Mild cognitive disorder	輕度認知性障礙症
F06.8	293.9	Other specified mental disorders due to brain damage etc.	腦部損傷等因素所致其他特定的精神疾患
F06.9	293.9	Unspecified mental disorder due to brain damage etc.	由腦傷導致的其他未註明的精神疾患
F07.0	310.1	Organic personality disorder	器質性人格障礙症
F07.1	310.1	Postencephalitic syndrome	腦炎後症候群
F07.2	310.1	Postconcussional syndrome	腦震盪後症候群
F07.8	310.1	Other organic personality and behavioural disorder	其他器質性人格與行為障礙症
F09	293.9	Unspecified organic or symptomatic mental disorder	未特定的器質性或症狀性精神障礙症

F10-19		Mental/behavioural disorders due to substance use	物質使用所致的精神 [心智] 與行為障礙症
F10.00	303.00	Acute alcohol intoxication – uncomplicated	急性酒精中毒–無其他併發症
F10.01	303.00	Acute alcohol intoxication – with bodily trauma or injury	伴隨身體創傷或外傷的急性酒精中毒
F10.02	303.00	Acute alcohol intoxication – with other medical complications	伴隨其他醫學併發症的急性酒精中毒
F10.03	291.0	Acute alcohol intoxication – with delirium	伴隨譫妄的急性酒精中毒
F10.04	303.00	Acute alcohol intoxication – with perceptual distortions	伴隨知覺扭曲的急性酒精中毒
F10.05	303.00	Acute alcohol intoxication – with coma	伴隨昏迷的急性酒精中毒
F10.06	303.00	Acute alcohol intoxication – with convulsions	伴隨抽搐的急性酒精中毒
F10.07	303.00	Acute alcohol intoxication – pathological intoxication	急性酒精中毒–病態酗酒
F10.1	305.00	Harmful alcohol use	損害健康的酒精使用
F10.20	303.90	Alcohol dependence – currently abstinent	酒精依賴–已戒除
F10.21	303.90	Alcohol dependence – abstinent in a protected environment	酒精依賴–在受保護環境下已戒除
F10.22	303.90	Alcohol dependence – on a maintenance/replacement regime	酒精依賴–接受維持／替代療法
F10.23	303.90	Alcohol dependence – abstinent, receiving drug treatment	酒精依賴–已戒除，接受藥物治療
F10.24	303.90	Alcohol dependence – currently using alcohol	酒精依賴–目前仍使用酒精
F10.25	303.90	Alcohol dependence – continuous use	酒精依賴–持續性使用酒精
F10.26	303.90	Alcohol dependence – episodic use (dipsomania)	酒精依賴–偶發性的使用（間發性酒癮）
F10.30	291.81	Alcohol withdrawal – uncomplicated	酒精戒斷–無其他併發症
F10.31	291.81	Alcohol withdrawal – with convulsions	酒精戒斷–伴隨抽搐
F10.40	291.0	Alcohol withdrawal – with delirium but without convulsions	酒精戒斷–伴隨譫妄無抽搐
F10.41	291.0	Alcohol withdrawal – with delirium and convulsions	酒精戒斷–伴隨譫妄與抽搐
F10.50	291.9	Alcohol-induced psychosis schizophrenia-like	酒精誘發之類思覺失調精神病
F10.51	291.9	Alcohol-induced psychosis, predominantly delusional	以妄想為主的酒精誘發精神疾病
F10.52	291.9	Alcohol-induced psychosis, predominantly hallucinatory	以幻覺為主的酒精誘發精神疾病
F10.53	291.9	Alcohol-induced psychosis, predominantly polymorphic	酒精誘發精神疾病–多態型
F10.54	291.9	Alcohol-induced psychosis, predominantly depressive	以鬱症為主的酒精誘發精神疾病
F10.55	291.9	Alcohol-induced psychosis, predominantly manic	以躁症為主的酒精誘發精神疾病

F10.56	291.9	Alcohol-induced psychosis, mixed	混合型的酒精誘發精神疾病
F10.60	291.1	Alcohol-induced amnesic syndrome	酒精誘發之失憶性症候群
F10.70	291.9	Alcohol-induced residual disorder- flashbacks	酒精誘發的殘留型障礙症－創傷事件重現
F10.71	291.9	...residual disorder – personality or behaviour disorder	酒精誘發的殘留型障礙症－人格或行為障礙
F10.72	291.9	... residual disorder – residual affective disorder	酒精誘發的殘留型障礙症－殘留型情感障礙症
F10.73	291.2	... residual disorder – dementia	酒精誘發的殘留型障礙症－失智症
F10.74	291.9	... residual disorder – other persisting cognitive impairment	酒精誘發的殘留型障礙症－其他持續性的認知缺損
F10.75	291.9	... residual disorder – late-onset psychotic disorder	酒精誘發的殘留型障礙症－其他晚發型的精神障礙
F10.80	291.9	Other mental/behavioural disorder related to alcohol use	其他酒精使用相關的精神[心智]/行為障礙症
F10.90	291.9	Unspecified mental /behavioural disorder related to alcohol use	未特定的酒精使用相關的精神[心智]/行為障礙症

除了酒精之外，其他物質濫用的狀況大致上模式相近，針對損及健康的使用（濫用）與成癮依賴（其下還有各子分類），每種物質都有相應的專屬的DSM編碼。下表x指的即是各物質的ICD編碼。

	Abuse /濫用	Dependence /依賴	Mental/behavioral disorders due to substance use	物質使用引起的精神或行為障礙症
x=1	305.50	304.00	Opioids	鴉片類使用障礙症
x=2	305.20	304.30	Cannabinoids	大麻類使用障礙症
x=3	305.40	304.10	Sedatives or hypnotics	鎮靜劑或催眠劑使用障礙症
x=4	305.60	304.20	Cocaine	古柯鹼使用障礙症
x=5	305.90	304.90	Other stimulants, including caffeine	其他包括咖啡因等之興奮劑使用障礙症
x=6	305.30	304.50	Hallucinogens	幻覺劑使用障礙症
x=7	305.90	305.10	Tobacco	菸草使用障礙症
x=8	305.90	304.60	Volatile solvents	揮發性溶劑
x=9	305.90	304.90	Multiple drugs or other substances	多種藥物或其他物質使用疾患
F1x.00	292.89	Acute intoxication – uncomplicated	急性中毒--無其他併發症	
F1x.01	292.89	Acute intoxication – with trauma or other bodily injury	急性中毒－伴隨創傷或其他身體外傷	
F1x.02	292.89	Acute intoxication – with other medical complications	急性中毒－伴隨創傷或其他醫學併發症	
F1x.03	292.89	Acute intoxication – with delirium	急性中毒－伴隨譫妄	
F1x.04	292.89	Acute intoxication – with perceptual distortions	急性中毒－伴隨知覺扭曲	
F1x.05	292.89	Acute intoxication – with coma	急性中毒－伴隨昏迷	
F1x.06	292.89	Acute intoxication – with convulsions	急性中毒－伴隨抽搐	
F1x.07	292.89	Acute intoxication - pathological intoxication	急性中毒－病態中毒	
F1x.1	above	Harmful use	物質使用有損健康	
F1x.20	above	Dependence – currently abstinent	已達依賴程度－已戒除	
F1x.21	above	Dependence – abstinent in a protected environment	已達依賴程度－在受保護環境下已戒除	
F1x.22	above	Dependence – on a maintenance/replacement regime	已達依賴程度－正在進行維持/替代療法	
F1x.23	above	Dependence – abstinent, receiving drug treatment	已達依賴程度－已戒除，正接受藥物治療	
F1x.24	above	Dependence – currently using the substance	已達依賴程度－目前仍在使用	
F1x.25	above	Dependence – continuous use	已達依賴程度－持續性使用	
F1x.26	above	Dependence – episodic use	已達依賴程度－偶發性使用	
F1x.30	292.0	Withdrawal state – uncomplicated	戒斷狀態－無其他併發症	
F1x.31	292.0	Withdrawal state – with convulsions	戒斷狀態－伴隨抽搐	

F1x.40	292.0	Withdrawal state – with delirium but without convulsions	戒斷狀態－伴隨譫妄但無抽搐
F1x.41	292.0	Withdrawal state – with delirium and convulsions	戒斷狀態－伴隨譫妄及抽搐
F1x.50	292.9	Substance-induced psychosis, schizophrenia-like	物質使用誘發的類思覺失調症精神疾病
F1x.51	292.9	Substance-induced psychosis, predominantly delusional	物質使用誘發的精神疾病－以妄想為主
F1x.52	292.9	Substance-induced psychosis, predominantly hallucinatory	物質使用誘發的精神疾病－以幻覺為主
F1x.53	292.9	Substance-induced psychosis, predominantly polymorphic	物質使用誘發的精神疾病－多態性
F1x.54	292.9	Substance-induced psychosis, predominantly depressive	物質使用誘發的精神疾病－以鬱症為主
F1x.55	292.9	Substance-induced psychosis, predominantly manic	物質使用誘發的精神疾病－以躁症為主
F1x.56	292.9	Substance-induced psychosis, mixed	物質使用誘發的精神疾病－混合型
F1x.6	292.83	Substance-induced amnesic syndrome	物質使用誘發的失憶症候群
F1x.70	292.9	Substance-induced residual disorder- flashbacks	物質使用誘發的殘留型障礙症－創傷情境重現
F1x.71	292.9	... residual disorder – personality or behaviour disorder	物質使用誘發的殘留型障礙症－人格或行為障礙症
F1x.72	292.9	... residual disorder – residual affective disorder	物質使用誘發的殘留型障礙症－殘留型情感障礙症
F1x.73	292.82	... residual disorder – dementia	物質使用誘發的殘留型障礙症－失智症
F1x.74	292.9	... residual disorder – other persisting cognitive impairment	物質使用誘發的殘留型障礙症－其他長期性的認知缺損
F1x.75	292.9	... residual disorder – late-onset psychotic disorder	物質使用誘發的殘留型障礙症－晚發精神障礙
F1x.8	292.9	Other substance-related mental/behavioural disorders	其他物質使用相關的精神[心智]/行為障礙症
F1x.9	292.9	Unspecified substance-related mental/behavioural disorder	未特定的物質使用相關精神[心智]/行為障礙症

F20-29		Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	思覺失調症、準思覺失調型與妄想型障礙症
F20.0	295.30	Paranoid schizophrenia	妄想型思覺失調症
F20.1	295.10	Hebephrenic schizophrenia	青春型思覺失調症
F20.2	295.20	Catatonic schizophrenia	緊張型思覺失調症
F20.3	295.90	Undifferentiated schizophrenia	未分化型思覺失調症
F20.4	311	Post-schizophrenic depression	思覺失調後的憂鬱症
F20.5	295.60	Residual schizophrenia	殘留型思覺失調症
F20.6	295.90	Simple schizophrenia	單純型思覺失調症
F20.8	295.90	Other schizophrenia	其他思覺失調症
F20.9	295.90	Schizophrenia, unspecified	其他未註明之思覺失調症

用以詳列病程的細分類編碼

.x0	Continuous	持續型
.x1	Episodic with progressive deficit	多次發作，伴隨持續性的認知缺損
.x2	Episodic with stable deficit	多次發作，兩次發作間的認知缺損情況穩定
.x3	Episodic remittent	多次發作，忽輕忽重
.x4	Incomplete remission	不完全緩解
.x5	Complete remission	完全緩解
.x6	Other	其他
.x9	Course uncertain, period of observation too short	觀察期過短，故未能確認病程

F21	301.22	Schizotypal disorder	類思覺失調之疾患
-----	--------	----------------------	----------

F22.0	297.1	Delusional disorder	妄想型人格障礙症
F22.8	297.1	Other persistent delusional disorders	其他持續性妄想型人格障礙症
F22.9	297.1	Persistent delusional disorder, unspecified	其他未註明之持續性妄想型人格障礙症
F23.0	298.9	Acute non-schizophreniform polymorphic psychotic disorder	急性多形性精神障礙，無思覺失調症狀
F23.1	295.40	Acute schizophreniform polymorphic psychotic disorder	急性多形性精神疾患，伴隨思覺失調症狀
F23.2	295.40	Acute schizophrenia-like psychotic disorder	急性類思覺失調症型精神疾患
F23.3	297.1	Other acute predominantly delusional psychotic disorders	以妄想為主的其他急性精神疾患
F23.8	298.8	Other acute and transient psychotic disorders	其他急性/短暫性精神疾患
F23.90	298.8	Acute/transient psychotic disorder with acute stress	急性/短暫性精神疾患，伴隨急性壓力
F23.91	298.8	Acute/transient psychotic disorder without acute stress	急性/短暫性精神疾患，未伴隨急性壓力
F24	297.3	Induced delusional disorder	感應性妄想型障礙症
F25.0	295.70	Schizoaffective disorder, manic type	情感性思覺失調症－躁狂型
F25.1	295.70	Schizoaffective disorder, depressive type	情感性思覺失調症－憂鬱型
F25.2	295.70	Schizoaffective disorder, mixed type	情感性思覺失調症－躁鬱混合型
F25.8	295.70	Other schizoaffective disorders	其他情感性思覺失調症
F25.9	295.70	Schizoaffective disorder, unspecified	其他未註明之情感性思覺失調症
F28	298.9	Other nonorganic psychotic disorders	其他非器質性之精神病症
F29	298.9	Unspecified nonorganic psychosis	其他未註明之非器質性精神病疾患

F30-39		Mood [affective] disorders	情緒 [情感] 障礙症
F30.0	296.00	Hypomania	輕躁症
F30.1	296.03	Mania without psychotic symptoms	躁症，無精神病性症狀
F30.2	296.04	Mania with psychotic symptoms	躁症，伴隨精神病性症狀
F30.8	296.00	Other manic episodes	其他躁症發作
F30.9	296.00	Manic episode, unspecified	其他未註明之躁症發作
F31.0	296.40	Bipolar disorder, current episode hypomanic	雙相情緒障礙症，目前輕躁症發作
F31.1	296.43	Bipolar disorder, manic without psychotic symptoms	雙相情緒障礙症－伴隨躁症，無精神病性症狀
F31.2	296.44	Bipolar disorder, manic with psychotic symptoms	雙相情緒障礙症－伴隨躁症及精神病性症狀
F31.30	296.52	Bipolar disorder, mild or moderate non-somatic depression	雙相情緒障礙症－輕度或中度非身體性憂鬱症
F31.31	296.52	Bipolar disorder, mild or moderate somatic depression	雙相情緒障礙症－輕度或中度身體性憂鬱症
F31.4	296.53	Bipolar disorder, severe non-psychotic depression	雙相情緒障礙症－重度非精神病性憂鬱症
F31.5	296.54	Bipolar disorder, severe psychotic depression	雙相情緒障礙症－重度精神病性憂鬱症
F31.6	296.60	Bipolar disorder, current episode mixed	雙相情緒障礙症－目前屬混合發作
F31.7	296.66	Bipolar disorder, currently in remission	雙相情緒障礙症－目前緩解中
F31.8	296.7	Other bipolar affective disorders	其他雙相情緒障礙症之情緒性疾患
F31.9	296.7	Bipolar affective disorder, unspecified	其他未註明之雙相情緒障礙症
F32.00	296.21	Mild depressive episode without somatic syndrome	輕度憂鬱症發作，無身體性之症候群
F32.01	296.21	Mild depressive episode with somatic syndrome	輕度憂鬱症發作，伴隨身體性之症候群
F32.10	296.22	Moderate depressive episode without somatic syndrome	中度憂鬱症發作，無身體性之症候群
F32.11	296.22	Moderate depressive episode with somatic syndrome	中度憂鬱症發作，伴隨身體性之症候群
F32.2	296.23	Severe depressive episode without psychotic symptoms	重度憂鬱症發作，無精神病性症候群
F32.3	296.24	Severe depressive episode with psychotic symptoms	重鬱發作，伴隨精神病性症候群
F32.8	311	Other depressive episodes	其他憂鬱症發作
F32.9	311	Depressive episode, unspecified	其他未註明之憂鬱症發作

F33.00	311	Recurrent depression, mild without somatic syndrome	重複性的輕鬱症，無身體性症候群
F33.01	296.31	Recurrent depression, mild with somatic syndrome	重複性的輕鬱症，伴隨身體性症候群
F33.10	296.31	Recurrent depression, moderate without somatic syndrome	重複性的中度憂鬱症，無身體性症候群
F33.11	296.32	Recurrent depression, moderate with somatic syndrome	重複性的中度憂鬱症，伴隨身體性症候群
F33.2	296.32	Recurrent depression, current episode severe non-psychotic	重複性的憂鬱症，目前屬重度非精神病性發作
F33.3	296.33	Recurrent depression, current episode severe psychotic	重複性的憂鬱症，目前屬重度精神病性發作
F33.4	296.34	Recurrent depression, currently in remission	重複性的憂鬱症，目前緩解中
F33.8	296.36	Other recurrent depressive disorders	其他重複性之憂鬱症
F33.9	296.30	Recurrent depressive disorder, unspecified	其他未註明的重複性之憂鬱症
F34.0	296.30	Cyclothymia	循環性情緒障礙症
F34.1	301.13	Dysthymia	低落性情緒障礙症
F34.8	300.4	Other persistent mood [affective] disorders	其他持久性情緒情緒（情感）障礙症
F34.9	296.90	Persistent mood [affective] disorder, unspecified	持續型情緒（情感）性障礙症
F38.0	296.90	Mixed affective episode	短暫情感性疾障礙症發作
F38.1	296.90	Recurrent brief depressive disorder	重複性之短暫憂鬱症
F38.8	296.90	Other specified mood [affective] disorders	其他特定之情緒（情感）性障礙症
F39	296.90	Unspecified mood [affective] disorder	其他非特定之情緒（情感）性疾患

F40-49		Neurotic, stress-related and somatoform disorders	精神官能與壓力相關的障礙症；擬身體障礙症
F40.00	300.22	Agoraphobia without panic disorder	特定場所畏懼症，無恐慌性症
F40.01	300.21	Agoraphobia with panic disorder	特定場所畏懼症，伴隨恐慌症
F40.1	300.23	Social phobias	社會畏懼症
F40.2	300.29	Specific (isolated) phobias	特定(孤立)畏懼症
F40.8	300.29	Other phobic anxiety disorders	其他畏懼型焦慮症
F40.9	300.29	Phobic anxiety disorder, unspecified	未特定之畏懼型焦慮症
F41.0	300.01	Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]	恐慌症[陣發性焦慮發作]
F41.1	300.02	Generalized anxiety disorder	廣泛性焦慮症
F41.2	300.00	Mixed anxiety and depressive disorder	混合型焦慮及憂鬱症
F41.3	300.00	Other mixed anxiety disorders	其他混合型焦慮症
F41.8	300.00	Other specified anxiety disorders	其他特定焦慮症
F41.9	300.00	Anxiety disorder, unspecified	未特定之焦慮症
F42.0	300.3	Predominantly obsessional thoughts or ruminations	以強迫性的念頭[反芻性的思考]為主
F42.1	300.3	Predominantly compulsive acts [obsessional rituals]	以強迫性的舉動[強迫性儀式]為主
F42.2	300.3	Mixed obsessional thoughts and acts	混合型強迫念頭及舉動
F42.8	300.3	Other obsessive – compulsive disorders	其他強迫症
F42.9	300.3	Obsessive – compulsive disorder, unspecified	未特定之強迫症
F43.0	308.3	Acute stress reaction	急性壓力反應
F43.1	309.81	Post-traumatic stress disorder	創傷後壓力症
F43.20	309.9	Brief depressive reaction	短暫憂鬱反應
F43.21	309.9	Prolonged depressive reaction	長期憂鬱反應
F43.22	309.9	Mixed anxiety and depressive reaction	焦慮憂鬱混和型反應
F43.23	309.9	With predominant disturbance of other emotions	伴隨其他顯著情緒障礙
F43.24	309.9	With predominant disturbance of conduct	伴隨顯著行為障礙
F43.25	309.9	With mixed disturbance of emotions and conduct	混合伴隨情緒與行為障礙

F43.28	309.9	With other specified predominant symptoms	伴隨其他特定顯著症狀
F43.8	308.3	Other reactions to severe stress	其他重大壓力反應
F43.9	308.3	Reaction to severe stress, unspecified	未特定之嚴重壓力反應
F44.0	300.12	Dissociative amnesia	解離性失憶症
F44.1	300.13	Dissociative fugue	解離性漫遊症
F44.2	300.15	Dissociative stupor	解離性呆僵
F44.3	300.15	Trance and possession disorders	迷矇及附身症
F44.4	300.15	Dissociative motor disorders	解離性動作障礙症
F44.5	300.15	Dissociative convulsions	解離性痙攣症
F44.6	300.15	Dissociative anaesthesia and sensory loss	解離性失覺症
F44.7	300.15	Mixed dissociative [conversion] disorders	混合型解離[轉化]症
F44.80	300.11	Ganser's syndrome	甘塞爾症候群
F44.81	300.14	Multiple personality disorder	多重人格障礙症
F44.82	300.11	Transient childhood/adolescent dissociative disorders	短暫性的兒童/青少年期解離症
F44.88	300.11	Other specified dissociative [conversion] disorders	其他解離[轉化]症
F44.9	300.15	Dissociative [conversion] disorder, unspecified	未特定之解離[轉化]症
F45.0	300.81	Somatisation disorder	身體型障礙症
F45.1	300.82	Undifferentiated somatoform disorder	未分化身體型障礙症
F45.2	300.7	Hypochondriacal disorder	慮病症
F45.30	300.82	Somatoform autonomic dysfunction – cardiovascular system	心肺系統之擬身體化自律神經機能障礙症
F45.31	300.82	Somatoform autonomic dysfunction – upper GI tract	上消化道之擬身體化自律神經機能障礙症
F45.32	300.82	Somatoform autonomic dysfunction – lower GI tract	下消化道之擬身體化自律神經機能障礙症
F45.33	300.82	Somatoform autonomic dysfunction – respiratory system	呼吸系統之擬身體化自律神經機能障礙症
F45.34	300.82	Somatoform autonomic dysfunction – genitourinary system	泌尿生殖系統之擬身體化自律神經機能障礙症
F45.38	300.82	Somatoform autonomic dysfunction – other organ or system	擬身體化自律神經機能障礙症
F45.4	307.80	Persistent somatoform pain disorder	擬身體化疼痛症
F45.8	300.82	Other somatoform disorders	其他擬身體化症
F45.9	300.82	Somatoform disorder, unspecified	未特定之擬身體化症
F48.0	300.82	Neurasthenia	神經衰弱症
F48.1	300.6	Depersonalization – derealisation syndrome	失自我感障礙症／失現實感症候群
F48.8	300.9	Other specified neurotic disorders	其他特定之精神官能症
F48.9	300.9	Neurotic disorder, unspecified	未特定之精神官能症

F50-59		Behavioural syndromes associated with physical factors	與身體因素相關的行為症候群
F50.0	307.1	Anorexia nervosa	心因性厭食症
F50.1	307.1	Atypical anorexia nervosa	非典型心因性厭食症
F50.2	307.51	Bulimia nervosa	心因性暴食症
F50.3	307.51	Atypical bulimia nervosa	非典型心因性暴食症
F50.4	307.50	Overeating associated with other psychological disturbances	與其他心理失調的暴食症
F50.5	307.50	Vomiting associated with other psychological disturbances	與其他心理失調相關的嘔吐症
F50.8	307.50	Other eating disorders	其他飲食障礙症
F50.9	307.50	Eating disorder, unspecified	未特定之飲食障礙症
F51.0	307.42	Nonorganic insomnia	非器質性失眠症
F51.1	307.44	Nonorganic hypersomnia	非器質性嗜睡症
F51.2	307.45	Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule	非器質性睡醒週期疾患

F51.3	307.46	Sleepwalking [somnambulism]	夢遊症
F51.4	307.46	Sleep terrors [night terrors]	睡眠驚恐疾患
F51.5	307.47	Nightmares	夢靨症
F51.8	307.47	Other nonorganic sleep disorders	其他非器質性睡眠障礙
F51.9	307.47	Nonorganic sleep disorder, unspecified	其他未註明之非器質性睡眠障礙
F52.0	302.71	Lack or loss of sexual desire	性慾缺乏或喪失症
F52.10	302.79	Sexual aversion	厭性症
F52.11	302.79	Lack of sexual enjoyment	乏性樂症
F52.2	302.72	Failure of genital response	女性性興奮障礙症
F52.3	302.70	Orgasmic dysfunction	女性性興奮症
F52.4	302.75	Premature ejaculation	早洩
F52.5	306.51	Nonorganic vaginismus	非器質性之陰道痙攣
F52.6	302.76	Nonorganic dyspareunia	非器質性之性交痛
F52.7	302.9	Excessive sexual drive	性慾亢進
F52.8	302.70	Other sexual dysfunction, not caused by organic disorders	其他非因生理性疾病引起的性功能障礙症
F52.9	302.70	Unspecified non-organic sexual dysfunction	非特定、非器質性的性功能障礙症
F53.0	293.9	Mild puerperal mental and behavioural disorders	輕微的褥期精神與行為障礙症
F53.1	293.9	Severe puerperal mental and behavioural disorders	嚴重的褥期精神與行為障礙症
F53.8	293.9	Other puerperal mental and behavioural disorders	其他產褥期精神與行為障礙症
F53.9	293.9	Puerperal mental disorder, unspecified	未特定之產褥期與行為障礙症
F54	316	Psychological /behavioural factors of other disorders	其他障礙症的心理及行為因素
F55.0	305.90	Abuse of non-dependence-producing antidepressants	非成癮性抗憂鬱劑的濫用症
F55.1	305.90	Abuse of non-dependence-producing laxatives	非成癮性緩瀉劑的濫用症
F55.2	305.90	Abuse of non-dependence-producing analgesics	非成癮性止痛劑的濫用症
F55.3	305.90	Abuse of non-dependence-producing antacids	非成癮性制酸劑的濫用症
F55.4	305.90	Abuse of non-dependence-producing vitamins	非成癮性維他命的濫用症
F55.5	305.90	Abuse of non-dependence-producing steroids or hormones	非成癮性類固醇或荷爾蒙的濫用症
F55.6	305.90	Abuse of non-dependence-producing herbal or folk remedies	非成癮性民俗用藥的濫用症
F55.8	305.90	Abuse of other non-dependence-producing substances	其他的非成癮性物質的濫用症
F55.9	305.90	Abuse of unspecified non-dependence-producing substances	未特定的非成癮性物質的濫用症
F59	300.9	Unspecified behaviour syndromes with physiological disturbances	與生理失調相關的未特定行為症候群

F60-69		Disorders of adult personality and behaviour	成人人格與行為障礙症
F60.0	301.0	Paranoid personality disorder	妄想型人格疾患
F60.1	301.20	Schizoid personality disorder	類思覺失調型人格疾患
F60.2	301.7	Dissocial personality disorder	異規型人格障礙症
F60.30	301.9	Emotionally unstable personality disorder, impulsive type	情緒不穩定型人格障礙症
F60.31	301.83	Emotionally unstable personality disorder, borderline type	邊緣型人格障礙症
F60.4	301.50	Histrionic personality disorder	做作型人格障礙症
F60.5	301.4	Anankastic [obsessive-compulsive] personality disorder	強迫型人格障礙症
F60.6	301.82	Anxious [avoidant] personality disorder	焦慮[迴避]型人格障礙症
F60.7	301.6	Dependent personality disorder	依賴型人格障礙症
F60.8	301.81	Narcissistic personality disorder	自戀型人格障礙症
F60.8	301.9	Other specific personality disorders	其他特定之人格障礙症
F60.9	301.9	Personality disorder, unspecified	其他未註明之人格障礙症

F61.0	301.9	Mixed personality disorders	混合型人格障礙症
F61.1	301.9	Troublesome personality changes	導致困擾的人格變異症
F62.0	301.9	Enduring personality change after catastrophic experience	災難經驗後持久性人格變異症
F62.1	301.9	Enduring personality change after psychiatric illness	精神病症後之持久性人格變異症
F62.8	301.9	Other enduring personality changes	其他持久性人格變異症
F62.9	301.9	Enduring personality change, unspecified	未特定之持久性人格變異症
F63.0	312.31	Pathological gambling	病態性賭博
F63.1	312.33	Pathological fire-setting [pyromania]	縱火狂
F63.2	312.32	Pathological stealing [kleptomania]	竊盜症
F63.3	312.39	Trichotillomania	拔毛症
F63.8	312.30	Other habit and impulse disorders	其他習慣及衝動障礙症
F63.9	312.30	Habit and impulse disorder, unspecified	未特定之其他習慣及衝動障礙症
F64.0	302.85	Transsexualism	異裝症
F64.1	302.85	Dual-role transvestism	雙重角色異裝症
F64.2	302.6	Gender identity disorder of childhood	兒童期性別認同障礙症
F64.8	302.6	Other gender identity disorders	其他性別認同障礙症
F64.9	302.6	Gender identity disorder, unspecified	未特定之性別認同障礙症
F65.0	302.81	Fetishism	戀物症
F65.1	302.3	Fetishistic transvestism	扮異性戀物症
F65.2	302.4	Exhibitionism	暴露症
F65.3	302.82	Voyeurism	窺視症
F65.4	302.2	Paedophilia	戀童症
F65.5	302.9	Sadomasochism	施虐受虐症
F65.6	302.9	Multiple disorders of sexual preference	多重性癖好障礙症
F65.8	302.9	Other disorders of sexual preference	其他性癖好障礙症
F65.9	302.9	Disorder of sexual preference, unspecified	未特定之性癖好障礙症
F66.0	302.6	Sexual maturation disorder	性成熟障礙症
F66.1	302.6	Egodystonic sexual orientation	性取向自我認同困難
F66.2	302.6	Sexual relationship disorder	性關係障礙症
F66.8	302.6	Other psychosexual development disorders	其他性心理發展障礙症
F66.9	302.6	Psychosexual development disorder, unspecified	未特定的性心理發展障礙症
F66.90	302.6	Psychosexual development disorder, homosexual	性心理發展障礙症－同性戀
F66.91	302.6	Psychosexual development disorder, bisexual	性心理發展障礙症－雙性戀
F66.92	302.6	Psychosexual development disorder, other incl. prepubertal	其他性心理發展障礙症（含青春前期）
F66.98	300.9	Elaboration of physical symptoms for psychological reasons	因心理因素加重身體症狀
F68.0	300.19	Factitious disorder	人為障礙症
F68.8	301.9	Other specified disorders of adult personality and behaviour	其他特定之成人人格與行為障礙症
F69	301.9	Unspecified disorder of adult personality and behaviour	其他非特定之成人人格與行為障礙症

F70-79		Mental retardation [learning disability]	智能不足（學習障礙）
F70	317	Mild mental retardation	輕度智能不足
F71	318.0	Moderate mental retardation	中度智能不足
F72	318.1	Severe mental retardation	重度智能不足
F73	318.2	Profound mental retardation	極重度智能不足
F78	319	Other mental retardation	其他智能不足
F79	319	Unspecified mental retardation	非特定的智能不足（智能發展障礙症）

併用於F70-F7、用以確認行為缺損程度的細分類第4碼

F7x.0	No, or minimal, impairment of behaviour	無行為缺損，或程度為最低
F7x.1	Significant behavioural impairment requiring treatment	行為缺損程度重大，已需接受治療
F7x.8	Other impairments of behaviour	其他行為缺損
F7x.9	Without mention of impairment of behaviour	未述及行為缺損

F80-89		Disorders of psychological development	心理發展障礙症
F80.0	315.39	Specific speech articulation disorder	言語發音障礙症
F80.1	315.31	Expressive language disorder	語言表達疾患
F80.2	315.32	Receptive language disorder	接受性語言疾患
F80.3	307.9	Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner syndrome]	後天性癲癇失語症[藍道克利夫症]
F80.8	307.9	Other developmental disorders of speech and language	其他語言與溝通發展障礙症
F80.9	307.9	Developmental disorder of speech and language, unspecified	非特定的語言與溝通發展障礙症
F81.0	315.00	Specific reading disorder	閱讀障礙
F81.1	315.2	Specific spelling disorder	拼字障礙
F81.2	315.1	Specific disorder of arithmetical skills	數學障礙
F81.3	315.9	Mixed disorder of scholastic skills	混和型學業技能發展障礙症
F81.8	315.9	Other developmental disorders of scholastic skills	其他學業技能發展障礙症
F81.9	315.9	Developmental disorder of scholastic skills, unspecified	未特定的學業技能發展障礙症
F82	315.4	Specific developmental disorder of motor function	特殊動作功能發展障礙
F83	315.4	Mixed specific developmental disorders	混合型特殊動作功能發展障礙
F84.0	299.00	Childhood autism	兒童期自閉症
F84.1	299.80	Atypical autism	非典型自閉症
F84.2	299.80	Rett's syndrome	雷特氏症
F84.3	299.10	Other childhood disintegrative disorder	其他兒童期崩解症
F84.4	299.80	Overactive disorder of MR [LD], with stereotyped movements	智能不足導致且伴隨重覆特定動作的過動障礙症
F84.5	299.80	Asperger's syndrome	亞斯伯格症候群
F84.8	299.80	Other pervasive developmental disorders	其他廣泛性發展障礙症
F84.9	299.80	Pervasive developmental disorder, unspecified	未特定之廣泛性發展障礙症
F88	299.80	Other disorders of psychological development	其他心理發展性障礙症
F89	299.80	Unspecified disorder of psychological development	未特定的心理發展性障礙症

F90-98		Childhood/adolescent behavioural and emotional disorders	兒童期與青少年期的行為及情緒障礙症
F90.0	314.9	Disturbance of activity and attention	活動量及注意力障礙
F90.1	312.81	Hyperkinetic conduct disorder	行為過動症
F90.8	314.9	Other hyperkinetic disorders	其他過動症
F90.9	314.9	Hyperkinetic disorder, unspecified	未特定的過動症
F91.0	312.89	Conduct disorder confined to the family context	侷限於家庭情境的行為舉止障礙症
F91.1	312.89	Unsocialised conduct disorder	未社會化的行為舉止障礙症
F91.2	312.89	Socialized conduct disorder	社會化的行為舉止障礙症
F91.3	313.81	Oppositional defiant disorder	對立叛逆型障礙障
F91.8	312.89	Other conduct disorders	其他行為舉止障礙症
F91.9	312.89	Conduct disorder, unspecified	未特定的行為舉止障礙症
F92.0	312.89	Depressive conduct disorder	憂鬱型的行為舉止障礙症
F92.8	312.89	Other mixed disorders of conduct and emotions	其他行為舉止及情緒混合型障礙症

F92.9	312.89	Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified	未特定的行為舉止及情緒混合型障礙症
F93.0	309.21	Separation anxiety disorder of childhood	兒童期分離焦慮症
F93.1	300.29	Phobic anxiety disorder of childhood	兒童期焦慮症
F93.2	300.23	Social anxiety disorder of childhood	兒童期社交焦慮症
F93.3	V61.8	Sibling rivalry disorder	手足競爭疾患
F93.8	313.9	Other childhood disorders of social functioning	其他兒童期社會功能障礙症
F93.9	313.9	Childhood disorder of social functioning, unspecified	未特定之兒童期社會功能障礙症
F94.0	313.23	Elective mutism	選擇性不語症
F94.1	313.89	Reactive attachment disorder of childhood	兒童期反應性依附障礙症
F94.2	313.89	Disinhibited attachment disorder of childhood	去抑制型兒童期依附障礙症
F94.8	313.9	Other childhood disorders of social functioning	其他兒童期社會功能障礙症
F94.9	313.9	Childhood disorder of social functioning, unspecified	兒童期社會功能障礙症，未特定者
F95.0	307.21	Transient tic disorder	短暫性抽動症
F95.1	307.22	Chronic motor or vocal tic disorder	慢性運動性或發聲性抽動症
F95.2	307.23	de la Tourette's syndrome	妥瑞氏症候群
F95.8	307.20	Other tic disorders	其他抽動症
F95.9	307.20	Tic disorder, unspecified	未特定之抽動症
F98.0	307.6	Nonorganic enuresis	非器質性遺尿症
F98.1	307.7	Nonorganic encopresis	非器質性遺糞症
F98.2	307.59	Feeding disorder of infancy and childhood	嬰兒期及兒童期餵食症
F98.3	307.52	Pica of infancy and childhood	嬰兒期或兒童早期之亂食症
F98.4	307.3	Stereotyped movement disorders	刻板動作症
F98.5	307.0	Stuttering [stammering]	口吃
F98.6	307.9	Cluttering	語言混雜失調症
F98.8	313.9	Other specified childhood/adolescent disorders	其他特定之兒童期或青春前期障礙症
F98.9	313.9	Unspecified childhood/adolescent disorders	其他非特定之兒童期或青春前期障礙症
F99		Unspecified mental disorder	未特定之精神障礙
F99	293.9	mental disorder, not otherwise specified	非屬它類已註明之精神障礙

附錄4：倫理規範

針對與司法精神醫學醫師特別相關的倫理守則與職業指南，以下為摘選原文：

英國醫師公會 (General Medical Council) 優良醫療執業 (2006年版)

撰寫報告與履歷、提供證據與簽署文件：

- 撰寫報告、完成或簽署表格、報告與其他文件時，務必維持誠信。
- 對個人經驗、資格能力、職務，都應誠實相告，應徵工作時尤其如此。
- 竭盡所能確認所寫、或所簽署的文件並無不實、不致誤導他人。為此，務必要採取合理措施，確認文件內的資訊；切莫刻意省略任何相關資訊。
- 如果你同意撰寫報告、完成或簽署文件或提供證據，除非有正當理由，切莫延遲貽誤。
- 如果經要求提供證據，或是在訴訟過程、正式調查中擔任證人，口頭與書面陳述都應維持誠實。應清楚交代個人知識或作證能力的侷限。
- 針對與案主治療相關的正式調查，或是與自身工作相關的投訴程序，精神醫師務必都要全力配合。面對有權在進行調查時要求提供相關資訊者，一定要揭露有關個人或同事作為、表現或健康的相關資訊；請依〈保密：保護與提供資訊〉(Confidentiality: Protecting and providing information) 指南行事。
- 針對案主的死亡，務必協助驗屍官或地方檢察官的訊問或調查，除了要回覆他們的詢問，還應提供相關資訊。你提供的證據可能導致不利於己的刑事訴訟時，是可對相關詢問保持緘默的唯一例外。

英國皇家精神醫學院 (Royal College of Psychiatrist) 優良精神醫療執業 (2009年公布、第3版)

案主、其照護者與家屬、社會大眾都需要好的精神醫師。好的精神醫師以案主照護為首要考量；不僅嫻職、持續追求新知，而且依據新研究證據執行業務的能力與意願俱足；與案主、其照護者與親友、同事，都能建立維持良好關係；誠信正直。好的精神醫師具備良好的溝通技巧、尊重他人、對案主、其照護者與家屬的看法也能體察入微。

無論是對於案主的治療，抑或是臨床案主管理規則，好的精神醫師務必要能考量其中隱含的倫理議題。良善而符合倫理的精神醫師基本執業原則，包括公平、尊重、平等、自主。好的精神醫師會在決定時衡量相關原則，還得特別注意治療者與案主的界限、個別病人的易感性或脆弱性。好的精神醫師不會與病人發展感情關係。

優良精神醫療執業 – 保密與資訊分享

- 除醫療團隊之外，如果預期會與其他人分享資訊，應獲得案主明示同意。
- 如果案主生前拒絕公開資訊、且其表達具法律效力，除非有足以凌駕此原則的重大緣由，否則均案主過世後仍應尊重其意願。
- 除非案主同意，否則不應跨機構與其他治療團隊分享資訊。
- 如果可能對外分享照護計畫方法（Care Programme Approach）會議的內容，精神醫師的保密義務應獲承認與尊重。
- 除了你的治療團隊成員，如果有他人需參與案主的照護（括參與團隊會議），請先與案主討論。
- 如果參與自己機構外的會議，請將自己對揭露資訊的決定告知對方，並記錄你與對方的相關溝通內容。請記得，對方未必和你秉持一樣的資訊揭露原則。
- 如果你身負雙重責任，務必向案主清楚說明你的任務，並徵詢同意。
- 如非法院裁定，除非案主同意，或是有任何凌駕案主拒絕揭露權的重大緣由，你不需為法院訴訟之故揭露資訊。
- 未獲案主同意或非因行使法律職權而揭露資訊，在某些情況下有其正當性：
 - 無論是否涉及刑事犯罪，資訊保密可能導致第三方死亡或嚴重受害（例如案主意欲加害已知之特定對象，而且預期會採取行動）。
 - 揭露資訊有助於預防、察覺或告發重大犯罪，尤其是針對他人者；反之，有助避免案件審判不公。
 - 案主是醫療從業人員，精神醫師對其是否適於執業有所顧慮。
 - 精神醫師對案主是否適合駕駛車輛有所顧慮。
 - 精神醫師對案主是否適合持有槍枝執照有所顧慮。
- 決定是否揭露資訊時，你需要考量的因素範圍很廣。務必與案主溝通；建議先找合適的同事或機構討論。
- 對於多部門公共保護協議組織（Multi-Agency Public Protection Arrangements；譯註：英國負責管理有傷害大眾風險且登記在案者的權責機構），你有責任配合，但沒有揭露訊息的義務。公眾利益會是你決定是否揭露案主資訊的重要考量因素。
- 撰寫報告前，通常需要先徵得案主的書面同意；不過，依法得揭露資訊、或有凌駕保密原則的重大考量，均不在此限。徵詢案主同意時，謹記清楚說明自己的任務；不對外提供非必要揭露的資訊。

美國精神病學與法律協會 (American Academy of Psychiatry and the Law) 精神醫學執業倫理指南 (Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry)

.....法律與精神醫學分別發展了各自的機構、政策、程序、價值觀及語彙，而司法精神醫學醫師的執業領域，正是法律與精神醫學的交集之處；承此，司法精神醫學蘊含了潛在的複雜度、衝突、誤解與弊病。

對案主個人和整體社會的責任難以兩全。但涉入司法醫學的精神醫師在執業時，則被要求在兩者間求取平衡。為此，執業醫師必須受幾項根本倫理原則約束：對人尊重、誠實、正義、社會責任。在諸如於矯正機構內的治療關係告一段落後，精神醫師與被告仍適用一般醫病關係義務。

保密

.....精神醫師應該儘可能在法律脈絡下謹守保密原則。要特別注意受評估者對醫療保密性的理解程度。對於評估對象與側面消息來源，也應告知可預期的司法醫學評估保密侷限。如果從司法醫學評估的資訊或報告擷取報告，則報告應比照該特定評估的保密原則，並依此限定報告的揭露.....針對相關醫學檢查是為誰而做、取得的資訊將用於何處，精神醫師都應向案主表明。特別要注意：施測的精神醫師並非案主的個人「醫生」；這一點，應該在司法醫學評估進行之初就明確告知受評估者。即使已經告誡受測者，但對方還是有可能認定雙方是屬於治療疾病的醫病關係，精神醫師有義務持續對此保持警覺。

同意

面對面評估一開始，受評估者就應得知測驗本質與目的，以及保密原則的侷限。如果有必要且可行，應該向司法醫學評估受測者取得知情同意。如果對方無法給予同意，評估人員就應該依循該司法管轄權下的合宜法令.....

在特定情形下，例如法院要求對被告受審能力或非自願住院進行評估時，案主答應或同意即非必要，這一點倒是值得額手稱謝。精神醫師應告知對方：相關評估或證詞會載明對方拒絕受測的事實。如果受測者明顯無法理解評估的相關說明，報告或證詞也應載明相關事實。

如果沒有法院命令，精神醫師就不應為檢方或政府之故，對任何被起訴或調查、但未向法律代理人尋求建議者進行司法醫學評估.....

接受治療（在監獄或收容所、其他刑事司法環境中）與接受評估牽涉的案主同意並不相同。在相關環境下提供治療的精神醫師，應該要熟悉該司法管轄權對病人治療權利的相關規定。

誠實與力求客觀

精神醫師如果為法律程序行使職責，即使受聘於民事或刑事案件中的某一方，也應謹守誠實與力求客觀原則.....

如果能以所有可得的資料為基礎，為司法醫學服務的精神醫師在提出司法醫學意見、報告與證詞時，就能提升其誠實與力求客觀程度。唯有藉區辨「經證實」與「未經證實」的資訊、臨床「事實」、「推論」與「觀察」，精神醫師才能傳達其業務執行的誠實性、為追求客觀的努力，以及自身臨床意見的合理性。

精神醫師不應為雇主曲解個人建議。如果提出未經自我檢驗的專家意見，臨床評估的誠實與否、客觀性與正確性都會引起質疑。

為求誠實與客觀性，針對牽涉監護權的案件，提出意見前，要儘可能晤談每個相關人士。如果窒礙難行，或因為任何原因就是沒完成所有晤談，司法精神醫師的報告與證詞就必須載明相關事實。假使盡力後仍無法晤談父母之任一方，要論斷對方不宜擔任監護人，恐怕就不太合適。對於未經晤談的雙親任一方，應限縮對其適任與否的相關評論，也要說明相關意見採用那些資料。

不應收取會損及誠實與力求客觀原則的勝訴抽成費。委任費則沒有相關疑慮，因此可以收取。

對於自己收治的案主，精神醫師如果必須對其執行司法醫學業務，將可能會影響雙方的治療關係。司法醫學評估通常需要訪談補充消息來源、公開資訊以俾大眾檢視、將受評估者與治療本身置於因交叉詰問而受傷害的風險。臨床及司法醫學任務的固有分歧，也可能斷傷司法醫學評估及業務執行者的公信力。因此，精神醫師應該儘量避免身兼治療案主的治療醫師與案件專家證人、或是為司法目的替案主執行評估。

負責治療的醫師在肩負「事實」證人之責時，針對非必要的個人資料揭露、將證詞誤解為「專家」意見的可能性，都應保持警覺。如果真有必要或難避免兼任治療醫師與評估者（例如針對治療案主的職工賠償、失能評估、民事監管、監護人聽證等），對臨床與司法職責間的落差保持警覺，這也至為重要。

資格

只有具備相關知識、技能、訓練與經驗，才能宣稱具備執行司法精神醫學業務的專業。

提供專家意見、報告與證詞時，精神醫師應該正確而精準地呈現個人能力資格。

世界精神醫學會馬德里宣言 (World Psychiatric Association Declaration of Madrid)

精神醫學是預防人們發生精神障礙、盡量為精神障礙提供最佳治療、為精障人士復健、提倡心理健康的醫學學門。精神醫師參照經認可的科學知識與倫理準則，為案主提供可獲得的最佳療法。針對治療介入方案精神，醫師應該為案主打造限制自由程度最低者；面對非個人主攻的專業領域，也應尋求建議。在此同時，精神醫師也應該覺察並關注醫療資源的平等分配。

精神醫師應與其專科之科學發展齊頭並進，並向其他人傳播最新的相關知識。曾接受研究訓練的精神醫師，則應盡力為精神醫學科學開疆闢土。

案主有權被視為治療過程的夥伴。精神醫師與案主的關係，應該植基於信任與尊重上，案主才能在不受控制與知情的前提下做決定。精神醫師有責任為案主提供所有的相關資訊，賦權案主參照個人價值觀與偏好、做出理智決定。

精神醫師被要求對個人進行衡鑑時，針對相關介入的目的、衡鑑結果的用途、衡鑑的可能後果，都有責任先告知告誡接受衡鑑者。

在治療關係中所獲得的資訊，都是案主個人所有，也應秘密保存，只為、專為改善案主心理健康所用。精神醫師禁止為個人因素或利益運用相關資訊。違反保密原則的作為，只有在符合法律要求（例如兒虐事件的通報）、抑或是堅持保密會導致案主或第三人身心嚴重受害的情況下，才可謂適恰。精神醫師應該儘可能在第一時間告誡案主將採取什麼作為.....

本書作者

Nigel Eastman 為倫敦大學榮休教授，專研精神病學中的法律與倫理。他也是英國國民保健署司法精神鑑定榮譽顧問。在接受醫學院訓練的同時，Eastman 教授於 1976 年在格雷律師學院取得大律師資格。他的研究與出版作品以探討法律和精神病學之間的關聯為主，與此同時，他也具備了將近 30 年的臨床司法精神病學經驗。不論在英格蘭、威爾士、甚至其他國家，他在刑事及民事司法審判中，都有著豐富的專家證人經驗，這之中也包含了長達 20 年的為英國樞密院司法委員會 (Judicial Committee of the Privy Council, JCPC) 進行的死刑犯精神評估。Eastman 教授大部分的工作都與公共政策有關，舉例來說，他曾在英國國會專責委員會為法律與精神病學事務作證。在英國法律委員會 (Law Commission) 研議改革謀殺犯「減輕責任」之不完全抗辯相關規定期間，他為委員會提供建議，後來也在司法研究委員會 (Judicial Studies Board, JSB) 中，為負責審理謀殺案的法官 (‘murder ticket’ judges) 講解新修訂之條文。Eastman 教授是英國外相的國際死刑小組的專家成員，同時也是英國司法精神醫學會 (Forensic Psychiatry Chambers) 的創始人之一。

Tim Green 醫師為臨床心理學家，任職於南倫敦及毛茲利國家衛生事業基金 (South London and Maudsley NHS Trust) 司法醫學部門，並在其中擔任心理與談話治療的總負責人；他同時也是倫敦精神病學院心理學系的榮譽研究員。他有為諸多法庭提供鑑定報告的豐富經驗，範圍含括刑事與民事案件。他不僅出庭口頭作證，也為謀殺案的審理給予建議，其中包括在英國樞密院提出上訴之前，為加勒比的死刑犯進行精神鑑定。

黃致豪 律師為致策國際法律事務所執業律師，東吳大學法研所畢業、美國紐約大學 (NYU) 心理／政治雙學位 (BA) 優等榮譽生；主要專長在國際法、人權、精神衛生法、重大刑事及智慧財產等案件。他時常擔任涉及司法心理學／精神病學之重大刑案的辯護律師，也積極訓練律師辯護技巧，特別是交互詰問司法心理學與精神醫學專家的能力。他是台北律師公會司法科學與證據委員會的倡議創設者之一，目前於台灣大學心理研究所攻讀博士學位 (專攻司法心理學)。

Richard Latham 為英國國民保健署具備司法精神醫學與諮商專業的精神醫師。他主要幫助的對象是具有精神疾患及學習障礙的罪犯。除醫學專業之外，他也有精神健康法 (Mental Health Law) 碩士學位 論文主題是精神健康專業證據之使用。他在刑事及民事司法審判中都有豐富的專家證人經驗，也曾經為東非及加勒比的死刑案件提供鑑定報告。Latham 醫師也是英國司法精神醫學會的創辦人之一。

Marc Lyall 為倫敦東區具備司法精神醫學與諮商專業的精神醫師。他獲認證為一般及司法精神醫學專家，在刑事及民事司法審判中都有豐富的專家證人經驗。Lyall 醫師有精神健康法的碩士學位，也是英國司法精神醫學會的創辦人之一。曾經為非洲及加勒比的死刑案件提供司法精神鑑定報告。

關於「英國司法精神醫學會」（Forensic Psychiatry Chambers）

英國司法精神醫學會由國民保健署下的十名具備司法精神醫學與諮商專業的精神醫師所組成，成立宗旨是在司法協助中致力追求法律告知權，並實踐司法精神醫學倫理。他們藉由集思廣益推動此一目標，並對過去的判例進行嚴格的同儕審查。為增進實務能力，英國司法精神醫學會不斷追求自我提升，亦同時提供量身訂做的訓練計畫。學會為人道目的持續投入慈善工作，多名成員也曾參與英國樞密院司法委員會 (Judicial Committee of the Privy Council, JCPC) 轄下之死刑案件精神鑑定工作。

關於「台灣廢除死刑推動聯盟」

台灣廢除死刑推動聯盟（廢死聯盟）於 2003 年成立，是由反對死刑的非政府組織以及研究單位所組成的聯盟，也是台灣第一個專注於倡議廢除死刑的組織。廢死聯盟的主要工作方式包括：協助死刑個案、監督及觀察審判過程以確保每一位死刑被告能夠獲得公平的審判；持續地舉辦針對死刑辯護律師舉辦不同主題的訓練課程及研討會；持續的和社會大眾對話並提供廢除死刑相關訊息；同時也進行教育教材的編撰工作及投入被害人保護的研究與倡議。

2014 年，「死刑專案」、廢死聯盟及張文貞教授共同出版了《台灣死刑報告：簽署公民與政治權利公約後的國家義務》；《台灣死刑案件司法精神鑑定實務手冊》則是第二次和死刑專案合作出版。

關於「死刑專案」

「死刑專案」(The Death Penalty Project) 致力於維護面臨死刑者的人權，於各國提供免費法律代理、諮詢與協助。成立的這 20 多年來，「死刑專案」發現了為數頗多的冤假錯案，同時在促進死刑案件的最低公正審判保障及建立國內法和國際法的標準上，扮演著關鍵角色。

透過它的法律工作，許多國家的死刑使用受到限制，也更符合國際人權標準。「死刑專案」的培訓和研究計劃，讓世人更了解死刑相關問題，也鼓勵更多的對話，並提供一個讓專家和死刑制度的關係人溝通的平台。

自 2000 年以來，「死刑專案」廣泛參與了在亞洲地區的活動，包括能力培訓、法律諮詢，以及提供被判處死刑者直接法律援助。

在 2013 年到 2015 年之間，「死刑專案」發表了一系列關於亞洲的死刑報告：

- 《馬來西亞死刑報告：針對毒品販運、謀殺及槍支罪的公眾意見》(Roger Hood教授)
- 《日本死刑報告：簽署公民與政治權利國際公約後的國家義務及對死刑的公眾意見之評估》(和Maiko Tagusari律師、David Johnson教授及 Mai Sato博士合著。)
- 《錯誤的必然性：死刑案件的司法管理》
- 《台灣死刑報告：簽署公民與政治權利國際公約後的國家義務》

「死刑專案」所出版的這些報告及其他出版品，可以在 www.deathpenaltyproject.org 上閱讀或下載。

NOTE



A large, light green rectangular area with horizontal lines, intended for writing notes. The lines are evenly spaced and extend across the width of the area.

透視

聯合國經濟及社會理事會於1984年所批准的《保護面臨死刑者權利的保障措施》（the Safeguards Guaranteeing the Protection of the Rights of those Facing the Death Penalty）中的第三項保障措施為「犯罪時未滿18歲的人不得判處死刑，對孕婦或新生嬰兒的母親，或精神病患者不得執行死刑。」這些標準在1989年時有更進一步的發展，經濟及社會理事會建議，聯合國的會員「撤銷對智力遲鈍或智力極其有限的人的死刑，無論是在宣判或執行階段。」2005年聯合國人權委員會也敦促尚維持死刑的國家「不得對精神或智能障礙者判處或執行死刑」。

《保護面臨死刑者權利的保障措施》為仍保有死刑的國家立下最低標準，所有仍未廢除死刑的國家亦應受其規範。它們應被視為規範死刑案件的一般法律，同時明確禁止對任何有精神疾病或智力障礙的人判處或執行死刑。然而依據我們的經驗，這項國際標準並未依其應然之方式獲得適用，在缺乏精神衛生服務、訓練或刑事司法系統內必要專業知識的國家尤其如此。

我們已經委任許多司法精神鑑定師與臨床心理學家對犯人進行評估，也將評估結果呈送法庭。至今有太多案例顯示，許多遭判死刑者其實患有心理疾病或智能障礙，而這樣的情況無疑挑戰了定罪或量刑的適切性。在這些可能判處死刑的案件中，為了讓《保護面臨死刑者權利的保障措施》第三項能持續發揮作用，醫學專家不僅要積極參與刑事司法過程，更需要具備必要的能力才能完成這項任務。

本手冊為臺灣司法現況量身而作，不僅呼應現階段司法問題，也將會成為精神專家、律師、檢察官、法院的重要參考資訊，與各階段的刑事司法程序皆具相關性。

Saul Lehrfreund、Parvais Jabbar（「死刑專案」執行長）

合作單位



Forensic Psychiatry Chambers