

國立臺北大學犯罪學研究所

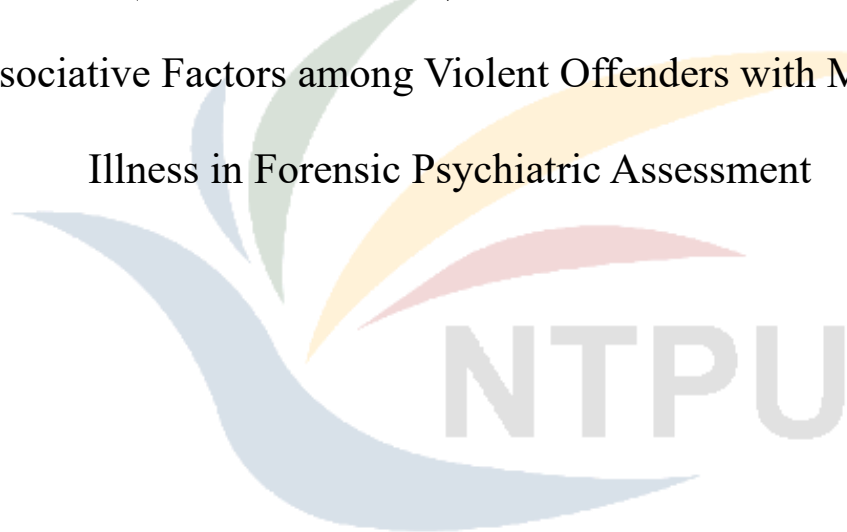
碩士論文

指導教授：林育聖

司法精神鑑定報告中暴力犯罪關聯因子分析

Associative Factors among Violent Offenders with Mental

Illness in Forensic Psychiatric Assessment



研究生：林佳亨

中華民國 113 年 7 月

謝誌

非常感謝指導教授林育聖老師、口試委員周愷嫻老師在我就讀北大犯研所期間給我諸多鼓勵、資源學習，從提出論文綱要到論文發表期間，兩位老師也給我許多提點，讓我持續修正自己的研究方法。口試委員吳建昌醫師在百忙之中指導我的論文，給我非常多的建議，重整自己的研究論述，能得到敬重的前輩指導，實在非常感激。

在精神醫療工作及研究的路上，我想要感謝過去在桃園療養院曾經悉心教導過我的詹佳祥主任、李國平主任、陳質采醫師、宋成賢醫師、林峰立醫師、許元彰醫師、鄭映芝醫師和諸位師長，詹主任給我很多機會接觸不同的研究主題，啟發我對研究的興趣，桃園療養院的諸多師長教給我許多臨床技巧，傳承實務經驗，讓我在繁複的臨床工作中不致迷失。我也想要感謝八里療養院的李新民院長、廖定烈副院長、戴萬祥主任、黃正誼主任、張哲鴻主任和所有同事，長官給我的信任，同事給我的支持，讓我可以放心投入學業，規劃臨床與學習的生活。

我的家人是我人生的後盾。研究所課程下課後，我常常步行、搭車返家，路上我常與家人通話，他們應該是這世上最清楚我的來時路，以及最理解我的人。家人在我的人生時光中給我很多關愛，我希望我能有足夠的能量以各種方式將這些關愛傳遞下去。

最後我想感謝我曾經接觸過的所有個案，他們敞開自己，予我機會窺知人世間我未能體察的種種，我希望我可以永遠記得他們給我的啟發，面對未來每一位個案，我盼望自己永遠謙卑。

林佳亨 113 年 7 月 31 日 於 新北市

國立臺北大學碩（博）士學位論文
考試委員會審定書

司法精神鑑定報告中暴力犯罪關聯因子分析

Associative Factors among Violent Offenders with Mental
Illness in Forensic Psychiatric Assessment

本論文係 林佳亨 於國立臺北大學犯罪學研究所完成之碩(博)士學位論文，於中華民國 113 年 7 月 23 日承下列考試委員審查通過及口試合格，特此證明

論文考試委員簽名：

委員(召集人)

吳建昌

委員(指導教授)

林右昶

委員

周情如

系（所）主任簽名：

林右昶

國立臺北大學一百一十二學年度第二學期學位論文提要

論文題目：司法精神鑑定報告中暴力犯罪關聯因子分析

論文頁數：97 頁

所組別：犯罪學研究所

研究生：林佳亨

(學號：711164201)

指導教授：林育聖

論文提要內容：

罹患嚴重精神疾病者整體犯罪率未較常人高，然而他國研究逕指出，精神疾病患者可能較常人更有較高風險牽涉暴力犯罪。近年社會安全網資源積極佈建，暴力犯罪問題在國民法官法上路後亦為刑事司法體系著力要點。針對罹患精神疾病者之暴力犯罪關聯因子本土實證仍不足。本研究以司法單位委託行司法精神鑑定之犯罪者為樣本，檢驗以下假設：嚴重精神疾病、物質相關及成癮障礙症與暴力犯罪有顯著關聯；嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯受其他因子調節，包含性別、治療配合度、暴力犯罪史和合併物質相關及成癮障礙症。

本研究以民國 98 年 10 月至民國 111 年 2 月司法單位委託北部某精神醫療單位行司法精神鑑定之 648 位犯罪者為樣本，分析鑑定報告中之人口因子、臨床因子、司法精神鑑定關聯因子、暴力犯罪靜態因子和動態因子，以獨立樣本 t 檢定和卡方檢定進行雙變項分析，以多元邏輯迴歸分析暴力犯罪靜態因子和動態因子與暴力犯罪的關聯，最後檢驗性別、暴力犯罪史、治療配合度不佳、合併物質相關及成癮障礙症等因子對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用。

本研究樣本 79.0% 為男性，90.1% 無業，90.9% 單身，17.3% 過往從未接受過精神科評估，92.4% 治療配合度不佳。檢察官起訴罪名中，30.6% 是竊盜案件，14.5% 為妨害性自主、10% 是公共危險罪，5.4% 為殺人案件，4.2% 為詐欺。與非暴力犯罪者相比，暴力犯罪者較可能為男性、犯案從未接受過精神科評估者比例較高，嚴重精神疾病、物質相關及成癮障礙症、單身狀態、失業狀態、治療配合度不佳與暴力犯罪則未有顯著關聯。性別、治療配合度、暴力犯罪史和合併物質相關及成癮障礙症等因子對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯亦沒有顯著的調節作用。

本研究建議未來針對精神疾病者相關事件，媒體應審慎報導，減少汙名；刑事司法體系應與司法精神鑑定團隊共同努力，朝向鑑定報告內容精緻化，處遇個別化之目標；未來針對罹患精神疾病犯罪者之需求，刑事司法體系及其他網絡應儘可能給予當事人周延的計畫，安排就醫，持續治療，協助更生。

關鍵字：司法精神鑑定、精神疾病、暴力犯罪、社會安全網、汙名化

ABSTRACT

Associative Factors among Violent Offenders with Mental Illness in Forensic
Psychiatric Assessment

By

LIN, CHIA-HENG

July 2024

ADVISOR: Dr. LIN YU-SHENG

DEPARTMENT: GRADUATE SCHOOL OF CRIMINOLOGY

MAJOR: CRIMINOLOGY AND CRIMINAL JUSTICE

DEGREE: MASTER OF ARTS

The overall crime rate among individuals with severe mental illnesses is not higher than that of the general population. However, some studies imply that individuals with mental illnesses may be at a higher risk of involvement in violent crimes. There remains a lack of local empirical research on the factors associated with violent crime among individuals with mental illnesses. This study adopts a sample of offenders referred for forensic psychiatric assessments from criminal justice system to examine the following hypotheses: there is a significant association between severe mental illness, substance-related and addictive disorders, and violent crime; the association between severe mental illness and violent crime is moderated by factors such as gender, treatment compliance, history of violent crime, and comorbid substance-related and addictive disorders.

This study analyzed 648 offenders who were referred for forensic psychiatric evaluations at a northern psychiatric medical unit between October 2009 and February 2022. The demographic factors, clinical factors, forensic factors, and static and dynamic factors of violent crime were analyzed using independent samples t-tests and chi-square tests for bivariate analysis, and multivariate logistic regression was used to examine the associations among static, dynamic factors and violent crime. Finally, the moderating effects of gender, history of violent crime, poor treatment compliance, and comorbid substance-related and addictive disorders on the association between severe mental illness and violent crime were tested.

The sample consisted of 79.0% males, 90.1% unemployed, 90.9% single, 17.3% had never received a psychiatric evaluation, and 92.4% had poor treatment compliance. Among the charges filed by prosecutors, 30.6% were theft cases, 14.5% involved sexual offenses, 10% were offenses against public safety, 5.4% were homicide cases, and 4.2% were fraud cases. Compared to non-violent offenders, violent offenders were more likely to be male and had a higher proportion of never having received a psychiatric

evaluation at the time of the offense. Severe mental illness, substance-related and addictive disorders, single status, unemployment status, and poor treatment compliance were not significantly associated with violent crime. Furthermore, factors such as gender, poor treatment compliance, history of violent crime, and comorbid substance-related and addictive disorders did not significantly moderate the association between severe mental illness and violent crime.

This study suggests that media reports on incidents involving individuals with mental illnesses should be cautious to reduce stigma. The criminal justice system should collaborate with forensic psychiatric specialists to refine the content of evaluation reports and aim for individualized treatment plans. The criminal justice system and other specialists should provide comprehensive plans, continuous treatment, and rehabilitation assistance for offenders with mental illnesses.

Keywords: forensic psychiatric assessment, mental illness, violent crime, social safety, stigmatization



目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 相關名詞解釋.....	7
第二章 文獻探討	11
第一節 思覺失調類群和其他精神病症與暴力犯罪.....	12
第二節 雙相情緒及其相關障礙症與暴力犯罪.....	17
第三節 憂鬱症與暴力犯罪.....	19
第四節 物質相關及成癮障礙症與暴力犯罪.....	21
第五節 認知類障礙症與暴力犯罪.....	25
第六節 人格障礙症與暴力犯罪.....	26
第七節 智能不足與暴力犯罪.....	28
第八節 暴力犯罪關聯因子.....	29
第九節 司法精神鑑定.....	30
第三章 研究方法	34
第一節 研究架構.....	34
第二節 研究假設.....	37
第三節 研究對象.....	38
第四節 研究變項.....	40
第五節 統計使用方法.....	48
第六節 研究倫理.....	50
第四章 研究結果	51
第一節 變項描述性統計.....	51
第二節 第一部分分析：「本土官方定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者..	54
第三節 第二部分分析：「國際廣義定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者..	59
第四節 第三部分分析：「殺人」和「竊盜」	64
第五章 結論與建議	69
參考文獻.....	81

表目錄

表 1-1-1 民國 112 年法官審理案件判決要點.....	5
表 2-1-1 思覺失調類群暴力行為及不良預後因子.....	15
表 2-4-1 各類物質在於不同階段招致之精神問題.....	22
表 2-4-2 物質使用相關理論.....	24
表 2-9-1 他國司法精神鑑定常見命題.....	30
表 2-9-2 國內司法精神鑑定常見命題.....	30
表 2-9-3 司法精神鑑定流程.....	31
表 3-3-1 司法精神鑑定委託單位.....	38
表 3-3-2 司法精神鑑定委託項目.....	39
表 3-4-1 統計變項註記與編碼.....	45
表 4-1-1 人口因子樣態.....	51
表 4-1-2 臨床因子樣態.....	52
表 4-1-3 司法精神鑑定因子樣態.....	53
表 4-2-1 「本土官方定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者人口因子比較.....	54
表 4-2-2 「本土官方定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者臨床因子比較.....	55
表 4-2-3 「本土官方定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者司法精神鑑定關聯因子.....	56
表 4-2-4 犯罪靜態因子、動態因子與「本土官方定義」暴力犯罪者之關聯.....	57
表 4-2-5 調節作用模型分析.....	58
表 4-3-1 「國際廣義定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者人口因子比較.....	59
表 4-3-2 「國際廣義定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者臨床因子比較.....	60
表 4-3-3 「國際廣義定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者司法精神鑑定關聯因子.....	61
表 4-3-4 犯罪靜態因子、動態因子與「國際廣義定義」暴力犯罪者之關聯.....	62
表 4-3-5 調節作用模型分析.....	63
表 4-4-1 殺人犯罪者與竊盜犯罪者人口因子比較.....	64
表 4-4-2 殺人犯罪者與竊盜犯罪者臨床因子比較.....	65
表 4-4-3 殺人犯罪者與竊盜犯罪者司法精神鑑定關聯因子比較.....	66
表 4-4-4 犯罪靜態因子、動態因子與殺人犯罪者之關聯.....	67
表 4-4-5 調節作用模型分析.....	68

圖目錄

圖 2-6-1	人格障礙症暴力行為模型	27
圖 3-1-1	研究架構	36



第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

世界衛生組織於 21 世紀初昭示心理健康 (mental health) 的重要性，全球約有四分之一人口終生有機會罹患精神疾病 (mental illness)，然而汙名化 (stigma) 可能阻礙罹患精神疾病之人獲得有效的治療，遑論安穩的住居與工作 (World Health Organisation, 2001)。汙名化始於刻板印象 (stereotype)，公眾 (public) 認定某族群較危險、無能或差勁，刻板印象帶來的情感和信念招致偏見 (prejudice)，偏見影響的作為帶來歧視 (discrimination)，包含迴避、不給予工作或租屋機會、不太願意給予協助，如是的框架構成汙名化，影響公眾，亦影響受汙名化的個人 (Corrigan & Watson, 2002)。

在影視作品中，罹患精神疾病者往往被描繪為瘋狂、不理性、性格有缺陷，媒體對於罹患嚴重精神疾病者的行為亦可能過度報導，影響公眾對罹患精神疾病者的印象 (Corrigan & Watson, 2002; Reavley et al., 2016)，比如，罹患精神疾病者可以自己控制要不要生病、不需要同情、無法控制自己的行為、不能自己決定事情 (Corrigan et al., 2000; Weiner et al., 1988)，這些都屬於對罹患精神疾病者的刻板印象和偏見。這些描述的問題在於，當前精神疾病診斷手冊 (American Psychiatric Association, 2013) 羅列的精神疾病診斷數量超過 250 種，各診斷關聯之疾病表徵 (feature)、發展和病程 (development and course) 幾乎未曾指出罹患精神疾病者可以自己控制要不要生病，50-90% 的思覺失調類群和其他精神病症病人和 40% 的雙相情緒及其相關障礙症病人甚至有「病覺缺失 (anosognosia)」此一牽涉右腦頂葉、顳葉、間腦、基底核之複雜神經症狀 (Acharya & Sánchez-Manso, 2024)，在症狀侵襲嚴重的階段可能杳無病識感，若不知己身生病則何來要不要控制生病與否；某些診斷可能表現之衝動性 (impulsivity)、活動量大 (hyperactivity) 亦不等同「無法控制自己的行為」；能不能「自己決定事情」此一社會行為亦未必與症狀直接相關，症狀於急性發作、部分緩解、完全緩解的階段表現和嚴重度都不同，症狀內涵亦未必直接導致社會生活決策困頓。

倘論及罹患精神疾病者之犯罪行為，以最高法院 109 年度台上字第 1379 號和士林地方法院 105 年度重訴字第 9 號判決¹為例，除了事件、症狀、診斷之外，仍需掌握犯罪者素來之行為習性，分析其犯行動機、觸發事件、行為決策，這些分析有賴對犯罪者過往家庭結構、教養、教育歷程、智識、受挫經驗、人際關係、問題行為史、物質使用史、疾病史、家庭支持度、病後生活概況、療效、治療配

¹ 兩者皆為王景玉案相關判決，於其犯行與疾病之關聯和行為分析有多位司法專家、精神醫學專家、心理學專家參與。事實上，相較思覺失調症診斷和症狀表現，王員的生命歷程、物質使用、性格、家庭支持問題在此案衍生討論中較少被論及。

合度等多重面向的了解，而非僅止「有沒有精神疾病診斷」。此類案件在反覆報導過程可能強化「罹患精神疾病者較危險」這樣的偏見，進而招致「迴避」、「不太需要同情」這般的歧視，如是現象其實於無助修復、亦無所本。罹患精神疾病者出院後復歸社區暴力風險的研究指出，若無症狀急性復發，多數個案招致危險的可能性與常人無異(Steadman et al., 1998)。

暴力風險較高者可能是施用物質者，其風險比罹患嚴重精神疾病者高(Steadman et al., 1998)。就精神疾病診斷學的觀點來看，使用物質後亦可能因中毒或戒斷衍生精神病症狀，包含幻覺、妄想、混亂行為，是謂「物質引發的精神病症」(Fiorentini et al., 2021)。在停用物質之後，這族群的精神病症狀多半一個月內就緩解，但仍有約 10-30% 罹物質引發的精神病症的個案在停用物質數月後至一年內，仍有殘餘精神病症狀(Deng et al., 2012)。這群罹物質引發的精神病症者亦有 30-40% 在五年內又被正式診斷為思覺失調症或雙相情緒障礙症(Starzer et al., 2017)。在診斷學上衍生的複雜性在於，思覺失調症和雙相情緒障礙症各自可共病物質使用障礙症，亦即，思覺失調症個案或雙相情緒障礙症個案可能早期曾有物質使用障礙症，而且從未完全停用物質，這樣的診斷複雜性可反映在共病症診斷的數據，依地區與研究法的差異，罹患嚴重精神疾病者有物質使用問題的比例可能較常人多出四倍(Hartz et al., 2014)，罹患嚴重精神疾病者可能有 10-70% 合併物質使用問題(Mueser et al., 1990)。顯見實務上若僅與當事人短暫交會，嚴重精神疾病與物質使用問題的分界未必明晰可辨，容易因行為表癥而斷章取義，將這些當事人描述為可能有「思覺失調」、「被害妄想症」、「妄想症」、「人格分裂」、「躁鬱」、「躁鬱症」、「精神障礙」、「精神錯亂」、「精神病」、「精神異常」等，但倘這些當事人實際接受診斷，正式病名可能為「思覺失調症」、「情感思覺失調症」、「雙相情緒障礙症」、「物質使用障礙症」、「人格障礙症」或其他可能影響情緒、行為、思考、認知的精神疾病種類。

精神疾病種類多樣，犯罪者樣態多元，此二議題交會論辯應以關聯判例和司法精神鑑定報告為菁華。除前述之社會矚目案件，近年尚有台灣高等法院 108 年矚上重訴字第 32 號刑事判決²和最高法院 110 年度台上字第 3052 號刑事判決³等兩案。兩案被告的精神疾病診斷、症狀、性格特質與其行為的關聯，犯案當下的辨識能力、控制能力等為司法之所關注，亦為鑑定重點，這類犯罪者其原因自由行為、罪責論斷探討的深度於後續幾年亦有開展(古承宗，2022；徐育安，2023)，然亦有論(楊岡儒，2022；王超群，2022)將案件歸咎社會安全網政策缺失。

「強化社會安全網計畫」係行政院於 107 年制定，以家庭為中心，就福利資源、親職功能、紓困脫貧、兒童保護、家庭暴力、性侵害、自殺防治、精神疾病

² 即桃園弑母案，本案被告其物質施用、外顯癥候與其行為的關聯為重要爭點。

³ 即鐵路殺警案，本案被告精神病症狀、人格特質、辨識能力、控制能力等為重要爭點。

治療等不同面向進行跨部會服務整合，包含家庭介入、輔導、就醫、就業、犯罪被害人服務等，要旨原非「預防罹患精神疾病者犯罪」。第一期計畫執行期間，針對疑似罹患嚴重精神疾病者轉介準確率及訪視評估量能不佳，又於該段時期與上述兩案近似事件的報導與論爭不斷，是以儘管本土尚乏堅固實證支持，政策制定往往需先回應輿論（社會及家庭署，2021），110 年至 114 年執行的「強化社會安全網計畫第二期」遂強調精神衛生體系、刑事司法體系與既有社政、勞政系統間合作與轉銜，其中就「疑似精神病人」或「疑似精神病人合併司法案件」的處遇中，各有「醫療機構急診就醫」、「精神醫療評估及治療機制」和「監護處分」執行（社會及家庭署，2021），罹患精神疾病者倘有緊急突發情事、偏差行為或犯罪行為，警政、衛政、社政、司法、矯正體系等相關人員皆可能與之交會。

社會安全網計劃自政策理念衍生前後至今，從疾病觀點為出發、以個案為服務焦點之跨部門合作方案確立或試辦者可見於警政—衛政、警政—社政、衛政—社政、矯正—衛政、矯正—社政、司法—衛政等多重面向。警政人員含警察、救護員等，若接獲疑似精神症狀影響以致有滋擾行為或緊急突發狀況，臺北市地區可諮詢「社區緊急個案醫療小組」資源、新北市可徵詢「精神醫療緊急處置協調中心」建議、台南市亦有「精神病人危機處理團隊試辦計畫」（台南市政府衛生局，2022），其餘縣市則可採用由衛生福利部草屯療養院承辦之「精神醫療緊急處置線上諮詢服務與留觀服務計畫」（草屯療養院，2020）由 24 小時諮詢專線獲得處置建議。精神醫療居家團隊、心理衛生社工、社區關懷訪視員於社區工作期間，若遇罹精神疾病個案者有緊急突發情事，可協請警察依警察職權行使法⁴評估與救護員護送就醫之可能。疑似精神病人於衛政系統含醫療院所人員、社區工作者、公共衛生單位等可透過「疑似或社區精神病人照護優化計畫」（心理健康司，2023）與社區心理衛生工作人員連結，評估後續社政資源連結必要。當前物質使用者可受毒品危害防制中心個案管理，連結多元治療處遇。矯正機關或保安處分相關單位亦須按精神衛生法⁵、監獄行刑法⁶等規章保障罹患精神疾病個案得接受治療，並轉銜後續衛生及福利資源（衛生福利部心理健康司，2022）。檢察單位、法院等面對疑似或確定之罹精神疾病個案若有鑑定需求，亦得按刑事訴訟法⁷委託司法精神鑑定。部分罹精神疾病個案經審判除刑罰外可能合併監護處分，執行模式亦有部分為較長期之精神科病房治療，過往為各院所依其量能評估收治，近年漸確立司法精神病房業管（劉潤謙，2022），盼提升監護處分個案治療品質，兼顧復健需求，盼個案接受治療後，於治療場域中強化病識感、自我覺察、衝動控制、人際互動技巧與工作訓練。

⁴ 警察職權行使法第 19 條提及針對瘋狂、酒醉、意圖自殺、暴行、鬥毆或其他，警察得管束以使救護或預防危害。

⁵ 精神衛生法第 46、47 條明訂於矯正或保安處分處所需提供不中斷之醫療資源與後續轉介。

⁶ 監獄行刑法第 49、50 條提及掌握受刑人身心狀況、維持醫療權益、品質等相關事項。

⁷ 刑事訴訟法第 197-211 條針對鑑定人、機關等相關事項有明確規範。

「強化社會安全網計畫第二期」除確保治療權利、資源到位外，更帶入風險預防之目的。此目標立意良善，但仍需考量，罹患精神疾病犯罪者僅屬少部分罹患精神疾病者，罹患精神疾病犯罪者亦僅屬少部分犯罪者。從警政觀點出發，精神疾病表現嚴重程度不一，協處流程難一統；從衛政觀點出發，精神疾病診斷不同，治療模式有差異；從社政觀點出發，有無精神疾病診斷或相關福利身分，影響人力及資源分流；從司法觀點出發，有無類精神疾病表癥，影響定罪與量刑；從矯正觀點出發，隨精神疾病症狀起伏，轉介、處遇、管理考量也需保留彈性。

值得注意的是，監禁或隔絕不保證罹患嚴重精神疾病犯罪者在監期間能被有效治療，通常仍須仰賴判決要求，比如保安處分，處分過程之治療成效尚需仰賴其他系統協作及轉銜順遂(Lamb & Weinberger, 1998)。監禁過程也未必能調整這類族群的再犯因子，比如無居所、醫療可近性不佳等復歸後的現實問題(Hawthorne et al., 2012)。相比監獄，面對罹患嚴重精神疾病犯罪者，司法精神醫院被認為可能比監獄更人道、介入更有效，有助於降低再犯率(Coid et al., 2007)。然而，社會隔絕和汙名化亦令罹患嚴重精神疾病者比罹患其他精神疾病者的治療順從度更差，甚至否認症狀(Bedford & David, 2014)，難以復元(Clement et al., 2015)。上列因素環環相扣，使得方案、介入成效不易詮釋。介入目標似是「預防罹患精神疾病者犯罪」或「減少罹患精神疾病者犯罪」，然而不僅「強化社會安全網計畫第二期」內未昭示欲量測的風險因子，本土亦缺少「罹患精神疾病犯罪者」風險因子的實證研究，應有補強補述之必要。

他國罹患嚴重精神疾病犯罪者之犯罪型態及風險研究指出，罹患嚴重精神疾病者整體犯罪率未較常人高(Kim, 2019)。罹患嚴重精神疾病者犯罪的風險因子除活躍的精神病症狀外(Golenkov et al., 2011)，亦須考慮物質使用、社經地位和環境因素(Large et al., 2009)。儘管暴力犯罪多是未罹患嚴重精神疾病者所為(Fazel, 2006; Kim, 2019)，韓國司法資料庫研究(Kim, 2019)卻指出，相比常人，罹患嚴重精神疾病者較可能觸犯殺人、縱火、物質相關犯罪，竊盜或其他財產犯罪之犯罪率反較常人低。本土與此範疇相關之量化研究（林詩韻、黃聿斐、沈伯洋，2020；楊添園，2007）珍稀，於犯行種類、再犯風險因子因樣本來源、樣本數量、追蹤時長不等，尚未有一致結論。

另，暴力犯罪問題在當前國民法官法於民國 109 年 08 月 12 日公布、民國 112 年 1 月 1 日上路以來，實更顯重要。國民法官法案件適用範圍以最輕本刑 10 年以上有期徒刑之罪或其他故意犯罪致人於死的犯罪為主，112 年可參之國民法官審理案件判決如下表（參見表 1-1-1），在這樣的審判過程中，暴力犯罪者於犯案前之過往、犯案前後、犯案當下、犯案後之情狀分析相較過往愈發重要。基於案件發生後還原事件本體所有真實性必有困難，若又考慮國民法官審理案件可能遭逢之量刑不確定性（林慈偉，2021；金孟華，2020；管野亮，2021），針對暴

力犯罪案件之成因與關聯因子分析之量化研究應兼有學術及實務之重要性。

表 1-1-1 民國 112 年法官審理案件判決要點

法院/判決	罪名	刑度
臺灣橋頭地方法院刑事判決 112 年度國審訴字第 1 號	殺人	有期徒刑 9 年
臺灣新北地方法院刑事判決 112 年度國審交訴字第 1 號	酒駕致死、逃逸	有期徒刑 4 年 5 月
臺灣新北地方法院刑事判決 112 年度國審交訴字第 2 號	毒駕致死、逃逸	有期徒刑 10 年 10 月
臺灣基隆地方法院刑事判決 112 年度國審交訴字第 1 號	酒駕致死、逃逸	有期徒刑 9 年
臺灣彰化地方法院刑事判決 112 年度國審交訴字第 1 號	毒駕致死	有期徒刑 8 年 6 月
臺灣彰化地方法院刑事判決 112 年度國審重訴字第 1 號	殺人	有期徒刑 14 年 監護處分 5 年
臺灣臺中地方法院刑事判決 112 年度國審交訴字第 1 號	毒駕致死、逃逸	有期徒刑 12 年
臺灣桃園地方法院刑事判決 112 年度國審重訴字第 1 號	家庭暴力、殺人	有期徒刑 15 年 8 月
福建金門地方法院刑事判決 112 年度國審交訴字第 1 號	駕車致死、逃逸	有期徒刑 9 年
臺灣新北地方法院刑事判決 112 年度國審重訴字第 1 號	殺人	有期徒刑 16 年 5 月
臺灣臺北地方法院刑事判決 112 年度國審交訴字第 1 號	駕車致死	有期徒刑 7 年 2 月
臺灣新北地方法院刑事判決 112 年度國審重訴字第 2 號	殺人	有期徒刑 7 年 2 月

當前本土尚無研究團隊如韓國(Kim, 2019)、瑞典(Fazel, 2006)那般將醫療資料庫與司法資料庫連結，實務上警政、衛政、社政、矯正、司法單位亦無法就犯罪者個人資料同時獲取「有無精神疾病診斷」、「有無犯罪史」之資料並進行分析；再者，僅以全民健康保險資料庫之診斷碼為「有無精神疾病診斷」之判準，可能忽略從未就醫的族群；若僅以在監之罹患精神疾病受刑人為樣本，亦可能忽略未受剝奪自由之刑的族群。就此考量，本土司法精神鑑定報告分析可能為較有效進行大量罹患精神犯罪者分析之樣本來源。司法精神鑑定報告通常由精神醫學專家、心理學家、社會工作專家協同完成，含括被鑑定人之個人生活史、疾病史、犯罪史、物質使用史、性格、智識、治療史、治療配合度；也包含被鑑定人之家族病

史、家庭互動、支持系統及其他人口變項，這些資訊觸及罹患精神疾病犯罪者犯罪行為相關之動態與靜態因子，有分析及應用價值。國外亦有幾許近似犯罪統計研究可參，包含瑞典司法精神醫學家以司法精神鑑定報告為素材，分析智能不足者之犯罪樣態(Edberg et al., 2022)、立陶宛專家以司法精神鑑定報告內容分析酒後殺人之可能關聯因子(Survilaite, 2017)，埃及亦有研究團隊試圖從刑事與民事司法精神鑑定報告內容擷取變項分析刑案犯罪者可能的犯罪關聯因子(Eldabe et al., 2018)，上述學者認為，藉由分析司法精神鑑定報告樣本中的犯罪者，可能更能掌握這些犯罪者在接受審判前後的醫療問題、治療需求、矯正目標和預防策略，比如瑞典司法精神醫學家在智能不足者犯罪樣態的研究中發現，司法鑑定報告評估結果和司法分流處遇恐仍有不一致；立陶宛專家則發現酒後殺人的族群衝動控制能力不佳、情緒起伏大；埃及研究團隊則發現物質使用問題對罹精神疾病犯罪者有影響，需要協助這些犯罪者擺脫物質使用問題。上述都是司法精神鑑定報告在罹精神疾病犯罪者問題分析中帶來的價值。

- 本研究將以司法單位委託行司法精神鑑定之犯罪者為樣本，探究以下問題：
- 一、嚴重精神疾病診斷是否與暴力犯罪有顯著關聯？
 - 二、物質相關及成癮障礙症診斷是否與暴力犯罪有顯著關聯？
 - 三、嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯是否會受到其他因子調節，比如性別、治療配合度、暴力犯罪史或合併物質相關及成癮障礙症？

第二節 相關名詞解釋

壹、精神疾病

精神疾病定義於精神衛生法第 3 條⁸有明確律定，意指思考、情緒、知覺、認知、行為及其他精神狀態表現異常，以致有生活適應障礙，不包含反社會人格違常。實務上多參照精神科專科醫師診斷，本研究以本土精神科專科醫師使用之診斷工具 DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊(American Psychiatric Association, 2000) (102 年前) 和 DSM-5 精神疾病診斷準則手冊(American Psychiatric Association, 2013) (102 年後) 所包括之所有診斷為主。

貳、嚴重精神疾病

嚴重精神疾病 (severe mental illness) 這樣的用語散見各式臨床或心理健康研究，多數研究未詳加定義，通常包含思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症(Gonzales et al., 2022)，有時也包含「鬱症，復發，重度無精神病特徵」或難治型憂鬱症 (treatment-resistant depression)，這些診斷橫跨思考、認知、情感、行為等多重面向的受損，影響工作、人際互動、住居、提高物質使用風險，常反覆入院，社會連結較差，較易面臨住居困境或司法問題(Swinson Evans et al., 2016)，然而若將社會政策、資源分配及各項經濟支出的問題納入考量，則焦慮症、飲食疾患、人格障礙症廣義上也被非心理衛生專業人員認定為嚴重精神疾病，而這樣的認定在不同地區亦各有別(Peck & Scheffler, 2002)。

另有其他分類法(Wing, 2017)定義嚴重精神疾病包含思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症、鬱症、恐慌症、強迫症、恐懼症、睡眠疾患、飲食疾患、人格障礙症，可能合併認知障礙、物質使用、學習障礙、兒童發展疾患，可能有諸多行為困擾，包含自殘、自殺、拒食、暴力、物質使用、社會退縮、激躁、怪異行為、動作遲緩、忽略生活自理、行動受限或身陷社會不利處境，強調這些問題對臨床介入模式的考量，而非僅只診斷種類，但此分類研究者亦指出，嚴重精神疾病本為一模糊而無定論的概念，當前對嚴重精神疾病分類模式對臨床決策的影響亦有待更多研究探討。

針對嚴重精神疾病含括群體的後設分析文獻(Gonzales et al., 2022)指出，超過 50%提及嚴重精神疾病的研究指涉者以思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症為主，憂鬱症約 3 成，焦慮症、強迫症、恐慌症、恐懼症、飲食

⁸ 精神衛生法第 3 條定義精神疾病為思考、情緒、知覺、認知、行為及其他精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病。排除反社會人格違常。

疾患、物質使用障礙症、人格障礙症、認知障礙症、發展疾患等皆不到 2 成，本研究採行保守分類，內文提及之嚴重精神疾病一律僅包含思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症兩大類，不包含鬱症或難治型憂鬱症（treatment-resistant depression）。

參、反社會人格障礙症

反社會人格障礙症（antisocial personality disorder）為 DSM-IV-TR(American Psychiatric Association, 2000)和 DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)精神疾病診斷準則手冊皆有之診斷，可用以描述部分心理病質（psychopath）和社會病質（sociopath）個案，於本土臨床及法律範疇多用以描述如下特質：常遊走法律邊緣、為個人私利或樂趣而詐欺、衝動、易怒、具攻擊性、不在意自身及他人安危、一貫地不負責任、不知悔恨等，此類個案被認為 15 歲前便有行為規範障礙症（conduct disorder）表現，於 15 歲後開始常見數種上述表現，18 歲後可正式診斷，總體需排除其他嚴重精神疾病症狀影響，整體描述較少論及性格及成因，幾聚焦於行為本身。是以，不同地區監獄流行病學研究皆顯現反社會人格障礙症的高盛行率（15.1 – 62.3%）(Black et al., 2010; Brazão et al., 2015; RickHoward et al., 2013; Naidoo et al., 2022)，卻也因反社會人格障礙症的特質與其他人格障礙症，尤其 B 群人格障礙症（cluster B personality disorders）重疊，因此容易在類似研究中看到反社會人格障礙症可能也共病其他人格障礙症表現，包含妄想性人格障礙症（paranoid personality disorder）、邊緣型人格障礙症（borderline personality disorder）、自戀型人格障礙症（narcissistic personality disorder）(Brazão et al., 2015)。反社會人格障礙症可能較利於司法或矯正系統依行為分類犯罪人行分流處遇的需求(Walsh & Wu, 2008)。

肆、心理病質

心理病質通常被描述為無情（emotionless）、冷血（cold），代表一種非利他社會行為的多重傾向(Walsh & Wu, 2008)，通常被描述的特質包含：乏同情心、自我沉溺、缺乏良知、誇大自我價值、慣常謊騙、較少感到懼怕、衝動、不可靠、非智能不足、傾向責怪他人、常具膚淺魅力、慣常操縱他人、性生活放蕩、難從挫敗中調整自身、寄生蟲式的生活、難以感受愛或與人建立情感連結、需要高度刺激、容易感到無聊。心理病質約占一般人口 1% (Sanz-García et al., 2021)，約占監獄人口 26-37% (Brandt et al., 1997; Hobson & Shines, 1998)。目前評估心理病質的主要工具為 Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)，需要受過訓練的臨床人員施用，面談時間約需兩小時，評估人員需評估 20 項特質，每項特質分數介於 0-2 分，總分切截點定為大於等於 30 分 (Hare, 1996a)，犯罪者分數平均或為 22 分，常人分數平均可能為 5 分 (Hare, 1996b)。心理病質與反社會人格障礙症不是同

義詞，監獄樣本研究指出，心理病質與反社會人格障礙症的評估僅約中度相關(Hare et al., 2000)。心理病質認為存乎各人種與社會基層，未必與犯罪行為有關，不同時空背景下，某些心理病質行為甚至可能於其社群被描述為英雄式創舉，也因此從進化論觀點而言，心理病質特質於物競天擇下始終不減得以存(Walsh & Wu, 2008)。

除社會行為面向研究外，心理病質有諸多被提出的神經科學模型，包含心理病質者於情緒反應(Kiehl et al., 2001)及情緒辨認(Dawel et al., 2012) 路徑的神經缺陷，心理病質者其情感神經路徑及中樞含雙側額顳葉皮質、杏仁核、海馬迴、海馬旁迴、前後扣帶迴、腹側紋狀體等區域受情感(affect)影響時於神經影像下與常人顯像有異(Kiehl et al., 2001)，此外，心理病質者從表情、聲音辨認他人恐懼、厭惡、悲傷、快樂、驚喜等情感的能力於系統性文獻回顧中亦指出有受損(Dawel et al., 2012)。心理學測試研究則指出，心理病質者中工作記憶能力較好者，其注意力若於威脅當前時又聚焦於其心向標的，則害怕相關的生理指標表現較少(Dawel et al., 2012)。運用腦波、皮膚電阻進行的神經生理研究亦指出心理病質者於情緒整合系統(integrated emotion system)的缺陷(Dawel et al., 2012)，包含腹內側前額葉皮質、眶額皮質。就行為生物學分析的研究法而言，神經影像、生理指標都是比行為表現描述可能更接近個人基因定錨點的內生表現型(endophenotype)(Dawel et al., 2012)，目前針對心理病質的生物學病質部分研究致力於此。因心理病質非屬精神疾病診斷準則手冊所用，本研究於診斷面向並不採此分類用語。

伍、社會病質

與心理病質不同，社會病質這詞彙用以描述一群犯罪者，強調其非生來犯罪人，而是未受妥善養育，加之貧窮、生長環境惡劣，以致社會化不足，發展出冷酷、無情、敵視，宛若心理病質者的人格樣態。心理病質無關養育、環境，所占人口比例較少；社會病質描述生理特質較趨近一般族群者因受家庭結構、經濟條件影響以致犯罪的一群個體(Lykken, 1995; Walsh & Wu, 2008)。部分文獻可能將社會病質混用以描述反社會人格障礙症或心理病質，但各有不同辭源指涉。本研究於診斷面向並不採此分類用語。

陸、犯罪

本研究所指之犯罪專指任何被本土法律所禁止之行為，亦包含任何被刑法認定有罪之行為，行為者將被指控、審判、定罪、處罰(Lamond, 2007)。本研究所羅列之犯罪罪名係以犯罪者該案被檢察官起訴之罪名。

柒、暴力犯罪

暴力犯罪有不同操作型定義。本土當局暴力犯罪統計多以殺人（不含過失致死）、重傷害、強制性交、強盜及海盜、搶奪、恐嚇、擄人勒贖等為主（法務部，2023；臺北市政府主計處，2020）。美國國家司法研究院定義暴力犯罪含強暴與性侵害、強盜、傷害和謀殺(National Institute of Justice, 2024)。美國聯邦調查局統一犯罪報告（Uniform Crime Reporting）則定義暴力犯罪包含謀殺、過失殺人、重傷害、強暴、強盜(Federal Bureau of Investigation, 2010)。日本警察白皮書（楊士隆，2020）將暴力犯罪分為凶惡犯罪和粗暴犯罪兩種，凶惡犯罪包括殺人、強盜、放火、強姦等，粗暴犯罪包括暴行、傷害、脅迫、恐嚇、聚集凶器。日本犯罪白皮書（楊士隆，2020）將暴力犯罪分為殺人、傷害、強姦、強盜。除傳統型暴力犯罪外，家庭暴力、白領犯罪、恐怖主義亦屬近年論著愈發著墨之暴力犯罪型態（楊士隆，2020）。本研究將據前述暴力犯罪定義分類納入研究的犯罪者。

捌、司法精神鑑定

本研究所指之司法精神鑑定（forensic psychiatric assessment）特指由司法端委託精神科醫師執行之與案件或司法訴求相關之精神評估，通常包含個人生活史、家庭生活史、社會經濟水準描述、個人精神疾病史、家族精神疾病史、物質使用史、犯罪史、身體評估（physical examinations）、精神狀態評估（mental status examinations），通常附有智能、認知、性格等相關之心理衡鑑結果做為鑑別診斷或論述參照所用(Chadda, 2013)。

第二章 文獻探討

從定義出發，精神疾病與犯罪未有必然關係。如以本研究定義之犯罪係屬觸犯法律所禁止之行為，則應將研究主題著重於精神疾病做為症候群，其癥候涵蓋之情感(affect)、思考(thought)、知覺(perception)等基本精神狀態(mental status)和症候群影響之認知(cognition)與行為的關聯，做為探究被診斷為罹患精神疾病者之個體於本土社會此一系統生活中觸法脈絡之初始。

本研究之研究對象以 18 歲以上之成人犯罪者為主，基於本研究採用之精神疾病診斷準則手冊(American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2013)及樣態、盛行率等考量，本研究文獻探討將著重成人精神疾病重要診斷含思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症、憂鬱症、物質相關及成癮障礙症、認知類障礙症、人格障礙症、智能不足等。其他兒童期起始之神經發展障礙症如自閉症類群障礙症、注意力不足／過動症等診斷，於兒童期可能影響個體發展，倘暴露於發展不利處境、合併物質使用問題、合併精神病症狀或衍生反社會行為時，成人時期確實可能與司法系統交會(Blackmore et al., 2022; Mohr-Jensen & Steinhausen, 2016)，然而這群個案之犯罪行為究竟與發展不利處境、反社會行為較有關，還是與其他共病的精神疾病診斷較有關，仍需要更多實證，本研究未將兒童期起始之自閉症類群障礙症、注意力不足／過動症等兩種診斷納入文獻回顧及探索命題要點。

本土探討精神疾病致病及現象概念化模型以生物、心理、社會等三大面向聚焦。生物面向多以診斷之流行病學、病因學、臨床表現等分項討論，臨床表現亦包含前述之情感、思考、知覺；心理面向側重個體性格、認知、人際、問題因應能力病前病後差異的探索；社會面向關乎個體與家庭、所處社區、社群的關係，福利需求、法律議題等多被精神醫療工作人員於此區塊討論。

考量當代資訊流通發達，一般精神醫學與司法精神醫學相關用語恐因挪用、借代或他故，疾病名詞背後之學術內涵與日常生活所用以指涉之義恐有落差。本章將以生物、心理、社會脈絡確立本研究所用之特定精神疾病診斷意涵，輔以相關文獻回顧探索該精神疾病診斷與暴力犯罪之關聯。

第一節 思覺失調類群和其他精神病症與暴力犯罪

思覺失調症類群和其他精神病症包含思覺失調症 (schizophrenia)、情感思覺失調症 (schizoaffective disorder)、妄想症 (delusional disorder)、短暫精神病症 (brief psychotic disorder) 等診斷，此類群全球盛行率約為 0.33-0.75%(Moreno-Küstner et al., 2018; Saha et al., 2005)，男女比約為 1.4：1(Li et al., 2022)，本土盛行率約為 0.44% (Chien et al., 2004)。

思覺失調症病因多重，基因、環境、腦神經發展、壓力事件等多重因子交互影響罹病風險，一等親屬有思覺失調症家族病史者與常人相比之終生罹病率更提高 5-20%(McClellan & Stock, 2013)。過往腦傷、點突變等生物脆弱性與孕期併發症、物質暴露、移居等因子亦可能造成表觀遺傳學變化(Harrison & Weinberger, 2005; McClellan et al., 2006)，亦即，基因不是生來有無的簡單問題，也需要掌握基因有沒有因其他外在因素啟動，對個體造成微觀層次的影響，通常被臨床人員觀察到的「行為」，已是內在病態運作多時造成的結果。

當前針對思覺失調類群相關研究發現較巨觀的腦部構造異常包含腦室擴大；海馬迴、間腦、前額葉體積減少(McGrath & Susser, 2009)；邊緣系統構造異常(White et al., 2008)以及大腦皮質體積及皺褶減少(Janssen et al., 2008; Penttilä et al., 2008; Thompson et al., 2001)，微觀結構目前較重於神經修剪 (pruning) 問題、髓鞘 (myelin sheath) 失功能、寡突膠質細胞 (oligodendrocyte) 異常等(Boksa, 2012; Fessel, 2022; Luvsannyam et al., 2022)。就神經傳導物質層次的問題亦有更多探究(Luvsannyam et al., 2022)，至少包含多巴胺 (dopamine)、血清素 (serotonin)、 γ -胺基丁酸 (GABA, γ -Aminobutyric acid)、穀氨酸 (glutamate)、N-甲基-D-天門冬氨酸受體 (NMDA receptor, N-Methyl-D-aspartic acid receptor)、腦源性神經營養因子 (BDNF, brain-derived neurotrophic factor) 等，這些因子相互影響腦神經系統，除了被認為影響幻覺、妄想、思考流程障礙、混亂行為、言談鬆散、社會退縮、無動機、表情淡漠等正性或負性症狀外，更重要的是心智層次的影響，包含思考速度下降和語文理解、口語表達能力下降，這些可能影響學習、人際互動效能，此外，選擇性注意力、思維彈性、計劃、執行功能、記憶力、動作控制等都可能全面退化，以至於許多思覺失調類群個案與年齡層相近之常人相比，其認知可能落於智能不足之範圍(Luvsannyam et al., 2022)，影響其生活及社會適應。

上述各種層次的探討旨在闡述思覺失調類群診斷、症狀的複雜性，這些病因分析試圖找尋為何思覺失調類群症狀潛伏期長，某些患者病前或病後功能特別差，許多患者生命階段早期就發病，但又有少部分在中年後才患病。事實上，思覺失調類群本土跨領域較少討論的疾病核心在認知功能的減損，由於這些認知功能在不同疾病階段影響的程度非如智能不足者那般，由上述文獻之個別討論又可探知，

每項減損的認知能力在較常見的智力測驗工具各歸屬不同分測驗，因此智力測驗報告的單一數字（比如全量表智商數字）對思覺失調類群的認知能力可能代表性不足，對分項測驗能力的探討更為重要。

有精神病症狀不代表就是思覺失調類群診斷，評估及鑑別診斷仍需考慮情感疾患、創傷、物質使用、身體病況或神經發展障礙症等，比如，嚴重躁症或鬱症亦可能合併幻覺、妄想，但這些個案比較不會有負性症狀，病程中仍以情感症狀為重，精神病症狀僅占總體病程少部分；物質中毒或戒斷亦可能造成幻覺或妄想，但內容不若思覺失調類群患者那般全面而有系統性；癲癇、自體免疫疾病、感染症和重大身體疾患都可能對腦神經造成影響以至衍生幻覺或妄想，但症狀細節往往不是典型思覺失調症狀；某些自閉特質或智能不足個案亦可能以不成熟或組織較差的語言表達自身的幻覺或經驗，若無審慎評估其長期表現和病程，亦可能太快歸結為單純的混亂言行而有診斷偏誤。除妄想、幻覺等精神症狀外，思覺失調症和情感思覺失調症亦須共伴人際、工作、自我照顧能力退化及負性症狀，比如表情淡漠、喜樂不能、無動機、社交退縮或少語，總體病程亦須評估個案屬前驅期、急性期、復元階段或殘餘期，進而擬定治療目標，細節與其他精神疾病相異 (McClellan & Stock, 2013)。復元階段往往重在調整個案不良預後因子，增進其社會適應，比如病前功能不佳、潛伏發作、負性症狀顯著、智能不足等，其社會互動、工作等不良表現將使其較難獨立生活 (Hollis, 2000; Jarbin et al., 2003; Vyas et al., 2007)。

關於思覺失調症與謀殺 (murder) 的關聯，曾有文獻回顧研究指出，西方諸國犯下殺人罪者約有 5-10% 有思覺失調類群診斷 (Mullen, 2006)，然而判讀這樣的數據需要相當謹慎，這些文獻多來自歐美地區，這些地區思覺失調症觸犯殺人罪的機率每年約 0.01%，觸犯暴力犯罪的機率每年約 0.6% (Wallace et al., 2004)，而這些地區男性監獄中被診斷為思覺失調類群患者比例約 3.7%，女監約 4.0% (Fazel & Danesh, 2002)，每個地區司法精神醫院分布、監獄內精神醫療資源分布、嚴重犯罪和暴力犯罪刑期不一，因此這些跨地域研究進行後設分析時儘管將流行病學資料或監獄人口組成列入校正，仍難克服統計力量不足的問題。事實上，思覺失調類群較常見的應是刑法上律定較輕微的傷害行為，可能約 5-15%，這些行為多半被臨床醫師認為較常與生活日常情境下的糾紛、素來性格或精神作用物質效應影響導致 (Mullen, 2006)。

關於思覺失調症與暴力犯罪相關的文獻回顧與後設分析 (Fazel et al., 2009) 指出，與常人相比，思覺失調症為暴力犯罪者的勝算 (OR, odds ratio) 在隨機效應模式下達 4.0 (95% CI = 3.0-5.3; CI, confidence interval)，異質性高 ($I^2 = 88\%$, 95% CI 78-91%)，若以社會經濟相關因子校正，則思覺失調症為暴力犯罪者的勝算在隨機效應模式下仍達 3.8 (95% CI 2.6-5.0)，然異質性仍高 ($I^2 = 84\%$, 95%

CI 74-90%)，若將生理性別男女分開另計，仍有異質性高的問題。該文獻回顧 20 篇多為英語系國家之文獻，涵蓋 18423 位思覺失調症類群患者（9.9%為暴力犯罪者）及 1714904 位常人對照組（1.6%為暴力犯罪者），指出，合併物質使用障礙症之思覺失調症患者比未合併物質使用障礙症者之思覺失調症患者有更高勝算為暴力犯罪者，而物質使用障礙症患者本身被認定可能比思覺失調症患者觸犯暴力犯罪風險更高，然而物質使用障礙症對思覺失調症患者的影響可能不是單純的疊加效應，人格特質與社會情境都可能造成解釋這些變項關聯時需要考慮的干擾因子或交互作用因子(Mullen, 2006)，同時也還要考慮治療配合度（adherence）不佳對思覺失調症患者症狀活化程度及暴力行為、暴力犯罪風險的影響(Bhattacharyya, 2023)。此研究納入後設分析之量化文獻包含之暴力犯罪類型包含殺人、殺人未遂、重傷害、妨害性自主、強盜／搶奪、恐嚇、妨害自由、傷害、縱火、家庭暴力等，然而每篇文獻於暴力犯罪之界定、蒐羅確有歧異。

蒐羅超過 20 萬人之大型社區研究(Li et al., 2023)指出，思覺失調症病人治療配合度不佳的問題不是看藥物遵從度（compliance）有多低，而是以藥物遵從度高——公認為 80% (Cramer et al., 2008)，亦即病人必須有 80%時間遵從醫師開立之藥囑，按時定量服藥——做為治療配合度佳的重要考量，藥物遵從度不佳，通常也較難被認定在患者自身為維持身心健康，在生活作息、飲食、活動、藥物及非藥物治療等處於積極主動的位置(Mir, 2023)。

關於物質使用障礙症對思覺失調症患者挑釁行為（aggression）的影響從早先認為未有物質使用障礙症的思覺失調症患者可能比較不危險，其風險程度可能近乎常人那般(Steadman et al., 1998)，以至後期其他長期個案追蹤研究(Vevera et al., 2005)指出，物質使用障礙症用以解釋思覺失調症患者暴力行為的比重被高估，儘管超過 20 年以來，思覺失調類群患者使用物質的比例上升許多，但挑釁行為比例並未如使用物質的趨勢那般上升，亦即，物質使用對思覺失調類群患者的確可能使某些問題惡化，敦促患者減量或停用物質確有益處，但不能單純以此做為暴力犯罪的致因。

除物質使用對綜合行為表現的影響之外，針對社會因子的討論，西方國家去機構化後，曾有社區資源難以銜接以至於思覺失調類群患者暴力犯罪增加的意見，但經統計，去機構化前後，思覺失調類群患者暴力犯罪略上升的趨勢與常人對照組未有顯著差異(Mullen et al., 2000)，假定某些地區杳無社區資源，伴隨思覺失調類群患者大量犯罪的跡象，也僅能代表該社區過往幾乎所有思覺失調類群患者都被安置於封閉式精神機構內，然而大多於封閉式精神機構內的思覺失調類群患者往往被認為在去機構化時期前深受疾病慢性化及藥物副作用影響，並不似反社會行為多重或暴力風險高的犯罪者(Mullen, 2006)，這是去機構化對暴力犯罪議題討論時遭逢的矛盾。台灣精神醫療體系的封閉式機構數量及醫療保險給付上受去

機構化潮流影響不比歐美精神醫療體系那般，可說本土至今並無明確科學實證佐證將思覺失調類群患者「機構化」可以降低思覺失調類群患者的暴力犯罪比率。

就思覺失調類群核心症狀而言，儘管活化的妄想、幻覺症狀可能令患者激動，衍生口頭暴力或傷害性較低的暴力行為，比如丟擲物品，但針對他人的嚴重身體暴力行為仍較少，與單向針對個人之身體暴力行為較相關者可能是存有長期針對特定個人之被害妄想或懷疑伴侶不忠之嫉妒妄想的個案，但脫離現實的妄想及幻覺實難通盤解釋患者單向的身體攻擊行為(Appelbaum et al., 2000; Foley et al., 2005; Mullen, 2006)，跳脫思覺失調類群診斷自身的精神病理特性或症狀嚴重度，就暴力犯罪層面還需考量個體自身與環境的風險因子 (Mullen, 2006)，部分與思覺失調類群的不良預後因子 (Díaz-Caneja et al., 2015; Thara et al., 2008)呼應：

表 2-1-1 思覺失調類群暴力行為及不良預後因子

思覺失調類群暴力行為因子	思覺失調類群不良預後因子
病前	家內有思覺失調症病史
神經發展障礙，比如智能不足	生理性別男性
未受良好教育	病前認知功能差
生長環境問題多	病前社會功能差
行為問題多	過往有其他精神疾病診斷
早年開始使用物質	隱微發病，旁人難察覺
病後	症狀活化時間長
症狀嚴重度高	病識感不佳
藥物副作用多	藥物療效不佳
人格受影響程度高	病後認知及人格受影響
社交能力差	從未結婚
社會動盪	
無業	
社會隔絕	
入監	

暴力行為風險因子中提及之生長環境問題多，實則指涉家族病史、犯罪史、同儕互動不佳(Fresán et al., 2004; Tiihonen et al., 1997)，而這些亦為思覺失調類群不良預後因子中提及之病前功能層次的問題。事實上，童年創傷或其他壓力事件對神經生理的影響擴及皮質體積減少、邊緣系統、樹突密度、髓鞘生成、軸突訊息傳遞、神經可塑性變差等，影響有童年創傷之思覺失調類群患者之妄想、幻覺症狀，合併認知功能下降，含工作記憶、執行功能、口語表達等(Damsted et al., 2011)。若個案親屬又是精神病患者，則個案自身的視覺記憶、總體功能可能更差，其中女性個案則比男性受虐個案或未有受虐經驗之女性脆弱性更高，更易發

病(Berthelot et al., 2015)。目前這些不利的現象因子已紛紛在個體研究發現實際可見的病理變化。

暴力風險因子尚包含無業、社會動盪等因子，若從個體層次探索，患者病後認知退化、社交能力差等都可能導致就業困難，若從結構問題探討，倘社會福利系統及社會支持者未能及時給予患者協助，失業對患者的影響除了貧窮，亦可能使患者住在社經地位較低的社區，周遭鄰居儘管未必罹病，但亦可能有犯罪問題、物質使用問題，提高個體自身牽涉暴力犯罪的風險(Lögdberg et al., 2004; Silver, 2000)。

思覺失調類群基於其負性症狀、情感症狀、認知退化的綜合影響，表面上可能顯得漫不在乎、情感起伏少、同理表現少、沒有長期目標、不切實際、易怒、態度負向、固著、易怒、自我沉溺，以至於某些思覺失調類群患者被認為有豐富的病態人格特質，但與心理病質中的追求新鮮刺激、衝動、乏自省、冷血無情等仍不同，應另行評估思覺失調類群個案的病後人格特質為宜，目前推估思覺失調類群個案合併其他精神疾病診斷之人格障礙症（不包含心理病質）的比率約近3成(Moran et al., 2003; Tengström et al., 2004)，判讀文獻時需要特別小心反社會人格障礙症特質被過分凸顯的是否乃因評估患者其表現與前述綜合癥候重疊。



第二節 雙相情緒及其相關障礙症與暴力犯罪

雙相情緒及其相關障礙症包含第一型雙相情緒障礙症 (bipolar I disorder)、第二型雙相情緒障礙症 (bipolar II disorder)、非特定的雙相情緒及其相關障礙症 (other specified bipolar disorder) 等診斷，此類群全球盛行率介於 0.4-2.4% (Merikangas et al., 2011)，男女比近乎 1:1 (Vega et al., 2011)，本土盛行率約為 0.42% (Bai et al., 2019)。

雙相情緒及其相關障礙症常於成人早期發病，家族內有憂鬱症、雙相情緒障礙症者之相關基因研究指出基因微觀面向對神經發育、傳導電位的影響，目前在患者及未罹病一等親的小規模樣本中都可見在下額葉、左腦島、小腦、左眶額葉區域等與情緒調節、執行功能、工作記憶、訊息抑制有關的受損。除腦神經系統，內分泌功能、發炎因子、氧化壓力等都是病因研究的重點。訊息抑制對雙相情緒及其相關障礙症患者的影響在於，面對環境刺激的注意力和行為計畫能力可能受損，在不同疾病階段，某些特徵可能甚至如思覺失調類群那般受損，包含思考彈性、反應速度，但整體研究成果都尚未趨一致 (Boland et al., 2021)。

第一型雙相情緒障礙症以躁期為主要核心表現，第二型雙相情緒障礙症則以鬱期和輕躁期為重要核心，另有一群實則游移在鬱症症狀與交互顯現的輕躁症狀間，容易與有人格障礙症者的衝動、反覆自殺企圖、強烈焦慮等特質混淆 (Merikangas et al., 2011)。雙相情緒及其相關障礙症類群共病物質使用障礙症的比例近 5 成，第一型雙相情緒障礙症共病物質使用障礙症的比例可能近 6 成 (Pettinati et al., 2013)。

目前針對雙相情緒及其相關障礙症與暴力犯罪關聯的研究較具規模者為瑞典結合醫療與刑事犯罪紀錄資料庫的研究 (Fazel et al., 2010)，涵蓋時間從 1973 年至 2004 年，暴力犯罪定義為殺人、傷害、搶奪、縱火、妨害性自主、恐嚇等，蒐羅有雙相情緒及其相關障礙症出院診斷患者 3743 位，患者手足 4059 位，常人對照組 37429 位。經過校正，相較常人，雙相情緒及其相關障礙症全體樣本觸犯暴力犯罪勝算為 2.3 (AOR=2.3；AOR, adjusted odds ratio；95% CI 2.0-2.6)，雙相情緒及其相關障礙症共病物質使用障礙症者勝算為 6.4 (95% CI 5.1-8.1)，雙相情緒及其相關障礙症沒有共病物質使用障礙症者勝算為 1.3 (95% CI 1.0-1.5)，若將未罹病手足與常人對照組合併，雙相情緒及其相關障礙症沒有共病物質使用障礙症者之暴力犯罪風險便不再顯著 (AOR=1.1；95% CI 0.7-1.6)。值得注意的是，雙相情緒及其相關障礙症分類群含躁症、鬱症、合併精神病症狀者在暴力犯罪分析中並無太大差異；其次，雙相情緒及其相關障礙症未罹病手足暴力犯罪比例較常人對照組高，這樣的結果暗示雙相情緒及其相關障礙症疾病本身不能通盤解釋暴力犯罪，疾病的基因多樣性、早年生活經驗、發展脈絡於這族群的暴力犯罪致

因亦相當重要。這類文獻進行文獻回顧時，Fazel 學者團隊也面臨文獻異質性高的問題，包含暴力犯罪定義差異、研究法及國情不同等問題。

雙相情緒及其相關障礙症共病人格障礙症的情形不容易評估，通常若個案未在情緒平穩時被準確評估性格，則可能會因為鬱症或躁症特徵混雜而被誤認為橫斷面的性格問題，曾有文獻回顧及後設分析文獻指出，從方法學和樣本來源的不同，雙相情緒及其相關障礙症共病人格障礙症的數據介於 4.8%和 63%(Carbone et al., 2021)，另有強調回顧情緒平穩期之雙相情緒及其相關障礙症患者其人格結構(Bezerra-Filho et al., 2015)之文獻和雙相情緒及其相關障礙症社區研究樣本指出，雙相情緒及其相關障礙症合併人格障礙症比例約 4 成，但人格障礙症的臨床資料中往往太少被記錄在病歷上，某些研究者認為可能是因為人格障礙症的標籤和介入太讓臨床工作者受挫所致。



第三節 憂鬱症與暴力犯罪

憂鬱症包含鬱症 (major depressive disorder)、持續性憂鬱症 (persistent depressive disorder, 又名輕鬱症)、非特定的憂鬱症 (other specified depressive disorder) 等診斷, 此類群全球盛行率約為 3.8 % (Castaldelli-Maia & Bhugra, 2022), 本土盛行率約為 1.2% (Wang et al., 2022)。

憂鬱症類群通常於成人早期至中期發病, 女性略多於男性, 病因學就性激素、腎上腺素系統、甲狀腺活性、成長激素、腦垂體功能、腦源性神經營養因子 (BDNF)、睡眠結構、發炎因子、免疫系統、神經傳導物質等都有角色, 涵蓋血清素、多巴胺、正腎上腺素 (norepinephrine)、乙醯膽鹼 (acetylcholine) γ -胺基丁酸、N-甲基-D-天門冬氨酸受體。相對應的腦功能結構巨觀及微觀異常涵蓋腦室週邊區域、基底核、間腦、海馬迴、杏仁核、前扣帶迴、小腦、額葉前皮質等, 這些證據為憂鬱症病因建構多元的假說。心理學層面則論及長期習得型無助、認知偏誤 (包含對自己、對周遭、對未來的錯誤歸因、過份類化、放大) 對憂鬱症狀的影響, 失落經驗的探討中, 對憂鬱症影響較多的壓力事件則包含喪偶、青少年前喪親和失業 (Boland et al., 2021)

憂鬱症合併酒精使用障礙症或其他物質使用障礙症的共病率可達 40.3% 和 17.2% (Pettinati et al., 2013), 共病人格障礙症的比例則可能高達 5 成 (Corruble et al., 1996; Zheng et al., 2019), 其中邊緣型人格障礙症、做作型人格障礙症明顯較多, 通常共病物質使用障礙症、人格障礙症、療效不彰、多次復發、症狀慢性化、生理性別男性等被認為是憂鬱症預後不良因子 (Boland et al., 2021; Newton-Howes et al., 2006)。某些臨床表徵比如青少年階段發病、合併精神病症狀、多次復發、情感常顯高張、鬱症期間吃太多、睡過久、活動量大幅下降卻又常顯敵視、思緒奔馳、性慾上升者多被列為雙相情緒及其相關障礙症風險因子 (Boland et al., 2021)。

考量憂鬱症群體的複雜性, 憂鬱症住院病人的嚴重度高有可能指涉雙相情緒及其相關障礙症風險, 對這類研究的樣本解釋力相當重要。瑞典人口學、流行病學資料與刑事犯罪紀錄資料庫研究 (Fazel et al., 2015) 涵蓋 47158 位未住院過的憂鬱症門診病人以及 898454 位依性別、年紀配對的對照組, 並納入 15534 位罹病者的同父異母或同母異父手足、33516 位罹病者的同父同母手足對照, 探討憂鬱症與暴力犯罪的關聯。暴力犯罪定義為殺人、殺人未遂、重傷害、傷害、搶奪、縱火、妨害性自主、恐嚇等, 並特將物質使用、社會地緣因子、前科等納入敏感度分析, 並另外以 23020 位雙胞胎樣本進行憂鬱症症狀存續與暴力犯罪風險的分析, 總體樣本排除有人格障礙症診斷者。統計結果顯示, 依社會地緣因子校正後, 憂鬱症與暴力犯罪的風險仍較常人對照組高過三倍; 若將同父異母或同母異父、同父同母手足列入校正, 憂鬱症與暴力犯罪的風險仍較常人對照組高; 若排除物

質使用、有前科者，憂鬱症與暴力犯罪的相關性仍較常人對照組顯著。這樣的現象研究團隊認為可能與憂鬱症症狀影響下可能情緒調節困難而較衝動，也需要注意人格障礙症在診斷碼資料庫中往往較少被臨床工作者登錄，總體樣本追蹤時長僅約 3-5 年也是這篇文獻曾被評論的問題(Furukawa, 2015; Nestor, 2002)。



第四節 物質相關及成癮障礙症與暴力犯罪

物質相關及成癮障礙症包含酒精使用障礙症、大麻使用障礙症、迷幻藥相關障礙症、吸入劑使用障礙症、鴉片使用障礙症、鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥使用障礙症、興奮劑相關障礙症等主，使用者成癮過程往往始於過量使用、難以減量，漸有耐受、戒斷，以致渴求（craving），影響多重生活面向，含學業、工作、人際、財務或相關法律問題。此類群全球盛行率約為 2.2 % (Castaldelli-Maia & Bhugra, 2022)，本土此類群診斷資料較為分散，較少本土物質使用障礙症流行病學資料一併包含酒精使用障礙症、鴉片使用障礙症（比如海洛因）、興奮劑相關障礙症（比如安非他命）等。此類數據普遍以物質使用經驗、過往曾使用過物質等模式於流行病學資料或相關研究呈現，比如 103 年本土以電腦進行隨機抽樣之流行病學研究指出，曾有非法物質使用經驗者約 1.29%(Chen et al., 2017)，亦有 96-99 年本土成人樣本研究指出僅有 K 他命（依其精神作用性質，被歸類於迷幻藥之分類）使用經驗者約 2.4%，含 K 他命之多重物質使用者約 9.0%，其他類型物質使用者約 9.1%(Chen et al., 2017)。酒精使用障礙症本土盛行率據推估應有 3% (Huang & Chen, 2012)。酒精和其他物質引起之精神病本土數據推估至少有 0.03% 和 0.02% (Chien et al., 2004)，通常這類個案多已達嚴重之酒精和其他物質使用障礙症之標準。就性別差異而言，酒精使用障礙症和其他物質使用障礙症男女比例約 2:1 (McHugh et al., 2018)。

各項物質使用在不同階段招致的精神問題複雜 (American Psychiatric Association, 2013)，羅列於表 2-4-1。物質使用者於物質作用下可能衍生妄想、幻覺，進而被診斷為物質引發的精神病症；合併出現躁症症狀者，可能被診斷為物質引發的雙相情緒障礙症；合併憂鬱症狀者，可能被診斷為物質引發的憂鬱症，這些精神疾病儘管名稱與其他診斷相似，但實際仍包含在物質相關及成癮障礙症此一大類下，與前述之思覺失調症類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症、憂鬱症等不能等同看待。

表 2-4-1 羅列項目中，酒是較重要的物質，目前已有研究指出酒與鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥有共同耐受（cross tolerance）現象 (Liang et al., 2009)，都作用在 γ -氨基丁酸受體 (GABA receptor)，於個案自陳性資料所進行的量化統計研究中，酒與鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥成癮被認為與暴力犯罪有關 (Håkansson & Jesionowska, 2018)。事實上，酒精與暴力行為關聯性高 (Boden et al., 2012)，飲酒者的性格、飲酒情境、酒精引發的生理效應皆可能是影響暴力犯罪的致因 (K. Graham et al., 1997)。負向經驗 (Puhalla et al., 2020)、衝動傾向 (Kovács et al., 2020)、人格疾患特質 (Helle et al., 2019) 與酒精相互影響，形塑腦內複雜的神經生理變化 (Sontate et al., 2021)。長期飲酒 (Underwood et al., 2018)、短期豪飲 (Badawy et al., 1995) 使血清素失衡、多巴胺過激，導致精神活動亢奮，增加個體感官刺激

表 2-4-1 各類物質在於不同階段招致之精神問題

	中毒	戒斷	妄想/幻覺	躁症表徵	憂鬱表徵	睡眠問題	混亂	認知缺損
酒	有	有	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒/戒斷/長期受損
興奮劑	有	有	中毒	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒	
鴉片類	有	有			中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒	
大麻	有	有	中毒			中毒/戒斷	中毒	
鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥	有	有	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒/戒斷	中毒/戒斷/長期受損
幻覺劑	有		中毒	中毒	中毒		中毒	
吸入劑	有		中毒		中毒		中毒	中毒/長期受損

追求、挑釁行為和衝動(Hoaken & Stewart, 2003; Pihl & Peterson, 1995)。酒精對認知功能的損害也影響犯罪者的面對問題的反應和決策(Dalal & Das, 2018; Deehan, 1999; Hoaken & Stewart, 2003)，比如，酒精效應削弱腦內對危險的敏感度(Pihl & Peterson, 1995)。

另一重要物質類別是興奮劑，包含安非他命和甲基卡西酮，後者常見於咖啡包或其他新興物質媒介中。兩者在中樞神經中皆大量促進兒茶酚胺類(catecholamine)釋放(Orsolini et al., 2019)，包含前述之多巴胺、血清素、正腎上腺素，導致欣快、感官知覺放大、性慾上升、焦慮、混亂、激躁、幻覺、妄想，嚴重者可能因此有暴力行為或自殺企圖(Riley et al., 2020; Watterson & Olive, 2014)，然而由於兩者藥性在中樞神經的穿透、發生效果的時間仍有落差，以致某些使用甲基卡西酮的個案為求快速達到預期興奮劑的效果，可能短時間內使用比預期更大量，以致毒性更強(Kelly, 2011; Prosser & Nelson, 2012)。興奮劑長期使用者在使用數年後多半有相當比例仍有殘餘精神病症狀或情感症狀(Rognli & Bramness, 2015)，歐陸研究(Wobrock et al., 2013)甚至指出，約有30%初次因思覺失調症診斷入院的病人過往有興奮劑使用史，顯見興奮劑使用障礙症個案的精神醫療需求需重視。興奮劑使用障礙症者犯罪的原因往往與物質使用後處於精神病狀態、自我抑制能力差、為得取購買物質的錢財等有關(Riddell et al., 2006)。

目前系統性文獻回顧研究指出，除了上述的酒、興奮劑、鎮靜安眠藥，大麻、鴉片類藥物、幻覺劑使用者等若與常人族群相比皆與暴力犯罪顯著相關，所有物質使用障礙症對暴力犯罪含殺人、傷害、恐嚇、妨害性自主等形成的風險與未使用者相比可能上升達4至10倍(Zhong et al., 2020)，更何況前述提及之精神疾病診斷中共病物質使用障礙症之比例相當可觀。從個體至環境系統中解析物質引起之問題有幾種面向：生物、性格、學習、社會文化等四種層次的理論(Mamman et al., 2014; Saladino et al., 2021)，如表2-4-2所述。

這些理論的綜合要旨在於，物質使用的可能性包含自我撫慰、娛樂使用、工具使用和居處文化層面，這些面向可能被化約或忽略，以致物質使用者的自我認同形塑過程、被汙名化過程在惡性循環中世代傳遞(Saladino et al., 2021)，從社會迷亂(Shaw & McKay, 1942)的觀點切入，居處社區的問題、貧窮、低社經、犯罪議題(Tucker et al., 2013)等其實未必能於單一代內改變，也因此在不同階段處理成癮問題的計畫中，都開始注意到家庭、社區、教育、日常溝通模式等技巧的重要(L.Graham et al., 2012; Saladino et al., 2021; Sheilagh & Janson, 2002; Sher & Rice, 2015)，同時也因為物質使用障礙症相關研究及介入模式漸強調無職對中樞神經及行為的影響，當前除停止施用物質，亦出現諸多減害方案，盼促成更高之治療配合度、健康行為，包含防止施用過量、透過疫苗、預防藥物、篩檢等減少各式傳染病、於個案健康管理追蹤提供更多除了回診當面評估外的選擇，比如電

話或視訊通聯(Taylor et al., 2021)，可說物質使用障礙症的治療配合度觀點已從被動接受替代療法擴及提高自我效能、促進健康行為的層次，盼降低持續施用物質帶來的健康問題。

表 2-4-2 物質使用相關理論

理論	概述
生物理論	除了因同儕、娛樂、衝動等反覆施用物質以致酬賞系統(reward system)受損的成癮類型外，尚有研究探討個體自身基因、遺傳、脆弱性等可能更容易使某些族群容易在使用物質後衍生中毒、戒斷及渴求等成癮行為
性格理論	低自尊、挫折忍受度不佳、難以延遲滿足、問題解決能力不佳、過分敏感、難以自處、性格衝動等皆為物質使用者可能的早年特質，亦即，邊緣型人格障礙症、反社會型人格障礙症、自戀型人格障礙症者在外在環境招致內在失落時，高比例可能以此做為自我撫慰的手段
社會文化理論	飲酒、使用物質等行為在個體所處之社會群體已成慣習，被「正常化」，特定聚落、特定區域、次文化族群等皆有類似案例，周遭成人可能也如是做，並不加以阻止
學習理論	強調物質本身的工具性，在部隊、交際、特定工作類型中，一起使用物質可能被認為是友好的象徵，物質本身的效應及同儕氛圍可能形塑特別的工作文化，認為使用物質可以凝聚士氣、提神、提高效能等

第五節 認知類障礙症與暴力犯罪

認知類障礙症包含認知障礙症、另一身體病況引起的認知障礙症，包含俗稱之失智症、腦傷、癲癇後遺症等診斷，此類群於全球推估約有 5 億 7000 萬人，本土推估約 28 萬人(Nichols et al., 2022)。

認知類障礙症病因多重，包含腦神經退化（比如阿茲海默症、額顳葉失智、路易氏體失智、巴金森氏症）、威爾森氏症、亨丁頓舞蹈症、水腦、內分泌失調、營養過差、尿毒症、嚴重腦傷、腦部腫瘤、腦部感染（比如狂牛症、後天免疫缺乏症候群、梅毒）、中風、腦血管病變、物質中毒（重金屬、輻射、藥物、酒精、一氧化碳）、自體免疫疾病、多發性硬化症、癲癇等，病生理依各病因差異，對腦神經中樞影響的化學物質、腦神經影像詮釋及研究目標亦各異(Boland et al., 2021)。

認知類障礙症患者高比例合併行為改變，認知功能退化，遍及注意力、執行功能、社會互動、記憶、語言、視覺空間等面向，甚至可能出現混亂行為及精神病症狀，包含外出遊蕩、拒食或貪食、情感起伏大、同理能力改變、激躁、易怒、行為自控能力下降，這些都可能讓認知類障礙症患者發生危險行為，甚至被逮捕(Cerejeira et al., 2012; Prent et al., 2023)。

美國一研究團隊針對某區域 2397 名認知類障礙症患者進行自 1999 年至 2012 年的病歷回顧性研究指出，8.5%在這其間牽涉犯罪行為，其中以額顳葉失智症患者犯罪比例最高，超過 30%，亨丁頓舞蹈症次之，失智症類型中比較常見的阿茲海默症則僅占 2%，犯罪類型包含竊盜、擅闖民宅、觸犯交通規則、妨害風化，行為致因多半仍以其認知類障礙解釋，犯案類型中未見重大暴力犯罪(Liljegren et al., 2015)。關於認知類障礙症與謀殺關聯的研究較少，較大型的系統性文獻回顧(Sundakov-Krumins et al., 2022)指出，這類研究多以個案報告、個案系列報告或其他小樣本對照研究為主，樣本數介於 1-70 位之間，綜合回顧結果，認知類障礙症相關之謀殺案件的致因仍需考慮個案飲酒問題、幻覺或妄想症狀、同居人可能年邁易受害、個案素來之性格特質及個案能處於譫妄之混亂狀態，對認知類障礙症個案症狀的掌握、疾病進程、照顧者認知、技巧和風險因應能力都是預防認知類障礙症暴力的重點。

第六節 人格障礙症與暴力犯罪

人格障礙症包含 A 群、B 群、C 群人格障礙症等診斷分類，A 群包含妄想型人格障礙症 (paranoid personality disorder)、思覺失調型人格障礙症 (schizotypal personality disorder)、孤僻型人格障礙症 (schizoid personality disorder)；B 群包含反社會型人格障礙症 (antisocial personality disorder)、邊緣型人格障礙症 (borderline personality disorder)、做作型人格障礙症 (histrionic personality disorder)、自戀型人格障礙症 (narcissistic personality disorder)；C 群包含畏避型人格障礙症 (avoidant personality disorder)、依賴型人格障礙症 (dependent personality disorder)、強迫型人格障礙症 (obsessive-compulsive personality disorder) 和其他人格障礙症。此類群全球盛行率約為 7.8%(Winsper et al., 2020)，本土較乏相關數據，從健保資料庫分析約僅 0.02%(Chien et al., 2004)，有低估的可能。

在 DSM-IV-TR 精神疾病診斷手冊準則中，人格障礙症和智能等面向被放在相對第一軸診斷(也就是前述精神疾病類型診斷)之後評估 (American Psychiatric Association, 2000)，做為第二軸診斷，給予臨床人員一種描述病人的框架；DSM-5 精神疾病診斷準則手冊(American Psychiatric Association, 2013)則取消第一軸及第二軸診斷的區分，盼凸顯個別診斷的獨立地位。整體而言，DSM-IV-TR 和 DSM-5 的人格障礙症診斷細節並未調整，仍強調臨床人員需要確認個案在長期關係中，排除其他第一軸診斷的症狀影響後是否仍於衝動控制、情緒調節、認知覺察、人際互動等面向有顯著之精神病理問題。

人格障礙症在病因學研究中，基因有其重要性，A 群人格障礙症在雙胞胎研究、家族研究中被認為有遺傳傾向，思覺失調型人格障礙症與思覺失調症的關連又被認為比孤僻型人格障礙症、妄想型人格障礙症還高(Boland et al., 2021)。B 群人格障礙症中，酒癮與反社會人格特質的遺傳關聯很早就被提出(Cadore et al., 1985)，基因研究亦指出邊緣型人格障礙症與家內情感疾患病史有關(Witt et al., 2017)。強迫型人格障礙症在雙胞胎研究中亦指出有遺傳關連，也與情感疾患有關。生物指標中，生理激素、單胺氧化酶 (monoamine oxidase)、眼動現象、腦波都曾被研究，血清素及抗憂鬱劑研究則認為血清素前驅物濃度可能影響衝動控制、行為計畫、思考及情緒調節能力(Boland et al., 2021)。

精神分析觀點則比較著重人格形成過程及表現為他人所見的防衛機轉問題，舉凡幻想、解離、隔絕、投射、分化、動作化、投射性認同等(Gabbard, 2005)。心理學亦著重行為分析，包含觀察、辨認、自省、歸因，對於氣質 (temperament) 的分析，還包含情感、動機、適應，進一步探討避險 (harm avoidance)、追求新奇 (novelty seeking)、依附 (attachment、reward dependence)、持續性 (persistence、ambition) 等特質，構築對人格探索可用的其他模型(Boland et al., 2021)。人格五

因素模型 (FFM, five factor model) 則以神經質 (neuroticism)、開放性 (openness)、外向性 (extraversion)、友善性 (agreeableness) 和盡責性 (Conscientiousness) 等進行人格分析 (Widiger et al., 2012)。

從人格障礙症的特質分布及暴力行為模式，又可建構如下模型解析 (Richard Howard, 2015)：

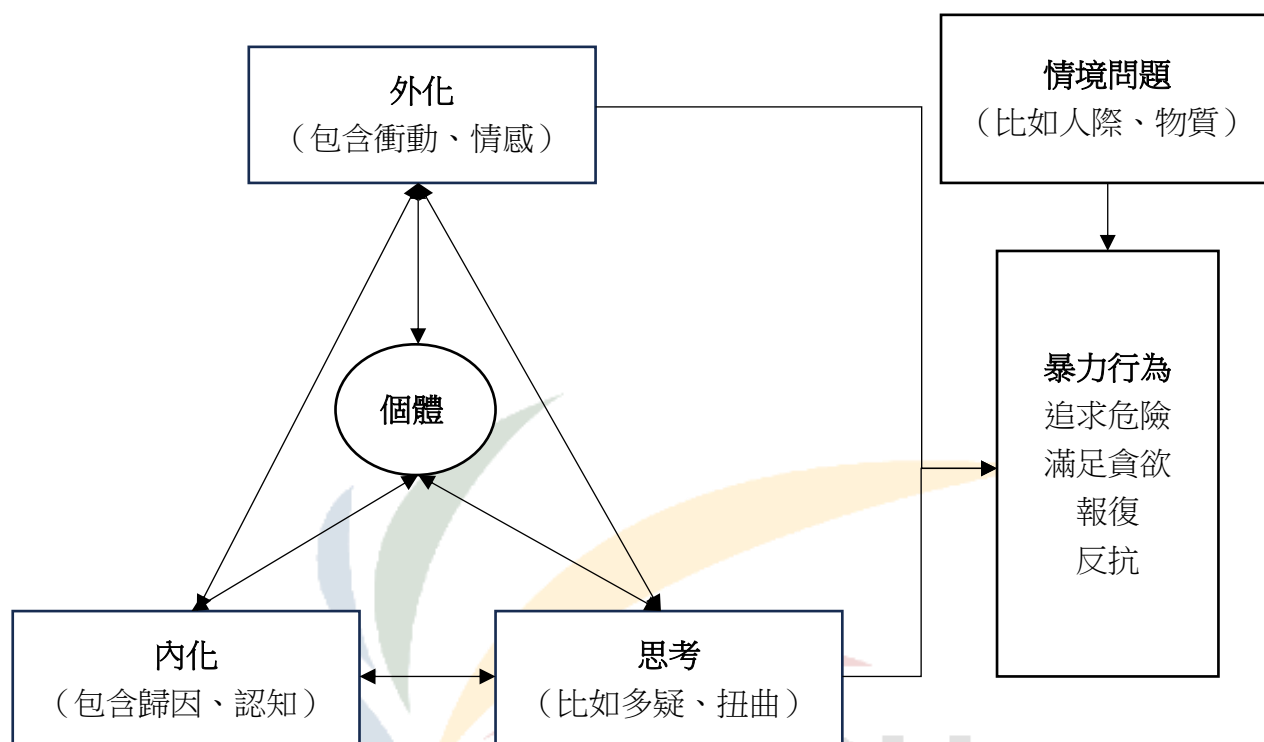


圖 2-6-1 人格障礙症暴力行為模型⁹

從前述文獻探討可推測，其實反社會人格障礙症或心理病質之外，其餘人格障礙症對暴力犯罪的影響也重要，曾有監獄中進行之隨機抽樣調查研究指出，A 群人格障礙症與暴力犯罪含殺人、殺人未遂、傷害、妨害性自主、妨害自由、恐嚇等的關連程度更高 (Apostolopoulos et al., 2018)。囊括個案對照研究、前瞻性研究的後設分析文獻指出，人格障礙症與一般族群相比，暴力犯罪含殺人、傷害、恐嚇、搶奪、妨害性自主等的風險約高過 3 倍；單看人格障礙症個案而言，與其他精神疾病患者或無精神疾病犯罪者相比，人格障礙症再犯風險亦約 2-3 倍 (Yu et al., 2012)，橫貫前述所有診斷，人格障礙症可能對各診斷的暴力犯罪風險有交互作用或干擾因子層次的影響。

⁹ 此圖係參考 Howard, Richard. (2015). Personality disorders and violence: what is the link? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 12. 這篇文獻，參照原文論述及圖義進行再製。

第七節 智能不足與暴力犯罪

智能不足於精神疾病診斷準則手冊置於第一章之神經發展障礙症，係指發展過程中其智力及適應功能缺損，含推論、問題解決、計劃、抽象思維、判斷、學習等與常人相比有落差，影響家庭、學校、就業、溝通、人際及獨立生活的能力(American Psychiatric Association, 2013)。全球盛行率約 1-3%(McKenzie et al., 2016)，本土盛行率約 0.4%(Lin & Lin, 2011)。

智能不足依其發展、社會適應、生活依賴他人程度，可分為輕度、中度、重度、深度等類型。整體病因包含單一基因疾病、多基因模式及各式早期可見之發展疾患，包含唐氏症、X 染色體脆折症 (Fragile X Syndrome)、小胖威利症候群 (Prader-Willi syndrome)、貓哭症候群 (Cat's cry syndrome、Cri-du-Chat)、苯酮尿症 (PKU, phenylketonuria)、雷特氏症 (Rett syndrome)、神經纖維瘤 (neurofibromatosis)、楓糖尿症 (maple syrup urine disease)、結節性硬化症 (tuberous sclerosis) 等，另有其他多種罕病、週產期感染、母體問題、嬰幼兒階段疾病亦為常見病因，包含感染症、胎兒酒精症候群、母體懷孕過程毒物或藥物暴露、腦傷、窒息、長期毒物暴露、嚴重營養不良、早年受虐、嚴重忽略等。此外，智能不足者亦須特別注意是否在發展過程又共病癲癇、注意力不足過動症、自閉症類群障礙症等神經及發展障礙(Boland et al., 2021)。

澳洲地區針對智能不足者之案例對照研究指出(Fogden et al., 2016)，與一般民眾相比，智能不足者牽涉暴力犯罪比例較高，包含傷害、殺人、妨害性自主、搶奪。與僅有智能不足者相比，有合併其他精神疾病共病的智能不足者暴力犯罪率更高，包含殺人、傷害、妨害性自主、恐嚇、搶奪、妨害自由(Thomas et al., 2019)。瑞典一蒐羅接受司法精神鑑定個案之資料庫研究(Edberg et al., 2022)指出，與未有智能不足的精神疾病者相比，智能不足者牽涉殺人、傷害、妨害性自主、恐嚇等暴力犯罪的比率並未較高。在不同場域或國家，犯罪者當中有智能不足者介於 0%-39.6%(Fazel et al., 2008; Holland, 1991)，通常智能不足提出的比例越高，研究資料越可能來自醫療場域，而比例較低的資料較可能來自監獄(Salekin et al., 2010)。被動學習、社會適應困難、自我概念及自我導向能力差(Salekin et al., 2010; Wehmeyer, 2001) 可能導致智能不足者在社會環境脆弱性下犯罪(Simpson & Hogg, 2001)。通常執法人員無法第一時間區辨有智能不足的犯罪者(Lamb et al., 2004)，智能不足者在矯正單位所受的對待是否適切亦值得商榷(Tort et al., 2016)。智能不足犯罪者接受的住居、就業、醫療、法律援助是否足夠在社會系統及犯罪防治策略中可能相當不足，以致最終往往造成一再入監(Baldry et al., 2012)。

第八節 暴力犯罪關聯因子

參考荷蘭觀護系統針對暴力犯罪者與非暴力犯罪者再犯風險評估的研究(van derPut et al., 2020)評估項目，犯罪關聯因子包含年紀、性別、犯罪史、住居情形、教育水準、工作經驗、財務狀況、家庭與親密關係、同儕群體樣態、非法物質與酒精使用情形、情緒問題、反社會特質等，該樣本囊括之犯罪者超過 8000 人，與暴力犯罪關聯程度高的因子包含暴力犯罪史、教育程度、工作、家庭與親密關係、非法物質與酒精使用、男性、反社會傾向等。

針對罹患精神疾病暴力犯罪者之後設分析研究(Eisenberg et al., 2019)納入的因子亦包含年紀、性別、暴力犯罪史、住居、教育、工作情形、財務問題、家庭與親密關係、問題行為同儕、非法物質與酒精使用、精神疾病診斷、反社會特質、治療配合度，亦即，除一般常人暴力犯罪所探討之關聯因子，精神疾病暴力犯罪者尚需考慮診斷及症狀的本質及治療情形。與暴力犯罪顯著相關的因子除暴力犯罪史及反社會特質外，尚有物質使用、工作、教育、家庭或親密關係、精神疾病等於治療中可介入之動態因子。

暴力犯罪史及性別在本研究中做為暴力犯罪靜態風險因子可能仍需謹慎。罹患精神疾病者的暴力行為確實為暴力風險評估重要依據(Thomson et al., 2009; Whiting et al., 2021)，然論及罹患精神疾病之暴力犯罪時，需要考慮罹患精神疾病犯罪者接受的處遇係以治療為本或重於處罰(Melamed, 2010)，他國研究亦指出，基於社會安全，罹患精神疾病之暴力犯罪者較可能被長期監禁，非暴力犯罪者接受刑罰後較可能在一般精神醫療單位接受治療，而後出院(Teplin, 1994)，而長期監禁對社會再適應及再犯動態因子依前述文獻，應無助益。

本研究所探討之嚴重精神疾病、物質使用障礙症等族群確實流行病學上男性較多，但犯罪者樣本及暴力犯罪者樣本往往也是男性較多。針對犯罪者以男性較多此一現象，華人男性暴力犯罪生物學研究指出，這可能與血清素受體多型性序列(differences in alleles)的差異有關(Liao et al., 2004; Zhang et al., 2017)。從神經發展及動物模型來看，暴力犯罪與多巴胺、血清素(Lycke et al., 1969)等腦內神經傳導物質的關聯可能受母體抽菸影響(Räsänen et al., 1999)。睪固酮此一性荷爾蒙高低可能也曾被用以解釋男性暴力犯罪者的行為(Dabbs et al., 1995)。亦有腦部影像研究指出(Gregory et al., 2012)，與男性非暴力犯罪者相比，男性暴力犯罪者腦島(insula)灰質體積較小。然而關於這類與犯罪有關之性別研究需注意，研究樣本可能受制於男性犯罪者比女性犯罪者更高的逮捕率和較重的刑度(Steffensmeier et al., 2010)。暴力犯罪成因及處遇就性別而言可能還可以從差別接觸和社會控制的角度出發理解犯罪者群體可能遭逢的性別差異經驗(Alarid et al., 2000)，而非僅探討生理性別與暴力犯罪的關聯或因果。

第九節 司法精神鑑定

司法精神鑑定分為民事及刑事鑑定兩種面向。民事法庭可能需要司法精神鑑定確認當事人是否因其精神疾病影響生活自理、日常事務，進而須由他人另行監護，亦可能於離婚訴訟、子女監護權、勞資訴訟中論及當事人是否因其精神疾病影響婚姻關係、子女照護、工作表現等。刑事或民事訴訟中則可能需司法精神鑑定就當事人責任能力、受審能力、作證能力、量刑、處遇、受刑能力等進行不同層面的評估，參考他國文獻(Chadda, 2013)，常見問題包含：

表 2-9-1 他國刑事司法精神鑑定常見命題

命題內容
被告是否罹患精神疾病？若有，該精神疾病表現及樣態為何？
被告心智狀態如何？是否足以清楚理解審理程序並於受審中應答？
被告所罹患之精神疾病與其謀殺罪行關聯程度為何？

這些問題可能奠基於對診斷的掌握，有時需要辨明個案動機、預謀、是否有不可抗拒之衝動，有些問題可能很明確，但其實難以回答(Chadda, 2013)，或許已然超出一般醫療或科學知識可論斷的範疇。他國針對司法精神鑑定報告的研究指出，司法精神鑑定儘管看似科學，但面對鑑定問題的結論時，報告內容通常較少提及鑑定者自身論點的假設、科學依據、參考文獻、使用評估工具的信效度及被鑑定人自陳內容的可信度，以及與其他證據對照是否有潛在的矛盾。

國內針對司法精神鑑定之常見待答命題亦有系統性整理，簡略摘錄如下(林耿樟、周煌智，2017)：

表 2-9-2 國內刑事司法精神鑑定常見命題

命題內容
個案過去曾有過精神疾病診斷，經治療後續發展情形？
個案認知能力、現實判斷力、分辨真實與幻想能力？
是否具辨別是非對錯能力？
對其行為控制力為何？
犯案當時，個案精神狀況是否達辨識能力與依辨識而行為能力有減損？
犯案當時，是否因毒品或飲酒至辨識能力降低，或無法發揮正常人之抑制犯罪衝動之可能？
是否具備預見用毒品或飲酒會發生不良後果，卻不特別留意？

這些鑑定待答命題與刑事案件相關者包含精神狀態鑑定、責任能力鑑定，通常在鑑定過程仍須建立犯罪者之生活史、家庭概況、疾病史、治療史，以確立症

狀細節、診斷，才能就疾病對其精神狀態、責任能力之影響進行較有學理根據的探討。為建構司法精神鑑定的科學性並減少偏誤，國外研究團隊曾試著發展流程化指引，將司法精神鑑定分為準備、進行鑑定、撰寫報告、出庭給予專業意見等四大階段 (Areh, 2020)，國內鑑定進行流程亦如是：

表 2-9-3 司法精神鑑定流程

期程	期程工作細項
前置準備	確認鑑定委託之合法性 確認鑑定團隊成員需求 確認鑑定團隊切合案件需求 確認鑑定團隊效能足以完成鑑定 確認鑑定團隊所屬機構擁有之資源 確認完成鑑定報告日期
鑑定過程	被鑑定人需知其陳述不會被保密 行告知後同意方可行鑑定 確認鑑定問題不再增修 評估被鑑定人基本心智功能 確認評估模式依照流程進行與否 確認被鑑定人個人史 開始選擇相關心理衡鑑工具 完成被鑑定人綜合及精神醫療評估 完成被鑑定人關聯者會談 收集與被鑑定人有關之其他資訊 確認資訊來源及可信度 掌握客觀資訊 比照各資訊細節出入，於會談中再澄清 鑑定者確認所收集資訊是否可支持臆斷 確認總體資訊的限制 確認犯罪行為前置因子、促發因子、關聯因子 評估再犯風險 評估精神狀態資訊與法律問題的關聯 評估當事人生活功能狀態 確認表述有無認知偏差、情感偏差 辨認反移情 確認有無其他鑑定工具需求 再確認所收集資料之潛在限制 團隊討論 倫理及法律面向討論

(續下頁)

期程	期程工作細項
報告撰寫	確認評估過程蒐羅資訊完整 確認評估過程無誤 確認評估日期及各資料收集時間 整合各造資訊 確認各造用語偏誤 使用中立措辭 善用客觀資料 謹記報告將於司法過程呈現，不過分文飾 確認報告內容對應之資訊來源 確認報告內容的限制 撰寫結論 撰寫醫療建議
出庭陳述	理解精神科醫師在法庭的角色 掌握鑑定在法庭代表的立場 需有預期可能進行交互詰問 能陳述自己擁有足以勝任鑑定的專業和經驗 能就精神科醫師的角度給予專家意見 以鑑定為本給予專家意見 能陳述論述的依據 能接受面質並以白話闡明醫療術語

目前台灣刑事案件被告基於刑事訴訟法第 208 條，僅法院或檢察官得囑託鑑定。亦即，被告於起訴後，因牽涉犯罪行為及司法單位認定有必要，由審判長、受命法官或檢察官選任鑑定人行鑑定。本研究進行期間，本土尚不能由被告或被告辯護人逕對外尋求鑑定。

本土司法精神鑑定流程亦朝科學化與專業訓練化邁進，但仍面臨多項挑戰，包含同案不同鑑定結論差異分析、腦科學證據的應用、被鑑定人宣稱失憶、被鑑定人詐病、整體鑑定作為證據之科學性、以創傷癥候論斷事實真實度、從個體神經或精神癥候推敲社會行為決策的偏誤（吳建昌、劉靜婷，2022）等，上述主題仍待本土司法論述進一步探討，輔以比較科學證據充作立論依據。

本章從常見之精神疾病診斷出發，回顧針對罹患精神疾病者之暴力犯罪關聯因子研究，這些研究的樣本來源可能是醫療紀錄、司法資料庫、健康保險資料庫、監獄調查、官方統計、被害調查、觀護人評估資料等，研究方法包含個案報告、個案對照研究、前瞻性研究、回溯性研究、後設分析等。有些研究僅聚焦犯罪者族群，有些人口學研究則將一般人口、手足等列入對照組比較。就罹患嚴重精神疾病之族群而言，思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症這兩種診斷的患者有相當比例乏病識感，治療配合度不佳，進而影響症狀活化程度及行為風險，若合併物質使用障礙症，確實暴力風險可能更高，同時不能忽略性別、暴力犯罪史對罹患精神疾病之暴力犯罪者風險評估的影響。

本研究將以由司法單位委託行司法精神鑑定的犯罪者為樣本，就其司法精神鑑定報告文本內容進行暴力犯罪關聯因子分析，於探討嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯時，將納入其他因子進行交互作用檢驗，含性別、治療配合度、暴力犯罪史、共病物質使用障礙症等。



第三章 研究方法

第一節 研究架構

由文獻回顧可知，精神疾病種類多元，不同診斷對應不同症狀，不同症狀對行為、認知及生活功能的影響各異。目前各精神疾病診斷、症狀與暴力犯罪的關聯仍未有定論。

本研究納入之案件皆屬 112 年 12 月 1 日「刑事訴訟法部分條文修正草案」針對刑事訴訟法第 208 條第 5 項至第 7 項之修正通過前¹⁰，納入之犯罪者皆來自法院或檢察署所轉介安排司法精神鑑定之犯罪者，這些犯罪者被起訴的罪名包含竊盜、詐欺、違反家庭暴力防治法、公共危險、殺人未遂、殺人、重傷害、傷害、縱火、強盜、妨害公務、妨害性自主、恐嚇、違反毒品危害防制條例、妨害自由、妨害風化、誹謗、偽造文書、違反醫事藥事法、妨害國幣、肇事遺棄、贓物、違反森林法、妨害秩序、違反廢棄物清理法、誣告、偽證等。其中妨害風化、誹謗、偽造文書、違反醫事藥事法、妨害國幣、肇事遺棄、贓物、違反森林法、妨害秩序、違反廢棄物清理法、誣告、偽證等各約 1-2 案，全納入非暴力犯罪中「其他」之分類，不再個別列出。

本研究納入之犯罪者可能同時被起訴不只一種罪名，經過司法精神鑑定後也可能不只有一種精神疾病診斷，單一犯罪者的所有罪名、所有診斷在犯罪分類、診斷分類時都會被同時計入，不針對特定罪名或診斷進行加權。

本研究主要依變項為暴力犯罪。暴力犯罪於各國、不同文獻等定義略有差異。本研究將以兩種不同暴力犯罪定義分類所有納入之犯罪者。第一種暴力犯罪定義係為「本土官方定義」，參照法務部司法官學院於民國 112 年 12 月出版之《中華民國一一一年犯罪狀況及其分析》（司法官學院犯罪防治研究中心，2024）中定義的暴力犯罪類型，包含殺人、殺人未遂、重傷害、妨害性自主、強盜／搶奪、恐嚇、妨害自由。第二種暴力犯罪定義係為「國際廣義定義」，一概含括《中華民國一一一年犯罪狀況及其分析》、美國國家司法研究院報告(National Institute of Justice, 2024)、美國聯邦調查局統一犯罪報告(Federal Bureau of Investigation, 2010)、日本警察白皮書和日本犯罪白皮書(楊士隆, 2020)中定義的所有暴力犯罪類型，包含殺人、殺人未遂、重傷害、傷害、縱火、家庭暴力、性侵害、搶奪、恐嚇、妨害自由。

¹⁰ 112 年 12 月 1 日立法院三讀通過之「刑事訴訟法部分條文修正草案」針對刑事訴訟法第 208 條第 5 項至第 7 項之修正提及：為維持武器平等及發現真實之必要，明定當事人得於審判中委任醫院、學校或其他相當之機關、機構或團體為鑑定或審查他人之鑑定。

本研究納入之犯罪者依其被起訴的罪名，將按照上述兩種暴力犯罪定義分類為「暴力犯罪者」和「非暴力犯罪者」。亦即，依照「本土官方定義」所分類出的「暴力犯罪者」和「非暴力犯罪者」將進行第一部分分析；依照「國際廣義定義」所分類出的「暴力犯罪者」和「非暴力犯罪者」將進行第二部分分析。另外，本研究特於第三部份分析將殺人此一「最嚴重之暴力犯罪類型」與竊盜此一在本研究犯罪者樣本中「最常見之非暴力犯罪類型」另作比較分析。

根據司法精神鑑定報告內容，本研究納入分析的變項包含人口因子、臨床因子、司法精神鑑定關聯因子等三大類。人口因子包含年紀、性別、教育程度、工作狀態、婚姻狀態。臨床因子包含家族病史、個人病史、物質接觸史、自殺史、就醫史、治療配合度。司法精神鑑定關聯因子包含暴力犯罪史、司法精神鑑定診斷、司法精神鑑定團隊於報告中描述其犯罪行為當下之情狀。

本研究之自變項以暴力犯罪靜態因子、動態因子為主。參考後設分析研究(Eisenberg et al., 2019)，犯罪靜態因子包含性別、年紀、教育程度、物質使用障礙症病史、家族精神疾病史、暴力犯罪史、就醫史；犯罪動態因子包含工作狀態、婚姻狀態、犯罪行為當下有重大精神疾病、犯罪行為當下有物質相關及成癮障礙症、治療配合度不佳。

依前述文獻回顧結果，男性、治療配合度不佳、有暴力犯罪史、合併物質相關及成癮障礙症可能對嚴重精神疾病與暴力犯罪行為之關聯有調節效果，本研究將另對這些假設進行調節作用分析。

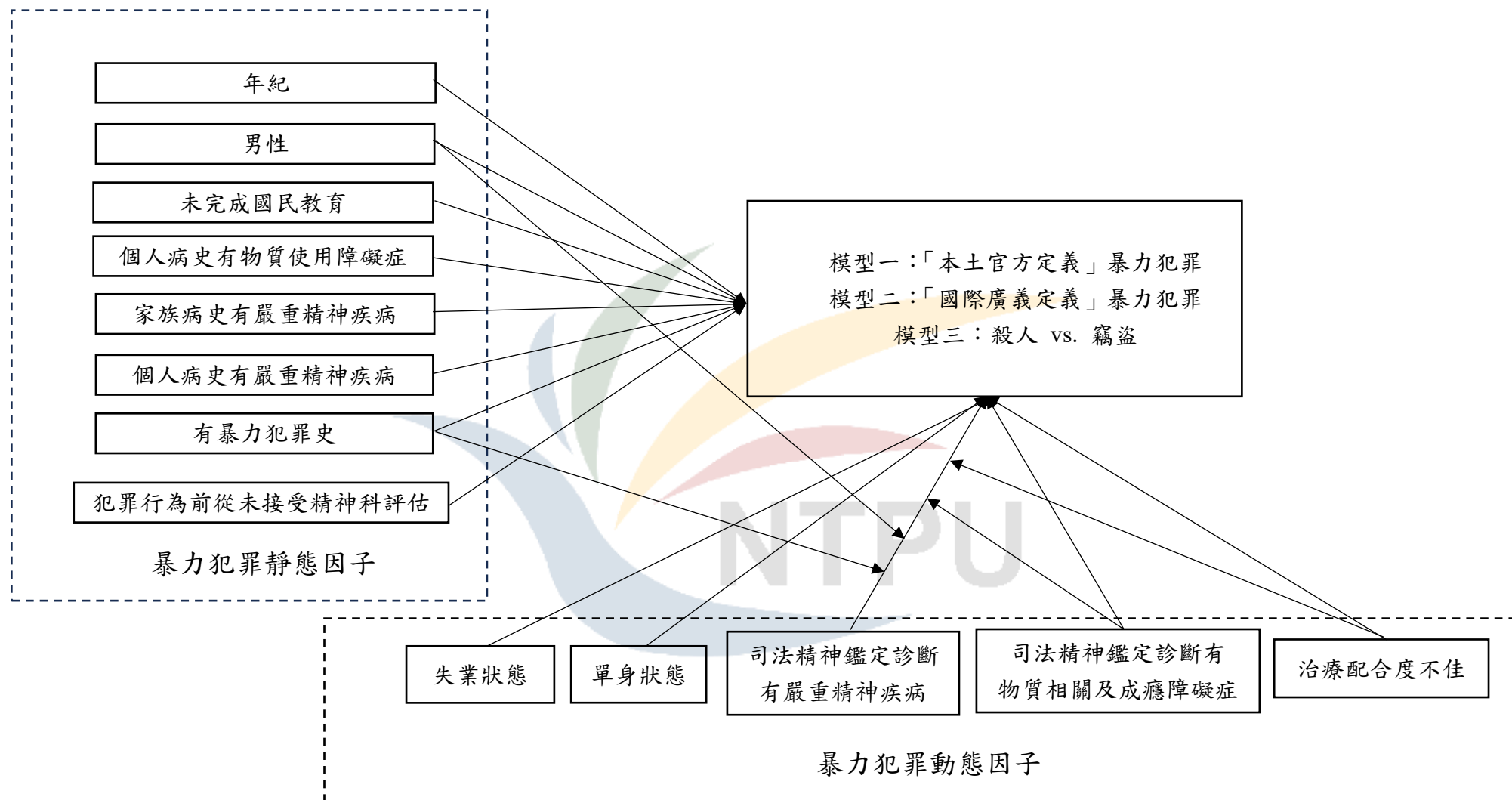


圖 3-1-1 研究架構

第二節 研究假設

目前針對嚴重精神疾病的操作型定義主要以診斷或功能受損程度為主，參考系統性文獻回顧，本研究將思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症定義為嚴重精神疾病(Gonzales et al., 2022)。本研究欲探討（1）嚴重精神疾病、物質相關及成癮障礙症與暴力犯罪的關聯，（2）性別、治療配合度、暴力犯罪史、合併物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有無調節作用。本研究假設：

假設一（H1）探討嚴重精神疾病是否與暴力犯罪有關

1-1、罹患嚴重精神疾病者較可能為暴力犯罪者

假設二（H2）探討物質相關及成癮障礙症是否與暴力犯罪有關

2-1、罹患物質相關及成癮障礙症者較可能為暴力犯罪者

假設三（H3）探討性別對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有無調節作用

3-1、性別對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有調節效果

假設四（H4）探討治療配合度對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有無調節作用

4-1、治療配合度對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有調節效果

假設五（H5）探討暴力犯罪史對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有無調節作用

5-1、暴力犯罪史對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有調節效果

假設六（H6）探討合併物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有無調節作用

6-1、合併物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有調節效果

第三節 研究對象

本回顧性研究於衛生福利部桃園療養院進行，桃園地區人口密度約為 1,800 人/平方公里，犯罪率約為 1000 人/100,000 人（桃園市政府警察局，2022），該院司法精神鑑定團隊承接來自檢察官或法官委託的刑事案件司法精神鑑定，針對行為、診斷、責任能力、受審能力或其他問題提呈鑑定報告。通常在犯案後數月，犯罪者會被轉介接受司法精神鑑定，鑑定前可能已經在其他地方接受過精神科治療。本研究回顧該院於民國 98 年 10 月至民國 111 年 2 月完稿之精神鑑定報告，排除民事案件、被害人鑑定報告，最終共 648 案納入研究對象，其中共 567 案（87.5%）由桃園地方法院委託，共 613 案（94.6%）委託鑑定犯案時精神狀態，亦即刑法第 19 條相關之責任能力鑑定。該 648 案之被告由司法精神鑑定醫師依據 DSM-IV-TR(American Psychiatric Association, 2000) 或 DSM-5(American Psychiatric Association, 2013)診斷，鑑定過程共有兩位精神科醫師、一位心理師、一位社工師參與會談。

本研究納入的 648 件刑案之司法精神鑑定報告非皆由相同精神科醫師、心理師或社工師進行鑑定及報告撰寫。本研究欲納入分析的人口因子、臨床因子、司法精神鑑定關聯因子在納入的 648 件刑案之司法精神鑑定報告中皆有記載。法院或地方檢察署委託之司法精神鑑定項目的差異並不影響本研究由鑑定報告內容中汲取並分析之變項。

表 3-3-1 司法精神鑑定委託單位

委託單位	數量
高等法院	6
基隆地方法院	1
台北地方法院	1
士林地方法院	2
新北地方法院	6
桃園地方法院	567
新竹地方法院	59
苗栗地方法院	1
彰化地方法院	1
高雄地方法院	1
台東地方法院	1
屏東地方法院	1
桃園地方檢察署	1
總數	648

表 3-3-2 司法精神鑑定委託項目

項目	數量
犯案時精神狀態	613
治療必要性	16
受審能力	4
鑑別診斷	2
犯案時精神狀態 + 當前受審能力	2
犯案時精神狀態 + 治療必要性	4
犯案時精神狀態 + 監護必要性	3
再犯之虞 + 監護必要性	1
鑑別診斷 + 再犯之虞	1
鑑別診斷 + 治療必要性	1
犯案時精神狀態 + 再犯之虞 + 監護必要性	1
總數	648



第四節 研究變項

壹、依變項

司法精神鑑定報告所載之起訴罪名係以鑑定時所參照之法院或檢察署公文為準，根據鑑定報告，本研究納入之 648 案起訴罪名主要有殺人、殺人未遂、重傷害、傷害、縱火、違反家庭暴力防治法、妨害性自主、強盜、搶奪、恐嚇、妨害自由、竊盜、詐欺、違反毒品危害防制條例、妨害公務、公共危險，其餘起訴罪名包含誹謗、偽造、誣告、偽證、侵占、違反醫療法，各有零星數案。

第一部份分析所定義之「暴力犯罪者」和「非暴力犯罪者」係以前述之「本土官方定義」為準，即參考法務部司法官學院於民國 112 年 12 月出版之《中華民國一一一年犯罪狀況及其分析》（司法官學院犯罪防治研究中心，2024）中定義的暴力犯罪類型，含殺人、殺人未遂、重傷害、妨害性自主、強盜／搶奪、恐嚇、妨害自由等，非屬前述 7 種起訴罪名者，皆列為「非暴力犯罪者」。

第二部份分析所定義之「暴力犯罪者」和「非暴力犯罪者」係以前述之「國際廣義定義」為準，一概含括《中華民國一一一年犯罪狀況及其分析》、美國國家司法研究院報告(National Institute of Justice, 2024)、美國聯邦調查局統一犯罪報告(Federal Bureau of Investigation, 2010)、日本警察白皮書和日本犯罪白皮書（楊士隆，2020）中定義的所有暴力犯罪類型，包含殺人、殺人未遂、重傷害、妨害性自主、強盜／搶奪、恐嚇、妨害自由、傷害、縱火、家庭暴力等，非屬前述 10 種起訴罪名者，皆列為「非暴力犯罪者」。

第三部份分析僅納入起訴罪名為「殺人」此一「最嚴重之暴力犯罪類型」和「竊盜」此一在本研究犯罪者樣本中「最常見之非暴力犯罪類型」另作比較分析，本研究納入之犯罪者樣本中，起訴罪名為「殺人」者皆未同時被起訴「竊盜」，起訴罪名為「竊盜」者皆未同時被起訴「殺人」，但可能會有其他同時被起訴的罪名，於比較分析時將另行列出。

此外，考量近年公共危險案件中酒後駕駛或施用物質後駕駛案件數量仍居高不下（司法官學院犯罪防治研究中心，2024），於內容分析時，倘該項公共危險案件細節與飲酒或使用物質相關，犯罪者臨床因子變項中之「物質接觸史」將計入其接觸或施用之物質種類，比如酒精、興奮劑等；其司法精神鑑定關聯子中之「司法精神鑑定診斷」若有酒精使用障礙症、興奮劑使用障礙症等，亦將計入「物質相關及成癮障礙症」此一類別，藉以反映物質施用與其指控罪名之關聯。

貳、人口因子

人口因子主要基於司法精神鑑定報告所載，包含犯案時年紀、性別、教育程度、工作狀態、婚姻狀態。

本研究所列之年紀為該案被告犯案年份扣除其出生年份所得之年齡為準。本研究納入之被告皆未有性別不安診斷，鑑定報告內容未提及社會性別相關議題，所列之性別以其身分證所列之生理性別為主。

本研究納入之犯罪者年紀最年少為 14 歲，最年長為 84 歲；各有女性 136 位、男性 512 位。所有犯罪者皆為本國國籍，考量本土於不同時代之教育政策、學校設置、教育／訓導／輔導體制、社會經濟結構、性別主流化思想等可能影響男女性別、不同年齡階層之學歷結構（彭莉惠、熊瑞梅、紀金山，2011），本研究於教育程度分類係依國民教育法第 4 條¹¹所定之教育年限分為「未完成國民教育者」及「完成國民教育者」，「未完成國民教育者」包含鑑定報告中所載之不識字、小學肄業、國中肄業、最高學歷達小學畢業者；「完成國民教育者」包含國中畢業、高中肄業、高職肄業、高中畢業、高職畢業、五專肄業、五專畢業、四技或二技肄業、四技或二技畢業、大學肄業、大學畢業、研究所肄業、研究所畢業等。教育過程因其智力發展之故，曾接受資源班或其他特殊教育資源介入者不另行統計，僅以受教育處所對應之國民教育年限分類。

工作狀態分為「就業狀態」及「失業狀態」，「就業狀態」係指被告犯案前後有受薪工作，含正職、兼職、打工、臨時工等，「失業狀態」係指被告犯案犯案前後完全沒有正職、兼職、打工或臨時工等任何可獲取收入的來源。

婚姻狀態分為「單身」、「已婚」和「分居」，「單身」以犯案前後未有法定配偶為主，包含離婚、鰥寡、未婚者。

參、臨床因子

臨床因子包含家族病史、個人病史、物質接觸史、自殺史、就醫史、治療配合度。本研究納入之司法精神鑑定報告所載之精神疾病診斷依據於民國 102 年之前係以 DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊（American Psychiatric Association, 2000）為主，102 年之後以 DSM-5 精神疾病診斷準則手冊（American Psychiatric Association, 2013）為主，本研究探討之臨床診斷名稱及準則於此兩版本並無重大修正，較無跨版本診斷異質性問題。本研究依照 DSM-5 精神疾病診斷準則手冊

¹¹ 依民國 112 年 06 月 21 日修正版本之國民教育法第 4 條，國民教育共九年，包含六年之國民小學教育、三年之國民中學教育。

(American Psychiatric Association, 2013)所載之疾病類群概念，將此 648 案司法精神鑑定報告所載之精神疾病診斷依其分類歸屬標定為思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症、憂鬱症、物質相關及成癮障礙症、認知類障礙症、人格障礙症、智能不足等。

家族病史係指被告三等親內有精神疾病診斷者，依鑑定報告所載為準，含思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症、憂鬱症、物質相關及成癮障礙症和智能不足等類型。

個人病史係指被告犯案前曾接受精神科評估，就鑑定報告所載為準，包含思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症、憂鬱症、物質相關及成癮障礙症、認知類障礙症、人格障礙症、智能不足等類型。

物質接觸史係指鑑定報告中所載被告自陳於犯案前之生活經驗中曾使用過之物質，含酒精、鴉片類、鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥、大麻、迷幻藥、興奮劑、吸入劑。與個人病史中的物質相關及成癮障礙症的差別在於，被告可能曾接觸過數種物質，但未必每一種接觸物質之使用經驗都符合精神科評估之物質相關及成癮障礙症診斷中所指涉之大量使用模式和耐受、依賴或渴求等生理效應。

「有自殺史」係指鑑定報告中所載個案曾有實際行為之自殺企圖者，不含自殺意念。「無就醫史」係指依據鑑定報告所述，被告在犯案前之所有生命歷程中皆未曾接受精神科評估。「治療配合度不佳」定義為接受藥物或非藥物治療的次數、頻率或時間點符合醫囑的比例低於 80%(Cramer et al., 2008)，是以，只要被告犯案前未依約返診接受藥物或心理治療，不管是每週回診一次、每月回診一次，只要漏掉一次，其實治療配合度便立刻低於 80%，比如，若被告原訂每週都服藥或進行治療，如果少了一週的劑量或治療次數，假定每個月有四週，就算被告該月份仍有三週皆有返診治療、也都有服藥，治療配合度仍只有 3 週／4 週=75%，若被告其實應該每個月返診拿藥，但若該月份沒有返診拿藥或接受診斷，便可知被告下一個月分應無藥物可服用，或者也沒有接受任何介入，其治療配合度便算做 0 週／4 週=0%，這些資料會從司法精神鑑定報告的描述中取得，進一步對照被告是否屬於「治療配合度不佳」之分類。

肆、司法精神鑑定關聯因子

司法精神鑑定關聯因子包含暴力犯罪史、司法精神鑑定診斷、犯罪行為是否受診斷影響、犯罪行為是否直接受幻覺或妄想影響。

第一部分分析之暴力犯罪史定義，係以第一部分所採之「本土官方定義」暴

力犯罪為主，包含殺人、殺人未遂、重傷害、妨害性自主、強盜／搶奪、恐嚇、妨害自由等，於司法精神鑑定報告中記載有上述七種犯罪史任何之一者，定義為「有暴力犯罪史」，未有上述七種犯罪史任何之一者，定義為「無暴力犯罪史」。

第二部分分析之暴力犯罪史定義，係以第二部分所採之「國際廣義定義」暴力犯罪為主，包含殺人、殺人未遂、重傷害、妨害性自主、強盜／搶奪、恐嚇、妨害自由、傷害、縱火、家庭暴力等，於司法精神鑑定報告中記載有上述十種犯罪史者任何之一者，定義為「有暴力犯罪史」，未有上述十種犯罪史任何之一者，定義為「無暴力犯罪史」。

第三部分分析主要在比較「殺人」此一「最嚴重之暴力犯罪類型」與「竊盜」此一在本研究犯罪者樣本中「最常見之非暴力犯罪類型」，於司法精神鑑定報告中所載之犯罪史將羅列比較，暴力犯罪史定義則沿用第二部分所採之「國際廣義定義」暴力犯罪，亦即，於司法精神鑑定報告中記載有殺人、殺人未遂、重傷害、傷害、縱火、家庭暴力、性侵害、搶奪、恐嚇、妨害自由等任何之一者，定義為「有暴力犯罪史」，反之則為「無暴力犯罪史」。

司法精神鑑定診斷以司法精神鑑定報告上所載為準。本研究納入之 648 案中，屬思覺失調類群和其他精神病症的精神鑑定診斷包含妄想症、短暫精神病症、思覺失調症、情感思覺失調症、物質／醫藥引發的精神病症、非特定的思覺失調類群及其他精神病症，所載呈現之症狀表癥以幻覺、妄想、胡言亂語、混亂行為為主，其人際、學業、工作、自我照顧能力自發病以來與病前相比亦顯著下降。屬雙相情緒及其相關障礙症的精神鑑定診斷包含第一型雙相情緒障礙症、非特定的雙相情緒及其相關障礙症為主，所載呈現之症狀表癥重在躁症症狀發作，含持續至少一週、幾乎每天所有時刻皆顯情緒高昂、開闊或易怒，且睡眠需求降、話多、思緒飛躍、易分心、精神動作激動，發病過程多半於其社交、工作多已有影響，甚至有妄想或幻覺症狀。上述兩種診斷類群亦在較多文獻(Gonzales et al., 2022)中被視為嚴重精神疾病。

屬憂鬱症的精神鑑定診斷包含鬱症、持續性憂鬱症（輕鬱症）、非特定的憂鬱症，主要表癥含持續整天、超過兩週以上之憂鬱症狀，多影響睡眠、胃口、活動力、注意力，常有無望感或自殺意念。

屬物質相關及成癮障礙症的精神鑑定診斷包含酒精使用障礙症、大麻使用障礙症、迷幻藥相關障礙症、吸入劑使用障礙症、鴉片使用障礙症、鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥使用障礙症、興奮劑相關障礙症，主要表癥含大量使用且難以中斷使用該物質以致出現耐受、依賴，多有過中毒、戒斷、渴求等進一步症狀。本研究納入之精神鑑定報告中，各物質依其化學結構、作用性質或施用模式分別歸屬不

同物質相關及成癮障礙症診斷，迷幻藥含 K 他命，吸入劑含笑氣及強力膠，鴉片類含海洛因，興奮劑含安非他命、卡西酮類，卡西酮類又常見於咖啡包此一物質施用類型。

屬認知類障礙症的精神鑑定診斷有認知障礙症、另一身體病況引起的認知障礙症，包含俗稱之阿茲海默症、失智症、中風後失智、腦傷、癲癇後遺症，主要認知受損範疇包含複雜注意力、執行功能、學習、語言、記憶、知覺、動作或社會認知，以至於其日常生活功能下降，需要他人輔助。

人格障礙症的精神鑑定診斷所載者包含邊緣型人格障礙症、反社會型人格障礙症，表癥之初始往往可溯及青少年至成人早期，於其自身、他人或事件的察覺、解讀或情感反應的合宜度、情感的強度或起伏、人際互動或衝動控制明顯偏離所屬文化之預期，影響其職業、人際或其他生活面向，且須排除其他精神疾病、物質或腦傷造成的影響。

屬智能不足的精神鑑定診斷所載者包含輕度智能不足、中度智能不足、智能障礙、智能發展障礙、邊緣智能不足、非特定的智能不足等診斷用語。智能不足係指於概念、社會、實務層面評估反映之智力和適應功能有缺損，不單指智力測驗之分數，亦須考慮於家庭、學校、工作、社區進行溝通、社會參與及獨立生活的能力。

其他零星於納入之鑑定報告中呈現之精神疾病診斷尚有自閉症、亞斯伯格症、自閉症類群障礙症、非特定的廣泛性發展障礙症、強迫症、適應障礙症等，然數量皆僅有一至二案，於本研究中不另行分類。單一案件經司法精神鑑定，可能合併不只一種精神疾病診斷。

司法精神鑑定委託項目中共有 622 案（95.99%）載明需鑑定犯案時精神狀態，這 622 案鑑定報告皆有針對刑法第 19 條¹²相關事項提出見解，其他 26 份鑑定報告儘管受託鑑定事項不同，但鑑定團隊皆於鑑定報告中載明被告犯罪行為與其診斷、症狀之關聯。基於精神衛生法中對於精神疾病的描述¹³，倘司法精神鑑定報告結論中提及被告診斷影響其犯罪行為前後之思考、情緒、認知、行為、知覺者，認為犯罪行為可能受診斷影響，若有此見解，則定義為「犯罪行為受診斷影響」，比如，鑑定團隊可能描述被告診斷為智能不足，影響其犯罪行為當下之判斷；又如，鑑定團隊可能描述被告診斷為情感思覺失調症，被告於犯罪行為當

¹² 司法精神鑑定團隊針對被告犯案時精神狀態除提出診斷外，常需就其行為時是否因精神障礙或其他心智缺陷，以致其辨識行為違法或依其辨識而行為之能力顯著減低或缺提出見解。

¹³ 精神衛生法第 3 條定義精神疾病為：「思考、情緒、知覺、認知、行為及其他精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病。但反社會人格違常者，不包括在內。」

下有情感症狀及妄想症狀，以致被告於犯罪行為當下辨識能力受影響。若鑑定團隊於司法精神鑑定報告中提及被告之幻覺或妄想「直接」影響其犯罪行為，且鑑定團隊採納於結論論述中，則定義為「犯罪行為直接受幻覺或妄想影響」，比如，鑑定團隊可能描述被告有雙相情緒障礙症之躁症、合併精神病症狀，於犯罪行為當下有顯著之被害妄想，以致於被告認為自己有危險、受人追殺，故擅入他人屋內躲藏，認定其闖入民宅之行為與其妄想症狀有直接之因果關係，這樣的描述符合「犯罪行為直接受幻覺或妄想影響」，於本研究之架構中，也符合「犯罪行為受診斷影響」的分類中。「犯罪行為受診斷影響」和「犯罪行為直接受幻覺或妄想影響」這兩個變項都是以鑑定團隊於鑑定報告描述之見解為主，研究者不會進一步調整或更改。依此分類方法，「犯罪行為直接受幻覺或妄想影響」之犯罪者在司法精神鑑定報告判讀中必也歸屬「犯罪行為受診斷影響」之一類，因為幻覺、妄想係精神疾病診斷之癥候群症狀之一。

伍、自變項：暴力犯罪靜態因子與動態因子

基於司法精神鑑定報告內所載之人口因子、臨床因子、司法精神鑑定關聯因子，並參考針對罹患精神疾病犯罪者再犯因子的後設分析文獻(Eisenberg et al., 2019)，本研究暴力犯罪靜態因子定義為年紀、男性、未完成國民教育、個人病史有物質使用障礙症病史、個人病史有嚴重精神疾病、家族病史有嚴重精神疾病、有暴力犯罪史、犯罪行為前從未接受精神科評估等 8 種。犯罪動態因子定義為犯罪前後為失業狀態、犯罪前後為單身狀態、司法精神鑑定診斷含重大精神疾病、司法精神鑑定診斷含物質相關及成癮障礙症、治療配合度不佳等 5 種。

陸、統計變項註記與編碼

綜合上述，本研究內容分析編碼邏輯如下供參：

表 3-4-1 統計變項註記與編碼

變項名稱	變項分組內容	註記/編碼
人口因子		
犯案時年紀	連續變項	Mean±SD
性別	女性	0
	男性	1
教育程度	完成國民教育	0
	未完成國民教育	1
工作狀態	就業狀態	0
	失業狀態	1

(續下頁)

變項名稱	變項分組內容	註記/編碼
婚姻狀態	單身	是=1/否=0
	分居	是=1/否=0
	已婚	是=1/否=0
臨床因子		
家族病史	嚴重精神疾病	有=1/無=0
	思覺失調類群和其他精神病症	有=1/無=0
	雙相情緒及其相關障礙症	有=1/無=0
	憂鬱症	有=1/無=0
	物質相關及成癮障礙症	有=1/無=0
	智能不足	有=1/無=0
個人病史	嚴重精神疾病	有=1/無=0
	思覺失調類群和其他精神病症	有=1/無=0
	雙相情緒及其相關障礙症	有=1/無=0
	憂鬱症	有=1/無=0
	物質相關及成癮障礙症	有=1/無=0
	認知類障礙症	有=1/無=0
	智能不足	有=1/無=0
	人格障礙症	有=1/無=0
物質接觸史	酒精	有=1/無=0
	鴉片類	有=1/無=0
	鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥	有=1/無=0
	大麻	有=1/無=0
	迷幻藥	有=1/無=0
	興奮劑	有=1/無=0
	吸入劑	有=1/無=0
自殺史	過往未有自殺企圖	0
	曾有自殺企圖	1
就醫史	犯案前之所有生命歷程中曾接受精神科評估	0
	犯案前之所有生命歷程中未曾接受精神科評估	1
治療配合度	接受藥物或非藥物治療次數、頻率或時間點符合醫囑的比例低於 80%	0
	接受藥物或非藥物治療的次數、頻率或時間點符合醫囑的比例高於 80%	1

(續下頁)

變項名稱	變項分組內容	註記/編碼
司法精神鑑定因子		
起訴罪名	殺人	有=1/無=0
	殺人未遂	有=1/無=0
	重傷害	有=1/無=0
	妨害性自主	有=1/無=0
	強盜／搶奪	有=1/無=0
	恐嚇	有=1/無=0
	妨害自由	有=1/無=0
	傷害	有=1/無=0
	縱火	有=1/無=0
	違反家庭暴力防治法	有=1/無=0
	竊盜	有=1/無=0
	詐欺	有=1/無=0
	違反毒品危害防制條例	有=1/無=0
	妨害公務	有=1/無=0
	公共危險	有=1/無=0
	其他	有=1/無=0
暴力犯罪	否	0
	是	1
暴力犯罪史	無	0
	有	1
司法精神鑑定診斷	嚴重精神疾病	有=1/無=0
	思覺失調類群和其他精神病症	有=1/無=0
	雙相情緒及其相關障礙症	有=1/無=0
	憂鬱症	有=1/無=0
	物質相關及成癮障礙症	有=1/無=0
	認知類障礙症	有=1/無=0
	智能不足	有=1/無=0
	人格障礙症	有=1/無=0
犯罪行為受診斷影響	否	0
	是	1
犯罪行為直接受幻覺或妄想影響	否	0
	是	1

第五節 統計使用方法

壹、描述性統計

人口因子、臨床因子、司法精神鑑定關聯因子包含連續變項和類別變項。連續變項將以平均數和標準差呈現資料分布情形，類別變項則以次數和百分比呈現。

貳、雙變項分析

雙變項分析使用獨立樣本 t 檢定和卡方檢定。所有樣本於第一部分、第二部分之分析分別被分類為「本土官方定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者；「國際廣義定義」暴力犯罪者和非暴力犯罪者。第三部分分析則將僅針對起訴罪名為「殺人」和「竊盜」者進行比較分析。獨立樣本 t 檢定用於探究兩組年齡平均數的差異，卡方檢定則用於探究兩類別變項為獨立或有相關，比如有無完成國民教育之個案中其暴力犯罪者比例是否相等。

參、多元邏輯迴歸 (Multiple logistic regression)

第一部分分析之依變項為「本土官方定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者，變項為「犯罪靜態因子」和「犯罪動態因子」，「犯罪靜態因子」包含年紀、男性、未完成國民教育、過往有物質使用障礙症病史、過往有嚴重精神疾病史、有家族精神疾病史、有「本土官方定義」暴力犯罪史、犯罪行為前從未接受精神科評估；「犯罪動態因子」包含為犯罪前後為失業狀態、犯罪前後為單身狀態、司法精神鑑定診斷有重大精神疾病、司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症、治療配合度不佳。

第二部分分析之依變項為「國際廣義定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者，變項為「犯罪靜態因子」和「犯罪動態因子」，「犯罪靜態因子」包含年紀、男性、未完成國民教育、過往有物質使用障礙症病史、過往有嚴重精神疾病史、有家族精神疾病史、有「國際廣義定義」暴力犯罪史、犯罪行為前從未接受精神科評估；「犯罪動態因子」包含為犯罪前後為失業狀態、犯罪前後為單身狀態、司法精神鑑定診斷有重大精神疾病、司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症、治療配合度不佳。

第三部分分析之依變項為「殺人」和「竊盜」，自變項為「犯罪靜態因子」和「犯罪動態因子」，「犯罪靜態因子」包含年紀、男性、未完成國民教育、過往有物質使用障礙症病史、過往有嚴重精神疾病史、有家族精神疾病史、有「國際廣義定義」暴力犯罪史、犯罪行為前從未接受精神科評估；「犯罪動態因子」包

含為犯罪前後為失業狀態、犯罪前後為單身狀態、司法精神鑑定診斷有重大精神疾病、司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症、治療配合度不佳。

上述三部分分析中之自變項將以進入進入 (enter) 的方式置入統計模型，檢驗「犯罪靜態因子」、「犯罪動態因子」與各定義之依變項的關聯。Homere-Lemeshow goodness-of-fit test 將被用來檢驗邏輯迴歸分析模型的適配性。本研究皆採用雙尾檢定，p 值小於 0.05 被視為顯著。

肆、調節作用

為檢驗犯罪靜態因子中「男性」、「有暴力犯罪史」以及犯罪動態因子中「治療配合度不佳」、「司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症」等變項對「司法精神鑑定診斷有重大精神疾病」和依變項間的關聯有無調節作用，三大部分分析將續依其針對暴力犯罪之定義，使用統計軟體 SPSS 中由學者 Hayes 開發的 PROCESS 運算工具(Hayes, 2012)進行調節作用模型分析，個別因子進行調節作用分析時，其他因子將納入模型之共變項。



第六節 研究倫理

本研究已被衛生福利部桃園療養院倫理委員會認可，IRB 編號為 B20210722-2。本研究為回溯性研究，研究者在研究過程不會與個案接觸、聯繫，研究方式不涉及檢驗、給藥，未有檢體、放射線暴露、醫療介入疑慮，研究過程與研究結果不會向個案、個案家屬及其醫療團隊揭露，不影響個案既有的醫療決策、處遇與治療。所有資料將以去連結、去識別化的方式呈現，確保個案隱私。相關統計資料將於個人電腦加密留存，非研究團隊成員不得瀏覽，亦不挪用於其他研究使用。



第四章 研究結果

第一節 變項描述性統計

648 位個案被納入此研究。本節將呈現各變項基本樣態，包含人口因子、臨床因子及司法精神鑑定關聯因子，其中亦包含樣本被起訴之犯罪罪名及司法精神鑑定診斷樣態。

壹、人口因子

人口因子呈現如表 4-1-1。平均年紀為 39.20 ± 11.98 歲，79.0% 為男性，18.7% 未完成國民教育，90.1% 為失業狀態，90.9% 為單身狀態。

表 4-1-1 人口因子樣態

	Mean	SD
年紀	39.20	11.98
	n	%
男性	512	79.0
未完成國民教育	121	18.7
無業狀態	584	90.1
婚姻狀態		
單身	589	90.9
分居	3	0.5
已婚	56	8.6

SD, standard deviation

貳、臨床因子

臨床因子呈現如表 4-1-2。13.6% 的個案其家族病史有嚴重精神疾病，11.1% 家族病史有思覺失調類群和其他精神病症，2.8% 家族病史有雙相情緒及其相關障礙症，13.7% 家族病史有物質相關及成癮障礙症。34.4% 的個案其個人病史有嚴重精神疾病，29.5% 個人病史有思覺失調類群和其他精神病症，4.9% 個人病史有雙相情緒及其相關障礙症，26.7% 個人病史有物質相關及成癮障礙症。就物質接觸史而言，53.1% 個案接觸過酒精，此為最多，26.4% 為興奮劑，10.3% 為迷幻藥。10.3% 個案曾有自殺企圖。17.3% 在犯罪行為前從未就醫接受精神科評估。高達 92.4% 治療配合度不佳。

表 4-1-2 臨床因子樣態

	n	%
家族病史		
嚴重精神疾病	88	13.6
思覺失調類群和其他精神病症	72	11.1
雙相情緒及其相關障礙症	18	2.8
憂鬱症	61	9.4
物質相關及成癮障礙症	89	13.7
智能不足	30	4.6
個人病史		
嚴重精神疾病	223	34.4
思覺失調類群和其他精神病症	191	29.5
雙相情緒及其相關障礙症	32	4.9
憂鬱症	52	8.0
物質相關及成癮障礙症	173	26.7
認知類障礙症	30	4.6
智能不足	91	14.0
人格障礙症	1	0.2
物質接觸史		
酒精	344	53.1
鴉片類	28	4.3
鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥	31	4.8
大麻	13	2.0
迷幻藥	67	10.3
興奮劑	171	26.4
吸入劑	30	4.6
有自殺史	69	10.6
無就醫史	112	17.3
治療配合度不佳	599	92.4

參、司法精神鑑定關聯因子

司法精神鑑定關聯因子呈現如表 4-1-3。殺人案件占總體比例 5.4%，殺人未遂佔 6.8%，重傷害 0.5%，妨害性自主 14.5%，強盜和搶奪共佔 6.2%，恐嚇佔 3.7%，妨害自由佔 1.4%。非暴力犯罪佔 62.7%，竊盜占總體比例高達 30.6%，公共危險占 10.8%，違反家庭暴力防治法占 8.2%，傷害占 5.4%。司法精神鑑定診斷中共 44.9%為嚴重精神疾病，思覺失調類群和其他精神病症占總體比例為 39.7%，雙相情緒及其相關障礙症占 5.2%，物質相關及成癮障礙症占 28.4%，智

能不足占 13.9%，憂鬱症占 11.1%。345 案（53.2%）經鑑定團隊認定其犯罪行為當下受其精神疾病診斷影響，其中又有 37 案由鑑定團隊釐清並採信其犯罪行為直接受幻覺或妄想影響。

表 4-1-3 司法精神鑑定因子樣態

起訴罪名	n	%	司法精神鑑定診斷	n	%
殺人	35	5.4	嚴重精神疾病	291	44.9
殺人未遂	44	6.8	思覺失調類群和其他精神病症	257	39.7
重傷害	3	0.5	雙相情緒及其相關障礙症	34	5.2
妨害性自主	94	14.5	憂鬱症	72	11.1
強盜／搶奪	40	6.2	物質相關及成癮障礙症	184	28.4
恐嚇	24	3.7	認知類障礙症	47	7.3
妨害自由	9	1.4	智能不足	90	13.9
傷害	35	5.4	人格障礙症	13	2.0
縱火	3	0.5			
違反家庭暴力防治法	53	8.2	犯罪行為受診斷影響	345	53.2
竊盜	198	30.6			
詐欺	27	4.2	犯罪行為直接受幻覺或妄想影響	37	5.7
違反毒品危害防制條例	11	1.7			
妨害公務	14	2.2			
公共危險	70	10.8			

第二節 第一部分分析：「本土官方定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者

所有樣本於本節將依起訴罪名分為「本土官方定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者兩組，首先比較兩組人口因子、臨床因子和司法精神鑑定關聯因子。接著呈現「犯罪靜態因子」、「犯罪動態因子」和「本土官方定義」之暴力犯罪者的關聯。最後呈現犯罪靜態因子中「男性」、「有暴力犯罪史」以及犯罪動態因子中「治療配合度不佳」、「司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症」等變項對「司法精神鑑定診斷有重大精神疾病」和「本土官方定義」之暴力犯罪者間關聯的調節作用情形。

壹、變項比較分析

一、人口因子

表 4-2-1 呈現「本土官方定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者人口因子的差異。與「本土官方定義」之非暴力犯罪者相比，「本土官方定義」之暴力犯罪者顯較年輕 (37.75 ± 12.08 vs. 40.07 ± 11.84 , $p = 0.017$)、男性比例顯著較高 (93.0% vs. 70.7% , $p < 0.001$)，無業狀態比例較非暴力犯罪者低 (86.4% vs. 92.4% , $p = 0.02$)，其餘在未完成國民教育比例、婚姻狀態分布等則未有顯著差異。

表 4-2-1 「本土官方定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者人口因子比較

	暴力犯罪者(n=242)		非暴力犯罪者(n=406)		t	p value
	Mean	SD	Mean	SD		
年紀	37.75	12.08	40.07	11.84	-2.391	0.017
	n	%	n	%	χ^2	p value
男性	225	93.0	287	70.7	45.41	<0.001
未完成國民教育	46	19.0	75	18.5	0.029	0.917
無業狀態	209	86.4	375	92.4	6.134	0.02
婚姻狀態						
單身	214	88.4	375	92.4	2.837	0.12
分居	2	0.8	1	0.2	1.107	0.559
已婚	26	10.7	30	7.4	2.161	0.15

二、臨床因子

表 4-2-2 呈現「本土官方定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者臨床因子的差

異。與「本土官方定義」之非暴力犯罪者相比，「本土官方定義」之暴力犯罪者在犯罪行為前無就醫史者顯著較多（28.1% vs. 10.8%, $p < 0.001$ ），其餘在家族病史、個人病史、物質接觸史、自殺史、治療配合度樣態等皆未有顯著差異。

表 4-2-2 「本土官方定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者臨床因子比較

	暴力犯罪者(n=242)		非暴力犯罪者(n=406)		χ^2	p value
	n	%	n	%		
家族病史						
嚴重精神疾病	32	13.2	56	13.8	0.042	0.906
思覺失調類群和其他精神病症	26	10.7	46	11.3	0.053	0.897
雙相情緒及其相關障礙症	7	2.9	11	2.7	0.019	1
憂鬱症	19	7.9	42	10.3	1.106	0.332
物質相關及成癮障礙症	29	12	60	14.8	1	0.347
智能不足	13	5.4	17	4.2	0.482	0.563
個人病史						
嚴重精神疾病	72	29.8	151	37.2	3.719	0.06
思覺失調類群和其他精神病症	61	25.2	130	32	3.386	0.075
雙相情緒及其相關障礙症	11	4.5	21	5.2	0.127	0.852
憂鬱症	19	7.9	33	8.1	0.016	1
物質相關及成癮障礙症	69	28.5	104	25.6	0.65	0.463
認知類障礙症	7	2.9	5.7	23	2.64	0.123
智能不足	34	14	57	14	0	1
人格障礙症	0	0	1	0.2	0.597	1
物質接觸史						
酒精	139	57.4	205	50.5	2.937	0.088
鴉片類	7	2.9	21	5.2	1.906	0.23
鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥	12	5	19	4.7	0.026	0.852
大麻	6	2.5	7	1.7	0.44	0.567
迷幻藥	28	11.6	39	9.6	0.631	0.427
興奮劑	60	24.8	111	27.3	0.506	0.519
吸入劑	14	5.8	16	3.9	1.168	0.334
有自殺史	28	11.6	41	10.1	0.345	0.599
無就醫史	68	28.1	44	10.8	31.601	<0.001
治療配合度不佳	222	91.7	377	92.9	0.273	0.646

三、司法精神鑑定關聯因子

表 4-2-3 呈現「本土官方定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者司法精神鑑定關聯因子的差異。與「本土官方定義」之非暴力犯罪者相比，「本土官方定義」之暴力犯罪者有暴力犯罪史者比例顯著較高（21.1% vs. 12.6%, $p = 0.005$ ），司法精神鑑定診斷為嚴重精神疾病（36.8% vs. 49.8%, $p = 0.001$ ）、思覺失調類群和其他精神病症者（33.5% vs. 43.3%, $p = 0.013$ ）比例顯著較低。兩組在其他診斷類群、犯罪行為受診斷、幻覺或妄想影響的比例等皆未有顯著差異。

表 4-2-3 「本土官方定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者司法精神鑑定關聯因子比較

	暴力犯罪者 (n=242)		非暴力犯罪者 (n=406)		χ^2	p value
	n	%	n	%		
有暴力犯罪史	51	21.1	51	12.6	8.285	0.005
司法精神鑑定診斷						
嚴重精神疾病	89	36.8	202	49.8	10.32	0.001
思覺失調類群和其他精神病症	81	33.5	176	43.3	6.183	0.013
雙相情緒及其相關障礙症	8	3.3	26	6.4	2.927	0.102
憂鬱症	25	10.3	47	11.6	0.238	0.699
物質相關及成癮障礙症	74	30.6	110	27.1	0.906	0.368
認知類障礙症	15	6.2	32	7.9	0.639	0.531
智能不足	34	14	56	13.8	0.008	1
人格障礙症	7	2.9	6	1.5	1.544	0.251
犯罪行為受診斷影響	117	48.3	228	56.2	3.715	0.061
犯罪行為直接受幻覺或妄想影響	17	7	20	4.9	1.24	0.295

貳、犯罪靜態因子與動態因子分析

表 4-2-4 呈現犯罪靜態因子、動態因子與「本土官方定義」之暴力犯罪者樣本的關聯，經過校正，男性（OR: 4.97; 95% CI: 2.83–8.75）、有暴力犯罪史（OR: 1.61; 95% CI: 1.02–2.53）、犯罪行為前從未接受精神科評估（OR: 3.62; 95% CI: 2.04–6.42）有較高機率為暴力犯罪者。單身狀態（OR: 0.52; 95% CI: 0.28–0.97）、司法精神鑑定診斷有嚴重精神疾病（OR: 0.59; 95% CI: 0.35–0.99）有較高機率為非暴力犯罪者。這個模型是合用的（appropriately fitted）（Hosmer-Lemeshow statistics = 7.778, $p = 0.455$ ）。

表 4-2-4 犯罪靜態因子、動態因子與「本土官方定義」暴力犯罪者之關聯

	暴力犯罪者	
	OR	95% CI
靜態因子		
年紀	0.98	0.97-1.00
男性	4.97	2.83-8.75
未完成國民教育	1.19	0.75-1.91
個人病史有物質使用障礙症	1.36	0.65-2.84
家族病史有嚴重精神疾病	1.06	0.64-1.76
個人病史有嚴重精神疾病	1.44	0.79-2.61
有暴力犯罪史	1.61	1.02-2.53
犯罪行為前從未接受精神科評估	3.62	2.04-6.42
動態因子		
失業狀態	0.74	0.42-1.30
單身狀態	0.52	0.28-0.97
司法精神鑑定診斷有嚴重精神疾病	0.59	0.35-0.99
司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症	0.78	0.39-1.56
治療配合度不佳	0.82	0.43-1.55

Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test p value = 0.455

OR, odds ratio; CI, confidence interval

參、調節作用分析

表 4-2-5 呈現各調節作用模型分析。性別對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用未達到顯著；治療配合度對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用未達到顯著；暴力犯罪史對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用未達到顯著；物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用亦不顯著。

表 4-2-5 調節作用模型分析

	Coefficient	SE	Z	p value	95% CI
性別對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-0.64	0.57	-0.73	0.46	-1.94-0.66
性別	1.68	0.39	4.25	<0.001	0.90-2.45
性別 × 嚴重精神疾病	-0.14	0.57	-0.25	0.80	-1.25-0.97
治療配合度對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-1.26	0.68	-1.84	0.06	-2.60-0.08
治療配合度	-0.56	0.49	-1.14	0.25	-1.52-0.40
治療配合度 × 嚴重精神疾病	0.75	0.66	1.13	0.26	-0.55-2.05
暴力犯罪史對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-0.45	0.28	-1.57	0.12	-1.00-0.11
暴力犯罪史	0.70	0.31	2.78	0.02	1.00-1.30
暴力犯罪史 × 嚴重精神疾病	-0.52	0.48	-1.08	0.28	-1.46-0.42
物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-0.60	0.36	-1.68	0.09	-1.31-1.00
物質相關及成癮障礙症	-0.22	0.38	-0.56	0.57	-0.96-0.53
物質相關及成癮障礙症 × 嚴重精神疾病	0.12	0.53	0.23	0.81	-0.91-1.15

SE, standard error; CI, confidence interval

第三節 第二部分分析：「國際廣義定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者

所有樣本於本節將依起訴罪名分為「國際廣義定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者兩組，首先比較兩組人口因子、臨床因子和司法精神鑑定關聯因子。接著呈現「犯罪靜態因子」、「犯罪動態因子」和「本土官方定義」之暴力犯罪者的關聯。最後呈現犯罪靜態因子中「男性」、「有暴力犯罪史」以及犯罪動態因子中「治療配合度不佳」、「司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症」等變項各自對「司法精神鑑定診斷有重大精神疾病」和「國際廣義定義」之暴力犯罪者間關聯的調節作用情形。

壹、變項比較分析

一、人口因子

表 4-3-1 呈現「國際廣義定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者人口因子的差異。與「國際廣義定義」之非暴力犯罪者相比，「國際廣義定義」之暴力犯罪者男性比例顯著較高（89.8% vs. 69.5%, $p < 0.001$ ）、無業狀態比例較低（87.5% vs. 92.4%, $p = 0.047$ ）、單身者較少（87.2% vs. 94.2%, $p = 0.002$ ）、已婚者較多（12.2% vs. 5.5%, $p = 0.003$ ）。其餘在年紀、未完成國民教育比例等變項則未有顯著差異。

表 4-3-1 「國際廣義定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者人口因子比較

	暴力犯罪者(n=304)		非暴力犯罪者(n=344)		t	p value
	Mean	SD	Mean	SD		
年紀	38.62	12.11	39.72	11.85	-1.170	0.243
	n	%	n	%	χ^2	p value
男性	273	89.8	239	69.5	40.207	<0.001
未完成國民教育	60	19.7	61	17.7	0.427	0.545
無業狀態	266	87.5	318	92.4	4.428	0.047
婚姻狀態						
單身	265	87.2	324	94.2	9.596	0.002
分居	2	0.7	1	0.3	0.472	0.603
已婚	37	12.2	19	5.5	9.033	0.003

二、臨床因子

表 4-3-2 呈現「國際廣義定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者臨床因子的差

異。與「國際廣義定義」之非暴力犯罪者相比，「國際廣義定義」之非暴力犯罪者有憂鬱症之家族病史者顯著較多（6.9% vs. 11.6%, $p=0.044$ ）、在犯罪行為前無就醫史者顯著較多（24.7% vs. 10.8%, $p<0.001$ ），其餘在個人病史、物質接觸史、自殺史、治療配合度樣態等皆未有顯著差異。

表 4-3-2 「國際廣義定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者臨床因子比較

	暴力犯罪者(n=304)		非暴力犯罪者(n=344)		χ^2	p value
	n	%	n	%		
家族病史						
嚴重精神疾病	38	12.5	50	14.5	0.569	0.491
思覺失調類群和其他精神病症	31	10.2	41	11.9	0.484	0.532
雙相情緒及其相關障礙症	8	2.6	10	2.9	0.045	1.000
憂鬱症	21	6.9	41	11.6	4.216	0.044
物質相關及成癮障礙症	37	12.2	52	15.1	1.182	0.304
智能不足	14	4.6	16	4.7	0.001	1.000
個人病史						
嚴重精神疾病	102	33.6	121	35.2	0.188	0.679
思覺失調類群和其他精神病症	87	28.6	104	30.2	0.202	0.667
雙相情緒及其相關障礙症	15	4.9	17	4.9	0.000	1.000
憂鬱症	22	7.2	30	8.7	0.482	0.563
物質相關及成癮障礙症	85	28.0	88	25.6	0.467	0.534
認知類障礙症	9	3.0	21	6.1	3.61	0.063
智能不足	40	13.2	51	14.8	0.372	0.572
人格障礙症	0	0	1	0.3	0.885	1.000
物質接觸史						
酒精	172	56.6	172	50.0	2.805	0.098
鴉片類	12	3.9	16	4.7	0.193	0.703
鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥	13	4.3	18	5.2	0.324	0.587
大麻	7	2.3	6	1.7	0.256	0.780
迷幻藥	35	11.5	32	9.3	0.851	0.368
興奮劑	75	24.7	96	27.9	0.870	0.373
吸入劑	16	5.3	14	4.1	0.521	0.575
有自殺史	35	11.5	34	9.9	0.450	0.525
無就醫史	75	24.7	37	10.8	21.858	<0.001
治療配合度不佳	277	91.1	322	93.6	1.427	0.238

三、司法精神鑑定關聯因子

表 4-3-3 呈現「國際廣義定義」之暴力犯罪者與非暴力犯罪者司法精神鑑定關聯因子的差異。與「國際廣義定義」之非暴力犯罪者相比，「國際廣義定義」之暴力犯罪者有暴力犯罪史者比例顯著較高（28.6% vs. 19.2%, $p = 0.005$ ）。兩組在司法精神鑑定診斷類群、犯罪行為受診斷影響、犯罪行為直接受幻覺或妄想影響的比例等皆未有顯著差異。

表 4-3-3 「國際廣義定義」之暴力犯罪者和非暴力犯罪者司法精神鑑定關聯因子比較

	暴力犯罪者 (n=304)		非暴力犯罪者 (n=344)		χ^2	p value
	n	%	n	%		
有暴力犯罪史	87	28.6	66	19.2	7.961	0.005
司法精神鑑定診斷						
嚴重精神疾病	129	42.4	162	47.1	1.416	0.237
思覺失調類群和其他精神病症	116	38.2	141	41.0	0.540	0.470
雙相情緒及其相關障礙症	13	4.3	21	6.1	1.085	0.378
憂鬱症	30	9.9	42	12.2	0.895	0.382
物質相關及成癮障礙症	92	30.3	92	26.7	0.983	0.338
認知類障礙症	18	5.9	29	8.4	1.510	0.229
智能不足	38	12.5	52	15.1	0.924	0.364
人格障礙症	9	3.0	4	1.2	2.653	0.159
犯罪行為受診斷影響	154	50.7	191	55.5	1.535	0.237
犯罪行為直接受幻覺或妄想影響	23	7.6	14	4.1	3.664	0.063

貳、犯罪靜態因子與動態因子分析

表 4-3-4 呈現犯罪靜態因子、動態因子與「本土官方定義」之暴力犯罪者樣本的關聯，經過校正，男性（OR: 3.80; 95% CI: 2.37–6.10）、犯罪行為前從未接受精神科評估（OR: 2.60; 95% CI: 1.62–4.16）有較高機率為暴力犯罪者。單身狀態（OR: 0.35; 95% CI: 0.19–0.66）有較高機率為非暴力犯罪者。這個模型是合用的（Hosmer-Lemeshow statistics = 7.641, $p = 0.469$ ）。

表 4-3-4 犯罪靜態因子、動態因子與「國際廣義定義」暴力犯罪者之關聯

	暴力犯罪者	
	OR	95% CI
靜態因子		
年紀	0.99	0.98-1.01
男性	3.80	2.37-6.10
未完成國民教育	1.21	0.77-1.90
個人病史有物質使用障礙症	1.24	0.61-2.52
家族病史有嚴重精神疾病	0.91	0.56-1.48
個人病史有嚴重精神疾病	1.59	0.90-2.81
有暴力犯罪史	1.48	0.99-2.19
犯罪行為前從未接受精神科評估	2.60	1.62-4.16
動態因子		
失業狀態	0.78	0.45-1.37
單身狀態	0.35	0.19-0.66
司法精神鑑定診斷有嚴重精神疾病	0.82	0.50-1.34
司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症	0.99	0.51-1.94
治療配合度不佳	0.77	0.41-1.44

Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test p value = 0.469

OR, odds ratio; CI, confidence interval

參、調節作用分析

表 4-3-5 呈現各調節作用模型分析。性別對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用未達顯著；治療配合度對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用未達顯著；暴力犯罪史對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用未達顯著。物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用亦不顯著。

表 4-3-5 調節作用模型分析

	Coefficient	SE	Z	p value	95% CI
性別對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-0.51	0.47	-1.09	0.28	-1.43–0.41
性別	1.15	0.33	3.50	<0.01	0.51–1.80
性別 × 嚴重精神疾病	0.37	0.47	0.79	0.43	-0.55–1.29
治療配合度對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-0.76	0.66	-1.16	0.25	-2.05–0.53
治療配合度	-0.59	0.48	-1.22	0.22	-1.54–0.35
治療配合度 × 嚴重精神疾病	0.59	0.64	0.93	0.35	-0.66–1.85
暴力犯罪史對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-0.14	0.28	-0.49	0.62	-0.68–0.41
暴力犯罪史	0.50	0.28	1.80	0.07	-0.05–1.04
暴力犯罪史 × 嚴重精神疾病	-0.23	0.40	-0.57	0.57	-1.01–0.56
物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與暴力犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	0.07	0.34	0.22	0.83	-0.59–0.73
物質相關及成癮障礙症	0.18	0.37	0.47	0.64	-0.56–0.91
物質相關及成癮障礙症 × 嚴重精神疾病	-0.60	0.50	-1.22	0.22	-1.57–0.37

SE, standard error; CI, confidence interval

第四節 第三部分分析：「殺人」和「竊盜」

本節將另行分析起訴罪名為「殺人」和「竊盜」之犯罪者。首先比較「殺人」和「竊盜」兩組之人口因子、臨床因子和司法精神鑑定關聯因子。接著呈現「犯罪靜態因子」、「犯罪動態因子」和「殺人」犯罪者的關聯。最後呈現犯罪靜態因子中「男性」、「有暴力犯罪史」以及犯罪動態因子中「治療配合度不佳」、「司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症」等變項各自對「司法精神鑑定診斷有重大精神疾病」和「殺人」犯罪者間關聯的調節作用情形。這部分的暴力犯罪史以「國際廣義定義」所包括的十種暴力犯罪為分類依據，而不僅以「本土官方定義」的七種暴力犯罪為暴力犯罪史分類依據，盼藉以呈現被告的犯罪多樣性。

壹、變項比較分析

一、人口因子

表 4-4-1 呈現「殺人」犯罪者和「竊盜」犯罪者人口因子的差異。與「竊盜」犯罪者相比，「殺人」犯罪者男性比例顯著較高（88.6% vs. 66.2%, $p = 0.009$ ）、無業狀態比例較低（80.0% vs. 94.4%, $p = 0.009$ ）。其餘在年紀、未完成國民教育、婚姻狀態等變項則未有顯著差異。

表 4-4-1 殺人犯罪者與竊盜犯罪者人口因子比較

	殺人犯罪者(n=35)		竊盜犯罪者(n=198)		t	p value
	Mean	SD	Mean	SD		
年紀	39.94	12.65	39.60	11.63	0.161	0.873
	n	%	n	%	χ^2	p value
男性	31	88.6	131	66.2	7.050	0.009
未完成國民教育	9	25.7	32	16.2	1.872	0.226
無業狀態	28	80.0	187	94.4	8.705	0.009
婚姻狀態						
單身	34	97.1	186	93.9	0.579	0.698
分居	0	0	0	0	-	-
已婚	1	2.9	12	6.1	0.579	0.698

二、臨床因子

表 4-4-2 呈現「殺人」犯罪者和「竊盜」犯罪者的差異。與「竊盜」犯罪者相比，「殺人」犯罪者有物質相關及成癮障礙症者顯著較多（40.0% vs. 20.2%, $p = 0.016$ ）、有自殺史者較多（22.9% vs. 9.6%, $p = 0.040$ ）、在犯罪行為前無就醫史者

顯著較多（22.9% vs. 7.6%, $p=0.011$ ），其餘在家族病史、物質接觸史、治療配合度樣態等皆未有顯著差異。

表 4-4-2 殺人犯罪者與竊盜犯罪者臨床因子比較

	殺人犯罪者 (n=35)		竊盜犯罪者 (n=198)		χ^2	p value
	n	%	n	%		
家族病史						
嚴重精神疾病	4	11.4	28	14.1	0.185	0.795
思覺失調類群和其他精神病症	3	8.6	24	12.1	0.366	0.775
雙相情緒及其相關障礙症	1	2.9	5	2.5	0.013	1.000
憂鬱症	2	5.7	22	11.1	0.938	0.545
物質相關及成癮障礙症	6	17.1	32	16.2	0.021	0.809
智能不足	2	5.7	9	4.5	0.090	0.673
個人病史						
嚴重精神疾病	8	22.9	72	36.4	2.407	0.176
思覺失調類群和其他精神病症	7	20.0	60	30.3	1.541	0.311
雙相情緒及其相關障礙症	1	2.9	12	6.1	0.579	0.698
憂鬱症	6	17.1	17	8.6	2.448	0.127
物質相關及成癮障礙症	14	40.0	40	20.2	6.548	0.016
認知類障礙症	0	0	12	6.1	2.236	0.222
智能不足	5	14.3	40	20.2	0.668	0.493
人格障礙症	0	0	0	0	-	-
物質接觸史						
酒精	19	54.3	87	43.9	1.284	0.274
鴉片類	0	0	6	3.0	1.089	0.595
鎮靜、安眠藥或抗焦慮藥	2	5.7	10	5.1	0.027	0.698
大麻	1	2.9	1	0.5	1.934	0.278
迷幻藥	4	11.4	16	8.1	0.425	0.514
興奮劑	11	20.4	43	21.7	1.575	0.276
吸入劑	3	8.6	12	6.1	0.311	0.478
有自殺史	8	22.9	19	9.6	5.105	0.040
無就醫史	8	22.9	15	7.6	7.807	0.011
治療配合度不佳	35	100	186	93.9	2.236	0.222

三、司法精神鑑定關聯因子

表 4-4-3 呈現「殺人」犯罪者和「竊盜」犯罪者司法精神鑑定關聯因子的差異。與「竊盜」犯罪者相比，「殺人」犯罪者司法精神鑑定診斷為嚴重精神疾病者顯著較少（28.6% vs. 50.5%, $p = 0.018$ ）。兩組在暴力犯罪史、司法精神鑑定其他診斷類群、犯罪行為受診斷影響、犯罪行為直接受幻覺或妄想影響的比例等皆未有顯著差異。

表 4-4-3 殺人犯罪者與竊盜犯罪者司法精神鑑定關聯因子比較

	殺人犯罪者 (n=35)		竊盜犯罪者 (n=198)		χ^2	p value
	n	%	n	%		
有暴力犯罪史	10	28.6	33	16.7	2.801	0.102
司法精神鑑定診斷						
嚴重精神疾病	10	28.6	100	50.5	5.741	0.018
思覺失調類群和其他精神病症	9	25.7	84	42.4	3.463	0.091
雙相情緒及其相關障礙症	1	2.9	16	8.1	1.200	0.481
憂鬱症	6	17.1	23	11.6	0.834	0.403
物質相關及成癮障礙症	12	37.1	14	22.2	3.583	0.086
認知類障礙症	2	5.7	16	8.1	0.234	1.000
智能不足	5	14.3	40	20.2	0.668	0.493
人格障礙症	1	2.9	4	2.0	0.099	0.560
犯罪行為受診斷影響	17	48.6	112	56.6	0.769	0.461
犯罪行為直接受幻覺或妄想影響	3	8.6	5	2.5	3.279	0.102

貳、犯罪靜態因子與動態因子分析

表 4-4-4 呈現犯罪靜態因子、動態因子與「殺人」犯罪者和「竊盜」犯罪者的關聯，經過校正，男性（OR: 3.44; 95% CI: 1.04–11.38）、個人病史有物質使用障礙症（OR: 6.79; 95% CI: 1.21–38.24）、個人病史有嚴重精神疾病（OR: 5.75; 95% CI: 1.04–31.77）、犯罪行為前從未接受精神科評估（OR: 3.19; 95% CI: 1.03–9.89）有較高機率為殺人犯罪者。失業狀態（OR: 0.30; 95% CI: 0.09–0.99）、司法精神鑑定診斷有嚴重精神疾病（OR: 0.16; 95% CI: 0.04–0.68）有較高機率為竊盜犯罪者。這個模型是合用的（Hosmer-Lemeshow statistics = 6.997, $p = 0.537$ ）。

表 4-4-4 犯罪靜態因子、動態因子與殺人和竊盜犯罪者之關聯

	殺人犯罪者	
	OR	95% CI
靜態因子		
年紀	1.01	0.98-1.05
男性	3.44	1.04-11.38
未完成國民教育	1.89	0.70-5.05
個人病史有物質使用障礙症	6.79	1.21-38.24
家族病史有嚴重精神疾病	0.74	0.21-2.66
個人病史有嚴重精神疾病	5.75	1.04-31.77
有暴力犯罪史	1.06	0.39-2.88
犯罪行為前從未接受精神科評估	3.19	1.03-9.89
動態因子		
失業狀態	0.30	0.09-0.99
單身狀態	1.16	0.12-11.67
司法精神鑑定診斷有嚴重精神疾病	0.16	0.04-0.68
司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症	0.44	0.08-2.27
治療配合度不佳	0.00	-

Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test p value = 0.537

OR, odds ratio; CI, confidence interval

參、調節作用分析

表 4-4-5 呈現各調節作用模型分析。性別對嚴重精神疾病與「殺人」犯罪關聯的調節作用未達顯著；治療配合度對嚴重精神疾病與「殺人」犯罪關聯的調節作用也未達顯著；暴力犯罪史對嚴重精神疾病與「殺人」犯罪關聯的調節作用亦未達顯著。物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與「殺人」犯罪關聯的調節作用亦不顯著。

表 4-4-5 調節作用模型分析

	Coefficient	SE	Z	p value	95% CI
性別對嚴重精神疾病與殺人犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-16.06	840.96	-0.02	0.98	-1664.30–1632.18
性別	0.62	0.66	0.94	0.35	-0.68–1.92
性別 × 嚴重精神疾病	14.60	840.96	0.02	0.99	-1633.64–1662.85
治療配合度對嚴重精神疾病與殺人犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-1.14	1881.13	-0.0006	0.9995	-3688.09–3685.81
治療配合度	14.63	1417.72	0.01	0.9918	-2764.05–2793.31
治療配合度 × 嚴重精神疾病	-0.64	1881.13	-0.0003	0.9997	-3687.59–3686.32
暴力犯罪史對嚴重精神疾病與殺人犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-1.95	0.80	-2.43	0.02	-3.53–0.38
暴力犯罪史	-0.13	0.65	-0.20	0.85	-1.40–1.15
暴力犯罪史 × 嚴重精神疾病	0.55	1.00	0.55	0.58	-1.42–2.52
物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與殺人犯罪關聯的調節作用					
嚴重精神疾病	-1.98	1.10	-1.81	0.07	-4.14–0.17
物質相關及成癮障礙症	-0.90	0.92	-0.97	0.33	-2.71–0.91
物質相關及成癮障礙症 × 嚴重精神疾病	-0.37	1.44	0.25	0.80	-2.46–3.20

SE, standard error; CI, confidence interval

第五章 結論與建議

本研究以 648 位經法院或檢察署轉介進行司法精神鑑定的犯罪者為樣本，探討嚴重精神疾病、物質相關及成癮障礙症與暴力犯罪的關聯，並探討性別、治療配合度、暴力犯罪史、合併物質相關及成癮障礙症對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯有無調節效果。研究主要結果不支持所有研究假設。

本研究發現，無論採用「本土官方定義」或「國際廣義定義」之暴力犯罪分類，嚴重精神疾病、物質相關及成癮障礙症皆未與暴力犯罪顯著相關。倘僅比較「殺人」、「竊盜」等兩組犯罪者，相較「竊盜」組，嚴重精神疾病、物質相關及成癮障礙症仍未與「殺人」組有顯著關聯。性別、治療配合度、暴力犯罪史、合併物質相關及成癮障礙症等亦未對嚴重精神疾病與暴力犯罪、「殺人」組的關聯有顯著之調節作用。

若採「本土官方定義」，將殺人、殺人未遂、重傷害、妨害性自主、強盜／搶奪、恐嚇、妨害自由等類型歸為暴力犯罪，其他皆為非暴力犯罪，則在犯罪靜態因子與動態因子分析中，「男性」、「有暴力犯罪史」、「犯罪行為前從未接受精神科評估」等靜態因子與「本土官方定義」之暴力犯罪的關聯顯較其他因子為高，「單身狀態」、「司法精神鑑定診斷有嚴重精神疾病」等動態因子與「本土官方定義」非暴力犯罪的關聯則較高。

若採「國際廣義定義」，將殺人、殺人未遂、重傷害、妨害性自主、強盜／搶奪、恐嚇、妨害自由、傷害、縱火、家庭暴力歸為暴力犯罪，其他皆為非暴力犯罪，「男性」、「犯罪行為前從未接受精神科評估」等靜態因子與「國際廣義定義」之暴力犯罪的關聯顯較其他因子為高，「單身狀態」此一動態因子則與「國際廣義定義」之非暴力犯罪較有關。

倘單獨比較「殺人」與「竊盜」犯罪者樣本，「男性」、「個人病史有嚴重精神疾病」、「個人病史有物質使用障礙症」、「犯罪行為前從未接受精神科評估」等靜態因子與「殺人」犯罪之關聯顯著較高，「失業狀態」、「司法精神鑑定診斷有嚴重精神疾病」等動態因子則與「竊盜」較有關聯。

就研究者所知，本研究或為本土歷來針對罹患精神疾病犯罪者暴力犯罪風險因子分析涵括樣本數量最多者，過往本土犯罪研究含括之有精神疾病診斷之暴力犯罪者樣本數幾無超過百人，本研究含括之「本土官方定義」之暴力犯罪者超過 200 位，「國際廣義定義」之暴力犯罪者超過 300 位，本研究亦可能為目前本土極少數以大量司法精神鑑定報告為樣本進行量化分析之研究。接續將針對上述研究結果進行延伸討論。

壹、司法單位委託行司法精神鑑定之犯罪者樣本的特殊性

本研究樣本主要來自由法院或地檢署委託行司法精神鑑定之犯罪者樣本，從表 4-1-1 中統計之人口因子樣態可知年紀平均為 39.20 ± 11.98 歲，參考《中華民國一一一年犯罪狀況及其分析》（司法官學院犯罪防治研究中心，2024）資料，近 10 年全般刑案犯罪嫌疑人之年齡確實多分布於 18-23 歲、24-29 歲、30-39 歲、40-49 歲、50-59 歲這幾個年齡區間，尤其以 30-39 歲、40-49 歲這年齡區間人數為最多。本研究樣本之年齡樣態分布尚與本土犯罪統計年齡分布近似。本研究樣本男性約佔 8 成，與《中華民國一一一年犯罪狀況及其分析》（司法官學院犯罪防治研究中心，2024）資料中提及之近 10 年全般刑案犯罪嫌疑人之性別相符，性別比例亦是男性犯罪者趨近 8 成。

研究樣本蒐羅犯罪者之起訴罪名中，最多者為竊盜（30.6%）、次之為妨害性自主（14.5%），接著才是公共危險（10.8%），殺人則占 5.4%、詐欺為 4.2%，參考《中華民國一一一年犯罪狀況及其分析》（司法官學院犯罪防治研究中心，2024）資料中近 10 年普通刑法犯罪案件之罪名，最多者為公共危險，約佔 20-30%，其次為竊盜，約佔 20%，接著為詐欺，約佔 15%，殺人、妨害性自主等案件比例佔總體案件則少於 5%。如從性別比出發，本研究納入之犯罪者樣本中，暴力犯罪者男女比約為 9:1，竊盜犯罪者男女比約為 7:3，對照《中華民國一一一年犯罪狀況及其分析》（司法官學院犯罪防治研究中心，2024），近 10 年全般刑案統計指標、近 10 年地方檢察署執行裁判確定有罪主要罪名（男性）、近 10 年地方檢察署執行裁判確定有罪主要罪名（女性）等資料中，暴力犯罪男女比趨近 9:1，竊盜犯罪者男女比約為 8:2，此為本研究樣本與一般犯罪者樣本樣態分布的差別，是以本研究結果外推性有限，需謹慎看待。此外，尚需考慮案件類型與性別是否為司法單位委託精神鑑定決策的參酌依據？從疾病角度來看，思覺失調症(Li et al., 2022)、酒癮(McHugh et al., 2018)性別比率皆是男略多於女，雙相情緒障礙症則是男女比率大約均等(Vega et al., 2011)，憂鬱症則是女略多於男(Boland et al., 2021)，有無可能司法單位對於酒癮、思覺失調症的症狀、行為與竊盜的關聯已自有心證，無需另委託鑑定，但對於憂鬱症個案的症狀、行為與竊盜的關聯則較需委託精神醫療團隊行責任能力鑑定，以澄清憂鬱症症狀及其他潛在共病對竊盜犯罪者知與意的影響——是否因此委託精神鑑定的竊盜犯罪者性別比與一般族群不同，仍需更多研究佐證。

本研究樣本的特性除了犯罪者個案皆來自司法系統委託之外，也要注意，委託鑑定事項超過 9 成都是責任能力鑑定，也就是刑法第 19 條相關事項之鑑定。目前就刑事司法案件委託鑑定與否，主要依司法單位判定，儘管案件性質及犯罪者特質各異，犯罪類型、病態表現、鑑定目的、性別等是否為影響委託鑑定與否的因子，可能尚待更多實證討論，比如，有無可能案件類型或犯案過程越暴力，

越可能轉介司法精神鑑定；有無可能當事人犯案或偵查過程顯現的病態嚴重度越高，越可能轉介精神鑑定；另，本研究回顧之鑑定報告期間為 98 年 10 月至 111 年 2 月間，完全沒有量刑鑑定委託案件，倘量刑鑑定委託案件增加，是否影響樣本診斷及案件類型分布，值得考慮；前述文獻回顧提及男性犯罪者之逮捕率較高、刑度較重(Steffensmeier et al., 2010)，女性在刑事司法體系可能有異於男性犯罪者的司法系統接觸經驗(Alarid et al., 2000)，是否能依此觀點看待女性竊盜犯比例在司法精神鑑定樣本中稍高於一般犯罪者樣本，還是女性犯罪者有精神疾病的比例的確較男性犯罪者高，亦有待追蹤研究。

單身、失業是兩種常見犯罪關聯因子，本研究未見單身、失業與暴力犯罪有顯著關聯，單身狀態在暴力犯罪／非暴力犯罪分析中有較高機率為非暴力犯罪，失業在殺人與竊盜的比較分析中則與竊盜顯有關聯。芬蘭大型人口資料庫追蹤千禧世代族群之研究(Airaksinen et al., 2023)指出，儘管單身者在全般刑案的犯罪率統計仍顯著較高，但若僅看暴力犯罪統計，已婚、單身狀態與暴力犯罪的關聯性落差已不顯著，與本研究呈現之結果近似。至於是否罹患嚴重精神疾病、失業者有較高機率為竊盜犯，這樣的連結或可以飢寒起盜心此一犯罪社會學觀點加以解釋，但仍須審慎思考。罹患精神疾病之竊盜犯罪者，可能出於其混亂行為癥候擅拿他人之物，可能出於社會支持度不佳及生存條件困窘行竊，亦可能因合併物質施用問題，為購買物質而行竊取財，原因各異，與其逕連結精神疾病、失業與竊盜犯罪間的關聯，更積極的實作意義可能應著重於犯罪者真實的介入需求，比如因混亂行為癥候而擅拿他人物品者，應就精神疾病症狀接受足夠治療；社會支持度不佳及生存條件困窘則需要社政及福利資源、職業訓練等資源介入；合併物質施用問題者則需要治療共病、協助物質戒治、減量，在當前社會安全網架構中，實際不只是需要司法或矯正系統辨認出這群犯罪者的樣態與需求，也需要衛政、社政、警政在接手、服務、列管過程中，有更暢通的合作管道。

本研究樣本的特殊性另需考慮選擇偏差、漏斗效應的議題。罹患精神疾病者於日常生活中的挑釁行為、暴力行為、暴力犯罪如何界定、如何協處、是否會進入刑事司法系統，有諸多不同路徑。僅考慮外顯症狀、情境、行為類型等就可能會有不同結果。接續呈現幾個虛構案例，個案有顯著之被害妄想（症狀），躲在房內，不吃不喝，家人希望個案服藥、進食、洗澡，維持日常作息（情境），個案對家人靠近極不安，徒手毆打家人（行為類型），家人知道是個案的症狀影響行為，考量個案過往有住院經驗，遂電聯警消協助，護送個案就醫，個案在精神科急診時仍沉浸聽幻覺症狀，自言自語、不吃、不喝、不動，身體評估已顯脫水，沒辦法簽署住院同意書，經由精神科專科醫師評估為嚴重病人後，備妥相關文件，與另一位精神科專科醫師申請強制住院治療許可。又或，個案使用興奮劑多年，興奮劑效應影響下常有顯著之被跟蹤妄想、被監視妄想、聽幻覺（症狀），個案常戴著耳機聽音樂、開車兜風，個案某天晚間駕車不慎自撞（行為），警消協處

過程在個案後車廂發現大量興奮劑（情境），尿檢有興奮劑反應，然而個案自撞後有頭部外傷，警消陪同個案先到急診室評估外傷傷情和精神病症狀，個案接受診療後數小時，確認外傷傷情穩定、精神病症狀大幅緩解，帶個案返警局進行筆錄及後續偵查。上述虛構案例主要係為了呈現精神疾病症狀、情境、行為類型的樣態差異，藉以強調，不同的症狀、情境、行為可能讓個案最後被送醫，住院治療；個案也可能被送醫，待病情穩定後方進入刑事司法系統；也可能個案直接進入刑事司法系統，由自己或他人提出抗辯，或由檢察官、法官判定需要就特別事項進行司法精神鑑定，但也可能案件可經由簡易審裁判，或個案自身有前類似案件之司法精神鑑定報告可參，又或法官就檢察官提供之個案住院紀錄等逕行判定個案狀態。上列描述皆可能影響個案最終是否會被司法機關委託行司法精神鑑定，這也是此研究樣本的特殊性。

貳、從樣本的特殊性到樣本與一般族群的差異

本研究蒐羅犯罪者樣本之司法精神鑑定診斷中，思覺失調類群和其他精神病症占比最多（39.7%），其次依序為物質相關及成癮障礙症（28.4%）、智能不足（13.9%）、憂鬱症（11.1%）。參考前述文獻回顧資料，思覺失調症全球盛行率約為 0.33-0.75%(Moreno-Küstner et al., 2018; Saha et al., 2005)，本土盛行率約 0.44%(Chien et al., 2004)；物質相關及成癮障礙症全球盛行率約為 2.2%(Castaldelli-Maia & Bhugra, 2022)，酒精使用障礙症本土盛行率推估約 3%(Huang & Chen, 2012)、其他物質引起之精神病症盛行率推估至少介於 0.02-0.03%(Chien et al., 2004)；智能不足本土盛行率約 0.4%(Lin & Lin, 2011)；憂鬱症本土盛行率約為 1.2%(Wang et al., 2022)。由上述各診斷盛行率比較可知，本研究樣本呈現之精神疾病診斷分布樣態與一般流行病學資料差異極大，顯見本研究樣本呈現之診斷分布有其獨特性。

本研究樣本來源是司法單位認定需要委託進行司法精神鑑定的犯罪者，這群犯罪者經過評估後，全部都有精神疾病診斷，高比例為嚴重精神疾病（44.9%），診斷結果以思覺失調類群和其他精神病症（39.7%）為最大宗，在暴力犯罪者和非暴力犯罪者的診斷分布中，思覺失調類群和其他精神病症仍為最大宗，皆超過 30%，經過迴歸分析，嚴重精神疾病（包含思覺失調類群和其他精神病症）與暴力犯罪關聯並不顯著，其他精神疾病診斷如雙相情緒及其相關障礙症、憂鬱症、物質相關及成癮障礙症、智能不足等，與暴力犯罪關聯也不顯著，與前述文獻回顧資料結果完全不同，或可思忖，上述精神疾病診斷可能解釋某些類型犯罪者與非犯罪者的差異，但在犯罪者群體中無法用來區辨暴力與非暴力犯罪、殺人與竊盜犯罪者。

前述思覺失調症與暴力犯罪相關的文獻回顧與後設分析(Fazel et al., 2009)納入了大量常人對照組樣本比較；雙相情緒及其相關障礙症與暴力犯罪關聯研究

(Fazel et al., 2010)則納入大量常人、手足樣本為對照組；關於憂鬱症與暴力犯罪的關聯研究(Fazel et al., 2015)則主要針對未住院過的憂鬱症門診病人和常人、手足比較，未包括有住院過的憂鬱症個案；針對物質相關及成癮障礙症與暴力犯罪的風險研究(Zhong et al., 2020)則是以未使用過物質之常人做為對照樣本；智能不足者的犯罪行為研究則需要考慮樣本來源的影響，矯正單位、醫療單位的樣本中智能不足者的比例可能非常不同。本研究含括之族群不僅是犯罪者，更是司法單位委託行精神鑑定之犯罪者，其組成可能又與一般罹患精神疾病之犯罪者不同，而本研究也無納入手足、常人樣本當作對照組，係由一群委託鑑定之犯罪者中依據犯行分類，研究結果實應謹慎詮釋，比如，表 4-2-4 犯罪靜態因子、動態因子與「本土官方定義」暴力犯罪者之關聯中，不能逕解讀成「司法精神鑑定診斷有嚴重精神疾病」者較可能為非暴力犯罪者，而是，在委託行司法精神鑑定的犯罪者樣本中，暴力犯罪者較不可能為「診斷為嚴重精神疾病」者；又如，表 4-4-4 犯罪靜態因子、動態因子與殺人和竊盜犯罪者之關聯中，應解讀為，在委託行司法精神鑑定的犯罪者樣本中，與竊盜犯罪者相比，殺人犯罪者之司法精神鑑定診斷較不可能為嚴重精神疾病，而不能直接解讀成嚴重精神疾病患者較可能行竊盜犯罪。

本研究診斷為物質相關及成癮障礙症之犯罪者占 28.4%，有物質接觸史者占全體樣本 55.7%，有興奮劑接觸史者占全體樣本 26.4%，參考與第二章回顧之本土與他國文獻，這些數字都高過一般流行病學樣本數據，需要考慮本研究樣本全體皆為犯罪者群體之特殊性，也需要特別考慮物質使用問題在刑事司法系統的處遇模式，物質使用者可能被安排接受緩起訴治療，而很少因此被委託再行司法精神鑑定；物質使用者若行傷害性較輕微之暴力，倘犯行當下如未使用物質、不承認施用物質且未有足夠證據，又或犯罪者其物質施用情形較輕微，未過份影響行為、認知、知覺、思考、情緒等面向，司法體系亦可能判定犯罪者不需司法精神鑑定團隊就犯罪者之責任能力、就審能力或他問題提供見解。

上列討論可於「殺人」與「竊盜」之比較中再闡明。「個人病史有物質使用障礙症」與「殺人」顯著相關，但「司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症」並未與「殺人」顯著相關。或可假設，殺人犯罪者可能過往曾使用物質，然而隨其生命歷程、社會和經濟條件變化，其施用物質的種類、用量、模式可能已與過往不同，可能物質施用更多，招致其他精神疾病共病或病癥，比如持續更長時間之妄想、幻覺或混亂行為，影響其行為或決策判準；亦可能物質施用更少或停用，以致司法精神鑑定時於當時當刻無以得出現存物質使用障礙症之診斷，但這群有物質使用經驗的殺人犯罪者過往之社會文化經驗、社會學習脈絡、性格特質、內在緊張等問題應可再探，藉以架構於其行為模式之理解或概念化。此外，參考本土監獄研究（楊士隆，1999），分析犯罪者之自陳性資料，殺人犯罪具複雜之背景因素，犯罪者與被害人糾葛、爭執情境、當下雙方情緒或意圖控制等皆須納入

考量。可見「司法精神鑑定診斷有物質相關及成癮障礙症」與殺人犯罪關聯未顯著之結果恐需考慮背後仍有其他干擾因素。從第二章文獻回顧中可知，物質相關及成癮障礙症與其他精神病癥、人格障礙症互有關聯，人格障礙症的暴力行為模型（圖 2-6-1）指出，個人內在之歸因、認知，思考之多疑、扭曲，皆可能與外化之衝動、情緒交互影響，如於人際問題情境、物質效應影響下，個人實可能因追求危險、滿足貪欲、報復、反抗等動機而衍生暴力行為。然而，本研究經司法精神鑑定診斷為人格障礙症者之比例僅 2%，低於全球盛行率 7.8%(Winsper et al., 2020)，高於本土流行病學資料 0.02%(Chien et al., 2004)，是否在本土司法精神鑑定報告中仍過分低估人格障礙症診斷對犯罪者行為的影響，又或是本土對於診斷人格障礙症較他國審慎、保守，而這樣的現象是否影響對於犯罪行為責任能力或量刑的評估，值得再探。

「犯罪行為前從未接受精神科評估」此一靜態因子在研究結果中皆與本土官方定義之暴力犯罪、「國際廣義定義」之暴力犯罪、「殺人」與「竊盜」犯罪的比較中呈現顯著關聯。值得注意的是，本研究樣本數 648 位中，有 112 位於犯罪行為前從未接受過精神科評估，其中 94 位（83.9%）於接受司法精神鑑定時未有穩定工作，92 位（82.1%）於接受司法精神鑑定時為單身狀態，52 位（46.4%）過往有犯罪史，20 位（17.9%）有「國際廣義定義」之暴力犯罪史。經過司法精神鑑定，診斷為嚴重精神疾病者為 23 位，約佔「犯罪行為前從未接受精神科評估」者 2 成，承前述文獻回顧，嚴重精神疾病包含思覺失調類群和其他精神病症、雙相情緒及其相關障礙症，這兩種診斷約 4-6 成個案有病覺缺失，全然不知自己生病，如無旁人大力協助，恐難能自行就醫。診斷為物質相關及成癮障礙症者有 37 位，約佔「犯罪行為前從未接受精神科評估」者 3 成，37 位物質使用障礙症個案中，24 位有酒精使用障礙症（64.9%），15 位（40.5%）有興奮劑使用障礙症。其他 52 位（46.4%）「犯罪行為前從未接受精神科評估」者則分布於憂鬱症、認知類障礙症、智能不足、其他診斷等。

由此推論，本研究界定為「犯罪行為前從未接受精神科評估」之族群，其多樣性不低，診斷未必是嚴重精神疾病或物質相關及成癮障礙症，過往未必有暴力犯罪史，其中更有過半從未犯罪。因具此類診斷之當事人或旁人未必全然不覺其問題之所在，因此需要特別考慮，有這些司法精神鑑定診斷的犯罪者或許犯案前多年生涯中曾察覺自己有類似病癥，但未主動尋求醫療協助，可能在本土文化脈絡中對精神醫療或心理評估之信任或接納程度不足，可能代之以尋求非醫療領域之輔助療法或民俗療法，抑或當事人因疾病影響之生活困頓係由身邊重要他人扶持、支援而使當事人在未經醫療或其他網絡協助之情狀下尚能度日，甚至病癥隨時日而部分緩解、慢性化。因本研究蒐羅之犯罪者樣本經過鑑定皆有精神疾病診斷，因此不得不謹慎考慮，是否這群有生病但未就醫的個案實際比已就醫的個案風險更高，如果這群個案是風險預防觀點中最需要介入的一群，當前「強化社會安全網計畫第二期」（社會及家庭署，2021）已然開始倡議、盡可能協助社區個

案接受介入，如方案成效卓著，是否未來近似樣本分析中，暴力犯罪者從未就醫過的比例有機會減少？

目前相關方案的切入點可從此一族群無業及單身比率高過8成之現象出發，高比例單身及無業的現象可能代表「犯罪行為前從未接受精神科評估」之族群犯前可能已面臨部分社會生活適應議題。「強化社會安全網計畫第二期」(社會及家庭署，2021)提及，一般民眾可透過社區心理衛生中心佈建之駐點諮商諮詢或1925 安心專線取得心理健康相關服務，社區心理衛生中心又有心理衛生宣導、去汙名化之任務，或有可能強化所謂「疑似精神病人」之轉介。有關當局認定於轉介「疑似精神病人」路徑中尚待佈建或增加的資源包含「護送就醫參考指引」、「緊急處置諮詢專線」、「危機處理團隊」、「社區品質提升方案」，而「(疑似)精神病人合併司法案件」照護資源中提及之「精神醫療評估及治療機制」、「醫療機構鑑定醫師」等亦為尚待佈建或增加之資源。

「強化社會安全網計畫第二期」在這部分的描述尚可追蹤，1925 安心專線及心理衛生中心駐點諮商諮詢的主要困擾為何？「疑似精神病人」轉介的族群，轉介時主要面臨之待處置問題為何，係以治安疑慮、社會扶助問題，還是照護困境為主？最後這些族群有無就醫或接受其他轉介？最後是否被評估有任何精神疾病診斷？「強化社會安全網計畫第二期」如能逐步建構這些資訊，網絡間或許更能交流彼此效能及面對當事人之群像，才有機會改善轉介人次或效能。

至於「(疑似)精神病人合併司法案件」照護資源中提及之「精神醫療評估及治療機制」仍待網絡間溝通此一機制所為何在、佈建資源尚待加強之具體事項為何？比如，犯案當下能有精神醫療專業人員協助評估當事人之行為問題本質？犯案後能有精神醫療專業人員協助澄清當事人之治療需求？需不需要評估被害人的醫療需求？這些評估甚至介入對司法程序會不會有影響？接受即時評估和介入或適當分流至司法精神病院，有無可能降低再犯？這可能都是「強化社會安全網計畫第二期」評估成效或未來佈建時仍待深究的面向。

參、研究樣本中暴力與非暴力犯罪者面臨的議題

本研究樣本中，「本土官方定義」之7種暴力犯罪定義之暴力犯罪史經分析後原是對暴力犯罪風險評估有顯著意義的靜態因子，然而將定義轉為「國際廣義定義」之10種暴力犯罪定義後，暴力犯罪史對暴力犯罪風險評估、「殺人」與「竊盜」比較中的重要性便轉而不顯著，此一現象可思考，其實犯罪多樣性可能才是犯罪者共通的樣貌，因此當囊括的犯罪類型越多，暴力犯罪史／犯罪史在犯罪者樣本間相比可能未必為顯著之預測因子，但與從未犯罪之常人相比，無論定義為何，暴力犯罪史／犯罪史仍應為一重要之靜態因子。

而本研究所有迴歸、調節作用分析中，嚴重精神疾病使用與暴力犯罪未有顯著關聯，其他因子對嚴重精神疾病與暴力犯罪的關聯亦無調節作用，可知在本研究樣本中，就算考慮性別、治療配合度、有暴力犯罪史、物質相關及成癮障礙症等因子的影響，嚴重精神疾病仍與暴力犯罪無顯著關聯，更強化以下論點：委託行司法精神鑑定之暴力犯罪者較不可能是嚴重精神疾病患者。

值得注意的是，本研究樣本不同分類方式之暴力犯罪者及非暴力犯罪者皆呈現平均年紀近 40 歲、高比例為男性、無業、單身者，超過 9 成治療配合度不佳，經鑑定評估，超過半數犯罪者之犯罪行為受診斷影響，儘管這些因子無法在本研究樣本中做為區分暴力犯罪者與非暴力犯罪者的風險因子，但這群犯罪者不僅有診斷、且治療配合度不佳，除了醫療資源外，尚有其他社會生活需求仍待協助。可是在本研究進行鑑定報告內容回顧過程中，較少看到關於犯罪者的治療計畫、資源連結需求等描述，可能須考慮鑑定委託多為責任能力鑑定，鑑定團隊較少在報告中呈現治療及資源需求分析，倘若如此，司法單位委託鑑定時應可在委託鑑定時除委託事項外，亦請求鑑定團隊針對犯罪者之治療需求、資源連結需求等提出其專家意見，供矯正系統、監護處分專責單位參考，方能發揮強化社會安全網政策的效能，讓各網絡有明確介入目標可循，比如接受治療的個案是否得以在出獄／監護處分結束後持續被追蹤、被介入過的個案需要花費多長時間才能找到穩定的工作／居所等。另外，也值得分析，若這些個案失聯、無法追蹤，經過半年、一年仍未能就業、未有穩定住居，是否背後有其他犯罪關聯因子尚未經過分析與介入？這樣的社會結構問題可以參考美國於新冠肺炎疫情期間於不同城市進行的官方數據統計分析(Schleimer et al., 2022)，該研究指出，新冠疫情期間之失業率上升與研究官方數據之城市內的槍枝暴力、殺人犯罪較有關，搶奪、竊盜、其他程度較輕的傷害皆未在統計中顯現與失業率有顯著相關。

若進行介入時，率先考慮罹患精神疾病族群可能本身就具有單身或離婚率較高(Breslau et al., 2011)、失業率較高(Luciano & Meara, 2014)的性質，那是否真能將強化支持系統、協助就業做為罹患精神疾病犯罪者的介入目標？單身、失業對罹患精神疾病個人的影響，或可做為行為之總體概念化分析的一環，但不能僅就推論認定，強化罹患精神疾病犯罪者之社會支持或就業輔導，就可以有效協助罹患精神疾病犯罪者在犯，其他犯行相關風險因子也應納入考量，比如行為情境、負向成長經驗、性格傾向、智識程度等。

肆、研究限制

本研究有數項研究限制。其一，參考本研究表 2 所回顧，思覺失調類群暴力行為因子中，病前「未受良好教育」、「無業」等因子已於本研究中記述並作變項

分析，然而從超過 90%以責任能力鑑定為核心之刑案精神鑑定樣本中欲全面蒐羅「生長環境問題多」、「行為問題多」、「早年開始使用物質」、「症狀嚴重度高」、「藥物副作用多」、「人格受影響程度高」、「社交能力差」、「社會動盪」、「社會隔絕」之量化資料實為不易。倘欲進一步分析「生長環境問題多」，或可考慮不同之量化命題界定，比如成長階段之依附關係、居住環境、社經水準、偏差同儕、家庭功能失調等。「症狀嚴重度」、「藥物副作用」、「社交能力」、「社會隔絕」等面向之議題於思覺失調類群之精神醫學研究中皆有量表可參，比如 Clinical Global Impression (CGI)(Busner & Targum, 2007)、The Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS)(Chouinard & Margolese, 2005)、The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, 1990)等，此類樣表多用於藥物研究或臨床評估，需由受過訓練人員評估受測者後填寫，不同施測者標準可能有異，故於正式研究時，施測者與研究人員需反覆確認對量化分數的共識，難逕自鑑定報告或病歷文件中臆猜量表分數高低而進一步充作量化變項。此為以鑑定報告內容進行量化分析中可能不足之處。

其二，本研究之方法亦難避免各項鑑定報告撰寫質量不一之困境，比如，某些鑑定團隊確實就早年歷程、社會情境有清晰之描述，但他團隊可能因鑑定要旨或側重項目不同，而未在鑑定報告呈現所有於表 2 內羅列之犯罪行為因子分析，又或者鑑定團隊試圖論述犯罪者行為受情境、物質、症狀影響的程度，但受制醫學論理描述的限制，而未能精準評析各問題對犯罪行為的解釋力。

其三，本研究蒐羅之司法精神鑑定報告中，提及人格障礙症診斷者僅 2%，遠低於人格障礙症之全球盛行率 7.8%(Winsper et al., 2020)，但高於多年前本土健保資料庫分析之人格障礙症盛行率 0.02%(Chien et al., 2004)。儘管人格障礙症不等同人格特質受精神疾病影響之指標，但從司法精神鑑定報告內容分析中可知，人格特質於責任能力為核心之刑案鑑定報告描述中可能因未屬要角，加上採用以評估性格特質之工具多樣，不同工具之性格用語關聯程度未明，故難以報告內描述之性格用語逕作變項納入統計。

其四，包含上列暴力行為因子中論及之「社會動盪」問題，本研究亦未以準確之量尺定義各犯罪者自身之內在動機與面臨的外在情境，就犯罪分析而言，此為一重要但本研究未能明確界定之背景因素。本研究蒐羅樣本案發時間橫互自民國 87 年至民國 110 年，多數案件介於民國 98 年至民國 110 年間，為金融海嘯後、新冠肺炎疫情發生前，僅基於司法精神鑑定報告中提及之個體情境，難推敲這段時期本土社會氛圍對當事人是否達「社會動盪」之概觀。針對動機、情境之描述受制本研究樣本非皆由同一鑑定團隊完成，故難窺探或整理一致之情境用語、影響程度而將情境相關之資訊化為變項，進行量化分析。

其五，本研究樣本來源為北台灣法院或地檢署轉介進行司法精神鑑定的犯罪者，鑑定目的多為刑法第 19 條相關事項鑑定，因此本研究有外推性的限制，研究結果所呈現之診斷分布樣態不能代表一般族群或未轉介司法精神鑑定犯罪者的疾病盛行率和共病樣態，也不能直接與一般族群、一般犯罪者、監獄樣本逕行比較。比如本研究囊括的個案中，診斷為憂鬱症者占總樣本約 11.1%，其中有物質使用經驗者占約 61.1%，合併物質使用障礙症者占約 38.9%，與前述文獻回顧所描述一般族群之憂鬱症盛行率、共病比例等差異甚大。

伍、結論與建議

本研究以轉介司法精神鑑定之犯罪者為樣本，研究結果顯示，轉介司法精神鑑定之暴力犯罪者未必有嚴重精神疾病、未必有物質相關及成癮障礙症診斷，男性、治療配合度不佳、過往有暴力犯罪史、合併成癮問題等亦不足解釋罹患嚴重精神疾病犯罪者之暴力犯罪現象。就此結果，研究者提出幾項實務建議及未來值得繼續深究的重點：

一、審慎報導，減少汙名

本研究樣本全體皆為有精神疾病診斷的犯罪者，在這樣的群體中，嚴重精神疾病含思覺失調症、雙相情緒障礙症等皆與暴力犯罪未有顯著關聯，是以媒體或大眾實在沒有足夠依據可以認定，暴力犯罪者應該有嚴重精神疾病。綜觀刑罰及審判系統的變遷，當今已不見民眾如古代部落村莊那般聚集官衙觀審或於市集圍觀身體刑罰，可說當前民眾接觸犯罪行為消息來源多半以大眾傳播媒體報導或社群媒體於犯行後幾天內流傳之畫面、臆測、評論為主，少見在歷經數月甚至數年審判後，仍有近似強度之報導聚焦某刑案最終的鑑定及審判結果。倘傳播媒介或社群媒體有訛傳或論述謬誤，閱聽者對偏差行為、精神疾病的負面印象和連結可能更加深罹患精神疾病者的社會汙名，也可能為罹精神疾病犯罪者帶來更多的負向標籤，以致社會復歸更困難。國內當前針對此議題有精神衛生法第 38 條¹⁴可參考，針對出版品、媒體等對精神疾病的不當影射、誤導、歧視等實已提出規範之需要，唯落實程度及改善汙名的成效，仍待時日觀察。

¹⁴ 民國 111 年 12 月 14 日修正之精神衛生法第 38 條：「宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體之報導，不得使用與精神疾病有關之歧視性稱呼或描述；並不得有與事實不符，或誤導閱聽者對病人、保護人、家屬及服務病人之人員、機構、法人或團體產生歧視之報導。病人或有第三條第一項第一款所定狀態之人涉及法律事件，未經法院裁判認定該法律事件發生原因可歸責於其疾病或障礙狀況者，宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體、機關、機構、法人、團體，不得指涉其疾病或障礙狀況為該法律事件之原因。廣播、電視事業違反第一項規定事實之認定，中央主管機關應邀集各目的事業主管機關、專家學者、民間團體及媒體代表召開會議審查之。任何人不得以公開之言論歧視病人、或不當影射他人罹患精神疾病。」

二、鑑定精緻化，處遇個別化

本研究以轉介司法精神鑑定之犯罪者為研究樣本來源，就其司法精神鑑定報告進行內容分析，發現司法精神鑑定報告中對於犯罪者日後治療、資源連結需求的分析其實不多。這可能是因為當前本土刑事鑑定多聚焦責任能力鑑定，也就是刑法第 19 條相關事項，也可能需要司法單位委託鑑定時進一步請鑑定團隊就治療及資源連結需求提出專門意見，否則當刑事司法系統及精神鑑定團隊花費大量時間、金錢進行鑑定及討論，卻不能就鑑定獲知的犯罪者問題進行積極處理或交接，實在可惜。在本土欲佈建司法精神病房／醫院等單位的同時，若這些鑑定報告所提出的建議能做為司法精神病房／醫院介入的參考，犯罪者可能得以在封閉式環境中獲得更有效能的介入計畫。不過鑑定團隊可能也要避免過於籠統之描述，比如「犯罪者未來需接受藥物治療或心理治療」這樣的描述可能稍嫌不足，若以被鑑定人為中心，補述治療可能需要的時長，預期可以改善的症狀、嚴重程度或復元的功能面向等，可能更切合當事人需要。

隨國民法官法上路，重刑案的偵查可能更需要收集大量與當事人生涯歷程相關的資料，可預期司法精神鑑定需求將更為上升，對檢察官、國民法官、司法精神鑑定團隊的影響重大，未來委託行司法精神鑑定的案件數量、案件類型、診斷樣態應與本研究呈現的樣態相當不同。倘重刑案對犯罪行為的分析愈趨細緻，司法精神鑑定團隊可能更需要建立結構化的鑑定流程，針對鑑定工具、鑑定結果的論述、專家意見的陳述可能更需要從科學實證出發。本研究結果顯現，超過一半被委託進行鑑定的犯罪者被鑑定團隊認定其行為受精神疾病診斷影響，但與他國實證不符之處在於，這些犯罪者經過鑑定後，其性格對犯罪行為的影響描述實在不多，鑑定報告也較少進一步論述犯罪者與被害人關係、糾紛細節、過往兩造因應模式等對犯行的影響，以及犯罪地點、犯罪時間、犯罪用具之選擇與對犯行結果的影響，這些要素對犯罪人行為面向的分析實屬重要。上述問題都還需要實證，方能進一步論述：性格之偏差係犯罪人本身之犯罪特質，還是精神疾病的病癥？疾病與犯罪關聯因子有沒有可能並存？如果探討清楚，是否更能有效分流罹患精神疾病的犯罪者到一般監所、司法精神病房／醫院，甚至考慮社區處遇即可？

三、協助就醫，維持治療

本研究分析結果顯示有 17.3% 之犯罪者於犯案前從未就醫，有 92.4% 其治療配合度不佳，在暴力犯罪者與非暴力犯罪者的比較中，暴力犯罪者犯行前從未就醫的比例比非暴力犯罪者還高。本研究個案蒐羅期間為 98 年 10 月至 111 年 2 月，強化社會安全網計畫第二期係於 110 年上路，計畫中包含社區倡議和社區資源佈建，期待還沒有被評估過但受精神疾病影響生活的患者有機會早日接受評估，如果個案決定接受診療，也能有足夠的資源協助個案留在治療體系或持續接受其

他類型的支援，減少生活被疾病影響的程度。面對從未就醫過、罹患精神疾病的犯罪者，盼刑事司法體系能給予周延而不中斷的計畫，令這群個案在社會復歸後亦能持續獲取治療資源和更生協助。這是研究者認為未來針對精神疾病與犯罪相關政策中最重要的目標。



參考文獻

i. 中文部分

- 王超群（2022年2月22日）。桃園弑母案凸顯蔡政府社會安全網、長照2.0政策淪為空談。中華新聞雲。<https://www.cdns.com.tw/articles/540093>
- 心理健康司（2022年12月20日）。疑似或社區精神病人照護優化計畫。衛生福利部心理健康司。
<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-6438-76962-107.html>
- 心理健康司（2023年02月07日）。新世代反毒策略之戒毒策略。衛生福利部心理健康司。
<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-5233-46100-107.html>
- 古承宗（2022）。重新檢視原因自由行為的可罰基礎。月旦法學雜誌328，頁26-50。
- 司法官學院犯罪防治研究中心（2024年1月11日）。中華民國一一一年犯罪狀況及其分析。法務部司法官學院。
<https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/1590/1592/40644/post>
- 社會及家庭署（2021年9月30日）。強化社會安全網第二期計畫核定本。社會安全網。<https://topics.mohw.gov.tw/SS/cp-4515-62472-204.html>
- 金孟華（2020）。國民參與刑事審判模擬法庭之觀察與評析——兼論定型化指令、行為準則以及決策樹狀圖的使用。交大法學評論，第7期，21-58。
- 吳建昌、劉靜婷（2022）。刑事司法精神鑑定之挑戰與期待。台大法學論叢51(4)，頁1667-1733。
- 法務部（2023年3月3日）。地方檢察署執行暴力犯罪裁判確定有罪人數統計。重要性別統計資料庫。
https://www.gender.ey.gov.tw/gecddb/Stat_Statistics_DetailData.aspx?sn=RZa5n_xlDm0EUaSdR1AFFTQ%40%40
- 林耿樟、周煌智（2017）。常見各精神鑑定需回應之問題。周煌智主編，司法精神醫學手冊（一版，116-122頁）。臺灣精神醫學會。
- 林慈偉（2021）。國民法官的判死練習題：模擬法庭旁聽的幾點觀察。全國律師，第25期，44-57。
- 林詩韻、黃聿斐、沈伯洋（2020）。受監護處分男性精神疾病犯罪者再犯分析。刑事政策與犯罪防治研究專刊25，頁183-243。
- 草屯療養院（2024年3月13日）。精神醫療緊急處置專線中心。衛生福利部草屯療養院。
https://www.ttpc.mohw.gov.tw/?aid=52&pid=118&page_name=detail&iid=249
- 徐育安（2023）。精神障礙與罪責原則——以鐵路警察案歷審判決為核心。台灣法律人20，頁81-98。

- 桃園市政府警察局（2023年06月28日）。警政統計年報。桃園市政府警察局。
<https://www.tytpd.gov.tw/#gsc.tab=0>
- 菅野亮（2021）。從辯護人的經驗觀察裁判員裁判。臺日國民參與刑事審判學術及實務交流研討會。台北市，台灣。
- 彭莉惠、熊瑞梅、紀金山（2011）。臺灣高等教育擴張對職業成就的影響：世代、性別、性別化科系與初職社經地位的取得。《臺灣教育社會學研究》201112，頁47-85。
- 楊士隆（2020）。暴力犯罪之型態。楊士隆主編，*暴力犯罪——原因、類型與對策*（四版，8-9頁）。五南。
- 楊岡儒（2022年8月24日）。台南殺警案及虛偽作秀的「社會安全安網」。《風傳媒》。<https://www.storm.mg/article/4485578?page=1>
- 楊添圍（2007）。*法院委託鑑定之精神分裂症患者之再犯因素分析*【碩士，國立台北大學】。台灣博碩士論文加值系統。
- 臺北市府警察局（2020年5月14日）。臺北市重要統計指標名詞定義。臺北市府主計處。
https://dbas.gov.taipei/News_Content_table.aspx?n=CE1296E27DE6B8E1&sms=9C2BFA02577D5A1E&s=7D80590884533407
- 臺南市政府衛生局（2022年5月19日）。臺南市111年度「精神病人危機處理團隊試辦計畫」說明書。臺南市政府衛生局。
[https://health.tainan.gov.tw/warehouse/63AE43DD-A398-431C-B9F5-8B043CAE2F79/附件1_111年度臺南市精神病人危機處理團隊試辦計畫說明書\(1110519\).pdf](https://health.tainan.gov.tw/warehouse/63AE43DD-A398-431C-B9F5-8B043CAE2F79/附件1_111年度臺南市精神病人危機處理團隊試辦計畫說明書(1110519).pdf)
- 劉潤謙（2022年1月19日）。無止盡的監護處分——社會安全與病患人權的兩難。《公視新聞網》。<https://news.pts.org.tw/article/564050>

ii. 英文部分

- Acharya, A.B., & Sánchez-Manso, J.C. (2023, April 24). Anosognosia. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513361/>
- Alarid, L.F., Burton Jr., V.S., & Cullen, F.T. (2000). Gender and crime among felony offenders: Assessing the generality of social control and differential association theories. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 37(2), 171–199.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- Apostolopoulos, A., Michopoulos, I., Zachos, I., Rizos, E., Tzeferakos, G., Manthou, V., Papageorgiou, C., & Douzenis, A. (2018). Association of schizoid and

- schizotypal personality disorder with violent crimes and homicides in Greek prisons. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 35.
- Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: data from the MacArthur violence risk assessment study. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566–572.
- Areh, I. (2020). Forensic assessment may be based on common sense assumptions rather than science. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101607.
- Badawy, A.A.B., Morgan, C.J., Lowett, J.W.T., Bradley, D.M., & Thomas, R. (1995). Decrease in circulating tryptophan availability to the brain after acute ethanol consumption by normal volunteers: Implications for alcohol-induced aggressive behaviour and depression. *Pharmacopsychiatry*, 28(Suppl. 2), 93–97.
- Bai, Y.M., Chang, W.H., Chen, M.H., Chen, T.J., Cheng, C.M., Hsu, J.W., Huang, K.L., Li, C.T., Lin, W.C., Pan, T.L., Su, T.P., & Tsai, S.J. (2019). Risk and coaggregation of major psychiatric disorders among first-degree relatives of patients with bipolar disorder: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 49(14), 2397–2404.
- Baldry, E., Dowse, L., & Clarence, M. (2012, February 17). People with mental and cognitive disabilities: Pathways into prison. [Conference Presentation]. Outlaws to Inclusion Conference, Kensington, United States.
<https://www.mhdcd.unsw.edu.au/sites/www.mhdcd.unsw.edu.au/files/u18/pdf/MHDCDbackgroundOutlaws Conf1.pdf>
- Bedford, N.J., & David, A.S. (2014). Denial of illness in schizophrenia as a disturbance of self-reflection, self-perception and insight. *Schizophrenia Research*, 152(1), 89–96.
- Berthelot, N., Paccalet, T., Gilbert, E., Moreau, I., Mérette, C., Gingras, N., Rouleau, N., & Maziade, M. (2015). Childhood abuse and neglect may induce deficits in cognitive precursors of psychosis in high-risk children. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 40(5), 336–343.
- Bezerra-Filho, S., Galvão-de Almeida, A., Studart, P., Rocha, M.V., Lopes, F. L., & Miranda-Scippa, Â. (2015). Personality disorders in euthymic bipolar patients: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(2), 162–167.
- Bhattacharyya, S. (2023). Association of medication nonadherence with increased risk of violence to others among patients with schizophrenia. *JAMA Network Open*, 6(4), e235784–e235784.
- Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., & Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 22(2), 113–120.

- Blackmore, C. E., Woodhouse, E. L., Gillan, N., Wilson, E., Ashwood, K. L., Stoencheva, V., Nolan, A., McAlonan, G. M., Robertson, D. M., Whitwell, S., Deeley, Q., Craig, M. C., Zinkstok, J., Wichers, R., Spain, D., Roberts, G., Murphy, D. G., Murphy, C. M., & Daly, E. (2022). Adults with autism spectrum disorder and the criminal justice system: An investigation of prevalence of contact with the criminal justice system, risk factors and sex differences in a specialist assessment service. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 26(8), 2098–2107.
- Boden, J.M., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2012). Alcohol misuse and violent behavior: Findings from a 30-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1–2), 135–141.
- Boksa, P. (2012). Abnormal synaptic pruning in schizophrenia: Urban myth or reality? *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 37(2), 75–77.
- Boland, R.J., Verduin, M.L., Ruiz, P., & Shah, A. (2021). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. Wolters Kluwer Health.
- Brandt, J., Kennedy, W., Patrick, C., & Curtin, J. (1997). Assessment of psychopathy in a population of incarcerated adolescent offenders. *Psychological Assessment*, 9, 429.
- Breslau, J., Miller, E., Jin, R., Sampson, N.A., Alonso, J., Andrade, L.H., Bromet, E. J., deGirolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Fukao, A., Gălăon, M., Gureje, O., He, Y., Hinkov, H.R., Hu, C., Kovess-Masfety, V., Matschinger, H., Medina-Mora, M.E., ... Kessler, R.C. (2011). A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 474–486.
- Brazão, N., DaMotta, C., Rijo, D., & Pinto-Gouveia, J. (2015). The prevalence of personality disorders in Portuguese male prison inmates: Implications for penitentiary treatment. *Análise Psicológica*, 33, 279–290.
- Cadoret, R.J., O'Gorman, T.W., Troughton, E., & Heywood, E. (1985). Alcoholism and antisocial personality. Interrelationships, genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry*, 42(2), 161–167.
- Carbone, E.A., deFilippis, R., Caroleo, M., Calabrò, G., Staltari, F. A., Destefano, L., Gaetano, R., Steardo, L.J., & DeFazio, P. (2021). Antisocial personality disorder in bipolar disorder: A systematic review. *Medicina*, 57(2).
- Castaldelli-Maia, J.M., & Bhugra, D. (2022). Analysis of global prevalence of mental and substance use disorders within countries: Focus on sociodemographic characteristics and income levels. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 34(1), 6–15.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E.B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 73.

- Chadda, R.K. (2013). Forensic evaluations in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 393–399.
- Chen, W.J., Wu, S.C., Tsay, W.I., Chen, Y.T., Hsiao, P.C., Yu, Y.H., Ting, T.T., Chen, C.Y., Tu, Y.K., Huang, J.H., Yang, H.J., Li, C.Y., Strong, C., Yen, C.F., Yen, C.F., & Hsu, J. (2017). Differences in prevalence, sociobehavioral correlates, and psychosocial distress between club drug and hard drug use in Taiwan: Results from the 2014 national survey of substance use. *The International Journal on Drug Policy*, 48, 99–107.
- Chien, I.C., Chou, Y.J., Lin, C.H., Bih, S.H., & Chou, P. (2004). Prevalence of psychiatric disorders among national health insurance enrollees in Taiwan. *Psychiatric Services*, 55(6), 691–697.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27.
- Coid, J., Hickey, N., Kahtan, N., Zhang, T., & Yang, M. (2007). Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 223–229.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91–102.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16–20.
- Corruble, E., Ginestet, D., & Guelfi, J.D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *Journal of Affective Disorders*, 37(2–3), 157–170.
- Cramer, J.A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C.J., Fuldeore, M.J., Ollendorf, D.A., & Wong, P.K. (2008). Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(1), 44–47.
- Dabbs, J.M., Carr, T.S., Frady, R.L., & Riad, J.K. (1995). Testosterone, crime, and misbehavior among 692 male prison inmates. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 627–633.
- Dalal, P., & Das, A. (2018). Cognitive problems in alcohol use: A review. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 5(6), 262–264.

- Damsted, S.K., Born, A.P., Paulson, O.B., & Uldall, P. (2011). Exogenous glucocorticoids and adverse cerebral effects in children. *European Journal of Paediatric Neurology: EJPN: Official Journal of the European Paediatric Neurology Society*, 15(6), 465–477.
- Dawel, A., O’Kearney, R., McKone, E., & Palermo, R. (2012). Not just fear and sadness: Meta-analytic evidence of pervasive emotion recognition deficits for facial and vocal expressions in psychopathy. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(10), 2288–2304.
- Deehan, A. (1999). *Alcohol and crime*: Taking stock. Home Office.
- Deng, X., Huang, Z., Li, X., Li, Y., Wang, Y., Wu, D., Gao, B., & Yang, X. (2012). Long-term follow-up of patients treated for psychotic symptoms that persist after stopping illicit drug use. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 24(5), 271–278.
- Díaz-Caneja, C.M., Pina-Camacho, L., Rodríguez-Quiroga, A., Fraguas, D., Parellada, M., & Arango, C. (2015). Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *Npj Schizophrenia*, 1(1), 14005.
- Edberg, H., Chen, Q., Andiné, P., Larsson, H., & Hirvikoski, T. (2022). Crimes and sentences in individuals with intellectual disability in a forensic psychiatric context: A register-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, E2.
- Eisenberg, M.J., vanHorn, J.E., Dekker, J.M., Assink, M., van derPut, C.E., Hendriks, J., & Stams, G.J.J.M. (2019). Static and dynamic predictors of general and violent criminal offense recidivism in the forensic outpatient population: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 46(5), 732–750.
- Fazel, S. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 6(8), e1000120.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G.M., & Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 931–938.
- Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z., Larsson, H., Goodwin, G.M., & Lichtenstein, P. (2015). Depression and violence: A Swedish population study. *The Lancet. Psychiatry*, 2(3), 224–232.
- Fazel, S., Xenitidis, K., & Powell, J. (2008). The prevalence of intellectual disabilities among 12,000 prisoners - a systematic review. *International Journal of Law and*

- Psychiatry*, 31(4), 369–373.
- Federal Bureau of Investigation. (2011, September 19). Violent crime. Federal Bureau of Investigation. <https://ucr.fbi.gov/crime-in-the-u.s/2010/crime-in-the-u.s.-2010/violent-crime>
- Fessel, J. (2022). Abnormal oligodendrocyte function in schizophrenia explains the long latent interval in some patients. *Translational Psychiatry*, 12(1), 120.
- Fiorentini, A., Cantù, F., Crisanti, C., Cereda, G., Oldani, L., & Brambilla, P. (2021). Substance-induced psychoses: An updated literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 694863.
- Fogden, B.C., Thomas, S.D.M., Daffern, M., & Ogloff, J.R.P. (2016). Crime and victimisation in people with intellectual disability: A case linkage study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–9.
- Foley, S.R., Kelly, B.D., Clarke, M., McTigue, O., Gervin, M., Kamali, M., Larkin, C., O’Callaghan, E., & Browne, S. (2005). Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 72(2–3), 161–168.
- Fresán, A., Apiquian, R., dela Fuente-Sandoval, C., García-Anaya, M., Loyzaga, C., & Nicolini, H. (2004). Premorbid adjustment and violent behavior in schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 69(2–3), 143–148.
- Furukawa, T.A. (2015). The relationship between depression and violent crime. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 193–194.
- Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice (4th ed)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Golenkov, A., Large, M., Nielssen, O., & Tsymbalova, A. (2011). Characteristics of homicide offenders with schizophrenia from the Russian Federation. *Schizophrenia Research*, 133(1), 232–237.
- Gonzales, L., Kois, L.E., Chen, C., López-Aybar, L., McCullough, B., & McLaughlin, K.J. (2022). Reliability of the term “serious mental illness”: A systematic review. *Psychiatric Services*, 73(11), 1255–1262.
- Graham, K., Wells, S., & West, P. (1997). A framework for applying explanations of alcohol-related aggression to naturally occurring aggressive behavior. *Contemporary Drug Problems*, 24(4), 625–666.
- Graham, L., Parkes, T., McAuley, A., & Doi, L. (2013). Alcohol problems in the criminal justice system: An opportunity for intervention. WHO Bulletin. WHO Europe: Copenhagen, Denmark.
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/alcohol-problems-in-the-criminal-justice-system-an-opportunity-for-intervention-2013>
- Gregory, S., Ffytche, D., Simmons, A., Kumari, V., Howard, M., Hodgins, S., &

- Blackwood, N. (2012). The antisocial brain: Psychopathy matters: A structural mri investigation of antisocial male violent offenders. *Archives of General Psychiatry*, 69(9), 962–972.
- Håkansson, A., & Jesionowska, V. (2018). Associations between substance use and type of crime in prisoners with substance use problems - a focus on violence and fatal violence. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 1–9.
- Hare, R.D. (1996a). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1), 25–54.
- Hare, R.D. (1996b). Psychopathy and antisocial personality disorder: A case of diagnostic confusion. *The Psychiatric Times*, 13(2).
- Hare, R.D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(5), 623–645.
- Hare R.D., Neumann C.S., Widiger T.A. (2012). Psychopathy. In Widiger T.A. (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford University Press.
- Harrison, P.J., & Weinberger, D.R. (2005). Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: on the matter of their convergence. *Molecular Psychiatry*, 10(1), 40–68.
- Hartz, S.M., Pato, C.N., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J.L., Knowles, J.A., Bierut, L.J., & Pato, M.T. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 248–254.
- Hawthorne, W.B., Folsom, D.P., Sommerfeld, D.H., Lanouette, N.M., Lewis, M., Aarons, G.A., Conklin, R.M., Solorzano, E., Lindamer, L.A., & Jeste, D.V. (2012). Incarceration among adults who are in the public mental health system: rates, risk factors, and short-term outcomes. *Psychiatric Services*, 63(1), 26–32.
- Hayes, A.F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling.
<http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Helle, A.C., Watts, A.L., Trull, T.J., & Sher, K.J. (2019). Alcohol use disorder and antisocial and borderline personality disorders. *Alcohol Research*, 40(1), 16.
- Hoaken, P.N.S., & Stewart, S.H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1533–1554.
- Hobson, J., & Shines, J. (1998). Measurement of psychopathy in a UKK prison population referred for long-term psychotherapy. *The British Journal of Criminology*, 38(3), 504–515.
- Holland, A.J. (1991). Challenging and offending behaviour by adults with developmental disorders. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17(2), 119–126.

- Hollis, C. (2000). Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1652–1659.
- Howard, R. (2015). Personality disorders and violence: what is the link? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 12.
- Howard, R., McCarthy, L., Huband, N., & Duggan, C. (2013). Re-offending in forensic patients released from secure care: The role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(3), 191–202.
- Huang, M.C., & Chen, C.C. (2012). Alcohol dependence in Taiwan: From epidemiology to biomedicine. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 4(2), 108–112.
- Janssen, J., Reig, S., Parellada, M., Moreno, D., Graell, M., Fraguas, D., Zabala, A., Garcia Vazquez, V., Desco, M., & Arango, C. (2008). Regional gray matter volume deficits in adolescents with first-episode psychosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(11), 1311–1320.
- Jarbin, H., Ott, Y., & VonKnorring, A.L. (2003). Adult outcome of social function in adolescent-onset schizophrenia and affective psychosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(2), 176–183.
- Kelly, J.P. (2011). Cathinone derivatives: a review of their chemistry, pharmacology and toxicology. *Drug Testing and Analysis*, 3(7–8), 439–453.
- Kiehl, K.A., Smith, A.M., Hare, R.D., Mendrek, A., Forster, B.B., Brink, J., & Liddle, P.F. (2001). Limbic abnormalities in affective processing by criminal psychopaths as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 50(9), 677–684.
- Kim, A.M. (2019). Crimes by people with schizophrenia in Korea: comparison with the general population. *BMC Psychiatry*, 19(1), 377.
- Kovács, I., Demeter, I., Janka, Z., Demetrovics, Z., Maraz, A., & Andó, B. (2020). Different aspects of impulsivity in chronic alcohol use disorder with and without comorbid problem gambling. *PLoS ONE*, 15(1), e0227645.
- Lamb, H.R., & Weinberger, L.E. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiatric Services*, 49(4), 483–492.
- Lamb, H.R., Weinberger, L.E., & Gross, B.H. (2004). Mentally ill persons in the criminal justice system: Some perspectives. *The Psychiatric Quarterly*, 75(2), 107–126.
- Lamond, G. (2007). What is a crime? *Oxford Journal of Legal Studies*, 27(4), 609–632.
- Large, M., Smith, G., & Nielssen, O. (2009). The relationship between the rate of

- homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 112(1–3), 123–129.
- Li, X., Zhou, W., & Yi, Z. (2022). A glimpse of gender differences in schizophrenia. *General Psychiatry*, 35(4), e100823.
- Li, Y., Wen, H., Xiong, C., Lin, C., Yang, X., Wang, D., Fan, R., Liu, J., Zhao, X., Liu, Y., & Liu, X. (2023). Medication nonadherence and risk of violence to others among patients with schizophrenia in Western China. *JAMA Network Open*, 6(4), e235891–e235891.
- Liang, J., Spigelman, I., & Olsen, R.W. (2009). Tolerance to sedative/hypnotic actions of GABAergic drugs correlates with tolerance to potentiation of extrasynaptic tonic currents of alcohol-dependent rats. *Journal of Neurophysiology*, 102(1), 224–233.
- Liao, D.L., Hong, C.J., Shih, H.L., & Tsai, S.J. (2004). Possible association between serotonin transporter promoter region polymorphism and extremely violent crime in Chinese males. *Neuropsychobiology*, 50(4), 284–287.
- Liljgren, M., Naasan, G., Temlett, J., Perry, D.C., Rankin, K.P., Merrilees, J., Grinberg, L.T., Seeley, W.W., Englund, E., & Miller, B.L. (2015). Criminal behavior in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *JAMA Neurology*, 72(3), 295–300.
- Lin, L.P., & Lin, J.D. (2011). Perspectives on intellectual disability in Taiwan: epidemiology, policy and services for children and adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 413–418.
- Lögdberg, B., Nilsson, L.L., Levander, M.T., & Levander, S. (2004). Schizophrenia, neighbourhood, and crime. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(2), 92–97.
- Luciano, A., & Meara, E. (2014). Employment status of people with mental illness: national survey data from 2009 and 2010. *Psychiatric Services*, 65(10), 1201–1209. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300335>
- Luvsannyam, E., Jain, M.S., Pormento, M.K.L., Siddiqui, H., Balagtas, A.R.A., Emuze, B.O., & Poprawski, T. (2022). *Neurobiology of schizophrenia: A comprehensive review*. *Cureus*, 14(4), e23959.
- Lycke, E., Modigh, K., & Roos, B.E. (1969). Aggression in mice associated with changes in the monoamine metabolism of the brain. *Experientia*, 25(9), 951–953.
- Lykken, D.T. (1995). *The antisocial personalities*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Mamman, H., Othman, A.T., & Lian, L.H. (2014). Adolescent's and drugs abuse in Nigeria. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 4, 5–9.
- McClellan, J.M., Susser, E., & King, M.C. (2006). Maternal famine, de novo mutations, and schizophrenia. *JAMA*, 296(5), 582–584.

- McClellan, J., & Stock, S. (2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 976–990.
- McGrath, J.J., & Susser, E.S. (2009). New directions in the epidemiology of schizophrenia. *The Medical Journal of Australia*, 190(S4), S7-9.
- McHugh, R.K., Votaw, V.R., Sugarman, D.E., & Greenfield, S.F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12–23.
- McKenzie, K., Milton, M., Smith, G., & Ouellette-Kuntz, H. (2016). Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: Current trends and issues. *Current Developmental Disorders Reports*, 3(2), 104–115.
- Melamed, Y. (2010). Mentally ill persons who commit crimes: Punishment or treatment? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 38(1), 100–103.
- Merikangas, K.R., Jin, R., He, J.P., Kessler, R.C., Lee, S., Sampson, N.A., Viana, M. C., Andrade, L.H., Hu, C., Karam, E.G., Ladea, M., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J.E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251.
- Meyer C.L., Irani T.H., Hermes K.A., Yung B. (2017). Severe mental illness. In Meyer C.L., Irani T.H., Hermes K.A., Yung B. (Eds.), *Explaining suicide: Patterns, motivations, and what notes reveal*. Academic Press.
- Mir, T.H. (2023). Adherence versus compliance. *HCA Healthcare Journal of Medicine*, 4(2), 219–220.
- Mohr-Jensen, C., & Steinhausen, H.C. (2016). A meta-analysis and systematic review of the risks associated with childhood attention-deficit hyperactivity disorder on long-term outcome of arrests, convictions, and incarcerations. *Clinical Psychology Review*, 48, 32–42.
- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis: report from the UK700 trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 129–134.
- Moreno-Küstner, B., Martín, C., & Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues: A systematic review and meta-analyses. *PloS One*, 13(4), e0195687.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Levinson, D.F., Singh, H., Bellack, A.S., Kee, K., Morrison, R.L., & Yadalam, K.G. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin*,

- 16(1), 31–56.
- Mullen, P. E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., & Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*, 355(9204), 614–617.
- Mullen, P. E. (2006). Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(4), 239–248.
- Naidoo, S., Subramaney, U., Paruk, S., & Ferreira, L. (2022). Mental illness and HIV amongst female inmates in Durban, South Africa. *The South African Journal of Psychiatry: SAJP: The Journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, 28, 1628.
- National Institute of Justice. (2019, June 17). Violent crime. National Institute of Justice. <https://nij.ojp.gov/topics/crimes/violent-crime>
- Nestor, P.G. (2002). Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features. *The American Journal of Psychiatry*, 159(12), 1973–1978.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188, 13–20.
- Nichols, E., Steinmetz, J.D., Vollset, S.E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., Abdoli, A., Abualhasan, A., Abu-Gharbieh, E., Akram, T.T., AlHamad, H., Alahdab, F., Alanezi, F. M., Alipour, V., Almustanyir, S., Amu, H., Ansari, I., Arabloo, J., Ashraf, T., ... Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105–e125.
- Orsolini, L., Chiappini, S., Papanti, D., DeBerardis, D., Corkery, J.M., & Schifano, F. (2019). The bridge between classical and “synthetic”/chemical psychoses: Towards a clinical, psychopathological, and therapeutic perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
- Peck, M.C., & Scheffler, R.M. (2002). An analysis of the definitions of mental illness used in state parity laws. *Psychiatric Services*, 53(9), 1089–1095.
- Penttilä, J., Paillère-Martinot, M.L., Martinot, J.L., Mangin, J.F., Burke, L., Corrigall, R., Frangou, S., & Cachia, A. (2008). Global and temporal cortical folding in patients with early-onset schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1125–1132.
- Pettinati, H. M., O'Brien, C.P., & Dundon, W.D. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *The American Journal of Psychiatry*, 170(1), 23–30.
- Pihl, R. O., & Peterson, J. (1995). Drugs and aggression: correlations, crime and human manipulative studies and some proposed mechanisms. *Journal of*

- Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 20(2), 141–149.
- Naomi P., Frank A.J., Sigfried N.T.M.S., & Cees J. (2023). The risk of criminal behavior in the elderly and patients with neurodegenerative disease. In Hanna S., & Gerben M. (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 197, pp. 181–196). Elsevier.
- Prosser, J.M., & Nelson, L.S. (2012). The toxicology of bath salts: A review of synthetic cathinones. *Journal of Medical Toxicology: Official Journal of the American College of Medical Toxicology*, 8(1), 33–42.
- Puhalla, A.A., Berman, M.E., Coccaro, E.F., Fahlgren, M.K., & McCloskey, M.S. (2020). History of childhood abuse and alcohol use disorder: Relationship with intermittent explosive disorder and intoxicated aggression frequency. *Journal of Psychiatric Research*, 125, 38–44.
- Räsänen, P., Hakko, H., Isohanni, M., Hodgins, S., Järvelin, M.R., & Tiihonen, J. (1999). Maternal smoking during pregnancy and risk of criminal behavior among adult male offspring in the northern Finland 1966 birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 857–862.
- Reavley, N.J., Jorm, A.F., & Morgan, A.J. (2016). Beliefs about dangerousness of people with mental health problems: The role of media reports and personal exposure to threat or harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1257–1264.
- Richard-Devantoy, S., Bouyer-Richard, A.I., Jollant, F., Mondoloni, A., Voyer, M., & Senon, J.L. (2013). Homicide, schizophrénie et abus de substances: Des liaisons dangereuses? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61(4), 339–350.
- Riddell, S., Nielssen, O., Butler, T., Christie, M., & Starmer, G. (2006). The relationship between amphetamine use, crime and psychiatric disorder among prisoners in New South Wales. *Psychiatry, Psychology and Law*, 13(2), 160–165.
- Riley, A.L., Nelson, K.H., To, P., López-Arnau, R., Xu, P., Wang, D., Wang, Y., Shen, H.W., Kuhn, D.M., Angoa-Perez, M., Anneken, J.H., Muskiewicz, D., & Hall, F.S. (2020). Abuse potential and toxicity of the synthetic cathinones (i.e., “bath salts”). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 110, 150–173.
- Rognli, E.B., & Bramness, J.G. (2015). Understanding the relationship between amphetamines and psychosis. *Current Addiction Reports*, 2(4), 285–292.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLOS Medicine*, 2(5), e141.
- Saladino, V., Mosca, O., Petrucci, F., Hoelzlhammer, L., Lauriola, M., Verrastro, V., & Cabras, C. (2021). The vicious cycle: Problematic family relations, substance abuse, and crime in adolescence: A narrative review. *Frontiers in*

Psychology, 12.

- Salekin, K.L., Olley, J.G., & Hedge, K.A. (2010). Offenders with intellectual disability: Characteristics, prevalence, and issues in forensic assessment. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 3(2), 97–116.
- Sanz-García, A., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M.P. (2021). Prevalence of psychopathy in the general adult population: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Shaw, C.R., & McKay, H.D. (1942). *Juvenile delinquency and urban areas*. University of Chicago Press.
- Sheilagh, H., & Janson, C.G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Metropolitan Project*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489280>
- Sher, L., & Rice, T. (2015). Prevention of homicidal behaviour in men with psychiatric disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 16(4), 212–229.
- Silver, E. (2000). Extending social disorganization theory: A multilevel approach to the study of violence among persons with mental illnesses. *Criminology*, 38(4), 1043–1074.
- Simpson, M.K., & Hogg, J. (2001). Patterns of offending among people with intellectual disability: A systematic review. Part II: Predisposing factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(5), 397–406.
- Sontate, K.V., Rahim Kamaluddin, M., Naina Mohamed, I., Mohamed, R.M.P., Shaikh, M. F., Kamal, H., & Kumar, J. (2021). Alcohol, aggression, and violence: From public health to neuroscience. *Frontiers in Psychology*, 12, 699726.
- Starzer, M.S.K., Nordentoft, M., & Hjørthøj, C. (2017). Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 343–350.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T., Roth, L.H., & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393–401.
- Steffensmeier, D., Zhong, H., Ackerman, J., Schwartz, J., & Agha, S. (2006). Gender gap trends for violent crimes, 1980 to 2003: A UCR-NCVS comparison. *Feminist Criminology*, 1(1), 72-98.
- Sundakov-Krumins, T.E., Lubbe, S., & Wand, A.P.F. (2022). Homicide and dementia: A systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 51(1), 1–17.
- Swinson Evans, T., Berkman, N., Brown, C., Gaynes, B., & Palmieri Weber, R.

- (2016). Disparities within serious mental illness. *Technical Brief*, 25(25).
- Taylor, J. L., Johnson, S., Cruz, R., Gray, J. R., Schiff, D., & Bagley, S. M. (2021). Integrating harm reduction into outpatient opioid use disorder treatment settings: Harm reduction in outpatient addiction treatment. *Journal of General Internal Medicine*, 36(12), 3810–3819.
- Tengström, A., Hodgins, S., Grann, M., Långström, N., & Kullgren, G. (2004). Schizophrenia and criminal offending: The role of psychopathy and substance use disorders. *Criminal Justice and Behavior*, 31(4), 367–391.
- Teplin, L. A. (1994). Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *American Journal of Public Health*, 84(2), 290–293.
- Thara, R., Taj, M., & Tirupati, S. (2008). Specific mental health disorders: Psychotic disorders. *International Encyclopedia of Public Health*, 187–196.
- Thomas, S.D.M., Nixon, M., Ogloff, J.R.P., & Daffern, M. (2019). Crime and victimization among people with intellectual disability with and without comorbid mental illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(5), 1088–1095.
- Thompson, P.M., Vidal, C., Giedd, J.N., Gochman, P., Blumenthal, J., Nicolson, R., Toga, A.W., & Rapoport, J.L. (2001). Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(20), 11650–11655.
- Thomson, L., Wilson, J., & Robinson, L. (2009). Predictors of violence in mental illness: The role of substance abuse and associated factors. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(6), 919–927.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *The American Journal of Psychiatry*, 154(6), 840–845.
- Tort, V., Dueñas, R., Vicens, E., Zabala, C., Martínez, M., & Romero, D.M. (2016). Intellectual disability and the prison setting. *Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria*, 18(1), 25–32.
- Tucker, J.S., Pollard, M.S., dela Haye, K., Kennedy, D.P., & Green, H.D.J. (2013). Neighborhood characteristics and the initiation of marijuana use and binge drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1–2), 83–89.
- Underwood, M.D., Kassir, S.A., Bakalian, M.J., Galfalvy, H., Dwork, A.J., Mann, J.J., & Arango, V. (2018). Serotonin receptors and suicide, major depression, alcohol use disorder and reported early life adversity. *Translational Psychiatry*, 8(1), 1–15.

- van derPut, C.E., Assink, M., & Gubbels, J. (2020). Differences in risk factors for violent, nonviolent, and sexual offending. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 20(4), 341–361.
- Vega, P., Barbeito, S., deAzúa, S.R., Martínez-Cengotitabengoa, M., González-Ortega, I., Saenz, M., & González-Pinto, A. (2011). Bipolar disorder differences between genders: Special considerations for women. *Women's Health*, 7(6), 663–676.
- Vevera, J., Hubbard, A., Veselý, A., & Papezová, H. (2005). Violent behaviour in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 187, 426–430.
- Vyas, N.S., Hadjulis, M., Vourdas, A., Byrne, P., & Frangou, S. (2007). The Maudsley early onset schizophrenia study. Predictors of psychosocial outcome at 4-year follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(7), 465–470.
- Wallace, C., Mullen, P.E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 716–727.
- Walsh, A., & Wu, H. (2008). Differentiating antisocial personality disorder, psychopathy, and sociopathy: evolutionary, genetic, neurological, and sociological considerations. *Criminal Justice Studies*, 21(2), 135–152.
- Wang, H.H., Chang, C.M., Chang, S.S., Yang, A.C., Liu, Y.H., Liao, S.C., & Wu, C. S. (2022). Ten-year trends in depression care in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 121(10), 2001–2011.
- Watterson, L.R., & Olive, M.F. (2014). Synthetic cathinones and their rewarding and reinforcing effects in rodents. *Advances in Neuroscience*, 2014, 209875.
- Wehmeyer, M.L. (2001). Self-determination and mental retardation. In L.M. Glidden (Ed.), *International review of research in mental retardation*. Academic Press.
- Weiner, B., Perry, R.P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738–748.
- White, T., Cullen, K., Rohrer, L.M., Karatekin, C., Luciana, M., Schmidt, M., Hongwanishkul, D., Kumra, S., Charles Schulz, S., & Lim, K. O. (2008). Limbic structures and networks in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 18–29.
- Whiting, D., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2021). Violence and mental disorders: A structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 150–161.

- Widiger, T.A., Samuel, D.B., Mullins-Sweatt, S., Gore, W.L. and Crego, C. (2012). An Integration of Normal and Abnormal Personality Structure: The Five-Factor Model. In Widiger, T.A. (Ed), *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. Oxford University Press.
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A.M., Singh, S.P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 216(2), 69–78.
- Witt, S.H., Streit, F., Jungkunz, M., Frank, J., Awasthi, S., Reinbold, C.S., Treutlein, J., Degenhardt, F., Forstner, A.J., Heilmann-Heimbach, S., Dietl, L., Schwarze, C.E., Schendel, D., Strohmaier, J., Abdellaoui, A., Adolfsson, R., Air, T.M., Akil, H., Alda, M., ... Rietschel, M. (2017). Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 7(6), e1155.
- Wobrock, T., Falkai, P., Schneider-Axmann, T., Hasan, A., Galderisi, S., Davidson, M., Kahn, R.S., Derks, E. M., Boter, H., Rybakowski, J.K., Libiger, J., Dollfus, S., López-Ibor, J.J., Peuskens, J., Hranov, L.G., Gaebel, W., & Fleischhacker, W. W. (2013). Comorbid substance abuse in first-episode schizophrenia: Effects on cognition and psychopathology in the EUFEST study. *Schizophrenia Research*, 147(1), 132–139.
- World Health Organisation. (2001, September 28). The World Health Report 2001: Mental disorders affect one in four people. World Health Organisation. <https://www.who.int/news/item/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people>
- Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 775–792.
- Zhang, Y., Ming, Q.S., Yi, J.Y., Wang, X., Chai, Q.L., & Yao, S.Q. (2017). Gene-gene-environment interactions of serotonin transporter, monoamine oxidase A and childhood maltreatment predict aggressive behavior in Chinese adolescents. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 11, 17.
- Zheng, Y., Severino, F., Hui, L., Wu, H., Wang, J., & Zhang, T. (2019). Co-morbidity of DSM-IV personality disorder in major depressive disorder among psychiatric outpatients in China: A further analysis of an epidemiologic survey in a clinical population. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
- Zhong, S., Yu, R., & Fazel, S. (2020). Drug use disorders and violence: Associations with individual drug categories. *Epidemiologic Reviews*, 42(1), 103–116.

著作權聲明

論文題目：司法精神鑑定報告中暴力犯罪關聯因子分析

論文頁數：97頁

系所組別：犯罪學研究所

研究生：林佳亨

指導教授：林育聖

畢業年月：113年7月

本論文著作權為林佳亨所有，並受中華民國著作權法保護。

