

精神障礙暴力犯罪之現況

高雄市立凱旋醫院成人精神科主任 周煌智醫師

摘要

精神病患一直被烙上危險與恥辱的象徵，當不幸發生暴力意外事件時，媒體也常加以渲染，更增添了精神病患的標籤化、污點化；然而，犯罪行為是一個混合生物、社會心理與情境等眾多因素的複雜問題，各類精神障礙在暴力犯罪中常成為討論的課題；雖然精神病患犯罪的比例比社區族群的一般人高；但是大部分的精神病患在經過積極的治療後，已無攻擊性，因此，瞭解病患發生暴力的原因予以預防與治療，是比一味的排斥病患來得有用。

國內外資料的統計：住院精神疾患中約有 20~63% 具有攻擊性行為，有自殺企圖者約有 11-50%。精神分裂疾患的暴力發生率因定義、診斷要件與暴力偵測不同的關係而有 2-63% 的估計。雖然各類精神病的暴力行為以精神分裂病患的居多數，但以所佔的精神病患比例而言，則以反社會人格違常、器質性精神病或物質成癮／濫用者居多。近年來社會熱門話題——性犯罪與家庭暴力犯罪的加害人少有或雖有精神疾病診斷，但與觸犯妨害性自主罪或家庭暴力犯罪無因果關係或雖有因果關係，但僅為其整體犯罪行為的一部份：例如反社會行為人格違常者犯強盜併強制性交。

當精神病患或疑似精神病患涉案時，常必須經過司法精神鑑定其刑責能力。在國內精神鑑定之重要工作，首要解決刑法第十九條是否心神喪失與精神耗弱兩大難題，精神衛生法的立法通過後，強制就醫鑑定更是保障病患人權、兼顧社會安全的一道不可或缺的司法醫療程序；邇來性侵害犯罪與家庭暴力的防治與處遇計劃的鑑定更是精神醫學新興的議題，這四種不同的鑑定有必要加以釐清，並透過定期司法與精神醫療專業人員的開會討論，可以適時釐清精神障礙的暴力犯罪的行為能力與精神障礙的可能因果關係。

關鍵詞：精神障礙 暴力犯罪

壹、前言

長久以來，精神病患一直被烙上危險與恥辱的象徵，而任其躲在陰暗的角落裡，或從此關入收容機構，不幸發生暴力意外事件時，媒體也常加以渲染，更增添了精神病患的標籤化、污點化¹，另一方面，許多對於精神病患犯罪無罪的迷思，例如：『我是瘋子，打人無罪、我有精神分裂病的診斷書，所以犯法也不會被關...』更增添社會大眾對於精神病患的排斥與恐懼。然而，犯罪行為是一個混合生物、社會心理與情境等眾多因素的複雜問題，各類精神障礙在暴力犯罪中常成為討論的課題；雖然，精神病患犯罪的比例比社區族群的一般人高²；然而，大部分的精神病患在經過積極的治療後，已無攻擊性，持續性的社區追蹤與復健治療更能有效的提昇病患的職業功能與社交能力，因此，瞭解病患發生暴力的原因予以預防與治療，是比一味的排斥病患來得有用。

貳、精神、行為障礙犯罪盛行率

據 Swanson et al³ 在社區一年研究裡，一般人暴力發生率約為 3.7%；其中男性為 5.29%，女性為 2.9%。而自殺的發生率視不同地區，每十萬人有 4-46 人不等⁴，我國則每十萬人約有 10-20 人⁵。國內外資料的統計：住院精神疾患中約有 20~63% 具有攻擊性行為⁶⁻¹¹，有自殺企圖者約有 11-50%（同註 4-5，12）。精神分裂疾患的暴力發生率因定義、診斷要件與暴力偵測不同的關係而有 2-63% 的估計（同註 6-11）。Modestin 等人¹³ 發現瑞典的男性精神分裂病患在急性期時，比一般族群有較高的身體犯罪及侵犯財物犯罪的情形，至於慢性的精神分裂患者之犯罪類刑責與一般人口無異。Myers and Dunner¹⁴ 研究急性住院病人暴力發現以藥物濫用的病人自殺及對外攻擊較高。Cheung et al.（同註 11）研究澳洲維多利亞一家大型精神專科醫院的病房暴力發生率，結果顯示每年平均每 100 位病人有 97.6 件的身體攻擊事件，且有高達 62.8% 的暴力年發生率。瑞典學者 Lindqvist P, Alleck P 在 Stockholm 對 644 名精神分裂病患者十四年的追蹤發現男性患者的犯罪率與一般人口一樣，但女性則為兩倍，且暴力犯罪率為一般人口的四倍，顯然精神分裂病人之暴

力性是不能忽視的¹⁵。周煌智等（同註 6）研究南台灣最大一所精神專科教學醫院顯示：每千住院人日有 10.81 人次攻擊事件發生。在研究攻擊者方面，Swanson et al（同註 3）在社區調查發現男性為女性的二倍，年輕及低社經較易有暴力行為，且物質濫用者比其他人有非常顯著使用暴力。Pearson et al¹⁶ 回溯性分析住院精神疾患暴力事件發現男性、小於 45 歲及診斷為精神分裂病者較有暴力。Fairley et al¹⁷ 研究紐西蘭精神疾患發現暴力較常出現在精神分裂病人身上。Mullen¹⁸ 則表示某些類型的精神疾病患者，特別是精神分裂症患者之暴力行為雖然較高，但這樣的個案多是由於治療或社區監護不足造成。稍後，Wallance et al¹⁹ 認為雖然精神分裂病患與情感型精神病患的犯罪行為或許略有增加，但這是可能導因於物質濫用所致。Cooper and Mendonca（同註 8）以前瞻性方法在老年精神病房做精神疾患暴力攻擊護士的研究發現，雖然最常見的診斷為精神分裂病，但若以分率計算，則智能不足與癡呆症居多。Ng et al²⁰ 與周煌智等人（同註 6）皆發現病房過度擁擠與病房暴力行為，特別是口頭暴力具有明顯的相關。對於暴力、犯罪和精神疾病相關性的研究，自八十年代末期，已有較快速的進展，例如：Krakowski et al²¹ 回顧精神病理在暴力發生的角色，認為暴力行為的計畫、嚴重性及強度是依精神病理而定，其中又以人格違常最多。另一方面，Hafner 和 Boker²² 研究精神病的暴力犯罪，直接導因於被害妄想的佔 16%，嫉妒妄想佔 15%，與妄想有關的報復行為佔 40%，只有 20% 則為無特定目的或原因。Hodgin et al²³ 以丹麥人作為研究的對象，發現具有精神科診斷的病人接比非病人的相對犯罪危險率高出 2.71 至 11.27 倍。其中又以主要精神病、反社會人格違常、酒精與藥物濫用、及智能不足較為顯著。楊添園等人²⁴ 針對台灣北部某精神專科教學醫院二十年間所接受的刑事鑑定 209 精神分裂個案中急性期之精神分裂病患較非急性期患者呈現較高機會之殺人或傷害等人身犯罪行為與強盜之財產犯罪行為。人身犯罪行為之對象大多數為家庭成員或是近親。非急性期之精神分裂症患者則傾向發生偷竊行為。因此，適當的精神醫療介入對於降低犯罪行為與家庭成員的壓力極為重要。

近年來，性侵害犯罪的嚴重性已成為台灣治安的一大隱憂，而廣受社會各階層的強烈關心與注意。因此，如何瞭解與處置這些性侵害加害人乃成為相當重要的社會、司法與精神醫學問題²⁵。性侵害犯罪發生受限於受害者基於顏面等因素不願報案而明顯低估。根據英國犯罪調查（British Crime Survey, CS）指出：僅約五分之一的 15 歲以上女性受性攻擊曾報案，也僅約五分之一比例的性侵害加害人為警方所知。同時，高達 80% 的性犯罪並未被報告²⁶。根據美國司法部（United States Department of Justice）的研究²⁷⁻²⁸：未治療的性侵害加害人，在釋獄後 3 年的追蹤，其累犯率（recidivism rate）約 60%，而當經完全的特殊治療後，其累犯的比

率則降為 15%~20%。其他學者研究性侵害犯罪再犯率在 6-80%之間²⁹⁻³²。在台灣，周煌智³³調查獄內性侵害加害人發現具有性侵害犯罪前科者約 17%左右，而受害人在 2 人以上者約 24%左右。

在國外，過去二十年中『親密性暴力』（intimate violence）從所謂的禁忌中逐漸被討論，使得發生在家庭內的虐待妻子、兒童虐待、性虐待等事件，成為開始被注意的社會問題³⁴。根據內政部民國八十八年七月至九十年十月間全國家庭暴力防治中心婦女服務案件統計（表一）其通報件數之多令人咋舌，而申請保護令與緊急安置件數急速成長，許多家暴實務工作者與研究者皆為此大為驚心並喻為冰山一角；換言之，實際發生的案件應比官方統計數字高出許多。

表一 內政部家庭暴力防治中心婦女服務案件統計表 88.07-90.10

	通報件數	保護令	諮詢件數	緊急安置件數	開案件數
88.07-89.01	12836	3307	39941	51	9225
89.02-89.12	26866	7450	79054	806	15050
90.01-90.10	29368	8491	114691	1307	26900
合計	69070	19248	233686	2164	51175

此法實施的前二年，至少已有三萬七千戶以上家庭接受這個家庭暴力防治網絡的服務。根據台中縣政府家庭暴力防治中心針對民事保護令滿意度調查顯示，有百分之七十一的家庭暴力受害人在收到保護令後，沒有再遭受暴力的侵犯，有百分之六十一的被害人認為保護令有發揮功能，有百分之七十一的被害人的家人贊成被害人申請保護令且認為確實達到終止暴力之目的；有百分之五十七的加害人在法院核發保護令後，暴力行為減少了，顯示保護令確實發揮終止暴力的目的³⁵。

參、常見的四種精神、行為障礙鑑定法源依據與鑑定原則

(1)精神鑑定

精神衛生法第二十條規定³⁶：『……犯罪嫌疑人如有精神疾病或疑似精神疾病者，得由司法機關送請精神鑑定，鑑定應由二位以上專科醫師為之。』

……。」當個體因失卻控制而犯罪的人，其行為時之精神狀態究屬正常與否？是否出於一時的精神障礙？或是行為能力的缺損是否已達不能處理自己事務的狀態？諸如此類狀態的判定，是為精神鑑定的主軸，亦為司法精神醫學的樞要。而林憲教授認為司法精神醫學，即在「處理在精神醫學領域中與精神障礙有關的各種法律問題，故又稱為法制精神醫學（legal psychiatry）」³⁷。因此可知精神鑑定即是在「應用精神醫學的專業知識，對涉及法律問題的精神障礙者，做為行為之精神狀態的判斷」。

(2)強制就醫鑑定

精神衛生法第二十一條規定³⁸：『……前項嚴重病人不接受全日住院治療時，經由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院；……。』此類鑑定主要為精神治療需要與否的強制鑑定，是一種暴力防治的鑑定，同時，此類鑑定暴力行為應與精神狀態（怪異思想與奇特行為）有因果關係，且限於明顯脫離現實的精神病人，以避免過度侵犯人權。

(3)性侵害加害人裁判前鑑定

刑法修正案的第九十一條之一：「犯第二百二十一條至第二百二十七條、……之罪者，於裁判前應經鑑定有無施以治療之必要。有施以治療之必要者，得令入相當處所，施以治療。」³⁹。事實上，不管是立法的原意、法條的強制性、鑑定的目的與內容涉案之精神病犯精神鑑定皆不同於性侵害加害人裁判前鑑定，裁判前鑑定，在本質上是一種犯罪預測的概念，McGrath⁴⁰指出：為了要製作性犯罪者的策略計畫，「治療的順從度」（amenability to treatment）及「危險因子」（risk factors），是兩項必須檢視的中心議題。但是在決定策略計畫前，危險評估（risk assessment）是最重要的前置作業之一。因此，在治療前必須有良好的診斷評估。其次，性侵害加害人是一個多重因素所決定的異質性團體，因此必須針對個案加以分類治療⁴¹⁻⁴³，第三，治療策略的目標在於終身控制而非治癒⁴⁴。亦即當性侵害加害人身處高危險再犯情境時，自我的控制愈好，則再犯的可能性就愈低。因此診斷評估其有無治療的必要就不是單純的精神疾病診斷，而是考慮其再犯的可能性高低，以及涉案所導致的危險性而定（同註 25）。台灣精神醫學會家庭暴力暨性侵害治療小組亦根據上述原則製作一份有無治療必要的參考手冊。

(4)家庭暴力相對人裁定前處遇計畫鑑定精神、行為障礙鑑定

家庭暴力防治法第三十條規定⁴⁵法官可以強制家庭暴力相對人接受處遇計畫，

以避免再次產生家庭暴力。但在幾場座談會上，有法官提及他們無法判斷加害人需接受何種特定治療或輔導，及其治療期程、次數，因此需要醫療或心理衛生專業體系先評估加害人的精神、心理狀態、認知及危險再犯部份⁴⁶。為讓加害人處遇計畫保護令的良好美意可以落實，和克服法官因無從判斷加害人是否核發處遇計畫保護令或其內容，於民國八十九年家庭暴力防治委員會第二次委員會中，由司法院民事廳提案委請內政部家庭暴力防治委員會統籌協調，研擬相關流程並規劃相關配套措施，以為落實加害人處遇計畫。在所修正的「家庭暴力加害人處遇計畫規範」中，建立家庭暴力相對人之鑑定機制，於各縣市家庭暴力防治中心成立鑑定小組，以接受法院囑託辦理相對人之裁定前鑑定工作，提供法官核發加害人處遇計畫可參酌依據之專家意見。是否實施處遇計畫鑑定的重要目的是決定案主本身是否需要接受處遇計畫，以及接受處遇計畫是否能夠降低家庭暴力行為的發生，進而積極的促進家庭和諧。因此，本質是一種或然率的推估，以現有所能掌握的證據預測未來狀態，且透過某種介入力量可以導致原先不良預測值改變成所想要的結果。因此，鑑定的重點如何說明以現有基礎可以預測相對人可能再次發生暴力的機率，且透過所建議的處遇計畫可以有效的降低再次發生家庭暴力的危險性，進而促進家庭和諧，因此，此類鑑定的首要精神是評估再犯性高低與暴力危險嚴重度⁴⁷。

肆、案例分析

案例一：某甲為一 27 歲未婚男性。因多次在家縱火，遭檢察官以公共危險罪起訴，並因為精神異常先由警方強制帶入精神科急診；在稍後由法官移送精神鑑定。在急診二十四小時護理觀察發現：『案主缺乏眼神接觸、少語、間有自言自語、比手勢等怪異行為、注意力不集中，無法針對問題回答。』當時的精神狀態檢查發現：『案主少語、不合作、情緒顯得焦慮、思考鬆散，有幻聽、被害妄想、注意力欠集中，無法完整的回答問題，自我照顧能力與認知功能皆有明顯下降。』住院兩週後的精神狀態檢查：『態度已較為友善，但表情平淡、有答非所問、干擾行為及明顯的幻聽與思考亦呈現聯想鬆弛等症狀，在這段時間的護理記錄發現案主有明顯的幻聽、失眠、宗教妄想等症狀呈現，睡眠品質亦不佳。有持續性的幻聽干擾，常會顯得焦慮不安，需藉由跟工作人員會談才能降低焦

慮，會談當中會提到對於雙親的情感矛盾……』綜合鑑定結果的結論：『案主具有持續性的幻聽與宗教妄想，已超過十年以上，智能亦有損傷，診斷為精神分裂病，併有邊緣智能不足，其病情已呈現慢性化，認知功能與自我衝動克制能力明顯下降，容易受精神症狀干擾與外界影響，導致暴力行為，在本院的半年醫療觀察記錄顯示案主受限於精神疾病的影響而呈現精神障礙。根據涉案當時（七十二小時內）的精神狀態檢查與持續性的醫療觀察記錄，研判涉案當時：因受精神症狀干擾，導致認知功能明顯下降，自我控制能力變差，因而做出犯法行為其精神狀態應已達心神喪失程度……』

案例二：陳姓案主，42 歲，未婚男性，因在社區用磚塊丟擊他人的門，及用鐵鏈到處打鄰居牆壁，鄰居出面制止時，病患以磚頭丟擊，於是鄰居報警，警察見病患胡言亂語，而送來本院。由於強制送醫，病患在例行查房時明白表示「我不是神經病，為什麼要把我送來這裏……。」由於案主拒絕住院，因此依照精神衛生法第二十一條規定予以住院強制鑑定。在進行鑑定的診斷性會談時發現案主的外觀髒亂、蓄長髮、表情顯得多疑，並且會因有幻聽干擾偶而停頓會談，對於詢問「最近五年，常用磚頭、鐵鏈打窗戶或鄰居的牆壁時，回答「都是「違法整頓」，有違法的羅盤、我有聽到聲音等語」符合精神衛生法第五條規定：「所謂嚴重病人係指病人出現脫離現實之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，或有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為，經專科醫師診斷認定者。」的定義，由於具有妄想、幻聽，且社會職業功能已經明顯退化，無其他證據顯為其他精神病可能，發病早已超過半年，故診斷為妄想型精神分裂病。再加上其已有攻擊行為，且不願住院，符合第二十一條規定條規定：嚴重病人如有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為時，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，保護人應協助病人，前往精神醫療機構辦理住院。前項嚴重病人不接受全日住院治療時，經由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院；其強制住院，應在中央衛生主管機關指定之精神醫療機構為之。前項鑑定，以全日住院方式為之者，其住院鑑定期間以七日為限。」故根據第二十一條規定予以強制住院。

案例三：為一 35 歲已婚，男性技術工人。第一次性行為是當兵前(約 20 歲)朋友邀約買春，經驗不是很愉快，在 23 歲時結婚，育有一子二女，婚後性生活尚稱和協，案發前主要性伴侶為妻子，每週平均 3-4 次性行為。最近 1-2

年，妻夜間常工作，個案不敢要求，平均每週 1-2 次性行為。在 25 歲時犯下強制猥褻案，但以和解的方式解決。自 34 歲起至 35 歲一年多，累積犯案十餘次。自訴對於自己慾望及情緒皆較壓抑，但累積到一定量時便會爆發出來，而每次的犯罪行為皆是夜晚獨自一人時，突然興起無法克制自己的慾望，偶而以傷害自己的方式試圖壓抑，壓抑未成就犯案，曾經前往某醫學中心精神科求診，但由於沒有勇氣開口而未就診。對於長髮女孩特別有興趣。會談過程業主提及家人和過往犯罪行為時，顯得懊悔羞愧及痛苦，有想死的念頭，情緒低落，表情憂鬱，聲淚俱下，幾乎泣不成聲。言談切題，知覺、思考、動作或行為皆無異常。否認有其他內外科生理疾病或精神疾病史。對性需求強，易受性刺激而做出性侵害行為，想用性侵害方式證明自己的性能力及男子氣概，對受害者的同理心強，但不做性侵害的決心弱。腦圖譜檢查：無明顯異常。臨床診斷為 1. 其他未註明之性疾患，2. 憂鬱狀態。

危險性與再犯性評估

1. 犯罪紀錄：曾有性犯罪前科。
2. 認知功能或人格特徵：認知扭曲。易受性刺激而做出性侵害行為，想用性侵害方式證明自己的性能力及男子氣概，對受害者的同理心強，但不做性侵害的決心弱…
3. 具有臨床診斷：(1) 其他未註明之性疾患(2) 憂鬱狀態。
4. 加害人特徵：a: 加害人年齡 ≤ 35 歲，且連續無辜被加害人侵害達十餘人。

綜合上述所言，業主屬於高危險，高再犯性。有施以治療之必要。

案例四：某丙與妻子因財務問題口角，因此，以拳頭打擊妻子的頭部，致其妻子有明顯外傷，並打電話至娘家，威脅要她們全家不好過，且通通死光，案由妻子聲請保護令，而由法官移送鑑定。經過團體鑑定與個別鑑定並經過實地訪查後發現：業主雖然沒有明顯的反社會行為，亦沒有持續性的精神科診斷，但常懷疑妻子外遇（2 年前就已懷疑），造成妻子的精神虐待，並對妻子四次暴力行為，其中一次，讓妻子差點自殺，性行為是不尊重對方的意願，經濟壓力大，情緒暴躁，屬於中高危險性的家庭暴力再犯者，因此應接受輔導教育與再犯預防治療。

伍、結 論

精神病人的暴力犯罪比例雖然比一般人高，但終究人數少，遠不如酒藥癮/濫用及嚴重人格違常的人數來得嚴重⁴⁸。一件偶發的病人因精神症狀所導致的暴力行為可被媒體誇大過度渲染，亦讓大多數無辜的病人蒙受不公平的陰影和歧視⁴⁹。如何將精神病患是不定時炸彈的標籤去掉，是一個重要的議題。其次，性犯罪的鑑定應跳脫精神鑑定的原則，而採犯罪預測模式⁵⁰，而治療則應採再犯預防與認知行為治療，必要時則使用藥物治療已經是先進國家的趨勢⁵¹。家庭暴力相對人裁定前鑑定制度屬一創新的鑑定模式。鑑定的原則雖採犯罪預測模式，但仍加入具有女性主義色彩的團體輔導與鑑定，值得進一步的觀察。這四種不同的鑑定有必要加以釐清，並透過定期司法與精神醫療專業人員的開會討論，可以適時釐清精神障礙的暴力犯罪的行為能力與精神障礙的可能因果關係。

註 釋

- 1 周煌智，龍佛衛，郭壽宏：精神疾患與暴力縱說。公共衛生。
- 2 Tuninger E, Levander S, Bernce R, Johansson G. Criminality and aggression among psychotic inpatients: frequency and clinical correlates. Acta Psychiatr Scand 2001; 103:294-300.
- 3 Swanson JW, Holzer CE et al: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. Hosp Community Psychiatry 1990; 41(7): 761-770.
- 4 Roy A, Chir B: Suicide. Baltimore, MD, Waverly Press Inc, 1986; 17-40.
- 5 林憲：第三章 精神疾病與自殺。自殺及其預防 台北市，水牛出版社 1986；40-57。
- 6 周煌智 龍佛衛 石義方 楊秀蘭 余伍洋 張和平：急性精神病房暴力發生率-台灣某大型精神專科醫院第一年追蹤報告。高雄市立凱旋醫院研究獎勵計畫（未出版）1997。

- 7 周煌智 龍佛衛 石義方 楊秀蘭 江大雄 吳炳輝 陳國東：急性精神病房暴力發生率。疫情報導 1997；13(2): 38-47。
- 8 Cooper AJ, Mendonca JD: A prospective study of patient assaults on nurses in a provincial psychiatric hospital in Canada. *Acta Psychiatrica Scand* 1991; 84(2) : 163-166.
- 9 Eastley R, Mian I: Physical assaults by psychogeriatric patients: Patient characteristics and implications for placement. *Int J Geriatric Psychiatry* 1993; 8(6) : 515-520.
- 10 Kalunian DA, Binder RL, McNeil DE: Violence by geriatric patients who need psychiatric hospitalization. *J Clin Psychiatry*, 1990; 51(8) : 340-343.
- 11 李鶯喬, 范世華, 蔡果荃：住院精神病患攻擊行為之探討—回溯性研究。中華醫學雜誌 1987；39:323-332。
- 12 Chung P, Schweitzer I, Tuchwell V, Crowley KC: A prospective study of aggression among psychiatric patients in rehabilitation wards. *Aust NZ J Psychiatry* 1996; 30(2): 257-262.
- 13 Modestin J, Ammann R: Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22: 69-82.
- 14 Meyers KM, Dunner DL: Self and other directed violence on a closed acute-care ward. *Psychiatr Q* 1984; 56(3): 178-188.
- 15 Lindqvist P, Alleck P: Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up 644 Schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157:345-350.
- 16 Pearson M, Wilmot E, Padi M: A study of violent behaviour among inpatients in a psychiatric hospital. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 232-235.
- 17 Fairley NA, Siegert R, Simpson A et al: Psychiatric disorder and disability in New Zealand long-stay psychiatric patients. *Aust Z J Psychiatry* 1993; 27 (4): 590-594.
- 18 Mullen PE: Violence and mental disorder. *British Journal of Hospital Medicine* 1988; 40:460-464.
- 19 Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C: Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study *British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 477-484.
- 20 Ng B, Kumar S, Ranclaud M, Robinson E: Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatric service* 2001; 52(4): 521-525.
- 21 Krakowski M, Volavka J, Brizer D: Psychopathology and violence: A review of literature. *Compr Psychiatry* 1986; 27(2) : 131-148.
- 22 Hafner H, Boker W: Crimes of violence by mentally abnormal offenders. Cambridge: Cambridge University Press, 1973.
- 23 Hodgins S, Medick SA, Brennan PA, et al: Mental disorder and crime-evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:489-496.
- 24 楊添園、游正名、郭千哲、陳喬琪、胡維恆：精神分裂症患者之犯罪行為。台灣精神醫學 2001;15(4):290-298。
- 25 周煌智、陳筱萍、郭壽宏、張永源：性侵害加害人的特徵與治療策略。公共衛生 2000；20：頁 1-14。
- 26 Marshall P : Reconviction of imprisoned sexual offenders. Home Office Research and Statistics Department. *Res Bull*, 36:23-29, 1994.
- 27 United States Department of Justice. *Recidivism of prisoners released in 1983*, 1989.
- 28 United States Department of Justice. *Uniform crime reports for the United states: 1987*. Washington, D.C : U. S., Government Printing Office.
- 29 Hanson R K, Scott H, Steffy R A: A Comparison of child molesters and nonsexual criminals : risk predictors and long-term recidivism. *J Res in Crime and Delinquency*, 32:325-337, 1995.
- 30 Marques J K, Day D M, Nelson C, West MA: Findings and recommendations from California's experimental treatment program, 1992.
- 31 Marques J K, Day D M, Nelson C, West MA: Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. *Criminal Justice and Behavior*, 21:28-54,1994.
- 32 Maletsky BM: The development of behavioral treatment for the sexual offender. *Treating the sexual offender*. Newbury Park, CA : Sage,10-24,1991.
- 33 周煌智：性犯罪者的神經心理學危險因子(I)，行政院國家科學委員會委託研究計劃 NSC 87-2418-H-280-002-Q13，民國 88 年。
- 34 周煌智 陳筱萍 吳慈恩 黃志中 張秀駕 家庭暴力相對人裁定前鑑定案例分析。台灣大學社會工作學系研討會。民國九十一年。
- 35 林慈玲：家庭暴力相對人鑑定之功能與流程。家庭暴力相對人鑑定及加害人處遇工作檢討會。民國八十九年，台北市：內政部家庭暴力防治委員會。
- 36 精神衛生法第二十條：『監獄、看守所、少年觀護所、少年輔育院、感訓處所、保安處分處所及其他以拘禁或感化為目的之機構或場所，如有罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，應由該機構或場所提供醫療，或護送協助其就醫。社會福利收容機構、安養機構及其他容留民眾長期生活居住之機構或場所，如有罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，應由該機構或場所協助其就

醫。

犯罪嫌疑人如有精神疾病或疑似精神疾病者，得由司法機關送請精神鑑定，鑑定應由二位以上專科醫師為之。

第一項、第二項病人經專科醫師診斷認係屬嚴重病人，除依第十四條規定置保護人外，該機構或場所應通知其法定代理人、配偶或家屬，並予必要之協助。病人於離開第一項、第二項之機構或場所後，該機構或場所應即通知其戶籍所在地或住（居）所所在地之直轄市或縣（市）衛生主管機關予以追蹤保護，並給予必要之協助。

- 37 林憲：司法精神醫學的展望。台灣醫學；1998:2 (2) 123-132。
- 38 精神衛生法第二十一條：『嚴重病人如有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為時，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，保護人應協助病人，前往精神醫療機構辦理住院。前項嚴重病人不接受全日住院治療時，經由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院；其強制住院，應在中央衛生主管機關指定之精神醫療機構為之。前項鑑定，以全日住院方式為之者，其住院鑑定期間以七日為限。』
- 39 中華民國刑法第九十一條之一：犯第二百二十一條至第二百二十七條、第二百二十八條、第二百二十九條、第二百三十條、第二百三十四條之罪者，於裁判前應經鑑定有無施以治療之必要。有施以治療之必要者，得令入相當處所，施以治療。前項處分於刑之執行前為之，其期間至治癒為止。但最長不得逾三年。前項治療處分之日數，以一日抵有期徒刑或拘役一日或第四十二條第四項裁判所定之罰金額數。民國八十八年四月二十一日華總一義字。第八八〇〇〇八三九七〇號公布修正。
- 40 McGrath RJ: Sex-offender risk assessment and disposition planning: A review of empirical and clinical findings. *Int J Offender Therapy Comparative Criminology*, 35(4): 328-350, 1991.
- 41 周煌智：性犯罪者的神經心理學危險因子(I)，行政院國家科學委員會委託研究計劃。NSC 87-2418-H-280-002-Q13，民國 88 年。
- 42 Brown SL, Forth AE: Psychopathy and sexual assault: static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes. *J Consult Clin Psychology*, 65(5): 848-857, 1997.
- 43 陳若璋、劉志如（民 90）五類型性罪犯特質與預測因子探討，中華心理衛生學刊，14（4），57~98。

- 44 周煌智：美國醫院與監獄性犯罪診療觀摩與考察報告書，行政院所屬各機關因公出國報告書。民國 87 年。
- 45 第三十條：犯家庭暴力罪或違反保護令罪而受緩刑之宣告者，在緩刑期內應付保護管束。法院為前項緩刑宣告時，得命被告於緩刑付保護管束期間內，遵守下列一款或數款事項：
一、禁止實施家庭暴力行為。
二、命遷出被害人住居所。
三、禁止對被害人為直接或間接之騷擾、接觸、通話或其他聯絡行為。
四、命接受加害人處遇計畫：戒癮治療、精神治療、心理輔導或其他治療、輔導。
五、其他保護被害人或其特定家庭成員安全或更生保護之事項。
法院為第一項之緩刑宣告時，應即通知被害人及其住居所所在地之警察機關。受保護管束人違反第二項保護管束事項情節重大者，撤銷其緩刑之宣告。
- 46 郭壽宏、周煌智、陳筱萍、莫清芬、蘇靜君：美國醫院與監獄性罪犯診療觀摩與考察報告書，附錄-佛特蒙州家庭虐待介入的全州標準。翻譯佛特蒙州家庭虐待介入的全州標準手冊。
- 47 周煌智：性侵害犯罪加害人裁判前鑑定、家庭暴力相對人審前鑑定與涉案之精神病犯精神鑑定比較。刑事法雜誌。民國九十一年（列印中）
- 48 Weesely S: The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997; 170 (suppl 32): 8-11.
- 49 楊庸一：精神病與暴力犯罪。台灣精神醫學。1998; 12(4): 299-308。
- 50 周煌智：性侵害犯罪加害人裁判前鑑定與治療實務。刑事法雜誌。45:3: 127-144。民國九十年。
- 51 Zonana H, Abel G, Bradford J, Hoge SK et al.: Policy recommendations. Dangerous sex offenders-a task force report of the American Psychiatric Association. 167-181. American Psychiatric Association, Washington, DC USA 1999.