

中加两国精神障碍患者无责任能力评定跨文化比较研究

王小平¹, Murphy E², Brink J², Livingston JD²

(1. 中南大学湘雅二医院精神卫生研究所, 湖南长沙 410011; 2. Forensic Psychiatric Hospital, UBC, BC, Canada)

【摘要】 目的: 对中国湖南省和加拿大 BC 省两地无责任能力精神障碍患者人口学等资料进行比较, 探讨不同的法律体系中无责任能力的精神障碍患者的基本特点。方法: 对两地已有的精神障碍患者责任能力评定数据库进行整合; 共提取年龄、性别、婚姻、教育、犯罪史、精神病史、鉴定时案型、诊断 8 个变量进行统计处理; BC 组和湖南组入组病例数分别为 273 例和 354 例。结果: 除性别和精神病史外, 其他各变量差异显著。BC 组的离婚率、犯罪史、最高教育程度明显高于湖南组, 评估时年龄明显大于湖南组; 而湖南组的严重犯罪和精神分裂症的诊断比例明显高于 BC 组 (P 均 < 0.01)。结论: 不同的法律体系、制度和社会文化背景是造成两地无责任能力精神障碍患者不同特点的主要原因。

【关键词】 精神障碍; 无责任能力; 跨国比较

中图分类号: R395.4

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2004)04-0405-03

A Comparison Study of Persons Found not Criminally Responsible by Reason of Mental Disorder between British Columbia, Canada and Hunan, China

WANG Xiao-ping

Mental health Institute of the 2nd Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410011, China

【Abstract】 Objective: To explore and compare the demographic differences between persons with mental disorder who have been found not criminally responsible in BC, Canada and Hunan, China. **Methods:** 273 cases and 354 cases were selected respectively from the database of not criminally responsible patients in BC, Canada and Hunan, China, and integrated into a new database. Eight variables such as sex, age, education level, marital status, conviction history, psychiatric history, index offence and assessment diagnosis were selected for comparison between these two sites. **Results:** No significant differences were found in sex and psychiatric history between the two groups. The divorce rate, educational level and conviction histories are significantly higher, and the age is significantly older in the BC group as compared with the Hunan group. The rates of serious versus less serious offences and the frequency of a diagnosis of schizophrenia are significantly lower in the BC as compared with the Hunan group. **Conclusion:** The differences in the above variables between the two groups can be explained in terms of legislative and cultural differences.

【Key words】 Mental disorder; Not criminally responsible; Cross-cultural comparison

加拿大是前英国殖民地, 属于习惯法系 (common law) 或称判例法系 (case law) 国家。其法律体系基本源于英国的法律。而中国属于成文法 (statute law) 系国家, 更接近欧洲大陆法系^[1]。不同的法系, 不同的文化历史背景, 精神障碍患者违法犯罪后刑事责任能力评定有无差异, 目前较少有文献报道。为此本文试图就中、加两国无责任能力的精神障碍患者的基本情况进行比较分析, 以探讨不同的法律体系中无责任能力的精神障碍患者的基本特点, 为无责任能力精神障碍患者的跨文化研究积累资料。

1 材料和方法

1.1 研究对象

主要来源于加拿大不列颠哥伦比亚省 (BC 组) 和中国湖南省 (湖南组)。

1.1.1 BC 组 为 1992 年 2 月 4 日至 1998 年 2 月 4 日经法院判决为无责任能力, 并到 BC 省司法精神病医院监禁治疗的所有精神障碍患者。资料来源于以患者的住院档案资料建立的数据库。

1.1.2 湖南组 为 1998 年 6 月至 2003 年 6 月在中南大学湘雅二医院司法鉴定中心鉴定为无责任能力的精神障碍患者。资料源于以患者鉴定档案资料建立的数据库。

1.2 研究方法

对两地现有数据库进行整合, 临床诊断以 DSM-IV 轴 I 诊断为标准, 犯罪案型以 BC 组编码为准, 共提取了年龄、性别等 8 个变量。BC 组共入组 273 例, 湖南组共入组 354 例。统计处理采用 SPSS 统计软件包在电脑上完成, 主要为 t 检验和卡方检验。

2 结果

2.1 两组人口学资料比较

表1显示,两组性别和鉴定评估前精神病史分布差异无统计学显著性;差异最为突出的是湖南组鉴定前既往犯罪史要明显少于BC组,差异有高度统计显著性;湖南组患者的年龄要小于BC组,主要是22~29岁组分布,湖南组明显多于BC组而大于40岁组要明显少于BC组($P < 0.01$);婚姻状况两组分布差异有高度统计显著性($P < 0.01$),湖南组的已婚率高于BC组,而离婚分居率低于BC组。

表1 人口学资料比较

	湖南组	BC组	χ^2/t 值	P 值
性别				
男	291 (82.2)	233 (85.3)	1.11	0.292
女	63 (17.8)	40 (14.7)		
婚姻状况				
未婚	144 (40.7)	169 (62.1)	177.979	0.000
已婚	189 (53.4)	19 (7.0)		
同居	0 (0)	11 (4.0)		
离婚/分居	18 (5.1)	70 (25.7)		
丧偶	3 (0.8)	1 (0.4)		
其他	0 (0)	2 (0.7)		
无责任能力时年龄(岁)	32.64±9.17	35.59±10.69	3.721	0.000
年龄 ≤21	23 (6.5)	17 (6.2)	19.00	0.000
22~29	119 (33.6)	65 (23.7)		
30~40	149 (42.1)	104 (38.0)		
>40	63 (17.8)	88 (32.1)		
最高文化程度(年)	7.06±2.70	10.22±2.10	15.917	0.000
此次犯罪前有犯罪史	10 (2.8)	170 (63.2)	271.17	0.000
此次犯罪前有精神病史	292 (82.5)	219 (80.2)	0.525	0.469

注: () 内为%

2.2 两组鉴定评估时案型比较

两组鉴定时案型分布差异有高度统计显著性($P < 0.01$),湖南组凶杀犯罪明显多于BC组,而其他犯罪BC组均多于湖南组,结果见表2。

表2 无责任能力评估时的犯罪类型比较($n, \%$)

	湖南组	BC组	$\chi^2(P)$
谋杀/企图谋杀	243 (68.6)	29 (10.6)	238.298 (0.000)
性攻击	8 (2.3)	20 (7.3)	
攻击	78 (22.0)	125 (45.6)	
抢劫	3 (0.8)	5 (1.8)	
非法持有武器	0 (0)	18 (6.6)	
侵占财产	0 (0)	28 (10.2)	
轻微犯罪	22 (6.2)	41 (15.0)	
盗窃	0 (0)	8 (2.9)	

2.3 两组鉴定评估时诊断

表3显示,两组诊断分布差异有高度统计显著性($P < 0.01$),湖南组精神分裂症诊断明显多于BC组,而心境障碍和其他精神病性障碍要少于BC组。

表3 鉴定时诊断($n, \%$)

	湖南组	BC组	$\chi^2(P)$
发育障碍	2 (0.6)	2 (0.9)	92.578 (0.000)
器质性精神障碍	11 (3.1)	21 (9.5)	
精神活性物质所致精神障碍	5 (1.4)	7 (3.2)	
精神分裂症	303 (85.6)	109 (49.3)	
妄想性障碍	5 (1.4)	6 (2.7)	
其他精神病性障碍	10 (2.8)	32 (14.5)	
心境障碍	18 (5.1)	41 (18.6)	
焦虑性障碍	0 (0)	1 (0.5)	
性障碍	0 (0)	1 (0.5)	
其他编码	0 (0)	1 (0.5)	

3 讨 论

3.1 中、加刑法与精神障碍患者责任能力评定背景

中国精神障碍患者刑事责任能力评定主要依据是中国《刑法》(1997年)第18条规定。该规定是以辨认或者控制力的存在丧失或削弱而对精神障碍患者危害行为时的责任能力作有、无或限制三级评定。有关无责任能力精神障碍患者的处置,虽有强制治疗的要求,但并无具体措施,且各地处理方式极不平衡,经济发达地区、大城市可能把病人送入安康医院监护治疗,而不发达地区、经济条件差的农村患者虽也要求监护治疗,但有相当的比例直接释放回家,由此造成的无责任能力精神障碍患者重犯罪亦并不少见^[2]。

自1894年到1992年,加拿大有关精神障碍患者刑事责任能力评定一直以M' Naughten 条例为标准,即只要能清楚地证明被告在进行危害行为的当时,是由于患精神疾病而处于精神错乱状态,而不知道自己行为的性质和后果,或虽然知道但不知道自己行为的错误性或违法性,就可以评定为因精神错乱无罪。一般采用两级评定,即有或无责任能力,一般不使用限制责任能力(diminished responsibility)的概念。但精神错乱无罪的精神障碍患者,一般自动无限期甚至终身监禁在精神病医院或司法精神病医院。1992年加拿大刑法对有关精神障碍无罪辩护和处置的条款做了修订,称之为C-30法案。C-30法案的通过实施,使得违法犯罪精神障碍患者的法律能力评估和处置情况发生了明显的变化。如申请无责任能力辩护案例明显增加,如安大略省申请评估的总案例1994年较1993年增加了9%,BC省复核审查委员会首次听证会作出有条件出院(conditional discharge)处置与继续监禁治疗处置的比例几乎相等,分别是49.3%和41.7%,只有少数(2.5%)获得无条件出院(absolute discharge);监禁评估、住院

时间明显缩短,如 BC 省无责任能力精神患者的平均住院时间由原来的 49.9 个月缩短至 9.8 个月;严重犯罪精神错乱无罪辩护比例明显下降,主要原因是由于处置方式更宽松,使得轻微犯罪者更愿意以此作为无罪辩护途径,而使申请评估案例增加,等等^[1,3-5]。

另外根据笔者在两地的工作经历了解到,中、加两国在司法精神医学服务体系方面的主要差别还有:精神障碍患者责任能力的评定标准,加拿大主要考虑被鉴定人犯罪时认知成分;而在中国要同时考虑犯罪时的认知和冲动控制能力。加拿大在责任能力评估前均要作受审能力评定,如无受审能力,也就不可能再作责任能力评定;而中国在责任能力评定前不需涉及受审能力评定。在加拿大任何指定司法精神病医院的精神科医生即可独立对被鉴定人进行法律能力的评估,但法律能力的最后决定权在法官,医生和法官间的分歧较大,采用率相对较低;而中国需由指定鉴定机构进行集体评估,然后共同签署报告,法官与鉴定医生的分歧较小,采用率较高。

3.2 两地无责任能力精神障碍患者差异分析

3.2.1 人口学资料 性别和鉴定评估前精神病史可以说是生物学特征突出且比较稳定的两个因子,因此在两组分布差异无统计学显著性并不难理解,且湖南组样本的男性比率 82.2%,与全国抽样调查结果的 85.75% 非常接近^[6];差异最为突出的是湖南组鉴定前既往犯罪史要明显少于 BC 组,其原因可能是不同的社会文化背景,不同的法律体制,湖南组患者可能因为一些轻微犯罪如毁物、扰乱治安、小偷小摸等容易获得公众谅解,而较少提起法律诉讼,因此存在过低报告情况。另外两地普通人群的犯罪率的差异也是重要原因之一,如 1997 年,BC 省和中国普通人群的犯罪率分别是 12,870/10 万 和 135.9/10 万^[7,8],BC 省明显高于中国;湖南组患者的年龄要小于 BC 组,主要是 22~29 岁组分布,湖南组明显多于 BC 组,可能的原因之一是 BC 省有较好的卫生保健系统和完善的精神卫生立法,因此在 BC 省精神障碍患者的早期发现,早期诊断,早期治疗明显要优于湖南省。而 22~29 岁恰好是精神分裂症等精神障碍的高发年龄。这样就不难理解早期治疗使精神症状得到及时控制,势必会减少患者违法犯罪的可能性,而使犯罪年龄延后。且湖南样本年龄 32.64 ± 9.17 要大于全国样本 25.82 ± 16.04 ,也就是说在中国精神障碍患者犯罪时年龄总体上倾向年轻^[6];婚姻状况湖南组的已婚率明显高于 BC 组,而离婚分

居率低于 BC 组,这与两地普通人群的婚姻状况分布趋势基本一致。1997 年湖南省 15 岁以上年龄组未婚婚率是 19.64%,离婚率是 798.5/10 万,而 1996 年 BC 省的未婚率是 30.5%,离婚率是 7900/10 万^[7,9]。

3.2.2 鉴定评估时案型 湖南组凶杀犯罪明显多于 BC 组,而其他犯罪 BC 组均多于湖南组。前已提及,湖南组由于中国的传统文化背景、诉讼花费,加之法律体系的不完善,使得精神障碍患者的轻微犯罪容易获得公众的谅解。BC 组患者,除其完善的法律体系外,1992 年 C-30 法案实施后,由于评估时间缩短,对于无责任能力患者的处置方式更为灵活,选择方式更多。也就是说无责任能力患者能够极大地获得更多的自由。这样一些轻微犯罪的精神障碍患者更愿意提起因精神障碍为理由的无罪辩护,而使得 BC 组无责任能力精神障碍患者严重犯罪的比例下降,如杀人案在无责任能力患者中的比率由 1992 年前的 40.4% 下降到了 10.5%,而湖南组样本杀人案比率 68.6% 并无明显变化,只稍高于全国样本 52.55%^[6]。

3.2.3 鉴定评估时诊断 不同的法律体系,精神障碍无责任能力的评定标准,对诊断的要求也有所不同。成文法系更为重视诊断,只在确定诊断的基础上,才考虑患者危害行为时的辨认力和控制力,而精神障碍诊断往往只限于精神分裂症等重性精神障碍,在重型犯罪案件中,心境障碍中的躁狂症也几乎不可能作为无责任能力的诊断标准;而习惯法系,虽也要确立精神障碍的诊断,但更重视危害行为时的辨认力和控制力,少数情况下,即使人格障碍、神经症等轻性精神障碍,只要有证据表明其危害行为辨认力或控制受到严重损害,并使法官和陪审团信服,也能评定为无责任能力。如 BC 组中 1 例焦虑性障碍和 1 例性功能障碍均评定为无责任能力,这在中国司法精神医学鉴定实践中是难以想象的。因此,湖南组精神分裂症诊断明显多于 BC 组,而心境障碍和其他精神病性障碍要少于 BC 组,这一结果并不难理解。当然也不能完全排除不同的诊断概念、习惯和标准对精神科诊断的影响。

总之,两地的法律文化背景差异可以解释本研究结果。但由于本研究属回顾性比较,数据来源有明显的局限性,如两地数据的时间框架不一致,湖南组样本也没有包括时间框架内所有样本。所有这些有待今后进一步研究完善。

感受、思想学习记忆注意力、身材与相貌、日常生活能力、工作能力、所需社会支持的满意程度、娱乐休闲活动的参与程度 9 个方面有显著增高;疼痛与不适、消极感受、对药物和医疗手段的依赖和经济来源 4 个方面有显著降低。见表 3。

2.4 安全性评定

在治疗期间以 TESS 评定药物的副反应,包括 8 例轻度至中度恶心,6 例失眠加重,3 例轻度头痛,2 例中度焦虑(加用阿普唑仑 0.8 毫克一周后好转),2 例兴奋激越,1 例轻微皮疹。从严重程度看药物副作用均为轻度至中度,无重度副反应发生。对患者的血常规、肝功、肾功、心电图监测的结果未发现明显异常。

3 讨 论

从本次研究的结果来看,氟西汀对乳腺癌抑郁症患者的抑郁和焦虑情绪都有明显改善,但对抑郁情绪起效比焦虑快,而且有效率高,这可能是氟西汀抗抑郁的疗效优于抗焦虑的疗效,也可能是氟西汀有一过性焦虑的副作用造成的,提示我们在治疗初期应加用适当的抗焦虑药。本研究药物的有效率仅为 65% 和 52%,明显低于氟西汀对其他抑郁症的疗效^[7],可能是因为癌症的抑郁不同于其他抑郁症,其躯体的损害和功能障碍有时终生不能恢复;经过 8 周的氟西汀治疗,患者的生活质量有了很大改变,生理、心理、独立性三个领域有显著改善,总体来看,氟西汀对提高乳腺癌抑郁症患者的生存质量是有效的。

在安全性方面,对癌症患者抑郁症状的药物治

疗,最初多应用三环类抗抑郁药^[8],但由于其心血管系统及抗胆碱能的副作用影响了患者的依从性和耐

受性,使其临床应用受到限制。随着新型抗抑郁药

的出现,因其良好的耐受性和肯定的临床疗效,已经

成为治疗包括癌症在内的各种躯体疾病导致的抑郁

症状的首选药物^[9]。本次研究结果显示:氟西汀治

疗过程中副反应很少,只有轻度的恶心、失眠、头痛、

焦虑等,而且不能排除有癌症辅助治疗带来的可能

性,定期检测的理化指标也没有明显的改变,可以认

为氟西汀治疗乳腺癌抑郁症安全性好,副作用少,适

合肿瘤抑郁症状的治疗。

参 考 文 献

- 1 Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry*, 1990, 51: 12- 17
- 2 Susan K, Erica LJ, Brian C. Vascular endothelial growth factor and social support in patient with ovarian carcinoma. *Cancer* 2002, 95 (4): 808- 814
- 3 Cheer SM, Coa KL. Fluoxetine: A review of its therapeutic potential in the treatment of depression with physical illness. *Drug*, 2001, 61(1) 81- 110
- 4 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册. 1999. 220- 223
- 5 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册. 1999. 253- 256
- 6 方积乾. 生存质量测定方法及应用. 北京:北京医科大学出版社
- 7 骆艳丽,吴文源等. 氟西汀治疗持续的躯体形式的疼痛障碍的疗效及其作用机制. *中华精神科杂志*, 2002, 35(2):
- 8 Eija K, Tiina T, Pertti NJ. Amitriptyline effectively relieves neuropathic pain following treatment of breast cancer. *Pain*, 1996, 64: 293- 302
- 9 Pezzella G, Moslinger- Gehmay R, Contu A. Treatment of depression inpatients with breast cancer: a comparison between paroxetine and amitriptyline. *Breast Cancer Research And Treatment*, 2001 (70): 1- 10

(收稿日期:2004- 06- 11)

(上接第 407 页)

(感谢加拿大 BC 省司法精神医学服务委员会和 BC 大学提供资助)

参 考 文 献

- 1 Eaves D, Ogloff JRP, Roesch R. Mental Disorder and the Criminal Code: Legal Background and Contemporary perspectives. Simon Fraser University, Burnaby, BC, 2000. 3- 15
- 2 郑瞻培. 司法精神医学基础. 上海:上海科技出版社, 1997
- 3 Evans D, Lamb D, Tien G. Forensic psychiatric services in British Columbia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, 23: 5- 6, 615- 631
- 4 Livingstone JD, Wilson D, Tien G, et al. A follow- up study of persons found not criminally responsible on account of mental

disorder in British Columbia. *Can J Psychiatry*, 2003, 48(6): 408- 415

- 5 Roesch R, Ogloff JRP, Hart SD, et al. The impact of Canadian criminal code changes on remands and assessments of fitness to stand trial and criminal responsibility in British Columbia. *Can J Psychiatry*, 1997, 42: 509- 514
- 6 全国精神卫生立法协作组. 中国司法精神医学鉴定情况调查报告. 内部资料, 2002. 1- 3
- 7 A Graphical Overview of Crime and the Administration of Justice in Canada, Statistic Canada, 1997, www. statcan. ca
- 8 陈乐春. 中国 21 世纪刑事犯罪趋势预测. *湖南公安高等专科学校学报*, 2000, 12(4): 22- 26
- 9 湖南统计局. 湖南统计年鉴. 中国统计出版社, 1998

(收稿日期:2004- 05- 16)