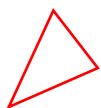


卫生部“十一五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材
全国高等学校教材
供精神医学专业及其他相关专业用



司法精神病学

主编/李建明

人民卫生出版社

全国高等医药教材建设研究会规划教材
全国高等学校教材
供精神医学专业及相关专业用

司法精神病学

主 编 李建明

副主编 李功迎 谢 斌

编 者（以姓氏笔画为序）

王国强（南京医科大学）

毛富强（天津医科大学）

宋建成（北京回龙观医院）

刘双臣（北京回龙观医院）

李 凌（华北煤炭医学院）

李玉凤（新乡医学院）

李幼辉（郑州大学）

李功迎（济宁医学院）

李建明（华北煤炭医学院）

邱昌建（四川大学）

张延承（齐齐哈尔医学院）

姚绍敏（河北医科大学）

高成阁（西安交通大学）

谢 斌（上海交通大学）

曹中昌（济宁医学院）

韩秋利（河北省荣军医院）

蔡 巍（浙江大学）

人民卫生出版社

前 言

司法精神病学是临床精神病学的一个分支学科，也是临床精神病学和法学相结合的边缘学科。它研究的对象涉及刑事，民事和刑事诉讼、民事诉讼有关的精神疾病问题。最主要的工作或任务是司法精神病学鉴定，这种鉴定又称作精神疾病的司法鉴定。

司法精神病学鉴定是指鉴定人(接受鉴定任务的精神科专业医师)运用他或他们的专业知识或技术，就案件中所涉及的精神病学知识的事项进行检验和判断的科学技术工作。依据法律程序接受请求或委派而承担鉴定的，鉴定所要解决的问题即鉴定的主要对象是案件中的专门性问题。

为了满足精神医学本科专业及其他相关专业学习的需要，卫生部教材办和人民卫生出版社 2008 年先后在哈尔滨、齐齐哈尔等地多次组织相关专业人员对该专业教材的编写进行研讨，并提出具体要求。并在河南省新乡和北京召开了本教材的编委会和定稿会，为此教材按时保质出版奠定了良好基础。

本教材根据需要概述了司法精神病学涉及的基本内容，如司法精神病学的研究对象和任务、精神疾病患者的权力和法律问题、精神疾病的司法鉴定；各种精神疾病的临床表现、诊断与鉴别诊断及典型案例介绍，增加了趣味性和可读性；另外还介绍了精神疾病患者的危险性预测和医疗监护

本教材除适用于精神医学本科专业及其他相关专业学生学习外，还可以作为司法鉴定专业人员的参考书。

通过对本书的学习，使学生掌握司法精神病学的基本概念、基本理论、基本知识及基本技能，为今后把司法精神病学的理论和方法应用于社会实践打下良好基础。

司法精神病学教材能顺利出版，得到了卫生部教材办、人民卫生出版社及北京回龙观医院、河南省精神病院给予的大力支持，在此表示衷心感谢。

本书在编写过程中由于时间仓促，水平有限，书中可能存在缺点和错误，敬请读者批评指正，以利再版是更正。

李建明

2009 年 4 月



目 录

第一章 绪 论

第一节 司法精神病学概述

- 一、司法精神病学的概念
- 二、司法精神病学的研究对象和任务
- 三、司法精神病学与其他相关学科的关系

第二节 司法精神病学的建立与发展

第三节 精神疾病概述

- 一、精神病学的概念
- 二、精神疾病的概念
- 三、精神疾病的病因
- 四、精神疾病的分类

第二章 精神疾病患者的权益和法律问题

第一节 保障精神疾病患者的权益

- 一、人身自由权
- 二、治疗权
- 三、劳动就业和受教育的权力
- 四、隐私权
- 五、年老或丧失劳动能力的精神疾病患者的权力
- 六、精神疾病患者的监护

第二节 精神疾病患者的法律能力

- 一、刑事责任能力
- 二、民事行为能力
- 三、受审能力
- 四、服刑能力
- 五、性自我防卫能力
- 六、作证能力

第三章 精神疾病的司法鉴定

第一节 概 述

- 一、司法精神病学鉴定的概念
- 二、司法精神病学鉴定的依据及意义
- 三、司法鉴定对象和内容及任务
- 四、鉴定方式
- 五、鉴定机构

六、鉴定人

第二节 司法精神病学鉴定的程序

一、鉴定委托

二、鉴定受理

三、鉴定的实施

四、司法鉴定书的制作

第三节 鉴定结论的审查与评估

一、鉴定是否合法

二、鉴定结论是否客观、科学、规范

三、正确应用鉴定结论作为办案依据

第四章 精神分裂症

第一节 概 述

一、流行病学

二、病 因

第二节 精神分裂症的相关医学问题

一、临床表现

二、临床分型

三、发病、病程和预后

四、诊断与鉴别诊断

第三节 精神分裂症的相关法律问题

一、精神分裂症患者作案行为特点

二、刑事责任能力

三、民事行为能力

四、受审能力

五、服刑能力

六、作证能力

七、性自我防卫能力

第五章 心境障碍

第一节 概 述

一、流行病学

二、病 因

第二节 心境障碍的相关医学问题

一、躁狂发作

二、抑郁发作

三、双相情感障碍

四、持续性心境障碍

五、诊断与鉴别诊断

第三节 心境障碍的相关法律问题

- 一、刑事责任能力评定
- 二、民事行为能力评定
- 三、性自我防卫能力评定

第六章 妄想性障碍

第一节 概 述

第二节 妄想性障碍的相关医学问题

- 一、妄想性障碍的临床表现
- 二、诊断与鉴别诊断

第三节 妄想性障碍的相关法律问题

- 一、偏执性精神障碍
- 二、妄想阵发
- 三、感应性精神病

第七章 应激相关障碍

第一节 概 述

- 一、病因与发病机制
- 二、个体对应激的认知与评价

第二节 应激相关障碍的相关医学问题

- 一、急性应激障碍
- 二、创伤后应激障碍
- 三、适应障碍
- 四、拘禁性精神障碍
- 五、旅途性精神病

第三节 应激相关障碍的相关法律问题

- 一、急性应激障碍与法律问题
- 二、创伤后应激障碍与法律问题
- 三、适应障碍与法律问题
- 四、拘禁性精神障碍与法律问题
- 五、旅途性精神病与法律问题

第八章 神经症与癔症

第一节 概 述

第二节 神经症相关医学问题

- 一、临床类型及临床表现
- 二、诊断与鉴别诊断

第三节 癔症的相关医学问题

- 一、临床类型及临床表现
- 二、诊断与鉴别诊断

第四节 神经症及癔症相关法律问题

- 一、神经症的相关法律问题
- 二、癔症的相关法律问题

第九章 人格障碍

第一节 概 述

- 一、概 念
- 二、病 因
- 三、心理形成机制

第二节 人格障碍的相关医学问题

- 一、人格障碍的类型与临床特点
- 二、诊断与共病

第三节 人格障碍的相关法律问题

- 一、刑事责任能力的评定
- 二、其他法律能力的评定
- 三、强制性治疗、住院与危险行为预测

第十章 性心理障碍

第一节 概 述

- 一、概念
- 二、病因
- 三、心理形成机制

第二节 性心理障碍的相关医学问题

- 一、性心理的类型与临床特点
- 二、诊断与共病

第三节 性心理障碍的相关法律问题

- 一、刑事责任能力的评定
- 二、其他法律能力的评定
- 三、治疗等其他相关的法律问题

第十一章 习惯和冲动控制障碍

第一节 概述

第二节 习惯和冲动控制障碍的相关医学问题

- 一、病理学赌博
- 二、病理学纵火
- 三、病理学偷窃
- 四、病理学购物
- 五、拔毛狂

第三节 习惯和冲动控制障碍的相关法律问题

- 一、 民事行为能力

- 二、 刑事责任能力
- 三、 受审和服刑能力

第十二章 精神活性物质所致精神障碍

第一节 概 述

- 一、 药物依赖概念
- 二、 药物依赖形成原因
- 三、 药物依赖流行病学

第二节 精神活性物质所致精神障碍的相关医学问题

- 一、 阿片类依赖
- 二、 可卡因依赖
- 三、 大麻依赖
- 四、 苯丙胺类依赖
- 五、 致幻剂类依赖

第三节 精神活性物质所致精神障碍的相关法律问题

- 一、 刑事责任能力评定
- 二、 民事行为能力评定

第十三章 酒精中毒性精神障碍

第一节 概 述

- 一、 酒精的代谢动力学
- 二、 酒精对中枢神经系统的影响
- 三、 酒依赖形成的相关因素

第二节 酒精中毒性精神障碍的相关医学问题

- 一、 临床表现
- 二、 诊断与鉴别诊断

第三节 酒精中毒性精神障碍的相关法律问题

- 一、 急性酒精中毒刑事责任能力评定
- 二、 慢性酒精中毒刑事责任能力与民事行为能力评定

第十四章 脑器质性精神障碍

第一节 概 述

- 一、 器质性综合征
- 二、 颅脑损伤性精神障碍
- 三、 癫痫性精神障碍
- 四、 阿尔茨海默病
- 五、 血管性痴呆

第二节 脑器质性精神障碍的相关医学问题

- 一、 颅脑损伤所致精神障碍临床表现、类型及诊断
- 二、 癫痫性精神障碍临床表现及诊断

三、阿尔茨海默病临床表现及诊断

四、血管性痴呆临床表现及诊断

第三节 脑器质性精神障碍的法律相关问题

一、颅脑损伤所致精神障碍的法律相关问题

二、癫痫性精神障碍的法律相关问题

三、阿尔茨海默病与血管性痴呆的法律相关问题

第十五章 精神发育迟滞

第一节 概 述

一、 出生因素

二、分娩因素

第二节 精神发育迟滞的相关医学问题

一、临床分级

二、临床类型

三、诊断及鉴别诊断

第三节 精神发育迟滞的相关法律问题

一、刑事责任能力

二、受审能力

三、民事行为能力

四、劳动能力

五、作证能力

六、性自我防卫能力

七、精神发育迟滞者的精神损伤鉴定

第十六章 精神病的伪装

第一节 概 述

一、概念

二、伪装精神病的目的

第二节 伪装精神病的相关医学与法律问题

一、伪装精神病的表现

二、伪装精神病的共同特征

三、伪装精神病的诊断与鉴别

第十七章 精神疾病患者危险性预测与医疗监护

第一节 精神疾病患者危险性预测

一、 概 述

二、 精神疾病患者危险倾向预测的相关因素

三、 精神疾病患者危险性预防

第二节 精神疾病患者医疗监护

一、精神疾病患者医疗监护的概念

二、精神疾病患者医疗监护的对象

三、精神疾病患者医疗监护的法律依据

第三节 精神疾病患者强制性医疗监护

一、强制性医疗监护的对象

二、强制性医疗监护的裁决机构

三、强制性医疗监护机构

四、强制性医疗监护的期限

五、强制性医疗监护中的医疗措施

六、强制性医疗监护的护理职责

七、强制性医疗监护中危机状态的防范与护理

附 录

一、精神疾病司法鉴定暂行规定

二、司法鉴定人登记管理办法

三、司法鉴定程序通则

四、全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定

第一章 绪 论

第一节 司法精神病学概述

一、司法精神病学的概念

司法精神病学（forensic psychiatry, legal psychiatry）是精神病学和法学相结合的一门边缘学科，既是精神病学的一个分支，又是法医学的一个分支；是以临床精神病学理论技术为基础、法学理论为指导，主要研究和解决精神疾病患者涉及的法律问题和精神病学问题。如对精神疾病患者各种法律能力的评定；精神病与精神损害之间的法律关系；伪装精神病的鉴定；对肇事精神病人的医疗监护；精神疾病患者合法权益的法律保障；对精神疾病患者危险行为的预测和预防；酗酒、吸毒、自杀等引起的法律问题和青少年违法犯罪的精神卫生问题等。

研究司法精神病学目的是为公安司法机关在办理有关精神疾病的案件提供理论根据和办案指南，提高办案效率和办案质量；维护精神疾病患者的合法权益；打击犯罪、预防犯罪、确保社会治安稳定；为国家的法制建设服务。

二、司法精神病学研究对象和内容

（一）司法精神病学研究对象

司法精神病学研究的对象主要是涉及法律问题又患有或怀疑有精神疾病的人。如出现违法行为的精神疾病患者、涉及民事法律行为的精神疾病患者、受到性侵害的精神疾病患者、精神被损害者、在诉讼各阶段中或刑罚执行期间疑为精神疾病的犯罪嫌疑人、被告人、证人和罪犯等。同时也讨论司法精神病学研究对象中的一些常见问题，如精神病患者危险性的预测和预防等。

（二）司法精神病学研究内容

1. 精神疾病患者的法律能力。精神疾病患者的法律能力(legal capacity)是司法精神病学研究的一项重要内容。常见的法律能力有：刑事案件中犯罪嫌疑人、被告人的责任能力、受审能力、服刑能力；受到了性侵害的女患者性自我防卫能力；民事案件中诉讼当事人的行为能力；刑事或民事诉讼中的证人证言能力等。研究精神疾病患者法律能力的意义在于：第一，通过司法精神病学鉴定，按照国家有关的法律法规，评定案件有关当事人的法律能力，为公安司法机关办案提供科学依据；第二，通过精神疾病法律能力评定的司法实践，也可以检验我国有关的法律条文是否完善合理，对发现的问题提出建议或意见，供立法机构参考，以便使国家法制建设更加完善。

2. 精神疾病司法鉴定。精神疾病的司法鉴定(expert testimony)是司法精神病学研究的核心内容。鉴定的内容、对象，鉴定机构，鉴定人资格、权利和义务，鉴定的委托与受理，鉴定的实施，鉴定书的制作，鉴定的监督管理等，都是司法精神病学需要深入探讨和研究的问题。

3. 精神损害。随着我国公民法制意识增强，维护自身健康的意识也不断增强，公安司法机关对精神损害(psychological injury)的案件也十分关注，受理精神损害的案件有明显上升

趋势。例如要求精神赔偿并对精神损害程度伤残等级作出评定的案件逐渐增多。我国司法部、最高人民法院、最高人民检察院、公安部于 1990 年 3 月 29 日正式颁布实施了《**人体重伤鉴定标准**》和同年 4 月 2 日颁布了《**人体轻伤鉴定标准（试行）**》，但这两个标准多限于躯体损伤，只有《**人体重伤鉴定标准**》的第四十九条“**颅脑损伤导致严重器质性精神障碍与精神损害程度评定有关**”，而在《**人体轻伤鉴定标准**》施行中，没有提到精神损害评定的有关内容，公安司法机关感到处理此类案件非常棘手。因此，制定适合我国国情的《**精神损害程度评定标准**》迫在眉睫，也是司法精神病学在新形势下需要研究和参与解决的新任务。《最高人民法院关于确定民事侵权精神损害赔偿责任若干问题的解释》已于 2001 年 3 月 10 日施行，这个司法解释明确规定，因侵权致人精神损害，但未造成严重后果的，法院可以判令侵权人停止侵害、恢复名誉、消除影响、赔礼道歉；造成严重后果的，人民法院可根据受害一方的请求判令侵权人赔偿相应的精神损害抚慰金。精神损害赔偿数额应考虑侵权人的过错程度，侵害的手段、场合、行为方式等具体情节，侵权行为所造成的侵害后果，侵权人的获利情况，侵权人承担责任的经济能力以及受诉法院所在地的平均生活水平等各种因素，综合予以确定。

4.精神疾病患者合法权益的保障。精神疾病患者除公民享有法律规定的各种权利外，其他权力权利，如治疗权、隐私权、教育权、就业权等应得到确定和保障。其中包括对精神疾病患者采取医疗监护等问题。

5.对肇事精神疾病患者的医疗监护(medical surveillance)。我国《刑法》第十八条规定：精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任，但是应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗；在必要的时候，由政府强制医疗。间歇性的精神病人在精神正常的时候犯罪，应当负刑事责任。尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人犯罪的，应当负刑事责任，但是可以从轻或者减轻处罚。醉酒的人犯罪，应当负刑事责任。我国《监狱法》第十七条规定：监狱应当对交付执行刑罚的罪犯进行身体检查。经检查，被判处无期徒刑、有期徒刑的罪犯有下列情形之一的，可以暂不收监：有严重疾病需要保外就医的；怀孕或正在哺乳自己婴儿的妇女。又规定：对其中暂予监外执行有社会危险性的，应当收监。根据上述法律、法规精神，对无责任能力、无受审能力或无服刑能力的肇事精神疾病患者或病犯，按照其病种不同，应实施相应的医疗监护措施，有的可交家属或监护人进行医疗监护；有的则应采取强制性医疗监护措施。那么，家属或监护人如何对肇事精神病人进行医疗监护，强制性医疗监护的对象、执行场所、期限等问题，都是司法精神病学研究的范畴。

6. 精神疾病患者的其他问题。包括精神疾病患者的劳动能力；精神疾病患者危险性的预测和预防；酗酒、吸毒、自杀等引起的法律问题；青少年违法犯罪的精神卫生问题；伪装精神病问题；对精神疾病患者劳动能力的评定；因工伤和职业病导致精神障碍，是否达到致残程度等。都应当根据我国有关的法规、标准来做出评定。另外，精神疾病患者受病态心理的影响和支配，随时都可能做出严重危害社会的行为，如何对这类患者的危险性进行预测，采取相应措施，避免其危害行为的发生，也是司法精神病学应该研究的内容。酗酒、吸毒、自杀和青少年犯罪虽不属于精神病，但这些都存在一定程度的精神卫生问题和社会适应不良，常影响社会治安，甚至出现严重犯罪行为，需要从司法精神病学的角度进行研究、探讨，对其出现的心理危机或严重的心理冲突提供危机干预，防止心理崩溃而导致精神障碍。对伪

装精神病者，应用司法精神病学的理论知识、临床经验以及现代化的科技检测手段来进行鉴别。

以上内容均是司法精神病学需要研究的课题。随着临床精神医学理论和科学技术的新进展以及我国法制建设日益完善，司法精神病学的研究范围必将逐渐扩大，其内容也会日益丰富。

三、司法精神病学与其他相关学科的关系

司法精神病学主要是建立在精神病学和法学两大学科基础之上，但与其他学科，如心理学、社会学、神经病学、行为科学、人类学、法医学等都有密切联系，所以，司法精神病学是一门交叉边缘学科。

（一）与临床精神病学的关系

司法精神病学主要研究和解决精神疾病患者涉及的法律问题，为公安司法机关办案服务。如研究和解决精神疾病患者的法律能力、精神疾病司法鉴定、精神损害程度评定以及对违法肇事精神疾病患者的医疗监护等问题。在精神疾病司法鉴定中，鉴定人不仅对被鉴定人是否患有某种精神疾病作出医学诊断，还要对涉及的法律问题作出明确的鉴定结论，如有无刑事责任能力、受审能力、性自我防卫能力等，并对患者提出对患者采取相应的医疗监护措施的建议，为公安司法机关办案提供科学依据。要完成这一特殊的任务，必须应用临床精神病学的理论和技术来解决。因此，作为一名司法精神病学鉴定工作者，应当具备坚实的临床精神病学理论知识和丰富的临床经验，并能熟练掌握诊断方法和诊断技术及诊断标准，才能担负起这神圣的职责。所以，临床精神病学是司法精神病学重要的专业基础学科之一。

临床精神病学主要为一般的精神疾病患者服务，研究精神疾病的病因和发病机理、临床表现、疾病发展规律、诊断、治疗和预防为主等。临床精神病学的诊断或医疗证明，不能代替精神疾病司法鉴定的结论而作为办案依据。随着临床精神病学诊断技术不断提高，必将会促进司法精神病学的发展和完善。

（二）与法学的关系

司法精神病学是以我国法律为准绳、法学理论为指导，研究和解决在司法实践中精神疾病患者涉及的有关法律问题，为公安司法机关办案提供科学依据。因此，司法精神病学工作者必须熟悉我国现行的有关法律和法规、有关的法学知识。如法学基础理论、法学中的一些基本概念、有关法律法规、公安司法机关的职能、诉讼程序等，才能对精神疾病患者所涉及的有关法律问题作出确切判定。因此，法学也是司法精神病学的基礎学科之一。但随着司法精神病学在司法实践中经验的逐渐积累，也会丰富了法学理论，也会使我国的法制建设不断完善和健全。

（三）与心理学的关系

司法精神病学主要研究精神疾病患者的病态心理涉及的法律问题，如违法犯罪行为、自杀行为、精神损害程度，以及对精神病态的医疗、矫治等问题。从心理学的角度来研究违法犯罪的心理活动和心理活动的规律、变态心理与违法犯罪行为的关系、诉讼参与人不同处境的心理特点、罪犯在监禁中特殊的心理现象及对其教育改造的心理学方法等，就涉及心理学的分支—犯罪心理学、证人心理学、被害人心理学、罪犯心理学等学科的基本内容。如果不了解正常犯罪嫌疑人、证人、被害人以及罪犯心理特点和规律，那么，对精神病态就无法理解。精神疾病司法鉴定以及对违法肇事精神疾病患者医疗监护过程中，需要运用心理学的原理、

方法和技术来作辅助诊断和治疗；因此，司法精神病学与心理学有着密切联系。

（四）与行为科学的关系

行为科学是研究人类社会行为规律的科学，每个人都生活在特定的社会环境中，因地域、民族、文化、社会阶层、风俗、习惯、宗教信仰等不同，思维方法、情感体验、行为方式等方面都会深深地打上社会文化的烙印。凡符合所在社会文化背景的行为，通常被认为是正常行为；反之，则被认为是异常行为。不同社会文化背景，同一种疾病的患病率、症状内容也不相同。如犯罪嫌疑人出现违反社会规范的行为，并怀疑有精神疾病，在这种情况下，司法精神病学工作者应深入到该社会中去调查，从社会文化的角度去观察精神现象，包括正常的和异常的。此外，司法精神病学在研究对违法肇事精神疾病患者医疗监护时，可采用行为学的原理，对各种非适应性行为进行矫治。所以，行为科学也是司法精神病学的相关学科。

（五）与神经病学关系

在日常生活中，有的人常将精神病与神经病混为一谈，其实，精神病与神经病是两种不同的疾病。**精神病**是神经系统的高级中枢—脑的功能紊乱或失调，主要表现为认识、情感、意志行为等精神活动的异常。而**神经病**是神经系统，包括脑（大脑、小脑、间脑、脑干）、脊髓、周围神经（脑神经和脊神经）损伤或破坏的结果，主要表现为感觉、运动及植物神经系统的症状，如肢体麻木、疼痛、瘫痪等。所以，精神病和神经病也有着密切联系，部分脑器质性精神病，既可出现感觉或运动系统的症状，也可出现精神症状；有的神经病，如脑炎、脑肿瘤、脑外伤、癫痫等常伴有精神症状，有时以精神病症状为突出表现。因此，精神病与神经病既有区别，又有联系。神经病学主要是研究神经系统器质性病变产生的病因、确定病变部位，并对其进行治疗和预防的一门科学。而在进行精神疾病司法鉴定时，常常需要应用神经病学的知识及检查方法来确定或排除脑器质性精神病。因此，司法精神病学与神经病学也有密切联系。

（六）与法医学的关系

法医学与司法精神病学都是以医学为基础，但两者研究的对象、内容和任务各不相同。法医学研究的对象除人的活体外，还包括尸体、法医物证等。研究的内容主要是人身伤亡问题，常通过检验和鉴定，为公安司法机关提供侦查信息和诉讼依据。司法精神病学研究的对象是活体、研究的内容主要是精神疾病患者的法律能力、法律关系等，为公安司法机关处理有关精神疾病的案件提供科学依据。在精神疾病司法鉴定中，常碰到颅脑损伤导致的精神障碍，在评定其精神损害程度和伤残等级时，需要应用法医学理论和技术来加以确定；反之，法医学工作者在鉴定颅脑损伤案件时，也需要司法精神病学工作者的协助，从颅脑外伤导致精神障碍的角度来确定其损伤程度或伤残等级。所以，法医学与司法精神病学是各自独立又密切联系的学科。

第二节 司法精神病学的建立与发展

司法精神病学的建立与发展，经历了一个漫长而曲折的过程。最早见于 18 世纪时巴比伦王国第六代国王汉穆拉比所颁布的《汉穆拉比法典》（Corpus Juris Hammurapy, 1792～1750 B.C.）第 278 条：“倘若某人购买一个男奴或女奴，一月未滿，就患癫痫发疯，则买主可以退还给卖主，并收回他所付的银子”；古罗马共和国的《十二铜表法》（449 B.C.）

中提出，患精神病或痴呆者丧失处理财产，买卖，婚姻和订立遗嘱的能力，并应对其进行监护。这是对精神障碍者的行为能力和监护的最早的立法。希腊哲学家柏拉图（427～347B.C.）在《理想国》中提出，精神病人应该受到亲属很好的照顾，否则，处以罚金；并认为精神病人造成危害后果的，只赔偿由他造成的物资损失，不应受到其它的惩罚。这是为保护精神病人提出的最早的立法主张。

在中世纪，教会与神权统治了一切。医学、精神病学与其它自然科学分支同样受到了严重破坏和摧残。精神病人被视为“魔鬼化身”，“妖巫作祟”，或者“被上帝惩罚的人”，受到了各种非人道的残酷折磨。对精神病人的犯罪行为更是采取“以眼还眼，以牙还牙”的摩西复仇法则，不仅严刑拷打，而且经常采取焚烧、活埋等消灭肉体的办法把精神病人置于死地。但在这个时候，仍有少数智者提出了自己的独特见解。如英国首席法官布雷克敦

（Bracton, 1265）提出的被后人称为《野兽条例》的主张：“因为精神错乱的行为如同一头野兽，故应免于治罪。”一个世纪后哈利爵士提出了一个条例：“如果被告处在严重的抑郁症痛苦下，通常可认为他只具有一个 14 岁孩子的理解力”（依法可以从轻或者减免惩罚）。

近代，在这个问题上，随着许多的精神病学家如龙伯罗索，施奈德等对犯罪心理学和司法精神病学的研究以及大量著作的出版，使司法精神病学在 19 世纪末至 20 世纪初有了较大发展。与此同时，也逐渐形成了欧洲大陆与海洋（或英美）两大不同学派。大陆学派的观点是：（1）他们理论的法学基础是成文法，即根据法律上的某项固定明文规定，不以案例为转移。（2）他们十分重视医学临床诊断，并作为判断被告刑事责任能力的主要依据。英美学派与精神病学的主要观点正好与上述者相反：（1）他们理论的法学基础是案例法而不是成文法，如著名的麦克·劳顿条例；即根据某一具体案例的审理结果制定一相应的法律条例，对以后类似案件做同样处理的依据。（2）他们更强调被告人在作案当时的心理状态，即辨认能力与控制能力的法学要件，而把精神疾病或精神缺陷的医学诊断放在较次要的地位。

总之，英美学派与欧洲大陆学派在精神病学理论与实践方面的主要区别是：在判定被告人责任能力方面，前者把心理学或法学要件放在首位，而后者则主要以生物医学诊断为第一依据。

中华人民共和国成立后，党和政府十分重视法制建设，司法精神病学也开始得到发展。20 世纪 50 年代中期，苏联布涅耶夫所著《司法精神病学》传入我国，在南京、北京、上海、成都等地精神科医师为适应司法机构的需要，相继开展了精神病的司法鉴定工作。此书对我国司法精神病学工作起到了一定的推动作用。但因其“有病无罪论”的偏向，也产生了一些不良后果。加之“文革”10 年动乱与浩劫，很多学科被砸烂，书刊被毁，专家学者被揪斗，司法精神病学的“命运”也不言而喻。1976 年 10 月粉碎“四人帮”后，各项工作才逐步走上正轨，法学、精神病学、心理学等司法精神病学相关学科相继恢复和重建。多年来，大批一直为司法精神病学工作辛勤劳动、默默奉献的专家、学者，不但为公安司法机关正确处理有关精神疾病的案件提供了科学依据，而且还发表了许多颇有影响的专著和学术论文，开展了一系列专题学术讲座，使我国司法精神病学进入了健康科学的发展的轨道。在全国人大《关于司法鉴定管理问题的决定》（2005）已经实施的今天，回顾过去我国司法精神病学的发展历程，瞻望未来，将会使人更加理智地看待我们面临的问题和挑战，对前景更加充满信心。

我国目前精神疾病司法鉴定的法律依据主要有：《中华人民共和国刑法》第 18 条；《中华人民共和国民法通则》第 13 条；《精神疾病司法鉴定暂行规定》；《司法鉴定机构登记管理办法》；《司法鉴定人管理办法》；《司法鉴定程序通则》；各地关于精神疾病司法鉴定的地方法规。

我国目前绝大多数省、直辖市、自治区，以及部分大中城市都成立了精神疾病司法鉴定机构，多数设在省级精神病医院或高等医学院校的精神病教学医院、研究所。一般接受由司法机关委托的鉴定案例。随着司法鉴定制度的改革，在将来会逐渐向社会开放，接受社会或个人委托的鉴定。

司法鉴定结论属于专家证据的范畴，需要司法机关的确认和采信。鉴定没有规定的权威等级之分，一般来说，省级或直辖市鉴定委员会的鉴定结论具有较高权威性。如果对省级或直辖市级的某一鉴定机构的鉴定结论仍持异议而申请复核鉴定，则建议由省级或直辖市的鉴定专家组或专家委员会进行复核鉴定，重大特殊案例可由全国著名专家临时组成的鉴定。

第三节 精神疾病概述

一、精神病学的概念

精神病学(psychiatry)是临床医学的一个分支学科，是研究精神疾病病因、发病机制、临床表现、疾病发展规律以及治疗和预防的一门学科。精神病学的服务对象和研究对象，从传统的重型精神病，向轻性精神障碍转化，服务模式也从封闭式管理向开放式或半开放式转化。

二、精神疾病的概念

精神疾病（精神障碍）(mental disorders)是机体在生物、心理、社会因素作用下，引起的脑功能失调或紊乱，主要表现为精神活动（心理活动）不同程度异常的疾病。特征是认知、情绪、行为方面的改变，可伴有痛苦体验和/或功能损害。这些精神活动表现不同程度的异常，便称之为精神症状，精神症状是精神疾病的外在表现，也是目前诊断精神疾病的重要依据。精神疾病和躯体器官的疾病，如心脏病、肝脏病、肺病、肾脏病等一样，都是一种疾病。所不同的是：患精神疾病时有害因素侵犯的部位主要是脑，主要表现为精神活动异常，如思维障碍、情感和行为失调等。

国外研究表明，大约 25%~30%的急诊病人是由于精神方面的障碍而就诊；约 1/3~1/4 的人群将因精神健康问题寻求专业人员的帮助。

三、精神疾病的病因

大多数功能性精神疾病没有确切的病因和发病机制，也没有明显的体征和实验室指标异常。精神障碍与其他躯体疾病一样，均是生物、心理、社会因素相互作用的结果。

（一）生物学因素(biological factors)：包括遗传，感染，躯体疾病，创伤，营养不良，毒物，年龄，性别等。

1. 遗传(hereditary)：遗传包括单基因遗传、多基因遗传、染色体畸变等。对遗传的研究一般从家系调查、双生子研究、寄养子研究三方面进行。多基因遗传病是遗传和环境因素共同作用的结果。

2. 感染(infection)：包括全身感染、中枢神经系统感染和其他系统感染，这些感染均可引

起精神障碍。常见病原体有寄生虫、螺旋体、立克次体、细菌、病毒等。常见感染有败血症、流行性感、伤寒、肺炎、脑膜炎、神经梅毒、获得性免疫缺陷病毒（HIV）等。

（二）心理因素(psychological factors)

应激性生活事件、情绪状态、人格特征、人际关系紧张等构成影响疾病的心理社会因素。

心理因素还包括心理素质和精神刺激。精神刺激作用于心理素质有缺陷的个体，便可出现应激障碍。

1. 心理素质(psychological quality) 心理素质是在先天遗传基础上，后天社会环境的影响下，个体在生长发育过程中逐渐形成的心理特征，主要包括气质和在其背景上形成的性格两部分内容。

2. 精神刺激(psychological stress) 剧烈的精神创伤或生活事件，或持续困难处境都可构成精神刺激或应激源，引起个体异常心理反应或导致精神障碍。如火灾、地震、洪水、暴风雪、泥石流、、车祸、失业、亲人亡故、离婚、失恋、家庭纠纷、被虐待、经济破产、考试失败、事业严重受挫、被处分、人际关系紧张、身患绝症、恐怖经历、战争等，均可导致应激反应。

精神刺激是否致疾病与个体心理素质有很大关系。所以，要不断地调整自己的心理状态，力求适应各种复杂多变的社会环境。如果不适应，就可能致病。因精神刺激对不同心理素质的人作用是不同的，具有良好心理素质，如心境开朗、乐观、豁达、处变不惊、坚忍不拔、灵敏机智、处理和应付能力强，这种人即便碰到精神刺激，也不会造成明显的失落反应；不良心理素质，如心胸狭窄、脆弱、对外界刺激耐受性和应变能力差，精神刺激不一定很强烈便可导致精神疾病。

（三）社会因素

社会环境的变化使精神活动发生改变，从多种途径引起精神障碍或诱发某些精神疾病。社会因素(social factors)一般包括：家庭因素、社会环境、社会文化因素等。

1.家庭因素 家庭是社会的细胞，家庭问题、恋爱婚姻对人的精神状态有重要影响。如家庭教育缺乏或教育不良，是儿童和青少年品行障碍及青少年违法犯罪的重要原因之一；家庭成员之间不和谐、关系紧张、家庭暴力不断、父母离异或单亲、家庭成员酗酒、吸毒等；家庭经济收入低、居住条件极差；对婚姻不满意等。

2.社会环境因素 包括社会制度、政治状况、生活条件、治安、教育、医疗卫生水平等。

3.社会文化因素 包括民族文化、风俗习惯、伦理道德、宗教信仰等方面。在各种不同文化环境中，精神疾病的发生率及症状表现等都有明显差异。

在讨论精神障碍的原因时，必须区分关联、危险因素、疾病的结果和病因；促使疾病加剧或使病程持续下去的事件。对于精神疾病病因学，需要注意的是生物学因素（内在因素）和心理社会因素（外在因素）在精神疾病发生、发展过程中均起着重要作用。从生物、心理、社会文化的角度看，对精神健康和精神疾病领域的理解还远不够完善，面临的挑战是如何避免盲人摸象，如何将来自不同领域的知识有机的整合，形成一个较完善的系统，以正确理解正常和异常的精神现象。

四、精神疾病分类(国际疾病分类第十版) ICD-10

（F00-F09）器质性（包括症状性）精神障碍 Organic, including symptomatic, mental disorders

F10-F19 使用精神活性物质引起的精神和行为障碍 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use

(F20-F29)精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders)

F30-F39 心境[情感]障碍 Mood [affective] disorders

F40-F4 神经症性、应激相关的以及躯体形式的障碍 Neurotic, stress-related and somatoform

F40 恐怖性焦虑障碍 Phobic anxiety disorders

F40. 0 广场恐怖 Agoraphobia

F40.1 社交恐怖 social phobias

F40.2 特定的（孤立的）恐怖 Specified (isolated) phobias

F40. 8 其他恐怖性焦虑障碍 Other phobias anxiety disorders

F40.9 恐怖性焦虑障碍，未特指的 Phobias anxiety disorder, unspecified

F41 其他焦虑障碍 Other anxiety disorders

F41. 0 惊恐障碍 [间歇发作性焦虑] Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety

F41. 1 广泛性焦虑障碍 Generalized anxiety

F41. 2 混合性焦虑和抑郁障碍 Mixed anxiety and depressive disorder

F41. 3 其他混合性焦虑障碍 Other mixed anxiety disorders

F41. 8 其他特指的焦虑障碍 Other specified anxiety disorders

F41. 9 焦虑障碍，未特指的 Anxiety disorder, unspecified

F42 强迫性障碍 Obsessive-compulsive disorder

F42.0 以强迫思维或穷思竭虑为主 Predominantly obsessional thoughts or ruminations

F42.1 以强迫动作[强迫仪式]为主 Predominantly compulsive acts [obsessional rituals

F42.2 混合性强迫思维和行动 Mixed obsessional thoughts and acts

F42.8 其他强迫性障碍 Other obsessive-compulsive disorders

F42.9 强迫性障碍,未特指的 Obsessive-compulsive disorder, unspecified

F43 严重应激反应及适应障碍 Reaction to sever stress, and adjustment disorders

F44 分离[转换] 性障碍 Dissociative [conversion] disorders

F45 躯体形式障碍(Somatoform disorders)

F48.0 神经衰弱 Neurasthenia

F50-59 与生理紊乱和躯体因素有关的行为综合征 Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

F50 进食障碍 Eating disorders

F50.-0 神经性厌食 Anorexia nervosa

F50-1 非典型神经性厌食 Atypical anorexia nervosa

F50-2 神经性贪食 Bulimia nervosa

F50-3 非典型神经性贪食 Atypical bulimia nervosa

F50-4 与其他心理紊乱有关的暴食 Overeating associated with other psychological disturbances

F50-5 与其他心理紊乱有关的呕吐 Vomiting associated with other psychological disturbances

F50-8 其他进食障碍 Other eating disorders

F50-9 进食障碍，未特指的 Eating disorder, unspecified

F51 器质性睡眠障碍 Nonorganic sleep disorders

F51-0 非器质性失眠症 Nonorganic insomnia

F51-1 非器质性嗜睡症 Nonorganic hypersomnia

F51-2 非器质性睡眠-觉醒节律障碍 Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule

F51-3 睡行症〔夜游症〕(Sleepwalking [somnambulism])

F51-4 睡惊症[夜惊症]Sleep terrors [night terrors]

F51-5 梦魔 Nightmares

F51-8 其他非器质性睡眠障碍 Other nonorganic sleep disorders

F51-9 非器质性睡眠障碍，未特指的 Nonorganic sleep disorder, unspecified

F52 器质性障碍或疾病引起的性功能障碍 Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

F52-0 性欲减退或缺失(Lack or loss of sexual desire)

F52-1 性厌恶和性乐缺乏(Sexual aversion and lack of sexual enjoyment)

F52-2 生殖器反应丧失 Failure of genital response

F52-3 性高潮功能障碍 Orgasmic dysfunction

F52-4 早泄 Premature ejaculation

F52-5 非器质性阴道痉挛 Nonorganic vaginismus

F52-6 非器质性性交疼痛 Nonorganic dyspareunia

F52-7 性欲亢进 Excessive sexual drive

F52-8 其他非器质性障碍或疾病引起的性功能障碍 Other sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

F52-9 未特指的非器质性障碍或疾病引起的性功能障碍 Unspecified sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

F53 与产褥期有关的精神和行为障碍，不可归类在他处者 Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified

F53-0 与产褥期有关的轻度精神和行为障碍，不可归类在他处者 Mild mental and

F53-1 与产褥期有关的重度精神和行为障碍.不可归类在他处者 Severe mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified

F53-8 其他与产褥期有关的精神和行为障碍，不可归类在他处者 Other mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified

F53-9 产褥期精神障碍，未特指的 Puerperal mental disorder, unspecified

F54 与归类在他处的障碍或疾病有关的心理和行为因素 Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere

F55 非依赖性物质滥用 Abuse of non-dependence-producing substances

F59 与生理紊乱和躯体因素有关的未特指的行为综合征 Unspecified behavioural syndromes associated with physiological

F60-F69 成人人格和行为障碍 Disorders of adult personality and behaviour

F60 特异性人格障碍 Specific personality disorders

F60-0 偏执型人格障碍 Paranoid personality disorder

F60-1 分裂样人格障碍 Schizoid personality disorder

F60-2 社交紊乱型人格障碍 Dissocial personality disorder

F60-3 情绪不稳型人格障碍 Emotionally unstable personzility disorder

F60-4 表演型人格障碍 Histrionic personality disorder

F60-5 强迫型人格障碍 Anankastic personality disorder

F60-6 焦虑[回避]型人格障碍 Anxious [avoidant] personality disorder

F60-7 依赖型人格障碍 Dependent personality disorder

F60-8 其他特指的人格障碍 Other specific personality disorders

F60-9 人格障碍，未特指的 Perdonzility disorder, unspecified

F61 混合型和其他人格障碍 Mixed and other personality disorders

F62 持久性人格改变,非由脑损害和疾病所致 Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease

F62-0 灾难性经历后的持久性人格改变 Enduring personality change after catastrophic experience

F62-1 精神科疾病后持久性人格改变 Enduring personality change after psychiatric illness

F62-8 其他持久性人格改变 Other enduring personality changes

慢性疼痛性人格综合征

F62-9 持久性人格改变，未特指的 Enduring personality change, unspecified

F63 习惯和冲动障碍 Hanit and impulse disorders

F63-0 病理性赌博 Pathological gambling

F63-1 病理性纵火 [纵火狂] Pathological fire-setting [pyromania]

F63-2 病理性偷窃[偷窃狂]Pathological stealing [kleptomania]

F63-3 拔毛狂 Trichotillomania

F63-8 其他习惯和冲动障碍 Other habit and impulse disorders

F63-9 习惯和冲动障碍，未特指的 Habit and impulse disorder, unspecified

F64 性身份障碍 Gender identity disorders

F64-0 易性症 Transsexualism

F64-1 双重异装症 Dual-role transvestism

F64-2 童年期性身份障碍 Gender identity disorder of childhood

F64-8 其他性身份障碍 Other gender identity disorder, unspecified

F64-9 性身份障碍，未特指的 Gender identity disorder, unspecified

F65 性偏好障碍(Disorders of sexual preference

F65-0 恋物症 Fetishism

F65-1 恋物性异装症 Fetishistic transvestism

F65-2 露阴症 Exhibitionism

F65.-3 窥淫症 Voyeurism

F65-4 恋童症 Paedophilia

F65-5 施虐受虐症 Sadomasochism

F65-6 性偏好多相障碍 Multiple disorders of sexual preference

F65-8 其他性偏好障碍 Other disorders of sexual preference

F65-9 性偏好障碍，未特指的 Disorder of sexual preference, unspecified

F66 与性发育和性取向有关的心理和行为障碍 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation

F66-0 性成熟障碍 Sexual maturation disorder

F66.-1 自我不和谐的性取向 Egodystonic sexual orientation

F66-2 性关系障碍 Sexual relationship disorder

F66-8 其他性心理发育障碍 Other psycho sexual development disorders

F66-9 性心理发育障碍，未特指的 Psychosexual development disorder, unspecified

F68 成人人格和行为的其他障碍 Other disorders of adult personality and behaviour

F68-0 由于心理原因渲染的躯体症状 Elaboration of physical symptoms for psychological reasons

F68-1 有意制造或伪装的躯体或心理症状或残疾〔做作性障碍〕 Intentional production or feigning of symptoms or disabilities, either physical or psychological [factitious disorder]

F68-8 其他特指的成人人格和行为障碍 (Other specified disorders of adult personality and behaviour)

F69 未特指的成人人格和行为障碍 Unspecified disorder of adult personality and behaviour

F70-F79 精神发育迟滞 Mental retardation

F80-89 心理发育障碍 Disorders of psychological development

F80 特定性言语和语言发育障碍 Specific developmental disorders of speech and language

F80-0 特定性言语构音障碍 Specific speech articulation

F80-1 表达性语言障碍 Expressive language disorder

F80-2 感受性语言障碍 Receptive language disorder

F80-3 伴有癫痫的后天性失语 [兰道-克勒夫纳综合征] Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner]

F80-8 其他言语和语言发育障碍 Other development disorders of speech and language

F80-9 言语和语言发育障碍，未特指的 Development disorder of speech and language, unspecified

F81 特定性学习技能发育障碍 Specific developmental disorders of scholastic skills

F81-0 特定性阅读障碍 Specific reading disorder

F81-1 特定性拼写障碍 Specific spelling disorder

F81-2 特定性计算技能障碍 Specific disorder of arithmetical skills

F81.-3 混合性学习技能障碍 Mixed disorder of scholastic skills

F81-8 其它学习技能发育障碍 Other developmental disorders of scholastic skills

F81-9 学习技能发育障碍，未特指的 Developmental disorder of scholastic skills, unspecified

F82 特定性运动功能发育障碍 Specific developmental disorder of motor function

F83 混合性特定性发育障碍 Mixed specific developmental disorders

F84 弥漫性发育障碍 Pervasive developmental disorders

F84-0 童年孤独症 Childhood autism

F84-1 不典型孤独症 Atypical autism

F84-2 雷特综合征 Rett's syndrome

F84-3 其他童年瓦解性障碍 Other childhood disintegrative disorder

F84-4 与精神发育迟滞和刻板动作有关的多动障碍 Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements

F84-5 阿斯珀格综合征 Asperger's syndrome

F84-8 其他弥漫性发育障碍 Other pervasive developmental disorders

F84-8 弥漫性发育障碍，未特指的 Pervasive developmental disorder, unspecified

F88 其他心理发育障碍 Other disorders of psychological development

F89 未特指的心理发育障碍 Unspecified disorder of psychological development

(F90-98)通常起病于童年与青少年期的行为和情绪障碍

Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

F90 多动性障碍 Hyperkinetic disorders

F90-0 活动与注意失调 Disturbance of activity and attention

F90-1 多动性品行障碍 Hyperkinetic conduct disorder

F90-8 其他多动性障碍 Other hyperkinetic disorders

F90-9 多动性障碍，未特指的 Hyperkinetic disorder, unspecified

F91 品行障碍 Conduct disorders

F91-0 局限于家庭的品行障碍 Conduct disorder confined to the family context

F91-1 未社会化的品行障碍 Unsocialized conduct disorder

F91-2 社会化的品行障碍 Socialized conduct disorder

F91-3 对立违抗性障碍 Oppositional defiant disorder

F91-8 其他品行障碍 Other conduct disorders

F91-9 品行障碍，未特指的 Conduct disorder, unspecified

F92 品行和情绪混合性障碍 Mixed disorders of conduct and emotions

F92-0 抑郁性品行障碍 Depressive conduct disorder

F92-8 其他品行和情绪混合性障碍 Other mixed disorders of conduct and emotions

F92-9 品行和情绪混合性障碍，未特指的 Mixed disorders of conduct and emotions, unspecified

F93 特发于童年的情绪障碍 Emotional disorders with onset specific to childhood

F93-0 童年离别焦虑障碍 Separation anxiety disorder of childhood

F93-1 童年恐怖性焦虑障碍 Phobic anxiety disorder of childhood

F93-2 童年社交性焦虑障碍 Social anxiety disorder of childhood

F93-3 同胞竞争障碍 Sibling rivalry disorder

F93-8 其他童年情绪障碍 Other childhood emotional disorders

F93-9 童年情绪障碍，未特指的 Childhood emotional disorder, unspecified

F94 特发于童年和青少年的社会功能障碍 Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence

F94. 0 选择性缄默症 Elective mutism

F94. 1 童年反应性依恋障碍 Reactive attachment disorder of childhood

F94.2 童年脱抑制性依恋障碍 Disinhibited attachment disorder of childhood

F94.8 童年其他社会功能障碍 Other childhood disorders of social functioning

F94.9 童年社会功能障碍，未特指的 Childhood disorders of social functioning, unspecified

F95 抽动障碍 Tic disorders

F95-0 一过性抽动障碍 Transient tic disorder

F95-1 运动或发声抽动障碍 Chronic motor or vocal tic disorder

F95-发声和多种运动联合抽动障碍[德拉图雷特综合征]Combined vocal and multiple motor tic disorder [de la Tourette]

F95-8 他抽动障碍 Other tic disorders

F95-9 动障碍，未特指的 Tic disorder, unspecified

F98 通常起病于童年和青少年期的其他行为和情绪障碍 Other behavioura; and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

F98-0 器质性遗尿症 Nonorganic enuresis

F98-2 器质性遗粪症 Nonorganic encopresis

F98-3 幼儿和童年异食癖 Pica of infancy and childhood

F98-4 板性运动障碍 Stereotyped movement disorders

F98.-5 吃 [结巴] Stuttering [stammering]

F98-6 语急促杂乱 Cluttering

F98-8 常起病于童年和青少年期的其他特指的行为和情绪障碍 Other specified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

F98-9 常起病于童年和青少年期的未特指的行为和情绪障碍 Uspecified behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

F99 精神障碍，其他方面未特指 Mental disorder, not otherwise specified

复习思考题

1. 司法精神病学的概念？
2. 研究司法精神病学的目的？
3. 司法精神病学的研究对象？
4. 司法精神病学的研究内容？
5. 精神疾病的病因有哪些？
6. ICD 精神疾病有哪 10 大类？
7. 目前我国精神疾病司法鉴定的法律依据有哪些？

(李 凌 李建明)

第二章 精神疾病患者的权益和法律问题

第一节 保障精神疾病患者的权益

1948 年联合国批准的《世界人权宣言》第一条就指出，人人享有自由与平等的权利和尊严。精神疾病患者自然也应当享有并维护自身的基本人权。而 1991 年联合国大会通过的《保护精神疾病患者与改善精神保健的原则》（以下简称 MI 原则）更明确强调：所有精神疾病患者或被当成精神障碍患者的人均应受到人道的对待，其天赋的个人尊严应受到尊重（原则 1，第 2 条）；所有精神疾病患者或被当成精神障碍患者的人均应有权受到保护，不受经济上、性方面或其他形式的剥削、肉体虐待或其他方式的虐待，以及有辱人格的对待（原则 1，第 3 条）。

我国政府对保障精神疾病患者的合法权益也十分关注。《中华人民共和国宪法》第三十三条规定：“中华人民共和国公民在法律面前一律平等。”因此，精神疾病患者作为罹患疾病的公民，他们仍然享有国家法律赋予的各种权利，如人身自由和人格尊严不受侵犯，治疗权，劳动就业和受教育权，隐私权，获得物质帮助等。我国《民法通则》第十七条、第十八条也规定：对无行为能力或限制行为能力的精神疾病患者设置监护人，保护其人身、财产及其他合法权益。除此之外，在《刑法》、《刑事诉讼法》、《民事诉讼法》、《残疾人保障法》、《母婴保健法》、《婚姻法》等法律法规中，也有一些涉及精神疾病患者，保护患者权益的相关条文规定，它们确实对改善我国精神疾病患者的处境起到了积极作用。

不过，我国的这些法律法规条文大多仅涉及一部分特殊患者（精神残疾者或民事刑事案件中患精神疾病的当事人等），或者对患者某些权益的保护，已经不太适应我国社会经济发展和人民群众对精神健康的要求。世界各国的经验表明，对于精神卫生这一既具有高度专业性又具有广泛社会性的领域，专门立法能够更好地实现保护精神疾病患者权益的目标。目前我国（不含港澳台）已有多个城市出台了地方性精神卫生条例，对精神疾病患者的权益保护起了积极的作用。以下简要介绍国内外有关精神疾病患者权益保障的主要立法和伦理要求。

一、人身自由权

精神疾病患者最基本的权益就是人身自由权（autonomy）。但是作为社会中的弱势群体，无论是在医疗机构中还是机构外，精神疾病患者的这一权益很容易受到损害。虽然在公众的观念中精神疾病患者通常是对他人有暴力危险性的个体，但实际上，他们也经常遭受暴力，更多的是受害者，而非施暴者。

精神疾病患者因为偏见与歧视而权益受损是一个历史久远的世界性问题，尤其是在相对落后的国家和地区。即使在目前，许多精神障碍患者连基本的治疗也难以保证，更难以得到公正的待遇和人权保障。由于歧视和缺乏法律保护，戏弄、侮辱甚至禁闭、关锁精神病患者的现象并非罕见。而且对患者的偏见和歧视还经常发生在精神卫生机构，甚至是在他们自己所处的社区和家庭中。因此有必要通过立法来防止针对精神疾病患者的歧视，并保护其人身自由。

我国《宪法》第三十七条规定：“中华人民共和国公民的人身自由不受侵犯。任何公民，非经人民检察院批准或者决定或者人民法院决定，并由公安机关执行，不受逮捕。禁止非法拘禁和以其他方法非法剥夺或者限制公民的人身自由，禁止非法搜查公民的身体。”第三十八条规定：“中华人民共和国公民的人格尊严不受侵犯。禁止用任何方法对公民进行侮辱、诽谤和诬告陷害。”这是保障精神疾病患者人身自由的法律基础。

以此为基础，我国已有的地方性精神卫生条例都对保障患者人身自由作出了明确的规定。如“精神疾病患者的合法权益受法律保护。禁止歧视、侮辱精神疾病患者及其家庭成员；禁止虐待、遗弃精神疾病患者。”“任何单位和个人不得非法限制精神疾病患者的人身自由”，“禁止非法限制精神疾病患者的人身自由”等。根据这些法规，任何公民或单位对精神疾病患者任意进行捆绑、殴打、虐待、侮辱、玩弄、限制其人身自由或非法拘禁等都属违法侵权行为，应予禁止。

在保护精神疾病患者的人身自由权益的问题上，一个常引发争议的问题就是精神疾病患者对于住院与治疗的自决权，或者说拒绝住院与治疗的决定权的问题。精神障碍不同于躯体疾病，如果患者自己不感到痛苦，所患精神障碍没有损害其身体健康或者不会导致其死亡，也无可能伤害自己或者他人，可以不治疗、不住院，外人不宜干涉。目前，在国际上，精神疾病患者的住院权、治疗权得到普遍的承认。联合国《保护患精神疾病的人和改善精神卫生保健的原则》明确规定了精神障碍者的住院权、治疗权。因此，自主和知情同意应是绝大多数精神疾病患者治疗和康复的基础。在具体实践中，所有患者首先应被假定为有行为能力，并且在实施非自愿程序之前，应尽一切努力以使患者能够接受自愿入院或治疗。

当然，保护精神疾病患者的人身自由，强调他们的自主权，并不意味着对他们的放任自流。有些时候在个人自主的权利与社会保护全体公众免受危险的责任之间确实会存在明显冲突。法律既需要考虑到保护精神疾病患者个人的人身自由，也需要考虑到保护全体公民免受伤害，以及维护公众健康的责任。当精神疾病患者由于自身辨认、控制能力受损而会给自身或他人造成伤害，或者因为精神障碍而表现出严重行为紊乱的时候就会产生这样的问题。在这种情况下，如为了治疗需要或为了保护患者自身和他人安全的需要，才可以暂时对精神疾病患者采取合理的限制措施。一旦无此必要，应立即解除。

只有当精神疾病患者有危害或者严重威胁公共安全或者他人人身、财产安全的行为的，或者其精神活动严重受损，导致对自身健康状况或者客观现实不能完整辨认，或者不能控制自身行为时才能够暂时约束其人身自由。

精神疾病患者在住院期间有时可能因为治疗需要而暂时对其采取保护性约束措施，这也是对患者人身自由的一种暂时性限制。其使用的条件仅限于治疗上的需要或者防止住院患者发生危害自身或他人的意外，在程序上必须由精神科执业医师决定，并且在病历中记载和说明理由，当患者病情稳定后约束措施必须终止，并且禁止利用约束措施惩罚精神疾病患者。

二、治疗权

公民无法获取医疗保健也是对人权的侵犯，因此保障精神疾病患者获得医疗服务也是保障精神疾病患者权益的一项重要内容。

一系列的国际公约和准则都强调了精神疾病患者获得卫生服务，包括精神卫生服务的基本权利。联合国的《MI 原则》中，在原则 1（基本自由和基本权利）和原则 8（保健的标准）均强调了高质量保健服务的获得：原则 1 强调“人人皆有权得到可获得的最佳精神卫生

保健，这种保健应作为健康和社会保健制度的一个组成部分。”；原则 8 确定了精神疾病患者获得适合个人需要的精神卫生保健和保护个人免受伤害的权利。

妨碍精神疾病患者获得医疗服务的原因有很多。首先，精神卫生服务面临着资金投入不足以及由此带来的精神卫生服务能力匮乏问题。由于缺乏相应的医疗机构或者专业技术人员，需要服务的患者可能无法获得恰当的服务或者不易获得服务。比如，在一些地方因为缺乏足够的床位，许多需要住院治疗的病人无法及时入院，或者只能过早出院。其次，许多慢性精神疾病患者以及所在的家庭往往在经济上属于低收入群体，无力承担其医疗费用。同时，精神疾病有时会影响到个人就自身的健康和行为做出判断的能力，这给寻求和接受服务带来了进一步的困难。最后，患者对住院和治疗的知情同意权往往被忽视，而对患者知情同意能力的独立评估也很少实施。一些患者还经常被违背自身意愿地收住在精神卫生机构中接受治疗。这些都会侵害了精神疾病患者获得治疗的权益。要改变上述状况，需要有下列几条措施。

（一）通过立法来确保医疗卫生部门能够在需要的时间和地点提供恰当的医疗和保健。这有助于提高精神卫生服务的可及性、可接受性和质量保证，从而使精神疾病患者有机会去行使他们接受恰当治疗的权利。我国的地方立法中也做出了类似的规定，主要包括：

1. 将精神卫生服务作为公共卫生体系的建设的一部分纳入该地区国民经济和社会发展规划之中，从而确保资金等物质保障来建立和完善精神卫生服务网络；

2. 明确各级地方政府（包括所属的民政、公安、司法、教育、财政、劳动保障、医保、人事等行政部门）以及其他群众团体（工会、共青团、妇联、残联等）在精神卫生服务中的职责；

3. 将精神卫生服务整合进其他社会服务中，比如要求在学校、监狱、看守所、劳教等场所提供心理健康咨询服务，强调新闻媒体在宣传精神卫生服务中的作用；

4. 建立以社区为基础的社区精神康复机构，确保精神疾病患者在出院后能够获得康复服务；

5. 对精神卫生专科医疗机构、综合医院中的精神科门诊、心理健康咨询机构的设置标准提出要求；

6. 建立精神卫生服务从业人员（精神科执业医师、精神科注册护士、临床心理学工作者、精神卫生社会工作者）的技术标准。

通过这些规定，使得精神卫生服务能够拥有与其他卫生服务同等的地位，并确保所提供的服务符合公众的需求。

（二）需要建立完善的医疗保险和社会保障制度。具体规定如下：

1. 参加基本医疗保险的精神疾病患者的医疗费用，按照基本医疗保险的规定执行；

2. 农村精神疾病患者的医疗费用，按照新型农村合作医疗制度的规定执行；

3. 无生活来源、劳动能力又无法定赡养人、扶养人或者抚养人的精神障碍者，由民政部门指定的精神卫生医疗机构收治，医疗费用按照国家和当地的有关规定执行；

4. 服现役期间患精神障碍的人员退伍、转业后，其精神障碍的医疗费用，按照有关规定执行；

5. 医疗费用按规定减免后支出仍有困难的精神障碍者，可以申请医疗救助；

6. 强制住院治疗的精神障碍者的医疗费用负担办法有当地政府另行制定。

通过这些将精神卫生服务纳入有关医疗保险的规定，能够确保精神疾病患者有能力支付

他们所需要的治疗费用。

(三)需要对精神疾病患者自愿与非自愿住院与治疗的程序作出规定。病情较轻的精神疾病患者，通常自知力完好，能够对自己的精神状态和健康状况有所认识并主动寻求帮助。对于此类患者，应强调自愿原则，即此类患者可以自行选择是否接受治疗以及治疗方式，不受其他人或组织的限制。但如果精神疾病较重时，患者往往自知力受损，不会主动就医。为了保障这些患者能够及时获得治疗，避免对自身或社会造成危害，就需要对其实施非自愿治疗。我国目前的非自愿住院与治疗具体可分为以下两种情况：

1. “医疗保护入院”以患者病情需要住院治疗为标准，由患者家属或监护人申请并根据医生建议作出决定。这种情况需要具备两个条件：

(1)需要精神科医师确定该患者的病情已经达到一定的严重程度；

(2)需要患者的法定监护人或者近亲属的书面同意，按规定签字填写住院申请与相应的知情同意文件。

有时精神疾病患者可能因为突发病情，在公共场合作出危险举动，严重威胁公共安全或者他人人身、财产安全。在这种情况下，公安机关可以将其送至精神卫生医疗机构，并及时通知其监护人或者近亲属；而其他单位和个人发现上述情形的，可以制止并应当及时向公安机关报告。通过对精神疾病患者的非自愿住院与治疗程序作出严格规定，一方面保护了这些患者的人身自由权，避免他们被不恰当地留置在精神病医院中，另一方面也保证他们及时获得治疗的权利。

2. “强制住院”主要针对肇事肇祸甚至有犯罪行为的精神疾病患者。我国《刑法》第十八条第一款规定：“精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任，但是应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗；在必要的时候，由政府强制医疗。”根据这一规定，如此类患者行为危害程度较轻，家属或监护人有能力监护，则应交家属或监护人严加看管或送精神病专科医院强制医疗；如患者肇事行为对社会危害极大，家属或监护人又无力监护，这种情况则由政府强制住院医疗。目前，我国不少省、市公安系统已经组建强制性医疗的专门机构，统称安康医院，使肇事精神疾病患者有地方送、有地方治、有地方管。这不仅保障了患者的治疗，而且也保护了社会。

(四)保障患者对住院和治疗的知情同意权。各地立法中都强调精神疾病患者及其监护人或者近亲属对于“患者病情、诊断结论、治疗方法以及可能产生的后果”有知情权，同时如果因为医疗或者教学机构需要精神疾病患者参与医学教学、科研或者接受新药、新治疗方法的临床试验的，应当书面告知本人或者其监护人、近亲属教学、科研和试验的目的、方法以及可能产生的后果，并取得精神疾病患者或者其监护人、近亲属的书面同意。而诸如实施精神外科手术之类的特殊治疗，必须以书面告知精神疾病患者或者其监护人，取得其本人或者监护人的书面同意。

同时，精神疾病患者的治疗权利还包括享受与普通人一样的普通卫生医疗服务的权利，这包括获得治疗、治疗的质量、隐私保密、治疗同意和知情权。

三、劳动就业和受教育的权力

保护精神疾病患者劳动就业权利，有利于患者的康复以及回归社会。我国一直提倡精神病人在痊愈后即享有与普通人同等的就业权利，不应受到社会的歧视。我国宪法第四十五条规定：“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下，有从国家和社会

获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。……国家和社会帮助安排盲、聋、哑和其他有残疾的公民的劳动、生活和教育。”同时《中华人民共和国残疾人保障法》将精神残疾属于残疾人之列，第三十条规定“机关、团体、企业事业组织、城乡集体经济组织，应当按一定比例安排残疾人就业，并为其选择适当的工种和岗位”。《中华人民共和国劳动合同法》第四十二条第三款规定：“患病或者非因工负伤，在规定的医疗期内的”用人单位不得解除劳动合同。这些条款都是精神病患者享有劳动就业权利的法律保障，确保患者不会在发病期间被解雇，并保证精神疾病治疗痊愈或好转后，患者同样有权获得平等的就业机会，在就业领域不受歧视和剥削。

但是在实际执行中，精神病患者与用人单位之间的劳动争议依然时有发生。其常见的原因有：

1. 患者由于病理性精神活动的干扰，没有判断能力和自我保护能力，不能预见其行为的后果，随便主动地辞去工作，病情治愈要求恢复工作时，单位以其主动辞职为由予以拒绝；
2. 患者受精神症状影响，表现生活懒散，工作不负责任，差错屡有发生，不遵守劳动纪律，无故旷工，干扰本单位的正常工作秩序，单位便以其违反劳动纪律为由，将其予以除名处理。

即便有时患者的疾病痊愈，并出具有劳动能力的鉴定证明，用人单位依然会依照《劳动合同法》第四十条第一款规定的“劳动者患病或者非因工负伤，医疗期满后，不能从事原工作也不能从事由用人单位另行安排的工作的，用人单位可以解除劳动合同”而将其解雇。

对于这种情况，我国原劳动部（现人力资源和社会保障部）在 1994 年的《关于精神病患者可否解除劳动合同的复函》中已明确指出：“精神病患者在规定的医疗期内已治愈或病情很轻并得到稳定控制的，经鉴定具有劳动能力，用人单位应适当安排其工作，不得因病解除劳动合同。”目前我国的地方性精神卫生条例也规定了精神病患者康复后，依法享有就业等方面的权利，并且都强调在劳动关系存续期间或者聘用合同期内，其所在单位应当为其安排适当的工种和岗位，在待遇和福利等方面不得歧视。对于那些没有工作的患者，法规也强调他们有权参加职业技能培训，提高就业能力，并要求劳动和社会保障部门、残联应当推动其就业培训、安置等工作。

精神病患者受教育权利也同样重要。我国《宪法》第四十六条第一款规定：“中华人民共和国公民有教育的权利和义务。”但是如何平衡保护严重精神病患者受教育权利和维护其他学生正常生活秩序，确实是一个难题。目前的情况是，在初等教育阶段因为有《义务教育法》的保障，如果学生患精神疾病，但对学习妨碍不大的，可以边治疗、边学习；如因病治疗不得不暂时辍学，一旦病情恢复或好转，即可继续完成学业。但在高等教育中问题就比较突出。旧的《普通高校学生管理规定》（1999年）规定患精神病是可以退学的情况之一。2005年起实施的《普通高等学校学生管理规定》虽然取消了上述内容，但在第二十七条第三款中仍旧规定“经学校指定医院诊断，患有疾病或者意外伤残无法继续在校学习的”应予退学。据此，不少高等学校对患有严重精神疾病（如精神分裂症）的学生，处理方式基本上是退学。有些学校对患有严重精神疾病的学生“破例”保留学籍，多因为学生与家属努力争取的缘故。

现有的地方精神卫生条例通常都规定，精神病患者病愈后，在入学、考试等方面依法享有与其他公民平等的权利，任何单位不得以其曾患精神疾病为由，取消其入学、应试等

方面的资格。所以，如在高等教育阶段患精神疾病的患者，轻者应当有权继续学习；重者也应保留学籍，待治愈或缓解后继续完成学业，在学习期间或毕业分配时不应受到歧视或不公正待遇。

四、隐私权

精神疾病患者的隐私在狭义上指患者在疾病的诊断和治疗过程中向医生披露的任何信息，以及医生通过诊断和治疗获得的有关病人的任何信息。这些信息的内容可能涉及从出生，甚至从母孕期开始一直到看病就诊整个期间所有的个人资料，其中可能含有很多个人的隐私部分。从诊断与治疗的角度来看，患者提供信息越全面，疾病的诊断越准确，治疗越有效，而且病人通过倾吐其内心的想法，有助于释放内心深处的心理冲突，本身就是一种心理疗法。因此，精神疾病的诊断、治疗和预防，在很大程度上取决于病人是否向其披露了其真正的内心世界。而要达到这一点，就要使病人相信其披露的信息是安全的，是不会泄露的。

因此，精神疾病患者也有对其自身以及疾病和治疗的信息保密的权利；未经其同意，这些信息不得透露给第三方。精神卫生专业人员有义务遵守专业行为准则，这些准则中一般包括了保密的义务。所有为精神疾病患者治疗的专业人员都有责任防止患者的信息泄漏，不论这些信息是否与病情有关。所有精神卫生专业人员都要意识到受保密原则的约束是至关重要的。精神卫生机构的管理人员应该确保使用一定的方式来保护患者的隐私。比如建立有效的系统(例如电子数据库)来保证只有授权人才可以使用患者的临床记录或其它数据记录等。

按照我国现有的地方立法的有关规定：

- 1.政府部门、医疗机构、与精神卫生工作相关的其他单位人员应当依法保护精神疾病患者的隐私权；
- 2.未经精神疾病患者或者其监护人、近亲属书面同意，不得对该精神疾病患者进行录音、录像、摄影或者播放与该精神疾病患者有关的视听资料；
- 3.即便因学术交流等原因需要在一定场合公开精神疾病患者病情资料的，应当隐去能够识别该精神疾病患者身份的内容。

这些条例还规定违反上述规定的单位与个人应当依法承担相应的行政责任、民事责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

然而，精神病人有时因为受疾病的控制，会产生一些非理智的想法与行为，而且这种想法和行为可能给其自身或他人造成严重的损害后果，比如试图自杀或杀害身边的人。当精神科医师在发现这种情况时，将不得不在保护精神病人的隐私权与他人和社会的安全利益之间权衡，这是一个复杂的伦理问题。在西方的法律习惯是，除非甲乙双方之间存在特定关系，否则甲方没有义务去阻止乙方针对第三方的伤害行为。但是根据以往的一些判例来看，法官都认为医生与患者之间关系属于特殊关系，也就是说医生有义务采取合理的措施来保护第三方免受自己患者的损害。这样也就赋予了医师在紧急情况下将患者的信息（比如试图伤害他人的信息）向外披露的权利。

国内现有的法律中并没有类似相关的规定。在实际工作中，可以按照有学者主张的那样，只有为了保护他人和病人本人的生命，才能构成对隐私权保护的例外，即可以披露相关的信息。如果只是针对他人和公众的财产权利的保护则并不足以成为保护病人隐私权的例外。而且，医生在开始对病人诊疗之前，就应明确地告诉病人在什么情况下，医生可能要披露其掌握的有关病人的信息，而且构成替病人保密的例外。通常这些例外的情况包括危及生

命的紧急情况或有可能伤害他人，以及应司法机关的要求（例如在案件调查中）等等。

在广义上，精神疾病患者的隐私还包括身体隐私、通信隐私和空间隐私。事实上精神疾病患者的这些权利常常会被侵犯到，尤其当他们在精神卫生机构中时。例如，有些精神卫生机构因为住院设施陈旧，病房拥挤，造成患者几乎没有私人的空间（诸如存放患者个人物品的橱柜）。有些精神卫生机构限制患者与家人的私人会面，包括患者的配偶和朋友。通信也常受到监督，信件会被打开，有时还要受到审查。

MI 原则 13 就指出精神疾病患者在住院期间拥有“交往自由，包括与院内其他人交往的自由；收发不受查阅的私人信函的自由；单独会见律师或其他机构代表和在一切合理时间单独会见其他来访者的自由；私下接待律师或私人代表及在一切合理的时间接待其他来方者的自由；享受邮政和电话服务及看报、收听电台和收看电视的自由；”此外 MI 原则 13 还要求“精神卫生机构的环境条件必须尽可能接近正常生活。这样的条件包括休闲设施、教育设施、宗教活动场所和职业康复设施。”。因此，精神卫生机构在设计建造时就应当考虑到患者的隐私保护，尽可能为住院患者提供一定的私人空间。此外，如果可以强化社区精神卫生服务，缩短患者的住院时间，那么这本身也是让患者从拥挤的医院环境中解脱出来，而获得更多隐私权的方式。同时对于住院的患者，医疗机构也有责任保护其正常的通讯、会客自由。

当然，还是会有些例外的情况需要限制患者的通信。如果有适当的理由认为若通信不被限制，就会损害患者的健康或将来的前途，或者这样的通信会侵犯他人的权利和自由，那么限制这样的通信是合理的。

目前国内地方立法对此的规定主要有：

1. 住院治疗的精神疾病患者通信、受探视、会见来访者、处理私人财物权利受法律保护；
2. 因病情或者治疗需要有必要对上述权利加以限制时，精神科执业医师或者护士应当征得患者本人、其监护人、近亲属的同意，并记入病历。

五、年老或丧失劳动能力的精神疾病患者的权力

随着人口老龄化加剧，老龄问题在社会生活的各个方面表现得日益突出，其中一个重要内容就是精神卫生问题。老年期精神疾病，如老年性痴呆、老年抑郁等已经不仅是一个医学问题，而且是一个社会问题。

而由于一些精神疾病慢性迁延的特点，很多的慢性精神疾病患者会出现劳动能力的损害甚至完全丧失。据世界卫生组织预测，到 2020 年精神病将成为使人丧失劳动能力的五大疾病之一，将严重影响世界的发展。因此如何采取措施为年老或丧失劳动能力的精神疾病患者提供帮助已经成为社会的一个重大问题。

我国《宪法》第四十五条规定：“中华人民共和国公民在年老、疾病或丧失劳动能力的情况下，有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。”我国《残疾人保障法》第三条规定：“残疾人包括智力残疾、精神残疾。”第四条又规定：“国家采取辅助方法和扶持措施，对残疾人给予特别扶助。”按照这些法律、法规的精神，精神疾病患者因年老或久病不愈的慢性患者，已丧失了劳动能力，作为“有残疾的公民”，国家和社会将对其进行保护和物质扶助。

目前，除了有地方立法的城市已经明文规定“无生活来源、无劳动能力又无法定赡养人、扶养人或者抚养人的精神疾病患者，由民政部门指定的医疗机构收治，其医疗费用按照国家

有关规定执行”，其他一些尚未立法的城市也出台了为经济困难的精神疾病患者提供医疗补助，甚至免费治疗药物的政策。这充分体现了国家和社会对包括精神疾病在内的残疾公民的深切关怀。

六、精神疾病患者的监护

大多数精神疾病患者具有对影响其生活的重要事物做出合理选择和决定的能力，但对于严重精神疾病（尤其急性期）患者，这种能力可能会受损，导致其因所患精神疾病而不能做出重要决定，甚至无法自理生活。在这种情况下，就需要指定代表其利益的人——监护人来代理其活动。监护是指对未成年人和精神病人的人身、财产及其他合法权益进行监督和保护的一种民事法律制度。我国针对精神病人进行监护的规定在《民法通则》第十三条中已有表述：“不能辨认自己行为的精神病人是无民事行为能力人，由他的法定代理人代理民事活动。不能完全辨认自己行为的精神病人是限制民事行为能力人，可以进行与他的精神健康状况相适应的民事活动；其他民事活动由他的法定代理人代理，或者征得他的法定代理人的同意。”

是否需要以及如何为精神疾病患者设立监护人是一个复杂的决定。从《民法通则》的相关规定中可以看出，确定精神疾病患者是否需要监护人的前提是其（因精神疾病）“不能辨认或不能完全辨认自己的行为”，即无民事行为能力或仅具有限制民事行为能力。民事行为能力实质上包含两层含义，一方面是指做出决定或参与行动过程的精神能力（行为能力，capacity），属于医学概念；另一方面则指丧失精神上的行为能力的法律后果（权利能力，competence），属于法律概念。尽管在我国的法律体系中并未对这两层含义做出明确区分，但在实际操作中对两者的使用兼而有之，如对患者是否具有行为能力的判定由精神病学专家做出，而有否权利能力（如是否属于“无民事行为能力人”）的判定则由法院宣判。由于法定监护是患者完全或部分丧失民事行为能力的结果，而认定民事行为能力丧失与否是一个法律问题，因此监护人的设立最终也应由司法部门按照严格的法律程序来决定。

在我国，监护人的产生依照的是《民法通则》第十七条规定，即“无民事行为能力或者限制民事行为能力的精神病人，由其配偶、父母、成年子女、其他近亲属，以及经精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会同意的关系密切的其他亲属、朋友承担监护责任。如果对担任监护人存在争议，则由精神病人的所在单位或者住所地的居委会、村委会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有前述符合条件的监护人的，由精神病人的所在单位或者住所地的居委会、村委会或者民政部门担任监护人”。

我国一些地方立法中对于不经严格的法院宣告程序而保护精神疾病患者医疗权益的制度也作了设计，如“医疗看护”制度等。具体的职责包括“妥善看护精神疾病患者，避免其因病伤害自身、危害他人或者危害社会；根据医嘱，督促精神疾病患者接受门诊或者住院治疗，代为、协助办理住院或者出院手续；协助精神疾病患者进行康复治疗或者职业技能培训，帮助其回归社会”等，而不涉及处分患者的个人财产等问题。

监护人的设立对于保护丧失自我照料能力的精神疾病患者（并非所有患者）来说是必需的，但另一方面如果执行不当则可能会对患者的民事权利和自主权造成损害。即使在已经设立了监护人的情况下，也不意味着该患者丧失了所有的决策权力，在依法设立监护人的过程中应充分考虑到让患者享有掌控个人生活的权利，尽可能多的保障其自主决策和行动自由。监护人不得滥用监护权，不得损害被监护人的利益，否则将承担法律责任并被撤消监护资格。

（邵阳 谢斌）

第二节 精神疾病患者的法律能力

一、刑事责任能力

确定某种行为构成犯罪所必须具备的各种要件的总和叫做犯罪构成(或犯罪构成要件)。它是区别罪与非罪、此罪与彼罪的界限,也是应否追究刑事责任的依据。构成一切犯罪必须具备的共同要件有四个方面:

犯罪主体:指实施了危害社会的行为、依据刑事法律应负刑事责任的人。通常是限于达到一定年龄(16周岁)、精神正常、具有责任能力的自然人。

犯罪客体:指刑事法律所保护的为犯罪行为侵害的利益。可以体现为物质上、政治上、道义上、文化上或其他方面的利益。

犯罪的主观方面:指行为人在实施犯罪时的心理状态。其组成因素包括(1)行为人必须具有侵害的故意或过失;(2)行为的动机和行为的目的。

犯罪的客观方面:指刑事法律确定为危害社会应当受到刑罚惩罚的行为和以行为为中心的其他客观事实特征。包括结果、行为与结果的因果关系、方法、对象、时间、地点、环境等。

不具备或不完全具备以上要件,则需要减免刑事责任。刑事责任能力(criminal responsibility)(以下简称“责任能力”)指行为人在实施危害行为时,对所实施行为的性质、意义和后果的辨认能力以及控制其行为的能力。简言之就是指行为人构成犯罪和承担刑事责任所必需的能力。如果精神疾病患者出现违法行为是由于精神症状导致其不能正确认识客观事物、不能辨认或控制自己的行为,那么该患者所实施的危害行为不能构成犯罪的主观方面和犯罪主体等犯罪要件,因此其行为不能被称为犯罪行为。

刑事法律的基本出发点是人人都拥有自由意志,如果某人犯错,是他咎由自取,则应当受到指责和惩罚。许多精神疾病症状可以导致患者出现严重暴力攻击等违法行为,而对患者这些行为进行无责任能力的辩护则是基于这样的认识:由于精神症状,导致了患者对其行为缺乏自由意志,即患者在症状支配下,往往对其行为的对错、后果等缺乏实质性的判断认识能力,其犯罪要件不完整。因此,各国都从立法上对患者的违法行为予以免除刑事责任,代之以强制性的精神医学治疗。

早在1843年,英国的“McNaughton准则”就指出:“如果能清楚地证明被告在被指控行为的当时,存在理智的缺陷或者患有精神疾病,使其不能理解该行为的性质和特性;或者如果他能理解,但不知道该行为的对错,则被告可以被赦免。”该准则强调的是被鉴定人对行为性质或对错的理解,但问题是,它只涉及了被鉴定人的认知能力,而没有将情感、意志等因素纳入考虑。与之相对应的“无法抗拒的冲动(Irresistible Impulse)准则”则需要对作案当时是否缺乏控制行为的意志力作出鉴定,但该准则在实际操作中的难度在于,究竟如何区别冲动是属于无法抗拒的(irresistible)还是未作抗拒的(unresisted)。

1962年,美国法律研究所(American Law Institute, ALI)在综合“McNaughton”和“无法抗拒的冲动”准则的基础上提出了“ALI检验标准”,指出:“如果被告在行为时由于精神疾病或缺陷造成的结果,而缺乏辨认其行为的犯罪性质或使其行为遵守法律要求的实质性能力,则对其违法行为不负刑事责任”。ALI标准明确以“辨认”替代了以前使用的“理

解”，同时增加了“控制行为”的意志标准，但在实际应用中还是存在一定困难，即鉴定人需要对“实质性”和“辨认”这两个概念作出清楚的界定和证明。

关于责任能力的评定原则，我国法律也是按照医学条件和法学条件相结合的原则进行规定的。我国《刑法》第十八条规定：“精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害后果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任。” 按此规定，是否患有精神疾病是评定刑事责任能力的医学要件，是否不能辨认或不能控制自己的行为是评定责任能力的法学要件。以上法律规定表明，在确定精神疾病诊断以后，辨认和控制能力就是评定责任能力的两大关键。辨认能力是指行为人具备对自己的行为在刑法上的意义、性质、作用、后果的认识能力。具体而言就是行为人是否意识到其行为的动机、目的、为达目的所准备或采取的手段、该行为的法律意义、是否预见到行为的后果、是否理解其行为的犯罪性质等。精神疾病患者辨认能力受损常常表现为：

1. 病态的行为动机。如在妄想或幻觉的支配下实施危害行为，缺乏现实的动机和目的；
2. 曲解其行为的违法性质。如认为长期遭受邻居“投毒迫害”而“自卫还击”，并认为自己是正当防卫；
3. 不理解行为的后果。精神疾病患者对其危害行为的后果常抱着无所谓的态度，即使杀了人也能泰然处之，不采取任何自我保护措施，有违常理。

需要注意的是辨认能力并非指对一般事物和现象的是非曲直的抽象认识和判断，而是指对其特定行为的实质性辨认能力。正常人的违法行为都具有明确的动机和目的，能判断其行为的性质（合法或非法），知道其行为对社会、他人和自身的危害结果，因此能理解其行为本身的现实意义和可能造成的后果。精神疾病患者可以具备生活自理、照顾家人、胜任工作的一般能力，如实施杀人行为也可能事先准备、选择合适的刀具等，但这些并不表明该患者就具备完整的辨认能力，关键在于究竟是出于何种目的、何种动机去实施作案，对于其特定行为是否能做出正常的、合乎常理的判别。

控制能力是指行为人具备按照自己的意志选择实施或不实施为刑法所禁止的行为的能力。控制能力是以辨认能力为前提的，不具备辨认能力的行为人不具备法律意义上的控制能力，只有在辨认能力存在的情况下，才需要确认是否具备控制能力。在具体判断中需要充分考虑被鉴定人的社会功能受损程度、既往行为方式、作案的诱因和先兆、自我保护、作案环境的选择、作案后果等。

关于刑事责任能力的评定方法，我国《刑法》第十八条对精神疾病患者刑事责任能力的评定按“三分法”进行，即“无”、“限定（或者“部分”）”以及“完全”责任能力。

1. 无责任能力：精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任，但是应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗；在必要的时候，由政府强制医疗。
2. 限定责任能力：尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人犯罪的，应当负刑事责任，但是可以从轻或者减轻处罚。
3. 完全责任能力：精神活动健全的人作案，或者间歇性的精神病人在精神正常的时候犯罪，应当负刑事责任。醉酒的人犯罪，应当负刑事责任。

在实际鉴定工作中，各鉴定机构之间、不同鉴定人之间在对辨认和控制能力理论上的理解以及实际评定存在较大的学术分歧，常常导致鉴定结论不一致甚至截然相反的情况。因此

可以借鉴心理学测验的方法，采用责任能力的量化评定工具作为评定中的参考。国际上较受关注的有“Slobogin 案时精神症状评定清单（S-MSE）”和“Rogers 责任能力量表”等工具。我国近年来也先后编制了一些评定工具，实践中对于客观评定辨认和控制能力具有一定的参考意义。

二、民事行为能力

民事行为能力（civil capacity）指公民能够通过自己的行为，取得民事权利和承担民事义务，从而设立、变更或终止法律关系的资格。也就是公民以自己的意志行为独立进行民事活动 and 对其过失行为承担相应责任的能力。民事行为能力通常取决于年龄和精神状态因素。我国的民法也将行为能力划分为三个等级，即“无”、“限制”和“完全”民事行为能力。《民法通则》对此具体规定如下：

1. 完全民事行为能力人：指年满 18 周岁以上的成年人、或者 16 周岁以上不满 18 周岁但以自己的劳动收入为主要生活来源者；
2. 限制民事行为能力人：指 10 周岁以上的未成年人或者不能完全辨认其行为的精神病人；
3. 无民事行为能力人：为不满10周岁的未成年人以及不能辨认其行为的精神病人。

《民法通则》还规定：“无民事行为能力人、限制民事行为能力人的监护人是他的法定代理人。”具体来说，限制民事行为能力人可以进行与其年龄、智力或者精神健康状况相适应的民事活动，其他民事活动由其法定代理人代理，或者征得其法定代理人同意。无民事行为能力人则应由法定代理人代理民事活动。有行为能力意味着行为人有能力从事合法行为，同时也有能力承担实施非法行为的法律责任。

民事行为能力的评定因涉及到公民的权利能力问题，因此按照精神状态或精神疾病来判断自然人为无民事行为能力或限制民事行为能力人必须按照严格的法律程序执行，即被申请宣告人必须是精神疾病患者、必须经利害关系人申请、依法定程序鉴定和审查，最终以法院判决的形式宣告。民事行为能力的评定也是根据医学要件（是否为精神疾病患者）和法学要件（辨认能力或意思表示能力状况）两个要素进行，两者缺一不可。对于民事行为能力的评估，也是根据医学要件（是否为精神疾病患者）和法学要件（对民事行为能力状况）两个要素相结合的原则进行。即首先是要确定被鉴定人是否存在精神障碍，在此基础上分析精神状态对某种民事行为辨认或意思表示能力的影响。辨认能力是指民事活动当事人能否理解其民事行为的法律意义和行为后果，以及能否做出与真实意思相一致的表示。在辨认能力的具体评定中，可着重考虑以下几个方面：

1. 能否理解民事案件的性质和后果；
2. 能否理解各项法律程序的性质；
3. 能否按照自己的意志独立行使民事权力和承担相应的民事义务；
4. 是否具有维护自身合法权益的能力；
5. 能否做出正确的、主客观一致的意思表示。

通常，只有不可逆的精神疾病如精神发育迟滞、老年期痴呆等，或者因重性精神疾病导致社会功能严重衰退的情况下，为保障患者合法权益而需要申请法院宣告其总体上无民事行为能力或限制民事行为能力。在多数情况下，患者行为能力的评估往往涉及多种具体情形，包括单纯的医学决定、特殊的对涉及道路交通事故受害人的损伤影响评估、订立遗嘱、签定

合同、民事诉讼等方面能力的评估，或者是对劳动能力、精神残疾的评估等。在这类鉴定中，主要涉及的是确定行使某种功能的行为能力的“有”或“无”，或者是评估有精神残缺的人自主决策能力的有无。确定为无民事行为能力后，将会导致丧失民事权利，由此可能成为对特定个体进行合法的社会控制的一部分。因此，承担鉴定的医生有伦理责任确保其鉴定结论完全建立在现有的最佳的临床证据基础之上。

在法庭做出判决之前，任何 18 周岁以上的成年人都被推定为完全民事行为能力人，即具有作出意思表示的能力，进而根据鉴定检查和调查分析证明其能力有削弱或丧失。但司法鉴定结论只具有参考意义，只有法官才有权宣告某人在特定功能上或总体行为功能上无行为能力。有严重精神或者生理疾病本身并不一定导致总体或特定精神功能的缺失。即便被鉴定人行使某种行为的能力由于精神疾病的影响而受损，他可能仍然具有行使其他功能的能力。例如，嫉妒妄想可能导致偏执性精神病患者有关其婚姻的诉讼行为能力受损，但他在工作岗位上签署经济合同或管理财务的能力仍可能保持完整。如果通过恰当的治疗，症状得到缓解，他也可能重新获得婚姻诉讼行为能力。此外，由于民事行为能力可能在不同时期有波动，而且在多数情况下并非全或无的概念，因此医学和法学要件的判断均应当与所要完成的特定决策或功能密切联系；而且除不可逆的精神疾病以外，评定针对具体行为的“无行为能力”应当有时间限制，即应当在不同时期加以复核。

三、受审能力

受审能力（competency to stand trial）是指刑事案件中的犯罪嫌疑人或被告人理解自己在刑事诉讼活动中的地位 and 权利，理解诉讼过程的含义以及行使自己诉讼权利的能力。与责任能力反映被鉴定人作案当时的精神状态不同，受审能力涉及批捕以后审判以前这段时期的精神状态，因而是实时观察和评估到的，在法庭辩护中可信度更高。在许多欧美国家，它实际上已经逐步替代刑事责任能力，成为精神疾病相关的刑事司法鉴定中最主要的内容。研究发现，受审能力主要由以下成分组成：

1. 是否理解对其起诉的目的和性质；
2. 是否理解自己的情况与这次诉讼的关系；
3. 是否具有与律师合作、商量，协助辩护人为其辩护的能力；
4. 是否理解与其他诉讼参与人的关系，能对其他诉讼参与人的提问作出应有的回答。

此外，能否承受审讯和等待等所带来的压力；在审讯中能否克制自己，避免出现不理智的失控行为；能否进行自我保护，利用法律有效地保护自己等，也都是评定受审能力时应当考虑的问题。

欧美的《普通法》传统上也曾允许死刑被告在“精神失常”的情况下得到延迟审理或延迟执行。而有关受审能力正式的法律标准则是由1960年美国的Dusky案确立起来的。其后，测量受审能力的研究在该国大量开展了起来。早期多为一些简短的筛查工具，以便于及时从大量需要进行评估的被告中筛查出受审能力可能受损的个体。这些工具包括Robey的“受审能力评估清单”、Lipsitt等编制的“受审能力筛查测验（Competency Screening Test, CST）”、McGarry设计的“受审能力评估表（Competency Assessment Instrument, CAI）”等，而“多学科适用性访谈（Interdisciplinary Fitness Interview, IFI）”则包括了受审能力的法律和精神病理等多个方面内容，设计为4个部分：法律问题、精神病理问题、总体评价和一致性判断，用于评估受审能力具有更好的信度和效度。

刑事责任能力和受审能力可能是一致的,如具有完全责任能力的被鉴定人一般也具有受审能力,而脑器质性精神障碍患者、急性期精神分裂症患者等可能既不具有责任能力,也不具有受审能力。两者不一致的情况包括,某些患者受所患精神疾病的影响实施作案,但在审理时精神疾病已缓解,其受审能力可能是存在的;另一种情况则可能是被鉴定人作案时精神活动正常,但案发后或审理过程中发作精神疾病,如严重拘禁性精神障碍,此时应评定为具有责任能力,但无受审能力。与刑事责任能力评定的“三分法”不同的是,受审能力只存在“有”或“无”两种情况,不存在部分受审能力的说法,否则不能认定当事人完全具有履行法律赋予的权利和义务的能力。

对于因精神疾病而丧失受审能力的犯罪嫌疑人或被告人,应暂时中止审理,将其移送指定的专科医疗机构进行治疗,待受审能力恢复后再继续审讯或审判。

四、服刑能力

服刑能力(competence of serving a sentence)指罪犯或服刑人员接受处罚和矫正改造的生理或心理能力。具有服刑能力即表示其能够承受刑罚的处罚,理解刑罚的性质、目的和意义。因精神障碍而致使罪犯或服刑人员不能理解刑罚的性质和意义,则惩罚对其就不产生积极效果,也就无法达到矫正行为、预防犯罪的目的,反而可能因拘禁环境不能提供充分的医疗干预,导致病情恶化,产生消极效果。

服刑能力的评定以刑罚执行期间被鉴定人的身体和精神状况能否服刑为标准,需要综合考虑医学要件和法学要件这两方面因素。被鉴定人患有某种精神疾病是评定无服刑能力的医学要件,但同时还需具备法学要件,即因异常精神活动,使其对所处的法律地位、权利和义务不能正确的理解和履行,对刑罚的目的意义缺乏合理认知。只有在认真分析考察被鉴定人精神状态对其理解和辨认能力的影响程度的基础上,才能科学评定其是否具备承受刑罚的能力。被鉴定人即使患有某种精神疾病(医学要件成立),但如果该疾病对其接受服刑改造没有影响(法学要件不成立),还是属于具有服刑能力。对作案行为具有责任能力者,一般应具有服刑能力。当两者出现不一致的情况时则需要进行服刑能力的评定。如被鉴定人作案时精神状态正常,而在服刑期间出现某种精神障碍,或者有部分刑事责任能力的精神疾病患者在服刑期间病情加重,导致其无法继续服刑。

评定为无服刑能力的精神疾病患者,应将其送往司法部门指定的精神卫生医疗机构接受强制性医疗措施,待精神症状消失,精神活动恢复正常,经评估能够承受刑罚后,再移送原服刑机关继续余下的刑期。

五、性自我防卫能力

性自我防卫能力(competence of sexual self-defense)(简称“性自卫能力”)是指女性精神疾病患者在其性不可侵犯权遭到侵害时,对自身所受侵害或严重后果的实质性理解能力。按照我国法律相关规定,“明知妇女是精神病患者或者痴呆者(程度严重的)而与其发生性行为的,不管犯罪分子采取什么手段,都应以强奸罪论处”。因此女性精神疾病患者与他人发生性行为后,需要通过司法精神鉴定来明确其对性行为的辨认能力,并将被鉴定人的性自卫能力作为对被告定罪量刑的法律依据。

根据《精神疾病司法鉴定暂行规定》第22条第1款:“被鉴定人是女性,经鉴定患有精神疾病,在她的性不可侵犯权遭到侵害时,对自身所受的伤害或严重后果缺乏实质性理解能力的,为无性自我防卫能力。”对性自卫能力的评定应以鉴定对象为精神疾病患者和智能

障碍者作为评定的基础，属于医学条件。精神或智力正常妇女与人发生性行为，不论其有无反抗表现，均不必做性自卫能力鉴定。对被鉴定人的性自卫能力进行鉴定时，也需要同时满足医学条件和法学条件。医学条件必须明确被鉴定人是否存在精神疾病，以及案发时的精神状态；法学条件则需要了解被鉴定人在性行为当时对两性行为的意义、性质和后果的辨认能力和控制能力。

被鉴定人对两性行为的实质性辨认能力是评定性自卫能力的关键，鉴定中应注意以下几点：

1. 对于被告性侵犯动机的辨识：对被告行为动机的是非、善恶、美丑的认识；
2. 法律道德意识：是否理解两性行为的正当与不正当、合法与违法；是否了解性行为是妇女的一种特有的人身权利，具有不可侵犯性；道德意识上反映妇女的人格与贞操，在法律上受到保护等；
3. 后果意识：是否理解两性行为的后果将对自己在生理、心理、人格、声誉等方面带来的影响，及相应反映出来的种种自我保护性行为等。

性自卫能力的鉴定最常涉及的精神疾病依次为：精神发育迟滞、精神分裂症、和躁狂症等。

精神发育迟滞的临床诊断常依据智商（IQ）来划分严重程度。极重度和重度精神发育迟滞者对两性行为的性质、后果等实质性理解障碍，理解能力丧失；中度精神发育迟滞者理解丧失或削弱；轻度精神发育迟滞者理解能力削弱或存在。但在鉴定实践中 IQ 值相似的被鉴定人，其性自我防卫能力的评定结果不一定相同，且 IQ 的测试往往受被鉴定人的合作程度、理解力等多种因素影响，并不一定能全面反映其实际智能情况，故实际的鉴定工作中不能单纯依赖智商，了解被鉴定人的社会适应能力，包括性知识、生育史及婚姻状况等对性自我防卫能力的评定也是极其重要的。

精神分裂症发病期的患者由于受思维障碍、妄想、幻听及意志障碍等精神病理性症状影响而导致对两性行为的性质、后果等实质性理解能力下降甚至丧失。但缓解期或残留精神症状的患者在鉴定检查中一般不能发现对性被害行为辨认能力直接受到精神病理性症状的影响。往往是由于某些精神功能缺损而导致对性侵害的性质、后果等理解能力的削弱。

躁狂发作时，患者由于情感高涨、性要求亢进，轻率地与他人发生两性行为。这种情况下并非由于患者实质性辨认能力障碍所致，而是对性本能的控制力削弱，因此多数评定为性自我防卫能力削弱。

周期性精神病患者由于情绪变化以及内分泌障碍的症状，也会出现自我控制能力及对性受害的辨认能力削弱。此外，精神正常女性在醉酒（主要是普通醉酒）状态下精神活动可以出现某种程度改变而影响其对所受性侵害和严重后果的理解能力，有时缺乏反抗表现，但普通醉酒并不属于精神病范围，因此不必评定性自卫能力。

六、作证能力

作证能力（competency to witness）又称“证人能力”，是指相关案件的非当事人根据感知到的真实情况，向司法部门提供与案件有关的证言的能力。我国《刑事诉讼法》第四十八条规定“凡是知道案件情况的人都有作证的义务”。同时还规定“凡生理上、精神上、有缺陷或者年幼不能辨别是非、不能正确表达的人不能做证人。”《精神疾病司法鉴定暂行规定》第二十一条第三款规定：“控告人，检举人，证人等提供不符合事实的证言，经鉴定患有精

神疾病，致使缺乏对客观事实的理解力或判断力的，为无作证能力。”

在鉴定工作中首先要明确“精神缺陷”的性质和程度，做出精神疾病临床诊断，同时结合法学条件，判断被鉴定人能否辨别是非、能否正确表达意思，了解其异常的精神活动是否影响陈述事实的真实性。精神疾病患者由于受到幻觉、妄想支配，或由于思维障碍，智能障碍等致使其现实检验能力受损，不能辨别是非，不能正确表达真实情况，都属于无作证能力。但并非所有精神病人或智能障碍者都属于无作证能力，需要根据具体病情及所要证明的事实而定。对于精神疾病患者（特别是处于间歇期、缓解期、恢复期或病情较轻时）视案件的具体情况来决定，只要不涉及患者的精神病理性活动内容，就不应该单一从医学条件的角度来排除其作证能力，而应以《刑事诉讼法》第三十七条“辨别是非，正确表达”为原则，结合疾病诊断及程度进行综合评判。例如仅仅需要对某一简单的事实作证（如偷窃），只要符合“能分辨是非，提供实在的证据”和“有正确的真实意思表达能力”这两个条件，即使处于精神疾病发病期的患者，也可具有作证能力。

针对精神发育迟滞患者的作证能力评定除了考虑智商因素外，同时要结合患者智能结构各因素与所涉及需要作证的具体情节的关系进行综合考虑，此外还要结合考虑以下情况：

1. 作证事实与被鉴定人的利害关系；
2. 所反映事实的合理性；
3. 与调查结果的符合情况；
4. 是否受到外界因素的影响；
5. 既往人格、品质特点。

复习思考题

1. 精神疾病患者应享有的主要权益有哪些？
2. 司法鉴定中评定的精神疾病患者的法律能力主要有哪些？
3. 我国有关刑事责任能力的法律规定是什么？
4. 我国有关民事行为能力的法律规定是什么？

（吴志国 杜 江 谢 斌）

第三章 精神疾病的司法鉴定

第一节 概 述

当精神疾病患者涉及到法律问题，为了查明案件真相，维护精神病人的合法权益、惩罚犯罪，都需要作精神疾病的司法鉴定。精神疾病的司法鉴定是司法精神病学研究的一项核心内容。下面就司法精神病学鉴定的概念、鉴定的依据及意义、鉴定的对象、内容及任务、鉴定方式、鉴定机构、鉴定人等内容加以介绍。

一、司法精神病学鉴定的概念

鉴定(expertise)是个普通的概念，泛指聘请专家应用其所擅长的专业知识和技能对专门性问题做出科学判断。司法鉴定(judicial expertise)是指在诉讼活动中鉴定人运用科学技术或者专门知识对诉讼涉及的专门性问题进行鉴别和判断并提供鉴定意见的活动，是司法活动中各项专门性鉴定的总称。因此，它涉及到的学科和专门知识较多。一般根据鉴定的对象及所涉及的知识范围，司法鉴定可分为：法医类鉴定、物证类鉴定、声像资料鉴定等。

司法精神病学鉴定(forensic psychiatric expertise)，又称司法精神病鉴定、法医精神病鉴定、精神病司法鉴定、精神病的医学鉴定、精神疾病的司法鉴定等，是指精神疾病司法鉴定人运用精神医学和法学的理论和技术来研究和解决被鉴定人在涉及法律问题时的精神状态和法律能力的活动。它主要包括对刑事、民事等各种类型案件中疑有精神疾病的有关人员的精神状态的鉴定和法律能力的评定。是法医学鉴定的一种。

二、司法精神病学鉴定的依据及意义

司法精神病学鉴定在我国许多法律中都有明确规定。我国《刑事诉讼法》(1996)第一百九十九条规定：“为了查明案情，需要解决案件中某些专门性问题的时候，应当指派、聘请有专门知识的人进行鉴定”；我国《民事诉讼法》第七十二条规定：“人民法院对专门性问题认为需要鉴定的，应当交由法院鉴定部门鉴定；没有法定鉴定部门的，由法院指定的鉴定部门鉴定。”；第一百七十一条又规定：“人民法院受理申请后，必要时应当对被请求认定为无民事行为能力或者限制民事行为能力的公民进行鉴定。申请人已提供鉴定结论的，应当对鉴定结论进行审查。”因此，公安司法机关在办理各种案件时，对涉及法律问题而患有或怀疑患有精神疾病的人，应当聘请司法精神病学专家，对其进行司法精神病学鉴定。

司法精神病学鉴定是一项极其复杂的技术性工作，不是普通的医学诊断。鉴定既要对被鉴定人作出正确的、科学的医学诊断，又必须评定其在涉案中的法律能力，评定被鉴定人的刑事责任能力、民事行为或其他法律能力状态，为公、检、法、司等司法机关提供一种专家证言(expert testimony)，鉴定结论是法律所规定的诉讼证据。

三、司法精神病学鉴定的对象、内容、任务

1989年最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部、卫生部联合颁布的《精神疾病司法鉴定暂行规定》指明了鉴定结论的内容与任务：“精神疾病的司法鉴定，根据案件事实和被鉴定人的精神状态，作出鉴定结论，为委托鉴定机关提供有关法定能力的科学证据”。因此，司法精神病学鉴定时，应首先确定被鉴定人的精神状态是否正常，如果是异常，

则应确定存在哪些精神症状，其性质和程度如何，能否构成某种精神疾病的诊断。然后判定其行为时的精神状态对其所实施行为的辨认及控制能力有无损害及损害的程度，然后对其法律能力做出评定。

（一）司法精神病学鉴定的对象

1. 刑事案件的被告人、被害人
2. 民事案件的当事人
3. 行政案件的原告人（自然人）
4. 违反治安管理应当受拘留处罚的人员
5. 劳动改造的罪犯
6. 劳动教养人员
7. 收容审查人员
8. 与案件有关需要鉴定的其他人员

（二）司法精神病学鉴定的内容及任务

1. 刑事案件中司法精神病学鉴定的内容及任务

（1）确定被鉴定人是否患有精神疾病，患何种精神疾病，实施危害行为时的精神状态，精神疾病和所实施的危害行为之间的关系，以及有无刑事责任能力。

（2）确定被鉴定人在诉讼过程中的精神状态以及有无诉讼能力。

（3）确定被鉴定人在服刑期间的精神状态以及有无服刑能力。

2. 民事案件司法精神病学鉴定的内容及任务

（1）确定被鉴定人是否患有精神疾病，患何种精神疾病，在进行民事活动时的精神状态，精神疾病对其意思表示能力的影响，以及有无民事行为能力；

（2）确定被鉴定人在调解或审理阶段期间的精神状态，以及有无诉讼能力。

3. 其他方面司法精神病学鉴定的任务

（1）确定各类案件的被害人等，在其人身、财产等合法权益遭受侵害时的精神状态，以及对侵权行为有无辨认能力或者自我防卫、保护能力；

（2）确定各类案件中有关证人的精神状态，以及有无作证能力；

（3）被鉴定人在某些特定事件之后出现精神异常，确定其精神疾病的性质（如功能性或器质性）及其严重程度，精神障碍与该事件或医疗行为的关系，供委托单位作为定罪量刑或赔偿的依据。

（4）确定被鉴定人精神障碍的治疗、预后及社会功能损害程度，以便判定其劳动能力和伤残程度等。

四、鉴定方式

鉴定方式可分为直接鉴定和间接鉴定

（一）直接鉴定

直接鉴定是指鉴定人直接与被鉴定人接触并进行必要的精神检查进行的鉴定。由于鉴定场所的不同，又分为门诊鉴定、住院鉴定和院外鉴定。

通常以采用门诊鉴定的方式为主，即将被鉴定人送到鉴定机构进行鉴定，一般多限于情况简单或案情不甚复杂者。对于案情特别重大与复杂的案例，当有关材料不全或不易收集，门诊鉴定难以做出鉴定结论时，可采取住院鉴定。住院宜在特设的病区，避免外界的影响和

干扰，对其进行特殊的隔离监护，观察记录其精神状态及生活起居情况，以便取得详细可靠的资料，做出鉴定结论。住院鉴定需要采取严密的监护措施，防止外逃、自杀或自伤。院外鉴定，则指在拘留、审查或监禁等场所进行鉴定，此种方式可较少产生被鉴定人因受医院环境的影响出现夸张、做作等心理，进而给鉴定工作带来的复杂性与困难。这种鉴定方式有利于掌握被鉴定人精神状态的真实性和准确性，对案情比较重大的刑事被告较为恰当。

（二）间接鉴定

亦称缺席鉴定，即在未能接触被鉴定人的情况下作出鉴定。被鉴定人因种种原因不能到场，仅根据委托单位提供的资料做出书面鉴定。如确定已亡故的被鉴定人在立遗嘱时精神状态是否正常，是否具有订立遗嘱的能力。又如确定一位自杀身亡的人，其自杀行为与精神障碍的因果关系。这种不对被鉴定人直接进行检查的鉴定方式一般不可取，只能在特殊情况下（如被鉴定人已宣告死亡或下落不明）谨慎从事，且被鉴定人的资料必须客观、充分、真实、可靠。

五、鉴定机构

执行司法精神病学鉴定的组织或单位，叫做鉴定机构。从管理主题的权利类型上看，我国的司法精神病学鉴定的管理体制属于行政权利管理型体制，即司法精神病学鉴定的鉴定机构和鉴定人的社会准入与推出等由国家行政机关直接管理。司法精神病学鉴定是一项技术性工作，为了体现其权威性、效力性，也必须在有关部门的领导下开展。不过，随着时代的发展，法律、法规等规定的不同，我国的司法精神病学鉴定机构也有所变化。

1989 年的《精神疾病司法鉴定暂行规定》对我国精神疾病的司法鉴定工作作了明文规定，如第三条规定：“为了开展精神疾病的司法鉴定工作，各省、自治区、直辖市、地区、地级市，应当成立精神疾病司法鉴定委员会，负责审查、批准鉴定人、组织技术鉴定组，协调、开展鉴定工作”。第四条规定：“鉴定委员会由人民法院、人民检察院和公安、司法、卫生机关的有关负责干部和专家若干人组成，人选由上述机关协商确定”。第五条规定：“鉴定委员会根据需要，可以设置若干个技术鉴定组承担具体鉴定工作，其成员由鉴定委员会聘请、指派。技术组不得少于两名成员参加鉴定”。第六条规定：“对疑难案件，在省自治区、直辖市内难以鉴定的，可以由委托鉴定机关重新委托其他省、自治区、直辖市鉴定委员会进行鉴定”。自《规定》实施以来，我国各地相继按要求成立了相应的组织机构开展鉴定工作，为公安司法机关办理有关精神疾病的案件起到了非常重要的作用。为了进一步规范鉴定工作，我国新的《刑事诉讼法》第一百二十条第二款规定：“对精神病的医学鉴定，由省级人民政府指定的医院进行”。即承担精神疾病司法鉴定的医院，还需依法经省级人民政府授权后才具有法定的精神疾病司法鉴定机构资格。无论是由精神疾病司法鉴定委员会还是由省级人民政府指定的医院进行鉴定，其共同的内涵都体现为鉴定机构选择由国家公权利来运作。

全国人民代表大会常务委员会 2005 年 2 月 28 日发布，并于 2005 年 10 月 1 日生效的《全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定》对司法鉴定机构有了新的规定，该决定第五条指出“法人或者其他组织申请从事司法鉴定业务的，应当具备下列条件：（一）有明确的业务范围；（二）有在业务范围内进行司法鉴定所必需的仪器、设备；（三）有在业务范围内进行司法鉴定所必需的依法通过计量认证或者实验室认可的检测实验室；（四）每项司法鉴定业务有三名以上鉴定人。”第六条还规定：“申请从事司法鉴定业务的个人、法人或者其他组织，由省级人民政府司法行政部门审核，对符合条件的予以登记，编入鉴定人和

鉴定机构名册并公告。省级人民政府司法行政部门应当根据鉴定人或者鉴定机构的增加和撤销登记情况，定期更新所编制的鉴定人和鉴定机构名册并公告。”可见，司法鉴定机构（包括司法精神病学鉴定机构）只要符合第五条的条件，并通过第六条由省级人民政府司法行政部门审核、登记并公告的机构，即可成为合法的司法鉴定机构。2005年9月30日，司法部根据《全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定》公布《司法鉴定机构登记管理办法》（司法部令第96号），该《办法》第十四条对司法鉴定机构（包括司法精神病学鉴定机构）作了具体的规定：“法人或者其他组织申请从事司法鉴定业务，应当具备下列条件：（一）有自己的名称、住所；（二）有不少于二十万至一百万元人民币的资金；（三）有明确的司法鉴定业务范围；（四）有在业务范围内进行司法鉴定必需的仪器、设备；（五）有在业务范围内进行司法鉴定必需的依法通过计量认证或者实验室认可的检测实验室；（六）每项司法鉴定业务有三名以上司法鉴定人”。

目前我国的司法精神病学鉴定机构都是按照《全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定》和司法部《司法鉴定机构登记管理办法》的规定审核、登记、注册的机构，鉴定机构较以前有所增多，不再局限于“由省级人民政府指定的医院”，但根据《精神疾病司法鉴定暂行规定》各省、自治区、直辖市、地区、地级市成立的“精神疾病司法鉴定委员会”，仍可“开展鉴定工作”。

六、鉴定人

（一）鉴定人的资格

鉴定人（expert）是实施鉴定的主体，是委托单位为解决案件中的专门性问题而委托的具有专门知识的人。鉴定人是具有专门知识的科学工作者，法律对其资格都有严格的限定。根据《全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定》司法鉴定人应为具备下列条件之一的人员，“（一）具有与所申请从事的司法鉴定业务相关的高级专业技术职称；（二）具有与所申请从事的司法鉴定业务相关的专业执业资格或者高等院校相关专业本科以上学历，从事相关工作五年以上；（三）具有与所申请从事的司法鉴定业务相关工作十年以上经历，具有较强的专业技能”。可见，司法精神病学鉴定人应具备以上资质，并按照司法部2005年9月30日公布的《司法鉴定人登记管理办法》（司法部令第96号）的规定，取得司法鉴定人执业证书，并经年度注册、颁发鉴定人资格证书，方可成为法定鉴定人。

但对司法精神病学鉴定这一特殊行业，鉴定人还应具备以下条件：

（1）具有坚实的精神病学理论知识和丰富的临床实践经验。

（2）具有一定的法学知识。鉴定人除必须了解我国宪法学、刑法学、民法学、诉讼法学、婚姻法等学科的基本知识外，还应当熟悉我国的有关法律、法规，才能做到以事实为依据、法律为准绳，来做好鉴定工作。同时才能够作出规范的、可操作性的鉴定结论。

（3）遵守国家法律和社会公德，品行端正。鉴定人必须遵守法律、法规和有关规章的规定，遵循科学、客观、独立、公正的原则，恪守司法鉴定人员职业道德和执业纪律。

（二）鉴定人的权利

（1）有权了解、查阅与鉴定有关的案卷材料，询问与鉴定有关的当事人、证人、勘验人等。

（2）如委托单位提供的材料不全，有权要求委托单位补充收集鉴定资料。

（3）对不合法或者不具备鉴定条件的鉴定委托，可以拒绝。

(4) 鉴定人独立地进行鉴定，不得受外界干扰。

(5) 鉴定人根据鉴定需要，有权要求鉴定委托单位将被鉴定人移送有关精神病医院住院检查和鉴定。

(6) 与其他鉴定人意见不一致时，有权保留意见。

(7) 拒绝解决、回答与鉴定无关的问题。

(8) 鉴定人的人身权利，必须受到法律保护。

(9) 鉴定人按照有关规定，可向鉴定委托单位收取执业报酬。

(10) 鉴定人可以向鉴定委托单位了解鉴定后的处理情况。

(三) 鉴定人的义务

鉴定人应履行下列义务：

(1) 遵守职业道德和执业纪律，做到客观、科学、公正、无私、严谨、不得弄虚作假。

(2) 按时完成鉴定任务。鉴定人必须在规定的时间内做出鉴定结论，因特殊情况不能按时完成者，需向委托鉴定单位说明理由，并提出延长鉴定时间的请求。

(3) 有依法主动回避的义务。依照诉讼法的有关规定，鉴定人是本案当事人或当事人近亲属的，鉴定人的近亲属与本案有利害关系，担任过本案证人、辩护人等诉讼参与人或代理人的，与本案当事人有关系的，均应主动请求回避。

(4) 遵守有关保密规定，保守在执业活动中知悉的国家机密、商业秘密和个人隐私。

(5) 耐心解答鉴定委托单位提出的有关问题。

(6) 有依法按时出庭作证、接受法庭和有关人员询问的义务。鉴定人接到人民法院的出庭通知后，应做好出庭准备，按时出庭，听取审判人员、公诉人、辩护人、代理人等就鉴定结论所提出的问题，并予以回答。

(7) 妥善保管鉴定的材料。应当按照规定将司法鉴定文书以及在鉴定过程中形成的有关材料整理立卷，归档长期保管。

第二节 司法精神病学鉴定的程序

一、鉴定的委托

司法鉴定的委托是司法鉴定的启动，在我国司法精神病学鉴定的启动与否其决定权在于司法机关。委托可由公安司法机关自行决定。也可由诉讼参与者申请，公安司法机关决定，委托鉴定机构进行。刑事公诉案件的鉴定，在侦查阶段由依法行使侦查权的机关决定；在起诉阶段由人民检察院决定；在审判阶段由人民法院决定。民事、经济、行政、刑事自诉案件的鉴定由人民法院决定。抗诉案件的鉴定由人民检察院或人民法院决定。根据我国《刑事诉讼法》第三十七条规定的精神，尚未立案的刑事自诉案件，律师依法介入收集证据后、尚未开庭审理的公诉案件，人民法院尚未受理的民事、经济、行政案件，当事人、律师、诉讼代理人为解决举证中专门性问题，可以委托鉴定机构鉴定，鉴定机构可以受理。但目前国内接受“个人”委托的鉴定，尚需解决像接受“官方”委托那样，可以获得了解有关案情、阅卷和接触检查被鉴定人等必要的工作条件。鉴于此，目前国内绝大多数鉴定机构均不受理“个人”委托的精神疾病司法鉴定。

公安司法机关决定鉴定时，首先应出具鉴定委托书，说明鉴定的要求，提供委托人的真

实身份证明，并提供委托鉴定事项所需的鉴定材料。

委托人的真实身份证明包括：委托人为单位或社会组织的，应开具介绍信，并附单位执照复印件。介绍信的内容不仅应包含委托鉴定的事项、鉴定事项的用途及鉴定要求等，还要注明和附有法人代表姓名及其身份证复印件、该鉴定事项的联系人及身份证复印件、具体联系方式、被鉴定人的身份及其与委托人的关系。

鉴定材料包括与鉴定事项有关的各种载体上与鉴定事项有关的记录。一般包括病历资料、医生的证言，案卷资料，当事双方证人的书面证言，办案人员的陈述和证言，案卷材料，被鉴定人的档案材料，被鉴定人所写的日记、信件、作品、绘画等各种书面资料，有关的录音、照片及录像，及其他一切鉴定人认为鉴定工作所必须的有关资料。

二、鉴定的受理

鉴定委托单位将委托书及准备的材料送交鉴定机构，根据司法部 2007 年 8 月 7 日发布、2007 年 10 月 1 日生效的《司法鉴定程序通则》第十四条的规定，“司法鉴定机构收到委托，应当对委托的鉴定事项进行审查，对属于本机构司法鉴定业务范围，委托鉴定事项的用途及鉴定要求合法，提供的鉴定材料真实、完整、充分的鉴定委托，应当予以受理。对提供的鉴定材料不完整、不充分的，司法鉴定机构可以要求委托人补充；委托人补充齐全的，可以受理”。第十五条规定“司法鉴定机构对符合受理条件的鉴定委托，应当即时作出受理的决定；不能即时决定受理的，应当在七个工作日内作出是否受理的决定，并通知委托人；对通过信函提出鉴定委托的，应当在十个工作日内作出是否受理的决定，并通知委托人；对疑难、复杂或者特殊鉴定事项的委托，可以与委托人协商确定受理的时间”。

司法鉴定机构决定受理鉴定委托的，应当与委托人在协商一致的基础上签订司法鉴定协议书。

三、鉴定的实施

鉴定机构接受委托后，应进行登记，安排好鉴定日期及鉴定组人员（目前我国一般是二名以上鉴定人共同鉴定）后通知委托单位，然后进行正式鉴定。

（一）阅卷、收集、掌握被鉴定人的有关材料

目前多数精神疾病的病因尚不十分清楚，精神疾病的诊断在很大程度上是依靠病史和症状表现。司法精神病学鉴定往往不可能在案发后马上进行，一般是数日、数月、甚至数年才进行。而精神疾病的症状并非一成不变，它有时明显、有时隐蔽、有时完全缓解。有的在病态下作案，鉴定时病情已完全缓解，无任何精神症状；有的作案时精神活动正常或处于疾病缓解期，被捕后在羁押期间出现了精神活动异常或疾病复发。而鉴定人在鉴定时见到的仅仅是被鉴定人的一个横断面，对其以往一贯的表现，即纵向的表现，全然不知，这就靠材料的收集。这正是公安司法机关在鉴定前应当完成的一项具体任务。如果公安司法机关所提供的被鉴定人的材料不全面、不详细、不准确，或主观片面、划框框、先入为主，鉴定人很难作出鉴定结论，甚至导致错误的鉴定结论。因此，材料的收集显得尤为重要。可见，精神病学司法鉴定不仅是鉴定人的工作，而且是要求公安司法机关具体办案人与专家密切配合、通力合作、共同完成的一项工作。下面以刑事案件犯罪嫌疑人作为鉴定对象，公安司法人员应当收集、鉴定人应当掌握以下材料。

1. 一般材料 姓名、性别、年龄、婚姻、民族、籍贯、文化、宗教信仰、职业、住址等。
2. 案情 除了解案件详细经过外，还应了解作案的目的、动机以及犯罪心理等。

3. 作案前精神状况及表现 作案前工作、劳动、学习、社交、日常生活表现，有无反常言语、行为等。

4. 作案后精神状况及表现 如案后是否潜逃、是否毁尸灭迹，逃往何处、毁尸灭迹是彻底还是肤浅等。还应了解在押期间的表现，讯问笔录以及罪犯心理等。

5. 个人史 包括个人简历，如何时上学、学习成绩，何时工作、工作或劳动表现，人际关系，恋爱婚姻及生育情况，生活中有无重大事件或精神创伤，有无前科等；一贯健康状况，如母孕期健康及分娩情况，幼年时期生长发育情况，有无脑外伤、癫痫、昏迷、抽搐及其他躯体疾病史和精神病史等；个性、嗜好等。

6. 家族史 了解父母两系三代直系亲属中有无精神疾病患者，家庭主要成员的个性，有无前科，家庭经济、教育情况，家庭成员之间的关系等。

7. 与鉴定有关的其他材料 如收集被鉴定人的有关日记、书信、医疗记录、检查结果等。在进行材料收集时应根据不同对象而有所侧重。如被鉴定人系青少年，则重点收集母孕期情况，幼年时期生长发育、学习及家庭教育情况；如被鉴定人系老年人，上述情况可以从略，而重点询问生活中有无重大不幸以及工作（或劳动）能力有无改变等。

（二）精神检查

精神检查是鉴定的最重要环节，也是其他方法无法替代的。主要通过技巧性的提问，和被鉴定人直接进行交谈，同时“察言观色”。从意识、记忆、思维、情感反应、动作行为、智力等表现来评估其精神状态异常与否。也可以采用观察法进行鉴定，如住院观察或在观察室内通过电视录像等进行观察。精神检查还要了解被鉴定人对案情的回忆，了解作案动机，以及对案情性质和后果的认识、是非的判断等。

（三）体格检查与辅助检查

1. 体格检查 因为躯体疾病可以伴发精神症状，尤其是颅脑疾病更是如此。为避免误诊、漏诊，进行全面细致的体格检查，包括常规内科检查和神经系统检查。如发现有阳性体征，再视情况作进一步辅助检查。

2. 辅助检查 一般根据病史或体格检查结果选用。常用的有以下几项：

（1）脑生物电检查。主要包括：

①脑电图（EEG）。主要对癫痫诊断有很大价值。此外，对其他脑器质性精神障碍、酒精中毒性精神障碍等诊断也有一定参考意义。

②测谎仪是一种多项生理反应记录仪，主要工作原理是通过现代生理、心理学研究发现，说谎者担心谎言被揭穿时，常常会出现紧张、恐惧的情绪，同时生理指标也会出现变化，通过生理指标的变化可以观察反映一些特殊的心理变化。这些生理指标主要包括：呼吸频率、皮肤电阻、脉搏与血压变化等。通过仪器将这些生理指标描记下来，以探测说谎状态下的心理反应，以确定被鉴定者供词的真假。影响测谎准确率的因素很多，如测谎项目问题的编排、物证的有无、罪犯的狡猾程度、仪器的灵敏度等。因此，目前我国只能将测谎仪作为审讯和鉴定的辅助工具，不能以此结果作为定案的诊断依据。

（2）影像检查。

①头颅X线平片。用于诊断颅骨畸形、颅骨损伤、颅内肿瘤的颅骨改变等。

②电子计算机断层扫描（CT）。是20世纪70年代发展起来的影像诊断学技术。它具有检查方便、迅速安全、图像清晰、解剖关系明确、病变显影良好、病变检出率和诊断准确率

较高等特点，因而成为颅脑疾病诊断的首选方法。用于颅脑外伤、脑血管疾病、脑变性疾病、颅内肿瘤、颅内感染性疾病、先天性脑发育畸形等诊断。

③磁共振成像（MRI）。是 20 世纪 80 年代以来广泛用于临床的影像学诊断技术。其密度分辨率和组织对比度优于 CT。用于颅脑外伤、脑血管病变、脑变性疾病、脑先天畸形、视力障碍、痴呆等诊断。

④正电子发射型计算机断层显像（PET）和单光子发射计算机断层扫描（SPECT）。两种技术中均可通过电子计算机影像来描绘大脑局部功能，研究代谢和化学改变。CT 和 MRI 只能提供静态大脑结构的影像，而 PET 和 SPECT 可对脑血流和神经生化活动做动态观察，这种技术在未来的精神疾病司法鉴定和科研中将广泛应用。

⑤脑血管造影。主要用于颅脑外伤、脑血管疾病、颅内占位性病变等检查诊断。

⑥颅脑超声。目前应用 B 型超声对颅内出血、脑积水、脑肿瘤、脑脓肿、脑膜炎、颅内囊肿进行诊断性检查；应用经颅超声多普勒（TCD）对脑血管疾病进行诊断性检查。

（3）心理测验。心理测验是依据一定的心理学原理和技术，对人的心理现象或行为进行测量，并根据测量结果进行推断和数量化分析的一种手段。有助于精神疾病的诊断，判定疗效，进行心理咨询，心理治疗和人才选拔等。心理测验是一种相当复杂的技术工作，必须具有心理学知识、接受过专门训练、并经专门学术部门认定资格的人员方可进行测试。与司法精神病学鉴定有关的测验主要有韦氏智力测验、明尼苏达多相人格调查表（MMPI）、艾森克人格问卷（EPQ）、卡特尔 16 项人格测验（16PF）以及一些神经心理测验等。

（四）现场调查

对于上述经过精神检查、体格检查、辅助检查仍不能作出诊断者或委托人提供和补充的鉴定材料所取证词不清，不能说明重要情节者，或某些重要情节需进一步核实探明者，以及鉴定人认为确需到现场走访调查方可判明有关情节者，鉴定人应亲自到现场，通过直接询问知情人等各种方式，调查并补充收集鉴定材料。没有条件的也要积极创造条件，尽量亲自获取第一手资料。对需要到现场收集和调查的，或是需要直接询问知情人的，应当由不少于两名鉴定人参加，并通知委托人到场见证。委托人应当为此提供一切便利条件并支付相应费用。到现场收集、调查资料，或是询问知情人的过程，在进行文字记录的同时，建议使用录像、录音等同步记录。

（五）做出医学诊断和法学评估

鉴定人根据委托单位提供的案卷资料和各方面调查材料，结合各项检查和测验结果，进行综合分析，充分讨论，做到各抒己见，畅所欲言，不应排斥不同意见。讨论后，按照中国现行的精神障碍分类与诊断标准，做出医学诊断。再结合被鉴定人案发时的精神状态与法律行为的关系，判断其对行为的辨认或控制能力有无受损及受损的程度，然后对其有关的法律能力做出评估。如果鉴定人之间对结论意见有分歧。不能采取少数服从多数的方式强求统一；不允许排斥不同意见。如果经过充分讨论，鉴定意见仍然不一致，鉴定人可分别提出自己的鉴定意见，写入鉴定结论中，供委托单位参考。以上工作完成后，最后书写鉴定书。

四、鉴定书的制作

鉴定书（forensic certificate）是鉴定人通过法定鉴定程序而认定被鉴定人的精神状态，即是否患有精神障碍，以及是否具有刑事责任能力或民事行为能力等的法律文书，是鉴定人作为专家提供给司法机关的专家证言。鉴定书在诉讼活动中具有证据作用，也是司法机

关对案件进行审理的重要证据之一，鉴定结论应该具有科学性、准确性、公正性和合法性特点。

（一）鉴定书制作的基本要求

1. 格式统一，项目完整。
2. 文字简练，用词（字）准确，语句通顺，文体结构层次分明。
3. 使用统一的专业术语。
4. 内容详尽、客观、全面。
5. 分析逻辑性强，证据充分，结论可靠。

（二）鉴定书的内容及要求

1. 一般项目：包括被鉴定人姓名、性别、年龄、籍贯、婚姻、民族、职业、文化程度、家庭住址等。

2. 委托鉴定单位的名称。
3. 鉴定日期。
4. 鉴定地点。
5. 鉴定参加人。
6. 案情摘要及委托鉴定要求。

案情介绍宜简明扼要，不要把被鉴定人的交代作为内容来源，也不要将未确定的情节作肯定式记述。

7. 调查及有关证据材料。

根据卷宗及亲自调查所获材料整理而成，要注意包括双方当事人及有关知情人的反映。具体的调查材料见前述。

8. 被鉴定人的精神状态检查及其他检查所见。
包括躯体检查、神经系统检查、精神检查、辅助检查。

9. 分析说明。

是鉴定书的关键部分，体现司法鉴定的质量和水平。分析说明要根据上述材料及检查发现，确定医学诊断及依据，明确作案时及目前的精神状态，说明精神状态与有关案情的因果关系，分析对行为的辨认及控制能力的影响，评定法律能力，并解答鉴定中的有关问题。

10. 鉴定结论。

根据客观事实的检查结果和分析说明的理由，得出结论，包括医学诊断及法律能力意见，也可提出有关建议。

11. 鉴定人签名，加盖司法鉴定专用章。

鉴定书一般应当一式三份，二份交委托人收执，一份由本机构存档。

第三节 鉴定结论的审查与评估

精神疾病司法鉴定结论是司法精神病学专家根据鉴定委托单位提供的被鉴定人的有关材料以及自己调查取证，对被鉴定人进行客观、细致的检查之后，全面地进行综合、分析、判断、推理而得出的一种结论，属专家证言。但鉴定结论同其他任何证据一样，对公安司法机关没有约束力，仅供参考。鉴定结论作为证据材料的一种，必须经过法庭审查，才有可能

采信为证据，产生法律效力。我国《刑事诉讼法》第四十二条第三款规定：“证据必须经过查证属实，才能成为定案的根据”。《民事诉讼法》第六十三条第三款规定：“证据必须查证属实，才能作为认定事实的根据”。《行政诉讼法》第三十一条第三款规定：“证据经法庭查证属实，才能作为定案的根据”。根据这些条文精神，公安司法机关必须对鉴定结论进行审查，经确认、评断、采信之后才能作为办案依据。审查与评断鉴定结论应注意以下几个方面。

一、鉴定是否合法

首先审查鉴定程序是否合法，如鉴定委托主体是否符合法定条件，鉴定机构是否为经国家有关部门明确授予鉴定权的法定鉴定机构，鉴定人是否具有法定鉴定人资格等；其次审查获取材料的来源、手段是否合法，材料是否全面、真实；再次审查是否有鉴定人应当回避而未回避的。

二、鉴定结论是否客观、科学、规范

在司法精神病学鉴定实践过程中，鉴定人有时难免会受到一些主客观因素的影响，特别是当收集的材料不全面、不准确、不可靠时，作出错误的鉴定结论也是难免的。如不经公安司法机关确认，会产生极为不良的社会后果，因此，公安司法机关必须对鉴定结论进行审查与评断。这就要求公安司法人员要认真、仔细阅读鉴定书，并了解其含义。首先审查鉴定材料是否客观、全面、客观、有无人为因素干扰、偏听偏信等；其次审查鉴定结论是否与案卷材料相符，运用的事实是否准确，有无矛盾等；再次审查鉴定书是否规范，鉴定检查是否全面，有无分析说明，逻辑推理是否严密，鉴定结论是否完整等。

三、正确应用鉴定结论作为办案依据

鉴定人作为具有专业知识和丰富经验的专家，就本专业所作出的鉴定结论，一般都是有根据的，绝大多数是正确可信的。公安司法机关在审查鉴定结论时应尊重鉴定结论，不要轻易推翻鉴定结论。对鉴定结论有不明白的地方，应向鉴定人提问，要求解答。一般说来，鉴定人通过讨论后能够达成一致的意見，作出统一鉴定结论。若经讨论之后仍有意见分歧，在不得已的情况下，不同意见的鉴定人可单独作出鉴定结论附在说明书中。

复习思考题

1. 什么是司法精神病学鉴定？
2. 司法精神病学鉴定的内容及任务？
3. 鉴定人有哪些权利和义务？
4. 简述司法精神病学鉴定的实施过程？

（李功迎）

第四章 精神分裂症

第一节 概述

精神分裂症(schizophrenia)是以基本个性改变,认识活动障碍为主、并有情感活动和意志行为活动异常,思维、情感、行为显著不协调的一类常见精神病。其病因尚未完全阐明,一般起病于青壮年,多数病人无意识障碍和智能障碍,病情常反复发作,有慢性化的趋势,病程多迁延。在中国大约占住院病人的 50%左右,占长期住院精神病人的 60%以上。在我国精神疾病司法鉴定的案例中,特别是涉及刑事案件者,精神分裂症占首位,约占 70%,本病与违法犯罪的关系最为密切。

本病的临床特点复杂多样,分类中几个症型的起病快慢、病情进展、临床表现、治疗效果及预后均有区别。19 世纪中叶,法国 Morel 建议将无外因而在青年期发生精神衰退的病例,称之为早发性痴呆。德国 Kahlbaum 将有精神异常伴有全身肌肉紧张的病例,称之为紧张症。Hecker 将青春期发病,有荒谬、愚蠢表现的病例,称之为青春痴呆。到 1896 年,德国克雷丕林(Kraepelin)长期临床研究后,认为以上几种不同疾病状态的描述,是同一种疾病的不同类型,此病多发生在青年期,最后发展到衰退状态,将几种类型统一命名为早发性痴呆。20 世纪瑞士布鲁勒(E.Bleuler,1911)对本病认真研究后,认为其特点是精神分裂,有四种主要症状:思维联想障碍(association)、情感淡漠(apathy)、矛盾意向(ambivalence)和内向性(autism),认为本病的最后结局并非都衰退,所以建议命名为精神分裂症,他总结出的四种症状,后人称之为“4A”症状。

一、流行病学

精神分裂症的患病率,因为调查的人群和所采用的诊断标准不同,常有较大的差别。我国在 20 世纪 70 年代,调查不同地区大样本的资料显示,时点患病率为 1.56%~4.6%。1982 年,国内 12 个地区进行精神疾病流行病学调查,城市、农村各 500 户,用统一的调查程序、统一的精神科标准化检查、统一的 ICD-9 诊断标准,发现 15 岁及以上人群中,精神分裂症的时点患病率和总患病率,城市均高于农村,男女性别差异在 35 岁以上年龄组较明显,男女比为 1:1.60。1993 年用同样的方法,对其中 7 个地区调查后发现,城市患病率仍明显高于农村,城市总患病率为 8.18%、时点患病率 6.71%,农村分别为 5.18%和 4.13%。1988 年,美国国立精神卫生研究院对社区调查资料显示,一个月患病率为 6%,6 个月为 8%,终生患病率为 13%。精神分裂症患病率,与家庭经济水平呈负相关。不论城市、农村,经济水平低的人群患病率明显高于经济水平高的人群。我国 1982 年 12 地区调查资料:经济水平低的人群患病率为 10.16%,经济水平高者为 4.75%;1993 年调查结果分别为 18.9%和 3.54%,差别有显著性。1958 年美国芝加哥和纽约的调查资料发现,最底层社会人群的精神病患病率最高,功能性精神病中以精神分裂症最明显,首次住院的精神病人中,经济水平低者入院率最高。

精神分裂症的发病率(每年新发病人的发生率),难以确切掌握。1986 年美国统计 13 篇报告,以初次来精神病院计算,估计年发病率为 0.11%~0.70%。70 年代,我国回顾性

的调查资料显示,上海、川南地区发病率最高,分别为 0.77‰和 0.35‰;山东崂山地区最低,为 0.09‰。1975 年~1982 年,北京郊区建立的基层精神病防治网新病人的登记资料显示,平均年发病率为 0.11‰。1986 年~1990 年,大庆地区基层防治机构调查显示,年发病率为 0.17‰~0.26‰,平均年发病率为 0.22‰。

二、病 因

到目前为止,尚未发现明确的精神分裂症的病因,但大量的科研、临床研究资料表明,其发病与遗传因素、脑神经生化递质异常、社会心理因素、生物环境因素、脑神经发育异常和脑结构的病理变化等因素有关。

(一) 遗传因素 经过半个多世纪的遗传学家系调查、双生子、寄养子的研究证明,遗传因素在本病的发生过程中起着重要作用。研究发现精神分裂症患者的近亲中,本病的患病率比一般人群高 6 倍~7 倍,与病人血缘关系越近,患病率越高。单卵双生子的同病率比双卵双生子的同病率高 4 倍~6 倍,单卵双生子分开寄养的同病率也比双卵双生子的同病率高。大量的研究结果还提示,精神分裂症可能是由若干个基因叠加、多基因遗传所致。

(二) 神经生化、神经递质的异常 多巴胺(DA)功能亢进学说,主要来源于精神药理学方面的研究。苯丙胺应用于正常人,能引发出类似精神分裂症的精神症状,其药理作用是抑制中枢突触部位 DA 的再摄取,使突触受体部位 DA 的含量增高。经典抗精神病药物作用的机理,一般认为主要是通过阻滞 DA 受体的功能,而发挥治疗精神病的药理作用。而且进一步发现,DA 受体亚型中 D₂受体与精神症状关系更加密切,药物与 D₂受体亲和力的强弱决定着其抗精神病效价的高低,也就是说与 D₂受体亲和力越强的药物,其治疗精神病的作用越强,药物引发的锥体外系副反应越大。但是,近些年研发出的新型非典型抗精神病药的作用机理,并非均如此,但其治疗精神病的疗效尚好,药物引发的锥体外系副反应也较小。说明,还有其他的神经递质参与了精神分裂症的发病。

(三) 社会环境、心理因素 人类每个个体,在出生、成长过程中,其家庭环境、教育环境、社会活动环境等均各不相同,加之遗传因素各不相同,造就了每个人的性格特点各有不同,心理素质也就不同。从临床统计学的数据表明,精神分裂症患者病前往往存在一些特殊的个性特征,最常见的是内向性格,表现为孤僻、寡言、不喜欢交往、怕羞、敏感、多疑、思维缺乏逻辑性、好幻想等。在这种性格基础上,当受到不良刺激,便容易罹患精神分裂症。国内外众多精神病学家和社会学家的协作调查发现,人们所处的社会阶层、物质生活环境,与精神分裂症的发病率密切相关。生活在低经济社会阶层人群的患病率,明显高于高经济社会阶层人群。

(四) 脑结构的变化和大脑发育异常 传统的观念认为,精神分裂症属于功能性精神病。但是近几十年来,随着科技的巨大进步,医疗检测手段的不断提高,特别是 CT、MRI 和组织病理学研究等新技术在医学领域的应用,发现精神分裂症患者中,部分病例存在脑结构异常。首次发作的精神分裂症患者,可有如下脑结构异常表现:脑室扩大,脑皮层和小脑结构较小,胼胝体的面积、长度、厚度与常人不同,左侧颞后上回灰质的体积明显不对称地小于右侧等。左侧颞回的功能与听觉、言语过程有关,与精神分裂症的症状有密切关系。最近的研究资料表明,精神分裂症多有神经发育异常。因此,多数学者认为,精神分裂症是遗传因素和环境因素相互作用的结果。环境因素有:胎儿期孕妇的病毒感染,母孕期、围产期合并症,孕妇的社会心理压力,分娩过程中对婴儿的损害,成长过程中的不良刺激等。

第二节 精神分裂症的相关医学问题

一、临床表现

(一) 特征性症状

1. 思维联想障碍 思维联想过程缺乏连贯性、逻辑性，是精神分裂症最具有特征性的表现。特点是病人在意识清晰状态下，思维联想松散、甚至破裂，缺乏具体性和现实性。其言语或书写文章中，文法结构上虽无异常，但语句之间、概念之间，或上下文之间缺乏内在意义上的联系，从而失去中心思想和现实意义，称之为思维松弛。更严重者，没有文法结构，言语支离破碎，词与词之间、句与句之间也缺乏联系，称之为思维破裂。病人有时存在逻辑推理荒谬离奇（逻辑倒错性思维），或表现为中心思想不明确、缺乏实际意义的空洞议论（诡辩症）。

思维障碍的另一种形式，表现为用一些普通的词句、名词、动作，赋予某些特殊的、除病人自己以外旁人无法理解的意义，称之为象征性思维。病人往往用特殊的方式创造新词，把几个完全无关的词、字、或字的部分拼凑起来，赋予特殊的意义，称之为语词新作。

另外，病人的思维联想过程可在无任何外界因素影响下突然中断（思维中断）；或强制涌现出大量的思维（思维云集），有时思维突然转折，或出现一些无关的意外的联想。病人出现这样的联想障碍时，常伴有明显的不自主感，感到难以控制自己的思想，从而作出妄想性判断，认为自己受到了外力的操纵、控制（被控制体验）。

2. 情感障碍 病人的情感冷淡、淡漠，其情感反应与外界情绪环境不协调，缺乏联系，是精神分裂症的重要特征。早期表现较细腻的情感减少和缺乏，如对家人的关心、照顾体贴，对同事的关怀、同情心等，对周围事物的情感反应变得迟钝、平淡（情感平淡）。随着病情的发展，其情感体验渐渐贫乏，对一些能使正常人产生莫大痛苦的事件，情感反应淡漠，甚至丧失与周围环境的情感联系（情感淡漠）。

另外，病人情感淡漠的时候，可对常人认为很小的事件产生强烈的暴发性的情感反应。或者出现与事件完全相反的情感反应（情感倒错）。或者无故自笑。

3. 意志行为障碍 病人无原因的意志活动减退、缺乏，意向倒错，与周围环境明显的不协调也是精神分裂症的特征。病人的日常生活懒散，不知洗漱打扮，社会活动日渐减少。严重时则整日卧床不起，或呆坐一隅，无所事事。有些病人吃一些常人不能吃的东西，如吃草木、昆虫、粪便，伤害自己的身体（意向倒错）。有的病人顽固拒绝外界的一切要求，如让其张嘴，反而使劲闭嘴（违拗）。或相反，病人机械地执行外界的任何要求（被动服从），任人摆布自己的姿势，即使是很难受、很不自然的姿势，也能在一定时间内保持所给予的姿势不动（蜡样屈曲）。有时病人会出现突然的、无目的的、伤人毁物的冲动行为。

4. 内向性 基本的个性改变，病人一改往日的生活工作习惯，言谈举止完全和以前不一样了。和周围人的思想交流、和亲戚朋友的交往减少，人生的上进心消失，没有了学习、工作的热情，没有了责任心和同情心等等。总之，病人和周围外界的语言、情感、行为的联系越来越少，甚至是没有了联系。病人大多数时间是沉浸在自己的病态体验中，别人无法了解其内心的喜怒哀乐。

(二) 其它常见症状

1. 幻觉和感知综合障碍 精神分裂症患者中，半数以上有幻觉症状，有时相当顽固，其幻觉内容多荒谬离奇，脱离现实，往往是妄想形成的基础。其中，最常见的是幻听，主要是言语性幻听。病人凭空听到周围亲人、邻居、朋友，或陌生人说话，内容大多使病人不愉快。具有特征性的是听到两个或几个声音在谈论病人，相互争吵（争论性幻听），或以第三人称评论病人（评论性幻听）。其声音或者威胁病人、命令病人（命令性幻听）。病人行为常受幻听支配，与幻听的声音对话，或者大笑、恐惧、发怒、喃喃自语，侧耳倾听等。真性幻听是病人感觉声音来自于客观空间、外界，内容鲜明生动；假性幻听是感觉声音来自于病人主观的、自身的空间，如来自于心中、脑子、腹部等。病人在这种强烈幻觉支配下，易引发刑事案件。

幻视在精神分裂症也不少见，幻视的形象常常很真实，其颜色、大小、形状清晰逼真，内容多单调、片段、离奇。如看见一只手、半个脸、没有头的影子，房梁上有一个小人等。幻视的形象也可在脑内出现，病人说不是用双眼看到的，是用“内眼”看到的，即假性幻视。幻视常常和其他幻觉一起出现。其他幻觉有幻触、幻嗅、内脏性幻觉等。

人格解体在精神分裂症中也可出现，如病人感觉头离开了自己的身体，没有了体重，身体轻得好象风都能吹起来，走路时感觉不到两腿的存在。或感觉自己的五官发生了大的变化而经常照镜子。此类感觉体验有时比较复杂抽象，如病人感觉丧失了自我，“我”分裂成几个，自己是其中的一个，只有部分肉体活动和精神活动从属于自己。人格解体可分为三类：精神人格解体，感觉精神活动不从属于自己，或者不存在；躯体人格解体，感觉身体或某部分不从属于自己，或发生了改变，或者不存在；现实人格解体，感觉自己和现实环境之间隔着一层膜似的，没有了真实感。

2. 妄想 妄想是精神分裂症最常见的症状之一。大部分病例中存在突出的妄想症状，其内容以关系妄想、被害妄想、物理影响妄想多见。精神分裂症的妄想，有其自身的特点：常突然产生，内容荒谬离奇，逻辑异常；妄想所涉及的范围有不断扩大和泛化的趋势，或具有某种特殊意义；妄想内容常不主动暴露，或主动隐瞒，病人不愿谈论妄想相关的问题。如何某、男性、道班工人，无故认为班里某同事要陷害他，全班同事都在议论、讽刺他、整他、害他。某日，班里一女工准备搭坐他的自行车，他却坚决不同意，认为这是班里人故意设“美人计”让他往里面钻。晚上附近一些农民喜欢到他们道班看电视，则认为班里人勾结农民一起来整他。并称：某晚一伙农民向自己走来，自己走左、农民也走左，自己走右、农民也走右，看来他们已开始行动了。次晨便拿一把斧头，连续将班里三位同事砍死，手段异常残忍。后经司法精神病学鉴定：何某患有精神分裂症，作案受妄想直接支配，丧失了辨认和控制自己行为的能力，评定为无责任能力。

精神分裂症的特征在精神自动症中表现明显。病人坚信有外力在干扰、控制着自己的思想和行动，使自己不能自主，或者用特殊的仪器、电波、一种莫名其妙的力量控制自己（被控制感）。有的病人坚信自己的内心体验和思想，已尽人皆知，满城风雨了，也说不清别人是怎样知道的（内心被揭露感）。如果被控制感、强制性思维、假性幻觉和内心被揭露感同时出现，即称为康金斯基-克拉伦波精神自动症综合征。

3. 紧张综合征 紧张综合征最明显的表现是紧张性木僵。病人表现为缄默、不动、违拗，或者被动性服从，伴有肌张力增高。其姿势可以极不自然，如病人躺在床上，头和枕头之间可有一定的空间（空气枕头），可有日夜不动地闭目站立，有时病人的肢体像蜡烛一样，能

持续保留别人随意摆布成的很难受的姿势（蜡样屈曲）。有些病人紧张性木僵和紧张性兴奋交替出现。紧张性兴奋表现为：突然出现冲动性行为，动作杂乱，或带有刻板性，病人多缄默不语，或偶有片断的言语。

4. 自知力 自知力一般分为人格自知力、疾病自知力、症状自知力三种。精神科常说的自知力指的是后两种，即精神分裂症患者对自身存在的精神症状、自身的整个精神状态的认识和判断能力。在疾病发作期，自知力受损，现实检验能力下降，没有了客观、准确的判断，往往认为精神症状的内容都是千真万确的。自知力缺如，也是精神分裂症患者发病期间作案，不追究其刑事责任的依据之一。

二、临床分型

（一）偏执型精神分裂症 又叫妄想型。本型占住院精神分裂症患者的 50%以上，是精神分裂症最常见的类型。多在中、壮年时期缓慢起病，青年也有发病者，发病年龄较青春型、紧张型、单纯型晚。临床主要症状是妄想，其特点是妄想内容所涉及的范围，有不断扩大、泛化的趋势，其结构不严密，内容脱离现实，荒谬离奇。以关系、被害、嫉妒、物理影响妄想居多，往往数种妄想同时存在，并伴有与妄想内容一致的幻听或其它幻觉。受妄想、幻觉的影响支配，病人可出现伤害、凶杀等严重危害社会的行为。因此，本型是涉及违法犯罪最多的一种类型。该型病人在相当长的一段时间内人格相对保持完整，除幻觉妄想以外的判断、理解力不受损害，生活能自理，仍保持一定的生活和工作能力；有的幻觉妄想十分隐蔽，直到发案才暴露出来；有的病人作案后还主动投案自首，对犯罪行为供认不讳，从口供看，似乎有明确的目的动机；有的案前要准备作案工具，并选择适当的作案时间、地点，看来好像有某种预谋。不少公安司法人员由于缺乏足够的司法精神病学知识，往往认为他们有辨别、控制自己行为的能力，因此，认为他们是故意犯罪或对鉴定结论不理解。问题的实质是病人作案动机受精神症状的直接影响支配，对客观事物缺乏实质性分析认识能力。该型患者病程进展较其它类型缓慢，如果进行系统的正规治疗和维持治疗，能获得满意的治疗效果，从事正常的社会活动。

（二）青春型精神分裂症 本型占住院精神分裂症患者的 8%~26.4%。首次发病多在 15 岁到 25 岁，呈急性或亚急性起病，是精神分裂症中最典型的一个类型，临床主要特征为严重的思维联想障碍、情感倒错、行为紊乱。临床症状表现为：不协调的精神运动性兴奋，想入非非，言语增多，东一句、西一句，旁人不知所云，内容荒谬离奇，思维零乱或破裂，象征性思维，语词新作，逻辑倒错性思维等；表情时哭时笑，情感喜怒无常，变化莫测，表情做作，扮弄鬼脸等；行为兴奋冲动，显得幼稚愚蠢、怪异，易伤人毁物或自伤，本能的食欲、性欲亢进，意向倒错。病人精神症状的特点是生动、片断、零乱，症状的稳定性、持续性差，变化不定。如：有一犯罪嫌疑人在看守所，坚决要求吃红米饭，而不吃白米饭，称红色代表革命，白色代表反动，因为我要革命，所以要吃红米饭；有一病人向医生哭诉愉快的往事，笑谈痛苦的遭遇；有一病人突然学鸡叫、狗叫，将布剪成布条裹在腰间，头上插满野花野草，走三步、退两步、再转一个圈，装相作鬼脸等。青春型病情发展较快，偶可自行缓解，但很容易复发，及时的抗精神病药物的系统和维持治疗，能延长缓解期，减少发病。如果治疗不及时或治疗效果差，病人数年后容易发生精神衰退。

（三）紧张型精神分裂症 本型占住院精神分裂症患者的 6.9%~16%。近年来有减少的趋势，多在青年时期急性起病，中年也有发病者，大部分病人的病程呈发作性，主要表现为

紧张性木僵和紧张性兴奋，两者状态可以交替出现，也可以单独出现。临床上紧张性木僵较多见。病人在此状态下，意识清楚，病后对所经历的事件有记忆。

1.紧张性木僵 主要表现精神运动性抑制。病情轻者表现动作缓慢，少语少动，或长时间保持一个姿势不动，独处某一隅，或出现模仿言语、模仿动作，刻板言语、刻板动作。重者终日卧床，缄默不语，不食不动，对外界的刺激如声音、冷热、疼痛没有反应，唾液滞留口中不咽不吐而顺口角流下。全身肌肉张力增高，病人肢体可任人摆布，出现蜡样屈曲、空气枕头、被动服从。有的病人相反，出现违拗，做出与别人提示、命令相反的动作行为或拒绝别人的任何要求。病程一般持续数周至数月，甚至数年。

2.紧张性兴奋 主要表现突然发生不协调的精神运动性兴奋。病人行为冲动、紊乱，言语内容单调刻板，别人无法理解。如病人突然从床上跳起，冲向一处，伤人毁物，或在室内、院落中，无目的地来回走动、踏步等。可持续数日或数周，转入木僵状态。和精神分裂症其它类型相比，此型容易自发缓解。病人行为紊乱，冲动激越，常出现严重的破坏攻击行为，给自身及周围人造成不良后果。因此，该型具有很大的危险性。

（四）未分化型精神分裂症 又叫未定型或混合型。其特点是具有明显的精神分裂症的症状，如幻觉、妄想，思维松散或破裂，严重的行为紊乱，被控制感，紧张性兴奋等，可以同时出现精神分裂症两个以上类型特点的精神症状，难以归入偏执型、青春型、紧张型其中的任何一型中。此型在公安司法实践中并不少见，可因感知、思维和意志行为障碍而出现伤害、凶杀等严重危害社会的行为。

（五）精神分裂症后抑郁 是指最近 1 年内确诊为精神分裂症，其症状部分或大部分得到控制，而又未达到临床痊愈时出现了抑郁症状，且抑郁症状为主要临床相持续至少 2 周，遗留的精神症状已非主要临床相。精神分裂症后抑郁的程度一般达不到重度抑郁，但因病人自知力部分恢复，社会人群的歧视和来自社会、家庭、生活、经济等方面的压力因素，导致病人自杀的危险性很高，应当引起足够重视。作出此诊断时，需要排除抑郁症、分裂情感性精神病。

（六）残留型精神分裂症 是指过去确诊为精神分裂症，至少 2 年一直未完全缓解。社会功能保留较完整，自知力部分存在。最近 1 年病情好转，症状相对稳定，但至少残留下列 1 项：个别的阳性症状如幻听；个别的阴性症状如意志活动减少；人格改变。残留的症状对病人的影响不明显，他们往往将其“搁置一边”不予理睬；遗留人格改变者，具有高度的激惹性，微不足道的刺激即可引起冲动，出现伤人、毁物，甚至凶杀等违法行为，或因贪图享受、好逸恶劳、行为放荡，而出现盗窃和不端的性行为。

（七）单纯型精神分裂症 本型占住院精神分裂症患者的比例较小，约为 1%~4%。多在青少年时期缓慢起病，无明显诱因，病程呈慢性、持续性进展，早期症状不易被周围人发觉，可出现类似神经衰弱的症状，如失眠、易疲劳、乏力、学习和工作效率降低等。以后逐渐出现人格的改变，直至人格的衰退。表现为日益加重的阴性症状，如孤僻、被动、活动减少、生活懒散；情感逐渐淡漠，对生活、工作学习的兴趣下降或缺失，对亲友冷淡；行为退缩，日益脱离现实。往往经过数年病情发展较严重时，才被周围人发现，本型治疗效果和预后都较差。一般无幻觉妄想，平时多不语不动呆居一处，但也可出现无原因的冲动行为，而导致严重危害社会的后果。有的病人由于无人照顾、意志缺乏，终日无所事事，常成为流浪汉或沦为乞丐。

（八）其它精神分裂症 精神分裂症常见以上几种类型外，还有以下几种疾病状态：精神分裂症缓解期，精神分裂症慢性期，精神分裂症衰退期。其中精神分裂症缓解期，指病情好转如常人，一般是阶段性的状态。分裂症慢性期，指病情进入慢性期，没有明显波动，处于相对稳定的疾病状态。精神分裂症衰退期指精神分裂症患者以进行性精神衰退为主要表现，社会功能严重受损，发展为明显的精神残疾状态。临床上以缓慢加剧的阴性症状为主要表现，这类病人因一时的愤怒或不辨是非、自控力差，也可出现冲动性违法行为。随着病情的发展，社会功能越来越差，最终丧失劳动能力。病人除思维贫乏、情感淡漠、意志缺乏、行为孤僻更为严重外，生活不能自理、行为退缩、足不出户、独居一隅，甚至完全与世隔绝，智能也相应受累。最终往往死于并发症。

三、发病、病程和预后

精神分裂症多在青壮年发病，约 50%的病人在 20 岁～30 岁起病。国内的统计资料显示，发病年龄范围以 16 岁～35 岁者最多，约占住院精神分裂症的 80%。发病可呈急性、亚急性、慢性，亚急性、慢性起病者占多数。其中偏执型发病年龄最大，单纯型发病年龄最小。

精神分裂症病程分持续进行性和间断发作两种形式。持续进行者往往病程迁延不愈，逐渐呈现精神衰退状态。间断发作者在病情发作一段时间后，间隔以缓解期，缓解期精神活动可基本恢复正常，也可遗留一定的精神症状或精神缺损。但随着复发次数增多，每况愈下，部分病人可逐渐出现精神衰退；也有仅发作一次，缓解后不再发作而无精神缺损者。

精神分裂症的预后与诸多因素有关。一般说来，急性起病或有诱因，病程呈间歇性发作，病前个性无明显缺陷，无精神病家族史，情感症状明显，已婚，中年以后首次发病，病前有稳定良好的工作，人际关系好，发现早、治疗及时正规，有家庭照顾和社会支持等，其预后较好；反之，起病隐匿，病程长、持续或反复发作，发病年龄早，独身或离婚，病前个性有明显缺陷，工作条件差，经济贫困，被社会隔离，发现晚、治疗不及时或不正规，无家庭照顾和社会支持等往往预后不良。就各型而言，紧张型、偏执型治疗效果较好，未定型、青春型次之，单纯型、残留期、衰退期、慢性期治疗效果较差。但随着医疗技术水平不断提高以及社会文明不断进步，精神分裂症的结局将会越来越好。预测精神分裂症的预后，对肇事精神分裂症患者的医疗监护有一定指导意义。

四、诊断与鉴别诊断

（一）诊 断

精神分裂症的发病原因和机理尚未获得肯定的结论，遗传学、生物化学等实验室检查未发现特异性的变化，因此目前对精神分裂症的诊断，主要依据病史和精神检查所获得的临床特点，即建立在临床观察和描述性精神病理学的基础上。当然，全面的神经系统检查、体格检查以及实验室辅助检查也十分必要，以排除器质性疾病引起的精神障碍。E.Bleuler 描述精神分裂症时，分为基本症状和附加症状，基本症状为：思维联想障碍、情感淡漠、矛盾意向、内向性，有“4A”之称，是精神分裂症的特征性症状，可视为诊断的依据。后来 K.Schneider 认为精神分裂症有 11 项首级症状，如果有首级症状的某项，同时又能排除器质性疾病，可诊断为精神分裂症。11 项首级症状如下：思想化声（思维鸣响），争论性幻听，评论性幻听，躯体影响妄想，思维被夺，思维被插入，思维扩散或被广播，被强加的情感，被强加的意志，被强加的冲动，妄想性知觉。

20 世纪 90 年代，世界卫生组织修改制定了国际疾病分类（ICD-10）精神与行为障碍分

类。其中，关于精神分裂症的诊断标准如下：

症状标准要求具备下述（1）～（4）中的任何一组（如不甚明确，常需两个或多个症状）或（5）～（9）中十分明确的症状至少来自两组症状群。

（1）思维鸣响，思维插入或思维被撤走以及思维播散；

（2）明确涉及躯体或四肢运动，或特殊思维、行动或感觉的被影响、被控制或被动妄想，妄想性知觉；

（3）对病人的行为进行跟踪性评论，或彼此对病人加以讨论的幻听，或来源于身体某一部分的其它类型的听幻觉；

（4）与文化不相称且根本不可能的其它类型的持续性妄想，如具有某种宗教或政治身份，或超人的力量和能力（例如能控制天气，或与另一世界的外来者进行交流）；

（5）伴有转瞬即逝的或未充分形成的无明显情感内容的妄想、或伴有持久的超价观念，或连续数周或数月每日均出现的任何感官的幻觉；

（6）思潮断裂或无关的插入语，导致言语不连贯，或不中肯或词语新作；

（7）紧张性行为，如兴奋、摆姿势，或蜡样屈曲、违拗、缄默及木僵；

（8）“阴性”症状，如显著的情感淡漠、言语贫乏、情感反应迟钝或不协调，常导致社会退缩及社会功能的下降，但必须澄清这些症状并非由抑郁症或神经阻滞剂治疗所致；

（9）个人行为的某些方面发生显著而持久的总体性质的改变，表现为丧失兴趣、缺乏目的、懒散、自我专注及社会退缩。

病程标准要求持续 1 个月或以上时期的大部分时间确实存在症状标准要求的症状。

（二）鉴别诊断

1. 偏执性精神病 本病与精神分裂症偏执型的相同点：首次发病年龄均较大，无明确病因，病前性格多为主观固执、敏感多疑、内向，均以妄想为主要症状，在妄想的支配下可产生违法犯罪行为。两者不同点：偏执性精神病的妄想相对固定，一般没有幻觉，妄想涉及的内容与现实生活、社会有一定的联系，随着病程的进展，妄想逐渐系统化，当不涉及妄想内容时，其社会活动、生活、人际交往等基本正常，行为、情感反应与妄想观念相一致，智能保持良好、没有精神衰退；精神分裂症偏执型的妄想常突然产生，妄想内容荒谬离奇，常与幻觉（幻听多见）同时存在，与现实毫无联系，随着病程的进展，妄想可逐渐泛化，人际交往、情感交流逐渐减少，行为、情感反应与妄想观念不协调，可以产生精神衰退、智能受到影响。

2. 躁狂发作 本病与精神分裂症的相同点：首次发病可在任何年龄段，均可出现精神兴奋、话多、事多、冲动、伤人毁物行为。两者不同点：躁狂发作是在情感高涨的基础上，产生与周围环境相协调的精神运动性兴奋，思维联想速度加快可出现思维跳跃，一般没有幻觉、妄想症状，严重躁狂可阶段性存在幻觉、妄想，激惹性增高，受激惹后易产生伤人毁物行为，有目的性的高级意向活动增多，但由于注意力随境转移而做事虎头蛇尾，其情感活动可以引起周围人的情感共鸣，病前性格多见外向、热情、喜欢交际，病程多为间歇性、阶段性发作，预后较好、不产生精神衰退；精神分裂症的精神兴奋是与周围环境不协调的精神运动性兴奋，引不起周围人的情感共鸣，给人以做作、呆傻、怪异、难以理解感，思维联想障碍常见思维松散、破裂，思维内容缺乏内在的联系，可持续存在幻觉、妄想症状，不受激惹可突然产生冲动伤人毁物行为，引起刑事案件，行为活动增多常常是盲无目的，病前性格多为主观固执、

敏感多疑、内向，病程多为慢性进展性，预后较差，可产生精神衰退和智能障碍。

3. 急性应激性精神病 本病与精神分裂症的相同点：任何年龄段均可发病，有幻觉妄想等精神病性症状，社会功能和自知力严重受损。两者不同点：急性应激性精神病有明确病因，病前遭受强烈精神刺激，其幻觉妄想等症状的内容与精神刺激因素明显相关，与现实有联系，常伴有严重的紧张、胆小、害怕等情感症状，睡眠差，常被噩梦惊醒，病程短暂、仅个别病例超过1个月，消除病因、改变环境或适当治疗后症状能迅速缓解，没有人格缺陷和精神衰退。精神分裂症多没有明确病因，其幻觉妄想等症状的内容荒谬离奇，与现实缺乏联系，不存在严重的紧张、胆小、害怕等情感症状和伴有噩梦的睡眠，治疗后可缓解、但易复发，病程多为慢性进行性，最后出现人格改变和精神衰退。

4. 神经症 部分精神分裂症发病早期可表现为头痛乏力、迟钝、完成工作困难、注意力不集中、睡眠差等类似神经症的症状，详细了解病情会发现这些病人有兴趣减少、情感平淡、行为孤僻怪异、思维离奇等特点，自知力可部分存在，但没有适切的情感反应和迫切的治疗要求。神经症病人一般自知力完整，存在一定的心理冲突，了解自己的病情和处境，不存在精神病性症状和异常的行为、思维，有时对病情还作出过重的估价，引起适切的情感反应，并积极寻求治疗。

5. 脑器质性精神病 脑器质性精神病多数具有神经系统阳性体征和实验室检查的异常，可伴有智能损害，一般情况下鉴别诊断并不困难。但是，近年来精神科临床上常遇到散发性病毒性脑炎的病人，这些病人多以精神症状为首发症状，并且近半数病人早期阶段没有神经系统阳性体征，容易误诊为精神分裂症。其常见的精神症状有：木僵、亚木僵状态，淡漠少语，精神运动性兴奋，幻觉（幻嗅、幻视多见），视物变形，妄想等，症状涉及的内容易转变。详细观察病情，常能发现病人有定向力、记忆力、注意力方面的问题，或者有大小便失禁。神经系统阳性体征可时有时无，如果脑电图、脑脊液异常，则可作为诊断的重要依据之一。

癫痫伴有精神症状的病人，大多数就诊于精神科。癫痫意识朦胧状态时，可见到类似于精神分裂症的思维障碍，如思维不连贯、被控制感等。本病与精神分裂症的不同点如下：有癫痫发作史，粘滞性思维，赘述，或有异常的癫痫性脑电图，与周围的情感反应保持良好，自知力完整，配合治疗。

脑肿瘤病人发病以精神症状为早期表现者，大多数首诊于精神科。这类病人的肿瘤发生部位，颞叶最常见，其次为颞叶深部和第三脑室后部，常因肿瘤生长在“静区”，早期阶段缺乏神经系统阳性体征，引起误诊。脑肿瘤病人的精神症状可有：丰富的幻觉、妄想，木僵状态，或行为紊乱、多疑、性格改变，或出现抑郁症状群、有自杀企图。详细检查后可发现：有不同程度的记忆障碍和智能障碍，表情平淡、呆滞，或有嗜睡、意识模糊状态。

6. 人格障碍 人格障碍是从小（童年、青少年）逐渐形成的异常行为模式（生活、学习、工作的风格，人际关系的处理等），人格特征显著偏离正常，只是一个量变的过程，达不到精神疾病的程度，现实检验能力保存较完整。某些精神分裂症患者以假性病态人格的表现为早期症状，尤其是在青少年起病，加之病情进展缓慢者，容易误诊为人格障碍。鉴别诊断时，必须详细了解：病人从幼年开始的生活、成长的过程，在家庭、在学校、在社会各方面的表现，个性发展、形成的过程，掌握病人小的时候是否存在行为问题等。

7. 分裂情感性精神病 本病发病年龄与精神分裂症相似，社会功能均严重受损、自知力

不全或缺乏。但分裂情感性精神病具有以下不同点：起病较急，女性多于男性，可存在应激性诱因，病前个性无明显缺陷；具有精神分裂症的幻觉、妄想及思维障碍等阳性精神病性症状的同时，又具有情感障碍的躁狂发作或抑郁发作的典型症状，且均符合精神分裂症和情感障碍的症状学诊断标准，两种症状存在 2 周以上，出现和消失的时间比较接近；病程呈间歇发作，症状缓解后基本能恢复到病前水平，没有人格改变和精神衰退。

第三节 精神分裂症的相关法律问题

在各种精神疾病中，精神分裂症是涉及各种法律问题最多的一组疾病。其中因出现违法犯罪行为，成为刑事案件中的犯罪嫌疑人或被告人，从而涉及刑事责任能力问题的占首位，其次是因患者随便与人签订合同、立遗嘱、将财产赠与无关的人等，而涉及民事行为能力问题，以及女性患者被人侮辱、奸淫等，而涉及的性自我防卫能力问题。另外，这类患者还常常涉及受审能力、服刑能力、作证能力等问题。

精神分裂症是司法精神病学鉴定案例中最常见的一种疾病类别。根据八十年代国内天水、北安、公主岭、南京等地精神病院司法精神病学鉴定案例总数 23547 例的统计，精神分裂症所占比例最高，达 72.1%。其危害行为多以杀人、伤害罪占首位，约占半数以上，其次为偷窃、纵火、强奸。Hafner（1973）对暴力犯罪 17930 案例统计，杀人案占 5.6%，其中 53% 为精神分裂症患者。这类鉴定案例大多是病程在三年以内者，其中半年以内者最多，占 40%，1~3 年者占 25%，5 年以上病程仅占 20%（李从培等，1987），病程较长者发生严重违法行为较少。

一、精神分裂症患者作案行为的特点

精神分裂症患者在实施危害行为时，由于是受病态心里的驱使下作案，其作案动机，行凶的方式和行凶后的行为变化，都与正常人的犯罪行为不同。精神分裂症患者的作案行为有以下特点：

1. 作案动机不明或离奇 精神分裂症患者的危害行为往往动机荒谬，难以理解或根本没有动机。有的虽有一定的动机，但与后果极不相称。如有一患者将素不相识的人莫名杀死，鉴定时却说不清为什么这样做。另一患者把自己的亲生孩子杀死，目的是看看他的心是不是红的。还有一患者，平时与妻子关系尚好，因为一次口角便将妻子杀死。也有一部分病人解释自己的行为似有一定的道理，好像有明确的作案动机，但经过仔细调查分析会发现，实际上是出于病理性妄想所驱使，而缺乏犯罪主观方面的故意。因此，对于那些动机不明、离奇、动机与后果不相称或不合常情有严重危害行为的犯罪嫌疑人，必须想到是否是精神病人，并委托进行司法精神病学鉴定，以免造成错误判断。

2. 作案的突然性、冲动性 精神分裂症患者常常受幻觉、妄想或病态思维等影响支配，甚至无原因的突然冲动而作案，让受害人感到莫名其妙，猝不及防。而且凶器往往是身边之物或随手所捡的刀、斧、锤、锄头、扁担、棍棒、绳索之类。

3. 危害行为往往极端残忍，方式怪异，不可理解 精神分裂症患者作案多为暴力攻击，手段残忍，方式怪异，后果严重。受害对象往往是与患者共同生活的家庭成员，如配偶、子女、双亲等。其次是亲友、同事和邻居，受害者往往与他们并无深仇大恨。如一男患者突然用菜刀将自己母亲杀死，把头砍下，放人一大锅开水中煮、洗、刮毛，称“这是杀过年猪”，

并将头颅敲开喝其中的“脑髓”。这种行为的残酷性往往与他的作案动机、目的不相称，也与他过去的为人处世、文化程度与社会身份不相称。

4. 缺乏自我保护性 患者作案往往不选择时间、场合，也不顾及可能产生的不利后果。如在大庭广众之下公开作案，毫无顾忌，在现场往往留下大量痕迹物证。有的作案后公然宣称：“某某已被我杀了！”甚至主动投案，令人难以置信；有的虽有预谋、毁尸、灭迹、潜逃等，但很肤浅，往往漏洞百出。

5. 作案后常保持无所谓的冷漠态度 病人在行凶后仍可保持镇静，表现漠然处之，无动于衷，或毫无后悔表现。半数以上的患者作案后不离开现场。多数患者在审讯中对作案供认不讳，表现出无所谓的样子。

二、刑事责任能力

在判定责任能力发展史的早期阶段，强调和坚持的是纯生物学观点，即以诊断定责任。只要精神分裂症诊断明确，即使很轻的病例，也应无条件地、毫无例外地判定为无责任能力。随着法律的演变和精神医学的进步以及抗精神病药物的广泛应用，精神分裂症的疗效已有明显提高，上述单纯医学标准的观点已不能客观地反映精神分裂症患者责任能力的实际情况，因此有人主张对已停止疾病过程，遗留轻度缺陷的患者评定其为限定责任能力较为合适。在许多国家刑法上，除了无责任能力和完全责任能力的规定外，又相继增加了限定责任能力或部分责任能力的规定。到了 20 世纪中期以后，世界多数国家的刑法也逐渐普遍地采用了“无责任能力，限定责任能力，完全责任能力”的“三分法”的方式。在我国司法精神病学鉴定实践工作中，基本上也采取三分法，并在 1987 年的第一届全国司法精神病学学术会议中全体一致通过。

根据我国《刑法》第十八条的规定，对精神分裂症患者作案的刑事责任能力的评定，应当将医学标准和法学标准两者结合起来进行分析判定。首先应确立医学诊断，明确是否患有精神分裂症，作案时是处于发病期、缓解期还是已痊愈。然后分析当事人的精神状态与作案时辨认、控制能力的因果关系进行评定。

刑事责任能力分为三级：

无责任能力 精神分裂症患者在疾病发作期，由于受幻觉、妄想、思维逻辑障碍等精神症状的支配，作出危害社会的行为，其作案行为与精神症状直接相关，此时丧失了对自己行为的辨认或控制能力，应当评定为无责任能力。例如具有强烈的被害妄想的精神分裂症患者，认为自己及家人正在被人追杀，生命受到严重威胁，于是产生极度的恐惧情绪，为了阻止被人伤害，患者可能会向假想中的追杀者进行攻击，因而伤及无辜。这样的案例，行为人应当被评定为无刑事责任能力。处于衰退期患者，如果精神活动已全面衰退，往往难以彻底治愈，由于情绪不稳或受残余病态观念的诱使，患者可能作出严重危害社会的行为，这种情况一般亦评定为无责任能力；

限定责任能力 精神分裂症病情缓解不完全或处于疾病的残留期，在发生危害行为时，由于行为人有明显的精神障碍，使其实质性辨认或控制行为的能力明显削弱，但尚未达丧失或不能的程度。这种情况一般评定为限定责任能力。有的专家认为，处于发病期的患者，如果作案行为与精神症状无关，但因疾病的原因，使其实质性辨认或控制自己行为的能力削弱，亦应评定为限定责任能力。例如一男性患者，患精神分裂症 11 年，曾住院治疗，达临床明显好转，自知力部分恢复，但仍残留有幻听，常听到有人让他做这、做那。有一天，患者因

琐事与妻子发生口角，患者母亲帮着妻子说了他几句，患者勃然大怒，将母亲杀死。在医生给其做精神检查时，发现病人在杀害母亲时并无幻听存在。同时病人也知道自己的危害行为是错误的，违法的。并对自己的行为表示很后悔。本案例虽未发现幻觉症状与其行凶存在直接关系，患者本人对自己的危害行为也存在辨认能力，但由于其病情并未完全缓解，仍有明显的精神症状。患者在实施危害行为时显然存在明显的易激惹症状，是在暴怒性激情发作的冲动下行凶的，其实质性辨认和控制能力明显削弱，故应评定为限制责任能力。

完全责任能力 如果精神分裂症已经痊愈或者处于稳定缓解状态，不存在任何精神症状，对自己的行为有辨认、控制能力，在这种情况下作案，应当评定为有完全责任能力。如一36岁女性，两年前曾患精神分裂症，经住院治疗已经痊愈，自知力完整，能够正常工作、生活。因宅基地问题与邻居发生争吵，继而动手打架，眼看自己家要吃亏，该女拿铁锹朝邻居家男子头部打去，因出手太重致邻居家男子重伤而成为被告。在法院审理过程中，该女家人以其曾患精神病为由，要求做司法精神病学鉴定。鉴定认为，该女虽然既往曾患精神分裂症，但在实施危害行为前已经处于完全缓解状态，在实施危害行为时不存在任何精神症状，危害行为不是受病理性精神症状的支配，而是有其现实的动机。该女对自己的行为应该具有辨认和控制能力，因此评定为完全责任能力。

另外，作案动机是评定刑事责任能力的重要参考因素，在幻觉妄想等“病理动机”支配下作案或不明动机的作案，实际上是丧失了辨认、控制能力，应评定为无刑事责任能力。现实动机支配下作案应评定为完全刑事责任能力。既有现实动机又有病理成分，一般评定为部分刑事责任能力。

评定时一定要具体案件具体分析、对待，不能一概而论。

三、民事行为能力

对精神分裂症患者民事行为能力的评定，应当根据我国《民法通则》第十三条规定的精神进行。和刑事责任能力的评定一样，也是医学标准和法学标准两者结合起来进行评定。行为能力也分为三级：

无行为能力 处于发病期的精神分裂症患者，由于疾病的影响往往不能辨认自己的行为，不能以自己的行为依法行使民事权利和承担相应的民事义务，应当评定为无行为能力。处于衰退期的精神分裂症患者，因为精神活动全面衰退，丧失了辨认自己行为的能力，也应当评定为无行为能力。

限制行为能力 精神分裂症部分缓解或残留期，遗留不同程度的后遗症，自知力部分恢复，虽不能完全辨认自己的行为，但患者尚能以自己的行为依法行使部分民事权利和承担部分民事义务，则应当评定为限制行为能力。

完全行为能力 精神分裂症病人在完全缓解期或间歇期，无任何精神症状，自知力完全恢复，对自己的行为有完全的辨认能力，应当评定为有完全行为能力。

以上是精神分裂症患者行为能力评定的一般原则。在对行为能力评定时，一定要具体案件具体分析，不能一刀切。同刑事案件中，被告人患了精神分裂症并不等于无责任能力一样，在民事行为能力鉴定方面也是如此，患了精神分裂症并不等于完全无行为能力。对精神分裂症患者的行为能力的评定应采取实事求是的态度。查明患者丧失了某种事物的处理能力，就评定患者对该特定事物无行为能力，不宜随便根据臆想推测而扩大到其他方面去，以免过分剥夺病人应有的正当权利。比如有的精神分裂症患者虽未痊愈，但对自己的财产具有良好的

管理能力,就应当评定他在这方面有完全行为能力。民事行为能力是可以随患者的病情变化而发生改变的,发病期的精神分裂症患者虽无行为能力,待其病情恢复后,其行为能力也应该予以恢复。

行为能力涉及病人生活的方方面面,较为重要的有婚姻能力、财产继承能力、遗嘱能力、订立经济合同能力等。

1.婚姻能力 精神分裂症患者应不应该结婚,我国现行婚姻法中没有涉及,在实际操作中我国婚姻登记机关对于未愈的精神病患者一般不批准结婚。精神分裂症有一定的遗传倾向,所生子女出现精神异常的危险性高于普通人群,加之精神分裂症患者难于完成父母职责,因此不鼓励生育。

精神分裂症患者由于生活能力差,病情反复发作,其婚姻相当一部分以离婚而告终,部分因婚前隐瞒精神病史导致对方不满而离婚。我国关于精神分裂症患者的离婚无具体规定。一般来说,一方处于精神疾病发作期不宜离婚,同时从人道主义角度出发,妥善处理好患者的监护、生活来源及子女的抚养等问题。精神分裂症患者一般不宜作为子女的监护人,并较少承担子女的抚养义务。

2.财产继承和遗嘱能力 精神分裂症患者可能因病丧失或部分丧失其行为能力,但不能因此剥夺其财产继承权,甚至有遗产分割时应充分考虑精神分裂症患者的生活能力,适当予以倾斜和照顾。

精神分裂症患者在妄想状态或其他病态情况下可能将其财产赠与根本不相识的路人,或者立遗嘱分配根本不存在的财产,在这种无行为能力状态下所立遗嘱无效;病情缓解、具备完全行为能力者所立遗嘱有效。

3.订立经济合同能力 在经济往来活动中处于发病期的精神分裂症患者缺乏自我保护能力,可能作出对自己不利的选择,签定的经济合同无效。

四、受审能力

受审能力只存在“有”或“无”两种,不存在部分受审能力的问题。处于发病期、部分缓解期或衰退期的患者,因其不理解自己在刑事诉讼中的地位,不理解与其他诉讼参与人的关系,不能行使法律赋予他的权利和履行相应的义务,不能与律师合作为其辩护者,应当评定为无受审能力。已经痊愈或大部分缓解期的患者,能够理解自己在刑事诉讼中的地位,理解与其他诉讼参与人的关系,能行使法律赋予他的权利和履行相应的义务,并能与律师合作为其辩护者,应当评定为有受审能力。

精神分裂症患者的刑事责任能力与受审能力的关系:处于发病期或衰退期的精神分裂症患者犯罪,被鉴定为无责任能力者,当然谈不上有无受审能力;作案时并未完全丧失辨认和控制自己行为的能力,司法精神鉴定具有完全或部分责任能力的精神分裂症患者,均应接受审讯。对应当接受审讯而暂时无受审能力者(如作案时有完全或部分辨认和控制能力,被评定为完全或部分责任能力者,受审时发病或旧病复发),应将他们送到专门机构进行治疗,待受审能力恢复后再继续审讯或审判。

五、服刑能力

对服刑能力的评定,也应从医学标准和法学标准两方面分析考虑。二者缺一不可。服刑能力只存在“有”或“无”两种,不存在部分服刑能力的问题。

被鉴定人患有精神分裂症,因疾病的原因对自己所处的法律地位及其权利和义务不能正

确理解和履行，应评定为无服刑能力。换句话说，这样的人对自己的罪行不能理解，让其服刑是没有意义的，既不能矫正自己也不能警戒他人。

精神分裂症患者的刑事责任能力与服刑能力的关系：一般情况下，有责任能力与服刑能力是一致的。有责任能力就应当有服刑能力；无责任能力者，亦无服刑能力，无须服刑。对于限定责任能力者，应当是具有服刑能力的，只是由于其违法时的责任能力降低而减轻刑罚而已。因为对于危害社会行为有辨认能力和控制能力，行为人既然有犯罪的能力，也就必然对自己的犯罪行为有理解能力和有接受刑罚处罚的能力，并存在通过刑法而接受改造教育的可能性。当然，也可能出现责任能力与服刑能力不一致的特殊情况，例如在实施犯罪行为时，作案人的精神状态正常，但在刑罚执行期间，患精神分裂症或原有的精神分裂症复发，因而暂时甚至长期失去服刑能力。对于这种应该服刑而目前又无服刑能力的罪犯，应送到专门机构进行治疗，待病情好转或痊愈，恢复了服刑能力后再继续服刑。治疗时间应从刑期中扣除。

六、作证能力

精神分裂症患者作证能力的判定也应从医学标准和法学标准两个方面来进行分析考虑。处于发病期或衰退期精神分裂症患者，由于不能辨别是非、不能正确表达，甚至语无伦次，思维缺乏逻辑性、连贯性，难以理解其意，无作证能力；已经缓解，或大部分缓解期，或已痊愈的患者，如果能够辨别是非、正确表达，并对自己在刑事诉讼中法律赋予的权利和义务能够正确理解和履行，可以具有完全作证能力。作证能力只能是“有完全作证能力”或“无作证能力”，不存在“部分作证能力”，这是由于证人能力的特定内涵所决定的。

七、性自我防卫能力

性自我防卫能力的评定也应当根据医学标准和法学标准两个方面考虑，二者缺一不可。性自我防卫能力分“有”和“无”两种。

在发病期的精神分裂症患者（尤其是青春型女性患者-俗称花痴病），受精神症状的影响支配，一般丧失了对性行为的辨认或控制能力，应当评定为无性自我防卫能力。如果患者病情完全缓解，无任何精神症状，或已痊愈，病程完全平息，对性行为有辨认或有控制能力，应当评定为有性自我防卫能力。病情缓解不全的患者，其性自我防卫能力的评定则应根据其平时表现，受性侵害时心理态度，是否以索取钱物为目的及整个侵害的详细过程等，进行综合分析判断，实事求是地作出评定。处于衰退期的精神分裂症患者，一般认知功能损害明显，她们在受到性侵害时，性自我防卫能力与阳性症状并无直接因果关系，而是因为认知功能损害造成的整体精神功能降低，影响了其性自我防卫能力，应当评定为无性自卫能力。这类患者很容易被诱奸，有些被鉴定人在多次被诱奸后仍认为是侵害者在和她谈恋爱，并未考虑到侵害者在有意欺骗她。她们的思维简单，对事物的分析判断和理解能力减弱，对性侵害者的行为动机、性质的辨认能力降低，对性不可侵犯性缺乏正确认识，对受侵害的后果预见不足。对实施性侵害的一方来讲，如明知对方是精神病患者（无论事先知道还是在实施性行为当中发现）而与其发生性行为者，均以强奸论处。若事先不知道对方情况，则另当别论，可作为一种性犯罪处理。

案 例

案例 1 朱某某，男，1977 年 10 月 11 日出生，汉族，中技，离异。2006 年 4 月 12 日晚，被鉴定人朱某某在某某市人民医院接诊室，用刀子将护士侯某某胸腹部等处扎伤，后被当场抓获。当晚，侯某某经抢救无效死亡。因家人提供被鉴定人有精神失常史，故要求鉴定。

被鉴定人朱某某能详细叙述案情经过，称“大约 2003 年左右，我因为在家里喝农药自杀，被送到某某市人民医院，我在人民医院住了大约一个星期，住院期间每天都输液，但输的什么液我不清楚。今天我杀的这个女护士在我那次住院期间负责给我输液，出院后到家我感到腿有点发硬，我就怀疑可能是这个女护士给我输的液有问题。我曾经得过精神分裂症，在我这次出院之后的一两天割腕自杀，没有死，这跟我输的液可能有关；后来又一次喝农药自杀，还是没有死，我认为是因为女护士给我输的液导致我喝农药不吸收，而且输液之后我一直感觉到心里憋屈，感觉到我总受人欺负，就一直怀疑给我输的液有问题，否则我早就自杀成功了，就不会活到现在，不会总感觉心里憋屈，就不会总受人欺负。如果我能自杀成功，我不会再受这么多的苦，所以我恨这个女护士才来杀她。”

朱某某父母提供：“朱某某上中小学时表现还不错，性格比较内向，胆子小，中学毕业后一上技校表现就有点不正常，厌学，后来工作又不顺利，在家里乡里总爱说‘我到哪儿都被欺负’。婚后夫妻经常吵架，离婚后经常打我们，到 25 岁左右的时候，发现他精神有问题，自杀，喝农药，割脉，打人，骂街，到精神病院确诊为精神病。”

邻居提供：“朱某某精神有问题，打父母，打妻子，吵吵闹闹，打人，骂街，平时也没有见他有什么活干，就是瞎跑。”

鉴定时精神检查：意识清楚，一进鉴定室便笑，年貌相符，定向力准确，接触困难，当问其是否有高兴的事时，回答“没啥高兴的事，觉得该回去了。”在询问过程中被鉴定人不住地笑，摇头晃脑，表情怪异，问其为什么杀人？称“之所以杀那个护士，是因为心里憋闷，怀疑她用药用的不对劲儿。”“我回忆不起来挨打前的状态，群众看我不顺眼就打我，我在家总挨打受气，我活不到 2003 年年底，我总受气。护士给我输液时气氛不对，我怀疑用药不对，造成我在庄里总挨打受气，我是有企图的，就是想杀她，如果不是她，我早就死了，就不用受这罪了，是她害得我受了这么多罪。我还打听她住哪儿，买了把刀，到医院打听她，说她调急诊科了，我找到她说给她点东西，就掏出刀子捅她，后来群众把我包围了，跑不了了。”问其是否想过杀人的后果，回答“不堪设想。”问其杀人后是否准备逃跑，回答“想跑，但跑不掉。”问其此行为属于何种性质，回答“故意伤害，犯法了，但我是有原因的，现在后悔已晚了。”在鉴定过程中总出怪相，不自然的发笑，情感反应不协调，智能检查未见异常。

头颅 CT 显示：轻度脑积水。脑电图未见异常；简明精神病量表 46 分；抑郁自评量表 47 分；焦虑自评量表 36 分。

分析：卷中材料提供被鉴定人能详细叙述案情经过，称“在某某市人民医院住院时，被害者（女护士）给我输的液，出院后感到腿发硬，割腕，喝农药都没有自杀成功，认为是该护士给输的液导致我喝农药不吸收，否则我早就自杀成功了，也就不会受这么多罪，是她害我受了这么多罪，所以才杀她。”村民提供被鉴定人有精神病，表现打妻子、父母，吵闹，不干活，乱跑。某某市医院病历记载：朱某某，诊断“精神分裂症。”鉴定时精神检查：意识清晰，定向力准确，接触被动，引出思维松散，逻辑推理障碍，被害妄想，情感不协调。依据《中国精神障碍分类与诊断标准》（第三版），判断朱某某案发时患精神分裂症。

刑事责任能力评定：被鉴定人能详细叙述案情经过，说明其案发时意识清晰，因怀疑被害者给自己输的液有问题，自己自杀不成而受了许多罪，对死者怀恨在心将其杀死。被鉴定人在医院公开场所将受害人杀害，案发前有预谋，但缺乏明显的自我保护意识，虽了解自身

行为的性质及严重后果，但作案动机模糊，不可理解，且其作案动机、目的与后果的严重性明显不相称。另一方面，被鉴定人有逃跑企图，并知道杀人犯法了，表示后悔，说明被鉴定人部分了解自己杀人行为的严重性。

鉴定结论：精神分裂症，具有限定责任能力。

鉴定结论：被鉴定人朱某某患精神分裂症，具有限定责任能力。

案例 2 李某某，男，1966 年 3 月 7 日出生，汉族，小学文化，农民，未婚。2006 年 6 月 5 日晨，某县某村的申某某被人杀死在家中，在讯问犯罪嫌疑人李某某（被鉴定人）时，李某某有胡言乱语现象，其亲属及村民反映被鉴定人有多年的精神病史，有殴打其家人现象。为查明案情，故进行鉴定。

被鉴定人在笔录中能叙述案发经过，但言语凌乱，时有胡言乱语：“菜刀是我家的，不给我娘在一个屋里，我拿菜刀把我娘宰了，死了，我把菜刀放在院里窗台上走了，把药撒在地，看不见，猫什么中毒（开始胡言乱语）”；“把我绑住了，用家当打我，给我下药（开始胡言乱语）”。问：“为什么要宰你娘？”答：“她该死了，我小的时候，她给我下药，还给我看病。”

被鉴定人的哥哥称：“我怀疑是我弟害死我娘的，他有精神病十来年了，最近这两年精神病厉害了，经常打家里人，一个月前因为他经常打家里人，我们把他用铁链绑住一只脚，铁链子另一头固定在他睡的东屋墙上，今天早晨发现绑他的铁链子不见了，人也不见了。”

被鉴定人的弟弟提供：“我二哥有精神病史，最近这两年犯病厉害了，光打家里人，没有办法了。在一个多月前，我们家里人用铁链绑住他的一只脚，另一端固定在墙上，把他绑在他睡的东屋里了，今天早晨发现他不见了，害死我娘的可能是他。”

看守所提供：“犯罪嫌疑人于 2006 年 6 月 6 日被公安局刑事拘留，现押于看守所。在我所期间，李某某目光痴呆，自言自语，与人交流很少，说话语无伦次。”

村民多人提供：“李某某是多年的精神病，近期表现比较严重，曾打他的哥哥、嫂子，别人跟他说话他不理，平时低着头走路。”

精神检查：意识清楚，步入鉴定室，接触合作，年貌相符，身材较矮小，问话能答，但言语显得凌乱，有时回答欠切题，如问其家里有几口人，回答：“我把我娘，出来的时候还出气呢，兄弟，哥哥，嫂子，我给杀了（笑）。”问：“你为什么杀你母亲？”答：“对我不好，不给我成家，就是对我不好（笑）。我小的时候生过我，对我不好，她就是有个提示，我兄弟让我逼得想杀我，给我弄药让我疼了，给我饭里放的老鼠药，我母亲小时候就给我放，要我命，她总说‘找死呢。’还用铁链子绑着我，我就用砖头打，就给我放药了，拿着菜刀，后来夜里就给她杀了（笑）。”问：“你杀人犯法吗？”答：“我觉得不犯法，都是自己人。”问：“杀人要被判死刑知道吗？”答：“我觉得判不了死刑，杀一个人就判死刑啊，杀多了偿命，我还想杀我兄弟，后来没杀，出来了，他总给别人下药，没杀我，拿着菜刀去他屋了，他对我不好，早对他说过了，先杀我妈，她总说不好听的话，我嫂子控制着了，可厉害了，她控制着我了，打我，还得干活。”问：“杀你母亲后为什么要逃跑？”答：“跑到公安局，让他们救我去，跑的目的不是逃脱法律制裁，去买解药了，花了 1.5 元，我喝的阿托品，听村里人说的这药能解毒。”问：“你回家后还杀人吗？”笑着回答：“那得协商。”同时被鉴定人还认为村里有不认识的人说自己坏话，家中有异常的味道等。自己头蒙、体弱、干不了活是由于家里人给自己下老鼠药所致，存在被害妄想。智力检查：记忆力、计算力、一般常

识及分析判断能力均未见异常，与其文化程度一致。情感反应不协调，说到杀了其母亲以及说家人给其放老鼠药时无相应的情感反应，均带有不协调的笑容，对自己的杀人行为也不感到后悔。缺乏高级意向要求，自知力丧失，称现在自己有病，表现为“头蒙、虚弱、不壮”，强调自己没有精神病。

头颅 CT 和脑电图未见异常；简明精神病量表 49 分。

分析：卷中材料提供被鉴定人有“精神病”十年余，近两年病情加重，经常攻击家里人，因此家里人用铁链将其约束于房间内。在看守所表现自语、自笑、说话语无伦次。鉴定时精神检查：被鉴定人意识清楚，问话能做回答，可引出被害妄想妄想（认为家里人给自己放老鼠药害他）、关系妄想（认为村里人说自己坏话）、幻味（认为家中有异常的味道）、思维联想散漫等，情感反应不协调（杀害母亲还高兴），自知力丧失。结合卷中材料、精神检查等因素综合分析，被鉴定人有“精神病”十年余，不能正常参加生产劳动，不能进行正常人际交往，社会功能严重受损。依据《中国精神障碍分类与诊断标准》（第三版），被鉴定人符合精神分裂症的诊断，作案时处于精神分裂症发病期。

刑事责任能力评定：被鉴定人受其精神症状的影响，坚信家人放了老鼠药毒害自己，使自己产生了“虚弱”的感觉，故而经常打家人。案发时认为母亲对自己不好，用老鼠药毒害自己，就用菜刀杀了其母亲，而且还认为杀自己家人不犯法，杀一个人也不该判死刑，杀人后逃跑是为了购买解毒药。被鉴定人是在被害妄想的支配下杀人，作案具有病理动机，作案后缺乏自我保护行为，也不认为自己的杀人行为犯法。以上均说明被鉴定人丧失了对自身行为的辨认与控制能力，因此，判定被鉴定人案发时处于精神分裂症发病期，无刑事责任能力。建议强制治疗，加强监护。

鉴定结论：精神分裂症发病期，无刑事责任能力。

复习思考题：

1. 精神分裂症的概念？病因有哪些？
2. 精神分裂症的特征性症状？临床类型？
3. 精神分裂症患者的作案行为特点有哪几种？

（韩秋利、谢宝钦、赵占宏）

第五章 心境障碍

第一节 概 述

心境障碍（mood disorder）又称情感性精神障碍（affective disorder），是以显著而持久的情感或心境改变为主要特征的一组疾病。其基本临床表现为情感高涨或低落，伴有相应的认知和行为改变，可有精神病性症状，如幻觉、妄想。疾病有反复发作倾向，间歇期完全缓解，一般预后良好，部分可有残留症状或转为慢性。心境障碍包括躁狂发作、双相情感障碍、抑郁发作、和持续性心境障碍等几种类型。

一、流行病学

1982 年全国精神疾病流行病学调查资料结果心境障碍的总患病率为 0.37%，终生患病率为 0.76%；1993 年的第二次流行病学调查心境障碍的总患病率为 0.52%，终生患病率为 0.83%，但国外调查结果较我国高数倍乃至数十倍。最近使用 DSM-IV 中重型抑郁的诊断标准进行调查（Alonso 等，2004），结果显示重型抑郁的年发病率在 2%到 5%之间；重型抑郁的终生患病率在不同的调查间差异很大，可在 10%到 20%之间；双相障碍的终生患病风险在 0.3%和 1.5%之间；恶劣心境的终生患病风险约为 4%(Alonso 等 2004)。本病以女性多见，约高于男性的 2—3 倍。不管是躁狂发作或抑郁发作都可能涉及法律问题。尤其是抑郁发作患者，除可能发生自杀外，还可能发生凶杀行为，这也是近年来国内外专家普遍关注的问题。

二、病 因

心境障碍的病因目前尚不清楚，据研究认为，它与遗传、神经生化以及社会心理因素等有关。

1. 遗传因素 通过家系调查，双生子和寄养子研究发现，本病与遗传关系密切。如患者中有家族史者约占 30%—40%，而且血缘关系愈近，患病率愈高。在患者的一级亲属中，本病的患病率比一般居民高 30 倍左右。单卵双生子同病率为 65%，双卵双生子为 14%。将患者的子女从小寄养在正常人家庭，日后患本病的机会仍然很高。以上资料提示本病与遗传有关，至于遗传方式，目前还不完全清楚。

2. 神经生化因素 以往的研究提示去甲肾上腺素（NE）和 5-羟色胺（5-HT）这两种神经递质与心境障碍有较密切的关系，躁狂患者的中枢 NE 水平增高，多巴胺（DA）功能增高；抑郁患者中枢 5-HT 功能降低，DA 功能降低，但也有 DA 功能增高的报告；甲状腺功能异常与心境障碍也有关，如甲状腺功能亢进可出现躁狂，而甲状腺功能减退则可能出现抑郁。

3. 社会心理因素 社会生活中的心理压力、精神创伤或不愉快的情感体验等都可能致本病的发生。心理素质有缺陷的个体，在心理压力下，易诱发本病的发生。目前一般认为，心境障碍患者的内在因素，如遗传、神经生化及其他内在病理因素是导致其发病的主要原因，而外来因素，如精神压力、精神创伤等是诱发因素。

第二节 心境障碍的相关医学问题

一、躁狂发作

（一）躁狂发作的临床表现

躁狂发作的典型症状是情感高涨、思维加速、精神运动性兴奋，即躁狂“三高症”。但目前典型的躁狂“三高症”并不多见，而轻躁狂、不典型躁狂较以往多见。精神病性症状，如幻觉、妄想等在躁狂症中也占有较高比例。

1. 情感高涨 情感高涨是躁狂的基本症状。患者表现出强烈持久的兴奋和喜悦，精力充沛，眉飞色舞，感到非常轻松愉快。表情生动，好像从来无忧愁和烦恼，兴高采烈，洋洋得意。这种高涨的情绪与言语、动作行为往往协调一致，和环境密切联系。因此，具有一定的感染力，可引起周围人情感上的共鸣。患者也可表现为盛气凌人，自命不凡，易激惹，易怒，甚至伤人毁物。但瞬间又转怒为喜。

2. 思维加速 患者联想速度很快，常出现思维奔逸，言语滔滔不绝，口若悬河，因说话过多而声音嘶哑。其注意力易受环境的变化而转移目标，见啥说啥（随境转移）。因患者联想速度太快，句与句之间常借助字音或字意相连，这分别称为音联或意联。在情感高涨的基础上，患者往往过高地评价自己，出现夸大观念，甚至达到夸大妄想的程度，其内容多具有一定现实基础。

3. 活动增多 患者自感精力充沛，兴趣范围扩大，动作行为增多，整天忙忙碌碌，走亲访友，好管闲事。由于被动注意增强，往往见异思迁，做事虎头蛇尾，结果一事无成。有的大肆挥霍钱财，乱购物品，或将自己的财产送给一些无关的人，而导致民事纠纷。患者睡眠虽少，但精力却很旺盛，引吭高歌，当引起他人围观时，显得更加活跃。由于性欲亢进，主动接近异性，男患者可出现调戏、猥亵或强奸妇女的行为；女患者往往浓妆艳抹，举止轻浮，易被人奸淫或主动受奸。

4. 伴随症状 ①患者睡眠需求量下降，睡眠减少，但精力充沛；②食欲改变。有的患者可表现出明显的食欲增加，甚至出现食欲亢进；③性欲的改变。患者可以出现性欲亢进，由于在意志活动增强的背景下，患者可以出现性行为轻率的情况；④体重改变。由于患者的活动明显增加，因此许多患者可以出现体重的下降，有的患者体重改变可以不明显；⑤精神病性症状。除部分患者存在夸大观念或夸大妄想以外，有的患者伴有许多精神病性症状，如视幻觉、听幻觉、被害妄想、关系妄想等；

（二）躁狂发作的常见类型

1. 轻躁狂 是躁狂的较轻表现形式。轻躁狂不伴幻觉和妄想。存在持续的（至少连续几天）心境高涨、精力和活动增高，常有显著的感觉良好，并感觉身体和精神活动富有效率。社交活动增多，说话滔滔不绝，与人过分熟悉，性欲望增强，睡眠需要减少等表现，但其程度不致造成工作能力严重受损或引起社会拒绝。有时，易激惹、自负自傲、行为莽撞的表现替代了较多见的欣快的交往。可有注意集中的困难，从而降低从事工作、得到放松及进行闲暇活动的的能力，但这并不妨碍患者对新的活动和冒险的兴趣，或有轻度的挥霍。

2. 躁狂，不伴精神病性症状 心境的高涨与个体所处环境不协调，表现可从无忧无虑的高兴到几乎不可控制的兴奋。心境高涨同时伴有精力增加和随之而生的活动过多，言语增多，以及睡眠需要减少。自控能力减弱，注意不能持久，并常有显著的随境转移。自我评价过高，随意表露夸大或过分乐观的观念。也可出现知觉障碍，如：觉得色彩特别生动（并

且往往是美的), 专注于物体表面或质地的精微细节, 主观感到听觉敏锐。患者可能着手过分和不切实际的计划, 挥金如土, 或变得攻击性强、好色, 或不恰当地开玩笑。某些躁狂发作中, 不出现心境高涨, 而代之以易激惹和多疑。

3. 躁狂, 伴精神病性症状 这是更为严重的一种躁狂的临床表现形式, 过高的自我评价和夸大观念可达到妄想程度, 在夸大妄想的基础上可继发被害妄想。在严重病例中, 有关身份或角色的夸大或宗教妄想可占优势。思想奔逸和言语增加、语流速度加快可能使患者无法被人理解。严重而持久的躯体活动与兴奋可致攻击或暴力行为的出现。对饮食及个人卫生的忽视可造成脱水和自我忽视的危险状态。

二、抑郁发作

(一) 抑郁发作的临床表现

典型症状为情感低落、思维迟缓、活动减少, 即抑郁“三低症”。但抑郁发作目前的趋势是症状变得不典型, “轻症化”多见, 常伴躯体症状, 病程趋于“迁延化”。

1. 情感低落 情感低落是抑郁症突出的症状, 其程度可从心境不佳到悲观绝望。患者对生活、前途丧失信心, 对周围一切都不感兴趣。消极悲观, 愁眉苦脸, 忧心忡忡, 唉声叹气, 无精打采, 自卑自责, 觉得自己无用、无能, 已成废人。并感到度日如年。严重者可出现罪恶妄想。感到生不如死, 而产生自杀意念或企图, 甚至发生自杀行为。其自杀成功率往往较高, 可以采取一些意想不到的手段或方式来达到自杀目的; 有的患者自杀前又不想遗弃亲人, 想到自己死后他们孤苦伶仃, 处境更悲惨, 自己又无力帮助他们, 于是自杀前先将亲人杀死, 然后自杀, 这称为“扩大性自杀”, 是一种自以为“仁慈”的残酷行为; 有的患者决心自杀, 在自杀前将家族以外的熟人或陌生人杀害, 达到处以极刑的目的, 这称为“间接性自杀”或“曲线自杀”。也有的患者在抑郁的基础上伴有极度焦虑、紧张、惶恐不安, 当遇到生活事件便以超常的行为发泄出来, 甚至出现激情杀人。

2. 思维迟缓 患者自觉脑子变迟钝了, 思考问题困难。表现为主动言语减少, 语流速度缓慢, 语音低微。若与之交谈, 往往数问才获一答。重者只见嘴唇微动或不语。

3. 活动减少 患者在情绪低落的基础上表现意志消沉, 行动缓慢, 生活被动。常独处, 不愿见人, 严重时不语、不动、不食, 可达木僵程度。

4. 其他伴随症状 ① 躯体症状, 如睡眠障碍, 以早醒多见, 食欲减退, 便秘、性功能的减退、闭经、体重减轻, 功能性疼痛等。②精神病性症状, 主要为妄想与幻觉, 如罪恶妄想、疑病妄想、被害妄想、关系妄想、嘲弄性或谴责性幻听等。③焦虑, 焦虑常与抑郁伴发, 在中老年患者甚至成为抑郁发作的主要症状。焦虑情绪常伴有一些躯体性焦虑症状(胸闷、心慌、出汗、尿频等)。

(二) 抑郁发作的常见类型

国际疾病分类(ICD-10)精神与行为障碍分类中“抑郁发作”诊断标准所需的症状有: A: ①抑郁心境; ②丧失兴趣和愉快感; ③精力下降和活动减少; B: ①注意力下降; ②自尊和自信心降低; ③罪恶观念和无价值观念; ④悲观想法; ⑤自杀观念; ⑥睡眠障碍; ⑦食欲下降; 根据以上症状的严重程度和功能受损程度, 将抑郁发作分为以下常见类型。

1. 轻度抑郁发作 至少具备抑郁发作症状 A 和 B 中各两项, 所有症状都不应达到重度。整个发作持续至少 2 周。轻度抑郁发作的患者通常为症状困扰, 继续进行日常的工作和社交活动有一定困难, 但病人的社会功能大概不会不起作用。

2. 中度抑郁发作 至少具备抑郁发作症状 A 中的两项和 B 中的三项，其中某几条症状较为显著，但如果存在的症状特别广泛，这一点也不是必需的。整个发作至少持续 2 周。通常，中度抑郁患者继续进行工作，社交或家务活动有相当困难。

3. 重度抑郁发作，不伴精神病性症状 具备抑郁发作症状 A 中的所有三项和至少 B 中的四项，无幻觉、妄想，或紧张综合征等精神病性症状。重度的抑郁发作患者常表现出明显的痛苦或激越。如迟滞为突出特征时，上述表现可不明显。自尊丧失、无用感、自罪感可以很突出。在极严重的病例，自杀是显而易见的危险。重度抑郁发作中几乎总是存在躯体症状。重度抑郁的患者，几乎不可能继续进行社交、工作或家务活动。

4. 重度抑郁发作，伴精神病性症状 具备抑郁发作症状 A 中的所有三项和至少 B 中的四项，有幻觉、妄想，或紧张综合征等精神病性症状，妄想一般涉及自罪、贫穷或灾难迫在眉睫的观念，病人自认对灾难降临负有责任。听幻觉常为诋毁或指责性的声音，嗅幻觉多为污物腐肉的气味。严重的精神运动性迟滞可发展为木僵。重度抑郁的患者，除了在极有限的范围内，几乎不可能继续进行社交、工作或家务活动。

三、双相情感障碍

（一）双相情感障碍的临床表现

本病的特点是反复（至少两次）出现心境和活动水平明显紊乱的发作，紊乱有时表现为心境高涨、精力和活动增加（躁狂或轻躁狂），有时表现为心境低落、精力降低和活动减少（抑郁）。发作间期通常以完全缓解为特征。

躁狂发作通常起病突然，持续时间二周至五个月不等；抑郁持续时间趋于长一些，但一般不超过 1 年。两类发作通常可继之于应激性生活事件或其他精神创伤。首次发病可见于从童年到老年的任何年龄。发作频率、复发与缓解的形式均有很大变异，但随着时间推移，缓解期有渐短的趋势。中年之后，抑郁变得更为常见，持续时间也 longer。双相情感障碍患者有相当大的自杀风险，其自杀的风险因素包括曾有自杀企图，合并物质滥用，混和型发作，当前抑郁发作，及有快速循环型双相情感障碍病史。

（二）双相情感障碍的常见类型

1. 双相情感障碍，目前为轻躁狂 目前发作符合轻躁狂标准；并且过去必须至少有一次其它情感发作（轻躁狂、躁狂、抑郁或混合性）。

2. 双相情感障碍，目前为不伴精神病性症状的躁狂发作 目前发作符合不伴精神病性症状的躁狂发作的标准；并且过去必须至少有一次其它情感发作（轻躁狂、躁狂、抑郁或混合性）。

3. 双相情感障碍，目前为伴有精神病性症状的躁狂发作 目前发作符合伴精神病性症状的躁狂发作的标准；并且过去必须至少有一次其它情感发作（轻躁狂、躁狂、抑郁或混合性）。

4. 双相情感障碍，目前为轻度或中度抑郁 目前发作符合轻度抑郁发作或中度抑郁发作的标准；并且过去必须至少有一次轻躁狂、躁狂或混合性的情感发作。

5. 双相情感障碍，目前为不伴精神病性症状的重度抑郁发作 目前发作符合不伴精神病性症状的重度抑郁发作的标准；并且过去必须至少有一次躁狂、轻躁狂或混合性的情感发作。

6. 双相情感障碍，目前为伴精神病性症状的重度抑郁发作 目前发作符合伴精神病

性症状的重度抑郁发作的标准；并且过去必须至少有一次躁狂、轻躁狂或混合性的情感发作。

7. 双相情感障碍，目前为混合状态 患者过去至少有过一次躁狂、轻躁狂或混合性情感发作，目前或表现为混合性状态，或表现为躁狂、轻躁狂及抑郁症状的快速转换。如果在目前的疾病发作中，两套症状在大部分时间里都很突出且发作持续至少两周，则应做出混合性双相情感障碍的诊断。

四、持续性心境障碍

本类障碍表现为持续性并常有起伏的心境障碍，每次发作极少严重到足以描述为轻躁狂或轻抑郁发作的程度。一般持续数年，有时持续于成人期的大部分时间，并造成患者相当程度的主观痛苦与功能障碍。。然而有时候，在持续性病程中可能会加上单一发作或复发性的躁狂或抑郁发作。

1. 环性心境 持久的情绪不稳定，包含多次轻度抑郁及轻度情感高涨。但其严重度与时间都不符合双相障碍诊断标准或复发性抑郁的诊断标准。

2. 恶劣心境 是一种慢性心境低落，其病程至少数年以上。其严重度、或单次抑郁时间，不符合轻度或中度或重度复发性抑郁症的诊断标准。常见的症状包括：①自我评价低或自信不足，或自感缺陷；②感悲观，绝望或无助；③普遍丧失兴趣或快感；④社会性退缩；⑤慢性疲倦或乏力；⑥忧思过去；⑦主观上感到易激惹或特别愤怒；⑧动力、效率或创造力下降；⑨思维困难，表现为注意力减退，记忆下降，或犹豫不决等。但通常能应付日常生活的基本事务。

五、诊断与鉴别诊断

（一） 诊断

根据病史、症状表现（躁狂“三高症”、抑郁“三低症”）、病程特点及体格检查和实验室检查，典型病例诊断一般不难。但应注意排除器质性精神障碍、精神活性物质和非成瘾物质所致的躁狂或抑郁。

目前常用的诊断分类系统有国际疾病分类（ICD-10）精神与行为障碍分类，中国精神疾病分类方案与诊断标准第三版（CCMD-3），美国精神障碍诊断和统计手册第四版（DSM-IV），在临床诊断方面请参照 ICD-10 或 CCMD-3 的诊断标准，在上述的临床表现及常见类型部分已按 ICD-10 的诊断要点进行了叙述，下面介绍 CCMD-3 心境障碍的临床诊断标准。

1. 躁狂发作 [F30]

躁狂发作以心境高涨为主，与其处境不相称，可以从高兴愉快到欣喜若狂，某些病例仅以易激惹为主。病情轻者社会功能无损害或仅有轻度损害，严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。

【症状标准】以情绪高涨或易激惹为主，并至少有下列 3 项（若仅为易激惹，至少需 4 项）：

- (1) 注意力不集中或随境转移；
- (2) 语量增多；
- (3) 思维奔逸（语速增快、言语迫促等）、联想加快或意念飘忽的体验；
- (4) 自我评价过高或夸大；
- (5) 精力充沛、不感疲乏、活动增多、难以安静，或不断改变计划和活动；
- (6) 鲁莽行为（如挥霍、不负责任，或不计后果的行为等）；

(7)睡眠需要减少;

(8)性欲亢进。

【严重标准】严重损害社会功能，或给别人造成危险或不良后果。

【病程标准】

(1)符合症状标准和严重标准至少已持续 1 周;

(2)可存在某些分裂性症状，但不符合分裂症的诊断标准。若同时符合分裂症的症状标准，在分裂症状缓解后，满足躁狂发作标准至少 1 周。

【排除标准】排除器质性精神障碍，或精神活性物质和非成瘾物质所致躁狂。

【说明】本躁狂发作标准仅适用于单次发作的诊断。

2. 抑郁发作 [F32]

抑郁发作以心境低落为主，与其处境不相称，可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，甚至发生木僵。严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。某些病例的焦虑与运动性激越很显著。

【症状标准】以心境低落为主，并至少有下列 4 项:

(1)兴趣丧失、无愉快感;

(2)精力减退或疲乏感;

(3)精神运动性迟滞或激越;

(4)自我评价过低、自责，或有内疚感;

(5)联想困难或自觉思考能力下降;

(6)反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为;

(7)睡眠障碍，如失眠、早醒，或睡眠过多;

(8)食欲降低或体重明显减轻;

(9)性欲减退。

【严重标准】社会功能受损，给本人造成痛苦或不良后果。

【病程标准】

(1)符合症状标准和严重标准至少已持续 2 周。

(2)可存在某些分裂性症状，但不符合分裂症的诊断。若同时符合分裂症的症状标准，在分裂症状缓解后，满足抑郁发作标准至少 2 周。

【排除标准】排除器质性精神障碍，或精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁。

【说明】本抑郁发作标准仅适用于单次发作的诊断。

3. 双相障碍 [F31]

目前发作符合某一型躁狂或抑郁标准，以前有相反的临床相或混合性发作，如在躁狂发作后又有抑郁发作或混合性发作。

4. 恶劣心境 [F34.1]

【症状标准】持续存在心境低落，但不符合任何一型抑郁的症状标准，同时无躁狂症状。

【严重标准】社会功能受损较轻，自知力完整或较完整。

【病程标准】符合症状标准和严重标准至少已 2 年，在这 2 年中，很少有持续 2 个月的心境正常间歇期。

【排除标准】

(1)心境变化并非躯体病（如甲状腺机能亢进症），或精神活性物质导致的直接后果，

也非分裂症及其他精神病性障碍的附加症状；

(2)排除各型抑郁（包括慢性抑郁或环性情感障碍），一旦符合相应的其他类型情感障碍标准，则应作出相应的其他类型诊断；

(3)排除抑郁性人格障碍。

（二）鉴别诊断

1. 抑郁发作的鉴别诊断

几乎所有其它的精神障碍都可表现出抑郁。但是，如果抑郁发作是双相情感障碍或分裂情感障碍的一部分，则不可诊断为抑郁障碍。

(1) 反应性抑郁障碍：在明显的精神创伤的直接影响下发病，临床症状的内容、病程经过与精神创伤有较密切的关系，一般无生物学的改变，情绪表现焦虑、易激惹和恐怖等，离开创伤的环境，症状会减轻或消失。

(2) 脑器质性疾病：有时老年性痴呆的早期与抑郁障碍难以区别，无论是血管性痴呆和 Alzheimer 病均有抑郁的表现，但随着时间的推移，慢性脑病综合征的表现越来越明显，如人格改变、记忆力减退、智能减退、影像学的检查可见脑皮质的萎缩等易于与抑郁障碍鉴别。

(3) 精神分裂症：伴有抑郁障碍症状有三种情况：①抑郁障碍症状作为精神分裂症症状一部分，部分精神分裂症起病前三个月，有抑郁障碍症状，但是由于精神分裂症的特征性症状明显，还是易与抑郁障碍相鉴别；②继发抑郁障碍症状，精神分裂症患者自知力恢复后，知道自己患有此种疾病而悲观，消极，失望等，这是在心理因素作用下所致的抑郁，这种情况可通过患者教育、心理治疗等缓解。③精神分裂症在维持治疗阶段出现的抑郁可能与维持治疗的药物有关，如氟哌啶醇、氯丙嗪均可引起抑郁，还有苯二氮卓类药物长期服用也可引起抑郁。应该注意，精神分裂症患者的情感不是抑郁，而是平淡或淡漠，妄想内容也比较荒谬。精神分裂症紧张型应与抑郁木僵状态相鉴别，前者精神活动与环境不协调，常伴有违拗，紧张性兴奋的表现。

2. 躁狂发作的鉴别诊断

由于单独的躁狂发作较为少见，多数情况下是双相情感障碍中的躁狂或轻躁狂发作，故在鉴别诊断时往往要综合考虑双相情感障碍的情况。

(1) 躯体疾病：许多躯体疾病或药物会导致或引起类似躁狂发作的临床表现，使其病程和严重程度恶化。但了解躯体疾病的病史、体征及实验室检查的阳性发现，鉴别诊断并不困难。

(2) 精神病性障碍：在对双相情感障碍的鉴别诊断中应考虑到与躁狂发作有关的精神病性障碍。首先，与精神分裂症或分裂情感性障碍有关的精神病性表现难以与急性躁狂相鉴别，特别是精神分裂症青春型。青春型患者有不协调的精神运动性兴奋，喜怒无常，言语零乱，思维破裂，有丰富的幻觉和片断妄想，行为离奇、怪诞，愚蠢，不易理解，在数次发作后病程常迁延；而躁狂患者呈协调性精神运动性兴奋，情感高涨，思维奔逸，常有音联、意联，罕见幻觉和妄想，行为活动增多，常可理解。缓解间隙精神活动完全正常，可资鉴别。其次，重性抑郁发作伴有明显的激越情绪，可能难以与混合性双相发作鉴别；第三，患有某种人格障碍的患者（如：边缘型或癔症型人格障碍）可表现与躁狂患者相似的冲动行为，情绪不稳定和偏执观念。第四，某些药物如各种皮质激素，异烟肼，阿托平等中毒可引起类似

躁狂状态，但是停药或减药则躁狂症状停止或减轻。

(3) 脑器质性精神障碍：如晚期梅毒、麻痹性痴呆、癫痫等可出现类似躁狂症状，症状有夸大兴奋色彩等，但脑脊液及血的特殊检查以及神经系统检查有相应阳性发现，可资鉴别。

第三节 心境障碍的相关法律问题

心境障碍也是精神疾病司法鉴定中常见的疾病。患者可从各个方面涉及法律问题，如在躁狂状态下由于兴奋性增高、易激惹及性欲亢进等，可出现伤人毁物、扰乱社会治安、调戏猥亵妇女行为等，但出现凶杀、强奸、抢劫等恶性案件较少见；在抑郁状态时除可发生自杀外，还可导致凶杀等恶性案件。躁狂症患者往往行为轻率、慷慨大方，常将自己的财物任意馈赠他人或乱签合同，甚至随便与人进行婚姻登记，使自己的权益遭受重大损失而涉及民事行为能力问题。女躁狂症患者常被人奸淫，成为强奸案件中的受害人而涉及性自我防卫能力问题。

一、刑事责任能力评定

对情感性精神障碍责任能力的评定，不能持“有病无罪论”的错误观点，应当坚持医学要件和法学要件相结合的评定原则。在重症躁狂状态或抑郁状态下作案时，往往丧失了辨认或控制自己行为的能力，应当评定为无责任能力；轻躁狂或轻性抑郁状态下作案，往往控制能力明显削弱，应当评定为限定责任能力；不管是躁狂发作、抑郁发作或躁狂抑郁症（双相情感障碍），在疾病完全缓解期作案，都应当评定为有完全责任能力。在责任能力评定时，一定要具体案件具体分析，不能一概而论。

心境障碍在疾病过程中出现的危害行为依据不同的发作，即躁狂发作或抑郁发作，而有所不同。

1. 躁狂发作与危害行为 在精神疾病司法鉴定实践中，躁狂发作较抑郁发作少见。

(1) 危害行为类型及特点：躁狂发作的危害行为类型主要有调戏、猥亵行为、扰乱社会治安行为和轻伤害行为。而因躁狂发作出现严重的杀人、强奸、抢劫等行为较少见。一般认为这可能是因为躁狂发作时，患者自我感觉良好，对环境中的刺激以产生正性认识为主。当其症状明显时易被周围人所注意，而不易引起严重的危害行为。

(2) 危害行为与精神病理症状：有些躁狂发作患者表现为激惹性明显增高，易于激惹，而导致与周围人发生冲突或滋生事端，或发生扰乱社会治安的行为。有些患者举止轻浮，追逐异性，性欲亢进，行为放荡，而出现流氓猥亵行为或嫖娼行为。

2. 抑郁发作与危害行为 在精神疾病司法鉴定的实践中，抑郁发作时出现的危害行为明显较躁狂发作时多见，且危害行为的危害性也较大。

(1) 危害行为类型及特点：抑郁发作时的危害行为以凶杀行为为多见。包括“扩大性自杀”、“间接自杀”和“激越性杀人”等。还可出现偷窃行为，纵火、抢劫、强奸行为。抑郁发作患者在危害行为后，大多数投案自首，或停留在作案现场，或自杀。潜逃者极为罕见。

(2) 危害行为与精神病理症状：杀人行为是抑郁发作时最严重、最常见的危害行为。其杀人行为可与不同的精神病理症状有关，扩大性自杀是抑郁发作时杀人的经典范例，即患者在严重的情绪低落状态下，感到困难重重，陷入绝境，而产生强烈的自杀企图。并决意自

杀摆脱痛苦，但想到自己的亲人也处在重重困难之中，为避免亲人的痛苦和不幸的遭遇，常将自己的配偶或儿女杀死后自杀。也称为怜悯性杀亲，或家族性自杀等。

间接自杀常是在抑郁发作时，情绪极度低落产生自杀观念，而且以往数次自杀不成功，欲通过杀人的行为使其被判死刑达到自杀的目的，也称为“曲线自杀”。

有些抑郁发作患者在严重的情绪低落下，对外界的刺激产生严重的负性认知而出现关系妄想、被害妄想或偏执观念等。并在这些精神病性症状的影响下可出现杀人行为；另一类较常见的抑郁发作时杀人，是患者一方面情绪极度低落，一方面又极度的焦虑不安，情绪易激惹，呈激越状态，周围环境中一点小的刺激，出现突然的冲动杀人行为；有些抑郁发作患者在发作时出现偷窃、抢劫、纵火，甚至强奸行为，这些危害行为属一种自践行为。都是在情绪严重低落的情况下，或是在自责、自罪等负性认知的影响下，以通过这种危害行为达到惩罚自己的目的。

心境障碍患者实施危害行为的刑事责任能力评定的法律依据仍是刑法第 18 条，即根据其实施危害行为时疾病对其辨认和控制能力的影响，评定其作案时的责任能力。

3. 伴精神病性症状的心境障碍 在抑郁发作或躁狂发作的同时伴有精神病性症状时，患者严重的情绪障碍与认知障碍相互影响，较易与周围环境产生冲突。对其实施危害行为时的辨认和控制能力影响常较明显，所以此类患者在精神病性症状直接影响下的危害行为的辨认和控制能力明显受损，评定为无责任能力。

4. 心境障碍缓解期 心境障碍系一组发作性精神疾病，间歇期精神状态基本正常，多数患者可从事原来工作，生活、社会适应一般较好。因此，在间歇期即缓解期内实施危害行为时一般辨认和控制能力不受影响，应该评定为有责任能力。

二、民事行为能力评定

心境障碍行为能力的评定，也应当把医学要件和法学要件相结合进行。重症躁狂或抑郁发作患者，其辨认能力受损，加之控制能力严重受损，行为轻率放纵，在民事活动中往往不能作出真实意思的表示，应当评定为无民事行为能力；轻躁狂或轻性抑郁患者，在民事活动中往往也不能完整作出真实的意思表示，或不能完全保护自己的合法权益，对其行为能力应当加以限制，可评定为限制民事行为能力；处于间歇期的患者，精神症状完全消失，自知力完全恢复，应当评定为有行为能力。

1. 一般民事行为能力 是指心境障碍患者尚未涉及某一具体民事行为时，经其利害关系人申请，经法院受理委托，对其行为能力进行评定，经法院认定宣告。这是对心境障碍患者行为能力的一种广义的评定。由于心境障碍是一种发作性精神疾病，有正常的间歇期，因此无特殊的需求和必要性，一般不易对心境障碍患者进行一般民事行为能力评定。

在精神疾病鉴定实践中，对心境障碍患者进行一般民事行为能力评定，适用于持续性心境障碍患者。因为这种心境障碍病程持续较长，多数缺乏明显的缓解期或缓解期比较短暂。鉴定中可以根据疾病严重程度可能对其意志行为和意思表示能力的影响进行推定式的民事行为能力评定。

一般来说：①重性心境障碍，包括躁狂发作、抑郁发作、伴精神病性症状的心境障碍、谵妄性躁狂评定为无民事行为能力或限制民事行为能力；②轻性躁狂、轻性抑郁、环性心境障碍和恶劣心境评定为限制民事行为能力；③心境障碍缓解期常评定为完全民事行为能力。

2. 特定民事行为能力 在心境障碍患者民事行为能力评定中大部分属于此类，它包括：

①心境障碍患者已经完成某一民事行为时的行为能力，如生前或现在已立的遗嘱、已完成的财产公证、已签订的合同或已提交的辞职报告等；②已明确即将进行某一民事行为时的行为能力，如离婚诉讼、财产分割或处置等。

特定民事行为能力评定特点是针对某一明确的民事行为能力时的民事行为能力评定，因此评定原则为结合心境障碍患者的病情，重点考察对这一具体民事行为是否具有真实的意思表达，即对该事物的判断、理解和处理能力。

三、性自我防卫能力评定

在精神疾病司法鉴定实践中，涉及女性躁狂症患者受到性侵害案件较为多见。对其性自我防卫能力评定应具体案件具体分析。发病期的重症躁狂患者，一般丧失了对性行为的实质性辨认或主动抵御性侵害的能力，应当评定为无性自我防卫能力；轻躁狂女患者常因性欲亢进而主动与人发生性关系，一般说来，这类患者对性行为的社会意义、性质、后果等的认识能力尚存，但控制能力削弱，应当评定为有部分性自我防卫能力。如果加害人明知女方是躁狂症或抑郁症患者，而“乘人之危”加以奸淫，无论患者态度如何，都应当按强奸论处。

女性心境障碍患者受到性侵害时性自我防卫能力的评定，要结合患者心境障碍的严重程度和对该性行为的实质性辨认能力综合评定。一般说：①重性心境障碍评定为无性自我防卫能力；②轻性心境障碍、环性心境障碍和恶劣心境患者，要结合性行为事件的过程及患者对该性行为的实质性辨认能力确定其性自我防卫能力，可评定为无性自我防卫能力、性自我防卫能力削弱和有性自我防卫能力；③心境障碍缓解期，对性行为有辨认能力时评定为有性自我防卫能力。

[案例]

案例 1 被鉴定人杨某，男，28 岁。农民，汉族，初中文化。涉嫌故意伤害人，鉴定目的：有无精神疾病及涉案时有无责任能力。

杨某出生于 1970 年 12 月 26 日，幼年生长发育正常，适龄上学，成绩中等，初中毕业后回家做小生意。性格内向，人际关系一般。杨父反映：杨某于 1998 年 1 月开始出现昼夜不眠，到处乱跑，乱买东西，说话非常多，并常说大话，有时骂人，打妻子。当时送某精神病院诊治，诊断为：情感性精神障碍，躁狂发作。住院治疗 2 月，症状消失出院。2000 年 12 月初又犯病，表现不睡觉，乱跑，乱说，骂人，打其妻。12 月 9 日在门市部买了部手机，将卖手机的人引到家里来取钱，并说大话，说他要贷几十万元买车，还写了一些小纸条乱送人。2000 年 12 月 9 日下午 3 时许，某县城建检察大队队员刘某某在城西门口上班时，被在西门口与其妻摆摊的杨某从身后摔倒，刘某某的脚套在旁边的木凳里。杨某夺木凳打刘时，将刘的脚扭伤，致刘‘左内、外踝骨折。’家属及周围人认为杨某患精神病，故委托司法精神病学鉴定。被鉴定人杨某家族中无精神病史。

精神检查：意识清楚，衣着一般，情感高涨，接触良好，见到工作人员过分有礼貌，进入鉴定室就伸手要与鉴定人握手和递烟。主动言语明显增多，言语内容夸大，联想迅速。说他舅父在社会科学院做俄语翻译，国家领导人要接见他。自感精力充沛，脑子灵活，爱交朋友，情绪激动，不顺心时爱发脾气，打架前还买了一部手机。问其与谁打架？称‘与黑狗打架，黑狗姓刘，名叫某某，他欺负我，收了我的秤。’问其把人打伤咋办？回答：‘随便，他要赔偿我 100 万，还有误工费，精神损失费 50 万。’认为他以前无精神病，被刘某某打以后患精神病。无自知力。智力测验：VIQ 94,PIQ 95,FIQ 94。：脑电图检查：无明显异

常。

分析：被鉴定人杨某的家族中无精神病史。性格内向。1998 年开始患精神病，主要表现为昼夜不眠，到处乱跑，乱买东西，话多，内容夸大，情绪易激惹，常无故打人骂人。曾在精神病院住院治疗，诊断为：情感性精神障碍，躁狂发作。被鉴定人 2000 年 12 月初精神病复发，表现不睡觉，乱跑，乱说，骂人，打其妻，2000 年 12 月 9 日下午 3 时许与刘某某打架，突然无故殴打刘某某。2001 年 2 月 8 日鉴定时意识清楚，情感高涨，言语增多，联想迅速，言语内容夸大。自感精力充沛，脑子灵活，爱交朋友，爱买东西，情绪易激动，不顺心时爱发脾气，无自知力。智力测验：IQ 94。脑电图检查无明显的异常。根据病史、病程、精神检查所见，可诊断被鉴定人患有心境障碍，目前躁狂发作。

被鉴定人在实施伤害行为时处于躁狂发作的发病期。虽被鉴定人患有躁狂症，其在实施伤害行为时辨认能力未丧失，但控制能力减弱，应有限定责任能力。

鉴定结论：心境障碍，躁狂发作，有限定责任能力。

案例 2 周某，女，25 岁，教师，涉嫌故意杀人（杀婴），鉴定目的：有无精神病及涉案时有无责任能力。

被鉴定人幼年生长发育良好，适龄上学，23 岁毕业于某中等专科学校，毕业后分配到某邮电学校任教师，平时工作认真负责，个性内向、少语、好静，人际关系好。工作后第二年与同校老师结婚，双方感情很好。2001 年 4 月（25 岁）生一男孩，足月顺产，母子都很健康，当时全家都很高兴。被鉴定人以往身体健康，16 岁时因情绪低落，动作迟钝，什么事也不想干，持续一个多月缓解。缓解期恢复良好，仍继续读书。18 岁那年又出现情绪低落、迟钝、不想干活，独自跑到江边哭，欲跳江自尽，幸及时发现而由老师同学劝回学校，大约一个多月后又自行好转。这两次发病都没有什么原因，从未有过无端情绪高涨，言语增多等躁狂发作症状。家族中母亲和外婆都有精神不正常，外婆也一样，发病时不讲话，不干活，整天睡在床上，情绪低沉。每次发作 1~2 个月，每年发 2~3 次，不发病时表现正常。

被鉴定人产后不久就感到全身乏力，睡眠不好，胃口差，但能正常喂养小孩，2001 年 7 月份开始睡眠障碍加重，早醒，无端感到心情不好，早上特别明显，表现呆滞，动作迟钝，常整天卧床不起，流露消极厌世的念头。曾经同好友讲过：“我外婆、妈都有精神病，我不想活了，孩子会遗传的，还是死了好。”有一次想用剪刀刺自己，幸被人发现而中止。8 月份，有一次想抱孩子跳楼，可是她感到跳楼下去孩子脑袋会开花，太可怕，而作罢。又曾有两次想触电自杀，一次正好丈夫进门，一次孩子啼哭，均未成功。10 月份病情好转二个星期，能起床干活，喂养孩子，丈夫也高兴。10 月下旬情绪又不好，总想到死，事发前一星期，丈夫发现她早上心情特别抑郁，总想到做人没有意思，又感到带孩子很累，但是又十分喜欢孩子，11 月 13 日早上终于发生了不幸事件。2001 年 11 月 13 日上午 9:30 分，被鉴定人周某的丈夫上课结束后回家，一进家门，就使他大吃一惊，突然发现自己刚满六个月的儿子已经死亡，血肉之躯的妻子躺在床上，左手腕有一条长长的刀割创口，血流如注，反复呼叫也不应，毫无声息，见到此状丈夫当即报告学校保卫科，保卫科随即上报公安机关。

精神检查：被鉴定人由校医搀扶着缓步进入检查室，意识清楚，定向力良好，接触被动，显得十分乏力。检查尚合作，虽言语被动，多问少答，但对答切题，未引出幻觉、妄想等精神病性症状，问她手腕怎么弄伤的？她开始不回答，只是摇头，多次问后，才说：“我不想活了，已好几个月不想活了，…我想投江死…生孩子后一点力气也没有，…丈夫对我很好，

我死了他就不累了，…今年2月份孩子发烧，一时不退，我很焦急，就产生了不想做人的想法，…”问：好好的孩子怎么死了？答：“我把他捂在被窝里，我怕他冷，…孩子生病，我受不了，心情一直不好，我觉得每天早上起来就特别难过。”问：孩子是否是你有意弄死的？答：“我不知道。”（被鉴定人不承认故意伤害孩子）。问你是先把孩子捂死，还是先割手腕？答：“我先把小孩捂好，怕他冷。”问：是否有人指使你这样做，如耳边听到声音叫你把孩子捂死？答：“没有，我自己想这样做的，开学时（8月底）我想用电接线板触电而死，当时我还抱着孩子。”“我想与孩子一起死。”检查中被鉴定人情绪低落，双眉紧锁，有强烈求死欲望，时有哭泣，诉她母亲、外婆有精神病，且常常发病，她也有点像，她的病不会好，让她死了算了，…小孩子要（遗）传下去的。但问她孩子死了心里是否难受？则不知可否，表现无所谓的样子，认为孩子常生病打针，本来就在吃苦头。有部分自知力。

体格检查及实验室检查：未见明显异常。心理测验：MMPI示8、6、7、2为相对高点，F分升高，提示被试抑郁、多疑、缺乏自信、自我评价低，不能与人保持密切的接触。WAIS—RC：IQ 98分。

分析：被鉴定人出生于一个抑郁症的高发家系，既往有两次抑郁症发作史，此次产后出现抑郁症状，并逐渐加重，有明显的抑郁症状群，未发现幻觉、妄想等精神病性症状。根据ICD-10诊断标准，本例符合重度抑郁发作，不伴精神病性症状之诊断。法定能力评定：被鉴定人平安地生下一个男孩，全家都很高兴，她对孩子也十分喜爱，家中并无发生任何不良事件，其亲手杀死自己喜爱的儿子而后又自杀未遂，对此缺乏任何现实动机。根据病史及精神检查所见，被鉴定人在产后不久就出现了一系列抑郁症状，三个月后症状明显加重，形成典型的重度抑郁发作，并发生过多次自杀，但均未引起家人（特别是丈夫）的重视。随着病情进一步加重，其自我感觉甚差，情绪低落，悲观失望，以致在强烈的抑郁心境支配下产生了强烈的自杀观念，此时被鉴定人认知歪曲，丧失控制能力，认为唯有用自杀及杀婴才能解脱困境，她杀婴的行为是为了拯救亲人（孩子与丈夫），故而发生了不幸的悲剧，所以其涉案行为是属于病理性的，为扩大性自杀，评定为无责任能力。

鉴定结论：重度抑郁发作，不伴精神病性症状，杀婴行为属于扩大性自杀，评定为无责任能力。

复习思考题

- 1. 轻抑郁发作、重度抑郁发作不伴精神病性症状、重度抑郁发作伴精神病性症状的刑事责任能力、民事行为能力的特点是什么？
- 2. 什么是扩大性自杀？什么是间接自杀？各有什么特点？
- 3. 不同类型女性心境障碍患者受到性侵害时性自我防卫能力的评定？
- 4. 简述躁狂发作的临床特点及常见类型？
- 5. 简述抑郁发作的临床特点及常见类型？

（高成阁）

第六章 妄想性障碍

第一节 概 述

妄想性障碍(delusional disorders)是指一组以妄想为主要临床症状的精神障碍(本章不包含精神分裂症)。其妄想内容往往与现实生活相联系,言谈举止、情感反应与妄想内容相一致,可以有短暂的幻觉,但不突出。本类障碍在各种诊断分类系统中都不是作为一个疾病单元,而是汇集了大部分与脑器质性疾病、躯体疾病、精神活性物质和精神分裂症无关的妄想比较突出的一组疾病的名称,包括偏执性精神障碍、急性短暂精神病性障碍和感应性精神病等。

偏执性精神障碍(paranoid mental disorders)是一组以系统、牢固的妄想为主要临床症状的精神障碍。其妄想内容与现实生活联系密切,似乎事出有因,言谈举止和情感反应与妄想相一致,可以有幻觉,但持续短暂且不突出,不涉及妄想时的其他心理活动无明显异常。病程演变一般比较缓慢,一般不出现人格衰退及智能缺损,发病期间可以保留一定的工作和社会适应能力。

本病 30 岁以后起病者居多,病因尚不明了,没有明显的遗传和器质性异常的依据。大多数患者存在个性缺陷,这类人待人傲慢,妒忌心强,对任何人都不信任,对任何人也不同意。他们将生活中的不顺利、事业上的挫折推诿于别人。表现为主观、固执、敏感、多疑、易激动、不接受别人意见、自我中心、对他人吹毛求疵、对自己百般原谅、自我评价过高、自命不凡、不切实际、爱幻想、爱争论、强词夺理、诡辩等。当患者遭遇某种心理社会因素或内在心理冲突时不能妥善应对,将事实予以曲解,朝向对自己有利的方向则顽固坚持,朝向对自己不利的方向则耿耿于怀、顽固抗争,逐渐形成偏执观念,最终固化为妄想。同时在妄想的影响下又容易反过来与现实事件和环境发生冲突,进一步强化其妄想。因此,一般认为本病病前有明显的精神刺激因素,是在个性缺陷的基础上遭受精神因素的影响发展而来的。典型病例缺乏其它精神病理改变,但可间断地出现抑郁症状,常起病于中年,有时也可在成年早期(尤其是确信身体畸形的病例)。

急性短暂精神病性障碍(acute and transient psychotic disorders)是指突然发生而持续时间比较短暂的一组妄想症状占突出地位的精神病性障碍。环境改变、社会隔绝等促使个人感到不安全的事件在疾病发生上发挥一定的作用。环境改变如迁居、移民可促发偏执状态,患者可因出国(包括难民、移民、出国旅游)、生活环境改变(如外出谋生、服役、长途乘车)、社会隔绝(如监禁)和家庭成员对其态度的改变等招致不安全感而促发。感觉器官缺陷,特别是听视功能损害,容易伴发偏执症状。如重听者易产生跟踪妄想,其偏执反应是基于精神隔绝。外科手术和住院也可能因生死攸关,担心家人不幸触发不安全感而诱发偏执反应。分娩和哺乳可促发妇女呈现偏执状态。在集体场合中不受欢迎,人格或自尊受到严重冲击也易于促发偏执状态。司法精神病学鉴定中常见的急性短暂精神病性障碍有妄想阵发(delusional paroxysm)和旅途性精神病(traveling psychosis)。

妄想阵发指一组突然发病,内容呈现多样化的一过性妄想,同时也有情感和行为方面的

障碍。这类疾病表现为一种生动的妄想体验，病人的意识可出现一定程度的障碍。它有别于慢性系统妄想症，是一种急性发作性精神障碍，常突然急性起病(多在一周之内)。多见于神经类型不平衡或脆弱素质者，也有人称其为“急性偏执狂”(acute paranoia)，或“发作性朦胧状态”(paroxysmal twilight state)等。一般无明显发病诱因，即使有心理因素也微不足道。旅途性精神病是指在旅行途中(铁路、公路、水路，或空中旅行等)急性起病的精神障碍，病程短暂，停止旅行与充分休息后，数小时至1周内可自行缓解。急性短暂精神病性障碍多见于青壮年，极少发生于儿童，罕见于50岁以上者。

感应性精神病(induced psychosis)是一种以系统妄想为突出症状的精神障碍，这是一种罕见的由情感关系极为密切的两人或多人所共有的妄想性障碍，其中仅有一人患真正的精神病性障碍，另一人的妄想因感应而产生，并且当他们彼此分开后被感应者的妄想往往很快就消失。多发生于共同生活在同一环境或家庭中的亲属或挚友中，如母女、姐妹、夫妻、师生等。感应者所患精神疾病以精神分裂症最为常见，也可为其它类型的精神障碍。被感应者所患疾病即感应性精神病，其妄想内容与感应者的精神疾病相关联，精神症状极为相似，一例患者为原发者，另一例为被感应者，因此也有人称之为“二联性精神病”(涉及两个人)，若被感应者为二人则称“三联性精神病”(涉及三个人)，本病现已不多见。

第二节 妄想性障碍的相关医学问题

妄想性障碍在分类学上存在不同的见解，早期曾有人认为偏执性精神障碍是精神分裂症的变异形式，但随着临床观察不断深入，逐渐发现其转归与精神分裂症有许多不同。因此，有人支持把其作为一个独立的诊断。在《中国精神障碍分类与诊断标准》第三版(CCMD-3, 2001)中将妄想性障碍与精神分裂症并列为“精神分裂症，其它精神病性障碍”一大类。包含偏执性精神障碍、急性短暂性精神病(分裂样精神病、旅途性精神病、妄想阵发)和感应性精神病等。

《国际疾病分类标准》第十版(ICD-10, 1992)涉及偏执性精神障碍的条目如下：F22.0 持久的妄想性障碍，妄想性障碍(包含：偏执狂、偏执性精神病、偏执状态、晚发性妄想痴呆等)；F22.8 持久的妄想性障碍，其它持久的妄想性障碍(包含：妄想性畸形恐怖、更年期偏执状态、好争辩的偏执狂)；F23.3 急性而短暂的精神病性障碍，其它以妄想为主的急性精神病性障碍(包含：偏执性反应、心因性偏执性精神病)；F24 感应性妄想性障碍(包含：双人精神病、感应性偏执或精神病性障碍、共生性精神病)。

可见，本病的分类及归属目前仍难取得一致认识。由于司法精神病学立足于司法系统的法学描述，不能出乎司法实践之外，各国之间因国情不同会有所不同，对条文的理解和解释可能有较大差异，为临床使用方便，本章采用国际疾病分类方案中的分类，参考国内一些学者的观点重点介绍偏执性精神障碍、妄想阵发和旅途性精神病、感应性精神病。

一、妄想性障碍的临床表现

(一) 偏执性精神障碍

偏执性精神障碍以妄想为突出症状，是对现实生活中某些与自己关联密切的客观事物加以歪曲理解而逐渐形成的，在与周围环境发生多次冲突中随病程的发展妄想逐渐系统化、固定化，除了与妄想或妄想系统直接相关的行为和态度外，情感、言语和行为均正常。当涉及

妄想内容时，常伴强烈的情绪反应，在不涉及妄想内容时，其他心理过程一般没有明显障碍。偏执性精神障碍多缓慢起病，病程较长，病情可随环境的变化而有所起伏，一般人格保持较完整，不会导致精神衰退。偏执状态者预后较偏执狂好，如果病前人格缺陷不十分突出，起病有明显处境因素，经适当治疗和环境调整，部分可以得到缓解。

1. 妄想 偏执性精神障碍的妄想患者在主观、片面、曲解的基础上逐渐形成一种或一整套相互关联的妄想，由于存在某些现实事件，因此妄想内容常具有一定的现实性，内容并不荒谬。妄想的内容及出现时间常与病人的生活处境有关，不了解内情的周围人有时会听凭患者一面之词信以为真，甚至同情其“遭遇”或“冤屈”，若感到患者的某些作法过分出格，也仅仅认为患者是看问题偏激、固执，难以发现其妄想。偏执性精神障碍妄想的内容变异很大，常为被害、疑病或夸大性的，但也可与诉讼或嫉妒有关，也可表现为坚信其身体畸形，或确信他人认为自己有异味或是同性恋者（参照 ICD-10 标准）。妄想内容为病人的个人观念，而非亚文化观念。比较常见的妄想有被害妄想、嫉妒妄想、钟情妄想、夸大妄想等。

被害妄想大多与诉讼相关。患者病前多为精力旺盛和野心勃勃的人，其关键体验多为自尊受到沉重伤害。患者指控自己受到不公正的待遇和遭遇打击，他们总是认为自己是绝对正确的，而其对手是完全错误的。对待他们妄想的对象视如仇敌而不共戴天。为了把对方彻底打垮或申诉自己遭到的不白之冤，废寝忘食、连篇累牍、无休止地大量书写控告信寄给上级有关部门，或不辞劳苦、日夜奔波进行上访，开始多上访到县、市一级，继而到省，最后上告到中央。他们的意志是很坚定的，不达目的绝不罢休，即使倾家荡产亦在所不惜。

嫉妒妄想也不少见，男性居多，两性比率大约为 3.4:1。他(她)们武断地对配偶怀疑，指责对方背叛自己，对自己不忠实。往往伴有强烈的情绪反应和不适行为，如逼迫配偶招供，有时对方出于无奈被迫承认，反而使情况更加恶化。除此之外，患者表现“正常”。嫉妒妄想患者不仅为婚姻和家庭带来巨大的苦恼，而且具有危险性，应特别注意。

钟情妄想多为中年单身妇女，坚信一位有较高的社会地位的人爱上自己。认为本人是被特意选中的并引以为傲，碍于种种原因无法向他表白，即使屡屡遭到对方的拒绝，仍坚信这些举动都是对方对自己的考验，她坚信如果没有自己，这个人的生活将是不快活的不完整的。

夸大妄想不如被害妄想多见。患者常自命不凡、精力充沛，感到自己才华出众，坚信自己做出一项重大的发明或正在进行一项伟大的改革事业，从而可以改变人类命运。逐步发展到自认为是个了不起的“发明家”、“科学家”、“改革家”，别人之所以不支持他、压制他、陷害他，完全是出于妒忌自己的才能。具有这种妄想的患者常批评社会，有时会付诸行动。

偏执性精神障碍患者的妄想具有以下特点：

(1)渐进性：大多数患者在个性缺陷基础上，对客观环境中发生的某些事物加以歪曲理解，有些是对客观事物缺乏全面了解或单纯强调事物的某一个方面加以主观臆断，把别人的言语、行动和态度与自己的主观想象相结合，把一些无关的细小事情赋予特殊意义，或将某些缺乏客观联系的事物联系起来，以证明自己的主观臆断，从而围绕某一问题逐渐出现牵连观念，以后在此基础上逐步发展为关系妄想、被害妄想、夸大妄想、钟情妄想或嫉妒妄想等。患者既然认为受到迫害，便到处伸冤诉苦，不达目的誓不罢休。当他们稍有成效时，即认为斗争取得胜利，妄想观念将得到进一步加强。

(2)系统性：患者的妄想内容在现实事件的基础上逐渐形成，与现实保持有一定的联系，

具有现实性，内容并不荒诞，因此患者描述其妄想时内容仍十分逼真，患者对其妄想内容坚信至极，为证明自己妄想是真实的，常详尽描述每一个细节，使人感到所描述的事情前后连贯，事出有因，整个故事结构较完整，有时似乎很有层次和逻辑性。若不仔细调查了解，甚至难辨真伪。这种系统化明显不同于精神分裂症患者妄想内容的荒谬、离奇、泛化，精神分裂症患者的妄想与现实的脱节很容易被周围人看出异常。

(3)固定性：妄想集中反映某些体验而不涉及与这些体验无关的事，患者一旦形成了较为系统的妄想，往往持久存在，有时持续终生。还可能随着与妄想内容有关的事物的发展而使妄想进一步加深，或围绕该妄想内容产生涉及其他与之相关联的人或事件的妄想，使其原本的妄想更为系统、固定、难以消除。

2. 幻觉 大多数偏执性精神障碍患者没有幻觉，只有少数患者在疾病的某个时候出现短暂的、片段的幻觉，如某些病人可出现幻嗅和幻味，偶尔出现短暂的听幻觉（尤其在老年病人），但幻觉不突出，往往与妄想的主题内容有关，对其他心理过程无明显的影响。典型的精神分裂症性幻听是清晰和持久的听幻觉，同时伴有精神分裂症的其他症状，如被控制妄想和明显的情感平淡，二者有显著的不同。

3.意志行为 病理性意志增强，为达到目的不顾自己和家人的饥寒保暖，不惜餐风露宿，不畏艰险，不避困难，不计经济效益，为了心中的“公平”和“权益”，抛家舍业，甚至倾家荡产，以身试法也在所不惜。

（二）妄想阵发

妄想阵发的妄想多急骤出现并快速充分发展，妄想内容多样，如被害，夸大、被控制、嫉妒、宗教或神秘妄想等都可以出现。妄想结构一般较为松散，且不持续而变换不定。妄想有时也混合存在，同时出现两、三种妄想，但其中有一种为中心内容。在妄想的背景上，可发生各种幻觉，内容较生动，有时可使病人沉溺于一种身临其境的感受中。旅途性精神病在旅行途中（铁路、公路、水路，或空中旅行等）急性起病的妄想阵发，主要表现为意识障碍，片断的妄想、幻觉，或行为紊乱。

（三）感应性精神病

感应性精神病以系统性妄想为主，原发者和被感应者为同一妄想内容，至少两者有部分相同。妄想内容具有可能性，妄想内容不荒谬，并可能具有现实基础，因而较易理解，如病人过去可能曾有过近似经历。妄想结构也大致合乎逻辑。偶而也可见无依据的妄想，但不怪诞离奇。感应者原有的妄想以及被感应者的妄想通常均为慢性，妄想性信念的这种传递仅限于不寻常的处境，原发者的症状才能毫无阻力地感应到处于从属地位的被感应者。所涉及的人物几乎无一例外地具有非常密切的关系，并且在语言、文化或地理上与他人隔离。被感应者通常依赖于或附属于真正的精神病患者。妄想原发者的精神症状占主导地位，逐渐影响到被感应者。

妄想内容以被害多见，如被跟踪，被监视等，也可见关系妄想、物理影响妄想或鬼神附体妄想。妄想较固定，且常支配病人的行动，并在情绪上有所流露。在妄想的背景上，可出现片断幻听，但不多见。少数病人可有短时间的精神运动性兴奋、癔症样痉挛发作或怪异行为。

感应性精神病的病程在原发者为慢性过程，原发者对被感应者影响的威力逐渐呈现在被感应者的信念和行为改变中，在原发者的引导下被感应者的疾病表现渐进发展，原发者的疾

病表现逐步被感应者全面或大部分接受、认同，并复制到自己的精神世界。被感应者病程相对较短。一旦原发者症状缓解，被感应者随即便可逐渐痊愈。若将被感应者与原发者进行隔离，不再接触，症状也能随之减轻或消失。病情痊愈后，不遗留人格改变或精神缺陷。

二、诊断与鉴别诊断

（一）偏执性精神障碍

1. 诊断要点 妄想是最突出的或唯一的临床特征，妄想必须存在至少三个月，必须明确地为病人的个人观念，而非亚文化观念。可间断性地出现抑郁症状甚至完全的抑郁发作，但没有心境障碍时妄想仍持续存在。不应存在脑疾病的证据；没有或偶然才有听幻觉；无精神分裂症性症状（被控制妄想、思维被广播等）的病史。包含：偏执狂、偏执性精神病、偏执状态等。

2. 鉴别诊断 需排除偏执型人格障碍、心因性偏执性精神病、偏执反应和偏执型精神分裂症。

（二）妄想阵发

1. 诊断要点

（1）起病必须为急性（在 2 周或更短的时间内从非精神病状态转变成明显的精神病状态）；

（2）必须具备多种类型的幻觉或妄想，其类型和程度每天或在同一天内不断变化；

（3）情绪状态也应有类似的变化；

（4）虽然症状多变，但没有任何一种症状持续到足以符合精神分裂症或躁狂或抑郁发作的标准。

旅途性精神病是在旅行途中（铁路、公路、水路，或空中旅行等）急性起病的妄想性精神障碍。病前有明显精神应激、过度疲劳、过分拥挤、慢性缺氧、睡眠缺乏、营养水分缺乏等综合因素作用。常可出现意识障碍，片断的妄想、幻觉，或行为紊乱。

2. 鉴别诊断 需排除癔症和旅途中发生的其他精神障碍如分裂症、心境障碍等。

（三）感应性精神病

1. 诊断要点

（1）两人或多人拥有共同的妄想或妄想系统，并且他们在信念上彼此支持。

（2）他们具有不寻常的密切关系。

（3）在时间或内容方面有证据表明，这两人或一组人中的波动者是通过与主动者的接触而感应妄想的。感应性幻觉虽然不常见，却不排除本诊断。包含：双人精神病、感应性偏执或精神病性障碍、共生性精神病，不含同时发生的精神病。

2. 鉴别诊断 对于感应性精神病如有理由相信生活在一起的两人患有不同的精神病性障碍，那么尽管他们可有部分相同的妄想，也不应在此处建立诊断。

第三节 妄想性障碍的相关法律问题

一、偏执性精神障碍

偏执性精神障碍患者案前常有预谋过程，能选择合适的时机、适当的场合，有针对性地实施作案行为，作案后患者会坚持自己行为的正义性，对作案行为一般能主动供述，不抵赖、

不掩饰，很少破坏现场。审理过程中一般不逃避罪责，对法律责任无所畏惧。书写控告信很少采取匿名方式，多直接署名，甚至有意让更多的人知道。由于患者精神症状的表现局限，能保持较好的社会能力，并且患者家属也不一定能反映出患者的病态表现。因此，办案部门、受害方和周围群众对鉴定结论常不易理解、接受，同一个案件反复多次进行鉴定的比较常见。鉴定人员需耐心向办案及有关人员解释本病的特点，以便让人能够理解和接受鉴定结论。

（一）刑事责任能力

偏执性精神障碍患病率较低，在精神疾病群体中只是很小的一部分，在刑事案件的鉴定中并不多见，但在其突出的妄想症状的影响下，常因与周围环境发生冲突导致各种危害行为，如因被害妄想或嫉妒妄想而伤害、纵火或凶杀，为控告或打击妄想指向的对象而进行诈骗或盗窃，因而涉及某些法律关系，如刑事责任能力、受审能力和服刑能力等，其中以实施危害行为时的刑事责任能力最为多见。

1. 危害行为 偏执性精神障碍在妄想的直接影响下可以出现各种不同程度的危害行为。其中以杀人行为较为多见，妨碍公务也较多见，也可在妄想的影响下出现寻衅滋事、纵火、诈骗、盗窃、诽谤和扰乱社会治安等危害行为。

杀人行为以嫉妒妄想最易导致，其次是受被害妄想影响而为。如一偏执性精神病患者，一年前某一天听自己的媒人（男性）吹嘘自己和不少女性有不正当性关系，尽管没说有其妻，但此后偶然发现两人上、下班在一起，便逐渐发展为怀疑并确认妻子也与该媒人有不正当两性关系，经常逼问、打骂，其妻为避免挨打委曲求全承认后，患者对其打骂进一步升级，无奈离家出走，外出打工。患者认为是那个媒人造成自己的屈辱，与其屈辱活不如报仇死，既然他让我灵魂受折磨，我就要让他肉体受折磨，绝不能一刀砍死他，要让他痛苦后再死。在嫉妒妄想的直接影响下将该媒人砍伤。被抓后感到后悔不迭，不是后悔触犯刑律，而是后悔未能砍死对方，表示要继续报仇，付出生命，这样才死得其所。该患者案发前后工作一直保持正常，并取得较好成绩。

妨碍公务常是受被害妄想影响，认为遭到单位领导、同事或邻里的长期“迫害”，也可因嫉妒妄想而反复到有关部门上诉，甚至不辞辛苦，丢家弃业，无穷尽地上诉。如一偏执性精神障碍患者，坚信丈夫与其姐相好（事实并非如此），并起诉离婚，法院一审判决后不服，提起上诉，二审后对判决书仍不满，认为不合理、不公平，要求在判决书上明确丈夫与其姐有不正当关系，连续多日在法院门口静坐。法院、政法委、信访局和妇联主要领导出面解决，对任何方案均拒绝接受，带着孩子和横幅到上一级法院静坐上访，为此法院派专人处理，经过医学鉴定，最后由家人将患者送入医院。

偏执性精神障碍患者的危害行为，常有如下特点：①作案常有预谋。患者思路清晰，人格保持相对完整，因此对妄想中所谓的“加害人”进行报复，常事先做准备，有计划、有预谋，选择适合作案的时间、地点。②目标明确。由于妄想系统固定，因此其攻击的对象指向明确，伤害的目标就是妄想内容所涉及的所谓的“加害人”。③手段残忍。由于对妄想深信不疑，从心底与“加害人”不共戴天，对“加害人”恨之入骨，因此一旦实施攻击，常伴随强烈的激情，手段非常残忍。④作案后有保护性行为。有些患者为了持续报复“加害人”避免暴露自己，作案后可伪装现场、销毁证据以掩盖罪责。

2. 责任能力 偏执性精神障碍患者危害行为的刑事责任能力评定是根据患者实施危害行为时，疾病对患者辨认能力和控制能力的影响进行评定的。作案行为如果是在妄想的直接

影响下所为，偏执性精神障碍患者对现实事件的认识能力即受到影响，辨认能力丧失，属于无责任能力。如果被鉴定人案发期间处于疾病状态，但作案行为与妄想没有关系，为现实动机作案。这种情况在法律能力的评定上可能会有分歧，考虑到本病不同于精神分裂症患者，精神分裂症患者精神活动受累及的方面较多，而偏执性精神障碍的特点是精神活动局限性异常，患者人格相对完整，其他心理活动无明显异常。宜评定为有责任能力。

（二）民事行为能力

偏执性精神障碍患者涉及民事法律能力问题的鉴定近些年来有所增加，以往的鉴定主要涉及离婚诉讼。行政诉讼实施后，公民主张权利的意识逐步加强，涉及行政诉讼和自诉案件的案例也逐年增加，财产处置时的民事行为能力以及其他一般民事行为能力也有涉及。

1. 一般民事行为能力 偏执性精神障碍患者尚未涉及某一具体民事行为时，其利害关系人可以提出申请，法院受理后委托司法精神病学鉴定机构，对患者的一般民事行为能力进行评定，经由法院认定宣告。一般情况下，由于患者存在妄想，尽管患者在不涉及妄想内容时，其他一般心理过程无明显障碍，能够保持对事物的分析能力，能够正确地表达自己的意思，但很难完全排除妄想对患者真实意思表示的影响，因此一般评定为限制民事行为能力，而不评定为无民事行为能力。

2. 特定民事行为能力 偏执性精神障碍患者的民事行为能力评定中大多数是对患者某一具体民事行为时的特定民事行为能力进行评定。以参与诉讼时的行为能力为主，包括离婚诉讼、行政诉讼以及自诉案件时的诉讼能力。主要针对某一明确目的的民事行为，对患者的意思表达能力进行行为能力评定，判明其对该民事行为的意思表示是否受到了其妄想的影响。若受到了妄想的影响，一般评定为对该民事行为无民事行为能力；若未受到妄想的影响，患者能够真实地表达自己的意思，则评定为对该民事行为有民事行为能力。若涉及作证能力，而案件又与其妄想内容有关，可评定为无作证能力。

（三）其他相关法律问题

在精神疾病司法鉴定实践中，偏执性精神障碍主要涉及责任能力、服刑能力和行为能力鉴定，很少涉及女性患者的性自我防卫能力鉴定，精神损伤的鉴定也较少。这可能是由于偏执性精神障碍患者的妄想内容不荒谬，不脱离现实，与现实事件有较多的联系，人格保持相对完整，不容易被周围人觉察。此外，妄想在一些现实生活事件基础上发展而成，往往是一个渐进的过程，发展过程较长，并且患者常伴有人格缺陷的基础，因而人们常把患者的一些病态归于其人格缺陷，所以较少提起人身损害赔偿诉讼。

（四）理清疾病与现实的法律关系

偏执性精神障碍患者一般在特定人格基础上由精神因素诱发，其精神因素的内容常反映在妄想内容中，这是存在于现实生活中的事实，这种“事出有因”，在鉴定中作出诊断时常会引起困惑。一种困惑是过分重视“事出有因”，而忽视妄想的存在，把患者诊断为正常人；另一种困惑是把属于事实之事误认为是妄想，把正常人或偏执型人格障碍诊断为偏执性精神障碍。这两种情况在司法精神病学鉴定实践中都常见，需要引起高度的重视。

偏执性精神障碍患者的妄想一般都与现实保持紧密联系，表面上看有根有据，叙述起来条理分明，调查一下发现其中某些事情过去也确有其事，如与领导关系不好、某些要求没得到满足、夫妻俩性格不合，或者其配偶一方确有过生活作风不检点的事被患者发现过等，但患者敏感的神经促使他在这些事实基础上作了进一步推理，并不断加以充实、发展、完善，

最后形成了系统的妄想，所以过去有过某事，不等于现在一定不是妄想。患者把某对象列入妄想对象后，会进一步推理妄想对象要对他进行加害的原因，在不断的回忆中，又发现了过去患者或其家属和妄想的对象或家属有过某种纠纷。这种已经过了多年的事与妄想可能联系起来，从而坚信对方正是为此对他迫害不止，欲置他于死地而后快，似乎找到了充分的理由，这实际上是当前妄想的逆行性伸展，称为回溯性妄想，而且还会不厌其详地进一步收集“情报”，将其所见所闻全部纳入妄想轨道中去。患者充分展示依据，强调过去纠纷的来历，被害方则会认为是患者故意进行报复，造成患者坚信，被害方不谅解，常会引起案件处理上的困难，形成久拖不决的案件。另一方面，有的人个性突出，思想狭隘，好钻牛角尖，容易对遇到的挫折形成成见或偏见，如果不经过充分、全面调查，也可能把成见或偏见误为妄想。

因此，对看起来“事出有因”的事件应该进行调查和分析，调查其来龙去脉，了解被鉴定人一贯的人格特征，分析患者当前的想法与“事出有因”的联系程度。如事实发生在多久以前？当时纠纷达到何种程度？被鉴定人在纠纷当时的地位和作用如何？事件之后与对方处于何种感情和关系状态？本次案件发生前有无新的动因促使矛盾激化？其现在的推理和判断是否合理？是超越正常程度和范围，还是只停留在当时事实的程度？随着问题的澄清，疾病与现实之间的法律关系便会变得越来越明晰。

二、妄想阵发

典型的妄想阵发是以各种妄想为主导症状的发作性精神障碍，起病急骤，妄想常常以惊人的速度突然性爆发，大多在 1 周内出现。妄想内容与心理和环境毫无内在联系，而且当他们的妄想一旦出现，就一下子完整地建立起来，并立即被病人毫不犹豫地完全接受，并出现强烈的、丰富的妄想体验。妄想体验多半以被害妄想为主题性妄想，常使病人陷入神秘恐怖的深渊之中，导致强烈的情感反应，情绪易激惹、焦虑不安、极度恐慌，甚至有面临杀身之祸不能逃脱之感。常可为此突然出现后果严重的伤人或自伤行为。多数病人意识呈轻度迷惑状态。从外观观察此类病人的意识似乎是清晰的，然而事实上在发病过程中，存在着轻度的意识缺损，对病情回忆模糊。本病缓解突然且彻底，当病情缓解后，对他们所出现的作案行为均不能详细回忆，但也找不到任何器质性的依据。

（一）妄想阵发危害行为的特点

1. 动机模糊 作案动机模糊不清，因果关系不明。被鉴定人与被害人毫无宿怨和利害冲突，作案前无预谋过程，作案对象不加选择。
2. 暴力 多为暴力攻击，手段残忍，伤害后果严重。
3. 行动突然 受幻觉、妄想等病理性体验直接影响出现短暂的、突发的冲动行为。
4. 缺乏自我保护 作案行为公开，案前不选择作案条件，往往在光天化日、众目睽睽之下公开作案，作案行为显得过分明目张胆。

（二）责任能力评定

病人作案行为是在病理思维直接驱使下，突然出现病理性冲动行为，因此丧失了对行为的辨认和控制能力，故评定为无刑事责任能力。但由于疾病缓解迅速且不遗留症状，在进行司法精神病学鉴定时，精神症状往往完全消失。很容易使司法人员或鉴定人员误认为诈病或蓄意报复。需要进行深入调查了解，仔细分析和推敲。

三、感应性精神病

感应性精神病在司法实践中并不多见。患者病前一定和一例具有精神症状的原发患者长

期生活，且两者关系亲密，极易产生思想和情感上的共鸣。因此，作案常常处于被动、从属地位，受病理症状的影响被鉴定人对现实事件的辨认和控制能力均丧失，责任能力的评定多不困难。

案 例

案例 1.康×，男，丧偶，初中，原任某乡镇医院副院长。被鉴定人在 10 年前的一次医院开会研究职工生活问题时，因与院长意见分歧致会议不欢而散。从此，康×不辞而别，离岗回家。适逢该院部分职工脱岗外出“闹革命”，导致医院值班人员紧张，医院为此下令所有在外职工限期返院，否则扣发工资。大多数离岗职工见令后陆续返院上班，而康×却拒绝回院，被扣发了一个月工资(后又退还给本人)。被鉴定人从此与院长结下怨恨，终日撇家舍业，四处奔波告状。10 年间书写上告信千余封，主要是揭发院长贪污行贿 1000 余元，以权谋私，借平反冤假错案、落实政策之际，将自己全家五口人进行了户口农转非，并安排了工作，其妻成了正式职工。其次是反映院长对其进行迫害，打击报复，扣发工资长达 10 年之久，断其生活出路(实际上，医院每月发工资都派人亲自送到家里，卫生局长也曾出面送工资，每次都以问题没有解决为由而拒绝接受)，直接或间接的造成妻死、儿亡、岳母致残并沿街乞讨等。先后多次上访到县卫生局、县委县政府、市卫生局、市委市政府、省卫生厅、省委省政府、卫生部，直至中共中央信访处。在上访期间随身携带录音机，将有关谈话或答复录制磁带多盘。被鉴定人上访期间，县卫生局、县政府办公室、县信访处等多次送工资、做工作，调查复议其上访问题，提出处理意见，但均被拒绝。后来由县长亲自出面试图予以解决，但无论什么方案均不服从，多次向县长索要“结案决定书”，并开始控告县长滥用职权，徇情枉法等。声称自己的问题非县长不能解决，别人没有资格接待处理，如不处理那个院长，就是包庇坏人。后来被鉴定人开始在县政府办公室前露天静坐，白天坐在自备小凳上看书，夜晚则露宿在自备的行军床上，身盖棉被，遇雨雪天就在棉被上加盖塑料布。领导多次劝其搬到楼内避风防寒，每次都以“不影响你们办公”为由而婉言谢绝。无论寒风刺骨，还是大雪纷飞，丝毫动摇不了其上告的坚强信念，被鉴定人既不吵又不闹，决心等到问题按自己的“目标”予以解决，任何人劝说一概无济于事。

被鉴定人初中毕业后 15 岁参军，在部队历任卫生员、护士、司药、医助等职。26 岁转业，曾因“诬告”被劳教二年后在某县某中学任校医，后调入某卫生所，又在某乡镇医院任院长，后调至现在的乡镇医院任副院长。其妻生前为县中心医院出纳会计，因罹患肺癌病故。其子因患有再生障碍性贫血死亡。被鉴定人个性敏感，孤僻，多疑，固执，过分机警，自负高傲，独断专行，无特殊嗜好。既往无重大病史。家族中其父于晚年时曾多次上书诉讼，病故。

精神检查：意识清晰，貌龄相符，衣着适宜，应答切题，接触良好，检查合作，未发现感知障碍，思维条理，言语有序，坚信院长等人扣发自己工资，自己受迫害，同时造成妻死、儿亡、岳母致残(岳母的一只眼睛被邻居玩童用弹弓打鸟误伤眼球而失明)。如问：“你爱人死于肺癌，与迫害有何关系？”答：“因为肺癌病因不明，与心理因素有关，由于我停职，扣发工资，断我生活出路，她的心理遭受严重刺激后，才诱发了肺癌。”问：“你儿不是死于再障吗？”答：“再障的病因也至今不明，上述的心理情景，与再障的发生有密切关系。”问：“那你岳母眼瞎与迫害有什么关系呢？”答：“请你们仔细分析一下，如果我爱人、孩子没有病，赶集买菜等家务活根本用不着我岳母，正是因为我妻子她们母子有病，家务活才落到我

岳母身上了。她一出门，正巧被击中眼球，治疗无效而失明。如果她不出门的话，不是就不会造成眼瞎了吗？”坚决要求依法严惩镇医院院长。其情感反应协调，病理意志增强，自知力缺如。

分析：根据病史及精神状态检查，综合分析，被鉴定人具有以下特点：①具有偏执性：表现敏感多疑，自负高傲，固执己见，独断专行，自视过高；②情感反应和行为与妄想有明显关系，与内心体验相协调；③思维有条理，合乎逻辑，无联想障碍；④无幻觉；⑤以被害妄想为主要临床相，较系统，妄想是在对事实片面评价的基础上发展起来的；⑥智能良好；⑦人格保持完整，无人格缺陷；⑧无精神衰退；⑨起病年龄约在 43 岁以后。

被鉴定人脑器质性、躯体疾病的基础，亦无精神分裂症之特征性症状，故可以排除脑器质性、症状性精神病和精神分裂症等。被鉴定人的行为受妄想支配，故其辨认和控制能力完全丧失。因此评定为无责任能力。

鉴定结论：偏执性精神病，无责任能力。

案例 2 华某，男，37 岁，已婚，教师。华某大学毕业后到现单位从事宣传工作，工作认真负责，但其个性表现较主观固执，很少与人交往。8 年前因工作安排不满意，认为领导故意刁难、迫害自己，并逐渐发展成为被害妄想。开始书写材料四处告状，控告领导对其进行迫害，结果被以“诽谤罪”收押，后经鉴定被鉴定人患有精神疾病被释放。后调入某职业学院任教师，当时认为该领导故意把自己调走也是对自己的迫害，但工作转换后很快适应工作，能认真备课，按时上下课，从来没有无故缺过课，与同事没有矛盾，并自购机动车用于上下班。案发前 2 个月通过私刻公章和个人手章、模仿领导签字，伪造土地审批手续，伪造他人户籍证明，冒充“人民日报人民网××记者站”记者，并谎称拟建办公楼，骗取国土资源局将其他单位的土地使用权划拨给“人民日报人民网××记者站”。

鉴定检查：表现意识清楚，主被动接触好。主动诉说自己患有精神病，目前仍认为有社会上的人和单位上的人害自己，领导找一些黑社会的人害自己，原因是自己看不惯领导的做法，给领导提意见得罪了领导。问及有关“诽谤罪”的事时，则称“时间长记不清了”。交流时表情自然，情感反应尚协调，言语条理、流畅，思路清晰，对领导耿耿于怀，明确表示要伺机报复。

分析：①华某具有一定的个性缺陷，主观固执。②在现实矛盾基础上逐渐发展为被害妄想，并四处告状，因经调查与事实不符，曾以“诽谤罪”收押，后经鉴定被鉴定人患有精神疾病被释放。其妄想内容并不荒谬，情绪和行为与妄想相关。③多年来人格保持相对完整，妨碍公务行为完全是受妄想影响所为。④本次作案是为了骗取土地使用权，与其被害妄想的内容无任何关联。

鉴定结论：偏执性精神障碍，本次作案有完全刑事责任能力。

复习思考题

- 1. 偏执性精神障碍有什么样的人格特点？
- 2. 如何看待偏执性精神障碍的“事出有因”？
- 3. 妄想性障碍包括哪些精神障碍？

（曹中昌）

第七章 应激相关障碍

第一节 概 述

应激相关障碍(stress-related disorders)是指一组主要由心理、社会、环境等因素引起的异常心理反应而导致的精神障碍,也称为反应性精神障碍。本组精神障碍的发生、发展、临床表现及疾病转归的有关因素有:应激性生活事件或不愉快的处境;个体的社会文化背景;个体受教育程度、智力水平、人格特征以及生活态度和信念等。

应激相关障碍可发生在各年龄阶段,较多见于青壮年,男女发病率无明显的差异。病程与精神创伤的性质及严重程度相关。在外界应激源消除后,症状持续时间一般不超过 6 个月。本病预后良好,多数以痊愈告终。

癔症、神经症、心理因素所致生理障碍及部分精神分裂症、心境障碍发病前也可以有一定的应激因素存在,但不属于应激相关障碍的范畴,故不在本章节叙述。

一、病因与发病机制

强烈或持久的心理应激因素是导致本组疾病发生的直接原因。这些因素可以是战争、地震、洪水、火灾、交通事故等威胁生命的生活事件,也可以是持久而沉重的情感创伤或困难处境,如婚姻危机、邻里矛盾、工作受挫、生活环境改变等。当精神刺激超出一定的强度,超过个体的耐受阈值,并对个体的社会功能和人际交往产生影响时,就有可能出现应激相关障碍。精神因素是否致病,除精神刺激本身的特征和强度外,还与个人当时的健康状态及造成内心冲突的严重程度有关。前者如长期失眠、过度疲劳、感染、颅脑外伤、躯体健康状况不良等使神经系统活动功能削弱时,可成为应激相关障碍发病的有利条件。后者与个人的社会文化背景、教育程度、智力水平、人格特征以及生活态度和信念等有关。

强烈的精神刺激对于绝大多数人都可以引起应激反应,但是反应的强度与反应的持续时间有明显的个体差异。每个机体都具有适应能力与代偿机制,大多数的人受到精神刺激后很快能够恢复健康,只有少数反应过度的人才出现精神障碍。

常见的社会心理应激源

1. 社会环境因素 自然灾害及人为灾害,如战争、洪水、地震、交通事故、经济萧条、传染病传播等,都可能引起应激相关障碍。

2. 恋爱婚姻及家庭问题 主要包括失恋、夫妻长期分居两地、配偶有外遇、夫妻关系紧张导致分居或离婚、配偶患病、配偶死亡,家庭两代成员之间的矛盾、家庭经济收入低下、家庭内有需要长期照顾的患者、家庭成员间宗教信仰或社会政治观点的分歧等都可成为应激源。

3. 职业问题 随着社会的发展,职业的稳定性越来越差,转换职业越来越频繁,转换职业与失业本身就可以构成应激源。此外,在职业生涯中,与上下级或同事的人际关系紧张,晋升、晋级不如意,对工作不满意但无法改变,工作中受到批评处分等,也可以成为应激源。

4. 个人特殊境遇 个体先天缺陷或后天的逆境,如某些遗传性疾病、精神疾病、难治性疾病,幼年时被虐待、遗弃,事业失败、经济破产等,都可能成为重要的应激源。

二、个体对应激的认知与评价

决定个体对应激源做出反应的因素除了刺激的强度、性质和个体当时的躯体状况外，另一个重要的因素就是个体对应激的认知和评价。

在日常生活中，具有某些个性性格特征的人容易对外界应激产生反应，并且反应的强度也大于其他人，这就是个性心理素质的作用。研究发现，A 型性格特征者以个性强、过分自负、固执、好争辩、具有攻击性等为个性特点，他们受到外界的应激时往往会产生较强的反应，特别是涉及到与自尊、自我实现、自己的切身利益等有关的应激，更容易导致其产生强烈的反应；而具有焦虑和癔症个性特征的人，往往会对外界的应激产生激烈的情绪变化反应。

此外，个人社会阅历、人生价值观、可利用的社会支持等也影响个体对应激的认知与评价。当然，个体智力水平、受教育程度及个体的应对技能等也影响个体对应激源产生的应激反应。

第二节 应激相关障碍的相关医学问题

常见的应激相关障碍包括急性应激障碍、创伤后应激障碍和适应障碍

一、急性应激障碍

急性应激障碍（acute stress disorders）也称急性应激反应或急性心因性反应。是在遭受急剧、严重的精神刺激之后，在数分钟至数小时内急性起病（通常在 1 小时之内），表现有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，行为有一定的盲目性，或者为精神运动性抑制，甚至木僵状态，在应激源消除后，症状往往历时短暂，可在几天至一周内恢复，预后良好。

突如其来且异乎寻常的威胁性生活事件和灾难是急性应激障碍发病的直接因素，应激源对个体来讲是难以承受的创伤性体验或对生命安全具有严重的威胁性。可事实上并非大多数遭受异乎寻常应激的人都会出现急性应激障碍，而只是其中少数人发病。这就说明个体易感性和对应激能力方面人与人之间有一定差异。因此，在分析具体病例时，要把应激源的性质、严重程度、当时处境和个性特点等进行综合性分析考虑。此外，发病与整个机体健康状况也有关系，若同时存在躯体疾病或器质性脑病，急性应激反应发生的几率可能随之提高。

（一）临床表现

急性应激障碍发病急，一般在遭受应激性事件后数分钟至数小时内出现症状，临床表现有较大的变异。病程短暂，恢复后对病情可有部分或大部分遗忘。急性应激障碍典型表现为意识障碍，可累及精神活动的各个方面。多数患者初发症状表现为茫然，意识清晰度下降，意识范围缩小，注意力不集中，定向困难，不能领会外在刺激。病情进一步发展，有的患者可呈现木僵状态，表现目光呆滞，表情茫然，少语少动，反应迟钝，不言不语，双目视而无睹，对外界一切刺激毫无反应，呆若木鸡。木僵或亚木僵状态一般持续短暂，多持续数分钟、数小时，偶尔数日或更长。有的表现以精神运动性兴奋为主，如兴奋、激越、情绪激动，情感爆发，叫喊、无目的奔跑、冲动伤人，毁物行为，言语增多，有的可出现短暂的幻觉、妄想，甚至出现冲动性违法行为。历时短暂，一般在一周内缓解。也可由木僵状态转化而来。有意识障碍时病情恢复后对病中的经历不能回忆或仅有片断回忆。

有些患者在疾病严重阶段可出现思维联想松弛、片段的幻觉、妄想，达到精神病的程度，

称为急性反应性精神病，这是急性应激障碍的一个亚型，是强烈并持续一定时间的精神创伤直接引起的精神病性障碍，以妄想及严重的情感障碍为主，反应的内容与应激源密切相关，较易被人理解。急性或亚急性起病，历时短暂，一般在一个月内恢复。

在司法精神病学鉴定实践中，还可遇到两种特殊类型的急性应激障碍：

- 1.拘禁性精神障碍（prison disorder）
- 2.旅途性精神病（traveling psychosis）

（二）诊断

根据典型的临床特征不难做出诊断：以急剧、严重的精神打击作为直接原因。在受刺激后立刻（1小时之内）发病。表现有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，行为有一定的盲目性；或者为精神运动性抑制，甚至木僵。如果应激源被消除，症状往往历时短暂，预后良好，缓解完全。

ICD-10 精神与行为障碍分类中急性应激障碍的诊断要点描述：

异乎寻常的应激源的影响与症状的出现之间必须有明确的时间上的联系。症状即使没有立刻出现，一般也在几分钟之内。此外，症状还应：

（a）表现为混合性且常常是有变化的临床相，除了初始阶段的“茫然”状态外，还可有抑郁、焦虑、愤怒、绝望、活动过度、退缩，且没有任何一类症状持续占优势；

（b）如果应激性环境消除，症状迅速缓解；如果应激持续存在或具有不可逆转性，症状一般在 24-48 小时开始减轻，并且大约在 3 天后往往变得十分轻微。

附：《中国精神障碍分类与诊断标准》（第三版）（CCMD-3）有关急性应激障碍的描述：

41.1 急性应激障碍[F43.0 急性应激反应]：

【症状标准】以异乎寻常的和严重的精神刺激为原因，并至少有下列 1 项：

- （1）有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，行为有一定盲目性；
- （2）有情感迟钝的精神运动性抑制（如反应性木僵），可有轻度意识模糊。

【严重标准】社会功能严重受损。

【病程标准】在受刺激后若干分钟至若干小时发病，病程短暂，一般持续数小时至 1 周，通常在 1 月内缓解。

【排除标准】排除癔症、器质性精神障碍、非精神活性物质所致精神障碍，及抑郁症。

41.11 急性应激性精神病（急性反应性精神病）[F23.8 其他急性应激性短暂精神病]

指一种急性应激障碍的亚型由强烈并持续一定时间的心理创伤性事件直接引起的精神病性障碍。以妄想、严重情感障碍为主，症状内容与应激源密切相关，较易被人理解。急性或亚急性起病，经适当治疗，预后良好，恢复后精神正常，一般无人格缺陷。

【症状标准】

- （1）病前遭受强烈精神刺激；
- （2）以妄想或严重情感障碍为主，症状内容与精神刺激因素明显相关，而与个体素质因素关系较小。

【严重标准】社会功能和自知力严重受损。

【病程标准】病程短暂，仅个别病例超过 1 个月。消除病因或改变环境（如解除拘禁）后症状迅速缓解。

【排除标准】排除癔症性精神病，以及其他非心因性精神病。

（三）鉴别诊断

器质性精神障碍：中枢神经系统感染、躯体疾病引起的精神障碍等急性期常常出现谵妄，患者表现有意识障碍、定向障碍、恐惧等精神活动的异常，有些患者还可追溯到发病前有某些精神刺激因素，此时应注意与急性应激障碍鉴别。一般来讲，详细的病史和全面的体格检查、实验室检查确定有无器质性疾病是非常重要的，器质性精神障碍常有相应的阳性体征和实验室检查阳性结果，器质性精神障碍的发生、发展与转归与躯体器质性疾病密切相关，常见的精神症状有生动丰富的幻觉，尤其是视幻觉，其意识障碍具有昼轻夜重的波动特点；其次器质性精神障碍患者即使病前有应激事件，程度也不强烈，与症状的关系不密切。

心境障碍：心境障碍起病前可以有某些应激事件，心境障碍的临床症状也可表现为精神运动性兴奋或抑制，需与急性应激障碍相鉴别。心境障碍的精神运动性兴奋或抑制为协调性，且情感症状占优势，病程一般较长，常反复发作。抑郁症没有固定的应激事件，且消极、自杀企图也常见，临床有晨重夜轻的变化规律，应激障碍无上述特征。

癔症：常在精神应激性生活事件后发病，且症状表现在短期内有时难以与急性应激障碍区别。但癔症的表现更为复杂，常带有夸张或表演性，并给人以做作的感觉，病前性格有自我中心，爱表现等特点，暗示性较强，癔症的病情反复多变，常多次反复发作。

二、创伤后应激障碍

创伤后应激障碍（posttraumatic stress disorder, PTSD）又称延迟性心因性反应，是由于遭受异乎寻常的威胁性或灾难性事件后导致延迟出现和长期持续的精神障碍。此类精神障碍的应激源往往具有异常惊恐或灾难的性质，如残酷的战争、严重事故、被强暴、地震、凶杀等，其刺激的强度超过了日常不幸事件，常引起个体极度的恐惧、害怕、无助之感，几乎所有经历这类事件的人都会感到极大的痛苦，以致大多数人身临其境都会出现强烈的情感体验。

精神创伤性事件是导致创伤后应激障碍产生的必备条件，创伤性事件的严重程度、暴露于这种精神创伤情境下的时间、以及人格特征、个人经历、社会支持、躯体状况等是影响病程迁延的因素，此类精神障碍从遭受精神创伤到出现精神症状有一个潜伏期，然后延迟出现，发病多数在遭受精神创伤后数日至半年内发病，大多数患者在1年内恢复，少数患者持续多年不愈，甚至达数十年之久。症状的严重程度可有波动性。

（一）临床表现

创伤后应激障碍（PTSD）表现为在重大创伤性生活事件后出现一系列特征性症状，临床表现有下列几个特点

反复重现创伤性体验（病理性重现；闪回） 表现为患者控制不住地回想遭受创伤的经历，反复出现创伤性内容的噩梦，反复发生错觉、幻觉或幻想形式的创伤性事件重演的生动体验，当遇到类似情景、旧地重游、纪念日时，又产生“触景生情”式的精神痛苦。可伴有明显的心悸、出汗、面色苍白等生理反应。个别患者在经历创伤性事件后出现选择性遗忘，经历的事件被排除于其记忆之外，即使经过提醒，仍予以否认。

持续的回避 患者表现为长期或持续的极力不去回想有关创伤性经历的人和事，拒绝参加能够引起痛苦回忆的活动，回避创伤的地点，有些患者可出现选择性遗忘，回忆不起与创伤有关的事件细节。回避的同时患者可出现情感麻木，对周围环境的刺激反应迟钝，对亲人情感淡漠，出现社会性退缩，不愿与人交往，对以往的兴趣失去兴趣，对未来失去信心和

希望。工作生活都受到影响，少数患者可有人格改变。

持续性的警觉性增高 患者可表现为难以入睡或易惊醒，注意集中困难，激惹性增高，易激动发脾气，过分的警觉，过分的心惊肉跳，坐立不安。在遇到与创伤性事件有些相似的事件或场所时，产生明显的生理反应，如惊恐、恐惧、紧张不安等。

病程持续 1 个月以上，一般在 1 年内恢复正常，少数病例可持续多年不愈，在多年之后仍可触景生情，出现应激性创伤体验。

（二）诊断

典型的症状包括：闪回、回避、警觉性增高，创伤后，发病的潜伏期从几周到数月不等，病程有波动，这是对异乎寻常的威胁性或灾难性事件或情境的延迟的或延长的反应。

ICD-10 精神与行为障碍分类中创伤后应激障碍的诊断要点描述：

本障碍的诊断不宜过宽。必须有证据表明它发生在极其严重的创伤性事件后的 6 个月内。但是，如果临床表现典型，又无其它适宜诊断（如焦虑或强迫障碍，或抑郁）可供选择，即使事件与起病的间隔超过 6 个月，给予“可能”诊断也是可行的。除了有创伤的依据外，还必须有在白天的想象里或睡梦中存在反复的、闯入性的回忆或重演。常有明显的情感疏远、麻木感，以及回避可能唤起创伤回忆的刺激。但这些都非诊断所必需。植物神经紊乱、心境障碍、行为异常均有助于诊断，但亦非要素。

附：《中国精神障碍分类与诊断标准》（第三版）（CCMD-3）有关创伤后应激障碍的描述：

41.2 创伤后应激障碍[F43.1]

由异乎寻常的威胁性或灾难性心理创伤，导致延迟出现和长期持续的精神障碍。主要表现为：

（1）反复发生闯入性的创伤性体验重现（病理性重现）、梦境、或因面临与刺激相似或有关的境遇，而感到痛苦和不由自主地反复回想；

（2）持续的警觉性增高；

（3）持续的回避；

（4）对创伤性经历的选择性遗忘；

（5）对未来失去信心。少数患者可有人格改变或有神经症病史等附加因素，从而降低了对应激源的应对能力或加重疾病过程。精神障碍延迟发生，在遭受创伤后数日甚至数月后才出现，病程可长达数年。

【症状标准】

（1）遭受对每个人来说都是异乎寻常的创伤性事件或处境（如天灾人祸）；

（2）反复重现创伤性体验（病理性重现），并至少有下列 1 项：① 不由自主地回想受打击的经历；② 反复出现有创伤性内容的恶梦；③ 反复发生错觉、幻觉；④ 反复发生触景生情的精神痛苦，如目睹死者遗物、旧地重游，或周年日等情况下会感到异常痛苦和产生明显的生理反应，如心悸、出汗、面色苍白等；

（3）持续的警觉性增高，至少有下列 1 项：① 入睡困难或睡眠不深；② 易激惹；③ 集中注意困难；④ 过分地担惊受怕；

（4）对与刺激相似或有关的情境的回避，至少有下列 2 项：① 极力不想有关创伤性经历的人与事；② 避免参加能引起痛苦回忆的活动，或避免到会引起痛苦回忆的地方；③ 不愿与人交往、对亲人变得冷淡；④ 兴趣爱好范围变窄，但对与创伤经历无关的某些活动仍

有兴趣；⑤ 选择性遗忘；⑥ 对未来失去希望和信心。

【严重标准】 社会功能受损。

【病程标准】 精神障碍延迟发生（即在遭受创伤后数日至数月后，罕见延迟半年以上才发生），符合症状标准至少已 3 个月。

【排除标准】 排除情感性精神障碍、其他应激障碍、神经症、躯体形式障碍等。

（三）鉴别诊断

其它应激相关障碍 在实际工作中，有的患者在遭受重大创伤性事件后，虽有明显的精神症状和强烈的精神痛苦，但不完全符合创伤后应激障碍的诊断标准；也有的患者从症状、病程及严重程度方面都符合创伤后应激障碍的相应诊断标准，但诱发事件并非异乎寻常的创伤性事件。上述两种情况均不应诊断为创伤后应激障碍而应考虑适应障碍。急性应激障碍与创伤后应激障碍的主要区别在于起病时间和病程，急性应激障碍在应激事件发生后迅速起病，病程短，一般不超过 1 周，1 个月内恢复正常，病理性重现少见。症状持续超过 1 月时，应将诊断改为创伤后应激障碍。

抑郁障碍 抑郁障碍有情绪低落、兴趣下降、与他人感情疏远、感到前途渺茫等表现，创伤后应激障碍也可有相同的症状，但是单纯的抑郁障碍不存在与创伤性事件相关联的病理性重现，也没有针对特定主题或情景的回避。

焦虑障碍 焦虑症往往对自身健康过于忧虑，躯体主诉较多，而没有明确的精神创伤为起因，也无与创伤性事件相关联的病理性重现与回避。

三、适应障碍

适应障碍（adjustment disorder）是指个体对某些应激性生活事件不能适应而产生的超出常态的反应性情绪障碍或适应不良行为，导致社会功能的损害，持续时间相对较短，不出现精神病性症状，随着应激性生活事件的消除或个体适应能力的改善而恢复，一般不超过 6 个月。一般认为儿童与老年人，发生适应障碍的机会较多。

适应障碍的应激源强度相对较弱，多为日常生活中的常见应激生活事件。青少年最常见的应激源是父母不和或父母离异、生活学习环境的改变；成年人中最常见的应激源是婚姻矛盾、经济问题等；老年人最常见的应激源是退休离开工作岗位、社会地位的变迁及丧失子女等

适应障碍的发生还与个体的适应能力有关。个体适应能力包括个性心理特征、应对应激的方式、过去经历、社会支持的程度及个体的生理状态等因素。只有在应激源较强而个体适应能力较弱时，才有可能发生适应障碍。这种障碍的程度一般较轻，通常发生在应激事件或生活处境改变的 1 个月内，病程持续时间一般不超过 6 个月，随着应激事件的消除和应对能力的改善，精神障碍可逐渐缓解。

（一）临床表现

适应障碍的临床表现各式各样，包括抑郁、焦虑、烦恼，感到对目前处境不能应对，并有一定程度的社会功能下降。主要表现为情绪障碍，也可出现一些适应不良行为和生理功能障碍。

以抑郁为主的适应障碍，主要表现为情绪低落，对日常生活丧失兴趣，自责、无助无望感，可伴有睡眠障碍、食欲减退、体重减轻，迟滞现象不明显，有激越行为。

以焦虑为主的适应障碍，表现为紧张不安，担心害怕，神经过敏，可有心悸、呼吸困

难、窒息感。有的患者表现为混合性焦虑抑郁反应，此类型的以焦虑和抑郁心情混合存在，但其程度比抑郁症和焦虑症轻。

以品行障碍和行为障碍为主的适应障碍，表现为逃学、破坏公物、打架斗殴、偷盗、说谎、物质滥用、离家出走、过早性行为等。也有的表现为社会不良行为、害怕等情感方面症状为主，并可表现适应不良的行为障碍和生理功能障碍，如表现生活不规律、不注意卫生、出走、逃学、不上班等退缩行为，这些行为影响患者的日常生活、工作、学习，有的可有失眠、食欲不振、心慌、气短、胸闷等躯体症状。

（二）诊断

适应障碍是一种主观痛苦和情绪紊乱的状态，出现于对明显的生活改变或应激性事件的后果进行适应的期间。。

《中国精神障碍分类与诊断标准》（第三版）（CCMD-3）有关适应障碍的描述：

因长期存在应激源或困难处境，加上患者有一定的人格缺陷，产生以烦恼、抑郁等情感障碍为主，同时有适应不良的行为障碍或生理功能障碍，并使社会功能受损。病程往往较长，但一般不超过 6 个月。通常在应激性事件或生活改变发生后 1 个月内起病。随着事过境迁，刺激的消除或者经过调整形成了新的适应，精神障碍随之缓解。

【症状标准】

- （1）有明显的生活事件为诱因，尤其是生活环境或社会地位的改变（如移民、出国、入伍、退休等）；
- （2）有理由推断生活事件和人格基础对导致精神障碍均起着重要的作用；
- （3）以抑郁、焦虑、害怕等情感症状为主，并至少有下列 1 项：① 适应不良的行为障碍，如退缩、不注意卫生、生活无规律等；② 生理功能障碍，如睡眠不好、食欲不振等；
- （4）存在见于情感性精神障碍（不包括妄想和幻觉）、神经症、应激障碍、躯体形式障碍，或品行障碍的各种症状，但不符合上述障碍的诊断标准。

【严重标准】 社会功能受损。

【病程标准】 精神障碍开始于心理社会刺激（但不是灾难性的或异乎寻常的）发生后 1 个月内，符合症状标准至少已 1 个月。应激因素消除后，症状持续一般不超过 6 个月。

【排除标准】 排除情感性精神障碍、应激障碍、神经症、躯体形式障碍，以及品行障碍等。

（三）鉴别诊断

急性应激障碍：适应障碍与急性应激障碍同属于心理创伤后出现的应激障碍，其主要鉴别在于临床表现与疾病过程；急性应激障碍发病迅速，症状常在数分钟到数小时内出现，临床表现以精神运动性兴奋或精神运动性抑制为突出表现，可伴有一定程度的意识障碍，病情缓解较快，一般在数小时至一周之内恢复。

创伤后应激障碍：适应障碍与创伤后应激障碍都不是急性发病，但临床表现仍有不同之处。创伤后应激障碍表现为创伤后体验反复重现，持续警觉性增高，持续的回避等特征性症状。适应障碍以情感症状为主，无创伤后应激障碍的特征性症状。

抑郁症：抑郁是适应障碍患者的常见症状，其抑郁情绪有时难以与抑郁症鉴别。一般来讲，抑郁症患者的抑郁症状较重，常出现消极观念，甚至消极行为。症状有昼重夜轻的节律变化，且发病时精神因素不甚明显，既往可有抑郁或躁狂发作史，也可有阳性家族史。

焦虑症：以焦虑为主的适应障碍与广泛性焦虑症两者均以焦虑症状为主，广泛性焦虑症不仅病程长，且常伴有明显的植物神经系统失调症状，发病与应激因素无明显的关系。

人格障碍：人格障碍一般于早年发病，且无明显的应激因素，常有多年持续的人际适应不良史。有时人格障碍可在应激源刺激下加剧，但应激源不是人格形成的主导因素。如果人格障碍患者在应激源作用下出现了新的症状，且符合适应障碍的诊断标准，则应作出人格障碍和适应障碍的双重诊断。

四、拘禁性精神障碍

拘禁性精神障碍（prison disorder）是一类在拘禁期间发生的急性应激反应，不包括拘禁之前已患有的精神障碍、被拘禁后精神障碍的复发及在羁押期间出现的器质性精神病和内因性精神病。

在拘禁条件下产生神经症性症状者，称之为拘禁性神经症，产生精神病性症状者（如产生幻觉、妄想症状），则称之为拘禁性精神病。犯罪嫌疑人在被羁押过程中或罪犯在服刑的特殊环境中，不仅失去了人生自由，而且还要受到各种严格制度的限制。由于这种现实的压力，有的犯罪嫌疑人或罪犯往往可产生紧张、焦虑、恐惧、悲伤、愤怒等负性情绪，担心自己的前途；也有犯罪嫌疑人或罪犯在关押期间遇到不良应激因素、自己又经受不住打击，因而导致拘禁性精神障碍的发生。

拘禁性精神障碍的发生除与被拘禁有密切关系外，与犯罪嫌疑人、罪犯的性格特征，智能水平、经历、刑罚轻重、躯体健康状况等也有一定的关系。如被羁押者胆小、敏感多疑、固执，或情绪不稳定、急躁、任性等，在这些个性缺陷的基础上容易罹患本病；智能水平较低者，因理解力、判断力以及应对能力较差，也易罹患本病；轻型犯较重型犯患病少；躯体疾病后虚弱状态、睡眠不足、过度疲劳、营养不良等机体健康状况不佳的情况下，也容易罹患本病。

（一）临床表现

在司法精神病学鉴定实践中，常常见到在拘禁期间因被拘禁而发生的精神障碍，拘禁性精神障碍如何分类，不同学者持有不同的见解，有的建议按照症状和病程分为急性和慢性两类，有的建议根据疾病性质分为拘禁性神经症和拘禁性精神病两类。现根据 Birnbaum, Kretschmer 等分类，大致可将拘禁性精神障碍分为以下几种类型：① 拘禁性神经症状态：神经衰弱综合征，拘禁性神经症，疑病症。② 反应性情感障碍：躁狂样状态，抑郁状态，焦虑性抑郁状态。③ 反应性意识朦胧状态，反应性木僵状态。④ 反应性妄想症：类妄想性幻想，诉讼妄想，老年前期赦免妄想等。⑤ 反应性幻觉状态。⑥ 性格偏离：如人格夸大性、敏感性，孤独性倾向，或性格某些特征加重。

拘禁性精神障碍多为急性起病，符合急性应激障碍的特点，发病的先决条件是发生在拘审、逮捕、判刑、教养等监禁期间，精神症状的内容与拘禁环境有关：有的以情绪障碍为主，如表现抑郁、焦虑、紧张，言语动作减少或坐立不安，失眠或夜惊叫喊。有的表现异常兴奋，激越吼叫，撕衣毁物，吵闹不眠，乱解大小便等。病程较短，获释或环境改变后，常能迅速恢复，预后良好。

（二）诊断

拘禁性精神障碍不是一个独立的疾病分类单元，在精神病学中没有独立的诊断标准。而在司法精神病学鉴定实践中常常见到在拘禁这一特定条件下所发生的急性应激障碍而命

名为拘禁性精神障碍，其症状表现及性质与急性应激障碍基本相同，是一种特殊类型的急性应激障碍。诊断标准可以参照急性应激障碍的诊断标准，其应激事件就是拘禁这一特定的条件，但是需要排除癔症性精神病及由于应激事件诱发的精神分裂症、情感性精神障碍等。

五、旅途性精神病

旅途性精神病（traveling psychosis）是一类在长途旅行过程中突然发生的急性应激障碍，特别多见于乘坐长途列车的旅途中，也可见于长途汽车、远程航海的旅途中。由于车厢拥挤、旅途中饮食睡眠状况不良、精神高度紧张、过度疲劳等因素而致病。

近年来，由于外出打工的农民工增多，高等学校学生数量增加，导致了外出人员增加，客流量相应增加。尤其在节假日前后，火车、汽车严重超载，人多拥挤，旅途性精神病的发病率也相应增多。这类患者发病突然，常常出现伤人、杀人、自杀等危害行为，对社会治安有极大危害。

一般认为，旅途性精神病是由生物、心理、社会因素综合作用所致。① 长途旅行的特殊性：外出长途旅行，原有的生活环境改变、生活习惯及生活规律被打乱，往往出现不同程度不适应以及心理和生理方面的改变。尤其是在车厢拥挤，秩序混乱，空气污浊，没有座位，同伴或亲人失散，团伙偷盗、抢劫等犯罪活动猖獗，人身和财物的安全受到严重威胁等，增加了旅行的危机感而增加了旅途性精神病的发病率。② 个体素质：如文化程度较低、性格内向、身体素质较差、从未出过远门而缺乏旅行经验，适应能力较差，面对特殊境遇时而易于产生高度紧张、恐惧、焦虑不安的状态，甚至出现精神症状。③ 躯体健康状况：由于旅行乘车环境差、车厢内空气流通差、二氧化碳浓度高、使人处于慢性缺氧状态，加上饮水进食不规律、睡眠不足及过度疲劳等原因，引起躯体健康状况不良而易于导致旅途性精神病的发病。

（一）临床表现

旅途性精神病的临床主要表现为：明显被害妄想、关系妄想及有被害内容的幻听，症状内容与患者处于高度紧张状态、担心被盗、被害有明显的关系。在幻觉、妄想的影响下，患者可感到四面楚歌、危在旦夕、陷入走投无路的绝境，表现焦虑、紧张、恐惧，行为障碍主要是胡言乱语、伤人毁物，可出现跳车逃跑寻求保护等行为。意识障碍也较常见，可表现为语言紊乱、理解困难、意识朦胧状态、定向障碍，无法进行交谈，对周围环境不能正确感知与判断，有意识障碍时事后对病中的经历不能回忆或仅有片断回忆。

本症多急性起病，一般病程较短，预后良好。终止旅行、适当处理，一般两周内可完全恢复，无后遗症。若一个月后症状仍无缓解时应考虑应激诱发了内源性精神障碍。

（二）诊断

旅途性精神病不是一个独立的疾病单元，其实质是在旅途中出现的一种特殊的急性应激障碍，其症状表现及性质与急性应激障碍基本相同，是一种特殊类型的急性应激障碍。诊断标准可以参照急性应激障碍的诊断标准。

第三节 应激相关障碍的相关法律问题

一、急性应激障碍与法律问题

（一）刑事责任能力评定

受急剧、严重的精神打击后出现急性应激障碍，在朦胧状态、兴奋状态、妄想状态等症状影响下可出现冲动、伤人毁物行为，常涉及刑事责任能力的鉴定。一般情况下，在明显意识障碍、幻觉、妄想状态下造成的危害结果，被鉴定人往往不能辨认或不能控制自己的行为，应当评定为无刑事责任能力。轻度的情绪反应、轻度的反应性抑郁状态造成的危害结果，应当根据其辨认或控制能力削弱的程度，酌情评定为限定刑事责任能力或完全刑事责任能力。在司法鉴定实践中，要具体案例具体分析，将医学标准与法学标准两者结合起来综合考虑。

（二）民事行为能力评定

在急性应激障碍时，患者常常表现为有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，或者为精神运动性抑制状态，对周围事物不能正确感知，不能正确认识和判断，更不能正确表达自己的意愿与处理自己的事务，即在民事活动中，不能真实表达自己的意愿，可评定为无民事行为能力。但是由于急性应激障碍发病急、病程相对较短、预后好，只是在发病期间暂时无民事行为能力，如涉及民事行为能力的法律问题，可暂缓处理，待病情缓解后再作评定。

（三）精神损害程度评定

在司法鉴定实践中常常碰到因精神损害引起急性应激障碍，因此，受害者家属提起诉讼，要求加害人赔偿经济损失与承担法律责任。这种情况下需要进行法律关系鉴定，鉴定受害者的精神状态及与应激因素的因果关系，鉴定过程中需要注意：① 精神障碍的严重程度；② 精神障碍发生与应激因素的因果联系程度；③ “疾病获益”心理机制在疾病发生、发展中的作用。急性应激障碍是在遭受强烈精神刺激后发生的精神障碍，精神障碍可达到精神病的程度，精神刺激的强度对受害者来讲是难以忍受的，一般认为应激因素与精神障碍存在直接因果关系。

二、创伤后应激障碍与法律问题

创伤后应激障碍常常涉及精神损伤的法律关系评定，一般认为，伤害因素在创伤后应激障碍的发生、发展和转归中起决定性作用，创伤后应激障碍的症状是由伤害因素直接造成的，与个体的内在因素关系不大，往往评定为伤害因素与创伤后应激障碍之间存在直接因果关系。然而，有直接因果关系的精神损伤，并不表明伤害因素是唯一的致病因素，而其它因素对该精神障碍不会有任何影响。如果目前还没有足够的医学证据表明其它影响因素在这类精神损伤中的作用，而伤害因素在这类精神损伤中的作用是非常明确的，就可以把它当成是唯一的致病因素。

三、适应障碍与法律问题

适应障碍在司法精神病学鉴定实践中较少涉及，适应障碍不出现精神病性症状，虽然有社会功能的下降，但其主要临床表现是情绪障碍或社会适应不良行为，其辨认能力与控制能力不受影响，一般很少出现危害行为，较少涉及责任能力的评定。适应障碍在发病前有一定的应激因素存在，因此在涉及民事纠纷时当事人一方会提出赔偿的要求，也可能涉及精神损伤的法律关系评定，适应障碍是由于长期的应激源或生活处境所引发，单一的创伤性事件对于适应障碍最多起诱发的作用，根据创伤事件的性质、强度等可评定为间接因果关系（诱因）。

四、拘禁性精神障碍与法律问题

拘禁性精神障碍常常涉及犯罪嫌疑人、被告人、罪犯的受审能力、服刑能力、责任能

力、行为能力以及对他们医疗监护等问题。但涉及较多的是受审能力或服刑能力的鉴定。

（一）受审能力或服刑能力评定

拘禁性精神障碍，一般病程短，预后较好。及时恰当的医疗干预，适当的休息，改换环境及加强教育、疏导等，精神症状可很快减轻或消除，因此，一般并不影响受审能力或服刑能力。个别患者精神症状较重、持续时间较长，可暂时终止受审或服刑。必要时将他们送到专门的医疗机构进行治疗，待症状缓解或消除后再进行必要的审讯或服刑，一般不需要保外就医。如需要进行司法精神病学鉴定，病情较重有精神病症状及意识障碍者可评定为暂无受审能力或服刑能力。

（二）刑事责任能力评定

羁押期间的犯罪嫌疑人、被告人或服刑期间的罪犯，因患拘禁性精神障碍可能再次出现违法行为，对其刑事责任能力的评定应根据其病情的严重程度及违法行为与疾病的关系具体分析。若精神障碍程度较轻，如仅表现为情绪反应，可评定为有刑事责任能力；若精神障碍程度严重，且违法行为与精神病性症状直接相关，可评定为无刑事责任能力。但是在被拘禁前的刑事责任能力评定要根据被鉴定人被拘禁前的精神状态进行评定。

（三）民事行为能力评定

一般说来，拘禁性精神障碍病程短、预后较好，精神障碍程度轻者其行为能力不受影响，患者可依法行使自己的民事权利和承担相应的民事义务。少数拘禁性精神障碍症状较重，病程持续时间较长，可评定为在疾病发作期间暂无民事行为能力。其民事活动，可由他的法律监护人代理行使。

五、旅途性精神病与法律问题

旅途性精神病患者在发病时常有不同程度的意识障碍及明显的精神病性症状，在意识障碍和精神症状的支配下，常发生伤人、毁物、甚至凶杀等严重危害行为而涉及刑事责任能力的评定。其作案往往具有以下特点：一是作案动机模糊不清，缺乏现实的作案动机与目的，属于病理性动机；二是受害对象绝大多数是邻近的陌生旅客或路上行人。三是作案工具大多是随身所带工具、水果刀以及就地所取的砖石棍棒等物品。四是作案具有突发性和公开性、手段残忍、后果严重。根据本症的临床表现及作案特点，在意识障碍、妄想、幻觉等精神病性症状的直接影响下导致危害行为，此时患者已丧失了对自己行为的辨认能力与控制能力，应当评定为无刑事责任能力。当然，每一个案例都有其特点，所以，应当具体案例具体分析，不能一概而论。

案 例

案例 1 被鉴定人王某，男，31 岁，初中文化，未婚，因涉嫌故意伤害委托鉴定。

被鉴定人王某在笔录中讲述：“2006 年 5 月初，我的表妹在某某市给我介绍了一名女朋友，我们通过打电话交往了二个月左右，希望见面进一步交往，于是，2006 年 7 月 11 日，我买了到某某市的火车票，晚 22 时，我坐上了火车，票是无座的，7 月 12 日早 5 时左右，有人下车，我就有坐了，大约 12 日上午 8 时左右，我看到有一个小伙子将手伸进一名站着

的男子口袋中，偷人家的钱，我就对身边的人说‘小心，这里有小偷！’我说完这句话，就有六、七名小伙子围过来，我很害怕，我对他们说‘我给你们钱，你们买烟抽吧，你们别打我，’他们反问我‘谁是小偷啊？谁要你的钱！’他们当时没打我，让我身边的人让一下，然后他们分坐在我的身边和对面，就这样，大约过了三个小时，他们开始扇我耳光，用拳头打

我，他们断断续续打了我 30 分钟，我被打的昏过去了，当我被列车员叫醒时，已经是 12 日下午 3 点左右了，我发现打我的人还在身边，我就很害怕，我担心到某某市下车后，他们继续跟着我，这样，我和女朋友都会受到他们的伤害，为了摆脱他们，大约 12 日下午 5 点多，我提前在某市火车站下了车，走出车站后，我感觉有三、四个小伙子跟踪我。……我在旅馆住下后，大约晚 21 时 40 分左右，我回到房间，一边吸烟一边躺在床上休息，不一会儿，我不知不觉地睡着了。时间不长，我感觉胳膊上好像搭上了一根绳子，有些痒，我睁眼一看，发现胳膊上没有绳子。我又扭过身向房门看，看到一名男子的背影，他一条腿迈出我的房门，另一条腿还在房间内，然后就不见了。于是，我坐起身来看电视，看了大约 10 分钟，这时，有一个老头背着一个红色背包住进了我的房间，他选了一张床，将背包放在床上，然后，也坐在另一张床上和我一起看电视，我就问那个老头‘在两个小时之前，你是不是来过这个房间？’他好像没听见我说什么，继续看电视，我边问边用右手拿起我的水果刀，冲上前左手抱着他的头，右手持水果刀向他脖子扎了一刀，……”。

案发 9 天后进行司法精神病学鉴定。精神检查时被鉴定人意识清晰，能正确讲述自己的一般状况，讲述案发过程及原因与卷中笔录相符，称“在火车上被小偷打了，怕连累自己的表妹和朋友，提前在某市下了车，……刚住进旅馆洗了洗，感觉睡觉时有人捏我，迷糊看见一个背影，2 个小时后一个老头进来，问他以前来过吗，他不回答，我就扎了他一刀。”问：“老头和小偷有关系吗？”答：“感觉有。”问：“你想让老头干什么？”答：“看他能否说实话，吓唬他……”问：“你的行为合适吗？”答：“不合适，后悔。”问：“是否犯法了？”答：“犯法了。”问：“以前有过犯罪行为吗？”答：“没有。”问：“以前得过精神病吗？”答：“没有，”问：“伤人时有病吗？”答：“白天受到了刺激，脑子反应不过来。”问：“你希望怎么处理？”答：“按法律办吧。”情感反应协调，对自己的伤人行为感到后悔，表示愿意接受法律制裁。

分析：被鉴定人在列车上遭遇盗窃团伙被围打，感觉很无助害怕，为了摆脱他们，提前下了车，但是下车后感觉到自己被跟踪，案发时感觉受害人与盗窃团伙有关系，就冲上前，持水果刀向受害人扎了一刀。鉴定时精神检查无精神病性症状，能够讲述案发过程，情感反应协调，对自己的伤人行为感到后悔，表示愿意接受法律制裁。被鉴定人在案发时没有可以理解的现实动机与目的，是在受到现实刺激以后（被盗窃团伙围打后）出现的短暂的精神病性症状（被跟踪、被害妄想），在精神症状的直接影响下出现了严重的杀人后果。

鉴定结论：急性应激性精神病，对自身行为的辨认能力丧失，属于无刑事责任能力。

案例 2 被鉴定人李某某，女性，17 岁，学生，未婚，因被抢劫、被伤害委托鉴定。

2008 年 10 月 15 日 22 时，张某找被鉴定人李某某借钱，李某某称身上没有钱，张某就给了李某某一巴掌，大约 20 分钟后，张某和任某等 8 人到李某某住的宿舍找到李某某，然后她们把李某某拉到走廊处，围着李某某拳打脚踢，后对其进行烟烫、皮带抽打等，持续约 3 小时左右。

被鉴定人李某某在报案笔录中提供：“2008 年 10 月 15 日晚 22 时左右，我在宿舍休息，张某、任某站到我对面，张某对我说‘有钱吗？50 元 40 元都行’，我说‘没有’，张某站起来抬起右手冲我左脸就打了一巴掌，我就站起来，伸手抓住了张某的手，站在一旁的王某某、任某看我要还手，她们俩紧接着过来和张某对我拳打脚踢，我就和她们扭打在一起。……我躲了大约 20 分钟左右，她们大约来了有十几个人，把宿舍的门踹开，进屋后，她们把我拉

到走廊处，什么话也没说把我围了起来，她们对我全身开始拳打脚踢，打了我大约 15 分钟左右，其中一个人说‘先别打了，把她的衣服扒了’，不知是谁拿了把剪刀，把我的裙子从我身后给剪开扯了下来，我被她们扒的身上只剩一件裤头，我就低着头，抱着双腿蹲到了地上。董某、梁某、张某等人说‘用烟烫她’，说完张某拿着烟先对我左前胸处烫了一下，接着她们那些人谁离我什么部位近，她们就用烟烫我什么部位。我被她们打晕趴到了地上，后来不知过了多长时间，我感到浑身痛，醒了我的口中有水和盐的滋味。醒后我看到梁某手中拿着一根腰带，她见我醒了就用腰带冲着我的肩部、后背和腿上抽打，打累了又换张某和王某等人轮着对我进行抽打。她们打累后又用烟烫我，……。”

案发 1 月后进行司法精神病学鉴定，精神检查时被鉴定人意识清楚，接触被动，问话能答，但语音低微，反应迟钝，能正确回答自己的姓名、年龄等，进一步询问时则低头不语，为了减轻被鉴定人心理负担，让其母亲进入鉴定室陪伴，被鉴定人见到母亲后将头依在母亲肩头，在其母亲安慰下被鉴定人能够勉强回答问题，但不愿讲述案情，问：“有人欺负你、打你吗？”答：“嗯（落泪）。”问：“你愿意说吗？”被鉴定人摇头，问：“现在看到打架的情境害怕吗？”被鉴定人点头。问：“最近睡觉好吗？”答：“做恶梦。”问：“常梦见什么？”答：“梦见打架，吓醒了。”问：“最近有开心的事吗？”摇头。问：“有没有觉得活着没意思的想法？”被鉴定人点头。“最近有同学、老师来看你吗？”不语。被鉴定人母亲提供：“前几天有个同学打电话说要看她，她说什么也不让来，不愿见人。”问被鉴定人：“有什么要求吗？”答：“把她们也打一顿。”问：“把她们叫到你面前，让你打她们行吗？”被鉴定人摇头。问：“再见到她们害怕吗？”答：“嗯。”问：“以后有什么打算？”不语。问：“还想上学吗？”摇头。智力检查：回答问题迟缓，但未见智力障碍，情感反应迟钝，情绪低落。检查时常常将头依在母亲肩上，伤心落泪，行为退缩，被动，回答问题时也尽量用少的词汇表达。

分析：被鉴定人有明确的被群殴史，在毫无心理防范的情况下，遭到令人难以想像、骇人听闻的群殴，被脱光了衣服（只剩内裤），被用针扎、烟头烫、皮带抽打多次晕过去，其躯体、心理受到了巨大的摧残。鉴定时检查：意识清晰，接触被动，不愿谈及被伤害过程（回避），也不敢再看打架的场面（回避），经常梦见打架并从梦中惊醒（闪回），睡眠差，担心自己的安全，做噩梦（警觉性增高），同时反应迟钝，情绪低落，不时的哭泣，兴趣减退，不愿再上学。

鉴定结论：创伤后应激障碍

案例 3 被鉴定人姚某，女，32 岁，已婚，因被伤害委托鉴定。2006 年 5 月 11 日下午，被鉴定人姚某被人打伤。事发后被鉴定人姚某出现胆小害怕，由其丈夫提出鉴定申请。

被鉴定人的丈夫提供：“事发前几天，有人在我开的门市订了一套电视柜，交了 100 块钱定金，说是过几天来取货，我媳妇姚某送他们一些价值 50 多元的婚庆用品，因为他们交了定金，要买东西，这点婚庆用品就没要钱。5 月 11 日下午 4 点多，这人就去另一家的门市买了电器，买完电器他又来我的门市，要我们退给他定金，我们把 100 元钱退给他了，拿了钱他就走了。几分钟后我想起这人还拿了我们的赠品，没给钱呢，就追出去了，我们在十字路口南边就追上他们拉电器的车了，我就招呼司机让他们停下，司机也没下车，还说再捣乱就撞死我，后来我们就打起来了。”“姚某以前爱说爱笑，平时很善于和人交往，邻里关系处理的很融洽。自从 5 月 11 日后她不爱出门了，怕见人，总说一些莫名其妙的话，对药

品总问吃多少能死，平时情绪不稳定，听见别人说话就烦。”

村民提供：“姚某平时爱说爱笑的，性格开朗。近期她也不说话了，精神上有点抑郁，见不到她在商店卖东西了。”

事发 2 个多月后进行司法精神病学鉴定。精神检查：意识清晰，被动接触，定向力准确，对答切题，自述“因为打架了，睡不着觉，胡思乱想，来医院做鉴定。”述“事发前几天有人要买电视柜，在我家交了 100 元的定金，我送给他们一些婚庆用品，没要钱。5 月 11 日下午那人在邻居家买了电视柜后到我这儿退钱，我把钱退给他，他没退东西就骑摩托车走了，但邻居家送货的车还没走，车上坐着买货家的人，我想要个电话号码，让他们把赠品送来，结果发生了冲突……，我被人送到了医院，在医院住了 3 天我睡不着觉，开始以为是环境不适应，但后来总做梦，梦到孩子被别人弄走了，找也找不到，吓醒，紧张，害怕，就到医院看病，服用百忧解 1 片，现在睡觉好多了。”“以前我的性格外向，很开朗，爱与人唠嗑。现在性格变了，因为打架的事，村里人都知道，议论此事，我怕村里人笑话，总在家呆着，不出门。现在心情也不好，看见人多就心烦。”问：“有什么要求？”答：“我要求他家赔礼道歉，赔偿医药费。”未引出幻觉妄想，情绪较低落，常低头，与检查者无目光接触，交谈时双手撕卫生纸，显得焦虑烦躁，情感反应与内心体验相符。自知力存在。智能检查未见异常。

分析：材料提供被鉴定人既往性格开朗，人际交往正常，做家电生意，被打后精神状态发生变化，很少出门，不与他人说话，紧张，恐惧，失眠。鉴定时精神检查：被鉴定人意识清晰，定向力准确，被动接触，对答切题，未引出幻觉妄想，自知力存在。情绪较低落，交谈时双手撕卫生纸，焦虑，情感反应协调。智能活动正常。**鉴定结论：**适应障碍的诊断

案例 4 被鉴定人裴某某，男性，20 岁，未婚，农民，初中文化。因涉嫌抢劫、盗窃罪委托鉴定。2008 年 6 月，被鉴定人因涉嫌盗窃罪被拘留，2008 年 7 月 4 日因涉嫌抢劫、盗窃罪被拘捕。进入看守所后整天精神不振，7 月 28 日下午发病，表现为拒食拒水，不言不语，不与任何人说话沟通，重复做一种动作，2008 年 8 月 6 日委托鉴定。

看守所提供：“2008 年 7 月 4 日被鉴定人被逮捕后，整天精神不振，7 月 28 日发病，表现为拒食拒水，不言不语，不与任何人说话沟通，怀抱毛巾被，重复做一种动作，夜间不眠，日间卧床不起，29 日早 4 时，呼叫 120 来所就诊，医生建议去精神科检查。29 日上午给予安定 20mg 无睡意，下午肌注氯丙嗪 50mg 后睡眠，次日早晨醒来又出现上述症状。”

同监室人员提供：“被鉴定人刚来时一切正常，自从 7 月 14 号被定成抢劫罪，回来就情绪低落，整天发呆，不和别人说话，7 月 29 日早上突然发病，不吃不喝，见人就咬，生活不能自理，一切全靠别人照顾。”

鉴定时检查所见：被鉴定人不能自主行走，由陪同的公安人员抬下车，鉴定时被鉴定人一直躺在走廊内，面部朝地，在外界无刺激时不动，浑身散发尿骚味，满身污物，问话不答，没有任何反应，当鉴定人员用手触摸被鉴定人时，被鉴定人显得很警惕，恐惧，立即缩成一团，头埋得更深，并且身体一点一点挪向远处，躲着鉴定人员，缩在角落不出来。在此过程中始终未抬头，当用尖物刺激被鉴定人时，被鉴定人反应强烈，有肌肉抽动，并迅速向后躲，躲到墙角。随行民警称：“平时不吃饭，强行喂饭时咬人，连警察也咬。”

分析：被鉴定人既往没有精神病史，因涉嫌抢劫、盗窃罪于 7 月 4 日被逮捕，在 7 月 14 日得知自己被定成抢劫罪后出现情绪低落，整天发呆，不和别人说话，7 月 28 日突然加

重，出现咬人，拒食拒水等症状。精神检查：被鉴定人不合作，问话不答，无眼神交流，警觉性高，紧张、恐惧，躺卧在地上约 2 小时。

鉴定结论：拘禁性精神病。建议监护治疗。

复习思考题

1. 心理应激源的认知与评价受哪些因素的影响？
2. 急性应激障碍有哪些表现？
3. 急性应激障碍的刑事责任能力如何评定？
4. 创伤后应激障碍有哪些表现？
5. 创伤后应激障碍的法律关系如何评定？
6. 急性应激障碍的两种特殊类型？

（姚绍敏）

第八章 神经症与癔症

第一节 概 述

神经症 (neurosis), 过去又称神经官能症或精神神经症(psychoneurosis), 它不是一个特定的疾病名称, 而是一组精神障碍的总称。主要表现为焦虑、抑郁、恐惧、强迫、疑病或神经衰弱症状。神经症的共同特征为: ①起病常与心理、社会因素有关; ②病前多具有一定的素质基础或人格特征; ③临床症状没有相应的器质性病变作基础; ④一般没有明显或者持续存在的精神病性症状; ⑤对疾病有相当的自知力, 疾病痛苦感明显, 有求治要求; ⑥社会功能相对完好, 日常行为一般保持在社会规范允许的范围之内; ⑦除惊恐发作(急性焦虑发作)以外, 病程大多数波动, 迁延; ⑧临床表现多样化, 常以焦虑情绪、恐惧、强迫、疑病、脑功能衰弱等为主要症状。这些症状在不同类型的神经症患者身上可混合存在, 但总以某种症状为主要临床相。

神经症 (neurosis) 一词由苏格兰精神病学家 William Cullen 于 1769 年首次提出, 当时几乎囊括了除发热、局部疾病和恶病质外的所有疾病, 直到十九世纪后期才逐渐将神经症从器质性疾病中分离出来。1884 年, Hippolyte-Marie Bernheim 认为神经症是一类心因性的功能性障碍。此后, 不同的学者分别创用了强迫症 (obsession)、神经衰弱 (neurasthenia)、广场恐怖 (agoraphobia) 等名称。S.Freud 等人将本症分为焦虑性神经症、恐怖性神经症、强迫性神经症和癔症。20 世纪初, 神经症的概念已在西方国家广为流行, 并传入中国, 且沿用至今。然而, 1980 年美国的《精神疾病诊断和统计手册》第三版 (DSM-III) 又取消了神经症的诊断名称。目前, 美国使用的精神疾病诊断系统 (DSM-IV) 将神经症解体为焦虑障碍、躯体形式障碍和解离 (转换) 性障碍。而国际疾病分类第十版 (ICD-10), 虽然保留了神经症的名称和基本框架, 但却作了以下声明: 神经症这个概念不再作为一类障碍的集合名称, 但为了使这类障碍易于识别, 允许某些使用者根据自己既往的概念将其视为神经症。

癔症 (hysteria) 过去又称歇斯底里, 是由于明显的心理因素, 如生活事件、内心冲突或强烈的情绪体验、暗示或自我暗示等作用于易感个体引起的一组病症。临床主要表现为各种感觉障碍、运动障碍、精神病性症状, 或意识改变状态等, 而不具有相应的器质性的病理基础。症状具有夸大、做作或带有丰富情感渲染等特点, 首次发病多能找到诱发因素, 有反复发作的倾向, 可由暗示诱发或消失。心理社会因素被认为是导致癔症最主要的原因, 但不断深入的研究已经开始捕捉其发病的生物学基础。癔症的发病通常与低社会经济发展水平、低文化水平、迷信观念盛行相联系。儿童和女性更易患此病, 儿童常常是集体发作。

癔症是一组概念在不断变化的疾病, 用精神病和神经症的概念去对应均存在困难; 癔症又是一个逐渐废用的概念, 取而代之的是分离性障碍和转换性障碍。因此, 临床上常常按照癔症的主要表现将其分为分离症状和转化症状两种。分离, 是指对过去经历与当今环境和自我身份的认知完全或部分不相符合。转化, 是指精神刺激引起情绪反应, 接着出现躯体症状, 一旦躯体症状出现后则情绪反应便退色或消失, 此时的躯体症状便称为转化症状。值得注意的是: 转化症状的确诊必须排除器质性的病变! 另外, 癔症也可表现为精神病状态, 此时称

为癔症性精神病。

癔症是精神病学中最古老的诊断名称之一。古希腊 Hippocrates 的子宫游走学说曾经沿用了一千多年。中世纪，欧洲人认为癔症是鬼魔附体，当时主张消灭其肉体以拯救其灵魂。十九世纪后期，法国医师 Charcot 发现癔症患者易被催眠，而已被催眠的人多患癔症。他认为，尽管癔症的症状是受心理制约的，也可通过催眠暗示的方法使癔症患者的症状出现或消失，但癔症症状发生的基础是神经系统的器质性缺陷。后来，他的学生 H.Bernheim, Babinski 等建立了一套方法区分癔症患者与某些神经系统的器质性疾病，并认为癔症是暗示作用的结果。弗洛伊德认为，癔症主要是因其幼年期的性本能被压抑，这种被压抑的本能冲动通过其他途径而表达出来，如转化为躯体症状等，他由此也创立了著名的精神分析学说。

如前所述，各国的学者们对神经症看法不尽一致，我国精神卫生工作者对神经症概念的巨大变迁态度十分谨慎。经过临床观察、实验研究和学术讨论后一致认为，既要尊重历史、更要正视现实，在没有可靠的理论或客观根据之前更换疾病的分类和名称弊多利少。因此我国目前使用的《中国精神疾病分类与诊断标准》中继续使用神经症一词。癔症的归属问题一直争论不休，以往属于神经症的一种类型，但新近的中国精神疾病分类与诊断标准第三版已将癔症从神经症中分离出来，单列一病。本章也将其分开讨论。

第二节 神经症的相关医学问题

神经症是精神卫生临床工作中常见的精神障碍。总的患病率因民族和地区不同而不一。国外报告在 50%左右，我国 1990 年的调查结果神经症总患病率 15%。其患病率之高是无须置疑的。研究资料还表明总的发病率女性高于男性；初发年龄多为 20~29 岁，患病率最高的年龄段是 40~44 岁。由于近 30 年美国及欧洲一些地区已经取消了神经症的诊断名称，故欧美等西方国家近期没有神经症患病率的相关报道。

神经症的病因尚不十分明了，一般认为与下列因素相关：①精神应激、生活事件等社会心理因素是神经症的促发因素；②个体素质的遗传、人格类型、年龄、性别及躯体状况等为神经症的易感素质；③社会文化因素及个体病后附加的反馈信息等成为该病的持续因素；④5-羟色胺、肾上腺素、多巴胺等神经递质浓度和功能的变化对神经症的发生和演变有一定的影响。

一、临床类型及临床表现

（一）恐惧症

恐惧症（phobia）又称恐怖症、恐怖性神经症，是对某些特殊（一般指不具伤害性）的客观物体、活动或情境产生过分强烈的恐惧和紧张等急性焦虑反应，常伴有心悸、气促、面红、出汗等植物神经功能紊乱症状。患者明知这种恐惧既过分强烈也不合情理，但每遇到相同情境仍难以控制恐惧情绪的出现，为此极力回避，或畏惧而痛苦的忍受，以致影响其正常活动。

上世纪八十年代末，美国的一项流行病学调查显示单纯恐惧症和社交恐惧症的患病率分别为 112.5%和 27.3%；而同一时期，美国的另一项调查显示社交恐惧症的患病率高达 133.0%。这些结果可能是诊断标准和调查方法的不同所致。恐惧症的患病率在我国报道为 0.59%（1982 年全国 12 个地区神经症流行病学调查结果），占全部神经症病例的 2.7%，城

乡患病率无明显差异。女性患病率比男性高，约为 2: 1。一般认为发病在青年期（年龄在 20 岁左右），晚年发病者较少。

家系研究结果提示，广场恐惧症可能与遗传有关。生物学的研究发现，恐惧症患者神经系统的警觉水平增高，体内交感神经系统兴奋占优势，肾上腺素、去甲肾上腺素分泌增加。由于交感神经兴奋是恐惧症的临床症状之一，因此这种生理状态与恐惧症的因果关系还不能确定。

多数恐惧症病程迁延。一般起病越早、病程越长、恐惧对象越广泛，预后越差。反之，预后较好。

恐惧症临床表现的共同特征是：某种客体或情境常引起强烈的恐惧；恐惧时常伴有焦虑和明显的自主神经症状，如头晕、晕倒、心悸、心慌、颤栗、出汗等；对恐惧的客体和情境极力回避；患者知道这种恐惧是过分的或不必要的，但不能控制。根据不同的恐惧对象，恐惧症的分类可多达数百种，临床上常将其归纳分为三大类。

1. 场所恐惧症

场所恐惧症 (agoraphobia) 也称广场恐惧症、聚会恐惧症、旷野恐惧症等，约占恐惧症的 60%。起病于 20~30 岁，有报道 25 岁和 35 岁左右是两个发病高峰年龄。女性较男性多见。主要表现为对某些特定环境的恐惧，如广场、高处、拥挤的公共场所或密闭的环境等，患者担心在这些场所出现无法逃避的恐惧感，并得不到帮助，因此竭力回避。恐惧发作时焦虑症状突出。常伴有抑郁情绪、强迫、人格解体等症状。

2. 单一恐惧

单一恐惧症 (simple phobia) 是指患者对某一具体的物件、动物等有一种不合理的恐惧，尤以儿童、女性多见。恐惧对象一般是不具伤害能力的动物或昆虫，如猫、鼠、青蛙、鸟、毛毛虫等；或不祥物品（血污、骨灰盒、花圈等），或尖锐锋利的物品（刀、笔尖）；还有对处境产生恐惧，如黑暗、幽闭、空旷处、雷电等。单一恐惧症的症状恒定，既很少改变也很难泛化。临床上有部分患者可能在消除了某种恐惧之后，又出现新的恐惧对象。

3. 社交恐惧症

社交恐惧症 (social phobia) 的患者主要表现为与人交往时害怕被人注视，感到羞愧，怕出洋相，无地自容；若被迫进入社交场合时，则会出现严重的焦虑反应，伴有自主神经功能紊乱，如脸红、心慌、出汗等。患者一般回避社交集会，不敢与人正面交谈，不敢与人对视（对视恐惧），更不敢在公共场合演讲。社交恐惧的对象可以是陌生人或是熟人，甚至是自己的配偶、亲属等。临床更多见的恐惧对象是异性、严厉的上司，或未婚夫（妻）的父母等。发病多在 17~30 岁间。

（二） 焦虑症

焦虑症 (anxiety) 也称焦虑性神经症 (anxiety neurosis)，是指没有明确客观对象和具体观念内容的提心吊胆和恐惧不安的情绪，并伴有显著的植物神经症状和肌肉紧张，以及运动性不安。凡是继发于妄想、强迫症、疑病症、抑郁症、恐惧症等的焦虑情绪都不应该诊断为焦虑性神经症。

我国焦虑症的患病率为 1.48%，男性少于女性，约为 1: 2（1982 年全国 12 地区精神疾病流行病学调查结果）。在不同国家之间焦虑症患病率存在着明显差异，其原因可能与不同的国家使用不一致的诊断标准和不同的文化背景有关。广泛性焦虑症发病年龄大多在 20~40

岁，而惊恐发作的发生年龄稍早。

研究显示惊恐发作患者的一级亲属约有 15% 患有此病，为一般人群的 10 倍。而广泛性焦虑的一级亲属发病率并不增加。单卵、双卵双生子的研究结果也提示，惊恐发作患者的遗传效应在发病中的作用较广泛性焦虑的患者明显。另外，研究资料还显示，惊恐障碍患者血液中乳酸盐浓度增加。由此，有人认为两者可能存在不同的发病机理。去甲肾上腺素能神经活性增加，5-HT 的功能增加均可诱发焦虑障碍。社会心理因素为焦虑症的诱发因素，而且对诱发广泛性焦虑和惊恐发作效应相似。

个体素质在很大程度上影响焦虑症的预后，如治疗及时得当，大多数患者能在半年内好转。一般来说，病前个性无明显缺陷、社会适应能力好、病程短、症状较轻者预后好，反之预后不佳。一部分学者认为，临床表现为晕厥、激越、人格解体、癔病样症状群及有自杀观念者，常提示预后不佳。

焦虑性神经症的临床特点主要为两种类型：广泛性焦虑与惊恐障碍，后者又称为急性焦虑发作。

1. 广泛性焦虑症

广泛性焦虑(*generalized anxiety*)常缓慢起病，其临床特点是经常或持续存在无明确对象的焦虑，包括紧张、害怕、过分担心等，有人将其形容为找不到具体事由的提心吊胆、紧张害怕，并伴有交感神经功能活动过度的症状，如口干、出汗、心悸、气急、尿频、尿急与运动性不安等。

广泛性焦虑的病人常同时合并其他症状，最常见睡眠障碍、抑郁、疲劳、强迫、恐惧、人格解体等症状，不过这些症状不是主要临床相，多数继发于焦虑情绪。

2. 惊恐障碍

惊恐障碍(*panic disorder*)的主要表现是患者突然感到一种突如其来、莫名的惊恐体验，且常常伴有濒死感，或失控感，以及严重的自主神经功能紊乱症状。患者自觉死期将至，表现为惊恐不安，甚至奔走、惊叫、四处呼救；有胸闷、心悸、心动过速、呼吸困难，或过度换气；或头痛头昏、眩晕、四肢麻木和感觉异常；常有出汗、肉跳、全身发抖或全身无力等自主神经症状。通常起病急骤，缓解迅速。一般历时 5~20 分钟，很少持续 1 个小时。可反复发作，发生前无任何预兆，发作期间始终意识清晰，发作后警觉性增高、心有余悸。由于疾病的发生不可预测和发作时异常难受，因此，患者常常会产生预期性的焦虑，担心再次发作时无法控制而精神失常，不过此时焦虑的体验不再突出，表现为虚弱无力，若干天后逐渐恢复。约有 60% 的患者由于担心发病时得不到帮助而产生回避行为，如不敢单独出门，不敢到人多热闹的场所，表现为场所恐惧症。有些患者一生中只发作一次，多数呈反复发作病程。

(三) 强迫症

强迫症(*obsessive-compulsive neurosis*)即强迫性神经症，是以强迫观念、强迫意向和强迫动作为主要临床相的一类神经症。强迫思维是强入的不想要的思想、想象和冲动，至少在早期阶段病人努力抵抗，企图减少这些思想出现的强度和频率，病人意识到这些思想是他们自己的，但与他们的愿望不相符合，且感到非常痛苦。强迫行为可以表现为反复出现的刻板行为或仪式动作、也可能是内隐的对抗强迫思维的精神活动过程，是患者屈从于强迫观念力求减轻内心焦虑的结果。强迫症的特征是患者意识到强迫观念、强迫意向和强迫动作是自

己的但又是不必要的，患者欲控制而不能控制，由于患者的自知力完好，常为这些强迫症状苦恼和不安。

我国的流行病学资料提示强迫症的患病率约为 0.3%。以前国外资料显示普通人群患病率为 0.5%。但美国近期的流行病学研究表明，强迫症的终身患病率为 30%。发病年龄多在 16~30 岁之间。男女患病率相近，其中脑力劳动者居多。

强迫症的病因目前认为与下列因素有关：①遗传因素。强迫症患者的一级家属中具有强迫症状的危险率为 15.6%，显著高于对照组的 2.9%。双生子研究也发现单卵双生子的同病率明显高于双卵双生子（Carey 等，1981）。②神经生化。已有不少研究证据支持强迫症患者存在 5-HT 功能异常。另外，有研究提示多巴胺和胆碱能系统可能也参与了部分强迫症病人的发病。③脑病理学。脑影像学的研究发现，强迫症患者可能存在额叶和基底节神经回路的异常。④心理学理论。行为学理论认为强迫症是一种对特定情境的习惯性反应。由于某些强迫行为和强迫性仪式动作可能暂时的减轻焦虑，因此被认为是减轻焦虑的手段；由于患者的反复使用这种应付方式，从而导致了重复仪式行为的发生。此外，个体的人格特征（强迫型人格）和生活事件在疾病的发生中也起了一定的作用。

强迫症患者的病程多数（约 2/3）超过一年，病情通常持续波动，可达数年甚至终生。少数（约为 1/3）患者能在一年内缓解。一般病程短，有明显的环境诱因（如生活事件），生活环境较好，社会适应能力强，强迫性人格特征不突出者预后较好；伴有强迫人格特征及持续遭遇较多生活事件的患者预后较差。

临床上一般将强迫症状分为强迫观念、强迫行为和强迫症的特殊表现形式。

1. 强迫观念

（1）强迫性怀疑（obsessive doubt） 指对已经完成的事情，明知已经做的很好，仍然要怀疑、不能放心。常见反复怀疑门窗是否锁好，或担心曾经粘好的信封是否粘住，是否贴邮票等，反复怀疑医生的处方剂量是否适量，是否会延误病情等等。

（2）强迫性回忆（obsessive reminiscence） 对于既往的事件、经历，反复的回忆，明知回忆无实际意义，没有必要，但无法摆脱，萦绕不去。

（3）强迫性穷思竭虑（obsessive ruminations） 思索一些无实际意义的问题。如“地球为什么取名叫地球？地球上的人为什么分男女？先有男还是先有女……”，对这些问题无休止的思索。

（4）强迫性对立思维（obsessive contradictory ideas） 患者脑海中经常有一些对立的思维出现。如看到墙上的标语“和平”，立即想到“战争”；看见“快乐”就想到“痛苦”等相反的概念。

2. 强迫意向及动作

（1）强迫意向（obsessive intention） 指强迫性的出现相反的意愿。如某律师每次出庭就忍不住想说出对自己当事人不利的理由，但又知道不能说，因此引起恐惧和焦虑，回避上法庭做辩护。

（2）强迫性洗涤（obsessive washing） 指患者总担心自己没洗干净，而反复洗涤。如反复洗手，明知道手已经洗净，没必要再洗，但无法控制，甚者将手洗破仍然无法阻止自己的行为，为此患者痛苦不已。

（3）强迫性计数（obsessive count） 表现为不可控制的计数欲望。如见到路旁的树木

就开始计数，如果受到干扰又要重新开始，否则感到烦躁，难以克制。

(4) 强迫性仪式动作 (obsessive rituals) 指患者总是要做一个固定的程序动作才能心安理得，否则就会焦虑不安。如某学生进教室门槛时总得先停下来，继而立正，才进教室，只有这样才能安心。

3. 强迫症的特殊形式—强迫持续状态 强迫症都具有反复重复及难以控制的特点，因此很难确切地定义强迫持续状态。所谓强迫持续状态指那些最终导致明显的行为冲动并产生严重后果的一类强迫症状。主要有强迫观念持续状态，如患者表现为严重而持续的强迫意向或冲动，无法缓解且难以终止，最后可能以冲动性行为直至精神能量耗竭而结束。临床上有些强迫症患者出现的冲动行为可能与强迫的持续状态有关。有人将其形容成一部正开足了马力而刹车失灵的汽车直接奔向危险的目标，为了避免冲向危险的目标不得已而与旁边的汽车相撞。如一位大学女生产生一定要看清楚一位同学的鼻子的念头，虽然反复看了几次仍感未看清楚，这一念头使她无法做任何事情，明知没有必要但难以抑制这一强烈的念头，一直持续 2 小时之久仍挥之不去，为了终止这一强迫观念，用拳头猛击自己头部直到剧烈头痛，全身疲乏才使之消除。强迫持续状态是十分严重的情况，有时因冲动行为可导致伤害自己或伤害他人的严重后果，这种状态应及时处理以免更严重的后果发生。

上述症状中以强迫观念最多见，强迫行为多为减轻强迫观念引起的焦虑而采取的顺应行为。患者体验到观念来自于自我，意识到强迫症状是异常的，但欲罢不能。病程迁延的患者可表现为以仪式化动作为主，而精神痛苦减轻，但此时社会功能受损。强迫症病人常伴有抑郁、焦虑以及其它神经症症状，但都是继发于强迫症状。

(四) 躯体形式障碍

躯体形式障碍(somatoform disorders)是一种持久存在的担心或相信各种躯体症状的病理性优势观念的神经症。其特征为病人因各种躯体症状而反复就医，既不相信各种医学检查阴性的结果，也不相信医生的解释；尽管各种检查阴性和医生保证其无病，仍不能消除疑虑。即使某些患者确实存在某种躯体障碍，但病人的痛苦、疑虑的超价观念与症状的性质、程度严重不符。心理冲突和个性倾向是产生这些躯体症状的重要原因，但病人常常否认，尽管症状与应激性或心理冲突密切相关，他们也不愿意探究心理病因的可能。多数患者常伴有抑郁或焦虑情绪。

躯体形式障碍患者起病年龄多在 30 岁以前，以女性居多，患者文化程度偏低，暗示性较高。由于各国诊断标准的不同，该病的患病率缺乏可比较的流行病学资料。一般认为，有明显精神诱发因素、急性起病者预后良好。病程呈慢性、波动性者预后较差。

不少研究表明躯体形式障碍与遗传易患素质有关。这类患者多具有“神经质”的个性，表现为敏感多疑、固执、对躯体的不适和自身的健康过度关心，导致感觉阈值降低，增加了对躯体感觉的敏感性。因而，他们容易产生各种躯体不适和疼痛。神经生理和神经心理的研究提示，躯体形式障碍的患者存在脑干网状结构的注意和唤醒功能障碍，即与脑干网状结构的滤过功能受损有关。心理社会因素可能是躯体化障碍的易患因素。如早年的痛苦经历(疾病、受虐待等)，父母对疾病的态度等；既发性获益可能是另一个重要因素，因为这类躯体症状可以在潜意识中为患者变相发泄、缓解情绪冲突，还能扮演病人的角色而回避社会责任，并取得关心、保护和照顾。由于此类病人具有敏感、多疑，过于关注自身的人格特点，对自身的认知出现偏差，总认为自己患有某种疾病尚未诊断出来，继而焦虑，并频繁地看医生，但

又不相信检查结果和医生的解释。由于这种焦虑的增加导致患者对自身变化的感知选择性增强。反过来，患者对自身感知增强又加重焦虑，如此形成一种恶性循环，使患者躯体症状加重并伴有明显的焦虑或抑郁。另外，文化因素对躯体化症状的也有影响。一般不发达的国家不太接受个体公开的表达情绪，常认为负性情绪是不理智或无耻的，而将关怀和照顾常给予那些有躯体症状的人；此外，多数国家对精神病人持有偏见和歧视。这些文化因素潜在地鼓励人们用躯体症状来替代心理症状。

躯体形式障碍包括躯体化障碍、未分化的躯体形式障碍、疑病障碍、躯体形式的自主神经功能紊乱、躯体形式的疼痛障碍等多种形式。

1. 躯体化障碍

躯体化障碍（**somatization disorder**）也称 **Briquet 综合征**。主要表现为多种、多变、反复出现的躯体不适症状为主的神经症，各种医学检查不能证实有任何器质性病变足以解释其躯体症状。临床症状可涉及身体的任何部分或器官，常导致患者反复多次就医和明显的社会功能障碍，常伴有明显的焦虑、抑郁情绪。患者起病多在 30 岁以前，以女性多见，病程至少 2 年以上。临床上常见的症状可归纳为以下几类。

（1）疼痛和异常的皮肤感觉症状。是临床上最为常见的一组症状。如瘙痒、烧灼感、麻木、刺痛或酸痛感、皮肤斑点等。部位涉及广泛、不固定，例如头部、颈部、胸部、腹部及四肢等均可发生，疼痛一般不很强烈，与情绪状况关系密切，情绪不好时出现疼痛或加重，反之，则减轻或消失。发生的时间不定，可发生于月经期、性交或排尿时。

（2）胃肠道症状。也是一组较常见的症状。临床上多表现为嗝气、反酸、恶心、呕吐、腹胀、腹痛、腹泻、便秘等症状，或对某些食物感到特别不适。有的病人可能存在肠道激惹综合征，或浅表性胃炎，但很难解释患者长期存在的严重症状。

（3）呼吸、循环系统症状。多表现为心慌、气短、胸闷、心悸等。

（4）性功能障碍和泌尿系统症状。常表现为性冷淡、勃起或射精障碍；月经紊乱、经血过多；生殖器官及其周围的不适或分泌物的异常。部分患者常有尿频、排尿困难等。

（5）假性神经系统症状。常见共济失调、肢体无力或瘫痪、咽部梗阻感或吞咽困难、皮肤感觉缺失、失聪、失明、复视、抽搐等。

2. 未分化躯体形式障碍

未分化躯体形式障碍（**undifferentiated somatoform disorder**）的患者常诉述一种或多种躯体症状，症状多变而相对不固定。临床表现为疲乏无力、胃肠道和泌尿系统等症状，症状类似于躯体化障碍，但临床症状的典型性与严重程度不够，其症状涉及的部位不如躯体化障碍广泛，也不那么丰富。病程超过半年，但不足 2 年，可视为不典型的躯体化障碍。

3. 疑病症

疑病症(**hypochondriasis**)也称疑病障碍，是一组以疑病症状为主要临床特征的躯体形式障碍。患者主要表现为害怕或相信自己患有某种严重的躯体疾病，并为此十分烦恼和特别关注。其烦恼和关注的程度与实际健康状况很不相称。这类患者由于对自身变化的敏感性增加，对自身的关注增强，夸大或曲解躯体一些细小的变化，病人会产生不适，做出疑病性解释，但不是妄想，并因此而反复就医。不相信各种医学检查的阴性结论和医生的解释。部分病人确实存在某些躯体疾病，但患者所述症状的性质、程度或病人的痛苦体验与实际存在的疾病严重程度不符。多数患者伴有焦虑与抑郁情绪。躯体变形障碍（**body dysmorphic disorder**）

是对身体畸形（虽然根据不足甚至毫无根据）的疑虑或先占观念，也属于本症。

4. 持续躯体形式的疼痛障碍

躯体形式的疼痛障碍（**somatoform pain disorder**）是一种不能用生理过程或躯体障碍予以合理解释的、持续而严重的疼痛，全身各个部位均可涉及，常见背部、头部、腹部和胸部。疼痛性质可为钝痛、胀痛、酸痛或锐痛。患者社会功能有一定程度的受损，并影响病人生活的各个方面。情绪冲突或心理社会问题直接导致了疼痛的发生，医学检查不能发现疼痛部位有相应的躯体病变。病程常迁延，持续 6 个月以上。发病高峰年龄为 30~50 岁，女性多见。患者常以疼痛为主诉，并伴有焦虑、抑郁和失眠。

（五） 神经衰弱

神经衰弱（**neurasthenia**）是指在长期的情绪紧张和压力下继而产生的精神活动能力减弱。主要临床特征是精神易兴奋和易疲劳，常伴有烦恼及躯体性症状的主述。需要指出的是这些症状的出现，不能归因于躯体疾病、脑器质性疾病。病程迁延、波动，常易复发。在我国目前还有此诊断名称，而美国和其他一些西方国家已经废弃此诊断，取而代之的是“慢性疲劳综合征（**chronic fatigue syndrome, CFS**）”。

1982 年我国流调资料显示在 15~19 岁居民中神经衰弱患病率为 13.03%，居各类神经症之首，占全部神经症的 58.7%。

目前大多数学者支持心理社会因素在神经衰弱发生中的重要作用。如过重的社会压力，超出患者实际潜能，均会促使本病的发生。另外负性的情绪，如居丧反应、两地分居的长期存在将会感到压抑、怨恨、委屈而易患神经衰弱。神经衰弱的主要临床表现如下。

1. 精神易兴奋与易疲劳 主要表现为学习、工作注意力不能集中或专注于某一主题，且易受外界无关刺激的影响。联想与回忆增多且杂乱、无意义，使人感到苦恼。常诉“脑力下降”。

2. 躯体的不适 常有大量的躯体不适症状，经各种检查找不到病理性改变的证据。这些症状实际上是一种生理功能紊乱的表现，多与病人的心理状态有关。最常见头痛，部位不恒定，但能忍受，工作学习时加重，休息后疼痛减轻或消失。

3. 睡眠障碍 常入睡困难、睡眠不深、多梦，并认为梦多而影响睡眠质量。易早醒，醒后无睡眠感，且疲乏。

4. 自主神经功能障碍 心悸、血压不稳定、多汗、厌食、便秘或腹泻、尿频，月经不调、早泄或阳痿等。

5. 情绪症状 病人的主要症状是难以控制和与环境不相称的烦恼、易激惹和紧张，部分患者可有轻中度的焦虑、抑郁，但不持久，有些神经衰弱病人可以完全没有抑郁情绪。

二、诊断与鉴别诊断

（一） 恐惧症

1. 诊断要点

（1）符合神经症的诊断标准。

（2）以恐惧为主，需符合以下 4 项：①对某些客体或环境有强烈的恐惧，恐惧的程度与实际危害不相称；②发作时有焦虑和自主神经症状；③有反复或持续的回避行为；④知道恐惧是过分的，不合理的，或不必要的，但无法控制。

（3）对恐惧情景和事物的回避必须是或曾经是突出的症状。

(4) 排除其他精神疾患。

2. 鉴别诊断

(1) 焦虑症 焦虑情绪是恐惧症和焦虑症共同的情绪症状，但恐惧症的焦虑情绪是继发于对特定的对象或处境的恐惧，呈境遇性和发作性，伴有回避反应；而焦虑症的焦虑情绪多持续存在，常没有明确的对象因而很难回避。

(2) 强迫症 恐惧症状可见于强迫症。强迫症的恐惧源于自己内心的某些思想或观念，是一种内在的强迫与自我反强迫的过程，并非对外界具体事物的恐惧。

(3) 疑病症 疑病症患者可能伴发恐惧，其恐惧情绪一般不突出。恐惧情绪的产生是因过分担忧自身的健康，怀疑自己患某种疾病，因而并不认为这种恐惧是不合理的。追述病史可以发现怀疑自己患病的症状在先。恐惧症所害怕的对象常是外在的客观物体或场景，并且知道这种恐惧过分且不合理，但自身无法摆脱，请求医师帮助解脱困境。

(4) 抑郁障碍 抑郁障碍的患者可以因为情绪的低落，行为减少而回避社会的交往。通过仔细的精神检查可以发现患者言语减少，思维速度减慢，情绪低落以及行为动作的减少等精神症状。值得注意的是长期的社交恐惧症可以诱发抑郁障碍的发作。

(5) 颞叶癫痫 癫痫发作时可表现为无明确对象的、阵发性恐惧，发作时常常伴有意识障碍、神经系统体征及癫痫样脑电图改变（颞叶的棘波或棘慢综合波）足以鉴别。

(二) 焦虑症

1. 广泛性焦虑诊断要点

(1) 符合神经症的诊断标准。

(2) 以持续性的原发性焦虑症状为主，并符合以下两项：①经常或持续的无明确对象和固定内容的恐惧或提心吊胆；②伴有自主神经症状和运动性不安。

(3) 社会功能受损，病人因难以忍受却又无法解脱而感到痛苦。

(4) 符合症状标准至少 6 个月。

(5) 排除以下疾病，甲状腺机能亢进、高血压、冠心病等躯体疾病继发的焦虑；兴奋药物过量和药物依赖戒断后伴发的焦虑；其它类型精神疾病或神经症伴发的焦虑。

2. 惊恐障碍诊断要点

(1) 符合神经症的诊断标准。

(2) 惊恐发作需符合以下四项：①发作无明显诱因、无相关的特定情境，发作不可预测；②在发作间歇期，除害怕再发作外，无明显症状；③发作时表现强烈的恐惧、焦虑及明显的自主神经症状，并常有人格解体、现实解体、濒死恐惧，或失控感等痛苦体验；④发作突然，迅速达到高峰，发作时意识清晰，事后能回忆。

(3) 病人因难以忍受却又无法解脱，因而感到痛苦。

(4) 一个月内至少有 3 次惊恐发作，或首次发作后继发害怕再发的焦虑持续 1 个月。

(5) 排除其它精神障碍继发的惊恐发作；排除躯体疾病如癫痫、心脏病发作、嗜铬细胞瘤等。

3. 鉴别诊断

(1) 躯体疾病伴发的焦虑 许多躯体疾病可以伴发焦虑症状，如甲状腺疾病，心脏病，某些神经系统疾病如脑炎、脑血管病、系统性红斑狼疮等。对初诊、年龄大、无心理应激因素、病前个性素质良好的患者，要警惕焦虑是否继发于躯体疾病。鉴别要点包括详细的

病史、体格检查、精神状况检查及必要的实验室检查。

(2) 药源性焦虑 长期使用某些药物以及突然停用或撤药过程中会出现焦虑情绪。如某些拟交感药物苯丙胺、可卡因、咖啡因及阿片类物质，长期应用激素、镇静催眠药、抗精神病药物等。根据服药史可资鉴别。

(2) 精神障碍伴发的焦虑 在许多精神障碍，如精神分裂症、心境障碍、疑病症、强迫症、恐惧症、创伤后应激障碍等常可伴焦虑或惊恐发作。若诊断为精神分裂症，原则上不再诊断焦虑症；抑郁和焦虑经常有共病的现象，当抑郁与焦虑严重程度主次分不清时，应先考虑抑郁症的诊断，以免耽误抑郁症的治疗；其它神经症伴发焦虑时，焦虑症状在这些疾病中常是次要或继发的临床相。

(三) 强迫症

1. 诊断要点

(1) 症状标准 ①符合神经症的诊断标准，并以强迫症状为主，至少有下列一项：a 以强迫思想为主，包括强迫观念、回忆或表象，强迫性对立观念、穷思竭虑、害怕失去自控能力等；b 以强迫行为（动作）为主，包括反复洗涤、核对、检查，或询问等；c 上述的混合形式。②病人称强迫症状起源于自己内心，不是被别人或外界影响强加的。③强迫症状反复出现，病人认为没有意义，并感到不快，甚至痛苦，因此试图抵抗，但不能奏效。

(2) 严重标准 社会功能受损。

(3) 病程标准 符合症状标准至少已 3 个月。

(4) 排除标准 ①排除其它精神障碍继发的强迫症状；②排除脑器质性疾病，尤其是基底节病变所继发的强迫症状。

2. 鉴别诊断

(1) 恐惧症和焦虑症 恐惧症和强迫症的焦虑症状是继发性的。焦虑症的焦虑情绪无具体对象，是原发症状。恐惧症的对象来自于外界客观现实；强迫性恐惧观念和和行为常源于患者内心的主观体验，其回避恐惧行为与强迫怀疑和强迫担心有关。

(2) 抑郁症 20% 抑郁症患者可伴发强迫症状，但强迫症状往往较轻，患者多无积极抗强迫的愿望。而强迫症患者也可继发抑郁情绪，鉴别主要是识别哪些症状为原发性的。

(3) 分裂症 精神分裂症可出现强迫症状，但往往没有相应的痛苦体验，无主动克制或摆脱的愿望，无主动的治疗要求，且强迫症状内容多荒谬离奇，无自知力。精神检查可发现精神分裂症症状。

(4) 器质性精神障碍 中枢神经系统的器质性病变，特别是基底节病变，可出现强迫症状。发病年龄较晚的患者诊断强迫症应慎重，此时应根据有无神经系统的体征及相关辅助检查，如头颅 CT 或磁共振 MRI 进行鉴别。

(四) 躯体形式障碍

1. 诊断要点

(1) 症状标准

1) 符合神经症的诊断标准。

2) 以躯体症状为主，至少有下列一项：①对躯体症状过分关心（严重性与实际情况明显不相称），但不是妄想；②对身体健康过分关心，如对通常出现的生理现象和异常感觉过分关心，但不是妄想。

2) 反复就医或要求医学检查, 但检查的阴性结果和医生的合理解释, 均不能打消其顾虑。

(2)严重标准 社会功能受损。

(3)病程标准 符合症状标准至少已 3 个月(躯体化障碍要求至少 2 年、未分化的躯体形式障碍和躯体形式的疼痛障碍要求至少半年以上)。

(4)排除标准 排除其它神经症性障碍、抑郁症、精神分裂症及偏执性精神障碍等。

2.鉴别诊断

(1) 躯体疾病 一些躯体疾病在早期可能难以找到客观的医学证据, 因此, 各类躯体形式障碍的诊断要求病程至少要 3 个月以上, 有的甚至要求超过 2 年, 以便自然排除各类躯体疾病所引起的躯体不适。临床上, 对 40 岁以上而首次表现躯体不适为主要症状者, 一定要仔细检查和观察, 更要谨慎, 不要随便诊断。实践证明, 根据病人有心理诱因、有一定的暗示性、初步检查未发现阳性体征等就轻易做出躯体形式障碍的诊断, 有可能导致误诊、误治, 不可不慎。

(2) 抑郁症 抑郁症多数伴有躯体不适症状, 躯体形式障碍也常伴有情绪抑郁。在鉴别时首先要考虑症状发生的先后; 其次, 要分析症状的特性, 抑郁症常有早醒、晨重夜轻的节律改变等一些生物学方面的症状, 如部分抑郁症病人可能有体重减轻、精神运动迟滞、兴趣缺乏、自责自罪, 自杀言行等症状, 而求治欲望不够强烈, 抗抑郁药治疗效果较好等可与躯体形式障碍者鉴别。

(3) 精神分裂症 分裂症早期可伴有疑病症状, 但其内容多荒谬离奇、片段不固定, 患者有幻觉、妄想和思维联想障碍, 无求治欲望或并不强烈, 临床上不难鉴别。

(4) 其他神经症 各种神经症均可出现疑病或躯体不适的症状, 但这些症状出现时间较晚, 是继发性的, 非主要的临床相, 可资鉴别。

(五) 神经衰弱

1. 诊断要点

(1)症状标准

1) 符合神经症的诊断标准。

2) 以持续和令人苦恼的脑力和体力易疲劳, 经休息和娱乐不能恢复为特征, 至少有以下 2 项: ①情感症状, 如烦恼、紧张、易激惹等, 可有焦虑、抑郁情绪, 但不占主导; ②精神易兴奋症状, 如回忆、联想增多, 注意不集中, 对声光刺激敏感等; ③肌肉紧张性疼痛, 如头痛、腰背痛等; ④睡眠障碍, 入睡困难、多梦易醒、睡眠节律紊乱、睡眠感觉缺失、睡醒后无清新感等; ⑤其它心理生理症状, 如头昏眼花、耳鸣、心慌、胸闷、腹胀、消化不良、尿频、多汗、阳痿、早泄及月经不调等。

2)严重标准 病人感到痛苦或影响社会功能而主动求医。

3)病程标准 符合症状标准至少 3 个月。

4)排除标准 排除其它类型神经症、抑郁症及精神分裂症。因各种躯体疾病伴发的神经衰弱症状, 则只能诊断为神经衰弱综合征。

2. 鉴别诊断

(1)焦虑症 焦虑症可有躯体不适的症状, 如头痛与失眠, 此时易被误诊为神经衰弱。二者区别在于: 神经衰弱最基本的特征是脑力易兴奋又易疲劳, 临床表现有注意力不集中、

记忆力差、办事虎头蛇尾，主要表现为烦恼，焦虑不是主要症状；而焦虑症突出的症状是焦虑体验，即一种缺乏具体对象和内容的过分担心。

(2)恶劣心境 恶劣心境障碍以持久的抑郁情绪为主，伴有焦虑、疲劳、躯体不适感以及睡眠障碍，病情波动。临床上对一些具有多种不适主诉的病人，如有疲劳、烦恼、头痛、失眠的病人，应仔细询问病人有无持久的抑郁心境，确无抑郁心境或持续短暂，可考虑诊断神经衰弱。

(3)神经衰弱综合症 是继发于器质性疾病基础上的神经衰弱症状群，可见于肺结核、慢性肝炎等慢性传染病；各种慢性器质性脑病、维生素的缺乏、贫血、营养障碍等。而神经衰弱没有器质性疾病基础。

第三节 癔症的相关医学问题

癔症的患病率在我国普通人群中为 3.55‰（1982 年的流行病调查），国外有关资料报道女性患病率为 3‰~6‰，男性罕见。有研究显示文化落后地区发病率较高。

癔症多于青壮年期发病，首发年龄大多在 20~30 岁。本病多呈发作性急性起病，消失迅速，预后一般良好，60%~80% 的患者可在一年内自发缓解。少数病人若病程很长，或经常反复发作，或具有明显的癔症性格特征者，治疗比较困难。极个别表现为瘫痪或内脏功能障碍的癔病患者，若得不到及时恰当的治疗，病程迁延，可严重影响工作和生活能力。

癔症的发生与遗传因素、个性特征有关，可能在某种性格基础上，因精神刺激而发病，亦可在躯体疾病基础上发病。

1. 遗传因素 国外资料表明癔症患者的近亲中本症发生率为 1.7%~7.3%，较一般居民高。女性一级亲属中发生率为 20%。提示遗传因素对部分患者有影响。

2. 癔症性人格 具有情感反应强烈、丰富幻想性、高度暗示性、表情夸张做作、喜欢寻求别人注意和自我中心等表演性人格特征的人，在受到挫折，或出现心理冲突，或接受暗示后容易产生癔症发作。

3. 精神因素 一般认为，心理社会因素是癔症的主要病因。急性的、能导致强烈的精神紧张、恐惧或尴尬难堪的应激事件是引起本病的重要因素。一般说来，精神症状常常由明显而强烈的情感因素引起，躯体症状多由暗示或自我暗示引起。首次发病的精神因素常决定以后发病形式、症状特点、病程和转归。再发时精神刺激强度虽不大，甚至客观上无明显原因，因触景生情，由联想激起与初次发病时同样强烈的情感体验和反应，而出现类似的症状表现。文化闭塞、迷信观念重的地区发病率高，甚至可能出现癔症流行。

4. 躯体因素 在某些躯体疾病或躯体状况不佳时，由于能引起大脑皮层功能减弱而成为癔症的发病条件。如颅脑外伤、急性发热性疾病、妊娠期或月经期等。

不同的学者们从心理学、生物学和生理学的不同层面解释该病。心理动力学派根据压抑原理，认为受到超我的影响，但又没有完全成功的压抑本能愿望（本我），此时的本能愿望（本我）则通过伪装形式“转换”或转化为症状。巴甫洛夫学派认为，癔症患者的高级神经活动（特别是第二信号系统）的弱化，使其调节和控制的第一信号系统与皮质部位的活动相对增强，或脱抑制是癔症症状发生的病理生理基础。行为主义理论认为，转换症状是患者对遭受挫折生活经历的适应方式，而病后的获益则通过操作性条件反射使症状强化。

一、临床类型及临床表现

癔症的临床表现极其多样复杂，有学者称癔症患者是疾病的模仿大师，其临床表现可能涉及各种症状，几乎可以类似于任何一种疾病。临床上一般将癔症的表现归纳为三类：①癔症性精神障碍（分离性障碍），②癔症性躯体障碍（转换性障碍），③癔症的特殊表现形式。

（一）癔症性精神障碍

1. 意识障碍 患者的意识障碍有两种：一是环境意识障碍，主要指意识清晰度下降，表现为朦胧状态或昏睡，严重者可发生木僵状态（癔症性木僵），部分病人可出现癔症性神游；二是自我意识障碍（身份障碍），形式多样，以交替人格、双重人格、多重人格常见。

2. 癔症性漫游 又称癔症性神游。此症发生在白天觉醒时，患者突然离开住所或工作场所，不辞而别外出漫游。在漫游的过程中患者能基本自我料理，如饮食、个人卫生等，还能进行简单的社交活动，如购票、乘车、甚至可与人聊天等。如果短暂肤浅的与患者接触很难看出其明显的精神异常。患者的漫游事先无任何目的和计划，开始和结束都是突然的，一般经历数小时至数天，清醒后患者对发病经过不能完整地回忆。

3. 情感爆发 是癔症常见的发作形式。多在精神刺激之后出现情感爆发，如嚎啕大哭，时哭时笑、捶胸顿足、撕抓衣物；还有的表现为冲动行为，如自伤、伤人、毁物，发泄情绪的特征明显。症状丰富多变，极富表演色彩。大多发作数十分钟，很少多于一小时，可自行缓解，事后可有部分遗忘。

4. 癔症性痴呆 在精神刺激下突然发病，表现为假性痴呆。对简单的问题给予近似而错误的回答，称 Ganser 综合征；也可表现为明显的幼稚行为，称为童样痴呆。

5. 癔症性遗忘 常表现为阶段性遗忘或选择性遗忘，遗忘的内容多与精神创伤有关的某阶段经历或某一事件，遗忘的目的往往能达到回避刺激的场景或事件。

6. 癔症性精神病 该类型可出现意识朦胧状态，精神病性症状，如行为紊乱、片断的幻觉妄想、思维联想障碍等。发作时间较长，但一般在 3 周以内完全缓解，无残留症状，在受到精神刺激时病情可以反复。

（二）癔症性躯体障碍

癔症的躯体障碍临床表现甚为复杂多样，主要表现为运动和感觉功能障碍，提示患者可能存在某种神经系统或躯体疾病，但体格检查、神经系统检查和实验室检查都不能发现其内脏器官和神经系统有相应的器质性损害。其症状和体征不符合神经系统解剖生理特征。症状在被观察时常常加重，患者对症状的焦虑增加时症状也趋于加重。临床常见的类型如下。

1. 运动障碍 临床上较常见的表现形式有痉挛发作、局部肌肉抽动或阵挛、行走不能、肢体瘫痪或多种形式共存。痉挛发作与癫痫大发作十分相似，但发作时意识大多数情况下是清晰的，无口舌咬伤、跌伤及大、小便失禁；一般持续时间较长，发作地点具有一定的选择性，如经常在人多的情况下发病。发作时的脑电图资料对鉴别有重要的作用。癔症性肢体瘫痪表现形式多样，可表现为单瘫、截瘫或偏瘫，伴有肌张力增强或弛缓，体格检查并无神经系统损害的体征。若病程持久者可有废用性肌萎缩，但很少见。临床上还经常会出现言语运动障碍，表现为失音、缄默等。

2. 感觉障碍 表现形式多样，常见感觉过敏、感觉缺如。其特点是明显的局部或全身的感觉缺失，而且缺失范围与神经分布并不一致。感觉异常包括癔症球（咽部梗阻感、异物感），癔症性失明与管视、癔症性失聪等。

（三）癔症的特殊表现形式

1. 集体性癔症

癔症的集体发作即为流行性癔症或称集体性癔症（mass hysteria），是癔症的特殊形式。大多在共同生活、经历和观念基本相似的团体中发生。如学校，教堂、寺院或在公众场所。通常在经济水平不高，人群中的文化水平较低，封建迷信活动较多的环境中流行。往往是一人开始发病，周围人目睹后被感应，在暗示和自我暗示下相继出现类似的癔症症状，可在短时间内形成暴发流行。近来报道较多的是中小学生在接种疫苗后出现，起初有一人出现症状，周围目睹者精神受到感应，相继发生类似症状。由于发病环境中对人们这类疾病性质不了解，常在这一群体中引起广泛的紧张、恐惧情绪；在相互暗示和自我暗示影响下，使癔症在短期内暴发流行。这类癔症发作大多历时短暂，表现形式相似。将患者，特别是初发病例隔离起来，给予对症处理，流行即可迅速得到控制。患者大多为年轻女性，精神紧张、过度疲劳、睡眠不足、月经期，以及具有表演型人格特征者较易发病。在教堂内祷告，集体练习某些气功，或在恐缩症流行地区或期间，形成的神秘气氛往往为病症的流行提供条件。一般继发的患者预后很好且不易反复发作。

2. 赔偿神经症

赔偿神经症（compensation neurosis）可认为是癔症的一种特殊形式。在工伤、交通事故、医疗纠纷和其它损害性事件中，受害人往往显示、保留和夸大症状，有利于受害人索取赔偿。如果处理不当，症状往往会持续很久。而这些症状的出现、夸大或持续存在，一般并非受本人意志支配，而是由无意识机制起作用。对于这类要求赔偿的病例，应尽早处理，力求一次彻底解决，切忌拖延。旷日持久的诉讼过程对受害人症状的消除极为不利。赔偿问题解决之后，应尽快采取医疗康复措施，配合心理治疗，以促进症状的消除。

3. 职业性神经症

是一类与职业活动关系密切的运动协调障碍。如长期从事写作的人出现书写痉挛，从事计算机操作者出现键盘手，舞蹈演员临场表演时的下肢运动不能，教师走上讲台突然的口吃、声音嘶哑乃至失音。然而，当进行非职业活动时，上述功能完全恢复正常。

二、诊断与鉴别诊断

（一）诊断要点

1. 明显的精神因素及由此引起的强烈情感体验。
2. 症状的产生和消失与暗示、自我暗示密切联系。
3. 急性起病，症状多样。检查未发现与躯体症状相应的阳性体征和器质性病变的证据。精神症状常有表演和夸张的特点，带有鲜明的情感色彩。
4. 患病前的性格特点，既往类似发作史，阳性家族史及年龄与性别均可作参考。
5. 排除脑及躯体器质性疾病，反应性精神病，情感性障碍和精神分裂症。

（二）鉴别诊断

癔症诊断应十分慎重，因它可模仿许多疾病的症状，故必须在充分了解病史，发作时的症状特点、症状演变过程，仔细的体格检查、神经系统检查及必要的实验室检查，全面分析后才能做出诊断。常需与下列疾病作鉴别。

1. 癫痫大发作 两者发作时均有发作性痉挛，但一定要注意它们痉挛发作的特征。癫痫大发作时意识丧失，瞳孔多散大且对光反应消失，发作不受时间、地点、环境的影响；痉

挛发作可分为前兆期、强直期、痉挛期和恢复期四个阶段，痉挛时四肢呈有规则的抽搐，常有咬伤，跌伤和大小便失禁，事后遗忘，脑电图检查有特征变化（棘波或棘慢综合波）。癔症抽搐不具备这些特征。

2. 诈病 癔症的某些症状具有夸张或表演色彩，给人以一种伪装的感觉，应与诈病相鉴别。诈病常有明确的目的，表现的症状受病人的主观意志控制，但诊断诈病最终需病人的承认方能确立诊断。

3. 心因性精神障碍 首次发病的癔症性精神障碍经常被误诊为心因性精神障碍。他们的区别在于：引起心因性精神障碍的精神刺激一般程度较重（患者体会很重），精神刺激因素与症状的发生、发展密切相关。病人常不具有癔症性格特点，症状不具备夸张表演色彩和暗示性等。但对于发作多次（大于等于2次）的患者诊断心因性精神障碍应持谨慎的态度。

4. 精神分裂症 精神分裂症的附体妄想内容荒谬，持续时间长。癔症的附体妄想为阵发性，且表情生动、情感外露，而精神分裂症则倾向于隐蔽不谈。

5. 其他疾病 癔症中的功能丧失常见的是失音、失聪、失语以及肢体运动障碍，这些均需与相关的器质性疾病鉴别。如神经系统疾病：重症肌无力，周期性麻痹，脑肿瘤，多发性硬化、视神经炎、部分声带麻痹，Guillain-Barre 综合症，Parkinson 病的开关综合症，基底节和外周神经的变性，硬膜下血肿，获得性或遗传性肌张力障碍，Creutzfeldt-Jacob 病和 AIDS 的早期表现。必须经过详细的躯体检查与实验室的检查来确诊。癔症有可能与躯体疾患共同存在，所以排除躯体疾病时一定要慎重。

第四节 神经症与癔症的相关法律问题

一、神经症的相关法律问题

神经症患者发生肇事，违法行为的较少。强迫症偶因强迫意向而发生意外行为，焦虑性神经症在情绪不佳状态下，遇到环境冲突时，可以发生伤害、凶杀等行为。尽管神经症的临床表现丰富多样化，如常见焦虑情绪、恐惧症状、强迫症状、疑病症状、脑功能衰弱等症状。但神经症患者均没有明显或者持续存在的精神病性症状，不属于“精神病性”精神障碍，患者的社会功能没有明显受损，其日常行为一般保持在社会规范允许的范围之内，存在对现实的检验能力，自知力完整，对行为的辨认能力无障碍，虽可以存在控制能力削弱，原则上应评定为完全责任能力。个别患者控制能力削弱较明显，可参照有关条件，评定为限定责任能力。其他法定能力如受审能力、行为能力、服刑能力、性自我防卫能力等都无障碍。

在司法精神病学鉴定中，有一种特殊情况就是强迫症的强迫持续状态，由于患者表现为严重而持续的强迫意向或冲动，无法缓解且难以终止，他们为了终止强迫观念，而出现冲动或暴力及其他违反社会规范行为，这种状态下，患者精神的自主性降到最低的程度。在强迫持续状态，患者失去了正常的评价和判断自己行为状态的能力，以至找不到行为已完成的确定点，对行为后果的意识判断受到明显损害，即便有判断能力也丧失了对目标行为的控制和执行能力。如果确定是强迫持续状态出现的冲动行为而导致伤害自己或伤害他人的情况时，在评定其责任能力与行为能力时应根据具体情况（如作案目的、动机、加害客体等因素）酌情评定为部分责任能力与行为能力。

由于神经症患者症状多数不定，持续迁延；还有一些患者存在多种性质和部位不固定的

躯体不适感，特别是在疾病的早期没有进行过诊治，一旦遭受精神创伤或与人发生纠纷时，症状会凸现或加重。这些均涉及精神损害以及伤残程度的鉴定。但由于神经症的发生原因众多，其发生与个性的缺陷密切相关，而精神刺激仅仅是诱因，加之目前我国尚未制定出精神损害程度评定标准和精神伤残程度评定标准，此时最好不进行伤情程度的评定，只评定“伤”与“病”是否存在间接因果关系。如果在评定时涉及到经济赔偿的问题，则应按照国家相关法律、法规执行。一些患者在事件（受伤、受侮辱等）后，为了获得更多的利益持续地显示、保留和夸大症状，我们将其归类于癔症中的赔偿性神经症，将在下一章节中讨论。

二、癔症的相关法律问题

癔症与法律关系较为密切。患者在癔症发作时，可达到意识障碍或其它较严重的精神障碍，如情感爆发、鬼神附体、漫游症、癔症性精神病状态等，在这些情况下有可能出现如伤害、强奸、凶杀等危害行为，而涉及刑事责任能力问题。由于患者遭遇严重的精神刺激，如被侮辱、被殴打或因工伤等引起的癔症发作，因此常涉及伤情的评定以及法律责任和经济赔偿问题。羁押期间的犯罪嫌疑人或服刑期间的罪犯或被告人如果出现癔症发作，此时将涉及受审能力或服刑能力的问题；还有不少患者涉及民事行为能力问题等。

（一）刑事责任能力评定

一般情况下，多数癔症患者并不出现严重的精神障碍，他们仍能保持一定的辨认和控制自己行为的能力，使自己的行为不超越一定的限度。因此，只有少数癔症患者可能出现一些违法行为，但真正发生严重危害社会的行为并不多见。癔症患者如果出现了严重的违法行为，一般也不排除责任能力。个别患者在明显意识障碍、附体症状或在癔症性精神病等状态下出现的危害行为，这时患者就可能无责任能力，应当根据具体情况（如作案目的、动机、加害客体等因素）加以评定，酌情评定为部分刑事责任能力或无刑事责任能力。

值得注意的是一些“神汉”、“巫婆”等迷信职业者，以骗取钱财或其他犯罪为目的，他们自己“故意”自我暗示变为“附体状态”而加害于与自己无关的信男善女，此时应当评定为有完全刑事责任能力；因受迷信职业者欺骗性的暗示，而出现“附体症状”的信男善女所实施的危害行为，应当酌情评定为部分刑事责任能力或无刑事责任能力；另外，癔症妇女如有卖淫活动，其目的是获取钱财，多与病情无关，应当评定为有完全刑事责任能力。

（二）民事行为能力评定

癔症系发作性疾病，缓解期精神活动完全正常，且多数患者即便在患病期间（意识障碍和严重的精神障碍除外）对现实的判断能力也不丧失，因此其民事行为能力一般不受影响。少数反复发作、病程迁延、久治不愈的患者，可根据患者辨认能力受损的程度，酌情评定为限制民事行为能力或无民事行为能力。

（三）受审能力和服刑能力评定

如果犯罪嫌疑人或罪犯处于癔症发作期，存在癔症性精神病、明显的意识障碍或行为紊乱等，一般评定为无受审和服刑能力，可暂时终止对其审讯或服刑，应该送到有监管条件的专业医院进行治疗。一旦症状缓解，便可继续审讯或服刑，不必保外就医，以避免“因病获益”所带来的症状反复、掩饰等负面效果。

（四）法律关系评定

尽管目前尚不清楚癔病的发病原因和病理机制，但精神因素与该病的关系非常密切，对应激性事件的经历和反应是引发本病的重要因素。因此，一些患者因遭受精神创伤或被

殴打等因素而出现癔症性精神障碍或癔症性转换症状，常被认为简单的因果关系，即某某是“被害而疯”、“被害至傻”或“被打致残”等，这些均涉及精神损害以及伤残程度的鉴定。由于目前我国尚未制定出精神损害程度评定标准和精神伤残程度评定标准，导致处理这类案件十分棘手，所以要慎之又慎。在评定伤与病的关系或受伤程度时要根据加害人的过错、侵权的具体情节以及所造成的后果等，具体情况具体分析，不能一概而论。如果事件中受害方有一定的过错，且病前有明显的癔症个性，尽管应激事件与癔症发生有密切的关系，但目前仍然不能查出相应器质性的改变（即功能性的精神障碍），其发生主要是个性的缺陷所致，而精神刺激仅仅是诱因，此时最好不进行伤情程度的评定，只评定“伤”与“病”的因果关系；如果事件中受害方几乎没有过错，如病前性格特征缺陷不明显，严重的精神创伤导致癔症首次发作、症状较重、病程迁延不愈（超过半年以上）、社会功能明显受损，尽管癔症的发病与人格特征密切相关，但与精神创伤也有明显的因果关系，此时可评定为轻伤。如果在评定时涉及到经济赔偿的问题，则应按照国家相关法律、法规执行。值得一提的是如能尽早地作“一次性”处理，可能会避免“因病获益”的干扰而使病情得以尽快的控制、还有可能减少反复发作。

案 例

案例 1：沈××，女性，50 岁，汉族，已婚，某单位出纳。因贪污案，某中级人民法院要求鉴定患者有无精神病及对刑事责任能力进行评定。：2000 年 1 月至 2005 年 12 月间，被鉴定人沈某利用担任某单位出纳职务之便，采用涂改、私自填写现金支票提取现金、收入不记帐、多记支出等手法，侵吞公款 40 余万元。被鉴定人出生在本地，第一胎，足月顺产，出生时情况良好。自幼生长发育正常，7 岁入学，学习成绩尚可，高中毕业后参加工作，先后担任过代课老师、仓库保管员等，1997 年起在某单位担当出纳会计至退休，工作能力可，人际关系一般。被鉴定人 23 岁结婚，婚后夫妻关系好，生育一子，现已参加工作。于 2000 年 10 月因“头胀痛近一年伴失眠、胸闷心慌、乏力出汗”住某市中医院，诊断为肌紧张性头痛、焦虑症。服用博乐欣、多虑平等，住院十余天病情好转，出院后仍服中药数月，后逐渐停药。此后，患者头痛、紧张及坐立不安等症状时隐时现，波动不定，曾多次在本市各医院就诊治疗，但仍然能坚持上班，工作能力正常。既往身体健康，无严重躯体疾病及精神疾病。两系三代内否认精神病家族史。体格检查及神经系统检查无异常发现。血常规、肝肾功能、心电图、脑电图、脑电地形图：未见明显异常。成人韦氏智力测定：IQ：101

精神检查：意识清晰，定向力完整，被动接触合作，对答切题，对作案经过叙述清楚，未查及幻觉、妄想等精神病性症状，未见明显异常行为，情绪不安，表情痛苦，自诉头昏、睡眠不好、多汗，无自责自罪或持续性情绪低落。智能检查：理解判断、概括抽象能力正常，一般常识了解，计算力正常，远近记忆力均正常。

分 析：被鉴定人自幼生长发育正常，适龄入学，学习成绩尚可，高中毕业后参加工作直至退休，工作能力可，人际关系一般。2000 年 10 月因“头胀痛近一年伴失眠”在某市中医院住院诊断为肌紧张性头痛、焦虑症。服用博乐欣、多虑平等，以后症状波动不定，多次就诊，但从未出现幻觉妄想等精神病性症状，且一直能坚持上班，工作能力正常。鉴定时精神检查：意识清晰，定向力完整，被动接触合作，对答切题，未查及精神病性症状，未见明显异常行为，存在焦虑情绪及躯体性焦虑症状，体格检查、实验室检查及智能检查均正常。符合焦虑症诊断。被鉴定人利用工作之便及管理上漏洞，采用涂改、私自填写现金支票提取

现金、收入不入帐、多记支出等手法侵吞公款，其作案的动机目的明确，后迫于舆论的压力，感到内心不安，主动自首，对作案行为辨认、控制能力完好，案发后的自首行为亦非精神疾病所致，故评定为有完全刑事责任能力。

鉴定结论： 焦虑性神经症； 有完全刑事责任能力

案例 2： 张××，男，46 岁，汉族，已婚，高中文化，销售人员。因扰乱社会治安，某市公安局要求鉴定患者有无精神病及对刑事责任能力进行评定。2008 年 12 月 11 日下午 3 时许，张××在家中拨打 110 报警，称自己快要疯了，并称自己在所住的大厦地下室放置了一颗炸弹。

被鉴定人出生在当地，第二胎，足月剖腹产，出生时情况良好。自幼生长发育正常，7 岁入学，学习成绩尚可，大学毕业后参加工作，现在一家公司做销售工作，工作能力可，人际关系一般。被鉴定人性格内向，从小做事认真细致，27 岁结婚，婚后夫妻关系好。于 22 岁（1984 年）时因担心自己会无故用头部撞击别人，这样会伤害自己也会伤害别人，知道自己不会这样做，但仍然担心，因此非常痛苦，曾于当年在当地精神病医院门诊诊断为强迫症，并接受药物及心理治疗后缓解。以后强迫症状反复波动，不规则的使用药物和心理治疗。2008 年初因工作压力增加，强迫症状加重，整天担心自己会用头撞击别人，还整天想如果无故报警会出现什么结果，自知没有必要，但只要看见电话就有报警的冲动，为此痛苦不安，药物和心理治疗效果不佳。但仍然能坚持上班，工作能力明显下降。既往身体健康，无严重躯体及精神疾病。两系三代否认精神病家族史。体格检查发现左侧顶颞部位有 6cm×8cm 大小的头皮血肿，压痛明显。神经系统检查无异常发现。血常规、肝肾功能、心电图、脑电图、脑电地形图、头部 CT 等检查均无异常。

精神检查：意识清晰，接触可，检查合作，存在明显强迫性思维，对案件经过叙述和报警的具体内容叙述不够清楚，承认自己打电话报警前一直在想自己会不会撞击别人，我会不会打报警电话，结果会是怎样……自己快要疯了，当时自己的思想实在太乱了，就打了报警电话并用头部撞墙后，人似乎没有半点力气。事后知道自己做事欠考虑，理解案件的性质和产生的后果，未查及幻觉、妄想等精神病性症状，情感反应适切，有抑郁情绪，认为自己病可能治不好了，有绝望、无助、无用感。检查时无明显异常行为。自知力完整。智能检查：一般常识能力可，理解力、判断力、抽象概括能力好，计算能力好。记忆正常。

分析： 被鉴定人自幼生长发育正常，适龄入学，学习成绩尚好，性格内向，从小做事认真细致，循规蹈矩，大学毕业后工作，工作能力可。目前从事推销工作，工作能力较以前下降。于 22 岁（1984 年）时因担心自己会无故用头部撞击别人，这样会伤害自己也会伤害别人，明知自己不会这样做，可仍然担心，因此非常痛苦，曾于当年在某市精神病医院门诊诊断为强迫症，并接受药物及心理治疗后缓解。以后强迫症状反复波动，不规则的使用药物和心理治疗。2008 年初因工作压力增加，强迫症状加重，强迫思维的内容泛化，除担心自己会用头撞击别人，还整天想如果无故报警会出现什么结果，自知没有必要，但只要看见电话就有报警的冲动，为此痛苦不安。虽仍然能坚持上班，但工作能力明显下降。鉴定时精神检查：意识清晰，接触可，检查合作，有明显的强迫思维，未查及幻觉、妄想等精神病性症状，情感反应适切，未见异常行为。记忆力、智能正常。成人韦氏智力测定：IQ=99 分。明尼苏达多相人格测定：13/31 测图，示混合性神经症测图。根据卷宗提供材料、鉴定时精神检查及实验室检查结果，综合分析诊断为强迫症。

由于在整个案件中被鉴定人均处于强迫症的强迫持续状态,表现为严重而持续的强迫意向,无法缓解且难以终止,为了终止强迫而出现冲动行为,这种状态下,患者精神的自主性降到最低的程度,失去了正常的评价和判断自己行为状态的能力,以至找不到行为已完成的确定点,对行为后果的意识判断受到明显损害,即便有判断能力也丧失了对目标行为的控制和执行能力。况且检查中对自己的行为供认不讳,但细节描述不够清楚,案发后为自己的行为感到懊悔。从整个案件的事实经过分析被鉴定人作案动机不够明确,对自己行为的实质性辨认能力和控制能力下降,其行为是在强迫症症状持续的情况下所为,故评定为限定刑事责任能力。

鉴定结论: 强迫症(强迫持续状态); 限定刑事责任能力。

案例 3: 刘××, 女性, 35 岁, 汉族, 丧偶, 自由职业。因故意伤人, 某中级人民法院要求鉴定患者有无精神病及对刑事责任能力进行评定。

当事人原居住小区被征收, 认为拆迁问题解决不合理, 多次与某公司进行交涉, 在当地政府有关部门见证下共获得 100 万元补偿。后因购买拆迁安置房不成, 则将原小区新建的××栋×××室的门撬开, 并居于其内。该公司负责人多次劝其搬出, 某日令小区保安强行将其搬出, 双方发生纠纷。在区信访局和当地派出所的协调下, 双方已达成协议并妥善处理, 且双方签字确认。2007 年 8 月 28 日当事人去当地政府办事, 路过信访办见到曾经处理过自己问题的工作人员, 双方谈到搬迁的问题时, 认为自己吃亏, 情绪激动起来, 大喊大叫, 躺在地上不起。几分钟后突然站起, 说“我是神仙, 我是上帝派来的×××神, 专门来整治你们……”, 时而手舞足蹈, 打烂窗户, 踢门入室, 并打伤信访局工作人员, 被公安局拘留。拘留期间胡言乱语, 哭笑无常, 行为怪异, 故来院鉴定。

被鉴定人自幼生长发育正常, 适龄入学, 学习成绩一般, 因家境贫困, 读至小学三年级便辍学在家务农, 成年后在当地某厂工作, 工作能力一般, 人际关系欠佳, 个性急躁, 外向, 自我中心。1995 年 3 月因和同事争吵后当即大哭, 摔碗筷, 认为别人欺负她等, 去某省精神病院医院门诊就诊, 诊断为“癔症—情感爆发”, 予“电针”等暗示治疗后短期内完全缓解。既往身体健康, 无传染病及精神疾病史。父母双系近三代内否认有精神疾病家族史。体格检查及神经系统检查无异常发现。

精神检查: 意识清晰, 定向完整, 接触欠合作, 多问不答, 时而手舞足蹈, 时而哭啼、声嘶力竭地叫喊、捶胸顿足, 说“我身上附着神仙, 我能听到他跟我说话, 我是上帝派来的×××神, 专门来整治你们……”, 表情紧张, 思维不连贯。情绪不稳, 情感爆发, 并不时地抽打自己的面部、摇头, 动作夸张, 说是与神仙对话。智能检查无法进行。辅助检查: 血常规、肝肾功能、心电图、脑电图等均未见明显异常。

分析: 被鉴定人自幼生长发育正常, 适龄入学, 成年在某厂工作, 工作能力一般, 人际关系欠佳, 个性特征急躁, 外向、自我中心。1995 年 3 月某日因和同事争吵后当即大哭, 摔碗筷, 认为别人欺负她等, 曾被省级精神病院诊断为“癔症—情感爆发”, 予“电针”等暗示治疗短期内完全缓解。因拆迁问题反复纠缠相关单位, 在路过信访办见到曾经处理过自己问题的工作人员, 谈到搬迁的问题时, 认为自己吃亏, 情绪激动起来, 大喊大叫, 躺在地上不起。几分钟后突然站起, 出现附体体验及幻听, 冲动伤人行为受精神症状的影响。拘留期间胡言乱语, 哭笑无常, 鉴定时精神检查: 多问不答, 时而手舞足蹈, 时而哭啼、声嘶力竭地叫喊、捶胸顿足, 表情紧张, 思维不连贯, 有听幻觉及附体体验。情绪不稳, 情感爆发, 根

据卷宗及鉴定时精神检查情况，符合癔症性精神病的诊断。

鉴定结论：癔症性精神病； 限定刑事责任能力

复习思考题

1. 神经症的共同特征有那些？
2. 神经症常见的临床类型有哪些？
3. 如何鉴别焦虑症与恐惧症？
4. 癔症诊断要点有那些？常需要与哪些疾病相鉴别？
5. 癔症患者在哪些情况下可能丧失（或部分丧失）刑事责任能力？

（王国强 程灶火）

第九章 人格障碍

第一节 概 述

一、概 念

人格 (personality) 是个体心理特征的总和, 具有明显的一贯性、稳定性。它影响着一个人对环境的适应和对具体事物的反应, 决定该人特有的行为和思维方式, 以及对自身、对环境的认识和态度。人格障碍 (personality disorders) 又称变态人格 (abnormal personality), 是指人格特征明显偏离正常, 形成了一贯的反映个人生活风格和人际关系的异常行为模式。它是在社会 and 人际环境中广泛存在的, 个体对环境和自身的感知、联系以及看法的持久的模式, 它顽固、不适应环境, 并导致社会功能损伤或主观上的痛苦。人格障碍者在整个人群中的发病率 0.5%~2.5%, 在美国精神病院的住院病人中为 10%~30%, 在门诊中为 2%~10%。

在各类人格障碍中, 有一些患者易出现冲动、攻击行为。尤其是社交紊乱型人格障碍与犯罪的发生有密切的关系。在美国监狱中, 男性罪犯中有 10%~30% 属于社交紊乱型人格障碍者, 而且, 他们多具有对道德规范、法律法规的轻视, 存在反复进行违法犯罪行为的可能。在法制观念日益普及的现在及将来, 人格障碍者有可能成为精神疾病司法鉴定的主要诊断种类之一。

二、病 因

人格障碍从童年或少年时期开始并持续终生, 人格特征显著偏离常态。它的形成一般受制于生物遗传、病理生理、环境以及社会应激四个因素。

1. 遗传因素

染色体为 XYY 的人, 除有轻度智能障碍外, 往往有人格障碍。患者亲属中人格障碍的发生率与血缘关系的远近成正比。即使被收养人很早与亲生父母分开, 亲生父母有人格障碍的, 被收养子女有异常人格的比率也较高。分子遗传学研究显示: 5-HT 转运体基因和焦虑相关的人格特质的相关性较高; MAO-A 基因与社交紊乱型人格障碍者的酒精依赖相关; 多巴胺受体基因与寻求新奇行为相关。纪文艳等 (2006) 认为人格障碍主要受遗传因素决定: 人格障碍总评分遗传度为 68.26%, A 组评分遗传度为 59.00%, B 组评分遗传度为 64.99%, C 组评分遗传度为 63.66%; 分裂型、自恋型和依赖型有显著的遗传效应, 遗传度分别为 49.96%、52.89% 和 68.87%; 戏剧型不受遗传因素作用, 共同环境效应显著。

2. 病理生理因素

人格障碍患者皮肤电反应活动程度比非人格障碍者低, 对静态和紧张刺激的自主反应程度也比正常人低。人格障碍者缺乏预期的焦虑, 因此不容易从经验中吸取教训。

边缘型人格障碍者的脑成像研究结果较多: 额叶的体积缩小, 海马和杏仁核体积缩小; 杏仁核和梭状回、前扣带回活动增强, 前额叶背外侧皮质区和左侧纹状体的神经功能受损, 额叶眶回中部皮质、前额叶背外侧区皮质和前额叶眶部皮质处于低代谢状态。上述神经生化研究结果支持 Leyton 等 (2001) 的观点, 即大脑皮质通路中 5-羟色胺合成能力的下降可能

导致了边缘型人格障碍者的冲动性增加。总的来说，神经生物学界的假设是创伤性经历、亲子关系互动失调等早年的应激条件都可导致正处于大脑发育关键期的儿童的与情绪调节有关的神经功能的损伤。长期应激使糖皮质激素水平增高，大脑产生的神经营养因子减少，神经递质被抑制，从而造成海马、杏仁核体积改变，5-羟色胺的含量下降。而改变了的大脑功能和结构又会使个体对边缘型人格障碍的易感性增高。

社交紊乱型人格障碍青少年的前额灰质容量较正常者少 11%，前额功能评估（如批判性思维、概念的灵活性及空间联想等）的心理测试中成绩较差。研究者提出，社交紊乱型人格障碍有“低唤醒水平假说”、“恐惧感缺乏假说”。根据“低唤醒水平假说”，他们特征性的皮质兴奋水平是导致他们的反社会性以及喜欢冒险行为模式的主要原因。所以，他们寻求刺激（如撒谎、吸食毒品、逃脱或者犯罪行为等）以强化唤起程度，增加舒适感，并且无法忍受无聊。根据“恐惧感缺乏假说”，他们感到恐惧的阈值高于绝大多数正常人。这种恐惧感的缺乏是引起其他一切症状的根源。当社交紊乱型人格障碍者预期或者体验厌恶刺激时，他们的皮肤电反应性不足，意味着他们的行为抑制系统活动不足。另外，这些患者在处理情感性词汇表达的信息时，存在额叶、边缘系统区域的异常激活，表明他们对此类信息处理困难。

3. 环境因素

童年期精神创伤和不合理教养：如婴幼儿时期母爱的剥夺、父母离婚、家庭感情破裂、长辈过分溺爱、不合理的教育等，常是人格障碍形成的重要原因。而有些家长酗酒、违法乱纪、道德败坏，常给幼小心灵以严重的影响，对孩子的个性发展带来巨大危害。父母对孩子的教育方式和态度直接对孩子产生影响，儿童时期的不合理教养也可导致人格的病态发展。儿童有很大的可塑性，一些不良倾向经过正常的教育可以消除，如家长听之任之不加管教，发展下去就可出现行为障碍。曾发现有的母亲无意识地放任孩子说谎、做坏事，招致孩子后来人格的不稳定和混乱。

家庭、学校教育对道德品质、法制观念的忽视，不良少年的教唆、引诱、胁迫，不良影视、网络等传媒的影响，以及物质滥用、卖淫、黑社会等不良社会风气，都可能对人格障碍的形成产生影响。

4. 社会应激事件

在西方国家或战乱国家/地区较为多见，可能与下列因素有关：家庭结构不稳定，离婚率高，弃婴私生子多，犯罪案件比比皆是，社会风气恶劣，黄色书刊及色情影视的影响。社会的混乱会影响社会规范的形成和稳定，让许多孩子无所适从。而且，应激也可能使原本不健康的人格特征突出、强化，并伴发焦虑、抑郁、自杀等症状。

三、心理形成机制

不同的心理学派从各自的理论出发，分别对人格障碍的形成提出各自的解释。

1. 精神分析学派 这种观点认为，人格障碍的形成源于生命早期人格发展的缺陷—冲突模式。其中，边缘型人格障碍者的心理病理来自于早期——尤其是婴儿与养育者分离时期——的很多外在环境的不足。如养育者不恰当的惩罚，让婴儿满足成人的愿望而不是让成人去满足婴儿的需要，家庭创伤事件，母亲存在心理异常，等等。这样不合格的环境容易引起婴儿的自我发展的缺陷或者异常发展。这样的存在自我缺陷的孩子会遇到很多的冲突，尤其是分离情景下对客体既依赖又恐惧的冲突。反映为儿童瓦解性的依附关系或焦虑/冲突亚型的依附关系，以及对过渡客体关系的依赖。为了适应这些心理困难，孩子会使用原始防御机

制（分裂、投射认同、潜意显现等）来适应生活。而这些防御机制又进一步强化了边缘病理性。这样的孩子很少能够渡过青春期的心理危机。从而成年后成长为边缘人格障碍患者，多使用分裂、投射、潜意识等特定的不成熟防御方式。他们还认为，超我的发展不完善容易形成社交紊乱型人格障碍。

2. 认知学派 认为边缘型人格障碍患者的童年早期存在创伤性环境。但是认知学派的学者们倾向于认为，并不是应激事件本身引起了边缘型人格障碍。而是创伤事件发生后，孩子处理这个事件的方式、个体气质、年龄、情境、孩子幼稚应对方式对养育者负性反应的强化等多种因素共同决定了边缘病理性，而边缘病理性集中体现在患者的核心图式和核心认知。边缘型人格障碍者的典型认知偏差是灾难化和两分思维（dichotomous thinking），其核心信念有三大主题：第一、世界是恶毒的，我的生命是危险的；第二、我就像一个小孩子，我是无力的、脆弱的；第三、我是被人遗忘的，我天生就是没有人要的。他们存在着五个核心图式：被抛弃的孩子、愤怒/冲动的孩子、惩罚性父母、分离保护者、健康成人，经常突然由一种图式形态转向另一种图式形态。在非言语执行功能、视觉记忆、视觉结构能力方面存在明显损伤。

普遍认为，存在一种遗传——环境之间的互动模式，遗传因素提供大脑功能的生物学基础以及基本的人格结构，这些又影响个体对人生经历以及社会环境进行反应和互动的方式。遗传仅仅是提供了一种易感性，实际上是否得到进一步发展的机会要看相应的环境因素。

第二节 人格障碍的相关医学问题

人格障碍具有以下特点：①多于 18 岁以前开始出现异常，多开始于童年、青少年阶段，并长期持续发展至成年或终生；②患者的人格特征显著偏离了特定的文化背景和一般的认知方式，这种偏离是广泛的、稳定的、长期的；③造成患者对社会环境的适应不良，导致患者本人、家属为此感到痛苦或贻害四方；④不是由于脑部疾病、脑外伤、躯体疾病、长期严重的应激、精神障碍等所致，在智力上没有缺陷。

一、人格障碍的类型及临床特点

人格障碍有不同类型，包括社交紊乱型人格障碍、冲动型人格障碍、表演型人格障碍、分裂样人格障碍、偏执型人格障碍、强迫型人格障碍、焦虑型人格障碍、依赖型人格障碍、情感型人格障碍、自恋型人格障碍及其他人格障碍。

（一）偏执型人格障碍

偏执型人格障碍（paranoid personality disorder）最典型的特征是敏感、多疑，不信任他人，忌妒，警觉，易怒，心怀怨恨，自负，冲动，好斗，存在很强的不安全感。以至于其他人的行为都被视为有阴谋的。此外，过分坚持自己意见，表现为固执、认真，对批评敏感，易被激怒，好打抱不平，而且意志力过强，过于自信，不达目的不罢休。它主要是在人际关系和环境适应方面表现不同程度的偏离正常，在环境不顺利、适应困难加剧时，偏执观念进一步发展成为超价观念（如被害、嫉妒、夸大等的超价观念），个别人发展成为妄想。包括：夸大性、狂信性、好诉讼性、敏感性等几类偏执型人格障碍。其中，好诉讼者长年四处奔走告状，反复到法院打官司、到信访机关上访，即使病程长久也不显精神衰退。

（二）分裂样人格障碍

分裂样人格障碍（schizoid personality disorder）特点：①过分内向，表现为孤僻退缩，脱离实际，社交困难，生活范围狭窄，应变能力差，社会适应不良。②情感冷漠，面部表情无变化及内心无愉快、愤怒等主观体验，与他人不能也不愿建立联系，无朋友。他们既不渴望与他人的亲密关系（包括亲密的朋友关系、性关系），也不能从这种亲密关系中得到什么乐趣。通常无婚恋史。③思维方式与众不同，行为有时怪异，不为常人所理解。④工作能力差，对前途不关心，对批评、表扬无动于衷。⑤过分沉溺于幻想、内省。

通常认为，分裂样人格障碍与分裂型（人格）障碍、精神分裂症属于同一个谱系。有人认为它是精神分裂症发病的基础或者说是明显相关的。它们之间存在很多相似的神经病理、电生理、神经生化、内分泌、认知功能等方面的缺损。

（三）社交紊乱型人格障碍

社交紊乱型人格障碍（dissocial personality disorder）又称“**悖德型人格障碍**”、“**无情型人格障碍**”、“**反社会人格障碍（antisocial personality disorder）**”、“**违纪型人格障碍**”、“**社会性病态**”、“**精神病态**”、“**悖德狂**”等。其核心特征是对他人的掠夺性态度——非常漠视并会侵犯他人的权利。是对社会危害最为严重的类型。他们常常被描述为具有侵犯性。在具有暴力犯罪的罪犯中，社交紊乱型人格障碍可高达 60%以上。一旦形成后都会长期持续下去，在少年后期达到高潮。随着年龄增长，一般会在成年后期违法违纪行为渐趋减少。主要特征是：

（1）年龄特点。在 15 岁之前开始，持续至成年期，有越轨行为。通常反社会行为模式在青春期明显，包括逃学、偷窃、破坏公私财物、吸毒、离家出走、在校行为不端等；在成年期有诈骗、卖淫、拉皮条、贩毒、伤害等违法行为。

（2）缺乏忠诚和责任感，以自我为中心。在工作、性关系、亲子关系或财务职责中，缺乏持久性和义务感，常会抛弃工作、配偶、孩子、债权人。他们与人的关系肤浅而短暂。他们逃避责任，总把应承担的责任推卸于人，并将自己的过失合理化。他们极具欺骗性，习惯于挥霍。

（3）易怒性和高度的攻击性。他们容易被激怒，愤怒时常常以暴力攻击他人，缺乏道德观念、罪恶感及悔恨。

（4）缺乏自我控制能力，行为鲁莽、冲动。他们做事缺乏目标和计划，常采取寻求刺激性的方式行事，而不顾自己和他人的安危。他们经常被免职、开除或自己辞职，有不稳定的工作经历。

（5）缺乏社会责任感，漠视真理。他们常常把说谎当作家常便饭，即便被当面揭穿也会面不改色心不跳。社交紊乱型人格障碍者的治疗与矫治比较困难，主要在于他们无法相信他人，不能了解他人的感受并从错误中吸取教训。他们也不认为自己是错误的，缺乏改变的动机，甚至拒绝改变。因此，对社交紊乱型人格障碍者的违法犯罪行为重在预防。

（四）边缘型人格障碍

最初，边缘型人格障碍（Borderline personality disorder, BPD）只是笼统地指介于精神病与神经症之间，演变成为以情绪紊乱为主要特征的一种障碍。目前，它被当成一种以不稳定的人际关系、自体意象、反复发生的自伤或自杀行为、情绪不稳定及慢性的空虚感为核心特征的一种人格障碍。边缘型人格障碍的患病率：美国的流行病学调查是 1~2%，也有高达 8%的调查。在精神科中占门诊病人的 10%，在住院病人中占 20-25%；女性多于男性，

男女患病比例为 1：3，约 70%为女性，30%为男性。诊断人格障碍者中，其构成比是 30%～60%。约有 10%的患者会自杀死亡，这个比例是一般人群的 50 倍。对社区人群的调查发现，边缘型人格障碍在 9～19 岁的人群中患病率高达 11%，在 11～21 岁的人群中也有 7.8%，也是女孩多于男孩。而挪威的流行病学调查显示边缘型人格障碍在成人中的患病率是 0.7%。边缘型人格障碍者女性居多。由于既往未将边缘型人格障碍纳入我国的精神障碍诊断体系，故我国精神卫生工作者对边缘型人格障碍认识不足，易将它与表演型人格障碍、自恋型人格障碍、冲动型人格障碍等诊断相混淆，故临床上诊断率不高。

边缘型人格障碍的临床表现充满着不确定性和矛盾，主要表现有：

(1)难以建立稳固的自我同一性 他们没有形成也没有能力维持一种稳定、内聚的自体感，缺乏自我目标和自我价值感，低自尊，对诸如“我是谁”、“我是怎么样的人”、“我要到哪里去”这样的问题缺乏思考和答案。他们具有不稳定的自我感，因此会非常依赖与他人的关系，来获得对自己的认同感。当一份亲密的关系破裂时，他们常常感到难以承受。他们被形容成“手拿脐带走进生活，时刻在找地方接上去”。非常害怕孤独和被人抛弃。对抛弃、分离异常敏感，千方百计地避免分离情景，面临分离时进行乞求甚至自杀威胁。对孤独非常害怕，缺乏自我安慰能力，往往需要通过各种刺激性的行为和物质如饮酒、滥交、吸毒等来排遣空虚、孤独感。

(2)不信任 他们在依赖他人的同时，也对那些人进行猜疑，担心自己会被抛弃，或受到对方的伤害。依赖性和不信任的结合，使他们对别人的感情产生矛盾的心态。此刻受他欣赏的一个人，下一刻就可能遭到他的憎恨。人际关系在极端亲密与对立之间急剧转换。他们没有能力表现温暖、关心、为人处世的得体适当、共情、善解人意、奉献和对挫折的耐受性。与患者交往的人有被剥削、被利用的感觉。

(3)冲动的和自我毁灭性行为 他们的行为往往是冲动的，不可预测的。为达到某种目的，他们可能会采取自我毁灭性的行为，如吸毒、飞车、打斗、性乱交，甚至自伤自杀。由于易于卷入强烈、不稳定的人际关系，可能会导致连续的情感危机，也可能会竭力避免被人抛弃，并可能伴有一连串的自杀威胁或自伤行为。在死亡意向、客观计划等级、使用方式的强度或医药伤害程度等方面，边缘型人格障碍者与抑郁症患者的无差异。由于他们的冒险、冲动行为，边缘型人格障碍的患者也较容易意外怀孕，感染性病，发生交通事故和打架。他们可能也被卷入虐待关系，成为施虐者或受虐者。

(4)难以控制愤怒、悲伤、焦虑等强烈负性情绪的失调 边缘型人格障碍者通常过着一种混乱的生活，他们的情绪和人际关系是不稳定的，对自己的看法也非常差。在应激时，容易出现人格解体、牵连观念，如短暂的或情景性的、似乎有现实基础的错觉、幻觉、妄想等，一般来说这些症状比较轻微，历时短暂，精神压力解除后能很快缓解，抗精神病药物也有效。

（五）冲动型人格障碍

冲动型人格障碍（impulsive personality disorder）又称攻击性人格障碍、爆发性人格障碍。有的诊断体系把它纳入冲动控制障碍，称为“阵发性控制障碍综合征”。特征：①情绪不稳定，反复无常。②易被激怒与使用暴力或威胁性行为，在遭到其他人批评时尤为明显。③难以坚持行动。患者平时表现正常，无情感爆发时也不会出现反社会行为。但情绪很容易激惹，忍耐性极差，常因细小的精神刺激而产生强烈情感爆发，并出现暴力性攻击、自

伤、自杀行为。事后对其行为虽感懊悔，但不能防止再犯，可因小事又故态复萌。

（六）表演型人格障碍

表演型人格障碍（histrionic personality disorder）又称癡症型人格障碍、寻求注意型人格障碍、心理幼稚型人格障碍。此型人格障碍以人格的过分感情化，以夸张言行吸引注意力及人格不成熟为主要特征。国外报道本病在成人人群中的患病率为 2.2%，妇女高于男性 2 倍。本病的病因主要是幼年创伤性体验，家庭因素、文化影响等。较多发生于少年期以后的阶段，随着年龄的增长，人格逐渐趋向成熟，至中年达到明显缓解。表演型人格障碍虽与癡症有关，但并非必然联系，有些患者可终生没有癡症表现。

具体表现：自我戏剧化，做戏性，夸张的情绪表达；暗示性，易受他人或环境的影响；肤浅和易变的情感；不停地追求刺激，为他人的赞赏及以自己为注意中心的活动；外表及行为显示出恰当的挑逗性，对自己外观、容貌过分计较；自我中心，自我放任，不断渴望受到赞赏，感情易受伤害，为满足自己的需要而不择手段。

他们可能会做很多感情讹诈的事情，如当众大发脾气，故意寻死觅活。他们总是以自我为中心，从不为别人着想，习惯于把自己的利益、享乐放在第一位。具有令人惊讶的自我欺骗本领。表演型人格障碍者在生活中或多或少地存在着。例如，一青年女工，平时只讲究穿着打扮，炫耀自己，言行和服饰总爱模仿影视明星。她喜欢高谈阔论，出风头，有意无意标榜自己。她总是吹嘘男人们如何欣赏她、追求她，而自己如何刁难他们。只喜欢听到对她的赞扬声、甜言蜜语声，不爱听到反对她的声音，更不爱听到批评，轻一点的批评对她来说都不得了，稍不顺心，大吵大闹，弄得人际关系十分紧张。为了引人注目，甚至不顾个人尊严。

（七）强迫型人格障碍

强迫型人格障碍（obsessive-compulsive personality disorder）的特征是普遍存在的追求整洁、完美以及心理上和人际关系中的绝对控制，缺乏灵活性、开放性、工作效率。他们总是按照“准确的方法”做每一件事情，对细节、规则、条目、秩序、组织性以及日程表的过度重视，谨慎、刻板、责任心强。他们行事过分迟疑、谨慎、犹豫不决，常常因对于细节的过度追求而使他们无法完成许多的事情。强迫型人格障碍者缺乏对新环境的适应性。他们僵化而执拗，不喜欢变化，宁肯选择安全而熟悉的习俗旧法。

（八）焦虑型人格障碍

焦虑型人格障碍（anxious personality disorder）（即回避型人格障碍 avoidant personality disorder）的特征是：紧张感；自卑，否认自己具有魅力，感到社会地位低下，总认为会遭到拒绝；回避危险；回避与人接触，回避社交活动。他们通常缺乏自尊，害怕被拒绝和遭受批评，对拒绝、批评过分敏感。

焦虑型人格障碍很难与社交恐怖症区分开来。这两种障碍通常是以患者状况的弥散程度和长期程度为基础进行区分的。社交恐怖症者性格仅仅是害羞而已，其恐惧往往限于某些特定的情境，如果回避这些情境就能够减轻恐惧。而焦虑型人格障碍者自幼就有严重的胆怯和退缩行为；他们是对所有的社交情境都有恐惧、退缩，影响了他们每一天的生活。

（九）依赖型人格障碍

依赖型人格障碍（dependent personality disorder）患者不论是什么决定都依赖于他人，他们内心有一种不合常理的对被抛弃的恐惧感。同时，具有胆怯、顺从、被动性。具有

很低的自我评价，总把自己看作是无依无靠的、无能的、缺乏精力的。依赖型人格障碍者对亲近与归属有过分的渴求，这种渴求是强迫的、盲目的、非理性的，与真实的感情无关。他们宁愿放弃自己的个人兴趣、人生观，只要他们能找到一座靠山，时刻得到别人对他们的温情就心满意足了。他们的这种处世方式使得他们越来越懒惰、脆弱，缺乏自主性和创造性。由于处处委曲求全，依赖型人格障碍者会产生越来越多的压抑感，这种压抑感阻止着他们为自己干点什么或有什么个人爱好。

这些人不能对日常生活中的事情独自作决定，则需要被人反复指导和作保证；有时他们甚至听任别人为他们选择职业、住所、朋友或做出重大决定。这种过分依赖导致他们难以独自开始做一件事；他们竭力避免独处，如不得已独处时也感到不舒服，孤独和无助。他们一心害怕被别人抛弃，当亲密关系终结时，感到异乎寻常地绝望。

由于将自己依附于他人，这类患者也容易遭到批评和不理会，并对此有受伤害感。有时他们明知道别人是错误的，也要迎合别人的意思；为讨别人的喜欢，他们情愿做不令人愉快或降低自己身份的事情。这种情形导致他们的社会关系局限于他们依赖的少数人，如果从事高度独立性的工作，对他们而言就非常困难。

依赖型人格障碍源于人类发展的早期。幼年时期儿童离开父母就不能生存，在儿童印象中保护他、养育他、满足他一切需要的父母是万能的，他必须依赖他们，总怕失去了这个保护神。这时如果父母过分溺爱，鼓励子女依赖父母，不让他们有长大和自立的机会，以致久而久之，在子女的心目中就会逐渐产生对父母或权威的依赖心理，成年以后依然不能自主。缺乏自信心，总是依靠他人作决定，终身不能负担起选择各项任务、工作的责任，形成依赖型人格障碍。

（十）自恋型人格障碍

在希腊神话中，有一个极度自恋的年轻人 Narcissus，他迷恋自己美丽的外表，整天对着自己在水中的倒影自赞自叹，最后投水而亡。后以该人命名此类人格障碍。

自恋型人格障碍（narcissistic personality disorder）的特征是过度的自我重要感，还常常结合阵发性的自卑。他们往往有一种认为自己非常重要的强烈感觉；过度沉迷于对无限的成功、权力、荣誉、美丽以及理想爱情的幻想中；相信自己是独一无二的，只能被某一个有着很高地位的大人物/机构理解，或有联系；过度追求赞扬；在交往中，总是试图剥削他人；缺乏同情心；经常嫉妒他人或觉得他人在嫉妒自己；显得傲慢、目空一切、骄傲自大，好以恩人自居，或以恩赐的态度对人。

（十一）其它类型人格障碍

1. 被动—攻击型人格障碍（passive-aggressive personality disorder） 具有此类人格特点的人，对于完成任务的要求，常常有被动抵制方式，如拖延、偷懒、执拗，有意降低效率、故作遗忘，以及不合理地批评掌权者。

2. 情感型人格障碍（affective personality disorder） 情感型人格障碍包括：

(1) 抑郁型人格障碍：似乎总是心境低落，对生活抱有持久的悲观态度，对每一件事都预期着最坏的结局。

(2) 情感增盛型人格障碍：则一贯显得乐观、愉快，对生活有强烈的激情。

(3) 环型或循环型人格障碍：表现为上述两种状态的交替进行，情绪有明显的周期性高低波动与转变，间歇可数月或数年。波动幅度在正常范围内，未达到躁狂状态、抑郁状态的程

度，对生活、工作、人际关系等不会产生明显影响。

3. 其它，如古怪型、变幻无常型、不成熟型、精神神经症型及未特定人格障碍。

不同的人格障碍类型之间往往存在相似的地方，所以，DSM—IV—TR 将人格障碍分成三组：A 组古怪性/怪癖性人格障碍。共同特点：古怪，对别人怀疑，很难与别人建立正常的人际关系，很难适应整个社会系统。类型包括偏执型、分裂样、分裂型三种人格障碍。B 组戏剧性/情绪性人格障碍。共同特点：行为中常表现出试图引起他人注意、过分苛求和变化无常等特征。包括：社交紊乱型人格障碍、边缘型、表演型和自恋型四种人格障碍。C 组焦虑性/恐惧性人格障碍。包括焦虑型、依赖型、强迫型三种人格障碍。它们与焦虑障碍有共同的特征。除社交紊乱型人格障碍外，我国精神卫生工作者往往对边缘型、表演型和自恋型等三种类型的人格障碍区分不足，经常将他们都诊断为表演型人格障碍。

二、诊断与共病

(一) 诊断要点 在 ICD-10 中，人格障碍的诊断要点：

(1)明显不协调的态度和行为，通常涉及到几方面的功能，如情感唤起、冲动控制、知觉与思维模式及与他人交往的方式；

(2)这种异常行为模式是持久的、固定的，并不局限于精神疾患的发作期；

(3)异常行为模式是泛化的，与个人及社会的多种场合不相适应；

(4)上述表现均于童年或青春期出现，延续至成年；

(5)这一障碍会给个人带来相当大的苦恼，但仅在病程后期才明显；

(6)这一障碍通常会伴有职业及社交的严重问题，但并非绝对如此。

在诊断时，需要排除由于脑部疾病、脑外伤、躯体疾病、长期严重的应激、精神障碍等所致的人格异常。

如果患者是 18 岁以前进行就诊，可先诊断为品行障碍；待 18 岁以后，如症状仍持续，可更改诊断为人格障碍。

人格障碍应与人格改变相区别，后者是指由于严重的或持久应激、极度的环境剥夺、躯体疾病或损伤（如脑外伤、物质中毒等）所致的，或者是继发于精神障碍（如脑器质性疾病、精神活性物质依赖与成瘾、精神分裂症的早期与恢复期、偏执性精神病等）。

(二) 共病

不同的人格障碍之间在诊断上有很高的重叠性，许多诊断不同的人格障碍者在临床上又有诸多相似的临床表现。这提示了不同的人格障碍之间似乎有共同的病理基础。

有的人格障碍患者可与精神疾病共患。当共病时，人格障碍（轴 II 疾病）对精神疾病（轴 I 疾病）的影响如下：①人格障碍会加重精神疾病症状的严重程度，表现为精神病性症状的数目多、异常的程度高；②人格障碍会影响对药物治疗的依从性，是导致精神分裂症、抑郁发作、强迫症、焦虑症等成为难治性疾病的原因之一；③人格障碍会导致精神疾病的转归差，如较差的社会交往功能、职业功能、生活能力等，对可能得到的社会支持也会少得多，而且复发率高；④发生心理社会危机的可能性较大，在一定的应激基础上可能出现一过性的焦虑、抑郁、超价观念、物质滥用、自杀观念与行为等。

第三节 人格障碍的相关法律问题

一、刑事责任能力的评定

1. 人格障碍者刑事责任能力的评定原则

我国既往对人格障碍者的刑事责任能力判断比较严格，多认为他们具有完整的辨认能力、控制能力，应评定为具有完全刑事责任能力。近年来，随着人们对人格障碍的遗传学、生物学的不断研究，发现此类患者可能存在神经影像学、神经生化、神经电生理等方面的异常；而且，也借鉴了瑞典、丹麦等国家司法鉴定的经验，对个别特别严重的人格障碍者初次违法时可考虑评定为限定责任能力，如再次违法及其它类型人格障碍者均严格评定为完全刑事责任能力。所有类型的人格障碍，都不应评定无责任能力。具体来说：

(1)偏执型人格障碍：人格特征偏离严重时，虽控制能力完整，但由于患者强烈的超价观念(被害、嫉妒等)使辨认能力削弱，故可评定限定责任能力。如果偏离较轻，虽患者对事物的认识可能会受人格影响而不切实际，但这是一种认知模式的歪曲认识，不是精神病性症状所致的真正意义上辨认障碍，所以，应评定完全责任能力。

(2)分裂样人格障碍：人格特征偏离严重时，由于患者的思维、情感、意志行为有所异常(但未达到精神病性症状的严重程度)，导致患者的辨认或控制能力削弱时，即可评定限定刑事责任能力。如果偏离较轻，辨认或控制能力无明显障碍时，则应评定完全刑事责任能力。

(3)冲动型人格障碍：患者平时精神状态大致正常，但在受到刺激后，即可引起暴怒与冲动性攻击，甚至造成伤害或杀害等严重后果。患者事后虽深感后悔，但却难以控制以后不再犯。他们的辨认能力良好，控制能力受损，可在初次违法时评定限定刑事责任能力，再次违法时评定为完全刑事责任能力。

(4)边缘型人格障碍：它与冲动型人格障碍近似，同属于情绪不稳定型人格障碍。因此，它的刑事责任能力的评定参照冲动型人格障碍的评定原则。

(5)其他人格障碍，包括社交紊乱型人格障碍、强迫型人格障碍、依赖型人格障碍、焦虑(回避)型人格障碍等，由于都没有精神病性症状，同时亦无明显的辨认或控制能力削弱，因此都应评定完全责任能力。尤其是，社交紊乱型人格障碍者由于不讲道德、无情利己、社会适应不良、易激惹、具有高度的攻击性、不能吸取经验教训，常做出扰乱社会治安甚至严重的刑事犯罪的行为，成为精神疾病司法鉴定中常见对象之一。然而，社交紊乱型人格障碍者智能良好，缺乏幻觉、妄想及怪异思维等精神病性症状，对其行为有辨认能力、有控制能力，应当被评定为具有完全刑事责任能力。

有些学者对上面的观点持不同意见，认为人格障碍是轻型精神障碍，不具有精神病性症状，也不属于法学意义上的“精神病”范畴，因此，人格障碍者违法应一概评定为具有完全刑事责任能力。而且，认为给予适当的处罚也是人格障碍者进行的一种行为矫正。

人格障碍者违反治安管理条例时，依据上述刑事责任能力评定的原则对其进行责任能力的评定。

2. 注意事项

在对人格障碍者进行鉴定时，需要注意的问题有：

(1)鉴定的告知：鉴定时要注意程序的合法性、鉴定人的资质等问题。在适当的时候，要向被鉴定人告知鉴定人的身份和鉴定目的。鉴定前，一定要让委托机关告知被鉴定人的家属尽量到场陈述相关资料。尽管这样做，被鉴定人及其家属可能提供虚假的、有利于他们自己的资料，但鉴定人一定要给他们这个机会，这是他们的权利，是鉴定人的告知义务。鉴定

人可以选择的是告知的时间，可以决定是鉴定的前、中、后进行告知，可以自行告知或由委托机关进行告知。在鉴定结论中涉及要进行医疗、监护等事宜时，尽量取得家属的配合。假如鉴定的程序欠妥，可能会导致鉴定结论无效，还可能被人格障碍者纠缠，导致意想不到的后果。

(2)人格障碍的诊断：要尽量取得详实的资料，包括成长历史、人际交往状况、情绪变化特点、性格特点、工作或学习状况等。对被鉴定人、家属、委托机关等不合作的，要详细记录被鉴定人的表现。在做出结论时，要参考可靠的资料，如先前合作时的言论。要注意甄别材料的可信程度，要注意回避材料中陷阱。临床实践中，鉴定人常常认为被鉴定人可能存在人格问题，但苦于没有被鉴定人的成长历史、家属介绍、旁证等资料，也担心万一诊断为人格障碍会引起很多其它问题，所以，有的鉴定人多诊断为未见精神病性症状或无精神病，或依据共病的情绪、行为异常而诊断为抑郁状态、焦虑状态等，以至于人格障碍诊断的发生率在文献中忽高忽低。

(3)部分人格障碍者初次违法行为时评定为限定刑事责任能力，这对他们有警示作用，希望他们从中得到教训；再次违法时，因其带有自我放纵的成分，故评为完全刑事责任能力。不要让他们或其家属以为所患的人格障碍是免罪牌、是违法执照，从而恣意妄为。同时，要对公、检、法、司等司法相关人员宣传“一事一鉴”原则，不要因为犯罪嫌疑人既往曾被精神疾病司法鉴定评定为限定刑事责任能力，而本次不经司法鉴定，轻易地将他们放掉或从轻地处罚。

(4)在上述原则中，要严格掌握评定为限定刑事责任能力的情形，要慎之又慎。

二、其它法律能力的评定

受审能力、诉讼能力、民事行为能力、性自我防卫能力、服刑能力、接受治安处罚能力等法律能力的评判：因为人格障碍者的智力、记忆力正常，对自己的事务能做出清楚的意思表示，无幻觉、感知觉综合障碍、妄想等精神病性症状，因此，对受审、进行民事诉讼、参与民事活动（如订立合同、立遗嘱、自主决定结婚或离婚等）、保护自己合法的性权力、参加劳动、接受治安拘留或刑事处罚等行为具有完整的辨认能力、控制能力。所以，对人格障碍者应评定为具有完全的受审能力、诉讼能力、民事行为能力、性自我防卫能力、服刑能力、接受治安处罚能力等。

人格障碍者的工作能力基本上不受影响，在工作中能承担相应的责任、义务。故应评定他们具有完全的劳动能力。

在受审能力、诉讼能力的评定中，应注意部分人格障碍者可能存在较高的否认事实或虚假供述，要注意甄别他们所述内容的真伪。

三、强制性治疗、住院与危险行为预测

《中华人民共和国警察法》第14条规定：“公安机关的人民警察对严重危害公共安全或者他人人身安全的精神病人，可以采取保护性约束措施”，“需要送往指定的单位、场所加以监护的，……并及时通知其监护人”。上海、北京、宁波等地制定了精神卫生条例，有类似的说法。这些是强制性治疗、住院的法律依据。它规定了可以强制治疗、强制住院的情况是存在伤害自身、危害他人、危害社会的行为，保障的是患者本人的权益、他人的人身安全、社会的公共安全，执行主体是警察。可不征得监护人的同意。指定的医疗卫生机构应当对精神障碍者或疑似精神障碍者实施紧急住院观察，并在72小时内做出诊断结论和是否需要继

续住院治疗。监护人应在此期间办理好有关手续。

此外，当人格障碍者出现暴力攻击行为后，因其存在可疑的精神问题，警察常常把他们带到医院。此时，精神科医护人员采用的应急措施可能会有：保护性约束、药物控制、电休克治疗等。此时，措施的方式是否得当、约束时间的把握、是否会给患者带来躯体上及心理上的影响、实施者是否得到充分的授权、患者及监护人的知情权等，应慎重考虑。

尽管有大量研究认为，对人格障碍者的心理治疗、药物治疗会有效。但临床工作者普遍觉得，人格障碍者的治疗是一个长期的、需要多方协作的过程，而且疗效不理想。所以，人格障碍者常常在门诊接受治疗，较少住院治疗。

关于自杀、自伤、攻击行为的预测问题：边缘型、表演型、冲动型、社交紊乱型等类型人格障碍者会有很多的自杀、自伤、攻击行为。他们这些危险行为很难预测、评估。如果预测准确、处理得当，那么对于他们本人、家属、社会无疑是一件好事。可是，实际工作中，这种预测的效度、准确性等较差，有这种风险，却不等于一定出现。但是如果未进行预测此类行为，未将此类行为发生的可能性告知患者、家属，患者一旦发生此类行为，常常会引起诉讼、经济纠纷。此时，还涉及患者隐私权、工作的保密性原则以及对有可能成为攻击对象的第三方的保护问题。

案例

案例 1：被鉴定人于某，女，32 岁，汉族，大专文化程度，未婚，无业。既往性格：平时表现一般，生气、觉得委屈后，就爱钻牛角尖，做事不管不顾，什么都敢说，什么都敢做，易冲动，要报复对方。5 年前，于某通过同学与秦某相识并建立恋爱关系。两人交往三月后，秦某提出分手。于某不同意，往秦某的家里、单位打电话诉说两人的关系。如对方挂机，她就再打过来并骂接电话的人，内容低级、下流。严重影响了单位的正常工作。经单位调解，秦某给于某 6100 元钱，想以此了结此事。但半个月后，她又继续频繁给秦某、秦某的单位、户籍所在地派出所打电话骚扰，并多次谎报 110。2 年前被治安拘留。被释放后，于某不思悔改，对秦某、秦某的单位、派出所变本加厉地进行电话骚扰、辱骂。还曾多次到秦家进行堵锁眼、在大门上抹屎。给秦某、秦某的单位、派出所造成严重的不良影响，严重影响了单位的工作秩序。精神检查：于某意识清晰，年貌相符，仪表整洁，自行步入鉴定室，定向力完整，接触好。问话能答，语速略快，音量多，说话不易打断。对自己有利的就揪住不放，对自己不利的则回避，只字不提。如对被捕一事，强调自己没有什么做的不对，都是秦某、秦某的单位、派出所民警对自己不好，是他们辱骂她，纠缠她，使自己遭到严重的伤害，强调要跟他们没完。坚决否认堵锁眼、门上抹屎、打骚扰电话等行为。大话、谎话连篇，说市公安局六处、八处、十三处等地都有亲戚、朋友，诉说市里的黑白两道任自己走；一会儿说自己学的专业是计算机，一会儿是新闻学。说秦某上赶着追求她。未见错觉、幻觉、感知觉障碍、妄想等精神病症状。注意力、记忆力、智能检查均正常。诉警察认为自己有病；认为只要他们惹着我，我就有病，脑子乱乱的。情感反应协调。意志增强，反复强调跟秦某的事情没有完，不是情杀就是仇杀，把他们打了、砍了、埋了，判我无期徒刑都可以；反正我已经改正归斜，反正光脚的不怕穿鞋的。强调自己做一个月牢，秦某就得给自己一万元钱，加上原先的，得给近二十万，不给就没完。明尼苏达多项人格测试：被试的犯罪倾向比一般人高，比较容易发生违法乱纪的情况；暴力倾向较高，不能很好地控制自己的行为和情绪，易

发生冲动毁物和伤人情况；具有明显的神经质倾向，情绪发育不成熟；比较关心自己的责任和权利，对别人常采取防卫的态度，对批评敏感，有时小题大做；有明显的掩饰说谎，等等。

鉴定结论：偏执型人格障碍，案发时辨认和控制能力正常，有完全责任能力

案例 2 王某，男，24 岁，汉族，大学文化，未婚。自幼上学，顺序升学，4 年前考入某学院，在入学两个月后，出现整夜不睡，精神恍惚，整日无语等症状，被学校劝退。3 年前考入某民办大学中西医结合专业。今年 5 月 8 日来京，在一公司谋职。5 月 24 日主动与公司解除合同，开始四处求职。但仍经常来公司，表现为行为异常（如在众人面前闭目练功等）、语言混乱（自称是孙悟空，称公司某经理是观音转世），精神明显有问题。5 月 25 日 17 时许，王某在一大学校内，因自认为事主陈某所乘坐的红旗轿车开得太慢且不应驶入大学，而无故拦截车并殴打事主陈某，造成对方轻伤。精神检查：被鉴定人王某意识清晰，年貌相当，自行步入检查室，主动、被动注意尚可；问答切题，话多，有赘述，主动叙述打人的整个过程，反复诉说当时自己是怎么说的、怎么想的、怎么做的，不能轻易打断他的叙述；能够引出自动性思维，诉自己当时脑子里一片空白，不知道自己怎么就说出“我是小猴，你看我像不像”等话；对于别人称自己说过自己是孙大圣等话，不能回忆；诉自己在 5 年前高考结束以后曾出现过整夜不睡、话多、自觉精力旺盛等，很快就恢复了；诉自己 4 年前、上大学期间分别出现过类似表现；诉自己在上学期间，情绪比较压抑，所以，除了看书学习以外，就是独自一人喝闷酒，没有朋友；未引出错觉、幻觉、感知综合障碍等感知觉障碍；不知自己有精神障碍，未主动求医；对将来没有具体的打算，认为自己打人应该受到惩罚，至于将来到时再说；睡眠差，有时整夜睡不着觉。

鉴定结论：分裂样人格障碍，限定责任能力。

案例 3 耿某，女性，35 岁，汉族，大学文化，已婚，30 岁时辞职后无业至今。2 月前因盗窃被行政拘留 10 天。此次，耿某在某商场二、三、四层先后偷了十余件衣服，后被抓住。预审时，能清楚叙述偷窃过程，称偷东西时自己特别紧张，只恍惚记得偷了自己能穿的衣服和几件小孩穿的衣服。称自己越偷胆子越大，偷东西是为了发泄，因为到商场准备购物时在电话里和丈夫吵了架。丈夫反映：两人是大学同学，上大学时二人开始谈恋爱，她经常因一点小事即大吵大闹，二人几乎打遍学校的各个角落。但如果提出分手她即以死威胁，曾在教学楼、宿舍楼尝试跳楼自杀。大学毕业后两人一起分配到一上市公司工作。因她上学期间曾担任团支部书记，其沟通组织能力较强，受领导重视，被安排到证券部门，负责信息披露、股东会筹备等工作。证券部门工作环境好，人脉丰富，工资收入也高。后来公司证券部门被撤销，她对岗位调整不满，心情不好，开始对丈夫长时间谩骂，不分场合地点，稍不顺心即发作。发作时情绪激动，不管随手拿到什么即向其夫攻击，同时自己猛烈地撞击头部，经常是满头大包。与家人、熟人相处困难，与陌生人相处好。发作后又后悔、道歉。平时不发作时对丈夫照顾好。对丈夫疑心较大，经常电话或短信查验，半夜打电话查证，稍不满意即大发雷霆，曾半夜打车到丈夫的住处进行检查。担心被丈夫抛弃，却又经常扬言随时离婚，将离婚协议书放在床头，但丈夫稍一认真就以死威胁。案发前 1 个小时，在电话中与丈夫争吵，扬言让丈夫名声扫地，面子全无。

精神检查：一般情况好，未引出错觉、幻觉及感知综合障碍。讲述作案经过与预审口供交待一致，对其违法行为表示后悔。说案发当日与丈夫多次在电话中争吵。对偷了什么东西记不起来了，说偷东西就是想气气丈夫。知道自己脾气暴躁，爱发火，睡眠不好，整宿睡不

着觉。说对自己和他人什么都不满意，认为自己能力比别人强，却没有出人头地说。上学时聪明、会说、口才好，为人处事也不错。后来发现社会不是自己想象的那样，觉得时间都浪费了。说不想活了，脑子空空的什么都没有了，什么都怕，别人都看不起自己，有时害怕丈夫不要自己了。IQ=100，属于正常智力。

鉴定结论：边缘型人格障碍伴焦虑抑郁状态，限定刑事责任能力。

案例 4 郭某，男，26 岁，初中，未婚，工人。家族中三人有精神病史，表现大哭大笑，睡几天即愈，一生气就犯。从小娇生惯养，小学时即常犯恶作剧，无故朝他人吐唾沫，往他人的米饭中吐口水，朝墨水瓶中排尿，特别顽皮。学习成绩低下，扰乱课堂秩序，经常和同学打架，于初中一年级被开除。身上常带匕首，好与人打架。参加工作后不遵守纪律，松松垮垮，工作效率和质量极差。晚上到附近邻居家里偷羊、偷鸡。到食堂吃饭不给钱，偷食堂东西，遇到阻拦立即掏出刀子捅人。1980 年因盗窃和打架劳教二年，但在劳教期间两次脱逃和伤害他人，延长劳教一年，1982 年 8 月再次从劳教所逃脱。1981 年 12 月 16 日到同月 21 日共抢窃、偷盗 13 次，检查中无悔改之意。脑电图检查无异常发现。

鉴定结论：社交紊乱型人格障碍，具有完全刑事责任能力。

案例 5 李某，男，26 岁，工人，汉族，已婚。13 年之前，不明原因逐渐表现爱模仿戏装演员的动作，身着戏装或其姐的红毛衣，头扎鲜花，抹口红，打扮自己，行为举止女性化。同时容易发脾气，自己的愿望如不能得到满足，就烦躁，甚至打人。变得非常自私，把家里电视机和洗衣机搬至自己的房间，不许别人使用，并常紧锁门户，防止他人进入。爱听表扬的话，与人谈话时，总想让别人谈及自己如何有能力，亲戚如何有地位，自己外貌如何出众等，如果别人谈及别的话题，病人常常千方百计地将话题转向自己，而对别人的讲话内容则心不在焉。因此病人常与家庭地位、经济情况、个人外貌等不如他的人交往，而对强于他的人常常无端抵毁。病人常常感情用事，以自己高兴与否判断事物的对错和人的好坏，对别人善意的批评，即使很婉转，也不能虚心接受，不但不领情，还仇视别人，迫使别人不得不远离他。因此许多人说他不知好歹。与别人争论问题时，总要占上风，即使自己理亏，也要编造谎言，设法说服别人。病人常到火车站站口或公共汽车上帮助检票、售票。有时对人过分热情，但若别人稍违于他，就与别人吵架，从而导致关系破裂，几乎无亲密朋友。近几年来，与人发生纠纷次数有所增加，给家庭带来许多麻烦。患病 13 年来，病情从未缓解过。父母对其特别溺爱、娇惯。性格：任性，不让人，听不得批评意见。

精神状态检查：意识清，仪表整洁，自行步入病房，年貌相符，接触主动合作，对周围环境不感陌生，定向力完整，饮食、睡眠好，生活可自理。未发现感、知觉障碍和思维联想障碍。言语流畅，语量稍多。注意、记忆、计算无明显障碍，智能正常。自知力不完整，对自己易烦躁、发脾气，认为属病态，但对自己自私、爱表现等无正确认识。情感反应协调，但强烈而多变，谈及戏装或某人长相时，表现很大兴趣，面带笑容，表情夸张，谈及人际关系时则又抱怨别人，带有敌视情绪。以医护人员对他的态度好坏来评判对方长相是否漂亮。否认身着戏装时有性快感。言谈举止富有女性色彩。行为幼稚，有时故意尖声怪叫，以引起病友注意。脑电图呈界限性脑电图。染色体显带分析未见异常。MMPI 测查不合作，回答均为“是”，测图无效。

鉴定结论：自恋型人格障碍，具有完全刑事责任能力

复习思考题

1. 人格障碍的定义和特征是什么？有哪些类型？
2. 社交紊乱型人格障碍的特征是什么？
3. 对人格障碍者违法行为的刑事责任能力总的评定原则是什么？

（宋建成 刘丹）

第十章 性心理障碍

第一节 概 述

性是人类生存的一种基本需要，它对种族的延续、个体的身心健康、社会的稳定与发展起到重要的作用。另外，人类的性行为也受到社会文化的制约，不同的种族、国家、社会阶层对性行为有不同的价值观。如何判定性行为的正常或异常，至今还没有绝对的标准，区别总是相对的、有条件的。一般地讲，凡是符合某一社会所公认的道德准则、为现行法律所允许的、是成熟两性之间的以性器官活动为中心而满足性需要的性行为，即可视为正常的性行为。性行为由正常到异常，可以看成是一个连续体，两端是正常和异常，中间存在着过渡状态，只有极端明显的异常才被看成是性心理障碍。

一、性心理障碍的概念

性心理障碍 (psychosexual disorder) 又称性变态 (sexual deviation, paraphilia)、性倒错 (sexual perversion) 是指个体的性心理和行为明显偏离正常，并以异常的性对象和性行为作为性兴奋、性满足的主要或唯一方式。例如，有变换自身性别外观的强烈愿望；采用与常人不同的异常性行为满足性欲；不引起常人性兴奋的事物，对这些人有强烈的性兴奋作用，等等。常态的对异性的性心理、行为受到全部或某种程度的抑制、干扰或破坏。性以外的心理活动、行为无明显异常。

随着社会文化的发展，人们对性心理障碍的认识也有一定的变化。性心理障碍者不是道德败坏的流氓分子或犯罪分子。他们中大多数人的社会适应良好，有较好的工作能力。一般状况下，具备正常人的伦理道德观念，对自己违反社会规范的行为（如反复的露阴、窥阴、偷窃女式内衣等）有充分的辨认能力，也试图去控制，但其行为往往具有一定的强迫性。事后多有悔过之心，却仍反复进行。

二、病 因

到目前为止，性心理障碍的病因还不十分清楚，大致从生物学、社会环境因素上进行探讨。

1. 生物学因素 部分研究显示，在同性恋、易性症以及其它的一些性心理障碍的发生率，存在单卵双生多于异卵双生的现象；许多男性易性症缺乏 H-Y 抗原，而女性患者却无此现象。有众多研究探讨性心理障碍者的激素水平是否异常，但研究数据缺乏一致性。在某些脑器质性疾病（如癫痫、痴呆等）的个别患者会有露阴症、施虐症等性心理障碍。绝大多数性心理障碍具有性别差异，即男多于女。

2. 社会心理因素 一些性心理障碍的形成可能有如下的社会心理因素。

(1) 正常的异性恋爱过程遭受阻挠、挫折。多数学者看到，某些性心理障碍者是在正常恋爱受到抑制时产生性心理障碍。如恋爱屡遭失败，与异性关系的困难、不满意，害怕与异性交往，部分为性功能障碍患者。许多性心理障碍患者对配偶缺乏或没有满意的相互关系，常见的是患者在性生活上表现缺乏热情、兴趣，被动性很明显。有的是与配偶的任何亲密的接触都感到极大的不舒服，甚至回避、厌倦、恐惧。有的害怕与恋

爱对象交往。有一些患者可以追查到对恋爱对象存在厌恶经验。总之，夫妻间不和睦、对方患较重躯体疾病、性生活不满意等，都可能是导致性心理、性行为的偏离的原因/诱因之一。

(2) 重要的生活事件影响：如工作上的失败，巨额财产的损失，收入分配不公等。

(3) 儿童青少年时期家庭环境中性刺激、性兴奋经验的影响：如双亲与子女同睡、同浴，或双亲的不检点性行为等；儿童、少年遭到成年人的性玩弄、鸡奸、强奸等性创伤。

(4) 淫秽、色情物品的影响：暴露于此类物品的观众可产生原发性的损害，如保持强烈的性兴奋和持续的手淫等；还可产生继发性损害，如对性问题的认识、态度、产生特殊效应，对妇女的攻击性增加。还可促进重复性的性犯罪。

(5) 儿童青少年时期即有特殊的性兴趣、性偏好、性偏见。如男孩在幼时就开始穿女孩的衣服，对女孩不喜欢甚至厌烦，对性有卑劣感、罪恶感、恐惧感，把性视为不洁之物。

另外，男性的性心理障碍者多存在以下性格特征：内向，安静少动，不喜交往，孤僻，性格较温和，具有女性气质，缺乏与别人的交往能力。一些患者对妇女怀有偏见。

三、心理形成机制

不同的心理学派从各自的理论出发，对性心理障碍的形成有着不同的解释。

弗洛伊德创立的精神分析理论应用比较广泛。此理论认为，幼年和儿童性心理发展过程的固着和退行是性心理障碍的主要原因。认为性欲是与生俱来，到青春期而发展成熟，青春期前的性欲和性行为是儿童幼稚的性活动，表现为初期的手淫、相互窥视外生殖器、喜欢裸体等，其目的只是获得身体器官的快感，称为前期快感；生长到青春期后，性腺已经发育成熟，此时个体的性欲和性行为转变为成年人的成熟的性活动，主要是通过以性器官性交为中心的性活动而达到性快感，称为终极快感，其最终目的是生殖。在正常情况下，前期快感最后会发展成为终极快感。如果在青春期前幼儿性欲发展过程中任何一个阶段形成固着，使性行为停滞在幼稚的儿童性活动的状态，最终有可能形成性心理障碍。异常的性行为就是儿童的性生活，只是范围大小、复杂程度不同而已。有些人幼年期性发育中的固着，可以不影响整个性心理的发展过程，已经有了成年人的性活动，但如果现实生活中出现较强的挫折或是性欲压抑时，性心理、性行为又退化到早年的固着处，表现出幼年时的性心理和性行为，来满足自己的性欲，缓解性紧张，发泄性能量。不足之处是，由于偏离常态的性心理、性行为各不相同，精神分析理论不能解释所有的性心理障碍的成因。

行为主义学派认为，某些性心理障碍是后天习得的行为模式，是性兴奋偶然与无关刺激物通过条件化机制结合在一起而形成的反应。某些人具有易损伤的人格素质，周围环境中偶然出现的某种事物或情景与高度性兴奋、性满足相结合，并在以后的手淫和性想象中的不断出现，使之强化，从而牢固地形成病理联系，进而形成条件反射，使变态的性心理、性行为成为唯一的或主要的性满足模式。

认知主义学家认为，在个体的早期阶段，绝大多数性身份识别障碍者受到家庭成员对他们过度溺爱、保护，家庭中父母角色的模糊或颠倒，他们自幼生长在母性体系及女强男弱的家庭生活环境中，在幼年长期充当相反的性角色，如把男孩当成女孩养，这种潜移默化的角色倒置可能对性心理及性身份的异化认识起到重要作用。

第二节 性心理障碍的相关医学问题

一、性心理障碍的类型及临床特点

在不同的时期和不同的国家，由于文化的差异，在性文化方面存在着一定的差异，于是对性心理障碍也会有不同的观念和认识，性心理障碍的范畴和分类也就出现了一定的差异。DSM-IV中将性心理障碍分为性欲倒错与性身份识别障碍两类。在 ICD-10、CCMD-3 中将性心理障碍分为性身份障碍、性偏好障碍以及与性发育和性指向有关的心理及行为障碍三种，诊断标准也比较明确、实用，临床工作中也易于操作。所以，本章采用 ICD-10 的分类标准。具体分类如下：

（一）性身份障碍

性身份障碍（gender identity disorder）主要是指易性症（transsexualism）。易性症亦称异性认同癖，是指渴望象异性一样生活，希望被异性接受为其中一员，通常伴有对自己的解剖性别的苦恼感及不相称感，希望通过激素治疗和外科手术以使自己的身体尽可能的与所偏爱的性别一致。至少持续 2 年以上，才能确立诊断，且不应是其它精神障碍如精神分裂症的症状，也不伴有雌雄同体、遗传和性染色体异常等情况。绝大多数是男性，通常开始于青年期，儿童期多与女孩子一起玩耍，穿着女性服装，具有女性化的言语腔调、举止表现，自认为是女性而喜欢男性。他们穿着异性装饰，但不因穿异性服装而产生性兴奋。他们对于变性的态度十分执著，到处打探变性手术的信息，甚至变卖家产、举债来达到目的。易性症者由于自身心理与生理的不和谐、社会与家庭的不理解，往往存在较多的行为、情绪障碍，自杀的比率也高于普通人。

被确诊后，患者如坚持要改变自己的性别外形，先要以异性的身份生活 1~2 年，接受心理治疗、激素治疗等，看是否能够接受这样的身份。如经过这个阶段，患者仍执着地要求实施变性手术，则在家属、公安机关等的同意下，实施变性手术。目前，能够实施变性手术的机构及手术的人次在不断增加，对接受变性手术的人经公安机关确认，可以改变身份证、户口本上的性别，可以结婚。但是并不是所有接受变性手术者都能适应变性后的改变，有小部分患者后悔，极个别患者会因此自杀。而且，现实中还有许多实际的道德、法律问题没有解决。如男性的易性症者，经变性手术后外形是女性，而染色体仍是男性的。这时，性别身份的确立——到底是以男性存在，还是女性存在？去卫生间时，他们是上男厕所，还是上女厕所？洗澡时，他们是进男浴室，还是进女浴室？变性人与其子女的关系如何？

需要注意的是，接受变性手术的人并不一定是性身份障碍者，如泰国的人妖、中国古代的太监。又如某些男运动员变性是为在竞赛中获胜，个别演员变性是为追求轰动效应，从而获得名利。

（二）性偏好障碍

性偏好障碍（disorders of sexual preference）又分为：

A、性对象障碍

（1）不以成熟异性为性对象：恋童症

（2）不以性器官为性活动对象：恋物症、异装症

B、性动作障碍

（1）以间接的行为方式引起性活动：露阴症、窥阴症

（2）以古怪条件引起性活动：施虐症、受虐症

具体介绍如下：

1. 恋物症 恋物症（fetishism）以某些非生命体作为性唤起及性满足的刺激物。恋物对象多为人体的延伸物，多为异性穿戴或佩带的物品，如女人的乳罩、内裤、卫生带、头发、鞋袜等。其它常见的对象是具有某类特殊质地的物品，如橡胶、塑料或皮革。中国古代有足恋、鞋恋。迷恋物的重要性因人而异：在某些病例中仅作为提高以正常方式获得的性兴奋的一种手段（如让伴侣穿上特殊的衣服）；有些病例中，则成为唯一的性兴奋、性满足的方式，两性之间的性活动完全被排斥。多数恋物症者是异性恋者，他们在抚摸、闻、嗅此类物品时，或在性交时抚摸、闻、嗅性对象此类物品时，即能获得性满足。这样的性渴求与性想象反复出现。恋物症者大多数性功能低下，对性生活胆怯。他们为了获得异性物品，不惜采取偷盗手段，以致触犯刑律，遭到逮捕或惩罚，但过后又会重犯。他们往往对此感到痛苦。偷窃过程中心理体验可能成为这种性行为的一部分。

2. 异装症 异装症（transvestitism, transvestism）又称为异装恋物症，表现为反复、强烈性渴求、性想象涉及异性装扮，并付诸于行动，至少持续半年。始发于童年或青春期，开始时偶尔一两件异性服装，以后逐件增加直至全部异性装扮。可以是在家秘密穿戴，也有的会穿着异性服装出现在公共场合。他们对自己的生理性别能很好地认同，没有改变性别的强烈愿望。他们的性爱倾向是异性恋，他们的异性装扮是为了唤起自己的性兴奋。有的同性恋者也会打扮成异性，但他们的目的是为了吸引对方，而自己不产生性兴奋。

3. 露阴症 露阴症（exhibitionism）又称露阳癖、露淫癖，表现为向陌生人（通常为异性）或公共场合的人群暴露生殖器，但并无进一步勾引或接近的意图，反复发作或持续存在。本来，性器官的显露作为性活动的前奏，是非常普遍的，但当它发生在正常的性关系与性行为以外时，就被认为是不道德的、异常的行为。在露阴时，通常出现性兴奋并且手淫，但也并非全都如此。这类行为也可在很长的间歇期不明显，只在情绪应激或危机时出现。如果目击者表现出震惊、恐惧或深为所动时，露阴症者的性兴奋常会增加。他们在行动前，会出现难以抑制的露阴欲望和强烈的紧张感。随着露阴行为实施、获得性满足后，则心情平静、轻松愉快，紧张感消失。有些在行动后被告发，受到行政或司法处理，想控制自己不再去行动，但当念头出现后，虽然很担心再次受到惩罚，又无法控制自己而去行动。有的甚至是越想控制，发生的次数越频繁。露阴症者通常为年轻的成年男性，他们有强烈地适应不良和自卑，与他人的性关系不论是过去还是现在，几乎总是不满意。

他们有的在入少、僻静的场所如偏僻的小巷、公园的深处或树林中，向过路的陌生女性展示勃起的阴茎；也有的在入多而拥挤但容易逃脱的公共场所乘机行动。露阴的频率因人而异，可有明显差别，少的可数月或一年仅数次发生，多则频发可数日、数周一次。有的患者可累积发生数百次露阴行为。大多数发生于青年早期。

4. 窥阴症 窥阴症（voyeurism）是指一种反复出现或持续存在的窥视他人裸体、性活动或亲昵行为的倾向。患者的动机主要是追求冒险和刺激。他们对自己的性配偶裸露性挑逗无兴趣，对公开的、公众性的异性暴露没有明显兴趣（如游泳池等）。然而，环境有压力时可引起他们的性兴奋和性满足。在窥阴时或事后回忆窥视情景时，通常引起性兴奋、手淫，以此来获得性满足。这些活动多是在被窥视者察觉不到时进行的。不包括通过反复观看淫秽音像制品获得性满足的行为。有窥阴症倾向的人，大多为男性，通常不能很好地与异性建立关系，并且有强烈的自卑感和不适感。多数是从幼年起就有窥阴行为，部分是成年后出现。他们常常在厕所、浴室、卧室、公园等地方，寻找机会，想方设法偷看，如在墙壁上钻洞、

趴在窗户或房梁上、在有便沟相通的厕所内用反光镜偷看，等等。尽管知道这样做极易被发现，还是不惜冒着被惩罚的危险去偷窥，以获得性的满足。

5. 恋童症 恋童症 (paedophilia) 是指患者的性偏好针对儿童，通常为青春期前或青春初期初期的孩子。依行为的形态分为不成熟型、挫折型、反社会型、病理型、多重型等。临床表现中，较多见的方式有抚摸、手淫、玩弄外生殖器、口一生殖器接触（吸吮阴茎或舔阴），较少的是诱奸、强奸。患者往往以与孩子游戏、玩耍为名，脱光衣服或裸露阴部，激起兴奋后手淫或进行其他性活动。有这种性唤起模式的人可能会被男童、女童或二者所吸引。如果受害者是实施者的亲属，恋童症就表现为乱伦。尽管恋童症与乱伦有很多共同点，但恋童症的受害者往往是更小的孩子，而乱伦的受害者往往是身体刚开始发育成熟的女孩。有时，智力低下的男性、老年痴呆者早期也可能出现恋童行为，应注意检查和鉴别。有些人处于社会隔绝，没有接触异性机会，一时性或偶然以儿童为性对象产生性活动，不应诊断为恋童症。

6. 施虐症、受虐症 施虐症 (sadism)、受虐症 (masochism) 是将捆绑、施加痛苦或侮辱带入性活动的一种性偏好。如果个体乐于承受这种刺激，称为受虐症；如果是施与者，称为施虐症。个体常常从施虐、受虐两种活动中都可获得性兴奋、性满足。一个患者经常是交替地扮演受虐与施虐两种角色。轻则辱骂、捏、抓、撕咬性对象，重则捆绑、鞭打、用极其下流的语言辱骂，甚至用利器割伤对方至流血、卡缢颈部等，从而造成对方躯体和精神上的明显伤害，甚至死亡。极端的施虐症者为色情杀人狂，把杀人作为性交的同等物或一种替代，性交时为了达到性乐高潮而杀人。

施虐症者多见于男性，其人格特征多表现为缺乏男子气、怯懦、羞耻心强、见人羞涩，内向而孤僻，在施虐过程中能够感受到很强的控制感。可能的成因有：①可能认为虐待异性是一种象征性行为，代表了对权威的反抗和对障碍的摧毁，因而形成报复和反抗的心理；②可能是由于自卑感的过度补偿作用，即由于自己存在着某些缺陷而焦虑不安，因此造成了这种反常行为，借对异性的残暴以发泄性欲并体现在优越感；③可能是幼时形成的对性关系的错误态度，或是从影视等传媒中习得的不正常性观念。④可能是一种逃避行为，他们藉此暂时逃脱他们在日常生活中严格而受限制的角色。

受虐者往往是女性，多对情景有控制能力，可在严重受伤之前结束被凌辱的行为。个体有时会提及早年有关在性与疼痛之间建立联系的经历，或希望借接受对方的虐待与凌辱来表示接受对方的爱；或是一种内疚、罪恶感而自责自罚，借对痛苦的接受以显示自己的顺从。

7. 摩擦症 摩擦症 (frotteurism) 患者多在拥挤的场合或乘女性不备之际，伺机以身体的某一部分（通常是阴茎）摩擦和触摸女性身体的某一部分，以达到性兴奋的目的。一般没有与所摩擦对象性交的愿望。当被摩擦的对象有明显的反应时，患者通常会中止有关行为，并且装出一付若无其事的样子。但是，如果对方默然避开或默许，常常又会继续有关行为。患者进行摩擦的部位多为手臂、乳房、臀部、会阴部及腿部等地方。大多数情况下是隔衣进行接触摩擦。不少患者在行为中有性乐高潮（即射精）出现，大部分将精液射在自己的裤子内，也有个别人将精液排泄在受害者衣服上。大多有反复发作的情况，但难从过失犯罪中吸取教训，往往是冲动战胜理智，因此有屡教不改的倾向。在工作、学习及其它行为方面通常都是表现良好，无其他劣迹。

8. 恋尸症 恋尸症 (necrophilia, necrophism, necromania) 是指以与异性尸体发生性行为以取得性满足的性偏好，包括猥亵尸体、奸尸、毁坏尸体等。对尸体有强烈的性欲望。

这种欲望可以通过与尸体性交的想象来满足；这种欲望也可通过真正地与尸体的性接触来满足。还有些恋尸症者以保留尸体的某些器官（通常是女子的乳房或生殖器）为乐趣。由于有些恋尸症者采取将被害人杀死的方法来获得奸尸的机会，所以这种行为会给社会带来极大的威胁。普通的恋尸症者并不去杀人，而是利用各种机会与已经死去的人性交。某些可以提供接触尸体机会的特殊职业，如太平间、停尸房和殡仪馆等处的工作，对这种人具有极大的吸引力。

9. 其它性偏好 如淫书淫画症、淫秽电话症、病理性手淫、恋兽症、性窒息、混合型等。

恋兽症（zoophilia）又称兽奸，即将与动物性交作为屡用或唯一的满足性欲的方式。最常见于对于性伴不可接近或被禁止的情况下，年轻人与动物进行的性接触经历。男性患者多见于农村、牧区或劳改农场，与马、牛、猪、鸡、鸭等动物发生性行为，或者有伤害动物的虐待行为；女性患者常涉及家庭宠物，如猫、狗，多限于舔阴或给雄性动物手淫，个别与之发生性行为。如出于好奇或不能获得性伴侣偶尔与动物发生性行为者，不一定是恋兽症。

淫秽电话症：反复向异性打淫秽电话作为获得性兴奋的唯一方式。患者多存在人际交往方面的问题。他们往往采取不与人直接接触的拨打匿名电话的方式，这样既避免了与人接触的窘境，又比较安全。电话内容包括：吹嘘自己的性能力、性史；言语威胁对方以获得继续周旋的机会；试图诱迫通话者暴露隐私。多在打电话的同时进行性幻想和手淫。

性窒息（sexual asphyxia）：国外也称自淫性窒息（autoerotic asphyxia）、自淫性死亡（autoerotic death），最早由 Hirschfeld (1948) 曾加以描述。一般是选择一个隐蔽地方如浴室、寝室、地下室以避免被人发现，通常应用的是绳索一类的东西紧勒颈部，部分以悬挂的、上吊方式来限制呼吸。少数报道是用塑料袋、面具、绷带或吸入有害气体等工具或方法。致死案例都是由于不能及时自我解救而导致窒息死亡的，死亡年龄多在 12 到 17 岁，大多数是未婚者。

混合型性偏好障碍：有时在一个患者身上可同时存在两种或两种以上的性偏好障碍，其中无论哪种也不占优势。最常见的是恋物症、异装症和施虐受虐症的结合。

有的学者认为，露阴症、猥亵电话症、窥淫症、摩擦症、恋兽症和恋尸症等性心理障碍属于强迫性性变态。此类患者强迫参与一种或更多种强迫性性行为，经常声称他们不能控制他们的欲望。通常不会自愿寻求治疗，也不承认自己需要治疗或能够从治疗中受益。

（三）与性发育和性取向有关的心理及行为障碍

本类性心理、性行为的障碍（sexual orientation disorders）是指起源于各种性发育和性定向的障碍，包括异性恋、同性恋、双性恋等，尤其同性恋问题已经争议多年了。

首先，要注意的是：单纯的性取向问题不能被视为一种障碍。从性爱本身来说，与性发育和性取向有关的心理及行为障碍不一定异常，但某些人的性发育和性定向可伴发心理障碍，如个人不希望如此或犹豫不决，为此感到焦虑、抑郁及内心痛苦，有的试图治疗加以改变。这就是把同性恋纳入此诊断体系的原因。

同性恋（homosexuality）：是指对同性的人具有性吸引力并持续表现性爱的倾向，它可伴有或不伴有性行为，对异常的性兴趣丧失或减弱。在美国的社会调查中，估计男性人口中为 6%~10%，女性中约为 2%~4%，可能是真性同性恋（即性倾向一生不变地指向同性）。对同性恋的称呼有：对男性同性恋者称断袖、龙阳、余桃、分桃、男风、走早路、gay、C

货、金刚芭比、同志、基佬、断背等；对女同性恋称为拉子、磨镜、歹客(Dyke)、欧蕾(O-Le)、拉拉、蕾丝边、Lesbian等。

同性恋可以从不同的角度进行分类：①根据当事者的性别，分为男同性恋与女同性恋。②根据有无实质性性行为，分为精神性同性恋和实质性同性恋。前者只有性爱心理或性欲，后者在性爱心理和性欲的基础上，有实质性性行为，如肛门性交、口交、相互手淫、相互利用工具进行性交等。③根据有无与异性的性行为分为绝对同性恋和相对同性恋。前者仅对同性有性兴趣和性行为而获得性满足，对异性没有性兴趣甚至厌恶异性，对自身的真实生理性别有良好的认同，他们即使迫于社会因素而与异性结婚，也没有正常的性功能；有时借助幻想把配偶当做同性而进行性活动，因此婚姻关系难以维持。后者是双性恋，他们对同性和异性成员均持续表现为性爱的迷恋倾向，包括思想、感情、性行为。④根据在同性恋中扮演的性别角色分为主动同性恋和被动同性恋。前者扮演“丈夫”角色，后者扮演“妻子”角色。男同性恋中的被动型和女同性恋中主动型多是绝对同性恋，其心理障碍较重，在心理、行为上有较多的异性特征。⑤境遇型同性恋，是由于环境、教育造成的性心理异常。多见于长期缺乏异性的环境中的人，这种同性恋仅是一种替代性的性行为，在环境许可时，就转为异性恋。

关于同性恋的成因，人们分别从两个角度进行了分析：其一是生理角度。学者们探讨了遗传因素、大脑结构和激素水平三个方面的因素，但未能找到确凿的、可重复的证据证实。其二是心理社会角度。精神分析学派强调恋母情节导致了特殊的母子关系，从而引起性心理异常，形成同性恋。行为主义学派主张重视伙伴关系、偶然的机遇以及特殊的经历在同性恋形成中的作用。有的同性恋者在孩提时期由于某种遭遇，在潜意识中种下“异性恐怖”的种子，成年后形成一种心理变态，不愿与异性交往。有的同性恋者由于在与异性交往中受挫，感情上对异性产生厌恶之情，同时又受到同性的诱惑而走上歧途。此外，父母抚养不当也是主要的原因。母亲过度溺爱儿子，把儿子抚养成毫无男子气概的弱者。还有些父母因某种原因把男孩当作女孩抚养，把男孩打扮得花枝招展。日久天长，使男孩形成女性心理，成年后往往对同性发生好感，对异性反倒不感兴趣。再有一些缺乏异性的环境，如远洋航船、修道院和监狱等地方，易发生同性恋行为。

社会对同性恋行为的接受程度有很大的差异。历史上曾有过接受同性恋的时期，也有压制同性恋的时期。而最近几十年的发展趋势，则是倾向于增加同性恋的透明度、认同度，为同性恋提供平等的法律权利，包括婚姻、领养、医疗保健等等。英国的沃芬敦报告(Wolfenden Report)是西方国家对同性恋合法化的转折点，很多西方文明国家现在已经将同性恋或同性恋行为合法化。一系列的欧洲国家，例如荷兰、德国等已经改变法律或者允许同性婚姻或者在法律上认可长期的同性恋关系；一些国家开始允许同性恋伴侣收养子女。而公开承认是同性恋、双性恋或过去曾经进行过同性性行为的政治家的人数也在上升。

尽管社会对同性恋的态度越来越宽容，尽管学术界已经把同性恋当作是一种非病态的行为方式，但由于它与现行的一男一女的婚姻制度以及婚姻的生育目的是相违背的，因此，在社会生活中和法律地位上，同性恋处于不利的地位。常见问题：①自我认同困难。同性恋者因为无法认同自己是同性恋，担心被他人或家人排斥或是希望经由心理治疗改变其性取向，出现社会适应障碍等问题，如焦虑、忧郁、失眠等症状。②情感问题。同性恋者因为与其伴侣之间出现沟通障碍，感情之危机。③其它，如同性恋行为增加了艾滋病的风险。

不应被歧视，人与人天生是平等的，只要守法，不妨碍他人，就应允许少数异类的存在。学会宽容、理解和尊重，建立平和、公正、有道德人际关系。但也不要夸张、有意地渲染强化，以免形成病态的“时尚”。要减少境遇性同性恋。

二、诊断与共病

1. 诊断与病史采集

具体诊断主要依据 CCMD-III、ICD-10、DSM-IV 等诊断体系中相应的标准。

临床问诊中，除了采集病人的精神科病史外，应包括：

- ①排除脑器质性疾病、精神疾病；
- ②性行为及内部心理过程的细节；
- ③描述行为的更广泛意义；
- ④动机评估——影响治疗效果；
- ⑤心理生理评估。

2. 共病

性心理障碍与人格障碍有密切的关系，但有所区别。一方面，性心理障碍可能是人格障碍的一种表现，它们可能有病原学上的关系。例如，一个好斗、残酷的反社会人格障碍者在两性关系上可能是施虐症者。但另一方面，性心理障碍又不一定都具有人格障碍的一般特点。

第三节 性心理障碍的相关法律问题

一、刑事责任能力评定

多数性心理障碍会违反社会传统道德，破坏社会风气，造成对被害人的性骚扰、心理伤害，从而引起比较严重的不良社会影响。这也是传媒关注的热点之一。对于性心理障碍者的刑事责任能力评定，在精神疾病司法鉴定的理论和实践均存在一定的争议。

有些学者认为，根据“警察在侧”原则，即如果性心理障碍者当着警察，则会控制自己的行为，不会去表现出异常的性心理、性行为；或是见到警察后，会立即中止其露阴、窥阴等变态的行为，并逃跑以躲避制裁。这说明，他们对自己的行为是有完整的辨认能力、控制能力的。所以，对性心理障碍者应评定为具有完全的刑事责任能力。而且，认为给予相应的制裁是一种比较强烈的行为矫正手段，使他们产生罪恶感、痛苦感，可抑制部分患者的再犯。另外，这对处于性心理障碍形成阶段的人来说，也具有一定的警示作用。

有些学者认为，根据不同类型，对性心理障碍者的刑事责任能力的评定亦有所不同：

(1)异性装扮症、易性症、恋兽症、性受虐症、性自虐症、病理性手淫等，由于这些异常的行为并未触犯刑律，因此不需评定刑事责任能力。如出现违法犯罪行为，则与性心理障碍无关。

(2)部分性心理障碍包括：恋物症、窥阴症、露阴症等，由于情节较轻，尚未对受害人造成直接躯体伤害，并且存在可能的生物学因素，控制能力有所削弱，治愈概率亦较大。因此，对初犯者或第一次被发现者，依据具体情节，可以考虑评定为完全刑事责任能力或限定刑事责任能力。经过短期拘留、教育释放后，令其接受心理治疗、药物治疗。如果以后重犯时，因其有自我放纵的成分，故应评定完全刑事责任能力。对摩擦症，假如情节较轻，可按照上述情况处理；如果情节恶劣(如强行抚摸被害人乳房或阴部、以外露的阴茎摩擦对方并射精

等)，则应评定完全刑事责任能力。

(3)其他性心理障碍，包括：同性恋、性虐待或性施虐症(发展到最严重时则成为色情杀人狂，世界各国皆判处最高刑，并永不赦免)、恋童症(强奸或鸡奸儿童)、淫书淫画症、电话淫语症等，如有违法行为时，皆应评定完全刑事责任能力。

二、其他法律能力的评定

性心理障碍者意识清楚，智力、记忆力均正常，除性心理、性行为异常外，没有其它精神活动的病理性改变。他们对自己的行为一般都有完整的辨认能力、控制能力，对某些司法程序的性质、意义、后果有充分的认识，故一般评定为具有完全的受审能力、诉讼能力、作证能力、服刑能力、接受治安处罚能力。

性心理障碍者的工作能力基本上不受影响，在工作中能承担相应的责任、义务。有的甚至工作水平很高，能承担领导职务，或获得过先进、优秀员工等称号，或有很多创意。故应评定他们具有完全的劳动能力。

在民事行为中，性心理障碍者也能进行真实的意思表达，故一般评定为具有完整的民事行为能力。如，可以自行订立合同、制定遗嘱、处置财产、结婚或离婚等。

性心理障碍者虽然本身存在性心理、性行为的异常，但在遭受非法性侵犯时，他们仍然能对性行为的性质、后果、意义等有明确的、合理的认识，有能力采取合理合法的手段、方式来维护自己的性权利。所以，应评定他们为具有完全的性自我防卫能力。不应因他们存在性变态而歧视他们，忽视他们合法的性权力。

三、治疗等其它相关的法律问题

作为一种轻型精神障碍，性心理障碍者对自己异常的性心理、性行为有明确的认识，有完全自主的治疗权，可以自主地决定是否就诊、是门诊治疗或住院治疗、是药物治疗加心理治疗还是单独用心理治疗或药物治疗、是否继续或中止治疗等问题，应该可以自行办理住院、出院手续。如住院治疗，最好是在开放式管理的病房中进行。家属、同事、单位无权强制他们就诊、治疗相关的性心理障碍。在治疗过程中，医生仅是指导者，指导、建议患者可以进行的药物治疗、心理治疗，治疗前应有相应的知情同意。医生、护士及相关人员要注意尊重他们，注意保护他们的隐私，未经患者本人同意，不得向他人或单位透露患者的相关信息。在进行卫生信息统计、社会流行病学调查、科学研究时，应向患者详细地告知所要收集信息的范围、用途，尽量征得他们的书面同意，不得超范围使用这些信息。在使用某些个案时，要隐去有关个人的信息。

案例

案例 1 被鉴定人李某，男，40 岁，干部，本科学历，已婚。既往性格：内向，孤僻，不善言谈，与人交往时被动、退缩、怕羞，尤其是交往对象是女性时。自幼被打扮成女孩培养，渐养成女性行为特征，如喜爱整洁、好静、做女工。常被人称作大姑娘。25 岁时，经人介绍结婚，婚后夫妻感情好，性生活融洽，育有一女孩。独处时喜欢着女性服饰，如胸罩、女袜、高跟鞋、吊带裙、女人的假发等。自己制作这些女性服饰，或者穿妻子的，有时还会央告妻子为他购置。他多次在深夜着女性装束外出。曾被夜晚巡逻的警察、联防人员识破，倍感羞愧，后悔，但仍不能控制自己。一次，他穿女性装束外出时与人发生打斗，被抓获。

鉴定结论：临床诊断为异装症，评定为完全刑事责任能力。

案例2 王某，男，35岁，电器维修人员。性格为内向、孤僻，自尊心强，压抑自我，内心有痛苦去不暴露。多次恋爱均无果，对此郁闷、自卑。30岁时，一次在去为顾客上门维修的途中，看到晾晒在外的女人文胸、内裤，突然产生性冲动，偷回去进行摸、闻并手淫，得到极大的性兴奋。之后，一直不断地偷窃女性的衣物、女性用过的卫生巾等，案发时共查获上千件女性物品。

鉴定结论：恋物症，评定为完全刑事责任能力

案例3 杨某，男，32岁，汉族，高中文化，已婚，无子女，为食品公司职员。一日，被鉴定人在某小学，尾随某女学生到女厕所内，冲着正在小便的女生，暴露生殖器，并射精，后被抓获。姐姐反映：被鉴定人早在10年前就有不明原因的出走，一、二天后回家时，衣冠不整，不能回忆外出的经过，有时夜间突然起来摆弄书，问他干什么，答非所问，早上起来再问他摆书的事他否认。有时瞬间无反应，突然发愣。喝水时水杯掉在地上……。预审时，供述：以前在游泳池内也曾掏出生殖器射精；这次是因为冲动，控制不住想射精，当时有快感，知道这是对小女孩的污辱，行为属于违法。精神检查：意识清楚，定向力完整，表情拘谨，被动接触。问答切题，语速、语量正常，称“犯错误进了公安局，自己干了坏事，在女厕所当着小女孩手淫，这是流氓行为”。“以前自伤是心情压抑，看什么我都不满意，因为自己想法离奇，不现实，也请过心理医生。但我觉得那样（指对人暴露生殖器）很超脱，我总想会慢慢好的，但控制不住，每次夫妻性生活不感兴趣。几乎半年才有一次”。记忆、智能正常，情感反应与思维内容协调，配合检查，未见异常行为。脑电图检查：正常脑电图。

鉴定结论：露阴症，案发时辨认控制能力完整，具有完全刑事责任能力

案例4 被鉴定人徐某，男，45岁，高中文化，已婚，工人。徐某上中学时（13岁时）开始反复扒女厕所、进女浴室，以此寻求刺激、获得生理上的满足。多日不这样做，则坐立不安，直至满足为止。即使多次被抓、被殴打、被拘留，仍无法控制自己的行为。除了扒看女厕所外，没有别的不良习惯，工作认真、肯干。结婚后，对正常的夫妻性生活不感兴趣，但对妻子洗澡、排尿过程特别感兴趣，每次妻子洗澡、排尿时，他都聚精会神地观看，并有明显的性冲动，甚至伴有手淫行为。并时常偷窥母亲的洗澡、排尿过程。3年前开始，选择某女厕所为偷窥场所。为防止被人发现，每次进女厕所时，穿棕色长羽绒服、戴毛线帽子，低头，以手捂脸。此次偷窥后被人发现，立即逃跑。预审时、精神检查时对窥视行为的细节、目的、性质有清楚的认识，说偷窥以后感觉挺好的，好像一种满足；如不去则受不了，坐立不安，到处逛，看见女厕所就进去。虽知道这样不好，但控制不住。未引出错觉、幻觉、感知觉综合障碍、妄想等精神病性症状。

鉴定结论：窥阴症，案发时对窥阴行为的辨认和控制能力正常，评定为完全责任能力

案例5 赵某，男，36岁，电子工程师。家乡有一个观念，就是小孩的小鸡鸡必须经常搓，长大后方能强壮。所以，他幼时经常被年轻的保姆搓弄生殖器。成年后，他对此念念不忘。虽已婚，但对夫妻之间的性生活积极性不高。他经常在交通早高峰、晚高峰时，站在中意的女性乘客背后，有意地用生殖器顶触对方臀部或进行摩擦，甚至将生殖器掏出来去触碰对方的手、手臂。事前往往非常紧张，但事后能够得到较强的性满足。此行为频繁进行十余年，虽多次被发现后遭到斥责、被拘留等，仍时常有此念头。

鉴定结论：摩擦症，评定为具有完全刑事责任能力。

案例6 李某，男，24岁，汉族，大三文化，未婚。大三辍学后曾从事过多种工作，如

服装销售、保险代理人等。李某在大学期间即表现出同性恋的倾向，有男朋友。2年前起与男朋友住在一起，在性关系中为被动角色。李某曾先后杀死七人，伤害一人。其中，如半年前，李某通过网络认识了“收费奴”，两人约好见面的地点。次日，李某来到朝阳区小红门一处民房，将对方双手捆绑、口中塞东西后，与之进行肛交。完事之后，李某借机拿刀割了对方颈部，整理了现场的物品后离开。在预审过程中，李某对犯罪事实供认不讳，详细叙述每次的作案经过。将自己犯罪的原因解释为1年前受到4名同性恋者的虐待，此事对自己的精神刺激很大，因此而产生的报复心理。后来，又将此理由推翻，说自己也不清楚为什么犯罪。知道自己犯了杀人罪。精神检查：李某意识清晰，年貌相符，仪表整洁，自行步入鉴定室，定向力完整，接触被动。问答切题，语速、语量适中。对过去杀人的经过不愿过多提起，称卷宗上都写着呢。称自己喜欢刀，见刀就想拿，拿了就想出去，出去见人就想扎。诉“扎完以后也没有什么感觉”。认为上街寻找目标很累，通过网络找很省事、安全。对自己存在困惑，如说：“我脑子里有很多疑惑，我不知道我怎么就变成这样了，我的人生、我的事业都怎么了？”认为自己有很多痛苦纠缠自己，来源可能是家庭。说“我恨我父母，我讨厌这个世界……，我觉得自己命苦，活得特别累，没意思。我想找个背静的地方，天天放羊，自由自在的，多好……。”“我特别希望（拥有）象别人一样的家庭”。否认自己有精神病。未见错觉、幻觉、感知觉综合障碍、妄想等精神病性症状。注意力、记忆力、智能检查均正常。回答问题时，有时易急躁，抓自己的头发。韦氏成人智力测验：IQ101分，属于正常。

鉴定结论：同性恋，案发时对自己的系列凶杀行为的辨认和控制能力正常，评定为完全刑事责任能力

案例7 包某，男，26岁，汉族，高中二年级文化，已婚，无业，适龄上学，顺序升学。11年前（高中二年级），包某采用翻墙、撬锁、钻窗户等手段先后到本村多村民家盗窃。被判处有期徒刑4年，7年前被提前释放。后一直待业在家。

近6个月，包某先后多次入室盗窃他人财物（包括随身听、相机、手机、VCD、现金、保健品等，所窃款物共计7000余元）。其中，随身听、相机是偷拿他人的身份证进行典当的。偷窃过程中，不值钱的物品如包、化妆品等均被其丢弃。1月前，包某在某处再次行窃时被当场抓获。在预审过程中，包某对犯罪事实供认不讳，时间、地点、物品前后基本供述一致。犯罪动机有时说是“想偷东西，换点钱花”，有时说是“我也说不好当时怎么想的，就是想偷”。自称自己精神不正常多年：自十四、五岁开始对女性的物品有特殊的偏好，曾偷拿过小姑的内衣穿，自己买过女式内衣，穿过妻子的内衣，多次偷拿她人晾晒在屋外的内衣。偷拿她人的卫生巾天天用，用着就觉得舒服、心里踏实。3月前因第一个女友去世、公司倒闭而服用安眠药自杀未遂。后用玻璃自伤左腕。在清河农场服刑期间，曾与一名男子多次同性性行为，为被动角色。之后偶有对同性产生性兴趣，但无性行为。对此进行过四、五次电话咨询，咨询员有的说这是变态，有的建议去看心理医生，但他一直未去。无病历、门诊手册等就诊记录。称“就是想告诉我妈我并不是一个小偷，不是为了财物偷东西”。自己用刀割手腕，不善言表，曾服用安眠药40余片企图自杀，与他人交往少，性格内向。精神检查：强调自己从小就喜欢像女的一样，喜欢绣花、缝衣服等。认为自己不应该是男的，多次说自己的目的是找喜欢的东西，如女人内衣、卫生巾等，觉得这些东西用起来心里踏实。但对偷窃现金、照相机、VCD等物的目的无言以对。知自己是因为偷窃被抓的，可能将被判处三年有期徒刑。知道自己的性心理与常人不同，但自己可以控制自己的行为。对异性也还可以，

如找过女友，女友去世后自己还很伤心，和现在的妻子关系尚好。3月前自杀是有原因的，与父亲关系不好、公司赔钱、前女友去世等，觉得活着没意思，死的决心有一半以上。未引出错觉、幻觉、感知觉综合障碍、妄想等精神病性症状。情感反应协调，表情自然。意志行为未见异常。韦氏成人智力测查：IQ88分，正常智力。

鉴定结论：性心理障碍，恋物症、易装症和境遇性的同性恋行为，其在案发时对行为的辨认和控制能力正常，评定为完全刑事责任能力

案例8 贾某，男，23岁，汉族，大专文化，未婚，无业。父母反映：他从小是个乖巧的孩子，但上高三以后好像变了个人似的。开始情绪低落，自觉没有高兴的事，没有快乐过。有时情绪波动很大，为一点小事发怒，摔门、砸东西，甚至冲动打人。发作时五官抽动，啊啊大叫，反复抠手指头直至出血。曾到医院心理咨询，但被鉴定人对此十分抵触，不配合。上大专时，注意力不集中，成绩不好，没有毕业。大专结业后，当过工人、录音师，但都没有干长，就说没有意思不干了。总说人生乏味，活着没意思。自2006年6月以来，先后对四名男童进行猥亵，预审时，他供认不讳，知道是违法行为。精神检查：自述毕业后当过工人，干过录音，但总觉得反反复复干同一件事，觉得没有意思就不干了。认为活着很痛苦，曾有一次想用乙醚熏死自己，一次爬上150米高的烟囱，希望自己失手摔死。烦躁时从16楼朝下扔石头。不愿与人来往，喜欢独自呆在屋里，想自己的事。一次偶然的自己和小男孩玩篮球，感到心情特别好，那种抑郁心情没有了，感觉和小男孩在一起能缓解自己的压力。为此自己能在操场等小孩来打球，一等就是几个小时。说自己看见小男孩心情就好一些，知道自己不对，但控制不住，严重时看不见自己喜欢的小男孩会摔东西撞墙。称自己与小男孩每次发生猥亵行为，基本上是为消除烦乱，之后就什么感觉没有了。“从小父母阻止自己和异性交往，如女同学给自己打电话，就会挨骂，从小就感觉和女性来往是错的。另外，个性孤僻、自卑、感觉周围人都很强，自己内心幻想一呼百应，但实际做不到。”

鉴定结论：恋童症，完全刑事责任能力。

复习思考题

- 1、性心理障碍的定义是什么？有哪些类型？
- 2、性心理障碍者的法律能力评定中，有可能评定为限定刑事责任能力的情形是什么？

（宋建成 刘丹）

第十一章 习惯和冲动控制障碍

第一节 概述

习惯和冲动控制障碍 (Habit and impulse-control disorders) 是指在强烈的欲望驱使下, 无明显的合理现实动机而反复出现的为社会规范所不容或对他人的利益都有损害的不当行为。这类行为带有冲动性, 自述无法控制, 其行为的目的是为了获得自我心理的满足, 而无现实的利益动机。因其具有反复、无法控制的特点, 具有一定的强迫特质, 故有学者认为习惯和冲动控制障碍与强迫症同属于强迫谱系障碍, 只是处于强迫谱系障碍的两端而已。强迫症是怕出现某些观念或做出某些动作, 如怕脏、怕看到刀会拿起刀伤人, 怕自己从楼上跳下去等, 明知没有必要或不可能而无法控制, 强迫与反强迫共同存在而造成冲突、焦虑、痛苦等; 习惯和冲动控制障碍恰恰相反, 是做出行为, 在行为过程中体会到兴奋、愉悦、快乐等, 获得心理的满足, 事后可能后悔, 但自觉当时不能自控。按照常规, 习惯性过度饮酒或服药 (F10—F19) 及与性和进食有关的习惯和冲动障碍 (F65. 一) (F52. 一) 并不包括在此。

导致习惯和冲动控制障碍的病因目前还不完全清楚, 曾提出过生物化学、心理动力学、行为学、遗传学等多种病因学假设。如精神分析理论认为拔毛狂是性心理发育受阻、性压抑、性焦虑的表现, 通过拔毛释放压抑、缓解焦虑。而行为主义理论认为拔毛狂是后天习得、缓解焦虑、痛苦、应对挫折、失败的适应不良性行为。也有学者发现拔毛狂患者脑脊液、外周血中五羟色胺能异常, 从而认为神经元、神经递质异常与拔毛狂的发生有关。有研究表明, 病理性赌博一级亲属患病理性赌博的概率高于普通人群。

习惯和冲动控制障碍是发病率较低的精神障碍, 由于患者辨认能力存在, 知道这些行为是不好、社会所不容的, 一般不会主动陈述、而且常常否认这些行为的存在, 更不会主动就医, 其患病率、发病率很难准确得知。通常认为, 病理性纵火罕见, Lewis 等 (1951 年) 对资料充分的 1584 例非谋利性纵火者调查发现, 仅 50 例诊断为病理性纵火; 仅不足 5% 的小偷符合偷窃癖的诊断; 对 2579 例大学一年级新生进行的调查表明, 0.6% 的学生在一生之中的某些阶段可能符合拔毛狂的诊断; 病理性赌博是习惯和冲动控制障碍中唯一较常见的障碍, 估计患病率为 0.2-3.3%, 2/3 为男性。

习惯和冲动控制障碍的治疗目前尚有一定的难度, 应具体个案具体分析。根据其形成的不同心理历程, 可采用: 精神分析疗法, 分析其习惯和冲动控制障碍行为形成的创伤及无意识中被压抑的成分; 认知-行为疗法, 如合理情绪疗法、厌恶疗法、奖惩治疗、系统脱敏等, 如有学者认为监禁是防止病理性纵火的唯一办法。因习惯和冲动控制障碍有紧张、焦虑的形成、释放的“自然”过程, 抗抑郁、抗焦虑的药物及情绪稳定剂对部份患者有一定效果, 如苯二氮卓类、5-羟色胺 1A 受体激动剂、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂等。

第二节 习惯和冲动控制障碍的相关医学问题

常见的习惯和冲动控制障碍有病理性赌博、病理性纵火、病理性偷窃、拔发狂、病理性购物。这类障碍的共同特征是：1、反复的、无法自控的出现这些行为；2、在出现这些行为前、行为进行中有逐渐增长的紧张感、恐惧感、兴奋感；3、在这些行为进行中、完成后有逐渐获得的轻松感、愉快感、满足感；4、这些行为本身缺乏合理的现实动机，如不是为了获得钱财、不是为了打击报复等；5、事后可有/无后悔、自责、内疚等；6、不伴有其他精神障碍，如精神分裂症、抑郁症、躁狂发作、智力障碍、品行障碍、人格障碍、意识障碍等。

一、病理性赌博

病理性赌博的关键特征为：持续反复的赌博，尽管已造成了消极的社会后果如贫困、家庭关系恶化、个人生活被打乱等，赌博行为仍持续而且常常会加重。赌博已成为其个人生活中占据统治地位的、优势的内容，对其社会、职业、财产及家庭价值观念与义务都造成明显损害。置工作于不顾，债台高筑，为得到金钱而撒谎、违法，或躲避偿还债务。他们自称对赌博有一种难以控制的强烈的渴望，对赌博有瘾，脑子总不断浮现赌博的想法、赌博的行为以及赌博的场面。在赌博行为发生前、发生时有紧张感和赌博后有轻松感。赌博的目的不在于获得经济利益，赢取他人钱财，而是获得心理上的快感和满足。在面临压力时，这种行为往往会加剧。

病理性赌博与一般社交性赌博区别在于，一般社交性赌博是为了消遣、娱乐、交往的需要，或是寻求刺激、获胜时的成就感、愉悦感，或是企图赢取他人钱财、获得金钱；这类人往往没有“瘾”，没有强烈的进行赌博行为的渴求，在时间不允许，或会面临重大损失或其他不利影响时，较容易中断这种习惯。

病理性赌博有时很难与严重社交性赌博行为相区别，严重社交性赌博行为有时也会出现成“瘾”现象，出现所谓的赌徒心理，明知赌博已对他造成贫困、家庭关系恶化、个人生活被打乱等严重后果，仍执迷不悟，但这类人往往还会存在另一种心理，即“总有一次我会翻身的”，因此其仍存在“现实”的动机需要：不劳而获、赢取他人钱财。在这时诊断病理性赌博一定要从严。

病理性赌博还应与职业性赌博相鉴别，职业性赌博有明确的现实动机与目标，赢取他人的钱物，往往还有深厚的“赌博”技巧及计算、权衡赌注输赢的能力；病理性赌博不见得有高超的赌技，寻求的不是结果，而是通过在此过程中的紧张、兴奋等刺激获得心理的满足。

躁狂发作时也会出现过度赌博行为，但往往还伴有其他“三高”的症状，不难鉴别。反社会型人格障碍、品行障碍者也会出现过度赌博行为，因其伴有其他反社会型或品行方面的问题，亦不难鉴别。

二、病理性纵火（纵火狂）

病理性纵火的关键特征为：没有任何明显动机，如得到金钱、报复或政治极端主义，出现反复纵火行为，对灭火器及其它灭火设备、与着火有关的事物、召唤消防队以及对观看着火有强烈的兴趣，在采取行动之前有不断增加的紧张感，行动前可有实现的准备及计划，行动后有强烈的兴奋与愉悦感，个别人有手淫及性快感的出现。有些人在着火后报警和/或志愿参加救火行动。

病理性纵火需与下列情况相鉴别：

1. 无精神障碍的、有现实动机的故意纵火，故意纵火往往有报复、泄愤的现实动机。
2. 有品行障碍、反社会人格障碍的纵火，这类人往往还有其他品行或反社会的症状存

在。

3. 受精神症状，如幻觉、妄想的支配下出现纵火行为，这类人的纵火行为往往受命令性幻听、被害妄想、被控制感、物理影响妄想的支配。常见于精神分裂症、脑器质性、躯体疾病及精神活性物质所致精神障碍的患者。

4. 精神发育迟滞、痴呆患者受其智力水平的影响，出现较为原始的冲动及行为，追求刺激或好玩，而出现纵火行为，这类人有明显的智能损害，对纵火行为的后果缺乏认识。

5. 意识障碍下出现纵火行为，如朦胧状态、梦样状态、谵妄状态。常见于脑器质性疾病、急性脑性综合征、癫痫、药物/精神活性物质中毒等。

三、病理性偷窃（偷窃狂）

病理性偷窃的关键特征为：反复的无法克制的偷窃冲动，并不是为了本人使用或获取钱财。取而代之的是患者将这些物品丢弃、送人或收藏。在行动前有一种不断增长的紧张感，在偷窃中和紧接于偷窃后有一种满足感。偷窃是单独进行的，没有同伙。事后可能会出现焦虑、沮丧及内疚，但只要有机会，仍会重复这类行为。

病理性偷窃应与下列情况相鉴别：

1. 无精神障碍的现实性偷窃，主要为获取钱财、物品等，有明显的现实动机及指向，行窃前计划周密，如踩点、团伙作案等。而病理性偷窃的目的是偷窃行为本身带来的心理效应，紧张感的产生、释放过程及兴奋感、愉悦感的获得，而非外在的客观物品。

2. 有品行障碍、反社会人格障碍的偷窃，除有现实的动机需要外，这类人往往还有其他品行或反社会的症状存在。

3. 受精神症状，如幻觉、妄想的支配下出现偷窃行为，这类人的偷窃行为往往受命令性幻听、被害妄想、被控制感、物理影响妄想的支配。常见于精神分裂症、脑器质性、躯体疾病及精神活性物质所致精神障碍的患者。

4. 精神发育迟滞、痴呆患者受其智力水平、记忆力减退的影响，出现“偷窃”行为，这类“偷窃”行为给人的感觉是旁若无人，这类人有明显的智能、记忆损害。

5. 意识障碍下出现“偷窃”行为，如朦胧状态、梦样状态、谵妄状态，给人的感觉也是旁若无人的。常见于脑器质性疾病、急性脑性综合征、癫痫、药物/精神活性物质中毒等。

6. 抑郁障碍伴有的偷窃行为，在抑郁障碍持续时会反复出现这种行为。这可能是抑郁症的一种代偿症状，在偷窃时才会产生兴奋愉悦感、刺激感；当然也可能与抑郁发作时记忆减退、反应迟钝而忘记付款有关。

四、病理性购物（购物狂）

在 CCMD-III、ICD-10、DSM-IV 中都没有明确提到病理性购物，但在临床心理咨询中及司法精神病学鉴定中都会遇到。病理性购物的关键特征为：反复的无法克制的购物冲动及行为，尽管已造成了消极的社会后果，如经济拮据、家庭关系恶化、挪用公款等，购物行为仍持续而且常常会加重。其所购物品并不是为了使用或收藏，重视的是购物过程，在购物过程中体验到的被尊重、被接纳、愉悦感，而非购物的结果。取而代之的是患者将这些所购物品随意摆放、丢弃、送人或根本就不使用。

病理性购物应与下列情况相鉴别：

1. 正常的购物行为：正常的购物行为是为了现实需要，或穿着、或使用、或显摆。其所耗费用一般在其承受范围内。

2.躁狂发作时出现的疯狂购物：躁狂发作时自我评价增高，活动增多，行为轻率，不计后果，可以出现疯狂购物，将所购物品送人等，但往往还伴有其他“三高”的症状，不难鉴别。

3.抑郁、焦虑、烦躁时出现的过度购物行为。购物行为如同性、进食等本能活动，能给人带来愉悦感，在抑郁、焦虑、烦躁时，购物行为可作为一种代偿症状来缓解不良情绪，应注意鉴别。

五、拔毛狂

拔毛狂的关键特征是，由于反复的无法克制的拔掉毛发的冲动，导致引人注目的头发缺失。拔毛最常见的是头发、眉毛和睫毛，少见的是拔阴毛。可造成局限的秃顶或局部的毛发稀疏，眉毛和睫毛可以完全丧失，阴毛可以变薄。如果吞下毛发，可以引起胃石、腹痛、肠梗阻甚至穿孔等症状。拔发前通常有不断增长的紧张感，事后会有轻松感或满足感。事后后悔、痛苦，但往往不能自拔。如果拔头发是由于事先有皮肤炎症，或作为妄想或幻觉的一种反应，或是在精神发育迟滞（痴呆）的基础上出现，那么此诊断不成立。

类似的现象有：反复控制不住咬指甲、撕手指上的“倒皮”、挤脸上的“青春痘”、吸吮手指，造成指甲残缺不齐、流血、感染等仍不能自控，在上述行为当时感到兴奋、紧张，在完成一个动作时，如咬掉一小块指甲、撕掉手上一小皮、挤掉一个“青春痘”等时，感到成功的喜悦、舒服、满意，事后造成指甲残缺不齐、流血、感染等又后悔、自责。这些行为在烦躁、无所事事时加重。儿童期的上述行为常常是一过性的，是一种自限性的习惯，应注意区别、心理引导。

第三节 习惯和冲动控制障碍的相关法律问题

一、民事行为能力

习惯和冲动控制障碍患者辨认能力完好，仅仅对其“病态”行为的控制能力减弱。偷窃、纵火、拔毛行为一般不涉及民事法律关系；在我国，赌博行为不是法律认可的民事活动；购物行为本身并不违反《民法通则》诚信公平的原则；在司法精神病学鉴定实践中也未遇到过对其纵火后果、购物行为进行民事责任能力、民事行为能力鉴定的案例；而且习惯和冲动控制障碍的“病态”行为毕竟是少见、罕见的行为，占绝对数量的其他民事行为并非病态行为，控制能力是存在的，因此，通常认为这类患者在民事活动中能够作出真实的意思表示，具有完全民事行为能力。

二、刑事责任能力

拔毛狂针对的是自身，其拔毛行为不会涉及违法，也不会影响其除拔毛行为以外的其他行为的控制能力，因此其如果涉嫌违法，其所患的“拔毛狂”不应影响对其刑事责任能力的评定。

病理性偷窃、病理性纵火、病理性赌博、病理性购物常涉及违法问题，对这类患者刑事责任能力的评定应具体案例具体分析。一般说来，他们辨认自己行为的能力均完好无损，但控制自己病态行为的能力有所削弱，但对其病态行为以外的其他行为的控制能力并未削弱。根据我国《刑法》第十八条第三款之精神，对病理性偷窃、病理性纵火、病理性赌博患者，如果只是追究其偷窃、纵火、赌博行为的刑事责任能力，可考虑评定为限制刑事责任能力，

因给予他们惩罚对矫治其不良行为有着积极意义。但如果他们出现的是除病理性偷窃、纵火、赌博、购物行为以外的其他违法行为，如病理性赌博为筹措赌金而发生诈骗、偷窃、抢劫、伤害、贩毒、甚至凶杀等行为，病理性购物为筹措资金而发生诈骗、挪用公款、偷窃、抢劫、伤害、贩毒、甚至凶杀等行为应当评定为完全刑事责任能力。

三、受审能力和服刑能力

由于这类患者辨认能力完好，对其违法过程能清楚叙述，能理解诉讼过程的含义，理解其在刑事诉讼活动中的地位、权利并能行使其诉讼权利，应当评定为有受审能力。

这类患者往往也知道其病态行为的性质、后果，事后有后悔、自责、内疚等，能够理解刑罚的性质、目的和意义，而且从医学上来说，给予他们惩罚对矫治其不良行为有着积极意义，应当评定为有服刑能力。

案 例

案例 1. 女，21 岁，学生。家境富裕，性格内向，好强，对自己学习要求高。自述从小看见别人的东西，如铅笔、笔套、文具盒、小人书等，没人在时就要拿走，一般都随手放在自己的家里。拿之前感到紧张、激动、心跳快，到处看，拿到后感到特别兴奋、高兴、轻松。事后感到自己的手脏，后悔，不该去拿别人的东西，自责，但控制不住，只要有机会时会再次下手。其并不缺少这些东西，也没用这些东西，拿到后都随便丢到一边，东西也没有还给别人，一直未被发现过。其母亲在帮他打扫房间时，发现其床下有很多这些东西，已布满灰尘，拿去扔掉时，其不准母亲拿去扔掉，说是别人的东西，以后可能会还给别人的。在学习紧张时、高三考试前这种行为更频繁。大学后也拿过同寝室同学的小东西。此次案发当天，其回寝室换衣服，寝室里没有其他同学，看到同学的笔记本电脑放在桌上，当时大脑中想象拿走电脑的情景，觉得很兴奋、紧张、激动，控制不住，就拿了电脑。因电脑太大，没有地方藏，就到电脑城把电脑卖了，卖电脑的时候以及拿到钱的时候也和以前拿别人东西时一样兴奋，觉得很刺激。卖的钱也没有用，因为其并不缺钱，每月其父母给其一千元，而且前不久还获得奖学金。同学发现笔记本电脑被盗后，其还很镇定，陪同学到学校保卫处报案。后来此事调查得紧，感到有点慌乱，觉此事比自己想象的要严重，后悔，第二天以高出卖价 1500 元的价格又把此笔记本电脑买回还给同学，并说是其同学来玩时偷的，自己花钱把电脑买回来了。

分 析：被鉴定人偷窃行为长期、反复出现，但偷窃的物品多数是价值不大、对其意义不大的物品，其偷窃行为的目的并不是为了使用或变现这些物品，而是偷窃行为过程中的紧张、兴奋、满足、释放感。符合 ICD-10 F63.2 病理性偷窃的诊断要点：反复的无法克制的偷窃冲动，并不是为了本人使用或获取钱财。取而代之的是患者将这些物品丢弃、送人或收藏。在行动前有一种不断增长的紧张感，在偷窃中和紧接于偷窃后有一种满足感。诊断为病理性偷窃。此次偷窃同学行为，虽标的物手提电脑价值大，而且被鉴定人也变现为现金，但从其偷窃手提电脑行为的发生发展过程以及综合其既往偷窃行为，其偷窃手提电脑的行为也考虑是其病理性偷窃的表现之一。被鉴定人对偷窃同学手提电脑行为的辨认能力存在，受其所患病理性偷窃障碍的影响，其控制能力削弱，评定为限制刑事责任能力。

鉴定结论：病理性偷窃，对其违法行为具有限制刑事责任能力

案例 2. 女，42 岁，某公司财务人员。在公司看到一些作假账的事情，觉社会很阴暗，在公司经常发牢骚，人际关系差，经常被领导呼来唤去的。在家里与丈夫关系不好，丈夫经

常责骂她，骂她“瓜”，不懂时务。一次其与丈夫吵架后去逛街，在观看一品牌店时，服务员对其态度热忱，礼待有加，让其感到特别的被尊重，特别是在掏钱买物时，更是感受到无比的被尊重、被接纳、愉悦感。以后一遇到不高兴的事，就控制不住想去买东西、购物。刚开始还买些自己或家人要使用的，后来不管有没有用都要买。工资不够，一次次挪用公款，也明知挪用公款会使自己深陷囹圄，但不能自拔。案发后公安机关查到挪用的公款达 46 万之多，追问去向，其交代都用去购物了，公安机关在查封品牌店专门为其储藏所买物品的储藏间时发现很多商品根本没有拆封，而且据营业员反映，其买东西根本不看价格、不看物品。其穿着打扮一直如前简朴，连家人都不敢相信她买了这么多东西。其自述并不在意所买的是什么物品，而是享受购物过程带给她的被尊重、愉悦感。

分析：被鉴定人出现反复的无法克制的购物冲动及行为，所追求的并不是所购物品的使用及收藏，而是在购物过程中的被尊重、被接纳、愉悦感，为了得到这种“特殊”的心理效应而不惜多次铤而走险挪用公款。诊断为病理性购物。其购物行为本身并未违法，法律并不追究其购物，而是追究其挪用公款一事，其对挪用公款行为的辨认、控制能力是存在的，评定为具有完全刑事责任能力。

鉴定结论：病理性购物，对其挪用公款的行为具有完全刑事责任能力。

复习思考题

1. 一般赌博行为与病理性赌博的区别？
2. 一般偷窃行为与偷窃癖的区别？
3. 一般购物行为与购物癖的区别？
4. 习惯和冲动控制障碍患者刑事责任能力评定的注意事项？

（邱昌建、张伟）

第十二章 精神活性物质所致精神障碍

第一节 概 述

精神活性物质所致精神障碍（**Mental disorders due to psychoactive substance**），是指来自体外的能够影响人类情绪、行为，改变意识状态的各种物质所致的精神障碍。这类物质不但显著影响精神活动，并有致依赖作用。常见的精神活性物质有酒类、大麻、阿片类、镇静安眠药、麻醉剂、兴奋剂、致幻剂和烟草等。应用精神活性物质以后，紧接着产生心理、生理症状，行为或反应方式的改变（恶心、呕吐、心悸、注意力不集中，痛觉迟钝等），同时使精神活动能力明显下降或社会功能明显下降。精神活性物质可因个人擅自反复使用或因医生处方不当导致依赖综合症和其他精神障碍。本章节主要阐述药物依赖相关内容。

一、药物依赖概念

药物依赖（**drug dependence**）又称药瘾（**drug addiction**），是指服用某种药物而产生精神上或躯体上的依赖。病人并非由于医疗上的需要，而是为了得到服药后的精神上的特殊快感，或避免断药所产生的痛苦，被迫长期或周期性服药。

药物依赖旧称瘾癖。过去在医学上对类似名词，如药瘾（**drug addiction**）、药物滥用（**drug abuse**）、药物使用不当（**drug misuse**）往往混用。某些文献常将药物滥用和药物依赖并用，但两者是不同的概念。药物滥用是一种有悖于社会常规用药，由于反复不恰当地使用不必要的药物，而导致了明显的不良后果。滥用者无明显的耐受性增加或戒断症状。而药物依赖是指反复使用某种精神活性物质导致躯体或心理方面对某种物质的强烈渴求与耐受性。这种渴求导致的行为已极大地优先于其他重要活动，一旦减少或停用后便出现戒断症状。

1974 年以来，世界卫生组织鉴于有关药物成瘾这一概念太繁杂，从学术与治疗康复角度考虑，将这一概念统一和标准化，故将药物成瘾一律称为药物依赖。并提出了药物依赖的定义：药物依赖是一种强烈地渴求并反复地应用药物（精神活性物质），以取得快感，或避免不快感为特点的一种精神和躯体病理状态。

药物依赖是一组认知、行为和生理症状群，表明个体尽管明白使用成瘾物质会带来明显的问题，但还在继续使用，自我用药的结果导致耐受性增加、戒断症状和强制性觅药行为。所谓强制性觅药行为是指使用者冲动性使用药物，不顾一切后果，是自我失去控制的表现，不一定是人们常常理解的意志薄弱、道德败坏的问题。传统上将药物依赖分为躯体依赖和精神依赖。

（一）躯体依赖

躯体依赖（**physical dependence**）又称生理依赖，是由于反复用药所造成的一种病理性适应状态，表现为耐受性（**tolerance**）增加和戒药综合征（**withdrawal syndrome**）。许多药物在使用过程中会逐渐产生一种药物耐受现象，称为药物耐受性。其特点是长期重复使用某种药物，其效应逐渐减低，要达到用药初期的同等效应，就需加量。戒药综合征是指某种药物已形成躯体依赖，一旦断药，即可出现的一定躯体和精神症状。生理依赖则表现为耐受性增加和戒断症状。如长期使用阿片类药物、乙醇、苯二氮卓类、巴比妥或其他中枢神经抑制剂，

以及苯丙胺、大麻和烟草都会产生生理依赖。当生理依赖形成后，骤然停药便出现戒断症状。轻者感到难受，全身不适，重者出现抽搐，甚至威胁生命。

（二）精神依赖

精神依赖（psychological dependence），又称心理依赖，指使用者产生一种愉快满足或欣快的感觉，驱使使用者为寻求这种感觉而反复使用药物，表现所谓的渴求状态（craving）。此时使用者对药物的渴求是如此强烈和严重，以致不择手段地设法获得药物。虽然使用者意识到药物对个人身体、精神和家庭、社会的危害。容易引起精神依赖的药物有：巴比妥类、酒精、苯丙胺、可待因、杜冷丁及大麻、吗啡、海洛因等。精神依赖的产生与药物种类和个体条件有关。ICD-10 将其分为十大类，即酒精类、鸦片类、大麻类、镇静催眠剂、可卡因类、其他兴奋剂（包括咖啡因）、致幻剂类、烟草、挥发性溶剂和其他精神活性物质。属于机体方面的条件是：遗传素质、既往的教育环境和现在的处境。一般认为个性或特定的精神状态对药物的感受性有显著影响。

二、药物依赖形成的原因

药物依赖形成的原因不能用单一模式来解释，它与社会环境、个人心理特征和生物学因素皆有密切的关系。它们之间相互影响、互为因果。

（一）社会因素

社会因素包括：①环境中的可获得性，即具有依赖性药物的存在性与可供应性。②社会因素的不良影响，包括家庭影响和社会环境。如家庭主要成员有人格障碍、酗酒、吸毒、有前科、家庭不和睦、单亲家庭、家庭教育缺乏或不当等，对药物依赖，尤其对青少年药物依赖的发生有重大影响。③同伴影响，同伴间的诱惑或压力等；④文化背景、社会环境等因素。不同社会文化对精神活性物质有不同看法和标准。如信奉伊斯兰教的民族对饮酒持强烈厌恶态度，在那些国家酒依赖较少；北美对大麻持宽容态度，因此，大麻广泛流行于北美。

（二）心理因素

研究发现，药物依赖者有明显的人格缺陷或成瘾性格。特别是青少年在用药前往往有人格问题，如品行不良、反社会性、情绪调节较差、易冲动性、易对外界刺激产生强烈反应而难以自制、缺乏有效的防御机制、追求即刻满足等。行为理论认为，精神活性物质具有明显的正性强化作用，多数精神活性物质都有增加正性情绪的作用，如饮酒、吸毒后的快感及社会性强化作用，都对使用精神活性物质起到正性强化作用；毒品也有对抗负性情绪的作用，如“一醉解千愁”、“何以解忧，惟有杜康”等。重要的是形成依赖后由于戒断症状的出现，使使用者不能自拔，必须反复使用精神活性物质才能解除戒断症状，这是最强烈的负性强化。

（三）生物学因素

研究发现，动物在缺乏上述社会、心理因素的情况下，同样也有主动获得精神活性物质的倾向。人类、动物依赖形成后，在中枢神经系统中存在着一系列神经递质、受体等方面的变化，故有学者将依赖行为定义为慢性脑部疾病，从这个角度看，依赖行为与其他躯体疾病一样，并无本质上的区别。

1. 脑内的“犒赏系统”与药物依赖 20 世纪 60 年代后，人们对成瘾物质如何作用于脑的“犒赏系统（reward system）”进行了大量研究，并发现了内源性阿片肽及其受体。已证明，在鼠、猴等动物脑内，除新皮层以外的脑区几乎所有的部分都有与犒赏有关的区域，控制情绪反应的边缘系统和丘脑下部可能是犒赏系统中枢所在。

近年来研究发现，人类所滥用的物质，如阿片、酒精、烟草、苯丙胺和可卡因等均能增加鼠脑边缘系统细胞外液中多巴胺（DA）的浓度。DA 是一种与愉快情绪有关的神经递质，在人高兴时，有关犒赏通路上的神经细胞就发出较多的兴奋性冲动，并释放出一定量的 DA。在正常情况下，DA 很快被再摄取，但某些物质如可卡因可阻止 DA 再摄取，使突触间隙中 DA 增加，过多的 DA 连续刺激下一个神经元受体，便产生了一连串强烈而短暂的刺激“高峰”，于是大脑犒赏中枢发出愉悦的信号，使使用者主观上产生某种陶醉感和欣快感。

由此可见，位于边缘系统的犒赏系统是导致药物依赖的结构基础，单胺类等神经递质变化是精神活性物质作用的直接后果，由此而导致的一系列受体和受体后变化是药物依赖行为产生的重要条件。药物对犒赏系统的作用是产生精神依赖及觅药行为的根本动因。犒赏反应是人类（包括某些高等动物）所固有的情绪反应机制，这种机制的发生是原始的，但却有巨大的潜力。人类所滥用的精神活性物质正是通过对这种潜力的刺激和不断激发而产生作用的。

2. 代谢速度 代谢速度不同，对精神活性物质的耐受性就不同，依赖的易感性也不同。如天生缺乏乙醛脱氢酶的个体，饮酒后乙醇变成了乙醛，但乙醛不能继续转变为乙酸，乙醛堆积，导致严重的不良反应，从而阻止个体继续饮酒，也就不可能成为酒依赖者。

3. 遗传学因素 大量有关药物依赖的遗传或家族性研究已证明，动物对某些药物依赖的形成具有显著的遗传性。如不同品系的小鼠对吗啡依赖的形成具有显著差异，有些品系的鼠极易造成阿片类依赖的动物模型，有些品系则很难。

家系调查、双生子及寄养子研究均发现，药物滥用的易感性素质是由基因所决定的。目前发现有两个途径将这一易感性从上一代传至下一代：一个是直接遗传的药物依赖易感性；另一个是间接的方式，将反社会人格传给下一代。家系研究表明，药物依赖或滥用家系成员中，药物滥用、酒精滥用、反社会人格、单相抑郁的相对危险性分别为对照家系的 6.7、3.5、7.6 和 5.1 倍。

总之，药物滥用和依赖是上述因素相互作用的结果，药物的存在和药理特性是滥用、依赖的必要条件，但是否成为“隐君子”，还与个体人格特征、生物易感性有关，而社会文化因素在药物滥用、依赖中起到了重要的诱发作用。

三、药物依赖的流行病学

第二次世界大战以来，欧美、亚洲许多国家药物成瘾者急骤增加，已形成重大公共卫生和社会问题。国外药物依赖主要趋向是青少年海洛因成瘾者居多，以满足快感为目的，且有迅速国际化蔓延的趋势。由于海洛因毒性大，成瘾者引起自我中毒、自杀者大量增加，以致这类人群的死亡率高。

解放前，我国吸鸦片的人数众多，且分布广。新中国成立后，鸦片滥用问题基本得到控制，但自 20 世纪 80 年代末又死灰复燃，并有迅速泛滥之势。我国药物依赖的临床常见类型：20 世纪 70 年代以镇静催眠药为主；80 年代以抗焦虑药物居多，吗啡类成瘾主要是度冷丁，多为医源性滥用所致；90 年代以鸦片、海洛因多见；21 世纪将以冰毒、海洛因、摇头丸居首。

据联合国 2002 年的估计，全世界约有 2 亿人使用非法药物，其中 1.63 亿使用大麻，0.34 亿使用苯丙胺，8000 万人使用摇头丸，0.14 亿人使用可卡因，1000 万人使用海洛因。20 世纪 70 年代末以来，国际毒潮侵袭中国，过境贩毒引发的毒品违法犯罪活动死灰复燃，吸

毒人数持续上升。中国已由毒品过境受害国转变为过境与消费并存的受害国。从公共卫生的角度看,吸烟、饮酒人群基数大、增长快,有年轻化的趋势,所造成的健康影响也日趋严重。

我国政府不但加大了对走私、贩卖、运输、制造毒品犯罪的打击力度,而且积极参与国际禁毒斗争,工作也是卓有成效的。但随着我国改革开放进一步深化扩大,在巨额利润的刺激下,国际贩毒组织看中了我国毒品消费市场的巨大潜力,与国内亡命之徒相互勾结,千方百计通过各种渠道、方式和手段将大宗毒品走私过境加之同伴影响和压力,使我国吸毒人数呈上升趋势,药物依赖者也日益增加。这已引起政府有关部门及社会各界的高度重视。

第二节 精神活性物质所致精神障碍的相关医学问题

一、阿片类依赖

阿片类因有镇痛作用而广泛应用于临床。此类药物或毒品包括各种鸦片制剂,如吗啡、海洛因、可待因,以及具有相似作用的各种合成剂,如度冷丁、美沙酮、丁丙诺啡等。它们均有很强的镇痛和镇静作用,使用后可产生程度不等的欣快感。人们对此类药物的依赖性极易产生,本类药物连续使用两周便可成瘾。成瘾时间与吸食频率、量和方式有关。吗啡类一旦成瘾极难戒除,对人的身心危害极大。其临床表现:

(一) 精神症状

吗啡成瘾慢性中毒后的精神症状可表现有情绪、智能和人格改变。如:情绪低落、易激惹,注意力不集中、易疲劳、记忆力下降、疑病观念等神经症样表现,但在服药后,情绪又可出现活跃、欣快甚至销魂状态。全身酥软、十分舒服,幻想驰骋,忧愁烦恼一扫而光。长期用药人格改变往往十分严重,往往变得自私、说谎、好诡辩、孤僻、不关心他人、意志消沉,创造能力和主动性减低,对社会家庭失去责任感。但不会引起痴呆或精神病性症状。

(二) 躯体症状

在躯体症状方面表现:一般营养状况差、食欲减退、便秘、体重下降、皮肤干燥;男性出现阳痿或性欲减退,但在用药后又可出现一时性欲亢进现象;女性月经紊乱、闭经;脸红、多汗、头昏、体温升高或降低、心悸、心动过速等植物神经症状。此外,可见白细胞增高,血糖降低。

(三) 神经系统症状

神经系统表现为:震颤,言语困难,动作和步态不稳,腱反射亢进,吸吮反射,掌颏反射、霍夫曼氏征阳性及感觉过敏。眼肌无力,瞳孔缩小,对光反应微弱。

(四) 戒断综合征

当吗啡类成瘾者停药后,戒断症状十分痛苦。往往在断药后 5--6 小时后即出现戒断症状。轻者有嗜睡、焦虑、抑郁、显著苦闷感、癔症样发作等。严重时可表现昏厥、意识障碍、兴奋躁动、精神错乱等症状。躯体方面表现:轻者有哈欠、流泪、流涕、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、出汗、寒战和身体不同部位疼痛、肌肉抽搐呈卷曲姿势、痛苦呻吟、哀求给药与觅药行为。严重时可能出现癫痫样发作、谵妄、虚脱、循环衰竭。一般在停药后 48 小时达到高峰,7-10 天逐渐消失。

二、可卡因依赖

可卡因(cocaine)是从南美灌木古柯叶中提取的生物碱,有局部麻醉作用,是一种中枢兴

奋剂和欣快剂。当地居民嚼含这些树叶解除疲劳，提高情绪。1862 年成为局麻药后，形成依赖已遍及世界。常用的方法有注射和鼻吸两种，使用后有强烈的精神依赖，而躯体依赖不明显。一次服用可卡因可引起兴奋、欣快、脸红、心动过速，但欣快感消失后出现情绪低沉、恐惧、头晕、疲劳无力。为避免这种不快感，病人反复渴求用药而形成精神依赖。长期大量用药或短时间反复用药可导致精神症状，如情绪欣快、话多，有短时的幻视、幻触或幻听，情绪不稳，敏感多疑，出现被害妄想及嫉妒妄想。此外可出现身体失重感，感觉自己在空中飞翔。瞳孔散大（此与吗啡和酒精成瘾不同）、口干、耳鸣。严重时可出现谵妄状态和大量幻觉，幻听到人骂他，幻视看见大量小动物、野兽。幻触是可卡因精神病特征性症状，病人感到皮肤痒、针刺感、有小虫子（蚯蚓、跳蚤、臭虫）在身上爬，而痛苦难受，以致用刀割开皮肤，欲取走幻觉中的小虫子。在此背景下，可出现被害妄想、冲动、伤人、自杀行为等。可卡因成瘾者一般意识清楚，自知力丧失。精神症状常在停用可卡因几日后消失，妄想则持续几周消失。

三、大麻依赖

在大麻中有印度大麻和北美大麻两种。印度大麻的使用历史悠久，是仅次于鸦片的古老麻醉药物。大麻有止痛、抗痉挛和松弛肌肉及致幻作用，古时将其作为镇静或镇痛药使用。大麻有中等强度的精神依赖，吸食后可使人产生一种酒醉或酩酊状态。此时感特别轻松愉快、感觉敏锐、精力充沛、充满自信、犹如腾云驾雾，呈销魂状态。也可出现生动逼真、丰富的幻听、幻视、非真实感或人格解体，错觉和感知综合障碍。情绪兴奋高涨，但也可突然转变为恐惧、紧张。如大剂量吸食可出现中毒性谵妄状态，出现错觉、幻觉、妄想及精神运动性兴奋等症状。长期滥用大剂量大麻，可出现人格改变和智能障碍，如记忆减退、思考困难、工作能力下降，情绪不稳定和易激惹，容易冲动和攻击，或者孤僻退缩，道德与责任心下降，最后可表现口齿不清、手指不自主震颤、瞳孔缩小、对光反射迟钝等症状。一旦停止吸毒，精神状况即可好转。因吸食大麻而发生偷盗、抢劫、欺诈甚至凶杀等刑事案件屡见不鲜。

四、苯丙胺类依赖

苯丙胺类兴奋剂（amphetamine-type stimulants,ATS）包括苯丙胺（安非他明，amphetamine）、甲基苯丙胺（冰毒，methamphetamine）、3, 4-亚甲二氧基甲基安非他明、商品名摇头丸，MDMA, ecstasy）、麻黄素（ephedrine）、芬氟拉明（fenfluramine）、哌醋甲酯（利他林，methylphenidate）、匹莫林（pemoline）、伪麻黄碱（pseudoephedrine）等。

苯丙胺类药物为中枢兴奋剂，临床上用来治疗嗜睡症、儿童注意缺陷症、抑郁症和中枢神经抑制剂中毒的抢救。精神依赖性强，而躯体依赖性不明显，但容易发生耐药性。形成滥用和依赖的苯丙胺类药物主要是在甲基苯丙胺基础上加工出来的冰毒和新近合成的二甲二氧二亚甲基苯丙胺（俗称摇头丸）。它们具有强烈的中枢神经系统兴奋和周围神经系统拟交感作用。使用 ATS 后，特别是静脉使用后，使用者很快出现头脑活跃、精力充沛，能力感增强，可体验到难以言表的快感，即所谓腾云驾雾感（flash）或全身电流传导般的快感（rush）。数小时后，使用者出现全身乏力、精神压抑、倦怠、沮丧而进入所谓的苯丙胺沮丧期（amphetamines blues）。以上的正性和负性体验使得使用者陷入反复使用的恶性循环中，这也是形成精神依赖的重要原因之一。

ATS 的急性中毒临床表现为中枢神经系统和交感神经系统的兴奋症状。轻度中毒表现为瞳孔扩大、血压升高、脉搏加快、出汗、口渴、呼吸困难、震颤、反射亢进、头疼、兴奋、

躁动等症状；中度中毒出现精神错乱、谵妄、幻听、幻视、被害妄想等精神症状；重度中毒时出现心律失常、痉挛、循环衰竭、高热、昏迷甚至死亡。长期使用可出现精神分裂症样精神障碍、在意识清晰状况下、出现幻觉、妄想，受其精神症状支配可出现冲动暴力行为、自杀行为或杀人犯罪倾向。

五、致幻剂类依赖

常见的致幻剂有麦角二乙酰胺（LSD）、南美仙人掌毒碱（mescaline）、致幻覃素（psilocybin）、苯西克定（phenyclidine）等。致幻剂的依赖性不高，不产生躯体依赖，耐药性形成快，消失也快。麦角二乙酰胺和致幻覃素耐药性形成快而强。致幻剂的害处并不在于形成依赖的倾向，而在于精神毒性，可引起类似精神分裂的感知和思维障碍。在试验性精神病的研究上具有意义。南美仙人掌毒碱可使中枢神经兴奋，产生幻觉与比较特殊的感知综合障碍、非真实与人格解体感，如：周围的一切都是假的，事物忽大忽小，身体消失了或与周围溶合在一起。时间好像在过去的岁月，或在未来之时。中毒严重的则可出现意识混浊与兴奋躁动。经数小时后逐渐消失，其对病态体验的细节能够清楚回忆。

第三节 精神活性物质所致精神障碍的相关法律问题

一、刑事责任能力评定

一般而论，药物依赖者涉及违法犯罪案件时，是不能免除其责任能力的，因为药物依赖本身属于自愿行为，并非精神病行为。英国（1601年）曾规定：“凡公开吸毒者，即应认为犯罪”。即使依赖者处于急性中毒、精神病性障碍、严重戒断反应、人格改变、严重智能减退等病态状况下出现的暴力冲动行为，通常也不能免除其责任能力。尤其对吸毒者，皆应从严考虑，无论是在何种状态下实施的犯罪行为，都应当依法追究其刑事责任。由于他们在平时是了解这些成瘾药物对本人健康和家人所带来的危害，只是满足自己药瘾的欲望，不愿戒断恶习才造成这样的后果。如果，因医生处方不当，或属于首次用药，而以前不知此药的作用或从未有过用药的经验，这时由于急性中毒而呈现精神病状态，所实施的违法行为，可考虑免除其刑事责任能力，但也应当具体案件具体分析。

二、民事行为能力评定

药物依赖者如果涉及行为能力评定时，应该按其精神状态的实际损害程度而定。尽管药物依赖者有戒断症状，或急性中毒等表现，但对其行为并未丧失辨认能力，应当评定为有行为能力。如果长期吸毒者，已造成了脑器质性损害，如：痴呆、遗忘综合征等，可考虑评定为无行为能力。

复习思考题

1. 简述精神活性物质的定义与常见种类？
2. 试述药物依赖可导致哪些表现和危害？
3. 为什么精神活性物质容易导致躯体依赖和精神依赖？

（李幼辉）

第十三章 酒精中毒性精神障碍

第一节 概 述

酒精中毒 (alcoholism), 简称为酒中毒, 是由于过度饮酒引起的器质性精神障碍。病人长期地大量饮酒, 造成躯体和神经二方面都有病理改变, 社会功能也有严重损害。

饮酒, 是一种历史久而普遍的生活习惯和社会风俗, 但如今已成为日益严重的社会问题。近来, 许多学者十分关注与酗酒有关的社会问题: 如慢性酒精中毒与高离婚率、分居率有密切关系; 酒与暴力犯罪, 包括与强奸、诈骗、虐待儿童、凶杀有较多的关联性; 慢性酒精中毒产生抑郁也是导致自杀的一个危险因素; 在交通事故中因酒中毒或酒后开车而肇事者所占的比例亦很高。给社会带来严重的不良影响, 应引起充分重视。

一、酒精的代谢动力学

经口摄入的酒精 (乙醇), 多数在小肠的上部吸收, 经血液循环进入全身的脏器, 在肝脏经乙醇脱氢酶氧化为乙醛, 再经乙醛脱氢酶氧化为乙酸, 最后氧化为二氧化碳和水。体内的酒精约 90% 被氧化, 约 10% 经呼吸、汗、尿排泄。60 千克体重的成人平均每小时氧化酒精约 10 克。影响酒精效应的因素不全依赖于饮用了多少酒量, 而在于有多少酒精被吸收入入血液中。

二、酒精对中枢神经系统的影响

酒精是中枢神经系统抑制剂, 酒中毒时可使血脑屏障通透性增高, 所以酒中毒时神经系统的损害是严重和广泛的。人对酒的反应个体差异很大, 敏感性不一样。一般来说, 饮酒量或血液内酒精的浓度不同, 其抑制的程度及范围也不同。酒精首先抑制的是大脑皮层, 使皮层下释放, 表现为健谈、控制力下降、情感高涨到欣快、轻度行为障碍。随着饮酒量的增加, 抑制也进一步加深, 出现所谓的醉酒状态, 讲话随便、口齿不清、动作精确性差、步态不稳、自我控制能力下降。其后大脑处于高度抑制状态, 醉倒不起, 呕吐、便溺全然不知。当酒精血液浓度超过 0.40% 时, 由深睡到昏迷, 严重者引起延髓中枢性损害, 可导致呼吸衰竭而死亡。

三、酒依赖形成的相关因素

1. 遗传因素 家系调查发现, 嗜酒者子女的酒精中毒发生率较不嗜酒的子女要高 4~5 倍。同卵双生子酒精中毒的同病率明显高于异卵双生子。说明酒精中毒有一定的遗传倾向。

2. 生化因素 有学者发现, 东方人如中国人、日本人、越南人、印尼人, 因缺乏乙醛脱氢酶, 饮酒易引起乙醛在体内积聚, 释放出胺类物质, 产生血管扩张 (如脸红)、头痛、嗜睡、呕吐、心动过速等不良反应。从 20 世纪 60 年代起, 有学者注意到酗酒者血小板单胺氧化酶 (MAO) 活性较对照组低, 推测脑内 MAO 活性降低是原发的, 可能是导致酒滥用倾向素质的一部分。

3. 心理因素 有人指出, 嗜酒者病前人格特征常较被动、依赖、自我为中心、易生闷气、缺乏自尊心、对人疏远、有反社会倾向, 其反社会人格可高达 50%。有学者研究发现, 酒精中毒者有 55% 同时患有抑郁症。借酒消愁, 通过饮酒来缓解现实困难和心理矛盾引起

的焦虑，这一心理因素在酒精中毒的发生中不可忽视。

4. 社会因素 酒依赖和酒精中毒与社会环境、社会文化、风俗习惯密切相关。改革开放以来，随着我国经济的发展，人们生活水平提高，各类酒生产及消耗量都大幅上升，酒依赖和酒精中毒也呈上升趋势。有的地区喜欢饮高度酒、劝酒或酗酒，以酒迎客、送别，且无节制；在我国云南、贵州和四川等少数民族地区，有崇尚豪饮的传统。所以，上述地区酒依赖和酒精中毒明显高于其他地区。

第二节 酒精中毒性精神障碍的相关医学问题

酒精是一种麻醉剂，为亲神经物质。WHO 对酒中毒者定义为：“过分饮酒者，他们对酒的依赖已达到这样的程度：在身体与精神健康方面，在人与人之间的关系方面，以及社会与经济功能出现了明显的障碍或冲突。”若一次大量饮酒，可出现急性神经精神症状，长期饮用可产生酒依赖，酒精中毒性精神障碍，甚至出现不可逆的神经系统损害。

一、临床表现

临床上可分为急性酒精中毒与慢性酒精中毒两大类。

（一）急性酒精中毒

1. 普通醉酒（**drunkenness**）又称单纯醉酒，是指一次大量饮酒，引起的急性中毒。临床症状的严重程度与患者血液酒精含量及酒精代谢速度有关。在醉酒初期，醉酒者的自我控制能力减退，言语增多，内容流于夸大；情绪兴奋，出现与环境不协调的欢乐，但情绪不稳定，具有易激惹和发泄特点；动作也在醉酒时增多，行为变得轻浮，常显挑衅性，有时不顾后果。但不会出现错觉、幻觉和妄想。临床上可见部分醉酒者情绪消沉、少语、疏泄性悲泣，或者出现困倦。与此同时，绝大多数醉酒者发生构音不清、共济失调、步态不稳等所谓酩酊状态。并伴有心率加快、呼吸急促、面潮红或苍白、出汗、呕吐等。若醉酒进一步发展，则出现意识障碍，如意识清晰度下降或意识范围狭窄，乃至出现嗜睡、昏睡甚至昏迷。一般都可自然恢复，醒后多数对饮酒过程能够回忆。

2. 病理性醉酒（**pathological drunkenness**）系酒精引起的特异性反应，往往在一次少量饮酒后突然发生。主要表现为，明显的意识障碍（朦胧状态或谵妄状态）。多伴有片断的恐怖性幻觉和被害妄想，表现极度紧张、恐惧和精神运动性兴奋。在幻觉、妄想的影响下，患者常突然产生毁物、攻击行为。一般发作持续数分钟或数小时，以进入酣睡结束发作。清醒后，患者对发作过程不能回忆。与单纯醉酒不同，病理性醉酒患者没有语言增多、欣快和共济失调。这类人酒精的耐受性极低，所饮酒量少，多数人不会中毒。既往有癫痫、脑外伤、精神病史者或过度疲劳、严重失眠时容易诱发此状态。

3. 复杂性醉酒（**complex drunkenness**）往往在一次大量饮酒（相对平时酒量而言）过程中迅速出现明显意识障碍，介于普通醉酒与病理性醉酒之间的急性酒中毒，产生与病理性醉酒类似的症状。复杂性醉酒大多口齿不清、步态不稳、有明显意识障碍，出现激烈的精神运动性兴奋，易激惹并伴有狂暴行为，暴怒性激情，迁怒于他人，可酿成攻击、伤害事件。但此种行为与环境有某种联系，定向力存在。病程短暂，通常为数分钟或数小时。酒醉之后，对其行为可有概括性回忆，或仅能片段回忆。

（二）慢性酒精中毒性精神障碍

1. 酒依赖综合征（dependence syndrome）是慢性酒精中毒的主要表现，是由反复饮酒所引起的一种特殊的心理状态，患者有对酒的渴求和不断需要饮酒的强迫性体验。若停止饮酒则出现戒断症状，恢复饮酒戒断症状则消失。

该综合征的临床表现为：①对饮酒的渴求无法控制，固定的饮酒模式，患者必须在固定的时间内饮酒而不顾场合，以避免或缓解戒断症状；②饮酒已成为一切活动的中心，嗜酒如命，以致影响工作、家庭、社交活动；③耐受性不断增加，患者为取得饮酒初期达到的效果或防止戒断症状的发生而需要不断增加饮用量；④戒断症状反复出现，因夜间睡眠时间较长，血浆酒精浓度下降，戒断症状易出现在清晨，所以，出现“晨饮”症状。

2. 单纯性酒精戒断反应（uncomplicated alcohol withdrawal）指长期或大量饮酒过程中停止或减少饮用量，在数小时后产生的一系列精神与躯体症状。早期出现手、舌、眼睑震颤，恶心、呕吐、失眠、头疼、焦虑、情绪不稳和自主神经功能亢进，如心率加快、血压升高、出汗等。也可出现幻觉、妄想、精神运动性兴奋。严重者可出现震颤谵妄或癫痫发作，恢复饮酒可使症状缓解。

3. 震颤谵妄（alcohol withdrawal delirium）是一种短暂发作的中毒性意识障碍。通常在长期大量饮酒者，如果突然断酒，大约 48 h 后出现震颤谵妄，表现意识模糊，有环境及自我定向障碍，出现大量形象多变的错觉、幻觉或感知综合障碍；如常见形象歪曲而恐怖的毒蛇猛兽、妖魔鬼怪，可有片断被害妄想。患者极度不安，情绪激越、大喊大叫和冲动行为；肢体粗大震颤、共济失调；同时可伴有发热、瞳孔扩大、心率加快等自主神经功能亢进症状。如不及时处理，可危及生命。部分患者因高热、感染、外伤、衰竭而死亡。恢复后对病中经历完全或部分遗忘。

4. 酒精中毒性幻觉症（alcohol hallucination）多发生在酒依赖者突然停止饮酒后 48 小时之后发生，表现为生动、恐怖、持续性的听幻觉、视幻觉。听幻觉内容多是指责性的或低级下流的谩骂，常与平时的心理因素有关。视幻觉常为原始性或各种小动物，也可有幻触和幻嗅，性质较单纯。不伴有意识障碍、兴奋或自主神经功能亢进，可继发相应的情绪紧张、惊恐、惊叫、逃避和冲动行为。病程可持续数周、数月，也可常达数年之久。

5. 酒精中毒性妄想症（alcohol delusional disorder）是长期饮酒所引起的妄想状态，病人在意识清晰的状态下出现嫉妒妄想与被害妄想，患者无端怀疑配偶不忠，为此常对其虐待，也可对猜疑对象或配偶进行攻击，甚至酿成凶杀的恶果。其发生于饮酒初期表现出性欲亢进、性行为粗鲁，使配偶感到厌恶。以后因长期饮酒致性功能下降以及家庭不和等原因使夫妻发生矛盾，致使疑窦丛生，逐渐形成固定妄想。酒精中毒致妄想症往往起病缓慢，病程迁延，如长期坚持戒酒可以逐渐恢复。

6. 柯萨可夫精神病（korsakovs psychosis）又称柯萨可夫综合征，多数病人在一次或多次震颤谵妄后发生，也可在饮酒数十年以及营养缺乏的基础上缓慢起病。本病的症状特点是以近记忆障碍、遗忘、错构及虚构，定向力障碍为基本症状。可伴有情感幼稚、欣快，生活懒散等症状。患者意识清楚，早期无智能障碍，病情进一步发展可出现痴呆。

7. 酒精中毒性痴呆（alcoholic dementia）由于长期大量酗酒的患者中，所出现脑器质性痴呆。是由于慢性酒精中毒多次出现震颤谵妄发作，可逐渐发展为痴呆状态。病人呈现出多种高级皮层功能障碍，如记忆、计算、理解、判断、定向能力和语言功能的损害。严重者日

常生活不能自理。人格改变也非常显著，变得自私、控制能力丧失、行为粗暴和残忍等。

8. 人格改变（personality changes）是指患者只对饮酒有兴趣，为饮酒放弃其他一切活动，变得以自我为中心、不关心他人，自私、丧失对家庭和社会的责任感，行为标准下降。为了得到酒而说谎、欺骗，甚至偷窃和诈骗。

9. 酒精所致情感性精神障碍 反复大量饮酒，常可引起严重抑郁症状，称之酒精所致情感性精神障碍。由于过量持续饮酒易引起抑郁或焦虑状态，处于这种状态的患者容易出现自杀行为。为改善情绪又易过度饮酒，因此，饮酒与自杀的关系已引起社会和精神病学界的广泛关注。

二、诊断与鉴别诊断

酒精所致精神障碍的主要依据是有确定的饮酒史，以及有充分理由断定病人的精神症状直接由饮酒或戒断所致。根据 ICD-10、CCMD-3 中精神活性物质所致的精神障碍标准，对酒精中毒和酒依赖的精神障碍诊断和鉴别诊断综述如下：

（一）酒依赖和戒断综合症

酒依赖和戒断综合症的诊断应具备下列症状二项或三项以上，病期已超过 12 个月的均可诊断。

1. 对饮酒具有强烈意愿或带强制性的愿望
2. 主观上控制饮酒及控制饮酒量的能力存在缺损。
3. 使用酒的意图是解除戒酒产生的症状。
4. 出现过生理戒断症状。
5. 出现了耐受状态，只有增大饮酒量才可达到先前少量饮酒产生的效应。
6. 个人饮酒方式的控制能力下降，不受社会约束的饮用。
7. 不顾饮酒引起的严重躯体疾病、对社会职业的严重影响及所引起的心理上的抑郁仍继续使用。
8. 饮酒逐渐导致其它方面的兴趣与爱好的减少。
9. 中断饮酒产生戒断症状后又重新饮酒，使依赖特点反复重复出现。并且酒行为重于没有产生依赖特征的个体。

（二）酒精中毒性精神障碍

1. 急性酒精中毒的诊断和鉴别诊断：饮酒后引起的普通醉酒和异常醉酒应与躁狂症或其他原因中毒所引起的急性类躁狂状态及颅脑外伤，低血糖，原发性癫痫等引起的意识障碍相鉴别，应详细追问饮酒与症状的关系。

2. 慢性酒精中毒性精神障碍的诊断和鉴别诊断：

（1）震颤谵妄应与其他各种症状性谵妄，如感染中毒所引起的谵妄状态相鉴别，前者有酒依赖或戒断综合症史。

（2）酒精中毒性幻觉症应与精神分裂症相鉴别。前者往往发生于酒依赖者戒酒不久，病程短暂，预后良好。对极少见的单纯慢性幻觉为主的应追踪观察，根据病程进一步变化进行鉴别诊断。

（3）酒精性痉挛发作应与原发性癫痫、外伤性癫痫等进行鉴别。

（4）酒精性嫉妒妄想应与精神分裂症、偏执性精神病相鉴别。前者有酒依赖或慢性酒中毒史。

(5) 柯萨可夫精神病、Wernicke 病应与重症感染中毒、代谢障碍、头部外伤、脑血管疾病等引起的脑器质疾患类似的综合症相鉴别。

(6) 酒精中毒性痴呆和人格改变与其他原因引起的脑器质性痴呆和人格改变相鉴别。

以上均可根据病史、临床特征及实验室检查等予以鉴别。

急性酒精中毒与饮酒量密切相关，常在一次大量饮酒后急剧发生。但在某些器质因素或特异体质基础上，少量饮酒即可产生与饮酒量不相符的严重急性中毒反应。慢性酒精中毒则以长期饮酒为基础，各种临床综合征常在形成依赖之后逐渐出现，突然减少酒量或停饮可急剧产生症状。无论急性或慢性酒精中毒；除精神症状外，病人均有短暂或持续存在的躯体症状以及神经系统损害表现。

第三节 酒精中毒性精神障碍的相关法律问题

一、急性酒精中毒刑事责任能力评定

近年来，随着我国的经济的发展，酒生产量及人均消耗量均明显增加，饮酒造成的各种危害，尤其急性酒精中毒导致违法犯罪问题也不断增加。如酒后驾车肇事，酒后伤人，甚至发生凶杀等恶性案件。对其责任能力的评定，须按国家有关法规原则进行。

急性酒精中毒时责任能力判定的通则是：普通醉酒，有责任能力；复杂性醉酒，限定责任能力；病理性醉酒，无责任能力。我国《刑法》第十八条第四款规定醉酒的人犯罪，应当负刑事责任。这里的醉酒是指普通醉酒，因普通醉酒时行为人并未丧失对自己行为的辨认和控制能力。一般说来，酒精对情绪和运动功能的影响，常先于意识和感知功能，即醉酒者当其有行为时，并无意识障碍，通常对客观事物仍具有辨认能力。此时，虽控制能力有所减弱，但醉酒后将会发生什么样的后果，他事先是能够预见的，却不加控制，让其行为发生，故普通醉酒应当负完全刑事责任。

对于病理性和复杂性醉酒的诊断必须持严谨态度，除对醉酒者作案前后及实施危害社会行为时的表现进行一系列调查外，还应当注意各种生物学指标，必要时可进行饮酒试验，如令其在 30 分钟内饮入一定量的酒，以观察其酒后精神状态及生理变化。如病理性醉酒者可出现瞳孔散大、腱反射亢进以及脑电图改变等，此时血中酒精浓度曲线急剧上升， β 值低，酒精耐量低，以及出现情绪、行为的异常改变。病理性醉酒，辨认和控制自己行为的能力明显障碍，作案缺乏动机，因此，评定为无责任能力；复杂性醉酒，辨认和控制自己行为能力有不同程度障碍，往往缺乏作案动机，可评定为限定责任能力。但对不吸取教训，重复发作的案例，其责任能力应当从严评定。

急性酒精中毒者如果既往有精神病史者，应该仔细区别两者的关系。若既往有精神分裂症、心境障碍或其他重性精神病，但已达社会痊愈，无任何精神症状，此时出现醉酒则纯属普通酒精中毒。另一种情况是原精神病未愈，在醉酒后出现了危害社会行为，此时应认真分析行为的病理特点，是醉酒的性质还是原有精神病的性质；饮酒量及醉酒表现属轻度醉酒（单纯性）还是重度醉酒（复杂性、病理性）；原有的精神病缓解程度如何。一般认为如原有精神病已处于良好的缓解状态，此次醉酒又属单纯性醉酒，出现犯罪的行为，应该评定为有责任能力。

二、慢性酒精中毒刑事责任能力与民事行为能力评定

1. 刑事责任能力评定

酒依赖一般并不构成临床疾病，故在涉及违法犯罪时，是有责任能力的。包括在出现一般人格和行为障碍时，也是如此。但在戒断反应时，则可使其辨认能力和控制能力明显减弱，应该根据实际情况评定为限定责任能力或有责任能力。酒精中毒性幻觉症、妄想症以及震颤谵妄时出现的违法行为，已经属于重性精神病范畴，往往丧失了辨认能力或控制能力，故应当评定为无责任能力。但每一个案都有其不同特点，应具体案件具体分析，不能一概而论。慢性酒精中毒性人格改变，在此基础上发生的违法犯罪行为，应根据人格改变程度并结合具体案情对其责任能力作出评定。如单纯性人格改变，并未丧失对自己行为的辨认和控制能力，如盗窃、欺诈等行为，应当评定为有完全责任能力；如有明显人格改变和智能损害者（有脑器质性损害的证据），可根据实际情况评定为限定责任能力或无责任能力。

2. 民事行为能力评定

慢性酒精中毒者行为能力应当根据辨认能力受损程度作出评定。如单纯性人格改变，智能损害不明显，患者能够以自己的行为依法行使民事权利和承担相应的民事义务，应当评定为有完全行为能力；如不仅有人格改变，而且还有智能损害，其行为能力应当受到限制。

案例

案例 1：被鉴定人高某，男，24 岁，未婚，待业青年，高中文化程度，因酒后致他人重伤，作案动机不明而委托鉴定。

调查材料：被鉴定人高某为早产儿，分娩后曾短暂窒息，后放在“暖箱”中一月余方出院。两岁出麻疹时曾有高热，抽搐，但后来并无典型癫痫发作史。小学及中学读书时，成绩居中、下游，性格温厚、老实，爱帮助人，受到邻居、亲友及老师的好评。从来不饮酒，××年 5 月 1 日应邀去参加一亲友婚宴，当时在强劝下，饮白酒两小杯（约一二两），约二十分钟后，高某即呕吐狼藉，诉头昏难过。新郎等将他扶到沙发上休息。他在昏睡约半个小时后突然惊呼跳起来，随即将桌子掀翻，见人就打。周围亲友将他双手抓住后，见他表情紧张、恐惧，还不断说：“不要杀我，饶命、饶命……”拼命挣扎。挣脱后他抢到桌子上的叉子刺中新郎前胸造成重伤（血气胸）。继后他忽然全身抽搐，面色青紫，口吐白沫，继后昏睡不醒。被拘留后仍神志不清，无法审讯。直到第二日上午方清醒，并遗尿在身。提审时，被鉴定人对作案经过不能完全回忆，否认曾刺伤他人；但能讲被灌醉后，先呕吐难过，以后就睡了。后来，在朦胧中听到“坏人要杀他”的声音，睁眼看到有些黑衣人（象武打电影中一样）持刀、剑包围了他，心中极感恐惧想夺路逃生，拼命搏斗，不知怎么会伤害了他人，对此表示悔恨，愿接受处分。承办员因他作案动机不明（与新郎是好友、同学），而且行为表现与过去一贯为人不同，怀疑精神错乱，故委托鉴定。

精神检查：意识清，定向良，情绪表现紧张。对作案经过不能完整回忆，称“酒醉后醒来，发现自己已在看守所，不知为何？”不能回忆伤人与癫痫抽搐经过，说“酒醉后在沙发上睡着了，以后突然听到说坏人要杀自己，看到有七、八个身穿黑衣的凶恶歹徒包围自己并叫着要把我乱刀分尸，就拼命和他们搏斗了”，在提审中得知自己伤害了他人，知道伤人犯法，愿意受罚。并挂念新郎伤情。智能检查正常，未发现有精神病性症状。第三天给他作“再饮酒实验”（白酒二两），约一刻钟后即见有呕吐、面色苍白、倒地昏睡；一小时后将他叫醒，出现明显意识障碍，表现惊恐并有突然冲动，想夺门而出。一面啊啊怪叫，一面乱打乱踢（为

防意识障碍不清发生意外，已将他约束保护好），用嘴乱咬保护用的布带子，有时高呼“救命”，观察 20 分钟，始终无法接触，对穿白衣的医生接近或进行体格检查时，特别恐惧紧张（对穿民警服装的公安人员反而好些），后予肌肉注射氯丙嗪 50mg，让被鉴定人入睡，未见癫痫抽搐动作。次日清晨清醒，再检查时诉头痛、胃痛，称昨日饮酒后，见到“白衣魔鬼”、“绿衣小鬼”要来剖他心脏，旁边还有熊熊燃烧的烈火和油锅，听到鬼叫要把他“下油锅”，声称“不要再拿我做实验了，还是死了好”。

躯体与神经系统无阳性发现。脑电图检查：左侧颞区时有阵发性棘尖波。

分析：被鉴定人早产并有窒息史，幼年有高热、抽搐史，酒醉肇事后有癫痫抽搐、尿失禁，脑电图检查异常，皆提示其脑部有潜在病变。被鉴定人从不饮酒，对酒精过敏，不但在酒醉肇事后发生谵妄，而且经再饮酒实验获得证实。被鉴定人与被害人平时关系很好，从无嫌隙，并无故意伤害动机，符合病理性醉酒的四项特征。被鉴定人是在病理性醉酒精神错乱的状态下，受恐怖性错觉、幻觉、被害妄想与惊恐反应的支配，出现冲动危害行为，当时已丧失了辨认与控制能力。

鉴定结论：急性病理性酒精中毒性精神病(病理性醉酒)；无刑事责任能力。

案例 2：被鉴定人孙某，男，30 岁，未婚，农民，初中文化。因酒后持刀伤人，被拘审后，家属申述他曾患过精神病，故委托鉴定。

调查材料：被鉴定人 4 岁时患小儿麻痹症，遗留有左足微跛，此外无其他疾病。初中毕业后帮助父兄作小生意，尚精明能干，但性格内向、沉默少语、老实厚道、自卑心较重。两年前认识同村一女友，后来该女进城做工，对他日益冷淡，最后断绝关系，为此受打击很大，曾一度精神失常，并曾跳河自杀。家属将他送到精神病院住院治疗，诊断“反应性精神病”，痊愈后出院，仍能正常工作，但个性更加沉默、自卑多疑。并因年龄渐大找不到对象，常抑郁焦虑。平时能饮少量酒（黄酒二、三两）。某日，有一同学请他到村头酒店欢聚。他在陪同学饮了两瓶啤酒后，即出现醉态，言语增多，唠叨不休，诉说心中积郁，并伏在桌上大哭，其友劝慰仍不止，就买了两杯冷饮，见他双手发抖，把杯子也摔碎了。该时服务员（与他相识，但无积怨），一边收拾，一边埋怨与讽刺他：“铁拐李，一辈子别想讨到媳妇”。引起他大怒，发生争吵，经朋友劝阻，店负责人也批评了该服务员，方才平息。不料，孙还要喝酒，又喝了一瓶啤酒后，突然奔到厨房内，抢了一把菜刀，去砍那个服务员，将他头皮砍伤后，就回来拿刀向店内墙上乱砍，嘴里胡言乱语，不知说些什么。众人怕他，都躲开了，他就独自出店向公共汽车站走去，一路随手乱砍（如树木、墙壁、猪棚等）。到了车站，等车的乘客都吓跑了。他就把挂车牌的一个木杆乱刀砍倒了。等村里治安人员及其家属赶到时，发现他已昏睡在站头地上，并呕吐狼藉。即将他送到派出所去。到派出所后，仍然神志不清，言语凌乱。第二天清醒后，对持刀伤人与乱砍等经过，追忆不清。家属提出系“精神病复发”，乃委托鉴定。

精神检查：意识清楚，定向全。自叙失恋后精神受到打击与患病、治疗经过尚符合事实。说“从此后，心中经常抑郁不快，本来脚踏，现在又戴上了精神病帽子更被人瞧不起了”。对过去患病情况自知力尚佳。情感表现较紧张与忧虑，智能尚好，未发现妄想与思维联想障碍，对肇事全过程追忆不清。称：“当时小李拉我去吃酒，说道他已考取上海一家大学，家里要结婚后再去。对比之下，心中极难过，就拼命喝酒了”，“喝了一瓶多，头开始发昏，眼花，看到墙上挂的女明星画中人好像走下来了，并对我笑，变得很像小王（过去女友），后

来又变得面孔很凶，还骂我是癞蛤蟆想吃天鹅肉，但瞬间又飞到墙上的画中去了。我想想过去两人要好的情况，就忍不住哭了”（其同学小李证实，在他最后言语凌乱时，曾提到“小王飞来了，又飞走了”的话）。“随后，又听到服务员讽刺的话，更刺我心痛；和他争吵后，虽然头更昏的厉害，但想一醉方休，醉死了也好，以后就不知道怎么会出事了”。对打碎冷饮杯，又继续喝了多少酒，怎么到厨房去抢刀，以及砍伤服务员，再走到汽车站头随意乱砍等情况，都不能回忆。但承认服务员的话对他刺激很大，“当时就想打他，可是后来怎么砍的并不清楚”，据调查，被鉴定人一向老实，从不讲谎话。该服务员经医生检查，属于皮肤割伤，未及骨膜（轻伤），经治疗痊愈。

躯体与神经系统检查：除左下肢小儿麻痹后遗症外，躯体与神经系统皆无异常发现。

分析：被鉴定人孙某在失恋后患“反应性精神病”，经治疗痊愈，但心理创伤并未消除。孙本次饮酒过量后（超过平时酒量甚多），引起酒醉状态，但与普通酒醉有所不同。因他意识障碍较严重（尤其在饮第三瓶啤酒后），出现错觉与生动的视、听幻觉，以后发生无目的地乱砍墙壁、猪棚、树木、汽车站头木杆等情况，系在严重意识障碍下的自动症性动作表现；因此他对前半部分经过尚能回忆，而对后半部分经过完全遗忘（包括伤人经过），行为表现也与他平时的为人不同。这些情况属于“复杂性醉酒”范畴，超越了“普通醉酒”、但尚不够“病理醉酒”诊断的严格标准。因服务员言语讽刺，感到“刺伤心”，所以伤害对方，有一定作案动机，没有足够依据可肯定其完全丧失了辨认与控制能力。

鉴定结论：急性酒精中毒性精神障碍(复杂性醉酒)；限定刑事责任能力。

复习思考题

1. 酒依赖形成与哪些因素相关？
2. 简述急性酒精中毒临床常见类型与临床表现？
3. 简述慢性酒精中毒临床常见类型与临床表现？
4. 试述酒精中毒性精神障碍与相关刑事责任能力评定？

（李幼辉）

第十四章 脑器质性精神障碍

第一节 概 述

脑器质性精神障碍(mental disorder, organic)是指那些病因明确的大脑疾病、脑损伤或其它大脑结构损害或功能紊乱直接导致精神障碍的一组疾病。包括脑变性疾病、脑血管病、颅内感染、颅脑损伤、脑肿瘤、癫痫等。这些疾病的病因、病理改变、发病机制、神经系统体征、病程等颇有不同。如果继发于某些全身性疾病和障碍,脑只是众多受侵害的器官或系统之一,则称之为症状性精神障碍。本单元包括的精神障碍种类繁多,精神病理学表现丰富,每个疾病都有其自身的特征性临床过程,但其基本的精神症状则表现为以下几组临床综合征:

一、器质性综合征

(一) 谵妄

谵妄(delirium),又称为急性脑病综合征,是一种病因非特异的综合征,特点是意识障碍与注意、知觉、思维、记忆、精神运动性行为、情绪和睡眠-觉醒节律的紊乱同时存在。谵妄状态是暂时性的,其严重程度呈波动性。谵妄的临床特征性表现为意识障碍,时间、地点、人物定向损害,意识障碍表现为个体对环境的迷惘,警觉、注意、知觉的能力下降,往往呈昼轻夜重节律性变化。知觉障碍常见感觉过敏、错觉和幻觉,且视错觉和视幻觉常见。思维显得迟钝、混乱,妄想(如被害妄想)内容片断、零乱。记忆损害以即刻记忆和近记忆障碍最明显,可表现为精神运动性迟缓或冲动行为。焦虑、抑郁、恐惧、情绪不稳、易激惹等情感症状也很常见。睡眠-觉醒节律的紊乱则表现为白天嗜睡而晚间活跃,入睡后有噩梦或梦魇。大多数病例在4周内恢复,但6个月的波动性谵妄并非罕见。酒和精神药物也可导致谵妄。

(二) 痴呆

痴呆(dementia)又称为慢性脑病综合征,是由于慢性或进行性的大脑疾病导致的综合征。表现为多种高级皮层功能的紊乱,包括记忆、思维、定向、理解、计算、学习能力、语言和判断功能等方面。意识清晰,情绪控制能力、社交行为或功能的衰退常与认知损害相伴随,偶尔会早于认知损害。

痴呆病人的临床特征表现为隐匿发生,渐进发展。早期出现近记忆损害,学习新事物能力明显下降,进一步发展远记忆也受损。为掩饰记忆缺损,可出现虚构。情节记忆损害表现为对近期事件的遗忘,而程序记忆如骑自行车则相对保持。早期一般常识通常保持,但却常忘却词语,如忘记物品的名称和意义。思维显得迟缓、贫乏、思维僵化、缺乏弹性,理解力、判断力越来越差。时间、地点、人物定向障碍。人格改变可表现为两种形式:表现为淡漠、懒散、兴趣减少,主动性差,社会性退缩;或表现为脱抑制行为,不安宁、冲动、幼稚等。当不能完成其有限代偿能力所能承担的任务时,患者会表现出愤怒或其他情感爆发,如大哭大闹,称为“灾难反应”。妄想和幻觉也可出现。对幻觉患者常静默而缺乏相应行为。社会适应能力受病前人格特点影响,那些原来社会适应好的患者在早期代偿功能也良好。晚期高

级皮层功能全面严重损害，运动功能逐渐丧失，生活不能自理，如穿衣、洗浴、进食、入厕等均需他人帮助。

（三）遗忘综合征

遗忘综合征（amnesic syndrome）又称柯萨可夫综合征（Kosakoff's syndrome），是一种以近记忆和远记忆损害为突出表现的综合征。虽然即刻记忆保存，但学习新事物的能力明显下降，从而导致顺行性遗忘和时间定向障碍，可出现不同程度的逆行性遗忘。例如让患者做数字广度测验，在最初几秒钟可完全复述，但经过 10 几分钟后则不能复述。遗忘所造成的记忆空白往往会由虚构的事实来填补。常同时伴有情感迟钝，意志缺乏。与严重的记忆障碍形成鲜明对比的是，意识清晰，知觉及其它认知功能，包括智能往往保持完整。遗忘综合征的常见原因是下丘脑后部和近中线结构的大脑损伤，双侧海马结构受损偶尔也可导致。最常见的原因是酒精滥用导致维生素 B₁ 缺乏，颅脑损伤、心脑血管疾病、感染、中毒、第三脑室肿瘤等疾病也可引起遗忘障碍。

导致器质性精神障碍的原发性疾病种类繁多，其中在精神病学司法鉴定工作中常见的有颅脑损伤、癫痫、阿尔茨海默病、脑血管病等几种疾病。

二、颅脑损伤性精神障碍

颅脑损伤（cranio cerebral trauma, head injury）多见于交通、工矿等事故，以及自然灾害、坠落、锐器、钝器对头部的伤害。颅脑损伤可分为头皮损伤、颅骨损伤与脑损伤，三者可单独发生，亦可合并损伤。原发性脑损伤指暴力作用于头部时立即发生的脑损伤，主要有脑震荡、脑挫裂伤及原发性脑干损伤；继发性脑损伤指受伤一定时间后出现的脑受损病变，主要有脑水肿和颅内血肿。

颅脑损伤及后果是精神病学、心理学、神经病学、神经外科学共同关注的问题。颅脑损伤的严重程度一般与神经精神后果相关。但一些学者的研究结果认为，心理应激在颅脑外伤早期即已存在，社会因素对远期预后有影响，外伤前素质因素起重要作用。目前认为，外伤后精神神经症状可能是外伤器质性因素和心理社会因素共同作用的结果。

颅脑损伤所致精神障碍是指由于颅脑受到外伤后直接或间接引起的精神活动异常。

三、癫痫性精神障碍

癫痫性精神障碍（Mental disorder in epilepsy）又称癫痫所致精神障碍。可表现为发作性精神症状与发作间期精神症状两种情况。

癫痫不是独立的疾病，而是一组疾病或综合征。由各种明确的中枢神经系统结构损伤或功能异常所致，如：脑外伤、脑血管病、脑肿瘤、寄生虫、代谢疾病、中枢神经系统感染等，称为症状性癫痫。病因不明，未发现脑部有结构损伤或功能异常，与遗传因素密切相关的，称为特发性癫痫。临床表现提示为症状性癫痫，但目前检查手段不能发现明确病因的，称为隐源性癫痫。

四、阿尔茨海默病

阿尔茨海默病（Alzheimer's disease, AD）是一种病因未明的发生在老年期和老年前期，以进行性认知功能障碍和非认知性精神障碍为特征的中枢神经系统原发性退行性病变，是老年期痴呆的最常见类型。

AD 的发病率与年龄呈正相关，女性多于男性。各国流行病学调查数据汇总显示，65 岁以上的老年人，痴呆患病率在 2%-7% 之间，而 80 岁以上老年人患病率可达 20%。65 岁以

上的老年人中，AD 的年发病率约为 1%。

65 岁之前起病的病例往往有类似痴呆的家族史，提示 AD 发病与遗传因素有关。病理改变表现为皮质弥漫性萎缩，沟回增宽，脑室扩大，神经元数量显著减少，特别是在海马区、无名质、蓝斑、颞顶叶和前额叶。可见老年斑（senile plaques, SP）,神经原纤维缠结（neurofibrillary tangles, NFT）等改变。脑组织中的乙酰胆碱（Ach）含量显著减少，胆碱乙酰转移酶（ChAT）活性降低。

五、血管性痴呆

血管性痴呆（Vascular dementia,VD）是指由于脑血管病变导致的痴呆。包括缺血性或出血性脑血管病或心脏和循环障碍引起的低血流灌注所致的各种痴呆。

第二节 脑器质性精神障碍的相关医学问题

一、颅脑损伤所致精神障碍的临床表现、类型及诊断

根据出现精神障碍距发生外伤的时间，颅脑损伤所致精神障碍可分为急性精神障碍和慢性精神障碍。

（一）颅脑损伤所致急性精神障碍

1. 意识障碍

意识障碍是脑损伤急性期最常见的临床表现，包括谵妄状态、昏睡、昏迷等。意识障碍的产生与脑损伤直接对与意识有关的大脑皮质、中脑和间脑上行网状激活系统的损伤以及继发的大范围脑血肿、脑水肿等因素有关，意识障碍的程度和持续时间均是反映脑损伤严重程度的有效指标。按 Glasgow 昏迷评分法（表 9-1），昏迷时间在 50 分钟以内，处于 13-15 分者定为轻度，昏迷时间为 30 分钟至 6 小时，处于 8-12 分者为中度，昏迷超过 6 小时处于 3-7 分者为重度。分级的目的在于对预后的评估及伤情鉴定。分级必须与脑损伤的病程变化，临床观察和 CT 等影像检查相联系。

表 9-1 Glasgow 昏迷评分法

睁眼反应		言语反应		运动反应	
能自行睁眼	4	能对答，定向正确	5	能按吩咐完成动作	6
呼之能睁眼	3	能对答，定向有误	4	刺痛时能定位，手举向疼痛部位	5
刺痛能睁眼	2	胡言乱语，不能对答	3	刺痛时肢体能回缩	4
不能睁眼	1	仅能发音，无语言	2	刺痛时双上肢呈过度屈曲	3
		不能发音	1	刺痛时四肢呈过度伸展	2
				刺痛时四肢松弛，无动作	1

2. 记忆障碍

包括顺行性遗忘（anterograde amnesia）、逆行性遗忘（retrograde amnesia）。顺行性遗忘又称为外伤后遗忘（post-traumatic amnesia,PTA）,为患者对脑损伤发生时以及其

后一段时间的经历发生遗忘。遗忘的时间从脑外伤发生那一刻起至天对天记忆（day-to-day memories）恢复的那一刻止。PTA 是反映脑外伤程度的最有价值的指标。大部分 PTA 小于 1 周的患者，很少会遗留残疾，而 PTA 大于 1 个月的患者多数遗留永久性的、明显的残疾。如果随着意识逐渐变清晰而记忆障碍尚未恢复，患者很可能因为外伤后遗忘而出现定向障碍，患者不知道自己身处何时、何地，不知道身边的人是谁，不知道之前发生了什么事，并因此感到困惑、恐惧、抑郁，同时常伴有胡思乱想、自语和持续动作。部分患者可能以虚构来弥补其丧失的记忆，有的患者则试图以妄想的方式来解释其残存的记忆（称为妄想性记忆）。还有的患者表现为妄想性错认，错认的对象可以是人也可以是物品或地点。患者错误地认为某个人、某一物品或某一地点并不是其本身，而是其复制品或替代品，并坚信不移。妄想性错认多见于右侧颞叶损伤的患者。

（二）颅脑损伤所致慢性精神障碍

1. 脑震荡后综合征

脑震荡后综合征(postconcussional syndrome)又名“脑外伤性神经症”。多发生在轻度颅脑损伤后。主要临床表现为头痛、头晕、疲乏、失眠、对声光敏感、注意力集中困难、记忆困难、易激惹、焦虑、抑郁等。这些症状持续的时间及严重程度并不一致。头痛可为胀痛、钝痛或搏动性疼痛。头晕并非真正的眩晕，仅仅是头昏和不稳定感，无主观的旋转感。睡眠障碍常表现为入睡困难、易醒、多梦。此类患者不能忍受强烈的光刺激，常出现心绪不良、好争吵、易怒。

诸多证据表明，脑震荡后综合征患者在受伤前有明显的神经症素质倾向，伤后心理社会因素在病程迁延上发挥重要作用。

器质性因素对脑外伤后综合征症状的影响大多会在 6 周至 6 个月内恢复。如果 2 年后这些症状仍然存在，则应考虑素质因素及心理社会因素的影响。

2. 持久的认知损害（痴呆）

严重的全面痴呆较少见，如果出现一般见于广泛的颅脑损伤、昏迷时间较长的患者。可表现为智能减退和记忆丧失。认知障碍与优势半球颞叶、顶叶损害有明确关联。在穿透伤后，患者往往只表现出受损脑区的病灶性认知缺陷。早期看起来很严重的认知损害，经过一段时间的恰当治疗，大多会有明显改善。因此，认知损害程度的评定不宜在早期即下结论，应至少观察半年至一年再下结论。

3. 人格改变

人格改变多发生于严重的颅脑损伤之后，常伴有智能损害及肢体功能受损。这种人格改变可被认为是脑损伤后缺陷症状引起的情绪反应。如仅有额叶局限性损害，则人格改变的症状是脑损害的直接结果。人格改变常见的症状，一类表现为“淡漠”，患者变得对人冷淡、孤僻、缺乏亲情，对人及周围事物漠不关心，生活懒散，退缩，缺乏主动性，丧失自发性与驱动力，难以建立新的适应行为。注意集中困难，做事丢三落四。另一类则表现为“兴奋”症状，患者表现行为粗鲁、自制能力下降，行为放纵，言语及活动增多，又比较幼稚夸张。当要求得不到满足就暴怒。不能客观看待问题，缺乏预见性、灵活性。焦虑、抑郁、易激惹、情绪不稳等情绪症状也较常见。

颅脑损伤有可能使患者既往人格特征更加突出，如波动性的抑郁，焦虑，强迫症状等。

4. 癫痫

在颅脑损伤所致癫痫的患者中，约 50% 会在一年内发生，85% 在二年内发生。癫痫发作的表现形式多样，与颅脑损伤的部位相关联。具体临床表现见下节。

5. 精神病性症状

颅脑损伤的患者伤后一段时间可能会出现精神病性症状，包括精神分裂症样症状，情感障碍症状及偏执状态症状。精神分裂症样症状与额颞叶损伤有关，症状特点以阳性症状为主，如反复出现同一内容的幻视、幻听，妄想，思维粘滞等。阴性症状少见。常伴有智能损害及人格改变。偏执状态症状多表现为系统的被害妄想、嫉妒妄想，夸大妄想。颅脑损伤后常出现抑郁焦虑症状，少部分患者此症状可持续存在，与脑损害有关的躁狂发作偶可发现。

（三）诊断与鉴别诊断

急性精神障碍诊断与鉴别诊断相对容易。在紧接脑外伤后出现的以意识障碍为主的一系列症状，经适当治疗后历时一段时间而逐渐缓解。

脑震荡后综合征通常在伤后出现，二周后明显改善，多在三个月内完全缓解。如有心理社会因素存在，则症状可长期持续存在。脑电图，诱发电位图，CT，MRI，SPECT 等相关检查如有阳性改变，则仍然考虑器质性因素的作用。

颅脑损伤可诱发或促发精神分裂症、偏执性精神障碍、心境障碍，与这三组疾病的鉴别应结合伤前人格特征、既往精神病史、家族精神病史、临床症状特征、伴发症状、病程演变规律等方面予以考虑。一般而言，颅脑损伤与精神病性症状出现的时间相隔越久，两者间有直接因果关系的概率就越低。

二、癫痫性精神障碍临床表现及诊断

（一）临床表现

一）发作前精神障碍

发作前精神障碍是癫痫发作的前驱症状（Prodromata），主要表现为紧张、焦虑、抑郁、易激惹或淡漠等症状，以及心慌、胸闷、多汗、面色苍白或潮红、消化道症状等自主神经功能紊乱的表现。一般历时数小时至数天不等。癫痫发作后缓解。先驱是指发作前数秒出现的各种精神症状，可以认为是癫痫发作的开始。国际抗癫痫联盟（ILAE）2001 年提出新的分类“持续性先兆”，作为癫痫的一种亚型，其临床意义有待进一步阐明。

二）发作时精神障碍

1. 精神性发作

这是单纯部分性发作的一种类型。可表现为记忆障碍，如似曾相识、似不相识、快速回顾往事等；感知障碍，如原始性幻听、幻视、视物变形、非真实感等；思维障碍，如强迫性思维、思维中断、思维停滞等；情感症状，如无名恐惧、欣快、愤怒等。精神性发作可单独出现，也可继发全面性强直——阵挛发作。

2. 复杂部分性发作（complex partial seizure, CPS）

也称为精神运动性发作，因病灶多在颞叶，故又称颞叶癫痫。临床表现差异较大，主要分为以下类型：

（1）朦胧状态

表现为意识清醒程度降低，意识范围缩小。意识障碍轻重程度不一。有明显的精神运动性迟滞，反应迟钝，可出现鲜明生动的幻觉。情绪爆发常导致冲动行为或残暴行为。也可表现为紧张综合征，如违拗、缄默、卧床不动等。轻者可对部分外界刺激有正确感知，并作相

应的反应。朦胧持续的时间从数分钟到 1-2 周不等。发作结束时常突然清醒，对发作过程可有梦样部分回忆或完全遗忘。

（2）自动症

是在意识障碍基础上发生的具有一定协调性和适应性的无意识活动。可表现为反复咂嘴、噉嘴、咀嚼、舔舌、吞咽等原始的刻板动作，或反复搓手、拂面、穿衣、脱衣、铺床、叠被、开关灯等，也可表现为游走、奔跑、自语、叫喊、唱歌等。行为没有目的、刻板重复，与周围环境不协调。发作持续 1-5 分钟，发作后有遗忘。迁延的自动症状有时可被误诊为分离性神游状态。

三)发作后精神障碍

癫痫部分性发作及全面性强直——阵挛发作，尤其是持续状态发作后，可出现意识模糊、朦胧状态、片断性幻觉、妄想、兴奋冲动等精神症状。如有被害妄想，患者会企图逃避，偶尔会出现意外伤害事件。此后患者可入睡或逐渐清醒。每次可持续 5-10 分钟或数小时。

四)发作间期精神障碍

1. 痴 呆

过去曾认为癫痫最终会导致不可逆的智能低下。目前确定，只是一小部分患者会出现认知损害。一般认为，癫痫患者发病年龄越早、全面性强直——阵挛发作越频繁，越容易出现智力减退。这反映了患者可能有脑损害，遗传因素，心理社会因素及长期服用抗癫痫药对痴呆产生共同作用。痴呆轻重程度不一，可参见精神发育迟滞智商等级分类。

2. 人格改变

一般认为癫痫会导致不同程度的人格改变。特征性表现为自我中心、易激惹、敌意、残暴、凶残、冲动、好辩、敏感多疑、思维迟滞、刻板等。也可表现为过分客气、温顺、亲切等。癫痫患者常会因生活中的琐碎小事与人发生冲突，进而出现攻击性行为。人格改变与内侧颞叶损害有关，也与社会偏见、歧视、抗癫痫药物影响等因素有关。

3. 情绪障碍

癫痫患者抑郁心境多见，常伴焦虑。在那些社会环境不良的患者更多见，但生物学因素仍然起主要作用。尤其有颞叶边缘系统损害者。患者主观感到乏力、不悦、无兴趣、悲伤、对前途感到黯淡。过分担心生活中的问题，紧张不安，难以摆脱的烦恼，心悸、出汗等多种躯体不适感。癫痫患者自伤自杀风险显著高于一般人群。双相情感障碍的发病率未见增高。

4. 精神分裂症样精神障碍

一些颞叶癫痫患者逐渐可出现精神分裂样症状，其中以幻觉妄想综合征多见。幻觉常具宗教迷信色彩，以幻听、幻视、幻味、幻嗅皆可出现，幻视更多见。关系妄想、被害妄想、被控制感、被洞悉感等思维内容障碍常见。可出现思维形式障碍如强制性思维、思维中断等。但很少出现典型分裂症样阴性症状和紧张型症状。受精神病性症状影响，也会出现如精神分裂症那样的违法行为。

（二）诊 断

在诊断时，首先要确定患者的主诉是否为癫痫发作。当确定是癫痫发作，要进一步判定癫痫发作的类型，然后尽可能做出病因诊断。脑电图（EEG）是诊断癫痫最重要的辅助检查。但常规头皮脑电图仅有不到 50% 的患者可记录到痫样放电。过度换气、闪光刺激等诱导方法可提高脑电图的阳性率。使用蝶骨电极对颞叶癫痫病诊断有帮助。必要时可使用 24 小时

长程脑电监测和视频脑电图（Video-EEG）。即使如此，也不能单纯依靠脑电图的异常来确诊癫痫。神经影像学检查，如 CT、MRI、SPECT、PET 等，可从不同角度对癫痫的病因，分类及定位诊断有帮助。完整和详尽的病史对癫痫的诊断、分型和鉴别诊断都具有非常重要的意义。由于发作时患者大多意识障碍，故必需询问目击者。如果上述诊断依据不充分，则必须是医师现场看到癫痫发作，这就需要住院观察。在癫痫诊断明确的患者，再评估癫痫与精神症状的关系，应排除精神分裂症等其他非癫痫性精神障碍。

三、阿尔茨海默病的临床表现及诊断

（一）临床表现

AD 通常隐匿起病，持续进展，无缓解。根据病情严重程度可分为轻、中、重度（或早、中、晚期）。但各度之间存在重叠交叉，并无截然分界线。

1. 轻度

早期最明显的首发症状常表现为近记忆障碍，学习新知识困难，难以完成新的任务。出现视觉空间和时间定向障碍，如在熟悉的环境中迷失方向，不知何年何月何日，不知上、下午等。患者对自己目前状况尚有一定自知力，力图掩饰或弥补记忆缺陷，但也常因此而容易出现焦虑和抑郁。早期即可有人格改变。表现缺乏主动性，活动少，孤僻，自私，对人变得冷漠，易怒，言语粗俗，不讲卫生等。此期患者已不能胜任较复杂的工作，尚能完成熟悉的日常活动。生活能基本自理。

2. 中度

此阶段患者已不能独自生活。日益严重的记忆障碍使患者对刚发生的事情也会遗忘。远记忆力也出现障碍，常出现错构与虚构来填补记忆的空白。除时间定向障碍外，地点定向也出现障碍，这常会导致患者因迷路而走失。逻辑思维、判断能力、综合分析能力减退、计算力下降，对原已掌握的知识技能出现明显的缺失。还可出现局灶性脑部症状，如失语、失用、失认、肢体活动不灵等。可出现癫痫发作，不能工作，难以完成一般家务劳动，基本生活料理需家人督促或帮助完成。患者精神症状和行为障碍比较明显。出现片断的妄想，怀疑配偶不贞，甚至达到嫉妒妄想程度，常因找不到自己的物品而怀疑他人偷窃。行为异常，搜集破烂、随地大小便，大多性欲减退，但偶尔会出现性脱抑制行为，如当众裸露生殖器等。睡眠觉醒周期可能完全紊乱，白天思睡，夜间不宁。语言或肢体攻击行为常见，但体质虚弱，罕见对他人造成严重身体伤害。

3. 重度

患者记忆、思维、智能严重受损，语言能力严重退化，直至完全丧失语言功能，逐渐丧失自主运动能力，终日卧床，出现原始反射如吸吮反射、强握反射、肌张力高、四肢屈曲。括约肌功能障碍，个人生活完全依赖他人护理。常因褥疮、尿路感染、肺感染、全身性衰竭等并发症而死亡。

（二）诊断与鉴别诊断

AD 作为病因不明的一个综合征，最终诊断有赖于病理学。临床诊断可根据以下几方面：①首先做出痴呆诊断，主要包括记忆、思维、定向、理解、计算、学习能力、语言和判断功能的障碍。神经心理学调查工具有助于量化评估。②多在 65 岁以后逐渐起病，呈缓慢持续进展病程特点。③CT、MRI 显示此类患者侧脑室扩大，颞叶、海马萎缩。④排除其他引起痴呆的系统性疾病和脑部疾病。

四、血管性痴呆的临床表现及诊断

(一) 临床表现

VD 的痴呆症状与 AD 痴呆症状类似，可参阅上节。但病因、病理截然不同，VD 临床表现与 AD 有所不同。VD 患者通常比 AD 起病更急，常出现在脑血管意外之后。隐匿起病者，早期症状常表现为“脑衰弱综合征”，患者表现情绪不稳、情感脆弱、情感表达控制能力减弱，易伤感、易愤怒、为克制不住而感到苦恼；各种躯体不适主观表现，如头痛、头晕、转头或后仰时眩晕，伴耳鸣，肢体麻木感；失眠，入睡困难，白天思睡。轻度注意力不集中，学习效率下降。患者有自知力。常为此焦虑，寻求帮助，求治心切。VD 患者可伴有明显的抑郁心境，大多人格保持完整，但部分患者可出现人格改变，表现淡漠，缺乏控制力，或原有人格特点更加突出，如自我中心、偏执态度等。

病程常为阶梯式进展，波动式恶化。躯体检查可有局灶性神经系统体征及高血压，外周和视网膜动脉硬化体征。部分病例 CT 或 MRI 可见脑梗死或出血灶改变。

(二) 诊断与鉴别诊断

诊断要点包括：①有脑血管病的证据，如中风史、局灶性神经系统体征，CT 或 MRI 相应部位病灶。②痴呆综合征，人格相对保持完整。③病程呈阶梯性进展。AD 与 VD 鉴别要点见表 9-2：

表 9-2 阿尔茨海默病（AD）与血管性痴呆（VD）鉴别要点

	AD	VD
性别	女性多见	男性多见
病程	持续进行性发展	阶梯性进展
自觉症状	少	头痛、眩晕、失眠、肢体麻木等
认知功能	全面痴呆	斑片样损害
精神症状	片断幻觉、妄想、人格改变	可有妄想、常伴抑郁
CT/MRI	脑萎缩	脑梗死或出血灶
合并疾病	无特殊	高血压、糖尿病、高脂血症等

第三节 脑器质性精神障碍的相关法律问题

一、颅脑损伤所致精神障碍的相关法律问题

根据鉴定案例的法律性质，一部分是民事案件鉴定，主要涉及民事行为能力的鉴定及损伤程度等相关问题的鉴定。另一部分是刑事案件鉴定，主要是刑事责任能力或性自我防卫能力的鉴定。近年来，涉及民事纠纷的鉴定案例有逐年增多趋势。

(一) 刑事责任能力的评定

颅脑损伤后精神障碍患者如果发生违法犯罪行为，其刑事责任能力的评定，应以患者

在案发当时的精神状态的实际情况而具体分析。

颅脑损伤后急性意识障碍的患者，常因错觉、幻觉、片断的被害妄想、惊恐反应等，出现自伤自残、盲目伤人毁物等突出攻击行为。其违法犯罪行为缺乏现实动机与目的，患者已丧失对自身及周围事物的正确辨认能力和自我控制能力，应评定为无刑事责任能力。

颅脑损伤所致人格改变轻重程度不尽一致。重者与病前相比，变得自私、冷漠、缺乏同情心、道德观念淡薄、说谎、欺骗、情绪不稳、易激惹、易愤怒、记仇、行为冲动。易发生攻击、破坏行为。在评定其行为的责任能力时，应检查是否伴有智能下降、作案的真实动机、人格改变的严重程度、与被侵害人的关系等因素。对那些人格改变轻、无智能受损、有现实作案动机、采取了一定的犯罪手段者，应评定为有完全刑事责任能力。如果人格改变严重，伴轻度智力下降、作案缺乏明确的现实动机、作案时辨认能力或控制力明显削弱时，则可以评定为限定刑事责任能力。（见案例 1）

颅脑损伤所致痴呆，如果智商达到重度以上程度，则不能正确辨认与控制行为，同时也丧失了自我防卫能力。所以，无论在刑事案件中是犯罪行为人还是受害人，都应评定为无责任能力或无行为能力人。智商达轻度中度痴呆的患者，如果伴有人格改变，在发生违法行为时，主观犯罪动机受他人引诱或受人唆使，受智力水平影响，正确辨别是非能力较差，但未达到完全丧失辨认及自控能力者，可评定为限定责任能力。

（二）民事行为能力的评定

1. 民事行为能力的评定

此类鉴定近年有所增加，主要涉及索赔、财产分配、抚养子女或赡养老人、作证能力等。在此类鉴定中，除意识障碍、严重的智能损害及精神病性症状患者无民事行为能力外，其他情况应视案情需要，充分考虑患者的利益，只要患者能正确表达自己的意思，都应尊重患者的意愿，判定为有民事行为能力。为保证患者以后的利益不受侵犯，对那些评定为无民事行为能力者来说，应把行为能力限定在本次案件的诉讼过程中，不能剥夺患者以后的所有民事行为能力。

2. 损伤程度及赔偿方面的评定

在民事案件精神疾病鉴定中，多涉及鉴定目前精神异常与外伤的关系、医疗终结时间、所需医疗费用、伤残等级等。在分析精神症状与外伤的因果关系时，应考虑患者病前人格特征，家族遗传因素的影响，社会家庭支持程度，如以后的工作安排、家庭负担，涉及的赔偿数额与心理期望值的差距等因素的影响。还应考虑脑损伤的部位、损伤范围和程度、出现精神症状与受伤间隔的时间等。

急性颅脑损伤精神障碍原因明确，与外伤为直接因果关系。脑震荡后综合征在轻微颅脑损伤后也可发生。这组症状持续的时间以及严重程度并不一致。有研究显示，伤后 6 周，最迟可达 6 个月，有微小脑功能改变的实验室证据。因此，在 6 个月内发生的应评定为直接因果关系。多数学者认为脑震荡后综合征的发生交织着器质性与非器质性因素的相互作用。这些患者有明显的神经症素质倾向。如果伤后 6 个月症状仍持续甚至恶化，则主要是心理社会因素作用的结果。此时，鉴定结论：脑震荡后综合征与外伤为间接因果关系或诱因，而不应认为是外伤直接导致的结果。为避免可能增加的医源性症状，继续医疗的期限宜短期。双方纠纷应“一次性解决”为好。

脑损伤人格改变、认知损害的程度鉴定，评定时间应在伤后 6 个月以上，过早评定可能

会对伤情估计过高。但时间间隔过久，又对解决纠纷不利，且心理社会因素的影响会加大。因此，最好在一年内给予评定。

脑损伤所致精神病性症状患者，应在精神科充分治疗一个疗程，并经过一段时间的门诊后续治疗后再行鉴定。有研究结果显示，脑损伤所致精神病性症状患者远期预后总体好于精神分裂症患者。

3.对因颅脑外伤诱发的精神分裂症、心境障碍等患者的鉴定。此类鉴定，外伤是诱发因素，但考虑到患者是受害人，故对方应负责赔偿本次发病的一次性医疗费等损失。

对伤残等级的认定，需根据受伤的原因，使用中华人民共和国国家标准《道路交通事故受伤人员伤残评定（GB18667-2002）》标准；或中华人民共和国国家标准《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级（GB/T 16180-2006）》标准进行评定。

二、癫痫性精神障碍的相关法律问题

（一）刑事责任能力的评定

癫痫患者发生违法犯罪行为时，对刑事责任能力的鉴定，要视案发当时患者的精神状态及具体案情而定。

1.癫痫发作前、发作后刑事责任能力的评定

意识朦胧状态、谵妄状态，或发作时为精神运动性发作、病理性激情发作，此时患者意识障碍突出，可能出现盲目地冲动伤人毁物等行为，其辨认能力及控制能力丧失，可评定为无责任能力。

2.癫痫性精神病性障碍

受错觉、幻觉、妄想及其它阳性思维障碍等精神病性症状的驱使发生的危害行为；当出现严重的抑郁心境时，患者可能采取扩大性自杀行为。此时患者已丧失了实质性辨认及自控能力，应评定为无刑事责任能力。

3.癫痫性痴呆

智商达重度的痴呆患者由于丧失了辨认及控制能力，如果出现违法行为应评为无刑事责任能力。智商为中度的痴呆患者，其实质性辨认能力及自控能力常有明显削弱，一般应评定为限定刑事责任能力。智商轻微痴呆的患者，一般能正确认识违法行为，对自身行为控制能力也保持，如果犯罪动机明确，应评定为有完全刑事责任能力。癫痫性痴呆的患者也可能成为犯罪行为的受害者，如被强奸。在评定其性防卫能力时，可参照精神发育迟滞患者的评定标准。

4.癫痫性人格改变

单纯人格改变的患者虽然在某些情况下对自己行为的控制力有所下降，但对事物的辨认能力大多是保持完整的，在此情况下的违法行为一般应评定为有完全刑事责任能力。严重的人格改变患者，情绪不稳，激惹性增高，心境恶劣。常因外界的微小事件诱因而发生突然暴怒、冲动攻击行为或发泄性的自伤自残行为。由于其对事物的实质性辨认能力及对行为的自我控制能力削弱，根据具体案情可评定为限定刑事责任能力。如果人格改变伴轻度至中度智能障碍，在一定程度上会影响患者的辨认能力及自控能力，评定为限定责任也是合理的。

5.其 他

癫痫性神经症、癫痫间歇期没有精神病性症状患者，有违法犯罪行为的，具有完全刑事责任能力。

（二）民事行为能力的评定

1. 癫痫发作前精神障碍、发作时精神障碍及发作后精神障碍历时短暂，一般短则几分钟至1—2小时，个别可长达2周。在此期间，由于患者有意识障碍，常需接受治疗，无法完成正常的民事活动，应评定为无民事行为能力。

2. 癫痫发作间期精神障碍 应视精神症状的严重程度及案件性质，要视具体情况分析。

（1）精神分裂症样精神障碍

患者出现的幻觉、妄想等症状往往呈慢性病程，症状持续多年不缓解或缓解不完全。受精神病性症状影响，在处理个人财产、馈赠、承担抚养或赡养义务、承担家庭责任和义务等方面的能力受到影响，一般应评定为无民事行为能力，需设置监护人。此组患者可因嫉妒妄想、被害妄想等病态思维影响，产生家庭纠纷，甚至家庭暴力。对是否准予离婚，应由法院裁定，只宜给出该患者不能完成在家庭生活中的民事行为能力的鉴定结果。如果是患者本人出于妄想等病态思维原因提出离婚诉讼，应评定在本次诉讼中无民事行为能力。

（2）癫痫性人格改变和智能障碍

单纯的人格改变一般不会影响患者处理日常事物的民事行为能力。如果人格改变伴轻中度智力下降，患者对事物的辨认能力、处理能力、自我利益的保护能力等方面有所影响时，则应评定为限制民事行为能力。智商为中重度痴呆的患者如果已丧失了对事物的辨认能力，应评定为无民事行为能力。

（3）癫痫性神经症

癫痫患者常见焦虑、抑郁等情绪症状及强迫症状。这些症状一般不会影响患者的辨认能力，应评定为有完全民事行为能力。

癫痫患者在发作间歇期，无明显的精神病性症状或智能障碍，一般应评定为有完全民事行为能力。

三、阿尔茨海默病与血管性痴呆的相关法律问题

阿尔茨海默病（AD）与血管性痴呆（VD）虽然病因不同，临床表现亦有差异，但其临床表现的核心症状为痴呆综合征，因此在司法鉴定过程中的评定标准基本一致。故在此一并叙述。

（一）刑事责任能力的评定

AD、VD 及其他器质性痴呆的患者，由于其年老体弱，身体机能下降，发生严重的暴力伤害案件罕见。偶可见对配偶或家属的侵害行为。部分患者人格改变，常因道德观念下降，性欲望或性幻想增强而发生猥亵甚至奸淫幼女等违法行为。也有发生偷窃者。能“作案”的“患者”，痴呆程度大多为轻度，受疾病影响，其实质性辨认能力及自控能力削弱，应评定为限定刑事责任能力。如果作案时有精神病性症状，或痴呆智商达到中重度，确实丧失了辨认能力，可评定为无刑事责任能力。

（二）民事行为能力的评定

在民事案件鉴定中，常见围绕家庭财产分配、继承、赡养人义务等家庭纠纷而诉至法院的案例。被鉴定人多为家庭中家长，多子女家庭对家长给子女分配的财产钱物等不满，一方认为家长已“老糊涂”、“变傻了”，别的子女欺瞒家长获得了更多的家庭财产，而另一方则强调是家长自己决定将财产分配给自己，应尊重家长的决定。

在此类案件中对老年患者民事行为能力的评定应听取双方的陈述，必要时请法院调查家庭经济实际状况，综合分析“家长”在处理家产中是否有显而易见和不合理之处，还要考虑

“家长”与某一子女感情可能更深厚，信赖、依靠的愿望更强烈等因素的影响。如果其痴呆为轻度时，此期患者仍保留相对完整的判断力，能表达自己的真实意思，一般应评定为有完全民事行为能力。当痴呆智商达到中度时，患者逻辑推理、判断能力、综合分析能力已有明显缺陷，记忆障碍加重，患者往往难以表达对其有利的真实意思，此时应评定为限制民事行为能力或无民事行为能力。重度痴呆患者已完全丧失对事物的辨认能力及自控能力，一般为无民事行为能力人。在实际鉴定工作中，如果评定为限制民事行为能力人，往往给案件的审理带来更多麻烦，令法官无所适从，纠纷双方也会坚持己见，不利于案件的公平宣判。故应慎重给出“限制民事行为能力”的鉴定结论。

案例 1.被鉴定人朱某，男性，51 岁，初中文化，纺织厂工人。2007 年 1 月 1 日傍晚，被鉴定人与妻子黄某在家中一同吃晚饭时，说饭菜的味道都有点涩，就不吃了。其妻子让他喝点水，喝水的时候又说水也涩，一定是妻子给下毒了，当时就打了妻子两个嘴巴。其妻子扬言说要报警。被鉴定人至晚 11 时仍然没睡觉，怕警察来抓他，到厨房拿出菜刀。其妻子见状欲抢下菜刀，撕扯中被鉴定人突然砍妻子 20 余刀，致其妻子死亡。案发后 1 小时自己电话报案，始终没有离开作案现场。

被鉴定人 1997 年不慎由高处坠落，摔伤头部，昏迷 40 余分钟，去当地卫生所，没做详细检查。伤后 40 天因失眠、心烦、易怒、左半身麻木到精神科就医，诊断神经症状态。伤后半年因失眠加重，出现易怒，摔东西，多疑，自语，自笑，不与人交谈等症状住精神病院，诊断为脑外伤所致精神障碍。病例记载“有片断幻听，关系妄想，被害妄想等精神病性症状”。邻居证明，朱某受伤前待人随和，近几年却不与人交往，见到熟人从不说话打招呼，对人似乎有很强的戒备心。近年没上班，也不出去赚钱，生活靠低保救济和妻子低微的工资。

精神检查：意识清晰，定向力完整。问话能答，缺乏主动言语。问其砍杀妻子的原因，回答：“这几年她总往饭里下毒，一吃就涩，吃完饭心脏异常改变，糖尿病，高血压，骨头疏松，几天就死。打她是不让她下毒，她要报警，来警察就完了。当时没想砍死她，就是生气了”。情感表现平淡，智能检查未见明显改变。未查出幻觉体验。自知力缺乏。

头部 CT 未见异常，脑电图轻度异常（慢波增多）。

分析：被鉴定人 10 年前有颅脑损伤。伤后四十天在无相应心理社会因素影响下出现神经症性症状。伤后半年出现精神病性症状，人格逐渐退缩。精神检查：意识清晰，存在明显的被害妄想，情感淡漠，自知力缺乏。案发当时在缺乏现实动机的情况下，受妄想观念等病态思维支配，出现冲动行为，砍杀妻子。因此，作案时辨认及控制能力丧失。

鉴定结论：颅脑损伤所致精神病性障碍；无刑事责任能力。

案例 2.被鉴定人白某，男，23 岁，高中文化程度。被鉴定人与另二人结伴拦路抢劫一女子，且殴打被害人，被闻讯赶到的巡警抓获。其家长反映该人有些傻，脑子受过伤。受公安机关委托鉴定。

被鉴定人一年前认识了二名社会闲散人员李某、王某，李某年龄稍大，被称为大哥。李某以拜把兄弟，一起赚钱等为借口，拉拢被鉴定人。一年来李某多次指使被鉴定人用外力破坏车锁等简单方法盗窃摩托车 6 辆，三轮车 2 辆。被盗车辆由李某销赃。被鉴定人没分到钱也不计较。平时三人吃饭、上网吧玩也多是被鉴定人掏钱请客，然后向家长说谎要钱。当家长询问钱的去向，并限制其零花钱，则蛮不讲理辱骂家长。案发当晚，三人因没钱上网玩游戏，李某指使被鉴定人抢劫一路人，被害人呼救，李，王二人见有巡警赶来，让被鉴定人拉

住被害人，李，王二人却趁机逃走。

被鉴定人 16 岁时，被车撞倒摔伤头部，昏迷 20 余小时，送医院抢救，诊断：闭合性颅脑损伤，脑挫裂伤，住院治疗 2 个月。之后休学一年，复学后学习成绩明显下降，学习新知识非常困难，记忆力明显不如从前。性格明显改变，好与人争吵，对老师不尊重。在家中提出一些要求，家长稍有拒绝就吵骂。但外人几句好话就令其非常高兴，轻信外人，听从别人的指使。

精神检查：意识清晰，定向力完整，问话能切题回答，检查合作。语言略显迟缓，反应较迟钝，对作案过程能部分回忆，辩称是李某让他跟着抢钱，试试他有没有胆量，他没抢，只是拉着那个人，他也没拿钱。以前也是李某指使破坏车锁，别人把车推到什么地方了他也不知道。他又没拿钱，不算抢劫，也不算偷东西。检查中情绪反应略显幼稚，智能测查有缺陷，智商 62 分。对国家法律法规及当前社会形势等常识很少知道。未查出幻觉妄想等精神病性症状。

分析：被鉴定人 16 岁时头部受外伤，外伤后性格出现改变，如：易怒，说谎，不尊重他人，易受他人指使等。智力水平下降，对问题的是非分辨能力下降。作案目的并非单纯为利益驱使，而主要是受到他人指使。作案后未得到任何利益却继续作案，案发后自我保护意识差。受智力水平及人格改变的影响，作案时辨认能力及控制能力均明显削弱，但未达到丧失程度。

鉴定结论：颅脑损伤所致人格改变，轻度痴呆；限定刑事责任能力

案例 3.被鉴定人 位某某，女性，61 岁，初中文化，退休职员。2007 年 5 月 23 日 12 时 40 分许，周某驾驶一辆金杯货车在一街道交叉口与正在横过道路的行人位某某相撞，造成交通事故。事发后被鉴定人住当地医院脑外科治疗 28 天。伤后 3 个月外科鉴定为肢体 8 级伤残，伤后 6 个月医疗终结。其家属提出伤后该人变傻，要求重新鉴定。

被鉴定人受伤前患轻度高血压，无其他疾病。退休后在家操持家务，照看孙女。平时与邻里相处良好。伤后住脑外科，诊断：中度内开放性颅脑损伤、右额颞叶脑挫裂伤、脑内血肿、气颅、颅底骨折。行颅内血肿清除手术。术后 5 天意识恢复清醒。之后家人发现她说话变慢，反应迟钝，很多事情记不起来。半年后虽然有一定程度好转，但整体感觉人已经变傻。受伤已经 1 年，没有明显继续好转迹象。家人对 8 级伤残鉴定结论不服，诉至法院，要求重新评定。

精神检查：被鉴定人由家属陪同入诊室。意识清晰，接触疏通尚可，问话能答，对交通事故过程不能回忆。问其被车撞过没有？答：“听别人说让车撞了，什么时候撞的不知道。”问撞后有何感觉？答：“浑身痛，胳膊不能回弯，啥也不能干。”智能检查，10 以内加减尚可，复杂计算不能，对人民币面值不认识，不能分辨数额，不能说出一年几个季节，知道暖天下雨，冷天下雪，近记忆力缺损，不知早晨吃的什么饭，远记忆力有所下降。检查中阵阵表现强制哭笑，易激动。医生让其拉衣服拉链时因无法完成而烦躁，发脾气。未查出幻觉、妄想等精神病性症状。社会功能明显下降，个人生活料理需家人协助。

躯体查体：右颞部手术创口愈合良好，无神经系统阳性体征。

智商测查：IQ=42；影像学检查：伤后当日头部 CT 结果，右颞叶、额叶脑挫裂伤，灶性出血，占位效应，蛛网膜下腔出血，颅内游离气体，左颧骨骨折。鉴定当日复查头部 CT 结果：右侧额、颞叶脑软化灶形成

分析：被鉴定人车祸受伤前身体健康，精神活动无异常。外力导致额颞叶脑挫裂伤，治疗后形成脑软化灶。伤后出现反应迟钝、记忆力下降等精神活动异常，经过一年恢复性治疗仍然没有恢复正常。目前检查，意识清，存在逆行性及顺行性遗忘，远、近记忆力受损，智能障碍，智商 42，强制性哭笑，情绪不稳，易激动，社会功能受损，生活需家人协助料理。根据中华人民共和国国家标准《道路交通事故受伤人员伤残评定（GB18667-2002）》进行评定。

鉴定结论：颅脑损伤所致智能改变-中度；与交通事故为直接因果关系；目前可行医疗终结；伤残等级Ⅵ级；以后需一人护理。

案例 4 .被鉴定人：沈某 男性，31 岁，小学文化。2008 年 12 月 10 日 15 时，被鉴定人携菜刀到某县城一商店屋里用菜刀将店员霍某某脖子砍伤后又窜入一电器柜台内将刘某某的右手指砍断。

被鉴定人 12 岁时从房顶摔落，头部受伤，昏迷 10 余小时，醒后如常人。因家在农村偏远地区，当时没去医院。14 岁第一次出现癫痫大发作。以后断续服苯妥英钠等药，偶尔有小发作。患病后从未详细检查过。一年前从外地打工回来后变得脾气暴躁，有时候突然像是什么也不知道了似的，到处乱跑，令人感到害怕，半小时后又清醒了。案发当天家人不知其何时离家。两名被害人称，从不认识被鉴定人。当天下午霍某某见该人手持一把菜刀，进到商店什么也没说就用菜刀砍他的颈部，他大声呼救后就什么也不知道了。刘某某听到有人喊，正在张望时见被鉴定人突然转而向他走来，举刀就砍。后被及时赶到的保安制止。公安机关审理时见此入茫然不知发生了什么事，不知到了什么地方，不知自己干了什么。

精神检查：被鉴定人意识清晰，接触疏通尚可，问话能切题回答，对作案过程不能回忆，自称：“不知怎么伤害的别人，不知伤害谁了，没有记忆，怎么从家出来怎么砍人没有记忆，别人打我时说我砍人了，我也不知道。听警察说是砍人了”。自称每年犯病五、六次，每次有 10 来分钟，自己什么也不知道，并且打过父亲。检查过程中情感平静，对伤人感到歉意。未查出幻觉、妄想等精神病性症状。

头部 CT 未见明显异常；脑电图轻度异常，慢波增多，未见棘波。

分析：既往医疗记录及证言材料均证实被鉴定人曾患癫痫，近一年发作次数增多。发作具有突然性、短暂性及反复发作的特点，与作案时相比有类似发作。作案没有任何现实动机，与被害人素不相识且没有任何矛盾纠纷。案发后突然清醒，对作案过程完全遗忘。精神检查：意识清晰，未查出幻觉、妄想等精神病性症状。其临床过程符合癫痫朦胧状态的诊断标准，案发时处于疾病的发作过程，因此作案时辨认及自控能力完全缺失。

鉴定结论：案发时为癫痫朦胧状态；无刑事责任能力。

复习思考题：

1. 痴呆的临床表现有哪些？
2. 如何对颅脑损伤所致人格改变患者进行刑事责任能力评定？
3. 脑震荡后综合征在外伤与精神症状的因果关系上的评定注意哪些问题？
4. 癫痫性人格改变的患者刑事责任能力如何评定？
5. 阿尔茨海默病患者民事行为能力评定应注意什么？

（张延承）

第十五章 精神发育迟滞

第一节 概 述

精神发育迟滞(mental retardation)又称精神发育不全,指个体在 18 岁之前由于遗传因素、环境因素或社会心理因素等原因引起的精神发育迟缓或受阻。本症是以智力低下和社会适应困难为主要特征的一组疾病,并非是一独立的疾病单元。精神发育迟滞可单独出现,也可与其他精神障碍或躯体疾病并存。虽表现为精神活动各个方面的缺陷或不足,但以智能低下最为突出。

智能通常叫智力或智慧,指个体认识客观事物并运用知识解决实际问题的能力。智能包括观察力、注意力、记忆力及思维能力等。思维能力是智力的核心因素。一个人智力水平的高低,主要通过思维能力反映出来。通过标准化的智力测验工具可测得个体的智能水平。目前,常用的评定工具是由美国韦克斯勒(Wechsler)编制的韦氏成人智力量表(Wechsler Adult Intelligence Scale, 简称 WAIS)和韦氏儿童智力量表(Wechsler Intelligence Scale for Children, 简称 WISC),通过计算受试者偏离平均值多少个标准差来衡量智力。智商 $=100+15(X-M)/S$,式中 100 为平均智商,15 为智商的标准差,X 为某人实得分数,M 为某人在年龄组的平均量表分数,S 为该年龄组量表分数的标准差。当智商低于正常智力水平的两个标准差时,即智商在 69 以下为智力缺损。国内应用的韦氏智力测查是 1982 年由龚耀先主持修订的版本。

韦克斯勒强调智力的整体性,提出智力的定义为“智力是个人有目的地行动,理智地思考以及有效地应付环境的整体的或综合的能力。”从韦克斯勒关于智力的定义我们可以发现,智力是有目的地行动、理智地思考、有效地应付环境,三个方面的综合能力。智能低下,也就意味着这三个方面能力的缺陷,这也为我们进一步分析说明精神发育迟滞者的违法犯罪问题,提供了一个思考方向。对于精神发育迟滞的群体来讲,由于智能低下,接受教育的能力差,进而造成在知识的掌握、各种概念的形成、社会规范的学习和遵守方面的障碍。致使这类患者对是非、荣辱、善恶、对错等概念的界线不清,判断和推理困难。对自我的认识差,对社会成员间的权利义务关系理解困难,其内部的价值体系简单而趋于本能化的倾向,造成自我控制能力低下,法律道德观念薄弱、认识浅浮、似是而非是这一群体具有代表性的问题。

从疾病的角度讲,一般认为精神发育迟滞者的病程多数为非进行性的,后天的教育、训练等干预措施可以提高患者的智力水平和社会适应能力。这也提示精神发育迟滞者违法犯罪问题,可以通过教育、训练等干预措施进行矫正和预防。

精神发育迟滞的群体中其它精神障碍患病率较一般人群至少高出 3-4 倍。在精神疾病司法鉴定中精神发育迟滞者的违法案件以及作为性犯罪案件的受害人鉴定均较为常见,是精神疾病司法鉴定日常工作的重点之一。

精神发育迟滞的病因复杂多样,迄今有半数以上患者病因不明。目前已知的因素分为以下几类:

一、出生前因素

1.遗传因素：如染色体的畸变，包括数目和结构的改变。最常见的 Down 综合征是第 21 对常染色体为三体。基因异常，以单基因遗传疾病较为常见。这些因素导致神经系统发育不良以及各种代谢障碍。

2.孕期母体发生的各种细菌和病毒感染、各种不良理化因素、营养不良、中毒等。

3.导致中枢神经系统发育缺陷原因不明的其他因素。

二、分娩因素

包括各种原因的早产、难产、分娩过程的颅脑损伤、新生儿窒息引起脑缺氧性损害等。

三、后天性因素

从出生后到 18 岁之前的各种疾病，如中枢神经系统的感染、颅脑外伤、其他器质性脑病、内分泌功能障碍及营养缺乏等。在这一阶段 0~3 岁是个体大脑发育最快的时期，也是智力发展的关键期，这一时期各种致病因素的影响要比以后更为严重。另外，早期教育剥夺，感觉剥夺也会影响脑的发育，比如，“狼孩”问题，由于出生后在狼群中长大，在学会了狼的习性的同时，也丧失了人类直立行走和语言能力，与语言相联系的抽象思维和人的意识直接受到损害，因此也不能具有正常人所具有的脑的功能。

上述各种有害因素，都可以直接或间接地影响个体的中枢神经系统，使脑的正常发育受到破坏或阻滞而引起本病。

第二节 精神发育迟滞的相关医学问题

一、临床分级

因大部分精神发育迟滞的原因不明，临床分级一般根据智能低下的程度及社会功能情况综合评定。既往国内将精神发育迟滞分为三级，即愚鲁（Moron）、痴愚（Imbecile）、白痴（Idiot）。

在中国精神障碍分类与诊断标准（CCMD-3），以及国际疾病分类（ICD-10）精神与行为障碍分类中，均将本病分为轻度、中度、重度、极重度四级。与既往分级对比大致为：轻度为愚鲁，中、重度为痴愚，极重度为白痴。

（一）轻度精神发育迟滞

智商为 50~69，为最常见的一类，占全部精神发育迟滞的 85%以上。成年后智力水平相当于 9~12 岁的儿童，因智力缺损较轻，在学龄前除说话和行走略落后于同龄儿童外，一般不易被发现。患者言语发育尚好，一般能运用日常生活中的词汇，但词汇欠丰富。计算能力，抽象概括能力均较差，对于客观事物间的区别与联系，不同事物间的异同点等推理困难，故难以进行创造性的活动。随着年级的增高学习可越来越感觉困难，少数能读完小学，有的因反复留级不得不中途辍学，勉强升入中学后学习更为吃力，很少能完成中学学业。这类患者具备一般的情感体验，但情感浅浮不深刻。意志活动常缺乏主动性、积极性，依赖性较强。通过教育和训练能学会一定的谋生技巧，从事理论性不强的简单劳动，维持较低水平的生活。由于患者分析、理解、判断及抽象思维能力较差，容易上当受骗，或被人利用，甚至违法犯罪。

（二）中度精神发育迟滞

智商为 35~49, 约占精神发育迟滞的 10%。成年后智力水平相当于 6~9 岁的儿童。患者一般能掌握简单日常生活用语, 但词汇贫乏, 构音不清, 发音含糊, 抽象概念的词汇更为缺乏。理解力极差, 理论性知识领会困难, 机械记忆尚可, 数字概念模糊, 只能学会 10 以内的计算。理解、分析能力有限, 学习成绩差, 不能完成小学教育。不易与同龄儿童建立伙伴关系, 但能辨别亲疏, 对亲人有依恋的情感, 生活能力较差, 一般不能独立生活, 需别人指导和照顾。经训练可以进行简单重复性的劳动, 但动作十分笨拙。部分患者情绪不稳定, 易暴怒、冲动。因此容易出现冲动性犯罪, 如伤害、强奸等。

(三) 重度精神发育迟滞

智商为 20~34, 约占精神发育迟滞的 3%-4%。成年后智力水平相当于 3~6 岁的儿童。患者常有躯体及神经系统异常体征, 常伴有各种畸形。言语表达困难, 不会讲话或只能说个别常用单词, 不能理解别人的语言的含义, 对周围的事物认识和理解困难。运动笨拙, 不灵活, 协调性差。受到刺激时只会喊叫、发怒。部分患者经常重复一些单调的无目的动作、如点头、乱跑、爬行、反复撕扯一件物品, 不能进行任何意志活动。自己不会进食或乱抓东西吃, 大小便不知避人或不能自理, 防御能力缺乏, 甚至不知躲避危险, 因此生活需人照料。这类患者常因合并躯体疾病而幼年早夭。因其能参与的社会活动极少, 违法犯罪行为亦少见, 但作为性犯罪的受害人, 则较常见。

(四) 极重度精神发育迟滞

较少见, 智能极低, 智商在 20 以下, 智力水平低于 3 岁以下的儿童, 约占精神发育迟滞的 1%~2%。患儿出生时即有明显畸形, 一般不会走路和说话, 情绪反应极为原始, 不知躲避危险, 生活完全需人照料, 多数因继发躯体疾病而寿命不长。

二、常见的临床类型

(一) 克汀病

克汀病 (Endemic Cretinism) 又称呆小病, 是由先天性甲状腺功能不足引起的体格和智能发育障碍的疾病。病因主要为甲状腺功能缺陷, 可为甲状腺发育异常或甲状腺素合成过程中发生的障碍。本病分为地方性和散发性两种类型。地方性是因饮食缺碘引起, 散发性患者病因较复杂。地方性克汀病的患病率与地方性甲状腺肿有明显相关, 发生于甲状腺肿流行的地区, 如湖北某地调查在患者的母亲中 76.6% 患有地方性甲状腺肿。患者临床表现为生理功能低下, 肌张力不良, 反应迟钝, 精神萎靡, 活动少。生长发育迟缓, 四肢短小, 腹部膨隆, 骨骼及牙齿发育延迟, 性器官发育不良。外貌愚笨, 颜面臃肿, 头发稀疏, 可有粘液性水肿。智能低下以中度和重度居多, 占 60% 以上。不少患者伴有聋哑。

(二) 苯丙酮尿症

苯丙酮尿症 (Phenylketonuria) 为常染色体隐性遗传所致的一种氨基酸代谢障碍, 由于先天性苯丙氨酸羟化酶缺乏, 造成体内苯丙氨酸转化为酪氨酸的过程受阻而引起的一系列代谢紊乱, 使尿内出现大量苯丙酮酸等代谢产物, 因此称为苯酮酸尿症。苯丙氨酸及其它代谢物在体内的大量堆积, 一方面对神经细胞产生毒性作用, 另一方面因酪氨酸的缺乏也影响了神经纤维髓鞘的形成, 因此严重地阻碍了中枢神经系统的正常发育。主要临床表现是尿中间歇性或持续排出大量苯丙酮酸, 尿呈鼠尿味, 同时伴有严重的智能障碍。患者一般在刚出生时无异常表现, 随着苯丙氨酸的不断摄入、体内蓄积, 出生三个月后症状逐渐明显。大多以语言障碍最严重, 可伴有肌张力亢进, 共济失调, 80% 患者有脑电图异常, 25% 伴有癫痫发

作。患者的皮肤白皙，头发金黄，眼睛碧蓝，皮肤湿疹较多见。

治疗本病的方法是严格控制苯丙氨酸的摄入，进食低苯丙氨酸的食物，如大米、玉米、大豆、糖、淀粉、羊肉等，同时限制小麦粉、鱼虾、蛋奶类高苯丙氨酸食物的摄取。预后的关键是早期诊断，早期治疗。如在出生后 6 个月才开始治疗，将来智能障碍仍可出现。

（三）唐氏综合症

唐氏综合症（Down's syndrome）又称 21 三体综合症、先天愚型及伸舌样痴呆，是 21 号染色体畸变所致。为最常见的染色体畸变类型，在染色体畸变三体综合征中也最为常见，发病与母亲的生育年龄有关，20～25 岁分娩，本病的发生率为万分之五，45 岁以后分娩则发生率可达 2%，母亲分娩年龄越大，危险性越大。

本病的患者外貌相似，外表特征基本一致。临床表现为以下几方面特征：

1. 眼距宽，眼裂外侧上斜，耳小且位置低，鼻梁低。舌体宽厚、外伸，舌面沟裂较多，似阴囊状，故称阴囊舌。
2. 掌纹异常，通贯掌，小指第二节短，向内侧屈。
3. 肌张力低，关节松弛，牙齿发育晚。50% 伴发先天性心脏病。
4. 躯体发育迟缓，智能低下，呈中、重度损害。
5. 多数患者安静、随和，经特殊训练后，社会适应能力可有所改善，能从事一些简单劳动。

（四）结节性硬化病

结节性硬化病（Tuberous sclerosis）为常染色体显性遗传性疾病。其临床具有典型的三联征：面部皮脂腺瘤（淡红色面痣）、癫痫发作及智能低下。病变为大脑皮层、白质、小脑及脊髓等出现硬化结节，结节系原始的神经胶质增生所致，可发生钙盐沉积，颅脑 CT 扫描可见散在的钙化结节影。一般在 10 岁前出现癫痫发作及智能减退，症状轻重不一，有的癫痫发作频繁，智能障碍严重。

（五）脆性 X 综合征

脆性 X 综合征（fragile X syndrome）是一种 X 连锁遗传性疾病。1943 年 Martin 首次报道，是常见的遗传性智力低下疾病，发病率仅次于唐氏综合症。本病是由于 X 染色体上的一个脆性 X 染色体智力低下基因发生突变引起的，在细胞遗传学研究中发现，在 X 染色体的长臂远端 Xq27.3 位点上有一个罕见的对叶酸敏感的脆性部位。

本病的患者临床表现为以下几方面特征：

1. 长脸、大耳，前额和下颌突出。
2. 嘴大、唇厚，大睾丸。
3. 中、重度智力低下。
4. 语言及行为障碍，语言发育迟缓，吐字不清，理解交流困难，常有重复性及冲动性言语。

（六）感染、中毒引起的精神发育迟滞

婴幼儿期中枢神经系统各种感染、中毒，在恢复期后可出现言语及运动障碍、精神异常、智能缺损及癫痫发作。妊娠期母体感染风疹、单纯疱疹、腮腺炎等病毒，可影响胎儿神经系统及其它器官的发育，造成智能低下及躯体发育的各种畸形，导致精神发育迟滞。

三、诊断及鉴别诊断

（一）诊断标准

1.起病于 18 周岁以前。

2.智力明显低下，智力测验低于平均智商的两个标准差，一般智商在 69 以下。

按目前使用的诊断标准（CCMD-3，ICD-10），轻度精神发育迟滞，智商为 50~69；中度精神发育迟滞，智商为 35~49；重度精神发育迟滞，智商为 20~34；极重度精神发育迟滞，智商为 20 以下。

3.社会适应能力缺陷，表现为生活能力差，人际交往能力、学习和工作能力低下。

（二）诊断步骤

1. 详细搜集病史：病因排查，根据本病可能的发病因素逐一查询，按照出生前因素、分娩因素及生长发育过程中的因素一一排查。

2. 全面的体格检查及实验室检查：躯体生长发育异常或各种先天畸形，神经系统的局限性体征，以及内分泌代谢异常、染色体异常等对诊断均有重要价值。

3. 标准化的智力测查：在精神疾病司法鉴定中，使用最多的是韦氏成人智力测查（Wechsler Adult Intelligence Scale,简称 WAIS）它包括言语测验和操作测验两大项，共 11 个分测验项目，其中前 6 项为言语测验(Verbal Test)，后 5 项为操作测验(Performance Test)。智商在 130 以上为极超常的智力，100~119 为高于平常的智力；90~109 之间属平常智力，人数最多，占群体的 50%；80~89 为低于平常的智力；69 以下则构成智力缺损，根据具体智商数值可区分为轻度、中度、重度和极度不同等级的智能障碍。

4. 社会适应能力评价

由于构成智力因素十分复杂，实践中应注意智力测验的局限性。所以在应用时，一定要持慎重的态度，对于结果的解释也不可绝对化，只能作为一种参考资料。在临床诊断上，除测验智力外，还应重视行为方面的能力，如独立生活和适应社会的能力。从语言、思维、计算、情感、动作、劳动能力及适应社会能力等方面，对是否存在智能低下进行综合评价，以此作为智力测查的补充及参考。

（三）鉴别诊断

1.精神发育暂时迟缓

是由于各种心理或躯体因素引起的暂时性精神发育迟缓。如营养不良、慢性躯体疾病、缺乏相应的教育和训练以及视觉、听觉障碍等都可能影响儿童心理发育及智力的正常发育，造成智力发育延迟。但当这些原因去除或通过加强教育和训练，心理发育可在短期内改善，赶上同龄儿童的智力水平。

2.儿童精神分裂症

儿童精神分裂症具有起病缓慢，症状持续及演变的发展过程，存在某些特征性临床表现，由于儿童期形象的感觉知识多于抽象的理性知识，在病态时知觉障碍也多于思维障碍。妄想比较少见，且内容简单，不固定，变化多端，没有系统性。情绪紊乱呈爆发性，部分患者伴有行为孤僻、退缩。严重者出现学习能力丧失，已有的知识遗忘，智能减退。但患者病前智力相对正常，发病年龄常在 10 岁以后，学龄前则为罕见。而精神发育迟滞往往在婴儿期或儿童期即出现症状，并常伴有躯体发育异常及中枢神经器质性损害征象，且病程无进行性发展。

3.注意缺陷与多动障碍

注意缺陷与多动障碍主要表现为注意力集中困难、活动过多及任性冲动。但通过适当治疗，注意改善以后，学习成绩可以提高，达到与智力相当的水平。而精神发育迟滞者的学习成绩始终与智力水平相符合，还同时伴有语言发育迟滞，判断能力、理解能力和社会适应能力都普遍性低下。

4. 儿童孤独症

孤独症主要临床表现为社会交往障碍和语言发育障碍，多伴有智力低下，临床如果只注意了智力低下的表现，忽视了孤独症的症状，容易误认为是精神发育迟滞。但孤独症智力的各方面发展不平衡，某些能力还可能超常，智力测验各个分量表的得分高低不一；而精神发育迟滞则是智力的全面发育低下，智力测验各个分量表的得分都普遍低下。

5. 各种器质性脑病所致的痴呆

起病于 18 岁以后，既往无智能障碍，发育正常，随着疾病的发展才出现痴呆症状，病程一般为进行性。精神发育迟滞发生于 18 岁之前，因各种致病因素所致的精神发育迟滞，临床以智力低下为主要特征，严重者常出现躯体及神经系统异常体征，伴有各种畸形，病程一般为非进行性的。

第三节 精神发育迟滞的相关法律问题

精神发育迟滞涉及的司法鉴定问题十分常见，在日常鉴定中所占比例仅次于精神分裂症，位居第二位。本症的鉴定包括两个部分：一是行为人鉴定包括刑事责任能力、受审能力、民事行为能力、作证能力、劳动能力等；另一部分是受害人鉴定，即性自我防卫能力鉴定及精神损伤鉴定。

精神发育迟滞者是现代社会中的弱势群体，受智力低下的影响，常使患者对客观事物的辨认能力或控制能力受损，因此表现出思维、行为简单、幼稚，法律、道德观念薄弱，不能依正常辨认而恰当地决定、控制自己的行为。当精神发育迟滞者涉及到法律追诉或权益维护时，其弱势地位就更为明显。

在违法行为人刑事责任能力鉴定中，以轻度及中度精神发育迟滞者为多见。作案类型方面，国外报道以性犯罪、盗窃及放火犯罪为最多。国内报道以性犯罪、盗窃及凶杀为多见。因性自我防卫能力鉴定占本症鉴定的首要位置，在本章将进行重点讨论。

一、刑事责任能力

精神发育迟滞者刑事责任能力评定，需按医学标准和法学标准进行综合判定，医学标准确定是否存在智能低下，智能缺损的严重程度；法学标准的评定是确定精神发育迟滞者在实施违法行为时，对其行为的辨认能力、控制能力。其核心内容是确定智能低下与违法行为的关联程度。鉴定时主要评定以下几个方面。

1. 智能水平：是判定本类患者刑事责任能力的主要依据。在精神疾病司法鉴定中，标准化的智能测试结果较其它心理测查的可信度相对较高。因为智能测查不存在装好的问题，对于不合作者还可以通过事前智力的估算，日常生活表现，言语能力、劳动能力等进行综合评价。实践中，一般将重度和极重度精神发育迟滞者评定为无刑事责任能力，中度精神发育迟滞者评定为无或限制刑事责任能力，轻度精神发育迟滞者评定为有或限制刑事责任能力。

2. 社会适应能力：是刑事责任能力的法学标准评定依据之一，也是智能测查的重要补充。

一般重度和极重度精神发育迟滞者在智能测查时较少不合作或受周围人的干扰,也与其社会适应能力相符合。但部分轻、中度精神发育迟滞者中,出于各种原因在智能测查时表现不合作,出现智能与其社会适应能力不相符合的情况,此时更应重视智能的综合评价。

3. 作案表现:精神发育迟滞者的违法行为由于受智能低下的影响,总体上看是“小机巧难掩大拙笨”一般为单独作案,有的在作案时也有简单的计划预谋,作案对象常选择为幼弱者,但多数作案缺乏计划、预谋。动机简单幼稚,易受情绪和环境的影响。行为具有冲动性或机械执行模仿,易于接受暗示,对行为的后果缺乏预期,自我保护能力差。多数案例在预审时,对自己行为的违法性有一定认识。

常见鉴定案例特点

(1) 猥亵案:在精神发育迟滞的性犯罪中,强奸未遂、猥亵幼女占绝大多数。这可能与智能低下,性知识缺乏,作案手段笨拙,难以接近成年女性有关。

(2) 盗窃案:精神发育迟滞者的盗窃案,多以周围熟人或亲友为对象。作案动机简单,多数是为吃喝挥霍,少数是受人唆使,有的案犯平时即存在小偷小摸的品行问题。这类患者作案手段拙笨,自我保护能力差,容易暴露。

(3) 凶杀案:精神发育迟滞凶杀案,发案率较高,在凶杀案的鉴定中仅列精神分裂症、情感障碍之后。其作案动机简单、幼稚,冲动性作案比较明显。如日常受到指责、训斥后在愤怒情绪影响下出现报复行为。也有部分患者机械理解执行他人指令,造成悲剧发生。

二、受审能力

最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部和卫生部于1989年联合颁发的《精神疾病司法鉴定暂行规定》第二十一条第一款中规定:“被鉴定人为刑事案件的被告人,在诉讼过程中,经鉴定患有精神疾病,致使不能行使诉讼权利的,为无诉讼能力。”这一规定表明受审能力采用了有或无的二分法观点。在刑事诉讼过程中,被告人所享有的程序上的权利包括:获得辩护的权利、申请回避的权利、核对笔录的权利,对侵权行为提出控告的权利,最后陈述的权利等等,但这些权利相对应的是司法机关的告知义务和保障义务,因此实现这些权利并非只靠被告人单方。被告人不能行使诉讼权利的关键,在于因精神疾病或智能缺损造成其不能理解以上诸多权利的意义,或者不能理解被追诉内容的性质意义,进而不能配合法庭进行审理。

精神发育迟滞者涉及的受审能力鉴定中,因重度、极重度者多数无刑事责任能力,自然也谈不上受审能力的问题。轻中度者涉及刑事违法行为时,如被鉴定人为有或限制刑事责任能力时,虽有智力低下,但一般能理解法官的提问,配合庭审,一般具有受审能力。但轻中度者如同时合并有精神障碍,羁押期间出现精神症状加重,不能配合庭审,则无受审能力。另外,在羁押期间若出现拘禁性精神障碍,一般属于受审能力暂时受阻,应先予以适当治疗,待症状消失后继续受审。

三、民事行为能力

民事行为能力鉴定较刑事责任能力鉴定更为复杂,在刑事责任能力鉴定中,鉴定的证据材料多数来源于公安机关,且调查取证的力度也较大,提供鉴定的材料在预审过程中已进行初步甄别。民事行为能力鉴定则不同,利害关系人为各自利益,各执一词,有时真伪难辨。另外,所涉及的法律及社会问题也较多,易产生对鉴定结论的异议,引发的重复鉴定率也较高。鉴于以上情况,以及民事行为能力鉴定的不断上升趋势,此处有必要对鉴定涉及的重点

法律概念进一步说明。

1. 民事行为能力的含义：民事行为能力是指行为人通过自己的行为，行使民事权利或履行民事义务的能力。行为能力不仅包括合法行为的能力，也包括对其违法行为应承担责任的能力。出于保护公民权利和维持经济秩序的双重目的，法律规定，只有当公民智力发育成熟，精神状况健康，能够理智地判断自己行为的后果，独立处理自己事务，清楚自己的行为会给自己带来有利或不利的法律后果的时候，才算具备了行为能力。

2. 民事行为能力的广义与狭义区分：法律上所指的民事行为能力一般是广义而言，是指行为人在取得民事行为能力资格之后，直至这种资格消亡或终止的全过程中，对自己参加所有民事活动所实施行为的辨认能力；狭义的民事行为能力是指民事主体以自己的行为参加某一民事法律关系，取得相应民事权利，承担相应民事义务的能力。现行《民法通则》将民事行为能力划分为有、限定和无三个等级，是一种广义的划分。鉴定实践中，一般为狭义的具体民事行为能力鉴定，如合同能力、遗嘱能力等。目前多数学者认为具体民事行为能力应采用有、无两个等级的划分。

3. 民事行为能力鉴定的法学标准：法律上民事行为能力等级的划分考了以下两个基本因素，一是年龄、另一是精神健康状况。《民法通则》第十一条规定：“十八周岁以上的公民是成年人，具有完全民事行为能力，可以独立进行民事活动，是完全民事行为能力人。”这一规定，就是我国公民成年年龄和具有完全民事行为能力的法律依据。《民法通则》第十一条第二款又规定：“十六周岁以上不满十八周岁的公民，以自己的劳动收入为主要生活来源的，视为完全民事行为能力人。”

《民法通则》第十二条规定：“十周岁以上的未成年人是限制民事行为能力人，可以进行与他的年龄、智力相适应的民事活动；其他民事活动由他的法定代理人代理，或者征得他的法定代理人的同意。”依据这条规定，十周岁以上不满十八周岁的人为限制民事行为能力人。《民法通则》第十二条第二款规定：“不满十周岁的未成年人是无民事行为能力人，由他的法定代理人代理民事活动。”因为不满十周岁的儿童尚处在生长、发育的初级阶段，他们还不明世事。根据他们的年龄和智力，他们一般是难以进行民事活动的，故属于无民事行为能力人。

对精神病人的民事行为能力根据其病情轻重，做出了无民事行为能力、限制民事行为能力两种规定。《民法通则》第十三条“不能辨认自己行为的精神病人是无民事行为能力人，由他的法定代理人代理民事活动。不能完全辨认自己行为的精神病人是限制民事行为能力人，可以进行与他的精神健康状况相适应的民事活动；其他民事活动由他的法定代理人代理，或者征得他的法定代理人的同意。”对是否具有民事行为能力，在由最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部和卫生部于1989年联合颁发的《精神疾病司法鉴定暂行规定》第二十条第三款中规定“被鉴定人在进行民事活动时，经鉴定属于下列情况之一的，为具有民事行为能力

- (1) 具有精神病史，但民事活动时并无精神异常；
- (2) 精神疾病的间歇期，精神症状消失；
- (3) 虽患有精神疾病，但其病理精神活动具有明显局限性，并对所进行的民事活动具有辨认能力和能保护自己合法权益的；
- (4) 智能低下，但对自己的合法权益仍具有辨认能力和保护能力的。”

4. 民事行为能力鉴定的应用与评定: 本症的民事行为能力鉴定按医学标准和法学标准进行综合判定, 医学标准确定是否存在智能缺损, 缺损的严重程度; 法学标准主要是判定其辨认能力状况。法学标准的任务是检验精神发育迟滞者在进行某一民事行为时, 对其行为的内涵、性质、目的及相关利害关系的认识和评价, 其对客观事物的判断, 是否符合一般人的认识标准, 以及是否存在受到暗示或诱骗的影响。

生活中涉及的民事行为问题是多种多样的, 由于民事权利义务设定的复杂程度不一, 因此对当事人具体行为能力的要求也不同, 实际鉴定中需具体问题具体分析。我们不难想像, 同样都属买卖合同问题, 买几元钱一盒的香烟, 与买几千元一台的电脑, 所要求的民事行为能力理应是有所不同的。

实际鉴定中, 对于重度、极重度精神发育迟滞者由于智力缺陷严重, 不能依法履行自己的民事权利和承担相应的义务, 多数属于无民事行为能力。为了保护他们的合法权益, 可适用法定监护人的有关规定, 由其配偶、父母、成年子女、或其他近亲属等代理民事活动。由于重度、极重度精神发育迟滞者的社会功能有限, 涉及的鉴定问题也较为少见。

对于轻度、中度患者, 在大部分民事行为中一般属于有行为能力, 但对这类患者的民事行为能力应具体问题具体分析, 如考察其签订合同标的大小、意思表示是否真实、是否存在现实的合理性、是否受到周围人的影响等。如果患者民事行为超出了其智力相适应的范围, 或超出了其实际的物质水平, 应评定为无民事行为能力。

四、劳动能力鉴定

重度、极重度精神发育迟滞患者, 由于难于适应社会活动, 多数属于完全丧失劳动能力。轻度、中度精神发育迟滞患者, 由于可教育、可训练的性质, 一般不能达到完全丧失劳动能力的鉴定标准。

五、作证能力鉴定

作证能力主要体现在对案件事实的陈述上, 智能缺损程度是本症患者作证能力的关键性因素, 但是并不是绝对唯一的因素。实际鉴定中应当重点确定患者是否有足够的观察、回忆与叙述事实的能力。如果具备这些能力, 就应该评定为具有作证能力。

应该指出, 作证能力是一十分复杂的问题, 即便是正常人, 作为目击者其证词的可信度, 也会受到多种因素的影响, 如在目击事件发生后接受了误导性信息, 或对从未发生事件产生虚假记忆时, 记忆的准确性就会受到影响。对于精神发育迟滞者以上影响会更为突出, 因此, 对他们的证词必须持慎重态度, 需视其他证据间的关联性及支持程度决定取舍。

刑事诉讼法第 48 条第 2 款规定: “生理上、精神上有缺陷或者年幼, 不能辨别是非、不能正确表达的人, 不能作证人。” 通常, 重度、极重度精神发育迟滞患者, 由于言语能力的限制, 属于无作证能力。轻、中度精神发育迟滞患者的作证能力, 应视案件的具体情节综合判定。一般轻度精神发育迟滞者多数具有作证能力, 中度精神发育迟滞患者对于少数一些简单情节也可具有作证能力。

六、性自我防卫能力

1. 性自我防卫能力的概念: 性自我防卫能力一词源于 1989 年最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部、卫生部联合颁发的《精神疾病司法鉴定暂行规定》第二十二条第一款“被鉴定人是女性, 经鉴定患有精神疾病, 在她的性不可侵犯权遭到侵害时对自身所受的侵害或严重后果缺乏实质性理解能力的, 为无自我防卫能力”。自此规定颁布实施后,

全国精神疾病司法鉴定中普遍使用了“性自我防卫能力”一词。但性自我防卫能力一词并非法学学术语，也不是医学名词，自使用以来存在不少争议，因缺乏统一认识，目前一直在沿用。

2.性自我防卫能力鉴定的法律依据：主要法律依据有两条，其一是上述《精神疾病司法鉴定暂行规定》第二十二條的规定；其二是1984年最高人民法院关于办理强奸案的司法解释“明知妇女是精神病患者或痴呆者（程度严重的）而与之发生性关系的，不管犯罪分子采用什么手段，都应以强奸论处。”上述立法的本意是打击犯罪分子欺凌弱小、乘人之危的主观恶意，同时保护精神病人这一弱势群体。这类案件强调两个核心问题，一是犯罪分子的明知故意，另一是受害人对性侵害后果缺乏实质性理解能力。为了对案件定性或寻找加重处罚的法定情节，经常是提起性自我防卫能力鉴定的原因。

3.性自我防卫能力鉴定的评价方法

近十几年来，有关性自我防卫能力鉴定的研究已取得了不少成果，其重点是被害人的相关研究。综合各类研究可以发现，性自我防卫能力鉴定中受害人的辨认能力，是由内部的意思表示和外部的行为表现两部分组成。性自我防卫能力鉴定中，检查受害人对非法性行为的辨认能力也应围绕这两个方面展开。

(1)对非法性行为辨认能力的内部意思表示：主要是根据受害人的相关陈述，考察其对非法性行为的辨认能力，以此推断其案发时的内部意思表示。一般是从精神发育迟滞者对性知识的掌握；对非法性行为是与非的认识；法律道德意识；后果意识；对强奸的解释；以及本人对案件的处理要求等几个方面进行评价。但这种方法的局限性很大，因为个体意思表示受环境和利益的影响，随时可以隐藏和变化。并非像躯体伤害，有客观存在的伤情作为依据。如果受害人不愿流露其真实想法，鉴定人则很难判定。特殊情况下受害人对非法性行为有一定认识，但由于言语功能的限制而表述不清，最有代表性的是聋哑人而又不通哑语者。

另外，如果受害人家属出于各种利益的需要，根据自己对强奸的理解，诱导被鉴定人如何回答问题时，会使情况变得更为复杂。这也是轻中度精神发育迟滞者，鉴定难度大的原因之一。

(2)对非法性行为辨认能力的外部行为表现：由于通过被害人陈述判断其对非法性行为的辨认能力，存在上述不足，因此需考察辨认能力的外部表现作为补充条件。对非法性行为辨认能力的外部行为表现包括：周围人对受害人精神异常表现、智力低下情况的评价；社会功能情况以及受害人一贯的品行表现；案犯的行为动机、作案方式；受害人案发前、中、后的行为表现等。

在案情方面，相关犯罪学研究表明，精神障碍者被强奸案的特点有：多为诱奸、案发前后无主动索取钱物、案发时受害人多表现顺从、缺乏自我保护、案发后表现若无其事等几个方面。对于某些精神障碍者以获得利益为目的，或发生性关系前后主动索取钱财且数额较大时，对其性自我防卫能力的鉴定应持慎重的态度，因其存在明显的获利动机，其行为的性质已与卖淫无异。如果对这样一有现实动机和目的的行为认定为无辨认能力，从理论到实践都存在一定难度。

(3)内部意思表示与外部行为表现的综合评价：基于上述原因，对于此类鉴定，鉴定人员应恪守实事求是的原则，以科学严谨的态度，多角度搜集掌握客观证据，并注重所提供材料的客观性和关联性。从疾病的严重程度、社会功能状况、犯罪学特征、环境因素、以及

精神检查中对非法性行为的认识能力，几个方面综合考察评定其性自我防卫能力。上述前四项为辨认能力的外部表现，后一项为辨认能力内部意思表示。外部的表现和内部意思表示应是统一的，尽管可能存在局部的不平衡，但出现外部的表现和内部意思表示完全失衡的可能性较小。实际工作中通常为疾病重者，社会功能差，案发时顺从，无获利目的，案发后若无其事。精神检查时，相对应的对非法性行为无认识。相反，疾病轻者，社会功能相对较好，案发时有获利目的或另有隐情，案发后求利私了，精神检查时，对非法性行为有一定认识。通常情况下，重度、极重度精神发育迟滞者一般无性自我防卫能力，中度者为无性自我防卫能力或性自我防卫能力减弱，轻度者为性自我防卫能力减弱或有性自我防卫能力，但智力水平与性自我防卫能力不是完全平行的关系。实际鉴定中案情是错综复杂的，不能一语而概之。对于外部的表现和内部意思表示不统一的案件，需要鉴定人员，综合案情病情情况，去伪存真，透过现象，阐明事物的本质。

通常，重度、极重度精神发育迟滞者的被强奸案，在鉴定方面相对是比较容易的。因为这类患者，从呆傻的外表；不洁的个人卫生；有限的言语能力以及常见的生理发育异常等一系列临床表现，一般很快可以被识别。即使不通过智力测查，其智能缺损程度也不难判断。

在性自我防卫能力方面，由于智能缺损严重，社会功能有限，言语能力缺损较严重。这类被鉴定人认识领悟能力差，基本上不能理解各种社会规范的含义，造成法律道德意识缺乏。对非法性行为辨认能力多为全部丧失。如，被鉴定人对非法性行为的性质不能认识，不知道其中的是非对错，不知道自己受到了那些侵害，不能在案发前对嫌疑人的不良用意进行识别和防范，案发时不知反抗或呼救，多数表现为顺从，没有愿意或不愿意的表示。案发后表现若无其事，不知报案，也不知告诉家人，缺乏愤怒或悲伤的情感反应。至于被强奸一事，对自己心理、名誉、婚姻、家庭的影响则更难以认识到。

在鉴定时由于语言交流差，接触困难，对提问理解差，因此被鉴定人很少能针对提问给出明确完整的回答，经常是一边用手比划，一边说些简短的词句，如“扒裤子”“弄尿尿”等，情感表现以欣快、自笑，或平淡、茫然较为多见。

轻度、中度精神发育迟滞者的被强奸案，由于智能缺损相对较轻，在鉴定方面被鉴定人容易受到周围人的影响，对非法性行为辨认能力方面，也会因学习和模仿的因素而改变原貌，因此鉴定相对较困难，尤其是轻度者影响更为突出。

七、精神发育迟滞者精神损伤

精神发育迟滞者涉及的精神损伤问题可分两类情况，其一是外界的各种致病因素导致儿童脑器质性损害，造成智能缺损；其二是原患精神发育迟滞者在外界的各种致病因素作用下，造成智能缺损加重或并发其它精神障碍。此处外界的各种致病因素包括理化、生物或心理因素等。这类鉴定较为常见的有：刑事案件的受害人、意外事故（如交通事故）的受害人及治安案件中的被打者。精神损伤的鉴定目的是确定精神损伤的程度以及与被伤害事件的因果关系，以此为案件的定性或赔偿提供依据。

1. 儿童脑器质性损害：临床表现为急、慢性脑器质性综合征。颅脑外伤后遗精神障碍，以外伤后性格和行为障碍、智能障碍为多见。脑外伤是精神发育迟滞的致病因素之一。智能障碍是脑部神经损害的直接结果，外伤的程度、外伤的部位、昏迷时间的长短、受伤时年龄大小，对智能障碍的程度都将造成影响。通常外伤程度越重、年龄越小造成的智能障碍也越加严重。部分患者可伴有言语功能障碍或癫痫发作。

2. 精神发育迟滞者的精神损伤：对于原患精神发育迟滞的患者来讲，伤前既有智能障碍的基础，外伤可能使原有智能障碍加重，也可能使其并发精神障碍。

3. 精神损伤鉴定的评测标准：目前尚缺乏统一的精神损伤鉴定标准，鉴定可参照以下标准：《道路交通事故受伤人员伤残评定标准》（GB18667-2002）、《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》（GB/T16180-1996）、《人体损伤程度鉴定标准》（包括重伤、轻伤、轻微伤）等相关条款。

4. 精神损伤鉴定需注意的问题：精神损伤鉴定较躯体损伤鉴定更为复杂，由于涉及赔偿问题，临床表现经常会掺杂与赔偿相关的社会心理因素。这类鉴定对调查材料的要求很高，调查材料一定要客观、详实，尤其对被鉴定人伤前的智能状况、精神状态，要有充分的调查和评价。因为损伤程度，只有参照伤前情况才能准确评价，伤前正常才能推论出伤后的精神异常是外伤或其他损害的结果，否则或许是原有疾病进展或复发。

因果关系评定：通常，颅脑外伤所致的器质性损害，导致智能障碍，评定为直接因果关系；功能性精神障碍中，急性应激障碍，评定为直接因果关系；其他功能性精神障碍，如精神分裂症、情感障碍、神经症等，评定为间接因果关系即诱发因素。少数患者在外伤或其他损害前后精神科诊断相同，系原患疾病，此时评定为无因果关系。

鉴定的原则：应从切实保护伤残者的利益出发，坚持以人为本、客观公正的原则，强调具体问题具体分析的工作方法。比如伤前即存在智能问题，伤后智能障碍加重的情况，如果对伤前、伤后智能进行评估，然后将评级相减得出赔偿等级。这样从表面上看是公正的，但还应注意一些特殊情况。如一名生活在城市的轻度智能障碍患者，伤后进展为中度智能障碍时，很可能其原本可从事的工作职业能力因此丧失，其生存能力会受到严重影响。同样情况下如果是一位靠简单手工劳动生活的农民，影响可能就没有这样大。因此对于前者的等级评价应适当放宽，而不能过于机械，这样才能有利于实现客观、公正的原则。

案 例

案例 1 被鉴定人韩某，男，29岁，汉族，小学文化，未婚，某社区协管员，北京市朝阳区人，因猥亵幼女被收审。被鉴定人韩某自幼上学，小学毕业后辍学。2008年4月至案发时在某居委会当协管员。家庭成员：父母均已退休，被鉴定人系独生子。

2008年8月，被鉴定人韩某在其居住地附近的某号楼道内先后两次强行对周某（女，7岁）抠摸生殖器，指奸。因周某被抠摸后小便疼痛，将案情告知家长，由家长报警。预审时，被鉴定人对案情供认不讳，称：上个月，具体几号记不清了，大约是下午，我在我家小区院里看见邻居家小女孩周某一个人在玩，我上去抱着她去了某号楼楼道，先用手隔着衣服摸了周某的小便，后又把她头朝下，抠了她小便，用手指在她小便内捅了几下，后跟小女孩说别告诉你家长，就让她回家了。称摸小女孩的原因是一时冲动。

据被鉴定人单位工作人员反映：2008年4月起被鉴定人在该居委会当社区协管员。称其工作是一些简单跑腿的工作，平时见了同事也打招呼，服从领导安排，行为和正常人没有差别，也没有发现什么异常。

据被鉴定人父亲反映：母孕期患“妊娠中毒”，曾服冬眠灵等药物。被鉴定人出生后未见异常，上幼儿园后发现智力差，学习困难，小学一、二年级都念了两年，后来就跟班走到小学毕业，认字少，买东西不会算账。成年后在某单位后勤工作9年，后来在居委会当社区协管员，每月收入900元。取保候审后，家人问及韩某有关案情，韩只说拍了小孩的屁股，

别的什么都没干。出具残疾人证明，韩某系智力残疾。

精神检查：被鉴定人韩某，意识清晰，定向力完整，年貌相符，自行步入鉴定室，主被动接触好。语速、语调、语量正常。未引出错觉、幻觉、感知觉综合障碍。未引出思维内容及形式障碍。称“从小脑子笨，考试不及格，曾在某单位上班多年，干的是杂活，什么都让干，因钱少就不干了。后来干协管员，也都是跑腿的事”。称案发时“就是拍了拍小女孩的屁股”，当时“脑子一片空白，不懂法律，不知道摸人家违法”对提问多以不知道回答。检查过程中，内心体验与情感反应协调。未见冲动、怪异行为。韦氏成人智力测验，智商 64，属智力轻度受损。

分析：据卷宗材料和精神检查所见，被鉴定人韩某自幼智力低下，小学两次留级，后跟班走至小学毕业。成年后可以从事一般简单劳动，单位反映其日常表现正常。综合智力测验，智商 64，依据精神与行为障碍分类第十版（ICD-10）的相关标准，被鉴定人临床符合轻度精神发育迟滞的诊断。精神检查，否认有对受害人生殖器进行抠摸等行为，未引出幻觉、妄想等精神病性症状。对自己的行为有开脱、辩解，自我保护良好，对自己行为的性质辨认清楚，因此评定为有完全刑事责任能力。

鉴定结论：轻度精神发育迟滞，有完全刑事责任能力。

案例 2 被鉴定人王某，男性，24 岁，汉族，文盲，未婚，无业，北京市怀柔区人，持有残疾人证，系智力残疾。因盗窃被收审。2007 年 4 月底的一天，被鉴定人王某到本村其三叔家中玩，看到三叔的孩子在客厅写字。后被鉴定人到三叔卧室内，将床缝里的一铝盒拿走，盒内装有现金 2800 元、一张存折、三张养老保险单等。随后，乘车去了镇里一家商店购买茶叶、啤酒。2007 年 5 月 2 日，其三叔发现钱物丢失后，在村治保主任陪同下质问王某，王某承认偷窃事实。预审时，被鉴定人王某对案发经过能大概能讲述，称自己以前看见三婶往那个盒子里放钱，知道盒子存放的位置。知道自己的行为不对，称“以后我不拿就行了。也不去他们家了，你放我回家得了。”并保证今后不偷了。自称拿了盒子后乘车去了镇里，在一商店购买茶叶、啤酒时，铝盒及盒内物品被商店老板要走。其母书面材料：王某身体健康，但脑子有毛病，有些傻，平时在村里扫街。从小总偷别人家的东西，见什么偷什么。喜欢烟酒，见到酒就喝，喝完酒就要酒风，家人如阻止就打骂家人。其三叔反映：“王某这人是个傻子。这孩子经常到我们家拿点这个，拿点那个。家里存放钱及贵重物品也都防着他，放的地方比较隐蔽。”称“发现这钱没有了，我第一个反应想到的就是王某。”村里人都知道他傻，知道他有小偷小摸的毛病，小卖部都不卖给他东西。

精神检查：被鉴定人王某意识清晰，定向力完整，年貌相符，自行步入鉴定室，接触较被动。问答切题、简单。未引出幻觉、错觉及感知综合障碍，未引出思维内容方面异常。承认自己偷了三叔的一个盒子，里面有一打钱，具体多少不知道。称在家时能扫大街，不知道一月工资多少。称曾用铁钳子打自己的母亲。数字概念模糊，计算能力差。说自己属狗的，今年 18 岁（应为 24 岁），不知道哪年出生。不能进行简单的数学运算，不会算“一瓶啤酒一元，拿十元钱买两瓶啤酒，应找多少钱。”称自己不认识钱。情感反应欠协调，在说到自己偷钱及打母亲的事时发笑。韦氏成人智力测验，智商 42，属智力中度受损。

分析：被鉴定人王某自幼呆傻，反应慢，文盲。平时有小偷小摸的行为，村民对其均有所提防，由于品行问题小卖部不卖他东西。日常工作能力差，仅能从事扫街这样的工作。嗜烟酒，喝完酒就要酒风，家人若是阻止就打骂家人。精神检查，言语较简单、切题，

可进行简单的交流。韦氏成人智力测验，智商 42，综合社会功能情况，依据精神与行为障碍分类第十版（ICD-10）的相关标准，被鉴定人王某临床诊断为中度精神发育迟滞。被鉴定人 2007 年 4 月底，偷窃其三叔家的钱物，得手后即外出挥霍，作案动机现实。预审时，对案情大致经过叙述清楚。主动承认错误，并保证今后不再偷窃等，说明其辨认能力良好。其盗窃行为虽与其平时的一贯品行有一定关联，但实施重大盗窃行为尚属首次，对自己行为的后果明显缺乏预期，考虑为控制能力减弱，因此评定为限制刑事责任能力。

鉴定结论：中度精神发育迟滞，限制刑事责任能力。

案例 3 马某，男，40 岁，汉族，未婚，文盲，无业，北京市通州区人，因故意杀人被收审。被鉴定人马某，同胞四人行二，母孕期正常，足月顺产。自幼智力落后，5 岁才会说话、走路。10 岁上学，学习成绩差，一年级读了两年，因跟不上班，小学四年级辍学。后一直在家闲居，听不懂好赖话，辨别是非能力较差，愿意和比他小的孩子玩，经常被捉弄、被人欺负。在父母亲的带领下能干些简单农活，但干活质量差，村里人称他“傻强子”。2005 年村委会为了照顾他的生活，安排他和别人一起在村里负责治安巡逻。2006 年 3 月 1 日村治保主任给负责治安巡逻人员开会，会上讲了村里的一些治安问题，指示治安巡逻人员要大胆管理，重点人员一定要重点盯守等。当晚，被鉴定人在巡逻时，发现平日有小偷小摸行为的李某（女性，35 岁）形迹可疑，于是独自跟踪李某。后看到李某进了一户村民家，一会儿出来时，腋下夹了一件东西。被鉴定人当时即认为抓住了李某盗窃的证据，想到白天开会时治保主任的讲话，于是顺手在一砖垛上拿了一块砖，朝李某的头部连砸两下，李某被打后，倒地喊叫。被鉴定人因担心李某起来自己打不过，又在李某的头部连砸了数下。造成李某重度开放性颅脑损伤，失血性休克，经抢救无效死亡。预审时，被鉴定人反应迟钝，称自己是想立功，是在维护村里的治安，同时又称自己不该出手太重，打人犯法了。

旁证材料反映：被鉴定人与李某无矛盾。案发当晚李某到邻居家串门，看见邻居家正在绑扫地的笤帚，闲聊时，说了句自己家里的笤帚也坏了，邻居听后就给了李某两把。李某在邻居家呆了有十几分钟，就夹着笤帚回家了。村保安人员反映：被鉴定人到保安队上班以来，经常迟到、早退，因都知道他智力低，也就不和他计较。平时巡逻时都是和别人一起，案发当晚没有来村委会上班。发现他打人时，被鉴定人称要立个功给领导看。

精神检查：被鉴定人自行步入检查室，意识清楚，定向力完整。接触被动，问答尚切题，语量少，语速稍慢，表情幼稚，说话构音不清。自述个人情况与调查材料基本相符。称幼年体弱抽过风，住过院，长大了就好了。上学时成绩不好，一年级蹲过班，到四年级就不念了，认为自己脑子笨，跟不上班。退学后被送回河北老家，在爷爷的教授下学习干农活儿，但只会帮助搬东西、浇地等。成年后回父母身边，在家养狗、养鸽子，帮助母亲种菜等。从 2005 年开始在村里保安队上班，表示工作能够胜任，领导对自己的工作满意。谈及案情时，称平时都看不起我，听了村干部开会时说的话，想立个功给大家看。打人后看见她躺在地上叫喊，当时慌了，害怕她起来打我，就又打了她两下。检查过程中未引出精神病性症状，情感反应幼稚。检查智力水平时，显常识欠缺，不知一年有四季的变化，不能完整地概括鸡鸭的异同点，抽象概括能力差，韦氏成人智力测验，智商为 51 分。

分析：被鉴定人马某，男性，40 岁，小学四年级文化。自幼智力低下，说话走路明显迟于同龄儿童，表明言语及运动功能发育迟缓。未能适龄上学，学习成绩差，曾被留级，小学四年级辍学，表明其学习能力差。成年后一直在农村干活，能从事简单的体力劳动。案发

前一年在保安队上班，工作能力差，智力测查，显示计算力、抽象概括能力差，常识欠缺，社会适应能力不足。韦氏成人智力测查，智商 51。综上所述，依据精神与行为障碍分类第十版（ICD-10）的相关标准，临床诊断符合轻度精神发育迟滞，未见精神病性症状。

2006 年 3 月 1 日晚，因怀疑李某有盗窃行为，用砖块击打李的头部，造成李某死亡。被鉴定人平日与李某无矛盾，由于错误地理解领导意图，为显示自己的能力实施违法行为，行为时不计后果，不加预谋，缺乏自我保护能力，案发后虽知道打人犯法，但受其智能障碍影响，对其违法行为的后果预期不足，辨认、控制能力不完整。

鉴定结论：轻度精神发育迟滞，实施违法行为时受智能障碍影响，辨认、控制能力不完整，评定为限制刑事责任能力

案例 4 被鉴定人朱某，女，22 岁，汉族，未婚，文盲，无业，北京市平谷区人。被鉴定人自幼生长发育较同龄人晚，2 岁还不会说话、走路，没上过学，不认字，也不识数。说话简单、含糊不清，与人交流困难。不会干家务，反复教也学不会。近 10 年来只知道反复玩耍几块积木，吃东西不知饥饱，自己穿衣服时不知正反。随地大小便，而且不知道避人，自己不会整理月经。全村人都知道她呆傻。2007 年 2 月 28 日 19 时许，被鉴定人父母从外边回来，发现本村村民于某（男，35 岁，单身）从屋里跑出。被鉴定人见了父母后用手反复指自己的脖子和下身，说“二力子（于某乳名）”“弄尿尿”。因家人疑其被于某欺负，遂报案。

案件调查过程中，民警向被鉴定人询问案情时，被鉴定人仍有紧张、恐惧，且答非所问，反复说“二力子弄尿尿”无法描述被强奸一事的具体经过，也不能表述自己的意愿。

预审时，于某对强奸被鉴定人的经过供述叙述清楚，称一直就知道朱某有智力问题，是一个傻子。供述在发生性关系时朱某没有愿意或不愿意的表示，让她干什么都没有反应。因看她一人在家，就想占个便宜，觉得和这种人发生了性关系也不会跟人说出去。

精神检查：被鉴定人朱某意识清晰，定向力不完整，时间、人物定向均差，称自己 5 岁了，家在北边。外貌呆傻，个人卫生差，衣着不洁，头发蓬乱。接触困难，数问一答，反复提问下能说出家里有“姨”“舅”“妈”等。说话含糊、构音不清晰，不能叙述被奸经过，问及案情时，回答“二力子”“弄尿尿”，但否认有人欺负她、脱她裤子，不知道二力子的行为是好还是坏，也不知道被强奸一事对其有何影响。不知道结婚、怀孕、强奸、找男朋友等词的含义。未引出错觉、幻觉、感知觉综合障碍、妄想等症状。情感反应幼稚、肤浅，表情茫然，伴有扯衣服、搔头发等无意义动作。韦氏成人智力测查，IQ=28，属重度智力缺损。

分析：被鉴定人朱某自幼发育较同龄人差，说话、走路均较晚，智力低下。成年后仍存在明显的言语功能的缺损，如词汇量少，只会说简单的词句，如“二力子”“弄尿尿”。不能与人进行交流。不会干简单的家务，社会功能差。近 10 年来只知道玩耍积木，生活自理能力差，需人照料，如吃饭不知饥饱，随地大小便，而且不知避讳人等。韦氏成人智力测查，IQ=28。综上所述，依据精神与行为障碍分类第十版（ICD-10）的相关标准，被鉴定人朱某诊断为重度精神发育迟滞。

受智力障碍的影响，被鉴定人不了解有关性方面的知识，不知此事的性质、对自己的影响，也不知该如何处理此事。案发后仅存在本能的紧张、恐惧表现，对非法性行为的辨认能力丧失。因此，评定为无性自我防卫能力。

鉴定结论：重度精神发育迟滞，无性自我防卫能力

案例 5 被鉴定人一般资料：被鉴定人杨某，女，21 岁，汉族，小学文化，未婚，北京市密云县人。被鉴定人杨某自幼因智力低下，跟班走上到小学毕业，后务农。村民及村委会均反映被鉴定人智力低下，不识数，讲话颠三倒四。2004 年初被鉴定人与在本村打工的王某（男，36 岁）相识，谈恋爱，但被鉴定人父母反对。2008 年 3 月 2 日被鉴定人私自与王某回河南许昌（王的老家），后又随王到银川、内蒙古，因家属报案称被鉴定人被人拐骗，并称在电话中听到被鉴定人哭泣。2008 年 5 月 6 日民警在内蒙古巴彦淖尔盟某县硅钙厂内找到被鉴定人，但被鉴定人称二人是在谈恋爱，称其自愿离家，回河南是想登记办喜事，与王某发生性关系是自愿。

预审时王某称知道被鉴定人智力低，与被鉴定人是在谈恋爱，并准备结婚，发生性关系俩人自愿。称他俩个人来往的事，被鉴定人的家人都知道，但不同意两人谈恋爱。带被鉴定人去河南是被鉴定人要求的，后来一起到内蒙古去打工。

精神检查：被鉴定人杨某意识清晰，定向力完整，年貌相符，自行步入鉴定室，一般接触好。检查时，称在村里扫马路时认识的王某，二人只是一般认识，去河南是受王某胁迫，发生性关系时自己不愿意，但在他家里没办法反抗。对于其他提问，如什么是强奸，王某是否犯法以及这件事对自己有何影响等，均回答“不知道”。由于案情相关材料，与被鉴定人陈述明显不符。经耐心询问开导后，被鉴定人称父母让其与王某断绝来往，逼自己这样回答。其实自己和王某是交朋友搞对象，愿意和王某在一起。称与王发生性关系也是自己愿意，并想和王某结婚过日子，不想告他、抓他。去河南是自己提出来的，打电话哭是想家了。问及两人的关系时，回答“王某是我老公，我是他老婆，是夫妻关系”智能检查：知道自己年龄，了解一般的简单常识，知道发生性关系能怀孕，对案发过程大致可描述，计算能力稍差。韦氏成人智力测验，IQ=55，属轻度智能障碍。

分析：被鉴定人杨某，女，21 岁，小学文化。自幼因智力低下，跟班走上到小学毕业，后务农，可以从事一般简单劳动。村民及村委会均反映被鉴定人智力低下。2004 年初与王某相识，谈恋爱。于 2008 年 3 月至案发二人多次发生性关系。精神检查：开始时按父母要求回答问题，经教育后叙述案发过程与卷宗记载大致相同。称自己与王某是在交朋友，愿意与王某发生性关系，认为与王某是夫妻关系，知道发生性关系会怀孕的后果。韦氏成人智力测验，智商 55。综上所述，依据精神与行为障碍分类第十版（ICD-10）的相关标准，临床诊断符合轻度精神发育迟滞，未见精神病性症状。在与王某发生性行为时，对非法性行为的性质认识清楚，属有完全性自我防卫能力。

鉴定结论：轻度精神发育迟滞，有完全性自我防卫能力

复习思考题

1. 精神发育迟滞的定义，临床如何分级？
2. 精神发育迟滞者刑事责任能力评定的核心问题是什么？评定时应注意那几个方面的问题？
3. 性自我防卫能力鉴定中受害人对非法性行为的辨认能力由那两个部分组成？具体内容是什么？

（刘双臣）

第十六章 精神病的伪装

第一节 概 述

一、概 念

伪装即扮演、装扮，是用动作和行为来模拟或夸大某种情境或病症的行为。临床上的诈病(malingering)多是诈精神病，而且又多见于司法精神病学领域，是指当事人为了逃避外界不利于个人的处境，摆脱某种责任或获得某种个人利益，故意模拟或夸大精神障碍或伤残的行为。诈病在各种案例中均可发生，包括刑事案件、民事案件、交通事故伤残鉴定、工伤伤残鉴定等。

随着精神卫生知识的普及以及影视作品等有关精神疾病描述的内容日渐增多，公民对精神疾病的认识水平有了较大提高；我国《刑法》第十八条对精神病人的刑事责任能力也作了明确规定“精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任，但应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗，在必要的时候，由政府强制医疗。尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人犯罪的，应当负刑事责任，但是可以从轻或者减轻处罚。”因此，某些人为了摆脱某种不利处境、推诿某种责任和义务、逃避惩罚或获取某种利益或补偿等而故意伪装成精神病状态。近年来，由于医学技术的发展，对躯体疾病诊断技术方法和准确率不断提高，因此伪装躯体疾病的情况越来越少。但目前的医学水平对精神疾病的诊断比较落后，一般建立在经验性评估的基础上，受评定者的主观因素影响较大，加上人们对精神疾病有不少误解，因此伪装精神疾病的情况越来越多。伪装者也常认为精神病是脑子里面的疾病，既看不见，又摸不着，全凭自己表演，好装，不像躯体疾病容易被查出。其实，伪装精神病也并非如此，有经验的专家不难识别。

在精神疾病司法鉴定实践中，伪装者多以中青年男性为主，且智能良好，尤其存在人格障碍或有前科者伪装的较为多见。伪装疾病的发生率在不同的省市和地区可能存在一定的差异，李从培曾综合国内各地的资料，发现伪装者占全部鉴定案例的0.4%~1%。近年来，随着民事赔偿案件和工伤、交通事故、职业病伤残鉴定案例的增多，鉴定结论直接影响当事人的切身利益，伪装精神疾病的情况屡见不鲜。影响伪装精神病发生率的因素主要包括：①对鉴定意义的认知程度和对法律的了解程度；②赔偿或获益意识；③精神损伤程度：无论是智力损伤还是精神损伤，程度越轻，自我保护意识越强，伪装的也越多；④鉴定人员的技术水平。

二、伪装精神病的目的

伪装精神病是一种自我保护形式，伪装疾病总有一定的目的，如果找不到任何目的和动机而怀疑伪装精神病是没有根据的。

（一）逃避刑事责任

这种情况多在发生了重大的刑事犯罪以后，犯罪嫌疑人或被告人认识到后果的严重性，为了逃避刑事责任而伪装精神病。多见于拘捕未判的犯罪嫌疑人或被告人。作案前伪装者少见。也有的作案前患有精神病，作案时已痊愈，在实施违法犯罪行为时又装出精神病的表现，

或在作案后又装出精神病的表现。

（二）逃避惩罚

这种情况多见于服刑期间的罪犯。我国《监狱法》规定：“监狱是国家刑罚执行机关。依照刑法和刑事诉讼法的规定，被判处死刑缓期二年执行、无期徒刑、有期徒刑的罪犯，在监狱内执行刑罚。”“罪犯必须严格遵守法律、法规和监规纪律，服从管理，接受教育，参加劳动。”因此，有的罪犯为了逃避劳动、希望做轻工、或到老弱病残监区、队获得更多的照顾、或为了保外就医而伪装精神病。

（三）摆脱某种困境

我国古代有孙宾装疯、蒯生佯狂的记载；在“文革”期间有的为了逃避政治运动而伪装精神病；也有的为了从艰苦边区调回城市而伪装精神病；个别士兵为逃避战斗或提前退伍可能出现伪装精神病的情况。有的为了推迟庭审，利用无诉讼能力或受审能力为借口，进行非法活动，或推翻不利的供词。

（四）获取某种利益

这种情况多见于与人发生纠纷后、躯体等损伤后或被人殴打后出现了“精神异常”；有的在原有精神疾病的基础上夸大或延长已消失的躯体或精神症状。其目的是为了获取赔偿或加重对对方的处罚等。

（五）推诿某种义务

我国《民事诉讼法》第七十条规定：凡知道案件情况的单位和个人，都有义务出庭作证。不能正确表达意志的人，不能作证。如有的人明知案情，由于种种原因却不愿出庭提供证人证言而伪装精神病；有的人原订立了合同，利用无行为能力的借口，取消合同中应承担的义务。在国外，有的为躲避服兵役而伪装精神病。

第二节 伪装精神病的相关医学与法律问题

一、伪装精神病的表现

伪装精神病的表现是多种多样的，伪装者想装什么就装什么。随着文化的变迁，人们对精神疾病的认识和了解，伪装精神病的临床表现也不断变化。但精神病既然是一种疾病，就有一个疾病的发生、发展和转归的过程。而伪装者要使周围的人相信他有“病”，“表演”往往过分“出格”，行为举止离奇古怪，常把不同疾病、不同规律的症状拼凑在一起，结果成了一个大杂烩，难于归类。如果伪装者具有一定精神病学知识和经验，可能伪装得像一些，但要将一个疾病的全貌伪装得惟妙惟肖是很困难的。如伪装精神分裂症者，伪装幻觉、妄想等个别症状并不难，但对精神分裂症的基本症状，如思维贫乏、情感淡漠、意志活动缺乏以及一些特征性症状是难于伪装的，有经验的专家不难发现破绽。所以，伪装者伪装的常不是疾病的全貌，而是疾病的个别症状。

不同的案件性质，伪装的表现也不同。在刑事案件中，以伪装重性精神病症状多见；在民事赔偿案件中，以伪装智力和记忆损害为常见，因为民事赔偿案件鉴定的目的是确定受害人的损害程度，其损害程度越大，赔偿的数目越多，也有表现为功能性失明、失聪、瘫痪及精神症状者；在工伤、道路交通事故等伤残评定中，也常见伪装智力和记忆损害，少数表现为精神异常，包括重性精神病症状和类似神经症的症状等。伪装者可伪装精神症状，也

可伪装躯体症状。

（一）伪装痴呆(智力减退)

指故意装傻，这在伪装中较多见。轻者，有的表现为不假思索地回答问题，随意作答，或故意放慢回答问题的速度，有意显示自己记忆差或反应迟钝，不尽自己的努力去实施心理测验等，常用“我忘了”、“我记不得了”、“我不会”、“我不知道”等回答。重者，表现为严重的记忆减退，故意答错甚至连自己姓名、年龄、住址等都不记得，分不清左右手和自己性别，让指鼻子则摸着耳朵，问1+1=2？，回答是牛或马等。有些伪装者对有利于自己的事情能回忆，对不利的或使自己要牵连进去的事情就毫无记忆，多见于有脑外伤病史者。其临床表现与实际损伤程度不一致，常无相应的器质性阳性体征和实验室检查的证据；或虽有脑损伤，经治疗后脑组织仅留有轻微创伤后的改变，但临床表现却显得很重。由于过分“傻”、“呆”，而与精神疾病的症状规律相悖。

（二）伪装意识障碍

表现为对实施犯罪行为发生遗忘，说不清实施犯罪行为时的时间、地点、周围人物及过程等。但检查时对答切题，能理解提问内容，能回答一般性问题，尤其对自己有利的问题回答往往准确无误。

（三）伪装缄默不语或木僵

这种情况较为多见，也容易伪装。但真正的精神疾病不可能只表现出孤立的缄默症状，通过严密观察常可发现破绽。伪装木僵状态，不语、不动、淡漠、对外界发生的事情漠不关心、拒食等，但检查时往往发现与器质性木僵、紧张性木僵、抑郁性木僵及心因性木僵均不相符；经仔细观察常可发现一些矛盾，如对周围环境非常注意、敏感，可秘密进食，舒展身体，并且一般无营养不良和肌肉萎缩等。

（四）伪装幻觉妄想

伪装者常主动暴露“症状”，如称自己有“幻觉”或“妄想”，并强调其实施的犯罪或危害行为是受“幻觉”或“妄想”的影响，甚至还能较正确地解释“幻觉”或“妄想”的含义。但“幻觉”往往孤立持续存在，缺乏具体内容，对细节始终说不清楚，并与其他精神活动无联系；“妄想”也常突然出现或突然终止，无具体内容，并且这些“幻觉”或“妄想”很少引起当事人的情绪反应，对这些“幻觉”或“妄想”既不害怕，也无相应的内心体验及外在的“对抗”行为。

（五）伪装破裂性思维或思维奔逸

伪装者可表现言语增多、答非所问、语无伦次、自言自语，但与真正的破裂性思维或思维奔逸相比，往往缺乏自然与流畅，与其他精神活动也无联系。而且伪装者讲多了难免要涉及周围的人和事，因此，这类症状是难以伪装的。

（六）伪装情感障碍

有的伪装者常表现出“情感淡漠”，对提问毫无反应，但若给予晓之以理、动之以情的刺激便可出现正常人的情感反应，或以闭眼、肢体颤抖等来竭力掩饰自己的情绪。也有的表现“悲观失望”，或表现情感高涨、兴奋话多。

（七）伪装运动障碍

常见的表现为双腿或某个肢体突然不能活动或出现跛行或将肢体屈曲成极不自然的姿势等，但通过神经系统检查和仪器设备检查往往无相应器质性损害的证据。有的伪装者甚至

用注射器将污水、煤油、汽油等注入肢体导致局部组织感染肿胀而出现运动障碍。需要注意的是，伪装瘫痪应与癔症性瘫痪相鉴别，伪装者有明显的目的动机，一般无癔症性格特征，症状具有伪装的特征，可通过自我控制而发生改变等。癔症患者多有癔症性格，既往多有发作史，症状具有无意识、不能自控的特征，并非故意伪装；虽可受暗示的影响，但符合癔症的疾病规律；尽管症状具有表演性、夸张性，但也有泰然漠视甚至否认有病的相反情况；经暗示治疗病情往往较快恢复。当然有时伪装精神病与癔症的鉴别确有一定难度，需要深入调查、全面检查、密切观察以及认真仔细分析，方能辨别。

（八）伪装行为异常

伪装者为达到其目的，往往可做出各种离奇古怪的行为，如呈现各种姿势、动作、怪相，如挤眉弄眼、磕头作揖，赤身裸体，当众手淫等，甚至以“苦肉计”的形式出现。有的不停地作怪动作，不停地点头或摇头，全身或四肢抖动等。有的出现“意向倒错”，吞食异物，如吃大小便、小铁钉、小玻璃片及塑料物品之类、或拣地上的东西吃等；也有的易激怒、冲动，自伤自残，如割腕、扎肚皮、砍伤指头等，但均无严重的或致命性的伤害。上述表现多在白天或在他人面前“表演”，显出比“真正的精神病人还疯”的样子，这些表现具有夸张性、表演性、幼稚性，显得很粗劣，而且除单纯的行为障碍外，缺乏相关精神疾病的其他症状，难于归类。

（九）伪装兴奋躁动

伪装者可表现为兴奋、失眠、吼叫、谩骂、手舞足蹈、打人、撕衣毁物、自伤、赤身裸体、随地大小便等。这类症状往往难以长期坚持，常呈现“间歇性表演”。如白天在公众面前“表演”，持续时间到无人时便需要暂时休息，由于表演疲惫不堪，晚上生理性睡眠并不减少。

（十）伪装神经症样症状

常表现为在检查人员面前过分夸大其躯体不适症状，可表现为头痛、头晕、恶心、记忆力差、心烦、坐立不安，注意力不集中、周身不适等。如自然走来医院者，当见到鉴定人员时突然表现出不能独立行走，让家人背着或搀进检查室，迅速从自然表情转为痛苦表情，主诉大量的躯体不适，而没有相应的阳性体征或实验室检查证据。

二、伪装精神病的共同特征

（一）症状的突然性

伪装的症状绝大多数在侦查、起诉、审判或执行阶段突然发生，且症状十分丰富，没有任何前兆症状，不能用任何精神病性障碍来解释。当认为已无必要伪装或被识破后症状便立即消失。

（二）症状的夸张性和多变性

伪装者为吸引他人的注意，让人相信他“真病”，“表演”往往过分“出格”，或故作姿态，带有明显夸张、做作色彩，甚至主动暴露症状，如大声说话的自言自语，内容凌乱，似思维不连贯，但不伴有意识障碍及明显的行为紊乱等。由于其症状属主观性质，症状可受暗示的影响，常常变化多端，不同时间、不同地点出现的情况不一样，今天出现一个症状，明天又换成另一个症状，人前人后以及白天和晚上表现不一样。

（三）症状难于归类

伪装者往往把不同规律的症状凑合在一起混杂搭配，甚至自相矛盾。如表现明显的意志

减退，但又主动要求吃好的菜饭；精神症状和神经系统症状交替出现等，难以用某种精神疾病来解释。

（四）强调自己有病

如犯罪嫌疑人或被告人主动声称自己有“精神病”、有“幻觉”、“妄想”、有“遗传性精神病”等。

（五）回避检查或不合作

检查时，由于伪装者心虚、紧张害怕，往往回避检查或不合作。有的听说要检查而出现逃跑行为。在检查时回答问题往往时间延长、不答、故意答错或奇怪回答；有的对检查持敌视态度，抵触、抗拒或故意任性和发脾气，甚至出现冲动行为。

（六）对周围环境敏感，回避周围人的目光

伪装者往往表情冷淡、低头缄默不语或凝视一处，或表情紧张，绝少与工作人员目光对视。如果与检查者正对着坐，则将头扭向一侧说话；如果在有监视器的地方，则总是背对着监视设备坐。回避目光是伪装者的共性。但对周围环境却十分敏感，悄悄左右扫描，窥视周围动静，周围稍有动静，反应极为灵敏。

总的来说，对于精神疾病来说，精神症状的出现，不会是孤立的仅仅一种症状，也不是几种症状混乱的拼凑，必定有相应的其它方面的症状有机结合在一起，这是伪装者不能揣摩出来，或是随心所欲地仿效的。有的伪装者常做出努力摹拟多种精神症状，企图给人以患有精神病的“完善印象”。伪装精神疾病症状可以是单一的症状，也可以是多种复杂的症状同时出现，不同的伪装者所表现的伪装症状的差异与伪装者对精神疾病的认识不同有关。

三、伪装精神疾病的诊断与鉴别

（一）伪装精神疾病的诊断

精神疾病是心理活动的异常，根据目前科学技术发展水平，对多数精神疾病还无法通过仪器或设备来检测、鉴别其真伪。目前应用较多的各种心理测验，也仅是具有参考价值，不能以此来确诊；有的鉴定机构或公安部门使用测谎仪，但目前尚处于探讨和经验积累阶段；有的使用麻醉分析，但在麻醉分析的情况下，伪装者仍可抑制吐露真情而编造虚假情节或虚构一些不符合事实的情节，对其可靠性尚存疑问，况且在司法精神鉴定中采用这类方法，有其不合法性，目前一些司法精神病学工作者对此方法持否定态度。因此，目前识别精神病伪装最可靠、最实用、最简便的方法就是专业人员凭借自己的临床经验，全面深入细致的调查、严密观察以及对资料系统地进行分析、判断和推理。具体做法有以下几个方面：

1. 充分掌握案件当事人各方面的材料

（1）一般材料 包括案件当事人的姓名、性别、年龄、婚姻、民族、文化程度、职业、工作单位、住址等。

（2）案情（以刑事案件为例）不仅要了解犯罪嫌疑人或被告人作案的详细过程，而且还应了解是否具有正常人作案的目的动机，如为了满足个人欲望、报复或系生理性激情或病理性动机等。

（3）案发前、案发过程中及案发后的精神状况 了解犯罪嫌疑人或被告人作案前工作、劳动或学习情况，有无异常言行，人际关系、日常生活、个人卫生的料理情况；案发过程中的表现，目击证人反映的情况；案发后表现，如讯问笔录，尤其是首次笔录及关押期间的表现等。其精神异常的表现必须有多个知情人证实，包括被鉴定人的家属、邻居、同事、单位、

居委会等，并注明精神异常发生的时间、具体表现及治疗情况。

(4) 深入调查了解犯罪嫌疑人或被告人有无伪装的现实动机和明确的目的。

(5) 个人史 简单地讲应当包括：个人简历、健康状况、一贯个性特点及既往工作、学习情况及平时的一贯表现等方面的详细材料，有无前科。

(6) 家族史 包括两系三代直系亲属中有无精神疾病患者，家庭主要成员的个性，家庭成员之间的关系、家庭经济情况、家庭环境等。

(7) 其他相关材料 如犯罪嫌疑人或被告人的日记、书信、医疗记录、检查结果（包括辅助检查）等。

2. 必要的仪器设备检查及体格检查 一般情况下，脑电图、脑电地形图、智力检查为常规检查，必要时进行脑 CT、MRI、动态脑电监测、诱发电位及心理测试如 MMPI 等特殊检查及常规的体格检查。

3. 专家详细的检查 要确认精神病的伪装需聘请有关专家来做鉴定。但从事鉴定的专家必须具有丰富的司法精神病学知识、经验和鉴定能力，才能胜任这项工作。专家需对被鉴定人作详细的精神检查，认真挖掘症状，仔细进行分析。特别需要强调的是，在鉴定过程中，除专家全面详尽检查和深入细致的调查外，公安司法人员的密切配合是必不可少的。因为专家所见到的只是被鉴定人的一个横断面表现，对其一贯的、纵观的表现全然不知，这就要依靠材料的收集，而这项材料收集工作正是公安司法人员于鉴定前必须完成的一项任务。如果公安司法人员收集材料时不负责任、不全面、不准确、不真实或主观片面，专家也很难做出正确的鉴定结论或者说可能导致错误的鉴定结论。这样，势必将伪装者鉴定为“病人”，或将真正的精神病人鉴定为“无病”，起不到保护精神病人的合法权益及打击犯罪，维护法律的尊严的作用，给社会造成严重的后果。所以，要识别精神病的伪装，需要公安司法人员与专家密切配合、通力合作共同来完成这一项任务。

4. 严密观察和慎密调查 有时对伪装精神病的识别相当困难，需排除有关功能性精神疾病、器质性精神疾病以及神经系统的疾病等方可确认。所以，仅凭一次精神检查是很不够的，常需要反复多次的进行精神检查，必要时需要一段时间的严密观察。在观察时鉴定组专家最好亲自进行，这样，可以获取第一手资料，同时还可以布置不同层次的秘密力量协助跟踪监视。观察必须秘密进行，一般应在单独病室，最好采用现代监控技术，如闭路电视等二十四小时昼夜值守观察。主要观察其言语、行为、情感反应、与周围成员的关系、日常生活、个人卫生以及“症状”表现情况等，并作详细记录。鉴定中倘若依据不足，切勿草率从事，仓促定论，应进一步调查，收集补充材料后再作结论。必要时，鉴定人在委托单位的授权和陪同下对被鉴定人所在的单位、邻里、家庭进行详细的社会调查，收集补充有关材料，充分掌握被鉴定人案发前后的精神状态等，然后再经专家组分析讨论确认。具体诊断要求上，应注意诈病具有以下特点。

- (1)有明显的装病动机和目的；
- (2)症状不符合任何一种疾病的临床相或规律；
- (3)对检查治疗时常不合作，暗示治疗无效；
- (4)病程不定；
- (5)社会功能与躯体功能的严重程度比真实疾病重，主诉比实际检查所见重；
- (6)有伪造病史或疾病证明或明显夸大自身症状的证据；

(7) “病人”一旦承认伪装，随即伪装症状消失，是建立可靠诊断的必要条件。

这些诊断条目为诈病的诊断提供了基本思路。但在实际鉴定工作中，对伪装精神障碍和伪装智力损伤的判定尚有一定难度。承认伪装是诊断的必要条件，对科学地诊断诈病，避免滥用诈病的诊断是很有必要的。要根据具体情况分析，注意全面分析案情与“病情”，有的精神病人在表现一阵紊乱之后也会称自己是在“装病”，这种没有动机的“装病”，实质上是没有自知力的表现，因此，在确诊诈病时，不仅听他本人说是在伪装，还应要求其说出伪装的动机及经过，并且伪装症状消失，才能确定精神病是伪装的。

(二) 伪装精神疾病的鉴别

司法鉴定实践中，常见的伪装精神疾病有伪装精神分裂症、痴呆(智力低下)、抑郁症等。值得注意的是，有的伪装者，为了达到自己的目的，在家人面前也可能表现出一些不正常，致家人也误以为其有精神病，也有的伪装者在精神病院住院，忍受抗精神病药物副作用的痛苦，随着住院时间的延长，不断模仿出精神病人的各种症状。这就需要有丰富经验的精神病学专家来辨认。

1. 伪装精神疾病与常见精神疾病的鉴别 如表 15-1

表 15-1 伪装精神疾病与精神疾病的区别

	伪装精神疾病	精神疾病
动机、目的	有一定动机和目的，或受唆使	无动机和目的
发作过程	短暂不持久，无人时常休息，	自发，多有较长的过程。
接触情况	紧张违拗，多不合作，有警惕性， 常环顾四周	根据病种，有不同表现，无警惕性
言语应对	多保持缄默，或故作狂言	根据病种，有不同方式
情绪反应	对切身利益问题有相应反应	无相应反应
幻觉妄想等表现	幻觉内容单调，被害妄想常见 但多单独出现，不系统，个别人症状丰富	根据病种，伴有其他症状
失语表现	缄默，一言不发，不敢咳嗽	想说话，能发单音，能咳嗽，根据病种，伴有其他症状
失听表现	交谈不合作，对突发的巨响有瞬目， 无反应，听到切身问题有反应 到切身问题无反应	交谈多合作；对突发的巨响 听
失明表现	行走时故意碰撞障碍物，指鼻试验多 不能或故意错误	行走时小心，避免碰撞；指鼻试验正确
瘫痪表现	无相应神经系统体征	多有神经系统体征；根据病种伴有其他症状
说服教育	掌握起初情况后经说服教育能促使自动交代	无效
对疾病的态度	强调有精神病	多否认有病(根据病种)

2. 与应激相关障碍的鉴别 有的被鉴定人在案发后或在关押后逐渐出现紧张、恐惧、焦虑、抑郁等情绪反应，需鉴别是伪装精神病还是应激相关障碍。如表 15-2

表 15-2 伪装精神病与应激相关障碍的区别

	伪装精神病	应激相关障碍
目的动机	明确的动机	由于精神紧张引起
症状表现	选择对已有利的症状	非自己意志决定
暗示性	明显	不明显
环境影响	明显	不明显
对检查治疗态度	对抗或做作	不一定
对疾病认识	强调有病	不强调有病

3.与做作性障碍的鉴别 做作性障碍是一种毫无社会目的性的使自己成为病人身份的精神障碍。做作性障碍与伪装精神病虽然都具有“无中生有”和“编造”的性质，但他们之间有着本质的区别。

表 15-3 伪装精神病与做作性障碍的区别

	伪装精神病	做作性障碍
目的	摆脱责任，获得利益	满足个人欲望，获得病人角色
社会危害性	有	无
行为的重复性	很少	常有，有一定的人格特征
行为的持续性	无法忍受痛苦时放弃	持续、能忍受痛苦
症状的多变性	有	无
症状特点	精神障碍，一般只见于精神科	躯体症状多见，多在综合医院

案 例

被鉴定人张某，男，45 岁，汉族，已婚，农民，高中文化程度，因涉嫌故意伤害被捕后精神异常而鉴定。2007 年 6 月 18 日午饭时，张某在家中与亲戚饮酒后(约 3 两)后到邻居家，调解邻居两家之间的宅基地纠纷，谈话中与被害人发生冲突，被害人王某正端着饭碗手拿着筷子，被鉴定人张某遂夺过筷子朝被害人脸上戳去，导致王某眼部受伤等，经鉴定为轻伤。因双方就经济赔偿一直未达成协议，被害人于 2007 年 7 月 15 日报案。张某遂被关押，因关押后出现精神异常于 2007 年 9 月 10 日在当地鉴定为精神分裂症，限制刑事责任能力。被害方对鉴定结论有异议，要求重新鉴定。2007 年 10 月 15 日当地公安局委托我单位进行重新鉴定。张某自幼发育正常，适龄上学，高中毕业后在家务农，有时外出务工，后在家做小生意，收入尚好，平时待人热情，与邻居关系尚好，能力强，6 年前当选村副主任。其母亲曾有精神病史。调查材料显示部分邻居村民认为其有精神病，部分人认为精神正常。有人认为案发前村干部改选，被害人家属与另一候选人关系好，可能未选他，他对被害人家属有意见。也有人认为平时两家无矛盾。案发后，公安机关对其讯问大部分能清楚交待，被关押后 3 天出现精神异常，主要表现自言自语，听不清具体内容，生活自理差，有时拒食。 鉴

定时检查：意识清，仪表不整，检查不合作，表情紧张，偶有环顾四周，但回避检查人员的目光，从不正视检查者，多低头缄默不语，问其姓名、年龄以及家庭住址及案情经过时或不答或答不知道，或胡乱答，对答不切题，有时手无目的的在摸索，表现做作，无法深入交谈。体格检查及仪器设备检查均未见异常，智商及心理测试均不合作。由于不合作，并且调查材料中 5 份反映案前精神不正常，另 5 份反映案前精神正常，进行现场调查。鉴定专家在办案人员陪同下到其村里进行了调查，了解其案发前的精神状态，采用随机进入村民家或在村里马路上行走时碰见同村人员进行询问，多反映平时作为大队干部精神正常，或没听说也没见过他精神不正常的，并说“精神不正常会能当大队干部？”当问及两家人有无矛盾冲突时有人反映可能暗里有矛盾，主要是选干部的事，表面上没啥矛盾，案发前能正常工作和料理家务。后办案人员反映调查材料是让案件的双方提供的。鉴定专家在办案人员陪同下到关押张某的看守所，首先提了几名入看守所后一直和张某在同监室居住的在押人员，均反映刚入监室时完全正常，有一天可能是其律师见他后出现不正常，主要是自言自语，不劳动，生活自理差，衣服脏，不洗脸，但夜眠尚可，吃饭别人给多少吃多少，知道曾外出鉴定过，是听张某说的，近来表现基本一样，有时他也会流露出关心他的案子，也说过不知会判几年。当张某从看守所被提出时，蓬头垢面，见到鉴定人员后则低头，数问不答，缄默不语，有时自语，但听不清内容，当问及作案过程时显得紧张恐惧。

分析：被鉴定人案发前为村干部，能较好的处理家庭和村里的日常事务，未发现有明显的精神失常，社会功能好；案发后开始也未发现精神异常，讯问时能叙述案情经过，关押几天后突然出现精神异常；两家在干部选拔中有一定的矛盾，有现实动机，且饮酒后控制能力下降；两次精神检查仪表不整，不合作，回避检查人员的目光，缄默不语，询问作案过程时多不回答，有时自语，行为做作，表情紧张。

鉴定结论：作案时精神状态正常，完全刑事责任能力。

追踪情况：2007 年 12 月当地公安局宣布判张某 1 年刑期后，张某的精神症状消失，表示愿认罪伏法，并供出自己伪装精神病的经过，称听说精神病人杀人不偿命，且其母亲曾有不正常后就想到装精神病可以早些放出来，但当知道给其判 1 年刑期后，认为装也没有用了，也不是大案，表示后悔，争取好好改造，早日回去。后修订鉴定结论为：作案时精神状态正常，案后为“诈病”，具有完全刑事责任能力和受审能力。

复习思考题

1. 伪装精神病的常见表现有哪些？症状有何特点？
2. 伪装精神病的诊断要点是什么？

（李玉凤）

第十七章 精神疾病患者危险性预测与医疗监护

第一节 精神疾病患者危险性预测

一、概述

精神疾病患者的危险性，既包括患者对自身造成的危险，如自杀、自伤，也包括患者对他人甚至整个社会带来的潜在危害，如攻击或暴力行为。在司法精神病学中，精神疾病患者的危险性主要是指后者。

攻击行为（Aggression）任何形式的有目的伤害另一个生物体的行为，暴力行为（Violence）是指突然用武力伤害或破坏一个物体、一个人或一个机构。暴力是攻击的极端表现，包括刑事杀人、伤害、抢劫、强奸和其他的性侵害。

精神疾病患者出现攻击行为比较常见，他们发生暴力或其它犯罪行为的比例也较高。精神疾病患者攻击和暴力行为不同于正常人，正常人施行攻击和暴力行为是为自己的利益；精神疾病患者则可能是受幻觉、妄想或其它思维障碍等病态的影响，或者是为了防卫，或者根本没有目的，只是一种突然产生的冲动行为。其危险性可出现在疾病早期，也可出现在疾病的发展期或不完全缓解期，可只出现一次，也可多次重复出现。

在司法实践中，精神疾病患者危险性往往以男性中青年多见，且发案前有明显精神异常。国内有人报道 428 例住院精神病患者中发生攻击行为者 84 例，约占同期住院患者的 20%，84 例患者中男性 58 例，共发生攻击行为 187 次，女性 26 例，共发生 39 次。国外研究了 1265 例住院精神疾病患者入院前的犯罪率，发现男性精神病患者中暴力犯罪占 9%，而男性正常对照组暴力犯罪率为 2%；女性精神病患者中暴力犯罪占 1%，而女性正常对照组为 0%，该研究提示精神疾病患者其暴力犯罪比率高于正常人群。成年精神疾病患者产生暴力，与其患病种类有关，患病比率从高到底分别为精神分裂症、抑郁症、癫痫性精神障碍、酒精中毒性精神障碍、精神发育迟滞、器质性人格改变。青少年罪犯中诊断品行障碍的比率较高，当品行障碍和注意缺陷与多动障碍共病时，出现暴力行为的可能性更高。相对于男性，女性违法青少年中的焦虑障碍更加多见。违法青少年中患有精神病的比率较低。

因此，对精神疾病患者危险性倾向的相关因素的分析，能在其案发前及时预测，并采取有效的医疗监护，使其危险行为得到控制，将对社会的危害降低至最低限度。

二、精神疾病患者危险倾向预测的相关因素

如同其他所有行为相关性疾病一样，攻击、暴力行为的发生也是内因和外因共同作用的结果，涉及生物、社会、文化、经济、政治、种族、家庭等的各个层面，这也导致了对精神疾病患者危险倾向的预测准确性较低，很难对其作长期预测，但如作认真分析和连续动态观察找出与其危险倾向有关的因素，仍可作出短期预测。

（一）精神病理症状

研究精神疾病患者出现暴力行为，首先关注精神疾病本身与暴力行为之间的联系。多数学者认为暴力行为与精神病性症状密切相关。与暴力攻击相关的精神病理症状为：意识蒙胧和谵妄状态、错觉、幻觉、妄想、智力低下、重性抑郁、病理性激情、冲动控制障碍、先占

观念、社会退缩等，其中命令性幻听、被害妄想、烦躁和易激惹等四个症状与危险行为显著相关。

（二）人格特质

人格特质与攻击行为有着密切的联系。有研究发现，暴力犯罪者往往具有某些特殊的个性特征：多疑、固执、缺乏同情心与社会信任感、情绪不稳定、喜追求刺激、缺乏自信与自尊、应对现实能力与人际交往差等。目前常用的人格测量工具包括了明尼苏达多相人格调查表（MMPI）和艾森克人格问卷（EPQ）。MMPI 中诈病（F）、精神病态（Pd）、轻躁狂（Ma）等分值明显增高，提示受试者有较高的攻击性。国内研究发现，具有攻击行为的住院精神分裂症患者 MMPI 测试结果中的诈病（F）、精神病态（Pd）显著增高。

反社会性人格障碍患者表现为易激惹、行为冲动和不负责任，常不能预计自己的反社会行为带来的消极后果，丝毫没有罪恶感。若精神疾病患者合并有反社会性人格障碍，则出现暴力行为的危险性明显增加。

（三）神经心理因素

1. 神经病理生化因素 既往的研究证明：边缘系统特别是杏仁核在正常攻击机制中扮演重要角色，另一个重要部位是隔区，其被破坏后能够增强攻击行为。对反复发生暴力行为和有暴力行为的精神病患者的研究中，大多提示其早年有颅脑外伤史。对有攻击行为的精神分裂症患者的脑电图研究发现：中度异常者占 13.8%、轻度异常者占 28.3%。还有研究发现，有攻击行为的精神分裂症患者的听觉事件相关电位（ERP）和探索性眼动（EEM）均有异常并相关，并认为可以作为攻击行为的预测指标。国外还利用磁共振（MRI）测量发现具有冲动攻击行为的反社会人格障碍者的前额叶灰质总量减少 11%，有冲动攻击行为的癫痫患者比无冲动攻击行为的癫痫患者左侧前额叶灰质减少 17%。利用正电子发射断层脑影像（PET）技术对反复出现暴力行为的精神病患者进行研究，发现在前额叶和左侧额叶皮质的脑血流和葡萄糖代谢率降低。国外还有研究显示，大脑半球不对称与攻击行为有关。多种神经递质与攻击行为有关，包括去甲肾上腺素、多巴胺、乙酰胆碱、 γ -氨基丁酸（GABA）、5-羟色胺等。研究的较多的是 5-羟色胺，其功能低下可能是攻击的特质标记。

2. 神经心理因素 国外的研究提示，对精神病患者进行 Stroop 测试、非语言智商和 Wisconsin 卡片分类测试，其结果对患者的攻击行为有预测能力。国内王小平等人对有攻击行为的精神分裂症患者的智力结构进行对比分析，通过退化商数和 Hewson 比率计算显示出这类患者存在脑功能器质性损害。国内张钦廷等人对 182 例有攻击行为的精神分裂症患者的研究提示，发现智力在 49 分以下者占 12.9%、50 分~69 分者占 37.9%。

（四）环境因素

多数研究发现早年的不良家庭环境、成年期的不良社会文化环境、缺乏社会支持、带有负面影响的生活事件等对患者的暴力攻击行为的发生有影响。

环境因素中较为明显的是物质滥用造成的危害。物质滥用与人格因素存在交互作用，具有某些特殊人格素质的人，更容易形成物质滥用，物质滥用又使吸食者表现出行为冲动、不计后果。若物质滥用与其他精神疾病共病，则出现暴力行为的可能性明显增加。童年期受到躯体的虐待，其严重程度和出现频率都与患者今后出现暴力行为相关，如果父母—尤其是父亲出现物质滥用和犯罪，也会使患者今后出现暴力行为增加。

（五）既往暴力行为

目前多数研究支持既往攻击行为史是最重要的预测因子，Kozol（1982）曾提到，当个体没有攻击行为史时，不能或难以预测其将来的攻击行为。从统计学角度来看，发生率越低阳性预测值越低，阴性预测值越高。虽然大多数研究者认为精神疾病患者的攻击行为发生率明显高于正常人。从临床角度来看，人的行为模式相对稳定，当个体有攻击行为史时，就容易掌握其过去的行为模式，及其攻击行为产生的相关因素。因此，研究精神疾病患者以往的行为模式，尤其是攻击行为史，可以提高预测的敏感度和特异度，从而提高阳性预测值和预测的准确性。

目前，一些标准化的危险性评估工具已经在预测精神疾病患者的危险性时广泛使用。这些工具的使用有助于帮助评估者收集资料，对其危险性做出客观的评价，并有利于今后的进一步研究。主要的预测工具有：精神病理核查表（Psychopathy Check List, PCL）、暴力风险评估指南（Violence Risk Appraisal Guide, VRAG）、暴力危险评估方案（HCR-20）、分类评估量表（the Trinagle Assessment Form TAF）、分类系谱（Iterative Classification Tree ICT）、计算机辅助暴力风险分类系统（COVR）、攻击行为预测表等。

三、精神疾病患者危险性预防

研究精神疾病患者危险倾向相关因素的最终目的，是通过这些相关因素来预测和控制精神疾病患者的攻击或暴力行为。

（一）医学预防

精神疾病患者出现暴力行为与其精神疾病状态有密切的联系，在对精神疾病患者危险性预防时，首要的是进行医学预防。

1. 药物预防 由于精神药理学的迅速发展，精神病的疗效取得了较大的进步。具有攻击行为的精神疾病患者在获得精神药物治疗之后，其行为有较大的改善，暴力行为出现的可能性也随之下降。如情绪不稳定、激越、攻击行为等，可用情感稳定剂如锂盐，德巴金等；抑郁症有自杀企图或行为者，可用氟西汀、帕罗西汀、文拉法辛等抗抑郁药或使用电抽搐治疗等；精神分裂症患者可用奥氮平、喹硫平、氟哌啶醇等抗精神病药物治疗；癫痫患者的攻击行为，可用抗癫痫药物长期治疗。最近发表的一项有 1445 例样本的随机双盲对照研究结果显示，各类抗精神病药物之间治疗暴力行为的疗效基本相同，若患者曾出现童年期反社会性对立违抗障碍时，抗精神病药物治疗暴力行为无效。

2. 心理预防 心理治疗是成功预防精神疾病患者危险倾向的重要因素之一。心理治疗主要解决患者心理上的矛盾，达到治疗疾病的目的。在处理心理危机时，医务人员要关心他们，主动与他们进行交流，耐心听取他们讲述，并鼓励他们表达自己的思想和情感，充分让其宣泄。然后给予疏导、安慰、劝解、保证及指导，要求他们正确进行自我评价，克服认知缺陷，学会在情绪初期控制情绪激动，要有自信心，坚持治疗，并正确对待各种心理矛盾，千方百计寻求化解矛盾和解决问题的途径和方法。在进行心理治疗时，一定要针对不同对象、不同情况有的放矢，这样，可以收到事半功倍的效果。

3. 精神外科手术 在 20 世纪前半叶发明了额叶白质切断术，用于治疗精神疾病患者暴力行为取得了一定的疗效。但是术后常出现迟钝、退缩、木僵，甚至癫痫发作、尿失禁等不良后果，该手术治疗方法逐渐被放弃。此后出现了运用立体定向丘脑下切除术，对精神疾病患者严重的暴力攻击行为有明显的疗效。但是精神外科治疗，毕竟是一种破坏性治疗，所以在临床使用收到严格限制，仅在少数情况下使用。

4. 医疗监护 我国《刑法》第十八条规定：精神疾病患者在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任，但是应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗，在必要的时候，由政府强制医疗。

目前我国建立了由公安部门管理的安康医院，医院贯彻“科学管理、精心治疗、管治结合、服务治安”的方针，为减少精神疾病患者对社区的危害，减轻病人家属和社区负担，对维护社区秩序起到了积极作用。“安康医院”主要收治一些具有危险性的精神疾病患者，住院期间接受药物治疗、工娱治疗、心理治疗等。随着治疗方法的改进和医院硬件环境的改善，精神疾病患者住院期间发生的暴力行为得到较好的控制，病情也得到较大缓解。

精神疾病患者回归社区是一项有待加强的工作。应有专门的社会工作者参与，为精神症状改善的病人提供培训和帮助，使病人能够较快的回归社区，对于病情完全改善的病人，应该消除偏见、勇于关爱。要减少精神疾病患者可能带来的社会问题，关键在于出台《精神卫生法》，以法律的形式保障精神疾病患者的治疗、救济、就业和不受歧视等合法权益。

（二）社区预防

社区是指若干社会群体（家庭、氏族）或社会组织（机关、团体）聚集在一起地理区域，形成一个在生活上相互关联、相互依赖的大集体。社区承担了大部分精神疾病患者暴力行为预防工作。

我国的《民法通则》第十七条对精神疾病患者的监护任作出了规定，监护人由以下人员承担：配偶、父母、成年子女、其他近亲属，关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护职责，经过精神病患者的所在单位或住所地的居民委员会、村民委员会同意。

上海虹口区精神卫生中心曾对有暴力行为的精神病患者开展了社区家庭干预，干预方法包括对家属及看护人员进行精神医学知识培训、社区精神医学知识宣传、社区精神卫生工作人员的定期访视和治疗等，结果观察到患者暴力行为的减少极为显著。

此外针对一些有暴力行为倾向的人群开展教育，如品行障碍儿童、反社会性人格障碍者、物质滥用者，加强法制教育，改变其不良行为，对暴力行为的预防极为有效。

（蔡 巍）

第二节 精神疾病患者医疗监护

一、精神病患者医疗监护的概念

监护是指为无民事行为能力人和限制民事行为能力人设立保护人的制度。精神病人医疗监护是指对因精神障碍而丧失或限制民事行为能力的人，进行监管、保护、治疗与护理。

- 1.被监护人须为无民事行为能力人和限制民事行为能力人；
- 2.监护人须为完全民事行为能力的亲友、患者所在单位或政府相关部门（居民委员会、村民委员会或民政部门）；
- 3.监护人的职责不仅包括对被监护人的监管和保护（监护），更主要的是对精神障碍的治疗和护理（医疗）；
- 4.监护人的职责是由法律规定的，而不能由当事人约定。

二、精神疾病患者医疗监护的对象

- 1.精神障碍患者受精神症状的影响支配，常可做出伤害、凶杀、抢劫、强奸、放火等严重危害社会的违法犯罪行为，而通过精神疾病司法鉴定（以下简称鉴定）又评定为无责任能力或部分责任能力；
- 2.有的犯罪嫌疑人或被告人作案时精神活动正常，在侦查、起诉或审判阶段出现了明显精神异常，经鉴定评定为无受审能力（或无诉讼能力）；
- 3.有的罪犯在服刑期间患某种精神疾病，经鉴定评定为无服刑能力；
- 4.有的精神障碍患者因疾病的原因使其辨认能力受损，随便与人签订合同、立遗嘱、将自己财物任意馈赠他人或草率进行婚姻登记等，使自己的合法权益受到巨大损失，而经鉴定评定为无行为能力或部分行为能力；
- 5.有的女精神障碍患者被他人任意蹂躏、奸淫，经鉴定评定为无性自卫能力等。

为防止精神病人再次发生危害行为，维护社会稳定，保障他们的合法权益，体现社会主义人道，必须对上述涉法问题而又无责任能力或部分责任能力、无受审能力、无服刑能力、无行为能力或部分行为能力、无性自卫能力的精神障碍患者进行医疗监护。

三、精神疾病患者医疗监护的法律依据

我国政府及有关部门对此十分重视，已颁布实施了一系列法律法规，为各类精神障碍患者的医疗监护提供了法律依据。

1.我国《刑法》有关规定

“第十八条：精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任，但是应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗；在必要的时候，由政府强制医疗。

间歇性的精神病人在精神正常的时候犯罪，应当负刑事责任。尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人犯罪的，应当负刑事责任，但是可以从轻或者减轻处罚。”

上述法律所体现的刑事强制治疗制度包括两个层次。第一，责令精神病人的家属或者监护人严加看管和医疗。“看管和医疗”也具有强制性，但这种强制性是间接的，是通过精神病人的家属或者监护人来实现的。第二，在必要的时候，由政府强制医疗。这是严格意义上

的强制治疗。但是，这种强制治疗，只是在“必要”时才由政府实施。也就是说，对不负刑事责任的精神病犯罪人的处理措施，是以“应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗”为主，以“政府强制医疗”为辅。

最高人民法院在 1983 年 2 月 4 日的一个批复中指出：“关于刑事案件被告人在审理过程中患精神病或精神病发作应否中止审理的问题，刑事诉讼法没有规定”，对这类案件“应中止审理，决定精神病好转后恢复审理”。

2. 我国《监狱法》有关规定

“第十七条：监狱应当对交付执行刑罚的罪犯进行身体检查。经检查，被判处无期徒刑、有期徒刑的罪犯有下列情形之一的，可以暂不收监：①有严重疾病需要保外就医的；②怀孕或正在哺乳自己婴儿的妇女。对其中暂予监外执行有社会危险性的，应当收监。”

“第五十四条：监狱应当设立医疗机构和生活、卫生设施，建立罪犯生活、卫生制度。罪犯的医疗保健列入监狱所在地区的卫生、防疫计划。”

3. 我国《民法通则》有关规定

“第十三条：不能辨认自己行为的精神病人是无民事行为能力人，由他的法定代理人代理民事活动。”

“第十七条：无民事行为能力或限制民事行为能力的精神病人，由下列人员担任监护人：①配偶；②父母；③成年子女；④其他近亲属；⑤关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会同意的。

对担任监护人有争议的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。

没有第一款规定的监护人的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。”

“第十八条：监护人应当履行监护职责，保护被监护人的人身、财产及其他合法权益，除为被监护人的利益外，不得处理被监护人的财产。”

4. 《最高人民法院关于贯彻执行<民法通则>若干问题的意见（修改稿）》中，对精神障碍患者监护人的民事责任做了进一步的法律规定

“第一百八十一条：被监护人造成他人损害时，监护人明确的，由监护人承担民事责任；监护人不明朗的，由顺序在前的有监护能力的人承担民事责任。

第一百八十二条：过去不知道有精神病的成年人，精神病突发时致人损害的，由本人承担民事责任。如过去有精神病，其突然发病致人损害的，按照民法通则第十七条的规定，由顺序在前的有监护能力的人承担民事责任。

第一百八十三条：在幼儿园、学校生活、学习的无民事行为能力人或者在精神病院治疗的精神病人，受到伤害或者给他人造成损害，单位有过错的，可以责令这些单位适当给予赔偿。

第一百八十四条：无民事行为能力人、限制民事行为能力人致人损害，应由监护人承担民事责任时，单位担任监护人的，单位不承担民事责任。”

5. 国家对城市流浪乞讨人员救助管理中有关规定

（1）国务院《城市生活无着的流浪乞讨人员救助管理办法》有关规定。

“第五条：公安机关和其他有关行政机关的工作人员在执行公务时发现流浪乞讨人员

的，应告知其向救助站求助，对其中的残疾人、未成年人、老年人和行动不便的其他人员，还应当引导、护送到救助站。”

（2）民政部《城市生活无着的流浪乞讨人员救助管理办法实施细则》有关规定。

“第五条：对因年老、年幼、残疾等原因无法提供个人情况的，救助站应当先提供救助，再查明情况。”对流浪无主的精神病人，目前多数救助站采用的方式是由发现机关送精神病医院先进行救治，然后由救助站进行甄别、鉴定，通过询问、查询、核实，对符合救助管理救治条件的再进行救助。

6. 国务院《关于转发卫生部等部门关于进一步加强精神卫生工作指导意见的通知》有关规定

“精神病人要经过司法精神病学鉴定，对精神疾病患者责任能力进行评估后，按照法律程序处理需强制住院患者的有关问题或有关案件的问题，加强对经鉴定无责任能力的精神疾病患者的监管和治疗工作。有条件的政府，应成立精神病鉴定工作委员会，鉴定工作要严格依照法律法规和技术规范要求，确保鉴定科学、公正，保护精神疾病患者的合法权益。”

因此，公安、城管部门接到群众举报或在公共场所发现流浪的无主精神病患者直接送到由卫生局、精神病医院、司法、残联等专家和人员组成的精神病鉴定工作委员会，经精神病鉴定工作委员会鉴定是精神病人的由精神病医院收治，经鉴定为智障人员的转送救助管理站救助。

根据上述法律、法规精神，对无责任能力、无受审能力或无服刑能力的肇事精神病患者、病犯，按照其病类不同，应实施相应的医疗监护措施，有的可交家属或监护人进行医疗监护；有的则应采取强制性医疗监护措施。上述法律规定，还使不同情况的精神障碍患者，根据其案情、病情、危害程度、病程和预后等分别依法能够得到有效的医疗监护。

（毛富强 李洁）

第三节 精神疾病患者强制性医疗监护

对具有社会危险性的精神障碍患者采取强制性手段进行监管、保护、治疗和护理，其目的既是为了保障社会和谐稳定，也是保护和治疗患者本人。强制性医疗监护不是一种刑罚，而是一种维护社会稳定的国家强制性措施。

一、强制性医疗监护的对象

1. 无责任能力的精神障碍患者 出现了严重危害行为，经鉴定属无责任能力的精神病患者，应对其采取强制性的医疗监护措施。因对这类患者的危险性很难预测，随时可能再次出现冲动性行为，而患者又缺乏自知力，拒绝入院治疗，所以不能放任自流，任其危害社会。对其采取强制性医疗监护措施，同时也使患者合法权利得到保障。

2. 部分责任能力的精神病患者 出现了严重危害社会的行为，经鉴定属部分责任能力的精神病患者，一般也应对其采取强制性医疗监护措施。因为这类患者的危险性往往难以预测，将其交家属或一般医疗机构监护和治疗常难以落实和管理，所以，也应对其采取强制性医疗监护措施，待病情好转稳定后再进行必要的审讯或服刑。

3. 无受审能力或暂无受审能力的精神病患者 重大刑事案件的犯罪嫌疑人或被告人，经鉴定属丧失受审能力或暂无受审能力的精神障碍患者，应中止诉讼程序，将其送到专门机构进行强制性医疗监护，待病情好转稳定后再进行必要的审讯。

4. 无服刑能力或暂无服刑能力的精神障碍犯人 犯人在判决后或服刑期间出现精神障碍，经鉴定属无服刑能力或暂无服刑能力，也应送专门机构进行强制性医疗监护，待病情痊愈或好转稳定后再收监服刑或继续服刑。

二、强制性医疗监护的裁决机构

强制性医疗监护虽然不具备刑罚上的处罚性质，但毕竟是一种与严格限制公民人身自由有关的国家强制处分，世界上许多国家都由法院来进行裁决。目前，我国对案件当事人是否采取强制性医疗监护，首先是聘请有关专家作精神疾病司法鉴定。

1. 在侦查、起诉阶段，公安机关、检察机关可在撤销案件或作出不起诉决定时，提出实施强制性医疗监护的处置。

2. 在审判阶段，由法院作出是否对其采取强制性医疗监护措施。

3. 已判决或在服刑期间，对精神障碍犯人是否采取强制性医疗监护，由监狱作出决定。并报主管机关批准，予以实施。

三、强制性医疗监护的机构

精神障碍患者实施了严重危害社会行为或发生了重大刑事犯罪后出现了精神疾病，并在法院判决前已进行了精神疾病司法鉴定，评定为无责任能力或部分责任能力，或无受审能力或暂无受审能力者，一般送当地公安系统所属的安康医院来具体执行强制性医疗监护任务。

安康医院的建立使涉及法律问题而又无责任能力、部分责任能力、无受审能力、暂无受审能力的精神病人有地方送、有地方管、有地方治，这对维护社会治安，维护社会和谐稳定具有重要意义。安康医院既不同于普通精神病专科医疗机构，又有别于监狱。它是“监管”

与“医疗”相结合，是在“监管”的基础上实施“医疗”的特殊专门机构。

1. 强制性是安康医院的特点之一 曾经有过严重危害社会的行为的精神障碍患者，在没有进行系统治疗前的仍然具有很强的危险性。因此，安康医院在治疗精神障碍的过程中严加监管，避免发生新的社会危害性行为，是十分必要的。当然，强制性医疗监护并不等同于监狱，它没有武装警察，也不配备枪支弹药，病人不带脚镣手铐，他们面对的是医务人员。即使因病情需要，对患者采取束缚、药物、电休克等措施，也是属于医疗活动范畴。

2. 医疗性是安康医院的特点之二 患者虽然在客观行为上触犯了法律，但他们是精神障碍患者，他们的违法行为部分或完全没有责任能力，因此正规的治疗和护理对他们是十分重要的，也是他们承担法律责任的基础和前提。在住院期间，医护人员不得歧视、打骂和虐待患者，对他们要采用药物治疗、物理治疗、心理治疗、工娱治疗等多种方法积极进行治疗，使其早日康复，恢复责任能力。因此，安康医院医护人员要积极学习和掌握精神医学的新知识和新技术，不断提高自己的医疗水平。

四、强制性医疗监护的期限

强制性医疗监护的期限由安康医院决定。精神障碍多为慢性疾病，病程较长，病情容易反复，有严重危险性的精神障碍患者经强制性医疗监护后何时恢复正常，取决于疾病的性质、种类、严重程度、治疗方法、社会支持和其他诸多因素，往往难以准确预见其准确期限。

因此，目前多采用不定期的强制性医疗监护。一般以“病情”（疾病种类、预后、病情好转情况）和“案情”相结合决定实施治疗期限，如：①非精神病性障碍，如癔症、心因性反应等，一般精神症状缓解后即可考虑出院。②精神病性障碍，案情较轻的患者经治疗病情缓解后至少半年无复发迹象者，可出院；③案情重大患者可延长缓解后的考查期至一年或更长；④案情重大，病情又有可能复发者，住院时间则更长。此外，在强制性医疗监护期间每隔 1-3 个月应对患者进行一次系统全面的复查，以便决定是否终止强制性医疗监护。

五、强制性医疗监护中的医疗措施

对精神病患者强制性医疗监护，既包括强制性医疗也包括强制性护理。在强制性治疗方面，采取针对病因的躯体治疗、心理治疗及社会治疗等综合性治疗措施，以控制患者具有社会危害性的精神症状为主要目标，以躯体治疗为主要手段。

躯体治疗是以精神药物或其他躯体性治疗方法（如电休克、中医药、神经外科等）作用于患者的中枢神经系统，影响其精神活动，改变病态行为、思维和心境的一类治疗方法。治疗原则包括：持续性原则；因人因病治疗原则；综合治疗原则。常见的躯体治疗措施如下：

（一）精神药物治疗

20 世纪 50 年代初，第一个治疗精神障碍的合成药物氯丙嗪出现，改变了人类精神障碍无药可医的历史。近十余年来，精神障碍药物治疗学是临床医学领域发展最快的学科之一。

1. 抗精神病药物 是一组主要用于治疗精神分裂症和控制其他精神病性症状的药物。①第一代抗精神病药又称神经阻滞剂，常用的有：氯丙嗪、奋乃静、氟奋乃静、硫利哒嗪、泰尔登、舒必利、氟哌啶醇、五氟利多等；②第二代抗精神病药又称非传统抗精神病药，主要有：利培酮、齐拉西酮、氯氮平、奥氮平、喹硫平等。

2. 抗抑郁药物 是一组主要用于治疗各种抑郁状态的药物，但不会提高正常人的情绪。三环类抗抑郁药（TCAs），常用的有：米帕明、氯米帕明、阿米替林、马普替林等；选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）：氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、西酞普兰、氟伏沙明等；③

其他递质机制抗抑郁剂，如米氮平、文拉法辛等。

3. 抗躁狂药物（心境稳定剂） 是一类治疗躁狂发作，以及预防双相障碍的躁狂或抑郁发作的一类药物。常用的有：碳酸锂、卡马西平、丙戊酸盐（钠/镁）等。此外，氯丙嗪、氟哌啶醇、氯氮平等抗精神病药也可用于治疗躁狂状态。

4. 抗焦虑药物（镇静催眠药） 是一类可消除或减轻焦虑及镇静和改善生理性睡眠的药物。常用的有以下三类：①苯二氮卓类：阿普唑仑、艾司唑仑、劳拉西泮、硝西泮、氯硝西泮等；②丁螺环酮；③唑吡坦、佐匹克隆。

（二）电休克治疗

电休克治疗又称电抽搐治疗（ECT），是以适量的电流瞬间通过大脑引起短暂意识丧失、全身抽搐，达到治疗某些严重精神疾病的一种治疗方法。电休克治疗主要用于：①严重抑郁，有强烈自杀、自伤企图和行为的患者；②极度兴奋躁动、冲动行为、有伤人企图的患者；③有拒食、违拗和紧张性木僵患者；④精神药物治疗无效或对药物不能耐受者等。由于该疗法有不少禁忌症和并发症，须慎用。近年来随着电休克治疗技术进一步改进，至今仍有 5%-10% 的精神病人需接受该项治疗，成为药物治疗所不能完全替代的一种治疗手段。

（三）中医药治疗

中国传统医学具有悠久历史，而且对精神疾病有独特的理论体系及治疗方法。中医文献中的癫狂症相当于现代医学中的精神病。其治疗方法可归纳为三类：一是辨证施治；二是民间单方和验方；三是针灸治疗。近年来由于中西医结合的进展，取得了不少治疗经验。当然，精神障碍中医治疗中还存在一些分歧和问题，有待在临床实践中进一步深入研究解决。

（四）物理治疗

通过声光电等物理信号，对人体生理和心理产生影响，从而达到治疗精神障碍的目的。具体包括：音乐疗法、生物反馈治疗、脑波治疗、氦氖激光治疗、漂浮疗法等。其中常用的是生物反馈治疗，借助电子仪器把人体内部生理功能的信息，以视觉或听觉的形式显示出来，使患者能随意地控制和矫正不正常的内脏器官功能反应，以达到消除紧张与焦虑等治疗目的。

（五）神经外科治疗

借助立体定位和 γ 刀等先进技术手段，对大脑皮层特定部位采用手术方法，切断神经纤维或损毁神经核团，造成中枢神经系统的局限性损伤，达到治疗精神障碍的目的。由于这一疗法疗效的不确定性，以及可能会引起严重的并发症，所以只有经多种系统常规治疗，如精神药物治疗、心理治疗、电休克治疗等无效，并有严重攻击冲动行为的患者才考虑手术治疗。

六、强制性医疗监护中的护理职责

在精神病人的医疗监护中，护士不仅对患者进行全面护理，而且参与躯体治疗和心理治疗，并在患者的监管和保护中起主要作用。因此，精神科护士的职责已经超出了护理工作本身，在精神病人医疗监护的实际执行过程中承担主要责任。

（一）安全监护

精神障碍患者由于精神、行为异常，尤其是处于症状活跃期的患者，某些行为往往具有危险性，如自伤、自杀、攻击行为、出走行为等。对意向倒错捡食脏物的患者，尤要加强护理，严防患者吃入有害物品。

医疗监护的患者都是有过危险性行为者，因此时刻提高警惕，对患者进行心理行为指导

和采取一些必要的保护措施，保护患者合法利益是护士最重要的职责。这种指导和保护是多方面的，但其中最核心的是保护患者的生命安全，不给他人和自己造成危险。

（二）管理患者集体生活

精神障碍患者住院时间长，生活需要多而复杂，患者在住院期间的集体生活是他们生活的重要内容，因此护士还需要做好患者的组织和管理的工作，引导他们开展积极健康的人际交往，避免和减少各种矛盾和冲突。

（三）照顾患者生活

患者来自不同地域和家庭，生活习惯和个性特征千差万别，生活照顾的如何是治疗康复的重要基础和前提，因此照顾好患者的生活是精神科护士最基本任务。

1. 卫生护理 有的患者生活不能自理，护理人员入院时要协助患者做好个人卫生；保证患者每周定时洗澡与更衣，定期理发，修剪指（趾）甲；洗澡时要有护理人员陪同，防止患者烫伤或摔伤；要做好晨晚间护理，对女患者要管理好经期卫生；对卧床患者及体弱者要重点护理。

2. 饮食护理 服用抗精神病药物后，有的患者出现锥体外系副作用，有时可影响吞咽活动。造成患者进食困难；有的患者受妄想、幻觉等症状的支配，认为饭中有毒，拒绝进食；也有的患者自称有罪而不进饮食等等。对此，护理人员要按时按量，按病情需要给患者以适宜的饮食，保证患者营养物质和水分的摄入。必要时给予鼻饲或输液。此外，还应注意患者进食过程中的安全。对吞咽困难者给软饭或流食，劝慰患者缓慢进食。对食欲亢进，不知饥饱或暴饮暴食者，要适当限制入量，必要时可单独进食。对一般集体进食的患者，也要有工作人员照顾，管理好餐厅秩序，保证患者吃饱吃好，并预防个别患者利用餐具自伤或伤人。

3. 睡眠护理 睡眠障碍几乎可见于各种精神障碍的患者。睡眠的好坏与病情、服药的情况密切相关。因此做好睡眠护理，保证患者适量的睡眠，对巩固治疗效果、稳定患者情绪有重要作用。护理人员要为患者入睡创造良好的条件。要动作轻，说话轻，保持环境安静。患者要遵守作息制度，白天卧床时间要短，以免引起睡眠时间倒置。夜间睡眠前要避免同患者进行有刺激的谈话，若发现患者在床上辗转不安或经常去厕所，或蒙头大睡，更应经常观察，防止患者乘人不备自杀或逃离病房而发生意外。

（四）躯体治疗

在对患者病情的诊断和治疗中，护士是医生的重要助手，也是躯体治疗的实施者。不论是察觉各种精神症状、记载病情变化，还是给药、注射、输液、电休克治疗，都需要护士具体执行医嘱。

1. 自知力缺乏及应对 与内外科疾病的患者不同，一些精神障碍的患者缺少对疾病的自知力，不认为自己有病，因此无求治要求，甚至强烈反对接受各种必要的治疗。所以如何使医嘱得以执行，让患者受到及时必要的治疗是精神科护理工作的一个重要内容。在进行各项治疗之前，要耐心反复地向患者讲清治疗的目的是和意义，以取得患者的合作。治疗前要充分做好准备工作，治疗时要严肃认真，治疗后要注意观察治疗反应，加强护理。

2. 投药注意事项 服药是常用的精神障碍治疗方法。因此投药方法甚为重要，必须保证患者按医嘱服药。发药时要先易后难，最后给拒绝服药者。发药时要精力集中，认准患者。亲自把药交给患者，并确实保证患者服下方可离去。要严防患者吐药或藏药，必要时检查口腔。尤其要严防患者私藏药物（如藏于舌下，待护理人员离开后吐出）。对于拒不服药的

患者，应及时向医师报告，改换给药途径或治疗方法。

（五）心理治疗

心理治疗是人与人互动的过程，在医疗机构中也并不只是医生的职责，护士与患者的接触机会多时间长，因此要努力学习心理治疗的理论和技术，开展各种心理护理和心理治疗工作。

1.心理护理的意义 对精神病患者来说十分重要。心理护理的重点是启发和帮助患者以正确的态度面对疾病，从而认识到治疗的重要性和必要性，打消各种不必要的顾虑，积极主动配合治疗。要调动患者主观能动性，鼓励患者以坚强意志和乐观精神去战胜疾病过程中出现的各种困难。

2.心理护理的关键 心理治疗效果，取决于护理人员专业知识的程度，优良的服务态度和工作的技巧与方法。良好的护患关系是做好心理护理的基础。对患者要一视同仁，平等相待。护理人员要根据患者不同心理状态，分别给予安慰和指导。运用恰当的护理技巧和措施，尽量解除患者精神上的痛苦。做好心理护理，对患者及其家属甚至周围的患者都十分重要。

（六）健康与生活咨询

入院以后，患者和家属往往在生活和治疗等方面有很多的疑虑和问题，做好他们的健康和生活顾问，对于指导他们配合治疗和护理，早日康复具有积极意义。

七、强制性医疗监护中常见危机状态防范与护理

危机状态是指突然发生的，患者自己无法控制的，可能危及自身、他人或物体的一种状态。精神障碍患者常受精神症状的影响或严重的精神刺激而出现危机状态。如表现为暴力行为、自伤自杀行为、出走、嗜食、木僵等。这种状态不仅危害患者自身的健康和生命，对他人和环境也是一个严重的威胁，甚至造成社会性破坏，危及国家安全。因此，它在全部护理工作中占有十分重要的地位。精神科护理人员必须时刻警惕，提高责任心，将预防意外事件贯彻到各项工作中去，只有保证安全，才能使其他各项工作顺利进行。

（一）暴力行为防范与护理

暴力行为通常是指直接伤害另一个人的躯体或某一物体的严重破坏性的攻击行为，如伤人毁物。有人将其分为两大类：一类是情绪型的，大多源于受到某种挫折而产生了愤怒等情绪基础上发生，其行为特点往往伴有一种强烈的、失控的愤怒情绪。如患者自知力缺乏，不愿住院而被强迫治疗。另一类为手段型，其暴力行为只是达到某种目的的手段，往往不伴有强烈的情绪。如某患者在妄想的支配下平静的杀死了自己的儿子使其尽快“升天”。暴力行为多见于精神分裂症、情感型精神障碍、病态人格、药物依赖及酒精中毒、脑器质性精神障碍等患者中，其暴力行为发生率很高，可以发生在家中、社区、或医院。

1.危险因素评估 ①精神症状：幻觉、妄想、意识障碍、情绪障碍等精神症状与暴力行为的发生多有直接或间接的关系。许多严重的精神病患者缺乏自知力，不认为有病，被强行入院，导致施暴行为；②暴力病史：过去有暴力行为，现有攻击意念，威胁攻击的姿态等；③意识障碍：患者处于谵妄状态，容易出现攻击性行为；④环境和工作人员的态度 有的患者可能因活动受到限制或因工作人员的态度或言语不当而出现暴力行为。⑤药物反应：药物副作用，如锥体外系反应，坐立不安等使患者难以忍受。

2.护理诊断 暴力的危险：针对他人。

3.护理目标 ①短期目标：患者住院期间不伤害他人；预示自己有暴力的危险时，能控

制自己的行为或立即求助医护人员帮助；②长期目标：患者能够以健康的方式处理挫折、紧张、被攻击的感受，自己的行为与现实社会有好的协调性，不发生暴力行为。

4.一般护理措施 ①及时发现先兆：如出现躁动不安、神情紧张、来回走动、拍门、摔东西或言语威胁等失控行为时进行积极有效的护理干预；②创造无威胁的环境：保持环境的安静，避免嘈杂、拥挤，杜绝各种危险物品；③和谐的会谈气氛：坦诚的会谈态度，尊重患者的合理要求，具有同情心及给予支持性的反应，建立和谐的会谈氛围，切勿批判患者的感受，也要避免太过温和的言谈。④指导及限制：协助患者认识自身疾病的有关知识，同时学习新的应对技巧；指导患者掌握失控行为的先兆，预防暴力发生；指导患者掌握药物的不良反应和临床表现；如鼓励患者用言语表达其困扰、愤怒情绪，允许患者采用一些不伤害和影响他人的方式发泄愤怒情绪（如捶打枕头或沙袋）。

5.暴力行为的保护与安全 对精神病患者保护一项经常性的工作，对伴有高热、昏迷、躁动、意识不清有发生坠床、撞伤、抓伤的患者；或因精神症状所致，而出现严重的兴奋躁动、自伤自杀、他伤和出走等危险行为的患者。为了确保生命安全，在护理过程中，可采取约束用具或床档法来保护患者，防止意外事件发生。①床档法：用床档保护患者不致坠床，多用于神志不清，躁动的患者；②约束用具法：用布制的约束用具，直接约束患者的四肢，以限制患者的自身活动，保护患者，控制患者的兴奋、躁动等危害行为。约束用具的种类：如约束床（用布制作两个环放在床沿，患者坐于床上固定住两腕部来限制活动）、约束单（用大单保护患者）和约束带等。在上述约束用具中，经过临床实践证明，约束带较其他用具操作方便，牢固耐用，不伤及皮肤，又保护患者的体位，较舒适、安全又好保管。

6.护理评价 护理评价依据工作人员观察到患者行为的改变及亲友报告的情况进行。一般包括以下内容：能否预知将失去自制力的症状；能否建设性的方式处理失控行为；能否有效地使用心理防御机制；能否使用有效的方法来决问题；能否改善人际关系。

（二）自杀行为防范与护理

自杀是一个人有意识的企图伤害自己的身体，以达到结束自己生命的行为。自杀是导致精神患者死亡的主要原因之一，其中抑郁症是自杀率最高的一类精神障碍。常见的自杀方式：自缢、触电、溺水、吞服药物、切刺伤、坠跌伤等。

1.危险因素评估 ①自杀史：特别是近期内有过自我伤害或自杀未遂的行动，其自杀死亡的可能性比没有类似情况的患者高十倍至几十倍；②精神病史：由于患者受抑郁、自责自罪、被害妄想、命令性幻听、强制性思维等影响而出现自杀行为；③有自杀家族史：家庭成员的自杀会相互影响，对患者有启示作用；④负性生活事件：近期发生了重大生活事件，如被抛弃、亲人亡故、地震、海啸等频繁的打击或外伤史可能是造成自杀的诱因；⑤现病史：有自杀的想法及具体的计划；⑥社会支持系统：精神病患者得不到家庭的温暖，得不到社会的支持，大大增加了自杀危险性；⑦社会功能减退：患者解决问题能力较前差，特别是解决具体问题无效后，有可能选择自杀；⑧躯体疾患：患有严重躯体疾病或处在严重疾病的后期，得知自己得了绝症，未来将处于一种痛苦之中，都可能选择自杀，解脱或维持自己的尊严。

2.护理诊断 有自杀、自伤的危险。

3.护理目标 ①短期目标：患者在治疗期间不再伤害自己，能够和医护人员建立良好的关系，能主动述说自己的内心体验；②长期目标：患者无自杀观念；对生活充满信心，能应对生活事件，无自我伤害行为。

4. 护理措施 生命安全是第一位，护理必须做到积极有效，将各种危险情况消失在萌芽之中。①了解危险因素：评估自杀的危险因素和自杀意愿的强烈度，抓住预防工作的重点；②创造安全的治疗环境：病房环境中杜绝危险物品，如刀、剪、绳、玻璃等，以保证患者安全；③严密观察病情：与患者保持严密的接触。一般每 10~15 分钟一次观察患者活动，高度自杀危险者一对一的守护；④服药入胃：督促和监护患者遵医嘱服药，确保治疗的顺利进行；⑤满足生理需要：包括个人卫生、饮食、睡眠、排泄等；⑥利用社会支持系统：充分动员和利用社会支持系统，帮助患者战胜痛苦，增强对抗自杀的内外在资源；⑦心理护理：护士以真诚、尊重、接纳、同情和支持患者，并与之建立良好的治疗性关系。积极地向患者传递正性的信息，表示对患者的关心，帮助患者建立战胜疾病的信心和树立对生活的希望。鼓励患者抒发自己的想法；调动患者情绪，阻断负向的思考；学习新的应对技巧；⑧健康教育：健康教育护士向患者介绍疾病的有关知识。指导患者掌握症状自杀的先兆，预防自杀。指导患者掌握药物的不良反应和预防措施。明确坚持用药，定期复查的重要性。鼓励患者积极主动参加家庭和社会活动，锻炼自理能力和社会适应能力。帮助患者如何面对和恰当处理现实环境中发生的各种应激源的应对技巧。

5. 自杀患者急救措施

(1) 自缢患者的急救处理。自缢是最常见的致死性很高的一种自杀方式，自缢时，颈动脉受压，反射性地使心跳减弱直到停止；大脑供血不足，引起脑细胞死亡；气管受压引起窒息。如果发现不及时，很快造成死亡。急救措施包括：①发现患者自缢，立即抱住患者身体向上举高，松解或剪断缢套；②立即抢救，就地平放、仰卧或置于硬板床上，松开衣扣、腰带，清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅；③检查呼吸心跳，如已停止，立即进行口对口人工呼吸和胸外心脏按压，直至患者呼吸心跳恢复；④联系医生或其他人员共同抢救；⑤配合医生抢救，按医嘱给氧、注射呼吸兴奋剂、心三联等；⑥复苏后，继续配合医生进行下一步抢救，并且密切观察病情变化，做好抢救记录；⑦患者完全清醒后加强心理支持，稳定患者情绪，避免再次出现自杀行为。

(2) 触电患者的急救处理。患者以触摸电源或将电流引向自身以图自杀。轻者出现头晕、心悸、面色苍白、出汗、心率不齐，严重者肌肉痉挛、抽搐、心室颤动，呼吸心跳停止、迅速死亡。急救措施如下：①迅速切断电源，但注意抢救者切忌直接接触带电的电线；②如患者呼吸心跳停止，立即进行心肺复苏的抢救，包括口对口人工呼吸、胸外心脏按压；③设法联系医生共同抢救，如果患者出现室颤，根据医嘱进行同步电除颤；④心肺复苏后，配合医生进行脑复苏和进一步的生命支持抢救；⑤严密观察病情变化，待患者稳定后，如患者有烧灼伤应根据烧伤情况进行处理，同时加强患者的心理支持。

(3) 溺水患者的急救处理。溺水是患者由于跳入江、河、湖、池塘水中，淹没于水中，呼吸道被水、杂物、污泥等阻塞，或喉头、气管发生反射性痉挛，引起窒息和缺氧。临床表现可见面色青紫、口鼻充满血性泡沫、全身肿胀、皮肤苍白、肢体冰冷、血压下降、昏迷等。急救措施如下：①保持呼吸道通畅即立即清除口、鼻内淤泥、杂草、呕吐物等，解开衣扣和腰带；②倒水是指救护者单腿跪地，一腿弯曲，将患者腹部放在大腿上使其头下垂，按压患者背部；或将患者头朝下置于斜坡上，加压排出患者肺部和胃内积水；③立即进行人工呼吸和胸外心脏按压，并注射呼吸兴奋剂；④密切观察呼吸、心跳、血压等变化，如有异常，立即处理；⑤保温即用毛巾擦身或用樟脑酒精擦抹，忌用热水；⑥进一步对症和支持性治疗，

如纠正水电解质平衡，脱水、强心、利尿等。

(4) 服毒自杀患者的急救处理。服毒是临床常见的一种自杀方式，其致死性与毒物的种类、性质、剂量有密切关系。其临床表现也毒物性质和作用相关。临床常见的症状有恶心呕吐，腹痛腹泻，流涎，出汗，呼吸快而浅，脉搏加快，烦躁不安，意识障碍，从嗜睡到昏迷等。一旦发现患者服毒，应立即洗胃排除毒物，如果患者处于休克状态，应立即抢救休克，待患者一般情况好转后，立即洗胃排毒。急救措施如下：①评估患者的意识、瞳孔、分泌物、呕吐物等，初步判断患者所服毒物的种类，根据患者服毒的种类进行针对性处理；②催吐即对服毒后不久，意识清楚、合作的患者可让患者先喝洗胃液，然后刺激咽喉部催吐；③彻底洗胃要根据患者服毒的性质选择合适的洗胃液，对服用大量抗精神病药物中毒者可用 1:15000~1:20000 的高锰酸钾溶液 5~10L 洗胃；④对毒物不清楚的一般采用清水洗胃；导泄是洗胃完毕，可采用硫酸镁 20~30 克，稀释后从胃管注入，促进毒物排泄。

(5) 外伤的急救处理。外伤通常由于撞击、坠跌伤和切刺伤。严重者可引起颅脑损伤、骨折及出血等，应积极抢救处理。①评估患者外伤的性质、程度。②立即根据情况进行急救处理，如撞伤，一旦发现患者企图撞击时，立即抱住患者阻止撞击，或用双手抱住患者头部，避免头部受伤；一旦发生了撞击，应立即检查患者受伤情况，有无开放性伤口、颅骨骨折、出血情况等。如果有开放性伤口，立即给予止血、清创包扎处理。③同时重点检查有无颅内出血症状，如患者呼吸加深、脉搏变缓、血压升高、意识障碍、瞳孔不等大、头痛、喷射性呕吐等要考虑颅内高压，应立即进行处理。④坠跌伤常常见于企图自杀和企图逃跑的患者，一旦发生，应立即检查患者受伤情况，有无颅脑骨折、内出血、肢体骨折等，若有开放性骨折，应用无菌纱布轻轻包扎、固定。⑤若发生脊柱骨折，应将患者仰卧于硬板床上，搬运时必须协调一致，保持脊柱原位，以免引起脊柱横断损伤造成残疾。⑥切刺伤是指患者常用锐器切断血管等，容易引起大出血，严重者可导致休克，应立即进行急救止血。⑦必要时，将患者转外科处理。

(三) 出走行为防范与护理

出走行为是指患者在住院期间，未经医生批准，私自离开医院的行为。患者的私自外走可能造成自己受伤或其他人员的受伤。

1. 出走原因评估 ①精神症状所致：如缺乏自知力，否认有精神病，认为住院是受迫害；为实现某种病态信念而脱离医院，如上访、告状等；为达到自杀企图，如认为医院防范严密，达不到自杀目的而寻找机会离开医院后自杀；②环境影响：如患者感到住院生活单调、苦闷、受拘束和限制、处处不自由等而出走；③个人愿望未得到满足：如牵挂家庭，想念孩子等而出走；④对治疗恐惧或不理解：如害怕或对电抽搐治疗有误解而出走；⑤工作人员工作疏忽或态度造成：如责任心不够、离岗或注意力不集中等给患者可乘之机出走。态度生硬、方法简单、解释不耐心等给患者以劣性刺激，使其产生不满心理而出走；⑥其他因素：如病房设施差或损坏未及时修补，患者借外出做检查和活动机会出走。

2. 护理诊断 有走失的危险。

3. 护理目标 ①短期目标：能适应住院环境，安心住院；②长期目标：对自身疾病有认识能力，知道住院的重要性，住院期间不会有出走行为。

4. 护理措施 主要通过以下措施加强防范，一旦患者出走，立即报告上级部门，并组织力量寻找患者。①观察病情变化：密切与患者接触，了解患者的心理反应及出走企图。给予

安慰与解释，力求消除患者出走的想法；②加强入院指导：主动介绍住院环境和周围人物，使患者尽快熟悉环境，减少或消除不适应感；③安全防范措施：门窗有无破损等安全检查，对需要外出活动或做检查的患者专人陪护，禁止单独外出；④丰富住院生活：鼓励参加集体活动，消除紧张、恐惧和顾虑；⑤工作人员加强责任心：在进出病房时注意周围情况，避免患者伺机出走；⑥注意服务态度：耐心解释，避免使用简单生硬的言语刺激患者；⑦加强与家属的联系：鼓励家属探视，减少患者的孤独感。

5、护理评价 患者对疾病与住院治疗是否有正确的认识，能否安心住院；患者是否适应住院环境；患者有无出走的念头及其他不安心住院的因素。

（四）噎食防范与护理

噎食是指食物堵塞咽喉部或卡在食道的第一狭窄处，甚至误入气管，引起呼吸窒息。精神患者可能因为药物副反应或疾病本身等多种因素发生噎食、窒息，应高度重视和掌握急救处理措施。通常噎食患者表现为在进食中突然发生严重的呛咳、呼吸困难、出现面色苍白或青紫。

1.原因评估 ①锥体外系副反应：抗精神病药物引起吞咽肌肉运动不协调，抑制吞咽反射而致；②脑器质性损害：脑器质性疾病的患者吞咽反射迟钝，因抢食、急速进食而发生噎食。癫痫患者在进食时抽搐发作也可能造成噎食；③电抽搐治疗后：电抽搐治疗后意识模糊，未完全清醒情况下进食，可引起患者噎食。

2.护理诊断 ①噎食的可能；②窒息。

3.护理目标 患者在住院过程中不发生噎食。

4.噎食的防范措施 ①预防为主：严密观察病情及有关药物的副反应；②加强饮食护理：包括对药物副作用反应较重，吞咽困难的患者，专人守护进食或喂食；避免带骨、带刺的食物，必要时给予鼻饲流质饮食；对抢食及不知饥饿的患者，应单独进食、分量分次进食、或专人喂食；对暴饮暴食者，适当控制其食量，逐步改进不良的进食习惯。

5.噎食的急救处理 ①疏通呼吸道：就地抢救，分秒必争，立即清除口咽部食物；②异物排除法：如果抠出食物后患者仍无缓解，应立即将患者腹部俯卧于凳子上，让上半身悬空，猛压其腰腹部，迫使膈肌猛然上移而逼迫肺内气体外冲，利用气流将进入气管的食团冲出。如重复5~6次不见效，应立即用大号针头在环甲软骨上缘正中部位插入气管，并尽早进行气管插管，并做好气管切开的护理，预防并发症的发生；③心肺复苏术：如心跳停搏，立即进行胸外心脏按压，同时给予对症抢救处理，如给中枢兴奋剂、给氧、输液等。专人守护直到患者完全恢复；

（五）木僵患者护理

木僵状态是在意识清晰正常时出现的精神运动性抑制综合征。轻者言语和动作明显减少或缓慢、迟钝，又称为亚木僵状态。严重时全身肌肉紧张，随意运动完全抑制、呆坐、呆立或卧床不起、面无表情，不吃不喝，可出现“蜡样屈曲”或“空气枕头”等表现。

1.原因评估 ①木僵相关的精神障碍有精神分裂症的紧张性木僵；②情感障碍的抑郁性木僵；③严重应激障碍的反应性木僵；④脑部感染、中毒、肿瘤、血管病变等所致器质性木僵；⑤药物引起的药源性木僵。

2.护理诊断 ①营养障碍；②生活自理缺陷；③有受伤的危险；④有感染的危险；⑤尿潴留。

3.护理目标 ①短期目标：患者木僵未解除前生命体征稳定；②长期目标：患者木僵解除后，恢复生活能力和社会功能。

4.护理措施 ①提供安全环境：患者一般安排在隔离室和护士易于观察的床位，保持环境的安静、光线柔和、温度及湿度适宜。因为木僵患者失去防御能力，要防止其他患者的干扰和伤害。同时，也要防止患者突然转为兴奋而出现冲动伤人行为；②做好保护性医疗：患者一般意识清楚，对周围能正确感知，虽然不能做出反应，但木僵解除后能够回忆木僵期间的表现，故护理人员在执行任何治疗与护理都应当像正常人一样给予解释，态度和蔼。如给患者插胃管时，应向患者解释这是为了保证你的营养所采取的措施。同时，在患者面前不要谈论病情及其他，以免给患者造成恶性刺激，加重病情；③加强生活护理：木僵患者丧失生活自理能力而全部由护理人员完成，护理者须帮助患者完成个人卫生、沐浴、大小便、口腔、皮肤、饮食等的护理。

（毛富强 赵 朋）

第四节 精神病人普通医疗监护

普通医疗监护有别于强制性医疗监护，对患者人身自由的限制相对说来不十分严格。普通医疗监护在对精神障碍患者进行治疗和护理的同时，更注重对患者的保护，而不是监管。

一、普通医疗监护的对象

- 1.有肇事倾向或实施危害行为较轻，而又无责任能力或部分责任能力的精神障碍患者，如精神病性障碍的发病期、慢性期、衰退期或不完全缓解状态等。
- 2.实施危害行为较重，而又无责任能力或部分责任能力，但病程短暂、预后良好的精神障碍患者，如急性应激反应、癔症、病理性醉酒等。
- 3.实施危害行为较轻，而又无受审能力或服刑能力的精神障碍患者。
- 4.无行为能力、部分行为能力或无性自卫能力的精神障碍患者，如慢性精神病、精神发育迟滞等。

二、普通医疗监护的决定和实施

- 1.未发生危害行为的精神障碍患者或受害的精神障碍患者，其普通医疗监护应由其监护人决定。
- 2.精神障碍患者出现了危害社会的行为，而又无责任能力或部分责任能力或无受审能力或无服刑能力，在许可的条件下也可对其采取普通医疗监护措施，裁决机关基本与强制性医疗监护相同。

普通医疗监护应由其监护人来执行实施。如监护人不能对患者严加监管和医疗，甚至利用患者进行犯罪活动，司法机关应追究监护人的刑事责任。

三、普通医疗监护的场所和期限

普通医疗监护场所可以是精神病专科医院（精神卫生中心），也可以是社区精神卫生服务机构，如日间医院、夜间医院、工疗站、家庭病床等。由监护人定期送患者至上述精神卫生机构进行诊疗。

我国社区精神卫生服务机构近年来发展迅速，对预防各类精神障碍发病率，提高其缓解率、治愈率、降低复发率和肇事行为均收到良好效果，具有重要的发展前景。社区精神卫生服务涉及社会各个方面，需要在各级政府统一领导下，由卫生、公安、民政、司法、教育等部门密切配合，才能发挥更大的作用。

由于患者的病情和案情各不相同，普通医疗监护期限仍采用不定期医疗监护，以病情好转情况，并结合案情、危险性等来决定，有的甚至需要长期医疗监护。

四、普通医疗监护中的医疗措施

精神病人普通医疗监护中的医疗措施，除了前文介绍的躯体治疗以外，更应加强对患者的心理治疗和精神康复治疗。

（一）心理治疗

心理治疗是运用心理学的原理和方法，帮助患者解决各类心理冲突和心理问题，使其恢复心理动力和心理平衡。心理治疗主要适用于非精神病性障碍及精神病性障碍的恢复期或缓解期等。

心理治疗方式可分为个别心理治疗、家庭心理治疗和集体心理治疗。集体心理治疗是指在团体情境中提供心理帮助的一种心理治疗的形式。它是通过团体内人际交互作用,促使个体在互动中通过观察、学习、体验,认识自我、探讨自我、接纳自我,调整和改善与他人的关系,学习新的态度与行为方式,以发展良好的生活适应的过程。家庭心理治疗是一种特殊的集体心理治疗。

(二) 精神康复治疗

从世界卫生组织对健康的定义来看,精神病患者某些症状消失,并不意味着健康恢复。只有其社会功能损害得以恢复,并达到或接近原有适应环境能力的水平,才算是完全意义上的恢复了健康。这种促使社会功能缺陷得以恢复的过程,即为康复过程。为达此目的必须采取精神康复治疗。

精神康复治疗包括心理治疗、社会功能训练和家庭治疗以及药物治疗等措施。其主要内容除要求患者继续服用一定的维持量药物外,还需对其进行心理治疗和社会功能训练与再训练。使患者生活自理能力、家庭职能、社交技能和职业技能得以恢复或最大限度地恢复,重返社会,完成其应当承担的社会职责。

进行医疗监护的精神障碍患者的精神康复治疗可在强制性医疗监护机构或普通精神病医院进行,也可在社区精神卫生服务机构进行,要根据其案情、病情、预后及判决、执行等情况酌情选择。

五、普通医疗监护中的护理措施

(一) 精神障碍护理记录

护理记录是护理工作的一项重要基本功,它能及时反映病情,提出护理要求,使护理工作彼此协调,又便于积累资料,提高护理经验。此外,护理记录是医疗文件的一部分,可作为诊断和判定疗效的参考及科研资料、医患纠纷的法庭证据等。

1. 护理记录书写要求 ①全面了解病情.护士必须熟悉病史,认真与患者交谈,了解其心理活动,掌握精神症状等;②保持客观性。记录应全面反映护士直接观察到的各种情况并详细描述当日与患者接触交谈之情况。少用医学术语,尽量用患者语言;③新入院记录。一般从入院开始,连续三天每班记录,特殊情况随时记录。特护和一级护理患者,每天记录并交班;④书面要求。字迹工整,标点符号准确,语句通畅,用词恰当。

2. 护理记录种类 临床护理记录从住院开始到出院或死亡,每个环节,每个过程都在护士细心观察之中。护士记录包括:入院记录、假出院返院记录、特殊护理记录及一级护理记录、转出、转入记录、二级、三级护理记录,出院及死亡记录。

3. 记录内容 ①新入院记录。入院时间、是否有家属陪同、住院次数、仪表、入室方式(步行进入、捆绑入室、抬入病室),本次入院原因、主要病情、躯体症状、生命体征、护理要点、生活自理情况、进食情况、排泄情况、睡眠情况等;②住院期间的动态护理记录。在疾病治疗过程中,患者的情况不断发生变化,护士将根据病情,根据观察到的情况进行记录,并进行阶段性的护理评估,以便调节护理措施;③出院小结。住院次数、入院时主要精神症状、临床表现、诊断与治疗、目前精神症状缓解程度、自知力恢复情况、带药情况及家庭护理注意事项;④假出院返院记录。返院时间,陪同返院家属,假出院期间的表现及特别注意的情况;⑤一级护理记录。患者仪表仪态、意识情况、参加室内活动情况、饮食、睡眠情况、躯体情况、精神症状及心理活动;⑥转科或转院记录。转出时间、主要原因、症状及

临床表现、诊断与治疗、目前精神症状、转往科室或医院；⑦转入记录。转入时间、原因、仪态、入室方式、病情、对环境的适应情况等；⑧死亡记录。病情变化记录、抢救时间、抢救过程、生命体征、出入量、死亡时间、死亡诊断、尸体料理情况等。

（二）精神障碍患者组织

患者组织管理是精神科病房管理的基础，是顺利开展医疗护理工作的关键。患者由于认识、情感、意志、行为等精神活动障碍，故其行为既可危害自身，又影响邻居，甚至扰乱社会秩序，以致无法自理日常生活。若无良好的组织管理，则容易发生混乱的局面导致严重后果。因此，在住院期间，将患者组织起来，调动主观能动性，有计划地组织学习、座谈，宣传遵守住院生活的各项规则，开展娱乐、体育，进行正向行为训练等等，不仅能使患者友好相处，病房井然有序，也有利于创造良好的治疗环境，使各项医疗护理工作得以顺利进行，促进患者诸方面的进步和康复。

1. 可根据各病房住院人数组成休养员委员会或小组 患者可编为苦干小组，每组设组长一名。休养员委员会要根据委员的特长，爱好和兴趣明确分工职责范围。主任委员应负责患者的全面工作，并与专职护理人员配合安排好患者活动的时间与内容，做好患者的解释说服工作，配合病房管理和医疗护理工作的进行。学习委员重点负责患者学习的组织、计划、安排、布置学习内容，检查学习情况，组织讨论会及座谈会，交流会等。宣传委员要结合形势和病房工作重点搞好宣传，定期组织黑板报，学习园地，墙报专刊，表扬好人好事，节目召开庆祝会，表扬休养员等。文体委员负责文体活动，教唱歌曲，排练节目，跳舞等，按时组织体育锻炼，如广播操、球类、棋类等友谊比赛，以丰富患者文化生活。小组长负责病房的清洁、卫生等活动，以配合委员工作。

2. 护理人员要指导休养员委员会开展各项活动 要指导患者休养员委员会的工作，重点掌握患者的病情，了解各种思想动态，委员中出现病情复发或出院者，应及时补充人选，以使患者组织不致中断。还要注意培养休养员委员会人选，随时调整组织，以保证休委会组织健全并顺利开展。患者活动内容大致可分为学习、娱乐与劳动，进行集体教育。采取每天定时集中读报半小时或由护理人员作讲解，使患者能了解当前的国内外形势，了解科学发展观，建设和谐社会等相关信息，使他们与外界保持密切联系，并增强战胜疾病的信心。定期组织工休座谈会，节日举办联欢会，为了鼓励患者做好人好事，定期总结评比，既活跃了病房的气氛，又密切了病员之间的团结互助和工休关系，更便于病房护理工作的进行。

3. 组织患者参加适当的劳动工作和文娱体育活动 以促进大脑机能恢复的一种治疗方法，实施这项治疗，应有周计划、日安排、而且每周应有活动的重点，如患者的学习总结会，休养员评比会，工休座谈会等。患者每日活动应有全面安排，早晨空气清新，组织患者做早操、跑步、听新闻联播。上午患者精力充沛，应以学习和劳动为主，如让患者参加田园种植，饲养家禽、编织、缝纫、剪贴等。中午应让患者休息或午睡。下午组织患者参加文体、娱乐活动为宜，如听广播、看电视、唱歌、跳舞、跳绳及球类等。晚上自由散步或看电视，这样既丰富了患者住院生活，又使患者大脑得到充分休息。

4. 根据病情分别组织患者活动 兴奋状态的患者，应有专人重点管理，原则上应以个别活动为宜，同时在护士陪伴下，安排他们在安静的环境中看图书、画报、下棋等。恢复期及病情部分缓解的患者，可根据他们的职业或特长安排文娱活动内容，不但能增强患者的体质，促进疾病的恢复，有利于病房的组织管理工作，还可培养和训练患者的劳动能力，密切患者

与社会生活的联系，为回归社会创造良好的条件。

（三）精神障碍患者病房管理

精神科病房患者组织管理应以护理人员为主，在患者中挑选病情稳定，作风正派，关心集体，在患者中有威信，有组织能力，热心为病员服务的人组成休养员委员会，共同进行工作，休养员委员会，应在护士长的领导下，由专职护理人员具体负责此项工作，搞好病房的组织管理不仅能维持病房良好的秩序，有利于医疗护理工作的开展，调动患者的积极因素，有利于疾病康复。

1.病房的组织管理 ①建立有关病房管理制度，如作息制度（休息、活动、治疗、娱乐、就餐时间等），住院规则（服药、请假、关于工娱治疗要求、随身携带物品的限制与保管制度等），会客探视制度、休养委员会制度等；②定期召开休养员委员会会议，开展优秀病员的评选活动，表扬和宣传患者中的好人好事，积极参加康复活动的病员，提倡患者之间互助和友好相处，建立良好的病房氛围。

2.病房的管理模式 ①封闭式管理模式：该管理模式仅适合于小部分急性期行为紊乱、有较大危险性（自杀或冲动伤人）的一级护理的患者。患者在限制的范围活动，一般不能离开病室或在有专人监护的活动室活动。封闭式的管理模式有严格的限制和规定，病房的各种设施常常都是围绕防止患者外逃或自杀而设计，不适宜病情稳定和恢复期的患者。目前，多数精神病医院仅保留少数这样封闭式的病房；②半开放式管理模式：是在封闭式管理和开放式管理中的一个过渡形式，主要适合于二级护理的患者，活动空间明显较一级护理扩展，患者可在自由的半开放的区域内活动。目前，多数精神病院采用该管理模式；③开放式管理模式：病员住在完全开放的病区，能够与社会环境保持密切接触，病员可着自己的生活便装，自由出入病区、活动室。该管理模式主要适合于二级和三级护理的患者，因与社会环境保持密切的接触，利于患者交往，促进社会功能的康复，并且，减轻患者住精神病院，活动受限制的心理压力，越来越受到患者和家属的欢迎，也是精神科护理管理发展的趋势和方向。

（四）精神病患者的分级护理

为了使患者得到针对性的护理，使患者在其所适宜的环境中接受治疗与护理，临床通常根据疾病不同的诊断、病情轻重采用分级护理，并制定相应的护理措施和管理方法。

1.一级护理 ①护理范围：有严重自杀、自伤行为，冲动、伤人、毁物行为，兴奋躁动、行为紊乱，有出走行为，拒绝治疗、伴有严重躯体疾病或木僵，生活不能自理的患者；②护理要求：根据患者情况安置在重症监护室或单人间（兴奋躁动患者）；限制患者活动范围，24 小时专人监护；建立重症患者护理观察记录；密切观察病情，做好针对性的治疗与护理工作。

2.二级护理 ①护理范围：有明显的精神症状，但不影响其他人或自身安全，或伴有一般的躯体疾病，生活能部分自理的患者；②护理要求：安置在一般病室；建立一般患者护理观察记录，密切观察病情及对治疗的反应；安排患者参加适宜的工娱治疗活动；开展针对性心理护理和健康教育指导；协助料理生活。

3.三级护理 ①护理范围：精神症状缓解，病情稳定，处于恢复期的患者；②护理内容：将患者安置在一般病房，有条件的可安置在开放式病房；建立一般患者护理观察记录；护理重点是心理护理、康复训练和健康教育。

复习思考题

1. 精神疾病患者危险倾向预测的主要相关因素有那些？
2. 精神病人医疗监护的概念和特征是什么？
3. 强制性医疗监护的对象都包括那些？
4. 强制性医疗监护中的护理职责有那些？
5. 精神病患者分级护理的具体内容是什么？

(毛富强 杨 坤)

精神疾病司法鉴定暂行规定

(1989年7月11日最高人民法院、最高人民检察院、
公安部、司法部、卫生部发布)

第一章 总 则

第一条 根据《中华人民共和国刑法》、《中华人民共和国刑事诉讼法》、《中华人民共和国民事诉讼法通则》、《中华人民共和国民事诉讼法》(试行)、《中华人民共和国治安管理处罚条例》及其他有关法规,为司法机关依法正确处理案件,保护精神疾病患者的合法权益,特制定本规定。

第二条 精神疾病的司法鉴定,根据案件事实和被鉴定人的精神状态,作出鉴定结论,为委托鉴定机关提供有关法定能力的科学证据。

第二章 司法鉴定机构

第三条 为开展精神疾病的司法鉴定工作,各省、自治区、直辖市、地区、地级市,应当成立精神疾病司法鉴定委员会,负责审查、批准鉴定人,组织技术鉴定组,协调、开展鉴定工作。

第四条 鉴定委员会由人民法院、人民检察院和公安、司法、卫生机关的有关负责干部和专家若干人组成,人选由上述机关协商确定。

第五条 鉴定委员会根据需要,可以设置若干个技术鉴定组,承担具体鉴定工作,其成员由鉴定委员会聘请、指派。技术鉴定组不得少于两名成员参加鉴定。

第六条 对疑难案件,在省、自治区、直辖市内难以鉴定的,可以由委托鉴定机关重新委托其他省、自治区、直辖市鉴定委员会进行鉴定。

第三章 鉴定内容

第七条 对可能患有精神疾病的下列人员应当进行鉴定:

- (一) 刑事案件的被告人、被害人;
- (二) 民事案件的当事人;
- (三) 行政案件的原告人(自然人);
- (四) 违反治安管理应当受拘留处罚的人员;
- (五) 劳动改造的罪犯;
- (六) 劳动教养人员;
- (七) 收容审查人员;
- (八) 与案件有关需要鉴定的其他人员。

第八条 鉴定委员会根据情况可以接受被鉴定人补充鉴定、重新鉴定、复核鉴定的要求。

第九条 刑事案件中,精神疾病司法鉴定包括

- (一) 确定被鉴定人是否患有精神疾病,患何种精神疾病,实施危害行为时的精神状态,精神疾病和所实施的危害行为之间的关系,以及有无刑事责任能力。
- (二) 确定被鉴定人在诉讼过程中的精神状态以及有无诉讼能力。
- (三) 确定被鉴定人在服刑期间的精神状态以及对应当采取的法律措施的建议。

第十条 民事案件中精神疾病司法鉴定任务如下

（一）确定被鉴定人是否患有精神疾病，患何种精神疾病，在进行民事活动时的精神状态，精神疾病对其意思表示能力的影响，以及有无民事行为能力。

（二）确定被鉴定人在调解或审理阶段期间的精神状态，以及有无诉讼能力。

第十一条 确定各类案件的被害人等，在其人身、财产等合法权益遭受侵害时的精神状态，以及对侵权行为有无辨认能力或者自我防卫、保护能力。

第十二条 确定案件中有关证人的精神状态，以及有无作证能力。

第四章 鉴定人

第十三条 具有下列资格之一的，可以担任鉴定人

（一）具有五年以上精神科临床经验并具有司法精神病学知识的主治医师以上人员。

（二）具有司法精神病学知识、经验和工作能力的主检法医师以上人员。

第十四条 鉴定人权利

（一）被鉴定人案件材料不充分时，可以要求委托鉴定机关提供所需要的案件材料。

（二）鉴定人有权通过委托鉴定机关，向被鉴定人的工作单位和亲属以及有关证人了解情况。

（三）鉴定人根据需要有权要求委托鉴定机关将被鉴定人移送至收治精神病人的医院住院检查和鉴定。

（四）鉴定机构可以向委托鉴定机关了解鉴定后的处理情况。

第十五条 鉴定人义务

（一）进行鉴定时，应当履行职责，正确、及时作出鉴定结论。

（二）解答委托鉴定机关提出的与鉴定结论有关的问题。

（三）保守案件秘密。

（四）遵守有关回避的法律规定。

第十六条 鉴定人在鉴定过程中徇私舞弊、故意作虚假鉴定的，应当追究法律责任。

第五章 委托鉴定和鉴定书

第十七条 司法机关委托鉴定时，需有《委托鉴定书》，说明鉴定的要求和目的，并提供下列材料：

（一）被鉴定人及其家庭情况；

（二）案件的有关材料；

（三）工作单位提供的有关材料；

（四）知情人对被鉴定人精神状态的有关证言；

（五）医疗记录和其他有关检查结果。

第十八条 鉴定结束后，应当制作《鉴定书》。《鉴定书》包括以下内容

（一）委托鉴定机关的名称；

（二）案由、案号，鉴定书号；

（三）鉴定的目的和要求；

（四）鉴定的日期、场所、在场人；

（五）案情摘要；

（六）被鉴定人的一般情况；

- (七) 被鉴定人发案时和发案后各阶段的精神状态;
- (八) 被鉴定人精神状态检查和其他检查所见;
- (九) 分析说明;
- (十) 鉴定结论;
- (十一) 鉴定人员签名, 并加盖鉴定专用章;
- (十二) 有关医疗或监护的建议。

第六章 责任能力和行为能力的评定

第十九条 刑事案件被鉴定人责任能力的评定: 被鉴定人实施危害行为时, 经鉴定患有精神疾病, 由于严重的精神活动障碍, 致使不能辨认或者不能控制自己行为的, 为无刑事责任能力。被鉴定人实施危害行为时, 经鉴定属于下列情况之一的, 为具有责任能力:

1. 具有精神疾病的既往史, 但实施危害行为时并无精神异常;
2. 精神疾病的间歇期, 精神症状已经完全消失。

第二十条 民事案件被鉴定人行为能力的评定

(一) 被鉴定人在进行民事活动时, 经鉴定患有精神疾病, 由于严重的精神活动障碍致使不能辨认或者不能保护自己合法权益的, 为无民事行为能力。

(二) 被鉴定人在进行民事活动时, 经鉴定患有精神疾病, 由于精神活动障碍, 致使不能完全辨认、不能控制或者不能完全保护自己合法权益的, 为限制民事行为能力。

(三) 被鉴定人在进行民事活动时, 经鉴定属于下列情况之一的, 为具有民事行为能力:

1. 具有精神疾病既往史, 但在民事活动时并无精神异常;
2. 精神疾病的间歇期, 精神症状已经消失;
3. 虽患有精神疾病, 但其病理性精神活动具有明显局限性, 并对他所进行的民事活动具有辨认能力和能保护自己合法权益的;
4. 智能低下, 但对自己的合法权益仍具有辨认能力和保护能力的。

第二十一条 诉讼过程中有关法定能力的评定:

(一) 被鉴定人为刑事案件的被告人, 在诉讼过程中, 经鉴定患有精神疾病, 致使不能行使诉讼权利的, 为无诉讼能力。

(二) 被鉴定人为民事案件的当事人或者是刑事案件的自诉人, 在诉讼过程中经鉴定患有精神疾病, 致使不能行使诉讼权利的, 为无诉讼能力。

(三) 控告人、检举人、证人等提供不符合事实的证言, 经鉴定患有精神疾病, 致使缺乏对客观事实的理解力或判断力的, 为无作证能力。

第二十二条 其他有关法定能力的评定

(一) 被鉴定人是女性, 经鉴定患有精神疾病, 在她的性不可侵犯权遭到侵害时, 对自身所受的侵害或严重后果缺乏实质性理解能力的, 为无自我防卫能力。

(二) 被鉴定人在服刑、劳动教养或者被裁决受治安处罚中, 经鉴定患有精神疾病, 由于严重的精神活动障碍, 致使其无辨认能力或控制能力, 为无服刑、受劳动教养能力或者无受处罚能力。

第七章 附 则

第二十三条 本规定自 1989 年 8 月 1 日起施行。 司法鉴定程序通则 (试行)

司法鉴定人登记管理办法

第一章 总则

第一条 为了加强对司法鉴定人的管理，规范司法鉴定活动，建立统一的司法鉴定管理体制，适应司法机关和公民、组织的诉讼需要，保障当事人的诉讼权利，促进司法公正和效率，根据《全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定》和其他相关法律、法规，制定本办法

第二条 司法鉴定人从事《全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定》第二条规定的司法鉴定业务，适用本办法。

第三条 本办法所称的司法鉴定人是指运用科学技术或者专门知识对诉讼涉及的专门性问题进行鉴别和判断并提出鉴定意见的人员。

司法鉴定人应当具备本办法规定的条件，经省级司法行政机关审核登记，取得《司法鉴定人执业证》，按照登记的司法鉴定执业类别，从事司法鉴定业务。

司法鉴定人应当在一个司法鉴定机构中执业。

第四条 司法鉴定管理实行行政管理与行业管理相结合的管理制度。

司法行政机关对司法鉴定人及其执业活动进行指导、管理和监督、检查，司法鉴定行业协会依法进行自律管理。

第五条 全国实行统一的司法鉴定机构及司法鉴定人审核登记、名册编制和名册公告制度。

第六条 司法鉴定人应当科学、客观、独立、公正地从事司法鉴定活动，遵守法律、法规的规定，遵守职业道德和职业纪律，遵守司法鉴定管理规范。

第七条 司法鉴定人执业实行回避、保密、时限和错鉴责任追究制度。

第二章 主管机关

第八条 司法部负责全国司法鉴定人的登记管理工作，依法履行下列职责：

- (一)指导和监督省级司法行政机关对司法鉴定人的审核登记、名册编制和名册公告工作；
- (二)制定司法鉴定人执业规则和职业道德、职业纪律规范；
- (三)制定司法鉴定人诚信等级评估制度并指导实施；
- (四)会同国务院有关部门制定司法鉴定人专业技术职称评聘标准和办法；
- (五)制定和发布司法鉴定人继续教育规划并指导实施；
- (六)法律、法规规定的其他职责。

第九条 省级司法行政机关负责本行政区域内司法鉴定人的登记管理工作，依法履行下列职责：

- (一)负责司法鉴定人的审核登记、名册编制和名册公告；
- (二)负责司法鉴定人诚信等级评估工作；
- (三)负责对司法鉴定人进行监督、检查；

- (四)负责对司法鉴定人违法违纪执业行为进行调查处理;
- (五)组织开展司法鉴定人专业技术职称评聘工作;
- (六)组织司法鉴定人参加司法鉴定岗前培训和继续教育;
- (七)法律、法规和规章规定的其他职责。

第十条 省级司法行政机关可以委托下一级司法行政机关协助办理本办法第九条规定的有关工作。

第三章 执业登记

第十一条 司法鉴定人的登记事项包括:姓名、性别、出生年月、学历、专业技术职称或者行业资格、执业类别、执业机构等。

第十二条 个人申请从事司法鉴定业务,应当具备下列条件:

- (一)拥护中华人民共和国宪法,遵守法律、法规和社会公德,品行良好的公民;
- (二)具有相关的高级专业技术职称;或者具有相关的行业执业资格或者高等院校相关专业本科以上学历,从事相关工作五年以上;
- (三)申请从事经验鉴定型或者技能鉴定型司法鉴定业务的,应当具备相关专业工作十年以上经历和较强的专业技能;
- (四)所申请从事的司法鉴定业务,行业有特殊规定的,应当符合行业规定;
- (五)拟执业机构已经取得或者正在申请《司法鉴定许可证》;
- (六)身体健康,能够适应司法鉴定工作需要。

第十三条 有下列情形之一的,不得申请从事司法鉴定业务:

- (一)因故意犯罪或者职务过失犯罪受过刑事处罚的;
- (二)受过开除公职处分的;
- (三)被司法行政机关撤销司法鉴定人登记的;
- (四)所在的司法鉴定机构受到停业处罚,处罚期未满的;
- (五)无民事行为能力或者限制行为能力的;
- (六)法律、法规和规章规定的其他情形。

第十四条 个人申请从事司法鉴定业务,应当由拟执业的司法鉴定机构向司法行政机关提交下列材料:

- (一)申请表;
- (二)身份证、专业技术职称、行业执业资格、学历、符合特殊行业要求的相关资格、从事相关专业工作经历、专业技术水平评价及业务成果等证明材料;
- (三)应当提交的其他材料。

个人兼职从事司法鉴定业务的,应当符合法律、法规的规定,并提供所在单位同意其兼职从事司法鉴定业务的书面意见。

第十五条 司法鉴定人审核登记程序、期限参照《司法鉴定机构登记管理办法》中司法鉴定机构审核登记的相关规定办理。

第十六条 经审核符合条件的,省级司法行政机关应当作出准予执业的决定,颁发《司法鉴定人执业证》;不符合条件的,作出不予登记的决定,书面通知其所在司法鉴定机构并说明理由。

第十七条 《司法鉴定人执业证》由司法部统一监制。《司法鉴定人执业证》是司法鉴

定人的执业凭证。

《司法鉴定人执业证》使用期限为五年，自颁发之日起计算。

《司法鉴定人执业证》应当载明下列内容：

- (一)姓名；
- (二)性别；
- (三)身份证号码；
- (四)专业技术职称；
- (五)行业执业资格；
- (六)执业类别；
- (七)执业机构；
- (八)使用期限；
- (九)颁证机关和颁证时间；
- (十)证书号码。

第十八条 司法鉴定人要求变更有关登记事项的，应当及时通过所在司法鉴定机构向原负责登记的司法行政机关提交变更登记申请书和相关材料，经审核符合本办法规定的，司法行政机关应当依法办理变更登记手续。

第十九条 《司法鉴定人执业证》使用期限届满后，需要继续执业的，司法鉴定人应当在使用期限届满三十日前通过所在司法鉴定机构，向原负责登记的司法行政机关提出延续申请，司法行政机关依法审核办理。延续申请的条件和需要提交的材料按照本办法第十二条、第十三条、第十四条、第十五条的规定执行。

不申请延续的司法鉴定人，《司法鉴定人执业证》使用期限届满后，由原负责登记的司法行政机关办理注销登记手续。

第二十条 司法鉴定人有下列情形之一的，原负责登记的司法行政机关应当依法办理注销登记手续：

- (一)依法申请终止司法鉴定活动的；
- (二)所在司法鉴定机构注销或者被撤销的；
- (三)《司法鉴定人执业证》使用期限届满未申请延续的；
- (四)法律、法规规定的其他情形。

第四章 权利和义务

第二十一条 司法鉴定人享有下列权利：

- (一)了解、查阅与鉴定事项有关的情况和资料，询问与鉴定事项有关的当事人、证人等；
- (二)要求鉴定委托人无偿提供鉴定所需要的鉴材、样本；
- (三)进行鉴定所必需的检验、检查和模拟实验；
- (四)拒绝接受不合法、不具备鉴定条件或者超出登记的执业类别的鉴定委托；
- (五)拒绝解决、回答与鉴定无关的问题；
- (六)鉴定意见不一致时，保留不同意见；
- (七)接受岗前培训和继续教育；
- (八)获得合法报酬；

(九)法律、法规规定的其他权利。

第二十二条 司法鉴定人应当履行下列义务

- (一)受所在司法鉴定机构指派按照规定时限独立完成鉴定工作，并出具鉴定意见；
- (二)对鉴定意见负责；
- (三)依法回避；
- (四)妥善保管送鉴的鉴材、样本和资料；
- (五)保守在执业活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私；
- (六)依法出庭作证，回答与鉴定有关的询问；
- (七)自觉接受司法行政机关的管理和监督、检查；
- (八)参加司法鉴定岗前培训和继续教育；
- (九)法律、法规规定的其他义务。

第五章 监督管理

第二十三条 司法鉴定人应当在所在司法鉴定机构接受司法行政机关统一部署的监督、检查。

第二十四条 司法行政机关应当就下列事项，对司法鉴定人进行监督、检查：

- (一)遵守法律、法规和规章的情况；
- (二)遵守司法鉴定程序、技术标准和技术操作规范的情况；
- (三)遵守执业规则、职业道德和职业纪律的情况；
- (四)遵守所在司法鉴定机构内部管理制度的情况；
- (五)法律、法规和规章规定的其他事项。

第二十五条 公民、法人和其他组织对司法鉴定人违反本办法规定的行为进行举报、投诉的，司法行政机关应当及时进行调查处理。

第二十六条 司法行政机关对司法鉴定人进行监督、检查或者根据举报、投诉进行调查时，可以依法查阅或者要求司法鉴定人报送有关材料。司法鉴定人应当如实提供有关情况和材料。

第二十七条 司法行政机关依法建立司法鉴定人诚信档案，对司法鉴定人进行诚信等级评估。评估结果向社会公开。

第六章 法律责任

第二十八条 未经登记的人员，从事已纳入本办法调整范围司法鉴定业务的，省级司法行政机关应当责令其停止司法鉴定活动，并处以违法所得一至三倍的罚款，罚款总额最高不得超过三万元。

第二十九条 司法鉴定人有下列情形之一的，由省级司法行政机关依法给予警告，并责令其改正：

- (一)同时在两个以上司法鉴定机构执业的；
- (二)超出登记的执业类别执业的；
- (三)私自接受司法鉴定委托的；
- (四)违反保密和回避规定的；

(五)拒绝接受司法行政机关监督、检查或者向其提供虚假材料的;

(六)法律、法规和规章规定的其他情形。

第三十条 司法鉴定人有下列情形之一的,由省级司法行政机关给予停止执业三个月以上一年以下的处罚;情节严重的,撤销登记;构成犯罪的,依法追究刑事责任:

(一)因严重不负责任给当事人合法权益造成重大损失的;

(二)具有本办法第二十九条规定的情形之一并造成严重后果的;

(三)提供虚假证明文件或者采取其他欺诈手段,骗取登记的;

(四)经人民法院依法通知,非法定事由拒绝出庭作证的;

(五)故意做虚假鉴定的;

(六)法律、法规规定的其他情形。

第三十一条 司法鉴定人在执业活动中,因故意或者重大过失行为给当事人造成损失的,其所在的司法鉴定机构依法承担赔偿责任后,可以向有过错行为的司法鉴定人追偿。

第三十二条 司法行政机关工作人员在管理工作中滥用职权、玩忽职守造成严重后果的,依法追究相应的法律责任。

第三十三条 司法鉴定人对司法行政机关的行政许可和行政处罚有异议的,可以依法申请行政复议。

第七章 附 则

第三十四条 本办法所称司法鉴定人不含《全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定》第七条规定的鉴定机构中从事鉴定工作的鉴定人。

第三十五条 本办法自公布之日起施行。2000年8月14日公布的《司法鉴定人管理办法》(司法部令第63号)同时废止。

司法鉴定程序通则

第一章 总 则

第一条 为了规范司法鉴定机构和司法鉴定人的司法鉴定活动,保障司法鉴定质量,保障诉讼活动的顺利进行,根据《全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定》和有关法律、法规的规定,制定本通则。

第二条 司法鉴定程序是指司法鉴定机构和司法鉴定人进行司法鉴定活动应当遵循的方式、方法、步骤以及相关的规则 and 标准。

本通则适用于司法鉴定机构和司法鉴定人从事各类司法鉴定业务的活动。

第三条 司法鉴定机构和司法鉴定人进行司法鉴定活动,应当遵守法律、法规、规章,遵守职业道德和职业纪律,尊重科学,遵守技术操作规范。

第四条 司法鉴定实行鉴定人负责制度。司法鉴定人应当依法独立、客观、公正地进行鉴定,并对自己作出的鉴定意见负责。

第五条 司法鉴定机构和司法鉴定人应当保守在执业活动中知悉的国家秘密、商业秘密,

不得泄露个人隐私。

未经委托人的同意，不得向其他人或者组织提供与鉴定事项有关的信息，但法律、法规另有规定的除外。

第六条 司法鉴定机构和司法鉴定人在执业活动中应当依照有关诉讼法律和本通则规定实行回避。

第七条 司法鉴定人经人民法院依法通知，应当出庭作证，回答与鉴定事项有关的问题。

第八条 司法鉴定机构应当统一收取司法鉴定费用，收费的项目和标准执行国家的有关规定。

第九条 司法鉴定机构和司法鉴定人进行司法鉴定活动应当依法接受监督。对于有违反有关法律规定行为的，由司法行政机关依法给予相应的行政处罚；有违反司法鉴定行业规范行为的，由司法鉴定行业组织给予相应的行业处分。

第十条 司法鉴定机构应当加强对司法鉴定人进行司法鉴定活动的管理和监督。司法鉴定人有违反本通则或者所属司法鉴定机构管理规定行为的，司法鉴定机构应当予以纠正。

第二章 司法鉴定的委托与受理

第十一条 司法鉴定机构应当统一受理司法鉴定的委托。

第十二条 司法鉴定机构接受鉴定委托，应当要求委托人出具鉴定委托书，提供委托人的身份证明，并提供委托鉴定事项所需的鉴定材料。委托人委托他人代理的，应当要求出具委托书。

本通则所指鉴定材料包括检材和鉴定资料。检材是指与鉴定事项有关的生物检材和非生物检材；鉴定资料是指存在于各种载体上与鉴定事项有关的记录。

鉴定委托书应当载明委托人的名称或者姓名、拟委托的司法鉴定机构的名称、委托鉴定的事项、鉴定事项的用途以及鉴定要求等内容。

委托鉴定事项属于重新鉴定的，应当在委托书中注明。

第十三条 委托人应当向司法鉴定机构提供真实、完整、充分的鉴定材料，并对鉴定材料的真实性、合法性负责。

委托人不得要求或者暗示司法鉴定机构和司法鉴定人按其意图或者特定目的提供鉴定意见。

第十四条 司法鉴定机构收到委托，应当对委托的鉴定事项进行审查，对属于本机构司法鉴定业务范围，委托鉴定事项的用途及鉴定要求合法，提供的鉴定材料真实、完整、充分的鉴定委托，应当予以受理。

对提供的鉴定材料不完整、不充分的，司法鉴定机构可以要求委托人补充；委托人补充齐全的，可以受理。

第十五条 司法鉴定机构对符合受理条件的鉴定委托，应当即时作出受理的决定；不能即时决定受理的，应当在七个工作日内作出是否受理的决定，并通知委托人；对通过信函提出鉴定委托的，应当在十个工作日内作出是否受理的决定，并通知委托人；对疑难、复杂或者特殊鉴定事项的委托，可以与委托人协商确定受理的时间。

第十六条 具有下列情形之一的鉴定委托，司法鉴定机构不得受理：

(一)委托事项超出本机构司法鉴定业务范围的；

- (二) 鉴定材料不真实、不完整、不充分或者取得方式不合法的；
- (三) 鉴定事项的用途不合法或者违背社会公德的；
- (四) 鉴定要求不符合司法鉴定执业规则或者相关鉴定技术规范的；
- (五) 鉴定要求超出本机构技术条件和鉴定能力的；
- (六) 不符合本通则第二十九条规定的；
- (七) 其他不符合法律、法规、规章规定情形的。

对不予受理的，应当向委托人说明理由，退还其提供的鉴定材料。

第十七条 司法鉴定机构决定受理鉴定委托的，应当与委托人在协商一致的基础上签订司法鉴定协议书。

司法鉴定协议书应当载明下列事项：

- (一) 委托人和司法鉴定机构的基本情况；
- (二) 委托鉴定的事项及用途；
- (三) 委托鉴定的要求；
- (四) 委托鉴定事项涉及的案件的简要情况；
- (五) 委托人提供的鉴定材料的目录和数量；
- (六) 鉴定过程中双方的权利、义务；
- (七) 鉴定费用及收取方式；
- (八) 其他需要载明的事项。

因鉴定需要耗尽或者可能损坏检材的，或者在鉴定完成后无法完整退还检材的，应当事先向委托人讲明，征得其同意或者认可，并在协议书中载明。

在进行司法鉴定过程中需要变更协议书内容的，应当由协议双方协商确定。

第三章 司法鉴定的实施

第十八条 司法鉴定机构受理鉴定委托后，应当指定本机构中具有该鉴定事项执业资格的司法鉴定人进行鉴定。

委托人有特殊要求的，经双方协商一致，也可以从本机构中选择符合条件的司法鉴定人进行鉴定。

第十九条 司法鉴定机构对同一鉴定事项，应当指定或者选择二名司法鉴定人共同进行鉴定；对疑难、复杂或者特殊的鉴定事项，可以指定或者选择多名司法鉴定人进行鉴定。

第二十条 司法鉴定人本人或者其近亲属与委托人、委托的鉴定事项或者鉴定事项涉及的案件有利害关系，可能影响其独立、客观、公正进行鉴定的，应当回避。

司法鉴定人自行提出回避的，由其所属的司法鉴定机构决定；委托人要求司法鉴定人回避的，应当向该鉴定人所属的司法鉴定机构提出，由司法鉴定机构决定。委托人对司法鉴定机构是否实行回避的决定有异议的，可以撤销鉴定委托。

第二十一条 司法鉴定机构应当严格依照有关技术规范保管和使用鉴定材料，严格监控鉴定材料的接收、传递、检验、保存和处置，建立科学、严密的管理制度。

司法鉴定机构和司法鉴定人因严重不负责任造成鉴定材料损毁、遗失的，应当依法承担责任。

第二十二条 司法鉴定人进行鉴定，应当依下列顺序遵守和采用该专业领域的技术标准

和技术规范：

(一)国家标准和技术规范；

(二)司法鉴定主管部门、司法鉴定行业组织或者相关行业主管部门制定的行业标准和技术规范；

(三)该专业领域多数专家认可的技术标准和技术规范。

不具备前款规定的技术标准和技术规范的，可以采用所属司法鉴定机构自行制定的有关技术规范。

第二十三条 司法鉴定人进行鉴定，应当对鉴定过程进行实时记录并签名。记录可以采取笔记、录音、录像、拍照等方式。记录的内容应当真实、客观、准确、完整、清晰，记录的文本或者音像载体应当妥善保存。

第二十四条 司法鉴定人在进行鉴定的过程中，需要对女性作妇科检查的，应当由女性司法鉴定人进行；无女性司法鉴定人的，应当有女性工作人员在场。

在鉴定过程中需要对未成年人的身体进行检查的，应当通知其监护人到场。

对被鉴定人进行法医精神病鉴定的，应当通知委托人或者被鉴定人的近亲属或者监护人到场。

对需要到现场提取检材的，应当由不少于二名司法鉴定人提取，并通知委托人到场见证。

对需要进行尸体解剖的，应当通知委托人或者死者的近亲属或者监护人到场见证。

第二十五条 司法鉴定机构在进行鉴定的过程中，遇有特别复杂、疑难、特殊技术问题的，可以向本机构以外的相关专业领域的专家进行咨询，但最终的鉴定意见应当由本机构的司法鉴定人出具。

第二十六条 司法鉴定机构应当在与委托人签订司法鉴定协议书之日起三十个工作日内完成委托事项的鉴定。

鉴定事项涉及复杂、疑难、特殊的技术问题或者检验过程需要较长时间的，经本机构负责人批准，完成鉴定的时间可以延长，延长时间一般不得超过三十个工作日。

司法鉴定机构与委托人对完成鉴定的时限另有约定的，从其约定。

在鉴定过程中补充或者重新提取鉴定材料所需的时间，不计入鉴定时限。

第二十七条 司法鉴定机构在进行鉴定过程中，遇有下列情形之一的，可以终止鉴定：

(一)发现委托鉴定事项的用途不合法或者违背社会公德的；

(二)委托人提供的鉴定材料不真实或者取得方式不合法的；

(三)因鉴定材料不完整、不充分或者因鉴定材料耗尽、损坏，委托人不能或者拒绝补充提供符合要求的鉴定材料的；

(四)委托人的鉴定要求或者完成鉴定所需的技术要求超出本机构技术条件和鉴定能力的；

(五)委托人不履行司法鉴定协议书规定的义务或者被鉴定人不予配合，致使鉴定无法继续进行的；

(六)因不可抗力致使鉴定无法继续进行的；

(七)委托人撤销鉴定委托或者主动要求终止鉴定的；

(八)委托人拒绝支付鉴定费用的；

(九)司法鉴定协议书约定的其他终止鉴定的情形。

终止鉴定的，司法鉴定机构应当书面通知委托人，说明理由，并退还鉴定材料。

终止鉴定的，司法鉴定机构应当根据终止的原因及责任，酌情退还有关鉴定费用。

第二十八条 有下列情形之一的，司法鉴定机构可以根据委托人的请求进行补充鉴定：

- (一)委托人增加新的鉴定要求的；
- (二)委托人发现委托的鉴定事项有遗漏的；
- (三)委托人在鉴定过程中又提供或者补充了新的鉴定材料的；
- (四)其他需要补充鉴定的情形。

补充鉴定是原委托鉴定的组成部分。

第二十九条 有下列情形之一的，司法鉴定机构可以接受委托进行重新鉴定：

- (一)原司法鉴定人不具有从事原委托事项鉴定执业资格的；
- (二)原司法鉴定机构超出登记的业务范围组织鉴定的；
- (三)原司法鉴定人按规定应当回避没有回避的；
- (四)委托人或者其他诉讼当事人对原鉴定意见有异议，并能提出合法依据和合理理由的；
- (五)法律规定或者人民法院认为需要重新鉴定的其他情形。

接受重新鉴定委托的司法鉴定机构的资质条件，一般应当高于原委托的司法鉴定机构。

第三十条 重新鉴定，应当委托原鉴定机构以外的列入司法鉴定机构名册的其他司法鉴定机构进行；委托人同意的，也可以委托原司法鉴定机构，由其指定原司法鉴定人以外的其他符合条件的司法鉴定人进行。

第三十一条 进行重新鉴定，有下列情形之一的，司法鉴定人应当回避：

- (一)有本通则第二十条第一款规定情形的；
- (二)参加过同一鉴定事项的初次鉴定的；
- (三)在同一鉴定事项的初次鉴定过程中作为专家提供过咨询意见的。

第三十二条 委托的鉴定事项完成后，司法鉴定机构可以指定专人对该项鉴定的实施是否符合规定的程序、是否采用符合规定的技术标准和技术规范等情况进行复核，发现有违反本通则规定情形的，司法鉴定机构应当予以纠正。

第三十三条 对于涉及重大案件或者遇有特别复杂、疑难、特殊的技术问题的鉴定事项，根据司法机关的委托或者经其同意，司法鉴定主管部门或者司法鉴定行业组织可以组织多个司法鉴定机构进行鉴定，具体办法另行规定。

第四章 司法鉴定文书的出具

第三十四条 司法鉴定机构和司法鉴定人在完成委托的鉴定事项后，应当向委托人出具司法鉴定文书。

司法鉴定文书包括司法鉴定意见书和司法鉴定检验报告书。

司法鉴定文书的制作应当符合统一规定的司法鉴定文书格式。

第三十五条 司法鉴定文书应当由司法鉴定人签名或者盖章。多人参加司法鉴定，对鉴定意见有不同意见的，应当注明。

司法鉴定文书应当加盖司法鉴定机构的司法鉴定专用章。

司法鉴定机构出具的司法鉴定文书一般应当一式三份，二份交委托人收执，一份由本机

构存档。

第三十六条 司法鉴定机构应当按照有关规定或者与委托人约定的方式，向委托人发送司法鉴定文书。

第三十七条 委托人对司法鉴定机构的鉴定过程或者所出具的鉴定意见提出询问的，司法鉴定人应当给予解释和说明。

第三十八条 司法鉴定机构完成委托的鉴定事项后，应当按照规定将司法鉴定文书以及在鉴定过程中形成的有关材料整理立卷，归档保管。

第五章 附 则

第三十九条 本通则是司法鉴定机构和司法鉴定人进行司法鉴定活动应当遵守和采用的一般程序规则，不同专业领域的鉴定事项对其程序有特殊要求的，可以另行制定或者从其规定。

第四十条 本通则自 2007 年 10 月 1 日起施行。

全国人民代表大会常务委员会关于司法鉴定管理问题的决定

(2005 年 2 月 28 日第十届全国人民代表大会常务委员会第十四次会议通过)

为了加强对鉴定人和 鉴定机构的管理，适应司法机关和公民、组织进行诉讼的需要，保障诉讼活动的顺利进行，特作如下决定。

一、司法鉴定是指在诉讼活动中鉴定人运用科学技术或者专门知识对诉讼涉及的专门性问题进行鉴别和判断并提供鉴定意见的活动。

二、国家对从事下列司法鉴定业务的鉴定人和鉴定机构实行登记管理制度：

(一)法医类鉴定；

(二)物证类鉴定；

(三)声像资料鉴定；

(四)根据诉讼需要由国务院司法行政部门商最高人民法院、最高人民检察院确定的其他应当对鉴定人和鉴定机构实行登记管理的鉴定事项。

法律对前款规定事项的鉴定人和鉴定机构的管理另有规定的，从其规定。

三、国务院司法行政部门主管全国鉴定人和鉴定机构的登记管理工作。省级人民政府司法行政部门依照本决定的规定，负责对鉴定人和鉴定机构的登记、名册编制和公告。

四、具备下列条件之一的人员，可以申请登记从事司法鉴定业务：

(一)具有与所申请从事的司法鉴定业务相关的高级专业技术职称；

(二)具有与所申请从事的司法鉴定业务相关的专业执业资格或者高等院校相关专业本科以上学历，从事相关工作五年以上；

(三)具有与所申请从事的司法鉴定业务相关工作十年以上经历，具有较强的专业技能。

因故意犯罪或者职务过失犯罪受过刑事处罚的，受过开除公职处分的，以及被撤销鉴定人登记的人员，不得从事司法鉴定业务。

五、法人或者其他组织申请从事司法鉴定业务的，应当具备下列条件：

(一)有明确的业务范围；

(二)有在业务范围内进行司法鉴定所必需的仪器、设备；

(三)有在业务范围内进行司法鉴定所必需的依法通过计量认证或者实验室认可的检测实验室；

(四)每项司法鉴定业务有三名以上鉴定人。

六、申请从事司法鉴定业务的个人、法人或者其他组织，由省级人民政府司法行政部门审核，对符合条件的予以登记，编入鉴定人和鉴定机构名册并公告。

省级人民政府司法行政部门应当根据鉴定人或者鉴定机构的增加和撤销登记情况，定期更新所编制的鉴定人和鉴定机构名册并公告。

七、侦查机关根据侦查工作的需要设立的鉴定机构，不得面向社会接受委托从事司法鉴定业务。

人民法院和司法行政部门不得设立鉴定机构。

八、各鉴定机构之间没有隶属关系；鉴定机构接受委托从事司法鉴定业务，不受地域范围的限制。

鉴定人应当在一个鉴定机构中从事司法鉴定业务。

九、在诉讼中，对本决定第二条所规定的鉴定事项发生争议，需要鉴定的，应当委托列入鉴定人名册的鉴定人进行鉴定。鉴定人从事司法鉴定业务，由所在的鉴定机构统一接受委托。

鉴定人和鉴定机构应当在鉴定人和鉴定机构名册注明的业务范围内从事司法鉴定业务。

鉴定人应当依照诉讼法律规定实行回避。

十、司法鉴定实行鉴定人负责制度。鉴定人应当独立进行鉴定，对鉴定意见负责并在鉴定书上签名或者盖章。多人参加的鉴定，对鉴定意见有不同意见的，应当注明。

十一、在诉讼中，当事人对鉴定意见有异议的，经人民法院依法通知，鉴定人应当出庭作证。

十二、鉴定人和鉴定机构从事司法鉴定业务，应当遵守法律、法规，遵守职业道德和职业纪律，尊重科学，遵守技术规范。

十三、鉴定人或者鉴定机构有违反本决定规定行为的，由省级人民政府司法行政部门予以警告，责令改正。

鉴定人或者鉴定机构有下列情形之一的，由省级人民政府司法行政部门给予停止从事司法鉴定业务三个月以上一年以下的处罚；情节严重的，撤销登记：

(一)因严重不负责任给当事人合法权益造成重大损失的；

(二)提供虚假证明文件或者采取其他欺诈手段，骗取登记的；

(三)经人民法院依法通知，拒绝出庭作证的；

(四)法律、行政法规规定的其他情形。

鉴定人故意作虚假鉴定，构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，依照前款规定处罚。

十四、司法行政部门在鉴定人和鉴定机构的登记管理工作中，应当严格依法办事，积极推进司法鉴定的规范化、法制化。对于滥用职权、玩忽职守，造成严重后果的直接责任人员，应当追究相应的法律责任。

十五、司法鉴定的收费项目和收费标准由国务院司法行政部门商国务院价格主管部门确定。

十六、对鉴定人和鉴定机构进行登记、名册编制和公告的具体办法，由国务院司法行政部门制定，报国务院批准。

十七、本决定下列用语的含义是：

(一)法医类鉴定，包括法医病理鉴定、法医临床鉴定、法医精神病鉴定、法医物证鉴定和法医毒物鉴定。

(二)物证类鉴定，包括文书鉴定、痕迹鉴定和微量鉴定。

(三)声像资料鉴定，包括对录音带、录像带、磁盘、光盘、图片等载体上记录的声音、图像信息的真实性、完整性及其所反映的情况过程进行的鉴定和对记录的声音、图像中的语言、人体、物体作出种类或者同一认定。

十八、本决定自 2005 年 10 月 1 日起施行。

【主要参考文献】

- 1.曾绪承.司法精神病学.第1版.北京:群众出版社,2002
- 2.郑瞻培.司法精神鉴定的疑难问题及案例.上海:上海医科大学出版社.1996
- 3.沈渔村.精神病学.第4版.北京:人民出版社,2001
- 4.刘协和.袁德基 主译.牛津精神病学教科书,第1版:四川大学出版社,2004
- 5.郑瞻培.司法精神医学基础.上海:上海医科大学出版社,1997
- 6.马世民.精神疾病的司法鉴定.上海:上海医科大学出版社,1998
- 7.庄洪胜,孙春霞著.精神病的医学鉴定.北京:人民法院出版社,2000
- 8.蔡焯基.精神病学.北京:北京大学医学出版社,2003
- 9.刘协和.法医精神病学.北京:人民卫生出版社,2008
- 10.孙学礼.精神病学.北京:高等教育出版社(十一五规划教材),2008
- 11.世界卫生组织.ICD-10 精神与行为障碍分类.北京:人民卫生出版社,1993
- 12.沈渔邨.精神病学.第4版.北京:人民卫生出版社,2008
- 13.袁尚贤 高北陵.法医精神损伤学.武汉:华中科技大学出版社,2005
- 14.李从培.司法精神病学鉴定的实践与理论.北京:北京医科大学出版社,2000
- 15.古津贤 高磊.精神医学与司法鉴定.北京:科学普及出版社,2007
- 16.刘协和.法医精神病学.第2版.北京:人民卫生出版社,2004
- 17.李凌江.行为医学.第2版.长沙:湖南科学技术出版社,2008
- 18.中国精神疾病分类方案与诊断标准.南京:东南大学出版社,1995
- 19.郝伟.精神病学.第4版.北京:人民卫生出版社.2002
- 20.中国精神障碍分类与诊断标准.第3版(CCMD-3).济南:山东科学技术出版社,2001
- 21.李从培.司法精神病学.北京:人民卫生出版社.1992
- 22.贾谊诚.实用司法精神病学.合肥:安徽人民卫生出版社.1983
- 23.范肖东.ICD-10.精神与行为障碍分类.北京:人民卫生出版社.1993
- 24.郝伟.精神病学.第5版.北京:人民卫生出版社,2006
- 25.贾建平 主编.神经病学.第6版:人民卫生出版社,2008.
- 26.吴在德 吴肇汉 主编.外科学.第7版:人民卫生出版社,2008.
- 32.张亚林.高级精神病学.长沙:中南大学出版社.2007
- 29.李从培.司法精神病学.北京:人民为生出版社.1992
30. Robert Paul Liberman, et al. Stress in psychiatric disorders. New York: Springer Publishing Co, 1994
31. Michael Gelger, et al. Oxford textbook of psychiatry. New York: Oxford University Press, 1996