

精神病人责任能力的认定方案研究

李立众*

摘要 如何在具体案件中落实混合标准认定精神病人的责任能力,这是一个学界尚未深入研究的问题。借鉴实务经验,在医学标准方面,司法人员应围绕 ICD-11,审查行为人是否为精神病人。若能认定行为人不是精神病人,则可认定其精神状态正常。如果行为人是精神病人,则需根据法学标准,判断其辨认、控制能力情况。此时,司法人员可依据行为选择能力、临场应对能力与自我保护能力,先行判断精神病人的控制能力情况。如果精神病人具有控制能力,司法人员再依据精神病人是否具有现实动机、是否认识行为性质、是否知晓行为结果,判断其辨认能力情况,并依据辨认、控制能力的具体情况,得出精神病人责任能力如何的相应结论。

关键词 精神病人 责任能力 辨认能力 控制能力

如何准确认定精神病人的责任能力是一个极为复杂的问题,因为这与根据年龄形式化地判断未成年人的责任能力不同,其需要对精神病人的辨认、控制能力情况进行正面判断。然而,无论是刑法学教材还是责任能力的相关专著,从不论述精神病人责任能力的具体认定方案。^{〔1〕} 在主张精神病人责任能力的认定是一个法律判断的同时,却又不能提供一套具有可操作性的认定方案,这可能导致法官对精神病人责任能力的认定无从下手,最后或沦于直觉判断,或盲从于司法精神病专家的鉴定意见。也正是因为缺乏一套判断行为人辨认、控制能力的

* 中国人民大学刑事法律科学研究中心副教授。

〔1〕 例如,黄丁全博士在其博士论文《刑事责任能力研究》(中国方正出版社 2000 年版)的基础上,大幅扩容增量,于 2010 年在法律出版社出版了《刑事责任能力的构造与判断》一书,该书对责任能力的研究极为详细,但司法人员在个案中应如何具体判断精神病人的责任能力,该书并未提供具有可操作性的认定方案。再如,张爱艳博士的博士论文《精神障碍者刑事责任能力的判定》(中国人民公安大学出版社 2011 年版)共有 5 章,其中第三章虽然名为“精神障碍者刑事责任能力判断的具体标准”,但同样没有给出具有可操作性的精神病人责任能力认定方案。

具体认定方案,所以,像杀人犯邱兴华、张扣扣虽已被执行死刑,但关于二人的责任能力如何至今仍然争论不休。因此,精神病人责任能力的具体认定方案问题,已经成为刑法学界亟待研究的课题。

一、精神病人责任能力的判断标准

精神病人责任能力的具体认定方案,必定是围绕精神病人责任能力的判断标准而展开的,因为离开了明确的判断标准,在精神病人责任能力的认定结论上就难以达成共识,再无研究精神病人责任能力认定方案的必要。因此,要准确认定精神病人的责任能力,首先需要明确精神病人责任能力的判断标准。

关于精神病人责任能力的判断标准,虽然在理论上各种见解,^[2]但我国刑事立法已经给出了明确的结论。我国《刑法》第18条前三款依次规定:“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……”,“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”。这清楚地表明,我国刑事立法明确采取医学标准(又称生物学标准,判断行为时行为人是否为精神病人)与法学标准(又称心理学标准,^[3]判断行为时行为人的辨认、控制能力情况)相结合的混合标准认定精神病人的责任能力。既然混合标准是我国认定精神病人责任能力的法定标准,就应不折不扣地根据混合标准来衡量行为人的责任能力。对于精神病人责任能力的认定而言,要在个案中具体地落实混合标准,首先需要对医学标准与法学标准本身有清晰的认识。

(一)医学标准

只有达到一定年龄、精神正常的人,才有按照法规范的要求行事的能力。基于司法简便主义,法律推定达到一定年龄的人精神正常,不再正面考察其辨认、控制能力的实况,直接认定其具有完全责任能力。达到一定年龄的人如果精神异常,就可能影响其辨认、控制能力,其是否有能力按照法规范的要求行事就是存疑的,此时就需要正面考察其辨认、控制能力的实况,以确定其责任能力情况。作案时行为人精神是否正常,是依据医学标准来判断的。医学标准具有分流机能,依据行为人的精神是否正常,决定是形式化还是实质化地考察其辨认、控制能力情况,进而决定使用刑罚还是保安处分(强制医疗)预防行为人再次危害社会。

关于医学上诊断行为人是否患有精神病以及患有何种精神病的标准,1981年中华医学会制定了《精神病分类——1981》。该分类保持了中国特色,符合我国国情,是医学界多年来诊断

[2] 参见张爱艳:《精神障碍者刑事责任能力的判定》,中国人民公安大学出版社2011年版,第53—89页;黄丁全:《刑事责任能力的构造与判断》,法律出版社2010年版,第145—165页;黄丽勤:《精神障碍者刑事责任能力研究》,中国人民公安大学出版社2009年版,第78—89页。

[3] 对于辨认、控制能力标准,中国司法精神病学界习惯于称之为“法学标准”,中日刑法学界多数人称之为“心理学标准”。“心理学标准”的称谓难免会让人产生对行为人的辨认、控制能力情况为什么不是由心理学家来判断而是由法官来判断、为什么法官对医学标准与心理学标准的态度不同之类的疑问。“法学标准”的称谓可以避免此类不当疑问,故还是“法学标准”的称谓较为妥当。

精神病的国家标准。目前,我国使用的是第三版《中国精神疾病分类方案与诊断标准》(CCMD-3)。^{〔4〕}随着中国对外开放力度的加大,在修订 CCMD 时,开始注意与世界卫生组织(WHO)发布的《国际疾病及相关健康问题的分类》(ICD)接轨。1985年4月,卫生部在《关于进一步加强卫生统计工作的意见》中明确提出:为了便于国际间卫生统计信息交流和对比,要逐步实现疾病分类和死因分类国际标准化以及卫生机构、人员分类标准化,为此在全国推广 ICD-9 以及修订后的 ICD-10。

根据 2016 年 9 月 22 日司法部司法鉴定管理局发布的《精神障碍者刑事责任能力评定指南》的规定,鉴定人员应当根据 CCMD-3 或者 ICD-10 诊断行为人的精神状况。这意味着在医学标准方面,我国采取了 CCMD-3 或者 ICD-10 的择一标准。但是,CCMD-3 与 ICD-10 并不完全一致,且 CCMD-3 已经不再修订,而 ICD 每 10 年就会修订一次,CCMD-3 与 ICD 的差异会越来越大。诊断标准不同,必然导致对行为人是否患有精神病以及患有何种精神病产生争议。本文认为,精神疾病是人类社会所共同面临的问题,受文化的影响较小,故还是以 ICD 诊断行为人是否患有精神病更为妥当。

2018 年 6 月 18 日,世界卫生组织发布了第 11 版《国际疾病分类》(ICD-11)。2018 年 12 月 14 日,中国国家卫生健康委员会明文要求自 2019 年 3 月 1 日起,各级各类医疗机构应当全面使用 ICD-11 中文版进行疾病分类和编码。^{〔5〕}这意味着 CCMD-3 将会逐步退出司法精神病学舞台,^{〔6〕}ICD-11 将会成为精神病诊断的唯一标准。

行为人是否患有精神病,患有何种精神病,该精神病对行为人的辨认、控制能力产生何种影响,这些问题是精神医学重点关注的问题,但法学院一般并不开设精神医学类课程,导致司法人员有关精神医学的知识极为薄弱,对医学标准几乎一无所知。为了确保案件处理结论的妥当性,对精神病人的责任能力进行司法鉴定,从而给司法人员准确判断精神病人的责任能力情况提供相应的参考,就是必要的。

(二)法学标准

法学标准的功能在于实质化地考察精神病人的辨认、控制能力情况。对于符合构成要件的违法行为,要对行为人进行非难时,行为人必须具有违法性认识的可能性与他行为的可能性。仅在具有辨认能力时,行为人才可能辨别行为是否违反刑法(具有违法性认识的可能性);仅在具有控制能力时,行为人才可能控制自己实施合法行为、回避不法行为(具有他行为的可能性)。因此,《刑法》第 18 条明文规定,法学标准由辨认能力与控制能力二者组成,二者缺一不可,否则即属于无责任能力。这意味着我国《刑法》同时采用了英国麦纳顿规则(M'Naghten Rule)与美国不可抗拒的冲动规则(Irresistible Impulse Rule)。

关于控制能力是否是法学标准的必备内容,在理论上尚有不同看法。英美国家大多并不

〔4〕 关于中国精神疾病分类方案与诊断标准的历史发展,参见杨德森:“中国精神疾病分类方案与诊断标准制定工作的历史与现状”,《上海精神医学》1989 年第 1 期,第 10-12 页。

〔5〕 参见 2018 年 12 月 14 日国家卫生健康委员会《关于印发国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)中文版的通知》。

〔6〕 目前,司法部《精神障碍者刑事责任能力评定指南》尚未作相应修订。这意味着在一定时间内,鉴定人员在鉴定精神病人的责任能力时,仍旧有可能采用 CCMD-3 这一医学标准,判断行为人是否为精神病人。

采用控制能力标准(不可抗拒的冲动规则),美国精神病协会于1982年12月发表声明,建议废除不可抗拒的冲动规则。^{〔7〕}在日本,也有学者主张辨认能力是责任能力的基础,控制能力对于责任能力的认定是不必要的。^{〔8〕}在我国,在刑事立法学的层面,讨论控制能力是否是法学标准的必要组成部分是有意义的,但就刑法解释学而言,根据中国《刑法》第18条的明确规定,控制能力影响精神病人责任能力的认定,故控制能力是法学标准的重要组成部分,这是毋庸置疑的。

根据辨认、控制能力的具体情况,《刑法》第18条将精神病人的责任能力分为无责任能力(第18条第1款,此种精神病人不负刑事责任)、限制责任能力^{〔9〕}(第18条第3款,此种精神病人应负刑事责任,但是可以从轻或者减轻处罚)与完全责任能力(第18条第2款,此种精神病人应负常人的刑事责任)三种情形。判断精神病人的责任能力时,必须明确得出精神病人是完全责任能力还是限制责任能力抑或是无责任能力的结论,以便准确适用《刑法》第18条相应条款。

在方法上,司法精神病鉴定实务将辨认能力、控制能力细分为“完整”“受损”“丧失”三个层次,通过排列组合得出责任能力如何的结论:辨认能力完整+控制能力完整=完全责任能力;辨认能力受损或者控制能力受损=限制责任能力;辨认能力丧失或者控制能力丧失=无责任能力。可见,精神病人责任能力问题实际上是辨认、控制能力情况的具体认定问题。

司法精神病学界长期致力于探讨如何认定精神病人的辨认、控制能力情况,但刑法学界对此关注不多,几乎没有讨论。司法精神病学界关于判断精神病人辨认、控制能力情况的相关研究成果,对于刑法学界研究精神病人责任能力的认定方案,具有重要参考价值。在实务上,2010年6月7日北京司法鉴定业协会发布的《司法精神病学法律能力鉴定指导标准》(以下简称“北京市《指导标准》”)与2016年9月22日司法部司法鉴定管理局发布的《精神障碍者刑事责任能力评定指南》(以下简称“司法部《评定指南》”),对于司法人员判断精神病人的辨认、控制能力情况,具有极高的参考价值。

值得讨论的是,辨认、控制能力(法学标准)是否只能由司法人员来判断,目前尚有不同看法。对于鉴定人员在鉴定意见书中判断精神病人的辨认、控制能力情况,进而评定精神病人责任能力的做法,理论上有人持反对意见。^{〔10〕}在实务上,深圳等地的鉴定机构率先对司法精神病刑事案件鉴定不评定责任能力,并坚持了数年。^{〔11〕}然而,鉴于法官普遍欠缺精神病学方面的知识,难以准确判断精神病症对精神病人辨认、控制能力产生何种影响,而司法精神病学界

〔7〕 参见纪木茂、高北陵、张小宁主编:《中国精神障碍者刑事责任能力评定案例集》,法律出版社2011年版,第8页。

〔8〕 参见樋口亮介:“责任能力の理论的基础と判断基准”,《论究ジュリスト》2016年第19号,第199—201页。

〔9〕 在刑法学中,限制责任能力也称为限定责任能力、部分责任能力(与日本刑法学中的“部分责任能力”不是同一概念)、减轻责任能力,在术语使用上极不统一。相对而言,“限制责任能力”的称谓较为普遍。

〔10〕 参见周长军:“论疑似精神病人刑事责任能力评定的原则”,《山东大学学报(哲学社会科学版)》2012年第5期,第65页。

〔11〕 参见郑瞻培:《司法精神病学鉴定实践》,知识产权出版社2017年版,第56页。

已经重视法学标准在评定责任能力中的运用,故本文认为,允许鉴定人员在鉴定意见书中不仅判断行为人是否患有精神病,而且判断精神病人的辨认、控制能力情况,给法官提供一定的参考,并无不妥。鉴定意见属于有待法庭质证的证据,只要司法人员能够认真审查鉴定结论,在必要的时候通知鉴定人员出庭,^[12]询问其鉴定的理由和依据,就不存在干扰或者影响法官的独立审查问题。相反,如果鉴定人员对于精神病人的辨认、控制能力情况不予判断,把这一判断完全留给不懂医学、对与精神医学有关的心理学也不熟悉的法官去做,法官遇到的困难和出现失误的可能性,是可想而知的。^[13]因此,1989年7月11日最高人民法院、最高人民检察院等五部门联合颁发的《精神疾病司法鉴定暂行规定》第9条规定,刑事案件中精神疾病司法鉴定包括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,精神疾病和所实施危害行为之间的关系,以及有无刑事责任能力。2000年11月29日司法部下发的《司法鉴定执业分类规定(试行)》第6条规定,法医精神病鉴定应对涉及与法律有关的精神状态、刑事责任能力、受审能力、服刑能力等法定能力等问题进行鉴定。这些规定都确认鉴定人员也是精神病人辨认、控制能力的判断主体。本文认为,这些规定是值得肯定的,因为鉴定人员应当评定精神病人的辨认、控制能力,这不是理论主张,而是刑法本身的要求。只要对《刑法》第18条第1款进行合理解释就可发现,鉴定确认的内容是“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”,这意味着《刑法》第18条第1款明文要求鉴定人员对精神病人的辨认、控制能力情况作出鉴定。

然而,即便是当下,学界依旧主张精神病由医生负责判断,辨认、控制能力由法官负责判断。^[14]出现这一局面既可能是受到了传统观念的影响,也可能是受到了日本刑法学的影响。在1979年刑法时期,普遍认为精神病人责任能力情况属于法律性问题,应由法官依法认定,鉴定结论仅供参考。^[15]在日本,最高裁判所认为,精神病人的责任能力应当完全委诸法院进行判断。^[16]本文反对这一看法。我国传统观念之所以成立,与1979年《刑法》第15条未要求对无责任能力的精神病人必须进行鉴定有关。与此不同,1979年《刑法》第15条已被修订,修订后的1997年《刑法》第18条第1款增加了司法鉴定的程序性要求,明文规定认定精神病人无责任能力,必须要有司法精神病鉴定,未经法定程序鉴定确认的,不可径直宣告精神病人不负刑事责任。这意味着,起码在无责任能力的场合,辨认、控制能力不能由法官单方认定,鉴定人员也要认定精神病人的辨认、控制能力情况,法官与鉴定人员必须意见一致,才能宣告精神病人为无责任能力人;如果对于精神病人是否已经丧失辨认、控制能力,法官与鉴定人员不能

[12] 出庭作证是鉴定人员的法定义务。根据2015年4月24日经全国人大常委会修订后的《关于司法鉴定管理问题的决定》第11条、第13条的规定,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。经人民法院依法通知,拒绝出庭作证的,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3个月以上1年以下的处罚;情节严重的,撤销登记。

[13] 参见林准主编:《精神疾病患者刑事责任能力和医疗监护措施》,人民法院出版社1996年版,第93页。

[14] 参见陈卫东、程雷、孙皓、潘侠、杨剑炜:《司法精神病鉴定刑事立法与实务改革研究》,中国法制出版社2011年版,第134—135页。

[15] 参见林准,见前注[13],第93页。

[16] 参见最高裁判所1983年9月13日判决,《判例时报》第1100号156页。

达成一致,法官就不能判决精神病人不负刑事责任。精神病人丧失辨认、控制能力的判断应由法官与精神病专家共同进行,这既为法官准确判断精神病人无责任能力提供了医学依据,又能防止法官恣意地认定精神病人无责任能力。

(三)医学标准与法学标准之间的关系

认定精神病人的责任能力时,需要考虑医学标准与法学标准之间的关联性(因果性),即仅在由于精神病症的缘故导致行为人辨认、控制能力受损乃至丧失的情况下实施不法行为的,才能得出行为人为限制责任能力或者无责任能力的结论。例如,精神病人具有病理性幻觉(如命令性幻听)或者妄想(如被害妄想),并在这些幻觉、妄想的直接支配下实施杀人等暴力行为的,才可能认定为无责任能力。如果行为人没有精神病,或者精神病与犯罪行为没有因果关系,则不管行为人的作案行为如何离奇,都不能与辨认、控制能力受损相联系,应认定其具有完全责任能力。^[17] 只要重视医学标准与法学标准之间的关联性,那么,重视精神病专家的鉴定意见就是理所当然的。

在理论上,有论者建议把医学标准与法学标准的联系程度分为完全因果关系、部分因果关系和无因果关系三种。^[18] 这一主张确实可使责任能力的认定更加精细。不过,在本文看来,要在实务中落实这一点可能较难。

医学标准与法学标准之间的关联性还意味着对责任能力的认定而言,法学标准是责任能力的核心,对责任能力的认定起着更为关键的作用。这是因为,根据医学标准行为人虽是精神病人,但是,如果行为人的辨认、控制能力并未受到精神病症的影响,行为人不是基于精神病,而是基于自己的正常判断而实施犯罪的,其就具有完全责任能力。据此可见,认定精神病人责任能力的关键因素在于精神病人的辨认、控制能力情况。因此,认定精神病人责任能力的标准虽然同时由医学标准与法学标准组成,但就地位而言,二者不是平起平坐的,法学标准处于核心地位。这既为在行为人的辨认、控制能力情况极为清楚时,不对行为人进行司法精神病鉴定亦能确保对责任能力的认定结果是准确的提供了可能,^[19]也为那些未经司法精神病鉴定而直接作出有罪判决的争议案件,对行为人的责任能力情况进行理论上的事后复查提供了可能。

二、医学标准:精神病人的认定

根据医学标准判断行为人是否为精神病人,既具有实体法意义,也具有程序法意义。在刑法方面,如果认定行为人为精神病人,就应辨别行为人为《刑法》第18条中的哪一种精神病人,以便准确适用《刑法》第18条相应条款。在刑事诉讼法方面,如果认定行为人为无责任能力或者限制责任能力的精神病人,就应依法保障精神病人的诉讼权利,不得适用简易程序、速裁程

[17] 参见纪术茂、高北陵、张小宁主编:《中国精神障碍者刑事责任能力评定与司法审判实务指南》,法律出版社2012年版,第5页。

[18] 参见郑贻培,见前注[11],第56页。

[19] 不过,这并不意味着给司法机关拒绝对行为人进行司法精神病鉴定提供了借口。从犯罪预防的角度出发,对疑似有精神病的行为人进行司法精神病鉴定是有必要的,因为只有通过鉴定,对确有精神病的行为人才进行有针对性的医学治疗,才能取得更佳的犯罪预防效果。

序,并严格遵循依法不负刑事责任的精神病人的强制医疗程序。可见,对于精神病人责任能力的认定而言,即便医学标准不是最关键的,也不能轻视行为人是否是精神病人的认定。

(一)精神病人的含义

我国刑法典未对精神病人^[20]作出明确定义。实务上,一些办案人员对精神病与精神病人的认识还相当模糊乃至分歧很大,如癫痫是否属于精神病,看法就不一致。^[21]因此,判断行为人是否属于精神病人,首先需要明确精神病人的刑法学含义。

对精神病人的含义,我国司法精神病学界曾有过激烈争论,但都认为刑法典中的“精神病人”是一个法学概念而非医学概念。^[22]在1989年湖北省宜昌市举办的第2届全国司法精神病学学术会议上,司法精神病学界统一了认识,认为对刑法典中的“精神病”应理解为“精神疾病”。^[23]2006年司法部司法鉴定科学技术研究所起草的《精神障碍者刑事责任能力评定标准(草案)》对刑法典中的“精神病人”采用广义理解,将其等同于医学上的“精神障碍者”。^[24]草案明确规定:精神障碍是指存在《中国精神疾病分类方案与诊断标准》(CCMD-3)或《国际疾病及相关健康问题的分类》(ICD-10)规定的精神或认知的异常,可以达到或不达到精神病的程度,前者称为“精神病性障碍”,后者称为“非精神病性障碍”。2011年司法部司法鉴定管理局发布的《精神障碍者刑事责任能力评定指南》(此为2016年司法部《评定指南》的前身)同样认为精神病是指广义的精神障碍。

司法实务界与司法精神病学界的看法是一致的。在1979年《刑法》时期,实务上即认为对刑法典中的“精神病人”应作广义理解,除了狭义的精神病人,还包括医学上所说的精神发育迟滞或者某些非精神病性的精神障碍。1989年最高人民法院、最高人民检察院、公安部、司法部、卫生部联合发布的《精神疾病司法鉴定暂行规定》,就将刑法典中的“精神病”统称为“精神疾病”,使得法律上的“精神病”用语与医学上的“精神疾病”一致起来。^[25]1997年《刑法》施行以来,司法实务界同样认为,对《刑法》第18条规定的精神病人应作广义的理解,即应理解为司法精神病学中所说的精神障碍,既包括医学上通常所说的精神病,如精神分裂症等有明确诊断的精神疾病,还应包括精神发育迟滞、精神发育不全以及非精神病性精神障碍,如神经官能症(包括癔症、强迫症、焦虑症、神经衰弱等)、人格障碍、性心理障碍等。^[26]

本来,如果确实是依据医学标准认定行为人是否为精神病人,就应采用司法精神病学界的见解,对刑法典中的“精神病人”采用广义理解。不过,在我国刑法学界,刑法典中的“精神病”

[20] 精神病人的反面,是行为人精神状态正常。根据司法部《评定指南》,精神状态正常既包含精神状态确实正常,也包括以下情形:按CCMD-3标准诊断为“无精神病”;既往患有精神障碍已痊愈或缓解,作案时无精神症状表现;伪装精神病或诈病;精神障碍具有间歇性特点,作案时精神状态完全恢复正常,如心境障碍(情感性精神病)的缓解期。

[21] 参见陈卫东等,见前注[14],第134-136页。

[22] 参见陈立成:《司法精神病学实务研究》,中国人民大学出版社2012年版,第218页。

[23] 参见刘协和:“论精神病人刑事责任能力评定标准的制定”,《中国司法鉴定》2008年第6期,第23页。

[24] 参见蔡伟雄:“精神障碍者刑事责任能力评定标准研究”,《中国司法鉴定》2008年第6期,第17页。

[25] 参见林准,见前注[13],第3-7页。

[26] 参见刘德权:《最高人民法院司法观点集成⑤》(刑事卷),人民法院出版社2010年版,第37页。

与司法精神病学中的“精神障碍”含义是否等同,刑法学中的“精神病人”是否就是司法精神病学中的“精神障碍者”,至今仍存在争论。否定说认为,应将精神病与非精神病性精神障碍加以区别;〔27〕只有精神病人才属于《刑法》第18条规定的无责任能力人,非精神病性精神障碍人不属于《刑法》第18条所称之“精神病人”,其中有些是限制责任能力人,另一些则是完全责任能力人。〔28〕

肯定说则认为,刑法典中的精神病等同于精神障碍,因为现代精神医学研究表明,无论是精神病还是精神障碍,都是精神疾病,都会影响到行为人的辨认、控制能力。〔29〕无责任能力人(包括限制责任能力人)的生物学要素的本质是存在精神障碍,而精神病、痴呆症等不过是其产生的原因;只要精神(包括认识、情感、思维、意志)活动存在障碍,并且行为人对障碍的产生并无责任时,就不能谴责其精神障碍下的行动或者应当减轻对其行动的谴责,故对《刑法》中的精神病可作扩大解释,把那些导致行为人辨认、控制能力减弱乃至丧失的一切精神障碍都解释为“精神病”。〔30〕简言之,《刑法》中的“精神病”是指由于精神障碍而导致的精神异常状态。〔31〕

肯定说与否定说的争论影响精神病人的认定范围,即刑法上的精神病人是否包括精神发育迟缓者、人格障碍者、有神经症者等非精神病性精神障碍人。本文赞成肯定说。就文义而言,将精神病人解释为精神方面存在障碍的人,未超出精神病人一词的文义范围。事实上,在制定1979年《刑法》第15条时,对于在精神病人后面是否还需增加“其他病态的人”,就有过讨论;多数说认为,精神病多种多样,对条文中的精神病可作广义上的理解,不必增加“其他病态”字样。〔32〕可见,沿革解释也支持对精神病人作广义理解。更为重要的是,肯定说具有如下合理性:

第一,采取肯定说有利于与《精神卫生法》相协调。2012年《精神卫生法》第83条第1款规定:“本法所称精神障碍,是指由各种原因引起的感知、情感和思维等精神活动的紊乱或者异常,导致患者明显的心理痛苦或者社会适应等功能损害。”该法第53条规定:“精神障碍患者违反治安管理处罚法或者触犯刑法的,依照有关法律的规定处理。”认为《刑法》第18条中的精神病人是指《精神卫生法》中的精神障碍者,有利于《刑法》与《精神卫生法》保持一致。如果主张刑法典中的精神病人与《精神卫生法》中的精神障碍者不是一回事,就应提出实质性理由,但在本文看来,这种实质性理由恐怕并不存在。

第二,采取肯定说是程序上保障非精神病性精神障碍人诉讼权利的需要。2018年现行《刑事诉讼法》第35条第2款规定,尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人,没

〔27〕 参见王作富主编:《刑法》(第六版),中国人民大学出版社2016年版,第68页;赵秉志主编:《刑法总论》(第三版),中国人民大学出版社2016年版,第126页;黎宏:《刑法学总论》(第二版),法律出版社2016年版,第175页。

〔28〕 参见高铭喧、马克昌主编:《刑法学》(第九版),北京大学出版社、高等教育出版社2019年版,第87页。

〔29〕 参见孙国祥:《刑法基本问题》,法律出版社2007年版,第154页。

〔30〕 参见冯军:《刑事责任论》,法律出版社1996年版,第135—138页。

〔31〕 参见陈兴良:《规范刑法学(上册)》(第四版),中国人民大学出版社2017年版,第181页。

〔32〕 参见高铭喧:《中华人民共和国刑法的孕育和诞生》,法律出版社1981年版,第41—42页。

有委托辩护人的,人民法院、人民检察院和公安机关应当通知法律援助机构指派律师为其提供辩护;该法第 215 条规定,被告人是尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人的,不适用简易程序。将非精神病性精神障碍人认定为精神病人,其就可以享受法律援助,可以按照更为严格的审判程序审理案件,这无疑有助于保障被告人的诉讼权利。

第三,采取肯定说是实体上准确认定行为人责任能力的需要。既然非精神病性精神障碍人中,有些是完全责任能力人,有些是限制责任能力人,有些是无责任能力人,就应将其纳入精神病人的范围,以便通过司法鉴定,确认行为人的责任能力情况。如果不承认非精神病性精神障碍人属于精神病人,就容易误认为这些人具有完全责任能力(因为法律推定所有精神正常的人具有完全责任能力)。这样,对非精神病性精神障碍人的责任能力的认定,就会出现偏差。

第四,采取肯定说有利于解决非精神病性精神障碍人的医疗问题。很多非精神病性精神障碍人由于经济基础较差,长期得不到有效医疗,精神状态一直不能改善。《精神卫生法》第 30 条第 1 款规定,精神障碍的住院治疗实行自愿原则。如否定说那样,认为非精神病性精神障碍人不属于刑法典中的精神病人,则对于实施暴力行为,危害公共安全或者严重危害公民人身安全的无责任能力的非精神病性精神障碍人,就不能依据《刑法》第 18 条第 1 款、《刑事诉讼法》第 302 条对其进行强制医疗,就会断绝这些非精神病性精神障碍人进行免费医疗的机会,而采取肯定说则可圆满解决这些人的医疗问题。这既对非精神病性精神障碍人个人有利,同时又能消除社会的安全隐患,有利于犯罪预防。

第五,采取肯定说具有比较法上的依据。在比较法上,很多国家刑法学中的精神病人包括非精神病性精神障碍人在内。例如,日本刑法学认为精神病人既包括狭义的精神病人,也包括意识障碍者(精神一时性异常)与其他精神障碍者(精神发育迟滞等)。〔33〕《德国刑法》第 20 条规定,由于病理性精神障碍、深度的意识错乱、智力低下或其他严重的精神反常,以致行为人不能预见其行为的违法性或者不能依据认识而行为的,不负刑事责任。如要统一概括该条中的四类人员,显然应称其为精神病人。采取肯定说,有利于我国刑法对精神病人的理解与其他国家刑法相协调。这样,处理外国人在中国的犯罪案件时,精神病人的认定范围与其他国家保持一致,可以避免具有非精神病性精神障碍的外国人是否是精神病人的外交纠纷,便于他国政府与他国国民接受我国的刑事判决。

第六,采取否定说的理由已经不复存在。采取否定说的核心理由在于,1979 年《刑法》第 15 条对精神病人采取无责任能力与有责任能力二分法,不承认精神病人具有限制责任能力。〔34〕既然只有真正患有精神病的人才可能成为 1979 年《刑法》第 15 条规定的无责任能力人,而非精神病性精神障碍人一般不会因为精神障碍而丧失辨认、控制能力,故后者不属于 1979 年《刑法》第 15 条中的精神病人。然而,1997 年《刑法》对精神病人的责任能力不再采取二分法,而是采取了无责任能力、限制责任能力与有责任能力三分法。若对《刑法》第 18 条各

〔33〕 参见大谷实:《刑法讲义总论》(第二版),成文堂 2007 年版,第 323 页。

〔34〕 尽管 1979 年《刑法》对精神病人的责任能力采取二分法,但限制责任能力的概念在当时已经获得中国司法精神病学界的公认。在审判实践中,也承认精神病人有时属于限制责任能力,对其从轻处或者减轻处罚,尽管这样处理没有法律根据。参见赵秉志主编:《刑法修改研究综述》,中国人民公安大学出版社 1990 年版,第 502 页。

款规定中的精神病人作一体化的把握,就应认为《刑法》第18条中的精神病人是指一切精神障碍者。其实,即便在1979年《刑法》时期,否定说也存在不妥。这是因为,否定说一面主张非精神病性精神障碍人一般不会因为精神障碍而丧失辨认、控制能力,但同时又承认非精神病性精神障碍人在有些情形下属于无责任能力人,^[35]这种看法本身就是自相矛盾的,据此就应认为1979年《刑法》第15条的无责任能力人也包含非精神病性精神障碍人才是合适的。因此,曾经持否定说的一些学者现在也认为,本着实事求是的态度和对精神障碍患者负责的精神,对《刑法》第18条第1款中的精神病人应作广义解释为宜,不管是严重精神障碍者还是非精神病性精神障碍者,都属于《刑法》第18条第1款中的“精神病人”。^[36]

第七,采取肯定说是尊重医学标准的体现。行为人是否属于精神病人,只能依据医学标准认定。在司法精神病学上,对精神病人的理解采取的是广义说。这一理解不仅有理论根据,而且有《精神卫生法》的支持。医学上对精神病人作广义理解,并不意味着放纵犯罪,因为精神病人责任能力的认定不仅要考虑医学标准,还要考虑法学标准。换言之,并非只要认定行为人是精神病人,其就没有责任能力;精神病人的责任能力如何需要视其辨认、控制能力情况而定。因此,依据医学标准认定精神病人并无不妥。只要尊重医学标准,自然就会认为刑法上的精神病人是指司法精神病学上的精神障碍者。

(二)精神病人的认定

在行为人精神状态明显有异常时,办案机关一般会对行为人进行司法精神病鉴定,由鉴定人员判断行为人是否为精神病人。不过,作为对刑事案件的处理,即便鉴定人员给出了行为人系精神病人的鉴定结论,司法人员也不应盲从,而应对鉴定结论进行审查,在审查之后再决定是否接受鉴定结论。实务上对行为人为精神病人的鉴定结论,法官除了进行形式审查外,^[37]还要对作案行为本身进行分析,行为人有无异常,同时结合行为人家族精神病史,判断行为人有没有患精神病的可能性。^[38]这些做法当然都是必须的,但还远远不够。在CCMD-3或者ICD-11中,如同每个罪名都有特定的构成要件一样,每种精神病都有其明确的诊断标准,法官应当仔细审查行为人的表现与某种精神病应有的病症是否相符。只有从诊断标准的角度去审查行为人是否患有某种精神病的鉴定意见,才算真正抓住了审查的重点。如果法官对ICD-11有畏难情绪,起码应以医学院《精神病学》教材所描述的各种精神病的病症为依据,审查行为人是否属于精神病人的鉴定结论。

审查之后,如果法官对行为人有无精神病的鉴定结论有异议的,应当重新鉴定。法官不能不经新的司法精神病鉴定,就直接推翻鉴定人员关于行为人是否患有精神病的原有鉴定结论。这是因为,法学人员没有受过系统的医学训练,从现实出发,行为人是否患有精神病、患有何种

[35] 参见赵秉志:《犯罪主体论》,中国人民大学出版社1989年版,第191页。

[36] 参见赵秉志、刘志伟:“精神障碍者犯罪之刑事责任若干问题研究”,《山东公安专科学校学报》2001年第1期,第13页。

[37] 在形式审查方面,司法人员主要审查鉴定提起和委托的经过,鉴定机构和鉴定人的资质,鉴定材料是否全面、可靠,鉴定程序是否合法,鉴定方法是否合理,等等。

[38] 参见张军、姜伟、郎胜、陈兴良:《刑法纵横谈(总则部分)》(增订版),北京大学出版社2008年版,第181页。

精神病、处于精神病的哪一病程,从尊重医学科学的角度出发,这只能由精神病专家确定。日本最高裁判所同样认为,除非鉴定人员的公正与能力值得怀疑,或者鉴定的前提条件本身存在问题,否则应当充分尊重鉴定人员关于行为人是否患有精神病的鉴定意见。^[39] 如果法官对行为人是否为精神病人的鉴定结论有怀疑,可重新进行鉴定;经重新鉴定或者多次鉴定,认定行为人为精神病人的鉴定结论仍然一致,法官就应当受其约束。^[40] 当然,如果法官与鉴定人员就行为人是否患有精神病意见不一,但在行为人辨认、控制能力情况的判断上意见一致时,纠缠于行为人是否是精神病人,实际意义就不大了。

三、法学标准:辨认、控制能力的认定

面对专业性极强的司法精神病鉴定意见书,法官不能放弃司法审查责任。^[41] 问题在于,刑法学界仅是一般性地论述辨认、控制能力的认定,而没有像司法精神病学界那样积极讨论如何具体认定精神病人的辨认、控制能力,这容易导致法官面对鉴定意见无从下手。既然责任能力的认定属于刑法学问题,刑法学界就必须提供精神病人辨认、控制能力的具体判断方案。唯有如此,才能一面给侦查人员就辨认、控制问题提供明确的侦查方向,一面便于法官独立判断精神病人的辨认、控制能力。

(一)基本思路

行为人的辨认、控制能力如何首先是或者说主要是一个事实判断问题,无法从责任主义的抽象原理(如相对的自由意志)或者责任能力的具体理论(如规范责任论)中演绎出精神病人辨认、控制能力的具体判断方案。如果辨认、控制能力的认定主要是一个事实判断,则依据司法鉴定实务经验,总结精神病人辨认、控制能力的刑法学判断方案,^[42] 就是一个可行的方向。

对于辨认、控制能力的判断,司法鉴定实务的做法是,有针对性地设置一些指标,然后依据相关指标情况判断精神病人的辨认、控制能力。关于具体指标的设置以及相关指标的功能,目前有两种代表性的做法。一是以司法部《评定指南》为代表,设置的指标较多,对相关指标的功能不予明确。司法部《评定指南》主张根据以下 18 个指标评估精神病人辨认、控制能力损害的程度:作案动机、作案前先兆、作案的诱因、作案时间选择性、地点选择性、对象选择性、工具选择性、作案当时情绪反应、作案后逃避责任、审讯或检查时对犯罪事实掩盖、审讯或检查时有无伪装、对作案行为的罪错性认识、对作案后果的估计、生活自理能力、工作或学习能力、自知力、

[39] 参见最高裁判所 2008 年 4 月 25 日判决,最高裁判所刑事判例集 62 卷 5 号 1559 页。

[40] 参见林准,见前注[13],第 92 页。

[41] 参见郑岳龙:“审理精神病被告人案件应当注意的几个问题”,《人民司法·案例》2008 年第 22 期,第 18 页。

[42] 在司法精神病学界,以纪术茂、张小宁教授为代表,从每种精神障碍都有独特性出发,编制出了学术版《精神障碍者刑事责任能力评定大纲》,给鉴定人员提供了评定各类精神障碍者刑事责任能力的指南。该方案对于鉴定人员乃至司法人员评定精神病人的责任能力具有重要参考意义,但由于该方案侧重于司法精神病学,对司法人员而言操作难度极大。司法人员需要一套具有普遍适用性,超越各类精神障碍,以判断辨认、控制能力核心的认定精神病人责任能力的刑法学方案。

现实检验能力、自我控制能力。至于这些指标是对精神病人的辨认能力产生影响,还是对控制能力产生影响,《评定指南》未予细分。《评定指南》还将上述18个指标编制成《精神病人刑事责任能力评定量表》,对每一指标再细分各种情形,对每一情形赋予一定分值,据此对精神病人进行测评,总分在15分以下(含15分)为无责任能力;总分在16—36分之间为限定刑事责任能力;总分在37分以上(含37分)为完全刑事责任能力。^[43]

另一种做法是以北京市《指导标准》为代表,设置的指标相对较少,并明确相关指标的功能。与司法部《评定指南》设置了18个指标不同,北京市《指导标准》只设置了8个指标,其中,以行为动机的种类、行为目的是否现实、是否理解行为性质与意义、能否预期行为后果、是否理解自身在案件中的作用这5个指标,判断行为人的辨认能力情况;以选择作案对象、时间、地点、作案工具的能力、依据环境采取相应行为的能力、行为过程中自我保护的能力这3个指标,判断行为人的控制能力情况。

对于上述两种做法,本文认为,首先,就任务而言,应当明确区分判断行为人是否患有精神病的指标与检验行为人辨认、控制能力情况的指标。司法部《评定指南》中的一些指标,例如生活自理能力、工作或学习能力等指标,与其说是检验行为人辨认、控制能力的指标,还不如说是检验行为人是否患有精神病的指标。其次,对于辨认能力与控制能力是做一体化判断,还是各自进行独立判断,是值得研究的问题。在日本,一般认为,区分辨认能力与控制能力是极为困难的,在具体案件中区分二者也没有什么实益,故主流的看法是对二者不作区分、进行一体化判断。^[44] 本文不赞成这一见解。一方面,控制能力的判断的确较为困难,但这并不意味着找不到独立判断控制能力的方法。另一方面,根据《刑法》第18条的规定,辨认能力与控制能力平等地影响行为人的责任能力。从明确性出发,如果认定精神病人为无责任能力或者限制责任能力,就应明确指出精神病人是因为辨认能力方面出现问题,还是因为控制能力方面出现问题,导致其责任能力如此。因此,还是对辨认能力与控制能力各自进行独立判断为妥。最后,就辨认、控制能力的判断,设置的指标不宜过多,因为指标越多越不利于实务具体操作。在这一点上,北京市《指导标准》的做法值得称道。下面,借鉴司法鉴定实务的做法,重点讨论判断精神病人辨认、控制能力的具体指标设置问题。

(二) 辨认能力的指标设置

在辨认能力中,要求行为人有能力辨认什么,或者说对什么有能力加以辨认,这是首先需要回答的问题。只有解决了这一问题,才能合理设置辨认能力的判断指标。

一般认为,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、后果的分辨识别能力,即行为人有能力认识自己的行为是否为刑法所禁止。^[45] 这一理解是合理的。从规范责任论的角度看,只有行为人能够识别行为是否合乎法规范,才有按照法规范的要求行事的能力;如果行为人根本没有能力知晓自己的行为违反法规范,自然就不会对自己的行为加以控

[43] 司法部《评定指南》明确指出,作为标准化评定工具的《精神病人刑事责任能力评定量表》只能用来辅助精神病人责任能力的判定,必须与《评定指南》正文判定标准同时使用,不能取代鉴定人员本身的鉴定工作。关于《精神病人刑事责任能力评定量表》的科学性如何,目前司法精神病学界有不同的声音。

[44] 参见五十岚禎人、冈田幸之集:《刑事精神鑑定ハンドブック》,中山书店2019年版,第134—135页。

[45] 参见高铭喧等,见前注[28],第81页。

制,对因此违反法规范的行为就难以进行刑法非难。因此,辨认能力要求行为人具有辨认自己的行为在刑法上的是非对错的能力。既然行为人能否辨认行为性质是辨认能力的核心要素,则能否辨认行为性质就应成为判断辨认能力情况的首要指标。在司法精神病鉴定中对精神病人进行精神状态检查时,鉴定人员会面对面与精神病人展开对话,向其询问“知道自己在干什么吗?”“这样做对不对?”在侦查活动中,警察通常也会向犯罪嫌疑人讯问这些问题。之所以问这些问题,就是要确认行为人是否有能力知晓行为的性质。如果精神病人对行为性质理解准确,则可认定其辨认能力正常;如果精神病人对行为性质一知半解、理解含糊,则可认定其辨认能力受损;如果精神病人根本不知行为性质,则可认定丧失辨认能力。

精神病人是否有能力知晓行为的刑法性质,查明这一点其实很困难,在精神病人不配合鉴定人员进行精神检查时尤为如此。为了提高判断结论的可靠性,可以增设是否知晓行为后果这一辅助指标。一方面,辨认能力的定义原本就要求行为人有能力辨认行为的后果。另一方面,行为性质虽然并不取决于行为后果,但是,只要精神病人知晓自己的行为可能造成何种后果,通常就能认定其已知晓行为性质——虽然这种逆向推理并非总能成立(如精神病人知道自己的行为可能致人死亡,但其可能认为是在正当防卫),但至少给判断精神病人能否辨认行为性质多了一条判断路径。因此,是否知晓行为后果应当成为判断辨认能力的第二个指标。

辨认能力的刑法学定义并不涉及对动机的认识问题。正如故意犯罪不要求行为人认识到自己有故意一样,辨认能力是辨认客观事项的能力,只能要求行为人对行为性质、行为后果有辨认的能力,而不要求行为人辨认自己的动机。但是,这并不意味着对动机的认识对于判断辨认能力情况毫无益处。恰恰相反,在鉴定实务上,鉴定人员极为重视作案动机问题。在总结1983~1987年北京安定医院司法鉴定科所鉴定的931例精神病人刑事案件的基础上,田祖恩教授于1988年率先提出,精神病人的犯罪动机^[46](行为推动力)可归纳为以下四类:①现实动机,动机产生于现实冲突或需要,目的现实,与所患精神病并无明显的直接联系;②病理动机,多产生于妄想或幻觉等认知障碍,目的缺乏现实性,行为直接为精神症状所支配;③混合动机,兼有病理与现实两重成分。行为的发生一般多在病理性基础上,由现实矛盾或冲突所引起;④不明动机,行为的产生并无意识性的动机和目的(如意识障碍),或者无法查明具体的动机和目的(如精神错乱状态)。^[47]在上述四类动机中,现实动机为正常动机,其他三个动机为异常动机,只产生于精神病人或精神状态不正常的人。田祖恩教授认为,犯罪动机与责任能力认定的关系为:①现实动机中存在辨认或者控制障碍的,属于限制责任能力,极少数人无责任能力,其余为完全责任能力;②病理动机作案者辨认能力完全丧失,无责任能力;③混合动机者虽有病理基础,却为现实冲突所诱发,控制能力不完全,为与纯病理动机相区别,应认定为限制责任能力;④不明动机者属于无责任能力,因为有的存在辨认障碍,如癫痫性朦胧状态,过后不

[46] 这里的动机是指行为人基于何种心理(需要)而实施了犯罪行为。过失犯罪也存在犯罪动机问题,动机论同样适用于过失犯的精神病人责任能力的认定。

[47] 这里的“不明动机”是指由于精神病理的缘故,导致精神病人本人也不清楚自己的犯罪动机是什么,而不是指查不清犯罪动机的情形。不能准确把握“不明动机”的含义,便会指责说很多常人犯罪的犯罪动机也是查不清的,故以不明动机来认定行为人的辨认能力是不妥的。这一指责纯属误解。

能回忆,有的属于控制障碍,如急性精神错乱状态,行为无目的。〔48〕

虽有不赞成声音,〔49〕但动机论已被司法精神学界广泛接受并在实务中得到普遍应用。在鉴定精神病人的责任能力时,鉴定人员都会仔细了解精神病人的作案动机,将其作为评定精神病人责任能力的最为重要的衡量指标,在每一份鉴定意见书中都有重笔描述。〔50〕

本文对动机论持肯定态度。若能查清精神病人的作案动机,无疑有助于判断其辨认能力情况。这是因为,对犯罪动机的认识其实是行为人对自己为何要作案的认识,“因为……,所以我要采取……行动”这一认识在本质上是对因果关系的认识,精神病人对作案动机的认识越清晰,意味着其认识因果的能力就越强,故其辨认能力就越高。动机论在其他国家也是得到承认的。如在美国,精神科医生在法庭上的首要职责是做好精神病学工作,如提供医学资料,发表关于被告人精神状态与其动机的意见,详细解释作出责任能力结论的理由。〔51〕日本最高裁判所认为,行为人是否属于心神丧失或者心神耗弱,判例是结合病历、犯罪当时的病状、犯罪前的生活状态、犯罪的动机与样态、犯罪后的行为、犯罪以后的病状等,通过综合考察加以判断的。〔52〕可见,在日本,犯罪动机也是判断行为人责任能力的重要指标之一。当然,判断行为人的辨认能力有多项指标,并非只有动机一项,在评定责任能力时既不宜轻率否定动机,也不宜过分强调动机。

作为辨认能力的判断指标,在是否知晓行为性质、是否知晓行为后果与犯罪动机情况三者之中,就考察顺序而言,应当首先考察犯罪动机情况,然后再考察行为人对行为性质与后果的认识情况。这是因为,其一,如果行为人清楚自己为什么要作案(动机),其基本就能认识行为性质与后果,通常就能肯定其辨认能力正常。其二,如果行为人的动机是极度异常的病理动机,即便行为人能够认识行为性质与后果,也应认定其丧失辨认能力。完全可能存在行为人出于病理动机但对行为性质、后果存在认识的情形,如行为人精神分裂症处于发病期,觉得自己时刻处于外星人的监控之中,外星人在其耳边不停地下命令“砸毁邻居的汽车”,为让外星人的声音停止,行为人便去砸车的,对于砸车的性质与后果,行为人是知晓的,但为什么要砸车,行为人完全是基于幻觉、幻听的病理性认识而产生砸车动机的。此时,优先判断动机情况,可快速得出行为人辨认能力如何的结论。因此,在判断辨认能力时,首先应当考察行为人的动机情况,然后依次考察是否知晓行为性质与行为后果。

就实务来看,北京市《指导标准》共设立了五项指标衡量精神病人的辨认能力,其中就包含本文所主张的动机、行为性质、行为后果这三项指标。根据北京市《指导标准》,如果精神病人

〔48〕 参见田祖恩、于庆波、戚巍、汪莘、陈立锋、于天:“精神病人的犯罪动机”,《中华神经精神科杂志》1988年第3期,第175—177页;田祖恩、于庆波、戚巍、汪莘、陈立锋:“精神病人的刑事责任能力”,《法律与医学杂志》1996年第2期,第64页;陈诗、田祖恩、于庆波、戚巍、汪莘、陈立峰:“试论当前司法精神病刑事鉴定中的几个问题”,《法律学习与研究》1990年第1期,第53—54页。

〔49〕 参见张丽欣、李玫瑾:“基于犯罪心理分析的刑事责任能力辨析”,《中国人民公安大学学报(社会科学版)》2017年第2期,第20页。

〔50〕 参见纪术茂等,见前注〔17〕,第19页。

〔51〕 参见纪术茂、贾谊诚译:“美国精神病学会关于精神错乱辩护的声明(下)”,《上海精神医学》1987年第4期,第165页。

〔52〕 参见最高裁判所1978年3月24日判决,最高裁判所刑事判例集32卷2号408页。

有明确的现实动机,明确违法行为的目的,理解违法行为的性质和法律意义,能够预期违法行为的后果,理解自身在违法行为中的作用,即认定辨认能力完整;如果精神症状对上述任何一个指标构成影响,如犯罪动机既有一定的现实性,又受精神病态的影响,则属于辨认能力受损,应认定为限制责任能力;如果受精神症状的影响,作案动机为病理性,为精神症状的直接后果,或者受精神症状的影响,违法行为的目的荒谬离奇,脱离现实,或者病态地理解违法行为的性质和在法律上的意义,或者完全不能预见或理解违法行为的后果的,属于辨认能力丧失,应认定为无责任能力。本文对北京市《指导标准》的做法基本持肯定意见,但须指出的是,其一,在精神病人案件中,目的与动机未必能够进行合理区分,将二者合并可能更为合适;其二,“理解自身在违法行为中的作用”这一指标并无必要,因为只要行为人知晓动机、理解性质、明白后果,即可得出辨认能力完整的结论。

司法部《评定指南》对以动机、行为性质、行为后果这三项指标衡量精神病人辨认能力的做法,同样持肯定态度。在界定辨认能力的概念时,《评定指南》指出,辨认能力具体地说是行为人实施危害行为时是否意识其行为的动机、要达到的目的,为达到目的而准备或采取的手段,是否预见行为的后果、是否理解犯罪性质以及在法律上的意义等。可见,《评定指南》同样认为,动机、行为性质、行为后果对判断精神病人的辨认能力而言极为重要。

综上,本文主张,司法人员可从三个方面判断精神病人的辨认能力情况:一是精神病人的动机、目的是否荒谬离奇并脱离现实,二是精神病人是否曲解了危害行为的违法性质,三是精神病人对危害后果是否缺乏认识。^[53]

(三)控制能力的指标设置

如何设置控制能力的判断指标,与控制能力是“控制什么的能力”这一问题相关。控制能力是指精神病人有控制自己打消犯罪念头的能力(意思决定能力),还是指有控制不法行为本身的能力(行为控制能力)?从规范责任论出发,精神病人有能力打消实施不法行为的邪念时,就应形成反对动机,响应规范的号召形成正念;若其没有打消邪念,竟按邪念实施不法行为,就是值得非难的。因此,控制能力的核心是运用意志力打消邪念、形成正念的意思决定能力。《韩国刑法》第10条将丧失控制能力表述为“没有决定意思的能力”,这清楚地表明控制能力是一种出现犯罪念头时对此说“不”的意思决定能力。司法部《评定指南》将控制能力界定为指行为人具备选择自己实施或不实施为刑法所禁止、所制裁的行为的能力,即具备决定自己是否以行为触犯刑法的能力。这也表明控制能力是指意思决定能力。处于抑郁状态的重度抑郁者有预谋地扩大性自杀(重度抑郁者为了免除亲人在世的痛苦和不幸遭遇,常有预谋地将亲人杀死,然后自杀。这又被称为“怜悯性杀亲”),其知道杀人是违法的,且极为周密地实施杀人行为,但仍被评定为无责任能力,就是因为重度抑郁使行为人丧失了对杀亲说“不”的意思决定能力(丧失控制能力)。

就现实而言,目前的医学、心理学技术还不能准确测定人们的行为控制能力,“鉴定人很难回答被鉴定人到底是不能、还是未加‘控制’,以及他们是如何不能或者未加‘控制’,这几乎总是凭借鉴定人的主观判断。”^[54]出现这一局面是因为,在出现实施不法行为的邪念时,正邪两

[53] 参见陈立成,见前注[22],第216页。

[54] 纪术茂等,见前注[17],第17页。

念是如何搏斗的,精神病人是否有能力抑制邪念,难以直观观察,故从正面判断精神病人是否具有控制能力是极为困难的。但是,这并不意味着没有判断控制能力的其他方法。虽然难以直接观察意思决定过程,但是精神病人在邪念支配下的整个作案过程是可以被观察的,这对于判断精神病人的控制能力情况具有重要价值。打消邪念(意思决定能力)与按照邪念行事(行为控制能力)虽然不是一回事,但二者念念相续,联系紧密,故要准确判断精神病人的控制能力,较为务实的方案是,通过分析精神病人在作案过程中的举止(对不法行为的控制能力)是否正常,来判断其控制能力情况。

由于精神病症的作用,精神病人的认识、情感与决策系统不能像常人那样正常发挥机能,以致精神病人的行为举止与常人的行为举止有所不同,由此可以推出两条结论:其一,如果在作案过程中精神病人的行为举止正常,整个作案过程与常人作案相比没有异常之处,通常可表明对其所实施的不法行为,精神病人具有常人的控制能力。其二,如果在作案过程中,精神病人的行为举止与常人作案相比存在异常之处,只要这些异常之处不是精神病人刻意而为的,就能表明其控制能力与常人不同,应进一步根据作案过程中具体细节的异常性大小,认定其控制能力是受损还是已经丧失。

那么,精神病人在作案过程中可能存在哪些异常呢?司法精神病学表明,精神病人病理冲动一旦出现就难以自制,如表现为在对作案对象、时间、地点上选择不严密,缺乏良好的自我保护能力。^[55]这一经验结论得到了实证研究的支持。对121例精神病患者作案案件(研究组)与115例精神正常人(对照组)犯罪案件进行比较发现,精神病患者作案表现为缺乏自我保护性,事前缺乏计划和准备,手段以公开为主,事后无安排等,与对照组作案有明显的不同;其原因是在精神疾病导致意志能力受损、情绪不能控制的情况下,行为人的直接发泄使其对所用的手段不经选择,抑或是由于精神疾病的严重程度,已达到使其不能对作案手段进行选择的程度。^[56]

因此,根据实务经验,可将行为选择能力、临场应对能力与自我保护能力设置为判断精神病人控制能力的指标。为了顺利完成犯罪,常人会选择合适的作案对象,挑选合理的作案时间、地点,事先准备好相应的作案工具,故对作案对象、时间、地点、工具是否具有选择性,能够反映行为人控制其行为的能力高低。常人为了顺利完成犯罪,一般不会盲目硬干,而是灵活机动,见机行事,现场应对能力如何也能反映行为人对作案行为的控制能力高低。常人会创造各种条件或者寻找各种借口,试图逃避法律责任,自我保护能力如何同样也能反映行为人的控制能力情况。如果从精神病人的作案过程看,上述三项指标与常人无异,只要没有精神病学上例如抑郁导致精神病人难以抗拒不法念头的例外情形,就应认定其控制能力正常;如果任何一个指标出现异常甚至有不可思议之处,^[57]则可表明精神病症已经影响到精神病人的举止,应认

[55] 参见郑贻培主编:《司法精神鉴定疑难问题及案例》,上海医科大学出版社1996年版,第14页。

[56] 参见于靖涛、田祖恩:“精神病患者控制障碍作案特点的分析”,《中华精神科杂志》2000年第4期,第240—242页。

[57] 现实中存在行为人伪装精神病,作案时刻意伪造不可思议之处的现象。刻意伪造不可思议之处的,应认定行为人控制能力正常。精神病症会系统地、全面地影响精神病人的举止,对精神病一知半解的行为人伪装精神病、刻意造作,虽可一时糊弄他人,但一般欺骗不了经验丰富的司法精神病专家。

定精神病人的控制能力受损乃至丧失。

在司法部《评定指南》中,明确提及了行为选择能力(作案时间选择性、地点选择性、对象选择性、工具选择性)与自我保护能力(作案后逃避责任、审讯或检查时对犯罪事实掩盖、审讯或检查时有无伪装)这两项指标,没有提及临场应对能力这一指标(仅提到作案当时情绪反应)。但在北京市《指导标准》中,明确采用上述三指标认定精神病人的控制能力情况。根据北京市《指导标准》,在行为过程中,如果精神病人对作案对象、时间、地点、作案工具有明确的选择性,可依据周围环境采取相应的应对行为,能采取有效的自我保护,则认定精神病人的控制能力完整;如果在行为过程中,精神病人缺乏对作案对象、时间、地点、作案工具的明确选择性,或者难以依据周围环境采取相应的应对行为,或者缺乏有效的自我保护,则认定为控制能力受损;如果精神病人受精神症状的影响,无法控制自己行为的启动和终止,则属于控制能力丧失。本文对此予以认同。

可以料想,有人会对上述判断方案提出质疑:很多常人犯罪,也可能存在一些异常之处;有些常人也是突发性犯罪,不存在行为选择性问题;一些常人犯罪,其临场应对能力也很差,甚至有荒唐、滑稽之处;有些常人也是公然犯罪,犯罪后并不逃离现场,而是坐等警察到来,对犯罪供认不讳,没有进行自我保护,故以行为选择能力、临场应对能力与自我保护能力这些指标判断精神病人的控制能力,其科学性存疑。对于这些质疑,本文的回应是,目前的医学技术虽然已经相当发达,但是,精神医学在很大程度上仍旧处于描述性科学的阶段,精神病症与病因之间的因果关系尚未得到完全、充分的揭示,这决定了只能从描述性的角度设置精神病人控制能力的判断指标。当前,试图完全以科学为根据设置相应指标,就技术而言是做不到的。当然,随着人工智能与大数据技术在刑事案件中的进一步运用,如何优化判断精神病人辨认、控制能力的相关指标,这是未来的重要课题。

(四)辨认能力与控制能力的考察顺序

就责任能力的定义而言,当然是辨认能力在前,控制能力在后,不但课堂授课顺序如此,而且鉴定实务也是如此,仅在精神病人起码具有一定的辨认能力时,才需要进一步鉴定其控制能力情况;若精神病人丧失辨认能力,则可直接得出无责任能力的结论,无需再鉴定控制能力情况。

但是,从司法实务的角度看,这一考察顺序并不理想。在行为人为精神病人时,所患精神病是否扭曲了行为人的辨认能力,这是难以直观、直接判断的。在实务上,往往是通过分析精神病人的交代,判断其是否具有正常的犯罪动机、是否认识行为性质、是否知晓行为后果,据此间接地判断其辨认能力情况,由此使得辨认能力的认定具有相当的主观性。如果在警察讯问阶段或者鉴定人员进行精神检查阶段,精神病人不予配合、不如实交代,就很难准确判断其辨认能力情况。与考察辨认能力相比,考察控制能力显然更为容易,因为控制能力的认定类似期待可能性的认定一样,可以通过作案举止纯客观地判断精神病人的行为选择能力、临场应对能力与自我保护能力。与考察主观性内容相比,考察客观性内容出错的概率更低。从先客观、后主观的考察顺序出发,判断精神病人的责任能力宜先考察控制能力,后考察辨认能力。在司法实务上,有些法官就是颠倒考察顺序审查精神病人的责任能力的。司法访谈发现,法官是对被告人的责任能力作出简单分析的,例如在作案时是否进行了缜密的部署、作案时的手段运用、作案后的举止,通过这些可以初步判断被告人在实施犯罪行为之时是否具有常人的辨认、

控制能力。^[58]这种做法其实就是优先重视控制能力的表现。

需要注意的是,颠倒辨认能力与控制能力的考察顺序,并未颠覆辨认、控制能力理论本身。就现象学而言,的确是先有认知,然后才产生相应的情感与意志活动,故辨认能力是前提与基础,控制能力受辨认能力影响,这在心理学上有坚实的基础。但是,这并不意味着不能颠倒辨认能力与控制能力的考察顺序。在犯罪发生学上,尤其是在有预谋的故意犯罪中,行为人先产生犯罪意思,然后在犯意支配下实施犯罪行为,但在司法上认定犯罪时则颠倒了顺序,都是先考察客观行为、后考察主观心理。同样的道理,从提高判断效率、减少认定差错出发,亦可将辨认、控制能力的顺序颠倒,先考察控制能力,后考察辨认能力。

是否颠倒辨认能力与控制能力的考察顺序,不会改变责任能力的认定结论,故没有必要对颠倒考察顺序产生疑虑。其一,如果行为人丧失控制能力,则可得出无责任能力的结论,无需再讨论行为人的辨认能力问题,对此当无异议。其二,如果行为人控制能力完整,则需进一步考察行为人的辨认能力情况。如果行为人辨认能力丧失,^[59]应认定为无责任能力;如果辨认能力受损,应认定为限制责任能力;如果辨认能力完整,应认定为完全责任能力。其三,如果行为人控制能力受损,则需进一步考察行为人的辨认能力情况。如果辨认能力丧失,应认定为无责任能力。如果并未丧失辨认能力,此时不论辨认能力完整还是受损,均应认定为限制责任能力。由上可见,责任能力的最终结论不受考察顺序的影响。尽管如此,与在考试中应先做容易的题目然后再做难题是最佳答题方式一样,认定责任能力时应先从容易判断的控制能力入手。

四、本文认定方案的实务检验

关于如何判断精神病人的辨认、控制能力情况,上文已经给出了详细的认定方案。下面,围绕相关案件,检验该方案能否顺利解决精神病人责任能力的认定问题。

(一)邱兴华故意杀人案

2006年7月14日,被告人邱兴华赶到道观铁瓦殿留宿。夜深后,邱兴华乘众人熟睡之际,持事先放在床下的弯刀到各寝室,依次向管理人员熊万成、宋道成、陈世秀等10人的头部各砍数刀。后邱兴华又找来斧头,再次向每人头部砍击,致该10人全部死亡。邱兴华又将熊万成的眼球、心、肺、脚筋等身体器官、组织剜出,将心、肺烹炒。天亮后,邱兴华从熊万成的房

[58] 参见陈卫东等,见前注[14],第136—137页。

[59] 行为人控制能力完整,但丧失辨认能力的情形是否存在?对此,学界倾向于认为只要确认行为人具有控制能力,其就一定具有辨认能力,不存在仅有控制能力而没有辨认能力的情况(参见冯军、肖中华主编:《刑法总论》(第三版),中国人民大学出版社2016年版,第208页)。本文不赞成这一看法。一方面,就理论而言,行为人不知行为性质、丧失辨认能力时,并不必然地影响其控制能力(行动的能力)。如重症精神病人认为砍下甲的脑袋,甲醒来后定会到处找自己的头,这个游戏很好玩,使用刀砍下睡梦中的甲的脑袋;尽管精神病人丧失辨认能力,但这不妨其通过控制自己的行为砍下了甲的脑袋。另一方面,如有控制能力就一定具有辨认能力,则以今日的眼光看,当年宣告麦纳顿无罪就是错误的,因为从案情看,麦纳顿并未丧失控制能力,若据此认定其具有相应的辨认能力,则就不能宣告其无罪。但恐怕对此无人赞成,因为学界公认麦纳顿因被害妄想而丧失辨认能力。如果承认宣告麦纳顿无罪无误,则就意味着即便行为人控制能力完整,也可能已经丧失辨认能力。

内搜出一黑色帆布包,将包内的 722.2 元钱清点拿走,并在一笔记本的末页上写下署名为“邱金发”的借据,放在铁瓦殿前空地上。又将道观内一只白公鸡杀掉,用食指蘸鸡血在一硬纸板的两面分别写上“古仙地 不淫乱 违者杀公元 06”“圣不许 将奸夫淫婆以、0 六年六二十晚”的字样,放在正殿门口。后邱兴华放火点燃被害人陈世秀的寝室,将作案工具弯刀、斧头及小刀等物投入火中。在潜逃期间,邱兴华再次作案,在抢劫过程中致 1 人死亡、2 人重伤。2006 年 10 月 19 日,陕西省安康市中级人民法院以故意杀人罪和抢劫罪数罪并罚,判处邱兴华死刑,剥夺政治权利终身。在二审前,邱兴华的妻子以及辩护律师均提出对邱兴华进行司法精神病鉴定的申请。因存在过于残忍、怪异现象,邱兴华杀人案引起了司法精神病学界、法学界以及社会公众的广泛关注。我国司法精神病鉴定领域的泰斗杨德森教授以及北京大学法学院贺卫方等 5 位法学教授均呼吁对邱兴华进行司法精神病鉴定。然而,同年 12 月 28 日上午 9 时,陕西省高级人民法院二审开庭审理,当庭宣布驳回上诉、维持原判。邱兴华随即被验明正身,于同日上午 10 时许,在一片争议中被押赴刑场枪决。

由于法院未对邱兴华进行司法精神病鉴定,邱兴华是否为精神病人、是否患有某种精神病,从此再也不得而知了。但是,在精神病人责任能力的认定中,医学标准不具有独立性地位,法学标准才是判断责任能力的关键。因此,依据判决书所查明的事实,对被告人的责任能力情况进行事后的理论复查,这是完全可能的。邱兴华案二审裁定书认为:

邱兴华在故意杀人犯罪前,向其表兄李如衣和表侄李相福流露了杀人的犯意,并将杀人时间选在铁瓦殿主持熊万成等人在殿内住宿的夜晚,说明其杀人是有预谋的。其在实施故意杀人犯罪中,选择了足以致人毙命的斧头、弯刀等凶器,逐一打击各被害人的要害部位,使 10 名被害人当即毙命,并对其特别痛恨的被害人熊万成的尸体,采取了挖眼、掏心等特别残忍的手段进行侮辱……杀人后,多次躲过公安机关的围捕,说明其是在有意识地逃避打击。在侦查、起诉阶段的多次讯问和一、二审法院审判中,其对杀人、抢劫的动机、原因、手段及现场情况均作了前后一致的供述,回答问题切题,思维清晰,无反常的精神表现。综上,足以证实上诉人邱兴华故意杀人、抢劫犯罪时具有完全的辨认和控制自己行为的能力。^[60]

由此可见,二审法院并未忽略或者故意回避邱兴华的责任能力问题,而是对邱兴华是否为精神病人以及辨认、控制能力如何进行了详细分析。

其一,邱兴华是否是精神病人。从二审法院的角度看,邱兴华归案后的供述前后一致,回答问题切题,思维清晰,无反常的精神表现,表明其并无精神病。法官虽然不是司法精神病专家,但是,通过判断归案后被告人的表现是否异常,大致可以推测被告人是否为精神病人。在未经任何治疗的前提下,被告人作案时患有精神病,作案后迅速恢复正常的情形并不多见。因此,根据归案后被告人的举止是否异常,通常可以逆推行为时被告人的精神状态。归案后,如果被告人在侦查、起诉阶段的多次讯问和一、二审法院审判中,能够对犯罪的动机、犯罪过程及现场情况作出前后一致的供述,回答问题切题,思维清晰,无反常精神表现,基本就能认定被告人作案时精神正常。正是从这一角度出发,二审法院认定邱兴华不是精神病人,据此驳回了要求对邱兴华进行司法精神病鉴定的辩护意见。

其二,邱兴华的辨认、控制能力是否完整。由于公众可能怀疑邱兴华患有精神病,为确保

[60] 陕西省高级人民法院(2006)陕刑一终字第 384 号刑事裁定书。

判决结论的合理性,有必要正面分析邱兴华的辨认、控制能力情况。即便邱兴华患有精神病,但在责任能力的认定中,辨认、控制能力情况才是决定邱兴华是否具有责任能力的决定性因素。从二审裁定书可以清楚地看出,与本文方案不谋而合,法官优先分析了邱兴华的控制能力情况。二审裁定书认定,邱兴华的犯罪是有计划的(事前向他人流露了杀人犯意),在行为选择能力(夜间作案,选择足以致人毙命的斧头、弯刀等凶器)、临场应对能力(逐一打击各被害人的要害部位,使10名被害人当即毙命)与自我保护能力(杀人后多次躲过公安机关的围捕)方面,邱兴华的表现与常人无异,故应认定其控制能力完整。在辨认能力方面,邱兴华私自移动铁瓦殿内两块石碑与管理人员宋道成发生争执,且邱兴华怀疑殿内主持熊万成有调戏其妻何某的行为,这表明邱兴华即便有妄想表现,也能认定其具有一定的现实动机(报复杀人),结合邱兴华的现场题字以及作案手法(均直接打击头部),表明邱兴华对行为性质(杀人)、行为后果(导致他人死亡)均存在正确认识,故其辨认能力完整。暂且不论程序是否正义,单从实体法的角度看,既然邱兴华在铁瓦殿杀人时,辨认能力与控制能力均完整,则法院认定邱兴华具有完全责任能力,这一结论就是合理的。

如果当初二审法院对邱兴华启动精神病鉴定程序,即便鉴定意见书认定邱兴华患有某种精神病,采用上述理由,法院也能得出邱兴华具有完全责任能力的结论。若是如此,则邱兴华故意杀人案恐怕就不会有那么多争议了。

(二)梅杰灵抢劫案

2015年3月16日18时50分许,被告人梅杰灵(外文名:梅杰灵 OIKITLENG,马来西亚籍,2005年来中国工作、生活并结婚生子)戴着黑帽与口罩,携仿真手枪、约束带等作案工具,至北京市东城区王府井卡地亚手表店,用仿真枪胁迫店员肖某,取得卡地亚牌手表11只(价值人民币319.5万元),用约束带将肖某捆绑后逃离表店。在逃跑过程中,梅杰灵持枪劫持车辆,因车辆被司机熄火,其无法发动车辆而罢手。后梅杰灵丢弃作案衣物及作案工具,乘坐出租车继续逃跑。当日19时30分许,梅杰灵被设卡民警抓获归案。侦查机关对梅杰灵启动了司法精神病鉴定程序,鉴定结论为梅杰灵实施违法行为时无精神病性状况影响,辨认与控制能力存在,评定为完全刑事责任能力。梅杰灵的辩护人则主张:梅杰灵有家族精神病史,且案发前行为表现异常,作案时可能患有“急性短暂性精神障碍”(CCMD-3与ICD-10中均有关于急性短暂性精神障碍的分类);侦查机关对梅杰灵进行精神病司法鉴定的过程不规范,评定为完全责任能力的鉴定结论不合理,申请对梅杰灵重新进行精神病司法鉴定。

在梅杰灵抢劫案中,侦查机关已对梅杰灵进行了司法精神病鉴定,这一点与邱兴华案存在不同。面对鉴定意见书,法官应当首先审查梅杰灵是否为精神病人的鉴定结论。在CCMD-3中,急性短暂性精神病是指一组起病急骤,以精神病性症状为主的短暂精神障碍。多数病人能缓解或基本缓解;其症状标准为:精神病性症状,至少需符合下列一项:①片断妄想,或多种妄想;②片断幻觉,或多种幻觉;③言语紊乱;④行为紧张或紧张症。^[61]但从作案过程来看,没有证据表明梅杰灵的行为具有上述任何一项症状,如梅杰灵的言语毫不紊乱,行为冷静、镇定,也没有证据表明其存在妄想或者幻觉。据此,辩护人认为梅杰灵作案时可能患有“急性短

[61] 参见中华医学会精神科分会编:《中国精神障碍分类与诊断标准》(第三版),山东科学技术出版社2001年版,第79页。

暂性精神障碍”的主张难以成立,梅杰灵实施违法行为时无精神病性状况影响的鉴定结论基本可信。

按理,如果认定梅杰灵不是精神病人,就可不再分析辨认、控制能力情况,直接得出其具有完全责任能力的结论,但考虑到梅杰灵可能有家族精神病史,为慎重起见,有必要进一步分析梅杰灵的辨认、控制能力情况。根据本文所主张的认定方案,应首先判断梅杰灵的控制能力情况。梅杰灵选择抢劫名表而不是抢劫普通手表,选择人流大、易逃窜的地点作案,事先准备好刀、枪等工具,表明其行为选择能力强;梅杰灵于晚上先观察现场后作案,作案过程中一直用枪指着店员,对店员“去给我拿表”的命令明确、简洁,得手后将所抢手表都装进自己包里,用约束带捆绑店员后才逃离现场,表明其临场应对能力强;梅杰灵戴着帽子与口罩作案,得手后试图劫持车辆逃离现场,逃跑中丢弃作案衣帽,表明其自我保护能力强。此外,没有证据可表明梅杰灵具有不可抗拒的抢劫冲动。因此,从控制能力的判断指标看,梅杰灵的控制能力完整。其次,在辨认能力方面,判决书中虽未提到犯罪动机,但梅杰灵系无业人士,在家带孩子,有获得收入的需求,且没有证据证明其作案系出于病理性动机或者不明动机。从作案过程看,梅杰灵进店后拉了一下枪栓,指着男表区说:“去给我拿表。”店员肖某问其需要哪款手表,梅杰灵拿枪指着肖某让其跟他走到男表区,要求肖某把柜台里所有手表都拿出来;肖某打开柜台先拿出一只手表,梅杰灵立刻把这只表放到包里,之后又命令肖某把所有手表都拿出来,并都装进自己包里,期间始终用枪指着肖某;在拿到所有手表后,梅杰灵立刻拿出约束带,让肖某转身蹲下,将肖某双手捆好后离店。这一切不是“偶然”“巧合”所能解释的,能够充分表明梅杰灵对行为性质(抢劫)与行为后果(取得他人财物)存在明确认识,故能够认定梅杰灵辨认能力完整。既然梅杰灵的辨认、控制能力完整,故即便其患有某种精神病,也无妨认定其具有完全责任能力。因此,关于梅杰灵具有完全责任能力的鉴定结论是合理的。

最终,北京市第二中级人民法院作出判决:梅杰灵提前准备犯罪工具,作案前先行确定卡地亚表店情况后再次返回作案,作案过程中戴口罩掩饰容貌、言语威胁店员,逃跑过程中丢弃作案时所穿衣帽,这些表现反映梅杰灵在作案时具有清晰的辨认、判断自己行为性质的能力,对自己实施的行为能够自由控制。因此,辩护人所述梅杰灵行为异常,可能患有“急性短暂性精神障碍”的意见没有合法依据,申请重新鉴定的理由不足,亦无通知鉴定人出庭的必要,故对于辩护人所提相关申请,本院均不予支持。^[62]

通过对邱兴华案与梅杰灵案的分析可见,根据相应的指标判断精神病人的辨认、控制能力情况,并且优先判断精神病人的控制能力,即便是面对极为复杂的精神病人犯罪案件,也能做到分析有章可循,能够合理判断精神病人的责任能力情况。

五、结 论

刑法学是实战学科,针对某一问题提出某种理论解决方案时,学界不仅要论证解决方案的合理性,而且应从可操作的角度,明确说明应如何具体运用该理论,给出相应的运用步骤、方

[62] 参见北京市第二中级人民法院(2015)二中刑初字第1443号刑事判决书。

法。基于这一想法,本文对精神病人责任能力的认定方案问题进行了研究,并提出了如下认定方案:

关于行为人是否为精神病人的问题,司法人员应严格依据医学标准(ICD-11)认定行为人是否属于精神病人。司法人员不能直接推翻行为人为精神病人的鉴定结论,如对鉴定结论持怀疑态度的,应当重新进行鉴定。如果司法人员与鉴定人员均认为行为人不是精神病人,就可认定行为人具有完全责任能力。

在行为人是精神病人的前提下,司法人员应依据行为选择能力、临场应对能力与自我保护能力这三项指标,先行判断精神病人的控制能力情况:①如果精神病人已经丧失控制能力,^[63]则认定其无责任能力;②如果精神病人的控制能力完整,司法人员再依据精神病人是否具有正常的犯罪动机、是否认识行为性质、是否知晓行为结果这三项指标,判断其辨认能力情况:辨认能力丧失的,认定为无责任能力;辨认能力受损的,认定为限制责任能力;辨认能力完整的,认定为完全责任能力;③如果精神病人的控制能力受损,但尚未丧失辨认能力的,则应认定为限制责任能力;如果已经丧失辨认能力的,则应认定为无责任能力。

Abstract: How to implement the combined standards in order to determine mental patients' capacity for criminal responsibility in specific cases is an issue that has not been studied in depth. According to practical experience, from the medical standard's perspective, judiciary officers shall examine and decide whether the perpetrator is a mental patient or not based on ICD-11 standards. If it can be determined that the perpetrator is not a mental patient, the perpetrator can be deemed to have complete capacity for criminal responsibility. If the perpetrator is determined to be a mental patient, then it is necessary to judge his or her capacity of appreciation and capacity of control in line with legal standards. Under this circumstance, judiciary officers shall first determine the mental patients' capacity of control based on their abilities to select behaviors, respond on the spot and protect themselves. If it is determined that mental patients have capacity of control, judiciary officers shall further check whether they have realistic motivations and whether they understand the nature and result of the behaviors to decide their capacity of appreciation, and then draw a corresponding conclusion on their capacity for criminal responsibility based on the specific conditions of their capacity of appreciation and capacity of control.

Key Words: Mental Patient; Criminal Responsibility; Capacity of Appreciation; Capacity of Control

(责任编辑:车 浩)

[63] 精神病人对不法行为的控制能力正常,但存在重度抑郁等极为例外的情形,致使其对实施不法行为存在不可抗拒的冲动时,因其已无意思决定能力,故应认定精神病人丧失控制能力。