



## 人权理事会

### 第三十五届会议

2017年6月6日至23日

#### 议程项目 3

促进和保护所有人权——公民权利、政治权利、  
经济、社会及文化权利，包括发展权

## 人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题 特别报告员的报告

### 秘书处的说明

根据人权理事会第 24/6 号决议，秘书处谨向理事会转交人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员的报告。为促成关于精神卫生作为全球卫生优先事项的讨论，特别报告员重点讨论人人有心理健康权以及一些核心挑战和机会，并促请在所有环境中为各年龄段的人促进心理健康。他呼吁转变范式，因为在精神卫生设施中一再发生侵犯人权行为，这往往会对患有智力、认知和社会心理障碍者造成影响。

特别报告员向各国和所有利益攸关方提出了若干建议，以转向基于和符合人权的精神卫生系统。



## 人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题 特别报告员的报告

### 目录

	页次
一. 导言.....	3
二. 背景.....	3
三. 全球障碍负担.....	5
A. 生物医学模式的主导地位.....	5
B. 权力不对称性.....	6
C. 在精神卫生中对证据的偏见使用.....	8
四. 精神卫生规范框架的演变.....	8
五. 精神卫生框架权.....	10
A. 义务.....	10
B. 国际合作.....	10
C. 参与.....	11
D. 不歧视.....	11
E. 问责.....	12
F. 超越精神卫生服务转向护理和支持.....	13
G. 知情同意和强迫.....	15
H. 精神卫生的根本和社会决定因素.....	16
六. 范式转变.....	17
A. 人权要求必须处理精神卫生中的促进和预防问题.....	17
B. 治疗：从隔离到社区.....	18
七. 结论和建议.....	20
A. 结论.....	20
B. 建议.....	21

## 一. 导言

1. 心理健康和情感健康是特别报告员的优先重点领域(见 A/HRC/29/33)。在每份专题报告中,他力图将精神卫生凸显为一个人权和发展优先事项,包括在儿童发展(见 A/70/213)、青少年(见 A/HRC/32/32)和可持续发展目标(见 A/71/304)等方面。
2. 在本报告中,特别报告员进一步讨论了这一问题,并对在促进实现每个人的精神健康权方面的一些核心挑战和机会作了基本介绍。鉴于该问题以及不断演变的人权框架和证据基础的范围之广及其复杂性,而且,精神卫生正在走出阴影而成为全球卫生优先事项,特别报告员在报告中力图为正在进行的重要讨论作出贡献。
3. 本报告是与广泛的利益攸关方进行大量磋商的结果,其中包括:残疾人社区的代表、精神卫生服务的使用者和前使用者、民间社会代表、精神卫生从业人员,包括精神病学界和世界卫生组织(卫生组织)的代表、学术专家、联合国人权机制成员和会员国代表。

### 关于术语的说明<sup>1</sup>

4. 每个人,在其一生中,都需要一个支持其心理健康和安宁的环境;在这方面,我们都是精神卫生服务的潜在使用者。许多人会经历偶尔和短暂的社会心理困难或困扰,需要额外支持。有些人有认知、智力和心理障碍,或是自闭症患者,这些自闭症患者无论自我认同或诊断如何,由于实际的或感知的损伤,他们在行使其权利方面面临障碍,因此在精神卫生设施中更会面临侵犯人权行为。许多人可能得到涉及心理卫生的诊断或认同这一说法,而其他人可能会选择以其他方式指称自己,包括幸存者。
5. 根据残疾人所面临的障碍,本报告区分服务使用者和残疾人,以包容性的方式将每个人都视为权利所有人。

## 二. 背景

6. 尽管有明确证据表明,如果没有精神健康,就没有健康可言,但在世界上没有任何国家,精神卫生在国家政策和预算中或在医学教育和实践中享有与身体健康平等的地位。从全球来看,估计不到 7%的卫生预算用于解决精神卫生问题。在低收入国家,每人每年在精神卫生方面的花费不到 2 美元。<sup>2</sup> 大多数投资侧重于长期机构护理和精神病医院,导致在总体上促进所有人精神健康方面的政策几近全面失败。<sup>3</sup> 身体和精神健康的任意区分以及随后对精神卫生的隔离和放弃,

<sup>1</sup> 见卫生组织,“促进精神卫生及相关领域人权的宣传行动”(2017年)。

<sup>2</sup> 卫生组织,《2014年心理健康图集》,第9页;《公共科学图书馆医学期刊》医学编辑,“精神健康悖论:过度治疗和认知不足”,《公共科学图书馆医学期刊》,卷10,第5期(2013年5月)。

<sup>3</sup> 卫生组织,《2014年心理健康图集》,第9页。

造成需求得不到满足这一难以为继的局面和侵犯人权行为(见 A/HRC/34/32, 第 11-21 段), 包括可达到的最高身心健康标准权被侵犯。<sup>4</sup>

7. 被遗忘的问题导致被遗忘的人群。精神病学和精神卫生保健历史中充斥着严重的侵权行为, 例如以医学名义进行的脑叶切除术。自第二次世界大战以来, 随着《世界人权宣言》以及其他国际公约的通过, 在全球精神卫生和精神病学方面对人权越来越重视。然而, 国际社会是否真正从痛苦的过去中汲取了教训仍未可知。

8. 几十年来, 精神卫生服务受到从简生物学范式的支配, 导致对患有智力、认知和社会心理障碍者、自闭症患者和偏离主流文化、社会和政治规范的人进行排斥、忽视、胁迫和虐待。值得注意的是, 精神病在政治上的滥用仍然是一个令人严重关切的问题。虽然精神卫生服务严重缺乏资源, 但任何扩大投资都必须基于过去的经验来确定, 以确保历史不会重演。

9. 对精神健康的现代认识是通过范式转变形成的, 这些范式转变经常混杂着循证和伦理护理方面的改善和失败。它始于 200 年前, 那时, 人们希望解开监狱地牢中“疯子”的镣铐; 20 世纪转向使用心理治疗、电击疗法和精神药物。对个人病理的解释在“无脑之心”和“无心之脑”两个极端之间摇摆不定。最近, 通过残疾问题框架, 仅侧重于个人病理的局限性得到承认, 并将残疾和安康置于更广泛的个人、社会、政治和经济生活领域之中。

10. 在上述二十世纪的两个极端之间寻找平衡的努力为去机构化和确定一个平衡的生物社会心理照料模式创造了动力。卫生组织 2001 年的一份报告加强了这些努力, 呼吁建立一个现代公共卫生框架, 将精神卫生和使用精神卫生服务者从隔离、耻辱和歧视中解放出来。<sup>5</sup>越来越多的研究提供证据表明, 专注于生物学干预措施包括精神药物和非自愿措施的现行做法, 在改善精神卫生的框架下, 已经不再有正当理由。最重要的是民间社会的有组织努力, 特别是精神卫生服务的使用者和前使用者以及残疾人组织领导的运动, 提请人们注意传统精神健康服务在满足人们需要和保障他们权利方面的失败。这些努力和运动对侵犯人权的动因提出了挑战, 开发了替代治疗方法, 并重新打造关于精神卫生新的话语。

11. 民间社会推动的范式转变势头促成了精神卫生领域人权框架的不断演化。2006 年《残疾人权利公约》的通过为这一范式转变奠定了基础, 以期摒弃精神卫生服务侵犯人权的老式做法。可达到的最高标准健康权对促进这一转变有很大帮助, 并为充分实现人人享有精神健康的权利提供了一个框架。

12. 十年过去了, 进展缓慢。有效、可接受和可扩展的替代治疗方法仍然处于医疗保健系统的外围, 去机构化停滞不前, 精神卫生投入仍主要侧重于生物学模式, 精神卫生立法改革泛滥, 损害了患有认知、智力和社会心理障碍者的法律能力和依法对他们的平等保护。在一些国家, 放弃庇护制造了通向无家可归、医院和监狱的暗道。在提供国际援助时, 这种援助经常支持大型收容机构和精神病医院的改造, 对进步造成破坏。

<sup>4</sup> 另见人权观察社, “地狱人生: 印度尼西亚有社会心理障碍者受到的虐待”(2016 年 3 月)。

<sup>5</sup> 见卫生组织, 《2001 年世界卫生报告。精神卫生: 新的理解, 新的希望》。

13. 公共政策继续忽视精神健康不佳的先决条件，例如暴力、剥夺权力、社会排斥、孤立以及社区崩溃、全面的社会经济劣势以及工作中和学校中的有害条件。忽视社会、经济和文化环境的精神卫生方法不仅不能满足残疾人，而且不能促进处于不同生活阶段的许多其他人的精神健康。

14. 随着“2030 年可持续发展议程”的通过以及卫生组织、全球精神卫生运动和世界银行等有影响力的全球行为方近期所作的努力，精神卫生正在作为人类发展要素而出现在国际层面上。“2030 年议程”及其大部分可持续发展目标涉及精神卫生：目标 3 旨在确保健康生活，促进各年龄段的安康，目标 3.4 包括促进精神卫生和安康，减少非传染性疾病死亡率。国家努力如何利用“2030 年议程”的势头处理精神卫生问题，对于有效实现健康权具有重要意义。

15. 目前的发展势头和机遇是独一无二的。正是在这一历史节骨眼上，在各项国际进程交汇之处，特别报告员力图以本报告作出贡献。

### 三. 全球障碍负担

16. 用于提高全球精神卫生的一个有效工具是，使用令人震惊的统计数据来表明“精神障碍”的规模和经济负担。虽然世界各地数百万人口严重得不到服务，对此并无争议，但目前的“疾病负担”方法将全球精神卫生危机牢牢地植根于生物医学模式之中，这一模式太狭隘，在解决国家和全球层面的精神卫生问题方面不能采取主动和响应态度。侧重于应对个人情况不可避免地导致产生狭隘、无效和潜在有害结果的政策安排、制度和服务。这种偏重为全球精神卫生的进一步医疗化铺平了道路，使政策制定者不能处理影响每个人精神健康的主要风险和保护因素。人人基于权利的精神卫生服务需求基本上没有得到满足，为解决这一问题，必须对维持精神卫生现状的“全球障碍负担”进行评估。

17. 以下各节讨论相互加重的三大障碍。

#### A. 生物医学模式的主导地位

18. 生物医学模式以神经生物学特征和过程作为对精神状况的解释和干预基础。据信，生物医学解释，例如“化学失衡”，会使精神健康更接近身体健康和常规医学，并逐渐消除耻辱。<sup>6</sup> 然而，这种预期并未发生，许多支持精神卫生生物医学模式的概念未被进一步研究证实。诊断工具，例如《国际疾病分类》和《精神障碍诊断与统计手册》，继续扩大个体诊断参数，往往没有坚实的科学依据。<sup>7</sup> 批评者警告说，诊断类别的过度扩张会侵蚀人类的经验，可能导致对人类多样性的接受度缩小。<sup>8</sup>

<sup>6</sup> 见 Derek Bolton and Jonathan Hill, *Mind, Meaning and Mental Disorder: the Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry* (Oxford, Oxford University Press, 2004)。

<sup>7</sup> 见 Thomas Insel, “Transforming diagnosis”(April 2013), available from [www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml](http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml)。

<sup>8</sup> 见 Stefan Priebe, Tom Burns and Tom K.S.J.Craig, “The future of academic psychiatry may be social”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 202, No. 5 (May 2013)。

19. 然而，精神卫生领域继续过度医疗化，在精神病学和制药行业的支持下，从简生物学模式主导着世界各地精神卫生领域的临床实践、政策、研究议程、医学教育和投资。在低收入、中等收入和高收入国家中，大多数精神卫生投资过多用于基于精神病学模式的服务。<sup>9</sup> 也有偏向使用精神药物的一线治疗倾向，尽管有积累证据表明，这些药物不如以前所认为的那样有效；它们产生有害的副作用；而且就抗抑郁药而言，特别是中轻度抑郁症的情况，受益经历可归因于安慰剂效应。<sup>10</sup> 尽管有这些风险，精神药物越来越多地在全球高、中、低收入国家使用。<sup>11</sup> 有人向我们兜售了一个神话：解决精神卫生挑战的最佳解决方案是药物和其他生物学干预措施。

20. 社会心理模式是作为对生物学范式的循证回应而出现的。<sup>12</sup> 它超越(但不排除)生物因素，将心理和社会经验理解为导致不良精神健康的危险因素和促进安康的积极因素。这可包括可被纳入常规护理的短期和低成本干预措施。如果使用得当，这些干预措施可使弱势群体提高能力，改善育儿和其他能力，对个人对症下药，改善关系质量，促进自尊和尊严。任何精神卫生系统要符合健康权，生物学和心理社会模式和干预措施必须适当平衡，防止随意推定生物学干预措施更为有效。<sup>13</sup>

## B. 权力不对称性

21. 精神卫生中的人权促进和保护依赖于临床、研究和公共政策环境中的权力再分配。精神卫生决策权集中在生物学看门人(特别是制药行业支持的生物精神病学)手中。这破坏了整体护理、精神卫生治理、创新和独立的跨学科研究以及在精神卫生政策中制定基于权利的优先事项等现代原则。国际组织，特别是卫生组织和世界银行，也是有影响力的利益攸关方，其作用和关系与精神病学专业和制药业的作用之间存在互动和重叠。

22. 在临床层面，权力不平衡强化了家长制甚至是父权制方法，这些方法主导着精神病学专业人员和精神卫生服务使用者之间的关系。这种不对称剥夺了使用者的权力并损害了他们对自身健康做出决定的权利，创造了可以而且确实发生侵犯人权行为的环境。允许精神病学行业强制治疗和禁闭的法律使这种权力及其滥用合法化。滥用这种权力不对称的做法成灾，其部分原因是，成文法规经常迫使该行业采取强制行动，并且规定国家有义务采取强制行动。

<sup>9</sup> 见卫生组织，《2014年心理健康图集》第32页。

<sup>10</sup> 见 Irving Kirsch, “Antidepressants and the placebo effect”, *Zeitschrift für Psychologie*, vol.222, No. 3 (February 2015) and David Healy, “Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors?”, *BMJ*, vol. 333 (July 2006)。

<sup>11</sup> 见 Ross White, “The globalisation of mental illness”, *The Psychologist*, vol. 26 (March 2013)。

<sup>12</sup> 见 Anne Cooke, ed., *Understanding Psychosis and Schizophrenia*, (Leicester, The British Psychological Society, 2014)。

<sup>13</sup> 见 Nikolas Rose and Joelle M. Abi-Rached, *Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013) and Pat Bracken, “Towards a hermeneutic shift in psychiatry”, *World Psychiatry*, vol. 13, No. 3 (October 2014)。

23. 精神病学专业小组是精神卫生治理和宣传工作方面一个强大的行为方。国家精神卫生战略倾向于反映生物医学议程，淡化了民间社会、精神卫生服务使用者和前使用者以及各种非医学学科专家的意见和有意义参与。<sup>14</sup> 在这方面，使用当时的人权准则制定的《2005 年卫生组织精神卫生、人权与立法资源手册》，对制定允许“例外”的精神卫生法律有重大影响。这些合法“例外”使日常实践中的强制正常化，扩大了侵犯人权行为的发生空间，因此，由于《残疾人权利公约》所带来的框架，这些法律正在被重新审视，资源手册被正式撤回，这是一个值得欢迎的发展。<sup>15</sup>

24. 目前精神病学基于权力不对称，这一现状导致许多使用者的不信任，威胁并破坏了精神病学的声誉。精神病专业内部正在就其未来(包括与其他利益相关方相较而言,它应起什么作用)进行公开讨论，这一点至关重要。<sup>16</sup> 特别报告员欢迎并鼓励在精神病学专业内部以及与其他利益攸关方进行的这种讨论;他深信，寻求共识和进步有利于所有人，包括精神病学。精神病学专业及其领导人积极参与转向合乎权利的精神卫生政策和服务的转变，是全球精神卫生成功实现积极转变的一个关键因素。

25. 基于对复杂的精神卫生相关问题进行从简生物医学解释的传统思维主导着精神卫生政策和服务，即使缺乏研究作为依据的情况下也是如此。有社会心理障碍的人仍被错误地视为是危险的，尽管有明确证据表明,他们通常是暴力受害者而不是加害者。<sup>17</sup> 同样，他们作出决定的能力也受到质疑，许多人被贴上无能标签，并被剥夺了为自己作出决定的权利。这种定型观念现在经常被粉碎，因为他们表明，通过适当的法律保护和支持而被赋予权力后，他们可以独立生活。

26. 制药业的经济能力和与该行业的结盟进一步推动了不对称性。在缺乏研究和创新资金的情况下，该行业填补了空白，同时，药物审批程序少有透明度，或者，与保健专业人员和提供商之间的关系可疑。这一背景说明了过度依赖生物医学模式的政策已走得太远而且为何现在如此抵制变革。<sup>18</sup>

<sup>14</sup> 见世界卫生组织 MiNDbank，可在以下网址参阅：[www.mindbank.info/collection/type/mental\\_health\\_strategies\\_and\\_plans/all](http://www.mindbank.info/collection/type/mental_health_strategies_and_plans/all)。

<sup>15</sup> 见 [www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/)。

<sup>16</sup> See Heinz Katschnig, “Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession”, *World Psychiatry*, vol. 9, No. 1 (February 2010)。

<sup>17</sup> 见 Jillian K. Peterson and others, “How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness?”, *Law and Human Behavior*, vol. 38, No. 5 (April 2014)。

<sup>18</sup> 见 Ray Moynihan, Jenny Doust and David Henry, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”, *BMJ*, vol. 344 (May 2012)。

### C. 在精神卫生中对证据的偏见使用

27. 在整个历史上，支持精神卫生干预的证据基础都是有问题的。这种情况依然存在，因为某些精神药物和其他生物医学精神科干预措施的有效性的证据基础正日益受到来自科学和经验角度的挑战。<sup>19</sup> 这些干预措施可以有效管理某些状况，这是没有争议的，但人们越来越关切的是，在并不需要时，这种措施被过度处方和过度使用。<sup>20</sup> 制药公司不披露药物试验负面结果由来已久，掩盖了使用这些药物的证据基础，也剥夺了卫生专业人员 and 使用者获得必要信息以做出知情决定的权利。<sup>21</sup>

28. 强大的行为方影响研究领域，而研究决定着政策和证据的实施。精神卫生和政策方面的科学研究继续受到缺乏多元化资金的困扰，仍然侧重于神经生物学模式。特别是，精神病学界影响力大，向政策制定者提供资源配置参考并指导精神卫生政策和服务原则。精神病学界大多将其研究议程局限于精神卫生的生物决定因素上。这种偏见也主导了医学院的教学，限制了将知识传播给下一代专业人员，并使他们无从理解影响精神卫生和有助于康复的各种因素。

29. 由于生物医学偏见，在新出现的证据与如何将其用于指导政策制定和实践之间存在着令人担忧的滞后。数十年来一直在积累经验和科学研究所提供的证据基础，支持社会心理和面向康复的服务与支助以及现有服务的非强制性替代方案。如果不对这种服务进行推广和投资以及利益相关方的支持，这种服务将继续处于外围，无法产生它们有望带来的变化。

## 四. 精神卫生规范框架的演变

30. 卫生组织的《组织法》将健康定义为“不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态”。像健康的各个方面一样，一系列生物、社会和心理因素影响精神健康。<sup>22</sup> 正是从这种理解出发，义务承担者才能更准确地理解他们在尊重、保护和实现所有人的精神健康权方面的相应义务。目前关于精神卫生和人权的大多数讨论侧重于精神病治疗方面的知情同意。虽然这种言论有深刻意义，但它的出现正是由于在保护精神卫生权和提供非强制性治疗替代方法方面的系统性失败。

<sup>19</sup> 见 Peter Tyrer and Tim Kendall, “The spurious advance of antipsychotic drug therapy”, *The Lancet*, vol., No. 9657 (January 2009); Lex Wunderink and others, “Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy”, *JAMA Psychiatry*, vol. 70, No. 9 (2013); Joanna Le Noury and others, “Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence”, *BMJ*, vol. 351 (September 2015); and Andrea Cipriani and others, “Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis”, *The Lancet*, vol., 388, No. 10047 (August 2016).

<sup>20</sup> 见 Ray Moynihan, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”。

<sup>21</sup> 见 Irving Kirsch and others, “Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration”, *PLOS Medicine* (February 2008)。

<sup>22</sup> 见卫生组织, “2013-2020 年精神卫生行动计划” (2013 年), 第 7 页。

31. 围绕精神卫生问题不断演变的规范框架涉及健康权及享有健康权深层次决定因素的权利与控制自己的健康和身体的自由之间的密切联系。这也与人身自由权、免遭非自愿干涉的自由和对法律行为能力的尊重有关。虽然需要知情同意以接受合乎健康权的治疗，但需要法律行为能力才能提供同意，而且必须与心理能力区别开来。健康权还包括融入社区和在社区中治疗的权利，包括得到适当支持，以独立生活和行使法律能力(例见 E/CN.4/2005/51，第 83-86 段；A/64/272，第 10 段)。<sup>23</sup> 剥夺法律能力往往导致剥夺自由和强制医疗干预，这不仅引发禁止任意拘留和残忍、不人道或有辱人格的待遇问题，还引出健康权问题。

32. 在通过《残疾人权利公约》前，各种不具约束力的文书指导各国确定其在治疗方面保护残疾人权利的义务(见大会第 37/53、46/119 和 48/96 号决议)。虽然其中一些文书承认重要权利和标准，但其中所载的保障在日常实践中往往变得毫无意义(见 E/CN.4/2005/51，第 88-90 段；A/58/181)。由于健康权保障免受歧视、非自愿治疗和禁闭，因此也必须理解为，它保障得到治疗和融入社区的权利。未能确保这项权利和其他自由是胁迫和禁闭的首要动因。

33. 残疾人权利委员会强调充分尊重法律行为能力，绝对禁止基于伤残的非自愿拘留和消除强迫治疗(见 A/HRC/34/32，第 22-33 段)。<sup>24</sup> 这回应了仅靠程序性保障是不够的的问题，要求更加注意非强制性替代方案和社区包容，以确保残疾人的权利。在这一不断演化的框架内，并非所有人权机制都接受了委员会阐述的绝对禁止非自愿关押和治疗的禁令。这些机制包括防止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚小组委员会(见 CAT/OP/27/2)，禁止酷刑委员会<sup>25</sup> 和人权事务委员会。<sup>26</sup> 然而，它们对作为强制正当理由的例外的解释较狭隘，表明就此事正在进行的讨论情况。值得注意的是，在《联合国与任何被剥夺自由者向法院提起诉讼的权利有关的补救措施和程序的基本原则和准则》中，任意拘留问题工作组支持《残疾人权利公约》关于禁止任意拘留保障措施的条款(见 A/HRC/30/37，第 103-107 段)。

34. 目前，鉴于国际人权机制的不同解释，在根据《残疾人权利公约》的规定如何履行非自愿治疗方面的义务问题上出现了僵局。特别报告员关注了这些动态，他希望能够达成共识，以立即开始转向强化的精神卫生政策和服务。他力求积极参与这些进程，并可能再次报告取得的进展。

<sup>23</sup> 亦见残疾人权利委员会，关于在法律面前获得平等承认的第 1 号一般性意见(2014)，第 13 段。

<sup>24</sup> 亦见《残疾人权利公约》，第十二和第十四条，残疾人权利委员会，第 1 号一般性意见和关于《公约》第十四条的准则。

<sup>25</sup> 见 CAT/C/FIN/CO/7，第 22-23 段；CAT/C/FRA/CO/7，第 29-30 段；CAT/C/AZE/CO/4，第 26-27 段；CAT/C/DNK/CO/6-7，第 40-41 段。

<sup>26</sup> 见关于人身自由和安全的第 35 号一般性意见(2014 年)。

## 五 精神卫生框架权

### A. 义务

35. 《经济、社会及文化权利国际公约》为可达到的最高标准身心健康权提供了具有法律约束力的框架。这一框架得到了既定法律标准的补充，例如《残疾人权利公约》、《消除对妇女一切形式歧视公约》和《儿童权利公约》。缔约国有义务在国家法律、条例、政策、预算措施、方案和其他举措中尊重、保护和履行精神卫生权利。

36. 精神卫生权包括现时的义务和要求，即采取审慎的、具体的和有针对性的行动，以逐步实现其他义务。<sup>27</sup> 各国必须使用适当指标和基准以监测进展情况，包括在减少和消除医疗胁迫方面。指标应按性别、年龄、种族和族裔、残疾和社会经济地位等因素分列。各国必须最大限度地将可用资源用于健康权，但在全球范围内，精神卫生支出不到身体健康支出的 10%。

37. 一些义务不属逐步实现范畴，必须立即履行，包括某些自由和核心义务。核心义务包括制定国家公共卫生战略和非歧视性提供服务。<sup>28</sup> 在精神卫生权方面，这意味着制定一项国家精神卫生战略，包括一个路线图，远离强制性治疗，走向平等获得基于权利的精神卫生服务，包括公平分配社区服务。

### B. 国际合作

38. 国际条约承认国际合作促进健康权的义务，在可持续发展目标 17 中，对建立一个可持续发展全球伙伴关系的承诺加强了这一责任。高收入国家有特别义务向低收入国家提供援助，促进健康(包括精神健康)权。当下即有义务，不为歧视性或发生暴力、酷刑和其他侵犯人权行为的精神卫生保健系统提供支持性的发展合作。基于权利的发展合作应支持平衡的健康促进和社会心理干预措施以及其他治疗方案，这些措施和方案在社区提供，以有效保护个人免受歧视、任意、过度、不适当和(或)无效的临床护理。

39. 鉴于这一义务，令人担忧的是，在发展合作和其他国际卫生筹资政策方面，精神卫生仍然被忽视。2007 年至 2013 年期间，只有 1% 的国际卫生援助用于精神卫生。<sup>29</sup> 在人道主义危机时期，在救济和复苏阶段，国际支持必须包括社会心理支持，以加强面对巨大逆境和苦难的抵御力。在其他提供合作的情况，这些合作都优先改善与人权本质上不相容的现有精神病院和长期护理设施。<sup>30</sup>

<sup>27</sup> 《经济、社会及文化权利国际公约》第二条第一款。

<sup>28</sup> 经济、社会和文化权利委员会，关于享有能达到的最高健康标准权利的第 14 号一般性意见(2000 年)，第 43-45 段。

<sup>29</sup> Seth Mnookin, “Out of the shadows: making mental health a global development priority”, World Bank Group and WHO (2016), p.13.

<sup>30</sup> 经济、社会和文化权利委员会第 5 号一般性意见，第 15 段。

40. 国际援助和合作还包括对以权利为基础的精神卫生政策和做法的技术支持。卫生组织“质量权利倡议”是这种技术援助的一个值得赞扬的例子。特别报告员还欢迎世界银行和卫生组织近期支持将精神卫生移到全球发展议程的中心。不过，他警告说，这种全球举措必须包括全部人权。特别是，多边机构应优先确保实现最弱势群体例如残疾人的健康权。侧重于焦虑和抑郁(常见精神健康状况)的全球议程可能反映出一种失败，即未能将最需要以权利为基础的精神卫生服务变革的人纳入其中。这种选择性议程可强化基于对人类应对进行医疗的做法，而且不足以解决贫穷、不平等、性别定型观念和暴力等结构性问题。

41. 各国义务保护免受第三方包括私营部门损害，并应努力确保私人行为方支持实现精神卫生权，同时充分理解它们在这方面的作用和职责。

### C. 参与

42. 切实实现健康权要求所有人，特别是贫困和弱势群体参与法律、政策、社区和卫生服务层面的决策。在人口层面，要使人人都能以有意义的方式参与关于其健康和福祉的决定，就需要与利益相关方(例如精神卫生服务的使用者和前使用者、政策制定者、服务提供者、卫生工作者、社会工作者、法律职业、警察、照顾者、家庭成员和广大社区)进行多部门和具有包容性的接触。

43. 卫生设施必须向使用者赋权，使他们有权作为权利所有者行使自主权，并以有意义和积极的方式参与涉及他们的所有事务，对自己的健康(包括性健康和生殖健康)和治疗做出自己的选择，并在需要时得到适当支持。

44. 精神卫生服务的参与是一个较新的现象，由于精神卫生系统内部根深蒂固的权力不对称现象而复杂化。<sup>31</sup>重要的是，应促进向个人特别是有特别精神卫生需要的人赋权，途径包括支持自我宣传举措、同行支持网络、三方对话和其他用户主导的宣传举措以及新的工作方法例如联合提供服务，这能确保以有代表性和有意义的方式参与卫生服务开发和提供)。在这方面，为民间社会创造空间和支持非政府组织的活动对于恢复保健提供方和使用服务的权利所有人之间的信任至关重要。

### D. 不歧视

45. 国际人权法保障在获得和提供精神保健服务以及健康所依赖的决定因素方面不受歧视的权利。<sup>32</sup>精神卫生权也依赖于在享有所有其他人权(这些人权本身可被视为一个根本决定因素)方面的平等和不歧视。<sup>33</sup>

<sup>31</sup> 见 Judi Chamberlin, “User/consumer involvement in mental health service delivery”, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, No. 1 (March 2005)。

<sup>32</sup> 经济、社会和文化权利委员会第 14 号一般性意见，第 18 段; A/61/338, 第 18 段; 《残疾人权利公约》，第二十五和二十六条。

<sup>33</sup> 见经济、社会和文化权利委员会关于在经济、社会和文化权利方面不歧视的第 20 号一般性意见(2009 年)。

46. 多重和交叉形式的歧视继续妨碍个人(包括残疾妇女和来自少数种族和族裔的残疾人)实现其精神健康权的能力。歧视和不平等既是精神健康不佳的原因也是其后果,对发病率、死亡率和社会福祉有长期影响。<sup>34</sup> 社区、家庭、学校和工作场所的歧视、有害的(包括性别)定型观念和污名化损毁健康关系、社会联系以及所有人的良好精神健康和福祉所需的支持性和包容性环境。同样,影响着政策、法律和做法的歧视性态度也对需要情感和社会支持和/或治疗的人构成障碍。因此,在法律和/或实践中受到歧视的处于弱势中的个人和群体被剥夺了精神健康权。

47. 法律上和事实上的歧视继续影响精神卫生服务,剥夺使用者各种权利,包括拒绝治疗的权利、法律行为能力权和隐私权以及其他公民和政治权利。精神病学和其他精神健康行业的作用尤为重要,需要采取措施以确保其行业做法不会使耻辱和歧视永久化。

48. 重要的是,要认识到精神障碍诊断在人们生活中发挥的复杂作用。许多人认为诊断类别有益,可使他们获得服务并更好地理解其精神健康,但其他人认为这些类别没有帮助并有侮辱性。精神健康诊断被滥用,将身份认知和其他多元性病态化,包括用医学方法治疗人类苦难的倾向。对男女同性恋、双性恋、变性人和双性人的病态化将其身份贬低为疾病,加剧了污名化和歧视。

49. 问题不在于对人的诊断上,而在于对被诊断者产生影响的歧视性做法,这可能比诊断本身造成更多的伤害。人们经常更多地受害于歧视性和不适当的“照料”模式,而不是精神卫生状况的自然影响。

50. 必须从广义理解多样性,认识到人类经验的多样性以及人们处理和体验生活的各种不同方式。尊重这种多样性对结束歧视至关重要。同伴领导的运动和自助团体有助于使被视为非常规的人类体验正常化,也有助于建设更宽容、和平和公正的社会。

## E. 问责

51. 对享受精神健康权的问责取决于三个要素:(a) 监测;(b) 独立和非独立审查,例如司法、准司法、政治和行政机构以及社会问责机制的审查;(c) 补救和补偿。问责制为权利所有者提供了理解义务承担者如何履行职责以及在权利遭违反时如何要求赔偿的机会。它还为义务承担者解释其行为并在需要时进行修正提供了机会。

52. 在国际层面,《残疾人权利公约》的通过和缔约国的相关报告进程为有社会心理、认知和智力障碍者的精神卫生权提供了一个重要的问责新途径。相比之下,在国家层面,精神卫生权问责机制往往不符合目的。特别令人关切的是,精神卫生法庭日益流行,这些法院未能提供问责机制,反而使强制合法化并进一步将精神卫生系统内的人隔离于司法之外。尽管若干国家预防机制作出了值得赞扬

<sup>34</sup> See Kate Pickett and Richard Wilkinson, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, (London, Penguin Books, 2010).

的努力，但精神卫生服务方面的侵犯人权行为普遍存在，而且不受惩罚。<sup>35</sup> 通常，个人的诉诸司法机会包括使用独立的问责机制的机会有限。这可能是因为，他们被视为缺乏法律行为能力，对自身权利的了解有限，不能获得法律援助，或完全是因为对申诉机构的监督并不存在。

53. 《公约》规定，所有为残疾人设计的精神卫生服务都应受到独立当局的有效监测(第十六条第三款)。必须将人权纳入精神卫生领域所有监测和审查程序的参考框架之中。特别报告员鼓励国家人权机构在监测和促进活动中注意精神卫生权。有实际经历的人、其家属和民间社会应参与制定和实施监测和问责安排。

## F. 超越精神卫生服务转向护理和支持

54. 精神卫生权要求护理和支持设施、提供便于使用、可接受和优质的产品和服务。基于权利的精神卫生护理和支持是促进所有人健康的不可或缺的组成部分。

### 齐备性

55. 适当的精神卫生服务必须齐备。在许多国家，所提供的有限精神卫生和社会照料基于狭隘的生物医学模式和机构化。扩大护理不能是扩大不适当的护理。为使护理符合健康权，护理必须包括促进、预防、治疗、复原、护理和康复的广泛综合的协调服务，“扩大规模”的说法必须被“横跨性的”精神卫生行动取代。这包括将精神卫生服务纳入初级和常规卫生保健之中，支持及早发现和干预，并提供旨在支持不同群体的服务。<sup>36</sup> 必须加强循证社会心理干预措施并由训练有素的社区卫生工作者提供这种服务。<sup>37</sup> 服务必须支持患有智力、认知和社会心理障碍者和自闭症患者独立生活并被纳入社区的权利，而不是在不适当的护理设施中被隔离。

56. 许多国家面临精神卫生保健人力资源稀缺的问题，必须努力发展这方面的人力，包括专业和非专业保健人员、全科医生和社区卫生工作者，以及其他专业人员，例如教师、社会工作者和其他有适当技能(包括人权教育)的同伴支持和社区工作者。

### 便利性

57. 在不歧视的基础上，在地域和经济上必须使精神卫生服务便于获得。在许多低收入和中等收入国家，这些服务集中在大城市，大部分人口难以获得。在不适当地过度依赖隔离收容和精神病院的国家(例如在中东欧)和在未能开发基于权

<sup>35</sup> 见 Association for the Prevention of Torture, “Monitoring psychiatric institutions” Jean-Jacques Gautier NPM symposium outcome report (2016), 可在以下网址参阅: [www.ap.t.ch/content/files\\_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf](http://www.ap.t.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf).

<sup>36</sup> 《残疾人权利公约》，第二十五至二十六条; J. Jaime Miranda and others, “Transitioning mental health into primary care”, *The Lancet Psychiatry*, vol. 4, No. 2 (February 2017).

<sup>37</sup> 卫生组织, “2013-2020 年精神卫生行动计划”, 第 9 页。

利的社区护理模式的国家，这个问题非常迫切。<sup>38</sup> 将精神卫生纳入全科医院、初级保健和社会照料服务以及以符合权利的方式使用移动技术可以支持便利性并增强享受在社区生活和参与社区的权利。必须使公众便于获得有关精神卫生的准确信息，关于治疗包括副作用的循证信息也必须便于获得，这要求例行地全面及时披露临床试验的所有药理学信息。从大的背景范围上理解痛苦和不幸经历对于确保精神卫生保健和支持系统的便利性至关重要。

### 可接受性

58. 精神卫生服务必须尊重医学伦理和人权，具有文化适当性，对性别和生命周期要求有敏感性，并且以尊重保密性并使个人有权控制其健康和福祉为宗旨。<sup>39</sup> 这些服务必须尊重医学伦理和人权原则(包括“首先，不伤害”)、选择、控制、自主、意志、偏好和尊严。<sup>40</sup> 过度依赖药理学干预措施、强制性方法和住院治疗不符合不伤害和人权原则。应定期对精神卫生专业人员进行人权能力建设。服务必须具有文化适当性，可为患有智力、认知和社会心理障碍者和自闭症患者、青少年、妇女、老年人、土著人、少数群体、难民和移民以及男女同性恋、双性恋、变性人和双性人接受。由于不适当和有害的性别定型观念，这些人群中的许多人被不必要地治疗，并遭受强制做法。

59. 应对妇女给予特别关注，她们更多地受害于某些基于家长式和父权制传统的精神卫生做法、不适当和有害的性别定型观念、对妇女感情和行为的医疗化以及胁迫。在家庭、社区和社会中遭受暴力和不平等现象以及有精神健康状况的妇女，在精神卫生设施中经常面临等同于暴力、胁迫、羞辱和不尊重其尊严的情况。在家庭和其他情况下遭受侵害后，妇女在本应促进其精神健康的服务中再次遭受侵害，这是不能接受的。在这方面，非常重要的一点是，应强调性健康和生殖健康权利受侵犯对妇女精神健康有着直接和负面的影响。

### 质量

60. 精神卫生服务必须是优质的。这需要使用循证实践，以支持预防、促进、治疗和康复。<sup>41</sup> 不同服务提供商和使用这些服务的人及其家属和护理伙伴之间的有效合作也有利于提高护理质量。滥用生物医学干预措施，包括不适当地使用精神药物或过度开药以及使用胁迫和强迫入院做法，都会损害享有优质护理的权利。优先扩大基于社区的社会心理服务并筹集可在每个人整个生命历程中提供支持的社会资源，可提高服务质量。

61. 质量要素迫使我们超越将使用人仅仅视为护理接受人的想法，而应将其充分视为积极的权利所有人。为制止歧视性做法，各国应重新考虑提供精神卫生护理和支持的方式(见 A/HRC/34/58)。

<sup>38</sup> Natalie Drew and others, “Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis”, *The Lancet*, vol. 378, No. 9803 (November 2011).

<sup>39</sup> 经济、社会和文化权利委员会第 14 号一般性意见，第 12 (c)段。

<sup>40</sup> 《残疾人权利公约》，序言和第十二、十五和十九条。

<sup>41</sup> 卫生组织, “2013-2020 年精神卫生行动计划”，第 9 页。

62. 特别是，有智力障碍和自闭症的儿童和成人经常遭受机构化方法和过度医疗化的做法。由于其损伤而对自闭症儿童进行机构化和药物治疗是不能接受的。自闭症是对现代护理和支持系统的一个重大挑战，因为试图“治愈”这种病症的医疗往往被证明是有害的，导致有这种病症的儿童和成年人的精神健康进一步恶化。对他们的支持不仅应关注他们的健康权，而且应关注他们的受教育权、就业权以及与他人一样平等地在社区中生活的权利。

## G. 知情同意和强迫

63. 知情同意是健康权的一个核心要素，既是作为一项自由，也是对享受健康权的一个必要保障(见 A/64/272)。对治疗和住院做出同意的权利包括拒绝治疗的权利(见 E/CN.4/2006/120, 第 82 段)。家长式精神卫生立法的激增和缺乏替代做法使医疗强制成为普遍现象。

64. 使用胁迫的理由一般基于“医疗必要性”和“危险性”。这些主观原则未得到研究支持，而且这些原则的应用可作广泛解释，从而引发任意性问题，越来越多地在法律上受到审视。“危险性”通常基于不适当的偏见而不是证据。还有令人信服的论点：强制治疗，包括精神药物治疗，是无效的，尽管使用广泛。<sup>42</sup> 使用胁迫的决定仅由精神病医生作出，他们在体系中工作，缺少临床工具来试用非强制性替代办法。许多国家的现实是不存在替代做法，依靠使用胁迫做法是系统性地无法保护个人权利的结果。

65. 精神病治疗中的强制使护理关系中的权力不平衡永久化，导致不信任，加剧污名化和歧视，已使许多人躲开，他们害怕在主流精神卫生服务中寻求帮助。考虑到目前已经把健康权放到《残疾人权利公约》框架内理解，需要立即采取行动，从根本上减少医疗强制，并促进转向终止所有强迫性的精神病治疗和禁闭。在这方面，各国不得允许替代决策者代表残疾人就涉及残疾人身心健康的决定作出同意；相反，应随时向他们提供支持，让他们自己做出决定，包括在紧急和危机情况下。<sup>43</sup>

66. 特别报告员注意到各利益攸关方的关切，特别是医疗界内对绝对禁止一切形式非自愿措施的关切。<sup>44</sup> 他承认，这些措施从根本上得到减少和最终消除是一个需要花费时间的具有挑战性的过程。然而，人们普遍同意，在精神卫生设施中，侵犯人权行为发生率之高令人不可接受；变化是必要的。不应当使用法律或伦理观点为现状辩护，而需要作出一致努力摒弃现状。不立即采取措施作出这种

<sup>42</sup> 见 Steve R. Kisely and Leslie A. Campbell, “Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders”, Cochrane database system (December 2014); and Hans Joachim Salize and Harald Dressing, “Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?”, *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, No. 5 (October 2005)。

<sup>43</sup> 关于《公约》第十四条的准则，第 22 段。

<sup>44</sup> 见 Melvyn C. Freeman and others, “Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the general comment on article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities” *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, No. 9 (September 2015)。

改变，再也不能获得接受；特别报告员提出了以下五个审慎的、有针对性的和具体的行动：

- (a) 将强制替代办法在政策中主流化，以期进行法律改革；
- (b) 在实践中制定一整套丰富非强制性替代方法；
- (c) 在包括权利所有人在内的不同利益攸关方的参与下，制定路线图，从根本上减少强制性医疗做法，以期消除这些做法；
- (d) 在国家之间和国家内部交流良好做法；
- (e) 扩大研究投入以及定量和定性数据收集，以监测实现这些目标的进展情况。

## H. 精神卫生的根本和社会决定因素

67. 健康权是一项包容性权利，既包括保健权，也包括享有健康的根本和社会决定因素的权利。公共卫生包含个人和集体层面，这些层面对于确保有权享有健康的根本和社会决定因素而言至关重要。<sup>45</sup> 鉴于精神卫生与身体、社会心理、政治和经济环境之间的深切关系，健康决定因素权是确保精神卫生权的一个先决条件。根据国际人权法，各国必须就一系列根本决定因素(例如暴力、支持性的家庭环境和歧视)采取行动，以特别确保儿童和妇女<sup>46</sup> 与残疾人的健康权。<sup>47</sup> 简而言之，尊重、保护和实现精神卫生权需要采取一致行动，以确保实现与精神卫生相关的某些前提条件。

68. 各种国际和区域进程有助于确定，为解决健康的社会决定因素，在公共卫生和社会正义方面有哪些必要条件。健康的社会决定因素委员会的最后报告开创性地为社会决定因素带来了更大可见度。<sup>48</sup> 医学，特别是精神卫生医学，在很大程度上是一种社会科学，这种理解应用于指导其实践。为充分考虑有关精神卫生决定因素的证据，享有这些决定因素的权利必须超越不平等、歧视和物质环境，以体现有大量文献证明的健康的社会心理环境的重要性(见 A/70/213，第 55 段；A/71/304，第 16 和 19 段)。<sup>49</sup> 这包括制定公共政策，倡导在家庭、学校、工作场所、社区以及卫生和社会服务领域建立非暴力和尊重性的关系。

<sup>45</sup> 《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条第二款；经济、社会和文化权利委员会第 14 号一般性意见，第 37 段。

<sup>46</sup> 《儿童权利公约》，第 24 条；《消除对妇女一切形式歧视公约》，第十二条。

<sup>47</sup> 《残疾人权利公约》，第二十五条第(一)和第(二)项。

<sup>48</sup> 《用一代人时间弥合差距：针对健康问题社会决定因素采取行动以实现卫生公平》(日内瓦，卫生组织，2008 年)。

<sup>49</sup> 亦见卫生组织，“投资于精神卫生：行动证据”(2013 年)，“精神卫生的风险：脆弱性和风险因素综述”，讨论文件(2012 年)。

## 六. 范式转变

### A. 人权要求必须处理精神卫生中的促进和预防问题

69. 卫生组织认识到制定基于权利的、促进和保护全体人民精神健康战略的重要性，这是值得欢迎的。<sup>50</sup> 个人和社会因素、文化价值观和在家庭、学校、工作场所和社区日常生活中的社会经历影响着每个人的精神健康。儿童在学校、大多数成年人在工作场所度过大量时间，这意味着，基于权利的行动必须促进健康、安全和有利的环境，没有暴力、歧视和其他形式的侵权。同样，一个人的精神健康也对这些领域内的生活产生影响，也是塑造社区和人群健康的组成部分。基于人口的精神卫生促进方法使卫生系统超越个别化应对措施，转向针对可能对精神健康造成负面影响的一系列结构性障碍和不等(社会决定因素)采取行动。

70. 几乎全世界都致力于为医院、病床和药物付费，而不是建立一个每个人都可以健康发展的社会。遗憾的是，预防和促进是精神卫生行动中被遗忘的内容。单靠善意和牺牲就能使人们实现精神健康和福祉，这种有害假设为不作为提供了借口。

71. 保障实现社会决定因素以促进精神卫生的义务要求采取跨部门行动，以确保所有相关部委作出坚定承诺。例如，自杀预防战略传统上以高风险群体为目标，并将临床抑郁症视为生物医学现象，而跨部门方案通过基于人群的方法处理自杀的社会和环境决定因素，显示出更大的成功可能性。学校欺凌是应被视为全球和国家公共卫生优先事项的另一种现象。各国应首要处理情感和社会心理环境，以关系而不是个人为目标。

72. 尊重、保护和实现人权而且免于一切形式的暴力(包括基于性别的暴力)的环境，是有效促进健康的根本所在。公共卫生和社会心理干预是基于权利的精神卫生系统的关键组成部分，并非奢侈品。相关行动必须以赋权为基础，以使个人能够加强对自身健康的控制，并改进健康。

#### 幼年和青春期的逆境

73. 研究显示，在整个童年时期经历的逆境和创伤会损害精神健康，产生伤害性的社会影响<sup>51</sup>。毒性应激、虐待性的家庭和配偶关系、将幼儿置于机构照料、欺凌、对儿童的性虐待、人身和情感虐待以及失去父母对大脑发育和建立健康关系的能力产生负面影响，这些都影响到儿童在成年后充分实现其健康权的能力(见 A/HRC/32/32，第 67-73 段；A/70/213，第 67 段)。

<sup>50</sup> 卫生组织，“2013-2020 年精神卫生行动计划”。

<sup>51</sup> 见经济和社会事务部，“精神卫生：有精神卫生问题青年的社会融合”(2014 年)。

74. 特别报告员强调机构安置对幼儿的破坏性影响，特别是对其精神健康和整体发展的影响。<sup>52</sup> 针对儿童的精神卫生相关服务的投入不足，而且缺乏照料和人员配备质量标准，从而创造出一种环境，对残疾儿童或有社会和情感发展困难的儿童，特别是处于机构照料中的此类儿童，虐待成为常见之事。世界各地有许多创新性儿童精神卫生服务和做法的例子，而且，对于这些服务和做法在促进心理健康和预防精神卫生状况恶化的有效性进行了令人信服的研究。<sup>53</sup> 然而，这些良好做法往往只是作为试点项目，因为缺乏将其推广并纳入普遍儿童照料服务主流的政治意愿。

75. 考虑到精神卫生服务经常资金不足，由此造成低质量的住院精神病服务，导致过度医疗、暴力和对儿童权利其他形式的侵犯。对此，必须加以摒弃或作出实质性改变，而且，更重要的是，应对童年困境的方案必须围绕参与性框架构建，承认儿童为权利所有人、尊重他们不断发展的能力、使儿童和家庭有能力改善其精神健康和福祉。

## B. 治疗：从隔离到社区

76. 健康权有力地指导各国实现范式转变，即重在康复，立足社区，促进社会包容，在初级和专业照料层面提供一系列基于权利的治疗和社会心理支持。

77. 不能充分考虑背景和关系的从简生物学方法不能再被视为符合健康权。虽然生物学的内容仍很重要，但其主导地位已产生反作用，剥夺了权利人的权力并强化了污名化和排斥。在世界许多地方，社区护理不存在、不便利、不可接受和/或质量不足(通常只有精神药物)。精神病院和病床高度集中，与常规医疗分离，情况最严重的是在高收入国家；中低收入国家应引以为戒，建立一个不同路径，并转向基于权利的精神卫生保健。<sup>54</sup>

### 精神卫生主流化

78. 健康权要求使精神卫生保健更贴近初级保健和全科医学，从专业、政治和地域上将精神与身体健康加以整合。不仅将精神卫生服务整合到主流卫生保健之中，以便每个人都可以获得这些服务，而且确保传统上与主流医疗保健隔绝的所有群体(包括残疾人)在与他人平等的基础上获得照料和支持。包容也会带来社会经济利益。<sup>55</sup> 精神卫生涉及每个人，在需要时，应在初级和专门护理层面向所有人提供便利的服务。

<sup>52</sup> 见卫生组织和古尔本基全球精神卫生平台，“促进有社会心理障碍儿童的权利和社区生活”(2015年)；联合国儿童基金会，“停止将三岁以下幼儿送入机构照料：支持将所有幼儿送入养育家庭”(2012年)。

<sup>53</sup> 国际儿童和青少年精神病治疗及有关专业协会，“儿童和青少年精神卫生教科书”(2015年)。

<sup>54</sup> 卫生组织，《2014年心理健康图集》，表4.1.1。

<sup>55</sup> Lena Morgon Banks and Sarah Polack, “The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities. Evidence from low and middle income countries”, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2015), part B, sect.3.

## 基本的社会心理干预

79. 虽然精神药物可能有帮助，但并非每个人都对这些药物有良好反应，在很多情况下也不需要。开精神药物并不是因为病症所示或需要，而是因为没有有效的社会心理和公共卫生干预措施，这不符合健康权。例如，在大多数轻度和中度抑郁症的情况下，“观察等待”、社会心理支持和心理治疗应是一线治疗。

80. 尽管健康权义务要求提供社会心理干预和支持，但遗憾的是它们被视为奢侈品，而不是基本治疗，因此在卫生系统中缺乏可持续投资，尽管有证据表明这种干预和支持是有效的。<sup>56</sup> 这些是基本干预措施，它们产生积极健康结果，并保护个人免受可能有有害的、更具侵入性的医疗。重要的是，这种做法可包括在普通社区卫生保健设施中提供简易、低成本、短期的干预措施。护士、全科医生、助产士、社会工作者和社区卫生工作者必须具备社会心理技能，以确保便利性、综合性和可持续性。<sup>57</sup> 社会心理干预措施，而不是药物治疗，应成为大多数患有精神健康问题者的一线治疗方案。

## 精神损害和康复

81. 虽然精神卫生范式转变要求转向基于人群的综合服务，但精神损害仍会发生，需要采取基于权利的治疗应对措施。用于处理严重病例的干预措施也许是生物医学传统的最大败象。强制、医疗和排斥是传统精神保健关系遗留的产物，必须替之以现代理解的康复和循证服务，恢复尊严并使权利人回归家庭和社区。即使最严重的精神卫生状况，人们也可以并确实会康复，继续过上丰富多彩的生活。<sup>58</sup>

82. 并没有一个关于“康复”的唯一定义，“康复”往往被描述为走向恢复有意义的生活并更具复原力的个人之旅。在符合人权的情况下实施的康复方法，有助于打破权力不对称，向个人赋权，使其成为变革主导者，而不是被动的护理接受者。在这方面已取得巨大进步，现在，在世界各地正在实践循证和基于康复的支持和服务，恢复了人们对这些服务以及自身的希望(和信任)。

83. 同伴支持,在不受损害的情况下，是基于康复的服务的内在组成部分。<sup>59</sup> 它提供了希望，使人们能够相互学习，包括通过同伴支持网络、康复学院、俱乐部和同伴领导的危机应对之家。在拉普兰，开放对话(一个成功的精神卫生系统)已

<sup>56</sup> 见 John Hunsley Katherine Elliott and Zoé Therrien, “The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety and related disorders”, *Canadian Psychology*, vol. 55, No. 3 (August 2014)。

<sup>57</sup> 见 Clair Le Boutillier and others, “Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis”, *Implementation Science*, vol. 10 (June 2015)。

<sup>58</sup> See Richard Warner, “Does the scientific evidence support the recovery model?”, *The Psychiatrist*, vol. 34, No. 1 (January 2010)。

<sup>59</sup> See Sarah Carr, “Social care for marginalised communities: balancing self-organisation, micro-provision and mainstream support”, University of Birmingham, policy paper No. 18 (February 2014)。

完全取代了紧急医学治疗。<sup>60</sup> 其他非强制性模式包括精神卫生危机小组、临时看护所、促进社会包容的社区发展模式、个人监察员、赋权精神病学和家庭支持会议。“Soteria House”项目是一个长期的基于康复的模式，已在许多国家推广。<sup>61</sup> 替代方案的不断增加以及关于使用非自愿措施的教育和培训是衡量在遵守健康权方面总体进展情况的关键指标。

## 七. 结论和建议

### A. 结论

84. 精神卫生往往被忽视，即使在获得资源时，也总由无效和有害的模式、态度和不平衡所主导。这导致目前的局面：对于基于权利的精神卫生促进和照料的需求严重得不到满足。所有年龄段的人，当他们有精神卫生需要时，往往不是得不到照顾和支持，就是受害于无效和有害的服务。

85. 当前现状未能解决精神卫生系统中的侵犯人权行为，这是不能接受的。随着精神卫生成为一个政策优先事项，当前的关键是要就未能规划更好的前进方向一事进行评估，就何处投资和何处不投资达成共识。

86. 对全球障碍负担的评估令人震惊地表明，这些障碍的负担可能比“精神失调”的任何负担更重。精神卫生危机不应被当作个人状况危机来管理，而应视为妨碍个人权利的社会障碍危机。精神卫生政策应解决“权力不平衡”而不是“化学失衡”问题。

87. 迫切需要转变方法，应优先考虑群体层面的政策创新，以社会决定因素为目标，放弃占主导地位的力图针对“失调”来治疗个人病的医学模式。

88. 今天，精神卫生有独特机遇。精神卫生作为全球卫生要务得到国际承认，包括在“2030年可持续发展议程”内，这是值得欢迎的进展。健康权框架指导各国必须将基于权利的政策和投资导向为所有人确保尊严和福祉。要达到身心健康的平衡，必须通过所有利益相关方参与制定涉及根本决定因素的公共政策，将精神卫生纳入初级和普通保健。应扩大在社区提供有效的社会心理干预措施并摒弃强制、隔离和过度医疗的文化。

89. 世界各地已开展了有希望的举措，包括在低收入和中等收入国家，这些举措对现状构成挑战。通过强大的政治领导和资源创造空间，使这些做法能够在社区成型，这是促进和推进所需变革的一个有力手段。

90. 特别报告员力图通过包容性和参与性进程和公开对话制定人权和精神卫生准则，以支持所有利益攸关方在其各自工作领域执行基于权利的精神卫生政策。他欢迎这方面的贡献和建议。

<sup>60</sup> See Jaako Seikkula and others, “Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case studies”, *Psychotherapy Research*, vol. 16, No. 2 (March 2006).

<sup>61</sup> See Tim Calton and others, “A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, No. 1 (January 2008).

## B. 建议

91. 特别报告员呼吁领导层直面全球障碍负担，并将基于权利的精神卫生创新纳入公共政策。这包括在国际政策努力中的前沿国家、精神病学专业带着建设性地评估对于变革必要性所采取的方法、精神卫生服务管理人员率先垂范开启变革，以及市政官员倡导基层创新。这些先行者必须与其服务对象合作，包括患有智力、认知和社会心理障碍者和自闭症患者。

92. 为解决精神卫生服务中生物学方法的不平衡问题，特别报告员建议：

(a) 各国立即采取措施，在公共政策设计和决策方面建立包容性和真正的参与性框架，除其他外，将心理医生、社会工作者、护士、服务使用者、民间社会和生活贫困并处于最弱势处境中的人纳入其中；

(b) 国家和其他相关利益攸关方，包括学术机构，重新调整精神卫生研究优先事项，以促进独立、定性和参与性社会科学研究和研究平台，探索非强制性的替代服务模式；

(c) 各国与学术机构合作，处理医学教育中基于权利和循证精神卫生方面的知识差距。

93. 为确保有利于促进所有人精神健康的社会和根本决定因素得到解决，特别报告员建议各国：

(a) 在公共政策中优先考虑精神卫生促进和预防，扩大相关各部的投资；

(b) 立即采取行动，制定公共政策，这些政策要符合可持续发展目标，处理幼年和青少年的精神卫生和整体发展，优先考虑促进和社会心理干预措施；

(c) 采取政策和立法措施，在人们生活、学习和工作的所有环境中预防暴力；

(d) 立即采取行动，处理有害的性别定型观念和基于性别的暴力，提供获得性健康和生殖健康的机会；

(e) 立即采取步骤，消除对儿童包括残疾儿童的体罚和机构照料做法。

94. 为确保国际合作保障精神卫生权和“2030年议程”，各国以及多边和国际机构应：

(a) 结束对隔离住院精神卫生机构、大型精神病医院和其他隔离设施和服务的财政支持；

(b) 将精神卫生权纳入卫生、减贫和发展战略和干预措施的主流，并将其明确纳入普通和优先卫生政策和计划；

(c) 在可持续发展目标的所有监测活动包括高级别政治论坛中推动全球精神卫生。

95. 为确保保健服务保障所有人的精神卫生权，各国应：
- (a) 确保使用者参与精神卫生服务、系统和政策的设计、实施、交付和评估；
  - (b) 停止将投资导向机构护理，将其转向基于社区的服务；
  - (c) 对社会心理服务进行投入，这些服务要纳入初级保健和社区服务，以向使用者赋权并尊重其自主权；
  - (d) 扩大对替代性精神卫生服务和支持模式的投资；
  - (e) 制定一套适当的、可接受(包括文化上可接受)的和高质量的社会心理干预措施基本计划，将其作为全民健康保险的核心组成部分；
  - (f) 采取有针对性的具体措施，从根本上减少医疗强制，并推动转向终止所有强迫精神病治疗和禁闭；
  - (g) 寻求卫生组织“质量权利倡议”的技术援助，以评估和提高精神卫生保健质量。
-