



人权理事会

第四十四届会议

2020年6月15日至7月3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

人人享有能达到的最高标准身心健康的权利

人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员的报告

概要

特别报告员根据人权理事会第 42/16 号决议提交本报告，他在报告中阐述了为促进精神健康权制定基于权利的全球议程所需的各项要素。

特别报告员欢迎国际社会承认没有精神健康就没有健康，并赞赏世界各地为促进全球精神健康的各项要素，即促进、预防、治疗、康复和恢复而采取的各种举措。然而，他还强调，尽管趋势看好，但现状依然是，全球未能解决精神健康保健系统中侵犯人权的问题。这种固化的现状加剧了歧视、丧失权能、胁迫、社会排斥和不公正的恶性循环。为终结这种循环，对痛苦、治疗和支持必须以更广的视野来看待，必须远远超越对精神健康的生物医学理解。需要开展全球、区域和国家对话，讨论如何理解和应对精神健康问题。这些讨论和行动必须以权利为基础，具有全面性，并植根于被有害的社会政治制度、体制和做法抛在最后面的人的亲身经历。

特别报告员向各国、代表精神病学专业的组织和世界卫生组织提出了一些建议。



目录

	页次
一. 导言.....	3
二. 全球健康：进展、挑战、共同点和分裂的共识.....	3
A. 结合背景的切入点和优先事项.....	3
B. 参与和权力：全球视角.....	5
C. 标准化和基于实践的证据.....	6
D. 健康决定因素和测量.....	7
三. 过度医学化和对人权的威胁.....	8
A. 背景：从“坏”到“疯”；医疗权力与社会控制.....	8
B. 世界卫生组织基本药物清单和精神健康.....	10
C. 人生的不同阶段：容易受到过度医学化的特定群体.....	12
四. 在替代方案中采取基于权利的方法：明显特征、基本原则 以及规范框架的适用.....	13
A. 作为健康权的一项核心义务扩大替代方案.....	13
B. 在实践中将人权作为精神健康服务的替代模式： 基于权利的支持的关键概念和原则.....	14
C. 关键原则.....	15
D. 对系统转型的问责.....	16
五. 全球威胁和未来趋势.....	17
A. 在所有全球背景中将精神健康权纳入主流.....	17
B. 气候变化.....	17
C. 数字监控.....	18
D. 冠状病毒病(COVID-19)及其对精神健康的影响.....	18
六. 结论和建议.....	19

一. 导言

1. 没有精神健康就没有健康。数十年来，精神、身体和环境之间的丰富联系已经得到了很好的记录。在本千年第三个十年开始之际，世界上还没有一个地方实现了身心健康之间的平等，这仍是人类发展的一项重大挑战。这种集体失败传达了一个重要信息：如果不认真解决人权问题，对精神健康的任何投资都将是无效的。对普遍人权原则的攻击威胁着物质、政治、社会和经济环境，严重破坏了追求积极精神健康和福祉的努力。

2. 全球信息是明确的：没有人权就没有良好的精神健康。七十多年前，《联合国宪章》确立了联合国系统的三大支柱：人权，和平与安全，发展。这些要素具有同等权重，它们是包括精神健康在内的各项多边活动中的共同责任的框架。反过来，从儿童早期开始促进和保护每一个人的精神健康和福祉对于支持所有三个支柱至关重要。这表明了利益攸关方对精神健康的投资方式的重要性，以便开发一种转型范式，帮助全球社会为一个截然不同、公正并且更加和平的未来做好准备。

3. 特别报告员在整个任期内一直努力提高精神健康在健康权中的重要性，还努力提高精神健康与充分享有所有人权之间独特和相互依存的关系的地位。自他2017年向人权理事会提交报告(A/HRC/35/21)以来，精神健康在全球舞台上的重要性继续增加。尽管这种国际认可受到欢迎，但在关于如何理解和应对精神健康问题的全球、区域和国家对话中，还有更多工作要做。这些讨论和相关行动必须以权利为基础，具有整体性，并植根于被有害的社会政治制度、体制和做法抛在最后面的人的亲身经历。特别报告员在提交人权理事会的最后报告中反思了努力建立基于权利的精神健康实践的全球运动所取得的进展。

二. 全球健康：进展、挑战、共同点和分裂的共识

4. 全球精神健康既指一项旨在扩大获得精神健康服务的机会的具体运动，即全球精神健康运动，也指更广泛和差异更大的宣传、活动和研究领域，包括批判性观点。现在和迄今为止是如何描述全球精神健康的，这个问题对于如何定义和提供全球精神健康以及随后如何促进或破坏人权方面的全球优先事项至关重要。¹

A. 结合背景的切入点和优先事项

5. 低收入、中等收入和高收入国家内部和之间的差异为理解精神健康和相关残疾的含义及其宣传提供了极为不同的切入点。背景至关重要。一些国家拥有根深蒂固的殖民精神病学系统，而另一些国家则根本没有正式的精神病学系统。许多国家在殖民主义及其与精神病学的联系方面有着截然不同的经历。

¹ 见 Alison Howell, China Mills and Simon Rushton, “The (mis)appropriation of HIV/AIDS advocacy strategies in global mental health: towards a more nuanced approach”, *Globalization and Health*, vol. 13, No. 44 (2017)。

6. 关于政治选择所创造的上游环境如何能对良好的精神健康造成结构性破坏的问题，不同的政治和社会制度有着不同的叙述。特别报告员此前曾强调指出过决定健康的一些基本因素和社会因素是如何能损害精神保健系统内外的个人和社会的精神健康的。这些损害可能来自对经济权利和社会权利的系统性侵犯，如新自由主义政策和紧缩措施。对精神健康的损害还有可能来自对公民权利和政治权利的系统性侵犯，从而造成对不同社区的结构歧视和暴力行为，这种损害还有可能来自对民间社会空间的限制。

7. 在许多高收入国家，主流侧重于改善现有的精神健康系统，同时开展抵制和减少过度医学化的运动。在许多中低收入国家，政策转向发展或增加获得与高收入国家类似的精神健康服务的机会，同时基层活动侧重于发展社区自有和同行主导的支持系统。² 在全球范围内，几乎所有背景都需要精神健康范式的转变，尽管在实践中应当如何转变仍然存在巨大争议。

8. 对于确保避免不加鉴别地将宣传战略从全球北方输出到南方，结合背景的切入点十分重要。一些专家将不够健全的精神健康基础设施，特别是在低收入国家，视为实现精神健康权和《残疾人权利公约》所载的各项权利的阻碍。他们认为，在资源如此稀缺的情况下，《公约》的要求不切实际，甚至与促进和保护人权的背景背道而驰。另外一些专家将不够健全的精神健康基础设施视为转型和创造性创新的机遇。认识到这些背景的细微差别以及造成这种现象的更广泛的社会政治因素意味着，在精神健康方面尽管存在着一种主导性的全球现状，但在这些各不相同的强大运动和经验的压力下正在分裂。

9. 全世界的精神健康系统由一种简化的生物医学模式主导，这种模式利用医学化证明强制做法是一种合理的系统性做法，并将人们对有害的基本社会决定因素(如不平等、歧视和暴力)的各种反应定性为需要治疗的“障碍”。在这种情况下，《残疾人权利公约》的主要原则受到严重破坏和忽视。这种方法忽视了这样的证据，即有效投资应当针对人群、关系和其他决定因素，而不是个人及其大脑。

10. 终止这种主导地位需要变革性的人权行动。然而，只注重加强正在衰退的精神保健系统和体制的行动并不符合健康权。必须重新调整行动的中心，以加强社区，扩大体现各种经验的循证做法。这种由社区领导的调整能够实现必要的社会融合和联系，更有效和更人道地促进精神健康和福祉。³

11. 在全球范围内，分配给精神健康，包括对残疾人领导的宣传、支持和研究的资源不足。缺乏对民间社会，包括残疾人组织、人权倡导者和学术界在《残疾人权利公约》以及该公约与其他人权条约，特别是载有健康权的人权条约之间的概念联系方面的能力建设投资。因此，关于应当在一系列做法和背景中对精神健康采取何种基于权利的方法，这方面的文献和学术研究极少。基于权利的框架正在

² 见 TCI Asia, “Turning the tables: the imperative to reframe the debate towards full and effective participation and inclusion of persons with psycho-social disabilities. Excerpts from ‘Galway-Trieste’ conversations – part IV”, 28 October 2019.

³ 见 Bhargavi V. Davar, “Globalizing psychiatry and the case of ‘vanishing’ alternatives in a neo-colonial state”, *Disability and the Global South*, vol. 1, No. 2 (2014).

开始出现，可以将其作为在现有精神健康系统内外扩大和发展未来实践社区的重要基石。⁴

12. 亚太社区转型促进包容联盟 2018 年 8 月发布的《巴厘宣言》是由来自亚太区域 21 个国家的社会心理残疾者和跨残疾支持者起草的。他们确认，精神健康的范式需要转向包容，并脱离医学模式占主导地位的重心。重心不应放在努力改革侵犯权利的制度上，而应放在发展和加强当地社会心理残疾者群体所偏好的非暴力、由同行主导、对创伤知情、社区主导的方案、治疗手段和文化做法等的现有运动上，并关注世界各地的非医疗替代方案和进步社区支持的运动。其他区域的组织，如欧洲精神健康组织也分享了类似方法。这一宣传方向是改变和重新平衡全球对话的重要手段，使其不再侧重于将扩大和改善服务作为精神健康的主要对策，并使全球精神健康也不再侧重于推动扩大人人获得精神保健，特别是在中低收入国家。⁵

B. 参与和权力：全球视角

13. 包括残疾人在内的有精神健康问题的人参与对服务的规划、监测和评价，参与加强系统，并参与研究，如今被更广泛地承认为是提高服务的质量、获取和提供以及加强精神健康系统的一种方法。⁶ 高收入国家在这一领域存在有希望的证据和指导方针：⁷ 特别报告员注意到挪威“无药物”治疗机构和瑞典基于权利的试点项目中有前途的做法，它们用同行来解决权力不对称的问题并支持对话式的非强制方法。几乎没有证据表明中低收入国家在哪里以及如何采取了这类做法，特别是在系统或政策一级。

14. 虽然赋权经常被提及，但权力在全球精神健康领域一直是一个被忽视的话题。最近有人注意到，有必要对权力进行调整，使其向地方行为体倾斜，从而减少“不适当地应用不太符合地方需求的想法”。⁸ 在这种情况下，均衡全球权力动态是在所有资源情况中实现基于权利的变革的一条可行道路。所有国家，无论其收入水平如何，在纳入新的规范框架和做法，以使精神健康领域摆脱歧视性和其他过时的态度和做法方面，其进展都仍处于萌芽状态。

⁴ 见 Peter Stastny and others, “Critical elements of rights-based community supports for individuals experiencing significant emotional distress: foundations and practices”, *Health and Human Rights Journal* (forthcoming, June 2020); Faraaz Mahomed, “Establishing good practice in rights-based approaches to mental health in Kenya”, doctoral dissertation, Harvard T.H. Chan School of Public Health (May 2019)。

⁵ 见 Lancet Global Mental Health Group, “Scale up services for mental disorders: a call for action”, *The Lancet*, vol. 370, No. 9594 (October 2007)。

⁶ 见 Angela Sweeney 和 Jan Wallcraft, “由服务使用者和提供者对精神健康服务进行质量保证或监测”，世卫组织欧洲办事处；Graham Thornicroft 和 Michele Tansella, “Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation”, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, No. 1 (March 2005)。

⁷ National Survival User Network, “4Pi national involvement standards” (2013)。

⁸ 见 Julian Eaton, “Rebalancing power in global mental health”, *International Journal of Mental Health*, vol. 48, No. 4 (2019)。

15. 然而，全球精神健康决策、议程制定和知识生产中对权力的讨论仍然很少。此外，对于自称为服务使用者、精神病幸存者或社会心理残疾者的人开展的研究和撰写的文献，全球文献予以采纳的情况并不如此卓著。这类研究和文献大多来自全球北方，这意味着这种参与不一定涵盖生活在低收入国家的残疾人。⁹

16. 传统上，精神病学专业内部的新兴权力动态强化了生物医学模式主导的现状。但精神病学不是统一的，各个区域的许多精神病学界成员正在打破现状，支持基于权利的范式转变。必须欢迎这种转变，它是这一行业今后的信誉所必需的。令人不安的是，传统(并且占主导地位)的精神病学专业及其领导者无视这种声音。¹⁰ 反对强制做法并认为替代方案安全的人在关照义务方面并不是不道德、疏忽或失职的，也不代表“反精神病学”。相反，特别报告员审查了若干替代方案，这些方案数十年来一直采用减少伤害视角，并努力确保将风险降到最低。

17. 占主导地位的生物医学模式、权力不对称和广泛使用强制做法相结合，不仅使有精神健康问题的人，也使整个精神健康领域受制于过时和无效的系统。各国和其他利益攸关方，特别是精神病学的专业群体，应当对这一状况进行批判性思考，并联合起来，努力摒弃基于歧视、排斥和强制做法的系统遗留问题。

C. 标准化和基于实践的证据

18. 许多全球精神健康工具和技术，包括世卫组织《精神卫生差距行动规划干预指南》，都被设计为通用的，这意味着它们往往是标准化的。尽管标准化对全球工作很重要，但它也忽视了由于复杂性或地方性而抵制标准化的理解和做法。¹¹ 这种指导方针的设计和实施从来都不是中性的，而是涉及道德和政治工作。指导方针和规程是按其设计者和使用者的假设和亲身经历、现有证据以及地方卫生基础设施形成的。¹²

19. 世卫组织的干预指南等全球精神健康指导方针以证据为基础，并根据对随机对照试验的系统性审议提出干预建议。将循证医学作为指导方针的基础对于政治支持很重要，但随机对照试验主要是针对药物干预进行的，而且往往由制药业资助，对这类试验的依赖可能会使治疗建议向药物倾斜。此外，在高收入国家的专业服务提供者的环境中生成的随机证据要多得多，这些证据在中低收入国家的初级保健环境中是否适用仍是一个问题。

⁹ 见 Pan-African Network of People with Psychosocial Disabilities, “Voices from the field. The Cape Town Declaration (16 October 2011), *Disability and the Global South*, vol. 1, No. 2 (2014)。

¹⁰ 见 Niall Maclaren, “Ready, fire, aim: mainstream psychiatry reacts to the UN Special Rapporteur”, *Mad in America*, 26 January 2020。

¹¹ 见 Sara Cooper, “Prising open the ‘black box’: an epistemological critique of discursive constructions of scaling up the provision of mental health care in Africa”, *Health*, vol. 19, No. 5 (September 2015)。

¹² 见 China Mills and Kimberley Lacroix, “Reflections on doing training for the World Health Organization’s mental health gap action program intervention guide (mhGAP-IG)”, *International Journal of Mental Health*, vol. 48, No. 4 (2019)。

20. 在全球心理健康领域提高地方相关性的一种基于权利的途径可能是从基于证据的实践转向基于实践的证据，其出发点是保健的地方现实、可能性和理解。研究表明，脆弱和受冲突影响地区的心理健康系统改革是通过创造性的实践、实验、调整和知识应用而产生的，人们在有时缺少基本资源的情况下应对不确定性和复杂性时就是这样做的。¹³

D. 健康决定因素和测量

21. 全球心理健康运动因对疾病给予个别关注而受到批评，因此已经开始更加重视健康决定因素。¹⁴ 例如，对中低收入国家的流行病学研究的系统性审查发现，贫穷指标和常见的心理健康问题之间存在非常密切的关系，¹⁵ CAPE 脆弱性指数证明了地缘政治因素、外国援助和心理健康之间的关系。¹⁶ 全球心理健康的其他研究结果表明，健康决定因素的作用并不一致，包括地方背景在内的许多因素都很重要。¹⁷

22. 许多关于贫穷与心理健康之间关系的全球心理健康研究都侧重于通过导致贫穷的疾病和相关健康问题的国际统计分类诊断出的原有心理健康问题，而没有侧重于贫穷和社会不公是如何造成精神痛苦的。侧重点是心理健康障碍的负担和费用。这不符合基于人权的方法，并且已被证明在方法上存在缺陷。

23. 这种方法扎根于经济论点，而没有以人权为中心。重点仍是将个别变化，而不是系统性变化作为解决贫穷和压迫问题的手段。通过将精神痛苦定位为经济发展的障碍，心理健康被重塑为个人大脑的问题。特别是，这使精神病学和心理学的专业知识被用于穷人，助长了贫穷的“心理学化”和“精神病学化”。在这方面，新西兰采用的“世界首个”福祉预算是一项方向正确的举措，将心理健康和福祉置于国内生产总值之上。

24. 测量是证明残疾、心理健康和健康决定因素之间的关系以及使心理健康成为全球优先领域的关键。然而，健康决定因素的测量往往依赖于由精神病学诊断标准转化的易于管理的检查单。这些标准和检查单不仅有很大问题，而且受到批评，因为它们将痛苦个别化，在利用它们作为工具测量健康决定因素的心理健康影响时引发了问题。¹⁸ 测量系统应当摆脱个别化的健康决定因素的因果模式，

¹³ 见 Hanna Kienzler, “Mental health system reform in contexts of humanitarian emergencies: toward a theory of ‘practice-based evidence’”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 43, No. 4 (December 2019)。

¹⁴ 见 Vikram Patel and others, “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”, *The Lancet*, vol. 392, No. 10157 (October 2018)。

¹⁵ 见 Crick Lund and others, “Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low- and middle-income countries”, *The Lancet*, vol. 378, No. 9801 (October 2011)。

¹⁶ 见 Albert Persaud and others, “Geopolitical factors and mental health I”, *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 64, No. 8 (December 2018)。

¹⁷ Vikram Patel and Paul E. Farmer, “The moral case for global mental health delivery”, *The Lancet*, vol. 395, No. 10218 (January 2020)。

¹⁸ 见 China Mills, “From ‘invisible problem’ to global priority: the inclusion of mental health in the sustainable development goals”, *Development and Change*, vol. 49, No. 3 (2018)。

解决结构性问题和根本原因，让服务使用者和残疾人切实参与决策，确定在精神健康中什么是重要的。它们还应按照人权理事会第 40/12 号决议的建议，制定关于精神健康决定因素的行动指标，并纳入基于权利的指标，以衡量进展情况。

25. 随着健康决定因素继续获得重要的政治关注，特别是在全球精神健康运动内，这种关注有可能停留于空谈，而不被切实纳入精神健康系统内部所需的结构性改革，特别是在精神病学的实践中。¹⁹ 特别报告员在其关于卫生保健工作者教育的报告中强调指出了一系列教育转变，这些转变使这种知识付诸实践大有希望 (A/74/174)。

26. 实现精神健康权的最佳方式是将人权与健康决定因素结合起来，其中，痛苦的结构、政治和社会决定因素，包括贫穷、不平等、歧视和暴力的研究和行动被认为至关重要。²⁰ 因此，需要在这一领域进行更加细致的研究，并将资源从占主导的生物医学范式转移到社会科学，并强调跨学科、交叉性以及背景因素的作用。精神健康问题的生物医学方法仍然发挥重要作用，但必须将之视为基于权利的未来转型的多个复杂组成部分之一。

三. 过度医学化和对人权的威胁

A. 背景：从“坏”到“疯”；医疗权力与社会控制

27. 许多来自传统上的社会边缘群体的人，如生活贫困者、吸毒者和社会心理残疾者都受到三位一体的标签纠缠：(a) 坏人/罪犯，(b) 有病/发疯的人或患者，或 (c) 两者兼具。这些标签使这类群体容易因被社会视为不可接受的问题或行为而受到过度惩罚、治疗和/或诊疗性“司法”。其结果是一条具有排斥性、歧视性和往往带有种族主义的路径，即从学校、街头和没有获得充分服务的社区进入监狱、医院、私人治疗设施或接受治疗令的社区，这些场所可能存在系统、广泛和往往代际的侵犯人权的情况。全球精神健康的话语仍然依赖于这种“不是疯就是坏”的方法以及法律、做法和利益攸关方的态度，这种态度过度依赖于这样一种观点，即精神健康保健主要是为了防止可能危险的行为或需要根据医学(治疗)需要进行干预的行为。渗透了现代公共健康原则和科学证据的基于权利的方法的主张者对“不是疯就是坏”的二分法提出质疑，认为它已经过时、具有歧视性并且无效。

28. 为非监禁和非刑事化所作的许多全球努力是值得欢迎的，但应当注意随之而来的政治和政策转向过度医学化的现象，这一问题引起了重大的人权关切。无论是以公共安全或医疗为由受到关押或强制，受到排斥的共同经历都同样说明了特别不利的地位、歧视、暴力和绝望。

¹⁹ 见 Lisa Cosgrove and others, “A critical review of the Lancet Commission on global mental health and sustainable development: time for a paradigm change”, *Critical Public Health* (September 2019)。

²⁰ 见 Dainius Puras and Piers Gooding, “Mental health and human rights in the 21st century”, *World Psychiatry*, vol. 18, No. 1 (February 2019)。

29. 这种有害的医学化形式给促进和保护健康权带来了挑战。各种行为、感觉、状况或健康问题“以医学术语界定，以医学语言描述，通过医学框架理解，或通过医学干预治疗”，则构成医学化。²¹ 医学化的过程往往与社会控制联系在一起，因为它被用于为正常或可接受的行为和经验划定边界。医学化可以掩盖在某一社会背景下定位自我及其经验的能力，助长对痛苦的合理来源(健康决定因素，集体创伤)的错误认知并制造异化。在实践中，如果经验和问题被视为医学性的，而非社会性、政治性或存在性的，则应对措施集中于个人一级的干预措施，目标是使个人恢复在某一社会系统内的某种运作水平，而不是处理痛苦的遗留问题以及为在社会一级应对这种痛苦进行所需的改变。此外，医学化有可能使侵犯人权的强制性做法合理化，还有可能进一步加剧已处于边缘化处境的群体受到的终生和代际歧视。

30. 在一系列社会政策领域中存在一种令人担忧的趋势，即利用医学作为诊断和随后摒弃个人尊严和自主权的手段，许多这类政策被视为对过时的惩罚和监禁形式的流行改革。医学化回避了作为社会中的人的背景的复杂性，暗示存在一种具体的、机械式(而且往往是家长式)的解决方案。这表明全球社会不愿切实面对人的痛苦，并且对每个人在生活中经历的正常负面情绪怀有不容忍。利用“治疗”或“医学需要”使歧视和社会不公合理化的方式令人担忧。

31. 占主导地位的生物医学方法使各国利用权力通过限制个人权利的方式进行的干预合理化。例如，绝不应将医学理由用于为侵犯吸毒者的尊严和权利的政策和做法辩护或证明其合理性。尽管为使吸毒的应对措施从刑罪化模式转向基于健康的模式所作的努力在原则上受到欢迎，但必须警惕的是，医学化有可能进一步巩固侵犯吸毒者权利的行为。成瘾问题(特别是将其描述为疾病时)的医学化应对措施可能反映出同时存在强制做法、拘留、污名化和刑罪化方法中可能出现的未经同意的情况。如果没有人权保障措施，这些做法可能会愈演愈烈，而且往往会不成比例地影响面临社会、经济或种族边缘化的个人。

32. 由于判定存在“危险”或“医学需要”，精神健康环境中的强迫干预被认为是合理的。这些判定是由所涉个人以外的人作出的。由于这些判定是主观的，因此需要从人权视角出发进行更加仔细的审查。虽然世界各地的人都在为解放有严重精神痛苦的人而斗争，但物理锁链正在被化学约束手段和主动监视所取代。国家的监视和资源的投入仍然过分狭隘地集中于控制存在“医学需要”的个人，这一点经常被援引为证明这种控制合理的理由。

33. 尽管精神健康问题缺乏生物学标记，²² 但精神病学已经强化了对精神痛苦的生物医学和脱离背景的理解。由于缺乏对精神健康问题的病因和治疗的综合理解，敦促逐步摆脱医学化的趋势日益增长。²³ 在精神病学界内，越来越多的人

²¹ 见 Peter Conrad and Joseph W. Schneider, *Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness* (Philadelphia, Pennsylvania, Temple University Press, 2010)。

²² 见 James Phillips and others, “The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis”, *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, vol. 7, No. 3 (January 2012)。

²³ 见 Vincenzo Di Nicola. “‘A person is a person through other persons’: a social psychiatry manifesto for the 21st century”, *World Social Psychiatry*, vol. 1, No. 1 (2019)。

呼吁“从根本上对精神病学知识的创造和培训进行反思”，并重新强调亲属护理的重要性以及精神健康与社会健康的相互依存。²⁴ 特别报告员对此表示赞同，但呼吁有组织的精神病学界及其领导者在将精神健康干预措施作为优先事项时，坚定地将人权确立为核心价值观。

34. 在考虑启动治疗时，必须以“首先勿伤害”原则作为指导。不幸的是，医疗干预带来的沉重副作用往往被忽视，发表的文献对许多精神病药物的相关危害轻描淡写，并夸大其益处。²⁵ 因此，必须将过度诊断和过度治疗的可能性视为当前为扩大治疗机会所作的全球努力的潜在医源性影响。此外，医学化对人权和社会造成的更广泛的危害，如社会排斥、强迫治疗、失去子女监护权和失去自主权都需要更多关注。医学化影响到社会心理残疾者的生活的方方面面；它损害了他们投票、工作、租房和成为参与社区的正式公民的能力。

35. 边缘化群体的个人受到大规模监禁，现已被广泛承认为一项紧迫的人权问题。为防止大规模医学化，必须在精神健康的概念化和政策中嵌入人权框架。必须使批判性思考(如了解生物医学模式的优缺点)的重要性以及对基于人权的方法的重要性和健康决定因素的了解成为医学教育的核心组成部分。

B. 世界卫生组织基本药物清单和精神健康

36. 世卫组织对基本药物的定义“是那些满足人群卫生保健优先需要的药品……其选择考虑到了患病率和公共健康相关性、临床有效性和安全性的证据以及相对成本和成本效益……过去三十年来，《标准清单》使全球接受了基本药物的概念，将其作为促进健康公平的一种有力手段”。²⁶

37. 世卫组织表示，标准清单的概念是一种促进健康公平的“前瞻性”机制，应当定期进行审查和更新，以“反映新的治疗选择并确保药物质量”，特别报告员根据这一立场强调了以下几点。

38. 其他身体健康问题(如细菌性脑膜炎)有对应的基本药物(如抗生素)，与此不同的是，精神健康问题的病理生理学和精神病药物发挥功效的具体机制是未知的。虽然在理解抗抑郁和抗精神病药物的药物动力学和药效学方面已取得很大进展，但其有效性无法与阿莫西林对细菌感染的有效性相提并论。

39. 世卫组织为精神问题确定了一份基本药物清单，但尽管其用意良好，世卫组织仍应重新考虑是否列入治疗精神“障碍”(清单第 24.1 项)、情绪“障碍”(第 24.2 项)、焦虑“障碍”(第 24.3 项)以及强迫性“障碍”(第 24.4 项)的 12 种药物。

²⁴ 见 Caleb Gardner and Arthur Kleinman, “Medicine and the mind - the consequences of psychiatry’s identity crisis”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 381, No. 18 (October 2019).

²⁵ 见 Joanna Le Noury and others, “Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence”, *The BMJ*, vol. 351 (September 2015).

²⁶ 世卫组织，“基本药物和卫生产品”，可查阅：www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/。

40. 对这些药物所依据的随机临床试验数据进行的一些重新分析以及荟萃分析表明，需要重新评价其风险疗效比。²⁷ 现在人们认识到，抗抑郁药物初期治疗的应答率一般在 40% 至 50% 之间，因此许多人没有从抗抑郁药物中获得充分应答或缓解。²⁸ 越来越多的人担心“难治性抑郁症”以及清单上的抗抑郁药物实际可能会造成医源性效应。²⁹ 抗精神病药物有明显的副作用负担。这些事实结合起来指出了一个重要问题：将这类药物列为“基本”药物是否损害了向有精神健康问题的人，包括残疾人提供的护理和支持所采用的循序渐进的循证方法？特别报告员已确定，过分强调用药物解决精神健康问题不再符合健康权。

41. 尽管对精神药物证据基础的争论仍在继续，但将这些药物列入基本药物清单还可能引起其他问题。例如，将这些药物列入清单可能会使有争议的疾病类别具体化，并表明这些精神问题在本质上主要是生物医学性的，从而进一步加强医学化。此外，清单可能会在无意间加强强制做法，因为其依据是假定被诊断为有精神健康问题的人需要药物作为首选治疗，这损害了他们对自己的痛苦的洞察力。

42. 特别报告员一再呼吁更广泛地理解精神健康，这与超越个人因素和干预措施的世卫组织《组织法》相一致。基本药物清单可能暗示提供这类药物等同于为治疗精神健康问题提供适当标准的护理，但事实并非如此。清单不足以评估健康权的遵守情况。主要依赖于基本药物清单具有误导性，并对健康权构成挑战。任何关于精神药物是处理精神健康问题，包括残疾人的这类问题的最重要方法的说法，都违反了《残疾人权利公约》的规定，该公约规定应当摆脱医学模式。此外，将精神药物列入基本药物清单向利益攸关方(国家以及精神健康服务的使用者和提供者)发出了误导性信息，并损害了这样一个事实，即对于大多数精神健康问题而言，应将社会心理干预措施和其他社会干预措施视为治疗的“基本”选择。

43. 有鉴于新的证据、对如何为良好精神健康提供支持的进一步理解以及过度依赖精神健康药物对实现健康权构成的重大障碍，世卫组织应当审查目前的精神健康药物基本药物清单(第 24.1 至第 24.4 项)，以期删除那些没有证据表明具有适当风险疗效比的药物。特别报告员呼吁世卫组织和全球精神健康运动的其他行为体转而努力制定一份新的、全面的基于人群的基本社会心理干预措施清单，这份清单以证据为依据，由基于权利的原则支持并根据这些原则编制，能够更适当地指导各国实现充分遵守健康权。在认识到现状危机并制定更全面的清单之前，在精神健康服务的提供中仍然存在系统性侵犯人权的风险。

²⁷ 见 Joanna Le Noury and others, “Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence”。

²⁸ 见 Claire D. Advokat, Joseph E. Comaty and Robert M. Julien, *Julien’s Primer of Drug Action*, 14th ed. (New York, Worth Publishers, 2019)。

²⁹ 见 Ziad A. Ali, Sharon Nuss and Rif S. El-Mallakh, “Antidepressant discontinuation in treatment resistant depression”, *Contemporary Clinical Trials Communications*, vol. 15 (September 2019)。

C. 人生的不同阶段：容易受到过度医学化的特定群体

44. 在整个生命周期中，许多人面临种族、阶级和性别的多重问题，他们受到过度医学化的影响的风险较高。确实，有充分记录表明，有智力、认知或社会心理残疾的人，特别是穷人和/或来自边缘化群体的人尤其容易受到伤害。通过这种方式，医学化可以将对社会不公的反应归于病态，使对弱势群体的社会控制和侵权行为升级。关于这一问题的研究详细描述了多个例子，其中“帮助某些群体的项目极其轻易地与控制他们的项目合为一体”。³⁰ 特别报告员强调指出了若干特别容易受到过度医学化的群体的经历。

45. 对儿童和青少年(以及成人)开具精神药物处方的比率有所上升是普遍的国际趋势，尽管各国的比率差异很大。³¹ 越来越多的研究记录表明，儿童和青少年在抗精神病药物和其他类别的精神药物方面有长期使用多种药物的趋势。³² 这类药物越来越多地用于行为和社会控制。不必要地让儿童接触精神药物损害了健康权。尽管无法准确查明儿童被诊断出精神健康问题情况增加的原因，以及因此导致精神药物和多种药物的使用增加的原因，但建议的原因包括诊断范围扩大、³³ 对技术的使用增加³⁴ 以及社会隔离增加。令人费解的是，在发生这种上升趋势的同时，仍然出现大量证据表明，不良童年经历对精神健康和福祉造成影响。

46. 将儿童的痛苦医学化的趋势可能导致针对不同症状开具多种药物的方法，其中一些症状是药物的医源性效应，尽管缺乏儿童使用多种药物的证据。³⁵ 儿童有权利在可持续的世界中茁壮成长，全面发展，充分发挥潜能，并享有良好的身心健康。必须进行投资，以便为健康发展提供营养、教育和社会资源，处理不良儿童经历的影响。

47. 特别报告员欢迎儿童和青少年精神健康领域的各个组织努力反对过度医学化，并为儿童和青少年开发防止强制措施和过度使用精神药物的精神健康保健服务。³⁶ 必须培训精神健康专业人员并教育广大社会，使其了解精神药物在儿童和青少年精神健康保健中不是有效的首选治疗选择，过度使用精神药物不符合健康权。必须使各种其他干预措施，如观察等待和其他社会心理干预措施可提供、可获取、可接受并达到足够质量。

³⁰ 见 Jonathan Metzl, *The Protest Psychosis: How Schizophrenia Became a Black Disease*, (Boston, Massachusetts, Beacon Press, 2010)。

³¹ 见 Hans-Christoph Steinhausen, “Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents”, *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 24, No. 6 (June 2015)。

³² 见 Amanda R. Kreider and others, “Growth in the concurrent use of antipsychotics with other psychotropic medications in Medicaid-enrolled children”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 53, No. 9 (September 2014)。

³³ 见 Allen Frances and Laura Batstra, “Why so many epidemics of childhood mental disorder?”, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 34, No. 4 (May 2013)。

³⁴ 见 Jean M. Twenge, “The sad state of happiness in the United States and the role of digital media” in *World Happiness Report 2019*, John F. Helliwell, Richard Layard and Jeffrey D. Sachs, eds. (New York, Sustainable Development Solutions Network, 2019)。

³⁵ 见 Jon Jureidini, Anne Tonkin and Elsa Jureidini, “Combination pharmacotherapy for psychiatric disorders in children and adolescents: prevalence, efficacy, risks and research needs”, *Pediatric Drugs*, vol. 15, No. 5 (October 2013)。

³⁶ 见 Joseph M. Rey, Tolulope T. Bela-Awusah and Jing Liu, “Depression in children and adolescents” in *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, Joseph M. Rey, ed. (Geneva, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015)。

48. 许多老年人护理设施经常将与衰老有关的症状归为病态，并将镇静剂和抗精神病药物作为化学约束手段用于老年人。越来越多的文献表明，特别是在疗养院，对老年人使用化学约束手段的情况正在增加。³⁷ 对患有痴呆症的老年人使用化学约束手段不符合人权方法，并且表明显然需要增加资源，以提供适当人手和以人为本的支持。然而，最重要的是，需要促进培养健康老龄化的条件和社会资源，并制定政策和分配资源，使老年人能够继续融入其社区。

49. 基于人权的方法有助于揭露现有政策中的漏洞，查明可能破坏有利于有尊严地生活的条件的陈旧观念。如果没有跨学科方法和利益攸关方切实参与制定精神健康政策、刑事司法改革以及临床实践指导方针和教育，就无法解决经常随之而来并且日益增长的医学化和强制做法的问题。有效应对这一问题需要考虑到机构思维和实践以及行业利益可能如何妨碍为医学模式之外的护理模式切实提供空间。³⁸

四. 在替代方案中采取基于权利的方法：明显特征、基本原则以及规范框架的适用

50. 经常有主流服务提供者、律师、司法官员和政策制定者询问特别报告员如何在不使用强制做法的情况下切实促进最弱势群体的权利。在这些交流中，“有什么替代方案？”是一个常见的问题。全球和国家讨论中似乎普遍缺乏世界各地许多现有替代方案的前景，这些方案往往在保健系统边缘或完全在其之外运作，数十年来在不使用强制做法的情况下在社区内改变着人们的生活。

51. 特别报告员访问了其中许多“替代方案”，会见了给人带来启发的创新者，他们不懈地努力着，往往要与难以克服的障碍作斗争。这些同伴工作者、健康专业人员(包括进步的精神病学家)、社会工作者和人权维护者应当受到赞扬，他们坚定地规划了一条道路，由强制性医学化转向为经历严重精神痛苦的人提供人道、具有同情心和基于权利的支持。对于在世界各地每天为推动全球社会消除精神健康保健中的歧视性做法而努力的人们，特别报告员表示声援、感谢和钦佩。

A. 作为健康权的一项核心义务扩大替代方案

52. 健康权包括确保“在不歧视的基础上有权得到卫生设施、物资和服务，特别是脆弱和边缘群体”的核心义务。³⁹ 尽管许多人从传统精神健康服务中获得了支持和康复，但也有许多人没有。必须将精神健康系统未能治愈或受其伤害的人(包括有严重社会心理问题的人，他们往往面临创伤、虐待、年少、属于少数族裔或种族、贫穷的多重问题)视为属于弱势或边缘化群体。由于不同资源环境中

³⁷ 见 Human Rights Watch. “‘Fading away’: how aged care facilities in Australia chemically restrain older people with dementia” (2019)。

³⁸ 见 Roberto Mezzina and others, “The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda” in *Advances in Psychiatry*, Afzal Javed and Kostas N. Fountoulakis, eds. (Cham, Switzerland, World Psychiatric Association/Springer Publishing, 2019)。

³⁹ 经济、社会及文化权利委员会，关于享有能达到的最高健康标准的权利的第 14 号一般性意见(2000 年)，第 43 段。

缺少精神健康系统或精神健康系统不适当并由生物医学主导，他们成为了落在最后面的人。因此，根据健康权，各国的当务之急是采取行动，确保提供适当和可接受的服务和基于权利的支持。这需要立即扩大基于权利的非强制性替代方案。

53. 国际金融机构和全球健康行为体围绕所谓轻度(普通)精神健康问题提出的优先事项不足以履行健康权的核心义务。基于权利的转型必须首先解决留在强制性健康系统中饱受煎熬的人的危机，以及带着智力、认知或社会心理残疾进入精神健康系统的人的危机，他们无法获得基于社区的支持，因为替代方案严重缺乏投资并且不可用。

B. 在实践中将人权作为精神健康服务的替代模式：基于权利的支持的关键概念和原则

54. 这种具有变革潜力的替代做法已经存在了数十年，其中许多被证明是有效的。它们的形式多种多样，包括世卫组织在提高精神保健和服务的质量方面的《高质量权利倡议》中所作的值得赞扬的全球工作，巴西和意大利在系统一级的社区健康改革，世界各地不同资源环境中的高度本地化的创新，如 Soteria 之家、“开放对话”、同伴看护中心、无药物治疗机构、康复社区和社区发展模式。⁴⁰ 世界各地的社区中正在进行一场悄无声息的革命。这些替代方案的基础是对人权、尊严和非强制做法的坚定承诺，它们在过度依赖生物医学范式的传统精神健康系统中一直是难以攻克挑战。

55. 矛盾的是，将这些创新称为“替代方案”会使其被认为不属于精神健康变革主流工作的组成部分，从而更容易受到忽略。然而，这类替代方案对于在全球范围支持精神健康权所需的转型至关重要。因此，需要改变关于替代方案的措辞，改称其为“基于权利的支持”。

56. 特别报告员欢迎世卫组织努力进行范围界定研究，就传统生物医学框架之外的可取做法收集信息。应当注意的是，有越来越多的国际网络、学术研究和平台成为向广大社区传播学习和经验的重要渠道。⁴¹ 必须有更多的故事和经验来强调这种正在进行的创新(及其努力)。这样会使人们的了解从标准医学解决方案扩大到人的问题。尽管许多人是通过医学视角理解其挑战的，但也有许多人不是。必须在现有精神健康系统内外为多样的创造性方法和经验创造空间。

57. 随着这些创新的出现，必须设定基线来指导和评估对健康权的遵守情况，特别是根据《残疾人权利公约》这样做。基于权利的执行工作的这一操作领域的文献仍然过少，特别报告员呼吁国际捐助界支持进一步的人权研究，这对于指导全球、区域和国家努力扩大基于权利的支持和促进彻底摆脱强制做法至关重要。下文提出的关键原则以健康权为基础，并且渗透了《公约》的原则。应当将这些原则视为对基于权利的框架的一点微小的贡献，这些框架的目的是进一步努力指导在现有精神健康系统内外采取基于权利的变革性做法。

⁴⁰ Piers Gooding and others, *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: a Literature Review*, Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne (2018); Peter Stastny and Peter Lehmann, eds., *Alternatives Beyond Psychiatry* (Berlin, Peter Lehmann Publishing, 2007)。

⁴¹ 例如，见 International Network towards Alternatives and Recovery, Mad in America, Bapu Trust Seher community mental health and inclusion program and Shaping Our Lives: a national network of service users and disabled people。

C. 关键原则

尊严和自主权

58. 基于权利的支持的核心是获得和使用服务的人的尊严和福祉。必须增强人们的权能，并在必要时提供足够的支持，使他们能够对自己的生活，包括他们的精神健康保健作出独立和知情的决定。

社会包容

59. 维持人际关系、社区关系以及与社会的更广泛的联系是精神健康的一项基本社会心理决定因素，对于促进和保护精神健康权，包括在干预层面这样做至关重要。社会排斥是智力、认知或社会心理残疾者的普遍经历，它代表着康复和充分享有精神健康权的核心障碍。排斥源于歧视性的结构性因素，包括有害的精神健康立法、机构和隔离护理的文化以及政策和临床实践中固有的权力不对称，这一现象对服务使用者造成严重损害，将他们作为护理的被动接受者，而不是权利的主动持有者。

参与

60. 所有人都有权在知情的情况下积极参与与其精神健康有关的问题，包括在护理和支持服务层面。同行切实参与支持个人获得服务是基于权利的支持的关键组成部分。对于许多人而言，被“聆听”是从危机中康复的关键，这需要基于权利的支持，它可以确保开发和提供多样化和多方面的沟通方式和网络。

平等和不歧视

61. 所有人，无论其诊断、听到的声音、使用的药物、种族、国籍、性别、性取向或性别认同或其他地位，都有权不受歧视地获得对其精神健康的护理和支持。然而，法律和事实上的歧视继续影响着精神健康服务，剥夺了使用者的各种权利，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权利和政治权利。

62. 在人们如何处理和体验生活，包括其精神痛苦方面尊重其丰富的多样性，这对于在精神健康的提供中消除歧视和促进公平至关重要。尊重多样性的义务要求为寻求护理和支持的人制定一套多样化的选择方案。“一刀切”的护理模式(在没有替代方案的情况下)，特别是偏好以生物医学刻板地叙述社会心理痛苦的模式，都被认为是不符合健康权的。同行主导的举措、减少伤害的方法以及共同制定的护理和支持模式使促进灵活、非歧视和尊重的替代治疗方案大有希望。

护理的多样性：可接受和优质的应对措施

63. 除了有义务提供充足数量和可获取的基于权利的替代方案以外，这些替代方案还必须是可接受的，并且达到足够的质量。

64. 可接受和高质量的服务提供者与使用者之间的医患关系必须建立在相互尊重和信任的基础上。然而，世界各地现代精神健康立法和临床做法的长期趋势仍然使得未经同意的措施层出不穷。强制做法破坏了精神健康服务中的信任，不能将其视为与基于权利的方法相一致。

65. 任何基于权利的支持都必须遵守医疗道德，在文化上是适当的，对性别和生命周期的需要敏感，以及设计时尊重保密性，并使个人能够控制自己的健康和福祉。⁴² 它必须尊重医疗道德(包括“首先勿伤害”)、选择、控制、自主、意愿、偏好和尊严的原则。⁴³ 过度依赖药物干预和使用机构护理与提供优质护理不相符。

66. 基于权利的优质支持需要在治疗和康复中使用循证做法，特别是通过持续护理。不同的服务提供者、使用者及其家属以及护理伙伴之间的有效合作也有助于提高护理质量。滥用生物学干预措施，包括不当使用或过度开具精神药物以及使用强制和强迫入院手段损害了获得优质护理的权利。

精神健康的基本社会和社会心理决定因素

67. 各国必须便利、提供和促进实现精神健康和福祉的条件；这需要提供干预措施，以保护各个人群不受有损精神健康的关键风险因素的影响。需要在家庭、学校、工作场所和社区中在传统健康部门之外采取行动。还需要将治疗重点(以及责任人的结构性努力)从个人康复扩大到社会康复、加强社区和促进健康社会。基于权利的支持必须在干预层面接受这种精神。必须确保让社会、社会心理和物质方面的迫切需要成为支持康复的核心组成部分。

D. 对系统转型的问责

68. 问责是支持基于权利的执行工作的核心规范性原则，但在精神健康领域迄今未能发挥其解放和变革潜力。许多全球和国家一级的问责机制的工作，包括监测机制、国家人权机构和条约监测机构并没有就系统无效对责任人追究责任，反而发挥了维持(尽管也有所改进)现有精神健康系统的作用，而没有对严重缺少替代方案给予重大关注。特别报告员呼吁各国、民间社会和一系列问责行为体努力改善这一自相矛盾的困境：如何确保现有精神健康服务内的人能够在人道的条件下生活，同时强烈主张大规模系统改革和社区转型的法律依据。

69. 为使这些关键原则和概念用于实践，必须在干预一级提炼出一套关键和实用的要素，即基于权利的基本要素。还应关注最近为采取这一关键步骤所作的努力，其中已制定了危机应对措施的基于权利的关键要素，并将其作为地方社区和利益攸关方开展工作的基石。⁴⁴

⁴² 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 12 段(c)项。

⁴³ 《残疾人权利公约》，序言以及第十二、第十五和第十九条。

⁴⁴ 见 Peter Stastny and others, “Critical elements of rights-based community supports for individuals experiencing significant emotional distress: foundations and practices”。

五. 全球威胁和未来趋势

A. 在所有全球背景中将精神健康权纳入主流

70. 全球对精神健康的忽视与享有能达到的最高标准健康的权利和可持续发展目标 3 关于促进精神健康与福祉的承诺背道而驰。在许多国家，在提供具有侮辱性和不利于人权的服务的隔离精神病院的基础上，对精神健康保健的严重忽视和不适当的护理模式长期存在，这理所当然地受到人权界的批评。然而，对精神健康至关重要的更广泛的背景和社会运动往往受到忽视；如果不在这类活动群体中纳入基于权利的精神健康议程，健康权就无法实现。团结、集体活动和共同承诺应对全球挑战是一种有力手段，可以对抗无助和无力、建立复原力(和抵抗力)并促进福祉。集体发声是针对权力不对称和不公正的有力对策。各国必须采取一切措施，确保这一公民空间作为遵守健康权的关键指标得到保护并蓬勃发展。

B. 气候变化

71. 随着气候变化加剧，它对健康权，以及对更广泛的环境和人权的破坏性效果在全球都有所体现。已经处于边缘化处境的群体，包括土著人民、儿童、老年人、妇女、穷人、移民和已有健康问题的人最容易受到气候变化的影响，气候变化有可能加剧国家内部和国家之间的不平等。剧烈环境变化对健康权的基本社会和环境决定因素，如清洁空气、安全饮用水、适当住房和粮食、经济安全、社会关系和社区生活具有深远影响。

72. 关于气候变化对身体健康的后果，文件久已有大量的记录。而关于对精神健康权的影响问题，近几年来才较有了解。⁴⁵ 人们，特别是儿童和青年越来越多地在情感和存在方面认识到气候问题的严重性，而应对往往极为有限，令人震惊。热浪和气候变化导致的死亡率对机构收容者造成巨大影响。

73. 许多国家的宪法中都载有自然环境对社会关系和社区生活的重要性。《联合国气候变化框架公约》承认健康与气候变化之间具有密不可分的关系。《巴黎协定》呼吁各国在减缓和适应气候变化的行动中促进和考虑健康权。以精神健康为中心并且基于权利的方法确实能够加强气候应对措施，巩固社区关系和公民活动，提高可持续性和福祉。

74. 需要开展更多工作，以了解对环境的威胁和人类与自然界缺乏合作可能如何导致“人类生态系统”的崩溃、社会和文化资源的流失以及对社区生活的破坏。能够生活在关注自然界并与自然界相关的环境中满足了“与自然产生联系”的心理需求，并且与关注、愤怒、疲劳和悲伤、较高水平的幸福感和较低水平的心理压力的积极结果有关。⁴⁶ 健康、非暴力的关系不仅包括人与人之间的关系及其大大小小的群体，也包括人与自然之间的关系。气候变化威胁着这种宝贵的关系，必须对此加紧重视。

⁴⁵ 见 Katie Hayes and others, “Climate change and mental health: risks, impacts and priority actions”, *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 12, No. 28 (2018)。

⁴⁶ 见 Daniel E. Baxter and Luc G. Pelletier, “Is nature relatedness a basic human psychological need? A critical examination of the extant literature”, *Canadian Psychology*, vol. 60, No. 1 (February 2019)。

75. 在应变战略中，还应更加重视精神健康权。发生恶劣天气事件时，各国必须单独和通过国际援助与合作的框架，及时提供高质量、基于权利的支持，以满足受到恶劣天气事件影响的人的特殊需求，并将这种支持纳入现有的初级、一般保健和社会护理服务。各国必须采取紧急措施，恢复和保护现有绿地，为社区与自然的联系提供支持，探索对环境的创造性利用，作为建立包括与自然界在内的关系的一种方式，并促进个人和社区的康复。⁴⁷ 这类措施可以促进社区为更广泛的气候公正代际行动采取行动，鼓励扩大残疾人权利社区的联盟，并通过可持续性和复原力统一各个运动。

C. 数字监控

76. 数字技术的进步正在改变国家、全球技术巨头(包括谷歌、脸书、苹果和亚马逊)和私人实体监控全体民众的能力，达到了前所未有的程度。将从各种来源，如街道摄像头(配有人脸识别软件)，政府机构、银行、零售商的管理数据，互联网搜索和社交媒体等收集到的大量数据联系起来，能够在不经个人同意或知情的情况下获得和分析详细的个人信息。随后，可以利用这种信息对个人进行分类，用于商业、政治或进一步监控的目的。

77. 国家或非国家行为体进行的这种程度的不透明监控可能以多种方式损害个人精神健康，导致社会信任以及人民与国家之间的信任瓦解。例如，与国有数据库连接并用于将人归类为“有可能”实施福利欺诈或刑事犯罪。这种系统缺乏透明度，会对整个社区造成寒蝉效应；一旦出现识别或推测错误也很难补救，这使每个人都容易受到其决断的影响。

78. 将多个数据来源相结合，对社会中的个人进行排名或评分，⁴⁸ 并由未知基础设施和算法驱动评分时，人们不清楚是谁在给他们评分，也不了解评分方式，会变得越来越害怕参与社会。因此，他们的自由权可能会受到限制，社会关系被终止，他们无力质疑对他们评定的分数。这种对公民权利的影响必然对获得和享有社会权利产生影响。迫切需要调查和研究对精神健康和福祉产生的后果，特别是这些后果可能如何影响全球社会与国家及其相互之间的关系。国家和非国家行为体负有保护健康权，包括精神健康权的人权义务，大数据带来的无处不在的监控是对这项权利的根本侵蚀。

D. 冠状病毒病(COVID-19)及其对精神健康的影响

79. 在编写本报告时，全世界正面临新的全球公共卫生威胁：COVID-19 大流行，各国和其他利益攸关方正在共同努力应对这一问题。遏制病毒传播的措施包括对某些权利和自由的多种限制。这次大流行的影响、后果和措施仍有待充分探讨。然而，预计将出现与精神健康有关的重要挑战和机遇，现在应当将这些问题纳入考虑。

⁴⁷ 见 Jules Pretty and others, “Improving health and well-being independently of GDP: dividends of greener and prosocial economies”, *International Journal of Environmental Health Research*, vol. 26, No. 1 (2016)。

⁴⁸ 见 Rogier Creemers, “China’s social credit system: an evolving practice of control”, SSRN (22 May 2018)。

六. 结论和建议

80. 没有精神健康就没有健康，不采用基于人权的方法就没有良好的精神健康和福祉。迫切需要对精神健康增加投资。然而，在关于全球健康，特别是精神健康的广泛讨论中，最应当重视的并不是金钱。支持尊严和福祉具有固有的普遍价值；此外，这也是人权的必要条件。

81. 新千年的前二十年为精神健康领域带来了许多有希望的变化。促进良好精神健康被列入 2030 年可持续发展议程，世界各地在推动全球精神健康的各项要素，即促进、预防、治疗、康复和恢复方面采取了各种令人印象深刻的举措。

82. 然而，尽管趋势看好，但现状依然是，全球未能解决精神健康保健系统中侵犯人权的问题。这种固化的现状加剧了歧视、丧失权能、强制做法、社会排斥和不公正的恶性循环，这是不可接受的。关于如何更广泛地看待痛苦、治疗和支持的问题，世界范围内出现了转变的潮头，它远远超出了对精神健康的生物医学理解。在如何规划未来转型问题上的共识继续分裂，因此全球现状及其体制和守护者正在远远落后。一切照旧在政治上不再可行，而且也不符合人权。

83. 缩小治疗差距的呼吁主要侧重于“精神障碍的全球负担”，这是以牺牲人权为代价的。⁴⁹ 这种系统性失衡带来无效的激励措施和有害的系统性影响，还损害了“勿伤害”的道德义务。实现精神健康权的主要障碍不在于个人及其精神障碍的全球负担，而在于陈旧和支离破碎的精神健康系统所造成的障碍的结构性和政治性和全球性负担。

84. 这些障碍，即精神健康保健中的权力不对称、生物医学模式的主导地位以及对知识的片面使用，需要通过改变法律、政策和实践来解决。特别是，医学化在现有的，甚至一些“进步的”政策改革中的主导地位继续掩盖着全球社会必须面对和解决的更广泛的社会不公正现象。必须将服务使用者、社会心理残疾者、精神失常者、幻听者等各种各样的权利持有者的运动置于基于权利的变革努力的最前线。在现有精神健康系统内外扩大基于权利的支持为所需的改变带来了很大希望。

85. 在这个瞬息万变的世界里有一项共同的事业。全球正在发生重大变化，全球精神健康危机与人权活动的其他领域有着共同的联系。独裁主义、晚期新自由主义、气候变化、家长式作风和大数据的兴起都为享有人权带来了挑战，同时也带来了机遇，我们可以团结起来，进行反思并重塑社会、经济和政治结构，以确保一个可持续、和平、公正和包容的未来。

86. 特别报告员建议各国：

(a) 采取必要的立法、政策和其他措施，在有亲身经历者的包容性参与下，充分执行基于人权的方法；

(b) 对这一领域基于权利的研究进行投资，以支持这些措施，并在概念上更好地整合改革的执行和实地工作；

⁴⁹ 见世卫组织，“精神疾患全球负担以及国家层面的卫生和社会部门进行综合性协调应对的需求”，EB130/9 (2011 年 12 月 1 日)。

(c) 整合公共健康证据、亲身经历和基于权利的研究，为全球和国家公共政策战略的决策提供指导。其中应当包括优先从医学化转向发展精神健康、刑事司法和公共福利相关改革；

(d) 立即采取措施执行人权理事会关于精神健康和人权的第 32/18 号和第 36/13 号决议中的建议；

(e) 在财政上加大支持减少贫穷、不平等、任何理由的歧视和任何情况下的暴力等的可持续的跨领域方案，以有效应对精神健康的主要决定因素，从而促进精神健康；

(f) 对侧重于家庭和基于社区的儿童和青少年友好型精神健康服务进行投资，防止助长机构收容、社会排斥和过度使用精神药物的财政和其他激励措施；

(g) 促进健康养老的原则，尊重老年人居住在社区的权利，并采取措施，包括加强工作人员队伍，以结束过度诊断和过度使用精神药物的做法。

87. 特别报告员建议各组织，凡代表精神病学专业的(包括学术界的医学和精神病学专业)：

(a) 在促进精神健康干预措施时，坚定地将人权和社会公正确立为核心价值观；

(b) 使医学教育现代化，在医学教育和研究中纳入精神健康和人权，并特别注重需要从根本上减少强制做法、过度医学化、机构收容、对有精神健康问题的人的一切形式的歧视和其他侵犯人权行为；

(c) 停止排斥非强制性、基于权利的支持的替代性倡议，并就如何使其也成为变革的一部分开展更多对话。

88. 特别报告员建议世界卫生组织通过国际合作与援助，与各国一道将以下一揽子基于权利的战略作为优先事项：

(a) 支持制定在精神健康政策和服务中执行基于权利的方法的原则和最佳做法；

(b) 支持对歧视性的精神健康法律和做法进行改革，包括扩大推行高质量权利倡议；

(c) 审查目前的精神药物基本药物清单(第 24.1 至第 24.4 项)，以期删除那些没有证据表明具有适当风险疗效比的药物；

(d) 支持制定一份关于基本的社会心理和基于人群的干预措施的新的综合性清单，这份清单以证据为依据，由基于权利的原则支持并根据这些原则编制，能够更适当地指导各国充分遵守健康权；

(e) 承诺在世卫组织的广泛工作范围内保持人权行动的一致性，以确保《残疾人权利公约》的原则和价值观以及世界卫生组织《组织法》所载的健康权为所有技术援助工作，包括制定有关精神健康的全球标准、测量标准和指导方针提供支持和指导。