



人权理事会

第三十九届会议

2018年9月10日至28日

议程项目2和3

联合国人权事务高级专员的年度报告以及
人权事务高级专员办事处的报告和秘书长的
报告

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

精神健康与人权

联合国人权事务高级专员的报告*

概要

根据人权理事会第36/13号决议，于2018年5月14日和15日在日内瓦举行了一次关于人权与精神健康问题的磋商会。与会者讨论了作为人权问题的精神健康专题，并一致认为通过全系统的战略和基于人权的服务打击歧视、污名化、暴力、胁迫和虐待，可使局面得到改善。本报告载有讨论的摘要和磋商的结论和建议。

* 附件不译，原文照发。



目录

	页次
一. 导言.....	3
二. 高级别会议开幕.....	3
三. 议事情况概要.....	5
A. 背景情况：精神健康作为人权问题.....	5
B. 通过全系统战略改善精神健康方面的人权.....	7
C. 基于人权的服务和支持改善享有精神健康的人权.....	8
D. 改进打击歧视、污名化、暴力、胁迫和虐待的做法.....	10
四. 结论和建议.....	12
附件	
与会者名单.....	15

一. 导言

1. 人权理事会在其第 36/13 号决议中请联合国人权事务高级专员组织一次磋商会，讨论以下方面所有相关问题和挑战：履行精神健康人权观、交流最佳做法和执行这方面的技术指导。

2. 磋商会于 2018 年 5 月 14 日和 15 日举行，得到了各个利益相关方的广泛参与，包括会员国、联合国机构、基金和方案、特别程序和民间社会，其中包括使用精神健康服务的人士、有精神健康状况的人士和有社会心理障碍的人士及其代表组织。与会者就精神健康作为人权问题进行了讨论，并探讨了如何通过全系统战略和基于人权的服务和支持促进人权，以及如何交流在精神健康方面打击歧视、污名化、暴力、胁迫和虐待的良好做法。

二. 高级别会议开幕

3. 人权理事会主席沃伊斯拉夫·苏克介绍了磋商的目的，即讨论实现精神健康方面的人权的有关挑战，并交流良好做法。他感谢葡萄牙和巴西在组织磋商过程中发挥领导作用，并感谢民间社会的宝贵参与，特别是使用精神健康服务的人士、有精神健康状况的人士和有社会心理障碍的人士。

4. 印度尼西亚精神健康协会主席 Yeni Rosa Damayanti 强调，关于精神健康和人权的讨论必须集中于包容有社会心理障碍的人士的权利，这超越了传统精神健康方法狭隘关注治疗的做法。她列举了人们在全球南方和全球北方在获得住房、就业、社会保护和政治参与权利方面所面临的障碍。污名化和歧视存在于法律与政策之中，也体现在当局、雇主和广大公众的态度中，使得这些障碍更为严重。她强调，目前的应对方式以及世界各地用药和机构收容的增长趋势造成了进一步的侵权，而法律行为能力的丧失加剧了这种局面，最终使有社会心理障碍的人士更加落伍。欧洲委员会正在制定《在生物学和医学应用中保护人权和人类尊严公约》(《奥维耶多公约》)的另一项议定书，以使对有社会心理障碍的人士进行非自愿治疗合法化，她对此进程表示震惊。这有违于《残疾人权利公约》，故意偏离为确保精神健康方面的人权而取得的进步，例如世界卫生组织(卫生组织)的“高质量权利倡议”。她强调了有社会心理障碍的人士及其代表组织参与讨论和发声的重要性，说：“关于精神健康的讨论决不能再排斥我们。”

5. 联合国人权事务高级专员扎伊德·拉阿德·侯赛因表示，可达到的最高健康标准的权利对人的尊严至关重要，没有精神健康就没有健康。然而，有害的陈腐观念基于实际或认为的精神健康状况对人的参与和融入造成了影响，并可能导致在收容机构中任意拘留，而收容机构往往集中发生虐待和胁迫性做法，有可能构成酷刑。各个层级应对残疾儿童和成年人的方式是机构收容，他对这种不得力的方式表示痛惜，并呼吁消除诸如强迫治疗的做法，包括强迫用药、强迫电休克疗法、强迫机构收容和隔离。相反，他呼吁各国确保在社区内能获得一系列支持服务，包括同伴互助。他提醒与会者，《残疾人权利公约》提供了法律框架，以维护有社会心理障碍的人士的权利，包括行使法律行为能力、自主和知情的同意、在社区生活和被社区接纳的权利，以及自由和安全的权利，不受歧视。他欢迎权利持有人参与磋商，分享其实际生活经验，并呼吁加强对《公约》所提供的框架

的支持，该框架已经带来了变化，有助于恢复对有社会心理障碍的人士的自治、选择和权利的尊重。

6. 国际劳工组织总干事盖·莱德表示，该组织承诺参加集体努力，促进有精神健康状况的人士的精神福祉和工作权利。他指出，由于雇主和招聘人员缺乏意识，工作场所内的陈腐观念和歧视导致了排斥和较低的就业参与率。他介绍了国际劳工组织与会员国和企业开展的工作，以发现有助于实现更具包容性的工作环境的良好做法，包括提供合理的便利。他宣布国际劳工大会将就一项新的文书进行谈判，打击在工作中的暴力、污名化、歧视和骚扰。

7. 卫生组织助理总干事 Svetlana Akselrod 博士强调了在讨论中优先考虑有实际生活经验的人的意见的重要性。她援引提及精神健康的卫生组织章程，承认在促进精神健康作为一项人权方面取得的进展甚少。她确认有精神健康状况和社会心理障碍的人士并没有获得尊重其权利和尊严的优质服务，他们面临边缘化，往往被机构收容，而且比一般人口更有可能早逝。她提请注意世界卫生大会在《残疾人权利公约》和其他国际人权文书指导下通过的精神健康行动计划。她提到了“高质量权利倡议”，该倡议导致精神健康工作者人权意识的重大转变，减少了暴力和虐待，增强了有精神健康状况和社会心理障碍的人士的能力。

8. 葡萄牙常驻联合国日内瓦办事处和其他国际组织代表佩德罗·努诺·巴尔托洛强调精神健康是人权的一个重要前沿领域，并欢迎人权理事会关于精神健康和人权的第 36/13 号决议。该决议具有变革性，反映了各国为维护人道、尊严和平等原则在本国社会中的单独责任以及在全球层面的集体责任。该决议具有突破性，摆脱了任意机构收容、排斥和隔离造成的长期侵权，并朝着基于人权的方法前进。需要开展协作努力，解决歧视、污名化、暴力、虐待、酷刑和有辱人格的待遇或处罚的问题，这些做法继续对有精神健康状况和有社会心理障碍的人士造成影响。他强调了联合国系统提供的支持，特别是联合国人权事务高级专员办事处和卫生组织的支持，包括后者的“高质量权利倡议”以及参加小组讨论的三名特别报告员所开展的工作，并重申了基于人权的精神健康新方法。他说，我们每个人都有可能因为某个事件而产生精神健康的问题，而有精神健康状况的人士仍然遭遇严重的污名化。他最后回顾了所有文明的金科玉律：将心比心，己所不欲，勿施于人。

9. 巴西常驻联合国日内瓦办事处和其他国际组织代表马里亚·纳萨雷特·法拉尼·阿泽维多认为磋商有希望调动努力，确保精神健康的政策和做法与人权法保持一致。她申明，精神和身体健康的权利隐含着消极和积极的义务，包括获得全民医疗保险，采纳非歧视的法律、政策、做法和对策，以保证健康的社会决定因素。她回顾说，巴西、葡萄牙和卫生组织通过不同的倡议结成伙伴关系，将精神健康作为有精神健康状况和社会心理障碍的人士的人权的优先事项。

10. 在互动对话期间，欧洲联盟、外交政策和全球卫生集团的代表巴西、哥伦比亚、厄瓜多尔、澳大利亚、多民族玻利维亚国、世界精神病学用户和幸存者网络，智障者权利国际、国际残疾人联盟和欧洲委员会会议会的代表发了言。巴西呼吁作出协调一致的努力，支持摆脱胁迫和排斥的范式转变。哥伦比亚、澳大利亚和智障者权利国际强调必须考虑到个人的多重身份，这加剧了妇女和女童、儿童、老年人、男女同性恋、双性恋、变性人和双性人、土著人民、低收入或生活在贫困中的人以及生活在农村社区的人面临的不利处境和歧视。多民族玻利维亚

国建议，可以从土著人民的传统知识和价值观中获得新的思维和促进健康的方式，以加强个人在家庭和社区内的和谐。欧洲委员会议会代表宣布，议会加入其他有影响力的人权机构的行列，继续反对起草《奥维耶多公约》附加议定书。该议定书涉及“保护有精神障碍的人的人权和尊严——非自愿安置和治疗”。她呼吁撤回这一进程，因为这违反了《残疾人权利公约》，这一立场得到世界精神病学用户和幸存者网络和国际残疾人联盟的支持。世界精神病学使用者和幸存者网络反对任何强化现状的改革倡议，警告说这样的改革继续将精神病学和精神健康系统置于权力中心，并强调需要采取一种方法，恢复有社会心理障碍的人士的声音和权利，并以其为中心。

三. 议事情况概要

A. 背景情况：精神健康作为人权问题

11. 专题小组包括三位特别报告员、亚洲社区变革实现包融的一名代表和联合国儿童基金会(儿基会)的一名代表。讨论提到精神健康背景下的侵犯人权行为，涉及歧视和污名化，以及过度用药和使用强力。所有发言人都呼吁废除这些做法，并一致认为只有在家庭、学校、工作场所或医疗机构形成支持性和有利的环境，才能促进精神健康权，这样的环境可以解决健康的基本决定因素，如贫困、歧视、社会排斥和暴力，这些因素不成比例地影响到残疾人。所有发言人都强调，使用精神健康服务的人和有社会心理障碍的人，包括儿童、妇女、生活在贫困中或属于其他被边缘化群体的人，必须是关于他们的权利的讨论中的主要对话者。各国有义务在直接或间接影响到他们的所有事项中考虑他们的意见，包括发展精神健康服务。

12. 人人享有可达到的最高身心健康标准的权利问题特别报告员代纽斯·普拉斯博士揭露了无处不在的污名化、过度用药和使用强力，这些行为导致世界各地这些服务的使用者和有社会心理障碍的人士的权利被侵犯。他提到了精神病学和精神健康领域严重的权力不对称、生物医学模式的主导地位以及对知识片面的使用，这些都是实现权利的障碍。他声称危险性和医疗必要性的概念维持着现状，着眼于“纠正紊乱”。这种做法并没有现代证据作为支持，却继续被当作非自愿措施可作为“例外手段”的理由。

13. 残疾人权利问题特别报告员卡塔丽娜·德班达斯-阿吉拉尔同样也认为，强迫和排斥已成为大多数精神健康系统的规则，特别是在发达国家，继续允许实施诸如电休克疗法、精神外科手术和强迫绝育等非自愿的干预措施，以及其他侵入性、痛苦和不可逆转的治疗，这与《残疾人权利公约》相抵触。她表示反对欧洲委员会起草《奥维耶多公约》另一份议定书的倡议，因为这将使这些强制做法合法化。她呼吁欧洲委员会成员国站出来反对，因为这代表着权利保护方面一个不可接受的倒退步骤。她提请注意医疗系统内外所采取的良好做法和工具，可在危机中或紧急情况下提供解决办法和支持，并尊重医疗伦理和有关个人的人权，包括他们自主和知情同意的权利。这些做法包括个人协助、社会心理支持和住房的方案，降低了被机构收容和遭受肉体暴力与性暴力的风险。她回顾说，残疾人本身的参与是基于人权的发展的必要先决条件。

14. 酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚问题特别报告员尼尔斯·梅尔策与其他特别报告员一起谴责非法强制性机构收容和任何基于残疾的拘留，并指出这可能构成酷刑和虐待。他提请人们注意，有社会心理残疾的人士往往丧失了法律行为能力，这使他们得不到法律主管部门的关注，其中包括法院的程序，这可能导致他们在第三方同意下“自愿”被机构收容，出于约束或惩罚的目的而被迫服药，以及遭受其他侵入性的治疗，如强迫绝育、堕胎、避孕或电休克疗法，这也可能构成酷刑和虐待。

15. 亚洲社区变革实现包容的 Bhargavi Davar 提请特别注意亚太地区的情况。她表示传统的心理健康系统及其生物学方法是通过殖民体系输入的(如丧失能力的法律和监护)，并在制药产业的利益驱动下，通过更多使用药丸和机构的趋势得以维持。她警告说，这种做法、心理健康法规定的新形式的胁迫手段和强迫机构收容只能导致更多的暴力和侵权。她回顾说，法律行为能力、自由、平等、不歧视和包容是人权文书所载的人人享有的权利，《残疾人权利公约》呼吁所有残疾人享有权利，无一例外。她强调说旧的做法只会导致旧的结果，创新要得以涌现，必须采取新的办法。她重申只改革精神和丧失能力的法律是不够的，呼吁废除这些现行法律和暂停新的心理健康法。她列举了新出现的做法的例子，并呼吁进一步支持社区的新做法、摆脱机构收容的指南和试点方案、社区内的创新社会护理，以及所有与发展和人权有关的服务的观念转变。她呼吁以有社会心理障碍的人士为这一转变的中心和领导。

16. 儿基会的 Nina Ferencic 回顾说心理健康不良往往是儿童期间遭受暴力、情感忽视和虐待的直接后果，其中也包括被收容，而且对残疾儿童有着不成比例的影响，其家庭往往缺乏在家养育子女的信息和支持。她对心理健康的刑事化、控制和治安管控表示关切，因为在其他健康领域没有同样的现象。她强调了心理健康与少年司法的共同点，大多数被监禁的青少年都有心理健康或滥用药物问题，并曾经历过创伤的伤害，如肉体虐待、家庭暴力或忽视。她指出有必要采取措施，减少监禁，使青少年有机会获得更广泛的手段，帮助他们在社区中成长和发展。她建议医疗、教育、社会保护和法律体系联合开展工作，并直接与儿童、青少年、父母、教师、护理人、学校和社区合作，以提高对心理健康的认识，促进对儿童的支持。

17. 在互动对话期间，立陶宛、自闭症少数群体国际组织、赫罗纳保护支持基金会、欧洲心理健康、西班牙心理健康和人权观察社的代表发了言。立陶宛欢迎磋商，并呼吁继续努力在心理健康方面采取基于人权的方法。随后提出的评论和问题涉及：(a)《残疾人权利公约》绝对禁止基于“健康”的理由对自闭症儿童和其他人同等地进行收容；(b) 必须确保所有方法都以有社会心理障碍的人士者本人的意见为核心；(c) 鼓励符合《公约》的可带动法律改革的先行做法，包括培训专业人员。几个组织的代表呼应残疾人权利问题特别报告员的意见，表示反对《奥维耶多公约》附加议定书草案，并要求将其撤回。

18. 作为回应，小组成员欢迎对范式转变的支持，承认包括传统的精神治疗法在内的长期存在的障碍，并呼吁改变法律和态度，以及根除基于心理健康或其他健康状况对儿童的拘留。

B. 通过全系统战略改善精神健康的人权

19. 卫生组织的 Michelle Funk 博士阐述了卫生组织推动基于人权的精神健康方法“高质量权利倡议”，以及卫生组织与各国开展的工作：人权和精神健康能力建设；改革制度促进质量和权利，包括支持民间社会；支持符合《残疾人权利公约》的政策和法律改革，特别是在法律行为能力、自由、社区融入和消除暴力方面。她强调说“高质量权利倡议”等工具在转变态度、做法和服务供给方面产生了重大影响：尊重个人作出自主决定的权利，向人们提供有关治疗选择方案的信息，并结束强迫治疗、隔离和约束。她分享的成果显示暴力得以减少、更多地使用支持而不是强力，以及重新定位服务从而以康复为导向。卫生组织正在制定一项关于社区服务的最佳实践指南，社区服务的运作不依赖胁迫，支持康复，并促进自主和融入。

20. 普罗旺斯—阿尔卑斯—蔚蓝海岸区域健康协会的 Vincent Girard 博士介绍了“住房第一”方案。该方案在法国运作了 20 年，支持有社会心理障碍的人士的融入。虽然法国的精神健康预算在欧洲排名第二，但侵犯人权的现象依然存在：精神科的胁迫不断增加(2011 法律改革以来上升了 15%，而改革的目标是强化被迫住院的病人的权利)，近 4.5 万有社会心理障碍的人士流落街头，2.5 万人被关押在监狱。他解释说，“住房第一”的模式并不把接受护理或限制消费毒品或酒精作为获得住房的条件。有关人员得到一个小队的支助，小组成员包括同伴工作者，并由一个社工进行协调，而精神病医生并不掌控一切。他说干预是有效的，因为干预侧重于个人方方面面的需求，而不是减少症状，而且该项目的结果显示通过减少和预防住院，在节省开支和尊重人权方面产生了效益。他同意科学研究和项目必须用于对政策进行指导和改革，现行政策基于危险性和“纠正紊乱”医疗必要性，这是错误的观念，并没有现代证据的支持。

21. 智利大学的 Alberto Minoletti 博士对 1990 年至 2018 智利的精神健康改革作了概述，介绍了主要成果，其中包括社区精神健康服务的可得性、可及性和质量得以提高，有社会心理障碍的人士融入社会。多年来，在精神病院住院的人数减少，而且这些服务中的胁迫、虐待和暴力程度有所降低。法律改革措施包括保护接受治疗和参与研究的知情同意权、对非自愿住院进行限制、禁止精神外科手术、以及建立保护精神健康服务用户权利的监测机构。虽然仍然存在挑战，但这些变革增加了社区的包容性，耗费资源也相对较少。

22. 的里雅斯特 Azienda 大学综合医院的 Roberto Mezzina 博士介绍了意大利的精神健康改革。改革启动了去机构收治的进程，包括关闭精神病院(1978 年至 1999 年)和法医医院(2017 年)。1978 年的第 180 号法律承认人权是精神健康医疗的一个关键工具，引起了精神病学的转变，并使社区更广泛地提供福利和服务，聚焦于人而不是诊断。这种做法需要积极主动和果断的护理、对危机的快速反应、开放的大门、没有束缚、以及遵循选择、个性化和权利原则的连续护理和实践，目的是促进共同责任、对话、康复和早期支持。他介绍了威尼托地区的运作模式，该模式有一个设在综合医院内作为第一接触点的评估和应急单位，还有一个应用公开对话原则的家庭治疗小组。大约 94% 的精神健康预算用于社区，这促进了设计个性化的康复方案。这一做法总体上强调了自由不是护理的结果，而是护理的先决条件。他强调必须确保健康的社会决定因素，以便实现平等和克服排斥，其中包括家庭、工作、收入、社会支持和稳定的关系。他强调包括服务使用

者在内的利益相关方参与的重要性，强调应培育尊重个人意愿和偏好的治疗联盟，并将参与优先作为民主和社会正义的核心。

23. 人权专家 Amalia Gamio 博士提到，由于偏见和污名化，尊重精神健康方面的人权长期存在缺陷，这增加了诸如强迫治疗等侵权行为的风险，包括强迫绝育。她指出正如《残疾人权利公约》第十二条所载，对在法律面前获得平等承认没有给予足够的重视。她呼吁紧急进行结构性改革，明确禁止机构收容和强迫治疗，制定以社区为基础的战略，并确保各个层级的资源、能力建设和监测。她分享了 30 多个组织进行合作的正面事例，墨西哥继续允许非自愿关押的精神健康法案因此被成功撤消。她赞扬墨西哥城的政治宪章，该宪章明确承认所有个人的法律行为能力，将于 2018 年 9 月生效。

24. 在互动对话期间，多民族玻利维亚国、厄瓜多尔和民间社会的代表发了言，包括公民人权委员会、我们将取胜和精神健康西班牙等组织。来自多民族玻利维亚国和厄瓜多尔的代表分享了本国促进精神保健方面的人权的良好做法，包括优先重视社区内服务的质量和可及性，并通过参与决策进程消除社会排斥。发言者重申呼吁摆脱生物医学模式和剥夺自由的精神健康医疗，更多地关注根本原因和社会决定因素，以促进康复的方法。他们还呼吁更多地注意精神健康系统内多重和交叉形式的歧视，这对有社会心理障碍的女性产生了不成比例的影响。我们将取胜的代表分享了在挪威实行无药药房的例子，这是用户/幸存者组织提出的一项倡议，现已作为国家医疗系统的一部分在挪威所有区域实施。无药物的替代办法并没有威胁到基于社区的包容或支持，其目的是确保人在不被强制用药的情况下选择和接受支持，从而维持其自主和自决。但是她强调，这项措施不能取代旨在废除强迫治疗的更广泛的法律改革。

25. 作为回应，小组成员一致认为，需要更加重视处理对精神健康产生影响的社会决定因素。改善可及性和支持至关重要，但必须同时处理使用强力和胁迫，以促进融入和基于康复的方法，包括确保诉诸司法和寻求对侵权行为的救济。精神病学家不断演变的角色也被提及。精神病学家在开发创新做法方面可发挥重要作用，但许多仍精神病学家然对人权模式表示抗拒，因为这一模式将个人作为专家置于中心。小组成员提到需要有政治意愿推动在精神健康方面采取基于人权的方法。

C. 基于人权的服务和支持改善享有精神健康的人权

26. 心理恢复组织的 Olga Runciman 介绍了听见声音网络的工作，这项运动在 33 个国家精神病学之外的领域开展工作。她提到个人的案例，以说明精神病学是如何通过强迫一个人进入诊断角色来进行压制和控制。该案例涉及一名妇女，未经她本人同意而对她进行治疗和用药，没有采取任何步骤来探究与她过去经历的创伤有关的痛苦的原因，相反重点却是诊断她为精神分裂症和幻听。Runciman 女士最后说，听见声音运动和网络允许个人去寻找自己的声音，并允许其他听见声音的同伴互相帮助，需求意义和理解。该网络鼓励积极行动，提高公众对精神病学可能造成的伤害的认识。

27. Dganit Tal-Slor 介绍了社区可及作为纽约社会服务机构的经验。其任务是扩大精神健康状况的人的机会，使他们从创伤和歧视中恢复过来，并提倡负担得起的住房、教育、职业培训和以愈合为重点的服务。社区可及遵循以人为中心的方

法，促进自主决定、降低伤害、康复、尊严和人权。该组织发挥了关键作用，促进纽约开展同伴互助运动，并将同伴作为倡导者纳入了几乎所有的精神健康方案。该组织还在警区开展工作，为警官开发危机干预培训，使他们能够更好地了解危机中个人的挑战和需要。该组织的目的是与纽约市合作，发展由同伴和社会工作者组成的精神健康小组，作为响应紧急呼叫的急救人员。此外，该组织还与纽约市和纽约州合作，开发住院和急诊的替代方案。纽约市已启动了由同伴管理和运作的“休整中心”。Tal-Slor 女士说，该组织的大多数服务对象生活在贫困之中，其中许多人缺少食物和住所，而且系统未能认识到需要采取综合方法来支持和助力有精神健康状况的个人，首选的方法仍然是用药、在医院被迫接受治疗、以及强化“治疗依从性”作为获取服务的条件，包括获得住房。她指出用药和医院就诊比通过提供住房和就业培训实现融入更容易获得经费支持。

28. 非洲残疾问题论坛的 Michael Njenga 申明，《残疾人权利公约》第十二条以及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 年)确认同伴支持是行使法律行为能力的一种支助决策形式。同伴支持重视实际生活经验，因为同伴掌握知识和经验，可以支持在生活中经历困难时期的其他人，因此有助于促进紧急情况下决策时的自主权，是基于康复的服务和融入社区的必要组成部分。Njenga 先生介绍了肯尼亚精神病学的使用者和幸存者组织的工作。该组织记录了同伴支助如何作为支助决策的工具，促进个人的能动性和自主权，因为这为分享经验和信息提供了一个安全的空间，发展集体知识，提供建议和支持承担风险的尝试。他说同伴支持小组会议可能需要讨论日常决定和有法律与财务后果的决定。成员会在了解自己的人权的情况下讨论用药和治疗，在有人支助的情况下主张自己的人权(例如拒绝治疗)。他指出随着时间的推移，成员对自己的决定变得更加自信，并重新掌控自己的生活，成为有能力的主体，而不是沦为治疗的对象。他提到在肯尼亚的精神病学用户和幸存者组织的调查结果的推动下，肯尼亚政府承诺将推广他所介绍的行动，在全国范围内建立同伴支助小组。

29. 格拉斯哥大学的 Sashi Sashidharan 赞扬了《残疾人权利公约》所预期的范式转变，但对精神健康领域没有取得什么进展表示遗憾。尽管如此，他指出所有相关行动方都可以参与挑战当前范式的做法和经验，从而实现当前范式的逐渐偏离。他介绍了在每个社区精神健康小组中都聘用那些有精神健康问题实际体验的人的经验，他们的可以拿到平等的工资，这对于整合同伴支持，设立预先指示和确保治疗的选择产生了重大影响。此外，政府可以为服务设定简单的目标，从而减少依据精神健康法案进行收容的人数。Sashidharan 先生着重谈到设立解决危机家庭治疗小组的情况。家庭治疗小组可每周 7 天每天 24 小时提供服务，可在家中支助陷入危机的人，从而有助于减少强制收容的人数。他对挪威的无药替代方案的实例表示赞赏。他提出，最困难的挑战是改革目前法医精神病学的做法，因为没有证据证明其有效性，尽管 18% 的精神健康资源被用于把人关在精神病院里。

30. 在互动对话期间，世界精神病学用户和幸存者网络、印度尼西亚精神健康协会、包容性政策中心、自闭症少数群体国际组织、我们将取胜、多民族玻利维亚国和大不列颠及北爱尔兰联合王国的代表发了言。提出的问题包括：与独立于精神健康系统的同伴支持的好处；精神病治疗作为获得例如住房等公共服务的前提条件；如何去医疗化，将资源投入社区内不需要依附于精神健康系统的支助服务；以及挑战针对自闭症人士的歧视的必要性，这些歧视基于病理学和诊断，进

而会导致否定保护和尊重自闭症人士的身份的预防措施和治疗手段。多民族玻利维亚国对医疗的资金投入和生物医学的视角表示关注，联合国强调需要迫切处理污名化、虐待、强迫治疗以及非法或任意收容问题。关于《奥维耶多公约》附加议定书草案，人们赞扬葡萄牙退出这一进程，并呼吁其他国家效仿这一良好榜样，履行《残疾人权利公约》所载的义务。

31. 小组成员就精神病治疗作为服务的先决条件的问题作出了各种反应，强调精神病治疗应该是多种选择中的一项。小组成员警告说精神科医生组织的同伴工作有可能使传统治疗合理化，可能消解同伴运动的能力，并强调有必要采取有助于增强个人能力的方法。有人申明优先事项应是确保自主性和尊严，恢复有社会心理障碍的人士的声音、权力和选择权，还需要精神健康从遏制模式转变为康复和包容模式。小组成员介绍了同伴支持和同伴认证方面的正面案例，并指出同伴支持有助于克服被强行从社区中带走(通过强迫住院)造成的创伤。他们注意到同伴支持在与警察和医院工作人员联络以预防这种创伤方面的积极影响。发言者强调，缺乏关于精神病治疗中使用强力的益处的研究和证据，相反，事实上一些调查结果记录了遭受强迫治疗的人的负面经验和持久的愤怒。结论是在精神健康的情境中仍然发生着侵犯人权的现象，这造成了不平等的扩散，而这种情况又因相互交错的身份而复杂化。任何成功的改革都需要在精神科和临床实践中改变观念，超越精神病治疗的生物学模式。

D. 改进打击歧视、污名化、暴力、胁迫和虐待的做法

32. 专题小组由联合国人口基金(人口基金)、联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)、红十字国际委员会(红十字会)、人权观察社和挪威阿克斯胡斯大学医院的代表组成。小组成员强调了精神健康对于总体健康、人权和尊严的核心作用。所有小组成员一致认为，为了促进融入和精神健康，必须解决多种形式的歧视和不平等现象，涉及青年、妇女、艾滋病病毒/艾滋病感染者、生活在贫困中的人、生活在农村地区的人，包括有社会心理障碍的人士在内的残疾人，以及其他有多重身份的人。小组成员提倡以人为中心的方法，使社区成为变革的推动者，包括权利持有人参与方案和服务的设计和执行业务，并对他们进行培训。

33. 人口基金的 Monica Ferro 强调，精神健康是性健康和生殖健康与权利的组成部分，精神健康问题可能会由于在关于生殖的决定中缺少选择而产生，并可能伴随受孕、怀孕、分娩、产后护理、以及与堕胎、流产、艾滋病病毒/艾滋病和切割女性生殖器官有关的事件的心理因素而产生。她建议将精神健康纳入所有与性和生殖健康权利有关的政策、战略、方案和统计之中。她提到精神健康的决定因素，并强调性别歧视往往导致对妇女权利的有害影响，例如妇女遭受性暴力的可能性更高，妇女遭受创伤后应激障碍十分普遍，女性与症状相同的男性相比诊断患抑郁症的比率更高，由于缺乏经济资源，女性在获得生殖健康服务方面面临更大的挑战。

34. 艾滋病规划署的 Tim Martineau 强调，艾滋病病毒感染者与其他被边缘化和被污名化的群体一样，抑郁症程度十分严重，因为他们担心自己的状况被批露，担心无法获得治疗。歧视和排斥往往因种族、性取向和年龄等其他层面的身份而恶化，并导致进一步的隔离和更差的健康结果，以及由于普遍的污名化而加剧的暴力和压迫的风险。艾滋病规划署将人权和健康置于其应对艾滋病工作的中心，通

过其全球监测系统集中注意力进行预防、开展治疗和保护人权，打击污名化和歧视，促进问责。约 170 个国家向全球监测系统报告关于歧视、污名化和社区赋权的指标。艾滋病规划署还与其他机构进行了全球倡导，支持各国消除污名化和歧视，改进监测、法律、普法工作和司法救济，提高立法者的认识，以及面向医护人员进行能力建设以提高护理质量。Martineau 先生强调了对社区作为变革的推动者进行赋权的重要性。

35. 红十字委员会的 Milena Osorio 分享了关于红十字委员会精神健康和社会心理支持部门的信息。该部门旨在帮助武装冲突、暴力和灾害的受害者。红十字委员会的干预措施在 50 个国家的 105 项多学科方案中得以实施，并提供了一整套全面的服务，通过各个层次的护理消除污名化和歧视。她具体指出，她所在的部门支持酷刑的受害者、亲属失踪的家庭、暴力的受害者和伤员。该部门应用包容和多学科的方法与社区和个人合作，设计方案，向专业人员提供培训，提供结合身心健康、社会心理、社会与经济支持和保护的全面服务。

36. Kriti Sharma 介绍了人权观察社对全世界 25 个以上国家侵犯有社会心理障碍人士权利问题的调查。人权观察社发现，有社会心理障碍的人经常遭受污名化和歧视，而且往往不享有基本人权。她呼吁废除使胁迫常态化的法律和政策，包括非自愿治疗、电休克疗法和使用约束手段等做法。她指出负责保护有社会心理障碍的人士的权利的官员中可能存在普遍的偏见，即使进行了关于权利和精神健康的培训，由于不了解对支持的需求，他们也经常诉诸于隔离和强力作为默认的反应。为了改变关键行为者的观念，他们需要亲眼目睹现行制度的缺陷，也需要熟悉各种情况下的良好做法，包括人道主义情况下的良好做法。她呼吁加强残疾人代表组织与主流民间社会之间的合作，以解决多重和交叉的污名化和歧视形式。

37. Peter McGovern 分享了与卫生组织“高质量权利倡议”合作开展面向精神健康人员的培训的经验。该倡议提供了一个变革性和切实可行的框架，将《残疾人权利公约》所载的基于权利和以康复为导向的方法转化为面向服务和使用者使用的现实。培训必须包括所有利益相关群体的代表，包括医疗专业人员和政策顾问，以及具有使用相关服务实际经验的人，并需要开展讨论，通过案例分析明确在服务中被剥夺的权利，探讨变革的障碍以及如何克服障碍。“高质量权利倡议”消除了阻力，联系了参与者，形成了势头，以一种不同的方式向人们提供支持。参与培训的人一致认为，基于权利的做法不仅使服务使用者受益，也有利于服务提供者。McGovern 先生强调说，培训是对行动的号召，也是对日常变革的指导，并举例说明经过几天的培训后，关于在危机情况下使用胁迫性做法的态度发生明显改变，明显更加尊重个人自主为本人作决定的权利。他最后说，培训的结果是产生了对服务改进计划共同的责任感，这为更广泛的风气变革开辟了机会，促进了在支持精神健康方面转向基于人权的方法。

38. 在互动对话期间，澳大利亚、多民族玻利维亚国和秘鲁的代表，以及转向替代办法和康复国际网络、精神健康欧洲、智障者权利国际、精神健康西班牙、国际残疾人联盟、精神病学的用户和幸存者网络、人权观察社、自闭症少数群体国际组织、听见声音网络、印度尼西亚精神健康协会和的里雅斯特 Azienda 大学综合医院的代表发了言。秘鲁代表解释说，政府承诺扩大社区中心在精神健康方面的作用。玻利维亚代表强调该国国家卫生服务部门中的精神健康系统中吸取了土著的医术，两者整合成一个全面的系统。澳大利亚代表谈到了对边缘化人群的多重歧视，例如土著人民、男女同性恋、双性恋、变性人和双性人，并介绍了通过

在这些社区中促进对健康问题的影响的认识和了解而减少健康服务中污名化的方案。民间社会的与会者呼吁消除精神健康服务中的胁迫，提供有效的法律保护 and 补救措施，使权利持有人、有社会心理障碍的人士、自闭症儿童和成年人成为所有倡议的中心，强调他们的声音不得由父母或家庭成员所取代，这些人往往被法律赋予权力限制其权利(通过对受监护的残疾妇女的强迫避孕)。良好的做法受到关注，包括美洲人权委员会为保护被收容的残疾人的生活 and 人格完整而采取的预防措施，从而使他们重新融入社会的第一批命令；即将于 2019 年在肯尼亚举行的转向替代办法和康复国际网络的会议侧重于幸存者和服务使用者、人权倡导者、精神病医生和从业人员之间的对话，以发展替代传统精神病学的非医疗和非强制性方法；欧洲精神健康开展了编撰胁迫替代措施的做法的工作。国际残疾人联盟发出警告，反对通过《奥维耶多公约》附加议定书的草案，精神健康欧洲赞扬葡萄牙在反对该文书方面的领导作用。

39. 在回应中，小组成员提到了通过提高意识和培训打击负面的陈腐观念和克服污名化，促进有社会心理障碍的人士在媒体中的积极形象，并扩大他们的声音，确保他们始终是所有倡议的核心。

四. 结论和建议

40. 最后，联合国人权事务副高级专员凯特·吉尔摩强调了在人权、身心完整和享有精神健康关键交叉领域实现包容的全面议程的重要性。她特别感谢相关倡导者、活动家以及有实际生活体验的人士，他们处于这一变革进程的前沿。她指出基于权利的变革始终源自那些权利被剥夺者的愿景。今后的工作必须对他们负责，对他们的视角、观点和经验负责。吉尔摩女士强调，许多直接违反权利的原则和宗旨的做法仍然存在，例如强迫收容、强迫治疗和将有精神健康状况的人视为为刑事罪犯。在这些情况下，本应是权利的主要朋友的法律往往成为权利的主要敌人。她谴责非法使用法律来进行控制和歧视，谴责将法律转化为对享有权利的威胁。她最后说每个人都负有了解的责任：变革触手可及，变革可以负担，而且合理。因此她呼吁所有行动者共同设计有关服务，共同努力创造有利于健康的环境。

41. 酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚问题特别报告员提出了向前迈进的具体建议。他强调迫切需要废除允许残疾人被收容的立法，并确保定期审查任何关于收容的决定，包括由人权专家、国家人权机构、国家预防机制、民间社会和国际机制进行独立监测的框架。此外，各国必须通过立法，承认生活在社区和得到支持的有社会心理障碍的人士的法律行为能力。因此，各国应制定社会福利法，向需要援助的人提供各种形式的支持服务，从而促进摆脱机构收容。他强调制定关于自由和知情同意的指南至关重要，也强调了收容对有社会心理障碍的人士的治疗和生活条件的影响。此外，还必须对监狱工作人员进行充分的培训，提高他们的意识。他强调必须承认对残疾人实施的暴力和虐待构成酷刑或其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚，以便为受害者和倡导者提供更强的法律保护，防范这些侵权行为。他最后呼吁实现一个包容的社会，结束边缘化和歧视。

42. 残疾人权利问题特别报告员强调了关于心理健康领域迫切需要改变的强烈共识。占主导地位的生物医学模式已造成越来越多有社会心理障碍的人士遭受排斥，导致自主权和独立性的丧失，并强化了强迫治疗、暴力和强迫绝育。需要建立以证据为基础的尊重人权与自由和知情同意原则的社区体系和干预措施。她对良好做法的不断增加表示欢迎，这确认了强迫治疗和收容是有害的和不必要的。她呼吁各国作出更大的政治承诺，实施前进的步骤，通过有社会心理障碍的人士的参与和合作，解决心理健康问题的社会决定因素，包括住房支持团体、临时护理、个人协助服务和其他手段。《残疾人权利公约》和《2030 年可持续发展议程》为确立基于人权的新话语提供了机会，这种话语促进包容，反对隔离。没有心理健康就不可能有可持续发展，没有人权的心理健康就等于压迫。她呼吁联合国系统将改革的迫切需要化为内在动力，并促进各机构和合作行动者之间的合作。她申明如果继续无视有社会心理障碍的人士的人权，心理健康的议程将无法向前推进。

43. 人人享有可达到的最高身心健康标准的权利特别报告员指出，磋商表明已就系统失败的根本原因达成了一致意见，并就应对这些挑战所需的行动达成了一致意见：消除暴力和生物医学干预，这导致侵犯人权，使服务使用者和服务的提供者都产生绝望，服务的提供者“被迫使用强力”。为了促进心理健康，个人应该处于健康和尊重的关系中，其中包括服务提供者 and 使用者之间的关系，而强迫措施妨碍了这一点。他强调所有利益相关方必须共同努力，认识到促进心理健康的最佳途径是充分融入基于人权的方法，并在所有情境中培育关系。他最后说未来对每个人都是多赢的局面，包括精神科医生，他们应该放弃对权力的垄断，分担责任，而国家应作出更坚定的承诺，越来越多的大量有能力的用户将发挥领导作用。

44. 鉴于讨论内容，提出了下列建议。

45. 各国应通过包括所有利益相关方在内的集体进程重新审查关于心理健康的生物医学方法，该方法维持着心理健康服务从业人员与使用者之间的权力失衡的状态。心理健康服务的使用者、有心理健康状况的人士和有社会心理障碍的人士应在开发心理健康服务的概念框架的工作中发挥领导作用，包括其设计、交付和评估。

46. 各国应确保所有医疗和服务都基于有关个人的自由和知情同意，包括所有精神医疗和服务，废除允许使用胁迫和强制干预的法律规定和政策，包括目的在于纠正或修复实际的或认为的缺陷的非自愿住院和收容、束缚手段、精神外科手术、强制用药和其他强迫措施，包括那些允许第三方的同意或授权的手段。各国应重新界定这些做法，承认这些做法构成酷刑或其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚，而且是对心理健康服务的使用者、有心理健康状况的人士和有社会心理障碍的人士的歧视。各国应废除规定替代性决策的法律，确保他们与其他人一样平等地享有和行使法律行为能力，并提供：一系列支持自愿决策的机制，包括同伴支助，尊重他们的个人自主权、意志和偏好；在支持的安排中防止滥用和不当影响的保障措施；以及分配资源以启动支持和确保支持的可及性。

47. 各国应实施以人为中心的和基于人权的支持和服务，其中包括心理健康。这些支持和服务依托社区，鼓励参与，尊重背景和文化，并有助于和促进社会参与。这些服务应该在人们居住的社区提供，以确保他们的家庭和个人网络不会受

到破坏，而且能够得到促进和加强。各国应评估执行这类服务的多种战略，与用户建立伙伴关系，包括用户主导的服务，例如同伴支助，并提供可获得的服务，包括在危机情况下的非强制性空间、支持和休整，例如无药空间。

48. 各国应加强数据收集工作，并开展和资助以证据为基础的参与性研究，研究应包括服务的使用者和有社会心理障碍的人士，以便明确在精神健康方面存在的多重和交叉歧视形式，并评估服务产生的影响；设计并提供可及的和负担得起的非强制性空间、支持和休整，并尊重个人的自由和知情同意。应鼓励国际合作行动方为履行这些努力提供资金和技术援助，并避免开展或支持违反《残疾人权利公约》的项目或研究。

49. 各国应修订和通过立法，打击对精神健康服务的使用者、有精神健康状况的人士和有社会心理障碍的人士的污名化和歧视。各国应实施诸如卫生组织的“高质量权利倡议”等培训方案，以便针对心理健康专业人员、从业人员和决策者开展能力建设，以实施《残疾人权利公约》要求的基于人权和康复的方法。作为补充，各国还应设计和实施宣传运动和方案，提高社区意识，以消除针对精神健康服务的使用者、有精神健康状况的人士和有社会心理障碍的人士的负面陈腐观念、标签化、污名化和歧视。他们应发挥核心作用，参与所有培训和提高意识方案的设计和实现。

50. 各国应确保精神健康服务的使用者和有社会心理障碍的人士能够诉诸司法，包括在诉讼中保持其法律行为能力，以挑战精神健康方面的侵犯人权的行为，并确保为个人提供补救和赔偿，同时通过法律和政策改革与能力建设实现系统变革。

51. 各国应制订和执行涉及精神健康的基本决定因素的政策和方案，其中包括多重和交叉形式的歧视、获得社会保护的权利、获得住房、水和环境卫生的权利，工作权，以及独立生活和被社区接纳的权利。

52. 各国应立即采取步骤，通过参与性的方式制定行动计划，并最大程度利用其现有资源，包括国际合作，以逐渐摆脱机构收容。各国应在法律中承认获得支持服务的权利，使独立生活和融入社区成为可能，并确保根据个人的意愿和偏好提供和安排支持。摆脱机构收容的计划应包括开发社区支持服务，不再推广使用生物医学或胁迫的方法。

53. 鉴于在整个磋商过程中，与会者对欧洲委员会正在进行的进程表示关切，即起草《在生物学和医学应用中保护人权和人类尊严公约》（《奥维耶多公约》）的附加议定书，与会者表示关于“在非自愿安置和治疗方面保护精神障碍者的人权和尊严”的附加议定书草案违反了《残疾人权利公约》。欧洲委员会成员国应评估通过这项文书对其根据《残疾人权利公约》和其他人权法所承担的国际义务可能产生的影响，特别是关于接受精神健康服务的治疗中的个人自由和知情同意的权利。在通过可能违背其维护残疾人权利义务的立法或文书之前，《残疾人权利公约》的所有缔约国都应审查自己的相关义务。

Annex

List of participants

States Members of the Human Rights Council

1. Australia, Brazil, Chile, China, Croatia, Ecuador, Germany, Hungary, Japan, Mexico, Panama, Peru, Slovakia, Slovenia, Spain, Switzerland, Togo, Ukraine, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Venezuela (Bolivarian Republic of).

States Members of the United Nations

2. Bolivia (Plurinational State of), Bulgaria, Canada, Colombia, Cyprus, France, Gabon, Greece, Israel, Italy, Lithuania, Luxemburg, Maldives, Monaco, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Romania, Thailand, Turkey.

Intergovernmental organizations

3. European Union (EU), International Committee of the Red Cross (ICRC), International Labour Organization (ILO), Parliamentary Assembly of the Council of Europe, United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO).

Non-governmental organizations in consultative status with the Economic and Social Council

Special

4. Association for the Prevention of Torture (APT), CERMI Spanish Committee of Representatives of People with Disabilities, Disability Rights International, Du Pain Pour Chaque Enfant, Fundacion Vida — Grupo Ecologico Verde, International Disability Alliance, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USP-K), World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP).

Other non-governmental organizations

African Disability Forum (ADF), Autistic Minority International, Akershus University Hospital, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Trieste — ASUITs, Citizens Commission on Human Rights, Centre for inclusive Policy, CEPGL, Citizens Commission on Human Rights Europe, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Indonesian Mental Health Association, International Network toward Alternatives and Recovery, Mental Health Europe, Psycovey, Salud Mental España, SHI Swiss Health Invest, Support-Fundació Tutelar Girona, The Global Campaign for Mental Health, Transforming Communities for Inclusion Asia, Universidad de Chile, University of Glasgow, We Shall Overcome.