联合国 E

经济及社会理事会

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2005/51
11 Febuary 2005
CHINESE
Original: ENGLISH

人权委员会
第六十一届会议
临时议程项目 10

经济、社会、文化权利

人人有权享有最佳身心健康问题

特别报告员保罗·享特提交的报告*

* 本报告迟交是为了尽可能列入最新资料。

GE. 05-10892 (C) 160305 180305

内容提要

本报告根据委员会第 2004/27 号决议的要求，概述了人人有权享有最佳身心健康问题特别报告员自向大会提交其第二次临时报告(A/59/422)以来所开展的部分活动。

在其 2003 年 2 月提交人权委员会的初次报告(E/CN4/2003/58)中，特别报告员表示打算特别关注歧视与轻蔑问题，人权委员会第 2003/28 号决议对这一侧重点表示赞成。

就此而论，特别报告员的本报告是专门为最受忽视、处于社会最边缘地位和最易受伤害的群体——心理残疾者编写的。

享有最佳身心健康的人权内容复杂，范围极广。特别报告员在履行其任务过程中，逐步找到一种阐述这一权利的共同办法，目的是使其更易于理解。

本报告一.A 节采用这一共同办法来探讨心理残疾和健康权问题。例如，报告是从自由、应享权利、不歧视与平等、参与和国际援助与合作等不同角度来审议这一问题的。

二.B 节扼要着重阐述了需要特别关注的三个心理残疾问题：智力残疾、融入社会的权利和同意治疗。

报告最后提出一些简要的结论和建议。

目　录

	段　次	页　次
导言	1 - 5	4
一、心理残疾和健康权	6 - 93	5
关于术语的说明	18 - 22	7
A. 发展中标准和义务	23 - 75	9
1. 部分无约束力的国际文书	24 - 30	9
2. 残疾与享有最佳身心健康的人权	31 - 32	10
3. 逐步实现和资源限制	33 - 37	11
4. 自由	38 - 41	11
5. 应享权利	42 - 45	12
6. 可提供、可获得、可接受和优良质量	46	13
7. 尊重、保护和实现	47 - 50	14
8. 不歧视与平等	51 - 58	15
9. 参与	59 - 61	16
10. 国际援助与合作	62 - 66	17
11. 监测与问责制	67 - 75	18
B. 选定问题	76 - 90	19
1. 智力残疾	77 - 82	20
2. 融入社会的权利	83 - 86	21
3. 同意治疗	87 - 90	22
二、结论和建议	91 - 93	23

导　言

1.　人权委员会第 2003/31 号决议规定了人人有权享有最佳身心健康(“健康权”)问题特别报告员的任务。特别报告员在 2002 年接受任命之后，向委员会提交了一份初次报告(E/CN.4/2003/58)，概述了他在完成其任务时打算采取的方法，包括贫穷、歧视和健康权等主要专题。

2.　2003 年，特别报告员向大会提交了一份报告(A/58/427)，其中特别审议了指标和基准问题，以及艾滋病毒/艾滋病和健康权问题。2004 年特别报告员向人权委员会提交了一份报告(E/CN.4/2004/49)，其中特别审议了性健康权和生殖健康权、尼日尔减贫战略和被忽视的疾病。他还提交了一份对世界贸易组织的访问报告(E/CN.4/2004/49/Add.1)。人权委员会第 2004/27 号决议注意到特别报告员的报告，请他继续从人权各个角度对被忽视的疾病这一问题作出分析，并请他向委员会第六十一届会议提交一份有关他在完成任务过程中所开展的活动的报告，同时向大会提交一份临时报告。本报告是按照第 2004/27 号决议的要求提交的。

近期开展的活动

3.　2004 年，特别报告员向大会提交了一份报告(A/59/422)，其中特别从健康权的角度审议了与健康有关的千年发展目标。在 2004 年期间，特别报告员应秘鲁(6 月 6 日至 15 日)和罗马尼亚(8 月 23 日至 27 日)等国政府的邀请，分别对这两个国家进行了国别访问。特别报告员在其任务框架范围内出席了各种会议。例如，他在纽约会见了千年项目、千年运动和儿童基金会的代表。他参加了国际卫生和人权组织联合会在荷兰乌得勒支举办的一个会议，和英国医生促进人权协会在伦敦组织的健康权问题会议。他定期就各种不同问题与世界卫生组织(卫生组织)进行联系，包括被忽视的疾病问题，同时他也多次与艾滋病规划署进行讨论。在卫生组织和联合国开发计划署/世界卫生组织/世界银行合设热带疾病研究和培训特别方案的支助下，特别报告员将于 2005 年完成一份有关被忽略的疾病和健康权问题的报告。

4.　2004 年 10 月，特别报告员在有效落实《德班宣言和行动纲领》政府间工作组上以种族主义与健康为主题作了发言。在华盛顿期间，他向美国公共卫生协

会年度大会、世界银行卫生、营养和人口司理事会会议以及由美国医生促进人权协会举办的健康与人权训练班作了发言。作为其与制药部门进行中对话的一部分，特别报告员在诺华公司可持续发展基金会主办的一次国际专题讨论会上，以健康权与制药公司的作用为主题作了发言。在纽约，他做了一次情况介绍，该活动由人权事务高级专员办事处和非政府组织人权委员会组织，并由国际人权服务社和哈佛公共卫生学院弗朗索瓦──泽维尔巴格诺德卫生与人权中心共同赞助。2004年12月，特别报告员向印度国家人权委员会和人民卫生运动举办的保健权问题国家公开听证会，提交了一份书面声明。

个别来文

5. 根据人权委员会所采纳的做法，特别报告员在审查期期间提交的有关具体个案 的资料以增编的形式发表(E/CN.4/2005/51/Add.1)。

一、心理残疾和健康权

6. 每四个人中就有一人在人生某一阶段会患上精神病。此外，此种疾病的发病率还在不断增长。今天，全世界大约有4.5亿人患有精神病或神经紊乱症，或者是有社会心理问题。但很少人得到治疗、护理和支持，即使得到，往往也是很不恰当。据估计，精神病和行为失常在全球疾病负荷中占 12%，而大多数国家用于精神健康的预算还不到其保健支出总额的1%。精神保健和支助服务往往不在医疗保险范围内。40%以上的国家没有制定任何精神保健政策，30%以上的国家没有任何精神保健方案。90%以上的国家没有包括儿童和青少年在内的精神保健政策。[1] 简而言之，精神健康属于健康权中最被严重忽视的部分。

7. 智力残疾者属于最受忽视的人，他们在社会中最“不起眼”。与此相应的是，也没有有关智力残疾者的估计数，但现有证据则表明这类患者数量相当大。智力残疾给个人及其家庭都会带来严重的个人、经济和社会负担。[2]

8. 在可得到精神保健和支助服务时，使用者的人权在这些环境中很容易受到侵犯。在隔离服务系统和寄宿机构，诸如精神病院、智力残疾者医院、疗养院、社会护理设施、孤儿院和监狱，此种情况尤其严重。

9. 特别报告员接到大量报告，反映心理残疾者长期、不当地被收容在精神病院和其他收容机构，他们在这些地方人权受到侵犯，其中包括：遭到其他使用者或工作人员的强奸和性虐待；被迫绝育；长时间被人用链条栓在污秽的床上，以及有时被关在牢笼里；暴力与酷刑；未经知情的同意施行治疗；未做任何处理(也就是未使用麻醉药或肌松弛剂)就使用电子休克疗法；[3] 卫生条件极差；和食物短缺。[4] 去年，在欧洲某一国家，一家精神病院就有 18 名患者因营养不良和体温降低等原因而死亡。

10. 虽说精神病院和其他寄宿机构中的虐待现象尤为普遍，但有关心理残疾者在社区设施中人权受到侵犯的情况报道也日渐增多。鉴于各国将要实行社区护理和支助，因此，如若不采取适当的保障措施，在这种设施中的侵权行为将不可避免地越来越多。

11. 监狱中不仅自杀率高，心理残疾病患率也高得惊人。在许多情况下，患有严重心理残疾的人虽然并未犯罪，或者只犯有轻罪，却被误判入狱，而不是给予适当的精神保健或支助服务。监狱条件极差，人满为患、无私密性、强迫隔离和暴力，往往使心理疾患更趋恶化。然而，即使是基本的精神保健和支助服务已初具规模，往往也很少有机会获得。[5] 最近的司法判例证明，被拘留的心理残疾者的许多人权极易受到侵犯。[6]

12. 其他群体也有特别易受伤害的问题。例如，心理残疾的妇女尤其易受到强迫绝育和性暴力的伤害，这是侵犯其性健康权和生殖健康权行为。[7] 少数民族和种族往往在获取精神保健和支助服务以及治疗方面受到歧视。土著居民通常受到忽视，尽管在安全措施严密的精神病院中自杀率在不断上升并且患者过多，但并未针对这一迫切需要专门为其开展精神病治疗和支助服务。

13. 心理残疾问题是所有国家共同的问题，它可能对个人及其家属的生活产生极大的影响。除了有时受到使人痛苦难熬的限制外，各种情况带来的耻辱往往导致对那些受影响者的歧视，而这又可能致使他们陷入社会边缘地位。正是这种个人与社会限制之间的相互作用引起心理残疾，而且常常剥夺那些受影响的人享有各种人权与基本自由的平等权利，包括教育权、工作权、被承认在法律面前具有人格的权利、隐私权、社会保障权、适足住房权、充分营养权和自由权。当此

种残疾带来的耻辱又加上基于性别、种族和族裔等其他因素的歧视，受影响者的人权就尤其易受侵犯。

14. 世界卫生组织建议以社区为基础提供精神保健服务以及支助服务，并按照环境最不受限制的重要原则，[8]尽可能将之纳入一般保健服务，包括初级保健。不过，在许多发展中国家，精神保健并未按照这一模式提供，而主要集中在大型精神病院中提供，社区中很少或根本不提供护理和支助服务。心理残疾者及其家属必须作出困难的选择，决定是否要远离居所和社区接受治疗，因而剥夺他们尽可能在社区生活与工作的权利。在许多国家，包括发展中国家，由于没有可获得的社区服务和社会住房，往往使心理残疾者无家可归，更深地陷入社会边缘地位。

15. 由于对心理残疾和新的社区服务模式和支持系统有了更多的认识，许多曾送入封闭式收容机构生活的心理残疾者，现在也表明他们能够在社区生活得充实而有意义。曾被认为无自主能力的人，也打破了陈旧观念，显示他们，如果得到适当的法律保护和支助服务。有能力独立生活。此外，许多因被诊断患有严重精神病而被视为永久或天生行为能力者的人，也证明完全康复是有可能的。不过，尽管取得了这些重大进步，在所有国家，心理残疾者依然是处于社会最边缘地位和最易受伤害群体之一。

16. 本章的目的是要阐明与心理残疾者有关的健康权。报告利用了大量资料来源，包括案例法、国际人权条约和无约束力的专门国际文书，诸如最近通过的《蒙特利尔智力残疾问题宣言》。特别报告员在其最近几次报告中，提出了处理广泛而复杂的健康权问题的共同方法，以期使问题更易于理解。这一共同方法从自由、应享权利、不歧视与平等、参与、国际援助与合作、监测与问责制等方面来审视健康权问题。在本报告中，一.A 节适用这一共同方法来阐述心理残疾问题，一.B 节则选出三个具体心理残疾问题，详细加以阐述。

17. 特别报告员根据其任务，主要着眼于心理残疾与健康权有关的方面。当然，心理残疾者有权享受全部人权。

关于术语的说明

18. 在讨论心理健康和心理残疾问题时，一个复杂因素是对最适当的术语尚未达成共识。精神疾病、精神失常、无智力能力、精神残疾、心理残疾、社会心

理问题、智力残疾和其他一些术语，使用时都有不同的内涵和意义。智力残疾，一度通常称为智力迟钝或障碍，现在有时称为发育障碍。此外，有的术语反映非常重要和敏感的辩论，比如，关于机能的“医疗模式”或“社会模式”的讨论。[9]

19. 特别报告员广泛听取意见后，决定采纳通用术语“心理残疾”。本报告中，总括术语“心理残疾”包括严重精神病和精神失常，比如，精神分裂症和焦躁和忧郁交替症；较轻微的精神病和精神紊乱通常称为社会心理问题，比如，轻微的焦虑症；和智力残疾，比如，除其他以外，因挫折综合病症和其他染色体异常病症，出生前后及出生期间脑损伤，以及幼儿期营养不良所造成的行为能力局限。“残疾”指各种机能障碍、活动受限和参与受限，无论是长期的还是过渡性质的。[10]

20. 因此，特别报告员在提到各种心理残疾者共同关切的健康权应享权利和自由以及他们常常受到的虐待行为时，使用的是“心理残疾”一词。不过，他强调说，该术语包含极其广泛的十分不同的状况，特别是两类状况，即心理残疾和智力残疾，两者的原因和效果是不同的。要使所有心理残疾者在平等和不歧视基础上享有其人权，这些差异对于必须如何解释和落实健康权具有至关重要的意义。由于篇幅所限，不可能通过健康权来具体探讨所有不同状况。不过，一.A 节着重提出有关心理残疾和健康权的一般准则，一.B 节则特别关注智力残疾者。

21. 本章也与没有诊断出精神病的人有关联，比如被认为患有精神病并因此接受治疗的人，以及那些没有心理残疾，但因政治、文化、社会、经济或其他原因而被送入精神病院的人。

22. 此外，精神保健权不仅仅关系到心理残疾者，它也与一般人息息相关。精神健康是健康的一个重要要素，而对所有人来说，精神保健权就是健康权的一个重要要素。在有的情况下，譬如发生冲突或其他人道主义灾难时，对整个人口的精神健康都带来极大的重负。特别报告员打算在下一次主要着眼于冲突情况下的健康权问题的报告中，大力关注冲突给精神健康带来的影响。

A. 发展中标准和义务

23. 在结合各种国际人权条约来审议心理残疾和健康权之前，特别报告员打算介绍一些对本章极有重要意义的无约束力的国际文书。[11]

1. 部分无约束力的国际文书

24. 大会 1991 年通过的《保护精神病患者和改善精神保健的原则》(“精神疾病原则”)，详细载列了有关精神病患者保健权和保健方面的最低标准、以及精神病院中任何其他人的权利。25 条原则包括与以下问题有关的广泛的承诺：护理和治疗标准，包括环境最少限制的权利；药物权；同意治疗；对未成年人和刑事罪犯的治疗；对非自愿住院的复查；知情权；申诉、监督和补救；以及其他等等。这些原则在有关融入社区问题上所持立场坚定而积极，特别承认每个精神病患者有权尽可能在其生活的社区内接受治疗和护理。[12] 尽管其中一些原则承认重要的权利和标准，但也有一些原则是有争议的，提供的保护不适足，特别是对于有关知情同意的问题。特别报告员将在一.B 节中再次谈这一问题。

25. 大会 1993 年通过的《残疾人机会均等标准规则》(“标准规则”)，载有广泛的承诺，确保残疾人在所有领域均可获得平等机会。22 条规则详细陈述了有关责任、行动和合作的重要原则，其中涉及医疗护理、康复、支助服务、提高认识、教育、就业、家庭生活、决策和立法等问题。有意义的是，这些规则都强调残疾人的参与权，以及残疾人组织所发挥的重要作用。[13]

26. 2004 年 10 月，在泛美卫生组织和卫生组织共同召开的一次国际会议上，各国代表、国际组织和民间社会包括智力残疾者及其家属代表，通过了《蒙特利尔智力残疾问题宣言》。简言之，《宣言》承认智力残疾者的人权，包括健康权在内，以及这一权利与其他权利之间的联系。

27. 另外还有许多重要的有关文书获得通过，包括大会 1982 年通过的《关于残疾人的世界行动纲领》、泛美卫生组织的《加拉加斯宣言》(1990 年)、欧洲委员会关于精神病与人权的建议 1235(1994 年)和关于保护精神病患者的人权和尊严的建议 10(2004 年)。[14]

28. 这些承诺的核心是一系列交叉人权原则，它们是实现心理残疾者的所有人权的基础，其中包括不歧视与平等待遇、参与、自主权和获得程序性保障的机会、问责机制与补救。

29. 这些文书的内容固然很有益处，也很详细，但有的内容却不够充分，需要重新修订，譬如《精神疾病原则》中的某些规定。此外，这些文书对国家没有约束力。同时对于国家落实有关精神健康的具有约束力的人权义务，未给予充分

的重视。正如秘书长在最近一份报告中所说，“宜对精神病院方面履行国家人权义务的情况进行更为详细的分析”。[15]

30. 《精神疾病原则》、《标准规则》、《蒙特利尔宣言》和其他与心理残疾有关的承诺，都与健康权有着密切的关联。按常识来看，在涉及基于条约的健康权时，这些专门文书应酌情作为解释性指南。当然，这是经济、社会和文化权利委员会所持的成熟观点。[16] 同样，由基于条约的健康权产生的各种概念框架和其他深刻见解，为与心理残疾有关的无约束力国际文书提供了有益的指导。适当地理解，与心理残疾问题有关的一般国际人权条约和专门国际文书可以相互补充，本章其余部分将着重说明这一点。

2. 残疾与享有最佳身心健康的人权

31. 《经济、社会、文化权利国际公约》承认人人有权享有最佳身心健康。尽管《公约》并未明确提到残疾是一种禁止的歧视理由，但经济、社会和文化权利委员会所通过的一般性意见认为《公约》禁止以残疾为由实行歧视。[17] 其他国际条约，比如《儿童权利公约》、区域条约，以及各国宪法和国家立法，都庄严载入了享有最佳身心健康的权利，并明确禁止以残疾为由实行歧视。

32. 健康权并不是身体健康的权利。它是一项享用有益于实现最佳身心健康的设施、商品、服务和条件的权利。各国应确保心理残疾者享有这类设施、商品、服务和条件，从而可以享有能达到的最高标准的健康。除了对设施、商品、服务和条件的应享权利以外，健康权还包括某些自由权。

3. 逐步实现和资源限制

33. 国际身心健康权有一个逐步实现和资源限制的问题。[18] 这涉及到许多重要方面。简单地说，所有国家在五年之内应当比它们现在所做的要好(逐步实现)。法律上要求发达国家达到的标准比要求最不发达国家达到的标准更高(资源限制)。

34. 不过，应当强调指出，国际健康权也提出了一些具有直接效果的义务。例如，国际健康权包含未经同意不做治疗的权利。享有此项自由权不受逐步实现或可获资源的影响。同不歧视的规定一样，这项权利直接适用。

35. 尽管身心健康权的许多要素受到逐步实现和资源限制的影响，但国家在促进实现该项权利方面仍然可以大有作为，即使资源十分有限。例如，资源极其匮乏的国家可以：在针对所有保健人员的训练课程中列入有关承认、护理和治疗心理残疾的内容；推动反对羞辱和歧视心理残疾者的公众宣传运动；支持成立代表精神保健对象及其家属的民间社会团体；拟订心理残疾问题现代政策和方案；缩小精神病院的规模，并尽量推广社区护理服务；涉及心理残疾者问题时，积极寻求捐助者和国际组织的援助与合作；等等。[19]

36. 本章列举了许多实例，说明发展中国家和发达国家在涉及心理残疾者和健康权时所能做的工作。不过，将首先介绍通过健康权来处理、分析和认识心理残疾问题的方法。

37. 本章不可能对逐步实现和可获资源的概念作出详细分析。例如，国家有义务最大限度地利用其可获资源促进实现健康权。逐步实现需要有指标和基准来监测心理残疾和健康权方面的进展。这些方面以及可获资源和逐步实现的其他特点，应当放在另外的场合来审查。[20]

4. 自　由

38. 健康权不仅含有应享权利，它还涉及不受歧视等自由。与心理残疾者、特别是与心理残疾妇女尤其相关的自由，包括对自己的健康与身体的控制权。心理残疾妇女极易受到强迫绝育、强奸和其他形式的性暴力，这些行为与其性健康权和生殖健康权及自由是完全相悖的。特别报告员指出，强奸和其他形式的性暴力对身体及心理均会造成创伤，并对精神健康产生消极影响。

39. 一些国际人权文书允许例外情况，即心理残疾者可能非自愿地进入医院或其他指定机构治疗。[21] 很显然，这种非自愿留医是对残疾人的自由，尤其是残疾人的自由与安全权的一种极其严重的干预。由于问题的严重性，国际和国家人权法就此种非自愿留医规定了许多程序性保障。此外，这些保障也产生了有意义的司法判例，最突出的是各区域人权委员会和法院作出的判例。[22]

40. 由于篇幅所限，特别报告员在本文中将不评述这些程序性保障，但他想要强调指出，在许多国家，这些保护措施并未得到遵守。例如，在有的国家，没有合格心理保健医师的指导，即将心理残疾者非自愿地留医，或送入不适当的设

施。[23] 心理残疾者往往也没有诉诸法院或法庭的机会，对他们的非自愿留医提出质疑。

41. 至关重要的是，这几段中所述健康权中的自由因素既不受逐步实现也不受可获资源情况的影响。通常的情况是，对心理残疾者实行非自愿留医，不仅仅是剥夺自由的行为，而且还涉及到未经患者知情同意而施行治疗问题。这个问题在下面第 87 至 90 段审议。

5. 应享权利

42. 健康权包含有权享受健康保护系统，包括保健和健康根本决定因素，这为人们享有最佳健康提供了平等机会。重要的是，护理和支助服务以及就医在确保心理残疾者的健康与尊严方面起到至关重要的作用。[24]

43. 各国应当采取步骤，确保实施有益于健康、尊严和融入的整套基于社区的精神保健和支助服务，包括医药、心理治疗、流动服务、急诊住院护理、住宿设施、心理残疾者康复、“最大限度地提高智力残疾者的独立性和技能的方案”、资助住房和就业、收入支助、对智力残疾儿童的包容性和适当教育，以及对一天 24 小时照顾心理残疾者的家属的替换护理。这样，就可以避免不必要的送入专门机构治疗。

44. 逐步增加干预，确保享有健康权机会均等，这需要训练足够的专业人员，包括精神病医师、门诊心理学医师、精神病科护士、精神病学社会工作者、职业治疗专家、语言障碍矫正专家、行为举止矫正专家，以及护理人员，以促进社区对心理残疾者的护理工作，使其充分融入社会。对于普通医师以及其他初级保健提供者，应当提供必要的精神保健和认识残疾问题的训练，使他们能够为心理残疾者提供第一线精神和身体保健。

45. 健康权以及保健应享权利都包括有权享受健康根本决定因素，其中包括适当卫生设施、安全饮水和适当食物和住房。[25] 心理残疾者受到贫穷的极大影响，通常表现为失去这些应享权利。从这一观点来看，精神病院以及心理残疾者使用的其他设施的条件往往也严重不足。

6. 可提供、可获得、可接受和优良质量

46. 分析框架或工具可加深我们对经济、社会和文化权利、包括对健康权的认识。在决策方面特别有益的一个健康权框架是，保健服务、商品和设施，包括健康根本决定因素，应当是可提供、可获得、可接受的和优良质量。[26] 这一分析框架适用于精神和身体保健，以及有关的支助服务。每个部分都与国际心理残疾标准具有密切的协同关系：

(a) 在全国范围内必须有可供使用的数量充足的保健设施、商品和服务。这包括足够的精神保健设施和支助服务，以及在提供这些服务方面训练有素的医务工作者和其他专业人员。对某些心理残疾患者，还应当提供适足的基本药物，包括卫生组织基本药物清单所列的基本精神药物；[27]

(b) 可获得性有四个层面。首先，从身体和地理两个方面，换言之，就是残疾人在其身体可安全到达的地理环境内，必须可以获得保健设施、商品和服务，包括支助服务。这一点对基于社区的护理具有尤其重要的意义。其次，从经济上讲，使用者必须有能力获得保健设施、商品和服务，包括精神药物(即，买得起)。国家对精神保健通常不提供补贴，健康保险也不将其列入保险范围，这就意味着大多数需要此项服务的人可能担负不起这项费用。第三，提供精神保健和身体保健服务时，也不得以任何禁止的理由对接受者予以歧视。国家可能需要采取扶持行动，确保所有个人和群体，例如少数族裔和种族，在需要护理和支助时可平等获得此项服务。国家应当确保残疾人与社会其他成员在同一体系中享有同样水平的医疗服务，并且不会因基于对其生活素质和可能性的假定而受到歧视。[28] 第四个层面涉及信息的可获得性。心理残疾者的这项应享权利常常遭到否定，因为在涉及对其治疗和护理问题时，人们总是错误地判定他们没有作出或参与任何决定的能力。关于健康(及其他)事宜，包括诊断和治疗的信息，心理残疾者以及心理残疾儿童的父母必须有知情的权利；[29]

(c) 保健设施、商品和服务在文化上必须是可接受的，讲医德的。例如，对土著人民的精神保健和支助服务必须尊重其文化与传统。按照《精

神疾病原则》：“每个患者均有权以适合其文化背景的方式接受治疗”。[30]另外，他们也“应有权得到与其健康需要相适应的健康和社会护理”。[31] 此外，治疗和护理也“应按合格医疗人员所定个人处方计划进行，处方计划应与患者商议、定期审查，必要时加以修改”。[32] 在有的情况下，例如重度智力残疾，商议将有患者的监护人参与；

(d) 保健设施、商品和服务必须质量优良，包括科学和医疗适当性。这特别需要有熟练的医务人员和其他人员、基于证据的社会心理干预、经过科学核准的未过期药物、适当的医院设备、安全饮水以及适当的卫生设备。举例来说，在心理残疾的情况下，这意味着保健专业人员应当接受充分的精神保健训练，在精神病院和其他支助服务中必须确保有适足的卫生设施。

7. 尊重、保护和实现

47. 另一个有用的分析框架是，国际法明文规定国家有义务尊重、保护和实现健康权。前一段(可获得性等)所概述的框架在决策的情况下的确很有帮助，然而在增进对健康权，包括与心理残疾有关的健康权的法律分析时，尊重、保护和实现框架则格外有用。[33]

48. 尊重义务要求国家不得剥夺或限制心理残疾者平等获得保健服务以及主要健康决定因素的权利。国家也应确保在公共收容机构中的心理残疾者不被剥夺获得保健和有关支助服务或主要健康决定因素，包括饮水与卫生的机会。[34]

49. 保护义务意指国家应当采取行动，确保第三方不损害心理残疾者的健康权。例如，国家应当采取措施，保护心理残疾者，特别是妇女、青少年和其他特别弱势群体免受暴力侵害，在获取私营保健或支助服务时其健康权不受侵犯。

50. 实现义务要求国家在其政治和法律制度中承认健康权，包括心理残疾者的健康权，以确保该权利得以落实。国家应当为此目的采取适当的立法、行政、预算、司法、宣传和其他措施。[35]例如，国家应当确保人民享有最佳健康的权利和心理残疾者的健康权，适当反映在国家保健战略和行动计划以及其他相关政策，譬如国家减贫战略和国家预算中。[36]特别报告员指出，通过如下的精神保健法律、政策、方案和项目具有重要的意义：体现心理残疾者的人权并使他们能够就其生活作出选

择；在建立(和获取)优质精神保健设施以及获取护理和支助服务方面给予法律保护；制定保护心理残疾者的强力程序性机制；确保心理残疾者融入社会；并在全社会推动精神保健。[37] 患者权利宪章应当包含心理残疾者的人权。国家也应当确保心理残疾者及其监护人以及可能在精神病院住院治疗的其他人能够获得有关其人权的信息。

8. 不歧视与平等

51. 国际人权法禁止在获得保健和主要健康决定因素以及获取手段方面以身心残疾和健康状况等理由予以歧视。[38]

52. 各种形式的羞辱和歧视依然妨碍实现心理残疾者的健康权。例如，他们在获取一般保健服务时常常遭到歧视或接受这些服务时感受到羞辱，这可能使他们打消首先寻求护理的念头。社区、学校和工作场所中的羞辱和歧视行为，也可能成为一道障碍，使他们不敢寻求社会支助、诊断和治疗。

53. 尽管大多数家庭都为心理残疾的家庭成员提供无微不至的护理和支持性环境，但在有的情况下，耻辱感可能导致不适当地违背心理残疾者的意愿将其送入收容机构，有时收容机构并无适当的治疗和护理设施，并且患者的尊严和其他人权有受侵犯的危险。

54. 决定将心理残疾者孤立或隔离，包括不必要地送入收容机构，这本身就带有歧视性，并且有悖于国际标准明文规定的融入社会的权利。[39] 隔离和孤立本身也可能加深心理残疾所带来的耻辱感。特别报告员在一.B 节中还将探讨基于社区的护理问题。

55. 缺少有关心理残疾的准确信息，以及支助服务不充分，往往就会作出这些决定。传播有关心理残疾和残疾人的人权的信息，是消除耻辱和歧视行为的重要战略。国家有义务“提供有关社区主要健康问题的教育和信息”。[40] 为保健工作者以及有关部门的工作人员提供人权和认识残疾问题的训练，对于确保平等获得护理和尊重所护理的心理残疾者的人权和尊严，也是十分必要的。

56. 根据国际人权法，国家不仅有义务禁止歧视行为，它们还有义务确保心理残疾者在享有健康权方面机会平等。例如，除了有权同其他社会成员一样获得保健服务外，健康权还使心理残疾者享有获得和受益于特定医疗和社会服务的权利，

此种服务尤其有助于他们实现生活独立和自主，防止进一步残疾，并支持其融入社会。[41]

57. 这可能需要为特殊群体采取特别措施。例如，国家应当确保心理残疾或有心理社会问题的青少年有机会获得对其需要具有敏感认识的必要服务。[42] 儿童权利委员会强调指出，除其他以外，特别关注与残疾青少年的性特征有关的特殊需要尤其重要。[43]

58. 资源配置不当，可能导致无意识的歧视行为。[44] 至关紧要的是，大多数国家给予精神保健预算拨款数额很小，这对心理残疾者在机会平等的基础上享有健康权是一极大的障碍。

9. 参　与

59. 根据国际人权法，人人有权参与地方、国家和国际各级与保健有关的政策决策活动。[45] 心理残疾者有权参与影响其健康与发展的决策进程以及提供服务的各个方面，是健康权的一个组成部分，并且在《标准规则》和《蒙特利尔宣言》中得到确认。[46] 一些心理残疾者难以作出决定或表达其偏好，在这种情况下，应为其作决定提供支持。

60. 心理残疾者及其代表组织参与各个阶段的制定、执行和监测与精神保健和社会支持有关的立法、政策、方案和服务以及包括减贫战略在内的影响心理残疾者的更广泛的政策和方案是十分重要的。国家应当以肯定的态度请他们提出意见。作为护理与支持提供人，家庭成员在立法和政策进程中以及有关护理问题的决定中也可作出重要贡献。让精神保健使用者、其家属和代表组织共同参与，并在所有有关倡议的制定和实施中体现他们的观点，有助于确保心理残疾者的需要得到满足。

61. 尽管《标准规则》和《蒙特利尔宣言》都承认互助团体和自我支持团体等代表组织的参与具有特别重要的意义，但在世界许多地区，心理残疾组织的发展并不完善。[47] 为了确保遵守这些国际文书，国家应当支持发展和加强心理残疾者支持团体。在这方面，世界卫生组织最近的文献资料为各国卫生部提供了有益的指导。[48]

10. 国际援助与合作

62. 除了国内一级的义务以外，根据《经济、社会、文化权利国际公约》第二条第一款和《儿童权利公约》第四条，国家还有责任采取措施，开展国际援助与合作，以实现经济、社会、文化权利，包括健康权在内。发达国家对于这一责任尤其义不容辞，在最近举行的几次世界会议上，包括千年首脑会议和千年发展目标 8 所作的承诺，也都涉及到这个问题，这一点特别报告员在其提交大会的第二次报告中作了探讨。[49]

63. 各国也应当尊重其他国家的健康权，确保他们作为国际组织成员所采取的行动适当虑及健康权，并特别重视帮助其他国家达到最低限度的基本健康水平。

64. 对于捐助者来说，精神保健和支助服务不是优先保健领域。在捐助者提供财政援助时，有时支助的方案并不适当，譬如，重建一所损坏的精神病院，而这所精神病院是多年前根据现已名誉败坏的心理残疾概念修建的。捐助者为这种重建项目提供资金，实际上使极其不当的处理心理残疾方法又延长许多年。如果某一方案是将精神病院迁往偏远地方，致使患者无法维持或建立与社区的联系，捐助者为这样的方案提供资助也是不可接受的。[50] 如果某一捐助者希望援助智力残疾儿童，他不妨为基于社区的服务提供资金，以支助儿童及其家长，使这些儿童能够留在家中，而不是为偏远机构增加新设施提供资金，这类机构因地处偏远，即便儿童家长有可能探视，每月也只能探视子女一次。[51]

65. 特别报告员敦促捐助者考虑在心理残疾方面给予更多的和质量更好的支助。按照他们所承担的国际援助与合作职责，捐助者应当对以下广泛的措施给予支助：支持发展基于社区的适当护理和支助服务；支持心理残疾者、其家属和代表组织维护权益的活动；以及提供政策和技术专门知识。捐助者应当确保其所有方案促进对心理残疾者的平等和不歧视。有的机构已开始关注这些问题。[52] 例如，美国国际开发署(美援署)现在要求所有资金申请人应说明其方案将如何对残疾人有所助益。[53]

66. 国际援助与合作的另一个方面是国际机构在提供技术支助方面所发挥的作用。关于这一点，特别报告员强调说，他支持卫生组织和泛美卫生组织等组织所开展的出色的技术支助，以及它们出版的一系列有关立法和决策，包括人权方面的立法和决策的优秀手册和指南。[54]

11. 监测与问责制

67. 人权增强个人与社区的能力，承认它们所应享有的权利，并赋予他人以法律义务。至关重要的是，权利与义务需要有问责制：没有问责制的支持，权利与义务就可能沦于形式。因此，人权——或健康权——方法强调义务，要求所有义务承担者对其行为负责。这一点在涉及心理残疾者的人权时也同样适用。实际上，由于某些心理残疾者极易受伤害，制定有效、透明和可获得的监测和问责安排，就具有特别重要的意义。[55]

68. 为了便利实现心理残疾者和其他可能被送入精神病院的人的健康权，许多国家需要采取十分紧迫的步骤，其中一个步骤就是增强国家和国际两级的监测与问责制。

69. 国家一级：在许多国家，目前在精神保健方面尚未开展持续和独立的监测工作。即使健康权以及其他人权过于频繁地受到侵犯，但对此种侵权行为始终未予以重视。不仅大精神病院情况如此，社区环境也不例外。《精神疾病原则》强调指出："各国应确保实行适当的机制，促进对本套原则的遵守，视察精神病设施，提出、调查和解决控告事宜并为渎职或侵犯患者权利提起适宜的纪律或司法诉讼"。[56]

70. 缺乏监测机制，问题就尤为严重，因为心理残疾者，特别是那些被送入收容机构的患者以及在社区内生活的患者，当他们的人权受到侵犯时，往往不能使用独立有效的问责机制。造成这一状况的原因可能有多种，其中包括：患者的病症十分严重，无法独立地通过诉讼程序保护其利益；缺乏有效的程序性保障，比如被视为没有法律行为能力的人拥有私人代表的权利；缺乏获得法律援助的机会；以及对患者的人权和其他应享权利认识不足。在有的情况下，首先就根本没有任何独立的问责机制。

71. 除了指出有效的监测机制具有至关重要的意义以外，特别报告员还强调与心理残疾问题有关的问责程序和补救方法所起到的重要作用，包括获得护理和支助服务、歧视和参与等方面的问责程序和补救方法。必须有可为心理残疾者或其他适当人员服务的独立审查机构，以定期审查非自愿住院和治疗的案件。[57]独立审查机构必须有能力推翻非自愿住院的决定，如果它认定继续限制患者行动自由是不妥当或不必要的话。必须保证心理残疾者享有《精神疾病原则》和其他文书中明确规

定的所有程序性保障。[58] 另外，对于提出入院申请，但遭到拒绝的案件，审查机构也应有权进行审议。

72. 已有此种安排者除外，特别报告员敦促各国紧急考虑建立一个独立的国家人权机构，其任务包括增进和保护心理残疾者的人权。该机构应当拥有广泛的权力，以开展调查、举行公开询问，并就申诉作出决定。在得到适当资源的情况下，它应遵从《巴黎原则》并每年向议会提交报告。在适当情况下，国家不妨与人权高专办技术合作方案接洽，为建立此种机构获取援助。

73. 国际一级：无疑，与心理残疾者的人权有关的具体的国际标准门类繁多。不过，落实不力始终是一大问题。确定国际标准固然十分重要，但真正的目标还应当是有效执行。尽管社会发展委员会标准规则监测和执行情况特别报告员受权对标准规则执行情况进行国际监测，但《精神疾病原则》并未确立一种监测或问责机制。

74. 不过，各国际人权条约，包括《经济、社会、文化权利国际公约》、《儿童权利公约》、《消除对妇女歧视公约》和《消除一切形式种族歧视国际公约》与《公民权利和政治权利公约》，均为心理残疾者提供了保护。特别报告员鼓励各国在其缔约国报告中进一步关注心理残疾者的健康权问题。而对于各人权条约机构，则应鼓励它们在与各缔约国的讨论中，结论性意见和一般性意见或建议中更多地关注这些问题。对于有关民间社会组织，包括心理残疾者代表，也应鼓励它们与各条约机构以及人权委员会特别程序建立密切的工作关系。

75. 2001 年，大会通过了一项决议，其中决定设立一个特设委员会，审议关于增进和保护残疾人权利和尊严的全面和综合国际公约的建议。特别报告员非常欢迎这一事态发展，以及心理残疾者组织对此进程的积极参与。他强调说，该公约加强而不是淡化有关心理残疾者健康权的现有标准，它还规定严格的监测与问责制程序，这一点十分重要。[59]

B. 选定问题

76. 一.A 节从健康权的多种角度概括地审议了心理残疾问题，一.B 节则着眼于三个特定心理残疾问题：智力残疾；同意治疗；和融入社会的权利。当然，需要认真审查的其他特定心理残疾问题还有很多。这三个选定问题也同样需要做比本文

所论述的更加深入得多的处理。以下各段的目标不大，只是从心理残疾和健康权的角度扼要着重说明三个关键性问题。

1. 智力残疾

77. 多年来，人权界往往忽视残疾人问题。而在该群体中，心理残疾者经常又格外处于社会边缘地位。在心理残疾者当中，最受忽视的人是智力残疾者。[60] 换言之，智力残疾者多年来一直处于社会边缘之边缘地位。只是在最近，在扭转这一令人无法接受的状况方面才取得了一定进展。尽管如此，在为编写本报告进行研究的过程中，特别报告员得到的印象是，智力残疾者依然属于社会中最受忽视、也就是最“不起眼的”人群。在整个社会、保健专业以及人权界中，都存在忽视这部分人的现象。

78. 智力残疾“是大脑发育受到抑制或发育不全的状况，其特征是在认知、语言和运动与社会能力等方面的技能和全面智商下降”。[61] 简而言之，此种残疾的典型特征是智力机能减弱。[62] 就理解力、表达技能、关切的问题、不便之处和机能而言，智力残疾者之间也有许多差异，若采用通用处方，是格外冒险的。从病因、效果和需要来讲，智力残疾与心理残疾是截然不同的。尽管把智力残疾视为一种疾病有误导之嫌，但特别报告员首先关心的是智力残疾者与其健康权之间的关系。

79. 尽管存在差异，各种心理残疾患者，无论是智力残疾者还是心理残疾者，有许多类似的人权极易受到侵犯，当然，由于他们在无援助的情况下保护自身利益的能力大小不同，智力残疾者往往格外易受伤害。他们在不同的情况下也可能受到伤害。例如，智力残疾一直是拒绝患者使用器官移植和新生儿抢救等医疗程序的一个理由。[63] 这种推理本身就具有歧视性，涉及到健康权和生命权的重要问题。在治疗以及其他情况下，监护人职责被使用过度，最极端的做法是将智力残疾者送入精神病院。[64] 从治疗和社会角度看，这一做法都是不妥当的，它与智力残疾者的健康权、自主权、参与权、不受歧视权和融入社会的权利是不一致的。

80. 智力残疾者、特别是智力残疾儿童极易受到与其状况特别有关联的许多保健问题的影响。在有的情况下，他们可能没有学习健康行为的能力。由于这一原因，要区别智力残疾者的健康、教育、发展和其他方面的需要与权利，可能颇为困

难。对于智力残疾儿童，正如《儿童权利公约》所阐明的，目标是儿童“尽可能充分地参与社会，实现个人发展”。[65]

81. 在世界大多数国家，或许在所有国家，智力残疾者及其家属的支助和护理需要并未得到满足。智力残疾者经常需要针对其个人需要的专门支助服务。这可能包括康复、言语病理学、职业治疗法、物理疗法和行为疗法。此种服务的可获得性，以及适足住房、营养和教育等其他健康决定因素，在确保智力残疾者机会平等地享有健康权(和其他人权)方面起到重要的作用。鉴于护理与支助可能对重度智力残疾者的家属提出极高的要求，为这部分人提供支助也是十分必要的。对于某些智力残疾者及其家属，良好的环境可能包括有权使用小型、开放的社区机构，这类机构应配有稳定的工作人员和专门支助服务。

82. 2004 年通过的《蒙特利尔智力残疾问题宣言》承认与智力残疾有关的人权标准，包括健康权。根据该《宣言》，“对于智力残疾者，以及其他人，行使健康权需要充分融入社会、达到适足生活水平、接受融合性教育、获得有公正报酬的工作，以及有权享受社区服务”。[66]《宣言》也载列了其他重要标准，比如有关支助决策的标准。总之，在改变智力残疾者在健康权及其他人权方面所处社会边缘地位方面，《宣言》迈出了重要的第一步。

2. 融入社会的权利

83. 正如本报告其他部分所强调的，所提供的治疗和护理常常远离心理残疾者的居所和工作地点，同时还缺少基于社区的支助服务。这就剥夺了心理残疾者尽可能在其所在社区生活、工作和治疗及得到充分支助的权利。

84. 在所有有关心理残疾的现代标准中均着重强调基于社区的治疗、护理和支助的重要性，这可以看作是与将心理残疾保健服务视为初级保健一部分的趋势有关。例如，《加拉加斯宣言》(1990 年)的主旨就是推广基于社区的服务模式，将此种服务纳入社会和保健网络。1999 年通过的《美洲消除对残疾人一切形式歧视公约》提出了两个目标，其中一个目标是促进残疾人充分融入社会。《精神疾病原则》明确提及“有权在可能的条件下于社区内生活和工作”(原则 3)，“有权尽可能在其生活的社区内接受治疗和护理”(原则 7(1))，以及如果社区无法提供治疗和护理，应“有权尽快返回社区”(原则 7(2))。

85. 源自健康权和其他人权的融入社会的权利，普遍适用于所有心理残疾者。心理残疾者融入社会，对增强其尊严、自主、平等和在社会中的参与起到支持作用。它有助于防止将心理残疾者送入专门机构，这一做法有可能使心理残疾者的人权受到侵犯，并且由于隔离和孤立带来精神压力，从而损害患者的健康。融入社会也是一项重要战略，有助于消除对心理残疾者的羞辱和歧视。

86. 因此，将心理残疾者与社会隔离和孤立，与健康权以及所派生的融入社会的权利是不一致的，除非出于客观与合理考虑确有道理，有法可依，并经过严格审查和鉴定。

3. 同意治疗

87. 同意治疗是与心理残疾有关的最重要的人权问题之一。尽管这个问题经常在涉及人的自由与安全权以及禁止不人道和有辱人格待遇问题时会审议到，但很少在健康权的范围内审议。不过，同意治疗与健康权的一个重要要素密切相关，即控制自己健康与身体的自由。

88. 《精神疾病原则》承认，未经患者知情同意，不得施行任何治疗。[67] 这项原则与国际人权法的基本原则是一致的，例如个人自主权。但《原则》中这项核心规定还有诸多的例外和限定。本文这里不可能对这些复杂的例外和限定加以分析，实际上，它们所产生的总效果往往使知情同意权几乎毫无意义。

89. 根据特别报告员的经验，未经同意施行治疗的决定，经常是因不适当的考虑作出的。例如，有时出于对心理残疾的无知或耻辱感，以及工作人员的权宜之计或冷漠态度，就可能作出这种决定。这本身就与健康权、禁止以残疾为由的歧视和《精神疾病原则》载列的其他规定不相容。

90. 在这种情况下，保护知情同意权的程序性保障既要严密，又严格适用，尤其重要。由于目前情况不是如此，特别报告员建议，对这一重要的健康权问题重新紧急审议，以期在国际和国家两级更好地保护知情同意权。

二、结论和建议

91. 心理残疾问题在许多方面都受到忽视。许多国家没有为精神健康和支助服务划拨充足的预算资源，也没有制定适当的政策、方案和法律。在一些国家的护理制度下，心理残疾者的人权不是逐步得到实现，反而很可能遭到侵犯。国际组织历来不大关注精神健康问题，虽然卫生组织和泛美卫生组织在纠正这一不平衡状态方面都取得重要进展。捐助者很少在其政策中支持心理残疾者，或评价其政策对残疾人的影响，不过，也有迹象表明，此种情况已开始改变。尽管歧视和羞辱现象很普遍，民间社会组织，包括目前或以前受心理残疾影响的人的协会，在推动有关心理残疾和人权问题的辩论方面取得了显著进展。

92. 此外，在对这些问题的认识以及发展对残疾人的适当支助方面也在取得重大进展。这使心理残疾者有更多机会过上有尊严的生活，并在最大限度内确保他们的自主、参与和融入社会。要使这些事态发展有助于实现心理残疾者的人权、包括其健康权，政策和法律制定者加强对心理残疾的关注至关重要。

93. 特别报告员建议，各国应增强和扩大心理残疾领域的政策和法律主动行动，目标是确保心理残疾者享有健康权和其他人权。在适当情况下，他们应当请求卫生组织或泛美卫生组织提供技术合作，并请捐助者给予财政支持。各国应当将其卫生预算更多一部分用于精神健康方面，以此来发展预防工作以及基于社区的治疗和护理制度。对精神保健和支助服务的监测，以及为心理残疾者寻求补救提供适当机会的健全问责机制，各国也必须给予更多关注。人权方法，包括参与、自主、尊严和包容，应当成为所有这些及其他有关行动的指导方针。

注

1 World Health Report 2001, p. 3.

2 Ibid., p. 35.

3 The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment (CPT) has taken a strong stance against unmodified ECT; see CPT Standards: "Substantive" sections of the CPT's General Reports, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2003.

4 See Mental Disability Rights International (MDRI)/Asociación Pro Derechos Humanos, *Human Rights and Mental Health in Peru* (2004); Mental Disability Advocacy Centre, *Cage Beds: Inhumane and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries* (2003); Amnesty International, *Romania: Memorandum to the Government Concerning Inpatient Psychiatric Treatment* (2003).

5 See Human Rights Watch, *Ill-Equipped: U.S. Prisons and Offenders With Mental Illness* (2003).

6 See Human Rights Committee, *Clement Francis v. Jamaica* (1994); European Court of Human Rights (ECHR) *Keenan v. UK* (2001); Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) *Victor Rosario Congo v. Ecuador* (1998).

7 See K. Raye, *Violence, Women and Mental Disability* (MDRI, 1999).

8 World Health Report 2001, pp. 89-91.

9 See WHO, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2000.

10 WHO, *ICF*.

11 Also see G. Quinn, T. Degener, *Human Rights and Disability, the Current Use and Future Potential of Human Rights Instruments in the Context of Disability* (HR/PUB/02/1, United Nations, 2002).

12 Mental Illness Principle 7 (1). Also see E. Rosenthal and L. Rubenstein, *International Human Rights Advocacy under the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness,* 16 International Journal of Law and Psychiatry (1993).

13 See Standard Rule 14 (2).

14 Adopted respectively by: General Assembly resolution 37/52; the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, convened by PAHO/WHO; and the Parliamentary Assembly of the Council of Europe.

15 A/58/181, para. 43.

16 CESCR, general comment No. 5, paras. 7 (b) and 34.

17 CESCR, general comment No. 5, para. 5; CESCR, general comment No. 14, paras. 18 and 26.

18 ICESCR, art. 2 (1).

19 See, *World Health Report 2001*, pp. 112-115.

20 For the Special Rapporteur's latest contribution about right-to-health approaches to indicators and benchmarks, see A/59/422.

21 See European Convention on Human Rights, art. 5 (1) (e) and Mental Illness Principle 16.

22 E.g., ECHR, *Winterwerp v. The Netherlands* (1979) and *E v. Norway* (1990). See, generally, L.O. Gostin and L. Gable, *The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health*, 63 Maryland Law Review (2004); L.O. Gostin, *Human Rights of Persons with Mental Disabilities: The ECHR*, 23 International Journal of Law and Psychiatry (2000); O. Lewis, *Protecting the rights of people with mental disabilities: the ECHR*, European Journal of Health Law 9 (4) (2002).

23 ECHR, *Varbanov v. Bulgaria* (2000) and *Aerts v. Belgium* (1998); African Commission on Human and Peoples' Rights, *Purohit and Moore v. Gambia* (2001); IACHR, *Victor Rosario Congo v. Ecuador* (1998).

24 Standard Rules 2-4.

25 CESCR general comment No. 14, para. 4.

26 CESCR, general comment No. 14, para. 12.

27 WHO, *Improving Access and Use of Psychotropic Medicines* (2004).

28 Report of the Special Rapporteur on disabilities of the Commission for Social Development on his third mandate, 2000-2002, annex; E/CN.5/2002/4, para. 28.

29 Annex, E/CN.5/2002/4, para. 30.

30 Mental Illness Principle 7 (3).

31 Mental Illness Principle 8 (1).

32 Mental Illness Principle 9 (2).

33 CESCR, general comment No. 14, para. 33.

34 Inter-American Commission on Human Rights, *Victor Rosario Congo v. Ecuador*, 1998.

35 ICESCR, art. 2.1, general comment No. 14, para. 36.

36 WHO, *Mental Health Policy, Plans and Programmes* (2004).

37 WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* (2005).

38 See para. 31 above.

39 CESCR, general comment No. 5, para .15.

40 CESCR, general comment No. 14, para. 44 (d).

41 CESCR, general comment No. 5, para. 34.

42 CRC, general comment No. 4, para. 22.

43 CRC, general comment No. 4, para. 35; UN Standard Rule 9 (2).

44 CESCR, general comment No. 14, para. 19.

45 CESCR, general comment No. 14, para. 11.

46 Standard Rules 14 and 18; Montreal Declaration, para. 6.

47 Standard Rules 14 (2) and 18; Montreal Declaration, para. 9 (d).

48 WHO, *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health* (2003), p. 5.

49 See A/59/422; Standard Rules 21 and 22 on International Cooperation.

50 See, for example, MDRI, *Not on the Agenda: Human Rights of People With Mental Disabilities in Kosovo* (2002).

51 Eric Rosenthal, et al., *Implementing the Right to Community Integration for Children with Disabilities in Russia: A Human Rights Framework for International Action*, 4 Health and Human Rights: An International Journal (2000).

52 National Council on Disability, *Foreign Policy and Disability* (2003).

53 See Consolidated Appropriations Act, 2005, Part D (Foreign Operations), Sec. 579.

54 See WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* (2005); E. Rosenthal and C. Sundram, *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation* (WHO: 2004); Modules included in the WHO *Mental Health Policy and Service Guidance Package* (www.who.int).

55 For some comments on accountability see the Special Rapporteur's second report to the General Assembly, paras. 36-46, A/59/422, 2004.

56 Mental Illness Principle 22.

57 Mental Illness Principle 17.

58 Mental Illness Principles 11 and 18.

59 For information on the draft Convention and the drafting process, see www.un.org/esa/socdev/enable/.

60 E.g., the Mental Illness Principles focus on psychiatric disability. There is a more extensive body of case law on psychiatric disability. However, two important

regional cases concerning intellectual disability are ECHR, *HL v. UK* (2004), and European Committee of Social Rights, *Autism-Europe v. France* (2002).

61 *World Health Report 2001*, p. 35. Also see WHO, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* (1992).

62 Although a diagnosis is made only if also associated with a diminished ability to adapt to the daily demands of the normal social environment, see *World Health Report 2001*, p. 35.

63 M. Rioux, *On Second Thought*, in S. Herr, L. Gostin, H. Koh, *The Human Rights of Persons with Intellectual Disabilities* (2003).

64 S. Herr, *Alternatives to Guardianship*, in Herr et al. (2003).

65 Art. 23 (3).

66 Para. 4.

67 Principle 11. See also A/58/181.