



大会

Distr.: General
16 July 2024
Chinese
Original: English

第七十九届会议

临时议程* 项目 71(b)

促进和保护人权：人权问题，包括增进人权和
基本自由切实享受的各种途径

极端贫困与人权问题

秘书长的说明

秘书长谨向大会转递极端贫困与人权问题特别报告员奥利维耶·德许特根
据人权理事会第 [44/13](#) 号决议提交的报告。

* [A/79/150](#)。



极端贫困与人权问题特别报告员奥利维耶·德许特的报告

倦怠经济：贫困与精神健康

摘要

在本报告中，极端贫困与人权问题特别报告员奥利维耶·德许特指出了使贫困人口面临更高精神健康问题风险的机制，并分析了即使在许多贫困者具有非凡韧性的情况下，精神健康问题如何能够导致贫困的持续。他呼吁各国从将精神健康视为个人问题的生物医学方法转向应对贫困的社会决定因素的方法。为了应对全球抑郁和焦虑浪潮，应开展更多行动消除贫困和不平等，并解决经济不安全感问题。

除了增加对精神卫生保健的投入外，特别报告员还将解决雇佣临时工制造成的心理社会风险、通过提供普遍基本收入加强社会保护、消除对精神健康问题的污名化，以及促进人们接触绿地以重新与大自然联系确定为优先干预措施。贫困与精神健康问题之间的恶性循环是我们当下专注于刺激竞争和绩效所付出的代价。在一个沉迷于增加经济总产出的社会，只要我们将福祉置于对经济增长的无尽追求之上，这些循环就可以被打破。

一. 导言

1. 极端贫困与人权问题特别报告员在其最近提交给人权理事会的报告中呼吁扩大消除贫困的工具箱，以指明消除贫困工作如何减少对提高以国内生产总值衡量的经济产出的依赖。他指出，一味追求国内生产总值的增长(他称之为“增长主义”)可能会适得其反。发展进程超过一定程度后，或者当经济增长具有掠夺性和剥削性时，其负面影响会超过其好处：随着社会整体变得更加富裕，环境压力增加，消费模式改变，催生新形式的社会排斥和不平等([A/HRC/56/61](#))。
2. 经济增长可以变得“不经济”的原因之一是，对增加物质消费和竞争的关注威胁到了精神健康。¹ 在本报告中，特别报告员探讨了贫困与精神健康不良之间的恶性循环。贫困导致精神健康问题，而精神健康问题又构成了摆脱贫穷的障碍。为了了解如何才能打破这种循环，我们必须了解其背后的机制。
3. 世界卫生组织(世卫组织)将精神健康定义为“一种心理良好的状态，使人能够应对生活压力，发挥自己的能力，有效学习工作，并为社区做出贡献”。² 世卫组织回顾，精神健康是“一项基本人权”并“对个人发展、社区发展和社会经济发展至关重要”。³ 然而，今天，全球有 9.7 亿人(占世界人口的 11%)有精神健康问题，⁴ 全球有 2.8 亿多人有抑郁症状，3.01 亿人身处焦虑。⁵ 每年约 70 万人自杀，自杀是 15-29 岁年轻人的第四大死因。⁶ 此外，在冠状病毒病(COVID-19)大流行的第一年，由于社会隔离和对经济的担忧增加，抑郁和焦虑的患病率增加了 25%。⁷ 气候变化和相关干扰，加上生物多样性丧失和污染，可能会进一步恶化精神健康状况。⁸
4. 精神健康问题的增加对个人和整个社会都有巨大影响。在全球范围内，精神健康问题每年造成 1 万亿美元的损失，其中抑郁症是导致健康不佳和残疾的主要原因；因此，为治疗抑郁和焦虑症投入资源将带来可观的回报。⁹ 在经济合作

¹ 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); and Byung-Chul Han, *Burnout Society* (Stanford, Stanford University Press, 2015).

² 世界卫生组织(世卫组织), “精神卫生”, 2022 年 6 月 17 日。

³ 同上。

⁴ 见 www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2。

⁵ 见 www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/analyses-and-syntheses/mental-health/global-strategic-direction。

⁶ 世卫组织,《2019 年世界自杀问题报告》(2021 年, 日内瓦), 第 4 和 7 页。

⁷ 世卫组织,“精神健康与 COVID-19: 疫情影响的早期证据”, 2022 年 3 月 2 日。

⁸ United for Global Mental Health, “The impact of the triple planetary crisis on mental health in low and middle-income countries”, 2024.

⁹ 见 www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/analyses-and-syntheses/mental-health/global-strategic-direction; and (for estimates), Dan Chisholm and others, “Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis”, *The Lancet: Psychiatry*, vol. 3, No. 5 (May 2016).

与发展组织(经合组织)成员国中，所有新的残疾福利申请中有三分之一至一半是由于精神健康原因，在年轻成年人中，这一比例估计超过 70%。¹⁰

5. 因此，精神病药物的处方急剧增长，仿佛问题仅仅由于大脑化学物质失衡或者仅仅局限于个人痛苦所致。然而，这种生物医学方法尽管可以帮助减少指责，也有利于制药公司，但却让人们忽略了更系统性的解决方案。¹¹ 精神健康危机并非源于血清素、多巴胺等神经递质的功能失调，而是源于对实现更高生产率的过大压力和对物质的无止境渴求。¹²

二. 精神健康问题与匮乏情况下的决策

6. 本报告重点关注贫困与精神健康之间的关联，有别于贫困人口可能面临的决策限制这一独立但相关的问题。

7. 面临资源匮乏的人们往往陷入一种矛盾境地。¹³ 一方面，匮乏迫使他们专注于满足需求的最关键方面，例如关注价格、寻找降低不必要开支的机会；同时，他们也会在抉择中更加始终如一，力求花费更少，从某种程度上说，他们“超级理性”，精于比较选项。然而，另一方面，匮乏可能成为一种“认知税”，使身处匮乏的人更难做出对自己最有利的抉择；这可能导致人们倾向于忽视更多选项，而是过度关注短期利益或过度规避风险，从而导致其决策与境况更好的人群有所不同。

8. 严格来说，匮乏对认知带宽和做出不过度忽视长期影响的理性决策能力的影响，与贫困对精神健康的影响是两个独立的问题。研究匮乏情况下决策的作者们并非认为“穷人的认知带宽更窄”，而是强调“所有人如果贫穷，都会有更低效的认知带宽”。¹⁴ 这种区别很重要。并非所有生活贫困的人未做出正确决定的情况都可以归咎于贫困对精神健康的影响；有些情况是贫困本身导致的，贫困会使身陷匮乏者对其处境产生特定的思维框架。

9. 与此同时，这种决策失误可能助长对贫困人口的负面刻板印象(特别报告员在之前的一份报告([A/77/157](#))中称之为“贫困歧视主义”)，从而导致轻则居高临

¹⁰ 经济合作与发展组织(经合组织)，《工作让你心累吗？关于精神健康与工作的迷思与现实》(2012年，巴黎)。

¹¹ 见 [A/HRC/44/48](#)，第 23 段；Brett Deacon and Grayson L. Baird, “The chemical imbalance explanation of depression: reducing blame at what cost?”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 28, No. 4 (April 2009).

¹² 见 [A/HRC/41/34](#)，第 81 段；[A/HRC/44/48](#)，第 9 段；James Davies, *Sedated: How Modern Capitalism Created Our Mental Health Crisis* (London, Atlantic Books, 2021)。

¹³ Sendhil Mullainathan and Eldar Shafir, *Scarcity: The New Science of Having Less and How It Defines Our Lives* (New York, Times Books, 2013). See also, Anandi Mani and others, “Poverty impedes cognitive function”, *Science*, vol. 341, No. 6149 (August 2013); and Ernst-Jan de Brujin and Gerrit Antonides, “Poverty and economic decision-making: a review of scarcity theory”, *Theory and Decision*, vol. 92 (2022).

¹⁴ Mullainathan and Shafir, *Scarcity* (2013), p. 66.

下的态度，重则歧视。此外，决策失败的影响可能是相似的，无论决策失败是源于身陷匮乏者的认知带宽更有限，还是源于抑郁或焦虑等精神健康问题。最后，本报告中提出的一些旨在解决贫困与精神健康之间恶性循环的政策建议，也对提高贫困人口在匮乏带来“认知税”的情况下做出正确选择的能力有意义。

三. 贫困和不平等如何导致精神健康问题

10. 2012年，人权理事会在第 21/11 号决议中核可《关于极端贫困与人权的指导原则》时，将“健康状况不佳的人更有可能成为穷人，而生活贫困的人更容易遭受事故、疾病和残疾”的机制确定为“贫困恶性循环的一个明显例子”。¹⁵ 在下文中，特别报告员先介绍这些联系，再分析如何处理这些联系。

A. 已证实的相关性

11. 大量文献资料表明，贫困与精神健康之间存在联系。2011 年对美利坚合众国 35 000 名成年人进行的一项研究发现，年收入低于 40 000 美元的人比年收入高于 70 000 美元的人更容易有精神问题。¹⁶ 在大不列颠及北爱尔兰联合王国劳动年龄人口中，6%以上的常见精神健康问题是由于陷入贫困造成的。¹⁷ 低收入和中等收入国家也存在类似的显著关联。¹⁸

12. 存在此种关联的原因显而易见。低收入者往往比家庭收入高的人群更晚寻求精神卫生服务，既因为他们获得这类服务的渠道有限，也因为他们对可及且负担得起的服务了解不足。¹⁹ 然而，他们所承受的经济不安全感是持久的压力来源，不利于精神健康：世卫组织 2013-2030 年精神卫生综合行动计划(2021 年更新版)指出，贫困家庭是最易受精神健康问题困扰的脆弱群体。²⁰ 此外，教育水平与收入之间存在相关性，受教育程度越高，通常身心健康状况也越好。²¹

¹⁵ 《关于极端贫困与人权的指导原则》，第 81 段。

¹⁶ Jitander Sareen, Tracie O. Afifi and Katherine A. McMillan, “Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study”, *Archives in General Psychiatry*, vol. 68, No. 4 (April 2011).

¹⁷ Rachel M. Thomson and others, “Effects of poverty on mental health in the UK working-age population: causal analyses of the UK Household Longitudinal Study”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 52, No. 2 (April 2023).

¹⁸ Crick Lund and others, “Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review”, *Social Science and Medicine*, vol. 71, No. 3 (August 2010).

¹⁹ Vijaya Murali and Femi Oyebode, “Poverty, social inequality and mental health”, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, No. 3 (2004).

²⁰ 见该行动计划第 10 段。

²¹ Clive R. Belfield and Henry M. Levin, *The Price We Pay: Economic and Social Consequences of Inadequate Education* (Washington, D.C., Brookings Institute Press, 2007).

13. 然而，导致精神问题的不仅仅是绝对贫困或物质匮乏本身，而是相对贫困或不平等，以及经济不安全感。²² 2006-2007年欧洲社会调查在23个欧洲国家收集了43 824名受访者的样本，显示在收入不平等程度较高的国家，个人报告的抑郁症状更多，尽管社会支持、自尊和乐观等应对资源可以缓解这种情况。²³ 2009年，抑郁症被认为是墨西哥损失健康生命年数的主要原因(影响6.4%的人口)，研究人员认为这一现象与高度不平等以及经济不安全感导致的绝望、恐惧和无力感有关。²⁴ 在巴西圣保罗市，生活在收入不平等程度中度或较高地区的人比生活在收入不平等程度较低地区的人患抑郁症的风险更高。²⁵ 同样，一项1975年至2011年涵盖26个国家的研究显示，精神分裂症发病率与收入不平等之间存在统计学意义上的相关性，研究人员据此认定，由于收入不平等对社会凝聚力和社会资本的侵蚀产生影响，生活在高度不平等社会中的人所承受的长期压力会使其面临患精神分裂症的风险。²⁶ 另一项涵盖50个国家和249 217人的跨国比较显示，在对人均收入这一变量进行控制的情况下，各种形式的精神病(导致幻觉、思想控制妄想和妄想情绪)与收入不平等存在相关性。²⁷

14. 人们提出了各种解释，将收入不平等与一般精神疾病、特别是抑郁症联系起来。根据欧洲生活质量调查的数据(包括来自30个国家和35 000多人的信息)，研究人员得出结论，存在这种联系的主要原因是更平等的国家中，将人们连结在一起的社会资本更高。²⁸ 事实上，社会资本为个人提供了一个更有利的环境，从而使他们能够更好地应对压力。社会资本促使社区采取集体行动，对政府问

²² Richard G. Wilkinson and Kate Pickett, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always do Better* (London, Penguin Books, 2009); Wagner Silva Ribeiro and others, “Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis”, *The Lancet: Psychiatry*, vol. 4, No. 7 (2017); A/HRC/41/34, 第41段。

²³ Ioana van Deurzen, Erik van Ingen and Wim J.H. van Oorschot, “Income inequality and depression: the role of social comparisons and coping resources”, *European Sociological Review*, vol. 31, No. 4 (August 2015).

²⁴ Shoshana Berenzon, Hector Sentíes and Elena Medina-Mora, “Mental health services in Mexico”, *International Psychiatry*, vol. 6, No. 4 (October 2009).

²⁵ Alexander Dias Porto Chiavegatto Filho and others, “Does income inequality get under the skin? A multilevel analysis of depression, anxiety and mental disorders in São Paulo, Brazil”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 67, No. 11 (2013).

²⁶ Jonathan K. Burns, Andrew Tomita and Amy S. Kapadia, “Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality”, *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 60, No. 2 (March 2014).

²⁷ Sheri L. Johnson, Erol Wibbels and Richard Wilkinson, “Economic inequality is related to cross-national prevalence of psychotic symptoms”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 50 (2015).

²⁸ Richard Layte, “The association between income inequality and mental health: testing status anxiety, social capital, and neo-materialist explanations”, *European Sociological Review*, vol. 28, No. 4 (August 2012).

责，从而改善医疗服务。社会资本还可能有助于减少危险行为，如成瘾。²⁹ 不平等与精神问题相关的另一个原因是，不平等可能加剧对地位的焦虑和对落后的恐惧，从而增加心理压力。³⁰ 2007年，在31个欧洲国家对34 000多人进行的一项跨国调查显示，在收入等级曲线的各个点上，地位焦虑都是在不平等程度较高的国家最高。³¹

15. 总之，尽管人均国内生产总值的增长提高了低收入国家的生活满意度，但超过一定的平均富裕水平后，收入不平等影响最大。实际上，一个国家的平均财富水平越高，人口组别间的收入分配情况对精神健康状况的影响就越大。然后收入不平等如同“病毒”一般，给所有人带来负面影响(因为不平等与更多精神问题和药物滥用相关)，而不仅限于最低收入群体。³²

16. 极端贫困(绝对贫困)和高度不平等(相对贫困)对解释精神健康问题的各自作用在不同国家存在差异，这在很大程度上是因为如何看待不平等，以及不平等是被视为个人的失败还是整个社会的挑战，可能是一个主要的解释因素。³³ 此外，这两种解释并不相互排斥：不平等确实会增加所有社会群体出现精神健康问题的风险，但贫困人口可能最易受到影响，因为他们获得医疗保健的机会更有限，且贫困可能加剧社会孤立，使他们的支持网络更少。

B. 制造不安全感：就业与社会保护

17. 就业领域和社会保障体系的变化是导致精神健康问题增加的重要因素，尤其是对低收入群体的影响更为严重。

18. 这些因素的共同之处在于与之密不可分的是对竞争力的追求以及以创新之名加速生活节奏，最终导致无安全感的环境。³⁴ 个体被卷入到可怕的相互竞争

²⁹ Ichiro Kawachi and Lisa F. Berkman, “Social capital, social cohesion, and health”, in *Social Epidemiology*, Lisa F. Berkman, Ichiro Kawachi and M. Maria Glymour, eds. (Oxford, Oxford University Press, 2000).

³⁰ Richard G. Wilkinson, “Health, hierarchy, and social anxiety”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 896, No. 1 (December 1999).

³¹ Richard Layte and Christopher T. Whelan, “Who feels inferior? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health”, *European Sociological Review*, vol. 30, No. 4 (August 2014).

³² Leandre Bouffard and Micheline Dubé, "Mental income inequality: a ‘virus’ which affects health and happiness", *Santé mentale au Québec*, vol. 38, No. 2 (Autumn 2013).

³³ 在南非，跨地区的比较并未显示抑郁与不平等程度之间的相关性，尽管这可能是因为所有地区的不平等程度都相当高。见 Kafui Adjaaye-Gbewonyo and others, “Income inequality and depressive symptoms in South Africa: a longitudinal analysis of the National Income Dynamics Study”, *Health and Place*, vol. 42 (November 2016)。

³⁴ David Stuckler and others, “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, *The Lancet*, vol. 374, No. 9686 (July 2009).

中，而政治上最无权、经济上最弱势的群体面对最沉重的“适应负荷”，即身体对不安全感的应激反应。³⁵

19. 不确定性、冲突、竞争、缺乏控制和信息不足所带来的压力会加速人体衰老。³⁶ 这些影响是可衡量的：在 2009-2011 年金融危机期间，希腊的年轻成年人面临的抑郁和焦虑程度明显高于瑞典的年轻成年人，甚至头发样本显示，前者对压力的保护性反应(皮质醇的分泌)减弱。³⁷ 研究发现，加拿大低收入家庭儿童的压力激素水平远高于平均水平，这表明父母因经济不安全感而承受的压力对儿童产生了生物学影响。³⁸

1. 工作领域的变革

经济不安全感

20. 经济冲击对抑郁率和自杀率有重大影响。在印度，当气温超过 20 摄氏度时，气温每上升 1 摄氏度，每天就会增加约 70 起自杀事件，特别是在农作物生长季节，因为这种气候冲击会导致农作物歉收。³⁹ 在印度尼西亚，极端降雨造成的农业减产和收入减少导致农民抑郁率和自杀率上升；现金转移支付可以减轻这种影响。⁴⁰

21. 在较发达的经济体，全球化和经济结构调整造成的经济不安全感是心理困扰的一个主要原因，贫困人口或最有可能陷入贫困的人群受到的影响尤为严重：面临这种不安全感的人通过吸毒或酗酒来寻求安慰，他们自杀的风险也更高——Ann Case 和 Angus Deaton 称之为“绝望之死”，指出没有大学文凭的工人阶级白人男性受到的影响尤为严重。⁴¹ 一项关于 1999 年至 2001 年奥地利工厂关闭的研究表明，男性在抗抑郁药和相关药物以及因精神健康问题住院方面的支出大幅增加。⁴² 同样，研究人员在评估全球竞争加剧对美国受影响最严重

³⁵ Gabor Maté and Daniel Maté, *The Myth of Normal: Illness, Health and Healing in a Toxic Culture* (London, Penguin Books, 2022), p. 276.

³⁶ E. Ronald De Kloet, “Corticosteroids, stress, and aging”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 663, No. 1 (November 1992).

³⁷ Åshild Faresjö and others, “Higher perceived stress but lower cortisol levels found among young Greek adults living in a stressful social environment in comparison with Swedish young adults”, *PLoS One*, vol. 8, No. 9 (2013).

³⁸ Sonia J. Lupien and others, “Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state”, *Biological Psychiatry*, vol. 48, No. 10 (November 2000).

³⁹ Tamma A. Carleton, “Crop-damaging temperatures increase suicide rates in India”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 114, No. 33 (2017).

⁴⁰ Cornelius Christian, Lukas Hensel and Christopher Roth, “Income shocks and suicides: causal evidence from Indonesia”, *The Review of Economics and Statistics*, vol. 101, No. 5 (December 2019).

⁴¹ Anne Case and Angus Deaton, *Deaths of Despair and the Future of Capitalism* (Princeton University Press, 2020).

⁴² Andreas Kuhn, Rafael Lalive and Josef Zweimüller, “The public health costs of job loss”, *Journal of Health Economics*, vol. 28, No. 6 (December 2009).

的县(即工业工厂关闭风险较高的县)的影响时发现，这一变化导致自杀率和相关死因率上升，尤其是在白人男性中。⁴³

失业与就业不足

22. 精神健康问题也与失业密切相关。早在 60 年前，就有研究表明，在英国，失业几乎使药物滥用和药物依赖的几率翻了两番(即使在对其他社会人口变量进行控制后)，并使抑郁症、焦虑症和强迫症的几率增加了一倍多。⁴⁴ 最新的研究证实了这种联系，⁴⁵ 特别是因为失业往往会导致社会参与减少。⁴⁶ 事实上，一项涵盖美国康涅狄格州纽黑文 3 170 名受访者的研究表明，在对与亲友疏离的程度这一变量进行控制后，贫困的影响大大减少。这表明不是失业导致的收入损失而是由此导致的社会孤立解释了社会地位和身体状况与重度抑郁症存在关联的原因。⁴⁷

23. 然而，失业是否会增加抑郁的风险，在很大程度上取决于所提供的补偿的性质。如果失业者领取失业补助或其他基于社会保险的福利计划的津贴(根据以前的收入和工作经历发放)，这种风险不会明显增加，而领取社会福利或没有任何福利的失业者的抑郁指数则要高得多。⁴⁸ 2011 年至 2014 年对德国 4 842 名参与者(18 至 65 岁)进行的一项研究表明，在失业者领取家计调查社会福利的情况下，即使根据社会人口因素、个人净收入和社会孤立风险的差异进行调整，失业也是导致精神健康受损的一个风险因素。⁴⁹ 这可能是由于社会救助被污名化，与懒惰、依赖和不愿工作的形象联系在一起，而社会保险计划中的应享福利则被认为是一种“劳动得来的”权利。⁵⁰ 这应被视为一个警示信号，因为发达国

⁴³ Justin R. Pierce and Peter K. Schott, “Trade liberalization and mortality: evidence from US counties”, *American Economic Review: Insights*, vol. 2, No. (1) (March 2020)。具体而言，该研究评估了 2000 年 10 月给予中国永久性正常贸易关系地位的影响，这一变化使美国各县不同程度地因其产业结构面临更激烈的国际竞争。

⁴⁴ Howard Meltzer, Nicola Singleton and Alison Lee. *Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000: technical report*. Her Majesty's Stationery Office (2002).

⁴⁵ Paula Acevedo, Ana I. Mora-Urda and Pilar Montero, “Social inequalities in health: duration of unemployment unevenly effects on the health of men and women”, *European Journal of Public Health*, vol. 30, No. 2 (April 2020).

⁴⁶ Lars Kunze and Nikolai Suppa, “Bowling alone or bowling at all? The effect of unemployment on social participation”, *Journal of Economic Behavior and Organization*, vol. 133 (January 2017).

⁴⁷ M.L. Bruce and R.A. Hoff, “Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 29, No. 4 (1994).

⁴⁸ E. Rodriguez, K. Lasch and J.P. Mead, “The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment”, *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, vol. 27, No. 4 (1997).

⁴⁹ Andrea E. Zuelke and others, “The association between unemployment and depression—results from the population-based LIFE-adult-study”, *Journal of Affective Disorders*, vol. 235 (August 2018).

⁵⁰ Clare Bambra, “Yesterday once more? Unemployment and health in the 21st century”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64, No. 3 (March 2010).

家最近的福利国家改革包括：加大“从福利到工作”政策的力度、缩小失业补助的人口覆盖范围、提高领取资格门槛、增加领取失业补助需履行的义务。

24. 未充分就业，即由于缺少全职工作机会而被迫从事非全时工作，也增加了心理压力的可能性。一项涵盖 8 000 多人、历时 18 年的英国住户小组调查显示，从全职就业转为就业不足导致压力增加，其中只有 10% 可以用工作收入和对工作保障的看法来解释：关键的解释因素是个人感到自己对社会的贡献没有得到足够的重视。⁵¹

工作中的精神健康风险

25. 就业本身就带来一系列心理社会风险。后福特主义的工作组织方式放大了这种风险。高工作负荷和提高产量的压力，以及对任务表现缺乏控制，都导致压力增加和健康状况不佳。⁵² 事实上，一些研究表明，从事一份低质量的工作(缺乏控制、要求高且复杂、工作无保障、薪酬不公平)甚至会导致比失业更糟糕的精神健康状况。⁵³

26. 2022 年《世卫组织工作场所精神卫生指南》列出了此类风险，这些风险可能来自工作的设计方式(工作零散或无意义，以及技能未得到充分利用的工作会增加风险)、工作量和时间压力、工作时间安排、对工作组织方式缺乏控制、工作环境条件差、组织文化、工作中的人际关系(包括社会或身体孤立、欺凌、骚扰或微攻击)、工作中的角色定位、职业发展，或兼顾工作和个人生活或拥有双重职业的能力有限。

27. 尽管所有这些心理社会风险都应予以考虑，但在特别报告员为编写本报告而主持的磋商中，工作时间安排问题尤为突出。在一个全天候运作的第三产业经济中，不固定的工作和“准时制”的生产流程组织已成为常态，工作时间安排由劳动力管理算法决定，以便人员配置与需求严密契合，在这种情况下，工作时间安排越来越不稳定且不可预测，工作时长不固定，每周的时间安排提前很短时间通知，轮班安排经常在最后一刻发生变化。2014 年，美国 54% 按小时计酬的工人提前不到两周收到排班通知，41% 的工人提前不到一周收到通知。⁵⁴

⁵¹ Victoria Mousteri, Michael Daly and Liam Delaney, “Underemployment and psychological distress: propensity score and fixed effects estimates from two large UK samples”, *Social Science and Medicine*, vol. 244, No. 112641 (January 2020).

⁵² Ted Schrecker and Clare Bambra, *How Politics Makes Us Sick: Neoliberal Epidemics* (Springer, 2015), p. 53.

⁵³ P. Butterworth and others, “The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey”, *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 68, No. 11 (November 2011).

⁵⁴ Susan J. Lambert, Peter J. Fugiel and Julia R. Henly, “Precarious work schedules among early-career employees in the US: a national snapshot”, research brief issued by Employment Instability, Family Well-being, and Social Policy Network at the University of Chicago, 27 August 2014.

28. 这种不可预测性增加了家庭经济的不安全感，而且导致工作与生活的冲突增加、⁵⁵ 睡眠质量下降和心理压力增加。2016年至2017年，一项针对美国80家大公司27 792名零售和餐饮服务从业人员的调查显示，不规律的工作时间或轮班制与心理压力之间存在密切关系。与提前两周以上收到排班通知的工人相比，那些提前不到3天或只有3到6天收到通知的工人境况明显更差，尤其是在他们对排班安排没有掌控的情况下。同样，与那些上固定白班的人相比，工作时间不固定的受访者对生活的满意度也有所下降，同时与至少提前一周收到排班通知的受访者相比，提前零天或仅提前几天收到通知的受访者对生活的幸福感要低得多。值得注意的是，不固定且不可预测的工作时间安排对心理压力、睡眠质量和幸福感的影响甚至比低收入的影响更为显著。尽管不固定且不可预测的工作时间安排对精神健康的部分影响可归因于家庭经济不安全感的加剧(因为每周和每月的收入会根据工作时长而变化)，但造成这些影响的主要原因是这种工作时间安排方式给工人兼顾工作和私人生活带来困难，即难以陪伴家人、难以妥善处理家庭或个人问题，或难以满足家庭需要。⁵⁶

29. 失业、未充分就业以及与后福特主义工作重组相关的职场心理社会风险等这些不同的因素对低收入工人的影响最为严重。⁵⁷ 因此，这造成了双重不公正：低薪工人不仅生活拮据，难以支付账单，还面临更高的精神健康风险。

2. 改变社会保护

30. 改善收入保障对于预防精神健康问题至关重要。有研究表明，相较于贫困本身，疾病或家庭破裂等生活环境的变故更容易引发精神健康问题，而个体往往对此束手无策。⁵⁸ 还有充分证据表明，经济冲击带来的担忧和不确定性，导致收入波动加剧，甚至仅仅是对这种冲击的预期，都是抑郁症的重要诱因。⁵⁹ 这凸显了社会保障权和基于权利的社会保障最低标准在预防精神健康挑战方面的重要性：例如，一项涵盖2004年至2012年巴西家庭补助金现金转移支付方案1.14亿名受益人的研究表明，家庭补助金对降低自杀率有影响。⁶⁰

⁵⁵ Julia R. Henly and Susan J. Lambert, “Unpredictable work timing in retail jobs: implications for employee work-life conflict”, *ILR Review*, vol. 67, No. 3 (July 2014).

⁵⁶ Daniel Schneider and Kristen Harknett, “Consequences of routine work-schedule instability for worker health and well-being”, *American Sociological Review*, vol. 84, No. 1 (February 2019).

⁵⁷ Guy Standing, *The Politics of Time. Gaining Control in the Age of Uncertainty* (Pelican Books, 2023), p. 193.

⁵⁸ Jishnu Das and others, “Mental health and poverty in developing countries: revisiting the relationship”, *Social Science and Medicine*, vol. 65, No. 3 (August 2007).

⁵⁹ Matthew Ridley and others, “Poverty, depression, and anxiety: causal evidence and mechanisms”, *Science*, vol. 370, No. 6522 (December 2020).

⁶⁰ Daiane Borges Machado and others, “Relationship between the Bolsa Família national cash transfer programme and suicide incidence in Brazil: a quasi-experimental study”, *PLoS Medicine*, vol. 19, No. 5 (2022).

31. 然而，自 1990 年代以来，全球化、社会老龄化(特别在富裕国家)、就业关系的非标准化以及新社会风险的出现(主要是由于技术的快速变革加速了技能过时)带来了压力，因此，即使在最发达经济体，福利制度也经历了重大转型。⁶¹ 社会救助与失业救济逐渐合并，社会救助越来越多地规定受益人须积极寻找工作或接受就业培训，而失业救济的金额和领取期限则大幅削减。求职者与公共职业介绍机构之间的关系已经“契约化”，目的是使双方都“负责”，并强制要求求职者接受“合适”的工作，对合适工作的定义普遍扩大，依据是求职者应具有“灵活性”并应适应就业市场的迫切需求。这造成了社会保障本身不可靠：社会保护与对受益人行为的监督挂钩，不再是防止贫困完全可靠的保障。

32. 特别报告员在先前的报告中指出，对领取社会保障福利进行过度筛选和规定严格的附加条件可能导致领取率下降，从而削弱其在减少贫困方面的效力([A/HRC/50/38](#))。此外，这些转变造成了更大的不安全感，增加了受益人精神健康受到影响的风险。例如，联合王国在 2013 年至 2018 年期间分阶段推出的“通用信贷”就说明了这一点。“通用信贷”将先前六项为面对失业、残疾和低薪就业等困境的人群提供住房和生活费用的计划整合，从而优化社会支持。“通用信贷”还引入了严格的条件并辅以制裁，表面上是为了更好地激励申请人就业，确保领取福利“最大限度地提高申请人的责任感和自给自足能力”。⁶² 前特别报告员在 2018 年 11 月访问该国后，表示担心“通用信贷”会恶化受益人的精神健康状况(见 [A/HRC/41/39/Add.1](#)，第 47 段)。这种担心现在似乎得到了研究的证实：一项研究表明，“通用信贷”的推出在推动个人就业方面没有可衡量的效果，却导致受政策影响的失业者心理困扰发生率增加了 6.57 个百分点。⁶³

C. 与自然接触不足导致的障碍

33. 另一个使贫困人口面临更高精神健康问题风险的因素是他们可能难以经常接触大自然(见 [A/HRC/41/34](#)，第 81 段)。

34. 在城市环境下，来自低收入家庭的儿童一般较少有机会接触绿地。这可能是因为他们生活在贫困的城市环境中，那里缺乏绿地，或者现有的公园缺乏厕所等设施，不够美观，不安全，或者没有树林。这也可能是由于经济困难：低收入家庭的儿童可能负担不起在自然环境中的休闲活动。

35. 然而，接近花园和公园以及更频繁地接触大自然可以改善青少年的认知功能，包括提升注意力、记忆力、认知能力和认知发展，并减轻压力、焦虑和抑

⁶¹ Anton Hemerijck, *Changing Welfare States* (Oxford, Oxford University Press, 2013).

⁶² 大不列颠及北爱尔兰联合王国，国家审计署，《推出“通用信贷”》(2018 年，伦敦)。

⁶³ Sophie Wickham and others, “Effects on mental health of a UK welfare reform, universal credit: a longitudinal controlled study”, *The Lancet: Public Health*, vol. 5, No. 3 (March 2020).

郁症状，⁶⁴ 并减少行为和社会问题，如注意力缺陷多动症。⁶⁵ 因此，增加接触绿地的机会——营造更公平环境的一项举措——可能促进儿童的亲社会行为，对低收入儿童的影响尤其显著。⁶⁶

四. 精神健康问题如何使人们陷入贫困

36. 精神健康问题导致并加剧贫困的一些方式是显而易见的。工作场所的歧视态度以及未能提供合理便利，导致有精神健康问题者面临更高的失业风险。在经合组织国家，有严重精神健康问题的人的失业几率是没有严重精神健康问题的人的 6 到 7 倍，而有常见精神健康问题的人的失业几率是没有精神健康问题的人的 2 到 3 倍。⁶⁷ 在芬兰，一项涵盖 1988 年至 2015 年期间超过 200 万人的全国性群组研究显示，在 15 至 25 岁之间被诊断患有精神健康问题强烈预示着在 25 至 52 岁之间未能就业、未能接受任何中等或高等教育，而且预示着收入较低。⁶⁸ 失业者的抑郁情绪还会降低再就业率，尤其是因为抑郁状态往往导致社交关系的丧失。⁶⁹

37. 有精神健康问题的人也经常被排除在主流教育系统之外。⁷⁰ 他们无家可归或被监禁的风险更高。总之，尽管《残疾人权利公约》为他们提供了保护，但他们面临着一系列侵犯人权的行为。

38. 在精神健康、身体健康与就业能力欠缺之间也存在一个自我强化的循环。例如，抑郁症易导致心肌梗死和糖尿病，而这两种疾病都会增加抑郁的可能性，

⁶⁴ Michelle C. Kondo and others, “A greening theory of change: how neighborhood greening impacts adolescent health disparities”, *American Journal of Community Psychology*, vol. 73, Nos. 3–4 (June 2024).

⁶⁵ Richard Louv, *Last Child in the Woods: Saving our Children from Nature-Deficit Disorder* (Algonquin Press, 2005); and Katherine D. Arbuthnott, “Nature exposure and social health: prosocial behavior, social cohesion, and effect pathways”, *Journal of Environmental Psychology*, vol. 90 (September 2023).

⁶⁶ Paul McCrorie and others, “Neighborhood natural space and the narrowing of socioeconomic inequality in children’s social, emotional, and behavioural well-being”, *Well-Being, Space and Society*, vol. 2 (2021).

⁶⁷ 经合组织，《工作让你心累吗？》，第 39 页。

⁶⁸ Christian Hakulinen and others, “Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 140, No. 4 (October 2019).

⁶⁹ Natalia Wege, Peter Angerer and Jian Li, “Effects of lifetime unemployment experience and job insecurity on two-year risk of physician-diagnosed incident depression in the German working population”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, No. 8 (2017).

⁷⁰ 关于获得优质全纳教育的权利，见《残疾人权利公约》第二十四条第一款；关于包容性教育权，见残疾人权利委员会通过的第 4 号一般性意见(2016 年)。

使受影响的人更难找到工作,⁷¹ 同时使他们因治疗费用而面临经济困境。贫困人口还更有可能采取包括成瘾在内的危险行为,以此来应对和缓解生活压力。⁷² 这些行为反过来又会导致身体健康问题,从而降低工作生产力,缩短预期寿命。

39. 与精神健康问题相关的污名化使情况恶化。《柳叶刀》委员会一份由50位专家与有公众健康状况亲身经历的人共同撰写的报告揭示了污名化运作的四种不同形式: (a) 自我污名化,即患有精神健康问题的人意识到他人的负面刻板印象并将这些刻板印象内化; (b) 关联污名化,将污名殃及家庭成员或照护者; (c) 公众和人际污名化,指社会成员对有精神健康问题者的负面刻板印象和不利对待; (d) 制度性污名化,指不利于有精神健康问题者的政策和做法。⁷³

40. 这些不同形式的污名化影响生活的各个方面,影响自尊和发展社会关系的能力,限制了获得就业和住房的机会。由于污名化,个人不愿寻求帮助,因为担心被贴上罹患精神疾病的标签。⁷⁴ 此外,对有精神健康问题者的负面刻板印象可能是公共政策制定者不愿对精神健康领域投入的原因之一。

41. 因此,贫困人口面临三重威胁:在经济上处于不利地位;由于面临的经济压力,他们受到精神健康问题的影响特别大,获得预防和治疗的机会有限;还遭受这种问题带来的污名化。

五. 打破恶性循环

42. 我们助长了社会对增长的过度追求,迫使个人不断竞争、提升表现,从而制造了地位焦虑,并在人们无法满足对多产生活不切实际的期望时,将他们推向抑郁。相反,我们应该设计一个重视关怀的社会,提供经济保障,帮助所有人获得自尊和价值感。特别报告员指明了这方面的四项优先行动。

A. 向精神卫生保健投入

43. 增加对精神卫生保健的投入应该是第一步。这种投入虽不能替代减贫工作,但可以对精神、神经和药物滥用问题产生重大影响,极大改善经济效益。⁷⁵ 换

⁷¹ 见世卫组织2013-2030年精神卫生综合行动计划第12段。

⁷² Vijaya Murali and Femi Oyebode, "Poverty, social inequality and mental health", *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, No. 3 (May 2004).

⁷³ Graham Thornicroft and others, "The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health", *The Lancet*, vol. 400, No. 10361 (October 2022).

⁷⁴ Matthias C. Angermeyer and H. Matschinger, "The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder", *Acta Psychiatrica Scandinavia*, vol. 108, No. 4 (October 2003); and Patrick W. Corrigan, "How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness", *Social Work*, vol. 52, No. 1 (January 2007).

⁷⁵ Crick Lund and others, "Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries", *The Lancet*, vol. 378, No. 9801 (October 2011).

俗话说，精神卫生保健是人类发展的一个重要工具。投资于精神卫生看似昂贵，但若无所作为，其代价将更为巨大，包括工作效率的损失和抗抑郁药的开销。

44. 用于精神卫生保健的预算拨款仍然严重不足。平均而言，各国仅将其卫生支出的 2.1% 用于精神健康，中低收入国家的这一比例甚至更低。尽管全球精神卫生工作者占有率的中位数为每 10 万人有 13 名工作者，但这一数字差异很大，低收入国家的每 10 万人不到 2 名，而高收入国家的每 10 万人超过 60 名。在低收入国家，每 10 万名居民只有 0.11 个社区精神卫生机构，而在高收入国家，每 10 万名居民则有 5.1 个。⁷⁶ 根据世卫组织的数据，在低收入和中等收入国家，76% 至 85% 有严重精神健康问题的患者得不到治疗，而在高收入国家，这一比例为 35% 至 50%。精神卫生方面的支出不仅太低(全球年平均每人不到 2 美元，低收入国家平均每人不到 0.25 美元)，而且用到了错误的地方：67% 的资源用于独立的精神病议员，尽管这被广泛认为是解决问题的无效手段。⁷⁷

45. 尽管世卫组织 2013-2030 年精神卫生综合行动计划为各国设定了一系列目标，但这些目标大多无法实现，⁷⁸ 而可持续发展目标具体目标 3.8 所规定的全民健康目标仍然是一个遥远的梦想。当可持续发展目标通过时，高收入国家仅有五分之一的重度抑郁症患者能获得最低限度的适当治疗，而低收入及中等偏下收入国家的这一比例更是低至二十七分之一。⁷⁹ 正是在这种背景下，世卫组织于 2019 年启动了一项精神卫生特别倡议，以缩小差距。⁸⁰ 然而，尽管有世卫组织精神卫生差距行动规划等承诺和倡议，在大多数低收入国家，四分之三的人仍无法获得所需的治疗。⁸¹

46. 精神卫生保健领域投入不足，部分是由于整个医疗保健系统投入不足的附带效应。尽管 2021 年为应对 COVID-19 大流行，全球医疗保健支出有所增加，当年达到国内生产总值的 10.3%，即 9.8 万亿美元，但低收入国家面临的预算限制实际上迫使它们减少对公共医疗保健服务的支出，国家间的差距进一步扩大：11% 的世界人口生活在人均每年医疗保健支出低于 50 美元的国家(而高收入国家人均 4 000 美元)，占世界人口 8% 的低收入国家仅占全球医疗保健支出的 0.24%。⁸² 此外，尽管通过税收或公共医疗保健计划为医疗保健进行公共融资更为合算且

⁷⁶ 世卫组织，《2020 年精神卫生地图集》(2021 年，日内瓦)。

⁷⁷ 见该行动计划第 14 段；另见 A/HRC/41/34，第 21 段。

⁷⁸ 世卫组织，《世界精神卫生报告：向所有人享有精神卫生服务转型》(2022 年，日内瓦)。

⁷⁹ Graham Thornicroft and others, “Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 210, No. 2 (February 2017).

⁸⁰ 世卫组织，“世卫组织精神卫生特别倡议(2019-2023 年)：全民健康覆盖促进精神卫生”，2019 年。

⁸¹ 见 www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme。

⁸² 世卫组织，《全球卫生支出：应对大流行病》(2023 年，日内瓦)。

公平,⁸³但仍有 40%的医疗保健资金依赖于私人保险计划。这意味着穷人难以负担医疗费用，他们往往没有保险，或面临灾难性的医疗支出。⁸⁴

47. 此外，在医疗保健总体筹资不足的情况下，预防性医疗保健服务更甚：2021 年，高收入国家只有 3%的医疗保健支出用于预防，低收入国家为 13%。⁸⁵

48. 在这种医疗保健资金不足的大背景下，精神卫生保健服务更是被严重忽视：既源于对精神健康问题的污名化，也源于心理困扰者难以组织起来维护自己的权益，也源于政府对投入精神卫生保健服务的重要性认识不足。

B. 减少不安全感

49. 尽管增加对精神卫生服务的投入很重要，无论是预防性服务还是治疗性服务，但这不应被视为解决导致抑郁和焦虑的背景因素的替代方案，这些因素包括贫困、社会孤立和引发地位焦虑的不平等。

50. 因此，特别报告员再次呼吁将消除收入和财富不平等作为寻求新的生态社会契约的核心，他指出，这对实现公正转型至关重要，还再次呼吁转向优先考虑福祉而非国内生产总值的“后增长”发展模式(见 A/75/181，第 44-48 段和 A/HRC/56/61，第 32-37 段)。在对抗抑郁和焦虑全球大流行的过程中，关键措施除了对抗不平等，也包括对抗工作不稳定化和社会保护合同化(通过引入附加条件和对受益人的监督)的趋势。消除贫困、提供收入保障和实现精神健康权是相辅相成的。

1. 预防职场心理社会风险

51. 经合组织 2012 年的一份报告承认，“过去几十年来，各经合组织国家的工人因结构调整而面临工作条件的变化，低质量工作或对心理有害的工作氛围会损害精神健康，进而影响个人在劳动力市场上的竞争力”。⁸⁶令人惊讶的是，经合组织理事会于 2015 年 12 月 14 日通过的“关于综合精神健康、技能和工作政策的建议”几乎没有提到这一结构性层面，只是坚持要求成员国“促进和加强工作场所的心理社会风险评估和风险预防”。⁸⁷

52. 我们不能再无视问题。工作中要求提高、缺乏自主性(即对工作做决定的能力有限)和角色不明确都会加剧与工作有关的压力，并增加疲惫、倦怠、焦虑和

⁸³ Jomo Kwame Sundaram, “Finance healthcare, not insurance premia”, Inter Press Service, 26 June 2024.

⁸⁴ 世卫组织和世界银行，《2023 年全民健康覆盖全球监测报告》(2023 年，日内瓦)。

⁸⁵ “Financing Universal Social Protection and Health Coverage”，为第四次发展筹资问题国际会议发展中国家社会保护和保健服务筹资工作流准备的背景文件(2024 年 6 月 20 日，未印发)，第 9 页。

⁸⁶ 经合组织，《工作让你心累吗？》，第 40 页。

⁸⁷ 经合组织，OECD/LEGAL/0420 号文件。

抑郁的风险。⁸⁸ 特别报告员在先前的报告中讨论了后福特主义工作重组的一些影响，包括工资和工作条件的确定方式(A/78/175 和 A/HRC/53/33)。这些变化也增加了工作中的心理社会风险。根据国际劳工组织《1981 年职业安全和卫生公约》(第 155 号)和《2006 年促进职业安全与卫生框架公约》(第 187 号)，各国应解决此类风险。这两项公约于 2022 年被宣布为基本公约，意味着即使未批准的国家也应遵守。然而，到 2019 年，只有 35% 的国家制定了解决与工作有关的精神健康问题的国家方案。⁸⁹

53. 尽管 2022 年《世卫组织工作场所精神卫生指南》列出了职场精神健康面临的许多心理社会风险，但可能在工作时间安排方面监管欠缺最为明显。工作时间安排方面的法规应有助于减轻不可预测的工作时间安排对精神健康的影响。此类法规可以规定须提前告知工作时间表，若临时更改排班，可给予员工相应的补偿，就像加班费一样。应尽量减少随叫随到的轮班，例如，通过保证待命的工人至少可领取部分工资。可规定两班之间的最短休息时间。可以引入“工时保障”规则，确保待命的非全时工人每周或每月的工作时间不少于最低标准，以增强其经济安全感。⁹⁰

2. 提供普遍基本收入

54. 经济冲击是抑郁的主要原因，经济不安全感是焦虑的主要原因。为了减少这两种情况，可以加强社会保护，使其覆盖面更广，并取消给受益人带来持续压力的附加条件。2008 年，在俄勒冈州向低收入者提供了有补贴的医疗保险(每年价值 550-750 美元)，结果表明，几个月内抑郁症发病率降低了约四分之一。这项随机对照试验表明，社会保护计划对预防精神健康挑战的主要贡献在于提供了安全感，而不是提高收入水平。⁹¹ 因此，提供基于权利和无条件的计划可以创造一种安全感和权利感，对精神健康有重大的积极影响。

55. 有鉴于此，特别报告员建议，在实施社会保护计划时应尽可能扩大覆盖范围，避免过度筛选，避免设置可能阻碍领取、反而加剧不安全感的附加条件。普遍基本收入计划提供了可以预防与经济不确定性相关的精神健康问题的保障。在 2008 年和 2009 年在马拉维进行的一项无条件现金转移支付实验中，与对照组相比，女学生遭受心理困扰的可能性降低了约 38%，而如果现金转移支付以正常上学为条件，则这一数字为 17%。分析调查结果的研究人员评论说，“当转移支付成为整个家庭的重要收入来源并取决于[受益女学生的行动]时，转移支付可

⁸⁸ 世卫组织和国际劳工组织(劳工组织)，《工作场所精神卫生：政策简报》(2022 年，日内瓦)，第 4 页；Michael Quinlan，“非标准就业形式对工人健康和安全的影响”，*工作和就业条件系列*，第 67 号(2016 年，日内瓦，劳工组织)。

⁸⁹ 世卫组织，《2020 年精神卫生地图集》。

⁹⁰ Schneider and Harknett，“Consequences of routine work-schedule instability”.

⁹¹ Amy Finkelstein and others，“The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year”，*The Quarterly Journal of Economics*, vol. 127, No. 3 (August 2012).

能会成为她无法承担的沉重负担，并对其精神健康造成损害”。⁹² 1974 年至 1979 年在加拿大曼尼托巴省开展了一项保证年收入实地实验，实验结果表明，获得基本收入的实验组不仅因事故、受伤和精神健康问题的住院率比对照组降低了 8.5%，而且对医生的依赖程度，尤其是在精神健康方面的依赖，也有所降低。研究人员得出结论，即使只提供有限的保证收入，也能大量节省医疗保健系统的支出。⁹³ 在芬兰，2 000 名失业者获得了为期两年(2017 年和 2018 年)的每月 560 欧元的普遍基本收入。与未领取基本收入的对照组相比，受益者的生活满意度更高，健康状况更好，精神压力和抑郁更少，在记忆力、学习新事物的能力和专注能力方面的认知能力更强。⁹⁴

56. 这些结论得到了一项荟萃分析的证实，该分析综合了关于 9 种类似基本收入的干预措施的 27 项研究，这些措施向个人或家庭提供无条件现金，对许多措施通过随机对照试验或严格的准实验方法进行评估。研究结果显示，对精神健康状况有很强的积极影响。⁹⁵ 因此，无条件现金转移支付计划可以极大地帮助应对抑郁症等常见精神健康挑战造成的沉重疾病负担。因此，这些计划(如南非的儿童抚养补助金)⁹⁶ 发挥了重要的预防作用，降低了医疗保健费用，减少了对训练有素的卫生保健工作人员和精神卫生治疗设施的需求。

57. 类似无条件基本收入的计划还有助于解决匮乏导致的认知带宽受限问题。现金转移支付计划的附加条件和基于家计调查办法的过度筛选导致申领资格规则复杂，领取者不得不在受到制裁的威胁下应对这些规则。事实上，这是某些社会保护计划，包括对贫困人口至关重要的最低收入计划，未被领取的比率很高的原因之一(见 A/HRC/50/38，第 17 和第 55 段)。相比之下，普遍基本收入确保可预见的收入保障和稳定的支付，可以最大限度地减少对领取者日常事务的干扰，从而提高他们的认知能力。⁹⁷

⁹² Sarah Baird, Jacobus de Hoop and Berk Özler, “Income shocks and adolescent mental health”, Policy Research Working Paper, No. 5644 (World Bank, 2011), p. 19.

⁹³ Evelyn L. Forget, “The town with no poverty: the health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment”, *Canadian Public Policy*, vol. 37, No. 3 (September 2011).

⁹⁴ Miska Simanainen and Annamari Tuulio-Henriksson, “Subjective health, well-being, and cognitive capabilities”, in *Experimenting with Unconditional Basic Income: Lessons from the Finnish BI Experiment 2017–2018* (Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 2021).

⁹⁵ Marcia Gibson, Wendy Heaty and Peter Craig, “The public health effects of interventions similar to basic income: a scoping review”, *The Lancet: Public Health*, vol. 5, No. 3 (March 2020).

⁹⁶ Julius Ohrnberger and others, “The effect of cash transfers on mental health: opening the black box – a study from South Africa”, *Social Science and Medicine*, vol. 260 (September 2020).

⁹⁷ Simanainen and Tuulio-Henriksson, “Subjective health”.

C. 打击污名化和歧视

58. 与精神健康问题相关的污名化加剧了精神健康问题对个人脱贫能力的负面影响。⁹⁸ 2012 年，世卫组织发起了“质量权利”倡议，以提高护理质量，解决污名化和歧视问题，并促进有精神健康问题者的人权。⁹⁹ 为了减少污名化，可以制定具体计划，帮助个人重新就业。应赋予有精神健康问题者选择权，使他们能够选择最符合自身需求的服务。可以改进反歧视立法的执行工作，尤其通过改善民众对有精神健康问题者权利的了解。¹⁰⁰ 这符合《残疾人权利公约》和世卫组织 2013-2030 年精神卫生综合行动计划的目标 3。¹⁰¹

59. 为确保反污名化和反歧视措施有针对性且有效，应让有精神健康问题和贫困生活亲身经历的人参与到国家精神健康行动计划的设计中来。

D. 设计公平的城市环境

60. 前健康权特别报告员建议各国采取措施，“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”(A/HRC/44/48, 第 75 段)。可改造城市景观来提升绿地和公园的可及性，这不仅能改善精神健康，也能促进社会健康——即“建立、维持关系并体验到联结感、接纳感和归属感的能力”。为接触大自然创造条件有助于促进亲社会行为和社会联结。¹⁰²

61. 可以采取医疗保健举措来鼓励人们，尤其是儿童，花更多时间在大自然中。¹⁰³ 医疗保健专业人员如今建议患者多接触大自然，而更有前景的做法是组织团体活动，让人们积极参与与自然的互动，让他们成为积极的参与者，而不仅是被动的接受者，从而也为建立社会关系提供机会。¹⁰⁴

六. 结论和建议

62. 世卫组织 2013-2030 年精神卫生综合行动计划概述了对世界的愿景：精神健康得到重视、促进和保护，精神健康问题得到预防，受这些问题影响的人能够充

⁹⁸ Nicolas Ruesch, *The Stigma of Mental Illness: Strategies against Social Exclusion and Discrimination* (Elsevier, 2022).

⁹⁹ 见 www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas。

¹⁰⁰ 指导材料包括世卫组织和联合国人权事务高级专员办事处，《精神健康、人权与立法：指导和实践》(2023 年，日内瓦)以及在世卫组织“质量权利”倡议下开发的工具。

¹⁰¹ 世卫组织，2013-2030 年精神卫生综合行动计划，第 27 页。

¹⁰² Arbuthnott, “Nature exposure and social health”.

¹⁰³ Jules Pretty and Jo Barton, “Nature-based interventions and mind-body interventions: saving public health costs whilst increasing life satisfaction and happiness”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, No. 21 (November-1 2020).

¹⁰⁴ Wesley Tate and others, “Nature prescribing or nature programming? Complementary practices to increase time in nature to support mental health”, *Ecopsychology* (2024).

分行使人权，及时获得高质量、文化上适宜的医疗保健和社会关怀，以促进康复，从而享有尽可能高水平的健康，充分参与社会和工作，免受污名化和歧视。¹⁰⁵

63. 要实现这一愿景，我们必须从生物医学方法转向生物心理社会方法来应对精神卫生挑战：不再将贫困简单归结为精神病学问题，而是要消除抑郁和焦虑的结构性根源。这就需要反思经济体系如何对待女性和男性(视其为可剥削的资源，力求其生产力最大化)，以及将生产型经济置于生殖型经济之上的现状。应专注于改善福祉，而非追求国内生产总值的增长。

64. 为了消除抑郁症和焦虑症的社会决定因素，各国应将减少贫困和不平等作为改善精神健康的国家战略的核心，并应解决收入和财富不平等的加剧、工作的非正规化和去标准化、福利的合同化、导致低收入社区儿童无法接触绿地的城市地区住房隔离等问题。

65. 正如大会和人权理事会各项决议所指出的那样，要打破贫困与精神健康问题之间的恶性循环，还需要消除对精神健康问题的污名化，并加大对预防和治疗精神健康问题的投入。¹⁰⁶

66. 在设计、实施和评估旨在应对影响贫困人口精神健康问题的社会决定因素的措施时，贫困人口(包括儿童)¹⁰⁷ 的参与至关重要。切实参与将能够汲取贫困人口的生活经验，从而更好地识别受益人面临的障碍并找到克服办法，使政策更具针对性、更有效。这本身也是一个目的。根据《公民及政治权利国际公约》第二十五条和关于极端贫困与人权的指导原则第三十八条所体现的作为一项人权的参与权，这是一种赋权行为，使贫困人口能够共同制定政策，从而有助于提高其权利意识，建立他们的信心、社会资本和知识。¹⁰⁸ 只有通过这种参与，才能找到建设人权经济的途径。

¹⁰⁵ 世卫组织 2013-2030 年综合精神卫生行动计划，第 20 段。

¹⁰⁶ 见大会第 77/300 号决议以及人权理事会第 32/18、36/13 和 43/13 号决议。

¹⁰⁷ 一个很有前景的例子是由儿基会于 2020-2022 年牵头开展的“你怎么看？”项目，该项目征求 150 名 6 至 17 岁儿童的意见，了解他们与精神健康干预措施之间的关系。

¹⁰⁸ 见 A/HRC/23/36 以及关于参与公共事务权的准则(A/HRC/39/28)。特别报告员与第四世界扶贫国际运动合作，制定了一套方法，通过建立政策设计和评估的审议程序，确保贫困人口的有效参与。该包容性和审议性政策制定与评估工具于 2024 年 2 月 15 日在华盛顿特区由世界银行和国际货币基金组织主办的一次会议上提出。例如，该工具可以指导制定国家精神卫生行动计划，以确保充分纳入贫困人口的关切和建议。