



联合国
经济及社会理事会



Distr.
GENERAL

E/CN.4/1990/53/Add.1

5 December 1989

CHINESE

Original: ENGLISH/FRENCH

人权委员会
第四十六届会议
临时议程项目 15

人权与科技发展

保护以精神不健全或患有精神病为理由
而被拘留的人的原则和保障

秘书长的报告

补 编

页 次

一. 瑞典的答复	2
二. 非政府组织的答复:	
1. 世界医学协会	4
2. 世界精神病学协会	5

瑞 典

〔原文：英文〕

〔1989年11月14日〕

1. 联合国大会1988年12月9日第43/173号决议通过了《保护所有遭受任何形式拘留或监禁的人的原则》。这些原则适用于保护所有被监禁或拘留的人，包括因精神病而被剥夺自由的人。因此，有必要将本草案与《保护所有遭受任何形式拘留或监禁的人的原则》作认真比较，以便使本草案与现行标准相一致，并避免不必要的重复。为此，还有必要将本草案案文与《残疾人权利宣言》规定的标准进行比较。

2. 本原则草案所基于的管制模式似乎不同于瑞典实行的管制模式。根据瑞典的管制制度，医务人员由纪律委员会和法庭监督。一般的刑法制度当然也适用于这一领域。此外，医务界有自己的道德规范。因此，原则草案所选择的方法不完全与瑞典的制度相一致。正是基于以上背景，我们对本草案不同条款提出如下具体意见。

3. 第3条，第4款的措词似乎反而表明，如法庭裁决一人已丧失能力，即可剥夺该人行使任何公民、政治、经济、社会和文化的权利。因此，该款应重新拟订。凡年满18岁的瑞典公民，均享有投票权。在瑞典，一个人不会因为患有精神病而丧失投票权。

4. 第4条，获取口头或书面通知的权利似乎过于广泛。例如：是否一定要提供书面通知，值得怀疑。另外，也需要考虑患者理解通知的能力。

5. 第5条，第2款将奉行宗教或信仰这类基本人权与诸如购买日常用品等比较次要的权利相提并论，是不可取的。本款起始句中所规定的有关基本人权的限制过于广泛。此款如不加修改，会损害现行人权公约所规定的这些人权。

6. 第2款起始句中所规定的限制似乎仅适用于本款所列各项权利。为有利于患者本人的健康或安全，可能也需要限制患者通信的权利。

7. 第9条，对发展中国家来说，本条的要求似乎不现实。对精神病院的有效监督可不通过对每一所精神病院进行定期视察的方法进行。因此，第2款似乎有些过份。

8. 第12条，第3款，根据瑞典的法律，除在某些情况下施行绝育和割除生殖器官外，可不经独立的专家事先决定，即可施用本款所涉治疗方式。对患者的治疗一般由国家卫生和福利委员会监督。虐待患者的案件由专门纪律检察机关审查，最后上交法院。

9. 第5款，根据瑞典的立法，可对患者实行治疗所必须的限制。“防止对患者本人或对他入立即可能造成伤害”这一标准似乎过于狭隘。

10. 第8款，在瑞典，如果本款所涉治疗按精神病职业的道德标准符合患者的最大利益，可不经其知情的同意，也无须有独立的权威作出决定，即可给予患者此种治疗。如感到有必要，可寻求患者或其亲属的同意。可预见会出现紧急情况，此时由独立的权威确定适当的治疗方式则是不可行的。

11. 第9款，根据瑞典法律，除非被非自愿送进精神病院，否则不要求听取第二方的专业意见。

12. 第15条，第1款，在瑞典，非自愿住院的先决条件并不直接与是否会造成损害的可能性相联系。确定非自愿住院的标准是治疗的需要，以及只有通过非自愿住院才可满足此种需要的考虑。

13. 第2款，在某些情况下，可能不将患者住院之事通知其家庭，以照顾患者的隐私权。

14. 第16条，第5款，在瑞典，在任何情况下，从业医生都不得决定患者是否可获释出院。在某些情况下，需由委员会或法院作出决定。例如，有关罪犯的获释出院就是如此。

15. 第6款，根据瑞典立法，患者无权就反对有关治疗的任何决定向上一级法院提出上诉。凡不受治疗影响的任何有关人员均不得提出控告。

16. 第17条，这些诉讼权利，如参加（第4款）或要求（第6款）公开听证的绝对权利，似乎过于广泛。

17. 附件A，瑞典有关这方面的立法并不基于刑事责任的理论。因此，患精神病的人也可定为有罪。然后，可判定此类人员在精神病院治疗。治疗方式与其他精神病患者相同。

为此，瑞典不能赞同以刑事责任理论和是否有能力接受审判为基础的这些条款，特别是附件A中五、六、七等项条款。

世 界 医 学 协 会

〔原文：法文〕

〔1989年11月20日〕

1. 多年以来，世界医学协会致力于保护患者权利，据此于1981年通过了《里斯本宣言》，宣言案文如下：

《里斯本宣言》

《患者权利》

第34届世界医学大会一致通过，1981年9月至10月，于葡萄牙里斯本。

2. 在实践中以及在道德或法律上可能存在困难的情况下，医生应永远按良知并以患者的最大利益行事。本宣言规定了医务界认为患者应享有的一些主要权利。

3. 当立法机构或政府的行动否认患者的这些权利时，医生有义务寻求适当的方法坚持并恢复这些权利。

(a) 患者有权自由选择医生。

(b) 患者有权得到医生的治疗。医生应不受外界的干预，作出临床和道德上的决定。

- (c) 在被充分告知所提议的治疗之后，病人有权接受或拒绝此种治疗。
- (d) 患者有权期待其医生尊重所有与其有关的医疗情况和个人情况的保密性质。
- (e) 患者有权体面死亡。
- (f) 患者有权接受或拒绝接受精神或道义的援助，其中包括由有关宗教的神职人员给予的援助。

世界精神病学协会

[原文：英文]

[1989年11月20日]

1. 本报告的主要内容涉及第四部分：保护精神病患者和改善精神病治疗的一套草案原则和保障。

2. 从序言中可以看出，草案原则在很大程度上受世界卫生组织文件的影响，因此也代表世界精神病学协会的观点。有些段落几乎是从世界卫生组织的文件中照抄的。序言除其他事项外称；这些原则和保障特别集中涉及为数不多的需要非自愿住入精神病院的精神病患者。而且，大多数精神病患者并非住院接受治疗。需要住院治疗的少数患者中，大多数是自愿住进医院的，仅有少数需要非自愿住院治疗。序言强调应有足够的资源。

3. 本草案原则仍代表“联合国保护精神病患者基本自由、人权和法律权利的最低标准”。各国政府应考虑在必要时修订其法律，以适应本套原则和保障，或在制定新的有关法律时，根据这套原则和保障作出新的规定。

4. 以下条款与上述序言不一致，使报告给人以不协调的印象。

条款

第 1、第 3 和第 5 条

5. 这些条款大多涉及一般的人权，特别是这些人权对精神病患者的适用。一些条款是从《泽斯报告》（1987年8月最新修订版本）中照搬的。尽管这些条款对精神病学多少采取默守成规或怀疑的态度，似乎每一精神病患者都需要特殊保护，但是这些条款仍可能得到普遍接受。

6. 如果国际人权文件令人满意地包括重要事项，那么在序言中提及这些文件并引述有关条款就足够了。世界卫生组织的文件（E/CN.4/Sub.2/1988/66）就是这样做的。还应特别提及《世界人权宣言》和《公民权利和政治权利国际公约》第3条和第4条。在这方面作一简要叙述将是适当的。

第 2 条

7. 第2条的定义在很大程度上符合世界卫生组织的建议—例如：关于非自愿住院的第15条所使用的“严重精神病”的关键性定义。应该指出，没有给“损害”下定义，而这正是第15条的主要概念。本条的语气似乎表明，所阐明的定义只是为了写入条款，而不是为了普遍运用。

8. “精神疾病”和“严重精神疾病”仅存在程度上的差别。“精神疾病”的定义大体与“精神变态”一词的精神病学概念相一致，或符合精神变态灰色地带的情况。精神变态概念的关键是实际上的心理障碍。

9. 为此，各种非精神病患者显然不能住进精神病院（特别应参照自愿住院的第13条），尽管第20条似乎暗示：非精神病患者也可住院。考虑到各词语定义的困难和差异，世界精神病学协会曾建议，每一国家应在其法律中规定具体的定义，并努力使其合理化；这样做时应考虑到以下第6条所规定的关键性的保护。

第3条

10. 本条似乎是一个例子，它显然假设：患者不住在精神病院，除非强迫他这样做。本条不符合精神病院大多数患者的情况，这些患者是自愿住院的，其自由和权利未受任何影响。第3条第2款建议对精神病患者区别对待，而第3条第3款则建议反对对精神病患者实行区别对待。

第4条

11. 本条不符合自愿住院患者与任何其他疾病的患者享有同样权利的假设。

第7至11条

12. 第7条根据国际上可接受的精神病护理趋势和世界卫生组织的精神病方案，明显鼓励在社区内治疗。

13. 又出现了怀疑态度，例如，第8条第2款和第11条第1款。强调进行广泛的管制，给人留下住进精神病院在任何时候都不好这种印象。

14. 世界卫生组织最新文件（E/CN.4/Sub.2/1988/66）以较简单的方法处理这一问题，仅提出好的指导方针，未作详细阐述。

第12条

15. 除在紧急情况下的必要例外，强调知情同意的原则是合理的。世界卫生组织的文件以较简明的方式规定了同样的原则。在这里，这一条款似乎有些复杂和烦琐。

16. 显然，对丧失能力和拥有能力的患者作了区别。在非紧急治疗的情况下，如丧失能力的患者无法同意，则由独立的权威作出决定；这同给精神病以适当治疗的做法不一致，表明实行了某种程度的不可取的法律管制（第12条第8款）。

17. 应该承认，这些条款还有一些可能的矛盾：根据第15条可以使患者非自愿的住进医院，但却不给予医疗——这正是住院的目的。值得注意的是，本条包括

有关实际束缚、临床实验和实验性治疗的可接受条款。不论患者是自愿住院或非自愿住院，未经同意均不得对其作试验或进行实验性治疗。在美国，禁止对任何被剥夺个人自由的公民进行研究。

第 13 条

18. 现有的这一条款是世界卫生组织建议和《泽斯条款》的结合。第 13 条第 1 款和第 13 条第 2 款的措词几乎与世界卫生组织的文件相同，而第 13 条第 3 款仅对原《泽斯条款》稍加改动。这一非常重要的条款似乎仍反映了将精神病院视为某种监狱的这一态度和担心。成为精神病患者已是一大重负，住院治疗就更为糟糕。因此，这可能阻止患者寻求利用精神病治疗设施，而又没有包括自我诊治的可能性。公民在精神病院申请帮助应与在普通医院急诊室申请帮助一样。第 13 条第 1 款和第 13 条第 2 款与第 13 条第 3 款之间存在着明显的矛盾。

19. 如以上第 2 条所提及的，只有“精神病”患者才有可能自愿住院，这将一些非精神病患者排除在外，而这些患者“可能受益于住院治疗和护理”。此外，不能理解住院目的的患者，即不提出异议、丧失能力的患者不会自愿住入医院。根据一些立法，精神病患者与身体疾病患者相比，应视为自愿和非正式患者以避免非自愿住院带来的不好名声和可能的法律后果。

20. 世界精神病学协会仍然认为，规定由开业医生批准患者住进精神病院，或由患者本人到医院要求帮助，就足够了；也没有必要为此类精神病患者下一定义。第 13 条第 3 款是对患精神病的人的歧视，应予删除，或至少作根本改动。第 13 条第 4 款没有具体意义，应予删除。

第 15 条

21. 第 15 条第 1 款原封不动照搬世界卫生组织的建议（该建议也与世界精神病学协会的观点相一致）。

22. 第2条没有给“损害”的概念下定义。世界卫生组织文件建议的定义是：“身体或精神损害或损伤”。“损害”一词比“危险”的含义要宽，而且并不包含与危险同等程度的实际暴力。同时必须假定，本条中保有给予紧急治疗的意思。因为鉴于患者患有严重精神疾病，“不接纳患者住院治疗将导致其病情严重恶化”。世界精神病学协会以前曾强调，对于拒绝接收治疗的患严重精神病的人有必要实行非自愿住院，以便给予“紧急治疗”，妄想症和躁狂症患者大多是这种情况，这类患者可能并不具有“真正”危险，但也可能需要治疗。

23. 第2条所界定的“严重精神疾病”的概念与此处的上下文相吻合。需要强调非自愿住院作为最后庇护的方法，作为限制性最小的选择的原则。

24. 应该指出，第13条所涉“精神病从业医生”有权证明患者需非自愿住院（参照第2条的定义）。在许多国家，只有“指定的从业医生”可以这样做。本条所讲的程序似乎与世界卫生组织的建议相一致，但较为详细。第15条第3款关于“最大利益”的定义与世界卫生组织草案的建议相一致。

第16条

25. 本条涉及复查和上诉，其规定与世界卫生组织和世界精神病学协会建议的原则相一致。应根据本国法律，经常和定期审查是否有必要剥夺自由。鉴于各国的制度不同，宜拟定大的原则，然后提交国家立法机构。因此，使患者住入或将其拘留在精神病院的最后决定，应由审查机构作出，这一机构可能是法院或其他公正机构（参照第15条）。

26. 第16条第5款：值得注意的是，如一名指定的精神病开业医生（根据第2条的定义）认为患者已符合出院的健康状况，则可释放其出院。因此，心理学家就有权在这种困难的情况下就健康状况作出判断。

第 17 条和第 18 条

27. 关于患者诉讼权利的这些条款与《泽斯条款》一样，较世界卫生组织的建议详尽。这些条款似乎在立法上重复了关于法庭听证的个人权利。人们一定认为，第 17 条涉及非自愿患者，而第 18 条则涉及所有患者，但该条并没说明这一点。

28. 获得记录或其他文件的权利仍是个具有争议的问题，但这里已说明了必要的例外。值得注意的是，患者及其代表有权获得“客观的医学报告和任何其他有关证据。”但难以预见此类管制程序在实际上如何实行。

第 19 条

29. 世界卫生组织和世界精神病学协会曾建议，本条条款的处理原则应尽可能广泛的适用于精神病患者罪犯。第 19 条第 2 款保留了关于刑事诉讼的原有《泽斯条款》，作为附件 A 的“准则”。显然，工作小组在 1988 年 8 月的会议上没有修订这些条款。

30. 应铭记的是，关于刑事诉讼的部分几乎是从所谓的 1981 年《西拉库萨准则》中原封不动照搬过来的（国际刑法协会和国际法学家委员会）。程序和概念似乎在讲英语国家中根深蒂固。世界精神病学协会和一些会员国已表示，要将这些规定适合于讲英语国家以外的国家立法和传统可能很难，即使这些条款是用一般性的语言拟定的。上述准则也不符合各国的刑法程序。各国在定义、待遇和刑事诉讼上差异很大，因此在这方面必须特别考虑到与各国立法的冲突。因此，对于本文件是否应包括有关精神不正常罪犯的部分，人们提出了合理的怀疑。这一问题至今还未详细讨论。

31. 如果这套原则应包含有关刑事诉讼程序的条款，就值得考虑这些条款是否应予以简化，以避免具体的程序和概念。

未成年人

32. 《泽斯报告》载有几项有关未成年人的条款，但联合国工作小组在1984年决定推迟解决这些问题。现在的《帕利报告》不涉及这一复杂的问题。不管怎样，这些原则和保障是否应包含有关未成年人的部分，这一问题必须得到解决。

第20条

33. 本条的影响难以解释，因为本文件本来是专为第2条所规定的“精神病”或“严重精神病”的患者制定的。

第21至第24条

34. 关于补救措施和执行的这些条款在原则上与以前的《泽斯条款》和世界卫生组织文件相一致。第21条为每一位精神病患者可以享有的其它保障作了补充说明。第21条第2款应予以重新拟订，以避免明显属于精神病性的控告。新的第22条建议由“多学科委员会”管理精神病领域。最后，第23条重复说明了原则和保障的宗旨。第24条是新拟就的，无疑会得到普遍接受。

1989年11月

世界精神病学协会道德委员会 汉斯·艾德塞巴尔

秘书长 菲尼·舒尔辛格

主席 科斯塔斯·斯蒂范尼斯

新的基本条款的建议

1. 保健立法应规定给予所有患者，包括精神病患者以适当和有效的治疗，保障其享有在可接受标准的医院内或医院外接受治疗的权利。在这方面，对精神病患者不应有任何歧视。精神病治疗应纳入保健系统。

自 愿 治 疗

2. 因精神疾患接受自愿治疗不应与治疗其他疾病有所不同。自愿住入精神病医院的患者，或主动就医的精神病患者应得到与任何其他疾病的患者同样的法律保障措施和道德规则的保护。

非 自 愿 治 疗

3. 非自愿治疗是对患者人权和基本自由的严重侵犯，因此唯有在下列情况下方可使患者非自愿住进精神病院：

A. (1) 由一名授权的精神病医生对患者本人进行检查后确认，患者因患有严重精神病*，有可能对自己和/或其他人造成严重损害。

(2) 或因患者的严重精神疾病，不住院治疗会导致病情的严重恶化。

B. 患者拒绝自愿住院治疗，根据最低限制性原则又不能以任何其他方式令其自愿住院。

4. 国家法律应就以下问题规定方针：何种人员有权要求非自愿住院，何种组织有权采取执行非自愿住院所必需的强制行动。

5. 唯有法庭或符合法律规定的独立的主管机构，在适当的准备和正式的听证后，才能最后决定将患者非自愿送入或拘留在精神病院中。患者应被告知其权利。患者享有上诉权，并有权亲自出席法官或主管机构的听证会。

* 见定义

6. 应根据国家法律规定,经常和定期审查在法律上是否有必要剥夺自由。

7. 被剥夺自由的患者应有权获得合格的监护人或律师保护其利益。

8. 被剥夺自由的患者有必要并有权与任何其他疾病的患者在同样的专业、环境和道德条件下接受治疗。他特别有权按照可得到的最高标准接受适当治疗和护理。因此,国家法律应规定精神病患者非自愿住进的医院的适当环境和病房工作人员准则。该准则必须满足患者隐私权以及与精神病专业人员接触的需要,还应满足患者体育活动和有意义消遣的需要。

精神病患者罪犯

9. 第3至第8条所列治疗原则应尽可能广泛地适用于被判处非自愿治疗的精神病罪犯。

关于定义的建议

“患者”(非自愿治疗):患严重精神病的人。

自愿治疗:无需任何定义(参照新的基本条款建议第1条和第2条)。

“精神病院”:以为严重精神病患者提供护理和治疗为主要职能的任何机构或机构中的部门。

“严重精神病”:重大思想、情绪、理解、定向或记忆紊乱,严重损害判断力、行为和认知事实能力,可能需要非自愿治疗。

(严重精神病的诊断应按照国际上可接受的医学标准确定。医生在确定一个人是否患有精神病时,应根据医学科学行事。难以适应道德、社会、政治或其他价值标准本身,不应视为精神病。)

“损害”:该词不仅指有直接、明显危险的情况,亦指很有可能给患者或他人造成伤害的情况。这使在下述情况下有可能作出适当的决定:虽然精神病并没有明显带来有害行为,但医生有充分理由相信可能对人身造成伤害。

关于精神病患者权利和法律
保障的立场声明

(世界精神病学协会大会1989年10月17日于雅典通过)

序 言

本届世界精神病学协会执行委员会在几种场合参与了精神病患者权利和法律保障方面的工作。

执行委员会得到世界精神病学协会道德委员会成员的富有成果的帮助，特别是得到该委员会协调人汉斯·艾德塞巴尔博士的大力支持。

以下是世界精神病学协会致力于提倡、特别是在《汉斯-帕利报告》的工作中致力于提倡的主要观点。

立 场 声 明

患有精神病的人应享有与所有其他公民同样的人权和基本自由，不得以精神病为由对其歧视。

精神病患者有权获得专业上的、人道的和受到尊重的治疗。根据1983年维也纳世界精神病学协会大会修订和批准的《夏威夷宣言》所载道德标准，精神病患者应免受剥削、虐待和有辱人格的待遇。

世界精神病学协会拥护《夏威夷宣言》所列的一般性原则，该原则明确地规定了对精神病学的职业道德标准的最低要求。《夏威夷宣言》规定，精神病学的目的是治疗精神疾患，并促进精神健康。《宣言》谴责各种滥用精神病学的现象，强调精神病学医生应按照公认的科学知识和道德原则，为患者的最大利益服务。

保健立法应规定对患者，包括精神病患者提供适当和有效的治疗，并保障其在可接受标准的医院内外接受治疗的权利。在这方面，对精神病患者不得有任何歧视。

如有可能，即应将精神病的治疗纳入健康和社会保健系统。所有患者应尽可能在所居住的社区接受治疗和护理。

应在原则上给予精神病患者同其他患者一样的治疗。有利的是，大多数患者可在门诊部接受非正规、自愿治疗，而无须住院。

自愿治疗应予鼓励，精神病患者的自愿治疗与其它疾病患者所获得的治疗不应有所不同，自愿住进精神病院的患者或申请帮助的患者，应受到与任何其他种类疾病患者同样的法律保障和道德规则的保护。

非自愿干预是对患者人权和基本自由的严重侵犯。因此，需要对此类干预精心规定具体的标准和保障措施。不应强迫患者住院或治疗，除非患者患有严重精神疾病。非自愿干预必须遵行最少限制的原则。

诊断一个人患有精神病必须遵循国际上接受的医学标准。医生在确定一个人是否患有精神病时，应遵照医学科学。

精神病的严重程度和患者可能对本人和／或他人造成损害的严重程度均应遵照国家法律的规定确定。

难以适应道德、社会、政治、或其他价值标准，本身不应视为精神病。

国家立法应规定授权何种人员提出非自愿住院的要求，以及授权何种机构采取非自愿干预可能必须的强制行动。

将患者非自愿送入或拘留在精神病院的最后决定，唯有法院或法律规定的主管独立机构在适当准备和听证后才能作出。

应将患者的治疗情况与他的权利充分告知患者。患者享有上诉权，并享有亲自被法院或主管机构听证的权利。

应依照国内法律规定，经常和定期地审查是否有必要剥夺自由。

被剥夺自由的患者应有权享有合格的监护人或律师保护其利益。

任何时候都不得对非自愿住院患者进行临床试验和试验性治疗。

患者有权接受可得到的最高标准的适当治疗和护理。治疗质量也取决于适当的物质环境、工作人员和资源。

被剥夺自由的患者应享有自由通讯的权利，只有在患者本人或其他人的健康或安全的利益需要时才可对此种权利加以限制。

这些条款所载原则应尽可能广泛地适用于住进精神病院的精神病患者罪犯。

×× ×× ×× ×× ×× ××