



人权理事会

第三十四届会议

2017年2月27日至3月24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
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、社会和文化权利，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

本报告经人权理事会第 32/18 号决议授权编写，论述精神健康服务的使用者、有精神健康问题和社会心理残疾的人面临的主要挑战。这些挑战包括耻辱和歧视，经济、社会及其他权利受到侵犯，以及被剥夺自主权和法律行为能力。

高级专员在报告中建议做出一些政策调整，促进充分实现这些人的人权，例如将人权问题系统地纳入各项政策，承认个人的自主权、能动性和尊严。这些调整也包括采取措施提高精神健康服务的质量，结束非自愿治疗和收容，创造一个有利的法律和政策环境，帮助有精神健康问题和社会心理残疾的人实现人权。



目录

	页次
一. 导言.....	3
二. 术语和背景.....	3
三. 健康权框架.....	4
四. 精神健康领域内影响人权的挑战.....	5
A. 患有精神健康问题的体验.....	6
B. 精神健康领域的系统性挑战.....	8
五. 精神健康领域对残疾问题采取立足人权的方针.....	9
A. 在法律面前获得平等承认.....	9
B. 绝对禁止以残障为由剥夺自由.....	10
C. 强迫治疗：在剥夺自由期间强迫用药、过度用药和有害做法.....	11
六. 确定前进的方向.....	11
A. 立足人权的方针.....	12
B. 良好做法.....	15
C. 技术支助和能力建设.....	17
七. 结论.....	18

一. 引言

1. 2016 年 7 月 1 日，人权理事会通过了关于精神健康与人权的第 32/18 号决议。理事会在决议中请高级专员编写一份报告，说明在精神健康领域纳入人权观以及实现有精神健康问题或社会心理残疾的人，包括精神健康和社区服务的使用者的人权和基本自由问题，提交人权理事会第三十四届会议。理事会明确要求报告查明现有挑战和新出现的良好做法并就此提出建议，还要查明加强技术援助和能力建设的方式，同时考虑到该领域的现有活动和经验。

2. 联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)请包括会员国、特别程序任务负责人、联合国人权条约机构、世界卫生组织和民间社会组织在内的一系列利益攸关方提交材料。人权高专办共收到 40 份提交的材料，其中 18 份由会员国提供。¹ 虽然高级专员没有引述个人提交的材料，但个人材料也为本报告提供了大量研究结果作为参考，特别是在挑战和建议方面。

3. 鉴于该决议所涉范围之广，且人权、精神健康和残疾议程原本涵盖的内容就十分宽泛，因此报告重点概述决议中确定的各个群体面临的最重要的挑战，适用于这些群体人权的规范框架，以及有助于充分实现其人权的政策和实践。报告还就这些领域以及能力建设和技术支持问题提出建议。

二. 术语和背景

4. 享有可达到的最佳身心健康标准权是行使其他人权不可或缺的一项基本人权。² 健康“不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格、精神与社会之完全健康状态”。³ 而精神健康可定义为“一种健康状态，在这种状态中，每个人能够实现自己的能力，能够应付正常的生活压力，能够有成效地从事工作，并能够对其社区作贡献。”⁴ 少年儿童的精神健康指的是“实现和保持最佳心理功能和状态的能力”。⁵

¹ 下列会员国提交了材料：澳大利亚、多民族玻利维亚国、巴西、哥伦比亚、埃及、德国、危地马拉、匈牙利、爱尔兰、牙买加、摩纳哥、荷兰、阿曼、葡萄牙、卡塔尔、摩尔多瓦共和国、沙特阿拉伯和塞尔维亚。

² 见经济、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 1 段。

³ 《世界卫生组织(世卫组织)组织法》，序言。

⁴ 见 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/。

⁵ South Africa, Department of Health, *Policy Guidelines: Child and Adolescent Mental Health* (2001), p. 4.

5. 第 32/18 号决议中提及的群体应明确分为三类：精神健康服务的使用者(正在使用或将来可能使用精神健康和社区服务的人)；有精神健康问题的人；有社会心理残疾的人，即无论其自我认同或精神健康状况诊断如何，因患有实际残障或他人认为的残障在行使权利时受限、在参与时遇到障碍的人。这三类人可相互重叠：精神健康服务的使用者不一定有精神健康问题，一些有精神健康问题的人在充分参与社会时也许并不面临任何限制或障碍。这样的分组不应决定或影响对他们权利的保护，这些权利得到国际人权法的承认，包括《残疾人权利公约》、《经济、社会及文化权利国际公约》和《公民权利和政治权利国际公约》规定的各项权利。

三. 健康权框架

6. 健康权在若干人权文书中得到明确或含蓄地确认，这些文书包括《经济、社会及文化权利国际公约》(第十二条)、《儿童权利公约》(第 24 条)、《残疾人权利公约》(第二十五条)和《消除对妇女一切形式歧视公约》(第十条(h)项、第十一条第 1 款(f)项、第十一条第 2 款、第十二条和第十四条第 2 款(b)项)。健康权涵盖很多内容，既包括及时和适当的卫生保健，也包括决定健康状况的根本要素。⁶ 影响精神健康的根本要素包括社会经济地位低下、暴力和虐待、童年不良经历、幼儿期的成长经历，以及在家庭、工作场所和其他环境中是否建立了支持和宽容的关系。

7. 健康权包括自由(例如掌控个人健康和身体的自由及免受干预、酷刑和非自愿医疗的自由)和权利(例如参加能够为人们提供平等的机会、享有可达到的最高水平的健康制度的权利)⁷ 尽管健康权因资源的限制需要逐步实现，但是健康权中包含的自由既不需逐步实现，也不受资源所限。⁸

8. 《经济、社会及文化权利国际公约》缔约国负有一项核心义务，即达到每项权利最低的基本水平。适用于健康权的核心义务包括：保证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；保证能够得到适足的食物和营养；保证能够得到基本住所、住房和卫生条件；提供基本药物；保证公平地分配一切卫生设施、物资和服务；通过和实施国家公共卫生战略和行动计划，解决全体人民关切的健康问题。⁹ 同样重要的义务包括：保障儿童卫生保健；提

⁶ 见经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 4 和第 11 段。

⁷ 同上，第 8 段。

⁸ 见 E/CN.4/2005/51,第 41 段。

⁹ 见经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 43 段。

供有关健康问题的教育和信息；为卫生工作人员提供适当的培训，包括卫生和人权教育。¹⁰ 这些核心义务适用于身体健康，也同样适用于精神健康。

9. 立足人权的方针源自于上述准则，要求各国确保在不歧视的基础上，提供充足、便于使用、价格合理的精神健康设施、物资和服务。这些设施、物资和服务还要顾及性别因素、具有科学和医学适宜性、质量优良而且尊重医学道德，例如不歧视地尊重自主权和能动性。应通过透明的程序确保有精神健康问题的人和其他精神健康服务使用者享有健康权中一项固有权利，即确保所有利益攸关方，尤其是受影响的群体能有意义地参与关于健康的决定和决策。¹¹ 这意味着在确定优先事项、决策、规划、实施和评估增进健康¹² (包括精神健康)的战略时，要采取有效的社区行动。卫生部门和其他义务承担者应该为履行公共卫生人权义务承担责任，问责方式包括通过投诉机制或其他补救渠道寻求有效的补救。

10. 《2030 年可持续发展议程》做出的政治承诺对健康权的正式法律框架形成了补充，尤其是目标 3——确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉。具体目标 3.4 是减少非传染性疾病导致的过早死亡及促进精神健康和福祉。预防和治疗滥用药物包括滥用麻醉药品和有害使用酒精，属于具体目标 3.5。其他具体目标，例如与全面健康保障和控制烟草有关的目标虽然没有明确提及精神健康，但是所关注的领域与精神健康明显相关。

四. 精神健康领域内影响人权的挑战

11. 据估计，目前平均每四人中就有一人终生受到精神健康问题的影响。¹³ 然而，近三分之二有精神健康问题的人并不会因此就医。¹⁴ 出于多种原因，很多有精神健康问题的人身体健康也很差。¹⁵ 一个主要原因是精神健康不佳往往诱发身体健康问题。另一个原因是“诊断遮蔽”效应，即错误地认为身体不适症状由精神健康问题引起，因而不予适当治疗或干脆置之不理。¹⁶ 耻辱感也是一个重要因素，决定了护理的质量，更决定了既有精神健康问题又有身体不适症状的

¹⁰ 同上，第 44 段。

¹¹ 见 A/60/348,第 57 段。

¹² 见经济、社会及文化权利委员会，第 54 段。

¹³ Jessica Mackenzie and Christie Kesner, “Mental health funding and the SDGs. What now and who pays? ”, Overseas Development Institute (2016), p. 9, and WHO mental health fact sheet (April 2016) available from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/.

¹⁴ 世卫组织，“精神障碍影响四分之一人口”，www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/。

¹⁵ 世卫组织，《2013-2020 精神健康行动计划》，第 11 段。

¹⁶ Royal College of Psychiatrists, “Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health”, occasional paper OP88, (2013), p. 28.

人是否能够获得所需的全部服务。¹⁷ 研究表明，有精神健康问题的人其预期寿命较普通人短得多，男子约短 20 年，妇女约短 15 年。¹⁸ 有些国家没有以社区为基础的精神健康保健服务，这意味着只能在精神病机构获得护理，而这些机构与严重侵犯人权行为，包括不人道和有辱人格的待遇和生活条件脱不开干系。¹⁹

A. 患有精神健康问题的体验

1. 影响享有经济和社会权利的障碍及决定精神健康的根本因素

12. 统计数据对于了解精神健康问题带来的挑战有多么广泛十分重要，但是个人应该是探讨这些问题时的中心议题。精神健康在公共政策中长期并继续被边缘化，这在很大程度上决定着患有精神健康问题的生活体验。这种边缘化体现在社会生活领域、机会不平等以及贫困人群中患有精神健康问题的人比例特别高等诸多方面。²⁰ 事实上，健康和人权领域当前一项最重要的挑战便是促进生活贫困者的健康权。²¹

13. 精神健康不仅是健康问题。精神健康与贫困之间，精神健康状况与经济、社会和文化权利(例如受教育权、工作权、住房权、食物权和水权)落实不当所导致的经济困难之间，都存在密切联系。²² 上述权利及其他权利也是决定精神健康的根本因素，因此这些权利的落实程度影响对精神健康权的享有。采纳政策办法时没有考虑到上述及其他精神健康决定因素，同样是影响实现精神健康权的主要障碍。

14. 健康权问题特别报告员指出：“这种削弱经济、社会和文化权利重要性的趋势已经导致，并将继续导致人口中的大量群体遭遇贫穷、不平等和权能丧失的综合影响，这些群体随后会出现健康状况差的情况，并在获取卫生保健服务方面遭

¹⁷ 见 David Lawrence and Rebecca Coghlan, “Health inequalities and the health needs of people with mental illness”, *New South Wales Public Health Bulletin*, vol. 13, No. 7 (July 2002).

¹⁸ Kristian Wahlbeck and others, “Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 199, No. 6 (December 2011). 另见 Stephen C. Newman and Roger C. Bland, “Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study”, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 36, No. 4 (June 1991).

¹⁹ 见 A/HRC/22/53,第 59 段、第 63 至第 70 段。

²⁰ 见 Florida Council for Community Mental Health, “Mental illness and poverty: a fact sheet” (January 2007), available from www.fccmh.org/resources/docs/MentalIllnessandPoverty.pdf. 另见 Sally McManus and others “Adult psychiatric morbidity in England, 2007. Results of a household survey”, NHS Information Centre for Health and Social Care (2009).

²¹ 见 A/HRC/4/28,第 20 段。

²² A/HRC/29/33,第 28 段。

遇障碍。”²³ 例如，许多有心理健康问题的人因为教育中断且受教育机会受限，所以缺少机会，难以获得有偿就业所需的资格。难以获取和保持工作，或者说难以创造收入对获得和保持适足住房的能力产生消极影响。这些困难叠加起来，导致社会不平等长期持续，而且对享有适足生活水准权产生持久的破坏性影响，并且最终影响到精神和获得保健服务的机会。

2. 耻辱和歧视

15. 对心理健康问题存在许多负面看法，例如，认为心理健康问题是个人软弱的表现，或者源于巫术或超自然现象。²⁴ 对患有或被认为患有心理健康问题的人存在根深蒂固的负面定型观念，包括认为他们没有能力对影响自己的决定主动发挥作用，也没有能力为社会做出积极贡献。所有这些错误观念在很大程度上对于耻辱和歧视的产生和固化负有责任。

16. 这种定型观念、偏见和耻辱存在于生活的各个领域，包括社会、教育、工作和保健场所，而且深刻影响着对个人的尊重和自尊。由于没有对心理健康从业人员开展精神健康方面人权的系统培训和宣传活动，因此这种耻辱在保健场所中持续存在，损害了保健服务。在获得医疗保健方面，医疗保险计划往往包含间接歧视有心理健康问题的人的条款。例如，预设的条件或评估可能会根据精神健康状况诊断，剥夺他们获得全额健康保险的资格。

3. 缺乏自由和知情同意

17. 正如人人有权享有最佳身心健康问题特别报告员指出的那样，知情同意不是仅仅接受医疗干预措施，而是在自愿和充分知情的基础上作出决定，保护患者参与医疗决策的权利，并为医疗服务提供者分配相关的责任和义务。²⁵ 同意若要有效，应该是依据以下方面的完整信息自愿做出：治疗的性质、后果、好处和风险，与治疗相关的一切害处，以及可否提供替代办法。²⁶ 非自愿治疗是指未经个人同意而实施的医学或治疗程序。例如，依据不实陈述而施行的治疗构成非自愿治疗，在胁迫之下、缺乏完整信息或根据可疑的医学依据而施行的治疗也构成非自愿治疗。²⁷ 保障知情同意是尊重个人自主权、自决权和人的尊严的一项基本内容。²⁸

²³ 同上，第 53 段。

²⁴ WHO and World Organization of Family Doctors, *Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*, p. 168.

²⁵ 见 A/64/272，第 9 段。

²⁶ 同上，第 15 段。

²⁷ European Agency for Fundamental Rights, “Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems” (2012), pp. 44-47.

²⁸ 见 A/64/272，第 18 段。

B. 精神健康领域的系统性挑战

18. 健康权规定权利持有人有权加入支持他们达到最高健康标准的保健系统。考虑到这项标准，下文指出的各项关切对于精神健康服务的可获得性、可接受性、可利用性和质量尤为重要。

1. 最大可用资源

19. 虽然精神健康问题影响到个人、家庭和社区，但是在精神健康领域投入的财政和人力资源不足。全球人均年度精神健康支出不足 2 美元，低收入国家甚至低于 0.25 美元。²⁹ 这影响到服务的提供，因为工作人员数量不足，而且往往缺乏培训，尤其缺乏人权领域的培训，难以按要求提供符合人权标准的服务。此外，大多数精神健康预算中的最大份额通常分配给精神病院。³⁰ 政府继续投资于精神病院等机构，同时往往没有对以社区为基础的精神健康服务和支助进行投资；而这些服务和支助已被广泛确立为良好做法，这一点将在下文得到更充分的解释。资源分配不足，关于如何使用资源的决定又不当，削弱了精神健康服务的可获得性、可接受性，可利用性和质量。这些做法还违反了《经济、社会及文化权利国际公约》第二条第一款，该条要求缔约国最大限度地利用可用资源，逐步实现《公约》承认的各项权利，包括健康权。

2. 以隔离的方式提供服务

20. 尽管近几十年取得了一些进展，但是将精神健康服务隔离集中在精神病院和相关机构，仍然在某些重要方面构成挑战。不将跨学科精神健康服务纳入初级保健，便很难采取“全人”保健的办法。许多国家的地方诊所和综合医院不提供精神健康服务，迫使偏远地区的人们远道求医，费用往往很高。在隔离的系统和照料机构中提供精神健康保健和支助服务，发生侵犯人权行为的更大。³¹

3. 重视精神健康

21. 在健康领域“平等尊重”的概念是指平等重视精神健康和身体健康。³² 从规范角度来看，确立健康权的框架并没有划分等级，将精神健康置于身体健康之后。身体健康和精神健康之间存在密切联系，必须对二者给予平等重视。然而，主流观点仍然谈不上平等尊重，而是优先考虑身体健康。因此，除了其他差异之外，分配给精神健康的财政和人力资源较少，许多精神健康设施往往十分破旧、卫生标准较低、便利设施较少。精神健康方面的数据和研究还存在大量空白，尤其是在查明有精神健康问题的人和精神健康服务使用者的人权状况，以及政策措施的影响方面。

²⁹ 见世卫组织《2013-2020 精神健康行动计划》，第 14 段。

³⁰ 世卫组织，《2014 年精神健康地图集》，第 9 页。

³¹ 见 E/CN.4/2005/51，第 8 段。

³² Royal College of Psychiatrists, “Whole-person care: from rhetoric to reality”, p. 20.

五. 精神健康领域对残疾问题采取立足人权的方针

22. 《残疾人权利公约》采用立足人权的方针处理残疾问题，取代了此前国际“软法”的发展，包括《保护精神病患者和改善精神保健的原则》。《公约》体现了关于社会心理残疾者权利的最先进的国际人权标准。

23. 立足人权的残疾问题方针和其他原则一样，要求对残疾人无条件适用不歧视原则。任何与残障有关的额外限定条件均不能成为限制人权的理由。例如，对于有社会心理残疾的人，不应以残障(包括连带对其本人或他人的所谓危险)为由任意剥夺其自由。³³ 精神健康政策应采取并纳入这种方针，并注意不要降低标准。

24. 当前普遍的做法规避了在公共和私人环境中赋予有社会心理残疾的人实质性平等的要求，包括未能提供合理便利；合理便利是指根据具体需要，在不造成过度或不当负担的情况下，进行必要和适当的修改和调整，以确保残疾人在与其他人平等的基础上，享有或行使一切人权和基本自由。³⁴ 现有的残疾评定或认证计划可能不承认他们是残疾人，致使他们无法进入面向残疾人的社会保障计划。

A. 在法律面前获得平等承认

25. 《残疾人权利公约》第十二条申明社会心理残疾者在法律面前获得平等承认，维护他们在与其他人平等的基础上享有法律行为能力的权利。在精神健康领域，法律行为能力在行使自由知情同意方面的应用十分重要。许多国家的法律仍然规定可以剥夺社会心理残疾者的法律能力，使他们无法作出自己的决定。这些替代做决定制度通常允许第三方代表当事人同意接受治疗或入院。

26. 各国应当废除允许替代决定者代表残疾人表示同意的法律框架，采取协助做决定的做法，确保要求得到协助的人能够获得支持。健康服务提供者应以一切可能方式征求当事人的自由知情同意。³⁵

27. 遵守《残疾人权利公约》关于信息和通信无障碍的各项标准，是行使法律行为能力和自由知情同意的重要先决条件。例如，有关治疗和副作用的信息通常不提供盲文、手语或其他替代交流方式。虽然保健服务可以逐步向无障碍要求靠拢，但它们有义务立即提供合理便利。³⁶

³³ 见 CRPD/C/DNK/CO/1, 第 36 段和 CRPD/C/SWE/CO/1, 第 35 段。

³⁴ 《残疾人权利公约》，第二条。

³⁵ 见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)，第 41 段。

³⁶ 见 A/HRC/34/26, 第 33 段。

28. 某些情况下，可能难以确定当事人的意愿。应推广使用预先指令或委托书等文书，这些文书应内容明晰，以防执行者误解或任意行事。即使这些文书生效，社会心理残疾者也须始终保留改变意愿的权利，服务提供者应继续征求他们的知情同意。残疾人权利委员会曾指出，所有情况下均应认为，《残疾人权利公约》第十二条禁止对成年残疾人采用个人“最佳利益”原则。³⁷ 必须尽力确定个人的意愿和选择，确保提供一切可能的便利、支助和多种交流方式。若用尽一切办法仍然无法确定个人意愿，必须坚持和善意运用“对个人意愿和选择的最佳解释”原则。³⁸

B. 绝对禁止以残障为由剥夺自由

29. 《残疾人权利公约》第十四条绝对禁止以残障为由剥夺自由，杜绝非自愿承诺和治疗。³⁹ 这项规定体现出《公约》在人身自由和安全权方面保障不歧视的做法。残疾人权利委员会已经明确一致地确认，对自由权采取不歧视方针，明确禁止以残障为由剥夺自由，无论是否涉及其他因素。

30. 有社会心理残疾的人继续遭到强制性机构收容，许多国家的民法和精神健康法都规定可以这样做。他们被剥夺自由，常常被迫接受治疗，生活条件和安排也会影响其身心健全。机构中收容的儿童和成年人更容易遭受暴力和虐待，包括性剥削和贩运。⁴⁰ 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发现，接受住宿照料和机构照料的儿童更容易遭受精神创伤、暴力和虐待，隔离造成的极度痛苦情绪和伤痛可能达到虐待或酷刑的程度。⁴¹ 在机构之外，使用社区治疗令或强制性门诊治疗，即使是在社区内执行也侵犯了人身自由和安全权，因为这些措施属于强行施治，若当事人拒绝接受治疗就以拘留相威胁。

³⁷ 见残疾人权利委员会第 1 号一般性意见，第 21 段。

³⁸ 同上，第 21 段。

³⁹ 见残疾人权利委员会“关于公约第十四条的准则”，第 6 和第 10 段。

⁴⁰ 例如，见 Disability Rights International and the Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, “Abandoned and disappeared: Mexico’s segregation and abuse of children and adults with disabilities” (2010). 另见 Disability Rights International, “No justice: torture, trafficking and segregation in Mexico” (2015); “Left behind: the exclusion of children and adults with disabilities from reform and rights protection in the Republic of Georgia” (2013); and “International collaboration for inclusion: a study funded by the United States Department of State” (2014). Available at www.driadvocacy.org.

⁴¹ A/HRC/28/68。

31. 强制性机构收容侵犯了人身自由和安全权，这两项权利的含义分别是身体不受约束和身心完整不受伤害。⁴² 这种做法侵犯了免于酷刑和虐待⁴³、剥削和暴力的权利以及人身完整性的权利。缔约国应废除允许非自愿羁留入院(包括威胁采用这种做法)的法律和政策，还应为受害者提供有效补救和赔偿。⁴⁴

32. 刑法和刑事诉讼程序通常规定，被认为不适合接受审判和/或不能够承担刑事责任的残疾人无需经过正当的法律程序，导致以残障为由剥夺自由，包括将有社会心理残疾的人转送至法医学机构羁押。残疾人权利委员会一贯认为这种做法剥夺了接受公正审判的权利，构成任意拘留，而且往往导致较刑事制裁更为严重的后果，例如在精神健康机构中无限期拘留。

C. 强迫治疗：在剥夺自由期间强迫用药、过度用药和有害做法

33. 精神健康机构中的许多做法也违反《残疾人权利公约》第十五、第十六和第十七条。强迫治疗和其他有害做法，例如单独监禁、强制绝育、使用约束手段、强迫用药和过度用药(包括以虚假借口用药和隐瞒药物风险)，不仅侵犯了自由知情同意的权利，而且构成虐待，还可构成酷刑。⁴⁵ 因此，残疾人权利委员会呼吁取消一切非自愿治疗，并采取措施确保保健服务(包括所有精神健康服务)均以有关人员的自由知情同意为基础。⁴⁶ 委员会还敦促停止使用身体和药理隔离和约束手段。⁴⁷

六. 确定前进的方向

34. 精神健康不仅是健康或医疗问题，而是人权、尊严和社会正义的问题。纵观有精神健康问题和有社会心理残疾的人所面临的挑战，可以看出，当前保护其权利的办法和在政策中实施保护的方式需要得到根本改变。关键在于承认包括儿童在内的当事人具有能动性、自决权并享有各项权利，这些权利应得到保护和尊重。

⁴² 见人权事务委员会，关于人身自由和安全的第 35 号一般性意见(2014 年)，第 3 段。

⁴³ 见 A/63/175,第 47 和第 65 段。

⁴⁴ 例如，见 CRPD/C/CZE/CO/1,第 33 段；CRPD/C/DEU/CO/1,第 34(c)段；CRPD/C/KOR/CO/1,第 32 段和 A/HRC/30/37,第 107(f)段。

⁴⁵ 见经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 50 段；残疾人权利委员会第 1 号一般性意见，第 37 和第 41 段；A/HRC/22/53,第 63 段。

⁴⁶ 例如，见 CRPD/C/ESP/CO/1,第 36 段；CRPD/C/HUN/CO/1,第 28 段；CRPD/C/AUT/CO/1,第 31 段。

⁴⁷ 例如，见 CRPD/C/AUT/CO/1,第 33 段；CRPD/C/MEX/CO/1,第 32 段；CRPD/C/DNK/CO/1,第 39 段。

35. 报告以下章节载有建议，如何采取行动做出必要改变，以应对所确定的各项挑战。各章节在结构上分为立足人权的方针、良好做法及技术支助和能力建设几个部分，不过贯穿始终的最终目标还是保护理事会第 32/18 号决议所确定群体的各项权利。

A. 立足人权的方针

1. 数据收集

36. 全面收集定性和定量数据是立足人权方针的重要内容。在精神健康领域，数据收集的重点应放在资源分配、获得保健服务和支助的机会不平等、确定最脆弱和边缘化群体、歧视模式、获得就业、住房和教育的机会，以及精神健康服务使用者的一般社会经济状况。数据应按照年龄、性别、社会经济地位、残疾和与国情相关的其他因素分列，并用于指导制订政策和立法及拟订有效的对策。

2. 为享有权利创造有利的法律和政策环境

37. 几乎没有几个国家具备法律框架，充分保护精神健康服务使用者、有精神健康问题或社会心理残疾的人的权利。鉴于法律和政策对实现人权具有直接影响，因此维护这些权利的法律和政策环境既至关重要，也是尊重、保护和实现人权的义务赋予各国的任务。

38. 全面审查法律和政策，确定有精神健康问题的人、精神健康服务的使用者和有社会心理残疾的人在精神健康系统内和更广泛的社会环境中享有人权的程度，是确保有利环境的第一个关键步骤。应根据本报告概述的人权标准评价对政策和法律的审查工作，还应重点考虑决定精神健康的根本因素。根据相关调查结果采取的行动应成为国家精神健康战略和计划的一部分；各国应该提供充足的资源，支持战略和计划的实施工作。

39. 开展立足于人权的评估之后，各国应酌情更新或废除所有现行法律，包括关于就业、平等和不歧视、社会保护、住房和教育的立法，确保有精神健康问题的人不受歧视，并在与他人平等的基础上享有同样的机会。

40. 采取立足人权的方针处理精神健康问题，需要注意决定精神健康的根本因素。如前文所述，这些因素包括暴力和虐待、童年不良经历、幼儿期的成长经历，以及在家庭、工作场所和其他环境中是否建立了支持和宽容的关系。如本节所述，处理这些和其他决定因素需要在卫生部门和其他相关部门协调行动，以确保政策一致性和充分保护有精神健康问题的人的权利。

41. 其他干预手段包括颁布法律和政策：

- (a) 应对和消除耻辱和歧视；
- (b) 保护治疗中的自由知情同意原则，禁止非自愿治疗和拘留；
- (c) 在医疗场所保护个人的人权不受侵犯；

(d) 禁止一切形式的替代做决定；

(e) 确保有精神健康问题和心理残疾的人(包括监狱和其他拘留设施中的人)能够平等获得和使用服务和支助；

(f) 确保在发生侵犯人权行为后能够迅速诉诸司法。

42. 具体到精神健康和残疾问题，如果存在精神健康法律，应避免对法律行为能力、人身自由和安全权及其他可纳入一般立法的法律问题进行单独规定。所有情况下，法律和法规均应符合《残疾人权利公约》第五、第十二、第十三、第十四、第十五、第十六、第十七和第二十五条以及其他规定，而且应：(a) 禁止以残障为由任意剥夺自由，即使以需要提供“照顾”或“对其本人或他人构成危险”为理由也不可以；(b) 在所有情况下确保个人有权做出自由知情同意，方能接受一切治疗和有关医疗保健的决定，包括获得和使用各种交流方式和手段、信息和支持来行使这项权利；(c) 作为最后手段，根据《公约》标准制订和采纳支持做决定的做法、预先指令和对当事人的“意愿和选择的最佳解释”原则，并将其纳入法律框架。

3. 参与

43. 受影响社区充分参与政策的制订、执行和监测，对健康结果和实现人权具有积极影响。确保他们参与协助制订适合具体情况对策，还能保证政策发挥效果。⁴⁸ 参与拟订精神健康领域立法和政策的通常是卫生专业人员，因而没有系统地考虑使用者、有精神健康问题和心理残疾的人的关切和意见，有害做法在法律和政策中得以长期存在并制度化。

44. 因此，各国应确保精神健康服务的使用者、有精神健康问题和心理残疾的人有意义地参与所有规划和执行阶段，如同《残疾人权利公约》第四条第三款所规定和经济、社会及文化权利委员会在第 14 号一般性意见(第 54 段)中建议的那样。本着这个目标，各国应培养使用者、有精神健康问题和心理残疾的人参与和主张权利的能力。这方面的有效战略包括教育和宣传，以及确保在社区、地方和国家各级建立或加强透明和易于参与的机制。⁴⁹

4. 资源

45. 如上文所述，目前对精神健康的支出远远不能满足需要，也达不到《经济、社会及文化权利国际公约》中最大限度利用现有资源的要求。要解决这个问题，应优先考虑借鉴上文建议的法律和政策审查的结果，拟订立足于人权的精神健康战略和计划并为其提供适当资源。资源应主要用于：(a) 提高保健服务的质量，

⁴⁸ 见联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署，“艾滋病防治行动中的不歧视”(2010年6月)，第18至第22段。

⁴⁹ Jyoti Sanghera and others, “Human rights in the new Global Strategy”, *BMJ* (September 2015).

确保服务的可获得性、可利用性和可接受性；(b) 改善精神健康工作人员的工作条件；(c) 加强保健工作者的培训，包括人权培训；(d) 确保提供全面的支助服务；(e) 在资源分配、研究和数据等所有领域实现精神健康和身体健康服务之间的平等；(f) 应急精神健康服务；(g) 以社区为基础的精神健康服务；(h) 促进精神健康；⁵⁰ (i) 确保获得教育、适足住房，支持获得和保留就业机会，以及社会保障。

46. 这一领域的政策应奉行的首要原则是，各国有责任投入资源发展维护人权的做法，采取“不伤害”的评价标准，以避免进一步侵犯人权。事实上，将资源分配给精神健康领域中违反国际人权标准的现有做法，可能会扩大有害做法的影响。

5. 问责

47. 按照立足人权、适合具体情况的指标，采取监测、审查、补救措施和纠正行动，是一切问责框架的基石。⁵¹ 问责的目标和结果均应是增强使用者、有精神健康问题和社​​会心理残疾的人的能力，包括采取法律和政策措施，确保他们参与确定优先事项和政策的制订、实施和审查工作，并确保他们能够酌情获得补救措施。⁵²

48. 依照《残疾人权利公约》第十三条确保获得司法保护，对于保障对侵犯人权行为(包括以残障为由的任意拘留)进行补救和赔偿至为关键。应迅速提供有效的补救办法，以便对剥夺自由提出质疑，并坚持知情同意医疗的原则。应当停止并以法律禁止有效剥夺公平审判权的做法(例如，要求监护人代表某人行事，从而剥夺其法律行为能力)或可能妨碍获得法律救济的做法(例如强制性法律代理)。

49. 《残疾人权利公约》第十六条要求为服务残疾人的所有服务和设施设立独立的监测机制，以防止剥削、暴力和虐待。这些机制应纳入残疾人的代表组织和民间社会，还应能够在国家迈向非机构化的过程中进入和监测收容机构。监测范围应扩大到精神健康和社区服务，以确保它们有利于残疾人的融入、参与和在与他人平等的基础上全面享有各项权利。确认机构中存在虐待行为后，各国应按照《公约》第十六条的要求采取适当措施，“促进遭受任何形式的剥削、暴力或凌虐的残疾人的身体、认知功能和心理的恢复、康复及回归社会”。

⁵⁰ Mackenzie and Kesner, “Mental health funding and the SDGs”, p. 12.

⁵¹ 独立问责小组，“2016年：旧挑战新希望——全球妇女、儿童和青少年健康战略问责”(2016年)，第9至第11页。

⁵² 妇女儿童健康问题信息和问责委员会，“恪守承诺，衡量结果”(2011年)，第7页。

50. 其他促进问责的措施包括建立透明、包容和参与的程序和机制，负责在卫生和司法系统中建议和实施补救行动。此类机制和程序包括法院或准司法和非司法机构、卫生系统内的投诉机制、国家人权机构和专业标准协会。⁵³

B. 良好做法

1. 以恢复为基础的精神保健

51. 以社区为基础的精神健康服务应该包括以恢复为基础的做法，重点放在支持有精神健康问题的人实现自身的理想和目标。⁵⁴ 以恢复为基础的精神健康办法强调个人的力量及便利个人获得所需支助，将理解创伤和让有过精神健康问题体验的人参与提供服务结合起来。这种办法要求“听取个人关于自己病情及如何有助于恢复的理解，并进行答复，而且作为照护方面的平等伙伴与患者合作”。⁵⁵

52. 鉴于精神健康状况与创伤之间存在密切联系，所有精神健康服务均应做到“创伤知情”，并且要避免二次伤害；工作人员应该接受培训，以识别和避免可能触发痛苦记忆和令有创伤经历者再度受创的做法。⁵⁶

53. 最后，有精神健康问题的人最了解自己的恢复情况，也是帮助别人恢复的专家。除了交流专门知识，他们之间还可以相互支持和增强归属感，从而减少不必要的入院，所以利用这些人开展工作对于精神保健工作至关重要。⁵⁷

2. 以社区为基础的服务

54. 经济、社会及文化权利委员会建议，卫生设施、物资和服务应该设在所有群体，特别是残疾人等弱势和边缘群体都能够切实安全获得的场所。⁵⁸ 证据表明，在社区提供跨学科和专业服务能够让使用者与家人保持联系，保持就业，而且通常靠近支持网络，有利于早期治疗和恢复。而精神健康服务通常在以精神病医院为中心的专门系统内提供，在较发达国家尤为如此，目前在发展中国家也有这个趋势。其中许多做法与《残疾人权利公约》的标准相矛盾。为了保障有精神健康问题和心理社会残疾的人获得服务的权利，各国应确保在社区和初级保健系统中提供以恢复为基础的治疗。

⁵³ Sanghera and others “Human rights in the new Global Strategy” .

⁵⁴ 世卫组织，《精神健康行动计划》，第 50 页。

⁵⁵ 同上。

⁵⁶ United States Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, “SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach” (July 2014), p. 10.

⁵⁷ 见世卫组织，《精神健康行动计划》，第 50 段。

⁵⁸ 见第 14 号一般性意见，第 12 (b)段。

3. 去机构化

55. 执行关于独立生活和融入社区权的《残疾人权利公约》第十九条对于有社会心理残疾的人至关重要。以恢复为基础的办法符合这一条的宗旨：在生活、个人发展、行使自主权及参与和融入社区等方面给予支持。

56. 确保残疾人自行选择在哪儿居住和与谁住在一起，维护其自主权，有助于他们融入社区。机构收容和机构化的居住安排，无论是在大型设施还是小型集体住宅中，都构成隔离，不符合融入社区的要求。残疾人权利委员会一再对把残疾人送入机构和缺乏社区支助服务表示关切，建议与残疾人代表组织协商，提供支助服务并执行有效的非机构化战略。⁵⁹

57. 有效实行非机构化需要认识到享有社区生活的权利不仅仅是被实际安置在社区内。⁶⁰ 必须同时为有社会心理残疾的人提供社会支持，包括住房支持和援助、卫生保健、危机应对系统、收入支持、社交网络支持及获得教育和工作的机会。⁶¹ 社交网络、同伴支持、群体支持和本地社区的支持十分宝贵，特别是在解决危机和紧急情况的时候；必须承认它们的作用并支持它们的发展。

4. 儿童

58. 至少有 800 万儿童生活在机构中。⁶² 人人有权享有最佳身心健康问题特别报告员报告称，幼年接受机构照料会产生不良影响，应被视为对儿童的一种暴力形式。⁶³ 根据国际人权标准和良好做法规范，各国应：(a) 停止对所有儿童的机构照料，无论残疾与否；(b) 暂时停止将新的残疾儿童收容到机构中；⁶⁴ (c) 保护残疾儿童在社区生活的权利和所有儿童在家庭中长大的权利；⁶⁵ (d) 为必须离开自己家庭的儿童寻求其他的家庭安置办法，而不是任何形式的住宿照顾；⁶⁶ (e) 根据《残疾人权利公约》第二十三条第五款，在近亲属不能照顾儿童的情况下，在“大家庭范围内”提供替代性照顾，“并在无法提供这种照顾时，在社区内提供家庭式照顾”；⁶⁷ (f) 确保儿童非机构化的重点是使他们重新融入家庭，而不是一个较小的机构。

⁵⁹ 例如，见 CRPD/C/ESP/CO/1，第 35 至第 36 段；CRPD/C/CHN/CO/1，第 26 段；CRPD/C/ARG/CO/1，第 24 段。

⁶⁰ 同上。

⁶¹ 世卫组织和世界银行，《2011 年世界残疾报告》，第 148 页。

⁶² 见 A/61/299，第 55 段。

⁶³ 见 A/70/213，第 73 段。

⁶⁴ 联合国儿童基金会，《世界儿童状况报告》，第 80 页。

⁶⁵ 例如，见 CRPD/C/GTM/CO/1 和 CRPD/C/CZE/CO/1。

⁶⁶ Eric Rosenthal, “A mandate to end placement of children in institutions and orphanages: the duty of governments and donors to prevent segregation and torture (2017). Available from <https://www.law.georgetown.edu/academics/centers-institutes/human-rights-institute/our-work/research/upload/Perspectives-on-Human-Rights-Rosenthal.pdf>.

⁶⁷ 同上。

5. 适足生活水准

59. 《残疾人权利公约》第十九和第二十八条构想的住房和社会保护政策，对于确保有社会心理残疾的人享有适当的生活水准至关重要。住房和家庭援助以及消除贫困、营养不良和社会排斥的援助对于有社会心理残疾者的身心健康具有全面的积极影响。采取这些措施的同时，各国应促进有社会心理残疾的人进入开放的劳动力市场，以保障他们的收入。各国还应加强宣传，并就如何在工作场所中为有社会心理残疾的人提供合理便利提供技术指导和支持。

C. 技术支助和能力建设

60. 《经济、社会及文化权利国际公约》第二条第一款和《残疾人权利公约》第三十二条为精神健康领域的技术支助和能力建设提供了主要的规范基础。《经济、社会及文化权利国际公约》规定各国负有义务通过国际援助和合作，特别是经济和技术合作，采取步骤逐步实现健康权。如经济、社会及文化权利委员会指出的那样，具有援助能力的国家尤其有义务向其他国家提供这种援助。

61. 在社会心理残疾者的问题上，以下措施和活动对于在国家层面加强技术援助和能力建设至关重要。这些措施和活动需要有亲身体会过心理社会残疾的人及其代表组织积极地参加、参与、介入和投入：

(a) 为各国提供技术支持，制订和实施各项政策、计划、法律和服务，依照《残疾人权利公约》等国际人权标准，促进和保护有社会心理残疾的人的权利；

(b) 为精神健康从业者、有社会心理残疾的人、家庭成员、照顾者和其他支持者、民间社会、律师、法官、警察、社会工作者和其他人员开展能力建设，促进在精神健康领域依照《残疾人权利公约》及其他国际人权标准，采用立足于人权、以法律行为能力和恢复为基础的办法；

(c) 为各国提供全面的技术指导，确定、描述和评价现有和新出现的以社区为基础、响应社会心理残疾者的需要、符合《残疾人权利公约》的服务和支助；

(d) 支持建立和加强社会心理残疾者所领导的组织，加强与各国政府的对话，以促进他们融入社会和参与决策进程；

(e) 解决隔离长期持续的问题，这个问题可表现为资助新机构或翻新现有设施。解决此问题的办法是停止为这一领域分配资源。应将资金用于帮助家庭避免将儿童安置在机构中，并为社会心理残疾者创建社区支持系统。

七. 结论

62. 心理健康服务的使用者、有心理健康问题和社会心理残疾的人同时具有多种脆弱性，特别是因贫困、耻辱、歧视、社会孤立和隔离造成的脆弱性。采取综合办法改善其人权状况，需要保护其自主权、能动性和尊严以及《残疾人权利公约》和《经济、社会及文化权利国际公约》等文书保障的其他人权。还需做出政策调整，承认排斥和边缘化是心理健康不良的原因和后果，认真考虑《2030年可持续发展议程》中不让任何人掉队和首先帮助落在最后面的人的承诺。因此，要履行充分实现有心理健康问题的人、心理健康服务的使用者和有社会心理残疾的人的权利这项义务，各国应当使政策和法律框架与人权规范保持一致，制订和实施立足于权利的战略和计划，交流技术专门知识和其他资源，例如良好做法规范。
