

精神衛生、人權與立法 指南與實踐

Mental health, human rights and legislation
Guidance and practice

世界卫生组织
联合国人权事务高级专员办事处
组编

本出版物的英文版由世界卫生组织与联合国（代表联合国人权事务高级专员办事处）联合出版。

英文书名为 *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*

© 世界卫生组织与联合国，2023 年

世界卫生组织授予上海市精神卫生中心翻译及出版中文译本，该译本并非由世界卫生组织或联合国人权事务高级专员办事处制作，世界卫生组织和联合国人权事务高级专员办事处不对该译本的内容或准确性负责，原始的英文版应为具有约束力和权威性的版本，如此译本与英文版有任何不相符之处，应以英文版为准。

© 上海市精神卫生中心，2025 年

该译本依据知识共享署名-非商业性使用-相同方式共享 3.0 许可协议（CC BY -NC-SA 3.0）发布。

精神卫生、人权与立法 指南与实践

世界卫生组织

联合国人权高级专员办事处

组编

审译者名单

本指南中文版由上海市精神卫生中心负责组织翻译。

主审

徐一峰

主译

黄晶晶 姚 灏 陈 博 张英诚

秘书

韩鹏飞

译者

侣新艺	唐梅欣	张羽彤	俞姝倩
汪颖霞	吴心昀	涂 丁	任雨婕
唐晓晔	李佳颖	张继文	邹宏宇
傅齐修	周 想	杨婉秋	董 晨
宋毅杰	吴一涵	叶蔚妍	曹文振

目录

中文版前言	5
英文版前言	8
致谢	10
缩略词	15
术语表	16
执行摘要	19
引言	26
1. 背景	26
2. 目的和范围	27
3. 本指南面向的人群	29
4. 本指南为何重要	29
5. 如何使用本指南	31
6. 本指南的制定过程	32
7. 关于用语的说明	32
第一章 重思精神卫生立法	35
引言	35
1.1 精神卫生的背景与挑战	35
1.2 精神卫生与法律	38
1.3 精神卫生法与人权	40
1.4 国际人权框架	44
1.5 将人权框架应用于精神卫生立法	49
1.5.1 精神健康与福祉的跨部门方法	51
1.5.2 挑战污名和歧视	52
1.5.3 获得优质的、以人为中心且基于权利的精神健康照护和支持	53
1.5.4 转变为基于社区的精神健康照护和支持	54
1.5.5 尊重法律能力和知情同意，并杜绝使用胁迫手段	55
1.5.6 参与	55

1.5.7 社区融入	56
1.5.8 问责	57
第二章 为实现精神卫生体系以人为中心、以复元为导向且以权利为基础所需要的立法条款	59
引言	59
2.1 确保平等与非歧视	60
2.1.1 禁止一切形式的歧视	60
2.1.2 关于合理便利的条款	62
2.1.3 健康保险中的歧视	63
2.1.4 挑战社会中的污名和歧视	64
2.1.5 平等承认精神卫生服务中的权利	66
2.2 在精神卫生服务中尊重人格和法律能力	72
2.2.1 在精神卫生服务中尊重法律能力	73
2.2.2 在精神卫生服务中禁止替代性决策	74
2.2.3 为精神卫生服务使用者提供支持性决策	75
2.2.4 保障个人意愿与偏好	76
2.2.5 尊重儿童不断发展的法律能力	79
2.3 精神健康照护中的知情同意以及消除强制性做法	80
2.3.1 促进及保障自由知情同意权	80
2.3.2 预立计划	86
2.3.3 危机支持	88
2.3.4 禁止非自愿住院和治疗	90
2.3.5 消除隔离与约束	95
2.3.6 重新设计照护流程	97
2.3.7 自杀的去罪化	98
2.4 获得高质量的精神卫生服务	99
2.4.1 身体健康与精神健康的平等	99
2.4.2 针对精神卫生的资金投入	101
2.4.3 可负担且公平可及的精神卫生服务	102
2.4.4 回应性别需求的精神卫生服务	103

2.4.5 与年龄相适应的精神卫生服务	104
2.4.6 与文化相适应的精神卫生服务	105
2.4.7 反对种族主义的精神健康照护和支持	107
2.4.8 面向医疗和社会照护工作人员的培训	108
2.5 在社区内提供精神卫生服务	109
2.5.1 将精神卫生整合进一般医疗卫生场景	110
2.5.2 发展以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生服务	111
2.5.3 整合由同伴领导和运营的服务	113
2.5.4 去机构化	114
2.5.5 重新分配财政和人力资源	115
2.5.6 人道主义情境和紧急情况下的实施工作	116
2.6 确保全面有效地参与公共决策	118
2.6.1 确认积极参与决策的权利	118
2.6.2 实施可及且公平的协商	119
2.7 确保问责制	120
2.7.1 信息系统	120
2.7.2 独立监督机构	121
2.7.3 实施有效的补救和纠正措施	123
2.7.4 职业责任和义务	125
2.8 针对整体性服务提供的跨部门改革	125
2.8.1 促进社区包容	127
2.8.2 获取司法公正	130
第三章 制定、实施和评估以权利为基础的精神卫生立法	140
引言	140
3.1 利益相关方的参与和共识建立	140
3.1.1 让所有利益相关方（包括亲历者）积极参与进来	141
3.1.2 建立共识和政治意愿	142
3.2 对现行法律和政策进行基于权利的分析	142
3.2.1 研究国际公约和标准所规定的义务	143
3.2.2 识别以权利为基础的精神卫生服务所面临的阻碍	144

3.2.3 对于国家立法的全面审查	145
3.2.4 研究其他国家的立法和优秀实践	146
3.3 起草立法	146
3.3.1 起草过程	147
3.3.2 协商过程	147
3.4 立法过程	149
3.4.1 通过立法的责任	149
3.4.2 有关立法草案的讨论和通过	150
3.4.3 新法律的批准、颁布和公布	150
3.4.4 激发讨论并听取公众意见	151
3.5 法律的实施	151
3.5.1 法律实施负责部门的重要性、角色与构成	152
3.5.2 制定规章和其它指导性文件	153
3.5.3 公众教育和意识提升	153
3.5.4 针对精神卫生与社会照护体系、其他部门以及社区中的利益相关方的培训	154
3.5.5 资源分配	155
3.6 法律的评估	156
3.6.1 评估的重要性	156
3.6.2 系统性且定期的立法审查	157
3.6.3 评估标准和策略	157
用于评估基于权利的精神卫生立法的检查清单.....	160
参考文献.....	187

中文版前言

精神健康是人类尊严的基石，也是全球公共卫生的核心议题。世界卫生组织与联合国人权事务高级专员办事处联合发布的这本《精神卫生、人权与立法：指南与实践》（以下简称“本指南”），标志着国际社会对精神健康认知的深刻转型——从医疗救助的单一维度转向以人的权利为中心、以社区为基础、以复元为导向的范式革命。这部指南不仅是一份技术文件，更是对传统生物医学模式的彻底反思，是对全球精神卫生体系进行系统性变革的宣言，呼吁各国通过立法改革，终结延续千百年的歧视、强制与排斥。它构建了一个全新的精神健康生态系统，其颠覆性不亚于当年《残疾人权利公约》对残障认知的革新。

过去一个多世纪的精神卫生立法进程，始终摇摆于“保护社会安全”与“治疗个体疾病”的二元逻辑。早期法律将精神障碍等同于“威胁和危险”，授权机构化与非自愿治疗；即使是后来增加的程序性保障，如“替代性决策”（如监护人制度），也没有改变把精神差异建构为需要被“治疗”和“控制”的异常状态这个事实，服务使用者的社会身份、文化背景与主体意愿被不同程度地忽视，更掩盖了贫困、暴力、歧视等精神健康的社会决定因素。而这份指南首次在国际政策层面宣告：幻听、异常意识状态等体验本身就是人类多样性的一部分，承认不是“患者”需要适应社会，而是社会需要为多样性创造包容空间。

意大利“去机构化”先驱巴萨利亚（Franco Basaglia）曾说：“精神疾病不是疾病，而是一个关于痛苦的故事。”中国社区精神卫生服务先驱粟宗华也说过：“精神病人的病史是用血和泪写成的。”本指南将这一理念转化为法律语言，要求立法从“缺陷模式”转向“支持范式”，超越传统的精神卫生专门法的局限，主张将权利保障融入一般性立法，以消除污名化区隔。这种转变在具体条款中体现为对“法律能力”的重新定义——不再以精神诊

断剥夺人的决策权，而是通过支持性决策机制保障每个人的自主性。这相当于在法理层面完成了从“替你做主”到“帮你做主”的伦理进化。

本指南创造性地将立法过程本身视为社会疗愈的仪式。它要求法律改革必须包含“创伤亲历者”的参与，这种规定具有深远的象征意义。当立法机构主动倾听精神卫生体系受害者的声音时，实际上是在进行一场制度性的“创伤叙事治疗”。加拿大原住民社区的“真相与和解”实践表明，系统性压迫的疗愈始于被听见。本指南将这种修复性司法理念注入立法程序，使冰冷的法律条文承载了温暖的社会修复功能。

在具体操作层面，本指南建议的“分阶段协商机制”构建了新型立法民主模式。特别是要求起草机构公布对每条意见的回应，这种“反馈闭环”设计使立法过程成为真正的对话而非形式主义咨询。这种机制或可推广至其他社会政策领域，成为参与式民主的范本。

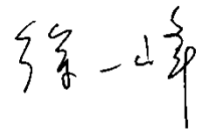
本指南要求彻底重构立法哲学，实际上是在法律层面宣告“精神健全不再作为公民权的前提”。其前瞻性的贡献在于将立法作为“支持性社会”的基础工程，突破了传统精神卫生法的医疗框架，要求交通、住房、教育等多部门立法协同改革。这种“全政府”路径的创新不再把精神健康视为卫生部门的“专业领地”，而是作为衡量社会包容度的核心指标。

秘鲁在立法中要求所有新建社区规划必须包含精神健康支持空间，这种将“支持性环境”物质化的实践，正是对指南理念的生动诠释。本指南第 2.8 节关于跨部门改革的建议，实质上是在立法层面构建社会支持的“无障碍基础设施”——就像轮椅坡道之于肢体残障者，我们需要为心理差异者建造社会关系的“坡道”。

需要指出的是，尽管本指南具有划时代意义，但仍有不足。例如，在大数据和算法支配的时代，本指南对数字精神卫生服务的监管建议尚显薄弱。当“情绪识别 AI”和“预测性精神病筛查”等技术正在重构精神健康定义时，需要增补数字人权条款。未来的精神卫生立法或许需要像“通用数据保护条例”（GDPR）保护数据隐私那样，确立“认知自主权”不可算法侵犯的原则。

这部指南不是终点，而是全球精神健康公民运动的起点。当智利将“神经多样性”写入新

宪法，当南非用“乌班图”哲学重构社区支持时，我们看到：真正的文明，不在于如何治疗“异常”，而在于如何学会与所有形式的人类经验和平共处；精神卫生的终极目标，不是消除症状，而是让每个人——无论经历何种痛苦或差异——都能在尊重其自主与尊严的环境中，实现属于自己的人生愿景。



徐一峰

世界卫生组织/上海精神卫生研究与培训合作中心 前主任

2025 年 7 月 上海

英文版前言

近年来，人们已经越来越多地认识到，精神健康是健康的重要组成部分，正如《2030 年可持续发展议程》（2030 Agenda for Sustainable Development）所体现的那样，该议程以国际人权标准和基于人权的残障模式为基础，旨在让人人都享有良好的健康与福祉。越来越多的法律政策相继出台，保障人们获得优质精神健康照护和支持的权利，并确保有精神健康状况和社会心理残障的人（people with mental health conditions and psychosocial disabilities）有各类事项的自主决策权，这代表了精神卫生领域的重要进展。许多国家正在努力提高社区精神卫生服务的可及性，减少围绕精神健康状况的污名和歧视，并促进亲历者积极参与法律改革和政策制定。然而，大多数国家的改革仍处在起步阶段，我们需要更强的政治意愿，也需要更多的投资和行动，来推动精神卫生系统朝着以权利为基础、以人为中心的方向发展。

新冠肺炎（COVID-19）疫情在全球层面给精神卫生带来的影响是深远的，它不仅导致了失业和财务危机，也使得有精神健康状况和社会心理残障的人经历了更严重的社会隔离和支持系统中断的问题。这场疫情还暴露出许多国家在精神卫生服务和支持方面的不足。

与此同时，在许多场合，围绕精神健康议题的沉默已然被打破，而将精神健康纳入全民健康覆盖的必要性则日渐显现。此外，值得推广并纳入主流卫生系统的以权利为基础的社区精神卫生服务范例（包括同伴支持服务）正日益增多，而精神健康状况的亲历者在为其他正在经历相似处境的人提供同伴支持和指导方面的作用正愈发受到重视。在卫生系统内部，许多国家正在为卫生工作者提供基于权利的精神卫生服务方面的培训。

通过认识并解决潜在的精神健康影响因素，我们能够建立更加平等、和平且可持续的社

会做出贡献。世界卫生组织（World Health Organization, WHO）和联合国人权高级专员办事处（Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, OHCHR）期待，世界上的每个人都能过上健康的生活，都能获及可负担、高质量、以权利为基础、以人为中心的精神卫生服务，而有精神健康状况和社会心理残障的人则都能全面参与他们自己的复元过程以及生活的方方面面。《残疾人权利公约》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD）是实现这一愿景的关键性文件，该文件呼吁从替代性决策和强制性措施转向平等和非歧视，转向支持性决策，转向自由知情同意，转向有效且有意义的参与，转向社区融入。

本指南由世界卫生组织和联合国人权高级专员办事处共同编写，呼吁采取行动以实现上述愿景。本指南为那些旨在促进精神卫生领域的人权的法律提供了蓝本，本指南支持法律和态度方面的转变，并鼓励推动改革以保障所有正与精神卫生系统打交道的人的权利，本指南还提出了逐步建立尊重人类尊严且符合国际人权规范与标准的精神卫生服务的步骤。

我们相信，本指南将成为一份有用的资源，特别是对于世界各国的决策者以及有精神健康状况和社会心理残障的人来说。



Tedros Adhanom Ghebreyesus 博士
世界卫生组织总干事



Volker Türk 先生
联合国人权高级专员

致谢

本指南的制定与协调由 Michelle Funk 和 Natalie Drew Bold 牵头，在世界卫生组织精神卫生与物质使用司 Dévora Kestel 的总体监督下，与联合国人权事务高级专员办事处的经济、社会及文化权利司联合完成。

写作团队

该指南由世界卫生组织和联合国人权事务高级专员办事处联合撰写。

代表世界卫生组织

Alberto Vásquez Encalada (Consultant, Switzerland), Michelle Funk (Department of Mental Health and Substance Use, WHO) and Natalie Drew Bold (Department of Mental Health and Substance Use, WHO).

代表联合国人权事务高级专员办事处

经济、社会及文化权利司的工作人员。

世界卫生组织和联合国人权事务高级专员办事处感谢以下个人和机构所作出的宝贵贡献、反馈和意见：

外部贡献者和审稿人

Natalie Abrokwa (University of Groningen, Kingdom of the Netherlands), Nazish Arman (Shuchona Foundation, Bangladesh), Peter Bartlett (Centre for Mental Health and Human Rights, Institute of Mental Health, Nottingham University/WHO Collaborating Centre on Mental Health,

Disability and Human Rights, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland), Shreya Bhardwaj (Charles University, Czech Republic), Valerie Bichelmeier (Make Mothers Matter, France), Joann Bond (Attorney General's Chambers and the Ministry of Legal Affairs, Guyana), Mauro Giovanni Carta (University of Cagliari, Italy), Francesca Centola (Mental Health Europe, Belgium), Pyali Chatterjee (ICFAI University, India), Dixon Chibanda, (Friendship Bench and University of Zimbabwe, Zimbabwe), María Soledad Cisternas (former Special Envoy of the United Nations Secretary-General on Disability and Accessibility, Chile), Lee Allison Clark (Native Women's Association of Canada, Canada), Jarrod Clyne (International Disability Alliance, Switzerland), Ria Mohammed-Davidson (Attorney at Law, Human Rights and Mental Health, Trinidad and Tobago), Maria de Lourdes Beldi de Alcântara (Universidade de São Paulo, Brazil), Eric Diaz Mella (Centro de Reorganización Regional y Observatorio Social, Chile), Robert Dinerstein (American University Washington College of Law, the United States of America), Zuzana Durajová (Charles University, Czech Republic), Julian Eaton (CBM Global, the United Kingdom), Elisabetta Pascolo Fabrici (Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)/WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Italy), Alexandra Finch (Georgetown University, the United States), Leon Garcia (Centro and Hospital das Clínicas, Brazil), Neeraj Gill (Griffith University, Australia), Guilherme Gonçalves Duarte (Permanent Mission of Portugal in Geneva, Ministry of Foreign Affairs, Portugal), Piers Gooding (La Trobe Law School, Australia), Lawrence Gostin (O'Neill Institute for National and Global Health Law at Georgetown University Law Center, Georgetown University/WHO Collaborating Center for National and Global Health Law, the United States), Kristijan Grđan (Association for Psychological Support Croatia, Croatia, and Mental Health Europe, Belgium), Vivian Hemmelder (Mental Health Europe, Belgium), Edgar Hilario (Department of Health, Philippines), Torsten Hjelmar (Citizens Commission on Human Rights Europe, Denmark), Mushegh Hovsepyan (Disability Rights Agenda, Armenia), Dr Irmansyah (The National Research and Innovation Agency, Indonesia), Simon Njuguna Kahonge (Ministry of Health, Kenya), Olga Kalina (Georgian Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry, Georgia, and the European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), Denmark), Elizabeth Kamundia (Kenya National Commission on Human Rights, Kenya), Sylvester Katontoka (Mental Health Users Network of Zambia, Zambia), Brendan Kelly (Trinity College Dublin, Ireland), Hansuk Kim (Ministry of Health and Welfare, Republic of

Korea), Seongsu Kim (Dawon Mental Health Clinic, Republic of Korea), Bernard Kuria (Ministry of Health, Kenya), Karilė Levickaitė (NGO Mental Health Perspectives, Lithuania, and Mental Health Europe, Belgium), Carlos Augusto de Mendonça Lima (World Psychiatric Association Section of Old Age Psychiatry, Switzerland), Laura Marchetti (Mental Health Europe, Belgium), Claudia Marinetti (Mental Health Europe, Belgium), Nemache Mawere (Ingutsheni Central Hospital, Zimbabwe), Felicia Mburu (Article 48 Initiative, Kenya), Roberto Mezzina (International Mental Health Collaborating Network and World Federation for Mental Health, Italy), Kendra Milne (Health Justice, Canada), Angelica Chiketa Mkorongo (Zimbabwe Obsessive Compulsive Disorder Trust, Zimbabwe), Guadalupe Morales Cano (Fundación Mundo Bipolar and European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry, Spain), Fabian Musoro (Ministry of Health, Zimbabwe), Macharia Njoroge (Championing for Community Inclusion in Kenya, Kenya), Nasri Omar (Ministry of Health, Kenya), Cheluchi Onyemelukwe-Onuobia (Babcock University, Nigeria), Hazel Othello (Ministry of Health, Trinidad and Tobago), Gemma Parojinog (Commission on Human Rights, Philippines), Soumitra Pathare (Indian Law Society, India), Eduardo Pinto da Silva (Ministry of Foreign Affairs, Portugal), Gerard Quinn (UN Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, Ireland), Carlos Rios-Espinosa (Human Rights Watch, the United States), Gabriele Rocca (World Association for Psychosocial Rehabilitation and WAPR Human Rights Committee, Italy), Jean-Luc Roelandt (Service de recherche et de formation en santé mentale, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole/Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale, France), Marta Rondon (Instituto Nacional Materno Perinatal, Peru), Artur Sakunts (Helsinki Citizens' Assembly – HCA Vanadzor, Armenia), San San Oo (Aung Clinic Mental Health Initiative, Myanmar), Liuska Sanna (Mental Health Europe, Belgium), Josep Maria Solé Chavero (Support-Girona Catalonia, Spain), Slađana Štrkalj Ivezić (University Psychiatric Hospital Vrapče, Croatia), Charlene Sunkel (Global Mental Health Peer Network, South Africa), Kate Swaffer (Dementia Alliance International, Australia), Bliss Christian Takyi (St. Joseph Catholic Hospital, Ghana), Murali Thyloth (Ramaiah Medical College and World Association for Psychosocial Rehabilitation, India), Emanuela Tollozhina (Ministry of Health and Social Protection, Albania), Helal Uddin Ahmed (Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh), Yannis Vardakastanis (International Disability Alliance, Switzerland), Javier Vasquez (American University Washington College of Law, the United States), Simon Vasseur-Bacle

(Ministère de la Santé et de la Prévention, France; Service de recherche et de formation en santé mentale, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole/Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale, France), Alan Woodward (Lifeline International, Australia), Stephanie Wooley (European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry, France), Miguel Xavier (Ministry of Health, Portugal), Peter Badimak Yaro (BasicNeeds Ghana, Ghana) and Martin Zinkler (Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen, Germany).

组织和机构

Alliance Defending Freedom (ADF) International, American Psychological Association (APA), Article 48 Initiative, European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), Helsinki Citizens' Assembly (HCA) Vanadzor, Horatio: European Psychiatric Nurses, International Disability Alliance (IDA), International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), International Psychogeriatric Association (IPA), Kellerkinder e.V., Maat Foundation for Peace, Development and Human Rights, Mental Health Europe (MHE), Minority Rights Group International, National Secular Society (NSS), The Authority for the Care of People with Disabilities, World Association of Psychiatric Rehabilitation (WAPR), World Federation for Mental Health (WFMH) and the World Psychiatric Association Section of Old Age Psychiatry (WPA-Soap).

世界卫生组织和联合国人权事务高级专员办事处的贡献者和审稿人

世界卫生组织总部的工作人员和咨询专家

Darryl Barrett, Fatima Batool, Daniel Chisholm, Alarcos Cieza, David Clarke, Tarun Dua, Antony Duttine, Fahmy Hanna, Stéfanie Fréel, Rodney Kort, Dzmitry Krupchanka, Aiysha Malik, Maria Francesca Moro, Vladimir Poznyak, Mark Van Ommeren and Inka Weissbecker.

世界卫生组织在区域和国家的工作人员和咨询专家

Florence Baingana (WHO Regional Office for Africa), Andrea Bruni (WHO Regional Office for South-East Asia), Claudina Cayetano (WHO Regional Office for the Americas), Ledia Lazeri (WHO Regional Office for Europe), Carmen Martinez (WHO Regional Office for the Americas), Maristela Monteiro (WHO Regional Office for the Americas), Alejandro Morlachetti (WHO

Regional Office for the Americas), Renato Oliveira E Souza (WHO Regional Office for the Americas), Khalid Saeed (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean), Martin Vandendyck (WHO Regional Office for the Western Pacific), Neli Demi (WHO Country Office for Albania), Ignacio Ibarra Espinosa (WHO Regional Office for the Americas), Jason Maurer (WHO Regional Office for Europe), Melita Murko (WHO Regional Office for Europe) and Jasmine Vergara (WHO Country Office for the Philippines).

联合国人权事务高级专员办事处的工作人员和审稿人

本联合出版物得益于联合国人权事务高级专员办事处总部及各地办事处工作人员的实质性贡献，以及该办公室出版委员会成员和内部指定同行审稿人所提供的意见和支持。¹

财政支持

世界卫生组织感谢葡萄牙政府对本联合出版物所提供的慷慨资助。

¹ 根据联合国人权事务高级专员办事处的政策，其出版物中的贡献不署名归属于该办公室的雇员。

缩略词

CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	残疾人权利公约
ECT	electroconvulsive therapy	电休克治疗
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights	公民权利和政治权利国际公约
CESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights	经济、社会及文化权利国际公约
SOGIESC	sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics	性取向、性别身份、性别表达与性征
SDG	Sustainable Development Goal	可持续发展目标
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	联合国人权高级专员办事处
UDHR	Universal Declaration of Human Rights	世界人权宣言
UHC	universal health coverage	全民健康覆盖
UN	United Nations	联合国
UNDRIP	United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples	联合国土著人民权利宣言
WHA	World Health Assembly	世界卫生大会

术语表

生物医学模式 (biomedical model)

精神卫生的生物医学模式基于如下理念，即精神健康状况是由神经生物学因素所导致的（1，2）。因此，照护通常侧重于诊断、药物治疗和症状缓解，而不是考虑可能影响精神健康的各种社会和环境因素。这可能会导致某种狭隘的照护和支持模式，可能无法解决精神痛苦和创伤的深层次原因。

残障 (disability)

残障是由功能损害 (impairment) 者与阻碍他们在与其他人平等的基础上充分有效地参与社会的各种态度和环境障碍相互作用所产生的结果（3）。

基于残障的歧视 (discrimination on the basis of disability)

任何基于残障（包括精神健康状况）所作出的区别对待、排斥或限制，其目的或结果是损害或否定在与其他人平等的基础上对于政治、经济、社会、文化、民事或任何其他领域的所有人权和基本自由的承认、享有或行使。包括所有形式的歧视，其中也包括拒绝提供合理便利（4）。

基于人权的方法/基于人权的做法/人权模式 (human right-based approach)

基于国际人权法且旨在促进和保护人权的关于过程和行动的概念框架。精神卫生的人权模式 (human rights-based approach to mental health) 意味着采纳与国际人权法下的国家义务相一致的法律和政策框架，并实施与国际人权法下的国家义务相一致的做法。通过确保所有行为体、政策制定者、民间社会组织、社区和草根组织的参与，并在必要时确保提供救济和问责途径，该模式旨在使所有国家和非国家行为体具备识别、分析和解决不平等与歧视

的能力，从而覆盖那些被忽视或遗漏的人群（5）。

法律能力（legal capacity）

个体在法律上同时具备作为权利主体与行为主体的能力。作为权利主体的法律能力使个体有资格获得法律体系对其权利的全面保护。作为行为主体的法律能力则承认个体具备作为法律行为人参与法律事务以及设立、变更或终止法律关系的权力（6）。

边缘群体（marginalized groups）

在特定文化、背景和历史中面临歧视和排斥风险的不同群体，这些歧视和排斥源自不平等的权力关系以及不同的个人特征或因素之间的相互作用，如种族、性别、性别认同或表达、性取向、性征、年龄、残障、国籍、族裔、原住民或社会出身、种姓、移民或难民身份、语言、宗教、政治或其他观点、教育或收入水平、或居住于不同的地理区域（7）。

复元（recovery）

精神卫生的复元模式强调帮助人们重新或持续掌控他们自己的生活。复元的意义因人而异，可能包括：（重新）获得生活的意义和目标；得到赋能并能够过上自我导向的生活；增强自我感和自我价值感；对未来充满希望；从创伤中疗愈；以及过上有目标的生活。每个人都应该有机会去定义复元对于他们自己的含义，以及在他们自己的复元旅程中希望他们生活的哪些方面得到关注。复元模式将个体及其所处环境视为一个整体，不再坚持个体“被治愈”（being cured）或“不再有症状”（no longer having symptoms）的理念或目标（8）。

程序便利（procedural accommodation）

在获得司法公正的语境中，为确保残障者及其他群体能够在与他人平等的基础上参与司法程序，如特定个案需要则相应做出的所有必要且适当的调整与修改。与“合理”（reasonable）便利不同，“程序”（procedural）便利不受“不相称或过度的负担”（disproportionate or undue burden）这一概念的限制（9）。

合理便利（reasonable accommodation）

为确保残障者及其他群体能够在与他人平等的基础上享有或行使所有人权和基本自由，如

特定个案需要则相应做出的所有必要且适当的调整与修改，且这些调整和修改不得造成不相称或过度的负担（disproportionate or undue burden）。

社会心理残障（psychosocial disability）

本指南采纳了《残疾人权利公约》对于残障的定义，并将社会心理残障理解为：是由实际存在或被认为存在精神健康困难的个体与阻碍他们在与其他人平等的基础上平等有效地参与社会的各种态度和环境障碍相互作用所产生的结果。此类障碍就比如歧视、污名和排斥（10）。该术语旨在体现某种理解精神和情感经验的社会而非医学模式，它将重点放在限制个体平等参与社会的各种态度和环境障碍上（11，12）。虽然《残疾人权利公约》使用了“功能损害”（impairment）一词，但本指南避免使用该术语，以尊重社会心理残障亲历者的多样化观点以及精神和情感状态的动态性质。

替代性决策（substitute decision-making）

剥夺个体法律能力的制度安排（regime），即便仅涉及单项决定；在此类制度下，会指派替代决策者代表当事人做出决定，或由他人基于当事人所谓的“最佳利益”（best interest）做出决定，而非基于当事人自身的意愿和偏好（13）。

支持性决策（supported decision-making）

包括多种支持选项的制度安排（regime），此类制度允许个体在获得支持的情况下行使法律能力并做出决定（14）。尽管支持性决策制度可以采取多种形式，但在此类制度下，法律能力绝不会被剥夺或限制；支持者不得在违背当事人意愿的情况下由第三方指派；所提供的支持必须以当事人自身的意愿和偏好为基础（15）。

执行摘要

引言

精神卫生正成为公共卫生领域日益重要的优先事项和实现人权的迫切需求。因此，越来越多的国家正在出台精神卫生相关的立法或进行相关的法律改革。现有立法往往无法处理影响精神健康的社会和经济因素，并因此导致歧视和人权侵犯问题猖獗不息，如否定法律能力、强制措施、机构化以及低质量照护等问题，包括那些存在于精神卫生医疗机构中的歧视和人权侵犯问题。

对此，世界卫生组织和联合国人权高级专员办事处等国际利益相关方正在积极倡导精神卫生的人权模式（human rights approach to mental health）。国际人权框架，特别是《残疾人权利公约》（CRPD），呼吁从生物医学模式到支持性范式（support paradigm）的重大转变，后者强调人格（personhood）、自主及社区融入。

《精神卫生、人权与立法：指导与实践》（以下简称“本指南”）由世界卫生组织和联合国人权高级专员办事处联合发布，旨在协助各国颁布、修订或实施精神卫生相关立法，其目标是确保精神卫生政策、体系、服务和项目为所有人提供符合国际人权标准（包括《残疾人权利公约》）的高质量照护和支持。本指南鼓励将精神卫生整合进一般性立法（general legislation），而非颁布精神卫生领域的专门性法律（mental health-specific law）。

本指南面向立法者、政策制定者以及精神卫生立法和照护领域的专业人士，本指南也可能对相关领域的工作人员有所帮助，如联合国机构、政府官员、有精神健康状况和社会心理

残障的人、专业组织、家属、民间社会组织、残障者组织、人道主义工作者、社区组织、信仰组织、研究人员、学者以及媒体代表。

本指南分为三章，并附检查清单（checklist），涵盖保障以权利为基础的立法（rights-based legislation）的流程和内容：

- **第一章** 讨论与现有精神卫生立法相关的挑战，并强调需要进行符合国际人权框架的改革。
- **第二章** 列举精神卫生立法应纳入的主要原则和问题，提供以权利为基础的条款示例。
- **第三章** 阐述如何按照以权利为基础的流程制定、实施和评估精神卫生立法。
- **检查清单** 用于帮助各国评估其立法是否遵循以权利为基础的方法。

第一章 重思精神卫生立法

精神健康与福祉和社会、经济及物理环境密切相关，也和贫困、暴力及歧视息息相关。然而，绝大多数的精神卫生体系都侧重于诊断、药物治疗以及症状缓解，却忽视了影响人们精神健康的社会决定因素。有太多人在寻求精神健康照护与支持时遭遇到歧视及人权侵犯：有些人因种族、性别、性取向、年龄、残障或社会地位而被拒绝提供照护。还有些人面临着低质量服务和非人道的的生活条件，缺乏安全的饮用水和基本卫生设施，或者被迫接受泯灭人性、有辱人格的治疗。非自愿住院及治疗、隔离或单独监禁以及约束手段的使用，在多数精神卫生体系中也屡见不鲜。妇女、女童以及有着不同性取向、性别认同、性别表达和性特征（sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics，或简称“SOGIESC”）的人群还会进一步面临像是强制绝育、强迫堕胎、扭转治疗这样的有害做法。由精神卫生体系所导致的普遍存在的人权侵犯及伤害已然造成了创伤，这种创伤影响到许多个人和社群，并延续数代。

在过去 150 年里，精神卫生立法使得这些人权侵犯行为合法化，在某些情况下甚至起到了推波助澜的作用：早期法律巩固了家长作风（paternalism）以及那种认为有精神健康状况和社会心理残障的人是“危险分子”的观念。现行的精神卫生法律对人权有着重大影响，它

们往往过时，对人权有着狭隘的理解，并且依赖于还原主义的生物医学模式。多数国家针对精神卫生的单独立法都包含了限制权利的条款，比如通过非自愿收治、强制治疗、约束以及隔离等方式来限制权利。此外，精神卫生法律常常强化权力结构，加剧了对边缘群体的压迫。虽然《残疾人权利公约》的颁布使人们重新燃起了从人权视角来重新审视精神卫生立法的兴趣，但多数国家并未对长期存在的生物医学模式和强制治疗权力提出挑战。

国际人权框架要求各国在精神卫生立法方面采取基于权利的做法。精神卫生问题关涉基本人权，对于实现健康权至关重要。《残疾人权利公约》强化了在精神健康照护方面对于国际人权标准的保障，并承认有精神健康状况和社会心理残障的人与其他人一样享有同等权利。《残疾人权利公约》营造了一个有利的法律环境，据此可以发展基于权利的、重点关注个人赋权以及让个人积极参与其自身复元的精神卫生体系。

因此，精神卫生立法必须摒弃那种导致精神卫生服务中充满强制和受限环境的狭隘的传统“生物医学范式”，而要另辟蹊径（16）。为实现这一点并充分践行人权，本指南提出了一些新的方法，比如明确规定精神卫生体系要采取基于权利的做法；推动以人为中心且基于社区的服务；提升意识并消除污名化；根除歧视和强制行为；促进社区融入和参与；制定问责措施。任何新的方向都需要有亲历者（包括代际创伤的亲历者）的参与，让他们参与法律制定，使其能反映并回应他们在追寻复元、修复和疗愈过程中的观点。这种协作式的做法对于打造一个尊重人权、将照护与支持置于管控之上、并助力个人充分发挥潜能的精神卫生体系而言是必不可少的。

第二章 为实现精神卫生体系以人为中心、以复元为导向且以权利为基础所需要的立法条款

第二章提出了一系列各国可用来支持精神卫生的人权模式的立法条款。它涵盖了与精神卫生相关的诸多领域，在这些领域，可通过立法来保障、促进并支持国际人权条约。第二章还列举了不同国家已采用的条文及条款示例，并为起草基于权利的条款提供了详细指导。第二章涵盖的领域如下：

平等与非歧视（equality and non-discrimination）：用于在国家层面维护精神卫生体系的平等与非歧视原则、并确保所有人在获得精神卫生服务时享有平等权利的关键立法条款。示例包括禁止一切形式的歧视，包括医疗保险中的歧视以及在提供合理便利方面的歧视；消除社区中的污名和歧视；在精神卫生服务中平等承认各项权利，包括在获取信息、保密、隐私以及设施使用方面的权利。

人格与法律能力（personhood and legal capacity）：用于承认并尊重精神卫生服务使用者的法律能力以及在必要时为其提供适当支持的重要立法条款。示例包括禁止替代性决策；提供支持性决策；保障当事人的意愿和偏好；尊重儿童不断发展的能力。

知情同意与消除强制性做法（informed consent and eliminating coercive practices）：用于淘汰精神卫生服务中的强制性做法并维护自由知情同意（free and informed consent）的权利的基本立法条款。示例包括促进并保障自由知情同意的权利；支持预先计划（advance planning）；提供危机支持；禁止非自愿住院及治疗；消除隔离和约束手段。

获得高质量的精神卫生服务（access to quality mental health services）：用于消除获取优质精神卫生服务及支持方面的障碍以解决相关问题的重要条款。示例包括确保躯体健康和精神健康服务之间的平等；精神卫生服务的可得性、可及性、可接受性以及服务质量；筹资；以及精神卫生照护中的性别、文化和年龄因素考量。

在社区中实施精神卫生服务（implementing mental health services in the community）：用于转变并实施以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生及支持服务的关键条款。示例包括将精神卫生整合进一般性医疗保健场景（general health care setting）中；发展以人为中心且基于权利的社区精神卫生服务；整合由同伴主导及由同伴运营的服务；支持去机构化。

全面有效地参与公共决策（full and effective participation in public decisions）：用于承认并支持亲历者参与并积极投身所有涉及精神卫生体系的公共决策过程的权利的重要立法条款。

问责制（accountability）：旨在确保并强化精神卫生服务内部的问责机制的立法条款。示例包括强化信息系统；设立独立的监测机构；建立有效的救济及赔偿机制。

跨部门改革（cross-sectoral reforms）：处理精神卫生与其他部门（包括司法部门）之间的衔接问题的主要立法条款。示例包括促进社区融入以及多部门协调与行动；支持亲历者及家属组织；保障他们获得司法救助的途径。

第三章 制定、实施和评估以权利为基础的精神卫生立法

本章强调在审查或颁布与精神卫生相关的立法时采取基于人权的做法的重要性。它概述了在此过程中需要采取的基本步骤，包括：

- 让亲历者及其代表组织参与其中并征求其意见；
- 理解国际人权法律框架；
- 对精神卫生立法进行全面审查；
- 评估基于权利的精神卫生照护所面临的障碍；
- 起草并就精神卫生立法相关提案展开讨论。

本指南还明确了倡导和动员的切入点，并探讨了法律实施的流程。这包括负责法律实施的机构的角色；制定规章及其他指导意见；公众教育和意识提升的重要性；以及对关键利益相关方的培训。

总之，本指南着重强调了法律评估的重要性，并提出了一些用于开展此项工作的政策选项。

用于评估基于权利的精神卫生立法的检查清单

该检查清单是本指南的重要组成部分，它为各国提供了一种可操作的方法，用以判定与精神卫生相关的立法或法律草案是否符合国际人权要求。其目的在于明确为确保立法基于权利而需要解决的主要问题。

在使用该清单时，应参照本指南的主要内容，因为清单中的问题并非详尽无遗。

引言

1. 背景

精神卫生是公共卫生领域的重中之重，也是一项基本人权。近年来，人们呼吁对精神卫生领域进行全面改革，尤其是转变医疗照护体系内外对精神卫生的理解、处理和支持方式（2，10，17，18）。越来越多的人认识到，社会决定因素发挥重要作用，以人为中心、以人权为基础、以复元为导向的照护和服务至关重要，这促使各国政府设计、实施相关政策，以改善全民精神健康。

已经通过精神卫生法的国家以及正在考虑颁布新的精神卫生法或改革现有法律的国家数量已经有了迅速增长（见第 1.2 节）。这些改革大多数采用了颁布精神卫生特别法（stand-alone mental health law）的形式，这被广泛认为是推进全民健康覆盖（Universal Health Coverage, UHC）、完善相关服务的进步举措（19）。然而，这往往无法消解过时的法律、政策和体制框架对精神健康的负面影响，也无法解决对生物医学治疗方法和手段的过度依赖问题（20，21），忽视了影响精神健康和福祉的经济社会因素。在全球范围内，遭受痛苦和创伤的人群仍然面临广泛的人权侵犯和歧视，这同样发生在精神卫生服务中（22，23）；此外，许多精神卫生法律的重要功能是授权和规定强制性的精神卫生干预措施。正如残疾人权利问题特别报告员所强调的，长期以来，精神卫生法律过于注重程序性保障，却没有优先考虑自由，也未能“为权利注入生命”（24）。

精神健康、人权与立法密不可分。每个人都有权享有可达到的最高健康标准（以下简称“健康权”），其中包括身体健康和精神健康。各国相应义务尊重、保障并实现所有人的健康权，为所有人解决社会决定因素方面的不平等，确保人们不受任何形式的歧视，并在提供

照护和支持时，尊重和保障所有的人权和自由。2006 年的《残疾人权利公约》（CRPD）（4）于 2008 年生效，它深入解读了上述义务，呼吁精神卫生领域的重大范式转变。基于《世界人权宣言》（Universal Declaration of Human Rights, UDHR）、《公民权利和政治权利国际公约》（International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR）以及《经济、社会及文化权利国际公约》（International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR），《残疾人权利公约》质疑了精神卫生系统中长期存在的有害实践，例如剥夺法律能力、使用强制性措施等。它提出了一种“支持性范式”（support paradigm），强调要重新思考精神卫生立法在促进人格、自主、充分参与和社区融入方面的使命和重要作用。

世界卫生组织和联合国人权事务高级专员办事处倡导精神卫生的人权模式。世界卫生组织在 2021 年第 74 届世界卫生大会上更新了《2013-2030 年综合精神卫生行动计划》（Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030, 25），呼吁各国的精神卫生相关立法与《残疾人权利公约》及其他国际和地区人权文件保持一致，修改或废除延续污名、歧视和人权侵犯的法律。同样，联合国人权事务高级专员办事处建议各国根据《残疾人权利公约》，在所有与精神卫生相关的领域内进行法律改革（21）。

世界卫生组织 2005 年出版的《精神卫生、人权与立法资源手册》（WHO resource book on mental health, human rights and legislation, 26），旨在协助各国起草、通过和实施精神卫生立法。当时，该资源手册在承认精神卫生服务使用者的权利方面标志着重大进步。然而，其中许多建议未达到《残疾人权利公约》提出的要求，也已经落后于日益完善的有关健康权及其他相关人权的解释（见第 1.4 节），因此该出版物已被撤回，这就导致相关信息和指导方面出现了空缺。

为了回应各国在支持本国工作方面日益增长的技术合作需求，世界卫生组织和联合国人权事务高级专员办事处联合发布了本指南，以填补上述空缺，该指南对如何根据国际和地区人权法制定、修改或实施精神卫生立法提供了明确指导。

2. 目的和范围

这份非强制性的指南主要为正在考虑制定、修改或实施精神卫生系统、照护和支持相关立法的国家提供资源。其目标是确保精神卫生政策、系统、服务和项目采用以权利为基础的方法，并根据《残疾人权利公约》等国际人权标准，为所有人提供高质量的照护和支持。它取代了世界卫生组织的《精神卫生、人权与立法资源手册》（26）。

本指南旨在推动改革，以促进、保障并维护所有与精神卫生系统和服务打交道或是从中受益的人的权利，无论他们的病因、诊断或社会心理残障是什么，也无论他们的自我身份认同是什么。其中包括经历短期痛苦或危机的人；有精神健康状况、社会心理残障、智力残障或神经系统疾病的人；以及吸毒人员。

本指南认为，精神健康和福祉不是卫生部门一个部门的事情。本指南强调，需要在社会和司法部门进行跨部门的改革，以解决精神健康的社会决定因素。

然而，要想应对精神健康的所有社会决定因素，则需要对不同的法律体系进行改革，并调动所有的政府部门、民间社会和私营部门，但这已经超出了这本聚焦精神健康照护和支持相关法律改革的指南的范畴。

本指南并不提倡制定精神卫生领域的特别法（stand-alone mental health law）。尚未制定完善的精神卫生法的国家应考虑将其纳入一般性立法（general legislation）（见第 1.5 节）。同时，本指南也认识到，已制定精神卫生特别法的国家在向以人权为基础的方法逐步转变方面可能需要协助，本指南则可为此提供参考。

根据世界卫生组织《2013-2030 年综合精神卫生行动计划》（25），本指南以国际人权框架为基础，并参考了《残疾人权利公约》这一保障残障者权利的最高人权标准，该公约在转变精神卫生实践、并解决有精神健康状况和社会心理残障的人所经历的污名、歧视和权利侵犯方面具有核心作用。各国可参考本指南推进本国在精神健康照护和支持方面的国际义务，同时各国还要认识到，实施《残疾人权利公约》和其他人权文件所需的法律协调涉及超出本指南范围的法律和政策改革。

鉴于各国在精神卫生系统发展方面处于不同的阶段，成功推行本指南所提出的改革离不开

持续努力、政治承诺和公共投资，也离不开遵循那些需要逐步履行的义务。这将确保精神卫生服务以权利为基础、以社区为基础、且以人为中心，也将确保精神卫生服务能够系统性解决精神健康的社会决定因素（27）。

全球范围内扎根于人权的循证做法和实践正在不断涌现，与日俱增，本指南鼓励将这些做法和实践转变为法律。实现以权利为基础、以人为中心、以复元为导向且以社区为基础的精神卫生范式转型，离不开法律的支持，而且也必须要有法律的支持，此外还离不开改革、重构与更新。

3. 本指南面向的人群

本指南主要面向直接参与起草、修改和实施精神卫生立法的立法者和政策制定者，以及负责监督和评估相关立法的人士。其中包括医疗和精神卫生服务提供者、专业人士和机构、国家人权机构的代表、以及从事相关社会服务的人士。

对于参与精神卫生政策、工作和倡导的个人或某一组织、民间社会或其他实体的代表，本指南同样值得一读。

4. 本指南为何重要

本指南之所以重要，有以下几个原因：

- **精神卫生领域需要进行根本性转变。**污名、歧视和其他人权侵犯问题在精神卫生医疗场所中仍旧持续存在，相关治疗和住院服务过度依赖生物医学手段，对社会决定因素以及以社区为基础、以人为中心的干预措施则关注不足。立法可以促进精神卫生领域的所有行动都以人权为基础。
- **绝大多数精神卫生立法都没有采用基于权利的方法。**许多的精神卫生服务使用者，尤其是来自边缘群体的服务使用者，在法律面前都未受到同等对待，往往遭到歧视。此

外，立法可能是家长式的，会损害当事人的自主和社区融入。有精神健康状况和社会心理残障的人往往被认为没有能力作出决策，包括有关是否有意愿接受精神卫生服务的决策。针对这些以及其他侵犯人权的问题，尚缺乏充分的机制能够进行预防、识别或纠正。

- **在落实健康权方面，国际人权法要求非歧视和尊重所有人权。**立法必须建立框架，确保精神卫生政策、项目、计划及服务中，所有人权均得到保障，并助力所有人实现其全部潜能。人权理事会在多项决议（28-31）中重申了联合国成员国通过、实施、更新、加强并监测精神卫生领域有关法律、政策和实践以消除一切形式的歧视、污名、暴力和虐待的重要性。
- **国际人权框架要求精神卫生服务的提供方式发生转变。**关于选择接受还是拒绝精神卫生治疗的问题，所有人都应当能够行使自由知情同意的权利。必须终止对于法律能力的否定、强制性做法以及机构化。目前，187个国家及欧盟已批准《残疾人权利公约》²，因此有法定义务提供基于社区的、能够保障人权得到充分行使的服务和支持，以取代有害做法。
- **立法可以带来与精神卫生相关的文化变革和社会转型。**立法对于塑造人们针对有精神健康状况和社会心理残障的人士的态度和行为有着基础性的作用。通过对接国际人权规范和标准，立法能够带来精神卫生领域的文化变革，从而推动社会转型，包括从狭隘的生物医学模式转变为有关精神健康的更加全面且包容的理解。
- **世界健康大会呼吁审查精神卫生立法是否符合人权。**世界卫生组织《2013-2020年综合精神卫生行动计划》（已延续至2030年）（29）敦促各国加强精神卫生领域的领导力和治理，包括制定、实施、加强并更新所有相关部门与精神卫生有关的法律法规。监测人权保障及立法实施情况的行为规范及机制也应当与研究证据、最佳实践、《残疾人权利公约》及其他国际和区域人权文件保持一致。许多国家目前在征集有关如何确保精神卫生立法符合《残疾人权利公约》及其他国际和区域人权文件的建议。

² 截至2023年7月25日，共有187个缔约方。详见：
https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CRPD

5. 如何使用本指南

各国可将本指南用作开展与精神健康照护和支持相关的立法改革的资源工具。本指南整合了人权、精神卫生和立法相关的信息，进一步澄清了早期人权标准的相关内容，并引用了可能与人权模式不完全一致——或甚至相悖——的技术指导文件。

本指南由三个章节组成，涵盖了基于权利的精神卫生立法的内容和过程：

- **第 1 章** 讨论了与精神卫生立法相关的挑战，以及根据国际人权框架进行改革的必要性；
- **第 2 章** 阐述了立法应体现的主要原则和问题，并提供了基于权利的条款（rights-based provision）的示例；
- **第 3 章** 解释了在制定、实施和评估精神卫生相关立法时采用基于权利的过程的方法。

本指南还包含一份检查清单，各国可用来评估精神卫生立法，以确保其采用了基于权利的方法。该清单明确了法律框架中需要体现的关键要素，可用于指导各国制定新的精神卫生法律。

尽管本指南提出了一系列原则，并处理了国家立法中或有体现的问题和条款，但在不损害人权标准的前提下，各国仍可根据自身具体情况（如国情、语言、文化敏感性和法律体系）对其作出适当调适。

有关精神卫生改革和人权的更多信息，可访问世界卫生组织的“有质量的权利”（QualityRights）倡议，该倡议提供了基于权利的方法的指南和工具，可用以支持法律落实（框 1）。有关培训、指导和转型的问题，可参考世界卫生组织“有质量的权利”相关材料（32），以及世界卫生组织于 2021 年出版的《社区精神卫生服务指南：促进以人为中心、基于权利的模式》（Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches）（33）。2022 年发布的《世界精神卫生报告：向所有人享有精神卫生服务转型》（World mental health report: transforming mental health for all）强调了遵循

国际人权文件来进行立法的重要性，重申且强调了各国推行以人为中心、基于权利、以复元为导向的照护的必要性（10）。这本由世界卫生组织和联合国人权高级专员办事处共同出版的《精神卫生、人权与立法：指南与实践》可与上述这些资料以及世界卫生组织最新颁布的《精神卫生政策和战略行动计划指南》（Guidance on mental health policy and strategic action plans）结合阅读，后者为组织基于权利的精神卫生系统提供了新的资源和路径。

框 1 世界卫生组织“有质量的权利”相关材料和工具
世界卫生组织“有质量的权利”有关精神卫生、复元与社区融入的电子培训： https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training
世界卫生组织“有质量的权利”有关培训、指导和转型的材料： https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools
世界卫生组织《社区精神卫生服务指南》及技术包： https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services
世界卫生组织有关促进基于权利的精神卫生政策与法律的信息与资源： https://www.who.int/activities/promoting-rights-based-policy-and-law-for-mental-health

6. 本指南的制定过程

本指南是在 2020 年 8 月至 2023 年 1 月期间，经通力协作和反复完善制定而成的。过程包括对国际人权框架、精神卫生相关技术材料、国家立法所做的文献综述及分析，还包括对联合国专家、政府官员、亲历者、精神卫生从业人员、学者、国家人权机构代表以及民间社会组织（包括残障者组织）代表所进行的多轮咨询。作为制定过程的一部分，在 2022 年 7 月至 8 月期间，世界卫生组织和联合国人权事务高级专员办事处还向社会广泛征集了对本指南草稿的意见。所有意见均可在联合国人权事务高级专员办事处网站上查到（34）。

7. 关于用语的说明

语言不是中性的，而且它还处于不断的演变中。用来描述精神和情绪体验的常用术语包括“精神疾病”（mental illness）、“精神障碍”（mental disorders）、“精神健康问题”（mental health problems）和“精神健康状况”（mental health conditions）。尽管有些人可能认同他们的诊断以及所使用的医学术语，但有些人则可能会认为某些特定术语是带有污名化意味的，或者排斥针对苦痛、创伤或多样性所进行的医疗化，他们可能会更倾向于使用诸如“亲历者”（persons with lived experience）、“消费者”（consumers）、“服务使用者”（service users）或“精神医学幸存者”（psychiatric survivors）等表达方式。每个人都应该能够决定有关其自身经历、处境或苦痛的词汇、表达方式和描述。在进行法律改革时，立法者、议员及其他公共官员与目标人群所进行的有效参与和互动，对于澄清每一给定情境下的合适用语，是至关重要的。³

本指南使用了“有社会心理残障的人士”（persons with psychosocial disabilities）、“有精神健康状况的人士”（persons with mental health conditions）、“精神卫生服务使用者”（persons using mental health services）以及“亲历者”（persons with lived experience）等具有包容性的术语。

尽管人们可能会自我认同为某些特定的表述或概念，但人权是普遍适用于每个人、每个地方的。最重要的是，个体永远不应被某个精神健康诊断或是残障身份的归因所定义：每个人都有其独一无二的社会背景、个性、自主性、梦想、目标、抱负和人际关系。

³ 有关精神卫生相关定义的更多信息，可参见世界卫生组织的《世界精神卫生报告：向所有人享有精神卫生服务转型》（2022年）（<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>）。

第一章 重思精神卫生立法

引言

第1章概述了全球精神卫生及相关立法的现状，探讨了当前精神卫生领域的重要人权问题，强调了现有的多数精神卫生立法如何未与国际人权法保持一致，并以此为出发点，呼吁在提供精神健康照护方面实现范式转变，向整体的、以人为中心的、且基于人权的方法迈进。

本章将进一步介绍国际人权框架，包括《残疾人权利公约》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD）的贡献，并指导读者从人权视角来重新审视精神卫生立法。

1.1 精神卫生的背景与挑战

精神健康是一种躯体、心理、情绪和社会健康福祉兼具的状态，受到个体与社会相互作用的影响⁽¹⁰⁾。人类的精神健康由其出生、成长、生活、工作和衰老所处的环境所塑造，也与人权与基本自由能否实现息息相关。因此，要想解决精神健康与福祉的问题（包括在移民、儿童保护、执法或人道主义及灾害应对等特殊情境中），应采取整体主义的视角，应采用多部门协作的方法，联动教育、就业、司法、内政等卫生部门以外的部门。

许多人的身份具有多重性和交叉性，同时社会上也存在着结构性压迫（种族歧视、年龄歧视、残障歧视等），不能忽视这些因素与他们精神痛苦和创伤经历的关联性。许多因素都会影响个体的精神健康及其获得高质量照护和支持的机会，这些因素包括年龄、性别、性

取向、性特征、性别认同或表达、残障状况、种姓、种族、原住民或族裔背景、社会经济地位、移民或难民身份以及其他身份标识。精神卫生政策、服务和项目应回应这些多样化的需求，并努力克服由所有形式的歧视经历所带来的负面影响。

不同的存在方式、思维方式、感知方式、表达方式以及理解世界的方式均是人类多样性的体现，并没有哪种方式是唯一“正常”或“正确”的。若不能理解和尊重这些差异，可能会导致孤立和歧视。许多人能以正面的心态体验幻听、幻视或异常的意识状态，而无需“康复”（35）。负面事件或创伤导致的痛苦可能具有深远意义，并为个人的成长和改变提供契机（36, 37）。应始终提供以权利为基础、以人为中心的支持，从而帮助人们理解自身经历并实现各自的复元目标。

精神健康与福祉是可持续发展的重要基础。没有良好的精神健康，人们可能会在开展日常活动方面面临挑战，无法积极参与社区生活，也难以过上对他们来说有意义的人生。精神健康与所有的“可持续发展目标”（Sustainable Development Goals, SDG）都息息相关，尤其是第3项可持续发展目标（SDG3）⁴——“良好健康与福祉”。有精神健康状况和社会心理残障的人更容易陷入贫困，更容易出现躯体健康问题，而且他们谋求生计的机会和资源都更少（38, 39）。

在可持续发展目标3（SDG3）中，具体目标3.4与非传染性疾病和精神健康相关，在该目标下，自杀率被视为关键指标（指标3.4.2）。自杀行为可见于全世界所有年龄、性别和地区的人群，而年轻人的自杀率尤其偏高。因此，预防自杀已成为公认的全球公共卫生优先事项（40, 41）。此外，近期的全球事件已表明，环境灾害、疫情、武装冲突和其他形式的逆境等人道主义危机对精神健康的有害影响十分显著，但通常未能得到充分应对（42）。

尽管投资于精神健康与福祉的经济依据已得到充分证实（10, 43, 44），但对于优质且以权利为基础的精神健康照护与支持的投入通常被视为成本而非投资，而且往往很稀缺。2020年世界卫生组织发布的《精神卫生地图集》（Mental Health Atlas 2020）报告称，精神

⁴ 见 <https://sdgs.un.org/goals/goal3>。

卫生领域的公共支出普遍偏低，全球中位数仅为政府卫生总支出的 2.1%（45）。对精神卫生体系的投资不足，导致人们的需求难以得到满足。然而，仅凭精神卫生行业之力，或仅通过增加资源投入，均无法解决精神卫生问题，当前亟需对精神健康照护与支持的设计和提供方式进行变革。

越来越多的人认同，精神健康与福祉同个体所处的社会、经济及物理环境存在着紧密的关联，这些环境因素包括经历贫困、暴力和歧视等情况。然而，多数精神卫生体系未能采纳整体性的照护策略。在现有的精神卫生体系中，生物医学模式占据主导地位，该模式主要聚焦于诊断、药物治疗以及症状缓解。由此导致的结果是，影响人们精神健康的社会因素常常被忽视，进而引发了创伤、排斥及暴力事件的反复循环。例如，有精神健康状况和社会心理残障的人，面临失业、贫困、无家可归以及监禁问题的风险更高（46-48）。此外，气候变化所引发的生态系统快速失稳，日益加剧了人们精神健康所受到的负面影响（10）。

在寻求精神健康照护与支持的过程中，许多人遭受了歧视与人权侵犯。他们往往在获取照护服务时面临诸多挑战，或因种族、性别、性取向、年龄、残障状况、国籍、民族、原住民身份、社会出身、种姓、移民或难民身份，甚至仅仅因为无法负担照护费用，而被公共卫生体系拒之门外或无法获得照护。另有一部分人在精神专科医院接受照护，却常被剥夺接受一般性医疗服务（general health treatment）的权利，甚至无法获得挽救生命的治疗措施（49）。

经常有人接受到劣质服务或生活于不良环境中，他们缺乏安全用水和卫生设施，或遭受不人道及有辱人格的待遇。在全球范围内，非自愿住院和治疗的现象日益增多，在高收入国家尤为突出（50）。为了强制执行治疗和用药，隔离或单独监禁以及约束（包括化学约束）常被作为应对措施（51）。许多人被送入机构，在精神卫生机构或社会照护机构中长期居住，时长可达数月、数年乃至终身（52，53）；而有人虽身处社区，却也被囚禁于家中或受到锁链的束缚（54）。

妇女、女童以及女同性恋者、男同性恋者、双性恋者、跨性别者、间性人和酷儿，常因其性取向、性别认同、性别表达和性特征（SOGIESC）而遭受暴力和歧视。与性别相关的刻

刻板印象可能影响精神健康状况的诊断，并导致女性被开具精神类药物处方的比例更高（55）。相反，针对男性的性别刻板印象则可能导致其精神痛苦受到忽视（55）。有社会心理残障的妇女和女童，往往被视为无法自主做出与其性健康和生殖健康及权利相关的决策，进而面临暴力、性虐待、强制绝育、强制堕胎和强制避孕风险（56）。女同性恋者、男同性恋者、双性恋者、跨性别者、间性人和酷儿群体不断成为所谓“扭转治疗”的目标，此类治疗试图改变其性取向和性别认同（57）。

尽管有越来越多的人认识到精神健康的重要性，但在全球改善精神健康的工作中，基于人权的方法仍未得到重视。基于人权、以社区和人为中心的方法仍未得到充分的政治承诺和资金支持。精神卫生领域的公共支出主要用于住院治疗，尤其是精神专科和社会照护机构，而基于社区的非强制性社会心理服务则鲜少获得资金支持，通常只是被视作“替代性”的照护方式，而未被纳入一般卫生（general health）与精神卫生政策及体系中。因此，全球范围内的大多数人仍无法获得高质量的精神健康照护与支持（2，22，58）。

立法改革可促进新政策与实践的出台，有助于消除污名、歧视和隔离现象，确保采取基于人权的方法，并提升高质量医疗的可及性。

1.2 精神卫生与法律

过去 150 年间，精神卫生立法发生了显著变化。尽管西方精神卫生法的起源可以追溯至中世纪，但其内容的扩充则是发生在 19 世纪与 20 世纪（59），与人们对“精神疾病”、治疗观念及人权标准的理解同步演变。

1838 年的法国精神卫生法和 1890 年英格兰与威尔士的《精神错乱法》（Lunacy Act）堪称现代精神卫生收容与治疗领域最早且最具影响力的两项立法实践。这些法律通过引入新程序，授权精神卫生机构以“治疗需要”（need for treatment）或所谓的“危险行为”（dangerous behavior）为由实施强制收容，从而在精神卫生领域强化了家长主义与“危险性”

（dangerousness）的观念。这种机制至今仍为非自愿收容和治疗提供了理由（60）。尽管这些法律已不再施行，但其结构却成为了“现代”精神卫生立法的模板，并被推广至那些曾

受殖民统治的国家，而且在这些国家独立后，这些法律的影响仍旧持续存在（61）。在某些国家，“危险性”的概念甚至被用作将政治异议者关押于精神病院的借口（62）。

自 20 世纪 70 年代以来，精神卫生立法日益受到权利相关讨论的影响，其重点是规范精神卫生权力的使用。法律的主要目的在于对“必要”（needed）权利限制（如非自愿收治、强制治疗、约束和隔离）的充分程序性保障（procedural safeguard）进行管控。根据各国的实践和法律传统，实施强制治疗的标准从“有照护和治疗的必要”（need for care and treatment）到“对自身或他人构成危险”（danger to self and others）不一而足。这一模式迄今仍是多数国家精神卫生立法的基础。欧洲人权法院（European Court of Human Rights）的判例（63–69）以及 1991 年联合国大会通过的第 46/119 号决议《保护精神病患者和改善精神保健的原则》（Principles for the Protection of Persons with Mental Illness，简称 MI 原则）巩固了这一模式，并在全球范围内推动了新一轮的精神卫生法律改革（70）。

少数国家采取了不同的方法，比如意大利的法律旨在推广社区精神卫生服务。1978 年，意大利通过了《第 180 号法》（Law No. 180），亦称《巴萨利亚法》（Basaglia Law），该法随后被纳入了用于确立意大利国家医疗服务体系（National Health Service）的《第 833 号法》（Law No. 833）之中（71）。这部法律高度重视精神卫生服务的重构，推动了去中心化社区服务网络的构建，并确立了一项禁令，禁止新建精神专科医院，同时禁止现有的精神专科医院接收新患者，这些医院亦随之逐步关闭。尽管在特定情境下仍允许实施强制措施，但该法律摒弃了“危险性”的概念，因为它具有污名化效应。《巴萨利亚法》在拉丁美洲产生了深远影响，其与 1990 年的《加拉加斯宣言》（Caracas Declaration）（72）一道，引领巴西（73）、阿根廷（74）、乌拉圭（75）、秘鲁（76）和智利（77）进行立法。这些国家的法律均聚焦于精神病学领域的改革，并将程序性保障方法与改革运动相结合。

当前，各国的总体趋势是制定独立的精神卫生法。在世界卫生组织的 194 个会员国中，有 171 个完成了针对 2020 年《精神卫生地图集》（Mental Health Atlas 2020）的调查。其中共有 111 个国家（65%）报告已制定了独立的精神卫生法，占会员国总数的 57%（19）。按世界卫生组织各区域划分，在西太平洋、东地中海和欧洲区域，参与调查的国家中有超过

70%的国家报告已有独立的精神卫生法。自 2014 年首版《精神卫生地图集》面世以来，几乎所有区域内制定此类精神卫生法的国家比例均呈现上升趋势（78）。

独立的精神卫生立法（stand-alone mental health legislation）通常包含关于精神卫生服务使用者权利、诊断标准、自愿与非自愿入院及治疗、社区治疗令（community treatment order）、针对“特殊治疗”（如：电休克治疗、精神外科手术、绝育手术）的知情同意、监督与审查机制、刑事犯罪者以及精神卫生服务治理与管理等方面的规定。在没有独立精神卫生法的国家，甚至在某些存在此类法律的国家，涉及卫生、社会服务、地方政府或刑法的其他法律往往包含可能损害有精神健康状况和社会心理残障的人的权利的类似条款。

《残疾人权利公约》的颁布促进了各国在精神卫生立法改革方面做出新的承诺。尽管目前尚难评估《残疾人权利公约》对各国精神卫生立法框架产生的实际影响，但正如第 2 章所述，已有若干国家开始将那些受到《残疾人权利公约》启发的措施纳入其法律之中，诸如合理便利（reasonable accommodation）、预立指示（advance directive）以及支持性决策（supported decision-making）等措施。然而，多数国家尚未能摒弃生物医学方法，也未能挑战法律能力剥夺及强制治疗权力的合法性，进而未能充分保障精神卫生领域的各项权利（79-83）。

1.3 精神卫生法与人权

尽管精神卫生法已成为各国规范精神卫生服务并确保服务中权利保护的举措，但这些法律也引发了重大的人权顾虑，反映出精神卫生实践与法律中所存在的深刻且持久的张力（84）。

虽然源自殖民统治时期的立法已逐渐式微，但这些立法可称作是“陈旧且过时的”（61）。这些法律中的语言往往带有污名化和贬低性的特征，例如将当事人描述为“精神错乱的”（lunatic）、“精神失常的”（insane）、“精神不健康的”（mentally ill）、“精神不正常的”（mentally abnormal）、“精神紊乱的”（mentally disordered）或“心智不健全的”（of unsound mind），并赋予家属和精神卫生专业人员相当大的自由裁量权，以代表当事人作

出决定。在涉及非自愿收治的情况时，“福利保护”（welfare protection）和“公共安全”（public safety）常被援引为判定标准，强调监护式的行政管理（custodial administration）。

更加晚近的精神卫生立法尽管使用了基于权利的语言，但其对人权和社会心理差异的理解仍是狭隘的。立法的重点仍在于限制权利，并以精神健康诊断为由，降低对相关人员的保护标准。此举侵犯了当事人的多项权利，包括但不限于知情同意权、隐私权、人身自由与安全权、身体完整权以及获得司法保护的权力。此外，法律未能推翻将当事人视为“危险”或“无能力”的有害刻板印象，反而助长了这些刻板印象的延续（85）。

另一个令人担忧的问题是，精神卫生法中明确采用了还原主义的西方生物医学模式，这种模式不利于其他用于理解和解决痛苦、创伤和异常感知或信念的、整体性的、以人中心且基于人权的方法和策略（2，86）。此外，若将西方的还原主义方法应用于不同的文化群体，比如可能拥有他们自己关于如何理解精神健康、福祉及疗愈的观念和方法的原住民人群，这可能会对个人与集体均造成不利影响。精神卫生法往往将正在经历痛苦的人简化为某个“问题”，而对于导致痛苦或歧视的潜在经济、社会和文化因素，法律给予的关注却微乎其微，这影响到了个人、家庭和社区克服这些问题的能力（87）。这种表达方式往往导致污名、过分强调生物医学治疗选项、过分关注改变个体而非其生活环境，以及普遍接受强制性做法（33）。

在各司法管辖区现行的精神卫生法中，强制措施仍旧占据着核心地位（50），并引发了重大担忧（见框2）。在精神健康照护中，强制措施涉及很多不同的做法，其特征是使用强迫和威胁的手段（88，89），这些做法可能涵盖非自愿住院、非自愿药物治疗、非自愿电休克治疗（ECT）、隔离措施以及物理、化学和机械性约束等。总体而言，精神卫生法仍预设强制措施的潜在正当性，视其为通过明确规定的规范与保障措施（如：作为“最后手段”且持续时间“尽可能短”）实施“患者管理”的合法手段（90）。

各司法管辖区在采用强制措施的标准上存在差异。在多数国家，有精神健康状况是民事收治（civil commitment）的主要条件，同时还会考虑其他因素，如对自身或他人的危险性，或有治疗的需要（91）。少数国家还将缺乏法律能力（capacity）或“自知力”（insight）作

为判定标准（92）。另一些国家则进一步放宽了标准，通过社区治疗令在社区内授权实施强制措施。尽管一些国家已经收紧了非自愿收治的标准，但收治率并未下降，反而呈现上升趋势，即便是在资源充足的精神卫生体系中亦是如此（50，93）。一项在2008年至2017年间进行的研究发现，在报告数据的18个国家中，有11个国家的非自愿住院率有所增长，最高增长了8.45%（92）。

另一个亟待关注的问题是机构化做法，而精神卫生立法对此负有直接责任（94）。民事收治的合法化不仅导致大量人员被送往机构并长期生活于其中，还默许了歧视和人权侵犯行为，增加了阻碍，并忽视了迈向系统性转变的改革。若有明确的法律规定要求关闭精神专科医院、社会照护机构和其他类似机构，并在社区中为人们提供其所需的支持，将有望推动全球许多地区的变革（95）。

精神卫生法仍被用作强化社会不对称权力结构的工具，从而维持对特定群体的排斥和压迫。这类法律历来通过明确条款对妇女和女童及其身体进行规制，这些条款侵犯了她们对性与生殖健康及权利的自由知情同意权（96）。例如，法律可能会基于所谓的“最佳利益”，包括为防止对妇女或女童的精神健康造成伤害，而授权允许对妇女或女童实施绝育、避孕或堕胎。

同样地，精神卫生法考虑到儿童青少年的法律能力或身份认同在发生不断变化，往往会忽视其表达自身观点及被倾听的权利（97）。精神卫生法允许将儿童隔离并安置于精神卫生或社会照护机构中。在这些环境中，服务机构掌握着重大权力，扮演着守门人的角色。任何将儿童送入机构的决定都侵犯了儿童的权利，包括其享受家庭生活的权利。

在全球众多地区，由于执法不力与问责机制缺失，最最边缘化的群体（例如社会经济地位较低、受教育水平较低的人，或来自少数群体的人）往往被剥夺了精神卫生法本可以提供的少量保护措施，导致精神卫生体系内外滋生了许多针对他们的伤害。例如，所谓的“治疗性社区”（therapeutic communities）和“祈祷营”（prayer camps）常常将它们的目标对准边缘化群体，并用锁链束缚他们，或对其实施囚禁、惩罚等其他虐待行为（54，98）。尽管在一些国家，此类做法已被法律明文禁止，但边缘化群体所面临的交叉性歧视，加之国家监

管机制的缺失，使得他们难以获得任何形式的司法保护。在其他情境下，如非法移民，他们对执法机制或是医疗照护环境中执法人员的畏惧，加剧了其遭到边缘化与排斥的境遇。

在精神卫生法的影响下，由精神卫生体系所造成的广泛的人权侵犯与伤害，已给众多个体与社区留下了跨越数代的创伤。事实上，藉由精神卫生法行使和促进的结构性暴力和伤害，本身就是一种历史性创伤（99，100）。立法改革的过程亟需在所有当事人中推动进一步的社会调查、研究与有意义的对话。若立法能够支持某种新的落实精神健康权的范式，这能够改变这一历史遗留问题，纠正其错误。这首先需要亲历者参与制订法律，使其反映并回应他们的观点，从而实现复元、修复与疗愈。

因此，有必要重新思考精神卫生领域的立法，包括独立的精神卫生法，确保其不再是侵犯权利的媒介，而是推动权利行使和社会融入的工具。

框 2 反对强制性做法的理由
强制性做法在法律、伦理和临床层面都存在争议。 从人权的角度来看，精神健康照护中的强制性做法违背了《残疾人权利公约》等国际人权法。这些做法剥夺了个体的法律能力，从而侵犯了其在法律面前获得平等承认和享受平等法律保护的权利。强制性做法侵犯了当事人的自由和人身安全权这一基本人权，也侵犯了其自由知情同意权，从更宏观的角度来看，还侵犯了其健康权。 强制性做法可能会使个人遭受严重的痛苦和折磨，并带来长期的躯体和精神健康影响，不仅会阻碍复元，还可能导致严重创伤甚至死亡。此外，如果强制性做法导致了机构化或其他任何形式的边缘化，则会侵犯当事人独立生活和融入社区的权利（101）。 精神健康照护中的强制性做法还侵犯了一项不可克减的权利，即免受酷刑或残忍、不人道和有辱人格的待遇的权利（102）。2013 年，联合国酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚特别报告员（103）呼吁各国全面禁止所有强制性和未经当事人同意的医疗干预，包括强制给予精神外科手术、电休克治疗、“改变神智的药物”（mind-altering drugs）以及实行约束和单独拘禁（104）。后来，联合国特别报告员还强调，“医疗需要”（medical necessity）、“再教育”(re-education)、“灵性疗愈”(spiritual healing)或“扭转治疗”等据称是“善意”的目的，均无法合理化强制性或歧视性做法，且可能构成酷

刑（105）。国际社会有义务立即终止这些做法。

许多专家指出，强制治疗措施本身并不起作用（84）。没有足够的证据表明强制性做法可以降低自我伤害风险、提升治疗可及性或保护公众安全（106-108）。预测自伤或伤人风险不但极其困难，且存在伦理争议（109，110）。尽管精神健康状况与自杀意念和自杀企图相关，但几乎没有证据表明风险评估工具和强制性精神健康治疗可以预防自杀（111，112）。

此外，大量证据表明，有精神健康状况和社会心理残障的人成为暴力受害者的可能性高于其成为施害者的可能性（113）。在对暴力与某些精神健康诊断之间相关性的研究结果进行解读时，需考虑到大环境中存在的系统性歧视（114，115）。即便碰到这样的情况，也有良好的且经过检验的政策选项，可以在不采取强制性做法的情况下为当事人提供支持。再者，没有证据表明强制性做法能够提升精神健康照护的可及性，反而可能使人们不愿意寻求支持（116-118）。在这一背景下，精神卫生法对基本权利加以限制并不合理，且目前已有越来越多的非强制性做法可用于替代这些限制（33）。同时，越来越多的证据表明，非强制性做法能够改善精神健康结局（119-121）。

1.4 国际人权框架

2023 年是《世界人权宣言》（Universal Declaration of Human Rights, UDHR）发表 75 周年（122），该《宣言》首次提出基本人权应得到普遍保护。在《世界人权宣言》的基础上，一系列国际人权条约对这些权利进行了拓展，并详细阐述了其内涵。这些条约包含两项公约——《公民权利和政治权利国际公约》（International Covenant on Civil and Political Rights）（123）和《经济、社会及文化权利国际公约》（International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights）（124）——以及七项针对特定群体的公约，其中包括《残疾人权利公约》。所有联合国会员国均已批准至少一项核心的国际人权条约，80%的会员国批准了四项或以上条约。所有国家都有义务按照其所批准的特定条约对相关权利予以尊重、保护和落实（125）。在区域层面，也有其他文书得以批准，反映了特定的人权议题并提供了保护机制。

人权具有普遍性、不可剥夺性、不可分割性和相互依存性。在精神卫生领域采用基于人权

的方法，能够消除政治、经济、社会和文化阻碍，并为个体和群体赋权，尤其是其中最弱势的个体和群体。这种方法对精神卫生政策颇有助益，能够使其更全面地回应个体需求。国家行为体有义务在提供精神健康照护和支持时尊重、保护并落实所有人权。非国家行为体也应履行各自的人权责任。私立部门有义务对人权予以尊重——这可能包括某种协助落实人权的义务，例如当这些私立机构是医疗系统的一部分的时候。

健康权是一项基本人权，涵盖躯体、精神和社会健康及福祉，也是行使其他人权的必要条件。精神健康是健康权不可或缺的重要组成部分（126）。将躯体健康与精神健康随意分割的做法导致精神卫生领域的需求未被满足，且人权受到侵犯（127）。应将促进、保护和实现精神健康视为一项需重点关注的人权问题。

健康权所涉及的方面十分广泛，包含自由与权利，并受健康的潜在决定因素的影响。其他相互关联的基本要素包括可得性、可及性、可接受性和质量（availability, accessibility, acceptability, and quality，即“AAAQ 框架”）（128），提供精神健康照护时必须全面满足这些要素。此外，落实健康权还需确保参与和问责。若要在精神卫生领域推行以权利为基础的方法，需采用明确建立在人权原则和义务基础上的法律和政策框架。这样既有助于推动精神卫生政策、项目和实践的改革，也有助于识别和解决医疗系统中的人权侵犯问题。

《残疾人权利公约》巩固了既存国际人权框架在精神卫生领域所提供的保护。社会心理残障人士在该《公约》的谈判、拟订和起草过程中发挥了决定性作用。《残疾人权利公约》载明了有关残疾人权利（包括有精神健康状况和社会心理残障的人的权利）的最前沿的国际人权标准，挑战了对残障、平等和人格的传统理解方式，并取代了既往的“软法”(soft law)文书，例如 1991 年的《保护精神病患者和改善精神保健的原则》(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)（129）。

《残疾人权利公约》确认残障是一个不断演变的概念，是实际存在或被认为存在伤残的人与各种态度和环境阻碍相互作用所产生的结果。长期以来，在医学模式下，精神健康状况和社会心理残障被归因于个体的问题，最终目标是“治愈”或“修复”该个体，使其恢复“正常”（130，131）。这种医学模式未能推动社会变革、促进多元和包容，反而暗示有精神健康状况和社会心理残障的人自身需要改变，从而在历史上导致了失权、歧视和机构化的问

题。

《残疾人权利公约》将重点转向了个体与环境之间的相互作用（132）。在这一模式下，有精神健康状况和社会心理残障的人也是人类多元化的体现。该《公约》还重申，所有残障者均享有与社会上其他人相同的权利。相关政策应聚焦于消除阻碍、支持参与并拥抱多元化，而非对人们进行改造，以使其适应社会需求。摆脱上述医学模式并非否认获得医疗干预的重要性，而是对当前医疗行业内许多侵犯人权和破坏包容性的做法提出质疑（133）。

《残疾人权利公约》采纳了实质的“包容性平等”（inclusive equity）的模式，与精神健康照护和支持密切相关，这种模式包含四个维度（134）：

1. 认知维度（recognition dimension）：打击污名、刻板印象、偏见和暴力，承认交叉性。
2. 再分配维度（redistributive dimension）：解决社会经济不利条件。
3. 参与维度（participative dimension）：重申人作为社会群体成员的社会属性，并通过促进融入充分承认人性。
4. 调整维度（accommodating dimension）：为差异留出空间，以维护人的尊严。

《残疾人权利公约》进一步扩展了国际人权体系对法律人格（legal personhood）的诠释——即享有权利并自由行使这些权利的能力。该《公约》将重点从限制转为支持，使个体能够进行自主决策并拓展他们做出自主决策的能力，因此推翻了深植于传统人权理念中的强制性做法。《残疾人权利公约》所体现的支持性范式建立在对于人类经验之相互依存性（interdependence）的肯认之上。支持是相互依存的根基，能够拓展个体自主，而不是削弱自主（135）。

《残疾人权利公约》维护了权利的相互依存性和不可分割性，它与其他针对特定群体的公约一样，消除了公民和政治权利与经济、社会和文化权利之间的人为界限，并认可这些权利在本质上是一个整体，且需作为整体加以行使。该《公约》还规定了需立即履行的义务（例如，不歧视）以及可逐步履行的义务（例如，保障人们获得个性化支持性服务的权利）。然而，即便是那些可逐步履行的义务，也需要立即采取措施，积极推动这些权利的

全面落实，并确保所有这些措施均遵守不歧视的原则（136）。《残疾人权利公约》还申明
了国际合作以及良好环境对于支持各国落实权利的重要性（《残疾人权利公约》第 32
条）。

《残疾人权利公约》的价值观、原则和标准可应用于更广泛的人权话语体系，为打造良好的
法律和政策环境从而发展以权利为基础的精神卫生体系提供了新的视角，这类精神卫生
体系在个体的复元过程中优先考虑为其赋权并促进其积极参与（框 3）。

框 3 《残疾人权利公约》针对精神卫生领域中基于权利的方法的规定
《残疾人权利公约》为精神卫生领域作出了重大贡献。该《公约》革新了人们对残障者人权以及通俗意义上的人权标准的理解。《公约》的原则和规定要求全面落实平等和不歧视原则，因此与精神卫生体系和服务密切相关。正在经历精神痛苦或寻求照护、但并不认为自己有社会心理残障或面临失能阻碍的人群，也受到《残疾人权利公约》的保护，因为该《公约》禁止基于当事人实际存在的或被认为存在的伤残或精神健康状况对其进行歧视。 法律能力 法律能力是行使权利和自主做出医疗决策的先决条件。在大多数法律体系中，当事人在生活许多方面的法律能力会因其精神健康诊断或不具备“精神能力”（<i>mental capacity</i>）的情况而受到限制（137）。通常情况下，会为当事人指派一个法定代理人，代表当事人做出决策，或将决策权委托给医务人员或法院（138）。 《残疾人权利公约》第 12 条确认，所有残障者（包括社会心理残障人士）在生活的各方面在与其他人平等的基础上享有行使法律能力的权利。因此，当事人的“精神能力”不能作为剥夺其法律能力的理由。人们应有权作出具有法律效力的决策，并应能够在其需要时获得行使法律能力所需的支持，包括正式和非正式的支持（139）。根据《残疾人权利公约》，缔约国有义务用支持性决策（<i>supported decision-making</i>）机制取代所有形式的替代性决策(<i>substitute decision-making</i>)，后者如监护（<i>guardianship</i>）、保佐（<i>curatorship</i>）和代管（<i>conservatorship</i>）（见第 2.2.3 节）。 自由和人身安全

大多数国家的精神卫生法允许因精神健康诊断或伤残或在合并其他因素的情况下剥夺当事人的自由，最常见的情况是认为当事人会给自己或他人带来危险，或认为当事人需要得到照护。

《残疾人权利公约》第 14 条重申，残障者在与其他人平等的基础上享有自由和人身安全的权利，并明确指出，“在任何情况下均不得以残疾作为剥夺自由的理由”。残疾人权利委员会强调，《公约》第 14 条明确禁止因伤残而剥夺自由，因此不允许以任何形式在当事人非自愿的情况下将其收治于精神卫生机构，即使有“危险性”或“治疗需要”等理由（见第 2.3 节）（140）。尽管越来越多的人权专家和机制对这些标准达成了共识（23, 33, 86, 141-146），但仍有人坚持认为，在特殊情况下，为了保护当事人免受严重伤害或保护他人，非自愿收治可能是必要的（147, 148）。这种标准上的差异反映了观念和态度的持续转变，以及《残疾人权利公约》标准与精神卫生法既往范式之间的矛盾（149）。

自由知情同意

目前，大多数精神卫生法仍会限制有精神健康状况和社会心理残障的人在接受治疗时行使自由知情同意权，并倾向于实行替代性决策。

《残疾人权利公约》第 25 条第四款规定，缔约国应确保在征得残疾人自由知情同意的基础上向其提供医疗服务；第 15 条规定，不得在未经本人自由同意的情况下，对任何人进行医学或科学试验。非自愿治疗不仅被认为侵犯了当事人的健康权，还损害了其法律能力（第 12 条）、免受酷刑和虐待的权利（第 15 条）、免受暴力、剥削和凌虐的权利（第 16 条）以及人身完整性（第 17 条）（150-152）。需要根本性的转变，以建立一个有利的法律框架，用于发展能够尊重所有服务使用者的权利、并在征得当事人自由知情同意的基础上作出所有治疗决策的精神卫生服务（见第 2.3 节）。

独立生活和融入社区

历史上，有精神健康状况和社会心理残障的人在接受精神健康和社会照护服务时容易遭到隔离、机构化和孤立的做法。

《残疾人权利公约》第 19 条确认，所有残障者均平等享有独立生活和融入社区的权利，包括自由做出选择、对影响其生活的决策拥有掌控权，并在社会中实现最大限度的自决

和独立（153）。因此，有精神健康状况和社会心理残障的人必须拥有与他人平等的机会来选择如何、在何处以及为何人生活，而无需被迫接受特定的居住安排，例如在机构中生活。此外，他们还须获得各种社区支持性服务，包括针对特定残障状况的个性化支持以及社区内普通大众可获得的主流服务和设施。

获得司法保护

有精神健康状况和社会心理残障的人可获得的司法保护往往受到限制，影响了他们接受公平审理的权利，且剥夺了他们对精神卫生服务中的任意拘禁、强制治疗和虐待行为提出抗辩的可能性。例如，有些法律限制了当事人提起诉讼或参与庭审的权利；因刑事、民事和行政程序的分流处理（diversion）而导致自由被剥夺、强制治疗和机构化；可信性不被承认；补救措施无效；以及无法获得法律援助。这些层层阻碍导致有精神健康状况和社会心理残障的人无法获得有效司法保护，增加了其在精神卫生服务和其他领域中遭受虐待和忽视的风险，也使这一群体受到刑事司法系统处理的比例明显偏高。

《残疾人权利公约》第 13 条规定，应当确保残障者在与其他人平等的基础上获得有效司法保护，包括通过提供程序便利和适龄措施，帮助他们在所有法律诉讼程序中切实发挥其作为直接和间接参与方的作用（见第 2.8.2 节）。此外，缔约国应当加强对司法领域工作人员（包括警察和监狱工作人员）的适当培训。

1.5 将人权框架应用于精神卫生立法

纵观历史，精神卫生法在两种状态间摇摆：有时，为了允许更大的自主权而增加程序保障（procedural safeguards）；有时，则为了能够快速获得精神卫生服务而大幅减少程序保障（154）。但实际上，在社区和机构中，始终存在对那些正在经受痛苦的人的处境的忽视（155）。这一失败的核心在于，精神卫生政策和体系没能充分尊重人权。

国际人权框架要求各国从以权利为基础的角度重新审视精神卫生立法。任何新的方向都必须突破过去精神卫生体系所依赖的生物医学模式和强制性权力。这一转变过程可能很复杂；但是，迈向理解、促进和支持精神健康及福祉的新方式至关重要，这需要精神卫生政策发生根本上的改变以及服务转型。

本《指南》中提出的立法目标，对于各国来说，不是终点，而是各国自身转型之旅的起点。核心是要建立一个有利的法律框架，以发展能够为所有人达致可获得的最高的精神健康和福祉而奋斗的精神卫生体系。鉴于前述的背景和挑战，立法还应保障精神卫生服务使用者的平等权利，以抵抗当前有害做法的行为惯性。

为推进精神卫生与福祉的人权模式，立法可以追求的目标包括：

- 为实现能够使全社会受益的精神卫生体系转型而设定明确的使命，并提供坚实的基础；
- 在卫生体系内外，推动以权利为基础、以人为中心、以复元为导向的社区服务及项目，包括由同伴领导和管理的社区服务及项目，这些服务及项目需要优先考虑为当事人赋权，并促进其参与自身的复元过程；
- 提高意识，包括政府工作人员的意识，支持精神健康促进和社区发展战略，以解决刻板印象、污名、歧视和社会决定因素，并改善人们的生活环境；
- 在卫生体系内外，发展并投资一系列整体性的、没有胁迫和暴力的、基于社区的项目和服务；
- 明确维护法律能力以及自由知情同意的权利，并支持消除服务中的歧视、污名、暴力、胁迫和虐待；
- 制定可持续的去机构化进程，确保为个体在社区中独立生活提供充足且适当的经济和社会支持；
- 确保亲历者的经验得到认可，确保在决策过程中以及在法律、政策、计划和服务的设计、制定、监测和评估过程中密切咨询亲历者的意见，并使其积极参与这些过程；
- 明确各政府部门和层级的角色和责任，并规范非国家行动者的参与；
- 推动采用基于人权模式的流程操作，并为卫生和社会工作者、急救人员、警察、移民官员和其他社区行动者提供相关培训；以及
- 确保为实现上述所有目标所需的资金和资源。

以下各节概述了为实现这些目标所需推进的主要工作方向，并解释了怎样做才能确保这些工作方向符合精神卫生的人权模式，且能够为精神卫生的人权模式提供支持。

1.5.1 精神健康与福祉的跨部门方法

实现可获得的最高的精神健康应是每个国家的战略目标。这需要全国性的应对措施，涉及卫生体系以及跨部门的协调工作。

实现这一目标的战略规划需要不同部门之间实现优势互补。卫生体系通过其构成要素具有强大的变革潜力：组织优质的服务递送；动员人力资源；加强信息系统；提供药品；动员财政资源；建立能够提供问责的治理结构。经济、社会和司法部门则更有能力应对精神健康的社会决定因素，相关举措包括制定反歧视和机会平等战略、建立以社区为基础的支持体系、建立综合性的社会保障体系、提供住房、提供就业、推进气候变化行动，以及推进建设能够提高社会认可并支持多样性的社区结构。立法有助于将精神健康和福祉纳入所有的政策之中；这种“主流化”（mainstreaming）的做法有助于在全生命周期中促进精神健康和福祉，并解决相关的社会决定因素。

无论是通过独立的精神卫生法，还是在一般卫生法中单独设立“精神卫生”相关的章节，立法通常都将精神健康视为某种单独的领域。事实证明，这强调了精神健康的某种区隔状态，潜移默化地强化了有关精神健康的污名以及某种“条块分割、各自为阵”的做法。此外，这些彼此独立的领域还强化了这样一种观点，即精神健康是某种专门化的实践场域，需对权利的平等行使作出例外规定，从而可以随意限制普遍接受的健康权原则，例如自由与知情同意权。

各国应考虑在与健康、患者权利、反歧视、就业或社会保障相关的立法中综合性地处理精神健康相关问题，而非采取单独立法的方式。这种做法将有助于减轻污名化，并促进社区融入。此外，将精神健康纳入可以惠及更广泛人群的主流立法之中，可以降低出现差异化标准的可能性，同时也可以增加精神健康相关条款付诸实践的机会。如果已经存在独立的精神卫生法，各国则应对其进行审查，以避免出现孤立的或截然不同的监管倾向。各国还应避免通过独立的精神卫生法单独监管社会心理残障者的权利保障情况，而应将相关监管纳入主流的残障或反歧视法。在这方面，重要的是，残障相关立法应明确涵盖社会心理残障者的权利保障，从而使其能够从中受益。

将精神健康与福祉作为一般性立法的战略目标之一从而实现其主流化的过程应与亲历者密切协商，促进亲历者的积极参与，并致力于整合以权利为基础、以人为中心的方法（框4）。

框 4 将精神健康作为一般性立法的战略目标之一从而实现其主流化的示例	
精神卫生特别法中的典型条款	哪些法律可以将这些条款整合进来
获得精神卫生服务	一般卫生法（general health law）
精神健康预防与促进	一般卫生法；教育法
开发基于社区的精神卫生服务和项目	一般卫生法；社会照护法
禁止精神卫生服务中的歧视	反歧视法；平等机会法；患者权利法
服务使用者的权利	患者权利法；社会服务法
治疗的知情同意	一般卫生法；患者权利法
预立指示	一般卫生法
支持性决策	民法典；能力法（capacity law）；患者权利法
补助措施	患者权利法；一般卫生法；获得司法公正相关的立法；刑法
工作场所的心理健康	劳动法
社会心理残障者的权利	残障法；反歧视法

1.5.2 挑战污名和歧视

在社会中，以及在精神卫生服务机构中，普遍且长期存在着对于精神痛苦和不寻常感知觉体验的污名。人们普遍认为有社会心理残障的人是暴力和危险的，这种刻板印象不断被媒体强化。因此，人们在对待有精神健康状况和社会心理残障的人的时候，经常会带有恐惧和蔑视的态度，同时，有精神健康状况和社会心理残障的人也可能遭受到人权侵犯。在许多精神卫生服务机构中，因为有着统一应用的针对痛苦和多样性的狭隘生物学理解，还因为在这类场景中普遍发生着歧视性的做法（这些做法塑造了卫生专业人员的态度），上述偏见往往会被强化。家庭、社区甚至卫生专业人员中普遍存在的污名会影响到那些正在经历痛苦和创伤的个体的自我认知，他们有时会内化这些负面的态度，从而进一步加剧他们的无力感和孤立状态。

解决污名和歧视问题，并促进融合，有助于建立基于权利的精神卫生框架。这不仅能为平等获得优质精神卫生服务铺平道路，还能帮助消除社区参与的阻碍，促进对于多样性的接纳，并助力发展能够促进对于社区成员的精神健康和福祉予以关注的包容性社区（33）。提高意识对于改变污名和歧视背后的态度至关重要。《残疾人权利公约》是第一部将提高意识作为独立条款的人权条约（第 8 条）。该条款列出了促进尊重权利、打击刻板印象的措施，方法是开展公众宣传活动，并针对卫生专业人员、广大公众、媒体、个体及其家庭成员的教育和培训。

在获得优质精神卫生服务方面遭到歧视的经历是多种多样的，尤其对于边缘群体来说，他们更容易遭到交叉性的歧视。精神卫生立法必须承认人权的普遍性，并在各项政策和干预措施中采用并整合平等与非歧视的原则。容许限制或降低对某些群体的人权标准水平，这是与人权的基本原则相悖的。此外，除了禁止一切形式的歧视外，平等原则要求采取积极行动，让所有人都享有平等的权利，包括对无障碍、合理便利、个体支持和法律福利的规定。作为《2030 年可持续发展议程》及其目标的一部分，为实现“不让任何人掉队”的承诺，可能还需要采取配额（quota）和其他形式的肯定性行动（affirmative action）来提升或实现针对有精神健康状况和社会心理残障的人士的平等。⁵

1.5.3 获得优质的、以人为中心且基于权利的精神健康照护和支持

全球许多人都无法获得优质的精神卫生服务，并遭受照护不足之苦。基于权利的精神卫生方法要求平等获得优质照护和以人为中心的全面支持。精神卫生设施、商品和服务必须数量充足，并在无歧视的基础上方便获得且可负担（128）。它们还必须适合性别、年龄和文化背景，质量优良，且符合医学伦理（例如对自主权与个体选择的尊重）（128）。

尊重精神卫生方面的人权需要采取以人为中心的方法，以人们独特的身份和亲身经历为基础。《残疾人权利公约》呼吁尊重差异，接受人的多样性，以及尊重残障儿童保持其身份特性的权利（第 3 条第四款与第八款）。虽然生物医学模型将精神健康状况定义为需要用

⁵ 见 <https://sdgs.un.org/2030agenda>。

药物治疗的“脑部疾病”，但基于人权的观点则包容人类差异，并认为那些正在经历痛苦或不寻常感知体验的个体存在着一整套不同的经历和背景，而不是一个需要被“治愈”或“修复”的问题。通过采用基于人权的观点，感受、行为和亲身经历不会通过医疗化的干预方式被孤立性地解决，而是在人类多样性和环境因素的更广泛的背景下被触及并理解（86）。

服务于这种方法的立法不仅会挑战将精神痛苦和多样性简化为疾病的生物医学模型，而且还会重新评估精神卫生服务在人们生活中的作用。复元是某种个人化的过程，对于每个个体来说情况都是不同的，并与自决、疗愈关系和社会融入息息相关。此外，卫生部门提供的精神卫生服务，是可以促进人们复元、并帮助他们追求自己想要的生活的诸多选项之一。尽管如此，有些人可能会出于特定原因（可能包括以前使用这些服务的创伤经历）决定不使用此类服务；这些决定必须得到尊重和支持。充分尊重个体的自我认知、意愿与偏好的服务选项应作为某种初级服务（primary service）在医疗保健体系之外加以提供，且无需首先得到精神健康诊断或治疗。这些服务将在当事人自己的社区中加以提供，包括危机支持服务、决策支持服务、支持创伤疗愈的服务、以及对于社区生活和享受团结与陪伴来说所需要的其他支持性服务（12）。

个体的权利，例如得到社会保障的权利，不能因个体有无使用精神健康照护和支持而受到影响；精神卫生服务绝对不能成为行使权利的先决条件。

1.5.4 转变为基于社区的精神健康照护和支持

尽管自 1978 年《阿拉木图宣言》（Alma-Ata Declaration）⁶以来，初级保健的重要性已经得到了一再重申，但精神卫生体系尚未将照护和支持带入社区。以权利为基础的精神卫生方法的一个重要方面就是要确保所有群体（特别是边缘群体）都能在安全的物理空间范围内获得照护和支持（128）。这能够让人们在接受照护和支持的同时，更容易保持其家庭关系、友谊和工作。

《残疾人权利公约》第 19 条呼吁改变照护和支持体系，包括精神卫生服务体系，使独立生

⁶ 见 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>。

活与社区融入成为可能。机构化和服务隔离的做法导致数百年来有精神健康状况和社会心理残障的人群遭到了社会排斥和边缘化（33）。为解锁并拆除这些体系，需要制定一份关闭精神卫生机构并改革精神卫生服务的战略和行动方案，以确保人们的社区生活权利得到尊重（156）。

立法可以促进精神卫生服务体系转变为基于社区的精神健康照护和支持。法律层面的强化还可以促进对于服务提供来说所需的转变，以确保一系列以社区为基础且以人为中心的服务。这种服务网络应该包括多学科的、去医疗化的服务选项，并借鉴亲历者的专业知识（expertise）。

1.5.5 尊重法律能力和知情同意，并杜绝使用胁迫手段

《残疾人权利公约》规定缔约国有义务重新审视其精神卫生体系，以杜绝一切形式的胁迫手段，并制定尊重服务使用者权利的非胁迫性应对措施。这意味着需要重新思考立法的作用——从关注限制权利转向支持保障权利。

与《残疾人权利公约》的支持性范式相一致，这项努力的一个重要方面是尊重和促进人的自主权。尊重法律能力和自由知情同意，且没有歧视，必须成为所有改革努力的核心。能够做出决定对于一个人掌控自己的生活 and 选择至关重要，从而有助于复元和融入。根据《残疾人权利公约》第 12 条，缔约国有义务废除授权替代性决策的法律规定，并为有精神健康状况和社会心理残障的人或是——在更宽泛的意义上——任何希望获得支持以行使其法律能力的成年人提供支持性决策。

为承认所有有精神健康状况和社会心理残障的人的充分法律能力，需要进行诸多法律改革，这些法律改革的内容（如民法、家庭法、遗嘱法等法律的改革）超出了本《指南》的范围。第 2.2 节提供了有关法律如何确保在精神卫生体系中尊重法律能力、并促进获得行使法律能力的支持的指导意见。

1.5.6 参与

“充分且有效地参与并融入社会”是《残疾人权利公约》第 3.c 条规定的一项一般原则（157）。应通过透明的程序确保所有利益相关群体，特别是受影响最大的利益相关群体，有效参与有关精神卫生和福祉的公共决策和政策。历史上，亲历者只是被视为被动的“患者”，却没有被视为制定精神卫生应对措施的主要贡献者和合作伙伴，而精神卫生专业人员、服务提供者和家庭成员则在决策过程中替代了他们的声音。

《残疾人权利公约》第 4（3）条呼应了残障权利运动的座右铭——“没有我们的参与，不要做关于我们的决定”（Nothing about us without us），它要求缔约国确保包括儿童和青少年在内的社会心理残障人士能够参与所有影响他们的公共决策。

亲历者在政策制定的各个阶段的有效参与——从设计和实施到监测和评估——是坚持精神卫生的权利模式的关键，也是确保他们宝贵的专业知识和经验能够为制定相关有效政策提供参考的关键（158，159）。⁷

伙伴关系和合作可以进一步改善以人为中心和以权利为基础的应对措施和问责制，促进可持续的体系转型。为了实现这一目标，各国应支持不同的亲历者组织，塑造他们参与决策和主张权利的能力（160）。

1.5.7 社区融入

融入社区意味着拥有平等的机会和途径获得服务与支持，从而能够参与生活的各个方面（161）。实施精神卫生的人权方法，需要尊重个体的自主性与独立性，结束一切形式的机构化，并满足人们由社会决定因素和相互交织的压迫形式所塑造的当前和长期需求。

因此，精神卫生体系的一个关键作用就是支持人们获得相关的服务和支持，使他们能够根据自己的选择生活并融入社区。在大多数情况下，卫生部门没有责任提供人们可能需要的各种支持服务。这是社会保障、住房、食品安全、儿童事务、教育、就业等其他部门和项

⁷ 有关亲历者参与的更多指导，请参阅：残疾人权利委员会：关于残疾人（包括残疾儿童）通过其代表组织参与实施和监测《公约》的一般性意见第 7 号（2018），CRPD/C/GC/7，2018 年 8 月 27 日至 9 月 21 日（<https://digitallibrary.un.org/record/3899396?ln=en>）。

目的主要义务。尽管如此，精神卫生体系可以作为这些部门的某种交界面，这些部门也可以作为精神卫生体系的某种交界面，以整体主义的方式去克服各种阻碍和困难（33）。此外，作为某种基础性的要求，政府需要推动社群的转型与赋权，由此才能更好地应对痛苦并为这些社群的成员提供支持。

1.5.8 问责

问责是人权框架的重要组成部分。没有问责，人权就会缺乏落实，变得毫无意义。政府和其他行为者对权利所有者负责，需要建立机制来明确责任，以衡量并监测进展，并与权利所有者一同改善政策制定。各国可以通过立法将问责机制纳入精神卫生政策的各个方面。这种机制对于监督并改善精神卫生体系和服务至关重要。例如，投诉机制有助于确定权利行使方面的差距和趋势，并帮助改善服务（162）。

同样，监督和问责机构（如法院、国家人权机构和监督机构）的工作，在亲历者的参与下，有助于提高人权挑战的可见度，促进对人权的尊重和保护。数据收集和信息公开对于确保透明度以及使民间社会和公众能够进行监督来说也是必要的（163）。

获得司法公正对于问责制也至关重要。它允许精神卫生服务使用者挑战侵犯人权的行为并行使权利，包括获得有效救济的权利。那些遭到来自精神卫生体系的折磨、虐待和对人权的一般侵犯的人应得到有效的赔偿和补偿。有效的救济措施还包括调查责任人并将责任人绳之以法、追究其责任、打击有罪不罚现象并防止再次发生侵权行为的责任。对包括执法人员、法官和律师在内的工作人员进行培训，使其了解服务使用者和有精神健康状况和社会心理残障的人的权利，对于理解并识别他们所遭遇的权利侵犯、确保他们获得有效的救济和赔偿来说，是至关重要的。最后，为人们获得司法公正提供必要的支持和便利，是在这一领域实现平等的另一基本要素。

第二章 为实现精神卫生体系以人为中心、以复元为导向且以权利为基础所需要的立法条款

引言

第二章旨在针对各国为了支持精神卫生的人权模式可采用的立法条款提供实用指南。本章内容涵盖了立法可用于保护、促进和支持国际人权条约中与精神健康相关的规定的主要领域，这些领域不存在某种等级上的顺序。某些情况下，为了确保立法能够与国际人权标准保持全面的协调一致，可能还需要进一步的指南。

本章涵盖的有些领域严格来说超出了精神卫生系统的范围，但对于确保服务提供的整体性以及人权的全面享有来说却是非常关键的。作为跨部门改革的组成部分，实施这些条款的责任主体不单属于卫生部门，其他部门也应共同承担。

针对立法中与精神卫生相关的条款内容，本章提供了实用的格式。借助不同国家已经采用的文本和条款实例（其中部分文字有所改动，以便更好地反映当前的人权语言），本章为起草以权利为基础的条款提供了详细的指南。这些示例的目的并不是规定的

（prescriptive），每个国家都可以通过全面的评估、法律审查和利益相关方参与的过程，考虑并采纳适当的立法（见第三章）。此外，对于国家立法中具体条款的引用，并不代表本指南对这些法律的所有方面均予以背书。

各国在起草立法条款时，必须考虑法律实施的过程。如果只是审查并修订现有的精神卫生法律以确保其符合《残疾人权利公约》的标准，却没有全面采纳《残疾人权利公约》所要求的范式转变，那么国际人权法所要求的那种变革是无法实现的。

2.1 确保平等与非歧视

非歧视是人权的一项基本原则，对于包括健康权在内的所有人权的享有来说，是至关重要的。精神卫生照护和支持必须无歧视地提供给所有人，任何人在获取或使用精神卫生服务及支持方面都不应受到任何形式的歧视。

本节提议了一些立法条款，旨在维护精神卫生系统中的非歧视原则，并确保在提供精神卫生服务时所有人均平等享有权利。这些条款大多可纳入人权法、平等法、反歧视立法或残障立法，也可纳入卫生法或任何现有的精神卫生法。本章的其他小节也与确保精神卫生服务中的非歧视原则相关，包括尊重法律能力（第 2.2 节）、尊重自由知情同意并消除强制性措施（第 2.3 节）、问责（第 2.7 节）等小节。

2.1.1 禁止一切形式的歧视

立法是禁止在医疗照护（包括精神健康照护）中出现任何形式歧视的重要手段。歧视可以是直接歧视、间接歧视、结构性歧视、多重歧视或交叉歧视、连带歧视（discrimination by association，指由连带关系所产生的歧视，比如针对社会心理残障人士的家属的歧视），它也包括骚扰、拒绝提供合理便利等行为（见第 2.1.2 节）。

禁止一切形式的歧视，应涵盖与精神卫生系统的所有形式的互动，包括治疗获取、治疗质量、保密、治疗同意、信息获取等。禁止基于种族、性别、性别认同或表达、性取向、性别特征、年龄、残障、国籍、民族、原住民或社会出身、种姓、移民或难民身份、语言、宗教、政治或其他观点等各种原因进行歧视。

墨西哥于 2022 年修订的《一般卫生法》（General Health Law）（164）在第 72 条中就详细罗列了各种应当遭禁止的歧视原因，它指出：“每个人都有权享有可能的最高标准的精神健康，不得因种族、国籍、肤色、文化、性别、性别认同、残障、社会、经济、健康或法律地位、宗教、外貌、遗传特征、移民状况、怀孕、语言、观点、性取向、身份、性别表达、政治派别、婚姻状况、语言、犯罪记录或任何其他原因而遭到削弱人类尊严并旨在否定或损害个人权利和自由的歧视。”

法律改革也可能需要消除在获取精神健康照护和支持方面的结构性阻碍，即间接歧视某些群体的法律、行政和其他阻碍。例如，如果法律规定必须向执法或移民局报告使用公共服务的移民的非法身份，这可能会阻碍这些人寻求支持。

此外，各国可以考虑启动全面的法律审查程序，废除在不同生活领域中影响有精神健康状况和社会心理残障的人的所有歧视性立法。如第一章所述，为确保有精神健康状况和社会心理残障的人享有与他人相同的权利，需要进行超出本指南范围的法律改革（框 5）。例如，有些法律体系不允许有精神健康状况和社会心理残障的人获得司法保护。

1 法律条文的表述示例
● 精神卫生服务不得基于种族、性别、性别认同或表达、性取向、性别特征、年龄、残障、国籍、民族、原住民或社会出身、种姓、移民或难民身份、语言、宗教、政治或其他观点或其他理由进行歧视。 ● 所有有精神健康状况和社会心理残障的人都有权不受歧视地享受法律的平等保护和同等利益。 ● 基于精神健康状况和社会心理残障的歧视应被禁止。该禁令适用于任何基于实际存在的或被认为存在的精神健康状况或损伤而进行的区分、排斥或限制，这些区分、排斥或限制的目的或效果是损害或否定个人在政治、经济、社会、文化或任何其他领域中的权利、特权、合法利益或福利得到平等的认可、享有或行使，包括拒绝提供合理便利、连带歧视在内的所有歧视形式。 ● 基于精神健康状况或社会心理残障而否定法律能力以及对治疗的自由知情同意权的行为构成歧视。

框 5 精神卫生立法之外的法律改革

为了解决有精神健康状况和社会心理残障的人的歧视问题并实现平等权利，需要进行超出本指南和精神卫生领域范围的法律改革，这些改革对于有精神健康状况和社会心理残障的人平等行使其权利至关重要，法律改革的重要领域包括：

- 承认在法律面前人人平等的权利，包括生活各方面的法律能力。
- 承认在与他人平等的基础上获得司法保护的權利。
- 承认获取、持有和使用身份证明文件的权利。
- 承认个人隐私权，并在与他人平等的基础上保护个人信息、健康信息和康复信息的隐私
- 承认在与他人平等的基础上拥有、继承或管理财产的权利。
- 承认获得各层次教育和终身学习的权利。
- 承认在与他人平等的基础上工作的权利，并禁止在就业机会、工作年限和工作条件方面的歧视。
- 承认有精神健康状况和社会心理残障的人自身及其家庭拥有获得合乎需要的生活水平的权利，包括充足的食物、衣物和住房。
- 承认获得社会保障的权利，并消除社会保障项目和权利中的歧视。
- 确保针对有精神健康状况和社会心理残障的人的剥削、暴力和虐待行为（包括性别暴力）能够得到预防、识别、调查和起诉。

2.1.2 关于合理便利的条款

除了无障碍的基础设施、服务、信息和传播（见 2.1.5 节）外，一些人在获取信息、做出决定、工作或与精神健康照护和支持服务互动时可能有个性化的需求。这些需求可能来源于残障、性别认同、宗教和年龄。因此，精神卫生系统必须确保提供合理便利（reasonable accommodation），使所有服务使用者能够在与他人平等的基础上行使其权利。

合理便利是履行不歧视义务的内在要求（165）。正如《残疾人权利国际公约》所述，“合理便利”包括任何在特定有需要的情况下为确保平等享有或行使权利而进行的必要且适当的修改和调整，且不得造成不相称或过度的负担（disproportionate or undue burden）

（166）。拒绝提供合理便利的例子包括在看诊期间不允许陪同人员参加，或在精神卫生服务中拒绝接纳宗教信仰。

“合理”一词指的是便利措施的相关性、适当性和有效性。一项便利措施必须实现其预期目的（一个或多个目的），并根据个体的需求进行调整（165）。此外，“不相称或过度的负担”这一概念则针对第三方机构必须提供的便利措施设置了界限；任何便利措施都不应给提供方造成可能过重或不合理的负担（165）。

反歧视和其他相关立法可以确保精神卫生服务使用者获得合理便利，由此作为平等和不歧视权利的某个内在组成部分。立法必须承认拒绝提供合理便利也是一种歧视，并将其纳入歧视的定义中。例如，菲律宾 2017 年的《精神卫生法》（Mental Health Act）将拒绝提供合理便利纳入了歧视的定义中（167）。鉴于法律能力的重要性，各国可以明确承认在行使法律能力时提供合理便利的义务（168）。

2 法律条文的表述示例
● 拒绝提供合理便利构成一种歧视形式。禁止一切形式的歧视是一项刻不容缓的义务，不应逐步实现。 ● 如有需要，应当为精神卫生服务使用者提供权利行使方面的合理便利。 ● 为行使法律能力而提出的合理便利请求不应被用于质疑一个人的法律能力，并且这种请求是在行使法律行为能力方面寻求支持的权利的一项补充。 ● 主管当局应就如何评估合理便利是否给责任承担方造成不相称或过度的负担制定相关指南。 ● 相关公共部门应拨出专款用于实施合理便利。

2.1.3 健康保险中的歧视

在许多国家，个体需要健康保险才能获得医疗和健康相关服务。这些国家的立法可以包含相关条款，以防止在获取与身心健康相关的公共、商业或混合健康保险时对人们构成歧视（169）。例如，马绍尔群岛的立法就规定，医疗服务、健康服务、健康保险和人寿保险的费用和可及性不得因残障而有所区别（170）。

立法还可以确保健康保险公司不因既往的精神健康状况或未来出现精神健康状况的可能性（如家族史或所谓的遗传易感性）而进行歧视。在许多国家，如有此类情况，商业保险会拒保或大幅提高保险费率，由此也就引发了公平性问题（171，172）。

立法还可以确保精神健康被视为与躯体健康相平等的健康范畴，并确保有专项资金用于精神健康领域（见 2.4.1 和 2.4.2 节）。

此外，立法还可以支持各国落实其对于《2030 年可持续发展议程》的承诺，该议程以《世界人权宣言》和其他国际人权文件为基础。联合国会员国已经承诺确保所有年龄段的人都能享有健康生活，并承诺促进所有人的福祉（可持续发展目标 3），同时也承诺实现全民覆盖健康（UHC）（目标 3.8）。因此，各国为实现《2030 年可持续发展议程》所需付出的努力与它们在为那些缺乏足够资源的人提供必要的健康保险和医疗设施方面所需承担的义务，是相辅相成的（173）（见 2.4.3 节）。

3 法律条文的表述示例
● 在健康保险相关条款中，禁止基于种族、性别、性别认同或表达、性取向、性别特征、年龄、残障、国籍、民族、原住民或社会出身、种姓、移民或难民身份、语言、宗教、政治或其他观点或其他被禁止的理由进行歧视。 ● 有精神健康状况和社会心理残障的人应可以平等获得由公共、商业或混合保险提供方所提供的健康保险。 ● 有精神健康状况和社会心理残障的人应可以在与他人平等的基础上获得由公共、商业或混合健康保险所提供的干预、服务和支持。 ● 禁止在健康保险方面因为既往的社会心理残障或某种精神健康状况而进行歧视。 ● 精神健康服务应属于保险提供方的所有健康计划的承保范围。 ● 保险费率应在精算和统计估算以及非歧视性评估的基础上以公平合理的方式加以确定。

2.1.4 挑战社会中的污名和歧视

立法对于改变人们对于正在经历痛苦或被诊断为有精神健康状况的人以及社会心理残障人士的态度和行为至关重要（174）。法律本身可以强化刻板印象和偏见；例如，当今正在实施的某些法律就包含了某些带有贬损意味的词，如“白痴”（idiot）、“精神错乱的”（lunatic）、“心智不健全的”（of unsound mind）或“精神不健康的”（mentally ill），这些词具有重大的象征价值，对公众和自我污名造成了负面影响。法律和政策中有关精神卫生

的生物医学模式强调了对痛苦的生物学理解，却忽视了环境和社会因素的作用，此外，生物医学模式还将痛苦视为个人问题，并且制造出了一种有关疾病康复的宿命论观点，从而强化了污名和病耻感（175，176）。

此外，歧视性法律还强化了某种有关痛苦、创伤和残障的污名、羞耻和保密文化。这种环境使得人们不愿意寻求支持，且往往导致边缘化和人权侵犯。自杀的犯罪化（criminalization）以及法律对于强制性和其他歧视性做法的授权，是卫生系统和社会中污名和歧视的实际表现形式的重要驱动因素（见第 2.3 节）。由污名所导致的歧视性做法，对于挑战有关精神健康的刻板印象和偏见来说，是至关重要的。

法律改革可被用于解决精神健康污名化问题的其他途径包括，要求采取与提高精神健康意识有关的行动，并针对医疗服务提供者和包括公众在内的其他行为者开展精神健康培训。这些措施可以通过与亲历者合作的方式来加以开发制定（见第 2.4.8 节）。在美国，有些州已经要求在公立学校中需要开展精神健康教育，由此来提高学生的精神健康意识（177）。这些措施有助于消除对精神健康和痛苦的污名化，促进对多样性的接纳和包容，使人们能够了解到社会决定因素的作用，并破除将精神健康状况与暴力行为联系在一起的误区。

重要的是，关于精神健康的意识提升和培训项目应以基于人权的方法为指导，而不是强化生物医学范式。由于污名是一个依赖于权力结构的社会过程，所以，改变人们对于正在经历痛苦或被诊断为有精神健康状况的人以及社会心理残障人士的态度和行为，需要多方面、多层次的干预措施，以解决环境因素和权力不平衡问题（178）。由此可见亲历者参与公共生活的重要性。亲历者通过重塑有关多样性和包容性的叙事，通过重塑精神卫生服务和社区支持系统，在减少污名和歧视方面发挥着至关重要的作用（见第 2.6 节）。

精神卫生服务机构内部的偏见和歧视态度也可能导致不正确的诊断和干预。精神科诊断中的偏见已经有许多记载：种族和性别偏见已被证明既会导致精神健康状况的过度诊断，也会导致诊断不足（179，180）。此外，现有的诊断工具和标准被批评为过于宽泛和包罗万象，无法发挥临床效用，因此可能导致无效的、带有污名化色彩的、且有害的干预（181）。正如“人人有权享有可达到的最高标准身心健康问题特别报告员”（Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical

and mental health）所指出的那样，精神健康诊断已被滥用于针对身份和其他多样性的病理化处置（pathologize）（182）。尽管反对日常生活的医疗化超出了法律的范围，但立法可以通过建立某些框架来防止这种医疗化的滥用。

如果人们认为诊断不能以一种有益的方式来描述他们的经历，那他们应该有权获得第二意见（second opinion）或拒绝该诊断（183）。每个人都应该被允许定义他们自己的亲身经历。诊断不应被用来否认或限制权利。

4 法律条文的表述示例
● 与精神健康和边缘群体（包括社会心理残障者、女同性恋者、男同性恋者、双性恋者、跨性别人士、间性人以及酷儿）相关的污名化及歧视性术语，应被移除，并代之以恰当的语言。 ● 精神卫生主管部门应携手亲历者共同开展意识提升项目，从而消除精神卫生服务中的污名与歧视。 ● 卫生部门应确保针对医疗服务提供者及其他行动者开展必须参与的精神健康培训，并邀请亲历者共同参与这些培训的开发过程。 ● 应当开展提升公众精神健康意识以及对多样性还有对精神健康状况和社会心理残障人士权利的尊重的公共宣传活动，这些活动应当以多部门协作的方式开展，并有亲历者的积极参与。 ● 教育部应将精神健康教育纳入学校课程体系，从而提升学生对精神健康以及精神卫生的人权方法的认识。 ● 精神健康诊断不得基于政治、经济或社会地位；文化、种族或宗教群体的成员身份；年龄；或任何其他与个人精神健康状态无直接关系的原因。 ● 不得以性别或性取向的多样性，或与其所在社会的主流道德、社会、文化、工作或政治价值观或宗教信仰不一致为理由，做出精神科的诊断。

2.1.5 平等承认精神卫生服务中的权利

任何人获得精神健康照护和支持的权利都不应受到限制。每一位精神卫生服务使用者都应在精神卫生机构中享有与所有人平等的权利。为确保这一点，有些国家制定了必须遵循的章程或精神卫生服务使用者权利清单。但在多数情况下，这些清单都是不完整的，或是设置了例外，又或是被错误地理解为已经全面详尽。立法应明确规定，所有精神卫生服务使用者的权利与其他一般卫生服务（general health services）使用者的权利是平等的，不应因

诊断或能力而受到限制。基于精神健康状况或社会心理残障对任何权利的享有做出例外规定，这实质上构成了歧视行为，应当被彻底废除。

5 法律条文的表述示例
● 精神卫生服务使用者应在与他人平等的基础上、且不受歧视地享有国家和国际法所保障的所有权利。 ● 精神卫生服务的使用者应享有与其他所有医疗机构中的服务使用者同等的治疗条件和标准。 ● 所有精神卫生服务使用者的权利都应得到尊重、保障和实现。

法律还应确保医疗服务的每位使用者在获取信息、沟通、保密和隐私方面享有平等权利，这些权利并非仅限于有精神健康状况和社会心理残障的人。在住院服务中，对于这些权利的保护尤为重要，但与此同时，对于这些权利的保护也必须在所有类型的服务（包括基于社区的服务）中得到贯彻。精神卫生服务机构或专业人员不得剥夺或限制这些权利。

信息获取

精神卫生服务使用者在获取关于其诊断、治疗、预后及健康相关数据的信息方面享有与他人同等的权利（184），其中包括医疗文书、病程记录和其他相关报告和文件的复印件。这些信息应该有所有相关语言的版本，而且应该以既不过于简化、也不高高在上的方式加以提供，而是应该能够被服务使用者清晰地理解，同时还要尊重他们的尊严。如果服务使用者需要，应允许他们获得来自他们所信任的人或独立倡导专员（independent advocate）的支持。信息应以无障碍的形式提供，如“易读”版本（Easy Read）以及辅助和替代性沟通方式（augmentative and alternative communication）。

可以制定信息获取相关的流程，以确保尊重当事人的尊严和隐私。例如，可以在查阅和解释个人档案或记录中的信息方面提供支持。针对无法获取医疗档案的问题，以及任何其他潜在的问题，服务使用者应有权、并有途径向独立机构进行投诉。

6 法律条文的表述示例
● 精神卫生服务使用者有权以个性化的形式和无障碍的方式获取有关其诊断、治疗和预后的全部信息。 ● 在实施任何干预之前，精神卫生服务使用者有权以明确且易于理解的方式获取有关以下内容的详细信息：

- 他们的健康状况，包括他们的医学评估；
- 建议开展的检查和干预；
- 提供的任何检查或干预的预期影响，包括潜在的获益、风险、副作用和危害；
- 他们对建议开展的检查和干预的决定权；
- 以及关于可能的替代操作的信息。
- 精神卫生服务使用者有权在获取信息期间及获取信息之后提出进一步的问题。
- 精神卫生服务使用者有权了解在其接受服务期间所开展的个人检查和干预的结果。
- 医疗记录应在提供服务时完成，并以尊重个人尊严和隐私的方式进行。
- 精神卫生服务使用者有权在提出要求后查阅并获取其医疗和其他健康记录中的信息和文件副本；有需要的情况下，应以无障碍的格式提供这些信息和文件。
- 依法授权的法律代表也可行使访问医疗记录的权利。
- 精神卫生服务使用者有权要求在不更改现有记录的情况下将其意见写入医疗记录中。
- 如果信息权没有得到尊重，精神卫生服务使用者有权投诉或采取法律行动。
- 精神卫生服务中的工作人员应接受有关无障碍格式使用的培训。

保密和个人数据保护

精神卫生服务使用者在与他人平等的基础上享有健康信息保护的权利（184）。未经当事人同意，此类信息不得向第三方披露。在就业、教育、健康保险及移民等领域，信息泄露通常会导致歧视。

在精神卫生领域工作的专业人员必须遵守相关规章制度和行为准则，这些规章制度和行为准则通常涵盖保密与个人数据保护的内容。至关重要的是，卫生工作者之间的信息交换和披露应仅限于对于照护协调或连续性来说必要的信息（185）。精神健康照护团队的所有成员都必须充分理解并遵守这些保密规则。精神卫生机构的主管部门需确保实施适当的程序性保障措施及系统，以保证只有获得授权的相关人士才能访问当事人的医疗记录、临床资料、云存储或其他电子数据记录机制。这或许包括在移民执法部门和医疗服务之间建立明确的、且有约束力的防火墙。此外，通过立法手段明确规定针对违反保密规定行为的制裁措施，可以进一步增强对当事人信息的保密力度。

倘若法律授权，或可在必要且相称的标准下，且在与其他健康相关信息同等的基础上，针对非医疗目的（如规划、改善或监测医疗服务，或支持独立人权监测机制的工作）披露精神健康相关信息（186）。未经当事人同意，保险公司、雇主以及外部承包商不得获取此类

信息（187）。

不能强迫个人披露其精神健康相关信息或残障状况。如果需要提供残障证明才能获取福利或服务，通常由权威机构出具证明即可（188）。

7 法律条文的表述示例
● 精神卫生服务使用者应与其他所有人一样，平等享有个人数据保护和统计保密的权利。 ● 卫生服务机构必须对所有与个人躯体或精神健康相关的信息、沟通、记录和个人数据进行保密，包括提供医疗服务这件事情。 ● 未经当事人书面同意，不得向第三方（包括家属）披露或共享信息、沟通和记录。同时，应妥善保存有关向服务使用者提供信息和沟通的记录。 ● 卫生工作者和卫生服务机构之间交换和披露与当事人精神健康相关的数据，应仅限于对于照护协调或连续性来说必要的信息，并恪守保密原则。 ● 所有卫生服务应制定保密政策。 ● 禁止雇主在申请者求职要求其提供精神健康证明，也禁止教育机构要求申请者提供精神健康证明，以此作为录取的要求之一。 ● 若违反保密原则，精神卫生服务使用者有权提出投诉或采取法律行动。

隐私

每个人都享有隐私权。与隐私相关的权利界定了社会对个人事务的干涉边界，并确保个人信息隐私、沟通隐私、身体隐私以及个人环境隐私得到保护。精神卫生服务使用者的这种权利经常遭到侵犯，尤其是在住院环境中遭到工作人员的侵犯。

立法应明确要求保障精神卫生服务中的隐私权；仅在非任意且合法的情况下允许干涉这种权利。新技术在精神卫生领域的应用——如线上咨询、精神健康 app、生物识别监测技术（如视频传感器或“智能药丸”）以及其他基于算法和数据驱动的技术——带来了重大的伦理挑战，亟需建立强有力的法律和监管保护机制（183），包括有关人权风险及影响的评估（这种评估需有精神卫生服务使用者的参与），包括与精神卫生服务中新技术的使用相关的透明度保障、独立监督和救济措施，还包括根据人权义务制定或审查数据保护法规。

8 法律条文的表述示例
● 精神卫生服务使用者，无论在实体环境中，还是在线上，均享有与其他人同等的隐

私权。

- 所有健康干预措施必须尊重当事人的隐私权。
- 接受住院服务的人应享有与其他人（包括法律顾问和个人代表）进行私下沟通和联络的机会与权利。
- 接受住院服务的人应享有适当的空间和隐私，以便实践其文化、宗教或精神信仰。
- 卫生主管部门应制定法规，确保数据安全与透明，并对数字精神卫生服务实施独立监督。

沟通

精神卫生服务使用者有权在与其他人平等的基础上与他们所选择的任何人进行自由沟通。沟通对于确保问责制来说是至关重要的，并可作为某种非正式的监督机制，有效防止暴力和虐待行为的发生。遗憾的是，在许多住院精神卫生服务中，当事人与他人的沟通都受到限制和监控；通信会被开封，有时甚至会基于“最佳利益”（best interest）的标准遭到审查。与家人的亲密会面，包括与配偶和朋友的会面，也常常会受到限制。即使是在某些门诊服务中，沟通也偶尔会受到限制。立法应明确禁止此类做法，从“最佳利益”转向对个人权利的平等认可。

住院精神卫生服务的使用者应享有并行使获取信息的权利。这包括在与其他人平等的基础上，定期且有意义地接触报纸、电视、广播和互联网。

9 法律条文的表述示例

- 精神卫生服务使用者有权在与其他人平等的基础上与他们所选择的任何人进行沟通。
- 接受住院精神卫生服务的人享有自由沟通的权利，这包括与服务机构内外的其他人进行自由沟通；在未经审查的情况下收发私人信件；私下接待个人倡导专员或代理人的探访，以及在任何适宜的时间接待其他访客；并且有权使用邮政和电话服务、报纸、广播、电视和互联网等通讯设备。

接收关于权利的信息

精神卫生服务使用者往往对自己的合法权利缺乏了解，从而无法有效行使这些权利。通过立法，可以确保服务使用者在与初级保健和住院精神卫生服务互动时被告知这些权利，可以通过清晰易懂的方式向他们解释他们所拥有的权利以及如何行使这些权利。

有关权利的信息应以当事人能够理解的格式和语言，以符合当事人年龄的方式，向其进行

告知。适当情况下，信息应以无障碍的形式提供，如“易读”版本（Easy Read）、手语翻译以及辅助和替代性沟通方式（augmentative and alternative communication）。

10 法律条文的表述示例
● 精神卫生服务使用者在每次使用服务时都应该能够以清晰易懂的方式接收到关于其权利、如何行使权利以及如何使用既有的投诉机制的口头和书面信息。 ● 所有提供精神卫生服务的公立和私立医疗机构都必须以醒目的方式向服务使用者展示精神卫生服务使用者的权利。 ● 关于精神卫生服务中的权利的所有信息都应以无障碍的形式提供。

服务中的物理与社会条件

提供安全、卫生且有益康复的精神卫生服务对个体的复元和整体福祉来说是至关重要的。在接受照护和支持时，任何人都不应处于不安全或不卫生的条件下，如缺乏水源、卫生条件差、墙壁和地板肮脏破旧、供暖不良。尤其是在住院服务中，不符合标准的条件可能构成折磨和虐待（189）。

精神卫生服务的条件应与其他提供住院治疗、照护和支持的医疗机构保持相当的水平（190）。服务的设计应遵循通用设计原则。立法及相关法规应设定最低要求，以确保安全、卫生、温馨且具有疗愈效果的生活环境，包括促进社交和活动的环境（191）。监督和问责机制对于确保这些义务得到履行来说是至关重要的（见第2.7节）。

在某些精神卫生服务中，服务使用者在作业治疗的名义下被迫参与劳动。这种做法构成不人道或有辱人格的待遇，违反了《公民权利和政治权利国际公约》的第7条和第8条第2、3款。尽管强迫劳动和剥削可能已被立法禁止，但在某些方面，仍存在不明确的情况；例如，作为项目的一部分，服务使用者必须参与家务劳动，如整理床铺或准备餐食。立法应尽可能提供明确的规定，并确保作业活动的自愿性。

世界卫生组织有质量的权利（QualityRights）模块《转变服务与促进权利》（Transforming services and promoting rights）（192），以及世界卫生组织《有质量的权利评估工具包》（QualityRights assessment toolkit）（190），为各国提供了可用于评估和改善精神健康及社

会照护机构的质量与人权标准的实用信息和工具。

11 法律条文的表述示例
● 精神卫生服务对于残障人士来说应该是物理上无障碍的。 ● 精神卫生服务应符合所有医疗设施和服务适用的卫生与安全标准。 ● 住院精神卫生服务应提供友好、舒适、充实且有益康复的环境。 ● 住院服务应为服务使用者提供适当的空间，用于身体锻炼、运动及其他休闲活动。 ● 卫生主管部门应制定相关规定，以确保精神卫生住院服务符合适当标准，包括充足且适宜的住宿、饮食和照护。这些规定可包括设计、维护、修缮、清洁、通风、供暖和照明等方面的要求。 ● 精神卫生服务使用者应受到保护，免受医疗和社会服务中的强迫劳动和剥削。

2.2 在精神卫生服务中尊重人格和法律能力

法律能力是指个人享有权利并能够行使这些权利的能力。在大多数国家，有精神健康诊断的人以及有社会心理、智力或发育残障的人，常被认为缺乏决策能力，因此被剥夺了独立维护自身权利的能力。这种情况在精神卫生服务中尤为普遍，在这些服务中，人们往往被视作照护的对象，而非权利的主体。

《残疾人权利公约》第12条体现了对法律能力更深入和更全面的理解，它强调法律能力在包括健康在内的生活各个领域中的普遍性和相关性。第12条还规定了要为个人提供其在行使法律能力时可能需要的支持。

承认法律能力和支持性决策是行使健康权及相关权利的前提。所有使用精神卫生服务的人，包括具有社会心理、智力和发育残障的人，必须拥有就其健康和医疗做出自主决定的权利，并确保这些决定在法律上是有效的。

本节提议了一些立法条款，旨在尊重精神卫生服务使用者法律能力，并在必要时为其提供适当的支持。为了确保社会心理、智力和发育残障者的法律能力在其他生活领域不受限制，各国应全面审查所有法律领域，包括民法典、监护法或家庭法，以及精神能力法（193）。

尽管这些更广泛的改革超出了本指南的范围，但它们对于实现个人在社区中的全面参与和融入来说是至关重要的。

2.2.1 在精神卫生服务中尊重法律能力

自《残疾人权利公约》通过以来，多国已经在法律中纳入了承认残障人士法律能力的条款，包括社会心理、智力和发育残障人士的法律能力（194）。在某些国家，与精神卫生相关的法律已经将对于法律能力的承认纳入其中，这些法律再次声明，有精神健康状况和社会心理残障的人在获得精神健康照护时享有法律能力，同时，这些法律还为他们获得支持性决策提供便利（见第 2.2.3 节）。

通过明确授权，立法可以帮助精神卫生服务机构尊重所有服务使用者的法律能力。在精神卫生服务中行使法律能力，不仅限于尊重自由且知情的同意（见第 2.3 节），因为法律能力可能以多种方式被剥夺，如通过限制残障者为自己指定支持者的能力、限制残障者提交投诉或报告的能力、或限制残障者参与临床试验的能力。立法还可以进一步认可服务使用者“承担风险的尊严”（dignity of risk），即个人自主做出决定并承担风险的权利。

尊重法律能力并不意味着忽视个体有差异的决策能力或技能。相反，应当提供支持性决策机制，以承认这种差异性。个人决策技能的差异或是具有精神健康方面的诊断，不应成为限制其做出自主决策的法律能力或影响他人尊重这些决策的理由。

支持性决策可能涉及建立相关机制，使个人能够指定一名或多名由他们自己选出的、受其信任的人士，协助其获取相关信息、权衡特定决定的利弊，并维护其决定和选择（见第 2.2.3 节）。支持性决策还可能涉及实施预立计划（advance planning）机制，允许个人在能够表达其意愿与偏好的时候，就未来可能发生的情境做出有关其意愿与偏好的说明（见第 2.3.2 节）。规定精神卫生服务必须遵循此类机制的法律，确保了所有有精神健康状况或残障的人的法律能力在与他人平等的基础上得到尊重，包括在当事人可能无法明确表达其意愿和偏好的情况下，其法律能力仍能得到尊重（195）。

有关在精神卫生服务中尊重法律能力的条款，有时会与国家法律框架中的其他条款相冲

突。然而，强制要求尊重所有精神卫生服务使用者的法律能力，有助于推动范式转变，并可为进一步推动法律改革和法院干预符合新的法律条款迈出第一步（196）。

12 法律条文的表述示例
● 每位精神卫生服务使用者都有权：（a）被承认为法律上的主体，在与其他人平等的基础上拥有法律能力；（b）自由选择并获得行使其法律能力所需的支持。 ● 精神卫生服务机构应当在任何时候，包括在危机情况下，在与其他人平等的基础上尊重所有有精神健康状况或残障的人的法律能力。 ● 任何人的法律能力不得因实际存在的或被认为存在的精神健康状况或障碍，或因实际存在的或被认为存在的决策困难，而受到任何限制。 ● 在做出影响其生活的决定（包括涉及风险的决定）并在需要时获得支持以协助做出这些决定方面，精神卫生服务使用者与社区中的其他成员享有同等的权利。

2.2.2 在精神卫生服务中禁止替代性决策

尊重精神卫生服务使用者（包括社会心理、智力和发育残障人士）的法律能力的一个重要方面，是终止“替代性决策”（substitute decision-making）。替代性决策发生于以下情况：

- 个人的法律能力被剥夺或受到限制，即使只涉及某单一决定；
- 替代决策者（如监护人、法官或专家）由当事人以外的其他人在违背当事人个人意愿的情况下加以指定；
- 替代决策者基于当事人的“最佳利益”（best interests）而非当事人的意愿与偏好作出决定（197）。

哥伦比亚、哥斯达黎加、格鲁吉亚、西班牙和秘鲁等国家已在其法律体系中废除了监护制度和其他替代性决策机制。尽管这些改革仍旧存在局限性（特别是在健康决策方面），但它们为其他国家提供了借鉴的可能性。

法律可以禁止在提供精神健康照护和支持过程中实施替代性决策。这包括废除允许监护人和家庭成员为接受精神健康照护或支持的人做决策的条款，以及废除法律允许主诊医生以“最佳利益”为依据为当事人做决策的情况。法律还可以明确禁止医疗专业人员在未获得当事人知情同意的情况下做出决策（见第 2.3.4 节），并促进支持性决策的实施（见第 2.2.3

节)。在保留替代性决策机制的同时实施支持性决策,这仍不符合《残疾人权利公约》第12条的要求(198)。

2.2.3 为精神卫生服务使用者提供支持性决策

精神卫生立法可以确保那些在精神健康照护的场景中需要得到支持以行使其法律能力的服务使用者获得支持性决策。

虽然支持性决策的范围和形式在不同国家之间可能有所不同,但一般而言,它允许个体指定一人或多人来协助他们:(1)获取并理解信息;(2)评估某个决策的可能替代方案和后果;(3)表达并传达决策;以及/或(4)执行决策(199)。人们应当可以自由选择不同类型、强度和形式的支持机制与安排;例如,支持小组(circle of support)、支持网络(support network)、支持协议(support arrangement)、同伴支持(peer support)、独立倡导者(independent advocate)、个人申诉专员(personal ombudsperson)、个人协助(personal assistance)、预立指示(advance directive)、来自家庭和朋友的支持、以及在线社群等。

针对这些不同支持形式的提供和获取的监管并非立法的范畴。然而,重要的是,关于精神卫生服务提供的法律应当承认并加强支持性决策,以维护使用此类服务的人员的法律能力,包括那些有社会心理、智力和发育残障的人。

例如,立法可以在卫生和相关社会服务的场景中,明确可以采取的、特定形式的支持性决策。这些支持可以包括在做出医疗决策时有权得到来自可信赖的人的陪伴和支持;采用预立指示;任命在危机情况时需要第一时间告知和/或咨询的指定人员(见第2.3.2节)。立法还可以确保有真正独立于精神卫生服务的倡导者为当事人提供支持,并无偿捍卫当事人的权利。财务资源的缺乏不应成为当事人在行使法律能力时获得支持的阻碍(200)。

有些国家已立法设立了共同决策(co-decision-making)机制,这种机制允许指定共同决策者(co-decision-maker)帮助个体共同做出决策。这种情况下,共同决策者和当事人需要就干预措施共同做出同意。除非基于自愿,否则这些安排不能被视为支持性决策的一种形式。

当事人有权选择共同决策者，并随时终止或更改这种关系（201）。支持性决策绝不应强加于人。如果当事人选择不接受这种支持，其意愿应当得到尊重。

13 法律条文的表述示例
● 精神卫生服务使用者应在免受不当影响或胁迫的情况下，获得其认为适合的支持，以行使其法律能力。支持者的形式、身份、范围、持续时长和数量由当事人自行决定。 ● 支持性决策是旨在促进当事人行使法律能力的一项支持形式。支持可能包括：i) 理解当事人决策的选项、责任和后果；ii) 访问、收集和获取与特定决策相关的信息；iii) 理解这些信息；和/或iv) 执行当事人的决策，包括协助当事人将决策传达给第三方。 ● 在获得当事人同意的前提下，支持者应有权：i) 访问当事人的医疗信息和记录；ii) 就任何计划实施的治疗或疗法协助当事人；和/或iii) 在治疗或干预过程中，陪同当事人参与和精神卫生专业人员、工作人员及其他服务提供者的约见和咨询。 ● 精神卫生服务应认可并尊重支持性决策的协议和安排。 ● 支持性决策协议或安排的存在，不妨碍当事人在无支持的情况下行使其做出决策的法律能力。 ● 精神卫生服务应提供独立倡导者，在任何有需要的情况下，支持服务使用者获取信息、理解其权利和选项，并确保其意愿和偏好得到尊重。倡导者必须独立于精神卫生服务机构；提供免费服务；具备适当的经验和培训；并拥有稳定和可持续的资金支持；以人权原则为指导；且在决策支持过程中纳入亲历者的参与。精神卫生服务机构应为独立倡导者履行职责提供便利，并确保其能够接触所有服务对象及各项服务。 ● 也应为精神卫生服务使用者的家庭成员和非正式照护者提供倡导服务。

2.2.4 保障个人意愿与偏好

为了确保被支持个体的权利、意愿与偏好得到尊重，并防止虐待，法律保障是不可或缺的。这些保障措施的目的是确保个人的意愿与偏好得到尊重，而非限制个人做出决定或承担风险（202）。因此，保障措施必须：i) 基于当事人的权利、意愿与偏好；ii) 提供保护，以防止利益冲突、剥削、虐待和不当影响；iii) 恰如其分且因人而异；iv) 包括投诉和救济机制。

虽然有关法律能力行使的保障措施应在一般立法中予以规定，但精神卫生立法可以确保这些保障措施在精神健康照护和支持领域得到落实，尤其是在那些法律能力改革尚未与《残疾人权利公约》保持一致的国家。

在支持性决策中尊重个人意愿与偏好

支持不应等同于替代性决策。立法可以规定，精神卫生服务中的支持性决策必须尊重当事人的意愿与偏好，包括当事人拒绝支持以及随时终止或更改支持关系的权利（203）。

确保精神卫生服务使用者能够获得不同形式的支持（包括独立意见），也有助于降低其受到不当影响的风险。

14 法律条文的表述示例
● 应根据当事人的意愿和偏好为其行使法律能力提供支持。 ● 应建立保障措施，以确保尊重当事人的权利、意愿与偏好；并防止来自支持者的利益冲突、剥削、虐待和不当影响。 ● 支持者不得：i）对被支持者施加不当影响；ii）在支持性决策协议或安排所规定的授权范围之外行事。

保护免受虐待和不当影响

立法可以在精神卫生领域的支持性决策中为当事人提供保护，以使其免受虐待和不当影响。不当影响通常发生在支持者所处的权力地位相较于被支持者要更为优越的情况中，表现为“恐惧、攻击、威胁、欺骗或操控的迹象”（204）。

立法内容可包括确保当事人意愿和偏好得到尊重的问责机制，也可以包括当支持者的行为不符合当事人意愿和偏好时对其提出质疑的机制。这些机制可包括强制报告、定期审查、可获取的投诉机制、信息请求和第三方监督等。这些机制应在尊重当事人自主和隐私的前提下加以实施。同时，应让被支持者知晓他们的权利和可用的投诉机制。

除了尊重被支持者的意愿和偏好外，立法还可以为支持者制定明确的行为规范，例如勤勉尽责、善意行事以及对个人信息保密。在某些法律体系中，对谁可以成为支持者是有限制的；这些限制包括不得与当事人有未决诉讼，或者不得与支持决定有利益冲突。

15 法律条文的表述示例
● 保障措施旨在确保支持性决策的安排尊重当事人的权利、意愿和偏好，并确保这些安排不存在利益冲突和不当影响。 ● 保障措施应根据当事人的具体情况并且以适当的方式建立。 ● 必须在支持性决策的安排中纳入保障措施。

意愿和偏好的最佳解读

在某些特殊情况下，了解当事人的意愿和偏好是有困难的，有时甚至是不可能的。例如，当一个人失去意识或首次经历精神健康状况，且没有人清楚知道该如何与存在严重沟通困难的当事人进行交流时。针对这些情况，残疾人权利委员会引入了“意愿和偏好的最佳解读”（best interpretation of will and preferences）这一标准（205）。该标准意味着要确定当事人真正想要什么（what the individual would have wanted），而不是基于他们所谓的“最佳利益”（best interests）做出决定。

尽管“最佳利益”的概念在不同司法管辖区中不尽相同，但对“最佳利益”的判断通常依赖于对当事人的照护和福祉需求所做出的外部评估，而这些外部评估可能与当事人的意愿相冲突。对当事人意愿和偏好的最佳解读，需要考虑到其生活轨迹：他们的信仰、价值观、态度、感受和日常行为，包括非言语线索。这一解读过程十分复杂，可能需要耗费大量的资源和时间。此外，还存在“捏造”（manufacture）当事人的意愿和偏好以迎合支持者的期望的风险。然而，这种方法总体而言要比试图判断“究竟什么对他们有益”更好，因为这种方法将当事人的意愿和偏好放在了所有努力的中心。为防止滥用，各国必须严格规范“最佳解读”标准的使用，并确保只有在所有重大努力都尚未奏效的情况下将其作为最后手段进行使用。此外，“最佳解读”标准的使用还应受到严格的司法审查，以防止滥用。

应在有亲历者积极参与的情况下，审慎考虑并讨论“最佳解读”标准在精神卫生领域的应用。这方面存在一个重大的担忧，特别是许多社会心理残障人士会担忧：精神卫生服务机构出于广泛存在的偏见和家长式作风，可能会认为，处于精神健康危机中的个体、正在经历急性精神痛苦的个体、或有不寻常感知体验的个体无法表达他们的意愿和偏好。这种情况同样可能发生在智力或认知障碍者身上，关于他们有一种根深蒂固的预设，那就是认为他们是“无行为能力”（incapacity）的人。因此，这些个体可能在未经同意的情况下被收治入院并接受药物治疗，即使他们明确表示拒绝（206）。

2.2.5 尊重儿童不断发展的法律能力

应以符合儿童不断发展的法律能力的方式，邀请儿童参与与其相关的医疗决策（207）。正如《儿童权利公约》（Convention on the Rights of the Child）第12条所规定，缔约国有义务尊重儿童根据其年龄和成熟度表达自己意见并参与对其有影响的一切事务的权利。

立法可确保，在做出医疗相关决策时，根据儿童不断发展的法律能力，积极征求儿童的意见，并给予这些意见以应有的重视。应向儿童提供充分且适当的信息，以使其理解所有与医疗决策相关的内容，并在可能的情况下，允许儿童做出知情同意（208）。

应向青少年⁸提供与其健康和发展至关重要的信息，以便他们做出适当的健康行为选择（208）。重要的是，立法也应承认，青少年有权在没有父母或监护人同意的情况下，按照他们自己的意愿，获得保密的精神健康咨询和意见（mental health counselling and advice）（208）。这一权利有别于医疗同意权，而且不应该有任何年龄上的限制（208）。虽然让父母或监护人参与青少年的医疗决策是合情合理的，但如果必须要求青少年让他们的父母参与进来，那许多青少年可能就不想寻求支持了。

立法还可以确保精神卫生服务在与其他儿童相平等的基础上尊重那些已获得精神健康诊断或有社会心理、智力和发育残障的儿童青少年的意愿和偏好（209）。此外，立法可以承认

⁸ “青少年”一词是指年龄在10周岁至18周岁（不含18周岁）的儿童。这一年龄范围与世界卫生组织（WHO）对青少年的定义相似（10至19周岁），因此有助于数据收集的一致性；参见：https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 以及《儿童权利委员会关于在青少年期落实儿童权利的第20号一般性意见》（CRC/C/GC/20）（<https://digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en>）。

儿童青少年有权在表达意见并做出决策方面获得与其年龄和残障状况相适应的支持。

16 法律条文的表述示例
● 儿童青少年应有机会以符合其年龄和成熟度的方式，提供其有关精神健康照护的自由知情同意（210）。 ● 所有青少年都有权根据自己的意愿，在未经父母或监护人同意的情况下，获得保密的精神健康咨询和意见（211）。 ● 应根据儿童青少年的意愿，以符合其不断发展的法律能力的方式，为儿童青少年提供与其年龄和残障状况相适应的决策支持。

2.3 精神健康照护中的知情同意以及消除强制性做法

自由知情同意应当是所有与精神健康有关的干预措施的基础。能够对自己的医疗保健和治疗选择做出决定是健康权的一个基本要素。

为了尊重精神卫生服务使用者的权利，消除精神健康领域的强制性做法至关重要——如非自愿收治、强制治疗、隔离和约束。强制性措施不仅对身体健康有害，对精神健康同样会产生负面影响，拉开人们与精神健康支持系统的距离。此外，许多有精神健康状况和社会心理残障的人在生活中都经历过创伤。如果在精神卫生服务中发生暴力、强制和虐待行为，这甚至会辜负当事人的期待，还会给当事人造成二次创伤，加剧其原有的困难（212）。强制性做法曾被视为“必要的邪恶”（*necessary evil*），而如今已经有越来越多的证据支持实施非强制性做法（33，213）。

本节提出了一些立法条款，旨在帮助消除精神卫生服务中的强制性做法，并维护所有服务使用者仅在其自由知情同意的前提下接受精神健康相关干预及其他健康干预的权利。鉴于知情同意权及其例外情况在多数国家的卫生法和精神卫生法中都有相关规定，因此，为消除强制性做法所需开展的诸多改革应在此类规范性文件中加以明确阐述。

2.3.1 促进及保障自由知情同意权

自由知情同意权是健康权的基本要素。它包含了对医学治疗措施的同意、拒绝或选择替代性治疗措施的权利（214）。一般而言，所有成年人都有权拒绝任何治疗，即便该治疗有可能挽救生命。有精神健康状况和社会心理残障的人应在与他人平等的基础上享有这一权利（215）。

立法可以确保在精神卫生服务中（包括在具有挑战性的情况下）尊重、保障并实现治疗同意权。比如，在当事人处于危机或严重痛苦时，所有的支持与治疗应基于自愿原则提供（见第 2.3.3 节）。立法可以明确规定，所有使用精神卫生服务的人都有自由知情同意的权利，且任何精神健康治疗都不得在未经自由知情同意的情况下开展。

此外，立法可以确保使用精神卫生服务的人获得所需的信息和支持，以理解并考虑治疗措施及非医疗选项，包括其潜在的好处和副作用，以便作出完全知情的决策（见第 2.1.5 节和 2.2.3 节）。例如，有些人可能在给予同意之前需要特定的便利措施，如无障碍格式的信息，或是来自他们所信任的人的支持。

立法应当要求告知当事人其可获得的非医疗选项（例如，同伴支持、基于冥想的治疗、营养策略），同时还应当处理导致痛苦和困扰的潜在原因（例如，通过法律援助、社会服务、住房计划等手段）。同样，使用精神卫生服务的人应被告知可以指定一名支持者来参与其健康和医疗决策。每个个体都应获得机会和支持，以书面形式制定预立指示，以预见未来的支持需求，并提前表达其偏好（见第 2.3.2 节）。

儿童和青少年有权根据自己的年龄和成熟度，自主表达其是否同意或拒绝接受治疗措施（包括接受精神健康住院服务），而不应由第三方代为表达。立法应确保残障儿童和青少年在与其他儿童相平等的基础上享有同意或拒绝接受治疗的权力，并获得适当支持以实现这一权利（见第 2.2.5 节）。无论是否取得父母或监护人的同意，都应征得青少年对精神健康照护和支持的同意（212）。

17 法律条文的表述示例
● 在实施任何精神健康干预或治疗之前，都必须获得自由知情同意。自由知情同意不能由第三方替代。

- 精神卫生服务（包括门诊和住院服务）的提供必须基于当事人的自由知情同意。
- 关于知情同意的讨论应涵盖干预的性质及其可预见的风险和获益；同时应包括可用的治疗方案，包括非医疗选项及替代方案，以及这些方案的风险和获益。
- 信息应针对当事人的具体情况，以无障碍的、符合其文化背景的、当事人能够理解的方式加以提供。
- 知情同意应在不受威胁、强迫、不当影响、欺骗、欺诈、操控或虚假保证的情况下作出。
- 当事人有权在任何时候撤回其同意。
- 精神卫生服务机构应告知服务使用者其在任何时候都有权拒绝或撤回同意。
- 精神卫生服务机构应向服务使用者提供有关预立指示的信息，并为其制定或更改预立指示提供支持。
- 应当为当事人获得支持性决策提供便利，以便就其健康和医学治疗做出决策。

医疗紧急情况

作为医疗服务的一般规则，未经当事人知情同意，不得实施任何医学治疗或操作。只有在特殊情况下，医护人员才可以在未经当事人同意的情况下提供治疗，例如，在紧急情况下，需要立即进行医疗救护，以挽救当事人生命或防止其人身安全受到严重损害，且当事人意识不清或无法表达意愿。这是基于这样一种假设，即人们不希望在这种情况下被剥夺必要的医疗服务。然而，应注意的是，大多数处于紧急情况下的人，包括那些遭受创伤性损害的人，并不需要立即接受干预以避免死亡或严重伤害，他们在这种情况下具备提供同意的能力（216）。

在精神卫生领域，这一紧急例外情况常以歧视性的方式被应用于那些正在经历强烈痛苦或不寻常感知体验的个体。这要么是因为这些个体不被认为具备提供知情同意的法律能力，要么是因为他们的感受、思想和行为当即被视为危及生命的医疗紧急情况。有关医疗紧急情况的立法不应通过制定不同的标准来歧视有精神健康状况和社会心理残障的人。

精神药物处方

鉴于精神药物在短期和长期内都有潜在的伤害风险，各国应为精神药物设定更高的自由知

情同意标准（217，218）。例如，各国可以要求医疗机构在提供有关精神药物的潜在负面和积极效果以及可用的替代性治疗方案和非医疗选项的详细信息之后，获得当事人关于使用精神药物的书面或文件形式的知情同意（如通过视频或音频录制文件的形式）。

可以立法要求医务人员告知服务使用者他们有权终止治疗，并在这方面获得支持。应提供支持，帮助人们安全地减停药物。

开具精神药物处方及进行后续随访，需开展详尽的躯体健康评估与监测。

18 法律条文的表述示例
● 开具精神药物处方须遵循医疗活动的技术和伦理标准，并要求取得书面或文件形式的自由知情同意。 ● 开具精神药物处方须在跨学科方法的框架内进行。 ● 医务人员有义务将计划使用的精神药物可能带来的短期、中期和长期风险、危害和副作用告知精神卫生服务使用者，并告知服务使用者其有权启动停药程序，并获得安全停药方面的支持。 ● 精神药物处方应仅作为对当事人基本需求的回应而开具；这些药物必须仅用于治疗目的，绝不可作为惩罚，或为了第三方的便利，又或为了满足对治疗支持或特殊照护的需要。 ● 精神药物处方的指征和续方只能在相关专业评估的基础上进行，绝不应自动化处理。 ● 医务人员不得以超出专业标准的剂量施用精神药物，且不得使用不适当的剂量。 ● 医务人员应确保对精神药物的负面影响进行监测，并采取措施确保安全，包括停药措施。 ● 精神卫生服务须建立药物不良反应登记制度，明确报告程序，并制定详尽的不良反应处理流程。 ● 卫生主管部门应定期报告精神药物停药方案的可用性。

其他特定的保障措施

各国可决定立法，以保障人们在使用特定的精神卫生干预措施（如电休克治疗、精神外科手术及其他不可逆的干预措施）时不受虐待。

关于电休克治疗（**electroconvulsive therapy, ECT**）的使用及其相关风险（219），社会上存在重大争议，同时也存在将其全盘禁止的呼声（219，220）。如今，该疗法的使用率在很多国家都呈现出显著下降的趋势，卢森堡和斯洛文尼亚等国甚至不允许使用该疗法（222）。

倘使允许，电休克治疗的实施也必须得到当事人以书面或文件形式作出的自由知情同意。国际人权标准明确规定，没有得到当事人同意的电休克治疗侵犯身心完整性的权利，有可能构成折磨和虐待（104）。接受该疗法的人也必须对这种疗法所具有的一切风险以及潜在的短期和长期不良影响（如失忆和脑部损伤）做到知情（223，224）。此外，该疗法只能以改良后的形式进行，即配合使用麻醉剂和肌肉松弛剂的改良电休克治疗(**modified electroconvulsive therapy, MECT**)。不建议儿童使用该疗法，应予以立法禁止。

在精神卫生历史中，还有一种饱受争议的医疗手段，即精神外科手术。尽管被称为“额叶切除手术”（**lobotomy**）或“脑白质切除手术”（**leucotomy**）的精神外科手术已经不再实施，但在二十世纪中叶，全世界范围内仍然有超过十万人接受过这种手术，并由此导致重度的、不可逆的脑部损伤以及多起死亡事件（225）。如今，精神外科手术仍在继续用于药物或心理治疗效果欠佳的个案的治疗，虽然这种操作非常少见，且不乏争议。有很多司法管辖区全面禁止特定类型的精神外科手术，或其在特定人群（如儿童和囚犯）中的使用（226）。

禁止在没有自由知情同意的情况下开展此类手术及其他不可逆的精神卫生治疗。可以立法要求此类治疗方式的实施必须得到独立审查机构或类似保障机构的批准，从而为同意接受此类治疗的服务使用者提供额外保护。审查机构可以对计划接受此类治疗的服务使用者进行访谈，审查他们的医疗史和医疗记录，并确保他们是在已经了解有关手术风险、潜在并发症、不良影响和副作用的全面详细信息后做出有关手术的书面或文件形式的自由知情同意的。

然而，鉴于精神外科手术具有不可逆的特点，而且尚无确凿证据证明其安全有效，各国需要考虑完全禁止此类手术，而不论技术或目标人群如何。

19 法律条文的表述示例

- 任何重大的内科或外科操作都需要事先征得当事人以书面或文件形式做出的自由知情同意。同时，应为当事人获得支持性决策提供便利。
- 医务人员应将任何重大内科或外科操作的潜在获益、伤害风险和副作用告知精神卫生服务使用者。
- 在电休克治疗仍在继续开展的地区，应禁止在没有事先征得当事人以书面或文件形式做出的自由知情同意的情况下实施电休克治疗。该疗法只能以改良后的形式进行，即配合使用麻醉剂和肌肉松弛剂的改良电休克治疗，且不得用于儿童或青少年。
- 任何人不得他人执行或实施如下任何行为：（a）深度睡眠治疗（deep sleep therapy）；（b）胰岛素休克治疗（insulin coma therapy）；（c）精神外科手术；以及（d）任何其他被法律法规禁止的手术或治疗。
- 在精神外科手术仍在继续开展的地区，除事先征得当事人以书面或文件形式做出的自由知情同意之外，精神外科手术的开展还需事先征得国家伦理委员会（National Ethics Committee）或其他任何同等权威机构的批准。

医学研究及实验

《公民权利和政治权利国际公约》第 7 条禁止在缺乏自由知情同意的情况下开展临床与实验室研究（227）。第 4.2 条明确规定该条款是不可克减的，即便在国家紧急状态下也绝不受限。同时，该条款的内容得到联合国《残疾人权利公约》第 15 条的重申；经济、社会和文化权利委员会也强调，不受非自愿性医学治疗及实验的自由是健康权的一部分（228）。

立法应禁止未经知情同意的医学和科学研究，包括精神卫生领域的所有研究和科学实验（如药物试验和临床试验）。

还应禁止以缺乏“精神能力”（mental capacity）为由，在取得有精神健康状况和社会心理残障的人的自由知情同意之前，就将其排除在研究之外。知情同意方面的支持性决策（见第 2.2.4 节）应受到适当保障，以确保尊重当事人的权利、意愿和偏好。

20 法律条文的表述示例

- 不得在缺乏以书面或文件形式作出的自由知情同意的情况下对任何人实施医学或科学实验。
- 通过支持性决策提供有关医学或科学实验的自由知情同意，应得到适当保障，以尊重当事人的权利、意愿和偏好。
- 禁止在医学及科学研究中出现基于精神健康状况或社会心理残障的歧视。

2.3.2 预立计划

预立计划（advance planning）有时也被称作“预立指示”（advance directive）或“生前预嘱”（living will）；它们在不同领域（从医疗照护、临终关怀到社会照护领域）被用于决策制定。预立计划是支持性决策的一种形式，它让个体可以在需要表达意愿和偏好之前，并且在可以沟通的时候，就表达好自己的意愿和偏好（框 6）。

在精神卫生服务的场景中，预立计划可帮助个体说明他们的治疗偏好，或者当个体无法表达想法或作出决策时，指定一位支持者或受托方代表他们表达想法或作出决策。预立指示可以包括对所需支持、复元选项、治疗措施以及照护或喘息场所（包括选择在当事人自己家中得到支持）的描述。人们还可以具体明确与实际生活事务（照顾孩子、支付账单等）有关的指示，以及与拒绝某些支持、照护或治疗方案有关的指示。

可以通过立法让预立计划选项广泛可得，并确保人们可以及时获取到此类选项，以使得预立指示得以实施和遵循。关于预立指示的订立，各国可选择不同的形式和要求，从一张单一的表格到一套公证程序。人们应能够在任何时间对预立指示的内容（包括当事人之前指定的人）作出取消、添加或修改。立法可以确保预立指示得到定期更新，从而更好地体现当事人目前的情况。

框 6 具有自我约束力的预立指示（self-binding advance directives）

关于如何解决作出预立指示时的意愿与发生危机时的意愿之间存在潜在冲突的问题，一些司法管辖区允许个体添加具有自我约束力的条款，授权精神卫生服务机构在个体发生危机期间无视个体预先确定的指示而采取行动。这在法律语境中常被称作“尤利西斯”（Ulysses）条款或合同（230）。个体可以撤回“尤利西斯”条款，但只能通过一种有可能在危机期间难以实现的程序才能撤回该条款。

有些人认为，这些具有自我约束力的预立指示将允许那些有过精神健康危机发作经历的个体更好地预测在实施预立指示方面可能存在的问题，并避免任何不想要的后果（230，231）。另一些人则认为，这些指示的合法化会对所有服务使用者构成风险，因为使用精神卫生服务的人可能迫于压力制定此类条款，从而导致强制性做法的合法化。

具有自我约束力的预立指示仍旧是一个需要更多研究、实践以及亲历者参与的法律领域，从而了解其全部的人权含义。

在大多数的司法管辖区，预立计划仅仅在当事人“缺乏决策能力”时生效。不过，根据《残疾人权利公约》的规定，不应将预立计划的使用理解为对当事人法律能力的限制。要做到这一点，可以通过立法规定，当事人应决定好预立计划文件生效和失效的时刻。订立预立指示的目的并不是要取代当事人的意愿和偏好。如果当事人拒绝遵从预立指示，或在预立指示生效期间做出不同的选择，那么必须首先考虑当事人当下表达的意愿和偏好。

在很多国家，医疗专业人员在某些特定情况（包括危机情况）下无需遵从预立指示；这会损害到预立指示的目的和影响（见第 2.3.3 节）。可以通过立法确保预立计划文件具有约束力。比如，在德国，生前预嘱具有约束力，它允许人们可以提前拒绝或限制某些特定的治疗操作（包括住院）。在碰到模棱两可的情况时，必须根据当事人此前做出的声明、信仰和个人价值观确定其意愿（229）。只有在有明显迹象表明存在不当影响或强制（如预立指示是在强制或不当影响下作出的）或预立决策完全不具有可操作性（如计划采取的干预措施不可行）的情况下，立法才应允许不遵循预立决策。

在实施预立指示时，有必要确保遵循《残疾人权利公约》所确立的范式转移，以使得事实预立指示的主要目的是尊重当事人的意愿和偏好，并避免替代性决策。

21 法律条文的表述示例

- 每个达到法定年龄的当事人都有权就医疗干预措施作出预立指示，从而具体说明以下任何一项或全部内容：i) 当事人希望得到的支持和治疗方式；ii) 当事人不希望得到的支持或治疗方式；iii) 当事人按照优先顺序希望指定作为他们的代表或支持者代其做出决策或进行沟通的个人或群体。该文件须声明预立指示生效的时刻或场

合。

- 预立指示应由当事人做出，而不论其过去是否接受过精神健康方面的诊断或治疗。
- 可用书面文件、录制视频或音频等形式表达预立指示的内容。
- 起草预立指示之后，当事人仍旧保留直接作出医疗决策的权利。
- 当事人可以在任何时候修改或撤回预立指示。任何与精神健康照护和治疗有关的新决策都应优先于此以前以书面或文件形式作出的预立指示。
- 一份预立指示应对实施医疗操作的所有医疗服务提供者具有约束力。
- 精神卫生服务机构有责任告知服务使用者他们有权作出预立指示，也有责任为其提供相关信息，并确保服务使用者能够获取订立预立指示方面的支持。
- 卫生主管部门应设立一个登记中心，对预立指示进行存档，以便医疗服务提供者、当事人以及由当事人指定的代表或支持者可以快速获取这些指示。
- 遵从预立指示并尊重服务使用者意愿和偏好的精神卫生从业者，不应对其可能发生的任何不满意的结果承担法律责任，并将免责于因遵从预立指示而产生的任何不曾预见的后果。

2.3.3 危机支持

立法可以规定有关为正在经历危机的个体提供支持的义务。危机常被称为“精神健康危机”（mental health crisis）⁹，是指涉及到急性精神痛苦的状况，这可能包括多种状况，比如：当事人正感到极度焦虑、担忧或激越；当事人正经历自杀想法；或当事人正感到打乱其日常生活的紧张情绪或想法。这些感受和想法可能源于多种场景，比如丧失、冲突、创伤、压力、暴力、药物滥用等。危机经历因人而异；例如，对有些人来说，耳闻人语或凭空视物可能是作为他们多样性一部分的、或是具有个人或文化意义的平常经历，因此并不令人痛苦；但是，对其他人来说，这些经历可能就是很难应对的。

大多数精神健康危机的处理都发生在急诊科或精神专科医院，而这往往会使情况进一步恶化（232，233）。传统上，有关危机干预的内容是由精神卫生法或一般卫生法来加以明确的，并且这些内容会包含有关非自愿住院或精神科紧急情况的规定。这些操作要么是强制

⁹ 某些有社会心理残障的倡导者会避免使用“精神健康危机”（mental health crisis）这一术语，以避免从医疗视角来处理危机。残疾人权利委员会使用“个体危机”（individual crisis）和“危机情况”（crisis situation）。详见残疾人权利委员会《第1号一般性意见（2014年）第12条：在法律面前获得平等承认》的第18和42段（<https://digitallibrary.un.org/record/779679>）；以及《解除收容的准则（包含在紧急情况下）》（CRPD/C/5，2022年10月10日）第10段（<https://digitallibrary.un.org/record/3990185?ln=en>）。

性的，要么就假定不存在强制性做法的替代方案。很少有机会能帮助当事人建立信任和联结，并最终将危机转变成学习和成长的机遇。

可以通过立法建立危机支持框架，从而转变这些实践，并消除强制性做法的使用。法律可以规定实施基于社区的危机支持服务、危机干预热线和喘息服务，这些服务可以每周七天、每天 24 小时为处于危机情况的个体提供支持和咨询，从而缓解冲突，并将住院需求降至最低。这些服务应旨在避免执法部门介入危机情况的需要。世界卫生组织《社区精神卫生服务指南：促进以人为中心、基于权利的模式》（Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches）精选了一些危机服务，这些服务为正在经历急性精神痛苦的人提供有效的照护和支持，同时尊重他们的法律能力和其他人权，并且不诉诸任何强制性手段（33）。

法律应规定危机支持服务的构成和功能。可以通过立法制定适用于任何服务提供者的危机干预基础原则和准则，如尊重当事人的法律能力、冲突降级（conflict de-escalation）、非评判且开放的交流、灵活性、支持的连续性、同伴参与（peer involvement）、减少伤害（harm reduction）、临时性的喘息住宿（temporary respite accommodation）、以及对基本需求的实用性回应（234，235）。尊重当事人的法律能力不意味着在危机中忽视当事人；相反，精神卫生服务应在这种情况下积极接触当事人并提供支援。

鉴于精神卫生系统曾经和当下给服务使用者所造成的躯体、心理和情绪伤害，有必要确保危机支持涵盖非医疗选项。在医疗系统之外提供与痛苦或不寻常感知体验有关的支持（包括危机支持），应该成为个体所在社区的基础性服务（见第 2.5.3 节）（12）。

此外，有关于危机干预的文献表明，提供个体化、非医疗化的支持对于服务使用者来说具有重要的价值（233，236）。因此，法律可以规定非医疗危机支持服务的可得性，如通过资助由同伴运营的危机服务（peer-run crisis service），这些服务由亲历者管理并提供服务。精神卫生服务应告知人们这些其他类型的支持选项，并帮助链接这些选项。

可以通过立法为所有的一线应急人员（first responders）提供必须参加的培训，例如消防员、急救医务人员、社区工作者或危机工作者，他们往往是在紧急或危机情况中提供协助的第

一线人员（框 7）。同时，监测评估报告和数据统计在危机服务中也同样重要。

框 7 必须培训的内容包括
● 尊重当事人的法律能力 ● 基于人权的危机干预方法 ● 零强制策略（zero-coercion strategy） ● 降级（de-escalation）技术和沟通技巧 ● 创伤知情方法 ● 无意识的偏见 ● 有心理健康状况和社会心理残障的人所享有的权利 ● 交叉性和生命历程的方法

22 法律条文的表述示例
● 应提供基于社区的危机支持服务，并为这些服务提供充足的资金，以支持正在经历危机的个体。 ● 应推动建立由同伴运营的危机支持服务，并促进同伴工作者在公立服务中的参与，并为这些服务提供充足的资金。 ● 危机支持服务和团队应每年 365 天、每周 7 天、每天 24 小时提供服务。 ● 无论是否有能力支付费用，正在经历危机的当事人都应能够通过电话、电子或面对面交流的方式立即获得危机支持服务。 ● 危机支持服务应包括危机干预热线（crisis hotline）、流动危机小组（mobile crisis team）、降级援助（de-escalation assistance）、喘息设施（respite facility）和短期床位（short-term bed）。 ● 危机支持服务不得使用强制性手段，并应在执法行动之外独立运作。 ● 危机支持工作者、一线应急人员、医疗服务提供者和其他相关行动者必须始终尊重当事人的意愿和偏好，包括在危机情况下。 ● 卫生和司法部门应负责确保一线应急人员、医疗服务提供者和其他相关行动者尊重人权，且不会基于风险评估而对个体产生忽视。

2.3.4 禁止非自愿住院和治疗

为确保实现精卫生服务的范式转移，使之远离强制性做法，可以从立法上禁止所有非自愿措施，并适用于所有门诊或住院服务。

有证据表明，立法的改变有助于防止非自愿收治（92，93，237），并将其逐渐引至废除。例如，墨西哥于 2022 年修订的《一般卫生法》（General Health Law）就规定（164），所有精神卫生治疗和住院都必须在自愿的基础上进行，禁止隔离、约束或任何构成残忍、不人道或有辱人格待遇的做法。而对于精神卫生领域中的自由知情同意，该法律不设立任何例外情况。仅针对医疗紧急情况，设有一条通用规则：若当事人在特定时刻无法以任何方式同意治疗，或缺乏预立指示，且当事人的健康状况表明，如若不立即进行治疗，其生命将面临迫在眉睫的危险，或其身体完整性将受到不可逆损害，此种情况下，卫生服务提供者将立即采取行动，来维护当事人的生命和健康。此外，该法律规定，不能因为精神卫生服务机构、医疗专业人员或其他人（如家庭成员）等认为当事人没有能力给出知情同意，或因为他们不同意当事人的治疗选择，就认定当事人无法对治疗选择提供知情同意。这意味着，在墨西哥，非自愿住院和治疗不再被允许。然而，必须指出的是，除了法律改革之外，还需要有充分的政治承诺、适当的政策以及人力、财政和技术资源作为保障，而且服务和支持也需要到位，才能据实地实现上述改变。这些措施在将法律条款（如去机构化和社区融入相关条款）转化为具体现实的过程中发挥了关键作用。

为确保非自愿住院和治疗得以有效禁止，也应同时发展以社区为基础、以人为中心的精神卫生服务。这些服务要能够为处于危机或正经历强烈痛苦的当事人提供个体化支持，还要系统性地解决精神健康的社会决定因素，进而从根本上解决精神健康状况的成因。

社区服务、预立指示、支持性决策、同伴支持和适当的危机支持，通常能够为正在经历危机的当事人提供一个全面的支持框架。然而，也可能存在例外情况，即危机升级，而上述框架中的应对措施未能为所有相关人士创造一个安全且具有支持性的环境。在这种情况下，对某种形式的强制性做法进行授权可能具有正当性（238）。然而，无论何种情形下，反对强制性做法的理由都依然成立，所有的强制性做法均可以从法律、伦理和临床的角度对其提出质疑（见框 2）。此外，有证据表明，即使法律试图针对最特殊的情况加以规范，强制性做法的使用也会被正常化，且强制性做法的比率不会降低（92）。

在此背景下，政府可以通过法律承诺“在精神健康照护方面实行零强制性做法的政策（zero coercion policy）”，并对疑难案例实行个体化处理。这种针对个体的处理方式对于复杂情

况（见框 8）尤其重要，例如，要是当事人正在经历严重危机，而训练有素的一线应急人员可以向其提供实时支持，并帮助避免危及其生命的后果发生。同样，在可能存在暴力威胁的情况下，通过降级和冲突化解（de-escalation and conflict resolution）技术，危机干预服务可以帮助消除对于诉诸执法措施的需求。即使降级技术失败，进而发生了暴力行为，危机干预小组也可以避免人际暴力的发生，并对执法行动予以支持，以确保当事人在警方拘留期间获得适当的住宿和支持（239）。任何违反此类政策的行为都应该得到评估，并将其作为改进服务提供和纠正任何歧视性待遇的机会。

为了禁止非自愿住院和治疗的实施，各国还需要审查其法律框架，废除社区治疗令（community treatment order）。在许多国家，社区治疗令是作为减少住院需求的一种方式被引入的。社区治疗令属于法律命令，要求服务使用者持续接受精神科门诊用药和治疗（117）。然而，有压倒性的证据表明，该类法律命令是无效的，没有报告显示其能减少住院，或给精神卫生服务使用者带来益处（117，240，241）。相反，正如联合国残疾人权利问题特别报告员（242）和联合国酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚问题特别报告员（99）的记录中所呈现的那样，使用这种形式的强制性措施会引发人权问题，并可能导致严重的虐待。

虽然法律可以在终止精神健康照护领域的强制性做法方面发挥关键作用，但对于确保零强制性做法的服务而言，制度变革、社区态度以及有效的补救和问责机制同样是不可或缺的（见第 2.7.3 节）。

23 法律条文的表述示例
● 所有的精神卫生干预和服务都应在当事人自由知情同意的基础上提供。 ● 任何情形下的精神卫生收容、住院或治疗都不得违背当事人的意愿。 ● 使用住院精神卫生服务的人在任何时候都不应受到强制或监禁。 ● 精神卫生服务机构（包括医院和喘息服务）不得使用惩戒性的措施、严苛的规章制度和日常安排以及其他形式的非正式的强制性做法，迫使服务使用者顺从。 ● 精神卫生主管部门应制定和实施零强制性做法的政策（zero coercion policy），并就如何避免和消除强制性做法提供相关指导。 ● 所有在精神卫生服务机构工作的工作人员和一线应急人员都必须接受关于非强制性干预的培训。

框 8 应对具有挑战性和复杂性的危机情况

极不寻常或难以解决的个案不适合作为制定一般规则的基础。复杂且具有挑战性的情形，通常被称为“困难个案”（hard case），这类个案在围绕强制性做法的讨论中占据主导地位，被用以证明彻底的范式转变是不可能实现的。这类个案经常出现在法律和临床的讨论中，它们往往涉及当事人企图自杀、当事人表现出冲动暴力行为或当事人正在经历“精神病性发作”等情况。传统框架将这类个案定性为所谓的“困难个案”，却未能认识到它们通常是现有精神卫生体系失灵的结果，现有的许多精神卫生体系在应对精神创伤、痛苦和危机方面都是做得不充分的。

以下情形概述了如何通过立法来帮助服务机构以尊重当事人权利和自主的方式回应人们对于支持的需求。描述这些情形的目的并非要对精神卫生实践加以概括，毕竟不同的服务可能存在差异，而是要强调在某些最困难的情形下可以提供的选择。

1. 当事人处于危机之中

在当事人处于严重危机且可能伴有自杀想法的情况下，立法可能会出于对当事人自身安全存在风险的考虑，从而授权使用强制性做法。一线应急人员（通常是警察或消防员）可能会进行干预以控制形势。干预可能包括使用物理或化学的约束方式。然后，当事人可能会被带去住院，在那里，他们可能会被非自愿收治，并留院数日，甚至数周。在入院之初，出于风险考虑，当事人可能会被安置在隔离室内，也可能会非自愿服用精神药物。当事人甚至可能会被要求出庭证明自己有能力和同意或拒绝治疗。这些经历虽然声称是出于善意，但在当事人最需要支持和理解的时候，却可能给他们造成极大的创伤。

基于人权的模式则会禁止一线应急人员使用强制性做法。相反，它会要求危机服务进行风险降级，并提供支持，从而进行干预。危机服务会提供支持性沟通，通过积极倾听、切实且非评判的支持来确保与当事人建立联结。一旦眼前的危机得到解决，可为当事人提供包括医疗及非医疗选项在内的各类照护与支持。应对措施应根据当事人的个体需求灵活调整，且无需诉诸司法流程。针对当事人的支持计划可以将当事人和社区资源（包括当事人的亲朋好友）整合在一起，以确保照护的连续性。既然当事人是否具有“精神能力”与他们能否获得危机支持服务无关，那么就不该有人因为这种考虑而被排除于服务之外。此外，基于人权的方法不会降低当事人对服务机构的信任，因此能够提高当事人寻求支持的可能性。

处理与自杀尝试相关的医疗紧急情况的方式，应当与其他任何紧急情况相同。如果当事人无法表达自己的意愿和偏好（例如，当事人因服药过量或外伤而陷入昏迷），应立即采取行动保护其生命，并防止进一步伤害的产生。

2. 当事人威胁使用暴力或表现出冲动暴力行为

由于公众普遍认为精神健康状况与暴力行为之间存在关联，因此危机期间出现的行为（如表现躁动、大声说话、来回踱步或摔门）有时会被视为对他人人身安全所构成的威胁。当事人的激越（agitation）常常被视为某种症状，而非对某种情境（如当事人被剥夺控制权、被贬低对待、不被倾听或被威胁要对其实施强行收治）的反应。

在极少数情况下，这些行为可能会涉及对他人或财产的威胁或暴力。为了应对这种情况，精神卫生立法通常会规定，有精神科诊断的人如表现出伤害他人的风险，可以被非自愿收治住院。执法部门可能会介入、逮捕并将当事人带往住院机构。这可能会进一步加剧危机形势，导致受伤甚至死亡。一旦住院，当事人可能会被约束或隔离数天甚至数周，精神药物可能会被强制使用，还可能会启动法律保障措施以审查其住院时长。在某些司法管辖区，可能会针对当事人实施社区治疗令。还有一种可能是，警方并不将其认定为“精神卫生”相关案例，而是将当事人移交刑事司法机关。

在以权利为基础的模式下，危机服务会首先进行干预，以缓和形势，并防止进一步暴力的发生，又或者，在危机事件发生前，一线应急人员会第一时间呼叫危机服务。经验丰富的社区危机团队会与当事人接触，试图建立有效的对话和冲突化解方案。这些团队明白，攻击性可能是被个体内部的（internal）、人际的（interpersonal）或外部的（external）经历所引发的，这些经历包括焦虑、挫折、忽视、恐惧、威胁和创伤经历，还包括对非自愿住院的恐惧。因此，认真倾听当事人的声音，与他们进行有意义的对话，并理解他们和他们的观点，是至关重要的。通过保障受到暴力威胁的人员的安全，并切断当事人获取致命工具的途径，危机支持服务有助于避免暴力升级。一旦眼前的危机得到解决，可为当事人提供多样化的照护和支持选项，并确保照护的连续性。如果干预成功，当事人就不必被移交给刑事司法机关。

3. 当事人正在经历“精神病性发作”

“精神病性障碍”（psychosis）是一个概括性的医学术语，包括一系列可归因于数种精神、神经和内科疾病的体验。这些体验包括：凭空看到、听到、感受到或品尝到他人无

法感知到的东西，或持有不寻常的想法或信念。在医学界，人们逐渐意识到社会应激因素和童年创伤经历在引发精神病性体验方面所发挥的作用，人们也逐渐意识到普遍存在的有关精神病性障碍的污名（243）。人们关于精神病性障碍的观点各不相同，有些亲历者认可从医学视角来看待这些经历，而另一些人则以非医学视角去加以理解，认为这些经历是真实的、有意义的人类体验（244）。

通常，人们会将存在不寻常感知或信念的人视为缺乏决策能力的人，这可能会导致他们的法律能力受到限制。如果他们需要医疗干预，法官、医生或家庭成员则可能会根据案件的紧急情况成为他们的替代决策者，基于当事人的“最佳利益”为其做出决策。如果当事人不同意，则可能会授权使用包括物理和化学约束在内的强制手段。此外，由于普遍存在与不寻常感知或信念相关的污名，人们通常会认为有这些感知或信念的人“对其自身或他人构成风险”，并时常将他们收治入精神卫生机构。

在基于人权的模式下，人们将始终保留其法律能力，并得到支持，以表达其意愿和偏好，包括与医疗决策相关的意愿和偏好。耳闻人语、凭空视物或经历其他不寻常的感知或信念，不等于正处于危机状态且立即需要得到危机支持。人们能够获取包括医疗和非医疗替代方案在内的各种照护和支持选项，并有机会为自己做出决定，包括借由支持性决策的帮助。“听声者”小组（hearing voice group）和其他非医疗选项将有资格获得政府资助，同时保持其独立于正式服务机构的状态。

以上情形均由复杂的、相互关联的因素所致，而应对措施则需要考虑到每种情况的异质性。有时，并不存在所谓的“最佳应对措施”。但是，我们需要改变做法，将危机当事人的权利置于优先地位。通过将范式转移应用于这些困难个案，由此方能开发出处理这些个案的最佳实践方法。世界卫生组织于2021年发布了《社区精神卫生服务指南：促进以人为中心、基于权利的模式》，其中提供了世界各地的优秀服务实例，并提出了将这些服务纳入国家卫生和社会照护体系与服务的建议（33）。

2.3.5 消除隔离与约束

越来越多的共识认为，在精神卫生服务中应消除一切形式的约束与隔离。隔离（seclusion），是指将一个人锁在或限制在某个空间或房间内。而约束（restraint），是指控制一个人身体活动或行为的多种做法（如：机械约束、物理约束或化学约束）（245）。隔离与约束不仅有悖于国际人权法，还与复元理念格格不入，违背了照护的目的（246），

并可能导致身体和心理伤害，乃至死亡（107，247，248）。

立法可以禁止在任何医疗或社会照护机构中使用隔离和约束措施。例如，印度、意大利、墨西哥和秘鲁均已在其精神卫生体系中禁止使用隔离或单独禁闭手段，其中墨西哥更是明确禁止使用约束手段（164）。为了强化这一转变，各国需要发展和重组其精神卫生服务，因为通常是资源、培训和意识的缺乏导致了这些干预措施的使用。各国可以改变其服务文化、设置舒适房间（comfort room）、采用降级（de-escalation）策略和响应团队（response team）。总是存在隔离和约束的替代方案（246）。

强制性做法不仅是出现在医院场景中，在基于社区的精神卫生服务机构、住宿型机构、家庭住宅乃至整个社区中都可能存在。给处于极度痛苦或存在不寻常感知的人戴上镣铐的做法在许多国家都有记录（54）。社区中使用的强制性做法（如镣铐），应立法禁止。例如，在印度，《2017年精神卫生法》（Mental Healthcare Act 2017）明确规定，禁止以任何方式或形式对有精神健康状况和社会心理残障的人加以束缚（249）。在印度尼西亚，2014年颁布的有关精神卫生的第18号法（Law No. 18 of 2014 on Mental Health）将使用镣铐进行束缚认定为刑事犯罪（250）。

鉴于已遭禁止，所有使用到化学约束、物理约束或隔离手段的事件均应得到记录，并提交给独立监督机构（见第2.7.2节）。应与亲历者合作，对约束和隔离事件进行审查（debrief）。法律规定可以支持对此类事件进行调查（包括对所有涉事人员进行调查），以便政府当局能够采取纠正措施，包括提供补救。

24 法律条文的表述示例
● 禁止在卫生服务中使用任何强制性措施，包括未获得自由知情同意的医疗及非医疗干预；使用隔离房间（isolation rooms）、化学约束和物理约束；以及限制行动自由。 ● 卫生主管部门应在所有卫生服务中实施旨在预防并消除强制性做法的方案和指南，包括在急诊室、综合性医院和其他急救场所采用降级（de-escalation）技术并设置舒缓房间（comfort room）和安静环境（calming environment）。卫生服务机构应开展相关培训，以预防和消除这些强制性做法。

- 卫生服务机构应设立相关流程，以监测隔离和约束的使用。统计数据和报告应可供主管部门和公众查阅。
- 禁止在社区中对有精神健康状况和社会心理残障的人使用镣铐、锁链、隔离、约束以及任何其他形式的暴力和虐待手段。地方当局应开展相关培训，以提高认识，并促进与社区组织及社区领导者的合作，以根除这些做法。
- 应建立适当机制来受理并调查关于社区中有精神健康状况和社会心理残障的人遭受虐待的投诉，并提供有效的补救措施。

2.3.6 重新设计照护流程

要在精神卫生服务中终止所有形式的强制，就必须重新思考入院和治疗流程。传统上，精神卫生服务的流程设计以入院（可以是自愿或非自愿入院）为起点。因此，重点被放在了服务使用者是否符合自愿或非自愿住院的条件上，如诊断、针对“精神能力”或“对自身或他人的风险”的判定、以及“最少限制手段”（less restrictive alternative）的可得性。然而，如果服务机构想要采用以社区为基础、以人为中心的模式，尊重当事人的法律能力，并促进支持性、非强制性干预措施的使用，则需要设想不同的入院和治疗路径。

当事人的意愿和偏好应成为提供精神健康照护与支持的指导。因此，一个以权利为基础的新型精神卫生服务流程，应是在承认当事人有权做出医疗决定的基础上，以当事人自身的服务请求为起点。在危机情况下，社区中的任何成员都可能发出干预请求，但危机支持服务应在承认和尊重当事人完全法律能力的前提下，与当事人进行接触，并提供支持。任何人都不得在违背其自身意愿的情况下被强送入院或接受强制治疗。应当为当事人提供支持性决策，并在当事人有意愿的情况下邀请当事人的支持者和受其信任的人参与决策。

此外，精神能力和风险评估应替换为针对当事人所需支持的评估。此类评估的目的，是为了了解当事人的期望、当事人已经获得的支持（如是否已经有预立指示或针对此类情况的指定支持者）、以及当事人在特定情况下可能需要的社会心理支持与实际支持。还应考虑对当事人社会需求所做的评估。根据具体情况，评估可以由精神卫生团队或危机支持团队负责实施。

精神卫生服务应基于针对当事人所需支持的评估，为当事人提供一系列的支持和治疗选项，如危机服务、社区中心、同伴支持、医院服务、或这些服务的某种组合。精神卫生服务还可以为服务使用者提供相关信息，并将其转介至卫生部门以外的相关服务（包括社会服务）。

2.3.7 自杀的去罪化

自杀预防是一项国际优先事项。全球每年有超过70万人因自杀失去生命（251）。根据可持续发展目标3（SDG3）的目标3.4，至2030年，力求将全球非传染性疾病导致的过早死亡率降低三分之一，并促进精神健康和福祉。其相关指标3.4.2专门衡量在降低自杀率方面取得的进展。作为这些努力的一部分，世界卫生组织制定了“LIVE LIFE”模式以预防自杀，它优先考虑以下四项干预措施：i）限制自杀手段的获取；ii）与媒体互动，促进媒体负责任地报道自杀；iii）培养青少年的社交和情感生活技能；iv）对任何受自杀行为影响的人进行早期干预（251）。重要的是，所有自杀预防措施都应采用以权利为基础的方法，以解决结构性压迫和其他社会决定因素（252，253）。

将自杀或自杀企图（suicide attempt）界定为犯罪行为的立法不仅有悖人权，而且妨碍自杀预防战略和干预措施的实施。尽管大多数国家已将自杀去罪化，但在很多国家，自杀仍然是非法的，处罚程度从罚款到监禁不等（254，255）。因此，试图自杀的人可能会因害怕法律后果而不去寻求支持。近年来，一些国家已将自杀企图去罪化，包括印度（2017年）、新加坡（2019年）、开曼群岛（2020年）、圭亚那（2022年）、巴基斯坦（2022年）和加纳（2023年）。这有助于减少污名，确保提供适当的支持，并有助于更准确地收集与自杀相关的统计数据以制定更好的应对政策。

没有证据表明去罪化会使自杀率上升。相反，去罪化国家的自杀率往往下降（254）。此外，将自杀纳入刑事犯罪与更高的女性自杀率相关（256）。

与其他方面的法律改革一样，推进自杀去罪化需要议会成员、政策制定者、卫生体系、刑事司法系统、民间社会组织和亲历者之间的有力合作。

25 法律条文的表述示例

- 企图自杀的人不应受到刑事控诉。
- 精神卫生体系应在亲历者的积极参与下，规划、设计并实施以权利为基础的自杀预防项目。

2.4 获得高质量的精神卫生服务

正如精神健康是健康不可或缺的组成部分，精神健康权同样是健康权的重要组成部分，这一点已被《经济、社会及文化权利国际公约》（第 12 条）所承认（124）。立法可以通过以下方式让人们更好地享有精神健康权：提高服务的可得性；改善服务在地理、物理和经济方面的可及性，包括信息获取的可及性；提供可接受的、符合医学伦理的、回应性别需求的、与文化相适应的且有质量保证的服务。

本节提出了一些立法条款，旨在处理这些问题，以期消除获得优质精神卫生服务与支持方面的阻碍。这些条款大多可被纳入一般卫生法律和任何现有的独立精神卫生立法中，作为弥合一般健康和精神健康之间差距的更广泛努力的一部分。

2.4.1 身体健康与精神健康的平等

各国可通过重申精神健康与身体健康同等重要，来推动可负担的且可公平获得的精神卫生服务。

在国家层面，立法可以将精神健康权确认为可执行的权利。这可以通过将精神健康视为健康权的组成部分或明确承认个人的精神健康权来加以实现。此项权利继而可以在国家法院中被援引，这在那些国际法并不能自动适用的法律体系中尤为重要。此外，承认精神健康权有助于更好地保障其基本要素（可得性、可及性、可接受性和质量），同时推动制定和实施旨在保障以人为中心、以权利为基础的精神卫生服务与方法的政策和法规。

立法还可以将精神健康与身体健康置于同等重要的地位，以确保人们能平等地获得精神卫生服务，并且在提高照护质量方面付出同等的努力。法律还可以规定，精神健康照护与支

持的质量和标准应至少与其他类型的医疗服务相当。例如，英国《2012 年健康和社会照护法案》（Health and Social Care Act 2012）规定，必须在身体健康和精神健康之间履行“同等重视”（parity of esteem）的义务，这有助于确保针对精神健康的进一步承诺和行动得到与身体健康同等的重视，并在相同的条件下得到重视（257）。

立法还可以规定，医疗保险对精神健康和身体健康采用公平的资金分配原则。例如，美国的联邦法律和州法律试图通过制定有关平等（parity）的要求来解决医疗保险中的歧视性做法。2008 年，美国国会通过了《精神健康平等和成瘾公平法》（Mental Health Parity and Addiction Equity Act，简称 MHPAEA），要求制定综合标准，以公平覆盖精神卫生服务和内科/外科服务。2010 年的《患者保护和平价医疗法》（Patient Protection and Affordable Care Act，简称 PPACA，公法第 111-148 号）要求大多数医疗计划纳入精神卫生服务，并扩展了《精神健康平等和成瘾公平法》的实施范围，从而进一步扩大了平等法律（parity laws）的适用范围（258）。

通过承认精神健康权是一项明确的权利，并同等重视精神健康与身体健康，可以在优先考虑精神健康并认真履行与精神健康权相关的人权义务方面，进一步推动共识的建立。

26 法律条文的表述示例
● 每个人都有权不受歧视地享有可达到的最高水平的身体健康和精神健康。 ● 每个人都有权获得可得的、可及的、可接受的且高质量的精神健康照护与支持。 ● 精神卫生干预、服务与支持应当建立参与和问责机制，并解决精神健康的结构、社会和经济决定因素。 ● 精神卫生体系作为整合性、整体性照护体系的一部分，应确保人们能够平等获得适当的精神卫生服务，正如获得其他类型的医疗卫生服务一样。 ● 精神卫生服务应在与其他医疗卫生服务相平等的基础上加以提供，并确保至少达到同等的照护标准。 ● 关于减少精神健康照护与支持在可得性、可及性、可接受性和质量方面的不平等，卫生主管部门应每年报告其采取的措施。 ● 精神卫生物资及服务的分配和质量，应与一般卫生物资及服务保持相当。 ● 医疗计划和医疗保险应在与其他卫生服务相平等的基础上覆盖精神卫生服务，并且禁止针对精神卫生服务的福利金设置比其他一般卫生服务更不利的限制条款。

2.4.2 针对精神卫生的资金投入

在大多数的医疗卫生体系中，精神卫生仍然是公共财政的低优先级事项。在一些国家的法律框架或立法中，法律可以通过制定具体的条款来保障并增加针对精神卫生服务的公共资金，从而帮助克服这种资源不足的情况。大多数关于精神卫生的立法并不直接涉及资金投入问题，而是将其留给预算和政策领域来解决，但这并不意味着立法不能直接影响财政资金的分配。

根据不同国家的卫生资金投入方案，立法可以为精神卫生服务设立专项资金，或在卫生预算中设立旨在增加精神卫生投入的递进式目标（10）。例如，在阿根廷，立法规定了一般卫生预算中分配给精神卫生服务的最低预算，尽管其预算目标还有待实现（259，260）。虽然相对不太常见，但立法还可以要求优先针对精神卫生服务提供资金支持，或与其他领域的卫生投入保持相当的水平，或通过征税为精神卫生服务筹集资金（261）。

政府应当指明资源的使用方向，从而确保投资于符合人权要求的服务与支持，并为社区精神健康照护、服务与支持等领域提供充足的资源，以解决影响人们精神健康的各种社会决定因素（33）。通过这种方式，立法可以帮助将资金从精神专科医院转向以社区为基础的服务，并确保去机构化的具体战略和行动计划有资金支持（见第 2.5.4）。

确保为广泛的精神健康支持方案提供充足的资金至关重要。医疗保险往往会激励对诊断的需求，并提倡使用“简单”的干预方式，如精神药物，而不是使用可能更有效但是也更加复杂的治疗方式（33）。这会限制可用的治疗方案，减少人们的选择。例如，在许多低中等收入国家以及部分高收入国家，精神药物往往要比心理治疗等其他治疗方式更容易获得，而且往往是免费的，或价格相对更低（33）。

立法可以支持从国际合作中调集资源，这与《经济、社会及文化权利国际公约》第 2 条第 1 款的规定一致。立法还可以确保：包括发展援助在内的国际合作在精神卫生领域采取以人权为基础的方法；避免资助或实施违背人权的方案和项目；将用于精神专科机构的资金转向投资以社区为基础的服务；并确保亲历者积极参与所有与健康相关的工作，包括通过正

式的协商机制参与其中。

尽管立法者可能会对通过立法来增加精神卫生资源这一做法的财政影响持谨慎态度，但对精神卫生的投资仍然有很强的经济合理性。如果国家没有明确的资金投入机制，精神卫生就将落后于其它卫生优先事项。

27 法律条文的表述示例
● 应在明确的时间框架内，通过审慎、具体且有针对性的措施，最大限度地利用可用资源，来增加精神卫生方面的预算拨款。 ● 精神卫生经费应列入各级政府（如地方和地区政府）的预算项目。 ● 精神卫生经费的新增预算应重点投向以社区为基础的服务和支持。 ● 针对精神卫生的预算分配应体现出对社区服务和支持选项的均衡资助组合，包括社会心理干预和非医疗支持。 ● 针对精神卫生的预算分配禁止用于违背国际人权标准的服务和干预措施。 ● 针对精神卫生的预算分配应确保相关项目考虑并纳入了旨在解决精神健康社会决定因素的活动。 ● 针对精神卫生的预算分配应遵循透明、问责和参与的机制。 ● 精神卫生领域的国际发展合作和国际人道主义援助应遵循尊重人权的原则，并指向以社区为基础、以人为中心的响应措施。

2.4.3 可负担且公平可及的精神卫生服务

立法在确保精神卫生服务可负担且公平可及方面发挥着重要作用。服务提供和获取方面的不平等现象在国家内部以及在国家之间广泛存在。社会经济地位常常与身份和人口学因素（如种族、民族、性别、性别认同或表达、年龄、残障、性取向、性别特征、国籍、移民状况和地理位置）相互交织，共同影响个体获得精神卫生服务的能力。

立法可以成为实现精神卫生领域全民健康覆盖（UHC）的推动力量。例如，法律可以规定在国家实现全民健康覆盖的行动中纳入或扩大以权利为基础的精神卫生服务（如将其纳入国家医疗保险制度或福利计划）。法律可以制定和执行公平的规则和激励措施，以确保卫生体系及其行动者的行动与精神卫生领域的全民健康覆盖目标保持一致。法律还可以成为

实施和监督此类政策和项目的一种手段（262）。

立法可以解决精神卫生服务可及性方面的不平等问题。法律可以确立以需求为基础的服务分配标准，并规定为特定群体（如儿童、青少年、妇女、老年人、残障人士、土著人民、少数群体、移民工人、非正规移民、难民、寻求庇护者、境内流离失所者和自由受剥夺者）提供可得、可及、可接受且高质量的精神卫生服务和支持。

立法还可以通过有针对性的费用减免政策，抵消自付费用对个人财务状况造成的负面影响。

28 法律条文的表述示例
● 应将精神卫生纳入全民健康覆盖的所有战略和政策中，并确保精神卫生服务对所有 人都是免费或可负担的。 ● 国家保险制度应确保人们能够获得以人为中心、以权利为基础的精神卫生服务和支 持。 ● 任何保险公司提供的健康保险计划都应涵盖精神卫生服务，包括以社区为基础的支持、门诊和住院服务、针对药物依赖的治疗、与自杀未遂或自伤行为相关的照护以及社会心理干预、心理治疗和精神药物。 ● 贫困者、赤贫者或无家可归者应享有免费获得精神卫生服务和支持的权利。 ● 无论处于何种移民状况的非公民（包括移民工人、难民和寻求庇护者）都应在与本国公民相平等的基础上享有获得精神卫生服务和支持的权利。

2.4.4 回应性别需求的精神卫生服务

性别差异会影响到精神健康状况的经历以及在精神卫生服务中接受照护的经历（263）。立法有助于促进回应性别需求（gender-responsive）的服务，要求精神卫生服务工作者了解以下问题：与性别和“性”（sexuality）相关的规范和刻板印象如何塑造生活经历（如暴力和虐待）；日常的社会、文化和家庭现实；精神痛苦的表达和经历；以及照护和支持的需求与回应方式。

例如，法律可以将性别平等确立为提供精神卫生服务的基本原则。同样，法律可以调整行动以回应性别差异和个体需求，始终维护个体的身体安全、人身安全和情感安全。法律还

可以规定为性别暴力受害者提供照护、支持和转介服务，包括提供综合性的、回应性别需求的精神卫生服务，以及提供有关权利、权益（entitlements）和其他服务的信息。

立法还可以禁止在提供精神卫生服务时基于性别、性取向、性别认同与表达以及性别特征实施伤害性、歧视性的做法，包括强迫绝育、强迫堕胎、强迫避孕和月经抑制（menstrual suppression）。“扭转治疗”（conversion therapies），即改变个体的性取向、性别认同或性别表达的做法，也应当被禁止。精神卫生服务无权限制人们享有性与生殖健康及权利。

29 法律条文的表述示例
● 任何人在获得以社区为基础的支持、门诊和住院精神卫生服务或精神卫生治疗时，均不得因其性别、性别认同或表达、性取向、性别特征、年龄、实际存在或被认为存在的诊断、少数群体身份或其他任何原因而受到歧视。 ● 精神卫生服务应尽可能尊重服务对象在有需要时请求由其所偏好的性别的工作人员提供服务的权利。 ● 住院精神卫生服务应提供性别安全的空间（gender safe space），让服务对象在此空间中能够避开那些可能让其感到不安全或受到二次伤害、骚扰或虐待的人。 ● 精神卫生服务应尊重服务对象的性别认同与表达。 ● 在任何情况下，服务对象的性与生殖健康及权利都应得到尊重和满足，不得受到歧视，包括基于性别和性取向、性别认同、性别表达与性别特征（SOGIESC）的歧视。 ● 使用精神卫生服务的孕妇有权获得支持，以满足其性与生殖健康及权利，包括有关监测或终止妊娠的信息和支持，以及与妊娠、产后和哺乳期间的精神药物使用相关的减害措施。 ● 精神卫生服务应为履行育儿责任提供便利。 ● 禁止实施未经当事人自由知情同意的绝育措施。 ● 禁止实施改变当事人性取向、性别认同或性别表达的治疗和干预措施。 ● 针对遭受性与性别暴力及歧视的受害者，应立即为其提供适当的、可及的、充分的和综合的创伤复元支持，以及可给予他们帮助的项目的信息和转介服务。

2.4.5 与年龄相适应的精神卫生服务

立法可以确保提供与年龄相适应（age-appropriate）的精神健康照护和支持，这对于保障儿童、青少年和老年人的权利至关重要。立法可以规定精神卫生服务应满足各年龄段成年人

（包括老年人）、儿童和青少年的不同需求，提供与年龄相适应的服务和环境。例如，为儿童和青少年提供适宜的娱乐活动；促进老年人在社区内的社交互动，并为其提供无障碍设施和其他特定服务。立法还可以确保为正在遭受或未来可能遭受负性童年经历的儿童提供保护性质的服务和项目。

精神科住院对于儿童及其家庭来说可能会成为他们应激性的经历，因此应当避免。相反，应当通过以社区为基础的支持，为儿童和青少年提供居家照护和社区照护。

30 法律条文的表述示例
● 应制定流程和标准，为精神卫生服务领域的卫生工作者提供指导，帮助他们评估儿童的最佳利益并尊重儿童的意见。 ● 应设计多种以人为中心、以权利为基础的社区危机服务，为处于危机中的儿童及其家庭提供更好的支持，包括危机热线、移动危机小组、喘息设施、居家治疗、留观和短期住院服务。 ● 儿童或青少年不得被送入精神专科医院或社会照护机构住院。应最大限度地避免对儿童和青少年采用住院治疗，如果要住院的话，也应该限定住院时间，并只有在特殊情况下，才可安排住院。应根据儿童或青少年的年龄和成熟程度听取他们的意见，并给予应有的重视。 ● 儿童或青少年的住院治疗（包括危机情况下的住院治疗）应通过社区精神卫生服务的形式来加以提供，且应尽可能缩短住院时间，并与成年人分开治疗。在没有证据表明父母或监护人可能对儿童或青少年造成伤害的情况下，应允许其在儿童或青少年住院期间进行不受限制的探视，并积极参与治疗过程。 ● 精神卫生服务应当尊重并支持老年人的自主和独立。 ● 应发展和/或加强适当的社区服务，以防止针对有精神健康状况和社会心理残障的老年人的暴力、忽视和虐待行为。 ● 卫生主管部门应制定满足留观和短期住院条件的以人为中心且以权利为基础的社区服务清单。这些服务应符合严格的质量标准，以促进复元和社区融入为中心，避免成为新形式的机构化服务。 ● 精神卫生体系应充分协调儿童服务、成人服务和老年人服务之间的转衔。

2.4.6 与文化相适应的精神卫生服务

对精神和福祉的理解具有文化特异性（264），受到诸如信仰、价值观和传统习俗等文化因素的影响。例如，某些群体可能对精神和福祉有着不同于西方主流观点的独特观念和认识。在西方医学中被视为“精神疾病”（*mental illness*）的现象，在其他文化中可能具有传统习俗或精神信仰方面的特定意义。殖民主义的遗留影响和西方精神卫生服务模式（通常以生物医学干预为主导）的全球扩张，威胁着不同群体的精神和福祉，并危及传统治疗方法的延续性。殖民主义和殖民法律，包括过时的或“输出”的精神卫生法律，持续伤害、压迫和歧视土著人民（*Indigenous People*）。土著人民对精神健康等议题的文化理解和应对方式被忽视、被医疗化，甚至有时被定罪。这对土著人民的精神健康和福祉产生了深远影响，精神健康状况和自杀在土著人民中的发生率往往高于其他群体。

对于土著人民而言，《联合国土著人民权利宣言》（*United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, UNDRIP*）（265）申明土著人民有权积极参与制定和确定影响到他们的卫生保健方案；有权使用自己的传统医药，有权保持自己的卫生保健方法；有权不受任何歧视地使用所有社会和卫生保健服务；拥有享受能够达到的最高标准身心健康的平等权利（见《联合国土著人民权利宣言》第 23 条和第 24 条）。尽管《联合国土著人民权利宣言》不具备法律约束力，但它强调了确保卫生保健服务和照护能够与文化相适应（*culturally-appropriate*）并考虑到传统方法和药物的国际义务（266）。

在尊重土著人民的自我决定权方面，立法可以要求政府为这些群体建立并运营自己的医疗保健和支持计划提供充足的资源（266）。立法还可以在提高群体对以人权为基础的精神健康照护和支持实践的认识方面，支持土著、种族和宗教团体领导者的积极参与。土著人民应对精神健康状况的方法为西方精神医学提供了可行的替代方案，不仅为个体和家庭提供了应对精神痛苦和危机的框架，还通过弘扬在殖民过程中被边缘化的土著叙事（*indigenous narratives*）和治疗方法来促进积极的文化认同（267）。

此外，立法对于在西方精神卫生体系中促进文化安全（*culturally safe*）的且与文化相适应的精神健康照护措施至关重要。法律可以规定根据不同社区的文化需求提供相适应的信息、支持和服务。在提供精神卫生服务时考虑到文化差异不仅对土著人民很重要，而且对种族和宗教少数群体以及移民、难民和寻求庇护者也很重要，因为这些群体常常无法获得符合其特定文化价值观和经历的支持。

31 法律条文的表述示例

- 应当酌情在精神卫生服务的设计和实施过程中，让土著人民和其他相关群体切实参与其中并征求其意见。
- 针对精神卫生的预算分配应考虑为针对土著人民和其他少数群体的与文化相适应的精神健康照护项目提供足够的资金。
- 精神卫生服务应提供与人们（包括拥有少数宗教信仰的人和无宗教信仰的人）的文化和宗教信仰及习俗相适应且一致的照护和支持。
- 精神卫生服务应尊重人们的意见自由以及宗教和哲学信仰，并在与文化相适应的条件下提供照护和支持。
- 应当为来自不同种族背景和社群的服务对象提供与文化相适应的倡导支持。
- 精神卫生服务应以服务对象能够理解的语言提供，必要时可借助翻译服务，包括手语或辅助和替代沟通方式。该义务也适用于社会心理干预。
- 被收治入院的个体应当能够继续进行宗教或灵性活动。

2.4.7 反对种族主义的精神健康照护和支持

与社会的许多其他领域一样，精神卫生体系也普遍存在着针对非洲裔人民、土著人民以及其他少数种族和族裔群体的系统性种族主义。种族主义渗透于政策和实践之中，给这些群体造成阻碍，令他们处于不利地位，导致服务可及性的不平等、治疗和健康结局的不平等以及带有偏见的预设和刻板印象（268）。例如，由于缺少保险、存在语言阻碍或缺乏具有文化胜任力的服务提供者等因素，少数种族和族裔群体可能难以获得精神卫生服务（269）。偏见和刻板印象也会影响精神卫生工作人员与服务对象互动以及看待服务对象的方式，导致不平等的治疗和健康结局（270）。少数种族和族裔群体在精神健康照护环境中经历了更多的强制措施，例如非自愿拘留和治疗，以及危机时期在刑事司法系统内所经受的干预措施（271，272）。

种族主义与创伤密切相关。与种族主义有关的经历，包括歧视、骚扰、暴力和制度性的种族主义，会对人们的精神健康和福祉产生长期影响，而且这种影响会延续数代人（273）。精神卫生服务提供者必须认识到种族主义与创伤之间的关系，并通过以人为中心的应对措施来支持疗愈和福祉，从而解决这一问题。

立法可以通过制定精神卫生服务提供的相关标准，确保服务提供者对任何歧视行为负责，从而在解决精神卫生体系中的系统性种族主义方面发挥作用。法律可以确保所有人都能平等地获得精神卫生服务，而无关其种族和族裔背景（见第 2.1.1 节）。法律还可以要求对精神卫生工作人员进行培训，以增强其文化胜任力，并确保提供不带偏见和歧视的照护服务。此外，立法还可以建立歧视事件处理机制（见第 2.7 节）。然而，在做出这些努力的同时，还需要在政策层面开展一系列行动，以解决在社会各个领域（包括教育、住房、医疗保健和刑事司法系统）中导致种族主义长期存在的系统性和制度性阻碍。

32 法律条文的表述示例
● 卫生主管部门应对医务人员开展培训，以消除种族和族裔偏见及刻板印象。 ● 对于历史上一直处于边缘地位的种族和族裔群体，卫生主管部门应加大对来自这些群体的精神卫生和社会照护人员的肯定性（affirmative）招聘和培训。 ● 精神卫生主管部门应积极接触那些能够代表少数种族和族裔群体的组织并开展合作，以了解和解决这些群体中的健康公平问题。 ● 精神卫生体系应收集有关服务利用、服务结果和服务差异的分类数据和信息，以识别和解决任何差异或不平等问题。在执行数据收集政策时，应与代表少数种族和族裔群体的组织密切协商。

2.4.8 面向医疗和社会照护工作人员的培训

要发展以人为中心、以权利为基础的精神卫生服务和支持，培训是一笔重要的投资。开展人权教育和培训，有助于医疗和社会照护工作人员恪守以权利为基础的方法。培训可以涵盖一些根本性的议题，例如“健康权”框架（Right to Health framework）中的内容（见第 1.4 节）（125）、国际人权标准、复元模式、尊重法律能力及消除强制性做法。世界卫生组织“有质量的权利”倡议已经制作了基于权利视角的循证材料，可用于培训、指导及精神卫生服务转型（32），它还开发了一套有关精神卫生、复元和融入的电子培训课程，所有医疗与社会照护工作人员都应完成这一课程（274）。

立法可硬性要求所有从事医疗和社会照护服务工作的人员及应急小组成员接受精神卫生和人权方面的培训。立法还可要求提供持续的必修培训，并要求精神健康状况和社会心理残

障的亲历者能够切实参与此类培训的开发与提供。

规章制度还可作为一种实用工具，用于改善医疗专业人员的培训并提高教育水平，包括岗前培训和继续教育。例如，医疗专业人士（如医生、护士、助产士）的资格认证或注册标准监管体系可规定，若要完成资格认证或注册，必须接受人权、精神卫生意识、以人为中心的社区模式以及影响健康的社会决定因素等方面的必修培训。社会工作、作业治疗和警务执法等与精神卫生相关的其他职业也可采用类似措施（见第 2.8.2 节）。

33 法律条文的表述示例
● 精神卫生专业人员、工作人员和其他服务提供者应接受能力建设、模式转变（reorientation）或培训，以培养他们提供循证的、与年龄相适应的、回应性别需求的、具有文化適切性的、以人权为基础的精神卫生服务（这种类型的服务强调以人为中心、复元模式、人权以及精神卫生的社区与公共卫生视角）的能力。 ● 涵盖医疗照护和社会工作的医学教育专业技术课程应包含有关人权及以人权为基础的精神健康照护和支持模式的必修培训。 ● 亲历者应直接参与培训的共同开发和提供。

2.5 在社区内提供精神卫生服务

立法在推动以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生与支持性服务方面发挥着重要作用。如果在社区中提供精神卫生服务，那么，精神卫生服务将变得更可及，更容易被链接，更容易与其他服务相协调。以人为中心的方法更能满足人们对支持的需求，并确保一系列服务和干预措施能满足不同的要求。通过这种方式，人们能维持其与所属社交网络的联系，还能得到支持，使人们继续他们的生活并参与社区事务。

本节提出了一些立法条款，旨在转变服务提供模式，实施以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生和支持服务。再次说明，这些条款可纳入一般卫生法或任何现有的独立精神卫生法，成为实现精神卫生领域范式转变的更广泛努力的一部分。这些条款需要与其他章节所描述的条款相互补充，特别是那些涉及促进自主和社区融入的条款，因为对于创伤和危机的应对需要来自卫生部门以外的努力（见 2.8.1）。

2.5.1 将精神卫生整合进一般医疗卫生场景

立法可加强精神卫生干预、服务和支持在医疗保健的第一层级（尤其是初级医疗保健）中的运用，这符合精神健康与躯体健康应被同等重视的原则。

初级医疗保健经常是个体、家庭及社区与国家卫生体系接触的第一层级。将精神卫生整合进初级医疗保健，对于改善精神卫生服务对于服务不足的人群（underserved population）的可及性，以及确保任何人都能在早期以及在靠近他们家和社区的地方获及精神卫生服务来说，是最切实可行的策略(10, 275)。这么做提高了复元的可能性，同时促进了社区融入。这么做还有助于减少与求助集中式、机构化精神卫生服务有关的污名（276, 277）。法律可要求在初级医疗保健层面确保以人为中心、以人权为基础的精神卫生模式，从而保障精神卫生服务在社区中的可及性。

立法还有益于在初级医疗保健层面提高特定精神卫生产品和服务的可得性。例如，立法可确保精神药物与其他药物一样获取便捷，同时可确保更高标准的自由知情同意和安全用药、有关所有可使用的替代疗法、照护和支持方面的沟通，以及停用精神药物方面的支持（见第 2.3.1 节）。同样，立法可提高社会心理干预（包括心理咨询、特定的心理干预、同伴支持以及社会服务）在初级医疗保健层面的可及性。立法还可要求在计划和常规照护访视期间，提供针对精神健康和福祉的多学科评估和支持选项，从而解决医疗服务（如产前和产后医疗服务等领域）中常常被忽视的精神健康照护方面的问题。作为世界卫生组织“有质量的权利”（QualityRights）和“消除精神卫生缺口行动计划”（mhGAP）倡议的一部分，世界卫生组织已经开发了一系列工具，为治疗、照护和支持的这些方面提供指导（278-280）。

立法可推动在综合性医院中提供精神卫生服务。许多国家往往是在大型住院机构（如精神专科医院和社会照护机构）中提供此类基于医院的服务。这些机构中的人往往已经住院非常长的时间，有时可达数年。此外，这些机构大多与其他一般卫生服务相隔离，独立于社区的其他部分，还伴有大量强制性的做法和侵犯人权的行为。综合性医院的精神卫生服务如果作为一系列社区服务和支持的一部分来加以提供，可以确保人们得到回应其需求且尊重其人权的照护和支持。不过，重要的是要确保这些服务不会再现违背人权与融入的机构

化做法。

仅靠立法无法使这些条款生效，还需必要的政策、基础设施和人员安排。尽管法律可确立明确的义务来推动变革，但事实上，许多这样的变革并不需要来自法律的要求。

34 法律条文的表述示例
● 应以人为中心、以权利为基础的精神卫生服务整合进初级医疗保健和综合性医院。 ● 以人为中心、以权利为基础的精神卫生住院服务应在基于社区的设施和综合性医院中加以提供。 ● 初级医疗保健应设立多学科背景的精神卫生团队，包括来自不同相关学科或领域的专业人员和从业人员，还有亲历者。 ● 精神卫生体系应确保社会心理干预和精神药物在初级医疗保健机构和综合性医院中的可得性。社会心理干预应作为一线治疗选项。 ● 应在计划的产前和产后照护访视期间，针对精神健康和福祉进行多学科的评估和支持。

2.5.2 发展以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生服务

尽管将精神卫生整合进一般卫生体系很重要，但要实现从生物医学模式转向人权模式的范式转变，还需要改变服务提供的方式，要开发一系列以社区为基础、以人为中心、以复元为导向的整体性方案。相比以医院为中心的模式，基于社区的照护服务更易获取、效率更高、且效果更好（281，282）。政府可通过将其纳入法律来促进或强化这些过程。

实际上，许多国家的法律已经开始推动服务转型，法律要求精神卫生体系改革要实现以社区为基础的模式。例如，巴西于 2001 年 4 月 6 日颁布了第 10.216 号法案，该法案规定：“应保障精神障碍者的权利，并改变精神健康照护的模式”，这对于把资源从精神专科机构重新调配到社区来说可以发挥关键性作用。

立法还可规定应在社区内提供一系列的精神卫生和支持服务，从而推动以人为中心、以权利为基础的社区服务的发展。例如，法律可规定开设：社区精神卫生中心，从而为人们提

供处于其住所附近的、机构化场景以外的支持；危机应对服务，从而为那些正在经历急性精神痛苦的人提供支持（见第 2.3.3 节）；社区外展服务；以及同伴支持服务（见第 2.5.3 节）。所有这些服务都需使用以权利为基础的方法。

有些国家的立法规定，精神卫生服务应首先在社区层面提供，要是社区层面的选项不可行或此前已告失败，接着才可提供住院服务，但必须征得当事人的知情同意。美国佛蒙特州的州法律规定，精神卫生部应每年报告精神卫生服务使用者在社区中接受服务的程度。

立法可通过将以人为中心、以复元为导向的方法作为精神卫生服务的基本原则来支持这种方法；当事人被置于服务的中心，并且是作为人，而非“患者”（283）。与生物医学方法相比，这种方法的关注重点在于“全人”（whole person），而非他们的精神健康诊断。因此，应根据他们的需求与特殊情况还有他们对生活的期待来调整支持方式。在回应种族、性别及其他形式的不公时，可采用创伤知情的方法。

同样，基于复元模式的服务不再主要关注“治愈”或使人“健康”或“恢复正常”；而是支持人们找到复元对他们的意义。通过这种方式，人们在获得或重新获得对自己身份及生活的控制权、对未来怀抱希望、并过上对他们有意义的生活方面可以得到支持。此外，这种模式承认，精神健康和福祉不取决于“无症状”，人们可以经受痛苦和创伤，却仍然享受丰富而充实的生活（33）。通过采用这些方法，人权可以得到维护。

35 法律条文的表述示例
● 卫生主管部门应启动精神卫生服务体系改革进程，以实施基于社区的照护模式。资源投注应从精神专科机构和医院逐步调配至社区层面的精神卫生服务。 ● 应主要在社区层面而非在住院环境内提供精神卫生服务，从而避免将人们隔绝于他们所属的社区之外，这有助于复元和社区融入。 ● 应优先考虑建立和发展以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生中心、危机应对服务、社区外展服务、同伴支持服务及其他基于社区的服务和支持。 ● 只有在综合性医院的住院服务比居家干预、社区干预或社会环境中的干预有更好的疗效时，方可实施该种服务，且必须征得当事人的自由知情同意。 ● 精神卫生服务应以人为中心，并遵循复元、参与、社区融入、非强制性做法和尊重法律能力的原则。

- 精神卫生服务应与其他部门协作，以提供整体性的模式，并帮助当事人获得社会服务和支持。

2.5.3 整合由同伴领导和运营的服务

服务提供方面的同伴参与是精神卫生体系转型的试金石：亲历者能够将理解、信任与希望带到服务中。同伴支持服务有助于个体实现并维持健康、福祉和社区融入，并且更加高效地使用精神卫生及社会服务体系（284）。依据国情，同伴参与可采用同伴支持专家（peer-support specialist）到独立性的同伴运营服务在内的多种形式。

虽然同伴领导（peer-led）及同伴运营（peer-run）的服务无法涵盖医疗领域的全部服务，但立法还有助于将其整合入精神卫生及相关的社会体系，并为它们的建立和持续运行提供一个支持性的环境。由于缺乏对同伴服务重要性的认识，同伴服务经常得不到或无法稳定得到可持续的资金支持。高昂而繁琐的手续可能会阻碍他们获取资格认证与运营许可。而且，他们的工作还可能受到安全管理规章的限制，这可能迫使他们拒收那些可能会给自身或他人带来风险的人。在这方面，立法能够帮助消除所有这些法律障碍，以促进同伴支持的建立和长久运作。

立法还可通过要求为同伴支持服务提供资金来推动同伴支持服务的发展。

36 法律条文的表述示例

- 精神卫生体系应支持并推动精神卫生及相关服务提供中的同伴参与。
- 精神卫生体系应支持并推动同伴工作者（peer worker）的培训和资格认证。
- 同伴工作者应获得与其他工作人员一致的工作条件，并在执行任务方面得到支持。
- 同伴工作者在精神卫生服务的理事会和治理结构中应具有代表性。
- 在政府精神卫生服务之外独立运营的同伴组织应得到认可。
- 应采用有益于建立并维持同伴运营服务的政策框架，同时尊重其自主权和独立性。
- 同伴运营的支持性服务应能够获得资金支持，包括公共资金和国际合作。

2.5.4 去机构化

去机构化是精神卫生体系转型的重要方面。它涉及关闭所有形式的机构（包括精神专科医院和相关社会照护机构），用包容性的社区支持体系取而代之，并实现社区服务、收入补贴、住房援助、同伴支持及其他支持网络等服务的主流化（10，285）。

一些国家已通过立法启动或加强精神卫生领域的去机构化进程。在意大利，上述法律被称为《巴萨利亚法》（Basaglia Law）。该法禁止新建精神专科医院，并禁止现有的精神专科医院收治新患者，从而加速了上世纪 60 年代开始的去机构化进程。最近，阿根廷、墨西哥和乌拉圭也立法禁止了精神专科机构的新建，以推动向社区精神卫生转变（164，286，287）。

立法可推动实施时间线清晰的、责任明确的、衡量标准和预算具体的去机构化行动方案。去机构化策略要求跨政府部门的方法，以及亲历者的直接参与，特别是那些曾经历机构化的幸存者（288）。明确禁止机构化可作为一项重要的威慑措施，以避免跨机构化（trans-institutionalization），也即在去机构化的幌子下将人员从一个机构转移到另一个机构。也应对促进或实现机构化的法律条款实行废止。

去机构化所需的法律措施包括：规定义务，以确保必要的社区服务和网络的可及性，从而落实独立生活和融入社区的权利（见第 2.8.1）。立法对法律能力、平等与不歧视、获得司法保护、以及人身自由和安全的认可，也是实现充分融入的先决条件。

政府应采用以人为中心的方法，以便为那些离开机构的人提供适当的社区服务和个性化支持。经验表明，计划不周且资源不足的去机构化进程可能会适得其反，并损害人权（289）。

立法还有助于建立机制，以弥补和赔偿那些经历机构化的幸存者，并确保针对机构化有行之有效的法律补救措施（见第 2.7.3）（290）。

残疾人权利委员会发布了有关去机构化（包括紧急情况下）的指导方针（285），旨在指导和支持各国实现残障者独立生活和融入社区的权利，并作为规划去机构化进程和避免机构

化的基础。

37 法律条文的表述示例
● 禁止以任何形式新建机构化设施，包括新建收容所、精神专科医院，神经精神专科医院等各类单一功能机构（monovalent institutions），以及公共或私立的社会照护机构。 ● 应成立多部门委员会，负责制定和实施去机构化政策，包括：制定时间线明确的、责任清晰的、衡量标准具体的、且预算充足的行动方案；暂停现有机构收治新患者；以及建立完善的社区支持体系。 ● 去机构化进程的各个阶段都需要有亲历者的参与，并听取他们的意见，特别是那些曾经历机构化的幸存者。 ● 为了推动去机构化，现有机构必须调整其运营方式，在它们最终被替代之前，应维护住院患者的自主和选择，确保以人为中心、以权利为基础的社区支持的目标与原则。 ● 精神卫生系统应收集来自精神卫生服务及相关社会照护服务的分类数据，从而更好地设计去机构化的政策、计划和项目，并用于评估和跟踪进展情况。

2.5.5 重新分配财政和人力资源

去机构化，并发展健全的社区精神卫生服务体系，远非简单地将个体重新安置于社区即可，而是需要为个体提供完善的以人为中心和以权利为基础的社区支持和服务。为此，需要将公共资金从机构重新分配到社区。根据世界卫生组织发布的 2020 年《精神卫生地图集》（Mental Health Atlas 2020），中低收入国家用于精神专科医院的精神卫生支出超过 70%，而在高收入国家，这一比例则达到 35%（45）。分析还表明，住院治疗的费用通常要比社区中的“等效”治疗、照护和支持更高（33）。在这种情况下，立法有助于将财政和人力资源从机构重新分配到社区服务。

立法可以为发展以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生服务提供财政激励，同时削减或取消针对精神专科医院和社会照护机构的长期住院照护或服务的财政资助。这类财政激励也有助于消除隔离、约束等强制性措施（33）。

立法还有助于纠正医疗保险所引发的扭曲现象。例如，医疗保险可能不覆盖社会心理干预、社区服务、住院服务、药物依赖服务或与自杀企图或自伤相关的照护服务。如果保险政策仅覆盖药物治疗而不覆盖非药物治疗（前者的成本低于后者），就会产生一种不良的激励效应，促使人们优先选择药物治疗而不是非药物治疗。同理，如果医疗保险仅资助住院服务，那么发展社区服务就几乎无从谈起。其他不良的激励措施还包括按病种付费以及按住院日数进行报销，而对社区精神卫生服务却按人头资助。

为了确保高质量的照护，不同类型的干预措施都应当被覆盖。

38 法律条文的表述示例
● 为了制定针对以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生服务的财政激励措施，卫生主管部门应与其他相关部门密切协作，审查卫生和社会照护部门的资金拨付及报销机制。 ● 作为去机构化进程的一部分，卫生主管部门应在不同部门内部以及在不同部门之间重新分配预算，优先支持社区服务。 ● 卫生主管部门应与其他相关部门密切协作，制定详细的方案和实施细则，逐步将资金从机构转移到以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生服务。 ● 应对医疗保险方案进行审查，制定财政激励措施，以推动以人为中心、以权利为基础的社区精神卫生服务和支持。

2.5.6 人道主义情境和紧急情况下的实施工作

许多受冲突和人道主义紧急情况影响的人，会因为相关的压力应激事件（如暴力、丧亲、贫困、歧视、监狱和拘留设施的过度拥挤以及食物和资源的短缺）而遭受创伤和心理痛苦（291）。有精神健康状况和社会心理残障的人尤其易受此类负面的社会心理效应的影响，他们所面临的结构性歧视和社会排斥的累积作用可能会进一步限制他们获得基本需求和支持的机会。对于那些被安置在机构中的人来说，这种情况尤为突出，他们在人道主义危机期间往往无法离开，而且他们的处境在这种情况下往往会变得更加受限和危险。例如，新冠疫情期间，精神专科医院和社会照护机构中的人员不仅面临着更高的感染风险，还面临着更高的拘禁、用药过度、人际接触锐减、社会探视中断以及独立监管机制缺失的风险（292，293）。

各国政府可以将以权利为基础的精神卫生和社会心理支持纳入人道主义紧急响应措施中，从而改善所有受影响人群的精神健康和社会心理福祉（294）。立法有助于确保在紧急情况（如冲突、灾难、疫情和其他复杂情况）下提供适当的支持。目前，各国正被呼吁继续并加快紧急情况下的去机构化工作，并立即采取行动，将机构中的人员纳入所有的撤离、人道主义救援和恢复措施中（295—297）。

在某些国家，难民和寻求庇护者还可能会得到不适当的精神卫生照护和支持，例如，他们可能无法获得与东道国公民同等的服务覆盖或服务质量。这可能构成歧视，并违反《经济、社会及文化权利国际公约》第 12 条，即“确认人人有权享受可能达到之最高标准之身体与精神健康”。立法应规定，移民、难民和寻求庇护者有权享有与全体公民同等的精神卫生服务。

各国在推进冲突结束之后的立法工作时，也应统筹考虑精神卫生问题。

39 法律条文的表述示例
● 精神卫生系统应确保，在紧急情况下，在不同部门之间，以人为中心、以权利为基础的精神卫生及社会心理支持服务的可得性和连续性。 ● 紧急情况下的精神卫生和社会心理支持应涵盖多层次的支持，包括平等获得基本服务和安全、加强社会凝聚力、提供社区支持和家庭支持、以及提供个人、家庭和团体干预。 ● 紧急情况下的精神卫生和社会心理支持干预应尊重人权，并促进和保护服务使用者的权利。 ● 精神卫生系统应确保向移民、寻求庇护者、难民和无国籍人士提供高质量的精神卫生服务及相关服务。 ● 移民、寻求庇护者、难民和无国籍人士应享有与本国公民同等质量的精神卫生服务、支持、治疗和照护。 ● 精神卫生系统应确保在提供精神卫生及相关服务时，充分尊重寻求庇护者、难民和无国籍人士的文化认同。

2.6 确保全面有效地参与公共决策

参与作为一项人权，指的是利益攸关方直接或间接地参与到与其利益相关的立法、政策和项目的公共决策。参与是善治的核心要素，它有助于优化公共决策，使政府行动更好地回应其服务对象的实际情况。

精神卫生系统的转型需承认所有社会成员的权利主体地位，确保所有亲历者（包括那些有精神健康状况和社会心理残障的人）有机会参与精神卫生照护和支持的改进，使其更好地回应自身需求，并监督主管部门履行权利保障义务。

本节提出了若干关键性的立法条款，旨在确认并支持亲历者参与所有与精神卫生系统相关的公共决策过程的权利。这些条款可以被纳入残障法、公民参与法、一般卫生法以及任何现有的精神卫生立法中。

2.6.1 确认积极参与决策的权利

根据《残疾人权利公约》第4条第3款所述，政府有义务通过残障人士代表组织，与残障人士密切协商，并让他们能够积极地参与到与他们相关的议题的决策过程中。其中包括有精神健康状况和社会心理残障的人的参与，无论其是否自我认同为残障。为了在精神卫生服务中履行该义务，各国可以采取法律和监管框架，以确保亲历者及其代表组织能够全面有效地参与到涉及精神卫生服务、立法、政策、战略和行动方案等议题的公共决策中。

立法可明确规定，政府主管部门在制定、实施和监测有关精神卫生服务和支持的法律和政策时，必须与亲历者密切协商，并确保他们能够积极地参与。其中包括与亲历者及其代表组织进行公开协商和直接接触。各国不应要求亲历者组织必须首先注册为法人实体，由此才能参与协商过程（159）。

此外，各国还可以通过立法条款，赋予亲历者组织在精神卫生常设委员会、临时工作组或监督机关等机构中的法定席位（见第2.7.2）。通过这种方式，亲历者不仅能提供反馈，还

能参与优先事项和行动的制定。

为了促进切实参与，立法应要求在处理精神卫生相关问题时，优先考虑亲历者组织的意见（298）。

40 法律条文的表述示例
● 主管部门在制定、实施和监督有关精神卫生服务和支持的立法和政策时，应积极纳入亲历者及其代表组织，并与他们密切协商。 ● 主管部门在规划、实施和评估精神卫生项目和服务时，应积极纳入服务使用者，并与他们密切协商。 ● 协商过程应遵循可及、诚信、机会和透明的原则。 ● 主管部门应提高意识，开展培训，提供支持，从而最大限度地促进亲历者的加入和参与。 ● 主管部门应制定政策和程序，以确保亲历者能够参与相关委员会、工作组和监督机关的工作，并提供足够的资金和报酬。 ● 是否注册为法人实体不应作为亲历者组织参与协商过程的前提条件。

2.6.2 实施可及且公平的协商

仅仅确认亲历者的决策参与权是不够的，协商过程必须是可及的和公平的，并且确保亲历者的声音能够被听到。

立法应规范适当且透明的程序，以便在政府各部门和各层级的决策过程中征求亲历者的意见。例如，立法应规定有关可及与透明的要求，并明确以诚信、相互尊重和有意义的对话作为协商的原则。

各国可以通过立法，确保亲历者的意见得到应有的重视，而不是象征性地听听他们的意见（299）。为此，立法还应规定，必须将协商结果纳入考量，并体现在最后的决策意见中。此外，还应通报协商结果，并对公共决策做出充分的说明。协商过程应考虑交叉性，以确保亲历者的多样性（特别是那些曾经在精神卫生系统中遭到人权侵犯的受害者和幸存者）能得到充分代表。为了感谢亲历者在协商过程中投入的时间和专业知识，应向亲历者提供

报酬，并报销任何直接费用，如与参与协商相关的自付费用。尽管在这方面已经有一些很有前景的实践，但它们仍处于初步阶段，值得进一步讨论。

41 法律条文的表述示例
● 协商应基于透明、相互尊重、有意义的对话以及真诚希望达成共识的原则。 ● 任何人不得因残障、种族、性别、性别认同或性别表达、性取向、性别特征、出身、观点、移民或其他身份等歧视性标准而被排除在参与协商之外。 ● 主管部门应确保所有与参与公共决策和协商相关的设施和流程均无障碍。 ● 应尽可能提前发送协商的邀请函和文件，以便参与者能安排时间参加并进行适当准备。 ● 在所有对话和协商过程中，应提供合理便利。 ● 应为儿童亲历者提供适合其残障状况和年龄的辅助手段，以便他们能够参与决策过程。

2.7 确保问责制

问责制是确保精神卫生服务的效率和基于人权的做法的关键，它要求责任主体对他们的行为负责，对相关方透明并予以回应，同时确保采取适当的纠正和补救措施（300）。让精神卫生系统对服务使用者负责，有助于确保精神卫生系统在落实基于权利的做法方面的一致性和绩效。

本节提出了若干立法条款，旨在确保和强化精神卫生系统内部的问责制。这些条款大多数可以纳入一般卫生法、患者权利法、残障法或任何现有的精神卫生法。

2.7.1 信息系统

信息系统可以确保信息的访问和隐私都得到保护。各国政府有义务主动公开与公众利益相关的信息，并确保公众能够方便、迅速、有效、切实地获取这些信息（301），这对于决策方面的问责和透明至关重要，也有助于赋权个人成为信息的来源以及倡导变革的积极参与者。

立法应确保精神卫生服务收集、分析并发布数据与信息，以评估其绩效，并发现需要改进的领域。这些数据还可以用于了解精神健康的社会决定因素，并促进社区融入。同时，这些数据还可以帮助个人访问有关自己记录的信息（见第 2.1.5 节）以及公共主管部门的决策和实践相关信息。在许多国家，人们可以通过信息公开请求提交此类请求。

世界卫生组织的《社区精神卫生服务指南：促进以人为中心、基于权利的模式》（2021 年）提供了群体、服务和个体层面的一系列指标，既包括卫生部门内部的指标，也包括卫生部门外部的指标（33）。此外，联合国人权高级专员办事处还制定了《残疾人权利公约》的人权指标，作为促进理解和实施该公约条款的工具，这些指标可以作为参考，指导在实施基于权利的精神卫生系统方面所需开展的行动和举措（302）。

42 法律条文的表述示例
● 在精神卫生服务的使用与范围方面，应进行数据的收集、分类、汇编与发布，包括以无障碍的格式加以提供。 ● 各系统应以一致的方式收集关于健康的社会决定因素的数据，并按照数据保护规则进行使用。 ● 每个人都有权要求获得信息，或是查阅或获取有关公共精神健康主管部门、机构或服务的文件副本。 ● 政府主管部门关于精神卫生和相关服务的决策信息应对外公开，包括决策理由、纳入考量的公众意见以及决策参与等信息的透明化。 ● 精神卫生主管部门应制定指标，用于衡量和评估国家和地方各级精神卫生系统的绩效和影响以及向实施以人为中心、以人权为基础的做法的进展情况。

2.7.2 独立监督机构

监督是问责制的重要组成部分。各国可能拥有不同的框架，用于监督精神卫生服务使用者的权利，例如精神卫生审查机构、国家人权机构、国家预防机制以及其他根据《残疾人权利公约》第 33(2)条设立的机构。

立法可以确定这些机制的授权和组成，以确保机构、财务和政治上的独立性。各国政府还应考虑，是建立具有国家管辖权的框架，还是根据现有行政边界在地方、地区或区域层面设立若干机构。为了推进实现消除精神卫生服务中的非自愿入院和治疗的目标，各国亟需对现有监督机构以及监督此类过程的法院职能进行审查。

这些机制的功能可能因国家而异，在某些司法管辖区，它们可能补充而非取代法院的作用。无论如何，独立监督机构的重要作用如下：

- 如有必要，对公共和私营精神卫生机构或服务进行定期和突击检查。在检查期间，应允许不受限制地访问精神卫生服务的所有区域以及服务使用者的医疗记录，并有权私下访谈接受服务的任何人。
- 定期接收和审查精神卫生服务机构的异常事件报告和死亡记录，以便审查其机构化实践（institutional practice）。
- 为消除精神卫生服务中的强制性做法提供指导意见，并监督这些指导意见的执行情况。
- 收集有关服务提供的数据和统计资料，如住院时长、特定治疗和干预措施的使用情况、躯体共病情况、自杀、自然死亡或意外死亡。
- 监督精神卫生和相关社会服务的去机构化计划。
- 监督在社区中提供的治疗和支持；例如，危机应对服务和喘息服务。
- 对重大的、侵入性的或不可逆的干预措施进行监督；如果允许，确保只有在自由知情同意的情况下才能采取这些措施；必要时，加强保护。
- 建立并维护门诊和住院精神卫生服务的认证注册系统，并制定和执行认证相关的质量与人权标准。
- 对违反法律规定的行为提出行政和经济处罚，包括撤销认证和关闭机构。
- 直接向负责精神卫生服务的相关政府部长报告。
- 通过修订法律或行为准则，向相关政府部长提出改进建议。
- 提高对精神卫生的人权模式的认识，并为此提供培训计划。
- 按照法律规定定期公布监督调查结果。
- 向地区和国际人权机制报告精神卫生领域的人权落实情况。

各国将根据分配给这些机制的职能以及可利用的人力和财力资源，来决定这些机制的代表成员的组成及数量。鉴于工作的性质，其中，这些代表应包括亲历者，特别是在精神卫生服务中遭到人权侵犯的受害者和幸存者；有不同专业经验的人（如精神卫生、人权、法律和社会工作）；以及社区倡导者。妇女和少数群体成员应该具有充分的代表性。

2.7.3 实施有效的补救和纠正措施

当前和先前的服务使用者应有权就精神卫生服务的任何方面（包括治疗、行为或职业操守），进行申诉并发起法律诉讼。应提供有效的补救措施，来挑战此类服务中的人权侵犯行为，包括剥夺自由、机构化和其他强制性措施。

立法可以就申诉机制的递交、调查和解决程序提供基本的框架。这些机制应可及、便于使用、快捷、透明和有效。有关申诉程序的信息应在显著位置发布，以便所有使用精神卫生服务的人、他们的家人和倡导者都能了解其相关性、适用性，以及申诉的方式和地点。

申诉机制和调查应能够回应每一个体的需要，考虑到他们的性别、年龄、残障和边缘群体身份，以保证暴力和虐待行为的受害者和幸存者能够并愿意安全地站出来（303）。应制定具体措施、培训和指导，使得当事人能够进行申诉，并防止执法当局基于任何偏见（包括与性别、残障或年龄有关的偏见）驳回申诉。调查和随后的诉讼程序必须在提供支持和便利的环境中进行，以便申诉人能够参与整个过程，而不会有二次受害和二次受创的风险。

当前和先前的服务使用者应有权选择并指定个人代表或法律顾问，使之在任何申诉或法律诉讼中代表他们。当申诉涉及法律能力权、自由权、人身完整权或其他基本权利时，可予以提供免费的法律援助（见第 2.8.2 节）。必要时，申诉人还应在程序的各个阶段获得支持和程序便利。申诉机制应酌情提供匿名和保密。

立法还可以确保申诉裁决者（如国家人权机构或法院）提供适合个人的补救措施，包括对所受伤害的补偿和赔偿。除了获得适当的照护和服务外，受害者和幸存者还应有权获得赔偿、补偿、康复以及有关不再重犯（non-repetition）的保证（304）。这些机制做出的决定也应以无障碍的语言与格式进行表达，并向服务使用者及其律师提供副本。在公布申诉决

定时，应当适当考虑尊重申诉人和第三方的隐私权。当前和先前的服务使用者应有权上诉。

此外，各国应考虑建立国家框架，为精神卫生服务中遭到人权侵犯行为的受害者和幸存者提供赔偿和其他援助。这些框架可以促进对人权侵犯行为的独立调查，识别潜在的司法问题，推动意识提升活动、正式的公开道歉以及赔偿（285）。¹⁰所有措施的采取和实施都应该有亲历者的积极参与。

43 法律条文的表述示例
● 任何当前或先前的精神卫生服务使用者，或他们自己指定的代表，都有权就照护、治疗和服务提供中的过失，（a）向负责服务的医务人员或精神卫生专业人员提出申诉；（b）如对答复不满意，可向监督机构申诉；（c）如对答复不满意，可进一步向卫生主管部门申诉——且不影响当事人寻求任何司法救济的权利。 ● 任何当前或先前的服务使用者都有权就其在精神卫生服务中遭到的任何侵权行为寻求司法救济。 ● 申诉机制适用于精神卫生服务机构中对于个体或集体权利的侵权行为或是由任何精神卫生工作人员所导致的对于个体或集体权利的侵权行为。 ● 服务使用者应获得合理且程序化的便利和支持，以使用申诉机制。 ● 当前或先前的服务使用者应在所有涉及法律能力、自由、人身完整和其他人权的申诉和法律诉讼中获得免费的法律援助。 ● 如果某人在接受精神卫生服务期间发生死亡或遭到伤害或其他需上报的事件，应立即开展针对死亡、伤害或事件情况的独立调查。 ● 申诉裁决者应向受害者提供适当的救济、补偿和赔偿。

¹⁰ 更多信息请参阅《解除收容的准则（包含在紧急情况下）》（“Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies”，CRPD/C/5，2022 年）。

2.7.4 职业责任和义务

服务提供者在推动实现人人享有精神健康、确保整个系统采用基于权利的方法方面发挥着重要作用。作为其职责的一部分，服务提供者有义务尊重精神卫生服务使用者的权利以及现有的法律框架。如触犯法律，立法应规定有效的民事、行政或刑事处罚和赔偿。此类处罚应与违法犯罪的严重程度、伤害的严重程度以及每个案件的具体情况相称。每个国家都有责任确定其国家立法中所采用的针对健康和非健康相关犯罪和处罚的制度。在确定此类处罚制度的同时，必须开展有关服务提供者（包括卫生专业人员）的责任和义务的教育，同时考虑到人权培训的需求（见第 2.4.8 节）。

对职业责任的立法对精神卫生服务有着重要影响。虽然医疗差错的职业责任有助于确保医疗从业者达到适当的照护标准并尊重当事人的权利，但不恰当的责任监管则会妨碍到对于精神卫生服务中的强制性做法的消除工作。例如，针对差错行为的归责可能会使服务提供者过于谨慎并采取强制性做法。同样，面临潜在责任的卫生专业人员可能会选择不为那些存在高自杀风险的人提供服务，从而影响到这些人获得适当的精神卫生服务和支持的机会。

在这方面，重要的是，立法应该创造激励措施，激励人们从权利的视角来提供精神卫生服务。在有关职业责任和其他相关法律的立法中，应明确规定，当卫生专业人员出于好意按照法律规定实施循证的非强制性做法时，他们无需为当事人的行为后果承担责任；他们也不应为遵循生效的预立指示而承担责任。此外，法律可以明确规定，当卫生专业人员不提供可用的非强制性替代措施时，他们应承担相应的责任。

44 法律条文的表述示例
● 如卫生从业人员或精神卫生专业人员遵循国家程序实施循证的非强制性干预措施，他们不应为任何未预见的后果承担责任。 ● 如卫生从业人员或精神卫生专业人员遵循生效的预立指示，他们不应为任何未预见的后果承担责任。

2.8 针对整体性服务提供的跨部门改革

如上所述，精神健康和福祉受到多种社会、政治、经济和环境因素的影响，对人们生活的方方面面有着深远的影响。因此，仅靠精神卫生系统不足以真正改变精神困扰者的生活(33)。需要从多个法律领域进行改革，以解决精神痛苦、创伤和危机的根源，包括：

- 种族主义和仇外心理
- 性别歧视、同性恋恐惧和跨性别恐惧
- 残障歧视
- 年龄歧视
- 儿童虐待、创伤或忽视
- 暴力、虐待和犯罪，包括欺凌和性别暴力
- 贫困、粮食不安全和弱势
- 医疗质量低下
- 失业和缺乏体面的工作
- 无家可归或住房不足
- 交通基础设施落后
- 针对残障人士和照护者的社区支持不足
- 气候变化

进行此类改革是不同政府部门和机构的责任，包括负责基础设施、教育、卫生、就业、住房、社会服务、社会保障、司法和环境等工作的部门和机构。如果没有高层对解决精神健康的社会决定因素的承诺，那么，为解决这些问题所进行的投资将始终只能带来有限的影响力，而且是不可持续的。

精神卫生立法有助于确保跨部门协调，以便精神卫生服务使用者能够从其他部门获得所需的支持。许多遭受精神困扰的人生活贫困，教育和就业机会匮乏，而且在住房、社会保障和获取司法公正等方面面临着歧视。因此，重要的是，发展精神卫生服务，以切实的方式解决这些重要的生活问题，并确保同时满足所有这些非医疗性的社会需求（33）。

因此，本节提出了若干重要的立法条款，旨在处理精神卫生与其他部门之间的关系。然而，正如上文所强调的，有必要进行其他立法改革，以解决精神健康的所有社会决定因素。

2.8.1 促进社区包容

独立生活和融入社区是一项基本人权。然而，许多人被系统性地剥夺了这一权利，原因可能是他们生活在机构中，或者缺乏适当的支持以参与社会和公共生活。

《残疾人权利公约》第 19 条承认，所有残障人士（包括有精神健康状况和社会心理残障的人士）享有在社区中生活的平等权利，并享有与他人平等的选择。该条款呼吁，各国政府采取有效且适当的措施，促进所有有精神健康状况和社会心理残障的人充分享有这项权利，并实现其在社区中的全面融入和参与。实现这一目标所需的大多数措施超出了精神卫生服务的范畴，与其他部门和项目息息相关。尽管如此，我们必须认识到，精神卫生方面的法律、政策和项目往往限制了对社区服务的选择和获取，从而阻碍了独立生活和社区融入。这就导致对精神卫生服务使用者的机构化照护、孤立、隔离以及污名和歧视的长期存在。因此，精神卫生系统应将社区融入和独立生活作为首要目标，积极促进其实施。

以下各小节提出了若干立法条款，旨在实现这些目标。其中许多条款可以纳入有关残障、社会照护、地方发展或社会保障的立法，并且应辅以更广泛的立法工作，以落实《残疾人权利公约》第 19 条。

承认独立生活和融入社区的权利

采取立法措施来承认有精神健康状况和社会心理残障的人的独立生活和社区参与权至关重要，包括确保人们可以选择在哪里与谁生活、而且不会被强迫接受特定的生活安排（如精神专科医院或社会照护机构）。

实现独立生活和融入社区的权利应该是一项多部门的责任。精神卫生系统有义务尊重和保护这一权利，此外还应采取积极行动，以实现这一权利。明确承认这一权利，不仅是其司法可上诉性的基本条件，也是社区寻求并发展基于社区的替代服务和支持的入口。

立法还可以促进人们获得卫生系统之外的社区服务和支持。例如，在以色列，2000 年的《精神残障者社区康复法》（Rehabilitation in the Community of Persons with Mental

Disabilities Law）就提供了一揽子的服务和计划，包括住房、就业、成人教育、社会和休闲活动、家庭援助、牙科保健和个案管理。立法可以进一步确保有精神健康状况和社会心理残障的人在使用社区中的任何服务、项目或设施时不受歧视。

45 法律条文的表述示例
● 有精神健康状况和社会心理残障的人有独立生活和融入社区的权利，并且享有与其他人平等的选择。 ● 精神卫生服务的提供应旨在促进并支持服务使用者在社区中生活、工作且积极参与社区活动，并且享有与其他人平等的选择。 ● 民政部和其他相关部门应实施并充分资助一系列的社区支持服务和项目，以支持有精神健康状况和社会心理残障的人的独立和社区融入。这些服务和项目应旨在帮助服务使用者直接选择并掌控他们所接受的照护和支持。

针对精神健康的多部门协调和行动

社区支持和服务的缺乏，以及在解决精神健康的社会决定因素方面所存在的巨大鸿沟，是导致机构化的主要原因。支持和服务的碎片化，尤其是医疗保健与社会照护之间的明显割裂，常常使得某些群体（尤其是那些弱势或边缘化的群体）被忽视或遗漏。

由于精神健康状况与贫困、失业、无家可归等不利条件密切相关（305），许多国家已经开发了旨在通过其精神卫生系统来应对这些议题的项目（10，306，307）。虽然许多项目取得了成效，但仍存在一个潜在问题，即：由于这些干预措施植根于卫生体系，它们可能会过于依赖医疗化的做法。此外，许多服务在实际操作中往往相互隔离，虽然它们能够解决一些迫切的支持需求，但未能有效促进有精神健康状况和社会心理残障的人在社区生活的各个领域中的全面参与。

建设以选择和人权为基础的精神卫生体系的基础，是要开发一系列社区服务和支持。这些社区服务和支持包括但不限于与住房、就业和社会保障相关的项目，还包括了儿童保护服务以及针对暴力幸存者的支持服务。这些服务应当由相关部门提供，并整合进健康的权利视角。通过这种方式，精神健康和福祉将在国家的整体工作中得到保护和促进，不同部门的项目和倡议将共同推动构建一个重视、促进并支持精神健康和福祉、且接纳社会心理多样性（psychosocial diversity）的社会。

法律有助于明确各部门的责任、合作机制和协调结构，以实施精神卫生的整合性做法

（holistic approach to mental health）。跨部门的合作与协调对于系统性变革至关重要，因为没有任何一个部门能够单独应对精神健康的社会决定因素。法律改革在推动协调和行动方面能够发挥重要作用，以确保卫生、教育、住房、残障、劳动和社会照护等各个部门协同合作，实现共同的目标。

此外，立法有助于明确卫生部门在满足精神卫生服务使用者未被满足的非医疗需求方面的角色。法律有助于确保人们能够被转介到其他的支持和社会服务那里，并确保有合适的随访与监督。在提供整体性照护和支持方面的多部门协调，可以更好地回应人们不断变化的需求和目标，优化照护转衔，并充分利用现有资源。根据《残疾人权利公约》第33条设立相关的执行和监督机构，有助于推动照护和支持领域的范式转变。

46 法律条文的表述示例
● 所有部门都有责任促进和支持精神健康和福祉。 ● 精神卫生的目标应被整合进相关部门的政策和项目。 ● 国家政府应建立一个多部门的委员会，以促进精神卫生领域的跨部门合作。 ● 精神卫生系统应与其他部门和相关地方政府协调，确保在社区层面提供整体性的、整合式的照护和支持服务。 ● 民政部和其他相关部门应该为有精神健康状况和社会心理残障的人提供一系列的社会保障措施和福利。

支持亲历者组织

由那些有精神健康状况和社会心理残障的人所组成的组织，在表述、推动、代表并捍卫亲历者权益方面扮演着不可或缺的角色。这些组织可以独立运作，可以形成联盟，或作为更大的残障者组织的一部分。

立法能够为这些组织的成立和运作提供一个支持性的法律框架。这包括提供免费且无障碍的注册系统；提供财政援助和其他形式的支持；以及建立正式的参与和咨询机制。在提供这些支持时，各国应充分尊重这些组织的自主性，并确保在法律和实际操作中不妨碍它们行使结社自由。

有精神健康状况和社会心理残障的人可能在参与公共生活方面面临重重挑战，因此可能无法得到现有残障者组织的充分代表。因此，立法可以包含有关实施外展策略（outreach

strategies) 的条款, 这些策略旨在促进有精神健康状况和社会心理残障的人能直接且自愿地参与公共决策过程。

47 法律条文的表述示例
● 由那些有精神健康状况和社会心理残障的人所组成的组织应被提供适当且充足的资金, 以支持其活动。 ● 由那些有精神健康状况和社会心理残障的人所组成的组织应能够在与其他组织相平等的基础上注册成为法律实体。

支持家庭

家庭对亲历者的生活有着重要影响。在许多情况下, 家庭是亲历者主要的支持来源, 甚至在某些情况下是亲历者唯一的倡导者。然而, 家庭支持往往伴随着巨大的成本。无偿的家庭支持可能会对整个家庭的社会关系、家庭收入以及整体福祉产生影响 (308)。这种影响在妇女和女童身上尤为明显, 因为她们通常是支持工作的主要承担者。此外, 当缺乏其他支持而家庭是唯一的支持来源时, 有精神健康状况和社会心理残障的人可能无法选择或控制他们所接受的支持。

立法应确保为提供非正式支持的家庭提供必要的信息和服务。这样的家庭可能也需要得到支持, 从而以积极的方式理解精神困扰和多样性, 并学习如何支持家中有精神健康状况或社会心理残障的成员, 同时尊重他们的意愿和选择。

立法应规定政府必须为家庭提供特定的支持服务, 包括财政援助、喘息服务、支持小组、咨询和培训服务等。然而, 对家庭的支持不应取代对个体的支持, 确保有精神健康状况和社会心理残障的个体能够获得支持, 从而满足他们自身的利益和需求, 而且是以符合他们自身意愿和偏好、且独立于其家庭的意愿和偏好的方式, 这点也很重要。

48 法律条文的表述示例
● 政府应当为有精神健康状况和社会心理残障的人的家庭和非亲属照护者提供充分的支持服务, 这些服务应包括咨询、指导、培训、喘息服务、支持小组、心理咨询以及社会和财政援助, 但这些服务不应取代或排除对个体的直接支持, 而且应当符合他们自身的意愿和偏好。

2.8.2 获取司法公正

众多有精神健康状况和社会心理残障的人未能获得平等的司法公正。许多人因轻微罪行而遭到起诉和监禁，还有些人被剥夺了针对侵犯其人权的行为而在法庭上寻求司法公正的机会。总之，对于他们来说，实质和程序上的正当法律程序保护往往是不足的，这常常导致他们面临司法不公、监禁以及强制治疗等问题（309）。

如何具体改革司法体系，从而让有精神健康状况和社会心理残障的人能够在与其他人平等的基础上行使其权利，这一目标超出了本指南的范围。然而，精神卫生与司法体系之间无疑存在着紧密联系，特别是在刑法领域。在许多国家，有精神健康状况和社会心理残障的人在刑事司法系统中出现的比例异常高，而这些有精神健康状况和社会心理残障的囚犯往往更容易受到来自其他囚犯和监狱工作人员的伤害（310，311）。特别是非洲裔、原住民以及种族、宗教和族裔少数群体中的有精神健康状况和社会心理残障的人，在刑事司法系统中面临着显著的不平等待遇（312）。此外，那些被认为“不适合受审”（unfit to stand trial）或无法理解其犯罪行为的人，通常会在未经正当程序和遵循严格制度的情况下就被安置于精神卫生机构，有时甚至是无限期的安置。精神卫生立法往往规定了处理此类情况的程序，包括司法精神卫生体系中的相应程序。

本节旨在审视这些挑战及其相互关联性，并提出了若干立法条款，以保障有精神健康状况和社会心理残障的人能够在与其他人平等的基础上享有公正接受审判的权利，以及在司法系统中得到适当的便利和支持的权利，包括得到法律援助和高质量的精神卫生服务。尽管如此，该领域还需要进一步的研究和发展，以更好地获得循证的建议。

承认并支持获取司法公正的法律能力

为了确保人们能够有效地获得司法公正，法院必须承认个体完全具备参与所有法律程序的能力和权利。在多数数的司法管辖区中，“不具认知能力”（cognitive incapacity）和“不具精神能力”（mental incapacity）等术语常被用来剥夺当事人提起诉讼或出庭受审的权利。这种所谓的“无能力”（incapacity）往往是由精神卫生专业人士通过功能评估或精神状态评估来进行判定或告知的。

在刑事诉讼中，通常会在审判开始前，就对当事人是否具备受审的“精神”（mental fitness）进行评估，但也可能会在审判过程中的任何阶段进行评估。如果当事人被判定为不适合受审，法院有权将其送往精神卫生机构接受治疗。在当事人恢复受审能力之前，刑事诉讼可能不会启动，而这个等待时间可能是模糊不清的。

采用“适合受审”（fitness to stand trial）这一概念的目的是为了保障公正审判，确保当事人在理解法律诉讼的性质、目的和后果且具备为自己辩护的能力的前提下参与审判。然而，这一概念也可能导致有精神健康状况和社会心理残障的人被剥夺在与其他人平等的基础上获得司法公正的权利以及自证清白的权利。而且，他们可能会被置于某种实质性和程序性保障更少的替代性司法程序中，在这种程序中，他们可能会被剥夺自由或遭到非自愿治疗，而且通常没有时间期限，或者要比按照正当程序被定罪的刑期长得多。

在这方面，司法系统和刑法应当承认并假定有精神健康状况和社会心理残障的人具备参与所有法院和仲裁机构的诉讼程序的充分法律能力和权利。这将涉及废除那些规定和应用“不适合受审”（unfitness to stand trial）和“无辩护能力”（incapacity to plead）原则的条款，这些条款阻止了有精神健康状况和社会心理残障的人参与法律程序。

为了确保他们能够有效参与所有的法律诉讼，立法可以设立一项可执行的权利，以获得由个体自己所确定的程序性便利措施（individually determined procedural accommodations）。这些便利措施是在获得司法公正的过程中根据具体案件的需要所进行的必要且适当的修改与调整，以保证有精神健康状况和社会心理残障的人能够在与其他人平等的基础上参与法律诉讼（313）。与“合理便利”（reasonable accommodations）不同，“程序便利”（procedural accommodations）不受“不相称或过度的负担”（disproportionate or undue burden）这一概念的限制（313）。

通过这种方式，人们可以依靠必要的调整和支持来实现以下目标：（1）理解法律诉讼的性质和目的；（2）理解诉讼可能带来的后果；以及（3）与法律顾问进行有效沟通。例如，法律中介或协调员可以帮助有精神健康状况和社会心理残障的人与法院、仲裁机构和执法机构进行清晰沟通，以确保他们能够安全、公正、有效地参与法律诉讼，并享有充分参与法律程序的机会（314）。

《残障人士获得司法保护权利的国际原则和指南》（International Principles and Guidelines on Access to Justice for Persons with Disabilities）（2020年8月）提供了在刑事司法系统中提供程序性便利的示例（9）。

为保障受到公正审判的权利，立法还可以确保在涉及基本权利的所有法律程序中，为有精神健康状况和社会心理残障的人提供免费或可负担的法律援助（315）。法律援助应具备专业胜任力，并能够及时提供援助。

49 法律条文的表述示例

- 所有有精神健康状况和社会心理残障的人应在与其他人平等的基础上享有获得司法公正的权利。任何人不得因精神健康状况和社会心理残障而被剥夺获得司法公正的权利。
- 有精神健康状况和社会心理残障的人应在与其他人平等的基础上享有法律能力，在法院和仲裁机构中具有同等地位。
- 所有受到刑事诉讼的人应得到相同的待遇，并有同等的机会回应指控或进行辩护。
- 必要时，有精神健康状况和社会心理残障的人应获得适当的、个性化的程序便利，以行使他们的法律能力并保障其获得司法公正的权利。
- 程序便利应包括提供法律中介或协调员、程序调整和修改、环境调整以及沟通支持，以确保获得司法公正。
- 所有法律程序的参与者都应被告知程序便利的可得性。
- 在刑事程序或调查中，任何人不得被剥夺获得精神卫生照护和支持的权利。
- 在涉及生命权、法律能力、自由、人身完整、适当住房和家庭完整等权利的刑事和民事事项的所有法律程序和诉讼中，有精神健康状况和社会心理残障的人有权获得免费的法律援助。
- 有精神健康状况和社会心理残障的人有权在与其他人平等的基础上参与司法管理，包括担任法官、律师、检察官、证人、陪审员、专家和法院官员。
- 在涉及有精神健康状况和社会心理残障的儿童青少年的案件中，法院应启动流程，以确定程序便利及其提供方面的需求。必要时，应根据儿童青少年不断发展的法律能力及其表达自己观点的权利，建立保障措施。

警方介入

立法可以帮助确保警方在处理那些正在经历严重痛苦和危机的人的案件时发挥建设性和有益的作用。警方的主要职责是在维护公共秩序的同时保障所有公民的人权。在履行职责方面，警方常常在紧急或危机状况的现场进行干预，以提供协助。在这些情况下，可能会发生暴力事件，导致那些正在经历严重痛苦的人（尤其是那些属于种族和族裔少数群体的人）受到严重或致命的伤害。

立法有助于限制警方在危机情况下的干预，并在干预确有必要时，确保干预不会导致歧视，且不会基于实际存在或被认为存在的精神健康状况或社会心理残障而歧视性地使用武力。例如，立法可以规定设立危机响应服务，以提供独立于警方或执法部门的适当支持（见第 2.3.3 节）。

立法还可以规定在刑事司法过程的警方干预中为那些正在经历痛苦或不寻常感知体验的人提供程序便利，从而增加与执法部门接触的安全性，包括在逮捕过程中。这些便利措施应包括程序调整和沟通支持。警方干预还应遵循创伤知情、降级和反种族主义的原则，并能够方便地获得危机支持服务的建议。

在许多司法管辖区，立法要求警方在当事人经历精神危机时将其送往精神卫生服务机构住院，以避免当事人在被警方羁押和进入刑事司法系统时经历强烈痛苦。然而，正如下一节所讨论的，针对健康状况的转处做法（diversion）必须符合《残疾人权利公约》的标准。

50 法律条文的表述示例
● 警方干预时，必须尊重有健康状况和社会心理残障的人的权利和尊严。 ● 警方干预时，有健康状况和社会心理残障者的人有权免受基于健康状况和社会心理残障的歧视或任何武力或强制性措施的使用。 ● 警方干预时，应确保为有健康状况和社会心理残障的人提供程序便利 ● 警方应接受适当的培训和协助，针对涉及有健康状况和社会心理残障的人的困难局面进行降级干预，并尽量减少刑事司法系统的介入。

刑事司法系统的转处

全球范围内，人们越来越担忧，在那些剥夺个体自由的地方，有健康状况和社会心理残障的人（尤其是来自族裔和种族少数群体的人）占比过高。太多有健康状况和社会心理残障的人由于相对轻微的罪行而遭到起诉和监禁。这是许多因素的副产物，包括：存在歧视性的立法，为有健康状况和社会心理残障的人建立了更少的实质性和程序性保障；实施了将滋扰行为定为犯罪的法律；对于精神和暴力的关系存在普遍的误解；社会对于异于常人的行为、困难的行为或是令人不安的行为缺乏容忍度；支持服务缺乏；以及对边缘群体存在系统性的歧视。

许多国家都通过了立法，将有健康状况和社会心理残障的违法者从传统的刑事系统路径转处（divert）至精神卫生系统。这些举措为有健康状况和社会心理残障的违法者提供了替代刑事制裁的治疗选择。这样做的考虑是降低监禁率以及再犯的可能性。

虽然各司法管辖区存在各种各样的精神卫生转处模式（mental health diversion model），但大致可以分为指控前转处方案（pre-booking diversion programmes）和指控后转处方案（post-booking diversion programmes）（316）。前者涉及在提出刑事指控之前进行转处，由此当事人就不会被指控犯罪，而是被直接转处至精神卫生服务机构，无需进一步的刑事司法系统介入。后者涉及在当事人被逮捕入狱或被指控有刑事犯罪之后进行转处。精神卫生系统在这两种方案的运作中都发挥着重要作用（316）。

转处方案的开发仍相对较新，尚没有足够的证据表明其对减少有精神健康状况和社会心理残障的人的再犯率和监禁率有作用（316-318）。然而，人们越来越担心，这种转处方案未能解决诸多导致犯罪的潜在的结构性不平等问题（如污名、健全至上主义、种族歧视、贫困、社区支持缺乏等问题），并且往往会诉诸违反人权的医疗化做法和强制性措施（319）。人们可能不必入狱，但仍然会遭到控制和强制，例如通过社区治疗令（community treatment order）等方式。事实上，在许多转处制度中，如果个人不遵守加诸其身的治疗令，他们还是可能会被交还给刑事司法系统。因此，在国家控制之下的有精神健康状况和社会心理残障的人的数量可能会增加，而非减少。

我们迫切需要重新思考，如何避免将有精神健康状况和社会心理残障的人监禁在拘留所或监狱，同时解决污名化以及其他违反人权的行为。各国应认真考虑在其司法管辖区内实施转处方案的潜在利弊，并让亲历者积极参与其中（见第2.6节）。然而，如果转处方案被视为反监禁策略的一部分，那么立法应确保转处方案：

- （1） 仅适用于有充足证据（即根据现有证据有合理的理由）表明当事人犯有被指控的罪行的情况；
- （2） 在充分了解转处方案的性质、内容和期限的基础上，以免费且自愿的方式提供；
- （2） 旨在提供以人为中心、以权利为基础的社区支持和恢复性司法支持（restorative justice）；
- （3） 不涉及强制性的精神健康照护或社会控制。

避免那些有精神健康状况和社会心理残障的所谓“高危”人群落入刑事司法系统，需要长期

的系统性变革，以纠正影响这一群体的长期累积的弱势状态和不公平结果。同样重要的是，各国还必须审视其刑事立法，以确保非典型行为 [如“精神崩溃”（meltdown）、自我刺激（stimming）、喊叫或自伤] 以及因贫穷或无家可归而产生并延续的行为（如乞讨、在公共场所睡觉、游荡）不被视为犯罪活动（320）。贫困、无家可归和精神健康状况之间的关系已得到充分的认识。

刑事责任

迄今为止，《残疾人权利公约》对刑事责任的影响在残障和法律话语中均仍未得到充分研究。这是有精神健康状况和社会心理残障的人、刑事司法系统和精神卫生体系之间经常产生交互的领域。

在大多数国家，立法在确定刑事责任时会考虑到被告在违法时候的精神状态。如果法院发现被告因精神健康状况或损伤而无法意识到其行为的性质和后果，他们可能会被宣告无罪。然而，通常基于“危险性”（dangerousness）的考虑，立法仍可能下令采取所谓的“安全措施”（security measure），将被告送入司法机构住院或接受强制社区治疗（309）。这似乎与“无罪则不罚”（no punishment without guilt）的原则相矛盾，而且实际上，那些被施加安全措施的人可能会比那些被判犯有同等罪行的人被剥夺更长时间的自由。

出于这些原因，一些利益相关群体已经开始呼吁，重新审查刑事责任和安全措施方面的立法，以确保有精神健康状况和社会心理残障的人享有与其他人相同的实质性和程序性保障（321, 322）。这包括废除“精神错乱”（insanity）和“因残障而免于刑事责任”（non-responsibility on grounds of disability）的声明及其相应的安全措施（323-326）。一些人权专家建议，用一般刑事辩护和刑事责任的先决条件取而代之，例如“事实错误”（mistake of fact）或“被迫”（duress）（321, 322, 327）。也有人建议，将恢复性司法制度和非监禁措施作为替代方案（321）。

尽管人们已经开始越来越多地呼吁解决这一问题，但是，围绕如何通过适当的立法来确定刑事责任的归属，从而使其能够保障有精神健康状况和社会心理残障的人的权利这一问题，利益相关群体尚未达成共识（328）。这是一个需要认真关注和讨论的领域，也需要广泛听

取亲历者的意见。同时，必须确保有精神健康状况和社会心理残障的人在与其他人平等的基础上享有国际法所承认的所有实质性和程序性保障。

有精神健康状况和社会心理残障的囚犯

立法在为有精神健康状况和社会心理残障的囚犯提供适当便利和支持（包括获得精神健康和社会心理支持）方面能够发挥关键作用。囚犯（包括移民拘留设施中的人员）应享有与社区其他人相同的医疗照护标准，并应能够免费且不受歧视地获得服务（329）。这包括让他们有权在接受任何医疗干预之前提供自由知情同意、做出预立指示、以及获得支持性决策的帮助。针对监狱和其他拘留中心的访视应成为社区团队的标准做法，以确保囚犯能够公平获得以人为中心的照护，并确保治疗连续性。

立法还应包含保障囚犯在紧急情况下能够及时获得医疗救治的相关条款（330）。如果有精神健康状况和社会心理残障的囚犯需要接受专科治疗或手术，且无法在监狱内获得与其他人同等的充分治疗，那他们就被转介至其他医疗机构。此类措施应以囚犯的自由知情同意为基础。

倘若囚犯被从监狱转介至医院、而后又回到监狱，则其在医院度过的时间也应计入其刑期。此外，该类囚犯只应在服刑期间被收押在医院。根据《残疾人权利公约》第 16（3）条和《禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚公约》（Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment），独立监督机构应定期监督有精神健康状况和社会心理残障的人在监狱和其他拘留中心中的情况。有精神健康状况和社会心理残障的人也应成为此类监督机制的一部分。

针对司法行政人员的培训

各国可通过立法，保证所有的司法工作人员都接受了精神卫生的人权模式培训，包括警察、司法官员、律师、卫生专业人员、司法精神科专家、受害者服务专业人员、社会工作者以及缓刑、监狱和青少年拘留所的工作人员。

立法可要求司法行政人员参加以人权为基础的培训，内容涵盖有精神健康状况和社会心理残障的人的权利，以及如何提供程序便利。立法可进一步确保亲历者及其代表组织参与此类培训的开发和实施。

51 法律条文的表述示例
● 应为所有司法工作人员以及在司法系统工作的人员提供有关精神卫生的人权模式的意识提升和培训项目。 ● 所有警察都应接受以下方面的专门培训：（1）打击基于性别、民族或国籍、种族和残障的隐性偏见、刻板印象和罪犯画像（profiling）；（2）降级的原则和技巧；（3）程序便利和与年龄相适应的便利措施。 ● 有精神健康状况和社会心理残障的人及其代表组织应参与所有培训的开发和提供。针对精神健康意识和培训的资金应纳入司法系统的预算。

第三章 制定、实施和评估以权利为基础的精神卫生立法

引言

对于人权而言，制定和实施精神卫生立法的过程与法律本身的内容一样重要。第 3 章解释了如何将基于人权的方法纳入立法，并概述了各国在启动起草、颁布、实施和评估流程之前应采取的步骤。重点在于，每个国家都有义务让亲历者及其代表组织积极参与立法，并征求他们的意见。

本章强调了在启动改革之前理解国际人权法框架的重要性，还提供了如何对精神卫生立法进行全面审查、以及如何对实现以权利为基础的精神卫生服务的各种主要障碍进行评估的指导意见。本章还就如何起草和讨论立法提案、如何确定倡导和动员的切入点、以及如何确保不同利益相关群体之间的合作和参与等问题提供了见解。此外，本章还考虑了法律的实施和评估，强调了这些进程的重要注意事项。

需要注意的是，这里介绍和讨论的做法仅仅只是某种指导性的参考意见：立法进程将取决于国家规范、习俗和背景。

3.1 利益相关方的参与和共识建立

促进包容性合作和共识，对于有效的精神卫生立法来说，至关重要。本节将讨论两个方面：让所有利益相关方（包括亲历者）积极参与进来；在多元化的参与者之间建立共识和政治

意愿。通过吸纳广泛的观点，并培养对目标和价值观的共同理解，政策制定者可以确保最终的法律框架不仅全面，建立在充分的信息基础之上，而且还能得到所有相关方的大力支持，最终促进有效的实施，并为社区带来积极结果。

3.1.1 让所有利益相关方（包括亲历者）积极参与进来

虽然行动倡议可能由一系列的政府、法律、专业和民间社会机构、亲历者以及其他个人或团体牵头，但重要的是，尽可能广泛地让利益相关群体参与进来。利益相关方可能包括：政治家、政策制定者、政府部门（卫生、社会福利、法律和财政）、亲历者、专业人士（精神科医师、心理学家、精神科护士和社会工作者）、家庭成员、倡导组织、服务提供者、非政府组织、民权团体、信仰组织、特定社群的会众以及学术和研究机构。在一些国家，可能还包括社区领袖和传统疗愈者。

亲历者（包括在精神卫生服务中遭到人权侵犯行为的受害者和幸存者）的积极参与尤为重要，在每个立法阶段都是如此。亲历者群体应从一开始就争取尽可能高的参与程度，包括在共同规划（co-planning）和共同开发（co-design）的活动中。这些群体的直接参与有助于确保任何立法改革都建立在亲身经历的基础上，并受益于他们的集体见解和专业知识（expertise）。

在让亲历者参与改革进程时，直接与他们的代表组织接触至关重要，因为这些组织作为中间机构在倡导亲历者权利方面发挥着重要作用（331）。虽然更大的残障者组织或国家人权机构可以协助确定由那些有精神健康状况和社会心理残障的人组成的组织，但须意识到，提供服务或代表亲历者进行倡导的民间社会组织不属于此类组织（332）。

对于那些在亲历者的代表性方面存在不足的国家，利益相关方应直接接触有精神健康状况和社会心理残障的个人和团体，并与那些可能在地方层面有成员或联系人的国家、区域和国际残障者组织进行合作（333）。允许亲历者进行多元化发声的空间十分重要。

有些人可能需要支持才能积极参与改革进程。他们可能不熟悉立法程序或法律术语，或者由于创伤经历、边缘化的社会状态或精神卫生专业人员的在场而对于公开表达意见感到不

舒服。为了促进亲历者的参与，最重要的是创造安全且支持的空间，解决权力失衡的问题，并采取审慎的行动来平衡影响。能力建设和资金支持对于确保有效参与可能也是必要的。

3.1.2 建立共识和政治意愿

应尽早开始就精神卫生立法建立共识，以便能够吸纳不同观点，并促进后续实施。就相关问题达成共识，对于任何法律改革的成功来说，都至关重要。

建立共识和谈判，不仅在立法起草阶段很重要，而且还能确保法律的实施。建立广泛的共识也是必要的，因为除非解决了社会上对于有精神健康状况和社会心理残障的人的误解、恐惧和健全至上主义观点，否则以人权为基础的精神卫生立法注定会以失败告终。不幸的是，围绕精神健康的大量污名和歧视仍然存在，如果不加以解决，这将阻碍立法的实施。因此，作为在利益相关方之间建立共识和信任过程的一部分，公开承认精神卫生系统给那些有精神健康状况和社会心理残障的人所造成的伤害是非常重要的。承认在这些地方已经发生的诸多人权侵犯行为的负面影响，将有助于推动消除潜在的价值观和做法。

在许多国家，利益相关方对《残疾人权利公约》和基于人权的做法缺乏了解，这可能会导致在推进改革过程中遇到阻力，在立法过程中遭到反对，甚至导致法律在颁布实施后遭到破坏。因此，所有主要的利益相关方——精神卫生专业人员、卫生工作者、公立和私立服务提供者、警察和司法工作者、媒体、社区和家庭——都必须适当地了解精神卫生的人权模式，并接受相关教育。在进行法律改革之前，提前在这方面投入时间和资源，有利于推动所有的立法进程。

3.2 对现行法律和政策进行基于权利的分析

在着手起草立法之前，四个前置步骤有助于确定立法内容：（1）研究与国际人权公约和标准有关的最新进展；（2）审查现有的法律框架，分析现有框架如何符合或不符合国际人权标准，同时确定现有框架中缺乏的或需要进行改革的具体要素；（3）了解国家在精神卫生方面的需求，以及在实施以权利为基础的精神卫生政策、计划和项目方面所面临的阻碍；

(4) 借鉴其他国家的经验教训。

3.2.1 研究国际公约和标准所规定的义务

对于各国来说，立法过程的第一步是了解其在国际人权法框架下的义务（框 9）。国际人权条约的缔约国已承诺保护、尊重和实现这些权利（见第 1.4 节），在规划精神卫生相关立法时必须充分考虑其义务。因此，重要的是，为所有相关行动者提供有关精神卫生的人权模式的培训。

框 9 精神卫生相关的人权义务

核心人权文书：

- 《消除一切形式种族歧视国际公约》（International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination）
- 《公民权利和政治权利国际公约》（International Covenant on Civil and Political Rights）
- 《经济、社会及文化权利国际公约》（International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights）
- 《消除对妇女一切形式歧视公约》（Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women）
- 《禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚公约》（Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment）
- 《儿童权利公约》（Convention on the Rights of the Child）
- 《残疾人权利公约》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities）
- 《保护所有迁徙工人及其家庭成员权利国际公约》（International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families）
- 《保护所有人免遭强迫失踪国际公约》（International Convention for the Protection of All Persons from Enforced Disappearance）

人权理事会决议：

- 第 A/HRC/32/18 号决议，精神健康与人权，由人权理事会于 2016 年 7 月 1 日通过
- 第 A/HRC/RES/36/13 号决议，精神健康与人权，由人权理事会于 2017 年 9 月 28 日通过

- 第 A/HRC/RES/43/13 号决议，精神健康与人权，由人权理事会于 2020 年 6 月 19 日通过
- 第 A/HRC/RES/52/12 号决议，精神健康与人权，由人权理事会于 2023 年 4 月 3 日通过

联合国特别程序任务负责人：

- 联合国残疾人权利问题特别报告员
- 联合国人人有权享有能达到的最高标准身心健康特别报告员
- 联合国酷刑和其他残忍、非人道或有辱人格的治疗或处罚问题特别报告员

联合国实体：

- 联合国人权事务高级专员办事处（OHCHR）
- 世界卫生组织（WHO）
- 联合国儿童基金会（UNICEF）
- 联合国难民事务高级专员办事处（UNHCR）
- 联合国经济和社会事务部（UN DESA）
- 联合国秘书长残疾和无障碍问题特使

3.2.2 识别以权利为基础的精神卫生服务所面临的阻碍

第二步是获取可靠信息，了解国家在精神卫生方面的主要关注点，以及在实施以权利为基础的精神卫生政策、规划和项目方面所存在的或可能存在的阻碍。了解特定国家情况的信息和证据来源包括：

- 国家卫生信息系统中按不同国家分列的详细分解数据
- 国家层面的定量或定性研究，例如基于社区的流行病学调查
- 国家人权机构和其他监督机构的报告，以及与精神卫生有关的国内法院判决
- 民间社会组织（包括精神健康状况和社会心理残障者组织）的报告
- 其他相关报告，例如向条约机构（treaty body）递交的国家报告，以及来自条约机构系统或人权理事会特别程序任务负责人的报告
- 联合国的国家报告，例如来自人权机制、国别小组或联合国机构的报告

为识别和解决研究中的偏见和权力不平衡问题，有必要对现有文献进行批判性评估。这些研究往往偏向于高收入国家、生物医学、定量和非亲身经历的视角（334）。了解有精神健康状况和社会心理残障的人所面临的障碍和阻碍，也是至关重要的。精神卫生相关立法不能确保《残疾人权利公约》的实施，因此，在寻求应对精神健康相关挑战的法律途径方面，识别出其他法律中所存在的障碍和限制，同样是至关重要的。框 6 展示了可以通过立法来应对挑战的实例，并确定了进行更广泛的法律改革的优先领域。

与亲历者和其他利益相关者进行焦点小组讨论，有助于识别并理解关键的挑战和鸿沟，特别是在数据稀缺或存在重大信息鸿沟的地方。

3.2.3 对于国家立法的全面审查

第三步是对国家立法进行全面审查，以确定是否需要制定新的法律，并确定哪些法律因与人权义务不一致而需要接受审查或废除。任何审查都应严格、全面，并认识到人权相互依存和不可分割的特性。根据国家的政治体制，这项工作可由不同的机构领导，如特别独立委员会、国家人权机构或议会委员会（335）。

目前，各国现有立法的情况大不相同。有些国家在精神卫生立法方面有着悠久的历史，而有些国家则可能正在起草它们的首部相关法律。因此，必须根据最新的人权标准（尤其是《残疾人权利公约》），对现有的独立精神卫生法进行仔细审查。此外，还需要确定和评估其他法律中与精神卫生有关的内容。这样的全面审查将有助于概览所有能够为基于权利的精神卫生政策和项目做出贡献的部门的情况，并帮助明确哪些法律可能需要修订。

尽管有些国家在现行立法中可能有充分的规定，但其实施力度却可能是不足的。在这种情况下，可能有必要分析出现这种情况的原因，以及是否需要加强或建立法律内部的问责、监督和投诉制度。在其他情况下，实施不足的问题可能源于资源分配不足，这也可能要求对立法进行修订。

以权利为基础的精神卫生立法检查清单（见本《指南》末尾）是一个有用的工具，可用于评估现行立法的优缺点，以及哪些条款需要被纳入新的法律。

3.2.4 研究其他国家的立法和优秀实践

研究其他国家有关精神卫生和残障的立法，有助于确定法律通常涵盖的内容，还有助于确定这方面的优秀实践和有效措施。然而，重要的是，要考虑到某个国家具体的社会、经济和文化变量，因为某些条款可能不适用于这个国家，或者需要经过修改。始终关注对于人权的遵守，是至关重要的。

许多国家的立法仍显过时，没有体现最新的人权义务。因此，任何研究工作都应重点关注那些拥有先进立法的国家，这些立法纳入了国际人权标准以及精神卫生照护和支持领域的最新知识，正如本《指南》中所述的那些标准和知识。同时，还应充分考察立法对改善这些国家有精神健康状况和社会心理残障的人的状况的影响。立法在这方面的失败，可能源于法律起草有问题，或者立法条款没有考虑到实际情况以及国内权利主体的亲身经历，从而导致法律实施困难。

世界卫生组织的“MiNDBank”¹¹是一个用于评估不同国家精神卫生立法的有用资源，它是一个在线平台，汇集了各国以及国际层面有关精神卫生、药物滥用、残障、一般健康、人权和发展的资源、立法和政策。联合国经济和社会事务部也对各国的残障法律和法案进行了系统整理（336）。应当注意的是，数据库中的现有立法可能并未体现最新的人权标准。

3.3 起草立法

在全面了解国际和国家法律框架以及本国在精神卫生方面所面临的具体挑战之后，就需要决定是否着手启动法律起草工作。起草过程可以由议会委员会或工作组执行，或者由政府部门领导，这取决于每个司法管辖区的立法惯例。无论由哪个机构牵头，都必须就法律草案广泛征求各利益相关方（尤其是亲历者）的意见。

本节将讨论以下两项关键活动：（1）起草过程本身，各国在这方面存在差异；（2）就法

¹¹ 见 <https://extranet.who.int/mindbank/>。

律草案与不同利益相关方进行广泛协商。

3.3.1 起草过程

各国起草新立法的程序各不相同，取决于特定的立法、行政和政治结构。一般来说，在制定法律时，应遵循这些既定的程序。

有些国家会由立法或相关部门任命一个专门委员会来负责起草法律；而在另一些国家，则由法律委员会或类似机构负责起草法律。在对于法律起草机构缺乏明确规定的国家，卫生部或司法部可以发挥重要的促进作用。此外，某些司法管辖区有法律条文规定，公民社会可以通过请愿书提出公民倡议，并征集特定数量的登记选民支持，以通过此倡议，这种做法得以让公众更多参与精神卫生政策的制定。

在起草过程中，有广泛且多样化的专业意见的参与是至关重要的，这可确保最终通过的法律是全面的，是遵循以人权为基础的做法的，是充分考虑所有相关信息和观点的，而且是适合当地情况的。如果指定一个委员会或专家组来起草法律，则必须让广泛的利益相关者（包括亲历者组织）参与进来，并授权其他拥有必要专业知识并代表不同利益的相关方参与进来。

3.3.2 协商过程

协商过程紧随起草过程之后，协商过程允许利益相关方提供更多的意见，从而影响最终的立法。协商有助于发现潜在的不足之处；解决与现有立法或当地实践的冲突；解决可能无意中被遗漏的问题；以及提供法律实施方面所存在的实际困难的解决方案。

协商有不同形式，可以是法定的，也可以是非正式的。建议采用三阶段的限时过程（time-bound process）：

- 阶段 1：在政府公报或议会官方网站上公布法律草案，邀请公众提意见和建议。这一步骤应包括，直接邀请主要利益相关方提供书面意见（框 10）。

- 阶段 2：召开国家和区域性的公众协商和研讨会，分析讨论有关法律草案的被频繁提及的重要反对意见或建议。为了确保协商过程的包容性、可及性和开放性，需要为协商过程提供充足的人力和财政资源。由于亲历者和精神卫生专业人员之间的权力不平衡，因此必须为亲历者创造安全的空间，允许他们以保密的方式分享自己的意见。所有收到的反馈意见都应被认真考虑，并据此对法律草案做出适当的修改。
- 阶段 3：协商过程结束后，起草机构应该发布一份报告，记录它们所收到的建议、反对意见和问询，以及它们所做出的回应。亲历者（尤其是在精神卫生服务中遭到人权侵犯行为的受害者和幸存者）的意见，应得到足够重视。对这些意见和交流过程的记录，将有助于阐明最终立法条款的背景和理由。

框 10 受邀参与精神卫生法草案协商的利益相关方示例

- 有精神健康状况和社会心理残障的人士及其代表组织
- 政府部门，包括卫生部、司法部、财政部、教育部、就业部、社会福利部、住房部
- 学术机构、专业团体和代表相关专业人士的协会，如精神科医生、心理学家、社会工作者、精神科护士、全科医生、急诊工作人员、辅助医务人员（paramedics）、一线应急人员（first responder）以及其他与精神卫生系统打交道的专业人士
- 国家人权机构和其他监督机构
- 残障者组织
- 民间社会组织，包括为精神健康状况和社会心理残障者进行权利倡导的组织
- 代表老年人的组织
- 家庭和照护者代表
- 提供精神卫生、社会和法律服务的私营机构和民间社会组织
- 政治家、立法者和意见领袖
- 执法机构，如警察和监狱工作人员
- 司法部门，包括律师和法律代表
- 代表少数群体和其他弱势群体的组织
- 更广泛的社区团体，包括社区组织和协会，如工会、员工福利协会、雇主团体、居民福利协会、宗教团体和特定社群的会众

精心规划且系统执行的协商过程，可以对立法提案的通过和实施产生积极影响。协商可以提高公众对精神卫生和服务使用者权利的认识；协商还可以让社群参与进来，并加深对以社区和人权为基础的精神卫生模式的理解。广泛的协商过程，还有助于促进合作伙伴关系，提高法律在颁布后得到有效落实的可能性。

立法的编写方式，应便于尽可能广泛的人群进行阅读和使用。各国通常都有关于立法的话语和无障碍要求。重要的是，要有法律的易读版本，以便每个人（包括智障人士）都能理解法律并参与讨论。

3.4 立法过程

根据协商过程所收集到的反馈意见进行修订后，法律草案将提交至指定机构进行审议和通过。这一阶段可能耗费较长时间，并涉及对立法草案的再次讨论（*renegotiation*）。关键在于，说服政治家以及政府行政部门和立法机构的核心成员，使他们认识到进行法律更新的必要性和原因、以及为该过程投入充足时间的重要性。

即便一部新法律事先得到了政府的支持，相互竞争的政治优先事项也会造成立法程序延后，特别是因为精神卫生在许多国家仍然是一个政治优先级较低的议题。

各国通过新法律的程序不尽相同，这取决于它们的法律传统和政治制度。以下各节概述了这一过程以及可能出现的潜在挑战。

3.4.1 通过立法的责任

议会或其他主权立法机构通常负责通过国家立法。然而，在实行联邦政治制度的国家，除国家立法机构外，州或省也可能有权制定法律。在这种情况下，与精神卫生相关的法律可能受国家或地区管辖，或受两者共同管辖，这将具体取决于当地的法规。

一般来说，法律必须在立法机构通过并颁布后才能生效。然而，在一些国家，宪法允许通

过政府颁布的行政法令或政令来修改法律。有时，这些命令需要事先获得议会的授权，并且必须在规定的时间内获得批准；如果这些命令失效，先前的法律仍然有效。这种规定有时可以加快精神卫生立法得到通过的进程。

3.4.2 有关立法草案的讨论和通过

立法机构通常设有下属委员会（subcommittee），会在法律草案正式提交给主要的立法机关之前对法律草案首先进行审查。这些委员会可能会寻求多方观点，召开公共听证会，征求反馈意见，或要求对法律草案的不同方面做出澄清。

有关立法草案的讨论和通过流程往往耗时耗力。在此期间，立法主体可以提出修正案，而这些修正案是否得到采纳则由最高权力机关进行决定。法律起草单位可能需要向立法机关提交关于修正案潜在影响的分析报告。精神健康状况和社会心理残障者的积极参与，对于确保以人权为基础的做法，是至关重要的。

在全面审议立法草案及其修正案之后，立法机关（可能涉及多个层级或议院）将决定是否通过该草案。在大多数国家，这将标志着立法程序进入尾声，而被通过的法律则将等待批准（见第 3.4.3 节）。然而，很多国家的行政机关有权对已通过的法律提出异议或建议修改。若法律遭到国家元首的否决，则应退回立法机关进行重新审议。

3.4.3 新法律的批准、颁布和公布

经由批准（sanctioning）、颁布（promulgation）和公布（publication），新通过的法律将得以为公众所知，并获正式宣布。尽管这三个术语在不同国家可能有所差异，但他们的功能大体是相似的。对法律的批准（sanctioning）是国家元首的特权，通常包括在正式文本上进行签署。颁布（promulgation）则是政府正式对外宣布已通过的法律，这通常是通过发布命令将法律正式刊登于官方出版物上进行的。公布（publication）则是指将法律文本刊登于政府官方公报上，这是法律生效前所必经的一个步骤。法律公布之后，一般经过 10 至 20 天的时间，新法律就会开始生效。不过，为了更充分的准备，法律文本中可以规定更长的时间，或者由行政部门另行设定。

从法律的批准到颁布和公布，每一个环节都有可能出现延后。负责推进立法进程的单位必须与相关部门保持密切跟进，以确保新通过的法律顺利生效。

3.4.4 激发讨论并听取公众意见

激发讨论并听取公众意见，对于鼓励立法主体讨论并通过立法草案来说，是至关重要的。在立法初期就启动协商、媒体宣传和其他相关活动，将有助于提升公众对拟立法律的关注度。针对关键团体和组织，还可以组织研讨会和工作坊，对新法律的主要内容进行讨论与解释。

亲历者应在这些活动中发挥积极作用。制定一部新的法律，对于提高亲历者及其代表组织的可见度并为其提供支持来说，是宝贵的机会；同时，立法过程还可以起到教育作用，从而转变公众认知，并推动社会变革。

与来自不同党派的行政和立法机关成员进行接触与合作，也很重要。他们应了解以下问题：现行立法所面临的挑战与鸿沟；法律对权利享有和行使的影响；拟立法律的背景；精神健康状况和社会心理残障者的担忧和需求；国际人权和可持续发展框架下所确立的人权义务及政治承诺。

虽然在立法过程中激发讨论并听取公众意见很重要，但人权义务和承诺不得以多数人同意为前提条件。

3.5 法律的实施

法律的实施过程实际上从法律改革的构思阶段就开始了。在起草和协商阶段，提前预见并解决可能出现的法律实施难点，有助于确保法律颁布后过渡更加顺利。

通常，在法律通过与颁布之间存在一个短暂的间隔期，而在法律施行之前有时则会会有一个

更长的间隔期；这一间隔期的存在允许政府部门为法律实施建立必要的配套措施。这一关键时期为政府部门制定相关法规、建立监督机构、开展培训以及确保所有相关方为法律实施做好准备提供了时间。

政府还应评估新的精神卫生立法如何融入现有政策，并针对现有政策做出必要调整，以确保符合新的法律要求。这包括审查预算分配以及国家精神卫生规划或政策。

3.5.1 法律实施负责部门的重要性、角色与构成

负责监督法律实施的部门的重要性不言而喻。法律的实施不仅仅是卫生部门的责任：法律的不同职能可能需要由不同的实体来加以落实，并负责监督。例如，如果已设立监督机构，该机构可能会依据其给定职能，被要求监督某些立法要求的实施情况（见第 2.7.1 节）。然而，这不应妨碍政府自身制定规范、标准和指标，用于监督和评估法律是否得到有效实施。如果不然，则必须采取必要的措施。

负责监督法律实施的任何机构或主体都应有明确的时间表、可衡量的指标，以及必要的行政和财政权限，以确保过程高效且迅速。该机构可能需要必要的授权、权限和充足的财政资源，以开展若下工作：

- 制定有关法律实施的规章、规则和流程；
- 制定标准化的文件工具，用于记录和监督实施情况；
- 确保精神卫生、社会照护和其他专业人员接受合适培训，必要时可引入资格认证程序；
- 解决人力资源问题；
- 监督实施情况。

此外，根据立法规定，建立并运行及时有效的申诉程序也非常重要。特别是，精神卫生服务应确保有精神健康状况和社会心理残障的人士知晓法律赋予他们的权利，以及使用申诉程序寻求救济的途径。

负责监督或实施的机构应与亲历者组织紧密合作，包括在制定实施目标和衡量用于监督实

施的指标方面进行合作。

3.5.2 制定规章和其它指导性文件

在许多国家，法律通常要求制定规章，以便于法律在实际操作中的有效应用与执行。规章通常由某个实施部门或组织发布，为如何在现实情境中解读并实施法律提供明确指导。尽管并非所有法律都需要配套相关的规章才能执行，但缺乏规章有可能会妨碍新法律的恰当实施。

规章的制定过程因国而异。理想情况下，为确保该过程的透明度和公众参与度，负责部门应首先公布规章草案，以征询公众意见，而且这些规章应与来自主要利益相关群体的专业人士（包括亲历者）共同制定。这将允许任何公众成员提出意见和修改建议。随后，负责部门将与所有利益相关群体开会商讨并收集反馈意见。在公众评议期结束后，负责部门将研究分析它们收到的反馈意见，必要时根据相关意见对草案做出修订。一旦完成修订，负责部门或行政机关将在官方公报上公布最终的规章。

此外，为专业人士提供正式指导（如行为准则），也是确保法律得以恰当实施的重要手段。此类指导性文件作为规章的补充，不仅可以重申法律所蕴涵的价值观和原则，阐释法律旨在实现的目标，而且还可以提供如何履行法律义务的具体实践指南。指导性文件包括最佳实践案例、判例法和其他提供更多信息和指导的资料。此类指导性文件还可以指导个人、服务提供者、家庭成员和其他人了解有精神健康状况和社会心理残障的人士的权利。

负责部门可以发布指导性文件或其他政策声明，以进一步阐明各机构该如何理解并实施现有的法律和规章。此类指导性文件还可以为地方政府和专业人员提供建议或推荐的行动方案。

所有规章、指导性文件和行为准则都应和法律文本保持一致。

3.5.3 公众教育和意识提升

普通公众、专业人员、亲历者以及代表其利益的倡导组织，通常对新立法所带来的改变不甚了解。即便了解得很清楚，他们可能仍旧对这些改变背后的理由抱持怀疑态度，并选择不遵从新立法行事。若是立法要求对精神卫生相关惯例做出重大改变，这种情况就会显得尤为突出。

有关精神健康状况和社会心理残障的污名、迷思和误解，可能会给基于权利的立法的实施带来困难。因此，改变公众态度，是法律实施的重要组成部分。普及精神健康相关信息，包括由新立法所确立的权利，有助于改变公众态度。公众意识提升项目需要向公众解释，为什么以人权为基础的做法如此重要，以及该做法如何适用于每个人，而不仅仅是那些有精神健康状况和社会心理残障的人士。在此过程中，媒体的作用不可或缺，媒体应当强调尊重亲历者人权的重要性，并协助教育公众，让公众了解到精神卫生照护和支持的新模式，特别是以社区为基础的模式的重要性。

创造让亲历者了解新立法或立法改革的机会，也非常重要。亲历者需要充分了解立法内容，并知道法律给他们赋予了哪些权利。虽然精神健康状况和社会心理残障人士的代表组织可能已经积极参与了整个立法过程，但不是所有亲历者都有机会参与其中，因此，即便是在法律通过后，也有必要让所有人了解立法相关内容。

此外，还可以为关键行动者（如医务人员和亲历者）制作一些简明扼要且易于阅读的资料。这些资料可以帮助阐释法律中较难理解的部分，并提供具体的解读指导。同时，还可以利用图表，更直观地展示包括申诉程序在内的不同流程。

所有公众教育和意识提升活动的策划和实施都需要有亲历者及其代表组织的参与。同时，还需要提供相应的预算支持。

3.5.4 针对精神卫生与社会照护体系、其他部门以及社区中的利益相关方的培训

确保医疗和其他专业人员对新立法有全面的理解，对于法律的有效实施来说，是至关重要的。即使起草过程十分严谨，法律中仍可能存在含糊不清的条款或未被充分理解的规定。培训和讨论有助于对各项条款进行深入探讨，帮助人们更清晰地理解其含义和潜在影响。

因此，为所有相关人员提供培训是十分必要的，包括卫生专家和工作人员、执法机关（警察和司法系统）、律师、社会工作者、教师以及人力资源管理人员。联合培训论坛（joint training forum），使来自卫生领域和非卫生领域的专业人员能够进行互动，从而更好地理解精神健康状况和社会心理残障人士的人权。针对卫生专家和工作人员开展有关法律能力和消除强制性做法等议题的培训，尤为重要。

以人权为基础的精神卫生模式应纳入学校的人权教育课程，同时也应成为高等教育和职业教育的核心必修内容，并纳入针对卫生和法律专业人士、警察和司法人员的旨在消除歧视和负面刻板印象的专项培训中。在有传统疗愈者和信仰组织参与提供医疗照护和支持服务的地方，针对他们的培训也同样重要。

3.5.5 资源分配

实施以人权为基础的立法的速度和效果，在很大程度上取决于是否有充足的财政支持。需要资金支持的活动包括：根据立法要求对精神卫生和社会服务机构进行改革；提供整体性的、以人权为基础的做法，以充分解决健康的社会决定因素；建立并运行监督机构；以及对专业人士和亲历者进行有关法律使用的培训。此外，推动从机构化精神卫生服务向以人人为中心、以权利为基础的社区服务转变的活动，也需要得到资金支持。在立法的起草、审查或通过阶段，就应该同步协商资金问题。

虽然将资金从机构转移到社区服务从长远看来是可行的，但这一过程需要时间。在机构的现有资源完全释放出来之前，必须确保有资金能够覆盖这两类服务的运营（33，95）。

充足的人力资源对于立法的实施尤为重要。卫生和社会照护部门的工作人员是提供有效的社区精神卫生照护和支持的关键。如果没有足够的工作人员或合适的培训，那么以人人为中心、以人权为基础的服务模式就无法成功实施。此外，应投入资金对所有参与法律实施的人员（如司法人员和警察）进行培训，以确保他们全面理解立法内容，以及他们在落实法律条款方面所扮演的角色和责任。

资源分配应考虑到不同群体的差异化需求，如妇女、儿童、年轻人和偏远地区的居民。确保权利主体参与预算决策，有助于将他们对所需服务和资源的想法纳入考量。

新立法的有效实施，通常需要增加对精神卫生和社会照护领域的资源分配。因此，有必要对用于精神卫生的任何新资金进行“专款专用”或加以保护，防止这些资金在从机构转移到社区服务的过程中被挪作他用。因此，需要对资源进行高效且有效的执行，并建立充分的透明、监督和问责机制。世界卫生组织的《社区精神卫生服务指南：促进以人为中心、基于权利的模式》（2021 年）提供了与财务相关的行动信息和指导（33）。

3.6 法律的评估

关于法律实施不力或成效甚微的抱怨屡见不鲜，然而政府在评估这些问题上的投入却很有限。目前开展的大部分活动都集中于监督机构或立法委员会的工作，主要聚焦于法律义务的遵守情况，或法律体系中的漏洞和矛盾。定期对新通过的或修正的精神卫生法律进行评估，以确认其是否有效实现了原有的目标和需求，这一点非常重要。

3.6.1 评估的重要性

无论是轶事性证据还是实证研究均表明，许多精神卫生相关法律都未实现预期的效果：社区服务和支持并未得到扩展；高质量精神卫生服务的可及性并未提升；强制性做法并未减少；精神健康状况和社会心理残障人士的权利和生活条件也未见改善。

对立法进行事后评估，有助于向议会、政府和社会反馈已通过的法律是否符合立法目的，是否实现了针对精神卫生和社会照护服务的预期改变，以及是否切实维护了精神健康状况和社会心理残障人士的权利和期望。虽然立法过程有助于识别法律实施中可能存在的潜在问题或可避免的不良后果，但事后评估能够识别并追踪法律中存在缺陷或运行失灵的条款，这些条款可能需要修改甚至废除（337）。此外，法律的有效实施可能还受到其他法律法规的阻碍，评估可以指出其中的冲突，从而通过与其他法律的协调来加以解决。此类评估还可以帮助政府决定是否需要制定新的法律法规，或对现有政策进行更新或修订。

3.6.2 系统性且定期的立法审查

立法评估的频率和方式取决于多种因素。立法应当进行定期审查，例如每隔 5 到 10 年进行一次；然而，如果现行法律在内容或实施方面存在问题，则应尽早启动审查。在一些国家，法律中设有“解决困难条款”（power to remove difficulties），允许在不经正式立法程序的情况下进行某些修改。例如，印度的《精神健康照护法》（Mental Healthcare Act）就规定：“如果在实施本法条款的过程中出现任何困难，中央政府可以发布命令，在不违背本法条款的前提下，做出某些对于解决该困难可能是必需或适当的规定，并在《官方公报》上进行发布。”（338）

国家法律也可能规定定期评估的法定程序。此类规定可以被写入法律中，以确保在固定期限后对精神卫生相关立法进行参与式评估（participative evaluation），评估过程应有精神健康状况和社会心理障碍人士组织的积极参与。根据《残疾人权利公约》第 33（2）条设立的国家监督机制也可以参与评估过程。

负责监督精神卫生立法的主管部门可以通过报告法律运行情况并提出适当的修改建议，为评估工作做出贡献。

3.6.3 评估标准和策略

对精神卫生立法进行全面评估时，可以从多个方面进行考察，包括但不限于：

影响（impact）：法律实施的结果和效果如何；

相关性（relevance）：法律是否回应了人们的需求；

有效性（effectiveness）：法律是否达成了既定目标；

效率（efficiency）：法律实施的成本与效益如何；

协调性（coherence）：法律与其他行动的协调程度；

公平性（equity）：法律是否减少或加剧了不平等；

参与（participation）：服务使用者和其他利益相关方的观点是否被听取并纳入考虑。

无论评估的范围大小，卫生和社会信息系统都是不可或缺的。全面的数据收集能够提供关于需求和结局、服务、是否符合质量和人权标准等方面的重要信息，并指导今后的改进和行动方向（33）。因此，有必要建立健全的结构性指标、过程性指标和结局性指标，用于追踪法律将来的实施进展情况（见第 2.7.4 节）。

定量和定性研究也可以用于评估“发生了什么”以及“为什么发生和如何发生的”，从而提供更全面的视角来判断立法目标是否实现。

用于评估基于权利的精神卫生立法的检查清单

作为法律协调工作的一部分，以下这张检查清单为评估精神卫生相关立法或草案是否符合国际人权义务提供了一种简便、直接且实用的方法。该清单旨在帮助利益相关方确定为了确保基于权利的立法所需解决的最重要事项。该清单的问题并非详尽无遗，填写时应参考本指南的主要内容。

清单使用五分制（1-5 分）来进行等级评估：

1. 未做到
2. 较差
3. 适中
4. 较好
5. 非常好

清单备注栏供使用者说明评分理由、提供更多信息或建议补救措施。鼓励不同国家和公民社会组织根据本国的情况和优先事项来改编该清单。

1. 立法模式

问题	评分（1-5）	备注
1. 立法是否促进精神卫生的跨部门方法？		
2. 立法是否挑战精神卫生相关的污名和歧视？		
3. 立法是否提高以人为中心、以权利为基础的高质量照护和支持的可及性？		
4. 立法是否促进向基于社区的精神卫生照护和支持转换？		
5. 立法是否确保尊重法律能力和知情同意并消除强制性做法？		
6.立法是否促进精神卫生服务使用者融入社区？		

7.立法是否确保精神卫生服务使用者切实参与精神卫生相关公共决策？		
8.立法是否确保精神卫生服务的问责？		



2. 立法内容

2.1 确保平等与非歧视

问题	评分（1-5）	备注
1. 立法是否禁止精神卫生照护方面的任何歧视，包括发生在精神卫生服务中的歧视？		
2. 立法是否确保精神卫生服务提供合理便利？		
3. 立法是否防止在从公共和私立医疗保险公司获得适当医保赔付时出现歧视？		
4. 立法是否禁止医疗保险公司基于既往的精神健康状况进行歧视？		
5. 立法是否废除与精神卫生和边缘群体相关的不当的、污名化的且过时的术语？		

6. 立法是否要求开展意识提升活动，以消除精神卫生相关污名和歧视？		
7. 立法是否赋予精神卫生服务使用者与一般卫生服务使用者相同的权利？		
8. 立法是否保障精神卫生服务使用者有权获取有关自身诊断和治疗的信息？		
9. 立法是否保障精神卫生服务使用者享有与其自身以及诊疗相关的信息的保密权？		
10. 立法是否保障精神卫生服务使用者在服务中享有隐私权？		

11. 立法是否保障精神卫生服务使用者有权与他们选择的任何人沟通？		
12. 立法是否保障精神卫生服务使用者以无障碍的方式获取有关其在精神卫生服务中所享有权利的信息？		
13. 立法是否保障提供安全、卫生且舒适的精神卫生服务？		
14. 立法是否保障残障者能够无障碍地使用相关设施、服务并获取信息？		

2.2 尊重人格和法律能力

问题	评分（1-5）	备注
1. 立法是否要求尊重和保护所有精神卫生服务使用者行使法律能力的权利，包括社会心理、智力和发育障碍人士？		
2. 立法是否废除授权限制法律能力和在精神卫生服务中实施替代性决策的法律条款？		
3. 立法是否为精神卫生服务使用者提供支持性决策？		
4. 立法是否包括保障措施，以确保尊重被支持者在行使法律能力方面的权利、意愿和偏好，并防止在支持性决策过程中发生滥用行为？		
5. 立法是否要求考虑到儿童在精神卫生相关决策方面不断发展的法律能力？		

2.3 知情同意与消除强制性做法

问题	评分（1-5）	备注
1.立法是否维护精神卫生服务中的自由知情同意权，从而确保所有支持和治疗都是基于自愿而提供的？		
2.立法是否根据儿童青少年的年龄和成熟情况，赋予其同意或拒绝治疗的权利？		
3.立法是否保障充分的自由知情同意，防止在使用特定干预措施（如处方精神药物和电休克疗法）时出现强制行为及潜在的滥用？		
4.立法是否禁止精神卫生服务中的任何强制性做法，包括隔离及物理和化学约束？		
5.立法是否禁止在没有知情同意的情况下，对有精神健康状况和社会心理残障的人进行医学或科学研究或实验？		

6.立法是否要求提供预立计划选项，并确保其在所有相关的精神卫生服务中的可及性？		
7.立法是否要求保障预立计划文件的约束力？		
8.立法是否为正在经历危机的人建立支持框架？		
9.立法是否要求提供基于社区的危机支持服务？		
10.立法是否要求资助非医疗的危机支持服务（如同伴支持服务、危机之家）？		

11.立法是否禁止社区中的所有强制性做法，包括社区治疗令和锁链？		
12.立法是否将自杀企图去罪化？		



2.4 获取高质量的精神卫生服务

问题	评分（1-5）	备注
1.立法是否规定了可执行的精神健康权？		
2.在服务覆盖和质量方面，立法是否将精神健康与躯体健康同等对待？		
3.立法是否将精神卫生覆盖纳入或扩展为国家实现全民健康覆盖的努力的一部分？		
4.立法是否建立了基于需求的服务分配标准？		

5.立法是否设立了专门用于精神卫生的资金，或在卫生预算中设定了渐进式目标，以增加精神卫生投入？		
6.立法是否有助于确保精神卫生服务回应性别需求？		
7.立法是否有助于确保精神卫生服务与年龄相适应？		
8.立法是否有助于确保精神卫生服务与文化相适应？		
9.立法是否关注边缘群体的权利和需求，包括经历系统性歧视的人？		

10.立法是否规定对医疗和社会照护提供者进行培训？		
----------------------------------	--	--



2.5 在社区中实施精神卫生服务

问题	评分（1-5）	备注
1.立法是否规定将精神卫生整合进初级医疗保健和综合性医院？		
2.立法是否改善初级保健层面精神卫生产品和服务的可得性？		
3.立法是否规定促进精神卫生服务向以社区为基础、以人为中心的方向转变？		
4.立法是否规定开发以权利为基础的社区服务，包括社区精神卫生中心、危机应对服务、社区外展服务等？		
5.立法是否规定开发同伴支持服务？		

6.立法是否允许建立由同伴领导和运营的服务，并与精神卫生服务同时运营？		
7.立法是否规定有明确行动计划的去机构化政策？		
8.立法是否规定将财政和人力资源从机构重新分配到社区服务？		
9.立法是否确保在紧急情况和人道主义情境下提供以社区为基础的精神卫生服务和支持？		
10.立法是否规定难民、寻求庇护者和移民有权获得与东道国公民同等的精神卫生照护？		

2.6 确保充分有效参与公共决策

问题	评分（1-5）	备注
1.立法是否确保精神健康状况和社会心理残障者及其代表组织平等且充分地参与精神卫生相关立法和政策的制定、实施和监督？		
2.立法是否为精神健康状况和社会心理残障者组织在精神卫生常设委员会、临时工作组或监督机构中分配了席位？		
3.立法是否规定了合适透明的机制和程序，让精神健康状况和社会心理残障者在各级政府不同部门的决策过程中都能参与意见咨询？		



2.7 确保问责制

问题	评分（1-5）	备注
1.立法是否承认信息请求权，或是查阅或获取公立精神卫生主管部门、机关或服务相关文件的复印件的权利？		
2.立法是否建立独立监督框架，以监测精神卫生服务使用者的权利情况？		
3.立法是否赋予精神卫生服务使用者就精神卫生照护的任何方面提出投诉和启动法律诉讼的权利？		
4.立法是否确保投诉裁决机构（如国家人权机构或法院）能够提供针对个体情况的救济措施，包括补偿和赔偿？		
5.关于职业责任的立法是否规定了有效的民事、行政或刑事处罚和赔偿？		

6.立法是否要求采用指标来衡量、评估和审查精神卫生系统的绩效和影响，以及在精神卫生领域实施人权的进展情况？		
---	--	--



2.8 整体性服务提供的跨部门改革

a) 促进社区融入

问题	评分（1-5）	备注
1.立法是否承认精神健康状况和社会心理残障者在社区中独立生活的权利？		
2.立法是否规定精神健康状况和社会心理残障者应当可以获得基于社区的服务和支持？		
3.立法是否确保精神卫生服务促进并支持服务使用者在社区中生活、工作并积极参与社区事务？		
4.立法是否促进精神卫生被整合进相关部门的政策和项目？		
5.立法是否为精神健康状况和社会心理残障者组织的建立和运作创造了支持性的法律框架？		

6.立法是否规定精神健康状况和社会心理残障者的家庭应当可以获得信息和服务？		
--	--	--



b) 获取司法公正

问题	评分（1-5）	备注
1.立法是否承认精神健康状况和社会心理残障者具有参与所有法律诉讼的完全能力？		
2.立法是否规定精神健康状况和社会心理残障者在所有法律诉讼中有权获得由个体自己所确定的程序性便利措施？		
3.立法是否确保在与其他人平等的基础上向精神健康状况和社会心理残障者提供实质性和程序性保障？		
4.立法是否确保在与基本权利相关的所有法律程序中向精神健康状况和社会心理残障者提供免费或可负担的法律援助？		
5.立法是否限制警方在危机情况下的介入，并在警方介入不可避免的情况下，确保该干预不带有歧视，并且不使用任何武力或强制？		

6.立法是否承认为有精神健康状况和社会心理残障的囚犯提供合理便利和支持的义务？		
7.立法是否规定对所有司法人员进行有关精神卫生的人权模式的培训？		



3. 起草和立法过程

问题	评分（1-5）	备注
1.起草和立法过程是否包括了所有主要利益相关方的积极参与，包括精神健康状况和社会心理残障者及其代表组织？		
2.参与起草过程的人员是否已获得相关信息和培训，理解国际法下的人权义务，包括《残疾人权利公约》所规定的义务？		
3.参与起草过程的人员是否充分了解本国情况，以及在落实基于权利的精神卫生应对措施方面所面临的阻碍？		
4. 是否已根据国际人权义务，对国家立法进行了严格且全面的审查？		
5. 在推动立法通过的过程中，是否已开展建立共识的工作，以纳入不同的观点，包括精神健康状况和社会心理残障人士的观点？		

6.是否已开展广泛、包容且无障碍的意见征询活动，以确保不同利益相关者（特别是精神健康状况和社会心理残障者）能够提出意见和建议？		
7.是否已开展意识提升活动，以确保公众支持？		



4. 实施与评估

问题	评分（1-5）	备注
1.是否已指定机构监督立法实施？		
2.是否已通过法规或其他指导性文件来指导立法实施？		
3.是否已开展意识提升活动，以确保利益相关方知晓并理解该立法？		
4.是否为所有参与立法实施的利益相关方提供了培训？		
5.是否为立法实施分配了尽可能多的财政资源？		

6.是否已开展立法实施情况的评估?		
-------------------	--	--



参考文献

1. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:846–61. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.007.
2. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Dainius Pūras, 28 March 2017 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
3. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, preamble, para. 5 (A/RES/61/106). New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, accessed 31 May 2023).
4. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, accessed 31 May 2023).
5. Human rights-based approach. In: United Nations Sustainable Development Group [website]. New York: United Nations Sustainable Development Group; n.d. (<https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>, accessed 31 May 2023).
6. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 12 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
7. Marginalized groups. In: Glossary & Thesaurus [website]. Vilnius: European Institute for Gender Equality; n.d. (<https://eige.europa.eu/thesaurus/terms/1280?lang=en>, accessed 31 May 2023).
8. Recovery and the right to health. WHO QualityRights core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, accessed 31 May 2023).
9. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities. Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).
10. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119>, accessed 31 May 2023).
11. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Good health and well-being; p 35. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-good-health.pdf>, accessed 31 May 2023).

12. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); para. 76. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022
(<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).
13. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; p. 27 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
14. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 29 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
15. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 27 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).
16. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Dainius Pūras, 28 March 2017; para. 8 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
17. Carr D. Mental health is political. In: Opinion Essay [website]. New York: New York Times; 2022 (<https://www.nytimes.com/2022/09/20/opinion/us-mental-health-politics.html>, accessed 31 May 2023).
18. Global mental health and human rights: history and the need for change. In: Special Rapporteur handover dialogues 2020–2021. Boston: HHR Journal; n.d. (<https://www.hhrjournal.org/special-rapporteur-handover-dialogues-2020-2021/>, accessed 31 May 2023).
19. Mental health atlas 2020; pp 37–45. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, accessed 31 May 2023).
20. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Dainius Pūras, 28 March 2017; paras. 18–20 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
21. Summary of the outcome of the consultation on ways to harmonize laws, policies and practices relating to mental health with the norms of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and on how to implement them. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2022 (<https://undocs.org/A/HRC/49/29>, accessed 31 May 2023).
22. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*. 2011;378:1664–75. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61458-X.
23. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, accessed 31 May 2023).
24. Statement by Mr. Gerard Quinn, United Nations Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities. Human Rights Council Intersessional one-day consultation on mental health and human rights (Human Rights Council Resolution 43/13). In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; n.d. (<https://www.ohchr.org/en/health/mental-health-and-human-rights>, accessed 31 May 2023).
25. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>, accessed 31 May 2023).
26. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: World Health Organization;

2005.

27. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). General comment no. 3: The nature of states parties' obligations (art. 2, para. 1, of the covenant) adopted at the fifth session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 14 December 1990 (contained in document e/1991/23). Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR); 1990 (<https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/e199123-committee-economic-social-and-cultural>, accessed 31 May 2023).
28. Resolution A/HRC/RES/43/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 19 June 2020. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/43/13>, accessed 31 May 2023).
29. Resolution A/HRC/RES/47/15. Accelerating efforts to eliminate all forms of violence against women and girls: preventing and responding to all forms of violence against women and girls with disabilities; adopted by the Human Rights Council on 13 July 2021; para. 8(g). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2021 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/47/15>, accessed 31 May 2023).
30. Resolution A/HRC/32/18, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 1 July 2016. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>, accessed 31 May 2023).
31. Resolution A/HRC/RES/36/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 28 September, 2017. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/36/13>, accessed 31 May 2023).
32. QualityRights materials for training, guidance and transformation. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>, accessed 31 May 2023).
33. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>, accessed 13 November 2022).
34. Call for inputs: draft guidance on Mental Health, Human Rights, and Legislation published jointly by WHO and OHCHR. In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; n.d. (<https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/calls-input/draft-guidance-mental-health-human-rights-legislation-who-ohchr>, accessed 31 May 2023).
35. Corstens D. The Maastricht approach: social and personal perspectives on hearing voices. In: Parker I, Schnackenberg J, Hopfenbeck M, editors. The practical handbook of hearing voices: therapeutic and creative approaches. Monmouth: PCCS Books; 2021:13–23.
36. Jarrett C. The helpful delusion. Evidence is growing that mental illness is more than dysfunction, with enormous implications for treatment. In: aeon [website]. Melbourne: aeon; 2022 (<https://aeon.co/essays/evidence-grows-that-mental-illness-is-more-than-dysfunction>, accessed 31 May 2023).
37. Mead S. Crisis as an opportunity for growth and change. In: Intentional Peer Support [website]. Chesterfield: Intentional Peer Support n.d. (<https://www.intentionalpeersupport.org/articles/?v=b8a74b2fbcbb>, accessed 31 May 2023).
38. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2010;71:517–28. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027.
39. Hert MDE, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World*

- Psychiatry. 2011;10:52–77. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x.
40. Special initiative for mental health (2019–2023): universal health coverage for mental health. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>, accessed 31 May 2023).
 41. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2016;94:340–50F. doi: 10.2471/BLT.15.163295.
 42. Roberts B, Browne J. A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. *Glob Public Health*. 2011;6:814–29. doi: 10.1080/17441692.2010.511625.
 43. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:415–24. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4.
 44. McDaid D, Park AL, Wahlbeck K. The economic case for the prevention of mental illness. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:373–89. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040617-013629.
 45. Mental health atlas 2020; p 54. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, accessed 31 May 2023).
 46. Lovett A, Kwon HR, Kidia K, Machando D, Crooks M, Fricchione G et al. Mental health of people detained within the justice system in Africa: systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2019;13:31. doi: 10.1186/s13033-019-0273-z.
 47. Prins SJ. Prevalence of mental illnesses in US State prisons: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2014;65:862–72. doi: 10.1176/appi.ps.201300166.
 48. Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, Lisako E et al. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: an umbrella review. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:528–41. doi: 10.1177/0020764020924689.
 49. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Mc Lean R et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2019;17:25. doi: 10.1186/s12916-019-1256-2.
 50. Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Brussels: Mental Health Europe; 2017 (<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, accessed 31 May 2023).
 51. Glerup CS, Østergaard SD, Hjuler RS. Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry – a systematic review. *Acta Neuropsychiatr*. 2019;31:237–45. doi: 10.1017/neu.2019.22.
 52. Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open*. 2016;6:e010188. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010188.
 53. Shen GC, Eaton J, Snowden LR. Mainstreaming mental health care in 42 countries. *Health Syst Reform*. 2017;3:313–24. doi: 10.1080/23288604.2017.1356424.
 54. Living in chains. Shackling of people with psychosocial disabilities worldwide. New York: Human Rights Watch; 2020 (https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_1.pdf, accessed 31 May 2023).
 55. Gender and mental health. Geneva: World Health Organization; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68884>, accessed 31 May 2023).
 56. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med*. 2015;45:875–86. doi: 10.1017/S0033291714001962.
 57. Practices of so-called “conversion therapy”. Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Victor Madrigal-Borloz, 1 May 2020

(A/HRC/44/53)

58. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/44/53>, accessed 31 May 2023).
59. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development [published correction appears in *Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1518]. *Lancet*. 2018;392:1553–98. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.
60. Noble P. Mental health services and legislation – an historical review. *Med Sci Law*. 1981;21:16–24. doi: 10.1177/002580248102100105.
61. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; p 23. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
62. Ndeti DM, Muthike J, Nandoya ES. Kenya’s mental health law. *BJPsych Int*. 2017;14:96–7. doi: 10.1192/s2056474000002117.
63. Perlin ML. The use of mental disability law to suppress political dissent. In: *International human rights and mental disability law: when the silenced are heard*. Oxford: Oxford University Press; 2011:59–80.
64. *Ilseher v. Germany* [GC], 2018; §127. European Court of Human Rights.
65. *Stanev v. Bulgaria* [GC], 2012; §145. European Court of Human Rights.
66. *D.D. v. Lithuania*, 2012; §156. European Court of Human Rights.
67. *Kallweit v. Germany*, 2011; §45. European Court of Human Rights.
68. *Shtukaturv v. Russia*, 2008; §114. European Court of Human Rights.
69. *Varbanov v. Bulgaria*, 2000; §45. European Court of Human Rights.
70. *Winterwerp v. Netherlands* 6301/73 [1979]; §39. European Commission of Human Rights 4.
71. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, adopted by General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991. New York: United Nations; 1991 (<https://digitallibrary.un.org/record/162032?ln=en>, accessed 31 May 2023).
72. Legge 23 Dicembre 1978; n. 833 ‘Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale’ [act number 833 of 23 December 1978 ‘Establishment of the National Health Service’]. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica*; 28 Dicembre 1978, n. 360. Rome; 1978 (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/12/28/360/so/0/sg/pdf>, accessed 31 May 2023).
73. The Caracas Declaration. Adopted on 14 November 1990 by the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America; convened in Caracas, Venezuela. Caracas: Pan American Health Organization/World Health Organization; 1990. 73. Lei nº. 10.216 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona modelo assistencial em saúde mental (act no. 10,216 – provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirects the mental health care model). Brasília: Presidency of the Republic; 2001 (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm, accessed 31 May 2023).
74. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley nº 26.657 y su decreto reglamentario nº 603/13. In: Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2010 (<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decreto-reglamentario-6032013>, accessed 31 May 2023).
75. Ley de Salud Mental (2017). Ley nº 19529. Montevideo: Ministry of Public Health/Secretary-General Directorate; 2017 (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>, accessed 31 May 2023).
76. Ley de Salud Mental (2019). Ley nº 30947. Lima: El Congreso de la República; 2019 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>, accessed 31 May 2023).

77. Ley N° 21331 (2021), Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Santiago: Ministerio de Salud; 2021 (<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>, accessed 31 May 2023).
78. Mental health atlas 2020; p 37. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, accessed 31 May 2023).
79. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Argentina (CRPD/C/ARG/CO/2–3); 24 March 2023; paras. 29–31. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2023.
80. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Peru (CRPD/C/PER/CO/2–3); 24 March 2023; paras. 28–29. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2023 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FPER%2FCO%2F2-3&Lang=en, accessed 31 May 2023).
81. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea (CRPD/C/KOR/CO/1); 29 October 2014; paras. 31–32. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/KOR/CO/1>, accessed 31 May 2023).
82. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of India (CRPD/C/IND/CO/1); 29 October 2019; paras. 27, 30–31. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2019 (<https://undocs.org/CRPD/C/IND/CO/1>, accessed 31 May 2023).
83. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of the Philippines (CRPD/C/PHL/CO/1); 16 October 2018; paras. 28–29. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/PHL/CO/1>, accessed 31 May 2023).
84. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; pp 70–113. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
85. Kay W. Mental health law: abolish or reform? Oxford: Oxford University Press; 2021.
86. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 15 April 2020 (A/HRC/44/48). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/44/48>, accessed 31 May 2023).
87. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; p 104. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
88. Szmukler G. Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry*. 2015;14:259–61. doi: 10.1002/wps.20264.
89. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018 (https://socialequity.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf, accessed 31 May 2023).
90. Arboleda-Flóres J. Psychiatry and the law – do the fields agree in their views on coercive treatment? In: Kallert TW, Mezzich E, Monahan J, editors. *Coercive treatment in psychiatry: clinical, legal and ethical aspects*; first edition. Hoboken: Wiley; 2011:83.
91. Wasserman D, Apter G, Baeken C, Bailey S, Balazs J, Bec C et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: state of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *Eur Psychiatry*. 2020;63:e82. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.79.
92. Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*.

- 2019;6:403–17. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30090-2.
93. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28:605–12. doi: 10.1017/S2045796019000350.
 94. Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*. 2013;13:169. doi: 10.1186/1471-244X-13-169.
 95. Knapp M, Cyhlarova E, Comas-Herrera A, Lorenz-Dant K. Crystallising the case for deinstitutionalisation: COVID-19 and the experiences of persons with disabilities. London: LSE, Care Policy and Evaluation Centre; 2021 (<https://www.lse.ac.uk/cpec/research/COVIDdeinstitutionalisation>, accessed 31 May 2023).
 96. Hellum Braathen S, Rohleder P, Azalde G. Literature review: sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities. Trondheim: SINTEF Technology and Society Department of Health; 2017 (<https://www.sintef.no/en/projects/2017/literature-review-sexual-and-reproductive-health-a/>, accessed 31 May 2023).
 97. Noroozi M, Singh I, Fazel M. Evaluation of the minimum age for consent to mental health treatment with the minimum age of criminal responsibility in children and adolescents: a global comparison. *Evid Based Ment Health*. 2018;21:82–6. doi: 10.1136/ebmental-2018-300032.
 98. Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal; 2018 (https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Livro_Relatorio_espanhol_web.pdf, accessed 31 May 2023).
 99. Miller PS, Levine RL. Avoiding genetic genocide: understanding good intentions and eugenics in the complex dialogue between the medical and disability communities. *Genet Med*. 2013;15:95–102. doi: 10.1038/gim.2012.102.
 100. Zuber AL. Implications for healing, transformation and prosperity: historical and cultural trauma and people with intellectual and developmental disabilities. Minnesota: University of Minnesota Digital Conservancy; 2018 (<https://hdl.handle.net/11299/201570>, accessed 31 May 2023).
 101. Sugiura K, Mahomed F, Saxena S, Patel V. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2020;98:52–8. doi: 10.2471/BLT.19.234906.
 102. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. General Comment no. 2 (2008). CAT/C/G/2; 24 January 2008. Geneva: Committee Against Torture; 2008 (<https://undocs.org/CAT/C/GC/2>, accessed 31 May 2023).
 103. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. Information on Special Procedures of the Human Rights Council [website]. n.d. (<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/Introduction.aspx>, accessed 31 May 2023).
 104. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013, para. 89(b) (A/HRC/22/53). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/22/53>, accessed 31 May 2023).
 105. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Nils Melzer, 20 March 2020; para. 37 (A/HRC/43/49). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/43/49>, accessed 31 May 2023).
 106. Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry*. 2019;18:43–4. doi: 10.1002/wps.20600.
 107. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:400. doi: 10.3389/fpsy.2019.00400.
 108. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J et al. A systematic review of the

- safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2006;3:8–18. doi: 10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x.
109. Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS One.* 2016;11:e0156322. doi: 10.1371/journal.pone.0156322.
 110. Ribeiro J, Franklin J, Fox KR, Bentley K, Kleiman EM, Chang B et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med.* 2016;46:225–36. doi: 10.1017/S0033291715001804.
 111. Handley T, Rich J, Davies K, Lewin T, Kelly B. The challenges of predicting suicidal thoughts and behaviours in a sample of rural Australians with depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:928. doi: 10.3390/ijerph15050928.
 112. Large MM. The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018;20:197–205. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge.
 113. Halle C, Tzani-Pepelasi C, Pylarinou N, Fumagalli A. The link between mental health, crime and violence. *New Ideas Psychol.* 2020;58:1–8. doi: 10.1016/J.NEUIDEAPSYCH.2020.100779.
 114. Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, Gupta R, Deb KS. Violence and mental illness: what is the true story? *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:223–5. doi: 10.1136/jech-2015-205546.
 115. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA, Kéri P, McGorry P, Thornicroft G et al. Violence and schizophrenia: who is the perpetrator and who is the victim? In: *World Psychiatry.* 2023 (https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/193273821/Fusar_Poli_Violence_and_schizophrenia.pdf, accessed 31 May 2023).
 116. Wynn R. Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006;10:247–51. doi: 10.1080/13651500600650026.
 117. Rugkåsa J. Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *Can J Psychiatry.* 2016;61:15–24. doi: 10.1177/0706743715620415.
 118. Watts J, Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics.* 2002;16:439–54. doi: 10.1111/1467-8519.00301.
 119. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res.* 2006;16:214–28. doi: 10.1080/10503300500268490.
 120. Nationaler Vergleichsbericht 2018. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; 2019 (https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy_EP_Nationaler-Vergleichsbericht_2018.pdf, accessed 31 May 2023).
 121. Beavan V, de Jager A, dos Santos B. Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. *Psychosis.* 2017;9:57–66. doi: 10.1080/17522439.2016.1216583.
 122. The Universal Declaration of Human Rights (Resolution 217A (III)), 10 December 1948. New York: United Nations, General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, accessed 31 May 2023).
 123. International Covenant on Civil and Political Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>, accessed 31 May 2023).

124. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, accessed 31 May 2023).
125. Human rights bodies. In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights n.d. (<https://www.ohchr.org/en/hrbodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>, accessed 31 May 2023).
126. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1946 (<https://www.who.int/about/governance/constitution>, accessed 31 May 2023).
127. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Dainius Pūras, 28 March 2017; para. 6 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
128. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment n°14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (art. 12); para. 12 (E/C.12/2000/4); 25 April–12 May 2000. Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, accessed 31 May 2023).
129. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights; para. 22 (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, accessed 31 May 2023).
130. Degener T. Disability in a human rights context. *Laws*. 2016;5:35. doi: 10.3390/laws5030035.
131. Beresford P, Perring R, Nettle M, Wallcraft J. From mental illness to a social model of madness and distress. London: Shaping Our Lives; 2016 (<https://shapingourlives.org.uk/report/from-mental-illness-to-a-social-model-of-madness-and-distress/>, accessed 31 May 2023).
132. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and non-discrimination; para. 8 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).
133. Discussion paper. A rights-based approach to disability in the context of mental health; p 13. New York: United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2021 (<https://www.unicef.org/documents/rights-based-approach-disability-context-mental-health>, accessed 31 May 2023).
134. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and non-discrimination; para. 11 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).
135. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 20 December 2016 (A/HRC/34/58). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/en/A/HRC/34/58>, accessed 5 September 2020).
136. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) General Comment No. 3: The Nature of States Parties’ Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant) Adopted at the Fifth Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 14 December 1990 (Contained in Document E/1991/23). Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR); 1990 (<https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/e199123-committee-economic-social-and-cultural>, accessed 31 May 2023).
137. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), article 12: Equal recognition before the law; para. 15 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

138. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).
139. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 17 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
140. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2015 (www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc, accessed 31 May 2023).
141. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 11 January 2019 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 31 May 2023).
142. United Nations basic principles and guidelines on remedies and procedures on the right of anyone deprived of their liberty to bring proceedings before a court. Report of the Working Group on Arbitrary Detention; 6 July 2015 (A/HRC/30/37). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2015 (<https://undocs.org/en/A/HRC/30/37>, accessed 31 May 2023).
143. Women deprived of liberty. Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice, 15 May 2019 (A/HRC/41/33). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/41/33>, accessed 31 May 2023).
144. Reform of mental health services: an urgent need and a human rights imperative. In: Council of Europe [website]. Strasbourg: Council of Europe; 2021 (<https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/reform-of-mental-health-services-an-urgent-need-and-a-human-rights-imperative>, accessed 31 May 2023).
145. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Recommendation 2158 (2019). Strasbourg: Parliamentary Assembly; 2019 (http://www.europeanrights.eu/public/atti/COE_2158_Recommandations_ENG.pdf, accessed 31 May 2023).
146. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Resolution 2291. Brussels: Parliamentary Assembly. Council of Europe; 2019 (<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038>, accessed 31 May 2023).
147. International Covenant on Civil and Political Rights. General comment n°35: Article 9 (liberty and security of person) (CCPR/C/GC/35); 7–31 October 2014. Geneva: Human Rights Committee; 2014 (<https://undocs.org/CCPR/C/GC/35>, accessed 31 May 2023).
148. Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent; 26 January 2016 (CAT/OP/27/2). Geneva: Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; 2016 (<https://undocs.org/en/CAT/OP/27/2>, accessed 31 May 2023).
149. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
150. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, para. 42 (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
151. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2013

- (<https://undocs.org/A/HRC/22/53>, accessed 31 May 2023).
152. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Nils Melzer, 20 March 2020 (A/HRC/43/49). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/43/49>, accessed 31 May 2023).
 153. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°5 (2017) on living independently and being included in the community; para. 8 (CRPD/C/GC/5). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, accessed 31 May 2023).
 154. Appelbaum PS. Civil mental health law: its history and its future. *Mental and Physical Disability Law Reporter*. 1996;20:599–604. (<http://www.jstor.org/stable/20784735>, accessed 31 May 2023).
 155. Warburton K, Stahl SM. Balancing the pendulum: rethinking the role of institutionalization in the treatment of serious mental illness. *CNS Spectr*. 2020;25:115–8. doi: 10.1017/S1092852920000176.
 156. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°5 (2017) on living independently and being included in the community; para. 58 (CRPD/C/GC/5). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, accessed 31 May 2023).
 157. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). Article 3(c): General principles. New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-3-general-principles.html>, accessed 31 May 2023).
 158. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Foundations. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-foundations.pdf>, accessed 31 May 2023).
 159. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations, in the implementation and monitoring of the Convention; para. 44 (CRPD/C/GC/7); 27 August–21 September 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/7>, accessed 31 May 2023).
 160. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights; para. 44 (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, accessed 31 May 2023).
 161. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°5 (2017) on living independently and being included in the community (CRPD/C/GC/5). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, accessed 31 May 2023).
 162. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Foundations; p 45. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-foundations.pdf>, accessed 31 May 2023).
 163. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Foundations; p 44. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-foundations.pdf>, accessed 31 May 2023).
 164. DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, 15 May 2022. Mexico City: The Secretary of the Interior; 2022 (https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0, accessed 31 May 2023).
 165. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights; para. 9 (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>,

- accessed 31 May 2023).
166. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and non-discrimination; paras. 23–27 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).
 167. Mental Health Act. Republic Act No. 11036, Article 4 (e). Manila: Republic of the Philippines; 2017 (https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2018/ra_11036_2018.html accessed 31 May 2023).
 168. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and non-discrimination; para. 48 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).
 169. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and non-discrimination; para. 50 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).
 170. Rights of Persons with Disabilities Act 2015 (P.L. 2015–51) [26 MIRC], §1117. Majuro: Nitijeļā of the Republic of the Marshall Islands; 2015 (https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/12/Marshall-islands_Rights-of-Persons-with-disabilities-Act-2015.pdf, accessed 31 May 2023).
 171. Appelbaum PS, Parks J. Holding insurers accountable for parity in coverage of mental health treatment. *Psychiatr Serv.* 2020;71:202–4. doi: 10.1176/appi.ps.201900513.
 172. Affording protection: mental health and insurance. Research Report. London: Mental Health UK; 2020 (<https://mhukcdn.s3.eu-west-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2020/07/29173911/Affording-protection-mental-health-and-insurance.pdf>, accessed 31 May 2023).
 173. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment n°14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (art. 12); para. 19 (E/C.12/2000/4); 25 April–12 May 2000. Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, accessed 31 May 2023).
 174. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Awareness-raising under Article 8 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 17 December 2019; para. 55 A/HRC/43/27. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/43/27>, accessed 31 May 2023).
 175. Kvaale EP, Gottdiener WH, Haslam N. Biogenetic explanations and stigma: a meta-analytic review of associations among laypeople. *Soc Sci Med.* 2013;96:95–103. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.07.017.
 176. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry.* 2010;167:1321–30. doi: 0.1176/appi.ajp.2010.09121743.
 177. Virginia Legislative Senate: Bill 953. New York State Assembly; A03887 memo; Florida session: Bill 7030; State of New Jersey: Bill A4500/4446. Albany: New York State Assembly; 2021 (https://nyassembly.gov/leg/?default_fld=&leg_video=&bn=A08320&term=2021&Text=Y, accessed 31 May 2023).
 178. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *San Mateo: Annual Review of Sociology;* 2001:27 (<http://www.jstor.org/stable/2678626>, accessed 31 May 2023).
 179. Suite DH, La Bril R, Primm A, Harrison-Ross P. Beyond misdiagnosis, misunderstanding and mistrust: relevance of the historical perspective in the medical and mental health treatment of people of color. *J Natl Med Assoc.* 2007;99:879–85. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2574307/>, accessed 31 May 2023).

180. Bhui K, Bhugra D, Goldberg D, Dunn G, Desai M. Cultural influences on the prevalence of common mental disorder, general practitioners' assessments and help-seeking among Punjabi and English people visiting their general practitioner. *Psychol Med.* 2001;31:815–25. doi: 10.1017/s0033291701003853.
181. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 28 March 2017; para. 18. (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
182. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 28 March 2017; para. 48 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
183. Thompson S. The diagnosis debate. *Lancet Psychiatry.* 2014;1:498–9. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00065-0.
184. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 6 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).
185. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 8.3 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).
186. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 9.1 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).
187. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 9.2 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).
188. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 40.2 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).
189. Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment; Manfred Nowak, 28 July 2008; para. 52 (A/63/175). New York: General Assembly; 2008 (<https://undocs.org/A/63/175>, accessed 31 May 2023).
190. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>, accessed 31 May 2023).
191. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities, annex 4. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>, accessed 31 May 2023).
192. Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, accessed 31 May 2023).
193. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 7 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
194. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 38 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).
195. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights specialized training. Course slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, accessed 31 May 2023).
196. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 40 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).

197. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 27 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
198. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 28 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
199. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 41 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).
200. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 29(e) (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
201. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 45 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).
202. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 29(h) (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
203. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 29(g) (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
204. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, para. 22 (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
205. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
206. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); para. 55. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).
207. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 36 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
208. Convention on the Rights of the Child. General comment n°14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1); para. 31 (CRC/C/GC/14); 14 January–1 February 2013. Geneva: Committee on the Rights of the Child; 2013 (<https://undocs.org/CRC/C/GC/14>, accessed 31 May 2023).
209. Convention on the Rights of the Child. General comment n°15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24); para. 21 (CRC/C/GC/15); 14 January–1 February 2013. Geneva: Committee on the Rights of the Child; 2013 (<https://undocs.org/CRC/C/GC/15>, accessed 31 May 2023).
210. Convention on the Rights of the Child. General comment n°15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24); para. 31 (CRC/C/GC/15); 14 January–1

- February 2013. Geneva: Committee on the Rights of the Child; 2013 (<https://undocs.org/CRC/C/GC/15>, accessed 31 May 2023).
211. Convention on the Rights of the Child. General comment n°20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence; para. 39 (CRC/C/GC/20). Geneva: Committee on the Rights of the Child; 2016 (<https://undocs.org/CRC/C/GC/20>, accessed 31 May 2023).
 212. Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights core training: mental health and social services. Course guide; p. 24. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>, accessed 31 May 2023).
 213. Implementing alternatives to coercion: a key component of improving mental health care. Geneva: World Psychiatric Association; 2020 (https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_ed1963c044844a329a425645a6d19fc5.pdf, accessed 31 May 2023).
 214. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 10 April 2018, para. 25 (A/HRC/38/36). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2018 (<https://undocs.org/en/A/HRC/38/36>, accessed 31 May 2023).
 215. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). Article 25(d): Health. New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-25-health.html>, accessed 31 May 2023).
 216. Lin YK, Liu KT, Chen CW, al. e. How to effectively obtain informed consent in trauma patients: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2019;20:8. doi: 10.1186/s12910-019-0347-0.
 217. Warren JB. The trouble with antidepressants: why the evidence overplays benefits and underplays risks – an essay by John B Warren. *BMJ*. 2020;370:m3200. doi: 10.1136/bmj.m3200.
 218. Murray RM. Mistakes I have made in my research career. *Schizophr Bull*. 2017;43:253-6. doi: 10.1093/schbul/sbw165.
 219. Read J, Cunliffe S, Jauhar S, McLoughlin DM. Should we stop using electroconvulsive therapy? *BMJ*. 2019;9:k5233. doi: 10.1136/bmj.k5233.
 220. Breggin PR. Electroshock: scientific, ethical, and political issues. *Int J Risk Saf Med*. 1998;11:5. (http://www.ectresources.org/ECTscience/Breggin_1998_ECT__Overview.pdf, accessed 31 May 2023).
 221. Read J, Harrop C, Geekie J, Renton J, Cunliffe S. A second independent audit of electroconvulsive therapy in England, 2019: usage, demographics, consent, and adherence to guidelines and legislation. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2021;94:603–19. doi: 10.1111/papt.12335.
 222. Gazdag G, Takács R, Ungvari GS, Sienaert P. The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the European Union. *J ECT*. 2012;28:4–6. doi: 10.1097/YCT.0b013e318223c63c.
 223. Sackeim H, Prudic J, Fuller R, Keilp J, Lavori PW, Olfson M. The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacol*. 2007;32:244–54. doi: 10.1038/sj.npp.1301180.
 224. Regulatory update to thymatron system IV instruction manual. *Somatics*; 2018 (http://www.thymatron.com/downloads/System_IV_Regulatory_Update.pdf, accessed 31 May 2023).
 225. Faria MA. Violence, mental illness, and the brain – a brief history of psychosurgery: part 1 – from trephination to lobotomy. *Surg Neurol Int*. 2013;4:49. doi: 10.4103/2152-7806.110146.
 226. Chandler JA, Cabrera LY, Doshi P, Fecteau S, Fins JJ, Guinjoan S et al. International legal approaches to neurosurgery for psychiatric disorders. *Front Hum Neurosci*. 2021;14:588458. doi: 10.3389/fnhum.2020.588458.
 227. International Covenant on Civil and Political Rights. General comment n°20: Article 7 (prohibition of torture, or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment); para. 3. Geneva: Human Rights Committee; 1992 (<https://www.refworld.org/docid/453883fb0.html>, accessed 31 May 2023).

228. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment n°14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (art. 12); para. 8 (E/C.12/2000/4); 25 April–12 May 2000. Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, accessed 31 May 2023).
229. German Civil Code (Federal Law Gazette [Bundesgesetzblatt] I page 42, 2909; 2003 I page 738), amended 2021; section 1901a. Berlin: Federal Republic of Germany; 2002 (https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/englisch_bgb.html, accessed 31 May 2023).
230. Standing H, Lawlor R. Ulysses contracts in psychiatric care: helping patients to protect themselves from spiralling. *J Med Ethics*. 2019;45:693–9. doi: 10.1136/medethics-2019-105511.
231. Gergel T, Das P, Owen G, Stephenson L. Reasons for endorsing or rejecting self-binding directives in bipolar disorder: a qualitative study of survey responses from UK service users. *Lancet Psychiatry*. 2016;8:599–609. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00115-2.
232. Roennfeldt H, Wyder M, Byrne L, Hill N, Randall R, Hamilton B. Subjective experiences of mental health crisis care in emergency departments: a narrative review of the qualitative literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:9650. doi: 10.3390/ijerph18189650.
233. Harris B, Beurmann R, Fagien S, Shattell MM. Patients’ experiences of psychiatric care in emergency departments: a secondary analysis. *Int Emerg Nurs*. 2016;26:14-9. doi: 10.1016/j.ienj.2015.09.004.
234. Stastny P, Lovell AM, Hannah J, Goulart D, Vasquez A, O’Callaghan S et al. Crisis response as a human rights flashpoint: critical elements of community support for individuals experiencing significant emotional distress. *Health Hum Rights*. 2020;22:105–19. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348421/>, accessed 31 May 2023).
235. Minkowitz T. Reimagining crisis support: matrix, roadmap and policy. New York: Lilith’s Warrior Press; 2021.
236. Ennis E, Walker E. Experiences of a community crisis intervention service. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43:96–102. doi: 10.1080/01612840.2021.1953650.
237. Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing “coercion” in mental health services: an international scoping review of English language studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142:27–39. doi: 10.1111/acps.13152.
238. Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37:245–52. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.11.024.
239. Zinkler M, Von Peter S. End coercion in mental health services – toward a system based on support only. *Laws*. 2019;8:19. doi: 10.3390/laws8030019.
240. Simon J, Mayer S, Łaszewska A, Rugkåsa J, Yeeles K, Burns T et al. Cost and quality-of-life impacts of community treatment orders (CTOs) for patients with psychosis: economic evaluation of the OCTET trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56:85–95. doi: 10.1007/s00127-020-01919-4.
241. Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida J, Eaton J, Gureje O et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. *Br J Psychiatry*. 2020;1–11. doi: 10.1192/bjp.2020.144.
242. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar. Visit to France; 8 January 2019; para. 65 (A/HRC/40/54/add.1). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/A/HRC/40/54/ADD.1>, accessed 31 May 2023).
243. Moritz S, Gawęda Ł, Heinz A, Gallinat J. Four reasons why early detection centers for psychosis should be renamed and their treatment targets reconsidered: we should not catastrophize a future we can neither reliably predict nor change. *Psychol Med*. 2019;49:2134–40. doi: 10.1017/S0033291719001740.

244. Parker I, Schnackenberg J, Hopfenbeck M. The practical handbook of hearing voices: therapeutic and creative approaches. Monmouth: PCCS Books; 2021.
245. Implementing alternatives to coercion in mental health care. Discussion paper from the WPA Taskforce. Geneva: World Psychiatric Association; 2020 (https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_3702b1a4202c458b85451e6d74075cbc.pdf, accessed 31 May 2023).
246. Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights specialized training. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>, accessed 31 May 2023).
247. Newton-Howes G, Savage M, Arnold R, Hasegawa T, Staggs V, Kisely S. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e190. doi: 10.1017/S2045796020001031.
248. Rose D, Perry E, Rae S, Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych Int*. 2017;14:59–61. doi: 10.1192/s2056474000001914.
249. The Mental Healthcare Act, 2017. Law no 10 of 2017, 7 April 2017; provision 95(d). New Delhi: Ministry of Law and Justice; 2017 (<https://www.indiacode.nic.in/bitstream/123456789/2249/1/A2017-10.pdf>, accessed 31 May 2023).
250. Undang-undang Republik Indonesia, nomor 18 Tahun 2014, tentang, Kesehatan Jiwa [act (bill) of the Republic of Indonesia, no 18, 2014, regarding mental health], Article 86. Jakarta: President of the Republic of Indonesia; 2014 (<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>, accessed 31 May 2023).
251. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, accessed 31 May 2023).
252. International Covenant on Civil and Political Rights. General comment n°36, Article 6: Right to life, para. 9 (CCPR/C/GC/36); 3 September 2019. Geneva: Human Rights Committee; 2019 (<https://undocs.org/CCPR/C/GC/36>, accessed 31 May 2023).
253. Major changes to suicide prevention needed, with rights-based approach to make life “more liveable” – UN expert. In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2019 (<https://www.ohchr.org/en/press-releases/2019/10/major-changes-suicide-prevention-needed-rights-based-approach-make-life-more>, accessed 31 May 2023).
254. Preventing suicide: a global imperative; p. 51. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>, accessed 31 May 2023).
255. Decriminalising suicide: saving lives, reducing stigma. London: United for Global Mental Health; 2021(<https://unitedgmh.org/knowledge-hub/decriminalising-suicide-saving-lives-reducing-stigma-latest-report/#:~:text=WHY%20DOES%20DECRIMINALISING%20SUICIDE%20MATTER,suicide%2C%20suc h%20as%20 pesticide%20control>, accessed 31 May 2023).
256. Wu KC-C, Cai Z, Chang Q, al e. Criminalisation of suicide and suicide rates: an ecological study of 171 countries in the world. *BMJ Open*. 2022;12:e049425. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049425.
257. Mental health: achieving ‘parity of esteem’. In: UK Parliament, House of Commons Library [website]. London: UK Parliament, House of Commons Library; 2020 (<https://commonslibrary.parliament.uk/mental-health-achieving-parity-of-esteem/>, accessed 31 May 2023).
258. Mental health parity. In: NAMI, National Alliance on Mental Illness [website]. Arlington: NAMI, National Alliance on Mental Illness; n.d. (<https://www.nami.org/Advocacy/Policy-Priorities/Improving-Health/Mental-Health-Parity>, accessed 31 May 2023).
259. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley n° 26.657 y su decreto reglamentario n° 603/13; Article 32. In:

- Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2010 (<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decreto-reglamentario-6032013>, accessed 31 May 2023).
260. Ley de Protección de la Salud Mental. Ley n.º 314, Article 21. Panama City: National Assembly of Panama; 2021 (<https://alamocpanama2016.bravesites.com/ley-314-conceptos>, accessed 31 May 2023).
 261. Mental health act. Act no 846; 31 May 2012, Article 88. Accra: Republic of Ghana; 2012 (<https://www.moh.gov.gh/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Act-846-2012.pdf>, accessed 31 May 2023).
 262. Clarke D, Rajan D, Schmets G. Creating a supportive legal environment for universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2016;94:482. doi: 10.2471/BLT.16.173591.
 263. Judd F, Armstrong S, Kulkarni J. Gender-sensitive mental health care. *Australas Psychiatry.* 2009;17:105–11. doi: 10.1080/10398560802596108.
 264. Chalmers KJ, Bond KS, Jorm AF, Kelly CM, Kitchener BA, Williams-Tchen A. Providing culturally appropriate mental health first aid to an Aboriginal or Torres Strait Islander adolescent: development of expert consensus guidelines. *Int J Ment Health Syst.* 2014;8:6. doi: 10.1186/1752-4458-8-6.
 265. United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples (Resolution A/RES/61/295); 2 October 2007. New York: United Nations, General Assembly; 2007 (<https://www.refworld.org/docid/471355a82.html>, accessed 31 May 2023).
 266. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment n°14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (art. 12); para. 27 (E/C.12/2000/4); 25 April–12 May 2000. Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, accessed 31 May 2023).
 267. Maree Kopua D, Kopua MA, Bracken PJ. Mahi a Atua: a Māori approach to mental health. *Transcult Psychiatry.* 2020;57:375–83. doi: 10.1177/1363461519851606.
 268. Maura J, Weisman de Mamani A. Mental health disparities, treatment engagement, and attrition among racial/ethnic minorities with severe mental illness: a review. *J Clin Psychol Med Settings.* 2017;24:187–210. doi: 10.1007/s10880-017-9510-2.
 269. McGuire TG, Miranda J. New evidence regarding racial and ethnic disparities in mental health: policy implications. *Health Aff (Millwood).* 2008;27:393–403. doi: 10.1377/hlthaff.27.2.393.
 270. Londono Tobon A, Flores JM, Taylor JH. Racial implicit associations in psychiatric diagnosis, treatment, and compliance expectations. *Acad Psychiatry.* 2021;45:23–33. doi: 10.1007/s40596-020-01370-2.
 271. Swanson J, Swartz M, Van Dorn RA, Monahan J, McGuire TG, Steadman HJ et al. Racial disparities in involuntary outpatient commitment: are they real? *Health Affairs.* 2009;28:816–26. doi: 10.1377/hlthaff.28.3.816.
 272. Barnett P, Mackay E, Matthews H, Gate R, Greenwood H, Ariyo K et al. Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *Lancet Psychiatry.* 2019;6:305–17. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30027-6.
 273. Cénat JM. How to provide anti-racist mental health care. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:929–31. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30309-6.
 274. WHO QualityRights e-training on mental health [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qe-training>, accessed 31 May 2023).
 275. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare. *Ment Health Fam Med* 2008;5:5–8. doi: 10.1002/wps.20600.
 276. Integrating mental health into primary care: a global perspective; pp 39–40. Geneva: World Health

- Organization and World Organization of Family Doctors; 2008.
277. Jenkins R, Lancashire S, McDaid D, Samyshkin Y, Green S, Watkins J et al. Mental health reform in the Russian Federation: an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. *Bull World Health Organ.* 2007;85:858–66. doi: 10.2471/blt.06.039156.
 278. World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization; (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>) accessed 31 May 2023).
 279. Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329594/9789241516778-eng.pdf>, accessed 31 May 2023).
 280. One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, accessed 31 May 2023).
 281. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans JD, Mutamba BB et al. The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:1279. doi: 10.3390/ijerph15061279.
 282. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. 2012. 2012;67:231–43. doi: 10.1037/a0025957.
 283. Gask L, Coventry P. Person-centred mental health care: the challenge of implementation. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2012;21:139–44. doi: 10.1017/S2045796012000078.
 284. Tellez JJ, Kidd J. Peer support workers: an untapped resource in primary mental health care. *J Prim Health Care.* 2015;7:84–7. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25770722/>, accessed 31 May 2023).
 285. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).
 286. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley n° 26.657 y su decreto reglamentario n° 603/13; Article 27. In: Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2010 (<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decreto-reglamentario-6032013>, accessed 31 May 2023).
 287. Salud Mental, Ley N° 19.529, Article 38. Montevideo: Asamblea General de Uruguay; 2017 (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>, accessed 31 May 2023).
 288. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); para. 67. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).
 289. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar; 11 January 2019; para. 67 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 31 May 2023).
 290. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); paras. 115–123. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).
 291. Linking disaster risk reduction (DRR) and mental health and psychosocial support (MHPSS): practical tools, approaches and case studies. Geneva: Inter-Agency Standing Committee Reference Group for Mental Health

- and Psychosocial Support in Emergency Settings; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/technical-note-linking-disaster-risk-reduction-drr-and-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss>, accessed 31 May 2023).
292. Santegoeds J. Mind the gap 1/4. Facing a human rights emergency. COVID19 vaccination in institutions is not enough. In: European Disability Forum [website]. Brussels: European Disability Forum; 2020 (<https://www.edf-feph.org/blog/mind-the-gap-1-4-facing-a-human-rights-emergency-covid19-vaccination-in-institutions-is-not-enough/>, accessed 31 May 2023).
293. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352189>, accessed 31 May 2023).
294. Technical note: linking disaster risk reduction (DRR) and mental health and psychosocial support (MHPSS). Practical tools, approaches and case studies. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/technical-note-linking-disaster-risk-reduction-drr-and-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss>, accessed 23 May 2023).
295. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); paras. 107–114. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).
296. Promoting mental health preparedness and response for public health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2021 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148\(3\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148(3)-en.pdf), accessed 31 May 2023).
297. Security Council Resolution 2668 (2022). New York: United Nations, Security Council; 2022 ([https://undocs.org/S/RES/2668\(2022\)](https://undocs.org/S/RES/2668(2022)), accessed 31 May 2023).
298. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations, in the implementation and monitoring of the Convention; para. 13 (CRPD/C/GC/7); 27 August–21 September 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/7>, accessed 31 May 2023).
299. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations, in the implementation and monitoring of the Convention; para. 48 (CRPD/C/GC/7); 27 August–21 September 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/7>, accessed 31 May 2023).
300. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 20 July 2020; para. 72 (A/75/186). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/75/186>, accessed 31 May 2023).
301. International Covenant on Civil and Political Rights. General comment n°34. Article 19: Freedoms of opinion and expression (CCPR/C/GC/34); 11–29 July 2011. Geneva: Human Rights Committee; 2011 (<https://undocs.org/CCPR/C/GC/34>, accessed 31 May 2023).
302. SDG-CRPD Resource Package. In: United Nations High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; n.d. (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/SDG-CRPD-Resource.aspx>, accessed 31 May 2023).
303. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities. Principle 8. Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020

- (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).
304. Resolution A/RES/60/147. Basic principles and guidelines on the right to a remedy and reparation for victims of gross violations of international human rights law and serious violations of international humanitarian law, adopted and proclaimed by the General Assembly on 16 December 2005. New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://undocs.org/en/A/RES/60/147>, accessed 31 May 2023).
 305. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018;5:357–69. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9.
 306. Supported living services for mental health: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341645>, accessed 31 May 2023).
 307. Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341646>, accessed 31 May 2023).
 308. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 20 December 2016, para. 20 (A/HRC/34/58). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/en/A/HRC/34/58>, accessed 31 May 2023).
 309. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar; 11 January 2019; para. 20 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 31 May 2023).
 310. Schlanger M. Prisoners with disabilities. In: Luna E, editor. *Reforming criminal justice: punishment, incarceration, and release*. Phoenix: Academy for Justice; 2017:295–323.
 311. “I needed help, instead I was punished”: abuse and neglect of prisoners with disabilities in Australia [website]. New York: Human Rights Watch; 2018 (<https://www.hrw.org/report/2018/02/06/i-needed-help-instead-i-was-punished/abuse-and-neglect-prisoners-disabilities> accessed 31 May 2023).
 312. Bignall T, Jeraj S, Helsby E, Butt J. Racial disparities in mental health: Literature and evidence review. London: VCSE & Race Equality Foundation; 2019 (<https://raceequalityfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2022/10/mental-health-report-v5-2.pdf> accessed 31 May 2023).
 313. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities; p. 9. Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).
 314. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities. Guideline 1.2(j). Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).
 315. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities. Principle 6.1. Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).
 316. Sirotich F. The criminal justice outcomes of jail diversion programs for persons with mental illness: a review of the evidence. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009;37:461–72. (<http://jaapl.org/content/37/4/461.long>, accessed 31 May 2023).
 317. Lange S, Rehm J, Popova S. The effectiveness of criminal justice diversion initiatives in North America: a

- systematic literature review. *Int J Forensic Ment Health*. 2011;10:3, 200–14. doi: 10.1080/14999013.2011.598218.
318. Dewa CS, Loong D, Trujillo A, Bonato S. Evidence for the effectiveness of police-based pre-booking diversion programs in decriminalizing mental illness: a systematic literature review. *PLoS One*. 2018;13:e0199368. doi: 10.1371/journal.pone.0199368.
 319. Steele L. *Disability, criminal justice and law: reconsidering court diversion*. London: Routledge; 2020.
 320. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar; 11 January 2019; para. 33 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 31 May 2023).
 321. Expert meeting on deprivation of liberty of persons with disabilities. Conclusions and recommendations. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2015 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/DeprivationLiberty/Conclusions.doc>, accessed 31 May 2023).
 322. Dhanda A, Gombos G. Questions of criminal culpability and persons with disabilities. In: Flynn E, Arstein-Kerslake A, de Bhailís C, Serra ML, editors. *Global perspectives on legal capacity reform; our voices, our stories*. London and New York: Routledge; 2019.
 323. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities; para. 20. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2015 (www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc, accessed 31 May 2023).
 324. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Views adopted by the Committee under Article 5 of the Optional Protocol, concerning communication no. 32/2015 (CRPD/C/22/D/32/2015); 15 October 2019. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2019 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2F22%2FD%2F32%2F2015&Lang=en, accessed 31 May 2023).
 325. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of Kenya (CRPD/C/KEN/CO/1); 30 September 2015; para. 28. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2015 (<https://undocs.org/CRPD/C/KEN/CO/1>, accessed 31 May 2023).
 326. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of the Plurinational State of Bolivia (CRPD/C/BOL/CO/1); 4 November 2016; para. 36. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2016 (<https://undocs.org/CRPD/C/BOL/CO/1>, accessed 31 May 2023).
 327. Minkowitz T, Fleischner RD, Curiae A. Observations regarding the relevance to this case of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities ICC-02/04-01/15-1930; 21 December 2021. *The Prosecutor v. Dominic Ongwen*. The Hague: International Criminal Court; 2021 (https://www.icc-cpi.int/sites/default/files/CourtRecords/CR2021_11888.PDF, accessed 31 May 2023).
 328. McSherry B, Sullivan D. An analysis of arguments for the retention of the defence of mental impairment. *Psychiatr Psychol Law*. 2023;30:96–105. doi: 10.1080/13218719.2022.2112102.
 329. United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules), adopted by General Assembly resolution 70/175 on 17 December 2015, rule 24(1). New York: United Nations, General Assembly; 2016 (<https://undocs.org/A/RES/70/175>, accessed 31 May 2023).
 330. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules), adopted by General Assembly resolution 70/175 on 17 December 2015, rule 27(1). New York: United Nations, General Assembly; 2016 (<https://undocs.org/A/RES/70/175>, accessed 31 May 2023).
 331. Increasingly consulted, but not yet participating. IDA global survey on participation of organisations of

persons with disabilities in development programmes and policies. New York: International Disability Alliance; 2020
(https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/ida_global_survey_complete_report_final.pdf, accessed 31 May 2023).

332. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations, in the implementation and monitoring of the Convention (CRPD/C/GC/7); 27 August–21 September 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/7>, accessed 31 May 2023).
333. United Nations Disability Inclusion Strategy. Guidelines on consulting persons with disabilities. Indicator 5. Geneva: United Nations; 2021 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_disability-inclusive_consultation_guidelines.pdf, accessed 31 May 2023).
334. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches; pp. 215–217. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>, accessed 31 May 2023).
335. From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities. Handbook for parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol; p. 73. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights, Inter-Parliamentary Union; 2007.
336. Disability laws and acts by country/area. In: UN Department of Economic and Social Affairs [website]. New York: UN Department of Economic and Social Affairs; n.d.
(<https://www.un.org/development/desa/disabilities/disability-laws-and-acts-by-country-area.html>, accessed 31 May 2023).
337. van Aeken K. From vision to reality: ex post evaluation of legislation. *Legisprudence*. 2011;5:41–68. doi: 10.5235/175214611796404859.
338. The Mental Healthcare Act, 2017. Law no 10 of 2017, 7 April 2017; provision 125(1). New Delhi: Ministry of Law and Justice; 2017 (<https://www.indiacode.nic.in/bitstream/123456789/2249/1/A2017-10.pdf>, accessed 31 May 2023).

