

论对精神障碍者拒绝治疗权的理解与立法应对

孙海涛,邢鸿飞

(河海大学法学院,江苏南京 210098)

摘 要:精神障碍者的拒绝治疗权是弱者人权保障与自我决定权在《精神卫生法》中的贯彻,是精神卫生立法的核心问题之一。其兼具必要性和复杂性,因而在理论与实践经常遭到曲解,如视精神科医生的医学判断为法律判决、将强制住院等同于拒绝治疗权的丧失、将限制拒绝治疗权适用的紧急情形扩大为一般性危险。由此导致对精神障碍者拒绝治疗权的否定和对人类尊严的蔑视,形成了贬低人格的家长主义。因此,学界需要对认识误区进行深度剖析并提出相应的对策,以期为我国的精神卫生立法提供建议。

关键词:精神卫生法;拒绝治疗权;理解误区;紧急情形;立法应对

中图分类号:D919.3 **文献标志码:**A **文章编号:**1671-4970(2014)03-0084-06

一、精神障碍者拒绝医疗权的一般原理

1. 拒绝治疗权的思想基础

强制治疗不以惩罚为目的,而是旨在通过对精神病人的疾病治疗消除其对社会的危害性,同时也保护精神病人自身的利益^[1]。拒绝治疗权的思想基础来源于没有人可以伤害他人而免受法律惩罚的一般法律原则。依据此原则法律具体规定了个人享有人身安全的权利和保持身体完整的自由而避免受到未获授权行为的侵犯。普通法中的理论与实践也为个人医疗拒绝权的产生与发展提供了坚实的思想基础,如侵权理论规定了医生未获得授权进行治疗属于侵权行为。基于以上规定,知情同意发展成为拒绝治疗的思想基础,这一理念恪守这样的基本原则,即任何一个成年且心智健全的人对自己身体采取的行为享有最终决定权。普通法原则中最早关于拒绝治疗权的规定仅涉及保护个人的身体免受强制干涉。随着时间的推移,拒绝治疗权的适用范围从仅限于身体治疗扩大到精神疾病的治疗。精神疾病治疗的拒绝权从产生到现在已经有二十多年的历史。其改革与发展的动力要么来自于患者治疗的需要,要么来自于患者权利保护的需求。我们发现精神障碍者在住院之后拒绝精神障碍治疗方案的情形

较多,但是最终行使拒绝治疗权的患者中大部分都被施以强制治疗,知情同意理念形同虚设,因此,拒绝治疗权的提出是对知情同意理念的恪守,能够保障精神障碍者在强制住院之后基本权利的享有^[2],力求患者利益与公众利益之间的平衡。

2. 拒绝治疗权的价值取向

与精神障碍者危险性评估和预测一样,法律精神病学领域的拒绝治疗问题因涉及多方权益如公民治疗决策权、公民人身与财产权益、社会公共利益以及强制治疗后的特殊获益与承担的特殊风险等而变得异常复杂。因此,恰当处理好价值取向问题对拒绝治疗权的顺利实现至关重要。有学者曾经说,精神障碍者是否享有拒绝治疗权这一问题具有很高程度的价值取向。民事权利主张者认为个人应当拥有自主、平等和个人主义价值,因而对自己的治疗事项享有最终决策权。精神障碍者则希望能够获得别人的尊重,自己决定生活方式与治疗计划,有权利了解精神障碍治疗计划的风险与获益,有权决定接受治疗或拒绝治疗,有权在多种可行的治疗方案中进行选择。作为普通公民,我们应该接纳和尊重精神障碍者,对他们的拒绝治疗权予以支持,因为在上个世纪里充分证明了在精神障碍者接受治疗的风险与益处之外公众的支持对于他们的重要性。而政府则一

收稿日期:2013-12-12
基金项目:司法部国家法治与法学理论研究重点项目(09SFB1006);中国法学会部级法学研究课题(CLS(2013)C54)
作者简介:孙海涛(1981—),男,江苏泰兴人,讲师,博士,从事法社会学、行政法学、民商法研究。

直致力于追求两个方面的平衡:第一,保护、照顾精神障碍者并在必要时为其提供治疗以帮助他们早日回归社会和成为更有作为的公民;第二,采取措施保护患者及其他社会公众的人身免受伤害和财产免受损坏^[3]。这些鲜明的价值取向一方面体现了精神障碍者作为社会成员对社会正常生活和个人基本权利的渴求,另一方面警示我们不要随意给精神障碍者贴“标签”,在毫无根据的情形下否定其行为能力,而应尊重和重视他们的自我决策权,协助其社会功能的正常运行。

3. 拒绝治疗权的人权依据

法治的价值在于对基本人权的认可,并且任何时候都不得随意剥夺、侵犯和让渡^[4],精神障碍者的人权保护对于一个民主社会的法治建设来讲尤为重要。1989年12月8日《关于残疾人的世界行动纲领》和联合国残疾人十年大会呼吁成员国应该采取适当的措施为残障人士法律权利的行使提供支持。联合国人权委员会2000年51号决议呼吁所有国家严格执行人权公约的报告以实现对精神障碍者的保护^[5]。这是对精神障碍者人权的特殊保护。而拒绝治疗权无故遭到否定是对人权的蔑视,未经同意进行治疗是对患者人权的侵犯,这一观点早在一百多年前就已被美国法院所提出^{[6]69};再者,未经授权的强制治疗也会对患者病情产生极度不利的影响,甚至可能会导致患者的病情极度恶化以及一系列恶性暴力事件的发生,同时治疗会产生诸多副作用包括运动不能、静坐不能和迟发性运动障碍,这些副作用也是我们判定人权被强制治疗侵犯的关键因素。以上描述表明对精神障碍者进行医疗救助时如果医疗方案决策主体或者治疗方式不当均可能造成对人权的侵犯。因此,如果一个精神障碍者的拒绝治疗权遭到否定,那么他或她可以主张强制治疗是对其人权的侵犯。通过以上分析不难得出人权是拒绝治疗权产生的前提和基础,人权保护是拒绝治疗权的最终目的,拒绝治疗权的享有与人权相辅相成、相互促进。

二、理论与实践中心精神障碍者 拒绝治疗权的三大理解误区解析

1. 法律判决让位于医学判断

18世纪以前,人们为了防止精神障碍者侵犯他人而将精神障碍者以集中关押的方式进行隔离,对

精神障碍者只强制住院而无治疗,因此,这种机构获得了一个特殊的名称“疯人院”。18世纪后期,医学技术的发展使得人们认识到精神疾病的客观存在和治疗可行性,越来越多的“疯人院”逐渐转变成了真正的医院。而如今精神病院是由一批专业精神科医生和医护人员组成的对精神障碍者进行病情鉴定与收治的专业卫生机构。其兼具特殊性和专业性,在社会发展和维护社会安全方面发挥着重要作用。因精神卫生机构的特殊地位和精神科医生掌握的特殊技能,使得精神科医生在患者病情鉴定中享有完全决定权。

虽然精神科医生相比法官来讲掌握了更多的精神病学理论知识与医学实践经验,他们的医学判断具备专业性,我们不能否认医学判断在法律判决过程中的重要性,但是我们不能过分依赖于医学判断,因为其具有多方面的局限性。从精神科医生的立场来看,恢复患者健康的治疗决定优先于患者拒绝医疗计划的决定。精神科医生的首要职能是救死扶伤,尊重个人自治权并非他们的首要价值取向。当精神科医生做出一个专业诊断认为特殊药物对于治疗患者的精神障碍在医学上是恰当的时候,他们通常认为治疗的选择是他们擅长或专属的医学判断,患者的拒绝是非理性的和不可接受的。与自愿进入精神卫生机构或医院的患者相比,精神科医生会更少地去考虑和接受强制住院的精神障碍者对治疗的拒绝^[7]。由此可见,精神疾病鉴定的主观色彩比较浓厚,对个人经验的依赖程度较高,不同鉴定人对同一鉴定对象经常持不同意见^[8],同时,精神障碍问题的判断较为复杂,精神科医生的水平也参差不齐,他们中的大部分担心因错误的医学判断而可能会承担一定的责任或有损自己的声誉,因而偏向于认为患者对治疗方案无理解能力与决策能力,进而作出患者需要接受强制医疗的医学判断。这些都说明,精神病的诊断与其他疾病不同,并不是纯粹的科学判断的问题,而是蕴含了大量的价值和伦理的判断。精神病的诊断不可避免地带有主观性、社会性和不确定性^{[6]130-131},因此,医学判断很明显无法成为法律判断的唯一依据,更无资格取代法律判断的地位。

2. 视强制治疗为强制住院的必然后果

强制住院是指个人因精神障碍可能会对其自身或他人的人身与财产构成威胁或者基于治疗需要而将其强制收入精神卫生机构或医院。强制住院具有

①法院具体认识到州行政政策和第十四修正案中的正当程序条款是权利自由的根源。(Washington v. Harper, 494 U. S. 210,221 (1990))第十四修正案禁止在缺乏正当理由和医学决策恰当性的前提下对参加审判的刑事被告进行精神疾病的强制治疗。(Riggins v. Nevada, 504 U. S. 127, 135 (1992))

必要性与紧迫性,因此,需要对精神障碍者施行强制住院,通过对其人身自由予以一定程度的限制来确保公共安全和得到及时救治。在司法实践过程中,自愿住院的精神障碍者通常享有拒绝治疗权。但是对于强制住院的精神障碍者来讲,拒绝治疗权受到不同程度的否定或拒绝。精神科医生在医学判断过程中通常会将强制住院的精神障碍者直接视为无行为能力人,在此基础上否定精神障碍者的拒绝治疗权,并同意或支持对精神障碍者实施强制治疗。此外,大部分的社会公众可能认为对精神障碍者实行强制住院充分证明可以对患者进行治疗而无需单独考虑患者是否有能力对治疗方案做出理性决定。那么,精神障碍者被强制住院是否就足以证明其无行为能力?答案是否定的,且这个推理极其荒谬。通常在没有明确证据证明患者无行为能力的情形下,我们一般认为患者具有行为能力。

服刑人员不会因刑事处罚而丧失所有权利,他们跟普通人一样享有一些基本权利,但为了维护社会安全或保护公共安全除外。如果虽然个人被判有罪并入狱服刑,但是他们不会失去拒绝治疗的权利,即使治疗能够挽救他们的生命。而强制住院的精神障碍者仅仅依据强制住院决定更不能够否定他们的拒绝治疗权。拒绝治疗权与选举权一样,公民有同意接受治疗的权利,同时也可以选择放弃治疗,任何人不能强制之。强制住院的精神障碍者在一般情况下并不负有接受政府提供的治疗服务的义务。简单来讲,政府为精神障碍者提供服务的责任并不能够凌驾于患者的拒绝治疗权之上。如果患者拥有行为能力,则可以自由行使他们的治疗决策权。1990年,美联邦最高法院裁决患有精神障碍、被判刑入狱的罪犯享有拒绝抗精神病药物治疗的重要权利^①。假如患有精神障碍者的服刑人员有拒绝治疗权,那么患有精神障碍的非服刑人员更应当享有拒绝治疗权。事实上,因为强制住院的患者非因刑事审判需要或有罪判决而受到人身限制,因此,我们必须尊重他们拒绝治疗权的行使。政府需要保护精神障碍者的合法利益,也需要保护公众免受他们的伤害,其完全可以通过限制精神障碍者的人身自由而非强制治疗来实现这两个目的。假如人身自由受到限制的精神障碍者拒绝接受治疗,那么他的决定必须得到尊重,即使这样的决定可能会延长对他或她人身自由的限制,个人拒绝治疗中受到宪法保护的自由权益远远重要于任何强制治疗过程中的政府利益。总而言之,如果医生在合理告知治疗计划和内在与潜在

风险之后精神障碍者拒绝医疗措施的介入,那么医生没有责任和权力强制施行治疗计划。即有行为能力的成年患者的理智决定取代和免除了对其进一步治疗的责任。^{[6]56}

3. 紧急状态扩大为一般性危险

紧急状态是指精神障碍者对自身或他人的人身与财产具有及时性危险,需要立即采取措施予以应对,进而允许对精神障碍者进行一定期限的强制治疗。在紧急状态下,精神科医生进行符合目前医学实践和标准的医学判断,可以不顾患者反对而进行强制治疗。紧急状态具有两个显著特性:一是必要性,即由于紧急情况的出现而导致强制治疗必须实施,排除了任何其他较为合理的可行性替代执行方式;另一个是及时性,即由于情势紧迫,强制医疗必须立即实施。^[9]紧急情况是拒绝治疗权的一种例外,是危急情况下采取的一种制衡措施。允许强制医疗的紧急危险例外背离了传统观念中在征得患者同意的前提下进行强制治疗的一般情形。在特殊的紧急情况之下,患者和他人的生命与财产安全受到巨大的威胁,如果医生不及时采取治疗措施,那么这种威胁性伤害会随时发生。这种情形大大区别于患者的精神状况是危险来源的一般情形和患者有能力对治疗计划的风险与获益进行衡量并作出是否接受治疗决定的情形。

用一般性危险标准代替紧急标准忽略了需要立即采取措施保护患者或他人人身与财产安全的必要。事实上,危险标准定义较为宽泛,实质内容具有更多的不确定性,因为大部分精神障碍者如不进行治疗干预,不良事件发生的可能性是存在的。对自身、他人人身或财产施以严重损害的可能性如何理解?字典中“可能性”的定义为“可能的特性或事实”。“很可能”被定义为“真理或事实的出现,看上去即将发生,被认识到或者被证明为极为“可能”。但是行政政策将“严重伤害的可能性”定义为“个人对自身或他人进行人身伤害或财产损害的潜在风险或者是高于一个数学概率的预测”^①。那么多大的风险是一个潜在的风险? 50%? 25%? 还是 10%或 5%? 911 恐怖袭击劫持飞机撞向世界贸易中心的双子塔的风险概率是 1%,那么这个风险可以被视为潜在的吗?^{[6]82-83}一般性危险标准的使用不仅仅放宽了强制住院的标准,而且延长了可能进行的强制治疗的时间。紧急治疗仅授权应付紧急状态的有限治疗。如果强制住院的精神障碍者有行为能力且对他人未造成任何紧急状态下的危险,那么强制治

^①VIII Oxford English Dictionary 948-949 (2d ed. 1989)

• 86 •

疗是不恰当的。

三、完善我国精神卫生立法中 拒绝治疗权的规定

在实体规定上,针对目前存在的误区需要对《精神卫生法》进行完善:

第一,将拒绝治疗权明确写入《精神卫生法》,成为法定权利。在精神障碍者的收治过程中,强制治疗必然涉及精神障碍者的人身自由。我国《宪法》第37条第1款规定:“中华人民共和国公民的人身自由不受侵犯”。因此,如果需要对个人自由进行限制,必须符合法律特别的要求^[10]。精神障碍者在人身自由受到不法侵害时,需要得到的是及时且有效的保护,而不仅仅是事后的保护与救济。拒绝治疗权设定的目的在于保障精神障碍者的人身自由和对身体的自我决定权,有关机构对精神障碍者采取强制措施时,必须证明其强制治疗手段的合法性和必要性,而拒绝治疗权能够成为精神障碍者维护自身权益的一个有用工具,以权利制约权力,能够在最大程度上制约机构权力的滥用,及时防止“被精神病”和不合理强制治疗的发生。拒绝治疗权是宪法性权利中保护个人人身自由在精神卫生立法中的具体化,政府应该通过立法赋予精神障碍者拒绝治疗权,提升我国的弱者人权保障水平。精神障碍者拒绝治疗权的享有不仅仅是对人性的尊重,也是对与自由权同等重要且以维护弱势群体生存与发展为目标的社会权的尊重,更是对贬低人格、牺牲自我决策权的“家长主义”的坚决抛弃。《精神卫生法》第三十条规定:精神障碍者的住院治疗实行自愿原则。虽然根据此规定我们可以推理出精神障碍者享有拒绝治疗权,但是从上面的分析我们可以得出这显然不够,为完善人身自由的保护,应将现行模式改造为一种权利与权力并重的模式^[11],对于精神障碍者享有的合法权利我们同样必须明确纳入法律范畴,因此,应予增补规定:有行为能力的精神障碍患者享有精神疾病的拒绝治疗权。

第二,明确医学判断与法律判决的区别。立法的目标之一旨在明确权利与义务的归属,确保各方在司法实践中各司其职。而权利与义务的错位可能会颠覆立法的宗旨,导致悲剧的产生。张明楷认为精神病种类繁多,一些精神病并不导致行为人丧失辨认控制能力,医学判断由精神病医学专家鉴定,他们在鉴定时必须得出是否具有精神病以及精神病种类与程度轻重的结论,而法学判断由司法工作人员进行,但他们只能在精神病学医学专家的鉴定基础上进一步判断是否具有辨认与控制自己行为的能

力,张明楷主张医学标准与法学标准的统一^[12]。如果医学判断认为行为人没有患精神病,那么司法工作人员就必须确认其不符合强制医疗的标准,如果医学判断认为精神障碍者病情严重而需要接受强制治疗,那么司法工作人员应在此基础上结合其他情况对患者是否符合强制医疗的标准进行综合判断。因此,如果单纯采取医学判断的方法则会导致一些具有辨认控制能力的精神障碍者符合强制医疗的标准。精神科医生应依据其专业水平对精神障碍者的病情尽可能地作出准确的医学判断,法官根据精神科医生的诊断结论和病情评估报告并结合其他因素进行综合考虑,以作出是否对精神障碍者施行强制住院的判决。因此,我国精神卫生立法必须将医学判断和法律判决严格区分开来,在两者得到明确区分的前提下法官结合医学标准和法律标准进行判决。从《精神卫生法》第三十条明确规定精神科执业医师的诊断结论和病情评估是确定是否对精神障碍者进行强制治疗的主要依据,也即我国《精神卫生法》仍然将医学判断直接视为法律判决,将精神障碍者人身自由的决定权赤裸裸地赋予了精神科医生,这是西方国家曾经犯过的错误,也是“被精神病”一再发生的主要原因,因此,对此必须予以修正。立法需要明确精神科医生的医学判断和病情评估只是法官进行法律判断需要考量的因素之一而非全部,对精神障碍者是否进行强制医疗的最终决策者是法官而非精神科医生。

第三,明确紧急状态的含义,将其与一般性危险进行严格区分。陈兴良教授认为:《精神卫生法》要平衡个人权利和公共安全的关系,要以保障精神病人的个人权利为根本出发点,在维护公共安全必要的情况下才对精神病人的权利加以适当的限制,防止以公共安全为由过分地、不适当地剥夺精神病人的合法权利,他主张无危险即无强制^[13]。这里的危险等同于紧急状态,紧急状态范围的宽泛与精神障碍者拒绝治疗权的实现密切相关。紧急状态范围越宽导致公权力滥用现象频发,更多精神障碍者的拒绝治疗权遭到剥夺。因此,精神卫生立法必须合理且明确界定紧急状态的含义以限制强制治疗的适用对象与范围。《精神卫生法》第二十八条规定:疑似精神障碍患者发生伤害自身、危害他人安全的行为,或者有伤害自身、危害他人安全的危险的,其近亲属、所在单位、当地公安机关应该立即采取措施予以制止,并将其送往医疗机构进行精神障碍诊断;第三十条规定诊断结论、病情评估表明,就诊者为严重精神障碍患者并有下列情形之一的,应当对其实施住院治疗:①已经发生伤害自身的行为,或者

有伤害自身的危险的;②已经发生危害他人安全的行为,或者有危害他人安全的危险的。这两条规定明显不具备紧急状态的及时性和必要性特征,仅仅是对一般危险的描述,而且将强制住院和强制治疗混为一谈。众所周知大部分精神障碍患者均存在不同程度的一般危险,只有极少一部分人(大约比例为1%)对自身、他人以及社会具备及时性危险,而对于那些被随意贴上“危险”标签的一般患者,我们不顾他们是否有能力做出理性决策,也不顾他们是否出现紧急状况而对他们施以强制治疗,即否决了他们的拒绝治疗权。我们不会等到患者病情恶化即对其进行强制治疗,我们宣示了我们的先发制人权,一个凌驾于拒绝治疗权之上的权利。这其实是对精神障碍患者人格的侮辱和人权的践踏,因此,立法应该对强制治疗的紧急状况予以单独规定,建议如下:在精神障碍者不能辨认或者不能控制自己行为且随时可能发生伤害自身、危害公共安全或者他人人身安全、搅乱社会秩序的或者精神障碍者如不及时接受治疗病情会严重恶化的情形下,才能对患者实施强制治疗。也即不能对一般状态进行特殊化,在没有合理事实依据的前提下,尽量避免应用紧急状态对精神障碍者的人身自由和自我决策权予以限制。

第四,区分强制住院与强制治疗。强制住院是对精神障碍者的人身自由予以限制,而强制治疗是对精神障碍者的身体自治权予以限制,两者具有本质区别。证明个人符合强制住院标准且被强制收院并不等于他没有拒绝治疗计划的能力。行为能力的有无并不是强制住院的标准之一。个人被发现患有精神障碍和威胁到自身或他人安全时或者不能够维持基本的生活需求等符合强制住院的标准时,这并不意味着他不能够理解强制医疗的风险、获益以及其他替代医疗方案。精神障碍者对他人产生安全威胁或无法维持基本生活可能会成为限制其自由的依据,但是如果缺少一个独立的行为能力判定,此情形下不能够剥夺精神障碍者的拒绝治疗权以及其他权利。而《精神卫生法》并没有对之前的两部草案错误的表达方式修正,仍然将强制住院与强制治疗融合为一个整体即住院治疗,虽然立法中避开了强制或非自愿等字眼,但是这样的表达方式很容易让人误认为强制住院之后就必须接受治疗,立法表达不是去刻意避免“暴力”字眼,而是要确保表述的妥当性,而将强制住院和强制治疗混为一谈甚为不妥。因为在强制住院之后是否应该对精神障碍者进行强制治疗存在多种情况。强制住院之后,如果精神障碍者有行为能力,那么他享有治疗决策权。如果精神障碍者无行为能力,那么法官需要根据实际

情况来分析是否存在紧急状态,如果不存在紧急状态,则由精神障碍者的监护人、家庭成员或法定代理人代为行使医疗决策权。如果存在紧急状态,此处又会出现两种情形,一是治疗方案需要使用大量极具副作用的精神疾病治疗药物,一是治疗方案仅仅是聊天式心理治疗。对于前一种情况则需要进行强制治疗,而对于后一种情况因不具备副作用而无需进行强制治疗。因此,我国精神卫生立法将强制住院与强制治疗分开规定较为合理,首先,进行字面上的修正,将“住院治疗”修正为“强制住院后的强制治疗”;其次,应该将强制住院和强制治疗的标准分开规定,明确区分。

《精神卫生法》在程序规定方面存在一定的不完善之处,因此,也需要从以下三个方面对立法中的相关程序进行完善:

第一,增加强制治疗审判过程中的听证程序。在美国,对于非自愿监管的决定,由于涉及精神病人人身自由的限制与剥夺,因而患者是否享有决策能力需要由法院经听证后决定^[14]。有学者可能会认为进行听证程序会增加司法成本,耗费大量的人力和财力,这与我国所处的经济发展水平不符。但是我们必须认识到,如果因为不举行听证而导致精神障碍者的拒绝治疗权遭到否定,也即本来不需要进行强制治疗的患者接受了强制治疗。这可能会导致四个方面的后果:第一,造成了医疗资源的浪费;第二,精神障碍患者拒绝治疗权遭到否定,尊严受到伤害,可能会导致病情严重恶化;第三,患者因病情恶化而发生暴力伤害的几率可能会上升;第四,对我国的人权保护造成不良影响,降低了人权保障水平。如果拿这四个方面的成本与代价和听证的司法成本进行对比,我们会发现强制医疗的听证程序纳入立法具有必要性,因为在适当的情形下,作为个人宪法性权利的拒绝治疗权会远远超越于其他利益之上。此外,麦克阿瑟治疗决策能力的研究是衡量患者对治疗方案的理解与决策能力的一项特殊研究,研究报告认为虽然大约三分之一的抑郁症患者不承认他们患有某种程度的精神疾病,因为他们精神障碍的认知能力受损。然而,只有13%的抑郁症患者不能够认识到治疗的潜在价值。因此,很明显仅仅根据患者对精神障碍和治疗价值的否认无法充分证明患者无行为能力。必须结合其他医学或心理状况来确认认知能力是否严重受损。^{[6]182}因此,我国精神卫生立法应该增补规定在法官在对患者作出是否进行强制治疗的法律判决之前必须组织一次听证。听证应该通知精神科医生、患者家属、法定代理人、关系亲密的朋友或律师代表、患者本人以及其他相关人员

参加,自由阐述自己对患者精神状况的意见和观点。在这里需要重点强调的是听证应该赋予患者陈述权,因为精神障碍具有诸多不确定性,比如有些患者在强制住院初期不能够作出合理治疗决定,但后来恢复了决策能力,同时行为能力的丧失是一个过程,精神障碍者可能会拥有或多或少的行为能力且最清楚他们精神状况的是他们自己,患者的个人自述能够揭穿诸多因财产利益、政治利益或其他利益而将正常人送入精神卫生机构进行强制医疗的阴谋,因此,患者的个人阐述对于法官作出是否对其进行强制医疗的正确判决显得尤为关键。从各方面可以看出,法官对于行为能力的判定不能过于草率。

第二,完善强制治疗审判过程中的救济程序。强制住院后的强制治疗通常是精神卫生机构或医疗机构在征得精神障碍者亲属的同意后实施,而精神障碍者一旦被强制住院,那么他几乎无处申诉。缺乏及时且有效的救济途径是强制治疗的最大弊病,是对精神障碍者合法权益的蔑视,因此,精神卫生立法应当具备完善的救济途径,突出司法救济的重要性。律师帮助权是精神障碍者人权保障的重要方面,律师的帮助对于精神障碍者的权利保护非常重要,在强制治疗的审判过程中,我们必须赋予精神障碍者与普通人一样同等的诉讼权利,对审判拥有话语权,而获得律师的有效帮助能够保障精神障碍者诉讼权利的有效行使,改善精神障碍者的地位,能够以强有力的证据及事实分析对强制治疗的一些不合理依据进行否定,及时阻止不合法强制治疗的发生,避免精神障碍者的权利受到侵害。因此,为了更好地维护精神障碍者的合法权益,我国《精神卫生法》应增加规定精神障碍者有聘请律师获得帮助的权利,如果精神障碍者没有委托代理人,则人民法院应当通知法律援助机构指派律师为其提供法律帮助。同时精神障碍者、其家庭成员和委托代理人在收到强制治疗的判决书之后如果对结果不服或有异议,则有权向上一级法院提起上诉,构建弱者权利保护的最后屏障。

第三,增加强制治疗过程中的定期审查程序。根据我国的经济水平与司法资源状况,强制治疗的期限可以规定为 180 天,在这个期限内,由精神科医生每月对患者的精神状况进行评估并同时报精神卫生机构和法院备案,如果在 180 天之内,精神科医生认为患者康复到一定水平可以解除强制治疗,那么可以向精神卫生机构提交患者的康复状况与医学判断报告,由精神卫生机构向法院提出提前解除强制治疗的申请。如果提前解除强制治疗的情形没有出现,那么在 180 天期满之后,精神科医生需要向

精神卫生机构提交一份详细的患者治疗进展与医学判断报告,精神卫生机构根据患者的病情向法院提出延长强制治疗期限的申请或者解除强制医疗的申请,法官根据患者的康复状况与社会危险性作出具体裁判。

参考文献:

[1] 张桂荣. 精神病强制医疗制度的完善[J]. 法律适用, 2009(10):80-83.

[2] APPELBAUM P S. The right to refuse treatment with antipsychotic medications: retrospect and prospect [J]. The American Journal of Psychiatry, 1988, 145 (4) : 400-423.

[3] APPELBAUM P S. APPELBAUM M D. Almost a revolution: mental health law and the limits of change [M]. New York: Oxford University Press, 1994: 75.

[4] 房国宾. 精神病强制医疗与人权保障的冲突与平衡 [J]. 中国刑事法杂志, 2011(7):63-70.

[5] BENKO D, BENOWITZ B. The application of universal human rights law to people with mental disabilities [J]. Human Rights, 2001(9):66-76.

[6] HERR S S, ARONS S, WALLACE R E. Legal rights and mental-health care [M]. Washington D. C. : Health and Company, 1983.

[7] 姚丽霞. 以法律层面的立法完善精神病人强制治疗程序[J]. 法学评论, 2012(2):128.

[8] 陈卫东, 程雷. 司法精神病鉴定基本问题研究[J]. 法学研究, 2012(1):163-178.

[9] WORTZEL H. The right to refuse treatment [J]. Psychiatric Times, 2006, 23(14):1-14.

[10] 朱芒. SARS 与人身自由:游动在合法性和正当性之间的抗 SARS 措施[J]. 法学, 2003(5):57-62.

[11] 周强. 刑事诉讼追诉人人身自由保护模式之完善[J]. 法学, 2010(12):81-86.

[12] 张明楷. 刑法学[M]. 北京:法律出版社, 2011:281-283.

[13] 陈兴良. 非自愿治疗:无危险无强制[N]. 法制日报, 2011-07-12:(007).

[14] 时延安. 中美精神病人强制医疗制度之比较[J]. 法学评论, 2009(4):113-118.

