

聯合國教育、科學及文化組織 生命倫理講座主席

世界精神醫學會倫理常設委員會

精神醫學之倫理教育：

案例—簡要故事

TEACHING ETHICS IN PSYCHIATRY:
CASE-VIGNETTES

編者：A.Carmi, D. Moussaoui, J. Arboleda-Florez

譯者：張瑜倩、林勤富

訂正者：吳建昌

衛生、法律與倫理國際中心

中文版翻譯及出版單位：臺灣大學生醫暨科技倫理、法律與社會中心

國家圖書館出版品預行編目資料

精神醫學之倫理教育：案例-簡要故事 / A.
Carmi, D. Moussaoui, J. Arboleda-Florez
編；張瑜倩, 林勤富譯. -- 臺北市：臺大
倫理中心, 2008.05
面；公分
譯自：Teaching ethics in psychiatry :
Case-vignettes
ISBN 978-986-01-4048-4 (平裝)
1. 精神醫學 2. 醫學倫理 3. 倫理教育 4.
個案研究
410.1619 97007804

聯合國教育、科學及文化組織講座主席辦公室：

聯合國教育、科學及文化組織生命倫理講座

UNESCO Chair in Bioethics,

P.O.Box 6451, Haifa 31063, Israel

e-mail: acarmi@research.haifa.ac.il

Tel: +972 4 8240002; +972 4 8375219

Fax: + 972 4 8288195

中文版翻譯及出版單位：臺灣大學生醫暨科技倫理、法律與社會中心

Email: ntucels@ntu.edu.tw

ISBN 978-986-01-4048-4

出版年月：2008年5月

著作權所有・翻印必究

All rights reserved © 2005.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying recording or otherwise, without the prior permission of UNESCO Chair.

COPYRIGHT © UNESCO Chair

聯合國教育、科學及文化組織 生命倫理講座主席

世界精神醫學會倫理常設委員會

精神醫學之倫理教育：

案例一簡要故事

編輯：

Prof. Amnon Carmi, Israel

Prof. Driss Moussaoui, Morocco

Prof. Julio Arboleda- Florez, Canada

合作者

世界精神醫學會精神醫學、法律與倫理部門

世界精神醫學會司法精神醫學部門

衛生、法律與倫理國際中心

海法大學法學院研究部

案例提供者：

J. Arboleda- Florez, Canada
S. Bloch, Australia
T.Cavic, Serbia and Montenegro
G.Christodoulou, Greece
M.El Yazaji, Morocco
R. Finzi- Dottan, Israel
C. Hoschl, Czech Republic
M.Kastrup, Denmark
D. Lecic – Tosevski, Serbia and Montenegro
M.Maj, Italy
R. Mester, Israel
D. Moussaoui, Morocco
G. Naneishvili, Georgia
N. Nedopil, Germany
G. Niveau, Switzerland
K.Orzechowska Juzwenko, Poland
A.Tasman, USA
J. Vinas, Spain
Y.B., Uruguay
T.Zabow, South Africa
M.Zaki, Israel

語言編輯：Mr. David Blumfield

本計畫由 Janssen-Cilag 提供無上限之教育經費支助

中文版翻譯及出版單位：臺灣大學生醫暨科技倫理、法律與社會中心

目 錄

翻譯單位序言.....	i
引言.....	ii
前言.....	iv
精神醫學之倫理教育：案例——簡要故事.....	1
案例一：知情同意.....	1
案例二：知情同意.....	3
案例三：病人之權利.....	5
案例四：精神病人之法律上能力.....	7
案例五：精神科醫師之雙重忠誠.....	9
案例六：利益衝突.....	11
案例七：利益衝突.....	12
案例八：安樂死.....	14
案例九：安樂死.....	16
案例十：保密性.....	18
案例十一：保密性.....	20
案例十二：保密性.....	23
案例十三：保密性.....	26
案例十四：保密性.....	29
案例十五：保密性.....	31
案例十六：保密性.....	33
案例十七：保密性.....	35

案例十八：保密性.....	37
案例十九：科學文獻出版.....	39
案例二十：對病人之告知.....	41
案例二十一：強制治療.....	44
案例二十二：強制治療.....	46
案例二十三：強制治療.....	48
案例二十四：強制治療.....	50
案例二十五：強制治療.....	53
案例二十六：強制治療.....	55
案例二十七：強制治療.....	56
案例二十八：強制治療.....	58
案例二十九：不必要之治療.....	60
案例三十：強制住院.....	62
案例三十一：不必要之住院.....	64
案例三十二：不必要之住院.....	66
案例三十三：住院.....	67
案例三十四：受刑人之住院.....	69
案例三十五：受刑人之住院.....	71
案例三十六：專家證言.....	73
案例三十七：醫療證明書.....	76
案例三十八：專家證言.....	78

翻譯單位序言

有感於生命倫理學在過去 20 年來於歐美及亞洲諸多國家已然蓬勃發展，成為橫跨「人文社會科學」與「生命科學」兩大領域，集合跨領域專業 (multidisciplinary) 研究方法之新興學術研究與教育領域，國立臺灣大學乃於 2007 年 3 月，成立「生醫暨科技倫理、法律與社會中心」，並以研究、教學、社會服務為目標。研究範圍並包括器官移植、生物基因科技、神經科學、奈米科學應用、醫療組織、醫療政策、科技政策等領域之倫理、法律、社會政策議題。另中心亦為「聯合國教科文組織生命倫理講座國際網絡」(International Network of the UNESCO Chair in Bioethics) 的參與機構之一；與該網絡共同推動生命倫理的研究與教學推廣工作。本書屬該網絡之系列倫理教材。蒙該網絡主席以色列籍的 Amnon Carmi 教授同意授權本中心翻譯成傳統字體中文，做為推廣的教材。本系列教材的翻譯由本中心組成委員會進行審查等工作。本書實際負責翻譯者為張瑜倩小姐和林勤富先生；並由本中心吳建昌醫師訂正。一併致謝。

羅昌發（臺大講座教授、終身特聘教授）

臺大生醫暨科技倫理、法律與社會中心 主任

2008 年 1 月 7 日

精神醫學之倫理教育：案例——簡要故事

(Teaching Ethics in Psychiatry: Case-Vignettes)

引言

我很榮幸被邀請來為這本少見的、討論精神醫學倫理困境的書寫序。我擔任世界精神醫學會倫理常設委員會 (WPA Standing Committee on ethics) 主席已經九年了，並且我們在 1996 年完成了馬德里宣言。我很高興本書的編者皆是 WPA 倫理委員會的成員，他們對我 2000 年的書《倫理文化與精神醫學》(*Ethics Culture and Psychiatry*) 也多所貢獻。

馬德里宣言之附件乃是一個具體指引，其處理醫療執業快速演變下所生新議題以及精神科醫師之後可能面對之許多倫理困境。任何倫理律條皆可做為臨床執業者之典範，但有時精神科醫師需要依其判斷、經驗與責任感，修正其所學之倫理以適用於個案。研究倫理面向已經變成研究贊助單位與相關政府或非政府組織議程的標準部分。即使醫學教育的改變對整個世代之學生與醫師的倫理行為有深遠之影響，卻仍很罕見有對醫學教育改革或醫療與護理課程重構計畫之倫理觀點進行檢視者。大體而言，目前少有壓力要求上述計畫向政府和社會提出證據支持：某特定的改革不僅僅能在知識與技能上有更多獲得，而且對發展依據倫理原則而行為之傾向也有貢獻。

精神科執業必須有倫理基礎，使病人之命運並非取決於執業者是否好心。然而，為使精神科醫師與精神醫學之形象不至於遭受更大之危害，倫理律條之執行必須得體且基於對地方性限制之理解。

現在根據 WPA 之法則與章程 (bylaws)，除非遵守我們的倫理律條與馬德里宣言，否則沒有一個會員團體能獲准進入 WPA。

我恭喜本書的作者們，因為本書填補了我們倫理上研究的鴻溝，且其允許完全的人類精神上活動，對精神醫學倫理實施上所遇到之不同困境提供省思。

Ahmed Okasha 教授

WPA 主席

前言

一本以醫學院學生與一般精神科醫師為讀者群討論倫理議題的書，必須因應下列問題而具備特別之論理經驗方法與教育性特點：(1) 主題對許多人而言，是否新穎或不顯著；(2) 將觀念翻譯成淺顯語言之難題；(3) 傳達訊息時之重要技術性事項。

在本書中，編輯以簡要故事做為教授倫理概念之工具。雖然簡要故事做為教學工具難免批評，它們仍常被用於藉著幾段文字傳達個案的中心概念，並示範如何將概念運用於實做之中。來自於世界各處之二十位同仁為本書提供這些簡要故事。這些簡要故事給人一般性的感受，而且，很明顯地它們描述的問題在各地都很相似，因此不管在哪裡執業，精神科醫師必須解決這些問題。這些簡要故事涵蓋困擾精神科執業的許多問題與主題，它們有時會成為精神醫學是否恰當之公共辯論議題。這些簡要故事涵蓋議題包括：強制、治療的權利與拒絕治療的權利、心理治療情境、法律與司法精神醫學、知情同意、以及保密性與隱私。簡要故事提供者皆被要求儘量模糊每一個故事中足供辨認之特徵，以維持撰寫個案時保護機密與隱私之主要的倫理關懷。

有些簡要故事所描述的是顯然不合倫理之行爲，有些幾乎是犯法之行爲。我們收集這些故事以顯示，有時候不合倫理之行爲與犯罪行爲的界線是模糊的，而當該界線被逾越時，不合倫理之行爲也可能有法律後果。

在每個案例的描述之後，我們採用正反分析之進路，呈現出一個問題皆可能至少兩個對立的答案。此種進路可能被太過簡化，但我們主要的想法是提供學生在思考倫理之不同替代選項，而不至於讓他們困在深奧之倫理觀念中。這些觀念，已經有其他的書籍或教科書撰文處理了。

使用簡要故事進行倫理學教育就有如團隊查房時之案例教學。此種方式的危險是有可能太過特定，太過專注案例的問題，而忽略在案例背後之社會政治意涵，例如心

理衛生需求之分配正義與資源配置、精神疾病的病人之罪犯化，以及其他許多關於強制之複雜法律關係。我們盡可能使本書基礎且易用，書中之議題主要在於激起讀者之興趣。因此，本書可被視為一本入門書，而非學術著作。

A.Carmi

D. Moussaoui

J. Arboleda-Florez

精神醫學之倫理教育：案例——簡要故事

案例一

主 題：知情同意

有一名 25 歲男子由其父親陪同第一次前往精神科醫師處看診，其父親表示，過去三個禮拜他的兒子舉止怪異，在單獨問診中，這名年輕男子表示過去三個禮拜他一直有幻聽。其言談顯示出一種緊張的、侵略性的神祕妄想，然而無危險之徵兆。醫師診斷該男子為急性精神病發作，且擔心有可能為精神分裂症之前兆，他告知該病人他希望儘快開始精神安定藥物治療。該醫師向病人解釋了立即開始治療之好處以及此種藥物可能的副作用。但這名病人因害怕思考能力受影響而拒絕了治療。

隨後，為了解釋相關情況，醫師在病人父親在場時再行診視。病人這時同意接受治療，因為他認為其父親是「上帝的特使」，而他必須服從其父。

G.Niveau

瑞士

問 題：在上述前提下，精神科醫師是否應該治療病人？

1. 是。因為病人已經表示同意。
2. 是。因為病人有很好的機會可以痊癒。
3. 是。因為如果病人不服用抗精神病藥物，臨床上他的病情可能加重，甚至對自己或他人造成有危險性。
4. 否。因為同意並非在自由之情況下給予。這名年輕男子說他有義務服從他父親的願望。

評論：

知情同意被定義為：病人在醫師充分地說明診斷評估、預後、介入之性質、風險、利益以及有其風險與利益的替代方案後，出於自願、非受迫地接受醫療介入。知情同意之原理可被認為係一種醫師與病人間之特殊溝通形式。治療者與病人之關係必須以互相信任與尊重為基礎，使病人可以做出自由、知情後之決定。若要認定病人的同意係知情的，該同意必須滿足三個基本要素：自願、資訊、能力。

對一位精神科醫師而言，在每天工作中時常出現的問題之一是：以達到病人之最佳利益之方式而利用病人之妄想，是否合乎倫理？在本案例中，該精神科醫師並未對病人因其父親在場而改變決定表示意見；他接受此改變而未干預，因為在精神科醫師的意見中，此改變代表了病人可能之最佳決定。

該精神科醫師選擇以功效主義為較常見形式之結果主義進路，而不是採取一個涉及自主所有面向之知情同意之嚴格解讀。在這樣的嚴格解讀下，病人將會在全面審視其情境後，不管其父親是否在場，自行得出結論。在其較為父權主義之臨床判斷中，該精神科醫師認為，病人接受治療之決定儘管因妄想而被削弱，就避免病人將來功能退化以及可能之住院需要而言，仍是當時對病人最好之決定。

精神科醫師的其中一個職責就是當妄想發生時告知病人，儘可能地遵循他該遵循之原則，擔任導引精神疾病病人（尤其是精神病人）來到現實世界的大使。

案例二

主題：知情同意

一名有殘餘型精神分裂症之 42 歲原住民女性，多年來已功能良好且無症狀，在非計畫中且其不想要之情形下懷孕，因自殺意念而住院。她有兩名成年子女，他們在小時候就被帶離母親的照護。雖有強烈的罪惡感，她考慮終止懷孕：對她而言，想要生小孩的念頭是錯的。本次懷孕導因於一次她與表哥偶然的相遇；在原住民社會裡，表哥被認為是長輩。這個未出生嬰兒的爸爸還不知道懷孕的事情。這名婦女一直持續考慮終止懷孕且時間越來越緊迫，她的精神健康惡化，開始沮喪，繼而發展至精神病。隨著精神狀態惡化，其給予知情同意之能力受損。藥物療法是必要的，但因懷孕之安全優先而未給藥。長輩們施加壓力希望將嬰兒轉給她那沒有小孩且有精神分裂症的妹妹（32 歲）。

由於這名婦女對其諮商師有理想化的移情作用，她拒絕與護理人員或掛號人員交談。她希望諮商師為其做決定：「不管你說什麼我都會照做」。

S. Bloch

澳洲

問題：諮商師應該怎麼做？

1. 諮商師應避免告訴她怎麼做。他應指出替代選擇的利弊，確認她完全了解其解釋，並要求她做相關的決定。
2. 諮商師應將其陳述視為係一種授權，把所有能確保滿足病人最佳利益之相關因素考慮進去後，告訴她該怎麼做。

評論：

此名病人處於一種困難之境，她被兩種願望所撕裂：其一，因為對終止懷孕有罪惡感，她希望懷孕繼續；其二，她希望在社區裡保守其性關係的祕密（雖然此點在敘事裡並不是很清楚），如果她生產，該祕密有可能被揭穿。

另一方面來說，醫師的處境也很困難。在傳統社會中，醫師的地位是很高，本例亦然。這也是為什麼當她不滿意家族將新生兒送給精神分裂症的妹妹收養之提議、當她不想為選擇墮胎負責、當她對於可能讓社區知道父親的身分感到不悅，尤其，當其因精神疾病而無法做出明確的決定時，她選擇自己不做選擇，而將責任交給醫師。

在此複雜的情形下，很明顯的醫師不可能獨自做如此重大的決定。為了幫助病患參與決定的過程，包括治療團隊的成員以及一些病人所接受社區成員，必須做出集體的決定。不管最後決定如何，將這個特定群體的文化背景考慮進去無疑是重要的。西方不受阻礙的自主與個人主義觀念，並無法立即地移植至其他的文化脈絡，在那些地方，家庭或最近群體（即使不是整個社區）對健康決定有發言權，且其運作有如一集體自我，一種下決定時之團體意識。在這些情況下，即使此問題由醫師獨自決定將可簡單地解決，醫師採取此種方式將會是不智的。假設病人同意家庭諮商，且她覺得難以與文化傳統切斷，則迫切性將不是規避已建立之程序的理由，特別是家族能夠在短時間內動員並參與會議時。

案例三

主 題：病人之權利

Y 小姐，32 歲，有長期的精神病史。她曾數次因妄想型精神分裂症而住院治療。最後一次她入院治療，被診斷出有活躍的妄想與幻覺。

由於她害怕被下毒，拒絕接受醫學治療，其精神科問題依然沒有任何改變。

在其最後一次住院時，她遇見了 A 先生，30 歲，他被診斷有輕度智能不足（IQ：69）及急性憂鬱症。他們展開了一段密切的關係，結果，Y 小姐懷孕，生下了一名嬰兒：名字叫 H。

在小孩出生之後，其父母分別被要求簽署表格證明他們放棄小孩的監護權且接受不經審判程序之未成年收養。

M. Zaki

以色列

問 題：父母應該被要求簽署收養表格嗎？

1. 是，因為以他們的情況，他們沒有權利養育孩子。
2. 否，因為考慮到他們的精神狀況，他們的同意無效。
3. 否，因為考慮到他們的精神狀況，應指定監護人代理他們。
4. 否，因為此問題之本質應是由司法程序處理。

評論：

除非本案例其他未陳述的觀點尚未被揭露，否則治療團隊的處理難以理解。我們不曉得這兩位父母的意願如何。我們也不知道他們各自的家庭立場為何。有些精神疾病病人（有時候病得很嚴重），在獲得各自家族的幫忙下，其養育子女之方式並不比社區裡大多數的父母來得差。這某種程度提醒我們，某些醫師非常不合倫理之行爲；他們過去曾有幾十年期間都在未獲得精神疾病病人（特別是心智遲緩以及精神病人）同意下，爲他們進行絕育。這種情形在歐洲許多國家持續至七〇年代。

在高爭議性的案例中，司法系統必須做爲領導，在專家協助下，找尋最佳或最不壞之解決方式。

認定精神疾病病人及發展上失能者不足、無能力，未對這兩位病人的養育能力做評估，此種父權主義作爲，在某些高度發展的醫療團隊中仍頗常見。基於撫養小孩之便利而宣揚功利主義，係爲了有利於社會或政治之考量而否定病人之自主。

案例四

主 題：精神病人之法律上能力

一位 35 歲、受中等教育之單身男性，任職於房屋銷售公司。在 20 歲的時候，他患了急性精神病發作，被診斷為精神分裂症。他住院了兩個月；出院之後，規律接受門診治療。他由於逃漏所得稅而出庭。司法精神醫學專家判定其具有法律上能力，因為其行為與過去病歷裡提到的症狀不一致。

Naneishvili

喬治亞

問 題：精神疾病是否能免除被告的刑事責任？

1. 是。因為心理疾病剝奪病人行使判斷力、理解、自由意志以及意思之能力，而這些都是行為人為其行為負責的必要條件。
2. 否。精神疾病可能會傷害一個人某些方面的心智和能力而不減損其他方面的心智能力。每個案例都應依其個別的特徵與動機進行檢視。在此案例中被告的確應為其與疾病無關之犯罪負責。

評 論：

大法官 Cardozo 曾說 (1914)：每個成年而擁有健全心智的人皆有權利決定如何處置自己的身體。

評量病人心智是否健全須考量多種因素：

病人能否認識治療的形式？他是否能評價治療的本質與結果？他是否能形成接受治療之意願？總體來說，一個人也許有能力對生命或健康之某些方面做決定，但對其他方面則不然。例如，有些病人對治療選擇無法做出合理的決定，但他們仍然可能有能力表達對某些介入的拒絕。從臨床的觀點來說，一個 20 歲的人被診斷為精神分裂症僅是暫時性的；此診斷有可能轉變為其他疾病例如躁鬱症或者非精神病。也有可能是急性後中毒性精神病發作，該疾病消失後無任何精神上後遺症。

從另一方面來說，對違法者或刑事犯罪者而言，其典型的策略乃是試圖於法庭上提出精神科診斷，以達到減輕或逃避法律責任的目的，進而避免制裁。

在法庭上該專家被詢者為關於違法行為時或刑事犯罪當時之精神狀態。一個人於多年前急性精神病發作，而在刑事犯罪行為時若係正常生活，則仍會受到與其他正常人一樣之制裁。

當被告提出精神狀態做為刑事犯罪之抗辯時，法院應安排鑑定被告進行訴訟之能力（審判時的心智狀態）以及負刑事責任之能力（被告犯罪行為時之精神狀態）。只有經過對兩個層面的能力做全面的精神鑑定，才能解答是否被告在犯罪行為時無行為能力，或者是否具有某種程度的無能力（由於舊疾復發或是具有過去精神疾病的慢性症狀）。如果此種情形被確認，法院得接受此責任能力減低或心神喪失之抗辯。從另一方面來說，如果行為人被認為在犯罪行為時可完整運用精神上機能，則其過去之精神疾病病史將無關緊要。除非有反證，任何行為之作為與不作為皆被視為在自主與自由意志下所為。

案例五

主 題：精神科醫師之雙重忠誠

一名兒童精神科醫師同意對一位 6 歲小孩的性虐待陳述提供專家意見。他在三個月後向法官遞交報告。在工作期間，他注意到該小孩遭受巨大肉體痛苦之傷害，因此在其母親的請求下，同意繼續診視此小孩並進行心理治療。六個月之後，他被傳喚至法院為其提供專家意見之事件作證。他當時始了解，他既是專家證人也是諮詢醫師。

G.Niveau

瑞士

問 題：一名醫師是否應該被允許同時做為指定專家以及諮詢醫師？

1. 是。技術上來說，做為專家他可以和做為治療醫師一樣好。
2. 否。該名小孩將需保密資訊託付給治療醫師。醫師不可將這些資訊揭露予法官。

評 論：

信任在精神科醫師與病人的關係中是不可或缺的。

雙重忠誠存在於：當精神科醫師同時對病人及第三方皆應負責，並且這些責任不相容時。原則上，精神科醫師應對其病人負有完全的忠誠之義務，只有在例外的情況下才可將他人的利益置於病人利益之前。

保持客觀是司法專家的倫理義務，不管其意見是否有助於對被評價者之法律上利益。如果專家同時為治療的精神科醫師，客觀性是幾乎不可能的事，因醫師的角色是代表病人的最佳利益並為其辯護。在對於病人沒有幫助之事件情境中，醫師可能只好自己作偽證，或最少以有利的觀點包裹法律意見，或是，他只好冒著傷害醫師病人關係的風險，誠實的提供負面意見。尤有甚者，在保護祕密與隱私的假設下於治療中透露之資訊，亦有結果必須在法院揭露之風險。因此，司法專家應避免為其所治療之案例作證。

然而，雖然這不會發生在瑞士，此種雙重忠誠也可能會發生在那些全國精神科醫師數目很少的發展中國家，因為同一個醫師將難以完全區分其治療與專家之功能。

案例六

主 題：利益衝突

一名 76 歲、非常富有的女性，患有輕微的失智症，她的小孩打電話給醫師抱怨她對教會團體之信徒們出手闊綽，他們認為那些人密謀用盡她的財產。他們憂心繼承遺產的權利，並且要求醫師宣告她無能力管理自己的事務。該醫師盡責地告知病人她的小孩來訪這件事，並且告訴她，他不認為此種精神科諮詢是恰當的。該名醫師自己以前也是同一個教會團體的成員。

J. Arboleda-Florez

加拿大

問 題：這名醫師該如何處理利益衝突的問題？

1. 他應指示病人轉診至另一位醫師。
2. 他應繼續治療該名病人並拒絕其小孩的請求。

評 論：

這裡就是一個利益衝突的案例。即使不同意病人小孩對病人的評估，診治醫師還是應詢問非屬相同教會同僚之意見；這是為了評估這位女士的精神狀況，衡量其行為是否是疾病造成的結果，或是其教會教友不當的壓力所致。如果病人的失智症惡化，這名醫師將病人的福利置於風險中。

長期來講，該治療醫師倫理上最好的解決方式是，將此病人轉介至另一名與其教會無關的醫師處。

案例七

主 題：利益衝突

50 歲的精神科醫師僱用了一名病人做為打掃家裡的女傭。在晚上回家的時候用催眠治療其恐懼症。工作安排係用來代替治療費用的支付，否則她可能負擔不起。

J. Arboleda-Florez

加拿大

問 題：此精神科醫師對其病人的工作安排是否是適當的？

1. 是。因為這名病人將有機會受益，獲得她所需要的治療。
2. 否。因為將來利益衝突之可能，精神科醫師不應該混淆治療者與雇主的角色。

評 論：

需要遵守的原則：除非是緊急情形，任何一個醫師都不應治療家庭成員、朋友或其他在其管理下工作之人。

在這些情況下利益衝突的風險非常高（包括感情上問題）。在此種案例裡，主要的輸家幾乎都是病人。為了最理想的醫病關係，病人需要某種程度的距離與中立性。除了不良的檢視角度及其他影響治療聯盟 (therapeutic alliance) 的可能動機外，在此，醫師創造了不可同時為雇主與治療醫師之利益衝突。一最理想的醫病關係要求在雙方間有某種程度的距離，這在精神醫學更是如此；移情 (transference) 與逆移情 (countertransference) 的問題容易渲染扭曲互動的所有層面。一個最理想的醫病關係應

根基於平等的地位，精神科醫師係在幫助病人於生活中尋求一個比較好的平衡，以及如何處理其症狀，但在治療的過程中，仍然是病人自己安排與下決定。此想法是爲了幫助病人發展更好的自主決定能力並減低依賴性。相反的，雇主與雇員關係是一種主僕關係，契約義務要求雇員履行契約職責以及雇主所下的命令。此種性質之功效主義的安排混淆了雙方角色，兩方面都將會是輸家。較好的解決方式是醫師訴諸利他主義，免費地提供治療。

案例八

主 題：安樂死

一名 25 歲的醫師被診斷得了白血病。他跟女朋友一起生活，兩人的關係非常好。儘管他在名聲很好的腫瘤中心治療，但健康情形仍然惡化。幾個月之後，他吞不下任何液體，只能靠體內輸液維生。在掙扎了兩到三個禮拜之後，從起初嘗試性的要求到最後非常堅持地，要求他的醫師讓他死以免除痛苦。在其要求被拒絕之後，最終他的醫師告訴他，因為病人自己想拿多少嗎啡都可以拿得到，病人只要加入一個大劑量到靜脈藥物中就可以結束生命。病人在女友在場時根據醫師的建議行動。然而，病人不但沒死，而且醒來後心情很好，並且能夠享用食物與飲料。他決定不再求死。幾個月之後，他因為白血病自然死亡。

Driss Moussaoui

摩洛哥

問 題：醫師是否被允許建議病患結束生命的方式？

1. 否。世界上很多國家皆禁止醫療工作者實施安樂死。
2. 否。此行為的結果證明了醫師還是始作俑者。
3. 是。本案例處理的是癌症末期病人。該病人是一位成年、理智、受過教育的人，且他自己也是合格醫師。他清楚自己的病且知道即將到來的結果。因為無法承受的痛苦，他有充分的理由以及權利去決定自己的命運。

評論：

安樂死，是指有意地終結病人生命的行為，這種行為即使是基於病人之請求，也是不合倫理的。一名醫師的職責，最重要的是提高健康、減輕痛苦，以及保護生命。

精神科醫師應特別注意會導致那些失能而無法自我保護者死亡的行為。精神科醫師必須知道，病人的觀點有可能因為精神疾病例如憂鬱症而扭曲。在這些情況下，醫師的角色就是治療疾病。

由本案可知，安樂死是一個複雜的議題，不能草率的處理。即使在最絕望的情況下，例如本案為一末期的病人，其自行結束生命的決定及行為得出了一個恰恰相反的結果：他醒來後有強烈的求生意志。

這就是為什麼醫師必須謹慎的面對病人因無法忍受痛苦而表達想要死亡的意念。臨床上的問題是，病人身體疾病是否伴隨憂鬱症。抗憂鬱劑治療也許可以扭轉某些病人想要死亡的決心。

安樂死在很多國家是不被允許的，並且，做為一種形式的加工自殺，在很多宗教裡是被譴責的。然而，假設在本案無任何法律上或宗教上的禁制令，則應該要處理的問題將不會是此種安樂死或其合法性，但事實是醫師選擇了通往安樂死的捷徑且逃避其道德上責任與義務。很明顯地，他將採取積極安樂死行為之決定強加到病人身上。

案例九

主 題：安樂死

45 歲的 A.P.先生因為心智遲緩居住於庇護之家。他能充分自主地前往辦公室從事機械性的工作。20 年前法官曾經宣告他無行為能力並指定其叔叔做為監護人。他在機構裡有一位女性朋友。由於接受新的癲癇症治療法，他患了腸壞死，需要動緊急手術以及結腸造口術。手術後產生了很多併發症，首先是肺炎，以靜脈內抗生素治療。他變得很消極，沒有胃口，要求醫生與護士讓他死亡，去「見他的母親」。精神科醫師給予其抗憂鬱劑治療，食物則經由鼻胃管灌食，在一個禮拜內他會拉出鼻胃管好幾次。在護士小姐為了重置鼻胃管而將他約束在床上時，他還與護士對抗。在他入院後三個月，臀部有新的感染，有膿而需要動新的手術。他變得對醫生與護士很有攻擊性，不時的哭泣，乞求他們讓他死亡。他的監護人是一位年老的男人，心智上受限且無能力做任何決定，最終簽下了手術同意書。

Juan Vinas

西班牙

問 題：外科醫師是否應進行這項手術？

1. 是。因為已有法律上監護人之知情同意。
2. 是。若不治療病人將會導致病人死亡。
3. 否。該法律上監護人心智受限且無能力做任何決定。他們應該向法院申請指定另一位監護人。

評論：

很明顯地，抗憂鬱劑的治療法無法幫助病人去除想死的意念。治療團隊在兩者之間被拉扯：一方面是與身體上疾病、併發症搏鬥的必須性，一方面是生命的品質。

本案例中，醫師不能停止治療病人，儘管病人如此要求。要採取的行為是提供病人良好品質的陪伴，緩和他的怒氣，開抗憂鬱劑以及抗焦慮劑，使情況和緩。

安樂死是一個高度爭議性的問題，由於橫跨個人道德、宗教、法律界面，容易使人變得情緒化。安樂死可能是被動的或主動的。在個人的層面上而言，保存生命的義務與有尊嚴地死亡的權利相對立。在一些國家中，精神科醫師幫助病人死亡（主動安樂死）是違反法律的；如果一旦進一步的治療也不會改變自然的最終結果，讓病患自然死亡，法律的規定也許就不是那麼清楚。假設就算有治療，生存的可能性也有限時，一個人有權利拒絕過度積極之治療，讓自然力量主宰一切，此時被動安樂死似乎更容易被接受。如果病人做出此決定，除非有其他減輕痛苦的照護，醫師不應該再介入。問題在於，何時或何處可劃分過度積極之治療與高度可能避免死亡的介入治療。一個合乎倫理之醫師必須衡量所有不能確定判斷或解釋的因素，告知病人所有替代方式以及介入治療可能的結果。在這個急迫的案例中更加複雜的是，監護人做生死決定之能力令人懷疑。假設監護人到目前為止都能夠勝任職責，而沒有人有反對意見，只有法院有權力推翻監護人之決定。

當病人需要保護其個人幸福與利益時，其有權獲取夠格的監護人協助。當司法當局認為精神疾病病人無法處理自己事務時，應依其情況之必要及適合的範圍內，採取措施確保其利益。

如果病人的代理人阻止醫師依病人最佳利益所建議之治療，醫師得向相關的法律機構裡挑戰代理人之決定。

案例十

主 題：保密性

一名 45 歲、富有、帥氣、善於交際而優雅的上流社會男性，是噴射機會社的成員。他與一位優雅漂亮與之相當的 35 歲女性有一段戀愛關係。由於男方好幾次的猜忌（可能到病態的程度），這名年輕的女性決定結束這段關係。在這之後，這名男性前往他曾經看過幾次的精神科醫師處就診，告訴該醫師他帶著槍，接下來會到前女友那裡殺死她。這名男性並說這件事是他跟醫師間的祕密，任何破壞保密的行為他都不會忽視。

這名精神科醫師認為在這個案例裡違反保密規定是必需的，於是通知了那位女士與警察。當警察詢問這名男性時，他否認有任何不良的意圖。

這件事在專家間激起熱烈的討論。在這名男性最終用那枝他看精神科醫師時帶著的槍殺死了前女友之後，討論變得更加激烈。

G. Christodoulou

希臘

問 題：本例中違反保密義務是否有正當理由？

1. 是。與 Tarasoff 案例一致。
2. 是。與馬德里宣言 (Madrid Declaration) 一致。
3. 是。這名醫師有雙重忠誠義務，換言之，不只對其病人，如果發生危險時亦對外在社會有義務。
4. 是。為了使病人免於承受自身暴力。

5. 否。這類的先例將使暴力罪犯不敢請求精神科醫師協助，以致於他們無法獲得幫助他們避免暴力之治療。
6. 否。精神科醫師應該建議緊急治療，且稍後階段應給予進一步診斷，考慮各種可能的建議治療。

評論：

在此複雜的案例中，第一個要問的臨床上問題是：為什麼這名男性在殺他的前女友之前有看過精神科醫師？如果他有精神疾病，嫉妒行為是否為其中的一部分？這種情況下強制住院是否有必要？顯然，該精神科醫師有權利與義務通知警察與該前女友。不幸的是，這無法防止那位女士遭到謀殺。

A. Capron 認為保密原則有六個功能：它可以 (1) 保護個人自主，(2) 保護病人身為人類的地位，(3) 避免欺騙與脅迫，(4) 鼓勵醫師仔細的考慮他們的決定，(5) 促進病人理性的決定，(6) 將公眾納入醫學之考量中。

保密性並不具全面的絕對性。我們必須小心地，在保密性與促進病人最佳利益、他人的安全和福利或公共利益間，取得平衡。在公共衛生與心理衛生的情境中，違反是被允許的。許多國家的法律要求精神科醫師保守秘密，但是當危害到其他人，尤其是特定攻擊目標時，則允許破壞保密性。在美國，此乃廣為人知，係「警告的義務」(Duty to Warn) 或 “Tarasoff” 判決。這判決牽涉到一名對女友入迷的年輕男性殺了曾經明白表示希望結束關係的該女友，他曾經至醫院急診室尋求幫助，後來從急診室被放出來。法院判決臨床醫師有錯，因為他沒有警告可能的、可辨認的攻擊目標。此情況與本案非常類似。潛在的被害人是一位特定之人，精神科醫師必須履行其警告的義務。然而，他應該告知病人他的警告行為。公開與誠實是心理治療之基本要件。如果必要的話，在假設病人可能有精神疾病或是證實其因痛苦而無能力控制其自身行為時，應該強制病人（非自願性入院）。

案例十一

主 題：保密性

一名 34 歲懷孕四個月的女性，在企圖自殺後被送進當地醫院的精神科病房。她屬於少數民族，與丈夫公婆住一起。她告訴醫師她是在家庭團圓計畫之下移民過來，但覺得適應環境有困難。她是文盲，無法用新國家的語言溝通，通過翻譯她說覺得像個囚犯般地被公婆剝削，被迫做很多工作。她的丈夫幾乎沒給她支持。她有五個很小的孩子，且即將要有第六個。在絕望中，決定撞車結束生命，但是被救了起來，並被警察送往急診室。在醫院裡，她顯露出輕微憂鬱，但不再想自殺。她對親戚們非常生氣，不想與他們有任何連絡，她說如果聽到她企圖自殺，他們會使其生活更悲慘。她的家族不明白為什麼她要與一群瘋子一起住院，想要將她帶回家。公婆認為他們有權了解為什麼她需要在精神科病房裡住院，希望跟精神科醫師請教，但是醫師以未得到病人同意而拒絕了此項要求。這名女性認為如果她企圖自殺被公婆知道，她的情況會更加險惡。

M.Kastrup

丹麥

問 題：精神科醫師是否應該告知病人家屬病人企圖自殺這件事？

1. 是。揭露此訊息會確保這位女性的家屬防範她類似的企圖，可以促進其安全，保護她的生命。
2. 是。因為她的家屬大概也會從警察處得到消息。

3. 是。因為在治療團隊的協助下，其家屬也許會改變他們的行為以減輕病人的社會壓力。
4. 否。依保密性規定，醫師不得透露資訊。

評論：

總體來說，精神科醫師於法律上、道德上受規制，應保守所有病人於醫病關係中透露給他之資訊。明顯地，從希波克拉提斯 (Hippocrates) 時代以來，精神科醫師保守病人資訊的祕密性一直是醫學倫理的基石。希波克拉提斯誓言提到：在治療過程中或治療外，所有我所見所聞關於病人的一切，絕不加以宣揚，我將確保所有難以啓齒事件的祕密。

這是一個典型跨文化議題的案例。已開發國家的精神科醫師有時並未準備好處理從傳統文化國家來的病人。在這些社會裡，團體的權力很大，時常侵犯構成這些團體之個人的隱私，尤其是不識字且依賴家庭的女性。

通常，臨床醫師不知道某些行為背後細微的文化差異，或基於擔心自身主流文化遭到稀釋，或基於合法性，而選擇忽視之。臨床醫師鮮少有接受文化敏感性訓練，且在多元文化的社會裡，他也幾乎不可能知道所有文化的問題。設想上，臨床醫師有責任盡其最大能力照料病人，在臨床醫師決定忽視任何文化問題的重要性前，皆應該研究或了解這些問題是否會干擾或扭曲對於病狀之了解。

告知或不告知家屬：兩者都是不好的解決辦法。告知也許可以預防另一次的自殺企圖。當然，家屬會對病人企圖自殺感到生氣，但他們對不被告知可能更生氣，特別是如果有另一次自殺行為。如果病人自殺身亡，他們甚至可能控告醫師隱瞞訊息。不用說，警察很有可能在街上就告知家屬該病人之行為。

與丹麥醫師相比，在病人原生國家的醫師可能更容易告訴其家屬。視情境及其與病人及家屬合作的方式，兩者都是對的。

治療過程是個人成長的機會，在本案中，臨床醫師有責任坦然地與病人討論其行為的意義，以及她拒絕接受其文化支配的含意。在她的立場上，病人有權獲知所有可得知的訊息，包括其自身文化困境正面與負面的結果，使其可以對未來行動做出知情的決定。將家庭納入治療過程中，在主流文化如何看待家庭在病理學中扮演角色方面有助於處理跨文化的分歧，而且，這將與病人文化的價值觀一致。

案例十二

主 題：保密性

Y 先生，51 歲，在其妻子（X 小姐，30 歲）陪伴之下看他的一般科醫師。

Y 先生曾被診斷為有重鬱症 (major depression)，並因許多社會壓力而惡化。這些包括最近他被診斷出有 AIDS，他妻子有 HIV 病毒，他們無法懷有小孩，與由於試管嬰兒 (in vitro fertilization) 花費、收養當局的報告，以及其妻子的外科手術花費（直腸陰道瘻管，recto-vaginal fistulae）等，所帶來經濟上的擔憂。他不停地詢問醫師（同時也是他妻子的醫師），他從何處得到 AIDS 之事，因為他從未靜脈注射毒品，亦未與其妻子以外之人從事無防護措施性行為，亦無其它風險。他也希望得到更多他妻子不孕的說明，且因其覺得醫師串通不願意對他坦白而感到沮喪。

他花了好幾個小時反覆思考這些問題；他因為無法幫太太更多忙而感到有罪惡感，且因無法成為父親而流淚沮喪。最令他難過的是他認為傳染 HIV 病毒給妻子，因此實際上是他殺了她。

Y 先生不知道的是，X 小姐以前是 X 先生。X 先生出生時是男性，不過在他 18 歲時，由一位較年長的贊助人提供經費，在巴西做了變性手術。在手術之後，X 小姐從事性交易維生，在那她感染了 HIV 病毒，且自己知道這件事許多年了。當她遇見 Y 先生時，她並未坦白曾經是男性的事實，也沒有提到她感染 HIV 的狀況，且很可能傳染給 Y 先生。X 小姐不希望其外科醫師與一般科醫師將她過去告訴 Y 先生，她認為這將摧毀他，使其憂鬱症更惡化，可能迫使他自殺。

S. Bloch

澳洲

問 題：精神科醫師是否應該告訴這位先生關於他妻子的故事？

1. 否。醫療保密規則剝奪醫師將從這名女性處得到的資訊告訴其先生的權利。將此訊息告訴先生可能會造成很大的傷害（包括他可能自殺的危險），比任何透露事實帶來的利益都重要。
2. 是。醫師與這位先生之間有醫病關係，而他要求問題的答案，答案來自於這位女性告訴醫師的資訊，因此醫師有權利將這些訊息給先生。

評 論：

不管從哪一個角度的觀點來看，這很顯然是個困難的案例。醫學上，先生的憂鬱症會進一步加劇原本已惡化的身體健康，且在先生不知道他的妻子無法懷孕的情況下，先生與妻子間嘗試懷孕所為無防護措施的性行為，可能讓雙方過度感染 HIV。

從倫理的觀點來看，該一般科醫師陷入一種奇怪而又複雜的情況，他的角色是很困難的，因為他既是先生也是妻子的治療醫師。最佳的行動是將配偶其中一位轉診給其他醫師。但此並不允許他將事實告訴先生，因為他是或曾經是太太的治療醫師，保守祕密義務的效力貫穿醫師一生，甚至是醫師死後。

道德上或也許是法律上，許多社會譴責這位妻子傳染先生且隱瞞過去之欺騙行為。從另一方面來說，從心理動力 (psychodynamic) 觀點來看，這位先生知道他不知道的事 (knows without willing to know)。當詢問醫師他從何處感染 HIV 時，他可能感覺也許是太太傳染給他，然而，他沒有勇氣面對這個痛苦的事實，而採取否認的態度。他太太對她先生如果知道事實可能自殺的預告必須被認真的看待。另一個可能的行動是，給配偶雙方積極心理治療支持之同時，說服妻子逐步的告訴先生真相。

在任何關係裡，坦誠溝通都是必要的要素。不幸的是在本案中，該妻子欺騙了先生兩次，一次是未告知她的過去，第二次是未面對現實，藉著限制精神科醫師幫助她先生之能力，她也欺騙了醫師。如果精神科醫師沒有向其先生公開她的問題，他即是與她共謀欺騙。醫師應該完整的探究她拒絕承認過去和現在情況的動機，也許她的動機不是害怕他知道事實後會自殺，而是希望他因不知道什麼令他痛苦而自殺。不管揭露後之目的論的結果為何，他有權利知道。使用一個只會看到自殺負面結果之結果論分析，將無法了解揭露之決定也可能對雙方有正向的結果。

案例十三

主 題：保密性

一名 46 歲、已婚而育有三名小孩的男子，是一位在城市間之山區崎嶇道路路線行駛的巴士司機。在與醫師諮詢中，他主要的抱怨是，在母親過世之後五個月，他開始經歷突發的心跳過速。第一次發生時他正在大街上，當時他覺得正在失去意識且快要死了。在他被緊急送往急診後，經診斷其心臟功能完好，不過醫師認為病人遭受壓力，建議他度假休息。在其假期結束後，他又開始有一樣的症狀，特別是當他在山間行駛時。他也開始認為其駕車技術可能變得粗心疏忽，可能導致他掉落山谷。

他堅持地認為自己患有獨特的心臟疾病，拒絕考慮他可能有恐慌症，並可能併發懼曠症 (agoraphobia)。他拒絕接受任何精神疾病的藥物治療或心理治療，並要求由心臟內科醫師治療。他的媽媽曾因精神分裂症接受治療多年，他堅持地拒絕接受與母親同樣的藥物治療。同時，因為須清償契約債務，他持續開車行駛於陡峭的巴士路線上。

D.Moussaoui

摩洛哥

問 題：精神科醫師是否應該告知其雇主此病人的健康情況？

1. 是。司機拒絕接受他有精神疾病的專業意見，有可能不僅對他自己也對巴士乘客造成意外或傷亡。司機與乘客的生命威脅比保密性的侵害重要。

2. 否。在這個階段醫師應該維持與病人之關係，與心臟科醫師以及精神科醫師合作，提出涵蓋心臟科以及精神科需求的治療方案。
3. 否。保密性規則不許醫師有任何違反的權利。告知雇主可能造成該司機被解僱。

評論：

在本案裡，說服病人是本案的關鍵解決方式。與心臟科醫師合作並告訴病患血清素再回收抑制劑會中止其心臟的症狀，並非不正確的。可能伴有懼曠症的恐慌症，或者伴隨著憂鬱（案例報告中看不出），是在司機有精神疾病的母親死亡後發生的。考慮到這名病人對精神醫學與精神疾病藥物治療之污名化態度，將病人轉由心臟科醫師治療較為明智。只有在病人拒絕所有的治療並且持續惡化時，才使用替代方案通知公司的職業病醫師，由其再次解釋此種病理狀況對駕駛巴士的危險性。從倫理上的觀點來看，醫師大部分的責任以病人為主。然而，如果該疾病可能造成許多人的傷亡，醫師對社會大眾亦有責任。

類似情況亦可能發生在飛機駕駛或火車駕駛，例如如果發生於癲癇或物質濫用疾患 (substance abuse disorder)。

在通常情況下，這名病人不治療其恐慌症的決定只有影響自己與他周遭的人，決定是否接受治療是個人權利。事實上，如果不是因為這個人的職業，應該沒有繼續討論的空間。被嚴重恐慌症發作影響的這個人，手裡掌握著大眾的安全，對其照顧帶來了不同系列的複雜性。我們可以想像，如果嚴重的恐慌發作在交通尖峰時刻或擁擠的高速公路上時，會影響這個人安全而完全清醒地駕駛巴士的能力。因此，對社會大眾的風險，包括其乘客與其它交通工具上的人，將會非常高。在某些國家，法律規定，不管保密性規則，醫師必須報告此種個案，而且該個案將可選擇治療與妥善控制其醫療狀況，或放棄其駕駛之特殊利益。駕駛執照並非權利，而是一種同時命令利益擁有者實踐某些期許及義務的特殊利益。如果未被通報而有事情發生了，精神科醫師甚至可能因此需依刑法而受罰。一個功利主義之論證可集中在以大多數人的利益與單一個

人的利益相較。考慮到結果對此病人、其乘客以及精神科醫師可能是災難性的，精神科醫師應該做出一個行為義務論(act-deontological) 的決定（視個案不同而定）。至於病人，他的責任源於道德觀念，一是他的角色為大眾運輸工具的司機，二是意外發生的法律責任與因果關係，最後是其個人身為司機的能力。

案例十四

主 題：保密性

這個案例發生於一歐洲國家，在該國過去三十年間，持續存在有一種說法（有時是精神醫學會的代表所言）：在社區中工作的精神科醫師應該被視為政治活躍人士。一位該國大學精神科教授，在治療一位有臨床上複雜抗藥性的病人二十七年後，於其部門首次對其進行電痙攣治療 (electroconvulsive therapy)。教授的其中一位助理是某政黨的成員，他將病人之病歷影印，並將影本交給該政黨的官員。該影本接著被傳給一家著名報社，隔一天報紙上出現全版文章，攻擊該教授使用野蠻之治療方式。文章同時有一些精神科醫師（學者）之訪談，但沒有任何一位提到：數個國際臨床指導準則肯定電痙攣療法在某些特定的情形下之恰當性。該校的院長並未對這位助理採取任何懲罰行為，反而正式地要求教授對此提出解釋並在教職員中對電痙攣療法的使用舉行公開辯論。在治療之後病人的臨床表現有了顯著的進步，但不管是在報上還是其它公開場合，都沒有任何人提及。

M. Maj

義大利

問 題：該助理是否有權利將資訊傳播給社會大眾？

1. 是。社會大眾知的權利凌駕於保密性原則之上。
2. 是。醫療人員控制醫療方法使用的權利凌駕於保密性原則之上。
3. 否。由於有遵守保密性原則的責任，該助理不被允許以此推展其個人意識形態的利益。

評論：

反精神醫學的運動，包括在精神科醫師間，以其硬或軟之形式存在於世界各地。將學術爭議帶到社會，例如電痙攣療法贊成與反對，是具有合法性的。但是，影印病人的檔案並將之給予非醫師或非治療者之行爲，是非常不合倫理的。如果病人的姓名未被隱藏，且如果從影印的檔案中可辨識病人，則病人有權利控告該助理。

該助理所認爲良好社會的較高價值與知的需求之論點，可藉由不侵犯他人權利之方式達成。在本案例中，目的並不能正當化其手段。利用無自身保護能力的人去推展政治觀點，是不道德的且應受指摘的。事實上，在很多國家，無病人之同意而洩漏病歷資料給未得授權之人，是犯罪行爲。

院長使自己與多數沆瀣一氣，顯示出其道德的墮落。罔顧對於他的醫院及身爲部門首席醫療長官之信賴，他決定犧牲病歷的保密性。他也犧牲了其部門的完整性以及一名職員的利益。就其職責分析，他並未盡到責任。

案例十五

主 題：保密性

一位 31 歲、已婚的女性，向其家庭醫師抱怨陰道有分泌物且外陰部發癢。經過檢查之後，醫師跟她預約下一次看診時間，並囑咐與先生一同前來。在那次問診中，他告訴他們她患有因性交傳染之性病，建議他們將來避免性行為。因法律規定需報告衛生當局，醫師也建議先生接受實驗室檢驗。這些訊息造成了嚴重的婚姻裂痕，而這對夫妻以離婚收場。在此事件中，先生未被傳染。在其後的約診中，醫師向該女性道歉，因為他發現實驗室誤將另一位病人的資料交給他，而其實她只是有輕微的念珠菌感染。

J.Arboleda-Florez

加拿大

問 題：醫師是否應該告知先生其妻有性病？

1. 否。保密性規則禁止醫師揭露訊息。醫師早就應該詢問這位妻子是否同意向其先生揭露資訊。
2. 是。從第二次約診妻子帶她先生一同前來，可推測得她同意揭露這些資訊。

評論：

保密性是預設某些祕密的事情由某人告訴第二人，而該人不會再傳播給第三者。保密性是指病人有權不使這些私下告知的訊息洩漏給第三者。其為廣泛隱私權的延伸，避免病人不受關注 (unwanted attention) 之自由被侵犯。在治療關係裡所取得的資訊應保持機密，且只有唯獨在為增進病人精神健康的目的下使用之。

醫療行為有時候對病人及其家屬有災難性的影響。公布性病，尤其是 HIV 感染，是令人驚恐的，特別如果這是實驗室所犯錯的結果。

這就是為什麼與實驗室重複確認是必要的，並且在獲得結果後，應該堅持，在其他實驗室的管控測試做完前，這個結果是暫時的。

此醫師行為魯莽草率且動機不明。事實上，他可能須負侵權行為責任，因為他對病患法律上利益造成重大傷害。即使該女士同意帶她先生一同前往，該會談內容對她而言可能是不清楚的。在告知病人前，醫師有責任完整地探查任何不常見的健康問題，更何況是其他問題。未覆核結果幾乎等同於醫療過失。為了採用功利主義規則，在目前只有牽涉到兩個人，而且在確認其他檢驗後才告知先生，此時醫師草率的打破保密性，並不正當。

案例十六

主 題：保密性

一名 68 歲、很有權力的政治人物感染了 Lou Goerigh's 疾病，只剩下不到一年的壽命。她禁止醫師向他人，即使是她的先生或家人，提起她的情況，因為敏感的政治局勢關係，如此揭露可能需要更進一步的會診。由於她的情況惡化，要求醫師將病人轉診至另一位醫師處或使其住院治療之壓力日增，但醫師遵循病人之前述指示而拒絕向壓力屈服，但其家人堅持會診以及可能的入院治療。

J. Arboleda- Flórez

加拿大

問 題：醫師是否應該告知其家庭與大眾病人之疾病？

1. 否。此資訊屬於病人，只有在病人同意下始可發布。
2. 否。可能對病人及社會大眾造成政治損害。
3. 是。社會大眾有知的權利及利益。

評論：

政治人物、藝術家或其他在媒體面前曝光之人的健康情形，容易成為媒體的頭條新聞，特別是當他們患有嚴重疾病時。當國家元首患有例如阿茲海默症時，醫師對保密性原則的質疑是可以理解的。

不過當其是如本案例中之致命的神經疾病時，病人之認知功能在最後階段前並未受影響，嚴格遵守保密性原則是毋庸置疑的。

問題在於，當其並非單單只牽涉一個人的利益，而係在此人為政治人物時，牽涉一大群人之利益，則隱瞞真相究竟是對或錯，甚至與其所屬政黨的利益也有關連，因為政黨需要對其情況達成協議並且有秩序地安排繼任者。政治人物是公眾人物，對很多人來說是隱私與機密性的事可能對他們不適用，因為可能牽扯連累公共利益。所以，從義務論而言，她隱藏事實之決定其基礎並不堅實。醫師有責任對病人之情況保密，但他也有責任與病人檢視她所作決定之後果。她必須了解，到了最後，越來越不可能隱瞞事實，處理私人與政治事物也將會處於一個更糟之位置。然而，在她還有能力之期間，醫師必須尊重其決定。

案例十七

主 題：保密性

一名八歲小孩由於家庭事務而有行為障礙，被社工送往精神科醫院。

這名小孩與他的哥哥處於父母離婚的風暴中，目前暫時由其父親監護。在第一次診療期，這名男孩的行為充滿敵意而憤怒，且回答都很簡短。在診療結束時，其父親走進來，當著小孩的面要求查看我在他檔案所寫的內容。他說：根據病患權利法 (Patients' Right Law)，我有權利看你在我兒子檔案上所寫的記錄。他並說，他應要知道小孩對他及母親的看法。似乎是這名父親認為小孩與母親較親近，小孩藉由愛母親而背叛了他。這名小孩大約知道他父親的侵略性，所以他拒絕在精神檢測時合作。很清楚地，這名小孩害怕合作，害怕洩漏心中感覺與想法，因為他過去的經驗告訴他，其父親生氣起來非常危險。

R.Finzi-Dottan

以色列

問 題：醫師是否應該給父親看檔案的內容？

1. 否。這名父親的要求是企圖侵害小孩的隱私權。揭露不是小孩的最佳利益。
2. 是。父母被賦予法律上的監護權，有權檢視未成年小孩的醫療記錄。

評論：

普遍來說，除非會傷害小孩，否則小孩健康問題的資訊應該揭露給父母知道。但是，這項原則在兒童與青少年精神科治療之適用性比較低，因為治療時祕密與隱私是必要的成分。

醫師時常在多種倫理問題的解決方案中動彈不得。其中一個幫助找出最佳解答的方式是問下列的問題：病人的最佳利益在哪裡？此處很顯然的，父親知道小孩告訴醫師的事情並非該小孩之利益。

治療者有責任保護的不僅僅是年輕病人的祕密與隱私，還有對他／她未來能有效地幫助病人，以及在本案似乎已發生之父親失控情況下，病人身體之完整性。

案例十八

主 題：保密性

一名 27 歲的單身女性由於嚴重的暴食與嘔吐行為尋求治療，此行為已超過十年。這名女性每天有超過十二小時的時間狼吞虎嚥地塞進食物然後又吐出。治療進程越來越清楚地顯示，病人此種行為，乃是為了避免自己實現嚴重而持續的自殺意圖。這名病人並未與家人同住，但其父母係住在同一城市，尚不知道她情況的嚴重性。病人開始進行長期門診治療，不定期地在自殺的意圖變強烈時接受住院治療。在數年的治療之後，其家人認為她過度依賴治療她的精神科醫師，並企圖使該醫師的上級將其調離對該病人之診治關係。即使是此事發生，病人仍不希望其家人知道她情況的性質與嚴重性。

A. Tasman

美國

問 題：家人是否應該被告知病人情況的性質與嚴重性？

1. 否。醫療團隊應尊重保密原則。
2. 是。病人自殺之危險正當化其近親的干預。

評論：

在治療關係的脈絡下，病人的意願應被尊重是很明確的，意即，醫師無權利向其父母揭露診斷結果及預後。即使是揭露了，因為病人與父母間存在的隔閡，對病人也無幫助。

這名病人已經成年且是有行為能力的。只要決定是有理由的，有行為能力的成年人可以做非理性決定。認為她獲取家人的支持對她較好是父權主義和功利主義的。從存在主義論之，她靠自己照料自己比依賴父母幫助要好。自由有其代價，有時，最糟糕的支配是裹上仁慈的糖衣。本案例顯示，從醫療以及倫理的觀點來看，文化背景是多麼重要。一名生病的年輕單身女孩獨自與父母分開生活，在傳統社會裡是難以想像的。這就是為什麼自主概念在北美以及西歐的很多國家裡是不可或缺的要素，而這是為什麼此概念在很多亞洲、非洲及拉丁美洲的傳統社會裡比較薄弱。

案例十九

主 題：科學文獻出版

X 醫生發表一篇從心理治療中得到的兩個夢境（但並不含有辨識個案之線索），並且做出了詳細的診斷與預後評論。其簡略版本發表在 Human Science Updating 的雜誌中。

由於 X 醫生是一個有名望的同事，我一向把他列入我的轉介專家名單中。

當我的醫院同事請我推薦治療師時，我給了她三個名字，包括 X 醫生的名字。她直截了當地拒絕了他，因為她認為 X 醫生在治療她姐姐時，嚴重地傷害了她。

問題源於上面所提到的論文。那位病人正因為看到其中一位作者是她的治療師，在報攤買了 Human Sciences 雜誌。當她發現她的夢境被刊印在雜誌上（即使沒有人會認出來她就是那位病人），並且該理論評論乃關於她的人格與心理衝突時，她感到非常地難過。

她中斷了治療並且拒絕與前任治療師再度會面。

Y. B.

烏拉圭

問 題：在本案例中，該名精神病醫師是否有權發表該篇論文？

1. 是。因為該篇論文並不含有可供辨識之細節。
2. 是。該病人的隱私權與大眾增進健康之權利相對立。科學研究之發表有助於醫學與科學之進步。

3. 否。因為隱私權優先於任何其他的權利。
4. 否。該名醫師應該將該篇論文提供該名病人閱讀，以原貌或依病人要求修訂後，請求其許可論文之發表。

評論：

一名病人之醫療檔案屬於誰所有，世界上之趨勢認其為病人之財產，而任何關於病人之研究成果、作品或其他皆同。

這就是為什麼在未得病人同意而將病例公開是倫理上不被接受的。即使是為了教學目的，直接或間接使用臨床病例，仍須得到病患之同意。但當小段的案例——簡要故事不含完整、細節性之描述（例如其幻想之內容、一名妒忌者的行為描述），則不需要病人同意。

認知到媒體若有興趣即會對該科學論文作間接利用，主要的問題仍在於該案例之公開發表。即使無法從該論文所含之資訊中辨識出病人之身分，獲得病人知情同意有其明顯之必要性。因為，除了違反所有權原則之外，即使該病人之身分無法輕易地被辨識出來，該名治療師亦違反了保密及隱私原則，因為只要病人她自己能辨識出來就算是違反保密及隱私原則。利用病人的資料可提升該治療師的名望，但卻對病人毫無助益。幾世紀以來，功效主義論點常常在未經受試者同意且對他們無個人助益之情形下，以社會的良善或利益來正當化以人類為實驗對象（特別是受刑人）之行為。

精神科醫師被禁止以學術目的使用應保密之資料。為了避免病人之身分遭辨識出來，精神科醫生有義務將他們的臨床資訊改頭換面，即使這樣做有損於該些資訊的科學價值亦然。有些情況下，當資料偽裝極不可能做到時，則無論其科學價值為何，皆不應被公開發表。

案例二十：對病人之告知

主 題：對病人之告知

D 是一個受慢性嚴重躁鬱症所苦，接受長期住院治療的 43 歲男性。某天，其住院病房之管理護士接到一通來自 D 的妹妹的電話，她告訴該護士他們父親突然逝世的消息，以及幾天後將舉行葬禮之相關細節。D 的心理治療師正好在渡假，該名護士與她聯絡並詢問該如何做。該治療醫師指示護士在她渡假回來之前，必須對 D 隱瞞此事，這樣一來她才能親自通知 D 這件遺憾的事、給予他必要的治療支持以避免 D 的精神狀態產生重大的失能 (decompensation)，並且提供機會讓 D 深談其與父親之關係。

在心理治療醫師的決定呈報部門主管之後，該主管即刻撤回了該治療師之決定，並且指示 D 可以參加父親的葬禮及參與七日服喪期（猶太教的傳統），更安排了一位醫院工作人員陪同。這位主管之所以做此決定的理由有二：

1. 病人在對其有重大意義之事件發生時，有權利在該事件發生時知道並經歷之，而不是依何時治療師比較方便通知病人而定（在本案例中，該治療師並不打算中斷假期來陪伴正處於悲痛的病人）。

2. 當病人們的治療師因生病、渡假或教職公休等原因而暫時不在醫院時，醫院工作人員的職責即在於對該些病人提供直接照護。他們的職責包含了提供該些病人必要的治療及情感支持，特別是在該些病人遭遇私人悲痛事件時。

結語：這名病人參加了父親的葬禮及七日服喪期，行止適應相當良好。當他的治療師返回醫院時，可以詳盡地討論這名病人對這些悲痛事件的不同反應。

R. Mester

以色列

問 題：在本案例中，該名病人是否應被告知其父親之死訊，且被允許參加葬禮？

1. 否。較好的作法還是保護該名病人，使其不致因得知事實及參加葬禮而悲痛。
2. 是。病人有權被尊重及獲知真實資訊。

評 論：

病人有自我決定權，而對其自身自由地做決定。而在醫療照護上最令人費解的道德困境之一，乃「有益於病人」及「尊重病人自主」這兩個道德原則之相互衝突。若不讓病人了解實情，等於是剝奪他們選擇如何接受治療之自由，降低了他們做為道德位格人的地位。誠實為最上策這個結論一旦適用到醫學上，便發生了一個問題：實情該如何被告知？完整而坦白的事實揭露並不絕對意謂著：對該決定的每一個面向作出了令人痛苦的細節性描述。

醫學的強大力量是一個現實。這也是為什麼它應與強烈的責任感緊密相連。即使病人受嚴重躁鬱症所苦，而且有可能特別易受喪失與分離之傷害，不讓他知悉父親的死訊並參加葬禮，依然會造成極大的感情創傷。而病人所經歷的葬禮儀式及所有社會支持，很可能至少與治療師降低病人感情創傷之協助同樣有效。

於治療醫師不在場或有緊急狀況時，同一醫療團隊的其它醫師通常應負責變更治療，即使該治療具有心理治療之性質亦然。該部門主管在與其他團隊人員討論後所做的決定是正確的。

不過，在進行心理治療的過程中，很重要的一點是，治療師要向病人澄清她的立場，說明其建議不要在她外出渡假時告知病人父親死訊之理由。

該治療師決定要隱瞞資訊且不讓該病人參加對其極為重要的社會宗教儀式，可被視為父權主義的、粗暴的，且以她個人而非病人之利益為考量。當該治療師分析因對病人揭露壞消息而導致的風險時，她並沒有同時分析因不揭露消息可能導致之風險，而這樣做會比告知還要具破壞性。她只以自己為考量的決定對該名病人毫無益處。

案例二十一

主 題：強制治療

一位 50 歲男性，儘管是 HIV 陽性，卻強暴一名與他曾經發生過性關係之年輕女子，目前已服刑五年。他之前即有強暴罪之前科，但上次因專家們認為他將會在服刑期間因愛滋病而死去，所以判刑較輕。

在之前的審判中，精神科專家曾出庭作證表示，該男性有反社會型人格違常 (antisocial personality disorder)，但他犯罪行為之罪責能力並未受損。在他服刑期間，可得的愛滋病治療改善許多，他因此受益，故當他出獄時，他的健康狀況比他之前受審判時還要好。

曾在他服刑時為其治療的 HIV 專家們、公眾以及政客們都很擔心他被釋放後之危險性，因此極力鼓吹對他進行精神科檢查，強制他到精神科醫院住院。

N. Nedopil

德國

問 題：在保護公眾健康的目下，可否要求實施精神科檢查？

1. 是。由於我們擔心有反社會型人格違常及犯罪前科的人會危害一般社區，公共利益之目的使得強制檢查具有正當性。
2. 否。檢查是毫無用處的，因為不可能使之住院。
3. 否。精神醫療資源不應被用於防止無關精神疾病之犯罪行為的法律保護用途上。

評論：

這是衛生政策上一個很重要的議題。它與社會政策及對嚴重罪犯的司法矯正直接相關。許多有犯罪病理 (criminal pathology) 的人需要犯罪處遇，而非臨床處遇。對這些人來說，除了監禁之外沒有別的治療方法。將已經相當缺乏的精神醫療資源用於監禁犯罪人，而非用於提供病床給精神疾病病人，涉及了社會之醫療資源是否公正公平地分配到精神疾病病人身上，以及資源配置過程是否合法正當此二議題。於本案例中，一個比較邊陲的問題則是公共衛生；我們需要積極辯論：一個社會是否有權對其個體成員執行預防性監禁，以保護其群體健康免於某些成員帶有傳染性之危害？社會要怎麼在保護公眾健康及侵害個體自由之間取得平衡呢？

有反社會型人格之人所遭遇的問題就在於，精神醫療系統及司法審判系統皆拒絕他們。當他們犯罪時，司法精神科醫師通常向法院建議這些人對其行為有完全責任能力。另一方面，法官們也很清楚這些人並不正常，特別是他們有伴隨其人格違常之鬱悶、憂慮之情形，以及其他行為障礙（例如濫用藥物、依賴酒精及自殺行為等）。

很可能就是這種模糊不明讓強暴行為再度發生。很明顯的，這類人需要定期接受精神科評估，但若他不願接受用精神科定期診治來根除其行為時（此種情形最可能發生），他寧願被驅使去做一些反社會行為（包括強暴）也不會去看精神科醫師。這時候唯一的解決方法就剩下佐以精神科協助之司法處遇模式了。

本案例中的另一個議題，則是要確定該行為人並無因 HIV 感染而有失智 (dementia) 的情形。

案例二十二

主 題：強制治療

一個 46 歲工程師，妄想型精神分裂症 (paranoid schizophrenia) 急性復發，他打電話到當地精神科醫院的急診室，很有禮貌地請求在封閉性的病房住院。他報告出很生動的迫害妄想，例如：被外星生物以衛星發出之宇宙射線所攻擊，這些妄想使他生理及心理處於癱瘓狀態。他也有幻覺，例如：聽到那些外星生物的警告話語、感覺到那些射線刺痛地穿透他的身體。在進入病房後，這位病人拒絕接受精神藥物治療，聲稱躲在光溜溜的無把手的窗戶後，迫害者沒有辦法抓到他，他在封閉病房中感到安全與舒服。

K. Orzechowska Juzwenko

波蘭

問 題：本案例中，精神科醫師該如何做？

1. 提供該病人有關其狀況之完整資訊、可能的治療方法（包括心理治療、社會治療及藥物治療）與拒絕治療的後果。精神科醫師應該要全程都很有耐心地嘗試說服該病人接受治療。
2. 開始進行判定行為能力之程序，以取得授權對該病人進行非自願性治療。
3. 即刻治療該名病人，嘗試減輕其精神病。

評論：

一般而言，病人有權利拒絕或停止治療，但仍有一些例外。第一，國內法律規定於病人或其他人之安全有顧慮，而病人無理由地拒絕治療時。

第二，在緊急狀況時。所謂緊急狀況，就是若不即刻進行治療即可能造成死亡、殘疾或嚴重疾病之醫學上急迫情形。這一個例外的道理在於，既然理性的人在可以做決定時會同意在緊急情況時接受治療，那麼我們就可以假設任何病人在這種情況下也會同意如此。

第三，當病人無行為能力時。一個人若能了解所建議之醫療程序的性質與後果，可被視為有行為能力。

當病人不同意治療時，很重要的是，了解他或她是否有行為能力為其自身利益做出正確的決定。在病人家屬中或身旁是否有人可以說服他吃藥？在歐洲或北美國家，另一個可能選擇是上法院，請求法院許可對病人強制治療。

最好的解決方法仍然是與病人磋商、嘗試說服他，讓他了解服用抗精神病藥物 (neuroleptic) 之好處，例如是獲得較佳品質之睡眠及減少焦慮。

在許多國家，其病床是依人口基準配置，醫院必須證明其資源已妥善管理；不必要的住院徒增費用支出，且剝奪其他人所需要之資源。資源之配置及妥善運用的意旨為：除非病人可充分受益於該資源投入，否則該投入即應停止。很顯然地，於本案例中該病人似乎不知道這個需要，因此醫師們必須採取行動。即使是功利主義考量，基於對於付費者及大眾之公平性，我們應直接跟這位病人討論他拒絕治療這件事；要不就是宣告其身心健康然後讓他出院，要不就是宣告其無行為能力然後使其接受治療。

獲得授權不需病人知情同意而進行治療時，我們必須盡力讓其了解該治療之性質及其他任何可能的替代方案，並在可行之情況下，儘量與該病人共同發展治療計畫。

案例二十三

主 題：強制治療

B 是一個強健的 57 歲女性，已婚而且是三個已成年孩子的母親。她因為嚴重的遲滯性憂鬱症 (retarded depression disorder) 而於精神科醫院住院。

住院身體檢查發現她的左胸有一個很大的腫瘤，有很清楚臨床上惡性的徵候，例如侵犯皮膚及膿皰性坑洞。會診外科醫師建議馬上進行手術。

B 拒絕接受手術，聲稱她在入院前已接受過另一位外科醫師之檢查，而且被告知她身體狀況良好、不需要任何診療。

病人所住院部門之主管和 B 的家人討論了 B 的狀況，並且向他們說明他認為 B 沒有決定健康相關事務之行爲能力。後來他提供 B 的丈夫一份醫療報告，建議法院將 B 之醫療上法律監護權指定給 B 的丈夫。

B 的丈夫於知情後同意該手術。B 口頭上拒絕進行手術，但是對於被轉到外科單位並無任何肢體上之反抗，並接受了適當之手術。組織學報告指出她患有惡性癌症。在術後復原的期間，B 回到了精神科病房中。

在手術後，B 的憂鬱症消失，她又變得很有活力，在數星期後就出院了。五年後的追蹤，B 精神狀況仍然良好，功能良好，並且沒有癌症復發或再犯的情形。

儘管如此，數年來她持續堅稱該精神科部門主管是錯的，因為她從未得過乳癌。

R. Mester

以色列

問 題：於本案例中，外科醫師是否有權對該病人進行手術？

1. 是。該病人否認其疾病與手術的需要。依據兩位精神科醫師之建議，其丈夫被指定為監護人，也同意進行手術了。
2. 否。該病人反對進行手術。每一個人都有權利否定對其身體狀況的評估結果，其個人獨立自主性不應被剝奪。

評 論：

於本案例中，醫師們做的事正是他們必須做的，而且整個經過也明顯證明他們是正確的。這名女士的行為很明顯的是在否認 (denial)。腫瘤學家非常了解這類案例，病人會無視所有顯示癌症存在的科學證據而持續認為他們沒有健康問題。有許多案例如許多有經驗的放射科醫師患有肺癌，在 X 光檢驗出明顯的癌症影像後仍將該影像解釋為更為良性的疾病。

其他案例如癌症病人在腫瘤病房中，在交談中告訴其他病人他們很高興在真正的癌症發作之前就進行手術了。

否認病症是對抗死亡焦慮的一種方法，應被柔性處理，除非是如本案例般必須採取緊急行動的生死關頭，但必要時仍須藉由司法系統協助進行。此外，這位女士有嚴重的憂鬱症，這很可能使她變得無行為能力對自己的健康問題選擇正確的解決方式。

這位病人很有可能是因為憂鬱及其他因癌症所引起的不特定精神症狀，而變得無行為能力。如果即時處理，該癌症能夠以手術治療，並且可能有較好預後。因該病人之精神疾病而宣告其無行為能力做如此重要之決定，可能會顯得有點粗暴並且有違自主決定之原則。不過，在依循適當的法律程序、維護病人及其家人之最佳利益、有效之治療方式存在、預期之治療結果為良好的情況下，這個原則亦並非絕對而不可凌駕。上述原則在本案例皆存在，病人事後的否認是不重要且無害的。

案例二十四

主 題：強制治療

Ruth 是一個 80 歲的大屠殺生還者，獨居生活。她出生於波蘭，22 歲以前都待在集中營裡。在戰爭時期她失去了整個家庭。之後她幸福地結了婚，並且移居到澳洲，但她沒有小孩，只有一些朋友。她唯一的親人是患有失智症而住在護理之家的 84 歲的姐姐。在丈夫兩年前因中風過世後，Ruth 開始變得憂鬱，同時也覺得極度焦慮，沒有辦法靠自己克服。Ruth 過去從無精神病史，但有高血壓。

當在家進行治療時，抗憂鬱症藥物讓她產生嚴重的噁心嘔吐，因此她被強制住院於一個老年心理中心。她被指定一名個案管理師，以計畫將來在家治療。她被認為有嚴重的憂鬱，伴有持續性情緒低落、缺乏幹勁與動力、沒有自尊、有強迫性沉思等，但並未因此引發自殺傾向或精神病徵候。簡易智能評估結果為 27/30，器質性檢查無特殊發現。神經心理學報告顯示執行功能與記憶能力介於邊緣至中下程度。雖然她對於新的診療方式與臨床協助反應較佳，甚至是參與了團體活動，她還是感到非常焦慮，而且在得知其被指定監護人時，精神狀態再度惡化。雖然她接受了監護人的指定，但仍然拒絕被安置到護理之家，她想要回到家自己生活，雖然她知道沒有辦法照料好自己。儘管接受了藥物治療，更嚴重的憂鬱症狀、嚴重焦慮、自殺傾向與自我照護的惡化仍然發生了。

兩名精神科醫師在會診過程中建議使用電痙攣療法 (ECT)，或增加其他抗憂鬱劑。她勉強接受新的藥物治療，但是不同意進行 ECT。她的監護人向醫生表示同意進行 ECT 治療。

S. Bloch

澳洲

問題：是否應違反病人之意願而進行 ECT？

1. 是。兩名精神科醫師已認為該治療對該病人有利。
2. 是。她的監護人已同意所建議的治療。
3. 否。精神科醫師應該要尋求其他更可能被病人接受的替代治療方法。

評論：

原則上，只有國內法允許、認定治療對病患最適效及獲得病人知情同意之時，才能對精神疾病病人進行一個重大的醫療或手術程序。除非獲得病人或其監護人之知情同意，否則不能進行電痙攣治療。

社會支持是處理精神疾病時的基本部分，尤其是當病人們年老且孤立的時候。這名病人所失去者是多重的：失智的姐姐、過世的丈夫、身體健康不良，並且最後監護人的指定意謂著她失去了自由，全部的事情都在很短的時間中相繼發生。也難怪她的憂鬱惡化而需要電痙攣治療。

無論如何，我們仍應儘量使其直接參與決策過程，並且耐心解釋該治療方法對於克服憂鬱症的必要性。因為她並不同意進行電痙攣治療，所以在進行該治療前，先嘗試使用他類之抗憂鬱劑會比較好。如果醫師允許的話，這算是一個可以再度使她感覺掌握自己生命的方法，而生命已經是她所擁有的最後一樣東西了。

隨著年歲增加，我們對生命的失控感逐漸發生，別人開始代我們做決定，我們曾經依靠的人也逝去或與我們一樣失能。社交活動逐漸停止使得我們變得無關緊要。獨自處在我們自己的環境，至少我們仍擁有一些回憶，而且，過去蒐集物品也可提醒我們的過去及歸屬。因此，當陌生人，不管是工作人員或住民，賜予恩惠地將我們送到護理之家住時，我們必須離開那自己僅存的部分，最後的錯位就會發生。憂鬱在現實上無法避免，而且還可能因為我們因治療許多疾病所服用的藥物而變得更嚴重。

在這種案例中，有可能使用電痙攣此類型之強度治療是需要的，但是，我們需良善考量病人年歲已高且孤獨在世、失去了給予生命意義的任何人、物，在平衡利益風險後，才進行此類治療。

案例二十五

主題：強制治療

Victor 是一個 78 歲、已退休的男性，他有精神分裂症的病史，但多年來都沒有治療。他服藥的遵從性很差，診斷上有考量到他是否得到老年失智症。他有幾個健康問題，特別是關節炎疼痛。他沒有固定的家庭醫師，但會到城裡各處看不同醫師。其中一個醫師多次為他注射睪固酮 (testosterone)，他亦使用過量的其他藥物，這使他得了急性尿道阻塞，因而需要緊急進行前列腺手術，他與其家人都不了解這件事的嚴重性。在那之後他被轉到一家老年心理中心。

Victor 和妻子及已成年的兒子一起住在家裡，另外兩個小孩獨自居住在外。因為他言語刻薄、指責妻子是妓女、有外遇，夫妻之間的關係相當緊張。他變得有暴力傾向；最近將油漆稀釋劑倒在他妻子的假牙杯中，還把鋼絲放到她的食物裡。他也曾用廚房刀指著他兒子，還有多次煮菜後讓瓦斯爐繼續開著。更近地，他在被告知要針對急性尿瀰留進行手術後，離開了醫院的急診室。

他的妻子很怕他，覺得沒有辦法在繼續在家照顧他。她和兒子都認為 Victor 很危險、不安全而需要被安置，但是其他家族成員反對且認為他們是因為別的理由才這麼做，於是逼他兒子反對老年心理中心的任何介入治療。該醫療團隊認為 Victor 因為認知力下降而無法照顧自己，特別是缺乏執行方面的決定能力。Victor 覺得他遭到違反其意願且毫無理由之監禁。他一直連絡他近親及遠親，叫他們來「拯救」他。另一方面，除了他妻子與兒子外的親戚們並不認為他很危險，他們似乎不了解 Victor 病情及做理性決定的能力已經嚴重受損。該醫療團隊決定安置 Victor，並且也成功地為 Victor 申請一個監護人。

S. Bloch

澳洲

問題：這名病人是否應被強制住院？

1. 否。第一，儘可能體恤病人的希望是比較好的。第二，沒有證據顯示該名病人可能會傷害他自己。第三，我們尚不應排除該名病人之妻子及小兒子實乃爲了一己之私而請求讓病人住院之可能性。最後，並未充分考量另外兩個居住在外兒及女兒是否願意接他同住。
2. 是。對該病人之治療可以正當化強制住院，特別是醫療團隊與他的指定監護人有保持連絡。

評論：

這名病人受精神分裂症所苦，亦可能有老年失智症。根據他妻兒所敘述之危險行爲干擾，該病人實有必要在醫院接受一段期間的治療，並且爲其指定一位監護人。

不過，由於其他家族成員並不相信他可能對自己或他人做出危險行爲（例如煮菜後讓瓦斯爐繼續開著、以刀脅迫等），於是有一個先決問題：與妻兒同住是否會有特別的衝突發生？這點雖然不會改變所作之決定，但有助於病人治療後出院之安排。

該名病人有急性的內外科問題——尿液瀰留，如果不治療就會有很嚴重的併發症或甚至在一段時間後導致死亡。再者，他有一個尚未診斷之精神科問題，先不論其性質與診斷，但其行爲對自己或他人皆已經造成危害，已經夠嚴重了。這種情形，在很多國家中，已經符合強制住院之條件。在爲其利益及保護他人，個人自主及自由必須被犧牲。

當一個人需要在精神病機構中接受治療時，應盡力避免非自願住院。非自願住院 (involuntary admission) 指：爲治療一個精神疾病者，而使其住入並將之拘禁於醫院或類似的機構中，且該安置並非依該病人之請求。一個病人，只有在其因精神疾病而對自己及他人構成危險時，才可能被安置到這種機構中。但是，重要的條件是該病人沒有行爲能力自己決定其精神治療之事務。

案例二十六

主 題：強制治療

Tim 是一個 63 歲、與妻子住在一起的男性，沒有小孩。他目前因腸癌轉移而接受緩和性化學療法。他對於化學療法似乎反應良好，但卻因嚴重憂鬱，有情緒低迷、無快樂感、睡眠不佳、焦慮以及近於妄想之偏執想法，而必須於四個月前接受精神科住院治療。接受治療後他的情況已有所改善，但仍需要大力勸導才不情願地吃藥，即便有療效且醫療意見建議吃藥，他仍宣稱吃藥一點道理也沒有。很明顯地，他是因為憂鬱症發作才拒絕接受藥物治療，但他的妻子，身為另類療法的愛好者，似乎站在病人這一邊。其妻子被懷疑並沒有給他服用藥物。

S.Bloch

澳洲

問 題：精神科醫師是否可以違反該病人的意願而使用物理或精神科治療？

1. 是。該病人有重鬱症，使得他無法同意延長其生命之治療。
2. 否。該病人並非無意思能力之人，他仍可以為自己的生命負責。

評 論：

癌症通常伴有憂鬱症，而這對病人接受抗癌治療的意願毫無幫助。

如果該病人目前有嚴重憂鬱症發作，那麼就可能需對之強制治療。但是即使他妻子對病人服藥有疑慮，該病人仍可不太情願地服藥。他個人的懷疑可能與其憂鬱症有

關，但是沒有證據足以指出他已無行為能力。因此，即使他可以接受鼓勵而且醫療團隊也最好獲得其妻子及家人之幫助來鼓勵他，團隊還是不可以強迫他更加配合治療。他仍然有做自主決定的能力，並且應該被尊重。

案例二十七

主 題：強制治療

Arnold 是一個無業的 24 歲男性，一直都獨立居住在他雙親大產業旁的家中。他經常參加「另類」與「綠色」團體的活動。社區援助工作人員將他轉介到精神醫療機構，他們擔心其身體與精神狀態。他一直極少進食，看起來營養不良且衰弱，幾乎無法走路而且虛脫好幾次。他一直都靠攝取少量的素菜維生，身高 184 公分卻只有 44 公斤，身體質量指數僅有 13。其母親說大約在四年前，他因為對另類療法及節食感到有興趣而開始減肥。他閱讀了與替代營養品相關的書籍，並且深信果食主義者 (fruitarian) 過得比較快樂。他相信非有機性食品對人體重要器官是有害的，而且相信這些是食品與藥物工業「陰謀」下之產物。他聲稱乳製品會在喉嚨附近產生黏液，並干擾營養的吸收。也相信食用根莖類的食物代表「殺害」那些植物，而其禁食會讓他活得更長久。在三年前他搬到一個廂型車裡居住，與世隔絕，渾身髒亂、只裹著一條毯子在鎮上走動，被他人質疑時就會口出攻擊性言語。最後，開始小便失禁。在入院時，他忽視那些危及生命之生理變化，堅持其體重剛好，而且說他節食至今仍然活得好好的，表示其食物攝取量是適當的。他認為每個人體型、大小皆不同，又批評說那些肥胖的人沒有被關起來。他不接受 X 光檢查、血液檢查及心電圖等顯示之異常結果。他不願與精神醫療機構聯繫，原則上不信任醫師。

Arnold 呈現出一個很難診斷及處理的問題。他需要違反其意願的緊急插管以補充營養。在進行治療時，他覺得醫師是法西斯主義者，而且身為一個自由公民，他有權利吃想吃的東西而不必因襲傳統西方的理想。他並不認為自己是一個精神疾病病人，並且譴責該精神醫療系統不能容忍另類生活方式及信仰。

S. Bloch

澳洲

問 題：是否應違反該病人之意願而強迫餵食？

1. 是。該病人的精神狀況已經惡化到危及生命之程度，爲了該病人的利益及其健康及生命，強迫餵食是可容許的。
2. 否。該病人有權利決定他自己的人生觀並依此而活。他並沒有心神喪失，而且只要沒有侵害到他人之權利，社會應尊重其心願。

評 論：

有許多妄想信念蒙蔽了該病人對事物之判斷，以致於其自主決定受到嚴重損害。

很顯然地，如果醫師們袖手旁觀，這位病人性命垂危。他以基於妄想的方式來管理自己每日的進食量並以通常與社會隔絕之方式生活，這兩種情形皆可能屬於精神分裂症的部分症狀。不對這病人進行照顧，定然導致他的死亡。

一些沒有本案例那麼嚴重的同類個案反而更難處理；當有明顯以妄想中的方式管理每日進食量、嚴重的體重下降、危害病人之健康（例如容易感染、維生素缺乏），卻不致對其生命造成急迫的威脅時，則在此種情況下，醫師之介入將變得更加困難。

案例二十八

主 題：強制治療

一名 43 歲的病人自其 20 歲起就患有精神分裂症。當時其屬於慢性之精神分裂症，有慢性缺陷、受負性症狀支配、持續出現妄想的情形。因為他拒絕與醫師聯繫，上述情狀是從病人母親那裡得知的。他從未對他人有攻擊行為，不曾符合強制住院之要件。最近，他的母親發覺其健康惡化，正性症狀加重並影響其社會功能。他母親要求讓病人強制住院，而為了病人之最佳利益，精神科醫師開立液態的 risperidone，讓他母親加到湯中給他喝。這個做法有了良好的效果——該名病患六年來第一次開始遛他的狗。

C. Hoschl

捷克

問 題：該精神科醫師可否與他母親合作，在病人不知情的情況下讓其服用藥物？

1. 是。病人健康上的獲益可以正當化這個行為。
2. 是。該精神科醫師可為該病人提供處方藥。其母親之後續行為與該醫師無關了。
3. 否。該病人，而且也只有該病人，才是精神科醫師治療的對象，該醫師應負唯一之操作責任。所以，該醫師不得與他人合作而剝奪該病人之獨立。

評論：

原則上一名病人有權知道與其健康相關的資訊。在病人不知情的情況下對其進行治療，通常不被認為是合乎倫理的。

再者，未對病人做診察而開立處方藥給病人服用，這種作法是不被接受的，若產生嚴重的副作用更應負法律責任。

未診察、未使病患知悉而進行治療已經是一個錯誤的開端，而未讓病人了解其身體狀況以積極參與治療過程，更侵害了他的自主，不管該醫師及其母親多麼善意皆然。強調身體健康有所改善這種功利主義的論點，並不能改變一個事實——從義務論的觀點而言，欺詐永遠不可做為行為的良好基礎。

不過，在有些情形下，可能可以考慮這種處理方式：例如當病人不具行為能力時，或病人住在非常偏遠地區而附近沒有醫師時，而這種情形發生在許多開發中國家之區域內。為了保護病人免受嚴重的健康傷害，病人受告知的權利可加以限制。但這種特權容易被嚴重地濫用，因此精神科醫師應在極端的情況下才可為之。

案例二十九

主 題：不必要之治療

一位 26 歲的女性因遇到了很困惑的情形，而與一個精神科醫師聯絡。

她的父母為土耳其移民，而她則在一個西歐國家中被扶養生長。她感到在女性舉止行為的規範與價值上，她的人格被兩個文化割裂開來。她有過一些性經驗，但父母親並不知情。她的父母親正為她安排與一名年輕人結婚。她知道未來新郎父母親很傳統，只接受處女做他們的媳婦。

她很為難地向其家庭醫師尋求建議，以讓她可以進行處女膜重建。但由於醫師認為不應鼓勵限制女性選擇性伴侶自由之傳統，因此拒絕了她。

這名年輕女性很苦惱，因為結婚的日子越來越近了，而她認為家族會丟臉，她也會成為被辱罵的對象。

問 題：該名醫師拒絕為該病人進行手術，是否正當？

1. 是。病人不能對其醫師指示應該做哪些醫學治療，特別是在醫學上是不必要的手術時。
2. 是。考量病人利益的結果，會違背其社群之文化信仰。
3. 否。該治療會對該名女性有益，並且可改善她的精神健康。
4. 否。若拒絕為治療的話，預期會對該名女性造成的損害，遠遠超過其未婚夫及其家庭所受之隨意侮辱。無論如何，應該要祕密地進行治療。

評論：

許多醫學或手術的干預治療是不必要的，協助節食的處方與絕大部分的美容手術即為明顯例證。虛榮心不是疾病，但是數百萬人卻為維護虛榮而尋求治療。這個處女膜重建手術之請求，雖然是深受文化傳統之影響，而且若是沒有完成手術，可能會有悲慘的後果，但仍可被視為維護虛榮之作爲。這是一個欠缺文化敏感度的典型案例。這名醫師至少應該要向另一名來自與該病患相同國籍或相同地域的醫師諮詢。而所獲得之資訊應該就會是：爲了保住該名女性及其家人的面子，進行這種手術是很稀鬆平常的。

雖然這樣是偽善的，但可以拯救一個非處女的性命，即便她是生活在一個西歐國家中；傳統的壓力很沉重、家庭與親戚很重要，且對社群的依賴（特別是女性）極爲重要，而此案例中這種對社會規範的違犯可能會讓該名女孩被社群永遠排除在外，有時更會導致其被謀殺。但若這名女孩想要自其家庭及傳統中獲得更多的自主，這名醫師的責任則應是在她進行艱困的努力中幫助她。

案例三十

主 題：強制住院

一名 37 歲的已婚女性，是一對四歲大雙胞胎的母親，受過醫學教育，得到政府機構的任命。從一開始工作的那幾天，她就與所有員工們保持距離。她遵循主管機關的指令，但經常似乎對工作心不在焉。四個星期後，同事們注意到她有奇怪的舉動：如大聲說話、批評他人、指甲油塗得很誇張還不停地喝咖啡。他們試著要與她溝通，但她卻把位置移到 13 樓辦公室靠窗的那一邊。她宣稱其周圍有許多不知名的指紋，而且她曾嘗試要把這個消息直接傳達給國家的安全首長。部門主管與她的丈夫連絡，他則表示：相識五年，不曾聽說其妻子曾向精神科醫師諮商過，但在雙胞胎出生後，的確有一個「不怎麼重要的精神問題」。她丈夫來到辦公室，但她卻不讓他靠近。她企圖跳窗，而警察在救護人員協助下把她送到精神科醫院。在醫院接待處，該名女性、她的丈夫與哥哥都拒絕待在醫院裡。接待病人之病房的醫師們讓她在家人的監督下返家。

G. Naneishvili

喬治亞

問 題：該名病人是否應被放出醫院？

1. 是。包含患精神疾病者在內，每個人都有權享有獨立並使他人尊重其意願。我們有義務要尊重這位女性返家的願望，尤其是當她有家人陪同的情況下。
2. 否。醫院的急診室有收到關於該名女性在工作場所病理行為之資訊，也知道她近期企圖自殺的舉動，因此他們有義務建議與（或）說服她同意短期住院以進行診斷及治療。不然，他們應該要向適當的權責機關聲請，針對此一選擇舉行聽證。

評論：

記住許多女性生產後會有產後憂鬱症，是很重要的。這似乎就是這位女士四年前的情形。另一種可能，則是情感性質的病理發作（妄想型憂鬱症、躁狂發作、混合狀態），而其或許是因政府之新任命所引發。

本案例中，一個重要的問題是去了解該名病患是否可以在家接受治療，而其答案取決於其家庭與社群連結之性質。唯一的問題在於，該病人的丈夫可能會低估病人產後憂鬱症之嚴重性，而在病理狀態長期處於亞急性期時，導致治療配合度不佳。

案例報告間接顯示這個人之前患有精神疾病，而她在工作中的行為舉止即使不是精神病，也已明顯地反常。拒絕檢視影響其行為之因素、在丈夫及同事面前威脅要跳窗自殺、需要警察與義務人員介入，這些都很清楚顯示這個人需要協助。每個非自願入院的人都應有權在任何時候離開精神衛生照顧機構。但是，個人決定治療之自主，並不能加諸他人忍受其脫序行為之義務，雇主也無義務要接受可能在工作環境中造成不安之勞動脫序行為。如果該病人能決定是否要接受治療的話，雇主也可以在病人剛開始工作而且仍在試用期之時，決定是否要中止其僱用。另一個議題則是關於急診醫師們放走她的責任問題。若她在工作時的脫序行為已達精神病的程度，那麼在家裡，她的行為也不太可能有什麼不同，而且加上要照顧小孩的複雜情況，我們也要考慮小孩可能受到傷害之可能。就算家庭系統很健全，精神病的脫序行為在未受治療時，仍是一個家庭造成鮮見的無法承受的照護負擔。衛生系統所代表之國家，並沒有善盡他們對該病人及其家人的責任，而且還使她與其他人（至少是其小孩）處於危險中。

案例三十一

主 題：不必要之住院

一名 58 歲男性，診斷為妄想型精神分裂症，目前症狀完全緩解，因為沒有私人的居所，被安置在一間精神科醫院中八個月。這名病人並沒有正式的監護人。他的哥哥未經許可就賣掉病人的房子，又拒絕將他從醫院帶回家照顧。這名病人必須留在醫院，過著維持最低存在需求的生活。

G. Naneishvili

喬治亞

問 題：該名病人是否應被放出醫院？

1. 否。精神科機構應該關心的是精神健康狀況，不論該病人是否住在機構中。於本案例中，若將病人放出醫院，會導致他病情嚴重復發。
2. 是。機構的功能就是在封閉的環境下，提供治療給有治療需要者。
3. 是。但只有在機構管理者確認有合格的外部單位會接受繼續照護該名病人之責任後，始得為之。

評 論：

全世界都有的一個很常見的問題，那就是精神科病房常常變成社會問題的庇護所。很明顯地，遭遇到極大社會困難的人會有類似嚴重的精神科困擾，而惡性循環讓兩種問題都愈趨惡化。

在許多開發中國家，家庭是主要的社會支持元素，若失去家庭會讓人變得脆弱，因為各種社會聯繫會中斷而人會無家可歸。這個困境的事實就在於，放走病人的結果就是在數週或數月後讓該病人在街上等死。另一方面，讓這些屬於社會問題的人占據所有病床，也會讓那些真正需要醫療照護的人無法得到住院治療，特別是精神科的緊急狀況。

解決方法，如果可能的話，就是：說服地方當局建立一個社會中心來處理此種個案，並且派一名精神科醫師，每星期一至兩次，去診視那些需要精神科協助之人。

而本案例中，病人的哥哥未經其允許就賣掉病人的房子是很奇怪的事。另一方面，該病人並沒有受到該精神病機構中社工人員的幫助。這個特殊問題，或可尋求司法解決。

本問題的核心是人權議題。一個國家是否有權利在病人不需要住院治療時，以治療為藉口，將他們關在醫院裡呢？住院在精神科機構是一種剝奪自由的方式，因此又稱為禁閉。除了失去社會中的自由及與機會外，這名病人還會受到精神機構中常見的許多生活上的限制，甚至是一些常見的虐待行為。因此，在本案例中，他的公民權與人權都受到了侵害，而且很明顯地遭到了污名化及歧視。這名病人需要支持服務，而政府有義務依其需要提供不同層次與管道的援助。醫療資源應該針對此類需求，安排相當比例的配置。每一個病人都有權利享有經濟安全感及足夠品質之生活，因此，他有權利得到治療、受到照護及在他居住的社區裡工作。

案例三十二

主 題：不必要之住院

一名 47 歲的無業女性，數次被診斷出患有精神分裂症，而在一間精神病醫院接受治療。她曾與其丈夫住在一起，但與其他所有的親戚均失去聯繫。在未病發時，她在一個鄉下人家中幫忙洗燙衣服。最近這幾年，因為丈夫離開了，她都獨自生活。

曾有兩年之久，她會聽到一些對她下命令的聲音，而在這些聲音的作用下，她放火燒掉了她的房子並且遭到警察逮捕、送進醫院治療。幾年過後，她的精神狀況變得穩定，而她也誠摯地對其所作所為感到相當後悔。她出院後並沒有地方可以住，而在鄉下也沒有救助收容所，因此她一直被留置在醫院裡。在可預見的未來裡，她的居住狀態並無法改善。

G. Naneishvili

喬治亞

問 題：該名病人是否應被放出醫院？

1. 否。精神科機構應該關心的是精神健康狀況，不論該病人是否住在機構中。於本案例中，若將病人放出醫院，會導致病情嚴重復發。
2. 是。機構的功能就是在封閉的環境下，提供治療給有治療需要者。
3. 是。但只有在機構管理者確認有合格的外部單位會接受繼續照護該名病人之責任後，始得為之。

評 論：

前一個案例的相關評論在本案例中同樣適用。

案例三十三

主 題：住院

深夜，一名 26 歲的女性被警察送到一間很大的精神科醫院之住院病房。在這件事的前一天，她因涉嫌搶劫而遭到逮捕及拘留。在拘留所裡，她突然變得激動不安，雖然她從來沒有患過精神疾病。警察認為她是一個他們無法處理的精神疾病病人，將其轉介到這家精神科醫院；這家醫院是唯一全天候服務並以治療嚴重精神病人為主的醫院。值班精神科醫師發現這名女性來自另一個城鎮，而且已經有三個月身孕了。她曾接受婦產科醫師診視，並有一份固定的醫療檔案。不過，婦產科診所之前因其有急性精神病問題，說明該狀況非屬婦產科之專業範圍，而且沒有婦產科住院之適應症，故拒絕她住院。在會談時，這名女性除了有點輕微的情境性焦慮之外，並沒有表現出任何精神病的症狀或疾患。她仍然想繼續留在醫院，因為她沒有錢，也沒有地方可以過夜；警察也堅持不要將她送回拘留所。精神科醫院主張，只有精神病人與可能危及自己或他人者才可以住到緊急精神科病房中。再者，有精神病人的環境並不適合懷孕婦女。

T.Cavic 與 D.Lecic-Tosevski

塞爾維亞與蒙特內哥羅共和國

問 題：該名女性是否應被放出醫院？

1. 否。她沒有錢，也沒有地方可以過夜；在半夜將她送走，會使其焦慮與不穩定的情緒更加惡化。
2. 是。因為只有精神病人與危及自己或他人者才有權留在緊急精神病房中。

評論：

很明顯地，這名病人有一些需要被照顧的基本需求：食物、庇護所、懷孕與生產處理。讓一名沒有精神疾病者，尤其一名懷孕婦女，住在一個封閉的精神科病房中，而該病房之病人的情緒可能不穩定或有時具暴力傾向時，從人道角度上是不能被接受的。本案例是一個社會問題，而非屬於精神醫學問題。

基本上，問題在於：在需要釐清解決某些事項時，我們缺乏一個依照立即性與緊急性，而提供短期協助的、充分的社會網絡。國家當然不能在半夜把這個人送到街上，尤其是她還在懷孕狀態時。

案例三十四

主 題：受刑人之住院

一名 52 歲的監獄受刑人，在受數星期的焦慮、憂鬱及自殺意念所苦後，被送到一間醫院的精神科病房接受治療。他因為詐欺罪被判兩年有期徒刑，而目前已經服刑一年。

住院幾天後，他的狀況獲得大幅改善。他在病房中行爲舉止正常，家人與朋友也一直來探訪他。在經過一個月的住院治療後，醫院決定讓其出院並返回監獄中。聽到這個決定後，他又舊病復發而變得有自殺傾向。又過了兩個星期的住院治療，他的健康狀況很快地改善，但又在預定返回監獄日期的前兩天舊病復發。

M. El Yazaji

摩洛哥

問 題：關於本案例中該名受刑人的情形，應如何決定？

1. 應該馬上把該名受刑人送回監獄。治療過程的其中一部分是要去幫助這名受刑人，使他變得成熟而承擔其對社會的責任。
2. 應該要繼續住院，因為我們了解監獄是致病的環境，而這名受刑人並無足夠的個人資源在監獄中生存。

評論：

很不幸地，監獄已經成為世界各地收容精神疾病病人的地方。就像國家照顧有醫療問題的其他病人一樣，國家有義務在監獄中為這些受刑人附設精神科機構或提供定期精神科門診。

許多受刑人都有某種精神疾病，多半是焦慮或憂鬱型的狀況。其他受刑人則可能有精神分裂症、躁鬱症或藥物濫用的情形。本案例的問題是：憂鬱及有自殺傾向的狀況起初是真的，但後來他發現精神病理可以用來逃避坐牢之懲罰，而或多或少開始利用他的精神疾病來獲得好處。這又與他想到重回監獄環境所產生真實痛苦混合在一起。問題是他在醫師面前表現的症狀，到底有多少是裝出來的。這名病患必須接受因其犯罪行為而必須承擔之責任；醫院不能在剩下的服刑期間內一直讓他住院，亦不能傳達他可以隨意住在精神科醫院的訊息。

醫療團隊則擔心這名受刑人在返回監獄後真的會自殺。可行的解決方法可能是請負責治療的醫師定期到監獄中為證明受刑人諮商診療。

醫師的專業與道德義務包含了：對其診斷元素做全面徹底、無感情偏見的分析，並根據此分析做出處理與治療之決定。

案例三十五

主 題：受刑人之住院

一名 45 歲的病患，因十年前犯下一宗金融犯罪案而必須在幾個月後進監獄服刑。他請求住到一間精神科醫院。他領導了一間大公司。根據他妻子所說，他的精神狀態過去六年裡起了變化，他有被害妄想，故事實上都由其員工經營公司。去年，其病症變得更嚴重，他被診斷出有妄想症候群，並且有一次企圖自殺。他在一間精神病醫院接受 risperidone 治療，並且有不錯的療效。在一次精神檢查中，他多了憂鬱症及令人起疑的精神分裂症診斷，但並沒有住院治療的嚴格必要性。然而，這名病人堅持要轉診到另一間醫院，並且拒絕接受藥物治療。他宣稱他沒有病，只是想要逃避坐牢而已。

C.Hoschl

捷克

問 題：是否應接受該名被告在精神科醫院住院？

1. 是。這名被告有精神疾病，也曾經接受過住院治療；而且站在醫療的立場，他現在就應該要住院治療。關於他宣稱自己沒有病，只是想要逃避監獄這件事，可視為他精神疾病的一部分。我們希望在他住院後，他會同意接受類似於上次成功經驗之藥物治療。這次住院應以精神科評估為目標。
2. 否。該名被告被判決入獄，而據其所言，他的住院請求並不是要獲得治癒性的治療，只是想要逃避坐牢而已。

評論：

接受自己行為之後果與承擔個人責任，是成熟的表現，也是形成社會團體的重要成分。

這名病人不可以一方面要求因病住院而不用坐牢，另一方面同時又拒絕接受治療。這種矛盾可能是由他的精神疾病所引起，所以應該要主張讓他可以住院治療，至少接受精神科評估。

法院常問專家一個問題：當被告犯罪時，其是否有精神疾病而無行為能力？如果答案為否，法院就會審判這個人，即使在這之後他變得有精神疾病亦然。

受刑人會有妄想型精神分裂症或憂鬱症並非不尋常。治療可以先在醫院開始，其後於監獄中繼續進行。

有些時候精神病可以被做為某些犯罪行為的免罪藉口，而每一個國家都有各自之考量以規範這類例外情況。而本案例並非此種狀況，因為不論在犯罪時或判刑時，精神疾病都沒有造成影響。在資源適當分配之考量下，醫療資源應該被用在那些「需要」的人而非「想要」的人身上。只有對這個人進行全面性評估後，才有辦法確定其是否需要醫療服務。本案例中，醫師的倫理義務是要去執行這種全面性評估，並根據其發現做出決定。

案例三十六

主題：專家證言

一名 29 歲的土耳其籍工人，在四年前來到德國。他嚴重刺傷他的妻子，但因為他緊急把妻子送到醫院急診室進行手術，而救回了妻子一命。在法院，雙方都說他們當時正在車裡爭執，其妻子責怪他與別人通姦，並且說她要去和他最好的朋友作愛，然後他朋友的床上功夫會比他還好。她最後一句話則是：「我會和一個更好的情人性交，而我希望那些跟你性交的人也表現得很好。」

被告說他記得只有刺一次，但是受害者卻有兩處受傷。他的記憶力模糊可能是深度意識障礙的症狀，而依德國法規定者這種情形可以獲得減刑。這對夫妻同時達成和解，並希望維持其婚姻關係。

精神科檢查後並無發現任何異常，而被告想告訴該名精神科醫師一些事情，並希望醫師保密，但遭到醫師拒絕；這時候，被告開始顫抖、哭泣、流汗而且幾乎崩潰。其後，他宣稱其在土耳其的時候曾經受到性虐待，當時看過醫師，但沒有說出他遭受性虐待。唯一知道的人只有他哥哥（曾阻止他射殺那名性虐待他的人）和現在這個精神病醫師。這件事如果再被土耳其社區的人知道，會讓他失去所有的尊嚴，而妻子也會因為其無法做好「一家之主」而離開他。

一名研究東方文化的專家支持這個見解。這名被告寧可接受比較重的判刑，也不願讓這個將祕密在法院公開。

N. Nedopil

德國

問 題：本案例中，這名精神科醫師是否應該告知法院該病人的故事？

1. 是。鑑定人的功能在於協助法院發現真實，讓法院能正確地做出罪責相符的判決。社會獲得正確判決的權利凌駕了被告之利益。
2. 是。被告並非精神科醫師之病人。他之所以要接受檢查，是要為了判定他的精神狀態以協助審判，而不是建立醫病關係。此外，當他要求精神科醫師允許其報告過去所發生之事時，精神科醫師拒絕了這個要求，僅以一般聆聽者而非負有治療責任之醫師身分聽取被告的故事。
3. 否。當被告向精神科醫師說出祕密的時候，他信任醫療保密原則會被遵守。除了他哥哥及這名醫師以外，他的確從未對他人公開這個祕密。
4. 否。被告是心智正常的成年人，有權利做出他認為適合的舉動，而醫師無權干預。

評 論：

這是被告一個情感兩歧的行為：向專家敘述他被性虐待一事，即使這名專家已經明白地拒絕為他保密。對於他的自白，可以由法律與心理學兩個角度切入討論。從法律的角度而言，專家受僱於法院，這名專家之工作是據實向法院報告每一個有助於法院公正審判的細節。

而從心理學的角度而言，可能會產生下述問題：這名丈夫在情感傾洩的情況下對一名未受保密義務拘束的醫師陳述他過去之遭遇，雖然他要求醫師要保密，說不定他其實是希望醫師告訴別人。

可能有一個技術性的解決方法，那就是在法官辦公室之內，將此事與所蒐集的相關資料告知法官，特別是記憶力模糊與深度意識障礙這兩種症狀的發生，與這名男性過去受到強暴之經驗相符合。

專家不是那個接受他們評估之病人的照顧醫師，專家是由法院安排以提供專業意見的人，其有義務揭露所有與審判相關的評估結果，以利法院作出是否定罪之判斷或罪刑之量度。若專家對法院隱匿這些資訊，即屬違背其應盡之義務。

案例三十七

主題：醫療證明書

一名病人因愛滋病之併發症而死於精神科醫院。他一直都無法對透露他的主要診斷給予知情同意。

在他的民族中，從年輕時期開始購買「喪葬保險」是很常見的作法，此可在經濟上應付家族傳統上須精心規劃喪禮之義務，否則家族就可能會付出可觀的財務犧牲。

不過，該「喪葬保險」相關約款規定，若因與愛滋病相關之事由而身亡，將不會給付喪葬費用。該名醫師有遵守一般保險單之規定與標準程序。但發給家屬的死亡證明書並不需要列出這名死者有免疫力受損的狀況。

交由該名醫師填寫的調查表中，由於必須證明死因為何，揭露病情之需要變成了問題。如果他沒有完成調查表，根據該份保險單，死者的家人無法得到保險給付。若拒絕完成調查表，則將會顯示該必要診斷之結果受到了蓄意之隱匿。結果是，其家人將沒有辦法得到保險給付，而診斷結果也會昭然若揭。

T. Zabow

南非

問題：本案例中，這名醫師是否應該指明死因？

1. 否。該病人並沒有授權他揭露其祕密。
2. 否。這名醫師沒有必要讓保險公司獲得經濟利益。
3. 是。醫師的醫學建議必須永遠都是完整、正確及真實的。

評論：

這名醫師除了說出死者真正的死因之外，別無其他解決方法。功效主義上擁有良好紀錄的需要在本案中應該凌駕個人的痛苦。這並非是一個義務論上的兩難，而是一個遵守規範、提供正確資訊之兩難。

案例三十八

主 題：專家證言

一名妓女被以一種極為殘暴的手法謀殺了。沒有任何人目擊犯罪之發生，但一個月後警方逮捕了一名承認犯行的 25 歲男性。他堅稱在犯罪前吃了四顆搖頭丸，而無法說明他為什麼這麼做。犯案當時沒有進行任何生物學檢驗，且逮捕時也沒有其他的測試可以執行。

一年前因使用毒品後突然的急性精神病發，這名年輕男性曾經接受過住院精神治療。調查顯示他確實曾在謀殺案的一星期前購買搖頭丸，亦沒有任何的犯罪動機。如果專家認為他是在毒品作用下為謀殺，那麼這名年輕男子就會被判短期服刑且有義務接受治療。但若專家不認為毒品與本案有關，那麼這名年輕男子就會被判終身監禁。

G. Niveau

瑞士

問 題：關於被告醫療狀態之認定，這名鑑定人是否應受所預見的重大結果之影響？

1. 否。所有鑑定人都必須回答法院所提出之醫學或科學問題。不論結果是重大或是輕微都不需考慮。
2. 是。該鑑定人給予法院意見之結果如果愈重要，鑑定人就有愈大的責任去盡力、謹慎地完成工作。

評論：

這名鑑定人有義務將其發現的每一個部分對法院作出詳實的報告。身為一名技術證人，他不應對被告有任何方式的預設判斷。當然每個專家對於該案件都會有自己的意見，但這不應妨礙他必須對法院以最完整、客觀的方式報告的這個技術性工作。