

聯合國教育、科學及文化組織 生命倫理講座主席

精神醫學倫理與精神障礙者於機構 及社區中之權利

PSYCHIATRIC ETHICS AND THE RIGHTS OF PERSONS WITH MENTAL DISABILITIES IN INSTITUTIONS AND THE COMMUNITY

作者：Michael L. Perlin 教授

Harold Bursztajn 教授

Kris Gledhill 律師

Eva Szeli 教授

編輯：Lisa Cosgrove

Omar Sultan Haque

Robindra Paul

Beata Anna Zolovska

譯者：陳琬渝、吳騏璋

訂正者：吳建昌醫師

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(CIP)資料

精神醫學倫理與精神障礙者於機構及社區中之權利

Michael L. Perlin 等作；陳琬渝，吳騏璋譯。

-- 初版.-- 臺北市：臺大倫理中心，2012.12

面；公分

譯自：Psychiatric ethics and the rights of persons with
mental disabilities in institutions and the community

ISBN 978-986-03-5614-4(平裝)

1.生命倫理學 2.精神醫學 3.精神病患 4.法律精神病學

197.1

101026942

聯合國教育科學暨文化組織 生命倫理講座主席辦公室

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

Tel: 972 4 911 3281

Fax: 972 4 821 1721

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

出版者地址：臺北市中正區仁愛路一段一號

出版者電話：02-23123456#88908

出版者 E-mail：ntucels@ntu.edu.tw

ISBN 978-986-03-5614-4（平裝）

All rights reserved © 2008

出版年月：2012 年 12 月初版

著作權所有・翻印必究

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 written and signed permission of UNESCO Chair in Bioethics. As a rule, permission will be given to the review, abstraction, reproduction and translation of this publication, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes, subject to acknowledgement of original publication by the UNESCO Chair in Bioethics, the University of Haifa, Israel.

The views expressed in this document are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the view of organizations with which they are associated.

COPYRIGHT © UNESCO Chair

衛生、法律與倫理國際中心
海法大學 法律學系

Michael L. Perlin 教授

Harold Bursztajn 教授

Kris Gledhill 律師

Eva Szeli 教授

*

編輯

Lisa Cosgrove

Omar Sultan Haque

Robindra Paul

Beata Anna Zolovska

聯合國教育科學暨文化組織
以色列國家委員會

衛生法律暨倫理國際中心
以色列海法大學 法律學系

主席：Amnon Carmi 教授

聯合國教育科學暨文化組織 生命倫理講座主席

目 錄

關於作者	i
翻譯單位序言	iii
介紹	iv
參考文獻	vii
第一部分：在機構及社區場合中有精神障礙之人	
第一章：非自願之民事強制	
A. 民事病人	1
1. 在強制程序中行使正式權力之必要	1
2. 預防性拘禁	5
B. 性暴力掠奪者法	9
1. 性暴力掠奪者法與民事強制權力之關係	9
第二章：機構中的權利	
A. 性交往的權利	13
1. 自主性議題	13
2. 拒絕提供保險套給受拘禁之病患	18
B. 拒絕治療之權利	22
1. 藥物治療	22
2. 約束	24
C. 去機構化的權利	26
第三章：侵權行為法	
A. 未能實施強制	29

B.未能留置病人、避免病人離開醫院.....	35
C.對於受病人傷害之被害人須負擔之侵權責任.....	39
D.機構之不當治療：對於不合拘禁規定之疾病提供治療.....	43
E.保護義務.....	46

第四章：刑事審判程序

A.無受審能力（Incompetency to stand trial）.....	57
1.鑑定（Evaluations）.....	57
2.能力之恢復（Restoration to competency）.....	60
3.拒絕藥物治療的權利（The right to refuse medication）.....	62
B.心神喪失抗辯.....	68
1.專家證言之範圍.....	68
2.心神喪失無罪判決後之強制住院（commitments）.....	74
C.審判階段.....	76
1.減刑（mitigation）的議題.....	76
D.死刑.....	78
1.關於未來危險性的證言.....	78
2.追加檢驗之必要.....	83
3.使用藥物讓死刑犯有能力接受死刑之執行 ¹⁶	85

第二部份：從知情同意到利益衝突再到知情同意

第一章：與藥廠、醫院、主管、員工、專業同仁及病人的關係.....	89
第二章：其他倫理困境.....	117
第三章：知情同意.....	127

關於作者

Michael L. Perlin 是紐約法學院（NYLS）的教授；同時也在 NYLS 線上精神障礙法計畫與 NYSL 司法行動中心國際精神障礙法律改革計畫中擔任主持人，並於紐約大學醫學中心以及羅徹斯特大學醫學中心擔任兼任教授。早先，他曾擔任紐澤西公共倡導部門的精神健康倡導分處主任，以及管理 Mercer 郡的紐澤西公設辯護人辦公室的副公設辯護人。現為國際精神障礙者權益諮詢委員會之委員、法律與精神衛生國際學院理事會理事，以及四種法律行為科學期刊的編輯。他曾寫過 20 本有關精神障礙法律各種議題的書，以及兩百篇相關文章。他一直是希伯萊大學（約路撒冷，以色列）的訪問學者、Abo Akademi 大學／土爾庫大學（芬蘭，土爾庫）的訪問教授，也曾擔任歐洲大學研究院-法律（義大利，佛羅倫斯）之訪問學人。

Harold J. Bursztajn，美國麻塞諸塞州劍橋之醫學博士，目前擔任精神科醫師、司法精神醫學專家及精神分析師，服務對象為不同的多元文化之病人族群。他提供諮詢並教授之法律內容包括：有關於醫療及精神健康照護、倫理決策，以及各種情境的法律，包括美國國內不同區域，以及各個國際不同區域，如里約熱內盧及伊斯坦堡。他是哈佛醫學院 Beth Israel Deaconess 醫療中心精神醫學部精神醫學與法律計畫的共同創辦人之一，也是哈佛醫學院的精神科臨床副教授。他是頗受佳評的書 *Medical Choices, Medical Chances* 的作者，其他對於醫學及精神衛生教育重要的書包括：*Divided Staffs, Divided Selves, a Case Approach to Mental Health Ethics*，以及 *Decision Making in Psychiatry and the Law*。他也發表了許多醫學、精神醫學、司法神經精神醫學及臨床倫理學的論文。Bursztajn 教授在擔任哈佛大學臨床教員 25 年期間，獲得許多獎項與榮譽，包括從 Solomon 教員研究獎到哈佛大學醫學院新生之 50 位主要臨床導師之一。Bursztajn 醫師的專長領域有：治療容易受到傷害的病患、改善醫療與精神衛生決策、知情同意之過程、利益衝突之辨認、降低產品責任及醫療過失責任之風險、雇用相關訴訟司法鑑定之標準、刑事被告責任能力之減輕、死

刑減免之因素、死後精神剖析以及暴力防治。

Kris Gledhill 在其執業的過程中，接觸到關於英國精神衛生審查庭系統的案件，也經歷了英國行政、上訴法院的相關案件，因而進入了精神衛生法之領域。除了在某些影響英國精神衛生法發展之案件中進行辯論之外，Gledhill 先生也針對影響精神衛生實務之人權法進行廣泛的授課與寫作。除此之外，他也編輯精神衛生法報導，報告英國、歐洲法院中影響精神障礙者之法律案件。最近剛轉換到學術領域，在紐西蘭的奧克蘭大學法學院擔任講師。

Éva Szeli 是一名律師及有執照的臨床心理醫師。她也是國際精神障礙者權利歐洲計畫的前任主任，在 2002-2004 年其間，在該計畫的布達佩斯區域辦公室工作。Szeli 博士擔任該職期間，負責調查事實及倡導訓練工作坊，活動區域包括：保加利亞、愛沙尼亞、匈牙利、科索伏、拉脫維亞、俄羅斯及塞爾維亞。她目前在亞利桑那州大學及紐約法學院取得學術職位，並持續從事精神衛生與人權的教育與顧問工作。

Lisa Cosgrove 博士是臨床與研究心理學家，在麻塞諸塞大學波士頓分校擔任助理教授。她與 Paula Caplan 一同擔任 *Bias in Psychiatric Diagnosis* 一書的編輯。她也出版論文與專書章節，處理臨床執業與社會政策（例如精神科藥物產業之利益衝突）有關之理論與哲學議題。

Omar Sultan Haque 是名哈佛醫學院學生。他有布朗大學的神經科學、宗教哲學學士學位，以及哈佛神學院的比較宗教學、伊斯蘭研究碩士學位。

Robindra Paul 醫學博士、公共衛生博士、企管碩士，目前在凱斯西儲大學擔任司法精神醫學研究員、哈佛醫學院精神醫學與法律計畫成員，曾在聯合國世界衛生組織實習。

Beata Anna Zolovska 醫學博士目前在哥倫比亞大學精神科住院醫師訓練計畫的第二年，並持續對精神動力學、臨床倫理及司法精神醫學有高度興趣。

翻譯單位序言

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。研究範圍並包括生命科學與現代科技發展各領域之倫理、法律、社會政策議題。另外本中心亦為「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）的台灣代表機構，與該網絡共同推動生命倫理的研究與教學推廣。本書屬該網絡之系列倫理教材之一，承蒙該網絡主席以色列籍的 Amnon Carmi 教授授權本中心翻譯成中文版本，做為推廣教材之用。本系列教材之翻譯由本中心組成委員會來進行審查等工作，本書翻譯者為陳琬渝小姐及吳騏璋先生，並由本中心吳建昌助理教授校訂，在此一併致謝。

臺灣大學生醫暨科技倫法律與社會中心
主任蔡甫昌

2013 年 8 月 15 日

介紹

過去三十五年間與精神障礙者有關的法律有了大幅度的改變。這個擴張包括了法律與法院判決；國內與國際的民事、憲法、刑事與私人間法律，以及律師、精神科醫師、心理衛生專家及倫理專家令人驚訝地大量產出之文獻（學術面、實務面與臨床面）。

雖然在這些發展上有些不一致的地方（而且，用老掉牙的隱喻方式而言，鐘擺是持續地朝著多個方向狂亂地擺盪著），但毫無疑問的確是繼續在發展的。在 1970 年代前，實際上並沒有建立民事強制聽審實體及程序限制之案例，而且很多司法管轄區域已經超過一世紀以上的時間，沒有增訂或修改相關的法律。在各種醫療（包括精神醫學）之中，告知後同意很少被公開的討論；而 Jay Katz 的書「醫師與病人之沈默世界」（“The Silent World of Doctor and Patient”）更能反映現實狀況。在 1970 年代中期前，沒有案例或法律宣告住院病人有接受治療之權利。1970 年代中期前，法院從未考量過下列主張帶來的困難議題，這個主張是：心理衛生專業人員必須違反保密義務（confidentiality）來警告或保護可能遭受他的病人傷害之受害人。在 1970 年代晚期之前，也沒有意識到機構中精神病患拒絕治療的權利。而在 1980 年代早期，雖然醫師以及法院逐漸辨認出知情同意的重要性，然而制度上卻一再地將之當作「形式」，而非治療程序中之慣常部分。在 1980 年代中期之前，在許多司法管轄區域，在主張心神喪失抗辯方面，或是在死刑案中反駁其未來危險性的論述方面，一個窮困的刑事被告並沒有權利尋求精神專家的協助。在 1990 年前，很少有司法管轄區域制定有關反歧視的法律（例如美國殘疾人士法）。在 1991 年前，聯合國沒有任何一個單位曾經頒布任何原則，來處理因精神障礙而住院者的權利。在 1990 年代早期之前，法院很少面臨這樣困難問題：在審判程序中，刑事被告主張心神喪失抗辯，同時在對抗嘗試使其有能力受審或接受死刑執行之時，尋求置入行使拒絕治療的權利。在 1990 年代晚期之前，法院很少考量是否有去機構化（deinstitutionalization）

之權利。十五年前，性侵害加害人法律還在法律圖書館的架子上累積灰塵。十五年前，「輔助性門診強制治療」(assisted outpatient commitment) 這個名詞還未出現在相關文獻當中。

上述這些只是眾多事項中的很小一部份，而這些事項的確是革命性的轉變，在相關實質領域中的從業人員們也都感受到了這個改變的效應。同時，社會也開始重視上揭問題不可避免地會引發之倫理議題（涉及自主權、行為能力、專業判斷、專業責任與基本人權的複雜議題）。像世界精神學會、美國精神醫學與法律學會，和美國心理學-法律學會，為了提供執業人士相關指引，都頒佈了在許多政策及執業領域的準則。然而，在既定的現實情況下，基於專業人員的自我利益（self-interests），以及第三者（包括許多藥商團體）曾經及持續對於專業組織的實質甚至有時候不當的面影響，我們很少有機會可以相信那些專業準則在各個場合皆可以被公平的實踐；或者，舉例而言，專業公會組織很少會全面地要求他們的成員，向病人揭露成員們與藥商關係的真實樣貌。

因此，在各級法院（從各國或地區的地方審判法院到最高法院），也有了相應的更大的責任來「擷取」(get) 這些議題。一個適用了好幾十年的「袖手」(hands off) 法則，其（錯誤的）論理為：機構內治療問題的決定應留給機構負責人或是專家團體為之；因此，該法則使得法官對於機構內治療所生問題視而不見。而這個法則的死亡，意味著法院現在被要求要處理這些（以及其他）議題，而且無法避免地，法院要面對許多案件中會「上桌」(on the table) 這些議題之倫理「片段」(piece)。在目前脈絡下，倫理議題仍受到法律及行為科學文獻之討論，毫無疑問的是未來年代中，這些倫理議題會引起更多的注意。

在這本書中，針對某些反覆困擾執業人員的議題或困難的倫理議題，我們提供了精要的故事描述。我們不會宣稱解決了所有這些問題，反之，我們將它們寫出來是希望能激勵讀者更仔細地小心地思考這些問題。許多的故事來自於真實的案例，而且在這樣的情形下，我們會提供了該真實案件的引註；其他的故事，則是來自於

作者們於他們執業時所處理或觀察到的實際問題的組合。大部分的故事描述篇幅都相當短，有一些會較長一點。在其中一個案例，我們提供了相同議題的替代讀物（目前能力不足的刑事被告，受命接受藥物治療以恢復其受審能力時，拒絕此種治療之權利）。但這並不代表這些議題或多或少比其他議題更「重要」，反而是這些案件中的決定似乎比較具有挑戰性（而且，甚至或許有可能讓精神衛生專業人員更為難過）。我們期待所有的故事都會讓大家覺得有趣。

本書的編輯們也要感謝並肯認我們的同事對於本書無價的貢獻：Beata Anna Zolovska，第一部分及第二章的共同作者；Omar Sultan Haque，第一部分之「警告義務」方面及第四章的共同作者，以及 Robindra Paul 及 Lisa Cosgrove，第二部分的共同作者。Jason Huffman，他是 Bursztajn 教授的研究／辦公室助理，以及 Stan Schwartz，他是 Perlin 教授的教職員助理，我們也要感謝他們所提供的額外協助。

參考文獻

一般參照

Bursztajn HJ. Ethicogenesis. *Gen Hosp Psychiatr y*. 1986 Nov; 8(6):422-4.

Bursztajn HJ, Brodsky A. Authenticity and autonomy in the managed care era: forensic psychiatric perspectives. *J Clin Ethics*. 1994 Fall; 5(3):237-42.

Bursztajn HJ, Feinbloom RI, Hamm RM, Brodsky A. *Medical Choices, Medical Chances: How Patients, Families, and Physicians Can Cope With Uncertainty*. New York: Delacorte, 1981; New York: Routledge, 1990.

Bursztajn HJ, Gutheil TG, Cummins B. *Conflict and synthesis: the comparative anatomy of ethical and clinical decision making*.

In Reiser SJ, Bursztajn HJ, Appelbaum PS, Gutheil TG (Ed.), *Divided Staffs, Divided Selves* (pp.17-40). New York: Cambridge University Press.

Gopal A, Bursztajn HJ. DSM misuse pitfalls evident in clinical training and courtroom testimony. *Psychiatr Ann* September 2007; 37(9):604-17.

Perlin ML. *Mental Disability Law: Cases and Materials*. Durham, NC: Carolina Academic Press, 2005 (2d ed.).

Perlin ML. *Mental Disability Law: Civil and Criminal*. Newark, NJ: Lexis-Nexis/Matthew Bender. 1989-2002 (5 volumes) (2d ed.)

Perlin ML, Champine PR, Dlugacz HA, Connell M. *Competence in the Law: From Legal Theory to Clinical Application*. Hoboken,

NJ: John Wiley & Sons. 2008 (in press).

Perlin ML, Cucolo HE. *Mental Disability Law: Civil and Criminal*. Newark, NJ: Lexis-Nexis/Matthew Bender. 2006-07 (Cum. Supp).

Perlin ML, Kanter AS, Treuthart MP, Szeli E, Gledhill K. *International Human Rights and Comparative Mental Disability Law: Cases and Materials*. Durham, NC: Carolina Academic Press, 2006.

Perlin ML, Kanter AS, Treuthart MP, Szeli E, Gledhill K. *International*

Human Rights and Comparative Mental Disability Law: Documentary Supplement. Durham, NC: Carolina Academic Press, 2006

第一部分，第一章

Perlin, ML. “There’s no success like failure/and failure’s no success at all”: Exposing the pretextuality of *Kansas v. Hendricks*, *Northwestern Law Rev.* 1998; 92:1247-1284

第一部份，第二章

Perlin, ML. Hospitalized patients and the right to sexual interaction: Beyond the last frontier? *NYU Rev Law & Social Change*. 1993-94, 517-546

Perlin ML. *The Hidden Prejudice: Mental Disability on Trial*. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.

第一部份，第三章

Appelbaum PS. *Tarasoff*: an update on the duty to warn. *Hosp Community Psychiatry*. 1981 Jan; 32(1):14-5.

Appelbaum PS. *Tarasoff* and the clinician: problems in fulfilling the duty to protect. *Am J Psychiatry* 1985 Apr;142(4):425–9.

Appelbaum PS, Gutheil TG.. *Clinical Handbook of Psychiatry & the Law*. Wolters Luwer Health, 2007

Binder RL, McNeil DE. Application of the *Tarasoff* ruling and its effect on the victim and the therapeutic relationship. *Psychiatr Serv* 1996 Nov; 47(11):1212–5.

Bursztajn HJ. Protecting patient care and public safety in the managed-care era. *Gen Hosp Psychiatry* 2002 Jan-Feb; 24(1):1–3.

Bursztajn HJ, Brodsky A. A new resource for managing malpractice risks in managed care. *Arch Intern Med*. 1996 Oct14;156(18):2057-63

Bursztajn HJ, Gutheil TG, Cummins B. *Legal issues in inpatient psychiatry*. In: Sederer LI, ed. *Inpatient Psychiatry*. 3d ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991; 379-406.

Gopal A, Bursztajn H. On Skepticism and Tolerance in Psychiatry and Forensic Psychiatry. *Psychiatric Times Bonus Issue: Clinical Psychiatry and the Law* April 15, 2007 Vol. 24 No. 5.

Gutheil TG, Brodsky A. *Preventing Boundary Violations in Clinical Practice: A Guide to Process and Context*. New York: Guilford, in press (2008).

Gutheil TG, Bursztajn HJ, Brodsky A. The multidimensional assessment of dangerousness: competence assessment in patient care and liability prevention. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1986;14(2):123-9.

Perlin ML. *Tarasoff* and the dilemma of the dangerous patient: new directions for the 1990's. *Law & Psychol Rev*. 1992; 16: 29-63.

Perlin ML. "You got no secrets to conceal": Considering the application of the *Tarasoff* doctrine abroad. *Univ Cincinnati Law Rev*. 2006; 75: 611-629.

Roth LH, Meisel A. Dangerousness, confidentiality and the duty to warn. *Am J Psychiatry*. 1977 May;134(5):508-11.

Schrecker T, Acosta L, Somerville MA, Bursztajn HJ. The ethics of social risk reduction in the era of the biological brain. *Soc Sci Med*. 2001 Jun; 52(11):1677-87.

Sederer L. *Inpatient Psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Baltimore, MD:Williams& Wilkins, 1991.

Wexler DB. Patients, therapists and third parties: the victimological virtues of *Tarasoff*. *Int J Law Psychiatry*. 1979;2(1):1-28.

Wise TP. Where the public peril begins: A survey of psychotherapists to determine the effects of *Tarasoff*. *Stanford Law Rev*. 1978 Nov;31(1):165-90.

Wulsin LR, Bursztajn HJ, Gutheil TG. Unexpected clinical features of the *Tarasoff* decision: the therapeutic alliance and the "duty to warn". *Am J Psychiatry*. 1983 May;140(5):601-3.

第一部份，第四章

Anderson SH, Hewitt J. The effect of competency restoration training on defendants with mental retardation found not competent to proceed. *Law & Hum. Behav.* 2002; 26: 343-51.

Appelbaum PS, Competence to be executed: Another conundrum for mental health professionals. *Hosp Community Psychiatry.* 1986 Jul; 37(7): 682-4.

Bonnie RJ. Psychiatry and the death penalty: Emerging problems in Virginia. *Virginia Law Review.* 1980 Mar; 66(2): 167-89.

Entin JL. Psychiatry, insanity, and the death penalty: A note on implementing supreme court decisions. *J Crim Law & Criminol.* 1988 Spring; 79(1): 218-39.

Freedman AM, Halpern AL, The psychiatrist's dilemma: A conflict of roles in legal executions. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999 Oct;33(5):629-35.

Freedman AM, Halpern AL. The erosion of ethics and morality in medicine: physician participation in legal executions in the United States. *NY Law Sch Law Rev.* 1996; 41(1): 169-88.

Perlin ML. Power imbalances in therapeutic and forensic relationships. *Behav Sci Law.* 1991 Spring; 9(2): 111-28.

Perlin ML. Recent criminal legal decisions: Implications for forensic mental health experts. In Goldstein, AM. (Ed.). *Forensic Psychology: Emerging Topics and Expanding Roles* (pp.333-358). New York: John Wiley & Sons.

Perlin ML. The Supreme court, the mentally disabled criminal defendant, psychiatric

testimony in death penalty cases, and the power of symbolism: Dulling the Ake in *Barefoot's* achilles heel. 1985: *New York Law School Human Rts Ann.* 1985; 91-169.

Schouten R. Commentary: Training for competence — form or substance? *J Am Acad Psychiatry Law.* 2003; 31(2): 202-4.

Showalter CR. Psychiatric participation in capital sentencing procedures: ethical considerations. *Int J Law Psychiatry.* 1990; 13(4): 261-80.

Wall, BW, Krupp BH, Guilmette T. Restoration of competency to stand trial: a training program for persons with mental retardation. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2003; 31(2): 189-201.

Yates KF. Therapeutic issues associated with confidentiality and informed consent in forensic evaluations. *N Engl J Crim Civ Confin.* 1994 Summer; 20(2): 345-68.

第二部份

Angell, M. *The Truth about Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do about It.* New York, NY: Random House; 2004.

Bayer W, Mallinger JB, Krishnan A, Shields CG. Attitudes Toward Life-Sustaining Interventions Among Ambulatory Black and White Patients. *Ethn Dis.* 2006 Autumn; 16:91409.

Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, Blumenthal D, Chimonas SC, Cohen JJ, Goldman J, Kassirer JP, Kimball H, Naughton J, Smelser N. Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA.* 2006 Jan 25; 295(4): 429-33.

Brodkey AC. The role of the pharmaceutical industry in teaching psychopharmacology: a growing problem. *Acad Psychiatry*. 2005 May-Jun; 29(2): 222-9.

Bursztajn HJ, Brodsky A. Authenticity and autonomy in the managed care era: forensic psychiatric perspectives. *J Clinical Ethics*. 1994; 5: 237-242.

Bursztajn HJ, Pirakitkul D. Pride and prejudice: avoiding genetic gossip in the age of genetic testing. *J Clin Ethics* 18(2): 156-161, 2007.

Cosgrove L, Bursztajn HJ. Undoing undue industry influence: lessons from psychiatry as psychopharmacology. *Organ Ethic*. Fall/Winter 2006; 3(2): 131-3.

Campbell EG, Weisman JS, Ehringhaus S, Rao SR, Moy B, Feibelman S, Goold SD. Institutional academic industry relationships. *JAMA*. 2007 Oct 17; 298(15): 1779-86.

Djulbovic B, Lacevic M, Cantor A, Fields KK, Bennett CL, Adams JR, Kuderer NM, Lyman GH. The uncertainty principle and industry-sponsored research. *Lancet*. 2000 Aug 19; 356(9230): 635-8.

Friedberg M, Saffran B, Stinson TJ, Nelson W, Bennett CL. Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology. *JAMA*. 1999 Oct 20; 282(15): 1453-7.

Gopal AA, Bursztajn HJ. Analysis: DSM biases evident in clinical training and courtroom testimony. *Psychiatr Ann* 2007; 37: 604-7.

Heres S, Davis J, Maino K, Jetzinger E, Kissling W, Leucht S. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second generation antipsychotics. *Am J Psychiatry*. 2006 Feb; 163(2): 185-94.

Krimsky Sheldon. *Science in the Private Interest*. Lanham, MD: Rowman Littlefield Pub. Co.; 2003.

Safer DJ. Design and reporting modifications in industry sponsored comparative psychopharmacology trials. *J Nerv Ment Dis*. 2002 Sep; 190(9): 583-92.

第一部分：在機構及社區場合中有精神障礙之人

第一章：非自願之民事強制

A. 民事病人

1. 在強制程序中行使正式權力之必要

案例一：

HL，一名有嚴重學習障礙與自閉症的中年男子，在醫院裡頭度過大半的人生。在試圖於可能的情況下，將病人移出長期照護機構的程序中，相關人員為 HL 找到了一個地方，在該處 E 夫婦會提供照顧。HL 會參加日間照顧中心的活動。七月末的一天，在日間照護中心時，HL 變的異常激動且開始自殘：一名醫師接到通知，過來為 HL 施打鎮靜劑，但 HL 還是非常的激動。他被送到一間地區醫院，在那間醫院負責照顧他多年的精神科醫師 M 醫師有上班。M 醫師在得到同仁的同意後，決定 HL 應該要送入醫院的精神科病房住院。HL 隨著 M 醫師進入上述病房，但 M 醫師並未做任何安排來正式拘禁 HL，因為 HL 一直遵從她的想法，並願意留在醫院中（雖然這不是個在有完全能力下做的決定）。然而，M 醫師也明白表示，若 HL 打算離開，她會動用正式的權力，且 E 夫婦不得探望 HL，以免 HL 會想跟隨他們離去。

E 夫婦針對此情境向法院提出聲請挑戰 M 醫師的決定，審判法院駁回此聲請，但上訴法院同意 HL 的確受到拘禁，而且要進行拘禁必須經過正式的強制程序。因此，HL 在十月底時被判定正式拘禁，後來在十二月時醫院的負責人決定 HL 可以出院，HL 便回去與其照顧者同住。同時，上訴法院之裁判被上訴至最終之上訴法院，最終上訴法院重申審判法院之裁判，認為 HL 並沒有被拘禁（因其態度是遵從的），並且為其最佳利益做出決定是恰當的（因其不具備行為能力來做出自己的決定）。

後來，有告訴提出主張 HL 的基本權利受到侵害。本件法律議題為：正式拘禁的權力是否有動用的必要。

在本件法院案例中發生了什麼事：

人權法院聽審的決定係，正式的強制程序是唯一可確保拘禁為必要且非武斷之方法。事實上，HL 被剝奪了自由（deprived of his liberty）：專業人士完全掌控了他的行動，包括與他的照顧者接觸。雖然基於某人有精神障礙而施以拘禁可能是適當的作法，而且有足夠證據證明 HL 的精神障礙狀態可能已達需要住院之程度，人權標準仍要求足夠程序保障以對抗武斷拘禁的風險。正式強制程序要求遵循拘禁的法定要件、醫學證據、病人代理人之參與、以及要求繼續評估拘禁之要件是否該當；而只有基於醫師所認定病人的最佳利益所做的決定，與上述程序形成了對比。在正式程序中程序保障的目的，在於保護病人免於不當決定或專業的懈怠。

引發的倫理議題：

當一名律師被賦予代理處於正式強制令（commitment）的病人時，他自然的傾向是去調查這種強制性手段是否必要。通常提出的抗辯會是：因為該當事人乃是在

自願的基礎上，願意留在醫院中，所以受到強制性處置。在這個決定所引發的重要論點是：這樣的取徑只有在關聯到決定者是有能力做決定時，才會是正確的；至於像 HL 這樣有遵從性且無能力為自己做決定時（或在最佳狀況下只有非常有限的能力），另一種處遇方式即為必要。簡言之，假如事實上醫院中病人的情境是：他被拘禁乃是因為醫學專家對其有完全的控制力，那麼以非正式的方式拘禁此病人而言即為不適當，因為正式的程序是唯一可確保當拘禁為適當時才可繼續之方式。以非正式的基礎拘禁病人，意味著他或她完全受制於專家的判斷；儘管大多數專家在大多時間所為是正確的，但這種法律體系的目的是在確保有設置足以預防錯誤、不當判斷的防衛機制。本件事實顯示出以下重點：HL 的釋放可能性被確保了，因為可以代替 HL 向醫院的管理者提出申請，而這個申請只有在 HL 受到正式的拘禁權力作用下才有可能。假如 HL 接受治療純然是基於醫師對其最佳利益之看法，那麼他就無法享有前述的釋放管道。

這帶出了另一個更廣的議題。大多數的醫療決定，是有能力作決定的人們在聽取參與治療的醫學專業人員（及選擇參與治療的親友）意見後所為。很明顯地，從事醫療服務時可能基於經濟或其他實際狀況，致使醫療服務之獲取受到限制；但是為了倫理論點的目的，我們在此假設這些問題並不存在。當病人沒有能力作出決定時，選擇的典範並無法適用，此時必須有其他的替代機制。底下這些都是可能的選項：某種形式的代理決定者，該人已被授予權力代理病人來做決定；這樣的代理決定有可能會遵從的法則，包括代理決定者在同樣情境下會如何做，或者若病人有能力時會如何決定（換言之，代理人必須從病人之角度設想）。假如病人是兒童，那麼通常會有代理決定者，也就是父母，根據其所理解之兒童之最佳利益做出決定；但在某個階段時，即使一個人被認定是兒童，也可能有能力為自己做決定。

另一種選擇，也發生在 HL 的案子中，那就是讓專業人員替沒有能力之人做符

合其最佳利益之決定。在很多情況下，不論採取何種作法都會導致相同結果，但這也不必然如此。病患享有選擇權之本旨是根深柢固的，而且與人人享有主宰自己生命的概念相通。更有甚者，這個決定過程結束時決定品質的問題也是有相關的；對於專業決定的獨立審查，不管它的形式是說服病人何為最佳或者是代理決定程序，提供了一個制衡的架構，該架構可以提供保障避免誤判，在決定程序結束時得到更好的決定。這就是有各種程序要求的整個重點；這些要求並非是必須通過的困難關卡，它們是用以確保基本人權得到尊重。

2.預防性拘禁

案例二：

B 在荷蘭因犯行被判有罪，也被發現有精神異常，亦被評估認為將來會有危險性。法院加諸了一個預防性拘禁命令，使 B 在為了該犯行服完適當的刑期之後，必須待在適當的精神治療機構中。荷蘭的法律規定：「當一個人受到預防性拘禁命令時，在找到相關的精神治療機構前，皆可以將之拘禁在監獄之中，但通常有六個月的時間限制。」但在 B 先生案例中並非如此，也就是說，B 先生被拘禁在監獄中多待 14 個月，儘管繼續拘禁的理由原本是因為 B 先生有精神疾病且該疾病需要治療。問題出在一缺乏適當的處所來留置須接受預防性拘禁的人。B 提起訴訟，主張既然預防性拘禁是基於他的精神異常，因此他必須被拘禁在適當的處所，也就是醫院。

在本件法院案件中發生了什麼事：

B 喪失自由，是因為他的犯罪以及其被法院認為具有危險性的精神疾病，所以即便 B 已服完刑期後，基於法院的命令 B 仍需持續拘禁。刑期已結束這樣一個事實，並不意味者他必須立刻被轉至其他醫療處才算合乎法律的要求，但預防性拘禁其實不具有刑罰性質，所以現在有必要在下列事項中取得平衡：有效使用醫療處所的需求，以及將受拘禁者置於適當處所的需求；而此時要特別考量獲得自由之權利。我們需要記住，將病患轉至醫療處所的嚴重遲延，可能會影響治療的時程，以致於必須因為病患持續有危險性而繼續更新其拘禁令。相關事實透露，在 B 案例中的遲延並非是例外或者無預期的，反而是長年來的問題，就是缺乏能夠安置這些預防性拘禁病患好幾年的處所，而且主管機關並未認真處理這個問題。就算法律允許，可以

遲延六個月，也不足以提供自由權的足夠保障。

引發的倫理議題：

本案事實引發了一些議題。雖然法院一開始在裁定預防性監禁前，已認定罪，但那只是預防性拘禁的相關背景。若無證據顯示 B 的精神異常有相當危險性，那麼就無裁定預防性拘禁的理由。所以犯人的精神異常是否存在，才是在其服完針對其犯行之應報刑罰之後，是否應接受拘禁的關鍵所在。

然而，這種拘禁應在何處才可被允許呢？基本的主張是一基於精神異常的監禁應該要在醫療院所中進行。理由很明顯，就是必須試著為治療病人做一點事，否則拘禁將只不過是對該病人遏制或收容而已。由此可看出，無法將病人安置於醫療處所，而是在找到醫院前將他置於監獄中，將違反上述的基本要求，而應立即釋放該病人。

但也有可能不是那麼簡單。假如一個人對其他人造成危險，而那些承擔此危險的人也同時享有他們的基本權，即應被保護免於危險的權利。我們可以找出很多利益衝突時需要權衡的例子，而在那些例子中即需做出平衡點在哪裡的決定。換句話說，至少在找到適當機構之處所前，保護公眾的利益之必要，可能是將病人短期監禁於非醫療處所的正當理由。本件案例的問題也是在於平衡如何取得。重點應在於回答這個問題時，我們必須謹記兩件事：第一件事是有關自由權的重要性。（當權衡時很明顯的一點是一對於因對他人造成危險所為之拘禁，很確定地會侵害該病人的自由權，相較之下，對於其他人權利未來可能之侵害，卻沒有那麼確定。）第二點是只有考量目前情況是不夠的，也就是說，只考慮現在對於拘禁所需的資源是否缺乏是不夠的。反之，我們必須採取一個更長遠的考量，因為暫時性因素造成的情況（例如「需要留置醫療院所的病患人數，突然非預期地暴增」），與一個長期存在的

可預期的情況相較起來是不同的。在前面的例子，我們很容易達成結論說「此時病人的自由權需要某程度犧牲，即使只是暫時性的，因為社會不一定常處於順利運作的情況。」但假如是個長久以來的問題，導致那些病人必須忍受倉儲收容般的拘禁，無法接受他們疾病所應得之治療，使得他們沒有機會降低作為拘禁基礎的危險性，那麼這時主管機關不認真處理的情形，就比較難以令人接受。

從另一種角度來表達，基本權的制定不是訓示規定：他們是務實、有效可行的權利；這意謂著當基本權的實踐需要資源時，那麼就要想辦法取得那些資源。而在 B 先生的例子中卻非如此，因此他的權利未得到足夠之權重，其權利受到侵害。

然而，本案事實所引發的倫理議題並不僅限於此。這個議題在 B 轉入一個可供其進行治療之適當醫療處所後，還是持續的被檢視著。（事實上，當他提起訴訟後就被轉至醫院）B 先生起訴主張其權利受侵害，並據此請求金錢賠償。但假如此訴訟是在無任何可供預防性拘禁的醫院存在下被提起，且病人拘禁在監獄（非治療機構）已有相當時間，繼續拘禁將會不成比例地侵害他的自由權，那麼該名病患是否應被釋放？假如你的答案一開始很明確的為「肯定」，考量到法律有藉由金錢補償而權衡利益之機制，那麼問題就會變成「當自由權受侵害時可否藉由損害賠償來填補？」（以及成為推動主管單位採取適當行動之每日持續性的基礎，即使那代表對於一個長期存在的問題的暫時解決之道，只要那個問題是造成可能病人利益受損的原因）。

假如損害賠償並不足夠，那麼想想另一個事實情境：那個嫌疑人對特定人或群眾造成特定危險。如果不採取預防行動，那個人或群眾所享有受保護的權利將受到侵害。但這是否意味著，預防性拘禁一定得是病人自由權的不當侵害？自由權的重要也是其他選擇時所必須被考慮的，如提供給那些承受危險之人額外保護或將病人移至其他地點。

本件案例及其他假設性事實都顯示出，某個情境中與基本權有關之倫理性議題涉及多變的狀況。記得這點將提供一個有助於你的決策的架構，因為決策過程通常涉及一連串衝突而非互補的權利權衡。當然，在理想的情況下，因為有可供精神異常者預防性拘禁之適當醫療處所，而無須進行權利權衡。然而很不幸的是，因為對於資源的競爭而不會有如此理想的情況，因此倫理的論辯便需考量實際情況：當拘禁必要性產生時，仍然必須採取基本權優先的作法。

B. 性暴力掠奪者法

1.性暴力掠奪者法與民事強制權力之關係

案例三：

單單是在美國，每年都有超過三十萬人非自願的接受強制住院精神科治療。為了對有自傷之虞之人提供居處、保護及治療，或者次要地為了隔離那些有潛在危險之人以避免傷害他人，非自願性民事強制取得公共政策上之正當理由。這些對自己或他人有危險性之認定，係由醫師或法院為之。在有些情況下，州可能會基於某個人過去的行為或精神科診斷，認為這個人對於其他人有潛在危險性而加以強制。對於性侵害加害人，強制將其送到精神科機構的情形，彰顯了公眾對性掠奪者的恐懼，以及州使用精神醫療機構安置這種人的興趣。近年來，將性侵者與公眾隔離的作法已經成為舉世關注的問題。問題是在不同國家文化中，性侵者的認定不同，例如在盎格魯薩克遜社會中，強暴犯、猥褻幼童之人會被認為是性侵者，而在其他文化中，通姦者、同性戀也可能會被歸入這個分類。

長期以來一般大眾對於非自願性強制的有效性存疑，因其對於個人的自由造成嚴重威脅，並且在過去也有被政府或醫師個人所濫用的情形。世界上也有多起濫用精神科機構強制住院的紀錄，例如前蘇聯的精神病院，曾用來監禁那些反對共產主義的人，因為政府認為只有精神異常的人才會反對共產主義或是蘇維埃政府，又例如在中國，也會對異議份子實施精神科的監禁。

目前世界的趨勢為一藉由實施更嚴格的要件與管制，來嚴格限縮強制住院的施行。因此，必須做到維繫公眾對於強制住院適當使用的信任，以及將其與處罰犯罪行為的自由剝奪嚴格區分。

LH，過去長期有性侵幼童的紀錄，他也作證同意該州精神科醫師所做的如下診斷「他罹患戀童症且未痊癒，當他感到『壓力沉重』時，心中就會無法自制的出現對兒童的性慾望。」在 LH 快要服完刑期前，就被裁定要強制轉至精神病院。LH 對此裁定提出上訴，主張該裁定不符合正當法律程序、違反一事不二罰原則以及法律不溯及既往原則。當他服完其所觸犯罪名之刑期後，他因為潛在危險性而無法獲釋，反而要到精神病院接受強制治療，因為當時對於戀童症並無有效的治療方法。基本上，他被強制安置，與公眾隔離，主要是基於公共安全的理由。

關於 LH 所接受之民事強制處分引發了數個議題。將有憂鬱及自殺傾向的病人與危險的罪犯歸為同一類，強制一個被定罪的犯人接受精神科治療，彰顯出此種強制住院之處罰面向。對於州不希望從監獄釋放到社會的那些人，將精神病院當作安置處所的作法，對這個社會傳達出同樣訊息—對於不被社會接受的人，強制住院是監獄之外的另一種可被接受的選擇。

除此之外，對一個服完刑期之人進行強制，引發了關於決定其行為能力有所不一致的爭議。其他的倫理問題包括：

1. 在 LH 案例中的裁定，LH 是為了公眾或是為了受害者而接受治療？
2. （被宣稱）「無私地」的警察權力的行使，是否只是為了平息社會的憤怒？
3. 如果在病人釋放後沒有主動接觸他們進行強制治療，任何上述的模式怎會有治療的效果呢？
4. 在服完刑期後才進行治療的這個狀況（至少根據堪薩斯州的法律是如此），

是否會削弱任何一種治療的效果？

5. 對性侵者的強制治療是否真的有療效？
6. 如果被告在參與治療時所說的話，都可作為服刑結束時對其不利的證據，被告是否有認真參與治療的誘因呢？
7. 本件 LH 案例的最高法院裁判，是否會導致那些在民事精神病院中「公然有失控性行為」之人，必須接受長期的強制住院？
8. LH 案是否會導致檢察官將非自願性民事強制作為一種「強化」刑事案件的手段？

因為 LH 有犯罪意圖，且在犯罪時有能力控制其行為，故被認定有刑事責任而判刑入獄。後來，依據強制住院的法律，必須拘禁那些無法控制自己行為且會對社會健康安全產生威脅之人。所以在服完刑期時，LH 接受了民事強制處分。因此，在犯行之時 LH 被認定可控制其行為，同時又被認定無法控制其行為，這個明顯的不一致引發了限制 LH 自由的有效性問題。

除此之外，基於 LH 的戀童症診斷及其會對公眾產生威脅之認知，而對 LH 施以民事強制，引發了使用民事強制將暴力犯與社會隔離之手段範圍應如何的問題。將性暴力掠奪者隔離的問題有相當的重要性，因為相較於其他暴力犯罪者，這種暴力犯罪者受到的處遇更嚴苛。有許多州允許對於性掠奪者自由的限制、將性侵者的資料公開，甚至在一些地區還會公佈在網路上。

雖然將性暴力掠奪者隔離可能會得到社會支持，但是強制被定罪的犯人在精神病院住院的方法，會減損強制住院政策的有效性。而在關於該制度用於其他種類已判刑之犯罪者時，例如那些非法使用毒品、或虐待兒童的罪犯，也引發其適用程度應如何之問題。是否所有種類的已判行之罪犯，只要他們對社會產生威脅，就要考

慮強制其接受精神科住院治療，而不能直接從監獄釋放？為什麼那些性犯罪者須接受不同的待遇？目前的精神衛生系統是否能提供對於性犯罪者的有效治療呢？

第二章：機構中的權利

A.性交往的權利

1.自主性議題

案例一：

VF，一名有慢性精神疾病的婦女，以無完全行為能力人的身分，長期在一間精神照護機構住院。據稱在其過去病史中，她有做出不負責任的性行為之傾向。住院期間，她懷了另一名病人的小孩，並生下這個男孩，RF。因為是在生產前兩個禮拜才被發現懷孕，所以 VF 沒有機會考慮是否中止懷孕，而且也沒接受任何產前的照顧。這名孩子健康的出生了，但 VF 與 RF 對這間機構、負責治療的醫師們、以及母親的公設監護人起訴，主張 RF 的出生是因為這間精神照護機構的疏失所造成。

問題：VF 是否有性自主權？包括在精神照護機構中的性活動、避孕、生產及接受產前照顧的權利？

是。有精神疾病的住院病患應與其他人一樣享有所有的權利，除非那些權利有受到特別的限制。性自主權與生產權是人類的的基本權，精神疾病患者行使這些權利時不應受到限制。在機構中強制禁慾有違自主的概念，而且這種作法亦有違下列目的：提供治療情境，以提升病人能力，使其在各種社會情境，包括包括情緒或身體上親密行為的情境，都能做出最佳的判斷。

否。被認為欠缺行為能力的精神疾病患者，無法做出性行為及生產做出知情及合意的選擇，而且醫生及護士們也應避免（但未避免）VF 從事性交往之行為。

否。精神病患不應被允許在精神病院中從事性交往行為，因為護士及醫師會對病人之性活動感到不自在，且無法提供有關性交或懷孕的諮詢。更有甚者，在精神病院中，病人間的性交往會引發一連串的八卦、焦慮、衝突及衝突，且會干擾維持治療情境或包容環境的需要，無法讓脆弱的病人免於難以承受的焦慮。最後，關於醫療機構中自主與強迫的性活動的界線，將會難以劃分。

討論：

關於規範精神病院中病人的性行為之規定，是最少著墨的地方。對於有行為能力人或無行為能力人在住院時可否性交往，很少有的明確的決策定指引。在欠缺正式的指引之下，對於是否允許或避免住院病人間的性交往行為，只好留待個別機構中的護理人員或醫師處理。由於害怕脆弱病患可能受到心理或身體的傷害，或是出於可能引起訴訟的考量，或是暗自認為治療情境等同於禁慾情境，在大多數的醫療機構中都有不同的監視方法，以減少病人間性交往行為發生的機會。更有甚者，關於病人間或病人探視者間同意性交的政策，對於精神科單位整體功能的影響，可能會因該單位的群體組成而有差異，如急性相對於慢性病人、高功能相對於低功能病人、自願相對於非自願住院病人。關於精神病住院病患間或病人與探視者間的性交往行為，醫師如何決定其是否有利或不利於治療，目前相關的討論文獻非常稀少。關於精神病住院病患間性活動之潛在危險或益處的現存研究，通常都受到忽略。考慮到嚴重精神疾病患者的性事會讓社會大眾（更別提臨床家與一些住院病患）不舒服這一點，精神科住院病房內的性活動的議題一向且會繼續是個禁忌的主題，很少被討論或研究，並不令人訝異。

鑒於優生學及嚴重精神失能者強制節育的歷史（一個持續至今的歷史），精神疾病患者的性自主及生產權議題即需特別的注意。

關於性活動對於精神科住院病人之影響，以及對於嚴重精神疾病患者性事所引發之普遍不適所造成的影響，由於缺乏研究資料，在精神病院之病房中，精神疾病患者間的合意性交往通常會受到嚴格限制。此限制通常會伴隨著間接措施，例如檢查，包括由員工監看病人，在很多住院單位中為了安全考量每五到三十分鐘進行一次，且並不明白強調是為了避免住院病患間的性交往行為。然而結果卻是相同的；不僅病人沒被告知她們可以有性交往行為，而且在那種經常檢查的氣氛下，也創造了性交往自由是不受允許的印象。

目前關於住院病患性自主議題，並沒有明白的普世法律、倫理指引；但從機構中病人照顧的一般指引中，還是可以推衍出許多可資運用的部分。美國有些州的法律規定了，每個機構中的住院病患在最少干涉的可行程度下，都有接受個別治療的權利，而且機構也應儘少干涉病人的自主權，包括他或她的隱私及社交活動。假如可行的最少干涉應該被執行，以及病人的隱私及社交活動的權利應該被尊重，那麼關於住院病患間性交往，在可行程度下就應該被允許，而非特別被認定是醫療上的禁忌。

從臨床及倫理兩個角度來看，住院的精神障礙者有可能在情緒脅迫下發生性關係的風險，尤其是在一個選擇有限的封閉環境中，必須被審慎的考慮；雖然認知到外在世界其他有自由選擇的人其實也會受到性脅迫後，這個顧慮會被所沖淡。這種情況包括了青少年間高發生率的「約會強暴」（date rape）現象。

在 VF 案中，原告主張治療醫師或是監護人應該監督 VF 與其他男人的交往行為，以避免發生性關係。法院駁回這個論點，因為其暗示著被認定無行為能力的女性，無論在任何情況下，都不應生育小孩，或間接地在精神病院中不能發生性行為。該論點的態度被認為優生學觀點的表現。除了被特別排除者外，住院的精神病患是否享有與其他人同樣的法律權利義務呢？假如答案是肯定的，那麼精神病患應有性交及生產的權利，除非這些權利已被明確的排除。

VF 也主張她沒有接受避孕諮詢與藥物，讓她因此懷孕且生了一個小孩。這個主張被法院所接受，此意謂著醫療機構被期待應提供住院病人避孕的選項。但是，對精神疾病患者性行為的禁止，也導致了持續未提供許多精神病住院病患避孕照顧的措施。在紐約的某一間州立住院機構中，沒有任何住院單位是可以讓病人取得保險套的。精神病醫師並非避孕的專家，但一些諸如保險套的避孕的措施是非常容易使用、且相對較少有負面的副作用的。再加上，使用保險套可避免性病的散播；最重要的是，它們可以減少感染 HIV 的風險。住院單位是否應固定發送保險套？住院單位中應否提供保險套，或者只有當病人被允許離開醫院時才可以提供？

另一個在 VF 案中引發的議題為，是否有即時發現懷孕的權利，以便能夠考慮是否墮胎或接受產前照顧？本案中直到生產兩個星期前才發現 VF 懷孕，引發了她的醫師在治療上是否勝任的問題。遲延發現懷孕的事實，也反映了對於住院的精神疾病患者間性行為普遍不認同的態度。VF 的小孩雖然生出來沒有缺陷，但是缺乏產前照顧有許多風險。遲延發現懷孕也減少了病人對於中止懷孕的選擇，既然 VF 沒有能力做出對照顧自己的醫療上的決定，可能中止懷孕的決定也應由其監護人為之。墮胎對那些沒有精神異常的人而言是很嚴重的議題，而對於那些住院中無行為能力的病患，墮胎議題又變的更為複雜。精神疾病患者的法定監護人在生殖問題的決定權限，是否與其他醫療問題相同呢？那麼關於精神疾病患者的絕育程序的決定

呢？

毫無疑問地，住院病人應被保護不受性侵犯，且也必須有明確的指引禁止病人及醫護人員間的性交往行為。對於社交活動的最少限制或最低干預並不包括與醫護人員間的社交活動。性剝削的風險在權勢依賴關係中，例如醫療人員與住院病人間，特別的高。

未經審慎選任、訓練及監督的醫護人員，特別容易從事剝削病人的性行為，或其他形式的濫權、忽視。在美國及其他地方的專業倫理律則都禁止了臨床家與病人間的性交往行為。這種限制是為了保護病人，使其免於在明顯的權力、知識不均衡的關係下從事性行為；在這種不對等關係中，醫療照顧者有維護病人利益的忠實義務，而非維護自己的利益。然而，僅有倫理律則的瞭解或是公共宣傳，並無法取代醫療人員的適當選任、在職訓練及監督。

病患能夠從事的性交往必然是侷限於其他病患或病房的訪問者。從滑坡理論設想的一個可能論述是「當劃出一條禁止住院單位內性活動的明確界線後，之後的管理及執行會比較容易。」然而，這樣的主張必須權衡個別病人的自主權及知情同意問題，還有怎樣才是最好的治療環境。自主權並不是一個可以不證自明的概念，性自主更是一個視個人及情境而定的概念。對於某一個別病人而言，性自主的意涵是需要繼續探尋而非可事先預設的。透過強迫症狀的性行為來尋求自我肯定的心情低落的病患，無法被認為是性自主的；同樣地，出於對於親密的極端恐懼而以強迫式的禁慾作為掩蔽，也是沒有性自主的。上述這個長期被忽略而需要被正視的問題，其活潑性、多元性、富有爭議性及複雜性吸引了勇敢的心理衛生、法律、倫理專家，準備好從事挑戰性的個人及機構的案例分析及實證研究。

2. 拒絕提供保險套給受拘禁之病患

案例二：

RH 被拘禁在一個高度戒備的醫院設施中，這間醫院有不少長期住院病患，這些病患住在同性別的病房中；該醫院不許病人有性交行為（不論是以配偶探視的形式或是病人間的性關係），這種對病人的管理方式理應包括不同程度的觀察，足以防止病人間發生性行為。

除此之外，該院也禁止讓病人取得保險套；他們不被允許自己持有，亦不許由醫護人員開立和經由其他管道提供保險套。RH 挑戰了這個政策，他表示自己的性傾向為同性戀，而且即使有禁止的政策，有些病人的確還是會與其他人發生性關係；假如他無法取得保險套，因為他無法採用安全性行為的措施，他的生命與身體完整性即會因此受到威脅。

問題：在一個禁止性交往行為的精神醫療機構，是否應提供病人保險套？

是。即使形式上禁止性活動，假如在實質上會有性活動發生，那麼就該基於安全性交的考量提供病人保險套。

是。性交往行為是一種很基本的權利，而且精神醫療機構不應禁止病人間之性交往行為或阻止病人取得保險套。

否。精神衛生機構可以禁止病人間之性交往行為，而保險套的提供會抵觸此政策。

討論：

法院案例之訴訟結果：

RH 輸了這場官司。審判庭法官接受了醫院提供的以下證據：在醫院不可能發生性活動，就算有的話，僅有極少數的病人有經由性交傳染的疾病，因此風險並不高。法官也鑒於在醫院有多數病人是性侵害加害人或性虐待的受害者（有時同時也是加害人），因此無性政策是合法的。因此，他發現假如允許發生性關係，會影響病人未來的治療及醫療情境，可能會導致霸凌行為，可能有危險，也需要提高監看的程度。這樣的監看會與性關係中的隱私概念抵觸，也會破壞住院期間，精神上親密關係與自我統整所需要的隱私。對於個別病患而言，性親密不論是自主的或是強迫性的，也不論它對於自我統整是有幫助或是是個阻礙，都值得探討，但對於那些深受痛苦與憂鬱的病患而言，這樣的探討是個困難的事情。

此處需強調本案的爭點是：「醫院作為一個需要做決定及擁有所有相關資訊的主體，是否做了一個合法的決定？」接下來，也會讓法官提問這個決定是否屬於醫院的裁量權範圍？當法院根據與實體問題有關之證據做出裁判時，他是在檢討決定者所做的決定是否恰當，而這與對一個裁判上訴不同。同時我們也必須注意，RH 的律師並未挑戰無性政策，而是主張這個政策未能阻止性關係（或性經驗）的發生，因此也要搭配另一個與發送保險套有關的制度。

引發的倫理問題：

由醫院所做的決定背後的問題，彰顯了一些重要的議題。一開始的性關係議題是「很多人會認為從事性行為是一種基本的人權。」當然，這裡的情境涉及的是醫

院中的病患，而不是某種受罰服刑的囚犯；在後者通常會被認為喪失性行為的權利也是屬於這個適用的管制制度中，很容易被接受的一部份（不過我們要知道，在許多監獄中，與會面的配偶性交是被允許的）。同時，任何一種性交往行為也應該是建立在完全合意的基礎上，否則即有虐待的危險發生。第三點，關於拜訪者（以及可能有違禁品）以及有高度戒備需求的病人是否能安全地享有隱私，這兩者皆有合理的戒備的考量。

本件法院並未考量到醫院為了解決這些緊張關係，而直接禁止性經驗或性關係的政策是否有適當性，因為 RH 的律師並未直接挑戰這個無性政策。這可能是可以了解的，因為本案有一些議題不適合經由訴訟程序來解決。所以本件問題背後的議題有哪些？如同之前強調的，在此有一些可能彼此衝突的目標：合意性關係的基本權利以及安全的考量。性經驗是否基於合意的問題也可能特別重要－如果就如同發生在這家醫院或在許多的戒備醫院的狀況，已經有病人涉及性侵害中擔任加害者及／或被害人之角色。

但這是否足以成為完全禁止性關係的正當化理由？或者能否正當化搭配適當的訪問前後的安全檢查（用以防止走私違禁品），許可配偶之會面性交？或是允許病人間的合意性關係，但搭配警衛與監視制度，以確保是真正合意，而且沒有欺凌或類似的行為壓迫病人從事非合意性關係的狀況？換句話說，在機構與病人群體的安全考量下，一個完全的禁止，是否能夠妥適解決與本議題相關的多重目的之間的緊張關係？

另一個獨立的問題是，應否提供保險套；法官指出沒有例外的簡單制度是合適的，而且這也不會讓醫護人員的處境成為必需評估是否應採取違反無性政策行動。這是否是一個應採用的有道理的取徑？禁止某樣事情不代表那件事不會發生，醫院

所提出的證據為這種醫院內性關係不太可能發生，而且有醫護人員的近距觀察；但近距觀察也指出風險的確存在的事實。假如有風險，那麼要注意，在考量如何應對這個風險時，通常要評估兩個重點：一個是結果的嚴重性，另一個是發生的可能性。所以一個相較下風險較小的特殊嚴重後果，可能還是需要採取實際的防免行動。因此，即使會發生無保護措施的性行為的低風險，基於 RH 可能遭遇到的結果，還是應該採取提供保險套的實際行動來保護 RH。

B. 拒絕治療之權利

1. 藥物治療

個案：

R 太太是位 29 歲的已婚婦女，其有兩位年幼的孩子，自從最近的流產經驗後患有憂鬱症。在這幾週中，她幾近在床上度過且間歇的哭泣，對於外在世界缺乏興趣。在這次流產之前，她是位全職的家庭主婦及母親，但自從憂鬱症發作後，她的近親與遠親們，皆大力幫忙處理她的家務工作及其孩子的照護，因為 R 太太似乎無法執行這些工作。

在幾天前，R 太太因先前的流產導致身體併發症而住院治療。在與 R 太太的先生與其他家庭成員會談時，她的醫生被告知她近期的精神狀態，所以 R 太太被轉介給精神科醫師進行評估，該評估確認了 R 太太罹患了臨床上之憂慮症。然而當問及 R 太太是否有自殺意念時，R 太太嚇了一跳，並告訴精神科醫師她絕不會傷害自己，因為她並不希望留下兩個無母親的孩子。R 太太的家人在私下與精神科醫師諮詢時，要求醫師能處方抗憂鬱藥物給 R 太太，幫助她「恢復其先前的自我及照顧家庭」。但 R 太太說明她並不想使用任何藥物，她只需要「時間」來疏通她極度的失落感。她的家人擔心，這樣長期的哀慟可能對其兩個孩子造成影響。

問題：精神科醫師應該遵照家人的期望，對 R 太太的憂鬱症開藥治療嗎？

應該。 否則 R 太太無法照顧她的兩位孩子們。

應該。因 R 太太可能變得有自殺傾向。

不應該。因 R 太太根據推定，有能力拒絕治療。

不應該。因 R 太太是唯一可對其願意服用的藥物做出決定的人。

評論：

沒有任何證據顯示 R 太太對於自己及她的孩子們會有立即的危險性，也沒有任何違反 R 太太的意願而用藥的基礎。雖然 R 太太的憂鬱症明顯在她的生活品質上造成負面的影響，也在小孩及家人的生活品質上造成影響，但這樣的情況還未達到嚴重失能的程度，不足以構成非自願治療之正當理由。R 太太的家人可以自由地與她的精神科醫師討論他們的擔心，而精神科醫師「在 R 太太的允許下」也可與她的家人討論她的照顧，但她的家人仍不能指示其療程應如何進行。

可得的資料並未顯示 R 太太無能力對於她自己的治療做決定，而她也已清楚的表明她需要時間來處理自己的失落。新近流產的情況進一步顯示，R 太太的憂鬱是屬反應性的且是因哀慟而誘發的，而其他形式的治療也是可得的；心理社會介入治療，例如個別治療、家庭諮商、和／或支持性團體，這些都是限制較小的替代性治療模式，所以應被優先納入考慮。每個病人都該擁有在最少限制的環境下接受治療的權利，並且能在病人的健康需求下，給予最少的限制性或侵入性之合適治療，且必須能夠保護他人的身體安全³。

2. 約束

H 先生是位 68 歲的鰥夫，從去年起，他因無法單獨在家照顧自己而住進了長期照護中心。他已被診斷為患有躁鬱症，且照護他的護理人員開始懷疑 H 先生也有些失智現象。H 先生因有腎臟疾病的歷史因而不能使用鋰鹽，這使得他的躁鬱症難以控制。H 先生是位吸菸者，他喜歡花大量的時間在機構的花園地帶抽菸，並與他人聊天。最近 H 先生的急躁及定向感喪失的程度增加，讓人擔心他可能漫無目標地從機構遊走出去。結果機構採用一個政策，除非有人員協同陪伴，否則 H 先生不能到機構戶外的地方。

由於近期人員短缺，H 先生現在時常被要求在等待後才能外出吸煙。在上週的某一個早晨，他不斷的到護士的櫃臺要求外出吸煙，但他仍被要求需等到人員有空後才能出去。H 先生經過一整個早晨的等待，他漸漸變得越來越急躁，他外出吸煙的要求變得更為大聲且較具攻擊性。當他被要求離開櫃臺時，他拒絕配合，並對值班護士大罵髒話，護士趕緊呼叫護佐。在 H 先生的急躁狀態下，當護佐靠近他時 H 先生便做出攻擊。值班精神科醫師被召喚到場之後，囑咐 H 先生必須被約束到他冷靜下來為止。這個過程需要所有有空的人員來約束 H 先生，然而 H 先生持續的尖叫，直到人員進去查看並詢問他是否願意安靜下來以抽根菸，但他仍會以生氣且威脅的方式回應。然而在第三次工作人員進入監禁室中查看 H 先生時，他要求被釋放並承諾若能夠「到外面吸根菸」，他答應會「乖乖的」。當 H 先生明顯地表現較為冷靜且理智時，在精神科醫師的同意下，他的約束措施便被解除，工作人員陪伴他到外面吸菸，且那一天之後並無意外事件發生。

問題：為確保未來在中心的人員面對此種狀況能夠有所準備—尤其在中心人員短缺時—精神科醫師應該在 H 先生的病歷上寫上長期的約束醫囑嗎？

應該。為確保人員的安全且避免 H 先生的行為惡化。

不應該。因為每個意外事件都該由精神科醫師個別親自評估。

不應該。因為此種情況下使用約束是不適宜的。

評論：

在某種約束可得使用之程度上，約束之使用必須遵循精神衛生機構官方許可的程序，而且只有當它是避免對於病人或他人立即傷害的唯一方法時始得為之⁴。這些約束的程序皆需符合相關法律以及專業的倫理及人權標準，在此所稱約束的「長期醫囑」是不被允許的；若需約束，必需在授權約束的精神科醫師依照個別的個案與情境下來決定。

然而在 H 先生的情況下使用約束，還有其他因素的問題：情況的惡化乃是導因於限制 H 先生吸菸及人員的短缺。因此這種事件有可能再度發生，但約束並非是合適的解決之道。對其治療的精神科醫師和直接照顧他的人員們應設計出一個方式，以確保在人員時間及空檔的限制下，H 先生能夠安全地在外活動。人員的短缺是個管理行政上的議題，而因此短缺所產生的問題不能用對病患的強制介入和約束來處理。

C. 去機構化的權利

個案：

L 女士是位 38 歲的女性，她被診斷為精神分裂症已 15 年，在此期間她只有住過兩次院，也許是因長期與她住在一起的媽媽支持著她。然而 L 女士的媽媽在四個月前被診斷罹患肺癌，並在診斷後六週辭世。在 L 女士的媽媽過世後，她的精神狀態快速惡化，因此她自願在區域醫院的精神科單位住院。藉由小心的藥物調整及結構化的治療療程，L 女士的精神分裂症的症狀在幾週之內穩定下來，其精神狀態明顯地改善。治療她的精神科醫師通知說 L 女士已可出院，且她的精神分裂可在社區中的機構進行合適的治療。然而在一年之後，因難以發現社區的安置處所，L 女士仍住在精神科的單位裡；L 女士似乎對這樣的安排感到滿意，享受她的每日的例行安排，並且宣稱醫院是她的「家」。

問題：如果可以採取行動的話，治療 L 女士的精神科醫師能怎麼做呢？

不能，只要住院病床還有空位供 L 女士繼續住在精神科的單位裡。

不能，只要 L 女士看起來滿意並自願留在精神科的單位裡。

能，L 女士應該儘快的出院。

評論：

獲取社區照護可能是受限的，但在精神科住院機構及其他療養機構的治療醫師，必須主動積極地幫不再需要住院治療或療養者尋找此種安置。能夠在社區場合

生活的人，應該能夠安全地出院轉到該場合，使其需求能夠在可行的最小限制的治療環境下獲得滿足。

不合理的機構隔離幾乎等同於恣意的拘禁、專業的不當行為及倫理上違反適當的照顧水準。精神科醫師應該設計治療的介入方式，使其對病人的自由限制最少⁶。

若只看住院病床的可得性（或缺乏可得性）來進行出院的決定，會將臨床決定扭曲成行政決定。L 女士自願入院的性質以及其繼續的遵從，也並不足夠正當化非必要的住院。此外，長期的住院也可能增加 L 女士對機構的依賴，且隨著時間的延長，使得最後的出院更加地困難。

做出院決定必將所有相關的臨床因素納入考慮，包括但不限於：L 女士的心理狀態、是否有能力照顧自己、她的安全及在社區中其他人的安全。除非上述一個或以上的因素正當化在精神科繼續住院治療，否則一旦可接受的住居環境被找到之後，L 女士應該馬上辦理出院。¹

1. 本例為 *Foy v. Greenblott*, 190 Cal. Rptr. 84 (Ct. App. 1983).

2. 本例取材於 *R (RH) v Ashworth Hospital Authority* [2001] Mental Health Law Reports 241.

3. 保護精神疾病患之原則及改善精神健康照護（原則九），經聯合國大會於 1991 年 12 月 17 日第 46/119 號決議案認可。

4. 保護精神疾病患之原則及改善精神健康照護（原則十一），經聯合國大會於 1991 年 12 月 17 日第 46/119 號決議案認可。

5. 本例取材於 *Olmstead v. L.C.*, 527 U.S. 581 (1999).

6. 馬德里精神科實務倫理標準宣言（倫理標準一，經世界精神協會於 1996 年 8 月 25 日通過，且於 2002 年 8 月在日本橫濱舉辦的大會修正）

第三章：侵權行為法

A.未能實施強制

案例一：

C 先生長期有著嚴重的精神疾病歷史，因為個人需要，他被安置在一個招待所中，然而他攻擊了一位同住該處的人。警察介入此事件，以攻擊的罪名將 C 先生移送法辦，刑事法庭將他還押到監獄，並在行政也採取措施要將 C 先生轉入有戒備設施的精神科醫院做後續治療。刑事案件後來撤回，但 C 先生仍然未康復，所以受到民事拘禁，直到 C 先生好轉後才被釋放。幫 C 先生安排的新居所是在不同的地區，而醫院的主治醫師為他安排在下個月時由他的新地區社區的精神科醫師 S 醫師診視。在十月，C 先生失約了，S 醫師的辦公室寄了一封信給他並再約下個月，也就是十一月進行診視，但 C 先生仍然失約。S 醫師打電話給 C 先生的一般科醫師，並尋求他協助確認連絡 C 先生的方式無誤。因已被告知有報告顯示 C 先生有攻擊性行為，S 醫師便要求地方主管機關能對 C 先生進行正式的精神狀態評估，以決定是否需將之置於民事拘禁之下。地方主管機關做了必要的安排，但是依照 S 醫師的建議，是以非緊急的方式訂在 11 月底。當包括 S 醫師在內的評估團隊到達 C 先生的居處時，C 先生逃避這個團隊：當他們到達時，C 先生剛好離開那棟建築物，因團隊中沒有任何人之前見過他，沒有人認出他是誰，同時也沒有人問他是否為 C 先生。後來團隊繼續嘗試連絡 C 先生，專家們內部也討論他後續應如何治療，包括例如找一間能配有精神衛生專業工作者的招待所，但 C 先生還是沒有被診視過。在十二月初，C 先生有到社會福利辦公室要求接受診視，他被告知可以約診在十二月十日，但他並未依約出現。

在十二月中，警察聯絡 S 醫師並說明 C 先生揮舞著刀子且其說話的方式顯示其是在對幻覺作反應。S 醫師又馬上聯絡當局團隊，並建議 C 先生應盡快接受評估。然而就在那個下午，C 先生殺了一位陌生人。他被逮捕依謀殺罪移送法辦，且最後基於殺人行為之責任因精神疾病而顯著減低，他最後被判一般殺人罪，需在醫院接受不定期限之拘禁。

C 先生針對未能提供給他足夠治療這一點提出訴訟。在他這個案件已知的資訊顯示，應該採取更緊急的步驟來確保 C 先生得到精神科醫師之診視，而此會導致他被安置在醫院中（即使他不同意的話，也會被強制安置）並接受治療；如果有這樣做（但事實上沒有），他就不會犯下殺人罪，結果是他必須擔負這樣的責任。這還有其他實際的結果，也就是說，由於他因殺人而被定罪，此後他將被視為較具危險性的個體，也因此比較有可能在醫院中待得更久，並受到更高度戒備的狀態；此也意味著，C 先生的自由及其他生活方面將會受到更多的限制。

在本件法院案例中發生了什麼事：

英國上訴法院裁定駁回 C 先生的這個訴訟。簡言之，C 先生主張主管機關在該幫忙 C 先生時卻沒有提供協助，而法院認為這個主張有無法跨越的障礙。C 先生的告訴乃是基於過失的法律訴訟：這需要在原告及被告之間存在有照顧的義務，違反這個照顧義務，這個違反導致損害。醫師和病人之間的關係成立，會產生照護的義務。但是雖然 S 醫師和他的雇主具有公共衛生法上的義務來對 C 先生提供照顧服務，但 C 先生要讓他自己可以被診視，而他並未如此做，所以醫病關係並未成立；所以在此情況中，並沒有所謂的照顧義務。這意思便是後續關於是否有違反照顧義務，以及是否這個違反導致損害，都不必考慮。而且還有一個補充理由：C 先生的訴訟是基於他自己的犯罪行為（對此他至少還是要負部分的責任），所以讓這個告訴

繼續，將導致法律協助不法行為，這並非法律系統所允許的事情。

當 C 先生提出論述說不允許他的告訴繼續進行已侵害到他的人權，但其告訴還是沒有成功（在歐洲人權法院之前）。法院裁判認為，他已經獲得公平的審判³來決定是否他能夠基於過失的主張提出告訴；而英國法院已經裁判，認為從適用法律到該案件事實之觀點而言，該主張不得提出。關於 C 先生是否被當作為一個人而受到尊重⁴，包括他身為患有精神疾病之人的需求，歐洲法院在某些案例中，國家可能有提供照顧的主動義務（雖然，核心的權利是使國家不做不必要的干涉）。這是一個需要公平權衡的事項，而且這也是需由受到歐洲公約拘束的涉案國家，來決定這道公平權衡的線應該畫在哪裡。此問題與其他問題綁在一起，包括是否有法定的照顧義務來確保 C 接受到照顧服務，或者是否保持聯絡是 C 的責任。除此之外，本案例中並無法顯示國家當局未能採取行動與 C 先生所宣稱遭受不利結果之間有任何關聯，因這無法說明他們導致了不可避免的殺人行為，以及結果的訴訟與判刑。

引發之倫理議題：

此次法院案例的結論為「醫療專家們對於 C 先生沒有責任，至少無法律責任。」因醫病關係並未成立，且不管如何，C 先生皆應對他自己的困境，也就是他的罪行，負起責任。

法律規則之目的，在於決定某個結果是否可以藉由法律機器來執行；那麼在這個案件中，是否法律規則與倫理規則產生衝突呢？值得注意的是，因為審判法院裁判認為應該許可 C 先生繼續進行訴訟，英國上訴法院在這樣的壓力下必須採取行動，所以初審法官在法律上達致不同的結論。所以，法律並不必然是那麼地清楚的，而倫理當然也不是那麼清楚的。

第一，醫師的義務當在何時出現？C 先生是需求簡單的人，因他患有長期且易復發的疾病，尤其在缺乏治療時，更易復發；他之所以可以出院，是因為他將會接受 S 醫師的照顧。除此之外，S 醫師與其他同事也有採取措施以直接與 C 先生做接觸並評估他的需求——但這些措施執行不善，這也是最後還是沒有聯絡上的原因，但事實上的確有採取措施去尋找 C 先生而非等待他來會見醫師。這反映了一個理解：C 先生並不適合當作是會根據知情選擇何時見醫師的那種典型的病人。這接著也引發了一個問題：是否相同的標準皆可適用於 C 先生及典型的病人——也就是說，在醫師和病人見面前，醫師沒有照顧的義務？

這並不表示精神病人不能被允許做知情的選擇，這僅意味特殊的個案的事實，可能需使用不同的標準。舉例來說，若在疾病的影響下，病人無法被預期做出相同於依約與醫師見面之選擇，那麼由照顧義務所生的醫病關係，其開始的時間就不該依據病人是否有依約看診而定。根據此案件的事實層面，該做出什麼結論呢？在一開始，S 醫師提供約診給 C 先生，應該不是特別需要關注的事情：此約診行動涉及將 C 先生當作能夠做決定，而其與精神醫療服務的互動將會是以他的合作為基礎。

但或許是對於他的狀況愈來愈擔心，再加上 C 先生有到社會福利辦公室要求見某人，這些情況綜合顯示，有必要來採取更積極的行動來找到 C 先生進行診視。要說醫師與病人沒有真的見面所以沒有照顧義務，似乎是不必要地技術性的理解，尤其是未能診視 C 乃是告訴的核心部分。

第二，認為未能提供 C 先生治療與 C 先生所犯的殺人行為間沒有關聯，這樣的說法正確嗎？這個說法就是歐洲人權法院的論理的一部份。但是，一開始我們要注意，精神疾病患者所犯下的殺人行為相當地少，它只有在很少數的個案中，才是加重風險的因子。（大部分的暴力行為都是由年輕成年男性所犯下，但這並非意謂所有

的年輕成年男性都是危險的。酒精在許多暴力行為中扮演某種角色，但這不意謂著每個喝了酒的人，即使有過量，都會變得有暴力傾向。同樣的論述也可以應用在那些罹患精神疾病，例如精神分裂症的人身上。）C 先生過去涉及暴力行為，而在殺人行為之前也有關於他暴力行為的報告。因為他的精神疾病顯著減低他的刑事責任，他是以一般殺人罪定讞，換句話說，他的行為明顯地與其疾患有關聯。也許專業介入並無法改變最後的結果——也就是殺人行為，但是（a）我們的常識告訴我們，這個可能性要以機率來評估，而且（b）大膽的陳述認為未能提供治療與殺人之間沒有關聯，已經預設了 C 先生希望能夠在法律程序中所提出問題之答案。

第三，同意 C 先生主張因為他殺人所以他有精神疾病，這種作法是對的嗎？在這裡的法律判斷為，法律系統不能對人們的犯罪行為給予好處來強化之，因此 C 先生的告訴甚至不能在法院中提出。但這樣的分析是對的嗎？畢竟，C 先生是因精神疾病及欠缺治療後，在責任能力顯著減低時，才犯下這個罪；在刑事審判時，法律系統已經認出這個問題。

這意謂著 C 先生最多也只能承受部分的罪責：例如，為什麼之前不能試著決定他該為此負擔多少比例的責任，而不要依據適用於某人承擔所有責任的規則，就直接斷定說 C 先生一點都不能據此告訴？

仰賴 C 是部分有責的事實，是否是不必要的技術性操作？被告有可能證明他在犯罪之時乃是精神錯亂的，這在英國法律下的效果是他們獲判「因心神喪失而無罪」（Not Guilty by Reason of Insanity）。但這樣一個判決的實際結果是這個被告會如同 C 的情況一樣考量其是否要在醫院受到拘禁，所以這樣的法律主張並沒有使結果不同。在那時的英國法，「因心神喪失而無罪」也需要審判及來自於陪審團的判決，然而刑事責任能力減低（diminished responsibility）則是可能同時被檢察官及法院所接

受（根據實際的而非法律上的理由），所以下列情況是完全有可能的：某些人在犯罪時，其精神狀態事實上已經達到「因心神喪失而無罪」之程度，但是會得到裁判，認定其因為「刑事責任能力減低」，而從「謀殺最」減刑成「一般殺人罪」。

除此之外，補償 C 先生的損害是這麼有問題的嗎？第一點，只有 C 先生能夠證明他受到有因果關係的損失，才有可能賠償其損害。所以僅僅補償他所受的損害，並不會有任何對於他的行為紅利報酬的效果。第二點，當問題涉及金錢時，很重要的是不能只聚焦於 C 先生身上，被害者的家屬也可能有法律上的基礎對 C 先生提出「過錯致死」（*wrongful death*）的訴訟，而這會是一個不容易的事情。因為若被害者家屬要對應該更積極確保 C 接受治療的專業人員起訴，將會是困難的，而且只有在 C 先生在對於上述專業人員的訴訟取得勝訴賠償之後，才能負擔對被害者家屬的賠償。因此，當焦點轉成了看著更寬廣的圖像時，公共政策議題將會採取一個不同的方向。（在某司法管轄區域，像是英國，有法律規定暴力犯罪被害人可以提出申請得到法定的補償。）

B.未能留置病人、避免病人離開醫院

案例五：

為了要更進一步的評估 D 小姐的心理狀況，在七月時她被強制送到醫院短期住院。在最初的審查時，她被認為有明顯的自傷及脫逃的風險，所以一開始她就受到持續的護理觀察。當觀察的密度降低時，D 小姐利用這個機會逃離醫院；在她八月末從醫院出院在家接受治療前，她有幾次這樣脫逃的情形。就在幾天之內，她的精神狀態惡化了，顯然這是因為她沒有服藥的關係，所以她再度被強制住院接受更長期的治療。兩天後她脫逃了，但是她說那一天結束時她會回來，而她也真地回來了。再過兩天，當她想要請假回家被拒絕時，她又脫逃了，然後她的確回家了，當時對她觀察的密度是每個小時必須有護理人員檢查她一次。她的姊妹通知醫院，醫院說如果 D 小姐沒有回到醫院的話將會通知警方。在通知警方之前，醫院給她一個小時，就在那個小時之內，D 小姐過量服用她母親的氣喘藥，造成了嚴重的不可逆的腦傷。

醫院因此被起訴，起訴內容主張醫院因過失而未能預防 D 小姐脫逃，而且未能更快地採取行動將 D 小姐送回醫院。在訴訟的過程中，醫院處理脫逃病人個案的政策被揭露出來，裡面指示警察的介入應該維持在最小的程度。

在本件法院案例中發生了什麼事：

此案件之審判是在獨任法官之前進行，他認為醫院選擇每小時觀察一次的制度，並沒有過失；而且無論如何，更嚴格的觀察制度一舉例來說，每 15 分鐘觀察一

次一也不能避免 D 小姐的逃離。上訴法庭認為該法官的論理並不夠充足，但在這方面他的結論是正確的。

上訴法院提供了更廣泛的論理，法院有注意到，考量 D 小姐之前逃離醫院時，她並沒有自我傷害之行為，她也會自行回到醫院，而且她也會自己回家。由 D 小姐提出的專家證詞並未指出 D 小姐呈現之有風險有提升到需要持續觀察之程度，猶有甚者，持續觀察具有侵犯性，使得她配合治療的可能性降低。更進一步地說，更快地召喚警方到場，將有可能讓 D 小姐有時間以其選擇的方式自傷；此外，因為要取得病人的合作，需避免激怒病人，而且沒有跡象顯是必須將此當作需要更快速反應的緊急狀況，將警方介入當作最後的步驟的此種政策是適當的。所以法院判決指出，本件中沒有過失，而且任何未能積極避免的動作，並非 D 小姐所受傷害的原因。

引發之倫理議題：

被安置住院的病人並非總是願意待在醫院中：事實上，當然在關於有能力做決定的病人時，若他們願意合作（而且可信賴他們會這樣做），就不應該使用強制住院的措施，就這一點而言是有論述餘地的。即使病人的情況已經到達需要住院的程度，結論也不必然是他們必須永久待在那裡或被監禁起來，採取的措施必須視他們的特別需求或他們所呈現的風險而定（而通常是對他們自己的而非對他人的風險）。但是，風險通常是非常難以評估的：簡單地說，人類很多時候時無法預測的。當要評估的是未來時，除了回顧病人歷史並判斷是否有因素會使得未來產生變化外，能夠做得其實不多。有些情況下，因為精神疾病，病人會表達自殺意念並且顯得沒有希望，這會使得採取緊密觀察具備正當理由。但是病人並不是永遠廣播出這樣的明顯的不適，事實上這種直接表達之情況反而很少見，因此風險預測就必須依靠更不清楚的因素來進行。所以，如果一個病人在過去做了一個決然的自殺企圖行為，如果

他現在展現了過去自殺企圖前的某種類似的行為時，他可以被視為處在更高的風險中。但是，D 小姐這次的行為跟她過去的行為模式並不一致。

法院有提及，重要的是醫院應有某個制度來鼓勵病人合作且避免激怒病人，不管激怒的方式乃是藉由不必要的侵犯性的密切觀察，或者是讓警方過度頻繁地介入。法院所使用的言語多少帶有精神科學的家父長主義的觀點，這種觀點包含著不管病人造成別人要對他們做某些事，或者為他們做某些事，這時應該要鼓勵病人忍耐並合作。（國家行使家父主義的司法管轄權，換句話說就是扮演孩童之父母的角色，在國家有權介入來確保精神疾病患者獲得治療方面，是一個已長期存在的看法。）

在 D 小姐的案例中，法律要求她在醫院接受治療及評估其配合度。如果她的需求是使得逃脫更困難的醫院治療或觀察措施，這些是可以提供的。而她事實上是否有這樣的需求，也需視 D 小姐所呈現風險之評估結果而定，但是要將風險定量之困難乃是倫理困境的核心問題。一方面是讓病人待在監禁式的病房或受到持續的觀察的侵犯性的措施，另一方面則是他們呈現的風險，但還是要權衡這兩者之後畫出界線：後者必須提供前者正當性，但是只有在風險是充分嚴重時始得如此。

但是，這個計算的另一個成分是「預測人類行為及按照一個客觀的標準評估風險時所遭遇到的困難。」

然而可預見性和可預測性是不同的，有時風險可預見且可以實質地降低。在那樣的情境下所引發的問題是：在制度上是否要寧願小心為上，並假設有較高的風險（所以，要採用比較侵犯性的措施來處理，即使實際的風險要低多了）？另一個替代方案則是我們是否應該基於過去經驗及關於未來的知情判斷所得的強力理由，進行決定？前者可能導致更多人受到事實上本來不必要的限制，後者可能意謂著有人

可能從保護網溜出去而自我傷害。要建構並操作一個權衡所有風險的系統並不容易，因為這樣的系統是以難於預測的人類行為為基礎，然而在臨床上，可預見性及降低風險本身就是出院前必須進行的危險評估的一部份。

當我們從實際的觀點檢視時，雖然有可能將 D 小姐安置在上鎖的單位裡，讓逃脫更困難（藉由物理上的戒備），或者讓她接受持續的觀察，使得逃脫不可行（藉由人際關係上的戒備）；而且她的逃脫是非法的，可以成為逮捕她的理由，可是這些都必須從一些相關的標準進行權衡判斷。第一個標準是我們必須避免以後見之明來看事情，而且要從決定將 D 小姐安置在開放病房時所呈現出來之風險進行評估，然後對於 D 小姐以當時的方式脫逃回家的決定做出反應。不過，後見之明也可能造成對於可預見性及可預防性之錯誤的命定論。第二，風險必須與其他相關的現象進行權衡，這些現象包括病人如果覺得管制制度太嚴苛時拒絕繼續合作，或者相反地，他們的危險性被忽略或未受到承認。第三，危險性的評估必需針對特定的情境脈絡，在此就是 D 小姐有去當時被期待她會去的地方，而且她是跟她的家人在一起，這些家人如果在病人出院前有被適當地告知或教育，他們也可能有義務，至少有倫理上的義務，確保一個他們知道已經生病且需要住院治療的親戚，有被妥當地看顧。

C. 對於受病人傷害之被害人須負擔之侵權責任

案例六：

當 RP 被 A 謀殺時，她正 4 歲：A 因為童年時受到虐待而出現了嚴重問題，包括酒精及藥物的濫用，並且有幾次企圖自殺。在他謀殺 RP 的一年之前，A 在住院期間指出他對兒童有性慾，而且他相信他會殺掉一個兒童，當時他有精神病的問題。出院後，他繼續接受門診治療。RP 與 A 住在同一條街上。

RP 的媽媽控告醫院主管，主張他們過失地未能辨認出並處理 A 所呈現的危險。

法院案例的結果：

RP 的媽媽敗訴，因為法院認為醫院並未對其擔負有照顧的義務，所以並無所謂過失的問題產生。尤其是當問題涉及醫院是否對於病人犯罪的被害人負有照顧義務，結論必須視醫院跟被害人之間是否有足夠的近接性而定。提供保護的實際方式，乃是能夠警告潛在的被害人，致其能夠採取保護的措施（鑑於以精神疾病為理由來拘禁病人，其可能性是受限的，而且對於某些群的病人治療成功的可能性也是有限的）。但是除非這個特定病人將要加害的被害人或群體是可以便認出來的，否則上述措施是不可能做得到的。因為 A 並未表明任何人特別地有受到他傷害的風險，即使 RP 跟 A 住在同一條街上，醫院對於 RP 也沒有照顧的義務。在這樣的基礎上，她的告訴在法律審查之決定上遭到駁回。

引發之倫理議題：

雖然相當小的比例的精神障礙患者會對於別人產生傷害風險，的確有發生這種風險的例子存在。這有時候會牽涉到特別令人心痛的實際情境，例如孩童的死亡。這會產生各種不同的反應，而所有的這些反應都是可以理解的，包括憤怒及想要找人為此接受責難的慾望。

本件法院案例之結果，幫忙澄清了構成責難這個概念的不同基點。將這些基點拆解，有助於將焦點集中在解釋誰該為此不幸結果負責時所引發之倫理議題。當然 A 是最主要需 RP 的死亡負責的人，如果這是他選擇的結果，他將會為了做出如此令人難以接受的選擇受到責難。但是這整個行為的怪異，引發了這個行為是否為病態心靈產物的問題；若然，則可能不需對於結果完全負責。

精神醫學處理不同類型的異常，其中有一些在人格違常的一般標題底下涉及了某些人，他們因為在其人格形成期時的某些問題，以致於他們生活在社會中的能力受到損害。因為社會（在非正式的層次，包括家庭、地方社區及社會結構等形式，而正式地經由社會運作機制）是被假定為具備保護的機制，可以在避免惡劣親職或虐待關係的不良後果時進行介入；人格違常者及精神病患者的行為，是由在其疾病發展過程中扮演某種角色者所導致。所以當辨識出個人可能對社會帶來危險之同時，一個合乎倫理的觀點將做出結論，這個情境並非個人必然能夠完全負責的。

相似的分析也可以應用到其他導致危險行為的精神疾病上，有些疾病可能是生理的腦傷所造成的，其他有可能是基因特徵導致。然而其他的有可能是因為選擇所誘發（例如酒精或藥物誘發精神病），但是也有可能這些誘發只有在一種基因的素質

存在時才會如此；這樣一種複雜因果關係的淨效果是犯罪行為不是精神疾病患者個人的責任而已。

一位有嚴重精神障礙的人（不像在此案件中的 A），可能獲判為法律上心神喪失：此為犯罪之刑罰責任提供抗辯（至少在大部分的司法管轄中是如此），此反映出觀點是「個人並不需親自為此犯行負責」。許多司法管轄區域也允許一個行為乃部分導因於精神疾病的人，提出減低刑責作為犯罪之刑罰責任之部分抗辯（藉此，例如：達到將定罪降低到比較輕的罪名），或者作為減輕刑罰的基礎，或甚至作為取代刑事追訴的正當理由。

有精神障礙的攻擊者有時候也沒有被視為需為其犯罪行為負全責，這個事實反應了本件中死去的女孩父母的立場；也就是說，某個他人必須為了 A 的行為負起部分的責任。社會對於有害事件以不同的方式歸責，一種方式是藉由形式處罰，另一種方式是藉由民事訴訟之損害賠償。但是，當清醒地思考事實後，至少不是從法律的刑罰責任的角度，某人必須接受譴責的直覺反應不一定可以轉成現實的結果。其部分的理由是「像這樣的法院訴訟，其本件難題之產生是在令人髮指的事件發生之後，但是關於專業行為的判斷，必須基於當時是否未能預見那個令人髮指的是件。」換句話說，是否能夠預測 A 會攻擊 RP？如果不能，那麼便沒有理由要求專業人員與 RP 及家人之間的法律義務。也因此，法院才會強調能夠辨識之被害人之必要。

若有已辨識或可得辨識的被害人，還有更進一步的問題足供倫理辯論及法律辯論。那些因為精神疾病而產生危險的人，若能接受治療，不僅是為了他們好，而且也希望風險終究不會實現，而社會也可獲得保護。但是，為何提供給醫療專業人士的資訊必須保密，也有好的理由：因為如果沒有保密，那麼那些因為呈現風險而需要協助的人，如果他們有好理由擔心他們的資訊將被轉到刑事追訴機關，他們將因

此而更不會透露他們的問題（或甚至一開始去看臨床專業人士）。所以這裡有個緊張點：為達成有效的治療計畫，保守秘密是必要的；然而，保護有受傷害風險的人的需要，將會支持將資訊轉出，讓有受傷害風險的人採取保護的措施。要如何解決這個緊張現象並不容易，如果關於傷害風險的資訊傳出太多，那麼來尋求治療的有危險的人將會更少，結果將會讓風險的程度升高。在另一方面，如果關於危險性的資訊沒有適當地探詢的話，危險性的機率也會升高。

不同的法律系統可能有不同的衡量標準，但一個相當常見的取徑是要求專業人士在發現能夠辨識出某特定被害人有風險時，將該資訊轉出。當有充分的關係而且要求照顧義務也是合理的時候，比較容易有照顧義務的過失：這些步驟引發了不同的問題，而在保密的需要及將資訊轉出的重要性之間的衝突，也導入了要求照顧義務的合理性的問題。但是，有某個特定的人有受傷害風險的這個事實，為常常發生的這兩個問題提供了答案。換句話說，專業人員知道特定的人有受傷害風險時，意謂著他們有充分的關係而能夠正當化照顧的義務。而且這個同樣的事實也意謂著即使在保密的情況下，病人提供之資訊將會被用於對她不利的決定，要求這樣照顧的義務也是合理的⁷。

D. 機構之不當治療：對於不合拘禁規定之疾病提供治療

案例八：

B 獲判殺人罪：他殺人的責任，部分因為精神病之故而獲得減低，並被強制住入精神科醫院。在經過一段相當時間的治療後，B 的臨床照顧團隊形成的觀點認為，除了使他受到強制住院的精神疾病外，B 也有罹患人格疾患。照顧團隊向法院提出聲請，將拘禁之基礎改變成除了精神疾病之外，也包括人格疾患，可是在將人格疾患當作拘禁的基礎這一點，法院並沒有被說服。然而，他依然被轉送到一個專門治療人格疾患的病房；B 對此轉病房的決定提出告訴。

法院案例的結果：

本案件經過三級法院的裁判，審判法官認為將 B 安置於某病房，以治療其經診斷所罹患的任何精神疾病乃是合法的。上訴法院則推翻此一判決，認為如果法律允許拘禁之原因乃是在於某種精神疾病有足夠的嚴重度，那麼隱含著的思維是「也只有對於能夠正當化拘禁的疾病，才能施行治療」。但是之後還有進一步上訴，而最高法院判決認為審判庭法官才正確：法院的論理是，一旦病人的精神狀況嚴重度超過了需要拘禁的門檻，不管其疾病之種類為何，那麼臨床團隊可以（而且事實上應該）對病人任何其他診斷出來的精神疾病進行治療。

引發之倫理議題：

第一個引發的倫理爭點是拘禁與治療之間是有差異的：它們有重疊，但是它們引發了不同的問題，而且涉及不同的基本權利。一個人士否應該被拘禁的問題，涉及的是他們的基本自由權利。在這樣的情境下產生的問題可以有很多：例如，拘禁是否應該只可能是基於對他人造成危險（也就是說某種的警察權力），而且它是否應該延伸到保護因為精神疾病而有自傷風險的人們呢？如果後者是拘禁的基礎，病人是否仍保留某種能力來決定他們的精神疾病的結果？治療的問題則是另一件事：若需使用藥物，有利害關係的基本權利是「個人自主及選擇藥物治療的權利」。

但此有明顯的重疊處：若病人的精神疾病達到有拘禁正當性的程度，是否應該同時具備以治療來減低該情況的看法呢？若是如此，病人是否應該保留他們所有選擇治療的自主權利，所以也包括拒絕接受任何治療的權利？而經由此種作法，對於拘禁的基礎產生負面影響。而且，考慮情事例如：是否有緊急介入的必要、治療的侵入性或不可逆性如何、以及不要求治療的結果是病人會繼續對於其他病人及工作人員帶來危險，以致於會需要被安置在有戒備的狀況下；然而這些措施本身對於病人長期而言是有害的，而且也會讓強迫治療變成唯一的讓病人在醫院內有任何形式社交生活的唯一途徑（或任何從醫院被釋放之前景）。

就如同在 B 案例的事實一般，極為常見地，立法所訂出來的制度會有某些拘禁的標準，也會有額外的標準來規範，即使病人不同意何時可以強制治療。當時，在涉及拘禁的狀況時，本案例的法律制度乃是以不同型態的精神疾病來做出區分（精神疾病、人格疾患、及不同型態的學習障礙），但是關於治療的標準到底是施行在任何種類的精神疾病，或只有在可以正當地拘禁的某個種類中的精神疾病（或者，如果病人罹患不同種類的疾病時之各種類），立法所定的制度並沒有明確規定。所以法院必須面對的議題乃是精神科醫師是否可以治療整個人（法律制度允許精神科醫師不需取得病人的同意即可這樣做，但是在長期使用藥物的情況時則有取得獨立的第

二意見的必要)，或者是否只對於可以拘禁的疾病種類，才能夠強制治療。

最後上訴法院的觀點是：剝奪自由時，需要盡量給予臨床團隊最大的判斷自由，這樣才能夠符合病人的需求。的確，法院的措辭顯示出，似乎拘禁就附隨者提供上述治療的義務。

但是，這樣的觀點是正確的嗎？考慮以下兩個情境：在第一個情境，無法做為拘禁正當理由的人格疾患本身，可能意謂著精神疾病的治療是被防止的（例如，因為病人配合精神疾病治療的能力受到人格疾患的減損）。在這樣的案例中，對於人格疾患的治療可以被視為治療精神疾病不可或缺的一部份。但是，如果沒有這樣的關聯，若病人之釋放端視精神疾病之治療是否成功，那麼病人為何應該接受強制的人格疾患之治療呢？

有時候，一個個案的事實並不能闡明原則的重要性。要強制 **B** 接受的人格疾患的治療，並非是侵入性的（此種治療是某種的心理治療，**B** 可以輕易地選擇拒絕合作），而且沒有任何跡象顯示，這會對於 **B** 之所以被拘禁的精神疾病的治療，產生任何干擾。但是，把案例事實稍微修改一下，這個原則的重要性就變得明顯了。拘禁的基礎是學習障礙，但是也有個不能作為拘禁基礎的精神疾病，而該精神疾病對於學習障礙可適用的治療措施沒有任何影響；那麼在法院判斷的基礎上，一個無法正當化拘禁的疾病，會因為存在有另一個可正當化拘禁的疾病，而被轉化成可以治療的疾病。

E. 保護義務

案例九：

PP 和 TT 短暫約會過一段時間，但當 T 小姐開始對別的男士表示興趣時，P 先生感到很憤怒。P 先生去會見他的心理治療師，並透露他想殺 T 小姐的訊息。該心理治療師（是位心理學家）與他的同事們（都是精神科醫師）討論此個案，並決定連絡警方。警方調查 P 先生後，認為他不是一個危險者，但告訴他要避免接觸 T 小姐。P 先生後來未繼續接受精神科醫師的追蹤治療，且兩個月之後將 T 刺殺致死。T 的父母因 P 的治療者未能警告 T 而提出控告。

問題：在此案件中，違反為病人保密之義務是否有正當性？

有，精神科醫師對於他的病人及社會整體的利益及福祉，具有雙重的義務。

沒有，若精神科醫師與病人在某個國家中發展出治療關係，兩者間有個區域是不受該國法律影響的、沒有絕對的保密，心理治療工作是無法成功的：將公共利益的優先性置於為病人保密的義務，可能會違反精神科執業倫理。這樣的一個隱私領域有得到英美法律之認可，且相似的「公」「私」法領域的區分，也可適用於伊斯蘭、猶太以及其他的法律中。

沒有，捨棄了免於法律干預的私領域，將會創造出一個危險的先例：它可能會造成病人不敢尋求精神科醫師的照顧，或者造成病人不敢對他們的精神科醫師坦承暴力的傾向，或者讓精神科醫師傾向於不要探討可能透露病人暴力想法的主題，或

者可能改變病人記錄的撰寫方式。

沒有，因為精神科醫師無法預測未來的危險。精神科醫師用來決定是否要違反保密義務的潛在傷害的標準，並不容易建立，而這也使得採取行動過與不及之情況有可能發生。這個責任的外部界線並不容易建立：警告第三人的義務是否也蘊含著保護他們免於傷害的義務？例如，藉著通知警方來做到這一點？警告第三人在短期而言似乎是適當的，但是在長期而言可能會有反作用；在治療不合作、喪失對於照顧提供者之信賴、或使用更多的強制治療的情況下，導致了公共安全的降低。

沒有，精神科醫師早應建議急性治療，可能的話使用強制來避免立即的傷害，並於後來評估其是否其對於他人有持續的危險。

討論

精神科醫師同時有保守病人秘密之義務及保護第三者免於傷害之義務，1976 年加州最高法院考慮到本件之事實模式之判決，即為 **Tarasoff** 案例，有關於警告或保護第三者義務的法律案件之取徑，受到此一案例非常大之影響及鼓舞。該法院判決認為心理治療師對於病人暴力行為的潛在受害者，有法律上的警告義務。法院很出名的說法是：「公共危險開始之處即是保護特權終止之處。」**Tarasoff** 之後的案件通常還包括一個額外的避免「可預見傷害」的義務，在威脅表達出來時，**Tarasoff** 之類的情況通常發生在出院病人或門診的場合。很多在此種情況中的立即的問題，使得簡單的立場，不管是絕對的病人秘密保護或完全地最大化第三者的安全，皆難以維持。

Tarasoff 案件後所處理之關注議題

Tarasoff 判決之後，許多人斷言上述問題中許多令人擔心的事情其實是過度渲染。雖然在某種精神科執業的觀念裡，精神科醫師與病人之間無法穿透的私人領域是一種理想，在這種醫病關係之中，病人與醫療照顧提供者雙方都可以找到意義並從中獲得生命滋養；但是在醫病關係外的關係網絡中，而且在隱含權利及義務的社會情境中，這種理想並不容易建立起來。這些基本的特徵似乎沒有爭議之處，因為 **Tarasoff** 的判決已經為美國大多數的州所接受，而且也在全球產生許多影響。

臨床證據目前傾向於顯示即使在沒有絕對的保密意義情況下，心理治療執業還是可以成功地進行。對於精神科住院情境中，住院醫師所採取 **Tarasoff** 之類的行動（包括通知執法官員及潛在的被害人）所產生的效果，有一個研究明白顯示。整體而言，病人似乎並不會因為例外的違反保密義務而覺得遭到背叛。這也暗示著病人不會變得更不配合治療、不會抑制其將來尋求治療之行動，或者不願意透露個人的感覺。

將目前的這個議題以雙重義務問題（對於公共利益的義務相對於病人的保密義務）的架構進行分析，這種作法本身是有疑問的。精神科執業的倫理，必須包括一個擴張的照顧的概念，其受照顧者為：社區中親近的及比較疏遠的成員兩者、病人及其他沒有病人身份則角色將會泯滅之人（子女、伴侶、手足等等），以及病人所倚靠之人，即使在這個倚靠關係中病人可能獲得的有時候是快樂，有時候是痛苦，但是永遠可以得到意義。無庸懷疑地，潛在的暴力會傷害「第三人」，但是也會傷害精神科醫師的病人及病人所居住的社區。

在精神醫學與一般的醫學中，範圍更廣的違反保密義務的類似情境中，來考慮這個例外的違反保密義務的狀況是有啟示作用的：在其他的事務上，我們接受對於病人保密義務的例外情況，例如自殺的威脅、兒童或老人虐待、家庭暴力、例如 AIDS

之傳染性疾病的強制通報、或者在訴訟中心智能力已經成為一個議題之時，Tarasoff 之類的案件其實與上述的其他例外案件是完全一致的。

國際對於 Tarasoff 的觀點

雖然關於警告或保護義務的議題之主要法律影響力是來自於美國的 Tarasoff 判決，美國之外的其他國家也採取了不同的觀點，並朝向採用此一義務邁進。警告或保護的義務具有國際的合法性，尤其在歐洲，而且論述上很容易地可以主張，在國際人權法與私法的精神障礙法律之間有一個必要的連結。對於必要的違反保密義務會帶來精神科醫師病人關係不可修補的損害，國際上比較不會有此擔心，而最近即使在美國國內的證據也支持國際上這樣的直覺。而且歐洲的法院系統對於「公」、「私」法律事務，採取了一個比較整合的取徑，在歐洲人權公約的影響之下，對於公家機關的責任比較關心。

其他國家也有例子可見，舉例來說：在香港，保密的問題必須考量病人這樣的陳述中，病人的利益及治療者的義務來做調整。在印度，是否要維持保密的特權，則必須使用成本效益的社會分析¹⁰。最近在英國的法院判決對於警告的義務也建議了類似的取徑，舉例來說，在某個個案中，上訴法院判決認為當對於公眾有風險存在時，保密的義務必須揭露¹⁰。

案例十：

H 是個 21 歲的男士，有著長期憂鬱情緒的病史、慢性自殺意念（沒有自殺企圖或住院的歷史）、疏離行為、精神病症（偏執意念、關係意念、幻聽、思想被廣播）、實質的多種物質濫用（酒精、LSD、大麻）、社交焦慮，而且自從他與交往八個月且

想與她結婚的女友分手後，兩個月來憂鬱情緒漸增。兩個星期以前，他使用刀片在他的右肩和左肩刻上古挪威的神話符號，此符號有著深沉的個人意義，但他要求不要住院。在發生另一件心情壓力時的刀割事件後，H 到醫院求診，這次事件是因為他在酒醉時看見前女友網路照片而做出自殘行為，造成左臂一個深的長 15 公分深的傷口（形狀是古挪威符號）。

在住院期間，H 與醫療人員們分享他寫的詩，有許多都涉及了暴力的主題，其中包括了想強暴一名不知名的女性（「直接了當的約會強暴」），評論說他手臂上的傷口就像流血的陰道（「該處之前沒有／但現在有了一個陰道裂口」），隱諱的暗示這個陰道可能是他前女友的（「當她開始流血／我厭惡那之間的致死束縛／死亡快速來臨將膝蓋彎曲」），然後藉由對這女人的流血強暴來愉悅地復仇，讚美苦痛（「不在乎她的痛，只在乎我的痛／所以我們結合／痛苦是神聖的」）。

他否認有任何的積極或有意識的傷害她的意圖、慾望或計畫，他說他寫詩時心中並沒有特定的對象。藉由司法精神醫學的照會，取得病人的允許之後，他的女友接獲通知（他所寫的詩的性質，以及他沒有積極或有意識的傷害她的意圖、慾望或計畫），警方也得到通報。

大概四星期之後，病人出院轉成部分住院，並在私人治療者之處接受追蹤。自從他出院之後，並沒有已知的暴力事件發生。

問題：精神科團隊是否有足夠的證據來考量這名病患對其前女友造成危險，因而正當化保密義務的違反？

是，他的自殘行為、疏離、焦慮、怪異行為，加上他最近分手的歷史，以及目

前暴力傷害不知名女性之慾望的間接證據，即使需要違反為病人保密的義務，這些都夠讓人擔心而有介入之必要。

否，我們沒有權利只依憑病人現在表現出的暴力傾向，就去假設病人未來的危險性。畢竟，他正處於人生中痛苦的階段，當他度過這個階段後很可能就沒有這些暴力傾向了。維持他的信任與保守秘密，會讓病人在他疾病的慢性期之中與他的醫療照顧團隊保持密切的關係，這也可以預防任何暴力的展現發生。

討論

精神科醫師對於未來危險性正確直覺評估的能力，是 *Tarasoff* 案或類似案件的基本特徵。*H* 案是這種評估複雜性的一個例證，也暗示著解決臨床評估問題的取徑。

對於暴力的評估包括：瞭解傷害的型態、傷害的嚴重度、傷害的立即性、以及傷害的可能性。傷害的風險因子包括：暴力史、衝動性、對於暴力的反應、維持自我控制的動機、使用酒精及藥物；這些事項都應該要完整地記錄。

Tarasoff 案判決將「對於可辨識之人的急迫危險性」當作何時警告義務存在的指引。相較於 *Tarasoff* 案或類似案件，本案並無明確的威脅發生，而且 *H* 也否認了有傷害前女友的意圖。*H* 所寫的詩中，包含了殺害有其女友特徵之無法辨識女性的圖片及令人困擾的意象，但是其計畫中沒有提及該女性之姓名，所以在適用任何清楚的「可辨識之人」標準時會有問題。所謂的急迫危險也難以證實，因為 *H* 否認了任何傷害前女友的意圖、計畫或是憤怒的跡象。然而在這些情況底下，他的女友的確是可以很自然被預見是處於其暴力危險威脅的範圍之內，所以警告她是適當的作為。在 *Tarasoff* 案，核心的部分並非潛在暴力的完整的正確預測，而是基本的警告

義務與公共安全的門檻概念。

在類似 Tarasoff 案件的情況中所需要的專業判斷，其實很難獨立完成。向同僚醫師或是司法精神醫學專家尋求諮詢只能幫助釐清考量，在 H 先生的案件中也算是最好的選擇。這樣的方式有助於避免固著的單向度思維（就如同在 H 先生案中所證實的，說出潛在被害人姓名成為介入的唯一判準），而且有助於在評估病人危險及公共安全時採取完整的多向度評估的取徑。

精神科醫師必須了解具潛在危險性的病人之風險特徵，以及辨識出構成危險的個別因素，例如在脅迫壓力時病人的溝通能力；這在 H 先生案，是有下降的情況。相似地，辨識潛在被害人的社會風險因子，例如在病人釋放時躲避病人的能力，也是很緊要的。據信 H 先生的前女友有能力躲避他，但他們還是可以在網路上互相聯絡，且有共通的朋友。

最後，任何一種可能的警告或保護的介入，皆必須以個案考量方式進行，而且也必須考慮各種涉及關係的可能狀況。假如是高危險的暴力情況，那麼就介入的門檻就比較低，反之則應該要高。

案例十一：

A 是一名 20 歲的單身男性，在刺傷一名陌生人脖子後，已經住院 18 個月了。他曾經試圖攻擊他的母親以及許多的醫院工作人員，這些行為都被認為與 DSM-IV 診斷的酒癮及反社會人格疾患之診斷一致。他也經常聽見他過世父親的聲音對他說「殺、殺！」，還有「死、死！」特別地是，聲音命令他殺死他的母親。他拒絕聯絡他的家人或讓他們參與他的治療，但他還是會因為那些聲音而尋求幫助。他沒有其

他的精神病的跡象，而且抗精神病藥物對他的症狀幾乎看得到的緩解效果。

對於 A 的命令式幻聽，工作人員開始考慮到可能有警告的義務。醫護人員的結論為：在一個「開放式的病房」情境，的確有警告義務存在；將 A 轉至封閉病房的提議，被認為是過度消極而遭到拒絕。工作人員提議草擬一封信，通知 A 的母親她所遭遇的危險，同時這封信也可以作為工作人員對於她的兒子的威脅之反應紀錄；並決定在這個過程中要讓 A 參與到最大的程度。A 先生的治療者跟 A 先生一起檢視過這封信及其內在的理由，這封信敘述到這個病人「害怕他可能會傷害（他的媽媽）」。A 同意了這封信的內容，且堅持在醫護人員將這封信寄給他母親之前，先與她談話，因為他害怕這封信可能導致他母親之後不再與他講話。他母親在看過這封信後第一個反應是說，A 應該「永遠要被鎖起來」。然而在與 A 的對談中，她很直接地說：「我愛妳」；而 A 也回應了「我也愛妳」，然後兩個人都開始哭泣。

之後，A 先生遵守與醫師之間的暫時約定，不要與他母親在治療場合外的地方見面，但他還是可以繼續每天打電話給他母親及家人。雖然他母親會主動透過電話提供醫護人員相關的消息，但她還是拒絕積極參與她兒子的治療。對 A 而言，沒有強制住院或進一步介入之必要。

問題：精神科醫師應否讓病人參與違反保密義務的過程？

應該，公開的過程，是維持病人對於醫師的長期信任及強化醫病關係之最好途徑。

不應該，病人的參與可能會危及對第三人介入之客觀性。

討論：倫理原則及臨床實用主義

A 先生的案例顯示，在臨床實務上，精神科醫師所碰到的許多義務衝突情況，似乎是被調和的，或至少是可減低的。

首先，只要有可能就要維持治療同盟，是絕對必要的。以一種近似於治療上知情同意的方式，來處理違反保密義務的事情，是有幫助的：對於資訊的取得與分享採取公開過程，並且避免欺騙。這不是一個簡單的過程，而且也需要長期的創造性的努力。藉著與病人審查違反的情況，信賴與保密可以得到最大程度的維持。在 A 先生的案子中，一封信件被選為溝通的媒介工具。

於此，讓病人積極的涉入此程序，讓病人有一段足夠的時間去符號化並表達他對別人的威脅，都可以有效地讓病人重新概念化他的感覺的意義與來源，經常地還可以將之淡化。讓病人參與警告的通知過程，藉著提供病人治療者想要同時保護病人及親近者的意圖，有助於強化治療同盟關係。如同我們在（前揭）第一個案例討論中所提及的研究，在極端案件中，違反保密的義務並不會動搖病人對於醫師的信任，尤其是在我們讓病人參與決策過程之時，更不會如此。如同治療關係中保密義務的建立一般，必要的保密義務之違反也可以是一種互動的過程。這會包括獲得病人之允許與相關人士、警方交談，即便病人拒絕時，還是有必要違反病人之意願進行。

許多有關個人隱私相對於公共安全的法律與倫理辯論，都可以藉由實用主義步驟的協助，讓所有涉及的人士避免悲慘的結果。對於涉及管理式醫療及有限資源的任何惡化因子，精神科醫師應認盡可能地將之辨認出來並減輕之。提供更完整的評估、在必要時延長住院期間、讓第三方的審查者來協助病人主張權益，都可以避免讓有潛在危險的病人過早出院或終止治療，而且可以降低違反保密義務的需要。

在一個家庭系統的環境中，Tarasoff 案的判決可以轉成治療上的助益。儘可能的將親愛的親友們納入療程中，能夠有效地削弱未來的暴力威脅。這種取徑不可或缺的成分是教導病人及其家屬有關可預見的復發風險，以及針對這種風險所擬定之完整的治療計畫。另一方面，對於無法提供可靠病史的病人，知悉家屬們的擔心，也可以讓醫療人員預測到病人出院時的不穩及危險性。

假如害怕一個病人的暴力傾向，那麼在臨床治療或住院過程中，特別注意他的或她的安全及福祉，將是減低這些暴力傾向源頭的一條大道。同樣地，病人出院後確保病人的安全也經常被忽略，這在計畫門診治療追蹤計畫時有欠缺或不足時，這種忽視本身就會成為暴力的觸發因素。任何對於類似 Tarasoff 案見判決之長期、非短視的因應，都必需要將病人自己包括在他的或她的直接傷害的潛在被害人名單中。²

1.附註:本例係取材於 *Clunis v UK* [2001] Mental Health Law Reports 162.

2.1957 年殺人法 (The Homicide Act of 1957) 規定，在英國法之規範下，一個殺人兇手無法被判處謀殺罪，但還是會被判決一般殺人 (manslaughter)，假如他證明「他正罹患心智異常 (不論是停滯或遲緩的心智發展所造成或是其他內在之因素或由疾病、傷害所引發)」，以致於實質地減損他對其行為、行為疏漏或參與殺人時的心智責任能力。

3.這裡涉及的特殊人權的問題，在歐洲人權公約第六條底下有所規範，該條規定為「(1)在決定其民事權利及義務時.....每個人都有權接受一個公平....的聽審....」。

4.此處有關之特殊權利是在歐洲人權公約第八條底下規範。這個條文分為兩部分，第一部分為解釋這個權利，第二部份則是解釋對於該權利可容許之限制。這個權利是「(1)每個人都享有尊重其私人及家庭生活之權利....」至於可容許之限制，並未在本例中出現，則是必須與其他合法之利益在比例上相稱。

5.本例取材於 *Dunn v South Tyneside Health Care NHS Trust* [2004] Mental Health Law Reports 74

6.本例取材於 *Palmer v Tees Health Authority* [1999] Mental Health Law Reports 106.

7.也參照，第三章，... (討論之“保護義務”案例)。

8.本例取材於 *R (B) v Ashworth Health Authority* [2005] Mental Health Law Reports 47

9.本例為 *Tarasoff v. Regents of the Univ. of Cal.*, 551 P.2d 334 (Cal. 1976).

10. *W v Egdell* (1990) 1 All ER 855

11. 參照 *Li Suk Han Hana v. Sun Tien Lun Catherine*, [2005] H.K.C. 758; *Sharda v. Dharmpal*, 2 LRI 173 (Ind. Sup. Ct. 2003).

第四章：刑事審判程序

A. 無受審能力（Incompetency to stand trial）

1. 鑑定（Evaluations）

案例

ES 被依謀殺罪名提起公訴，起因於在他參與持械搶劫一家雜貨店的過程中，一名店員遭到 S 的共犯射殺。¹之後，即使辯護律師並未將 S 的受審能力以及他在犯罪時的精神狀態提出作為爭點，承審法院仍命令州（state）安排精神鑑定，以確定 S 的受審能力。Grigson 醫生²檢查被告之後，結論認定他具有受審能力，並且在他給法庭的信函中加上一些話，他的意見也認為「被告能辨別是非對錯」。令人難以理解的是，辯護律師從未被通知這次檢查的進行。

在陪審團判決了 S 謀殺罪成立之後，州傳喚了 Grigson 醫生在量刑聽審程序上作證。在預先審查（*voir dire*）其有無偏見之聽審後，他作證道：

(a) S 「是一名非常嚴重的社會病質者」；(b) 「他將持續他先前的行為」；(c) 他的社會病質的情況將「只會變得更糟」；(d) 他「對於他人的財產或生命毫不重視，不管其他人可能是誰」；(e) 「完全沒有療法、沒有藥物能以任何方式調整或改變這種行為」；(f) 「如果有機會的話，他將繼續犯下其它類似或相同的犯罪行為」；(g) 他「對於其犯行絲毫沒有悔意或哀痛。」

陪審團判決了 S 死刑。

S 最終向聯邦地方法院聲請人身保護令 (habeas corpus)，法院撤銷了他的死刑判決，認為在量刑階段准許 Grigson 醫生作證是個憲法錯誤。第五巡迴法院肯定此見解，認為「突襲性 (surprise)」使用 Grigson 醫生作為量刑階段的證人，否定了 S 的正當程序，造成了「破壞力十足」的結果。

問題：關於未來危險性的精神醫學證言，是否有違倫理？

是。在沒有提供被告憲法上所需要的法律保障的情況下，它迫使被告成為對自己不利的證人。

否。一旦受審能力的問題被提出，負責檢查的醫生即可就全部相關的事項自由詢問被告。

最高法院的見解：

美國最高法院接受上訴，並且維持下級審法院的判決。為多數見解執筆，首席大法官首先指向憲法增修條文第五條的問題，即 Grigson 醫生的證詞是否違犯了 S 不自證己罪 (self-incrimination) 的特權；州認為 Grigson 醫生的證詞是針對量刑而非有罪與否的這一個理論，不應適用於本案，但多數見解駁斥州主張的論點。聯邦最高法院認為，增修條文第五條之適用可及於「任何刑事案件」，並且禁止州「藉由簡單、殘酷的便利方式從被告的嘴巴強迫」取得證據「來定罪並處罰」。

由於此一特權的可得性取決於「它造成的影響」(the exposure it invites)，就如同它防止被告「被當作『受矇騙而將自己定罪的工具』(deluded instrument of his own

conviction)」，它也保護被告免於「被當作『受矇騙而將自己處死的工具』」。因此，鑑於「量刑階段所為之判決的嚴重性」，由增修條文第五條特權的規範目的來看，根本「沒有基礎可以區分出（no basis to distinguish）」死刑案件審判的定罪階段與量刑階段。

聯邦最高法院進一步在判決文中認為，當 Grigson 醫生逾越了「純粹地就能力的問題向法院報告」，反而變成為控方作證時，「他的角色已轉換並成為本質上形同於國家的代理人，覆述（被告）遭到逮捕後受到監管的情境下，在未受警告（其權利）時所做的陳述」，因此違反了被告的增修條文第五條所賦予的權利。最高法院強調：「一個不曾聲請精神鑑定，亦未試圖引進任何精神醫學證據的刑事被告，如果他的陳述可能在死刑案件的訴訟程序中作為對他不利的證據，就不可以強迫他回答精神科醫師的問題。」

如果曾有美國最高法院案例反映出底下的基本倫理準則，本案就是這一件。*馬德里宣言*的第五號準則規定：「當精神科醫師被請求去評估一個人時，他們有義務告知接受評估的人，這個介入的目的。」Grigson 醫生很明顯地（並且，從任何對證據的解釋來看，是故意地）違反了此一準則。

2. 能力之恢復 (Restoration to competency)

案例

K.D.被控對兒童性剝削，被判定無受審能力，之後被安置在一家司法精神病院以決定其恢復受審能力的機率。³ 在住院期間，他被納入了該機構的「能力恢復團體」，醫院的精神科醫師和心理學家出具證明認為他後來有恢復了受審能力。在之後的一次審訊程序中，辯方的專家作證道，有中度智能不足的被告並不具備受審能力，並對於被告住院期間「被納入」的計劃提出說明：這樣的缺陷狀態，不太可能藉由介入策略或治療的嘗試而獲得改善。針對上述達到受審能力的要求，介入的程序充其量也許可以達到制約化言語機械式覆誦的效果，但這些制約化言語表現將是空洞，並且欠缺認知理解或評價的內涵。

問題：此一恢復程序之進行是否符合合理的臨床實務 (sound clinical practice) ？

是。精神衛生專業人員的角色就是在幫助恢復能力，且其所做的一切並不違反法律或倫理準則。

否。此一程序迴避了知情同意這項重要的倫理議題。

法院見解：

法院認為，雖然被告看起來對於程序有事實的理解，但沒有可靠的證據證明他能(1)以理性瞭解的合理程度向律師諮詢；(2)此外，協助辯護或者(3)對於刑事訴訟程

序有理性的認識。法院因此認為他不具備受審能力。法院在其意見的陳述過程做出此一判斷：

Berger 醫生作證道，他相信能力恢復計畫在醫學界和心理界中有很好的接受度。但是，他以及政府並沒有提出任何文章、同儕審查或其他專業著作來支持這項業務的有效性。當詢問到關於 Perry 女士（司法心理學家）的治療計畫，是否有被接受的研究或臨床取徑作為基礎時，Berger 醫生作證說他不知道。

在一般地考慮「能力恢復課程」時，一名傑出的司法精神科醫師 Debra Pinels，說了這段話：

能力恢復之文獻並沒有處理到關於參加計畫的知情同意流程、在教育團體進行期間，被告可能提出入罪資訊之情況時應如何管理或是被告拒絕參加恢復計畫的後續效應，這些細節能夠提供有用的資訊給參與恢復計畫的臨床家及可能有當事人參加該計畫的律師。對於這些細微差別的更進一步的探究和討論，將有助於我們對於恢復程序的理解。

當然，在管制司法精神衛生專業人士行為的不同標準中，取得知情同意的必要是一個不可或缺的屬性（參見，例如：馬德里宣言關於「心理治療倫理」之聲明；AAPL 指導方針，準則三「同意是醫學和精神醫學的倫理實踐的核心價值之一」；專業指導方針，司法心理學，標準 IV E 1）。在 D 先生案件中呈現在法院之前的那種能力重建課程，仍有規律地在執行；即使一名律師暨精神科醫師 Ronald Schouten 提出了難題：「『表面的成就而非被告得到協助他們自身辯護所需之複雜技能』，才是在那些重建課程中衡量成功的度量標準。」這個難題並沒有得到明顯的關注。這樣一個事實，引發了關於發生了什麼的另一層次的倫理關注。

3. 拒絕藥物治療的權利(The right to refuse medication)

版本 1：

在法律、精神醫學及公共政策的領域中，最常出現及最具爭議的困境之一就是對於現在無受審能力的刑事被告，可否單只為了使其具有受審能力而施以藥物治療的問題。雖然這個問題已經由美國最高法院在 *Sell v. United States* 案件中給予了一些法律確定裁判意見，但該案的判決並沒有仔細地去思量基本的倫理論點。⁴

C.S.曾是位執業牙醫師，被控以數起郵件詐欺、低收入醫療補助（Medicaid）詐欺，以及向聯邦政府詐騙保險金給付之相關洗錢行為之罪名。他被判定不具受審能力，法院命令他住院最長四個月以確定他是否有「高度機會」能達到有能力之狀態。在住院的第二個月時，醫院人員建議 S 服用抗精神病藥物（antipsychotic medication），而 S 拒絕了。

治安法官判定 S 對他自己和醫院中的其他人具有危險，而「政府已經用最強而有力的方式證明，抗精神病藥物治療是唯一可使被告不具危險及具備受審能力的方法」。地方法院維持了治安法官的命令，認為藥物治療相當於「使被告有受審能力的唯一可行希望」，並且看來「在服務國家的強烈利益，使國家能夠對於受到許多嚴重控訴的被告審判其有罪與否，藥物是必要的。」第八巡迴法院維持其見解，而且最高法院同意了被告聽審的聲請。

最高法院撤銷了第八巡迴法院的裁判並將本案發回更審。最高法院承認 S 擁有

避免非自願性的抗精神病藥物治療的自由法益，並且此法益乃受美國憲法增修條文第五條的正當程序條款所保護，可對抗除了「必要」或「優越（*overriding*）」的州的利益以外的其他利益。法院認為：

（我們早期的）判例表示，憲法允許政府可為了使被告有受審能力，對面臨嚴重刑事控訴的精神病被告強制給予抗精神病藥物，但是只有該治療（*treatment*）在醫學上是妥適的、實質上不太可能造成副作用以致於破壞審判公平、並且在考量侵害較小的其他選擇後，為了有意義地促進政府訴訟相關的利益時，該藥物治療是必須的。

最高法院分別考慮這些要素。第一（使用斜體來強調關鍵字），它指出：法院「必須認為重要的國家利益有受到損害之可能」；使被控嚴重犯罪的個人接受審判是「重要的」。第二，它又說法院必須確信「非自願性藥物治療會顯著地促進那些伴生的州的利益」，以及必須認為藥物治療「有高度可能」使被告具有受審能力。同時最高法院警告，承審法院必須認為藥物治療「不太可能」產生副作用，而明顯妨害被告幫助律師進行審判辯護的能力，因此使得審判不公。第三，承審法院必須做出結論，非自願性藥物治療「對促進那些利益來說是必要的」，而且「任何替代的較小侵入性的治療（*treatment*）不太可能達到實質上相同的效果。」最後，承審法院必須做出結論，藥物的給予在醫學上是妥適的；換言之，根據病患的醫療狀況而言，這是符合其最佳醫療利益。

最高法院強調，依據此一標準，政府利益是指使被告具有受審能力的利益：

如果強制藥物治療是以不同的目的為其正當理由，（例如）與個人的危險性有關，或該目的與個人自身利益有關，拒絕吃藥使他的健康嚴重地受到威脅，此時法院不必考慮是否為了恢復受審能力的那種目的而允許強制藥物治療。在轉向受審能

力問題之前，法院往往有堅強的理由來確定藥物的強制給予，是否能由這些其它理由來正當化。

有趣的是，在 *S* 的案件中最高法院沒有考慮過背後的倫理問題。然而，這些問題曾在先驅案件（forerunner case）之一——*United States v. Weston*⁵，所謂的「國會山莊槍手」（*Weston* 被控謀殺兩位國會山莊的警察）這個案件當中討論過。

在該案中，被告的第一個論點主張：在倫理上，醫師不能僅僅為了使被告具備受審能力而治療他，因為這樣的行為會使精神科醫師成為政府而非病患的代理人。最高法院拒絕了此一論點，認為「沒聽過有任何法律當局可支持這種理論。」為了支持其立場，辯方仰仗 *M. Gregg Bloche* 教授的證言，*Bloche* 教授支持其論點所依據者為：「聯合國為保護囚犯及受拘禁者免於折磨及其他殘酷、不人道或有辱人格的處遇或刑罰，與此相關之醫療人員（特別是醫師）角色之醫療倫理原則」，簡稱「1982 年聯合國原則」⁶（the United Nations Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment, “the 1982 U.N. Principles”）和希波克拉底誓言（Hippocratic Oath）。*Bloche* 教授斷言，精神科醫生參與審前受拘留者藥物治療的行為，受到了這些倫理規範的管制。

法院拒絕駁斥此一證詞，做出結論道：依照 *Bloche* 教授之詮釋，1982 年聯合國原則必然判定精神科醫生對審前被拘禁者強制藥物治療以恢復（受審）能力之行為是違反倫理的，但是法院並未「被此說法說服」。1982 年聯合國原則聲明，「對醫療人員、特別是精神科醫師而言，不單只是為了鑑定、保護或增進受刑人或受拘留者身心健康之目的，而與這些人產生任何職業關係，是違反醫學倫理的。」最高法院提到：

當美國醫學界建立其倫理指引時，上述那些聯合國原則是可得作為參考的，但是美國醫學界之倫理指引既不制裁也不禁止對審前受拘禁者的強制藥物治療。在美國醫學會（American Medical Association）和其他美國醫學倫理團體中，更新近的指引和辯論並沒有採納辯方所提出的論點。在醫學界並未施行醫學倫理禁制之處，最高法院也不願創造之。同樣地，最高法院也不採信 Bloche 教授所解釋的希波克拉底誓言，該誓言某部分提到：「在我所到之處，我只為病患的利益著想（“into each house I come I will enter only for the good of my patients,”）」，對此許多有執照的精神科醫生都作證說，醫學倫理並不禁止對 Weston 施以藥物治療。

因此，雖然最高法院認為一名個別的精神科醫師可以基於其自身之倫理觀念，而反對以藥物對 Weston 強制治療，但對於此種治療並沒有已確立的倫理設限存在。另一方面，法院被 Howard Zonana 醫師和 Debra DePrato 醫師的意見所說服，兩人在當時都在醫學倫理小組任職，他們認為「醫學倫理並不禁止對一名處於 Weston 的情況中的病患施以藥物治療」，因此法院總結認為「由美國醫學會及其倫理與司法事務委員會（Council on Ethical and Judicial Affairs）所編纂，在此領域中具有拘束力的醫學倫理權威文獻，並不禁止去治療一名像 Weston 那樣的病患」。

最有趣的是，在任何稍具相關性之情境中，不論馬德里宣言或 AAPL 指引，都沒有提及「藥物」或「藥物治療」。這個議題—以及是否能夠以藥物治療被告使其具有接受死刑執行之能力—是當今在法院之前「開展」的倫理議題中，最具爭議性的倫理議題之一（如果不是最高的那一個）。此外，在 Weston 案判決六年之間，沒有任何一件美國法院判決曾引用 1982 年聯合國原則（而在 Sell 案中也未被討論），這意味著背後倫理議題並不位於相關法律辯論的震央點。

版本 2：

（事實與版本 1 相同，見上）

問題：精神科醫師是否應開立醫囑強制給予抗精神病藥物？

是，因為在法院命令住院治療期間結束之前，S 醫師應該恢復（受審）能力，以便接受審判。

是，如果 S 醫師對他自己或其他人具危險性的話。

否，因為 S 醫師應該擁有拒絕這種藥物治療的絕對權利。

評論：

基於有利於他的或她的病人的臨床考量之外的理由，來做出治療決定—特別是針對必須強制實施的治療而言，並不在精神科醫師的角色範疇內。恢復受審能力是一個法律議題，而且任何為達此一目的之強制住院及／或治療，必須由適當的法院根據合適的法律來命令之。關於任何強制實施藥物治療的事務，精神科醫師同時肩負著尋求法律諮詢的法律上和倫理上的義務。

受審能力之欠缺限制了病患在法庭上的行為和決策（decision-making），但是這不意味著全面性地欠缺能力。除非經過適當地鑑定，具備能力應該被推定—而在其他領域內的決策則被視為未受減損。除非有特定的發現指出病患不具備為他／她自己決定是否接受治療之能力，否則病患仍保有拒絕治療的權利。*當病患因為精神疾病而失能及／或不能適當地運用判斷力，或是重度失能或欠缺能力時，精神科醫師應該和家屬商量，並且在適當的情況下，應該尋求法律諮詢以保護病患的人性尊嚴和法律權利。*⁷

然而，縱然個人自主性和知情同意在病患的決策中有其重要性，拒絕治療的權利（含藥物治療）並非絕對。病患的明確表達的利益及最佳利益—以及他人的安全—都必須被納入考量。除非不提供治療將危害病患及／或其周遭人們之生命，沒有任何治療應該違反病患的意志而提供給他。⁸

B. 心神喪失抗辯

1. 專家證言之範圍

案例：不適當的證詞用語

雖然 D.D.曾提出因心神喪失而無罪之抗辯（基於精神疾病與智能不足），他仍被宣告一級謀殺罪成立。⁹ 在他的審判過程中，一名專家證人把精神病定義為「當某人正處於精神錯亂時，對於現實的嚴重扭曲（a gross distortion of reality, when someone's just out in left field.）」，似乎是在告訴陪審團這個定義是出自於美國精神醫學會（American Psychiatric Association）的手冊。證人也說明，被告的法律上的心神喪失可以經由回答下列問題來確定：「是否他們如此智能不足以致於他們拾起一把槍時卻認為那是香蕉？」

問題：專家使用不在管制法律裡的非專業用語來確定被告的精神狀態，是否有違倫理？

是。此種用語歪曲了法律程序，而且並未表現出專家應有的公正性。

否。非專業名詞之使用幫助陪審團簡化了複雜事項。

法院見解：

在撤銷被告有罪判決並發回更審的理由中，法院敘明：

控方的專家證言不可被採為證據，因為它不可以定義法律術語的意義，定義法律術語是法院專有的職責，（而且）該專家所使用的定義有誤且過分狹隘。我們更進

一步發現，該專家的證言過分口語化且不精確。使用如「香蕉」那樣的口語，對每位陪審員可能象徵不同程度的反社會行為，除了造成混淆之外別無作用。同樣情形也出現在該專家使用「正處於精神錯亂」的表示，來作為精神病的代換性定義，絕非是在法律中找得到的定義。專家證人應該以專業方式來作證，並且應該被要求使用言語來定義他們的術語時，不會讓陪審員們的個別想像力恣意發揮。如同我們不可能認同辯方專家作證主張，因為被告「情緒失控」(go bananas)，並且「正處於精神錯亂」，所以他在法律上是心神喪失的，我們也不能認同基於控方的專家證言所做出的這樣推測。律師與法院有責任確認，專家所使用的用語是專業的、清晰易懂的，而且位在法定標準的範圍之內。

各式的倫理準則對於此一議題處理到何種程度？馬德里宣言對此並未直接提及。AAPL 指引要求司法精神科醫師「遵守誠實原則並致力追求客觀性」(指引 IV)。再一次地，司法心理學指引規定得更為詳細，並且小心地地闡述涉及與「公眾和專業溝通」的行為。於此，司法心理學家被鄭重提醒，當他們作證時，「須以公正的方式提出他們的調查、結論、證據或其他專業成果」(準則 VII, D)，並且能夠「解釋在他們的專家證言、法律議題和本案事實之間的關係」(準則 VII, F)。很清楚地，本案的證人兩者都沒做到。

案例：州政府選任的精神科醫師可能帶來的強制性 (potential coerciveness)

在 B.B.被逮捕並且被控以謀殺罪之後，他從哥倫比亞特區監獄轉送到聖伊莉莎白醫院，同時接受鑑定其受審能力和犯罪時心神喪失之有無。¹⁰ 在提交的報告中，敘明他「很可能缺乏實質能力來評價其行為的錯誤性，(及)使其行為符合法律之要求」之後，政府聲請將 B 先生轉送到密蘇里的一所聯邦醫院，獲得許可之裁定。經過為期六週的觀察之後，該機構的醫師結論認為根據當時哥倫比亞特區適用的標準，他

並無心神喪失。

在反證之前的報告時，Kunev 醫師——一名在該密蘇里機構的醫師——作證說道，在會談時 B 先生告訴他，他妻子曾經說或許他會犯下本案的犯罪，是因為他「受到一些魔法、咒語或是一些植物根部的影響。」雖然控方在審判之前未曾向辯護律師告知此一證言，法院多數見解結論認為「有充分理由可以相信...它出乎控方意料之外。」在其會談的同時記錄中，Kunev 醫師沒有記載這個特殊交談之內容，並且在他向法院口述他的報告（未提及這次談話）時，銷毀了他的所有筆記。

毫無疑問地，此一證言「非常具有破壞性」，而被控方形容為政府案件中的「關鍵證物（critical thing）」。

問題：一個專家證人銷毀被告主張心神喪失的會談筆記是否違反倫理？

是。這樣的行為減少了審判是公平和可靠的可能性。

否。一旦被告將心神喪失提出作為爭點，政府所保留的由精神科醫師作成之任何證言，都可能被用來反駁被告的主張。

法院見解：

上訴時，哥倫比亞特區美國上訴法院全體法官（*en banc*）聽審，法官之間產生了明顯的分歧，裁判結果認為，「當被告提出心神喪失抗辯時，依據憲法他可被要求接受法院選任或政府之精神科醫師的強制鑑定，而沒有記錄的必要性；而且當他引入精神醫學證據來支持他的心神喪失抗辯時，那些鑑定精神科醫生的證言也可以（在那爭點上）獲得採納。」

為他自己和三位同事而寫，資深巡迴法官 **Bazelon** 持與多數見解不同之意見，指控道：有鑑於「法院命令之精神鑑定有內在的濫用重大可能性」，而法院的義務是「確保強制精神鑑定被公平地實施，並且結果既可靠又能承受詳細檢驗」；「若沒有每個法院命令的心神喪失鑑定之完整及客觀的記錄」，他將判定對被告的鑑定以及隨後負責鑑定的精神科醫生之證言的採用「明顯地違反了（被告的）憲法增修條文第五條之不自證己罪特權，以及憲法增修條文第六條之受律師有效協助權利。」他論述道：「不論審判程序之目的是在確定有罪與否或是確定刑罰為何」，此特權「皆可適用於刑事審判中的心神喪失（sanity）的議題上。」

Bazelon 法官非常詳細地論述道，法院命令的精神鑑定，「嚴重地威脅」到最高法院在其憲法增修條文第五條的法理學中所闡明的每一個明確價值：被告的隱私權、社會對「不人道處遇和虐待」的恐懼、「自我控訴、藐視法庭或偽證罪」的殘酷創傷之造成、「自我貶抑（self-deprecatory）的陳述」之懷疑，以及保護州與個人之間的公正衡平之必要。同樣地，他認為此種鑑定違反了憲法增修條文第六條，在訴訟程序之「關鍵階段」諮詢律師之權利，因為該鑑定是「（1）審判前與政府的『對抗』且（2）在『當事人進行主義式司法程序』的開始時或之後發生，（3）對此，有必要以律師的協助來防止『被告權利受到可能的損害』。」**Bazelon** 強調：

政府的精神科醫師與私人的精神科醫師，具有相同的專業知識技能。他接受訓練而能夠取得病患的信任。作為一名醫師，精神科醫師被設想為一名治療者，是為了病患福祉而成立的自願性治療聯盟中的參與者。與警察不同，警察的目標和手段會引起被告的警覺，政府的精神科醫師在州立醫院中則會產生信任，但這信任是無正當理由的。該精神科醫師的目標是診斷而非治療，他主要是對其機構而不是病患做出承諾。考量到這些利害關係，我必須斷定，法院命令的精神科醫師的鑑定造成了與 **Miranda** 案中被視為違憲的訊問相近似的脅迫危險（threat of coercion）。

問題：在管制精神醫學（或司法精神醫學）的倫理準則中，是否有任何規範支持

Bazelon 法官在本案的不同意見？

馬德里宣言明確聲明「當精神科醫生被要求去評估一個人時，他們有義務先將介入的目的、結果發現的用途以及評估的可能後續不良結果，向被評估者告知並建議，這在精神科醫師生涉及第三人的情境（third party situations）時尤其重要。」（準則五）因此被提出的問題是：本案的政府行為是否違反了此一準則？

雖然哥倫比亞特區上訴法院的多數法官（並非毫無重要性地，其中包含當今美國聯邦最高法院大法官 Antonin Scalia），駁斥被告的法律論點，但看來似乎很清楚，B 先生並未清楚地瞭解關於「評估的可能後果」。按照美國精神醫學及法律學會（American Academy of Psychiatry and Law）更詳盡的倫理準則，看來本案的行為同樣是有違倫理的。根據該政策規定：

特別需要注意的是，任何對醫療保密義務（confidentiality）之通常規範所做的限制。為了司法目的的鑑定，首先須對受鑑定者告知一切對保密義務所做的限制。得自司法鑑定的資訊或報告，皆須遵守適用於該鑑定的保密規定，其後任何揭露也根據同樣的規範受到限制。¹¹

有趣的是，一個評論家注意到美國心理學會（American Psychological Association）和美國精神醫學會對此議題的態度不同。Kathy Faulkner Yates 是一名傑出的司法心理學家，她提到這兩個組織在 B 先生案件中，關於知情同意、保密性，以及自證己罪之可能性，皆向法院提交了法律之友意見書（amicus curiae brief）。但是「這兩個組織的意見書相當不同」：

美國心理學會主張，在臨床會談中取得的證據，可以用來證實行為違法性的辨識或行為的控制。因此，對刑事責任能力的意見確實可使被告入罪。在他們的意見書中，在與病患接觸和證言的種類（**nature of testimony**）兩方面，建議對「政府專家」的角色提供額外的防護措施。相反地，美國精神醫學會則認為，憲法上並沒有必要讓律師在場或提供其他保護措施，因為醫學倫理原則規定，精神科醫師須仔細地對被告解釋保密義務所受到的限制。如果保密義務所受到的已被解釋，美國心理學會所提出的程序防護措施就不必要。

關於這些立場間差異的可能原因，Yates 提出推測（或許是在「他們如何概念化評估關係與治療關係之間細微界線、政治，或是勢力鬥爭」，所受的訓練上差異所導致）。但她指出——在我們看來是有說服力地——「罹患精神病的被告，可能在決策能力（**decision-making capacity**）方面太過減低，而無法去理解或辨識例如在 *Byers* 案中的保密義務區分的細微差異」，而且「在這類情況下，對於有精神障礙被告之治療有負面效果之可能性，是很明顯的。」

2. 心神喪失無罪判決後之強制住院 (commitments)

在一次殺人罪審判中，H.F.因心神喪失而獲判無罪。¹² 他在收容機構待了五年之後，六名精神科醫生作證認為他毫無異常或精神病症狀之表現，而且已經不用再接受任何種類的精神科藥物治療。他是一名模範病患，顯現出良好的舉止和裝扮，以及正常負責任的行為和回應。然而，法官在結論中認定，病患的模範行為正好證明了他的精神疾病和危險性，因為這是他在假裝神智清楚所做出來的。一名法院選任的精神科醫師，拒絕證明 F 先生對自己或他人不再具有危險性。之後他承認，他曾在作證時「避免正面回答 (hedge)」，因為「萬一 F 先生被釋放然後做出犯罪行為的話，他不要因此遭到批評。」法官命令繼續強制住院；後來，人身保護令之請求被提出，而後即使在州的反對之下，病患還是被命令釋放。

問題：精神衛生專業人員在作證時，若依據法院在案件中的判決，明顯地想要避免受到將來可能的批評，這樣是否違反倫理？

是。這樣的證言違反了所有相關的倫理指引。

否。這樣的證言是在公平競爭的界限內，而且還可以接受被告律師嚴厲地反詰問。

此處提出的問題是很少被討論的，然而有巨大的潛在重要性存在。首先，考慮到司法心理學家專業指引 VII F (Guideline VII F of the Specialty Guidelines for Forensic Psychologists)：

司法心理學家明白，他們作為法院專家的主要角色，是在幫助事實的審判者去理解證據或確定一個爭議中的事實。在提供專家證據時，他們知道他們自己的專業觀察、推論及結論，必須與法律事實、意見及結論有所區別。司法心理學家有做好準備，要去解釋他們的專家證言與本案的法律問題及事實之間的關係。

法院選任的專家會不會違反此一指引的問題呢？

馬德里宣言在其一開始的準則中，聲明「精神醫學是一項涉及下列事項的醫學學科：為精神疾患提供最佳治療、為罹患精神疾病之個人復健（rehabilitation），以及促進心理健康。」（準則一）證人所作的證言一只圖避免自身受到批評而非提升個人之心理健康—同樣地違反了此一準則。

最後，AAPL 指引的第四號準則，對於司法精神科醫師，做出如下的推定：

他們皆是在為了達到客觀性的誠實與努力的精神下，執行臨床評估和運用所得資料於法律標準之上皆是來執行；他們的意見表現出了這種獲得客觀性的誠實和努力。

再一次，毫無疑問地，這名證人—可悲地—沒有遵守此一準則。

C. 審判階段

1. 減刑（mitigation）的議題

案例

C. McL.被控謀殺罪。13 在向法院提出的報告的某個部分中，辯方精神科醫師對於在被告腦部的「涉及情感的主要控制和／或調節...的區域」的可能物理性損傷表示擔憂；這些損傷可能是童年的槍傷所引起，或是其他「外傷、化學（或）血管（vascular）」的損傷所造成。對於其報告中欠缺具體明確性，該精神科醫師在解釋時寫道：「很抱歉我無法更具體，但我缺乏現今具體腦部結構及其與情感、行為間具體關係的詳細知識，因此限制了我更進一步確切說明的能力。」

問題：如果專家並未掌握與其作證領域有關的所有科學發展，是否違反專業倫理？

是。當精神衛生專業人員讓自己以專家身分在法庭上作證時，他必須是一名對於所有與作證主題有關事項的專家。

否。專家可以將其證言限制在那些他自認為是專家的司法精神衛生方面。

法院見解：

承審法院認為專家的行為有違專業舉止。「當（精神科醫師）在被選任之後不久，意識到與腦部損傷有關係的議題很可能與本案相關，鑑於他自認欠缺關於各種腦部結構與情感及行為之關係的具體知識，他負有一積極義務向法院及辯護律師告知，

他在提供本案所需專家服務方面能力上限制。透過繼續進行本案程序，（他）接受了提供其明知或應知其沒有能力執行的專業服務之責任，而違反了（州的法律）。在此過程中，他嚴重地違反了對被告、對法院和對醫學及精神醫學專業的義務。」

定義醫生之非專業行為之州的法規，法院見解中所提及者包含「領有執照者明知或有理由知道他或她沒有能力執行某些專業責任時，卻接受及執行這些專業責任。」法院強調：「本案專業責任乃是有關司法精神鑑定，以及為了司法而非治療目的而提供提供精神醫學意見，這樣的一個事實，並不改變上述規則之適用性。」

此處所引起的問題是清楚的，精神科醫師的行為是否違反馬德里宣言第二號準則之聲明：「精神科醫師有義務掌握專業的科學發展，並且把最新的知識傳達給其他人。」專家「缺乏現今具體腦部結構及其與情感、行為間具體關係的詳細知識」是否違反此一準則（如承審法官所斷定），或者換個角度，（如宣言序言所表示的）精神科醫師應「牢記醫病關係的界線，並且是將尊重病患及關切他們的福祉與完整性當作主要指引」，那麼上述專家的行為與此職責一致嗎？如果具體的議題超出精神科醫師自我描述的專業知識技能以外，在上述聲明中他拒絕冒險說出專家意見是否恰當，亦或是如承審法官所認為，違反了州的行政法規？奇怪的是，本案（*People v. McLane*）從未在美國法學評論文獻中被評論過。

D. 死刑

1. 關於未來危險性的證言

案例

在 T.B.被宣告謀殺一名警官的罪名成立之後，兩名精神科醫師作證回答假設性問題；他們都不曾與被告會談過。¹⁴ 他們在「量刑階段」的程序中作證—根據州的法律—說被告「很可能會作出更多的暴力行為而（因此）表現出一種對社會的持續威脅。」陪審團接受了此一證言並處以死刑（此一判決最終仍被美國最高法院維持）。

在他向最高法院上訴的過程中，被告提出這些論點：

第一，他極力主張無論是個別或團體，精神科醫師在預測一個特定罪犯未來會犯下其他犯罪，並因此呈現出對社會的威脅時，都不能夠達到可接受的程度的可信性。

第二，無論如何，精神科醫師不應被允許在回應假設性問題以及未親自鑑定被告的情形下，對於未來危險性作證。第三，在本案的特殊情形下，那些精神科醫師的證言是如此不可信，以致於判決應該被撤銷。

問題：證人就未來危險性作證，特別是在他從未與被告會談的情形下，是否違反司法倫理？

否。此一證言須經過嚴格的反詰問，再者，由非專家證人在這個問題上提供非

專業意見之證言時，也是可以被採用的。

是。此一證言不屬於可接受的專業知識技能範圍；精神科醫師不能預測長期的危險性，特別是在像本案被告從未被親自詢問的這類案件，更是如此。

法院見解：

最高法院首先駁斥精神科醫師在此情境無法可靠地預測未來危險性的論點，它指出「毫無理由」可單只將精神科醫生排除在「全世界可能對此議題有意見的人」之外，而且被告的論點也會「對那些經常作未來行為預測的其他情境造成質疑」。在說明理由的過程中，最高法院拒絕接受美國精神醫學會以法院之友（*amicus*）身分所提出的觀點：(1)此一證言由於「基本上低可信性」而無效，和(2)未來危險性的長期預測實質上是非專業的決定，應該立基於「本質上非醫學的預測統計或精算資訊。」關於假設性問題，最高法院直接認定專家證言「在能幫助事實發現者完成其被指定的工作時，通常是被承認有證據適格的」，並且證人沒有檢查被告的事實，「只會影響他們證言的權重，而非其證據適格。」

Blackmun 法官持不同意見，拒絕接受最高法院關於精神醫學議題的觀點：

最高法院認為關於被告之未來危險性的精神醫學證言是有證據適格的，儘管事實上這類證言每三次就有兩次有誤。最高法院獲致此一結論——即便在一件死刑案件中——乃是因為據說該證言須經過反詰問和對證人可信性的彈劾。在現今精神醫學知識的狀況下，這種過度的說法是我無法忍受的。在金錢損害的通常訴訟上，也許可以接受這種說法，但是當一個人的生命正在危急存亡關頭時——不管他的罪行有多可怖——一個更高可信性的要求應該有優先性。在一件死刑案件中，一名精神科醫生似

是而非的證言，就輕信醫學專家話語不可挑戰的偏見目光而言，等同於死刑本身。

依據美國精神醫學會的顧問意見書，Blackmun 法官提出四點主要意見：(1)多數見解並沒有引用「任何聲譽良好的原始資料」來反駁認為精神醫學的長期暴力預測「錯誤遠多於正確」的觀點；(2)在預測暴力方面，外行人也可以做的和精神科醫生一樣好甚至可能更好；(3)文獻上「一清二楚地」記載，州的證人「毫無專業知識技能」，以及(4)這樣「毫無根據」的證言不能與憲法「在死刑判決時可信性之首要關切」相符合。他斷言：

最高法院和德州都沒有引用任何一個有聲譽的科學資料來反駁此領域中專業人士無異議之定論，該定論認為長期未來暴力的精神醫學預測錯誤遠多於正確。

因為此一據稱是科學的證言——「不可信（而且）會引起偏見」——充斥著一種「科學絕對正確的氛圍」，它能夠「遮蔽證據，（引導）陪審團未經批判性審視即接受它」，Blackmun 法官指控：「當法院完全了解精神科醫生的危險性預測是似是而非時，就沒有任何理由把「說服外行人陪審團這種預測是詐欺行為」的沉重責任，以被告的生命為代價，強加到被告身上。」

問題：位於本案核心的證言，是否有辦法將之解釋為符合精神醫學倫理？

否。本案的證言違反了一系列的倫理原則及標準，而且某程度上，使得 Grigson 醫生一州的關鍵證人一遭到美國精神醫學會（APA）和德州精神醫學會（Texas Psychiatric Association）除名。儘管被除名，德州地方檢察官在許多隨後的死刑案件中，仍繼續傳喚 Grigson 醫生作為專家證人。

APA 譴責 Grigson 醫生，指控他「未先經檢查案件的有爭議的人士，就做出精神醫學診斷，並且在以專家證人身分在法院上作證時，指出說他能以百分之百確信的程度預測那些個人未來將會從事暴力行為」，違反了學會的倫理律則。然而，這些倫理上的背離並不是 Grigson 違反倫理的全部行為。

舉例來說，馬德里宣言聲明「精神科醫師有義務掌握專業的科學發展，並且把最新的知識傳達給其他人。」當時最有效且可信的研究成果顯示，未來危險性的預測內在有不可信的問題，但是在證人席上，Grigson 拒絕承認這一點，而且一不正確地一作證說，只有少數精神科醫師接受這些研究，以及這些研究並不能代表 APA 的意見。很清楚地，Grigson 醫生的證言違反了此一標準。

在 *Barefoot* 案件判決的三年前，Richard Bonnie 博士乃是此領域的傑出法律學者之一，他設立了下列的倫理原則來指引司法證人：

- 1.除非專家證人已經對被告進行全面的檢查，廣泛地注意被告發展上和行為上的過往史，並特別集中評估其未來暴力的可能性，他應該拒絕提供任何有關危險性議題的意見。
- 2.除非專家證人有進行此種鑑定的特別訓練和經驗，除非他完全熟悉此主題進展中之臨床文獻，而且除非他在其意見加上警語說對於未來暴力的臨床預測目前缺乏實證之有效性，一個專家證人不應該對被告危險性表示意見。
- 3.專家證人被要求對被告的危險性表示意見時，只有當意見是得自於一種普遍接受的診斷或心理動力學（psychodynamic）架構時，才可以表示意見。

很清楚地，Grigson 醫生的證言同樣違反了這裡的每一個原則。

關於這件案件最有趣的是，美國最高法院提出難以令人信服的理由來接受此一證言，以達到讓其維持原本有罪判決的目的論動機。在本案判決後不久，本書的編者之一寫出如下的評論，而且從這二十多年期間所發生的事情來看，此一評論不需要做任何實際的修正：

在證據基礎上、在憲法基礎上以及在常識基礎上，*Barefoot* 案的判決看來都是站不住腳的。它幾近完全悖反全部相關的科學文獻，它不符合證據法則的發展，即使早期最高法院判決警告說在死刑案件中需要額外可信性，*Barefoot* 案的判決就是對這些早期判決的嘲弄。

2. 追加檢驗之必要

案例

H.P.S.被宣告謀殺罪成立並且判處死刑。¹⁵ 在他的人身保護令申請書中，他聲稱其有資格得到一場證據聽審，在該程序中他將會主張，他的兩名法院任命的精神科醫師並未進行合格的和妥當的鑑定。第三名精神科醫師對其進行鑑定，考慮他過去的病史（兩個法院任命的證人並未如此做），並且認為他受有「一種器質性腦損傷（a form of organic brain damage）」。由於原先的鑑定「極度地不充分」（因為其忽視此種腦部損傷的「明顯跡象」），一場新的聽證程序被命令舉行。

問題：這些鑑定是否違反司法倫理？

是。這些鑑定不能達到專業準則合格要求的最低限度標準。

否。證言是足夠的而且在可接受範圍之內。

這類「嚴重」錯誤違反了倫理準則到何種程度？值得注意的是，馬德里宣言沒有直接地談論到這個問題（也許是因為對那些起草人來說，宣言的「既定前提」是鑑定者至少會做到兩名法院任命精神科醫師在 H.P.S.案件中所沒做到的），但它明確表達「精神科醫師服務病患時，須提供符合被接受的科學知識和倫理原則的可得最佳治療。」（準則一）。此處當然不是治療，而是為了法院而施行之鑑定，那是否在馬德里指引的範圍內？

司法心理學家專業指引（當然是同類之中最全面的美國文件）之中，有很長的一節在規定（鑑定人／檢查者的）「適格」，並且特別（*inter alia*）要求：

- 1.只有在他們具備專業知識、技能、經驗和教育的心理學領域中，司法心理學家才能提供服務。
- 2.關於他們將作證的具體事項，司法心理學家有義務向法庭提出，關於他們專業能力的界限、專家適格的事實基礎（知識、技能、經驗、訓練、以及教育），以及那些專家資格之事實基礎與系爭具體事項的關聯性。
- 3.司法心理學家有責任要具備基礎和合理程度之知識，並要了解規範他們以專家身分參與法律程序之法律及專業標準。

（準則 III A-C）

雖然再次地，這些準則並未直接談論到本案的行為，但他們看來是支持本案行為違反倫理的可能主張。倫理指引並不一定會在「檢查和法院鑑定之間的交會地帶」仔細說明，而這欠缺的銜接處（*synapse*）在一件像這樣的案件中可能是具有關鍵性的。幾乎毫無疑問地，此處所為是低於任何適格或合乎倫理之鑑定實施標竿。

3.使用藥物讓死刑犯有能力接受死刑之執行¹⁶

案例

Lutz 醫師在死刑犯之監禁處工作，他的一名犯人罹患受精神分裂症。十五年前，該囚犯因駭人的犯罪行為被定罪；他折磨、毆打，以及殺害數名家人。即使他有精神病史，他仍被認為其行為時在法律上是心智正常的。Lutz 醫師一直使用一種抗精神病藥物來治療該犯人，但是該犯人的狀況仍然惡化，該犯人最後被判定沒有受刑能力（not competent to be executed）。

Lutz 醫師被賦予恢復病患之受刑能力的任務。Lutz 醫師知道一旦病患恢復能力，之後他將很快地被執行死刑。然而，Lutz 醫師覺得他的職責是治療病患，而他的角色與政府對於把病患執行死刑之利益是有所區隔的。

問題：

1. 什麼是利益衝突（conflict of interest）？
2. 瞭解到如果他治療成功，政府會因此對他的病患執行死刑的話，Lutz 醫師能否權衡此點與以及其治療其病患之欲望？
3. Lutz 醫師治療該病患時，是否真正地是在履行治療的角色？

回答：

1. 美國最高法院不只一次作出裁判，認為對「心神喪失」（或智能不足）者執行死

刑，無法有應報（retributive）或威嚇（deterrence）的效用，無法成為儆戒其他人的例子，並且可能侵犯人性。

然而，對於一名將很快地被執行死刑的犯人，精神科醫生是否應該參與恢復其受刑能力，是有爭議論存在的。一些精神科醫師相信，這樣的能力恢復是參與將犯人執行死刑的一種方式，因此醫師並不是在參與一個治療角色，而是在加速病患的死亡。其他精神科醫師相信，犯人有接受治療的權利，而這樣的能力恢復將允許病患繼續積極參與他們的辯護，直到他們被執行死刑為止。反對參與此一程序的人引用研究資料，像是 1973 年 12 月 10-11 日國際特赦組織會議（在法國巴黎）之廢除刑求最終報告（*the Final Report of the Amnesty International Conference for the Abolition of Torture*）的結論，以及世界醫學會的第二十九次世界醫學大會（所謂的東京宣言）。

最近，美國最高法院判決，不讓一名犯人呈現證據來說明（make a showing）他的精神疾病「妨礙了其理性了解州判他死刑的理由」是違憲的。¹⁷ 這個 2007 年的判決為法律人闡明了其背後基本議題，但沒為精神科醫生解決困境。然而可以期待的是，此一判決將使大家對此議題（以及新增的後續訴訟）有更高的意識度。因此，此一困境的後續影響以及醫學與法律問題間的關係，將可能會受到更仔細地檢視，而這進一步的細察很可能可以為執業醫生提供直接的指引。

2. 雖然東京宣言看來是禁止精神醫學參與此一程序，但是關於此一參與在法律上是否許可，並未形成共識。Lutz 醫師必須理解，他關於其職責為何的看法，可能與此宣言相抵觸，而且當然地，可能導致他的病患最終的死亡。
3. 在涉及法律程序的場合中，倫理學家和其他學者已經仔細地將精神科醫師之司法

和治療角色區分出來。監獄中的醫師—其治療他們的病患只是因為那些病患被監禁—處於一種與接受他們治療的人（這些人通常在選擇他們的醫師方面，沒有選擇的自由）所形成的獨特關係中。像 Lutz 醫師那樣的醫師，在這類案件中權衡他們的角色時，他們必須承認這點。³

-
- 1.本案件記載於（reported at）*Estelle v. Smith*, 451 U.S. 454 (1981).
 - 2.Grigson 醫生是在未來危險性案件中作證的同一名證人，見以下第四章之討論。
 - 3.本案件公佈如（reported as）*State v. Duhon*, 109 P.3d 1282 (Kan. App. 2005).
 - 4.本案件公佈於 539 U.S. 166 (2003).
 - 5.本案件公佈於 134 F.Supp.2d 115 (D.D.C. 2001), *aff'd*, 255 F.3d 873 (D.C. Cir. 2001).
 - 6.U.N.G.A. Res., New York, December 18, 1982, U.N. Doc. A/REX/37/94.
 - 7.馬德里精神科執業倫理標準宣言(倫理標準四，經世界精神醫學會大會於 1996 年 8 月 25 日通過，且於 2002 年 8 月在日本橫濱舉辦的大會修訂)
 - 8.*Id.*
 - 9.本案件公佈為 *People v. Doan*, 366 N.W.2d 593 (Mich.App. 1985).
 - 10.本案件公佈為 *United States v. Byers*, 740 F.2d 1104 (D.C. Cir.1984).
 - 11.美國精神醫學及法律學會司法精神醫學執業指引，準則二。
 - 12.本案件公佈為 *Francois v. Henderson*, 850 F.2d 231 (5th Cir. 1988).
 - 13.本案件公佈為 *People v. McLane*, 631 N.Y.S.2d 976 (N.Y. Sup.1995).
 - 14.本案件公佈為 *Barefoot v. Estelle*, 463 U.S. 880 (1983).
 - 15.本案件公佈為 *State v. Sireci*, 536 So.2d 231 (Fla. 1988).
 - 16.與本章中的其它案例不同，此一案例是假設、綜合 *Ford v. Wainwright*, 477 U.S. 399 (1986), *Panetti v. Quarterman*, 127 S. Ct. 2842 (2007), 以及其他作者所知但未公佈的案件。
 17. *Panetti*, 127 S. Ct. at 2860.

第二部分：從知情同意到利益衝突 再到知情同意

第一章：與藥廠、醫院、主管、員工、 專業同仁及病人的關係

案例

Carter 醫生是一名第一年的住院醫師，他對於參加由製藥公司贊助的晚宴變得有興趣。他很享受到高級餐廳，也注意到晚宴時的一些演說者是他部門中的著名醫師（prominent doctor）。在其中一場製藥公司晚宴上，該部門主任是主要演說者之一，晚宴的主題是剛上市的新藥以及廣受歡迎並且仍在專利期間的藥物。

在一次晚宴時，Carter 醫生得知一種已經上市兩年的新藥。該藥物是另一種失去專利的藥物的代謝物（metabolite），於舊藥專利失效的同時該新藥就上市了。兩種藥物是由相同的製藥公司生產，已經使用新藥物的臨床醫師發現新舊藥物之間差別不大。然而製藥公司堅稱根據它所收集的數據，兩種藥物之間有明顯的不同。Carter 醫生注意到他的一些臨床督導（supervisor）開立更多新藥的處方給住院病患，並且在製藥公司主辦的晚宴中談論該藥物的優點。

他也出席一場製藥公司主辦的講座研討會（Grand Rounds），並且對該研討會之

資訊和特邀演說者的印象非常深刻；一名在該領域全國公認的專家，提出了清楚數據來支持新藥的治療優越性。關於該新藥的替代治療，無論在該領域的專家或是他的督導，所提供的資訊都不多，有提供的資訊都是對其它藥物的負面特徵加以強調。上周 Carter 醫師讀到一篇刊在有聲望雜誌上的文章，該文章顯示幾個學名藥替代療法對於相似的病患族群（patient population）同樣有效。

當其輪調到門診時，Carter 醫師注意到從住院病患服務出院的病患，在住院時就開始服用新藥，但是後來發現因為學名藥的替代選擇是可取得的，他們的保險公司不會給付新藥的費用。Carter 醫師必須致電保險公司，試圖預先確認（pre-certify）他可以使用更新、更昂貴的藥物。Carter 醫師的一些病患接到建議說他們必須停用在住院即已幫助他們的新藥，而換成替代選擇之學名藥或其它在保險公司規定處方中的替代選擇時感到狂怒。Carter 醫師知悉有一個病患協助計畫，會為他的一些病患支付藥物的全數費用以及為其他病患支付部分的費用，但有一些 Carter 醫師的病患不具有病患協助計畫的資格。

Carter 醫師的病人中幾乎沒有人可以讓保險公司基於他們在過去已經嘗試數種替代藥物無效，而預先確認他們可以開始服用新藥。令 Carter 醫師高興的是，一些服用新藥的病病情況持續好轉，數名病患因為現在病情好轉而想要工作。但是 Carter 醫師開始擔憂，因為這些病患可能會賺太多錢，使得他們的資格無法符合他們現今的保險給付範圍或可得的病患協助計畫；尤有甚者，這些病患不想嘗試只需一小部分費用的學名藥替代選擇，因為他們不想冒著感覺會變糟的風險。

問題：在本案中是否有任何利益衝突？一些支持與反對此處有利益衝突的論點為何？

是。Carter 醫師有義務考慮各種的治療選擇來治療他的病患。然而，製藥工業和為製藥工業講話的 Carter 醫師的部門主任及督導，想要 Carter 醫師多考慮使用取得專利的藥物，而少考慮使用學名藥作為替代選擇。

是。製藥工業有一利益在於讓人們使用其新取得專利的藥物，而非剛成為學名藥的藥物。另一方面，保險公司想要先使用學名藥物和其他不那麼昂貴的替代治療選擇。

是。Carter 醫師想要更詳細地了解新藥的替代選擇以治療病患，也想在高級餐廳享用免費餐點。住院醫師訓練計畫則要 Carter 醫生了解全部治療的替代選擇，並且將製藥公司的影響視為達到此一目標的妨礙。

是。與商標藥物相較，保險公司想要使用一種較不昂貴的替代治療選擇。一些病患想要使用可獲取之最新和也許最昂貴的療法，因為與專利已失效的藥物相較，他們相信此療法是一個更好的選擇。

是。主任和 Carter 醫師的督導在評估 Carter 醫師時有利益衝突，如果 Carter 醫師不能出席製藥公司所贊助的晚餐，以致於出席者很少，他們的自尊和甚至是他們的支票簿豈非最終會受到傷害？

否。Carter 醫師和其他醫學專業人士都有使他們能做出良好病患照顧判斷的訓練和經驗，他們選擇為製藥公司提倡新藥或出席製藥公司主辦的活動，都是他們的專業判斷，其他人不應把自己的道德價值觀強加在他們身上。

問題：臨床醫師是否應該把他們與製藥公司的關係告知病患？

是。一名臨床醫師向病患告知其與製藥公司間之關係，有助於產生臨床醫師和其病患之間的信賴。亦或，如果病患想要去找另一名可能沒有這種潛在利益衝突的執業醫生，此一資訊能幫助他們做出判斷。

是。有討論餘地的是如果一名臨床醫師是美國精神醫學會的成員，而這家公司提供相當可觀資金給這個學會組織，那麼當某些病人考慮要選擇商標藥或學名藥之時，這個事實也可能有相關性而應該讓他們知道。

否。在所呈現的案例中，揭露可能破壞 Carter 醫師與其病患的關係，以致於讓他們對這個在其他方面算是良好的病患照顧產生了負面感受。

否。如果有醫療過失（malpractice）的訴訟提出，無論此事是否為真，或無論 Carter 醫師與製藥公司的關係是否與眼前的案件有關連，原告律師可以使用此一揭露，讓陪審團產生一種感覺，認為 Carter 醫師是製藥工業的工具。

討論

此案例說明了對製藥工業對醫療執業有過多影響之情況，日益增加的關切。當製藥公司對於病患照顧產生了負面的影響時，利益衝突於是產生。在本案例中，學名藥物和商標藥物之間幾乎或沒有差別。執業醫師應該把全部因素列入考慮，只要與其他一切條件相同時，他們應該選擇會花費病患和保險公司較少的藥物。

在本案例中，全國知名的專家談論製藥公司之藥物的優點和其他藥物的缺點。對於一場這樣的晚宴來說，要使其具有真正教育意義而且不被視為一場推銷活動，演說者應該談論執業醫生取得病人知情同意時，需要考慮的要點。亦即專家應該談

論風險、利益以及藥物的替代選擇，包含完全不用藥的選項，其它替代療法的優點也應該被討論。這樣的資訊可以被執業醫師用來取得真正有知情的同意，而不會基於他們一場藥商主辦的晚宴中所聽聞之有偏見的演講，給予病患對於藥物有偏見的觀點。

在本案例中，Carter 醫師讓住院病患開始使用該商標藥物，然而病患的保險公司基本上不想在門診治療支付該藥物費用。若病患對該藥物給予知情同意，並且在保險公司不會支付該藥物之費用時，病患能夠且願意負擔起經濟責任時，或是住院醫療團隊（inpatient team）從保險公司取得在門診照護時也會支付該藥物之保證，該病患在住院時開始服用更昂貴的商標藥物是可以接受的。讓病人服用新藥，結果卻發現病患的保險公司在其出院之後將不會給付該藥物費用，那麼讓病患開始服用新藥這種做法，是令人難以接受的。在這種情況下的病患可能—令人無法接受地—有一段期間沒有藥物治療。此外，信任作為治療聯盟的一個關鍵特點，可能會受到威脅。

除了任何直接的利益衝突之外，也可能會有間接的利益衝突。換言之，為了保護治療聯盟及提供真摯的知情同意，Carter 醫師也應該揭露任何可能造成潛在衝突的間接關係。例如，如果他的部門、主任或計畫接受藥商提供的資金，尤其是那筆錢可能用來支付他全部或部分的薪水時，在開處方時，此一事實應該被揭露予他的病患知曉。再者，當散播的資訊是不平衡、不完全或是有偏見時，根據實證的醫療執業（evidence-based practice）就遭到了損害。例如，如果 Carter 醫師比較專利藥物與學名藥物之的唯一或主要資訊來源，就是工業贊助（的晚宴），此事也應該讓他的病患知道。這個問題，在開立處方者是從工業贊助的在職醫療進修（CMEs）或學術研討會那裡獲得他們的資訊時，或許是最明顯的；但是如果 Carter 醫師是從同業審查的醫學雜誌獲得他的資訊，這時若雜誌編輯和審查者在他們審查潛在利益衝

突的過程中不夠謹慎，也可能是個問題。

問題：斷言新藥物優勢的演說者，可能被問的相關問題會是什麼？

1. 有什麼數據證明兩組病患真的可拿來比較？
2. 試驗是否進行足夠長的時間、經過充分的醫學監督程序，使新藥的未預期之副作用可以被辨識出來？
3. 是否有任何可取得但沒有出版的研究，顯示在接受測試的治療方法之間的結果沒有差別？
4. 中途退出試驗的比率為何以及病患為何中途退出？
5. 除了演說者所收的任何報酬之外，有無任何間接的支助來源，例如所謂的無限制資金捐助，用來支付演說者的所在部門或機構之薪資或經常費用？

討論

這些問題中的第一個問題很重要，因為另一個在藥商贊助之研究的偏差來源，包含了違反了均勢（*equipoise*）或不確定原則（*the uncertainty principle*）。這個原理已被定義為：「關於一種治療與另一種治療之相對價值的實質不確定性」。當作出不相等或不合標準的比較（例如，只使用安慰劑作為對照組，而不是將新藥與標準精神科治療藥物相較），關於新藥效力的結論是有疑問的。再者，研究有可能只進行一段短時間而已，在這期間所知的優點可能變得明顯，但是而更細微、但重大的危險尚未顯露出來。高的中途退出率可能也指示出有某種副作用，因此造成非預期的、無名的、臨床上無法辨認之痛苦。這種研究人員沒有觀察到、無名的痛苦，仍可能導致病患透過退出研究來表示其不贊成。

案例：

Reddy 醫師被一所大型學術中心僱用來為門診病患提供臨床服務。他是以一份看診量契約（productivity contract）來僱用；他看的病患越多，薪資就越多。門診的「未到診」率是 50%；因此，為了達到他的目標，Reddy 醫師必須重複預約病患以達到他的看診量目標。有好幾天是有 50%的病患沒有赴約，Reddy 醫師很高興有像這樣的日子，這意味著他能達到他的看診量目標而且不會感到勞累過度。然而在其他日子，Reddy 醫師幾近全部的病患都有來看診。這些日子極其忙碌，而 Reddy 醫師運氣好的話就能在當天完成他的所有記錄。每逢週末，Reddy 醫師計算他是否有達到其看診量目標，並且依此調整之後的週時間表。然而 Reddy 醫師開始意識到，他會被命令看更多的病患，數量超過他能提供優質照顧的範圍。

如果 Reddy 醫師的記錄有記載到，監督學術中心門診服務品質的控管機構（regulatory agency）所要求之特定要素，就可得到其契約中所包括的一筆紅利。這些要件包括病患目前狀態、在藥物治療方面的變化、病患可能傷害他們自身或他人的任何想法、實驗室研究成果、與其他提供照護者之協調、診斷摘要、評量、照顧計畫等等的文件。

此外，為了給付門診部支出，保險公司要求 Reddy 醫師紀錄特定的要件。在工作三個月後，Reddy 醫師開始把他對病患的那些問題標準化，以便能迅速而有效的看診。Reddy 醫師能保持他的看診量水準，並且符合保險公司和控管機構提出的所有紀錄要求。Reddy 醫師也開始給那些在候診間的病患自陳問卷調查表，作為花時間與他們會談的另一種選擇。

Reddy 醫生對他所收到的薪水感到滿意，但是不喜歡他必須耗費在門診部而無

法與家庭團聚的時間。他的執業量增加，幾個月之後他已經得看數百位病患。Reddy 醫生覺得他不了解他的病患；反之，對 Reddy 醫生的大多數病患來說，他們覺得他沒在傾聽他們關切的事情。

有一天，Reddy 醫師發現他的其中一名病患自殺。Reddy 醫師最後一次看見該病患是在兩週前，在每次看診之後，他有記載病患否認有自殺意念。然而，由於時間限制的關係，Reddy 醫師從未進行完整的自殺風險評估，他也沒有問過探索性的或間接的問題；Reddy 醫師倒確定知道病患在五年前曾試圖服藥過量。

直到病患自殺之後，Reddy 醫生才知道該病患承受相當大的工作壓力，在童年曾受過心理創傷，並且把工作視為獲得自主的生命線，這是自殺的原因關係網。即使 Reddy 醫師對於病患自殺感到震驚，因為他已經記載控管機構和保險公司所要求的資料，他也對於不會被起訴感到放心。

問題：本案例是否有利益衝突？

是。本案例中最重要的利益衝突，就是介於 Reddy 醫師對其病患的職責以及他由看診量契約所引起的經濟利益之間。身為一名精神衛生服務提供者，Reddy 醫師負有為其病患評估自殺之靜態和動態風險因素的特別義務。僅僅用記載任一特定病患沒有自殺的想法，或許可以滿足控管機構和機構政策所制訂的最低的紀錄要求；然而，Reddy 醫師必須按照任何謹慎執業醫生在相似情形下會符合的照顧標準。

是。另一個重要的衝突，是在保險公司賺取利潤的需求，與學術中心成為教育、臨床照顧及研究之領導者的任務之間。

否。很多大型學術和私人的醫院及診所都使用看診量契約，鑒於保險公司的給付率降低、病患照顧需求、支付包含醫療過失保險在內之經常費用的需求，以及支付他們薪資的需求，臨床醫師被要求簽訂這些契約，以幫助他們的機構增長並且服務更多的社會需求。

否。在試圖提升時間和成本效率時，很多照護提供者現在有使用標準化評估工具來評估及診斷病患。這樣的工具能提供有價值的附帶資訊，而如果將該資訊與臨床會談一起妥善地運用時，則能夠指引會談者的發問且更有效地引出需要關注的最重要的問題。使用標準化評估工具，比臨床判斷好的一個實例是使用精算工具來評估暴力風險的領域。據顯示，這些工具多少比未受輔助的臨床的判斷好。然而，再次提醒，作為全面照顧病人的一部分，這些應該只是工具而已。

討論

過度倚賴標準化評量工具，可能會對病患照顧造成損害。當一名像 Reddy 醫師那樣的執業者處於時間壓力的情況下，他們會有傾向用評量工具收集的數據來取代部分的臨床會談。病患也許不能完全地表達他們自己、理解那些評量工具上的問題，或是（由於各種原因，包括尋求社會認可的反應偏差）沒有完整地填寫評量工具。結果可能是對病患診斷及影響病患之社會心理要素之評估將會是不充分或不適當的，而且可能會導致傷害病患的不充分或不適當的治療。

固然，依靠檢查表進行精神科診斷的情形愈來愈多，雖然這種檢查表有很多優點，特別是在提升可信度和效率方面，但它們應該是用來作為補充的而非主要的診斷方法。當症狀檢查表被用作診斷的主要方法時，它們不僅會阻礙建立密切關係的重要操作，也掩蓋了每個人明顯痛苦的差異，並且減損我們對於症狀呈現脈絡之的

理解。

美國精神醫學會（APA）*診斷和統計手冊*（DSM）乃是檢查表診斷的推手，這本手冊是為了評量者之間的信度（inter-rater reliability）而編纂的。然而在時間壓力之下，經常被記得的是它的條列要點（bullet points）；因此，當手冊使可信性增加時，它也使「用檢查表來診斷」成為可能，結果犧牲了正確性以及敘事式的診斷。APA 的 DSM 檢查表架構，推動了最常見和最有利可圖的那一種製藥研究的發展。然而，有些其他形式的研究乃是靠著敘事來發現有希望的生物社會心理的（biopsychosocial）治療取徑，這種檢查表架構可能對之造成限制。個別化的以病患敘事（patient-narrative-dependent）為基礎的診斷構思，本身具有建立治療聯盟的臨床價值，使用檢查表的取徑也會限制它們的發展。在填寫檢查表的過程中，幾乎沒有空間來進行真實的治療對話。此外，因為它們要盡量節省時間，檢查表也導致形式化（*pro forma*）取徑之傾向，此不但展現在診斷程序上，也展現在治療程序上，那些病患可以參與有意義的知情同意的對話，亦有包括對話的程序方面。最後，引用 Hamlet 反駁 Horatio 的話，「天上地下有很多事，是在你的哲學想像之外。」病患之痛苦不符合 DSM 範疇的事實，並不會消滅痛苦的現實性。

問題：Reddy 醫師是否冒著醫療過失訴訟的風險？

是。依據目前的醫療過失法律，有多個法律要件要考慮。首先，必須對病患有意義，Reddy 醫師有義務要治療病；接著，必須有義務的違反（dereliction of duty），在本案例 Reddy 醫師違反的義務是他沒有做適當的自殺風險評估。然後，義務違反必須是損害的直接原因。有爭議的是 Reddy 醫師沒有做自殺風險評估或與病患形成有效的治療聯盟——也就是義務的違反——是否直接導致這名病患自殺。原告被告雙方所收集的證據，將可用於和解程序或審判中。

否。Reddy 醫師可能有依據現行的照顧標準來執業。他有診視病患、紀錄照顧品質有關的重要項目，並且使用標準化的問題來為其病患提供照顧。如果一件醫療過失案件進到了審判階段，陪審團將必須決定 Reddy 醫師是否低於照顧標準以及此低於標準的行為是否導致這名病患死亡。即使他被判定必須為醫療過失負責，這也不會使他的照顧有違倫理。

討論

醫療過失是個令所有執業醫師焦慮的問題，他們的職業生涯中，有些執業醫師可預期會涉及一次或多次的醫療過失訴訟。即便執業醫師沒有做任何不利病患結果的事情，為了財政上的理由，他們的醫療過失保險公司可能會強迫他們和解。若有不利於醫師之判決，甚至是和解的情況時，執業醫師的名就會輸入國家執業醫師資料庫。不聽從醫療過失保險公司建議的執業醫師，可能被要求承擔訴訟費用，以及陪審團判決他們敗訴時所招致的損失。歷年來醫療過失保險費率的增加，迫使很多執業醫師不再私人執業。有些州就面臨某些次專科執業醫師不足的情況，例如產科和婦科。德州已就醫療過失賠償金額設定上限，就有很多執業醫師蜂擁而至，想要在那個州得到執業執照，當然這股風潮也可能吸引一些執業相當低標準和高風險的臨床醫師。

鑒於這種醫療過失趨勢、機構符合其預算的需求、低保險理賠，以及執業醫師的賺錢欲望，執業醫師被迫做出困難的抉擇。一個選擇是，他們可以成為一所大型機構的一員，那裡有風險管理部門，會要求在機構中執業時需具備的某種記錄標準，這些紀錄標準可以併入執業醫師契約的一部分。簽下看診量契約的執業醫師，之後可能重複預約病患以賺取更多的錢、運用紀錄標準來減低醫療過失的風險，以及尋求花費最少的時間就能夠提供優質照護的方法。

目前的醫療系統中，存在著醫療過失的重大風險。例如，原告律師可能會問醫師「為何不能多花五分鐘來取得更多資訊，或者做進一步的風險評估？」律師也可能會問執業醫師「如果有擔心的理由，為什麼他們是兩週才為病患看診，而非在一週內就為病患看診？」一名執業醫師很容易被認為是重視獲利高於病患照顧的人，然而事實上，可能有很多非執業醫師所能控制的因素，造就了現今提供照顧的環境。

案例

Gonzalez 醫師是一名在北部某一州的小社區裡工作的精神科醫師，她是城鎮中兩名會說西班牙語的精神科醫師的其中之一。另外，身為城中唯一合格的法醫，她會做與工業相關精神健康傷害的鑑定。有一天一名接受 Gonzalez 醫師治療的墨西哥移民 Sarah，聲稱她在工作場所被性騷擾。Sarah 說她變得憂鬱，而在後來申請勞工賠償（Workers' Compensation）。Gonzalez 醫師被要求進行鑑定，因為雖然 Sarah 會講英語，但是她（病患）的母語西班牙語更流利。

Gonzalez 醫師同意做鑑定，兩周後（在鑑定之前），Gonzalez 醫師取得其他醫療記錄和附隨的資訊。Gonzalez 醫師接著與 Sarah 見面並且告訴她，雖然有治療關係存在，但是為了鑑定而取得的資訊並非保密的，而且在鑑定期間 Gonzalez 醫師將不擔任她的治療醫師，Sarah 同意進行。在對她的鑑定完成時，Gonzalez 醫師提交一份報告，結論認定 Sarah 的憂鬱與在工作場所發生的事件無關，而是與她婚姻關係不佳及酗酒的丈夫有關。

當 Sarah 知道勞工賠償申請之駁回，是依據 Gonzalez 醫師的報告時，她非常憤怒並且結束她與 Gonzalez 醫師的關係。Sarah 感到被背叛，並指控 Gonzalez 醫師把在他們的治療關係中保密的資訊，用在一份非保密的報告中。

問題：在本案例中有無利益衝突？

是。Gonzalez 醫師同時擔任司法鑑定人（forensic evaluator）及 Sarah 的精神科治療醫師。司法鑑定人的角色是要「客觀」並運用權衡證據來闡述意見，精神科治療醫師的角色則包含幾種主觀要素，並且需要成為病患的支持者（advocate）。精神科治療醫師是處於一種需要與病患建立信任的治療關係中，在那種關係裡，病患可以向精神科醫師透露他或她不會對別人透露的資訊。反之，司法鑑定人與病患則沒有治療關係，精神科醫師在司法鑑定中所查明的資訊，可能會納入報告之中，而該報告將會出示給反對病患主張的一方。

否。在某些州例如加州，主治醫生被要求為勞工賠償請求擔任鑑定人。此一作法的基本原理是「主治醫生最了解病患，而最適合來做失能鑑定（disability evaluation）」。

問題：角色衝突是否會對病患不利？

是。在 Gonzalez 醫師擔任司法鑑定人之前，她是病患的精神科治療醫師。了解到病患所提供之資訊會在某些條件之內保密，病患和 Gonzalez 醫師形成了治療關係。一旦 Gonzalez 醫師成為病患的司法鑑定人，Gonzalez 醫師就不再是於醫病關係的範圍內工作，而是扮演「中立的」鑑定人，以尋求客觀為其義務。病患以為是保密的資訊，可能會被放入 Gonzalez 醫師的報告中；即使不考慮機關要求司法鑑定的這個決定，這樣還是會對與病患的治療關係造成不利的影響。

否。如同上述一樣的想法，Gonzalez 醫師在進行勞工賠償鑑定前是 Sarah 的精

神科醫師，可能最適合來鑑定 Sarah。Gonzalez 醫師優於一般司法鑑定人，是因為她已經多次在不同情境下為 Sarah 看診，因此能對於 Sarah 就其在工作場所受到心理傷害的主張，提供有寶貴的洞見；而且 Sarah 已經同意資訊的釋出。

討論

此一案例提出了治療提供者和司法鑑定人之雙重角色的問題。在本案例中 Gonzalez 醫師是病患的精神科治療醫生及司法鑑定人，在像加州那樣的州之中，醫師可能會被要求擔任這兩個角色，因為可為勞工補償制度省錢。有論點認為，治療提供者與病患有關係並且對病患知之甚詳，因此最適合作為病患的醫學鑑定人。

然而在要求治療提供者成為醫學－法律鑑定人的任何制度中，會有潛在的角色衝突。治療提供者會想要支持他們的病患。在當事人進行主義的制度裡，這種支持將會對相反立場的他造產生不利的潛在偏見。此外，如果病患未獲得有利的結果，治療提供者可能會受到譴責；這會破壞治療關係。至少病患應該被告知讓治療醫師擔任司法鑑定人的優點、風險及替代選擇，並且在釋出其他非緊急場合中仍應保密之資訊前，先取得病患的同意。

在美國，關於尚未發現但可以發現到的病患相關資訊，在何種程度底下可以不經病患同意而收集，仍在持續的爭論中。主管的聯邦法規，醫療保險可攜性及問責性條例（Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA），其現今的版本與更嚴格的州的隱私法規相衝突。當涉及從精神醫學方面到遺傳學方面的敏感資訊時，隱私的喪失可能損害治療聯盟、醫病溝通及臨床病史的可信性。

案例

James 醫師在一家管理式醫療照顧公司擔任醫療審查人 (medical reviewer) 的工作。若有人對住院醫療給付的預先授權之請求遭到駁回而提出申訴時，他在公司的角色就是審查所提起的申訴。在醫療審查人中，設有一個紅利制度，駁回申訴排名在前 10% 的審查人，會在他們的基本薪資之上得到一筆 30% 的紅利。過去五年來，James 醫師四度獲得紅利。James 醫師審查被申訴的駁回決定，而通常只是橡皮圖章式地贊同駁回之決定。James 醫師認為，他駁回申訴之請求並不是在從事醫療，因為在醫院工作的醫師負有讓有醫療必要的病患留在醫院的最終責任。而且，住院病患的醫師可以就駁回之決定繼續向保險公司的醫療長提起申訴，這讓 James 醫師感到放心，因為如果他做出錯誤的拒絕給付的決定，該決定還可以改正。

有一次，James 醫師駁回了一件的住院病患留院的預先授權，但是醫院仍繼續治療病患的那些醫生認為「讓住院病患留院挽救了病患的生命」。醫院之後向管理式醫療照顧公司提出另一次申訴，而醫院中醫療使用審查的醫師們指出，管理式醫療照顧組織所雇用的那些醫師是以駁回請求而「惡名昭彰」。他們指責在管理式醫療照顧公司工作的那些醫生是「沒有心肝」和「不人道」的。那一年過後，醫院終止了與管理式醫療照顧公司的契約。

James 醫師繼續在管理式醫療照顧公司過得順利，並且隔年接下醫療長的職位。他對他的成功感到陶醉，但是也擔心會在當地精神醫學團體遇到對於他公司的過往駁回請求記錄感到憤怒的同事。他處理這個問題的方式是鼓勵管理式醫療照顧公司捐助精神醫學團體的繼續風險管理計畫，他在團體中變得活躍，並且最後被其理事會的成員任命為倫理委員會的主席。對這些理事們所提出的治療決定申訴，他總是給予特別的考慮。

問題：在本案例中是否有利益衝突？

是。James 醫師同時作為一名執業醫師及一家保險公司的醫療審查人。他作為醫師的角色是去促進病患的照顧，然而他在保險公司的角色，則是基於保險公司標準和個人判斷，藉由准許預先授權請求之決定，來為保險公司省錢。當有一筆紅利附隨在駁回決定之上時，衝突變得更加明顯。即便 James 醫師可能想要促進病患的照顧，也想幫助他的公司獲利，駁回請求的附加誘因可能就會導致他駁回合理的請求。此外，病患有權就聲請給付駁回之決定提起申訴的事實，使 James 醫師更容易駁回有爭議的請求，進而使病患更難獲得照顧。

是。在醫院提供照顧的責任與營利需求之間的潛在衝突，並非如此明顯可見。醫院管理者知道保險公司會拒絕給付一定比例的照顧，而且他們有一定比例的資源會用來對給付請求之駁回決定提起申訴。為了避免給付之請求被駁回，或為了在按人計額的制度下賺更多的錢，醫院也有動機讓病患較早出院。無論在哪種情形下，都有增高病患提早出院的風險；而當醫師的工作評量是決定於，相較其他同事他們有有多快讓病患出院時，更是如此。

否。保險公司可以主張他們沒有從事醫療，當他們在准駁請求時僅僅處理保險利益而已，運用醫療專業知識也只是用來准駁保險利益而已。依此推論，並不存在治療提供者與病患之間的關係。

討論

美國國會制定了僱員退休收入保障法(Employee Retirement Income Security Act, ERISA)，以統一全國處理員工退休金的模式，但是非預期中的結果是醫療照顧保險

給付落入 ERISA 的管制範圍。若原告的請求受到 ERISA 規範而對保險公司起訴時，對於原告之補償以當時遭拒的保險給付之價值為限；沒有疼痛或精神痛苦的填補，也沒有懲罰性損害賠償。因此，保險公司會試圖把原告的案件移到聯邦法院，因為 ERISA 的損害填補方式較有利於保險公司。擔任醫療審查人的醫師與提出請求而其審查的病患之間是否有醫病關係，專業醫學組織並未對此做出評論。

病患照護的最終責任落在治療的醫師身上，如果執業醫生相信病患有一較長時間住院之必要，那麼不管付款的狀態如何，他們都應該將該病患留在醫院中。過早讓病患出院的執業醫師，須冒著讓病患遭逢不良事件及後續醫療過失訴訟的風險。保險公司拒絕給付的部分，可以由病患來支付，而對於受到 ERISA 規範的給付請求受到駁回時，病患可以向保險公司起訴請求該給付之價值。

案例

Harper 醫師因其對各種腦部疾患的研究，成為美國最受推崇的醫師之一；他是一所有聲望的醫學院及醫院之精神科主任，也是一家國營製藥公司 Zombor*主辦的晚宴和各種研討會的演說者。去年，Harper 醫師的部門從他已為 Zombor 公司所做的工作中，賺得十五萬美元。他自己沒直接收受任何資金，但資金是流入醫院的匯總的薪資基金之中。

Harper 醫師以在其研究的「客觀性」而自豪，他的研究成果支持他開立 Zombor 的最新藥物其中的一種。每當他診視病患時，他總是先與病患討論 Zombor 的藥物，然後才是其他製藥公司的替代選擇。當 Harper 醫師與病患談到 Zombor 的藥物時，他主要在談論與 Zombor 藥物相關的優點及風險，他會討論其它的替代選擇，但不

*藥物名字是虛構的。(This drug is imaginary.)

會花費同樣多的時間來談論那些藥物。Harper 醫師知道製藥公司有他處方模式的資料，一名來自 Zombor 的藥商代表，每個月兩次會造訪 Harper 醫師來談論新的演講邀約。

三個月前，Harper 醫師的一項後設分析（meta-analysis）發現了 Zombor 的藥物與增加的心臟病發作有關。Harper 醫師與製藥公司討論過這個副作用，Zombor 請求 Harper 醫師在他與公眾的溝通中將此發現的重要性減到最低。Harper 醫師同意，在其有掛名的研究中，以及在他的醫院與醫學院有掛名的研究之新聞稿中，不會強調他的新發現。

然而，在三位病患對製藥公司提起訴訟之後，Zombor 的股價下跌了 8%。Harper 醫師被質疑為何他對於副作用的潛在比率沒有更坦白地表示，Harper 醫師對媒體的發言，讓他看來似乎在他的後設分析結果一出來時，他就已經確實給與公眾充分的警告。然而那些與 Harper 醫師共事的人覺得，對於使用藥物與心臟病的關係，在儘早警告公眾這一點，他做得並不夠。

問題：本案例是否有利益衝突？

是。Harper 醫師是一名研究者、醫院和醫學院精神病科主任、臨床醫師，並且與一家製藥公司有官方的關係。這件事本身在今日可能較不具爭議性，因為有顯著比例的藥物研究現在都是接受製藥公司的資助。然而，有些人可能會爭執，Harper 醫師與製藥公司的官方關係，會使他的研究成果及臨床照顧產生偏差。確實，有數據證明，工業所支援的研究傾向於得出有利於工業的結論。例如，比較非營利的和工業贊助的臨床試驗（例如，抗抑鬱和抗精神病藥物的）之後，研究人員已顯示了贊助和有利結果之間的驚人關連。第二個問題是，Harper 醫師使用醫院和醫學院之

標識和名號，來對外發布製藥公司所贊助研究的新聞稿。批評公司的人，也就是那些未從製藥公司提供之匯總薪資基金獲取薪資，而且是在私人執業且將他們的時間奉獻在部門的臨床醫師們，則不被許可使用印有醫院和醫學院標識的部門名號來宣傳他們的公眾事業（public work）。

否。Harper 醫師是在與一家製藥公司進行合作，而該公司的任務則是協助發展治療可能導致失能或致命的疾病。為了達到那個目的，公司需要賺錢以冒險從事新藥開發。製藥公司在藥物發展上的成功，已經拯救了無數性命，並且是經濟的重要成分之一。製藥公司的慈善行為，也讓低收入的患者能使用醫療及照顧，並且讓藥物以低成本提供給開發中國家的人。

問題：Harper 醫師的行為是否有任何違反倫理之處？

是。Harper 醫師確實公佈了探討新副作用的後設分析。然而，Harper 醫師實際上同意「緩和」他的後設分析的結果。製藥公司知道，要是該資訊成為一個公共領域談話中的重要主題，Zombor 藥物的銷售量會急劇減少，而且公司將會遭受更嚴格的檢視。另一方面，Harper 醫師知道或者本應知道，隱瞞資訊會對許多病患帶來潛在的致命結果。Harper 醫師作為一名醫師和研究者的角色，與他作為一名製藥公司的員工的角色相互抵觸。Harper 醫師使用醫院和醫學院的標識和名號來發布新聞稿以及與製藥公司通信，除非他的批評者同意讓他們的收入併到由製藥公司所提供的匯總薪資中，否則他們就不被允許使用上述標誌與名號。

討論

有關製藥公司對研究的影響，以及醫生在這種關係中所扮演的角色，在過去幾年中有過很多爭論。一種論點是認為，製藥公司資助的研究會偏向有利於他們的藥物。此外，有研究證明，不一致的與選擇性的不良副作用與其他不利的結果的報導，以及研究設計的誤導，皆與製藥公司的贊助有關聯。

醫師們也涉及「代筆（ghost writing）」的爭議。這種情況下，掛著某醫師的名字的研究計畫和論文，實際上卻是由另一方所控制，而且該第三人往往是製藥公司的員工或是與之有官方關係。醫師們被指控在偏袒製藥公司的研究中，藉著獲取聲譽、名氣、威望、學術地位以及金錢，從中受益。

案例

Riggins 醫師在一座大都市中開設了一家私人精神科診所。他剛來到這個城市，需要迅速地建立起他的業務以支付他的薪資和經常性費用，包括為他工作的人們的薪資。作為一個懂得做生意的人，Riggins 醫師想出了一種看來是有利可圖的企業模式，此一模式是以一般科醫生的病患轉診為基礎。一般科醫生辦公室將一名病患介紹給 Riggins 醫師時，一般科醫師就可得到 100 美元。Riggins 醫生把這視為一種「雙贏」情境，因為病患會得到照顧，Riggins 醫師會有病患，而一般科醫師可以讓他們的病患得到精神衛生照顧，以及每次轉介的額外的 100 美元收入。

大約六個月後，Riggins 醫師的診所營運達到飽和。然而，Riggins 醫生注意到許多一般科醫師的病患轉介是不適當的。這些病患當中，有一些並沒有精神衛生需求。而有些病患問到，他們為什麼沒有被轉診至位置離他們住處較近的照顧提供者，

或是在他們的保險公司網絡中的照顧提供者？

問題：本案例是否有利益衝突？

是。醫師的動機在於建立起他們的業務以及賺錢，而病患的動機則是獲得最有利於他們的照顧。

否。可能有看法認為，將病患轉診到較佳的照顧體系的醫師，是在尋求病患的最大利益，而對該轉診的給付，則是一份為其病患做好事的「報酬」。

討論

病患轉診應該以病患的最大利益為基礎。專業組織承認，對病患的轉診支付款項會損害這種利益，而且可能違法。勸誘醫師為他們提供轉診的醫療保健仲介者，可能被視為是在提供「回扣」予醫師。收受款項的醫師，可能會基於取得額外收入的動機而將病患轉介給照顧提供者，並有比較低的動機來考慮其他長期而言對病患比較有利的照顧提供者。當臨床醫師被提供金錢報酬以轉介病患給製藥公司贊助的研究時，也有相似的問題出現。最低限度上，病患應該被告知在於醫師的聯絡網中，或者存在於醫師和製藥公司之間，有何種轉介的金錢誘因存在。相較之下值得去注意的是，在律師的客戶介紹中，佣金分潤是個常見的作法。

案例

Smith 太太是 Belmont 醫師的一名病患，他們已經建立了長達二十年的心理治療關係。Smith 太太從青少年時起，就一直罹患重鬱症。在他們的治療關係剛開始

的時候，Belmont 醫生與 Smith 太太討論到，在療程中所說的一切都會保密。多年來 Smith 太太的丈夫鼓勵她考慮抗憂鬱藥物，然而 Smith 太太表明 Belmont 醫師建議採用「談話治療（talk therapy）」而不用藥物治療。

一年前，Smith 太太向結縭三十年的丈夫提出離婚，離婚訴訟十分不愉快。三個月前，Smith 太太自殺未遂，被安置在一所精神病院之中。Smith 先生聘請律師並向州的醫療委員會投訴，指控 Belmont 醫師對 Smith 太太的治療並未達到照顧標準。Smith 先生主張之基礎是，Belmont 醫師鼓勵用心理治療作為對 Smith 太太的唯一療法，違反了他身為一名精神科醫師的義務，而且如果 Belmont 醫師早點在他妻子的療程中用抗憂鬱藥物治療她，他們的關係就不會惡化，而她也不會企圖自殺。

州的醫事委員會要求 Belmont 醫師提供 Smith 太太的醫療記錄。然而，Smith 太太拒絕在資訊公開書上簽名，不願將記錄釋出給委員會。Belmont 醫師，引用了病患私密性之原則，而拒絕醫事委員會的要求；醫事委員會因為 Belmont 醫生不遵從它的要求而對他罰款。

問題：本案例有無利益衝突？

是。Belmont 醫師想要維護 Smith 太太記錄的私密性，而州醫療委員會則要調查 Belmont 醫師，因其接獲投訴 Belmont 醫師有違反倫理之執業行為。

否。有人可以如此論述：如果醫療委員會有傳喚權（subpoena power），將醫療記錄提供給他們，對各當事人來說都是最有利的，而病患私密亦將受到最大限度的保護。Belmont 醫師所做的任何錯誤行為，將可以被探討及處置。

討論

Belmont 醫師在保護病患私密及避免因拒絕提供委員會記錄而受其處罰之間，可能有潛在的利益衝突。然而，因為 Smith 太太是一名獨立的行為人，他最終必須尊重她是否釋出其記錄的意願。因此，他遵循她的意願而拒絕將其精神疾病治療記錄提供給第三人（在這個案例中是醫療委員會），是符合倫理的。

問題：Belmont 醫師是否有取得有意義的知情同意來治療 Smith 太太？

否。Belmont 醫師只建議採取心理治療，而不探討將藥物作為一個替代選擇或者輔助形式的治療。雖然這種策略直到 70 年代早期還是普遍的，但在今日的情形往往是提供藥物治療成為唯一的選擇，而心理治療則不會被提供作為替代選擇或輔助。

討論

若醫療提供者要取得知情同意，則必須去討論治療的替代選擇。這樣的作法讓病患能夠去考慮各種的治療選項，包括每一種治療的風險和利益。相反地，若只告知病患藥物治療而不告知心理治療作為替代選擇或輔助形式的治療，在倫理上是有疑問的。任何有意義之知情同意程序的一項關鍵成分，就是用病患能理解的方式，與病患一起探討其它選擇或輔助治療方法的風險和利益，這其中包括不治療的選擇。這樣的探究，可以降低治療的潛在併發症並強化治療聯盟，不僅在倫理上而且在臨床上也是必要的，這對飽受各種身體及心理上折磨而接受精神科醫師治療的病患而言，特別至關緊要。在這脈絡底下，有意義的知情同意程序，就是達到極其重要的治療聯盟及信任的關鍵。

問題：要是 Belmont 醫師是一名不能處方藥物的心理學家呢？他是否仍須向 Smith 太太告知其他的藥物選擇？

是。知情同意需要討論治療的利益、風險和替代選擇，包括完全不治療的情況。如果 Belmont 醫師提供一種治療形式，他必須能夠教育病患關於其他標準治療的情況，以便讓病患能做出知情狀態下的抉擇。

否。相反的論點認為，不能處方藥物的心理學家對於藥物並沒有足夠的知識，無法藉著教育他們的病患關於這些替代選擇的情況，來使他們的病患能做出知情狀態下的治療選擇。

討論

即使 Belmont 醫師是一名沒有處方藥物特權的心理學家，他必須能夠討論現存的藥物治療的替代選擇，以及服用藥物的可能利益和風險。如果 Belmont 醫師沒有足夠的藥物知識，無法討論治療的利益和風險，或是無法得知是否和何時需要將病患轉介精神醫學評估，他將需要尋求精神科醫師照會，因為精神科醫師可以處方藥物，或者教育 Smith 太太關於藥物的替代選擇，讓 Smith 太太能做出知情狀態下的選擇。與此類似，一名處方藥物的執業醫師，必須能夠告知病患心理治療作為一個替代選擇或輔助的情況。

陶醉於全知狀態、對於不確定性的零容忍度、市場銷售流動的教條灌輸、最初的市場銷售錯誤資訊的定著，以及金錢上的利己，這些每一個都能成為產生利益衝突的重要的反轉移要素。藉由啟示性的「醉漢在路燈下找鑰匙，因為那裡有光」現象，我們可以說明為何臨床醫師只考慮他們所熟知的那些診斷，而且只告知病患那

些他們能自己從事的治療模式。

將精神科藥物以及其他替代選擇的風險和利益告知病患時，讓這個知情同意程序更複雜的事實是，處方的照顧提供者之前可能沒有獲得正確且平衡之資訊。也就是說，研究已證明工業贊助的研究傾向於得出對於工業有利的結論。與此類似地，許多研究也顯示藥商贊助的研究比較不會報告有害的副作用。例如，如果 Belmont 醫師是從（直接或間接地）接受企業贊助的繼續醫學教育工作坊中，或是從發表於期刊上工業贊助之研究那裡，接受到他的資訊的話，他可能會獲得帶有偏見的資訊。為了確保他能擁有一個平衡的觀點，Belmont 醫師也應該查看其他可得的資訊來源，例如對於建議療法持正反意見的已發表論文，並且與同事討論治療選項。在今日受藥商影響的環境中，個人、團體、家庭和環境治療經常被忽略的程度，就像 60 年代晚期和 70 年代早期的藥物治療被忽略的程度一樣。

案例

Ford 醫師在一家重要學術機構附屬大型醫院擔任精神科主治醫師。在他的照會聯商絡服務的輪調（consultation-liaison rotation）過程中，他輪調到一所一流醫院。昨天他被要求為一名有「自殺意念」的病患看診，Ford 醫生到達後，他與病患談了一小時。為了接受腕關節置換手術而住院的病患表示他沒有自殺意念，而他之所以說「想要自殺」只是因為他對主要照顧團隊的挫折感所致。顯然主要團隊會在一早進入他的房間、掀開傷口包紮進行檢查、團隊成員之間彼此進行交談，然後離開。病患感到挫折，因為他不知道還要待在醫院多久，而且他也不知道他是否復原良好。在 Ford 醫師傾聽病患的說法並且把其他因素（例如，精神科病史、自殺企圖、社會支援、為某人而活等等）考慮進來之後，他沒有對病患做出精神病的診斷。

今天，Ford 醫師的醫療主管叫 Ford 醫生到他的辦公室，他告訴 Ford 醫師「總是有要列出一個診斷」來讓保險公司給付，醫療主管要 Ford 醫師在病患的病列表中記載病患患有適應障礙疾患。

問題：此處是否有利益衝突？

是。Ford 醫師有義務運用他的知識來精確地診斷病患。所有醫院都有增加營收的利益，或至少讓損失降到最低。因為 Ford 醫師並沒有將病患診斷為有精神疾病，醫院得冒著 Ford 醫師所為之服務得不到給付的風險。醫療主管把診斷病患患有適應障礙疾患當做是一件微不足道的小事，既不會影響病患的長期後果，而且又可以達到申請給付目的。但是，一個可信但無效的診斷，可能會造成汙名化、過度限縮、窄化對於一個人的判斷，而且不使用 DSM 診斷來闡釋病人的狀況時，也有可能是既正確且有助益的（例如，病患—醫療人員關係的問題），這時使用診斷反而成為障礙。

問題：Ford 醫師是否沒有處理任何事情嗎？

是。Ford 醫師沒有處理在主要團隊和病患之間有溝通錯誤這件事。通常主要團隊往往很忙，沒有時間與病患長時間談話。但是當病患覺得沒有人傾聽他們的擔憂時，或是沒有人適當地告訴他們發生在他們身上的事時，他們會變得焦慮害怕。病患可能會藉著做出激烈的聲明來表達他們的挫折感，進而導致照會精神科醫師的舉動。

問題：對病患是否會造成任何潛在的長期後果呢？

是。即使當病患被診斷出有適應障礙疾患時，也可能有長期的後果。如果病患

要申請涵蓋生理和心理健康傷害的長期失能保險，保險公司可能會要求病患支付一筆較高的保費，因為精神健康的狀況早已存在。

討論

精神疾病的診斷可能會有長期的後遺症，包括汙名化、不適當的治療，以及對病患經濟狀況的影響。在精神醫學之中，知情同意程序對治療聯盟而言是最根本的。沒有病患參與和同意的診斷，會剝奪病患的權力，而且可以想見地會增加病患的痛苦。

醫院體系可能會用經濟壓力來逼迫醫師對於沒有精神疾病的病患貼上精神疾病的標籤，或是對病患貼上一個更嚴重的精神疾病的標籤，以使給付的第三人提供給付。陷在這種情況中的醫師，有必要去考慮，相較於在醫療上創造不必要的痛苦，直接處理這個現象的後果是什麼。

第二章：其他倫理困境

案例

Amro 醫師是紐約著名的精神分析學家，她有一些客戶是避險基金 (hedge fund) 和一些世界頂級投資銀行的員工。在精神分析的療程中，投資銀行家經常會談論將要首次公開發行的公司，而那些來自避險基金的客戶則是談論他們將要「放空 (shorting)」(一種避險基金業務的術語) 的股票。Amro 醫師沒甚麼商業的知識，她會與每周聚會的一群精神分析學家討論她的一些案例。在一次聚會中，她透露了一名避險基金客戶得知關於某家公司的「壞」消息將在三天後出籠，她的病患擔心那家公司的很多人會失業，然而他的基金會因「放空」股票而獲益。Amro 醫師的其中一名同事知道他的投資組合中有 10% 是這家公司的，則進一步行動叫他的經紀人賣掉所有那家公司的股票。那位同事從未對 Amro 醫師提及他所做的事，但是覺得他做的沒錯，因為「沒有人在這過程中受到傷害。」

問題：此處是否有利益衝突？

是。這個案例用不一樣的方式說明了典型的利益衝突。典型案例是一名精神科醫師使用在療程中得知的保密資訊來獲取利益—本質上，就是運用治療情境中取的內線資訊，而在治療關係中占到便宜。在本案例中，則是 Amro 醫師的一名同事利用此一資訊來避免經濟損失。

否。那名同事可能會主張，他與該病患沒有醫病關係或其他關係，因此可以根

據間接從病患處得知的資訊來行動。另一個該同事可能會主張的論點是，如果他沒根據該資訊來行動，那麼他將蒙受巨大的經濟損失。

討論

這個案例說明了，即便在向同事介紹案例時，也有必要仔細考慮保密性之各個面向。Amro 醫師在案例呈現時本應略去公司的名字，特別是鑒於此一資訊的潛在爆炸性，可能會有強烈的論點認為，除了呈現該臨床個案所必要者外，她有義務不揭露任何更具保密性的資料。

適用於 Amro 醫師的倫理原則，同樣也適用於該同事身上。在本案例中，該同事覺得，因為他在關於公司的壞消息公開之前就已行動，沒有人在這過程中受到「傷害」。雖然如此，使用該資訊作為個人獲益之用，該同事違背了 Amro 醫師和病患的信任。此外，他的行為對於壓低該公司的股票價格也有助力，因此促成其他人失業的結果。

案例

Lewis 先生是一名軍隊的現役成員。一年前，他參與一次激烈的戰鬥而產生了符合創傷後壓力症候群（posttraumatic stress disorder）的症狀。一名軍事精神科醫生著手評估 Lewis 先生，在其中一場會談中，Lewis 先生透露，因為焦慮之故，他不覺得他能夠筆直地開槍，而且也不覺得他有足夠的戰鬥能力來與「敵人」在戰場上肉搏。在評估之後，軍事精神科醫師診斷 Lewis 先生罹患創傷後壓力症候群，並建議開始讓他進行藥物治療。然而，精神科醫師也記述，他必須向軍方報告 Lewis 先生的狀況，因為 Lewis 先生使其同袍「身處危險之中」。

問題：本案例是否有利益衝突？

是。軍事精神科醫師有兩種角色。一種角色是作為一名治療的精神科醫師，另一種則是作為軍隊的一員。軍事精神科醫師的目標不僅只是治療精神疾病，而且也要確保士兵的能力仍適於履行他的軍事職責和義務。這能力包括如果參與戰鬥，他須有能力殺死其他人。這也意味著治療越有效（讓病患能重返職位），當病人還有殘餘的能力受損時，就有越高的可能性會讓病患處在導致他人傷害或死亡的風險中。

Joseph Heller 在《進退維谷（*Catch-22*）》中描述了在戰爭的迷霧之中充斥在精神醫學決策間的矛盾氛圍。下面的思考實驗是具有啟發性的：Freud 的鼠人在 Freud 治癒他的強迫症（*obsession*）之後，變得足夠健全而能在奧地利的軍隊服役，結果在軍隊中死於第一次世界大戰。如果 Freud 早知如此，他會去治癒鼠人嗎？

否。有人可能會爭執，一名士兵早就知道成為士兵的心理和生理要求。在軍隊中的醫師可能會認為，將精神上無法勝任職務的士兵舉報出來，有助於保護他們的國家、其他士兵以及正被討論的士兵本人。

討論

軍事精神科醫師工作的其中一個面向是去確保士兵能勝任職務，這包括能在戰鬥情形時能夠應戰。軍事精神科醫師對軍隊和保衛國家負有義務，但是作為一名醫師，軍事精神科醫師治療的目的，是為了讓該接受治療者能夠殺死敵方戰士、保護同胞，並且應付戰鬥的壓力。

精神科醫師可能發現他們自己處在一種不自在的角色中，必須評估士兵是否適

合戰鬥而且能夠殺死敵人。醫師所接受的訓練是去延長生命以及減輕痛苦，醫生也被訓練要維護病患之隱密；然而在這個案例中，卻負有舉報不能勝任職務之士兵的職責，因此醫師必須權衡這些相衝突的責任。一個處理這種雙重角色衝突的方法是，先提前警告士兵關於保密性的限制，並且與士兵一起探究「治癒後」這種進退維谷的可能性，亦即被「治癒」好讓士兵勝任職務，而該職務卻有使該士兵處於被殺之高風險。

案例

有一個歐洲國家合法化醫師加工自殺。過去二十年來，對於這種被視為解脫痛苦的慈悲方式，這個（建國）超過數十年的國家態度上更為開放。關於哪些病患有資格列入考慮，已經制定了嚴格的標準。在已施行的立法中，有規定兩年的等待期。該國的政府預算大幅赤字已持續數年，並且一直致力於刪減醫療保健的花費。有位醫療保健部長想出一個為政府省錢，並且結束嚴重疾病病患之痛苦的方法，那就是提倡醫師加工自殺作為另一種照顧選擇。部長覺得，如果政府更積極推動醫師加工自殺，安寧照顧（hospice care）的預算將可以降低 30%。而且部長認為那些嚴重失能而毫無過著「有品質」生活希望的人們，將會認為醫師加工自殺是一個可行的選擇。

問題：本案例是否有利益衝突？

是。醫師所接受的訓練是去延長生命以及減少痛苦，安樂死卻需要醫師這邊積極參與來加速病患之死亡。在作為治療者的醫師與作為兇手的醫師之間，需要有一條明確的界線。

是。提倡安樂死會有金錢上的利益，這種金錢利益對醫病關係會是一種干擾侵入。無論有無保護措施，已經擔心害怕的病患會因此合理的不信任，而加深他們的恐懼。

否。有些人會主張，當病患是在一個真摯的知情同意程序中選擇安樂死之時，安樂死是一種處理病患痛苦的人道方法，而醫師則是最適合對病患施行安樂死的人。政府為這樣的計畫出資，能有助於將安樂死之實施合法化。

討論

全世界對於醫生加工自殺存在著不同的意見，我們常聽說撤除生命維持設備的事情，但是許多醫學專業人士認為，加速病患死亡的行為完全與醫學專業的核心倫理目的相背反。在本案例中，此一國家的社會對於醫師加工自殺的想法已經改變，政府相信它能省錢同時又能結束痛苦，在本質上是一種「雙贏」情勢。

即使這種立場反映出多數國家公民的意願，但是若有少數族群希望在末期照顧時能夠有更加強的治療，這些人可能會受到歧視。在評估末期照顧的價值（以及在所有個案中持續照顧）時，是否有重大的文化差異的這個問題，目前研究仍頗有限。但現存的研究指出，少數族群更可能選擇加強（而因此）昂貴的照顧，甚至是在生命盡頭的所謂「英雄式的搶救措施（heroic measures）」。¹這裡的衝突就是，結束生命的金錢誘因侵犯了一個由家屬、醫療提供者和病患所做的個人決定。結束生命，本質上從作為完全醫學上的決定，變成一個醫學和金錢上的決定。

某些殘障權利團體提出關切，認為如果醫師加工自殺被合法化，保險公司會有金錢上的動機去拒絕給予昂貴的照護，直到殘障者選擇結束他的生命為止。

合法化醫師加工自殺，並且擁有管理式醫療照顧模式之照護的國家，必需要考慮有關維持生命與結束生命的議題。這些國家需要決定，如何能最佳地落實保護措施來維護一弱勢團體及個人一結束或不結束個人生命的選擇，而不懼來自第三方的經濟壓力。

案例

Lee 先生經診斷患有慢性妄想型精神分裂症。他目前正參加一個州政府資助的福利計畫，該計畫已經支付他過去五年的精神健康治療費用。Lee 先生現在已康復到他想要重新就業的程度，他看到一家本地咖啡館的職缺並且考慮申請。這份工作支付最低工資，而且可以配合 Lee 先生周一到周五的治療計畫。Lee 先生的精神科醫師認為，工作會是一個好主意，因為它會給 Lee 先生基本的責任而有助於提升他的自尊。

在考慮建議 Lee 先生去工作之後，Lee 先生的精神科醫師接著有了新的想法。如果 Lee 先生去工作，承接他的州政府資助保險的公司將不再為治療付錢，因為 Lee 先生會賺太多錢而不符資格；但是 Lee 先生所賺的錢會不夠支付他的治療，也不足以支付他的日常開銷。Lee 先生的精神科醫師因此決定，當 Lee 先生下一次預約回診時，他會建議 Lee 先生參加一個精神科復健計畫，而非尋求咖啡館的工作。

問題：本案例是否有利益衝突？

是。Lee 先生想去工作。他患有慢性、嚴重的精神疾病，而工作可能會有助於改善其精神疾病，並且可以幫助提升他的自尊。州政府資助計畫想要省錢，而且也想確保最有需要的病患能受到計畫的援助。

然而，州政府資助計畫的目標本質上是矛盾的。如果一名病患病情好轉，工作並不符合他的最佳利益，因為他會因此得不到州政府資助的費用；如果病患去工作，他會無法支付他的治療費用，而這會變得過度沈重的負擔。在這種情況下，病患不去工作的誘因，只有藉著不能工作，他們才會繼續符合州政府資助計畫的資格。

否。州政府可以主張他們的資源有限，而且已經保留他們的大多數資源來治療最嚴重的病患。雖然在體制中有些瑕疵，但是州政府可以主張目前沒有更好的選擇。

討論

此一案例說明了一個不協調的誘因所引起的倫理難題。州政府想要治療患有最嚴重疾病的病患，照常理說，這些病患需要最多的資源。有些病患病情會好轉，但是對於那些有意願及能力工作的人，這個制度非但沒有提供額外的支持，反而取走了他們的福利，實際上給予病患一種維持在生病狀態的誘因。醫師們因此被陷於一種進退維谷的局面中：如果病患不工作，他們會持續生病；或是如果他們工作，他們可能也會生病，因為州政府會拒絕提供他們治療的補助。一個符合倫理並且有效的選項就是發展出一個制度，在每個改善的階段給予適當支持，對病情能夠好轉的病患提供動機及援助。

案例

在美國有個高排名的住院醫師訓練計畫，它以其計畫中沒有外國醫學院的畢業生而自豪。過去幾年中，它只接受美國畢業生的申請。

Manning 醫師是名印度醫學院的畢業生，他是個優秀的學生。他贏得許多獎項，

並且被認定是個優秀的執業醫師。Manning 醫師舉家遷到美國，希望最終能取得美國公民身分。Manning 醫師考慮兩家地方醫院的住院醫師訓練計畫，其中一個是一項高排名的計畫，而另一則是較低排名的計畫。基於他所有的成就，Manning 醫師認為他會很適合較高排名的計畫，因為他在印度的獨立執業的經驗，他覺得他的所知與那些高排名計畫的住院醫相比，要是沒有超過他們，至少也跟他們一樣多。Manning 醫師上了幾個醫學院學生的網站，並且發現高排名的計畫「對外國人不友善」。儘管如此，Manning 醫師仍向這兩個地方計畫提出住院醫師的申請。較低排名的計畫提供給他一個職位（但不是在他最感興趣的專業領域中），因為 Manning 醫師覺得他沒有機會被高排名計畫接受，因此他決定接受這個職位。

問題：本案例是否有利益衝突？

是。住院醫師訓練計畫想要最佳人選加入它的計畫，但是計畫的聲望是建立在「其人選大多數或全部是來自地主國，而極少有持外國畢業證書的醫師」來申請。

否。住院醫師訓練計畫可以主張，它想要對來自地主國的醫師提供教育，因為計畫中的教師們對於地主國畢業生之醫學院母校的品質瞭解比較多。而且，住院醫師訓練計畫可以主張，來自地主國的人選應當給予最好的訓練職位，因為他們會留在地主國照顧地主國的公民。

討論

醫療專業是以菁英主義自豪，這個制度的目的在於其找出訓練有素之醫療提供者。許多國家倚賴外國訓練的醫師以支援他們的醫療保健系統，當外國國民因其外國證書而被拒絕進入訓練計畫時，因為它沒有最佳的人選，這是訓練計畫的損失。

另一個考慮是，大多數外國國民所獲得的職位，都是在服務欠缺並且需要醫生的地區。此外，排除外國受訓的國民，實際上可能讓早期用來排除本地少數團體的定額制度（quota system）重出江湖。例如在美國，多年來對於非裔美國人、非純種美國人（ethnic Americans）和猶太醫師，在醫學院和醫院設有定額限制。

外國國民經常被勸阻，希望他們不要申請最有聲望的訓練計畫，因為這些計畫有部分素有「對外國不友善」的名聲。有些計畫是以不准外國國民進入而自豪，這會造成真正的或感覺上的基於原始國籍而歧視的氣氛，而這種作法就跟早期各種人種（racial）、民族（ethnic），以及宗教的歧視一樣，隱而不顯。這也會導致地主國相信，在世界其他地方的醫學訓練不如地主國，然而或許相反的想法才是對的。

案例

Amy 被指控犯下嚴重攻擊一名警官的罪行。她有慢性妄想型精神分裂症的病史，而她在行為時無法認識其行為的違法性。在她所生活的州裡面，要提起承認有涉案行為的心神喪失抗辯，被告必須提出清楚和令人信服的證據，證明她患有嚴重的精神疾病，並且因為她的精神疾病導致其無法認識行為的違法性。

治療 Amy 的精神科醫師正在與 Amy 研究她應該提出什麼抗辯，Amy 的律師所給的理由是，如果 Amy 提出心神喪失無罪的抗辯，那麼跟入獄比起來，Amy 有可能會在一所州立精神病院度過更多的時間。Amy 的律師認為，如果她承認有罪，檢察官可能會提供認罪協商，而 Amy 將得到緩刑；然而如果她承認有罪，Amy 不太可能會得到有效的治療。Amy 請她的精神科醫師提供建議給她，精神科醫師應該建議什麼？

問題：本案例是否有利益衝突？

是。有些人會坦白地表明，精神科醫師不應該給任何建議，或者應該告訴 Amy 要聽從她的律師。然而，精神科醫師想要同時支援病患對自由及治療的需求，衝突因此產生。

是。一個成功的「因心神喪失而無罪」的抗辯，可能導致在被告在州立醫院接受強制住院以進行精神科治療。然而，在一所州立機構治療的期間，跟被告認罪而在監獄服刑的期間比起來，很可能會長得多。

討論

在本案例中，認罪協商的發展比提出「因心神喪失而無罪（NGRI）」的抗辯要更吸引人。一件 NGRI 判決可能會加倍污名化，因為被告除了承認她犯下這個抗辯的基礎行為之外（除非被告承認，否則不能提出心神喪失抗辯），現在也被貼上精神病患的標籤。這樣的人可能會發現，他們實際上擁有的公民權利（隱私權、配偶探視權及其它）更少，住在一所最高度戒備的司法醫院中，所以這些人會發現他們的監禁條件變得更艱鉅。在另一方面，對於有精神疾病的人來說，監獄是個特別危險的地方；在社會病質的掠奪者所主宰的監獄社會結構中，這些病人會成為社會病質者的獵物。在 Amy 案件中，受害者是一名警官，這個事實可能讓她的監禁對她來說更難熬。

第三章：知情同意

一所地方醫院一直在努力解決，如何能夠以最好的方式為其治療取得知情同意，有一個想法是研發知情同意表格。有份表格中聲明：「我與病患討論過治療的利益、風險和替代選擇」，然後病患會被要求在表格上簽字。然而，一名風險管理團隊的成員認為簡單的聲明並不足夠。他們建議，一旦病患選擇治療，她就應該在列出每一個可能副作用和不良反應的表格上簽字。醫師們及其他醫療保健提供者，則想要一種較省時的方法來獲取知情同意。病患並不了解醫學術語，而且想要更多的時間詳細討論治療的選項，這樣一來他們會覺得他們做出了一個知情的選擇。

問題：本案例是否有利益衝突？

是。當病患在各種治療選項中選擇時，每一方都想要他做出知情的選擇。然而醫院會擔心，當不利的結果發生時，就會有針對醫療提供者和醫院的訴訟接踵而來。風險管理人員相信，最好的保護方式就是一份詳細列舉風險的清單。在時間壓力下，醫師想要一份簡單、易懂的表格，這個表格除了告知病患之外，也會保護醫師免於醫療過失訴訟。

討論

醫院在這案例中的立場是：「如果你沒用文件記錄它，它就沒發生過。」這段引語是指下述情況：醫生主張他們與病患討論過特別的考量，但是因為他們沒在病歷中記錄下來，陪審團會相信醫師沒有跟病患警告過相關的不利事件，然而這並非絕對真實。

知情同意是一個進行中的過程，而不是只需在一份表格（無論長短）上簽字的「一次性事件」。醫療提供者應該討論治療的利益、風險和包括根本不治療在內的替代選擇。此外，做醫療決定時，不論在什麼時候，醫療提供者都應該請病患的家屬或在其社會支持系統中的其他人一起加入。醫療提供者應該儘可能詳細地記載這些討論的內容，只有當病患已與醫療提供者會談，並且醫療提供者已經對他們解釋過選項時，才可以使用表格。只有在已經回答病患問題，並且醫療提供者確信病患有能力提供知情同意之後，才能讓病患簽署一份表格，來作為知情同意程序的附屬證明文件。