

精神醫療的人性關懷

蕭宏恩／元培科學技術學院通識教育中心副教授

E-mail：hsiaohe@mail.yust.edu.tw

壹、導論：精神醫療者的基本關懷

社會上的精神病患，總是被按上「不定時炸彈」之污名，此反映出兩方面之意含：一方面是一般人對精神病的不了解而感到厭惡、甚或害怕，使得精神病患及其家屬成了社會的邊緣人；另一方面，一般人之所以對精神病不了解，就是因為社會並未對之真正投注關懷，使得精神病患及其家屬並未受到良好的照護。這種對精神病患及其家屬疏忽、隔離、不了解、未予適當照護等等，很難說其因果歸屬！然而，社會與精神病患及其家屬所寄託的精神醫療人員（精神科醫師、臨床心理師、護理人員、社工人員、就輔員等等），不但責無旁貸地要負起照護之責，而且亦有教育社會一般民眾之責，去除「不定時炸彈」之污名，更要將精神病患及其家屬由社會的邊緣拉向群眾。

一、他人的面容－不同的可能世界－奧祕

無論社會上有些人怎麼想，都無法否認精神病患者如同你、我一般，就是一個人、一獨立存在之個體。前面講保有個人「隱私」，是身為一個人最起碼自尊，也是面對一個人最基本的尊重。對待一個人當然不僅如此，作為一個人也不會滿足於此，因為人是不斷地在追求些什麼，本然地朝向一種善的價值，以趨向純善的絕對價值。先不論什麼是「善的價值」？又「純善的絕對價值」所指為何？就其根本，就是因為人潛存無限可能，才得以無盡追求、探索，永無止境！當代法國哲學家勒維納斯(Emmanuel Levinas)「為他人」的倫理學啟示予我們：他人的面容揭露了不同於我的可能世界，而且我永遠無法窮盡這個世界，如同我永遠無法窮盡自我的內存世界！¹而自我必要以肯定他者存在的奧祕之心態，分享那不同於我的可能世界，以無私的、不求償報的、重視個別「差異」的獨一無二的方式對待他者，這就是關懷之情！²

精神病患由於其身心的障礙，不得已亦非其所願而將些許隱私攤在了醫療人員面前，接觸病患的醫療專業人要發其所願地照護之、關懷之，首先即得保有其隱私，多少還他個自體，才能更進一步地、深入地與之共處、共融，因為「隱

¹ 杜小真：《勒維納斯》，台北：遠流出版公司，1994，頁 39-44。

² 同上註，頁 44-47。

私」不是他者的奧祕，如果將他者的隱私當成了「奧祕」，那麼，所有的關懷也只不過成了膚淺的同情、憐憫，因為我們以為已經探入其最深處，病患已在我們面前透明，再沒有什麼可值得深入的了！在這種情況下，試想：可憐一隻流浪的癩皮狗跟同情一個人、憐憫一個路邊的乞丐有何不同呢！？

二、結構（性）與非結構（性）的共融

作為社會的教育者與寄託，不但是精神科醫療人員的職責，更是其使命，「使命」所表達的是一份「承諾」，「承諾」是對一種召喚的回應而認真、誠懇且無可侵犯、無悔的投入與專注於其中。「專業」就是一份承諾，醫事專業更是直接關係到人之生命，背負人生命之健全的神聖使命。³那麼，醫事專業人的陶成就是對這種使命最基本的回應。筆者以為，醫事專業人的陶成過程是在兩重對比的互動與共融中不斷地成長：

1.學院的理論結構（性），代表理想（性）範式。醫事專業人的學習一般是由學校內開始，而學校內的學習主要是在知識（理論）的獲取，知識（理論）在乎一種「理想性」(idea)的邏輯連貫，乃因應範圍對象之具「時空性」的結構，落實於現實的操作，必須摻入「人、事、時、地、物」之具體時空因素之情境及其變化的考量，並非將知識（理論）作為如同「規則」一般地實務運用。

2.實務之非結構（性），交由制度化運作。掌握「人、事、時、地、物」之具體時空因素之所處情境的考量，固然需要依於經驗的隨機卻非隨意之自由心證，更非僅憑「感覺」行事，仍必要在某種「秩序」內的運作。此所言「秩序」則是依於理論的理想範式而具體化的「制度」，在制度化的運作下，可避免個人在情緒上及私心作祟下的恣意妄為，更積極地能落實理論的實務應用。

然而，無論是學院內的學習或實務工作上的學習，其共同的問題在於：人性關懷面的落實如何可能？而人性關懷面的落實之根本，即在乎倫理（道德）的確實踐履。倫理的學習在學院內的理想範式，除了倫理（學）理論及倫理原則的探討之外，就是倫理個案解析之方法的掌握，「見習」與「學習」雖主要是專業技能的實務演練，卻就是倫理（道德）具體實踐，因為一旦進入專業實務的具體情境，即已產生倫理關聯及其關係內道德行動之履行，無所謂「演練」之可能，頂多可說是進入另一階段的學習，但是關於己之所有責任，必須仍由己來擔負，不可能由他人代為負起。就是因為如此，所以，筆者認為，「倫理」正是帶動專業之所以落實之道，因為行動必須有責任的付予方才得以是為「自主的行動」，否則只是被動的完成，其行動價值（無論是專業成就或道德價值）可說是微乎其

³ 蕭宏恩：《醫事倫理新論》，台北：五南圖書出版公司，2004，頁 10。

微！尤其是精神醫學所面對的社會邊緣人（如前所言），其成就之倫理價值，直接探入人性最深邃的關懷，因為關懷對象的回饋（無論是病情的好轉或對醫療者精神上的鼓舞）與付出是那般地不成比例！愈是要藉由醫療者自身的奉獻與服務的熱忱，以造就精神病患及其家屬的福祉。

貳、醫病人，還是交朋友？

一、精神醫療倫理的特殊性

醫事倫理的規範是為使得醫療衛生保健系統內的專業人員，具備一定的專業品格與水準，以充分保障病患的權益。然而，實行精神科醫療行為的醫護保健人員，由於所面對的病患情況特殊，故而，除了一般性的醫學倫理規範之外，尚需遵循特別相關的倫理，其理由有以下三方面：

1.精神病患的心靈障礙及其家屬以及社會上對精神疾病之知識的缺乏。精神病患往往因其所患疾病的影響，而使其精神狀態難以掌握、或心情狀態不穩定，病患本身無法作適當的判斷與抉擇，需依賴治療者的決定。另一方面，一般病患家屬亦常因缺乏關於精神疾病與醫療方面的知識，也只能全盤依靠醫護人員的建議。這裏就牽扯到對病患人身自由權益的保障以及精神疾病的容易被「污名化」之問題，而由於精神病患及其家屬對醫護人員的全然信靠，即使得醫護人員在道德上即有義務替病患及其家屬做適當的著想與照護。

2.精神疾病的治療格外容易揭露病患及其家屬之隱私。為了治療上的需要，病患及其家屬往往需向醫護人員坦露自己的私生活，包括個人的內在感情與心思。故而，精神科的醫護人員對這種專業上極容易接觸到的他人隱私，在態度上要格外謹慎與尊重，只能為了醫療上的需要與目的而加以探討，不得濫用精神病患及其家屬的信賴與隱私。

3.不同於一般的特殊而微妙的醫病關係。由於醫療上的目的，精神科醫護人員與病患及其家屬之間較之其它醫療專業更著重關係上的運用，有時會建立長久而親近的醫療關係，維持微妙而特殊的人際關係；這也使得患者和治療者雙方都有比較多的機會產生移情和遐想！因此，醫護人員要能負責管理這種親近的醫療關係，以免發生非專業性或超越治療的私人關係，因為其可能造成的負面影響，可由以下兩方面來了解：

(1)醫病間的不當關係，會增加彼此的心理負擔。精神疾患治療之醫病間的不當或不正常關係的發生，不但會影響治療者的判斷，而且，更有

甚者，會導致或加強患者的負面反應，例如：害怕、憂鬱、憤怒、罪惡感和心理創傷，這些負面反應對治療的破壞確是顯而易見的！當然，無可否認的，醫病間所謂不當或不正常關係的發生，並不必然帶來負面的影響或後果，只是，無論其所佔比例如何，根據「不傷害原則」來說，我們不但不能傷害病人，也不能將病人置於可能受到傷害之情境。因此，精神醫療上的不當或不正常關係，即不能因為其不必然或並未產生所顧慮之負面影響或後果，而使之正當化或正常化！

(2)致使病患及其家屬、甚至社會上一般大眾失卻了對精神醫療與心理衛生專業的信任。一般說來，一門專業自有其專業組織，乃經由鑑定合格的專業人員所組成。專業組織的目的主要就是為建立起該專業從事人員的「責任心」、「責任感」，以共同維護該專業之聲譽與大眾的信任感。如果專業聲譽與信任感被破壞了，則欲重建專業的被信任感，就相當困難了！尤其是如此著重關係運用的精神醫療與心理衛生工作，只要有過因關係的不正常所帶來的不良負面反應之病患，就極不容易再相信其他相同專業之人員，那麼，專業整體形象的被破壞，其嚴重性即可想而知了！

二、醫護人員與病患間之職業性與非職業性之關係

由於醫療上的關係，精神科的醫療人員常會與病患發生很親近的特殊人際關係。特別是在心理治療的過程當中，經由信賴與治療上的需要，病患會將自己私人性的情感揭發透露，並且有時會與治療者產生濃厚的情感關係。善用這種特殊的人際關係來醫治病患。即是作為一名治療者當具備的倫理涵養。可是，這種治療者與病患的關係，時而成為醫療人員於臨床工作上的一種兩難困境：一方面被要求這種醫病關係是建立於相互信任、相互尊重的一種「同伴之誼」（《馬德里宣言》⁴第3條中有明文），但是，另一方面又被要求謹守這種關係是基於「治療」而有的「職業性關聯」，而非一般「私人性的「社會性往來」！？然而，除了極端的關係外（譬如「性關係」，前已有所論及），精神醫療內之醫病關係的分際到底在那裡？實在很難認定！無論是我國的「精神衛生法」或是精神醫學倫理的《馬德里宣言》皆未有明文規範。不過，醫病關係間的一種互信互賴、互相尊重乃在於真誠的內在、信實的心理，而非僅為外表的態度，更不能只是「技巧」的運作罷了！因為缺乏了誠信的內涵，很可能成了只是互利互用、互相交易的關係，或頂多只是同情、憐憫的上對下之有能無能之關係，在精神治療上，很可能無法達到理想之療效。

無可否認的，醫病之間的關係如果太過親近，往往會使得感情用事而（嚴

⁴ 李明濱主編：《實用精神醫學》，台北：國立台灣大學醫學院，1999，頁461-462。

重) 影響及醫療人員專業上的判斷能力！而另一方面來說，如果僅僅維持一種技巧性的職業關係，往往又會顯得太過無情，似乎病人走出了醫院就與醫療人員無關了！

當然，有情、無情、兼顧專業判斷與醫療關係的互信互重，其中的分際實在難以拿捏？！但是，仍有幾項原則可以幫助我們於此分際拿捏上的思考：

- (1) 不誤用如此醫病關係之本質，亦勿將之流於形式化。
- (2) 醫療同儕之間的提醒、互助與監督。
- (3) 不斷充實精神醫療專業涵養（《馬德里宣言》第 2 條），尤其是專業倫理之陶冶。

精神醫療人員當於臨床實務工作中真正地去面對一個人，著實地去體會彼此的存在，真切地去感受對方的需求，才是由此倫理困境中解放出來的最根本之道！

參、病人自主與醫護專業自主

一、非自願性住院

在精神病患的情況中，有許多時候必須採行非自願性住院，這類情況往往是因為有些病患，尤其是精神錯亂或有妄想的病患，不明白自己的精神狀態有障礙，需要治療，亦聽不進醫護人員或家人的勸說；或者是有些病患對住進精神科病房有所顧忌，擔心住在裏面不是被當成瘋子，也會給人不好的印象，所以堅持不住院。這個時候，就必須考慮非自願性住院，嚴重的要考慮強制住院（甚至動用管區派出所警察或當地衛生所公衛護士、或是 119 救護人員強行架至醫院）。

1. 非自願性住願乃基於保護病患本身及確保社會安寧之目的。儘管百餘年來由於科學發達，精神醫學已成為臨床醫學的專業領域，然而，早在 1940 至 1950 年代，病患一旦被送到精神病院，就只有被關起來的份，一關就是兩個月以上甚或無限期，而且所持的理由或標準有時相當牽強，例如「病人需要照顧」或「這是不成文規定」等等。這種情況一直到生物治療與藥物治療的療效被肯定後，情況才獲得改善。基本上，長期收容或禁閉精神病患的目的不外乎是為保護患者本身不致傷害自己以及保障一般社會大眾不會受到失去控制行為能力的精神病患所傷害。但是，在抗精神病藥物推出之前，監禁精神病患的目的，主要還是為了確保社會的安寧，而在抗精神病藥物開始使用後，要求精神病患接受住院治療的標準比較不受爭議，要比過去適當、合理得多。實則，隨著不同的社會與醫療法的規定，對於非自願性住院的施行也有不同的規定，譬如「至少要經兩位以上有

經驗的精神科醫師檢查病患，共同認為有住院治療或保護的必要」、「爭取家屬的同意」等等。在比較講究的社會裡，還規定在“非自願”情況（強迫）病患住院時，只能短期住院，如一星期，而在此短期非自願住院期間還得請執法人員來評審個案（強迫）住院的理由是否合乎規定，是否能延長其非自願性住院期間繼續治療等等。

2.由倫理立場考量非自願性住院之情況。我國「精神衛生法」雖然已於民國79年(1990)12月7日公佈實施，但是對於重症精神疾患的定義與說明難以周全，以致於在實施上會不時遭遇到倫理困境！我們可由以下兩方面來考量：

(1)如何依專業知識而給予病患適當的醫療與保護。依我國「精神衛生法」之定義，所謂重症精神疾患者「係指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行爲，致不能處理自己事務，或有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行爲，經專科醫師診斷認定者」（第5條），實際上，如此的認定往往並不容易，也很難訂定一套統一的標準！因此，「精神衛生法」則規定必須要有兩位精神專科醫師的一致認定，才能施行強制住院。當然，我們也不難理解，尤其在精神衛生方面，法律的規定並不能真正解決問題，卻是取決於道德義務與責任，其中涵括了：專業知識的充實，診斷的精密與細緻，精神醫療人員之間的密切合作（精神科醫師、臨床心理師、精神科護理人員、社區衛生護士等等）。

(2)尊重個人之基本人權，避免施與強迫性之決定與影響。我國「精神衛生法」明訂「保護人」（第14條：監護人、配偶、父母或家屬；第7條：「家屬」係指與罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，共同生活於一家之親屬或他人）之設立，其基本精神就是為了保障及維護精神病人的自主權，因為，按「精神衛生法」的規定，協助病人就醫、避免病患傷害他人或自己，乃「保護人」的責任（第18條）而非醫療人員的責任，醫療人員則是需提供專業上的判斷與意見。這種對病人自主性的維護與保全，同時在倫理上分判了病人自主與醫療人的專業自主的責任與義務；另一方面，此一法令有效之根本即在於病人家屬之「誠信」態度，因為此一法令的意義是在於：強制入院應視為家庭與社會的責任和義務。而其得以落實則取決於家屬是否實在負起對病患的治療以及對社會安寧之責任，否則即使「精神衛生法」有明文規定保護人未盡其義務（第18條）而致使病患侵害他人之權益時的處罰（第19條），但往往由於同情、憐憫之情而使得法令的施行打了折扣！但在倫理上卻是有所缺憾的。

基於以上兩方面的考量，醫護人員不但要能精確地使用而且更要能善用其專業知識與判斷，有技巧的向病患本人及其家屬勸說，並同時考量倫理與法律立場而行事。總之，在倫理上，一切行事當以病患之權益為核心之考量，自不能以

醫護者或醫院營運上的利益而考慮病患的住院與否，更不能以非醫學理由來強迫拘禁病患。

二、治療方式及臨床研究的選擇與同意

1.就個別條件與情境之「以病人為中心」的倫理考量——超越專家文化的專業態度。在如今的社會景況，第三部門的介入是在所難免，倫理上不但不能規避或抗拒這樣的趨勢與實在，而且更是要正視它。基本上，我們切不能忘了醫護倫理「以病人為中心」的根本價值，時時以患者之福祉為一切考量之核心。固然，病人的確為一獨立自主之個體實在，保有創造自身價值與目的之特殊性；只是，複雜的精神病理學實在難以用二分法來決定病患之（當下）自主能力的有無、全缺，必須就「個別條件」與「（當下）情境」來作道德解析。然而，許多精神病患往往有意無意規避醫療訊息，或由於精神病理的影響而不容易通盤瞭解自己的處境，因此經常在行使自主決策時會遭遇到困難，譬如像譫妄、癡呆、急性精神病狀態等，在認知判斷與抽象思維上都可能有問題！有些患者雖然沒有上述障礙，但因為人格傾向，判斷和行動抉擇亦可能會導致自我傷害、衝動、矛盾等行為，以致於醫師的倫理抉擇經常陷於兩難之中！

因此，尊重病人，但並非一味地聽從病患主觀面的決定，務必要以增進病人之福祉為主要考量；但另一方面也要放下專業身段，免於僅技術性的專斷獨裁，走進傳統醫療父權主義的回頭路，而是共同面對問題，提供專業上的資訊以及服務，尋求解決之道，才是最理想的專業態度。如此的作為及思考，不但符合了自主原則（病人自主及醫主）的運用，而且也符應了保護自主能力衰弱與毫無自主能力者之福祉的自主原則之精神。

2.對病患自主權的尊重與重視：知情同意。雖然現代精神醫療的目的是為了病人所患疾病的好轉而施行的醫療措施，然而，尤其是在精神疾病的醫療中（無論是臨床上的治療或研究），各種醫療方法難免會有副作用或某種程度的負面影響。因此，在醫療開始之前，病患及其家屬最好能接受醫師的說明、講解，瞭解可能的預期效果及可能發生的副作用與負面影響，儘量讓病患及其家屬能有機會參與治療方式的選擇與決定；這尤其是在特殊的軀體治療以及面對精神狀態混亂、缺乏理智、或自我意志薄弱，難以作理性瞭解與判斷的病患時，格外顯得重要！於此等情況下，醫護人員更是要詳盡地為病患家屬講解、說明，以求得其充分的瞭解。另一方面，無論是在臨床的治療或研究上，倫理的施行還必須配合法律的制度，才能真正落實於實際行動上。在面對精神病的臨床治療與研究上，由於對象特殊以及精神藥物的種類繁多，醫師有義務將藥物的治療效用、副作用、

用法、用量等向病患及其家屬解釋清楚，以免病患及其家屬因不知藥性而發生意外。故而，「同意書」的簽署不失為保護病患的一個有力的工具。「同意書」上由醫師列明各項治療功效、危險性或其它可供選擇的治療方式，以及說明其所患疾病若完全不接受治療會演變到如何的地步、產生什麼樣的後果。「同意書」的簽署在臨床實驗上尤其重要，因為不見得每一個病患都會在實驗中直接獲得益處，有時是間接獲益。

3.醫護人員必須區別家屬及病患之間的請求或意願：不傷害，合作，行善。就前所言，有一個問題是：治療者當然有義務將其建議的治療項目，所有的優缺點向病患本人及其家屬做詳細說明，但問題就在於到底一個治療本身所帶來的獲益要有多少，或附帶的危險性要低到什麼程度，才是一個可以接受的範圍？因此，身為一個精神病患的醫護人員，即有義務去確認並嘗試各種可行的治療方式並評估其療效，以便日後處理特殊個案時作為參考。只是，一般說來，醫師往往容易受個人偏好的影響，而選擇特殊的治療，卻疏忽該項治療的危險性或再提供其對病患或許更好的治療。這就是因為有許多醫師認為一般民眾常識不足，如果知道了自己（或病患）的病情和治療，反而會因為一知半解而增加焦慮，所以不向病患及其家屬解釋，亦不尋求病患及其家屬的瞭解與合作。但是根據大多數醫師的經驗，發現病患及其家屬對其病情認識愈清楚、愈詳盡，其焦慮反而愈見減輕、合作會愈好，甚至遇到不可避免的死亡時，也較能作較合乎現實的準備。因此，精神病的醫護人員有義務將其病情及其治療的相關事項告知病患及其家屬，這尤其在病痛危急關頭，病患及其家屬總是脆弱地依於治療者強有力的建議而接受一些可能具有高危險性的治療，實際上病患本人或其家屬並沒有真正自己的主張或意見。因而，此刻治療者應該更敏銳地察覺到一個有效的治療方式，病患及其家屬有權參與決定是否要接受該項治療；治療者當適切地置身於病患之立場，適度地瞭解其間的影響和病患治療同意書的過程。

4.勿將病患「貼上標籤」：公平或正義。所謂「貼上標籤」就是將病患安上各種不同的病名，當一個病患被「貼上標籤」後，即會影響其日後的治療方式，因為他們的治療者常會依照其現有的記號（診斷）作治療的根據，而不求了解其個別症狀及目前的主訴。故而，將病患「貼上標籤」即會有下列三方面的危險：

(1) 治療者易將病患所有生理或精神上的變化，歸因於其疾病本身的正常過程。例如：酒癮病患，當其呈現嚴重身體併發症時，雖然這些併發症不一定和酒癮有關，而治療者卻很容易即將之視為酒精過度使用的現象，因此，治療的重點就轉向酒精成癮的問題而忽略了病患主訴的身體徵兆或精神狀態。

(2)錯誤的診斷（標籤）會導致無效的治療，甚至產生可疑的治療結

論。例如：一個精神分裂病患，卻被診斷為躁鬱症，當其使用鉀鹽後可能沒有療效，因而有錯誤的結論：「鉀鹽對躁鬱症無效」。

(3)錯誤的診斷易導致病患較不受重視及注意。例如：顛葉性癲癇如果診斷正確，其治療效果將比慢性精神分裂病好得太多；如果錯將顛葉性癲癇當成精神分裂治療，必然會造成許多遺憾。

5.臨床研究與治療的倫理兩難：誠信與效益。由於臨床精神醫學的進展，使得研究工作已然成為專業訓練與養成過程中重要的一環。這種情況亦使得臨床專業人員同時兼具臨床工作與研究兩種角色或身份，如此角色的重疊或身份的衝突往往隱含了某些道德上的疑難與陷阱！加之精神病患的弱勢角色及其規避醫療訊息的特質，其知情同意的權利又容易被忽略，尤其是對那些人際關係敏感、不信賴和具有妄想傾向的患者，告知的困難或不告知的傷害也都是研究倫理上的難題！

(1)關於臨床研究之結果的不確定性，於知情同意上之告知重點。

醫學臨床研究中，關於研究結果的「不確定性」之告知，一直是知情同意的重點之一。首先，無論研究的性質如何，有幾項共通的告知原則必須要遵守：

- A.解釋研究過程。
- B.描述危險性和可能導致的不適。
- C.描述參與研究的好處。
- D.解釋治療的目的。
- E.提供其它替代性治療方案。

結果的不確定性通常是發生於仍在實驗階段的研究，而一般在於療效之優劣尚未確立的治療方法之比較研究，則無此等倫理上之困難。因此，關於結果尚未確定之治療方法的研究，面對「不確定性」的告知，於言語、態度上皆要求一種較為成熟的技巧，譬如說：以「我們還不清楚.....」取代「我不清楚.....」的陳述告知；另一方面，對於受試者必須詳為告知其應享有之權利與補償方法。然而，至少就國內的情況來說，患者對於自己成為「試驗品」(或意會為「白老鼠」)似乎特別在意，而且不易相信醫師！當然，這種情況在上述所言的那些特殊病患身上將更為嚴重！另一方面，如果主治醫師本身即為研究者(試驗者)，可能又會產生一種基於不傷害以及彼此信任關係可能遭到破壞的耽憂心理，而造成倫理上的一種醫病關係的矛盾情結，反而妨礙了知情同意之施行。因此，知情同意之告知技巧的琢磨，本身並不僅止於表面上的技巧，更是態度上的修持。

(2)臨床研究之「確定性」部份的知情同意之考量。臨床研究上較

常遭遇的難題確是：對確定性告知的內容、程度和態度的考量。無論是從臨床工作者的角度或研究者的角度看來，研究者都可能會因為顧慮到病患的焦慮和懷疑，為免增添患者不必要的耽心或為增加樣本數，甚至可能會因為擔心受試者中途的退縮，研究者因而會淡化副作用的說明。如此的作法已然違反了知情同意的倫理原則，況且在誠信上的不忠實，顯然會造成醫病關係的損害！另一方面，前瞻性的研究可能牽涉到臨床上非必要的檢查，而且國內有些疾病的臨床診斷和治療路徑尚未建立或標準化，有些檢查究竟是常規性必要的檢查，還是非臨床上必要的檢查，其中的界限有時仍是模糊的！如此，更容易造成對病人的傷害。因而，從嚴解釋這些模糊處並立即建立起常規路徑，即為當務之急！（不傷害之倫理原則乃為最根本之道德原則）

(3)治療與研究衝突時的處置。研究人員必須時時提高警覺，一旦發現治療的需要與研究的約定發生衝突時，往往必須犧牲研究，而研究者亦必須主動告知受試者。然而，在治療性的研究中，由於治療次數、劑量必須規格化，往往會和臨床治療相衝突，研究人員即有義務尊重患者的抉擇，但如果研究者同時亦為治療者，卻可能產生醫病關係上的某些心理阻礙！因此，有學者主張，為徹底解決這種困境，研究者與臨床工作者最好還是由不同的兩人擔當較好！只是，現實上的情況卻往往無法分開！這使得必須更加嚴格地要求研究者，於研究前審慎地評估以儘量減少研究中可能遭逢之困境，將研究的風險減至最低，並建立因應研究意外的有效方法，才不致於將病人置於可能受到危害的境地，亦不致於有損病人之權益。

相關於精神醫學的研究，於我國「精神衛生法」內只有在第 32 條中稍有提及，但由第 30、31 條有關施行「特殊治療方式」的規定亦可作為精神醫學研究上之行為依據。筆者認為，如此的情況，基本上有一重要意義，即：精神醫學研究於法律上的要求與一般醫學研究並無多大差別，如此，「倫理」即擔負起了重責大任，因為不但精神病患在醫療上為一相當特殊之醫療對象，而且其家屬對於醫療人員的倚賴更甚於其他病患家屬；此於本講義一開始論及「精神醫學倫理的特殊性」時已然言及。因此，關乎精神醫學倫理的《馬德里宣言》，我們即當特別重視，更要於專業實務工作內不斷地去體會、體認其中之真義！關於精神醫學研究的倫理，於《馬德里宣言》的第 7 條中已然明言。

三、尊重病患及其家屬的隱私需求：

實際上，在以上的討論中，關於病人的隱私問題一再提及，但卻很難真正

完全杜絕！譬如說：保險給付的申請，病歷資料在行政部門的傳遞，即很難兼顧隱私的保密。我國的「精神衛生法」中第四章〈病人之權利〉雖有明文規定不得侵犯病人隱私（第 37、38 條），但是，一方面其文字的描述間僅能在於「原則上」的限制，實在規範不了、甚而亦無法制裁有心者的作為；另一方面，一種所謂的「無心之過」或「一不小心」當成了茶餘飯後的談天材料（縱使是面對同一專業之人員），往往都是一種不自覺的行為。因此，關於病人隱私權的維護與保障相當重要，但卻難以護持，只有倫理上的自律方得以有效地達至病人隱私權的維護。那麼，首先我們得了解，我們所講的「病人之隱私」到底指的是什麼？依據《馬德里宣言》所言：

1.在治療關係中所得資料應被視為隱私，僅能用以改善病人心理健康的目的。（第 6 條）如此所言之「隱私」，其範圍就相當廣了！然而，如此的界定不但表達出了對精神醫療人員之謹言慎行的特別要求，而且更積極地要求醫療人員的分辨能力。在倫理的要求上，確是相當嚴格，因為一般人很容易就犯如此的錯誤卻往往還不自覺！

2.「隱私」(privacy)的需求與「保密」(confidentiality)的義務。有時為了醫療上的需要，病患及其家屬會向醫師及相關醫護人員揭露私人生活內容與心情上的資料，醫療者無論是在倫理上或法律上，都有義務替病患及其家屬考慮「隱私」的需求，並儘量替他們保守祕密，執行「保密」的義務，非經病患或其家屬的同意，不得向外公開。有關醫療上的紀錄（病歷），需保存在安全的場所，以免因忽略而遺失。假如需將病情轉告別的醫師時，事先要獲得病患或其家屬的同意。再者，就算是病患自己的配偶或家庭成員，仍然是要獲得病患本人的同意才能談到病患所提的心理資料。

假如精神科的醫療人員不能保護病患的隱私權，病患就無法放心地向醫護人員坦露自己的心思，如此，在心理的治療上即很可能大打折扣了。

3.在非職業性場所決不可隨便談論病患資料。假如有必要在醫學文獻或書籍上發表個案資料時，要使用記號或化名來隱蔽病患的身份。除了在職業性的討論會此等的研討場合，醫療人員可以報告及討論個案資料之外，在非職業性場所決不可隨便談論病患資料。於此要順便一提的是：根據《馬德里宣言》所論「精神科醫師（案：在這裏我們可說為『精神科醫療人員』）切忌利用這些資料作為個人私自目的、學術或經濟利益」，亦是在維護病人隱私的規範內，因為，嚴格來說，這些情況所處都當算為「非職業性場所」。

4.在有危及社會整體安全的情況下，病患隱私權的保護即可適度解除。萬一病患有害害自己或傷害他人的意念及企圖時，醫療者即需要通知病患家屬、保安

單位、及可能被傷受害者，以免發生不幸事件。因此，醫護人員最好事先能向病患及其家屬說明，於此情況下則無法繼續保護病患的隱私權，有義務通報相關對象。假如治安單位爲了法律上的需要而要求醫師提出病歷時，醫師要遵照法律規定而交給病歷。這裏要特別一提的是：由於強制入院的規範趨於嚴密，以及保險給付制度的限制縮短了住院時間，相對的即有較多具暴力或傷害他人傾向的患者生活在社區裏，包括精神分裂症、藥物濫用、愛滋病患者等等。精神醫學中包含有對這些病患攻擊或傷害他人之危險性的評估，因此，精神醫療人員即必須擔負起道德與法律的責任。

(1)隱私權是一種相對的而非絕對的權利。精神病患者基於對精神醫療專業的信賴，讓醫療工作者得知自己的暴力想像或衝動，醫療專業即相對地具有保障患者隱私的責任，但是，當暴力或衝動化爲行動之可能性增高時，醫療人員即必須面臨嚴酷的道德抉擇！例如：精神分裂病患者的妄想對象、藥物濫用者的親屬或同伴、愛滋病患者的性伴侶、甚至無法確認的可能受害者等，醫療人員是否必須承擔某種程度的道德責任？由之，我們不難理解，隱私權是一種相對而非絕對的權利，既是相對的，那麼，精神醫療專業即無可諱言地必須承擔專業分判上的道德責任了！

(2)病患之隱私權的相對性之倫理判斷，當作爲臨床工作之危機來處理。依據英國醫學會倫理守則之訂定：在患者同意、洩密是基於病人更高利益的考量、經核准的研究資料需求、高於保障病患私密的社會責任、以及法律程序需要時，其優先性高於病患的隱私權。但是，在實際工作上，醫療人員往往有相當的顧忌而隱匿或有所遲疑而並未即時處理！其中的原因包括：對權利優先的認知錯誤、畏懼患者或擔心喪失病患的信任感等。在倫理的判斷上應視爲臨床工作中的危機，醫療人員於行爲態度上應謹守下列四項原則：

- A.告知病患應盡的義務。
- B.表露作爲一名醫療人員的道德責任。
- C.努力降低其行動發生的可能性。
- D.不排除告知病患之保護人，甚至第三部門。

總之，精神科的醫療人員既要尊重病患隱私，爲其保密的個人權利，而同時也要考量到如何維護社會整體的安全問題。我們不難感受到：爲病人保密或病人隱私權的保障問題，是在醫療人員的誠信上最棘手、最不容易處理的倫理困境，無論是醫療人員個人的處理技巧或是組織上的報告程序，都是迫切需要大家深思的問題。

四、隱私－保有他者個人的獨立個體性

真實地面對與對待一個不健康的人，的確不是一件容易的事，有一句話說「久病床前無孝子」不是沒有道理！但是，有道理不代表就是應該如此，尤其是面對精神病患的對待，更是「自然地」不將其視為一個人，而是某一（類）的“case”！有時甚至不將其視為“case”，而是一「物件」。有一個實例是這樣子的：阿甘是社區諮商中心的一名學員，精神狀況一直有進步，學習成效良好。有一天中午休息時間，僅一牆之隔的一所學校，有社團成員利用中午時間在練小喇叭，由於隔音設備並不好，以致影響到前晚沒有睡好的阿甘，阿甘一時無法控制情緒，翻牆至學校社團教室門口用力敲打著門，教室裡面的學生及教師趕緊打電話叫學校警衛前來處理。警衛一到，二話不說，粗暴地將阿甘視同罪犯般地扣押起來。阿甘頻頻哀號、求救！直至社區諮商中心心理師與家屬到來領回，阿甘因受驚嚇，再也不敢到社區諮商中心繼續接受輔導、學習。事後學生們在 BBS 站上厲聲地撻伐社區諮商中心設在學校隔壁的不當，心理師出面解說誤會，並稱精神病患為「病友」。此刻，學生們卻激動地說：「都這麼危險了，還稱『朋友』！」

可是，無可否認地，精神病患就是「一個人」，無論是否被他人視為「朋友」！如果我們承認精神病患是一個人，我們就要以人與人的關係（你－我關係，I-Thou Relationship）對待之。而「你－我關係」的對待，最起碼即在於一份關懷之情，而一份關懷之情的落實基本上是在於對患者及其家屬的尊重，對精神病患之尊重的關鍵即在於保有個人之隱私，因為「隱私」正是個人保有其獨立個體性之完整的最基本要求，尤其是精神病患之醫療有其特殊之背景，關於此，容後論之。那麼，什麼是「隱私」呢？簡單地說，「隱私」不見得就是什麼秘密，或是什麼不可告人之事，而是個人所在乎不願為他人道之事。譬如說：未婚男女之間交朋友、私下約會，應該是很通常的事，不是什麼秘密，更不是什麼見不得人、無可告人之事。只是，像一些知名的名星、公眾人物，被所謂的狗仔隊跟拍私底下與男或女朋友的約會，通常會引致當事者的不悅，即是因為自己的私生活被打擾，無法保有一些個人的隱私。

伍、結語：倫理原則的反思——在關懷之基礎上的倫理思考 （關懷之情的落實）

筆者以為，「尊重」與「不傷害」是先倫理（道德）的基本態度與作為，也就是說，只是做到「尊重」與「不傷害」尚不得被稱為有德者，而如果連「尊重」與「不傷害」都做不到，遑論什麼倫理、道德、善而臻於至善！從另一方面來說，「尊重」是對人最起碼的態度，簡單地說，「尊重他人」不但是基於人生命之尊

嚴，更是自我尊嚴之展現；而「不傷害」⁵是對待他人最根本的作為，也就是說，一切行動之前，首先得考量會不會傷害到他人，不會傷害人才進一步思考應不應該做，應該做又該當怎麼做或進行等等。「關懷」也就落實於「尊重」與「不傷害」的為人之根本。

就醫療上而言，無論是最早的《希波克拉底醫師誓言》(Hippocratic Oath)、護理的《南丁格爾誓詞》(Nightingale Pledge)以及中國古代孫思邈的《大醫精誠》等等，以至當代的醫療相關的倫理誓約，皆將「不傷害」視為無可或缺的重要之作為，這就是說，醫療直接相關人生命之健全，身、心、靈的康健至少需建立在「不致造成惡化」的情況下方得以可能。所以，我們可以說「不傷害」作為一項原則，在醫療上當視為一「首要」原則。此之謂「首要」並非一般所意會「最重要」，卻是如前所言「最起碼」之意。由這樣的一種倫理思慮，面對精神病人，如此特殊的慢性病患者，作為一名精神醫療專業人，基於倫理原則的反思，當時刻放在心裡思量的是：

1.如何才能真正做到不傷害精神病友或不將病友置於可能受到傷害之境地？這是基於「不傷害原則」的考量。就是因為精神病患「異於」我等之「常人」，所以我們似乎不太容易感受到精神病友的受到傷害？或是對病友被異於常人的對待麻木而無所感？猶如我們對人工流產或墮胎之胎兒感受不到「它」的痛一般！

2.精神病友的自主性（獨立個體性）如何保存？這是基於「自主原則」的考量。精神病患的自主性到底有多少？在尊重病友的前提下，我們又該當如何維護精神病友及其家屬的尊嚴？「精神病」似乎是一不名譽的事情？！家裡有精神病患似乎是一件見不得人的事？！在某種程度上，我們當依於精神患者的自主抉擇；問題也就在這「某種程度」的拿捏！

3.如何為精神病友謀福利？這是基於「行善原則」的考量。行善是為病友的福祉著想，不等同於給予病友什麼「好處」，因為一味地給予某種（些）好處，很可能僅是落於同情、憐憫之情！為病友謀福利或福祉是為增進其幸福，而幸福的生活是在乎自身的造就，家人是幸福共同的創作者。因此，行善在精神病友身上，正是幫助病友即其家人共同創造自身的幸福。當然，精神病友的幸福是什麼？至少不能以一般人的眼光看待之。

4.如何做到不為精神病友「貼標籤」？醫療人員行其該然之行為而真正公平地對待每一位病友？這是基於「公平（正義）原則」的考量。「貼標籤」使得精

⁵ 「不傷害」包含：不直接傷害他人，不間接傷害他人，以及不將他人置於可能受到傷害之情境或境遇。

神病友的病情簡略化，化約了病友的真實精神狀態，以致在診療上並不能達至最佳效果。「貼標籤」是由於精神疾病本身的複雜性，使得在專業判斷上一個不經心即可能產生的缺憾。至於一般人由於對精神疾患的不了解，更是容易對精神患者貼上莫名的標籤，如最常聽到的「不定時炸彈」即是。如此，無論是在社會上或醫療上，公平地對待精神病友即成了問題？「貼標籤」的結果，表面上是「對症下藥」，但實際上，病症的診斷不確實，哪來的「對」症？不能針對疾患診治，「下藥」只怕反造成對病友的傷害？！另一方面，「貼標籤」正是所以容易導致精神疾患的「污名化」！

5.精神醫療專業人是否誠懇地在乎自己的工作？誠心地面對病友及其親屬？真誠地面對自己及其周遭的醫療伙伴？保護病友、保全病友之隱私？這是基於「誠信之道」與「誠信原則」的考量。不難明白，面對精神疾患者及其家屬，這群社會的絕對弱勢者、邊緣人，正所以顯現出精神醫療是一份「刻在心上」的專業。

參考文獻

- 杜小真：《勒維納斯》，台北：遠流出版公司，1994。
- 李明濱 主編：《實用精神醫學》，台北：國立台灣大學醫學院，1999。
- 馮煥光：〈精神醫療倫理〉，沈楚文等著：《新編精神醫學》，台北：永大書局，1989，頁 437-441。
- 曾文星·徐靜 合著：《現代精神醫學》，台北：水牛出版社，1994。
- 蕭宏恩：《醫事倫理新論》，台北：五南圖書出版公司，2004。

