

精神醫學倫理在本土上的應用

Psychiatric Ethics Application in the Domestic

張家銘^{1,2} 周希誠² 賴德仁^{1,2}

Chia-Ming Chang, M.D.^{1,2}, His-Hsien Chou, M.D.², Te-Jen Lai, M.D.^{1,2}

中山醫學大學附設醫院精神科¹ 中山醫學大學醫學研究所²

Department of Psychiatry, Chung Shan Medical University¹

Medical Graduate Institute, Chung Shan Medical University²

摘要

精神科特殊的醫病關係與治療模式，使得精神醫療倫理較其他醫療專科更為強調。本文由精神醫療的歷史與濫用、反精神醫學及醫病關係出發，回顧精神科臨床常見的倫理議題，包括：行為能力、權益維護、病人自主、強制住院、隱私保護、資源重置、知情同意、違反醫病界線、大腦生理操作與精神醫學研究倫理、國外精神醫學倫理宣言，及台灣的精神衛生法，最後並討論精神衛生倫理在本土應用的常見課題。我們建議醫學倫理的「行善益人」、「切勿傷害」、「病人自主」、「公平正義」四大原則，在本土精神醫療上一樣要重視。

關鍵字：精神醫學、醫學倫理、行為能力、權益維護、病人自主、強制住院、隱私保護

ABSTRACT

For the special doctor-patient relationships and therapeutic models, the psychiatric ethics are more important than other medical disciplines. This paper reviews the psychiatric history and psychiatric misuse, as well as describes the ethic issues in psychiatry which include: doctor-patient relationships, competence, advocacy, autonomy, involuntary admission, confidentiality, resource relocation, informed consent, boundary violation, physical manipulation of the brain, psychiatric research ethics, international ethical declarations and Taiwan mental health law. The differences in the context of the psychiatric ethics in Chinese culture are discussed also. In summary, we suggest all the principal of beneficence, principal of nonmaleficence, principal of autonomy, and

principal of justice should be emphasized in the indigenous practice of psychiatry.

Key words: psychiatry, medical ethic, competence, advocacy, autonomy, involuntary admission, confidentiality

醫學本身是一種科學，隨著醫學科學化之研究進展，醫學倫理的原則也被重視。精神醫學為醫學的一支，由於精神病患的精神病理，及精神科診斷治療模式的特殊性，使得精神醫學倫理有不同的特殊考量[1]。醫學倫理的四大原則：行善益人、切勿傷害、病人自主、公平正義，在精神醫學中一樣被強調，而許多特殊的精神醫學議題，像是：行為能力、強制住院、違反界線...等等，更是必須以合乎醫學倫理的原則來處理。本文的目的在討論精神醫學倫理常見的議題，並與本土臨床經驗驗證，提供臨床人員參考。

精神醫學進展與精神醫學倫理

早期對精神病患的不了解，嚴重的精神病患常被以不人道的方式對待，歧視漠視、監禁鐐銬、鞭打丟石頭者有之，甚至綁在十字架上火刑，將之視為女巫、天譴、冒犯神明詛咒的象徵，而其家人也多以家中有精神病患為恥，羞於提起，這樣的狀況中外皆然。在十七、十八世紀後，雖然醫學研究的現代化開始，但是精神疾病的診斷與治療仍不清楚，在歐、美等地多採用大型療養院的模式，收容養護這些精神病患，其中法國的醫師畢乃爾 (Phillipe Pinel, 1745-1825)於 1793 年在法國的巴黎貝山特精神病院，獨排眾議，解放病人的枷鎖，病人未見動亂反而易於照顧，成為第一次精神醫學的革新運動 – 人道治療[2]。可以說精神醫學的進展之中，精神病患的倫理對待，是重要的第一步。

二十世紀初的心理分析運動，為精神醫學的第二次革新。心理分析雖然對若干患者有效，但是對於多數的嚴重精神疾病患者，仍是束手無策。直到 1952 年精神藥物問世，精神病患的治療才有了希望。二十世紀中葉的「社區心理衛生運動」一方面是因為精神藥物的發展，患者本身的症狀有控制的可能，有些患者不需長期在機構內照護，而可以回到社區；另一方面，由於美國各州政府對於大型州立療養院的財務負擔支考量，於是美國甘迺迪總統簽署了「社區心理衛生法案」，將各州立大型療養院關閉，而轉化為分散在社區的中、小型社區心理衛生機構，此為精神醫學的第三次革新[2]。

這樣的將精神病患「去機構化」，而採短期急性住院、日間病房、門診與居家治療為主的治療模式，雖然最初的發動是藥物治療與財務上的考量，其實也不無考慮

到對患者人權的重視與保障。時至今日，即便第四次的精神醫學革新 – 生物精神醫學的進展快速，但是很多精神病患的治療模式，仍是改變有限。當資源有限的情形下，精神病患的權益常被放在後面，特別在很多未開發國家[3]，這些都是未來精神醫學倫理需要去重視改善的。

精神科的誤用與濫用

早期精神科的處理，曾經被誤用或濫用。並非用於協助及診治病人，而是淪為統治者將異議份子洗腦、強制剝奪人權的統治工具。如二次世界大戰時期的蘇維埃政權，就曾經利用精神科醫師做政治異議份子的拷問，或給予「精神病」的診斷而將之長期拘禁[4]，而在美國也曾經有精神科醫師受中央情報局之委託，而替病人做「洗腦」的研究[4-6]。

催眠及測謊已經被認為是很容易被誤用的心理治療技術，未經訓練者不應為之。一些不當的濫用，將催眠當作是商業性的表演，或將催眠與測謊當作是唯一取供的證據，皆是違背醫學倫理的行為。操作者應以患者權益為最大考量，而不得為己之私利，或引導個案為不利於己之陳述[5]。

另外在台灣龍發堂與中國大陸的法輪功事件，也可以看出精神醫療倫理被忽視之處。由於台灣早期精神醫療設施人力的有限，許多家屬無法長期照顧家中的嚴重精神病患，或對現代精神醫療不了解，而將患者送至龍發堂長期收容。龍發堂以宗教之名，合理化他們的處置模式，並降低家屬的不安。高額的金錢收付，卻無任何現代精神藥物的使用，簡陋衛生不佳的硬體設備與管理，多數的患者在其中反被不足、不當的對待[7]。而這兩年中國大陸當局對於一些修習法輪功的政治異議份子，將其以精神病患做理由，強制監禁於某些精神病院，已經得到許多提倡民權人士的抗議聲援，並於2002年於日本橫濱舉辦的「世界精神醫學會」中，決議組成調查團進行調查[8]。這些例子都告訴了我們，精神醫學界自身需要有反省力量，避免被不當的誤用或濫用。

反精神科運動(Anti-psychiatry)

在很多國際性的精神醫會場外，常有一群所謂「反精神科運動」(Anti-psychiatry)的組織的成員在示威抗議。他們堅稱「精神醫學是不科學的」、「精神疾病是不存在的」、甚至「自殺是一種公民的權利」...等等[9]。這些立論有些是過度情緒化，有些則是對現代精神醫學的科學與證據性的誤解，但也有些確實是過往在精神醫學的歷史發展中不足之處，並且在現代的精神醫學治療之中，也有不盡完美的地方。這些「反精神科運動」的立論，往好處看，也可以說是精神科的諍友，提醒了我們現

代精神醫學，需要改善的空間仍有很多。

精神科的醫病關係 **Doctor patient relationship in psychiatry**

精神科之中的醫病關係，較之一般的醫病關係而言，有其特殊性。一方面精神疾病的患者較一般科的患者而言更為弱勢甚至失能，相對於精神醫療提供者的權威，其不對等性是更大的。傳統的精神科醫療專業的道德困境之一，是選擇與病患站在一起，抑或是作為控制病患「社會監護者」的角色[1]。一方面在精神科心理治療的過程之中，隱私與界線、移情與反移情關係的拿捏與處理，也不容易掌握。這幾年來消費者運動興起，精神醫療的患者被視為精神醫療的使用者、消費者、購買者，而精神科醫療人員成了醫療商品的提供者、製造者。新的醫病關係與倫理在精神醫學之中，成了未來需要釐清的課題。

行為能力 **Competence**

行為能力是指在法律上能夠獨立的基於自己的意思，而實際上取得權利負擔義務的資格。也就是說，在沒有例外的規定下，一個有行為能力人，才能夠為法律上有有效的行為，如買賣、贈與、收養等。精神科醫師常被委託去評估一個人是否有行為能力。這樣的評估程序對個案的人身權益，影響甚大。例如：民法第十三條[10]中提到：「無行為能力」、「限制行為能力」、「有行為能力」，民法第十五條[11]規定「禁治產人，無行為能力」，民法第七十五條[12]規定「無行為能力人之意思表示，無效」。又例如：「心神喪失」或「心神耗弱」，在刑法第十九條[13]規定「心神喪失人之行為，不罰。心神耗弱者，得減輕其刑。」這對其刑罰的輕重是很重要的參考。

知情同意 **Informed consent**

患者有權去決定自己的醫療選擇 (right to making decision)，這在精神病患之中亦然。即便他有精神疾病，明顯的精神症狀，他仍有權利拒絕醫療 (refusal to therapy)。身為一個人，他有他的權利，他的選擇仍應該尊重。要尊重一個精神疾病患者的自主性，精神科醫師應該儘可能的告知他有關各種治療的優點與缺點，而讓患者做出醫療選擇的決定。精神病患的知情同意(informed consent)是一個不易執行的倫理議題[14]。因為不少精神病患是沒有病識感的，例如：妄想症患者。倘若告訴他關於他的疾病診斷與藥物治療的用意，可能他就不會接受治療了。另外到底告知多少算是足夠？像是一些慮病症患者，若是知道太多藥物可能的副作用，往往會影響他的藥物順從性。治療者應同時考慮到「病人自主」基本權利，並以最大權益「行善益人」為考量。

強制住院及約束 **Involuntary admission and restrain**

當「行善益人」的原則與「病人自主」的原則衝突時，也就是說，當患者的行為可能嚴重到無法照顧自己，甚至有自傷、傷人之虞，這時候就要強制住院。這樣非病人意志下的決定，其用意仍是為患者好、為了治療患者，而暫時剝奪其自由，強制入院治療，這在精神衛生法第三章第二節[15]有詳細的規定。同樣在精神衛生法第二十九條[16]規定：「精神醫療機構、精神復健機構非為醫療、復健之目的或防範緊急暴力意外事件，不得拘禁病人、拘束其身體或剝奪其行動自由。」

權益維護 **Advocacy**

精神病患的權益，常常容易被犧牲，精神醫療人員應該扮演維護精神病患權益的角色。也就是說，當患者的權利被侵犯、忽視之時，精神醫療人員應該有責任挺而保護病患的權益。另外像是小孩子或是老人（甚至失智症老人），因為他們比較不懂維護自己的權益，容易被忽略或侵犯。而一些重大創傷事件的受害者，如家暴或性侵害受害者...，也容易因為隱私權的不被重視，而被二度侵犯。在評估與協助時，也要保護他們的權益。

隱私保護 **Confidentiality**

醫療人員有保有患者隱私權的責任，醫師法第二十二條[17]、二十三條[18]和二十九條[19]已有明文規定：醫師對於病人有保密的義務，除非受有關機關詢問或委託鑑定，不得無故將因業務而知悉的病人秘密洩漏，違者將處以新台幣六千元以上，三萬元以下罰鍰，並得視情節輕重，移付懲戒。但是精神科的醫療人員，因為會知道更多患者的隱私秘密，隱私權的保護更為重要。

精神科牽涉到個案隱私權的情況非常常見，像是：

1. 『討論患者』(Conversations about patients)：不得在公眾場所討論個案的隱私，即便同是醫療團隊，非直接照顧患者考量，是不該討論個案的隱私的。
2. 錄音、錄影、醫療紀錄：未經個案同意，不應對患者進行錄音、錄影。個案的醫療紀錄，哪些應該紀錄在病歷之中，哪些該另行歸檔，也常是爭議。
3. 第三者查閱：第三者(保險、政府單位、其他家屬)要求查閱患者的醫療紀錄，若未經患者同意，是不能提供的。
4. 團體治療、家族治療、夫妻治療中的隱私考量：在團體治療、家族治療、夫妻治療之中，治療者一樣要保守患者隱私，不得任意洩漏給其他團體的成員、家族成員或其配偶。

5. 患者對自己或他人構成可能的傷害時

在 1976 年美國加州一位心理治療師的病患，重複威脅要去殺掉患者自己的女友，法院判例是這治療師有責任去主動採取步驟去預防這危機(duty to protect)，甚至去警告這可能的受害者(duty to warn)，這稱之為 Tarasoff decision。也就是說，當患者的意圖嚴重到可能會傷害他人的時候，治療者必須放棄隱私權的考量，而去保護、警告可能的被危害者[19]。

資源重置 Resource relocation

當資源有限時，資源分配的優先順序，就常是一個有爭議的問題。這在現代的管理式醫療(managed care)上，就會面臨這樣的選擇。例如：醫療保險的介入，使得有些昂貴的醫療得以支付，卻也在預算有限的排擠之下，常因為經濟的因素，無法獲得較佳的選擇[1]。目前很多新一代的抗精神病藥物，效果佳、副作用少，但因為藥價高，所以很多精神病患，就可能被迫無法使用新一代的藥物。而在健保之中精神醫療的給付偏低，精神科因為是不賺錢的科別，在很多醫院的經營中就相對會被忽略而不被重視。同樣的因為心理治療在健保的給付，相較於藥物治療而言缺乏經濟誘因，也會有這樣可能的排擠效應。於是很多患者接受藥物治療多，而無法享受適當的心理治療處置，這在未來也是需要去改善的。

違反界線 Boundary violations

醫師與病患的關係，在精神科的臨床上特別強調。心理治療之中，治療者與患者之間可能會產生移情作用與反移情作用。有少數的治療者會與患者發生超過醫病關係的行為，像是性關係，這就很明顯的超越了醫病關係的界線。有些治療者假借心理輔導或諮商之名而對案主進行性侵犯，或獲取不當利益，這些都是不合醫學倫理的。其他很多學者認為不當的醫病關係，包括：非醫療場合的碰面、金錢或是禮物的餽贈、個人的自我揭露、不當的肢體碰觸，也被認為是一種超越醫病關係界線的行為[1]。

大腦的生理改變 Physical manipulation of the brain

以前的精神藥物未發展之前，大腦外科手術(Psychosurgery)曾經一度被視為是治療的選擇，甚至主倡者莫尼斯(Moniz)因此獲得 1949 年度的諾貝爾醫學獎。還有深層電極刺激法(Depth electrical stimulation)，這是在大腦的某部位植入電極，藉著引發局部電流來治療精神疾病。目前精神疾病的治療有很多的藥物可以選擇，這些手術因為是不可逆的侵襲性手術，已被認為是落伍的一種治療方式[5]。在精神衛生

法第二章第三十條[21]中明定：「為提高國內精神醫療技術或為治療精神疾病之需要，教學醫院經擬訂計畫，提經有關醫療科技人員、法律專家及社會工作人員會同審查通過後，得施行左列特殊治療方式：一、精神外科手術。二、外科長效賀爾蒙植入手術。三、其他經中央衛生主管機關公告之特殊治療方式。非教學醫院不得施行前項特殊治療方式。」

精神醫學研究的倫理議題

世界醫學會在「赫爾辛基宣言」(Declaration of Helsinki)[21]中，明定醫學研究中牽涉到人體試驗的倫理原則，其中強調『病人的健康是我的首要考量』、『當所提供的醫療可能有惡化患者的生理與精神功能時，一個醫師的行為應該以患者的利益為唯一考量。』

醫學的研究，有很多是要以患者為試驗的。但是精神病患常常無法為自己做出適當的決定，容易淪為研究下的犧牲者。所以精神醫學研究者更應該謹守醫學倫理的「行善原則」、「勿害原則」，以患者的利益為最大考量。

基因科技的發展，未來有可能可以及早知道，一個胚胎有多少精神疾病的基因？一個家族或一對夫妻，有多少機率會生出一個精神病患的小孩？甚至一個從小正常的小孩，在其青春期的發展成精神分裂症的機率有多少？要不要告知家屬或患者？如何告知解釋？可以因此選擇人工流產手術嗎？未發病者就接受藥物治療合乎倫理嗎？這些都是未來精神醫學遺傳學需要考慮的倫理議題。

世界精神醫學會與精神醫學倫理

世界精神醫學會對醫學倫理的強調與重視，可以由幾次的重要大會宣言看得出來。這些包括：1977年的夏威夷宣言(Hawaii declaration)，1983年的維也納宣言(Vienna declaration)，還有1996年的馬德里宣言(Madrid declaration)[23]。在馬德里宣言中所特別強調的，包括：

1. 精神科醫師應時時接受新知及倫理原則，以提供最好的治療，採取最少限制自由的治療方式，並尋求非本身專長的專業諮詢。
2. 治療過程中，病人應被視為同伴，醫病關係建立在互相信賴、互相尊重中，讓病人在自由意志和被告之下做決定。
3. 當患者因及精神疾病而無法做適當的判斷，精神科醫師有責任遵循該國之法律程序決定強制治療，為確保患者人格尊嚴與法律權益，應徵詢家屬意見，必要時可尋求法律諮詢。除了顧慮延誤治療會危害病人或親人的生命安全外，所有治療必須尊重病人意願。非經病人同意，不得採取治療。

4. 精神科醫師應邀評估一個人時，有責任告知被評估人其執行目的，以及評估資料的可能運用。
5. 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之目的。但精神科醫師切忌利用這些資料作為個人私自目的、學術或經濟利益。如未避免因維護隱私而造成病人或他人身體嚴重傷害，適當時可透漏其隱私，但僅可能先讓病人知道其不得不這樣做的原因。
6. 沒有科學價值的研究是不道德的，研究需經倫理委員會審議通過。精神科醫師需遵守該國或國際認可行為規則，只有經過訓練的人員才能進行或主持研究。因為精神病患易於被利用為研究對象，病人自主及身心完整性應該更給予保護。流行病學研究、社會學研究、多中心研究亦然。

另外世界精神醫學會也建立以下幾個特殊議題的倫理規範，包括：

1. 安樂死：醫師的首要職責在促進健康、減輕病痛和保護生命。有些精神病患受重大傷及喪失行為能力，因而未能保護自己而做出周延之決定，精神科醫師應注意到病患可能因疾病(如憂鬱症)，而有扭曲的觀念。如此，精神科醫師的焦點應該著重於治療他的疾病。
2. 虐待摧殘：精神科醫師即使受權威所脅迫，也決不參與任何精神或身體的虐待摧殘。
3. 死刑：精神科醫師不論任何情況下決不參與法定核准的行刑，或參與評估受刑人的行為能力。
4. 性別選擇：任何情況下，精神科醫師絕不參與為性別選擇而中止懷孕的決定。
5. 器官移植：精神科醫師的角色在於澄清器官捐贈的相關事宜，並幫助相關人員在宗教、文化、社會、家庭等因素得到告知和適當決定。精神科醫師決不當病患的法定代理人，也不運用心理治療技巧影響病患做出決定。精神科醫師在器官移植中應保護病患，並協助其盡最大能力自我決定。
6. 媒體發言：媒體的角色會塑造社會的觀感與態度。精神科醫師與媒體接觸時需確保精神病患的報導會尊重他們的尊嚴與隱私，降低標籤與排斥，維護其權益。精神科醫師的媒體發言，應避免談論個別病情，了解媒體報導會影響公眾對精神疾病的看法與福利。
7. 種族文化的排斥：因種族文化而排斥是不合倫理的。精神科醫師不應直接或間接參與任何種族淨化活動。
8. 基因研究與諮商：精神疾病的基因研究越來越多，關係到基因研究的精神科醫師應該謹記這樣的資訊不只個人，對家庭或社區而言也可能有負面的影響。

心理衛生立法與精神醫療倫理

倫理與道德是較高的行為標準，而法律則是基本的保護。世界衛生組織針對全球185個國家所做的調查[24]發現，有25%的國家沒有心理衛生立法，可見精神病患的權益在很多國家仍是被忽略的。在台灣，醫師法中訂有許多關於醫療倫理的必須準則，但是真正將焦點放在精神醫療的重要法律，則是民國七十九年所通過的「精神衛生法」[25]。

精神衛生法共有六章五十二節。第一章總論，第二章精神醫療系統與機構，第三章保護與醫療處置，第四章精神病患的權益，第五章罰則，第六章其他。精神衛生法規定了政府、精神醫療機構、醫師、家屬的責任與限制，並強調患者的權益該被保護與尊重。精神衛生法很多部分都與精神醫學倫理有關，例如：第一章提到「嚴重病人」，這與「行為能力」有關；第三章提到保護人的條件、強制住院的標準及程序、精神機構的責任與限制，這與「病人自主」、「切勿傷害」、「知情同意」有關；第四章提到病人權益，這也與「權益維護」、「隱私保護」及「公平正義」有關。

精神衛生法不僅為台灣的精神醫療的處理提供了法源依據，也為患者的人權提供了法律的保障。李宇宙[1]提到精神衛生法一方面限制了醫師的裁量權，減少侵犯患者的自主性，但同時也使醫師免於承擔道德責任。可是在實際的執行面上，卻常有著倫理的困境，像是「保護人責任」的問題、「嚴重病人」與「勝任能力」之判定、「自主及知情同意權」的行使，這些判定與抉擇之不易，常常考驗治療團隊的倫理思量。

台灣本土精神醫療常見的倫理議題與西方之差異

文化的差異是否會影響了醫學倫理原則的一致性，是很多學者有興趣的議題。像是 Nie [26]就認為很多人認為中國文化中不適用於應用「知情同意」的倫理原則，是因為對中西文化差異的誤解。不過 Okasha 等人[27]則提及在印度、中國、日本、拉丁美洲及阿拉伯等文化之中，為了全體利益犧牲小我，較為否定自我而以家人中心（family-centered）的傳統，是與歐洲、美國強調個人自主的文化不同。他們認為這樣與西方不同的文化背景，也會影響精神醫療倫理的課題，像是：強制住院、知情同意、宗教心理治療、及其他精神醫療治療...等，在不同文化中會有執行上的差異。Musto [28]也認為：治療者的角色、精神疾病的特性、患者與治療者所處的文化、宗教甚至政治環境的差異，會影響精神醫療倫理的表現。

顏永杰等[29]研究台灣醫學生所見精神科日常醫療倫理問題，發現這些倫理課

題依序為：「醫病關係」、「患者自主性」、「以病患為教材及醫師、醫學生之角色」、「保密原則」、「公正原則和醫療資源分配」、「知情同意」、「與家屬之互動」、「與其他專業團體之互動」、及「餽贈行為」。其中「醫病關係」排名第一，顯示醫病關係在精神科的特殊與重要。他們並且發現，台灣的精神醫療倫理問題，有些關係到與社會群體（例如：「公正原則和醫療資源分配」與「與其他專業團體之互動」）或是較有本土特色的課題（例如：「與家屬之互動」和「與家屬之互動」），這些與西方醫學倫理較常關注的個人自主議題（例如：偏重醫師角色、醫病關係、患者權利）不同。他們並認為「行善原則」與「勿害原則」，在醫學教育中應該加強。

在台灣醫病關係之中，常常不只是「醫療人員」與「患者」兩方的單純關係，而是複雜的『醫療人員』、『病患』、『病患家屬』三者的複雜互動。而若三方的態度不一致時，則爭議就特別容易有。例如：家屬因為擔心精神病患回家後會有暴力、不吃藥，堅持要已經穩定的患者繼續強制留院，這時醫療人員如何以患者的權益為最高考量，並與家屬的期望取得平衡，就非常重要。這時的倫理考量，是「患者自主」的問題。

再者，因為「污名化」與「刻板印象」，精神病患常在社區受到排斥。這影響到患者回歸社區的可能性，在中國人集體主義的傾向中，如何不犧牲個人的權益，牽涉到「公平正義」的議題，也是精神醫學倫理本土的困境。

結論

本文回顧精神醫學的進展與精神醫學的倫理議題，並由國外的精神醫學倫理宣言、國內精神衛生法，討論精神醫學倫理的本土困境。因為精神科特殊的醫病關係與治療模式，在本土文化的應用中，對於「行善益人」、「切勿傷害」、「患者自主」、「公平正義」更需要重視。

參考文獻

1. 李宇宙。精神醫學倫理。李明濱主編。實用精神醫學。台北市：國立台灣大學醫學院。2002：377-386。
2. 沈楚文。精神醫學史。沈楚文主編。新編精神醫學。台北市：永大書局。1989：1-9。
3. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Mental health and psychiatric

- services. In : Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World mental health-problems and priorities in low-income countries. New York, Oxford University Press, 1995 : 34-67.
4. Chodoff P. Misuse and abuse of psychiatry: an overview. In : Bloch S, Chodoff P, Green SA. Psychiatric Ethics. 3rd edition, Oxford, Oxford University Press, 1999:49-66.
 5. 葉英堃。醫學拷問：對世界醫學倫理的公開挑戰與台灣精神醫學的省思。台灣醫學人文學刊，2001；2(1-2)：113-120。
 6. Kastrup M. Abuse of psychiatry. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000; 101:61-64.
 7. JK Wen. The Hall of Dragon metamorphoses: a unique, indigenous asylum for chronic mental patients in Taiwan. Culture, Medicine & Psychiatry. 1990;14(1): 1-19.
 8. Stone AA. Commentary: investigating psychiatric abuses. Psychiatric Times. 2002; Nov.
 9. Fulford KWM. Analytic philosophy, brain science, and the concept of disorder. In : Bloch S, Chodoff P, Green SA. Psychiatric Ethics. 3rd edition, Oxford, Oxford University Press, 1999:161-191.
 10. 民法第十三條。
 11. 民法第十五條。
 12. 民法第七十五條。
 13. 刑法第十九條。
 14. Sass HM。Balancing autonomy with paternalism for psychiatric patients? Ambiguities in personal choice and advance directives. 台灣醫學人文學刊，2001；2(1-2)：18-28。
 15. 精神衛生法第三章第二節。
 16. 精神衛生法第二十九條。
 17. 醫師法第二十二條。
 18. 醫師法第二十三條。
 19. 醫師法第二十九條。
 20. Gutheil TG Legal issues in psychiatry. In : Kaplan & Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed., Williams & Wilkins, 1995 : 2747-2767.
 21. 精神衛生法第三十條。
 22. Declaration of Helsinki. In: Bloch S, Chodoff P, Green SA. Psychiatric Ethics. 3rd edition, Oxford, Oxford University Press, 1999:514-517.
 23. Helmchen H, Okasha A. From the Hawaii declaration to the Declaration of Madrid. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000 ; 101 : 20-23.
 24. Mental health policy and service provision. In: World health report 2001: Mental

health: new understanding, new hope. World Health Organization, 2001: 77-106.

25. 精神衛生法。

26. Nie JB. Is informed consent not applicable in China? Intellectual flaws of the “cultural difference argument” 台灣醫學人文學刊, 2001; 2(1-2): 67-74。

27. Okasha A, Arboleda-Florez J, Sartorius N. Preface. In: Okasha A, Arboleda-Florez J, Sartorius N. Ethics, Culture and Psychiatry. Washington DC, American Psychiatric Press, 2000: xi-xii.

28. Musto DF. A historical perspective. In: Bloch S, Chodoff P, Green SA. Psychiatric Ethics. 3rd ed., Oxford, Oxford University Press, 1999:7-23.

29. 顏永杰、楊明仁、陳正宗、張明永。醫學生所見精神科日常醫療倫理問題。醫學教育, 1999;3:29-39。

