



## 美国医学会伦理学杂志®

2021年4月，第23卷，第4期：E292-297

### 案例与评论：同行评审文章

作为临床和伦理目标，临床医生应如何以同情心执行重要强制干预，而非仅仅将伤害最小化？

Robert L. Trestman（理学博士、医学博士）和 Kishore Nagaraja（医学博士）

#### 摘要

护理患有急性精神疾病的患者时，应负责任地决定是否以及何时采取可能拯救生命的强制措施，此时通常需要谨慎地应用两个关键的伦理标准。第一个标准是必须将短期发病率或死亡风险降至最低。第二个标准是必须认真考虑在强制实施干预的过程中对有精神创伤的患者造成的潜在长期伤害，以及对患者对临床医生的信任的潜在长期影响。本文认为这些最低标准在精神卫生保健决策中必要但不充分。建议临床医生的意图和动机不应仅立足于伤害最小化，而是应该以同情心最大化为基础。本文随后根据一个案例提出了同情心最大化的标准。

如要为与本文相关的 CME 活动申请 AMA PRA Category 1 Credit™（美国医学会医生认可奖 I 类学分），您必须做到以下几点：(1) 完整阅读本文，(2) 正确回答至少 80% 的测验问题，(3) 完成评估。申请 AMA PRA Category 1 Credit™（美国医学会医生认可奖 I 类学分）的测验、评估和表格可通过 [AMA Ed Hub™](#) 获得。

#### 案例

LL 是一名 25 岁患者，有童年创伤、自伤、攻击性和精神分裂症史，被非自愿地送往急诊科 (Emergency Department, ED)。一名急诊科医生发现，虽然 LL 无法说话，但可以稍微移动头部，并确定 LL 有突发强直和高血压。精神科医生 P 医生随后对 LL 进行了评估，确认其无法改变姿势，还指出 LL 已停止饮食，并因 LL 患有恶性紧张症（一种有可能致命的疾病）将其收治入院。进行了能力评估；LL 被确定为缺乏做出治疗决策的能力。于是 LL 的母亲被确定为其代理人。LL 最初通过口服苯二氮卓类药物进行治疗，但后来拒绝服用该类药物。考虑到延迟治疗带来的威胁，工作人员同意通过肌肉注射 (Intramuscular Injection, IM) 对 LL 强行施用苯二氮卓类药物在伦理上具有合理性，在临床上也具有必要性。LL 的母亲不顾 LL 反对，同意使用 IM 苯二氮卓类药物。不过，若仅有代理人同意而 LL 不同意，工作人员不愿继续强制施用药物，并指出 LL 并非自愿来到急诊科，且其在

住院期间拒绝服药。P 医生依然坚持认为违背 LL 意愿给药属于适当举措，且另外两位精神病学家同事也支持这一观点。P 医生解释道：“我们等得越久，LL 就越痛苦，就越有生命危险。”

## 评论

长期以来，精神病学中强制治疗的伦理问题一直是该领域激烈争论的焦点。<sup>1</sup> 与 20 世纪中叶的家长主义相比，现在我们在精神病学和社会中往往更重视**个人自主权**。精神病学现在也考虑短期实用主义（即解决眼前的危机）与长期疾病管理和康复之间的紧张关系。

在精神病学中，强制治疗通常应与患者的价值观保持一致，这样既不会加剧现有创伤，也不会使患者疏于参与未来的治疗。<sup>2</sup> 强制措施可能会对患者的治疗体验产生重大而持久的负面影响，正如 McLaughlin 等人所指出的，可认为“强制措施对患者治疗态度的影响是‘有毒的’”。<sup>2</sup> 可以根据患者的背景和文化决定是否以及如何采取强制措施，并尽量减少伤害。一项重要研究指出，“尊重您、您的家人和对您重要的人”——即文化敏感性——是患者和医生所表达的同情心最重要的特征。<sup>3</sup> 了解患者的文化和历史以及证明敏感性，对于在精神病学中富有同情心地采用强制措施非常关键。本文主张应在有必要采用强制措施的情况下（即某些患有精神病或紧张症的个别患者保持一定自主控制的情况，或急性谵妄或中毒的情况）使同情心最大化。

## 文化与社会背景

**文化背景。**文化的概念很大，无所不包。文化在很多方面都与富有同情心地采取强制措施的讨论有关，例如人口特征和社会发展。与此相关的是，人口统计学变量主要包括种族、年龄、性别和社会经济地位。每个变量都会影响患者的决策过程，包括与强制护理有关的决策。例如，从患者的种族和性别出发，有可能了解他们当前的行为，包括其对（作为权威人物的）精神病医生的反应。患者的社会经济地位同样有助于提供一些信息，这些信息与他们在相对贫穷或富裕的环境中的成长经历相关。如果患者曾经且继续生活在贫困环境中，则他们之前的医疗护理经验可能有限、不充分或不予考虑，因此他们可能不信任医生和医务人员。在更细致地了解患者的生活背景后，我们不仅可以表达对患者现状的同情，还可以为理解患者观点而构建一个框架。患者的经历可能会极大影响他们如何在受到强制护理的情况下为自己辩护。将**对患者文化背景的理解**融入护理中，可以为沟通和决策提供指导，并有可能减少或消除患者拒绝治疗的情况。同情心的一个关键特征是尝试让患者参与决策共享。

**社会背景。**社会发展包括建立关系和理解社会期望，这对患者的治疗态度有很大影响。如果患者所在的社区将心理疾病污名化为性格缺陷或弱点，或贬低精神病护理，那么该患者对诊断和所需治疗的接受或理解程度可能有限，这可能导致需要采用**危机驱动的强制性治疗**。我们可以通过在病例注释中添加有关患者社会背景的信息，从而更富同情心地参与并支持患者的护理过程。具体而言，我们可以根据患者的价值观做出决定，以此支持患者的自主权。经常会出现需要代理人做出决定的情况，此时让该代理人有效参与决策是以同情心实施强制措施的关键。

## 富有同情心地采取强制措施

减少伤害或将伤害最小化通常是决定是否违背患者意愿进行治疗的主要因素。非自愿用药、隔离或约束通常用于降低对个别患者或其他人造成伤害的风险。<sup>4</sup> 虽然基于这些理由，这种决定较为务实且通常合理，但其一般基于临床医生的价值体系和医疗培训（“第一，不伤害他人”）。不过，富有同情心地采取强制措施需要考虑患者期望的理想结果，而非仅考虑预期结果。

同情性护理还包括增强患者的自主权和适应力。许多严重精神疾病都属于慢性疾病，此类疾病患者可能会出现失代偿，这会影响他们的决策。在这些情况下，不应将重点完全放在挽救生命的治疗上，还应放在支持患者康复上。例如，通过调整药物治疗以及让患者参与治疗，保证非自愿住院的躁狂症患者的安全。在非危急情况下，医生可以富有同情心地使用强制措施来缓解患者症状，并努力提高患者的决策能力以及行使自主权的能力。精神疾病的康复模式并非仅强调“治疗或管理症状，而是注重培养精神病患者的适应能力，并为陷入情绪困扰的患者提供支持。”<sup>5</sup> 决策能力恢复后，患者可以更清楚地评估各种选择，并能在危急时期预见在恢复决策能力之前可能还不甚明了的未来。富有同情心地采取强制措施的康复模式，这一做法有助于患者自行做出明智决定并燃起希望。

### 富有同情心地采取强制措施将伤害最小化

在 LL 的案例中，同情性护理是指 P 医生花时间与 LL 的母亲交谈，并试图了解 LL 所有童年创伤以及自伤行为的起源和历史。理解这些信息可能有助于团队在讨论伤害风险和所有潜在治疗方案后就治疗方法达成共识，同时也可能有助于保持患者的自主权意识。LL 的情况改善后，记载在健康记录中的改善流程将为团队制定决策提供依据；团队会向 LL 保证，已考虑其自身的意愿和健康。事实上，患者护理团队所采用的同情心已被证明对“患者满意度和感知护理质量”至关重要。<sup>6</sup> 将再创伤风险或心理伤害（包括羞辱感和痛苦感）降至最低尤为重要。<sup>2</sup>

在伤害最小化更有限的方法中，治疗团队将无视工作人员的请求，决定采取强制措施，且仅仅让患者的代理人签署治疗同意书。在 LL 的案例中，无论是采取同情性护理还是伤害最小化的方法，治疗结果在短期内都可能一样。不过从长远看，同情性护理可能会改善患者预后，因为患者再次创伤的风险更低，对护理人员的信任度更高，其自主权得到提高，且对后续门诊治疗的依从性更高。具体而言，同情心提高了“对治疗建议的依从性”<sup>3</sup>和有效沟通（同情性护理中的关键部分，与临床医生和患者之间“更大的治疗同盟”有关）。<sup>7</sup>

同情性护理即理解每个利益相关者的职责。患者的医生充当决策协调人（而非关键决策者）和临床导师，负责整合患者的文化数据，并将临床和背景事实相关联以提供建议。正如在 LL 的案例中所探讨的，关键决策者是 LL 的代理人，对决策负有法律责任，有助于临床医生更好地了解 LL 文化背景的相关方面。只要不妨碍代理人的决策能力，医生就应尽其所能从多个来源（如家庭、住院设施、门诊医生）收集尽可能多的信息。在本案例中，LL 的母亲和治疗团队应在治疗过程中使用任何强制措施之前就交换有关 LL 临床病史和社会教养的信息，以真正了解注射苯二氮卓治疗对于 LL 是否为最佳选择。该讨论建立在同情性护理框架的基础上，并继续在每个阶段建立信任关系。

患者护理团队的最终利益相关者是辅助团队成员，他们负责实施治疗和取得同意。医生的职责是确保这些团队成员了解患者的文化背景及其对治疗的影响。例如，在 LL 的案例中，P 医生应与辅助团队成员讨论从可用来源以及与代理人的讨论中了解有关 LL 文化背景和价值观的信息，并应彻底审查每种潜在干预措施（包括不干预）的可能危害和益处。这样所有团队成员就能意识到使用强制措施是必要的，而且在实施时应抱有同情心。这一过程也有助于解决团队成员对在 LL 护理过程中实施强制措施的担忧。

必须承认，实施同情性关怀需要时间。现代住院护理人员面临着治疗患者和迅速出院的压力。尽管存在这些基于体制的挑战，但以同情心实施必要的强制措施为患者和护理团队带来的益处远超过相对有限的时间投入。

## 结论

同情性护理将共情与数据驱动的决策相结合，可以联合患者和护理团队所有成员的力量，共同为以患者为中心的护理计划提供支持。当需要使用强制措施时，精神科医生应考虑将富有同情心地采取强制措施作为护理标准，因为此举不仅是为了最大限度地减少伤害，也是为了提高患者的参与度和康复率。与其他一些专家相比，精神科医生在进行同情性护理时可能面临更少障碍，这是因为他们的共情能力相对更强，并接受过更高水平的人际管理培训。<sup>8</sup> 同情心对患者和精神科医生都很有益，因为它可以提高工作满意度。<sup>2</sup> 作为医生，我们应该努力了解患者的想法和文化背景。这样我们不仅更有可能降低患者受到伤害的风险，而且还能帮助患者参与治疗和康复。

## References

1. Steinert T. Ethics of coercive treatment and misuse of psychiatry. *Psychiatr Serv*. 2016;68(3):291-294.
2. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One*. 2016;11(12):e0168720.
3. Lown BA, Rosen J, Marttila J. An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(9):1772-1778.
4. Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn E. Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Res*. 2013;205(1-2):48-53.
5. Jacob KS. Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian J Psychol Med*. 2015;37(2):117-119.
6. Baker LR, Martimianakis MAT, Nasirzadeh Y, et al. Compassionate care in the age of evidence-based practice: a critical discourse analysis in the context of chronic pain care. *Acad Med*. 2018;93(12):1841-1849.
7. Kemp J, Zhang T, Inglis F, et al. Delivery of compassionate mental health care in a digital technology-driven age: scoping review. *J Med Internet Res*. 2020;22(3):e16263.
8. Fernando AT III, Consedine NS. Barriers to medical compassion as a function of experience and specialization: psychiatry, pediatrics, internal medicine, surgery, and general practice. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(6):979-987.



**Robert L. Trestman**（理学博士、医学博士）是弗吉尼亚理工大学加利永医学院的教授兼精神病学系主任，以及弗吉尼亚州罗诺克加利永诊所的精神病学和行为医学部主任。

**Kishore Nagaraja**（医学博士）是弗吉尼亚州罗诺克加利永诊所的精神病学和行为医学部的住院医师。

**编者注**

本评论所对应的案例由社论文章提供。

**引用**

《美国医学会伦理学杂志》。2021;23(4):E292-297.

**DOI**

10.1001/amajethics.2021.292.

**致谢**

作者谨此感谢加利永诊所医学伦理主任 Mark Swope 医生对本文的仔细审查。

**利益冲突披露**

作者没有要披露的利益冲突信息。

*本案例中的人物和事件均为虚构。如与真实事件或生者或死者名字雷同，纯属巧合。本文所述观点仅为作者个人观点，并不一定代表AMA 的观点和政策。*

版权所有 2021 美国医学会。保留所有权利。  
ISSN 2376-6980