

第31/99/M號法令及澳門特別行政區 精神病患者的強制性治療

杜雅迪*

一、前言

許多衛生體系承認，精神病患者的強制性治療有危險和/或拒絕所需要的治療。然而，為了使這種替代療法成為可能，必須在維護患者的基本權利、確保公眾安全和治療的需要之間取得平衡。為了確保這種平衡，並確保其實施的適當條件，精神病患者的強制性治療必須有特定的精神衛生立法。¹

在澳門特別行政區，精神病患者的強制性治療是由第31/99/M號法令規範的。此法令於1999年制定。它的出現是為了修訂有關精神病護理的條文的需要，以更加符合最合適的技術指導，增強醫院治療與康復和社區活動放權之間的互補性。

第31/99/M號法令的範文是於1998年公佈的葡萄牙精神衛生法（法律第36/98號法令）。該法律則是根據葡萄牙憲法的原則及國際機構（歐洲理事會議會大會、歐洲委員會部長理事會、聯合國大會，歐洲人權法院、世界衛生組織及歐洲人權公約）的明文原則制定的。關於葡萄牙的精神衛生法，已經有了重大研究，可以理解為第31/99/M號法令的基礎。^{2 3 4}

* 仁伯爵醫院精神科醫生。

1. 世界衛生組織：《精神衛生，人權和立法資料手冊》，日內瓦，世界衛生組織，2005年，第89-105頁。
2. 卡瓦略A.、羅德里格斯C.、塞拉等：《精神衛生法與強制性住院》，科英布拉，科英布拉出版社，2002年。
3. 佩德羅·蘇亞雷斯·德·阿爾貝爾加利亞：《精神衛生法》，科英布拉，阿爾梅迪納出版社，2003年。
4. 拉塔斯A. J.、維埃拉F.：《精神衛生法評註》，科英布拉，科英布拉出版社，2004年。

第31/99/M號法令指引的主線是尊重精神病患者的尊嚴和個人權利。該法令的基本標準是：

(a) 確定精神病患者的權利與義務，建立保護精神病患者及促進精神健康的一般原則；

(b) 規定精神病患者的緊急住院與強制性治療。

專業人士，如醫生、社會工作者和心理醫生必須接觸可能需要強制性治療的人，或正在接受此種治療的人。為了使這些專業人士在這些病人處以最佳方法展開工作，有必要熟悉第31/99/M號法令。

本文檢討根據這個法令所進行的強制性治療，目的是為健康及相關領域的專業者提供對此種替代治療更好的了解。然後，將涉及有關強制治療的主要法令，特別是那些與精神病患者的權利，強制治療的法醫費用及法定程序，開始治療的方式及適用的法令等問題。

在圖1中，簡要地介紹了根據第31/99/M號法令進行的強制性治療所需要的條件與程序。

圖1 強制性治療所需要的條件與程序

DSS-衛生司司長

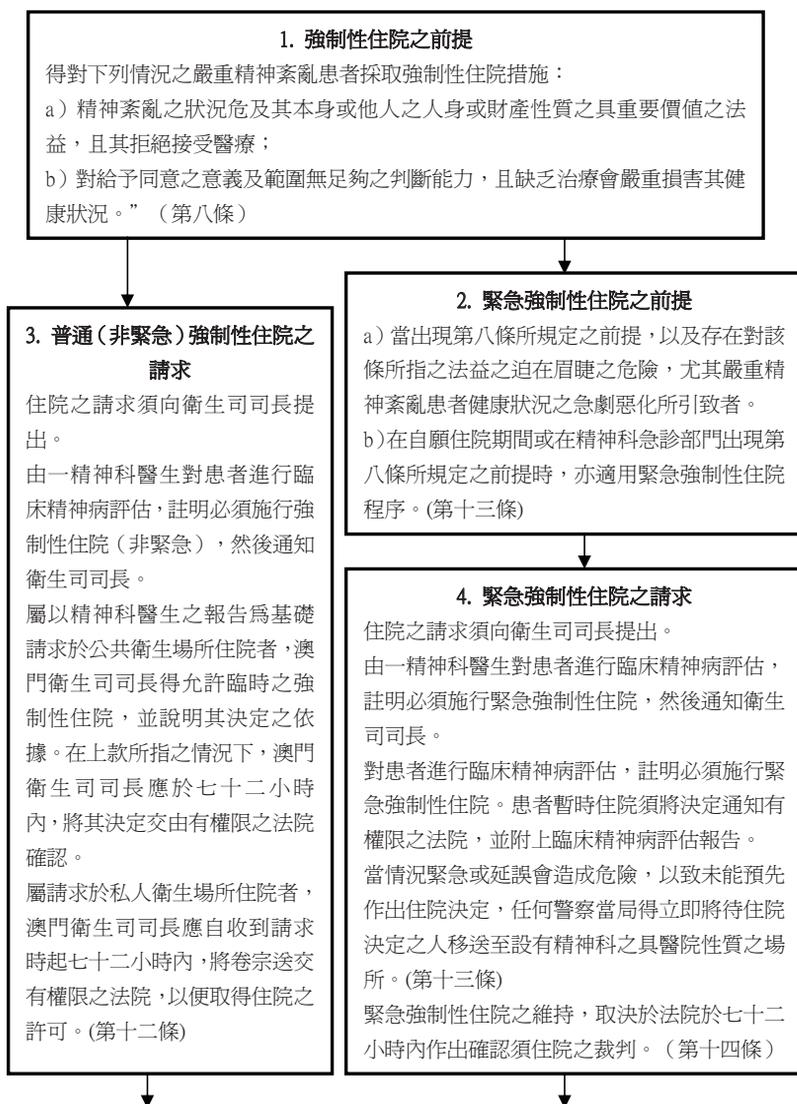
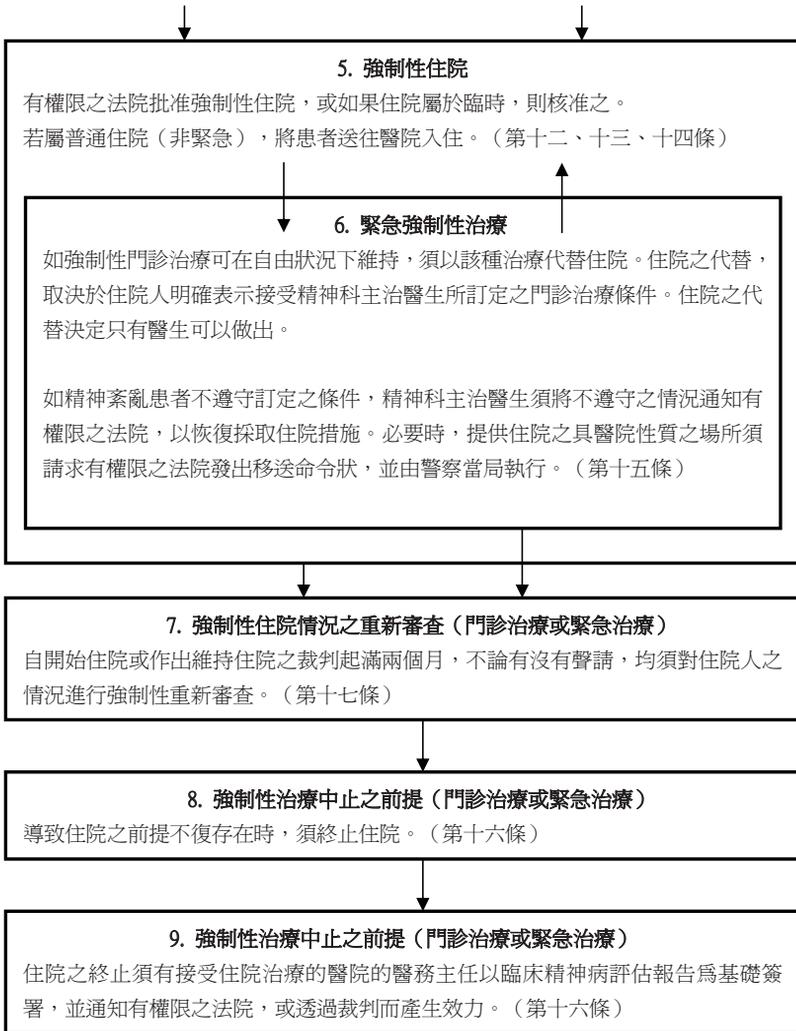


圖1 強制性治療所需要的條件與程序（續上）



1. 精神紊亂患者有哪些權利？

使用衛生服務之精神紊亂患者享有下列特別權利：

a) 被告知所建議之治療計劃及可預計之治療效果，以及其他可供選擇之治療方法；

b) 在其個性及尊嚴獲得尊重之情況下，接受質素合適之監護及治療；

c) 決定接受或拒絕所建議之診斷及治療，但在強制性住院之情況下，或在不作出診斷及治療可能嚴重危害到其本身或第三人之緊急情況下除外；

d) 在其未預先作出書面同意時，以及在一名精神科醫生及一名內科或全科醫生以書面方式提出合理理由前，不接受電休克療法；

e) 同意或拒絕參與研究、臨床實驗或培訓活動；

f) 查閱臨床評估及醫生診斷之資料，包括斷定其危險程度之診斷資料；

g) 不接受對其身體活動作出限制或入住隔離病房，但在限定之情況下除外；

h) 在臨床卷宗內詳細記錄所接受之治療；

i) 在住院部門或留宿設施內，享有適當之居住、衛生、飲食、安全、受尊重及保護私隱之條件；

j) 與外界聯繫，以及接受家人、朋友及法定代理人之探訪，但須符合因機關之運作或疾病之性質而定出之限制；

l) 就所提供之勞務而收取合理之報酬；

m) 獲協助行使聲明異議權及投訴權。（第四條第一款）

十四歲以下之未成年人，或對被要求給予同意之意義及範圍無判斷能力者，在行駛某些權力時，需有法定人代表：“如精神紊亂患者

為十四歲以下之未成年人，或對被要求給予同意之意義及範圍無判斷能力，則第一款c項、d項及e項所載之權利由其法定代理人行使。”（第四條第三款）

在精神外科⁵手術的情況下，必須有法定代理人的介入。這種介入在許多國家中是為了控制過去的侵權，但是，在法律上來講，是不允許的。精神紊亂患者的書面同意，儘管不足以，但始終是必要的：“進行精神外科手術，須經精神紊亂患者之書面同意，以及經精神衛生委員會指定之兩名精神科醫生之書面意見贊成。”（第四條第二款）

需要注意的是，即使是在強制治療的情況下，患者同意進行精神外科手術始終是必不可缺的。事實上，在強制治療期間，第十條第二款有規定：“住院人特別有義務接受醫生指定之治療，但不影響第四條第二款之規定。”但住院人的義務“不影響第四條第二款之規定。”這個規定明確排除了患者在強制治療的情況下，可接受的精神外科治療（見問題4）。

為保護患者的權利，還有其他一些法律，如第111/99/M號法令，其目的是在生物學及醫學應用方面保護人類之尊嚴及身份。

2. 住院者有哪些權利？

待住院決定之精神紊亂患者特別享有下列權利：

- a) 被告知其權利；
- b) 出席與其有直接關係之訴訟行為，但其健康狀況不容許時除外；
- c) 在其參與之訴訟行為中，以及在與其有直接關係而未有出席之訴訟行為中，由其委託或獲指定之辯護人輔助；
- d) 提供證據及申請採取認為必要之措施。（第四條第九款）

5. 摩蘇爾G.A.、沃克E.E.、馬爾札 R.L.：“精神外科：過去，現在與未來”，《腦研究雜誌》，2005年，第48期，第409-419頁。

3. 強制性住院者有哪些權利？

“一、住院之精神紊亂患者享有澳門具醫院性質之場所之其他住院人獲承認之所有權利，以及特別享有下列權利：

- a) 被告知或清楚了解其權利；
- b) 清楚了解被剝奪自由之原因；
- c) 由其委託或獲指定之辯護人輔助，且得與辯護人作私人聯絡；
- d) 就決定強制性住院之裁判或維持強制性住院之裁判，提起上訴；
- e) 自由收發函件；
- f) 根據選舉法之規定投票。”（第四條第十款）

接受強制性門診治療者享有接受強制性住院者的同等權利（和承擔同樣的義務）。特別是接受住院或門診強制性治療者，在法律上，有定期或法院裁判時，審查其自由受限制的情況。（見問題14）。^{6 7}

4. 強制性住院者有哪些權利？

“二、住院人特別有義務接受醫生指定之治療，但不影響第四條第二款之規定。”（第十條第二款）換言之，住院者必須接受被認為是必要的治療，精神外科的情況除外（見問題1）。相反，在精神外科的情況下，在電休克治療⁸是被認為是一種用於某些臨床情況的安全而有效的治療下，可以未經接受強制性治療者的同意而進行。⁹電休克治療在下述情況下，可未經接受強制性治療者的同意而進行“或在不在

6. 波爾圖上訴法院，JTRP00037789號判決，強制性住院，TRP00037789案卷，波爾圖，2005年。

7. 波爾圖上訴法院，JTRP00042872號判決，強制性住院，4307/09.3TBVNG.P案卷，波爾圖，2009年。

8. 賴斯納A.D.：“電休克治療的爭議：證據與道德”，《神經心理學導報》，2003年，第13期，第199-219頁。

9. 杜阿爾特C.、海岩J.、Cheong C .K.：“科塔爾綜合症與對無行為能力同意接受治療的中國老婦人的電休克治療：病例報告”，《澳門健康科學雜誌》，澳門，2009年，第2期，第132-135頁。

作出診斷及治療可能嚴重危害到其本身或第三人之緊急情況下除外”（第四條第一款c），因為，在這些情況下，患者失去“決定接受或拒絕所建議之診斷及治療”的權利（電休克治療的情況除外，見問題1）（第四條第一款c）

5. 何人可以成為強制性住院者？

“得對屬下列情況之嚴重精神紊亂患者採取強制性住院措施：

a) 其精神紊亂之狀況危及其本身或他人之人身或財產性質之具重要價值之法益，且其拒絕接受醫療；

b) 其對給予同意之意義及範圍無足夠之判斷能力，且缺乏治療會嚴重損害其健康狀況。”（第八條）

根據這些前提，只能呈現出嚴重的精神紊亂，同時有危險和/或需要接受治療的患者才可被安排住院。強制性住院，從醫學角度來說，可稱之為“治療需要”，而從司法角度來說，可稱之為“住院監護”。強制性治療持續時間上，無最低或最高限額，亦無年齡限制。

讓我們來看一下可能增加解釋難度的詞句和概念。

a) “嚴重精神紊亂”——根據世界衛生組織2001年的報告，精神紊亂是一種非正常狀態或病理狀態。臨床表現顯示，其特點是思維與情緒（情感）的改變，或個人的痛苦和/或機能的惡化，可以界定一個嚴重精神紊亂的因素，除了診斷外，便是患者所呈現的病理學嚴重性。作為一種精神分裂症，或一種雙向疾病的病理，肯定可以被認為是嚴重的精神紊亂。然而，在某些情況下，如精神發育遲滯、老年癡呆症、精神依賴物質的依賴（酒精與毒品）及人格障礙等可被視為嚴重精神紊亂。

b) “其精神紊亂之狀況危及其本身或他人之人身或財產性質之具重要價值之法益”——此種危險必須是具體的，針對特定的財產，必須是精神紊亂造成的。請注意，對危險性的評估是一個醫療與法律的問題，而醫學與法院對什麼是危險和危險性的看法有所不同。而且，危險性為一法律概念，而不是醫學概念。在醫學上，表示不確定的情況，用風險一詞。

c) “其對給予同意之意義及範圍無足夠之判斷能力”——患者無法給予同意。原則上，任何醫療手術都是必要的。

d) “缺乏治療會嚴重損害其健康狀況”——據醫學知識，可以預見，如果不治療，健康狀況將大幅惡化。嚴格來說，對這種惡化風險的評估是醫生職權範圍。

6. 何人可以申請強制性住院？

a) 法定代理人；

b) 具有正當性申請精神紊亂患者之禁治產宣告之任何人；

c) 澳門衛生司司長；

d) 檢察院；

e) 衛生場所之領導人，但以精神紊亂之情況於自願住院期間發現為限。（第十一條第一款）需要注意的是，醫生應該是一個不在有權申請強制性住院治療的個人或實體名單上的人。將醫生排除在外，可以保障醫患關係，這是治療的關鍵。

然而，“為適用上款之規定，醫生在執行職務中發現第八條規定所指之精神紊亂之情況時，應通知澳門衛生司司長。”（第十一條第二款）當檢查此種紊亂的醫生是精神科醫生，他可以立即進行臨床精神病評估。然後立即將情況通報衛生司司長，發送一份臨床精神病評估報告，以便衛生司司長（和法院）做出強制性住院的決定。但是，任何非精神科醫生的醫生，如果觀察到一患者有需要強制性住院的跡象，應該立即將此報告給衛生司司長。如果他認為有必要，可下令對患者進行臨床精神病評估（見第8題）。

7. 向何人提出強制性住院之請求？請求應包括哪些內容？

“強制性住院之請求須向澳門衛生司司長提出。”（第十二條第一款）請求並不需要辦理特別的手續，但它應該簡要地澄清事實情況，並寫明待住院者與申請者的身份資料。為了說明請求的情況，可以在請求中附上臨床報告或其他性質的文件。

8. 衛生司司長如何做出強制性住院之決定？

“屬以精神科醫生之報告為基礎請求於公共衛生場所住院者，澳門衛生司司長得允許臨時之強制性住院，並說明其決定之依據。”

（第十二條第二款）在此情況下，衛生司司長，在法院決定前，得允許（臨時性）住院，但必須“在上款所指之情況下，澳門衛生司司長應於七十二小時內，將其決定交由有權限之法院確認。”（第十二條第三款）

另一方面，“屬請求於私人衛生場所住院者，澳門衛生司司長應自收到請求時起七十二小時內，將卷宗送交有權限之法院，以便取得住院之許可。”（第十二條第四款）

如果衛生司司長在進行臨床精神病評估之前，收到一強制性住院（或一非精神病科醫生的報告，在某人身上觀察到明顯的強制性住院症狀）的請求，衛生司司長可下令在一擁有精神科醫生的公共衛生部門中做臨床精神病評估（見問題6）。然後把報告發送至衛生司司長，由他決定是否予以強制性住院。

9. 何時可以進行緊急強制性住院？

“當出現第八條所規定之前提，以及存在對該條所指之法益之迫在眉睫之危險，尤其嚴重精神紊亂患者健康狀況之急劇惡化所引致者，得向澳門衛生司司長請求對嚴重精神紊亂患者採取緊急強制性住院措施。”（第十三條第一款）因此，必須同時觀察到構成強制性住院（見問題5）的共同基礎的症狀和一個迫在眉睫之危險。

但是，醫院除了在一種情況下可以進行緊急強制性住院外，還有兩種情況：“六、在自願住院期間或在精神科急診部門出現第八條所規定之前提時，亦適用緊急強制性住院程序。”（第十三條第六款）因此，在這兩個特定情況下，無論是否存在第十三條第六款涉及的“**“眉睫之危險”**”，均可進行強制性住院。但要有構成強制性住院的共同基礎的症狀。

10. 在不可能做個人評估及事先決定其住院和在緊急或迫在眉睫之危險的情況下，採取何措施？

“當情況緊急或延誤會造成危險，以致未能預先作出住院決定，任何警察當局得立即將待住院決定之人移送至設有精神科之具醫院性質之場所，並繕立載有精神紊亂患者之身份資料，以及說明移送時間及地點之筆錄。”（第十三條第五款）

為了盡量減少警察當局在評估因“緊急或迫在眉睫之危險”而需要將患者送交醫院時可能出現的困難，最主要的是簽訂有關當局在這種情況下採取行動的協議。要將患者送往醫院，警方不能違背住院人的意願進入待住院者家，因為第31/99/M號法令不允許由外地侵犯住宅。此種權利是由澳門特別行政區基本法保證的（第31條）和由刑事訴訟法（第162條）規範的。待住院者在被送往醫院後“如臨床精神病評估顯示無需住院，須即時釋放精神紊亂患者，並將有關卷宗送交檢察院之代表。”（第十三條第四款）

11. 強制性住院的法院之確認的期限是多少？

緊急強制性住院的法院之確認的期限為72小時（參閱第十四條）。非緊急強制性住院的法院之確認的期限未做規定。

12. 臨床精神病評估的性質及在評估報告應包括哪些內容？

臨床精神病評估類似於一法醫專家鑑定。由一個精神科醫生完成，其主要目的是確實住院人是否有強制性住院之前提（參閱第十二條第二款及第十三條第三、四款）。對可以做臨床精神病評估的心理醫生未作限制。

臨床精神病評估後，精神科醫生準備一份報告。據此，衛生司司長和法院決定是否採取強制性住院的措施。

臨床精神病評估雖無固定格式，但語言必須明瞭，即便不是醫生也能理解。應該包括供衛生司司長和法院做出決定的所有相關重大信

息。並不要求報告面面俱到，但它應該文字簡要地包括重大的臨床數據，如評估動機和情況，當前病情的進展，精神科檢查，診斷及建議的治療。診斷必須按照國際公認的標準進行（例如，澳門特別行政區正式採用的《國際衛生組織規定的國際疾病傷害及死因分類標準》第十版）。報告還應根據目前強制性住院之前提，涉及現有危險的特徵及/或對給予同意之意義缺乏判斷能力，且會對不治療會產生的可能後果缺乏判斷能力。

精神科醫生的報告可以作其他已經進行的報告為說明補充，例如心理醫生或社會工作者的報告。心理醫生所下達的關於強制性住院的結論無論是否，理由必須充分。

13. 強制性門診治療的性質：何時可以開始？在當事人不符合這一治療方案的條件下，如何處理？

根據第31/99/M號法令，強制性門診治療非一獨立的治療方案，它包括在廣意的法醫學強制性住院的概念中。因此，當涉及“住院者”時，法令的用詞有點反直覺，即指強制性住院者，又指強制性門診治療者。

強制性門診治療只能在強制性住院獲准後開始。這一治療方案並不總是必要或可能做的。

應用的原則是，強制性治療應始終少使用限制手段：“如強制性門診治療可在自由狀況下維持，須以該種治療代替住院。”（第十五條第一款）。然而，“住院之代替，取決於住院人明確表示接受精神科主治醫生所訂定之門診治療條件。”（第十五條第二款）接受住院可由住院者口頭表示，而無必要以書面形式進行。

從強制性住院過度到強制性門診治療由施治的心理醫生全權決定，然後立即通報法院（第十五條第三款），並附上改變療法的書面說明。

從強制性住院通變為強制性門診治療並不意味著強制性治療法律程序的中止。“四、如精神紊亂患者不遵守訂定之條件，精神科主治

醫生須將不遵守之情況通知有權限之法院，以恢復採取住院措施。”
（第十五條第四款）

為了使當事人接受強制性住院，最好優先採用精神衛生的辦法。但是，“必要時，提供住院之具醫院性質之場所須請求有權限之法院發出移送命令狀，並由警察當局執行。”（第十五條第五款）在這種情況下，只要有可能，當精神衛生技術人員送當事人去醫院時，應得到警察當局的配合，以盡量減少可能產生的負面後果。

14. 法院對住院情況之重新審查：何種情況下可能，誰可以申請，如何進行？

“如提出存在終止住院之合理原因，有權限之法院應隨時審議終止住院之請求。”（第十七條第一款）“自開始住院或作出維持住院之裁判起滿兩個月，不論有沒有申請，均須對住院人之情況進行強制性重新審查。”（第十七條第二款）“住院人、其辯護人及第十一條所指之人，均具有申請重新審查之正當性。”（可以申請強制性住院的人及根據第八條規定所指之精神紊亂之情況的醫生）（第十七條第三款）

“為適用第二款之規定，具醫院性質之場所須於作出重新審查之前，最少提早十日送交一份臨床精神病評估報告。”（第十七條第四款）這種審查類似臨床精神病評估報告，由一個精神科醫生完成。對可以做臨床精神病評估的心理醫生未作限制。在這份報告中，應該包括對強制性治療繼續的前提的查證。

“進行強制性重新審查時，須聽取檢察院、辯護人及住院人之意見，但住院人之健康狀況使聽取其意見屬無作用或不可行時除外。”（第十七條第五款）為了使住院期間的審查，在某些情況下，或如果法院認為要有證據，可利用視頻會議備案。

法院對強制性門診治療者的審查，同對強制性住院者的審查（見問題3）。

15. 對裁判之可上訴性：如何規範？何人可以申請？

“一、就決定強制性住院之裁判、緊急強制性住院之確認，以及重新審查住院人情況之訴訟程序中作出之裁判，均得向有權限之法院提起上訴。二、住院人、其辯護人、根據第十一條之規定申請採取住院措施之人及檢察院，均具有上訴之正當性。”（第二十二條）

16. 何時及如何結束強制性住院或強制性門診治療？

當引起了強制性治療的前提不復存在時，強制性住院便終止：“導致住院之前提不復存在時，須終止住院。”（第十六條第一款）同樣，當這些前提不復存在時，強制性門診治療便結束（見問題13）。

要啟動強制性住院，總是需要兩個決定（臨床和司法），但中止強制性住院（或強制性門診治療），只需一個決定就足夠：“終止成為拘留發生的醫療衛生服務，或通過司法判決的精神評估報告的基礎上簽署的文件，對醫院的醫療主任，是有效的。”（第十六條第二款）醫療主任簽字後，“出院一事須立即通知有權限之法院。”（第十六條第三款）。

17. 有關強制性治療，還有那些事情要知道？

由第31/99/M號法令成立的精神衛生委員會來督查強制性治療。精神衛生委員會為特首的獨立諮詢機關（參見第六條），其內部規章由第342/2005號行政長官批示所規範。本法規所規定之訴訟程序屬秘密及緊急之訴訟程序，免除訴訟費用。（第二十三條）

二、評說

第31/99/M號法令頒佈約12年後，對有嚴重精神紊亂患者施行強制性治療的法規仍然是適時的，符合澳門特別行政區的實際情況。當對患者自己或對公眾安全構成危險，和/或拒絕治療，即使是為了防止他的健康狀況急劇惡化時，這一規定使患者的治療成為了現實。

根據第31/99/M號法令，強制性治療為一最後的手段。只有在無其他的治療選擇的情況下，才可使用。第31/99/M號法令與其他法律文件不同，無明確的預先囑託。預先囑託是患者在失去決定的能力之前，事先寫下的關於採用何種治療方面的指示。但是，如果預先囑託存在的話，只要治療開始前未予以撤銷，它們便可以被接受，並有一定的效力。

第31/99/M號法令未將住院與強制性治療分離。強制性住院的唯一目的是治療。在強制性住院獲准後，不需要法律機關的批准（有一些限制）便可進行強制性治療（見問題1和4）。

第31/99/M號法令所規範的強制性治療符合大部分國際公認的治療建議，特別是維護接受強制治療者的基本權利。如同最近許多西方國家公佈的精神健康的法律，第31/99/M號法令承認，強制性治療也可在門診進行，其根據的原則是，這種治療應在限制最少的條件下進行。應當指出，第31/99/M號法令已經對強制性治療也可在門診進行做了規範。事實上，在這一法令中，儘管為接受強制治療者提出了對其自由的限制，及對他所接受的治療可能的後果帶來的羞恥，在某些情況下，它有可能獲得積極的效果。^{10 11 12 13}

澳門特別行政區關於精神紊亂者強制性治療的法令存在一些負面。一方面，第31/99/M號法令規定，強制性治療的訴訟程序由另外一個法規規範（參見第二十一條），但此種規範，儘管對合適治療來說，是必要的，但還未公佈。另一方面，第31/99/M號法令所規範的強制性治療表明有限制。限制包括在非緊急的情況下，精神病僅由一名精神科醫生進行，而不是像建議的那樣，必須由兩名醫生共同進行。另外一個限制是，缺乏在開始強制性住院前，召開匯集了待住院決定

10. 薩利澤H.J.、哈拉爾德·德爾賓H.、派茨M.：《強制接受和非自願治療的精神病患者——歐盟成員國的立法與實踐：最終報告》，德國中央精神衛生研究所，2002年，第147-155頁。

11. 琪色利.S.、坎貝爾L.A.、普雷斯頓.N.：《強制社區與有嚴重精神紊亂非自願門診治療者》，克赤拉內圖書館，2005年，第3期，第10-11頁。

12. 奧賴利R.： “社區治療令爭議何在？” ，《加拿大精神病學雜誌》，2004年，第9期，第579-583頁。

13. 勞頓道森-史密斯S.、J. 道森、伯恩斯特.： “社區治療令不是一件好事” ，《英國精神病學雜誌》，2008年，第193卷，第2期，第96-100頁。

之患者、住院申請人、法官、辯護人和其他參與者，包括精神科醫生參加的住院聯合會議的強制性。

然而，這些限制是有根據的，因為第31/99/M號法令規定了澳門特別行政區稀缺的精神衛生及司法資源和待住院決定之患者及住院者個人權利之間的平衡。值得注意的是，強制性治療所帶來的後果不僅影響到患者這些少數人，也影響整個精神衛生保健工作，因為這種治療的資源必須始終備用，無論是否存在其他需要或優先。

在第31/99/M號法令生效後五年，於澳門特別行政區進行的一項關於強制性治療的研究表明，強制性治療每年的份額（每年接受精神治療的總數）介於0%和2.4%之間，比例（每10萬人接受精神治療的年比例）介於0和1.7¹⁴之間。同有類似第31/99/M號法令所規定的強制性治療類標準的歐盟國家相比，這些份額和比例顯得不高。這些份額和比例與一組複雜的因素，包括文化、社會、醫療和法律，而不是個人因素，如減少澳門特別行政區的精神疾病發病率有關。因此，這些份額和比例說明，在澳門特別行政區存在數量可觀的應接受強制性治療人。儘管提出的標準為強制性治療的人，但他們未能接受此種治療。

作為結論，要強調的是，根據第31/99/M號法令所規範的精神病的護理指引，為了更好地和更多地治療可能需要進行強制性治療的患者，至關重要的是，在社區中要早期發現這些人。但是，這項識別工作不能單由精神衛生專業人員來進行。為了早期識別患者，也必須有全科醫生和其他相關領域的專業人士不可缺少的參加。他們需要了解第31/99/M號法令如何規範精神病患者的強制性治療。

三、鳴謝

在本文的寫作過程中，作者得到了終審法院院長辦公室法律專家愛德華多·里貝羅先生及澳門初級法院法官羅睿恒先生提供的協助，特此致謝。

14. 杜阿爾特 C.、Wong F.、Kwok W. T.：“澳門強迫性治療：第一個五年”，《葡萄牙醫學集刊》，2006年，第19卷，第4期，第73-78頁。