

Petra Koprivnik
**RAZNOLIKI
EVROPSKI
PRISTOPI K
NEPROSTOVOLJNEMU
PSIHATRIČNEMU
ZDRAVLJENJU**

111-132

MESTNI TRG 13
3210 SLOVENSKE KONJICE
PKOPRIVNIK@GMAIL.COM

::POVZETEK

VEČINA EVROPSKIH DRŽAV IMA ločeni zdravstveni zakonodaji za področje telesnega in duševnega zdravja. Zdravljenje brez privolitve bolnika je marsikdaj potrebno pri telesnih motnjah, kadar informiran pristanek na nujno zdravljenje ni mogoč. Zdravljenje brez privolitve v psihiatriji kljub temu ostaja kontroverzna praksa. Temelji za neprostovoljno zdravljenje duševnih motenj v evropskih nacionalnih zakonodajah so raznoliki, smernic na tem področju nimamo. Pri snovanju pogodbe med psihiatrijo in družbo se srečuje več znanosti, v najožjem smislu medicina, pravo in filozofija. Zakoni pogosto bolje ščitijo javno varnost kot pravice in potrebe bolnikov z duševnimi motnjami. Ti občasno nimajo uvida v svojo bolezen, kar predstavlja oviro pri zdravljenju. Slovensko prakso neprostovoljnega zdravljenja v psihiatriji bomo umestili med raznolike evropske pristope.

Ključne besede: psihiatrija, duševne motnje, neprostovoljno zdravljenje, evropske zakonodaje, uvid

ABSTRACT*VARIOUS EUROPEAN APPROACHES TO INVOLUNTARY PSYCHIATRIC TREATMENT*

Most European countries use separate health legislations in the fields of physical and mental health. Non-consensual treatment of physical diseases is often allowed when informed consent to urgent treatment cannot be obtained. Non-consensual psychiatric treatment, however is still seen as controversial. European national legislations use different grounds for involuntary psychiatric treatment, guidelines are non-existing. Several sciences meet in the process of creating the contract between psychiatry and society, for example medicine, law and philosophy. Legislations often provide better protection to public safety than to rights and needs of patients with mental disorders. The latter often lack disease insight which represents a barrier to treatment. The Slovene approach to involuntary psychiatric treatment will be put in comparison to other European approaches.

Key words: psychiatry, mental disorders, involuntary treatment, European legislations, insight

::UVOD

Neprostopovoljno zdravljenje v psihiatriji je verjetno najbolj kontroverzna psihiatrična praksa, ki močno presega ožje polje psihiatrije, medicinske vede, ki se ukvarja z diagnosticiranjem, zdravljenjem in rehabilitacijo bolnikov z duševnimi motnjami. Gre za interdisciplinarno problematiko – pri snovanju pogodbe med psihiatrijo in družbo se srečujejo najmanj medicina, pravo in filozofija. Človek, ki danes kjerkoli v Evropi zboli za hudo duševno motnjo, je lahko ob nestrinjanju z zdravljenjem v določenih primerih zdravjen brez privolitve. Osnove za neprostopovoljno zdravljenje nacionalne zakonodaje s področja duševnega zdravja utemeljujejo zelo raznoliko. Prakse zdravljenja telesnih bolezni, nasprotno, so poenotene v skladu z mednarodnimi smernicami za zdravljenje bolezni. Odločitev, ali bo bolnik s hudo duševno motnjo neprostopovoljno zdravjen, torej ni predvsem odvisna od klinične slike, temveč od opredelitve kriterijev za neprostopovoljno zdravljenje v nacionalnih zakonih s področja duševnega zdravja. Posledično bo bolnik z enako klinično sliko drugače obravnavan (in sicer zdravjen ali ne) v odvisnosti od tega, v kateri državi se ob izbruhu bolezni nahaja. To je v medicini edinstvena situacija. Neprostopovoljno zdravljenja je le manjšina bolnikov z duševnimi motnjami, velika večina obolelih se s predlaganim zdravljenjem strinja.

::1 TELESNO IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Zdravljenje brez bolnikove privolitve ni izključno psihiatrična situacija. Veliko telesnih stanj onemogoča bolnikov informiran pristanek, pa vendar je zdravljenje potrebno. Bolnik je lahko že ob sprejemu v bolnišnico nezmožen pristanka na zdravljenje (je npr. nezavesten), pogosto pa so bolniki tekom zdravljenja, na katerega so sicer že pristali, prehodno nezmožni za informiran pristanek na dodaten zdravstveni poseg, ob zapletih ali v nepredvidenih situacijah (npr. v primeru delirija pred ali po operativnem posegu). Večina evropskih držav tako kot Republika Slovenija¹ uporablja ločene zakonodaje za področje telesnega in duševnega zdravja (Salize idr., 2002: 147). V strokovnih virih se zlasti na angleškem primeru² večkrat izpostavlja diskriminatornost dvojne zdravstvene zakonodaje – bolnike z duševnimi motnjami se obravnava v skladu z drugimi pravnimi principi kot bolnike z nepsihiatričnimi diagnozami (Richardson, 2012: 334; Hope, 2014: 98–99).

Zdravnik je odgovoren za ugotavljanje bolnikovega razumevanja predlaganega zdravljenja, tveganj in koristi, morebitnih stranskih učinkov in možnih alternativ. Sposobnost informirane privolitve v zdravstveni poseg ali zdravljenje se razlikuje tako od bolnika do bolnika kot od posega do posega, zato mora biti zdravnikovo

¹ *Zakon o pacientovih pravicah*, 2008; *Zakon o duševnem zdravju*, 2008.

² Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske je 1. februarja 2020 zapustilo EU, v besedilo vključujem tudi poročila o praksah iz tega dela Evrope.

pojasnilo prilagojeno posameznemu bolniku v dani situaciji (Krušič Mate, 2010: 52–53). Aktualen trend v medicini je skupno sprejemanje odločitev o zdravljenju, ki ga imenujemo tudi posvetovalni model razkritja medicinskih informacij (Krušič Mate, 2010: 52). Ta pristop se razlikuje od paternalističnega modela, ko zdravnik odloči sam, in informacijskega modela, po katerem zdravnik bolnika opremi z informacijami in mu povsem prepusti izbiro (Krušič Mate, 2010: 23–26; Hamann in Heres, 2014: 1483; Pollmächer, 2017: 160).

Posvetovalni model (torej skupno sprejemanje odločitev o zdravljenju) je tudi v psihiatriji pogosto najustreznejši pristop, ni pa primeren v kritičnih situacijah s tveganim izidom ali pri bolnikih brez bolezenskega uvida in s huje prizadeto sposobnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju (Hamann in Heres, 2014: 1483–1484).

Za vsak medicinski poseg ali zdravljenje je potrebna bolnikova pravno veljavna privolitev, pogoj za to pa je bolnikova svobodna in prava volja (Krušič Mate, 2010: 44). Z. Krušič Matejeva navaja, da se svobodna in prava volja lahko oblikuje le, če je bolnik ustrezno obveščen (Krušič Mate, 2010: 44–45). Tovrstna informiranost oz. obveščenost za kompetentno odločitev o zdravljenju v psihiatriji pa ni dovolj, ob obveščenosti je namreč ključna posameznikova sposobnost za informiran pristanek na zdravljenje oz. za zavrnitev le-tega.

Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP) navaja takole: »Če pacient ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje, se lahko opravi nujna medicinska pomoč brez njegove privolitve« (*Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 28. člen). Navaja tudi sledeče: »Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico zavrniti predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, razen kadar bi to ogrozilo življenje³ ali huje ogrozilo zdravje drugih« (*Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 30. člen). *Zakon o duševnem zdravju* (v nadaljevanju ZDZdr) med drugim opredeljuje tudi postopke sprejema oseb na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom⁴ psihiatrične bolnišnice. Oseba je lahko sprejeta na zdravljenje na oddelek pod posebnim nadzorom, kadar je privolitev v sprejem »izraz svobodne volje osebe, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primernega pojasnila« (*Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 36. člen). Za razliko od sprejema na zdravljenje s privolitvijo je sprejem oseb na hospitalizacijo brez privolitve po ZDZdr dopustno, če so sočasno izpolnjeni naslednji pogoji: a) bolnik ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, b) če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in c) če navedenih vzrokov in ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (*Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 39. člen). Specifično o nujni medicinski pomoči, ki se po ZPacP lahko opravi brez privolitve bolnika, ZDZdr ne govori.

³ Človekova volja stopi v ozadje ne le, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, pač pa tudi v primerih zdravljenja po poskusu samomora (Krušič Mate, 2010: 81).

⁴ Oddeleke pod posebnim nadzorom imenujemo tudi intenzivni ali varovani psihiatrični oddelek.

ZDZdr torej predvideva dva možna načina sprejema bolnika na zdravljenje na psihiatrično intenzivno enoto: a) s privolitvijo in b) brez privolitve. Informiran pristane, ki ga predvideva ZPacP, je seveda nujen tudi za sprejem na psihiatrično enoto, kadar gre za sprejem s privolitvijo. Problematična je formulacija izraza privolitve v ZDZdr, ki naj bi bila za razliko od *spisobnosti za odločanje o sebi* v ZPacP, *izraz svobodne volje*, kar nakazuje zavedanje, da je vendar bolnikova spisobnost za informiran pristane na zdravljenje v primeru duševnih motenj lahko kompromitirana »drugače« kot pri telesnih stanjih.

Vprašanje svobodne volje je eno najtežjih filozofskih vprašanj. Filozofi, ki se ukvarjajo s svobodno voljo, pogosto navajajo psihiatrične motnje kot primere, v katerih je svobodna volja zmanjšana (Meynen, 2010: 429). Vsi bolniki s hudo duševno motnjo niso nezmožni informiranega pristanka na zdravljenje. Prevladuje strinjanje, da mora imeti avtonomna oseba za odločanje o sebi v določeni situaciji kompetenco do nekega minimalnega (pražnega) nivoja.

Koncept spisobnosti sprejemanja odločitve o zdravljenju je tesno povezan s konceptom avtonomije, ki pa ožje gledano ni medicinski ali psihiatrični tērmin. Beseda avtonomija izvira iz grščine: *autos* (samo) in *nomos* (vlada, upravljanje) in se je izvorno nanašala na samoupravljanje neodvisnih mestnih držav (Beauchamp in Childress, 2013: 101). Osnovo za človekovo avtonomijo tvorita dva pogoja: a) svoboda – neodvisnost od kontrole⁵ in b) spisobnost za namerno, voljno delovanje⁶ (Robertson in Walter, 2014: 14).⁷ Huda duševna motnja lahko z obema pogojema interferira. Pogosto začasno (izjemoma pa tudi trajno) kompromitira bolnikovo avtonomijo, tako tudi njegovo spisobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju (Pollmächer, 2017: 155). Duševna motnja lahko predstavlja notranjo oviro za bolnika (Olsen, 2003: 708), ob kateri ni svoboden, in lahko okvari njegovo spisobnost voljnega delovanja. Ključno vprašanje v psihiatriji (v luči sprejemanja odločitve o neprostovoljnem zdravljenju) je torej, v kolikšni meri je subjekt (oboleli s hudo duševno motnjo) svoboden od bolezni in sposoben za kompetentne odločitve o zdravljenju. Konkretnjeje, v kolikšni meri je bolnik z duševno motnjo sposoben informiranega pristanka na zdravljenje oz. zavrnitve indiciranega zdravljenja.

Rezultati raziskav o kompetenci za sprejemanje odločitev o zdravljenju kažejo, da: a) lahko kompetenco zanesljivo ocenimo, b) da približno tretjina nepsihiatričnih bolnikov v bolnišnicah nima zadostne kompetence in da je c) nekompetenca na somatskih bolnišničnih oddelkih najpogosteje posledica delirija ali demence. Pri psihiatričnih bolnikih nekompetenca tako ni bistveno pogostejša, je pa praviloma povezana s psihotičnim tipom duševne motnje (Hotopf, 2005: 580).

⁵ Angl. *liberty*.

⁶ Angl. *agency*.

⁷ O nujnosti omenjenih dveh pogojev se strinjajo praktično vse teorije avtonomije, do razhajanj prihaja v pomenu le-teh in v tem, ali so potrebni dodatni pogoji (Beauchamp in Childress, 2013: 102).

::2 SPECIFIKE HUDIH DUŠEVNIH MOTENJ

V psihiatriji v primeru hudih duševnih motenj (pa tudi sicer v medicini) intaktna avtonomija ni predpostavka, pač pa jo je potrebno pri vsakem primeru oceniti (Owen idr., 2009a: 94). Psihiatri smo zavezani k spoštovanju bolnikove avtonomije, pa tudi odgovorni za njeno zaščito, kadar jo kompromitira prisotna psihopatologija (Owen idr., 2009a: 94).

Duševne motnje so heterogena skupina bolezni, ki vplivajo na pozornost, zaznavanje, kognicijo, razpoloženje, mišljenje in druge duševne procese, ki so različno prizadeti in lahko pomembno vplivajo na sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju (Appelbaum in Grisso, 1995: 111), le-ta tudi niha (Appelbaum in Grisso, 1995: 111–112). Nenazadnje si tudi tekom zdravljenja prizadevamo za izboljšanje te sposobnosti in posledično jačanje bolnikove avtonomije. Hude duševne motnje so torej heterogena skupina duševnih motenj, ki jim je skupno, da so po izraženosti patologije težje. Mednje praviloma prištevamo psihotične motnje (od akutnih prehodnih psihoz različne geneze do kroničnih in včasih terapevtsko rezistentnih shizofrenij), ki izraziteje vplivajo na bolnikovo presojo realnosti in sposobnost obvladovanja ravnanja. Tudi nekatere razpoloženske motnje (npr. manija, huda depresija) v kliničnem okviru sodijo med hude duševne motnje in prav tako pomembno vplivajo na bolnikovo presojo in vedenje.

Evropske države v nacionalnih zakonodajah, ki urejajo moment neprostovoljnega zdravljenja, izhajajo iz raznolikih opredelitev hudih duševnih motenj. Evropsko sodišče za človekove pravice upošteva oceno psihičnega stanja, če je narejena s strani specialista psihiatra (Niveau in Materi, 2007: 63). V zvezi s problematizirano besedno zvezo *unsoundness of mind* je omenjeno sodišče odločilo, da je potrebno zanesljivo dokazati objektivno duševno motnjo na osnovi psihiatrične ekspertize, duševna motnja pa mora biti za neprostovoljno zdravljenje tudi določene stopnje (Niveau in Materi, 2007: 63). V primeru *Winterwerp proti Nizozemski* leta 1979 je Evropsko sodišče navedlo, da pojem *unsoundness of mind* ne more imeti definitivne interpretacije, saj se njegov pomen kontinuirano razvija z razvojem psihiatrične stroke, družba pa razvija vse bolj fleksibilne pristope pomoči in spreminja svoj odnos do duševnih motenj (*Winterwerp v. Nizozemska*, 1979, v: Bartlett idr., 2007: 42). Kar se tiče potrebe po določeni stopnji izraženosti duševne motnje, je Evropsko sodišče mnenja, da je temu standardu zadoščeno na osnovi dveh alternativnih kriterijev: potrebe po zdravljenju in potencialne nevarnosti, ki bi sledila iz nezdravljene duševne motnje (Bartlett idr., 2007: 44).

P. Bartlett argumentira, da bi morali neprostovoljno zdravljenje v psihiatriji utemeljiti: a) s statutnim pristopom (pri čemer sama prisotnost ali izraženost duševne motnje ni zadosten kriterij, saj mora biti motnja tudi določene stopnje izraženo⁸), b) z nevarnostjo zase ali za druge, c) s potrebo po zdravljenju in d) z bolniko-

⁸ Običajno gre ta kriterij z roko v roki s potrebo po zdravljenju, z nevarnostjo za obolelega ali druge ali z nezmožnostjo sprejemanja kompetentne odločitve o zdravljenju (Bartlett, 2012: 836).

vo sposobnostjo sprejemanja odločitev o sebi – samo bolniki, ki niso sposobni kompetentne odločitve o zdravljenju, so lahko v določenih primerih sprejeti na zdravljenje neprostovoljno (Bartlett, 2012: 831–844). V primeru akutne samomorilne ogroženosti (ne glede na zelo raznolike evropske zakonodajne ureditve neprostovoljnega zdravljenja v psihiatriji) obstaja konsenz o zadržanju bolnika v bolnišnici tudi brez njegove privolitve (Salize idr., 2002: 22).

Informirano soglasje k zdravljenju torej zahteva izpolnitev več pogojev. Skladno z že navedenimi tudi L. Weiss Robertsonova izpostavlja, da informiran pristanek temelji na: a) razpoložljivosti informacij, b) sposobnosti sprejemanja odločitev in c) *voluntarizmu*,⁹ ki je med naštetimi elementi v kliničnem in raziskovalnem kontekstu najslabše razumljen (Weiss Roberts, 2002: 705). Avtorica ločuje med štirimi skupinami vplivov na *voluntarizem*: a) razvojni faktorji, b) bolezenski dejavniki, c) psihološke karakteristike, kulturne in religiozne vrednote in d) zunanji dejavniki in pritiski (Weiss Roberts, 2002: 707–709). Med bolezenske dejavnike šteje tako telesne kot duševne bolezni. Specifično duševne motnje lahko na raznolike načine interferirajo z *voluntarizmom* – npr. zaradi ambivalence, pomanjkanja energije, upada motivacije, negativnih miselnih vsebin, motene presoje, odsotnega bolezenskega uvida, bizarnih prepričanj, motenj zaznavanja, motenj volje itd. (Weiss Roberts, 2002: 705).

::2.1 Pomanjkljiv bolezenski uvid

Bolniki s hudimi duševnimi motnjami (predvsem tistimi, ki so psihotične narave) imajo sami pogosto pomanjkljivo zavedanje o bolezni (slab bolezenski uvid), posledično ne razumejo razlogov za zdravljenje, tudi če je to nujno potrebno, in zdravljenju celo nasprotujejo (Žmitek, 2013: 229–230). Bolnik tako lahko v nekem trenutku zavrača hospitalizacijo, pogosto pa se kasneje z odločitvijo o njegovem zadržanju in zdravljenju brez privolitve retrogradno strinja (Owen idr., 2009b: 403–405). Študije kažejo, da neprostovoljno zdravljeni bolniki, ki so tekom zdravljenja pridobili bolezenski uvid, ločujejo med subjektivnimi doživetji (npr. bilo je grozno) in moralno evalvacijo neprostovoljnega sprejema (npr. bil je potreben) (Loren idr., 2014: 231–240).

Bolnik je zadržan brez privolitve in zdravljen tudi zaradi bolezenskih vplivov na njegovo sposobnost sprejemanja kompetentnih odločitev o zdravljenju, kar utemeljujemo z izvrševanjem njegove največje koristi,¹⁰ kadar je bolnikova prava volja¹¹

⁹ Angl. izraz *voluntarism* prevzamam, saj ustreznega prevoda v slovenski jezik nisem našla. Weiss Robertsonova izhaja iz sledeče definicije voluntarizma: posameznikova sposobnost, da deluje skladno s svojim avtentičnim smislom za to, kaj je zanj dobro, pravilno in najboljše v neki situaciji, glede na lastne vrednote in koherentno s svojimi preteklimi odločitvami (Weiss Roberts, 2002: 707).

¹⁰ Angl. *best interest*.

¹¹ Angl. *will*.

motena z začasno (bolezensko pogojeno) preferenco¹² (Szmukler, 2019: 37). Večinoma so volja in preference skladne z relativno visoko stopnjo koherence, kar se lahko pod vplivom hude duševne motnje poruši, zaradi česar pridejo posameznikove preference v nasprotje z njegovo siceršnjo voljo. Če bi v takih situacijah ravnali v skladu z bolnikovo preferenco (npr. ne bi zdravili, ker bolnik verbalizira zavračanje zdravljenja), bi to lahko vodilo v neupoštevanje (prave) volje bolnika.¹³

Psihiatri se dnevno srečujemo z bolniki, ki se pod vplivom motenj mišljenja (najpogosteje blodnjavih prepričanj kot primera vsebinskih motenj mišljenja), hudo depresivnega razpoloženja, stopnjevane anksioznosti, manije ali drugih psihopatoloških simptomov in sindromov vedejo spremenjeno. Pod bolezenskim vplivom sprejemajo odločitve, ki jih kasneje pogosto obžalujejo, mnogi tudi izražajo željo, da bi bili v prihodnje zaščiteni,¹⁴ v kolikor še kdaj ne bi obvladovali svojega vedenja pod vplivom psihopatologije (Owen idr., 2009a: 97–99). V interdisciplinarnem članku o skupnih dilemah psihiatrije, prava in filozofije v kontekstu avtonomnega odločanja v psihiatriji¹⁵ se izpostavljajo štiri ključna področja: a) bolezenski uvid in nevropsihološko funkcioniranje, b) motnje mišljenja, c) motnje čustvovanja in razpoloženja in d) relativnost tveganja¹⁶ (Owen idr., 2009a: 94–100).

Tako psihiatri kot družine bolnikov, ki ne kažejo bolezenskega uvida v duševno motnjo, so pogosto frustrirani, ko bolniki zavračajo potrebno pomoč. Velja tudi obratno, namreč, da so bolniki, ki ne prepoznavajo lastne spremenjenosti, frustrirani, kadar njihova okolica in zdravstveno osebje vztrajajo pri mnenju, da so duševno bolni.¹⁷ Posameznik, ki je prepričan, da ni bolan in ima morda vtis, da so se spremenili drugi ali njegova okolica, ne more pristati na zdravljenje. To bi bilo paradokсно.

Svoje bolezní se ne zaveda približno 60 odstotkov bolnikov s shizofrenijo, skoraj 50 odstotkov bolnikov z bipolarno motnjo in 25 odstotkov bolnikov s shizoafektivno motnjo (Amador, 2013: 21). »Ironično je, da mnogi bolniki, ki imajo do svoje bolezní slab uvid, pri drugih osebah izvrstno postavijo diagnozo enake bolezní«, zapiše X. F. Amador (2013: 43), ki je velik del svoje psihiatrične kariere posvetil prav preučevanju bolezenskega uvida. Bolniki torej razumejo, da gre za duševno motnjo,

¹² Angl. *preference*.

¹³ Tako G. Szmukler v strokovni debati s T. Kallertom na letnem srečanju Evropskega psihiatričnega združenja 8. aprila 2019 v Varšavi. Strokovna debata pod naslovom »Do we need compulsory treatment in psychiatry?« v pisni obliki ni bila objavljena, povzemanj zapiske, ki sem jih naredila med poslušanjem.

¹⁴ Vnaprej izražena volja je zadnja leta aktualna tema v psihiatričnih krogih.

¹⁵ Angl. *mental capacity and decisional autonomy*.

¹⁶ Angl. *risk-relativity*. Gre za drsečo lestvico ocenjevanja tveganj, po kateri morajo bolniki, ki sprejemajo odločitve o zdravljenju z višjimi tveganji za slab izid, dokazati višjo stopnjo sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju. Obratno je lahko ta sposobnost nižja, kadar ne gre za tvegane odločitve (Owen idr., 2009a: 99).

¹⁷ Približno tako se začne prvo poglavje v strokovni publikaciji z naslovom *Insight in Psychosis, Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*, ki sta jo uredila svetovno priznana strokovnjaka s področja preučevanja bolezenskega uvida – Xavier S. Amador in Anthony S. David (Amador in Kronengold, 2006: 3).

kadar simptome in znake opazujejo pri drugih, ne zmorejo pa ustrezne presoje lastnih okoliščin¹⁸ oz. do lastne bolezni niso uvidetni.

Nezavedanje bolezni v psihiatriji opredeljujemo kot slab bolezenski uvid, ki je (kljub svoji dolgi zgodovini in pomembnosti v klinični oceni) šele v zadnjih treh desetletjih postal predmet preučevanja znanstvenih, pravnih in kliničnih kontekstov (Amador in Kronengold, 2006: 3; Osatuke idr., 2008: 70). Bolezenski uvid je klinično izjemno pomembna, kompleksna entiteta (Amador in Kronengold, 2006: 4–5). Ločujemo dve bistveni komponenti uvida, in sicer nezavedanje bolezni (angl. *unawareness of illness*), ko bolnik ne prepozna simptomov bolezni niti, kadar je opozorjen nanj, in napačno pripisovanje (angl. *incorrect attribution*), ko bolnik sicer prepozna določen simptom ali deficit, vendar ga ne pripisuje bolezni oz. mentalni disfunkciji (Amador idr., 1993: 874). Raziskovalci so razvili več psihometričnih lestvic za ocenjevanje bolezenskega uvida, ki se uporabljajo v empiričnih študijah, niso pa uporabne v vsakodnevni klinični praksi. Pri vsakodnevni oceni simptomatike (še posebej v urgentnih situacijah, v katerih praviloma odločamo o neprosto-voljnem zdravljenju) ocena tako temelji na klinični presoji. Psihiater tekom psihiat-ričnega intervjuja postavlja specifična vprašanja, preko katerih ocenjuje bolnikovo stopnjo zavedanja bolezni, njegov odnos do bolezni, razumevanje bolezenskih vplivov na njegovo aktualno in bodoče funkcioniranje, pričakovanja glede predlagane-ga zdravljenja itd. (Oyebode, 2018: 160).

Natančna opredelitev koncepta bolezenskega uvida presega domet tega pisanja. Poudariti velja, da bolezenski uvid ni prisoten ali odsoten, tudi ni linearen, temveč je na spektru, večdimenzionalen (Amador in Kronengold, 2006: 4–5) – vse od povsem odsotnega do skoraj intaktnega, najpogosteje je nekje vmes – delen (npr. do dela simp-tomatike, do realnosti le-te, do potrebe po zdravljenju, do socialnih posledic bolezni itd.) Povedano drugače, uvid je bolnikovo zavedanje in razumevanje lastne bolezni; bolniki lahko v celoti zanikajo obstoj bolezni ali pa imajo določeno stopnjo zavedanja o njenem obstoju, za bolezen lahko krivijo druge ali zunanje vplive, pogosto jo pripisu-jejo tudi neznanim ali misterioznim silam (Sadock in Alcott Sadock, 2007: 237).

Uvid ima številne pomembne implikacije v klinični psihiatrični praksi. Moten ali zmanjšan bolezenski uvid je povezan z zmanjšanimi kognitivnimi sposobnostmi in napoveduje slabo sodelovanje v zdravljenju in opuščanje zdravil (Lacro idr., 2002: 901; McEvoy, 2006: 311; Dassa idr., 2010: 923–924) ter večje tveganje za ne-prostovoljno zdravljenje (Cairns idr., 2005: 384; Oyebode, 2018: 159; Luo idr., 2019). Bolniki z dobrim bolezenskim uvidom potrebujejo manj hospitalizacij, pogosteje sodelujejo pri jemanju terapije (McEvoy, 2006: 323; Witorff idr., 2009: 265) in imajo posledično boljše prognozo (Oyebode, 2018: 164).

Pomen slabega bolezenskega uvida v kontekstu sprejemanja odločitev o zdravljenju (za ali proti zdravljenju in ne le o načinu zdravljenja) lahko ponazorimo s slede-

¹⁸ Angl. *appreciation*.

čo »zanko«: a) posameznik je bolan, b) ne zaveda se bolezni (manjka mu uvid) in c) obstaja vzročna povezava med boleznijo in nezavedanjem le-te. Bolnikovo sprejemanje odločitve o zdravljenju je tako ujeto v zanko, saj je zdravljenje potrebno, da bo bolnik do bolezni bolj uvideven, za veljaven pristanek na zdravljenje pa potrebuje bolezenski uvid (Owen idr., 2009a: 95).

Zaradi specifičnega pomena bolezenskega uvida v psihiatriji nekateri avtorji zagovarjajo tezo, da bi moralo biti neprostovoljno zdravljenje v psihiatriji s strani države utemeljeno prav na osnovi pomanjkljivega bolezenskega uvida (Kress, 2006: 258–261). Država torej lahko poseže v človekovo avtonomijo in omeji njegovo prostost, tako K. J. Kress, kadar: a) je motnja objektivno prepoznavna, b) ima motnja materialno osnovo, c) dokazi objektivne prepoznavnosti in materialne osnove morajo biti neodvisni od domnevnega posledičnega slabega izhoda in d) nezmožnost (motnja) mora biti etično pomembna in poseg države zatorej upravičen, kar običajno dokazujemo s ponazoritvijo etično pomembnega deficita v avtonomnosti delovanja subjekta (Kress, 2006: 261–278). Bolj kot je posamezen faktor pri določeni motnji izražen, bolj je intervencija s strani države utemeljena – ker posameznikovo sprejemanje odločitev o zdravljenju ni zadostne kvalitete, da bi omogočalo informirano in avtonomno delovanje (Kress, 2006: 261–262). V dveh primerih poseg države ni utemeljen: a) kadar slab izhod ali pomanjkljivosti v procesu sprejemanja odločitve niso manifestacija motnje in b) kadar je rezultat odločitve za posameznika relativno dober. Slednje pomeni, da naj ne bi bilo razumno posegati, kadar bolnik sprejme odločitev o zdravljenju z verjetno dobrim izhodom (četudi je proces sprejemanja odločitve morda nekompetenten). Nenazadnje ima lahko tudi neprostovoljna intervencija zelo negativne učinke na posameznika (Kress, 2006: 262), ga potencialno travmatizira.

::3 EVROPSKI PRISTOPI K NEPROSTOVOLJNEMU PSIHIATRIČNEMU ZDRAVLJENJU

Evropske države nimajo enotnega pravnega sistema. Osebna svoboda je praviloma ustavno zaščitena pravica, samo nekatere mlajše evropske ustave pa specifično naslavljajo neprostovoljno zdravljenje (Conrady in Roeder, 2006: 355). Vse ustave ne ščitijo bolnikov z duševnimi motnjami pred sabo, temveč se omejujejo na zaščito družbe (Conrady in Roeder, 2006: 355). Neprostovoljno zdravljenje psihiatričnih bolnikov večinoma urejajo nacionalni zakoni s področja duševnega zdravja. Države, ki so zvezno organizirane, predstavljajo izjemo (Conrady in Roeder, 2006: 355). Nemčija ima tako šestnajst zakonov za področje duševnega zdravja, Danska ima ločen zakon za Grenlandijo in Ferske otoke, več različnih zakonov je v veljavi tudi v Angliji (Kallert in Torres-Gonzalez, 2006: 11; Salize in Dressing, 2011: 116). Situacija se dodatno zaplete skozi raznolike pristope k psihiatriji na civilnem in kazenskem področju. Ob bok različnim zakonodajnim pristopom moramo postaviti še vsaj tako raznoliko organizacijo zdravstvenih sistemov oz. mreže zdravstvene

oskrbe, ki jo ob bolnišnicah predstavljajo tudi različni pristopi k zdravljenju v skupnosti. Posledično manjkajo relevantne študije in smernice ali standardi dobre prakse v primeru neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja, tako v kliničnem kot v pravnem smislu, kar je v tenziji s sicer pomembnim ciljem EU, da standardizira zdravljenje v državah članicah (Kallert idr., 2005: 168). Raznolike nacionalne zakonodaje za področje duševnega zdravja so rezultat različnih kulturnih in pravnih tradicij v odnosu do duševnih motenj kot tudi različnih tradicij zdravljenja duševnih motenj, kar predstavlja pomembno oviro pri oblikovanju skupne evropske zakonodaje (Salize idr., 2002: 148; Salize in Dressing, 2011: 119), k čemur je Evropska komisija sicer pozvala že leta 2002 (Salize idr., 2002: 148).

Kriteriji za neprostovoljno zdravljenje bolnikov s hudimi duševnimi motnjami, ki jih aktualno opredeljujejo nacionalne zakonodaje, se med evropskimi državami pomembno razlikujejo – njihova najbolj signifikantna karakteristika je ravno njihova raznolikost (Salize in Dressing, 2011: 118). To je v luči epidemiološke pomembnosti bremena duševnih motenj, resnosti posega v človekove pravice in stopnje javnega zavedanja problematike osupljivo (Salize in Dressing, 2011: 118).

Za pravni sistem neprostovoljno zdravljenje pomeni predvsem omejitev pravic, grob poseg v človekovo pravico do prostosti¹⁹ in v pravico do zavrnitve zdravljenja, medtem ko za psihiatrijo predstavlja skrajni ukrep za izboljšanje zdravja (Peele in Chodoff, 2009: 212) in etično dolžnost skrbi za ranljive bolnike. R. Peele in P. Chodoff tako menita, da je ključen diskurz o nasprotujočih si vrednotah – etičnih konfliktih – prava in medicine (Peele in Chodoff, 2009: 212). V grobem lahko rečemo, da sta mednarodno implementirana dva (delno nasprotujoča si) modela regulacije neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja: a) medicinski model, ki zagovarja potrebo po zdravljenju kot zadostno osnovo za neprostovoljno intervenco in b) pristop, ki izhaja iz državljanskih pravic – le-ta temelji na človekovih pravicah in dovoljuje neprostovoljno zdravljenje samo v primeru nevarnosti ali ogrožanja (Salize in Dressing, 2011: 114–115).

Mnogi avtorji ugotavljajo, da zakonodaje v svetovnem merilu bolje skrbijo za tveganja in zagotavljanje varnosti kot za zaščito pravic oseb z duševnimi motnjami (Bartlett, 2012: 837; Bhugra idr., 2017: 775–776). Prav skrb za tveganja oz. nevarnost za družbo je po mnenju nekaterih naredilo psihiatrijo bolj »prisilno« (Bhugra idr., 2017: 795). Psihiatrija je samostojna stroka, pa vendar je izpostavljena družbenim pritiskom, moralni presoji in regulirana s strani zakonodaj. Napetosti med terapevtskimi cilji in socialno kontrolo nad potencialno nevarnimi posamezniki spremljajo psihiatrijo od nastanka stroke (Adshead, 1999: 321; Bhugra idr., 2017, 788). V tradicionalno zaupen odnos med zdravnikom in bolnikom vstopa »tretji« – sodišče, ki v sklepu odloči o primernosti neprostovoljnega zdravljenja. V vsaki državi drugače.

¹⁹ Višje sodišče RS navaja, da pomeni psihiatrično zdravljenje na oddelku pod posebnim nadzorom brez privolitve poseg v človekove pravice (zlasti v pravico do osebne svobode), vendar je tak poseg občasno nujen – bodisi zaradi varovanja drugih oseb bodisi zaradi varstva osebe same (*VSRŠ Sklep II Ips 304/2010*).

::3.1 Osnovni kriterij – prisotnost duševne motnje

Sama duševna motnja nikoli ni zadosten pogoj za neprostovoljno zdravljenje, predstavlja pa nujni osnovni kriterij. Raziskovalno poročilo Evropske komisije na prelomu tisočletja identificira tri različne zakonske utemeljitve neprostovoljnega zdravljenja: a) huda duševna motnja in nevarnost za bolnika ali druge, ki je posledica te duševne motnje, b) huda duševna motnja in potreba po zdravljenju in c) mešan pristop – huda duševna motnja in nevarnost ali potreba po zdravljenju (Salize idr., 2002: 22; Kallert idr., 2006: 378–379). Severna Irska je leta 2016 uzakonila togljedno inovativen pristop, v katerem kot pogoja za neprostovoljno zdravljenje postavlja oškodovano sposobnosti sprejemanja odločitev in bolnikovo največjo korist (Lynch idr., 2017: 333).

Osnovni kriterij vseh zakonodaj, ki urejajo neprostovoljno zdravljenje, je prisotnost duševne motnje kot patološkega stanja uma (Kallert idr., 2006: 376). Gre za zelo ohlapen koncept. Večina držav navaja kot osnovni pogoj duševno motnjo ali duševno bolezen²⁰ (Kallert idr., 2006: 376), Litva npr. hude duševne bolezni (Kallert idr., 2006: 376), tako tudi Švedska, ki pa jih natančneje opisno opredeli kot psihotična stanja z moteno presojo realnosti, depresije s tveganjem za samomor, hude osebnostne motnje s preboji impulzivnosti, hudo obsesivno-kompulzivno motnjo itd. (Kallert idr., 2006: 376–377). Kljub opredelitvi nekaterih specifičnih tipov duševnih motenj, pri katerih je na Švedskem neprostovoljno zdravljenje lahko utemeljeno, so v praksi ključni simptomi in ne specifične diagnoze (Svensson in Kjellin, 2006: 329–330). Bolgarija v zakonu kot osnovni kriterij za možno neprostovoljno zdravljenje navaja psihoze, hude osebnostne motnje, zmerno ali hudo duševno manjrazvitost in demenco; Poljska psihoze (Kallert idr., 2006: 376). Resnost duševne motnje se ocenjuje tako po naravi le-te (npr. depresija) kot tudi po njeni izraženosti (npr. huda s psihotičnimi simptomi) (Kallert idr., 2006: 377). Redke države opredeljujejo stanja, pri katerih neprostovoljno zdravljenje ni utemeljeno: tako npr. Grčija (neprilagojenost socialnim, političnim ali moralnim normam), Anglija (odvisnost od drog in alkohola, promiskuitetnost in socialno deviantno ali nemoralno vedenje) in Švedska (razvojne duševne motnje) (Kallert idr., 2006: 377). Nekaterne države ob osnovnem kriteriju duševne motnje dodatno ocenjujejo še specifično sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju oz. zavrnitvi le-tega, četudi brez konsenza o kriterijih ocenjevanja (Kallert idr., 2006: 377).

Prisotnost duševne motnje sama po sebi (tudi, če gre po stopnji izraženosti ali tipu za hujšo duševno motnjo) torej nikoli ni zadosten pogoj za neprostovoljno psihotrično zdravljenje – pa naj gre za hospitalno zdravljenje ali zdravljenje v skupnosti brez bolnikove privolitve. Duševna motnja šteje kot osnovni kriterij, ob katerem morajo biti izpolnjeni tudi (v različnih evropskih zakonodajah različni) dodatni kriteriji, ki si jih bomo ogledali v nadaljevanju.

²⁰ Tako med drugim na Češkem, v Nemčiji, Grčiji, na Poljskem, Slovaškem in v Španiji (Kallert idr., 2006: 376).

::3.2 Dodatni kriteriji – nevarnost²¹

V mednarodnem kontekstu obstaja visoka stopnja konsenza glede neprostopvoljnih pristopov v psihiatriji samo v primeru hude nevarnosti, vendar konsenza o tem, kaj konkretno huda nevarnost pomeni, nimamo (Steinert, 2017: 292). Zdravljenje lahko odpravi stanje, ki je vzrok nevarnosti – neprostopvoljno zdravljenje je etično torej utemeljeno z izboljšanjem bolnikovega stanja (in ne z ogrožanjem drugih) (Steinert, 2017: 293). Opredelitve nevarnosti kot enega izmed nujnih dodatnih kriterijev v zakonodajah so splošne – govora je o hudi, resni ali neposredni nevarnosti (Salize idr., 2002: 23; Kallert idr., 2006: 378). Kar se tiče vsebine nevarnosti, je ta v nekaterih državah definirana samo kot grožnja drugim (javni varnosti), v drugih pa kot nevarnost bolnika samemu sebi *ali* drugim. Samomorilno vedenje tako lahko zadosti nevarnostnemu kriteriju kot kriteriju potrebe po zdravljenju. Tudi v državah, ki izhajajo iz medicinskega modela oz. potrebe po zdravljenju, je nevarnost, ki izhaja iz duševne motnje, praviloma specifično razumljena kot razlog za neprostopvoljno intervenco (Fiorillo idr., 2011: 205), torej kot del kriterija potrebe po zdravljenju.

Nevarnostni kriterij izhaja iz dveh predpostavk: a) prisotnost resnične oz. neposredne in pomembne nevarnosti za življenje ali zdravje obolelega²² in/ali b) preventiva pred neposrednim in pomembno nevarnim vedenjem za pravno zaščitene interese drugih – običajno zdravje in življenje²³ (Fiorillo idr., 2011: 205). *Nevarnost sebi ali drugim* se v nekaterih zakonih pojavlja kot enovit kriterij, četudi je teoretično ozadje v obeh primerih zelo različno. Zaščita bolnika samega pred nevarnostjo, ki zanj izhaja iz duševne bolezni, je paternalistična intervencija, medtem ko je zaščita interesov drugih v primeru nevarnosti zanje zaradi duševne motnje način zagotavljanja javne varnosti (Bartlett, 2012: 837).

Large idr.²⁴ dokazujejo, da je raba nevarnostnega kriterija pri odločanju o neprostopvoljnem zdravljenju nepotrebna, neetična in potencialno škodljiva tako za bolnike z duševno motnjo kot za širšo skupnost (Large idr., 2008: 877). Izhajajo iz domneve, da gre sicer za dobronameren, a povsem neustrezen poskus uravnoteženja neupoštevanja bolnikove avtonomije. Izpostavljajo, da je primarno sama duševna motnja posegla v izvrševanje avtonomije obolelega in da neprostopvoljno zdravljenje teži k zaščiti oseb z zmanjšano avtonomijo (Large idr., 2008: 877–878). Tudi na

²¹ Angl. *dangerousness*.

²² Tako npr. v Nemčiji, Bolgariji, na Češkem, v Grčiji, Litvi, na Poljskem, Slovaškem in Švedskem (Fiorillo idr., 2011: 205).

²³ Tako v Bolgariji, na Češkem, v Nemčiji, Grčiji, na Poljskem in Slovaškem ter v Litvi, kjer se ocenjuje tudi nevarnost, ki potencialno ogroža tuje imetje (Fiorillo idr., 2011: 205).

²⁴ Izhaja iz situacije v ZDA in Avstraliji, kjer obstajata dva tipa rabe nevarnostnega kriterija: a) angl. *dangerousness criterion* (bolniki so zdravljeni brez privolitve *tudi*, kadar so ocenjeni kot nevarni zase ali drugim) in b) angl. *obligatory dangerousness criterion* (bolniki so zdravljeni neprostopvoljno *samo*, kadar so ocenjeni kot nevarni zase ali drugim) (Large idr., 2008: 877).

drugih medicinskih področjih bolniki občasno niso zmožni soglašati z zdravljenjem, tedaj odločamo v smislu bolnikove največje koristi oz. zanj o zdravljenju odločajo bližnji, utemeljeno z dejstvom, da bolnik odločitev o zdravljenju ni sposoben sprejeti (Large idr., 2008: 878). Kot argument za napačnost nevarnostnega kriterija Large idr. navajajo tudi nezanesljivost psihiatrične ocene potencialne nevarnosti (Large idr., 2008: 878–879). Da je nevarnost težko napovedati, je problematično tudi z vidika varovanja človekovih pravic (Bartlett idr., 2007: 11). Klinikom manjkajo smernice oz. pravila, ki bi olajšala oceno nevarnosti (Kallert idr., 2006: 378). Nevarnostni kriterij utrjuje stereotip, da so bolniki s hudimi duševnimi motnjami nevarni, kar je v nasprotju s statističnimi podatki (Bartlett idr., 2007: 10). To doprinaša k stigmatizaciji bolnikov.

Izhajanje (zgotj) iz nevarnostnega kriterija pri odločitvi o neprostovoljnem zdravljenju je izrazito škodljivo za velik del bolnikov, ki so hudo bolni, pa niso neposredno nevarni. Bolniki na področjih, kjer veljajo zakoni z obvezujočim nevarnostnim kriterijem, so bili zdravljeni povprečno pet mesecev kasneje kot bolniki na področjih z veljavno zakonodajo brez obvezujočega nevarnostnega kriterija (Large idr., 2008: 879–880). Ta pristop nepravilno diskriminira mnoge nenevarne bolnike in predstavlja nerazumno prepreko v dostopu do zdravstvene pomoči (Large idr., 2008: 877). Pomen čim zgodnejšega zdravljenja hudih duševnih motenj (posebej psihoz in med temi prvih psihotičnih epizod) so v zadnjih dveh desetletjih dokazale številne študije. Daljše trajanje nezdravljene psihoze študije med drugim povezujejo s slabšim odzivom na antipsihotično terapijo (Perkins idr., 2005: 1785) in slabšo prognozo (Marshall idr., 2005: 975; Miglietta idr., 2019: 175), povezujejo ga tudi z občuteno stigmo, ta pa lahko povratno vpliva na odklanjanje psihiatrične pomoči (Mueser idr., 2019: 157).

::3.3 Dodatni kriteriji – potreba po zdravljenju²⁵

Medtem ko je nevarnostni kriterij apliciran na dva načina (v najboljšem interesu bolnika, kadar je ta samomorilen, ali v interesu drugih, kadar jih bolnikovo vedenje ogroža), pri kriteriju potrebe po zdravljenju vedno izhajamo iz bolnikovega najboljšega interesa (Høyer, 2000: 66). Med državami, ki ob odločitvi za neprostovoljno zdravljenje bolnika z duševno motnjo izhajajo samo iz potrebe po zdravljenju, so npr. Švedska²⁶, Španija in Italija (Salize idr., 2002: 22; Svensson in Kjellin, 2006: 329–330). Pogosto je kriterij potrebe po zdravljenju alternativno uporabljan s kriterijem nevarnosti (Salize idr., 2002: 22; Kallert idr., 2006: 378), ponekod pa samo v primeru nenujnih sprejemov na neprostovoljno zdravljenje (Kallert idr., 2006: 378).

²⁵ Angl. *need for treatment*.

²⁶ Švedska ima v zakonu sledeče pogoje za neprostovoljno psihiatrično zdravljenje: a) bolnik ima resno duševno motnjo, b) pri bolniku je psihiatrično zdravljenje nujno in c) bolnik zdravljenje odklanja ali ni zmožen sprejeti odločitve o zdravljenju (Sjöstrand idr., 2015).

Nekateri avtorji izpostavljajo problematičnost določanja, kako huda mora biti duševna motnja (in kako učinkovito zdravljenje), da je kriteriju potrebe po psihiatričnem zdravljenju zadoščeno (Bartlett, 2012: 840). Potreba po zdravljenju mora biti absolutna, kar pomeni, da zdravljenje ni možno na manj restriktiven način in je sprejem v bolnišnico kot skrajni ukrep potreben (tako npr. Švedskem in v Litvi) ali pa bi opustitev neprostoovoljnega hospitalnega zdravljenja vodila v poslabšanje duševne bolezni (Kallert idr., 2006: 378). Ohlapna raba kriterijev klinikom pušča več prostora za individualno presojo, hkrati pa v sebi nosi potencial za zlorabo (Kallert idr., 2006: 377). Resnost duševne motnje se presoja tako po naravi le-te (npr. psihoza) kot tudi po izraženosti simptomatike (huda depresija, huda ambivalenca ipd.) (Kallert idr., 2006: 376).

Problematično je, da vse države nimajo enake zdravstvene mreže, zato se močno razlikujejo v oblikah izvenbolnišničnega zdravljenja. Tudi tako imenovano nadzorovano obravnavo (obliko neprostoovoljnega zdravljenja v domačem okolju, ki lahko predstavlja alternativo za nekatere neprostovoljno bolnišnično zdravljenе bolnike) prakticira le nekaj držav.

Med državami, ki v zakonih izhajajo (zgolj ali tudi) iz kriterija potrebe po zdravljenju, jih le nekaj dodatno preverja tudi bolnikovo sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju oz. natančneje njegovo sposobnost za kompetentno zavrnitev zdravljenja ali celo specifično pomanjkljiv bolezenski uvid²⁷ (Salize idr., 2002: 22; Kallert idr., 2006: 377). Trend strokovnih debat v zadnjih letih je prav izpostavljanje bolnikove sposobnosti zavrnitve zdravljenja kot središčne pri sprejemanju odločitev o neprostoovoljnem zdravljenju (Bartlett, 2012: 841). Tako bi bili lahko neprostovoljno psihiatrično zdravljeni samo bolniki, ki jim manjka sposobnost kompetentne zavrnitve zdravljenja (Bartlett, 2012: 841) oz. le tedaj, ko je ta sposobnost zadostno zmanjšana. Zaenkrat manjkajo ustrezne empirične študije in (posledično) smernice za rabo v klinični praksi (Kallert idr., 2006: 377).

::3.4 Dodatni kriteriji – sposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju in bolnikova največja korist²⁸

Severna Irska je leta 2016 sprejela *Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016*, ki kot pogoja za neprostovoljno zdravljenje, kot že omenjeno, postavlja oškodovano sposobnost sprejemanja odločitev in bolnikovo največjo korist (Lynch idr., 2017: 353). Zakon zaradi sočasnega urejanja neprostoovoljnega zdravljenja duševnih in telesnih bolezni (torej zdravljenja brez privolitve bolnika ne glede na bolezenski razlog – duševna ali telesna bolezen) imenujejo tudi *fusion law* (Lynch idr., 2017: 356). Pomeni odmik od dihotomije med telesnim in psihičnim in poenotenje kriterijev,

²⁷ Npr. Finska, Irska, Portugalska, Španija, Švedska.

²⁸ Angl. *impairment of decision-making capacity in patient's best interest.*

na osnovi katerih – ob moteni avtonomiji bolnika – odločamo v dobrobit zdravju tudi brez soglasja bolnika ali celo proti njegovi izraženi preferenci.

Nesposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju je po *fusion law*-u torej nujna predpostavka za odločitve o zdravljenju brez bolnikove privolitve. Oceni sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju²⁹ naj bi zadostili z dvema testoma: a) z diagnosticnim testom – gre za motnjo ali okvaro delovanja možganov in b) s funkcionalnim testom – bolnik ni sposoben razumevanja relevantnih informacij, ne zmore zadržati informacij dovolj dolgo, da sprejme odločitev, ne zmore navezati prejete informacije na lastno situacijo ali ustrezno tehtati med možnostmi. Poleg tega mora med obema testoma obstajati vzročna povezava (b je posledica a) (Lynch idr., 2017: 354).

Tudi ob tovrstni zakonski ureditvi ostaja kar nekaj odprtih vprašanj, npr. kako ravnati v situacijah fluktuirajoče sposobnosti za sprejemanje odločitev ali kako odločati v primeru bolnikov, ki imajo zadostno sposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju, pa s svojo odločitvijo ogrožajo druge (Lynch idr., 2017: 357). G. Szmukler izraža zaskrbljenost prav za zadostno zaščito drugih oz. javnosti v primeru *fusion law*-a. Sprašuje se tudi, ali ne bi bilo nujno upoštevati tudi dostopnosti motnje zdravljenju³⁰ (odzivnosti na terapijo) (Szmukler in Kelly, 2016: 449). D. Kelly nasprotno meni, da *fusion law* ne bo kompromitiral zaščite javnosti. Navaja, da bi (dokler ne najdemo boljše rešitve) morali privzeti, da je v specifičnih okoliščinah dopustno zadržanje oseb, ki morda imajo zadostno sposobnost za zavrnitev zdravljenja, pa so nevarne drugim (Szmukler in Kelly, 2016: 452). Medtem ko Szmukler izraža zaskrbljenost o zamiku zdravljenja, če bi vedno čakali, da bolnik povsem izgubi sposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju (Szmukler in Kelly, 2016: 449), Kellyja to ne skrbi. Izpostavlja, da v praksi pogosteje vidimo bolnike, ki te sposobnosti v resnici nimajo več, pa zakon ne dovoljuje zdravljenja, ker morda nikogar ne ogrožajo (Szmukler in Kelly, 2016: 452). Szmukler in Kelly sta oba psihiatra, mnenja so tudi znotraj psihiatrične stroke deljena, dileme pa strokovno in etično resne.

Freeman idr. pozivajo k zamenjavi obstoječih zakonodaj s področja duševnega zdravja z novejšo zakonodajo, ki bi bila hkrati skladna z vsemi načeli *Konvencije za pravice invalidov*, vključno s pravico do najvišjega dosegljivega zdravstvenega standarda oseb s hudimi duševnimi motnjami, ki lahko imajo oškodovano sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju (Freeman idr., 2015: 845). Prav *fusion law* bi lahko bil primer take zakonodaje (Szmukler idr., 2014: 245).

²⁹ Angl. *capacity test*.

³⁰ Angl. *treatability*.

::4 NEPROSTOVOLJNO ZDRAVLJENJE V SKLADU S SLOVENSKIM ZAKONOM O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Slovenski ZDZdr sodi med mlajše zakone (sprejet je bil šele leta 2008, večina evropskih zakonov s področja duševnega zdravja je starejših). ZDZdr pogoje za neprostovoljno zdravljenje opredeljuje v 39. členu. Kot že zabeleženo, izhaja iz potrebe po treh sočasno izpolnjenih kriterijih: a) bolnik ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, b) ogrožanje je posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in c) navedenih vzrokov in ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči. V skladu z razdelitvijo kriterijev, ki se uporabljajo v zakonodajah v evropskem oz. svetovnem prostoru, bi torej lahko rekli, da predstavlja pogoj pod točko a) dodatni kriterij, pogoj pod točko b) osnovni kriterij in pogoj pod točko c) zagotovilo, da gre za skrajni ukrep.

Osnovni kriterij predstavlja torej »duševna motnja take narave ali stopnje, da ima oseba zaradi nje huje moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovanja vedenja«, kamor praktično sodijo tudi bolniki, pri katerih klinično ocenjujemo, da imajo huje moten bolezenski uvid. Sam tip duševne motnje (npr. specifično psihoza) torej ni relevanten, bistvena je teža prisotne simptomatike oz. njen vpliv na presojo realnosti in obvladovanje vedenja.

Dodatni kriterij je pravzaprav mešan – zajema tako kriterij nevarnosti kot kriterij potrebe po zdravljenju, vendar slednjega le, kadar gre za *hujše* ogrožanje zdravja. To je tudi mesto, na katerem v praksi običajno nastopijo težave. Interpretacija dikcije *hujšega ogrožanja svojega zdravja* je v vsakokratnem primeru prepuščena izvedenčevi in pravni presoji hudega ogrožanja in se (pre)pogosto razume le kot neposredna (življenjska) ogroženost. Bolniki s hudo duševno motnjo (npr. kronično psihotično motnjo – shizofrenijo), ki nezdravljeni huje psihosocialno propadajo, pa niso samomorilni niti neposredno nevarni drugim, zato (pre)pogosto ne morejo biti zdravljeni. Ostajajo nezdravljeni, bolezen pa napreduje. Ker sami v lastno bolezensko spremenjenost nimajo (zadostnega) uvida, zdravljenje zavračajo in do izboljšanja zdravja »nimajo dostopa«. Zato lahko rečemo, da daje sicer mešani dodatni kriterij v ZDZdr v praksi prednost nevarnosti pred potrebo po zdravljenju. Huda duševna motnja, zaradi katere ima bolnik hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje (zaradi česar klinično ocenjujemo, da vsekakor gre za potrebo po zdravljenju), brez nevarnosti, ki iz nje izhaja, namreč ni zadosten temelj za neprostovoljno zdravljenje.

Neprostovoljno zdravljenje mora biti skrajni ukrep. ZDZdr ne predvideva le neprostovoljnega bolnišničnega zdravljenja, ampak tudi neprostovoljno zdravljenje v skupnosti (zdravljenje po sklepu sodišča torej, t. i. nadzorovano obravnavo³¹). Žal

³¹ Zakon o duševnem zdravju, 2008, 80. člen.

je ta pristop mogoče uporabiti le pri bolnikih, ki so bili predhodno že neprostovoljno bolnišnično zdravljeni, kar se zdi nepravilno. V poštev bi sicer prišlo le pri manjšini neprostovoljno zdravljenih bolnikov z duševnimi motnjami, pa vendar gre za milejši ukrep, s katerim bi se skrajnemu vsaj občasno lahko izognili.

::ZAKLJUČEK

Oblikovanje ustreznih pristopov in praks mora biti zaradi narave problema neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja interdisciplinarno zastavljen in kontinuiran proces – skladno z razvojem vseh deležnih strok. Nujno je iskanje ravnovesja med različnimi pravicami obolelega (npr. njegovo pravico do avtonomnega odločanja o zdravljenju, kadar je avtonomno, njegovima pravicama do prostosti in do ustrezne zdravstvene oskrbe) ter pravicami drugih (tako bolnikovih svojcev, na katere se pogosto pozablja, kot širše skupnosti).

Mejna področja so v znanosti pogosto »podhranjena«, zaradi kompleksnosti pa najbrž zahtevajo več pozornosti vseh vpletenih strok. Predvsem psihiatri izpostavljajo pomanjkanje empiričnih podatkov o najboljši praksi. Psihijatrija je medicinska stroka, ki se na interdisciplinarnem področju neprostovoljnega zdravljenja slabše znajde, ujeta je med medicinsko težnjo po zdravljenju in zakonsko utemeljenostjo le-tega, med skrbjo in prisilo (Welsh in Deahl, 2002: 254). Bioetika ne nudi zadostne opore pri razreševanju nekaterih največjih izzivov sodobne psihiatrije (Williams, 2016: 221). Razvijajoče se interdisciplinarne znanosti, kot sta medicinsko pravo (specifično tudi področje terapevtske jurisprudence³²) in filozofija psihiatrije, obetajo pomoč pri razreševanju obstoječih dilem.

Zaradi specifik bolezenskega uvida so tisti bolniki s hudimi duševnimi motnjami, ki prav zaradi pomanjkljivega uvida zavračajo zdravljenje, še posebej ranljivi. Bolezenski uvid je simptom, integralni del klinične slike hudih duševnih motenj, zato bi mu morali pri odločitvah o utemeljenosti neprostovoljnega zdravljenja v psihiatriji posvečati več pozornosti. Duševne motnje, posebej tiste s kroničnim potekom, zahtevajo čim prejšnje zdravljenje, le tako lahko pomembno vplivamo na potek bolezni (število ponovitev akutnih epizod in izraženost simptomatike) ter preprečujemo izrazito negativne psihosocialne posledice. Iz vsakodnevnih kliničnih izkušenj v Sloveniji vemo, da ravno nenevarni bolniki s kroničnimi duševnimi motnjami pogosto niso ustrezno zdravljeni. To vodi v napredovanje bolezni, pogosto v ireverzibilne deficite in psihosocialni propad, ki neposredno obremeni tudi svoje obolelih, posredno pa celotno družbo. Ti bolniki niso nikomur neposredno nevarni, nezdravljena huda duševna bolezen pa je »nevarna njim« in zahteva zdravljenje. Če bi bivali v kateri izmed držav, ki v zakonodajah izhajajo iz načela potrebe po zdravljenju, bi bili zelo verjetno bolj zdravljeni.

³² Terapevtska jurisprudence je študij vloge prava kot terapevtskega dejavnika (Birgden, 2004: 285).

Modernizacija zakonodaj na področju duševnega zdravja (pa naj gre za ločene ali integrirane zakone) je nujna za zagotavljanje standardov in razvoja mreže kvalitativne zdravstvene oskrbe, pa tudi za zaščito človekovih pravic (Funk in Drew, 2015: 527). Pristopi evropskih držav se pomembno razlikujejo, manjkajo podatki o prednostih in slabostih posameznih pristopov. Svetovno psihiatrično združenje v nedavnem obsežnem članku o prihodnosti psihiatrije izpostavlja, da nismo dosegli konsenza o tem, kakšna naj bi bila zakonodaja za področje duševnega zdravja (Bhugra idr., 2017: 789).

Ne glede na to, kakšna bo dikcija v zakonu za področje duševnega zdravja, v njem nikoli ne bo vsega zapisanega. Vedno bo potrebno v individualnem primeru tehtati med različnimi možnostmi, različnimi pravicami ter potrebami in s pomočjo tako psihiatrične kot pravne interpretacije okoliščin sprejeti najboljšo odločitev za bolnika. Zato bi »skupen evropski zakon« lahko puščal zadosti prostora za kulturološko prilagojeno interpretacijo, ki bi upoštevala tudi raznolike zdravstvene sisteme in mreže pomoči.

::LITERATURA

- Adshead, G. (1999): »Duties of psychiatrists: treat the patient or protect the public?« V: *Advances in Psychiatric Treatment*, 5, str. 321–328.
- Amador, X., F. (2013): *Nisem bolan, ne potrebujem pomoči!: kako človeku z duševno boleznijo pomagamo, da sprejme zdravljenje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Amador, X., F. in Kronengold, H. (2006): »Understanding and assessing insight.« V: Amador, X., F. in David, A., S. (ur.): *Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Oxford: Oxford University Press, str. 3–30.
- Amador, X., F., Strauss, D., H., Yale, S. A., Flaum, M., M., Edincott, J., Gorman, J., M. (1993): »Assessment of Insight in Psychosis.« V: *Am J Psychiatry*, 150(6), str. 873–879.
- Appelbaum, P., S. in Grisso, T. (1995): »The MacArthur Treatment Competence Study III; Mental Illness and Consent to Treatment.« V: *Law and Human Behaviour*, 19(2), str. 105–126.
- Bartlett, P. (2012): »A mental disorder of a kind or degree warranting confinement: Examining justifications for psychiatric detention.« V: *International Journal of Human Rights*, 16(6), str. 831–844.
- Bartlett, P., Lewis, O., Thorold, O. (2007): *Mental Disability and the European Convention of Human Rights*. Leiden: Koninklijke Brill NV.
- Beauchamp, T. L. in Childress, J. F. (2013): *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bhugra, D., Tasman, A., Pathare, S., Priebe, S., Smith, S., Torus, J., Arbuckle, M. R., Langford, A., Alarcon, R. D., Fung Kum Chiu, H., First, M., B., Kay, J., Sunkel, C., Thapar, A., Udomratn, P., Baingana, F., K., Kestel, D., Man Kin Ng, R., Patel, A., De Picker, L., Julius McKenzie, K., Moussaoui, D., Muijen, M., Barlett, P., Davison, S., Exworthy, T., Loza, N., Rose, D., Torales, J., Brown, M., Christensen, H., Firth, J., Keshavan, M., Li, A., Onnela, J.-P., Wykes, T., Elkholy, H., Kalra, G., Lovett, K., F., Travis, M., J., Ventriglio, A. (2017): »The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry.« V: *Lancet Psychiatry*, 4 (10), str. 775–818.
- Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A., S., Hayward, P., Richardson G., Szmukler, G., Hotopf, M. (2005): »Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric inpatients.« V: *British Journal of Psychiatry*, 187, str. 379–385.

- Birgden, A. (2004): »Therapeutic jurisprudence and responsivity: finding the will and the way in offender rehabilitation.« V: *Psychology, Crime & Law*, 10(3), str. 283–295.
- Conrady, J., Roeder, T. (2006): »The Legal Point of view: Comparing Differences of Legal Regulations Related to Involuntary Admission and Hospital Stay in Twelve European Countries.« V: Kallert, T., W. in Torres-Gonzalez, F. (ur.): *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*. Frankfurt am Main: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften, str. 349–374.
- Dassa, D., Boyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P., Bottai, T. (2010): »Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system.« V: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, str. 921–928.
- Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnell, K., Onchev, G., Alexiev, S., Raboch, J., Kalisova, L., Mastrogianni, A., Georgidou, E., Solomon, Z., Dembinskas, A., Raskauskas, V., Nawka, P., Nawka, A., Kiejna, A., Hadrys, T., Torres-Gonzales, F., Mayoral, F., Björkdahl, A., Kjellin, L., Priebe, S., Maj, M., Kallert, T. (2011): »How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study.« V: *European Psychiatry*, str. 201–207.
- Freeman, M. C., Kolappa, K., de Almeida, J. M. C., Kleinman, A., Makhasvili, N., Phakathi, S., Saraceno, B., Thornicroft, G. (2015): »Reversing hard won victories in the name of human rights: A critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.« V: *Lancet Psychiatry*, 2(9), str. 844–850.
- Funk, M. K. in Drew, N. J. (2015): »Mental health legislation.« V: *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(7), str. 527–530.
- Hamann, J. in Heres, S. (2014): »Adapting Shared Decision Making for Individuals With Severe Mental Illness.« V: *Psychiatric Services*, 16(12), str. 1483–1486.
- Hope, T. (2014): *Medicinska etika. Zelo kratek uvod*. Ljubljana: Založba Krtina.
- Hotopf, M. (2005): »The assessment of mental capacity.« V: *Clinical Medicine*, 5(6), str. 580–584.
- Høyer, G. (2000): »On the justification for civil commitment.« V: *Acta Psychiatr Scand*, 101, str. 65–71.
- Kallert, T., W., Glöckner, M., Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Solomon, Z., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Nawka, P., Torres-Gonzalez, F., Priebe, S., Kjellin, L. (2005): »The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data.« V: *World Psychiatry*, 4(3), str. 168–172.
- Kallert, T., W., Rymaszewska, J., Torres-Gonzalez, F. (2006): »The Clinical Point of view: Comparing Differences of Legal Regulations to Involuntary Admission and Hospital Stay in Twelve European Countries.« V: Kallert, T., W. in Torres-Gonzalez, F. (ur.): *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*. Frankfurt am Main: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften, str. 375–400.
- Kallert, T. W. in Torres-Gonzalez, F. (2006): »Introduction.« V: Kallert, T., W. in Torres-Gonzalez, F. (ur.): *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*. Frankfurt am Main: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften, str. 9–18.
- Kress, K. J. (2006): »Why lack of insight should have a central place in mental health law.« V: Amador, X., F. in David, A., S. (ur.): *Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Oxford: Oxford University Press, str. 257–279.
- Krušič Mate, Z. (2010): *Pravica do zasebnosti v medicini: zdravnikova pojasnilna dolžnost, pacientova informirana privolitev, varstvo osebnih podatkov*. Ljubljana: GV Založba.
- Lacro, J., P., Dunn, L. B., Dolder, C., R., Leckband, S., G., Jeste, D. V. (2002): »Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia: A Comprehensive Review of Recent Literature.« V: *J Clin Psychiatry*, 63(10), str. 892–909.

- Large, M. M., Ryan, C. J., Nielssen, O. B., Hayes, R. A. (2008):** »The danger of dangerousness: Why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts.« V: *Journal of Medical Ethics*, 34(12), str. 877–881.
- Lozem, G. F., Hem, M. H., Molewijk, B. (2014):** »Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care: Good coercion.« V: *International journal of mental health nursing*, 24(3), str. 231–240.
- Luo, C., Chen, H., Zhong, S., Gou, H., Li, Q., Cai, W., Girolamo, G., Zhou, J., Wang, X. (2019):** »Manic episode, aggressive behaviour and poor insight are significantly associated with involuntary admission in patients with bipolar disorders.« V: *PeerJ* 7:e7339. Povzeto 15. marca 2020 s strani <https://peerj.com/articles/7339/>
- Lynch, G., Taggart, C. in Campbell, P. (2017):** »Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016.« V: *British Journal of Psychiatry Bulletin*, str. 353–357.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., Croudace, T. (2005):** »Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients.« V: *Arch Gen Psychiatry*, 62, str. 975–983.
- McEvoy, J., P. (2006):** »The relationship between insight into psychosis and compliance with medication.« V: Amador, X., F. in David, A., S. (ur.) *Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Oxford: Oxford University Press, str. 311–333.
- Meynen, G. (2010):** »Free will and mental disorder: Exploring the relationship.« V: *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31, str. 429–443.
- Miglietta, E., Lasalvia, A., Bonetto, C., Comacchio, C., Cristofalo, D., Tosato, S., De Santi, K., Petterlini, S., Zanatta, G., Cremonese, C., Ramon., L., Ruggeri, M. (2019):** »Pathways to care, DUP, and types of interventions over 5 years following psychosis onset: findings from a naturalistic study conducted in routine generalist mental health services.« V: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, str. 175–186.
- Mueser, K., T., DeTore, N., R., Kredlow, M., A., Bourgeois, M., L., Penn, D., L., Hintz, K. (2019):** »Clinical and demographic correlates of stigma in first-episode psychosis: the impact of duration of untreated psychosis.« V: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, str. 157–166.
- Niveau, G. in Materi, J. (2007):** »Psychiatric commitment: Over 50 years of case law from the European Court of Human Rights.« V: *European Psychiatry*, 22, str. 59–67.
- Olsen, D. P. (2003):** »Influence and coercion: relational and rights-based ethical approaches to forced psychiatric treatment.« V: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, str. 705–712.
- Osatuke, K., Ciesla, J., Kasckow, J., W., Zisook, S., Mohamed, S. (2008):** »Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research.« V: *Comprehensive Psychiatry*, 49, str. 70–77.
- Owen, G. S., Freyenhagen, F., Hotopf, M. (2009a):** »Mental Capacity and Decisional Autonomy: An Interdisciplinary Challenge.« V: *Inquiry*, 52(1), str. 79–107.
- Owen, G., S., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., Szukler, G., Hotopf, M. (2009b):** »Retrospective views of psychiatric in-patients regaining mental capacity.« V: *British Journal of Psychiatry*, 195, str. 403–407.
- Oyebode, F. (2018):** *Sim's Symptoms in the Mind, Textbook of Descriptive Psychopathology*. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Elsevier.
- Peele, R. in Chodoff, P. (2009):** »Involuntary hospitalization and deinstitutionalization.« V: Bloch, S. in Green, S. A. (ur.): *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, str. 221–227.
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., Lieberman, J. A. (2005):** »Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis.« V: *American Journal of Psychiatry*, 162, str. 1785–1804.
- Pollmächer, T. (2017):** »Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie).« V: Hauth, I., Falkai, P., Deister, A. (ur.): *Psyche Mensch Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, str.143–154.

- Richardson, G. (2012): »Mental Disabilities and the Law: From Substitute to Supported Decision-making?« V: *Current Legal Problems*, 65, str. 333–354.
- Robertson M. in Walter, G. (2014): *Ethics and Mental Health. The patient, Profession and Community*. Boca Raton, CRC Press.
- Sadock, B., J. in Alcott Sadock, V., (ur.) (2007): *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioural sciences / clinical psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Salize, H. J. in Dressing, M. (2011): »Approaches to civil commitment in psychiatry in Europe.« V: *Current Medical Literature*, 22(4): str. 113–120.
- Salize, H. J., Dressing, H., Peitz, M. (2002): »Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report. European Commission.« V: *European Commission – Health & Consumer Protection Directorate – General Research Project*. Povzeto 20. februarja 2020 s strani <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.131.6651&rep=rep1&type=pdf>
- Steinert, T. (2017): »Ethics of Coercive Treatment and Misuse of Psychiatry.« V: *Psychiatric Services*, 68(3), str. 291–294.
- Svensson, G. in Kjellin, L. (2006): »Legal Report – Sweden.« V: Kallert, T., W. in Torres-Gonzalez, F. (ur.): *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe. Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, str. 325–348.
- Szmukler, G. (2019): »Capacity, 'best interest', 'will and preferences' and the UN Convention on Rights of Persons with Disabilities.« V: *World Psychiatry*, 18(1), str. 34–41.
- Szmukler, G. in Kelly, B. D. (2016): »We should replace conventional mental health law with capacity-based law.« V: *British Journal of Psychiatry*, 209, str. 449–453.
- Višje sodišče RS, Sklep II Ips 304/2010. Povzeto 5. oktobra 2018 s strani <http://sodisce.si/vsrs/odlocitve/2010040815247851/>
- Weiss Roberts, L. (2002): »Informed Consent and the Capacity for Voluntarism.« V: *Am J Psychiatry*, 159, str. 705–712.
- Welsh, S. in Deahl, M. P. (2002): »Modern psychiatric ethics.« V: *The Lancet*, 359, str. 253–255.
- Williams, A. R. (2016): »Opportunities in reform: Bioethics and mental health ethics.« V: *Bioethics*, 30(4), str. 221–226.
- Witorff, A., Jakobi, U., Bechdorf, A., Müller, A., Sartory, G., Wagner, M., Wiedemann, G., Wölwer, W., Herrlich, J., Buchkremer, G., Klingberg, S. (2009): »The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia.« V: *European Psychiatry*, 24, str. 259–267.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Ur.l. RS 77/08 in 46/15. Povzeto 10. marca 2018 s strani <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur.l. RS 15/08 in 55/17. Povzeto 20. oktobra 2019 s strani <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
- Žmitek, A. (2013): »Načini obravnave bolnikov s psihotično motnjo v Sloveniji.« V: Amador, X., F.. *Nisem bolan, ne potrebujem pomoči!: kako človeku z duševno boleznijo pomagamo, da sprejme zdravljenje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, str. 226–235.