

*Sławomir Sidorowicz, Grzegorz Bagiński\**

## **Świadoma zgoda w schizofrenii**

Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej we Wrocławiu

\* Department of Psychiatry, Eastbourne District General Hospital, W. Brytania

### **Streszczenie**

Na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia omówiono trudności wyłaniające się w uzyskiwaniu świadomej zgody na leczenie i udział w badaniach u chorych na schizofrenię. Uzyskiwanie świadomej zgody uznano za czasochłonny i pracochłonny proces, stawiający duże wymagania zarówno lekarzowi, jak i choremu.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego definiuje pojęcie świadomej zgody, jako swobodnie wyrażoną decyzję osoby z zaburzeniami psychicznymi, zdolnej do rozumienia przekazywanej informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, o stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania (21). Ustawodawca uznał, że zaburzenia psychiczne nie wykluczają możliwości podjęcia ważnej pod względem prawnym decyzji. Od osoby wymaga się jednak czegoś więcej niż tylko wydania zwykłej zgody. Wynika ona z aktu uświadomienia oraz zrozumienia warunków i okoliczności postępowania medycznego przy pełnej dobrowolności (3). Świadoma zgoda na każde działanie lekarskie jest obecnie kamieniem węgielnym medycyny, jest podstawą stosunku lekarz–pacjent.

Piśmiennictwo na ten temat jest ogromne, zwłaszcza w ostatnich dziesięcioleciach. Co ciekawe, od czasów Hipokratesa do niemal współczesnych lekarze wcale nie musieli szczegółowo informować pacjentów, nie musieli przekazywać im całej prawdy o ich stanie zdrowia, rokowaniu, perspektywach leczenia i rehabilitacji, a więc nie zachodziła konieczność uzyskiwania świadomej zgody (1). Właśnie takie postępowanie uznawano za etyczne, służące dobru, a nawet zdrowiu chorego. W ten sposób oszczędzano przykrości, zmniejszano niepokój, wzbudzano choćby złudną nadzieję na poprawę, nawet w beznadziejnych stanach chorobowych. Biorąc to pod uwagę zdumiewa, że w najnowszych czasach, zwłaszcza od lat sześćdziesiątych, nastąpiła tak znaczna zmiana zaopatrywania i postępowania, niektórzy nazywają ją rewolucją w medycynie. Jakie mogą być tego przyczyny?

● Żyjemy w czasach, w których poszanowanie praw człowieka, jego wolności i autonomii, a szczególnie prawo do decydowania o sobie stają się priorytetami w etyce i życiu publicznym. Deklaracja Hawajska (4) postanawia, że ani leczenie ani żadne inne działanie nie może być podjęte wbrew woli pacjenta lub niezależnie od niej, chyba że z powodu choroby psychicznej pacjent nie potrafi określić, co leży w jego najlepiej pojętym interesie, a równocześnie można przypuszczać, że zaniechanie leczenia przyniesie poważną szkodę pacjentowi lub innym osobom. Uchwała nr 119 Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych (22) zawiera zasady ochrony psychicznie chorych i poprawy opieki psychiatrycznej. Poza określonymi prawem sytuacjami wyjątkowymi, niedopuszczalne jest leczenie, poddawanie próbom klinicznym i doświadczeniom bez świadomej zgody osoby. Nad poczynaniami lekarzy roztaczana jest coraz bardziej restrykalna i surowa kontrola administracyjno-prawna. Departament Zdrowia i Opieki amerykańskiego rządu (15) wymienia 4 warunki pozwalające pominąć świadomą zgodę osoby chorej, gdy jest ona do niej niezdolna z powodu zaburzeń psychicznych, a zarazem pożądanym jest jej udział w badaniach:

1. Zezwolenie terenowej komisji etycznej. Badacze skarżą się na ostrożność i powściągliwość komisji etycznych, które w celu ochrony interesów chorych coraz częściej odrzucają szereg projektów badań lekowych, np. z wykorzystaniem placebo, innowacji metod dawkowania leków psychotropowych itp.

2. Pominięcie świadomej zgody nie uszczupli różnych innych praw osoby, a także nie naruszy innych jej dóbr.

3. Badanie naukowe nie byłoby możliwe bez pominięcia świadomej zgody osoby.

4. Dokładne poinformowanie osoby, że zostaje włączona do programu badawczego, omówienie warunków programu.

W wielu krajach nie uzyskanie świadomej zgody jest traktowane jako poważne zaniedbanie obowiązku i może być uznane przez sąd za błąd i naruszenie przepisów prawa, które gwarantuje nietykalność cielesną. Udowodnienie tego lekarzowi bywa przyczyną postępowania karnego i cywilnego. W USA od lat pięćdziesiątych systematycznie zwiększa się liczba procesów przegrywanych przez lekarzy, którzy zaniedbali obowiązek uzyskania świadomej zgody, nawet gdy leczenie było prawidłowe i skuteczne. Procedura jest stosunkowo prosta, ponieważ jest to jedyny przypadek, w którym do udowodnienia winy lekarzowi sąd nie musi zasięgać opinii biegłego (10).

● Dzięki postępom technologii medycznej znacznie poszerzył się zakres wiedzy o stanie zdrowia populacji. Stosując badanie przesiewowe lekarz może rozpoznawać chorobę, gdy osoba jej u siebie nie podejrzewa. Rozpoznanie nakazuje podjęcie leczenia. W takiej sytuacji człowiekowi należy się informacja na temat wykrytych zmian i możliwości leczenia.

● Wiele nowoczesnych metod leczenia w pierwszym okresie wywołuje więcej dolegliwości niż sama choroba, a więc samopoczucie może się nawet

znacznie pogorszyć. Dopiero po pewnym czasie terapii następuje poprawa. W celu pozyskania współpracy pacjenta w leczeniu należy go poinformować o takiej ewentualności.

- Często się zdarza, że określone schorzenie może być leczone różnymi metodami, rozwój wiedzy medycznej jest ogromny. Lekarze dysponują wiedzą statystyczną na temat prawdopodobieństwa powodzenia poszczególnych metod. Nie zawsze można być pewnym, która metoda leczenia jest w danym przypadku najbardziej wskazana. Trzeba wybierać. Musi w tym uczestniczyć pacjent, który jako konsument świadczeń medycznych dokonuje wyboru, oczywiście z pomocą lekarza.

- Bardzo często programy badawcze są podejmowane w ramach praktyki klinicznej przez lekarza opiekującego się chorym, leczącego chorego. Może to prowadzić do poważnego konfliktu interesów, zwłaszcza gdy lekarz leczący zmienia się w badacza-eksperymentatora (11). W sytuacji eksperymentu główny cel relacji z chorym ulega zmianie. Z jednej strony wyrasta sprzeczność między celami lekarza leczącego a lekarza-badacza (nawet gdy jest to ta sama osoba), z drugiej zaś – między interesem lekarza-badacza a interesem chorego. Powstaje niebezpieczeństwo wykorzystywania chorych jako środków do celu (realizacja programu badawczego), który może być ważniejszy dla lekarza-badacza niż interes chorego. Przecież nie tylko badacze wiedzą o ogromnym, trudnym do przecenienia oddziaływaniu potęgi przemysłu farmaceutycznego. W świadomej zgodzie upatruje się gwarancji zabezpieczających prawa jednostki. Niekiedy komisje etyczne żądają, by kandydat do programu badawczego wyrażał świadomą decyzję wobec lekarza nie zaangażowanego w realizację programu badawczego. Widać z tego, że świadoma zgoda to coś innego niż zwykła zgoda, do której przywykliśmy. By była ona prawidłowa musi być spełnionych co najmniej 10 warunków (3, 5, 12, 16, 17). Zalicza się do nich:

1. Partnerski, koleżeński, a nawet przyjacielski układ lekarz-pacjent, co jest warunkiem dobrej komunikacji. Główny ciężar odpowiedzialności za wytworzenie takiego stosunku spada na lekarza. Już tylko ta przesłanka powoduje, że na uzyskiwanie świadomej zgody można spojrzeć jako na proces, a więc na coś, co trwa, ma swoją dynamikę i przebieg. Nie jest to szybki, jednorazowy, formalno-prawny akt, służący wyłącznie uzyskaniu podpisu chorego. Przez pełne współuczestnictwo w decydowaniu pacjenta, zabezpiecza się również jego interesy.

2. Przekazanie choremu szczegółowej informacji o stanie zdrowia oraz o planowanej metodzie leczenia. Dyskusyjna jest sprawa zakresu tej informacji. Wiadomo, że informacja za obszerna, przeładowana danymi – czy to pisemna czy ustna – utrudnia wychwycenie najważniejszych elementów programu. Wskazana jest więc informacja zwięzła i zrozumiała, zawierająca najważniejsze dane. Należy podać wszystko, co jest niezbędne do podjęcia autonomicznej, swobodnej decyzji.

3. Dokładne poinformowanie pacjenta o korzyściach płynących z proponowanej metody, a także o skutkach braku zgody na proponowane postępowanie, czy odstąpienie od leczenia w ogóle.

4. Dokładne poinformowanie pacjenta o ryzyku proponowanej metody leczenia, włącznie z danymi statystycznymi i oceną prawdopodobieństwa powikłań. Praktyka sądowa krajów Europy Zachodniej oraz USA dowodzi wielkiej wagi tego zagadnienia. Nie określono obowiązującego zakresu przekazywanej informacji; przyjmuje się, że musi ona być dość szczegółowa, zrozumiała i rzetelna (13). Krytycy koncepcji świadomej zgody zwracają uwagę, że dokładna informacja o działaniu tak popularnego leku jak aspiryna może zniechęcać do jej przyjęcia. Tak więc jest to bardzo trudny i dyskusyjny punkt, na pytania z tym związane nie ma ani ostatecznej, ani prostej odpowiedzi. Natomiast sądy skazujące lekarzy za zlekceważenie tego elementu świadomej zgody zdają się nie mieć poważniejszych kłopotów.

5. Szczegółowe i otwarte poinformowanie pacjenta o wszelkich innych możliwościach leczenia, również z wymienieniem korzyści, ryzyka i skutków zaniechania leczenia, jeśli trzeba – z powołaniem się na dane statystyczne.

6. Poinformowanie pacjenta, że zostaje włączony do programu badawczego, powiadomienie go o możliwości podawania placebo. Należy wyraźnie wskazać pacjentowi, kiedy kończy się etap leczenia, a zaczyna eksperyment terapeutyczny lub nie-terapeutyczny.

7. Poinformowanie o tym, że chory w każdej chwili może wycofać zgodę na leczenie lub na udział w programie badawczym. Warunkiem powrotu do leczenia lub do udziału w badaniach jest ponowne wyrażenie świadomej zgody. Nie wolno ukrywać przed pacjentem, że w jakimś momencie opieki czy to ambulatoryjnej czy szpitalnej zostaje włączony do programu badawczego, na to musi wyrazić odrębną świadomą zgodę.

8. Upewnienie się, że przekazywane informacje zostały zrozumiane i w podstawowym przynajmniej zakresie przyswojone. Jeśli nie wcześniej, to w tej fazie następuje sprawdzenie zdolności pacjenta do podejmowania decyzji na podstawie racjonalnych przesłanek i dostarczonych informacji.

9. Gwarancja udzielenia odpowiedzi na wszelkie pytania i wątpliwości pacjenta.

10. Podjęcie przez chorą osobę swobodnej, nie wymuszonej decyzji w sprawie leczenia lub udziału w programie badawczym. Nie wolno wywierać jakiegokolwiek nacisku, manipulować, kierować pacjentem w ten sposób, by podjął decyzję zgodną z oczekiwaniem i potrzebami lekarza. Stworzenie warunków do podejmowania samodzielnej decyzji na podstawie przedstawionych informacji to naprawdę ogromne zadanie, wręcz wyzwanie dla lekarza. Musi on przecież zrozumiale podać pacjentowi pewne podstawowe wiadomości na temat prawdopodobieństwa dalszego przebiegu choroby, leczenia, a także możliwości wystąpienia objawów niepożądanych, musi powiedzieć pacjentowi czy te objawy niepożądane są poważne. Pacjent musi się dowiedzieć, czy warto ryzykować leczenie, gdyż niekiedy jego skutki mogą być groźniejsze od choroby. Zatem lekarz musi

dostarczyć wielu różnych informacji (klinicznych, epidemiologicznych, statystycznych na temat rokowania i z zakresu psychofarmakologii), nim chory będzie zdolny samodzielnie i swobodnie zdecydować o toku postępowania.

Uzyskanie świadomej zgody, opartej na informacji, jest zadaniem bardzo trudnym, żmudnym, czaso- i pracochłonnym. Krytycy (6) twierdzą, że świadoma zgoda jest praktycznie nieosiągalna, niemożliwa do zrealizowania, jest pewnego rodzaju ideałem, prawniczym mitem. Niekiedy obraca się wbrew interesowi pacjenta, odstrasza go od poddania się leczeniu. Większość chorych nie potrafi zrozumieć treści materiału przedstawionego czy to ustnie czy na piśmie. Pomimo sceptycyzmu niektórych autorów, pomijanie świadomej zgody jest traktowane jako poważny błąd postępowania lekarskiego. Jak dotąd nie wymyślono lepszego mechanizmu zabezpieczającego interesy pacjenta (14). Rangi tego nie obniża fakt, że nie ma dowodów na to, by świadoma zgoda poprawiała skuteczność leczenia, czy zmniejszała liczbę i ciężkość objawów niepożądanych.

Proces wyrażania świadomej zgody stawia bardzo duże wymagania nie tylko lekarzowi, ale i pacjentowi, w tym choremu na schizofrenię. Niewątpliwym postępem wiedzy na temat tej choroby nie wyjaśnił jej zagadki. Dla jednych jest to jednostka chorobowa o swoistej symptomatologii, pozwalającej postawić pewne rozpoznanie. Dla innych jest to grupa zespołów chorobowych spokrewnionych, ale jednak różniących się między sobą. Są i tacy, którzy schizofrenię traktują jako zbiór jednostek chorobowych różniących się etiopatogenezą, przebiegiem i rokowaniem. Niektórzy widzą w niej psychozę czynnościową, inni organiczną. Manfred Bleuler (2) twierdził, że obecność organicznych zmian mózgu wyklucza schizofrenię (będącą psychozą endogenną), w takim przypadku objawy psychopatologiczne są wyrazem procesu organicznego. Badania za pomocą nowoczesnych technik zdają się podważać taki pogląd, bowiem w mózgach chorych często stwierdza się zmiany (9). Ostatecznie ten dylemat nie jest rozstrzygnięty. Życie psychiczne w schizofrenii podlega wielu zmianom, które wywierają duży wpływ na procesy decyzyjne chorej osoby (2, 19, 20). Są to:

● Zakłócenie relacji z otoczeniem i to pod pięcioma postaciami:

1. Lekarz bywa włączany do świata urojeń, zmienia się w prześladowcę, rzadziej w wybawiciela.

2. Podważenie tożsamości lekarza. Pacjent błędnie go rozpoznaje, przypisuje mu niezwykle cechy. W miarę przewlekania się choroby takie psychotyczne przekształcenie może przeważać nad oceną zgodną z rzeczywistością.

3. Swoiste rozbicie autonomii, rozszczępienie własnej tożsamości. Utrudnia to lub uniemożliwia wyodrębnienie siebie z otaczającego świata. Dochodzi do osłabienia poczucia własnej odrębności w stosunkach z innymi, w tym z lekarzem.

4. Utożsamianie się, nieraz daleko posunięte, z osobami z otoczenia. Obserwuje się zmiany tożsamości, zarówno sfery psychicznej, jak i właściwości fizycznych, częściowe lub całkowite.

5. Ambiwalencja i negatywizm.

● Zaburzenia wielu funkcji poznawczych, co schizofrenię upodabnia do procesu organicznego. Współcześnie odżywa koncepcja krepelinowskiego ołepienia przedwczesnego. Dla procesów decyzyjnych podstawowe znaczenie mogą mieć następujące zmiany:

1. Zaburzenia uwagi dowolnej i mimowolnej, a więc zmniejszenie lub zwiększenie jej trwałości, rozpraszalność, perwersja. Stwierdza się utratę zdolności selekcji bodźców ważnych i eliminacji strumienia świadomości bodźców nieistotnych. Opisane mechanizmy przyczyniają się do wystąpienia łepienia uczuciowego, autyzmu, a także zaburzeń poczucia tożsamości, gdy chory w ogóle przestaje zwracać uwagę na napływające bodźce. Niewątpliwie takie zmiany utrudniają, a niekiedy nawet uniemożliwiają prawidłową komunikację z innymi osobami.

2. Zaburzenia mowy, które polegają na trudności w znalezieniu właściwego słowa oraz na nieprawidłowym stosowaniu słów. Jest to pewna forma afazji z przejęzyczeniami (parafazjami) i agramatyzmami. Nie ma pewności, dlaczego pacjent nie odpowiada na zadane pytanie lub odpowiada na nie bez związku logicznego: czy pytania nie zrozumiał, czy nie zwrócił na nie uwagi, czy też utracił umiejętność rzeczowego wypowiedzania się. Nasilenie zaburzeń zmienia się, raz wypowiedzi są zupełnie niezrozumiałe, to znów bywają okresy, kiedy chory wypowiada się logicznie i rzeczowo.

3. Zaburzenia myślenia, a więc nadkojarzenie, rozkojarzenie, kondensacja, synkretyzm, naruszanie reguł gramatycznych, błędy syntaktyczne, neologizmy lub substytucja słów (parafazje), fragmentacja słów, egocentryzm, sądy urojeniowe – np. wielkościowe, ksobne i prześladowcze, o wpływie na otoczenie lub na własną osobę. Przewaga myślenia konkretnego nad abstrakcyjnym. Bardzo ważne jest zniesienie wglądu w chorobę oraz bezkrytycyzm. Wgląd może się pojawiać okresowo, ale na ogół utrzymuje się krótko.

4. Zaburzenia spostrzegania i świadomości własnego „ja”. Chodzi m.in. o psychotyczną patatemię, kształtowanie spostrzegania poprzez potrzeby lub jakieś inne nieuchwytnie motywy. Gdy znika potrzeba, jakby przestawał istnieć w świadomości chorej osoby przedmiot z nią związany. Opisywano także zaburzenia percepcji w zakresie wymiaru, kształtu, odległości, utratę zdolności oddzielania figury od tła oraz synestezję.

5. Zaburzenia pamięci. Zasadniczo zdolność zapamiętywania jest zachowana, zaburzony jest jednak porządek przypominanych wydarzeń, a często przypomnienia są niezgodne z sytuacją. W sumie powoduje to wyraźne utrudnienie przyswajania nowego materiału.

Kłopot ze schizofrenią polega jeszcze na tym, że objawy nie są stałe, utrwalone, co ją odróżnia od choroby somatycznej, której objawy utrzymują się stałe, zwłaszcza w rozwiniętych przypadkach. Poza tym objawy psychotyczne nie są dostępne oglądowi i nie można ich wykazać metodami laboratoryjnymi. W dużym stopniu musimy polegać na tym, co pacjent o sobie mówi, jak siebie przeżywa, a także na własnej ocenie materiału postrzeganego, który jednak w przeważającej mierze jest zapośredniczony. Objawy są obecne

jednego dnia, a następnego ich nie ma. Chory ujawnia je jednemu lekarzowi, a innemu o nich nie powie. Rozpoznanie zmian bywa bardzo trudne. Omamy i urojenia mogą ustępować, jednak zaburzenie funkcji poznawczych utrzymuje się dłużej, a niekiedy pozostają na stałe.

Jeśli się zestawi warunki wymagane do uzyskania zgody za świadomą z wielorakimi zaburzeniami funkcji poznawczych w schizofrenii, powstaje pytanie, czy w tym schorzeniu taka zgoda jest w ogóle możliwa. Praktyka kliniczna (od czasu wprowadzenia ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) oraz piśmiennictwo pokazują, że jest to bardzo trudne zagadnienie, na które nie można udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Irwin i wsp. (7) na podstawie szczegółowych badań świeżych zachorowań i zaostrzeń choroby dowodzą, że chorzy w tym okresie nie są zdolni do wyrażenia świadomej zgody. Wprawdzie większość pacjentów twierdziła, że zrozumiała i przyswoiła sobie przekazywane informacje, to jednak sprawdzian wykazał, że nie było to zgodne z rzeczywistością. Upośledzenie rozumienia i zapamiętywania informacji było związane przede wszystkim z zaburzeniami myślenia i spostrzegania. W porównaniu z osobami zdrowymi, chorzy z urojeniami podejmują decyzję szybciej, na podstawie mniejszej ilości informacji, są znacznie pewniejsi siebie i co do dalszego przebiegu zdarzeń, a w tym leczenia. Im bardziej są nasilone objawy psychopatologiczne, im głębsza jest dezorganizacja życia psychicznego, tym gorsze rozumienie i zapamiętywanie, a tym samym coraz mniej prawdopodobna jest możliwość wyrażenia świadomej zgody. Również inni autorzy (8, 18) po analizie wyników badań chorych na schizofrenię twierdzą, że praktycznie uzyskanie świadomej zgody w schizofrenii jest mało prawdopodobne. Jakie z przedstawionych rozważań mogą wypływać wnioski?

1. Ze względu na objawy psychotyczne oraz zaburzenia czynności poznawczych proces schizofreniczny znacznie utrudnia, a często uniemożliwia uzyskanie ważnej prawnie świadomej zgody.

2. Z różnych powodów lekarze nazbyt pochopnie uznają, że pacjent z objawami schizofrenii jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody.

3. Pomimo niekorzystnych warunków dla uzyskania świadomej zgody w schizofrenii, należy zawsze do niej dążyć, wychodząc z 3 przesłanek:

- a) nawet niedoskonała pod względem prawnym świadoma zgoda jest lepsza, niż zupełny jej brak,

- b) niekiedy nawet w zaburzeniach psychotycznych wytrwale informowanie i dążenie do porozumienia się z chorym może stworzyć warunki do wyrażenia świadomej zgody,

- c) nie tylko interes chorego, ale i lekarza (w sensie zabezpieczenia przed oskarżeniem o błąd postępowania i nadużycia) nakazuje starania o uzyskanie świadomej zgody, co powinno znaleźć odbicie w dokumentacji.

Ujednolicenie informacji oraz przekazywanie jej w formie ustnej i pisemnej podnosi poziom wiedzy na temat choroby i leczenia. Zawsze należy sprawdzać, w jakim stopniu pacjent przyswoił sobie informacje. Można w tym celu posłużyć się kwestionariuszami.

4. W razie niemożności uzyskania świadomej zgody, poza sytuacjami wyjątkowymi, nie należy włączać chorej osoby do programu eksperymentalnego.

5. Jeśli pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody na leczenie, to należy ją uzyskać od opiekunów prawnych, faktycznych, a w pewnych przypadkach należy się ubiegać o zezwolenie sądu.

6. Niektórzy (8) proponują przyjęcie tzw. odroczonej czyli odłożonej świadomej zgody. Przy niezdolności do wyrażenia świadomej zgody w zaostrzeniu schizofrenii, prosi się o nią w czasie remisji, między kolejnymi rzutami psychozy lub rozpoczyna leczenie bez świadomej zgody pacjenta licząc na to, że pacjent ją wyrazi po osiągnięciu poprawy stanu psychicznego. Niestety, w praktyce okazuje się, że nie zawsze udaje się pełne porozumienie z pacjentem, bo i w remisji, czy w okresie poprawy, również brakuje wglądu w chorobę i krytycyzmu. Według wielu badaczy nawet w remisji utrzymują się tak znaczne zaburzenia funkcji poznawczych, że wyrażenie świadomej zgody nie jest możliwe. Obecnie zbyt pochopnie przyjmuje się, że pacjent w okresie remisji psychozy odzyskuje zdolność do wyrażenia świadomej zgody.

7. Polski ustawodawca (21) przewidział trudności w ocenie zgody wyrażanej przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. Znajduje to wyraz w art. 22 p. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

## Piśmiennictwo

1. Beauchamp T.L., Childress J.F.: *Zasady etyki medycznej*. Książka i Wiedza, 1996, 154.
2. Bleuler E.: *Lehrbuch der Psychiatrie*. 11. Auflage von Manfred Bleuler. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1969, 368–398.
3. Dąbrowski S., Kubicki L.: *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1994.
4. *Deklaracja Hawajska zatwierdzona przez Zgromadzenie Ogólne Światowej Federacji Psychiatrycznej w 1983 r.* Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 25–27.
5. Department of Health and Welsh Office: *Code of Practice – Mental Health Act 1983*. HMSO London 1993.
6. Hamilton M.: On informed consent. *Brit. J. Psychiatry* 1983, 143, 416–418.
7. Irwin M., Lovith A., Marder S., Mintz J., Windsale W.J., Van Putten T., Mills J.M.: Psychotic patients understanding of informed consent. *Am. J. Psychiatry* 1985, 142, 1351–1354.
8. Jones G.H.: Informed consent in chronic schizophrenia? *Brit. J. Psychiatry* 1995, 167, 565–568.
9. Kaplan H.I., Sadock B.J.: *Psychiatria kliniczna*. Wydanie I polskie pod red. S. Sidorowicza. Urban and Partner 1996, 300–302.
10. Kaplan H.I., Sadock B.J.: *Synopsis of psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore, Hong Kong, London, Munich, San Francisco, Sydney, Tokyo 1991, 824–825.
11. Kemperman C.J.F.: Informed consent-or the unwitting participant. *Brit. J. Psychiatry* 1984, 144, 331.
12. Kent G.: Psychological aspects of informed consent. *Curr. Pracit. Surg.* 1994, 6, 235–238.
13. Lantos J.: Informed consent. The whole truth for patients? *Cancer, suppl.* 1993, 72, 2811–2815.
14. Mappes T.A., Zembaty J.S.: *Biomedical ethics*. McGraw-Hill Book Company 1981.
15. Mantague J.: Balancing caution and courage. *Hosp. Health Netw.*, Sept. 1994, 50–54.



16. Nesterowicz M.: Prawo medyczne. Tnoik Toruń 1994.
17. Neubauer H., Wetterling T., Neubauer W.: Einwilligungsfähigkeit bei älteren, vor allem dementen und verwirrten (deliranten) Patienten. Fortschr. Neurol. Psychiat. 1994, 62, 306–312.
18. Schachter D., Kleinman I., Prendergast P., Remington G., Schertzer S.: The effect of psychopathology on the ability of schizophrenic patients to give informed consent. J. Nerv. Ment. Dis. 1994, 182, 360–362.
19. Slater E., Roth M.: Mayer-Gross Slater and Roth clinical psychiatry. Bailliere, Tindal and Cassell, London 1970, 237–322.
20. Strayhorn J.M.: Foundation of clinical psychiatry. Year Book Medical Publishers, Inc. 1982, 129–171.
21. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. nr 111, poz. 535, 1994.
22. Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych – Uchwała 119 z 1991 r. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 33–48.