



رضایت آگاهانه بیمار روانی در قرارداد درمان

معصومه طهرانچیان

دانشجوی دکتری تخصصی حقوق خصوصی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)
tehranchian.ma@gmail.com

سمانه محمدپور

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
s_mohammadpour@modares.ac.ir

چکیده

روانپزشکی و قانون در مقاطع مختلف بایکدیگر همگرایی دارند. یکی از نقاط مهم این تعامل در بحث رضایت آگاهانه نمایانگر می‌شود. رضایت آگاهانه از اصول اخلاقی و قانونی مهمی است که باید در رابطه درمانگر-درمانجو مدنظر قرار گرفته شود تا منافع بیمار دچار مخاطره نگردد. حال اگر این موضوع را در مورد بیمار روانی بررسی کنیم، چالش‌های مهم دیگری نیز ایجاد می‌شود. پژوهش حاضر به بررسی این عوامل از جمله منابع خطا در قضاوت متخصصان در سنجش و تشخیص و تأثیر آن بر اهلیت و در نتیجه رضایت آگاهانه فرد در قالب قرارداد درمان پرداخته است. قرارداد درمان نوعی تعهد است که لازمه آن رضایت طرفین است اما در مورد بیماران روان‌پزشکی گاه این رضایت در سایه فقدان اهلیت قرار می‌گیرد و باعث ایجاد چالش‌هایی می‌شود که در نهایت می‌تواند سبب تضییع حقوق آن‌ها شود. بنابراین به منظور پیشگیری و از طرفی ارتقای حقوق بیمار روانی، نظارت بیشتر بر ارزیابی کارشناس و تغییراتی از جمله استاندارد شدن ارزیابی و سنجش کفایت فرد لازم به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: رضایت آگاهانه، بیمار روانی، قرارداد درمان



مقدمه

حق در مفهوم فقهی و اصولی از چهار بخش تشکیل شده است که دو جز اختصاص و تسلط بیانگر ماهیت حق است و دو عنصر احترام دیگران نسبت به آن و حمایت قانون نشانگر وظیفه دیگران و جامعه در برابر حق فرد می‌باشد (باستانی و رضائی، ۱۳۹۸: ۱۸۱). بیمار روانی نیز همانند سایر اعضای جامعه حقوقی دارد که ممکن است به سبب شرایط و ویژگی‌های خاص بیماری رعایت نشود و وظیفه جامعه و قانون حفاظت از حقوق این افراد است. از جمله حقوق مهم بیمار روانی می‌توان به حق درمان یا امتناع از آن، حق ارتباط، حقوق مالی و ... اشاره کرد. یکی از مهم‌ترین حقوق بیمار، حق رضایت آگاهانه است که از ویژگی‌های استقلال فرد در جامعه می‌باشد. رضایت آگاهانه لازمه قانونی و بخش جدایی‌ناپذیر فرایند درمان است که شامل حق بیمار روانی یا مراجع برای آگاهی از ابعاد درمان و گرفتن تصمیمات مستقل در مورد روند آن است. آگاه ساختن فرد از حقوق خویش توسط درمانگر باعث ایجاد اتحاد درمانی و رابطه قابل اعتمادتری می‌شود. رضایت آگاهانه شامل بیان اهداف درمان، مسئولیت‌های درمانگر و بیمار، صلاحیت و پیشینه درمانگر، نوع و طول درمان، عوارض و مخاطرات احتمالی و پارامترهای قانونی و اخلاقی است (کری، ۲۰۱۳: ۵۴-۵۵). از مهم‌ترین شروط برای رضایت آگاهانه می‌توان به اراده برای انتخاب، دسترسی کافی به اطلاعات و درک آن و همچنین کفایت روانی اشاره کرد (Simon and Gold, 2010: 120).

با توجه به اهمیت حقوق بیمار و به‌طور اخص بیمار روانی، بررسی وضعیت حقوقی قراردادهای درمان نیز مهم است که شامل مراجعه بیمار روانی برای دریافت درمان، ارجاع به روانشناس بالینی یا روانپزشک برای ارزیابی روان‌شناختی، حق دریافت درمان اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی و بستری اختیاری یا اجباری می‌شود. برای نمونه، بستری اجباری دربرگیرنده بخش بزرگی از قانون بهداشت روان است. سازمان بهداشت جهانی، این نوع از بستری را نه‌تنها محرومیت از آزادی بلکه یک ضربه روان‌شناختی هم می‌داند و دستورالعملی برای آن دارد. در ایران، لزوم توجه به این کاستی‌ها و قانونمند شدن روند آن در قراردادهای درمان مشهود است. باور عمومی که بیماران روانی مسئولیت‌پذیر نیستند و رفتارهای منطقی ندارند و دیگران می‌توانند برخلاف میلشان با آنان رفتار کنند و از آنجا که در این حوزه برخلاف سایر رشته‌های پزشکی، به‌کارگیری مداخلات غیراختیاری در برخی شرایط ضرورت می‌یابد. این موارد تاثیرات قابل توجهی در آزادی و حق انتخاب و اراده افراد گذاشته و سبب برخی سو استفاده‌های سیاسی و اجتماعی می‌شود (نصر اصفهانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۴-۱۶).

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع نظری بوده و روش تحقیق آن به شکل توصیفی-تحلیلی می‌باشد. همچنین روش گردآوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و با مراجعه به کتب و مقالات داخلی و خارجی مربوط انجام شده است.

یافته‌ها

۱. رضایت آگاهانه و اراده در تعهدات قراردادی

تعهد در اصطلاح رابطه‌ای حقوقی است که به‌موجب آن شخص در برابر دیگری مکلف به انتقال و تسلیم مال یا انجام دادن کاری می‌شود، خواه سبب ایجاد آن رابطه عقد باشد یا ایقاع یا الزامات قهری (جعفری لنگرودی، ۱۳۸۰). حاکمیت اراده به‌عنوان یک اصل در فقه با عنوان «العقود تابعه للقصود» شناخته شده است و به تبع آن در قانون مدنی ایران به‌عنوان اصل تعیین شده است لذا قصد انشاء به‌عنوان خالق عقد و تعیین‌کننده توابع، حدود و آثار عقد، نقش اصلی و بنیادین دارد (شهیدی، ۱۳۹۳: ۵۶). در قانون مدنی اگر چه به نقش اراده در تشکیل تعهدات قراردادی اشاره صریحی نشده اما اجزای سازنده اراده یعنی قصد و رضا در ماده ۱۹۰ به‌عنوان شرایط اساسی ایجاد معاملات بیان شده است و به نظر بسیاری از حقوقدانان این ماده بیانگر اراده می‌باشد. در نظام حقوقی ایران به تبعیت از فقه، اراده انشایی سازنده اعمال حقوقی اعم از عقد و ایقاع می‌باشد در مورد تعهدات غیرقراردادی که بدون رضایت و توافق طرفین ایجاد می‌شود، نقش اراده به مراتب کمتر است و اراده نقش سازنده‌ای ایفا نمی‌کند. برای مثال



اگر چه در واقعه حقوقی غضب، عمل مادی غضب ممکن است با اراده و خواست غاصب صورت بگیرد اما تعهد ناشی از آن ارادی نبوده و تحمیلی است ولی باین حال نمی توان نقش اراده را در تعهدات غیر قراردادی نادیده گرفت. برای ایجاد اثر حقوقی مطلوب، اراده جدی و سالم لازم است. در نوشته های حقوقی کمتر به تحلیل روان شناختی رضایت آگاهانه پرداخته شده و بیشتر از آثار آن بحث شده است ولی علم حقوق به چگونگی، سیر و ایجاد آن بی اعتنا نمانده چرا که قانون مدنی در مواد ۱۹۹ تا ۲۰۹ پذیرفته است که رضای شخص می تواند معیوب باشد و چنین رضایی نفوذ حقوقی نخواهد داشت. هم چنین بیان کرده که ابراز اراده برای رسیدن به هدف نامشروع به دلیل برخورد با قانون یا اخلاق، اثر لازم را ایجاد نخواهد کرد. پس باید شرایط و محیط تصمیم گیری شخص و محرک و هدف او از این تراضی مورد بررسی قرار گیرد و حقوق باید به وجدان و درون نیز توجه کند و از علم روانشناسی در این زمینه کمک بگیرد (کاتوزیان، ۱۳۷۴: ۲۱۳).

از طرفی، بررسی اراده از دیدگاه حقوقی بیانگر تشکیل آن از قصد و رضا می باشد که منبعث از نظرات مشهور فقها است. مخدوش بودن هر جزء از این اراده، آثار خاص حقوقی در پی دارد. علم حقوق، این مبحث را ذیل عنوان کلی محجورین بیان نموده است لذا اراده امری بسیط نیست و قابل تجزیه به دو عنصر قصد و رضا می باشد و مشهور فقها قائل به تفکیک قصد از رضا می باشند (شیخ انصاری، ۱۳۸۹: ۲۱۹، ج ۲؛ شهید ثانی، ۱۴۰۳: ۲۲۶؛ محقق حلی، ۱۳۷۳: ۲۶۷) حاکمیت اراده در قانون مدنی ایران به تبعیت از فقه امامیه به عنوان یک اصل بیان شده است و قراردادهایی که در آن ها قصد وجود نداشته باشد باطل، و معاملات فاقد رضا را غیر نافذ دانسته است. در روند صدور فعل ارادی، رضا بر قصد مقدم است اگر رضا به قصد انشا منتهی شود عمل حقوقی دارای اثر می باشد و در غیر این صورت آثار حقوقی نخواهد داشت (جعفری لنگرودی، ۱۳۹۲: ۸۴).

۲. رضایت آگاهانه و قرارداد درمان

قرارداد درمان قراردادی است شفاهی یا نوشتاری که بر اساس آن پزشک یا مراکز درمانی با بیمار توافق می کنند که در یک زمان مشخص به تشخیص بیماری و درمان آن اقدام کنند (محقق داماد، ۱۳۹۰: ۱۲۸). این قرارداد به جهت ارتباط با حوزه پزشکی و حقوق دارای اهمیت ویژه ای می باشد. وضعیت خاص قراردادهای درمان و شرایط و ویژگی های آن به صورتی است که نمی توان آن را در چهارچوب عقود معین مورد بررسی قرار داد.

البته از طرفی به نظر برخی، قرارداد درمان نوعی عقد معین است که با تاکید بر ماده ۱۰ قانون مدنی دارای شرایط و تعهدات خاصی است. باید ذکر کرد که در میان فقها نظریه اجاره بودن پرطرفدار می باشد ولی جایز بودن قرارداد درمان از طرف بیمار با نظریه اجاره بودن ناسازگار است. همچنین در مورد قرارداد درمان نظریه وکالت و پیمانکاری نیز مطرح می شود ولی اعتقاد بعضی از فقها و حقوقدانان نیز مبنی بر جعله بودن آن است (خانی و فخاری، ۱۳۹۲: ۵۷-۸۹). ماهیت حقوقی قرارداد درمان، عهدی و متضمن تعهد پزشک و بیمار می باشد و مهمترین سبب ایجاد این تعهد، رضایت و اراده طرفین در قالب قرارداد است (سادات اخوی، ۱۳۹۰).

۳. لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی

بررسی های انجام شده نشانگر فقدان قانون جامع و مستقلی برای بیماران روانی و خصوصاً بستری اجباری به عنوان چالش برانگیزترین موقعیت کسب رضایت آگاهانه می باشد. قوانین پراکنده ای در قانون مجازات اسلامی، قانون امور حسبی و قانون حمایت از خانواده وجود دارد که صرفاً به برخی از ابعاد حقوق این افراد پرداخته است. البته باید اشاره کرد که در این زمینه لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی به مجلس ارائه شده است که هم یک گام مهم و مثبت است و هم نقاط قوتی همانند تعیین نحوه همکاری مراکز امدادی در مورد فوریت های بیماران روانی در آن مشاهده می شود. این لایحه با ارائه تعاریفی از اختلال حاد روانپزشکی، رضایت آگاهانه، بستری اجباری و ... سعی در مشخص کردن این مفاهیم دارد. علاوه بر نقاط مثبت، ابهامات و مشکلاتی نیز به چشم می خورد. برای نمونه در مواد ۲ و ۳ حمایت بیشتری از حقوق روانپزشک نسبت به حقوق



بیمار انجام شده است. به شکلی که طبق این مواد اگر فردی به صورت اختیاری و با رضایت آگاهانه خودش در مراکز درمانی روانی بستری شود، ترخیص اختیاری نخواهد داشت (صدیقی، ۱۴۰۱: ۳-۴). برخی از موارد مهم ابهام نیز در مواد دیده می‌شود که نیاز به اصلاح دیده می‌شود. برای نمونه در سراسر لایحه صحبت از سرپرست قانونی در صورت فقدان اراده و اهلیت فرد می‌شود ولی هیچ تعریفی از سرپرست و میزان اختیارات او ارائه نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در حوزه روانپزشکی بزرگسنان حالاتی وجود دارد که کسب رضایت آگاهانه صریح در آن ضروری نیست از جمله زمانی که خطر مرگ و آسیب جدی، خود فرد یا دیگران را تهدید می‌کند اما در مواقع دیگر برای تعیین میزان کفایت فرد و یا به تعبیر حقوقی، اهلیت، در مورد اینکه خودش می‌تواند رضایت برای درمان بدهد یا نه متخصصان حوزه روان از سنجش و ارزیابی بالینی استفاده می‌کنند تا به قضاوت بالینی برسند ولی وجود مشکلات متعددی باعث ایجاد چالش‌هایی شده است. در وهله اول می‌توان به نحوه سنجش اشاره کرد. روانشناس بالینی یا روانپزشک پس از بررسی سؤال ارجاع شده با روش‌های مختلفی از جمله مشاهده، آزمون‌های روان‌شناختی و مصاحبه اطلاعاتی را جمع‌آوری می‌کند تا به نتیجه برسد (کرامر، برنستاین و پرز، ۱۳۹۴: ۹۱). مسئله مهم در این زمینه فقدان ابزارهای استاندارد با پایایی کافی است. همچنین عدم وجود آستانه و حد مشخص برای تعیین کفایت فرد نیز مشکل دیگری ایجاد می‌نماید (Amer, 2013: 228-231).

از سوی دیگر در قضاوت بالینی احتمال خطا از سوی متخصص همیشه وجود دارد. یکی از منابع خطا، کوتاهی در محاسبه خط پایه یا اطلاع نداشتن از میزان رفتار، صفت و یا یک تشخیص خاص در جمعیت عمومی است. منبع دیگر که از آن به‌عنوان اثر تقدم یاد می‌شود به مهم‌تر انگاشته شدن اطلاعات اولیه در سنجش از اطلاعات دریافتی بعدی اشاره دارد. به این معنا که نقاط شروع مختلف ارزشیابی باعث نتایج متفاوت در تصمیم‌گیری شود (مارنات، ۲۰۱۶: ۳۵-۳۷). یکی از چالش‌های مهم در مسئله پیش‌بینی خطرناک بودن بیمار مطرح می‌شود که در نتیجه این پیش‌بینی ممکن است فرد خطرناک برای خود و دیگران فرض شود و برای اعلام رضایت آگاهانه فاقد کفایت تلقی شود که نتیجه آن بستری اجباری خواهد بود. اما سؤال مطرح می‌شود که روانپزشک و روانشناس بالینی تا چه حدی از سطح اطمینان دست به این پیش‌بینی بزنند. بررسی از عملکرد متخصصان در این زمینه نشان داده که متخصصان برای رعایت جانب احتیاط در پیش‌بینی خود اغراق می‌کنند که این می‌تواند باعث محدودیت‌های جدی برای بیمار شود (کرامر، برنستاین و پرز، ۱۳۹۴: ۱۱۰-۱۱۱). نکته دیگر به این اشاره دارد که اگر فردی که طبق نظر متخصص و رأی دادگاه فاقد اهلیت تشخیص داده شده است در تمام تصمیمات درمانی خودش فاقد کفایت است یا در برخی از آن‌ها. برای نمونه یک بیمار دچار اسکیزوفرنی احتمالاً در مورد درمان توهمات و هذیان‌هایش به علت فقدان بینش نتواند تصمیم بگیرد ولی همان فرد می‌تواند در مورد سایر جنبه‌ها همانند مشکل قلبی به درستی تصمیم بگیرد (Amer, 2013: 228-231).

یکی از زمینه‌هایی که مشکلات مربوط به اخذ رضایت آگاهانه در آن نمایان می‌شود مربوط به بستری اجباری است. در این نوع از بستری فرد برخلاف رضایت و تمایل خودش در بیمارستان روانی بستری می‌شود که غالباً علت آن خطرناک ارزیابی شدن وی است (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵: ۷۹۲، ج ۳). در یک پژوهش انجام شده از پرونده‌های بیماران معرفی شده از مراجع قضایی به بیمارستان روان پزشکی مشاهده شده که بخش اعظم این پرونده‌ها حاوی نامه‌هایی با دلایل نیاز به درمان و یا بستری و نگهداری است که فرد را مجبور به بستری اجباری کرده و همچنین باعث سلب اختیار تیم درمانی حاضر در بیمارستان روانی شده است حال آنکه تنها با بررسی‌های محدود پزشکی قانونی و یک نامه نمی‌توان به فرد عنوان بیمار روانی داد و اراده و حق رضایت را از وی گرفت (شکرگزار، وارسته، عیسی‌نظر، زوارموسوی، و مسجدی، ۱۴۰۰: ۳۱۴-۳۲۵).



از طرفی به عقیده برخی از محققان فقدان زبان مشترک بین متخصصان روان‌پزشکی و حقوقدانان یکی از مشکلات مهم در تعیین اهلیت بیمار روانی است. تفاوت بیان و اعمال قانون در سیستم قضا با نحوه سنجش روانپزشکان در ارزیابی کفایت فرد باعث مشکلات مهمی می‌شود (Kitamura, Kitamura, Mitsuhashi, Ito, Okazaki, Okuda & Katoh, 1999:46-47). علاوه بر موارد ذکر شده، نفوذ و تأثیر صنعت داروسازی، سوگیری‌های شناختی روان‌پزشک، سوگیری‌های فرهنگی متخصصان و... همگی در ارزیابی از آگاهی و کفایت فرد تأثیر می‌گذارند (Gopal, Cosgrove, Ami, Wheeler, Yerganian,) (Burzteyn, 2012:396).

در نهایت باتوجه به دلایل و شواهد مطرح‌شده می‌توان گفت که قرارداد درمان نوعی تعهد بین پزشک و بیمار است. چنانچه نوع بیماری فرد از نوع مشکلات حاد روانپزشکی باشد می‌تواند مسائل مهمی را پیش آورد. به این شکل که در قرارداد رضایت طرفین مهم است و از طرفی گاه در مورد بیماران روانی شرایط اضطراری پیش می‌آید که طی آن متخصص به نتیجه می‌رسد که فرد کفایت یا اهلیت لازم را برای تصمیم‌گیری و در نتیجه رضایت آگاهانه ندارد و این نظر را تحت عنوان نظر کارشناسی به دادگاه اظهار می‌کند و این نظر از جهت آنکه جنبه اماریت دارد بر رأی دادگاه تأثیر زیادی می‌گذارد. در روند مطرح شده به سبب استاندارد نبودن نحوه ارزشیابی مشکلات جدی پدید می‌آید. همچنین زمان و مقطع سنجش نیز بر نظر کارشناس تأثیر عمده‌ای دارد. از این جهت که فاقد کفایت دانستن یک انسان می‌تواند جوانب محدودکننده عمده‌ای ایجاد کند، ضروری به نظر می‌رسد که شیوه‌های استاندارد سنجش با نظارت دقیق بر عملکرد متخصصان ایجاد شود تا شاهد تضییع حقوق فرد بیمار نباشیم. همچنین باید گفت در راستای مسئله مطرح‌شده و ابهام در مورد وضعیت بیمار روانی، لایحه حمایت از حقوق بیمار روانی به مجلس ارائه شده است که گامی مثبت در جهت ارتقای کیفیت حقوق افراد مبتلا به اختلالات حاد روانپزشکی است ولی لزوم اصلاح و رفع ابهامات در تعاریف اساسی و نظارت بر نحوه ارزیابی روانپزشک نیز ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- انصاری، مرتضی (۱۳۸۹)، مکاسب، ج دوم، تهران، انتشارات خرسندی.
- باستانی، فاطمه و رضائی، میلاد (۱۳۹۸)، اصول اساسی حقوق بیمار، فصلنامه بین‌المللی قانون‌یار، ۱۱ (۳)، ۱۷۹-۲۱۰.
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۸۰)، ترمینولوژی حقوق، تهران: انتشارات گنج دانش.
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۹۲)، تأثیر اراده در حقوق مدنی، تهران: نشر گنج دانش.
- خانی، محمد و فخاری، محمد (۱۳۹۲)، تحلیل حقوقی ماهیت قرارداد درمان، فقه پزشکی، ۴-۵ (۱۳-۱۴)، ۵۷-۸۹.
- سادات اخوی، سید محسن (۱۳۹۰)، تحلیل مبانی حقوقی قرارداد پزشک و بیمار، فصلنامه حقوق پزشکی، ۵ (۱۹): ۴۶-۱۱.
- سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت و روئیز، پدرو (۲۰۱۵)، خلاصه روانپزشکی، جلد سوم، تهران: ارجمند.
- شکرگزار، سمیه، وارسته، محدثه، عیسی‌نظر، عادل، زارموسوی، مریم و فلاحی خشت‌مسجدی، مهناز (۱۴۰۰)، بررسی بستری اجباری در پرونده‌های بیماران معرفی شده از مراجع قضایی به بیمارستان روان‌پزشکی، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۳۰ (۴)، ۳۱۴-۳۲۵.
- شهید ثانی، زین الدین بن نورالدین علی بن احمد عاملی (۱۴۰۳ هـ)، شرح لمعه، جلد سوم، بیروت، انتشارات دارالاحیاء التراث العربی.
- شهیدی، مهدی (۱۳۹۳)، تشکیل قراردادها و تعهدات، تهران: انتشارات مجد.
- صدیقی، سمیه، (۱۴۰۱)، اظهار نظر کارشناسی درباره: لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۱ (۱): ۱-۱۲.
- کاتوزیان، ناصر (۱۳۷۴)، نظریه عمومی تعهدات، تهران، نشر یلدا.
- کرامر، جفری، برنستاین، داگلاس، و پرز، ویکی (۱۳۹۴)، ترجمه مهرداد فیروزبخت، روانشناسی بالینی، تهران: انتشارات ارسباران.
- کری، جرال (۲۰۱۳)، ترجمه یحیی سیدمحمدی، مشاوره و روان‌درمانی، تهران: انتشارات ارسباران.
- مارنات، گری-گراث (۲۰۱۶)، ترجمه ابوفاضل حسینی نسب، دستنامه سنجش روان‌شناختی، تهران: ارجمند.
- محقق حلی، نجم الدین ابوالقاسم جعفرین حسن (۱۳۷۳)، شرایع الاسلام، ج دوم، قم: نشر استقلال.



۱۷. محقق داماد، سیدمصطفی، (۱۳۸۹)، *فقه پزشکی*، تهران: انتشارات حقوقی.
۱۸. نصرافهانی، مهدی، عطاری مقدم، جعفر، رسولیان، مریم، قلعه بندی، میرفرهاد، صابری، سیدمهدی، صمیمی اردستانی، سیدمهدی، غرایبی، بنفشه، و شیرازی، الهام (۱۳۸۷)، بستری و درمان اجباری: نگاهی به قوانین بهداشت روان، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۵۲: ۴-۱۶.

19. Bait Amer, Ahmad, (2013), Informed Consent in Adult Psychiatry, *Oman Medical Journal*, 28(4): 228-231.
20. Gopal, A. A., Cosgrove, L., Shuv-Ami, I., Wheeler, E. E., Yerganian, M. J., & Bursztajn, H. J. (2012). Dynamic informed consent processes vital for treatment with antidepressants. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(5-6), 392-397.
21. Kitamura, T., Kitamura, F., Ito, A., Okazaki, Y., Okuda, N., Mitsuhashi, T., & Katoh, H. (1999). Image of psychiatric patients' competency to give informed consent to treatment in Japan: II. A case vignette study of competency judgements. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(2), 133-142.
22. Simon, Robert, & Gold, Liza (2010), *Textbook of Forensic Psychiatry*, London: APA.



Informed Consent of the Mental Patient in the Treatment Contract

Masoumeh Tehranchian

Ph.D Student in Private Law, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
(Corresponding Author)
tehranchian.ma@gmail.com

Samaneh Mohammadpour

M.A Student in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
s_mohammadpour@modares.ac.ir

Abstract

Psychiatry and law converge at different sections. One of the important points of this interaction is represented in the discussion of informed consent. Informed consent is an important ethical and legal principle that must be considered in the therapist-patient relationship so that the patient's interests are not jeopardized. Now, if we examine this issue in the case of a mental patient, other important challenges will arise. The current research has investigated these factors, including the sources of error in the judgment of experts in assessment and diagnosis and its impact on the eligibility and, as a result, the informed consent of the individual in the form of a treatment contract. The treatment contract is a type of commitment that requires the consent of the parties, but in the case of psychiatric patients, sometimes this consent is under the shadow of lack of competence and causes challenges that can ultimately cause their rights to be violated. Therefore, in order to prevent and promote the rights of mental patients, it seems necessary to monitor the evaluation of experts and make changes such as standardization of evaluation and measurement of the individual's adequacy.

Keywords: Informed Consent, Mental Patient, Treatment Contract