

# suostumus, kieltäytyminen ja pakkohoito – psykiatrisen hoidon kipupisteitä

*Voiko olla mahdollista, että potilasta autetaan hoidolla, jota hän vastustaa? Voidaanko pakkoa käyttämällä saavuttaa niin suurta hyötyä, että se ylittää haitat, joita potilaan itsemääräämisoikeuden ja henkilökohtaisen vapauden loukkaamisesta aiheutuu? Voidaanko rikokseen syyllistymättömän vapauden rajoittamista perustella?*



**S**uurin osa psykiatrisesta hoidosta tapahtuu potilaan suostumuksella. Osa psykiatrisista potilaista joutuu kuitenkin hoitoon vasten tahtoaan. Psykiatrinen pakkohoito on psykiatrian keskeinen ja arka ristiriita: voiko olla mahdollista, että potilasta autetaan hoidolla, jota hän vastustaa? Voidaanko pakkoa käyttämällä saavuttaa niin suurta hyötyä, että se ylittää haitat, joita potilaan itsemääräämisoikeuden ja henkilökohtaisen vapauden loukkaamisesta aiheutuu? Voidaanko rikokseen syyllistymättömän vapauden rajoittamista perustella?

Länsimainen lainsäädäntö sallii yleisesti psykiatrisen pakkohoidon, mutta koska pakolla auttamisen ongelmallisuus ja pakon käytön eettiset ja juridiset riskit tunnustetaan, pakkohoidon säädellään tarkkaan mielenterveyslaeissa. Mielenterveyslaeissa määritellään ne häiriötilat, joista kärsiviin pakkotoimia ainoastaan saa kohdistaa. Useissa maissa tämä tila on mielisairaus, joi-sakin vakava mielenterveyden häiriö. On myös lainsäädäntö-alueita, joilla vaikea päihdeongelma oikeuttaa pakkohoidon. Peruskysymys on, millaisten häiriötilojen ajatellaan johtavan niin suureen kyvyttömyyteen arvioida oman toiminnan ja omien päätösten seurauksia, että muilla on oikeus puuttua asiaan.

## Pakkohoidon kriteerit

Perustilan määrittelyn jälkeen laeissa eritellään lisäkriteerit, joiden on täytyttävä, ennen kuin pakkoa saa käyttää. Lisäkriteerit voidaan jakaa kolmeen ryhmään: hoidon tarve, vaarallisuus itselle ja vaarallisuus muille. Näistä hoidon tarve ja vaarallisuus itselle ovat perusteluita, joiden motiivina on potilaan oma paras, hänen suojelemisensa omalta toiminnaltaan. Potilaan parhaaksi tapahtuvaa pakon käyttöä kutsutaan paternalistiseksi pakon käytöksi. Kolmas kriteeri pakkohoidolle — potilaan vaarallisuus muille — toimii toisella logiikalla: edunsaajana ovat muut. Yhteiskunnalla ajatellaan olevan oikeus puuttua potilaan toimintaan ennen kuin mahdollisesti odotettavissa oleva vahinko tapahtuu, koska mielisairaana ei ajatella kykenevän tekojensa seurausten rationaaliseen tarkasteluun, jolloin hänen toimintansa kontrolloimiseksi eivät riitä yhteiskunnassa vallitsevat lait ja kansalaisten oletettu aikomus noudattaa lakeja, jotka suojelevat myös

heitä itseään.

Suomen mielenterveyslaissa esiintyvät kriteerit ovat mielisairaus sekä sen aiheuttama välitön hoidon tarve tai vahingollisuus itselle tai vahingollisuus muille. Lisäksi pitää muiden mielenterveyspalvelujen olla riittämättömiä. Alaikäisen kohdalla mielisairauden sijasta peruskriteerinä on vakava mielenterveyden häiriö. Tahdosta riippumattomaan hoitoon ottaminen on prosessi, joka alkaa, kun psykiatrisen sairaalan ulkopuolinen lääkäri kirjoittaa potilaasta tarkkailulähetteen; tarkkailulähetete voidaan kirjoittaa, jos lääkäri pitää pakkohoidon kriteerien täyttymistä todennäköisenä. Sairaalassa tarkkailulähetteellä tullut potilas asetetaan yleensä tarkkailuun, jonka aikana arvioidaan, täytyvätkö pakkohoidon kriteerit vai eivät. Jos kriteerit korkeintaan neljä vuorokautta kestävässä tarkkailussa täytyvät, potilas otetaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. Hoitopäätös on voimassa korkeintaan kolme kuukautta, jonka jälkeen on mahdollista asettaa potilas uudelleen tarkkailuun ja tehdä uusi hoitopäätös. Uusi päätös alistetaan heti lääninhallituksen vahvistettavaksi, ja sen on voimassa kuusi kuukautta. Sen jälkeen tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan jatkaa aloittamalla menettely alusta, sairaalan ulkopuolisen lääkärin arviosta (Mielenterveyslaki 1991).

Pakkohoidon ottaminen on Suomessa siis käytännössä pitkälle terveydenhuollon sisäinen asia. Joissakin maissa, esimerkiksi monissa Yhdysvaltain osavaltioissa, asiasta päätetään oikeudessa. Molempia tapoja vastaan on esitetty voimakasta kritiikkiä. Terveystenhuollon päättäväntä kohtaan on hyökätty epäilemällä, että lääkärit, joilta puuttuu juridinen kompetenssi, saattavat syyllistyä väärinkäyttöksiin halussaansa pitää avuttomat potilaat kontrollissaan. Oikeudessa päättämisen malli taas on herättänyt huolta siitä, onko lain asiantuntijoilla pätevyyttä arvioida terveydentilaa, ja lisäksi on esitetty, että hoitopäätöksen puominen oikeudessa rinnastaa sairauden rikokseen ja estää potilaita myös vapaaehtoisesta hoidon hakemisesta. Kenties juuri juristit haluavat pitää avuttomia sairaita vallassaan! Toisaalta pelätään potilaiden perusteettomia lukitsemisia sairaaloihin, toisaalta heidän jäämistään heitteille (Gutheil 1980, Morse 1982, Lehtinen 1986, Aviram 1990). Vapaudenriiston ja heitteillejätön teemat hallitsevat myös keskustelua siitä, missä tilanteissa pakko-



hoito voisi olla sallittua. Pohjimmiltaan keskustelussa on kyse mielisairauskäsityksestä ja vapauden luonteesta.

### Mielisairauden kyseenalaisuus

Jyrkimmät psykiatrisen pakkohoidon vastustajat haluavat poistaa koko instituution: he näkevät pakkohoidon yksinomaan vallankäytön ja alistamisen muotona, jolle ei voi olla mitään oikeutusta. Demokraattisessa valtiossa yksilön vapautta saa rajoittaa vain, jos hän on syyllistynyt rikokseen, josta rangaistaan vapauden menettämällä. Osa pakkohoidon ehdottomista vastustajista kieltää koko mielisairauden, jonka hoitamiseksi pakkohoitoa voitaisiin tarvita. Ihmiset saattavat kyllä olla sopeutumatta vallitseviin sosiaalisiin, uskonnollisiin, poliittisiin ja laillisiin normeihin, mutta on vallankäyttöä kutsua tätä sopeutumattomuutta psyykkiseksi sairaudeksi; jos poikkeavuus menee sietämättömän pitkälle, siitä pitäisi rangaista asianmukaisessa kontekstissa (Szasz 1970, 1971, 1979).

Psykiatrian kriitikko ja jyrkkä pakkohoidon vastustaja T. Szasz on tuominut mielisairauden myyiksi. Ei voida osoittaa "mieltä" joka olisi sairas. Jos taas jokin vielä tuntematon anatomis-fysiologinen poikkeavuus aivoissa voitaisiin osoittaa, kyseessä olisikin neurologinen sairaus. Mielisairaudesta puhuminen saattaa poikkeavan yksilön kokonaan puolustuskyvyttömäksi (Szasz 1970, Moore 1975, Szasz 1979). Toiset tutkijat ovat määrittäneet käsitteen leimaautuminen: ympäristö reagoi vaikeasti sopeutuvan henkilön käyttäytymiseen leimaamalla hänet mielisairaaksi, ja sen jälkeen mitä tahansa hänen toimintaansa tarkastellaan etsien lisää todistusaineistoa mielisairaudesta. Tarkkailun kohteeksi joutunut ahdistuu ja reagoi leimaamiseen, mikä johtaa lisäleimaantumiseen, lopulta mahdollisesti pakkohoitoon, jonka "tarve" on synnytetty ottamalla yksilö vääränlaisen huomion kohteeksi (Goffman 1961, Goffman 1963, Rosenhan 1973, Scheff 1974). Koska ei ole mielisairautta, ei voi olla siitä johtuvaa hoidon tarvetta; ympäristön tulisi muuttua suvaitsevammaksi vaikeasti sopeutuvia kohtaan ja ymmärtämystä tulisi lisätä. Koska ei ole mielisairautta, jonka takia yksilö ei ymmärtäisi tekojensa merki-

tystä, on myös välttämätöntä saattaa mielisairaina pidetyt rikos-oikeudelliseen vastuuseen lain rajat rikkovista tekemisistään sen sijaan, että heidät eristettäisiin ennaltaehkäisevästi tai jätettäisiin tuomitsematta ja saatettaisiin hoitoon (Morse 1982).

Mikäli mielisairautta ei ole, sitä ei luonnollisestikaan voi käyttää pakon perusteluna. Varsin yleisesti kuitenkin mielisairautta pidetään määriteltävissä olevana ilmiönä. Mielisairaus on määritelty rationaalisen autonomian puutteeksi: sairaan kyvyttömyys riippumattomaan rationaaliseen ajatteluun johtaa epätarkoituksenmukaiseen, jopa vahingolliseen käyttäytymiseen (Moore 1975, Edwards 1981). Psykkinen sairaus diagnosoidaan muiden silmissä käsittämättömän käyttäytymisen ja muiden kuulemana outojen ajatuskulkujen perusteella. On kuitenkin tarkasteltava rationaalisuutta toimijan itsensä kannalta: saattaisiko mielisairaan toiminta, jota muut pitävät epätarkoituksenmukaisena, olla rationaalista, jos jaksaisimme häntä paremmin ymmärtää? Mikäli toimija haluaa jotakin päämäärää ja uskoo tiettyjen keinojen johtavan siihen, on rationaalista tarttua noihin keinoihin. Toiminta voi olla irratiionaalista, jos toimija haluaa mahdotonta päämäärää tai arvioi lähtötilanteen tai keinot oleellisesti väärin, vaikkapa mielisairauteen liittyvästä harhamaailmasta käsin (Moore 1975). Käytännössä lopputuloksena saattaa olla muille käsittämätön oirekäyttäytyminen, jota luokittelemalla mielisairauksia nimetään (WHO 1992).

### Oikeus vapauteen vai oikeus hoitoon?

Mutta vaikka mielisairautta olisikin, voiko se olla perustelu pakon käyttöön sairauden poistamiseksi, ja missä tilanteessa? Vakaviakin ruumiillisia sairauksia potevilla on oikeus kieltäytyä hoidosta ja antaa sairauden edetä, jopa kuolemaan. Keskustelussa siitä, milloin mielisairaana voi pakottaa hoitoon, voidaan erottaa kaksi pääsuuntausta: vapausoikeuksien puolustaminen ja hoidonsaamisoikeuden puolustaminen. Vapausoikeuksien puolustajat katsovat, että potilaan tahdon ohittaminen on vaarallinen ja haitallinen teko. Jyrkimmän kannan mukaan pakkohoitoa ei voi sallia missään tapauksessa: jokainen on oman terveytensä paras vartija, niin ruumiillisen kuin psyykkisen terveyden (Mill 1917).

Osa taas hyväksyy pakon käytön muiden suojelemiseksi, sairauden aiheuttaman vaarallisuuden takia. Pakkohoito potilaan edun tavoittelemiseksi on kuitenkin tuomittavaa vallankäyttöä, sillä eniten potilaan edun mukaista on vapaus päättää itse terveydestään. Hoidon saamisen puolustajat taas asettavat mielenterveyden (rationaalisen autonomian) palauttamisen vapauden edelle. Heidän mukaansa avuton mielisairas jää heitteille, jos keskitytään vapauden puolustamiseen. Oikeastaan kysymys on erilaisesta vapauskäsityksestä: hoidon saamisen puolustajille vapaus on vapautta sairaudesta, ja sairauden vankina fyysinen vapaus on arvotonta. Kiistellään siis siitä, onko tärkeintä oikeus vapauteen vai oikeus hoitoon, ja mitä oikeastaan on vapaus (Chodoff 1984, Hoaken 1986, Miller 1991).

### Paternalistinen hoitosuhde

Yleensä länsimaisissa mielenterveyslaeissa pakkohoidon kriteerinä esiintyy vaarallisuus muille, ja hoidontarvekriteeriä pidetään kiistanalaisempana. Hoidontarvekriteeriä on syytetty epämääräiseksi: kuka määrittää, milloin on hoidon tarvetta? On vaara, että potilaan etu määritellään terveydenhuoltojärjestelmän tai ympäristön elämänarvojen ja asenteiden mukaan eikä potilaan omien (Takala 1989). Lisäksi voi kysyä, onko hoidon tarvetta, jos tilaan ei ole olemassa hoitoa. Toisaalta vaarallisuuden ennustaminenkaan ei ole tarkkaa ja ongelmatonta, joten vaarallisuuskriteeriin pitäytyminenäkään ei välttämättä takaa parempaa

oikeusturvaa potilaille, joiden vapauden riistämistä sairauden takia harkitaan (Mulvey and Lidz 1984, Monahan 1984, Mills 1988). Suomessa pakkohoito tapahtuu yleensä paternalistisen, potilaan etuun tähtäävän perustelun pohjalta (Kaltiala-Heino ja Laippala 1996). Italian mielenterveyslaki taas sallii pakkohoidon vain hoidontarpeen takia, koska hoitojärjestelmän tarkoitus ei ole kontrolloida potilaita vaan hoitaa heitä (Salo 1996).

Halki vuosisatojen potilaan ja lääkärin välinen suhde oli paternalistinen, holhoava: lääkärin oletettiin tietävän, mikä oli potilaan parhaaksi, ja potilaan odotettiin ilman muuta suostuvan lääkärin ehdottamaan hoitoon. Muutaman viime vuosikymmenen aikana suostumusta on kuitenkin voimakkaasti problematisoitu. On esitetty, että lääkäri kenties ajaakin potilaan etujen kanssa ristiriidassa olevia päämääriä, ja niin onkin kiinnitetty entistä valppaammin huomiota siihen, saako potilas valita ja suostuuko hän hoitoon vai ei. On etsitty tapoja varmistaa, että potilas todella suostuu tietoisena. Muutokseen on etsitty syitä niin historiasta kuin teknologiasta: toisen maailmansodan aikaiset tapahtumat, joihin natsilääkärit osallistuivat, ovat kukaties lopullisesti murentaneet uskon siihen, että lääkäri ammatissaan luonnostaan ajaisi potilaansa etuja.

Toisaalta lääketiede on vuosisadallamme kehittynyt valtavin harppauksin, ja uudet tutkimus- ja hoitomenetelmät sisältävät myös entistä suurempia riskejä, joihin potilas tulee suostuneeksi lähtiessään hoitoon. Potilas-lääkärisuhteen uutena mallina nähdään tasa-arvoisten neuvottelukumppanien työskentely yhteisen ongelman parissa. Lääkärillä on tosin lääketieteellinen tietämysensä, mutta potilaalla on tietämys hänestä itsestään ja hänen omista arvostuksistaan. Jos potilas päättää kieltäytyä, päätöstä kunnioitetaan, vaikka se olisi terveydenhuollon näkökulmasta haitallinen (Cahn 1980, Hamilton 1983, Draper ja Dawson 1990). Psykiatrisessa pakkohoidossa palataan kuitenkin vanhaan paternalistiseen malliin. Tätä perustellaan argumentoimalla, että mielisairaus tekee potilaan kyvyttömäksi arvioimaan omaa parastaan.

## Potilaan kompetenssi

Hoitoon suostumisen tai siitä kieltäytymisen tulisi olla potilaan vapaa päätös, jonka hän tekee tietoisena tilanteesta ja siihen vaikuttavista seikoista. Psykkisen sairauden kohdalla on pidetty ongelmallisena, ettei voida olla varmoja, missä määrin potilas ymmärtää hänelle annetun informaation, ja kykeneekö hän näkemään saamallaan tiedolla mitään yhteyttä omaan tilanteeseensa, vaikka yleisellä tasolla ymmärtäisikin asian. Voidaan siis kyseenalaistaa mielisairaana kyky antaa tietoista suostumusta, tai kieltäytyä. Mielisairaus sinänsä ei välttämättä tee potilasta kyvyttömäksi, inkompetentiksi antamaan suostumustaan tai kieltäytymään. On tarpeen erotella tarkemmin, mitä elementtejä kompetenssi sisältää. Kyetäkseen päättämään hoidostaan potilaan tulee ensinnäkin pystyä kommunikoimaan, toiseksi ymmärtämään annettua informaatiota, kolmanneksi arvioimaan omaa tilannettaan ja neljänneksi käsittelemään saamaansa informaatiota rationaalisesti, siis päättämään suostumisen ja kieltäytymisen seuraukset omalla kohdallaan (Appelbaum ja Grisso 1988).

Psykiatrisessa hoidossa ongelmana pidetään yleensä kieltäytymistä. Mutta eikö ole eettistä ongelmaa siinä, jos inkompetentti potilas suostuu hoitoon ja jää siten kokonaan muiden armoille? Pitäisikö itse asiassa kaikki inkompetentit potilaat ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon, siirtää vastuu terveydenhuollolle (yhteiskunnalle) kunnes potilaan kompetenssi palautuu? Mikäli oletetaan terveydenhuollon aina pystyvän ajamaan potilaan etuja tämän arvomaailmasta lähtien, ongelmaa ei kenties ole. Eikö silloin ole ongelmaa liioin pakon käytössä? Entäpä jos potilas haluaa hoitoon mutta asiantuntijat eivät katso

hänen tarvitsevan hoitoa, voiko potilas silloin olla kompetentti ja miten toimitaan, jos hän on inkompetentti? Yhteiskuntaa näyttää kiinnostavan ennen kaikkea se, jos muut haluavat toimia mutta potilas haluaa tulla jätetyksi rauhaan. Jos mielisairaus sinänsä rajoittaa yksilön autonomiaa, ongelmat ovat kuitenkin monisyisemmät.

## Onko pakkohoidolle vaihtoehtoja?

Käytännössä pakkohoidon problematiikka onkin laaja alue. Päähuomio kiinnittyy yleensä tahdosta riippumattomaan sairaalaan ottamiseen, sen ehtoihin ja käytännön järjestelyihin. Potilaisiin voidaan kuitenkin sairaalahoidon aikana kohdistaa lisää pakko-toimia, joista osa pyrkii mielenterveyden palauttamiseen, osa pikemminkin kontrolliin. Erityisesti Suomessa hoidon aikaisia pakkotoimia näyttää tapahtuvan paljon (Kaltiala-Heino ja Laippala 1997). Pitäisikö potilaalla olla oikeus kieltäytyä hoito-toimista silloin, kun hänet on otettu sairaalaan pakkohoitoon (Ford 1980, Silver 1986, Becker ym. 1990, Draper and Dawson 1990, Hermann 1990)?

Pelkkä sairaalaan sulkeminen tuntuu turhanaikaiselta ragaisukselta, ja ilman hoitoa oleskelu yleensä pitkittyy ja kenties estää muita potilaita pääsemästä sairaalaan. Toisaalta ei voida ilman muuta olettaa, että potilas on inkompetentti kaikissa asioissa, jos hän on sitä yhdessä. Kompetenssi vaihtelee tilanteesta ja ajankohdasta toiseen (Appelbaum ja Roth 1981). Jokainen kieltäytymistilanne tulisi huolellisesti evaluoida uudelleen: mitkä ovat syyt ja mitä vaihtoehtoja voisi olla olemassa (Amarasingham 1980, Appelbaum ja Gutheil 1980). Mutta pitäisikö suostumiskelpoisuuskin arvioida erikseen jokaisen hoitotoimen osalta? Ainakaan kompetenssi suostua tai kieltäytyä ei ole yksiselitteisen mustavalkoinen vaan liukuva ja muuntuva asia, ja potilaan tulisi saada ottaa päätösvaltaa yhä enemmän sitä mukaan, kun hänen kompetenssinsa palautuu.

Suomen mielenterveyslain kannalta yllä olevasta tarkastelusta puuttuu vielä eräs oleellinen kohta: muiden vaihtoehtojen riittämättömyys. Muut hoitovaihtoehdot voivat olla riittämättömiä, jos potilas tarvitsee jotakin sellaista hoitoa, jota voidaan antaa vain sairaalaolosuhteissa. Käytännössä muita hoitovaihtoehtoja saatetaan pitää riittämättöminä, jos potilas ilmoittaa, ettei aio suostua vapaaehtoisesti käymään mielenterveyspalveluissa, tai jos vaikkapa pelätään, että potilas käyntien välillä ei pystyisikään hillitsemään itsetuhoisia impulssejaan. Olisi kuitenkin tehtävä ero sen välillä, onko vaihtoehtojen luominen todella mahdotonta vai onko kyseessä nykyisten resurssien aiheuttama suhteellinen vaihtoehtojen puute. Esimerkiksi itsetuhoista potilasta voisi suojella avohoidossa, jos ammattihenkilö voisi olla hänen alituisena seuranaan kunnes itsetuhoisin vaihe jälleen väistyy. Tällaista vaihtoehtoa ei ole katsottu tarpeelliseksi toteuttaa, mutta se on silti olemassa. Palvelut voivat olla riittämättömiä, jos ne ovat joustamattomia eivätkä sopeudu erilaisten potilaiden tarpeisiin. Kyseessä ei silloin ole potilaasta lähtevä välttämättömyys käyttää pakkoa. Tämän eron tekeminen on tarpeen, koska erottelu avaa näkökulmia pakkohoitokeskusteluun: on rehellisempää keskustella siitä, mitä yhteiskunta haluaa tai ei halua psyykkisesti sairaiden palvelemiseksi tehdä kuin esittää potilaan sairaus absoluuttisena syynä hänen itsemääräämisoikeutensa riistämiseen.

## Kirjallisuus

- Amarasingham L. Social and cultural perspectives on medication refusal. *Am J Psychiatry* 1908:137:353-357  
Appelbaum P., Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl*

- J Med* 1988;319:1635-1638
- Appelbaum P., Gutheil T. Drug refusal: a study of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1980;137:340-346
- Appelbaum P., Roth L. Clinical issues in the assessment of competency. *Am J Psychiatry* 1981;138:1462-1467
- Aviram U. Care or Convenience? On the Medical-Bureaucratic Model of Commitment of the Mentally Ill. *International Journal of Law and Psychiatry* 1991;13:163-177
- Becker D., Gonen N., Floru S. Are confinement and treatment synonyms? *Med Law* 1990;9:904-909
- Cahn C. The ethics of involuntary treatment. *Can J Psychiatry* 1982;27:67-74
- Chodoff P. Involuntary Hospitalization of the Mentally Ill as a Moral Issue. *Am J Psychiatry* 1984;141:384-389
- Draper R., Dawson D. Competence to consent to treatment: a guide for physicians. *Can J Psychiatry* 1990;35: 285-289
- Edwards R. Mental health as rational autonomy. *J Med Philos* 1981;6:309-322
- Ford M. The psychiatrist's double bind: the right to refuse medication. *Am J Psychiatry* 1980;137:332-339
- Goffman E. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates.* Doubleday, New York, 1961
- Goffman E. *Stigma. Notes on the management of spoiled identity.* N.J. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1963
- Gutheil T. In search of true freedom: drug refusal, involuntary medication and "Rotting with your rights on". *Am J Psychiatry* 1980;137:327-328
- Hamilton M. On informed consent. *Br J Psychiatry* 1983;143:416-418
- Hermann D. Autonomy, self-determination, the right of involuntarily committed persons to refuse treatment, and the use of substituted judgement in medication decisions involving incompetent persons. *Int J Law Psychiatry* 1990;13:361-385
- Hoaken P. Psychiatry, Civil Liberty, and Involuntary Treatment. *Can J Psychiatry* 1986;31:222-226
- Kaltiala-Heino R, Laippala P. *Deprivation of liberty in psychiatric treatment.* Manuscript under review, 1996
- Kaltiala-Heino R, Laippala P. Pakkotoimet ja rajoitukset psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suom Lääkäril* 1997;52:435-439
- Lehtinen V. Onko välittömän hoidon tarpeen arvioiminen lääketieteellinen vai juridinen kysymys? *Suom Lääkäril* 1986;41:1666-1667
- Mill J. *On Liberty.* Bernhard Tauchnitz, Leipzig, 1917.
- Miller RD. Law, Psychiatry and Rights. *Med Law* 1991;10:327-333
- Mills M. Civil commitment. *Arc Gen Psychiatry* 1988;45:770-772
- Monahan J. The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry* 1984;141:10-15.
- Moore M. Some myths about "mental illness". *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:1483-1497
- Morse S. A preference for liberty: the case against involuntary commitment of the mentally disordered. *Cal Law Rev* 1982;70:54-106
- Mulvey E and Lidz C. Clinical considerations in the prediction of dangerousness in mental patients. *Clin Psychol Rev* 1984;4:379-401
- Rosenhan D. On being sane in insane places. *Science* 1973;179:250-258
- Salo M. *Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaala reformit Italiassa ja Suomessa.* Vastapaino, Tampere, 1996
- Scheff T. The labelling theory of mental illness. *Am Sociological Review* 1974;39:442-452
- Silver F. Medication refusal by involuntary patients: legal and clinical considerations. *Clin Psychol Rev* 1986;6:115-132
- Szaszt T. *Ideology and insanity:* Garden City (N.Y.), Doubleday, 1970.
- Szaszt T. *Manufacture of Madness.* Paladin Books, London, 1971
- Szaszt T. *The theology of modern medicine.* Oxford University Press, Oxford, Melbourne 1979
- Takala J-P. *Mielisairaat, kriminaalipotilaat, oikeusturva.* VAPK Kampin Valtimo, Helsinki, 1989
- World Health Organization: *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* WHO, Geneva, 1992