



University of Tehran Press

Lawsuits for the right to mental health; search to support

Mohammad Jalali¹ | Sediqe Elahyan²

1. Corresponding Author; Department of Public law, Faculty of law, University of Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: m_jalali@sbu.ac.ir
2. Department of Public law, Faculty of law, University of Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: s.elahyan@mail.sbu.ac.ir

Article Info	Abstract
<p>Article Type: Research Article</p> <p>Received: 2023/01/04</p> <p>Received in revised form: 2023/03/11</p> <p>Accepted: 2023/03/16</p> <p>Published online: 2023/06/22</p> <p>Keywords: <i>British Mental Health Tribunal, European Court of Human Rights, judicial procedure, right to mental health, Supreme Court of the United States of America.</i></p>	<p>Mental health includes the absence of mental disorders on the one hand and productive life in the social environment on the other hand, and it is one of the important aspects of health in its general meaning. The right to mental health is realized with the cooperation of governments, and its intervention to privilege the resources and facilities that pave the way to achieve this right. The inefficiency of the legislative and executive powers in creating resources and facilities and removing the existing obstacles puts the duty of suing for violated rights of people - especially mental patients - on the board of the judicial system. The question of this research is how the judicial system supports the right to the mental health of people, which is based on examining the situation of mental patients in enjoying equal freedom with others, treatment, and promotion by searching the judgments of the European Court of Human Rights, the Supreme Court of the United States. It is done by the United States and the British Mental Health tribunal. The entry of the European Court and the Supreme Court into the cases of this field is due to general jurisdiction and in line with the realization of the right to a fair trial. These two courts have done solve mental patients' problems properly. In contrast, the British Mental Health Tribunal, which is the birth of this country's mental health law, as an independent institution, takes steps to protect the right to mental health and provides new solutions for mental patients.</p>
How To Cite	Jalali, Mohammad; Elahyan, Sediqe (2023). Lawsuits for the right to mental health; search to support. <i>Comparative Law Review</i> , 14 (1), 221-240. DOI: https://doi.com/10.22059/jcl.2023.357336.634485
DOI	10.22059/jcl.2023.357336.634485
Publisher	University of Tehran Press.



دادخواهی‌های حق بر سلامت روان؛ از تکاپو تا حمایت

محمد جلالی^۱ | صدیقه الهیان^۲۱. نویسنده مسئول؛ گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. رایانامه: m_jalali@sbu.ac.ir۲. گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. رایانامه: s.elahyan@mail.sbu.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: پژوهشی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۴</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۱۲/۲۰</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۵</p> <p>تاریخ انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۴/۰۱</p> <p>کلیدواژه‌ها: حق بر سلامت روان، دادگاه اروپایی حقوق بشر، دادگاه سلامت روان بریتانیا، دیوان عالی ایالات متحده آمریکا، رویه قضایی.</p>	<p>سلامت روان، افزون بر فقدان اختلالات روان، زیست متمر در محیط اجتماعی را دربر می‌گیرد و یکی از ابعاد مهم سلامت در معنای کلی آن است. حق بر سلامت روان با همراهی دولت‌ها به منصفه بروز و ظهور می‌رسد و مداخله دولت‌ها نیز به جهت برخورداری از منابع و امکاناتی است که راه دستیابی به این حق را هموار می‌سازد. ناکارآمدی قوای قانون‌گذار و مجری در ایجاد منابع و امکانات و رفع موانع موجود، وظیفه دادخواهی از حقوق پایمال شده افراد- به خصوص بیماران روان- را به دوش دستگاه قضا می‌گذارد. پرسش این پژوهش بر میزان و چگونگی حمایت دستگاه قضا از حق بر سلامت روان افراد استوار است که با بررسی وضعیت بیماران روان در برخورداری از آزادی برابر با دیگران، درمان و ارتقای آن با جستجو در آرای دادگاه اروپایی حقوق بشر، دیوان عالی ایالات متحده آمریکا و دادگاه سلامت روان بریتانیا انجام می‌شود. ورود دادگاه اروپایی و دیوان عالی به پرونده‌های این حوزه از باب صلاحیت کلی و در راستای تحقق حق بر دادرسی منصفانه است. در مقابل، دادگاه سلامت روان بریتانیا که مولود قانون سلامت روان این کشور است، به‌عنوان نهادی مستقل در راستای حمایت از حق بر سلامت روان گام برمی‌دارد و راه‌حل‌های نوینی را پیش روی بیماران روان قرار می‌دهد.</p>
استناد	جلالی، محمد و الهیان، صدیقه (۱۴۰۲). دادخواهی‌های حق بر سلامت روان؛ از تکاپو تا حمایت. <i>مطالعات حقوق تطبیقی</i> ، ۱۴ (۱)، ۲۲۱-۲۴۰.
DOI	DOI: https://doi.com/10.22059/jcl.2023.357336.634485
ناشر	مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.



۱. مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را بیش از فقدان اختلالات روانی می‌داند و آن را شامل بهزیستی ذهنی^۱، خودکارآمدی ادراک‌شده^۲ و خودشکوفایی توانمندی‌های فکری و عاطفی^۳ فرد معرفی می‌کند (World health organization, 2001: 21). این تعریف بیماران روان و انسان‌های سالم را توأمان دربر دارد. تفسیر عمومی شماره ۱۴ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی حق بر سلامتی را به برخورداری از فرصت‌های برابر تعبیر می‌کند تا همگان بتوانند از امکانات، تسهیلات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق این حق بهره‌مند شوند (World health organization, 2000: Para 30). حق بر سلامت در این تفسیر دو عنصر کلی آزادی و استحقاق را دربر می‌گیرد؛ به دیگر سخن، «این حق متشکل از دو بُعد کلی سلبی و ایجابی است» (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۲۱). بُعد سلبی آن که به مصونیت از آسیب‌ها شباهت دارد، دولت را در حدود منابع و امکانات خویش مسئول رفع موانع جهت جلوگیری یا کاهش مخاطرات سلامتی برای افراد یا جامعه می‌داند؛ از جمله حق رهایی از مداخله درمانی، حق کنترل بر سلامت جسم و... این حق در بُعد ایجابی به برخورداری از سیستم حفاظت از سلامت تعبیر می‌شود که فرصت برابر برای دستیابی به بالاترین سطح قابل دسترسی به سلامت را فراهم می‌کند (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۲۱).

برای جلوگیری از تضییع حق بر سلامت روان افراد به دادخواهی نیاز است که بخشی از هر نظام حقوقی است و به امکان جبران خسارت نزد نهادی مستقل با فرایندی خاص در زمان وقوع نقض گفته می‌شود (حاجی ملا، ۱۳۹۹: ۴۵). بدین‌سان اگر نقض حق بر سلامت روان صورت گیرد، نهاد دادگستر باید سازوکارهای لازم را به منظور احقاق حقوق افراد در مقابل تصمیمات و اقدامات دولت پیش‌بینی کند. اجرای تعهدات مرتبط با حقوق بشر مستلزم آن است که آنچه در اسناد بین‌المللی به‌عنوان حق افراد و تکلیف دولت آمده است، در عمل با ورود به نظام حقوقی کشورها، تضمین‌های قضایی لازم برای احقاق حقوق افراد را پیش‌بینی کند (هفت جواهریان، ۱۳۹۸: ۵۶).

حق بر سلامت روان، بارها در دعاوی بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی مورد دادخواهی قرار گرفته است.

1. Subjective well-being

بهزیستی ذهنی (SWB) به چگونگی تجربه و ارزیابی زندگی خود و حوزه‌ها و فعالیت‌های خاص در زندگی افراد اشاره دارد.

2. perceived self-efficacy

اصطلاح خودکارآمدی برای اولین بار از سوی آلبرت باندورا ابداع شد. این مفهوم به‌عنوان یک قضاوت شخصی دربارهٔ اتخاذ تصمیم و انجام اقدامات لازم برای مقابله با موقعیت‌های احتمالی به کار برده شد. خودکارآمدی مجموعه‌ای از باورهای فرد از توانایی موفقیت در یک موقعیت خاص در آینده است.

self-actualization of one's intellectual and emotional potential

خودشکوفایی که بالاتری سطح رشد روان‌شناختی تعریف شده، عبارت است از تمایل به فعلیت بخشیدن خود تا حد ممکن، و شخص از تمام ظرفیت‌های خود در این راستا مدد می‌گیرد.

جستجوی دادخواهی‌های این حق از آن رو اهمیت دارد که با ایجاد بازدارندگی از تضییع سایر حقوق، تحقق آن را نیز ممکن می‌کند. به دیگر سخن، یک سوی حق بر سلامت روان به فراخور آنچه در معنایش گذشت، نفی رفتارهای غیرانسانی و شکنجه‌آمیز و سوی دیگر آن، حیات و آزادی است. اشاره به آرای گوناگون دادگاه‌ها نیز برای شناخت اهمیت دوسویه این حق و حل تعارضات ناشی از آن سودمند است. ادبیات حقوقی فارسی (سیفی و حاجی ملا، ۱۳۹۸) به سنجش قابلیت دادخواهی از این حق پرداخته، اما به آرای مرتبط با حق بر سلامت ورود نکرده است. نوشتار حاضر ضمن بررسی امکان دادخواهی حق بر سلامت روان، به چگونگی حمایت از آن در آرای دادگاه اروپایی حقوق بشر، دیوان عالی ایالات متحده آمریکا و دادگاه سلامت روان بریتانیا نظر دارد تا با بررسی روند دادخواهی و فرجام آن، به داوری میزان و چگونگی این حمایت بپردازد.

۲. دادخواهی حق بر سلامت روان

دستگاه قضا آخرین پناه مردم برای جبران آزادی‌های سلب‌شده افراد و حقوق تضییع‌شده آنهاست. سلامت روان به‌عنوان حقی قابل دادخواهی، نخستین بار در سال ۱۹۷۹ در دادگاه اروپایی حقوق بشر مطرح شد و به تدریج با آگاهی از اهمیت حقوق بشری این موضوع، پرونده‌های سلامت روان با تمرکز بر محرومیت بیماران روان از آزادی و حق بر درمان افزایش یافت (Bartlett et al, 2007: 2).

ورود دادگاه اروپایی به پرونده‌های سلامت روان - همچون سایر پرونده‌های مطروحه - متمرکز بر انطباق قوانین داخلی کشورها با کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین^۱ است، اما می‌توان با آفرینش رویه‌های قابل اتکا در دادخواهی سلامت روان به نظام‌مندی آن اندیشید. این نظام‌مندی می‌تواند دولت‌ها را به پاسداری از سلامت روان افراد وادار کند؛ بدین‌سان که دادگاه اروپایی حقوق بشر، هرچند دادگاه خاص سلامت روان نیست، اما با رسمیت شناختن حق بر دادرسی منصفانه می‌تواند سدی بر ستم دولت‌ها ایجاد کند و از دل انطباق اصول کنوانسیون با پرونده‌های مطروحه و نیز مؤاخذه کشورها، اصلاح قوانین ناعادلانه این حوزه را ممکن سازد. پذیرش این کنوانسیون از سوی دولت‌های اروپایی درنهایت محتوای نظام داخلی دولت‌ها را دستخوش تغییر خواهد کرد (جلالی و سودبر، ۱۳۹۹: ۶۴).

ایالات متحده آمریکا در میانه سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۰ شاهد رواداری در سنجش مسئولیت کیفری بیماران روان با ارج نهادن به زیست جمعی آنان فارغ از دخالت دولت بود. در نخستین سال‌های دهه ۸۰ تغییر محسوس با دستاویز نظم و امنیت جامعه در آزادی‌های مجرمان روانی و شهروندان عادی مبتلا به بیماری

1. European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms

روانی ایجاد شد. چرخش این سیاست‌ها ارتباط زیادی به پروندهٔ پسر سام^۱ داشت که ترس سوءاستفاده از «دفاع جنون»^۲ برای رهایی از مجازات را در اذهان ایجاد کرد (L.A Fond et al, 1992: 23). رویهٔ دیوان عالی ایالات متحدهٔ آمریکا نسبت به مسئلهٔ جنون دو قسم تعهد مدنی و کیفری را ایجاد کرده است. در تعهد مدنی، هر شخص بدون تعیین مدت می‌تواند بستری اجباری بیمار روان را از دادگاه درخواست کند؛ ولی در تعهد کیفری، بیمار به دنبال ارتکاب جرم و معافیت از آن و با حکم قضایی بستری می‌شود.

تاریخ ارائهٔ خدمات سلامت روان در بریتانیا، روایتی از بهبود نگرش اجتماعی به بیماران روان بر محور بازیابی سلامت و آزادی‌های آنان است. شکل‌گیری دادگاه‌های سلامت روان همچون نهاد مستقل قضایی، نه بر فقدان قاعدهٔ سلامت روان، که برای نظارت بر اجرای صحیح آنها استوار است. قانون سلامت روان ۱۹۸۳ با پیش‌بینی دادگاه‌هایی برای این منظور راه‌حلی پیش روی بیماران گذارده است تا به این ترتیب، کارآمدی قواعد خود را نیز بیازماید. گسترهٔ حق‌های برگرفته از سلامت روان و آنچه بیماران روان را درگیر می‌کند در سه حوزهٔ کلی حق بر آزادی، درمان و ارتقای سلامت روان دسته‌بندی می‌شود که در آرای سه دادگاه نامبرده بررسی خواهد شد.

۳. حق بر آزادی

محرومیت از آزادی به واسطهٔ جرم یا هر دلیل مشروع قانونی دیگر در کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی بنیادین پیش‌بینی شده است؛ اما آیا بیماری روانی می‌تواند دلیلی برای این محرومیت باشد؟ دادگاه اروپایی در پروندهٔ *ام. بی علیه دولت لهستان* (60157/15, UCHR, 2021) محرومیت از آزادی برای حفظ امنیت جامعه را مد نظر داشت. خواهان پرونده، متهم به ضرب و جرح عمدی والدین خود بود که پس از احراز رابطهٔ سببیت میان اختلال اسکیزوفرنیک پارانوئید و جرم از مسئولیت کیفری معاف شد، اما تحت بستری پیشگیرانه قرار گرفت و اعتراضات او و والدینش برای ترخیص بی‌نتیجه ماند.

شایان ذکر است که لهستان بستری اجباری را به‌عنوان اقدامی پیشگیرانه برای جلوگیری از ارتکاب مجدد جرم پذیرفته است. این درحالی است که این کشور با پیوستن به کنوانسیون حمایت از حقوق معلولین^۳ باید آزادی و زندگی مستقل افراد دارای آسیب جسمی و ذهنی را بی‌قید و شرط بپذیرد و از هر نوع اقدام امنیتی محدودکننده جلوگیری کند.

۱. قاتل سریالی که خود را مجنون قلمداد کرد و پس از آن خلاف این امر ثابت شد و همین مسئله سبب سخت‌گیری بیشتری نسبت به اثبات جنون و مسئولیت کیفری بیماران روانی شد.

۲. دفاع جنون با عنوان Not guilty by reason of insanity دفاعی است که در آن شخص به دلیل اینکه جرم به دلیل جنون رخ داده است، تبرئه می‌شود. این مسئله شرایط خاصی را برای او فراهم می‌آورد، از جمله اینکه بیمار بستری شده، در صورت گذراندن حداکثر مجازات جرم ارتکابی، آزاد می‌شود؛ هر چند در رویه‌های مختلف امکان تمديد خودکار بستری فراهم است.

3. Convention on the Rights of Persons with Disabilities

خواهان با تکیه بر یکسان‌انگاری وجود اختلال - بدون سنجش شدت و درجه آن - با نیاز به درمان و بستری، طرح دعوی در دادگاه اروپایی حقوق بشر را آغاز و محرومیت از آزادی را علی‌رغم مواد کنوانسیون حمایت از معلولین و عدم توسل به حداقل محدودیت‌های جایگزین، موجبی بر نقض حقوق خود برابر ماده ۱۳ و بند ۱ ماده ۲۵ کنوانسیون اعلام داشت. در پس بررسی‌های پرونده و استماع دفاعیات طرفین، در نهایت دادگاه اروپایی ضمن تأیید صلاحیت دادگاه داخلی برای بستری اجباری، نقض بند ۱ ماده ۵ را مردود دانست. دادگاه اروپایی حقوق بشر در رویه خود سه معیار برای بستری اجباری را ضروری می‌داند:

۱- وجود اختلال روانی، بسته به درجه یا شدت آن؛

۲- خطر جدی آسیب به خود و دیگران؛

۳- نیاز به درمان و فقدان درمان مناسب دیگر.

سازمان جهانی بهداشت در کنار شروط یادشده، شرط دیگری را با عنوان «مناسب‌ترین محیط با کمترین محدودیت» برای بستری اجباری افزوده است.^۲ این استدلال به‌عنوان رویه دیوان در سایر پرونده‌های مشابه از جمله، *ال. بی علیه دولت بلژیک* (22831/08, UCHR, 2012) نیز دیده شده است. در پرونده *لینسیر علیه دولت آلمان* (10211/14, UCHR, 2018)، خواهان که مبتلا به سادیسم جنسی و متهم به قتل و تجاوز بود آزاد شد؛ در حالی که حالت خطرناک خواهان پرونده اخیر به مراتب شدیدتر از پرونده *ام. بی علیه دولت لهستان* بود. قیاس این دو پرونده با هم، پرسش از رویه مناسب برای تعیین چگونگی محدودیت بارکردن بر بیماران روان و معیارهای آن را مطرح می‌کند.

هدف از بستری اجباری که در موارد متعددی همچون بازداشت عمل می‌کند، دوگانه درمان شخص و امنیت جامعه است و نحوه برخورد دولت‌ها نیز بسته به گرایش به هریک از این دو هدف، متفاوت خواهد بود. آرای بسیاری در دادگاه اروپایی حقوق بشر با شرایط مشابه به نتایج متفاوتی رسیده است و بسته به اوضاع و احوال پرونده نمی‌توان اطمینان به احقاق حقوق افراد داشت.

پرونده *روئیز علیه دولت سوئیس* (8300/06, UCHR, 2014) که در آن شخص مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیک مرتکب قتل همسر خود شده بود، به دلیل فقدان شواهد کافی برای ارزیابی حالت خطرناک، از بازداشت پیشگیرانه آزاد شد؛ حال آنکه با مقایسه قتل صورت گرفته در این پرونده و ضرب و جرح در پرونده *ام. بی*، می‌توان عملی خطرناک‌تر را محرز دانست.

۱. هیچ کسی نمی‌بایست تحت شکنجه یا در معرض رفتار یا مجازات غیرانسانی یا تحقیرآمیز قرار گیرد.

۲. هر کسی دارای حق آزادی و امنیت فردی است. هیچ کسی را نمی‌بایست از آزادی اش محروم نمود، به استثنای موارد ذیل و مطابق با رویه مقرر شده به وسیله قانون:

الف. حبس قانونی یک شخص پس از محکومیت به وسیله یک دادگاه ذی صلاح؛

۳. در آرای دادگاه اروپایی حقوق بشر به‌عنوان اصل کمترین محدودیت جایگزین نیز نامیده می‌شود.

حفظ امنیت جامعه نباید دستاویزی برای غفلت از حق و آزادی‌های شخصی بیماران باشد، زیرا گاه شرایط بستری اجباری حیات بیمار را تهدید می‌کند و امنیت جامعه در مقابل حیات بیمار رنگ می‌بازد. در پروندهٔ *دونر علیه دولت بلژیک* (8595/06, UCHR, 2011) که والدین بیمار پس از خودکشی او به دلیل شرایط بد بستری خواستار دادخواهی شدند، شاید بهترین نمونه برای درک واقعی از این آسیب باشد. در پروندهٔ یادشده دادگاه از زاویهٔ حق حیات^۱ به مسئله ورود کرد و با استدلالی متفاوت، نقض بند ۱ مادهٔ ۵ را محرز تشخیص داد.

وضعیت‌های متفاوت پرونده‌های مرتبط با حق بر آزادی، این پرسش را ایجاد می‌کند که در مثلث آزادی فرد، جمع و اجتماع^۲ باید به کدام یک اولویت بخشید و ترس از برهم خوردن امنیت اجتماع به چه میزان واقعیت دارد؟ به نظر آسیب در هر کدام از این سه سطح باید به درجهٔ معقولی برسد تا بتوان آن را قطعی دانست؛ هرچند عموماً بیماران روان به دو سطح ابتدایی آسیب وارد می‌کنند و امکان وقوع خطر در سطح سوم کم است.

در پروندهٔ *ام. بی، والدین او خواستار آزادی‌اش بودند* و این مسئله می‌تواند قرینه‌ای بر نبود حالت خطرناک از نظر سطح جمعی باشد که دادگاه آن را نادیده گرفت. دادگاه از شیوهٔ تعیین حد آسیب سخن به میان نیاورد و برای تعیین خطر آسیب به دیگران معیاری ارائه نکرد؛ هرچند می‌توان با بررسی هر پرونده این آسیب را معین کرد، اما با دقت در پرونده‌های مشابه به نظر می‌رسد دادگاه نتوانسته است به اتخاذ تصمیم مناسب در این زمینه دست یابد و در رویکردی غیرواقع، همیشه اجتماعی خیالی را در امان نگه می‌دارد.

توجه به این نکته خالی از لطف نیست که مخالفت با بستری اجباری لزوماً به معنای عدم نظارت نیست، بلکه نظارت می‌بایست با در نظر داشتن آزادی‌های افراد و ایجاد محدودیت‌های حداقلی همراه باشد. البته وجود حالت خطرناک در بیماران روان را نمی‌توان به طور کلی انکار کرد، از جمله در پروندهٔ *کلائس علیه دولت بلژیک* (43418/09, UCHR, 2013) که خواهان به دلیل تجاوز مکرر به خواهر

۱. حق حیات همهٔ افراد می‌بایست به وسیلهٔ قانون مورد حمایت قرار گیرد. هیچ کسی نمی‌بایست عمداً از حق حیات خود محروم شود؛ مگر به هنگام اجرای حکم دادگاهی که پیرو محکومیت به جرمی که برای آن، این مجازات به موجب قانون مقرر می‌گردد.

۲. بر مبنای این تقسیم‌بندی، آزادی فردی برای خود بیمار معنا پیدا می‌کند، آزادی و امنیت جمعی در هنگام ارتباط بیمار با گروه‌های مختلف اجتماعی، اعم از خانواده، افراد در محیط زندگی نزدیک او از جمله همسایگان، همکاران و به طور کلی هرکسی که بیمار را به صورت معرفی می‌شناسد، معنا می‌یابد و آزادی و امنیت اجتماعی نیز دربرگیرنده محیطی با وسعت جامعه در معنای حقوقی و سیاسی آن است که به نظر برهم‌زدن امنیت این گروه فراتر از توان رنجیده‌روانی چون بیمار باشد و در قضایای تروریسم معنا می‌یابد. با این وصف، خطر امنیت جامعه در استدلال‌های دادگاه به معنای آزادی و امنیت جمعی است و خطری امنیت در سطح اجتماعی را تهدید نمی‌کند.

خردسال خود و سایر کودکان بازداشت شد، و بازداشت او نه ناظر به درمان وی که به دلیل حالت خطرناک او بود. فهم این مطلب دقیقاً نقطه سلب آزادی به بهای امنیت را روشن می‌کند؛ اما به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد پرونده‌های بستری اجباری با غلبه حمایت از امنیت جامعه و جلوگیری از آسیب به دیگران مطرح می‌شود و آزادی فرد و درمان او اولویت دوم دادگاه اروپایی حقوق بشر است.

پرونده جونز علیه ایالات متحده آمریکا نیز در دیوان عالی در خصوص بستری اجباری مطرح شد. مایکل جونز در سال ۱۹۷۵ به اتهام سرقت از فروشگاه بازداشت و به صرف غلبه شواهد- بدون مدرک قابل استناد- از سوی هیئت منصفه با دفاع جنون به‌واسطه اسکیزوفرنی تبرئه شد. او پس از گذشت هشت سال هم‌چنان در بیمارستان روان‌پزشکی سنت الیزابت تحت تعهد کیفری بستری بود، زیرا حالت خطرناکش پابرجا تشخیص داده شد. جونز معتقد بود پس از اتمام حداکثر مدت مجازات قانونی جرم سرقت باید از بیمارستان ترخیص شود، اما دادگاه به دلیل عدم انتساب جرم به او، ملاک حداکثر مجازات قانونی را نپذیرفت و درمان برای مدت نامحدود را اقدامی نظارتی و پیشگیرانه و نه سلب آزادی‌های او قلمداد کرد. هرچند این استنباط خلاف پرونده دیگر دیوان در قضیه باکسستروم علیه هرولد (383, SCUS, 1966) بود که به اتفاق آرا بستری بیش از حداکثر مدت مجازات قانونی را محرومیت از آزادی قلمداد کرد و دستور آزادی وی صادر شد (L.A Fond et al, 1992: 73). دیوان عالی در پرونده جونز به‌صراحت اعلام کرده بود که اگرچه دولت نمی‌تواند متهم دفاع جنون را مجازات نماید، اما می‌تواند افرادی را که خطر آسیب به جامعه دارند، برای مدت نامحدود- حتی مادام‌العمر- بستری کند (Glaessner, 1981: 144).

در پس بحث محرومیت از آزادی بیماران روان، پیش‌بینی نهادی چون دستور درمان اجتماعی در قانون سلامت روان بریتانیا که امکان درمان شخص بدون بستری در محیط عمومی را فراهم می‌آورد، گامی بزرگ است؛ اما صرف پیش‌بینی این نهاد، حمایت از آزادی را ممکن نمی‌کند و باید به رعایت حدود آن پرداخت. پاسخ به این پرسش که چه میزان محرومیت آزادی در جریان یک دستور اجتماعی به‌وقوع می‌پیوندد با پرونده آر. بی علیه پزشکان در دادگاه سلامت روان بریتانیا بررسی می‌شود.

آر. بی (EWCA, 2006, 2080) ۴۷ ساله با تأیید بیماری روانی‌اش، در بیمارستان بستری شد؛ اما بستری شدن او به‌سرعت به دستور درمان اجتماعی تغییر پیدا کرد. دستور درمان اجتماعی یا CTO، شیوه‌ای است که بیمار روان درمان خود را با کمترین محدودیت و در محیط اجتماع دریافت می‌کند. این شیوه با تأیید پزشک معالج و به درخواست بیمار و رعایت شروطی خاص انجام می‌شود.

آر. بی که بر دستور درمان اجتماعی توافق کرده بود، وضعیتی را که این دستور با نظارت دائمی در طول

1. Community treatment order

۲. از جمله این شرایط، رضایت به زندگی در محیط مشخص و پذیرش نظارت بر خود است.

روز و همراهی یک ناظر همیشگی برایش ایجاد کرده بود، سلب عینی آزادی‌های خود می‌دانست و خواهان آزادی بیشتری در زندگی شخصی‌اش بود (2080, EWCA, 2006, Para 23). درخواست او پس از ارائه به دادگاه رد شد. استدلال دادگاه بر این مبنا استوار بود که این نوع از درمان و شرایط آن، سلب عینی آزادی‌های بیمار نیست و برای نظارت بر او اعمال می‌شود. به عبارتی دستور درمان اجتماعی با هدف کاهش محدودیت‌های افراد صورت می‌گیرد و به تدریج و با نشانه‌های بهبود بیمار، محدودیت‌ها روند کاهشی را طی می‌کنند و نمی‌توان انتظار آزادی‌های بی‌قید و شرط داشت. از نظر دادگاه وضعیت خواهان مبتنی بر تحمیل درمان و بازداشت نیست و اصولاً درمان بدون رضایت بر او تحمیل نشده و نظارت صورت گرفته بر مبنای محافظت از دیگران است. با توجه به وضعیت واقعی که شخص در آن قرار دارد، می‌توان سلب آزادی‌های او را رد کرد؛ چراکه در شرایط عادی درمان‌های این‌چنینی با بستری انجام می‌شود که محدودیت‌های به‌مراتب بیشتری را بر شخص تحمیل می‌کند (2080, EWCA, 2006, Para 31).

بستری اجباری در بسیاری از کشورها برای حمایت از جامعه در برابر بیماران روانی خطرناک وضع شده است، اما معیارهای خطرناک بودن یک فرد معین نشده است و در دادخواهی‌های مرتبط با آن نیز جای ابهام دارد. تأکید بر خطرناک بودن به‌عنوان معیار ضروری برای بستری اجباری ممکن است به معنی غیرقابل کنترل و خطرآفرین بودن بیماران روان تلقی شود و درنهایت به برجسب‌زنی اجتماعی بیماری روانی دامن زند (نصر اصفهانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۴). «تحقیقات تا به امروز نشان داده است که بیشتر بیماران روانی خطرناک‌تر از سایر جمعیت عمومی نیستند» (Cohen, 2007: 91). اکثر افرادی که از بیمارستان‌های روانی پس از ارتکاب جرم مرخص می‌شوند، نسبت به مجرمان عادی، تکرار جرم و خطر کمتری دارند (Ochberg & Brown, 1974: 499).

در پس رفع ابهام در شرایط بستری اجباری و هموارکردن مسیر آزادی بیماران روان، ایجاد تعادل میان دو اصل مهم حمایت از جامعه و مسئولیت‌پذیری اجتماع در برابر حق‌ها و آزادی بیماران روانی بایسته است. از آنجا که در روان‌پزشکی برخلاف بسیاری از رشته‌های پزشکی به‌کارگیری مداخله اجباری در برخی شرایط ضرورت پیدا می‌کند و این موضوع تأثیر چشمگیری بر آزادی و حق انتخاب فرد دارد، باید به موازنه میان این دو سنجه پرداخت. تعیین حدود آزادی بیماران روان تمام حقوق آنان را شکل نمی‌دهد، بلکه درمان و مسائل مرتبط با آن نیز مورد توجه قرار دارد.

۴. حق بر درمان

در پی فقدان سلامتی، نخستین تلاش‌ها برای یافتن درمان است و محروم کردن بیماران از درمان، خود می‌تواند نقض آشکار حقوق آنان باشد. پرونده رومن علیه دولت بلژیک (1805211, UCHR, 2017) به حقوق بیماران روان نسبت به حق بر درمان در دادگاه اروپایی حقوق بشر می‌پردازد. آقای رومن، زندانی

مبتلا به بیماری روان، متهم به تعرض و تجاوز به یک کودک خردسال، مدعی عدم ارائه خدمات روان‌پزشکی در بازداشت اجباری خود بود. این ادعا از آنجایی شکل گرفت که زندانی به دلیل صحبت به زبان آلمانی و نبود یک متخصص به این زبان در دریافت درمان خود دچار مشکل شد.^۱

خواهان در طول دوره بازداشت درخواست آزادی مشروط کرد، اما این درخواست رد شد. استدلال دادگاه بلژیک بر این مبنا استوار بود که بستری اجباری، اقدامی اساساً امنیتی است و محروم شدن از آزادی هرچند هدف اولیه مدنظر نیست، اما به دلیل ضرورت درمانی اتفاق می‌افتد.^۲ «حتی اگر محرومیت از آزادی هدف اولیه نیز باشد، در راستای حمایت از جامعه صورت گرفته است و با درمان شخص منافات ندارد؛ اما نمی‌توان از شخصی که دچار اختلال پارانوئید است انتظار بهبود داشت» (UCHR, 2017, Para 14). به عقیده خواهان، فقدان درمان مناسب، وضعیت او را وخیم‌تر کرده بود و بر همین مبنا نقض ماده ۳ و بند ۱ ماده ۵ کنوانسیون را مبنای طرح دادخواست خود قرار داد.

در قانون داخلی بلژیک برای حل این موضوع راه‌حل مؤثر و قانونی یافت نشد و به همین علت دادگاه اروپایی نقض ماده ۳ و بند ۱ ماده ۵ را پذیرفت (UCHR, 2017, Para 29). شکایت خواهان بر نقض بند ۱ ماده ۵ در وهله اول، نه از باب بازداشت غیرقانونی که به دلیل عدم رعایت شرایط بازداشت بود. از نظر او بازداشت بدون ارائه درمان مناسب مستمر به فقدان چشم‌انداز روشن از وضعیت بیمار منجر شده و رفتار تحقیرآمیز و غیرانسانی را بر او تحمیل کرده است. حق بر درمان با هدف کاهش خطرهای احتمالی فرد برای خود و دیگران، امکان ادغام مجدد بیمار برای حضور در جامعه را فراهم می‌سازد (Cohen, 2007: 23).

دادگاه اروپایی حقوق بشر با پذیرش حق بر درمان، استمرار بازداشت را منوط به ارائه درمان مناسب دانست؛ این موضوع در پرونده سعدی علیه دولت بریتانیا (13299/03, UCHR, 2008) نیز وجود داشت که استمرار بستری اجباری بدون ارائه درمان، غیرقانونی اعلام شد. دادگاه اروپایی برخلاف کنوانسیون حمایت از معلولین، افزون بر رد ممنوعیت مطلق محرومیت از آزادی، بستری اجباری را پذیرفت و با توسعه مفهوم قانونی بودن بازداشت، ارائه درمان مناسب را به آن افزود.

چون نیک بنگریم، دادگاه با درک واقعی از این ماده اذعان داشت که ارائه درمان به زبانی خاص مد نظر نیست و قانون نیز دولت را به استخدام فردی به زبان آلمانی ملزم نمی‌کرد و این قضیه یک شرایط استثنایی را بیان می‌داشت. اما استدلال دولت بلژیک غیرممکن بودن درمان و عدم پیشرفت وضعیت وی را نیز نپذیرفت. حال آنکه به نظر دادگاه این بن‌بست ارتباطی مانع ایجاد کرده و در نتیجه نقش مؤثر

۱. توضیح آنکه بلژیک سه زبان هلندی، فرانسوی و آلمانی را به‌عنوان زبان رسمی خود اعلام داشته است و گروه آلمانی‌زبان در اقلیت قرار دارند.

۲. همان‌طور که پابند الکترونیکی نظارت است نه محدودیت و نمی‌توان این درجه از نظارت را حذف کرد، زیرا بخشی از ملزومات زندگی اجتماعی و حفظ امنیت است.

گفتگو بر ارتقای سلامت روان فرد نادیده انگاشته شده است.^۱ در نهایت، دادگاه نقض ماده ۳ و بند ۱ ماده ۵ را محرز دانست و دولت بلژیک را محکوم به جبران خسارات وارده کرد.

هرچند در پرونده رومن، عدم ارائه درمان به زبان غیرآلمانی مانع بهبود فرد شده بود، اما نمی‌توان آن را متناظر با رفتار تحقیرآمیز و شکنجه و در قلمرو ماده ۳ قلمداد نمود. گسترش حق درمان برای قانونی بودن بستری با وضعی مشابه نیز فراتر از الزامات بند ۱ ماده ۵ است. به نظر، واقعیت پرونده در خلأ قاعده خاص متناسب با درمان، بر تبعیض زبانی استوار بود و به جای کوشش برای انطباق با مواد کنوانسیون باید مسیر جدیدی همگام با درک پیچیدگی‌های حق بر سلامت روان جستجو کرد.

در این پرونده، حق بر درمان خواهان پایمال شده و دادگاه اروپایی حقوق بشر برای احقاق این حق به سراغ چنین استدلالی رفته است. اما سنجش نقض حق بر درمان با رفتار تحقیرآمیز و استدلال متناسب بستری اجباری با محدودیت آزادی در آرای که گذشت می‌تواند دریچه‌ای برای حداقلی‌ترین شیوه دادخواهی باشد. زمانی که قوای دیگر نتوانند برای پاسخ به نیازهای مردم عمل کنند، رویه قضایی با آرای که بر مبنای زمینه‌های اجتماعی و اخلاقی با نظر به برداشت قضات از عدالت صادر می‌شود، این بار را به دوش خواهد کشید (Agus & Schneider, 2012: 32).

اگرچه دادگاه تلاش کرده بود حقوق خواهان را تضمین کند، اما نمی‌توان در آرای مشابه انتظار برخوردی این‌چنینی را داشت. نگاه دادگاه اروپایی حقوق بشر به حق بر درمان و لزوم آن از دریچه کنوانسیون و انطباق با قوانین داخلی کشورها با کاستی روبه‌رو است و نمی‌توان با خلأ این‌چنینی از احقاق مستمر سلامت روان افراد اطمینان داشت.

از نظر قاضی ناسبرگ^۲ که در پرونده رومن نظر مخالف داشت: «نباید برای پوشش دادن و احقاق حقوق افراد به تفسیری چنان موسع از مواد کنوانسیون روی آورد که ماهیت آن را دستخوش تغییر کند، بلکه باید از قواعد منطبق با آن استفاده کرد و یا به قاعده‌آفرینی روی آورد. نمی‌توان با ماهیت فعلی کنوانسیون انتظار حل منازعات این‌چنینی را داشت. شاید استفاده از ماده ۱۴ در باب تبعیض تفسیر مناسب‌تری باشد، زیرا هرچند آسیب وارد شده را نمی‌توان انکار کرد، اما شخص در اقلیت زبانی قرار داشته و صرفاً با یک وضعیت تبعیض‌آمیز روبه‌رو است» (18052/11, UCHR, 2015, Para 60).

به‌طور معمول در تفسیر برای پاسخ به موضوعی خاص از حرکت قیاسی استفاده می‌شود که با بهره‌مندی از یک قاعده کلی ممکن است. در این مسیر باید به نحوی عمل کرد که موضوع خاص و جزئی در حیطه و دامنه قاعده کلی گنجانده شود و قاعده تاب چنین تفسیری را داشته باشد (کیوانفر،

۱. در روان‌شناسی، اتحاد درمانی معنادار که از ایجاد ارتباط مناسب بین بیمار و روان‌شناس شکل می‌گیرد، یکی از مسائل مهم در درمان است. این مسئله در بخش حق بر درمان اشاره خواهد شد.

2. Nussberger

۱۳۹۹: ۱۱۱)؛ اما نظام‌های حقوقی دربردارنده اصولی هستند که می‌تواند از قاعده فراتر رود (جعفری‌تبار، ۱۳۸۳: ۱۹۷). به‌نظر می‌رسد استدلال قاضی ناسبرگ بر انتقاد از اصولی است که قواعد را دستخوش تغییر می‌کند. هرچند این روش ممکن است درعمل به رویه‌های مناسب منجر شود، اما نیاز به قاعده متناظر را برطرف نمی‌کند و پیامد تفسیر این‌چنینی از مواد ۳ و ۵ قابل توجه است.

بهبود یافتن بیمار نیازمند به‌گذراندن دوره درمان و ایجاد مانع برای دریافت درمان، رفتاری غیرانسانی و تحقیرآمیز است؛ در پرونده استرازمیری علیه دولت آلبانی (34602/16, UCHR, 2020) و همچنین دیکابو علیه دولت آلبانی (41153/06, UCHR, 2007) نیز بستری اجباری و عدم دریافت درمان مناسب و کافی از نظر دادگاه اروپایی وضعیتی بود که موجب بدتر شدن شرایط زندگی آنان شد و نیازمند جبران خسارت بود.

روی دیگر حق بر درمان، امکان امتناع از آن است که به رضایت آگاهانه و اراده فرد گره می‌خورد. در تمامی سیستم‌های حقوقی مشروعیت اقدامات پزشکی و درمانی مشروط به رضایت آگاهانه بیمار است (آجری آیسک و محمدمحسینی، ۱۳۹۹: ۲). صحت یافتن از بیماری خواست دیرینه بیماران است، اما اگر کسی آن را نخواهد آیا می‌توان به اجبار به او لباس عافیت پوشاند؟ پرسشی که در پرونده رنی علیه کلین (SCUS, 1978) در دیوان عالی ایالات متحده بررسی می‌شود. خواهان پرونده، جان رنی ۳۸ ساله، خلبان سابق و مربی پرواز که در بیمارستان آنکورا در نیوجرسی بستری بود، این دعوا را مطرح کرد. او از اسکیزوفرنی پارانوئید و افسردگی - شیدایی رنج می‌برد و دچار توهمات مذهبی مداوم (فکر می‌کرد مسیح است) و ایده‌های خودکشی بود. پس از تشخیص بیماری، درمان او با داروهای روان‌گردان آغاز شد، اما شیوه‌های درمان او را مورد آسیب قرار داد؛ لذا در دادگاه منطقه شکایتی مبنی بر تزریق اجباری داروهای روان‌گردان مطرح کرد.

مبنای این شکایت، به وضعیت ناپایدار خواهان بازمی‌گشت که برای جلوگیری از آسیب‌رسانی به سایر بیماران و کادر درمان، داروهایی با دوز قوی دریافت می‌کرد. نظر پزشکان در دادگاه بر مبنای اثربخشی دارو و نیاز بیمار به آن بود. در اولین دادخواهی، قاضی برای ایجاد مصالحه درخواست داشت که تزریق دارو به حداقل کاهش یابد، اما روان‌پزشکان آن را کافی نمی‌دانستند. پس از به‌نتیجه نرسیدن موضوع در دادگاه منطقه، شکایت او در دیوان عالی مطرح شد. دادگاه در رأی اولیه حق امتناع از دریافت دارو خلاف میل او جز در موارد اضطراری را پذیرفت. استدلال دادگاه برای این حکم بر اساس حریم خصوصی افراد استوار بود که به اندازه‌ای گسترده است که شامل «حق محافظت از فرایندهای ذهنی فرد در برابر مداخله دولت» نیز می‌شود.

نظر قضات بر این بود که عدم قطعیت تشخیص‌های روان‌پزشکی باعث می‌شود «به‌جای موکول کردن به تصمیم پزشکان، تصمیم نهایی را به بیمار واگذار کنیم» (SCUS, 1978, Para 30). از نظر دادگاه، منفعت بالقوه دریافت دارو در مقابل خطرهای امتناع از دریافت آن تصمیمی شخصی است که اگر منفعت جامعه را تحت تأثیر قرار ندهد، می‌تواند بدون اجبار پذیرفته شود؛ هرچند حق امتناع از درمان به‌طور مطلق قابل تفسیر

نیست و سایر بیماران در بیمارستان از حق محافظت شدن در برابر آسیب بیمار مهاجمی مانند رنی برخوردار هستند. به این ترتیب، دیوان عالی با پذیرش حق بر امتناع از درمان بیماران، رویه‌ای بر این مبنا شکل داد. این دیوان اصل کمترین محدودیت جایگزین^۱ را در زمینه مصرف دارو مؤثر می‌دانست و به روان‌پزشکان توصیه می‌کرد که داروهای کمتر محدودکننده را باید قبل از داروهای که تأثیر بیشتری بر بیمار دارند، آزمایش کنند. نتیجه پرونده رنی ایجاد سازوکاری معقول برای برخورد با بیمارانی بود که از درمان خودداری می‌کردند. این رأی به افزایش مذاکرات بین بیمار و روان‌پزشک انجامید و روان‌پزشکان برای سازگار کردن بیمار با روند درمان آمادگی بیشتری یافتند. هرچند پرونده رنی آغازی بر تحول برخورد نسبت به قضاوت در زمینه بیماران روانی بود، اما نتوانست تأثیر مناسبی بر وضعیت خود او بگذارد (Brooks, 1991: 21). چراکه با بدتر شدن وضعیت روانی رنی، روان‌پزشکان با مراجعه به دادگاه تقاضای اجبار برای دریافت دارو را داشتند و در نهایت نیز با تشخیص خطر برای سلامتی او مصرف دارو تجویز شد (Grob, 2008: 91).

امتناع از درمان به‌طور مشابه در پرونده‌ای در دادگاه سلامت روان بریتانیا نیز شکل گرفت که خواهان پرونده، رجینا، مدعی عدم رضایت به تزریق داروی ضد روان‌پریشی بود؛ هرچند روان‌پزشکان این امر را برای سلامت او ضروری می‌دانستند و طبق قانون سلامت روان نیز چنین اختیاری به آنان داده شده بود (CA 22, 2001). در پرونده رجینا علیه پزشکان، دفاعیات خواندگان مبنی بر ضرورت پزشکی و نفع خود بیمار بود. پزشکان به شواهد روان‌پریشی او که آن دسته از اختلالات روانی جدی است که فرد در آن، ارتباط خود با واقعیات را از دست داده، استناد می‌کردند و مدعی نیاز مبرم بیمار به دریافت داروی تزریقی بودند؛ بنابراین آنها به این پرسش که آیا درمان با این شیوه مجاز است یا نه، بنابه ضرورت حفظ سلامت بیمار پاسخ مثبت دادند. پزشکان خواهان مدعی عدم ظرفیت ذهنی^۲ او برای ابراز رضایت و تصمیم بودند و درک او از ماهیت و تأثیرات احتمالی درمان را انکار کردند. پزشکان همچنین برای نشان دادن رضایت مناسب که بتواند در روند درمان استناد شود، سه مسئله را از هم تفکیک کردند:

۱- توانایی بیمار برای دریافت و حفاظت از اطلاعاتی که در روند درمان ضرورت دارد؛

۲- توانایی بیمار بر درک و باور به تأثیرگذاری درمان؛

۳- توانایی بیمار بر سنجش وضعیت خود در صورت عدم دریافت درمان.

۱. اصل «کمترین محدودیت جایگزین» اساس اصول سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۱ برای حمایت از افراد مبتلا به بیماری روانی و بهبود مراقبت‌های بهداشت روانی را تشکیل می‌دهد و زیربنای سیاست، قوانین و عملکرد سلامت روان است که بر اعمالی که کمترین میزان سلب آزادی افراد را ممکن کند، تأکید دارند.

۲. عدم ظرفیت ذهنی، به عدم آگاهی فرد برای ادراک وضعیت و تصمیمات منطقی نسبت به مسائل خود اشاره دارد.

خواندگان بر اساس سه مسئله مطرح شده، ادعا کردند که خواهان به بهبودی و روند درمان اعتقادی ندارد و در چنین شرایطی نمی‌توان انتظار داشت که ضرورت درمان را بپذیرد و به آن احترام بگذارد. اطلاعات مرتبط به درمان نیز تأثیری در پذیرش او ایجاد نمی‌کند. همچنین ظرفیت ذهنی او را در نوسان تشخیص دادند و انتظار رفتار پایدار از چنین شخصی را غیرممکن می‌دانستند (CA 22, 2001).

در پی دفاعیات پزشکان و پرسش از اینکه آیا با وجود عدم رضایت و شرایط او می‌توان درمان را به او تحمیل کرد، دو بحث را مطرح کردند؛ مورد اول، حالت بیماری است که رضایت خود را برای درمان اعمال نمی‌کند و حالت دوم، وضعیتی است که شخص رضایت به درمان ندارد و اصلاً قادر به ابراز رضایت نیست. با توجه به پرونده پیش رو، دادگاه وضعیت بیمار را ناظر بر مورد دوم دانست و شرایط او را مناسب ابراز رضایت احراز نکرد.

دادگاه پس از استماع دفاعیات طرفین، به قاعده سنجش بهترین منفعت^۱ مندرج در قانون ظرفیت ذهنی^۲ استناد کرد. این قاعده ادعان می‌دارد تصمیمی که به نیابت از بیمار روانی اتخاذ می‌شود باید منفعت او را تأمین کند. در این قاعده آمده است باید از تبعیض پرهیز گردد و به بیمار فرصت تصمیم‌گیری داده شود، به‌جز در شرایط اضطراری (Taylor, 2016: 13).

دادگاه با بررسی وضعیت پرونده به این نتیجه رسید که با انجام درمان بدون رضایت، احتمال دارد بیماری او کاهش یابد. همه بر این مسئله متفق‌القول بودند که درمانی با محدودیت‌های کمتر وجود ندارد و در صورت عدم درمان، وضعیت سلامتی او با خطرهای جدی روبه‌رو خواهد بود. با این تفسیر که علم پزشکی درمان را برای حفظ سلامت جسمی و روانی - به‌خصوص اشخاصی که قادر به تصمیم‌گیری نیستند، ضروری می‌داند. درمان بدون رضایت با رویکرد توان‌بخشی و بهبود وضعیت بیمار، مجاز است. دادگاه در نهایت، حق امتناع خواهان از درمان را نپذیرفت و عدم پذیرش این حق را معلول عدم توانایی او برای تصمیم‌گیری اعلام کرد. از نظر دادگاه، سنجش منفعت بیمار و هدایت او به سوی سلامتی وظیفه پزشکان است که به آن عمل کرده‌اند و آزادی‌هایی که برای سلامت و تمامیت جسمانی بیماران مضر باشد، حق محسوب نمی‌شود.

به‌نظر می‌رسد برای انواع درمان‌های روان‌شناختی، داشتن یک فرایند معنادار گفتگو بین درمانگر و بیمار که به تصمیم‌گیری متقابل منجر می‌شود، ارزش درمانی بسیاری دارد. چنین فرایندی سبب افزایش ارتباطات در رابطه درمانی و کیفیت تصمیم‌گیری بالینی، تقویت اعتماد و اطمینان بیمار به درمانگر، تسهیل نگرش‌های مثبت در بیمار می‌شود که نقش مهمی در موفقیت درمان ایفا می‌کند (نصر اصفهانی

1. Best interest test

2. "Mental Capacity Act" (2005).

و همکاران، ۱۳۸۷: ۸). در پرونده رومن علیه دولت بلژیک^۱، گمانه‌زنی به خلاف این واقعیت پدیدار گشت که فقدان رویه متناسب با اصول درمان در دادگاه اروپایی حقوق بشر را نمودار می‌سازد. آنچه در این بین مسلم است، ارزش روان‌شناختی انتخاب و مسئله رضایت در درمان است. رضایت بر درمان دو نتیجه دارد؛ نخست آنکه فرد نقشی آگاهانه بر بهبود وضعیت خود ایفا می‌کند. این مسئله تنها در صورتی که فرد توانایی تصمیم‌گیری و آگاهی نسبت به وضعیت خود ندارد، می‌تواند نادیده گرفته شود که قوانین سلامت روان می‌توانند به حدود این مسئله ورود کنند. دوم، امکان امتناع از درمان برای فرد را فراهم می‌سازد و طرح آن هرچند نشان‌دهنده بی‌زاری از عوارض جانبی نامطلوب داروهای روان‌گردان و تلاش برای حذف رفتارهای قیم‌مآبانه بود (Grob, 2008: 91)، در نهایت اثر مطلوبی برجای نگذاشت، اما پریشی اساسی در زمینه حق بر درمان بیماران روان را پاسخ داد.

حق امتناع از درمان، به‌جای درمان ناامیدکننده، امکان توان‌بخشی موفق را افزایش می‌دهد و با نظارت بر فرایندهای آن، به درمان ضروری برای بیمار با حداقل محرومیت از آزادی اکتفا می‌کند. در واقع، حق امتناع از درمان شرط ضروری برای یک اتحاد درمانی معنادار^۲ است و بنابه نظریه روان‌شناختی، حمایت قابل توجهی برای به‌رسمیت شناختن حق امتناع از درمان و اجرای مؤثر آن ارائه می‌دهد (Winick, 1994: 110). پس از بازیابی آزادی و درمان بیماران روان می‌توان از بُعد سلبی - رفع موانع - عبور کرد و به بُعد ایجابی آن، همچون حق بر ارتقا و ضرورت زیست در زندگی محیط سالم، پرداخت.

۵. حق بر ارتقا

گنم‌ترین بخش در پرونده‌های سلامت روان، مسئله مرتبط با ارتقا است که در دادخواهی‌های مربوط به سلامت روان، افراد به‌ندرت تضييع آن را جزئی از حقوق از دست‌رفته خود برمی‌شمارند. ارتقای سلامت، زمینه‌ای است که از سوی جنبشی بین‌المللی که خواستار تغییر در شیوه دستیابی و حفظ سلامتی جوامع برای همه افراد بودند، ایجاد شد (Vikiki, 2009: 32). از نظر سازمان جهانی بهداشت ارتقای سلامت یعنی «حالتی از رفاه که در آن فرد توانایی‌های خود را درک می‌کند، می‌تواند با استرس‌های عادی زندگی کنار بیاید، کار مولد و ثمربخش داشته باشد و به جامعه خود کمک کند و به کیفیت سطح زندگی افراد نظر دارد (Cattan & Tilford, 2006: 77).

پرونده خانم/ان (19 012 290 a, NHS Foundation, 2017) که در آمبودزمان مراقبت اجتماعی

۱. لازم به یادآوری است که دولت بلژیک در اختیار گرفتن یک روان‌شناس آشنا به زبان بیمار را برای درمان او ضروری نمی‌دانست.
 ۲. اتحاد درمانی، مهم‌ترین متغیر در پیش‌بینی پیامد درمان است که به شکل‌گیری درک مشترک بین درمانگر و بیمار منتهی می‌شود و فرایند درمان را با موفقیت بیشتری روبه‌رو می‌کند.

بریتانیا مبنی بر شکایت خواهان از دولت به دلیل عدم تأمین مالی در مدت بستری پدرش در مرکز نگهداری بیماران روان و مراقبت‌های پس از درمان مطرح شد، از جمله پرونده‌های مرتبط با حق بر ارتقا است. او در شکایت خود بر این مسئله تأکید کرد که علاوه بر پیامدهای مالی، این امر بر سلامت جسمی و روانی مادرش تأثیر گذاشته و اضطراب زیادی به او وارد کرده است. این اضطراب‌ها به دلیل پرداخت صورتحساب‌های موجود بوده و باعث شده است او از خود مراقبت کافی به عمل نیاورد و عدم مراقبت از خود سبب بستری فوری و اورژانسی او شد. همین مسئله در کنار اضطراب ناشی از فرصت ازدست‌رفته درمان همسرش و عدم برقراری ارتباط با او به وخامت وضعیت او منجر شد و این موضوع برای کل خانواده ناراحت‌کننده بود (19 012 290 a, NHS Foundation, 2017, Para 12).

ادعاهای خانم/ین بر اساس قانون سلامت روان ۱۹۸۳ انگلستان مطرح شده است که در آن پرداخت هزینه‌های درمان در زمان بستری اجباری و تأمین بودجه مراقبت‌های پس از درمان را به‌عهده دولت می‌گذارد. از همین روی، با اذعان به تقصیر مسئولان ذی‌صلاح، خواهان تقاضای دریافت خسارت برای جبران ضررهای مادی و معنوی واردشده را داشته است.

آمبودزمان پس از دریافت شکایت از خواهان، با تطبیق قانون سلامت روان و اقدامات مسئولان بیمارستان بیان داشت: بیماران روانی که امنیت خود یا دیگران را به خطر بیندازند، در بیمارستان بستری و تحت درمان قرار می‌گیرند. پس از این مرحله نیز امکان درمان در کنار خانواده (دستور درمان اجتماعی) با احراز شرایط فراهم می‌شود. ولی در این پرونده هیچ حمایتی از بیمار به‌عنوان مراقبت‌های پس از درمان انجام نشده است. این وضعیت به دلیل عدم رعایت اصول قانونی از سوی بیمارستان نبوده، بلکه ناشی از عدم اطلاع‌رسانی دقیق به بیمار پس از ترخیص از بیمارستان رخ داده است (19 012 290 a, NHS Foundation, 2017, Para 19). پذیرش چنین حقی برای خواهان از سوی آمبودزمان در سطحی فراتر از صرف حق بر آزادی یا درمان و ناظر بر ارتقا است و به سطح کیفیت زندگی افراد نظر دارد که در آرای دادگاه اروپایی حقوق بشر و دیوان عالی ایالات متحده آمریکا یافت نمی‌شود (Kelly, 2007: 208).

نهاد آمبودزمان پس از احراز سوء مدیریت و شکست سیستم خدمات‌رسانی که باعث وارد آمدن سختی و رنج به خواهان شده، راه حل و توصیه‌هایی شامل درخواست از سازمان واردکننده خسارت برای عذرخواهی یا پرداخت غرامت مالی ارائه کرده است. بیمارستان نیز پس از پذیرش اشتباه خود در اطلاع‌رسانی، با عذرخواهی از خواهان و برای همدردی، حاضر به قبول هزینه‌های درمان شد (19 012 290 a, NHS Foundation, 2017) وجود قانون سلامت روان و دادگاه‌های مستقل، ورود ماهوی به مسائل جزئی و انطباق شرایط تأمین حقوق افراد با واقعیت را فراهم می‌سازد.

۶. نتیجه‌گیری

در این پژوهش، عزم نگارندگان بر ترسیم نظام مطلوب حمایت از حق بر سلامت روان در پرتو آرای مرتبط با آن استوار بود. گستره‌ی حق‌های برگرفته از آرا که محورهای اصلی حق بر سلامت روان را تشکیل می‌دهد، شامل سه دسته کلی حق بر آزادی، درمان و ارتقا است. حق بر آزادی، در شرایط بستری اجباری نمود پیدا می‌کند؛ حق بر درمان، رضایت و امتناع را در درمان اجباری مد نظر قرار می‌دهد؛ و حق بر ارتقای سلامت روان که به پیشگیری از ابتلا به اختلالات روان، بهبود کیفیت زندگی افراد و حمایت از حقوق و آزادی‌های برابر با سایر افراد می‌انجامد.

در پی بررسی آرای حق بر سلامت روان، باید اذعان داشت که هر نزاعی با مقتضیات خاص خود مطرح می‌شود و اگر در رسیدگی قاعده‌ی خاص سلامت روان موجود نباشد، دو راه پیش پای قضات نهاده می‌شود؛ اول آنکه به بهانه قرار نداشتن موضوع در قوانین و منابع حقوقی مستقیم، از دادرسی امتناع کنند، و دیگر آنکه دادخواهی را با تفاسیری غایت‌مدارانه به فرجام رسانند. در راهکار اخیر، گاه دور شدن از قاعده‌ی اولیه به قدری شدید است که قاعده‌ی ثانویه‌ای شکل می‌گیرد. می‌توان آرای دادگاه اروپایی حقوق بشر و قسمتی از آرای دیوان عالی ایالات متحده آمریکا را از این جرگه به حساب آورد. در این میان راه حل سوم آن است که برای حق موجود، قاعده‌ی آفرینی صورت گیرد. رویکرد دادگاه‌های سلامت روان انگلستان به پشتوانه‌ی قواعد منسجم در این حوزه و پیش‌بینی نهادهای قضایی و شبه قضایی، دادخواهی از هر نوع بی‌عدالتی را ممکن می‌کند. این قاعده‌ی آفرینی دو آرمان را در خود زنده می‌کند؛ نخست آنکه موجبات رجوع به دادخواهی با وجود قواعد نظارتی به صورت پیشینی کاهش می‌یابد و از امکان احقاق حق حمایت می‌شود. دوم آنکه به هنگام نقض حق و رجوع به دادگاه، دادرسی به شیوه‌ای منسجم‌تر به سامان می‌رسد.

هنگامی که ناکارآمدی قوای مقننه و مجریه در تنظیم و انجام تعهدات خود گسترش یابد، هجوم دادخواهی به سمت دستگاه دادگستری به درجه‌ی بحرانی می‌رسد. در نبود قاعده‌ای الزام‌آور، دستگاه قضا که مرجع پذیرش تظلمات است، بسته به برداشت خود از اخلاق و عدالت، به حل مسئله روی می‌آورد؛ مسئله‌ای که در دادگاه اروپایی حقوق بشر به وقوع می‌پیوندد از این سنخ است. دیوان عالی ایالات متحده آمریکا بسته به رویکرد اتخاذی خود می‌تواند به رعایت حق‌ها و آزادی‌های افراد بپردازد. در مقابل، دادگاه سلامت روان بریتانیا با توسل به قاعده‌ی معیار می‌تواند حمایت از حقوق و آزادی‌های افراد را به شیوه‌ای مؤثرتر تأمین کند. گذر از تأمین حق بر آزادی و درمان و ورود بر حق بر ارتقای سلامت روان می‌تواند سرآغازی بر بُعد ایجابی این حق باشد.

منابع

الف) فارسی

۱. آجری آیسک، عاطفه و محمدمحسنی، صدیقه (۱۴۰۰). مطالعه تطبیقی مسئولیت مدنی پزشک در برابر اشخاص غیربیمار در حقوق ایران و امریکا. نشریه مطالعات حقوق تطبیقی، ۱۲(۱)، ۲۱-۱.
۲. آل کجباف، حسین (۱۳۹۲). مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر. حقوق پزشکی، ۷(۲۴)، ۱۷۰-۱۳۹.
۳. جعفری تبار، حسن (۱۳۸۳). مبانی فلسفی تفسیر حقوقی. چاپ اول، تهران: سهامی.
۴. جلالی، محمد و سودبر، سوگل (۱۳۹۹). تأثیر دیوان اروپایی حقوق بشر در نظام حقوق داخلی دولت‌های اروپایی. مطالعات حقوق تطبیقی، ۱۱(۱)، ۷۹-۵۹.
۵. حاتمی، حسین؛ رضوی، منصور؛ افتخار اردبیلی، حسن (۱۳۹۸). کتاب جامع بهداشت عمومی. جلد سوم تهران: انتشارات ارجمند.
۶. حاجی ملا، هیوا (۱۳۹۹). دادرسی پذیری حق بر سلامت و سازکارهای جبرانی آن. پایان‌نامه برای اخذ درجه دکتری حقوق بین‌الملل، دانشگاه شهید بهشتی.
۷. سیفی، سید جمال و حاجی ملا، هیوا (۱۳۹۸). رهیافت‌های حاکم بر دادرسی‌پذیری حق بر سلامت در نظام‌های منطقه‌ای حقوق بشر. مطالعات حقوقی، ۱۱ (۴)، ۱۹۴-۱۶۵.
۸. صدوقی، مجید و تمنایی‌فر، محمدرضا (۱۳۸۹). روانشناسی سلامت. اصفهان: جهاد دانشگاهی.
۹. کیوانفر، شهرام (۱۳۹۹). مبانی فلسفی تفسیر قانون. چاپ دوم، تهران: سهامی انتشار.
۱۰. نصر اصفهانی، مهدی و عطاری مقدم، جعفر (۱۳۸۷). بستری و درمان اجباری: نگاهی به قوانین بهداشت روان. نشریه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۵۲(۱)، ۱۶-۴.
۱۱. هفت جواهریان، محمد (۱۳۹۸). چالش‌های حق بر سلامت در ایران در پرتوی هدف سوم توسعه پایدار. پایان‌نامه برای اخذ کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل عمومی، دانشگاه شهید بهشتی.

ب) انگلیسی

1. Agus, Deborah and Krestin E. Schneider (2012). *public mental health*, edited by William W.Eaton, 1th edition New York: oxford university press.
2. Ajori Aysak, Atefeh, Mohammad hasani, Sedigheh (2021). A Comparative Study of Physicians Civil Liability to Non-Patients in Iran and U.S.A, number 1. Volume 12, *Comparative Law Review*: 1-21
3. Al Kajbaf, Hossein (2012). The concept and position of the right to health in international human rights documents. *medical law*, , vol. 7, (24): 139-170 (In persian).
4. Bartlett Peter, Oliver Lewis, and Oliver Thorold (2007). Mental Disability and the European Convention on Human Rights. *International Studies in Human Rights*.
5. Brooks William M. (1991). A Comparison of a Mentally Ill Individual's Right to Refuse Medication Under the United States and the New York State Constitutions. *Touro Law*

Review.

6. CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable. (Geneva: world health organization, 2000)
7. Government of the United Kingdom, An Act to consolidate the law relating to mentally disordered people (1983).
8. Case of *Baxstrom v. Herold* 383 U.S. 107 (Supreme Court of the United States 1966).
9. Case of *Claes v Belgium* application no. 43418/09 (The European Court of Human Rights 2013).
10. Case of *De donder and de clippel v. Belgium* application no. 8595/06 (European Court of Human Rights 2011).
11. Case of *Dybeku v. Albania* application no. 41153/06 (European Court of Human Rights 2007)
12. Case of *ILNSEHER v. Germany* application nos. 10211/12 and 27505/14 (European Court of Human Rights 2018).
13. Case of *Jones vs: US* 463 U/S/ 354 (US Supreme Court 1983).
14. Case of *Renni vs. Klein* 462 F 1131(US Supreme Court 1978).
15. Case of *Ruiz Rivera v. Switzerland* (application no. 8300/06) (European Court of Human Rights 2014).
16. Case of *Strazimiri v. Albania* application no. 34602/16 (European Court of Human Rights 2020).
17. Case No: C1/2005/2080 *R (B) v Dr SS* [2006] EWCA Civ 28 (England & Wales Court of Appeal (Civil Division) 2006).
18. Case of *Regina (Wilkinson) v Broadmoor Special Hospital and Others*: CA 22 Oct 2001 (2001).
19. Case of *Tees Esk , Wear Valleys NHS Foundation Trust* (19 012 290a) (2017).
20. Case of *Saadi v. United Kingdom*, no. 13229/03, 29 January 2008
21. Cattan, Mima and Sylvia Tilford (2006). *Mental Health Promotion a Life* Approach open university press.
22. Gerald N. Grob (2008) Mental health policy in the liberal state: The example of the United States. *Law and psychiatry* 31,no. 1 : 89-100.
23. Glaessner PO (1981) "Due process in the 'voluntary' civil commitment of juvenile wards," *J Leg Med.*,
24. Haft Javaherian, Mohammad (2018). *Challenges of the right to health in Iran in the light of the third goal of sustainable development*. Master's Thesis of Public International Law, Tehran, Shahid Beheshti University ([In persian](#)).
25. Haji Molla, Hiva (2019). *Jurisdiction of the right to health and its compensatory mechanisms*. Ph.D. thesis of international law, Shahid Beheshti University ([In persian](#)).
26. Hatami, Hossein, Razavi, Mansour, and Efeckhar Ardabili, Hassan (2018). *Comprehensive book of public health*. The third volume, Tehran: Arjmand Publications ([In persian](#)).
27. Jafari Tabar, Hassan (1383). *Philosophical foundations of legal interpretation*, first edition, Tehran: Sahami Publishing ([In persian](#)).
28. Jalali, Mohammad, Soodbar, Sogol(2020). The Impact of European Court of Human Rights on National Legal Order, number 1, volume 11, *Comparative Law Review*: 59-79 ([In persian](#)).

29. Jeffrey Cohen (2007). *Understanding Treatment Without Consent*, 1th edition (London: Routledge).
30. Kelly, Bernard, (2015). *dignity, mental health and human rights coercion and the law*, England: Ashgate.
31. Kiyvanfar, Shahram (2019). *Philosophical foundations of legal interpretation*, second edition, Tehran: Sahami Publishing (In persian).
32. L.A Fond, John Q. and Mary L. Durham (1992). *Back to Asylum the future of mental health law and policy in the United States*, oxford university press.
33. Nasr Esafhani, Mehdi, Attari Moghadam, Jafar (1387). Compulsory hospitalization and treatment: a look at mental health laws, No. 52, *Iran Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*: 16-4 (In persian).
34. Ochberg Frank M. and Bertram S. Brown (1974). Mental Health and the Law: Partners in Advancing Human Rights, *University of Pennsylvania Law Review* 123, no. 2: 491–508
35. Sadouqi, Majid, Tamannai Far, Mohammad Reza (2009). *Health Psychology*, Isfahan: Jahad daneshgahi publication
36. Seifi, Seyyed Jamal, Haji Mollah, Hiva (2018). Approaches governing the legality of the right to health in regional human rights systems, *legal studies*, number 4: 165-194 (In persian).
37. Taylo Helen J. (2016). What are best interest? a critical evaluation of best interest decision-making in clinical practice, *Med law rev*.
38. The world health report: mental health new understanding, new hope (2001). Geneva: world health organization.
39. Winick, B. J. (1994). the right to refuse mental health treatment: a therapeutic jurisprudence anyalysis. DOI: 10.1016/0160-2527(94)90039-6