
ETHICAL PRINCIPLES AND APPROACHES TO COMMUNICATING WITH MENTALLY ILL PATIENTS

Vanina Mihaylova

Department of Healthcare Management, Faculty of Public Health, Medical University Plovdiv;

Department of Kinesitherapy, Faculty of Public Health, Medical University Sofia;

vanina_delfi@abv.bg

Iglika Kazandjieva

Director of the Complex for social and Health Services “Saint Petka”, Plovdiv, Bulgaria

Adolf Alakidi

Medical University Sofia, Bulgaria

Mariana Liochkova

Department of Healthcare Management, Faculty of Public Health, Medical University Plovdiv

Abstract: Based on a brief analytical overview of the classical models of doctor-patient relationship and self-monitoring, there are some specifics in the approach to ill patient in psychiatric practice. It is pointed out that the principle of individualization - in the awareness of the disease and the therapy becomes particularly important. The working therapeutic union between a doctor / psychologist and a patient occupies a priority function. The high value of confidential information and strict adherence to medical secrecy are irreplaceable elements in this process. At the same time, from the standpoint of legislation, the application of coercive medication should not be neglected. The predominant role of prevention of suicidal intent and suicide in psychiatric patients with various diagnosis is particularly important.

Keywords: models of doctor patient relationships, therapeutic union, confidential information, coercive medication

ЕТИЧНИ ПРИНЦИПИ И ПОДХОДИ ПРИ ОБЩУВАНЕ С ПСИХИЧНО БОЛНИ

Vanina Mihaylova

Department of Healthcare Management, Faculty of Public Health, Medical University Plovdiv;

Department of Kinesitherapy, Faculty of Public Health, Medical University Sofia;

vanina_delfi@abv.bg

Iglika Kazandjieva

Director of the Complex for social and Health Services “Saint Petka”, Plovdiv, Bulgaria

Adolf Alakidi

Medical University Sofia, Bulgaria

Mariana Liochkova

Department of Healthcare Management, Faculty of Public Health, Medical University Plovdiv

Резюме. Въз основа на кратък аналитичен преглед на класическите модели на взаимоотношение лекар-пациент и собствено наблюдение се открояват някои специфики в подхода към болни в психиатричната практика. Изтъква се, че принципът на индивидуализацията при осведомяването за болестта и терапията придобива особено голямо значение. Работният терапевтичен съюз между лекар/психолог-пациент заема приоритетна функция. Високата стойност на поверителната информация и стриктното спазване на медицинската тайна са неотменими елементи в този процес. Същевременно не следва да се ниглежира, от позиция на законодателството, прилагането при необходимост на принудителна медикация. Обособена е водещата роля на превенция на суицидните намерения и сполучливите суициди при психиатрични пациенти с различни диагнози.

Ключови думи: модели на взаимоотношение лекар-пациент, терапевтичен съюз, поверителна информация, принудителна медикация.

*Както добрият хирург сондира раната само в краен случай,
така и добрият психиатър се допира до душевната
рана
на болния само във връзка с изследването му.*

П. Ковалевски

ВЪВЕДЕНИЕ

Място на психиатрията сред другите медицински специалности. Докато при общопрактикуващия лекар, интерниста или хирурга пациентите идват, когато са болни или се нуждаят от медицинска помощ, при психиатъра, освен тези пациенти, пристигат и много други, които не идват по собствено желание, а са принудени за това от своето семейство или обществото. Тази принудителност поставя психиатрията като специалност в по-особена роля. Лечението на подобни пациенти в такива случаи не се изисква единствено за тяхно добро, а се обуславя от необходимостта за защита на обществото от агресивната им активност. Така пешеходците са застрашени, медикаменти могат да попаднат в ръцете на деца. Съществува несигурност и риск и спрямо по-нататъшното протичане на заболяването. Лечението би могло да се осъществи и толерира под натиска на ситуацията и като доброволно, но при персистиране на състоянието на напрегнатост нерядко се налага и като принудително. Законодателят се интересува не толкова от лечебния процес, а от опасността за околните или самия пациент. В тази връзка P. Lehmann (2014) отбелязва, че съвременната наука, вкл. медицината има „мащенско” (*schiefmütterlich*) отношение към психиатрията; преобладават дискусиите от правен характер и критика на мерките от интервенционен порядък.

Цел на настоящата работа се явява, на базата на аналитичен литературен обзор и съпоставка, да се изведат и систематизират основните етико-психологични характеристики в психиатричната дейност.

Установяването на необходимия **междудличностен контакт** на психиатъра с болния е отправен момент към поставянето на диагнозата и начало на процес на лечение, белязани от търсещ творчески характер. Изграденото върху специфично чувство на доверие взаимоотношение включва компонентите: правото на **самоопределение** на пациента (в редица случаи напълно до известна степен), и **професионалното задължение** за оказване на помощ от страна на лекаря. Класическите форми на общуване лекар-пациент в медицината в етико-психологичен план са проявени като: активност-пасивност; водене-кооперация; партньорство (Зас, Кноф и Холандер, по М. Лъчкова, 1999), отличаващи се с качествата **безкористност, универсализъм, афективна неутралност, функционална специфичност** (Т. Парсонс, 1968)[22].

Стъпвайки на съвременната позиция за медико-психологически модели на взаимоотношение лекар-пациент, свеждащи се основно до **патернализъм, автономност, партньорство, договорен-, бизнес-, превантивен-модели, и пациентът като член на медицинския екип**[1,2,3,5], съпроводени с положителни и слаби страни, и при съпоставяне с подхода към болните в **психиатричната практика**, дава основание да се открият определени **специфики**. Принципът на **индивидуализация** при осведомяването за болестта и терапията тук придобива особено голямо значение. В дълг на психиатъра се вмества и издига в култ импулсът за **психохигиенен** подход към болния. Имайки предвид изразената му чувствителност към несправедливостта, ограниченото му доверие и странене от лица, в които съзира преструвка, медикът всячески следва да избягва укриване на истината, измамата, лъжата, хитростта. Въпреки нерядкото съпътствие на патерналистичния модел в **слабия му вариант** (лекарят сам взема най-доброто решение, поради състояния на болния, които не му позволяват да направи най-разумния избор), той трябва да бъде освободен от всякакъв намек и елементи на снизхождение. Пациентът следва да вижда в своя лечител себеподобен, и лекарят му **внушава** тази позиция – необходима предпоставка за безрезервно доверие[18].

Както при всички останали пациенти, и при психично болните се изисква, освен информирането за болестта, изследванията и лечението, и свързаните с това рискове и опасности, така и при повечето пациенти **съгласието** за това. Нещо повече, дори при насилствено задържаните пациенти нерядко е осъществимо лечение без оказване на принуда.

В миналото взаимоотношението лекар-пациент се изгражда върху **патриархално-йерархична връзка**. Под влияние на психотерапията настъпва трансформация – взаимоотношението прераства в **работен терапевтичен съюз** между лекаря и пациента, който се изгражда върху активното съдействие на пациента. Често се пристъпва към т.нар. **договорен модел**, при който са регламентирани правата и задълженията на двете страни. Посочени са ангажиментите, разпределени са ролята за всеки етап от лечението; чрез изпълнение и неизпълнение на ангажиментите, лекарят и пациентът са пряко отговорни за резултата от лечението. Използва се често при наркоманиите и лечение на други зависимости.

При тези пациенти личните нужди и потребности са централен проблем. Психиатърът следва да е в състояние, при различни личности и болестни състояния, да оцени собствената си роля като въздействие и противодействие спрямо пациента. Успехът често почива върху интензивно, и недотам лично, а премерено дистанцирано взаимоотношение лекар-пациент. Това взаимоотношение се повлиява благоприятно от емпатията, от представите и фантазията на лекаря, който може да се настрои в ролята на съответния пациент; чрез този способ е в състояние (в редица случаи) да наложи своята позиция на основание на биографично-динамичния фон на пациента [7,20,24]. Силната власт над болния често въздейства положително, като етичният момент тук играе основна роля.

Определящ етичен принцип в психиатричната дейност се явява **респектът** пред **самоопределението** и автономността, както и действия, насочени към **здравното благополучие** на пациента. Водещи са критериите за валидно информирано съгласие: без принуда; информиран пациент; компетентен пациент. Установени са минималните стандарти за самоопределение: осмисляне на получената информация (дори при частично нарушени когнитивни процеси); разпознаване на определена ситуация и оценка на последствията от нея; способност за вземане на решение и неговото изразяване.

При определяне обсега на действие на психиатъра спрямо тежко болен, лишен временно или трайно, от способността да се самоопределя, медиците в психиатрията се озовават в тежка дилемна етична ситуация. Лекарят попада в наситено с напрежение пространство – **респект пред волята** на пациента, но и **неговото здравно благополучие**, и от друга страна, **дългът и отговорността** към нуждаещите се от помощ останали самоопределящи се лица от неговото семейство, както и към интересите на институциите и обществото като цяло.

Акцентира се и върху валидността на информираното съгласие (informed consent) и от позиция на **“dissent”**, т.е. **отказът** от съотв. изследване или терапия, дори когато този отказ има негативни последици за здравното му състояние, в съответствие с (DGPPN)[15,13]. За да се счита, че е реализиран оптимален подход към психично болен при получаване на информирано съгласие, е необходимо да се използва т.нар. **субективен стандарт на пациента**, т.е. – какво трябва **този пациент** да узнае и разбере, за да осмисли информираното си решение.

Изтъква се, че по този начин в психиатричната практика често се стига до конфликтни ситуации, при които изразената **„свободна воля“** на пациента, изказана вербално или невербално (отривисти, отблъскващи движения на ръцете, изплюване на хапчета и др.), влизат в противоречие с лекарското назначение, насочено към здравното благополучие на пациента. От тази клинична гледна точка концепцията за самоопределение придобива значението на централен стойностен проблем в психиатрията. При това алтернативите и последиците в резултат на информираното решение следва да се оценяват в съответствие със собствената житейска ситуация. У психично болните мотивацията за взетите решения често съдържа **рационални, ситуативни и интерперсонални** фактори[16]. Това отклонение между **волята** на пациента и неговото **добро** трябва да се има предвид и тогава, когато пациентът е фиксиран, за да се ограничи неговата подвижност, тъй като представлява опасност за околните със своята агресивност.

Първа публикува доклад по позицията за информираното съгласие Канадската психиатрична асоциация (СРА) през 1980г, последвана от ревизирана версия (1988г.) и допълнена 2015г.[12,21]. Фундаментална се явява постановката, че спрямо лицата с изразени ментални нарушения и тяхното лечение психиатърът реализира **ситуационно базиран подход**, съобразен със способността/капацитета на пациента да взема решение. Ревизираната версия насочва към необходимостта от консултация с колеги и клиничен психиатричен юрист при всеки индивидуален случай. Декларацията от Хелзинки постановява, получаването на адекватно информирано съгласие в случаи на ментални или поведенчески нарушения да се изисква от легално оторизирани представители в съответствие с действащото право [14]. При обстоятелства, когато процедурата информирано съгласие не може да се проведе (не са напълно известни и ясни желанията на пациента за лечение), упълномощено/сурогатно лице (т. нар. decision maker) следва да представи желанията на пациента за лечение в негов най-добър интерес. Психиатрите следва да съблюдават, че при някои обстоятелства автономността на пациента с ментални заболявания е необходимо да се балансира с етичните му задължения, и съгл. законодателните изисквания. При всички случаи процедурата **информирано съгласие** стартира от **първия контакт** с пациента и продължава до **финала на терапевтичното взаимодействие**. Уточнява се, че капацитетът на пациента в рамките на процедурата е компрометирана (не е в състояние да направи терапевтичен избор) при редица ментални нарушения, а именно: видения и халюцинации; вкл. диагностицирана шизофрения; остър стадий на манио-меланхолна психоза; деменция; интелектуален дефицит; когнитивни разстройства; състояния на объркване; симптоми, свързани с тежки разстройства и нестабилност на настроението; наранявания на черепа[6,29,30]. Ако ценностната система, позициите и решенията на личността имат нестабилен характер, вкл. съдържат противоречия и неясноти, е налице основателна причина да се редуцира неговата компетентност. Но: пациент с някои ментални отклонения или нарушения може да бъде **некомпетентен в някои аспекти**, но **компетентен** да решава в други аспекти. Например пациент с шизофрения или параноични отклонения може да бъде компетентен да решава при стенокардия и други сърдечни смущения; при наличие на подобни ситуации психиатричната консултация е **наложителна**.

Стои неосветлен в необходимата степен въпросът за уведомяването на пациент, чиито когнитивни способности на този етап са задоволително съхранени, **истината** за прогнозата на хронично прогресиращо ментално заболяване (напр. болестта на Алцхаймер)[28]. Ситуиран ли е отговорът за управление на несигурността на психиатъра при съобщаване на лоши новини в спектъра между „продуктивната“ лъжа и деструктивната истина? Предстои изясняване!

Отчитайки твърде личните данни, съобщавани от пациента на лекаря след продължително съхраняване тайни от него, следва да се изтъкне особено високата стойност на задължението за опазване *мълчанието* в психиатрията. Пациентът със сигурност трябва да разчита, че фактите, споделени от него, ще останат **поверителни**; задължително е стриктното им съхранение изакодирано. При нарушение/изтичане на информация, както и опасност от нанасяне на *морални*(унизяване и опозоряване личността на пациента пред неговите близки, колеги, обществото; накърняване доброто му име като цяло) и *материални* щети, лекарят носи и наказателна отговорност.

Спрямо разпространението на данни от биографията и болестта, напр. за целите на експертиза, следва да се поставят строги ограничения. При всеки отделен случай е необходимо да се изисква съгласието на пациента, и самият той трябва да бъде детайлно осветлен относно съдържанието на медицинската си документация. Изисква се подробностите около съпругески конфликт да се описват и препращат на съответната приемаща институция (респ. състава за бракоразводни дела към съда).

Специален интерес представлява проблемът, дали данни от пациент след неговата смърт следва да се препредават. Поставя се въпросът, доколко последният лекуващ психиатър трябва да вземе отношение към степента на вмняемост на дементно починал, ако установи, че е налице застрашаваща опасност към явно несправедливо разпределение на наследството. Като жалон тук следва да е валидна *вероятностната воля* на починалия. Психиатър, който счита, че трябва да предаде подобна информация, е задължен много внимателно да съпостави отделните данни.

Към **принудителна медикация** би следвало само тогава да се пристъпи, когато всички прийоми за осведомяване при насилствено задържани пациенти са провалени [17]. Такава принудителна терапия може да продължава по изключение няколко дни. За съжаление понякога се изисква повече време, докато пациентът е способен да осъзнае тази необходимост. Поставят се въпросите: подобно лечение в полза на пациента ли е? необходимо ли е на всяка цена? от подобно принудително лечение няма ли да се утежни взаимоотношението лекар-пациент? Изказва се във въпросителен контекст мнението, защо терапията, емпатията и любовта трябва да изместят токсичните медикаменти и електрошока при лечението на психично болни[11, 31]. Въпреки че при всяко лечение от лекарска гледна точка **благо**то на пациента трябва да е приоритетно, от друга страна, при всички случаи следва да се уважава **волята** на пациента, когато той е в състояние да осмисли значението на лечението, съответно да разпознае съпътстващите въздействия и усложнения. Следователно тук се потвърждава **двуполюсният характер** на отговорността на лекаря и автономността на отделния пациент.

Редица автори продължават да считат, че една от най-действените терапии в психиатрията е електрическата противошокова терапия(ЕШТ), сега наричана електро конвулсивна терапия (ЕКТ)[19,10,25]. Психиатри твърдят, че позитивен ефект се постига при лечение на депресията (нещастие, мъката, тъгата), дължаща се на неизвестни биологични аномалии в мозъка или дисфункция при имунен отговор чрез провокиране умствената дезориентация и загубата на паметта [25]. В някои източници (вкл. художествена литература, и напр. филма „Полет над кукувиче гнездо“), методът се отъждествява с инквизиция, предизвикващ нерядко тежки мозъчни увреждания, автофрактури на кости по време на шока и припадъци, придружени с гърчове. В същото време много пациенти се измъчват месеци и години от тежки депресии, със суицидни импулси, като антидепресивната медицинска терапия рядко води до подобрене; описани са и нередки случаи, в които антидепресивната противошокова терапия има добър и бърз ефект [27]. Мнозина болни отказват този вид лечение поради предизвикващите го силни страдания, понякога завършващи със самоубийства. Малкото пациенти, които се лекуват по този начин, се подлагат на кратка наркоза и мускулна релаксация в присъствие на анестезиолог.

Субективните изживявания на пациента, подложени на принудителни интервенции от рода на физическо ограничаване/фиксиране и изолация имат силно изразен стресиращ характер. Страданията е по-изявено, отколкото принудителното прилагане на медикаментозни средства. Същевременно се отбелязва, че и прилагането на психофармацевтични средства против волята на пациента, и настаняване в психиатрично заведение, категорично следва да се игнорират [26]. Предвиждат се принудителни мерки само тогава, ако се реализират като: последно възможно средство, насочено към целта на лечението; осигуряват необходимия ефект; не са свързани с усложнения, надвишаващи ползата от лечението. Безкомпромисно се откроява позицията, че прилагането на **принудителни** интервенции, вкл. механични фиксираня и изолация, както и назначаването/употребата на невролептици следва рязко да се ограничат, и категорично изискват стриктна здравно-законодателна регулация.

Чувството за сигурност при повечето пациенти е най-важната суицидна профилактика. Трудно е с пациенти със соматична симптоматика и суицидни намерения или опити, особено при самотни възрастни лица, които не виждат повече смисъл в живота си. Основен момент тук е да се изясни ситуацията, да се изгради контакт с пациента и улови вътрешния му конфликт. Така може да се предотврати актуалния суицид, въпреки че в по-късен период тези пациенти могат да реализират

намеренията си. Но повечето, дори възрастни болни, желаят да живеят, въпреки настойчивите си самоубийствени намерения.

Съществен принос към проблема за разпространение на самоубийствата в отделни региони на България внасят проучвания на зависимости от фактори на околната среда, някоисоциално-икономически условия и кръвно-груповата принадлежност[4,8,9,23]. Ниската самооценка и накарненото чувство за собствено достойнство и идентичност, както и депресивни състояния, предизвикани от *екзистенциални проблеми*, подсилени от сезонно-циркадни колебания, и самотата, са открити като основни предиктори на суицидният риск. В основата на превантивния подход стои *доверителното общуване* с психиатър и психолог. При контактите със суицидни подраствашиследва да се съблюдава баланс между дистанция и близост, между емпатия и уважение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ареала на психиатричната практика е обособен приоритетен фундаментален етичен проблем – влагане на повече от необходимата *емпатия* при комуникация и обгрижване на ментално болните, съпътствано от оптимално управление на изискуемите психологически подходи, отколкото реализираните усилия за излекуване на психическото страдание на пациента. Така формулираната теза е водеща предпоставка за подобряване качеството на живот на лицата с ментални заболявания и поведенчески отклонения. Като централен етичен аспект в концептуален и приложен план се откроява изискването от респект пред достойнството и самоопределението на пациента и насоченост към неговото здравно благополучие (при стриктно съблюдаване на принципа “Primum non nocere”). Психохигиенният подход се обособява като кардинален неотменим и фаворизиран импулс при общуване с болния (включващ така систематизираните и анализирани етични критерии, от обсега на поверителност/спазване на медицинската тайна, доверителност при общуване с пациенти със суициден риск, законодателна рестрикция на принудителната медикация и др.). За целта се изисква и осигуряване и внедряване на необходимия брой квалифицирани специализирани кадри по Управление на здравните грижи в сравнение с други области на медицината. Осъзнаването, оценката и приемането на високата значимост на *душевното здраве* за цялостния здравен статус на населението се явява основополагащ и рационализиращ фактор към ефективното функциониране на системата на общественото здравеопазване.

БИБЛИОГРАФИЯ

- [1] Лъчкова М. Морални аспекти на взаимоотношенията лекар-болен. В: Медицинска етика, М. Лъчкова М., Е. Христозова., М. Лесинска., Р. Караджова., М. Стойкова. ВМИ, Пловдив 1999, с. 28-40.
- [2] Лъчкова М., В. Михайлова., М. Семерджиева. Модели на взаимоотношения лекар/медик и пациент; копингова структура. В: Конструкция на лекционния курс по биоетика и бизнес етика с практическа част, М. Лъчкова, В. Михайлова, М. Семерджиева, М. Търновска, Е. Райкова. МУ - Пловдив, 2017, с.
- [3] Михайлова В., М. Лъчкова, Л. Деспотова-Толева. Практически занятия по обща медицина. Модул Медицинска Етика. Под ред. на М. Лъчкова, Пловдив, 2015. ISBN 978-619-189-027-9.
- [4] Балтов М. Съдебномедицински аспекти на самоубийствата в Пловдивска област за периода 2000-2009г., Автореферат за присъждане на ОНС «доктор», Пловдив, 2013.
- [5] Воденичаров Ц., Попова С., Медицинска етика, Изд. „Фалкорк консулт” ООД, София, 2006, с. 54-66.
- [6] Amer AB. Informed Consent in Adult Psychiatry. Oman Medical Journal. 2013;28(4):228-231. doi:10.5001/omj.2013.67.
- [7] Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med 2007. Nov;357(18):1834-1840 10.1056/NEJMcp074045 [PubMed] [Cross Ref].
- [8] Baltov M., I. Bivolarski, V. Mihaylova. Certain social and economic aspects of suicides committed in the region of Smolyan, republic of Bulgaria, over the period 2000-2009. Eurasian union of scientists №7/2014, issn 2575-7999, p. 15-19.
- [9] Baltov N., E. Raykova., V. Mihaylova., I. Bivolarski. Blood types and suicide rates in the region of Plovdiv, Republic of Bulgaria. KNOWLEDGE – International Journal Vol.20.4. Medical Sciences, December 2017, p.1713-1717, Skopje.
- [10] Breggin P.R., M.D., Electroshock: Its Brain Disabling Effects (Springer Publishing Co., New York, 1979).
- [11] Breggin P.R., M.D., Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy, and Love Must Replace the Drugs, Electroshock, and Biochemical Theories of the "New Psychiatry" (St. Martin's Press, New York, 1991).

- [12] Canadian Psychiatric Association (CPA) position paper on Consent in *Psychiatry* in 1980, revised version in 1988.
- [13] Debra A. Pinals. Informed Consent: Is Your Patient Competent to Refuse Treatment? *Current Psychiatry* 2009;8(4):33-43
- [14] Declaration of Helsinki: Recommendations Guiding Medical Doctors in Biomedical Research Involving Human Subjects." Helsinki, Finland: 18th World Medical Assembly, 1964. Reprinted in: Katz, Jay. *Experimentation with Human Subjects*. New York: Russell Sage Foundation, 1972, pp. 312-313. The most recent (October, 2000) version is available online at: <http://www.wma.net/e/policy/17c.pdf>
- [15] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. V. (DGPPN) 1, Berlin, Online publiziert: [OnlineDate] © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014
- [16] Koch Hans-Georg. Reiter-Theil Stella, Helmchen Hanfried. *Informed Consent in Psychiatry: European Perspectives of Ethics, Law and Clinical Practice*, IST ed. Baden-Baden: Nomos Verl-Ges. Germany, 1996.
- [17] Lehmann P.
"Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen", in: *Allegro – Magazin psychisch beeinträchtigter Menschen*, 2012[c], Nr. 1, S. 34-38; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheits/pdf/warnzeichen-allegro.pdf (Download am 2.11.2013); und in: [Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener \(BRD\), 2014, Nr. 1, S. 16-19.](#)
- [18] Lehmann P. *Ethik Probleme in der Psychiatrie Praxis*. Lange Liste der Verstöße. *Wissen Psychosozial*, Heft, 16, 2014.
- [19] Leonard Roy Frank (editor), *The History of Shock Treatment* (self-published, San Francisco, 1978). Available directly from the author for \$12 postpaid: 2300 Webster St., San Francisco, California 94115.
- [20] Lepping P. Consent in Psychiatry: an ethical review. *Psychiatr Bull* 2003;27:285-289 .10.1192/pb.27.8.285 [[Cross Ref](#)]
- [21] Neilson G, Chaimowitz G. Informed Consent to Treatment in Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2015;60(4):1-11.
- [22] Parsons T. *International encyclopedia of the social sciences*, 1968, 536-547.
- [23] Baltov M., E. Raykova, I. Bivolarski „Certain forensic characteristics of hanging deaths in the region of Plovdiv, Republic of Bulgaria.”, *Журнал Евразийский Союз Ученых (ЕСУ), Медицинские науки, Сборник научных работ, Россия, Москва, №1 (18), часть 2, ISSN 2575-7999, 9-12, 2015.*
- [24] Rosoff AJ. *Informed consent (a guide for health care providers)*. Rockville, Maryland: Aspen Publications; 1981;P14.
- [25] Thomann, Ph., R. Wolf, H. Nolte et al. Neuromodulation in response to electroconvulsive therapy in schizophrenia and major depression. *Basic Translational and Clinical Research in Neuromodulation*, Volume 10, Issue 3, Pages 637–644, 2017
- [26] Urteil des Bundesgerichtshofs vom 11.10.2000 (BGH Beschluss XII ZB 69/00), Votextaucher unter <http://letxtius.com/2000,2337>, letzter Zugriff am 30.05.2009.
- [27] Yrondi An., Sporer M., Péran P., Schmitt L., Arbus Ch., et al. Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation, Vol. 11, Issue 1, p29–51, Published online: October 19, 2017
- [28] www.zdrave-bg.eu/алцхаймер/. Bivolarski, I.
- [29] www.zdrave-bg.eu/психични-заболявания/. Bivolarski, I.
- [30] www.zdrave-bg.eu/депресия/. Bivolarski, I.
- [31] www.zdrave-bg.eu/антистрес-терапия/. Bivolarski, I.