

СПРАВОЧНИК БАЗОВОЙ ИНФОРМАЦИИ ВОЗ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ

ЗДОРОВЬЮ, ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА И ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ

Откажитесь от изоляции - окажите помощь



**СПРАВОЧНИК БАЗОВОЙ ИНФОРМАЦИИ ВОЗ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ
ЗДОРОВЬЮ, ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА И ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ**

Откажитесь от изоляции - окажите помощь



Библиотечный каталог публикаций ВОЗ

Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству.

1. Психическое здоровье
2. Права человека – законодательство
3. Права человека – стандарты
4. Политика в области здравоохранения – законодательство
5. Международное право
6. Руководства
7. Развивающиеся страны I. Всемирная организация здравоохранения.

ISBN 92 4 456282 0

(По классификации NLM: WM 34)

Техническую информацию об этом издании можно получить у:
д-ра Michelle Funk
г-жи Natalie Drew

Группа специалистов по совершенствованию политики
и систем обслуживания в области психического здоровья
Департамент психического здоровья и токсикомании
Кластер неинфекционных заболеваний и психического здоровья
Всемирная организация здравоохранения
CH-1211, Geneva 27
Switzerland
Тел: +41 22 791 3855
Факс: +41 22 791 4160
Эл. почта: funkm@who.int

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Авторские права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения можно заказать через Отдел маркетинга и распространения Всемирной организации здравоохранения по адресу: 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 2476; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Заявки с просьбой разрешить перепечатку или перевод публикаций ВОЗ на другие языки (либо для продажи, либо для использования в некоммерческих целях) следует направлять в Отдел публикаций по вышеуказанному адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в этом издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не отражают мнение Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района и их органов власти либо взгляды о делимитации их границ. Границы, обозначенные пунктирными линиями, являются приблизительными, так как в отношении них пока не достигнуто общего согласия.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию. За исключением ошибок и пропусков, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Все необходимые меры предосторожности были предприняты ВОЗ по уточнению информации, содержащейся в данной публикации. Однако опубликованные материалы распространяются без какой-либо гарантии, прямой или косвенной. Ответственность за интерпретацию и использование информации целиком ложится на читателя. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственность за возможный ущерб, причиненный вследствие ее использования.

Выражение признательности

Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству подготовлен под руководством Michelle Funk, Natalie Drew и Benedetto Saraceno, Департамент психического здоровья и токсикомании, Всемирная организация здравоохранения.

Авторский коллектив:

Ведущие авторы: Melvyn Freeman (бывший сотрудник Департамента здравоохранения, Претория, Южная Африка) и Soumitra Pathare (Клиника Руби Холл, Пуна, Индия).

Другие авторы: Natalie Drew (штаб-квартира ВОЗ), Michelle Funk (штаб-квартира ВОЗ), Benedetto Saraceno (штаб-квартира ВОЗ).

Рабочая документация и примеры были предоставлены:

Julio Arboleda Florez (Факультет психиатрии, Королевский университет, провинция Онтарио, Канада), Josephine Соорег (Балморал, Новый Южный Уэльс, Австралия), Lance Gable (Юридический центр Джорджтаунского университета, Центр права и общественного здоровья, Вашингтон, округ Колумбия, США), Lawrence Gostin (Университет Джонса Хопкинса, Вашингтон, округ Колумбия, США), John Gray (Международная ассоциация геронтологии, Канада), HWANG Tae-yeon (Департамент по психиатрической реабилитации и общинным службам психического здоровья, Психиатрическая клиника Йонгина, Республика Корея), Alberto Minoletti (Министерство здравоохранения, Чили), Светлана Полюбинская (Институт государства и права, Российская академия наук, Москва, Российская Федерация), Eric Rosenthal (Mental Disability Rights International, Вашингтон, округ Колумбия, США), Clarence Sundram (Окружной суд округа Колумбия, Вашингтон, округ Колумбия, США), XIE Bin (Министерство здравоохранения, Пекин, Китай).

Редакционный комитет:

Jose Bertolote (штаб-квартира ВОЗ), Jose Miguel Caldas de Almeida (Региональное бюро ВОЗ для стран Америки (АМРБ)), Vijay Chandra (Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (ЮВАРБ)), Philippe Chastonay (Медицинский факультет Женевского университета, Швейцария), Natalie Drew (штаб-квартира ВОЗ), Melvyn Freeman (бывший сотрудник Департамента здравоохранения, Претория, Южная Африка), Michelle Funk (штаб-квартира ВОЗ), Lawrence Gostin (Университет Джонса Хопкинса, Вашингтон, округ Колумбия, США), Helen Herrman (бывший сотрудник Регионального бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана (ЗТОРБ)), Michael Kirby (Судебная палата Канберры, Высший суд Австралии), Itzhak Levav (Отдел политики и внешних связей, Службы психического здоровья, Министерство здравоохранения, Иерусалим, Израиль), Custodia Mandlhate (Африканское региональное бюро ВОЗ (АФРБ)), Ahmed Mohit (Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (ВСРБ)), Helena Nygren-Krug (штаб-квартира ВОЗ), Genevieve Pinet (штаб-квартира ВОЗ), Usha Ramanathan (Дели, Индия), Wolfgang Rutz (Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ)), Benedetto Saraceno (штаб-квартира ВОЗ), Javier Vasquez (АМРБ).

Административное обеспечение и секретарские услуги были предоставлены:

Adeline Loo (штаб-квартира ВОЗ), Anne Yamada (штаб-квартира ВОЗ) и Razia Yaseen (штаб-квартира ВОЗ)

Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству включен в программу Женевской международной академической сети (GIAN/RUIG).

**Техническая информация и экспертные заключения
были предоставлены следующими лицами:**

Beatrice Abrahams	Национальная прогрессивная сеть первичной медицинской помощи, Кенсингтон, Южная Африка
Adel Hamid Afana	Отдел обучения и профессиональной переподготовки, Программа охраны психического здоровья населения сектора Газа, сектор Газа
Thérèse A. Agossou	Африканское региональное бюро, Всемирная организация здравоохранения, Браззавиль, Конго
Bassam Al Ashhab	Общинные службы психического здоровья, Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, Западный берег реки Иордан
Ignacio Alvarez	Межамериканская комиссия по правам человека, Вашингтон, округ Колумбия, США
Ella Amir	Альянс по защите прав психически больных, Монреаль, провинция Квебек, Канада
Paul S. Appelbaum	Кафедра психиатрии Медицинского факультета Университета штата Массачусетс, Вустер, штат Массачусетс, США
Julio Arboleda-Florez	Факультет психиатрии, Королевский университет, Кингстон, провинция Онтарио, Канада
Begone Ariño	Европейская федерация ассоциаций семей, в которых есть лица, страдающие психическими заболеваниями, Бильбао, Испания
Joseph Bediako Asare	Министерство здравоохранения, Аккра, Гана
Larry Ash	Женева, Швейцария
Jeannine Auger	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, провинция Квебек, Канада
Florence Baingana	Здоровье, питание, население, Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США
Korine Balian	Врачи без границ, Амстердам, Нидерланды
Neville Barber	Надзорный орган по охране психического здоровья, Уэст Перт, Австралия
James Beck	Отделение психиатрии Кембриджской клиники, Кембридж, штат Массачусетс, США
Sylvia Bell	Комиссия по правам человека Новой Зеландии, Окленд, Новая Зеландия
Jerome Bickenbach	Факультет права, Королевский университет, Кингстон, провинция Онтарио, Канада
Louise Blanchette	Аттестационная программа по психическому здоровью при Монреальском университете, Монреаль, Канада
Susan Blyth	Больница Валкенберга, Отделение психиатрии и психического здоровья, Кейптаунский университет, Южная Африка
Richard J. Bonnie	Факультеты права и медицины, Университет штата Виргиния, Виргиния, США
Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ферней-Вольтер, Франция
Celia Brown	MindFreedom Support Coalition International, США
Martin Brown	Северный центр психического здоровья, Дарем, Великобритания
Anh Thu Bui	Министерство здравоохранения, Корор, Палау
Angela Caba	Министерство здравоохранения, Санто-Доминго, Доминиканская Республика
Alexander M. Capron	Этика, торговля, права человека и законодательство в области здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария
Sylvia Caras	«People Who», Санта-Крус, штат Калифорния, США
Amnon Carmi	Всемирная ассоциация медицинского права, Хайфа, Израиль
Claudina Cayetano	Программа по психическому здоровью, Министерство здравоохранения, г. Бельмопан, Белиз
CHEN Yan Fang	Шаньдунский центр охраны психического здоровья, Цзинань, Китай
CHUEH Chang	Колледж общественного здравоохранения, Тайбей, Китай (провинция Тайвань)

Dixon Chibanda	Медицинский факультет Зимбабвийского университета, Хараре, Зимбабве
Chantharavdy Choulamany	Больница общего профиля Махосот, Вьентьян (Лаосская Народно-Демократическая Республика)
Hugo Cohen	Всемирная организация здравоохранения, Мексика
Josephine Cooper	Новый Южный Уэльс, Австралия
Ellen Corin	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, провинция Квебек, Канада
Christian Courtis	Автономный технологический институт Мехико, Кафедра права, Мехико, Мексика
Jim Crowe	Всемирная федерация по шизофрении и аналогичным расстройствам, Данидин, Новая Зеландия
Jan Czeslaw Czabala	Институт психиатрии и неврологии, Варшава, Польша
Araba Sefa Dedeh	Отделение клинической психологии, Кафедра психиатрии, Медицинский факультет Университета Ганы, Аккра, Гана
Paolo Delvecchio	Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Вашингтон, округ Колумбия, США
Nimesh Desai	Кафедра психиатрии, Институт проблем поведения человека и смежных наук, Дели, Индия
M. Parameshvara Deva	Факультет психиатрии, Больница отдела социальной службы, Бруней-Даруссалам
Amita Dhanda	Университет Хайдарабада, штат Андхра-Прадеш, Индия
Aaron Dhir	Факультет права, Университет Виндзора, провинция Онтарио, Канада
Kate Diesfeld	Оклендский технологический университет, Новая Зеландия
Robert Dinerstein	Американский университет, Вашингтонский колледж права, Вашингтон, округ Колумбия, США
Saida Douki	Общество психиатров Туниса, г.Тунис, Тунис
Moera Douthett	Тихоокеанское здравоохранение, Хендерсон Вейтакере Сити, Окленд, Новая Зеландия
Claire Dubois-Hamdi	Европейский секретариат по социальным вопросам, Страсбург, Франция
Peter Edwards	Питер Эдвардс & Со., Хойлейк, Соединенное Королевство
Ahmed Abou El-Azayem	Всемирная федерация по охране психического здоровья, Каир, Египет
Félicien N'tone Enyime	Министерство здравоохранения, Яунде, Камерун
Sev S. Fluss	Совет международных организаций по медицинским наукам, Женева, Швейцария
Maurizio Focchi	Associazione Cittadinanza, Римини, Италия
Abra Fransch	Всемирная организация национальных колледжей, академий и академических ассоциаций врачей общего профиля/семейных врачей, Булавайо, Зимбабве
Gregory Fricchione	Центр Картера, Атланта, штат Джорджия, США
Michael Friedman	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
Diane Froggatt	Всемирное общество по шизофрении и аналогичным расстройствам, Торонто, провинция Онтарио, Канада
Gary Furlong	Центр социальной помощи Метро, Монреаль, провинция Квебек, Канада
Elaine Gadd	Департамент по биоэтике, Совет Европы, Страсбург, Франция
Vijay Ganju	Национальная ассоциация государственной программы по охране психического здоровья, Ведущий научно-исследовательский институт, Александрия, штат Виргиния, США
Reine Gobeil	Больница г. Дуглас, провинция Квебек, Канада
Howard Goldman	Национальная ассоциация государственной программы по охране психического здоровья, Ведущий научно-исследовательский институт и университет Медицинской школы Мериленда, штат Мериленд, США
Nacanieli Goneyali	Больничные службы, Министерство здравоохранения, Сува, Фиджи
Maria Grazia Giannicheda	Кафедра экономического развития общественных институтов, Университет Сассари, Сассари, Италия

Stephanie Grant	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, Женева, Швейцария
John Gray	Отдел политики и системного развития, Международная ассоциация геронтологии, Министерство по делам граждан пожилого возраста, Виктория, провинция Британская Колумбия, Канада
Margaret Grigg	Отдел психического здоровья, Министерство социального развития, Мельбурн, Австралия
Jose Guimon	Кафедра психиатрии, Университетские госпитали Женевы, Швейцария
Oye Gureje	Кафедра психиатрии, Больница Медицинского колледжа Университета, Ибадан, Нигерия
Karin Gutierrez-Lobos	Медицинский университет Вены, Кафедра психиатрии, Вена, Австрия
Timothy Harding	Университетский институт судебной медицины, Медицинский университетский центр, Женева, Швейцария
Gaston Harnois	Сотрудничающий центр ВОЗ, Научно-исследовательский центр больницы Дугласа, Вердун, провинция Квебек, Канада
Gary Haugland	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
Robert Hayes	Трибунал по рассмотрению случаев нарушения охраны психического здоровья Нового Южного Уэльса, Австралия
HE Yanling	Шанхайский центр охраны психического здоровья, Шанхай, Китай
Ahmed Mohamed Heshmat	Министерство здравоохранения и народонаселения, Программа защиты психического здоровья, Каир, Египет
Karen Hetherington	Региональное управление здравоохранения и социального обеспечения Монреаль-центр, Монреаль, провинция Квебек, Канада
Frederick Hickling	Сектор психиатрии, Департамент общественного здравоохранения, Университет Вест-Индии, Кингстон, Ямайка
Kim Hopper	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
Paul Hunt	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, Кафедра права и центр прав человека, Университет графства Эссекс, Великобритания
HWANG Tae-Yeon	Департамент по психиатрической реабилитации и общинным службам психического здоровья, Психиатрическая клиника Ионгина, Республика Корея
Lars Jacobsson	Кафедра психиатрии Медицинского факультета, Университет Умео, Умео, Швеция
Aleksandar Janca	Кафедра психиатрии и поведенческой медицины, Университет Западной Австралии, Перт, Австралия
Heidi Jimenez	Региональное бюро для стран Америки, Всемирная организация здравоохранения, Вашингтон, США
Dale L. Johnson	Всемирное общество по шизофрении и аналогичным расстройствам (WFSAD), Таос, штат Нью-Мексико, США
Kristine Jones	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
Nancy Jones	Сиэтл, штат Вашингтон, США
Emmanuel Mpinga Kabengele	Институт социальной и превентивной медицины Женевского университета, Медицинский факультет, Женева, Швейцария
Nadia Kadri	Университет психиатрии Ибн Рашида, Касабланка, Марокко
Lilian Kanaiya	Кенийский фонд борьбы с шизофренией, Найроби, Кения
Eddie Kane	Отдел охраны психического здоровья и служб обеспечения, Департамент здравоохранения, Манчестер, Великобритания
Зураб И. Кекелидзе	Институт судебной психиатрии им. Сербского, Москва, Российская Федерация
David Musau Kiima	Департамент психического здоровья, Министерство здравоохранения, Найроби, Кения

Susan Kirkwood	Европейская федерация ассоциаций семей, в которых есть лица, страдающие психическими заболеваниями, Абердин, Великобритания
Todd Kriebel	Отдел политики в области охраны психического здоровья и развития социальных служб, Департамент охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Веллингтон, Новая Зеландия
John P. Kummer	Equilibrium, Unteraegeri, Швейцария
Lourdes Ladrido-Ignacio	Факультет психиатрии и поведенческой медицины Медицинского колледжа и Филиппинской больницы общего профиля, Манила, Филиппины
Pirkko Lahti	Финская ассоциация по защите психического здоровья, Маистраатинпортти, Финляндия
Eero Lahtinen	Департамент здравоохранения, Министерство социального обеспечения и здравоохранения, Хельсинки, Финляндия
Eugene M. Laska	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
Eric Latimer	Научно-исследовательский центр больницы Дугласа, провинция Квебек, Канада
Louis Letellier de St-Just	Монреаль, провинция Квебек, Канада
Richard Light	Disability Awareness in Action, Лондон, Соединенное Королевство
Bengt Lindqvist	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, Женева, Швейцария
Linda Logan	Отдел разработки политики в области охраны психического здоровья, Департамент по делам лиц с задержкой в умственном развитии и по вопросам психического здоровья штата Техас, Остин, Техас, США
Marcelino López	Отдел научных исследований и оценок, Андалузский фонд поддержки социальной интеграции больных с психическими расстройствами, Севилья, Испания
Juan José López Ibor	Всемирная психиатрическая ассоциация, Клиника Лопеса-Ибора, Мадрид, Испания
Crick Lund	Кафедра психиатрии и психического здоровья, Кейптаунский университет, Южная Африка
Annabel Lyman	Отдел поведенческой медицины, Министерство здравоохранения, Корор, Палау
MA Hong	Национальный центр по охране психического здоровья, Китай-CDC, Пекин, Китай
George Mahy	Университет Вест-Индии, Больница Королевы Елизаветы, Барбадос
Rohit Malpani	Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии, Всемирная организация здравоохранения, Нью-Дели, Индия
Douma Djibo Maïga	Министерство общественного здравоохранения, Ниамей, Нигер
Mohamed Mandour	Итальянское сотрудничество, Генеральное консульство Италии, Иерусалим
Joseph Mbatia	Департамент психического здоровья, Министерство здравоохранения, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания
Nalaka Mendis	Университет Коломбо, Шри-Ланка
Céline Mercier	Научно-исследовательский центр больницы Дугласа, провинция Квебек, Канада
Thierry Mertens	Департамент стратегического планирования и инноваций, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария
Judith Mesquita	Центр по защите прав человека, Университет графства Эссекс, Колчестер, Соединенное Королевство
Jeffrey Metzner	Кафедра психиатрии, Медицинский факультет Университета штата Колорадо, Денвер, штат Колорадо, США
Leen Meulenbergs	Федеральная служба здравоохранения, Брюссель, Бельгия
Harry I. Minas	Центр международного психического здоровья и транскультурологической психиатрии штата Виктория, Университет Мельбурна, Австралия

Alberto Minoletti	Департамент психического здоровья, Министерство здравоохранения, Сантьяго, Чили
Paula Mogne	Министерство здравоохранения, Мапуту, Мозамбик
Fernando Mora	Бюро Комиссара по правам человека, Совет Европы, Страсбург, Франция
Paul Morgan	SANE, Южный Мельбурн, Австралия
Driss Moussaoui	Университет психиатрии, Центр Ибн Рушда, Касабланка, Марокко
Srinivasa Murthy	Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья, Всемирная организация здравоохранения, Каир, Египет
Rebecca Muhlethaler	Специальный комитет неправительственных организаций по правам человека, Женева, Швейцария
Matt Muijen	Европейское региональное бюро, Всемирная организация здравоохранения, Копенгаген, Дания
Carmine Munizza	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
Shisram Narayan	Больница Сент-Джайлз, Сува, Фиджи
Sheila Ndyanabangi	Министерство здравоохранения, Кампала, Уганда
Jay Neugeboren	Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США
Frank Njenga	Кенийская ассоциация психиатров, Найроби, Кения
Grayson Norquist	Национальный институт психического здоровья, Бетесда, штат Мэриленд, США
Tanya Norton	Департамент этики, торговли, прав человека и законодательства в области здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария
David Oaks	MindFreedom Support Coalition International, штат Орегон, США
Olabisi Odejide	Медицинский колледж Университета Ибадана, Нигерия
Angela Ofori-Atta	Отдел клинической психологии, Медицинская школа Университета Ганы, Аккра, Гана
Richard O'Reilly	Кафедра психиатрии, Университет Западного Онтарио, Канада
Mehdi Paes Arrazi	Университетская психиатрическая клиника Арази, Сейл, Марокко
Rampersad Parasram	Министерство здравоохранения, Порт-оф-Спейн, Тринидад и Тобаго
Vikram Patel	Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Центр Шангат, Гоа, Индия
Dixianne Penney	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
Avanti Perera	Навала, Шри-Ланка
Michael L. Perlin	Юридическая школа Нью-Йорка, Нью-Йорк, США
Yogan Pillay	Отдел стратегического планирования, Национальное министерство здравоохранения, Претория, Южная Африка
Светлана Полюбинская	Институт государства и права, Российская академия наук, Москва, Российская Федерация
Laura L. Post	Служба психиатрической помощи, Сайпан, Северные Марианские острова, США
Prema Ramachandran	Комиссия по планированию, Дели, Индия
Bas Vam Ray	Европейская федерация ассоциаций семей, в которых есть лица, страдающие психическими заболеваниями, Геверли, Бельгия
Darrel A. Regier	Американский институт по научным исследованиям и образованию в области психиатрии, Арлингтон, штат Виргиния, США
Brian Robertson	Кафедра психиатрии, Кейптаунский университет, Южная Африка
Julieta Rodriguez Rojas	Caja Costarricense de Seguro Social, Сан-Хосе, Коста-Рика
Eric Rosenthal	Mental Disability Rights International, Вашингтон, округ Колумбия, США
Leonard Rubenstein	Врачи за права человека, Бостон, штат Массачусетс, США
Khalid Saeed	Институт психиатрии, Равалпинди, Пакистан

Ayesh M. Sammour	Отдел общинных служб психического здоровья, Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, сектор Газа
Aive Sarjas	Департамент социального обеспечения, Министерство здравоохранения, Таллинн Эстония
John Saunders	Schizophrenia Ireland, Дублин, Ирландия
Ingeborg Schwarz	Межпарламентский союз, Женева, Швейцария
Stefano Sensi	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, Женева, Швейцария
Radha Shankar	AASHA (Норе), Индира Нагар, Ченнаи, Индия
SHEN Yucun	Институт психического здоровья, Пекинский университет, Китай
Naotaka Shinfuku	Международный центр медицинских исследований, Медицинский факультет Университета Кобе, Япония
Carole Siegel	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
Helena Silfverhielm	Национальное управление здравоохранения и социального обеспечения, Стокгольм, Швеция
Joel Slack	Respect International, Монтгомери, штат Алабама, США
Alan Stone	Юридический и медицинский факультеты, Гарвардский университет, Кембридж, штат Массачусетс, США
Zebulon Taintor	Всемирная ассоциация психосоциальной реабилитации, Кафедра психиатрии, Медицинский центр Нью-Йоркского университета, Нью-Йорк, США
Michele Tansella	Факультет медицины и здравоохранения, Университет г. Верона, Италия
Daniel Tarantola	Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария
Jacob Taylor	Мэриленд, США
Myriam Tebourbi	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, Женева, Швейцария
Mrinali Thalgodapitiya	NEST, провинция Гампаха, Шри-Ланка
Graham Thornicroft	PRISM, Институт психиатрии Модсли, Лондон, Соединенное Королевство
Giuseppe Tibaldi	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
E. Fuller Torrey	Медицинский исследовательский центр Стенли, Бетесда, штат Мэриленд, США
Gombodorjiin Tsetsegdary	Программа ВОЗ «Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями», Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Улан-Батор, Монголия
Bogdana Tudorache	Румынская лига по психическому здоровью, Бухарест, Румыния
Judith Turner-Crowson	Программа общественной поддержки Национального института психического здоровья, графство Кент, Соединенное Королевство
Samuel Tyano	Всемирная психиатрическая ассоциация, Тель-Авив, Израиль
Liliana Urbina	Европейское региональное бюро, Всемирная организация здравоохранения, Копенгаген, Дания
Pascale Van den Heede	Mental Health Europe, Брюссель, Бельгия
Marianna Várfalvi-Bognarne	Министерство здравоохранения, Будапешт, Венгрия
Uldis Veits Riga	Рижская муниципальная комиссия по здравоохранению, Рига, Латвия
Luc Vigneault	Ассоциация обществ, отстаивающих право населения на охрану психического здоровья провинция Квебек, Канада
WANG Liwei	Министерство здравоохранения, Пекин, Китай
WANG Xiangdong	Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана, Всемирная организация здравоохранения, Манила, Филиппины
Helen Watchirs	Отдел развития сети управленческих учреждений, НИИ общественных наук, Канберра, Австралия
Harvey Whiteford	Университет штата Квинсленд, Квинслендский центр по исследованию психического здоровья, Вакол, Австралия

Ray G. Xerri	Министерство здравоохранения, Флориана, Мальта
XIE Bin	Шанхайский центр психического здоровья, Шанхай, Китай
Derek Yach	Факультет здравоохранения, Йельский университет, Нью-Хейвен, штат Коннектикут, США
YU Xin	Институт психического здоровья, Пекинский университет, Китай
Tuviah Zabow	Кафедра психиатрии Кейптаунского университета, Южная Африка
Howard Zonana	Кафедра психиатрии, Йельский университет, Нью-Хейвен, штат Коннектикут, США

ВОЗ с благодарностью отмечает щедрую финансовую помощь, которую оказали правительство Норвегии и Женевская международная академическая сеть (GIAN/RUIG) при разработке Справочника базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. ВОЗ также выражает большую благодарность правительствам Италии, Нидерландов, Новой Зеландии, организации Corporate Social Responsibility Europe и компании Johnson and Johnson за оказание общей финансовой поддержки при работе над Справочником.

Макет и графическое оформление: 2s) Graphicdesign

Содержание

Предисловие	xv
Глава 1 Контекст законодательства по охране психического здоровья	1
1. Введение	1
2. Взаимосвязь между законодательством и политикой в области психического здоровья	2
3. Защита, просвещение населения и совершенствование прав граждан путем улучшения законодательства в области психического здоровья	3
3.1 Дискриминация и психическое здоровье	3
3.2 Нарушения прав человека	4
3.3 Личная неприкосновенность и свобода	5
3.4 Права психически больных преступников	5
3.5 Обеспечение возможности получения психиатрической помощи и интеграция психически больных лиц в общество	6
4. Два подхода к законодательству в области психического здоровья: выделение его в отдельный закон или развитие его в составе других отраслей права	7
5. Подзаконные акты, постановления и министерские распоряжения	7
6. Основные международные и региональные инструменты в области защиты прав лиц с психическими расстройствами	8
6.1 Международные и региональные инструменты по правам человека	8
6.1.1 Международный билль о правах человека	9
6.1.2 Другие международные конвенции, относящиеся к охране психического здоровья	11
7. Основные стандарты по правам человека, относящиеся к психическому здоровью	13
7.1 Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (Принципы ПБ, 1991 г.)	13
7.2 Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Стандартные правила, 1993 г.)	14
8. Технические стандарты	14
8.1 Каракасская декларация (1990 г.)	14
8.2 Мадридская декларация (1996 г.)	15
8.3 Технические стандарты ВОЗ	15
8.4 Саламанкское заявление и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями (1994 г.)	15
9. Ограничение прав	15
Глава 2 Содержание законодательства по охране психического здоровья	19
1. Введение	19
2. Преамбула и цели	19
3. Определения	20
3.1 Психическое заболевание и психическое расстройство	20
3.2 Умственная отсталость	22
3.3 Психическая недееспособность	23
3.4 Душевная болезнь	23
3.5 Определения других терминов	26
4. Обеспечение доступа к психиатрической помощи	27
4.1 Финансовые ресурсы для обеспечения психиатрической помощи	27
4.2 Интеграция служб психического здоровья в систему первичного звена медицинской помощи	28
4.3 Выделение ресурсов для групп населения, недостаточно обеспеченных медицинским обслуживанием	29
4.4 Доступ к лекарственным средствам и психосоциальным видам вмешательств	29
4.5 Доступ к медицинскому и другим видам страхования	29
4.6 Пропаганда оказания медико-социальной помощи по месту жительства и деинституционализации	30

5.	Права пользователей услуг в области охраны психического здоровья	31
5.1	Конфиденциальность	32
5.2	Доступ к информации	32
5.3	Права пациентов и условия содержания в психиатрических больницах	33
5.3.1	Обстановка и условия жизни	34
5.3.2	Право на уединение	35
5.3.3	Право на свободу общения	35
5.3.4	Трудовая деятельность	36
5.4	Уведомление о правах	36
6.	Права членов семей и лиц, осуществляющих уход за больными с психическими расстройствами	38
7.	Правоспособность, дееспособность и опека	39
7.1	Определения	40
7.2	Оценка недееспособности	40
7.2.1	Дееспособность принимать решение о проведении лечения	40
7.2.2	Дееспособность выбирать личного представителя	40
7.2.3	Дееспособность принимать финансовые решения	40
7.3	Определение недееспособности и принятие решения о неправодееспособности	41
7.4	Опека	41
8.	Добровольное и принудительное психиатрическое лечение	43
8.1	Добровольная госпитализация и добровольное лечение	43
8.2	«Непротестные» пациенты	45
8.3	Принудительная госпитализация и принудительное лечение	46
8.3.1	Сравнение комбинированного и раздельного подходов к принудительной госпитализации и принудительному лечению	47
8.3.2	Критерии для принудительной госпитализации	49
8.3.3	Процедура принудительной госпитализации	50
8.3.4	Критерии для принудительного лечения (в случаях, когда используются раздельные процедуры для госпитализации и лечения)	53
8.3.5	Подходы к осуществлению принудительного лечения госпитализированных лиц	53
8.3.6	Согласие доверенного лица на лечение	56
8.3.7	Принудительное амбулаторное лечение	57
8.4	Чрезвычайные ситуации	60
8.4.1	Процедура принудительной госпитализации и лечения в условиях чрезвычайных ситуаций	60
9.	Требования к специалистам, диагностирующим психические расстройства	61
9.1	Уровни компетенции	61
9.2	Профессиональные группы	62
10.	Специальные методы лечения	62
10.1	Серьезное медицинское или хирургическое вмешательство	63
10.2	Психохирургия и другие виды необратимого лечения	63
10.3	Электросудорожная терапия (ЭСТ)	64
11.	Принудительная изоляция и физическое стеснение	64
12.	Медицинские и научные опыты	66
13.	Контрольные и надзорные органы	67
13.1	Судебный или квазисудебный контроль за принудительной госпитализацией/лечением и другими ограничениями прав	68
13.1.1	Состав и структура	69
13.2	Законодательство и контрольный орган	69
13.2.1	Состав и структура	70
13.2.2	Дополнительные полномочия	70
13.3	Жалобы и средства правовой защиты	70
13.4	Процедурные гарантии	71
14.	Ответственность полиции в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами	72
14.1	Полномочия полиции	72
14.2	Ответ на вызовы о помощи	73
14.3	Защита лиц, страдающих психическими расстройствами	73
14.3.1	Безопасное место	73
14.3.2	Методы лечения	73
14.3.3	Период задержания	74
14.3.4	Своевременное уведомление	74
14.3.5	Надзор за протоколами	74

15. Законодательные положения, относящиеся к психически больным преступникам	75
15.1 Досудебные стадии системы уголовного судопроизводства	76
15.1.1 Решение о преследовании	76
15.2 Судебная стадия системы уголовного судопроизводства	76
15.2.1 Способность предстать перед судом	76
15.2.2 Защита от ответственности за совершение уголовного преступления (наличие психического расстройства в момент совершения преступления)	77
15.3 Послесудебная (вынесение приговора) стадия системы уголовного судопроизводства	78
15.3.1 Условное освобождение на поруки и направление на принудительное амбулаторное лечение	78
15.3.2 Больничные приказы	78
15.4 Постсудебная (отбывание наказания в тюрьме) стадия	79
15.5 Учреждения для психически больных преступников	79
16. Дополнительные материально-правовые положения по охране психического здоровья	81
16.1 Антидискриминационное законодательство	81
16.2 Общественное здравоохранение	81
16.3 Жилье	81
16.4 Занятость	82
16.5 Социальное обеспечение	82
16.6 Гражданские права	82
17. Защита легкоуязвимых групп населения – несовершеннолетних, женщин, меньшинств и беженцев	83
17.1 Несовершеннолетние	83
17.2 Женщины	84
17.3 Меньшинства	85
17.4 Беженцы	85
18. Преступления и наказания	86
Глава 3 Процесс разработки, принятия и применения законодательства	
	по охране психического здоровья 89
<hr/>	
1. Введение	89
2. Стадия подготовки	91
2.1 Определение основных психических расстройств в стране и препятствий в области охраны психического здоровья	91
2.2 Составление плана преобразования законодательства, относящегося к сфере психического здоровья	92
2.3 Анализ международных конвенций и стандартов	93
2.4 Анализ законодательств по охране психического здоровья других стран	93
2.5 Прийти к консенсусу и начать дискуссию по вопросу внесения изменений в законодательство	95
2.6 Просвещение населения в вопросах охраны психического здоровья и прав человека	95
3. Разработка законодательства по охране психического здоровья	96
3.1 Процесс разработки	96
3.2 Необходимость привлечения консультантов	97
3.3 Организация консультаций	97
3.4 Порядок и процедура проведения консультаций	99
3.5 Язык законодательства	102
4. Принятие законодательства	103
4.1 Законодательный процесс	103
4.1.1 Ответственность за принятие законодательства	103
4.1.2 Дебаты по проекту законодательства и его принятие	104
4.1.3 Утверждение, промульгация и опубликование нового законодательства	104
4.2 Основные действия в процессе принятия законодательства	105
4.2.1 Мобилизация общественного мнения	105
4.2.2 Лоббирование закона в органах исполнительной и законодательной власти	105

5.	Применение законодательства по охране психического здоровья	106
5.1	Роль и значение органов, ответственных за применение законодательства	107
5.2	Распространение информации о ценностях психического здоровья и проведение специальной подготовки	108
5.2.1	Общественное просвещение и кампания по информированию населения	108
5.2.2	Пользователи услуг психиатрии, члены их семей и организации, отстаивающие интересы пациентов	109
5.2.3	Работники служб охраны психического здоровья, врачи и другие специалисты	109
5.2.4	Разработка информационных и руководящих материалов	110
5.3	Финансовые и людские ресурсы	110
Ссылки		113
Библиография		118
Приложения		
Приложение 1	Законодательство по охране психического здоровья: контрольный перечень ВОЗ	119
Приложение 2	Краткий обзор основных положений и международных документов, относящихся к правам лиц, страдающих психическими расстройствами	155
Приложение 3	Принципы Организации Объединенных Наций по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи	157
Приложение 4	Выдержка из Каракасской декларации ПАОЗ/ВОЗ	165
Приложение 5	Выдержка из Мадридской декларации Всемирной психиатрической ассоциации	166
Приложение 6	Пример: Права пациента в штате Коннектикут, США	169
Приложение 7	Пример: Права реципиентов услуг в области охраны психического здоровья, Департамент служб поведенческой и возрастной патологии штата Мэн, США	171
Приложение 8	Пример: Формы заявлений на принудительную госпитализацию и лечение (комбинированный подход) и форма для подачи апелляции, штат Виктория, Австралия	173
Приложение 9	Пример: Предварительное распоряжение для пациентов с психическими расстройствами в Новой Зеландии	178

Предисловие

Существует множество путей улучшения жизни людей, страдающих психическими расстройствами. Важный момент заключается в проведении эффективной политики и осуществлении планов и программ, направленных на повышение качества работы учреждений охраны психического здоровья. Это невозможно без принятия законодательства, соответствующего международно принятым стандартам в области прав человека, и накопленного положительного опыта в этой сфере. Справочник базовой информации нацелен на оказание помощи странам при разработке, принятии и применении такого законодательства. Он не навязывает никакой конкретной модели законодательства, а скорее служит для привлечения всеобщего внимания к ключевым вопросам и принципам, которые необходимо зафиксировать в национальных законодательствах.

Как и в других областях здравоохранения, значительные различия в обеспечении финансовыми и людскими ресурсами, существующие в разных странах, оказывают огромное влияние на качественный уровень решения проблем, относящихся к охране психического здоровья. И действительно, потребности пациентов, членов их семей, лиц, обеспечивающих уход, и медицинских работников очень сильно зависят от качества оказания помощи в настоящем и в прошлом. При этом примечательно, что в разных странах население предъявляет различные требования к качеству оказания услуг в области охраны психического здоровья. Как результат, некоторые услуги и права, которые воспринимаются как нечто само собой разумеющееся для одних стран, являются на данном этапе недостижимой целью для других. Несмотря на это, всем странам необходимо предпринять усилия по повышению качества работы служб охраны психического здоровья и проведению общественно-пропагандистских мероприятий, направленных на защиту прав человека для более полного удовлетворения потребностей лиц, страдающих психическими расстройствами.

Большинство стран могло бы значительно улучшить работу своих служб охраны психического здоровья, если бы у них имелись дополнительные ресурсы, выделенные для этих целей. Однако даже в ситуации, когда ресурсы ограничены, можно найти способ – о чем и идет речь в Справочнике базовой информации, – для того чтобы уважать, защищать и соблюдать международные стандарты по правам человека. В некоторых случаях реформы могут проводиться даже при отсутствии или наличии лишь незначительного объема дополнительных ресурсов. Тем не менее, во всех случаях необходимо иметь минимальный уровень средств для достижения основных целей. Безусловно, для достижения базовых международных стандартов по правам человека потребуются дополнительные ресурсы, особенно в странах, где для охраны психического здоровья средства не выделяются вообще или выделяются в минимальных объемах.

Законодательство само по себе может стать средством обеспечения дополнительных ресурсов для охраны психического здоровья, улучшения ситуации с правами человека и повышения стандартов качества услуг в области охраны психического здоровья в каждой отдельной стране. Однако, для того чтобы законодательство оказало положительное воздействие на жизнь людей, страдающих психическими расстройствами, оно должно ставить перед собой реальные и достижимые цели. Принятие нереалистичного законодательства, в рамках которого страна не может функционировать, может привести к необоснованным расходам на судебные тяжбы и отвлечению ресурсов, необходимых для дальнейшего развития служб охраны психического здоровья. Законы должны приниматься только после изучения ситуации с их финансовым обеспечением. Вопрос, каким образом цели, поставленные в Справочнике базовой информации, могут стать реальностью в каждой отдельно взятой стране, должен стать основополагающим для всех его читателей.

Что включено в Справочник базовой информации?

Главы и приложения Справочника содержат много примеров, взятых из практики мирового опыта, а также выдержки из различных национальных законодательств и нормативных документов. Данные примеры не являются рекомендациями или «моделями» для воспроизведения, а служат лишь иллюстрацией относительно того, какие наработки существуют в различных странах в области психического здоровья, прав человека и законодательства.

В Справочнике приводятся три ключевых элемента эффективного законодательства: контекст, содержание и процесс, – другими словами, «почему», «что» и «как» должно быть включено в законодательство по охране психического здоровья. Помимо этого, Приложение 1 содержит Контрольный перечень положений, которые должны быть освещены в законодательстве по охране психического здоровья. Данный перечень может использоваться вместе со Справочником базовой информации. Он предназначен для оказания помощи странам в проведении критической оценки их законодательства на предмет наличия ключевых компонентов, относящихся к охране психического здоровья, и гарантирует, что многочисленные рекомендации, содержащиеся в Справочнике, будут тщательно изучены и приняты во внимание.

В Справочнике также приводятся ссылки на Свод методических рекомендаций ВОЗ по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья. Свод методических рекомендаций состоит из нескольких взаимосвязанных модулей по таким вопросам, как основные этапы разработки политики в области психического здоровья, основы просветительской работы, финансирование и организация службы психиатрической помощи, которые, среди прочего, предназначены для содействия странам в решении ключевых вопросов в ходе проведения реформы системы охраны психического здоровья.

Для кого предназначен Справочник базовой информации?

Для отдельных специалистов, организаций и государственных служб данный Справочник может оказаться достаточно полезным. В первую очередь, он предназначен для специалистов, непосредственно занимающихся вопросами разработки нового законодательства в области психического здоровья или внесением изменений в старое, а также для тех, кто отвечает за подготовку и принятие законов, и тех, кто применяет их на практике. В большинстве стран подобными вопросами занимается целая группа специалистов, а не один эксперт. Коллективная работа со Справочником базовой информации, обсуждения и споры по различным вопросам, связанным с культурными особенностями и спецификой конкретной страны, помогут более продуктивно использовать данный источник информации.

Помимо этой специфичной категории пользователей, Справочник предназначен для широкой аудитории читателей, у которых разные цели и интересы, но для которых предлагаемый материал может представлять определенную ценность. К ним относятся политики и парламентарии; лица, формирующие политику в области охраны психического здоровья; представители министерств и государственных служб (здравоохранения, социального обеспечения, юстиции, финансов, образования, труда, полиции и исправительных учреждений); медицинские работники (психиатры, психологи, медсестры психиатрических отделений и социальные работники) и профессиональные организации; члены семей, в которых есть лица, страдающие психическими расстройствами, потребители услуг психиатрии, организации и группы, представляющие и отстаивающие интересы лиц с психическими расстройствами, академические институты, учреждения, оказывающие услуги психиатрической помощи, неправительственные организации (НПО), правозащитные группы, религиозные организации, профессиональные союзы, фонды социального обеспечения работников служб охраны психического здоровья, объединения работодателей, первичные организации социального обеспечения, церковные общины и организации, представляющие меньшинства и другие легкоуязвимые группы населения.

Одни читатели обратятся к Справочнику для того, чтобы лучше понять контекст законодательства по психическому здоровью, ориентированному на защиту прав человека, другим он потребуется для более четкого осознания своей потенциальной роли или для аргументирования и понимания того, что должно быть включено в законодательство и зачем это делается. Третьим будут интересны мировые тенденции в данной сфере и оценка того, какую помощь они сами могут оказать в процессе принятия и применения нового законодательства. Мы надеемся, что все смогут найти что-то для себя, и в результате этого совместная цель по оказанию более эффективной поддержки службам психического здоровья будет достигнута благодаря принятию и применению на практике законодательства, отвечающего стандартам в области прав человека, и прогрессивному опыту, накопленному в этой области.

Г-н Alexander Capron,
Директор, Департамент по этике, торговле, правам человека и законодательству в области здравоохранения

Д-р Michelle Funk
Координатор, Отдел совершенствования политики и систем обслуживания в области психического здоровья

Д-р Benedetto Saraceno
Директор, Департамент охраны психического здоровья и предупреждения токсикомании

1. Введение

Основная цель законодательства по охране психического здоровья состоит в защите психического здоровья населения, создании благоприятных условий и улучшении психического благополучия граждан. Совершенно очевидно, что в контексте психического здоровья для осуществления данной цели необходимо эффективно работающее законодательство по охране психического здоровья, которое не должно отличаться от законов, регулирующих другие области жизни общества.

Права людей, страдающих психическими расстройствами, нарушаются или могут нарушаться наиболее часто. Законодательство, стоящее на защите прав легкоуязвимых групп населения (включая лиц с психическими расстройствами), исходит из того, что общество должно уважать и соблюдать права человека. Прогрессивное законодательство может стать эффективным инструментом развития возможностей получения услуг в области охраны психического здоровья, а также в просвещении населения и защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами.

Однако наличие законодательства в области психического здоровья само по себе не гарантирует уважение и соблюдение прав человека. Как это не иронично звучит, в некоторых странах, особенно в тех, где законодательство не менялось в течение многих лет, оно не содействовало соблюдению прав лиц, страдающих психическими расстройствами, а наоборот, привело к их многочисленным нарушениям. Это произошло вследствие того, что законы изначально разрабатывались для защиты общества от «опасных» больных путем их изоляции в клиниках, а не для соблюдения прав лиц с психическими расстройствами, которые наделены такими же правами, как и другие граждане. Законодательства некоторых стран разрешали содержание лиц с психическими расстройствами, которые не могли позаботиться о себе, но и не представляли опасности для общества в закрытых медицинских учреждениях, что также являлось нарушением их прав. В данном контексте интересно отметить, что хотя 75% всех стран имеют законодательство по охране психического здоровья, только половина (51%) приняла подобные законы после 1990 г., и примерно одна шестая часть (15%) имеет законодательные акты, принятые еще в 1960-х годах и ранее (ВОЗ, 2001а). Законодательства во многих странах являются устаревшими и, как констатировалось выше, не столько защищают, сколько нарушают права лиц, страдающих психическими расстройствами.

Потребность в законодательстве по охране психического здоровья обусловлена растущим пониманием экономического ущерба от психических расстройств во всем мире, затрагивающего как отдельных лиц, так и общество в целом. По оценке специалистов, около 340 миллионов человек в мире страдают от депрессии, 45 миллионов от шизофрении и 29 миллионов от слабоумия. Психические расстройства оказывают значительное влияние на такой показатель, как годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALYs), что, по прогнозам экспертов, приведет к еще более значительному увеличению глобального бремени болезней (ВОЗ, 2001b) в будущем.

Помимо явного страдания от психических заболеваний, существует еще и невидимое бремя в виде отрицательного восприятия обществом и дискриминации лиц с психическими расстройствами. В странах как с низким, так и с высоким уровнями дохода на душу населения такое отношение к людям с психическими расстройствами существовало на протяжении всего периода их исторического развития, что приводило к созданию негативного стереотипа и возникновению страха и неприятия, когда лиц с психическими расстройствами общество либо отвергало, либо не замечало их существования. Нарушение элементарных свобод, отказ в предоставлении лицам с психическими расстройствами гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав – типичная ситуация, характерная для многих стран мира, где подобные нарушения происходят как внутри медицинского учреждения, так и за его пределами. Против людей, страдающих психическими расстройствами, ежедневно совершаются акты физического, сексуального и психологического насилия. Помимо этого, они сталкиваются с дискриминацией при приеме на работу, им отказывают в предоставлении определенных услуг, их права ущемляются в сфере медицинского страхования, а также при распределении жилья. Большинство подобных случаев остается без внимания, и, следовательно, реальный ущерб от болезни невозможно измерить в количественных показателях (Arboleda-Flórez, 2001).

Законодательство является важным инструментом, гарантирующим адекватное и своевременное лечение и уход, защиту прав лиц, страдающих психическими расстройствами, способствует повышению уровня информированности и просвещения.

Данная глава посвящена пяти основным темам:

- взаимосвязь между законодательством и политикой в области психического здоровья;
- защита психического здоровья населения, просвещение населения и улучшение психического благополучия граждан путем совершенствования законодательства в области психического здоровья;
- два подхода к законодательству в области психического здоровья: выделение его в отдельный закон или развитие его в составе других отраслей права;
- подзаконные акты, постановления и министерские распоряжения;
- основные международные инструменты в области защиты прав лиц с психическими расстройствами.

2. Взаимосвязь между законодательством и политикой в области психического здоровья

Закон об охране психического здоровья является важным средством достижения политических целей и задач. Проведение продуманной и комплексной политики в области охраны психического здоровья позволит решить проблемы, связанные с такими аспектами, как:

- создание сети лечебных учреждений и служб, гарантирующих высокое качество лечения и медико-социальной помощи;
- получение возможности доступа к высококачественным услугам в области охраны психического здоровья;
- защита прав человека;
- соблюдение права пациентов на лечение;
- разработка эффективных процессуальных норм защиты;
- интеграция лиц с психическими расстройствами в общество; и
- просвещение населения в области охраны психического здоровья.

Законодательство по охране психического здоровья или другие юридические механизмы, такие как подзаконные акты или декларации, способны помочь в достижении поставленных целей благодаря созданию юридической базы для осуществления и исполнения поставленных задач.

Таким образом, законодательство может служить основой для разработки политики. Оно способствует созданию системы защиты людей с психическими расстройствами от дискриминации и других нарушений прав человека со стороны правительства и физических лиц, и гарантирует справедливое и равноправное отношение к лицам с психическими расстройствами во всех сферах общественной жизни. Законодательство может устанавливать минимальные требования к квалификации и опыту работы специалистов по охране психического здоровья при прохождении ими аттестации и минимальное допустимое количество сотрудников для нормального функционирования психиатрической клиники. В дополнение к этому в нем могут содержаться обязательства сделать более доступными услуги в области охраны психического здоровья, лечения и ухода за больными. Юридическая защита может предоставляться на основе общеприменимых правовых норм или на основе создания отдельного специализированного свода законов, разработанных для защиты лиц, страдающих психическими расстройствами.

Лица, формирующие политику в правительстве (на национальном, региональном и районном уровнях), представители частного сектора и гражданского общества, не желающие ничего менять, будут вынуждены подчиниться закону и изменить свою позицию; а те, кто, сталкиваясь с многочисленными трудностями, пытается изменить ситуацию в лучшую сторону, смогут проводить прогрессивную политику более эффективно благодаря изменениям в законодательстве. Например, положения закона, запрещающие дискриминацию лиц с психическими расстройствами, могут привести к разработке новой политики, способствующей защите от дискриминации, а закон, закрепляющий оказание услуг в области охраны психического здоровья по месту жительства в качестве альтернативы принудительной госпитализации в психиатрическую клинику, может побудить чиновников к разработке и внедрению мероприятий по оказанию такой помощи в местных медицинских учреждениях.

Безусловно, законодательство по охране психического здоровья может иметь и обратное воздействие, то есть служить препятствием на пути внедрения новой политики в сфере охраны психического здоровья населения, особенно если оно оставалось неизменным в течение длительного времени. Законодательство может быть серьезным препятствием для достижения прогрессивных изменений в том случае, когда оно содержит положения, не позволяющие проводить корректировку существующей политики или эффективно пресекающие любые подобные попытки. Например, разработка мероприятий по оказанию психиатрической помощи на местах во многих странах наталкивалась на сложности, связанные с тем, что в законодательстве вообще отсутствовало положения, регулирующие оказание медицинской помощи по месту жительства. Кроме того, осуществление политики может сдерживаться и при наличии разрешающих юридических норм в том случае, если отсутствуют механизмы их исполнения.

Политика и законодательство дополняют друг друга в деле улучшения качества охраны психического здоровья, при условии наличия политической воли, необходимых ресурсов, хорошо функционирующих учреждений, местных служб психиатрической помощи и хорошо обученного персонала. Без этих составляющих самое лучшее законодательство и наиболее прогрессивная политика будут обречены на провал. Например, законодательные нормы по интеграции лиц с психическими расстройствами в общество, о которых говорилось выше, не смогут быть осуществлены на практике, если отсутствуют достаточные ресурсы для создания медицинских центров по месту жительства и разработки программ по реабилитации больных. Когда законодательство является толчком к созданию таких служб медико-социальной помощи и программ, законодатели и чиновники должны иметь четкое понимание важности проведения реабилитационных мероприятий на местах. Для правильного применения юридических норм любой политике в области охраны психического здоровья требуется политическая поддержка. Она также необходима при внесении возможных изменений в уже принятое законодательство для предотвращения возникновения препятствий на пути достижения целей, сформулированных в политике по охране психического здоровья.

Подводя итог, можно сделать вывод, что законодательство и политика в области психического здоровья тесно взаимосвязаны. Законодательство в области психического здоровья может оказывать влияние на разработку и осуществление политики в данной сфере, и наоборот. Для того чтобы достигнуть поставленных целей, способствовать защите прав лиц с психическими расстройствами и добиться положительных сдвигов в их положении, политика в области охраны психического здоровья должна опираться на законодательную базу.

3. Защита, просвещение населения и совершенствование прав граждан путем улучшения законодательства в области психического здоровья

В соответствии с целями, определенными в Уставе Организации Объединенных Наций (ООН) и международных соглашениях, фундаментальным принципом законодательства по охране психического здоровья является защита прав человека. Основные права и принципы включают равенство и недискриминационные отношения, право на уединение и сохранение и развитие автономности личности, защита от бесчеловечного и унижающего человеческого достоинства лечения, принцип наименьшего ограничения свободы и прав на получение информации и участие в процессе разработки курса лечения. Законодательство по охране психического здоровья является мощным инструментом систематизации и объединения данных фундаментальных ценностей и принципов. Отсутствие возможности пройти курс лечения равнозначно нарушению права человека на получение медицинской помощи, следовательно, вопросы доступа к лечению должны быть включены в законодательство. В данном разделе приводится ряд взаимообусловленных аргументов в пользу законодательства в области охраны психического здоровья; при этом особое внимание уделяется вопросам прав человека и доступу к системе обслуживания.

3.1 Дискриминация и психическое здоровье

Законодательство необходимо для предотвращения случаев дискриминации лиц, страдающих психическими расстройствами. Обычно дискриминация проявляется в многообразных формах, затрагивает основные области жизни человека и (в зависимости от явной или скрытой формы) носит всеобъемлющий характер. Дискриминация может затруднять доступ к необходимым услугам в области охраны психического здоровья, а также к другим жизненно важным сферам деятельности, включая вопросы занятости, образования и предоставления жилья. Неспособность к нормальной интеграции в общество является следствием подобных ограничений и ведет к еще большей изоляции личности, что может, в свою очередь, быть причиной обострения психического расстройства. Политика, которая обостряет или игнорирует проблему негативного восприятия обществом лиц, страдающих психическими расстройствами, способна привести к усилению дискриминации.

Само правительство может проводить дискриминационные меры, исключая из общественной жизни лиц, страдающих психическими расстройствами, путем лишения их права избирательного голоса, права на вождение транспортного средства, права на владение и пользование собственностью, права иметь детей и семью, путем ограничения доступа к судопроизводству. В большинстве случаев законы не носят прямого дискриминационного характера в отношении лиц с психическими расстройствами, а устанавливают необоснованные ограничения или барьеры для этих лиц. Например, хотя трудовой кодекс защищает работников, страдающих психическими расстройствами, от необоснованного увольнения, в нем не говорится о необходимости временного перевода такого работника на более спокойную должность в том случае, когда существует необходимость восстановления после очередного эпизода. В результате этого работник может допустить ошибку или не справиться с поставленным заданием, что может привести к его увольнению под предлогом некомпетентности или неспособности выполнять функциональные обязанности. Дискриминация может также иметь место в отношении людей, не страдающих никакими психическими расстройствами вообще, если их по ошибке принимают за лиц, имеющих психическое расстройство, или если у них когда-то было психическое расстройство в прошлом. Таким образом, защита от дискриминации в рамках международного права заключается не только в форме простой

отмены законов, ведущих к откровенному или целенаправленному ограничению или умалению прав инвалидов, но и в принятии законодательства, гарантирующего всем лицам равную защиту в случае нарушения их прав и свобод (см., например, Статью 26 *Международного пакта о гражданских и политических правах Организации Объединенных Наций*).

3.2 Нарушения прав человека

Одна из наиболее важных причин того, что в основу законодательства в области психического здоровья положены принципы соблюдения прав человека, заключается в том, что в настоящее время, как и в прошлом, имеют место нарушения этих прав. Отдельные представители общества, чиновники от здравоохранения и даже некоторые медицинские работники, в разное время и в разных ситуациях, нарушали, а в некоторых случаях продолжают нарушать права людей с психическими расстройствами наиболее вопиющим и оскорбительным образом. Во многих странах людям с психическими расстройствами приходится испытывать огромные трудности. Экономическая маргинализация является частичным следствием подобных нарушений; однако дискриминация и отсутствие юридической защиты против несправедливого и жестокого обращения в процессе лечения представляют более серьезную проблему. Людей, страдающих психическими расстройствами, часто лишают свободы на продолжительный период времени без соблюдения надлежащих правовых процедур (хотя в ряде случаев такие процедуры применяются, но законность их применения вызывает серьезные сомнения, например, когда содержание в клинике допускается без строгих временных ограничений или без предоставления периодических отчетов о состоянии пациента). Лиц с психическими расстройствами часто принуждают к труду; в учреждениях закрытого типа они содержатся в жутких условиях и лишены элементарного ухода. Их также подвергают пыткам и другому жестокому, бесчеловечному и унижающему человеческое достоинство обращению, включая сексуальную эксплуатацию и физическое насилие.

Более того, некоторых пациентов насильно госпитализируют для лечения в психиатрические клиники, где они зачастую пожизненно содержатся против своей воли. Получение согласия пациента на госпитализацию и лечение игнорируется, не всегда проводится независимая оценка дееспособности. Это приводит к ситуации, когда большое количество человек принудительно содержится в клиниках, несмотря на их дееспособность к самостоятельному принятию решений о своем будущем. С другой стороны, нехватка больничных коек в клиниках, отсутствие необходимых условий для лечения пациентов в стационаре или практика преждевременной выписки из больницы (которая может привести к большому количеству повторных госпитализаций, а иногда и к летальным исходам) также являются нарушением прав на получение необходимого лечения.

Лица, страдающие психическими расстройствами, беззащитны как в стенах стационара, так и за его пределами. Даже в своем собственном окружении или семье были случаи, когда людей с психическими расстройствами запирали на замок, приковывали цепями к дереву и совершали против них акты сексуального насилия.

Примеры бесчеловечного и унижающего достоинство видов обращения в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами

Би-би-си (1998 г.) сообщила, как в одной из стран в обычных психиатрических больницах пациентов запирали на замок, надевали кандалы и регулярно избивали. Зачем? Потому что считалось, что психическое заболевание – это зло, а в того, кто болеет им, вселились злые духи.

Одна НПО, отстаивающая права людей с психическими расстройствами, задокументировала пренебрежительное и грубое обращение с детьми и взрослыми в учреждениях закрытого типа в большинстве стран. Случаи, когда детей привязывают к кроватям и оставляют лежать в собственных испражнениях, не оказывая никакой медицинской или реабилитационной помощи, являются довольно частыми.

Другая НПО проинформировала общественность о том, как в некоторых странах продолжают держать пациентов в «клетках-кроватях» в течение многих часов, дней, недель, а иногда месяцев и лет. В одном из отчетов указывалось, что два пациента находились в подобных условиях по 24 часа в сутки в течение последних 15 лет. Люди в «клетках-кроватях» часто не получают никакого медикаментозного лечения и не проходят реабилитации.

Также достоверно задокументировано, что во многих странах лица с психическими расстройствами, живущие в своих семьях или отдельно, не получают никакой поддержки от государства. Из-за стигматизации и дискриминации, которые сопутствуют психическим расстройствам они вынуждены оставаться дома и не могут принимать участие в общественной жизни. Отсутствие местных служб психиатрической помощи и общественной поддержки ведет к их социальной изоляции.

3.3 Личная неприкосновенность и свобода

Важным доводом в пользу совершенствования законодательства в области психического здоровья является защита личной неприкосновенности и свобод граждан. Законодательство может обеспечивать подобную защиту различными способами, как, например,:

- пропагандировать ценности личной неприкосновенности, гарантируя всем желающим доступ к службам охраны психического здоровья;
- установить четкие, объективные критерии для принудительной госпитализации и, насколько это возможно, пропагандировать идеи добровольной госпитализации;
- обеспечить необходимую юридическую защиту для принудительно госпитализированных лиц в таких формах, как право на пересмотр решений о принудительном лечении или госпитализации;
- гарантировать, что гражданин не может быть госпитализирован принудительно, если существуют применимые к данному случаю альтернативные методы лечения;
- снять необоснованные ограничения на личную неприкосновенность и свободу в стационарных условиях (например, соблюдение права на свободу общения, права на конфиденциальность и права голоса при разработке курса лечения); и
- защитить свободу и личную неприкосновенность в общественной и политической жизни, законодательно закрепив за лицами с ограниченными способностями право избирать и пользоваться гражданскими свободами наравне с остальными гражданами.

Помимо этого, законодательство наделяет людей с психическими расстройствами, членов семей и их личных представителей правом участия в определении курса лечения и принятии других решений, что способствует защите их прав и интересов. Хотя большинство родственников действуют в интересах лица с психическим расстройством, в тех ситуациях, когда члены семей не оказывают непосредственную помощь или не способны принять правильное решение, или наблюдается конфликт интересов, нецелесообразно позволять членам семьи участвовать в процессе принятия ключевых решений или иметь доступ к конфиденциальной информации. Следовательно, законодательство должно, с одной стороны, предоставлять полномочия членам семей для защиты прав лиц с психическими расстройствами, а с другой стороны, контролировать их и выявлять родственников, вынашивающих скрытые планы или не способных принять правильное решение.

Имеют место случаи, когда лица с психическими расстройствами подвергаются насилию. Хотя общество часто относится к ним как к представляющим опасность для окружающих, в реальности они чаще оказываются жертвами, а не преступниками. Иногда, однако, может возникнуть явный конфликт между правом на личную неприкосновенность и обязанностью общества защитить своих членов от причинения им возможного ущерба. Подобная ситуация может возникнуть, когда лица с психическими расстройствами представляют угрозу как для себя, так и для окружающих вследствие снижения дееспособности при принятии решений или возникновения поведенческих нарушений, вызванных психическими расстройствами. В подобных случаях законодательство должно учитывать право на личную свободу, право принимать решения по вопросам, касающимся собственного здоровья, а также обязанность общества защищать всех, кто не в состоянии позаботиться о себе, защищать всех граждан от причинения ущерба и обязанность беречь здоровье всего населения. Этот сложный набор различных требований заслуживает самого серьезного рассмотрения при разработке законодательства и требует взвешенного подхода при практическом осуществлении его положений.

3.4 Права психически больных преступников

Другими вескими причинами, обуславливающими необходимость принятия законодательства в области психического здоровья, являются необходимость строго следовать букве закона в отношении людей, совершивших явные преступления вследствие психического расстройства, и предотвращение насилия над лицами с психическими расстройствами в системе уголовного судопроизводства. В большинстве законов признается, что лица, не контролировавшие свои действия по причине психического расстройства в момент совершения преступления или не являющиеся дееспособными в момент проведения судебных слушаний вследствие психического заболевания, нуждаются в процессуальных гарантиях во время судебного разбирательства и вынесения приговора. Однако часто в законодательстве не установлены процедуры обращения с подобными лицами или они установлены не четко, что создает ситуацию, при которой нарушаются права человека.

Законодательство по охране психического здоровья устанавливает процедуры обращения с лицами, страдающими психическими расстройствами на разных стадиях судопроизводства (см. раздел 15, ниже).

3.5 Обеспечение возможности получения психиатрической помощи и интеграция психически больных лиц в общество

Фундаментальное право на получение медицинской помощи, включая психиатрическую помощь, закреплено в ряде международных стандартов и соглашений. Однако финансирование служб охраны психического здоровья во многих странах оставляет желать лучшего и не обеспечивает адекватного свободного доступа к их услугам для всех нуждающихся. В одних странах подобные службы почти полностью отсутствуют, в других они доступны лишь небольшой части населения. Психические расстройства иногда влияют на способность человека принимать решения, касающиеся его поведения и состояния здоровья, что ведет к дальнейшим сложностям при поиске и выборе необходимого лечения.

Законодательство способно гарантировать предоставление своевременной помощи и лечения службами охраны психического здоровья и другими учреждениям социального обеспечения в тех случаях, когда это необходимо. Оно позволяет сделать психиатрическую помощь более доступной, качественной и приемлемой для всех нуждающихся в ней лицах, тем самым предоставляя им возможность для осуществления своего права на получение надлежащего лечения. Например, законодательство и/или подзаконные акты могут содержать положения об ответственности за:

- создание и функционирование служб психического здоровья по месту жительства;
- перевод служб охраны психического здоровья на уровень первичного звена оказания медицинской помощи;
- взаимодействие служб охраны психического здоровья с другими социальными службами;
- оказание помощи лицам, которые не способны принимать решения о выборе курса лечения вследствие психического расстройства;
- установку минимальных требований к содержанию, временным рамкам и типу услуг психиатрической помощи;
- обеспечение координации между различными учреждениями;
- разработку критериев по обеспечению кадровыми и людскими ресурсами;
- создание стандартов качества при оказании медико-социальной помощи и механизмов контроля за качеством услуг; и
- пропаганду активного участия пациентов в движении по защите их прав.

Прогрессивная политика в области охраны психического здоровья во многих странах направлена на то, чтобы лица с психическими расстройствами имели больше возможностей жить полноценной жизнью в обществе. Законодательство способно стимулировать данный процесс, если оно: i) предупреждает необоснованную госпитализацию; и ii) обеспечивает лиц с психическими расстройствами обслуживанием в лечебных заведениях по месту жительства услугами в области охраны психического здоровья, программами по реабилитации, медико-социальной поддержкой, юридической защитой, то есть условиями, необходимыми для нормальной жизни в обществе.

Законодательство может также играть важную роль в обеспечении участия в жизни общества лиц, страдающих психическими расстройствами. Предпосылками к такому участию являются доступ к лечению и помощи в области психического здоровья, создание внешних условий для адаптации, решение жилищных проблем и оказание реабилитационной помощи (например, получение профессии и привитие навыков самообеспечения и самообслуживания), обеспечение занятости, отсутствие дискриминации, соблюдение принципа равенства и гражданских и политических прав (например, право на участие в голосовании, право на вождение транспортного средства и право на защиту своих интересов в суде). Данные права и средства защиты могут применяться на практике, если они закреплены в законодательном порядке.

Безусловно, качество услуг будет зависеть от наличия финансового обеспечения, которое имеется в той или иной стране. Законодательство, в котором содержатся неисполнимые и нереалистичные положения, будет неэффективным и неприменимым на практике. Более того, службы охраны психического здоровья часто отстают от других медицинских учреждений, их услуги предоставляются не на должном уровне и являются чрезмерно затратными. Законодательство способно поднять уровень услуг в области охраны психического здоровья до уровня всей остальной медицины и гарантировать, что предоставление услуг осуществляется в соответствии с потребностями населения.

Медицинское страхование является еще одной областью, где законодательство может сыграть положительную роль. Во многих странах медицинское страхование либо не включает выплаты на оказание помощи и предоставление услуг в области психического здоровья, либо предлагает пациентам более низкое страховое покрытие и в течение короткого времени лечения. Это нарушает принцип доступности, так как ведет к дискриминации лиц с психическими расстройствами и создает для них экономические барьеры при пользовании услугами в области охраны психического здоровья. Включение в законодательство положений о медицинском страховании позволит гарантировать получение лицами, страдающими психическими расстройствами, необходимой и доступной помощи.

4. Два подхода к законодательству в области психического здоровья: выделение его в отдельный закон или развитие его в составе других отраслей права

Существуют различные подходы к законодательству в области охраны психического здоровья. В одних странах не существует специальных законов в данной сфере, а положения, связанные с защитой психического здоровья населения, прописаны в других законодательных актах. Например, вопросы охраны психического здоровья могут быть включены в законодательство по здравоохранению, трудовое, жилищное законодательство или в уголовное право. В то же время есть страны, обладающие консолидированным законодательством в области психического здоровья, где все аспекты, относящиеся к оказанию помощи и предоставлению услуг в области психического здоровья, зафиксированы в одном законе. Многие страны используют комбинированный подход и имеют как специальное законодательство в области психического здоровья, так и отдельные положения по его охране, прописанные в других законодательных актах.

Оба данных подхода имеют как преимущества, так и недостатки. Специальное законодательство легче исполнять и принимать; при этом нет необходимости внесения многочисленных поправок в уже существующие законы. Процесс разработки, принятия и применения такого законодательства представляет хорошую возможность для привлечения внимания общественности к проблемам охраны психического здоровья и проведения просветительских мероприятий среди политиков и населения по вопросам прав человека, стигматизации и дискриминации. Тем не менее, отдельное законодательство акцентирует внимание на обособленности служб психического здоровья и лиц с психическими расстройствами; следовательно, потенциально оно может привести к усилению негативного отношения и предвзятости в отношении подобных лиц.

Включение положений, относящихся к сфере психического здоровья, в различные отрасли права позволяет уменьшить стигматизацию и повысить степень интеграции лиц с психическими расстройствами в общество. Помимо этого, поскольку данные положения являются частью законодательства, защищающего интересы широких слоев населения, существует больше шансов на принятие подобного законодательства вместе с положениями, относящимися к оказанию помощи лицам с психическими расстройствами. Один из основных недостатков подобного «распыления» законодательства состоит в сложности охвата всех аспектов, относящихся к лицам с психическими расстройствами. Процедурные положения, направленные на защиту прав этих лиц, могут быть достаточно подробными и сложными, чтобы найти полное отражение в законодательстве, не являющимся специальным законом в области охраны психического здоровья. Кроме этого, принятие такого законодательства требует больше времени, так как необходимо принять много различных поправок к существующим законам.

Нет никаких веских доказательств, подчеркивающих преимущества одного метода изменения законодательства над другим. Комбинированный подход, заключающийся во включении вопросов оказания психиатрической помощи в уже существующие законодательные акты при одновременном принятии специального законодательства в области психического здоровья, наиболее оптимально сможет удовлетворить потребности лиц, страдающих психическими расстройствами. Однако все будет зависеть от конкретных условий той или иной страны.

При разработке специального законодательства в области психического здоровья необходимо внести поправки в другие законы (например, в уголовный кодекс, закон о социальном обеспечении, образовании), для того чтобы положения вышеуказанных законов не вступали в противоречие друг с другом.

Пример: Внесение поправок во все законы, относящиеся к охране психического здоровья на островах Фиджи

В процессе изменения законодательства в области психического здоровья на островах Фиджи было принято решение о пересмотре 44 различных законодательных актов, с тем чтобы устранить разночтения между новым законодательством по охране психического здоровья и существующими законами. Кроме этого, были внесены поправки в Уголовный кодекс и Правила ведения судопроизводства во избежание возникновения юридических разночтений.

Отчет Миссии ВОЗ, 2003 г.

5. Подзаконные акты, постановления и министерские распоряжения

Принятие законодательства по охране психического здоровья не является одномоментным событием; к нему необходимо подходить как к непрерывному процессу, который эволюционирует во времени. Это означает, что законодательство подлежит пересмотру, в него должны быть внесены изменения и поправки в свете новых достижений в области оказания медико-социальной помощи, лечения и реабилитации лиц с психическими расстройствами и улучшения качества услуг в области охраны психического здоровья. Сложно определить, как часто необходимо пересматривать существующее законодательство в области психического здоровья, однако в тех странах, где есть достаточное финансирование, поправки в законодательство целесообразнее всего вносить с интервалом в 5–10 лет.

В реальности частое внесение поправок в законодательство является сложным процессом вследствие его длительности, финансовых расходов, а также необходимости проведения консультаций со всеми заинтересованными сторонами. Одно из возможных решений заключается в разработке таких положений законодательства, которые разрешают принятие подзаконных актов, реагирующих на изменение ситуации. Конкретика не должна присутствовать в законодательстве, вместо этого в нем должно быть положение, регулирующее процесс принятия и пересмотра подзаконных актов. Например, в Южной Африке правила аттестации работников служб психического здоровья не зафиксированы в законодательстве, а прописаны в подзаконных актах. Законодательство определяет юридических лиц, ответственных за разработку подзаконных актов, а также общие принципы, которые должны лежать в их основе. Преимущества применения подзаконных актов состоит в том, что они позволяют вносить частые изменения в правила аттестации и избежать длительного процесса внесения поправок в основное законодательство. Таким образом, подзаконные акты способны придать гибкость законодательству по охране психического здоровья.

Другой альтернативой подзаконным актам в некоторых странах являются распоряжения и постановления. В них, как правило, решаются краткосрочные и среднесрочные проблемы, когда в силу ряда причин необходимо осуществить временное вмешательство. Например, в Пакистане в 2001 г. было издано постановление, вносящее поправки в законодательство по охране психического здоровья, в то время как деятельность Национальной ассамблеи и Сената была приостановлена после введения чрезвычайного положения. В преамбуле к постановлению констатируется, что при существующих обстоятельствах необходимо «принятие немедленных мер» (Постановление No. VIII от 2001 г.). Принятие такого постановления явилось необходимой мерой и приветствовалось большинством населения, обеспокоенным состоянием психического здоровья, особенно с учетом того факта, что существующее законодательство в данной области полностью устарело. Подобное постановление должно быть ратифицировано законодательным органом в течение установленного периода времени, как это произошло в Пакистане, что является гарантией против принятия потенциально реакционного и/или недемократического законодательства.

6. Основные международные и региональные инструменты в области защиты прав лиц с психическими расстройствами

Требования международного права по проблематике прав человека, включая пакты ООН и региональные конвенции, должны являться основой для разработки национального законодательства, определяющего права лиц с психическими расстройствами или регулирующего деятельность всей системы охраны психического здоровья и социального обеспечения. В широком смысле международно-правовые документы подразделяются на две категории: договоры, обязательные к выполнению государствами, ратифицировавшими данные соглашения и международные «стандарты» по правам человека, которые являются руководствами, принимаемыми в форме международных деклараций, резолюций или рекомендаций, издающиеся в основном международными организациями. К первому типу документов относятся международные конвенции и пакты, такие как Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП, 1966 г.) и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП, 1966 г.). Вторая категория включает резолюции Генеральной Ассамблеи ООН, такие как Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (Принципы ПБ, 1991 г.), которые, хотя и не имеют обязательной силы, могут и должны оказывать влияние на национальные законодательства, поскольку представляют международное общественное мнение.

6.1 Международные и региональные инструменты по правам человека

Бытует широко распространенное заблуждение, что поскольку документы по правам человека, относящиеся к правам лиц с психическими расстройствами и правам инвалидов, являются резолюциями, не имеющими обязательной силы, в отличие от конвенций, обязательных к исполнению, то законодательство в области психического здоровья является внутренним делом каждой страны. Данное утверждение ошибочно, поскольку правительства принимают на себя обязательства, в рамках международных пактов по правам человека, гарантировать проведение политики по защите прав человека, включая лиц с психическими расстройствами, в соответствии с нормами международно-правовых документов, имеющих обязательную силу.

Комитеты по контролю за выполнением договоренностей на международном и региональном уровнях осуществляют надзор за выполнением государствами своих обязательств по ратифицированным международным договорам по правам человека. Правительство, ратифицировавшее международно-правовой акт, обязуется предоставлять регулярные отчеты о шагах, предпринимаемых для осуществления положений, содержащихся в данном документе, включая внесение поправок во внутреннее законодательство, изменение внутренней политики и практической деятельности. Неправительственные организации (НПО) могут также предоставлять информацию в комитеты по контролю за выполнением договоренностей. Данные комитеты рассматривают представляемые отчеты и принимают к сведению любую информацию, представленную НПО и другими компетентными органами, после чего публикуют рекомендации и предложения в форме «заключительных замечаний», в которых может содержаться определение о невыполнении правительством данной страны взятых на себя обязательств. Система международного и регионального контроля вместе с системой отчетности представляет хорошую возможность для информирования общественности о ситуации в такой специализированной сфере, как права человека. Данный процесс может являться эффективным инструментом для оказания воздействия на правительства в области соблюдения прав граждан, зафиксированных в международных конвенциях.

Под эгидой комитетов, обеспечивающих соблюдение международных договоренностей в рамках европейской и американской системы защиты прав человека, создана процедура подачи индивидуальных жалоб, которые предоставляют жертвам нарушения прав человека возможность обращаться за судебной защитой и требовать получения компенсации от своего правительства.

В данном разделе приводится краткий обзор некоторых ключевых положений международных и региональных инструментов по правам человека, относящихся к правам лиц с психическими расстройствами.

6.1.1 Международный билль о правах человека

Всеобщая декларация прав человека (1948 г.), Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП, 1966 г.) и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП, 1966 г.) вместе называются «Международным биллем о правах человека». В Статье 1 Всеобщей декларации прав человека, принятой Организацией Объединенных Наций в 1948 г., говорится, что все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Таким образом, лица с психическими расстройствами имеют право на защиту своих фундаментальных прав и свобод.

В 1996 г. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам принял Замечание общего порядка No. 5 по применению положений Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) в отношении инвалидов с физическими и умственными недостатками. Замечания общего порядка, подготовленные контрольными органами, являются важным источником толкования статей конвенций по правам человека. Хотя замечания общего порядка не имеют обязательной силы, они представляют официальное мнение о надлежащем толковании соответствующих положений международно-правовых пактов.

Комитет ООН по правам человека, созданный для мониторинга осуществления положений МПГПП, пока еще не выпустил замечания общего порядка по правам лиц с психическими расстройствами. Но он уже издал Замечание общего порядка No. 18 по вопросам защиты от дискриминации лиц с какой-либо формой инвалидности в соответствии со Статьей 26.

Фундаментальным обязательством по защите прав человека, отраженным во всех трех документах, является обязательство по защите от дискриминации. Более того, в Замечании общего порядка No. 5 констатируется, что право на здоровье подразумевает право доступа к услугам по реабилитации. Это означает, что право на физическое и психическое здоровье подразумевает право доступа к тем медицинским и социальным услугам, которые позволяют лицам с какой-либо формой инвалидности достигнуть оптимального уровня самостоятельности. Право на защиту человеческого достоинства также отражено в Замечании общего порядка No. 5 МПЭСКП, а также в МПГПП. Другие важные права, закрепленные в Международном билле о правах человека, включают право на участие в жизни общества, право на создание разумных особых условий (Замечание общего порядка No. 5 МПЭСКП), право на свободу и личную неприкосновенность (Статья 9 МПГПП) и право лиц с какой-либо формой инвалидности, к которым относятся лица с психическими расстройствами, на защиту своих прав от возможной дискриминации.

Статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) признает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Право на здоровье также признается в других международных конвенциях, как, например, в Статье 5(e)(iv) Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации, 1965 г., Статьях 11.1(f) и 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, 1979 г., и Статье 24 Конвенции о правах ребенка, 1989 год. Ряд документов по правам человека регионального характера также признают право на здоровье, например Европейская социальная хартия, 1996 г., пересмотренная (Статья 11), Африканская хартия прав человека и народов, 1981 г. (Статья 16) и Дополнительный протокол к Американской конвенции по правам человека в области экономических, социальных и культурных прав 1988 г. (Статья 10).

Замечание общего порядка No.14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам служит для оказания помощи странам по применению положений Статьи 12 МПЭСКП. В Замечании общего порядка No. 14 констатируется, что право на здоровье включает как свободы, так и права. К свободам относятся право контролировать свое здоровье и тело, включая половую и репродуктивную функции, и право на свободу от всякого вмешательства, например от пыток, и не подвергаться без свободного согласия медицинским или научным опытам. К производным правам относятся право на здоровье, обеспечивающее всем равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья. Согласно толкованию Комитета, право на здоровье включает следующие взаимосвязанные элементы:

- (i) *Доступность*, то есть учреждения и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку в необходимом для него количестве.
- (ii) *Доступность* включает:
 - недискриминацию: учреждения и услуги здравоохранения должны быть доступны для всех;
 - физическую доступность: учреждения и услуги здравоохранения должны находиться в физической досягаемости для всех групп населения, особенно для легкоуязвимых и малообеспеченных слоев населения;
 - экономическую доступность: схемы оплаты медицинской помощи должны основываться на принципе справедливости, который гарантирует каждому доступность медико-социальной помощи; и
 - доступность информации: право на поиск, получение и распространение информации и идей, касающихся вопросов здоровья.
- (iii) *Приемлемость*, то есть все учреждения и услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям.
- (iv) *Качество*, то есть учреждения и услуги здравоохранения должны быть также приемлемыми с научной и медицинской точек зрения и характеризоваться высоким качеством.

В Замечании общего порядка No. 14 далее говорится, что право на здоровье предусматривает для государств-участников три категории или уровня обязательств: обязательства *уважать*, *защищать* и *выполнять*. Обязательство *уважать* требует от государств воздерживаться от прямого или косвенного посягательства на право на здоровье. Обязательство *защищать* требует от государств принимать меры для недопущения посягательств на предусмотренные в Статье 12 гарантии третьими сторонами. И наконец, обязательство *выполнять* требует от государств принятия соответствующих законодательных, административных, бюджетных, судебных, стимулирующих и иных действий для полного осуществления права на здоровье.

Статья 7 МПГПП гарантирует защиту от пыток, жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения; она применима к медицинским учреждениям и особенно к психиатрическим клиникам. Замечание общего порядка к Статье 7 требует от государств-участников «предоставлять информацию о принудительном содержании в психиатрических больницах, мерах по предотвращению издевательств, процедурах подачи апелляции лицами, поступившими в стационарные психиатрические учреждения и жалобах, зарегистрированных в период подготовки отчета».

Со списком стран, ратифицировавших МПЭСКП и МПГПП, можно ознакомиться на веб-сайте по адресу: <http://www.unhchr.ch/pdf/report.pdf>.

6.1.2 Другие международные конвенции, относящиеся к охране психического здоровья

Конвенция ООН о правах ребенка, имеющая обязательную силу, содержит положения по защите прав детей и подростков. К ним относятся защита от всех форм физического и психического посягательства; защита от дискриминации; право на жизнь; выживание и здоровое развитие; соблюдение наилучших интересов ребенка и уважение прав ребенка на свободу мысли. Отдельные статьи Конвенции непосредственно посвящены вопросам охраны психического здоровья:

- Статья 23 признает, что ребенок с умственными или физическими недостатками должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют развитию его уверенности в себе и помогают его активному участию в жизни общества.
- Статья 25 признает право на периодический пересмотр курса лечения ребенка, помещенного в стационарные условия, для защиты и охраны его физического или психического здоровья.
- Статья 27 признает право каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, психического, духовного, нравственного и социального развития.
- Статья 32 признает право ребенка на защиту от выполнения любой работы, которая может представлять опасность для его здоровья или служить препятствием в получении им образования, либо нанести ущерб его здоровью и физическому, умственному, духовному, моральному и социальному развитию.

Конвенция ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (1984 г.) также применима для лиц, страдающих психическими расстройствами. Например, Статья 16 гласит, что каждое государство – участник Конвенции обязуется предотвращать акты жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания.

В некоторых психиатрических клиниках можно встретить много примеров бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. К ним относятся отсутствие безопасных и гигиенически здоровых условий; недостаток питания и одежды; недостаточное отопление помещений; дефицит теплой одежды; недостаточное обеспечение помещениями для предотвращения распространения инфекционных заболеваний; недостаточное количество персонала, которое приводит к ситуациям, когда пациентов клиники заставляют выполнять хозяйственные работы бесплатно или в обмен на небольшие привилегии; а также случаи использования наказания, при применении которых пациенты, не имея возможности посетить туалет, могут оказываться в собственной моче и испражнениях или неспособны самостоятельно вставать или свободно передвигаться в течение длительного времени.

Отсутствие финансовых или кадровых ресурсов не является поводом для бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. Правительствам необходимо предоставить адекватное финансирование основных потребностей и защитить пациентов от страданий, которые могут быть вызваны отсутствием питания, недостаточной обеспеченностью одеждой и кадровым персоналом, отсутствием условий для личной гигиены или помещением в среду, несоответствующей уважению человеческого достоинства.

Не существует специальной конвенции ООН, относящейся к защите прав лиц с какой-либо формой инвалидности. Однако 28 ноября 2001 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла резолюцию о создании специального комитета по «рассмотрению предложений по выработке всеобъемлющей и единой международной конвенции о поощрении и защите прав и достоинства инвалидов». В настоящее время продолжается работа по разработке проекта конвенции. Данная конвенция способна принести пользу, в том числе и лицам, страдающим психическими расстройствами.

Помимо различных международно-правовых документов, существует также целый ряд региональных конвенций по защите прав человека, краткое описание которых приводится ниже.

Африканский регион

Африканская (Банжун) хартия прав человека и народов (1981 г.) является документом, имеющим обязательную силу, контроль за выполнением которого осуществляется Африканской комиссией по правам человека и народов. В Хартии содержится ряд важных статей по гражданским, политическим, экономическим и культурным правам. Положения, относящиеся к лицам с психическими расстройствами, содержатся в Статьях 4, 5 и 16, в которых провозглашаются такие права, как право на жизнь и личную неприкосновенность, право на уважение достоинства, присущее человеческой личности, запрет всех форм эксплуатации и унижения человека (в особенности рабства, работорговли, пыток, жестокого, бесчеловечного или унижающего человеческого достоинство наказания) и право лиц пожилого возраста и лиц с какой-либо формой инвалидности на получение медицинской помощи и необходимые меры защиты. В Хартии констатируется, что «лица пожилого возраста и инвалиды также имеют право на специальные меры защиты с учетом их физических и моральных нужд». Хартия гарантирует каждому человеку право на максимально достижимый уровень физического и психического здоровья.

Африканский суд по правам человека и народов – Ассамблея глав государств и правительств Организации африканского единства (ОАЕ), – которая сейчас называется Африканский союз – учредила Африканский суд по правам человека и народов для рассмотрения жалоб на нарушения прав человека, включая нарушения гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, гарантированных Африканской хартией и другими аналогичными международно-правовыми договорами. В соответствии со Статьей 34(3) Африканской хартии, Суд приступил к выполнению своих обязанностей 25 января 2004 г. после ратификации пятнадцатью африканскими государствами. Он обладает полномочиями принимать решения, которые обязательны для исполнения.

Европейский регион

Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод (1950 г.) – Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод, вместе с Европейским судом по правам человека, обеспечивает защиту прав лиц с психическими расстройствами. Положения Конвенции, как и решения Суда, обязательны для стран, ратифицировавших Конвенцию.

В европейских государствах законодательство в области психического здоровья должно содержать гарантии против принудительной госпитализации, которые базируются на трех принципах, сформулированных Европейским судом по правам человека:

- психическое расстройство устанавливается независимой медицинской экспертизой;
- для ограничения свободы психическое расстройство должно быть определенного вида и степени тяжести; и
- для продления подобного ограничения свободы необходимо представить доказательства того, что психическое расстройство по-прежнему имеет место (Wachenfeld, 1992).

Европейский суд по правам человека занимается толкованием положений Европейской конвенции и разработкой европейского законодательства по защите прав человека. Прецеденты, рассматриваемые в Суде, позволяют достаточно подробно толковать Конвенцию в части вопросов, касающихся психического здоровья.

Европейская конвенция о защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (1996 г.) – Данная Конвенция, принятая членами Совета Европы и другими странами Европейского сообщества, явилась первым международным документом, имеющим обязательную силу, который провозглашает принцип информированного согласия, обеспечивает равный доступ к медицинской помощи и право быть информированным, а также устанавливает высокие стандарты защиты пациентов при оказании им медицинской помощи и проведении исследований.

Рекомендация 1235 по психиатрии и правам человека (1994 г.) – В европейских странах на законодательства в области психического здоровья большое влияние оказала Рекомендация 1235 (1994 г.) по психиатрии и правам человека, принятая Парламентской ассамблеей Совета Европы. В ней зафиксированы критерии для принудительной госпитализации, процедура принудительной госпитализации, стандарты по оказанию психической и психиатрической помощи лицам с психическими расстройствами и меры по предотвращению нарушения прав пациентов психиатрии.

Рекомендация No. 10 о защите прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами (2004 г.) – В сентябре 2004 г. Комитет министров Совета Европы принял рекомендацию, призывающую страны-члены усилить защиту достоинства, прав человека и основных свобод лиц с психическими расстройствами, особенно тех, кто подвергается принудительной изоляции или принудительному лечению.

Другие европейские конвенции – *Европейская конвенция против пыток и бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания (1987 г.)* обеспечивает другой уровень защиты прав человека. В 8-ом Ежегодном отчете Комитета Совета Европы по пыткам устанавливаются стандарты по защите лиц с психическими расстройствами от ненадлежащего обращения.

Пересмотренная *Европейская социальная хартия (1996 г.)* гарантирует обязательную защиту основных прав лиц с психическими расстройствами, являющихся гражданами государств – участников Конвенции. В частности, Статья 15 гарантирует право таких лиц на независимость, социальную интеграцию и участие в общественной жизни. Рекомендация No. (83) 2, принятая Советом министров в 1983 г., является еще одной важной юридической мерой защиты лиц с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении в психиатрических учреждениях.

Регион стран Америки

Американская декларация прав и обязанностей человека (1948 г.) – Данный документ обеспечивает защиту гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав.

Американская конвенция прав человека (1978 г.) – Данная Конвенция также содержит положения по защите гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав и устанавливает обязательные средства защиты и контроля за выполнением данных прав, осуществляемого Межамериканской комиссией по правам человека и Межамериканским судом по правам человека. Недавнее рассмотрение Комиссией дела *Конго против Эквадора* представило хорошую возможность для дальнейшего толкования положений Конвенции по вопросам психического здоровья.

Дополнительный протокол к Американской конвенции прав человека в области экономических, социальных и культурных прав (1988 г.) – Данная Конвенция обеспечивает защиту прав лиц с какой-либо формой инвалидности. Стороны, подписавшие Конвенцию, согласились осуществлять программы, направленные на обеспечение людей с какой-либо формой инвалидности необходимыми ресурсами и создавать среду для наиболее оптимального развития их личности, а также проводить специальное обучение членов их семей (включая обучение по конкретным вопросам, связанным с удовлетворением специальных потребностей данной группы). Стороны, подписавшие Конвенцию, также обязуются сделать защиту прав данных лиц приоритетным компонентом планов развития городской инфраструктуры и способствовать созданию общественных групп, занимающихся социальной реабилитацией лиц с какой-либо формой инвалидности, с тем чтобы они могли жить полноценной жизнью.

Межамериканская конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении инвалидов (1999 г.) – Цели данной Конвенции состоят в предупреждении и ликвидации всех форм дискриминации в отношении лиц с какими-либо психическими и физическими недостатками с целью их более полной социальной интеграции. Это первая международная конвенция, которая посвящена защите прав лиц с психическими расстройствами. В 2001 г. Межамериканская комиссия по правам человека приняла Рекомендацию по соблюдению и защите прав инвалидов с умственными недостатками (2001 г.), призывающую страны ратифицировать данную Конвенцию, пропагандировать ценности психического здоровья и организовывать службы психиатрической помощи по месту жительства путем изменения законодательства и принятия национальных планов по охране психического здоровья с целью более полной социальной интеграции лиц с психическими расстройствами.

7. Основные стандарты по правам человека, относящиеся к психическому здоровью

7.1 Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (Принципы ПБ, 1991 г.)

В 1991 г. Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (Принципы ПБ, см. Приложение 3) установили минимальные стандарты по защите прав человека в области психиатрии. Международные контрольно-надзорные органы используют Принципы ПБ для авторитетного толкования требований международных конвенций, таких как МПЭСКП.

Принципы ПБ явились рамочной основой для развития законодательства в области психического здоровья во многих странах. Австралия, Венгрия, Мексика и Португалия, среди многих стран, включили принципы ПБ, полностью или частично, в свои национальные законодательства. Принципы ПБ устанавливают стандарты лечения и содержания пациентов в психиатрических клиниках и служат защитой против необоснованного принудительного содержания людей в подобных учреждениях. Данные принципы в основном применимы к лицам с психическими расстройствами вне зависимости от того, находятся или нет данные лица в психиатрических учреждениях, и ко всем лицам, содержащимся в психиатрических учреждениях, вне зависимости от наличия или отсутствия диагноза психического расстройства. Последнее положение является важным, поскольку во многих странах психиатрические клиники длительного пребывания используются в качестве мест содержания лиц без анамнеза психических расстройств или их текущего проявления, которых удерживают в стационаре по причине отсутствия аналогичных учреждений или помощи, способной удовлетворить их нужды по месту жительства. В Принципах ПБ признается, что каждый человек, страдающий психическим заболеванием, имеет право, насколько это возможно, жить и работать в обществе.

Несмотря на это, Принципы ПБ подверглись определенной критике. В 2003 г. Генеральный секретарь ООН в своем докладе Генеральной Ассамблее отметил, что Принципы ПБ «в некоторых случаях предлагают меньшую степень защиты, чем существующие договоры по правам человека; особенно в части требования предварительного информированного согласия на проведение лечения. В этой связи некоторые организации инвалидов, включая Всемирную сеть пользователей услуг психиатрии и ее жертв испытывают озабоченность в отношении некоторых мер защиты, содержащихся в Принципах (в частности, в Принципах 11 и 16), и их соответствия существующим стандартам в области прав человека в контексте принудительной госпитализации и лечения». (Организация Объединенных Наций, 2003 г.)

7.2 Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Стандартные правила, 1993 г.)

Всемирная конференция по правам человека, состоявшаяся в Вене в 1993 г., вновь подчеркнула тот факт, что международное право по проблематике прав человека обеспечивает защиту инвалидов с умственными и физическими недостатками и что правительства должны принять внутреннее законодательство для реализации этих прав. В документе, получившем название «Венская декларация», Всемирная конференция заявила, что все права человека и основные свободы являются универсальными, и тем самым они, безусловно, относятся и к инвалидам.

Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (1993 г.) были приняты в конце Десятилетия инвалидов (1982 – 1993 г.) в форме резолюции 48/96 Генеральной Ассамблеи ООН. Как инструмент, определяющий политику, Стандартные правила вновь констатируют основные задачи, такие как профилактика, реабилитация и обеспечение равных возможностей в рамках Всемирной программы действий. Принятые 22 правила обеспечивают проведение необходимых мероприятий на национальном уровне в трех основных областях: создание предварительных условий для равного участия, определение целей для равного участия и применение мер по их достижению. Стандартные правила – это новый, революционный по своему значению международно-правовой инструмент, поскольку в нем участие инвалидов в общественной жизни устанавливается в качестве международно признанного права человека. Для реализации этого права государства обязаны дать инвалидам и их организациям возможность участвовать в разработке законодательства по касающимся их вопросам. В Стандартных правилах содержится призыв ко всем странам разработать национальные планы мероприятий по приведению их законодательства, политики и программ в соответствие с международными стандартами по правам человека.

8. Технические стандарты

В дополнение к резолюциям Генеральной Ассамблеи ООН, международными организациями системы ООН, всемирными конференциями и совещаниями специалистов, созывавшимися под эгидой ООН было принято много технических руководящих принципов и политических заявлений. Эти документы могут являться ценным источником для толкования международных конвенций по правам человека.

8.1 Каракасская декларация (1990 г.)

Каракасская декларация (1990 г.), принятая в качестве резолюции законодателями, специалистами по охране психического здоровья, лидерами правозащитного движения и активистами организаций инвалидов на совещании Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ/ВОЗ), имеет существенное значение для определения структуры служб охраны психического здоровья (см. Приложение 4). В ней констатируется, что исключительное использование стационарного лечения в психиатрической больнице изолирует пациентов от их естественного окружения, тем самым усугубляя инвалидность. Декларация устанавливает критически важную взаимосвязь между службами охраны психического здоровья и правами человека, делая вывод о том, что подобные устаревшие службы охраны психического здоровья подвергают риску права пациентов.

Декларация призывает к созданию и интегрированных служб психического здоровья по месту жительства путем перестройки существующей системы оказания психиатрической помощи. В Декларации констатируется, что наличие ресурсов и системы оказания медико-социальной помощи лицам с психическими расстройствами должны гарантировать соблюдение их достоинства и прав человека, обеспечить рациональное и необходимое лечение и проживание лиц с психическими расстройствами в привычном окружении. В ней далее говорится, что законодательство в области психического здоровья должно гарантировать соблюдение прав лиц с психическими расстройствами, а службы охраны психического здоровья должны быть организованы таким образом, чтобы обеспечить соблюдение этих прав.

8.2 Мадридская декларация (1996 г.)

Международные ассоциации специалистов по психическому здоровью также предприняли попытки защитить права лиц с психическими расстройствами, опубликовав свои собственные руководства по стандартам в области профессионального поведения и профессиональной практики. Примером такого руководства является Мадридская декларация, принятая Генеральной ассамблеей Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в 1996 г. (см. Приложение 5). Среди прочих стандартов в Декларации говорится о лечении на основе партнерства врачей и лиц, страдающих психическими расстройствами, и использовании принудительного лечения только в исключительных случаях.

8.3 Технические стандарты ВОЗ

В 1996 г. ВОЗ приняла *Закон о психиатрической помощи: десять основных принципов* (см. рамку, ниже) в качестве инструмента толкования принципов ПБ и руководства для оказания помощи странам в разработке законодательств по охране психического здоровья. В 1996 г. ВОЗ также приняла *Руководящие принципы по поощрению прав лиц, страдающих психическими расстройствами*. Данный документ может использоваться для толкования Принципов ПБ и оценки положения с правами человека в психиатрических учреждениях.

Закон о психиатрической помощи: десять основных принципов

1. Пропаганда ценностей психического здоровья и профилактика психических расстройств
2. Доступ к базовой психиатрической помощи
3. Оценка состояния психического здоровья в соответствии с международно признанными принципами
4. Оказание наименее ограничивающей права пациента помощи в области охраны психического здоровья
5. Самоопределение
6. Право на получение помощи в процессе самоопределения
7. Наличие процедуры пересмотра
8. Автоматический и периодический механизм пересмотра решений
9. Наличие соответствующей квалификации у лиц, принимающих решения
10. Уважение верховенства права

ВОЗ, 1996 г.

8.4 Саламанкское заявление и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями (1994 г.)

В 1994 г. Всемирная конференция по образованию лиц с особыми потребностями приняла *Саламанкское заявление и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями*, в котором утверждается право детей-инвалидов с умственными недостатками на совместное обучение с обычными детьми. *Саламанкская декларация* имеет особое значение для осуществления *Всемирной декларации об образовании для всех (WDEA)* и реализации права на образование, установленного МПЭСКП.

9. Ограничение прав

Отдельные права человека недопустимо ограничивать ни при каких обстоятельствах. К ним относятся право на свободу от пыток и рабства и право на свободу мысли, совести и религии. Однако в ограничительных и отступительных оговорках большинства международно-правовых пактов признается необходимость ограничения прав человека в определенных случаях, а в сфере охраны психического здоровья оговариваются исключения из правил, при которых применение подобных ограничений является необходимым (см. для примера Главу 2).

Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах (Сиракузские принципы) устанавливают критерии, которые необходимо соблюдать при ограничении прав личности. Важно, чтобы любое ограничение прав соответствовало каждому из шести критериев. Ограничения должны быть лимитированы по времени, а лицо, на которое налагаются данные ограничения, должно иметь право на их периодический пересмотр.

- Ограничение предусмотрено и осуществляется в соответствии с законом.
- Ограничение налагается в общих законных интересах.
- Ограничение является строго необходимым для достижения определенной цели в демократическом обществе.
- Ограничение является необходимым для удовлетворения потребностей здравоохранения.
- Ограничение должно быть соразмерно достижению общественной цели, когда менее инвазивные и ограничительные средства для достижения той же социальной цели отсутствуют.
- Ограничение не готовится или не налагается произвольно, то есть необоснованным или иным дискриминирующим образом.

Для более подробного обсуждения роли международно-правовых документов по защите прав лиц с психическими расстройствами, см. *Роль международных прав человека в национальном законодательстве по охране психического здоровья* (ВОЗ, 2001с) на веб-сайте по адресу: http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/. С кратким обзором основных положений и международными документами, относящимися к защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами, можно ознакомиться в Приложении 2.

Подводя итог, можно сделать заключение, что законодательство способно обеспечить достижение задач, поставленных перед системой общественного здравоохранения, и целей в области политики по охране здоровья. Правительства принимают обязательства уважать, поощрять и соблюдать основные права людей, страдающих психическими расстройствами, в соответствии с положениями международных пактов по правам человека, имеющих обязательную силу. Помимо данных документов, другие стандарты, такие как Принципы ПБ, принятые на основе международного консенсуса, могут быть использованы в качестве руководства для разработки законодательства и претворения политики, направленной на поощрение и защиту прав лиц с психическими расстройствами. Законодательство способно оказать поддержку лицам с психическими расстройствами в получении надлежащей психической и психиатрической помощи. Оно может служить инструментом защиты и пропаганды прав человека и способствовать предотвращению дискриминации. Законодательство также может обеспечить защиту таких прав, как избирательное право, право владения собственностью, право на свободу ассоциаций, право на беспристрастный суд, на правовые гарантии и пересмотр решений о принудительной госпитализации и защиту в таких областях, как предоставление жилья и получение работы. Уголовное право способно гарантировать соответствующее лечение и защиту прав психически больных преступников. Существуют примеры, четко иллюстрирующие, что законодательство в области психического здоровья есть нечто большее, чем просто закон, регулирующий процесс оказания медико-социальной помощи и сводящийся исключительно к вопросам принудительной госпитализации и лечения в условиях психиатрического стационара.

Однако, несмотря на свою решающую роль, законодательство не является единственным и самым простым решением огромного спектра проблем в области охраны психического здоровья, а служит лишь инструментом, облегчающим достижение поставленных целей. Даже в странах с хорошим законодательством неформальный человеческий фактор в системе охраны психического здоровья может нанести огромный вред осуществлению законодательных инициатив. Например, специалисты по психическому здоровью, не знакомые с положениями нового закона, могут продолжать использовать «привычные» методы лечения, что сводит на нет цели нового, прогрессивного законодательства в области охраны психического здоровья. Без адекватной переподготовки и обучения, а также без привлечения необходимых заинтересованных сторон, законодательство может играть очень ограниченную роль.

Постоянная приверженность специалистов по психическому здоровью к самоконтролю является другим важным компонентом системы. Более того, чрезмерно ограничительное законодательство, даже если оно имеет добрые намерения, может скорее ограничить, чем облегчить доступ к службам охраны психического здоровья. Например, законодательные положения, относящиеся к принудительной госпитализации или лечению, могут носить такой ограничительный характер, что их выполнение, даже при наличии имеющегося финансового обеспечения, станет невозможным, что отрицательно скажется на оказании необходимой помощи. Обеспечение адекватного и необходимого ухода и лечения, а также поощрение и защита прав лиц с психическими расстройствами являются задачами первостепенной важности, и законодательство способно сыграть здесь важную роль.

Контекст законодательства по охране психического здоровья: основные положения

- Законодательство дополняет политику, планы и программы в области охраны психического здоровья. Оно способно обеспечить достижение политических целей и задач.
- Лица с психическими расстройствами являются легкоуязвимой частью общества и нуждаются в специальной защите.
- Законодательство по охране психического здоровья необходимо для защиты прав лиц с психическими расстройствами как в стенах самих психиатрических учреждений, так и в обществе в целом.
- Законодательство по охране психического здоровья есть нечто большее, чем закон по оказанию психической и психиатрической помощи. Оно обеспечивает правовые гарантии для решения основных вопросов в сфере охраны психического здоровья, таких как доступ к лечению, реабилитации и последующей помощи, а также вопросов полной интеграции лиц с психическими расстройствами в жизнь общества и пропаганду ценностей психического здоровья в различных общественных секторах.
- Правительства принимают обязательства уважать, поощрять и соблюдать основные права людей, страдающих психическими расстройствами, в соответствии с положениями международных и региональных пактов по правам человека, имеющих обязательную силу.
- Вопросы, относящиеся к сфере психического здоровья, могут быть собраны в одном специальном законе или могут быть включены в различные законодательные документы.
- Прогрессивное законодательство в области психического здоровья должно содержать положения по защите прав человека, соответствующие международно-правовым пактам, региональным конвенциям и техническим стандартам. Законодательство должно также способствовать достижению целей правительств в области охраны здоровья и здравоохранения в целом.

1. Введение

Данная глава посвящена важным областям, которые должны быть включены в законодательство по охране психического здоровья. Очень часто в законодательствах внимание уделяется исключительно вопросам принудительной госпитализации и принудительному лечению, между тем как другие важные аспекты, относящиеся к лицам, страдающим психическими расстройствами, либо не получают должного освещения, либо игнорируются вовсе. Хотя в рамках данной главы невозможно раскрыть все вопросы, относящиеся к сфере психического здоровья, в ней рассматривается широкий спектр важных законодательных инициатив. Обсуждаемые вопросы могут быть включены как в общее законодательство по охране здоровья или, например, в законы о социальном обеспечении и социальных пособиях, об инвалидности и опекунов, недискриминации в вопросах обеспечения занятости и выделении жилья, или в специальное законодательство по охране психического здоровья. Как уже было отмечено в Главе 1, положения, относящиеся к охране психического здоровья, можно в успехом включить как в разные законодательные акты, так и в один единый закон. Тип и формат положений законов могут различаться в зависимости от страны. Например, одни страны могут зафиксировать в законодательстве по охране психического здоровья только ключевые принципы, а процедурные вопросы по применению законодательства будут отражены в подзаконных актах; другие пожелают включить процедурные аспекты в основное законодательство по охране психического здоровья.

В данной главе описывается практический формат содержания законодательства по охране психического здоровья. Общеизвестно, что этот формат, в отличие от других, наиболее оптимально соответствует законодательным нормам в области психического здоровья, хотя и не предлагается в качестве «обязательного», поскольку при разработке внутригосударственных законодательств страны будут следовать своим собственным законодательным схемам.

Выдержки из внутренних законов, содержащиеся в данной главе, приводятся исключительно в качестве примера; они являются всего лишь образцами использования различных типов формата и терминологии в зависимости от страны, конкретной ситуации и контекста. Приводимые выдержки не являются «обязательными» для принятия в других странах.

2. Преамбула и цели

Закон об охране психического здоровья традиционно состоит из нескольких разделов и обычно начинается с преамбулы (или вступления), в которой подчеркивается актуальность данного закона.

Пример преамбулы

Преамбула Польского акта о защите психического здоровья

Признавая, что психическое здоровье является одной из основных ценностей человека и что защита прав лиц с психическими расстройствами является обязанностью государства, Акт о защите психического здоровья провозглашает следующее:

(Акт о защите психического здоровья, М284, 1994 г., Польша)

В следующем разделе (или главе) обычно описываются цели и задачи, которые преследует данный закон. Заявление целей является важной частью документа, так как служит руководством к толкованию его положений. Преамбула вместе с целями и задачами помогает судам и другим заинтересованным лицам интерпретировать положения законодательства в тех случаях, когда возникает какая-либо двусмысленность.

Примеры целей

Цели Закона о психиатрической помощи Южной Африки

Целями данного Закона являются:

- a) упорядочить систему охраны психического здоровья, с тем чтобы:
 - (i) обеспечить предоставление наиболее оптимального ухода, лечения и реабилитации в области охраны психического здоровья, исходя из имеющихся ресурсов;
 - (ii) сделать эффективными службы психического здоровья в области ухода, лечения и реабилитации при условии равного доступа для населения, оказания результативной помощи в максимальном соответствии с интересами пациентов;
 - (iii) координировать доступ к службам психического здоровья и предоставлению услуг в области ухода, лечения и реабилитации; и
 - (iv) интегрировать службы охраны психического здоровья в систему общественного здравоохранения по месту жительства;
- b) установить права и обязанности пациентов и обязанности учреждений охраны психического здоровья;
- c) упорядочить доступ к службам психического здоровья и предоставление ухода, лечения и оказания психиатрической помощи:
 - (i) пользователям услуг в области психического здоровья на добровольной или принудительной основе, а также пользователям, нуждающимся во внешней поддержке;
 - (ii) психически больным преступникам (не способным принимать участие в судебном слушании или не отдающим отчет о совершенных преступных деяниях); и
 - (iii) психически больным заключенным;
- d) решать имущественные вопросы психически больных лиц в судебном порядке; и
- e) обеспечить решение сопутствующих проблем.

(Выдержка из Закона о психиатрической помощи, No. 17, 2002 г., Южная Африка)

В следующем разделе (или главе) законодательства по охране психического здоровья обычно приводятся терминологические определения, используемые в данном документе, то есть субстантивные и процессуальные положения законодательства. Данные положения приводятся подробно ниже.

3. Определения

В разделе, посвященном определениям, приводится толкование терминов, использующихся в законодательстве, и их значения. Четкие и недвусмысленные определения особенно важны как лицам, которые будут интерпретировать и применять положения законов на практике, так и простым гражданам, на которых законодательство может оказать самое непосредственное воздействие, например пациентам и членам их семей. Они также важны для судов, которым придется принимать решения на основе данных определений.

Описание группы выгодоприобретателей или тех, на чьей стороне стоит этот закон, также играет важную роль в разделе, посвященном определениям.

3.1 Психическое заболевание и психическое расстройство

Диагностировать психическое расстройство бывает довольно сложно, поскольку психическое расстройство не характеризуется каким-то одним симптомом, а представляет группу расстройств, обладающих некоторыми сходствами. Продолжаются жаркие споры относительно того, какие состояния относятся или должны относиться к психическим расстройствам. Это может иметь серьезные последствия в тех случаях, когда необходимо принять решение о типе и степени тяжести психического расстройства, что может привести к принудительной госпитализации и лечению.

Определение психического расстройства, приводящееся в законах разных стран, должно зависеть от многих факторов. Прежде всего цель законодательства состоит в определении точных рамок данной категории. Например, законодательство, в котором основное внимание уделяется вопросам принудительной госпитализации и лечения, может относиться к данной категории только случаи тяжелых психических расстройств. С другой стороны, в законодательстве, преследующем цель расширить различные положения, права лиц, страдающих психическими расстройствами, может быть предложено более широкое определение, чтобы охватить психиатрической помощью как можно больше граждан. Определение психического расстройства также зависит от социальной, культурной, экономической и правовой ситуации в том или ином обществе. Справочник базовой информации не навязывает какое-либо конкретное определение; его цель заключается в информировании законодателей и других лиц, вовлеченных в процесс разработки

законодательства о наличии широкого набора определений, а также о преимуществах и недостатках различных подходов в процессе их формулирования (см. Таблицу 1, ниже).

Ряд организаций потребителей услуг психиатрии выступают против использования терминов «психическое заболевание» и «психически больной» на том основании, что в данных терминах доминирующим фактором является медицинская модель. Авторы большинства международных медицинских изданий избегают употребления термина «психическое заболевание», взамен которого предлагается термин «психическое расстройство» (см., например, *Классификацию психических и поведенческих расстройств: клиническое описание и руководство по диагностике (МКБ-10)* (ВОЗ, 1992 г.) и *Руководство по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-IV)* (Американская ассоциация психиатров, 1994 г.)). В Классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) констатируется, что термин «расстройство» используется во избежание более серьезных проблем, возникающих при употреблении терминов «болезнь» и «заболевание». «Расстройство» не является точным термином, однако его использование предполагает «наличие клинически обнаруженных симптомов или особого поведения, сопровождаемого, в большинстве случаев, недомоганием и функциональными нарушениями. Антиобщественное поведение или конфликт сами по себе, без функциональных нарушений, не должны быть включены в определение «психическое расстройство» (ВОЗ, 1992 г.).

Термин «психическое расстройство» включает такие понятия, как психическое заболевание, задержка в умственном развитии (так же известная, как умственная отсталость или нарушение интеллектуального развития), расстройство личности и токсикомания. Не все классифицируют данные понятия как психические расстройства; однако многие законодательные нормы, относящиеся к таким состояниям, как шизофрения и биполярная депрессия, одинаково применимы к другим состояниям, в частности к задержке в умственном развитии, что говорит в пользу использования более широкого определения.

Лица с задержкой в умственном развитии часто подвергаются такой же дискриминации и жестокому обращению, как и психически больные; в этой связи меры юридической защиты для обеих групп должны быть практически одинаковыми. Однако между двумя данными группами есть существенные различия; например, в отношении краткосрочной и долгосрочной способности дать осознанное согласие на лечение. Следовательно, странам необходимо принять решение в пользу разработки либо одного единственного закона, либо диверсифицированного законодательства. Если вопросы задержки в умственном развитии включены в законодательство по охране психического здоровья, важно разработать необходимые гарантии, чтобы эта болезнь не рассматривалась в качестве синонима других психических расстройств. Единый закон может быть наиболее актуален для тех стран, которым будет сложно разработать и принять два разных закона, например по причине недостаточного финансового обеспечения. По этому пути пошла Южная Африка. Однако, несмотря на то, что психические заболевания и задержка в умственном развитии рассматриваются в рамках одного законодательства по охране психического здоровья, в соответствующих разделах между ними проведено четкое разграничение. Многие законодательные системы (например, в Индии) специально исключают задержку в умственном развитии из сферы действия законодательства по охране психического здоровья и регулируют все связанные с ней проблемы в рамках других законодательных актов.

Включение расстройства личности в определение психического расстройства также является сложным вопросом. Расстройства личности считаются частью спектра психических расстройств на клиническом уровне. Они включены в такие классификации, как МКБ-10 и DSM-IV. Однако существует множество сомнений относительно обоснованности и надежности диагноза многих разновидностей личностных расстройств. Кроме этого, возникают сомнения относительно того, до какой степени расстройства личности поддаются лечению. Хотя есть лишь несколько хорошо проверенных и признанных методов терапевтического воздействия на существующие типы личностных расстройств, появляется все больше доказательств, что многие такие расстройства поддаются лечению (Livesley, 2001; Sperry, 2003). Если какое-либо конкретное состояние не поддается лечению, или если лечение недоступно, то в этом случае сложно обосновать принудительную госпитализацию в психиатрическое учреждение. Однако необходимо отметить, что законодательства многих стран допускают принудительное лечение лиц с тяжелыми расстройствами, которые не поддаются лечению доступными схемами, хотя многим подобная цель законодательства по охране психического здоровья может показаться довольно спорной.

Другой риск, связанный с включением вопросов расстройства личности в законодательство по охране психического здоровья, заключается в том, что во многих странах диагноз «расстройство личности» использовался против легкоуязвимых групп населения, в особенности молодых женщин, в тех случаях, когда их поведение не соответствовало принятым социальным, культурным, нравственным и религиозным стандартам. Политические диссиденты и представители меньшинств также легко могут получить такой диагноз, если выступают против существующего общественного порядка.

Если расстройства личности включены в законодательство, странам необходимо позаботиться о принятии правовых норм, противодействующих их неправильному применению. Справочник базовой информации не призывает использовать какой-либо конкретный подход, например включить или исключить расстройства личности. Государствам необходимо решить данный вопрос, исходя из национальных традиций и структуры законодательной системы.

Другим спорным вопросом остается вопрос включения токсикомании в классификацию психических расстройств. Хотя зависимость от наркотических веществ уже включена в большинство международных систем классификации, например МКБ-10, многие страны не включают данный тип расстройств в законодательство по охране психического здоровья. Например, действие Закона о психиатрической помощи Англии и Уэльса от 1983 г. не распространяется на тех, кто приобрел свое заболевание «по причине неразборчивости в связях или другого аморального поведения, сексуальных отклонений или зависимости от алкоголя или наркотиков» (курсив наш). Клинический опыт показывает, что лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, обычно не следует отправлять на принудительную госпитализацию и лечение и что для решения проблем данной категории граждан вероятнее всего необходимы другие законы.

Примеры определений

Ниже приводятся примеры определений психического расстройства из законодательств двух разных стран, отражающие некоторые сложности толкования данного термина.

Маврикий: «Психическим расстройством» называется ярко выраженное проявление психического или поведенческого отклонения в виде симптомов, указывающих на нарушение психической функции, включая симптомы нарушения мышления, поведения, воли, восприятия, ориентации и памяти, которые присутствуют в такой степени, что могут считаться патологией».

(Закон об охране психического здоровья, Закон 24, 1998 г., Маврикий)

Ямайка: «Психическим расстройством» называется (а) значительное отклонение в мышлении, восприятии, ориентации или памяти, которое явно влияет на поведение личности, ее способность к суждению, осознанию реальности или решению жизненных проблем, что свидетельствует об отсутствии здравого смысла или (б) психическая ретардация в случае, когда данное состояние сопровождается необычно агрессивным или крайне безответственным поведением.

(Закон о психиатрической помощи, 1997 г., Ямайка)

В Принципах ПБ используется термин «психическое заболевание». Определение ему не дается. Фактически Принципы ПБ служат руководством, в котором приводятся положения, касающиеся того, как можно и как нельзя диагностировать психическое заболевание. Они сводятся к следующему:

- Диагноз о наличии психического заболевания никогда не ставится на основе политического, экономического или социального положения, или принадлежности к какой-либо культурной, расовой или религиозной группе, или по любой другой причине, не имеющей непосредственного отношения к состоянию психического здоровья.
- Семейный или служебный конфликт, или несоответствие нравственным, социальным, культурным или политическим ценностям или религиозным воззрениям, преобладающим в обществе, в котором проживает соответствующее лицо, ни при каких обстоятельствах не может являться определяющим фактором при постановке диагноза о наличии психического заболевания.
- Сведения о лечении или госпитализации в качестве пациента в прошлом не могут сами по себе служить оправданием постановки диагноза о наличии психического заболевания в настоящем или будущем.
- Никакое лицо или орган не может объявить или каким-либо иным образом указать, что то или иное лицо страдает психическим заболеванием, кроме как в целях, непосредственно касающихся психического заболевания или последствий психического заболевания.
- Диагноз о том, что лицо страдает психическим заболеванием, ставится в соответствии с международно признанными медицинскими стандартами.

3.2 Умственная отсталость

Альтернативой термину «психическое расстройство» является понятие «умственная отсталость». Международная классификация функциональных состояний, снижения трудоспособности и здоровья (ICIDH-2) (ВОЗ, 2001d) определяет отсталость как «общий термин, относящийся к нарушениям, ограничению активности и ограничению возможности участия». Он служит обозначением негативных аспектов взаимодействия между индивидом (с определенным состоянием здоровья) и его окружением (факторами окружающей среды и личностными факторами).

Умственная отсталость не является синонимом психического расстройства, хотя данное понятие включает лиц с психическими расстройствами. Лица, восстановившиеся после психического расстройства, могут отставать в умственном развитии, а многие индивиды, страдающие от вялотекущего психического расстройства, могут впоследствии отставать в умственном развитии из-за данного расстройства. «Отсталость», в одних случаях, является явным признаком конкретной болезни или синдрома (например, некоторые психические расстройства для диагностирования требуют наличия функциональной недостаточности), а в других – последствием перенесенного заболевания или синдрома (Bertolote & Sartorius, 1996).

Преимущества употребления термина «умственная отсталость» заключается в том, что само понятие «отсталость» относится напрямую к непосредственному восприятию жизни данными лицами, их среде, потребностям и ограничениям (Bertolote & Sartorius, 1996), и тот, кто не является медицинским работником, может легко воспринимать данное понятие. Один явный недостаток термина состоит в его широком значении, что ведет к тому, что в сферу действия закона по охране психического здоровья вовлекается большее количество людей из числа тех, к кому должны употребляться более ограничительные термины, такие как «психическое расстройство» или «психическое заболевание». Более того, термин «умственная отсталость» непопулярен среди некоторых пользователей услуг в области охраны психического здоровья, которые предпочитают говорить о «психосоциальной недостаточности». Они считают, что психиатрическая или психическая недостаточность относится к медицинской терминологии, и предпочитают проводить четкое разграничение между такими понятиями, как «заболевание» и «недостаточность».

3.3 Психическая недееспособность

Другой альтернативой для определения тех, кому предназначено данное законодательство, является понятие «психическая недееспособность». Решения в данном случае основываются на способности человека, по определению медицинских специалистов, понимать природу вопроса (например, вопросов лечения или госпитализации), оценивать преимущества, сделать выбор и сообщать его врачам. «Психическая недееспособность» является более узким понятием, чем «психическое расстройство». Использование данного термина может иметь определенные преимущества в законе, который регулирует вопросы госпитализации и лечения психически недееспособных лиц. Однако узкое значение данного термина может не позволить использовать его в законе, охватывающем более широкий спектр вопросов психического здоровья, так как его использование лишает большинство пользователей услуг в области охраны психического здоровья таких важных прав, как доступ к психиатрической помощи, соблюдение прав и условий содержания в психиатрических учреждениях, права на конфиденциальность и доступ к информации.

Одно из преимуществ состоит в том, что психическое расстройство и психическая недееспособность в данном случае не считаются взаимозаменяемыми понятиями. Степень и тяжесть психического расстройства определяются на медицинском уровне, а недееспособность устанавливается в судебном порядке, прежде чем произойдет вмешательство в жизнь человека. Однако существует опасность, что если толкование данной формулировки судом не будет достаточно точным, недееспособность будет подразумеваться и тогда, когда установлен лишь факт психического расстройства. Для избежания подобной ситуации, необходимо четко указать в законе, что недееспособность не может быть установлена лишь на основе диагноза о наличии психического расстройства и должна быть признана в ходе отдельной процедуры.

Пример определений

Закон о согласии на лечение провинции Онтарио (Канада) констатирует, что «... лицо дееспособно в отношении лечения, госпитализации в психиатрическое учреждение или получения индивидуальной помощи, если оно способно понимать информацию, относящуюся к принятию решения о лечении, госпитализации или оказании индивидуальной помощи, которая необходима в данном случае, и способно давать разумную оценку возможным последствиям решения или его отсутствия».

(Закон о согласии на лечение, 1996 г., Онтарио, Канада)

3.4 Душевная болезнь

В некоторых международно-правовых актах в качестве альтернативы понятию «психическое расстройство» используется юридический термин «душевнобольные», например в *Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод* (1950 г.). Предполагается, что все люди являются «душевноздоровыми, если не доказано обратное». «Душевнобольной» значит «не душевноздоровый», что, безусловно, может вызвать путаницу. Понятие «душевная болезнь» близко, но не тождественно, понятию «психическая недееспособность». Не существует медицинского термина, эквивалентного понятию «душевная болезнь», и во многих случаях «душевная болезнь» включает в себя симптомы, не обязательно относящиеся к психическим расстройствам. Европейский суд считает, что вследствие размытости употребления этого термина, ему не следует давать четкую интерпретацию (Gostin, 2000).

Таблица 1 – Сравнительные определения психических нарушений

Термин	Психическое заболевание	Психическое расстройство
1. Границы значения	Очень узкие	Узкие
2. Преимущества использования в законодательстве	<ul style="list-style-type: none"> • Имеет точное определение • Существует в общепотребительном языке и, следовательно, понятен всем заинтересованным сторонам (хотя иногда употребляется в разных значениях) 	<ul style="list-style-type: none"> • Сопоставим с медицинскими системами классификации • Прост в употреблении
3. Недостатки	<ul style="list-style-type: none"> • Усиливает «медицинскую модель» 	<ul style="list-style-type: none"> • Включает различные состояния, от наиболее легких до крайне тяжелых, что может служить препятствием в ситуациях, когда поставленная цель состоит в ограничении его применения только к наиболее тяжелым психическим нарушениям • Включает различные состояния, в том числе не относящиеся непосредственно к узкой направленности законодательства по охране психического здоровья, например задержку в умственном развитии

Умственная отсталость	Психическая недееспособность	Душевная болезнь
Широкие	Крайне узкие	Различные с тенденцией к широким
<ul style="list-style-type: none"> Широкие границы значения термина, необходимые для защиты прав и гарантирующие помощь всем инвалидам с умственными недостатками вне зависимости от степени тяжести заболевания Близок к представлениям о воздействиях психических нарушений на нашу жизнь как потребителей услуг психиатрии, так и обычных граждан 	<ul style="list-style-type: none"> Имеет одинаковое значение как в медицине, так и в юриспруденции Не является эквивалентом психического расстройства/заболевания с недостаточностью Узкая направленность обеспечивает большую защиту пациентов с ограниченными правами, когда право на получение помощи имеют только больные с наиболее тяжелой формой психического заболевания/расстройства 	<ul style="list-style-type: none"> Широкое толкование термина может иметь некоторые преимущества для конкретного лица в случае, когда интерпретация делается с максимальным учетом его интересов
<ul style="list-style-type: none"> Не имеет точного определения Широкие границы термина означают, что большое количество людей может быть подвергнуто принудительной госпитализации и лечению 	<ul style="list-style-type: none"> Узкие границы термина ограничивают его функциональность при позитивном поощрении прав лиц с психическими расстройствами 	<ul style="list-style-type: none"> Юридическое понятие не является эквивалентом конкретных медицинских категорий Риск злоупотреблений Способен осложнить диалог между представителями медицины и права

Подводя итог, можно сделать вывод, что странам необходимо принять самостоятельные решения относительно того, насколько широко или узко они будут определять целевые группы или выгодоприобретателей нового законодательства. Выбор может оказаться довольно сложным. Если законодательство по охране психического здоровья охватывает в основном вопросы «реабилитации и лечения», то большинство пользователей услуг психиатрии, организаций, отстаивающих интересы лиц с психическими расстройствами, и правозащитников предпочтут более узкое определение. С другой стороны, если законодательство нацелено на защиту основных прав лиц с психическими нарушениями и включает, например, антидискриминационные меры и положения по защите от насилия, то более широкие определения психических нарушений могут оказаться наиболее предпочтительными.

Другой подход может заключаться в использовании определений с более широким значением в тех положениях законодательства, которые обеспечивают доступ к услугам и гарантируют соблюдение прав. Определения с узким значением в этом случае могут использоваться в разделах, относящихся к вопросам принудительной госпитализации и принудительному лечению. Однако подобная схема может оказаться довольно сложной для большинства стран, в которых более «понятное и простое» законодательство будет иметь преимущество в законодательных и судебных органах. В подобных случаях выбор делается в пользу того или иного варианта с учетом вышеупомянутых аргументов.

При выборе конкретного термина и его определения необходимо, чтобы данный термин последовательно употреблялся в этом значении в тексте всего закона и не заменялся другими терминами, имеющими близкое значение, поскольку это может вызвать сложности в процессе толкования закона.

3.5 Определения других терминов

В законодательных документах обычно используется большое количество технических терминов, которые могут иметь разный контекст и значение в зависимости от конкретных условий той или иной страны. Для избежания двусмысленности и правильного толкования законодательства технические термины должны иметь четкие определения в законе. Отдельные примеры из законодательных актов по охране психического здоровья двух стран приводятся ниже.

Примеры определений

Пакистан

Термин *пациент* означает лицо, проходящее курс лечения и реабилитации.

Термин *психиатрическое учреждение* означает больницу, отделение, клинику, частную лечебницу, стационар дневного наблюдения или реабилитационный центр, будь то в государственном или частном секторе, функцией которых является оказание медико-социальной помощи лицам с психическими расстройствами.

Термин *безопасное место* означает государственное учреждение здравоохранения, психиатрическое учреждение или жилое помещение, или проживание у родственников и членов семей, являющееся местом временного проживания для пациента.

(Постановление No. VIII, 2001 г., Пакистан)

Зимбабве

Термин *пациент* означает лицо (а) с психическим расстройством или умственной отсталостью; или (б) в отношении которого необходимо применить положения данного Закона для определения наличия или отсутствия психического расстройства или умственной отсталости.

Термин *учреждение* означает любую психиатрическую больницу, выделенную министром здравоохранения, после публикации в национальном печатном органе «Gazette», в качестве учреждения для оказания психиатрической помощи в рамках данного Закона.

Термин *постановление суда о помещении в психиатрическую больницу* означает постановление магистрата в соответствии с разделом восемь или двадцать шесть о направлении пациента в психиатрическое учреждение, его госпитализацию и содержание или об оказании индивидуализированного ухода.

(Закон о психиатрической помощи, 1996 г., Зимбабве)

Примеры, приведенные выше, отражают несоответствия, существующие в определении терминов. В определениях иногда содержится ссылка на другие внутригосударственные законодательные акты. В конечном итоге, точность определения данных терминов зависит от существующего социального, культурного, медицинского и правового контекста. Еще раз необходимо отметить, что принятый термин должен последовательно употребляться в данном значении в тексте всего закона во избежание сложностей в процессе его толкования.

Определения: «психическое нездоровье» и другие ключевые термины

- В законодательстве может использоваться более широкое определение в разделах, относящихся к защите прав, и определение с более узким значением в положениях, касающихся принудительной госпитализации и лечения.
- Государства на свое усмотрение могут включить или исключить из положений законодательства по охране психического здоровья лиц с задержкой в умственном развитии. Однако важно всегда помнить, что лица с задержкой в умственном развитии также могут страдать от психических расстройств. Лица, как с задержкой в умственном развитии, так и с психическими расстройствами, в основном обладают одинаковыми правами, защита которых должна обеспечиваться законодательством.
- Законодательство должно гарантировать, что диагноз психического расстройства не ставится на основе:
 - (i) политического, экономического или социального положения, или принадлежности к какой-либо культурной, расовой или религиозной группе, или по любой другой причине, не имеющей непосредственного отношения к состоянию психического здоровья;
 - (ii) семейного или служебного конфликта, или несоответствия нравственным, социальным, культурным или политическим ценностям или религиозным воззрениям, преобладающим в обществе, в котором проживает соответствующее лицо;
 - (iii) на основе сведений о лечении или госпитализации в прошлом.
- В законодательстве должны быть даны четкие определения используемых технических терминов во избежание двусмысленности и сложностей в процессе толкования закона.
- При выборе конкретного термина и его определения необходимо, чтобы данный термин последовательно употреблялся в этом значении в тексте всего закона и не заменялся другим термином, имеющим близкое значение.

4. Обеспечение доступа к психиатрической помощи

Законодательство может играть важную роль в улучшении доступа к психиатрической помощи (см. также Главу 1, подраздел 3.5). Улучшение доступа означает повышение возможности получения необходимой медико-социальной помощи в достаточном объеме, на приемлемых финансовых условиях, повсеместно и приемлемого качества. Данный раздел посвящен обсуждению законодательных положений, регулирующих эти вопросы в различных странах, с целью ликвидации препятствий на пути к улучшению доступа к психиатрической помощи.

Принципы ПБ: обеспечение доступа к психиатрической помощи

Принципы 1 (Основные свободы и права) и 8 (Стандарты оказания помощи) Принципов ПБ относятся к обеспечению доступа к высококачественной помощи. Принцип 1 провозглашает право каждого на наилучшую имеющуюся психиатрическую помощь, которая является частью системы здравоохранения и социального обеспечения. Принцип 8 провозглашает право пациента на такую медико-социальную помощь, которая отвечает потребностям пациента и защищает от причинения вреда его здоровью.

4.1 Финансовые ресурсы для обеспечения психиатрической помощи

В некоторых странах целесообразно включить конкретные положения по ресурсному обеспечению и финансированию служб по охране психического здоровья в национальные законодательства. Там, где это возможно, рекомендуется указать, для чего предназначаются данные ресурсы, чтобы обеспечить выделение достаточных средств в таких областях, как оказание медико-социальной помощи в системе первичного медицинского звена, профилактика психических расстройств и проведение программ по укреплению психического здоровья.

В большинстве законодательств вопросы финансирования не решаются напрямую. Они относятся к сфере бюджета и политики. Это не означает, однако, что законодательство не может оказывать прямого влияния на вопросы ассигнования финансовых средств.

Четыре способа обеспечения прямого выделения финансовых ресурсов заключаются в том, что в законе должны быть законодательно зафиксированы положения о:

- *Равенстве психического здоровья с физическим* – В большинстве стран охрана психического здоровья отстает от охраны физического здоровья в стандартах оказания помощи. Закон должен декларировать, что лицам, страдающим психическими расстройствами, следует оказывать помощь, равную оказываемой лицам с соматическими заболеваниями. Например, в законе должно быть сказано, что лица, страдающие психическими расстройствами, обладают правом на получение лечения аналогичного качества и на основе стандартов по оказанию других видов медицинской помощи. Даже без прямого упоминания вопросов финансирования это, на первый взгляд, простое и безобидное заявление может сыграть важную роль в выделении властями дополнительных ресурсов на оказание психиатрической помощи, чтобы

обеспечить соответствие законодательным требованиям о равенстве уровня услуг в области охраны психического и физического здоровья. Аналогичным образом, в частном секторе, в рамках данного положения законодательства, от страховых компаний можно потребовать применения равных страховых выплат для лиц, страдающих психическими расстройствами, как и для лиц с соматическими заболеваниями. В настоящее время такой вид страховых покрытий отсутствует в большинстве стран.

- *Дополнительном финансировании* – Там, где это является законодательной нормой, существуют правовые обязательства по ее выполнению. Например, если в законе говорится, что лица с тяжелыми психическими расстройствами, обращающиеся за помощью, *должны* проходить лечение в больницах общего профиля, государству необходимо принять соответствующие меры по обеспечению данного положения. Аналогичным образом, если какое-либо право, относящееся к учреждениям общественного здравоохранения (например, право на уединение), закреплено в законодательном порядке, ответственность за предоставление необходимой инфраструктуры и финансовое обеспечение лежит на государственных органах власти.
- *Перераспределении средств* – Законодательство может установить новый способ оказания услуг в области охраны психического здоровья, отличающийся от того, что закреплен в существующих нормах или законодательных актах. Например, если предыдущий закон предписывал оказывать психиатрическую помощь в психиатрических учреждениях, по новому законодательству большинству лиц, нуждающихся в помощи, услуги в области охраны психического здоровья могут быть оказаны по месту жительства. Даже без каких-либо прямых финансовых заявлений по данному вопросу в законодательстве будет подразумеваться необходимость перераспределения средств от психиатрических больниц на первичный уровень.
- *Финансировании учредительных органов* – Если в законодательстве констатируется необходимость создания такой структуры, как надзорный орган по охране психического здоровья или специальный суд, то такие органы становятся легитимными, и представители государственной власти *обязаны* учредить вышеназванные структуры. Однако до принятия такого законодательства с соответствующим министерством должна быть достигнута зафиксированная подобающим образом договоренность о выделении дополнительного финансирования для создания учредительных органов. Если этого не будет, то возникает риск расходования средств, предназначенных для оказания психиатрической помощи на создание учредительных структур, что негативно скажется на оказании услуг в области охраны психического здоровья.

В этой связи понятна осторожность, проявляемая законодателями в отношении каждого параграфа законопроекта и его потенциальных финансовых последствий, которые могут иметь место после вступления закона в силу.

4.2 Интеграция служб психического здоровья в систему первичного звена медицинской помощи

Исходя из принципа, что уровень оказания психиатрической помощи должен соответствовать уровню всех остальных медицинских услуг в системе здравоохранения, странам необходимо сформулировать законодательство таким образом, чтобы оно гарантировало оказание эффективной психиатрической помощи в системе первичной медицинской помощи. В странах с низким уровнем дохода, испытывающих острую нехватку специалистов по психическому здоровью, перевод услуг по охране психического здоровья на уровень первичного звена является наиболее оптимальной стратегией улучшения доступа к психиатрической помощи для групп населения, недостаточно обеспеченных медобслуживанием. Интеграция служб психического здоровья в общую лечебную сеть также способна уменьшить стигматизацию, ассоциируемую с оказанием психиатрической помощи в учреждениях закрытого типа, что приведет к дальнейшему повышению доступности услуг в области охраны психического здоровья.

Совершенно очевидно, однако, что только одно законодательство не способно кардинально изменить ситуацию, если не будет создана соответствующая инфраструктура и не будет проведено обучение специалистов первичного звена. Например, необходимо обучить персонал вопросам лечения психических расстройств и обеспечить доступными лекарственными средствами.

Закон об охране психического здоровья Албании (1991 г.) гласит:

Статья 5: Психиатрическая помощь лицам с психическими расстройствами оказывается психосоциальными службами, службами первичной медицинской помощи через систему семейных врачей, а также психиатрической медицинской службой, к которой относятся неотложная помощь, амбулаторная помощь, стационарное лечение, реабилитационные центры, медико-социальная помощь в общинах и психосоциальная помощь, оказываемая психосоциальными центрами и социальными работниками. (Курсив наш)

(Закон об охране психического здоровья Албании, 1991 г.)

4.3 Выделение ресурсов для групп населения, недостаточно обеспеченных медицинским обслуживанием

В некоторых странах существуют диспропорции в области оказания медико-социальной помощи. Они могут быть вызваны причинами географического характера (жители некоторых областей могут иметь затрудненный доступ к службам охраны психического здоровья) или социально-культурологического характера (некоторые группы населения, например национальные меньшинства, могут иметь ограниченный доступ к службам охраны психического здоровья, являющихся для них неприемлемыми с точки зрения их национальной культуры). Законодательство способно уменьшить подобные диспропорции, установив критерии оказания психиатрической помощи на основе существующих потребностей. (Раздел 17, ниже, посвящен вопросам оказания помощи подросткам, женщинам, меньшинствам и беженцам в рамках действия законодательства). В законе может просто констатироваться, что психиатрическая помощь должна оказываться на равных основаниях (см. рамку «Цели Закона о психиатрической помощи Южной Африки» в разделе 2, выше).

4.4 Доступ к лекарственным средствам и психосоциальным видам вмешательств

Психотропные лекарственные средства крайне необходимы для лечения некоторых психических расстройств; они также играют важную роль при повторной профилактике. Однако даже элементарные психотропные средства часто оказываются недоступными для населения многих стран. Новые законодательные инициативы способны улучшить ситуацию с доступностью лекарственных средств первого и второго ряда. Законодательство также способно улучшить доступ к лекарственным препаратам в странах с небольшим количеством психиатров и в странах, где они отсутствуют вовсе, разрешив, например, врачам общей практики и другим медицинским специалистам с соответствующей подготовкой назначать психотропные лекарственные средства.

Обеспечение лекарственными препаратами, необходимыми для лечения большинства психических расстройств, является серьезной проблемой во многих развивающихся странах. Несмотря на это, законодательство может гарантировать одинаковый доступ к психотропным средствам, как и к другим лекарственным препаратам. Этого можно добиться, включив в текст закона положение о «равенстве психического здоровья с физическим» (см. выше) и/или путем декларирования необходимости включения психотропных препаратов в национальный список основных лекарственных средств, как это было сделано в Бразилии (Приказ No. 1.077, 2001 г.).

Наличие лекарственных средств не является единственно необходимым условием лечения большинства психических расстройств. Другие меры психосоциальных вмешательств, такие как консультирование, проведение специальной психотерапии и профессиональной реабилитации, также важны для повышения качества охраны психического здоровья. Улучшение доступа к подобным видам вмешательств возможно только благодаря изменению политики правительств в этой сфере и законодательным инициативам. Например, в законодательстве Туниса констатируется, что «любое лицо, страдающее психическим расстройством имеет право на получение соответствующей медицинской помощи и лечения, а также, в той степени, в которой это возможно, на инструктирование, обучение и реабилитацию, что приведет к развитию необходимых способностей и навыков» (Закон об охране психического здоровья, 1992 г., Тунис).

4.5 Доступ к медицинскому и другим видам страхования

В большинстве стран для получения медицинской помощи необходима медицинская страховка. В таких случаях законодательство должно содержать положения о защите от дискриминации лиц с психическими расстройствами при получении ими в частных и государственных медицинских страховых компаниях соответствующей страховки, покрывающей расходы на лечение физических и психических нарушений. В Соединенных Штатах Америки (США) Акт о равенстве психического здоровья (1996 г.) не допускает дискриминации лиц с психическими расстройствами, которые имеют право на получение такого же объема ежегодного максимального страхового покрытия, как и лица, пострадавшие от физических расстройств (см. подраздел 4.1, выше, и комментарии о равенстве психического здоровья с физическим).

Последние тенденции на рынке медицинского страхования свидетельствуют, что компании не предоставляют страховое покрытие по признаку генетических характеристик пациента. Статья 6 *Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека* гласит, что «по признаку генетических характеристик никто не может подвергаться дискриминации, цели или результаты которой представляют собой посягательство на права человека, основные свободы и человеческое достоинство».

Чтобы покончить с подобной практикой, Конгресс США принял в 1996 г. Акт о коллегиальной ответственности в области медицинского страхования (HIPAA), запрещающий страховым компаниям отказывать в получении страховки по признаку генетического анализа, который показывает предрасположенность к развитию какого-либо психического или физического расстройства.

В некоторых странах лицам с психическими расстройствами сложно получить страховку, например страховку по защите доходов или ипотечному кредитованию. Так же как и в случае с медицинским страхованием, законодательство должно содержать антидискриминационные меры в других областях страхования.

4.6 Пропаганда оказания медико-социальной помощи по месту жительства и деинституционализации

Законодательство играет важную роль в проведении информационно-пропагандистской работы в области оказания медико-социальной помощи лицам с психическими расстройствами по месту жительства и снижения количества случаев принудительной госпитализации, в частности долгосрочной госпитализации, в психиатрические учреждения. Законодательство может ввести в действие принцип «наименее ограниченной альтернативы» (лечения в условиях, которые в наименьшей степени ограничивают свободу граждан и одновременно обеспечивают условия для лечения).

В законодательстве могут быть закреплены положения о том, что госпитализация разрешается только в тех случаях, когда совершенно очевидно, что проведение лечения по месту жительства является нецелесообразным или не принесло желаемого результата. Например, в начале 1978 г. в Италии был принят закон, в котором говорилось, что «... положение о принудительном медицинском лечении предусматривает госпитализацию только в случае, если психические нарушения требуют проведения немедленного терапевтического вмешательства, если пациент не дает согласие на этот курс лечения и если отсутствуют необходимые условия для принятия незамедлительных и своевременных мер по оказанию помощи вне госпиталей» (курсив наш) (Закон о добровольном и принудительном лечении No. 180, 1978 г., Италия).

Двадцать лет спустя в законодательстве Португалии, и это относится не только к принудительной госпитализации, появилось положение о том, что «оказание психической и психиатрической помощи осуществляется преимущественно по месту жительства во избежание отрыва пациентов от привычной семейной среды и облегчения процесса их реабилитации и социальной интеграции» (Закон о психиатрической помощи 36, 1998 г., Португалия).

Закон Бразилии просто констатирует, что каждый имеет право «на то, чтобы его лечение проходило предпочтительно в системе общинных служб медико-социальной помощи» (Закон о психиатрической помощи No. 10.216, 2001 г., Бразилия), а в законе Рио-Негро (Аргентина) говорится, что «госпитализация является крайним средством воздействия, прибегать к которому можно только, когда все другие возможности лечения оказались исчерпаны... В любом случае продолжительность пребывания в клинике должна быть, по возможности, как можно более короткой». В отношении уже госпитализированных пациентов в законе говорится, что «восстановление способностей личности, уважение достоинства и прав лиц с психическими расстройствами, способствующее их реинтеграции в общество, является конечной целью данного Закона и всех описанных в нем мероприятий». (Закон об оказании медицинской и социальной помощи психически больным лицам 2440, 1991 г., Рио-Негро, Аргентина). Такое положение обязывает чиновников сектора здравоохранения, отвечающих за оказание психиатрической помощи, создавать службы психического здоровья по месту жительства, которые будут оказывать качественные услуги и будут доступными для всех лиц с психическими расстройствами. Если этого не произойдет, то закон допускает обращение в суд.

Законодательство по охране психического здоровья, таким образом, может способствовать развитию служб психического здоровья на местах в тех странах или районах, где такие службы являются малочисленными или отсутствуют вовсе. В ряде стран законом предусматривается, какие общинные службы должны быть доступны населению. На Ямайке, например, в законе констатируется, что «местные службы охраны психического здоровья отвечают за:

- a) оказание помощи в амбулаторных психиатрических клиниках при центрах здоровья и больницах общего профиля;
- b) оказание реабилитационной помощи пациентам после выписки из психиатрического учреждения;
- c) наблюдение на дому и поддержку лицам с психическими расстройствами; и
- d) проведение мероприятий по укреплению психического здоровья» (Закон о психиатрической помощи, 1997 г., Ямайка).

Другой способ продвижения медико-социальной помощи и реабилитации по месту жительства заключается в разработке законов, запрещающих принудительную госпитализацию на более длительный период, чем это представляется необходимым (см. подпункт 8.3, ниже). В некоторых крайних исключительных случаях может потребоваться продление срока принудительной госпитализации на более длительный период, чем это представляется необходимым, но тогда должны быть убедительные доказательства того, что причины, приведшие к принудительной госпитализации продолжают иметь место. Отсутствие реабилитационных центров не может служить достаточным оправданием для продления срока принудительной госпитализации. Послегоспитальная помощь и услуги по реабилитации являются неотъемлемой частью системы оказания психиатрической помощи и лечения, и, следовательно, очень важно, чтобы в законодательстве были положения о развитии подобных услуг в составе мероприятий по улучшению доступа к медицинской помощи.

Обеспечение доступа к психиатрической помощи: основные положения

- Улучшение доступа к психиатрической помощи является важной функцией законодательства. Это означает повышение возможности получения необходимой медицинской и социальной помощи в достаточном объеме, на приемлемых финансовых условиях, повсеместно и приемлемого качества.
- В некоторых странах вполне возможно включить конкретные положения по ресурсному обеспечению и финансированию служб по охране психического здоровья в национальные законодательства. Рекомендуется указать, для чего конкретно предназначаются данные ресурсы, чтобы обеспечить выделение достаточных средств для таких областей, как оказание медико-социальной помощи в системе первичного медицинского звена, профилактика психических расстройств и проведение программ по укреплению психического здоровья.
- В большинстве законодательств вопросы финансирования не упоминаются напрямую. Несмотря на это, законодательство может оказывать влияние на ассигнование финансовых средств; например, путем включения положений о равенстве психического и физического здоровья; введения новых требований к оказанию помощи, для выполнения которых может потребоваться дополнительное финансирование или перераспределение имеющихся финансовых ресурсов; и/или путем указания необходимости создания надзорных органов или специальных судов в сфере охраны психического здоровья.
- Законодательство может способствовать интеграции служб психического здоровья в общую лечебную сеть, что, таким образом, ведет к улучшению доступа для групп населения, недостаточно обеспеченных медицинским обслуживанием, и уменьшает негативное отношение к лицам с психическими расстройствами.
- Установив критерии для ассигнования ресурсов, исходя из потребностей служб, законодательство по охране психического здоровья способно уменьшить географические и социально-культурологические диспропорции в сфере оказания психиатрической помощи.
- Законодательство также способно повысить доступность психотропных лекарственных средств путем включения в текст закона положения о равенстве психического здоровья с физическим, о необходимости включения психотропных препаратов в национальный список основных лекарственных средств и предоставления разрешения врачам общей практики и другим медицинским специалистам с соответствующей подготовкой назначать психотропные препараты.
- Закон об охране психического здоровья должен также способствовать улучшению доступа населения к различным видам психосоциальных вмешательств, таким как консультирование, психотерапия и профессиональная реабилитация.
- Послегоспитальная помощь и услуги по реабилитации являются неотъемлемой частью системы оказания психиатрической помощи и лечения, и, следовательно, очень важно, чтобы законодательство содержало положения, направленные на развитие подобных услуг, как составной части проблемы улучшения доступа к медицинской помощи.
- В странах с государственным или частным медицинским страхованием законодательство обязано гарантировать лицам с психическими расстройствами получение одинакового страхового покрытия для лечения как психических, так и физических расстройств.
- Введя в действие принцип «наименее ограниченной альтернативы», законодательство может содействовать развитию медико-социальной помощи по месту жительства и сокращать количество случаев принудительной госпитализации в психиатрические учреждения, особенно на длительное время.

5. Права пользователей услуг в области охраны психического здоровья

Данный раздел посвящен основным правам пользователей услуг в области охраны психического здоровья, которые должны быть официально защищены законодательством. Некоторые права (например, конфиденциальность) не являются исключительной прерогативой пользователей услуг в области охраны психического здоровья; они в такой же степени должны соблюдаться и в других отраслях медицины. Несмотря на это, лицам с психическими расстройствами могут потребоваться особые и дополнительные средства защиты, принимая во внимание широкое распространение нарушений прав человека, стигматизации и дискриминации, которые имеют место в данной сфере по причине особой природы психических расстройств. К людям с психическими расстройствами иногда относятся, как к «нелюдям», и обращаются с ними, как с детьми – или хуже того – с животными. Считается, что у них часто отсутствует способность принимать решения, присущая

взрослым, в результате чего к ним относятся пренебрежительно, что сильно ущемляет их чувства и человеческое достоинство.

Права пользователей, о которых речь пойдет ниже, должны одинаково соблюдаться при оказании всех видов услуг в области охраны психического здоровья. Ряд национальных законодательств о психиатрической помощи четко определяет права лиц с психическими расстройствами (например, Бразилии, Литвы, Португалии, Российской Федерации, Южной Африки, бывшей Югославской Республики Македонии и многих других стран). Данный раздел посвящен некоторым, хотя и не всем, наиболее важным правам.

5.1 Конфиденциальность

Принципы ПБ: конфиденциальность

Должен соблюдаться конфиденциальный характер информации, касающейся всех лиц, к которым применяются настоящие Принципы.

(Принцип 6, Принципы ПБ)

Лица с психическими расстройствами имеют право на конфиденциальный характер информации о себе, своем заболевании и лечении; такая информация не может быть передана третьей стороне без их согласия.

Специалисты по психическому здоровью связаны правилами профессионального поведения, которые обычно включают положения о конфиденциальности. Все специалисты в области охраны психического здоровья обязаны предотвращать любое нарушение конфиденциальности. Важно, чтобы все работники служб психического здоровья были осведомлены о существующих правилах, обязывающих их сохранять конфиденциальность. Руководство психиатрических клиник должно сделать все необходимое для гарантирования конфиденциальности лицам с психическими расстройствами. Это означает, что должна быть создана эффективная система хранения врачебной и другой отчетной информации о пациентах, например электронной базы данных, пользоваться которой будут только лица, имеющие специальный допуск.

Законодательство по охране психического здоровья может также обеспечить защиту конфиденциальности путем введения санкций и наказаний за ее нарушение специалистами психиатрической помощи или персоналом медицинских учреждений. Там, где это возможно, меры воздействия, исключающие судебное преследование, такие как переподготовка сотрудника или административное наказание, должны применяться при нарушении конфиденциальности. Тем не менее, в некоторых исключительных случаях применение уголовного преследования может оказаться совершенно необходимым.

Существует несколько исключений, когда принцип конфиденциальности может быть нарушен. В законодательстве могут быть конкретизированы обстоятельства, при которых информация о состоянии психического здоровья пациентов может быть передана третьей стороне без предварительного согласия пользователя. К этим исключениям могут относиться случаи, связанные с угрозой жизни или вероятным причинением ущерба другим лицам. В законе также могут содержаться такие обстоятельства, как предотвращение страданий пациента или серьезного ущерба его здоровью. В любом случае раскрытая информация предназначается только для лиц, уполномоченных предотвращать возникновение подобных ситуаций. Специалисты по психическому здоровью также обязаны предоставлять информацию по требованию суда, если она имеет отношение к какому-либо уголовному делу. Существуют и другие сложные случаи, относящиеся к вопросам сохранения конфиденциальности и вопросам сообщения информации для лиц, осуществляющих уход, которые часто являются членами семьи пациента (см. раздел 6, ниже). Законодательство может гарантировать пациентам и их личным представителям право на пересмотр или обжалование решения о выдаче информации в судебном порядке.

5.2 Доступ к информации

Лица с психическими расстройствами должны обладать закрепленным в законе правом на свободное получение полной информации, содержащейся в их истории болезни, которая ведется психиатрическими учреждениями и специалистами по психическому здоровью. Это право защищено нормами международно-правовых документов, такими как Статья 19 МПГПП и Принципами ПБ.

1. Лицо ... имеет право на доступ к касающейся его информации в истории болезни, которая ведется психиатрическим учреждением. Это право может ограничиваться в целях предотвращения серьезного ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других лиц. В соответствии с внутрисударственным законодательством любая такая информация, не представленная пациенту, должна быть, когда это можно сделать конфиденциально, сообщена личному представителю и адвокату пациента. В случае, если любая такая информация не сообщается пациенту, пациент или адвокат пациента, если таковой имеется, уведомляется о несообщении этой информации и его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке.

2. Любые письменные замечания пациента или личного представителя, или адвоката пациента могут по их просьбе включаться в историю болезни пациента.

(Принцип 19(1) и (2), Принципы ПБ)

Вполне возможно, что в некоторых исключительных ситуациях раскрытие клинической информации о пациенте может представлять риск для безопасности других лиц или нанести серьезный ущерб психическому здоровью пациента. Например, история болезни иногда содержит информацию, предоставленную третьей стороной – родственниками или другими медицинскими работниками, о тяжести психического расстройства, которая в случае ее сообщения пациенту на данном этапе может вызвать серьезный рецидив или, более того, привести к ситуации, когда пациент причинит вред себе или окружающим. По этой причине законодательства многих стран наделяют работников служб психического здоровья правом (и обязанностью) неразглашения такого типа информации, содержащейся в истории болезни. В большинстве случаев неразглашение информации является временной мерой, применяемой до того момента, когда пациент сможет разумно пользоваться данной информацией. Законодательство может гарантировать пациентам и их личным представителям право на пересмотр или обжалование решения о сокрытии информации в судебном порядке.

Любые письменные замечания пациента или его личного представителя могут, по их просьбе, включаться в историю болезни пациента без какого-либо изменения содержащихся в ней данных.

Законодательство (или подзаконный акт) может содержать процедурные гарантии обеспечения права пациента на доступ к информации. Это может включать:

- процедуру подачи запроса на получение доступа к информации;
- тех, кто имеет разрешение на подачу запроса;
- период времени после получения запроса, в течение которого психиатрическая клиника должна предоставить пациенту его историю болезни;
- специалистов, которые должны просмотреть информацию перед сообщением ее пациенту и/или его личному представителю, выбрать, какие данные не подлежат сообщению (если таковые имеются), и обосновать причины несообщения;
- случаи, когда только частичная информация сообщается пациенту и/или его личному представителю, причины несообщения всей информации должны быть доведены до сведения пациента и/или его личного представителя;
- исключительные обстоятельства, при которых в доступе к информации может быть отказано.

Также необходимо, чтобы лечебное учреждение назначило специалиста для просмотра и объяснения информации, содержащейся в истории болезни, пациенту и/или его личному представителю.

5.3 Права пациентов и условия содержания в психиатрических больницах

Лица с психическими расстройствами в психиатрических клиниках часто содержатся в жутких условиях: отсутствие необходимой одежды или ее недостаточного количества, антисанитария и нарушение правил гигиены, плохое и недостаточное питание, отсутствие возможности уединения; они часто подвергаются принудительному труду или физической, психической и сексуальной эксплуатации со стороны других пациентов и персонала учреждения (см. Главу 1, подраздел 3.2). Подобная ситуация является нарушением международно принятых норм в сфере прав пациентов и условий содержания в психиатрических учреждениях.

1. Любой пациент, содержащийся в психиатрическом учреждении, имеет право, в частности, на полное уважение его:

- (a) повсеместного признания в качестве субъекта права;
- (b) права на уединение;
- (c) свободы общения, которая включает свободу общения с другими лицами в пределах данного учреждения; свободы отправлять и получать частные сообщения, не подлежащие цензуре; свободы принимать наедине адвоката или личного представителя и, в любое разумное время, других посетителей; и свободы доступа к почтовым и телефонным услугам, а также к газетам, радио и телевидению;
- (d) свободы вероисповедания или убеждений.

2. Обстановка и условия жизни в психиатрическом учреждении должны быть в максимально возможной степени приближены к условиям нормальной жизни лиц аналогичного возраста и, в частности, включать:

- (a) возможности для проведения досуга и отдыха;
- (b) возможности для получения образования;
- (c) возможности покупать или получать предметы, необходимые для повседневной жизни, проведения досуга и общения;
- (d) возможности – и поощрение использования таких возможностей – для привлечения пациента к активной деятельности, отвечающей его социальному положению и культурным особенностям, и для осуществления соответствующих мер по профессиональной реабилитации в целях его социальной реинтеграции. Эти меры должны включать услуги по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудоустройству, с тем чтобы пациенты могли получить или сохранить работу в обществе.

3. Ни при каких обстоятельствах пациент не может подвергаться принудительному труду. В пределах, совместимых с потребностями пациента и с требованиями администрации учреждения, пациент должен иметь возможность выбирать вид работы, которую он желает выполнять.

4. Труд пациента, содержащегося в психиатрическом учреждении, не должен эксплуатироваться. Любой такой пациент имеет право получать за выполняемую им работу такое же вознаграждение, какое в соответствии с внутригосударственным законодательством или обычаями получало бы за аналогичную работу лицо, не являющееся пациентом. Любой такой пациент во всех случаях имеет право на получение справедливой доли любого вознаграждения, выплаченного психиатрическому учреждению за его работу.

(Принцип 13, Принципы ПБ)

5.3.1 Обстановка и условия жизни

Пациенты, госпитализируемые в психиатрическое учреждение, должны иметь право на защиту от жестокого, бесчеловечного или унижающего их достоинство обращения, в соответствии с положениями Статьи 7 Международного пакта о гражданских и политических правах.

Обеспечение безопасной и гигиенически здоровой обстановки и условий жизни является важным условием выздоровления и необходимо для психического благополучия личности. Никто не должен содержаться в опасных и антисанитарных условиях при прохождении курса лечения в клинике.

Некоторые психиатрические учреждения не в состоянии обеспечить содержащихся в них лиц необходимой пищей и одеждой, поддерживать требуемый температурный режим в помещениях или предоставить теплую одежду в зимнее время года, оборудовать комнаты и палаты так, чтобы не нанести вреда пациентам. У них также нет необходимых возможностей для предотвращения распространения инфекционных заболеваний и поддержания минимальных санитарно-гигиенических норм. Нехватка персонала может привести к ситуациям, когда пациенты выполняют хозяйственные работы в больнице бесплатно или в обмен на отдельные уступки. Подобная практика является бесчеловечным и унижающим достоинство обращением, что нарушает положения Статьи 7 МПГПП.

В Принципах ПБ констатируется, что обстановка и условия жизни в психиатрическом учреждении должны быть в максимально возможной степени приближены к условиям нормальной жизни и, в частности, включать возможности для проведения досуга и отдыха, возможности для получения образования и возможности для вероисповедания и профессиональной реабилитации.

Законодательство (или подзаконные акты) должны устанавливать минимальные нормы, соблюдение которых в психиатрическом учреждении гарантирует безопасную, терапевтически и гигиенически здоровую обстановку и условия жизни. Законодательство может также содержать положения об «инспекционной комиссии», в задачи которой входит посещение психиатрических учреждений и контроль за соблюдением ими прав пациентов и условий содержания (см. раздел 13, ниже). Необходимо, чтобы законодательство наделяло инспекционную комиссию определенными полномочиями для принятия действенных мер в случае несоблюдения вышеуказанных условий, так как без этого она просто становится невольным пособником творимого беззакония.

5.3.2 Право на уединение

Право на уединение является широким понятием, налагающим определенные ограничения на вторжение общества в частную жизнь человека. К нему относятся право на доступ к информации, право физической неприкосновенности, право на свободу общения и территориальное право. Эти права часто нарушаются в отношении лиц с психическими расстройствами, особенно в психиатрических учреждениях. Например, пациентов на протяжении многих лет могут заставлять жить в огромных общих, зачастую перенаселенных палатах, где мало места для уединения. Может также иметь место нехватка предметов мебели, например шкафов для хранения личных вещей. Даже когда пациенты содержатся в одноместной или двухместной палате, персонал учреждения или другие пациенты могут нарушать их личное пространство.

Законодательство может в обязательном порядке гарантировать право пациента на физическое уединение и обязать психиатрические учреждения соблюдать данное положение. Однако это может оказаться сложной задачей в странах с низким уровнем дохода на душу населения и недостаточным финансовым обеспечением; в подобных случаях, установление принципа равенства психического здоровья с физическим должно стать первым шагом к соблюдению данного права. Но даже это не гарантирует отсутствие проблем, так как условия содержания во многих больницах общего профиля в развивающихся странах далеко не соответствуют принятым стандартам уединения, а также в силу того, что условия для лечения хронических случаев (где соблюдение права на уединение является наиболее проблематичным) отличаются от ситуаций, где требуется неотложное вмешательство. Безусловно, требования к соблюдению права на уединение, подразумевающие создание в больнице обстановки, приближенной к домашним условиям, в психиатрическом учреждении значительно отличаются от требований, предъявляемых к ситуациям краткосрочного пребывания в стационаре.

В странах, где большое количество пациентов содержится в клиниках, где в одной палате проживает недопустимо большое число больных, необходимо начать работу по достижению целей, гарантирующим пациентам необходимое уединение, и принятию мер по постепенному осуществлению их прав. Например, в учреждениях, где в палатах находится по несколько человек, даже предоставление приватной комнаты для проведения досуга может стать первым шагом к осуществлению задач по соблюдению права на уединение. Более того, если адекватные услуги по охране психического здоровья оказываются по месту жительства, деинституционализация может, сама по себе, стать средством достижения большей степени уединенности для лиц, выписанных из переполненных психиатрических больниц, обстановка в которых подавляла их индивидуальность.

Несмотря на это, необходимо отметить, что в психиатрических учреждениях право на уединение не означает, что в особых случаях, когда у пациента отмечается суицидальное поведение, его нельзя подвергать обыску или устанавливать за ним непрерывное наблюдение в целях защиты его жизни. В этих случаях необходимо тщательно продумать ограничения в отношении права на уединение в рамках международно-правовых норм.

5.3.3 Право на свободу общения

Пациенты, особенно госпитализированные в принудительном порядке, имеют право на свободу общения с внешним миром. Во многих психиатрических учреждениях личные свидания с членами семей, супругами и друзьями ограничены. Общение часто происходит в присутствии персонала учреждения, а личная переписка вскрывается и, в ряде случаев, подлежит цензуре. Законодательство может запретить подобную практику в психиатрических учреждениях. Однако, что касается вопросов конфиденциальности и доступа к информации (см. выше), то здесь могут возникать отдельные исключительные обстоятельства, при которых право на свободу общения должно быть ограничено. Если нет разумных сомнений, что неспособность ограничить право пациента на свободу общения может причинить ущерб здоровью пациента или повлечь какие-либо негативные последствия в будущем, или если подобное общение ведет к ограничению прав и свобод других, то в этом случае необходимо ограничить право на свободу общения. Например, когда пациент постоянно делает неприятные телефонные звонки или отправляет письма неприятного содержания другим или когда пациент, находясь в депрессивном состоянии, намеревается отправить работодателю письмо с заявлением об уходе. Законодательство может установить такие исключительные обстоятельства, а также гарантировать право пациента на обжалование подобных ограничений.

5.3.4 Трудовая деятельность

Законодательство может запретить использование принудительного труда в психиатрических учреждениях. Сюда подпадают ситуации, когда пациентов принуждают к труду вопреки их желанию (например, в связи с нехваткой персонала в учреждении) или когда пациенты не получают за выполненную работу справедливого вознаграждения, или когда пациентов принуждают выполнять работу персонала учреждения в обмен на незначительные уступки.

Принудительный труд не стоит путать с трудотерапией. Он также не относится к ситуациям, когда в рамках программы по реабилитации пациенты должны заправлять кровати или готовить пищу для других пациентов. Однако здесь существует некоторая неопределенность, и законодательство должно внести максимальную ясность в данные вопросы.

5.4 Уведомление о правах

Несмотря на то что в законодательстве может быть зафиксировано много прав, относящихся к лицам с психическими расстройствами, эти лица часто не проинформированы о своих правах и, соответственно, не могут воспользоваться ими. Следовательно, необходимо, чтобы в законодательстве было включено положение об уведомлении пациентов об их правах в максимально короткий срок после госпитализации в психиатрическое учреждение.

Принципы ПБ: уведомление о правах

1. Пациента, находящегося в психиатрическом учреждении, в максимально короткий срок после госпитализации информируют в такой форме и на таком языке, которые ему понятны, о всех его правах в соответствии с настоящими Принципами и согласно внутрисударственному законодательству, причем такая информация включает разъяснение этих прав и порядка их осуществления.

2. Если и пока пациент не в состоянии понять такую информацию, о правах такого пациента сообщается личному представителю, если таковой имеется и если это уместно, и лицу или лицам, которые могут наилучшим образом представлять интересы пациента и готовы это сделать.

(Принцип 12(1) и (2), Принципы ПБ)

Законодательство способно гарантировать предоставление пациентам соответствующей информации о своих правах при поступлении в психиатрическое учреждение или сразу после того, как состояние пациента позволит это сделать. Эта информация должна включать разъяснение о том, что означают данные права и как пациент может их осуществить, и доводиться в такой форме, в которой пациент способен ее понять. В странах, где говорят на разных языках, уведомление о правах делается на языке, выбранном пациентом.

Пример документа об уведомлении о правах – *Права реципиента услуг или пациента* Департамента охраны психического здоровья и наркологии штата Коннектикут – приводится в Приложении 6. В Приложении 7 приводится памятка о правах, которую выдают пациентам с психическими расстройствами в штате Мэн, США.

Однако необходимо подчеркнуть, что уровень грамотности и понимания технических терминов и процедур является решающим фактором, и приводимые примеры могут оказаться неприемлемыми в тех или иных странах. Тем не менее, каждая страна может подготовить проспекты, плакаты и кассеты или использовать другие легкие для понимания средства, в которых перечислены права граждан данной страны. Законодательство может содержать положения об уведомлении о правах личных представителей и/или членов семей, в случае если пациенты не в состоянии понять такую информацию.

Конфиденциальность

- Законодательство должно гарантировать пациентам право на соблюдение конфиденциальности.
- Законодательство должно декларировать, что вся информация, полученная в ходе оказания психиатрической помощи (например, в процессе ухода и лечения в стационарных или амбулаторных условиях), является конфиденциальной и что все лица, обладающие ей, не имеют права ее разглашать. К ним относятся прежде всего персонал стационарных психиатрических учреждений и работники служб психического здоровья, осуществляющие уход и лечение лиц с психическими расстройствами.
- Законодательство может содержать положения о применении санкций и мер воздействия к специалистам по охране психического здоровья в случае преднамеренного нарушения конфиденциальности.
- Положения о конфиденциальности, содержащиеся в законодательстве, должны быть в одинаковой степени применимы к информации, хранящейся в электронном/цифровом виде, включая национальные и региональные базы данных, а также такие источники, как истории болезни, содержащие сведения о лицах с психическими расстройствами.
- В законодательстве могут быть конкретизированы исключительные обстоятельства, при которых конфиденциальность может быть нарушена. К ним могут относиться:
 - a) чрезвычайные ситуации, угрожающие жизни людей, когда такая информация необходима для их спасения;
 - b) значительная вероятность нанесения серьезного ущерба или вреда пациенту или другим людям;
 - c) предотвращение страданий пациента или ущерба его здоровью;
 - d) интересы общественной безопасности;
 - e) ситуации, когда такая информация обязана быть представлена, например при рассмотрении уголовных дел.
- Законодательство может предусматривать, что пациенты и их личные представители имеют право на пересмотр или обжалование в судебном порядке решений об открытии информации конфиденциального характера.

Доступ к информации

- Законодательство обязано гарантировать лицам с психическими расстройствами право на свободный и неограниченный доступ к информации, содержащейся в их истории болезни.
- Законодательство должно также конкретизировать исключительные обстоятельства, при которых доступ к такой информации может быть ограничен (когда открытие данных, содержащихся в истории болезни, может представлять риск для безопасности других лиц или причинить серьезный ущерб психическому здоровью пациента).
- Отказ сообщить информацию должен носить исключительно временный характер и действовать до того момента, когда пациент станет способен разумно пользоваться данной информацией.
- Законодательство может констатировать, что пациенты и их личные представители имеют право на пересмотр или обжалование в судебном порядке решений об отказе сообщить информацию.
- Пациенты и их личные представители могут также иметь право на включение в историю болезни своих письменных замечаний без каких-либо изменений.
- Законодательство или подзаконные акты могут содержать процедурные положения об обеспечении прав пациентов на доступ к информации.
- Также важно, чтобы лечебное учреждение выделило сотрудника, которому было бы поручено изучать информацию, содержащуюся в истории болезни, и объяснять ее пациенту и/или его личному представителю.

Права и условия содержания в психиатрических учреждениях

Законодательство должно гарантировать пациентам с психическими расстройствами защиту от жестокого, бесчеловечного и унижающего их достоинство обращения. В частности, в таких областях, как:

- a) обеспечение безопасной и гигиенически здоровой обстановки;
- b) поддержание необходимых санитарных норм в психиатрических учреждениях;
- c) обеспечение возможности для проведения досуга и отдыха, регулярного отправления религиозных обрядов; выделение помещений для тех пациентов, кто хочет поднять свой образовательный уровень;
- d) обеспечение возможности для профессиональной реабилитации (это поможет пациентам подготовиться к реинтеграции в общество после выписки);
- e) осуществление права на общение с другими лицами того же и противоположного пола;
- f) создание обстановки и условий жизни, позволяющих пациентам, по возможности, осуществлять их право на уединение;
- g) создание условий, позволяющих пациентам свободно и без ограничений общаться с внешним миром, включая встречи с посетителями, обмен корреспонденцией и любое общение с друзьями, членами семей и другими лицами (все исключительные ситуации, ограничивающие право на свободу общения, должны быть зафиксированы в законодательстве);
- h) запрет на принуждение пациентов к выполнению какой-либо работы против их желания; соблюдение прав пациентов на соответствующее вознаграждение за труд.

Уведомление о правах

- Законодательство должно содержать положение об информировании пациентов об их правах на самом раннем этапе оказания психиатрической помощи. Уведомление о правах производится в максимально короткий срок.
- Данная информация доводится в форме, понятной пациенту.
- Законодательство может также содержать положения об уведомлении о правах пациента его личного представителя и/или членов семьи, в том случае если пациент не в состоянии понять эту информацию.

6. Права членов семей и лиц, осуществляющих уход за больными с психическими расстройствами

Роль членов семей и лиц, осуществляющих уход за больными, может значительно варьироваться в зависимости от страны и сложившейся там культуры. Несмотря на это, естественными становятся ситуации, когда члены семей и лица, осуществляющие уход за больными, берут на себя большую ответственность за людей, страдающих психическими расстройствами. Сюда относится забота о жилье, одежде, питании и соблюдение правил лечения. Они также помогают лицам с психическими расстройствами проходить реабилитацию в рамках существующих программ по реабилитации и уходу. Им часто приходится нести основную тяжесть поведенческих проблем больного/больной или проявлений рецидивов, и, как правило, именно члены семей и сиделки проявляют наибольшую любовь и заботу о лицах с психическими расстройствами. Иногда они тоже становятся мишенью стигматизации и дискриминации. В некоторых странах члены семей и лица, осуществляющие уход, по закону несут ответственность третьей стороны за действия лиц с психическими расстройствами. Важная роль семьи должна быть отражена в законодательстве.

Членам семей и лицам, осуществляющим уход, нужна информация о заболевании и курсе лечения, для того чтобы лучше ухаживать за больными родственниками. Законодательство не должно необоснованно отказывать им в доступе к такой информации, исходя из принципа ее конфиденциальности, хотя степень соблюдения права на конфиденциальность может варьироваться в зависимости от национальных особенностей. Например, у одних народов члены семей и лица, осуществляющие уход, с уважением и пониманием относятся к отказу родственника сообщить им информацию конфиденциального характера о состоянии своего здоровья, у других – семья является единой монолитной ячейкой общества, где родственники имеют право на такую информацию. В подобных ситуациях, вероятнее всего, сами пациенты нуждаются в сообщении членам семьи информации такого типа. В странах с более выраженным индивидуалистическим укладом жизни, в отличие от семейного, более вероятны ситуации, когда пациент(ка) может быть менее расположен(а) к распространению такой информации. Здесь могут иметь место различные варианты и различные степени открытия информации в зависимости от национальных особенностей и сложившейся практики. Одним из возможных случаев, например, может стать ситуация, когда члены семьи, отвечающие за уход, могут получить определенную информацию, необходимую для выполнения своей роли по оказанию помощи, но не данные, относящиеся к клиническим и психотерапевтическим показаниям.

Несмотря на это, право на конфиденциальность не должно являться предметом споров. В законодательстве данное право должно толковаться с учетом национальных особенностей страны. В Новой Зеландии, например, в соответствии с поправками в Закон о психиатрической помощи (Принудительное освидетельствование и лечение), 1999 г., раздел 2 «... применение закона и ведение процедур осуществляются: а) исходя из должного признания важности и значимости для пациента его или ее связей с семьей, *ванау*, *хапу*, *иви*¹ и семейной группой; б) исходя из должного признания значения этих связей для психического благополучия пациента; и с) исходя из должного уважения к культурной среде пациента, его этнической группе, языку, религиозным верованиям и нравственным принципам».

Семья может играть важную роль в разработке и применении курса лечения пациента, особенно если он не в состоянии делать это сам. В Законе Маврикия констатируется, что «... пациент или его ближайшие родственники могут принимать участие в разработке плана лечения» (Закон об охране психического здоровья No. 24, 1998 г., Маврикий).

¹ Ванау (расширенные семейные группы), хапу (субплемена, состоящие из нескольких ванау) и иви (племена, состоящие из нескольких хапу).

Законодательство может обеспечить участие членов семей пациентов в деятельности учреждений психического здоровья и юридических процедурах. Например, члены семей могут иметь право подавать апелляцию на решения о принудительной госпитализации и лечении от имени своего родственника, если он/она не в состоянии сделать это самостоятельно. Аналогичным образом они могут ходатайствовать об освобождении из-под стражи психически больного преступника. Страны могут также внести в законодательства положение о включении членов семей пациентов в состав надзорных органов (см. подраздел 13.2.1, ниже).

Законодательство может также обеспечить участие членов семей в процессе совершенствования политики и законов в области охраны психического здоровья, а также в ходе планирования деятельности служб психиатрической помощи. В Соединенных Штатах Закон о повышении качества медицинского обслуживания, Публичное право 99-660 (1986 г.) устанавливает, что каждый штат должен создать «совет по планированию», который на 51% должен состоять из пользователей услуг психиатрии и членов их семей. Такой совет по планированию отвечает за организацию и проведение непрерывного контроля за осуществлением годового плана оказания услуг в области психического здоровья на всей территории штата, который ежегодно должен утверждаться на совете.

Полное описание всех возможных ситуаций, где вовлечение членов семей пациентов является необходимым, не представляется возможным. Вместо этого в законодательстве может быть закреплён принцип, согласно которому члены семей и семейные организации являются заинтересованной стороной в системе охраны психического здоровья и, следовательно, могут быть представлены на всех совещаниях и во всех органах, где принимаются стратегические решения по организации работы служб психического здоровья.

Семьи пациентов и лица, осуществляющие уход за больными с психическими расстройствами: основные положения

- Совершенно очевидно, что на членов семей и тех, кто осуществляет уход за больными, возлагается самая большая ответственность, и в законодательстве данный факт должен найти отражение.
- Законодательство не должно необоснованно отказывать в доступе к информации, исключительно исходя из принципа конфиденциальности – хотя степень соблюдения права пациента на конфиденциальность информации о его болезни может варьироваться в зависимости от национальных традиций.
- Члены семей и те, кто осуществляет уход за больными, могут играть важную роль в разработке и проведении курса лечения пациента, особенно если пациент не в состоянии самостоятельно принимать в этом участие.
- Законодательство может обеспечить членов семей и лиц, осуществляющих уход, возможностью получать консультации и услуги, необходимые им для ухода за лицами с психическими расстройствами.
- Законодательство способно обеспечить участие членов семей и лиц, осуществляющих уход во многих аспектах деятельности служб охраны психического здоровья, а также юридических процедурах, таких как принудительная госпитализация и подача апелляций на решение о принудительной госпитализации.
- Законодательство способно также гарантировать участие членов семей пациентов и лиц, осуществляющих уход в совершенствовании политики и законов в области охраны психического здоровья, а также в ходе планирования деятельности служб психиатрической помощи.

7. Правоспособность, дееспособность и опека

Большинство лиц с психическими расстройствами сохраняют способность принимать информированное решение и делать осознанный выбор в вопросах, касающихся их жизни. Однако у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами такие способности могут быть ограничены. В подобных случаях законодательство должно предусматривать соответствующие положения о процедуре ведения дел лиц с психическими расстройствами, исходя из принципа максимального учета интересов пациента.

Двумя основополагающими понятиями при принятии решений относительно способности или неспособности человека делать осознанный выбор являются «правоспособность» и «дееспособность». Данные термины определяют принятие решений о направлении на лечение в гражданских исках и уголовных делах и при принятии решения о возможности пользоваться своими гражданскими правами лицами, страдающими психическими расстройствами. Следовательно, в законодательстве необходимо дать четкое определение терминам «дееспособность» и «правоспособность», установить критерии их определения, описать процедуру по оценке дееспособности и правоспособности и указать действия, которые необходимо предпринять в случае отсутствия дееспособности и/или правоспособности.

7.1 Определения

В последнее время в психиатрии наметилась тенденция к взаимозаменяемому употреблению терминов «дееспособность» и «правоспособность»; однако данные понятия имеют разное значение. Обычно под дееспособностью понимается наличие когнитивной способности к принятию решений или способность действовать в определенной последовательности (см. подраздел 3.3 «Психическая недееспособность»), между тем как правоспособность означает юридические последствия отсутствия дееспособности.

Исходя из этих определений, «дееспособность» является медицинским понятием, а «правоспособность» – юридическим. Под дееспособностью понимается уровень нарушения психических функций человека, а под правоспособностью понимается воздействие этих нарушений на социальный и физический статус человека. Например, отсутствие психической дееспособности вследствие тяжелого психического расстройства может в результате отрицательно сказаться на правоспособности того или иного лица принимать финансовые решения.

Такое четкое определение дееспособности и правоспособности принято не везде. В некоторых законодательствах понятие «недееспособность» употребляется в значении «правовая недееспособность», например, когда подростки до достижения определенного возраста не имеют некоторых прав. Правоспособность также является юридическим термином, применимым к лицам, не способным понять суть или цель решения, которое необходимо принять. В подобном случае оба термина можно рассматривать как юридические понятия.

В Справочнике базовой информации проводится разграничение между дееспособностью как медицинским понятием и правоспособностью как юридическим термином при освещении вопросов, относящихся к дееспособности и правоспособности.

7.2 Оценка недееспособности

Традиционно, существует понятие презумпции дееспособности и, следовательно, правоспособности. Так, например, предполагается, что человек является дееспособным и правоспособным для принятия решения, если не доказано обратное. Наличие тяжелого психического расстройства само по себе не подразумевает отсутствие способности к принятию решений. Следовательно, наличие психического расстройства не является единственным решающим фактором для установления дееспособности и тем более правоспособности.

В дополнение к этому, несмотря на наличие психического расстройства, которое может затронуть и умственные способности пациента, он может сохранять способность к принятию решений. Дееспособность и правоспособность, таким образом, связаны с уровнем нарушения психических функций. Следовательно, поскольку степень дееспособности может время от времени меняться и данное понятие не является столь «однозначным», то его надлежит рассматривать на предмет способности принятия конкретного решения или выполнения конкретной психической функции.

Ниже приведены выдержки из законов разных стран, содержащие критерии конкретных видов дееспособности:

7.2.1 Дееспособность принимать решение о проведении лечения

Лицо должно иметь способность: (а) понимать характер психического состояния, для коррекции которого необходимо лечение; (б) понимать суть предлагаемого лечения; и (с) оценивать последствия согласия на лечение или отказа от него.

7.2.2 Дееспособность выбирать личного представителя

Лицо должно иметь способность: (а) понимать смысл назначения и обязанности личного представителя; (б) отдавать себе отчет о характере отношений с предлагаемым представителем; и (с) оценивать последствия назначения личного представителя.

7.2.3 Дееспособность принимать финансовые решения

Лицо должно иметь способность: (а) понимать смысл сделки и альтернативные возможности; (б) представлять себе суть отношений с партнерами и/или потенциальными выгодоприобретателями; и (с) оценивать последствия принятия финансового решения.

Действие решения о недееспособности должно быть ограничено по времени (например, подвергаться пересмотру через определенные промежутки времени), поскольку пациент с течением времени может восстановить частично или полностью свои психические функции в ходе лечения психического расстройства или даже без него.

7.3 Определение недееспособности и принятие решения о неправодееспособности

Сделать заключение о том, что человек *недееспособен*, может психиатр, а признать его *неправодееспособность* может только судебный орган. Дееспособность является одним из критериев правоспособности, и лица не должны признаваться недееспособными только потому, что они недееспособны принимать определенные решения в конкретный период времени.

Законодательство в области охраны психического здоровья или другие законодательные акты, затрагивающие эту проблему, могут устанавливать процедуры по определению чьей-либо правоспособности. Например:

- a) Поскольку правоспособность является юридическим понятием, она устанавливается судебным органом.
- b) Было бы замечательно внести в законодательство положение о том, что лицо, правоспособность которого является предметом разбирательства, имеет право, в соответствии с процедурой, быть представленным адвокатом. Если лицо не может самостоятельно обеспечить себя таким представительством, адвокат должен, в соответствии с требованиями законодательства, предоставляться данному лицу бесплатно.
- c) Законодательство должно гарантировать отсутствие конфликта интересов. Это означает, что адвокат, представляющий лицо, участвующее в разбирательстве, не должен во время одного и того же разбирательства представлять другие заинтересованные стороны, например клинику, где лечится пациент, и/или членов его семьи, участвующих в разбирательстве.
- d) Законодательство может содержать положения о процедуре подачи апелляции в вышестоящую судебную инстанцию на принятое решение лицом, участвующим в разбирательстве, его адвокатом, членами семьи или врачебным персоналом.
- e) Законодательство должно содержать положение по автоматическому пересмотру решения о недееспособности в течение определенного периода времени.

В менее развитых странах не всегда возможно законодательно закрепить данные требования; однако в зависимости от имеющихся финансовых ресурсов, большинство из них может быть включено в законодательство.

7.4 Опекa

В ситуации, когда из-за своего психического расстройства человек не в состоянии принимать важные решения и по причине недееспособности не в состоянии сам себя обслуживать, необходимо назначить другое лицо, которое бы действовало от его имени и принимало бы касающиеся его решения, максимально учитывая его интересы. В Акте об опеке Нового Южного Уэльса (No. 257, 1987 г.) говорится, что «лицо, нуждающееся в опеке, – это лицо, которое имеет инвалидность и в силу данного факта полностью или частично неспособно управлять самим/сама собой». Несмотря на то, что этот человек может самостоятельно обратиться с просьбой о предоставлении опеки, в большинстве случаев члены семей или другие лица, способные обеспечить уход за пациентом с психическим расстройством, ходатайствуют об опеке и подают заявление для принятия решения о назначении опекуна.

Решение назначить опекуна или нет является непростым и принимается в контексте права человека самостоятельно максимально контролировать собственную жизнь. Назначение опекуна не означает лишения права принимать решения и действовать в своих интересах во всех обстоятельствах, а также лишения собственного достоинства. Например, в положениях Акта об опеке Нового Южного Уэльса (No. 257, 1987 г.) говорится, что все лица, выполняющие опекунские обязанности в соответствии с данным Актом обязаны, среди прочего, «заботиться о благополучии и интересах лиц, находящихся под опекой; [и гарантировать] чтобы их свобода принимать решения и свобода действий была ограничена, по возможности, в минимальной степени; чтобы им помогали вести образ жизни в обществе, который ведут обычные люди; чтобы их мнение принималось во внимание; чтобы сохранялась их семейная, культурная и языковая среда; чтобы они были, по возможности, самодостаточными в областях, относящихся к личной, семейной и финансовой сфере, и чтобы о них заботились и защищали от причинения ущерба их здоровью и эксплуатации».

В некоторых случаях альтернативой опекунству могут быть доверенность с правом передоверия и предварительное распоряжение (см. также согласие доверенного лица на лечение, раздел 8.3.6, ниже).

Любое решение о том, что по причине его психического заболевания лицо не является дееспособным, и любое решение о том, что вследствие такой недееспособности должен быть назначен личный представитель, принимается только после справедливого слушания независимым и беспристрастным судебным органом, созданным в соответствии с внутригосударственным законодательством. Лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, имеет право быть представленным адвокатом. Если лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, не может самостоятельно обеспечить себя таким представительством, последнее должно предоставляться этому лицу бесплатно, если оно не располагает достаточными для этого средствами. Адвокат не должен во время одного и того же разбирательства представлять психиатрическое учреждение и его персонал и также не должен представлять члена семьи лица, дееспособность которого является предметом разбирательства, за исключением тех случаев, когда судебный орган убедился в отсутствии конфликта интересов. Решения, касающиеся дееспособности и потребности в личном представителе, подлежат пересмотру через разумные промежутки времени в соответствии с внутригосударственным законодательством. Лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, его личный представитель, если таковой имеется, и любое другое заинтересованное лицо имеют право обжаловать любое такое решение в вышестоящем суде.

(Принцип 1(б), Принципы ПБ)

Включать ли положение об опеке в законодательство по охране психического здоровья или зафиксировать его в отдельном законе – это еще одно решение, которое странам предстоит принять самостоятельно. В Австралии, например, существует отдельный подробный Закон об опеке (Закон об опеке, No. 257, 1987 г., Австралия), а Закон о психиатрической помощи Кении (Закон о психиатрической помощи, No. 248, 1991 г., Кения) включает раздел, относящийся к вопросам опеки.

В случае, если пациенты с психическими расстройствами оказываются неправоеспособными и/или не в состоянии вести свои дела, законодательство должно гарантировать назначение лица или лиц (опекун/попечитель), которые будут отстаивать их интересы. Поскольку установление неправоеспособности относится к компетенции юристов, назначение опекуна должно происходить в судебном порядке.

Законодательство может устанавливать процедуры по назначению опекуна, сроки действия опеки, процесс пересмотра решения, а также процедуры по прекращению действия опеки. Законодательство может в дополнение к этому устанавливать сферу полномочий опекунов при принятии ими решений. Во многих странах полномочия опекунов ограничены только такими областями, в которых опекаемое лицо явно является недееспособным. Многие национальные законодательства сохраняют за лицам с психическими расстройствами возможность принимать в отношении себя большинство решений, даже когда они не могут принять все подобные решения. Более того, законодательство может быть составлено таким образом, чтобы поощрять лиц с психическими расстройствами развивать их способности до максимально возможного уровня (например, см. Закон Новой Зеландии о защите личных прав и прав собственности, 1988 г.).

Установление мер наказания для опекунов, неспособных выполнять свои обязанности, могло бы стать дополнительным плюсом законодательства. Законодательство может также предоставить опекаемому лицу право на пересмотр решения об опеке в судебном порядке. И наконец, законодательство должно содержать положения и процедуры о прекращении действия опеки, когда опекаемое лицо восстановит свою правоспособность в будущем.

Правоспособность, дееспособность и опека: основные положения

Правоспособность и дееспособность

- В законодательстве необходимо дать определение терминам «дееспособность» и «правоспособность», установить критерии для их определения, закрепить процедуру по оценке дееспособности и правоспособности и определить действия, которые необходимо предпринять в случае отсутствия дееспособности и/или правоспособности.
- В целом под дееспособностью подразумевается наличие когнитивной способности к принятию решений или способность действовать в определенной последовательности, между тем как правоспособность касается юридических последствий отсутствия дееспособности.
- Наличие тяжелого психического расстройства само по себе не подразумевает отсутствие способности к принятию решений и, следовательно, не является единственным решающим фактором для установления дееспособности и правоспособности.

- Несмотря на наличие психического расстройства, которое может затронуть умственные способности пациента, он может сохранять способность к принятию решений.
- Поскольку степень дееспособности может время от времени меняться и частично или полностью восстанавливаться, ее надлежит рассматривать в контексте способности принятия конкретного решения или выполнения конкретной функции.
- Сделать заключение о том, что человек недееспособен может психиатр, а признать его неправоспособным может только судебный орган.
- Дееспособность является одним из критериев правоспособности, и лица не должны признаваться неправоспособными только потому, что они недееспособны принимать определенные решения в конкретный период времени.

Опека

Законодательство может:

- а) Определить полномочный орган для учреждения опеки. Им может быть суд, принимающий решения о правоспособности (см. выше), или отдельный судебный орган, например вышестоящая судебная инстанция.
- б) Устанавливать процедуру назначения опекуна.
- в) Устанавливать срок опеки.
- г) Прекращать полномочия опекуна.
- д) Устанавливать наказание – гражданское, уголовное или административное – за неисполнение опекуном обязанностей, определенных законом.
- е) Устанавливать сферу полномочий опекуна. Любое его решение должно приниматься, исходя из принципа наиболее полного удовлетворения интересов опекаемого лица. Ограничение полномочий опекуна сохраняет за лицами с психическими расстройствами возможность принимать в отношении себя большинство решений, даже когда они не могут принять все подобные решения.
- ж) Определять процедуру подачи апелляции на решение о назначении опеки.
- з) Определять процедуру по пересмотру решения об опеке и прекращению ее действия, когда пациент восстанавливает свою правоспособность в независимости от того, проводилось его лечение или нет.

8. Добровольное и принудительное психиатрическое лечение

8.1 Добровольная госпитализация и добровольное лечение

Принцип свободного и информированного согласия должен являться основой лечения и реабилитации большинства лиц с психическими расстройствами. Все пациенты должны изначально рассматриваться как дееспособные лица, и необходимо приложить все усилия к тому, чтобы они дали добровольное согласие на госпитализацию или лечение в интересах сохранения их здоровья, до того как будут предприняты меры принудительного характера.

Принципы ПБ: осознанное согласие

Никакое лечение не может назначаться пациенту без его осознанного согласия, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 6, 7, 8, 13 и 15 [настоящего принципа].

(Принцип 11(1), Принципы ПБ)

Для легитимности принцип согласия на лечение должен удовлетворять следующим критериям (Принцип ПБ 11, см. Приложение 3):

- а) Лицо/пациент, дающее(ий) согласие, должно(ен) обладать для этого необходимой правоспособностью; допускается, что лицо обладает такой правоспособностью, если нет доказательств обратного.
- б) Согласие должно быть получено свободно, без угроз или неоправданного принуждения.
- в) Должна существовать соответствующая и подходящая процедура доведения информации до пациента. В процессе предоставления информации пациент должен быть проинформирован о целях, методах, вероятной продолжительности и ожидаемых результатах предлагаемого лечения.
- г) Пациенту должны быть разъяснены элементы риска и побочные эффекты лечения, возможные ощущения боли или дискомфорта.
- д) Пациенту необходимо предложить альтернативные методы лечения, если таковые имеются, в соответствии с надлежащей клинической практикой. Альтернативные методы лечения, особенно менее инвазивные, должны быть предложены пациенту и обсуждены с ним.
- е) Информация должна быть предоставлена пациенту в форме и на языке, доступном для понимания.

- g) Пациент должен иметь право отказаться от лечения или прекратить его.
- h) Последствия отказа от лечения, включая возможную выписку из психиатрической больницы, должны быть разъяснены пациенту.
- i) Согласие на лечение должно быть отражено в истории болезни пациента.

Право согласия на лечение означает также, что пациент имеет право отказаться от лечения. Если пациент считается дееспособным для того, чтобы дать согласие на лечение, то необходимо также уважать его право на отказ от лечения.

В случаях, когда требуется стационарное лечение, законодательство должно пропагандировать и поощрять добровольную госпитализацию в психиатрическое учреждение после получения информированного согласия пациента. Данную цель можно достигнуть (i) если закрепить в тексте законодательства, что лицам, нуждающимся в психиатрической помощи, она должна быть предоставлена, включая и госпитализацию в тех случаях, когда она необходима, (ii) или если вообще ничего не писать, то автоматически это будет означать, что психиатрическая помощь должна оказываться в тех же формах, что и при любом физическом расстройстве или болезни. У подобных альтернатив есть как преимущества, так и недостатки. Что касается первого случая, когда в законодательстве констатируется право на лечение и госпитализацию, то закон избегает любой двусмысленности относительно того, должны или нет лица с психическими расстройствами обладать правом на добровольное лечение или госпитализацию. В этом случае у пациентов также появляется возможность убедиться, что они действительно принимают добровольное решение. Принимая во внимание низкий уровень использования таких услуг в области охраны психического здоровья в прошлом, а то и пренебрежения ими, такой подход способен побудить большее количество пациентов обращаться за психиатрической помощью в учреждения стационарного типа.

Принципы ПБ: добровольная госпитализация и лечение

Когда лицо нуждается в лечении в психиатрическом учреждении, необходимо прилагать все усилия, чтобы избежать принудительной госпитализации.

(Принцип 15(1), Принципы ПБ)

С другой стороны, отделение вопросов охраны психического здоровья от других проблем здравоохранения может усилить негативное отношение к пациентам психиатрии и ослабить аргумент в пользу того, что психические расстройства должны лечиться так же, как и другие заболевания. Если вопросы добровольного лечения и ухода специально не освещаются в законодательстве, то к ним будут относиться так же, как и к другим проблемам здравоохранения.

Добровольная госпитализация наделяет пациента правом в любое время покинуть психиатрическое учреждение. Однако данный вопрос осложняется тем фактом, что во многих странах законы наделяют администрацию клиник полномочиями накладывать, при определенных обстоятельствах, вето на право пациента покинуть психиатрическое учреждение. В Принципах ПБ констатируется, что пациенты, госпитализированные не в принудительном порядке, имеют право в любое время покинуть психиатрическое учреждение, если только к ним не применяются критерии для их принудительного содержания.

Законодательство должно разрешать администрации предотвращать самовольный уход из больниц добровольно госпитализированных пациентов только в том случае, если имеют место все обстоятельства для их принудительного содержания. В этом случае должны применяться все процедурные гарантии, относящиеся к принудительной госпитализации. Рекомендуется включить в законодательство право добровольных пациентов быть информированными во время госпитализации о том, что им может быть отказано в праве покинуть больницу, если в тот период, когда они пожелают это сделать, возникнут обстоятельства, разрешающие их принудительное лечение.

Одна из проблем, когда пациентов, не способных дать согласие, «добровольно» госпитализируют в психиатрическое учреждение, возникает из-за того, что они не протестуют против такой госпитализации (см. также подраздел 8.2). Таким примером может являться пациент, которого госпитализировали «добровольно», но у которого отсутствует всякое понимание относительно самого факта и цели госпитализации. К другой группе пациентов, которая может подвергнуться риску так называемой «добровольной» госпитализации, относятся лица с умственной отсталостью. Остальные категории пациентов могут «соглашаться» на лечение или принудительную госпитализацию, не выказывая при этом никакого протеста просто потому, что их запугали, или потому, что они не знают о своем праве на отказ от госпитализации. В подобных случаях отсутствие протеста с их стороны не должно истолковываться как согласие, так как согласие должно быть добровольным и информированным.

Само понятие «добровольный» исключает принуждение; это означает, что у пациента должен быть выбор, а также способность и право на его осуществление. Одно из этих условий или все нарушены в вышеприведенных примерах. В законе Бразилии записано, что «лицо, требующее добровольной госпитализации или согласившееся на добровольную госпитализацию обязано при поступлении написать заявление о том, что он или она самостоятельно выбрали режим лечения в психиатрической клинике» (Закон об охране психического здоровья No. 10.216, 2001 г., Бразилия).

Добровольная госпитализация и добровольное лечение: основные положения

- Когда лицо нуждается в стационарном лечении законодательство должно поощрять добровольную госпитализацию; необходимо прилагать все усилия, чтобы избежать принудительного содержания.
- Если законодательство разрешает администрации предотвращать самовольный уход из больницы добровольно госпитализированного пациента в тот период, когда он пожелает это сделать, то администрация может отказать ему в праве покинуть учреждение, только если возникнут обстоятельства, разрешающие его принудительное содержание.
- В случае добровольной госпитализации в психиатрическое учреждение пациенты должны быть проинформированы о том, что администрация может отказать им в праве покинуть больницу, если возникнут определенные обстоятельства, разрешающие их принудительное содержание.
- Лечение добровольно госпитализированных пациентов должно начинаться только после получения от них информированного согласия на лечение.
- В том случае, когда пациент способен дать информированное согласие, такое согласие является необходимым условием для лечения.

Принимая во внимание тот факт, что во многих странах не все добровольно госпитализированные лица действительно госпитализированы добровольно, в законодательство необходимо включить положение о независимом контрольном органе (см. раздел 13), который периодически рассматривал бы случаи продолжительной добровольной госпитализации, проводил оценку состояния госпитализированных пациентов и ситуаций, связанных с их лечением, а также выработывал необходимые рекомендации.

8.2 «Непротестные» пациенты

В некоторых странах законодательство содержит положения, относящиеся к пациентам, которые в силу своей болезни не в состоянии дать согласие на лечение и/или госпитализацию, *но которые не выражают отказ от* психиатрического вмешательства. К ним относятся лица, описанные в предыдущем разделе, которые не соответствуют ни критериям добровольных пациентов, ни критериям принудительной госпитализации (например, лица с тяжелой формой умственной отсталости). В одних странах уже приняты законы, включающие положения о «недееспособности», вместе с законами об опеке, позволяющими адекватно решать проблемы лиц с психическими расстройствами, которые не в состоянии дать согласие, но и не отказываются от госпитализации/лечения. В других странах еще предстоит много законодательной работы в данной области, цель которой будет состоять в том, чтобы, с одной стороны, предоставить «непротестным» пациентам определенные гарантии, а с другой, обеспечить госпитализацию и необходимое лечение для лиц, которые *не в состоянии дать информированное согласие*. Преимущество такого законодательства заключается в том, что лица, которые не отказываются от лечения, ошибочно не рассматриваются в качестве пациентов для принудительного или добровольного лечения; таким путем можно предотвратить потенциальное увеличение количества пациентов, которые могут быть ошибочно госпитализированы в принудительном порядке.

Критерии для добровольной госпитализации или/и лечения являются обычно менее строгими, чем для принудительного содержания. Это делает возможным для пациентов, которые не в состоянии дать информированное согласие, но которым необходимо лечение психического заболевания в стационарных условиях, получить необходимую помощь и уход, даже если, например, они не представляют угрозу для себя и для безопасности других лиц. «Необходимость госпитализации» иногда рассматривается в качестве достаточного критерия. Кроме этой формулировки, еще используют «необходимость для здоровья», которая также является менее строгой, чем критерии для направления пациента на принудительную госпитализацию (см. подраздел 8.3.2, ниже). Тот, кто подает заявление на лечение непротестного пациента, обычно является его близким родственником или заинтересованным лицом. Назначение опекунов для непротестных пациентов является общепринятой практикой во многих странах. Если эти пациенты отказываются от госпитализации или лечения, их необходимо немедленно прекратить рассматривать как «непротестных», а применить к ним все критерии для принудительной госпитализации и лечения.

Очень важно, чтобы права непротестных пациентов были защищены таким же образом, как и права принудительно госпитализированных больных. Например, для этого, возможно, потребуются провести оценку дееспособности и соответствия пациента критериям принудительной госпитализации, при этом окончательное решение принимается по заключению двух или более психиатров. В отношении непротестных пациентов, так же как и в отношении принудительно госпитализированных, должна применяться процедура автоматического пересмотра решения о госпитализации. Эта процедура должна состоять из первоначального подтверждения их статуса, а также периодических оценок их состояния для выявления положительной или отрицательной динамики. Если после госпитализации/лечения непротестные пациенты восстанавливают свою способность принимать информированное решение, они лишаются данного статуса. Более того, непротестные пациенты должны иметь право подать апелляцию на решение о присвоении им того или иного статуса. Непротестные пациенты должны также пользоваться всеми правами, которыми обладают другие больные, например правом на уведомление о правах, правом на конфиденциальность, правом на лечение, соответствующее принятым стандартам, и другими правами (см. раздел 5, выше).

Основные принципы лечения, такие как принцип «наименее ограничительной альтернативы» и «лечение, максимально соответствующее интересам пациента», должны применяться и к непротестным больным.

К странам, где существуют положения о непротестных больных, относятся Австралия, в законодательстве которой есть раздел «неформальное лечение пациентов, которые не в состоянии дать согласие» (Закон о психиатрической помощи, 1990 г., Новый Южный Уэльс, Австралия), и Южная Африка, где Закон о психиатрической помощи (2002 г.) содержит положение об «опекаемых пользователях услуг психиатрии». В одних странах, согласно существующему там законодательству, лечение непротестных пациентов проводится исключительно в условиях стационара, в то время как в других странах допускается и амбулаторное обслуживание.

Непротестные пациенты: основные положения

- В некоторых странах законодательство содержит положения, относящиеся к пациентам, которые не в состоянии дать согласие на лечение и/или госпитализацию, но которые не выражают отказ от психиатрического вмешательства.
- Критерии для добровольной госпитализации или/и лечения являются обычно менее строгими, чем для принудительного содержания (к ним могут относиться «необходимость госпитализации» и «необходимость для здоровья»).
- Если эти пациенты отказываются от госпитализации или лечения, их необходимо немедленно прекратить рассматривать как «непротестных», применить к ним все критерии для принудительной госпитализации и лечения. Также, если после госпитализации/лечения непротестные пациенты восстанавливают свою способность принимать информированное решение, они лишаются данного статуса.
- Важно, чтобы права непротестных пациентов были защищены таким же образом, как и права принудительно госпитализированных больных (например, право на оценку дееспособности, на процедуру автоматического пересмотра решения о госпитализации и право подать апелляцию на решение о присвоении того или иного статуса).
- Непротестные пациенты должны также пользоваться всеми правами, которыми обладают другие больные, например правом на уведомление о правах, правом на конфиденциальность, правом на лечение, соответствующее принятым стандартам, и другими правами.

8.3 Принудительная госпитализация и принудительное лечение

Принудительная, или вынужденная, госпитализация в психиатрическое учреждение и принудительное лечение продолжают оставаться спорными вопросами в области охраны психического здоровья, так как, с одной стороны, они посягают на личную свободу, право выбора и таят в себе опасность нарушения прав человека по политическим, социальным и другим причинам. С другой стороны, принудительная госпитализация и лечение способны предотвратить причинение вреда здоровью самого пациента и других людей, а также помочь больному осуществить свое право на здоровье, которое, в силу его психического расстройства, он не может сделать самостоятельно.

Ряд международно-правовых документов, такие как Принципы ПБ (1991 г.), Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод (1950 г.) и Гавайская декларация (1983 г.), признают, в некоторых случаях, необходимость принудительной госпитализации и лечения лиц с психическими расстройствами. Однако следует отметить, что принудительная госпитализация и лечение требуются лишь для небольшой части пациентов, страдающих психическими расстройствами, и что число случаев принудительного лечения и госпитализации можно уменьшить в дальнейшем благодаря использованию более гуманной терапии и предоставления реальных возможностей для добровольного лечения.

Всем известно, что некоторые ассоциации пользователей услуг в области психического здоровья и общественные организации, такие как MindFreedom Support Coalition International, резко выступают против идеи принудительной госпитализации, включая принудительное назначение психотропных средств в независимости от обстоятельств.

В этой связи в законодательстве в области охраны психического здоровья должно быть зафиксировано, при каких условиях допускаются принудительная госпитализация и принудительное лечение, а также установлены соответствующие процедуры по их применению. Чтобы права граждан были надежно защищены, данный раздел законодательства должен содержать подробное описание всех юридических процедур и, соответственно, может быть внушительным по объему.

Цель Справочника базовой информации состоит не в том, чтобы предписывать применение принудительной госпитализации и лечения. Скорее в нем подчеркиваются общие и отличительные черты в подходах разных стран к принудительной госпитализации и лечению, что обусловлено различиями в культуре, традициях, наличием экономических и людских ресурсов. Однако, несмотря на это, принципы принудительной госпитализации и лечения одинаково важны для всех стран, поэтому необходимо разработать основные положения, с тем чтобы помочь странам принять соответствующие законодательные акты в данной области.

Принципы ПБ: принудительная госпитализация и лечение

1. Любое лицо (а) может быть госпитализировано в психиатрическое учреждение в качестве пациента в принудительном порядке или (б) уже госпитализированное в качестве пациента в добровольном порядке может содержаться в качестве пациента в психиатрическом учреждении в принудительном порядке тогда и только тогда, когда уполномоченный для этой цели согласно закону квалифицированный специалист, работающий в области психиатрии, установит в соответствии с принципом 4, ниже, что данное лицо страдает психическим заболеванием, и определит:

(а) что вследствие этого психического заболевания существует серьезная угроза причинения непосредственного или неизбежного ущерба этому лицу или другим лицам;

(б) что в случае лица, чье психическое заболевание является тяжелым, а умственные способности – ослабленными, отказ от госпитализации или содержания данного лица в психиатрическом учреждении может привести к серьезному ухудшению его здоровья или сделает невозможным применение надлежащего лечения, которое может быть проведено при условии госпитализации в психиатрическое учреждение в соответствии с принципом наименее ограничительной альтернативы.

2. В случае, указанном в подпункте (б), необходимо, по возможности, проконсультироваться со вторым таким специалистом, работающим в области психиатрии. В случае проведения такой консультации госпитализация в психиатрическое учреждение или содержание в нем в принудительном порядке может иметь место лишь с согласия второго специалиста, работающего в области психиатрии.

3. Психиатрическое учреждение может принимать госпитализируемых в принудительном порядке пациентов, только если это учреждение выделено для этих целей компетентным полномочным органом, созданным в соответствии с внутригосударственным законодательством.

(Принцип 16 (1) и (3), Принципы ПБ)

8.3.1 Сравнение комбинированного и раздельного подходов к принудительной госпитализации и принудительному лечению

Законодательство в области охраны психического здоровья может объединить принудительную госпитализацию и принудительное медицинское лечение в одну процедуру или может рассматривать их раздельно (см. подраздел 8.3.7, Рисунок 1).

Принудительное лечение, для которого при «комбинированном» подходе не требуется какого-либо отдельного разрешения, может начаться сразу после принудительной госпитализации в психиатрическую клинику. Некоторые ассоциации, объединяющие семьи, в которых есть инвалиды с умственными недостатками, ряд психиатров и других заинтересованных лиц выражают сомнения в том, что, в большинстве случаев, целью принудительной госпитализации является изменение отрицательной динамики развития психического заболевания. Считается, что нет никакого смысла в госпитализации, если не назначается курс лечения. Например, в законе Португалии указано, что «принудительное содержание в клинике допускается *только* в тех случаях, когда оно является *единственным* средством, гарантирующим проведение курса лечения...» (курсив наш) (Закон о психиатрической помощи No. 36, 1998 г., Португалия), а в Пакистане в законе упоминается только о «госпитализации с целью лечения» (Постановление об охране психического здоровья, 2001 г., Пакистан). Конечно, возможны ситуации, когда пациент не нуждается в медикаментозном лечении, а положительного результата можно достичь за счет применения менее инвазивных методов (например, психотерапии, поддерживающей терапии или трудотерапии). Тем не менее, в рамках комбинированного подхода, вне зависимости от того, будет ли применяться медикаментозное лечение или нет, решение о госпитализации *может* означать начало лечения без получения на это отдельного разрешения.

Это не означает, что при комбинированном подходе пациент не может участвовать в разработке плана лечения. Например, в законе Албании констатируется, что лицу, принудительно госпитализированному в психиатрическое учреждение, должно «назначаться лечение в соответствии с необходимыми медицинскими процедурами»; в нем далее констатируется, что лицо или его/ее личный представитель «имеет право на получение полной информации о предложенном терапевтическом лечении, включая информацию о побочных эффектах и *возможных альтернативных методах лечения*» (курсив наш) (Закон о психиатрической помощи, 1991 г.). В рамках как комбинированного, так и раздельного подходов психиатр всегда должен стараться получить даже у принудительно госпитализированных пациентов согласие на проведение предложенного курса лечения для установления с ними отношений сотрудничества.

При использовании абсолютно «раздельного» подхода процедуры госпитализации и лечения независимы друг от друга. Вначале рассматривается вопрос о принудительной госпитализации пациента, после чего, если решение о госпитализации принято и пациенту необходимо принудительное лечение, проводится рассмотрение необходимости назначения такого лечения и отдельная процедура для получения на него разрешения (см. подраздел 8.3.7, Рисунок 1).

Многие лица и организации, особенно те, что отстаивают интересы пациентов психиатрии, выступают против соединения принудительной госпитализации с принудительной терапией, приводя доводы в пользу того, что согласие на госпитализацию или отказ от нее и согласие или отказ на лечение должны быть отделены друг от друга. Пациентам может требоваться принудительная госпитализация, но не принудительное лечение, или, наоборот, принудительное лечение без отрыва от семьи и привычных условий жизни. Более того, утверждается, что дееспособность можно оспорить и что лицо, считающееся недееспособным принимать решение относительно госпитализации в психиатрическое учреждение, может продолжать сохранять способность (дееспособность) принимать решение о выборе курса лечения. Критики принудительного лечения утверждают, что оно нарушает основные принципы прав человека. Например, в Замечании общего порядка No. 14 к Статье 12 МПЭСКП признается, что право на здоровье включает в себя право на отказ от не согласованного с пациентом лечения. Приводятся аргументы, что независимый полномочный контрольный орган или, например, суд могут принять решение о принудительной госпитализации лица в психиатрическую клинику вследствие ухудшения его психического состояния, но тот же самый орган, или другой, может установить, что данное лицо, тем не менее, не утратило своей способности принимать решение о выборе курса лечения. Для этого необходимо определить дееспособность лица в отношении его согласия на лечение. Сторонники раздельного подхода также утверждают, что проведение двух независимых процедур по принятию решения о принудительной госпитализации и принудительном лечении является дополнительным средством защиты прав лиц с психическими расстройствами.

С другой стороны, сторонники комбинированного подхода утверждают, что при разделении госпитализации и лечения существует риск, что в случае продолжительного периода времени между двумя процессами принятия решений, лечение психически больного лица может начаться с очень большим опозданием, что может иметь негативные последствия как для самого лица, так и, возможно, для медицинских работников и других пациентов, особенно если данное лицо ведет себя крайне агрессивно. Кроме этого, вследствие недостаточного обеспечения людскими и финансовыми ресурсами во многих странах с низким уровнем дохода на душу населения проведение двух отдельных процедур для принудительной госпитализации и принудительного лечения может оказаться довольно затруднительным. «Комбинированный» подход не противоречит Принципу ПБ 16(2), в котором говорится, что «госпитализация в психиатрическое учреждение или содержание в нем в принудительном порядке осуществляется первоначально в течение непродолжительного периода, определенного внутригосударственным законодательством, в целях *наблюдения и проведения предварительного лечения* до рассмотрения вопроса о госпитализации или содержания пациента в психиатрическом учреждении надзорным органом» (курсив наш).

Другой вариант соединения комбинированного и раздельного подходов, который включает в себя преимущества обоих, состоит в отдельном рассмотрении *потребности* в госпитализации и лечении, но в рамках единой *процедуры* принятия решения. Другими словами, один или несколько врачей и психиатров и, возможно, надзорный орган (или независимая уполномоченная организация), которые оценивают потребность в госпитализации, могут также (на том же заседании) принять решение относительно того, обладает ли данный пациент способностью дать согласие на лечение и существует ли необходимость в его принудительном лечении. Это может привести к различным последствиям (см. подраздел 8.3.5).

В следующих подразделах приводятся процедуры и критерии для принудительной госпитализации и лечения. В тех случаях, когда используется «комбинированный» подход, принудительное лечение назначается (как требуется) в ходе принятия решения о принудительной госпитализации, составной частью которой оно является. Госпитализация должна «подразумевать» лечение. Иными словами, если принято решение о госпитализации, то автоматически назначается лечение, хотя оно не должно применяться, если нет медицинских показаний. В случаях, когда лечение назначается «отдельно» от принятия решения о госпитализации, процедуры и критерии для *госпитализации* во многом остаются теми же, что и при «комбинированном подходе», однако вопрос о принудительном *лечении* рассматривается отдельно.

8.3.2 Критерии для принудительной госпитализации

Наличие психического расстройства

Прежде всего – и это характерно для законодательств всех стран, где во главу угла ставятся права человека, при рассмотрении вопроса о принудительной госпитализации должно быть доказано наличие психического расстройства в соответствии с общепринятыми международными стандартами. Однако тип, тяжесть и степень психического расстройства, на основании которых принимается решение о принудительной госпитализации, варьируются в зависимости от страны. В одних странах принудительная госпитализация разрешается только при наличии определенных психических расстройств, например таких, как психоз; в других – в случае «тяжелого психического расстройства (заболевания)», а в ряде стран в законодательствах используется более широкое определение психического расстройства в качестве критерия для принудительной госпитализации. Важнейшим вопросом является включение в законодательство или исключение из него особых состояний, при которых принудительная госпитализация становится возможной. К наиболее спорным диагнозам относятся умственная отсталость, токсикомания и расстройство личности (см. раздел 3, выше). Выбор определения будет отражать общественные ценности, существующие в той или иной стране или обществе.

Серьезная вероятность непосредственной или неизбежной опасности и/или «необходимость лечения»

Двумя наиболее часто используемыми – и возможно также наиболее важными – критериями для принятия решения о принудительной госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами, являются «серьезная вероятность непосредственной или неизбежной опасности» и «необходимость лечения».

- *Серьезная вероятность непосредственной или неизбежной опасности* – Данный критерий может применяться, исходя из максимального учета интересов самих пациентов во избежание вреда их здоровью и в целях безопасности окружающих их людей. Предотвращение ущерба больным, обслуживающих их людям, членам их семей и обществу в целом является важной обязанностью государства и, следовательно, очень часто ключевым элементом законодательства (для ознакомления с вопросами прогнозирования опасностей, см. Livesley, 2001; Sperry, 2003).
- *Необходимость лечения* – Данный критерий, так же как и критерии опасности/безопасности, вызывает много полемики. Ряд организаций и отдельных лиц, включая пользователей услуг в области охраны психического здоровья выступают против применения этого критерия. В Принципах ПБ (Принцип 16) указывается, что принудительная госпитализация в психиатрическое учреждение осуществляется, если «психическое заболевание лица является тяжелым, а умственные способности – ослабленными, отказ от госпитализации или содержания данного лица в психиатрическом учреждении может привести к серьезному ухудшению его здоровья или сделает невозможным применение надлежащего лечения, которое может быть проведено при условии госпитализации в психиатрическое учреждение...».

Данный принцип обычно включает одновременное наличие нескольких факторов. Во-первых, заболевание должно быть «тяжелым» (определение); во-вторых, должно быть доказано, что имеет место ослабление умственных способностей (дееспособность); и в-третьих, должны быть разумные основания для сомнения в том, что отказ от госпитализации или содержания данного лица в психиатрическом учреждении может привести к серьезному ухудшению его здоровья или сделает невозможным применение надлежащего лечения (прогноз результата лечения).

В ходе госпитализации должен проводиться курс терапии

Любое лицо может быть госпитализировано в принудительном порядке в психиатрическое учреждение только в том случае, если госпитализация проводится с терапевтической целью. Это не обязательно означает назначение лекарственных препаратов, так как может быть использован широкий спектр реабилитационных и психотерапевтических методов. Отсутствие положительного результата лечения не означает отсутствия цели терапии, и принудительная госпитализация считается оправданной, если была оказана терапевтическая помощь, даже если имеющиеся методы лечения не позволили полностью излечить пациента. Пациент, которому необходимо пройти курс лечения исключительно в учреждении закрытого типа, не должен содержаться там как госпитализированный в принудительном порядке.

При применении вышеуказанных критериев важно также принимать во внимание принцип «наименее ограничительной альтернативы». Иными, словами, лицо не может быть госпитализировано, если ему может быть оказана помощь, носящая менее ограничительный характер, например помощь по месту жительства.

8.3.3 Процедура принудительной госпитализации

Законодательство в области охраны психического здоровья обычно устанавливает порядок проведения психиатрического освидетельствования для принятия решения о принудительной госпитализации. В каждой стране данная процедура имеет свои особенности. Данный раздел (так же, как и ряд других разделов Справочника базовой информации) следует рассматривать в качестве руководства к действию, а не рекомендаций.

Кто должен проводить психиатрическое освидетельствование?

В качестве дополнительной защиты от принудительной госпитализации в Принципах ПБ рекомендуется, чтобы два *квалифицированных специалиста, работающих в области психиатрии*, проводили освидетельствование пациента отдельно друг от друга и независимо друг от друга делали соответствующие выводы. Это важный принцип. Однако в странах с низким уровнем дохода на душу населения вследствие недостаточного количества врачей-психиатров и врачей общей практики, и даже в некоторых развитых странах это часто не представляется возможным или считается непрактичным, следовательно, в законодательстве должны быть отражены альтернативные возможности для проведения освидетельствования. Например, другие аттестованные специалисты по психическому здоровью (социальные работники, прошедшие подготовку по психиатрии, психиатрические медсестры и психологи) могут пройти соответствующую подготовку и получить аттестацию для проведения освидетельствования, как это было сделано в Южной Африке. В большинстве провинций Канады в медицинском участке может быть только один врач, который имеет право принимать решение о краткосрочной (от 24 до 72 часов) госпитализации. После этого другой независимый врач проводит освидетельствование госпитализированного пациента, и если он считает, что продление госпитализации нецелесообразно, пациент подлежит выписке.

Не существует установленных правил относительно того, сколько специалистов должны проводить освидетельствование, перед тем как принять решение о принудительной госпитализации или лечении, а также нет установленных правил относительно квалификации, которой должны обладать данные специалисты. *Многократное освидетельствование*, каждый раз проводимое *специалистами более высокой квалификации* способно обеспечить наилучшую защиту для пациентов, но если закрепление такого положения в законодательстве порядке и применение его на практике будет означать, что другим пациентам, нуждающимся в уходе, не оказывается необходимая помощь, поскольку имеющиеся скудные средства ушли на проведение освидетельствования одного пациента – или освидетельствование не проводится вообще, поскольку пациенты госпитализированы в районе, где вообще нет психиатров или количество квалифицированных специалистов меньше, чем это требуется по законодательству – то такая схема не обеспечивает защиту пациентов психиатрии.

Более того, иногда более квалифицированные специалисты могут обладать меньшими навыками и опытом для проведения процедуры освидетельствования, чем те, которые считаются менее квалифицированными. Например, во многих развивающихся странах у врачей недостаточная подготовка и небольшой опыт в области охраны психического здоровья, между тем как некоторые психиатрические сестры обладают большими навыками и опытом в этой области. С другой стороны, многие психиатрические симптомы являются проявлением скрытого соматического заболевания, и освидетельствование пациента хотя бы одним врачом-терапевтом может иметь важное значение. Конечно, отработанные на местах варианты решения соответствующих ситуаций представляются более важными, чем большинство правил, содержащихся в данном Справочнике. Несмотря на это, принцип проведения двух освидетельствований независимыми друг от друга врачами, когда один из них психиатр, должен применяться во всех ситуациях.

В случае, если второе освидетельствование невозможно перед принятием решения о госпитализации в связи с теми или иными обстоятельствами, оно должно быть проведено при поступлении обследуемого в психиатрическое учреждение и до назначения лечения. При несовпадении результатов первого и второго освидетельствования третий независимый специалист должен провести осмотр, по результатам которого будет принято окончательное заключение о психическом состоянии пациента.

Кто имеет право подать заявление на принудительную госпитализацию?

Вопрос о том, кто имеет право подать заявление на принудительную госпитализацию остается очень сложным и вызывает много споров. В одних странах, в зависимости от заключений специалиста, работающего в области психиатрии, один из членов семьи, близкий родственник или опекун, или любое лицо, уполномоченное государством (например, социальный работник в Великобритании), имеет право подать заявление на госпитализацию пациента в выделенное для этих целей психиатрическое учреждение (психиатрическую больницу или психиатрическое отделение в больнице общего профиля). В других странах, заявление на госпитализацию может подаваться даже до психиатрического освидетельствования, которое проводится на основе поданного заявления.

В ряде стран члены семьи считают, что они обладают исключительным правом подавать заявление о принудительной госпитализации или лечении и что у них должно быть право голоса при решении вопроса о том, необходима ли внешняя помощь и когда она может потребоваться. В других странах члены семьи стараются не участвовать в процессе подачи заявления вообще, поскольку считается, что большинство семей не хочет, чтобы впоследствии лицо, страдающее психическим расстройством, обвинило бы их в его принудительном помещении в психиатрическое учреждение и принудительном лечении. Такая разница в подходах обусловлена разными культурными традициями и разными процедурами, закрепленными в законодательствах этих стран, поэтому ни одно из предложенных решений не является единственно «правильным».

Куда должен быть госпитализирован пациент?

На государственном уровне необходимо принять решение о том, в какие учреждения будет осуществляться принудительная госпитализация. Там, где это возможно, как и в случаях с пациентами, госпитализированными для оказания других видов медицинской помощи, лица, страдающие психическими расстройствами, должны быть госпитализированы в психиатрические учреждения, расположенные как можно ближе к их дому. В больницах общего профиля могут быть созданы условия для приема большого количества пациентов, госпитализированных в принудительном порядке. Однако, принимая во внимание тот факт, что отдельные пациенты могут вести себя агрессивно и выйти из-под контроля, в клиниках, куда будут госпитализированы такие пациенты, потребуется усилить режим содержания. В любом случае психиатрическое учреждение должно пройти аттестацию на соответствие существующим нормам предоставляемых им услуг в области охраны психического здоровья. После этого оно будет использоваться для приема и содержания госпитализируемых в принудительном порядке пациентов.

Кто рассматривает решение о госпитализации и продлении ее срока?

В большинстве стран этим занимается независимый уполномоченный орган, например надзорный орган, трибунал или суд, задача которого заключается в подтверждении решения о принудительной госпитализации на основании заключений, сделанных специалистами, работающими в области психиатрии и медицинскими работниками, о чем говорилось выше (см. также раздел 13, ниже). На решение, принимаемое независимым уполномоченным органом, не должно быть оказано какого-либо внешнего давления. Как уже упоминалось выше, финансовое обеспечение и имеющиеся на местах условия должны являться определяющими факторами при выборе типа надзорного органа и процедур принятия решений. Как и в ряде других ситуаций, странам придется балансировать между приоритетами и правами. Например, несмотря на тот факт, что большинство случаев принудительной госпитализации не подпадает под категорию «неотложных» (см. подраздел 8.4), исходя из критериев для принудительной госпитализации (см. выше), необходимо избежать любой задержки в госпитализации и лечении. Необходимо найти золотую середину между правом на предотвращение ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других людей, с одной стороны, и правом на лечение (если оно необходимо) или правом пациента отказаться от лечения, с другой.

Не во всех странах возможно рассмотрение каждого конкретного случая надзорным органом до госпитализации пациента в психиатрическую клинику. Вместо отсрочки госпитализации в законе может оговариваться конкретный период времени (который должен быть непродолжительным), в течение которого будет рассмотрен вопрос о госпитализации данного лица. После принятия решения надзорным органом необходимо сразу приступить к его исполнению. После этого должна вступить в силу процедура непрерывного, автоматического, обязательного и постоянного пересмотра статуса пациента, госпитализированного в принудительном порядке.

На практике большинство случаев принудительной госпитализации длятся от нескольких дней до двух недель, в течение которых подавляющая часть пациентов демонстрирует хорошие признаки выздоровления и/или больше не нуждается в принудительном содержании. Чаще всего какие-либо причины для продления срока принудительного содержания свыше указанного периода отсутствуют. У пациентов может либо наблюдаться положительная динамика, достаточная для выписки, либо они могут себя достаточно хорошо чувствовать, чтобы быть в состоянии принять самостоятельное решение о добровольном продлении лечения. В некоторых странах законодательство не требует рассмотрения дела о принудительной госпитализации надзорным органом, если ее продолжительность не превышает установленного периода времени. Например, в соответствии с законодательством Южной Африки первоначальный период не должен превышать 72 часа (Закон о психиатрической помощи, No. 17, 2002 г.). Страны с низким уровнем дохода на душу населения и ограниченными людскими и финансовыми ресурсами могут найти определенные преимущества в данном подходе, поскольку для механизмов рассмотрения не приходится задействовать непропорционально большое количество ресурсов в ущерб оказываемым услугам в области охраны психического здоровья. Данный подход также соответствует Принципу ПБ 16(2), в котором говорится, что «госпитализация в психиатрическое учреждение или содержание в нем в принудительном порядке осуществляется первоначально в течение непродолжительного периода, определенного внутригосударственным законодательством, в целях *наблюдения и проведения предварительного лечения* до рассмотрения вопроса о госпитализации или содержания пациента в психиатрическом учреждении надзорным органом» (курсив наш).

В случаях, когда это возможно, независимый уполномоченный орган должен предоставлять пациентам возможность высказывать свое мнение о принудительной госпитализации (включая их точку зрения на принятие решения о госпитализации и вопрос о том, решились бы они на госпитализацию самостоятельно), которое должно учитываться при принятии решения. Более того, независимый уполномоченный орган обязан консультироваться с членами семьи пациента (и другими близкими родственниками), медицинскими работниками и/или его личным представителем, если таковой имеется.

Пациент, госпитализированный в принудительном порядке, может по закону незамедлительно получить информацию о причинах его госпитализации или содержания, которые также безотлагательно и в подробном виде сообщаются его личному представителю или членам его семьи.

Кроме этого, важным элементом, который должен быть включен в положения законодательства, касающиеся принудительной госпитализации, является право подачи апелляции в судебные или квазисудебные органы. Статьи закона, регулирующие вопросы принудительной госпитализации, должны включать в себя право пациентов, членов семей и/или их личных представителей на подачу апелляции на решение о первоначальной принудительной госпитализации в надзорный орган и/или судебную инстанцию, а также процедуры его осуществления.

Принудительная госпитализация: основные положения

- Принудительная госпитализация разрешается только в том случае, если соблюдены *все* нижеуказанные критерии и пациент отказывается от добровольной госпитализации, то есть:
 - a) есть доказательства наличия психического расстройства определенной степени тяжести; и
 - b) существует серьезная вероятность непосредственного или неизбежного ущерба здоровью пациента или угроза безопасности других лиц и/или ухудшения состояния пациента, если ему не будет предоставлено лечение; и
 - c) в ходе госпитализации должен проводиться курс терапии; и
 - d) лечение может быть проведено только в условиях психиатрического стационара.
- При принудительной госпитализации необходимо следовать следующим процедурным положениям:
 - a) Два аттестованных специалиста, работающих в области охраны психического здоровья (желательно, чтобы один из них был врачом-терапевтом), должны сделать заключение относительно соответствия пациента критериям принудительной госпитализации и принять решение о ее необходимости.
 - b) Заявление на принудительную госпитализацию должно подаваться в соответствии с местными условиями и культурными традициями.
 - c) Психиатрическое учреждение должно пройти аттестацию на соответствие существующим нормам предоставляемых им услуг в области охраны психического здоровья и быть предназначено для содержания госпитализируемых в принудительном порядке пациентов.
 - d) Независимый уполномоченный орган (надзорный орган, трибунал или суд) должен принимать решение о принудительной госпитализации. Рассмотрение вопросов должно проходить сразу после подачи заявления, или, если это невозможно, сразу после госпитализации пациента в психиатрическое учреждение; законодательство должно установить временные рамки, в течение которых проводится такое рассмотрение. Лицо, подвергнутое принудительной госпитализации, имеет право выбирать и назначать адвоката на любой стадии принятия решения или апелляции.
 - e) Пациенты, члены их семей и их личные представители должны незамедлительно информироваться о причинах принудительной госпитализации и своих правах.
 - f) Пациенты, члены их семей и/или их личные представители должны иметь право на подачу апелляции на решение о принудительной госпитализации в надзорный орган и/или судебную инстанцию.
- В законодательство необходимо включить положение о пересмотре, через установленные промежутки времени, решения о принудительной госпитализации независимым уполномоченным органом.
- Если пациент больше не соответствует критериям принудительной госпитализации, его статус должен быть изменен. После этого возможно добровольное лечение.

Процедура по изменению статуса принудительно госпитализированного пациента должна быть как можно более гибкой, чтобы гарантировать, что он не будет содержаться в психиатрическом учреждении дольше положенного времени. Продление срока госпитализации оправдано только в случае сохранения симптомов психического заболевания, протекающего в тяжелой форме и приведшего к принудительной госпитализации. Если принудительная госпитализация больше не требуется, пациент может быть выписан без дальнейшего прохождения лечения у врача или специалиста в области психического здоровья в соответствии с постановлением суда или надзорного органа, если последний рассматривал данный случай. По желанию больного он может изменить свой статус принудительного пациента на добровольного при продолжении курса терапии в стационаре или амбулаторных условиях. Это означает, что необходимо создать правовой механизм для пересмотра случаев принудительной госпитализации в установленные периоды

времени. В случае, если принудительная госпитализация длится дольше, чем рекомендовано, пациент должен иметь право на обжалование такого решения в установленные законом сроки.

Для упрощения этой процедуры странам рекомендуется использование стандартных форм, которые подлежат заполнению на различных этапах госпитализации (см. Приложение 8, в котором приводятся примеры стандартных форм).

8.3.4 Критерии для принудительного лечения (в случаях, когда используются отдельные процедуры для госпитализации и лечения)

Критерии для принудительной госпитализации и принудительного лечения в значительной степени совпадают. Основное различие, однако, заключается в том, что в случае *принудительного лечения* пациент не обладает дееспособностью принимать информированное решение. Лечение без согласия пациента должно назначаться только тогда, когда выполнены все нижеперечисленные условия:

1. Решение о наличии у пациента психического расстройства принимается в соответствии с общепринятыми международными медицинскими стандартами.
2. Пациент не обладает дееспособностью давать или не давать информированное согласие на предложенное лечение.
3. Лечение необходимо для:
 - (i) достижения положительной динамики в течение психического расстройства пациента; и
 - (ii) предотвращения ухудшения психического состояния пациента; и/или
 - (iii) защиты пациента от причинения ущерба себе; и/или
 - (iv) защиты других лиц от причинения значительного ущерба.

Лечение без согласия и без разрешения полномочного органа может проводиться только, и исключительно, в чрезвычайной ситуации. Длится такое лечение будет столько же времени, сколько длится сама чрезвычайная ситуация (см. подраздел 8.4).

8.3.5 Подходы к осуществлению принудительного лечения госпитализированных лиц

Существуют различные подходы к осуществлению процесса лечения, отличающиеся от подходов к госпитализации. Решение о назначении лечения может не зависеть от:

- a) *времени* – решение о принудительном лечении принимается только после госпитализации пациента;
- b) *критериев* – состояние психического расстройства, потребовавшее принудительную госпитализацию, отличается от дееспособности принимать решение о лечении; и
- c) *специалистов, работающих в области психиатрии, и уполномоченного органа* – разные специалисты, обладающие разными навыками, вовлечены в процесс принятия решений относительно того, кто нуждается в принудительной госпитализации, и кто – в принудительном лечении.

Все это может обеспечить дополнительную защиту пользователям услуг психиатрии, но как и в случае с госпитализацией, данные подходы не должны приводить к необоснованной задержке с лечением, так как это также может являться нарушением прав человека.

Даже в ситуациях, когда ресурсы ограничены, вполне возможно применять *критерии* для принудительной госпитализации отдельно от *критериев* для принудительного лечения, однако *одно и то же лицо или лица* должны участвовать в процессе принятия решения о выборе курса лечения, который должен проходить одновременно с освидетельствованием пациента для принудительной госпитализации.

Вне зависимости от использования комбинированного или отдельного подхода предложение о принудительном лечении должно всегда исходить от достаточно квалифицированного и аттестованного специалиста, работающего в области психиатрии. К какой профессиональной категории должен относиться данный специалист будет зависеть от имеющихся в стране ресурсов и существующей ситуации. Так же как и в случае с госпитализацией, второй независимый аттестованный специалист, работающий в области психиатрии, который провел отдельный осмотр пациента и ознакомился с его историей болезни, может быть привлечен для подтверждения назначенного курса лечения. Врачи, принимающие решения о назначении лечения, могут делать подобные заключения только, если это относится к сфере их профессиональной компетенции. Важно еще раз подчеркнуть, что для выполнения поставленной задачи данные специалисты должны соответствовать необходимым критериям в области профессиональной подготовки и компетенции, а также обладать определенным опытом, и все эти критерии должны быть закреплены законодательно.

В соответствии с вышеупомянутыми рекомендациями курс лечения – по аналогии с госпитализацией – может утверждаться независимым уполномоченным органом (например, надзорным органом). Независимый уполномоченный орган может провести проверку в отношении того, действительно ли пациент недееспособен дать согласие на лечение и (такие положения содержатся в некоторых законодательствах) насколько лечение отвечает интересам пациента. Так же как и в случае с госпитализацией, данный независимый уполномоченный орган может быть квазисудебным или судебным. Главное, что в состав уполномоченного органа не входят те, кто предлагает курс лечения, и что этот орган состоит из специалистов, имеющих необходимые навыки и знания для установления дееспособности пациента.

В некоторых случаях возможно существование двух отдельных уполномоченных органов, принимающих решения о принудительной госпитализации и лечении. Однако такой подход работает не всегда. Там, где будет функционировать только один уполномоченный орган, он должен принимать во внимание различия между критериями для принудительной госпитализации и критериями для принудительного лечения. Такой орган может принимать решения по целому кругу вопросов, например о том, что лицо должно быть госпитализировано в принудительном порядке, но ему не может быть назначено медикаментозное лечение без его согласия, что пациент должен быть госпитализирован и подвергнут лечению или что принудительная госпитализация и принудительное лечение являются недопустимыми.

Когда тот же самый уполномоченный орган санкционирует одновременно госпитализацию и лечение, появляется возможность для проведения лечения по месту жительства (например, принудительное лечение без госпитализации), если такая возможность существует в данной стране (см. подраздел 8.3.7, ниже). Другая разновидность принятия отдельного решения о принудительном лечении заключается в назначении таких методов терапевтического воздействия, для которых требуется отдельная процедура. Например, лечение психотропными препаратами пролонгированного действия может потребовать отдельной процедуры санкционирования их применения, которая не требуется для назначения пероральных препаратов.

Когда рекомендуется принудительное лечение в рамках «комбинированного» или «раздельного» подхода, важно защитить пациента от любого необоснованного ущерба, с тем чтобы рекомендованное лечение способствовало достижению наилучшего результата. В целом лечение всегда должно применяться в качестве ответа на установленный клинический симптом, обладать терапевтическим действием и, по возможности, способствовать достижению реального положительного результата – и не только в плане воздействия на административные или уголовные дела, или семейные и другие ситуации, в которых может оказаться пациент. Принудительное лечение должно соответствовать национальным и/или международным стандартам лечения конкретного психического состояния – прежде всего тем, которые обеспечивают наибольшую защиту здоровья и гарантии от нанесения вреда.

Принудительное лечение не должно длиться дольше необходимого срока, и решение о его назначении должно подлежать систематическому пересмотру лечащим специалистом в области охраны психического здоровья или периодически пересматриваться независимым надзорным органом. В некоторых законодательствах установлен максимальный срок, в течение которого может продолжаться лечение. Одна из основных целей лечения должна заключаться в восстановлении дееспособности пациента, после чего принудительное лечение заканчивается. Очень часто после этого начинается добровольное лечение. В тех случаях, когда закон ограничивает временной интервал для проведения принудительного лечения, оно не должно превышать этот срок или продолжаться после восстановления дееспособности пациента – *в зависимости от того, что произойдет быстрее*.

Законодательство способно побуждать специалистов по психическому здоровью к привлечению пациентов и/или членов их семей (или других заинтересованных лиц) к разработке предложенного курса лечения, даже если лечение назначается в принудительном порядке. Пациенты и лица, обеспечивающие уход, должны быть незамедлительно проинформированы о своих правах в тех случаях, когда лечение осуществляется принудительно.

Пациенты, члены их семей и/или их личные представители должны иметь право на обжалование решения о принудительном лечении в надзорном органе, трибунале и/или судебной инстанции. В этом случае также желательно разработать единые анкеты заявлений для упрощения процесса подачи апелляций в надзорный орган (см. Приложение 8).

Пример успешной подачи апелляции госпитализированным пациентом на решение о принудительном лечении в провинции Онтарио, Канада

В провинции Онтарио, Канада, профессор Starson был госпитализирован в психиатрическую больницу после того как был признан не в состоянии нести уголовную ответственность по обвинению в угрозе убийства, и надзорным органом было принято решение о его принудительной госпитализации сроком на 12 месяцев. Лечащий врач предложил курс медикаментозного лечения его биполярного состояния. Starson отказался дать согласие на лечение на том основании, что лекарственные препараты снижают остроту мышления и понижают его творческий потенциал, однако лечащий врач признал его недееспособным принимать решение о выборе курса лечения. Starson подал апелляцию в Комиссию по вопросам дееспособности на пересмотр решения врача. Комиссия подтвердила правильность врачебного решения. Однако решение Комиссии было впоследствии опротестовано судом первой инстанции, на решение которого, в свою очередь, была подана жалоба в Апелляционный суд, который оставил решение суда первой инстанции без изменения. Дело дошло до Верховного суда Канады, высшей судебной инстанции страны. В июне 2003 г. Верховный суд оставил решение суда первой инстанции провинции Онтарио без изменений.

Согласно положениям Акта о согласии на лечение провинции Онтарио (см. раздел 2.3) лицо должно понимать информацию для принятия решения о лечении и должно разумно оценивать возможные последствия решения о лечении или отказе от него.

Суд пришел к выводу, что Комиссия неправильно интерпретировала положения закона об установлении дееспособности, что привело к неверному решению о признании профессора Starson лицом, не способным оценить последствия своего решения.

Данный случай отражает важные принципы, которые заключаются в том, что:

- госпитализация без согласия пациента не обязательно означает, что он/она не способен принять решение о лечении;
- положения об определении дееспособности открыты для толкования;
- система подачи апелляций в вышестоящие инстанции позволяет пересмотреть первоначальные решения о принудительном лечении;
- право на неприкосновенность личности и ее независимость является основным правом человека.

(Starson v. Swazye, 2003, SCC 32)

При периодическом пересмотре решений о принудительном лечении независимый уполномоченный орган должен гарантировать наличие оснований для продолжения принудительного лечения. В тех случаях, когда законодательно закреплена максимальная продолжительность принудительного лечения и требуется лечение сверх установленного срока, необходимо повторить процедуру получения разрешения на лечение. Сам факт отказа пациента от лечения не должен рассматриваться в качестве веской причины для повторного санкционирования принудительного лечения.

Принудительное лечение: основные положения

- Критерии для принудительного лечения должны быть соблюдены до его начала.
- При принудительном лечении необходимо следовать следующим положениям:
 - a) Курс лечения должен быть предложен аттестованным специалистом, работающим в области психиатрии, у которого достаточно опыта и знаний для проведения предложенного лечения.
 - b) Второй независимый аттестованный специалист, работающий в области психиатрии, должен дать согласие на осуществление этого лечения.
 - c) Независимый уполномоченный орган (надзорный орган) должен, как только выносится заключение о принудительном лечении, рассмотреть план предлагаемого лечения. Он должен собраться вновь через установленный период времени для оценки необходимости продления срока принудительного лечения.
 - d) В тех случаях, когда принудительное лечение может проводиться только в течение максимально установленного периода, продление данного срока возможно лишь при повторении процедуры принятия решения о принудительном лечении.
 - e) Принудительное лечение должно быть прекращено в случае, если пациент восстановил свою дееспособность и может сам принять решение о лечении, если больше не существует необходимости в лечении или если истек отведенный законом максимальный срок для его проведения – *в зависимости от того, что произойдет быстрее.*
 - f) Пациенты, члены их семей и/или их личные представители должны быть незамедлительно проинформированы о решениях о принудительной госпитализации и в той степени, в какой это возможно, участвовать в разработке курса лечения.
 - g) После санкционирования принудительного лечения пациенты, члены их семей и их личные представители должны быть проинформированы о своем праве обжаловать решение о принудительном лечении в надзорном органе, трибунале и/или судебной инстанции.

Следует отметить, что вышеуказанные процедуры не действуют в чрезвычайных ситуациях, в случаях, требующих особого лечения, или при проведении медицинских опытов и экспериментов, о чем речь пойдет ниже.

8.3.6 *Согласие доверенного лица на лечение*

Законодательства отдельных стран допускают назначение личного представителя, члена семьи или назначенного судом опекуна, которые имеют право дать согласие на лечение от имени пациента. Безусловно, согласие доверенного лица может иметь место в ситуациях, когда само лицо недееспособно это сделать.

Согласие «доверенного лица» во многих случаях является формой принудительного лечения. Любое доверенное лицо или лицо, представляющее пациента, должно быть связано юридическим стандартом «субститутного решения», то есть иметь право принимать решение от имени недееспособного лица. А именно лицо, представляющее пациента, должно принимать решение, которое приняло бы недееспособное лицо, если бы оно было дееспособно принимать решения. В случаях, когда лицо никогда не было дееспособным – например, инвалиды с задержкой в умственном развитии – данное положение используется вместе со стандартом «лечения, наилучшим образом отвечающего интересам пациента». Даже в такой ситуации доверенное лицо должно узнать как можно больше о состоянии пациента, чтобы иметь возможность принять решение, которое бы максимально соответствовало пожеланиям и нуждам недееспособного лица.

Когда в роли доверенных лиц выступают члены семьи, они имеют определенные преимущества, поскольку лучше всего знают интересы пациента и знакомы с его системой ценностей. Одновременно с этим необходимо признать, что решения доверенных лиц – особенно, когда этими доверенными лицами являются члены семьи – не всегда могут быть действительно объективными. В семьях может иметь место конфликт интересов, и члены семьи могут подразумевать под интересами пациента свою собственную выгоду. Гарантии, содержащиеся в положениях, регулирующих принудительное лечение, должны также распространяться на согласие доверенного лица на лечение; например, пациенты должны обладать правом на подачу апелляции даже в случаях, когда согласие на лечение было дано доверенным лицом.

В законодательствах некоторых стран имеется положение о «предварительном распоряжении», когда лица, страдающие психическими расстройствами, могут, в периоды когда они чувствуют себя «хорошо», решать, что они считают приемлемым или неприемлемым в период, когда они не в состоянии принимать информированные решения. Они также могут решить, кто должен принимать решения от их имени в периоды, когда они не в состоянии делать это осознанно (см. Приложение 9, в котором приводятся примеры предварительных распоряжений пациентов, страдающих психическими расстройствами, в Новой Зеландии).

Недавнее исследование показало, что обсуждение совместного кризисного плана с участием пациентов и специалистов по психическому здоровью, включая подготовку предварительных распоряжений, в которых указываются предпочтения пациентов в вопросах лечения, способно привести к уменьшению количества случаев принудительной госпитализации среди пациентов, страдающих психическими расстройствами (Henderson, 2004).

Более проблематичной является ситуация, когда пациент, страдающий психическим расстройством, в предварительном распоряжении заявляет об отказе от лечения. Некоторые специалисты по охране психического здоровья не считают, что этот отказ в предварительном распоряжении может быть применим в ситуации, когда состояние пациента соответствует критериям для принудительного лечения или когда отказ от лечения в предварительном распоряжении способен лишить тяжело больного пациента необходимого ему лечения, или когда это может причинить ущерб пациенту или другим лицам.

Согласие доверенного лица на лечение: основные положения

- **Согласие доверенного лица на лечение может быть дано личным представителем, членом семьи или назначенным судом опекуном, который имеет право дать согласие на лечение от имени пациента.**
- **Правила, регулирующие лечение «с согласия доверенного лица», должны включать в себя соответствующие гарантии. Например, у пациентов должно быть право на подачу апелляции.**
- **«Предварительные распоряжения» предоставляют пациентам возможность самостоятельно принимать решения в момент, когда они способны дать информированное согласие для тех периодов времени, когда они недееспособными. Если в законодательстве оговаривается использование предварительного распоряжения или других форм непрямого принятия решения, то данные положения должны быть прописаны четко и последовательно.**

8.3.7 Принудительное амбулаторное лечение

Принципы ПБ: лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения

Каждый пациент имеет право на лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения, и при помощи наименее ограничительных или инвазивных методов, соответствующих необходимости поддержания его здоровья и защиты физической безопасности и других лиц.

(Принцип 9(1), Принципы ПБ)

На основе принципа наименее ограничительной альтернативы в некоторых странах были приняты законы, разрешающие амбулаторное принудительное лечение пациентов. Лечение по месту жительства обычно считается менее ограничительным, чем условия психиатрического стационара (хотя достаточно ограничительные условия проживания и инвазивные методы вмешательства, которые могут быть назначены в местном медицинском учреждении иногда могут быть более ограничительными, чем, например, условия краткосрочного содержания в психиатрической клинике).

К примерам лечения в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения, обычно относятся амбулаторное лечение, лечение в дневном стационаре, программы по частичной госпитализации и лечение в домашних условиях. Есть и другие причины, которые обусловили принятие некоторыми странами законодательных положений о принудительном амбулаторном лечении. Во-первых, специалисты по психическому здоровью и другие заинтересованные лица обеспокоены частой распространенностью синдрома «вращающейся двери», когда пациенты с психическими расстройствами, подвергшиеся принудительной госпитализации и лечению, после выписки из стационара прекращают прием лекарственных средств, и у них происходит рецидив заболевания, который приводит к бесконечному циклу принудительной госпитализации и лечения. Во-вторых, в обществе, а также среди специалистов по психическому здоровью бытует мнение, что деинституционализация провалилась во многих странах и что количество лиц с психическими расстройствами представляет риск для общества (Harrison, 1995; Thomas, 1995).

В одних странах уполномоченные органы издают постановления об амбулаторном лечении по месту жительства, которые предписывают лицам с психическими расстройствами проживать в установленном месте и проходить лечение в рамках специальных программ (например, программ по психологическому консультированию, образованию и профессиональному обучению). Данные программы также позволяют лицам с психическими расстройствами получать помощь специалистов по психическому здоровью на дому, но не включают положения о лечении лекарственными средствами без согласия пациента. В других – принятые постановления об амбулаторном лечении содержат положение о принудительном медикаментозном лечении.

Новая Зеландия пересмотрела свое законодательство по охране психического здоровья, включив в него принцип наименее ограничительной альтернативы. Согласно разделу 28(2) Акта об охране психического здоровья (Принудительное освидетельствование и лечение), в том случае, если суд постановил, что критерии (для принудительной госпитализации) соблюдены, «он принимает постановление о принудительном амбулаторном лечении, за исключением случаев, когда суд признает, что пациент не может получить необходимое лечение в амбулаторных условиях. В подобном случае принимается постановление о лечении в стационаре». Такие положения законодательства нацелены на то, чтобы стимулировать лечение пациентов на местах, а не в условиях устаревшей системы психиатрического стационара. Ряд других стран ввели концепцию условного освобождения, основанную на принципе наименее ограничительной альтернативы для более быстрой реинтеграции в общество пациентов, которые прошли курс принудительного лечения в стационарных условиях.

На данном этапе эффективность принудительного амбулаторного лечения и/или решений о таком лечении еще предстоит оценить. Такая практика, по-видимому, уменьшает количество случаев повторной госпитализации и общее количество дней, проведенных в стационаре в том случае, когда на местном уровне обеспечивается интенсивное лечение, которое требует значительных людских и финансовых ресурсов (Swartz et al., 1999).

В законодательстве должны быть положения, предусматривающие амбулаторное лечение только при наличии доступных качественных служб охраны психического здоровья по месту жительства, которые отдадут предпочтение добровольному лечению и уходу. Существует значительный риск того, что при принудительном лечении местные службы психического здоровья будут больше использовать принуждение при оказании медико-социальной помощи, а не концентрировать свои усилия и ресурсы на том, чтобы сделать такую помощь приемлемой для пользователей, что позволило бы вовлечь их в процесс оказания услуг в области охраны психического здоровья на добровольной основе.

Критики – особенно представляющие группы пользователей услуг психиатрии – утверждают, что постановления о принудительном амбулаторном лечении фактически являются «институционализацией» по месту жительства и категорически выступают против принятия таких мер.

Законодателям и другим заинтересованным лицам, рассматривающим возможности применения принудительного амбулаторного лечения, необходимо дать гарантии, что данный подход не скажется отрицательно на процессе деинституционализации и многих достижениях в сфере гуманного лечения лиц с психическими расстройствами, которые имели место за последние пять десятилетий.

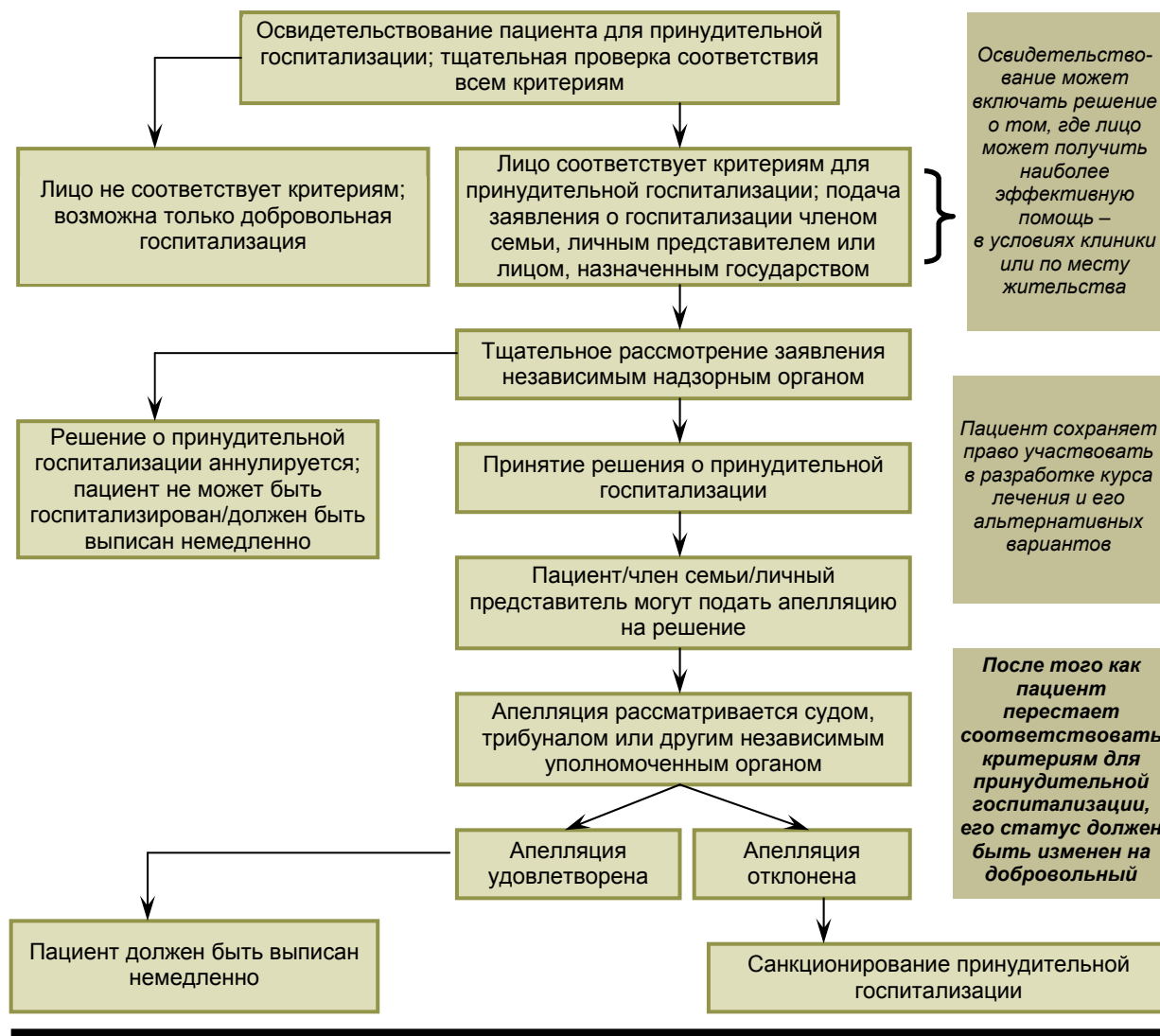
Так же как и в случаях принудительной госпитализации и лечения в психиатрических клиниках, постановления о принудительном амбулаторном лечении должны регулярно пересматриваться и аннулироваться, если больше нет оснований для такого лечения. Более того, лица, подвергнутые принудительному лечению на местах, должны также иметь право подать апелляцию на это решение.

Принудительное лечение по месту жительства должно рассматриваться в качестве альтернативы принудительной госпитализации в психиатрическую клинику, а не в качестве альтернативы добровольному амбулаторному лечению. Следовательно, критерии для принудительного лечения, описанные выше, должны быть применимы ко всем случаям принудительного обслуживания и лечения.

Принудительное амбулаторное лечение: основные положения

- Принудительное лечение по месту жительства (решения об амбулаторном лечении) и постановления о принудительном лечении под присмотром местных врачей являются в целом видом лечения с менее ограничительной альтернативой по сравнению с принудительным лечением в условиях психиатрического стационара. Процедурные требования к такому принудительному лечению должны быть идентичны требованиям, предъявляемым к решениям о принудительном лечении в психиатрических учреждениях (как было описано выше).
- Положения о лечении по месту жительства должны быть включены в законодательство только в случае наличия доступных, качественных служб охраны психического здоровья, которые отдают предпочтение добровольному лечению и уходу.
- Так же как и в случаях принудительной госпитализации и лечения в психиатрических учреждениях, постановления о принудительном лечении по месту жительства должны регулярно пересматриваться и аннулироваться, если больше нет оснований для такого лечения.
- Лица, подвергнутые принудительному лечению под присмотром местных врачей, должны иметь право на подачу апелляции на это решение.
- Амбулаторное принудительное лечение должно рассматриваться в качестве альтернативы принудительной госпитализации в психиатрическую клинику, а не в качестве альтернативы добровольному лечению по месту жительства.

Рисунок 1. Процедура принятия решения о принудительной госпитализации и лечении с использованием комбинированного подхода
(На данной схеме принудительная госпитализация также подразумевает принудительное лечение)



Процедура принятия решения о принудительном лечении с использованием раздельного подхода

(Когда решение о госпитализации и лечении принимается отдельно, необходимо следовать вышеуказанной процедуре принятия решения о принудительном лечении)



8.4 Чрезвычайные ситуации

Всегда будут возникать ситуации, когда может потребоваться срочная принудительная госпитализация и/или неотложное принудительное лечение. Это могут быть, например, пациенты с явно выраженными суицидальными признаками или тяжелыми формами расстройства, склонные к насилию или агрессивному поведению. В подобных случаях нецелесообразно и неразумно ожидать от них согласия на применение соответствующих процедур по принудительной госпитализации и лечению. Следовательно, законодательство должно предусматривать необходимое неотложное лечение с предоставлением определенных гарантий пациенту. В некоторых случаях может потребоваться помощь полиции (см. раздел 14, ниже).

Законодательство должно четко определить, что является чрезвычайной ситуацией. В большинстве законов – это ситуация, при которой возникает *непосредственная и неизбежная* угроза здоровью и безопасности пациента и/или другим лицам. Для определения ситуации как чрезвычайной прежде всего необходимо указать, что время, отведенное для соответствующих процедур, может отсрочить лечение и нанести ущерб пациенту или другим лицам. В таких ситуациях законодательство дает возможность немедленно провести принудительную госпитализацию в психиатрическое учреждение и/или неотложное принудительное лечение после освидетельствования квалифицированным врачом, работающим в области психиатрии, и/или другим аттестованным специалистом по охране психического здоровья, практикующим в данной сфере. Неотложная госпитализация и/или лечение не могут продлеваться и допускаются только в течение короткого периода времени. Если выяснится, что пациенту может потребоваться дополнительная принудительная помощь, то для ее оказания необходимо начать соответствующие процедуры по принудительной госпитализации или лечению. Во многих странах принудительная госпитализация и лечение разрешаются на срок не превышающий 72 часа, так как данный период времени является достаточным для соблюдения всех требований по осуществлению соответствующих процедур получения согласия на принудительное лечение. Лечение в условиях чрезвычайной ситуации не должно включать ЭСТ, применение нейролептических препаратов пролонгированного действия и необратимые методы вмешательства, такие как психирургия или стерилизация.

8.4.1 Процедура принудительной госпитализации и лечения в условиях чрезвычайных ситуаций

Пациент должен быть осмотрен квалифицированным специалистом, работающим в области психиатрии, для констатации наличия чрезвычайной ситуации. Прежде всего специалист должен обосновать необходимость принудительной госпитализации с учетом характера чрезвычайной ситуации.

После госпитализации в аттестованное психиатрическое учреждение, психотерапевтическая помощь должна быть оказана пациенту в соответствии с курсом лечения, разработанным и проводимым под наблюдением квалифицированного медицинского работника, практикующего в области психиатрии, или специалиста в области охраны психического здоровья (желательно не тем, что принимал решение о госпитализации и/или лечении).

В том случае, если пациенту требуется принудительная госпитализация/лечение в течение более продолжительного времени, чем определенный для чрезвычайной ситуации срок, необходимо в установленном законом время провести процедуру принятия решения о госпитализации и/или лечении (см. раздел 8.3, выше). Если пациент не соответствует критериям для принудительной госпитализации/лечения или если процедура принятия решения о проведении принудительной госпитализации/лечения не завершена, он подлежит немедленной выписке после окончания срока, установленного для госпитализации/лечения при возникновении чрезвычайной ситуации. Пациенты, не соответствующие критериям для принудительной госпитализации/лечения, для которых психотерапевтическая помощь может иметь благоприятное воздействие после неотложной госпитализации, должны рассматриваться в качестве добровольных пользователей услуг психиатрии, лечение которых может проходить только при условии их информированного согласия.

Если лицу, выписанному из психиатрической клиники после принудительной госпитализации, вызванной возникновением чрезвычайной ситуации, не назначается принудительная госпитализация и/или принудительное лечение, вторичное применение чрезвычайных полномочий для повторной госпитализации данного лица не допускается, за исключением случаев повторного возникновения чрезвычайной ситуации, когда применение подобных полномочий является необходимым. Цель данного положения заключается в предотвращении злоупотреблений чрезвычайными полномочиями, использование которых может привести к продлению срока принудительной госпитализации или принудительного лечения на неопределенно длительный период времени.

Члены семьи пациента и/или его личные представители должны быть незамедлительно проинформированы о применении чрезвычайных полномочий. Также они должны иметь право на подачу апелляции в трибунал по рассмотрению вопросов охраны психического здоровья, надзорный орган или суд в случае назначения неотложной госпитализации и лечения.

Чрезвычайные ситуации: основные положения

- Для определения ситуации как чрезвычайной прежде всего необходимо указать, что время, отведенное для соответствующих процедур, может отсрочить лечение и нанести ущерб здоровью пациента или другим лицам.
- При чрезвычайной ситуации принудительная госпитализация и лечение разрешаются после освидетельствования и заключения квалифицированного медицинского работника или специалиста-практика в области охраны психического здоровья.
- Неотложное лечение должно быть ограничено во времени (обычно не более 72 часов), и соответствующие процедуры по применению принудительной госпитализации и назначению лечения в том случае, если это необходимо, должны быть осуществлены в течение данного периода.
- Неотложное лечение не должно включать:
 - > применение нейролептических препаратов пролонгированного действия;
 - > ЭСТ;
 - > стерилизацию;
 - > психирургию и другие необратимые методы вмешательства.
- Процедура госпитализации и лечения в условиях чрезвычайной ситуации:
Практикующий врач-психиатр должен осмотреть пациента и подтвердить, что ситуация требует проведения незамедлительной принудительной госпитализации и лечения.
 - a) Курс лечения должен быть разработан под руководством врача или специалиста в области охраны психического здоровья.
 - b) Процедуры по принудительной госпитализации и/или принудительному лечению должны быть начаты незамедлительно, если во время освидетельствования подтверждается, что пациент скорее всего нуждается в принудительном лечении, которое продлится свыше срока, установленного для лечения в условиях чрезвычайной ситуации.
 - c) Не допускается повторно применять чрезвычайные полномочия после выписки пациента по окончании процедуры неотложной госпитализации, кроме случаев повторного возникновения чрезвычайной ситуации.
 - d) Члены семьи пациента, его личные представители и/или адвокат должны быть незамедлительно проинформированы о применении чрезвычайных полномочий.
 - e) Пациенты, члены семей и/или их личные представители должны иметь право на апелляцию в трибунал по рассмотрению вопросов охраны психического здоровья, надзорный орган или суд в случае назначения неотложной госпитализации и лечения.

9. Требования к специалистам, диагностирующим психические расстройства

Согласно принятому во всем мире мнению, заключение о наличии психического расстройства, сделанное экспертами, имеющими опыт работы в психиатрической клинике, должно быть основано на объективных доказательствах.

Законодательство или подзаконные акты должны:

- содержать требования к опыту и квалификации специалистов, проводящих освидетельствование пациентов на предмет психического расстройства; и
- определять профессиональные группы, имеющие разрешение на проведение освидетельствований.

9.1 Уровни компетенции

Необходимо создать систему аттестации, позволяющую практикующим врачам, занимающимся диагностикой психических расстройств, пройти независимую аттестационную комиссию, подтверждающую их компетенцию в данной области. Система аттестации должна:

- утверждаться в законодательном порядке;
- предъявлять к аттестованному специалисту требования по соответствию определенным уровням компетенции, установленным соответствующей профессиональной организацией или аттестационной комиссией;
- предъявлять требования к знанию соответствующих положений законодательства в области охраны психического здоровья.

В странах, где достижение всех вышеуказанных требований не представляется возможным, в законодательстве должна быть прописана система аттестации, позволяющая практикующим специалистам, занимающимся диагностикой психических расстройств, подтверждать наличие соответствующей квалификации в данной области.

9.2 Профессиональные группы

Вопрос о том, какие профессиональные группы могут принимать решения о наличии или отсутствии психического расстройства, должен быть рассмотрен каждой страной в индивидуальном порядке с учетом наличия тех или иных специалистов в стране, физической и финансовой доступности их услуг для населения, уровня их подготовки и компетенции. В ряде развитых странах только психиатр (врач, имеющий специальную подготовку в области психиатрии и лечения психических расстройств и аттестованный в данной области) может диагностировать психическое расстройство, в других странах считается, что врачи общей практики обладают достаточной компетенцией для постановки подобного диагноза. В Принципах ПБ ничего не говорится по данному вопросу, за исключением того, что «диагноз о том, что лицо страдает психическим заболеванием, ставится в соответствии с международно признанными медицинскими стандартами». Европейская комиссия по правам человека, напротив, признает возможность постановки такого диагноза врачом общей практики, а не психиатром (*Schuurs v. the Netherlands*, 1985).

Во многих странах с низким уровнем дохода на душу населения, испытывающих нехватку психиатров и врачей общей практики, было бы целесообразно аттестовать других работников в области охраны психического здоровья, например психологов, социальных работников, специализирующихся в области психиатрии, и психиатрических медсестер, для диагностирования психических расстройств. В подобных случаях законодательство или соответствующие нормативные акты при аттестации таких специалистов должны предъявлять четкие требования к уровню их знаний, опыта и подготовки.

Требования к специалистам, диагностирующим психические расстройства: основные положения

- Законодательство или подзаконные акты должны:
 - > устанавливать требования к опыту и квалификации специалистов, проводящих освидетельствование на наличие психического расстройства;
 - > определять профессиональные группы, имеющие разрешение на проведение освидетельствования.
- Необходимо создать систему аттестации, позволяющую практикующим специалистам, занимающимся диагностикой психических расстройств, подтверждать наличие соответствующей квалификации в данной области.
- Вопрос о том, какие профессиональные группы могут обладать компетенцией принятия решений о наличии или отсутствии психического расстройства, должен быть рассмотрен каждой страной в индивидуальном порядке. В странах с низким уровнем дохода на душу населения, испытывающих нехватку психиатров и врачей общей практики, было бы целесообразно аттестовать других работников в области охраны психического здоровья, например психологов, социальных работников, специализирующихся в области психиатрии и психиатрических медсестер, для диагностирования психических расстройств. В подобных случаях законодательство или соответствующие нормативные акты при аттестации таких специалистов должны предъявлять четкие требования к уровню их знаний, опыта и подготовки.

10. Специальные методы лечения

Страны могут принять решения о законодательной защите граждан от злоупотреблений, вызванных применением специальных методов лечения, таких как серьезные медицинские и хирургические вмешательства, ЭСТ, психохирurgia или другие необратимые методы лечения. Некоторые страны могут даже ввести запрет на применение отдельных вмешательств в тех случаях, если их необоснованно используют для лечения психических расстройств. Таким примером может служить стерилизация, применяемая для лечения психического заболевания. Сам факт наличия психического расстройства не должен являться причиной для стерилизации или аборта без получения информированного согласия пациента.

Принципы ПБ: стерилизация

Стерилизация никогда не применяется в качестве лечения психического заболевания.

(Принцип 11(12), Принципы ПБ)

10.1 Серьезное медицинское или хирургическое вмешательство

Принципы ПБ: серьезное медицинское или хирургическое вмешательство

Психически больное лицо может быть подвергнуто серьезному медицинскому или хирургическому вмешательству только в случаях, когда это допускается внутригосударственным законодательством, когда считается, что это наилучшим образом отвечает интересам здоровья пациента, и когда пациент дает осознанное согласие, однако в тех случаях, когда пациент не в состоянии дать осознанное согласие, это вмешательство назначается лишь после проведения независимой оценки.

(Принцип 11(13), Принципы ПБ)

Пациенты, страдающие психическими расстройствами, могут быть подвергнуты серьезному медицинскому или хирургическому вмешательству только после получения их добровольного и информированного согласия. Нравственные принципы, обуславливающие назначение серьезного медицинского и хирургического вмешательства, применяемые ко всем пациентам, должны в одинаковой степени применяться к лицам, страдающим психическими расстройствами. Если пациент не в состоянии дать осознанное согласие, законодательство может разрешить назначение подобного вмешательства только в крайне исключительных случаях и при предоставлении определенных гарантий.

Медицинское и хирургическое вмешательство без согласия пациента может назначаться только в том случае, когда оно необходимо для спасения его жизни или когда задержка с восстановлением способности к дачи осознанного согласия может представлять угрозу жизни пациента. В редких случаях течения психического заболевания или серьезной задержки в умственном развитии, когда неспособность пациента дать осознанное согласие, вероятнее всего окажется перманентной, назначение медицинского и хирургического вмешательства может оказаться необходимым, несмотря на отсутствие данного согласия. В подобных ситуациях предлагаемое медицинское или хирургическое вмешательство может быть санкционировано либо независимым надзорным органом, либо в странах, где это разрешается законодательством, оно может назначаться с согласия опекуна, родственника или личного представителя. В других случаях проведение медицинского и хирургического вмешательства должно быть отложено до улучшения состояния пациента до такой степени, когда он/она будут снова обладать способностью принимать решение по выбору курса лечения.

Там, где неотложное медицинское и хирургическое вмешательство необходимо для спасения жизни пациента или предотвращения необратимого ухудшения состояния здоровья, лицо, страдающее психическим расстройством, должно иметь право на такое же лечение, которое предоставляется психически здоровым пациентам, если они не могут дать согласие на лечение, так как, например, находятся в бессознательном состоянии. Законодательство, регулирующее оказание серьезного медицинского и хирургического вмешательства, назначаемого без согласия пациента, должно также включать и лиц с психическими расстройствами. Медицинские службы несут ответственность за предоставление и обоснование необходимости назначения любого серьезного медицинского и хирургического вмешательства.

10.2 Психириургия и другие виды необратимого лечения

Принципы ПБ: психириургия и другие виды инвазивного и необратимого лечения

Психириургия и другие виды инвазивного и необратимого лечения психического заболевания ни при каких обстоятельствах не применяются в отношении пациента, который был госпитализирован в психиатрическое учреждение в принудительном порядке, и могут применяться в рамках, допускаемых внутригосударственным законодательством, в отношении любого другого пациента лишь в том случае, когда этот пациент дал осознанное согласие и независимый внешний орган удостоверился в том, что согласие пациента действительно является осознанным и что данное лечение наилучшим образом отвечает интересам здоровья пациента.

(Принцип 11(14), Принципы ПБ)

Психириургия и другие виды инвазивного и необратимого лечения обычно ни при каких обстоятельствах не применяются в отношении пациентов, которые не способны дать информированное согласие. Вследствие необратимого характера некоторых видов лечения законодательство может обеспечить дополнительный уровень защиты, когда в случае дачи осознанного согласия пациентом в обязательном порядке независимый внешний орган или аналогичный надзорный орган должен санкционировать такое лечение. Надзорный орган (или другая структура, защищающая интересы пациентов) должен опросить больного, убедиться, что он обладает способностью дать согласие и что согласие пациента действительно является информированным, а также рассмотреть его медицинскую и психиатрическую историю болезни. Надзорный орган/независимый внешний орган должен удостовериться в том, что предлагаемое инвазивное лечение наилучшим образом отвечает интересам здоровья пациента. Врачи должны

также проинформировать больного о всех рисках, а также краткосрочных и долгосрочных последствиях предлагаемого лечения.

10.3 Электросудорожная терапия (ЭСТ)

Несмотря на то, что применение электросудорожной терапии (ЭСТ) вызывает противоречивую реакцию и многие считают, что от нее необходимо отказаться, во многих странах она применяется и продолжает применяться для лечения некоторых психических расстройств. ЭСТ должна назначаться только после получения информированного согласия пациента. Применению подлежат исключительно усовершенствованные виды ЭСТ, то есть с использованием анестезии и миорелаксантов. Практике применения немодифицированных видов ЭСТ должен быть положен конец.

Не существует каких-либо показаний для применения ЭСТ среди несовершеннолетних, и, следовательно, применение ЭСТ в данной категории населения должно быть запрещено законодательством.

Специальные методы лечения: основные положения

- Стерилизация не является лечением психического расстройства, и наличие психического расстройства не может служить основанием для проведения стерилизации (или аборта) без получения информированного согласия пациента.
- Нравственные принципы, обуславливающие назначение неотложного медицинского и хирургического вмешательства, применяемые ко всем пациентам, должны в одинаковой степени применяться к лицам, страдающим психическими расстройствами.
- Неотложное медицинское и хирургическое вмешательство не должно применяться в отношении пациентов, которые не способны дать осознанное согласие за исключением особых случаев. При их возникновении предлагаемое медицинское или хирургическое лечение должно быть санкционировано как принудительное лечение независимым надзорным органом или на основании согласия, данного доверенным лицом.
- Неотложное медицинское и хирургическое лечение для лиц, страдающих психическими расстройствами, должно предоставляться на тех же основаниях, что и для всех пациентов, которые нуждаются в таком лечении и согласия которых на назначение такого лечения не требуется.
- Психирургия и другие виды необратимого вмешательства должны быть запрещены к применению в качестве принудительного лечения, а в рамках дополнительной защиты все подобные виды лечения должны быть рассмотрены и санкционированы независимым надзорным органом.
- ЭСТ должна назначаться только после получения информированного согласия пациента. Применению подлежат только усовершенствованные виды ЭСТ. Использование ЭСТ среди несовершеннолетних должно быть запрещено законодательством.

11. Принудительная изоляция и физическое стеснение

Термины «принудительная изоляция» и «физическое стеснение» возможно нуждаются в законодательных определениях, так как могут существовать различные интерпретации данных понятий. Более того, могут иметь место различные типы принудительной изоляции и физического стеснения, применение которых обусловлено различными обстоятельствами.

Законодательство не должно поощрять применение физического стеснения и принудительной изоляции в психиатрических учреждениях. Для этого странам необходимо развивать инфраструктуру своих психиатрических клиник, так как очень часто отсутствие необходимых финансовых ресурсов и персонала способствует применению таких видов вмешательства. Для защиты от злоупотреблений законодательство может определить особые обстоятельства, при наличии которых такого вида вмешательства могут быть разрешены к применению. Физическое стеснение и принудительная изоляция могут разрешаться, только если они являются *единственным* имеющимся средством для предотвращения нанесения немедленного и неизбежного ущерба здоровью пациента или другим лицам, и их применение происходит в течение необходимого и как можно более короткого промежутка времени. Они могут быть разрешены к использованию только аттестованным специалистом в области охраны психического здоровья. В случае их применения должен быть обеспечен непрерывный активный и личный контакт с лицом, в отношении которого используется принудительная изоляция или физическое стеснение, выходящий за рамки пассивного контроля. Законодательство может гарантировать применение физического стеснения и принудительной изоляции в качестве крайних мер воздействия, когда все другие методы предотвращения причинения ущерба здоровью пациента или другим лицам не увенчались успехом. Одновременно с этим законодательство должно запретить применение физического стеснения и принудительной изоляции в качестве наказания.

Принципы ПБ: принудительная изоляция и физическое усмирение

Физическое усмирение или принудительная изоляция пациента применяются лишь в соответствии с официально утвержденными процедурами психиатрического учреждения и только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам. Они не продлеваются свыше того периода времени, который строго необходим для этой цели. Все случаи физического усмирения или принудительной изоляции, основания для их применения, их характер и продолжительность должны регистрироваться в истории болезни пациента. Пациент, к которому применяются усмирение или изоляция, должен содержаться в гуманных условиях, за ним обеспечивается уход, а также тщательное и постоянное наблюдение со стороны квалифицированных медицинских работников. Личный представитель, если таковой имеется и если это уместно, незамедлительно информируется о любых случаях физического усмирения или принудительной изоляции пациента.

(Принцип 11(11), Принципы ПБ)

Все случаи физического стеснения и принудительной изоляции должны быть занесены в журнал, предоставляемый для ознакомления представителям надзорного органа, с целью выявления психиатрических учреждений, злоупотребляющих такими видами вмешательств. Информация может включать подробности обстоятельств, приведших к физическому стеснению и принудительной изоляции, их продолжительность и данные о виде лечения, назначенного для скорейшего прекращения физического стеснения и принудительной изоляции.

Там, где это возможно, необходимо законодательно закрепить требования о незамедлительном информировании членов семьи пациента и/или его личного представителя о случаях физического стеснения или принудительной изоляции.

Принудительная изоляция и физическое стеснение: основные положения

- Принудительная изоляция и физическое стеснение разрешаются законодательством только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного и неизбежного ущерба пациенту или другим лицам.
- Принудительная изоляция и физическое стеснение должны применяться в течение как можно более короткого промежутка времени (не более нескольких минут или нескольких часов).
- Один временной период принудительной изоляции и физического стеснения не должен незамедлительно сменяться другим.
- Необходимо обеспечить непрерывный активный и личный контакт с лицом, в отношении которого используется принудительная изоляция или физическое стеснение, выходящий за рамки пассивного контроля.
- Законодательство должно запрещать применение принудительной изоляции и физического стеснения в качестве наказания или для удобства персонала психиатрического учреждения.
- Законодательство должно способствовать развитию инфраструктуры психиатрических клиник и обеспечению ресурсами, с тем чтобы принудительная изоляция и физическое стеснение не применялись вследствие их дефицита.
- Принудительная изоляция и физического стеснение применяются только в исключительных случаях:
 - a) они должны быть санкционированы аттестованным специалистом по охране психического здоровья;
 - b) психиатрическое учреждение должно быть аттестовано на предмет наличия соответствующих условий для безопасного проведения подобных вмешательств;
 - c) причины, продолжительность применения принудительной изоляции и физического стеснения и виды лечения, применяемые для их скорейшего прекращения, заносятся в историю болезни пациента специалистом по охране психического здоровья, назначившим данные виды вмешательства.
- Все случаи принудительной изоляции и физического стеснения должны заноситься в журнал, предоставляемый для ознакомления представителям надзорного органа.
- Члены семьи пациента и/или его личный представитель там, где это возможно, должны быть незамедлительно проинформированы о случаях принудительной изоляции или физического стеснения.

12. Медицинские и научные опыты

МПГПП: медицинские и научные опыты

Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему его достоинство обращению или наказанию. В частности, ни одно лицо не должно без его свободного согласия подвергаться медицинским или научным опытам.

(Статья 7, Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП))

Статья 7 МПГПП (1966 г.) запрещает проведение медицинских и научных опытов над людьми без их информированного согласия. Статья 7 является важной частью МПГПП и была названа одной из нерушимых статей пакта; действие ее никогда не может быть ограничено, даже в условиях чрезвычайного положения. Комитет ООН по правам человека четко констатировал, что «Статья 7 (МПГПП) не допускает каких-либо ограничений ... оправданий или смягчающих обстоятельств, позволяющих нарушить положения Статьи 7 по тем или иным причинам». Следовательно, Статья 7 запрещает проведение опытов над субъектами, не способными давать свое согласие.

С другой стороны, в Принципе ПБ 11 констатируется, что «клинические опыты и экспериментальные методы лечения ни при каких обстоятельствах не применяются в отношении любого пациента без его осознанного согласия, за исключением тех случаев, когда клинические опыты и экспериментальные методы могут применяться в отношении пациента, который не в состоянии дать осознанное согласие, лишь с разрешения компетентного независимого надзорного органа, специально созданного для этой цели».

В *Международных этических принципах биомедицинских исследований с участием людей в качестве субъектов исследования*, подготовленных Советом международных медицинских научных организаций (CIOMS, 2002 г.) разрешается проведение биомедицинских опытов с согласия доверенного лица или с согласия уполномоченного представителя над лицами, которые самостоятельно не могут дать информированное согласие. В случае, когда получение информированного согласия не представляется возможным, требуется разрешение надзорного комитета по этике (Принцип 4). Принцип 15 Принципов CIOMS (2002 г.) устанавливает конкретные критерии, соблюдение которых обязательно при проведении опытов над лицами с психическими расстройствами (см. рамку, ниже).

Принципы CIOMS: научные исследования

Исследования, проводимые с участием людей, которые по причине психического или поведенческого расстройства не в состоянии дать добровольное и информированное согласие

Перед началом проведения опытов над лицами, которые по причине психического или поведенческого расстройства не в состоянии дать добровольное и информированное согласие, исследователь должен убедиться в том, что:

- данные лица не будут субъектом исследования, которое может одинаково эффективно проводиться над людьми, у которых способность давать добровольное и информированное согласие не нарушена;
- цель исследования состоит в сборе информации, относящейся к специфическим потребностям здоровья лиц с психическими или поведенческими расстройствами;
- согласие каждого субъекта было получено в той степени в какой это возможно в его состоянии, и возможный в будущем отказ субъекта от участия в исследовании будет удовлетворен, кроме случаев, когда, при исключительных обстоятельствах, не будет другой разумной медицинской альтернативы и внутригосударственное законодательство позволяет отклонить отказ; и
- в случаях, когда предполагаемые субъекты не обладают способностью дать согласие, разрешение может быть получено от члена их семьи или юридически уполномоченного представителя в соответствии с существующим законом.

(Принцип 15, Исследования, проводимые с участием людей с психическими и поведенческими расстройствами, Международные этические принципы медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов исследования, 2002 г.)

Принципы ПБ и Принципы CIOMS, таким образом, позволяют проведение исследований и опытов над лицами, неспособными дать согласие в тех случаях, если: i) исследование необходимо для улучшения здоровья той части населения, которую представляют испытуемые; ii) данное исследование не может быть проведено над лицами, способными дать согласие; и iii) соблюдены все необходимые процедурные гарантии.

Несмотря на то, что МПГПП обладает обязательной силой для стран, ратифицировавших данный документ в отличие от Принципов CIOMS и Принципов ПБ, в некоторых случаях проведение исследований и опытов над людьми в подобных обстоятельствах без их согласия может оказаться полезным для них, когда существует минимальный риск причинения им ущерба и когда все участвующие в исследовании (в настоящее время или в будущем) не могут, в силу своего состояния, дать осознанное согласие. В подобных обстоятельствах последствия отказа от исследования такой группы могут снизить вероятность поиска методов лечения или видов вмешательства, способных вылечить или предотвращать подобное состояние.

В случае, если та или иная страна примет решение разрешить законодательно проведение исследований и опытов над людьми, не способными дать осознанное согласие, необходимо тщательно следовать Принципам CIOMS.

Медицинские и научные опыты: основные положения

- **Информированное согласие на участие в медицинском или научном эксперименте должно быть получено от всех пациентов, которые способны дать такое согласие. Данное положение применимо как к добровольно, так и к принудительно госпитализированным пациентам.**

В странах, где медицинские и научные опыты разрешены над пациентами, которые не способны дать осознанное согласие, законодательство должно предусматривать следующие гарантии:

1. Когда пациенты не способны дать информированное согласие, они могут участвовать в медицинских и научных исследованиях при условии получения согласия доверенного лица, каким может быть назначенный судом опекун и/или член семьи, и/или личный представитель, или с согласия независимого надзорного органа, специально рассмотревшего этот вопрос.
2. Участие пациентов, не способных дать согласие, в исследовании на основе согласия доверенного лица или независимого надзорного органа разрешается только тогда, когда:
 - a) данное исследование не может быть проведено над пациентами, которые способны дать подобное согласие;
 - b) исследование необходимо для улучшения здоровья отдельного пациента и части населения, которую представляет испытуемый;
 - c) соблюдены все необходимые процедурные гарантии.

13. Контрольные и надзорные органы

В большинстве современных законодательств в области охраны психического здоровья содержатся предусмотренные законом гарантии по созданию надзорных органов по защите прав лиц с психическими расстройствами. Такие органы представлены двумя широкими категориями: (i) осуществляющие контроль и надзор за процессом принудительной госпитализации/лечения; и (ii) осуществляющие контроль и надзор за психическим благополучием лиц с психическими расстройствами как в психиатрическом учреждении, так и за его пределами. Первая категория представлена органами, обладающими судебной и квазисудебной функцией. Вторая, хотя это может быть зафиксировано законодательно, и в ряде случаев за невыполнение их указаний могут применяться штрафные санкции, не является «судом», уполномоченным ограничивать свободу тех или иных лиц или принимать решения о выписке принудительно госпитализированных пациентов. В большинстве стран эти органы полностью независимы друг от друга, их сотрудники обладают опытом в разных областях, и каждый наделен уникальными функциями и полномочиями; однако в некоторых странах все эти функции, в соответствии с законодательством, исполняются одним органом.

Будет ли в стране существовать один или два надзорных органа, их независимость – самая важная проблема. Все надзорные органы должны принимать решения исключительно по существу возникшей ситуации и не должны быть подвержены политическому давлению или давлению со стороны чиновников министерства или сотрудников системы охраны психического здоровья.

Законодательство должно содержать положения о составе, полномочиях и финансировании надзорных органов. Необходимо также принять решение о том, будет ли данный орган обладать только общегосударственной юрисдикцией или иметь в подчинении несколько надзорных органов, функционирующих на местном, окружном и региональном уровнях в зависимости от существующего административного деления страны.

13.1 Судебный или квазисудебный контроль за принудительной госпитализацией/лечением и другими ограничениями прав

В большинстве стран существует независимый орган, например надзорный орган, трибунал или суд, санкционирующий принудительную госпитализацию и лечение на основании медицинской/психиатрической/профессиональной экспертизы. Это одна из важнейших функций, так как несмотря на то, что решение о том, насколько пациент соответствует критериям принудительной госпитализации/лечения, принимает аттестованный специалист в области охраны психического здоровья, проводящий осмотр, издание постановления о принудительной госпитализации/лечении является прерогативой судебного или квазисудебного органа. Во многих странах предпочтение в отправлении данной функции отдается судам, так как они наиболее доступны и не имеют двусмысленного правового статуса. Однако позиция судов в ряде стран поставлена под сомнение, так как некоторые суды превратились в «карманные» органы, штампуящие решения, выгодные врачам. Судьи часто принимают такие решения в отсутствие пациента, его представителя или свидетелей и подтверждают медицинские рекомендации без независимого рассмотрения и анализа.

Альтернативой судебной процедуре является создание независимого и беспристрастного квазисудебного органа, обладающего судебной функцией. Такой орган создается в законодательном порядке для рассмотрения вопросов в рамках своей компетенции и принятию решений, обладающих юридической силой по рассматриваемым вопросам. В некоторых странах считается, что поскольку данный орган создается для очень конкретной цели и состоит из членов, обладающих соответствующими знаниями и опытом, то это делает его более компетентным, чем суд.

Непосредственные функции данного судебного или квазисудебного органа в отношении принятия решений по вопросам принудительной госпитализации и лечения вероятнее всего будут отличаться в зависимости от страны и могут, в некоторых случаях, дополняться, а не заменять полномочия суда. Однако любой такой орган должен обладать нижеприведенными полномочиями:

Оценка каждого случая принудительной госпитализации/лечения – Многие законодательства категоричны и предписывают, чтобы каждый случай направления лиц на принудительную госпитализацию/лечение, подлежал бы рассмотрению надзорным органом. Пациенты должны быть представлены адвокатом и иметь возможность заявить о своей позиции. Они так же, как и органы власти, добивающиеся их принудительной госпитализации/лечения, должны обладать правом вызывать свидетелей в соответствии с положениями законодательства. Надзорный орган обладает полномочиями принять или отклонить, после тщательного рассмотрения, рекомендацию о принудительной госпитализации/лечении.

Критики утверждают, что в странах с ограниченными ресурсами надзорный орган не сможет рассматривать все случаи в индивидуальном порядке и что наиболее явные случаи могут быть рассмотрены только на уровне поданных документов. Однако надзорный орган должен проводить слушания по наиболее спорным делам, или когда есть особая причина для проведения таких слушаний.

Рассмотрение апелляций на решения о принудительной госпитализации и/или лечении от пациентов, членов их семей и/или их личных представителей. В качестве одного из основных прав человека, в соответствии с которым даже в странах с ограниченными ресурсами все пациенты должны быть проинформированы о своем праве на апелляцию, все апелляции должны быть рассмотрены в установленный разумный временной период (см. Приложение 8, в котором приводится образец анкеты для подачи апелляции). Надзорный орган должен иметь право отказать в принудительной госпитализации и лечении после рассмотрения апелляции.

Периодический пересмотр случаев принудительной госпитализации (и случаев длительного добровольного содержания пациентов) с целью гарантии, что пациенты не содержатся в психиатрических учреждениях дольше, чем это необходимо для защиты их здоровья и лечения. Надзорные органы могут также быть наделены полномочиями выносить решение о выписке пациента из психиатрического учреждения, если придут к выводу, что пациент содержится в нем ошибочно.

Постоянный мониторинг пациентов, лечение которых проводится против их воли. За исключением чрезвычайных ситуаций надзорный орган должен внедрить процедуру санкционирования или запрета дальнейшего принудительного лечения пациентов без их согласия. Надзорный орган должен также осуществлять мониторинг принудительного лечения, проводимого по месту жительства (например, выполнение постановлений об амбулаторном лечении).

Санкционирование или запрещение инвазивных и необратимых видов лечения, таких как все случаи психирургии и электросудорожной терапии (ЭСТ). Надзорный орган может защищать пациентов от необоснованного лечения, а также санкционировать лечение после рассмотрения дела по существу.

Там, где в юрисдикцию надзорного органа включены непротестные пациенты, он должен обладать большей частью вышеуказанных полномочий при работе с данной группой больных.

Апелляции на решения надзорного органа должны подаваться непосредственно в суд.

13.1.1 Состав и структура

Страны принимают решение о составе и структуре квазисудебного органа на основе функций, которые ему предписаны и наличия кадровых и финансовых ресурсов. Несмотря на это, исходя из тех правовых и медицинских проблем, которые предстоит решать этому органу, представляется целесообразным иметь в его составе по крайней мере одного профессионального юриста и специалиста в области медицины. В дополнение к этому рекомендуется делегировать в его состав по крайней мере одного «непрофессионала», который отражал бы общественное мнение. В свете серьезности решений, принимаемых данным органом, включение в него уважаемых людей, имеющих «большой жизненный опыт» также представлялось бы целесообразным.

Пример: Состав и структура надзорного органа

В Новом Южном Уэльсе (Австралия) члены Надзорного трибунала по охране психического здоровья назначаются из:

- a) адвокатов и юрисконсультов;
- b) психиатров;
- c) лиц, имеющих, по мнению губернатора, другие необходимые качества или опыт, включая по крайней мере одно лицо, предложенное организацией пользователей услуг.

(Закон о психиатрической помощи Нового Южного Уэльса, 1990 г.)

13.2 Законодательство и контрольный орган

Множество надзорных и контрольных функций заключается в проведении просветительской работы в области защиты прав человека среди лиц с психическими расстройствами. К ним может относиться:

Проведение плановых инспекций психиатрических учреждений – Независимый орган может проводить регулярные инспекции всех психиатрических учреждений в установленные интервалы времени, а также, если сочтет необходимым, проводить дополнительные проверки без какого-либо предварительного уведомления (иногда называемые внеплановыми проверками). Во время таких проверок его представителям должен быть предоставлен неограниченный доступ во все помещения психиатрического учреждения и к медицинским картам пациентов, а также право на проведение беседы с любым пациентом учреждения без присутствия на ней представителей персонала учреждения. Во время таких посещений представители данного органа должны проверить качество жилых помещений, а также данные медицинских карт и опросить лично добровольно и принудительно госпитализированных пациентов. Такие проверки позволяют надзорному органу и его представителям удостовериться, что лица, содержащиеся в учреждении, получают лечение и уход, который им необходим, что права человека в отношении них не нарушаются и что психиатрические учреждения соблюдают те гарантии, которые закреплены в законодательстве по охране психического здоровья. Законодательство должно содержать процедурные положения по проведению инспекции и штрафные санкции, налагаемые в случае выявления нарушений.

Периодический просмотр копий отчетов об инцидентах и смертельных случаях, получаемых из психиатрических учреждений с целью пересмотра существующей практики стационарного лечения.

Поощрение минимизации применения инвазивных видов лечения, таких как принудительная изоляция и физическое стеснение – Надзорный орган должен установить правила по применению таких видов вмешательств и гарантировать их соблюдение. Такая форма защиты должна применяться в отношении как принудительно, так и добровольно госпитализированных пациентов.

Ведение статистического учета, например процентного количества пациентов, госпитализированных в принудительном порядке, продолжительности принудительной госпитализации и принудительного лечения, использования инвазивных и необратимых видов вмешательства, случаев принудительной изоляции и физического стеснения, сопутствующих соматических заболеваний (особенно эпидемий, которые могут указывать на плохие гигиенические условия или плохое питание в психиатрическом учреждении), суицидов и смертельных исходов от несчастных случаев или естественных причин.

Создание реестра учреждений и специалистов, аттестованных для госпитализации и лечения лиц с психическими расстройствами, разработку и соблюдение минимально необходимых стандартов для их аттестации.

Отчетность непосредственно перед министерством, отвечающим за соблюдение законодательства в области охраны психического здоровья.

Разработка рекомендаций для министерства (министерств) по улучшению работы посредством внесения поправок в законодательство или кодекс профессиональной этики.

Публикация информации на регулярной основе в соответствии с положениями законодательства.

13.2.1 Состав и структура

Для обеспечения эффективной защиты минимальный состав надзорного органа может включать специалистов (например, специалистов в области охраны психического здоровья, юристов и социальных работников), представителей пользователей услуг системы охраны психического здоровья, членов семей лиц, страдающих психическими расстройствами, представителей организаций, защищающих права психически больных, и неспециалистов. В некоторых странах целесообразно включить в состав представителей религиозных организаций. Женщины и представители национальных меньшинств также должны быть представлены. Количество лиц, входящих в состав надзорного органа, и широта их представительства во многом будут зависеть от наличия необходимых ресурсов. При комбинированном подходе необходимо соблюсти должное представительство как от квазисудебного, так и контрольного органов.

13.2.2 Дополнительные полномочия

Надзорный орган/органы по охране психического здоровья должен/должны иметь полномочия для исполнения положений законодательства в области охраны психического здоровья. В дополнение к вышеописанным функциям к ним может относиться:

- проведение аттестации специалистов служб охраны психического здоровья (хотя вопросы профессиональной аттестации могут в качестве альтернативы решаться профессиональными советами, установленными в законодательном порядке);
- полномочия по лишению аттестации психиатрических учреждений и по лишению специалистов в области охраны психического здоровья права заниматься врачебной практикой в случае несоблюдения ими положений законодательства;
- полномочия по применению административных и штрафных санкций за нарушения законодательных норм; и
- полномочия по закрытию психиатрических учреждений, систематически нарушающих права лиц, страдающих психическими расстройствами.

13.3 Жалобы и средства правовой защиты

Пациенты, члены их семей и их личные представители должны иметь право подавать жалобу по любому аспекту психической и психиатрической помощи, оказываемой службами охраны психического здоровья.

Чтобы гарантировать защиту прав пользователей и в то же самое время соблюсти интересы работников системы оказания психиатрической помощи, процедура подачи жалобы должна базироваться на нескольких основополагающих принципах. Они могут отличаться друг от друга в зависимости от конкретной ситуации, но наиболее важными из них являются:

- консультации с максимальной степенью открытости и прозрачности;
- повышение качества;
- беспристрастность;
- физическая доступность;
- быстрота и готовность прореагировать;
- вежливость;
- ответственность;
- конфиденциальность;
- независимая защита;
- человеческое отношение и забота;
- прозрачность процесса.

Законодательство должно устанавливать процедуру подачи, расследования и ответа на жалобу. Действенная процедура подачи жалобы должна быть изложена простым языком и вывешена на видное место, чтобы пользователи услуг в области охраны психического здоровья или члены их семей имели четкую информацию о ее актуальности, применимости и о том, как и куда подавать жалобу. Процедура должна определять время, прошедшее с момента инцидента, в течение которого может быть подана жалоба, и устанавливать максимальный период, в течение которого на нее должен быть получен ответ, а также кем и в какой форме. В случае, если пользователь не удовлетворен ответом, в процедуре подачи жалобы должна быть указана следующая или более высокая инстанция, куда следует обращаться. Первым шагом могло бы стать направление жалобы руководству самого медицинского учреждения, а в случае, если проблема не решается, – в надзорный орган.

Может оказаться уместным назначить омбудсмена, наделив его полномочиями принимать и расследовать жалобы на службы охраны психического здоровья. В случае такого назначения омбудсмен должен направлять отчет о расследовании со своими рекомендациями в надзорный орган для принятия конкретных мер и штрафных санкций, если это окажется необходимым. Надзорный орган должен установить процедуру по недопущению принятия каких-либо карательных мер в отношении пациентов, подавших жалобу.

13.4 Процедурные гарантии

Пациенты должны иметь право выбирать и назначать личного представителя и/или адвоката, который будет представлять их интересы при подаче апелляции или жалобы. Пациенты должны также иметь доступ к услугам переводчика, если это окажется необходимым. Государство обязано оплатить услуги такого адвоката и/или переводчика в случае, если у пациентов нет достаточных финансовых средств, чтобы сделать это самостоятельно.

Пациенты (и их адвокаты) должны иметь право доступа к истории болезни и любым другим отчетам и документам во время подачи жалобы или апелляции. Им также должно быть предоставлено право запрашивать и представлять независимый отчет о состоянии их психического здоровья или любые другие относящиеся к делу отчеты, а также устные, письменные или другие доказательства во время подачи апелляции или жалобы. Пациенты и их адвокаты должны также иметь право вызывать конкретных лиц на слушания по делу об апелляции или жалобе, если их присутствие окажется необходимым и относящимся к делу.

Пациенты и их адвокаты должны иметь право присутствовать на рассмотрении всех жалоб и участвовать во всех апелляционных слушаниях. Решения на слушаниях принимаются в письменной форме с выдачей копий пациентам и их адвокатам. При обнародовании решений по жалобам или апелляционным слушаниям необходимо принимать во внимание вопросы, связанные с неприкосновенностью частной жизни пациента или других лиц, а также учитывать необходимость предотвращения нанесения серьезного ущерба здоровью пациента или безопасности других лиц. Пациенты и их адвокаты должны иметь право на судебный пересмотр вынесенных решений.

Надзорные органы: основные положения

Для защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами, необходимо создать независимый надзорный орган (или органы). Страны могут иметь либо несколько органов, занимающихся квазисудебными и другими законодательными и надзорными вопросами, либо объединенную структуру.

- **Функции квазисудебного органа в отношении принудительной госпитализации/лечения или пациентов, госпитализированных или проходящих лечение без их согласия, должны заключаться в оценке каждого случая принудительной госпитализации/лечения, рассмотрении апелляций, периодическом пересмотре случаев госпитализации в принудительном порядке, постоянном мониторинге пациентов, проходящих принудительное лечение, и санкционировании или запрете использования инвазивных и необратимых методов лечения.**
- **Функции регулирующего и надзорного органа могут включать проведение плановых инспекций психиатрических учреждений; постоянный мониторинг социального и психического благополучия пациентов; проведение консультаций по снижению применения инвазивных методов лечения; создание отчетности и статистики; ведение реестра аттестованных психиатрических учреждений и специалистов; публикацию отчетов и выработку прямых рекомендаций министерству здравоохранения на основе полученных данных.**

- Состав надзорных органов зависит от функций, которые будут им предписаны и от того, будет ли существовать один или два отдельных органа. В квазисудебный орган может входить по крайней мере один юрист и один практикующий врач, а также представитель общественности. В регулирующий и санкционирующий орган могут входить психиатры, юристы, социальные работники, представители пользователей услуг психиатрии, члены семей лиц, страдающих психическими расстройствами, представители организаций, защищающих права лиц с психическими расстройствами, и неспециалисты.
- Надзорный орган в области соблюдения законодательства по охране психического здоровья должен иметь предусмотренные законом полномочия по исполнению положений законодательства по охране психического здоровья.
- Апелляции на решения надзорного органа должны подаваться непосредственно в суд.
- Пациенты, члены их семей, а также их личные представители и адвокаты должны иметь право подачи жалобы в надзорный орган по любому аспекту ухода и лечения, оказываемого службами охраны психического здоровья.
- Законодательство должно содержать процедуру подачи, расследования и вынесения решений по жалобам.
- Пациенты должны иметь право выбирать и назначать личного представителя и/или адвоката для представления их интересов во время подачи апелляции или жалобы. Они также должны иметь право доступа ко всем копиям истории болезни и право присутствовать и участвовать в слушаниях.

14. Ответственность полиции в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами

Законодательство может содержать необходимые полномочия и сферу ответственности полиции в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами.

14.1 Полномочия полиции

Полиция несет непосредственную ответственность за поддержание общественного порядка. В то же самое время полиция обязана защищать и уважать права лиц, которые являются легкоуязвимыми в силу своего психического состояния, и относиться к ним с заботой и состраданием. В законодательстве часто содержатся положения, обязывающие принимать меры в случае, когда поведение лиц, страдающих психическими расстройствами, представляет опасность для них самих или окружающих. Примерами подобных ситуаций являются:

- Проникновение в частное жилище, арест лица и его доставка в безопасное место в случае, когда имеются разумные основания подозревать, что данное лицо представляет опасность для самого себя или окружающих лиц. В подобном случае перед проникновением в частное владение полиция обязана получить ордер. В чрезвычайных ситуациях, когда существует риск здоровью или безопасности данного лица или лиц, находящихся рядом, устранить который можно лишь предприняв незамедлительные действия, в законодательстве может содержаться положение о том, в каких случаях такие действия могут осуществляться без ордера.
- Доставка принудительно госпитализированного лица в специальное психиатрическое учреждение. Например, такая мера применяется к лицу, которое необходимо доставить в психиатрическое учреждение после освидетельствования его специалистом, работающим в области психиатрии, в отделении неотложной помощи, в результате которого становится очевидно, что он/она нуждаются в принудительной госпитализации. Другим примером может быть условно выписанное лицо, которое не соблюдает условия выписки и подлежит возвращению в психиатрическое учреждение.
- Возвращение принудительно госпитализированного пациента, покинувшего психиатрическое учреждение самовольно, назад в данное учреждение.

14.2 Ответ на вызовы о помощи

В чрезвычайных ситуациях члены семьи или лица, обеспечивающие уход за больным, иногда становятся свидетелями и/или объектами крайне агрессивного и бесконтрольного поведения. В законодательстве должно быть закреплено их право вызвать полицию в тех случаях, когда ее вмешательство необходимо. В таких ситуациях полиция должна по своему усмотрению принимать решение о том, существует ли или отсутствует непосредственная или неизбежная угроза причинения вреда и насколько лицо способно ее осуществить в силу своего психического расстройства. В подобных ситуациях полиция или врачи скорой помощи должны также иметь возможность незамедлительно связаться со специалистом службы охраны психического здоровья для получения консультации.

Врачам или другим работникам медицинских учреждений в определенных ситуациях может также потребоваться помощь полиции. В таких случаях полиция не может по своему усмотрению принимать решение о наличии или отсутствии психического расстройства у конкретного лица.

14.3 Защита лиц, страдающих психическими расстройствами

Законодательство может налагать ограничения на действия полиции с целью защиты от незаконного ареста или задержания лиц, страдающих психическими расстройствами. К ним относятся:

14.3.1 Безопасное место

Если лицо задерживается полицией за нарушение общественного порядка, которое, вероятнее всего, имело место вследствие нарушения психического состояния данного лица, полномочия полиции могут быть ограничены и заключаться в доставке данного лица в безопасное место для освидетельствования его состояния практикующим аттестованным специалистом в области охраны психического здоровья. Однако в тех случаях, когда известно, что лицо страдает психическим расстройством и не нуждается в данный момент в лечении и уходе, полиция может просто отвезти его домой.

«Безопасным местом» может быть специально выделенное для этих целей психиатрическое учреждение, частное помещение (например, кабинет психиатра) или другое безопасное учреждение. В подобных обстоятельствах полиция не имеет юридических полномочий помещать данное лицо в тюрьму (или в участок). Однако в случаях, когда невозможно немедленно доставить такое лицо в безопасное место, как это может произойти в некоторых развивающихся странах, в законе должен быть указан максимально короткий период времени, в течение которого полиция может содержать лицо с подозрением на психическое расстройство под стражей. После того, как полиция доставила лицо с подозрением на психическое расстройство в безопасное место для его освидетельствования, данное лицо освобождается из-под стражи и не подлежит дальнейшему задержанию. Проблемы с исполнением таких полномочий у полиции могут возникнуть в тех случаях, когда в безопасном месте не могут (или не хотят) принимать данное лицо для освидетельствования (например, по причине того, что в данный момент нет необходимого персонала, способного провести освидетельствование, или там отсутствует помещение для размещения доставленного лица). Ясно, что наличие подобных ситуаций свидетельствует о необходимости увеличения ресурсного обеспечения служб охраны психического здоровья (см. Главу 2, подраздел 4).

Если лицо было арестовано за совершение уголовного преступления и у полиции есть разумные основания подозревать, что оно страдает психическим расстройством, такое лицо должно быть доставлено в безопасное место для освидетельствования специалистом в области охраны психического здоровья. В ситуациях, когда лицо представляет опасность для себя или других лиц, оно должно быть доставлено для освидетельствования в психиатрическое учреждение строгого режима. После проведения освидетельствования, в случае, если оно не выявило психического расстройства, полиция имеет полномочия доставить данное лицо в изолятор временного содержания или заключить под стражу, если такие меры окажутся необходимыми.

14.3.2 Методы лечения

После проведения освидетельствования, если будет установлено, что лицо нуждается в лечении, ему должна быть предоставлена возможность выбрать вид лечения (в качестве стационарного или амбулаторного пациента, в зависимости от необходимости). Полная картина состояния его здоровья, а также преимущества и недостатки различных методов лечения должны быть доведены до пациента. Если пациент отказывается от госпитализации/лечения, он должен быть отпущен из клиники, за исключением случаев, когда пациент соответствует критериям для принудительной госпитализации/лечения (см. примеры, выше), – в таких ситуациях необходимо следовать соответствующим процедурам. Вне зависимости от того, было ли данное лицо доставлено полицией, членом семьи или кем-либо еще, необходимо соблюсти все соответствующие процедуры принудительной госпитализации или лечения (см. подраздел 8.3, выше).

14.3.3 Период задержания

Период задержания лица для проведения освидетельствования не должен быть очень длительным. Законодательство может установить, что процедура освидетельствования должна быть проведена в течение определенного периода времени (например, от 24 до 72 часов). В случае, если освидетельствование не проведено в установленный срок, человек должен быть отпущен домой.

14.3.4 Своевременное уведомление

Полиция должна своевременно уведомлять лиц, взятых под стражу, до того как их направят на освидетельствование, о причинах задержания и о том, какие дальнейшие действия будут предприняты в их отношении. В некоторых случаях, член семьи или другой назначенный представитель может быть также уведомлен о задержании с согласия задержанного.

14.3.5 Надзор за протоколами

Протоколы о всех случаях задержания лиц с подозрением на психическое расстройство могут быть направлены в надзорный орган или независимую инстанцию, осуществляющую мониторинг (см. раздел 13, выше).

Ответственность и обязанность полиции: основные положения

Могут возникнуть ситуации, когда полиции придется иметь дело с лицами, страдающими психическими расстройствами, и со службами охраны психического здоровья. В каждом из этих случаев полиция обязана уважать и защищать права лиц с психическими расстройствами и относиться к ним с заботой и состраданием.

- a) *В общественных местах* – Если у полиции имеются разумные основания подозревать, что арестованное за нарушение общественного порядка лицо страдает психическим расстройством, закон может обязать полицию доставить данное лицо в безопасное место для его освидетельствования специалистом в области охраны психического здоровья. Освидетельствование должно быть проведено в кратчайший период времени (например, в течение 24–72 часов с момента задержания).
- b) *В частном жилье* – Полиция должна получить постановление суда, разрешающее проникновение в частное жилище и задержание любого лица, страдающего тяжелым психическим расстройством, которое, вероятнее всего, способно причинить серьезный ущерб себе или другим лицам. Член семьи или независимый представитель, например социальный работник, может потребовать предъявить постановление суда. Лица, задержанные подобным образом, должны незамедлительно быть доставлены в безопасное место для проведения освидетельствования специалистом в области охраны психического здоровья. Освидетельствование должно быть проведено в самый кратчайший срок (например, в течение 24–72 часов с момента задержания). Полиция может проникать в частное жилище и проводить задержание без ордера только в очень чрезвычайных обстоятельствах, когда существует неизбежная опасность и незамедлительные действия полиции являются необходимостью.
- c) *Лица, арестованные за совершение уголовных преступлений и находящиеся под стражей* – Если у полиции есть достаточные основания полагать, что лицо, арестованное за совершение уголовного преступления, страдает психическим расстройством, законодательство может обязать полицию доставить данное лицо в безопасное место для проведения его освидетельствования специалистом в области охраны психического здоровья. В этом случае полиция сохраняет за собой право дальнейшего задержания данного лица после его/ее препровождения в безопасное место.
- d) *Лица, принудительно госпитализированные в психиатрическое учреждение* – Полиция обязана доставлять в специальное психиатрическое учреждение любое лицо, которое подлежит принудительной госпитализации в соответствии с положениями законодательства. Например, лицо, нуждающееся в принудительной госпитализации после проведения освидетельствования специалистом в области охраны психического здоровья в приемном отделении больницы, или лицо, нуждающееся в принудительной госпитализации в психиатрическое учреждение из-за несоблюдения им условий выписки.
- e) *Лица, самовольно покинувшие психиатрическое учреждение и повторно госпитализированные в принудительном порядке* – Полиция обязана разыскивать и возвращать таких лиц в психиатрическое учреждение из мест их пребывания после самовольного ухода.

15. Законодательные положения, относящиеся к психически больным преступникам

Законодательные положения, относящиеся к психически больным преступникам, являются крайне сложными процедурами, включающими как уголовное судопроизводство, так и судебную психиатрию. В мире накоплен большой опыт в области политики и практики в данной сфере, и судебная психиатрия часто является составной частью уголовного кодекса (или уголовно-процессуальных процедур), а не законодательства по охране психического здоровья.

Задача системы уголовного судопроизводства состоит в защите общества, наказании преступников и отправлении честного и справедливого суда. Полиция, прокуратура и суды должны отправлять правосудие таким образом, чтобы защищать права не только жертв преступления, но и также особо уязвимую часть населения, включая лиц с психическими расстройствами. Одна из важнейших целей системы уголовного судопроизводства должна заключаться в надзоре за тем, чтобы ни одно лицо с психическим расстройством не было незаконно задержано полицией и не содержалось в тюрьме. В настоящее время данной цели не всегда удается достичь. Слишком много людей, страдающих психическими расстройствами, становятся осужденными и приговариваются к тюремному заключению за относительно незначительные правонарушения. Во всем мире растет обеспокоенность содержанием в тюрьмах лиц с психическими расстройствами, которые вместо этого должны проходить лечение в психиатрических клиниках. В некоторых странах в тюрьмах содержится такое же количество лиц с диагнозом шизофрения, как и во всех клиниках вместе взятых (Torrey, 1995).

Содержание в тюрьмах большого количества лиц с психическими расстройствами является следствием, среди всего прочего, недоступности или ограниченной доступности общественных служб охраны психического здоровья, существования очень жестких законов, относящих поведение, нарушающее общественный порядок, к уголовным преступлениям, широко распространенного ошибочного представления о том, что все люди, страдающие психическими расстройствами, представляют опасность, и нетерпимостью общества к поведению, нарушающему покой и порядок. Более того, в некоторых странах отсутствуют правовые традиции, поощряющие лечение (а не наказание) преступников, страдающих психическими расстройствами.

Тюрьмы – неподходящее место для лиц, нуждающихся в лечении психического заболевания, так как в основе системы уголовного права лежат принципы устрашения и наказания, а не лечения и ухода. Там, где в исправительных учреждениях действительно существует система реабилитации, программы по ее осуществлению обычно не обеспечены достаточными ресурсами для оказания помощи лицам с психическими расстройствами. К сожалению, в некоторых странах тюрьмы де-факто превратились в психиатрические больницы. Заключенные с тяжелыми психическими расстройствами часто подвергаются актам насилия, намеренно или непреднамеренно.

Законодательство по охране психического здоровья способно предупредить и повернуть эту тенденцию вспять, если лица, страдающие психическими расстройствами, будут выведены из системы уголовного права и направлены в систему охраны психического здоровья. Законодательство должно разрешать перевод таких лиц из одной системы в другую на всех стадиях уголовного судопроизводства – с первой минуты его ареста и содержания под стражей во время следствия и даже после того, как данное лицо начнет отбывать срок за уголовное преступление.

Законодательство может играть важную роль на разных стадиях уголовного судопроизводства. Как было упомянуто ранее (раздел 14, выше), в случае совершения лицами с подозрением на психическое расстройство незначительных «преступлений», таких как нарушение общественного порядка, желательно, чтобы полиция незамедлительно направляла их в психиатрические учреждения вместо привлечения к уголовной ответственности.

Законы, применимые к преступникам, страдающим психическими расстройствами, – часто являющиеся составной частью уголовного кодекса, а не законодательства в области охраны психического здоровья – значительно отличаются друг от друга в зависимости от страны. Следующий раздел, таким образом, необходимо рассматривать в рамках существующего процессуального кодекса конкретной страны, адаптировать его и принять в соответствие с ним. Все можно изменить, но только не принцип, согласно которому, лица с психическими расстройствами должны содержаться в соответствующих для этой цели учреждениях, где им должно быть оказано необходимое лечение.

Ниже приводятся разные «стадии», на которых арестованное лицо может быть выведено из системы уголовного права и направлено в систему охраны психического здоровья для госпитализации и лечения, как это имеет место в законодательствах ряда стран.

- Досудебная стадия
- Судебная стадия
- Послесудебная (вынесение приговора) стадия
- Постсудебная (отбывание наказания в тюрьме) стадия

Как это уже было отмечено, не во всех странах все перечисленные стадии судопроизводства могут иметь место, поэтому возможны различные законы. Каждая страна должна принять то, что является наиболее подходящим в конкретной ситуации.

15.1 Досудебные стадии системы уголовного судопроизводства

15.1.1 Решение о преследовании

В большинстве стран полиция и/или прокурор принимают решение о преследовании лица, совершившего конкретное преступление. Законодательство или административные акты могут устанавливать критерии для принятия решений о том, как – или при каких обстоятельствах – лицо, страдающее психическим расстройством, может быть подвергнуто преследованию в уголовном порядке или направлено на лечение в систему охраны психического здоровья. Данные критерии должны помочь сделать выводы из изложенных фактов в пользу лечения против преследования. В этом случае во внимание следует принимать следующие факторы:

- тяжесть совершенного деяния;
- проходило ли данное лицо психиатрическое лечение в прошлом и как долго; например, если у такого лица выявляется излечимое психическое заболевание, прокурор может принять решение о том, что продолжение лечения предпочтительнее, чем преследование в уголовном порядке;
- психическое состояние лица в момент совершения преступления;
- нынешнее психическое состояние лица;
- вероятность причинения ущерба психическому здоровью лица в результате его преследования;
- заинтересованность общества/общины в его преследовании (например, степень риска, которое данное лицо представляет для общества).

Отказавшись от преследования в пользу добровольного лечения лиц с психическими расстройствами, не представляющих угрозы для общественной безопасности, полиция и прокурор могут принести пользу как этим людям, так и обществу в целом. Лица с психическими расстройствами не станут объектом ненужной стигматизации и смогут незамедлительно начать лечение вместо отбывания заключения.

15.2 Судебная стадия системы уголовного судопроизводства

После принятия решения об уголовном преследовании лица, страдающего психическим расстройством, могут быть применены две процедуры. Первая – когда обвиняемый не в состоянии предстать перед судом, а вторая – когда он не может нести уголовную ответственность за свои действия во время совершения преступления. В некоторых случаях такие ситуации могут частично совпадать, когда лицо, страдающее психическим расстройством в момент совершения преступления, остается в таком же состоянии во время проведения суда.

15.2.1 Способность предстать перед судом

Законодательства многих стран требуют, чтобы лицо было физически и психически способно предстать перед судом. В целом психическая способность определяется на основании того, насколько лицо способно (i) понимать характер и предмет уголовного разбирательства; (ii) понимать возможные последствия такого разбирательства; и (iii) нормально общаться со своим адвокатом.

Если принимается решение о преследовании какого-либо лица и имеются достаточные основания подозревать, что этот обвиняемый страдает психическим расстройством, суд должен принять решение о проведении освидетельствования этого лица специалистом, работающим в области охраны психического здоровья, в большинстве случаев, но не всегда, психиатром. Такие случаи часто имеют место перед началом судебного процесса, хотя это может произойти на любой стадии слушания дела. Предпочтительно проводить освидетельствование в специализированном психиатрическом учреждении или другом безопасном месте в соответствии с постановлением суда. Максимальный период времени, в течение которого может проходить освидетельствование должен быть установлен законодательно, чтобы никакое лицо не могло содержаться под стражей без необходимости и чтобы судебный процесс не был неоправданно затянут. В ряде стран данный максимальный срок составляет 30 дней. Если правонарушитель в конечном итоге признан лицом, которое не в состоянии предстать перед судом вследствие тяжелого психического заболевания, уголовное преследование в отношении него должно быть приостановлено до тех пор, пока это лицо вновь не обретет данную способность. В таких случаях законодательство должно наделять суды полномочиями по переводу таких лиц в психиатрические учреждения для лечения. Более того, они должны иметь право на подачу апелляции в случае, если имеет место их продолжительное содержание под стражей.

В случае совершения незначительного преступления суд может отказать в уголовном преследовании или приостановить его до тех пор, пока обвиняемый не пройдет курс стационарного или амбулаторного лечения. Например, отказ в уголовном преследовании или его приостановка являются желательными, если обвиняемый, вне всякого сомнения, нуждается в лечении вследствие тяжести своего психического расстройства и не представляет опасности для себя или других лиц. В случае серьезного преступления и/или если обвиняемый представляет опасность для себя или других лиц, суд может издать постановление о его госпитализации и лечении в специально отведенном для этой цели психиатрическом учреждении.

Необходимо предусмотреть гарантии для защиты прав лиц с психическими расстройствами, чтобы избежать их содержания в психиатрических учреждениях дольше необходимого срока. Законодательство должно содержать положения о проведении контроля за госпитализацией, осуществляемой в судебном порядке, например через получение регулярных отчетов психиатров. Помимо этого, обвиняемые в уголовных преступлениях, содержащиеся в психиатрических учреждениях в ожидании суда, имеют те же права и обладают теми же процессуальными гарантиями, что и лица, госпитализированные в принудительном порядке. Таким образом, данные лица также должны иметь право на судебный пересмотр решения об их задержании независимым надзорным органом, таким как трибунал или суд.

15.2.2 Защита от ответственности за совершение уголовного преступления (наличие психического расстройства в момент совершения преступления)

Во всех странах мира законодательство определяет степень виновности обвиняемого в уголовном преступлении лица. Обычно констатируется, что психическое состояние обвиняемого в момент совершения преступления оказало значительное воздействие на его способность нести уголовную ответственность.

Суды могут установить, что обвиняемое лицо не соответствует критериям для выявления преступных намерений в его действиях (*осознания неправомерности своих действий*), если обвиняемый сможет продемонстрировать, что:

1. его/ее психические способности в момент совершения преступления были нарушены вследствие психического расстройства; и
2. такое расстройство было достаточно тяжелым, чтобы данное лицо частично или полностью было способно нести уголовную ответственность.

Законодательство должно оговаривать в качестве особого условия, что лица, не обладающие достаточной дееспособностью на момент совершения преступления, должны быть доставлены в соответствующие учреждения. Данный подход соответствует цели предпочтения лечения наказанию лиц, совершивших преступления и нуждающихся в психиатрической помощи.

В подобном случае суд может признать, что обвиняемый «не несет ответственности, потому что психически недееспособен» (ННОПН)¹. Данный термин существует во многих странах в разных трактовках. Законодательство может установить критерии вынесения вердикта ННОПН². Такой вердикт должен выноситься всем лицам с психическими расстройствами такой степени тяжести, что способна помешать им мыслить, понимать и контролировать себя в момент совершения преступления. В случае вынесения такого вердикта суд может принять решение о направлении лица на лечение или госпитализацию в клинику или на принудительное амбулаторное лечение. Не существует единого мнения в отношении подобной госпитализации и освобождения из-под ареста. В одних странах лицо должно быть освобождено из под стражи, за исключением тех случаев, когда суд первой инстанции или другой судебный орган установит, что данное лицо соответствует всем критериям для принудительной госпитализации, и после соблюдения необходимых процедурных требований примет решение о принудительной госпитализации данного лица. В других странах существует отдельная юридическая категория (отличная от пациентов, госпитализированных в принудительном порядке) для лиц, госпитализированных вследствие ННОПН. Например, в Австралии таких лиц называют судебными пациентами, на острове Маврикий – охраняемыми пациентами, а в Южной Африке – государственными пациентами.

¹ Термин ННОПН является аналогом терминов, таких как «невиновен, потому что психически ненормален» (НППН), используемых в ряде стран, и другому менее распространенному термину «виновен, но психически ненормален». ННОПН является термином с меньшей степенью стигматизации по той причине, что лица не несут уголовной ответственности за содеянное вследствие своей психической недееспособности. Некоторые юристы считают, что вердикт «виновен, но психически ненормален» является карательным по своей сути и несправедливым в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами. Он также представляет концептуальную проблему, так как если не установлено преступного намерения, лицо логически не может быть признано «виновным».

² Данное определение должно иметь более широкое толкование, чем тест на «умопомешательство» по Правилам МакНотена. Во многих странах все еще пользуются тестом по Правилам МакНотена, что позволяет защите утверждать о наличии у обвиняемого психического расстройства только в том случае, если он/она не понимал(а), что делает в момент совершения преступления, или если он(а) осознал(а) свои действия, но не знал(а), что они являются преступными. Однако многие люди, страдающие тяжелыми психическими заболеваниями, способны понимать, что поступают неправильно, но их понимание в значительной степени затруднено из-за тяжелого психического расстройства. Следовательно, как утверждают некоторые юристы, даже лица с самыми тяжелыми формами психического заболевания, согласно Правилам МакНотена, считаются «здоровомыслящими», поэтому во многих странах их неправомерно приговаривают к тюремному заключению. Исходя из подобного аргумента, лицам, способным мыслить, но теряющим самоконтроль вследствие тяжелого психического заболевания, должен выноситься вердикт «не несет ответственности, потому что психически недееспособен» (ННОПН).

Тем не менее, также как и другие пациенты с психическими расстройствами, не совершившие преступлений, лица, которым вынесен вердикт ННОПН, имеют право на плановый и периодический пересмотр решения об их изоляции и на получение соответствующего лечения и ухода в терапевтических условиях. В дополнение к этому лица, госпитализированные в клинику, так как их не привлекли к уголовной ответственности, могут быть дееспособными принимать решения о назначении лечения.

Значительное улучшение психического состояния такого лица должно стать основанием для его освобождения из под стражи. В одних странах врач имеет право выписывать лицо, госпитализированное в качестве психически больного преступника. В других – только судья или представитель судебного органа может санкционировать подобную выписку. Важно, чтобы пациенту, членам его семьи или другим лицам было позволено подавать заявление на выписку. В течение определенного периода времени представляется разумным назначить выписанному лицу принудительное амбулаторное лечение при условии его возвращения в психиатрическую больницу, при возникновении рецидива или в случае, если данное лицо не будет соблюдать намеченный план лечения. Однако принудительное амбулаторное лечение может стать предметом критики со стороны, например, организаций, защищающих права пользователей услуг психиатрии. В каждой стране придется принимать собственное решение по данному вопросу.

15.3 Послесудебная (вынесение приговора) стадия системы уголовного судопроизводства

В некоторых странах лицо, страдающее психическим расстройством, может не соответствовать критерию «не в состоянии предстать перед судом» или критериям, подтверждающим проявление психического заболевания в момент совершения преступления. Несмотря на вынесение обвинительного приговора судом, данное лицо может быть направлено в систему охраны психического здоровья. Это может произойти путем вынесения приговора, не предусматривающего лишения свободы (например, условное освобождение на поруки или направление на принудительное амбулаторное лечение), или вынесения приговора о лишении свободы с отбыванием срока в психиатрической клинике (больничный приказ). Больничный приказ может быть издан для направления осужденного в учреждение открытого типа или в учреждение более строгого режима в зависимости от риска, который он представляет для окружающих.

15.3.1 Условное освобождение на поруки и направление на принудительное амбулаторное лечение

Если обвиняемые, страдающие психическими расстройствами, совершили незначительные правонарушения, то вместо вынесения приговора о тюремном заключении, законодательство должно способствовать применению к ним наказаний, не связанных с лишением свободы. В некоторых странах суды уже обладают полномочиями выносить постановление об условном освобождении на поруки или о направлении на принудительное амбулаторное лечение при условии, что лицам, проходящим лечение, психотерапевтическая помощь будет оказана службами охраны психического здоровья. Направление на принудительное амбулаторное лечение (НПАЛ) позволяют лицам, страдающим психическими расстройствами, жить в своей среде в том случае, если будут соблюдены определенные условия, к которым, среди прочего, относятся:

- проживание в установленном месте;
- участие в процессе лечения и реабилитационных процедурах, включая консультирование, образование и подготовку;
- предоставление специалистам по охране психического здоровья доступа в свое жилище;
- регулярная отчетность перед сотрудником службы контроля за условно освобожденными на поруки; и
- согласие на принудительное психиатрическое лечение, в том случае, если это окажется необходимо.

15.3.2 Больничные приказы

Больничные приказы являются еще одним средством гарантирующим, что лицу, признанному виновным, будет оказана необходимая психиатрическая помощь. Законодательство, обеспечивающее издание больничных приказов, дает возможность суду направлять преступников, страдающих психическими расстройствами, на лечение в больницу вместо заключения в тюрьму, если на момент вынесения приговора они нуждаются в больничном уходе.

Период действия больничного приказа не должен превышать срока вынесенного судом приговора. В том случае, если суд и специалисты в области охраны психического здоровья, работающие в психиатрической больнице, решат, что конкретное лицо нуждается в дополнительном лечении после истечения срока приговора, им необходимо представить обоснования продления срока госпитализации на основании процедур, применяемых в условиях обычной принудительной госпитализации.

Преступники, страдающие психическими расстройствами, направленные в психиатрическое учреждение на основании больничного приказа, имеют такие же права на пересмотр данного решения независимым надзорным органом (например, трибуналом или судебным органом), как и все другие принудительно госпитализированные пациенты.

15.4 Постсудебная (отбывание наказания в тюрьме) стадия

Иногда у обвиняемого может развиваться психическое расстройство после отбытия наказания в тюрьме. Законодательство или административные акты должны содержать положения об отвечающем необходимым требованиям уходе и лечении заключенных, страдающих психическими расстройствами. Закон должен разрешать перевод заключенных с тяжелыми психическими расстройствами в психиатрическое учреждение для прохождения лечения в том случае, если им не может быть предоставлена необходимая помощь в условиях тюрьмы. Во многих странах в тюрьмах есть специально отведенные больничные боксы, куда переводят заключенных, если появляются основания считать их больными. Надзорный орган должен проводить контрольные проверки таких помещений, чтобы гарантировать, что качество и доступность лечения в них находится на таком же уровне, что и в психиатрических учреждениях, где содержатся лица, отбывающие наказание, не связанное с лишением свободы. Законодательство должно также гарантировать осуществление прямого контроля за тюремными больницами квалифицированными специалистами в области охраны психического здоровья, а не тюремной администрацией.

Заключенные, содержащиеся в тюремных больницах или переведенные в другие психиатрические учреждения, обладают теми же правами, что и все больные, страдающие психическими расстройствами. В частности, заключенные имеют право на согласие или отказ от лечения. Если принудительное лечение представляется неизбежным, необходимо соблюсти соответствующие процедуры санкционирования принудительного лечения. К наиболее важным правам, среди прочего, относится право на защиту от бесчеловечного и унижающего достоинство лечения, право на участие в медицинских и научных опытах только после получения информированного согласия лица и право на защиту конфиденциальности информации. Всем заключенным, переведенным из тюрьмы в психиатрическую больницу, а затем этапированным назад для продолжения отбытия наказания, время, проведенное в больнице, засчитывается в срок заключения.

Более того, такие заключенные могут содержаться в психиатрическом учреждении только до истечения срока заключения. После истечения срока заключения, если психическое состояние пациента потребует дальнейшей принудительной госпитализации, продление срока его содержания в психиатрическом учреждении осуществляется только на основании гражданско-правовых положений законодательства в области охраны психического здоровья. В дополнение к этому заключенные в таких лечебных учреждениях имеют такое же право на условно-досрочное освобождение, как и в том случае, если бы они не проходили курс лечения, а продолжали отбывать срок в тюрьме. Соответствующая информация по их делу и процессу лечения может быть, в соответствии с законом, предоставлена органу, ведающему условно-досрочным освобождением по мере необходимости или с согласия заключенного.

15.5 Учреждения для психически больных преступников

Одна из сложностей содержания психически больных преступников вне системы уголовно-исправительного наказания заключается в том, что во многих странах отсутствуют необходимые учреждения для содержания лиц, считающихся «опасными преступниками». В результате этого лица, страдающие психическими расстройствами, вынуждены не только отбывать наказание в тюрьме, но и часто бывают лишены необходимого лечения. Можно было бы ввести в законодательство положения о психиатрических учреждениях усиленного режима. Законодательные критерии могут устанавливать вид режима для того или иного пациента с правом пересмотра через определенные промежутки времени. Ни один пациент не должен содержаться в психиатрической клинике более строгого режима, чем это действительно необходимо.

Подводя итог, можно сделать вывод, что законодательство в области охраны психического здоровья может и должно являться основой лечения и поддержки, а не наказания больных. Законодательство должно также позволять выведение больного из уголовно-исправительной системы и направление его в систему охраны психического здоровья на любой стадии судебного разбирательства и исполнения наказания. Применяя систему защитных мер для лиц с психическими расстройствами, отбывающих наказание, и используя наказание в виде тюремного заключения только в самых крайних случаях, законодательство может способствовать укреплению общественной безопасности и одновременно с этим предоставлять преступникам, страдающим психическими расстройствами, достойное лечение, а также соответствующий уход и реабилитацию.

На нижеприведенных веб-сайтах можно ознакомиться с принципами и правилами обращения с заключенными, принятыми ООН, где содержится информация о заключенных, страдающих психическими заболеваниями:

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm

Психически больные преступники: основные положения

Система уголовного судопроизводства должна быть основана в тех случаях, когда это возможно, на принципе предпочтения лечению заключению преступников, страдающих психическими расстройствами. Структура системы уголовного судопроизводства должна позволять выведение преступников с целью их лечения за пределы уголовно-исправительной системы на всех стадиях уголовно-процессуального производства.

1. *Преследование* – Обвинители должны принять во внимание следующие факторы перед принятием решения о преследовании лица, страдающего психическим расстройством: тяжесть совершенного деяния; история его психического заболевания; психическое состояние лица в момент совершения преступления; нынешнее психическое состояние лица; вероятность ухудшения здоровья преследуемого лица и заинтересованность общества в его преследовании.

2. *Судебная стадия:*

- a) Способность предстать перед судом – Закон требует, чтобы лицо было психически способно предстать перед судом. Обвиняемый должен понимать характер и предмет судебного разбирательства, понимать возможные последствия такого разбирательства и нормально общаться со своим адвокатом. Если лицо признано неспособным предстать перед судом, с него может быть снято обвинение или его дело может быть приостановлено, до тех пор пока он/она не закончит лечение. Лица, содержащиеся в психиатрическом учреждении в ожидании суда, обладают теми же правами, что и другие принудительно госпитализированные пациенты, включая право на пересмотр решений независимым надзорным органом.
- b) Защита от ответственности за совершение уголовного преступления – Лица с нарушенными психическими способностями на момент совершения преступления должны направляться на лечение, а не заключаться в тюрьму. Большинство судов выносят решение по принципу «не несет ответственности, потому что психически недееспособен» (ННОПН), если способность мыслить, понимать или контролировать себя были нарушены в момент совершения преступления. Лицо, признанное ННОПН, может быть выписано из психиатрического учреждения после значительного улучшения его психического состояния.

3. *Послесудебная (вынесение приговора) стадия:*

- a) Судебное постановление об условном освобождении на поруки – Лица с психическими расстройствами могут получить необходимое лечение в случае вынесении приговора, не связанного с лишением свободы, когда судом издается судебное постановление об условном освобождении на поруки или приказ о лечении в районной больнице, допускающий лечение по месту жительства при определенных условиях. Лица, не соблюдающие этих условий, могут быть возвращены в учреждение закрытого типа для завершения лечения.
- b) Больничные приказы – Лечение может быть назначено после издания судом больничного приказа (то есть приговора, связанного с лишением свободы с отбыванием наказания в психиатрическом учреждении). Лицо, в отношении которого издается больничный приказ, не может проходить лечение дольше срока, назначенного по приговору, за исключением случаев применения гражданско-процессуальных процедур принудительной госпитализации. Лица, в отношении которых издается больничный приказ, имеют право на периодический пересмотр дела независимым надзорным органом.

4. *Постсудебная (отбывание наказания в тюрьме) стадия:*

- a) Перевод заключенных – Лицо, у которого развивается психическое расстройство во время отбывания наказания, может быть переведено в бокс тюремной больницы или любое другое психиатрическое учреждение усиленного режима для лечения психического расстройства. Переведенные заключенные обладают теми же правами, что и другие принудительно госпитализированные пациенты, в том числе правом согласия на лечение, правом на соблюдение конфиденциальности информации и правом на защиту от бесчеловечного и унижающего достоинство лечения. Они также имеют право на условно-досрочное освобождение. Заключенный не может содержаться дольше срока, назначенного по приговору, кроме случаев применения гражданско-правовых процедур по принудительной госпитализации.

Учреждения для психически больных преступников

Можно было бы ввести в законодательство положения о психиатрических учреждениях усиленного режима. Законодательные критерии могут устанавливать вид режима для тех или иных пациентов с правом пересмотра через определенные промежутки времени. Ни один пациент не должен содержаться в психиатрической клинике более строгого режима, чем это действительно необходимо.

16. Дополнительные материально-правовые положения по охране психического здоровья

Благополучие и благополучие людей, страдающих психическими расстройствами, можно улучшить, если в законодательстве будут закреплены уже обсуждавшиеся в данной главе положения: получение доступа к медицинской помощи, права лиц, страдающих психическими расстройствами, добровольное и принудительное лечение, механизмы надзора и положения, относящиеся к психически больным преступникам. Кроме того, можно законодательно закрепить еще ряд других областей, которые также важны для улучшения охраны психического здоровья и повышения благополучия, но которым исторически всегда уделялось очень мало внимания. К сожалению, в Справочнике базовой информации невозможно осветить все материально-правовые аспекты и обсудить каждую проблему в комплексе. Ниже приводится ряд положений, которые можно включить не только в законодательство по охране психического здоровья, но и в другие отрасли права, как это сделано во многих странах.

16.1 Антидискриминационное законодательство

Законодательство должно защищать людей с психическими расстройствами от любой формы дискриминации. Во многих странах существуют антидискриминационные законы и даже программы по противодействию дискриминации, законы по защите легкоуязвимых групп населения, меньшинств и социально незащищенных слоев населения. Законодательство подобного типа может также применяться в отношении лиц с психическими расстройствами, которые могут быть упомянуты в тексте закона в качестве выгодоприобретателей. И наоборот, если антидискриминационный закон страны не обеспечивает их достаточной защиты, тогда положения о защите от дискриминации лиц с психическими расстройствами могут быть включены в законодательство по охране психического здоровья. Например, в ряде стран людям с психическими расстройствами не разрешается учиться в части учебных заведений вместе со здоровыми людьми, находиться в некоторых общественных местах и летать самолетами. Для исправления подобной ситуации может потребоваться принятие специального законодательства.

В качестве примера другой законодательной альтернативы можно использовать существующий в стране Билль о правах или любой другой документ о защите прав, если он имеется, для перечисления в нем причин, согласно которым дискриминация является незаконной, в который также должны быть включены вопросы дискриминации лиц с психическими расстройствами. Билль о правах Новой Зеландии (1990 г.), например, среди прочего, запрещает дискриминацию по причине инвалидности.

16.2 Общественное здравоохранение

Лицам с психическими расстройствами может потребоваться законодательная поддержка при обращении за медицинской помощью в учреждения общественного здравоохранения, включая такие аспекты, как доступ к тем или иным видам медицинской помощи, качество предоставляемого лечения, конфиденциальность информации о пациенте, согласие на лечение и доступ к информации о нем. В законодательство по охране здоровья могут быть включены специальные положения, подчеркивающие необходимость защиты легкоуязвимых групп населения, включая лиц, страдающих психическими расстройствами, и лиц, не способных принимать самостоятельные решения.

16.3 Жилье

Законодательство может содержать положения, гарантирующие лицам с психическими расстройствами приоритет при распределении бесплатного государственного жилья и при получении жилищных субсидий. Например, в Законе о психиатрической помощи Финляндии говорится, что «в дополнение к необходимому лечению и комплексу услуг лицо, страдающее психическим заболеванием или любым другим психическим расстройством, должно быть обеспечено государственным жильем и финансовыми субсидиями, достаточными для проведения необходимой медицинской или социальной реабилитации, о чем должно быть принято отдельное решение» (Закон о психиатрической помощи, No. 1116, 1990 г., Финляндия).

Такие положения могут являться невыполнимыми для некоторых стран, но по крайней мере в отношении людей, страдающих психическими расстройствами, не должно быть никакой дискриминации при распределении жилья. Законодательство может также обязать правительство создать для лиц, страдающих психическими заболеваниями, специальное жилье по типу реабилитационных центров и пансионатов для лиц, находящихся на длительном излечении. Законодательство должно также содержать положения, запрещающие географическую сегрегацию лиц с психическими расстройствами. Это может потребовать внесения конкретных положений в соответствующее законодательство, регулирующее проблемы жилищно-коммунального хозяйства, с тем чтобы запретить дискриминацию в вопросах аренды и распределения жилья для лиц, страдающих психическими расстройствами.

16.4 Занятость

Законодательство может содержать положения, которые защищают лиц с психическими расстройствами от дискриминации и эксплуатации на рабочем месте и предоставляют им равные возможности для трудоустройства. Оно также может способствовать послеэпизодной реинтеграции на работе лиц с психическими расстройствами и гарантировать им защиту от увольнения только лишь на основании наличия таких расстройств. Законодательство может также способствовать созданию условий для «разумной адаптации» лиц с психическими расстройствами на рабочем месте, позволяющих работникам, страдающим такими расстройствами, иметь более гибкий рабочий график для одновременного прохождения курса лечения. Например, лица с психическими расстройствами должны иметь возможность отпроситься с работы на консультацию к специалисту, а потом наверстать потерянное время в течение оставшегося дня.

В Акте Рио-Негро (Аргентина) об оказании медицинской помощи и социальных услуг для лиц с психическими заболеваниями (Акт 2440, 1989 г.) говорится, что «провинция обязуется принять соответствующие меры по обеспечению занятости лиц с психическими расстройствами, что является решающим фактором для их реабилитации». В нем далее говорится об учреждении комиссии по рассмотрению проблем создания дополнительных рабочих мест и выработке постоянных мер, направленных на обеспечение гарантированного получения работы лицами, подпадающими под действие данного Акта.

В законе могут также содержаться положения по обеспечению достаточного финансирования программ профессиональной реабилитации, положения о поддержке финансирования на местном уровне доходной деятельности лиц, страдающих психическими расстройствами, и положения по финансированию программ борьбы с дискриминацией при приеме на работу и в размерах оплаты труда. Трудовое законодательство может также обеспечить защиту лиц с психическими расстройствами от принудительного труда в специально созданных для них мастерских, тарифицировав размер их вознаграждения на уровне обычных тарифов, применяемых для аналогичной трудовой деятельности.

Трудовое законодательство, включающее положения об отпуске по уходу за ребенком, особенно о размерах его оплаты, во многих странах доказало свою эффективность как инструмент, способствующий пропаганде здоровья. Оно позволяет молодым мамам больше времени уделять своим детям и способствует созданию прочной связи между матерью и ребенком, что ведет к улучшению психического здоровья как ребенка, так и его матери.

16.5 Социальное обеспечение

Пособие по нетрудоспособности может представлять значительную льготу для лиц, страдающих психическими расстройствами, и его выплата должна быть закреплена законодательно. В сфере пенсионного обеспечения пенсии по нетрудоспособности для лиц с психическими расстройствами должны выплачиваться в том же размере, что и лицам, имеющим инвалидность по соматическим нарушениям. Законодательство в области социального обеспечения должно быть достаточно гибким, чтобы люди, страдающие психическими расстройствами, имели возможность работать, особенно неполный рабочий день, без потери пенсии по нетрудоспособности.

16.6 Гражданские права

Лица с психическими расстройствами обладают всеми гражданскими, экономическими, социальными и культурными правами в соответствии с положениями Всеобщей декларации прав человека, Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и Международного пакта о гражданских и политических правах.

Некоторые основополагающие права (которых часто лишены лица, страдающие психическими расстройствами), нуждающиеся в защите, представлены ниже. Это неполный список; он просто иллюстрирует широкий спектр прав, которые надо защищать. Несмотря на это, некоторые из перечисленных прав могут быть ограничены в зависимости от дееспособности лица в данный период времени.

- Право голоса
- Право вступать в брак
- Право иметь детей и сохранить родительские права
- Право владеть собственностью
- Право на труд и занятость
- Право на образование
- Право на свободу передвижения и выбор места жительства
- Право на здоровье
- Право на справедливый суд и надлежащий судебный процесс
- Право подписывать чеки и совершать другие финансовые операции
- Право на свободу вероисповедания и отправления религиозных обрядов

Дополнительные материально-правовые положения по охране психического здоровья: основные положения

Существует ряд важных аспектов, относящихся к психическому благополучию граждан, которые могут оказать положительный эффект в случае закрепления в законодательстве и которым исторически не уделялось достаточного внимания. К ним относятся следующие положения:

- Законодательство должно защищать лиц с психическими расстройствами от дискриминации.
- Лицам с психическими расстройствами может потребоваться правовая защита в отношениях с учреждениями общественного здравоохранения, включая такие аспекты, как доступ к тем или иным видам медицинской помощи, качество предоставляемого лечения, сохранение конфиденциальности, согласие на лечение и доступ к информации.
- Законодательство может содержать положения, гарантирующие лицам с психическими расстройствами приоритет при распределении бесплатного государственного жилья и при получении субсидированной жилой площади.
- Законодательство может обязать правительство создать различные виды специального жилья, такие как реабилитационные центры и пансионаты для лиц, находящихся на длительном излечении.
- Законодательство может содержать положения, которые защищают лиц с психическими расстройствами от дискриминации и эксплуатации на рабочем месте и предоставляют им равные возможности для трудоустройства.
- Законодательство может также способствовать созданию условий для «разумной адаптации» лиц с психическими расстройствами на рабочем месте, позволяющих работникам, страдающим такими расстройствами, иметь более гибкий рабочий график для получения необходимой психической и психиатрической помощи.
- Трудовое законодательство может также гарантировать защиту лиц с психическими расстройствами, работающих в специально созданных для них мастерских, от принудительного труда, зафиксировав размер их вознаграждения на уровне обычных тарифов, применяемых для аналогичной трудовой деятельности.
- В сфере пенсионного обеспечения пенсии по нетрудоспособности для лиц с психическими расстройствами должны выплачиваться по той же шкале, что и лицам, имеющим инвалидность по соматическим нарушениям.
- Люди с психическими расстройствами должны иметь право голоса, право вступать в брак, иметь детей, владеть собственностью, право на труд и занятость, право на образование, право на свободу передвижения и выбор места жительства, право на здоровье, право на справедливый суд и надлежащий судебный процесс, право подписывать чеки и совершать другие финансовые операции и право на свободу вероисповедания и отправления религиозных обрядов.

17. Защита легкоуязвимых групп населения – несовершеннолетних, женщин, меньшинств и беженцев

В принятии отдельного законодательства по защите прав несовершеннолетних, женщин, меньшинств и беженцев, страдающих психическими расстройствами, может не возникнуть необходимости, если практика показывает, что эти легкоуязвимые группы населения получают необходимое лечение и набор услуг и не подвергаются дискриминации. Однако в реальности эти группы страдают от дискриминации и серьезного неравенства. Масштаб и формы данной проблемы различаются в зависимости от страны, и конкретные вопросы, которые заслуживают отражения во внутренних законах также обусловлены реальной ситуацией, сложившейся в государстве. Тем не менее, ни одна страна не может быть застрахована от проявления случаев дискриминации в отношении легкоуязвимых групп, и некоторые аспекты, о которых речь пойдет ниже, были и остаются актуальными для всех стран.

17.1 Несовершеннолетние

Законодательство, защищающее права детей и подростков, должно принимать во внимание их особую уязвимость. Его целью должно стать уважение, защита и соблюдение этих прав, как это и предусмотрено в *Конвенции ООН о правах ребенка* (1990 г.) и других аналогичных международных актах.

Во многих странах не существует специализированных служб охраны психического здоровья для несовершеннолетних, и законодательство, безусловно, способно сыграть важную роль в становлении таких служб и обеспечении доступа к их услугам. Законодательство должно препятствовать принудительной госпитализации несовершеннолетних в психиатрические учреждения. Госпитализация может иметь оправдание только в том случае, когда подобное лечение по месту жительства является невозможным или оказалось малоэффективным, или неудачным. Если несовершеннолетние госпитализируются в стационарное учреждение, они должны проживать отдельно от взрослых. Обстановка в психиатрическом учреждении должна соответствовать возрасту пациентов и учитывать их потребности (например, место для игр, наличие игрушек в зависимости от возраста, проведение развлекательных и восстановительных мероприятий, доступ к школьному образованию). Несмотря на то, что ни каждому государству удастся выполнить поставленные задачи в полном объеме, всем странам необходимо предпринять

соответствующие усилия для достижения данных целей и рассмотреть возможности выделения для этого дополнительных ресурсов.

Несовершеннолетние дети должны иметь право на личного представителя, который обязан соответствующим образом представлять их интересы, особенно во время госпитализации в психиатрическое учреждение и на протяжении всего времени пребывания в таком учреждении. В большинстве случаев таким личным представителем бывает член семьи. Однако в случае возникновения потенциального или реального конфликта интересов должны существовать правовые положения для назначения другого независимого личного представителя. В подобных случаях законодательство может обязать государство выплачивать вознаграждение такому личному представителю подростка.

Вопрос согласия на лечение несовершеннолетних также требует специального законодательного внимания. Во многих законодательствах совершеннолетие (обычно 18 лет) является единственным критерием, определяющим право лица на дачу согласия или отказ от лечения. Однако значительное число детей, особенно подростков, достигают значительной степени зрелости и понимания, чтобы дать или не дать свое согласие на лечение. Законодательство может содержать положения, позволяющие принимать во внимание точку зрения несовершеннолетних по вопросу согласия на лечение в зависимости от их возраста и зрелости.

Законодательство может также запретить применение необратимых методов лечения в отношении детей, особенно психирургии и стерилизации.

17.2 Женщины

Значительное гендерное неравенство и дискриминация по признаку пола фактически продолжают иметь место во многих странах. Неравенство и дискриминационная практика способны вызывать и обострять психические расстройства у женщин. Дискриминация в отношении женщин имеет место в области услуг, оказываемых службами охраны психического здоровья, так как у женщин либо не оказывается достаточно денег для их оплаты, либо по причине отношения к ним как к малозначимым членам общества. Законодательство может стать активным противовесом проявлению такого неравенства и дискриминации. *Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW)*, в которой содержатся разъяснения о том, что является дискриминацией в отношении женщин, и даются рекомендации по осуществлению мер на национальном уровне по ее прекращению, служит полезным инструментом для изменения законодательства в данной области.

Женщины, госпитализированные в психиатрические учреждения, должны иметь право на уединение. Законодательство может гарантировать, чтобы во всех психиатрических учреждениях имелись отдельные спальные помещения (палаты для лиц одного пола) для женщин и чтобы они были достаточно комфортны и сопоставимы с аналогичными жилыми помещениями для мужчин. Законодательство может также обеспечить защиту женщин от сексуального насилия и физической эксплуатации со стороны пациентов и персонала психиатрического учреждения мужского пола.

Послеродовой период является периодом наивысшего риска развития психических заболеваний у женщин. В учреждениях, обеспечивающих лечение женщин, находящихся в послеродовом периоде, необходимо принимать во внимание уникальный характер их потребностей и обеспечить необходимые условия для кормящих матерей. А именно, если кормящую мать госпитализируют в психиатрическое учреждение, она не должна содержаться отдельно от своего ребенка. В психиатрическом учреждении можно было бы сделать детские комнаты и подготовить персонал, который был бы способен обеспечить уход как за матерью, так и ребенком. Законодательство может способствовать достижению подобных целей.

Защита конфиденциальности особенно важна в обществах, где информация о женщине может быть использована против нее самой тем или иным образом. Законодательство может, в частности, констатировать, что информация о состоянии психического здоровья в таких ситуациях на подлжит разглашению без ясно выраженного согласия женщины. Законодательство должно также способствовать тому, чтобы специалисты по охране психического здоровья принимали во внимание давление, оказываемое на женщину, во многих странах, с тем чтобы она согласилась предоставить информацию членам своей семьи.

В странах, где женщин помещают в психиатрические больницы на основании того, что они нарушили социальные или культурные нормы поведения, необходимо, чтобы законодательство четко декларировало, что подобная практика является незаконной. Законодательство должно способствовать получению равного доступа к службам охраны психического здоровья, включая лечение по месту жительства и возможность получения реабилитационных услуг. Женщины должны также иметь равные права с мужчинами при решении вопросов принудительной госпитализации и лечения. Законодательство может требовать от надзорного органа проведения отдельного и специального мониторинга по выявлению процентного показателя принудительной госпитализации женщин в психиатрические учреждения с целью оценки потенциальных случаев дискриминации.

17.3 Меньшинства

Дискриминация национальных меньшинств при оказании услуг в области охраны психического здоровья может принимать различные формы. Например:

- меньшинствам может быть отказано в доступе к медико-социальной помощи по месту жительства, а взамен предложено лечение в стационарных учреждениях;
- у меньшинств обычно всегда отмечается более высокие показатели госпитализации в принудительном порядке;
- социальные и культурные нормы поведения, отличающие меньшинства, иногда трактуются как признаки психического расстройства и приводят к принудительной госпитализации;
- представители меньшинств чаще всего подвергаются принудительному лечению в психиатрических учреждениях;
- обстановка в психиатрических учреждениях не учитывает уникальные культурные и социальные потребности меньшинств;
- представителей меньшинств, страдающих психическими расстройствами, чаще всего арестовывают за мелкие правонарушения, что приводит к их более частому контакту с системой уголовного судопроизводства.

Законодательство способно обеспечить непосредственную защиту от подобной дискриминационной практики. Например, законодательство может констатировать, что надзорный орган обязан проводить мониторинг случаев принудительной госпитализации и принудительного лечения меньшинств, услуг по лечению и реабилитации меньшинств, оказываемых по месту жительства, гарантировать, что критерии по аттестации психиатрических учреждений предусматривают создание соответствующей меньшинствам культурной среды.

Пример: Защита интересов женщин и меньшинств в Австралии

Для защиты женщин и меньшинств в Законе о психиатрической помощи Нового Южного Уэльса констатируется, что в состав Трибунала по охране психического здоровья «должны входить одна или несколько женщин и один или несколько представителей этнических меньшинств».

(Закон о психиатрической помощи Нового Южного Уэльса, 1990 г.)

17.4 Беженцы

В некоторых странах беженцы и лица, претендующие на получение убежища, часто получают менее качественное лечение, что вызывает или осложняет психические расстройства. Они не могут получить такую же психическую и психиатрическую помощь, какая предоставляется гражданам данной страны. Это нарушает Статью 12 МПЭСКП, в которой «признается право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья».

Законодательство может констатировать, что беженцы имеют право на получение таких же услуг в области охраны психического здоровья, что и граждане страны, на территории которой они находятся.

Защита легкоуязвимых групп населения: основные положения

- Законодательство, защищающее права детей и подростков, должно принимать во внимание их особую уязвимость.
- Законодательство может способствовать созданию и улучшению доступа к специализированным службам охраны психического здоровья для несовершеннолетних.
- Законодательство способно активно препятствовать принудительной госпитализации несовершеннолетних в психиатрические учреждения.
- Несовершеннолетние должны иметь право на личного представителя, который обязан соответствующим образом представлять их интересы, особенно во время госпитализации в психиатрическое учреждение и на протяжении всего времени пребывания в таком учреждении.

- Неравенство и дискриминационная практика способны вызывать и обострять психические расстройства у женщин.
- Женщины должны иметь отдельные спальные помещения (палаты для лиц одного пола), которые должны были достаточно комфортны и сопоставимы с аналогичными жилыми помещениями для мужчин.
- В странах, где женщины содержатся в психиатрических больницах на основании того, что они нарушили социальные или культурные нормы, необходимо, чтобы законодательство декларировало незаконность подобной практики.
- Законодательство способно обеспечить защиту от дискриминационной практики в отношении меньшинств. Например, законодательство может констатировать, что надзорный орган обязан проводить мониторинг случаев принудительной госпитализации и принудительного лечения меньшинств, а также осуществлять мониторинг услуг по лечению и реабилитации меньшинств, оказываемых по месту жительства.
- Беженцы имеют право на получение таких же услуг в области охраны психического здоровья, что и граждане страны, на территории которой они находятся.

18. Преступления и наказания

Закон пишется не для того, чтобы наказывать тех, кто не выполняет содержащиеся в нем нормы, а для того, чтобы наставлять и направлять людей к соблюдению того, что в демократически принятом (как мы надеемся) законодательстве, после проведения консультаций и дискуссий, является необходимым для нормального развития страны. Однако, когда нарушается закон, система уголовного судопроизводства отдельной страны имеет все необходимые полномочия для принятия мер по преследованию и наказанию преступников. Это ставит законодательство в особые условия сопоставимые, например, с политикой страны или стратегическими планами.

Как и другие вопросы, которые освещались в данной главе, преступные деяния и наказания за их совершение могут варьироваться в зависимости от страны. Тем не менее, во многих странах, за исключением случаев, когда существуют соответствующие уточнения в законе, устанавливающие степень и меру ответственности за то или иное преступное деяние, нормальное функционирование правосудия может оказаться под вопросом в случаях, когда имеет место нарушение закона. В результате этого потенциальные возможности закона по улучшению ситуации в области охраны психического здоровья могут быть использованы не полностью. Следовательно, закон должен конкретизировать, какому наказанию подвергается лицо, совершившее то или иное преступление, а также устанавливать строгость наказания при совершении конкретного деяния с учетом того факта, что не все деяния являются одинаково опасными.

Примеры: Преступления и наказания

Нижеприведенные примеры иллюстрируют, как в различных странах устанавливаются мера и степень содеянного и наказание за то или иное деяние, подпадающее под юрисдикцию законодательства по охране психического здоровья. Данные примеры приводятся исключительно для наглядности, что означает, что каждой стране в своем национальном законодательстве необходимо будет самостоятельно установить меру и степень ответственности за конкретное деяние.

Япония

В Японии в Законе о психиатрической помощи и благополучии лиц, страдающих психическими расстройствами, (Закон 94, 1995 г.) приводятся верхняя и нижняя степень наказания за различные преступные деяния. Например:

- Лицо, совершившее одно из нижеперечисленных деяний, подлежит наказанию в виде принудительно-исправительных работ сроком не более трех (3) лет или штрафа в размере не более одного миллиона йен:
 - (i) лицо, нарушившее порядок выписки в соответствии с пунктом 5 Статьи 38.5;
 - (ii) лицо, нарушившее порядок в соответствии с пунктом 2 Статьи 38.7;
 - (iii) лицо, нарушившее порядок в соответствии с пунктом 3 Статьи 38.7.
- Администрация психиатрического учреждения, лечащий врач, член надзорного органа [и другие упомянутые лица] подлежат наказанию в виде исправительно-трудовых работ сроком не более одного года или штрафа в размере не более пяти тысяч йен, если он/она, без имеющейся на то причины, раскроет конфиденциальную информацию в ходе выполнения своих служебных обязанностей в рамках данного законодательства.

Кения

В Законе о психиатрической помощи (Закон No. 7, 1989 г.) Кении приводится список деяний, которые считаются преступными. Далее в Законе констатируется:

Любое лицо, признанное виновным в совершении преступного деяния, установленного данным Законом, или нарушающее положения данного Закона или любого подзаконного акта, принятого в дополнение к Закону, несет, если не предусмотрена иная мера наказания, ответственность, в случае установления вины, в виде штрафа в размере до десяти тысяч шиллингов или срока заключения до двенадцати месяцев, или и то, и другое.

Австралия

В Новом Южном Уэльсе применяется система «штрафных единиц». Это позволяет избежать необходимости постоянно вносить изменения в законодательство, когда назначается конкретное наказание, и учитывать инфляцию и другие экономические колебания. Например, максимальными 50 штрафными единицами наказываются лица за такие деяния, как раскрытие конфиденциальной информации или отказ повиноваться или выполнять приказ, постановление или решение надзорного трибунала, суда или Психиатрической надзорной комиссии, а минимальное наказание в 10 штрафных единиц налагается на лиц, работающих без лицензии.

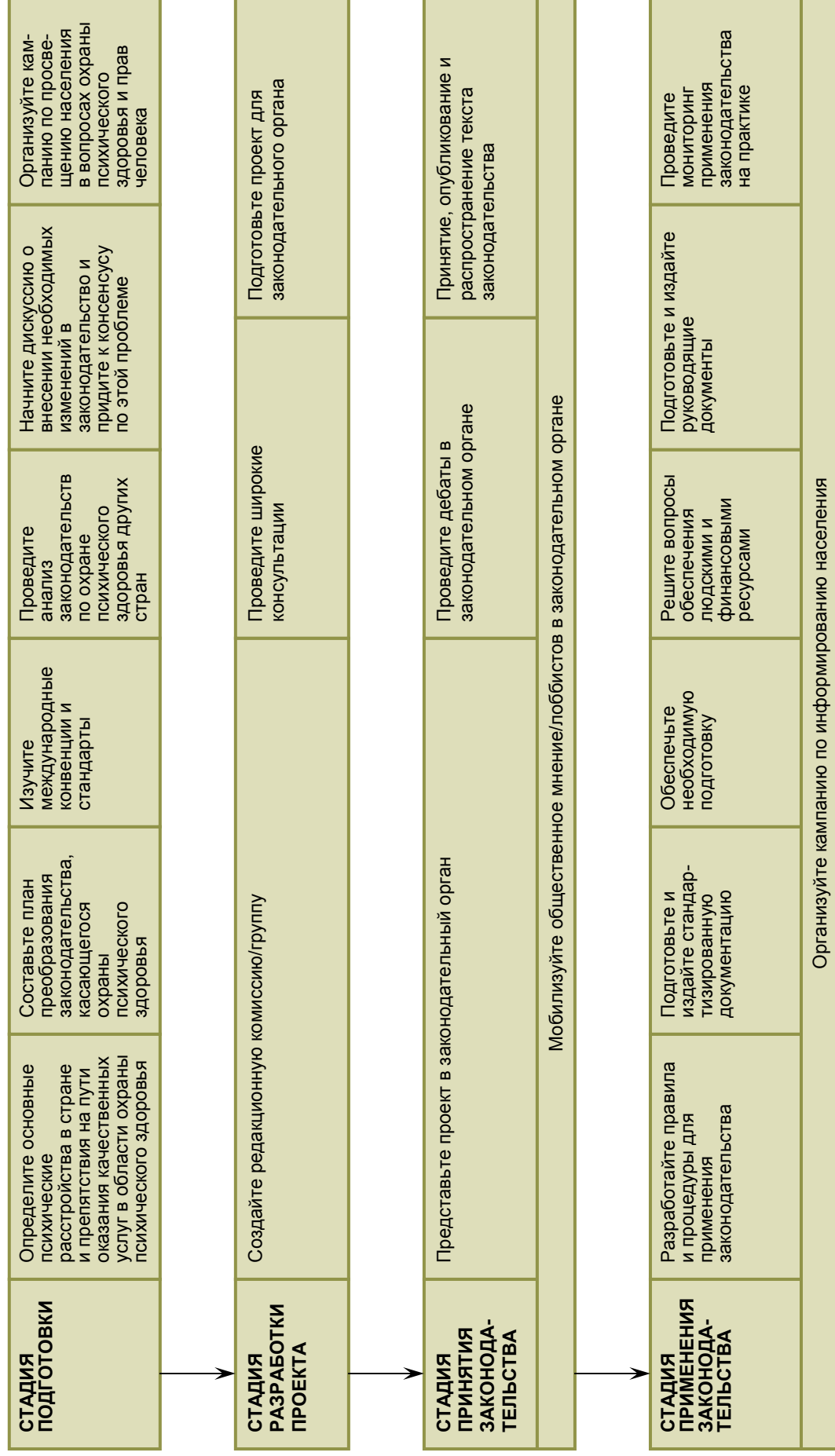
1. Введение

В данной главе описывается законодательный процесс, начиная с разработки законодательства в области охраны психического здоровья до его непосредственного применения. После получения в Главе 1 ответа на вопрос «почему надо это делать» и «что можно предпринять» в соответствии с содержанием законодательства в области охраны психического здоровья, изложенного в Главе 2, мы сосредоточимся на том, «как действовать» в этом направлении. В этой главе раскрываются первые шаги, которые страны должны сделать еще до начала разработки проекта законодательства, а также их действия на стадиях подготовки, принятия и применения законодательства в области охраны психического здоровья. В данной главе также приводятся взятые из опыта других стран примеры возможных трудностей – и решения – процессуальных проблем в ходе подготовки законодательства в области охраны психического здоровья.

Как и при определении содержания законодательства, законодательный процесс будет зависеть от существующих в стране процессуальных норм и традиций, в соответствии с которыми происходит разработка, принятие и применение законодательства. В данной главе приводятся и обсуждаются важные положения, хотя необходимо подчеркнуть, что их следует рассматривать исключительно в качестве руководящих принципов; каждая страна должна следовать своим установленным процессуальным нормам и правилам.

На Рисунке 2 представлены четыре стадии, которые пройдут большинство стран в процессе создания законодательства: стадия подготовки, стадия разработки проекта, стадия принятия и стадия применения законодательства. Данная глава посвящена их описанию.

Рисунок 2. Процесс создания законодательства в области охраны психического здоровья



2. Стадия подготовки

Перед началом разработки законодательства по охране психического здоровья рекомендуется предпринять следующие шаги, которые могут оказаться полезными при определении содержания законодательства. К ним относятся:

1. Выявление основных потребностей и проблем в области охраны психического здоровья, существующих в стране, а также препятствий, мешающих осуществлению планов, программ и политики в области психического здоровья.
2. Изучение существующего законодательства по охране психического здоровья и/или положений других законов, касающихся вопросов психического здоровья, выявление пробелов в законодательстве и устаревших положений, нуждающихся в реформировании, а также препятствий и проблем на этом пути.
3. Проведение анализа международных конвенций и стандартов по правам человека, включающих положения, относящиеся к охране психического здоровья, и обязательств, взятых правительствами по выполнению требований, содержащихся в данных документах.
4. Проведение анализа положений законодательств по охране психического здоровья других стран, особенно стран с похожей экономической и политической системами, социальными и культурными ценностями.
5. Достижение консенсуса и начало дискуссии по внесению необходимых изменений.
6. Ведение просветительской работы с населением по вопросам психического здоровья и правам человека.

В большинстве стран стадия подготовки разработки законодательства в области охраны психического здоровья целиком ложится на плечи сотрудников министерства здравоохранения. Однако в некоторых странах существуют «законодательные комиссии» – или аналогичные органы, которые отвечают за выявление областей, нуждающихся в реформировании, проведение необходимых исследований и выработку рекомендаций по внесению изменений в законодательство. В некоторых случаях правовой департамент министерства несет непосредственную ответственность за разработку всего законодательства.

В странах, где пользователи услуг психиатрии, члены их семей, организации, отстаивающие интересы пациентов, или профессиональные группы и организации понимают потребность разработки законодательства по охране психического здоровья (или реформирования существующего законодательства), в их обязанности входит проведение информационно-пропагандистских мероприятий по разъяснению важности и необходимости принятия нового законодательства (или внесения поправок в существующий закон).

Пример: Инициатива по проведению законодательной реформы в Республике Корея

В 1992 г. в Республике Корея группа молодых психиатров осознала необходимость перемен в политике по охране психического здоровья. Они стали активно выступать за соблюдение прав человека, деинституционализацию и перевод служб охраны психического здоровья на местный уровень. После проведения консультаций с представителями Министерства здравоохранения и социального обеспечения совместными усилиями началась разработка нового законодательства по охране психического здоровья. После двух лет подготовительной работы и консультаций правительством был подготовлен проект, представленный на рассмотрение в Национальную ассамблею. В декабре 1995 г. в стране был принят новый закон по охране психического здоровья.

(Личная переписка д-ра Тае-Уеоп Нванг, Директора Департамента по психиатрической реабилитации и общинным службам психического здоровья, Сотрудничавший центр ВОЗ по психосоциальной реабилитации и общинным службам психического здоровья, Психиатрическая клиника Йонгина)

2.1 Определение основных психических расстройств в стране и препятствий в области охраны психического здоровья

Первый шаг, который необходимо предпринять, заключается в выяснении истинной и достоверной информации о распространенности психических расстройств в стране в целом и по регионам и среди различных групп населения в частности (если это имеет место). Наиболее надежным источником такой информации являются данные эпиднадзора на районном уровне. Однако во многих развивающихся (и даже в некоторых развитых) странах отмечается нехватка точных данных об эпидемиологической ситуации. В тех случаях, когда данные районных санэпидемстанций оказываются недоступными или неточными, чиновники, формирующие политику и планирующие мероприятия в области охраны психического здоровья, могут осуществлять сбор информации из других источников. Например:

- а) Данные по количеству пациентов могут являться грубой оценкой уровня потребности в тех или иных службах охраны психического здоровья и распространенности психических расстройств. Однако хорошо известно, что только небольшой процент лиц с психическими расстройствами, нуждающихся в лечении, обращается в службы

психического здоровья за помощью, хотя даже на основании подобных данных можно сделать оценку уровня «реального» распространения психических расстройств (более подробно см. модуль *Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья* (ВОЗ, 2003а): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

- b) Информация о количестве психических расстройств, полученная в ходе опроса групп пациентов и интервью с ключевыми информантами, может оказаться чрезвычайно полезной, а сбор ее не требует значительных затрат. (Arjonilla, Parada & Pelcastre, 2000).
- c) В некоторых случаях информация, собранная в одной стране может быть применима в других странах с аналогичными культурными и социальными условиями.

Важно также иметь четкое понимание того, какие препятствия и проблемы стоят на пути оказания качественных услуг в области охраны психического здоровья. Законодательство может служить инструментом преодоления многих препятствий и решения значительного количества проблем. Примеры, приведенные ниже, служат иллюстрацией того, как преодолеть возникшие препятствия путем законодательных инициатив и определить приоритетные направления законодательства.

Примеры препятствий на пути оказания качественных услуг в области охраны психического здоровья, которые можно преодолеть с помощью законодательства

- Отсутствие служб охраны психического здоровья в отдельных областях страны или в стране в целом.
- Большинство населения не способно оплачивать услуги в области охраны психического здоровья; страховая система не покрывает или покрывает лишь частично стоимость услуг по лечению психических заболеваний.
- Качество лечения в психиатрических больницах находится на очень низком уровне, условия проживания не соответствуют существующим нормам, что ведет к нарушению прав человека.
- Отсутствие правил и контроля за процессом принудительной госпитализации и лечения, что часто ассоциируется с лишением свободы.
- Стигматизация и дискриминация лиц с психическими расстройствами негативно влияют на их интеграцию в общество и отрицательно сказываются на качестве лечения.
- Лицам с психическими расстройствами отказывают в элементарных гражданских, политических, экономических, социальных и культурных правах, таких как право на участие в общественной жизни, право свободно пользоваться своей культурой, право участвовать в выборах, право на свободу слова, право на жилище, право на труд и право на образование.
- Психические расстройства могут отрицательно сказываться на способности людей защищать свои собственные права и заявлять о своих интересах и потребностях.
- Определенные социальные условия или культурные традиции наносят ущерб психическому здоровью отдельных групп населения.
- Отсутствие ресурсов для нормальной работы служб и осуществления программ в области охраны психического здоровья.

2.2 Составление плана преобразования законодательства, относящегося к сфере психического здоровья

В одних странах уже давно существуют законы по охране психического здоровья и законы, связанные с этой сферой, другим – приходится заниматься разработкой такого законодательства впервые. Следовательно, процесс «составления плана преобразования» законодательства в этих странах будет различным. В странах, где уже существуют законы об охране психического здоровья, необходимо провести их тщательный анализ на предмет использования в качестве основы для нового законодательства. В дополнение к этому необходимо провести оценку и анализ отдельных положений других законов, касающихся вопросов психического здоровья. В странах, где специальное законодательство по охране психического здоровья отсутствует, должны существовать законы, относящиеся к сфере психического здоровья, которые также требуют анализа.

Планирование законодательства, относящегося к сфере психического здоровья, может оказаться очень полезным в процессе общего анализа состояния различных законов, способных внести вклад в достижение поставленных целей при разработке политики и программ в области охраны психического здоровья и оценки необходимости их изменения. Систематический и критический анализ существующих законов помогает выявить отсутствие тех или иных юридических норм или необходимость изменения отдельных положений с целью защиты прав или создания гарантий доступа к лечению лиц с психическими расстройствами, а также пропаганды ценностей психического здоровья и профилактики психических расстройств. В ряде случаев может оказаться, что в стране уже имеются соответствующие положения в существующем законодательстве, а основная проблема заключается преимущественно в их исполнении. В подобной ситуации нет большой необходимости в изменении, совершенствовании, внесении поправок в существующие законы или в принятии нового законодательства.

Контрольный перечень ВОЗ по законодательству в области охраны психического здоровья, который служит руководством по применению Справочника базовой информации, является полезным инструментом для определения сильных и слабых сторон существующего законодательства и выявления того, какие положения необходимо рассмотреть для включения в новый закон (см. Приложение 1).

Пример: Планирование законодательства в Самоа

При разработке законодательства по охране психического здоровья в Самоа была проведена оценка 32 различных законодательных актов, относящихся к вопросам психического здоровья, таких как Закон о гражданстве (1972 г.), Уголовно-процессуальный кодекс (1972 г.), Закон о здравоохранении (1959 г.), Закон об омбудсмене (1988 г.), Закон об охране психического здоровья (1961 г.), Акт Министерства по делам женщин (1990 г.), Закон о фармации (1976 г.) и Закон об опеке (1975 г.).

(Отчет Миссии ВОЗ, 2003 г.)

2.3 Анализ международных конвенций и стандартов

Страны, ратифицировавшие международные конвенции по правам человека, несут обязательства по защите, уважению и соблюдению прав, зафиксированных в данных документах, путем создания законодательства, разработки политики в этой области и принятия других мер.

Как уже говорилось в Главе 1, *Международный пакт о гражданских и политических правах* (МПГПП, 1966 г.) и *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах* (МПЭСКП, 1966 г.) являются двумя ключевыми международными инструментами, ратифицированными большинством стран. Следовательно, важно, чтобы эти инструменты были тщательно проанализированы на этапе планирования законодательства по охране психического здоровья. Как уже говорилось ранее, различные международные стандарты – хотя и не имеющие обязательной юридической силы – являются результатом международного консенсуса по вопросам принятой надлежащей практики и служат полезным инструментом для разработки законодательства и осуществления политики в области охраны психического здоровья. К ним относятся *Принципы ПБ*, *Стандартные правила*, *Каракасская декларация*, *Мадридская декларация* и другие стандарты, такие как *Закон о психиатрической помощи ВОЗ: десять основных принципов* (см. Главу 1, разделы 6 и 7).

2.4 Анализ законодательств по охране психического здоровья других стран

Проведение анализа законодательств по охране психического здоровья других стран дает возможность получить более четкое представление о различных компонентах, традиционно включенных в подобные законодательства. При проведении такого анализа важно помнить, что во многих странах все еще существуют устаревшие законы. Следовательно, необходимо проводить анализ прежде всего законодательств тех стран, которые приняли прогрессивные законы, отражающие международные стандарты по правам человека и современное положение дел в области ухода и лечения психических расстройств. В процессе оценки необходимо также критически проанализировать роль законодательства в улучшении положения лиц с психическими расстройствами в соответствующих странах. К причинам неудач могут относиться плохая разработка законодательства и сложности его применения, вытекающие из законодательных положений, не учитывающих практических реалий страны. Полезным источником для проведения такого анализа может являться *Международный дайджест ВОЗ по законодательству в области здравоохранения* (IDHL), информацию о котором можно получить на веб-сайте (<http://www.who.int/idhl>).

Примером плохо разработанного законодательства может служить законодательное положение, содержащее требование о проведении освидетельствования по крайней мере двумя психиатрами перед принятием решения о принудительной госпитализации в странах, где ощущается сильная нехватка психиатров, что делает данное требование практически невыполнимым. Хотя целью такого положения является обеспечение надлежащей защиты от принудительной госпитализации, на практике результат может быть прямо противоположным. В одних случаях, поскольку данное положение оказывается невыполнимым, его попросту игнорируют, и специалисты по охране психического здоровья и члены семьи больного сталкиваются с неадекватной практикой назначения принудительной госпитализации. В других, когда стараются соблюсти букву закона и найти двух психиатров, лицо, нуждающееся в принудительной госпитализации и лечении, может не получить никакого лечения вообще, что также считается нарушением прав человека. Наиболее оптимальным вариантом в этой ситуации будет являться требование об освидетельствовании двумя специалистами в области охраны психического здоровья, один из которых должен быть психиатром. Другими специалистами в области охраны психического здоровья могут быть социальные работники, специализирующиеся в области психиатрии, психологи и психиатрические медсестры, что расширяет круг специалистов по охране психического здоровья, способных проводить освидетельствование, и обеспечивает надлежащую защиту лиц, страдающих психическими расстройствами.

При анализе законодательства в области охраны психического здоровья другой страны необходимо принимать во внимание существующие социальные, экономические и культурные факторы и различия. Следовательно, отдельные положения такого законодательства могут быть неприменимы в других странах. Например, опекунами могут быть только члены семьи или супруг(а) пациента. Это может быть неприемлемым в тех странах, где все родственники в силу культурных особенностей считаются членами одной большой семьи, или в странах, где разрешены полигамные браки. В связи с этим адаптация данных положений законодательства к социальным, экономическим и культурным особенностям конкретной страны может оказаться крайне необходимой.

Пример: Препятствия и пути их преодоления при формулировании законодательства в области охраны психического здоровья

Препятствия	Пути их преодоления
Разногласия между теми, кто при формулировании законодательства во главу угла ставит защиту прав и свобод каждого индивидуума, и теми, кого беспокоит прежде всего общественная безопасность.	При формулировании законодательства по охране психического здоровья используйте подход, основанный на анализе потребностей (то есть принимайте во внимание как потребности пользователей, так и потребности общества в целом).
Столкновение между врачебной гегемонией и правами человека в подходе к законодательству, то есть между теми, кто считает, что врачи лучше знают, что необходимо пациенту, и теми, кто считает, что пациенты лучше знают, что им нужно.	Формулируйте законодательство по охране психического здоровья с точки зрения пользователя услуг и исходя из участия в данном процессе представителей различных секторов и дисциплин.
Возникновение конфликтных ситуаций между теми, кто выступает за то, чтобы законодательство в области охраны психического здоровья содержало положения, касающиеся исключительно вопросов лечения и прав пациентов, и теми, кто желает видеть в нем документ, в котором первостепенное значение уделяется пропаганде ценностей психического здоровья и профилактике заболеваний.	Назначьте представителя от каждой заинтересованной группы в состав редакционной комиссии.
Разногласия по вопросам прав и обязанностей членов семей и вопросам прав и обязанностей пользователей.	Проведите семинары с участием представителей членов семей и организаций пользователей с целью рассмотрения и обсуждения ключевых вопросов и интересов каждой группы. Включите представителей от каждой группы в состав редакционной комиссии.
Сопrotивление со стороны психиатров, воспринимающих положения и нормы законодательства как ограничение их клинической автономии.	Проведите семинары по правам пациентов и врачебной этике с участием экспертов в данных областях.
Низкая значимость законодательства по охране психического здоровья для правительства, парламента и других секторов, не относящихся к здравоохранению.	Необходимо, чтобы организации пользователей, лиц, обеспечивающих уход, и организации, отстаивающие интересы пациентов провели кампании по лоббированию среди законодателей для выявления парламентариев, готовых к проведению законодательства по охране психического здоровья через законодательный орган. Более подробно см. модуль <i>Пропаганда охраны психического здоровья</i> (ВОЗ 2003b): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/
Сопrotивление законодательству, ориентированному на защиту прав человека, со стороны общественности.	Проведите мероприятия по информированию и просвещению населения.

В данной таблице были приведены примеры отдельных препятствий и пути их преодоления в процессе формулирования законодательства по охране психического здоровья. В каждой стране будут свои собственные трудности, обусловленные конкретной ситуацией и условиями, поэтому приводимые примеры ни в коем случае не являются исчерпывающими.

2.5 Прийти к консенсусу и начать дискуссию по вопросу внесения изменений в законодательство

В предыдущей главе были изложены основные положения, которые должны быть включены в новое законодательство и/или какие поправки необходимо внести в уже существующий закон. Однако для решения этих вопросов необходимо достижение консенсуса со всеми заинтересованными сторонами, которыми могут быть политики и члены парламента, чиновники, формирующие политику в области охраны психического здоровья, министерства (здравоохранения, социального обеспечения, юстиции и финансов), специалисты (психиатры, психологи, психиатрические медсестры и социальные работники), члены семей лиц, страдающих психическими расстройствами, пользователи услуг, организации, отстаивающие интересы пациентов, учреждения системы охраны психического здоровья, неправительственные организации, правозащитники, религиозные организации и церковные общины. В некоторых странах включение в данную категорию руководителей местной администрации и народных целителей может оказаться необходимым.

Обеспечение консенсуса и проведение дискуссии играют важную роль не только при разработке проекта законодательства, но служат гарантией его осуществления после принятия парламентом. Широкий консенсус также необходим, поскольку законодательство в области охраны психического здоровья не может быть принято обществом, пока в нем существуют неправильные представления, понятия и страх, ассоциируемый с психическими расстройствами.

2.6 Просвещение населения в вопросах охраны психического здоровья и прав человека

Вследствие непонимания населением вопросов охраны психического здоровья во многих странах может возникнуть неприятие, а иногда даже и оппозиция законодательству, ориентированному на защиту прав человека. Значительная стигматизация и дискриминация в отношении людей, страдающих психическими расстройствами, может привести к формированию общественной оппозиции во время прохождения проекта закона через законодательный орган или его бойкотированию после того, как он станет законом.

Важно, чтобы общественность была проинформирована о том, что такое психическое расстройство и какими правами обладают больные. Это значительно облегчило бы процесс разработки, принятия и применения законодательства.

Подготовка к разработке законодательства по охране психического здоровья: основные положения

- Процесс создания нового законодательства по охране психического здоровья может быть инициирован чиновниками министерства, отвечающими за вопросы, относящиеся к психическому здоровью, комитетом по законодательству (или аналогичным органом), правовым департаментом министерства, НПО или пользователями услуг, членами их семей, организациями, защищающими права лиц с психическими расстройствами, профессиональными или другими группами, которые видят в этом необходимость.
- Информацию о психических расстройствах, потребностях и препятствиях можно получить в результате проведения эпидемиологических исследований, сбора информации о количестве пациентов (например, данных о лечении), проведения количественных исследований (например, проведения опроса групп пользователей услуг) или экстраполирования данных других стран с аналогичной социальной и культурной средой.
- Необходимо определить проблемы, которые могут быть решены в законодательном порядке.
- Необходимо провести анализ всех законов, относящихся к вопросам психического здоровья.
- Необходимо тщательно изучить международные конвенции и стандарты с целью гарантированного включения международно признанных прав в законодательство.
- Тщательный анализ прогрессивных законов других стран, а также элементов, способствующих их эффективному применению, может оказать значительную помощь при разработке национального законодательства. Несмотря на это, необходимо тщательно взвесить целесообразность использования данных положений в условиях конкретной страны.
- Достижение консенсуса при разработке законодательства в области охраны психического здоровья должно иметь место на как можно более ранней стадии, с тем чтобы зафиксировать в нем различные точки зрения и обеспечить его более эффективное последующее применение.

3. Разработка законодательства по охране психического здоровья

3.1 Процесс разработки

Процесс разработки нового законодательства в каждой стране имеет свои отличия и зависит от конкретной законодательной, административной и политической системы. Справочник базовой информации ВОЗ не старается изменить уже существующие хорошо отлаженные механизмы, которые разрабатывались и были приняты в каждой стране. Существует ряд причин, определяющих, как часто и кто должен пересматривать существующее законодательство. Уже было высказано предложение о необходимости обновления законодательства каждые 5–10 лет, однако в тех случаях, когда возникают проблемы с содержанием или применением положений существующих законов, пересмотр необходимо ускорить. В некоторых странах есть возможность «устранения сложностей», что позволяет внести определенные изменения в существующее законодательство в том случае, если это фундаментальным образом не нарушает его структуры и сущности, а необходимо для того, чтобы лучше соответствовать целям, ради которых оно было принято – без потери времени в ходе длительного законодательного процесса. Например, в Законе об охране психического здоровья Индии констатируется, что «в случае возникновения каких-либо сложностей при выполнении положений настоящего Закона в том или ином штате правительство штата может, согласно закону, сделать все необходимое, что не противоречит данным положениям и является целесообразным для устранения сложности» (Статья 97 Закона об охране психического здоровья Индии, 1987 г.).

В одних странах члены специально созданного редакционного комитета, задача которого заключается в разработке законодательства, назначаются законодательным органом или соответствующим министерством; в других – существуют законодательные комиссии или аналогичные органы, выполняющие данные функции (см. раздел 2, выше). В странах, где отсутствуют необходимые структуры для разработки нового законодательства, эту важную роль может взять на себя департамент по охране психического здоровья министерства здравоохранения.

Пример: Процесс разработки законодательства в Португалии и Южной Африке

В Португалии после проведения Национальной конференции с участием всех заинтересованных сторон, на которой были приняты рекомендации по разработке нового законодательства, Министерство здравоохранения и Министерство юстиции учредили две рабочие группы и поставили перед ними задачи по подготовке проекта нового законодательства по охране психического здоровья. Первая группа занималась вопросами, относящимися к политике в области охраны психического здоровья и правам пациентов, вторая – законодательным регулированием принудительного лечения. Данный процесс продолжался более двух лет, в течение которых были проведены обширные консультации с различными группами.

(Личная переписка д-ра J.M. Caldas de Almeida, Регионального советника Региона ВОЗ для стран Америки, 2003 г.)

В Южной Африке о необходимости нового законодательства по охране психического здоровья впервые заговорили в Министерстве здравоохранения частично потому, что несколько положений существующего законодательства оказались неконституционными после прошедшего перехода политической системы от апартеида к демократии. Управлению, отвечающему за психическое здоровье, была поставлена задача провести консультации и разработать проект закона. Данный процесс, от общей концепции до принятия парламентом, занял приблизительно пять лет.

(Личная переписка профессора M. Freeman, Министерство здравоохранения Южной Африки, 2003 г.)

Главное не в том, какой орган займется разработкой законодательства, а в том, что в процессе разработки должно принимать участие большое количество экспертов, с тем чтобы тщательно и всесторонне отразить в законопроекте противоположные (но, безусловно, разумные) идеологические воззрения, разработать его на основе всей имеющейся информации и подготовить проект, наилучшим образом соответствующий местным условиям. Одни страны для этой цели могут создать комитет, состоящий из лиц, соответствующих данным критериям и способных самостоятельно разработать необходимый проект. Другие, возможно, примут решение о назначении только одного или двух человек в состав редакционной комиссии, наделив их полномочиями привлекать соответствующих экспертов и представителей различных групп, с тем чтобы вышеуказанные критерии были полностью соблюдены. Смешанная модель также может оказаться вполне возможной.

Принятие подобных решений будет зависеть от многих факторов, таких как наличие экспертов, стоимость применения различных подходов по отношению к имеющимся ресурсам и оценка того, какой подход может оказаться наиболее эффективным в данной стране. Состав экспертной группы и масштаб проведения консультаций будут также зависеть от целей разрабатываемого законодательства. Например, если какая-то страна поставила себе цель создать законодательство, охватывающее все аспекты, относящиеся к лицам, страдающим психическими заболеваниями, то здесь потребуются консультанты по жилищным вопросам, проблемам занятости, социальным льготам, социальному обеспечению и судопроизводству.

В большинстве стран для редакционной комиссии потребуется привлечение следующих заинтересованных сторон:

- представителя министерства здравоохранения, обычно специалиста в области психического здоровья, который может возглавить комиссию, координировать ее работу или выступать в качестве исполнительного секретаря;
- представителей других министерств (например, финансов, образования, труда, жилищно-коммунального хозяйства, социального обеспечения и юстиции);
- специалистов по охране психического здоровья;
- юристов с опытом работы в области охраны психического здоровья и других секторах;
- людей с опытом работы в области прав человека (юристов или других специалистов);
- пользователей услуг психиатрии, членов их семей и лиц, осуществляющих уход;
- представителей неправительственных организаций, представляющих интересы лиц, страдающих психическими расстройствами;
- экспертов, имеющих опыт работы с меньшинствами и другими легкоуязвимыми группами населения (например, женщинами, детьми и престарелыми);
- законодателей, проявляющих интерес к вопросам охраны психического здоровья.

Несмотря на широкое привлечение экспертов на данной стадии разработки законодательства, подготовленный проект подлежит дальнейшей доработке путем проведения консультаций с другими (или теми же самыми) заинтересованными сторонами, которые смогут внести в него дополнения и принять участие в согласовании окончательного проекта законодательства (см. подраздел 3.3, ниже).

3.2 Необходимость привлечения консультантов

Подготовленный проект законодательства должен быть представлен на рассмотрение всем ключевым заинтересованным сторонам в сфере охраны психического здоровья. В ходе консультаций необходимо ликвидировать потенциально слабые места подготовленного проекта, устранить противоречия между положениями нового законодательства и существующей практикой, внести непреднамеренно упущенные на стадии разработки спорные вопросы и откорректировать возможные варианты решения проблем, которые могут возникнуть во время применения законодательства на практике.

Если консультации хорошо планировать и регулярно проводить, то они способны оказать положительное воздействие на процесс принятия предложенного законодательства и также на его применение после вступления в силу. Консультации предоставляют возможность обратить внимание общественности на проблемы лиц, страдающих психическими расстройствами, и вопросы профилактики этих расстройств. Они также способствуют вовлечению общественности в данный процесс, и проблема бремени психических расстройств становится для нее более очевидной. Все эти факторы повышают вероятность эффективного применения законодательства после его вступления в силу.

3.3 Организация консультаций

Во многих странах организация консультаций может являться как законодательно установленным, так и менее формальным процессом. Перед внесением проекта законодательства в законодательный орган в большинстве стран его публикуют в одном из официальных изданий, например в правительственном бюллетене. Общественности обычно предоставляется определенное время (например, три месяца) для обсуждения проекта закона. Все полученные комментарии подлежат тщательному рассмотрению с внесением в проект документа необходимых изменений. Однако на этом этапе все обширные консультации должны уже закончиться. Далее речь пойдет о части консультационного процесса, которая не закреплена законом.

Необходимо провести консультации с пользователями услуг психиатрии, членами их семей, организациями, отстаивающими права пациентов, НПО, профессиональными группами, министерствами и ведомствами, сотрудниками системы оказания психиатрической помощи, представителями общественности и другими лицами, имеющими прямое или косвенное отношение к законодательству. Многие из перечисленных заинтересованных сторон были вовлечены с самого начала в процесс разработки законодательства, однако на данной стадии появляется возможность для проведения более расширенных консультаций. В каждой из вышеперечисленных групп могут быть представители различных подгрупп, имеющих диаметрально противоположные точки зрения (см. также *Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, Пропаганда охраны психического здоровья* (ВОЗ, 2003b) на веб-сайте: http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

Министерства и ведомства, отвечающие за здравоохранение, социальное обеспечение, образование, занятость, юстицию, полицию, исправительные учреждения, финансы, жилищно-коммунальное хозяйство (и возможно другие сферы), необходимо привлечь к участию в консультациях. В каждой стране обязанности между министерствами распределены по-разному. В одних странах министерства здравоохранения будут, в соответствии с законодательством, обладать юрисдикцией в области осуществления ухода и лечения, между тем как вопросы реабилитации и профилактики могут быть в ведении министерства социального обеспечения. В других – за все вышеуказанные функции может отвечать министерство здравоохранения. В независимости от сферы ответственности консультации необходимо проводить как с министерством здравоохранения, так и с министерством социального обеспечения во избежание дублирования функций или возникновения конфликтных ситуаций. С министерством финансов также необходимо провести соответствующие консультации, так как предлагаемое законодательство, вероятнее всего, будет иметь финансовые последствия для всей системы оказания психической и психиатрической помощи как в частном, так и в государственном секторе и потребует выделения средств на создание надзорных органов и агентств по мониторингу. Поддержка законодательства министерством финансов, таким образом, является наиболее важным фактором, гарантирующим достаточное финансирование, необходимое для его эффективного применения. Аналогичные консультации потребуются с другими министерствами в части касающихся их деятельности положений законодательства.

Профессиональные группы, включающие психиатров, медицинских сестер, психологов, социальных работников, специализирующихся в области психиатрии, терапевтов, специалистов по реабилитации и других профессионалов, имеющих отношение к системе охраны психического здоровья, будут ежедневно нести ответственность за применение на практике положений законодательства по охране психического здоровья. Профессиональные группы наиболее быстро выявляют сложности, возникающие при применении тех или иных положений в области ухода и лечения. Следовательно, необходимо прислушаться к их мнению в процессе разработки законодательства.

Пользователи услуг – это прямые выгодоприобретатели законодательства, и их мнение и вовлеченность являются наиболее важными. В большинстве стран основная нагрузка по уходу за лицами с психическими расстройствами ложится на плечи их семей, а не на социальных работников, поэтому члены семей напрямую заинтересованы в эффективности такого законодательства. Это означает, что в некоторых случаях может возникать напряженность между группами пользователей услуг психиатрии и группами, представляющими членов семей лиц, страдающих психическими расстройствами, из-за различного подхода и идеологической позиции по отношению к лечению психических расстройств и законодательству. Важно, чтобы в процессе консультации были приняты во внимание все точки зрения. В ряде стран, особенно в тех, где организации, отстаивающие интересы пользователей услуг психиатрии, и организации, представляющие семьи пациентов, существуют уже какое-то время и где сложились этические нормы уважения, учитывающие точку зрения пациента, достаточно легко получить полезную информацию от обеих групп. Однако в большинстве стран здесь могут возникнуть серьезные трудности. Лица с психическими расстройствами часто чувствуют себя лишенными возможности принимать решения, так как многие из них жили в таком окружении, где к их мнению никогда не прислушивались. Гегемония врачей и других медицинских работников в области здравоохранения часто является препятствием выяснения мнения пользователей услуг и членов их семей. Точка зрения, что «врач знает лучше», сильно превалирует в большинстве стран. Процесс выяснения позиции пользователей гораздо более сложный, чем простое высказывание мнения с их стороны; он может включать в себя проведение интенсивного тренинга и предоставления пользователям больших прав перед тем, как установить с ними необходимую обратную связь. Это также часто может означать, что необходимо «идти в народ», а не ждать пока люди сами придут и выскажут свое мнение.

К процессу консультаций необходимо также привлекать представителей государственных министерств и ведомств, которые будут вовлечены в процесс применения на практике законодательства по охране психического здоровья. К ним относятся полиция, администрация тюрем и судьи, работающие в данной области, причем не только представители столичного уровня или «главного управления», которые могут не очень хорошо ориентироваться в повседневных реалиях. Представители меньшинств и других легкоуязвимых групп должны быть также вовлечены в процесс консультаций.

К другим важным группам, которых необходимо вовлечь в процесс проведения консультаций, относятся политики, законодатели и другие лица, наделенные полномочиями принимать решения. Данные группы могут сыграть ключевую роль в последующем процессе принятия и применения законодательства. Они могут способствовать организации просветительских мероприятий по пропаганде важности охраны психического здоровья, оказать помощь по выявлению потенциальных трудностей в процессе применения положений законодательства на местном уровне и дать предложения о необходимых корректировках на стадии разработки. Вовлечение законодателей способно также упредить разногласия, которые могут возникнуть на более позднем этапе и позволить разработчикам внести необходимые изменения в законодательство на более ранней стадии.

Примеры: Главные заинтересованные стороны, приглашенные для консультаций в процессе разработки законодательства по охране психического здоровья

- **Правительственные агентства, включая министерства здравоохранения, финансов, образования, занятости (труда), социального обеспечения, юстиции, жилищно-коммунального хозяйства, коллегия адвокатов, полицию и управление исполнения наказаний.**
- **Академические институты и профессиональные организации психиатров, психологов, медических и психиатрических социальных работников, а также психиатрических сестер и других специалистов, имеющих отношение к системе охраны психического здоровья.**
- **Представители групп пользователей услуг психиатрии и представители семей и лиц, осуществляющих уход за больными, страдающими психическими расстройствами.**
- **НПО, включая организации, отстаивающие интересы пациентов с психическими расстройствами и членов их семей.**
- **Представители частного сектора системы охраны психического здоровья и НПО, обеспечивающие уход, лечение и реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.**
- **Политики, депутаты и лица, наделенные полномочиями принимать решения.**
- **Органы правопорядка, такие как полиция и управление исправительных учреждений.**
- **Судебные органы, включая юристов и адвокатов.**
- **Иерархи различных церквей.**
- **Организации, представляющие нацменьшинства и другие легкоуязвимые группы (например, женщин и детей).**
- **Общественные организации широкого спектра, включая правозащитников, профсоюзы, соцбытотделы предприятий, ассоциации работодателей, ассоциации социального обеспечения по месту жительства, религиозные группы и приходы отдельных религиозных общин.**

Законодательство по охране психического здоровья, основная цель которого состоит в обеспечении ухода за людьми, страдающими психическими расстройствами, на местном уровне не может успешно применяться без активного участия широких слоев общества и самих пациентов. Данный этап консультаций может представлять наибольшие сложности. Опрос всего населения, особенно если оно проживает не компактно, а разбросано по большой территории, представляется менее эффективным, чем использование подхода, позволяющего в общих чертах выяснить мнение общества по проблеме охраны психического здоровья. Опрос следует провести непосредственно среди различных групп правозащитников, ассоциаций, подобных профессиональным союзам, объединений социально-бытового обеспечения, объединений работодателей, местных отделов социальной защиты, религиозных групп и прихожан отдельных храмов. Такой метод выявления общественного мнения способен принести более ощутимые результаты по сравнению с глобальным подходом, заключающимся в проведении консультаций на национальном уровне. Понятие «общественные консультации», имеющее широкий смысл, очень часто скрывает тот факт, что проведение консультаций ограничивается выяснением мнения образованного среднего класса, хотя сложности с получением психиатрической и психической помощи возникают преимущественно у бедных слоев населения.

3.4 Порядок и процедура проведения консультаций

Существуют различные методы проведения консультаций и различные цели, которые могут быть в ходе них достигнуты. Например, проведение письменного опроса заинтересованных лиц и групп, устные консультации с представителями каждого из вышеупомянутых объединений или приглашение представителей нескольких различных групп для проведения совместных консультаций. Можно использовать комбинированный подход, например письменный опрос с последующими устными слушаниями, а также проведение опросов различных групп пациентов или другие креативные методы. Хотя обычно главная цель консультаций состоит в том, чтобы выяснить, что люди или представители конкретных объединений думают о проекте законодательства, консультации также могут быть использованы разработчиками для вовлечения в процесс подготовки закона заинтересованных сторон, а заинтересованными сторонами – для взаимодействия друг с другом. Консультации могут также быть средством достижения консенсуса между группами, которые придерживаются разных точек зрения.

Письменный опрос экономит время и деньги и является документом, отражающим мнения заинтересованных сторон. Получение и обработка письменных заявлений требует гораздо меньше времени и затрат, чем проведение устных слушаний. Если людей можно убедить в необходимости прислать ответ, в данный процесс может быть вовлечено большое количество отдельных групп и лиц. Основным недостатком такого метода заключается в отсутствии диалога, а также в том, что во многих странах большой процент населения является неграмотным. В письменных представлениях респондент высказывает в основном свою точку зрения, а взгляды других остаются практически не представленными. Таким образом, возможность достижения консенсуса и внесения изменений в законодательство значительно ограничивается. Такой подход может также исключить из данного процесса большое количество лиц, чье мнение является особенно важным, а именно бедных слоев населения или представителей маргинальных групп или меньшинств, так как у них может и не быть возможности ознакомиться с содержанием проекта законодательства или написать ответ.

Более того, при получении письменных ответов особое внимание необходимо уделить тому, чтобы плохо сформулированные и представленные ответы принимались не менее серьезно, чем более четко сформулированные или более «элегантно» написанные. Если с сотрудниками, отвечающими за обработку письменной корреспонденции, не провести предварительного инструктажа на предмет беспристрастного рассмотрения любых посланий, они могут рассматривать письма, написанные от руки неразборчивым почерком и с большим количеством грамматических ошибок как менее важные, чем те, которые представлены в печатном виде. Это угрожает таким целям законодательства, как создание для бедных равных условий доступа к услугам психиатрии и расширение возможностей инвалидов. Помимо этого, письменные ответы могут стать заявлением о существовании какой-либо конкретной проблемы, с которой сталкивается респондент, между тем как значимые политические вопросы, которые пытаются решить в процессе консультаций, уходят на второй план. Несмотря на признание того факта, что данный метод требует значительного времени и финансовых затрат, оптимальной стратегией письменного опроса общественного мнения могло бы стать документирование и распространение собранного материала среди всех респондентов, с тем чтобы те, кто придерживается противоположных взглядов, вступили в дискуссию друг с другом.

Письменный опрос и письменные ответы являются наиболее важной формой взаимодействия с правительственными учреждениями. Мнение, выраженное в письменной форме, помогает государственным чиновникам выбрать нужную позицию и принять соответствующие обязательства. Это может значительно облегчить процесс применения законодательства. Например, консультации с министерством финансов помогут министерству определить потребность в дополнительных ресурсах, необходимых для воплощения в жизнь положений законодательства по охране психического здоровья и принять официальные обязательства по выделению данных ресурсов после принятия законодательства. Преимущество устных консультаций состоит в установлении диалога между участниками. Это делает его более эффективным методом для формулирования и изменения различных положений. Устные консультации также включают дискуссии и дебаты, которые позволяют более глубоко проанализировать проблемы и повышают шансы на достижение консенсуса. Иногда заинтересованные стороны не обладают всей информацией, которая способствует принятию необходимых решений в процессе разработки, и устные дискуссии позволяют получить такую информацию в ходе диалога. Устные консультации предоставляют возможность объяснить положения законодательства неграмотным людям или тем, кому сложно понимать язык юридических терминов, что, соответственно, делает диалог с ними невозможным.

Письменный опрос и устные консультации имеют свои преимущества и недостатки, следовательно, наиболее оптимальным вариантом является их комбинированное использование. Консультационный процесс может начаться с письменного опроса отдельных заинтересованных лиц или групп. Полученные ответы подлежат обработке, и те лица или группы, чьи ответы требуют дальнейшего обсуждения, могут быть приглашены на устные консультации. В то же самое время, с тем чтобы все заинтересованные лица были вовлечены в консультационный процесс, краткое резюме результатов опроса, а также обобщенные результаты устных консультаций могут быть обнародованы в средствах массовой информации и предоставляться по требованию. На данной стадии заинтересованным сторонам может быть вновь предоставлена возможность присылать свои письменные комментарии.

В большинстве стран процесс принятия законодательства по охране психического здоровья является неотъемлемой частью борьбы с глубоко укоренившимися предрассудками. Это можно сделать не только посредством «продукта» (то есть законодательства), но и также посредством «процесса» его разработки. Процесс консультаций по проекту законодательства в области охраны психического здоровья предоставляет хорошую возможность для борьбы с существующими предрассудками.

Пример: Консультационный процесс в Республике Корея

Департамент психического здоровья Министерства здравоохранения и социального обеспечения предложил принять новый Закон о психиатрической помощи, направленный на создание центров по охране психического здоровья на местном уровне для более широкого использования методов реабилитации по месту жительства. Задача центров будет заключаться в профилактике психических расстройств, выявлении новых пациентов, проведении консультирования и лечения, а также в координации действий по использованию ресурсов общины для улучшения качества охраны психического здоровья. Были проведены общественные слушания, и некоторые специалисты, заведующие реабилитационными учреждениями, оказались в оппозиции к новому закону. Им показалось, что они станут играть менее значимую роль с созданием новых центров охраны психического здоровья на местном уровне. Однако пользователи услуг и члены их семей поддержали идею создания подобных центров охраны психического здоровья. После полномасштабных слушаний и рассмотрения противоположных точек зрения сторон было принято решение начать разработку законодательства по созданию центров охраны психического здоровья на местном уровне.

(Личная переписка д-ра Tae-Yeon Hwang, Директора Департамента по психиатрической реабилитации и общинным службам психического здоровья, Сотрудничавший центр ВОЗ по психосоциальной реабилитации и общинным службам психического здоровья, Психиатрическая клиника Йонгина)

В каждой стране будет свой собственный порядок проведения консультаций. Несмотря на это, есть принципы, которыми можно руководствоваться во всех странах. Необходимо также помнить, что во многих странах существует официальная процедура «общественного обсуждения» законов, когда дополнительные комментарии могут быть внесены в проект до его рассмотрения в законодательном органе (см. подраздел 4.1, ниже). Более того, само законодательство может допускать комментарии в письменной или устной форме.

Пример: Разработка закона в Чили

Достижение консенсуса и проявление политической воли

Каракасская декларация (1990 г.) оказала огромное влияние на Чили, подтолкнув страну к процессу анализа и пересмотра политики в области охраны психического здоровья и работы психиатрических служб в системе общественного здравоохранения (системы с охватом от 60% до 70% населения, в ведении которой находилось четыре функционирующих психиатрических клиники страны). Чилийская Республика переживала период восстановления демократии после 17 лет диктатуры. Население очень чувствительно относилось к социальным проблемам и нарушениям прав человека (например, убийствам, исчезновениям людей, тюрьмам, концентрационным лагерям, пыткам, ссылкам), но имело слабое представление о правах лиц, страдающих психическими расстройствами. Первый национальный план и политика в области охраны психического здоровья, которые были сформулированы с участием более чем 100 специалистов в данной области и одобрены Министерством здравоохранения в 1993 г., учли комментарии, относящиеся к защите прав пациентов психиатрии, и обозначили необходимость улучшения законодательства в области защиты этих прав.

Разработка законодательства и проведение консультаций

В 1995 г. Департаментом по охране психического здоровья Министерства здравоохранения была создана оперативная группа, состоящая из психиатров, психиатрических сестер, психологов, юристов и других специалистов с целью разработки закона по охране психического здоровья. Принимая во внимание состояние общества и экономическую ситуацию, оперативная группа постановила, что защита прав лиц, находящихся в стационарных учреждениях, является важнейшим приоритетом. Для этого необходимо было изменить законодательство, принятое в 1927 году. Подобное изменение потребовало специального указа Президента Чили, подписанного также Министром здравоохранения, что позволило избежать длительного процесса принятия нового закона парламентом (аналогично праву «устранения сложностей», существующему в Законе о психиатрической помощи Индии – см. подраздел 3.1). В 1996 г. первый вариант проекта закона был направлен для согласования во все регионы страны и национальные организации семей и друзей лиц с психическими расстройствами (в то время в Чили не было организации пользователей услуг психиатрии). Главная проблема данного процесса заключалась в необходимости убедить многих специалистов в области охраны психического здоровья в том, что люди, страдающие психическими расстройствами, могут давать информированное согласие на лечение в большинстве случаев и что существующая в стране практика, когда члены семьи дают согласие от имени своего близкого, страдающего психическим расстройством, нуждается в изменении.

(Личная переписка д-ра Alberto Minoletti, Министерство здравоохранения Чили)

Группа, орган или лицо (лица), которым поручена разработка законодательства, должны гарантировать всеобъемлющий, справедливый и открытый характер проведения консультаций. Для этого им потребуются людские и финансовые ресурсы. В некоторых странах могут быть задействованы министерства (в большинстве случаев министерство здравоохранения) или другие государственные органы, отвечающие за разработку политики в области охраны психического здоровья (если они не входят в состав министерства здравоохранения) в качестве координаторов или участников этого процесса. В странах, где существует комитет по законодательству или аналогичная структура, ресурсы для проведения консультаций могут уже быть предусмотрены в их бюджетах.

После проведения всех консультаций редакционной комиссии целесообразно опубликовать отчет, содержащий предложения, возражения и вопросы, полученные в ходе консультационного процесса, а также ответы редакционной комиссии на данные вопросы и комментарии. Разделы законодательства, вызывающие значительные возражения, заслуживают особого внимания. Как показывает практика, редакционной комиссии следует представить подробный ответ на любые значительные возражения, которые не могут быть приняты разработчиками законодательства, а также причины, почему, по их мнению, в подобных изменениях или дополнениях в законодательство нет необходимости.

3.5 Язык законодательства

После окончания консультационного периода разработчикам потребуется подготовить проект закона к представлению в структуру, после прохождения которой он станет законом. Данный процесс обычно требует помощи эксперта по вопросам законодательства, который знаком со стилем и нормами внутригосударственных законов.

В дополнение к этому законы об охране психического здоровья должны быть написаны так, чтобы они были, по возможности, понятны большинству людей, у которых может возникнуть потребность ознакомления с ними. Большинство законодательных традиций прошлого основывались на постулате, что законы пишутся для юристов и, следовательно, в них должен использоваться юридический «жаргон» и латинские термины (вне зависимости от языка, на котором разрабатывается законодательство). Это значительно мешало изучению законов как специалистами в области охраны психического здоровья, так и лицами, страдающими психическими расстройствами. Законодательство по охране психического здоровья должно быть изложено как можно более простым языком (без чрезмерного упрощения важных положений), который понятен более широкой общественности, а не только юристам.

В странах, как правило, существует определенный порядок издания законов и определено количество языков, на которых они публикуются. При разработке законодательства по охране психического здоровья необходимо следовать существующим внутригосударственным нормам.

Разработка законодательства по охране психического здоровья: основные положения

- В большинстве стран уже существуют соответствующие структуры и методики разработки законодательства, которые необходимо использовать. Тем не менее, департамент психического здоровья министерства здравоохранения может сыграть важную роль в координации процесса разработки законодательства.
- Процесс разработки законодательства должен проходить с привлечением как можно большего количества экспертов из разных областей, что позволяет гарантировать разработку эффективного и влиятельного закона.
- Круг вопросов, подпадающих под действие нового закона, обсуждается редакционной комиссией с привлечением как специалистов в различных областях, так и простых граждан.
- После подготовки проекту предстоит пройти путь многочисленных согласований путем проведения консультаций со всеми главными заинтересованными сторонами.
- Формы проведения консультаций могут быть разнообразными, и страны могут использовать различные средства для достижения максимального количества поправок и организации широкой дискуссии. Тем не менее, нижеприведенный план, состоящий из трех пунктов и ограниченный определенными временными рамками, может принести очень большую пользу:
 1. Публикация проекта документа в печати или электронных средствах массовой информации страны и обращение к общественности с просьбой направлять свои комментарии.
 2. Обращение ко всем ключевым заинтересованным сторонам с просьбой присылать свои письменные комментарии.
 3. Организация встреч на региональном и национальном уровнях для проведения анализа, дискуссий и переговоров по наиболее часто встречающимся и существенным возражениям или предложениям по изменению текста законодательства.

- Для того чтобы сделать консультационный процесс всеобъемлющим, справедливым и открытым, потребуются необходимые людские и финансовые ресурсы.
- После проведения всех консультаций редакционная комиссия могла бы опубликовать отчет, содержащий предложения, возражения и вопросы, полученные в ходе консультационного процесса, а также ответы редакционной комиссии на данные вопросы и комментарии.
- Законодательство по охране психического здоровья должно быть написано, насколько это возможно, на понятном для широкой общественности языке.

4. Принятие законодательства

После внесения изменений в проект нового законодательства на основании комментариев, полученных в ходе консультаций, законопроект вносится на рассмотрение в орган, который уполномочен принимать законы. Обычно, хотя и не обязательно, это отнимает много времени, так как на данной стадии законопроект может увязнуть в технических согласованиях. Потребуется убедить политиков и ключевых членов исполнительной и законодательной ветвей власти в необходимости принятия нового законодательства по охране психического здоровья и, следовательно, в необходимости посвятить определенное время рассмотрению данного вопроса. Хотя заручиться правительственной поддержкой нового законодательства необходимо (это обычная практика) до формирования редакционной комиссии, но после того как окончательный проект закона будет представлен в законодательный орган, у законодателей могут появиться другие политические приоритеты, которым будет отдано предпочтение, что может привести к затягиванию процесса, так как законодательство по охране психического здоровья всегда имеет низкий политический приоритет в большинстве стран.

4.1 Законодательный процесс

Законодательный процесс принятия новых законов в каждой стране имеет свои особенности и зависит от законодательных традиций и политической системы. Ниже приводится описание стандартного процесса и тех сложностей, которые могут возникнуть на разных этапах его осуществления.

4.1.1 Ответственность за принятие законодательства

В большинстве стран парламент или независимый законодательный орган является последней инстанцией в законодательном процессе и несет ответственность за принятие законов. В одних странах национальный парламент может быть единственным законодательным органом, в других, как, например, в странах с федеральной системой, «штаты» или «провинции» могут обладать правами принятия законов помимо федерального парламента. В государствах с федеральной системой законодательные полномочия в разных областях могут быть поделены между федерацией и входящими в нее штатами и в зависимости от полномочий, данных местным законодательным органам, законы, относящиеся к охране психического здоровья, могут принимать либо национальные, либо региональные законодательные собрания. В некоторых странах могут существовать национальные законы, содержащие общие принципы и нормы, и штатные/окружные/провинциальные законы, в которых приводятся более подробные положения и правила их применения. В подобных случаях региональным законам необходимо соответствовать ключевым принципам, содержащимся в национальном законодательстве по охране психического здоровья.

Хотя в большинстве стран закон должен быть принят законодательным собранием и опубликован до его вступления в силу, конституции отдельных стран позволяют вносить необходимые изменения в закон путем издания постановлений правительства. Однако в этом случае они должны быть впоследствии ратифицированы парламентом в течение установленного периода времени. В случае, если постановления не будут ратифицированы, они утрачивают свою силу, и в действие вступают положения предыдущих законов. Это может оказаться полезным, если существует необходимость внести срочное изменение в законодательство по охране психического здоровья на этапе его прохождения через официальную стадию законодательного утверждения. Такой метод также эффективен при выявлении проблем с применением предлагаемого законодательства, так как позволяет, используя практический опыт, вносить поправки в ходе законодательного процесса.

4.1.2 Дебаты по проекту законодательства и его принятие

Во многих законодательных собраниях существуют подкомитеты, которые занимаются тщательным анализом законодательства перед его представлением в основной законодательный орган. Члены таких комитетов часто хотят получить информацию о всех точках зрения на данную проблему перед принятием решений. Они могут организовать общественные слушания с целью получения конкретных ответов или разъяснений по отдельным аспектам законодательства.

Процесс дебатов и принятия законодательства может оказаться довольно тяжелым и длительным. Законодатели могут предложить поправки в предлагаемый проект законодательства. Те, кто несет ответственность за продвижение закона в независимом законодательном органе, должны действовать активно и аргументированно отвечать на вопросы, касающиеся предложенных поправок. В конечном итоге, решение о включении или отклонении предложенных поправок является прерогативой независимого законодательного органа, однако лица, отвечающие за внесение законодательства, должны представить законодателям достаточно информации о возможных последствиях предлагаемых поправок с рекомендациями по их принятию или отклонению.

После рассмотрения законодательства и внесения поправок законодательный орган (который может состоять из более чем одной палаты) принимает закон или отклоняет его.

4.1.3 Утверждение, промульгация и опубликование нового законодательства

Цель данной стадии законодательного процесса состоит в ознакомлении общественности с принятым законодательством и официальном объявлении о его принятии. Как правило, законодательство не может вступить в силу без официального опубликования и до того, как граждане и другие заинтересованные лица смогут ознакомиться с его содержанием. Термины, приведенные в данном параграфе, такие как «утверждение», «опубликование» и «промульгация», могут иметь разные значения в зависимости от страны, хотя их функции являются достаточно общими, и странам необходимо будет найти аналогичные эквиваленты, если они придерживаются другой терминологии.

Утверждение принятого законодательства является прерогативой главы государства. Обычно глава государства подписывает официальный текст закона, и это означает его утверждение (например, в Германии, Литве, Польше, Испании и США).

Промульгация означает официальное провозглашение принятого закона, для чего издается специальный акт, например приказ об официальном опубликовании. Обычно правительство издает акты о промульгации законов.

Опубликование означает публикацию текста закона в официальном правительственном издании. Это необходимый этап, перед тем как закон вступит в силу. Во многих странах существуют официальные источники, где приводятся полные тексты законов (например, Свод законов Российской Федерации, Журнал законов Польской Республики, Правительственный бюллетень Эстонской Республики, *Bundesgesetzblatt* в Германии).

Обычно в конституции или другом аналогичном законе устанавливается период времени, который должен пройти со дня публикации, перед тем как новый закон вступит в силу (15 дней в Италии, 20 дней в Японии и 10 дней в Российской Федерации). Иногда данный срок может указываться в самом тексте закона. Данный период является очень важным, так как позволяет гражданам и другим лицам ознакомиться с текстом и провести необходимые организационные приготовления в том случае, если они окажутся необходимыми для исполнения закона. В некоторых странах закон вступает в силу в день, установленный главой государства, о чем публикуется уведомление в соответствующем правительственном издании. В этом есть определенные преимущества, так как такая система позволяет провести всеобъемлющий процесс подготовки при условии, что никаких дальнейших изменений или поправок не будет внесено в текст законодательства.

Задержки могут иметь место на всех стадиях, начиная со стадии утверждения до стадии промульгации и опубликования, и лица, ответственные за продвижение законодательства, должны обратиться к соответствующим представителям власти, с тем чтобы законодательство, принятое суверенным органом, вошло в свод законов и, таким образом, подлежало правовому исполнению.

4.2 Основные действия в процессе принятия законодательства

4.2.1 Мобилизация общественного мнения

Пример: Принятие законодательства в Китае

Сложности в процессе принятия законодательства

Процесс разработки законодательства по охране психического здоровья в Китае продолжался более 16 лет. Текущий проект (13-я версия) содержит нормы, защищающие гражданские права, включая вопросы занятости и образования лиц с психическими расстройствами, информированного согласия, конфиденциальности, добровольной и принудительной госпитализации и лечения, реабилитации, перевода служб охраны психического здоровья на местный уровень, пропаганды ценностей охраны психического здоровья и профилактики психических заболеваний.

Несмотря на это, возникли определенные сложности с принятием данного законодательства. Во-первых, многие заинтересованные стороны рассматривают законодательство по охране психического здоровья исключительно как документ, освещающий вопросы «ухода и лечения», ограничивая психиатрическую помощь стенами клиники. Во-вторых, специалисты по охране психического здоровья и сама система оказания психиатрической помощи сопротивляются переменам, предпочитая работать по знакомой схеме. В-третьих, персонал служб охраны психического здоровья опасается, что с принятием нового законодательства может возрасти вероятность того, что пациенты и члены их семей станут винить исключительно специалистов за недостатки существующей системы. По этой причине специалисты по охране психического здоровья, такие как психиатры и психиатрические сестры, которые потенциально могли бы проявить энтузиазм и поддержать принятие нового законодательства, проявляют безразличие к данному вопросу.

Предпринимаются усилия по ускорению процесса принятия законодательства по охране психического здоровья. Для этого планируется провести дополнительные опросы и исследования с целью определения распространенности наиболее значимых психических расстройств и препятствий на пути их лечения, изучить положения законодательства в странах, социально и культурно близких к Китаю, и достигнуть консенсуса для изменения ситуации.

(Личная переписка д-ра Bin Xie, консультанта Министерства здравоохранения, Пекин)

Мобилизация общественного мнения особенно необходима для того, чтобы побудить законодателей провести дебаты и принять предложенное законодательство по охране психического здоровья. Заручиться поддержкой общественного мнения необходимо на как можно более ранней стадии – в идеале во время проведения консультаций на предыдущем этапе. Консультации предоставляют возможность повысить уровень информированности населения в вопросах, включенных в разрабатываемое законодательство, поэтому мобилизацию общественного мнения необходимо проводить именно на этой стадии. Привлечение СМИ для этих целей может оказаться очень полезным, и специалисты, занимающиеся вопросами психического здоровья в министерстве здравоохранения, могут предоставить журналистам необходимые материалы для новостных блогов, сообщений или интервью. Необходимо также проводить рабочие совещания и семинары для ключевых групп и организаций с целью разъяснения и обсуждения основных аспектов нового законодательства.

Организации, отстаивающие интересы пациентов, способны сыграть активную роль в данной области. Разработка нового законодательства представляет уникальную возможность для расширения их сферы деятельности в борьбе против маргинализации и стигматизации людей, страдающих психическими расстройствами. Таким образом, законодательство по охране психического здоровья, цель которого заключается в создании на местах нормальных условий жизни для лиц с психическими расстройствами, вполне может стать двигателем на пути просвещения общества, изменения отношений внутри него и способствовать социальным переменам.

4.2.2 Лоббирование закона в органах исполнительной и законодательной власти

Другой важной частью работы по ускорению принятия законодательства по охране психического здоровья является его лоббирование в органах исполнительной и законодательной власти. Члены законодательного собрания должны быть проинформированы о недостатках существующего законодательства по охране психического здоровья или о негативных последствиях отказа от принятия нового закона. Они должны четко представлять накопившиеся в обществе проблемы, которые обусловили разработку предлагаемого законодательства, основные идеи, на которых базируется проект нового закона, и вероятность решения существующих проблем в области охраны психического здоровья благодаря принятию этого закона, а также другие аспекты, имеющие отношение к закону об охране психического здоровья.

Лица, отвечающие за охрану психического здоровья в министерстве здравоохранения, должны проводить регулярные встречи с представителями законодательных и исполнительных органов, а также с политиками, представляющими весь спектр политических партий. Представляется полезным периодически направлять им документы, содержащие информацию о состоянии служб охраны психического здоровья и их передовом опыте, а также выяснять мнение этих политиков по тем или иным инициативам в области законодательства или политики в сфере охраны психического здоровья. Лоббирование является важной составной частью всего законодательного процесса, особенно на стадии принятия законопроекта. Лоббирование позволяет гарантировать, что предложенный проект будет представлен в законодательный орган и что данный документ пройдет все необходимые стадии, включая изучение и анализ, обсуждение и промульгацию.

Принятие законодательства по охране психического здоровья: основные положения

- Парламент или суверенный законодательный орган является последней инстанцией, отвечающей за принятие законодательства.
- В одних странах ответственность за принятие законодательства по охране психического здоровья лежит на законодательных собраниях «штатов» или «провинций», в других – закон принимается на федеральном уровне. Законы штата должны всегда соответствовать принципам национального законодательства там, где они применяются одновременно.
- В некоторых странах законодательство может быть промульгировано путем принятия правительственного постановления, которое впоследствии должно быть ратифицировано парламентом или законодательным органом.
- Во многих законодательных органах существуют подкомитеты, в которых проходит обсуждение законов, перед тем как законопроект будет представлен на голосование в законодательный орган.
- В ходе дебатов по законопроекту в текст документа могут быть внесены поправки. Для эффективного осуществления данного процесса необходимо тщательно проинформировать законодателей о возможных последствиях внесения таких изменений.
- После принятия законодательство должно пройти такие этапы, как *утверждение* (текст подписывает глава государства); *промульгация* (официальное объявление о принятии закона); и *опубликование* (публикация текста документа в официальном своде законов).
- Во время принятия законопроекта нужно мобилизовать общественное мнение и средства массовой информации на его активную поддержку и информировать общественность о спорных вопросах и нововведениях, содержащихся в законодательстве, а также о возможностях, открывающихся с его принятием.
- Лоббирование законопроекта в исполнительных и законодательных органах должно иметь место на всех стадиях законодательного процесса, и особенно на стадии принятия, что служит гарантией, что закон, обладающий значительным потенциалом по улучшению жизни людей, будет принят парламентом.

5. Применение законодательства по охране психического здоровья

Идеально было бы начать применение законодательства по охране психического здоровья с момента разработки его концепции. Многие проблемы применения законодательства, а также меры по их устранению могут быть выявлены и предприняты во время разработки и в ходе проведения консультаций. Сложная структура современного законодательства по охране психического здоровья создает дополнительные трудности в процессе его практического применения. Часто больше всего внимания уделяется вопросам разработки положений закона и законодательному процессу, и очень мало работы проводится по подготовке применения законодательства до вступления его в силу.

Опыт многих стран показывает, что «законы на бумаге» и «законы на практике» иногда довольно сильно отличаются друг от друга. Проблемы с применением законодательства по охране психического здоровья могут иметь место не только в странах, где отсутствуют подобные законодательные традиции, но и в странах, в которых такие традиции существуют на протяжении длительного исторического периода.

После принятия законодательства законодательным органом обычно проходит короткий период времени, перед тем как законодательство вступит в силу. Данный период является критическим, так как за это время необходимо отработать соответствующие процедуры по его применению, учредить надзорные органы, провести подготовку необходимого персонала и убедиться, что все, кто участвует в данном процессе, готовы к применению законодательства после его вступления в силу. В тех странах, где для применения законодательства необходимо выпустить подзаконные акты, соответствующие акты должны быть разработаны и подписаны до вступления законодательства в силу.

В некоторых странах после принятия закона может быть установлен специальный период, перед тем как он вступит в силу, с тем чтобы у правительства было достаточно времени для создания необходимой инфраструктуры для его применения на практике.

5.1 Роль и значение органов, ответственных за применение законодательства

По аналогии с разработкой законодательства надзор за его исполнением может принимать различные формы. Более того, исполнение функций законодательства и контроль за исполнением может осуществляться разными группами. Например, функции (как было рекомендовано в Главе 2) созданного регулирующего и надзорного органа, вероятнее всего, будут заключаться в осуществлении контроля за выполнением определенных требований законодательства. Например, перед регулирующими или надзорными органами может быть поставлена задача проведения плановых инспекций психиатрических учреждений с целью контроля за соблюдением прав пациентов. Они могут также рассматривать жалобы и проводить мониторинг случаев применения инвазивных и необратимых методов лечения (см. Главу 2, раздел 13).

Данные функции позволяют надзорным органам проводить оценку применения различных положений закона. Если эти органы подчиняются непосредственно соответствующему министерству, то министр будет получать своевременную информацию о масштабе и эффективности применения законодательства. Это не должно, конечно, препятствовать правительству напрямую устанавливать нормы, стандарты и показатели степени исполнения закона. В данной области необходимо проводить мониторинг и оценку, и если отдельные положения законодательства не исполняются, то необходимо предпринять соответствующие меры по исправлению ситуации.

Пример: Комиссия по надзору за соблюдением законодательства в Португалии

В Португалии в соответствии с законодательством по охране психического здоровья необходимо учредить комиссию, задача которой заключается «в сборе и анализе информации относящейся к применению... законодательства» и «выработки предложений для правительства по принятию необходимых мер для исполнения данного законодательства». Данный подход закрепляет официальный статус процесса мониторинга в самом законодательстве и гарантирует непрерывное проведение оценки и получения информации путем установления обратной связи. Состав комиссии гарантирует, что права пользователей и членов их семей будут должным образом соблюдаться, так как в комиссию назначаются представители от данных групп.

(Личная переписка д-ра J.M. Caldas de Almeida, Регионального советника Региона ВОЗ для стран Америки, 2003 г.)

Вне зависимости от того, какой надзорный орган создан в стране или какому органу переданы его функции, у этого института должен быть график работы, достижимые цели и необходимые административные и финансовые возможности для эффективного и своевременного применения законодательства. Надзорному органу может потребоваться мандат, полномочия и соответствующие финансовые ресурсы, для того чтобы, например:

- разработать правила и процедуры применения законодательства;
- подготовить стандартизованную документацию для учета и проведения мониторинга за исполнением закона;
- обеспечить качественную подготовку специалистов в области охраны психического здоровья с введением аттестационного экзамена, если это необходимо;
- решать кадровую проблему, например, путем предоставления больших полномочий работникам службы охраны психического здоровья, не имеющим высшего медицинского образования (сестрам, сиделкам, психологам, социальным работникам, работающим в области психиатрии), чтобы после соответствующей подготовки и тестирования в некоторых случаях они могли бы подменять специалистов; и
- проводить мониторинг применения законодательства.

Посещение психиатрических учреждений с целью мониторинга выполнения законодательства является важной мерой, гарантирующей предупреждение случаев принудительного содержания и ограничения прав пациентов. Во время таких посещений комиссия может проверить условия содержания в психиатрических учреждениях, убедиться, что процесс ухода и лечения не нарушает права лиц с психическими расстройствами и что положения законодательства выполняются администрацией психиатрического учреждения.

В дополнение к этому должны существовать быстрые и эффективные процедуры подачи жалоб в соответствии с порядком, оговоренным в законе. Прежде всего психиатрические учреждения должны ознакомить пациентов и членов их семей с их правами, которые гарантированы законодательством по охране психического здоровья и с правилами подачи и удовлетворения жалоб, если в этом возникнет необходимость.

Несмотря на важность положений о надзорном органе, это не является гарантией защиты прав лиц с психическими расстройствами. Во многих странах существуют подобные надзорные органы, но права человека продолжают нарушаться. Важно всегда помнить, что законодательство гарантирует возможность обращения в суд, которой надо воспользоваться, если возникнет необходимость. Законодательство обычно содержит раздел с описанием санкций, применяемых к его нарушителям, и любой гражданин или организация имеет право на возбуждение уголовного дела прокуратурой или другими органами в случае нарушения законодательства (см. Главу 2, раздел 18).

Пример: Национальная комиссия предпринимает активные действия по защите прав лиц с психическими расстройствами в Чили

В рамках реформирования всего сектора здравоохранения Чили была принята новая хартия прав пациентов, цель которой заключается в усилении мер по защите и пропаганде прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Национальная комиссия по защите психически больных лиц, в работе которой участвуют пациенты психиатрии и члены их семей, начала свою работу в марте 2001 года. Процесс ознакомления специалистов по охране психического здоровья с правами лиц с психическими расстройствами, госпитализированных в психиатрические учреждения, принес положительные результаты. Было покончено с широко распространенной практикой применения психирургических методов для лечения психических расстройств, сопровождающихся буйным поведением, в некоторых психиатрических учреждениях были проведены расследования случаев нарушения прав человека, а лица с психическими расстройствами и члены их семей получили возможность жаловаться на сложности с получением лечения и реабилитации. До создания Комиссии каждый год психирургия применялась в среднем в отношении 40 пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, сопровождающимися агрессивным поведением. За первые два с половиной года работы в Комиссию с запросом о проведении психирургии обращались всего лишь 11 раз, и во всех случаях в ней было отказано, так как были доступны другие менее инвазивные методы вмешательства, представляющие меньший риск для пациента.

(Личная переписка д-ра А. Minoletti, Министерство здравоохранения, Чили, 2002 г.)

5.2 Распространение информации о ценностях психического здоровья и проведение специальной подготовки

Общество в целом, а также специалисты по охране психического здоровья, лица с психическими расстройствами, члены их семей и организации, отстаивающие права психически больных лиц, часто не получают необходимой информации об изменениях в законодательстве по охране психического здоровья. В некоторых случаях они могут быть хорошо проинформированы об изменениях, но остаются в неведении о причинах, которыми они были вызваны, и как результат не всегда действуют в рамках закона. Это особенно часто происходит, когда законодательство по охране психического здоровья существенно меняет уже сложившуюся практику оказания психиатрической помощи.

5.2.1 Общественное просвещение и кампания по информированию населения

Культурные и социальные ценности, верования, обычаи и традиции каждого конкретного общества оказывают влияние на отношение к психическому здоровью, психическим расстройствам и людям, страдающим подобными расстройствами. Стигматизация, мифы и ложные представления о психических расстройствах приводят к дискриминации и ограничению прав пациентов и могут являться препятствием для эффективного применения законодательства, ориентированного на защиту прав человека. Таким образом, изменение общественного мнения является важным компонентом процесса применения законодательства по охране психического здоровья.

Распространение информации о ценностях психического здоровья, включая информацию о правах, содержащихся в новом законодательстве, может способствовать изменению общественного мнения и отношения к лицам, страдающим психическими расстройствами. При проведении кампаний по информированию населения необходимо освещать отдельные положения законодательства и давать обоснования их включения в текст, например, почему в законодательстве содержатся разделы, относящиеся к вопросам доступа к службам охраны психического здоровья и защите прав лиц с психическими расстройствами. Средства массовой информации могут сыграть положительную роль в данном процессе. В них могут освещаться такие аспекты, как необходимость соблюдения прав лиц с психическими расстройствами и достижения в области лечения психических заболеваний, особенно эффективность программ по реабилитации по месту жительства.

5.2.2 Пользователи услуг психиатрии, члены их семей и организации, отстаивающие интересы пациентов

Необходимо просвещать, информировать и готовить пользователей услуг в области охраны психического здоровья, членов их семей и организации, отстаивающие права пациентов. Важно, чтобы все они знали содержание закона и особенно предоставленные им законодательством права. Важность привлечения НПО пользователей и членов их семей ко всем мероприятиям на этапе разработки, консультаций и принятия законодательства по охране психического здоровья уже подчеркивалась в данной главе. Безусловно, не все пользователи или члены их семей будут участниками этого процесса, однако все должны быть проинформированы о нем даже после принятия законодательства. Организации, представляющие пользователей и членов их семей, а также организации, отстаивающие права пациентов, могут также принимать участие в кампаниях по просвещению населения. В странах, где организации, представляющие пользователей и членов их семей, недостаточно распространены или имеют недостаточные финансовые возможности для распространения информации, необходимо найти механизмы для распространения информации среди как можно более широкого круга лиц (более подробно см. модуль *Пропаганда охраны психического здоровья* (ВОЗ 2003b): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

Пример: Адвокатская служба как инструмент эффективного применения законодательства в Австрии

В Австрии была создана адвокатская служба для пациентов с широким набором услуг. Адвокаты представляют интересы пациентов, госпитализированных в психиатрические учреждения, во время судебного разбирательства, консультируют и информируют пациентов об их правах, а также консультируют членов их семей, друзей и всех, кому необходима помощь. Адвокатской службой управляют две некоммерческие организации, а надзор за ними осуществляет Федеральное министерство юстиции Австрии. Данные организации отвечают за подготовку, руководство и надзор за деятельностью адвокатов. Адвокатские услуги предоставляются на условиях конфиденциальности и являются бесплатными и конфиденциальными для всех пациентов. Всем принудительно госпитализированным пациентам автоматически назначается адвокат.

(Beermann, 2000)

5.2.3 Работники служб охраны психического здоровья, врачи и другие специалисты

Для эффективного применения законодательства по охране психического здоровья важно, чтобы работники служб охраны психического здоровья, врачи и другие специалисты очень хорошо знали это законодательство. Следовательно, необходимо провести специальную подготовку специалистов в области охраны психического здоровья, медицинских работников, обслуживающего персонала, представителей органов правопорядка (полиции, судебной системы), юристов, социальных работников, учителей, а также сотрудников отделов кадров. Расширенные семинары, в которых могут принимать участие и вести дискуссию как врачи, так и специалисты в других областях, способствуют лучшему пониманию проблем охраны психического здоровья, природы психических расстройств, проблем защиты прав лиц с психическими расстройствами и выработке понятного всем, работающим в сфере охраны психического здоровья языка терминов. Особое значение в процессе подготовки работников служб охраны психического здоровья, врачей и обслуживающего персонала необходимо уделить такому аспекту, как право пациентов на уход и лечение, включая правильное применение процедур по принудительной госпитализации и принудительному лечению.

С какой бы тщательностью не разрабатывалось законодательство в нем обязательно будут положения, которые могут толковаться двусмысленно или которые трудны для понимания. В процессе подготовки можно провести тщательный анализ каждого из таких положений, а в ходе обсуждения понять его значение и смысл.

Пример: Подготовка специалистов по применению законодательства по охране психического здоровья в Южной Африке

В процессе подготовки специалистов по применению Закона о психиатрической помощи (2002 г.) в Южной Африке такие короткие положения, как «обстановка, предусматривающая наименьшие ограничения» и «наилучшим образом отвечает интересам пользователя», привели к многочасовым дискуссиям по поводу смысла данных понятий в разном контексте и в различных ситуациях. Участники высказали мнение, что без подобной подготовки и без акцентирования внимания на значении данных понятий их важность, скорее всего, осталась бы незамеченной, причины их включения в закон были бы не понятны и в ходе применения закона о них бы не вспомнили.

(Личная переписка профессора М. Фреетан, Министерство здравоохранения, Южная Африка, 2003 г.)

5.2.4 Разработка информационных и руководящих материалов

Каждая страна может разработать руководство (или справочник) для предоставления информации, которая может оказаться полезной для различных работников сферы охраны психического здоровья, например практикующих врачей, пациентов и членов их семей. Руководство может содержать разъяснения положений законодательства, которые сложны для понимания. В нем могут быть представлены инструкции по толкованию статей закона. В руководстве может также содержаться подробное описание различных процедур, таких как принудительная госпитализация и лечение, а также информация о том, какие анкеты необходимо при этом заполнить.

Пример: Разработка «Руководства по применению Закона об охране психического здоровья» в провинции Британская Колумбия

В Британской Колумбии *Руководство по применению Закона об охране психического здоровья* было разработано с целью оказания помощи при применении положений нового закона. Оно состоит из краткого обзора всего закона и приложений для различных участников процесса охраны психического здоровья, например освидетельствования участковым врачом для направления на принудительную госпитализацию или получения членами семьи пациента помощи, предоставляемой врачами и судебной системой, и критериев и процедуры действий полиции.

(Личная переписка д-ра John Gray, Международная ассоциация геронтологии, Канада)

Официальное руководство для специалистов, например кодекс профессиональной этики, является еще одним важным документом, гарантирующим правильное применение законодательства. В таком руководстве упор делается на ценности и принципы, являющиеся основой законодательства, объясняется, какую цель преследует законодательство, и приводятся конкретные примеры аналогичных прецедентов.

Пример: Практическое руководство для Англии и Уэльса

В Англии и Уэльсе, согласно положениям законодательства по охране психического здоровья, Министром здравоохранения было разработано практическое руководство. В нем приводится широкое толкование базового текста, что дает возможность специалистам и общественности получить четкое представление о том, как должно применяться законодательство. (см. www.doh.gov.uk/mhac1983.htm).

(Закон о психиатрической помощи, 1983 г., Практическое руководство (1999 г.), Лондон, Издательский дом правительства Соединенного Королевства)

5.3 Финансовые и людские ресурсы

Быстрота и эффективность применения законодательства также будут зависеть от наличия соответствующих финансовых ресурсов. Сложности, связанные с применением законов по причине недостаточности финансирования, уже были описаны выше (см. Главу 2, раздел 4). Дополнительная проблема заключается в том, что по новому законодательству основной объем услуг в области охраны психического здоровья будет оказываться по месту жительства, а это может потребовать дополнительного финансирования. Хотя в долгосрочной перспективе будет продолжаться процесс сокращения финансирования учреждений стационарного типа и увеличения финансирования служб охраны психического здоровья на местном уровне, в ближайшем будущем необходимо иметь как психиатрические клиники, так и местные службы охраны психического здоровья, до тех пор пока местные службы охраны психического здоровья не будут достаточно развиты, чтобы оказывать соответствующие услуги.

Вопрос о том, какой процент национального бюджета или бюджета здравоохранения должен расходоваться на охрану психического здоровья остается спорным и выходит за рамки Справочника базовой информации. Важно подчеркнуть, что, во-первых, проблемы охраны психического здоровья часто являются менее приоритетными по сравнению с другими вопросами здравоохранения и что для эффективного применения прогрессивного законодательства по охране психического здоровья может потребоваться выделение значительных ресурсов. Во-вторых, в настоящее время ведутся споры относительно приоритетности финансирования различных статей законодательства по охране психического здоровья, например, должны ли финансовые ресурсы направляться прежде всего на создание дополнительных рабочих мест для работы в службах охраны психического здоровья по месту жительства или на финансирование надзорного органа, осуществляющего контроль за их деятельностью.

Многие статьи прогрессивного законодательства, безусловно, потребуют соответствующего бюджетного обеспечения. Средства потребуются на создание и обеспечение функционирования надзорного органа, переподготовку специалистов по охране психического здоровья для обучения их применению нового законодательства и изменение работы служб охраны психического здоровья в соответствии с его положениями. Переговоры по данному вопросу необходимо проводить одновременно с процессом разработки и принятия законодательства по охране психического здоровья (с вопросами финансирования служб охраны психического здоровья более подробно можно ознакомиться в *Своде методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья: финансирование охраны психического здоровья* (ВОЗ, 2003d): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

Пример: Препятствия и пути их преодоления, способствующие эффективному применению законодательства по охране психического здоровья

Препятствия	Пути их преодоления
Отсутствие скоординированных действий на стадии применения законодательства по охране психического здоровья (отсутствие главного агентства или органа, осуществляющего надзор за применением законодательства).	Назначьте координирующее агентство или убедитесь, что агентство назначено (например, надзорный орган); включите положение о его создании в текст закона и наделите контрольными функциями за применением законодательства.
Отсутствие необходимых знаний, непонимание и сопротивление общественности, пользователей услуг психиатрии и лиц, осуществляющих уход, переменам, вызванным новым законодательством по охране психического здоровья.	Проведите просветительские кампании по информированию населения для изменения его отношения к положениям законодательства по охране психического здоровья с объяснением причин, вызвавших необходимость принятия нового закона.
Работники служб охраны психического здоровья, врачи и другие специалисты не знают положений законодательства по охране психического здоровья или оказывают сопротивление их применению.	Организируйте специальные программы по подготовке работников служб охраны психического здоровья, врачей и других специалистов с целью обсуждения различных положений законодательства по охране психического здоровья. Специальные пособия могут стать источником дополнительной информации по конкретным аспектам законодательства.
Нехватка людских ресурсов в системе охраны психического здоровья для практического применения положений закона.	Необходимо провести обучение врачей общей практики и медицинского персонала (более подробно см. модули <i>Организация служб психического здоровья</i> (ВОЗ, 2003с) и <i>Людские ресурсы и подготовка кадров в области психического здоровья</i> (ВОЗ, 2005 г.): (http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).
Недостаточное финансирование механизмов по применению законодательства (например, адвокатских служб, систем информирования населения, системы обучения и подготовки, контрольных комиссий и комиссий по рассмотрению жалоб).	Необходимо выделить дополнительное финансирование и принять защищенные статьи бюджета для охраны психического здоровья и применения законодательства.

Вопросы обеспечения людскими ресурсами, необходимыми для применения на практике нового законодательства, актуальны для всех стран. Специалисты по охране психического здоровья являются основой системы оказания эффективной помощи в психиатрических учреждениях стационарного типа, в системе общественного здравоохранения и службах охраны психического здоровья на местах. Без достаточного количества специалистов и их соответствующей подготовки основная цель законодательства, а именно улучшение качества охраны психического здоровья, не будет достигнута. В дополнение к этому необходимо выделить средства на переподготовку всех тех, кто имеет отношение к применению нового законодательства (например, судей, полицейских, сотрудников надзорного органа), с целью их ознакомления со всеми аспектами закона, а также обязанностями и функциями, которые они будут выполнять на практике.

Применение законодательства по охране психического здоровья: основные положения

- Для безболезненного начала действия нового законодательства по охране психического здоровья требуется проведение значительной подготовки. Период между принятием законодательства и его вступлением в силу может быть чрезвычайно важным для создания механизмов и разработки процедур по его применению, например учреждения надзорного органа, обучения специалистов и подготовки всех, кто будет иметь отношение к применению нового закона.
- Разработка анкет единого образца и других административных процедур способна облегчить процесс перехода к новому законодательству.
- Необходимо разработать процедуры контроля за ходом применения законодательства. Это может сделать независимый орган и/или само агентство, отвечающее за осуществление контроля (например, правительство).
- Как органы, отвечающие за применение законодательства, так и агентства, контролируемые данным процессом, должны иметь график проведения мероприятий и цели, которые необходимо достигнуть, а также обладать достаточными полномочиями для выполнения своих функций.
- Изменение общественного мнения и снижение бремени стигматизации и дискриминации являются важными компонентами, гарантирующими успех законодательства.
- Пользователи услуг психиатрии, члены их семей и организации, отстаивающие интересы пациентов, должны иметь полную информацию о законодательстве, с тем чтобы максимально использовать его для защиты своих интересов. Обучение этих групп является одним из главных аспектов применения законодательства.
- Работники служб охраны психического здоровья и другие специалисты также нуждаются в переподготовке, с тем чтобы действовать в соответствии с буквой и духом закона.
- Финансовые и людские ресурсы для применения законодательства должны быть выделены соответствующими государственными органами с целью наполнения положений законодательства реальным содержанием и доверием общества. Переговоры по ресурсному обеспечению необходимо проводить одновременно с процессом разработки и принятия законодательства.

Как уже было сказано, прогрессивное законодательство по охране психического здоровья может стать эффективным средством защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами. В данном Справочнике базовой информации представлены основные международные и региональные стандарты, которые правительства обязуются соблюдать, защищать и выполнять. Справочник также определяет, какие вопросы и положения должны быть включены в прогрессивное законодательство по охране психического здоровья. И наконец, в нем анализируется передовой опыт и стратегия эффективной разработки, принятия и применения законодательства, включая сложности и препятствия, а также пути их преодоления.

Каждая страна должна принять решение, какие действия необходимо предпринять, используя данную информацию, и как оказать необходимую политическую поддержку процессу успешной разработки/создания или изменения законодательства по охране психического здоровья и его применения.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders: DSM – IV*, 4th ed. Washington, DC.

Arboleda-Flórez J (2001). Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, *Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers*. Geneva, WHO: 57-70.

Arjonilla S, Parada IM, Pelcastre B (2000). When mental health becomes a priority. *Salud Mental* [Mental Health], 23(5): 35-40 (In Spanish).

BBC News (1998). Shackled day and night in Nigeria. BBC News web site at: (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/76130.stm>), accessed on 10 April.

Beermann E. (2000). Patients' rights protections, mental health legislation and patients' advocacy services in Austria: Recognition and protection of patients' rights. International workshop in Budapest, 19-21 May 2000. Organized by the Hungarian Civil Liberties Union, supported by The Ford Foundation: 66-73.

Bertolote JM, Sartorius N (1996). WHO initiative of support to people disabled by mental illness: Some issues and concepts related to rehabilitation. *European Psychiatry*, 11(Suppl. 2), 56s-59s.

Congo v. Ecuador, Report 63/99, Case 11.427, April 13, 1999, Inter-American Commission of Human Rights, Organization of American States.

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva, World Health Organization, 2002.

Gostin LO (2000). Human rights of persons with mental disabilities. The European Convention of Human Rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2):125-159.

Harrison K (1995). Patients in the community. *New Law Journal*, 276:145.

Henderson C et al. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329:136.

International Digest of Health Legislation (2000). (<http://www.who.int/idhl>). Geneva, World Health Organization.

Livesley J (2001). *The Handbook of Personality Disorder*. New York, NY, Guilford Press.

Mental Disability Advocacy Center (MDAC) (2003). *Caged Beds: Inhuman and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries*, Budapest, Mental Disability Advocacy Center.

Mental Disability Rights International (2000). *Report on Human Rights and Mental Health: Mexico*. Washington DC, Mental Disability Rights International.

Rosenthal E, Éva Szeli E (2002). *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*. Washington DC, Mental Disability Rights International.

Rosenthal E, Sundram C (2002). International Human Rights in Mental Health Legislation. *New York Law School Journal of International and Comparative Law*. Volume 21 (3), p.469.

Schuurs v. the Netherlands, App. No 10518/83, 41 Dec., & Rep.186, 188-189, 1985, European Commission of Human Rights, Council of Europe.

Sperry L (2003). *Handbook of Personality Disorder: DSM-IV-TR*. New York, Brunner and Rutledge.

Starson v. Swayze, [2003] 1 S.C.R. 722, 2003 SCC 32. Ontario, Canada. 6 June 2003.

Swartz MS et al. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156:1968–1975.

Thomas T (1995). Supervision registers for mentally disordered people. *New Law Journal*, 145:565.

Torrey EF (1995). Jails and prisons - America's new mental hospitals. *American journal of Public Health* 85: 1611-3.

Организация Объединенных Наций (2003 г.). Результаты усилий по обеспечению полного признания и осуществления прав человека инвалидов. *Доклад Генерального секретаря Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, A/58/181, июль 2003 г.*

Wachenfeld M (1992). The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. *Nordic Journal of International Law*, 107:292.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2001). Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. Position paper. Approved at the WNUSP General Assembly in Vancouver, Canada, July 2001 (<http://www.wnusp.org/wnusp%20evas/Dokumenter/positionpaper.html>).

ВОЗ (1992 г.). *Классификация психических и поведенческих расстройств: клиническое описание и руководство по диагностике (МКБ-10)*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

WHO (2001a). *Atlas: Mental Health Resources in the World: 2001*. Geneva, World Health Organization.

ВОЗ (2001b) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

ВОЗ (2001c). *Роль международных прав человека в национальном законодательстве по охране психического здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, Департамент охраны психического здоровья и предупреждения токсикомании (http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

WHO (2001d). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2)*. Final draft, full version. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003a). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Planning and Budgeting Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003b). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003c). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003d). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Financing*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

Ссылки на международные стандарты в области охраны психического здоровья и международные документы по правам человека

Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights (1988). Organization of American States, Treaty Series No. 69 (1988) signed 17 November 1988 (www.cidh.oas.org/Basicos/basic5.htm).

African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights (1982) adopted 27 June 1981. Organization of African Unity, doc., CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), entered into force 21 October 1986 (http://www.achpr.org/english/_info/charter_en.html).

American Convention on Human Rights (1978). Adopted at the Inter-American Specialized Conference on Human Rights, San José, Costa Rica, 22 November 1969 (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/basic3.htm>).

American Declaration of the Rights and Duties of Man (1948). Approved by the Ninth International Conference of American States, Bogotá, Colombia, 1948 (<http://www.iachr.org/Basicos/basic2.htm>).

Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме. Утвержден резолюцией 43/173 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 9 декабря 1988 г. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm).

Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих человеческое достоинство видов обращения. Резолюция 39/46 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, приложение, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) at 197, UN Doc. A/39/51 (1984). Вступила в силу 26 июня 1987 г. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm).

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979 г.). Утверждена резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, 18 декабря 1979 г. (www.unhchr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm).

Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1965 г.). Утверждена резолюцией 2106 (XX) Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, 21 декабря 1965 г. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm).

Конвенция о правах ребенка (1989 г.). Утверждена резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, 20 ноября 1989 г. (<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm>).

Declaration of Caracas (1990). Adopted on 14 November 1990 by the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, convened in Caracas, Venezuela, by the Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>).

Declaration of Madrid (1996). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association on 25 August 1996 and amended by the General Assembly in Yokohama, Japan in August 2002 (<http://www.wpanet.org/home.html>).

Declaration of Hawaii (1983). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna, Austria on 10 July 1983 (<http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic5.html>).

Eighth General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997, CPT/Inf (98) 12 (1998). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment. Council of Europe, 31 August 1998 (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>).

European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1987). Adopted by the Council of Europe, 26 November 1987 (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/126.htm>).

European Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being, with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (1996). Adopted by the Council of Europe, 19 November 1996 (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>).

European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950). Adopted by the Council of Europe, 4 November 1950 (<http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm>).

European Social Charter (1961). Adopted by the Council of Europe 18 October 1961 (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/035.htm>).

European Social Charter – revised (1996), adopted by the Council of Europe, 3 May 1996 (<http://conventions.coe.int/treaty/EN/Treaties/Html/163.htm>).

Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders (1996). Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf).

Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons With Disabilities (1999). Adopted at Guatemala City, Guatemala, at the twenty-ninth regular session of the General Assembly of the OAS, AG/RES. 1608, 7 June 1999 (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/disability.htm>).

Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 г.). Утвержден резолюцией 2200А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН, 16 декабря 1966 г. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm).

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.). Утвержден резолюцией 2200А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН, 16 декабря 1966 г. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm).

International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (2002). Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO) (http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm).

Mental Health Care Law: Ten Basic Principles (1996). Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_MNH_MND_96.9.pdf).

Защита психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи (Принципы ПБ) (1991 г.). Резолюция 46/119 Генеральной Ассамблеи ООН, 17 декабря 1991 г. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).

Recommendation of the Inter-American Commission on Human Rights for the Promotion and Protection of the Rights of the Mentally Ill (2001). Annual report of the Inter-American Commission on Human Rights 2000, IACHR, OAS/ser/LV/II.111/doc. 20, rev (2001) (<http://www.cidh.org/annualrep/2000eng/chap.6e.htm>).

Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights (1994). Council of Europe (<http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta94/EREC1235.htm>).

Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education (1994). Paris, UNESCO (http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_EPDF).

Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, UN Doc. E/CN.4/1985/4 (1985). United Nations Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities, United Nations, Economic and Social Council (www1.umn.edu/humanrts/instate/siracusaprinciples.html).

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, in Geneva, 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977 (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm).

Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (1993 г.). Резолюция 48/96 Генеральной Ассамблеи ООН, 20 декабря 1993 г. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>).

Recommendation No. Rec(2004)10 Concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder (2004). Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe, 22 September 2004 ([http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_co-operation/Bioethics/News/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_co-operation/Bioethics/News/Rec(2004)10%20e.pdf)).

Всеобъемлющая и единая международная конвенция о поощрении и защите прав инвалидов. Резолюция 56/168 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, 26 февраля 2002 г. ([http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres\(B\).htm](http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres(B).htm)).

Всеобщая декларация прав человека (1948 г.). Принята и провозглашена резолюцией 217 A (III) Генеральной Ассамблеи ООН, 10 декабря 1948 г. (<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm>).

Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека (1997 г.). ЮНЕСКО (http://www.unesco.org/shs/human_rights/hrbc.htm).

Венская декларация и программа действий (1993 г.). Генеральная Ассамблея ООН A/CONF.157/23. Принята Всемирной конференцией по правам человека, 25 июня 1993 г. ([http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument)).

- Araya R et al. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233.
- Breakey WR (1996). The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York, Oxford University Press.
- Busfield J (1996). Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T et al., eds. *Mental health matters: A reader*. London, MacMillan.
- Edwards G et al. (1997). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, Oxford University Press.
- Goodwin S (1997). *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*. London, Sage Publications.
- Grisso T, Appelbaum PS (1993). Structuring the debate around ethical predictions of future violence. *Law and Human Behaviour*, 17: 482-485.
- Human Rights Branch, Attorney General's Department, Canberra (Australia) (1996). *Report on A Rights Analysis Instrument for Use in Evaluating Mental Health Legislation*. Prepared for the Australian Health Minister's Advisory Council National Mental Health Working Group, December 1996.
- Mann J et al. (1994). Health and Human Rights. *Journal of Health & Human Rights*, 1:6–22.
- Menzies R, Chun DE, Webster CD (1992). Risky Business. The classification of dangerous people in the Canadian carceral enterprise. In: Visano LA, McCormick KRE, eds. *Canadian Penology: Advanced Perspectives and Applications*. Toronto, Canada, Canadian Scholars Print.
- Monahan J (1992). Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence. *American Psychologist*. 47, 3, 511-521.
- Neugeboren J (1999). *Transforming Madness: New Lives for People Living with Mental Illness*. New York, William Morrow and Company, Inc.
- Nilstun T, Syse A (2000). The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (Suppl):31–34.
- Streeter PA (1998). Incarceration of the mentally ill: Treatment or warehousing? *Michigan Bar Journal*, February issue:166–170.
- Swanson JW et al. (2000). Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176:324-331.
- WHO (1996). *Global Action for the Improvement of Mental Health Care: Policies and Strategies*. Geneva, World Health Organization.



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Законодательство по охране психического здоровья: контрольный перечень ВОЗ

Контрольный перечень подготовлен сотрудниками Всемирной организации здравоохранения: д-ром Michelle Funk, г-жой Natalie Drew, д-ром Margaret Grigg, д-ром Benedetto Saraceno в сотрудничестве с профессором Melvyn Freeman, координатором ВОЗ по вопросам законодательства. Свой вклад в разработку этого документа внесли д-р Soumitra Pathare и д-р Helen Watchirs, также являющиеся координаторами ВОЗ по вопросам законодательства. Данному перечню предшествовал Справочник базовой информации ВОЗ по законодательству в области психического здоровья, который был подготовлен сотрудниками Отдела совершенствования политики и систем обслуживания в области психического здоровья Департамента охраны психического здоровья и предупреждения токсикомании Всемирной организации здравоохранения.

Введение: как пользоваться данным перечнем?

Данный перечень имеет то же предназначение, что и Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. Его цели заключаются в том, чтобы: а) оказать помощь странам в проведении компетентного и всеобъемлющего пересмотра существующего законодательства по охране психического здоровья; и б) оказать помощь в разработке нового законодательства. Используя данный перечень, страны могут провести анализ на предмет наличия его ключевых компонентов в их законодательстве и убедиться, что многочисленные рекомендации, содержащиеся в Справочнике базовой информации тщательно изучены и приняты во внимание.

Рекомендуется создать *комитет* по работе с контрольным перечнем. Когда с контрольным перечнем работает только один человек, например представитель министерства здравоохранения, то его возможности ограничены. Во-первых, вряд ли один человек может обладать всей той необходимой информацией, какой может обладать хорошо подобранная группа разных специалистов. Во-вторых, скорее всего точки зрения отдельных членов этого комитета или представителей различных групп по конкретным вопросам будут отличаться друг от друга. Трудно переоценить значение комитета, в котором консенсус достигается в ходе острой дискуссии. Хотя сами страны должны принять решение по составу комитета, рекомендуется включить в него юриста, практикующего в различных отраслях права, представителя государственного органа, занимающегося вопросами психического здоровья, представителей обществ инвалидов и членов их семей, специалистов по охране психического здоровья, представителей неправительственных организаций, а также различных министерств и ведомств. Рекомендуется, чтобы работа с контрольным перечнем проходила под руководством независимого эксперта по правам человека и/или независимого эксперта по вопросам права.

Контрольный перечень *не должен применяться без тщательного изучения* самого Справочника базовой информации. Объяснения, касающиеся ряда важнейших положений, включенных в контрольный перечень, а также обсуждение логических обоснований и различных вариантов их юридического оформления приводятся в Справочнике базовой информации. В нем также подчеркивается, что каждая страна должна принять решение о выборе альтернативы и пути разработки законодательства, а также о количестве вносимых в законодательство изменений. Формат данного перечня допускает подобную гибкость и преследует цель спровоцировать дискуссию в каждой стране, что позволит принимать решения, исходя из собственной уникальной ситуации.

В контрольном перечне применяется широкий подход к решению вопросов, и многие положения будут нуждаться в усилении или уточнении в соответствии со спецификой каждой страны. Более того, не все положения будут одинаково актуальны для всех стран одновременно в силу различных социальных, экономических, культурных и политических факторов. Например, не все страны будут использовать в своем законодательстве постановление о направлении на принудительное амбулаторное лечение; положения о «непротестных пациентах»; и для большинства стран вопросы стерилизации лиц, страдающих психическими расстройствами, не будут актуальными. Однако, когда каждая страна в ходе пересмотра своего законодательства будет принимать решение о том, что какое-то положение не является для нее актуальным, то это решение должно быть принято в результате проработки контрольного перечня. Все положения контрольного перечня должны быть тщательно рассмотрены и обсуждены, перед тем как будет принято решение о том, что одно (или несколько) положений не являются актуальными для законодательства данной страны.

В Справочнике базовой информации подчеркивается, что в каждой стране все законодательные акты по охране психического здоровья могут быть сведены в единое законодательство либо все эти вопросы могут регулироваться различными законами, например законом о здравоохранении, занятости, жилищно-коммунальном хозяйстве, дискриминации, и, среди прочего, уголовным кодексом. Более того, в некоторых странах широко применяются подзаконные акты, постановления и другие решения, являющиеся дополнением к закону. Поэтому очень важно во время проведения анализа законодательства собрать и сопоставить все законодательные акты, относящиеся к сфере психического здоровья, и принять решение на основе наиболее полной и всеобъемлющей информации.

Справочник базовой информации недвусмысленно дает понять, что разработка или изменение законодательства по охране психического здоровья – это «сложный процесс». Принятие решений о выборе тех или иных положений, которые должны быть включены в законодательство, является важным элементом данного процесса, и настоящий перечень может оказаться полезным для достижения этой цели. Тем не менее, разработка законодательства, актуального для применения в конкретной стране, никогда не должна быть самоцелью, и ее нельзя отделять от «содержания», которое должно всегда служить определяющим фактором.

Законодательство по охране психического здоровья: контрольный перечень ВОЗ

Каждому положению контрольного перечня должно быть адресовано три следующих вопроса: а) Данное положение освещается в законодательстве в достаточной степени? б) Положение освещается, но достаточно ли полно? с) Данное положение вообще не освещается? Если будут получены утвердительные ответы на вопросы (b) и (с), то комитет, проводящий оценку, должен принять решение о целесообразности и актуальности для своей страны разработки на основе данного положения нового законодательного акта, отражающего местную специфику.

Данный контрольный перечень не охватывает всех вопросов, которые можно и нужно было бы включить в законодательство. Это не означает, что другие аспекты являются менее важными и страны не должны уделять им внимание; однако для простоты пользования масштаб проблем, включенных в данный перечень, носит ограниченный характер.

Положения обсуждаемого законодательства	Степень освещения в законодательстве (отметьте галочкой один из трех пунктов) а) Достаточно освещено б) Освещено, но недостаточно с) Абсолютно отсутствует в законодательстве	Если утверждение (b) верно, объясните: • Почему данное положение недостаточно освещено • Что отсутствует или какие проблемы существуют с данным положением Если утверждение (с) верно, объясните, почему данное положение не освещено в существующем законодательстве (Если необходимо, сообщите дополнительную информацию на новых страницах)	Если утверждение (b) или (с) верны, объясните, как/где данное положение может быть включено в новое законодательство (Если необходимо, сообщите дополнительную информацию на новых страницах)
А. Преамбула и цели 1) Содержит ли законодательство преамбулу, в которой особое значение уделяется: а) правам лиц с психическими расстройствами? б) важности получения доступа к службам охраны психического здоровья для всех?	а) б) с) а) б) с)		

<p>2) Констатируется ли в законодательстве, что его целями и задачами являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) недискриминация лиц с психическими расстройствами? b) пропаганда и защита прав лиц с психическими расстройствами? c) улучшение доступа к службам охраны психического здоровья? d) оказание психиатрической помощи по месту жительства? 	<ul style="list-style-type: none"> a) b) c) 		
<p>В. Определения</p> <p>1) Содержится ли в законодательстве четкое определение того, что является психическим расстройством/психическим заболеванием/психической неадекватностью/психической недееспособностью?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) b) c) 		

<p>2) Понятно ли из текста законодательного акта, почему выбран этот (указанный выше) конкретный термин?</p> <p>3) Достаточно ли полно раскрываются в законодательстве задержка в умственном развитии/умственная неполноценность, расстройства личности и токсикомания?</p> <p>4) Все ли ключевые термины законодательства имеют четкое определение?</p> <p>5) Все ли ключевые термины законодательства последовательно употребляются во всем тексте (например, не являются взаимозаменяемыми с другими терминами с аналогичным значением)?</p> <p>6) Для всех ли «многозначных» терминов (то есть терминов, которые могут иметь несколько значений или толковаться двусмысленно) приводятся точные определения в законодательстве?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
---	---	--	--

<p>С. Доступ к службам охраны психического здоровья</p> <p>1) Предусматривает ли законодательство финансирование служб охраны психического здоровья?</p> <p>2) Констатируется ли в законодательстве, что службы охраны психического здоровья обладают таким же приоритетом, как и службы лечения соматических заболеваний?</p> <p>3) Гарантирует ли законодательство выделение ресурсов для медобслуживания малообеспеченных слоев населения, и содержатся ли в нем указания, что предоставляемые услуги в области охраны психического здоровья должны быть приемлемы в культурном отношении?</p> <p>4) Способствует ли законодательство переводу служб охраны психического здоровья на первичный уровень?</p> <p>5) Предусматривает ли законодательство доступ к психотропным лекарственным средствам?</p> <p>6) Стимулирует ли законодательство психосоциальный и реабилитационный подходы к лечению?</p> <p>7) Обеспечивает ли законодательство получение доступа к медицинскому страхованию в частном и государственном секторах для лиц с психическими расстройствами?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	
--	---	--

<p>8) Поддерживает ли законодательство перевод служб охраны психического здоровья на местный уровень и деинституционализацию?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>D. Права пользователей услуг в области охраны психического здоровья</p> <p>1) Содержится ли в законодательстве право на уважение, достоинство и лечение, не унижающее человеческое достоинство?</p> <p>2) Включено ли в законодательство право пациента на конфиденциальность информации о нем, его заболевании и проводимом лечении?</p> <p>a) Предусмотрены ли законодательством меры наказания и штрафы для лиц, открывших конфиденциальную информацию о пациенте?</p> <p>b) Устанавливаются ли законодательством особые обстоятельства, когда конфиденциальная информация может быть официально передана гласности?</p> <p>c) Предоставляет ли законодательство пациентам и их личным представителям право на пересмотр в судебном порядке или апелляцию на решения о передаче гласности конфиденциальной информации о пациенте?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Гарантирует ли законодательство пациентам право на свободный и неограниченный доступ к информации о состоянии их здоровья (включая доступ к истории болезни)?</p> <p>а) Оговорены ли обстоятельства, при которых в таком доступе может быть отказано?</p> <p>б) Гарантирует ли законодательство пациентам и их личным представителям право на пересмотр в судебном порядке или апелляцию на решения об отказе предоставить информацию?</p> <p>4) Гарантирует ли законодательство право на защиту от жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство лечения?</p> <p>5) Оговорены ли в законодательстве минимальные требования к психиатрическим учреждениям по поддержанию там безопасной, терапевтически и гигиенически здоровой обстановки?</p> <p>6) Гарантирует ли законодательство право на объединение для лиц, страдающих психическими расстройствами?</p> <p>а) Устанавливает ли законодательство минимальные критерии уединенности, соблюдение которых обязательно?</p>	<p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p>		
---	---	--	--

<p>7) Запрещает ли законодательство использование принудительного труда пациентов или труда, за который больные не получают достойного вознаграждения в психиатрических учреждениях?</p> <p>8) Содержит ли законодательство положения относящиеся к:</p> <ul style="list-style-type: none"> • образованию; • профессиональной подготовке; • проведению досуга и отдыха; и • отправлению религиозных и культурных потребностей лиц с психическими расстройствами? <p>9) Обязаны ли медицинские учреждения информировать пациентов об их правах?</p> <p>10) Гарантирует ли законодательство участие пользователей услуг в сфере охраны психического здоровья в разработке политики, развитии законодательной базы и планировании услуг в этой области?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>Е. Права членов семьи и других лиц, осуществляющих уход за больными</p> <p>1) Гарантирует ли законодательство членам семьи и другим лицам, обеспечивающим уход, право на получение информации о состоянии больного, страдающего психическим расстройством (кроме случаев, когда пациент не дает согласие на ее разглашение)?</p> <p>2) Способствует ли законодательство вовлечению членов семьи или других лиц, обеспечивающих уход, в разработку и проведение курса индивидуализированного лечения пациента?</p> <p>3) Обладают ли члены семьи или другие лица, обеспечивающие уход, правом обжалования решения о принудительной госпитализации или лечении?</p> <p>4) Обладают ли члены семьи или другие лица, обеспечивающие уход, правом подачи ходатайства об освобождении психически больных преступников?</p> <p>5) Обеспечивает ли законодательство вовлечение членов семей пациентов и других лиц, обеспечивающих уход, в процесс разработки политики, законов и планов развития служб по охране психического здоровья?</p>	<p>a)) b)) c))</p> <p>a)) b)) c))</p> <p>a)) b)) c))</p> <p>a)) b)) c))</p> <p>a)) b)) c))</p>	
<p>Ф. Компетенция, дееспособность и опека</p> <p>1) Содержит ли законодательство положение, регулирующее ведение дел лиц с психическими расстройствами в случае их недееспособности?</p>	<p>a)) b)) c))</p>	

<p>2) Дает ли законодательство определения понятиям «правоспособность» и «дееспособность»?</p> <p>3) Устанавливает ли законодательство процедуру и критерии для определения недееспособности/неправоспособности лица в отношении таких вопросов, как принятие решения о курсе лечения, выбор личного представителя для принятия финансовых решений?</p> <p>4) Устанавливает ли законодательство процедуры оспаривания в суде решений о признании недееспособности/неправоспособности и сроки пересмотра таких решений?</p> <p>5) Устанавливает ли законодательство процедуры назначения опекуна, сроки действия его полномочий, сферу его обязанностей и ответственности при принятии решений от имени пациента?</p> <p>6) Существует ли в законодательстве процедура по определению тех областей, в которых опекун может принимать решение от имени пациента?</p> <p>7) Существует ли в законодательстве положение по систематическому пересмотру решения об опеке и прекращении ее действия?</p> <p>8) Существует ли в законодательстве положение о праве пациента подать апелляцию на решение о назначении опекуна?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>Г. Добровольная госпитализация и лечение</p> <p>1) Поощряет ли законодательство добровольную госпитализацию и лечение, предпочитая их принудительной госпитализации и принудительному лечению?</p> <p>2) Констатируется ли в законодательстве, что лечение всех добровольно госпитализированных лиц начинается только после получения информированного согласия пациента?</p> <p>3) Констатируется ли в законодательстве, что к лицам, добровольно согласившимся на госпитализацию в психиатрическую клинику, должно быть такое же отношение, как и к пациентам с соматическими заболеваниями?</p> <p>4) Констатируется ли в законодательстве, что добровольная госпитализация и лечение также подразумевают право добровольно покинуть лечебное учреждение и право на отказ от лечения?</p> <p>5) Констатируется ли в законодательстве, что добровольно госпитализированные пациенты должны быть заранее проинформированы, что во время лечения им может быть отказано в праве покинуть психиатрическую клинику только в том случае, если они станут соответствовать критериям больных, к которым применимо принудительное лечение?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>Н. Непротестные пациенты</p> <p>1) Содержит ли в законодательстве положение, относящееся к пациентам, которые не способны принимать информированные решения о госпитализации или лечении, но которые не отказываются от госпитализации или лечения?</p> <p>2) Оговариваются ли условия, при которых непротестный пациент может быть госпитализирован и ему может быть назначено индивидуализированное лечение?</p> <p>3) Констатируется ли в законодательстве, что в случае госпитализации или лечения пользователей, подпадающих под данное положение о госпитализации или лечении, они должны быть выписаны из учреждения или лечение должно быть прекращено, если они не соответствуют критериям для принудительной госпитализации?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>И. Принудительная госпитализация (применяемая отдельно от лечения) и принудительное лечение (когда госпитализация применяется вместе с лечением)</p> <p>1) Констатируется ли в законодательстве, что принудительная госпитализация разрешается только в том случае, если:</p> <p>a) имеется доказательство того, что психическое расстройство достигло определенной степени тяжести?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>b) существует серьезная вероятность причинения ущерба здоровью самого пациента или другим лицам и/или серьезная вероятность значительного ухудшения состояния пациента, если не будет назначено лечение?</p> <p>c) госпитализация применяется в терапевтических целях?</p> <p>2) Констатируется ли в законодательстве, что два специалиста, практикующие в области психиатрии, аттестованные надзорным органом, должны делать заключение относительно соответствия пациента критериям принудительной госпитализации?</p> <p>3) Содержится ли в законодательстве положение о необходимости проведения аттестации психиатрической клиники на наличие условий для приема принудительно госпитализированных пациентов?</p> <p>4) Применяется ли принцип наименее ограничительной альтернативы принудительной госпитализации?</p> <p>5) Содержится ли в законодательстве положение о независимом уполномоченном органе (например, надзорном учреждении или суде), санкционирующем все решения о принудительной госпитализации?</p> <p>6) Устанавливается ли в законодательстве минимальный срок, в течение которого независимый уполномоченный орган должен принять решение?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>7) Содержится ли в законодательстве положение о том, что пациенты, члены их семей и личные представители обязаны быть проинформированы о причинах госпитализации и о своих правах на обжалование данного решения?</p> <p>8) Содержится ли в законодательстве положение о праве подачи апелляции на решение о принудительной госпитализации?</p> <p>9) Содержится ли в законодательстве положение о периодическом пересмотре через определенные интервалы времени решений о принудительной (и продолжительной «добровольной») госпитализации в независимом надзорном органе?</p> <p>10) Содержится ли в законодательстве положение о том, что пациенты подлежат выписке из психиатрической клиники, как только они перестают соответствовать критериям для принудительной госпитализации?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>Ж. Принудительное лечение (когда оно назначается отдельно от принудительной госпитализации)</p> <p>1) Устанавливаются ли в законодательстве критерии для принудительного лечения, включая такие, как:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пациент испытывает страдания от психического расстройства? 	<p>a) b) c)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • пациент не дееспособен дать информированное согласие на лечение? • лечение необходимо для достижения положительной динамики в течение психического расстройства пациента и/или восстановления способности пациента принимать решение о выборе курса лечения и/или для предотвращения серьезного ухудшения психического состояния пациента, и/или для предотвращения причинения серьезного ущерба или вреда себе или другим лицам? <p>2) Гарантирует ли законодательство, что план лечения будет разработан официально практикующим специалистом, имеющим необходимый опыт и знания для проведения предложенного лечения?</p> <p>3) Предусматривает ли законодательство утверждение этого плана лечения другим аттестованным практикующим специалистом?</p> <p>4) Содержится ли в законодательстве положение о создании независимого надзорного органа, который будет санкционировать решения о принудительной госпитализации?</p> <p>5) Гарантирует ли законодательство, что курс лечения будет проводиться только в течение ограниченного периода времени?</p>	<p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p> <p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p> <p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p> <p>a) </p> <p>b) </p> <p>c) </p>		
--	---	--	--

<p>6) Гарантирует ли законодательство право на обжалование решения о принудительной госпитализации?</p> <p>7) Устанавливается ли законодательством минимальный срок, в течение которого происходит периодический пересмотр решения о принудительной госпитализации?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>К. Согласие доверенного лица на лечение</p> <p>1) Содержится ли в законодательстве положение о получении согласия доверенного лица пациента на лечение, если установлено, что сам пациент не способен дать такое согласие?</p> <p>2) Предоставляется ли пациенту право обжаловать решение о лечении, согласие на которое было дано его доверенным лицом?</p> <p>3) Содержится ли в законодательстве положение о «предварительном распоряжении» и, если такое положение имеется, насколько понятным является определение данного термина?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>L. Принудительное амбулаторное лечение</p> <p>1) Содержится ли в законодательстве положение о принудительном амбулаторном лечении в качестве наименее ограничительной альтернативы лечению в условиях психиатрического стационара?</p>	<p>a) b) c)</p>	

<p>2) Соблюдаются ли все необходимые критерии и предосторожности, относящиеся к принудительному лечению в условиях психиатрического стационара, в случае принудительного амбулаторного лечения?</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>М. Чрезвычайные ситуации</p> <p>1) Применяются ли критерии срочной принудительной госпитализации и/или принудительного лечения только к ситуациям, когда существует высокая вероятность непосредственной и неизбежной опасности или угрозы причинения ущерба здоровью самого пациента и/или другим лицам?</p> <p>2) Содержится ли в законодательстве четкая процедура госпитализации и лечения в чрезвычайных условиях?</p> <p>3) Разрешает ли законодательство любому квалифицированному и аттестованному практикующему медицинскому специалисту или психиатру госпитализировать и проводить лечение в чрезвычайных ситуациях?</p> <p>4) Устанавливаются ли законодательством ограничения по времени для госпитализации в условиях чрезвычайной ситуации (обычно не более 72 часов)?</p> <p>5) Содержит ли законодательство положение о необходимости применения процедуры принудительной госпитализации и лечения, если оно необходимо, сразу после завершения чрезвычайной ситуации?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	

<p>6) Запрещает ли законодательство применение таких методов медицинского вмешательства, как ЭСТ, психохирургия и стерилизация, в отношении лиц, госпитализированных при чрезвычайных обстоятельствах, а также их участие в медицинских и научных опытах?</p> <p>7) Обладают ли пациенты, члены их семей и их личные представители правом на обжалование решения о госпитализации/проведении лечения в условиях чрезвычайной ситуации?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>N. Диагностика психического расстройства</p> <p>1) Устанавливаются ли законодательством:</p> <p>a) уровень компетенции врача, необходимый для диагностики психического расстройства?</p> <p>b) категории специалистов, которые могут проводить освидетельствование на предмет наличия или отсутствия психического расстройства?</p> <p>2) Устанавливается ли в законодательстве процедура аттестации психиатров, и является ли такая процедура гарантией того, что проводящее аттестацию учреждение будет независимым в принятии своих решений?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	

<p>О. Специальные методы лечения</p> <p>1) Запрещает ли законодательство применение стерилизации в качестве метода лечения психического расстройства?</p> <p>а) Конституруется ли в законодательстве, что наличие психического расстройства не является причиной для стерилизации или аборта без получения информированного согласия пациента?</p> <p>2) Требуется ли по законодательству информированное согласие лиц, страдающих психическими расстройствами, для осуществления большинства видов медицинского и хирургического вмешательства?</p> <p>а) Позволяет ли законодательство осуществлять медицинские и хирургические методы вмешательства без информированного согласия пациента, если в ходе ожидания такого согласия жизнь пациента подвергается риску?</p> <p>б) В случае, когда пациент не дееспособен дать согласие в течение длительного времени, разрешает ли законодательство применение медицинского и хирургического вмешательства с согласия независимого надзорного органа или с согласия опекуна?</p>	<p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p>		
--	---	--	--

<p>3) Запрещает ли законодательство применение психиатрии и других необратимых методов вмешательства в отношении принудительно госпитализированных пациентов?</p> <p>a) Существует ли независимый надзорный орган, гарантирующий, что применение психиатрии и других необратимых методов вмешательства проводится только после получения информированного согласия?</p> <p>4) Содержит ли в законодательстве положение о необходимости получения информированного согласия в случае применения ЭСТ?</p> <p>5) Запрещает ли законодательство применение немодифицированной ЭСТ?</p> <p>6) Запрещает ли законодательство применение ЭСТ в отношении несовершеннолетних?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>Р. Изоляция и физическое стеснение</p> <p>1) Констатируется ли в законодательстве, что принудительная изоляция и физическое стеснение должны применяться только в исключительных случаях для предотвращения неизбежного и непосредственного ущерба здоровью самого пациента и других лиц?</p> <p>2) Констатируется ли в законодательстве, что принудительная изоляция и физическое стеснение никогда не должны применяться в качестве наказания или для удобства персонала психиатрического учреждения?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Ограничивает ли законодательство максимальный период времени, в течение которого могут применяться принудительная изоляция и физическое стеснение?</p> <p>4) Гарантирует ли законодательство, что за первым этапом принудительной изоляции и физического стеснения незамедлительно не последует второй?</p> <p>5) Способствует ли законодательство развитию материальной базы клиник и обеспечению их кадровыми ресурсами, с тем чтобы минимизировать необходимость применения принудительной изоляции и физического стеснения в психиатрических учреждениях?</p> <p>6) Устанавливает ли законодательство процедурные правила применения принудительной изоляции и физического стеснения, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> • санкционирующий орган; • аттестацию психиатрического учреждения; • документирование причин и продолжительности каждого случая в базе данных, доступ к которой должен быть разрешен членам надзорного органа; и • незамедлительное информирование членов семей/лиц, обеспечивающих уход, и личных представителей о применении принудительной изоляции и/или физического стеснения в отношении пациента? 	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>Q. Медицинские и научные опыты</p> <p>1) Конституируется ли в законодательстве, что информированное согласие на участие в медицинских и научных опытах должно быть получено как от добровольно, так и от принудительно госпитализированных пациентов, которые имеют возможность дать подобное согласие?</p> <p>2) В тех случаях, когда лицо не в состоянии дать информированное согласие (а решение о проведении медицинских или научных опытов уже принято):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) гарантирует ли законодательство получение согласия по доверенности от назначенного судом опекуна или члена семьи, или от независимого уполномоченного органа, созданного специально для этой цели? b) конституируется ли в законодательстве, что опыты не могут проводиться на лицах, которые не могут дать осознанное согласие, если эти опыты можно провести при участии лиц, способных дать на это согласие, и что это исследование должно быть необходимо для улучшения здоровья отдельного индивида и контингента населения, который представляет испытываемый? 	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>Р. Контрольные и надзорные органы</p> <p>1) Содержит ли законодательство положение о судебном или квазисудебном органе, в функции которого входит пересмотр решений по принудительной госпитализации или лечению, а также других вопросов, касающихся ограничения прав?</p> <p>а) Входит ли в функции данного органа:</p> <p>(i) проведение заключения по каждому случаю принудительной госпитализации/лечения?</p> <p>(ii) рассмотрение апелляций на решения о принудительной госпитализации и/или принудительном лечении?</p> <p>(iii) пересмотр решений о принудительной госпитализации (и случаев добровольного пребывания пациентов в психиатрических учреждениях в течение длительного времени)?</p> <p>(iv) регулярный контроль за пациентами, лечение которых проводится против их воли?</p> <p>(v) Санционирование применения инвазивных и необратимых методов лечения (таких, как психирургия и ЭСТ)?</p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>		
---	---	--	--

<p>b) Входят ли в состав надзорного органа опытный практикующий юрист, опытный практикующий психиатр и «уважаемый представитель местной общины», представляющий интересы обычных граждан?</p> <p>c) Разрешает ли законодательство подачу апелляции на решения данного органа в вышестоящие инстанции?</p> <p>2) Содержит ли законодательство положение об учреждении контрольного и надзорного органа по защите прав лиц с психическими расстройствами, находящихся в психиатрических учреждениях и получающих лечение в амбулаторных условиях?</p> <p>a) Входит ли в функции данного органа:</p> <p>(i) проведение регулярных инспекций психиатрических учреждений?</p> <p>(ii) ограничение применения инвазивных методов лечения?</p> <p>(iii) ведение статистической отчетности, например, по применению инвазивных и необратимых методов лечения, случаев принудительной изоляции и физического стеснения?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>(iv) ведение реестра официально зарегистрированных психиатрических учреждений и врачей-психиатров?</p> <p>(v) составление отчетов и разработка рекомендаций для соответствующего министерства?</p> <p>(vi) публикация материалов на регулярной основе?</p> <p>б) Входят ли в состав данного органа специалисты (в области психиатрии, юристы и социальные работники), представители ассоциаций больных, члены семей лиц, страдающих психическими расстройствами, активисты общественных движений и простые граждане?</p> <p>с) Достаточно ли четко прописаны в законе полномочия данного органа?</p> <p>3)</p> <p>а) Прописаны ли в законодательстве процедуры подачи рассмотрения жалоб и принятия по ним решений?</p>	<p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p> <p>а) б) с)</p>		
--	---	--	--

<p>б) Устанавливается ли в законодательстве:</p> <ul style="list-style-type: none"> • время, прошедшее после инцидента, в течение которого может быть подана жалоба? • максимальный период, в течение которого на жалобу должен быть дан ответ, а также кем и в какой форме? • право пациентов выбирать и назначать личного представителя и/или адвоката, который будет представлять их интересы при подаче апелляции или жалобы? • право пациентов на присутствие переводчика на заседаниях по рассмотрению апелляций, если в этом есть необходимость? • право пациентов и их адвокатов на доступ к копиям истории болезни и любым другим отчетам и документам во время рассмотрения жалобы или апелляции? 	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • право пациентов и их адвокатов на участие в рассмотрении жалоб и участие в апелляционных слушаниях? 	<p>a) b) c)</p>		
<p>S. Ответственность полиции</p> <p>1) Налагает ли законодательство ограничения на деятельность полиции в целях обеспечения гарантии защиты лиц с психическими расстройствами от незаконного ареста и задержания и их доставку в соответствующее психиатрическое учреждение?</p> <p>2) Разрешает ли законодательство членам семей, лицам, обеспечивающим уход, и медицинским работникам обращаться за помощью в полицию в тех случаях, когда пациент ведет себя крайне агрессивно и не контролирует свое поведение?</p> <p>3) Разрешает ли законодательство проводить освидетельствование лиц, арестованных за уголовные преступления или содержащихся под стражей, на предмет наличия у них психического расстройства, в случаях, если имеется подозрение на такое расстройство?</p> <p>4) Содержится ли в законодательстве положение о присутствии полиции при доставке принудительно госпитализированного лица в психиатрическое учреждение?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>5) Содержится ли в законодательстве положение о поиске полицией принудительно госпитализированного лица, самовольно покинувшего психиатрическое учреждение и возвращении его/ее в психиатрическую клинику?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>Т. Психически больные преступники</p> <p>1) Разрешает ли законодательство осуществлять перевод преступника с психическим расстройством в психиатрическую клинику вместо его/ее уголовного преследования, принимая во внимание тяжесть совершенного преступления, историю его/ее болезни, состояние психического здоровья в момент совершения преступления, вероятность причинения ущерба здоровью данного лица и заинтересованность общества в преследовании преступников?</p> <p>2) Содержит ли законодательство положения о том, что, по заключению медкомиссии, страдающие психическими расстройствами преступники могут быть признаны не в состоянии предстать перед судом, а судебное разбирательство может быть прекращено или приостановлено на период их лечения?</p> <p>a) Предоставляются ли законодательством лицам, проходящим такое лечение, те же самые права, что и другим принудительно госпитализированным пациентам, включая право на пересмотр решений в судебном порядке независимым уполномоченным органом?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Разрешает ли законодательство лечить в психиатрической клинике лиц, признанных судом «не несущими ответственности за свои поступки ввиду психического расстройства», и выписывать их из клиники после значительного улучшения их психического состояния?</p> <p>4) Разрешает ли законодательство вместо тюремного заключения лиц с психическими расстройствами выносить им приговор об условном освобождении или направлении на лечение?</p> <p>5) Разрешает ли законодательство перевод осужденного в психиатрическое учреждение в случае, если у него развивается психическое расстройство во время отбытия наказания?</p> <p>а) Запрещает ли законодательство содержание заключенного в психиатрическом учреждении дольше назначенного приговором срока, кроме случаев применения в отношении него процедуры принудительной госпитализации?</p> <p>6) Содержится ли в законодательстве положение о психиатрических учреждениях усиленного режима для психически больных преступников?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<p>U. Дискриминация</p> <p>1) Содержатся ли в законодательстве положения по защите от дискриминации лиц, страдающих психическими расстройствами?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>V. Жилье</p> <p>1) Содержатся ли в законодательстве положения гарантирующие недискриминацию лиц с психическими расстройствами при распределении жилья?</p> <p>2) Содержится ли в законодательстве положение об обеспечении лиц с психическими расстройствами государственным жильем или об оказании им помощи при покупке жилья?</p> <p>3) Содержится ли в законодательстве положение о создании сети реабилитационных центров и пансионатов для лиц, находящихся на длительном излечении?</p>	<p>a) b) c) a) b) c) a) b) c)</p>		
<p>W. Занятость</p> <p>1) Содержится ли в законодательстве положение о защите лиц с психическими расстройствами от дискриминации и эксплуатации на работе?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>2) Способствует ли законодательство созданию условий для «разумной адаптации» работников с психическими расстройствами, например, предоставляя им более гибкий рабочий график, необходимый для получения психической и психиатрической помощи?</p> <p>3) Обеспечивает ли законодательство равные возможности на рынке труда для лиц с психическими расстройствами?</p> <p>4) Содержит ли законодательство положение, касающееся разработки программ по профессиональной реабилитации и других программ по созданию рабочих мест и обеспечению занятости на местах для лиц, страдающих психическими расстройствами?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>Х. Социальное обеспечение</p> <p>1) Обеспечивает ли законодательство лиц с психическими расстройствами пособиями по инвалидности и пенсиями?</p> <p>2) Обеспечивает ли законодательство выплату пособий по инвалидности и пенсий лицам с психическими расстройствами в тех же размерах, что и лицам с соматическими заболеваниями ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	

<p>У. Гражданские права</p> <p>1) Гарантирует ли законодательство лицам с психическими расстройками такое же соблюдение всех их гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, какое гарантировано всем другим людям?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>Z. Защита легкоуязвимых групп населения</p> <p>Защита несовершеннолетних</p> <p>1) Ограничивает ли законодательство принудительную госпитализацию несовершеннолетних в психиатрические учреждения только теми случаями, когда были использованы все возможности амбулаторного лечения?</p> <p>2) В случае госпитализации несовершеннолетних в психиатрических учреждениях, констатируется ли в законодательстве, что</p> <p>a) у них должно быть отдельное от взрослых помещение для проживания?</p> <p>b) обстановка в психиатрическом учреждении должна соответствовать возрасту пациентов и учитывать возрастные потребности несовершеннолетних?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Гарантирует ли законодательство всем несовершеннолетним право быть представленным взрослым человеком по всем касающимся их вопросам, включая согласие на лечение?</p> <p>4) Говорится ли в законодательстве о необходимости принимать во внимание мнение несовершеннолетних по всем касающимся их вопросам (включая согласие на лечение) в зависимости от их возраста и зрелости?</p> <p>5) Запрещает ли законодательство применение всех необратимых методов лечения в отношении детей?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	
<p>Защита женщин</p> <p>1) Гарантирует ли законодательство женщинам, страдающим психическими расстройствами, равные права с мужчинами во всех вопросах, относящихся к гражданским, политическим, экономическим, социальным и культурным правам?</p> <p>2) Гарантирует ли законодательство, что женщинам в психиатрических учреждениях</p> <p>a) обеспечено достаточное уединение?</p> <p>b) предоставляются отдельные от мужчин спальные помещения?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>	

<p>3) Конституируется ли в законодательстве, что женщинам, страдающим психическими расстройствами, должна оказываться такая же психическая и психиатрическая помощь, как и мужчинам, включая доступ к службам охраны психического здоровья и уходу под наблюдением общины, а также в отношении добровольной и принудительной госпитализации и лечения?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>Защита меньшинств</p> <p>1) Конституируется ли в законодательстве, что лица с психическими расстройствами не должны подвергаться какой-либо дискриминации, независимо от расы, цвета кожи, языковых и религиозных различий, политических или иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, гражданского состояния и социального положения?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>2) Предусматривает ли законодательство проведение надзорным органом мониторинга случаев принудительной госпитализации и лечения представителей меньшинств и гарантии их недискриминации во всех вопросах?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) Гарантирует ли законодательство беженцам и лицам, обратившимся за предоставлением убежища в этой стране, такую же психическую и психиатрическую помощь, как и другим гражданам?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>AZ. Преступления и наказания</p> <p>1) Содержится ли в законодательстве раздел, относящийся к преступлениям и наказаниям?</p> <p>2) Предусматривает ли законодательство соответствующее наказание для лиц, нарушающих права пациентов, установленных законом?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
---	---	--	--

Приложение 2. Краткий обзор основных положений и международных документов, относящихся к правам лиц, страдающих психическими расстройствами

Основополагающие права человека, относящиеся к области психического здоровья	Международные документы по защите прав человека
<p>Лица, страдающие психическими расстройствами, имеют право обладать всеми правами; кроме того, им гарантирована защита их основополагающих прав</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) • Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП) • Всеобщая декларация прав человека ООН • Африканская хартия прав человека и народов (Банжул) • Конвенция о защите прав человека и основных свобод • Американская декларация прав и обязанностей человека • Американская конвенция о правах человека • Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (Принципы ПБ) • Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов • Каракасская декларация • Рекомендации Межамериканской комиссии по правам человека о поддержке и защите прав психически больных лиц
<p>Право обладать наивысшим достижимым уровнем медицинского обслуживания, включая психиатрическую помощь</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) • Африканская хартия прав человека и народов (Банжул) • Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (Принципы ПБ) • Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов • Европейская социальная хартия • Каракасская декларация • Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации • Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин • Дополнительный протокол к Американской конвенции по правам человека в области экономических, социальных и культурных прав
<p>Защита от дискриминации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) • Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП) • Межамериканская конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении инвалидов • Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической

	<p>помощи (Принципы ПБ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов • Рекомендации Межамериканской комиссии по правам человека в поддержку и защиту прав психически больных лиц • Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
<p>Дети, страдающие психическими недостатками, имеют право на полноценную и достойную жизнь</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Конвенция ООН о правах ребенка • Саламанкское заявление и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями • Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (Принципы ПБ)
<p>Лица, страдающие психическими расстройствами, должны быть защищены от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Конвенция ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания • Африканская хартия прав человека и народов (Банжул) • Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (Принципы ПБ) • Каракасская декларация • Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП) • Европейская конвенция против пыток и бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания • Рекомендации Межамериканской комиссии по правам человека о поддержке и защите прав психически больных лиц
<p>Стандартные правила, касающиеся принудительного ухода и лечения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи (Принципы ПБ) • Рекомендация Совета Европы 1235 по психиатрии и правам человека • Каракасская декларация • Мадридская декларация Всемирной психиатрической ассоциации

Приложение 3. Принципы Организации Объединенных Наций по защите психически больных лиц и улучшению психиатрической помощи

Приняты резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи 17 декабря 1991 года

Применение

Настоящие принципы применяются без какой-либо дискриминации по признаку инвалидности, расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или других убеждений, национального, этнического или социального происхождения, правового или социального статуса, возраста, имущественного или сословного положения.

Определения

В настоящих Принципах:

"адвокат" означает юридического или другого квалифицированного представителя;

"независимый полномочный орган" означает компетентный и независимый орган, созданный в соответствии с внутригосударственным законодательством;

"психиатрическая помощь" включает в себя анализ или диагноз психического состояния лица, а также лечение, уход и реабилитацию в связи с психическим заболеванием или предполагаемым психическим заболеванием;

"психиатрическое учреждение" означает любое учреждение или любое отделение учреждения, первоочередной функцией которого является оказание психиатрической помощи;

"специалист, работающий в области психиатрии", означает врача, клинического психолога, медицинскую сестру, работника социальной сферы или другое лицо, прошедшее соответствующую подготовку и обладающее необходимой квалификацией и конкретными навыками для оказания психиатрической помощи;

"пациент" означает лицо, получающее психиатрическую помощь, включая лиц, госпитализированных в психиатрическое учреждение;

"личный представитель" означает лицо, которое в соответствии с законом обязано представлять интересы пациента в любых оговоренных областях или осуществлять оговоренные права от имени пациента, и включает родителя или законного опекуна несовершеннолетнего лица, если во внутригосударственном законодательстве не предусматривается иное;

"надзорный орган" означает орган, созданный в соответствии с принципом 17 для надзора за принудительной госпитализацией или содержанием пациента в психиатрическом учреждении.

Общее ограничительное положение

На осуществление прав, изложенных в настоящих Принципах, могут налагаться лишь такие ограничения, которые предусмотрены законом и являются необходимыми для защиты здоровья и безопасности заинтересованного лица или других лиц или же для охраны общественной безопасности, порядка, здоровья или морали или основных прав и свобод других лиц.

Принцип 1

Основные свободы и права

1. Все лица имеют право на наилучшую имеющуюся психиатрическую помощь, которая является частью системы здравоохранения и социального обеспечения.

2. Ко всем лицам, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, следует относиться гуманно и с уважением к неотъемлемому достоинству человеческой личности.

3. Все лица, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, имеют право на защиту от экономической, сексуальной и других форм эксплуатации, злоупотреблений физического или иного характера и обращения, унижающего человеческое достоинство.

4. Не допускается никакой дискриминации на основании психического заболевания. "Дискриминация" означает любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами. Специальные меры, принимаемые исключительно с целью защиты прав или улучшения положения психически больных лиц, не считаются дискриминационными. Дискриминация не включает в себя любое отличие, исключение или предпочтение, осуществляемое в соответствии с положениями настоящих Принципов и необходимое для защиты прав человека психически больного лица или других индивидуумов.

5. Любое психически больное лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и в других соответствующих документах, таких как Декларация о правах инвалидов и Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме.

6. Любое решение о том, что по причине его психического заболевания лицо не является дееспособным, и любое решение о том, что вследствие такой недееспособности должен быть назначен личный представитель, принимается только после справедливого слушания независимым и беспристрастным судебным органом, созданным в соответствии с внутригосударственным законодательством. Лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, имеет право быть представленным адвокатом. Если лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, не может самостоятельно обеспечить себя таким представительством, последнее должно предоставляться этому лицу бесплатно, если оно не располагает достаточными для этого средствами. Адвокат не должен во время одного и того же разбирательства представлять психиатрическое учреждение или его персонал и также не должен представлять члена семьи лица, дееспособность которого является предметом разбирательства, за исключением тех случаев, когда судебный орган убедился в отсутствии коллизии интересов. Решения, касающиеся дееспособности и потребности в личном представителе, подлежат пересмотру через разумные промежутки времени в соответствии с внутригосударственным законодательством. Лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, его личный представитель, если таковой имеется, и любое другое заинтересованное лицо имеют право обжаловать любое такое решение в вышестоящем суде.

7. Если суд или другой компетентный судебный орган установит, что психически больное лицо не в состоянии вести свои дела, в пределах необходимости и с учетом состояния такого лица принимаются меры в целях обеспечения защиты его интересов.

Принцип 2

Защита несовершеннолетних

В соответствии с целями настоящих Принципов и в контексте внутригосударственного законодательства, относящегося к защите несовершеннолетних, следует уделять особое внимание защите прав несовершеннолетних, включая, если необходимо, назначение личного представителя, не являющегося членом семьи.

Принцип 3

Жизнь в обществе

Каждый человек, страдающий психическим заболеванием, имеет право, насколько это возможно, жить и работать в обществе.

Принцип 4

Диагностика психического заболевания

1. Диагноз о том, что лицо страдает психическим заболеванием, ставится в соответствии с международно признанными медицинскими стандартами.

2. Диагноз о наличии психического заболевания никогда не ставится на основе политического, экономического или социального положения, или принадлежности к какой-либо культурной, расовой или религиозной группе, или по любой другой причине, не имеющей непосредственного отношения к состоянию психического здоровья.

3. Семейный или служебный конфликт или несоответствие нравственным, социальным, культурным или политическим ценностям или религиозным воззрениям, преобладающим в обществе, в котором проживает соответствующее лицо, никогда не может являться определяющим фактором при постановке диагноза о наличии психического заболевания.

4. Сведения о лечении или госпитализации в качестве пациента в прошлом не могут сами по себе служить оправданием постановки диагноза о наличии психического заболевания в настоящем или будущем.

5. Никакое лицо или орган не может объявить или каким-либо иным образом указать, что то или иное лицо страдает психическим заболеванием, кроме как в целях, непосредственно касающихся психического заболевания или последствий психического заболевания.

Принцип 5

Медицинский осмотр

Никакое лицо не может принуждаться к прохождению медицинского осмотра с целью определения того, страдает ли оно психическим заболеванием, кроме как в соответствии с процедурой, предусмотренной внутригосударственным законодательством.

Принцип 6

Конфиденциальность

Должен соблюдаться конфиденциальный характер информации, касающейся всех лиц, к которым применяются настоящие Принципы.

Принцип 7

Роль общины и культуры

1. Каждый пациент имеет право, насколько это возможно, на лечение и уход в общине, в которой он проживает.
2. При лечении в психиатрическом учреждении пациент имеет право во всех случаях, когда это возможно, проходить лечение вблизи от своего дома или дома своих родственников или друзей и имеет право как можно скорее вернуться в свою общину.
3. Каждый пациент имеет право на лечение, соответствующее его культурным особенностям.

Принцип 8

Стандарты оказания помощи

1. Каждый пациент имеет право на такую медицинскую и социальную помощь, которая необходима для поддержания его здоровья, и имеет право на уход и лечение в соответствии с теми же стандартами, что и другие больные.
2. Каждый пациент пользуется защитой от нанесения вреда его здоровью, включая необоснованное использование медикаментов, злоупотребления со стороны других пациентов, персонала или других лиц и другие действия, причиняющие психические страдания или физический дискомфорт.

Принцип 9

Лечение

1. Каждый пациент имеет право на лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения, и при помощи наименее ограничительных или инвазивных методов, соответствующих необходимости поддержания его здоровья и защиты физической безопасности и других лиц.
2. Уход за каждым пациентом и его лечение основываются на индивидуально разработанном плане, который обсуждается с пациентом, регулярно пересматривается, по мере необходимости изменяется и обеспечивается квалифицированным медицинским персоналом.
3. Психиатрическая помощь всегда предоставляется в соответствии с применимыми этическими нормами для специалистов, работающих в области психиатрии, включая международно признанные нормы, такие как Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, принятые Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций. Не допускается злоупотребление знаниями и навыками в области психиатрии.
4. Лечение каждого пациента должно быть направлено на сохранение и развитие автономности личности.

Принцип 10

Медикаменты

1. Медикаменты должны наилучшим образом отвечать необходимости поддержания здоровья пациента, должны назначаться ему только в терапевтических или диагностических целях и никогда не должны применяться в качестве наказания или для удобства других лиц. За исключением случаев, предусмотренных в положениях пункта 15 принципа 11, ниже, специалисты, работающие в области психиатрии, применяют только такие медикаменты, эффективность которых является известной или подтвержденной.
2. Все медикаменты назначаются уполномоченным в соответствии с законом специалистом, работающим в области психиатрии, и регистрируются в истории болезни пациента.

Принцип 11

Согласие на лечение

1. Никакое лечение не может назначаться пациенту без его осознанного согласия, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 6, 7, 8, 13 и 15 настоящего принципа.
2. Осознанное согласие – это согласие, получаемое свободно, без угроз или неоправданного принуждения после надлежащего предоставления пациенту в форме и на языке, понятном ему, достаточной и ясной информации о:
 - a) предварительном диагнозе;
 - b) цели, методах, вероятной продолжительности и ожидаемых результатах предлагаемого лечения;
 - c) альтернативных методах лечения, включая менее инвазивные;
 - d) возможных болевых ощущениях и ощущениях дискомфорта, возможном риске и побочных эффектах предлагаемого лечения.
3. Во время процедуры предоставления согласия пациент может потребовать присутствия какого-либо лица или лиц по своему выбору.
4. Пациент имеет право отказаться от лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 6, 7, 8, 13 и 15 настоящего принципа. Пациенту должны быть объяснены последствия отказа от лечения или его прекращения.

5. Пациента нельзя просить или побуждать отказаться от права на осознанное согласие. Если пациент выражает желание отказаться от этого права, то ему должно быть разъяснено, что лечение не может осуществляться без его осознанного согласия.

6. За исключением случаев, предусмотренных в пунктах 7, 8, 12, 13, 14 и 15 настоящего принципа, предлагаемый курс лечения может назначаться пациенту без его осознанного согласия при соблюдении следующих условий:

а) в данный момент пациент является госпитализированным в принудительном порядке;

б) независимый полномочный орган, располагающий всей соответствующей информацией, включая информацию, указанную в пункте 2 настоящего принципа, удостоверился в том, что в данный момент пациент не в состоянии дать или не дать осознанное согласие на предлагаемый курс лечения или, если это предусмотрено внутригосударственным законодательством, в том, что с учетом собственной безопасности пациента или безопасности других лиц пациент необоснованно отказался дать такое согласие;

с) независимый полномочный орган установил, что предлагаемый курс лечения наилучшим образом отвечает интересам здоровья пациента.

7. Положения пункта 6, выше, не применяются в отношении пациента, который имеет личного представителя, уполномоченного в соответствии с законом давать согласие на лечение за пациента; однако, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 12, 13, 14 и 15 настоящего принципа, лечение может быть назначено такому пациенту без его осознанного согласия, если личный представитель, получив информацию, указанную в пункте 2 настоящего принципа, даст согласие от имени больного.

8. За исключением случаев, предусмотренных в пунктах 12, 13, 14 и 15 настоящего принципа, лечение может также назначаться любому пациенту без его осознанного согласия, если уполномоченный в соответствии с законом квалифицированный специалист, работающий в области психиатрии, определит, что необходимо срочно назначить это лечение, чтобы предотвратить причинение непосредственного или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам. Такое лечение не продлевается свыше того периода времени, который строго необходим для этой цели.

9. В тех случаях, когда какое-либо лечение назначается пациенту без его осознанного согласия, должны тем не менее прилагаться все усилия к тому, чтобы информировать пациента о характере лечения и о любых возможных альтернативных методах, а также, насколько это возможно, привлечь больного к разработке курса лечения.

10. Любое лечение немедленно регистрируется в истории болезни пациента с указанием того, является ли лечение принудительным или добровольным.

11. Физическое усмирение или принудительная изоляция пациента применяются лишь в соответствии с официально утвержденными процедурами психиатрического учреждения и только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам. Они не продлеваются свыше того периода времени, который строго необходим для этой цели. Все случаи физического усмирения или принудительной изоляции, основания для их применения, их характер и продолжительность должны регистрироваться в истории болезни пациента. Пациент, к которому применяются усмирение или изоляция, должен содержаться в гуманных условиях, за ним обеспечивается уход, а также тщательное и постоянное наблюдение со стороны квалифицированных медицинских работников. Личный представитель, если таковой имеется и если это уместно, незамедлительно информируется о любых случаях физического усмирения или принудительной изоляции пациента.

12. Стерилизация никогда не применяется в качестве лечения психического заболевания.

13. Психически больное лицо может быть подвергнуто серьезному медицинскому или хирургическому вмешательству только в случаях, когда это допускается внутригосударственным законодательством, когда считается, что это наилучшим образом отвечает интересам здоровья пациента, и когда пациент дает осознанное согласие, однако в тех случаях, когда пациент не в состоянии дать осознанное согласие, это вмешательство назначается лишь после проведения независимой оценки.

14. Психирургия и другие виды инвазивного и необратимого лечения психического заболевания ни при каких обстоятельствах не применяются в отношении пациента, который был госпитализирован в психиатрическое учреждение в принудительном порядке, и могут применяться в рамках, допускаемых внутригосударственным законодательством, в отношении любого другого пациента лишь в том случае, когда этот пациент дал осознанное согласие и независимый внешний орган удостоверился в том, что согласие пациента действительно является осознанным и что данное лечение наилучшим образом отвечает интересам здоровья пациента.

15. Клинические опыты и экспериментальные методы лечения ни при каких обстоятельствах не применяются в отношении любого пациента без его осознанного согласия, за исключением тех случаев, когда клинические опыты и экспериментальные методы могут применяться в отношении пациента, который не в состоянии дать осознанное согласие, лишь с разрешения компетентного независимого надзорного органа, специально созданного для этой цели.

16. В случаях, указанных в пунктах 6, 7, 8, 13, 14 и 15 настоящего принципа, пациент или его личный представитель, или любое заинтересованное лицо имеет право подать апелляцию в судебный или другой независимый полномочный орган в отношении применения к пациенту любого лечения.

Принцип 12

Уведомление о правах

1. Пациента, находящегося в психиатрическом учреждении, в максимально короткий срок после госпитализации информируют в такой форме и на таком языке, которые ему понятны, о всех его правах в соответствии с настоящими Принципами и согласно внутригосударственному законодательству, причем такая информация включает разъяснение этих прав и порядка их осуществления.

2. Если и пока пациент не в состоянии понять такую информацию, о правах такого пациента сообщается личному представителю, если таковой имеется и если это уместно, и лицу или лицам, которые могут наилучшим образом представлять интересы пациента и готовы это сделать.

3. Пациент, обладающий необходимой дееспособностью, имеет право назначить любое лицо, которое следует информировать от его имени, а также лицо для представления его интересов перед администрацией учреждения.

Принцип 13

Права и условия содержания в психиатрических учреждениях

1. Любой пациент, содержащийся в психиатрическом учреждении, имеет право, в частности, на полное уважение его:

a) повсеместного признания в качестве субъекта права;

b) права на уединение;

c) свободы общения, которая включает свободу общения с другими лицами в пределах данного учреждения; свободы отправлять и получать частные сообщения, не подлежащие цензуре; свободы принимать наедине адвоката или личного представителя и, в любое разумное время, других посетителей; и свободы доступа к почтовым и телефонным услугам, а также к газетам, радио и телевидению;

d) свободы вероисповедания или убеждений.

2. Обстановка и условия жизни в психиатрическом учреждении должны быть в максимально возможной степени приближены к условиям нормальной жизни лиц аналогичного возраста и, в частности, включать:

a) возможности для проведения досуга и отдыха;

b) возможности для получения образования;

c) возможности покупать или получать предметы, необходимые для повседневной жизни, проведения досуга и общения;

d) возможности – и поощрение использования таких возможностей – для привлечения пациента к активной деятельности, отвечающей его социальному положению и культурным особенностям, и для осуществления соответствующих мер по профессиональной реабилитации в целях его социальной реинтеграции. Эти меры должны включать услуги по профессиональной ориентации, профессиональному обучению и трудоустройству, с тем чтобы пациенты могли получить или сохранить работу в обществе.

3. Ни при каких обстоятельствах пациент не может подвергаться принудительному труду. В пределах, совместимых с потребностями пациента и с требованиями администрации учреждения, пациент должен иметь возможность выбирать вид работы, которую он желает выполнять.

4. Труд пациента, содержащегося в психиатрическом учреждении, не должен эксплуатироваться. Любой такой пациент имеет право получать за выполняемую им работу такое же вознаграждение, какое в соответствии с внутригосударственным законодательством или обычаями получило бы за аналогичную работу лицо, не являющееся пациентом. Любой такой пациент во всех случаях имеет право на получение справедливой доли любого вознаграждения, выплаченного психиатрическому учреждению за его работу.

Принцип 14

Ресурсы психиатрических учреждений

1. Психиатрическое учреждение должно иметь доступ к тем же ресурсам, что и любое другое лечебное заведение, включая, в частности:

a) достаточное количество квалифицированного медицинского персонала и других соответствующих специалистов и адекватные помещения для обеспечения каждому пациенту условий для уединения и для проведения необходимого и активного курса лечения;

b) диагностическое и терапевтическое оборудование для пациента;

c) надлежащее обслуживание специалистами;

d) адекватное, регулярное и комплексное лечение, включая снабжение медицинскими препаратами.

2. Каждое психиатрическое учреждение с достаточной регулярностью должно инспектироваться компетентными полномочными органами для обеспечения того, чтобы условия содержания пациентов, их лечения и ухода за ними соответствовали настоящим Принципам.

Принцип 15

Принципы госпитализации

1. Когда лицо нуждается в лечении в психиатрическом учреждении, необходимо прилагать все усилия, чтобы избежать принудительной госпитализации.
2. Доступ в психиатрическое учреждение должен регулироваться таким же образом, как и доступ в любое другое лечебное учреждение при любом другом заболевании.
3. Каждый пациент, госпитализированный не в принудительном порядке, имеет право в любое время покинуть психиатрическое учреждение, если только не применяются критерии для его принудительного содержания, предусмотренные в принципе 16, ниже, и он должен быть проинформирован об этом праве.

Принцип 16

Принудительная госпитализация

1. Любое лицо может быть госпитализировано в психиатрическое учреждение в качестве пациента в принудительном порядке или уже госпитализированное в качестве пациента в добровольном порядке может содержаться в качестве пациента в психиатрическом учреждении в принудительном порядке тогда и только тогда, когда уполномоченный для этой цели согласно закону квалифицированный специалист, работающий в области психиатрии, установит в соответствии с принципом 4, ниже, что данное лицо страдает психическим заболеванием, и определит:

- a) что вследствие этого психического заболевания существует серьезная угроза причинения непосредственного или неизбежного ущерба этому лицу или другим лицам; или
- b) что в случае лица, чье психическое заболевание является тяжелым, а умственные способности – ослабленными, отказ от госпитализации или содержания данного лица в психиатрическом учреждении может привести к серьезному ухудшению его здоровья или сделает невозможным применение надлежащего лечения, которое может быть проведено при условии госпитализации в психиатрическое учреждение в соответствии с принципом наименее ограничительной альтернативы.

В случае, указанном в подпункте b), необходимо, по возможности, проконсультироваться со вторым таким специалистом, работающим в области психиатрии. В случае проведения такой консультации госпитализация в психиатрическое учреждение или содержание в нем в принудительном порядке может иметь место лишь с согласия второго специалиста, работающего в области психиатрии.

2. Госпитализация в психиатрическое учреждение или содержание в нем в принудительном порядке осуществляется первоначально в течение непродолжительного периода, определенного внутригосударственным законодательством, в целях наблюдения и проведения предварительного лечения до рассмотрения вопроса о госпитализации или содержания пациента в психиатрическом учреждении надзорным органом. Причины госпитализации или содержания незамедлительно сообщаются пациенту: о факте госпитализации или содержания и их причинах также безотлагательно и в подробном виде сообщается надзорному органу, личному представителю пациента, если таковой имеется, а также, если пациент не возражает, семье пациента.

3. Психиатрическое учреждение может принимать госпитализируемых в принудительном порядке пациентов, только если это учреждение выделено для этих целей компетентным полномочным органом, созданным в соответствии с внутригосударственным законодательством.

Принцип 17

Надзорный орган

1. Надзорный орган является судебным или другим независимым и беспристрастным органом, созданным согласно внутригосударственному законодательству и функционирующим в соответствии с процедурами, установленными внутригосударственным законодательством. При подготовке своих решений он пользуется помощью одного или нескольких квалифицированных и независимых специалистов, работающих в области психиатрии, и принимает к сведению их советы.

2. В соответствии с пунктом 2 принципа 16, выше, первоначальное рассмотрение надзорным органом решения о госпитализации или содержании пациента в психиатрическом учреждении в принудительном порядке проводится в максимально короткий срок после принятия такого решения и должно осуществляться в соответствии с упрощенными и ускоренными процедурами, предусмотренными во внутригосударственном законодательстве.

3. Надзорный орган периодически через разумные промежутки времени, определенные внутригосударственным законодательством, рассматривает случаи принудительной госпитализации.

4. Пациент, госпитализированный в принудительном порядке, может через разумные промежутки времени, определенные внутригосударственным законодательством, обращаться в надзорный орган с ходатайством о выписке или получении статуса пациента, госпитализированного в добровольном порядке.

5. Во время каждого пересмотра надзорный орган должен выяснить, удовлетворяются ли по-прежнему критерии принудительной госпитализации, изложенные в пункте 1 принципа 15, выше, и, если нет, пациент должен быть выписан как госпитализированный в принудительном порядке.

6. Если в любое время специалист, работающий в области психиатрии, отвечающий за данное дело, убеждается, что условия содержания лица в качестве пациента, госпитализированного в

принудительном порядке, больше не удовлетворяются, этот специалист отдает распоряжение о выписке данного лица как пациента, госпитализированного в принудительном порядке.

7. Пациент или его личный представитель или любое заинтересованное лицо имеют право обжаловать в вышестоящем суде решение о госпитализации больного или о его содержании в психиатрическом учреждении.

Принцип 18

Процедурные гарантии

1. Пациент имеет право выбирать и назначать адвоката для представления пациента как такового, включая представительство в ходе любой процедуры рассмотрения жалобы или апелляции. Если пациент не обеспечивает самостоятельно такие услуги, адвокат предоставляется пациенту бесплатно постольку, поскольку данный пациент не имеет достаточных средств для оплаты его услуг.

2. Пациент также имеет право в случае необходимости пользоваться услугами переводчика. Когда такие услуги необходимы и пациент не может обеспечить их, они предоставляются пациенту бесплатно постольку, поскольку пациент не имеет достаточных средств для оплаты этих услуг.

3. Пациент и адвокат пациента могут запросить и представить во время любого слушания независимое психиатрическое заключение и любые другие заключения, а также письменные и устные доказательства, которые относятся к делу и являются приемлемыми.

4. Копии истории болезни пациента и любые доклады и документы, которые подлежат представлению, вручаются пациенту или адвокату пациента, за исключением особых случаев, когда установлено, что раскрытие конкретной информации пациенту причинит серьезный ущерб здоровью пациента или поставит под угрозу безопасность других лиц. В соответствии с внутригосударственным законодательством любой документ, не представленный пациенту, должен быть, когда это можно сделать конфиденциально, вручен личному представителю и адвокату пациента. В случае, если любая часть какого-либо документа не представляется пациенту, пациент или адвокат пациента, если таковой имеется, уведомляется о непредставлении и о его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке.

5. Пациент и личный представитель и адвокат пациента имеют право присутствовать на любом слушании, участвовать в нем и быть заслушанными.

6. Если пациент или личный представитель или адвокат пациента просят о том, чтобы при слушании его дела присутствовало определенное лицо, данное лицо допускается на слушание, если не установлено, что его присутствие может причинить серьезный ущерб состоянию здоровья пациента или поставить под угрозу безопасность других лиц.

7. Любое решение о том, будет ли слушание или его часть открытым или закрытым и будет ли о нем сообщено общественности, должно приниматься с учетом пожеланий самого пациента, необходимости уважения права пациента и других лиц на уединение и необходимости предотвращения серьезного ущерба здоровью пациента или риска для безопасности других лиц.

8. Решение, принятое по итогам слушания, и его мотивы излагаются в письменной форме. Копии выдаются пациенту и личному представителю и адвокату пациента. При принятии решения о том, будет ли решение опубликовано целиком или частично, следует полностью учитывать пожелания самого пациента, необходимость соблюдения тайны его частной жизни и частной жизни других лиц, заинтересованность общественности в открытом отправлении правосудия и необходимости предотвращения серьезного ущерба здоровью пациента или риска для безопасности других лиц.

Принцип 19

Доступ к информации

1. Пациент (термин, который в настоящем принципе включает в себя также бывших пациентов) имеет право на доступ к касающейся его информации в истории болезни, которая ведется психиатрическим учреждением. Это право может ограничиваться в целях предотвращения серьезного ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других лиц. В соответствии с внутригосударственным законодательством любая такая информация, не представленная пациенту, должна быть, когда это можно сделать конфиденциально, сообщена личному представителю и адвокату пациента. В случае, если любая такая информация не сообщается пациенту, пациент или адвокат пациента, если таковой имеется, уведомляется о несообщении этой информации и его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке.

2. Любые письменные замечания пациента или личного представителя, или адвоката пациента могут по их просьбе включаться в историю болезни пациента.

Принцип 20

Уголовные преступники

1. Настоящий принцип применяется к лицам, которые отбывают срок тюремного заключения за совершение уголовных преступлений, или к лицам, которые иным образом подвергаются задержанию в ходе судебного разбирательства или расследования, возбужденного против них по обвинению в совершении уголовного преступления, и которые, как установлено, страдают психическим заболеванием или, как предполагается, могут страдать таким заболеванием.

2. Эти лица должны получать наилучшую психиатрическую помощь, как это предусмотрено в принципе 1, выше. Настоящие Принципы применяются к ним в возможно более полном объеме, только с таким ограниченным числом изменений и исключений, которые необходимы в данных обстоятельствах. Ни одно из таких изменений или исключений не должно наносить ущерб правам этих лиц в соответствии с документами, перечисленными в пункте 5 принципа 1, выше.

3. Положения внутригосударственного законодательства могут уполномочивать суд или другой компетентный орган на основе компетентного и независимого медицинского заключения выносить решения о помещении таких лиц в психиатрическое учреждение.

4. Лечение лиц, которым поставлен диагноз о психическом заболевании, при любых обстоятельствах должно соответствовать принципу 11, выше.

Принцип 21

Жалобы

Каждый пациент и бывший пациент имеют право подать жалобу в соответствии с процедурами, определенными во внутригосударственном законодательстве.

Принцип 22

Надзор и средства правовой защиты

Государства обеспечивают наличие соответствующих механизмов для содействия соблюдению настоящих Принципов для инспектирования психиатрических учреждений, для представления, расследования и разрешения жалоб, а также для возбуждения соответствующих дисциплинарных или судебных разбирательств по случаям нарушения служебных обязанностей или прав пациента.

Принцип 23

Осуществление

1. Государства должны осуществлять настоящие Принципы с помощью соответствующих законодательных, судебных и административных мер, мер в области образования и других мер, которые они периодически пересматривают.

2. Государства доводят настоящие Принципы до сведения широкой общественности с помощью надлежащих активных средств.

Принцип 24

Сфера применения Принципов в отношении психиатрических учреждений

Настоящие Принципы применяются ко всем лицам, госпитализируемым в психиатрические учреждения.

Принцип 25

Сохранение существующих прав

Никакое ограничение или умаление каких бы то ни было существующих прав пациентов, включая права, признаваемые в применяемом международном или внутригосударственном праве, не допускается на том основании, что в настоящих Принципах такие права не признаются или признаются в меньшем объеме.

Для получения более полной информации и руководства по Принципам ПБ, см. также Руководство по защите прав лиц с психическими расстройствами. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.; на веб-сайте:

http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf

Приложение 4. Выдержка из Каракасской декларации ПАОЗ/ВОЗ

Законодатели, ассоциации, руководство системы здравоохранения, специалисты по охране психического здоровья и юристы, участвующие в Региональном совещании по реформированию службы психиатрической помощи в странах Латинской Америки в рамках модели осуществления реформ местных органов здравоохранения,

ПОСТАНОВИЛИ,

1. Что реформирование психиатрической службы на уровне Первичной медико-санитарной помощи и в рамках Модели осуществления реформ местных органов здравоохранения будет способствовать созданию альтернативных моделей оказания услуг в области охраны психического здоровья по месту жительства, интегрированных в систему медико-социальной помощи.

2. Что реформирование психиатрической службы в Регионе означает критический пересмотр доминирующей и централизованной роли специализированных психиатрических учреждений в системе оказания услуг в области охраны психического здоровья.

3. Что учреждения охраны психического здоровья, используя имеющиеся ресурсы должны:

- a) гарантировать соблюдение прав человека, достоинства личности и гражданских прав;
- b) функционировать на основе критериев, являющихся рациональными и технически пригодными; и
- c) стремиться к оказанию помощи пациентам по месту жительства.

4. Что национальное законодательство должно быть пересмотрено, если это необходимо, с тем чтобы:

- a) гарантировать соблюдение прав человека и гражданских прав психически больных лиц; и
- b) гарантировать защиту данных прав при оказании услуг в области охраны психического здоровья по месту жительства.

5. Что при переподготовке специалистов в области охраны психического здоровья и психиатрии должна внедряться модель, базирующаяся на оказании услуг в местных медицинских учреждениях и поощряющая госпитализацию психически больных лиц в больницы общего профиля в соответствии с принципами реформирования психиатрической службы.

6. Что организации, ассоциации и другие участники Совещания обязуются предпринять необходимые усилия по пропаганде и разработке национальных программ, способствующих реформированию психиатрической службы, и одновременно проводить мониторинг по защите прав пациентов в соответствии с положениями национального законодательства и международными соглашениями.

Для осуществления поставленных целей участники обращаются к министерствам здравоохранения и юстиции, парламентам, органам социального обеспечения и другим медико-социальным учреждениям, профессиональным ассоциациям, обществам потребителей, университетам и другим учебным заведениям и средствам массовой информации с призывом оказать поддержку в проведении реформирования психиатрической службы, с тем чтобы обеспечить ее успешное развитие на благо населения Региона.

Выдержка из текста Каракасской декларации, принятой 14 ноября 1990 г. Региональным совещанием по реформированию психиатрической службы в странах Латинской Америки, проведенным в г. Каракас, Венесуэла, Панамериканской организацией здравоохранения/Региональным бюро ВОЗ для стран Америки. Международный дайджест по законодательству в области здравоохранения (International Digest of Health Legislation), 1991 г., 42(2):336–338.

Приложение 5. Выдержка из Мадридской декларации Всемирной психиатрической ассоциации

Мадридская декларация по этическим стандартам в области психиатрической практики

Декларация принята Генеральной ассамблеей 25 августа 1996 года. В августе 2002 г. в нее были внесены поправки Генеральной ассамблеей в Йокогаме, Япония.

В 1977 г. Всемирная психиатрическая ассоциация приняла Гавайскую декларацию, устанавливающую этические принципы в области психиатрической практики. В 1983 г. в Вене отдельные положения Гавайской декларации были пересмотрены. Воздействие меняющихся социальных условий и последних достижений в области медицины на психиатрию привело к тому, что Всемирная психиатрическая ассоциация заново провела пересмотр некоторых этических стандартов.

Медицина – это одновременно наука и искусство врачевать. Динамика данной комбинации лучше всего прослеживается в психиатрии, области медицины, специализирующейся на лечении и защите тех, чьи немощи и болезни вызваны психическими расстройствами или задержкой в умственном развитии. Несмотря на существование культурных, социальных и национальных различий, вопросы этического поведения и постоянного пересмотра этических норм носят универсальный характер.

Как специалисты, практикующие в области медицины, психиатры должны иметь четкое представление об этических принципах профессии врача и о специфических нравственных требованиях, существующих в психиатрической практике. Как члены общества психиатры должны выступать за достойное и доступное лечение для психически больных лиц, за социальную справедливость и равенство для всех.

Нравственное поведение основано на индивидуальной ответственности психиатра за судьбу пациента и его представлении о том, что является нравственным и подобающим поведением. Внешние стандарты и правила, как, например, кодексы профессиональной этики, этика как научная дисциплина или законы, закрепляющие этические нормы, сами по себе не могут гарантировать соблюдение нравственных принципов в медицинской практике.

Психиатры должны всегда помнить о границах отношений «психиатр – пациент», а в своей деятельности руководствоваться в основном чувством уважения к пациентам и заботой об их социальном благополучии и душевном состоянии.

Именно в духе такой заботы Всемирная психиатрическая ассоциация приняла на заседании Генеральной ассамблеи 25 августа 1996 г. следующие этические стандарты, которыми должны руководствоваться психиатры во всем мире.

1. Психиатрия является медицинской дисциплиной, цель которой состоит в обеспечении наилучшего лечения психических расстройств, проведении реабилитационных мероприятий для лиц, страдающих психическими заболеваниями, и содействии психическому здоровью общества. Психиатры оказывают услуги пациентам путем наиболее оптимального терапевтического вмешательства, осуществляемого на основе принятой научной практики и существующих этических принципов. Психиатры должны разрабатывать и применять такие методы лечения, которые менее всего ограничивают свободу пациентов, и обращаться за консультациями по тем областям своей деятельности, в которых у них недостаточно опыта и знаний. При этом психиатрам необходимо помнить о справедливом распределении ресурсов, выделяемых на нужды здравоохранения.
2. Психиатры должны следить за всеми достижениями и научными открытиями в своей области, а также обмениваться последними научными данными с коллегами. Психиатры, занимающиеся исследовательской деятельностью, должны расширять научные границы психиатрии.
3. К пациенту необходимо относиться как к равноправному партнеру в процессе проведения терапии. Отношения между врачом и пациентом должны строиться на основе взаимного доверия и уважения, с тем чтобы пациент мог самостоятельно принимать информированные решения. Обязанность психиатра заключается в предоставлении пациенту необходимой информации, чтобы у пациента было больше возможностей для принятия рационального решения в соответствии с его личностными ценностями и предпочтениями.

4. В случае, если пациент не способен и/или не в состоянии принимать осознанное решение по причине психического расстройства, психиатры должны провести консультации с членами его семьи и, если это необходимо, обратиться к адвокату, с тем чтобы гарантировать уважение человеческого достоинства и соблюдение законных прав пациента. Никакое лечение не должно назначаться против воли пациента, за исключением тех случаев, когда промедление с лечением способно поставить под угрозу жизнь пациента и/или окружающих его людей. Лечение должно всегда проводиться при максимальном внимании к интересам пациента.

5. В случае, когда психиатрам необходимо провести освидетельствование того или иного лица, они обязаны проинформировать лицо, проходящее освидетельствование, о цели данного вмешательства, использовании полученных в результате его проведения данных и возможных последствиях проводимого освидетельствования. Это особенно важно в случаях, когда психиатр привлекается в качестве третьего лица.

6. Информация, полученная психиатром в ходе осуществления терапевтического вмешательства, является конфиденциальной и может быть использована только и исключительно с целью улучшения психического здоровья пациента. Психиатрам запрещается использовать данную информацию в личных целях или для извлечения финансовой выгоды, или для достижения академических заслуг. Нарушение конфиденциальности допускается только в том случае, когда существует серьезная угроза соматическому или психическому здоровью пациента или третьему лицу; в подобных обстоятельствах, как, например, совершение насилия в отношении ребенка, психиатр обязан в тех случаях, когда это возможно, сначала проинформировать пациента о действиях, которые он собирается предпринять.

7. Медицинские и научные опыты, проводящиеся с нарушением общепринятых правил науки, не являются этическими. Исследовательская деятельность должна быть одобрена комитетом по этике, специально созданным для этих целей. Психиатры должны следовать национальным или международным правилам по проведению медицинских и научных опытов. Только лица, специально подготовленные и обученные для проведения исследований, могут проводить медицинские и научные опыты или руководить их проведением. Поскольку психиатрические пациенты являются особо уязвимыми лицами при проведении исследований, необходимо предпринять дополнительные меры предосторожности, чтобы не нарушить их автономии и не причинить ущерб их психическому и соматическому состоянию. Этические стандарты должны также применяться при выборе групп населения для проведения всех видов исследований, включая эпидемиологические и социологические исследования, проводимые в сотрудничестве с представителями других отраслей науки или несколькими исследовательскими центрами.

РУКОВОДСТВО К ДЕЙСТВИЮ В ОСОБЫХ СИТУАЦИЯХ

Комитет по этике Всемирной психиатрической ассоциации признает необходимость разработки специальных руководств для применения в особых ситуациях. Первые пять руководств были утверждены Генеральной ассамблеей в Мадриде, Испания, 25 августа 1996 г., а последние три приняты Генеральной ассамблеей в Гамбурге, Германия, 8 августа 1999 года.

1. Эвтаназия: Долг психиатра прежде всего заключается в улучшении здоровья пациента, облегчении страданий и защите человеческой жизни. Если есть пациенты, не способные или не компетентные дать осознанное согласие, то психиатр должен быть особенно осторожен в своих действиях, которые могут привести к смертельному исходу среди лиц, не способных защитить себя в силу своих ограниченных возможностей. Психиатр должен понимать, что возможности пациента принимать решение ограничены его психическим заболеванием, например депрессией. В подобных ситуациях, задача психиатра заключается в лечении заболевания.

2. Пытки: Психиатры ни при каких обстоятельствах не должны участвовать в психических или физических пытках, даже в случаях, когда власти пытаются заставить их совершить подобные акты.

3. Смертная казнь: Ни при каких обстоятельствах психиатры не должны участвовать в законном приведении в исполнение смертного приговора или участвовать в компетентной оценке процедуры его исполнения.

4. Выбор пола ребенка: Ни при каких обстоятельствах психиатр не должен участвовать в принятии решений по прерыванию беременности с целью выбора пола.

5. Трансплантация органов: Роль психиатра заключается в разъяснении вопросов, относящихся к донорству органов и консультировании по религиозным, культурным, социальным и семейным аспектам с целью принятия всеми заинтересованными сторонами правильных и осознанных решений. Психиатры не должны выступать в качестве доверенного лица пациентов в момент принятия ими решений, а также использовать психотерапевтические навыки для оказания влияния на пациентов с целью принятия ими решений по подобным вопросам. Психиатры должны защищать своих пациентов и помочь им максимально развить способность к самостоятельному принятию решений в отношении трансплантации органов.

6. Взаимоотношения психиатров и СМИ: Средства массовой информации играют ключевую роль в формировании общественного мнения и отношения населения к различным вопросам. При осуществлении любых контактов со СМИ психиатры должны сделать все возможное, чтобы лица с психическими расстройствами были представлены таким образом, чтобы сохранялось их достоинство и не имело место вмешательство в их личную жизнь, что способствует снижению степени стигматизации и дискриминации в отношении таких лиц. Важная роль психиатров заключается также в оказании поддержки тем, кто страдает психическими расстройствами. Так как общественное восприятие психиатров и психиатрии сказывается на состоянии пациентов, психиатры должны гарантировать, что во время их контактов со СМИ они достойно представляют свою профессию. Психиатры не должны делать никаких заявлений для прессы о наличии вероятной психопатологии у того или иного индивидуума. При представлении результатов исследования для СМИ психиатры должны гарантировать научную достоверность информации и представлять возможные последствия сделанных ими заявлений для общественного восприятия психических заболеваний и социального благополучия лиц с психическими расстройствами.

7. Психиатрия и дискриминация по национальным или культурным признакам: Дискриминация со стороны психиатров по национальным или культурным признакам, напрямую или через других лиц, является неэтичным поступком. Психиатры ни при каких обстоятельствах не должны участвовать, прямо или косвенно, в любых актах, относящихся к этническим чисткам.

8. Психиатрия, генетические исследования и консультирование по вопросам генетической совместимости: Исследования генетической основы психических расстройств становятся все более распространенными, и все большее количество людей, страдающих психическими заболеваниями, становятся участниками таких исследований. Психиатры, участвующие в генетических исследованиях или осуществляющие консультирование по вопросам генетической совместимости, должны помнить о том, что генетическая информация о пациенте, в случае ее раскрытия, может оказать негативное и разрушительное воздействие не только на него самого, но и на членов его семьи и всех, кто проявляет о нем заботу. Следовательно, психиатры должны гарантировать, что:

- лица с психическими расстройствами и члены их семей принимают участие в генетических исследованиях на основе очень хорошо информированного согласия;
- любая генетическая информация, находящаяся в их распоряжении, должна быть должным образом защищена от несанкционированного доступа, неверного толкования или злоупотреблений;
- пациенты и члены их семей будут проинформированы о том, что знание генетических механизмов является неполным и отдельные положения могут подвергнуться ревизии при получении новых данных.

Психиатры будут направлять клиентов на диагностическое генетическое тестирование в специализированное учреждение только в том случае, если:

- существуют удовлетворительные процедуры гарантии качества при проведении такого тестирования;
- имеется в наличии адекватное и доступное ресурсное обеспечение для консультирования по вопросам генетической совместимости. При консультировании по вопросам планирования семьи или абортam необходимо уважать систему ценностей пациентов в процессе предоставления необходимой информации медицинского и психиатрического характера для оказания помощи пациентам в принятии решений, которые, по их мнению, наиболее соответствуют их интересам.

Приложение 6. Пример: Права пациента в штате Коннектикут, США

Права реципиента услуг или пациента Департамента охраны психического здоровья и наркологии штата Коннектикут (США)

Пациент имеет право на гуманное и достойное обращение к себе в любое время, включая уважение:

• Личного достоинства • Права на уединение • Права на личную собственность • Гражданских прав

Пациент обладает правом на свободу от физического или психического насилия или вреда; Пациент обладает правом на участие в составлении письменного плана лечения, наиболее соответствующего его личным потребностям, целям и ожиданиям; Пациент имеет право быть информированным о своих правах представителями лечебного учреждения, агентства или программы.

В дополнение к этому перечень прав, которыми обладает пациент, должен быть вывешен в каждой больничной палате.

К другим правам, которыми обладает пациент, относятся:

Право на гуманное и достойное обращение: Пациент имеет право на гуманное и достойное обращение в любое время, включая уважение его личного достоинства и права на уединение. Для каждого пациента, в соответствии с его потребностями и при его непосредственном участии, должен быть составлен специальный план лечения, в котором будет указана возможная дата выписки и реабилитационные мероприятия, которые будут проводиться после выписки пациента из клиники (см. CGS 17a-542).

Право на личное достоинство: В условиях стационара пациент имеет право носить свою собственную одежду, пользоваться своими личными вещами (исходя из разумных ограничений по их размеру) и иметь доступ к собственным денежным средствам для осуществления личных покупок.* За исключением лиц, относящихся к ведению Судебно-медицинского отделения, все пациенты имеют право присутствовать во время досмотра их личных вещей. Любое исключение из этих прав должно сопровождаться письменным объяснением и отражаться в истории болезни (см. CGS 17a-548).

Право на уединение и конфиденциальность: Пациент имеет право на уединение и конфиденциальность. Любые учетные документы, относящиеся к пациенту, режиму его лечения или диагнозу, не могут быть выданы третьему лицу или какому-либо учреждению без письменного согласия пациента. Все документы, представленные в суд [содержащие информацию о лечении], должны быть опечатаны, а доступ к ним разрешен только пациенту или его адвокату.* Никакое лицо, больница, лечебное учреждение или Департамент охраны психического здоровья и наркологии (DMHAS) не имеет право разглашать или давать разрешение об открытии информации, относящейся к личности пациента, его диагнозу, прогнозу или лечению. Разглашение подобной информации является нарушением закона штата и федеральных законов о соблюдении конфиденциальности* (см. CGS 17a-500, 17a-688, 52-146f и 42 CFR часть 2).

Медицинское освидетельствование и принудительная госпитализация: Пациент, его личный представитель или адвокат могут получить более подробную информацию о процедурах по принудительной госпитализации, закрепленных в соответствующих законах. Все лица, принудительно госпитализированные после медицинского освидетельствования, имеют право, в случае подачи запроса, на проведение слушаний о причинах принудительной госпитализации в течение трех рабочих дней, прошедших с ее момента. Все пациенты, госпитализированные в добровольном порядке, должны быть проинформированы при поступлении в психиатрическое учреждение о своем праве покинуть его через три дня после уведомления администрации. Никакому добровольно госпитализированному пациенту не может быть отказано в праве покинуть психиатрическое учреждение после трех дней, прошедших с момента письменного уведомления, за исключением случаев вынесения решения судом, имеющим компетенцию в данной области, о принудительной госпитализации. В таком случае имеет место применение разных законов в зависимости от принудительной госпитализации по причине наркозависимости или психического расстройства (см. CGS 17a-495 и далее; 17a-502; 17a-506; с 17a-682 по 17a-685, 54-56d).

Право на посещение и личное общение: Пациент имеет право принимать посетителей во время официально установленных часов для посещений. Пациент имеет право на свидания и беседу без присутствия посторонних со священнослужителем, адвокатом или младшим юридическим персоналом по своему выбору в любое разумное время. В медицинских учреждениях могут быть собственные правила по приему посетителей. Почтовые отправления и другие средства общения с пациентом в любом лечебном учреждении подпадают под положение о конфиденциальности и не могут быть прочитаны или перлюстрированы администрацией учреждения.* Любые исключения из правил, относящиеся к свободе общения, требуют объяснения в письменной форме за подписью руководителя учреждения (или ответственного лица) и заносятся в историю болезни пациента (см. CGS 17a-546, 17a-547).

Доступ к истории болезни: Пациент или его адвокат могут иметь право, при подаче письменного заявления, на ознакомление с историей болезни. За исключением случаев, когда запрос делается в связи с судебным разбирательством, учреждение может отказать в предоставлении части информации, содержащейся в истории болезни, которая, по мнению представителей учреждения, может представлять значительный риск для причинения ущерба жизни пациента или другим лицам, вызвать серьезное ухудшение психического состояния пациента* или приведет к вторжению в частную жизнь других лиц (см. CGS 17a-548, 52-146f).

Меры физического стеснения и изоляция: В случае применения мер физического стеснения или принудительной изоляции пациент имеет право на гуманное и достойное отношение к себе. Применение принудительной изоляции или физического стеснения допускается только тогда, когда существует неизбежная угроза пациенту или другим лицам. Причины применения таких методов вмешательства должны быть задокументированы в истории болезни пациента в течение 24 часов. Медикаментозное лечение не может применяться в качестве альтернативы другому более адекватному лечению (см. CGS 17a-544).

Средства защиты для тех, чьи права оказались нарушены: Если пациент пострадал или понес ущерб в результате нарушения положений, содержащихся в разделах с 17a-540 по 17a-549, он может подать исковое заявление в суд по месту проживания с требованиями о предоставлении соответствующих мер судебной защиты (см. CGS 17a-550).

Информирование о правах: Перечень прав, которыми обладает пациент, должен быть вывешен на видном месте в каждой палате, где оказывается психическая и психиатрическая помощь (см. CGS 17a-548).

Информированное согласие, медикаментозные и хирургические процедуры: Пациент, его личный представитель или адвокат может получить более подробную информацию о данных процедурах в соответствующих законах (см. CGS-17a-543a-j). Если пациент госпитализируется в соответствии с положениями разделов с 17a-540 по 550, он должен пройти медицинское обследование в течение пяти дней с момента госпитализации с последующими обследованиями, проводимыми, по крайней мере, один раз в год. Данные, полученные в результате проведения обследования, заносятся в историю болезни пациента (см. CGS 17a-545). Никакие медикаментозные или хирургические процедуры, а также психирургия или шоковая терапия не могут быть применены в отношении любого пациента без его письменного информированного согласия, за исключением случаев, оговоренных в законе.* Персонал учреждения может установить процедуру по применению принудительного медикаментозного лечения, однако любое решение о его назначении должно приниматься лицом, не работающим в данном учреждении, и только после того, как личный представитель пациента обсудил данный аспект с персоналом учреждения.* В случае, если клиника принимает решение о назначении принудительного медикаментозного лечения в соответствии с законом, пациент может подать жалобу в Суд по делам о завещаниях и наследствах для проведения слушаний о необходимости такого вмешательства. В независимости от положений данного раздела (с 17a-540 по 550) в случаях, когда задержка с получением согласия способна причинить ущерб здоровью пациента, неотложное лечение может быть начато без его согласия (см. CGS 17a-543a-f).

Отказ в праве на труд, жилье и т. д.: Пациенту не может быть отказано в праве на труд, жилье, получение разрешения или лицензии для работы в государственном секторе (включая получение профессиональных лицензий) или в каких-либо других гражданских или юридических правах только на основании наличия психического расстройства в прошлом или в настоящем, если в законе не оговорено иначе* (см. CGS 17a-549).

Подача жалобы: Реципиенты, пользующиеся услугами DMHAS, или участники программ имеют право подать жалобу на персонал или клинику: 1) если нарушено право пациента, охраняемое законом, подзаконным актом или политикой в области наркологии и охраны психического здоровья; 2) если отношение к пациенту не соответствует положениям закона; 3) если пациенту отказывают в услугах, перечисленных в плане лечения из-за халатности, дискриминации ... или других необоснованных причин; 4) если путем принуждения ограничивается право пациента на выбор методов лечения; 5) если необоснованно не проведено вмешательство в случаях нарушения прав пациента в учреждениях, находящихся в ведении DMHAS; или 6) если к пациенту не было проявлено достойное и гуманное отношение (см. CGS 17a-451-t[1-6]).

Другие права, не включенные в данный перечень, могут быть гарантированы законами штата или федеральными законами, подзаконными актами или политикой в области наркологии и охраны психического здоровья. Пациент может обратиться за консультацией по всем вопросам, касающимся законов и политики в данной области.

Большинство прав реципиентов услуг, оказываемых медицинскими учреждениями штата Коннектикут, содержатся в разделах с 17a-540 по 17a-550 Общего свода законов штата Коннектикут. Существуют также и другие права, гарантированные другими законами штата и федеральными законами, а также прецедентами, однако права, закрепленные в разделах с 17a-540 по 17a-550, относятся непосредственно к защите прав лиц, проходящих амбулаторное или стационарное лечение в штате Коннектикут. Данные законы применимы как к добровольно, так и к принудительно госпитализированным пациентам, если в законе не оговорено иначе.

В целом как государственные, так и частные клиники не могут лишать пациента каких-либо личных или гражданских прав, а также их права на собственность. К ним относятся право голоса, право владеть и распоряжаться собственностью и заключать контракты, за исключением случаев, оговоренных в отдельных положениях закона, и за исключением случаев, когда пациент объявлен недееспособным в соответствии с положениями разделов 45a-644-45a-662. В случае признания недееспособности необходимо конкретизировать, в области каких гражданских или личных прав пациент признан недееспособным.

Для получения более подробной информации о правах пациента служб охраны психического здоровья и наркологии в штате Коннектикут звоните по телефону: 1-800-446-7348.

*Отдельные права могут быть ограничены, или из них могут быть сделаны исключения. Ваши права детально изложены в Общем своде законов штата Коннектикут, разделы 17a-450 и далее; 17a-540 и далее; 17a-680 и далее; 52-146d-j; 54-56d; в Федеральном постановлении 42 CFR часть 2, Законе о реабилитации, Законе США о гражданах с различными формами инвалидности; Законе о согласии больных на лечение, раздел 1983, и в других законах штата и федеральных законах.

(<http://www.dmhas.state.ct.us/documents/ptrights.pdf>)

Приложение 7. Пример: Права реципиентов услуг в области охраны психического здоровья, Департамент служб поведенческой и возрастной патологии штата Мэн, США

Выдержка из оглавления и памятка о правах реципиента

Оглавление

Уведомление о недискриминации
Базовое заявление
Введение

A. ОБЩЕПРИМЕНИМЫЕ ПРАВИЛА

- I. Заявление о намерениях
- II. Определения
- III. Основные права
- IV. Лечение с минимальным ограничением свободы пациента
- V. Уведомление о правах
- VI. Помощь в деле защиты прав
- VII. Право на должное соблюдение юридических процедур при подаче жалобы
- VIII. Жалобы
- IX. Конфиденциальность и доступ к истории болезни
- X. Справедливая компенсация за труд
- XI. Защита во время проведения медицинских опытов и исследований

B. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КЛИНИКАХ И В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ

- I. Заявление о намерениях
- II. Уединение и не унижающее человеческое достоинство обращение
- III. Индивидуализированный план лечения и выписки
- IV. Индивидуализированный план лечения или ухода в реабилитационных центрах
- V. Информированное согласие на лечение
- VI. Основные права
- VII. Свобода от необоснованной изоляции и физического стеснения в реабилитационных центрах

C. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- I. Заявление о намерениях
- II. Индивидуализированный процесс планирования поддержки
- III. Индивидуализированный план лечения или ухода
- IV. Информированное согласие на лечение

Памятка о правах реципиента на английском, французском, русском, сербско-хорватском, сомалийском, испанском и вьетнамском языках.

Памятка о правах реципиента

ДЕПАРТАМЕНТ СЛУЖБ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И ВОЗРАСТНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРАВА РЕЦИПИЕНТОВ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Данная памятка является кратким обзором прав реципиентов услуг в рамках закона «Права реципиентов услуг в области охраны психического здоровья». Вы имеете право получить полную копию закона в данном агентстве или в Департаменте служб поведенческой и возрастной патологии по адресу: 49 State House Station, Augusta, Maine 04333, тел.: 287-4200 (V), 287-2000 (TTY). Если вы глухой или если не понимаете по-английски, вам будет бесплатно предоставлен квалифицированный переводчик, с тем чтобы вы поняли ваши права и назначаемый вам курс лечения.

1. Базовые права. Вы обладаете теми же личными, гражданскими и юридическими правами, которыми обладают все жители штата Мэн. Вы имеете право на вежливое отношение в вам, на уважение к вашей личности и вашему достоинству.

2. Конфиденциальность и доступ к истории болезни. Никто не имеет права доступа к вашей истории болезни без вашего разрешения, за исключением случаев, описанных в полном тексте закона. Вы можете внести письменные комментарии в вашу историю болезни для исправления данных, которые вы считаете неточными или неполными. Вы имеете право ознакомиться с вашей историей болезни в любое время в рамках рабочего дня.

3. Индивидуализированный план лечения или ухода. Вы имеете право на индивидуализированный план лечения, который будет разработан вами и вашим консультантом на основе ваших потребностей и целей. План должен быть составлен в письменном виде, и вы имеете право на получение его копии. В плане должны быть подробно описаны обязанности всех участников курса лечения, отрезок времени, в течение которого должна быть выполнена та или иная задача и достигнуты поставленные цели, а также каковы должны быть критерии для определения успешного результата лечения. План должен быть основан на ваших реальных потребностях, и в том случае, если оказать какую-либо услугу не представляется возможным, опишите подробно, как можно удовлетворить данную потребность.

4. Информированное согласие на лечение. Никакие услуги или лечение не могут быть предоставлены вам против вашей воли, за исключением случаев, когда ваш опекун имеет право давать согласие от вашего имени или когда возникает чрезвычайная ситуация, или когда проходят специальные слушания по вопросу вашего лечения. Вы имеете право быть информированным (или если вы находитесь под опекой, ваш опекун имеет право быть информированным) о возможных рисках и ожидаемых результатах всего набора оказываемых услуг и лечения, включая медикаментозное лечение, в той форме, которая для вас наиболее понятна. Если у вас возникают какие-либо вопросы, вы можете обратиться к специалисту по охране психического здоровья, который ведет ваше дело, или к любому другому лицу по вашему выбору перед принятием решения о виде лечения.

5. Помощь в защите прав. Вы имеете право назначить личного представителя по вашему выбору, который поможет вам лучше понять ваши права, защитить ваши права или разработать план лечения или ухода. В том случае, если вы хотите назначить личного представителя, имя данного человека должно быть указано в письменной форме. Вы можете встречаться с личным представителем в любое время, а также можете заменить его на другого или отказаться от личного представителя.

6. Свобода от принудительной изоляции и мер физического стеснения. В амбулаторных условиях к вам не могут быть применены меры принудительной изоляции и физического стеснения.

7. Право на подачу жалобы. Вы имеете право подать жалобу на любое возможное нарушение ваших прав или на любые сомнительные методы, применяемые к вам. Вы имеете право получить ответ на поданную жалобу в письменном виде, в котором должны быть указаны обоснования принятых решений. Вы можете подать апелляцию на любое решение в Отдел психического здоровья. Никто и никаким образом не может быть наказан за подачу жалобы. Помощь в составлении жалобы можно получить в Юридическом отделе по адресу: 60 State House Station, Augusta, Maine 04333, тел.: 287-4228 (V), 287-1798 (TTY) или в Центре по защите прав инвалидов, P.O. Box 2007, Augusta, Maine 04338-2007, тел.: 1-800-452-1948 (V/TTY).

Настоящим подтверждаю, что я получил копию памятки о правах реципиента услуг в области охраны психического здоровья.

Дата	Подпись клиента	Дата	Подпись свидетеля
------	-----------------	------	-------------------

(С полным текстом Прав реципиентов услуг в области охраны психического здоровья в штате Мэн можно ознакомиться на следующем веб-сайте:
<http://www.state.me.us/bds/Licensing/RightsRecipients/Index.html>)

Приложение 8. Пример: Формы заявлений на принудительную госпитализацию и лечение (комбинированный подход) и форма для подачи апелляции, штат Виктория, Австралия

ФОРМА 1

Постановление 5(1)

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

Закон о психиатрической помощи 1986 г.
(Раздел 9)
Постановление об охране психического здоровья 1998 г.

ЧАСТЬ А

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРИНУДИТЕЛЬНУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ
В ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

СПЕЦИАЛИСТУ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Прошу Вас госпитализировать

.....
Ф.И.О. (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) госпитализируемого лица, проживающего

.....
(АДРЕС ГОСПИТАЛИЗИРУЕМОГО ЛИЦА)

в специализированное психиатрическое учреждение в качестве принудительно госпитализируемого пациента.

ЧАСТЬ В

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, ПОДАЮЩЕМ ЗАЯВЛЕНИЕ

.....
Ф.И.О. (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) заявителя, проживающего

.....
адрес заявителя

Подпись Дата

ЧАСТЬ С

**ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ЛИЦА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
(ЗАПОЛНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ)***

Я,

.....,

Ф.И.О (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) **полицейского, врача скорой помощи или лица,
уполномоченного заявителем

работающий(ая) в должности,

санкционирую госпитализацию вышеуказанного лица в специализированное психиатрическое учреждение.

.....

Ф.И.О. (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) заявителя

Подпись Дата

* Санкция на госпитализацию лица в специализированное психиатрическое учреждение применяется только после заполнения Заявления и Рекомендации. В случае, если госпитализация происходит без заполнения Рекомендации, необходимо использовать форму 4.

** Обведите необходимое слово.

ФОРМА 2

Постановление 5(2)

ФОРМА РЕКОМЕНДАЦИИ НА ПРИНУДИТЕЛЬНУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

Закон о психиатрической помощи 1986 г.
(Раздел 9)
Постановление об охране психического здоровья 1998 г.

**РЕКОМЕНДАЦИЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ
В ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

СПЕЦИАЛИСТУ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Прошу Вас госпитализировать

.....

Ф.И.О. (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) госпитализируемого лица, проживающего

.....

адрес госпитализируемого лица

Я, аттестованный практикующий врач, заявляю нижеследующее.

Я лично провел обследование вышеназванного лица (дата)
в час. мин.*

Я считаю, что:

(а) лицо, по-видимому, является психически больным (*лицо является психически больным, если у него или у нее есть психическое заболевание – медицинское состояние, характеризующееся нарушением сознания, неустойчивостью настроения, расстройством восприятия или памяти*); и

(b) психическое заболевание лица требует немедленного лечения, которое может быть оказано в стационарных условиях специализированного психиатрического учреждения; и

(с) в силу своего психического заболевания данное лицо должно быть госпитализировано для лечения в принудительном порядке в целях его или ее здоровья или безопасности (то есть с целью предотвращения ухудшения соматического или психического состояния лица, или наоборот) или для защиты других лиц; и

(d) лицо отказалось или не в состоянии дать согласие на необходимое лечение в силу своего психического заболевания; и

(e) лицо не может получить адекватное лечение психического заболевания в обстановке, менее ограничивающей свободу решений и действий данного лица.

Я не считаю данное лицо психически больным на основе только одного или нескольких критериев исключения, приводящихся в разделе 8(2) **Закона о психиатрической помощи 1986 года**.

Мое мнение основано на следующих фактах:

ФАКТЫ, ЛИЧНО ОТМЕЧЕННЫЕ МНОЮ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ

.....
.....

ФАКТЫ, СООБЩЕННЫЕ МНЕ ДРУГИМ ЛИЦОМ

.....
.....

ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ НИКАКИХ ФАКТОВ НЕ ОТМЕЧЕНО ЛИЧНО

Так как никаких фактов мною не отмечено лично, нижеизложенные факты были сообщены мне
*лично/в письменной форме/по телефону/по электронной почте

Д-ром,

Ф.И.О. (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) другого аттестованного практикующего врача,

проживающим(ей),

адрес врача

номер телефона врача,

который(ая) обследовал(а) вышеуказанное лицо (дата)
(период времени после обследования не должен превышать 28 дней)

ФАКТЫ, СООБЩЕННЫЕ ДРУГИМ АТТЕСТОВАННЫМ ПРАКТИКУЮЩИМ ВРАЧОМ,
ПРОВОДИВШИМ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

.....
.....

Я считаю, что вышеназванное лицо должно быть госпитализировано в специализированное
психиатрическое учреждение.

.....

Ф.И.О. (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

аттестованного практикующего врача, рекомендующего госпитализацию

.....

ПОДПИСЬ аттестованного практикующего врача, рекомендующего госпитализацию

Квалификация

Адрес

Номер телефона Дата

* Обведите необходимое слово.

(См: http://www.dms.dpc.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubLawToday.nsf?OpenDatabase)

Выдержки из законодательства Парламента штата Виктория, Австралия, воспроизводятся с разрешения Ее Величества на правах штата Виктория, Австралия. Штат Виктория не несет ответственности за точность и полноту законодательных актов, приведенных в данной публикации.

Служба охраны психического
здоровья штата Виктория
Номер пациента

--	--	--	--	--	--	--	--

Госпиталь
Номер пациента:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Фамилия: _____

Имя, отчество: _____

Дата рождения: _____ Пол: _____

Другое имя: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОДАЧУ АПЕЛЛЯЦИИ В НАДЗОРНЫЙ ОРГАН ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Примечание по заполнению
данной формы

Апелляции

Пациент может подать
апелляцию в Надзорный орган
в любое время. Инспектор или
любое другое лицо,
проявляющее, по мнению
Надзорного органа, реальную
заботу о пациенте, может
подать апелляцию от имени
принудительно
госпитализированного пациента
или пациента, содержащегося в
учреждении особого режима.

Дополнительная информация

Для получения дополнительной
информации о Надзорном
органе:

- обратитесь к специалисту,
ведущему ваше дело или к
любому другому члену
лечащей бригады с
просьбой предоставить
буклет о правах пациента;
- позвоните в Надзорный
орган по нижеуказанному
телефону;
- посетите веб-сайт
Надзорного органа
www.mhrb.vic.gov.au

Конфиденциальность

Информация, содержащаяся в
данной форме, будет
использована Надзорным
органом по охране
психического здоровья для
назначения даты рассмотрения
апелляции. Надзорный орган
уведомит вас и
психиатрическую клинику о
дате рассмотрения апелляции.
Он запрашивает в
психиатрическом учреждении
информацию о вас и вашем
лечении. Надзорный орган
использует данную
информацию для вынесения
решения на апелляцию. Обмен
информацией между
Надзорным органом и лечащим
психиатрическим учреждением
осуществляется в рамках
**Закона о психиатрической
помощи 1986 года.**

Надзорный орган гарантирует
конфиденциальность и
неразглашение полученной
информации, за исключением
случаев, когда имеется
судебное решение,
обязывающего его раскрыть
полученные сведения. Для
доступа к полученной
Надзорным органом
информации о вас обратитесь к
представителю Надзорного
органа по указанному адресу.

ПРЕДСТАВИТЕЛЮ НАДЗОРНОГО ОРГАНА ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) пациента

адрес пациента, если имеется

Я, пациент: _____

название специализированного психиатрического учреждения

подаю апелляцию на:

(поставьте в квадрате крестик)

- принудительную госпитализацию в клинику;
- принудительное амбулаторное лечение с ходатайством о его аннулировании;
- условия прохождения принудительного амбулаторного лечения с ходатайством об изменении этих условий;
- мой перевод в: _____ ;
название другого специализированного психиатрического учреждения
- постановление о принудительном амбулаторном лечении с ходатайством о его аннулировании (применение только больничного постановления);
- содержание в условиях особого режима;
- отказ Заведующего психиатрическим учреждением предоставить мне отпуск (только пациенты, содержащиеся в условиях особого режима).

Я подаю апелляцию по причине того, что: _____

Подпись: _____ Дата:

--	--	--	--	--	--

ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ ДРУГОЕ ЛИЦО ПОДАЕТ АПЕЛЛЯЦИЮ ОТ ИМЕНИ ПАЦИЕНТА

Я подаю апелляцию от имени вышеназванного пациента.

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) лица, подающего апелляцию

проживающий: _____

адрес лица, подающего апелляцию

Подпись: _____ Отношение или степень родства с пациентом: _____ Дата:

--	--	--	--	--	--

напр., инспектор,
супруг(а), друг и т. д.

Отправьте по факсу, почте или электронной почте вашу апелляцию:

Представителю надзорного органа Тел.: 8601 5270

Надзорный орган по охране

психического здоровья

Level 30, 570 Bourke Street

Melbourne 3000

Факс: 8601 5299

Бесплатный тел.: 1800 242 703

Эл. почта: mhrb@mhrb.vic.gov.au

Вы можете попросить персонал учреждения отправить вашу апелляцию в Надзорный орган.

Приложение 9. Пример: Предварительное распоряжение для пациентов с психическими расстройствами в Новой Зеландии

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ РАСПОРЯЖЕНИЕ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Информация для пользователей услуг в области охраны психического здоровья
NDI

Комиссия по вопросам здоровья и инвалидности
Те Тойхау Хауора, Хауатанга

Пример:

Предварительное распоряжение об отказе от ЭСТ

В соответствии с Законом о психиатрической помощи, Ману несколько раз был госпитализирован. Однажды ему было сделано несколько сеансов электросудорожной терапии без его согласия. Ману плохо помнит саму процедуру, однако ему не понравились провалы в памяти после ее проведения.

Ману прочитал много материалов об ЭСТ и решил, что больше не желает идти на риск и испытывать провалы в памяти в будущем. Он также знает из опыта, что другие методы лечения, а также поддержка семьи способны предотвратить тяжелую депрессию.

Прошло уже три месяца со дня его последней госпитализации, и во время посещения лечащего врача Ману обсуждает с ним личный план по преодолению кризисной ситуации. Было принято решение, что Ману оформит предварительное распоряжение, в котором будет констатироваться, что он больше не желает проходить сеанс ЭСТ ни при каких обстоятельствах.

Его план по преодолению кризисной ситуации включает такие аспекты, как распознавание ранних симптомов депрессии и обращение к специалистам по психическому здоровью за помощью для себя и за консультацией для членов семьи, с тем чтобы они как можно более эффективно смогли оказать ему поддержку. Ману надеется, что если он будет госпитализирован вновь, в соответствии с Законом о психиатрической помощи, пожелания, содержащиеся в его распоряжении, будут выполнены врачами, проводящими лечение.

Что делать, если предварительное распоряжение не исполняется?

Если ваше предварительное распоряжение относительно будущих методов лечения не исполняется и вы не удовлетворены объяснениями врача, вы можете подать жалобу Уполномоченному по вопросам здравоохранения и делам инвалидов.

Что может случиться, если у меня нет предварительного распоряжения?

Если вы окажетесь в кризисной ситуации и будете не способны дать согласие на лечение (и вас не госпитализируют в соответствии с Законом о психиатрической помощи), лечащий врач может принять решение о курсе лечения, учитывая:

- ваши интересы; и
- ваше вероятное решение, которое бы вы приняли, если бы были способны это сделать; или
- мнение других лиц, заинтересованных в вашем благополучии.

Можно ли уполномочить другое лицо принимать решения от моего имени?

В некоторых странах в ваше предварительное распоряжение может быть включено назначенное вами лицо, которое сможет принимать решения от вашего имени. Однако в Новой Зеландии вам необходимо назначить на длительный срок доверенное лицо, которому вы передоверите право принимать решения относительно вашего лечения и благополучия в соответствии с Законом о защите прав собственности 1988 года. По вашему желанию, вы можете наделить данное лицо правом принимать решения о вашем лечении в тех случаях, когда вы не способны принимать их самостоятельно. Вам необходимо обратиться за консультацией к юристу, если вы хотите назначить кого-либо в качестве вашего доверенного лица.

Ответственность за принятие каких решений, не относящихся к лечению и уходу, можно поручить доверенному лицу?

Могут быть определенные решения, не относящиеся к вашему лечению, о которых вы хотели бы известить заранее. Это можно сделать во время составления плана действий в кризисной ситуации. Работники вашей службы охраны психического здоровья должны обсудить с вами ваши предпочтения в случае, если вы снова окажетесь в кризисной ситуации. Ваш кризисный план может включать распоряжения, зафиксированные в письменной форме, о том, кому вы доверяете заботу о ваших детях, или имена и фамилии членов семьи, к которым необходимо обращаться во время вашего пребывания в психиатрической клинике.

Вы также можете включить ваше предварительное распоряжение в план преодоления кризисной ситуации. Если ваш врач не привлекает вас к процессу кризисного планирования, вы можете просто изложить вашу просьбу в письменной форме и попросить приобщить ее к вашему делу.

Пример:

Предварительное распоряжение об отказе принимать определенный лекарственный препарат

Когда Билла госпитализировали, ему назначили большую дозу препарата X, и у него была очень неблагоприятная реакция на него. Билл обсудил данную проблему со своим психиатром, и они оба решили, что будет лучше, если Билл прекратит прием препарата X вообще, особенно после того, как была найдена возможная альтернатива. Родственники Билла проживают в разных частях Новой Зеландии, и ему часто приходится навещать их. Он решил, что иметь с собой в поездке предварительное распоряжение будет очень неплохой идеей в качестве гарантии, что ему не будет назначен данный препарат в случае госпитализации в психиатрическое учреждение, в котором нет его истории болезни. Он также решил, что надо внести в распоряжение названия как препарата X, так и препарата, который он принимает в настоящее время, так как когда у Билла начинается осложнение, он иногда путается и не может вспомнить названия препаратов.

Доверенность с правом передоверия для информирования членов семьи и друзей

Джон – молодой человек. Его многочисленные друзья и недавно появившийся сексуальный партнер оказали ему реальную поддержку, когда в прошлом году у него произошло серьезное осложнение психического расстройства. Однако, когда родители приехали навестить его во время кризиса, они только усугубили ситуацию. Родители Джона с неодобрением отнеслись к его образу жизни и постарались сделать все, чтобы его друзья не виделись с ним. Они не хотели, чтобы Джон вернулся в свою квартиру, в которой он проживал со своим партнером и еще одной гомосексуальной парой. Хотя Джон и хочет, чтобы родители были информированы о его госпитализации, он пожелал, чтобы решения о лечении принимал его партнер. По этой причине Джон с помощью своего юриста оформил на имя своего партнера доверенность с правом передоверия, с тем чтобы он мог принимать решения по вопросам лечения и ухода.

Как лучше всего добиться исполнения ваших пожеланий и соблюдения ваших интересов?

Предварительное распоряжение служит гарантией исполнения ваших пожеланий и соблюдения ваших интересов во время возникновения кризисных ситуаций, но доверенность с правом передоверия и кризисный план способны выполнить ваши пожелания и защитить ваши интересы наиболее надежным образом.

Хотите ли вы лучше контролировать события, происходящие во время кризисной ситуации?

Если да, то предварительное распоряжение может быть хорошим способом для осуществления лучшего контроля за лечением и уходом, которые могут быть вам назначены во время будущего психотического эпизода. Прошлые эпизоды должны помочь вам понять, какие методы лечения и ухода оказались для вас наиболее эффективными, а какие нет. Вы имеете право, в соответствии с Кодексом о правах инвалидов и потребителей услуг в области здравоохранения, использовать предварительное распоряжение для того, чтобы сообщить ваши пожелания относительно лечения и ухода, которые вы хотите получить во время возникновения следующей кризисной ситуации.

Что такое предварительное распоряжение?

Говоря простым языком, предварительное распоряжение – это будущее согласие на лечение или отказ от него. Это инструкция, составленная для других людей, как правило, в письменной форме, в которой указываются ваши предпочтения в лечении в случае нового обострения психического заболевания, которое не позволит вам принять решение или заявить о своих предпочтениях в период психотического эпизода.

В соответствии с Кодексом Новой Зеландии, в предварительном распоряжении указывается тип медико-санитарной помощи и лечения, который вы предпочитаете. В некоторых странах в предварительное распоряжение могут быть включены решения, не относящиеся напрямую к медико-санитарной помощи, однако в Новой Зеландии заявить о таких пожеланиях можно только в рамках других процедур.

Кто может составить предварительное распоряжение?

Кодекс о правах инвалидов и потребителей услуг в области здравоохранения предоставляет любому лицу, обладающему правоспособностью выбирать способ оказания медико-санитарной помощи, право составить предварительное распоряжение.

О чем составляется предварительное распоряжение?

Предварительное распоряжение должно включать методы лечения и способы оказания медико-санитарной помощи. Например, вы можете указать:

- ваш текущий курс лечения и методы лечения, с которыми вы не согласны во время кризисной ситуации, включая лекарственные средства или ЭСТ;
- место, где вы предпочитаете получить услуги в области психической и психиатрической помощи во время кризисной ситуации, например в больнице, дома или кризисном центре.

Пример:

Предварительное распоряжение на применение конкретного препарата

Салли знает, что когда она начинает чувствовать себя по-особому, то очень важно начать лечение с небольшой дозировки препарата X. Во время ее первых эпизодов психического заболевания она почувствовала себя очень плохо и была госпитализирована. Недавно Салли переехала в другой город, и у нее нет уверенности в том, что ее новый врач отнесется уважительно к ее наблюдениям за собственным организмом. Салли решила подготовить предварительное распоряжение, в котором констатируется, что если с ней случится новый приступ психического заболевания, она хочет, чтобы ее врач общей практики назначил ей препарат X, вместо направления к врачу-специалисту. Хотя к просьбе Салли врачи могут отнестись с уважением, препарат может быть назначен только, если в это время его назначение будет оправдано с клинической точки зрения.

Что надо сделать для составления предварительного распоряжения?

Составление предварительного распоряжения не является сложным процессом. Для этого вам не нужен юрист. Фактически вы имеете право составить предварительное распоряжение без чьей-либо помощи. Однако нижеуказанные этапы помогут вам составить распоряжение, к которому будут относиться с уважением, а решения, содержащиеся в нем будут признаваться и исполняться.

- Если возможно, составьте ваше предварительное распоряжение в письменной форме, а не в устной. Заявите о ваших предпочтениях в как можно более четкой форме, затем подпишите распоряжение и поставьте дату.
- Если вы составляете ваше предварительное распоряжение с помощью врача или любого другого медицинского работника, он или она могут удостоверить, что вы компетентны и достаточно информированы о заявленных вами предпочтениях, и помочь вам разобраться с определением ситуации, для которой будет предназначено ваше распоряжение.
- Если в составлении предварительного распоряжения принимают участие члены вашей семьи или ванау, или вы, по крайней мере, информируете их об этом, то они будут лучше подготовлены для оказания вам поддержки и создания условий для исполнения ваших пожеланий во время кризисной ситуации.
- Регулярный пересмотр и внесение изменений в предварительное распоряжение позволят вам отразить любые перемены в вашем состоянии или ваших предпочтениях и будут рассматриваться врачами как ваши пожелания.
- Оставьте одну копию предварительного распоряжения себе, а остальные членам семьи или лицам, оказывающим поддержку, а также специалистам, которые наиболее часто оказывают вам медико-социальную помощь.

Всегда ли пожелания, содержащиеся в предварительном распоряжении будут исполняться?

Нет. При принятии решений об исполнении пожеланий, включенных в ваше распоряжение, врач задаст себе пять вопросов:

- Были ли вы правоспособны принимать решение во время составления предварительного распоряжения?
- Принимали ли вы решение по собственной воле?
- Были ли вы достаточно информированы для принятия решения?
- Намеревались ли вы использовать данное распоряжение в текущей ситуации, отличающейся от той, которую вы ожидали?
- Является ли предварительное распоряжение просроченным?

Кодекс о правах инвалидов и потребителей услуг в области здравоохранения гарантирует право на получение полной информации, право на информированный выбор и право на информированное согласие. Несмотря на это, ваше предварительное распоряжение не отменяет право врача санкционировать принудительное лечение, если вы подлежите такому лечению согласно приказу о принудительном лечении, подготовленному в соответствии с Законом о психиатрической помощи от 1992 г. (Обязательное освидетельствование и лечение). Этот Закон также рекомендует врачу попытаться получить ваше согласие на лечение, несмотря на то, что он или она могут назначить лечение без вашего согласия.

Может оказаться полезным иметь предварительное распоряжение, даже несмотря на то, что вы подлежите принудительному лечению, поскольку оно даст вашему врачу четкое представление о ваших пожеланиях.

Пример предварительного распоряжения на отказ от препарата X.

Я, _____, не желаю принимать препарат X ни при каких обстоятельствах. Я обсудил мое решение с моим психиатром, д-ром _____, который проконсультировал меня относительно альтернативных возможностей лечения и ожидаемых результатах, рисках и побочных эффектах препарата X.

Я подтверждаю, что принял данное решение по собственной воле и что, если не будет аннулировано мною ранее, данное решение имеет срок действия в течение следующих ____ лет.

Дата _____

Подпись _____

Я подтверждаю правоспособность _____ во время составления данного предварительного распоряжения.

Дата _____

Врач _____

Комиссия по психическому здоровью:

Тел.: (04) 474 8900

Факс: (04) 474 8901

Эл. почта: info@mhc.govt.nz

Веб-сайт: www.mhc.govt.nz

Комиссия по вопросам инвалидности и здравоохранению HDI:

Тел./TTY: (09) 373 1060

Факс: (09) 373 1061

Бесплатный тел.: 0800 11 22 33

Эл. почта: hdc@hdc.org.nz

Веб-сайт: www.hdc.org.nz