

**Совет по правам человека**

Тридцать пятая сессия

6–23 июня 2017 года

Пункт 3 повестки дня

**Поощрение и защита всех прав человека,
гражданских, политических, экономических,
социальных и культурных прав,
включая право на развитие****Доклад Специального докладчика по вопросу о праве
каждого человека на наивысший достижимый
уровень физического и психического здоровья****Записка секретариата**

Во исполнение резолюции 24/6 Совета по правам человека секретариат имеет честь препроводить Совету доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Стремясь внести вклад в обсуждение вопроса о психическом здоровье как одном из глобальных приоритетов в области здравоохранения, Специальный докладчик уделяет особое внимание праву каждого человека на психическое здоровье и на ряд ключевых проблем и возможностей, настоятельно призывая к тому, чтобы меры по поощрению психического здоровья рассматривались для лиц всех возрастов и в любых условиях. Он рекомендует отойти от концепции, основанной на систематических нарушениях прав человека в психиатрических учреждениях, которые слишком часто совершаются в отношении лиц, страдающих интеллектуальными, когнитивными и психологическими расстройствами.

Специальный докладчик дает государствам и всем заинтересованным сторонам ряд рекомендаций, касающихся перехода к таким системам укрепления психического здоровья, которые опираются на права человека и обеспечивают их соблюдение.



Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	3
II. Общая ситуация	3
III. Глобальное бремя препятствий	6
A. Преобладание биомедицинской модели	6
B. Неравномерность полномочий	7
C. Предвзятое использование фактологических данных в области психического здоровья	9
IV. Эволюция нормативной базы в области психического здоровья	10
V. Юридические рамки права на психическое здоровье	12
A. Обязательства	12
B. Международное сотрудничество	12
C. Участие	13
D. Недискриминация	14
E. Подотчетность	15
F. От психиатрических услуг – к уходу и поддержке	16
G. Осознанное согласие и принуждение	18
H. основополагающие и социальные предпосылки психического здоровья	20
VI. Переход к другой системе взглядов	21
A. Правозащитный императив по рассмотрению вопросов укрепления и профилактики в сфере психического здоровья	21
B. Лечение: от изоляции к социуму	22
VII. Выводы и рекомендации	25
A. Выводы	25
B. Рекомендации	26

I. Введение

1. Психическое здоровье и эмоциональное благополучие являются аспектами, которым Специальный докладчик уделяет приоритетное внимание (см. A/HRC/29/33). В каждом тематическом докладе он пытался анализировать психическое здоровье как приоритетный фактор обеспечения прав человека и развития в контексте становления детей в раннем возрасте (см. A/70/213) и в подростковом возрасте (см. A/HRC/32/32), а также в контексте целей в области устойчивого развития (см. A/71/304).

2. В настоящем докладе Специальный докладчик расширяет свой анализ в этом направлении и рассматривает в общих чертах ряд основных проблем и возможностей, которые встречаются на пути осуществления права каждого человека на психическое здоровье. Учитывая масштабность и сложность рассматриваемого вопроса и эволютивность организационно-правовой и доказательственной базы прав человека, Специальный докладчик в своем докладе стремится внести вклад в проводимые в настоящее время важные дискуссии, ибо проблематика психического здоровья выступает на передний план как один из глобальных приоритетов в сфере здравоохранения.

3. Настоящий доклад был составлен по итогам масштабных консультаций, проведенных с широким кругом заинтересованных сторон, включая представителей сообщества инвалидов, нынешних и бывших потребителей психиатрических услуг, представителей гражданского общества, специалистов-практиков в сфере психического здоровья, в том числе психиатров и экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), научных экспертов, сотрудников правозащитных механизмов Организации Объединенных Наций и представителей государств-членов.

Примечание о терминологии¹

4. Каждый человек в течение своей жизни нуждается в среде, способствующей поддержанию его психического здоровья и благополучия; в этой связи все мы являемся потенциальными потребителями психиатрических услуг. Многие из нас столкнутся с окказиональными и краткосрочными психологическими затруднениями или переживаниями, требующими дополнительной поддержки. Некоторые люди страдают когнитивными, интеллектуальными и психосоциальными отклонениями или являются аутистами, которые, независимо от их самоидентификации или диагноза, сталкиваются с препятствиями при осуществлении своих прав по признаку реального или предполагаемого отклонения и поэтому непропорционально страдают от нарушений прав человека, находясь в психиатрических учреждениях. Одни могут иметь диагноз, связанный с состоянием психического здоровья, или применять к себе этот термин, а другие могут выбрать иную самоидентификацию, в том числе называть себя «выжившими».

5. В настоящем докладе между потребителями услуг и инвалидами проводится различие, критерием которого являются препятствия, возникающие на пути инвалидов; при этом в более общем плане каждый рассматривается в качестве носителя прав.

II. Общая ситуация

6. Несмотря на постулат о том, что физическое здоровье человека неразрывно связано с его психическим здоровьем, нигде в мире психическое здоровье не находится в равном положении с физическим здоровьем – будь то на уровне национальной политики и бюджета или медицинского образования и

¹ См. WHO, “Advocacy actions to promote human rights in mental health and related areas” (2017).

практики. Согласно оценкам, в целом на обеспечение психического здоровья ассигнуется менее 7% бюджета системы здравоохранения. В странах с низким уровнем дохода в этой сфере на одного человека расходуется менее 2 долл. США в год². Основные объемы инвестиций направляются на долгосрочное стационарное лечение и психиатрические больницы, что практически сводит на нет политику развития системы по обеспечению всеобщего психического здоровья³. Политика произвольного разграничения физического и психического здоровья с последующей изоляцией сферы психического здоровья и пренебрежительным отношением к ней привела к недопустимой ситуации, характеризующейся неудовлетворенными потребностями населения и нарушениями прав человека (см. A/HRC/34/32, пункты 11–21), в том числе права на наивысший достижимый уровень психического и физического здоровья⁴.

7. Невнимание к проблемам порождает невнимание к людям. История психиатрии и лечения психиатрических заболеваний изобилует вопиющими нарушениями прав человека, такими как лоботомия, которые совершались от имени медицины. После завершения Второй мировой войны и принятия Всеобщей декларации прав человека наряду с другими международными конвенциями проблематике прав человека в контексте глобального психического здоровья и психиатрии стало уделяться повышенное внимание. Однако вопрос о том, действительно ли человечество учло болезненные уроки прошлого, остается открытым.

8. В течение десятилетий система услуг в сфере психического здоровья была основана на упрощенческом биомедицинском подходе, который способствовал отчуждению, пренебрежению, принуждению и надругательству в отношении лиц с интеллектуальными, когнитивными и психосоциальными отклонениями, лиц, страдающих аутизмом, и лиц, не соответствующих общепринятым культурным, социальным и политическим нормам. В частности, серьезную озабоченность по-прежнему вызывает злоупотребление психиатрией в политических целях. В условиях, когда службы психиатрической помощи испытывают крайнюю нужду в ресурсах, любое наращивание объема инвестиций должно осуществляться с учетом прошлого опыта, чтобы не допустить повторения истории.

9. Современная концепция психического здоровья сформировалась вследствие изменения воззрений, нередко под совокупным воздействием позитивных сдвигов и недостатков в эмпирической и этической сферах медицинского обслуживания. Этот процесс ее формирования начался 200 лет назад, с решения освободить от оков «сумасшедших», которые сдержались в тюремных казематах, и эволюционировал до внедрения в XX веке психотерапии, шоковых методов лечения и психотропных медикаментов. При описании индивидуальной патологии чаша весов колебалась между двумя крайними понятиями – «разум без мозга» или «мозг без разума». Недавно в рамках деятельности по защите прав инвалидов было признано, что не следует сосредоточивать внимание исключительно на патологии индивида, после чего аспекты инвалидности и благополучия стали рассматриваться в более широком контексте личной, социальной, политической и экономической жизни.

10. Поиск равновесия между двумя вышеупомянутыми крайностями XX столетия послужил стимулом для прекращения практики помещения в стационары (деинституционализации) и для выработки сбалансированного, биопсихосоциального подхода к лечению. Деятельность в этом направлении активизировалась с опубликованием в 2001 году доклада ВОЗ, в котором она призвала к формированию современной системы государственного здравоохранения и к освобождению сферы психического здоровья и лиц, пользующихся ее услуга-

² WHO, *Mental Health Atlas 2014*, p. 9, и PLOS medicine editors, “The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition”, *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 5 (May 2013).

³ WHO, *Mental Health Atlas 2014*, p. 9.

⁴ См. также Human Rights Watch, “Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia” (March 2016).

ми, от изоляции, стигматизации и дискриминации⁵. Результаты все более многочисленных исследований указывали на то, что устоявшаяся концепция, ориентированная прежде всего на биомедицинские виды вмешательства, включая применение психотропных препаратов и насильственных мер, уже не является состоятельной в условиях повышения уровня психического здоровья. Наиболее важное значение имели объединенные усилия гражданского общества, особенно движений во главе с нынешними и бывшими потребителями психиатрических услуг и организаций инвалидов, направленные на то, чтобы привлечь внимание к неспособности системы традиционной психиатрической помощи удовлетворять их потребности и обеспечивать соблюдение их прав. Они выступили против факторов, приводящих к нарушениям прав человека, разработали альтернативные терапевтические технологии и сформулировали новую теорию укрепления психического здоровья.

11. Активная деятельность гражданского общества, направленная на изменение системы взглядов, способствовала эволюции правозащитной базы в сфере психического здоровья. Принятие в 2006 году Конвенции о правах инвалидов послужило основой для перехода к новым воззрениям и оставления в прошлом практики нарушения прав человека в системе психиатрических услуг. Право на наивысший достижимый уровень здоровья обладает большим потенциалом по распространению этих новых воззрений и служит фундаментом для всестороннего осуществления права каждого человека на психическое здоровье.

12. По истечении десяти лет активного прогресса в этом направлении не наблюдается. Эффективные, приемлемые и конфигурируемые терапевтические альтернативы остаются на периферии систем здравоохранения, процесс деинституционализации застыл, инвестиции в обеспечение психического здоровья по-прежнему ориентированы в основном на биометрическую модель, а реформа законодательства в области психического здоровья стала проводиться более широко, подрывая дееспособность и принцип равной защиты закона для лиц с когнитивными, интеллектуальными и психосоциальными отклонениями. В некоторых странах отход от помещения пациентов в приюты привел их к таким зловещим альтернативам, как бездомность, больница и тюрьма. В случаях, когда поступает международная помощь, ее зачастую направляют на ремонт крупных интернатов и психиатрических больниц, тем самым препятствуя достижению прогресса.

13. В рамках государственной политики по-прежнему недооценивается значимость предпосылок для ухудшения психического здоровья, таких как насилие, ограничение прав и возможностей, социальное отчуждение и изоляция, распад общин, хронически тяжелое социально-экономическое положение, пагубные условия труда и школьного образования. Подходы к проблемам психического здоровья, в которых не учитываются факторы социальной, экономической и культурной среды, являются неэффективными не только для инвалидов, но и для укрепления психического здоровья многих других людей на различных этапах их жизни.

14. Благодаря принятию Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и недавним усилиям влиятельных глобальных субъектов, таких как ВОЗ, Движение за психическое здоровье людей во всем мире и Всемирный банк, проблема обеспечения психического здоровья ставится на международном уровне в качестве императива в области развития людских ресурсов. Психическое здоровье упоминается в Повестке дня на период до 2030 года и в большинстве изложенных в ней целей в области устойчивого развития: цель 3 предусматривает обеспечить здоровый образ жизни и содействовать благополучию для всех в любом возрасте, а задача 3.4 включает в себя поддержание психического здоровья и благополучия наряду с сокращением смертности от неинфекционных заболеваний. Для эффективной реализации права на здоро-

⁵ См. ВОЗ, *Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2001 году. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда*.

вье важно, насколько активизация деятельности в сфере психического здоровья, обеспеченная благодаря Повестке дня на период до 2030 года, будет использована при принятии мер на национальном уровне.

15. Нынешняя динамика и открывшиеся возможности носят уникальный характер. С учетом особенностей данного этапа исторического развития и совокупности процессов, происходящих на международном уровне, Специальный докладчик стремится внести свой вклад в рамках настоящего доклада.

III. Глобальное бремя препятствий

16. Эффективным инструментом повышения глобального уровня психического здоровья является использование тревожной статистики, отражающей масштабы и тяжелые экономические последствия «психических расстройств». Хотя можно с уверенностью сказать, что миллионы людей во всем мире испытывают серьезный дефицит услуг, нынешний подход на основе «заболеваемости» неуклонно ведет к глобальному кризису в сфере психического здоровья в рамках биомедицинской модели, которая слишком узка, чтобы обеспечивать профилактику и реагирование на проблемы с психическим здоровьем на национальном и общемировом уровнях. Уделение первоочередного внимания условиям отдельно взятого индивида неизбежно влечет за собой формирование политических механизмов, систем и услуг, которые приводят к ограниченным, неэффективным и потенциально вредным результатам. Такой подход создает условия для дальнейшей медикализации глобальной сферы психического здоровья, для отвлечения внимания директивных органов от анализа основных рисков и защитных факторов, оказывающих воздействие на психическое здоровье каждого человека. Для решения вопроса об удовлетворении крайне острой потребности в основанных на правах человека услугах в области психического здоровья для всех требуется провести оценку «глобального бремени препятствий», которое способствовало сохранению сложившегося положения в сфере психического здоровья.

17. Три основных препятствия, которые усиливают друг друга, определены в последующих разделах.

A. Преобладание биомедицинской модели

18. В рамках биомедицинской модели критерием для определения психического состояния и основанием для решения о вмешательстве являются невробиологические аспекты и процессы. Считалось, что биомедицинские показания, такие как «химический дисбаланс», позволят сблизить психическое здоровье с физическим и с общими отраслями медицины и тем самым постепенно преодолеть стигматизацию⁶. Однако этого не произошло, и многие концепции, лежащие в основе биомедицинской модели, не были подтверждены результатами дальнейших исследований. В пособиях по диагностике, таких как Международная классификация болезней и Руководство по диагностике и статистическому учету психических заболеваний, по-прежнему популяризируются параметры индивидуальной диагностики, причем зачастую без прочной научной основы⁷. Критики этого подхода предупреждают, что чрезмерное расширение диагностических категорий является ущемлением человеческого опыта, что мо-

⁶ См. Derek Bolton and Jonathan Hill, *Mind, Meaning and Mental Disorder: the Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry* (Oxford, Oxford University Press, 2004).

⁷ См. Thomas Insel, "Transforming diagnosis" (April 2013), можно ознакомиться на веб-сайте www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml.

жет привести к сокращению масштабов принятия концепции разнообразия людей⁸.

19. При этом в сфере психического здоровья продолжает наблюдаться чрезмерная медиализация, а упрощенческая биомедицинская модель, опирающаяся на поддержку сообщества психиатров и фармацевтической промышленности, занимает доминирующее положение в областях клинической практики, политики, научных исследований, медицинского образования и инвестиций в охрану психического здоровья во всем мире. Основная часть инвестиций, направляемых в сферу психического здоровья в странах с низким, средним и высоким уровнем дохода, в непропорциональной степени расходуется на финансирование услуг, основанных на биомедицинской модели психиатрии⁹. Наряду с этим наблюдается предпочтение в пользу оперативного лечения психотропными препаратами, несмотря на растущее число свидетельств того, что они не столь эффективны, как считалось ранее, что у них имеются вредные побочные эффекты, а в случае с антидепрессантами, особенно для слабых и умеренных депрессивных состояний, их благотворное воздействие может объясняться эффектом плацебо¹⁰. Несмотря на эти риски, психотропные препараты все активнее применяются в странах с высоким, средним и низким доходом по всему миру¹¹. Нас длительное время заставляли верить в миф о том, что оптимальными средствами для укрепления психического здоровья являются медикаменты и другие виды биомедицинского вмешательства.

20. Психосоциальная модель появилась как эмпирический противовес биомедицинской концепции¹². Эта модель выходит за рамки биологических факторов (но не исключает их), рассматривая психологический и социальный опыт в качестве как факторов риска, способствующих ухудшению психического здоровья, так и факторов позитивного влияния на уровень благополучия. Она может охватывать краткосрочные и малозатратные вмешательства, включаемые в обычный протокол лечения. При надлежащем применении такие виды вмешательств способны обеспечить расширение прав и возможностей социально отчужденных лиц, повышение уровня их родительской и иной квалификации, оказание помощи лицам исходя из их обстоятельств, улучшение взаимоотношений, рост самоуважения и собственного достоинства. Чтобы та или иная система охраны психического здоровья соответствовала праву на здоровье, необходимо обеспечить оптимальный баланс между биомедицинской и психосоциальной моделями и вмешательствами, избегая необоснованного постулата о том, что биомедицинские вмешательства являются более эффективными¹³.

В. Неравномерность полномочий

21. Поощрение и защита прав человека в области психического здоровья зависит от перераспределения полномочий внутри клинических, исследовательских и политических механизмов. Полномочия по принятию решений, касающихся психического здоровья, сосредоточены в руках биомедицинских «распо-

⁸ См. Stefan Priebe, Tom Burns and Tom K.S.J. Craig, "The future of academic psychiatry may be social", *British Journal of Psychiatry*, vol. 202, No. 5 (May 2013).

⁹ См. WHO, *Mental Health Atlas 2014*, p. 32.

¹⁰ См. Irving Kirsch, "Antidepressants and the placebo effect", *Zeitschrift für Psychologie*, vol. 222, No. 3 (February 2015), и David Healy, "Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors?", *BMJ*, vol. 333 (July 2006).

¹¹ См. Ross White, "The globalisation of mental illness", *The Psychologist*, vol. 26 (March 2013).

¹² См. Anne Cooke, ed., *Understanding Psychosis and Schizophrenia*, (Leicester, The British Psychological Society, 2014).

¹³ См. Nikolas Rose and Joelle M. Abi-Rached, *Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind* (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013) и Pat Bracken, "Towards a hermeneutic shift in psychiatry", *World Psychiatry*, vol. 13, No. 3 (October 2014).

рядителей», в частности биологической психиатрии, которая поддерживается фармацевтической промышленностью. Это подрывает современные принципы комплексного лечения, управления сферой психического здоровья, новаторских и независимых межотраслевых исследований и разработки правозащитных приоритетов политики в области психического здоровья. Влиятельными субъектами являются также международные организации, особенно ВОЗ и Всемирный банк, функции и отношения которых являются взаимосвязанными и частично совпадают с ролью специалистов по психиатрии и фармацевтических предприятий.

22. Дисбаланс полномочий на клиническом уровне усиливает патерналистские и даже патриархальные подходы, которые доминируют во взаимоотношениях между психиатрами и потребителями услуг в сфере психического здоровья. Такая неравномерность ограничивает возможности потребителей услуг и подрывает их право принимать решения о своем здоровье, формируя среду, в которой могут совершаться и совершаются нарушения прав человека. Законы, разрешающие работникам психиатрии применять к пациентам насилие и режим изоляции, официально закрепляют такие полномочия и злоупотребление ими. Подобное недобросовестное использование неравномерности полномочий получило широкое распространение отчасти потому, что нормативные документы нередко принуждают представителей профессии и обязывают государство принимать насильственные меры.

23. Работники психиатрии представляют собой деятельную группу, оказывающую влияние на вопросы управления и пропаганды в сфере психического здоровья. Национальные стратегии в этой области обычно отражают биомедицинские мероприятия и замалчивают мнения и значимое участие гражданского общества, нынешних и бывших потребителей услуг в сфере психического здоровья и экспертов по различным немедицинским специальностям¹⁴. В этой связи изданное в 2005 году *Справочное пособие ВОЗ в области психического здоровья, прав человека и законодательства*, которое было подготовлено на основе существовавших на тот момент руководящих принципов по правам человека, оказало значительное влияние на разработку законодательства о психическом здоровье, в котором допускаются «исключения». Принятые тогда юридические «исключения» закрепили принуждение в повседневной практике, расширив возможности для совершения нарушений прав человека; поэтому отрядно отметить, что эти законы пересматриваются, а упомянутое *Справочное пособие* официально дезавуировано в результате формирования правовых рамок, в основу которых заложена Конвенция о правах инвалидов¹⁵.

24. Сложившееся положение дел в нынешней психиатрии, основанное на неравномерности полномочий, порождает недоверие среди многих потребителей услуг, создает угрозу репутации профессии психиатра и приводит к ее подрыву. Крайне важны открытые текущие дискуссии с сообществом психиатров о будущем этой профессии, в том числе о ее роли в отношениях с другими заинтересованными сторонами¹⁶. Специальный докладчик приветствует и поощряет такие дискуссии внутри профессионального сообщества психиатров и с другими сторонами; он убежден, что стремление к консенсусу и прогрессу выгодно каждой из сторон, включая психиатрию. Активное вовлечение психиатрического сообщества и его лидеров в процесс перехода к системе политики и услуг в сфере психического здоровья, основанной на правах человека, является ключевым элементом успешного проведения глобальных позитивных преобразований в области психического здоровья.

¹⁴ См. WHO MiNDbank, можно ознакомиться на веб-сайте www.mindbank.info/collection/type/mental_health_strategies_and_plans/all.

¹⁵ См. www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/.

¹⁶ См. Heinz Katschnig, “Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession”, *World Psychiatry*, vol. 9, No. 1 (February 2010).

25. Система традиционных взглядов, основанная на упрощенческом биомедицинском толковании сложных аспектов, связанных с психическим здоровьем, доминирует в политике и услугах в области психического здоровья даже в случаях, когда она не подтверждена исследованиями. Лица с психическими отклонениями по-прежнему ошибочно считаются опасными, несмотря на убедительные свидетельства того, что они обычно являются скорее жертвами насильственных действий, нежели лицами, их совершающими¹⁷. Аналогичным образом, их способность принимать решения ставится под сомнение: многие из них признаются некомпетентными и лишаются права принимать решения, касающиеся их самих. Теперь этот стереотип постепенно разрушается, поскольку люди показывают свою способность жить самостоятельно, когда их возможности укреплены благодаря надлежащей правовой защите и поддержке.

26. Неравномерность укоренялась благодаря финансовой мощи фармацевтической промышленности и заключаемым с нею альянсам. При отсутствии финансовых ресурсов для научных исследований и инноваций предприятия этой отрасли восполняют образовавшийся пробел благодаря минимальной прозрачности процедур утверждения лекарственных препаратов или сомнительным связям с работниками здравоохранения и поставщиками медицинских услуг. Сложившаяся ситуация показывает, сколь далеко зашло чрезмерное внедрение биомедицинской модели в политику и сколь активно эта модель сопротивляется преобразованиям¹⁸.

С. Предвзятое использование фактологических данных в области психического здоровья

27. Система фактологических данных для обоснования вмешательств в области психического здоровья была проблемной на протяжении всего исторического пути. Эта ситуация сохраняется, поскольку данные об эффективности некоторых психотропных препаратов и других видов биомедицинского психиатрического вмешательства все чаще оспариваются как с научной, так и с практической точек зрения¹⁹. Тот факт, что подобные вмешательства могут быть эффективными в урегулировании некоторых состояний, не подлежит сомнению, однако все большую озабоченность вызывает их чрезмерное назначение и слишком активное применение в случаях, когда в них нет необходимости²⁰. Существует давняя история утаивания фармацевтическими компаниями негативных результатов испытаний медицинских препаратов, когда они не позволяли ознакомиться с фактологическими данными об их применении. В результате работники здравоохранения и пациенты оказываются лишенными доступа к информации, которая необходима им для принятия осознанных решений²¹.

¹⁷ См. Jillian K. Peterson and others, "How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness?", *Law and Human Behavior*, vol. 38, No. 5 (April 2014).

¹⁸ См. Ray Moynihan, Jenny Doust and David Henry, "Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy", *BMJ*, vol. 344 (May 2012).

¹⁹ См. Peter Tyrer and Tim Kendall, "The spurious advance of antipsychotic drug therapy", *The Lancet*, vol., No. 9657 (January 2009); Lex Wunderink and others, "Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy", *JAMA Psychiatry*, vol. 70, No. 9 (2013); Joanna Le Noury and others, "Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence", *BMJ*, vol. 351 (September 2015); и Andrea Cipriani and others, "Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis", *The Lancet*, vol., 388, No. 10047 (August 2016).

²⁰ См. Ray Moynihan, "Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy".

²¹ См. Irving Kirsch and others, "Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration", *PLOS Medicine* (February 2008).

28. Влиятельные субъекты оказывают воздействие на сферу научных исследований, которая определяет дальнейшую политику и использование фактологических данных. Область научных исследований, касающихся психического здоровья и политики, по-прежнему испытывает нехватку диверсифицированного финансирования и остается сосредоточенной на нейробиологической модели. В частности, чрезмерное влияние оказывает научная психиатрия, представители которой дают директивным органам информацию о выделении ресурсов и руководящих принципах политики и услуг в сфере психического здоровья. Исследовательские программы научной психиатрии сосредоточены главным образом на биологических предпосылках психического здоровья. Такая предвзятость проявляется также в программах медицинских учебных заведений, ограничивая передачу знаний следующему поколению специалистов и лишая их понимания ряда факторов, которые влияют на психическое здоровье и способствуют выздоровлению.

29. Из-за предвзятости в пользу биомедицинской модели наблюдается тревожное расхождение между появляющимися фактологическими данными и тем, как они используются при формировании политики и практики. Уже несколько десятилетий по результатам эмпирических и научных исследований накапливается база фактологических данных в пользу психосоциальных услуг и видов поддержки, ориентированных на восстановление, а также ненасильственных альтернатив существующим услугам. Без популяризации таких услуг, без инвестиций в них и без их поддержки заинтересованными сторонами они будут оставаться на периферии и не смогут обеспечить тех изменений, на которые они направлены.

IV. Эволюция нормативной базы в области психического здоровья

30. Согласно Уставу ВОЗ, здоровье является «состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Психическое здоровье, как и любые другие аспекты здоровья, подвержено воздействию ряда биологических, социальных и психологических факторов²². Исходя из этого постулата, носители обязанностей могут точнее осознать свои соответствующие обязательства по уважению, защите и осуществлению права на психическое здоровье для всех. Большинство нынешних дискуссий, касающихся психического здоровья и прав человека, сосредоточены на получении осознанного согласия в связи с психиатрическим лечением. Обсуждение этого вопроса носит исключительно важный характер; оно было начато вследствие хронической неспособности обеспечить защиту права на психическое здоровье и предоставить альтернативные виды лечения, не связанные с принуждением.

31. Процесс эволюции нормативных положений, касающихся сферы психического здоровья, предполагает наличие тесной взаимосвязи между правом на здоровье с возможностью использовать его основные определяющие факторы и свободой контролировать собственное здоровье и тело. Кроме того, он связан с правом пациента на свободу, правом не подвергаться вмешательству без выражения согласия и правом на уважение дееспособности. Если осознанное согласие требуется для прохождения лечения, соответствующего праву на здоровье, то дееспособность необходима для выражения согласия, и ее следует отличать от вменяемости. Право на здоровье также включает право на интеграцию в социум и на лечение при надлежащем содействии как в ведении самостоятельной жизни, так и в осуществлении дееспособности (см., например, E/CN.4/2005/51, пункты 83–86, и A/64/272, пункт 10)²³. Отказ в дееспособности нередко приво-

²² См. WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020* (2013), p. 7.

²³ См. также Комитет по правам инвалидов, замечание общего порядка № 1 (2014 год) по вопросу о равенстве перед законом, пункт 13.

дит к лишению свободы и принудительным медицинским вмешательствам, вследствие чего возникают вопросы, связанные не только с запрещением произвольного задержания и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, но и с правом на здоровье.

32. До принятия Конвенции о правах инвалидов государства при определении своих обязанностей по защите прав инвалидов в контексте лечения руководствовались различными юридически необязательными документами (см. резолюции 37/53, 46/119 и 48/96 Генеральной Ассамблеи). Хотя в некоторых из них признавались важные права и свободы, содержащиеся в них правовые гарантии зачастую выхолащивались в повседневной практике (см. E/CN.4/2005/51, пункты 88–90, и A/58/181). Поскольку право на здоровье гарантирует свободу от дискриминации, недобровольного лечения и изоляции, оно также должно пониматься как гарантирующее возможности для лечения и интеграции в социум. Неспособность обеспечить такие возможности и другие свободы открывает прямой путь к принуждению и изоляции.

33. Комитет по правам инвалидов обращает внимание на необходимость полного уважения дееспособности, абсолютного запрещения недобровольного удержания в связи с инвалидностью и ликвидации принудительного лечения (см. A/HRC/34/32, пункты 22–33)²⁴. Это является ответом на неадекватность только процедурных гарантий, согласно которым для обеспечения прав инвалидов требуется повышенное внимание к непринудительным альтернативам и мерам социальной интеграции. В условиях эволюции нормативной базы не все правозащитные механизмы ввели предложенный Комитетом абсолютный запрет на недобровольное удержание и лечение. К ним относятся Подкомитет по предупреждению пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания (см. CAT/OP/27/2), Комитет против пыток²⁵ и Комитет по правам человека²⁶. Однако предусмотренное ими толкование исключений, используемых для оправдания принуждения, является более узким, как указывается в текущих дискуссиях на эту тему. В частности, в Основных принципах и Руководящих положениях Организации Объединенных Наций в отношении средств правовой защиты и процедур, связанных с правом любого лишенного свободы лица обращаться в суд, Рабочая группа по произвольным задержаниям поддержала положения Конвенции о правах инвалидов, касающиеся гарантий запрещения принудительного удержания (см. A/HRC/30/37, пункты 103–107).

34. В настоящее время тупиковая ситуация сложилась в вопросе о том, как выполнять обязанности в связи с недобровольным лечением в свете положений Конвенции о правах инвалидов, учитывая различия в толкованиях международных правозащитных механизмов. Специальный докладчик отслеживал эти события и надеется на успешное достижение консенсуса по вопросу о безотлагательном переходе к усиленной политике и услугам в области психического здоровья. Он стремится активно участвовать в этих процессах и в перспективе снова представить доклад о достигнутом прогрессе.

²⁴ См. также Конвенцию о правах инвалидов, статьи 12 и 14, замечание общего порядка № 1 Комитета по правам инвалидов и руководящие принципы по статье 14 Конвенции.

²⁵ См. CAT/C/FIN/CO/7, пункты 22–23; CAT/C/FRA/CO/7, пункты 29–30; CAT/C/AZE/CO/4, пункты 26–27; и CAT/C/DNK/CO/6-7, пункты 40–41.

²⁶ Замечание общего порядка № 35 (2014 год), касающееся свободы и личной неприкосновенности.

V. Юридические рамки права на психическое здоровье

A. Обязательства

35. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах устанавливает юридически обязательные рамки права на наивысший достижимый уровень психического здоровья. Эти рамки дополняются правовыми стандартами, которые установлены, в частности, Конвенцией о правах инвалидов, Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенцией о правах ребенка. Государства-участники обязаны уважать, защищать и осуществлять право на психическое здоровье в национальных законах, положениях, политике, бюджетных мероприятиях, программах и других инициативах.

36. Право на психическое здоровье включает в себя как непосредственные обязательства, так и требования в отношении принятия преднамеренных, конкретных и целенаправленных мер для постепенного выполнения других обязательств²⁷. Государства должны использовать соответствующие индикаторы и целевые показатели для отслеживания прогресса, в том числе в части сокращения и ликвидации практики медицинского принуждения. Индикаторы даются, в частности, в разбивке по полу, возрасту и этнической принадлежности, инвалидности и социально-экономическому положению. Государства должны направлять на осуществление права на здоровье максимально возможный объем ресурсов, однако в мировом масштабе расходы на сферу психического здоровья по-прежнему составляют менее 10% от объема расходов на укрепление физического здоровья.

37. Отдельные обязательства не подлежат постепенному осуществлению и должны выполняться незамедлительно, в том числе некоторые свободы и основные обязательства. К числу основных обязательств относятся разработка национальной стратегии в области государственного здравоохранения и обеспечение доступа к услугам на недискриминационной основе²⁸. С точки зрения права на психическое здоровье это предполагает разработку национальной стратегии по укреплению психического здоровья с подробным планом действий, предусматривающим переход от принудительного лечения к предоставлению равного доступа к психиатрическим услугам на основе соблюдения прав пациентов, включая справедливое распределение услуг внутри социума.

B. Международное сотрудничество

38. В международных договорах признается обязательство по осуществлению международного сотрудничества в области права на здоровье, причем ответственность государств за это подкреплена их обязанностью налаживать глобальное партнерство в интересах устойчивого развития в соответствии с целью 17 в области устойчивого развития. На страны с высоким уровнем дохода возложена отдельная обязанность – оказывать странам с меньшим доходом помощь в осуществлении права на здоровье, включая психическое здоровье. Речь идет о непосредственном обязательстве воздерживаться от осуществления такого сотрудничества в целях развития, которое нацелено на поддержку систем обеспечения психического здоровья, допускающих проявление дискриминации или совершение актов насилия, пыток и других нарушений прав человека. Сотрудничество в целях развития, основанное на соблюдении прав, должно способствовать поощрению сбалансированной охраны здоровья, психосоциальным

²⁷ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 2 (1).

²⁸ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000 год) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья, пункты 43–45.

видам вмешательства и другим предоставляемым в социуме терапевтическим альтернативам, чтобы обеспечивать эффективную защиту пациентов от дискриминационной, произвольной, чрезмерной, нецелесообразной и/или неэффективной клинической терапии.

39. С учетом упомянутого обязательства вызывает озабоченность тот факт, что сфера психического здоровья до сих пор обходится вниманием в международном сотрудничестве и других областях международной политики, связанных с финансированием здравоохранения. За период 2007–2013 годов лишь 1% объема международной помощи на нужды здравоохранения был направлен на обеспечение психического здоровья²⁹. В периоды гуманитарных кризисов – как на этапе оказания чрезвычайной помощи, так и на этапе восстановления – международная поддержка должна включать в себя психологическое содействие для укрепления сопротивляемости перед лицом тяжелых испытаний и страданий. В других случаях при осуществлении сотрудничества приоритетное внимание уделялось совершенствованию имеющихся психиатрических больниц и учреждений по длительному уходу, которые изначально несовместимы с правами человека³⁰.

40. Международная помощь и сотрудничество также включают оказание технического содействия в осуществлении политики и практики в области обеспечения психического здоровья на основе соблюдения прав человека. Одним из достойных примеров такой технической помощи является проект ВОЗ «QualityRights». Специальный докладчик также приветствует недавнее содействие со стороны Всемирного банка и ВОЗ в перемещении проблематики психического здоровья в центр глобальной повестки дня в области развития. При этом он предостерегает, что в подобные глобальные инициативы должен включаться весь спектр прав человека. В частности, многосторонним учреждениям следует уделять приоритетное внимание осуществлению права на здоровье лицами, находящимися в наиболее уязвимом положении, например инвалидами. Глобальная повестка дня, которая сосредоточена на чувствах тревоги и депрессии (распространенных состояниях психического здоровья), может отражать тот факт, что в нее не включены лица, наиболее нуждающиеся в правозащитных изменениях в сфере услуг по укреплению психического здоровья. Столь избирательные программы способствуют развитию практики, основанной на медиализации человеческих реакций, и неадекватно отражают структурные аспекты, такие как нищета, неравенство, гендерные стереотипы и насилие.

41. Государства несут обязательство по защите от причинения ущерба третьими сторонами, в том числе частным сектором, и должны принимать меры к тому, чтобы частные субъекты способствовали осуществлению права на психическое здоровье, полностью осознавая при этом свою роль и обязанности в этой сфере.

С. Участие

42. Для эффективного осуществления права на здоровье требуется участие каждого человека, особенно тех лиц, которые живут в нищете и находятся в уязвимом положении, в процессе принятия решений на юридическом, стратегическом, общинном и здравоохранительном уровнях. Что касается населения, то для предоставления каждому лицу возможности осмысленно участвовать в принятии решений, касающихся его здоровья и благополучия, требуется многостороннее и инклюзивное вовлечение всех заинтересованных субъектов, таких как нынешние и бывшие потребители услуг в сфере психического здоровья, директивные органы, поставщики услуг, работники здравоохранения, социальные

²⁹ Seth Mnookin, “Out of the shadows: making mental health a global development priority”, World Bank Group and WHO (2016), p. 13.

³⁰ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 5, пункт 15.

работники, юристы, сотрудники полиции, сотрудники по уходу, члены семьи и социум в целом.

43. Учреждения здравоохранения должны воспринимать пациентов как обладателей прав на совершение самостоятельных действий и на осмысленное и активное участие в решении всех затрагивающих их вопросов, на осуществление собственного выбора в отношении своего здоровья, в том числе сексуального и репродуктивного здоровья, а также их лечения, с оказанием им при необходимости соответствующей поддержки.

44. Участие в решении вопросов, касающихся психиатрических услуг, представляет собой довольно новое явление; оно усложняется из-за глубоко укоренившейся неравномерности полномочий, которые осуществляются в системах охраны психического здоровья³¹. Важно содействовать расширению прав и возможностей лиц, прежде всего лиц с особыми потребностями в сфере психического здоровья, путем оказания помощи в развертывании инициатив по самостоятельной защите интересов, сетей взаимоподдержки, диалогов и других информационных мероприятий, организуемых потребителями услуг, а также новых методов работы, таких как совместное производство, которые обеспечивают репрезентативное и значимое участие в развитии и предоставлении медицинских услуг. В этой связи создание форума для гражданского общества о поддержке деятельности неправительственных организаций имеет ключевое значение для восстановления доверия между поставщиками медицинских услуг и правообладателями, которые пользуются этими услугами.

D. Недискриминация

45. В международном праве прав человека гарантируется право на недискриминационный доступ к услугам по обеспечению психического здоровья и основополагающим предпосылкам здоровья, а также к возможностям для их получения³². Кроме того, право на психическое здоровье зависит от равенства и недискриминации при осуществлении всех других прав человека, которые сами могут рассматриваться в качестве основополагающей предпосылки³³.

46. Множественные и перекрестные формы дискриминации продолжают ограничивать возможности лиц, в том числе женщин и членов расовых и этнических меньшинств, страдающих инвалидностью, по осуществлению их права на психическое здоровье. Дискриминация и неравенство одновременно являются причиной и следствием слабого психического здоровья, оказывающими долгосрочное воздействие на заболеваемость, смертность и общественное благополучие³⁴. Дискриминация, пагубные стереотипы (в том числе гендерные) и стигматизация внутри социума, семьи, школы и трудовой среды подрывают здоровые взаимоотношения, социальные связи и толерантную и инклюзивную среду, которые необходимы для нормального психического здоровья и благополучия каждого человека. Аналогичным образом, дискриминационные воззрения, оказывающие воздействие на политику, законодательство и практику, являются препятствиями на пути тех, кто нуждается в эмоциональной и социальной поддержке и/или лечении. Следовательно, лица и группы лиц, находящиеся в уязвимом положении, которые подвергаются дискриминации в законодатель-

³¹ См. Judi Chamberlin, "User/consumer involvement in mental health service delivery", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, No. 1 (March 2005).

³² Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, пункт 18; A/61/338, пункт 18, и Конвенция о правах инвалидов, статьи 25 и 26.

³³ См. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 20 (2009 год) по вопросу о недискриминации в области экономических, социальных и культурных прав.

³⁴ См. Kate Pickett and Richard Wilkinson, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, (London, Penguin Books, 2010).

стве и на практике, оказываются лишены своего права на психическое здоровье.

47. Дискриминация, проявляемая де-юре и де-факто, продолжает влиять на услуги по укреплению психического здоровья, лишая их потребителей целого ряда прав, в том числе на отказ от лечения, на дееспособность и на неприкосновенность частной жизни, а также других гражданских и политических прав. Роль психиатров и других специалистов в области психического здоровья особенно важна; поэтому необходимо принимать меры к тому, чтобы их профессиональная практика не способствовала сохранению стигматизации и дискриминации.

48. Важно признать ту сложную роль, которую играет в жизни людей диагностика психических отклонений. Если одни считают диагностические категории полезным инструментом, открывающим для них доступ к услугам и более детальной оценке состояния их психического здоровья, то, по мнению других, они являются бесполезными и уничтожительными. Диагнозы о состоянии психического здоровья неправомерно использовались для признания патологиями проявления идентичности и других форм разнообразия, включая тенденции к медиализации человеческих страданий. Патологизация лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов низводит их идентичность до уровня заболеваний, что усугубляет их стигматизацию и дискриминацию.

49. Проблема заключается не в постановке диагноза, а в проявлениях дискриминации в отношении лица, которому поставлен диагноз, которые могут причинить ему больший ущерб, чем сама диагностика. Часто люди в большей степени страдают от дискриминационных и нецелесообразных протоколов «лечения», чем от естественных последствий своего психического состояния.

50. Разнообразие должно пониматься широко: в нем следует признавать различия человеческого опыта и множество способов, которыми люди осмысливают и проживают свою жизнь. Уважение такого разнообразия имеет ключевое значение для прекращения дискриминации. Движения, инициируемые самими этими лицами, и их группы самопомощи, которые способствуют нормальному восприятию человеческого опыта, считающегося нетрадиционным, вносят вклад в формирование более толерантных, мирных и справедливых обществ.

Е. Подотчетность

51. Подотчетность в связи с осуществлением права на психическое здоровье зависит от трех факторов: а) мониторинга; б) независимого или зависимого проведения обзора, например судебными, квазисудебными, политическими и административными органами, а также механизмами общественной подотчетности; и в) средств правовой защиты и восстановления. Система подотчетности дает обладателям прав возможность понять, как носители обязанностей выполняли возложенные на них обязанности, и требовать реабилитации в случаях нарушения своих прав. Она также дает носителям обязанностей возможность объяснить свои действия и при необходимости внести в них коррективы.

52. На международном уровне принятие Конвенции о правах инвалидов и внедрение соответствующих процедур представления государствами-участниками своих докладов обеспечивают новое важное направление подотчетности в связи с правом на психическое здоровье применительно к лицам, страдающим психосоциальными, когнитивными и интеллектуальными отклонениями. В противоположность этому на национальном уровне механизмы подотчетности об осуществлении права на психическое здоровье зачастую не приспособлены для достижения поставленной перед ними цели. Особую озабоченность вызывает рост числа судов по делам о психическом здоровье, которые вместо обеспечения механизма подотчетности узаконивают принуждение и еще больше ограничивают доступ к правосудию для лиц, оказавшихся в системе укрепления психического здоровья. Несмотря на отрядные усилия, предпринима-

тые различными национальными превентивными механизмами, нарушения прав человека в системе психиатрических услуг являются широко распространенными и совершаются безнаказанно³⁵. Пациенты зачастую имеют ограниченный доступ к правосудию, в том числе к независимым механизмам подотчетности. Такие ситуации возможны в силу того, что эти лица не рассматриваются в качестве дееспособных и не очень осведомлены о своих правах, что у них нет доступа к правовой помощи или просто в силу отсутствия органов по рассмотрению жалоб.

53. Конвенция предусматривает, что все учреждения по укреплению психического здоровья, предназначенные для обслуживания инвалидов, должны находиться под эффективным наблюдением со стороны независимых органов (статья 16.3). Права человека должны включаться в круг ведения всех надзорных и наблюдательных механизмов в сфере психического здоровья. Специальный докладчик призывает национальные правозащитные учреждения уделять внимание праву на психическое здоровье в русле своей деятельности по мониторингу и популяризации соответствующих услуг. Лиц, обладающих практическим опытом, их семьи и гражданское общество следует привлекать к разработке и формированию механизмов мониторинга и подотчетности.

Г. От психиатрических услуг – к уходу и поддержке

54. Для осуществления права на психическое здоровье требуются инфраструктура ухода и поддержки, а также имеющиеся в наличии, доступные, приемлемые и качественные товары и услуги. Система ухода и поддержки в сфере психического здоровья, основанная на соблюдении прав, является неотъемлемой частью системы здравоохранения для всех.

Наличие

55. Необходимо обеспечить наличие адекватных услуг в области психического здоровья. Во многих странах ограниченность имеющихся в наличии услуг, связанных с психическим здоровьем и социальным уходом, объясняется узостью биомедицинской модели и применением стационарного лечения. Рост масштабов лечения не должен сопровождаться расширением применения нецелесообразной терапии. Чтобы действующая система ухода соответствовала праву на здоровье, она должна включать в себя широкий спектр комплексных и скоординированных услуг по поощрению, профилактике, лечению, восстановлению, уходу и реабилитации, а выражение «рост вверх» применительно к психиатрическим мероприятиям следует заменить выражением «рост вширь». Этот процесс включает в себя интеграцию в систему первичной и общей медицинской помощи услуг по укреплению психического здоровья, которые способствуют ранней диагностике и проведению вмешательства наряду с предоставлением услуг, ориентированных на разнообразное сообщество пациентов³⁶. Необходимо активизировать проведение эмпирических психосоциальных вмешательств и профессиональную подготовку медицинских работников для их проведения³⁷. Оказываемые услуги должны способствовать реализации прав лиц, страдающих интеллектуальными, когнитивными и психосоциальными отклонениями и аутизмом, на ведение самостоятельного образа жизни и на интеграцию в социум, а не на их изоляцию в неподходящих учреждениях по уходу.

³⁵ См. Association for the Prevention of Torture, “Monitoring psychiatric institutions” Jean-Jacques Gautier NPM symposium outcome report (2016), можно ознакомиться на веб-сайте www.apt.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf.

³⁶ Конвенция о правах инвалидов, статьи 25–26, и J. Jaime Miranda and others, “Transitioning mental health into primary care”, *The Lancet Psychiatry*, vol. 4, No. 2 (February 2017).

³⁷ WHO, Mental Health Action Plan 2013–2020, p. 9.

56. Многие страны испытывают дефицит кадров в области психиатрического лечения и должны предпринимать усилия по развитию своих трудовых ресурсов, включая специализированный и вспомогательный медперсонал, врачей общей практики и коммунальных работников здравоохранения, а также специалистов других категорий, таких как преподаватели, социальные работники и прочие категории работников местной поддержки и общинной сферы, обладающих соответствующими знаниями (в том числе в области прав человека).

Доступность

57. Услуги, предоставляемые в сфере психического здоровья, должны быть географически и финансово доступными на основе принципа недискриминации. Во многих странах с низким и средним уровнем дохода они сосредоточены в крупных городах и являются недоступными для значительной части населения. Эта проблема остро стоит в странах, где делается чрезмерный и необоснованный упор на изоляцию пациентов в психиатрических интернатах и стационарах, таких как страны Центральной и Восточной Европы, и где не удается разработать правозащитные модели лечения в рамках социума³⁸. Благодаря внедрению психиатрических услуг в больницах общего профиля, системах первичной помощи и службах социальной помощи наряду с применением мобильных технологий, обеспечивающих соблюдение прав, можно способствовать повышению уровня доступности услуг и осуществления права на жизнь в социуме и на участие в его жизни. Точная информация о психическом здоровье должна находиться в общем доступе; эмпирические данные о лечении, в том числе о побочных эффектах, также должны быть доступны, что предполагает регулярное, полное и своевременное раскрытие всей фармакологической информации о клинических испытаниях. Индивидуальное понимание опыта страданий и бед пациентов имеет ключевое значение для обеспечения доступности услуг в системах психиатрической помощи и поддержки.

Приемлемость

58. Психиатрические услуги должны соответствовать принципам медицинской этики, правам человека и культурным критериям, учитывать требования в отношении гендерной проблематики и жизненного уклада, а также быть направленными на сохранение конфиденциальности и обеспечение пациентам контроля за своим здоровьем и благополучием³⁹. При их оказании должны уважаться принципы врачебной этики и прав человека (включая главный принцип – «не навреди»), выбор, контроль, самостоятельность, волеизъявление, предпочтения и достоинство⁴⁰. Чрезмерный упор на фармакологические вмешательства, принуждение и стационарное лечение не соответствуют принципу «не навреди», равно как и правам человека. Специалистам по психиатрии следует регулярно расширять свои знания в области прав человека. Предоставление услуг должно быть ориентировано на культурные особенности пациентов и являться приемлемым для лиц, страдающих интеллектуальными, когнитивными и психосоциальными отклонениями или аутизмом, для подростков, женщин, пожилых людей, представителей коренных народов, меньшинств, беженцев и мигрантов, а также для лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов. Многие из этих групп населения необоснованно признаются больными и страдают от принудительных видов практики, которые основаны на нецелесообразных и пагубных гендерных стереотипах.

59. Особое внимание следует уделять женщинам, которые непропорционально страдают от методов психиатрического лечения, основанных на патерналистских и патриархальных традициях, нелепых и вредных гендерных стерео-

³⁸ Natalie Drew and others, “Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis”, *The Lancet*, vol. 378, No. 9803 (November 2011).

³⁹ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, пункт 12 с).

⁴⁰ Конвенция о правах инвалидов, преамбула и статьи 12, 15 и 19.

типах, медикализации женских переживаний и поведения и на принуждении. Женщины, которые страдали от насилия и неравенства внутри семьи, общины и социума и у которых возникли проблемы с психическим здоровьем, в психиатрических учреждениях очень часто сталкиваются с ситуациями, связанными с насилием, принуждением, унижением и неуважением их достоинства. Недопустимо, чтобы женщины, пострадавшие от насилия в семейном и ином окружении, вновь страдали от насилия в системе услуг, которые призваны укреплять их психическое здоровье. В этой связи очень важно подчеркнуть, что нарушения прав на сексуальное и репродуктивное здоровье оказывают прямое негативное воздействие на психическое здоровье женщин.

Качество

60. Услуги в сфере психического здоровья должны быть качественными. Для этого требуется применять эмпирические методы содействия профилактике, популяризации, лечению и восстановлению⁴¹. Повышению качества терапии также способствует эффективное сотрудничество между различными поставщиками услуг и потребителями этих услуг, их семьями и партнерами по лечебному процессу. Злоупотребление биомедицинскими вмешательствами, включая назначение избыточного количества психотропных медикаментов и использование принуждения и насильственного помещения в стационар, ставит под угрозу право на качественное лечение. Уделение приоритетного внимания более активному оказанию психологических услуг в рамках социума и привлечению общественных ресурсов для поддержки каждого индивида на протяжении его жизни будут способствовать повышению качества услуг.

61. Фактор качества побуждает переходить от восприятия пациентов исключительно как потребителей медицинских услуг к их полному признанию в качестве активных правообладателей. Для прекращения проявлений дискриминации государствам следует переосмыслить методы предоставления психиатрического лечения и поддержки (см. A/HRC/34/58).

62. В частности, к детям и взрослым, которые страдают интеллектуальными отклонениями и аутизмом, слишком часто применяются методы стационарного лечения и чрезмерной медикализации. Назначение детям-аутистам стационарного и медикаментозного лечения из-за их отклонений является недопустимым. Аутизм – это серьезнейший вызов современным системам ухода и поддержки, поскольку попытки врачей «излечить» от этого состояния оборачивались причинением вреда и приводили к дальнейшему ухудшению психического здоровья детей и взрослых, страдающих упомянутым отклонением. Оказание помощи таким лицам должно охватывать не только их право на здоровье, но и их права на образование, на занятость и на жизнь в социуме наравне в другими.

Г. Осознанное согласие и принуждение

63. Осознанное выражение согласия является одним из основных элементов права на здоровье наравне со свободой и всесторонней правовой защитой его осуществления (см. A/64/272). Право выражать согласие на лечение и госпитализацию включает в себя право отказаться от лечения (см. E/CN.4/2006/120, пункт 82). Распространение законодательства, закрепляющего патерналистскую систему психиатрической помощи, и отсутствие альтернативных вариантов привело к банализации практики медицинского принуждения.

64. В качестве обоснования принудительных методов обычно приводятся «медицинская необходимость» и «опасность». Эти субъективные принципы не подтверждены исследованиями, а их применение допускает широкие толкования, вызывая вопросы относительно произвольности этих принципов, что стало предметом тщательного правового анализа. Что касается вывода об «опасно-

⁴¹ WHO Mental Health Action Plan 2013–2020, p. 9.

сти», то он зачастую основан на нелепых предрассудках, а не на практическом опыте. К тому же существуют убедительные аргументы, согласно которым применение психотропных препаратов является неэффективным, несмотря на его широкое распространение⁴². Решения о применении принуждения принимаются исключительно психиатрами, которые работают в системах, не имеющих клинического арсенала для апробирования непринудительных способов лечения. Реальное положение дел во многих странах таково, что альтернативных вариантов в них не существует, а применение принудительных методов является результатом общей неспособности защищать права отдельных лиц.

65. Принуждение в психиатрии закрепляет дисбалансы полномочий в терапевтической сфере, порождает недоверие, обостряет стигматизацию и дискриминацию; оно также становилось причиной отказа от лечения со стороны многих пациентов, опасавшихся обращаться за помощью к психиатрическим службам преобладающего направления. Поскольку теперь право на здоровье толкуется в русле Конвенции о правах инвалидов, нужно немедленно принять меры по радикальному сокращению масштабов медицинского принуждения и приближению полного прекращения применения всех видов насильственного психиатрического лечения и изоляции. В этой связи государства не должны допускать, чтобы директивные органы подменяли собой инвалидов и вместо них давали согласие на решения, касающиеся их физической или психической неприкосновенности; вместо этого им следует постоянно оказывать содействие в принятии самостоятельных решений, в том числе в чрезвычайных и кризисных ситуациях⁴³.

66. Специальный докладчик отмечает озабоченность ряда заинтересованных сторон, в частности представителей медицинских сообществ, выраженную в связи с полным запретом на принятие любых мер без согласия пациента⁴⁴. Он признает, что их радикальное сокращение и последующая ликвидация представляют собой сложный процесс, на который потребуется время. С другой стороны, общепризнано, что масштабы нарушений прав человека в психиатрических учреждениях недопустимо высоки и что перемены необходимы. Вместо того чтобы использовать правовую или этическую аргументацию для оправдания нынешнего статус-кво, нужно направить согласованные усилия на его прекращение. Поскольку с принятием срочных мер по проведению преобразований медлить больше нельзя, Специальный докладчик предлагает следующие пять преднамеренных, целенаправленных и конкретных мер:

- a) учитывать при выработке политики методы, альтернативные принуждению, с перспективой проведения правовой реформы;
- b) разработать широкий комплекс альтернативных мер непринудительного характера для применения на практике;
- c) составить план радикального сокращения масштабов применения принудительных методов лечения с их последующей полной ликвидацией, предусматривающий участие различных заинтересованных сторон, включая правообладателей;
- d) наладить обмен передовой практикой между странами и внутри стран;

⁴² См. Steve R. Kisely and Leslie A. Campbell, "Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders", Cochrane database system (December 2014); и Hans Joachim Salize and Harald Dressing, "Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?", *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, No. 5 (October 2005).

⁴³ Руководящие принципы по статье 14 Конвенции, пункт 22.

⁴⁴ См. Melvyn C. Freeman and others, "Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the general comment on article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities" *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, No. 9 (September 2015).

е) наращивать инвестиции в сферу научных исследований и сбор качественных данных для отслеживания прогресса в достижении указанных целей.

Н. Основополагающие и социальные предпосылки психического здоровья

67. Право на здоровье является всеобъемлющим правом, включающим в себя право как на медицинское обслуживание, так и на основополагающие и социальные предпосылки здоровья. У общественного здоровья есть индивидуальное и коллективное измерения, которые крайне важны для обеспечения права на пользование основополагающими и социальными предпосылками здоровья⁴⁵. Учитывая глубокую взаимосвязь между психическим здоровьем и физической, психосоциальной, политической и экономической средой, право на основополагающие предпосылки здоровья является предварительным условием для обеспечения права на психическое здоровье. Согласно международному праву прав человека, государства должны воздействовать на ряд основополагающих предпосылок, таких как насилие, благоприятное семейное окружение и дискриминация, чтобы обеспечить, в частности, право на здоровье детей и женщин⁴⁶ и инвалидов⁴⁷. Короче говоря, для уважения, защиты и осуществления права на психическое здоровье необходимы согласованные действия, направленные на обеспечение ряда предварительных условий, связанных с психическим здоровьем.

68. Выявлению императивов в области государственного здравоохранения и социальной справедливости, связанных с воздействием на социальные предпосылки здоровья, способствовали различные процессы международного и регионального масштаба. Окончательный доклад Комиссии по социальным предпосылкам здоровья стал первым в своем роде документом, повысившим уровень наглядности этих социальных предпосылок⁴⁸. Медицина, особенно ее психиатрическая отрасль, является в значительной степени общественной наукой, и такое понимание должно проходить красной нитью через ее практическую сферу. Чтобы полностью учесть опыт, связанный с предпосылками психического здоровья, действие права на эти предпосылки должно выходить за пределы таких факторов, как неравенство, дискриминация и физическая среда, чтобы отражать официально закрепленную значимость здоровой психосоциальной среды (см. A/70/213, пункт 55, и A/71/304, пункты 16 и 19)⁴⁹. В этот процесс входит и разработка государственной политики развития ненасильственных и уважительных отношений в семье, в школе, на рабочем месте, в социуме, в медицинских и социальных учреждениях.

⁴⁵ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12 (2), и Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, пункт 37.

⁴⁶ Конвенция о правах ребенка, статья 24, и Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 12.

⁴⁷ Конвенция о правах инвалидов, статья 25 а) и б).

⁴⁸ *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные предпосылки здоровья* (Женева, ВОЗ, 2008 год).

⁴⁹ См. также WHO, “Investing in mental health: evidence for action” (2013), и “Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors”, discussion paper (2012).

VI. Переход к другой системе взглядов

А. Правозащитный императив по рассмотрению вопросов укрепления и профилактики в сфере психического здоровья

69. Отрадно отметить, что ВОЗ признала важность разработки правозащитных стратегий, направленных на укрепление и охрану психического здоровья населения целых стран⁵⁰. Индивидуальные и социальные факторы, культурные ценности и общественный опыт повседневной жизни в семье, в школе, на рабочем месте и в социуме оказывают влияние на психическое здоровье каждого человека. Тот факт, что дети много времени проводят в школе, а большинство взрослых – на работе, означает, что правозащитные действия должны способствовать формированию здоровой, безопасной и благоприятной среды, которая свободна от насилия, дискриминации и других нарушений. Аналогичным образом, психическое здоровье того или иного лица влияет на состояние дел в упомянутых областях и является неотъемлемой частью формирования здоровья социума и всего населения. Подходы к вопросам укрепления психического здоровья, основанные на интересах населения, способствуют расширению систем здравоохранения за рамки индивидуальных мер реагирования, заставляя их воздействовать на широкий спектр структурных барьеров и проявлений неравенства (социальные предпосылки), которые могут оказывать негативное влияние на психическое здоровье.

70. Наблюдается практически всеобщее стремление направлять инвестиции на больницы, койко-места и медикаменты, вместо того чтобы строить общество, в котором каждый может вести благополучную жизнь. К сожалению, профилактика и укрепление являются компонентами, которые обходятся вниманием при проведении мероприятий в сфере психического здоровья. В оправдание такого бездействия приводились вредные постулаты о том, что лишь благодаря доброй воле и жертвенности люди смогут обеспечить себе психическое здоровье и благополучие.

71. Обязательство по обеспечению социальных предпосылок для укрепления психического здоровья предполагает межотраслевое взаимодействие, целью которого является достижение твердой приверженности этому курсу со стороны всех профильных министерств. Например, стратегии профилактики самоубийств традиционно ориентированы на группы повышенного риска и борьбу с клинической депрессией, тогда как межотраслевые программы, охватывающие социальные и средовые предпосылки самоубийств на основе общенациональных подходов, показывают себя более результативными. Издевательства в школе – это еще одно явление, которое нужно рассматривать в качестве глобального приоритета национальной политики государственного здравоохранения. Государствам следует прежде всего обращать внимание на эмоциональную и психосоциальную среду, направляя усилия на взаимоотношения, а не на отдельных лиц.

72. Наличие среды, обеспечивающей уважение, защиту и осуществление прав человека и свободной от всех форм насилия, включая гендерное насилие, имеет ключевое значение для эффективного укрепления здоровья. Мероприятия в системе государственного здравоохранения и в психосоциальной сфере являются не роскошью, а важнейшими компонентами системы укрепления психического здоровья, основанной на правах человека. Соответствующая деятельность должна быть основана на расширении прав и возможностей, чтобы позволить отдельным лицам активнее контролировать и улучшать свое здоровье.

⁵⁰ WHO Mental Health Action Plan 2013–2020.

Тяжелые события, пережитые в раннем детстве и подростковом возрасте

73. Научные исследования подтвердили, что невзгоды и травмирующие события, пережитые в период детства, оказывают пагубное воздействие на психическое здоровье и положение в социальной среде⁵¹. Опасные стрессы, проявление насилия в семейных и личных отношениях, помещение малолетних детей в учреждения по уходу, издевательства, сексуальное, физическое и эмоциональное надругательство и потеря родителей негативно влияют на умственное развитие и на способность устанавливать здоровые отношения, что в совокупности лишает детей возможности в полной мере реализовать свое право на здоровье при их вступлении во взрослую жизнь (см. A/HRC/32/32, пункты 67–73, и A/70/213, пункт 67).

74. Специальный докладчик отмечает разрушительное воздействие, которое оказывает на малолетних детей помещение в учреждения; при этом особенно страдают их психическое здоровье и комплексное развитие⁵². Система оказания детям услуг, связанных с психическим здоровьем, не получает достаточных инвестиций и не имеет стандартов качества ухода и штатных нормативов, что приводит к формированию среды, где распространены издевательства над детьми-инвалидами или детьми, испытывающими трудности в социальном и эмоциональном развитии, особенно над теми, которые помещены в учреждения по уходу. В мире имеются многочисленные примеры новаторских услуг и видов практики для детей в связи с их психическим здоровьем, а результаты исследований убедительно доказывают их эффективность в укреплении психического здоровья и профилактике ухудшения его состояния⁵³. Однако эта передовая практика зачастую представляется в качестве экспериментальных проектов ввиду отсутствия политической воли к их распространению и включению в общую систему ухода за детьми.

75. Поскольку система обслуживания в сфере психического здоровья нередко страдает от недофинансирования, обусловленное этим низкое качество психиатрических услуг, оказываемых в интернатах и стационарах, приводит к чрезмерной медикализации, насилию и другим формам нарушения прав детей. Подобную практику нужно прекратить или существенно преобразовать, а также – что еще важнее – организовать программы по реагированию на тяжелые события детства в рамках систем общественного участия, которые обеспечивают признание детей носителями прав, уважение их развивающихся способностей и расширение возможностей детей и семей по укреплению их психического здоровья и благополучия.

В. Лечение: от изоляции к социуму

76. Право на здоровье является для государств мощным фактором, стимулирующим переход к иной системе лечения, которая основана на принципах восстановления и участия социума, которая способствует социальной интеграции и обеспечивает широкий спектр терапий при соблюдении прав пациентов и психосоциальное содействие и поддержку на этапах первичной и специализированной медицинской помощи.

77. Ограничительные биомедицинские подходы к лечению, не обеспечивающие надлежащего учета конкретных условий и взаимоотношений, более не могут считаться соответствующими праву на здоровье. Хотя биомедицинская со-

⁵¹ См. Department of Economic and Social Affairs, “Mental health matters: social inclusion of youth with mental health conditions” (2014).

⁵² См. WHO and the Gulbenkian Global Mental Health Platform, “Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities” (2015), и United Nations Children’s Fund, “Ending the placement of children under three in institutions: support nurturing families for all young children” (2012).

⁵³ International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, “Textbook of child and adolescent mental health” (2015).

ставляющая по-прежнему важна, ее доминирование приобрело контрпродуктивный характер, стало ущемлять права пациентов, усиливать их стигматизацию и отчуждение. Во многих регионах мира лечение в рамках социума не является практикуемым, доступным, допустимым и/или достаточно качественным (зачастую оно ограничивается применением психотропных препаратов). Наиболее значительная степень концентрации психиатрических больниц и койко-мест, отделенных от обычной системы здравоохранения, наблюдается в странах с высоким уровнем дохода, что является для стран с низким и средним уровнем дохода сигналом к прокладыванию другого пути и переходу к системе психиатрического лечения, основанной на соблюдении прав пациентов⁵⁴.

Интеграция системы укрепления психического здоровья

78. В соответствии с правом на здоровье требуется, чтобы психиатрическое лечение было приближено к системе первичной медицинской помощи и общей терапии, с обеспечением интеграции областей психического и физического здоровья в профессиональном, политическом и географическом плане. Это право не только предполагает включение услуг по укреплению психического здоровья в общую систему здравоохранения, чтобы они были доступны каждому человеку, но и обеспечивает целым группам, традиционно изолированным от общей системы здравоохранения, в том числе инвалидам, возможность получать лечение и поддержку наравне с другими лицами. Наряду с этим интеграция обеспечивает и социально-экономические преимущества⁵⁵. Психическое здоровье затрагивает каждого, и при необходимости соответствующие услуги должны иметься в наличии и быть доступны всем на уровне первичной и специализированной медицинской помощи.

Основные виды психосоциального вмешательства

79. В случаях, когда психотропные препараты могут быть полезны, не у всех они вызывают благоприятную реакцию, и во многих случаях в их применении нет необходимости. Назначение психотропных препаратов не потому, что они показаны и необходимы, а потому, что отсутствуют возможности для эффективного психосоциального и охранительного вмешательства, несовместимо с правом на здоровье. Например, в большинстве случаев при слабых и умеренных депрессивных состояниях первоочередными способами лечения должны являться пристальное наблюдение, психологическая поддержка и психотерапия.

80. Хотя обязательства в связи с правом на здоровье предусматривают обеспечение психосоциальных вмешательств и поддержки, они, к сожалению, рассматриваются как роскошь, а не как основные способы лечения, и поэтому не получают регулярных инвестиций в рамках систем здравоохранения, причем такая ситуация складывается несмотря на имеющиеся подтверждения их эффективности⁵⁶. Речь идет о ключевых видах вмешательства, которые благотворно влияют на состояние здоровья и оберегают пациентов от потенциально вредных и более инвазивных терапий. Важно отметить, что они могут представлять собой простые, малозатратные и кратковременные виды вмешательства, которые осуществляются в обычных местных лечебных учреждениях. Медсестры, терапевты, акушеры, социальные работники и местные медицинские работники должны обладать навыками психосоциальной помощи, чтобы

⁵⁴ WHO Mental Health Atlas 2014, table 4.1.1.

⁵⁵ Lena Morgon Banks and Sarah Polack, "The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities. Evidence from low and middle income countries", London School of Hygiene and Tropical Medicine (2015), part B, sect. 3.

⁵⁶ См. John Hunsley Katherine Elliott and Zoé Therrien, "The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety and related disorders", *Canadian Psychology*, vol. 55, No. 3 (August 2014).

обеспечивать ее доступность, интеграцию и стабильность⁵⁷. Именно психосоциальные вмешательства, а не применение лекарств, должны являться первоочередными способами лечения для большинства лиц, у которых возникают проблемы с психическим здоровьем.

Психические заболевания и восстановление

81. В то время как замена системы психиатрического лечения требует перехода к комплексным услугам, основанным на уважении интересов населения, психические расстройства будут по-прежнему происходить; в связи с этим необходимы ответные терапевтические меры, обеспечивающие соблюдение прав пациентов. Те виды вмешательств, которые применяются для лечения серьезных случаев, пожалуй, служат самым серьезным обвинением в адрес традиционной биомедицинской системы. Принуждение, медикализация и отчуждение, которые являются пережитком давно сложившихся терапевтических взаимоотношений, нужно заменить современной концепцией реабилитации и эмпирическими видами услуг, позволяющими восстановить достоинство и вернуть правообладателей их семьям и социумам. Люди могут избавиться и избавляются даже от самых тяжелых психиатрических состояний и продолжают жить полноценной и насыщенной жизнью⁵⁸.

82. Единого определения термина «восстановление» не существует: зачастую оно описывается как процесс движения индивидуума к возобновлению осмысленной жизни и обретению большей сопротивляемости. Подход, основанный на восстановлении и применяемый в соответствии с правами человека, способствовал устранению неравномерности полномочий, расширению прав и возможностей пациентов и превращению их из пассивных получателей терапии в активных проводников перемен. В этой области были достигнуты значительные успехи: сегодня во всем мире внедряются вспомогательные методы и услуги, основанные на приобретенном опыте и принципах восстановления, которые позволяют пациентам вновь обрести надежду (и веру) в получаемые услуги, а также в самих себя.

83. Взаимопомощь, когда ей ничто не угрожает, является неотъемлемой частью восстановительных услуг⁵⁹. Она дает людям надежду и более широкие возможности учиться друг у друга, в частности через сети взаимной поддержки, группы восстановления, клубные дома и кризисные центры. В Лапландии система неотложной медикализованной терапии была полностью заменена успешной системой психиатрической помощи «Открытый диалог»⁶⁰. К числу других примеров оказания помощи без принуждения относятся кризисные отделы по вопросам психического здоровья, реабилитационные центры, общинные модели развития по обеспечению социальной интеграции, институт омбудсменов по личным вопросам, системы психиатрического содействия в расширении прав и возможностей и семейные групповые консультации. Во многих странах был воспроизведен проект «Сотерия хауз», представляющий собой долгосрочную терапевтическую модель на основе восстановления⁶¹. Рост

⁵⁷ См. Clair Le Boutillier and others, “Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis”, *Implementation Science*, vol. 10 (June 2015).

⁵⁸ См. Richard Warner, “Does the scientific evidence support the recovery model?”, *The Psychiatrist*, vol. 34, No. 1 (January 2010).

⁵⁹ См. Sarah Carr, “Social care for marginalised communities: balancing self-organisation, micro-provision and mainstream support”, University of Birmingham, policy paper No. 18 (February 2014).

⁶⁰ См. Jaako Seikkula and others, “Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case studies”, *Psychotherapy Research*, vol. 16, No. 2 (March 2006).

⁶¹ См. Tim Calton and others, “A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, No. 1 (January 2008).

числа имеющихся альтернатив, обучение и профессиональная подготовка по теме применения недобровольных терапевтических мер являются важнейшими показателями, позволяющими судить об общих успехах на пути к соблюдению права на здоровье.

VII. Выводы и рекомендации

A. Выводы

84. Область психического здоровья нередко обходится вниманием, а когда на ее нужды выделяются ресурсы, в ней начинают преобладать неэффективные и пагубные модели, возрzenia и диспропорции. Благодаря такой практике в настоящее время сложилась ситуация, когда потребности в укреплении психического здоровья и лечении в условиях соблюдения прав оказались в значительной степени неудовлетворенными. Лица любого возраста, столкнувшись с психиатрическими проблемами, слишком часто страдают либо от отсутствия ухода и содействия, либо от неэффективных и вредных услуг.

85. Нынешнее положение, при котором не удается ликвидировать нарушения прав человека в системе психиатрического лечения, является недопустимым. Поскольку обеспечение психического здоровья предстает в качестве приоритета национальной политики, теперь крайне важно определить, почему не удалось выбрать более успешный путь вперед, и достичь консенсуса в вопросе о целесообразном и нецелесообразном инвестировании средств.

86. Тревожные результаты оценки глобального бремени препятствий показывают, что их бремя может стать тяжелее любого бремени «психических отклонений». Кризис в сфере психического здоровья следует урегулировать не как кризис состояния отдельно взятого индивидуума, а как кризис социальных барьеров, препятствующих осуществлению индивидуальных прав. Политика в области психического здоровья должна быть нацелена на устранение «дисбаланса полномочий», а не «химического дисбаланса».

87. С учетом насущной потребности в смене подхода следует уделять приоритетное внимание проведению новаторской политики на уровне населения, направлять усилия на социальные предпосылки и на отказ от преобладающей медицинской модели, предусматривающей лечение пациентов путем борьбы с их «отклонениями».

88. Сейчас появились уникальные возможности для укрепления психического здоровья. Отрядным шагом вперед явилось международное признание обеспечения психического здоровья в качестве глобального приоритета в здравоохранении, в том числе в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Юридические основы права на здоровье служат для государств ориентиром в том, как правозащитная политика и инвестиции должны обеспечивать защиту достоинства и благополучия для всех людей. Чтобы достичь паритета между физическим и психическим здоровьем, необходимо интегрировать проблематику психического здоровья в системы первичной и общей медицинской помощи благодаря участию всех заинтересованных сторон в выработке государственной политики, которая направлена на обеспечение основополагающих предпосылок здоровья. Следует наращивать проведение эффективных психосоциальных вмешательств внутри социума и изживать практику принуждения, изоляции и неоправданной медикализации.

89. В разных регионах мира, в том числе в странах с низким и средним уровнем дохода, уже развернуты перспективные инициативы, направленные

ные на преодоление сложившегося статус-кво. Создание благодаря уверенному политическому лидерству и ресурсам возможностей для того, чтобы эти виды практики начали внедряться в социумах, является мощным средством для стимулирования и развития необходимых преобразований.

90. Специальный докладчик стремится разработать в русле инклюзивного и коллективного процесса и открытого диалога руководящие положения, касающиеся прав человека и психического здоровья, в качестве подспорья всем заинтересованным сторонам в проведении в их соответствующих сферах деятельности политики оказания психиатрической помощи на основе прав человека. В этой связи он приветствует направление ему материалов и предложений по указанной теме.

В. Рекомендации

91. Специальный докладчик призывает занять лидирующие позиции в преодолении глобального бремени препятствий и внедрять новаторскую систему оказания психиатрической помощи на основе прав человека в сферу государственной политики. Это предполагает активизацию государствами своих главенствующих внешнеполитических усилий, лидерство профессиональной психиатрии в конструктивной оценке своего подхода к необходимости преобразований, ведущую роль руководства сферы психиатрических услуг в осуществлении перемен силой примера и усилия муниципальных должностных лиц по руководству инновациями на низовом уровне. Эти руководящие усилия должны предприниматься в партнерстве с соответствующими заинтересованными сторонами, включая лиц, страдающих интеллектуальными, когнитивными и психосоциальными отклонениями и аутизмом.

92. Для устранения диспропорций в биомедицинском подходе в сфере психиатрических услуг Специальный докладчик:

а) рекомендует государствам немедленно принять меры для формирования инклюзивных и значимых систем коллективного участия в разработке и принятии решений относительно государственной политики, в которые следует вовлекать, в частности, психологов, социальных работников, медперсонал, потребителей услуг, представителей гражданского общества и лиц, живущих в нищете и находящихся в наиболее уязвимом положении;

б) рекомендует государствам и другим заинтересованным сторонам, в том числе научным учреждениям, переформулировать приоритеты в сфере психиатрических исследований для развития независимых, качественных и коллективных исследований и исследовательских платформ в области социальных наук, нацеленных на выявление альтернативных видов услуг, не связанных с принуждением;

в) рекомендует государствам налаживать партнерские союзы с научными учреждениями с целью восполнения, через систему медицинского образования, пробелов в знаниях в сфере психиатрической помощи, оказываемой на основе прав человека и приобретенного опыта.

93. В целях обеспечения охвата социальных и основополагающих предпосылок укрепления психического здоровья для всех Специальный докладчик рекомендует государствам:

а) уделять вопросам укрепления и профилактики психического здоровья приоритетное внимание при проведении государственной политики, наращивая инвестиции по линии профильных министерств;

б) принять немедленные меры по разработке государственной политики, которая, в соответствии с целями в области устойчивого развития,

будет направлена на укрепление психического здоровья и комплексное развитие в раннем детстве и подростковом возрасте с уделением первоочередного внимания вопросам популяризации и проведению психосоциальных вмешательств;

с) принять политические и законодательные меры по предупреждению насилия во всех средах проживания, обучения и трудовой деятельности людей;

д) принять немедленные меры по устранению вредных гендерных стереотипов и гендерного насилия и обеспечению доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью;

е) немедленно предпринять шаги по прекращению телесных наказаний детей и практики их помещения в учреждения, включая детей-инвалидов.

94. Чтобы международное сотрудничество обеспечило закрепление права на психическое здоровье и Повестки дня на период до 2030 года, государствам и многосторонним и международным учреждениям следует:

а) полностью прекратить финансовую поддержку закрытых психиатрических учреждений, крупных психиатрических больниц и других изолированных учреждений и служб;

б) учитывать право на психическое здоровье в стратегии и мероприятиях в областях здравоохранения, борьбы с бедностью и развития и непосредственно включать его в общие и приоритетные стратегии и планы в сфере здравоохранения;

с) продвигать идею обеспечения глобального психического здоровья в рамках всех мероприятий по мониторингу целей в области устойчивого развития, включая политические форумы высокого уровня.

95. Для обеспечения того, чтобы службы здравоохранения гарантировали право на психическое здоровье для всех, государствам следует:

а) принять меры к тому, чтобы пациенты привлекались к разработке, осуществлению, предоставлению и оценке услуг, систем и стратегий в сфере психического здоровья;

б) прекратить направление инвестиций на стационарное лечение и переориентировать его на услуги внутри социума;

с) инвестировать средства в психосоциальные услуги, которые интегрированы в систему первичной помощи и в общинные услуги, чтобы обеспечить расширение возможностей потребителей этих услуг и уважать их самостоятельность;

д) наращивать инвестиции в альтернативные психиатрические услуги и модели по оказанию поддержки;

е) разработать базовый комплекс адекватных, приемлемых (в том числе с культурной точки зрения) и качественных психосоциальных видов вмешательства как главного компонента всеобщего медицинского обслуживания;

ф) принимать конкретные целевые меры по радикальному сокращению масштабов медицинского принуждения и обеспечивать постепенное вытеснение всех видов принудительного психиатрического лечения и изоляции;

г) обратиться к программе ВОЗ «QualityRights» за технической помощью для проведения оценки и повышения качества психиатрического лечения.