



Экономический
и Социальный Совет

Distr.
GENERAL

E/CN.4/1990/53/Add.1
5 December 1989

RUSSIAN
Original: ENGLISH

КОМИССИЯ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

Сорок шестая сессия

Пункт 15 предварительной повестки дня

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС

Принципы и гарантии защиты лиц, задерживаемых по причине
душевной болезни или психического расстройства

Доклад Генерального секретаря

Добавление

Стр.

- | | | |
|-----|---|--|
| I. | Ответ, представленный Швецией | |
| II. | Ответы, представленные неправительственными организациями ... | |
| 1. | Всемирная медицинская ассоциация | |
| 2. | Всемирная ассоциация психиатрии | |

ШВЕЦИЯ

[Язык оригинала: английский]
[14 ноября 1989 года]

1. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций своей резолюцией 43/173 от 9 декабря 1988 года приняла Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме. Этот свод принципов применяется для защиты всех задержанных или заключенных, включая лиц, лишенных свободы по причине психического заболевания. В силу этого представляется важным провести всестороннее сопоставление настоящего проекта и Свода принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме, с тем чтобы обеспечить соответствие проекта существующим нормам и избежать ненужных повторов. По тем же причинам представляется важным сопоставить текст проекта с нормами, изложенными в Декларации о правах инвалидов.
2. Как представляется, заложенная в основу проекта принципов модель регулирования отличается от той модели, которая применяется в Швеции. Шведская система регулирования основана на надзоре за деятельностью медицинского персонала со стороны дисциплинарных советов и судов. Разумеется, в этой области применима и общеуголовная система. Кроме того, врачебный корпус имеет и свои собственные этические нормы. По этим причинам примененный при составлении проекта принципов подход не в полной мере соответствует шведской системе. Именно в этом свете и следует рассматривать нижеизложенные конкретные замечания по различным статьям проекта.
3. Статья 3. Формулировка пункта 4, если исходить от противного, говорит о том, что судебное решение о признании того или иного лица недееспособным может лишить его права на осуществление любых гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав. Следовательно, формулировку этого пункта необходимо изменить. Все граждане Швеции, достигшие 18-летнего возраста, имеют право голоса. И поэтому в Швеции психическое расстройство ни в коем случае не может лишить то или иное лицо право голоса.
4. Статья 4. Право на устную или письменную информацию, как представляется, сформулировано слишком широко. В частности, можно усомниться в том, что следует во всех случаях представлять письменную информацию. Кроме того, следует принимать во внимание способность пациента воспринимать ту или иную информацию.
5. Статья 5. В пункте 2 такие основные права человека, как право исповедовать свою религию или веру ставятся в один ряд с менее фундаментальными правами, такими, как право покупать какие-либо предметы для повседневной жизни. Такой подход представляется нецелесообразным. Ограничения, предусматриваемые во вводной части пункта 2, являются слишком широкими в том, что касается основных прав человека. Следовательно этот пункт в его нынешнем виде ущемил бы эти права, как они изложены в действующих международных документах по правам человека.
6. Как представляется, ограничения, предусмотренные во вводной части пункта 2, могут применяться лишь к правам, перечисленным в данном пункте. В интересах здоровья и безопасности самого больного можно было бы также предусмотреть ограничение в отношении права больного на общение.

7. Статья 9. Применительно к развивающимся странам, требования, содержащиеся в данной статье, представляются нереалистичными. Эффективный надзор за психиатрическими учреждениями может осуществляться и без регулярного инспектирования всех учреждений. Таким образом пункт 2, как представляется, чересчур уж радикален.

8. Статья 12. Пункт 3. Согласно шведскому законодательству перечисленные в этом пункте виды лечения, за исключением некоторых случаев, связанных со стерилизацией и кастрацией, могут применяться без предварительного решения независимого специализированного органа. В целом же надзор за лечением больных осуществляет Национальный совет по вопросам здравоохранения и благосостояния. Случаи злоупотреблений рассматриваются специальными дисциплинарными органами, а в конечном счете - судами.

9. Пункт 5. Согласно шведскому законодательству больной может подвергаться таким способам удерживания, которые необходимы для его лечения. Предусмотренные критерии "предотвратить причинение непосредственного и неминуемого ущерба больному или другим лицам" - пожалуй, слишком узки.

10. Пункт 8. Лечение, о котором идет речь в данном пункте, в Швеции может назначаться больному без его осознанного согласия и без заключения независимого органа в тех случаях, когда такое лечение отвечает высшим интересам больного согласно этическим нормам врачебного корпуса психиатров. Согласие больного или его родственников испрашивается в тех случаях, когда это считается целесообразным. Можно представить себе случаи, когда будет невозможно обеспечить соответствующее лечение, назначенное независимым органом.

11. Пункт 9. Шведское законодательство не требует наличия заключения второго специалиста в случае принудительной госпитализации больного в психиатрическое учреждение.

12. Статья 15. Пункт 1. В Швеции предпосылки принудительной госпитализации не поставлены в столь непосредственную зависимость от вероятности причинения ущерба. Определяющим критерием принудительной госпитализации является необходимость лечения и то обстоятельство, что такая необходимость может быть реализована лишь посредством принудительной госпитализации.

13. Пункт 2. Возможно, в некоторых случаях, в интересах права больного на конфиденциальность, его семью не следует информировать о госпитализации.

14. Статья 16. Пункт 5. В Швеции лечащий врач не во всех случаях может принимать решение о выписке больного. В некоторых случаях, например, в том случае, когда речь идет о правонарушителях, требуется определение совета или суда.

15. Пункт 6. Согласно шведскому законодательству больной не вправе обжаловать в вышестоящем суде какое-либо решение, касающееся лечения. Не может подавать жалобу и любое заинтересованное лицо, не подвергшееся лечению.

16. Статья 17. Пожалуй чрезмерно широкий характер носят процедурные права, связанные с абсолютным правом присутствовать при слушании дела (пункт 4) или правом на открытое слушание (пункт 6).

17. Приложение А. Шведское законодательство в данной области не опирается на доктрину уголовной ответственности. Соответственно за совершение преступления может быть осуждено и лицо, страдающее психическим заболеванием. В этом случае такое лицо может быть приговорено к прохождению лечения в психиатрическом учреждении. Такое лечение осуществляется так же, как и в случае других пациентов, страдающих психическими заболеваниями.

По этим причинам Швеция не может поддержать пункты, в основу которых положена доктрина уголовной ответственности и способность соответствующего лица предстать перед судом; это особо относится к разделам V, VI и VII приложения А.

ВСЕМИРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

[Язык оригинала: английский]
[20 ноября 1989 года]

1. На протяжении многих лет нас серьезно беспокоит вопрос о защите прав больного, в связи с чем мы приняли в 1981 году Лиссабонскую декларацию, текст которой прилагается к настоящему документу.

ЛИССАБОНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

ПРАВА БОЛЬНОГО

Единодушно принято тридцать четвертой Всемирной медицинской ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь-октябрь 1981 года.

2. Учитывая возможность возникновения трудностей практического, этического и юридического характера, врач должен всегда действовать по совести и в высших интересах больного. В настоящей декларации закрепляется ряд основных прав, которые врачи стремятся обратить на благо больных.

3. В тех случаях, когда законодательство или решение правительства лишает больного этих прав, врач должен изыскивать соответствующие средства для их обеспечения или восстановления:

- a) больной имеет право свободно выбирать себе врача;
- b) больной имеет право лечиться у врача, который волен принимать то или иное решение медицинского или этического характера независимо от всякого постороннего вмешательства;
- c) после надлежащего уведомления о характере предлагаемого лечения больной имеет право принять его или отказаться от него;
- d) больной вправе рассчитывать на то, что его врач будет уважать конфиденциальный характер любых касающихся его сведений медицинского и личного характера;
- e) больной имеет право умереть в достоинстве;
- f) больной имеет право принимать или отвергать духовную и нравственную помощь, включая помощь духовного лица, исповедующего соответствующую религию.

ВСЕМИРНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРИИ (ВАП)

[Язык оригинала: английский]

[20 ноября 1989 года]

1. Основная проблематика доклада касается раздела IV, озаглавленного "Проект свода принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи".
2. Как явствует из введения, проект принципов в значительной мере испытал на себе влияние документа ВОЗ, а значит, и точки зрения ВАП. Из документа ВОЗ почерпнуты - почти в неизменной формулировке - целые пассажи. Среди прочего, во введении говорится о том, что принципы и гарантии касаются незначительного меньшинства пациентов, страдающих психическими заболеваниями, которые подлежат принудительной госпитализации в психиатрическое учреждение. Кроме того, в нем указывается, что значительное большинство находящихся на излечении лиц, страдающих психическими заболеваниями, не подвергаются госпитализации. Из незначительного меньшинства лиц, требующих госпитализации, большинство людей госпитализируются на добровольной основе. Принудительная госпитализация требуется лишь в отношении немногих. Подчеркивается важное значение наличия достаточных ресурсов.
3. Вместе с тем проект принципов представляет собой "минимальные нормы Организации Объединенных Наций по защите основных свобод, прав человека и юридических прав психически больных лиц". В случае необходимости правительствам следует рассмотреть вопрос о приведении своих законов в соответствие с проектом принципов и гарантий или о принятии положений, отвечающих данным принципам и гарантиям, при введении соответствующего нового законодательства.
4. Ниже приводятся статьи, не согласующиеся с этой преамбулой, что вызывает ощущение противоречивости доклада.

Статьи

Статья 1 и пункт 5 статьи 3

5. В этих статьях речь идет главным образом о правах человека вообще и об их применении к психически больным в частности. Некоторые статьи подчерпнуты из доклада г-жи Даес (последний пересмотренный вариант от августа 1987 года). Эти статьи, по-видимому, можно считать в целом приемлемыми, хотя они и несут на себе налет казуистичности и подозрительного отношения к психиатрии, как будто каждый психический больной нуждается в специальной защите.
6. Раз уж важные вопросы получили удовлетворительное освещение в международных документах по правам человека, было бы достаточно сослаться на эти документы в преамбуле и процитировать соответствующие положения. Такой подход был использован в документе Всемирной организации здравоохранения (Е/CN.4/1988/66). Можно было бы сослаться, в частности, на Всеобщую декларацию прав человека и Международный пакт о гражданских и политических правах, как это сделано в пункте 4 статьи 3. Было бы целесообразно упростить текст.

Статья 2

7. Определения, содержащиеся в статье 2, в значительной степени соответствуют предложениям ВОЗ - это, в частности, касается принципиального определения понятия "тяжелое психическое заболевание", которое употребляется в статье 15 о принудительной госпитализации. Следует отметить отсутствие определения понятия "ущерб", которое является ключевым понятием статьи 15. Характер данной статьи, по всей видимости, указывает на то, что такие определения приведены для целей этих статей и не предназначены для универсального применения.

8. "Психическое заболевание" отличается от "тяжелого психического заболевания" лишь одним - степенью тяжести. Даже само определение понятия "психическое заболевание" в целом соответствует используемому в психиатрии понятию "психоз" или случаям пограничного психоза. Ключевым элементом понятия "психоз" является расстройство восприятия реальности.

9. Таким образом, те категории пациентов, которые не относятся к числу психотических больных, очевидно, не подлежат госпитализации в психиатрические учреждения (ср., в частности, статью 13 о добровольной госпитализации, хотя статья 20, пожалуй, содержит намек на возможность госпитализации лиц, не страдающих психическими заболеваниями. Принимая во внимание трудности, связанные с выработкой определений, и существующие между ними различия, ВАП заранее предложила всем странам включить во внутреннее законодательство какое-то конкретное определение и попытаться рационализировать его с учетом ключевых аспектов защиты, излагаемых далее в статье 6.

Статья 3

10. Как представляется, эта статья явно исходит из того, что пациент находится в психиатрическом учреждении только в том случае, если его к этому принуждают. Эта статья не соответствует положению подавляющего большинства пациентов психиатрических учреждений, а именно добровольных пациентов, свобода и права которых никак не ущемляются. Пункт 2 статьи 3 содержит наметки в отношении дискриминации психически больных. Пункт 3 статьи 3 содержит наметки по вопросу о недопущении дискриминации психических больных.

Статья 4

11. Эта статья не соответствует тезису о том, что пациенты, госпитализируемые на добровольной основе, обладают теми же правами, что и пациенты, страдающие какими-либо иными заболеваниями.

Статьи 7-11

12. Статья 7 являет собой превосходный стимул для развития общинной психиатрии в соответствии с международно принятым подходом в области психиатрического обслуживания, а также в соответствии с программами ВОЗ в области развития психиатрии.

13. Здесь, в частности в статье 8.2 и в статье 11.1, вновь прослеживается склонность к подозрительности. Тяготение к широкому контролю носит настолько выраженный характер, что складывается впечатление, что пребывание в психиатрическом учреждении является в любом случае нежелательным.

14. В самом последнем документе ВОЗ (E/CN.4/1988/66) при рассмотрении этого вопроса используется более простой подход: изложение общих принципов без детальной конкретизации.

Статья 12

15. Представляется разумным, что принцип осознанного согласия увязывается с неизбежным отступлением от него в экстренных случаях. Те же самые принципы излагаются в документе ВОЗ в более простом виде; рассматриваемая же статья, как представляется, носит довольно сложный и бюрократизированный характер.

16. В этой статье явно проводится разграничение между недееспособными и дееспособными пациентами. Принятие независимым органом решения в случае неэкстренного лечения недееспособных пациентов, которые не в состоянии дать свое согласие, вряд ли согласуются с надлежащей психиатрической практикой и являет собой нежелательную степень юридического контроля (пункт 8 статьи 12).

17. Следует признать, что эти положения чреваты возможным конфликтом в тех случаях, когда больной может быть принудительно госпитализирован в соответствии со статьей 15, но не проходить лечения в чем как раз и состоит цель госпитализации. Следует отметить, что в статье содержатся приемлемые положения о физическом удерживании, о клинических опытах и об экспериментальных методах лечения. Пациенты не должны в принудительном порядке подвергаться опытам или экспериментальным методам лечения независимо от того, были ли они госпитализированы добровольно или принудительно. В США запрещается подвергать исследованиям любого человека, лишенного личной свободы.

Статья 13

18. Эта статья в ее нынешнем виде представляет собой комбинацию предложения ВОЗ и статей г-жи Даес. Пункты 1 и 2 статьи 13 сформулированы почти так же, как и документ ВОЗ, тогда как пункт 3 статьи 13 претерпел лишь незначительные изменения по сравнению с первоначальной статьей г-жи Даес. И все же это весьма важное положение, пожалуй, отражает такие подходы и представления, когда психиатрическое учреждение рассматривается чуть ли не как своего рода тюрьма. Быть психически больным – неприятно, но быть госпитализированным – еще хуже! Такая постановка вопроса может удержать пациента от обращения в психиатрическое учреждение и не учитывает возможности того, что больной сам может обратиться к врачу. Обращение за помощью в психиатрическое отделение любой гражданин должен считать столь же естественным делом, как и обращение в кабинет неотложной помощи обычной больницы. Примечательное противоречие прослеживается между статьями 13.1 и 13.2, с одной стороны, и статьей 13.3, с другой.

19. Возможность добровольной госпитализации – как указывалось выше в статье 2 – распространяется только на пациентов, страдающих "психическими заболеваниями", что исключает некоторых непсихотических пациентов, которым "может пойти на пользу госпитализация в целях ухода и лечения". Кроме того, пациенты, не понимающие цели госпитализации, т.е. безвольные, недееспособные пациенты, могут и не подвергаться добровольной госпитализации. Такие лица, согласно некоторым законодательствам, должны лечиться как добровольные, неофициальные больные, с тем чтобы избавить их от позорного клейма и возможных юридических последствий принудительной госпитализации, вследствие чего их положение становится сопоставимым с положением соматических больных.

20. ВАП по-прежнему считает, что было бы достаточно указать, что пациент может быть госпитализирован в психиатрическое учреждение практикующим врачом или может сам обратиться в такое учреждение за помощью. Нет необходимости и в том, чтобы приводить определение такого пациента психиатрического учреждения. Пункт 3 статьи 13 носит дискриминационный характер по отношению к лицам, страдающим психическими заболеваниями. Этот пункт следует исключить или по крайней мере существенно изменить. Пункт 4 статьи 13 не имеет особого смысла, и поэтому его следует исключить.

Статья 15

21. Пункт 1 статьи 15 без изменений перенесен из предложения В03 (снова в согласии с точкой зрения ВАП).

22. В статье 2 нет определения понятия "ущерб". В документе В03 предлагается следующее определение: "Физический или психологический ущерб или вред". Термин "ущерб" шире термина "угроза" и не в такой мере, как термин "угроза" подразумевает физическое насилие. Соответственно следует исходить из того, что смысл сохранения указания на неотложное лечение связан с тем, что вследствие тяжелого психического заболевания пациента "воздержание от госпитализации с целью лечения приведет к существенному ухудшению состояния его здоровья". ВАП уже подчеркивала необходимость принудительной госпитализации на предмет "неотложного лечения" больного, страдающего тяжелым психическим заболеванием, но отказывающегося от лечения. Это относится в основном к пациентам, страдающим параноидными и маниакальными синдромами, которые могут и не считаться "реально" опасными, но вместе с тем нуждаться в лечении.

23. Понятие "тяжелое психическое заболевание" - как оно определено в статье 2 - в данном случае вполне вписывается в контекст. Но было бы целесообразно подчеркнуть, что принудительная госпитализация является крайним средством, и выделить принцип наименее ограничительной альтернативы.

24. Следует отметить, что, как это предусмотрено и в статье 13, заключение о принудительной госпитализации вправе давать "практикующий психиатр" (ср. определение в статье 2). Во многих странах это право имеют лишь "уполномоченные практикующие врачи". Процедура, изложенная в этой статье, пожалуй, не противоречит предложению В03, но носит более разработанный характер. Определение понятия "высшие интересы", изложенное в пункте 3 статьи 15, соответствует предложению, фигурирующему в проекте В03.

Статья 16

25. Эта статья, в которой идет речь о пересмотре и обжаловании, согласуется с принципами, предложенными В03 и ВАП. Вопрос о необходимости лишения свободы пересматривается на регулярной основе и через установленные промежутки времени, предусмотренные национальным законодательством. Было бы целесообразно сначала изложить общие принципы, а потом сделать ссылку на национальное законодательство с учетом различия систем конкретных стран. Поэтому было бы разумно, чтобы надзорный орган, которым мог бы быть суд или какой-либо иной независимый орган (см. статью 15), принимал лишь окончательное решение о госпитализации или задержании пациента в психиатрическом учреждении.

26. Пункт 5 статьи 16: примечательно то, что уполномоченный практикующий психиатр (в смысле определения, содержащегося в статье 2), может выписывать больного, если он сочтет, что медицинские условия для выписки соблюдены. Тем самым, например, психолог наделен правом оценивать медицинские показания в этой трудной ситуации.

Статьи 17 и 18

27. Эти статьи о процедурных правах больного, как и статьи г-жи Даес, более разработаны по сравнению с предложениями ВОЗ. Как представляется, эти предложения являются казуистическим воспроизведением индивидуальных прав лица в связи с судебным разбирательством. Отсюда следует, что в статье 17 речь идет о больных, госпитализируемых в принудительном порядке, а в статье 18 - обо всяких больных вообще, но конкретное указание на этот счет здесь отсутствует.

28. Проблема доступа к истории болезни и другим документам пока еще носит спорный характер; вместе с тем здесь отражены необходимые исключения. В статье указывается, что больной и его представитель имеют право на "независимое медицинское заключение и любые другие соответствующие данные". Трудно предвидеть, каким образом эта процедура контроля будет функционировать на практике.

Статья 19

29. ВОЗ и ВАП предлагают, чтобы содержащиеся в этих статьях принципы лечения в максимально возможной степени применялись и к психически больным правонарушителям. В пункте 2 статьи 19, в качестве "руководящих принципов" приложения А, сохранены первоначальные статьи г-жи Даес по вопросу об уголовном разбирательстве. По-видимому, Рабочая группа не пересматривала эти статьи на совещании в августе 1988 года.

30. Следует иметь в виду, что раздел об уголовном разбирательстве почти без изменений почерпнут из так называемых Сиракузских руководящих принципов 1981 года (Международная ассоциация уголовного права и Международная комиссия юристов). Как представляется, с точки зрения процедур и понятий, он уходит корнями в традиции англоговорящих стран. ВАП и несколько государств-членов указывали, что, хотя эти положения и сформулированы в общем виде, будет, по-видимому, трудно увязать их с национальным законодательством и традициями стран, не принадлежащих к англофонной системе. Эти руководящие принципы не соответствуют уголовно-правовой процедуре ряда стран. Для различных стран характерен широкий спектр определений, режимов и уголовных процедур, и в этой области следует особо предвидеть коллизии с национальным законодательством. Поэтому высказывается резонное сомнение относительно того, что следует ли вообще включать в документ Организации Объединенных Наций раздел, касающийся психически неполноценных правонарушителей. Этот вопрос пока еще не получил обстоятельного рассмотрения.

31. Если исходить из того, что свод принципов должен содержать положения об уголовном разбирательстве, то есть смысл рассмотреть вопрос об упрощении этих статей, с тем чтобы обойти конкретные процедуры и понятия.

Несовершеннолетние

32. В докладе г-жи Даес имеется несколько статей, касающихся несовершеннолетних, однако в 1984 году Рабочая группа Организации Объединенных Наций отложила окончательное решение этих проблем. В нынешнем докладе г-жи Пэллей эта весьма запутанная проблема не рассматривается. Во всяком случае необходимо решить, следует ли включать в свод принципов и гарантий раздел о несовершеннолетних.

Статья 20

33. Влияние данной статьи трудно определить, ибо во всех прочих отношениях настоящий документ касается только больных, страдающих "психическими заболеваниями" или "тяжелыми психическими заболеваниями", как это определено в статье 2.

Статьи 21-24

34. Эти статьи, касающиеся средств правовой защиты и осуществления, в принципе согласуются с предыдущими статьями г-жи Даес и с документом В03. Статья 21 предусматривает дополнительные гарантии для всех психически больных. Формулировку пункта 2 статьи 21 следует изменить, с тем чтобы избежать жалоб явно психотического характера. В новой статье 22 предусматривается создание "междисциплинарной комиссии" с целью осуществления контроля в области психиатрии. И наконец, в статье 23 повторяется цель свода принципов и гарантий. Статья 24 изложена в новой формулировке, которая, бесспорно, завоеует широкое признание.

Ноябрь 1989 год
Ханс Адсербалле, Комитет ВАП по вопросам этики
Фини Шульзингер, Генеральный секретарь
Костас Стефанис, Председатель

Предложения в отношении новых основных статей

1. Медицинское законодательство должно предусматривать адекватное и эффективное лечение всех больных, включая психиатрических больных и ограждать их право на лечение внутри и вне учреждений приемлемого уровня. Психиатрические больные не должны подвергаться дискриминации в этой связи. Психиатрия должна быть составной частью системы здравоохранения.

Добровольное лечение

2. Доступ к добровольному лечению не должен обеспечиваться иначе, нежели для лиц, страдающих соматическими заболеваниями. Больной, который добровольно госпитализируется в психиатрическое учреждение или сам обращается туда за помощью, должен находиться под защитой тех же юридических гарантий и этических норм, что и больные, страдающие какими-либо иными заболеваниями.

Принудительное лечение

3. Принудительное лечение представляет собой серьезное ущемление прав человека и основных свобод больного, и поэтому больной должен госпитализироваться в психиатрическое учреждение на принудительной основе только в том случае, если :

- А. 1) уполномоченный практикующий врач после индивидуального обследования приходит к выводу о том, что больной, по причине тяжелого психического заболевания*, может причинить серьезный ущерб себе и/или другим;
- 2) или в том случае, если, по причине тяжелого психического заболевания больного, воздержание от госпитализации приведет к существенному ухудшению его состояния;
- В. Больной отказывается от добровольной госпитализации в целях лечения, которое не может быть проведено каким-либо иным способом по принципу наименее ограничительной альтернативы.

4. Национальное законодательство должно содержать указания в отношении того, какие категории лиц наделены правом требовать принудительной госпитализации и какой орган наделен правом применять физическое принуждение, которое может оказаться необходимым для осуществления принудительной госпитализации.

5. Окончательное решение о госпитализации или задержании больного в психиатрическом учреждении в качестве больного, госпитализируемого в принудительном порядке, принимается только судом или компетентным независимым органом, предусмотренным законом, причем только после соответствующей подготовки и надлежащего разбирательства. Больной должен быть информирован о своих правах. Больной имеет право на обжалование, а также право быть лично заслушанным судьей или соответствующим органом.

6. Вопрос о законной необходимости лишения свободы пересматривается на регулярной основе и через установленные промежутки времени, предусмотренные национальным законодательством.

* См. определение.

7. Больной, лишенный свободы, вправе иметь квалифицированного опекуна или адвоката для защиты своих интересов.

8. Больной, лишенный свободы, испытывает необходимость и имеет право проходить лечение в таких же условиях профессионализма, окружения и этической атмосферы, что и любой другой больной. В частности, он имеет право на надлежащее лечение и уход в соответствии с наивысшими имеющимися стандартами. Так, национальное законодательство должно устанавливать руководящие принципы в отношении надлежащего материального обустройства и кадрового укомплектования больничных палат, в которых производится принудительная госпитализация. Такие руководящие принципы должны обеспечивать как удовлетворение потребности больного в уединении, так и поддержание контактов со специалистами-психиатрами, а также удовлетворение потребности больного в физической активности осмысленной деятельности.

Правонарушители, страдающие психическими заболеваниями

9. Изложенные в статьях 3-8 принципы лечения следует как можно шире применять к правонарушителям, страдающим психическими заболеваниями, которые были приговорены к принудительному лечению.

Предложения в отношении определений

"Больной" (принудительное лечение): Лицо, страдающее тяжелым психическим заболеванием.

Добровольное лечение: В определении нет необходимости (ср. предложение относительно новых основных статей 1 и 2).

"Психиатрическое учреждение": Любое учреждение или отделение учреждения, первоочередной функцией которого являются обслуживание и лечение больных, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями.

"Тяжелое психическое заболевание": Существенное расстройство мышления, душевного равновесия, восприятия, ориентации или памяти, которое серьезно сказывается на рассудке, поведении и способности осознавать реальность и может требовать принудительного лечения.

(Диагностика наличия тяжелого психического заболевания производится в соответствии с международно принятыми медицинскими нормами. Врачи, производя обследование того или иного лица на предмет наличия у него психического заболевания, должны действовать в согласии с медицинской наукой. Трудности с адаптацией к нравственным, социальным, политическим или иным ценностям сами по себе не должны рассматриваться в качестве психического заболевания.)

"Ущерб": Этот термин охватывает не только те случаи, когда явно прослеживается непосредственная угроза, но и те случаи, когда имеет место серьезная возможность причинения вреда самому больному или какому-либо другому лицу. Это позволяет принимать соответствующее решение в тех случаях, когда, несмотря на то, что психическое заболевание не получает явного выражения во вредоносном поведении, врач имеет все основания считать, что кому-то может быть причинен личный вред.

Изложение позиции по вопросу о правах и юридических
гарантиях лиц, страдающих психическими заболеваниями

(принято Генеральной ассамблеей ВАП, Афины, 17 октября 1989 года)

Преамбула

Нынешнему Исполнительному комитету ВАП приходилось в нескольких отношениях иметь дело с правами и юридическими гарантиями психически больных лиц.

Весьма продуктивную помощь Исполнительному комитету оказывали члены Комитета ВАП по вопросам этики и не в последнюю очередь его координатор д-р Ханс Адсербалле.

Ниже приводится сводка основных позиций, которые старается утвердить ВАП, в частности в ходе работы над докладом г-жи Даес и г-жи Пэллей.

Изложение позиции

Лица, страдающие психическими заболеваниями, должны пользоваться теми же правами человека и основными свободами, что и все другие граждане. Они не должны подвергаться дискриминации по причине психического заболевания.

Психически больные лица имеют право на профессиональное, гуманное и достойное лечение. Они должны быть защищены от эксплуатации, злоупотреблений и унижений в соответствии с этическими нормами Гавайской декларации, пересмотренной и утвержденной Генеральной ассамблеей Всемирной ассоциации психиатрии, которая состоялась в Вене в 1983 году.

Всемирная ассоциация психиатрии придерживается общих принципов, изложенных в Гавайской декларации, которая четко устанавливает минимальные требования в отношении этических норм психиатрии. В Гавайской декларации говорится, что целью психиатрии является лечение психиатрических заболеваний и укрепление психического здоровья. В ней осуждается злоупотребление психиатрией во всех отношениях и подчеркивается, что психиатр должен действовать в высших интересах больного в соответствии с признанными научными представлениями и этическими принципами.

Медицинское законодательство должно предусматривать адекватное и эффективное лечение всех больных, и в том числе психиатрических, и обеспечивать их право на лечение в пределах или за пределами учреждений приемлемого уровня. Психиатрические больные не должны подвергаться дискриминации в этой связи. Везде, где это возможно, психиатрическое обслуживание должно быть включено в систему медицинского и социального обслуживания. По мере возможности, все больные должны лечиться и обслуживаться в той общине, где они проживают. Психиатрические больные, в принципе, должны проходить лечение на тех же основаниях, что и другие больные, пользуясь при этом тем обстоятельством, что подавляющее большинство больных можно лечить на неофициальной и добровольной основе в амбулаторных учреждениях и без госпитализации.

Следует поощрять добровольное лечение, причем доступ к добровольному лечению не следует обеспечивать как-либо иначе, чем доступ к лечению соматических заболеваний. Больные, которые добровольно госпитализируются или обращаются за помощью в психиатрическое учреждение, должны находиться под защитой тех же юридических гарантий и этических норм, что и пациенты, страдающие любыми другими видами заболеваний.

Принудительные меры представляет собой серьезное ущемление прав человека и основных свобод больного. Поэтому принятие такого рода мер требует наличия конкретных и тщательно определенных критериев и гарантий. Госпитализация и лечение против воли больного должны осуществляться только в тех случаях, когда больной страдает тяжелым психическим заболеванием. Принудительные меры должны приниматься в соответствии с принципом наименее ограничительной альтернативы.

Диагностика наличия психического заболевания у того или иного лица должна производиться в соответствии с международно принятыми медицинскими нормами. Врачи, производя обследование того или иного лица на предмет наличия у него психического заболевания, должны действовать в согласии с медицинской наукой.

Серьезность психического заболевания и серьезность ущерба, который больной может нанести себе и/или другим, определяется на основе критериев, устанавливаемых в национальном законодательстве.

Трудности с адаптацией к нравственным, социальным, политическим и иным ценностям сами по себе не должны рассматриваться в качестве психического заболевания.

В национальном законодательстве должны содержаться указания в отношении того, какие категории лиц имеют право требовать принудительной госпитализации и какой орган имеет право применять физическое принуждение, которое может оказаться необходимым для осуществления принудительных мер.

Окончательное решение о госпитализации или задержании лица в психиатрическом учреждении в качестве больного, госпитализированного в принудительном порядке, должно приниматься только судом или компетентным независимым органом, предусмотренным законом, причем только после соответствующей подготовки и надлежащего разбирательства.

Больные должны быть в полной мере информированы о своем лечении и о своих правах. Они имеют право на обжалование, а также право быть лично заслушанными судом или компетентным органом.

Вопрос о необходимости лишения свободы пересматривается на регулярной основе и через установленные промежутки времени, предусмотренные национальным законодательством.

Больной, лишенный свободы, вправе иметь квалифицированного опекуна или адвоката для защиты своих интересов.

Больные, госпитализированные в принудительном порядке, никогда не должны быть объектом клинических опытов и экспериментальных методов лечения.

Больные имеют право на надлежащее лечение и уход в соответствии с наивысшими имеющимися стандартами. Качество лечения зависит также от надлежащего материального оснащения, персонала и ресурсов.

Больные, лишённые свободы, имеют право на свободное общение, ограничиваемое лишь в тех пределах, в каких это строго необходимо в интересах охраны здоровья и безопасности их самих или других лиц.

Изложенные в этих статьях принципы следует как можно шире применять к психически больным правонарушителям, госпитализируемым в психиатрическое учреждение.
