

**Генеральная Ассамблея**

Distr.: General  
31 January 2017  
Russian  
Original: English

**Совет по правам человека****Тридцать четвертая сессия**

27 февраля – 24 марта 2017 года

Пункты 2 и 3 повестки дня

**Ежегодный доклад Верховного комиссара  
Организации Объединенных Наций  
по правам человека и доклады Управления  
Верховного комиссара и Генерального секретаря**

**Поощрение и защита всех прав человека, гражданских,  
политических, экономических, социальных  
и культурных прав, включая право на развитие**

**Психическое здоровье и права человека****Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных  
Наций по правам человека***Резюме*

В настоящем докладе, подготовленном в соответствии с резолюцией 32/18 Совета по правам человека, определяется ряд основных проблем, с которыми сталкиваются пользователи услуг в области охраны психического здоровья, лица с психическими расстройствами и лица с психосоциальными отклонениями. К их числу относятся стигматизация и дискриминация, нарушения экономических, социальных и других прав и отрицание автономности и правоспособности.

В своем докладе Верховный комиссар рекомендует ряд изменений в политике, которые будут способствовать всестороннему осуществлению прав человека этих групп населения, таких как систематическая интеграция аспектов прав человека в политику и признание индивидуальной автономности, дееспособности и достоинства. Такие изменения охватывают меры по повышению качества услуг в области психического здоровья, по прекращению практики принудительного лечения и институционализации, а также по созданию правовых и политических условий, благоприятных для осуществления прав человека лиц с психическими расстройствами и психосоциальными отклонениями.

GE.17-01400 (R) 200217 210217



\* 1 7 0 1 4 0 0 \*

Просьба отправить на вторичную переработку



## Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение .....	3
II. Терминология и справочная информация .....	3
III. Основы права на здоровье .....	4
IV. Проблемы, имеющие последствия для прав человека в области охраны психического здоровья .....	6
A. Опыт жизни с психическими расстройствами .....	7
B. Системные проблемы, применимые к охране психического здоровья .....	9
V. Правозащитный подход к инвалидности в контексте охраны психического здоровья .....	10
A. Равенство перед законом .....	11
B. Абсолютный запрет лишать свободы на основании проблем со здоровьем .....	12
C. Принудительное лечение: принудительное медикаментозное лечение, избыточное медикаментозное лечение и вредная практика в период лишения свободы .....	13
VI. Перспективы .....	14
A. Правозащитный подход .....	14
B. Виды передовой практики .....	18
C. Техническая помощь и создание потенциала .....	21
VII. Выводы .....	21

## I. Введение

1. 1 июля 2016 года Совет по правам человека принял резолюцию 32/18 о психическом здоровье и правах человека. В этой резолюции Совет просит Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека подготовить доклад по вопросу о включении правозащитных аспектов в охрану психического здоровья и осуществлении прав человека и основных свобод лиц с психическими расстройствами или психосоциальными отклонениями, включая лиц, пользующихся услугами в области охраны психического здоровья и общинными услугами, и представить доклад Совету по правам человека на его тридцать четвертой сессии. Совет уточнил, что в этом докладе следует определить существующие трудности и примеры формирующейся передовой практики, вынести рекомендации в этой связи, а также определить способы укрепления технической помощи и создания потенциала с учетом проводимой деятельности и существующего опыта в этой области.

2. Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) предложило направить свои представления широкому кругу заинтересованных сторон, включая государства-члены, мандатариев специальных процедур, договорные органы по правам человека Организации Объединенных Наций, Всемирную организацию здравоохранения и организации гражданского общества. УВКПЧ получило в общей сложности 40 представлений, 18 из которых были направлены государствами-членами<sup>1</sup>. Хотя Верховный комиссар не упоминает индивидуальные представления, они являются важным источником исследования, на котором основан этот доклад, в частности применительно к проблемам и рекомендациям.

3. С учетом широты охвата упомянутой выше резолюции и принципиально глобального характера повесток дня по вопросам прав человека, психического здоровья и инвалидности основное внимание в докладе уделено изложению результатов обзора ряда наиболее значимых проблем, с которыми сталкиваются указанные в резолюции группы населения, и описанию нормативных рамок, применимых к их правам человека, а также политики и практики, способствующих их всесторонней реализации. В докладе также сформулированы рекомендации в этих областях и в отношении создания потенциала и оказания технической помощи.

## II. Терминология и справочная информация

4. Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья является одним из основополагающих прав человека, необходимым для осуществления других прав человека<sup>2</sup>. Здоровье представляет собой состояние «полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов»<sup>3</sup>. Психическое здоровье

<sup>1</sup> Представления были получены от следующих государств-членов: Австралии, Боливии (Многонационального Государства), Бразилии, Венгрии, Гватемалы, Германии, Египта, Ирландии, Катара, Колумбии, Монако, Нидерландов, Омана, Португалии, Республики Молдова, Саудовской Аравии, Сербии и Ямайки.

<sup>2</sup> См. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 14 (2000) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья, пункт 1.

<sup>3</sup> Устав Всемирной организации здравоохранения, преамбула.

можно, в свою очередь, определить как «состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество»<sup>4</sup>. Применительно к детям и подросткам психическое здоровье означает «способность достигать и поддерживать оптимальное психологическое функционирование и благополучие»<sup>5</sup>.

5. Среди категорий, упомянутых в резолюции 32/18, следует четко различать три отдельные группы: лица, пользующиеся услугами в области охраны психического здоровья (они являются нынешними или потенциальными пользователями услуг в области охраны психического здоровья и общинных услуг); лица с психическими расстройствами; и лица с психосоциальными отклонениями, в частности лица, которые независимо от их самоидентификации или диагностики их психического расстройства сталкиваются с ограничениями при осуществлении их прав и испытывают трудности с участием в жизни общества по причине их фактических или предполагаемых проблем со здоровьем. Эти категории могут частично совпадать: пользователь услуг в области охраны психического здоровья может не иметь психических расстройств, а некоторые лица с психическими расстройствами могут не сталкиваться с какими-либо ограничениями или трудностями для их всестороннего участия в жизни общества. Состав таких групп не должен определять или подрывать защиту их прав, признанных в соответствии с правом прав человека, включая права, закрепленные в Конвенции о правах инвалидов, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах и Международном пакте о гражданских и политических правах.

### III. Основы права на здоровье

6. Право на здоровье признано, прямо или косвенно, в нескольких международных договорах по правам человека, в частности в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (статья 12), Конвенции о правах ребенка (статья 24), Конвенции о правах инвалидов (статья 25) и Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (пункт h) статьи 10, пункты 1 f) и 2 статьи 11, статья 12 и пункт 2 b) статьи 14). Оно является всеобъемлющим правом, которое охватывает как своевременные и адекватные услуги в области здравоохранения, так и основополагающие предпосылки здоровья<sup>6</sup>. Применительно к психическому здоровью определяющие факторы включают низкий социально-экономический статус, насилие и злоупотребления, негативные события в детстве, развитие детей в раннем возрасте и то, были ли благоприятными и терпимыми отношения в семье, на рабочем месте и в иных местах.

7. Право на здоровье включает как свободы (такие, как право на контроль за своим здоровьем и организмом и право быть свободным от всяких вмешательств, пыток и принудительного лечения), так и смежные права (такие, как право на систему здравоохранения, обеспечивающую людям равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровья)<sup>7</sup>. Хотя с уче-

<sup>4</sup> См. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/).

<sup>5</sup> South Africa, Department of Health, *Policy Guidelines: Child and Adolescent Mental Health* (2001), p. 4.

<sup>6</sup> См. принятое Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам Замечание общего порядка № 14, пункты 4 и 11.

<sup>7</sup> Там же, пункт 8.

том ограниченности ресурсов право на здоровье подлежит постепенной реализации, все же на элементы свободы в праве на здоровье не распространяются ни постепенная реализация, ни наличие ресурсов<sup>8</sup>.

8. Государства – участники Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах несут основное обязательство обеспечить хотя бы минимально необходимый уровень каждого из предусмотренных в Пакте прав. Основные обязательства применительно к праву на здоровье включают обеспечение права на доступ к объектам, товарам и услугам в области здравоохранения на недискриминационной основе, в первую очередь для уязвимых и маргинализированных групп; обеспечение доступа к достаточным пищевым продуктам и достаточному питанию; обеспечение доступа к базовому жилью и санитарно-гигиеническим услугам; предоставление доступа к основным медикаментам; обеспечение справедливого распределения всех объектов, товаров и услуг здравоохранения; а также принятие и осуществление общенациональной государственной стратегии по охране здоровья и плана действий, учитывающих потребности в сфере здравоохранения всего населения<sup>9</sup>. В число обязательств, сопоставимых по степени своей важности, входят обязательства обеспечивать здоровье детей, осуществлять просветительскую деятельность и обеспечивать доступ к медицинской информации, а также надлежащую подготовку для медицинских работников, включая информирование по вопросам, касающимся здоровья и прав человека<sup>10</sup>. Эти основные обязательства охватывают как психическое, так и физическое здоровье.

9. Правозащитный подход, вытекающий из этих норм, налагает на государства обязательство обеспечивать такое положение, при котором медицинские учреждения, товары и услуги имелись бы в наличии в достаточном количестве и были физически и экономически доступными на недискриминационной основе. Кроме того, они обязаны, среди прочего, соответствовать гендерным особенностям, научным и здравоохранительным критериям, а также требованиям качества и медицинской этики, таким как уважение автономности и дееспособности без какой-либо дискриминации. Будучи одним из неотъемлемых элементов права на здоровье, активное участие в процессе принятия решений и в проведении политики в области здравоохранения всех заинтересованных сторон, особенно тех, которые причастны к таким решениям и принципам, должно обеспечиваться лицам с психическими расстройствами и другим лицам, пользующимся услугами в области психического здоровья, в рамках соответствующих прозрачных процессов<sup>11</sup>. Это предполагает осуществляемую на местном уровне эффективную деятельность по определению приоритетов, принятию решений, планированию, претворению в жизнь и оценке стратегий улучшения здоровья<sup>12</sup>, в том числе психического. Органы системы здравоохранения и другие ответственные субъекты должны отчитываться за выполнение обязательств в области прав человека в сфере обеспечения здоровья населения, включая возможность использования эффективных средств правовой защиты через механизмы подачи жалоб или другие средства восстановления прав.

10. Официальная правовая база была дополнена взятыми в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года политическими обяза-

<sup>8</sup> См. E/CN.4/2005/51, пункт 41.

<sup>9</sup> См. принятое Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам Замечание общего порядка № 14, пункт 43.

<sup>10</sup> Там же, пункт 44.

<sup>11</sup> См. A/60/348, пункт 57.

<sup>12</sup> См. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, пункт 54.

тельствами, особенно в связи с целью 3, которая предусматривает обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте. Задача 3.4 заключается в сокращении показателя преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и в укреплении психического здоровья и благополучия. Профилактика и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем, относятся к задаче 3.5, а другие задачи, например связанные со всеобщим охватом услугами здравоохранения и с борьбой против табака, сосредоточены на областях, имеющих явно прямое отношение к рассматриваемой проблематике, даже если психическое здоровье конкретно и не упоминается.

#### IV. Проблемы, имеющие последствия для прав человека в области охраны психического здоровья

11. По нынешним оценкам, от психических расстройств будет страдать каждый четвертый человек на протяжении всей своей жизни<sup>13</sup>. В то же время почти две трети лиц с психическими расстройствами не будут стремиться к тому, чтобы вылечиться<sup>14</sup>. Среди лиц с психическими расстройствами также отмечается несоразмерно высокие показатели слабого физического здоровья по целому ряду причин<sup>15</sup>. Одна из важных причин заключается в том, что плохое психическое здоровье является предрасполагающим фактором возникновения проблем с физическим здоровьем. Другая причина – «диагностическое затушевание», когда симптомы слабого физического здоровья ошибочно относятся на счет психических расстройств и, как следствие, либо неадекватно лечатся, либо вообще игнорируются<sup>16</sup>. Кроме того, важным фактором, определяющим качество медицинской помощи и доступа к полному спектру услуг, необходимых для лиц с психическими расстройствами, которые также жалуются на их физическое состояние, является стигматизация<sup>17</sup>. Как показывают исследования, у лиц с психическими расстройствами значительно короче продолжительность жизни по сравнению с населением в целом, причем, по оценкам, продолжительность жизни у мужчин меньше на 20 лет, а у женщин – на 15<sup>18</sup>. В ряде стран отсутствие психиатрической помощи на общинном уровне означает, что медицинский уход обеспечивается только в психиатрических учреждениях, в которых отмечаются грубые нарушения прав человека, включая бесчеловечные и унижающие достоинство виды обращения и условия жизни<sup>19</sup>.

<sup>13</sup> Jessica Mackenzie and Christie Kesner, «Mental health funding and the SDGs. What now and who pays?», Overseas Development Institute (2016), p. 9, и WHO mental health fact sheet (April 2016), размещено на [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/).

<sup>14</sup> WHO, Mental disorders affect one in four people [www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/en/](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/).

<sup>15</sup> WHO, «Mental health action plan 2013-2020», para. 11.

<sup>16</sup> Royal College of Psychiatrists, «Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health», occasional paper OP88, (2013), p. 28.

<sup>17</sup> См. David Lawrence and Rebecca Coghlan, «Health inequalities and the health needs of people with mental illness», *New South Wales Public Health Bulletin*, vol. 13, No. 7 (July 2002).

<sup>18</sup> Kristian Wahlbeck and others, «Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders», *British Journal of Psychiatry*, vol. 199, No. 6 (December 2011). См. также Stephen C. Newman and Roger C. Bland, «Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 36, No. 4 (June 1991).

<sup>19</sup> См. A/HRC/22/53, пункты 59, 63–70.

## A. Опыт жизни с психическими расстройствами

### 1. Препятствия для осуществления экономических и социальных прав и основные факторы, определяющие состояние психического здоровья

12. Хотя статистические данные имеют важное значение для понимания масштабов проблем, вызываемых психическими расстройствами, центральной фигурой в обсуждении этих вопросов должен оставаться конкретный человек. Опыт жизни с психическими расстройствами формируется в значительной степени на фоне исторической и продолжающейся сейчас маргинализации психически больных лиц на уровне государственной политики. Это находит свое отражение, среди прочего, в социальной жизни, в неравенстве доступа к возможностям и в чрезмерно большой доле лиц с психическими расстройствами в группах населения, живущих в условиях нищеты<sup>20</sup>. Действительно, сегодня одной из наиболее важных задач в области здравоохранения и прав человека является содействие осуществлению права на здоровье лицами, живущими в условиях нищеты<sup>21</sup>.

13. Психическое здоровье – не только проблема в области здравоохранения. Между психическим здоровьем и нищетой, а также между психическими расстройствами и тяжелым экономическим положением, вызванным неадекватным осуществлением таких экономических, социальных и культурных прав, как право на образование, труд, жилище, питание и воду, существует прямая связь<sup>22</sup>. Эти и другие права также являются основными факторами, определяющими состояние психического здоровья, и, следовательно, та степень, в которой они реализуются, влияет на осуществление права на психическое здоровье. Еще одним важным препятствием на пути к реализации права на психическое здоровье является также отказ от стратегических подходов, которые учитывали бы эти и другие факторы, определяющие состояние психического здоровья.

14. По мнению Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье, «эта тенденция к умалению важности экономических, социальных и культурных прав привела и продолжает приводить к пагубному сочетанию таких явлений, как нищета, неравенство и отсутствие соответствующих возможностей у больших групп населения, которые вследствие этого страдают из-за плохого состояния здоровья и препятствий на пути доступа к медицинским услугам»<sup>23</sup>. Прекращение и ограничение доступа к образованию, с чем сталкиваются многие лица с психическими расстройствами, сужают, в частности, их возможности для получения профессиональной квалификации, которая облегчила бы им поиски оплачиваемой работы. Трудности с трудоустройством и сохранением работы или иного способа получения дохода имеют негативные последствия для способности получать доступ к достаточному жилищу и сохранять его. В совокупности эти проблемы усугубляют социальное неравенство и оказывают разрушительное и долгосрочное воздействие на осуществление права на достаточный жизненный уровень и, как следствие, на психическое здоровье и доступ к медицинскому обслуживанию.

<sup>20</sup> См. Florida Council for Community Mental Health, «Mental illness and poverty: a fact sheet» (January 2007), размещено на [www.fccmh.org/resources/docs/MentalIllnessandPoverty.pdf](http://www.fccmh.org/resources/docs/MentalIllnessandPoverty.pdf). См. также Sally McManus and others «Adult psychiatric morbidity in England, 2007. Results of a household survey», NHS Information Centre for Health and Social Care (2009).

<sup>21</sup> См. A/HRC/4/28, пункт 20.

<sup>22</sup> См. A/HRC/29/33, пункт 28.

<sup>23</sup> Там же, пункт 53.

## 2. Стигматизация и дискриминация

15. По поводу психических расстройств есть немало негативных точек зрения, например, в том плане, что они свидетельствуют о личной слабости либо вызваны колдовством или духовными либо сверхъестественными явлениями<sup>24</sup>. Наряду с глубоко укоренившимися, негативными стереотипами вокруг лиц, страдающих психическими расстройствами или воспринимаемых как таковые, включая убежденность в том, что они не способны предпринимать какие-либо действия в связи с теми решениями, которые их затрагивают, или вносить позитивный вклад в развитие общества, такие заблуждения стали основной причиной возникновения и сохранения стигматизации и дискриминации.

16. Эти стереотипы, предрассудки и стигматизация проявляются во всех сферах жизни, в том числе в области социальных отношений, образования, занятости и здравоохранения, и оказывают серьезное воздействие на отношение к самому человеку и его собственную самооценку. Отсутствие систематической подготовки и повышения уровня информированности медицинских работников, специализирующихся на психических заболеваниях, по вопросам прав человека применительно к охране психического здоровья создает условия для сохранения стигматизации в медицинских учреждениях, что негативно отражается на лечении и уходе. Что касается доступа к услугам в области здравоохранения, то системы медицинского страхования зачастую предусматривают процедуры, которые опосредованно дискриминируют лиц с психическими расстройствами. Так, например, уже существующие условия или оценки могут, исходя из диагноза психического расстройства, послужить поводом для того, чтобы лишить их возможности получить медицинское страхование в полном объеме.

## 3. Отсутствие свободного и осознанного согласия

17. Как отметил Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, осознанное согласие представляет собой не просто отсутствие возражений против медицинского вмешательства, а принятое добровольно и на основе достаточной информации решение, что гарантирует пациенту право на участие в принятии решений медицинского характера и возлагает на медицинских работников соответствующие функции и обязанности<sup>25</sup>. Для того чтобы согласие было осознанным, оно должно даваться в добровольном порядке и на основе полной информации о характере, последствиях, преимуществах и рисках лечения, о любом связанном с лечением вреде и о наличии альтернатив<sup>26</sup>. Принудительное лечение означает осуществление медицинских или терапевтических процедур без согласия соответствующего лица. Лечение, проводимое, например, на основе ложного представления, представляет собой принудительное лечение, как и лечение, осуществляемое под угрозой, в отсутствие полной информации или на сомнительных медицинских основаниях<sup>27</sup>. Обеспечение получения осознанного согласия является основополагающим элементом уважения самостоя-

<sup>24</sup> WHO and World Organization of Family Doctors, *Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*, p. 168.

<sup>25</sup> См. A/64/272, пункт 9.

<sup>26</sup> Там же, пункт 15.

<sup>27</sup> European Agency for Fundamental Rights, «Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems» (2012), pp. 44–47.



тельности, самоопределения и человеческого достоинства того или иного лица<sup>28</sup>.

## **В. Системные проблемы, применимые к охране психического здоровья**

18. Право на здоровье предоставляет правообладателям возможность пользоваться такой системой здравоохранения, которая содействует достижению наивысшего уровня здоровья. Определяемые ниже проблемы имеют особое значение как в контексте этого стандарта, так и в плане наличия, приемлемости, доступности и качества услуг по охране психического здоровья.

### **1. Максимальные пределы имеющихся ресурсов**

19. Несмотря на те последствия, которые имеют психические расстройства для отдельных лиц, семей и общин, в охрану психического здоровья инвестируют недостаточно как финансовых, так и людских ресурсов. Глобальные ежегодные расходы на охрану психического здоровья составляют менее 2 долл. США на человека и менее 0,25 долл. США на одного человека в странах с низким уровнем дохода<sup>29</sup>. На оказании услуг сказывается и недостаточное число сотрудников, не имеющих зачастую достаточной профессиональной подготовки, особенно в вопросах прав человека, хотя такие специалисты обязаны предоставлять услуги, которые соответствуют стандартам в области прав человека. Кроме того, наибольшая доля средств в большинстве бюджетов по охране психического здоровья, как правило, выделяется психиатрическим больницам<sup>30</sup>. Это постоянное инвестирование правительствами ресурсов в такие учреждения, как психиатрические больницы, часто сопровождается соответствующим отсутствием инвестиций в услуги и службы поддержки по охране психического здоровья на общинном уровне, которые нашли широкое распространение как вид передовой практики, о чем более подробно говорится ниже. Недостаточное выделение ресурсов и неудачные решения, принимаемые по поводу их использования, негативно влияют на наличие, приемлемость, доступность и качество услуг в области охраны психического здоровья. Они также идут вразрез с пунктом 1 статьи 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, который обязывает государства-участников принимать в пределах всех имеющихся у них ресурсов меры к тому, чтобы обеспечить постепенно полное осуществление признаваемых в Пакте прав, включая права на здоровье.

### **2. Оказание услуг в сегрегированной форме**

20. Несмотря на прогресс, достигнутый в последние несколько десятилетий, сегрегация и централизация услуг в области охраны психического здоровья в психиатрических больницах и учреждениях по-прежнему представляет собой проблему в целом ряде важных аспектов. Необеспечение интеграции междисциплинарных психиатрических услуг в систему базового медико-санитарного обслуживания крайне осложняет применение подхода, основанного на понятии «целостной личности». Во многих странах нет психиатрических отделений в местных медицинских клиниках и больницах общего профиля, что вынуждает людей в отдаленных районах преодолевать большие расстояния, зачастую за

<sup>28</sup> См. A/64/272, пункт 18.

<sup>29</sup> См. WHO, «Mental health action plan 2013–20202», para. 14.

<sup>30</sup> WHO, Mental Health Atlas 2014, p. 9.

большие деньги. Там, где психиатрические услуги и службы поддержки существуют в рамках сегрегированных систем и учреждений по оказанию социальной помощи, возрастает риск нарушений прав человека<sup>31</sup>.

### 3. Оценка психического здоровья

21. В контексте здравоохранения концепция равного уважительного отношения связана с оценкой психического здоровья наравне с физическим здоровьем<sup>32</sup>. С нормативной точки зрения рамки, в которых устанавливается право на здоровье, не предусматривает иерархическую подчиненность, предполагающую, что психическое здоровье расположено ниже физического здоровья. Тесная связь между физическим и психическим здоровьем требует подхода, который наделяет равной ценностью и то, и другое, однако же доминирующей точкой зрения остается отсутствие равного уважительного отношения, где преимущественное внимание уделяется физическому здоровью. Таким образом, помимо других расхождений, на охрану психического здоровья выделяется меньше финансовых и людских ресурсов, и многие психиатрические учреждения приходят все чаще в упадок, снижая свои стандарты гигиены и предоставляя меньше удобств. Кроме того, существуют значительные пробелы в данных и исследованиях в области психического здоровья, в частности в связи с определением правозащитного статуса лиц с психическими расстройствами и пользователей услуг в области охраны психического здоровья, а также эффективности мер политики.

## V. Правозащитный подход к инвалидности в контексте охраны психического здоровья

22. В Конвенции о правах инвалидов используется правозащитный подход к инвалидности и упраздняются предыдущие разработки международного «мягкого права», включая Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи. Она отражает самые передовые международные стандарты в области прав человека, касающиеся прав лиц с психосоциальными отклонениями.

23. Правозащитный подход к инвалидности, наряду с другими принципами, предполагает необходимость безоговорочного применения в отношении инвалидов принципа недискриминации. Никакие другие признаки, связанные с наличием проблем со здоровьем, не могут служить оправданием ограничения прав человека. Так, лица с психосоциальными отклонениями не должны произвольно лишаться свободы на основании их проблем со здоровьем, в том числе в связи с предполагаемым наличием опасности для самих себя или других лиц<sup>33</sup>. Этот подход следует принять и включить в политику, проводимую в области охраны психического здоровья, и не допускать снижения стандартов.

24. Широко распространена практика игнорирования основополагающего подхода, предусматривающего равенство лиц с психосоциальными отклонениями в публичной и частной сферах, в том числе посредством необеспечения «разумных приспособлений», т.е. невнесения, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и корректив, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализа-

<sup>31</sup> См. E/CN.4/2005/51, пункт 8.

<sup>32</sup> Royal College of Psychiatrists, «Whole-person care: from rhetoric to reality», p. 20.

<sup>33</sup> См. CRPD/C/DNK/CO/1, пункт 36 и CRPD/C/SWE/CO/1, пункт 35.

ции или осуществления инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод<sup>34</sup>. Системы определения или сертификации инвалидности там, где они существуют, могут не признавать их в качестве инвалидов, что может привести к их исключению из систем социальной защиты, ориентированных конкретно на инвалидов.

## A. Равенство перед законом

25. В статье 12 Конвенции о правах инвалидов закреплено право лиц с психосоциальными отклонениями на равенство перед законом и подтверждается их право обладать правосубъектностью наравне с другими. Применительно к охране психического здоровья правоспособность имеет важное значение в рамках дачи свободного и осознанного согласия. Многие национальные законы по-прежнему допускают лишение правоспособности лиц с психосоциальными отклонениями, лишая их тем самым возможности принимать свои собственные решения. Эти режимы субститутивного принятия решений, как правило, позволяют третьим сторонам давать согласие на лечение или прием на лечение от имени соответствующего лица.

26. Государствам следует отменить те правовые рамки, которые позволяют тем, кто принимает решения вместо инвалидов, давать согласие от имени инвалидов, внедрить модель суппортивного принятия решений и обеспечить ее доступность для лиц, которые просят об этом. Те, кто оказывает медицинские услуги, должны получать свободное и осознанное согласие соответствующего лица всеми возможными средствами<sup>35</sup>.

27. Одним из ключевых условий реализации правоспособности и свободного и осознанного согласия является соблюдение установленных в Конвенции о правах инвалидов стандартов, касающихся доступности информации и коммуникационных средств. Так, например, информации о методах лечения и побочных эффектах, изложенной в шрифте Брайля, на языке жестов или с помощью других альтернативных средств коммуникации, зачастую нет. Хотя медицинские службы могут постепенно продвигаться вперед по пути соблюдения требований, касающихся обеспечения доступности, тем не менее обеспечивать разумные приспособления – это их прямая обязанность<sup>36</sup>.

28. В некоторых случаях может быть так, что волю соответствующего лица определить сложно. В этой связи следует поощрять и четко формулировать такие инструменты, как предварительные указания или доверенность, для предотвращения неправильного понимания или произвола со стороны тех, кто их исполняет. Даже когда эти инструменты вступили в силу, лица с психосоциальными отклонениями всегда должны сохранять за собой право изменить свою волю, а тем, кто оказывает им услуги, надлежит продолжать добиваться их осознанного согласия. Комитет по правам инвалидов определил, что во всех случаях следует понимать, что статья 12 Конвенции о правах инвалидов запрещает прибегать к принципу «наилучших интересов» отдельного лица применительно к взрослым из числа инвалидов<sup>37</sup>. Для определения воли и предпочтений данного лица необходимо приложить значительные усилия, обеспечив при этом

<sup>34</sup> Конвенция о правах инвалидов, статья 2.

<sup>35</sup> См. Комитет по правам инвалидов, Замечание общего порядка № 1 (2014) о равенстве перед законом, пункт 41.

<sup>36</sup> См. A/HRC/34/26, пункт 33.

<sup>37</sup> См. Комитет по правам инвалидов, Замечание общего порядка № 1, пункт 21.

наличие и доступность всех возможных приспособлений, вспомогательных средств и различных способов коммуникации. В тех случаях, когда все средства исчерпаны, а волю данного лица определить не удалось, следует применять и осуществлять в духе доброй воли принцип «наилучшего толкования воли и предпочтений»<sup>38</sup>.

## **В. Абсолютный запрет лишать свободы на основании проблем со здоровьем**

29. Статья 14 Конвенции о правах инвалидов устанавливает абсолютный запрет на лишение свободы на основании инвалидности, что исключает принудительную госпитализацию и лечение<sup>39</sup>. Это положение отражает недискриминационный подход, гарантированный Конвенцией в связи с правом на свободу и личную неприкосновенность. Комитет по правам инвалидов четко и последовательно подтверждает недискриминационный подход к праву на свободу, который устанавливает однозначный запрет на лишение свободы на основании инвалидности независимо от того, связано оно или нет с другими факторами.

30. Лица с психосоциальными отклонениями продолжают подвергаться принудительной институционализации, что допускается гражданскими кодексами и законами в области охраны психического здоровья во многих странах. Лишившись свободы, они, как правило, подвергаются принудительному лечению, при том что условия их жизни и принятые в отношении их меры могут также угрожать их физической и психической неприкосновенности. Дети или взрослые, которые содержатся в специальных учреждениях, подвергаются повышенному риску насилия и жестокого обращения, в том числе сексуальной эксплуатации и торговли людьми<sup>40</sup>. Специальный докладчик по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания пришел к выводу о том, что детям, помещенным в специальные интернаты или учреждения, угрожает больший риск психических травм, насилия и жестокого обращения, и что крайне эмоциональную боль и страдания, вызванные сегрегацией, можно приравнять к жестокому обращению или пыткам<sup>41</sup>. За пределами специальных учреждений использование режима лечения на дому или обязательного амбулаторного лечения, даже в случае лечения на дому, нарушает право на свободу и личную неприкосновенность, поскольку такие меры предусматривают лечение и угрозу задержания в случае отказа от него.

31. Принудительная институционализация нарушает право на личную свободу и неприкосновенность, которые понимаются как свобода от физической изоляции и от причинения физических и психических повреждений соответствен-

<sup>38</sup> Там же, пункт 21.

<sup>39</sup> См. Комитет по правам инвалидов, руководящие положения по статье 14 Конвенции, пункты 6 и 10.

<sup>40</sup> См., например, Disability Rights International and the Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, «Abandoned and disappeared: Mexico's segregation and abuse of children and adults with disabilities [E/S only]» (2010). См. также Disability Rights International, «No justice: torture, trafficking and segregation in Mexico» (2015); «Left behind: the exclusion of children and adults with disabilities from reform and rights protection in the Republic of Georgia» (2013); and «International collaboration for inclusion: a study funded by the United States Department of State» (2014). Размещено на [www.driadvocacy.org](http://www.driadvocacy.org).

<sup>41</sup> A/HRC/28/68.

но<sup>42</sup>. Она равнозначна нарушению права на жизнь, свободную от пыток и жестокого обращения<sup>43</sup>, а также от эксплуатации, насилия и злоупотреблений, а равно нарушению права на личную неприкосновенность. Государствам-участникам следует отменить законы и политику, которые позволяют или закрепляют принудительную госпитализацию, в том числе ее применение в качестве угрозы, и предоставлять жертвам эффективные средства правовой защиты и возмещение причиненного ущерба<sup>44</sup>.

32. Уголовное право и процессуальные нормы, как правило, не предусматривают надлежащую правовую процедуру для инвалидов, которых не считают способными предстать перед судом и/или нести уголовную ответственность, что приводит к лишению свободы на основании проблем со здоровьем, в частности в результате передачи лиц с психосоциальными отклонениями под присмотр судебно-медицинских учреждений. Комитет по правам инвалидов неизменно полагает, что в данном случае речь идет о лишении права на справедливое судебное разбирательство и что это равносильно произвольному содержанию под стражей и зачастую приводит к таким более тяжким по сравнению с уголовными наказаниями последствиям, как бессрочное содержание в психиатрических учреждениях.

### **С. Принудительное лечение: принудительное медикаментозное лечение, избыточное медикаментозное лечение и вредная практика в период лишения свободы**

33. Многие виды практики в психиатрических учреждениях также противоречат статьям 15, 16 и 17 Конвенции о правах инвалидов. Принудительное лечение и другие виды вредной практики, такие как изоляция, принудительная стерилизация, применение ограничивающих передвижение средств, принудительное и избыточное (в том числе медикаментозное лечение, проводимое под ложными предлогами и без раскрытия информации о рисках), не только нарушают право на свободное и осознанное согласие, но и представляют собой жестокое обращение и могут быть приравнены к пыткам<sup>45</sup>. Поэтому Комитет по правам инвалидов призывает ликвидировать практику любого принудительного лечения и принять меры для обеспечения того, чтобы услуги здравоохранения, включая все услуги по охране психического здоровья, оказывались на основе свободного и осознанного согласия соответствующего лица<sup>46</sup>. Комитет также настоятельно призывает прекратить использовать изоляцию и ограничивающие средства как физические, так и фармакологические<sup>47</sup>.

<sup>42</sup> См. Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 35 (2014) о свободе и личной неприкосновенности, пункт 3.

<sup>43</sup> См. A/63/175, пункты 47 и 65.

<sup>44</sup> См., например, CRPD/C/CZE/CO/1, пункт 33; CRPD/C/DEU/CO/1, пункт 34 с); CRPD/C/KOR/CO/1, пункт 32 и A/HRC/30/37, пункт 107 f).

<sup>45</sup> См. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 14, пункт 50, Комитет по правам инвалидов, Замечание общего порядка № 1, пункты 37 и 41 и A/HRC/22/53, пункт 63.

<sup>46</sup> См., например, CRPD/C/ESP/CO/1, пункт 36; CRPD/C/HUN/CO/1, пункт 28 и CRPD/C/AUT/CO/1, пункт 31.

<sup>46</sup> См., например, CRPD/C/AUT/C.

<sup>47</sup> См., например, CRPD/C/AUT/CO/1, пункт 33; CRPD/C/MEX/CO/1, пункт 32; и CRPD/C/DNK/CO/1, пункт 39.

## VI. Перспективы

34. Психическое здоровье – это не просто тревожный вопрос здоровья или медицины, оно в значительной степени является и вопросом прав человека, человеческого достоинства и социальной справедливости. Обзор проблем, с которыми сталкиваются лица с психическими расстройствами и лица с психосоциальными отклонениями, свидетельствует о необходимости внесения коренных изменений в нынешние подходы к защите их прав и в способы реализации этой защиты на уровне политики. Ключевым фактором в этой связи является признание того, что заинтересованные лица, включая детей, дееспособны, имеют право на самоопределение и права, которые следует защищать и уважать.

35. В следующих разделах доклада содержатся рекомендации в отношении мер по осуществлению преобразований, необходимых для решения выявленных проблем. Они строятся схематично вокруг интеграции правозащитного подхода, видов передовой практики, оказания технической поддержки и создания потенциала, хотя их общей целью, в конечном счете, является защита прав групп, определенных в резолюции 32/18 Совета.

### A. Правозащитный подход

#### 1. Сбор данных

36. Одним из жизненно важных компонентов правозащитного подхода является сбор всеобъемлющих количественных и качественных данных. В контексте охраны психического здоровья при сборе данных особый акцент должен быть сделан, в частности, на выделении ресурсов, на различиях в доступе к медицинскому обслуживанию и к поддержке, на выявлении наиболее уязвимых и маргинализированных группах, на формах дискриминации, на доступе к занятости, жилью и образованию, а также на общем социально-экономическом положении лиц, пользующихся услугами по охране психического здоровья. Такие данные должны быть дезагрегированы по признакам возраста, пола, социально-экономического статуса, инвалидности и другим факторам, важным в национальных условиях, и должны использоваться для разработки обоснованной политики и законодательства и для определения эффективных мер реагирования.

#### 2. Создание благоприятных правовых и политических условий для осуществления прав человека

37. Лишь несколько стран имеют правовые механизмы, которые обеспечивают адекватную защиту прав пользователей услугами в области охраны психического здоровья, лиц с психическими расстройствами или лиц с психосоциальными отклонениями. С учетом непосредственного воздействия законов и политики на осуществление прав человека, правовые и политические условия, которые способствуют их закреплению, имеют жизненно важное значение, и, кроме того, предусмотрены в обязательстве государств уважать, защищать и осуществлять эти права.

38. Первым важнейшим шагом на пути к обеспечению благоприятных условий является тщательный обзор законов и политики в целях определения той степени, в которой лица с психическими расстройствами, пользователи услугами в области охраны психического здоровья и лица с психосоциальными отклонениями реализуют свои права человека как в рамках системы охраны психического здоровья, так и в более широком социальном контексте. Обзор поли-

тики и законодательства следует проводить с учетом изложенных в настоящем докладе стандартов в области прав человека и с конкретным акцентом на основополагающие факторы, определяющие состояние психического здоровья. Меры, определяемые в соответствующих выводах, должны стать частью национальной стратегии и плана действий в области охраны психического здоровья, на осуществление которых выделяются надлежащие ресурсы.

39. По итогам этой правозащитной оценки государствам следует обновить или, в случае необходимости, отменить все действующие законы, включая законодательство о занятости, равенстве и недискриминации, социальной защите, жилье и образовании, с целью не допустить дискриминации лиц с психическими расстройствами и предоставить им такие же возможности на равной основе с другими лицами.

40. Правозащитный подход к охране психического здоровья требует внимания к определяющим его основополагающим факторам, которые, как отмечалось выше, включают насилие и злоупотребления, негативные события в детстве, развитие детей в раннем возрасте и то, были ли благоприятными и терпимыми отношения в семье, на рабочем месте и в иных местах. Учет этих и других определяющих факторов предполагает координацию действий во всех учреждениях системы здравоохранения и других соответствующих секторах в целях обеспечения согласованности политики и всесторонней защиты прав лиц с психическими расстройствами, о чем и говорится в настоящем разделе.

41. Другие мероприятия включают принятие законов и проведение политики в целях:

- a) пресечения и ликвидации стигматизации и дискриминации;
- b) защиты принципа свободного и осознанного согласия на лечение и запрещения принудительного лечения и содержания под стражей;
- c) защиты людей от нарушений прав человека в медицинских учреждениях;
- d) запрещения использования всех форм субститутивного принятия решений;
- e) обеспечения наличия и справедливого доступа к услугам и поддержке в интересах лиц с психическими расстройствами и лиц с психосоциальными отклонениями, включая лиц в тюрьмах и других местах лишения свободы;
- f) обеспечения оперативного доступа к правосудию в тех случаях, когда совершаются нарушения прав человека.

42. Что касается конкретно психического здоровья и инвалидности, то в законах о психическом здоровье там, где они существуют, следует избегать отдельного регулирования правоспособности, права на свободу и личную неприкосновенность или других правовых аспектов, которые можно интегрировать в общее законодательство. Во всех случаях законы и нормативные акты должны быть совместимы, в частности, со статьями 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17 и 25 Конвенции о правах инвалидов и должны: a) запрещать произвольное лишение свободы на основании проблем со здоровьем, независимо от любого мнимого обоснования, исходящего из необходимости оказания «помощи» или из посылки о «наличии опасности для самого себя или для окружающих»; b) обеспечить во всех случаях право каждого человека на свободное и осознанное согласие на любое лечение и решения, касающиеся медицинского обслуживания, включая

наличие и доступность различных методов и способов коммуникации, информации и поддержки в целях осуществления этого права; и с) в соответствии с нормами Конвенции разработать, принять и включить в правовые механизмы практику суппортивного принятия решений, разработать соответствующие директивы и в качестве крайней меры применять принцип «наилучшего толкования воли и предпочтений» данного конкретного лица.

### 3. Участие

43. Всестороннее участие затрагиваемых общин в разработке, осуществлении и мониторинге политики оказывает положительное воздействие на состояние здоровья членов этих общин и на реализацию их прав человека. Обеспечение их участия способствует разработке мер реагирования, которые учитывают условия на местах, и обеспечивает эффективность политики<sup>48</sup>. Участие в законодательной деятельности и разработке политики в области охраны психического здоровья имеет, как правило, отношение к медицинским работникам, вследствие чего проблемы и мнения пользователей, лиц с психическими расстройствами и лиц с психосоциальными отклонениями систематически во внимание не принимаются, а вредная практика сохраняется и официально закрепляется в законодательстве и политике.

44. Поэтому государствам следует обеспечить, чтобы пользователи услуг в области охраны психического здоровья, лица с психическими расстройствами и лица с психосоциальными отклонениями принимали активное участие на всех этапах планирования и осуществления, как это предусмотрено в пункте 3 статьи 4 Конвенции о правах инвалидов и рекомендовано Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам в его Замечании общего порядка № 14 (пункт 54). С этой целью государствам следует расширять возможности пользователей, лиц с психическими расстройствами и лиц с психосоциальными отклонениями в плане участия и отстаивания своих прав. Эффективная стратегия должна предусматривать просвещение и повышение уровня информированности и обеспечивать создание или укрепление прозрачных и доступных механизмов участия на общинном, субнациональном и национальном уровнях<sup>49</sup>.

### 4. Ресурсы

45. Как отмечалось выше, нынешние расходы на охрану психического здоровья далеко не соответствуют необходимости и не удовлетворяют требованиям, изложенным в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах относительно использования максимального объема имеющихся ресурсов. Для решения этой проблемы приоритетное внимание следует уделять разработке и адекватному финансированию стратегий и планов действий в области охраны психического здоровья, основанных на уважении прав человека, руководствуясь рекомендованным выше обзором законодательства и политики. Ресурсы следует, среди прочего, направлять на: а) повышение качества медицинских услуг, а также обеспечения их наличия, доступности и приемлемости; б) улучшение условий труда для лиц, работающих в области охраны психического здоровья; в) усиление подготовки медико-санитарных работников, в том числе по вопросам прав человека; г) обеспечение всего комплекса услуг по поддержке; е) достижение равенства между услугами по охране психического и

<sup>48</sup> См. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, «Non-discrimination in HIV responses» (June 2010), paras. 18–22.

<sup>49</sup> Jyoti Sanghera and others, «Human rights in the new Global Strategy», *BMJ* (September 2015).



физического здоровья по всем направлениям, включая распределение ресурсов, проведение исследований и сбор данных; f) оказание услуг по охране психического здоровья в чрезвычайных ситуациях; g) оказание услуг по охране психического здоровья на уровне общин; h) принятие мер по укреплению психического здоровья<sup>50</sup>; и i) обеспечение доступа к образованию, достаточному жилью, системе поддержки в целях обеспечения и сохранения занятости и социальной защиты.

46. Общий принцип, которым следует руководствоваться при разработке политики в этой области, является обязанность государств инвестировать ресурсы в те виды практики, которые позволяют обеспечивать защиту прав человека, и применять критерии оценки «не навреди» во избежание новых нарушений прав человека. Фактически, распределение ресурсов в те существующие в области психического здоровья виды практики, которые идут вразрез с международными стандартами по правам человека, может лишь усугубить последствия вредной практики.

## 5. Подотчетность

47. Мониторинг, обзор, меры по возмещению ущерба и исправлению сложившейся ситуации на основе показателей, учитывающих права человека и конкретные обстоятельства, являются краеугольным камнем любой системы подотчетности<sup>51</sup>. Подотчетность должна быть одновременно и целью, и результатом расширения возможностей пользователей, лиц с психическими расстройствами и лиц с психосоциальными отклонениями, в том числе за счет принятия правовых и политических мер, направленных на обеспечение их участия в определении приоритетов и в разработке, осуществлении и обзоре политики, и обеспечения доступа к мерам по исправлению сложившейся ситуации в тех случаях, когда это целесообразно<sup>52</sup>.

48. Обеспечение доступа к правосудию в соответствии со статьей 13 Конвенции о правах инвалидов имеет исключительно важное значение для гарантирования исправления положения и возмещения ущерба в связи с нарушениями прав человека, включая произвольное заключение под стражу на основании проблем со здоровьем. Для оспаривания факта лишения свободы и отстаивания принципа осознанного согласия на медицинское лечение должны быть предусмотрены эффективные средства правовой защиты, которыми можно оперативно воспользоваться. Тем видам практики, которые фактически отрицают права на справедливое судебное разбирательство (например, отрицают правоспособность, требуя, чтобы от имени того или иного лица действовал опекун) или которые могут воспрепятствовать доступу к средствам правовой защиты (например, предписывают обязательное юридическое представительство), надлежит положить конец и запретить их на основании закона.

49. Статья 16 Конвенции о правах инвалидов предусматривает создание независимых механизмов мониторинга всех учреждений и программ, предназначенных для обслуживания инвалидов, в целях предотвращения проявлений эксплуатации, насилия и надругательства. В состав этих механизмов должны входить представители организаций инвалидов и гражданского общества, с тем

<sup>50</sup> Mackenzie and Kesner, «Mental health funding and the SDGs», p 12.

<sup>51</sup> Independent Accountability Panel, «2016: Old challenges, new hopes. Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health» (2016), pp. 9–11.

<sup>52</sup> Комиссия по информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей «Соблюдая обещания, оценивая результаты» (2011 год), стр. 7.

чтобы они имели возможность доступа к специальным учреждениям и контролю за их работой, а государствам следует прилагать усилия в целях деинституционализации. Такой контроль должен распространяться на психиатрические и общинные службы, с тем чтобы они способствовали социальной интеграции, участию и всеобъемлющему осуществлению прав на равной основе с другими лицами. В тех случаях, когда выявляются нарушения в учреждениях, государствам следует, как того требует статья 16 Конвенции, принимать надлежащие меры для «содействия физическому, когнитивному и психологическому восстановлению, реабилитации и социальной реинтеграции инвалидов, ставших жертвами любой формы эксплуатации, насилия или надругательства».

50. Другие меры по поощрению подотчетности включают создание прозрачных, всеобъемлющих и основанных на широком участии процессов и механизмов, полномочных выносить рекомендации и обеспечивать принятие мер по исправлению положения в рамках как системы здравоохранения, так и системы правосудия. Такие механизмы и процессы включают судебные или квазисудебные и несудебные органы, механизмы рассмотрения жалоб в рамках системы здравоохранения, национальные правозащитные учреждения и ассоциации по профессиональным стандартам<sup>53</sup>.

## **В. Виды передовой практики**

### **1. Охрана психического здоровья на основе восстановления**

51. При оказании на общинном уровне услуг в области психического здоровья необходимо применять основанный на восстановлении подход, в котором особый акцент делается на поддержку лиц с психическими расстройствами в реализации их собственных устремлений и целей<sup>54</sup>. Основанный на восстановлении подход к охране психического здоровья ориентирован на сильные стороны конкретного лица и на облегчение доступа к помощи, в которой оно нуждается. Он предполагает понимание состояния лиц с психологическими травмами и вовлекает в процесс оказания услуг лиц с жизненным опытом лечения психических расстройств. Этот подход требует, чтобы «то, как отдельные лица понимают их состояние и что помогает им восстанавливаться [и] взаимодействовать с людьми в качестве равных партнеров в период их лечения, было выслушано и учтено»<sup>55</sup>.

52. С учетом тесной взаимосвязи между психическими расстройствами и травмами все услуги в области охраны психического здоровья должны оказываться с учетом перенесенных травм и быть направлены на предотвращение повторной травматизации, а персонал должен быть обучен распознавать те виды практики, которые могут вызвать болезненные воспоминания и повторно травмировать лиц, ранее перенесших травмы, и воздерживаться от их применения<sup>56</sup>.

53. И наконец, лица с психическими расстройствами лучше всех знают о своем собственном восстановлении и о том, как оказывать помощь другим в их восстановлении. Работающие вместе сотрудники поддерживают друг друга и передают друг другу, помимо своего опыта, чувство сопричастности, сокращая

<sup>53</sup> Sanghera and others, «Human rights in the new Global Strategy».

<sup>54</sup> См. WHO, «Mental health action plan», para. 50.

<sup>55</sup> Там же.

<sup>56</sup> United States Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, «SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach» (July 2014), p. 10.

таким образом число неоправданных госпитализаций, поэтому их использование имеет ключевое значение для охраны психического здоровья<sup>57</sup>.

## 2. Услуги на общинном уровне

54. В соответствии с рекомендацией Комитета по экономическим, социальным и культурным правам медико-санитарные учреждения, товары и услуги должны находиться в безопасной физической досягаемости для всех групп населения, особенно для уязвимых или социально отчужденных групп, таких как инвалиды<sup>58</sup>. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что оказание междисциплинарных и не имеющих отношения к медицине услуг в общинах позволяет пользователям поддерживать связь со своими семьями, сохранять свою работу и в целом оставаться близкими к сетям поддержки, которые содействуют оперативному лечению и восстановлению. Услуги в области охраны психического здоровья, особенно в более развитых странах и во все большей степени в развивающихся странах обычно предоставляются в рамках специализированных систем, ориентированных на психиатрические больницы, которые продолжают применять многие виды практики, противоречащие нормам Конвенции о правах инвалидов. Для того чтобы гарантировать право на доступ к услугам лицам с психическими расстройствами и психосоциальными отклонениями, государствам следует обеспечить доступность лечения на базе восстановления в общинах и в рамках системы первичной медицинской помощи.

## 3. Деинституционализация

55. Осуществление статьи 19 Конвенции о правах инвалидов, где речь идет о праве на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество, имеет важнейшее значение для лиц с психосоциальными отклонениями. Ориентированный на восстановление подход соответствует цели оказания поддержки таким лицам во всех сферах их жизни, в развитии личности, в самостоятельных действиях, а также во включении и вовлечении в жизнь местного сообщества.

56. Обеспечение такого положения, при котором инвалиды могли бы выбирать, где и с кем жить, и поддержание их самостоятельности содействуют их вовлечению в жизнь общины. Институционализация и условия нахождения в специальных учреждениях, будь то в крупных учреждениях или в небольших интернатах, равнозначны сегрегации и не совместимы с вовлечением в жизнь общины. Комитет по правам инвалидов неоднократно выражал беспокойство по поводу институционализации инвалидов и отсутствия вспомогательных услуг в общинах и рекомендовал оказывать такие вспомогательные услуги и осуществлять эффективные стратегии деинституционализации в консультации с организациями инвалидов<sup>59</sup>.

57. Эффективная деинституционализация предполагает необходимость понимания того, что право на жизнь в общине – это нечто большее, чем просто физическое присутствие в общине<sup>60</sup>. Одновременно лицам с психосоциальными отклонениями должна предоставляться социальная поддержка, включая предоставление субсидируемого и льготного жилья, медицинское обслуживание, системы реагирования в кризисных ситуациях, поддержание уровня доходов, под-

<sup>57</sup> См. WHO, «Mental health action plan», para. 50.

<sup>58</sup> См. Замечание общего порядка № 14, пункт 12 b).

<sup>59</sup> См., например, CRPD/C/ESP/CO/1, пункты 35–36; CRPD/C/CHN/CO/1, пункт 26; CRPD/C/ARG/CO/1, пункт 24.

<sup>60</sup> Там же.

держку социальных сетей, а также доступ к образованию и трудовой деятельности<sup>61</sup>. Социальные сети, взаимопомощь, группы поддержки и поддержка местных общин имеют важное значение, в частности для урегулирования кризисных и чрезвычайных ситуаций; они должны получить признание и поддержку в своем развитии.

#### 4. Дети

58. По крайней мере, восемь миллионов детей живут в специальных учреждениях<sup>62</sup>. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья отмечает, что воспитание детей в раннем возрасте в социальных учреждениях имеет столь пагубные последствия, что его надлежит рассматривать как одно из проявлений насилия в отношении детей младшего возраста<sup>63</sup>. В соответствии с международными нормами в области прав человека и передовой практики государствам следует: а) положить конец институционализации всех детей, имеющих и не имеющих инвалидность; б) ввести мораторий на прием новых детей-инвалидов в специальные учреждения<sup>64</sup>; в) защищать право детей-инвалидов жить в обществе и право всех детей расти в семье<sup>65</sup>; d) детей, которые должны быть изъяты из своей семьи, стараться помещать в альтернативные семьи, а не в какое-либо учреждение интернатного типа<sup>66</sup>; e) как это предусмотрено в пункте 5 статьи 23 Конвенции о правах инвалидов, «когда ближайшие родственники не в состоянии обеспечить уход за ребенком-инвалидом, прилагать все усилия к тому, чтобы организовать альтернативный уход за счет привлечения более дальних родственников, а при отсутствии такой возможности – за счет создания семейных условий для проживания ребенка в местном сообществе»<sup>67</sup>; и f) обеспечить, чтобы деинституционализация в случае детей была направлена на их реинтеграцию в семьи, а не в более мелкое учреждение.

#### 5. Достаточный жизненный уровень

59. Политика в области жилья и социальной защиты, определяемая в статьях 19 и 28 Конвенции о правах инвалидов, имеет исключительно важное значение для обеспечения достаточного жизненного уровня лицам с психосоциальными отклонениями. Помощь, предоставляемая семьям в целях обеспечения жильем и ликвидации нищеты, недоедания и социальной изоляции, оказывает общее позитивное воздействие на состояние физического и психического здоровья лиц с психосоциальными отклонениями. Наряду с принятием таких мер государствам следует содействовать выходу лиц с психосоциальными отклонениями на открытый рынок труда, с тем чтобы они были уверены в получении какого-либо дохода. Государствам следует также повышать уровень осведомленности и осуществлять техническое руководство и поддержку в отношении того, как обеспечить разумные приспособления лицам с психосоциальными отклонениями на рабочем месте.

<sup>61</sup> WHO and the World Bank, *World Report on Disability* (2011), p. 148.

<sup>62</sup> См. A/61/299, пункт 55.

<sup>63</sup> См. A/70/213, пункт 73.

<sup>64</sup> United Nations Children's Fund, *the State of the World's Children*, p. 80.

<sup>65</sup> См., например, CRPD/C/SLV/CO/1 и CRPD/C/CZE/CO/1.

<sup>66</sup> Eric Rosenthal, «A mandate to end placement of children in institutions and orphanages: the duty of governments and donors to prevent segregation and torture» (2017). Размещено на [www.law.georgetown.edu/academics/centers-institutes/human-rights-institute/our-work/research/upload/Perspectives-on-Human-Rights-Rosenthal.pdf](http://www.law.georgetown.edu/academics/centers-institutes/human-rights-institute/our-work/research/upload/Perspectives-on-Human-Rights-Rosenthal.pdf).

<sup>67</sup> Там же.

### **С. Техническая помощь и создание потенциала**

60. Пункт 1 статьи 2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и статья 32 Конвенции о правах инвалидов определяют основные нормативные механизмы оказания технической помощи и создания потенциала в области охраны психического здоровья. В соответствии с Пактом государства обязуются в порядке международной помощи и сотрудничества, в частности в экономической и технической областях, принимать меры к тому, чтобы обеспечивать на постепенной основе полное осуществление права на здоровье. Как отметил Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, государства, которые в состоянии оказывать содействие, несут особую обязанность предоставлять такую помощь другим странам.

61. В отношении лиц с психосоциальными отклонениями исключительно важное значение для расширения технической помощи и создания потенциала на национальном уровне имеют следующие меры и действия, которые предусматривают необходимость активности, участия, привлечения и вклада людей, имеющих опыт жизни с психосоциальными отклонениями, и представляющих их организаций:

а) оказание технической помощи странам в разработке и осуществлении политики, планов, законов и услуг, которые поощряют и защищают права лиц с психосоциальными отклонениями в соответствии с международными стандартами в области прав человека, включая Конвенцию о правах инвалидов;

б) создание потенциала работающих в области психиатрии специалистов, лиц с психосоциальными отклонениями, семей, обеспечивающих уход и иную поддержку лиц, гражданского общества, адвокатов, судей, сотрудников полиции, социальных работников и других лиц в целях поощрения прав человека, правоспособности и основанного на восстановлении подхода в области охраны психического здоровья в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов и другими международными стандартами по правам человека;

в) предоставление странам общих технических рекомендаций, в которых определяются, описываются и оцениваются существующие и новые услуги и виды поддержки на общинном уровне, учитывающие потребности лиц с психосоциальными отклонениями и соответствующие Конвенции о правах инвалидов;

г) оказание поддержки в создании и укреплении организаций, возглавляемых лицами с психосоциальными отклонениями, и поощрение диалога с правительствами с целью содействовать их интеграции и участию в процессах разработки политики;

д) решение проблемы сохраняющейся сегрегации, которое может принимать форму финансирования новых учреждений или модернизации существующих объектов, посредством прекращения выделения ресурсов на эти цели. Финансирование следует направлять на оказание помощи семьям во избежание помещения детей в специализированные учреждения и на создание общинных систем поддержки лиц с психосоциальными отклонениями.

## **VII. Выводы**

**62. Пользователи услуг в области охраны психического здоровья, лица с психическими расстройствами и лица с психосоциальными отклонениями**

уязвимы во многих отношениях, особенно в связи с нищетой, стигматизацией, дискриминацией, социальной изоляцией и сегрегацией. Комплексный подход к обеспечению уважения их прав человека требует защиты их самостоятельности, способности к действиям и достоинства, а также других прав человека, гарантируемых, в частности, Конвенцией о правах инвалидов и Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах. Он также требует изменений в политике, которые признают социальную изоляцию и маргинализацию в качестве причин и последствий проблем с психическим здоровьем и которые со всей серьезностью учитывают принятое в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года обязательство «никого не забыть» и помочь прежде всего тому, кто отстал больше других. Поэтому при выполнении своих обязательств по обеспечению полного осуществления прав лиц с психическими расстройствами, пользователей услуг в области охраны психического здоровья и лиц с психосоциальными отклонениями государствам следует согласовать политические и правовые механизмы с нормами в области прав человека, разрабатывать и осуществлять ориентированные на права человека стратегии и планы, а также делиться техническими знаниями и такими другими ресурсами, как нормы передовой практики.

---