

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра міжнародного, європейського права та цивільно-правових
дисциплін

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

зі спеціальності 081 «Право»

Тема: «Міжнародно-правові та національно-правові стандарти поведінки з
особами, які мають розлади психіки чи поведінки»

Завідувач кафедри	_____	к.ю.н. Завгородня В.М.
	(підпис)	
Керівник проекту	_____	Славко А.С.
	(підпис)	
Виконавець		
студент групи Юм-91	_____	Андросова О.О.
	(підпис)	

Суми 2020

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ПОНЯТТЯ ТА ВИДИ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ..	12
1.1 Підходи до визначення поняття «розладу психіки та поведінки»	12
1.2. Види розладів психіки чи поведінки та стандарти поводження з особами, які мають розлади психіки чи поведінки	21
РОЗДІЛ 2. ГАРАНТІЇ ПРАВ ОСІБ, ЯКІ МАЮТЬ РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ЧИ ПОВЕДІНКИ.....	30
2.1. Право на здоров'я та медичну допомогу	30
2.2. Право на соціалізацію.....	44
2.3. Право на свободу та особисту недоторканність та примусове лікування.....	58
РОЗДІЛ 3. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ЧИ ПОВЕДІНКИ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	73
3.1. Проблеми забезпечення прав осіб з розладами психіки чи поведінки в Україні.....	73
3.2. Перспективи удосконалення механізму захисту прав осіб з розладами психіки чи поведінки в Україні	81
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	96

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВРУ – Верховна Рада України

ЄС – Європейський Союз

ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини

ЄКПЛ – Конвенція про захист прав людини та основоположних свобод

ЗУ – Закон України

КК України – Кримінальний кодекс України

КМУ – Кабінет міністрів України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МОН – Міністерство освіти і науки

МХК – Міжнародний класифікатор хвороб

ООН – Організація об'єднаних націй

РЄ – Рада Європи

СК України – Сімейний кодекс України

ВСТУП

Актуальність теми не викликає жодних сумнівів, адже боротьба за захист прав окремих категорій людей, на жаль, завжди залишається актуальною. Особи з розладами психіки чи поведінки становлять чільну частину нашого соціуму. Як вказують дослідники, понад 27% дорослих європейців можуть страждати принаймні однією з форм психічних захворювань протягом одного року. Очікується, що до 2020 року саме психічні та поведінкові розлади стануть найбільш частою причиною захворювання у розвинутих країнах [50].

Зауважимо, що проблема забезпечення прав осіб, які мають розлади психіки і поведінки, в Україні також стоїть як ніколи гостро. Як вказують дослідження, 2,3% українців у 2015 р. страждали на розлади психіки та поведінки, що загалом становило понад 1,7 мільйонів осіб [86, с. 12]. При оцінці поточного стану психічного здоров'я українців також варто врахувати пандемію: необхідність самоізолюватись, дотримуватись дистанції, обмежити соціальні контакти, страх за близьких та переживання за майбутнє призводять до підвищення тривожності, розвитку неврозів та загострення проблем із психічним здоров'ям.

Також невтішними є цифри, що стосуються осіб з розладами психіки чи поведінки, яких утримують у закладах надання психіатричної допомоги. Так, як вказує Уповноважений Верховної ради з прав людини у спеціальній доповіді про стан реалізації національного превентивного механізму у 2019 році, станом на 01.01.2019 року в Україні налічується 64 психіатричні/психоневрологічні лікарні та 151 психоневрологічний інтернат, які перебувають у віданні, відповідно, МОЗ та Міністерства соціальної політики [82]. Всі ці заклади мають різну кількість пацієнтів, проте переважно вони практично повністю заповнені.

Незважаючи на те, що особи з різними ступенями розладів психіки чи поведінки становлять значну частину населення світу, вони традиційно зазнають стигматизації у соціумі. Протягом тривалого періоду часу наявність розладів психіки та поведінки вважали «одержимістю» чи «прокляттям», що призводило до негативного ставлення до таких осіб. Згодом, з розвитком науки, ситуація дещо виправилася, але і зараз не доводиться говорити про належне прийняття осіб з розладами психіки чи поведінки у суспільстві. Переважно упереджене ставлення до цих осіб викликане, по-перше, широко поширеним уявленням про те, що люди з психічними проблемами не здатні винести відповідальне незалежне судження про лікування або відмову від лікування та інші важливі аспекти свого життя і, по-друге, є значно більш небезпечними або жорстокими, ніж інші люди [38]. Внаслідок цього особи з розладами психіки та поведінки часто стикаються із порушенням їх прав, посяганням на їх честь і гідність, перепонами на шляху інтеграції до соціуму, яким їм складно протидіяти. Особи з розладами психіки чи поведінки часто не отримують належної медичної допомоги. Крім того, доволі часто трапляються випадки, коли таким особам фактично відмовляють у соціалізації – вони не можуть навчатись у загальноосвітніх школах, отримувати роботу, а в окремих державах – навіть створювати сім'ю і підтримувати стосунки із власними дітьми. Проте найбільші проблеми виникають у сфері дотримання прав осіб з розладами психіки чи поведінки у випадку застосування до них примусового лікування. У закладах надання психіатричної допомоги трапляються випадки приниження гідності таких осіб, нелюдського поводження з ними, втручання у їх приватність і навіть катування. Все вищеперераховане зумовлює ще більш гостру необхідність наукового дослідження стандартів поводження з особами, які мають розлади психіки та поведінки.

Оцінка сучасного стану наукової розробки проблеми. Варто зауважити, що сама концепція «душевної хвороби» у літературі і загальному суспільному дискурсі існує доволі давно. Проте медичне дослідження цього

явища почалось близько двох століть тому. Саме тоді почалось вивчення симптомів і факторів, які спричиняють окремі розлади психіки чи поведінки. Протягом переважної частини історії людства розлади психіки чи поведінки цікавили юристів виключно у рамках концепцій «неосудності» та «недієздатності». Увагу правам осіб з розладами психіки чи поведінки почали приділяти лише у 70 роках ХХ століття. Саме тоді і відбулось закріплення гарантій дотримання прав і свобод осіб з розладами психіки чи поведінки на міжнародному рівні.

Відтак, назвати вказану тему достатньо розробленою не можна. Авторами переважної частини публікацій, які піднімають вказану проблематику, є закордонні вчені. Серед найбільш активних дослідників варто назвати М. Фрімана (M. Freeman), Н. Дрю (N. Drew), М. Фанка (M. Funk), Б. Сарасено (B. Saraceno), А. Следницьку-Саймон (A. Śledzińska-Simon), Е. Розенталя (E. Rosenthal), С.Дж. Сандрама (C. J. Sundram), К. Вентуру (C. Ventura), А. Ямін (A. Yamin) та багатьох інших. До дослідження проблеми також долучились психологи і соціологи, на напрацюваннях яких базується теорія соціалізації осіб з розладами психіки чи поведінки та неосудності / недієздатності. Серед останніх варто назвати Ю. Вонга (Y. Wong), Дж. Матейковського (J. Matejkowski), С. Лі (S. Lee) та інших.

Серед вітчизняних вчених, які долучились до розробки вказаної теми, варто назвати у першу чергу тих, хто цікавився питаннями примусового лікування. Зокрема, цій темі свої праці присвятили Д. А. Чернушенко, А.М. Ященко, І. В. Жук, К. Б. Наровська та інші. Тим не менш, незважаючи на роботу вказаних науковців, у вітчизняній правничій доктрині все ще відсутні комплексні дослідження правового статусу осіб з розладами психіки чи поведінки. Розробка вказаної теми залишається переважно фрагментарною, і здійснюється для потреб виключно кримінального чи цивільного права.

Зважаючи на вищевикладене, **метою** нашого дослідження є вивчення міжнародно-правових та національно-правових стандартів поведіння з особами, які мають розлади психіки чи поведінки. Для реалізації зазначеної мети було поставлено такі **завдання**:

1) Вивчити поняття «неосудність», «душевна хвороба», «психічна хвороба», «психічна інвалідність», «розлади психіки чи поведінки», вказати на їх зміст та співвідношення;

2) Дати загальну характеристику актів, що формують стандарти поведіння з особами, які мають розлади психіки чи поведінки, на універсальному, регіональному та національному рівні;

3) Вказати на зміст та основні гарантії реалізації прав на здоров'я та медичну допомогу особами, які мають розлади психіки чи поведінки;

4) Описати зміст та основні гарантії реалізації права на соціалізацію особами, які мають розлади психіки чи поведінки;

5) Охарактеризувати зміст та основні гарантії реалізації права на свободу та особисту недоторканність у контексті примусового лікування особами, які мають розлади психіки чи поведінки;

6) Виділити проблеми реалізації прав осіб, які мають розлади психіки чи поведінки, в Україні;

7) Надати пропозиції щодо усунення проблем реалізації прав осіб, які мають розлади психіки чи поведінки, в Україні.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, пов'язані з реалізацією прав осіб, які мають розлади психіки чи поведінки. **Предметом** дослідження можна вважати суспільні відносини щодо реалізації прав і свобод осіб, які мають розлади психіки чи поведінки, в Україні.

Джерельною базою даної роботи виступали міжнародні акти, зокрема – Конвенція про захист прав людини та основоположних свобод, Загальна декларація прав людини, Конвенція про права осіб з інвалідністю, Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, закони України, підзаконні

нормативно-правові акти, судова практика Європейського суду з прав людини та національних судів, наукові дослідження як вітчизняних, так і зарубіжних вчених, публікації у фахових юридичних виданнях, підручники та матеріали для вищих навчальних закладів тощо. Особливої уваги заслуговують проаналізовані нами звіти Комісара ООН з прав людини, Комітету ООН проти катувань, Уповноваженого Верховної ради з прав людини тощо щодо стану дотримання прав і свобод осіб, які мають розлади психіки чи поведінки.

Методологічну основу дослідження складають як загальнонаукові, так і спеціальні прийоми та принципи пізнання. В ході роботи ми послуговувались методами структурного та функціонального аналізу, синтезу, побудовою гіпотез, інтерпретацією правових ідей та нормативно-правових актів тощо. Особливо широко нами застосовувались такі методи:

1) статистичний (для визначення кількості осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки та кількості закладів, де надається психіатрична допомога);

2) історичний (для вивчення генези, еволюції та розвитку ідей про захист прав осіб, які мають розлади психіки чи поведінки);

3) компаративістський (для опису та порівняння змісту понять «душевна хвороба», «неясний розум», «неосудність», «психічна інвалідність», «розлад психіки чи поведінки» у міжнародних актах та законодавстві різних держав світу);

4) формально-юридичний (у дослідженні правової бази функціонування механізмів захисту прав осіб, які мають розлади психіки чи поведінки);

5) структурно-функціональний (в аналізі системи фінансування надання психіатричної допомоги, формуванні пропозицій щодо створення закладів реабілітації осіб у громаді тощо).

Ступінь вирішення проблеми в дослідженні. У роботі здійснено спробу нового вирішення важливої наукової проблеми, що полягає у

системному дослідженні і розкритті змісту та характерних ознак прав і свобод, які належать особам з розладами психіки чи поведінки. Автор також наводить власні міркування щодо основних проблем впровадження універсальних та регіональних стандартів поводження з особами, які мають розлади психіки чи поведінки, в Україні. При цьому автор спирається не лише на нормативні акти та наукову правничу літературу, але і здійснює детальний аналіз правозастосовної практики Європейського суду з прав людини.

Результати дослідження пройшли апробацію. Зокрема, питання, які стосуються європейського стандарту соціалізації осіб з аутизмом, було апробовано на V Всеукраїнській за міжнародною участю науково-практичній конференції «Адаптація правової системи України до права Європейського Союзу» (м. Полтава, 22 жовтня 2020 року). За результатами виступу було опубліковано **тези доповіді**.

Крім того, деякі результати дослідження знайшли висвітлення у **статті у фаховому виданні з юридичних наук:**

Славко А.С., Андросова О.О. Міжнародні стандарти поводження з особами, які мають розлади психіки та поведінки. *Альманах міжнародного права*, 2020. № 23.

Структура роботи включає зміст, вступ, три розділи, кожен з яких має в своєму складі підрозділи, висновки та список використаних джерел, загальною кількістю 88 пунктів. Перший розділ присвячений визначенню змісту понять «розлади психіки чи поведінки» та суміжних йому понять «душевна хвороба», «неясний розум», «неосудність», «психіатрична інвалідність» тощо. У першому розділі також зроблено короткий огляд актів, які встановлюють універсальний, регіональний та національний стандарт поводження з особами, які мають розлади психіки чи поведінки. У другому розділі проведено аналіз змісту та реалізації окремих прав, які належать особам з психічними та поведінковими розладами, а саме права на здоров'я та медичну допомогу, права на соціалізацію та права на свободу та особисту

недоторканність у контексті здійснення примусового лікування. У третьому розділі розглянуто проблеми та перспективи реалізації прав осіб, які мають розлади психіки чи поведінки, в Україні. Загальний обсяг роботи становить 104 сторінки, у тому числі – список використаних джерел на 10 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ПОНЯТТЯ ТА ВИДИ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ

1.1 Підходи до визначення поняття «розладу психіки та поведінки»

Дослідження питань, пов'язаних із інклюзією та соціалізацією осіб з психічними та поведінковими розладами, на нашу думку, має починатись із визначення змісту понять «психічний та поведінковий розлад», «психічний розлад», «розумова відсталість», «психіатрична інвалідність» та низки інших. Загалом, дати визначення поняттю «психічний розлад» важко, оскільки це не одноманітний стан, а група розладів з деякими спільними рисами. Серед психологів, психіатрів та навіть правників ведеться напружена дискусія щодо того, які стани включаються до переліку «психічних та поведінкових розладів» та які симптоми повинні бути включені у визначення окремих видів психічних розладів. Формулювання визначення цих понять може бути особливо важливим з огляду на те, що воно впливає на те які саме категорії осіб можуть підлягати примусовому лікуванню та ушпиталенню.

Міжнародні організації та окремі держави у своїх актах послуговуються поняттями «психічний чи поведінковий розлад», «психічна хвороба», «неясний розум», «психічна (розумова) інвалідність» тощо. Як зазначають фахівці, визначення психічного розладу, прийняте будь-яким національним законодавством, залежить від багатьох факторів. Перш за все, метою законодавчого акту є фіксація точних меж певної категорії. Таким чином, законодавство, яке головним чином врегульовує питання примусового ушпиталення та лікування, може обмежити поняття «розлади психіки та поведінки» лише найбільш серйозними розладами. З іншого боку, законодавство, що стосується позитивних прав, може якомога ширше визначати поняття психічного та поведінкового розладу, щоб поширити легальні гарантії піклування та лікування на всіх осіб з психічними

розладами. Більше того, визначення психічного розладу також залежить від соціального, культурного, економічного та правового контексту в різних суспільствах [25].

Низка організацій виступають проти використання термінів «психічна хвороба» (mental illness) та «пацієнт з психічними розладами» на тій підставі, що вони підтримують домінування так званої медичної моделі. Більшість міжнародних клінічних документів уникають використання терміна «психічна хвороба», вважаючи за краще використовувати термін «психічний розлад» (mental disorder). Зокрема, наприклад, МКБ-10 зазначає, що термін «розлад» використовується, щоб уникнути доволі стигматизуючих понять «хвороба» та «психічно хворий». «Розлад» не є точним терміном, але він використовується тут для того, щоб позначити існування клінічно впізнаваного набору симптомів або поведінки, пов'язаних у більшості випадків із стражданням та неможливістю виконувати деякі соціальні функції [25].

Чинний наразі Міжнародний класифікатор хвороб (версія 11) (далі – МКХ-11) містить Клас 6, що включає розлади психіки, поведінкові та нервово психічні розлади. Загалом МКХ-11 класифікує цю групу захворювань як синдроми, що характеризуються клінічно значущими порушеннями в пізнанні, емоційній регуляції або поведінці людини, що тягне за собою дисфункцію в психологічних, біологічних процесах або процесах розвитку, що лежать в основі психічного та поведінкового функціонування. Ці порушення, як правило, пов'язані з переживаннями або порушеннями в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній чи інших важливих сферах функціонування [29].

Термін «психічний розлад» може охоплювати психічні захворювання, розумову відсталість (також відому як психічні вади та інтелектуальні вади), розлади особистості та наркотичну залежність. Цей перелік не є ні загальноприйнятим, ні вичерпним – як вже зазначалось вище, кожна держава світу і кожна окрема організація мають власні підходи до формування

вказаного каталогу розладів. Іноді розумову відсталість виділяють в окрему групу розладів, проте існують сумніви щодо того наскільки таке виділення є виправданим. Люди з розумовою відсталістю часто зазнають тієї самої дискримінації та жорстокого поводження, що і люди з важкими психічними захворюваннями, і необхідний юридичний захист часто однаковий для обох груп. Однак між цими двома групами існують основні відмінності; наприклад, щодо коротко- та довгострокової здатності надавати згоду на лікування.

Питання щодо включення розладу особистості у визначення психічного розладу є не менш складним. Розлади особистості вважаються частиною спектру психічних розладів на клінічному рівні, що відображається їх включенням до класифікаційних систем, таких як МКХ-11 та МКХ-10 (наразі вже не чинний). Однак є сумніви щодо достовірності та надійності діагнозу багатьох підтипів розладів особистості. Більше того, виникають питання щодо придатності розладів особистості до лікування. Незважаючи на те, що все ще існує кілька добре перевірених та загально визнаних методів лікування більшості типів таких розладів, є все більше доказів того, що багато розладів особистості насправді не піддаються лікуванню. Якщо певний стан не реагує на лікування або лікування відсутнє, важко виправдати мимовільний прийом людей із цим захворюванням до психіатричної установи. Іншим ризиком включення розладів особистості до законодавства про психічне здоров'я є те, що в багатьох країнах діагноз розладу особистості застосовують щодо вразливих груп, особливо молодих жінок, коли вони не відповідають домінуючим соціальним, культурним, моральним та релігійним стандартам. Політичні дисиденти та меншини також вразливі до того, що їм діагностують розлад особистості, коли вони займають позиції, що суперечать місцевим нормам [25]. Отже, якщо розлади особистості включені до законодавства, державам необхідно включити суттєві правові положення, щоб запобігти зловживанням.

Третім спірним питанням є те, чи слід включати наркоманію до переліку розладів психіки та поведінки. Хоча залежність від речовин також включена в більшість міжнародних систем класифікації психічного здоров'я, таких як МКБ-11, багато країн спеціально виключають цей розлад із законодавства про психічне здоров'я. Наприклад, Закон про психічне здоров'я Англії та Уельсу 1983 року дозволяє виключити особу із сфери його застосування «лише з причини аморальної поведінки, сексуальних відхилень чи залежності від алкоголю чи наркотиків» [34]. Клінічний досвід свідчить, що люди, які зловживають алкоголем та наркотиками, як правило, не є добрими кандидатами для примусового прийому та лікування, і що для ефективної роботи з цією групою людей можуть знадобитися інші закони.

Різні держави світу по-різному підходять до формулювання поняття «психічного чи поведінкового розладу». Зокрема, у згаданому вище британському Законі про психічне здоров'я передбачено, що «психічний розлад» означає будь-який розлад або ваду розуму [34].

Відповідно до закону «Про охорону психічного здоров'я» Маврикію від 1998 року, «психічний розлад» означає значне виникнення психічного або поведінкового розладу, проявляється симптомами, що вказують на порушення психічного функціонування, включаючи симптоми порушення думки, настрою, волі, сприйняття, орієнтації або пам'яті, які присутні в такій мірі, щоб їх вважати патологічним [52].

Відповідно до законодавства Ямайки, «психічний розлад» означає:

(а) істотний розлад думки, сприйняття, орієнтації або пам'яті, який суттєво погіршує поведінку, судження, здатність людини розпізнавати реальність або здатність задовольняти вимоги життя, що робить людину неспроможною розумово, або

(b) розумова відсталість, коли такий стан пов'язаний із надзвичайно агресивною або серйозно безвідповідальною поведінкою [35].

Натомість стаття 1 ЗУ «Про психіатричну допомогу» визначає психічні розлади як розлади психічної діяльності, визнані такими згідно з чинною в

Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті. Цей закон містить також поняття «тяжкий психічний розлад» під яким розуміє розлад психічної діяльності (затмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), який позбавляє особу здатності адекватно усвідомлювати оточуючу дійсність, свій психічний стан і поведінку [66].

Принципи захисту осіб з психічними хворобами використовують термін «психічна хвороба», але не визначають його. Натомість вони містять вказівки щодо того, як можна, а як не можна визначити психічну хворобу. До них належать:

1) Визначення психічних захворювань ніколи не повинно здійснюватися на основі політичного, економічного чи соціального статусу, членства в культурній, расовій чи релігійній групі або з будь-якої іншої причини, що прямо не стосується стану психічного здоров'я.

2) Сімейний чи професійний конфлікт або невідповідність моральним, соціальним, культурним чи політичним цінностям чи релігійним переконанням, що панують у спільноті людини, ніколи не повинні бути визначальним фактором у діагностиці психічних захворювань.

3) Історія минулого лікування чи госпіталізації як пацієнта не повинна сама по собі виправдовувати будь-яке теперішнє або майбутнє визначення психічної хвороби.

4) Жодна особа чи орган влади не повинні класифікувати особу як таку, яка має психічну хворобу, або іншим чином вказувати на її наявність, за винятком цілей, безпосередньо пов'язаних з психічними захворюваннями або наслідками психічних захворювань.

5) Визначення того, що особа має психічні захворювання, повинно прийматися відповідно до міжнародно визнаних медичних стандартів [39].

Альтернативою терміну «психічний розлад» є поняття «розумова (психічна) інвалідність». Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та охорони здоров'я (ICIDH-2) (ВООЗ, 2001) визначає

інвалідність як «загальний термін для порушень, обмежень діяльності та обмежень участі» [30]. Він позначає негативні аспекти взаємодії між людиною (зі станом здоров'я) та контекстуальними факторами цієї особистості (екологічні та особисті фактори).

Конвенція про права осіб з інвалідністю не містить визначення поняття «інвалідність» чи «розумова (психічна) інвалідність», проте вказує, що до осіб з інвалідністю належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими (стаття 1) [68].

Практично ці самі положення повторює і Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», стаття 2 якого проголошує: Особою з інвалідністю є особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист [65].

Наприклад, у польському законодавстві немає єдиного визначення поняття «психічної (розумової) інвалідності». В основному існують різні визначення, що використовуються для цілей права соціального забезпечення, антидискримінаційного законодавства, цивільного та кримінального права. Однак психічно хворих людей вважають людьми з інвалідністю.

Відповідно до цивільного та кримінального законодавства до психічно хворих існує різний підхід. Цивільне право зацікавлене у правових наслідках дій, здійснених особою, та передбачає формулу недієздатності, яка застосовуватиметься щодо психічно хворих осіб. Недієздатні особи повністю або частково обмежені в своїй компетенції брати на себе юридичні обов'язки. Кримінальний закон стосується стану неосудності, який повинен описувати стан душі під час вчинення злочину. Якщо особу визнають неосудною, вона може не зазнати судимості, але підлягатиме медичному лікуванню [2].

Психічна інвалідність не є синонімом психічного розладу, але включає людей з психічними розладами. Особи, які одужали від психічного розладу, можуть продовжувати мати інвалідність, і багато людей з психічним розладом, що триває, також матимуть інвалідність через розлад.

«Інвалідність» у деяких випадках є внутрішньою ознакою конкретного захворювання або синдрому (наприклад, деякі психічні розлади вимагають наявності функціональних порушень для постановки діагнозу), а в інших – наслідком цього захворювання або синдрому [25]. Переваги використання терміна «розумова інвалідність» полягають у тому, що поняття «інвалідність» безпосередньо стосується сприйняття людьми свого життя, навколишнього середовища, їх потреб та обмежень. Крім того, не спеціалістам, які не мають стосунку до сфери охорони здоров'я, легше зрозуміти це поняття. Очевидним недоліком цього терміна є його широка природа, що призводить до того, що набагато більше людей підпадає під сферу законодавства про психічне здоров'я, ніж у випадку з більш обмежувальними термінами, такими як «психічний розлад» або «психічна хвороба».

Іншою альтернативою у визначенні психічних та поведінкових розладів є концепція «психічної непрацездатності». Основні характеристики цього терміну ґрунтуються на здатності особи, як визначено медичним та іншим професійним персоналом, зрозуміти суть проблеми (наприклад, щодо лікування чи прийому препаратів), оцінювати її, робити вибір та повідомляти про прийняте рішення. Наприклад, Закон про згоду на охорону здоров'я в Онтаріо (Канада) стверджує: «... людина придатна до лікування, госпіталізації до закладу медичної допомоги або служби особистої допомоги, якщо вона здатна зрозуміти інформацію, яка має значення для прийняття рішення про лікування, прийому чи надання особистої допомоги, залежно від обставин, і здатна оцінити розумно передбачувані наслідки рішення або відсутності рішення» [28].

«Психічна непрацездатність» – це вузьче поняття, ніж «психічний розлад». Загалом, цей термін доцільно використовувати для нормативних актів, які спрямовані на врегулювання питань, пов'язаних з лікуванням та госпіталізацією осіб з розладами психіки та поведінки. Однак вузький обсяг цього терміна може бути недоречним у законах, які охоплюють широкий спектр питань психічного здоров'я, оскільки це виключає більшість осіб з розладами психіки та поведінки з-під дії таких важливих прав, як доступ до медичної допомоги, конфіденційність та доступ до інформації.

Однією з переваг використання такого терміну є те, що він не робить психічні розлади та непрацездатність тотожними поняттями. Загалом, діапазон і тяжкість психічних розладів приймаються, але недієздатність особи повинна бути чітко встановлена до того, як закон зможе втручатися у життя цієї людини.

Деякі держави та організації використовують юридичний термін «неясний розум» як альтернативу «психічному чи поведінковому розладу». Наприклад Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод (1950) вказує: передбачається, що всі люди мають «ясний розум, якщо не доведено протилежне» [5]. Загалом «неясний розум» розглядається як антипод понять «здоровий розум» чи «здоровий глузд». Тим не менш, не існує клінічного еквівалента «здорового розуму», і в багатьох випадках «здоровий розум» включатиме умови і характеристики, які не обов'язково пов'язані з психічними розладами. Відтак, використання цього терміну у контексті засобу забезпечення прав осіб з психічними чи поведінковими розладами видається дещо необґрунтованим.

Український законодавець, крім вже загаданого терміну «інвалідність», звертається також до інших понять. Наприклад, у ЗУ «Про психіатричну допомогу» використано словосполучення «особи, які страждають на психічні розлади» [66]. На жаль, вказаний ЗУ не містить визначення цього терміну. Статті 39 та 36 Цивільного кодексу України послуговуються поняттями «обмежена дієздатність» та «недієздатність». При цьому, суд може обмежити

цивільну дієздатність фізичної особи, якщо вона страждає на психічний розлад, який істотно впливає на її здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними, а визнати її недієздатною – якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними [83].

Натомість, стаття 19 Кримінального кодексу України оперує поняттям «неосудність» – стан, за якого особа не могла усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними внаслідок хронічного психічного захворювання, тимчасового розладу психічної діяльності, недоумства або іншого хворобливого стану психіки [70]. Всі вказані терміни вказують на наявність певного хворобливого стану психіки, за якого особа не має можливості керувати своїми діями чи усвідомлювати їх.

Отже, підсумовуючи, варто зазначити, що законодавці різних держав світу по-різному підходять до формулювання поняття, яке має використовуватись для позначення осіб з психічними чи поведінковими розладами. Доволі частими є використання термінів «неясний розум», «психічна хвороба», «психічна (розумова) інвалідність» тощо. При цьому, кожне із вказаних понять має власний зміст і передбачає певний контекст використання. Зокрема, формулюючи право особи на доступ до медичної допомоги варто використати найбільш широкий термін – «психічний чи поведінковий розлад». Натомість, для вирішення питання щодо осудності/неосудності певної особи більш доцільно послуговуватись термінами «неясний розум» чи «психічна хвороба». Застосовувати поняття «психічна хвороба» та «психічна (розумова) інвалідність» вбачається за належне у випадках, коли йдеться про примусове лікування чи ушпиталення особи.

Загалом, застосування кожного окремого терміну чітко резонує із тими потребами і викликами, які стояли перед законодавцем, та тими сферами суспільних відносин, які він вважав за належне врегулювати. Ми у цьому дослідженні переважно будемо послуговуватись поняттями «поведінковий чи

психічний розлад» та «особи з розладами психіки чи поведінки» як найбільш широкими за змістом.

Так само, спробуємо надати власне визначення поняття «особи з розладами психіки чи поведінки»: *«особи з розладами психіки чи поведінки – такі особи, в яких наявні синдроми, що характеризуються клінічно значущими порушеннями в пізнанні, емоційній регуляції або поведінці людини, пов'язані з порушеннями особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної чи інших важливих сфер функціонування».*

1.2. Види розладів психіки чи поведінки та стандарти поводження з особами, які мають розлади психіки чи поведінки

Загалом, як вже зазначалось у попередньому підрозділі, під поняттям «розлади психіки чи поведінки» зазвичай розуміють цілу низку різноманітних розладів, які характеризуються ускладненою інтеграцією до соціуму та неможливістю виконувати іноді деякі найпростіші функції. Саме тому на захист прав осіб, які страждають на психічні чи поведінкові розлади, спрямовано доволі багато актів та програм дій на універсальному, регіональному та національному рівні. У цьому підрозділі ми дамо коротку характеристику видам розладів психіки чи поведінки та актам, спрямованим на встановлення стандарту поводження з особами, які мають такі розлади.

Наразі на універсальному рівні діють програми, спрямовані на зміцнення психічного здоров'я населення світу. Як наголошує у своїй доповіді «Психічне здоров'я та права людини» Комісар ООН з прав людини, формальна законодавча база доповнена політичними зобов'язаннями, прийнятими в Повістці дня до сталого розвитку до 2030 року, особливо ціллю 3, яка спрямована на забезпечення здорового життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці. Завдання 3.4 стосується зменшення передчасної смертності від незаразних хвороб та зміцнення психічного

здоров'я та добробуту. Профілактика та лікування зловживання наркотичними речовинами, включаючи зловживання наркотичними засобами та шкідливого вживання алкоголю, підпадають під ціль 3.5, тоді як інші цілі, такі як загальне охоплення здоров'ям та контроль над тютюном, зосереджуються на сферах, що мають чітке значення, навіть там, де психічне здоров'я конкретно не згадується [36].

Як наголошується у Зеленій книзі ЄС «Поліпшення психічного здоров'я населення: на шляху до стратегії психічного здоров'я для Європейського Союзу», зростаюче сприйняття психічного захворювання як проблеми спонукало політиків, медичних працівників та інших зацікавлених сторін шукати шляхи вирішення цієї проблеми на Європейській міністерській конференції ВООЗ з питань психічного здоров'я. Учасники конференції досягли згоди щодо того, що першочерговим завданням є надання ефективних та якісних послуг з охорони та лікування психічного здоров'я, доступних для людей із психічними захворюваннями.

Однак, хоча медичні втручання відіграють центральну роль у вирішенні проблем, вони самі по собі не можуть вирішити та змінити соціальні детермінанти. Тому, відповідно до стратегії ВООЗ, необхідний комплексний підхід, який охоплюватиме лікування та догляд за людьми, а також дії для всього населення з метою зміцнення психічного здоров'я, запобігання психічним захворюванням та вирішення проблем, пов'язаних зі стигматизацією та правами людини. Такий підхід повинен залучати багатьох суб'єктів, включаючи сектори охорони здоров'я та нездоров'я та зацікавлених осіб, рішення яких впливають на психічне здоров'я населення. При цьому організації пацієнтів та громадянське суспільство повинні відігравати помітну роль у розробці таких рішень [27].

Загалом, як вже зазначалось раніше, розлади психіки та поведінки в МКХ-11 об'єднано в розділ 6, який містить такі групи захворювань:

- порушення розвитку нервової системи;

- шизофренія або інші первинні психотичні розлади;
- кататонія;
- порушення настрою;
- тривожність або розлади, пов'язані зі страхом;
- obsесивно-компульсивні або пов'язані з ними розлади;
- порушення, особливо пов'язані зі стресом;
- дисоціативні розлади;
- порушення харчування;
- порушення переживання власного тіла або тілесний дистрес;
- порушення внаслідок вживання речовин або звикання;
- порушення контролю імпульсів; порушення поведінки або диссоціальні розлади;
- розлади особистості;
- парафілічні розлади;
- нейрокогнітивні розлади;
- психічні або поведінкові розлади, пов'язані з вагітністю, пологами або післяпологовим періодом та інші види розладів [29].

Всі ці розлади тягнуть за собою дискомфорт при виконанні навіть найпростіших повсякденних завдань, побудові соціальних стосунків або сприйнятті себе і свого оточення.

Міжнародні документи, які містять каталог прав осіб із розладами психіки чи поведінки, можна поділити на дві групи: ті, які включають права і свободи, притаманні всім людським істотам, та ті, які передбачають права, свободи та специфічні гарантії конкретно щодо осіб з розладами психіки чи поведінки.

Серед документів **першої групи** варто назвати Міжнародний білль про права, який включає Декларацію ООН про права людини (1948), Міжнародний пакт про громадянські та політичні права (1966), Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (1966) та протоколи до

них. Хоча Загальна декларація прав людини сама по собі не є юридично обов'язковим документом, вона встановлює фундаментальний набір прав людини [55]. Зокрема, стаття 1 Декларації передбачає, що «всі люди є вільними та рівними в своїх гідності та правах», встановлюючи правозахисний стандарт у тому числі і для осіб, які мають психічні чи поведінкові розлади. Міжнародні пакти певною мірою конкретизували вказане положення. Зокрема, частина 1 статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права накладає на держав-членів зобов'язання визнавати право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. На роз'яснення цієї норми ухвалено два коментарі Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав (коментар № 5 від 1996 року та коментар № 14 від 2000 року).

Серед групи актів, які передбачають **специфічні гарантії** прав і свобод безпосередньо для осіб з розладами психіки та поведінки, у першу чергу варто назвати Конвенцію про права осіб з інвалідністю. Зокрема, цей акт у статті 1 передбачає, що до осіб з інвалідністю належать особи зі стійкими фізичними, **психічними, інтелектуальними** або **сенсорними** порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими [68]. Стаття 3 Конвенції про права осіб з інвалідністю вказує на основні принципи, якими є: повага до притаманного людині достоїнства, недискримінація, повне й ефективне залучення та включення до суспільства, повага до особливостей осіб з інвалідністю, доступність, повага до здібностей дітей з інвалідністю, що розвиваються, і повага до права дітей з інвалідністю зберігати свою індивідуальність та інші.

На універсальному рівні також ухвалено низку документів **рекомендаційного характеру**. Одним із перших подібних актів стала Декларація про права розумово відсталих осіб, проголошена резолюцією 2856 (XXVI) Генеральної Асамблеї від 20 грудня 1971 року. Декларація, зокрема, передбачає, що розумово відсталі особи мають ті ж самі права, що і

інші людські істоти (пункт 1), закріплює за такими особами право на належну медичну допомогу (пункт 2), на економічну безпеку та належний рівень життя (пункт 3), право по можливості залишатись зі своєю родиною (пункт 4), на кваліфікованого опікуна (пункт 5) та на захист від експлуатації, катування, нелюдського, та такого, що принижує гідність, поводження та покарання (пункт 6) [23].

У 1991 році резолюцією 46/119 Генеральної Асамблеї ООН було схвалено Принципи захисту осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психічного здоров'я. Принципи містять низку правил щодо поводження з особами, які мають психічні чи поведінкові розлади, у тому числі проголошують рівність і заборону дискримінації таких осіб (принципи 1, 2), їх право жити в громаді (принцип 3), право на конфіденційність (принцип 6) та вказують на стандарт процедур щодо поводження та лікування з особами, які мають певні розлади психіки чи поведінки [39].

Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН A/RES/48/96 від 4 березня 1994 року було ухвалено Стандартні правила щодо вирівнювання можливостей для людей з інвалідністю. Структурно документ визначає передумови для рівної участі осіб з інвалідністю, цільові сфери, де така участь буде реалізовуватись, заходи щодо впровадження рівної участі та передбачає створення моніторингового механізму [47].

До ухвалення загальних рекомендацій у сфері захисту психічного здоров'я вдалась також Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). У 1996 році ВООЗ ухвалила Десять базових принципів щодо законодавства з охорони психічного здоров'я (WHO/MNH/MND/96.9). Принципи, зокрема, передбачають право на доступ до базової медичної допомоги, право на самовизначення і допомогу у реалізації цього права, повагу до верховенства права тощо. Окрема увага приділяється необхідністю використовувати найменш обтяжливі засоби лікування осіб з розладами психіки та поведінки та систематичним переглядам їх стану кваліфікованими спеціалістами [37].

Профільні фахівці (психіатри, освітяни та їх спілки) теж не стояли осторонь встановлення стандартів поведіння з особами, які мають психічні чи поведінкові розлади. Прикладом таких активностей стала, наприклад, Декларація Каракасу (1990), ухвалена спільно законодавцями, фахівцями з питань психічного здоров'я, захисниками прав людини та активістами з питань інвалідності, скликаними Панамериканською організацією охорони здоров'я (РАНО). У ній, зокрема, зазначається, що виключна залежність від стаціонарного лікування в психіатричній лікарні ізолює пацієнтів від їх природного середовища, створюючи тим самим більшу інвалідність. Декларація встановлює критичний зв'язок між службами психічного здоров'я та правами людини, роблячи висновок, що застарілі служби психічного здоров'я ставлять під загрозу основні права пацієнтів [3].

Міжнародні асоціації фахівців у галузі психічного здоров'я також намагалися захистити права осіб з розладами психіки та поведінки шляхом встановлення власного набору вказівок щодо стандартів професійної поведінки та практики. Прикладом таких вказівок є Мадридська декларація, прийнята Генеральною Асамблеєю Світової психіатричної асоціації (WPA) у 1996 році. Серед іншого, Декларація наполягає на лікуванні на основі партнерства з особами з психічними та поведінковими розладами та на примусовому лікуванні лише за наявності виняткових обставин [32].

Окрема увага була приділена також питанням освіти осіб з психічними та поведінковими розладами. Наприклад, у 1994 році Світова конференція з питань освіти з особливими потребами прийняла Саламанкську заяву та Рамкову програму дій щодо освіти з особливими потребами, що підтверджували право на інтегровану освіту для дітей з розумовими вадами [53].

На рівні **Європи** захист прав людини загалом проголошується Європейською Конвенцією про захист прав людини та основоположних свобод, Європейською соціальною хартією (переглянутою), Хартією основних прав ЄС та низкою інших актів. Ці документи встановлюють

праволюдний стандарт для всього європейського регіону і частково – і для осіб, які мають психічні чи поведінкові розлади. Безпосередньо ж на захист прав осіб з розладами психіки та поведінки спрямовані, наприклад, Рекомендація ПАРЄ 1235 від 12 квітня 1994 року «Психіатрія і права людини», Рекомендація Комітету Міністрів РЄ Rec(83)2 «Стосовно правового захисту осіб з розумовими розладами, які перебувають у статусі примусових пацієнтів», Рекомендація Комітету Міністрів РЄ Rec(2004)10 «Стосовно захисту прав і гідності осіб з розумовими розладами», Рекомендація Комітету Міністрів РЄ Rec(2009)9 про освіту та соціальну інклюзію дітей та молоді з розладами спектру аутизму тощо.

Правозастосовна практика Європейського суду з прав людини також демонструє тенденцію до поступового визнання і гарантування прав осіб з психічними і поведінковими розладами. Особлива увага приділяється питанням доцільності та допустимості примусового лікування осіб з розладами психіки та поведінки у контексті їх права на життя (стаття 2 ЄКПЛ), права на свободу та особисту недоторканість (стаття 5 ЄКПЛ), права на приватність (стаття 8 ЄКПЛ), а у разі перебування таких осіб в місцях несвободи – умов утримання відповідно до стаття 3 ЄКПЛ (заборона катування, нелюдського та такого, що принижує гідність, поводження та покарання) [5].

Національний стандарт поводження з особами з психічними та поведінковими розладами включає в себе ЗУ «Про психіатричну допомогу», Концепцію соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю, Концепцію розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, Правила застосування примусових заходів медичного характеру в спеціальному закладі з надання психіатричної допомоги, Державний стандарт соціальної реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними розладами та інші акти. Стаття 4 ЗУ «Про психіатричну допомогу» визначає серед принципів надання психіатричної допомоги законність, гуманність, додержання прав людини і громадянина, добровільність, доступність та

відповідність сучасному рівню наукових знань, необхідність й достатність заходів лікування, медичної, психологічної та соціальної реабілітації, надання освітніх, соціальних послуг [66].

Підсумовуючи, зауважимо, що міжнародні акти універсального та регіонального характеру прагнуть до встановлення як загальних стандартів захисту прав людини, так і захисту прав окремих категорій осіб, у тому числі – осіб з розумовими та поведінковими розладами. Крім того, існує низка актів, спрямованих безпосередньо на захист прав осіб з такими розладами. Аналіз останніх дозволяє дійти висновку, що основними стандартами поводження з особами з розумовими та поведінковими розладами є:

1) Визнання за особами, які мають розлади психіки чи поведінки всього набору прав і свобод, які закріплені національним законодавством та міжнародними актами. При цьому реалізація таких прав має здійснюватись без будь-якої дискримінації – як прямої, так і непрямої. Неприпустимою є ситуація, коли особа зазнає обмеження її прав тільки на підставі констатації у неї розладу психіки чи поведінки;

2) У той же час, особи з розладами психіки чи поведінки володіють і деякими специфічними правами або реалізують деякі загальні права специфічно. Першим із таких специфічно реалізовуваних прав є право на здоров'я та медичну допомогу. Особи, які страждають на розлади психіки чи поведінки, так само як інші люди, мають право на найвищий досяжний рівень психічного і фізичного здоров'я. За потреби вони повинні отримувати належну медичну допомогу. Більш повну характеристику цього права ми плануємо надати у підрозділі 2.1. цієї роботи.

3) Право на соціалізацію є одним із базових специфічних прав осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки. Це право включає в себе можливість створювати сім'ю, мати дітей та підтримувати з ними зв'язки, отримувати освіту та влаштовуватись на роботу. Передбачається, що особи з психічними та поведінковими розладами набагато більш ефективно лікуються у випадку, якщо їм дозволяють належно підтримувати зв'язки з

громадою. Складові права на соціалізацію будуть більш широко висвітлені у підрозділі 2.2 цього дослідження.

4) Право на свободу та особисту недоторканність і правила здійснення примусового лікування. Примусове лікування має бути крайнім заходом, до якого варто вдаватись тільки у разі, якщо менш обтяжливі заходи очевидно не дадуть результату. Дотримання прав людини під час здійснення примусового лікування можливе лише за умови дотримання всіх матеріальних та процедурних вимог. Більш детально про ці вимоги, встановлені актами універсального та регіонального характеру, а також правозастосовною практикою Європейського суду з прав людини і національним законодавством йтиметься у підрозділі 2.3 цього дослідження.

РОЗДІЛ 2. ГАРАНТІЇ ПРАВ ОСІБ, ЯКІ МАЮТЬ РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ЧИ ПОВЕДІНКИ

2.1. Право на здоров'я та медичну допомогу

Кожна людина від народження володіє певними невідчужуваними правами, до яких належать право на життя, право на повагу до її гідності, право на свободу та особисту недоторканність, право не зазнавати дискримінації тощо. Відповідно, права та гарантії їх реалізації є невід'ємною частиною правового статусу будь-якого індивіда. Варто зауважити, що особи, які мають розлади психіки чи поведінки, володіють як правами, що належать кожній людській істоті, так і деякими специфічними правами і гарантіями, пов'язаними із їх станом здоров'я. Крім того, варто зауважити, що реалізація окремих прав – наприклад, права на освіту чи права на створення сім'ї – має певні особливості. У цьому розділі ми дамо характеристику низці прав та правових гарантій, які належать до другої групи – тобто специфічних або тих, що реалізуються специфічно.

Особи, які страждають на розлади психіки чи поведінки, у першу чергу мають право на здоров'я та медичну допомогу. Зауважимо, що здоров'я варто розуміти як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад (стаття 3 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [63]). Дослідники наголошують, що право на життя та здоров'я складає першооснову правового статусу людини. Воно має абсолютний характер, тобто являється не тільки невід'ємним, але й таким, що не підлягає обмеженню. Це право проголошується всіма міжнародно-правовими актами про права людини і практично всіма конституціями країн світу як невід'ємне право людини, яке охороняється законом [59].

Перше поняття права на здоров'я згідно з **міжнародним правом** міститься у Загальній декларації прав людини 1948 року, яка була одноголосно проголошена Генеральною Асамблеєю ООН загальним стандартом для всього людства. Декларація встановлює право на «рівень життя, відповідний здоров'ю та добробуту його самого та його родини, в тому числі ... медичне обслуговування та ... право на безпеку у випадку ... хвороби, інвалідності ... або іншого браку засобів до існування за незалежних від нього обставин» (стаття 25). Декларація не визначає складових права на здоров'я; однак вони виходять за межі лише медичної допомоги [58].

Наразі право на здоров'я та на медичну допомогу визнається явно або імпліцитно в декількох документах з прав людини, включаючи Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (ст. 12), Конвенцію про права дитини (ст. 24), Конвенцію про права осіб з інвалідністю (ст. 25) та Конвенцію про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (ст. 10 (h), 11 (1) (f), 11 (2), 12 та 14 (2) (б)).

Це всеохоплююче право, яке включає в себе як своєчасну та належну медичну допомогу, так і основні фактори, що визначають стан здоров'я. Що стосується психічного здоров'я, детермінанти включають низький соціально-економічний статус, насильство та жорстоке поводження, несприятливий досвід дитинства, дошкільний розвиток та питання щодо того, чи існують підтримуючі та толерантні стосунки в сім'ї, на робочому місці та інших умовах.

Право на здоров'я містить також свободи (такі як свобода контролювати своє здоров'я та тіло та право бути вільним від втручання, катувань та медичного лікування без згоди) та права (наприклад, право на систему охорони здоров'я, що забезпечує рівність можливостей для людей насолоджуватися найвищим досяжним рівнем здоров'я). Хоча, визнаючи обмеженість ресурсів, право на здоров'я підлягає поступовій реалізації,

елемент свободи у праві на здоров'я не підлягає ні поступовій реалізації, ні доступності ресурсів.

Держави-учасниці Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права мають основне зобов'язання виконувати мінімально необхідні рівні кожного права. Основні зобов'язання, що застосовуються до права на здоров'я, включають забезпечення права доступу до закладів охорони здоров'я, товарів та послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або маргіналізованих груп; забезпечення доступу до належної їжі та харчування; забезпечення доступу до основного житла та елементарної санітарії; забезпечення доступу до основних лікарських засобів; забезпечення рівномірного розподілу всіх медичних закладів, товарів та послуг; а також прийняття та реалізація національної стратегії та плану дій у галузі охорони здоров'я, що стосуються проблем здоров'я всього населення. Серед інших подібних зобов'язань – зобов'язання забезпечити охорону здоров'я дітей, забезпечити освіту та доступ до медичної інформації та забезпечити відповідну підготовку медичного персоналу, включаючи освіту з питань охорони здоров'я та прав людини. Ці основні зобов'язання стосуються як психічного (психологічного) здоров'я, так і фізичного здоров'я [44].

Правозахисний підхід, що впливає з цих норм, вимагає від держав забезпечити, щоб заклади охорони здоров'я, товари та послуги для охорони психічного здоров'я були доступні у достатній кількості та були доступними для всіх осіб, у тому числі – осіб з психічними чи поведінковими розладами – без дискримінації. Крім того, від них вимагається, щоб вони були гендерно чутливими, науково та медично доцільними, якісними та поважали медичну етику, таку як повага до автономії та свободи без дискримінації. Невід'ємною рисою права на здоров'я є значуща участь всіх зацікавлених сторін у прийнятті рішень та у політиці в галузі охорони здоров'я. Органи охорони здоров'я та інші носії обов'язків у вказаній сфері повинні нести відповідальність за виконання зобов'язань з прав людини у сфері охорони здоров'я, в тому числі через можливість пошуку ефективних засобів

правового захисту за допомогою механізмів подання скарг або інших шляхів відшкодування.

Як вже зазначалось, право на здоров'я згадується і іншими актами як найважливіше право людини і одна із цілей людства. Зокрема, Декларація Алма-Ати проголошує, що досягнення найвищого можливого рівня здоров'я є «найважливішою світовою соціальною метою» [22]. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я від 1946 року передбачає, що «... найвищий досяжний рівень здоров'я є основним правом кожної людини» [20].

Як зауважують дослідники, примітно, що надання основних ліків, справедливість і недискримінаційний доступ до медичних закладів є частиною мінімальних основних зобов'язань, породжених правом на здоров'я. Відповідно до позицій, розроблених Міжнародним комітетом з економічних, соціальних та культурних прав, основними зобов'язаннями держав щодо права на здоров'я є:

- Забезпечити право доступу до медичних закладів, товарів та послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або маргіналізованих груп населення;
- Надати необхідні лікарські засоби, як визначається Програмою дій ВООЗ щодо основних лікарських засобів; та
- Забезпечити рівномірний розподіл усіх медичних закладів, товарів та послуг.

Крім того, Маастрихтські настанови щодо порушень економічних, соціальних та культурних прав (Маастрихтські настанови) передбачають, що держава-учасниця порушує мінімальний суттєвий рівень права на здоров'я, якщо значна частина її населення позбавлена «основної первинної медико-санітарної допомоги» [19].

Як ми вже зауважили вище, надзвичайно важливу роль нині відіграє «право орієнтований», «правозахисний» або «заснований на правах людини»

підхід до надання медичної допомоги. Зокрема, такий підхід до надання медичної допомоги стосується процесів:

- Використання прав людини як основи розвитку здоров'я;
- Оцінки та визначення наслідків будь-якої політики, програми чи законодавства у галузі охорони здоров'я;
- Перетворення прав людини на невід'ємний вимір розробки, впровадження, моніторингу та оцінки політики та програм, пов'язаних із охороною здоров'я, у всіх сферах, включаючи політичну, економічну та соціальну.

Основними елементами, що застосовуються в рамках цих процесів, можуть бути такі:

- Охорона та захист людської гідності;
- Звернення уваги на ті групи населення, які вважаються найбільш вразливими в суспільстві. До таких, наприклад, належать, діти (дівчата та хлопці), підлітки, жінки та чоловіки; корінне та племінне населення; національні, етнічні, релігійні та мовні меншини; внутрішньо переміщені особи; біженці; іммігранти та мігранти; люди похилого віку; інваліди; в'язні; економічно неблагополучні або іншим чином маргіналізовані та/або вразливі групи.

– Забезпечення доступності систем охорони здоров'я для всіх, особливо для найбільш вразливих або маргіналізованих верств населення, законодавчо і фактично, без дискримінації на будь-якій із заборонених підстав.

– Забезпечення рівності та свободи від дискримінації, навмисної чи ненавмисної, у способі розробки та реалізації програм охорони здоров'я [1].

Проте, варто погодитись, що правила і стандарти забезпечення права на здоров'я для осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки, має відрізнятися. Зокрема, стаття 25 Конвенції про права осіб з інвалідністю покладає на держав-членів такі зобов'язання:

a) забезпечувати особам з інвалідністю той самий набір, якість і рівень безплатних або недорогих послуг і програм з охорони здоров'я, що й іншим особам, зокрема у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та за державними програмами охорони здоров'я, що пропонуються населенню;

b) надавати послуги у сфері охорони здоров'я, які необхідні особам з інвалідністю безпосередньо з причини їхньої інвалідності;

c) організовувати такі послуги у сфері охорони здоров'я якомога ближче до місць безпосереднього проживання цих людей, зокрема в сільських районах;

d) вимагати, щоб спеціалісти з охорони здоров'я надавали особам з інвалідністю послуги такої самої якості, що й іншим особам, зокрема на підставі вільної та поінформованої згоди через, серед іншого, підвищення обізнаності стосовно прав людини, достоїнства, самостійності й потреб осіб з інвалідністю за рахунок навчання та прийняття етичних стандартів для державної та приватної охорони здоров'я;

e) забороняти дискримінацію стосовно осіб з інвалідністю під час надання медичного страхування та страхування життя, якщо останнє дозволене національним правом, і передбачати, що воно надається на справедливих і розумних засадах;

f) не допускати дискримінаційної відмови в охороні здоров'я чи послугах у цій галузі чи отриманні продовольчих продуктів або рідин з причини інвалідності [68].

Особливості надання медичної допомоги безпосередньо особам з розладами психіки чи поведінки визначені, наприклад, статтями 9 – 11 Принципів захисту осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психічного здоров'я, ухвалених резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 46/119 від 17 грудня 1991 року. Зокрема, принцип 9 передбачає, що кожен пацієнт має право на лікування в найменш обмежувальному середовищі та з найменш обмежувальним або нав'язливим лікуванням, яке відповідає потребам здоров'я пацієнта та потребі у захисті фізичної безпеки інших

людей. При цьому лікування та догляд за кожним пацієнтом базується на індивідуально призначеному плані, обговорюється з пацієнтом, переглядається регулярно та за необхідності і надається кваліфікованим професійним персоналом. Лікування кожного пацієнта має бути спрямоване на збереження та підвищення особистої автономії [39].

Принципи визначають, що ліки повинні відповідати найкращим потребам здоров'я пацієнта, вони повинні надаватися пацієнту лише з терапевтичною або діагностичною метою, і ніколи не повинні застосовуватися як покарання чи для зручності інших. Передбачається, що лікарі, що займаються психічним здоров'ям, повинні надавати лише ті ліки, які мають відому або продемонстровану ефективність.

Особлива увага при цьому приділяється поінформованій та усвідомленій згоді пацієнта щодо лікування. Зокрема, відповідно до принципу 11, жодне лікування не може проводитись пацієнтові або пацієнтці без його або її поінформованої згоди.

Інформованою згодою вважається згода, отримана вільно, без погроз та неналежних спонукань, після відповідного повідомлення пацієнту адекватної та зрозумілої інформації у формі та мовою, зрозумілою для пацієнта щодо:

- a) діагностичної оцінки;
- b) мети, методу, ймовірної тривалості та очікуваної користі від запропонованого лікування;
- c) альтернативних способів лікування, включаючи менш нав'язливі;
- d) можливого болю або дискомфорту, ризиків та побічних ефектів запропонованого лікування.

Зазвичай пацієнт має право відмовитись або припинити лікування. Наслідки відмови або припинення лікування повинні бути пояснені для пацієнта. Питання, які стосуються примусового лікування будуть більш детально розглянуті у наступному підрозділі.

ВООЗ розробили також Десять базових принципів щодо медичної допомоги у сфері психічного здоров'я (WHO/MNH/MND/96.9) [37]. Принцип

2 «Доступ до базової допомоги щодо психічного здоров'я передбачає, що кожен, хто потребує цього, повинен мати доступ до базової допомоги в галузі психічного здоров'я.

Це право включає принаймні такі компоненти:

1. Догляд за психічним здоров'ям повинен бути належної якості, тобто:
 - a. зберігати гідність пацієнта;
 - b. брати до уваги та допускати методи, які допомагають пацієнтам самостійно справлятися зі своїми порушеннями психічного здоров'я, інвалідністю та вадами;
 - c. надавати прийнятну та відповідну клінічну та доклінічну допомогу, спрямовану на зменшення наслідків розладу та поліпшення якості життя пацієнта;
 - d. підтримувати систему охорони психічного здоров'я належної якості (включаючи первинну медичну допомогу, амбулаторні, стаціонарні та інтернатні заклади) [37];
2. Доступ до охорони психічного здоров'я повинен бути доступним та рівним;
3. Догляд за психічним здоров'ям повинен бути географічно доступним;
4. Догляд за психічним здоров'ям повинен надаватися на добровільних засадах, як і охорона здоров'я загалом;
5. Доступ до медичної допомоги, включаючи охорону психічного здоров'я, залежить від наявних людських та матеріально-технічних ресурсів [37].

Для того, щоб належним чином імплементувати ці положення, державам рекомендується вжити принаймні таких заходів:

- Передбачити у законодавстві конкретне положення, яке гарантує якісну медичну допомогу, бажано загальне положення про охорону здоров'я, що поширюється на психічне здоров'я;

- Привести медичну практику у відповідність з керівними принципами забезпечення якості, таких як розроблені ВООЗ;
- Розробити та/або адаптувати на національному рівні керівні принципи та інструменти забезпечення якості усіма кваліфікованими спеціалістами чи державними органами;
- Забезпечити охорону психічного здоров'я, яка є культурно доцільною;
- Залучити та врахувати оцінку пацієнтом якості надання допомоги;
- Впроваджувати компонент психічного здоров'я у первинну медичну допомогу;
- Сприяти програмам медичного страхування (державного чи приватного), що охоплюють якнайширшу кількість осіб, і які не виключають, а зокрема включають охорону психічного здоров'я;
- Запровадження охорони психічного здоров'я, географічно «доступної» за показаннями ВООЗ, тобто:

a. шляхом надання базової допомоги в сфері охорони психічного здоров'я протягом однієї години ходьби або подорожі; і

b. шляхом надання основних препаратів, визначених ВООЗ [37].

На **регіональному рівні** стандарти надання медичної допомоги особам з розладами психіки чи поведінки встановлює Рада Європи. Зокрема, відповідно до статті 10 Рекомендації № Rec (2004) 10 Комітету міністрів РЄ державам-членам щодо захисту прав людини та гідності осіб з психічними розладами, держави-члени повинні, беручи до уваги наявні ресурси, вжити таких заходів щодо забезпечення права на медичну допомогу для осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки:

- надати цілий ряд послуг відповідної якості для задоволення потреб психічного здоров'я людей з психічними розладами з урахуванням різних потреб різних груп таких осіб та забезпечення рівного доступу до таких послуг;

- зробити альтернативи примусовому ушпиталенню та примусовому лікуванню настільки широко доступними, наскільки це можливо;
- створити достатнє забезпечення належним рівнем безпеки та захисту лікарняних закладів, які надають послуги для задоволення потреб здоров'я людей з психічними розладами, що беруть участь у кримінальному судочинстві;
- забезпечити оцінку потреб фізичного здоров'я людей з психічними розладами та пересвідчитись, що їм забезпечується рівний доступ до послуг відповідної якості для задоволення таких потреб [43].

Крім того, органи Ради Європи наразі працюють над розробкою Додаткового протоколу до Конвенції про права людини та біомедицину. Зокрема, на своєму 40-му пленарному засіданні (21-23 червня 2011 року) Керівний комітет з біоетики (CDBI) погодився включити розробку нового Додаткового протоколу про захист прав людини та гідності осіб з психічними розладами до робочої програми на 2013 рік. Наразі проєкт такого протоколу вже оприлюднено [24].

Європейська соціальна хартія (переглянута) також звертається до проблематики захисту здоров'я та права на медичну допомогу. Зокрема, стаття 11 Хартії закріплює право на охорону здоров'я, вказуючи, що з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я держави зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб, серед іншого:

- усунути, у міру можливості, причини слабого здоров'я;
- забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності у питаннях здоров'я;
- запобігати, у міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням, а також нещасним випадкам [60].

При цьому стаття 13 цієї ж Хартії передбачає право на соціальну та медичну допомогу. Для належної реалізації цього права держави зобов'язуються забезпечити:

- належну допомогу для будь-якої малозабезпеченої особи, яка неспроможна отримати достатні кошти своїми власними зусиллями або з інших джерел, зокрема за рахунок допомоги по соціальному забезпеченню, та догляд, якого вимагає стан її здоров'я, у разі захворювання;
- відсутність обмеження політичних або соціальних прав осіб, які отримують таку допомогу;
- можливість отримувати у відповідних державних чи приватних службах такі поради та персональну допомогу, які можуть бути необхідними для запобігання виникненню особистого або сімейного нужденного становища, для його подолання чи полегшення тощо [60].

Проте, звісно, центральну роль у формуванні стандарту лікування осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки, відіграє Європейський суд з прав людини. Нагадаємо, що формально право на здоров'я та на належну медичну допомогу не закріплене у ЄКПЛ. Проте у рішеннях ЄСПЛ яскраво проявляються складові права на належну медичну допомогу як елементу права на життя (стаття 2 Європейської конвенції про захист прав людини та основоположних свобод), права не зазнавати катування, нелюдського та такого, що принижує гідність, поводження та покарання (стаття 3 Конвенції) та (дуже рідко) права на повагу до приватного життя (стаття 8 Конвенції) [5].

Зокрема, у контексті статті 2 ЄКПЛ Суд широко розглядає питання наскільки погане функціонування системи медичної допомоги може становити собою порушення права на життя. Варто зауважити, що, по-перше, в конкретному контексті охорони здоров'я ЄСПЛ тлумачить суттєве (матеріальне) позитивне зобов'язання держави як вимогу до неї прийняти нормативні документи, які зобов'язують лікарні, приватні чи державні, вживати відповідних заходів для захисту життя пацієнтів. Це позитивне

зобов'язання також вимагає створення ефективної незалежної судової системи, щоб можна було визначити причину смерті пацієнтів, які перебувають під охороною медиків, як в державному, так і у приватному секторі, а винуватих притягнути до відповідальності (§ 105, справа *Fernandes De Oliveira v. Portugal* [6]).

У справі *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal*, Велика палата ЄСПЛ пояснила сферу позитивного зобов'язання держав відповідно до статті 2 в контексті передбачуваної медичної недбалості в лікарні. Навіть у випадках, коли було встановлено медичну недбалість, Суд, як правило, визнає порушення статті 2 у матеріальному аспекті лише в тому випадку, якщо відповідна нормативна база не забезпечує належного захисту життя пацієнта. Суд підтвердив, що там, де Договірна Держава вжила належних заходів щодо забезпечення високих професійних стандартів серед медичних працівників та захисту життя пацієнтів, такі питання, як добросовісна помилка з боку медичного працівника або неналежна координація між медичними працівниками в лікуванні конкретного пацієнта не може вважатися достатнім для того, щоб визнати порушення позитивних зобов'язань держави за статтею 2 Конвенції щодо захисту життя у матеріальному аспекті (§ 165, § 187 [10]).

При цьому Суд наголошує, що питання про те, чи відбулось невиконання державою своїх регуляторних обов'язків, вимагає конкретної, а не абстрактної оцінки будь-якого передбачуваного недоліку. Задача Суду, як правило, полягає не в перегляді відповідного закону та практики *in abstracto*, а в тому, щоб визначити, чи спосіб, у який вони застосовувались або впливали на заявника чи померлого, призвів до порушення Конвенції. Отже, сам факт того, що нормативна база може бути неповною в деяких аспектах регулювання охорони здоров'я, сам по собі недостатній для підняття питання відповідно до статті 2 Конвенції. Слід показати, що ця неповнота спричинила значну шкоду пацієнту (§ 105, справа *Fernandes De Oliveira v. Portugal* [6]).

У аспекті статті 3 Конвенції право на медичну допомогу розглядається доволі часто як необхідна умова дотримання належних умов утримання осіб у місцях несвободи (як в'язницях, так і закладах, де проводиться примусове лікування осіб з розладами психіки чи поведінки). Так, у справі *Rooman v. Belgium* Суд наголосив: визначаючи, чи затримання хворої особи сумісне зі статтею 3 Конвенції, Суд бере до уваги стан здоров'я особи та вплив способу виконання її затримання на такий стан. ЄСПЛ постановив, що умови тримання під вартою за жодних обставин не повинні викликати у особи, позбавленої волі, почуття страху, муки та неповноцінності, бути здатними принизити та знеславити її та, можливо, зламати її фізичний та моральний опір. З цього приводу Суд визнав, що затримані з психічними розладами є більш вразливими, ніж звичайні ув'язнені, і що певні вимоги тюремного життя становлять більший ризик погіршення їх здоров'я, посилюючи ризик того, що вони страждають від почуття неповноцінності, та є обов'язково джерелом стресу і тривоги. Він вважає, що така ситуація вимагає посиленої пильності при вирішенні питання щодо дотримання Конвенції. На додаток до їхньої вразливості, оцінка ситуації цих конкретних осіб повинна брати до уваги, в певних випадках, стан здоров'я цих осіб і, в деяких випадках, їхню нездатність скаржитися послідовно або взагалі на те, як вони зазнають впливу будь-якого конкретного поводження (§ 145 [13]).

Суд також бере до уваги адекватність медичної допомоги та допомоги, що надається під вартою – про це, зокрема, йшлося у справі *Stanev v. Bulgaria* (§ 204 [15]). При цьому відсутність відповідної медичної допомоги особам, які перебувають під вартою, може спричинити відповідальність держави за статтею 3. Крім того, для таких затриманих недостатньо обстеження та постановки діагнозу; натомість важливо, щоб належне лікування діагностованої проблеми також забезпечувалось кваліфікованим персоналом (*Rooman v. Belgium*, § 146 [13]).

Варто зауважити, що «достатність» медичної допомоги залишається найважчим елементом для визначення. Суд повторює, що сам факт звернення

затриманого до лікаря та призначення певної форми лікування не може автоматично призвести до висновку про надання належної медичної допомоги. Влада також повинна забезпечити ведення вичерпних записів про стан здоров'я затриманого та його / її лікування під час тримання під вартою щоб діагностика та допомога були швидкими та точними, а також, якщо це вимагається характером медичного стану, регулярними та систематичними і передбачали комплексну терапевтичну стратегію, спрямовану на адекватне лікування проблем зі здоров'ям затриманого або запобігання їх загостренню, а не на придушення їх симптомів. Влада також повинна показати, що створені необхідні умови для фактичного дотримання призначеного лікування. Крім того, медичне лікування, яке надається у в'язницях, повинно бути належним, тобто на рівні, порівнянному з рівнем, який державні органи влади зобов'язувались надавати населенню в цілому. Проте, у справі *Blokhin v. Russia* ЄСПЛ підкреслив, що наведене положення не означає, що кожному затриманому повинен бути гарантований той самий рівень медичного лікування, який доступний у найкращих закладах охорони здоров'я поза тюремними установами (§ 137 [4]). Якщо ж лікування неможливе у місці затримання, повинна бути можливість перевести затриманого до лікарні або до спеціалізованого підрозділу (*Rooman v. Belgium*, § 148 [13]).

На національному рівні право на здоров'я та медичну допомогу гарантоване статтею 49 Конституції України, відповідно до якої кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, а охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм [69]. Дещо деталізовано ці положення у ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який у статті 6 передбачає право пацієнта на кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я [63].

Стаття 5 ЗУ «Про психіатричну допомогу» передбачає державні гарантії щодо належного фінансового забезпечення надання психіатричної допомоги населенню та безоплатного надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатного або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення [66].

Підсумовуючи, можна зауважити, що право на здоров'я та медичну допомогу закріплене на всіх – універсальному, регіональному та національному – рівнях правового регулювання. При цьому на державу покладається обов'язок створити належну мережу медичних закладів (у тому числі у місцях несвободи, де утримуються особи з розладами психіки чи поведінки), здійснювати належний контроль професійних якостей та якості роботи медичних працівників і надавати належні медикаменти за доступними цінами або безкоштовно. У разі, якщо відбулось неналежне надання медичної допомоги, держава повинна провести ефективне і безстороннє розслідування такого інциденту.

При цьому обов'язково враховувати, що особи з розладами психіки чи поведінки є більш вразливими порівняно з іншими особами і не за всіх обставин можуть належним чином сформулювати скарги чи свої вимоги. Тому державні органи мають з особливою ретельністю слідкувати за якістю медичної допомоги, яка надається особам з психічними чи поведінковими розладами.

2.2. Право на соціалізацію

Зазначимо, що практично жоден із проаналізованих нами актів чи матеріалів правозастосовчої практики не містить вказівок на право на соціалізацію – цей термін запропоновано нами. Під правом на соціалізацію

ми будемо розуміти право осіб з розладами психіки чи поведінки бути частиною громади та соціуму, тобто створювати сім'ю, підтримувати зв'язки і спілкуватись зі своїми дітьми та рідними особами, отримувати освіту, працевлаштовуватись тощо. Загалом, інтеграція осіб із серйозними психічними чи поведінковими розладами до соціуму є головним принципом, цінністю та метою сучасної політики у галузі психічного здоров'я.

Як підкреслюється у доповіді «Психічне здоров'я та права людини» Комісара ООН з прав людини, психічне здоров'я – це не просто проблема здоров'я. Існує сильний зв'язок між психічним здоров'ям та бідністю, а також між станом психічного здоров'я та економічними труднощами, спричиненими неадекватною реалізацією економічних, соціальних та культурних прав, таких як права на освіту, роботу, житло, їжу та воду. Ці та інші права також є основними детермінантами психічного здоров'я, і, отже, ступінь їх реалізації впливає на здійснення права на психічне здоров'я. Неприйняття політичних підходів, що враховують ці та інші детермінанти психічного здоров'я, є, таким чином, головною перешкодою для реалізації права на психічне здоров'я [36].

За словами Спеціального доповідача з питань права на здоров'я, «тенденція підірвати важливість економічних, соціальних та культурних прав призвела і продовжує призводити до згубного поєднання бідності, нерівності та знецінення великих груп населення, які, як наслідок, потерпатимуть від поганого стану здоров'я та перешкод для доступу до медичних послуг» [44]. Переривання та обмежений доступ до освіти, який відчувають багато людей із психічними захворюваннями, наприклад, обмежує можливості для отримання кваліфікації, яка сприятиме прибутковій роботі. Труднощі із забезпеченням роботи та втриманням роботи або іншим способом отримання доходу негативно впливають на можливість доступу та утримання належного житла. У сукупності ці виклики продовжують соціальну нерівність і мають руйнівний і стійкий вплив на реалізацію права

на належний рівень життя, а отже, на психічне здоров'я та доступ до медичних послуг [36].

Загалом, дослідники вказують, що соціальна інтеграція може бути оцінена завдяки підходу, який враховує розмір «соціальної мережі» людини і соціальні ролі (наприклад, друга, члена сім'ї, колеги), які грає людина. Також визначається ступінь, до якого людина бере участь у взаємному обміні різноманітними ресурсами, або взаємність у соціальних відносинах. Недавні дослідження характеризують соціальну інтеграцію як процес, за допомогою якого людина встановлює та підтримує значущі міжособистісні стосунки зі своїми однолітками та членами громади. Відповідно до цієї точки зору, люди з психічними розладами здатні взяти на себе роль як одержувача, так і постачальника підтримки, сигналізуючи про взаємність у соціальних відносинах. У свою чергу, цей взаємний обмін, характерний для соціальної інтеграції, може мати глибокий вплив на психологічний добробут особи [57].

Загальна декларація прав людини передбачає право без будь-яких обмежень за ознакою раси, національності або релігії одружуватися і засновувати сім'ю (стаття 16), право на працю (стаття 23), право на освіту (стаття 26) та право вільно брати участь у культурному житті суспільства, втішатися мистецтвом, брати участь у науковому прогресі і користуватися його благами (стаття 27) [62].

Подібні положення також містяться у Міжнародному пакті про громадянські та політичні права та Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права. Зокрема, ці пакти гарантують: право на створення сім'ї (стаття 23 Міжнародного пакту про громадянські і культурні права та стаття 10 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права); право кожного на справедливі і сприятливі умови праці (стаття 7 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права) та право кожної людини на освіту (стаття 13 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права). При цьому освіта повинна спрямовуватись на повний розвиток людської особи та усвідомлення її

гідності і повинна зміцнювати повагу до прав людини і основних свобод. Відтак, освіта повинна дати можливість усім бути корисними учасниками вільного суспільства, сприяти взаєморозумінню, терпимості і дружбі [71].

Стаття 19 Конвенції про права осіб з інвалідністю зобов'язує держав-учасниць визнавати рівне право всіх осіб з інвалідністю жити у звичайних місцях проживання, коли варіанти вибору є рівними з іншими людьми, і вживають ефективних і належних заходів для того, щоб сприяти повній реалізації особами з інвалідністю цього права та повному включенню й залученню їх до місцевої спільноти [68].

Принципи захисту осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психічного здоров'я, ухвалені резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 46/119 від 17 грудня 1991 року, кілька разів звертаються до права осіб з розладами психіки чи поведінки на соціалізацію. Зокрема, принцип 3 передбачає, що кожна людина з психічними захворюваннями має право жити і працювати, наскільки це можливо, у громаді. Натомість, принцип 7 містить відсилку до ролі громади і культури у захисту осіб з психічними чи поведінковими розладами. Відповідно до його положень, кожен пацієнт має право на лікування та догляд, наскільки це можливо, у громаді, в якій він або вона живе. Якщо ж лікування проводиться в психіатричному закладі, пацієнт має право, коли це можливо, на лікування поруч із його попереднім місцем проживання чи родичами чи друзями, і має право повернутися до громади якнайшвидше. При цьому кожен пацієнт має право на лікування відповідно до його культурного походження [39].

Важливо відзначити, що принцип 3 є правом до інтеграції громади (або «соціальної незалежності»), яка не пов'язана з тим, чи отримує людина лікування психічного здоров'я чи ні. У багатьох країнах відсутність адекватних громадських програм та послуг для людей з психічними захворюваннями призводить до непотрібної залежності від установ, що надають допомогу та лікування. Відтак, перебування у цих закладах, як правило, зумовлене не стільки клінічним станом пацієнта, скільки

відсутністю будь-якої іншої альтернативи. Опинившись у закладі, який за браку альтернатив у громаді служить для утримання пацієнтів, особа залишається там ще тривалий час після того, як її психіатричний стан стабілізується, і вона могла б функціонувати в громаді за наявності відповідних послуг та підтримки. Цей загальний стан, коли пацієнти, які клінічно більше не потребують такого рівня лікування, продовжують перебувати у лікувальних закладах, також робить охорону психічного здоров'я недоступною для багатьох, хто цього потребує, оскільки наявні ліжка заповнені. У деяких закладах утримуються «довготривалі» пацієнти, яким не поставлено добросовісних діагнозів психічних захворювань, але які залишаються там просто через відсутність інших альтернатив. Доктрина найменш обмежувального середовища позбавлена сенсу, якщо держави не вживають позитивних кроків для створення менш обмежувальних альтернатив у громаді для задоволення низки потреб осіб з розладами психіки чи поведінки [49].

У Принципах передбачено низку положень, що пропагують також право на індивідуальну незалежність та незалежність у рамках лікування психічного здоров'я. Як вже зазначалось у підрозділі 2.1, відповідно до Принципу 9 (1), кожна особа «має право на лікування в найменш обмежувальному середовищі та з найменш обмежувальним або нав'язливим лікуванням, яке відповідає потребам здоров'я пацієнта та необхідності захисту фізичної безпеки інших людей». Право на лікування в найменш обмежувальних умовах підкріплюється вимогою принципу 9 (4) про те, що «[лікування] кожного пацієнта має бути спрямоване на збереження та підвищення особистої автономії» [39].

Принцип, згідно з яким лікування повинно бути якнайменшим обмежувальним, вбудований у захист від такої практики, як фізичні обмеження або мимовільне усамітнення. Принцип 11 (11) стверджує, що подібні практики слід застосовувати «лише тоді, коли це єдиний доступний засіб для запобігання негайній або безпосередній шкоді для пацієнта чи

інших осіб». Принцип 11 (11) містить низку процедурних запобіжних заходів проти зловживань, таких як вимога про те, щоб кожне використання обмежувальних механізмів або усамітнення фіксувалося в протоколі про лікування пацієнта, а також туди вносились пояснення щодо «їх причин, характеру та ступеню». «Особистий представник» пацієнта повинен бути негайно поінформований про будь-яке використання фізичного обмеження чи усамітнення щодо його підопічного [39].

Дослідники стверджують, що відповідно до філософії індивідуального прийняття рішень, яка закладена в цих Принципах, рішення про обмеження та усамітнення також повинні бути індивідуалізованими і не можуть бути умовою ув'язнення, що застосовується до всіх мешканців палати, наприклад, просто на підставі їх розміщення там [49].

Окремі гарантії соціалізації передбачені для розумово відсталих осіб. Зокрема, Декларація прав розумово відсталих осіб, проголошена Генеральною асамблеєю ООН 20 грудня 1971 року, передбачає, що розумово відстала людина має право на належну медичну допомогу та лікувальну фізкультуру та на таке навчання, реабілітацію та керівництво, які дозволять їй розвивати свої здібності та максимальний потенціал.

Крім того, розумово відстала людина має право на економічну безпеку та гідний рівень життя. Вона має право виконувати продуктивну роботу або займатися будь-яким іншим значущим заняттям у повній мірі своїх можливостей. При цьому по можливості, розумово відстала людина повинна жити зі своєю сім'єю або з прийомними батьками та брати участь у різних формах спільного життя. Сім'я, з якою вона живе, повинна отримувати відповідну допомогу від уряду. Якщо стає необхідним догляд за розумово відсталою особою у спеціальному медичному закладі, його слід надавати в оточенні та інших обставинах, максимально наближених до нормального життя [23].

Загалом, і Декларація, і Принципи визнають, що все лікування має бути спрямоване на підвищення автономності, навичок кожної людини та її

соціальну інтеграцію. Глибоке значення цього принципу – і той факт, що він застосовується до «кожного пацієнта» – не можна переоцінити. У всьому світі людей розміщують у місцях несвободи, де система психічного здоров'я або соціальних служб функціонує, щоб підтримувати людину в житті, але по суті відмовляється від надії на те, що людина має якийсь потенціал для розвитку своїх навичок чи повернення до громади. Ця небезпека особливо велика для людей з найважчими психічними вадами, які часто потрапляють у «підопічні» психіатричних закладів чи установ для людей з інтелектуальними вадами. Фахівці зауважили, що з часом особи, розміщені в установах, де вони не можуть належно користуватись соціальними навичками, якими вони володіють, неминуче втрачають ці навички та набувають так званої «інституціоналізованої» конфліктності. Визнаючи право кожної людини на лікування, яке зберігає або підвищує її навички або розвиває максимальний потенціал, Принципи та Декларація наголошують на необхідності повернення осіб з розладами психіки чи поведінки до громади у всіх випадках, коли це не становить загрози для самих таких осіб і їх оточення.

Загальний коментар 5 Комітету з економічних, соціальних та культурних прав чітко вказує, що ці права є основними принципами згідно з МПЕСКП. Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав тлумачить право на охорону здоров'я згідно з МПЕСКП і робить великий акцент на сприянні незалежності особистості та соціальній інтеграції.

Загальний коментар 5 Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав стверджує, що «право на фізичне та психічне здоров'я ... передбачає право на доступ та отримання медичних та соціальних послуг ... які дозволяють особам з інвалідністю стати незалежними, запобігати інвалідності та підтримувати їх». Загальний коментар 5 наголошує, що реабілітаційні послуги повинні бути розроблені таким чином, щоб люди могли «досягти та підтримувати свій оптимальний рівень незалежності та функціонування [54]».

У Звіті Спеціального доповідача ООН про право кожного на найвищий рівень фізичного та психічного здоров'я міститься рекомендація державам змінити парадигму лікування осіб з розладами психіки чи поведінки і сприяти реабілітації таких осіб у громаді, їх соціальній інтеграції. Згідно з пунктом 77 Звіту, знижувальні біомедичні підходи до лікування, які не враховують належним чином контексти та стосунки, більше не можна вважати такими, що відповідають праву на здоров'я. Хоча біомедичний компонент залишається важливим, його домінування стало контрпродуктивним, позбавляючи прав осіб з розладами психіки чи поведінки та посилюючи стигму та соціальну ізоляцію. У багатьох регіонах світу реабілітація у громаді недоступна або недостатньо якісна (часто обмежується лише психотропними препаратами). При цьому, найбільша концентрація психіатричних лікарень та ліжок, відокремлених від регулярної медичної допомоги, припадає на країни з високим рівнем доходу, що є застереженням для країн із нижчим та середнім рівнем доходу прокласти інший шлях та перейти до охорони психічного здоров'я на основі право орієнтованого підходу [44].

На важливості інклюзивної освіти для осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки, наголошували також учасники конференції ЮНЕСКО у Саламанці, за результатами якої було ухвалено однойменну заяву. Учасники конференції погодились з новою динамічною заявою про освіту всіх дітей з інвалідністю, яка закликала зробити інклюзію нормою. Крім того, Конференція прийняла нову Рамкову програму дій, керівним принципом якої є те, що звичайні школи повинні приймати всіх дітей, незалежно від їх фізичних, інтелектуальних, соціальних, емоційних, мовних чи інших характеристик. У всій освітній політиці, зазначається в Рамковій програмі, повинно бути передбачено, що діти з інвалідністю відвідують сусідню школу, «яку відвідували б, якби не мали інвалідності» [53].

Світова конференція закликала всі уряди:

- надати «найвищий політичний та бюджетний пріоритет» вдосконаленню освітніх послуг, щоб усі діти могли бути включені до навчального процесу, незалежно від відмінностей чи труднощів;
- «прийняти як закон чи політику принцип інклюзивної освіти» та зарахувати всіх дітей до звичайних шкіл;
- забезпечити залучення організацій осіб з інвалідністю разом із батьками та органами громади до планування прийняття рішень;
- забезпечити, щоб як початкова, так і професійна підготовка вчителів розглядала питання забезпечення інклюзивної освіти тощо [53].

У Рамковій програмі вказано, що «включення та участь є важливими для людської гідності та реалізації та здійснення прав людини». У галузі освіти це відображається у здійсненні «справжнього вирівнювання можливостей». Освіта для осіб з особливими потребами включає перевірені методи навчання, якими можуть скористатися всі діти; передбачається, що людські відмінності є нормальними, і що навчання повинно бути адаптоване до потреб дитини, а не дитина має пристосовуватись до процесу. Основним принципом інклюзивної школи, є те, що всі діти повинні вчитися разом, де це можливо, і що звичайні школи повинні визнавати та реагувати на різноманітні потреби своїх учнів, маючи при цьому постійну підтримку та послуги, що відповідають цим потребам. Інклюзивні школи є «найбільш ефективними» у формуванні солідарності між дітьми з особливими потребами та їхніми однолітками. При цьому передбачається, що країни, в яких мало чи немає спеціальних шкіл, повинні створювати інклюзивні, а не спеціальні школи [53].

На **регіональному рівні** право осіб з психічними та поведінковими розладами на соціалізацію формально не передбачено. Проте воно імпліцитно міститься у статтях 8 (право на приватність), 12 (право на шлюб) Європейської конвенції про захист прав людини та основоположних свобод, статті 2 Протоколу № 1 до ЄКПЛ (право на освіту) та статті 14 ЄКПЛ, яка

забороняє дискримінацію при реалізації прав, гарантованих Конвенцією, на основі будь-яких захищених ознак, до яких належить також і наявність розумових чи поведінкових розладів [5].

Європейська соціальна хартія (переглянута) також звертається до питань соціалізації осіб з інвалідністю, у тому числі такої, яка виникала через психічні чи поведінкові розлади. Зокрема, пункт 15 статті 1 Хартії право осіб з інвалідністю на самостійність, соціальну інтеграцію та участь у житті суспільства.

Стаття 15 цієї ж Хартії встановлює право осіб з інвалідністю на самостійність, соціальну інтеграцію та участь у житті суспільства. Відповідно до вказаної статті, з метою забезпечення особам з інвалідністю, незалежно від їхнього віку та характеру і походження їхньої інвалідності, ефективного здійснення права на самостійність, соціальну інтеграцію та участь у житті суспільства держави-члени зобов'язуються:

- вживати необхідних заходів для забезпечення особам з інвалідністю орієнтування, освіти та професійної підготовки, коли це можливо, у межах загальних програм або, коли це видається неможливим, у державних або приватних спеціалізованих закладах;

- сприяти доступу осіб з інвалідністю до роботи усіма засобами, які можуть заохочувати роботодавців приймати на роботу осіб з інвалідністю і утримувати їх у звичайному виробничому середовищі та пристосовувати умови праці до потреб осіб з інвалідністю, або, коли це видається неможливим у зв'язку з інвалідністю, шляхом облаштування або створення спеціальних робочих місць з урахуванням ступеня інвалідності;

- сприяти всебічній соціальній інтеграції та участі у житті суспільства осіб з інвалідністю, зокрема, шляхом вжиття заходів, що спрямовані на усунення перешкод для спілкування і пересування і що надають доступ до транспорту, житла, культурної діяльності і відпочинку [60].

Рада Європи також окремо звернулась до проблем соціалізації осіб, які мають специфічний вид психічних чи розумових розділів – осіб з аутизмом. Зокрема, серед актів КМ Ради Європи, спрямованих на забезпечення соціалізації осіб з аутизмом, варто, перш за все, вказати на Резолюцію ResChS(2004)1 від 10 березня 2004 року. У цій резолюції КМ проаналізував звіт Європейського комітету із соціальних прав за колективною скаргою No. 13/2002 «Аутизм-Європа проти Франції», в якій було встановлено порушення статей 15§1 та 17§1 Європейської соціальної хартії як окремо, так і в поєднанні у зв'язку з ситуацією щодо права на освіту дітей та дорослих з аутизмом у Франції [48]. Зокрема, Комітет із соціальних прав вказував на такі недоліки як використання французькою владою в офіційних документах більш обмеженого визначення поняття аутизму, ніж в документах ВООЗ та хронічний брак засобів догляду та підтримки дорослих осіб з аутизмом. Не зважаючи на те, що вказана скарга стосувалась Франції, подібні проблеми існують у багатьох державах Європи, у тому числі і в Україні.

21 жовтня 2009 року було ухвалено Рекомендацію КМ Ради Європи CM/Rec(2009)9 про освіту та соціальну інклюзію дітей та молоді з розладами спектру аутизму, в якій, зокрема, містився заклик забезпечити правову базу, яка забезпечує права дітей та молодих людей з розладами аутичного спектру, сприяти їх освіті в загальноосвітніх школах, проводити просвітницьку кампанію серед населення на роз'яснювати батькам осіб з аутизмом особливості захворювання, надавати дорослим особам з аутизмом підтримку медиків та психологів тощо [42].

Європейський суд з прав людини також не стоїть осторонь формування загальноєвропейського стандарту соціалізації осіб, які мають психічні чи поведінкові розлади. Серед справ, розглянутих ЄСПЛ, варто відзначити, наприклад, справу *Norváth and Kiss v. Hungary*, в якій двох заявників ромського походження визнали такими, що мають вади розумового розвитку і направили до спеціалізованих шкіл з полегшеною програмою.

У цій справі ЄСПЛ зацікавився критеріями віднесення осіб до категорії таких, що мають вади розумового розвитку. Суд зазначив, що в Угорщині поняття «сімейна інвалідність» призвело до дискримінаційної практики. У звіті ЄКРН, опублікованому в 2009 році, зазначається, що переважна більшість дітей з легкими вадами розвитку можуть бути легко інтегровані до загальноосвітніх шкіл; і багатьом неправильно діагностують наявність вад розвитку через соціально-економічний контекст або культурні відмінності. У результаті це призводить до нижчих навчальних досягнень та погіршення перспектив працевлаштування.

За таких обставин – і з огляду на визнану упередженість у минулих процедурах працевлаштування – Суд вважає, що держава має конкретні позитивні зобов'язання уникати продовження минулої дискримінації або дискримінаційної практики, замаскованої під нібито нейтральними тестами на визначення рівня розумового розвитку. Загалом, ЄСПЛ вважає, що держава зобов'язана продемонструвати, що тести та їх застосування були здатні справедливо та об'єктивно визначити шкільну придатність та розумову спроможність заявників (§ 115-117) [18].

Суд зазначає, що угорські органи встановили граничну величину психічних вад на рівні IQ 86, що значно перевищує рівень IQ 70, запропонований ВООЗ. Суд не може зайняти позицію щодо прийнятності показників IQ як єдиних показників готовності до навчання у школі, але вважає вартим стурбованості те, що національні органи влади суттєво відступили від стандартів ВООЗ. При цьому Суд зауважив, що різні фактори в цій справі приводять Суд до висновку, що результати тестів, проведених стосовно заявників, не забезпечували необхідних гарантій проти помилкового діагностування, що впливало б із позитивних зобов'язань, покладених на державу в ситуації, коли історія дискримінації дітей етнічних меншин (§ 118-119). Таким чином, Суд констатував дискримінаційне порушення права на освіту заявників [18].

Натомість, у справах *Eriksson v. Sweden* та *Olsson v. Sweden* (No. 1) ЄСПЛ розглядав правомірність розділення батьків, які мали розлади психіки чи поведінки, так їх дітей. Уряд в обох випадках мотивував своє рішення про відібрання дітей міркуваннями забезпечення їх потреб і їх фізичного та психічного здоров'я. Тим не менш, Суд не погодився з аргументами держави і встановив порушення статті 8 ЄКПЛ, адже втручання у право на недоторканність сімейного життя заявників не виглядала необхідною у демократичному суспільстві (пропорційною).

Зокрема, у справі *Olsson v. Sweden* (No. 1) Суд наголосив: рішення про встановлення піклування над дітьми (Томасом, Єленою та Стефаном) слід було розглядати як тимчасовий захід, який слід скасувати, як тільки дозволяють обставини, а будь-які заходи щодо його здійснення повинні узгоджуватися з кінцевою метою возз'єднання сім'ї Олссонів.

Насправді кроки, здійснені шведською владою, суперечили такій меті. Зв'язки між членами сім'ї та перспективи їх успішного возз'єднання будуть послаблюватися, якщо створюватимуться перешкоди для їхнього легкого та регулярного доступу один до одного. Проте саме розміщення Гелени та Томаса на такій відстані від своїх батьків та від Стефана повинно було негативно вплинути на можливість контактів між ними. Ця ситуація ускладнювалась обмеженнями, встановленими владою щодо доступу батьків; хоча ці обмеження певною мірою були виправдані ставленням заявників до прийомних сімей, не виключено, що нездатність встановити гармонійні стосунки частково була пов'язана з відстанями. Це правда, що між Єленою та Томасом підтримувались регулярні контакти, але причини, наведені урядом для їх нероз'єднання, не переконливі. Також правда, що Стефан мав особливі потреби, але цього недостатньо, щоб виправдати відстань, яка відділяла його від двох інших дітей (§ 81) [12].

Ніщо не свідчить про те, що шведські органи влади не діяли добросовісно, виконуючи рішення щодо піклування. Однак цього недостатньо для того, щоб зробити захід «необхідним» в умовах Конвенції: у

зв'язку з цим повинен застосовуватися об'єктивний стандарт. Вивчення аргументів Уряду свідчить про те, що рішення влади були частково спричинені адміністративними труднощами; проте в такій фундаментальній галузі, як повага до сімейного життя, таким міркуванням не можна дозволяти грати більше, ніж другорядну роль.

На закінчення, у зазначених вище аспектах, незважаючи на відсутність співпраці з боку заявників, заходи, вжиті для реалізації рішення про догляд, не були підтвержені «достатніми» причинами, що виправдовують їх як пропорційні до законної мети, яку вони переслідували. Тому вони, незважаючи на свободу розсуду національної влади, не були «необхідними в демократичному суспільстві» (§ 82-83) [12].

Тобто, загальна позиція Суду передбачає визнання і підтримку права осіб з розладами психіки чи поведінки на активну соціалізацію. Практика ЄСПЛ загалом спрямована на забезпечення для таких осіб можливостей створювати сім'ю та підтримувати сімейні зв'язки, отримувати належну освіту та працевлаштовуватись, не бути ізольованими від громади тощо. Саме до формування таких стандартів соціалізації осіб з розладами психіки чи поведінки мають прагнути національні органи влади.

Що стосується **національного стандарту** соціалізації осіб з розладами психіки чи поведінки, то його формують вже згадані нормативні акти щодо надання психічної допомоги. Зокрема, стаття 4 ЗУ «Про психіатричну допомогу» серед принципів надання психічної допомоги вказує на необхідність і достатність заходів лікування, медичної, психологічної та соціальної реабілітації, надання освітніх, соціальних послуг. Відповідно до статті 5 цього ж акту, держава гарантує особам з розладами психіки чи поведінки здобуття безоплатно відповідної освіти у державних та комунальних навчальних закладах [66].

Крім того, останнім часом в Україні вжито низки заходів для розвитку інклюзивної освіти. Зокрема, Наказом МОН від 01.10.2010 №912 було затверджено Концепцію розвитку інклюзивної освіти. Відповідно до

вказаного документа, зараз організаційно-методичні засади навчального процесу у ЗОШ орієнтовані на дітей з типовим розвитком, і не враховують особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами. Невідповідність форм і методів педагогічного впливу на таких дітей може створювати передумови для формування у них негативного ставлення до навчання, девіантної поведінки [73].

На розвиток цих положень було ухвалено ЗУ «Про внесення змін до деяких законів України про освіту щодо організації інклюзивного навчання», який передбачає деякі уточнення норм законів про дошкільну та середню освіту щодо забезпечення інклюзивності вказаних просторів [64]. На виконання цих положень було ухвалено, зокрема, наказ МОН «Про затвердження Плану заходів щодо забезпечення права на освіту дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітньому просторі», який передбачає порядок дій щодо реального впровадження інклюзивної освіти в Україні [74].

Щодо інших заходів, спрямованих на соціалізацію осіб з розладами психіки чи поведінки, то їх реалізація в Україні все ще залишається на доволі низькому рівні. Такі особи надзвичайно часто стикаються зі стигматизацією, неможливістю працевлаштуватися чи підтримувати зв'язки із власними дітьми. Більш детально на проблемах, з якими стикаються люди з розладами психіки чи поведінки в Україні, ми зупинимось у розділі 3 цієї роботи.

2.3. Право на свободу та особисту недоторканність та примусове лікування

Зауважимо, що базовою проблемою, яка стосується стандартів поводження з особами, які страждають на розлади психіки чи поведінки, залишається здійснення примусового лікування. Зазвичай такі заходи тісно пов'язані з поміщенням особи в місця несвободи і, відповідно, обмеженням її

права на свободу та особисту недоторканність. У цьому контексті виникає велика кількість питань, які стосуються глобальної суперечності: чи може особа, яка має розлади психіки чи поведінки, самостійно ухвалювати рішення щодо свого лікування? Крім того, саме під час здійснення примусового лікування виникає переважна частина посягань на основні права людини. При цьому особи з розладами психіки чи поведінки є зазвичай особливо вразливими і не можуть належним чином захистити свої права. Саме тому вироблення міжнародних стандартів у вказаній сфері є надзвичайно важливим.

Як вже зазначалось, ядро права осіб, які страждають на психічні чи поведінкові розлади, на свободу та особисту недоторканність, на **універсальному рівні** становлять норми Загальної декларації прав людини (статті 3 та 9) і Міжнародного пакту про громадянські та політичні права (статті 9 та 10). Крім того, важливими є норми Конвенції про права осіб з інвалідністю, стаття 14 якої зобов'язує держав-учасниць забезпечити, щоб особи з інвалідністю нарівні з іншими:

- a) користувалися правом на свободу та особисту недоторканність;
- b) не позбавлялися волі незаконно чи довільно й щоб будь-яке позбавлення волі відповідало законові, а наявність інвалідності в жодному випадку не ставала підставою для позбавлення волі.

При цьому держави-учасниці також мають піклуватися, щоб у випадку, коли на підставі якої-небудь процедури особи з інвалідністю позбавляються волі, у них нарівні з іншими були гарантії, що узгоджуються з міжнародним правом з прав людини, і щоб поводження з ними відповідало цілям і принципам Конвенції про права осіб з інвалідністю, зокрема щодо забезпечення розумного пристосування [68].

Як переконує у доповіді «Психічне здоров'я та права людини» Комісар ООН з прав людини, це положення відображає недискримінаційний підхід, гарантований Конвенцією у зв'язку з правом на свободу та особисту недоторканність. Комітет з прав людей з інвалідністю чітко і послідовно

підтвердив недискримінаційний підхід до права на свободу, який встановлює однозначну заборону на позбавлення волі на основі наявності розладів психіки чи поведінки, незалежно від того, пов'язано це з іншими факторами чи ні [36].

Особи з психосоціальними вадами продовжують піддаватися примусовому ушпиталенню, так як це дозволено цивільними кодексами та законами про психічне здоров'я у багатьох країнах. Позбавлені свободи, вони зазвичай піддаються примусовому лікуванню, а умови їх утримання у закладах психіатричного лікування можуть також поставити під загрозу їх фізичну та психічну цілісність.

Діти або дорослі, які утримуються в таких закладах, піддаються підвищеному ризику насильства та жорстокого поводження, включаючи сексуальну експлуатацію та торгівлю людьми. Спеціальний доповідач щодо тортур та інших жорстоких, нелюдських чи таких, що принижують гідність, видів поводження чи покарання встановив, що діти, які перебувають у подібних закладах, перебувають під більшим ризиком психічних травм, насильства та жорстокого поводження, а також те, що сильний емоційний біль та страждання, спричинені сегрегацією, можуть становити жорстоке поводження чи катування [45]. Поза межами установ примусове ушпиталення або обов'язкове амбулаторне лікування, навіть якщо вони здійснюються всередині громади, порушують право на свободу та особисту безпеку, оскільки такі заходи накладають загрозу затримання у разі відмови від лікування.

Примусова госпіталізація порушує право на особисту свободу та безпеку, що розуміється як свобода від ув'язнення тіла та свобода від заподіяння шкоди тілесній чи психічній цілісності відповідно. Це означає порушення права жити вільно від катувань та жорстокого поводження, а також експлуатації, насильства та жорстокого поводження, а також права на особисту недоторканність. Держави-учасниці повинні скасувати законодавство та політику, які дозволяють або продовжують примусові

ушпиталення, включаючи погрози ними, та повинні забезпечувати ефективні засоби правового захисту та відшкодування для жертв неправомірного примусового ушпиталення [36].

Кримінальне законодавство та процедури зазвичай відмовляють у забезпеченні законності процесу особам з інвалідністю, які вважаються неспроможними до участі у судовому розгляді та / або недієздатними, що призводить до позбавлення осіб свободи, у тому числі через перенаправлення осіб з психосоціальними вадами під опіку судово-медичних установ. Комітет з прав людей з інвалідністю вважає, що така практика заперечує право на справедливий судовий розгляд, дорівнює свавільному затриманню та часто призводить до більш суворих наслідків, ніж кримінальні санкції, такі як безстрокове утримання у закладах психічного здоров'я [26].

Комісар ООН з прав людини також наголошує, що багато практик у закладах психічного здоров'я також суперечать статтям 15, 16 та 17 Конвенції про права осіб з інвалідністю. Примусове лікування та інші шкідливі практики, такі як одиночна камера, примусова стерилізація, використання обмежувачів, примусове вживання ліків та надмірне лікування (включаючи ліки, що вводяться під фальшивим приводом і без розкриття для особи можливих ризиків), не лише порушують право на вільну та усвідомлену згоду, але становлять жорстоке поводження і можуть розцінюватись як катування. Відповідно, Комітет з прав осіб з інвалідністю закликав скасувати будь-яке примусове лікування та вжити заходів для забезпечення того, щоб медичні послуги, включаючи всі служби психічного здоров'я, базувалися на вільній та поінформованій згоді відповідної особи. Комітет також закликав скасувати використання усамітнення та обмежень, як фізичних, так і фармакологічних [36].

Варто зазначити, що специфічні правила щодо примусового лікування осіб з розладами психіки чи поведінки встановлені принципами 11 та 16-18 Принципів захисту осіб з психічними захворюваннями та поліпшення

психічного здоров'я, ухвалених резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 46/119 від 17 грудня 1991 року.

Зокрема, у підрозділі 2.1 однією з гарантій надання медичної допомоги була названа наявність поінформованої згоди пацієнта на лікування. Тим не менш, принцип 11 вказує на обставини, коли запропонований план лікування може бути наданий пацієнту без його поінформованої згоди. Для цього є необхідним виконання таких умов:

а) пацієнт протягом належного (встановленого законодавством) часу утримується у лікувальному закладі поза власною волею;

б) незалежний орган, маючи у своєму розпорядженні всю відповідну інформацію, переконується, що у відповідний час пацієнт не має можливості дати або утримати інформовану згоду на запропонований план лікування або, якщо національне законодавство це передбачає, що, враховуючи власну безпеку пацієнта або безпеку інших осіб, пацієнт безпідставно відмовляється від цієї згоди; і

с) незалежний орган переконаний, що запропонований план лікування відповідає найкращим потребам здоров'я пацієнта [39].

При цьому лікування може також проводитись без поінформованої згоди пацієнта, якщо кваліфікований лікар з питань психічного здоров'я, уповноважений законом, вирішить, що це є терміново необхідним для запобігання негайній або безпосередній шкоді для пацієнта або інших осіб. Подібне лікування не повинно продовжуватися після строку, який суворо необхідний для цієї мети. Якщо будь-яке лікування дозволено без поінформованої згоди пацієнта, тим не менше слід докладати всіх зусиль до інформування пацієнта про характер лікування та будь-які можливі альтернативи та до залучення пацієнта, наскільки це можливо, до розробки плану лікування. Усе лікування негайно реєструється в медичній документації пацієнта із зазначенням, чи є воно примусовим чи добровільним.

Варто зауважити, що фізичне обмеження або мимовільне усамітнення пацієнта не можна застосовувати, крім випадків, офіційно затверджених правилами закладу психічного здоров'я, і лише тоді, коли це єдиний доступний засіб запобігання негайній або безпосередній шкоді для пацієнта чи інших осіб. Воно не повинен продовжуватися після строку, який є строго необхідним для цієї мети.

Важливим фактором є те, що стерилізація ніколи не повинна проводитись у ході лікування психічних захворювань. Також психохірургія та інші нав'язливі та незворотні методи лікування психічних захворювань ніколи не повинні проводитись у пацієнта, який є пацієнтом у психіатричній установі примусово. Теж саме стосується і клінічних випробувань та експериментального лікування [39].

Принцип 16 передбачає, що особа може бути примусово госпіталізована до психіатричної установи як пацієнт за умови, якщо вона має психічну хворобу та якщо:

а) через цю психічну хворобу існує серйозна ймовірність негайної або безпосередньої шкоди цій особі чи іншим особам; або

б) у ситуації з особою, психічна хвороба якої важка і судження якої порушено, якщо неприйняття або утримання цієї особи може призвести до серйозного погіршення її стану або перешкоджатиме проведенню відповідного лікування, що може бути надано лише шляхом прийому до закладу з охорони психічного здоров'я відповідно до принципу найменш обмежувальної альтернативи.

При цьому у випадку, зазначеному в підпункті (b), слід звернутися, якщо це можливо, до другого спеціаліста з психічного здоров'я, незалежного від першого. Примусове ушпиталення або утримання спочатку повинно бути встановлене на короткий термін, як це передбачено національним законодавством для спостереження та попереднього лікування, до очікування перегляду органу, що здійснює перевірку. Підстави ушпиталення повинні бути негайно повідомлені пацієнту, а факт прийому та підстави для цього

також негайно та детально повідомляються наглядовому органу, особистому представнику пацієнта, якщо такий є, і родині пацієнта [39].

Принципи 17 та 18 вказують на необхідність існування спеціального незалежного органу, який би здійснював оцінку прийнятності та допустимості примусового лікування особи та на встановлення процедур регулярного перегляду стану особи, яка примусово утримується у закладі надання психіатричної допомоги. Такі гарантії необхідні для того, щоб запобігти свавільному примусовому ушпиталенню осіб з розладами психіки чи поведінки та безстроковому їх утриманню [39].

Регіональний стандарт поводження з особами, які мають розлади психіки чи поведінки, становлять переважно різноманітні акти Ради Європи. Зокрема, Рекомендація Комітету Міністрів Ради Європи Rec(83)2 22/02/1983 стосовно правового захисту осіб, які страждають на розлади психіки під час примусового лікування дає визначення примусовому ушпиталенню. Так, примусове ушпиталення означає прийняття та затримання для лікування особи, яка страждає на психічні розлади, у лікарні, іншому лікувальному закладі або відповідному місці не за її власним бажанням [40].

Стаття 3 Рекомендації передбачає умови, за яких особа може зазнати примусового ушпиталення. Зокрема, за відсутності будь-яких інших засобів для проведення відповідного лікування:

a. пацієнт може бути ушпиталений у закладі лише тоді, коли внаслідок свого психічного розладу він представляє серйозну небезпеку для себе або для інших осіб;

b. проте держави можуть передбачити, що пацієнт може бути також ушпиталений, коли через серйозний характер його психічного розладу відсутність госпіталізації призведе до погіршення його розладу або перешкоджатиме наданню йому належного лікування [40].

У Звіті «про психіатрію та права людини» Парламентської Асамблеї Ради Європи вказується, що ці два критерії умовно можна іменувати критеріями «небезпеки» (основний критерій) та «лікування» (додатковий

критерій). Автор звіту наголошує, що «додатковим критерієм може бути критерій лікування. Експерти, з якими були проведені консультації, воліють використовувати лише критерій небезпеки, але не виступають проти ідеї додаткового критерію лікування. Цілком зрозуміло, що вирішальний критерій є дуже серйозним та об'єктивним. Додатковий критерій включає багато суб'єктивних елементів» [46].

У Рекомендації 1235 Парламентської асамблеї Ради Європи «Психіатрія та права людини» передбачено, що слід розрізняти пацієнтів з особливими потребами та психічно хворих. Крім того, нею встановлено заборону на проведення лоботомії та електроконвульсивної терапії, якщо пацієнт, консультант чи опікун не дасть інформованої письмової згоди, і якщо рішення не буде підтверджене комісією, що складається виключно з експертів-психіатрів.

Також Рекомендація вимагає:

- точного і детального запису лікування, яке надається пацієнтові;
- відповідного медперсоналу, підготовленого для догляду за такими пацієнтами;
- вільного доступу пацієнтів до «консультанта», який не залежить від закладу;
- створення системи інспекцій, подібної до системи Європейського комітету з питань запобігання катуванням та нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню тощо [41].

Також Рекомендація вказує, що етичний кодекс повинен чітко передбачати, що терапевтам забороняється вступати у сексуальні стосунки з пацієнтами. При цьому використання ізоляторів повинно бути суворо обмежене, а також слід уникати розміщення пацієнтів у великих гуртожитках. Не слід використовувати також механічні обмежувачі. Застосування фармацевтичних засобів обмеження повинно бути пропорційним досягнутій меті. Наукові ж дослідження в галузі психічного

здоров'я не повинні проводитися без відома пацієнта або проти його волі або волі його представника, і повинні здійснюватися лише в інтересах пацієнта [41].

Конвенція про права людини та біомедицину (Конвенція Ов'єдо) чітко проголосила принцип вільної та поінформованої згоди на будь-яке лікування. Зокрема, відповідно до статті 5 цього документа, втручання в галузі охорони здоров'я може здійснюватися лише після того, як зацікавлена особа дасть на це вільну та інформовану згоду. Цій особі заздалегідь надається відповідна інформація щодо мети та характеру втручання, а також про його наслідки та ризики. При цьому зацікавлена особа може вільно відкликати згоду в будь-який час [21]. Стаття 5 визначає «автономію пацієнтів у їх стосунках із медичними працівниками та стримує патерналістські підходи, які можуть ігнорувати бажання пацієнта».

Стаття 6 Конвенції Ов'єдо спрямована на захист осіб, які не можуть дати згоду. Стаття 6 (3) визначає, що «якщо згідно із законом доросла людина не має можливості дати згоду на втручання через психічний розлад, хворобу або з подібних причин, втручання може здійснюватися лише з дозволу його представника або органу, передбачених законом. Зацікавлена особа, наскільки це можливо, бере участь у процедурі надання дозволу». Для того, щоб забезпечити значущу участь особи у прийнятті рішення, «потрібно буде пояснити їй значення та обставини втручання, а потім отримати її думку [31]».

Біла книга Ради Європи щодо захисту прав людини та гідності осіб, які страждають від психічних та поведінкових розладів, особливо тих, які перебувають у місцях примусового лікування передбачає фундаментальний принцип: лікування у всіх випадках повинно проводитися на благо пацієнта. Лікування завжди слід застосовувати у відповідь на визнаний клінічний симптом, воно повинне мати терапевтичну мету і, потенційну реальну клінічну користь, а не лише вплив на адміністративне, кримінальне, сімейне чи інше становище пацієнта. Отже, лікування не повинно мати іншої мети,

крім лікування симптому. Воно повинне відповідати медичній потребі, а не соціальній, сімейній чи економічній потребі [56].

Рекомендація Rec (2004) 10 щодо захисту прав людини та гідності осіб з психічними та поведінковими розладами по суті повторює ці вимоги. Так, стаття 12 документу передбачає, що лікування осіб з психічними розладами може проводитись лише за їх згодою, якщо він чи вона здатні надавати таку згоду, або, якщо особа не має можливості дати згоду, з дозволу представника чи органу влади, передбачених законом [43].

Пояснювальний звіт до Рекомендації Rec (2004) 10 підкреслює, що у разі розбіжності поглядів представника та лікаря на конкретне лікування, справа повинна бути передана до суду. Більше того, якщо рішення про лікування приймається в час, коли особа юридично не може дати свою згоду, як тільки зміниться правова ситуація, перед тим, як продовжувати лікування, слід вимагати власної згоди особи.

Важливу роль у цій сфері відіграють також Стандарти, розроблені Європейським комітетом проти катувань, нелюдського, та такого, що принижує гідність, поводження та покарання. Зокрема, безпосередньо застосовним до вказаної сфери є Стандарти «Поміщення особи до психіатричного лікувального закладу без її на те згоди» [76] та «Гамівні засоби в психіатричних лікувальних закладах для дорослих» [33].

У контексті ЄКПЛ примусове лікування зачіпає три ключових основних права: право на свободу від жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження (стаття 2 ЄКПЛ), право на свободу та особисту недоторканність (стаття 5 ЄКПЛ) та право на повагу до приватного життя (стаття 8 ЄКПЛ) [31].

Стаття 3 ЄКПЛ встановлює заборону катувань та інших форм жорстокого поводження. Проте існує порівняно небагато справ про примусове лікування, які стосувались статті 3. Провідною справою, пов'язаною з лікуванням психічного здоров'я, є справа *Herczegfalvy v. Austria*. Заявника було поміщено під опіку, і опікун погодився на лікування,

яке заявник оскаржував. Йому примусово вводили їжу та нейролептики, ізолювали та прикували наручниками до ліжка безпеки. У цій знаковій справі Суд виклав деякі принципи, якими керувалася його подальша юриспруденція. Зокрема, ЄСПЛ наголосив, що становище неповноцінності та безсилля, характерне для пацієнтів, які перебувають у психіатричних лікарнях, вимагає посилення пильності при перегляді дотримання Конвенції. Хоча на підставі визнаних норм медичної науки медичні органи повинні ухвалювати рішення щодо терапевтичних методів, які застосовуватимуться, якщо це необхідно, примусово, для збереження фізичного та психічного здоров'я пацієнтів, які цілком не можуть прийняти рішення такі пацієнти залишаються під захистом статті 3, вимоги якої не дозволяють відступів.

Встановлені принципи медицини, як правило, є вирішальними у таких випадках; зазвичай, захід, який є терапевтичною необхідністю, не може розглядатися як нелюдський або такий, що принижує гідність. Суд, тим не менше, повинен переконатися, що медична необхідність була переконливо доведена (§ 82) [9].

Подібна ситуація склалась у справі *H.L. v. The United Kingdom*: заявник, хворий на аутизм, демонстрував збуджену поведінку та показував схильність до завдання шкоди самому собі. Його лікар-куратор, з огляду на недовіру щодо заявника седативних препаратів, помістив останнього до лікарні, де той перебував кілька місяців поспіль. Пацієнт не виказував бажання втекти, тому щодо нього не було застосовано формальних процедур, передбачених національним законодавством, яке дозволяло примусово ушпиталити особу, небезпечну для самої себе. Тим не менш, згодом заявник скаржився на неправомірне обмеження його свободи відповідно до статті 5 ЄКПЛ, з чим погодився і ЄСПЛ, вказавши, що на національному рівні недостатньо уваги звернули на особливий стан заявника, який не давав його змоги реально оцінити своє утримання у лікарні [8].

У менш екстремальних випадках примусовий медичний огляд буде розглядатися відповідно до статті 8 ЄКПЛ, яка гарантує право на повагу до

приватного життя. Суд постановив, що «тіло людини стосується найінтимнішого аспекту приватного життя. Таким чином, обов'язкове медичне втручання, навіть якщо воно є незначним, є втручанням у це право». Втручання буде порушенням статті 8 лише у випадку, якщо частина 2 статті 8 ЄКПЛ не виконується. Сюди входить необхідність продемонструвати, що цей захід не відповідав національному законодавству, не був необхідним у демократичному суспільстві та не здійснювався в інтересах, серед іншого, охорони здоров'я або захисту прав і свобод інших осіб. У справі *Matter v. Slovakia* примусовий медичний огляд заявника в психіатричній лікарні вважався не виправданим через непропорційність [11].

У справі *Storck v. Germany* суд встановив порушення статті 8 ЄКПЛ, оскільки примусове лікування було застосовано за обставин, за яких відповідну особу затримали самовільно та проти її волі [16]. Аналогічним чином, у справі *Shorov v. Bulgaria*, ЄСПЛ встановив порушення статті 8, оскільки примусовий режим, накладений на заявника, не переглядався судом регулярно, всупереч національному законодавству [14]. У справі *Fyodorov and Fyodorova v. Ukraine* суд визнав порушення статті 8 через те, що першого заявника було піддано незаконній психіатричній експертизі проти його волі та встановлено діагноз: хронічний маревний розлад [7].

Європейська конвенція з прав людини прямо передбачає позбавлення свободи на підставі «неясного розуму» (фраза, що відображає термінологію 1950-х років, коли Конвенція була прийнята). Європейський суд з прав людини у своїх справах встановив цілу низку критеріїв, таких як тип, тривалість, наслідки та спосіб здійснення відповідного заходу, які необхідно враховувати при обмеженні свободи особи у зв'язку із застосуванням примусового лікування. Загалом встановлено, що особа може бути затримана, якщо у неї є психічні проблеми, що вимагають обов'язкового ушпиталення. Таке ув'язнення може бути необхідним, якщо особа потребує лікування або якщо особа «потребує контролю та нагляду, щоб запобігти їй, наприклад, заподіяти шкоди собі та іншим». Суд вказав на необхідність

інформувати пацієнта про причини затримання та на необхідність регулярних судових переглядів обґрунтованості затримання особи [31].

Для того, щоб правильно оцінити ситуацію, прецедентна практика ЄСПЛ вимагає кваліфікованої медичної оцінки на основі фактичного стану психічного здоров'я людини, а не лише минулих подій. Подальші роз'яснення щодо крайніх значень, яких необхідно дотримуватися для позбавлення волі, щоб відповідати вимогам статті 5, викладені у справі *Winterwerp v. the Netherlands*, де суд зазначив: «Сама природа того, що справжній психічний розлад має бути встановлено компетентним національним органом, вимагає об'єктивної медичної експертизи. Крім того, психічний розлад повинен мати такий вид або ступінь, що передбачає примусове ув'язнення. Більше того, правомірність продовження ув'язнення залежить від стійкості такого розладу [17]» (§ 39).

Що стосується **національного стандарту** поводження з особами, які мають розлади психіки чи поведінки у контексті примусового лікування, то він визначається Кримінальним кодексом, Кримінальним процесуальним кодексом та деякими актами підзаконного характеру. Серед останніх тривалий час діяв Наказ МОН «Порядок застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які хворіють на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння, у психіатричній лікарні із суворим наглядом» № 397 від 08.10.2001. У 2017 році він був замінений Наказом МОН «Про затвердження Правил застосування примусових заходів медичного характеру в спеціальному закладі з надання психіатричної допомоги» від 31.08.2017 № 992. Як наголошує К.Б. Наровська, примусове лікування (огляд, обстеження, нагляд, госпіталізація) є правообмеженням, що застосовується у дуже важливій сфері суспільних відносин, пов'язаних з реалізацією особою особистих немайнових прав, що забезпечують її фізичне існування та соціальне буття. Тому здійснюватися таке правообмеження повинне лише за виключних обставин, коли це є єдиним способом убезпечити особисте та суспільне здоров'я, загальнолюдські цінності. Саме так буде дотримано

принцип відповідальності суб'єкта права, бо межею здійснення будь-якого права є відсутність шкоди правам і законним інтересам інших осіб [75].

Відповідно до статті 96 Кримінального кодексу України, примусове лікування може бути застосоване судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили кримінальні правопорушення та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб. У разі призначення покарання у вигляді позбавлення волі або обмеження волі примусове лікування здійснюється за місцем відбування покарання. У разі призначення інших видів покарань примусове лікування здійснюється у спеціальних лікувальних закладах [70].

У той же час, примусовими заходами медичного характеру вважається надання амбулаторної психіатричної допомоги, поміщення особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, що підпадає під ознаки діяння, передбаченого Особливою частиною КК України, в спеціальний лікувальний заклад з метою її обов'язкового лікування, а також запобігання вчиненню нею суспільно небезпечних діянь (стаття 92 КК України).

Серед видів примусових заходів медичного характеру стаття 94 КК виділяє:

- 1) надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- 2) госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги із звичайним наглядом;
- 3) госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги з посиленням наглядом;
- 4) госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги із суворим наглядом [70].

А.М. Яценко вказує, що підставою для застосування примусового лікування є сукупність юридичного та медичного критеріїв:

- 1) наявність у діянні винного ознак складу злочину;

2) наявність у особи хвороби, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб [88].

Загалом, підсумовуючи, зазначимо, що примусове лікування особи становить серйозне втручання в її основні права – у право на приватність, свободу та особисту недоторканність, право не зазнавати катування, нелюдського, та такого, що принижує гідність, поводження та покарання тощо. Саме тому примусове лікування має бути крайнім заходом, який не має застосовуватись у разі, якщо існує можливість вдатись до менш обтяжливих підходів. Ми вважаємо, що для того, щоб встановлення щодо особи примусового лікування вважалось виправданим, необхідною є наявність двох складових: матеріальної та процедурної. Матеріальною підставою є наявність в особи стійкого психічного чи поведінкового розладу, який існує і на момент ушпиталення особи. Крім того, такий розлад має становити загрозу для самої особи чи для тих, хто її оточує. Процедурною підставою є наявність відповідної експертизи, проведеної незалежним компетентним органом і підтверженої рішенням суду. За можливості також необхідно отримати поінформовану згоду особи, до якої застосовуватиметься примусове лікування. Утримання особи у відповідному психіатричному закладі повинне періодично піддаватись перегляду компетентним органом для того, щоб відразу припинити примусове лікування особи, якщо у ньому вже немає потреби.

Особа, яка необґрунтовано піддавалась примусовому лікуванню, має право вимагати компенсації завданих їй матеріальної та моральної шкоди і фізичних страждань.

РОЗДІЛ 3. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ЧИ ПОВЕДІНКИ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

3.1. Проблеми забезпечення прав осіб з розладами психіки чи поведінки в Україні

Стандарти захисту прав осіб, які мають розлади психіки чи поведінки, доволі детально розроблені як у міжнародному праві і правозастосовній практиці, так і у національному праві. Тим не менш, наразі рано говорити про те, що права осіб з психічними та поведінковими розладами повністю забезпечені і не порушуються. У цьому підрозділі ми спробуємо окреслити основні, на наш погляд, проблеми у вказаній сфері, а у наступному – запропонувати шляхи вирішення вказаних проблем.

Отже, на рівні Європи психічне здоров'я, його розвиток і збереження є одним із пріоритетів державної політики. Наприклад, Європейський план забезпечення психічного здоров'я на 2013-2020 роки, розроблений Європейським регіональним офісом ВООЗ, передбачає основні та наскрізні цілі.

Чотири основні цілі:

а) кожна людина має рівні можливості реалізувати психічне благополуччя протягом усього свого життя, особливо ті, хто є найбільш вразливим або в зоні ризику;

б) люди з проблемами психічного здоров'я – це громадяни, права людини яких цінують, захищають та пропагують;

с) послуги з охорони психічного здоров'я доступні за ціною та у громаді відповідно до потреб; і

д) люди мають право на шанобливе, безпечне та ефективне лікування.

Три наскрізні цілі:

е) системи охорони здоров'я забезпечують якісну фізичну та психічну охорону здоров'я для всіх;

ф) системи психічного здоров'я працюють у добре скоординованому партнерстві з іншими секторами; і

г) управління психічним здоров'ям та його забезпечення зумовлені якісними інформацією та знаннями [51].

При цьому автори документа свідомі викликів, які стоять перед системою психічного здоров'я у Європі. Серед таких проблем – зростання числа депресій і невротичних розладів, харчові розлади та гендерна дисфорія, захворювання, зумовлені стресом та комунікативні проблеми. Всі ці розлади спричиняють негативний вплив на якість життя людей та на економічне становище держави в цілому. Україна не є винятком серед держав, громадяни яких все частіше страждають та розлади психіки та поведінки.

Автори Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, аналізуючи проблеми у сфері охорони психічного здоров'я в Україні, вказують на:

- слабку обізнаність щодо психічного здоров'я у суспільстві, що спричиняє стигматизацію та несвоєчасне звернення по професійну допомогу;
- недосконалість національного законодавства щодо психічного здоров'я та часті порушення прав людей з розладами психіки чи поведінки;
- відсутність системи профілактики психічних розладів та ефективної популяризації психічного здоров'я;
- недосконалість нормативного регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я;
- низький рівень кадрового забезпечення психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, який залучається до надання допомоги у сфері психічного здоров'я;
- надмірну зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та інтернатних закладах системи

соціального захисту та, відповідно, низьку доступність психологічної та психотерапевтичної допомоги, дефіцит служб, які б базувалися на рівні територіальних громад, реабілітаційних і соціальних послуг;

– відсутність систем підтриманого працевлаштування та зайнятості, підтриманого проживання, неефективність системи підтримки сімей осіб, які доглядають за особами з психічними захворюваннями, а також неналежний рівень розвитку кризової психологічної допомоги та програм раннього втручання на рівні територіальних громад;

– недостатню диференційованість надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я тощо [79].

Аналіз Щорічної доповіді Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2019 рік дає змогу виділити принаймні такі проблеми:

– Відсутність заходів щодо посилення соціалізації осіб з розладами психіки чи поведінки за допомогою механізмів працевлаштування. Зокрема, наразі державою не розроблено жодних механізмів позитивної стимуляції роботодавців, які наймають осіб з розладами психіки чи поведінки [87].

– Порушення правил поводження з особами, які мають розлади психіки чи поведінки, у місцях несвободи, де їх утримують. Зокрема, омбудсман наголошує, що поширеними є факти жорстокого поводження, пов'язані із надмірною ізоляцією підопічних, застосуванням непередбачених законодавством засобів фіксації (наприклад, одягу з подовженими рукавами для зав'язування рук – та званих «гамівних сорочок»), встановленням неформальної ієрархії підопічних, завдяки чому частина таких осіб, допомагаючи персоналу у виконанні певної роботи, отримує можливість за мовчазної згоди останнього застосовувати насильство щодо інших підопічних. При цьому в установах надання психіатричної допомоги доволі часто не здійснюється фіксація фактів отримання травм підопічними, їх

причини і умови для подальшого вжиття заходів. Не ведеться розслідування випадків травматизму підопічних, відсутні акти перевірок нещасних випадків. Продовжується практика застосування фізичного обмеження та/або ізоляції без документального підтвердження цього факту. Наприклад, у Дніпрянському психоневрологічному будинку-інтернаті Херсонської обласної ради підопічні вказали, що за порушення ними порядку та спроби втечі їх карають тим, що прив'язують до прибитої до підлоги залізної скоби на ланцюг. Про зазначений факт свідчили сліди на щиколотках дітей, що залишилися після фіксації, та зазначена скоба у підлозі [87].

– Практика необґрунтованих обмежень пацієнтів у закладах надання психіатричної допомоги. Особи, які госпіталізовані добровільно, не мають змоги самостійно виходити за межі відділень, що не сприяє створенню позитивного терапевтичного середовища. Двері входу до відділень і кабінетів часто зачинені на замки вагонного типу, що було передбачено правилами влаштування і експлуатації психіатричних лікарень, затверджених МОЗ СРСР 15.04.1977, які наразі втратили чинність. Наприклад, в Одеській обласній клінічній психіатричній лікарні № 41 та Полтавській обласній психіатричній лікарні № 2 «Снітино» пацієнти під час візиту моніторів Уповноваженого верховної ради з прав людини перебували в зачинених прогулянкових двориках під наглядом персоналу, без дозволу якого не могли зайти до відділення [87].

– Випадки ненадання необхідного соматичного лікування пацієнтам, які тривалий час перебувають на лікуванні в закладах надання психіатричної допомоги. Зокрема, у Буданівській обласній психіатричній лікарні було виявлено недієздатну хвору Б., яка має злякисне новоутворення молочної залози. Вона стверджувала, що у лікарні перебуває більш як чотири роки, але ніякого лікування у зв'язку з онкологічним захворюванням не отримує, бо відмову написав її опікун [87].

– Випадки поміщення дітей у психіатричні заклади без додержання законодавчо встановленої процедури; переведення дітей із закладу в заклад; перебування дітей в будинку дитини після досягнення віку вибуття, порушення порядку влаштування дітей до таких закладів. Наприклад, у Терпіннівській спеціальній школі-інтернаті Запорізької обласної ради спочатку батьками подавались заяви про зарахування дітей до закладу і лише після цього надавався висновок інклюзивно-ресурсного центру про доцільність навчання дитини у спеціальній школі-інтернаті [87].

Варто зазначити, що доволі багато закладів надання психічної допомоги діють «за старими правилами», використовуючи методи і засоби, які були дозволені у минулому, але наразі не відповідають вимогам законодавства. У таких закладах переважно не вистачає засобів, які б відповідали вимогам загальноприйнятих стандартів поводження з особами, які мають розлади психіки чи поведінки. Крім того, проблемою залишається набір висококваліфікованого персоналу, який би взаємодіяв з особами, які перебувають у закладах надання психіатричної допомоги, без порушення прав останніх.

Частково погодимось із Д.А. Чернушенко, яка зауважує, що незважаючи на те, що в цілому законодавчо в Україні забезпечені презумпція психічного здоров'я особи та забезпечена конфіденційність інформації про неї, можна констатувати, що Закон «Про психіатричну допомогу» в аспекті механізму його впровадження фактично є декларацією про наміри. Можна стверджувати, що для України особливо гостро стоїть питання не нормативно-правової бази в питанні дотримання та захисту прав особи, яка страждає психічними розладами, а в забезпеченні механізму захисту прав людини в аспекті надання психіатричної допомоги [85]. При цьому варто наголосити, що Україна все ще не імплантувала низку міжнародних стандартів, які необхідні для належного врегулювання процесів надання психіатричної допомоги, але навіть розробка і ухвалення таких стандартів не

знімуть повністю проблеми щодо дотримання прав і свобод осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки.

Крім того, варто наголосити на низці проблем, які стосуються належної соціалізації осіб з розладами психіки чи поведінки. Доволі часто прийом на роботу таких осіб стикається із нерозумінням з боку їх колег чи клієнтів. Залишається високим рівень несприйняття інклюзивної освіти з боку окремих працівників закладів освіти та батьків здобувачів освіти, що потребує проведення широкої роз'яснювальної кампанії та популяризації інклюзивної освіти в Україні.

Загалом, підсумовуючи викладене вище, вкажемо на такі проблеми, що, на нашу думку, існують в Україні з дотриманням прав осіб, які страждають на психічні чи поведінкові розлади:

1) Проблеми із забезпеченням права осіб з розладами психіки чи поведінки на здоров'я та медичну допомогу. До таких, на нашу думку, варто віднести загалом доволі низький рівень надання медичної допомоги в Україні. Заклади охорони здоров'я є критично недофінансованими, що призводить до відсутності як належних засобів та препаратів, так і до відтоку кваліфікованих медиків у інші сфери діяльності. Крім того, пацієнти переважно спілкуються із спеціалістами так званої «першої ланки» медичної допомоги, які переважно звертають мало уваги на лікування психологічних станів і часто можуть їх не діагностувати. Незважаючи на те, що формально медична допомога в Україні є безкоштовною, не всім пацієнтам вдається отримати належне лікування без капіталовкладень. Запроваджена нещодавно програма «Доступні ліки», яка дозволяє отримати деякі препарати безкоштовно або із незначною доплатою, не поширюється на препарати, призначені для осіб, які мають розлади психіки чи поведінки.

2) Проблеми із соціалізацією осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки. Практично на всіх етапах свого життя особи з розладами психіки чи поведінки стикаються із неприйняттям та стигматизацією. Загалом, право таких осіб перебувати у громаді доволі часто

ігнорується на користь закладів психіатричної допомоги ізоляційного типу. Позитивним кроком варто вважати запровадження інклюзивної освіти у школах, проте, як вже зазначалось вище, часто такі заходи стикаються із неприйняттям і нерозумінням з боку педагогів, їх учнів та батьків. Доволі часто програми навчання не пристосовані до вивчення особами з особливими освітніми потребами. Крім того, запровадження інклюзивного навчання потребує підвищення кваліфікації для тих педагогів, які будуть працювати з дітьми, які мають розлади психіки чи поведінки. На наступному етапі життя особи з розладами психіки чи поведінки доволі часто стикаються із проблемами при влаштуванні на роботу. Роботодавці не зацікавлені наймати осіб з розладами психіки чи поведінки, адже існує стереотип про їх конфліктність та низьку працездатність. Також для окремих роботодавців особи з інвалідністю (у тому числі – з причин психічних чи поведінкових розладів) є «невигідними» працівниками, так як КЗпП встановлює щодо них низку додаткових гарантій (наприклад, заборону залучення осіб з інвалідністю до надурочних робіт та робіт у нічний час без їх згоди, статті 55, 63 КЗпП [67]). Крім того, такі особи часто стигматизуються своїми колегами. Держава, крім встановлення імперативної норми щодо працевлаштування осіб з інвалідністю у статті 18 ЗУ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (Підприємства, установи, організації, фізичні особи, які використовують найману працю, зобов'язані виділяти та створювати робочі місця для працевлаштування осіб з інвалідністю, у тому числі спеціальні робочі місця, створювати для них умови праці з урахуванням індивідуальних програм реабілітації і забезпечувати інші соціально-економічні гарантії, передбачені законодавством, надавати державній службі зайнятості інформацію, необхідну для організації працевлаштування осіб з інвалідністю, і звітувати Фонду соціального захисту інвалідів про зайнятість та працевлаштування осіб з інвалідністю у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України [65]) не встановлює жодних стимуляційних заходів щодо заохочення роботодавців наймати осіб з інвалідністю. З

певними проблемами особи з інвалідністю стикаються також на етапі створення сім'ї на народженні дітей.

Позитивною тенденцією варто назвати те, що строки визнання особи недієздатною чи обмежено дієздатною наразі обмежені 2 роками – надалі необхідно продовжити терміни дії відповідного судового рішення. Також скасування відповідного рішення суду зараз можливе і за позовом самої особи, визнаної недієздатною чи обмежено дієздатною (частини 3,4 статті 300 Цивільного процесуального кодексу України [84]).

Також дещо суперечливою вбачається норма статті 143 Сімейного кодексу України, яка дозволяє не забирати дитину з пологового будинку або іншого закладу охорони здоров'я, якщо вона має істотні вади психічного розвитку [81]. Негативним фактором також вважаємо практику позбавлення батьківських прав осіб, які мають розлади психіки чи поведінки. Хоча Сімейний кодекс не містить такої підстави позбавлення батьківських прав як наявність у особи розладу психіки чи поведінки, у окремих провадженнях позивачі посилаються на такі розлади у позовах про позбавлення батьківських справ. Зокрема, у справі № 2207/1782/11 (рішення Ізяславського районного суду Хмельницької області від 28 грудня 2012 р), позивачі стверджували, що мати дитини має бути позбавлена батьківських прав на підставі того, що вона страждає параноїдальною шизофренією, безперервним типом перебігу зі стабільним дефектом, внаслідок чого не може розуміти значення своїх дій та керувати ними [78].

3) Проблеми, пов'язані зі здійсненням примусового лікування. Видається, що саме у цій сфері відбувається найбільше порушень прав людини. Особи, які мають розлади психіки чи поведінки доволі часто зазнають жорстокого поводження у закладах надання психіатричної допомоги. Частково це пов'язано із низькою кваліфікацією персоналу, частково – з відсутністю належного фінансування таких закладів, частково – із недосконалістю нормативного регулювання. Йдеться насамперед про не передбачені законом обмеження пацієнтів, використання заборонених

законом засобів фіксації, ненадання медичної допомоги щодо інших захворювань особам, які перебувають у закладах психіатричної допомоги, невнесення до документації пацієнта випадків застосування до нього ізоляції чи засобів фіксації, неможливість для осіб з розладами психіки чи поведінки спілкуватись зі своїми представниками, правозахисниками та адвокатами тощо.

Пропозиції щодо вирішення вказаних проблем ми надамо у підрозділі 3.2

3.2. Перспективи удосконалення механізму захисту прав осіб з розладами психіки чи поведінки в Україні

Вбачається, що механізм забезпечення прав і свобод осіб з розладами психіки чи поведінки в Україні, на жаль, далекий від ідеалу. У попередньому підрозділі ми вказали на низку проблем, які стосуються дотримання стандартів поводження з особами, які мають розлади психіки чи поведінки. На нашу думку, для їх вирішення потрібно буде вжити низки заходів, які кореспондуватимуться зі світовими тенденціями захисту психічного здоров'я. Зокрема, вважаємо, що основними принципами і цінностями реформування у цій сфері мають стати:

а) Чесність: кожному дається можливість досягти найвищого рівня психічного благополуччя та пропонується підтримка, пропорційна його потребам. Нівелюються будь-які форми дискримінації, упереджень або нехтування, які перешкоджають досягненню повних прав людей з проблемами психічного здоров'я та рівному доступу до медичної допомоги.

б) Розширення прав і можливостей: усі люди з проблемами психічного здоров'я мають право протягом усього життя бути автономними, маючи можливість нести відповідальність і брати участь у всіх рішеннях, що впливають на їхнє життя, психічне здоров'я та добробут.

с) Безпека та ефективність: люди можуть бути переконаними, що всі заходи безпечні та ефективні, здатні принести переваги для психічного здоров'я населення або добробуту людей з проблемами психічного здоров'я [51].

При цьому, як вже зазначалось вище, одним із найбільших викликів для забезпечення права на медичну допомогу для осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки, є нестача належного фінансування. Як наголошує А.А. Романова, фінансове забезпечення права людини на здоров'я можливо прослідкувати через фінансове забезпечення охорони здоров'я [80]. У законодавство окремих країн включено конкретні положення щодо ресурсів та фінансування служб психічного здоров'я. У ньому вказується куди слід витратити ресурси, тим самим забезпечуючи належне забезпечення у таких сферах, як охорона психічного здоров'я та програми профілактики та пропаганди. Тим не менш, більшість законодавчих актів про психічне здоров'я не стосуються безпосередньо фінансування. Ці питання залишаються за сферами бюджету та політики.

Прикладами чотирьох способів, якими законодавство може спрямовувати фінансування, є:

1) Фінансування на тих же засадах, що і охорону фізичного здоров'я – у багатьох країнах психічне здоров'я дещо «відстає» від фізичного здоров'я у стандартах догляду. Законодавство може проголосити, що до людей з розладами психіки чи поведінки слід ставитись на засадах рівності з людьми, які мають проблеми з фізичним здоров'ям. Наприклад, законодавство може передбачати, що особи з розладами психічного здоров'я повинні мати право отримувати лікування за тією ж якістю та стандартами, що й особи, які отримують інші види медичного лікування. Без прямого згадування фінансів, це, здавалося б, просте і нешкідливе твердження може змусити владу виділити додаткові ресурси на охорону психічного здоров'я, щоб задовольнити законодавчу вимогу рівності рівнів охорони психічного здоров'я до рівня охорони фізичного здоров'я [25].

2) Додаткове фінансування – там, де законодавство визначає вимогу щодо медичних послуг для осіб з розладами психіки чи поведінки, вона має бути юридично обов'язковою. Наприклад, якщо закон визначає, що особи з гострими психічними розладами, які звертаються за добровільною допомогою, повинні лікуватися в загальній лікарні, держава повинна передбачити для них таку можливість. Подібним чином, якщо законодавчо закріплено певне право, яке зачіпає державний заклад охорони здоров'я (наприклад, право на приватність), органи влади несуть обов'язок забезпечити наявність необхідної інфраструктури та ресурсів для здійснення цього права [25].

3) Перенаправлення фінансування – законодавство може визначити інший спосіб надання медичної допомоги в галузі охорони психічного здоров'я. Наприклад, тоді як попереднє законодавство могло передбачати, що більшість людей отримують допомогу в психіатричних закладах, новий закон може стверджувати, що переважна частина осіб з розладами психіки чи поведінки повинна отримувати психіатричну допомогу в межах своїх місцевих громад. Без будь-яких фінансових положень як таких, законодавство передбачає, що має відбутися перенаправлення фінансування від лікарень до місцевих громад [25].

4) Фінансування статутних органів – коли законодавство передбачає створення такої структури, як комісія з оцінки психічного здоров'я або суд з оцінки психічного стану – органи влади повинні створити такий орган. Однак перед ухваленням такого законодавства відповідне міністерство має забезпечити, за допомогою будь-яких механізмів, що діють у його країні, наявність додаткового фінансування для органів, що здійснюють такі перевірки [25].

Варто зауважити, що формально в Україні встановлено перший підхід до фінансування лікування розладів психіки чи поведінки. Тим не менш, заклади психіатричної допомоги, як і загалом всі медичні заклади, є хронічно недофінансованими. Вважаємо, що покращення у цій сфері можливі у

випадку, якщо Україна змінить підхід до терапії осіб, які мають розлади психіки чи поведінки і звернеться, у першу чергу, до реабілітації, де це можливо, у рамках громади. З одного боку, це дозволить полегшити соціалізацію осіб з розладами психіки чи поведінки, з іншого боку – така терапія є менш витратною з фінансової точки зору. Загалом, зміна парадигми терапії дозволить дещо скоротити мережу закладів, у яких надають психіатричну допомогу, що дозволить економити на утриманні приміщень та заробітній платі для персоналу. У той же час, що меншою буде мережа закладів, то легше буде її забезпечити висококваліфікованими фахівцями. Тобто, нам видається, що світовий досвід акценту на терапії у межах громади буде надзвичайно добре пасувати до українських реалій.

У питаннях соціалізації осіб, які мають розлади психіки чи поведінки, надзвичайно важливим нам видається продовження впровадження інклюзивної освіти. Для цього необхідно, крім організаційних заходів, проводити широку просвітницьку кампанію, спрямовану на роз'яснення основних складових і завдань інклюзивної освіти. Так само важливим є підвищення кваліфікації педагогів, які працюватимуть з інклюзивними класами, щоб вони розуміли особливості навчання дітей з особливими освітніми потребами.

Надзвичайно важливим нам видається створення заохочувального механізму, який стимулюватиме підприємців до найму на роботу осіб, які мають розлади психіки чи поведінки. Наразі ПКМУ від 31 січня 2007 р. № 70 затверджено Порядок сплати підприємствами, установами, організаціями та фізичними особами, що використовують найману працю, суми адміністративно-господарських санкцій та пені за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю, проте немає позитивних стимулів до створення робочих місць для людей, які страждають на розлади психіки чи поведінки [77]. Вбачається, що пільги зі сплати ЄСВ на кожного працівника з числа тих, які мають розлади психіки чи поведінки, були б додатковим стимулом для соціалізації таких осіб.

Проте, видається, що найбільше проблем виникає у сфері реалізації примусового лікування та примусового ушпиталення. Зокрема, дослідники, на основі аналізу закордонного досвіду, пропонують вжити у цій сфері таких заходів:

а) застосовувати примусове лікування не тільки до осіб, які мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб, а й до алкоголіків, наркоманів і токсикоманів, адже, як свідчить зарубіжний досвід, цей захід усе ж є ефективним і дієвим інструментом превентивного, виправного та лікувального впливу на осіб із кримінальною поведінкою;

б) конкретизувати та уточнити мету примусового лікування;

в) визначити межі тривалості примусового лікування, наприклад, мінімального чи максимального строку, що відображено в законодавстві Англії, Італії, Іспанії, Данії, Польщі тощо;

г) установити судову заборону відвідувати особою заклади, де реалізують алкогольні напої (практика Італії та Лівану) [61].

Вважаємо, що моніторинг умов утримання осіб з розладами психіки чи поведінки має бути постійним і систематичним для того, щоб усунути випадки прямого порушення законодавства. Крім того, видається за доцільне:

– Для забезпечення належного поводження з особами, які перебувають у закладах надання психіатричної допомоги, Міністерство охорони здоров'я України має привести у відповідність до вимог стандартів Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню «Гамівні засоби в психіатричних лікувальних закладах для дорослих» (СРТ/Inf (2017) Правила застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 березня 2016 року № 240 [72], зокрема, щодо заборони при застосуванні фізичного обмеження: у присутності інших

пацієнтів; без сертифікованих ременів фіксації, з використанням ліжок з панцерними сітками, а також щодо визначення процедур хімічної фіксації.

– Для запобігання випадків неправомірного фізичного впливу на осіб, які мають розлади психіки чи поведінки, з боку співробітників закладів, де надають психіатричну допомогу, МОЗ було б варто розробити та затвердити проєкт наказу щодо забезпечення унормування порядку проведення тілесного огляду при госпіталізації та під час перебування в закладах з надання психіатричної допомоги, опитування щодо тілесних ушкоджень і фіксації їх виявлення, а також повідомлення про них відповідні правоохоронні органи.

– Для уникнення психологічного тиску на осіб, які проходять терапію, встановити правила щодо свободи пересування осіб у закладах, які надають психіатричну допомогу, якщо це дозволяє стан осіб. Крім того, усунути обладнання, яке вже не відповідає законодавству. Зокрема, двері входів до відділень і кабінетів часто зачиняють на замки вагонного типу, що передбачено правилами влаштування і експлуатації психіатричних лікарень, затверджених МОЗ СРСР 15.04.1977, які наразі втратили чинність. Жодними чинними нормативно-правовими актами не передбачено такий порядок експлуатації закладів охорони здоров'я. Більше того, таке обладнання приміщень суперечить статті 25 Закону України «Про психіатричну допомогу», відповідно до якої особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на її одержання в найменш обмежених відповідно до їх психічного стану умовах. Так само МОН рекомендовано затвердити Санітарний регламент для закладів, у яких надають психіатричну допомогу.

– Для зменшення випадків порушення прав людини та для приведення законодавства в Україні у відповідність із Концепцією розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, МОЗ рекомендується розробити план заходів на виконання вказаної Концепції. Крім того, варто було б затвердити стандарт надання стаціонарної

психіатричної допомоги відповідно до статті 1 Закону України «Про психіатричну допомогу» і вимоги до медичних послуг, які надаються в стаціонарних умовах.

– Для захисту неповнолітніх та малолітніх осіб з розладами психіки чи поведінки, які перебувають у закладах надання психіатричної допомоги, рекомендується Міністерству соціальної політики України та Міністерству охорони здоров'я України розробити спільний наказ щодо організації та надання медичної допомоги підопічним/ вихованцям стаціонарних інтернатних установ системи соціального захисту населення (щодо визначення умов та виду надання медичної допомоги в інтернатних установах, який би містив правила щодо періодичності проведення медичного огляду підопічним, механізму взаємодії лікарів та медичного персоналу інтернатних установ з надавачем первинної, вторинної, третинної медичної допомоги тощо.

– Для того, аби особи з розладами психіки чи поведінки могли реагувати на порушення їх прав закладами, де надають психіатричну допомогу, Міністерству юстиції України рекомендується розробити та затвердити план проведення правопросвітницьких заходів для населення з метою підвищення правової обізнаності, інформування населення про їхні права і свободи, в тому числі осіб, які перебувають у закладах надання психіатричної допомоги різних типів, представниками центрів безоплатної вторинної правової допомоги, забезпечити регулярність закладів надання психіатричної допомоги адвокатами безоплатної вторинної правової допомоги.

– Для створення для осіб з психічними чи поведінковими розладами більш ефективних механізмів захисту їх прав і недопущення зловживання правами опікунами та піклувальниками таких осіб, пропонуємо частину 2 статті 300 Цивільного процесуального кодексу України викласти у такій редакції:

«2. Суд за заявою органу опіки та піклування чи особи, призначеної піклувальником або опікуном, у місячний строк звільняє її від повноважень піклувальника або опікуна і призначає за поданням органу опіки та піклування іншу особу, про що постановляє ухвалу. Суд за заявою особи, над якою встановлено опіку чи піклування, може звільнити опікуна чи піклувальника від його повноважень і призначити за поданням органу опіки та піклування іншого опікуна чи піклувальника, про що постановляє ухвалу.

Суд розглядає питання про звільнення опікуна або піклувальника в судовому засіданні з повідомленням заінтересованих осіб. Неявка цих осіб не перешкоджає розгляду питання про звільнення опікуна або піклувальника».

Вважаємо, що вжиття таких заходів дозволить поліпшити ситуацію із дотримання прав і свобод осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки, в Україні і привести національні стандарти поводження з такими особами у відповідність до міжнародних.

ВИСНОВКИ

Виконання цього дослідження дозволило нам дійти таких висновків:

1) Законодавці різних держав світу по-різному підходять до формулювання поняття, яке має використовуватись для позначення осіб з психічними чи поведінковими розладами. Доволі частими є використання термінів «неясний розум», «психічна хвороба», «психічна (розумова) інвалідність» тощо. При цьому, кожне із вказаних понять має власний зміст і передбачає певний контекст використання. Загалом, застосування кожного окремого терміну чітко резонує із тими потребами і викликами, які стояли перед законодавцем, та тими сферами суспільних відносин, які він мав за належне врегулювати. Ми у цьому дослідженні переважно будемо послуговуватись поняттями «поведінковий чи психічний розлад» та «особи з розладами психіки чи поведінки» як найбільш широкими за змістом.

Так само, ми у роботі сформулювали власне визначення поняття «особи з розладами психіки чи поведінки»: *«особи з розладами психіки чи поведінки – такі особи, в яких наявні синдроми, що характеризуються клінічно значущими порушеннями в пізнанні, емоційній регуляції або поведінці людини, пов'язані з порушеннями особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної чи інших важливих сфер функціонування».*

2) При цьому міжнародні акти універсального та регіонального характеру прагнуть до встановлення як загальних стандартів захисту прав людини, так і захисту прав окремих категорій осіб, у тому числі – осіб з розумовими та поведінковими розладами. Крім того, існує низка актів, спрямованих безпосередньо на захист прав осіб з такими розладами. Аналіз останніх дозволяє дійти висновку, що основними стандартами поводження з особами з розумовими та поведінковими розладами є:

а) Визнання за особами, які мають розлади психіки чи поведінки всього набору прав і свобод, які закріплені національним законодавством та

міжнародними актами. При цьому реалізація таких прав має здійснюватись без будь-якої дискримінації – як прямої, так і непрямой. Неприпустимою є ситуація, коли особа зазнає обмеження її прав тільки на підставі констатації у неї розладу психіки чи поведінки;

б) У той же час, особи з розладами психіки чи поведінки володіють і деякими специфічними правами або реалізують деякі загальні права специфічно. Першим із таких специфічно реалізовуваних прав є право на здоров'я та медичну допомогу. Іншим виділеним нами специфічним правом варто вважати право на соціалізацію. Це право включає в себе можливість створювати сім'ю, мати дітей та підтримувати з ними зв'язки, отримувати освіту та влаштовуватись на роботу. Право на свободу та особисту недоторканність реалізується доволі специфічно з огляду на можливість застосування до осіб з розладами психіки чи поведінки примусового лікування. Примусове лікування має бути крайнім заходом, до якого варто вдаватись тільки у разі, якщо менш обтяжливі заходи очевидно не дадуть результату.

3) Право на здоров'я та медичну допомогу закріплене на всіх – універсальному, регіональному та національному – рівнях правового регулювання. При цьому на державу покладається обов'язок створити належну мережу медичних закладів (у тому числі у місцях несвободи, де утримуються особи з розладами психіки чи поведінки), здійснювати належний контроль професійних якостей та якості роботи медичних працівників і надавати належні медикаменти за доступними цінами або безкоштовно. У разі, якщо відбулось неналежне надання медичної допомоги, держава повинна провести ефективне і безсторонне розслідування такого інциденту. При цьому обов'язково враховувати, що особи з розладами психіки чи поведінки є більш вразливими порівняно з іншими особами і не за всіх обставин можуть належним чином сформулювати скарги чи свої вимоги. Тому державні органи мають з особливою ретельністю слідкувати за якістю

медичної допомоги, яка надається особам з психічними чи поведінковими розладами.

4) Право на соціалізацію осіб з розладами психіки чи поведінки є надзвичайно важливим для терапії таких осіб. Позитивною тенденцією в Україні варто назвати впровадження інклюзивної освіти для дітей з особливими освітніми потребами. Щодо інших заходів, спрямованих на соціалізацію осіб з розладами психіки чи поведінки, то їх реалізація в Україні все ще залишається на доволі низькому рівні. Такі особи надзвичайно часто стикаються зі стигматизацією, неможливістю працевлаштуватися чи підтримувати зв'язки із власними дітьми.

5) Примусове лікування особи становить серйозне втручання в її основні права – у право на приватність, свободу та особисту недоторканність, право не зазнавати катування, нелюдського, та такого, що принижує гідність, поводження та покарання тощо. Саме тому примусове лікування має бути крайнім заходом, який не має застосовуватись у разі, якщо існує можливість вдатись до менш обтяжливих підходів. Ми вважаємо, що для того, щоб встановлення щодо особи примусового лікування вважалось виправданим, необхідною є наявність двох складових: матеріальної та процедурної. Матеріальною підставою є наявність в особи стійкого психічного чи поведінкового розладу, який існує і на момент ушпиталення особи. Крім того, такий розлад має становити загрозу для самої особи чи для тих, хто її оточує. Процедурною підставою є наявність відповідної експертизи, проведеної незалежним компетентним органом і підтвердженої рішенням суду. За можливості також необхідно отримати поінформовану згоду особи, до якої застосовуватиметься примусове лікування. Утримання особи у відповідному психіатричному закладі повинне періодично піддаватись перегляду компетентним органом для того, щоб відразу припинити примусове лікування особи, якщо у ньому вже немає потреби. Особа, яка необґрунтовано піддавалась примусовому лікуванню, має право вимагати

компенсації завданих їй матеріальної та моральної шкоди і фізичних страждань.

б) У ході аналізу літератури та відповідних звітів, ми виділили низку проблем, які існують в Україні з дотриманням прав осіб, які страждають на психічні чи поведінкові розлади:

а) Проблеми із забезпеченням права осіб з розладами психіки чи поведінки на здоров'я та медичну допомогу. До таких, на нашу думку, варто віднести загалом доволі низький рівень надання медичної допомоги в Україні, недофінансування та часту неможливість отримати належну медичну допомогу у лікарів первинної ланки.

б) Проблеми із соціалізацією осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки. Практично на всіх етапах свого життя особи з розладами психіки чи поведінки стикаються із неприйняттям та стигматизацією: право таких осіб перебувати у громаді доволі часто ігнорується на користь закладів психіатричної допомоги ізоляційного типу, роботодавці не зацікавлені наймати осіб з розладами психіки чи поведінки, існує практика позбавлення батьківських прав осіб, які мають розлади психіки чи поведінки тощо.

в) Проблеми, пов'язані зі здійсненням примусового лікування. Видається, що саме у цій сфері відбувається найбільше порушень прав людини. Особи, які мають розлади психіки чи поведінки доволі часто зазнають жорстокого поводження у закладах надання психіатричної допомоги.

7) вважаємо, що для подолання вказаних проблем варто вжити таких заходів:

а) Для забезпечення належного поводження з особами, які перебувають у закладах надання психіатричної допомоги, Міністерство охорони здоров'я України має привести у відповідність до вимог стандартів Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню «Гамівні засоби в психіатричних лікувальних закладах для дорослих» (СРТ/Inf (2017) Правила

застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації.

б) Для запобігання випадків неправомірного фізичного впливу на осіб, які мають розлади психіки чи поведінки, з боку співробітників закладів, де надають психіатричну допомогу, МОЗ було б варто розробити та затвердити проєкт наказу щодо забезпечення унормування порядку проведення тілесного огляду при госпіталізації та під час перебування в закладах з надання психіатричної допомоги, опитування щодо тілесних ушкоджень і фіксації їх виявлення, а також повідомлення про них відповідні правоохоронні органи.

в) Для уникнення психологічного тиску на осіб, які проходять терапію, встановити правила щодо свободи пересування осіб у закладах, які надають психіатричну допомогу, якщо це дозволяє стан осіб. Для цього МОН рекомендовано затвердити Санітарний регламент для закладів, у яких надають психіатричну допомогу.

г) Для зменшення випадків порушення прав людини та для приведення законодавства в Україні у відповідність із Концепцією розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, МОЗ рекомендується розробити план заходів на виконання вказаної Концепції. Крім того, варто було б затвердити стандарт надання стаціонарної психіатричної допомоги відповідно до статті 1 Закону України «Про психіатричну допомогу» і вимоги до медичних послуг, які надаються в стаціонарних умовах.

г) Для захисту неповнолітніх та малолітніх осіб з розладами психіки чи поведінки, які перебувають у закладах надання психіатричної допомоги, рекомендується Міністерству соціальної політики України та Міністерству охорони здоров'я України розробити спільний наказ щодо організації та надання медичної допомоги підопічним/ вихованцям стаціонарних інтернатних установ системи соціального захисту населення (щодо визначення умов та виду надання медичної допомоги в інтернатних

установах, який би містив правила щодо періодичності проведення медичного огляду підопічним, механізму взаємодії лікарів та медичного персоналу інтернатних установ з надавачем первинної, вторинної, третинної медичної допомоги тощо.

д) Для того, аби особи з розладами психіки чи поведінки могли реагувати на порушення їх прав закладами, де надають психіатричну допомогу, Міністерству юстиції України рекомендується розробити та затвердити план проведення правопросвітницьких заходів для населення з метою підвищення правової обізнаності, інформування населення про їхні права і свободи, в тому числі осіб, які перебувають у закладах надання психіатричної допомоги різних типів, представниками центрів безоплатної вторинної правової допомоги, забезпечити регулярність закладів надання психіатричної допомоги адвокатами безоплатної вторинної правової допомоги.

е) Для удосконалення системи фінансування закладів, які надають психіатричну допомогу, варто переорієнтувати її з надання стаціонарної медичної допомоги на надання допомоги усередині громади. Це дозволить скоротити вказану мережу і, відповідно, збільшити фінансування тих закладів, які залишаться. Відповідно, це також призведе до можливості наймати більш висококваліфікований персонал, який уникатиме порушень прав людини і дотримуватиметься стандартів поведінки з особами, які мають розлади психіки чи поведінки.

є) Для створення для осіб з психічними чи поведінковими розладами більш ефективних механізмів захисту їх прав і недопущення зловживання правами опікунами та піклувальниками таких осіб, пропонуємо частину 2 статті 300 Цивільного процесуального кодексу України викласти у такій редакції:

«2. Суд за заявою органу опіки та піклування чи особи, призначеної піклувальником або опікуном, у місячний строк звільняє її від повноважень піклувальника або опікуна і призначає за поданням органу опіки та

піклування іншу особу, про що постановляє ухвалу. Суд за заявою особи, над якою встановлено опіку чи піклування, може звільнити опікуна чи піклувальника від його повноважень і призначити за поданням органу опіки та піклування іншого опікуна чи піклувальника, про що постановляє ухвалу.

Суд розглядає питання про звільнення опікуна або піклувальника в судовому засіданні з повідомленням заінтересованих осіб. Неявка цих осіб не перешкоджає розгляду питання про звільнення опікуна або піклувальника».

Вважаємо, що вжиття таких заходів дозволить поліпшити ситуацію із дотримання прав і свобод осіб, які страждають на розлади психіки чи поведінки, в Україні і привести національні стандарти поводження з такими особами у відповідність до міжнародних.

СПИСОК ВИКРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 25 Questions and Answers on Health and Human Rights. World Health Organization, 2002 / World Health Organization. URL: <https://www.who.int/hhr/information/25%20Questions%20and%20Answers%20on%20Health%20and%20Human%20Rights.pdf>
2. Bodnar A., Śledzińska-Simon A., Osik P., Zima M. Thematic Legal Study on Mental Health and Fundamental Rights: Poland, 2009 / European Union Agency for Fundamental Rights. URL: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2158-mental-health-study-2009-PL.pdf
3. Caracas Declaration / Global Health and Human Rights Database. URL: <https://www.globalhealthrights.org/instrument/caracas-declaration/>
4. Case of Blokhin v. Russia (23 March 2016) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-161822>
5. European Convention on Human Rights / Council of Europe. URL: https://www.echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf
6. Case of Fernandes De Oliveira v. Portugal (31 January 2019) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-189426>
7. Case of Fyodorov and Fyodorova v. Ukraine (7 July 2011) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-105478>
8. Case of H.L. v. The United Kingdom (5 October 2004) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-66757>
9. Case of Herczegfalvy v. Austria (24 September 1992) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57781>

10. Case of Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal (19 December 2017) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-179556>
11. Case of Matter v. Slovakia (5 July 1999) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-58266>
12. Case of Olsson v. Sweden (No. 1) (24 March 1988) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57548>
13. Case of Rooman v. Belgium (31 January 2019) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-189902>
14. Case of Shopov v. Bulgaria (02 September 2010) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-100351>
15. Case of Stanev v. Bulgaria (17 January 2012) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-108690>
16. Case of Storck v. German (16 June 2005) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-69374>
17. Case of Winterwerp v. the Netherlands (24 October 1979) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57597>
18. Case of Horváth And Kiss v. Hungary (29 January 2013) / European Court of Human Rights HUDOC. URL: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-116124>
19. Chirwa D. M. The Right To Health In International Law: Its Implications for the Obligations of State and Non-State Actors in Ensuring Access to Essential Medicine. *South African Journal on Human Rights*, 2003. Vol. 19, 541–566 pp.
20. Constitution Of The World Health Organization / World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
21. Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention

on Human Rights and Biomedicine, 4 April 1997 / Council of Europe. URL: <https://cutt.ly/LhSEhem>

22. Declaration of Alma-Ata, adopted on International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / World Health Organization. URL: https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2

23. Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons, proclaimed by General Assembly resolution 2856 (XXVI) of 20 December 1971 / United Nations Human Rights Office of High Commissioner. URL: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfMentallyRetardedPersons.aspx>

24. Draft Additional Protocol concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment / Council of Europe. URL: <https://rm.coe.int/inf-2018-10-psy-frequent-questions-e/1680925d19>

25. Freeman M., Drew N., Funk M., Saraceno B. WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. World Health Organization, 2005 – 199 p.

26. General comment No. 1 (2014) Article 12: Equal recognition before the law. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 19 May 2014 / United Nations Human Rights. URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>

27. Green Paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005 / European Union. URL: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

28. Health Care Consent Act, 1996 / Ontario. URL: <https://www.ontario.ca/laws/statute/96h02>

29. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics / World Health Organization. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f334423054?view=G0>
30. International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, 2001 / World Health Organisation. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65990/WHO_HSC_ACE_99.2.pdf
31. Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems. European Union Agency for Fundamental Rights, 2012 / European Union Agency for Fundamental Rights. URL: https://fra.europa.eu/sites/default/files/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-of-persons-with-mental-health-problems_en.pdf
32. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Madrid, Spain, on August 25, 1996 / World Psychiatric Association. URL: <https://www.wpanet.org/current-madrid-declaration>
33. Means of restraint in psychiatric establishments for adults, 21 March 2017, CPT/Inf(2017)6 / Council of Europe. URL: <https://rm.coe.int/16807001c3>
34. Mental Health Act 1983 / Legislation of United Kingdom. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/section/1>
35. Mental Health Act of Jamaica on September 1, 1999 / Ministry of Justice of Jamaica. URL: <https://moj.gov.jm/laws/mental-health-act>
36. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 31 January 2017. URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/32/PDF/G1702132.pdf?OpenElement>
37. Mental Health Care Law: Ten Basic Principles (WHO/MNH/MND/96.9) / World Health Organization. URL: https://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf
38. Position Statement 21: Rights Of People With Mental Health And Substance Use Conditions / Mental Health America. URL:

<https://www.mhanational.org/issues/position-statement-21-rights-people-mental-health-and-substance-use-conditions>

39. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, adopted by General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991 / World Health Organisation. URL: https://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf

40. Rec(83)2 22/02/1983 concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients, adopted by the Committee of Ministers on 22 February 1983 / Council of Europe. URL: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016804fe027

41. Recommendation 1235 (1994) Psychiatry and human rights, adopted by the Assembly on 12 April 1994 (10th Sitting) / Council of Europe. URL: <https://cutt.ly/ehSWNqY>

42. Recommendation CM/Rec(2009)9 of the Committee of Ministers to member states on the education and social inclusion of children and young people with autism spectrum disorders adopted by the Committee of Ministers on 21 October 2009. URL: <https://cutt.ly/XgtyBUf>

43. Recommendation No. Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum / Council of Europe. URL: <https://cutt.ly/phSWKji>

44. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 2 April 2015 / United Nations. URL: <https://undocs.org/en/A/HRC/29/33>

45. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, 5 March 2015 / United Nations. URL: <https://undocs.org/en/A/HRC/28/68>

46. Report on psychiatry and human rights, 15 March 1994 / Council of Europe. URL: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=8042&lang=EN>
47. Resolution adopted by the General Assembly [on the report of the Third Committee (A/48/627)] 48/96. Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities / United Nations Department of Economic and Social Affairs. URL: <https://cutt.ly/ChSWPmx>
48. Resolution ResChS(2004)1 adopted by the Committee of Ministers on 10 March 2004. URL: <https://cutt.ly/ZgtyN5X>
49. Rosenthal E., Sundram C. J. The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation, 2004 / World Health Organization. URL: https://www.who.int/mental_health/policy/international_hr_in_national_mhlegislation.pdf
50. Stavert, Jill. Mental health, community care and human rights in Europe: Still an incomplete picture?. *International Journal of Mental Health and Capacity Law*. 2014 № 1. 182 pp.
51. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization, 2015 / WHO Regional Office for Europe. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf
52. The Mental Health Care Act of Mauritius on 31 December 1998 / World Health Organisation. URL: <https://www.mindbank.info/item/3841>
53. The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education (7- 10 June 1994). UNESCO, 1994 / UNESCO. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000098427?posInSet=1&queryId=eb3ed6e3-a2af-4904-89e0-3b14b72db829>
54. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), *General Comment No. 5: Persons with Disabilities*, 9 December 1994, E/1995/22, URL : <https://www.refworld.org/docid/4538838f0.html>

55. Ventura Carla A. Arena. International Law, Mental Health and Human Rights / Center for Civil and Human Rights University of Notre Dame. URL: <https://klau.nd.edu/assets/331758/venturamentalhealth.pdf>

56. White Paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment, 3 January 2000 / Council of Europe. URL: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016804553af>

57. Wong, Y. L., Matejkowski, J., & Lee, S. Social integration of people with serious mental illness: network transactions and satisfaction. *The journal of behavioral health services & research*, 2011. Vol. 38(1), 51–67 pp. <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9203-1>

58. Yamin, Alicia Ely. The right to health under international law and its relevance to the United States. *American journal of public health*. 2005. Vol. 95,7, 1156-1161 pp.

59. Булеца С. Б. Формування концепції права на життя та здоров'я за цивільним законодавством держав східноєвропейської традиції права. *Університетські наукові записки*. 2005. № 1-2. С. 113-119.

60. Європейська соціальна хартія (переглянута) від 03.05.1996 / База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text

61. Жук І. В. Зарубіжний досвід законодавчої регламентації примусового лікування. *Альманах міжнародного права*. 2018. Вип. 19. С. 51-57.

62. Загальна декларація прав людини від 10.12.2020 року / База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text

63. ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

64. ЗУ «Про внесення змін до деяких законів України про освіту щодо організації інклюзивного навчання» від 05.06.2014 № 1324-VII / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1324-18#Text>
65. ЗУ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 № 875-XII / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>
66. ЗУ «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 № 1489-III / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
67. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 № 322-VIII / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
68. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) від 13.12.2006 / База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
69. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР / База «Законодавство України». URL: <https://cutt.ly/BhSWljA>
70. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>
71. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права від 16.12.1966 / База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text
72. Наказ МОЗ «Про затвердження Правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації» від 24 березня 2016 року № 240 / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0570-16#Text>

73. Наказ МОН «Про затвердження Концепції інклюзивної освіти» від 01.10.2010 №912 / Міністерство освіти і науки. URL: <https://cutt.ly/ChSWsXW>

74. Наказ МОН «Про затвердження Плану заходів щодо забезпечення права на освіту дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітньому просторі» 31.12.2015 № 1436 / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1436729-15#Text>

75. Наровська К. Б. До питання уніфікації законодавства України, що регулює застосування примусового лікування. *Вісник Академії адвокатури України*. 2012. Число 2. С. 46-54.

76. Поміщення особи до психіатричного лікувального закладу без її на те згоди, СРТ/Inf(98)12-part / Council of Europe. URL: <https://rm.coe.int/16806cd43d>

77. Постанова КМУ «Деякі питання реалізації норм Законів України "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні" та "Про зайнятість населення» від 31 січня 2007 р. № 70 / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/70-2007-%D0%BF#Text>

78. Рішення Ізяславського районного суду Хмельницької області від 28 грудня 2012 р № 2207/1782/11 / Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/30451902>

79. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 27.12.2017 № 1018-р / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>

80. Романова А. А. Фінансування галузі охорони здоров'я як окремий елемент системи забезпечення права людини на здоров'я. *Публічне право*. 2013. № 1. С. 113-118.

81. Сімейний кодекс України від 10.01.2002 № 2947-III / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#n788>

82. Спеціальна доповідь уповноваженого ВРУ з прав людини про стан реалізації національного превентивного механізму у 2019 році. Червень 2020 року / Уповноважений Верховної ради України з прав людини. URL: <http://www.ombudsman.gov.ua/ua/page/npm/provisions/reports/>

83. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>

84. Цивільний процесуальний кодекс України від 18.03.2004 № 1618-IV / База «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15#n8275>

85. Чернушенко Д. А. Захист прав людини в галузі охорони психічного здоров'я в контексті вдосконалення законодавства України відповідно до міжнародних стандартів дотримання та захисту прав психічно хворих. *Філософські та методологічні проблеми права*. 2014. № 2. С. 164-175.

86. Шафранський В.В., Дудник С.В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення. Україна. *Здоров'я нації*. 2016. № 3 (39). С. 12-18

87. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2019 рік / Уповноважений Верховної Ради України з прав людини. URL: <http://www.ombudsman.gov.ua/>

88. Ященко А. М. Застосування примусового лікування: теоретико-прикладний аспект. *Форум права*. 2013. № 4. С. 489–496.