УДК 616.89-056.34:616-03-082:343.13(076):342.7:354.4(048.8)

Для цитирования: Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Шпорт С.В. Законодательство и практика исполнения принудительных мер медицинского характера (обзор зарубежной литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 3 (132). С. 84-100. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-3(132)-84-100

Законодательство и практика исполнения принудительных мер медицинского характера (обзор зарубежной литературы)

Казаковцев Б.А., Макушкина О.А., Шпорт С.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Россия, 119034, Москва, Кропоткинский пер., 23

РЕЗЮМЕ

Актуальность. На протяжении всей истории развития психиатрической помощи в обществе не прекращается дискуссия по вопросам применения принудительных мер медицинского характера и их нормативного правового регулирования. В последние десятилетия обсуждение законодательных и этических аспектов в этой сфере приобретает мировой масштаб и соотносится с общими и национальными трендами в развитии служб охраны психического здоровья. Подчеркивается, что судебная эпидемиология может стать научной основой для совершенствования законодательной базы и обеспечения справедливого и эффективного психиатрического лечения. **Цель**. Описать ключевые характеристики (цели, виды, нормативная база, практика исполнения) по данным зарубежной литературы принудительных мер медицинского характера.

Ключевые слова: права граждан при оказании психиатрической помощи, методы лечения, персонализированная медицина в сфере служб психического здоровья.

ВВЕДЕНИЕ

Лица с психическими расстройствами имеют право на справедливое судебное разбирательство и надлежащее обращение в соответствии с законом. В случае совершения правонарушения их перевод из системы уголовного правосудия в систему здравоохранения связан с производством судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) и основан на двух правовых концепциях: способности предстать перед судом и уголовной ответственности. Таким образом, СПЭ является важным элементом уголовного права и играет ключевую роль в принятии судом решений о наказании, заключении под стражу, помещении в специализированное учреждение или медицинскую организацию. Законодательство направлено на обеспечение баланса между оказанием психиатрической помощи в наименее ограничительных условиях и безопасностью общества. Во всем мире соответствующие нормативные правовые акты считаются важнейшими инструментами защиты прав лиц с психическими расстройствами, совершивших противоправные действия. На протяжении многих лет они определяют процедуры и обязанности систем охраны психического здоровья и уголовного правосудия. В обзоре законодательства разных стран в тесно связанных областях: оценка пригодности к судебному разбирательству и вопрос уголовной ответственности анализируются подходы к тому, как в разных правовых системах решают вопросы, связанные с психическим состоянием обвиняемого, и как это влияет на переход человека между системами уголовного правосудия и психического здоровья. В разных странах подходы имеют сильные стороны, но одновременно порождают и серьёзные проблемы: сложности с объективными критериями оценки, риск субъективизма экспертов, различия в правовых традициях и культурных контекстах [1].

Принудительное лечение – это законный способ обеспечить человека, страдающего психическим расстройством, который отказывается от терапевтического вмешательства и представляет опасность для себя или окружающих, необходимой медицинской помощью. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение (АПНЛ) в психиатрии, также известное как принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, – это форма оказания медицинской помощи лицам с психическими заболеваниями, совершившим правонарушение, при которой терапевтическое вмешательство осуществляется без изоляции от общества. Несмотря на то что АПНЛ применяется по всему миру более чем в 75 юрисдикциях, до настоящего времени это одна из самых обсуждаемых тем в психиатрии, вызывающая серьезные этические вопросы.

Такая форма принудительного лечения в психиатрии, как компульсивное амбулаторное лечение (СОТ), предполагает, что человеку с психическим расстройством юридически предписывают соблюдать план терапии (приём лекарств, визиты к вра-

чу, социальные активности) вне стационара, даже если он отказывается. Ключевая идея – найти баланс между интересами общества (общественным здоровьем) и правами индивида. Предлагается использовать этический подход, базирующийся на принципах ненанесения вреда, пропорциональности, взаимности, прозрачности. Доказательства эффективности СОТ неоднозначны: опубликованы исследования, подтверждающие пользу, однако встречаются и работы, ставящие под сомнение некоторые её аспекты [2].

Принудительная госпитализация в психиатрических учреждениях ограничивает свободу пациентов, в связи с чем многими правозащитниками и частью работающих в службе специалистов воспринимается как «вредная» практика. Наблюдаемые географические различия в показателях принудительной госпитализации вызывают опасения, что в некоторых регионах их уровень выше или ниже необходимого. В результате возникают этические вызовы: нарушение принципов уважения автономии, непричинения вреда, благодеяния, справедливости. Чтобы снизить и предотвратить этические риски, предлагается проводить риск-адаптированный анализ (с учётом демографических и клинических факторов), чтобы отделить обоснованные различия от безосновательных; развивать исследования, объективно оценивающие долгосрочные последствия принудительной госпитализации для разных групп пациентов; внедрять стандарты и протоколы, минимизирующие вариативность практик; повышать прозрачность процессов и вовлекать пациентов и их представителей в оценку практик принудительного вмешательства [3]. Важным направлением достижения улучшения состояния людей с тяжелыми психическими расстройствами и предупреждения их общественной опасности признана необходимость сосредоточения внимание на том, что выздоровление – это динамичная практика, основанная на взаимодействии ряда специалистов (междисциплинарная команда) и разных ведомств с четкой нормативной правовой регламентацией.

Во время пика пандемии COVID-19 проведено 11 углублённых интервью с разными участниками: пользователями услуги, сотрудниками и волонтёрами; полученные данные анализировали тематически. Для более глубокого осмысления восстановления, нужно воспринимать его как динамичный и реляционный процесс, а не только как на внутренний личностный механизм. На основе реляционного географического подхода по материалам анкетирования лиц с зависимостями и психологическими трудностями, проходивших личностно-социальное восстановление (проект на базе бельгийской Villa Voortman в Генте), показано, что динамичная реляционная практика построена на взаимных взаимодействиях между человеком, местом и более широким социальным контекстом [4].

ЦЕЛЬ ОБЗОРА

Описать ключевые характеристики принудительных мер медицинского характера (цели, виды, нормативная база, практика исполнения) по данным зарубежной литературы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Опыт пациентов в историческом аспекте

В Канаде для обобщения положительных и отрицательных аспектов принудительного лечения был проведен поиск в библиографических базах данных CINAHL Plus (1981-2019), EMBASE (1947-2019), MEDLINE (1946-2019) и PsycINFO (1806-2019). Поиск проводился по ключевым словам, текстовым фразам и медицинским предметным рубрикам, связанным с шизофренией, принудительным лечением и опытом пациентов. Дополнительно изучались списки литературы во включенных исследованиях и систематических обзорах. В ходе тематического анализа всего было выявлено 4 008 цитирований. К негативным аспектам лечения отнесены проблемы с коммуникацией и недостаток информации. Исследование позволило получить представление о качественных аспектах опыта лиц, получающих лечение в соответствии с законом. Обобщенные выводы содержали также сведения о том, что пациенты были в большей степени удовлетворены лечебным процессом и взаимодействием с медицинским персоналом, когда их право на самостоятельность соблюдалось, и недовольны, когда этого не происходило [5].

В период с 1880 по 1950 г. швейцарские психиатры зарекомендовали себя как эксперты в уголовных судах. В этот период судебные органы всё чаще требовали заключения психиатров по тем или иным делам. В результате всё больше лиц, совершивших правонарушение, признавались невменяемыми и в конечном итоге отправлялись в психиатрические лечебницы. Психиатры также укрепили свои позиции на политическом уровне. К примеру, они активно участвовали в подготовке общенационального уголовного кодекса. Начиная с 1942 г. в психиатрических лечебницах возросло число так называемых криминальных психопатов, это нарушало лечебно-реабилитационный процесс и ставило под сомнение достижение эффективности психиатрической помощи. Оборонительная позиция, которую занимали швейцарские психиатры в этой непростой ситуации, сыграла решающую роль в дальнейшем развитии судебной психиатрии. По большей части конкретно этим объясняется отсутствие специализации в данной области вплоть до 1990-х гг. [6].

В XIX и начале XX века законы о психическом здоровье создавались на основе уголовного законодательства. Госпитализация в психиатрический

стационар напоминала тюремное заключение, только в более худших условиях, учитывая, что срок недобровольного лечения душевнобольных не был ограничен. Современное законодательство о психическом здоровье претерпело значительные изменения, начавшись с 1960-х гг. в США и постепенно распространившись на весь мир. Фокус оказания помощи сместился с принудительной изоляции душевнобольных в целях защиты общества на лечение самих психических заболеваний. В разных юрисдикциях внимание переключается на различные факторы, обосновывающие необходимость принудительной госпитализации: опасность для себя или окружающих, неспособность самостоятельно удовлетворять базовые жизненные потребности, существенный вред психическому здоровью при неоказании помощи, неспособность принимать осознанное решение из-за тяжести расстройства [7].

Законодательство и политика

В настоящее время принуждение широко используется в психиатрической практике применительно к лицам, представляющим потенциальную опасность для общества. Поскольку такого рода принудительная изоляция, даже в медицинской организации, нарушает конституционное право граждан на свободу, её применение требует юридического и этического обоснования. На протяжении ряда лет доказывается целесообразность разработки на международном уровне стандартизированных наборов данных для оценки и мониторинга программ по сокращению применения принудительных мер. Экспертами из десятков европейских стран предлагаются стратегии, которые помогут улучшить сбор данных о принуждении в сфере психического здоровья: продвижение глобальных исследований в области здоровья (сотрудничество, доступность и технологические инновации), комплексная интеграция данных здравоохранения, внедрение общенациональных регистров о принудительных мерах, достижение единого понимания (определения) разных принудительных мер в разных странах [8].

Изначально Европейский суд по правам человека благосклонно относился к принятой 13 декабря 2006 г. Конвенции ООН о правах инвалидов, в том числе к призыву Комитета ООН по правам инвалидов отменить законодательство, допускающее принудительную психиатрическую госпитализацию, но позже дистанцировался от этого документа. Тем не менее Конвенция повлияла на то, как Европейский суд рассматривал вопросы принудительной госпитализации, разделения содержания под стражей и лечения, применения ограничительных мер в учреждениях здравоохранения, а также в местах содержания под стражей с учетом потребностей людей с инвалидностью [9].

Большая часть соответствующих дискуссий строится вокруг понятия «правосубъектность» («правовая дееспособность) и часто повторяемого принципа, согласно которому необходимо всегда уважать «волю и предпочтения» человека с ограниченными возможностями. Однако до настоящего времени эти понятия остаются не в полной мере определенными [10]. Ключевой вызов возникает, если человеку сложно чётко выразить волю или предпочтения (например, в состоянии спутанности, при тяжёлом расстройстве). В таких случаях традиционная система субститутивного принятия решений (когда решения за человека принимает опекун) противоречит Конвенции. Комитет ООН требует заменять её на поддерживаемое принятие решений: человеку помогают, создают условия, чтобы он мог выразить себя, а поддержка формируется с целью признания и уважения его личной свободы [11]. Предлагается скорректировать фокус с масштабных категорий (психическое расстройство, психическая инвалидность) на более конкретные нарушения психических функций, реально влияющие на способность человека совершать конкретные действия [12].

В 2019 г. Совет Европы принял решение призвать государства-члены предпринять шаги по полной отмене принудительных психиатрических мер. В общей сложности из 167 приглашений, разосланных участникам сети FOSTREN, на опрос ответили 76 человек (45,5%). Лишь меньшинство (31%) экспертов, выступающих за сокращение принудительных психиатрических мер, считают, что негативные последствия принуждения перевешивают любые потенциальные выгоды, в связи с чем полная отмена таких мер достижима. В качестве альтернативы они называли использование заранее составленных документов, где человек заранее определяет свои предпочтения в лечении на случай ухудшения состояния [13]. По данным проведенного в 2025 г. международного сравнительного обзора законодательства и политики в сфере принудительной психиатрической помощи установлено, что в 5 из 7 юрисдикций (Англия, Уэльс, Франция, Испания, США и Канада) существуют программы принудительного лечения, но в Италии и Германии их нет. Авторами было предложено введение следующей трехкомпонентной системы управления рисками: 1) принудительные амбулаторные меры, включая программы принудительного лечения; 2) стационарные судебно-психиатрические отделения в составе местных органов здравоохранения; 3) надзорные комиссии с участием представителей судебной, клинической и социальной сфер. Это позволит перераспределить ответственность, обеспечить непрерывность помощи, ввести пропорциональный надзор в рамках наименее ограничительной системы [14].

В соответствии с французским Законом № 98-468 от 17 июня 1998 г. о предотвращении преступлений на сексуальной почве и защите несовершеннолетних, введены меры социального и судебного контроля, а также принудительное лечение с целью предотвращения рецидивов противоправной деятельности. К настоящему времени принудительное лечение – это одна из возможных обязательных мер, предусмотренных социальным и судебным контролем. Однако среди специалистов нет единого мнения относительно критериев назначения и конечной цели этой меры. Подавляющее большинство экспертов-психиатров и судей, выносящих приговоры, считают, что принудительное лечение по решению суда уместно, если у правонарушителя имеются признаки общественной опасности, связанной с особенностями его психического расстройства и состояния. При этом понятия «опасность» и «особенности психического состояния, связанные с потенциальной опасностью» имеют множество трактовок, это способствует разногласиям между различными специалистами. Эксперты и исследователи указывают на крайнюю важность более четкого их определения, чтобы способствовать использованию единой терминологии и прояснить показания и направления мер принуждения. Важная задача организации принудительного лечения по решению суда, а также социального и судебного сопровождения – способствовать сотрудничеству между различными специалистами, создавая пространство для обмена идеями, где можно обсуждать фундаментальные вопросы, возникающие в связи с этими мерами, делиться опасениями и знаниями [15].

Во Франции подготовка специалистов в области судебной психиатрии оценивается как недостаточная, чтобы соответствовать уровню многих других европейских стран. Признается, что для повышения эффективности лечения необходимо наладить взаимодействие между органами правосудия, здравоохранения и социальными службами. При этом юрисдикции в сфере здравоохранения, как они определены в национальном Законе о здравоохранении от 2009 г., могут стать подходящей основой для сотрудничества специалистов в области психического здоровья и юриспруденции [16].

В 2015 г. в США вступили в силу Закон о защите пациентов и доступном здравоохранении и Закон о равенстве в сфере психического здоровья и борьбе с зависимостью. Понимание взаимосвязи физических и психических заболеваний с автономией и самоопределением определяется как одна из первоочередных задач для специалистов. При этом дистанцирование биоэтики от проблемы психических расстройств объясняется двумя основными причинами: 1) принципиальным противоречием между подходами к понятию «личность», уходящими корнями в ранние попытки биоэтики защитить дееспособных людей от злоупотреблений в ходе научных исследований; 2) структурными факторами, такими как деинституционализация, общественные движения за права пациентов и управляемое здравоохранение. Потенциальная роль биоэтики может оказать наибольшее влияние на соблюдение международных прав человека, если специалисты смогут по-новому взглянуть на автономию не только как на свободу от неправомерного вмешательства, но и возможность участия пациента в лечении, а также реализацию иных фундаментальных потребностей, необходимых для восстановления свободы выбора и самоопределения. Биоэтика может сыграть большую роль, если поможет укрепить роль добродетельного и гуманистического врача в условиях реформирования системы здравоохранения [17].

В Италии после закрытия психиатрических больниц в 1978 г. и перевода пациентов психиатрических клиник на курацию в амбулаторные условия возникла проблема несоответствия между ресурсами внебольничных подразделений и потребностями лиц с психическими расстройствами, в том числе совершивших правонарушение и приговоренных к лечению в государственных судебно-психиатрических больницах. Закрытие таких клиник после Указа премьер-министра от 1 апреля 2008 г. усилило необходимость создания новых структур. Они названы резиденциями для исполнения мер безопасности (REMS), основаны в сообществе, возглавляются психиатрами, имеют в штате иных специалистов, которые могут полагаться на сотрудников органов общественной безопасности. В соответствии со сложившейся практикой этого государства, в отношении лица с психическим расстройством, совершившего преступление, выносится постановление о принудительном исполнении мер безопасности, и оно отбывает наказание в REMS. В этих учреждениях предусмотрены необходимые меры безопасности, основное внимание уделяется лечению и реабилитации лиц с психическими расстройствами. Несмотря на то что такие учреждения есть по всей стране, их возможности весьма ограничены. Переход от реабилитации к социальной интеграции выявил системные вызовы: необходимость постоянно адаптировать законодательство, совершенствовать мультидисциплинарные подходы, обеспечивать непрерывность помощи для самых сложных случаев. Закрытие судебных психиатрических больниц стало шагом к более гуманной и терапевтически ориентированной системе, но остаются задачи по унификации стандартов, усилению контроля за соблюдением прав и повышению квалификации персонала в REMS [18, 19].

В 2019 г. были проанализированы 302 судебно-психиатрических заключения, составленных 16 судебными психиатрами из Северной, Центральной и Южной Италии. Обвиняемые, признанные невменяемыми, демонстрировали более выраженные психические симптомы, чаще были женщинами, страдали расстройствами шизофренического или биполярного спектра, а также чаще проходили психиатрическое лечение и подвергались принудительной госпитализации по сравнению с обвиняемыми, признанными вменяемыми. При оценке социальной опасности эксперты считают необходимым определить протективные факторы, снижающие риск повторного опасного поведения, такие как наличие поддерживающей среды, доступ к лечению, личностные ресурсы [20].

23 июля 2018 г. Конституционный суд Германии постановил, что применение механических средств фиксации для пациентов психиатрических клиник на срок более 30 минут требует судебного разрешения. В тот же день Немецкая ассоциация психиатрии и психотерапии опубликовала руководство по предотвращению принуждения и насилия. В совокупности предпринимаемые меры можно считать действенными в борьбе с принуждением на национальном уровне. Доля пациентов, подвергнутых любому виду принуждения, ограничивающему свободу (усмирение или уединение), снизилась в 2019 г. с 6,7% (в среднем за 2015-2017 гг.) до 5,8%. Средняя совокупная продолжительность применения мер физического стеснения и изоляции в каждом случае сократилась с 12,7 до 10,9 часа [21]. По сравнению с общей психиатрией, в судебной психиатрии в этой стране механические средства фиксации используются значительно реже, а изоляция – значительно чаще. Изоляция в отдельной палате преимущественно применяется в судебно-психиатрических больницах. Принудительное медикаментозное лечение используется избирательно [22]. Федеральный конституционный суд заявил также, что Конвенция о правах инвалидов не подразумевает полный запрет на принятие решений за недееспособных лиц и принудительные меры, а скорее признает обязанность государства защищать тех, кто не может принимать решения самостоятельно и находится в беспомощном положении из-за болезни или инвалидности. Суд постановил, что государство берет на себя обязанность защищать этих людей. Конвенция не изменила текстуальный смысл немецких законов напрямую, но сформировала правовую культуру и повестку, переместив баланс в сторону укрепления автономии и минимизации принуждения, что привело к реформам в сфере опеки и к более строгому контролю за применением принудительных мер [23].

В Ирландии критически рассматриваются предлагаемые реформы Закона о психическом здоровье 2001 г. Считалось, что он привел ирландское законодательство о психическом здоровье в соответствие с международными нормами, однако после того как Ирландия ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов (КПИ), закон пришлось пересмотреть. Кульминацией работы стала публикация законопроекта ответственным парламентским комитетом в 2022 г. Принятый парламентом Ирландии в 2026 г. Mental Health Act 2026 с целью соответствия международным стандартам предусматривает расширение сферы надзора, защиту прав несовершеннолетних, контроль за ограничительными мерами, соблюдение права пациента на участие в принятии решений и автономию [24]. К настоящему времени специалисты в области психического здоровья предполагают, что в условиях принудительной психиатрической помощи в стране необходимо тщательно пересмотреть баланс между соображениями, связанными с риском, и реализацией прав пациентов в процессе оказания помощи. Анализ 2 940 госпитализаций в психиатрических службах Дублина (около 552 тыс. за 2014-2015 гг.), показал, что примерно 14,4% из них были недобровольными. Чаще это были мужчины, не состоявшие в браке, имевшие диагноз шизофрении. Если при недобровольной госпитализации основным являлся критерий риска, то для пациентов с другими диагнозами срок недобровольного пребывания оказывался короче [25].

Когда Канада ратифицировала КПИ, она сохранила за собой право использовать альтернативные схемы принятия решений, даже если бы Конвенция «трактовалась как требующая их отмены». Это было дальновидное решение, поскольку Комитет по КПИ, в задачи которого входит контроль за толкованием и применением Конвенции, впоследствии постановил, что все законодательные акты, поддерживающие альтернативные схемы принятия решений, противоречат Конвенции и должны быть отменены. Комитет настаивает на том, что каждый человек может принимать решения при достаточной поддержке, а если у человека нет способности принимать решения, необходимо полагаться на его «волю и предпочтения» [26].

Физическое сдерживание и изоляция людей с психическими расстройствами, особенно с шизофренией, по-прежнему широко практикуются в сфере охраны психического здоровья в Индонезии, несмотря на национальную кампанию «Без пасунга» и Закон о психическом здоровье 18/2014, что свидетельствует о правовых пробелах в области охраны психического здоровья в стране, особенно на уровне сообществ и государственной политики наблюдения.

Главная тема в принуждении – сложность правового регулирования. С одной стороны, государства ищут баланс между обеспечением безопасности и соблюдением прав, с другой – возникают дискуссии о моменте перехода от законного давления к мерам незаконного принуждения [27]. Механические меры стеснения – вынужденная, но строго регламентированная практика, призванная обеспечить безопасность жизни и здоровья. Рекомендуется использовать её исключительно в случаях крайней необходимости, максимально бережно и с постоянным фокусом на интересах пациента [28].

Сохранение физического сдерживания и заключения людей с шизофренией выявляет критические пробелы в системе психического здоровья Индонезии на уровне сообществ и политики. Для решения проблемы нужен многоуровневый подход: культурно адаптированные вмешательства, усиление управления в сфере психического здоровья и расширение возможностей сообществ для поддержки инклюзивного, основанного на правах человека ухода [29].

Систематический обзор 50 исследований, проведенных в Азии и Африке, из них 32 – в Индонезии, продемонстрировал, что семьи прибегали к принудительной госпитализации как к последнему средству, когда не было других ресурсов для ухода за человеком с тяжёлым психическим расстройством. К ключевым факторам относят стойкую стигму, бедность, низкую грамотность в вопросах ментального здоровья, культурные убеждения, которые приписывают болезнь сверхъестественным причинам, острый дефицит доступных общинных служб психического здоровья [30].

В 2022 г. были выявлены значительные различия в использовании изоляции и медикаментозной терапии в больницах Франции, которые нельзя объяснить исключительно потребностями пациентов. Сегрегация применялась в 32% недобровольных госпитализаций, механические ограничения – в 9%. Причем некоторые учреждения не использовали механические ограничения. Характеристики пациентов (особенно диагноз и статус заключённого) были значимыми предикторами применения этих мер. Результаты, полученные специалистами, указывают на необходимость более тщательного мониторинга и реализации целенаправленных мер для сокращения необоснованных различий, а также заставляют задуматься о справедливости и этичности психиатрической помощи [31].

Закон Нигерии о психическом здоровье 1958 г. («Закон о душевных болезнях») подвергся критике за нарушение прав людей с психическими расстройствами. В новую редакцию закона в области охраны психического здоровья граждан этой страны были включены положения о предоставлении психиатрической помощи в рамках первичной и вторичной медико-санитарной помощи. В этом нормативном правовом акте рассматриваются такие вопросы, как отсутствие дискриминации, соблюдение прав человека, стандарты лечения, доступ к информации, конфиденциальность и автономия, защита трудовых прав лиц с психическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением ПАВ. При этом закон не предусматривает включение психиатрической помощи в систему медицинского страхования страны . National Mental Health Act 2021 закладывает правовую основу для защиты прав пациентов, продвижения общинных форм помощи, вовлечения самих людей в планирование лечения [32].

В Австралии автономия определяется как «самоуправление». Клиническая и этическая целесообразность заключается в оценке аспектов «самости» и условий «управления» автономией. К ним относятся личностная идентичность, свобода, связь с другими людьми, способность действовать, способность принимать решения, последовательность, иерархия желаний, аутентичность и темпоральность, которые можно разделить на процедурные и содержательные аспекты автономии. Патернализм не всегда противоречит автономии. Ключевой вопрос – это этическая и клиническая призма, через которую рассматриваются и применяются на практике различные аспекты автономии в отношении лиц с психическими расстройствами. На основе междисциплинарного изучения автономии предлагается многофакторная система оценки и повышения автономии пациентов психиатрических клиник. Специалистами выражается надежда, что, применяя этот подход к своему жизненному опыту, люди с патологией психической деятельности смогут лучше понять себя и обрести внутреннюю свободу [33]. По материалам интервью со шведскими психиатрами установлено, что недобровольное лечение оправдано, если требуется длительное наблюдение, а пациент отказывается от лечения, которое врач считает необходимым, либо если нужно защитить человека от социального вреда [34]. Отмечается, что психологическое здоровье персонала судебно-психиатрических служб является уязвимым: показатели психологического благополучия у сотрудников-клиницистов ниже, чем у неклинического персонала. На основе данных фокус-групп выделены перспективные ключевые темы: психологическая безопасность и доверие, ведомственная разобщенность, увлеченность работой, ресурсное обеспечение и поддержка, кадровое обеспечение. В данном контексте обосновывается потенциальная возможность укрепить корпоративную культуру, улучшив методы взаимодействия, повысив значимость опыта и достижений сотрудников и поощряя их развитие [35].

Государственные службы охраны психического здоровья должны предоставлять конкретные доказательства соблюдения определенных прав и принципов при принятии решений о применении мер принуждения и их прекращении. В рамках возложенных на государственные службы охраны психического здоровья функций (рекомендации по стационарной и амбулаторной психиатрической помощи; обеспечение качества клинической практики) необходимо предоставлять конкретные доказательства того, что при принятии решений учитывались определенные права и/или принципы [36].

Закон о психиатрической помощи, принятый парламентом Индии в 2017 г., вступил в силу 29 мая 2018 г. Он также основан на соблюдении прав пациентов и дает им возможность самостоятельно принимать решения, если только они не утратили дееспособность из-за психического расстройства. Большое внимание уделяется защите прав людей с психическими расстройствами. Закон устанавливает рамки и правила их лечения и наблюдения. MHCA 2017 – это важный шаг на пути к созданию более честной и гуманной системы, его потенциал достигнет максимума при системном подходе: с обучением, адаптацией под реальные условия и постоянным диалогом между законодателями, практикующими врачами и пациентами [37]. Инвестиции в реализацию MHCA 2017 при активном содействии государства принесут значительную отдачу – примерно в 6,5 раза больше, чем вложенные средства [38].

Организация деятельности служб охраны психического здоровья

По данным английских исследователей, выявлено 5 факторов, влияющих на приверженность специальности сотрудников кризисных служб: достаточность ресурсов, организационная культура и лидерство, справедливость и последовательность, личная вовлеченность и командная работа. Обнаружено, что эта категория специалистов в большей степени подвержена эмоциональному выгоранию, в том числе из-за сложностей, связанных с комплексным управлением рисками, а также из-за того, что они считают себя более уязвимыми к возросшей нагрузке и ограниченности возможностей для саморазвития по сравнению с другими специалистами в сфере охраны психического здоровья. Отмечено также, что сфера судебной психиатрии за последние два десятилетия вышла за рамки практики содержания под стражей и изоляции. Особое внимание в ней уделяется терапевтическим вмешательствам, а пациенты рассматриваются как партнеры в процессе лечения, и уход за ними осуществляется с учетом индивидуальных характеристик и ориентации на выздоровление. Чтобы повысить приверженность профессии этих сотрудников, организациям следует обеспечивать безопасный уровень нагрузки, развивать культуру поддержки, создавать пространство для профессионального роста и учитывать индивидуальные потребности [39].

В Бельгии выделяются три важные функции психиатрических подразделений этой категории. Во-первых, они функционируют как *убежище*, безопасная среда, где пациенты могут «просто быть». Во-вторых, отделение воспринимается как *пространство, где каждый чувствует себя особенным*, поскольку поддержка оказывается индивидуально, а пациентам предоставляется возможность восстановить связь со своей идентичностью. В-третьих, отделение функционирует как *переходное пространство* на пути к полноценной жизни в обществе, где поиск подходящего жилья имеет первостепенное значение.

В современной практике приоритет смещается на терапевтические вмешательства, работу с пациентом как с партнёром, подход, основанный на понимании травм и ориентации на восстановление. При этом нужно одновременно обеспечивать безопасность пациента, персонала и общества, управлять случаями агрессии и при необходимости применять ограничительные практики (экстренную химическую изоляцию, физическую сдержанность, сегрегацию) [40]. При планировании ухода важно учитывать позицию пациента (динамическое принятие, сопротивление). Специалисты должны адаптированно подбирать лечебные алгоритмы под конкретного пациента на каждом этапе лечения, избегать повторения аналогичных методов и сохранять преемственность в работе с ключевыми специалистами [41].

По результатам 17 интервью с пациентами и сотрудниками психиатрической больницы в Бельгии, стационарные формы поддержки (психиатрические отделения, особенно для людей со сложными потребностями) органично вписываются в личные и социальные аспекты восстановления и выполняют важную роль в системах, ориентированных на восстановление [42]. В Австралии в условиях стационара уход за пациентами с психическими расстройствами направлен на то, чтобы дать им возможность самостоятельно контролировать свое лечение и выздоровление. Однако принудительное лечение может быть оправдано и соображениями безопасности. Такая практика признается травмирующей и вредной для больных. Получены доказательства того, что целенаправленное применение предписаний о лечении в общественных местах (амбулаторно) приводит к более высоким результатам. В рамках метаэтнографического исследования проведен интерпретативный разбор интервью и эссе медсестёр для выявления переносных значений о том, как медсёстры стационара реализуют недобровольный уход: вос-

принимают его как вынужденную меру, испытывают дискомфорт, чувство вины, моральные противоречия, сомневаются в правильности своих действий и в том, как это скажется на отношениях с пациентом [43].

В неконтролируемых исследованиях обнаружено более активное вовлечение в амбулаторное лечение или снижение числа госпитализаций. В то же время в контролируемых исследованиях и рандомизированных контролируемых испытаниях не выявлено доказательств того, что постановление об обязательном лечении снижает число госпитализаций, улучшает клиническое состояние, социальное функционирование, качество жизни, удовлетворённость лечением [44].

Из 44 рецензируемых исследований, проведенных в 9 странах, выявлены основные факторы для создания терапевтической среды в психиатрических стационарах: личное пространство, в котором приоритет отдается уединению и контролю над окружающей обстановкой; помещения с естественным освещением; многофункциональные общественные зоны, способствующие активности и взаимодействию; специально отведенные места для посещений и духовных/созерцательных практик; обстановка, напоминающая домашнюю; наличие в отделениях произведений искусства; открытые сестринские посты и отдельные зоны только для женщин. Планировка психиатрических учреждений существенно влияет на благополучие, удовлетворенность, продуктивность и ощущение безопасности персонала. Зонирование пространства психиатрической больницы оказывает влияние на распространенность внутрибольничного насилия, а также жалоб пациентов на скуку и отсутствие полноценного общения. Необходимы более масштабные, методологически строгие исследования, которые помогут выработать чёткие, доказательные рекомендации по проектированию [45].

При проектировании стационарных учреждений психиатрического профиля личностно-ориентированный подход призван улучшить терапевтическую среду и создать благоприятные для выздоровления условия. Функциональность и планировка рабочего пространства играют ключевую роль в том, как персонал воспринимает условия труда. Если потребности персонала игнорируются, это может привести к росту стресса, эмоциональному выгоранию, неудовлетворенности работой и психическому истощению, что может повлечь высокую текучесть кадров, рост числа пропусков работы, снижение удовлетворенности получателей услуг, падение лояльности к организации и производительности труда [46].

Принципы деинституционализации воплощаются через переход от крупных изолированных стационаров к компактным, социально ориентированным пространствам, интегрированным в сообщество. В больницах Франции выявлено больше черт, характерных для институциональной психиатрии; в Англии – в основном комфортные «домашние» объекты, но в более поздних выборках появилась тенденция к большей институциональности; учреждения в Новой Зеландии оказались наиболее институциональными. Из 6 характеристик 5 были институциональными (объявления в зонах общего пользования, клиника или психиатрический кабинет внутри отделения, двери с автоматическим открыванием или наружу, индивидуальные почтовые ящики для пациентов) [47].

Авторы из Великобритании предлагают размещение учреждений в составе местных сообществ, строительство небольших (до 20 коек) «домашних» и хорошо интегрированных объектов, открытые посты медсестёр, баланс между приватными и общими зонами, а также конкретные приёмы в интерьере (гибкая расстановка мебели, растения, приватные разговорные кабины) [48].

Принципы безопасности и защищенности (достаточность естественной освещенности), компетентности (пространство для проведения терапевтических занятий), персонализации и права на выбор (наличие в палатах зоны для отдыха, релаксации, уединения) применяют для изучения и оптимизации психиатрических услуг. С помощью SCP выявляют, насколько среда «институциональна» (иерархия, контроль) или «домашняя» (свободная, похожая на обычную жизнь) [49].

Стационарное принудительное лечение

В Англии лица с длительным пребыванием в стационаре составляют пятую часть всего контингента пациентов судебно-психиатрических стационаров. Значительная их часть не может адаптироваться к условиям принудительного лечения. Высокий уровень распространенности личностных расстройств, риск нападений на персонал и других пациентов оказывают влияние на ход их курации. Определены характеристики пациентов, длительно находящихся в судебно-психиатрических стационарах в Англии с высоким и средним уровнями безопасности: 58% были насильственными преступниками (из них 22% сексуальными и насильственными); 27% были осуждены за насильственные или сексуальные преступления, уже находясь в учреждении; 26% совершили нападение на персонал за последние 5 лет. Среди диагнозов выявлены шизофрения (60%), расстройство личности (47%, преимущественно антисоциальное и пограничное), интеллектуальная недостаточность (16%). 7% не имели судимости, у 16,5% основное правонарушение не являлось основанием для госпитализации. За последние 5 лет неудачная попытка перевода в учреждение с более низким уровнем безопасности зафиксирована у 33% [50].

Средняя продолжительность пребывания в стационаре у пациентов румынской судебно-психиатрической клиники составляет 3,2 года. Примерно четверть (n=154) из них отнесены к категории «длительного пребывания» – свыше 5 лет. К факторам, влияющим на продолжительность лечения в стационаре, относятся основной психиатрический диагноз, наличие либо отсутствие социальной поддержки, тяжесть совершенного правонарушения и применение насилия. Пациенты с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, находились в стационаре дольше, чем пациенты с расстройствами шизофренического спектра и умственной отсталостью. Наличие стабильной поддержки сокращает срок госпитализации. Пациенты, совершившие насильственные деяния, находились в стационаре дольше. Пациенты с высшим образованием, замужние или женатые выписывались раньше. Наличие жилья на момент поступления коррелировало с более коротким сроком госпитализации. Резистентность к лечению, частые обострения, нарушения поведения продлевают пребывание в отделении [51].

В Чехии к параметрам, способствующим увеличению срока лечения, отнесены пожилой возраст, продолжительность предыдущей госпитализации в психиатрическую клинику, лечение клозапином, психосоциальная дисфункция, диагноз психотического или парафилического расстройства, совершение преступления на сексуальной почве. Сокращение срока лечения связано с наличием стабильных просоциальных отношений, работой до госпитализации, поддержкой близких, совершением основного преступления в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Большинство факторов, удлиняющих срок, связано не столько с клиническими рисками самого пациента, сколько с психосоциальными барьерами (отсутствие поддержки, жилья, сложности с реинтеграцией) [52].

Модель «Триада активного восстановления» (Active Recovery Triad, ART) представляет собой основу для восстановительного подхода в учреждениях длительного пребывания в отношении лиц с психическими расстройствами в Нидерландах. В научных работах представлены результаты анализа трех основных принципов модели. В рамках принципа «Активность» пользователи услуг отметили, что чувствуют себя мотивированными, активно работают над достижением личных целей в области восстановления и строят планы на будущее. В соответствии с принципом «Восстановление» участники рассказали о том, как в процессе ухода и поддержки учитываются аспекты восстановления (здоровье, самоидентификация, повседневная жизнь и функционирование в обществе). Согласно третьему принципу триады, важными факторами были названы поддержка близких, общение с медицинским персоналом и другими пользователями услуг. Участники исследования отмечали, что чувствуют мотивацию, активно работают над личными целями восстановления – здоровье, личная идентичность, повседневная жизнь и социальная активность в сообществе, у них появляются планы на будущее. При высокой оценке безопасности среды они часто выражали желание большей самостоятельности, подчёркивали важность поддержки со стороны значимых других, регулярного контакта с медработниками и общения с другими пользователями услуг [53].

Модель ART (Active Recovery Triad) – восстановительного ухода в долгосрочной психиатрической помощи имеет 3 фазы внедрения. На стартовой фазе 1 показатель эффективности определяется поддержкой со стороны руководства организации и рядовых сотрудников, обеспечение всех участников (сотрудников, получателей услуг, значимых других) информацией о модели, создание нужного импульса для старта. Этап внедрения (фаза 2) реализуется стабильной командой, важными составляющими являются наличие лидеров и амбассадоров, продвигающих модель, расстановка приоритетов в целях, достаточные ресурсы и образовательные программы для сотрудников, преодоление структурных ограничений, характерных для крупных организаций. На заключительном этапе (фаза 3) ключевую роль играют умение справляться с неудачами, постоянное внимание к принципам ART, обмен опытом с другими командами и организациями [54].

Судебно-психиатрические клиники строгого режима

В Англии пребывание в Бродмурской психиатрической больнице представляет собой лечение и наблюдение в условиях строгого ограничительного режима с применением особых мер обеспечения безопасности. На перевод в менее строгие условия влияет не только снижение риска насилия, важная роль также отводится завершению терапевтической программы и «выздоровлению» в широком смысле [55].

В 2017 г. в стране около 730 пациентов находились в учреждениях строгого режима и были госпитализированы на длительный срок в соответствии с поправками от 2007 г., внесенными в Закон о психическом здоровье 1983 г. Пациенты, находившиеся на длительном стационарном лечении, перемещались из одного учреждения в другое, а не переводились в другое отделение внутри одной медицинской организации. Чаще всего они находились под надзором в соответствии с распоряжением о госпитализации с ограничениями (раздел 37/41) и имели в анамнезе проблемы с психическим здоровьем, самоповреждения и серьезные

правонарушения. Самым распространенным диагнозом у этой категории лиц была шизофрения, но у 47% из них диагностировано расстройство личности, в части случаев коморбидное основному заболеванию. При этом, как указывают исследователи, только 50% пациентов проходили формальную психологическую терапию. В учреждениях часто происходили случаи насилия и изоляции больных, многие из них безуспешно пытались попасть в менее строгие условия содержания [56].

В Швеции проведены интервью с терапевтами и сотрудниками отделения, участвовавшими в пилотной программе по предотвращению агрессии с использованием виртуальной реальности (Virtual Reality Aggression Prevention Training, VRAPT). В VRAPT социальные ситуации моделируются как интерактивные 3D-сценарии, где пациент сталкивается с провокациями и учится управлять своими реакциями без проявления агрессии. Теоретическая база опирается на когнитивно-поведенческую терапию и направлена на преодоление алекситимии, развитие самоконтроля и навыков общения. В исследованиях по оценке эффективности VRAPT измерялись показатели агрессии, саморегуляции до, после курса терапии и через 3 месяца. Результаты показали положительную динамику по всем параметрам. Анализ устойчивости изменений выявил различия у пациентов – от стабилизации и улучшения состояния до ухудшения. Участники интервью из числа персонала отделений принудительного лечения назвали VRAPT перспективным методом, особо отметив его ролевую составляющую. Авторы подчеркивают значимость индивидуального подхода к лечению, чтобы лучше удовлетворять потребности пациентов, повысить их вовлеченность, терапевтическую мотивацию и улучшать результаты лечения. На основе опыта пилотных проектов разработчики программы продолжают её совершенствовать. Так, на базе VRAPT создана упрощённая версия GRoVR для людей с лёгкими интеллектуальными нарушениями. Также проводят более масштабные исследования, включая рандомизированные контролируемые испытания [57].

Судебно-психиатрические клиники среднего уровня безопасности

В Англии сравнивались характеристики поступления и выписки на принудительное лечение двух когорт пациентов: женщин, поступивших в 1983-2001 гг. в смешанное по полу учреждение закрытого типа среднего уровня безопасности («смешанная» когорта), и женщин, поступивших в 2005-2013 гг. в профильное учреждение для женщин закрытого типа среднего уровня безопасности («специализированная» когорта). Женщины, поступившие в профильные учреждения для женщин, имели более криминальное прошлое и больше психологических травм. Определено, что средняя продолжительность пребывания в стационаре у женщин из специализированной когорты была существенно выше, чем у женщин из смешанной когорты: 859 дней и 229 дней соответственно. Более 80% пациенток из смешанной когорты были госпитализированы повторно в течение периода наблюдения [58].

В Швейцарии в рамках концепции судебно-психиатрического терапевтического сообщества была проведена оценка лечения 204 заключенных в исправительном учреждении среднего уровня безопасности, страдающих расстройствами психотического уровня, расстройствами личности или болезнями зависимости. Определено, что после пребывания в учреждении в среднем 2,5 года 56% правонарушителей были переведены в реабилитационный центр или в психиатрическую больницу общего профиля. Продолжительность пребывания в исправительном учреждении не зависела от психиатрического диагноза, но определялась характером совершенного преступления. На продолжительность пребывания и исход лечения в рамках судебной психиатрической помощи в Швейцарии влияет сложная взаимосвязь демографических, психиатрических и преступных факторов [59].

В Польше анализ факторов риска длительного пребывания в судебно-психиатрическом учреждении (более 60 и 84 месяцев) проведен на основе данных, полученных от 150 пациентов отделения судебной психиатрии среднего уровня безопасности в Варшаве. Проанализированы социально-демографические факторы, течение психического расстройства, характер совершенных противоправных действий, агрессивное или саморазрушающее поведение, а также клиническая картина заболевания за последние 6 месяцев. Установлено, что риск длительного пребывания в психиатрической больнице возрастал с увеличением продолжительности заболевания. Не было выявлено корреляции с возрастом пациентов на момент госпитализации или количеством госпитализаций. Характер заболевания также не был признан фактором риска [60].

Принудительное амбулаторное лечение

В Англии принудительное амбулаторное лечение направлено на сокращение числа повторных госпитализаций пациентов с психическими расстройствами. Однако исследования, посвященные его эффективности, не дают однозначных результатов. К примеру, не было найдено убедительных доказательств того, что проводимая с пациентами в этот период когнитивно-поведенческая терапия снижает частоту повторных госпитализаций или продолжительность пребывания в стационаре, хотя она может быть полезна для повышения приверженности амбулаторному лечению [61, 62].

Под этим видом принудительного лечения понимаются различные правовые схемы, в том числе лечение по решению суда и возобновляемый условный отпуск, назначаемый на время пребывания пациента в психиатрическом отделении [63]. Показано, что лица, прошедшие принудительную терапию, реже становились жертвами и совершали сами насильственные и ненасильственные преступления. Неясно, связано ли это с интенсивностью терапии или её принудительным характером [64].

В одном из регионов на западе Швейцарии (с населением 846 300 человек) в период с 2013 по 2022 г. было выдано 530 ордеров на стационарное принудительное лечение. Исследователями установлено, что эта мера применялась преимущественно в отношении мужчин в возрасте старше 40 лет, одиноких или разведенных, живущих отдельно, в части случаев находившихся под опекой. Основными диагнозами у них были шизофрения, шизотипическое или бредовое расстройство. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила чуть более 2 лет [65].

В Австралии отношение пациентов и их семей к такого рода терапии часто зависит от того, насколько они доверяют команде в области психического здоровья, какую поддержку они получают и какие отношения складываются между пациентом и специалистом. При этом в научных публикациях указывается на нехватку у специалистов в области психического здоровья современных и качественных рекомендаций, которые позволяют принять взвешенное решение о целесообразности применения когнитивно-поведенческой терапии и иных форм психотерапии применительно к данному контингенту [66]. По мнению австралийских авторов, меры СТО часто воспринимаются как принудительные и эмоционально травмирующие. Многие чувствуют себя «под пристальным наблюдением и усиленным контролем», как будто они «стремятся к рискованным поступкам» и «имеют патологические дефекты», испытывают стыд, страх и ощущение потери контроля над ситуацией.

В целом вопрос об эффективности тех или иных форм лечения и реабилитации в период принудительного лечения широко дискутируется в зарубежной научной литературе и остается открытым. Это вызывает беспокойство специалистов не только в Австралии, но и в других странах, таких как Англия, Шотландия и Канада [67].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Деинституционализация психиатрической помощи по-прежнему является одним из глобальных приоритетов в области соблюдения прав человека в рамках специализированной медицинской помощи. Спустя более полувека после начала этого процесса актуальность в психиатрическом сообществе приобрел процесс так называемой трансинституционализации, под которым подразумевается перемещение лиц с психическими расстройствами из одних институциональных учреждений в другие, а не в сообщество. Исследователями в этой области подчеркивается широкая распространенность перевода этой категории больных в специализированные учреждения меньшего размера, в условия изоляции и с ограниченными возможностями для интеграции в общество. При этом к факторам, препятствующим деинституционализации психиатрической помощи, относятся недостаточная реализация биопсихосоциальной модели помощи, социальная дискриминация, ограниченное количество общественных служб, отсутствие поддержки для интеграции в общество, выделение большой части средств на содержание круглосуточных стационаров, институциональная политика, неэффективное управление и недостаточная правозащитная деятельность.

В качестве эффективных мер, способствующих реформированию психиатрической службы с заменой длительного пребывания в психиатрической больнице менее изолирующими подходами к оказанию медицинской помощи психически больным по месту жительства, рассматриваются инклюзивное общество, финансирование общественных альтернатив, самостоятельное проживание, индивидуальная поддержка с учетом контекста, правовые реформы, участие потребителей в предоставлении услуг и правозащитная деятельность потребителей. К факторам, препятствующим деинституционализации в сфере охраны психического здоровья, отнесены доминирование медицинской модели, социальная дискриминация, недостаточное развитие служб поддержки по месту жительства, трансинституционализация, отсутствие поддержки интеграции в общество, направление основной части средств на содержание учреждений интернатного типа, экономическая заинтересованность в сохранении системы интернатов, внутренняя политика учреждений, неэффективное управление, профессиональный контроль и ограниченная деятельность по защите прав. В число факторов, способствующих процессу, входили модель интеграции в общество, инклюзивное общество, ресурсное обеспечение альтернативных форм помощи по месту жительства, возможность самостоятельного проживания, индивидуализированная поддержка с учетом конкретных условий, экономические факторы, реформы законодательства и политики, участие самих получателей услуг в организации помощи и защите своих прав [68].

Исполнение принудительных мер медицинского характера является частью общего процесса оказания психиатрической помощи. Будущие реформы должны интегрировать правозащитников

с инновациями в сфере общественного ухода и научно обоснованной практикой, гарантируя, что принудительные меры остаются исключительными и строго оправданными. Важно подчеркнуть необходимость регулярного обучения персонала, обмена знаниями и последовательного применения стандартов с упором на минимизацию использования принудительного лечения в стационаре при разработке альтернатив. Будущие реформы должны сочетать правовые гарантии с инновациями в сфере оказания помощи по месту жительства и практикой, основанной на доказательных данных, обеспечивая исключительный характер и обоснованность мер принуждения. Несмотря на наличие научно обоснованных стратегий по сокращению применения принудительного лечения, важно подчеркнуть необходимость регулярного обучения персонала, обмена знаниями и последовательного соблюдения высоких стандартов, уделяя особое внимание минимизации случаев принудительного лечения в медицинских учреждениях и развитию альтернативных подходов. Меры принудительного лечения часто применяются в больницах общего профиля в отношении пациентов, не способных самостоятельно принимать решения. Решение вопросов, связанных с любыми формами принудительного лечения, как в психиатрических, так и в иных медицинских учреждениях, с целью обеспечения единых правовых, этических и клинических стандартов для всех пациентов имеет решающее значение для сведения практики принуждения к абсолютному минимуму [69].

Доказательная база эмпирических данных для судебно-психиатрической практики невелика, хотя есть основания полагать, что психиатрическая помощь дает лучшие результаты, чем содержание под стражей в рамках уголовного судопроизводства. Правовая (юридическая) эпидемиология может стать научной основой для совершенствования законодательства, а также для обеспечения справедливого и эффективного психиатрического обслуживания. В данном отношении актуальны исследования, направленные на оценку результатов принудительного лечения в сопоставлении с его продолжительностью. К настоящему времени систематический сбор качественных эпидемиологических данных в судебно-психиатрической практике по-прежнему затруднен. Государствам необходимо выработать единые определения и методы учета, а также внести свой вклад в создание общедоступной базы данных с такими эпидемиологическими показателями [70, 5, 71, 72]. В редакционной статье освещаются материалы журнала B J Psych Open, в которых методы юридической эпидемиологии применяются для анализа проблем, связанных с жестоким обращением с детьми и применением принудительных мер в психиатрической помощи. Полученные результаты подчеркивают необходимость раннего вмешательства, стандартизированных методов оценки и реформ, в центре внимания которых находятся права и благополучие человека [71]. Существует дефицит качественных исследований факторов, влияющих на длительность пребывания пациентов в стационарах судебно-психиатрического профиля, а имеющиеся работы характеризуются неоднородностью. Не обнаружено факторов, которые можно изменить (модифицировать), в связи с чем практические рекомендации не были сформулированы. Возрастает необходимость в понимании факторов, обусловливающих длительную госпитализацию; их знание позволит совершенствовать организацию помощи и повысить эффективность реинтеграции и реабилитации пациентов [72].

В опросе участвовали 22 государства – члена ЕС и Швейцария. Поскольку зачастую отсутствовало четкое определение того, что считают койкоместом в системе судебно-психиатрической помощи, точные данные о наличии таких мест (в специализированных судебно-психиатрических больницах или отделениях, обычных психиатрических больницах, медицинских блоках пенитенциарных учреждений) во многих странах были неизвестны или были определены приблизительно. Показатели обеспеченности, рассчитанные на основе данных опроса, свидетельствуют о значительных различиях в организации судебно-психиатрической помощи в Европе: от 0,9 койко-места на 100 000 населения в Италии до 23,3 в Бельгии. В первую очередь необходимо внедрять стандартизированные национальные системы отчетности, которые обеспечат информацией регулярные общеевропейские обзоры в области судебной психиатрии; это станет необходимым условием для оценки и сопоставления различных систем, выявления наиболее эффективных и рациональных моделей организации помощи [73]. Средняя продолжительность пребывания пациентов в судебно-психиатрических учреждениях была примерно в 10 раз больше в Нидерландах, чем в Словении. В Англии и Уэльсе 18% пациентов были женщинами по сравнению с 5% в Словении. Разница в количестве коек на 100 000 человек между Нидерландами и Испанией достигала 17 раз. Средняя продолжительность пребывания в судебно-психиатрических учреждениях связана с ВВП, расходами на здравоохранение и показателями индекса демократии. Систематически собираемые эпидемиологические данные хорошего качества по-прежнему труднодоступны в судебной психиатрии. Государствам необходимо разработать общие определения и методы регистрации, участвовать в пополнении общедоступного хранилища данных таких эпидемиологических показателей [74].

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование осуществлялось за счет средств федерального бюджета в рамках выполнения государственного задания с задачами, определенными Уставом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Проведён анализ литературных источников с использованием баз данных, вследствие чего одобрение локального этического комитета не требовалось.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Houidi A., Paruk S. A narrative review of international legislation regulating fitness to stand trial and criminal responsibility: Is there a perfect system? Int J Law Psychiatry. 2021;74:101666. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101666.
2. Martinho SM, Santa-Rosa B, Silvestre M. Where the public health principles meet the individual: a framework for the ethics of compulsory outpatient treatment in psychiatry. BMC Med Ethics. 2022 Jul 25;23(1):77. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00814-8. PMID: 35879800; PMCID: PMC9309603.
3. Hofstad T, Husum TL, Rugkåsa J, Hofmann BM. Geographical variation in compulsory hospitalisation – ethical challenges. BMC Health Serv Res. 2022 Dec 10;22(1):1507. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08798-2. PMID: 36496384; PMCID: PMC9737766.
4. De Ruysscher C, Vandevelde S, Vanheule S, Bryssinck D, Haeck W, Vanderplasschen W. Opening up the black box of recovery processes in persons with complex mental health needs: a qualitative study of place-making dynamics in a low-threshold meeting place. Int J Ment Health Syst. 2022 Oct 14;16(1):50. https://doi.org/10.1186/s13033-022-00560-9. PMID: 36242059; PMCID: PMC9568920.
5. Plahouras JE, Mehta S, Buchman DZ, Foussias G, Daskalakis ZJ, Blumberger DM. Experiences with legally mandated treatment in patients with schizophrenia: A systematic review of qualitative studies. Eur Psychiatry. 2020 May 14;63(1):e39. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.37. PMID: 32406364; PMCID: PMC7355163.
6. Germann U. Psychiatrists, criminals, and the law: forensic psychiatry in Switzerland 1850-1950. Int J Law Psychiatry. 2014;37:91-98. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.009.
7. Saya A., Brugnoli C., Piazzi G. et al. Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: A narrative review. Front Psychiatry. 2019; https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00271.
8. Lickiewicz J, Efkemann SA, Husum TL, Lantta T, Pingani L, Whittington R. Expert opinions on improving coercion data collection across Europe: a concept mapping study. Front Psychiatry. 2024 May 29;15:1403094. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1403094. Erratum in: Front Psychiatry. 2024 Aug 27;15:1464977. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1464977. PMID: 38868490; PMCID: PMC11167108..
9. Fiala-Butora J. The influence of the convention on the rights of persons with disabilities on the European court of human rights in the area of mental health law: Divergence and unexplored potential. Int J Law Psychiatry. 2024;94:101965. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.101965
10. Szmukler G. ‘‘Capacity’’, ‘‘best interests’’, ‘‘will and preferences’’ and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. World Psychiatry. 2019 Feb;18(1):34-41. https://doi.org/10.1002/wps.20584. PMID: 30600630; PMCID: PMC6313688.
11. Szmukler G. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: ‘Rights, will and preferences’ in relation to mental health disabilities. Int J Law Psychiatry. 2017; https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.06.003.
12. Dawson J. A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. Int J Law Psychiatry. 2015 May-Jun;40:70-9. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.003. Epub 2015 May 13. PMID: 25982965.
13. Birkeland S., Steinert T., Whittington R. et al. Abolition of coercion in mental health services – A European survey of feasibility. Int J Law Psychiatry. 2024; https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.101992
14. Lippi M, Campanozzi LL, D'Andrea G, Morena D, Orsini F, Damato FM, Fanelli G, Balcioglu YH, Ryland H, Fovet T, Völlm B, Vicente-Alba J, Scott CL, Frati P, Tambone V, Rinaldi R. Psychiatric Risk Governance Across Jurisdictions: A Comparative Analysis of Involuntary Treatment, Community Treatment Orders, and Forensic Mental Health Services. Healthcare (Basel). 2025 Sep 20;13(18):2363. https://doi.org/10.3390/healthcare13182363. PMID: 41008498; PMCID: PMC12470205.
15. Roux B., Giravalli P., Tuchtan L. et al. Forensic criteria, clinical and theoretical issues of the indication of court-ordered treatment: A comparative survey among experts in forensic psychiatry and sentencing judges in France. Int J Law Psychiatry. 2024;95. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.102006
16. Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié JP, Richard-Devantoy S. Les soins pénalement ordonnés: analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature [Court-ordered treatment: Analysing a complex practise through a literature review]. Encephale. 2015 Oct;41(5):420-8. French. https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.03.003. Epub 2015 May 12. PMID: 25979378.
17. Williams AR. Opportunities in reform: Bioethics and mental health ethics. Bioethics. 2016 May;30(4):221-6. https://doi.org/10.1111/bioe.12210. Epub 2015 Sep 30. PMID: 26424211; PMCID: PMC4814362.
18. Ferracuti S., Pucci D., Trobia F. et al. Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978-2018). Int J Law Psychiatry. 2019;62:45-49. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.10.003
19. Di Mizio G, Bolcato M, Rivellini G, Di Nunzio M, Falvo V, Nuti M, Enrichens F, Lucania L, Di Nunno N, Clerici M. Protection of prisoners with mental health disorders in Italy: Lights and shadows after the abolition of judicial psychiatric hospitals. Int J Environ Res Public Health. 2022 Aug 12;19(16):9984. https://doi.org/10.3390/ijerph19169984. PMID: 36011618; PMCID: PMC9408278.
20. Mandarelli G, Carabellese F, Felthous AR, Parmigiani G, Del Casale A, Catanesi R, Montalbò D, Ferracuti S. The factors associated with forensic psychiatrists' decisions in criminal responsibility and social dangerousness evaluations. Int J Law Psychiatry. 2019 Sep-Oct;66:101503. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101503. Epub 2019 Oct 18. PMID: 31706410.

21. Steinert T., Hirsch S., Flammer E. Effects of the Decision of the German Constitutional Court on mechanical restraint in 2018: Coercive measures in the psychiatric hospitals in Baden-Wuerttemberg in 2019 compared to the years 2015-2017. Nervenarzt. 2022;93(7):706-712. https://doi.org/10.1007/s00115-022-01267-5
22. Flammer E, Frank U, Steinert T. Freedom Restrictive Coercive Measures in Forensic Psychiatry. Front Psychiatry. 2020 Mar 5;11:146. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00146. PMID: 32194460; PMCID: PMC7066111.
23. Müller S. The influence of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities on the German jurisdiction and legalization regarding compulsory measures. Fortschr Neurol Psychiatr. 2018; 86(8):485-492. https://doi.org/10.1055/a-0597-2031
24. O'Maony C. The reform of Irish mental health law: Aligning with human rights obligations? Int J Law Psychiatry. 2024; 95. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.102004
25. Kelly B.D., Curley A., Duffy R.M. Involuntary psychiatric admission based on risk rather than need for treatment: report from the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS). Ir Med J. 2018; 111(4):736.
26. Dufour M, Hastings T, O'Reilly R. Canada should retain its reservation on the United Nation's convention on the rights of persons with disabilities. Can J Psychiatry. 2018 Dec;63(12):809-812. https://doi.org/10.1177/0706743718784939. Epub 2018 Jun 20. PMID: 29925272; PMCID: PMC6309045.
27. Molodynski A, O'Brien A, Burns J. Key international themes in coercion. BJ Psych Int. 2017 Aug 1;14(3):61-63. https://doi.org/10.1192/s2056474000001926. PMID: 29093947; PMCID: PMC5618901.
28. Birkeland S, Gildberg FA. Mental Health Nursing, Mechanical Restraint Measures and Patients' Legal Rights. Open Nurs J. 2016 Mar 28;10:8-14. https://doi.org/10.2174/1874434601610010008. PMID: 27123152; PMCID: PMC4820532.
29. Shi J, Primanov RM, Amelia R, Andini N. From chains to care: Ending Pasung (Physical Restraint) among schizophrenia patients in Indonesia, A systematic review. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2025 Nov 12;21:e17450179414516. https://doi.org/10.2174/0117450179414516251030074059. PMID: 41694710; PMCID: PMC12895430.
30. Hidayat MT, Lawn S, Muir-Cochrane E, Oster C. The use of pasung for people with mental illness: a systematic review and narrative synthesis. Int J Ment Health Syst. 2020 Dec 7;14(1):90. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00424-0. PMID: 33372617; PMCID: PMC7720453.
31. Touitou-Burckard E, Coldefy M, Bourin C, Ellini A, Saetta S, Gandré C. Behind closed doors: unlocking hospital variations in the use of seclusion and mechanical restraint – a nationwide multilevel analysis in adult mental healthcare in France. BMC Psychiatry. 2025 Oct 22;25(1):1014. https://doi.org/10.1186/s12888-025-07404-z. PMID: 41126119; PMCID: PMC12542364.
32. Ozota GO, Sabastine RN, Uduji FC, Okonkwo VC. Nigeria mental health law: Challenges and implications for mental health services. S Afr J Psychiatr. 2024 Apr 19;30:2134. https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v30i0.2134. PMID: 38726332; PMCID: PMC11079425.
33. Disha T, Papavasiliou E, Gill S. Assessing autonomy in psychiatric practice: a narrative literature review. Discov Ment Health. 2025 Oct 28;5(1):161. https://doi.org/10.1007/s44192-025-00287-2. PMID: 41148500; PMCID: PMC12569270.
34. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. BMC Med Ethics. 2015 May 28;16:37. https://doi.org/10.1186/s12910-015-0029-5. PMID: 26016885; PMCID: PMC4446957.
35. Furness T, Bardoel A, Djurkovic N, Fullam R, Ogloff JRP. Workplace culture for forensic mental health services: a mixed methods descriptive study. BMC Health Serv Res. 2024 Nov 28;24(1):1498. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11779-2. PMID: 39609791; PMCID: PMC11604009.
36. Katterl S. From principles to practice: Clarifying new obligations under Victoria's Mental Health and Wellbeing Act 2022. Australas Psychiatry. 2024 Aug;32(4):354-358. https://doi.org/10.1177/10398562241251595. Epub 2024 Apr 30. PMID: 38686767; PMCID: PMC11318209.
37. Harbishettar V., Enara A., Gowda M. Making the most of Mental Healthcare Act 2017: Practitioners' perspective. Indian J Psychiatry. 2019;61(4):645-6 49. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_98_19.
38. Math SB, Gowda GS, Basavaraju V, Manjunatha N, Kumar CN, Enara A, Gowda M, Thirthalli J. Cost estimation for the implementation of the Mental Healthcare Act 2017. Indian J Psychiatry. 2019 Apr;61(Suppl 4):S650-S659. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_188_19. PMID: 31040453; PMCID: PMC6482705.
39. Hobbs C, Wood E. What factors influence the retention of workers in NHS mental health crisis services in England? A reflexive thematic analysis. BMJ Open. 2025 Oct 13;15(10):e104551. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-104551. PMID: 41083316; PMCID: PMC12519645.
40. Tulloch L, Harkess-Murphy E, Walker H, Cheyne J, McCaig M, Ion R. Role and responsibilities of a forensic mental health nurse: a scoping review protocol. BMJ Open. 2025 Jul 15;15(7):e098745. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-098745. PMID: 40664418; PMCID: PMC12265835.
41. Holley J, Weaver T, Völlm B. The experience of long stay in high and medium secure psychiatric hospitals in England: qualitative study of the patient perspective. Int J Ment Health Syst. 2020 Mar 30;14:25. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00358-7. PMID: 32256688; PMCID: PMC7104497.
42. De Ruysscher C, Vandevelde S, Tomlinson P, Vanheule S. A qualitative exploration of service users' and staff members' perspectives on the roles of inpatient settings in mental health recovery. Int J Ment Health Syst. 2020 Mar 6;14:15. https://doi.org/10.1186/s13033-020-00347-w. PMID: 32165919; PMCID: PMC7060519.
43. Molloy L, Beckett P, Chidarikire S, Cutler N, Isobel S, Murphy G, Zugai J. Mental health nurses' enforcement of involuntary care in inpatient settings: A meta-ethnography. Int J Ment Health Nurs. 2025 Jun;34(3):e70044. https://doi.org/10.1111/inm.70044. PMID: 40346428; PMCID: PMC12064480.
44. Kisely S, Zirnsak T, Corderoy A, Ryan CJ, Brophy L. The benefits and harms of community treatment orders for people diagnosed with psychiatric illnesses: A rapid umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Aust N Z J Psychiatry. 2024 Jul;58(7):555-570. https://doi.org/10.1177/00048674241246436. Epub 2024 Apr 22. PMID: 38650311; PMCID: PMC11193324.
45. Rodríguez-Labajos L, Kinloch J, Grant S, O'Brien G. The role of the built environment as a therapeutic intervention in mental health facilities: A systematic literature review. HERD. 2024 Apr;17(2):281-308.

https://doi.org/10.1177/19375867231219031. Epub 2024 Feb 22. PMID: 38385552; PMCID: PMC11080396.
46. Rodríguez-Labajos L, Kinloch J, Nicol L, Grant S, O'Brien G. Impact of the design of adult mental health inpatient facilities on healthcare staff: a mixed methods systematic review. BMJ Open. 2024 Mar 5;14(3):e074368. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074368. PMID: 38448069; PMCID: PMC10916155.
47. Chrysikou E, Savvopoulou E, Biddulph J, Jenkin G. Decoding the psychiatric space: Cross country comparison of facilities for mental health service users. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jul 20;19(14):8832. https://doi.org/10.3390/ijerph19148832. PMID: 35886685; PMCID: PMC9319535.
48. Jovanović N., Campbell J., Priebe S. How to design psychiatric facilities to foster positive social interaction – A systematic review. Eur Psychiatry. 2019;60:49-62. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.005
49. Chrysikou E. Psychiatric institutions and the physical environment: combining medical architecture methodologies and architectural morphology to increase our understanding. J Healthc Eng. 2019 Jan 6;2019:4076259. https://doi.org/10.1155/2019/4076259. PMID: 30723538; PMCID: PMC6339737.
50. Völlm BA, Edworthy R, Huband N, Talbot E, Majid S, Holley J, Furtado V, Weaver T, McDonald R, Duggan C. Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England; A secondary publication from a large mixed-methods study. Front Psychiatry. 2018 Apr 16;9:140. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00140. PMID: 29713294; PMCID: PMC5911489.
51. Parfene Banu ME. Factors Influencing the Length of Hospital Stay in a Safety Measures Psychiatric Hospital in Romania. Curr Health Sci J. 2022 Apr-Jun;48(2):176-180. https://doi.org/10.12865/CHSJ.48.02.06. Epub 2022 Jun 30. PMID: 36320867; PMCID: PMC9590360.
52. Páv M, Vňuková M, Sebalo I. Factors affecting length of inpatient forensic stay: Retrospective study from Czechia. Front Psychiatry. 2022 May 4;13:825615. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.825615. PMID: 35599778; PMCID: PMC9114463.
53. Zomer L, van der Meer L, van Weeghel J, Widdershoven G, de Jong I, Voskes Y. Recovery-oriented care in teams working with the ART Model in long-term mental health care: A qualitative study on the experiences of service users and their significant others. Community Ment Health J. 2024 Aug;60(6):1177-1190. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01269-4. Epub 2024 Apr 15. PMID: 38619696; PMCID: PMC11199278.
54. Zomer L, van der Meer L, van Weeghel J, Widdershoven G, Voskes Y. From model to practice: A qualitative study on factors influencing the implementation of the Active Recovery Triad (ART) model in long-term mental health care. J Clin Med. 2024 Jun 14;13(12):3488. https://doi.org/10.3390/jcm13123488. PMID: 38930017; PMCID: PMC11205107.
55. McCullough S, Stanley C, Smith H, Scott M, Karia M, Ndubuisi B, Ross CC, Bates R, Davoren M. Outcome measures of risk and recovery in Broadmoor High Secure Forensic Hospital: stratification of care pathways and moves to medium secure hospitals. BJPsych Open. 2020 Jul 20;6(4):e74. https://doi.org/10.1192/bjo.2020.61. PMID: 32684202; PMCID: PMC7443913.
56. Völlm B., Edvorthy R., Holley J. et al. A mixed-methods study exploring the characteristics and needs of long-stay patients in high and medium secure settings in England: implications for service organization. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2017 Feb. Health Services and Delivery Research. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28263522/.
57. Andersson Y.A., Bengtson M.L.K., Moraga F.R.G. Therapist and ward staff experiences of virtual reality-assisted aggression treatment in a maximum-security forensic psychiatric clinic. BMC Psychiatry. 2026;26(1):220. https://doi.org/10.1186/s12888-026-07866-9
58. McCarthy L, Westhead J, Gibbon S, Hatcher RM, Clarke M. Characteristics of women admitted to medium secure care: a comparison of patients admitted to specialised single-sex and mixed-sex services in an English forensic psychiatric hospital. Front Psychiatry. 2025 Dec 11;16:1712853. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1712853. PMID: 41458028; PMCID: PMC12739282.
59. Weber K, Morier S, Lesaffre L, Menu C, Bertschy P, Herrmann FR, Giannakopoulos P. Court-ordered inpatient psychiatric care in Switzerland: determinants of length of stay and treatment outcome. Front Psychiatry. 2023 Oct 3;14:1222337. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1222337. PMID: 37854441; PMCID: PMC10579584.
60. Gosek P., Kotowska J., Rowińska-Garbień E. et al. Long-term forensic psychiatric inpatient treatment – review of the selected literature and the analysis of data from the medium secured forensic psychiatry unit. Psychiatr Pol. 2022; 56(6):1391-1404. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/136472
61. Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2018 Dec;5(12):1013-1022. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1. Epub 2018 Nov 1. PMID: 30391280; PMCID: PMC6251967.
62. Vergunst F., Rugkåsa J., Koshiaris C., Simon J, Burns T. Community treatment orders and social outcomes for patients with psychosis: a 48-month follow-up study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52(11):1375-1384. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1442-5
63. Corring D., O'Reilly R.L., Sommerdyk C. et al. What clinicians say about the experience of working with individuals on community treatment orders. Psychiatr Serv. 2018;69(7):791-796. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700492
64. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 17;3(3):CD004408. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5. PMID: 28303578; PMCID: PMC6464695.
65. Morandi S, Bonsack C, Boubaker K, Silva B. Ten Years of Community Treatment Orders in Western Switzerland: an Update. Community Ment Health J. 2025 Nov;61(8):1513-1523. https://doi.org/10.1007/s10597-025-01486-5. Epub 2025 Jul 18. PMID: 40679721; PMCID: PMC12647211.
66. Harvery M, Harrington R, Morgan M, Yule E, Wright S. Community treatment orders in Australia in the context of international literature: A narrative review of consumers, families and health professionals' perspectives. Int J Ment Health Nurs. 2025 Jun;34(3):e70061. https://doi.org/10.1111/inm.70061. PMID: 40346025; PMCID: PMC12064481.
67. Kisely S, Zirnsak T, Maylea C, Bull C, Brophy L. Latest findings highlight the continuing uncertainty over the utility of compulsory psychiatric treatment in the community. BJPsych Open. 2024 Jul 30;10(5):e133.

https://doi.org/10.1192/bjo.2024.718. PMID: 39078088; PMCID: PMC11698136.
68. Sá-Fernandes L, Sacchetto B, Pires J, Ornelas JH, Vargas-Moniz MJ. Putting mental health deinstitutionalisation back on track: a scoping review of what empirically hinders and drives deinstitutionalisation of adults who experience mental illness. BMC Public Health. 2025 Nov 26;25(1):4152. https://doi.org/10.1186/s12889-025-24496-0. PMID: 41299415; PMCID: PMC12659268.
69. Rojnic Kuzman M, Fiorillo A, Beezhold J. Protection of human rights during involuntary treatment in mental healthcare services: A European perspective. Eur Psychiatry. 2025 Oct 13;68(1):e174. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10124. PMID: 41077921; PMCID: PMC12721983.
70. Völlm B.A., Clarke M., Tort Herrando V. et al. European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. Eur Psychiatry. 2018;51:58-73. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.007
71. Kisely S, Beaglehole B. The contribution of BJPsych Opento the growing relevance of legal epidemiology. BJPsych Open. 2025 Sep 22;11(5):e223. https://doi.org/10.1192/bjo.2025.10864. PMID: 40977388; PMCID: PMC12458087.
72. Dima A, Wazir A, Clark-Castillo R, Zakopoulos I, Smith S, Gaughran F. Factors influencing the length of stay in forensic psychiatric settings: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2024 Mar 29;24(1):400. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10863-x. PMID: 38553762; PMCID: PMC10981349.
73. Salize HJ, Dressing H, Fangerau H, Gosek P, Heitzman J, Markiewicz I, Meyer-Lindenberg A, Stompe T, Wancata J, Piccioni M, de Girolamo G. Highly varying concepts and capacities of forensic mental health services across the European Union. Front Public Health. 2023 Jan 26;11:1095743. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1095743. PMID: 36778562; PMCID: PMC9909593.
74. Tomlin J, Lega I, Braun P, Kennedy HG, Herrando VT, Barroso R, Castelletti L, Mirabella F, Scarpa F, Völlm B; experts of COST Action IS1302. Forensic mental health in Europe: some key figures. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021 Jan;56(1):109-117. https://doi.org/10.1007/s00127-020-01909-6. Epub 2020 Jul 10. PMID: 32651594; PMCID: PMC7847441.

Поступила в редакцию 05.03.2026
Утверждена к печати 14.09.2026

Казаковцев Борис Алексеевич, д.м.н., профессор, руководитель отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. bakazakovtsev@serbsky.ru

Макушкина Оксана Анатольевна, д.м.н., профессор, руководитель научно-организационного отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. SPIN-код 7676-1630. SPIN-код РИНЦ 7676-1630. ResearcherID A-5403-2016. AuthorID РИНЦ 6507555142. ORCID iD 0000-0002-9081-8257.

Шпорт Светлана Вячеславовна, д.м.н., генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный внештатный специалист психиатр, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Минздрава России. AuthorID РИНЦ 565257. Author ID Scopus 8315485700. ORCID iD 0000-0003-0739-4121.

✉ Макушкина Оксана Анатольевна, makushkina@serbsky.ru

UDC 616.89-056.34:616-03-082:343.13(076):342.7:354.4(048.8)

For citation: Kazakovtsev B.A., Makushkina O.A., Shport S.V. Legislation and practice in the implementation of compulsory medical measures (review of foreign literature). Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2026; 3 (132): 84-100. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-3(132)-84-100

Legislation and practice in the implementation of compulsory medical measures (review of foreign literature)

Kazakovtsev B.A., Makushkina O.A., Shport S.V.

FSBI "V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Kropotkinsky Lane 23, 119034, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Throughout the history of psychiatric care, there has been ongoing debate regarding the use of compulsory medical measures and their legal regulation. In recent decades, discussions concerning the legislative and ethical aspects of this field have gained global significance, linked to both general and national trends in the development of mental health services. It is emphasized that forensic epidemiology can serve as a scientific foundation for improving the legislative framework and ensuring fair, effective psychiatric treatment. Objective: To describe the key characteristics (objectives, types, regulatory framework, and implementation practices) of compulsory medical measures based on foreign literature.

Keywords: rights of citizens during the provision of psychiatric care, treatment methods, personalized medicine in mental health services.

Received March 05, 2026 Accepted September 14, 2026

Kazakovtsev Boris A., D. Sc. (Medicine), Professor, Head of the Department of Epidemiological and Organizational Problems in Psychiatry, FSBI "V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation. bakazakovtsev@serbsky.ru

Makushkina Oksana A., D. Sc. (Medicine), Professor, Head of the Scientific and Organizing Department, FSBI "V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation. SPIN-code RSCI 7676-1630. ResearcherID A-5403-2016. AuthorID RSCI 6507555142. ORCID iD 0000-0002-9081-8257.

Shport Svetlana V., D. Sc. (Medicine), general manager of FSBI "V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation, chief external expert in psychiatry and addiction medicine of the Russian Ministry of Health. AuthorID RSCI 565257. Author ID Scopus 8315485700. ORCID iD 0000-0003-0739-4121.

✉ Makushkina Oksana A., makushkina@serbsky.ru