МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут права
Кафедра міжнародного європейського права та порівняльного правознавства

«До захисту допущено»
Завідувач кафедри МЄППП
_____ Завгородня В.М.
____ _____ 20__ р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня бакалавр

зі спеціальності 293 «Міжнародне право» освітньо-професійної програми «Міжнародне право»

на тему: «**Міжнародні стандарти захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки**»

Здобувачки групи П-91 Кіхтенко Яни Віталіївни

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело. _____ Я. Кіхтенко

Керівник асистент кафедри МЄППП, к.ю.н. _____ Славко А.С.

Суми 2023

Кіхтенко Я.В. Міжнародні стандарти захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки

Актуальність теми дослідження обумовлена її глобальним характером, необхідністю боротьби з дискримінацією, встановлення рівності у захисті прав осіб з розладами психіки та поведінки та забезпечення якісної медичної допомоги. Це допоможе створити більш справедливе та інклюзивне суспільство для всіх людей. Для України актуальність дослідження зумовлена зростанням кількості осіб, які набули розладів психіки та поведінки у результаті збройного конфлікту.

Метою роботи є аналіз міжнародних стандартів захисту осіб з розладами психіки та поведінки. Об'єктом дослідження є правовий статус осіб з розладами психіки та поведінки. Предметом дослідження є міжнародні стандарти та рекомендації щодо захисту їх прав.

Основними результатами роботи стало визначення основних понять та термінів, пов’язаних з особами, що страждають від розладів психіки та поведінки; дослідження статусу і повноважень міжнародних організацій, що займаються захистом прав таких осіб, та проведення огляду міжнародних стандартів та рекомендацій щодо захисту їх прав; розгляд проблем та перспектив, пов’язаних із захистом прав таких осіб в Україні. Автор доходить висновку, що чинні міжнародні акти стосовно статусу осіб з розладами психіки та поведінки не забезпечують належного захисту прав таких осіб. Зокрема, проблемними видаються забезпечення права на свободу та особисту недоторканність та захист від жорстокого поводження (особливо за умови утримання в місцях несвободи), право на освіту та право на надання медичної допомоги. У роботі рекомендовано здійснити вдосконалення як національного законодавства, так і міжнародно-правових актів для більш комплексного регулювання статусу осіб з розладами психіки та поведінки.

Ключові слова: особи з розладами психіки та поведінки, розлади психіки та поведінки, психіка, психічне здоров’я.

ЗМІСТ

ВСТУП 6

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ПРАВА ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ 11

1.1. Основні характеристики та визначення поняття осіб з розладами психіки та поведінки 11

1.2. Історичний аспект захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки 27

РОЗДІЛ 2. МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ ЗАХИСТУ ПРАВ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ 42

2.1. Міжнародні організації, які забезпечують захист прав осіб з розладами психіки та поведінки 42

2.2. Огляд міжнародних стандартів та рекомендацій захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки 49

РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПРАВ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ В УКРАЇНІ 62

ВИСНОВКИ 68

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 71

ВСТУП

Постановка проблеми. Проблема, пов'язана з міжнародними стандартами захисту осіб з розладами психіки та поведінки, полягає у відсутності єдиного та всеосяжного набору стандартів, який би забезпечував адекватний захист та повагу до прав та гідності цих людей на міжнародному рівні. В даний час існує різне законодавство та нормативно-правові акти у різних країнах, але їх застосування та інтерпретація можуть значно відрізнятися.

Одна з основних проблем полягає в тому, що відсутнє єдине визначення та класифікація розладів психіки та поведінки, що ускладнює розробку та застосування стандартів. Крім того, існує нестача інформації та освіти щодо цих розладів та їх впливу на життя людей, що може призводити до нерозуміння та дискримінації.

Інша проблема пов'язана з ставленням суспільства до людей із розладами психіки та поведінки. Часто вони стикаються з негативними стереотипами, забобонами та дискримінацією, що обмежує їхні права та можливості. Міжнародні стандарти повинні приділяти належну увагу захисту та просування прав та інтересів цих людей, а також сприяти зростанню толерантності суспільства та боротьбі з дискримінацією.

Також важливим аспектом є доступ до адекватної медичної допомоги та підтримки для осіб із розладами психіки та поведінки. Міжнародні стандарти повинні визначати мінімальні рівні якості та доступності послуг з діагностики, лікування та реабілітації, а також забезпечувати право на самовизначення та участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я та життя. Загалом проблема полягає у необхідності розробки та прийняття міжнародних стандартів, які б гарантували захист прав та гідності осіб з розладами психіки та поведінки, усували дискримінацію та забезпечували доступність та якість медичної допомоги. Такі стандарти допомогли б створити рівноправне та

інклюзивне суспільство, де кожна людина може жити повноцінним життям, незалежно від своїх особливостей психічного та поведінкового стану.

Загалом, тема міжнародних стандартів захисту осіб із розладами психіки та поведінки залишається актуальною і має велике значення у суспільстві. Ось кілька основних причин, чому ця тема залишається актуальною:

1) Глобальний характер проблеми. Розлади психіки та поведінки є всесвітньою проблемою, яка торкається мільйонів людей по всьому світу. Ці розлади можуть значно впливати на якість життя і здатність людей функціонувати в суспільстві. Тому розробка та застосування міжнародних стандартів захисту стає важливим завданням для гарантування прав та гідності цих людей незалежно від їхнього місця проживання.

2) Нерівність у захисті прав. У різних країнах існують різні підходи до захисту прав та інтересів осіб із розладами психіки та поведінки. Це може призвести до нерівності у захисті та виникненні дискримінації. Міжнародні стандарти можуть допомогти встановити загальні принципи та норми, які гарантуватимуть рівноправний захист прав цих людей та зменшення нерівності між країнами.

3) Подолання стигми та забобонів. Особи з розладами психіки та поведінки часто стикаються з негативними стереотипами та забобонами з боку суспільства. Це може призвести до соціальної ізоляції та обмежень у доступі до роботи, освіти та інших можливостей. Міжнародні стандарти повинні допомогти подолати цю стигму та сприяти створенню інклюзивного суспільства, де кожна людина може жити без дискримінації та забобонів.

4) Забезпечення якісної медичної допомоги: Особи з розладами психіки та поведінки потребують адекватної медичної допомоги та підтримки. Міжнародні стандарти повинні визначити мінімальні стандарти якості та доступності послуг з діагностики, лікування та реабілітації. Це дозволить забезпечити ефективну допомогу та підтримку цієї категорії населення у всьому світі.

Рівень розробленості теми. У своїх працях захист прав осіб з розладами психіки та поведінки розглядали: Білокобольський Н.Н., Броунлі Я., Гостін Л., Джонс Р., Циганок Л., Лесик-Тошевськи Д., Степанов І.О., Нобл П., Вовк О.І., Горевіч Р., Псарьова М.Д., Фаргес Е., Лізі С., Джонс М. та ін. Тим не менш, не применшуючи внеску теоретиків та практиків, зауважимо, що як зміст регулювання прав осіб з розладами психіки та поведінки, так і порядок реалізації не отримали належного висвітлення в юридичній літературі.

Метою дослідження теми роботи є аналіз міжнародних стандартів захисту осіб з розладами психіки та поведінки.

Для того, щоб досягти мети кваліфікаційної роботи, необхідно виконати наступні завдання:

1) Вивчення основних понять та визначень, пов'язаних з особами з розладами психіки та поведінки.

2) Аналіз історичного аспекту захисту прав осіб із порушеннями психіки та поведінки, включаючи розвиток міжнародних стандартів.

3) Дослідження міжнародних організацій, що займаються захистом прав осіб із розладами психіки та поведінки.

4) Огляд міжнародних стандартів та рекомендацій, пов'язаних із захистом прав осіб з розладами психіки та поведінки.

5) Дослідження проблем та перспектив розвитку прав осіб із розладами психіки та поведінки в Україні, включаючи наявність програм та заходів, доступність медичної допомоги та соціальної підтримки.

6) Формулювання рекомендацій та пропозицій щодо покращення захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки в Україні, включаючи приведення національного законодавства у відповідність до міжнародних стандартів та розвиток програм підтримки та реабілітації.

Об'єктом дослідження є правовий статус осіб з розладами психіки та поведінки.

Предметом дослідження є міжнародні стандарти та рекомендації щодо захисту їх прав.

Методи досліджження. При написанні кваліфікаційної роботи ми використовували такі методи:

1) Аналіз наукової літератури: Вивчення академічних та наукових джерел, включаючи статті, книги, дисертації та інші публікації, щоб отримати огляд теоретичних та практичних аспектів захисту прав осіб із розладами психіки та поведінки, а також інформацію про міжнародні стандарти та рекомендації.

2) Аналіз документів: Вивчення міжнародних документів, таких як конвенції, декларації та інші, які стосуються захисту прав осіб із розладами психіки та поведінки. Це дозволить оцінити існуючі міжнародні стандарти та прийняті рекомендації.

3) Історичний аналіз: Вивчення історичного розвитку захисту прав осіб із розладами психіки та поведінки, включаючи важливі етапи, зміни у законодавстві та прийняті міжнародні норми.

4) Дослідження міжнародних організацій: Вивчення ролі та діяльності міжнародних організацій, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та інші, у сфері захисту прав осіб із розладами психіки та поведінки.

5) Аналіз національного законодавства та політики: Вивчення законодавства та політики в Україні, пов'язаних із захистом прав осіб із розладами психіки та поведінки, щоб визначити проблеми та перспективи розвитку.

Ступінь вирішення проблеми в дослідженні та практичне значення одержаних результатів. Дослідження міжнародних стандартів та рекомендацій щодо захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки дозволить виявити існуючі проблеми у цій галузі та запропонувати рішення для їх покращення. Аналіз міжнародних організацій, які забезпечують захист

прав таких осіб, допоможе визначити найкращі практики та підходи, які можуть бути застосовані в Україні.

Дослідження може допомогти підвищити обізнаність та суспільне розуміння проблем, пов'язаних із захистом прав осіб із розладами психіки та поведінки. Результати та висновки дослідження можуть бути використані для освітніх та інформаційних кампаній, спрямованих на боротьбу із соціальною стигматизацією та дискримінацією таких осіб.

Структура роботи. Робота складається з трьох розділів, які включають підрозділи, вступу, висновків і списку використаних джерел із 86 найменувань. Загальний обсяг роботи становить 80 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ПРАВА ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ

1.1. Основні характеристики та визначення поняття осіб з розладами психіки та поведінки

Опанування людиною поняттями визначає характер сприйняття світу та спосіб дії у ньому. У сучасній психології часто плутають такі «терміни» і «поняття», як емоції та почуття, відчуття і почуття, людина та особистість, характер та особистість, особистість та індивідуальність, аномалія та патологія, психопатологія та патопсихологія, психічне та психологічне здоров'я та ін. Іноді оперують лише словами, а не їх значеннями, або використовують психологічні терміни, не розуміючи їхнього справжнього значення. Нині психологічні терміни проникли у повсякденну лексику. Обиватели замість занепокоєння говорять про «стрес», поганий настрій називають «депресією». Таке використання термінів буває серед професіоналів. Часто різні фахівці не можуть дійти взаєморозуміння, тому що в ті самі терміни вкладають різне значення. Багато людей і в побуті вкладають невірне значення в слова, що відбивають розлади психіки, такі як туга, тривога, занепокоєння, змішуючи їх, не бачачи різниці між цими порушеннями. Так, хвора людина може скаржитися, визначаючи свій емоційний стан словом «сум», хоча об'єктивно у нього визначається тривога.

На відміну від термінів математично-природничої грамотності, для розуміння термінів «психіка», «мотивація», «поведінка», «інстинкт», «особистість» та інших виникає необхідність уточнення - в контексті якої психологічної теорії використовується цей термін. Крім цього, багато термінів існують лише в рамках однієї парадигми психології, а інші парадигми їх не визнають (наприклад, термін «колективна психіка»). Ситуація формування

наукової термінології вимагає від фахівців достатньої терпимості до різних точок зору та вміння «перекладу» висловлювань на «мову» різних психологічних парадигм, з урахуванням відсутності в певних парадигмах низки термінів або їхнього різного розуміння. Практика вимагає подолання бар'єра нерозуміння між лікарями та психологами внаслідок також різної наукової мови (понятійного апарату) медицини та психології, що визначається «клінічним» або «психологічним» мисленням. Особливо актуальним є подолання нозоцентризму мислення у частини психіатрів (дотримання принципу «презумпції психічного здоров'я») та нормоцентризму мислення, характерного для багатьох психологів та педагогів.

Психіка людини – результат взаємодії 3-х підсистем: 1) потребно-мотиваційної, 2) пізнавальної та 3) емоційно-вольової. У кожній підсистемі можуть виявлятися порушення та розлади конкретних психічних процесів. Їх іноді ще називають душевними процесами та відмежовують від цінностей, ідеалів, вірувань (духовна сфера), які теж є частиною психіки, але її досліджує не психіатрія, а інші науки про людину – філософія, «вершинна» психологія, культурологія, педагогіка, юриспруденція, релігієзнавство, політологія та ін. [1].

МКХ-10 замінила поняття «психічна хвороба» більш загальним та аморфним поняттям «психічний розлад». Ці поняття відрізняються за змістом та обсягом. Етіологія психічних розладів (на відміну психічних хвороб) укладена у мозку, а взагалі - у сукупності взаємодіючих 3-х груп патогенних чинників (біологічних, психологічних і соціальних), одна з яких може у різних випадках переважати. До психічних розладів належать і «прикордонні стани» - проміжні між психічними хворобами та станами психічного здоров'я (неврози, психопатії та ін.). Відповідно до МКХ-10, «психічні розлади» - хворобливі стани з психопатологічними чи поведінковими проявами, пов'язані з порушенням функціонування організму внаслідок дії біологічних, соціальних, психологічних, генетичних чи хімічних чинників [2].

За DSM-4, «психічні розлади» - стани, які змушують людину страждати, відчувати себе безпорадною чи відчувати загрозу, незалежно від того іменуються їхні стани хворобою (наприклад, хвороба Альцгеймера) чи ні (наприклад, фобія польотів літаком) [2].

«Психічні розлади» - загальний об'єкт психіатрії (розділу медицини) та патопсихології (розділу клінічної психології). Як і всі науки, вони відрізняються за трьома критеріями - предметом, методами і понятійним апаратом. Клінічна психологія – частина психологічної науки, яка використовує концептуальний апарат психології. Вона вивчає психологічні порушення при психічних та соматичних розладах, а також відхиленнях розвитку (включаючи прояви, динаміку, психологічні та нейропсихологічні фактори та механізми цих порушень), розробляє принципи та методи психодіагностики, профілактики та допомоги за різних порушень психіки. У цьому вона спирається на психологічні знання про нормальний розвиток та функціонування психіки.

У багатьох людей час від часу виникають проблеми з психічним здоров’ям. Але занепокоєння психічним здоров’ям стає психічним захворюванням, коли триваючі ознаки та симптоми викликають частий стрес і впливають на вашу здатність функціонувати.

Психічне захворювання може зробити особу нещасною і спричинити проблеми у повсякденному житті, наприклад у школі, на роботі чи у стосунках. У більшості випадків симптоми можна впоратися за допомогою комбінації ліків і бесідної терапії (психотерапії).

Особи з розладами психіки та поведінки можуть досліджувати різноманітні симптоми, які впливають на їх здатність до нормального життя та функціонування в суспільстві. Це можуть бути:

1) **Розлад харчової поведінки**, це стан, коли харчові звички негативно впливають на життя, завдаючи шкоди здоров’ю, самопочуттю та світогляду. Багато людей у певний момент життя почуваються незадоволеними своїм зовнішнім виглядом і можуть використовувати дієту та

фізичні вправи, щоб підвищити свою впевненість [3]. Існує поширена помилкова думка, що розлади харчової поведінки є вибором способу життя. Розлади харчової поведінки насправді є серйозними та часто смертельними захворюваннями, пов'язаними з серйозними порушеннями харчової поведінки людей і пов'язаних думок і емоцій. Заклопотаність їжею, вагою тіла та формою також може сигналізувати про розлад харчової поведінки[4]. Поширені розлади харчової поведінки включають нервову анорексію, нервову булімію та розлад переїдання.

Нервова анорексія – це стан, коли люди уникають їжі, сильно обмежують їжу або вживають дуже невеликі кількості лише певних продуктів. Вони також можуть зважуватися неодноразово. Навіть маючи небезпечну вагу, вони можуть вважати себе такими, що мають надлишкову вагу [4].

Існує два підтипи нервової анорексії: «обмежувальний» підтип і «продувальний» підтип.

- При рестриктивному підтипі нервової анорексії люди сильно обмежують кількість і тип їжі, яку вони споживають.
- У підтипі нервової анорексії, що провокує запій, люди також значно обмежують кількість і тип їжі, яку вони споживають. Крім того, у них можуть бути напади переїдання та епізоди очищення — з'їдання великої кількості їжі за короткий проміжок часу з наступним блюванням або використання проносних або діуретиків, щоб позбутися того, що було спожито.

Нервова анорексія може бути смертельною. Він має надзвичайно високий рівень смертності порівняно з іншими психічними розладами. Люди з анорексією ризикують померти від медичних ускладнень, пов'язаних з голодуванням. Самогубство є другою основною причиною смерті людей з діагнозом нервова анорексія.

Нервова булімія – це стан, при якому люди мають періодичні та часті епізоди вживання надзвичайно великої кількості їжі та відчуття відсутності

контролю над цими епізодами. Це переїдання супроводжується поведінкою, яка компенсує переїдання, такою як вимушене блювання, надмірне використання проносних або діуретиків, голодування, надмірні фізичні вправи або комбінація цих видів поведінки. Люди з нервовою булімією можуть мати дещо недостатню вагу, нормальну вагу або надмірну вагу [4].

Розлад переїдання — це стан, при якому люди втрачають контроль над своїм прийомом їжі та мають повторювані епізоди вживання надзвичайно великої кількості їжі. На відміну від нервової булімії, періоди переїдання не супроводжуються очищенням, надмірними фізичними вправами або голодуванням. У результаті люди з розладом переїдання часто мають надмірну вагу або ожиріння. Розлад переїдання є найпоширенішим розладом харчової поведінки в США [4].

2) **Біполярний розлад** - це розлад мозку, який викликає зміни в настрої, енергії та здатності людини функціонувати. Люди з біполярним розладом відчувають інтенсивні емоційні стани, які зазвичай виникають протягом певних періодів від днів до тижнів, які називаються епізодами настрою. Ці епізоди настрою класифікуються як маніакальні/гіпоманіакальні (ненормально щасливий або дратівливий настрій) або депресивні (сумний настрій). Люди з біполярним розладом також зазвичай мають періоди нейтрального настрою. Після лікування люди з біполярним розладом можуть вести повноцінне та продуктивне життя [5].

Люди без біполярного розладу також відчувають коливання настрою. Однак ці зміни настрою зазвичай тривають годинами, а не днями. Крім того, ці зміни зазвичай не супроводжуються екстремальним ступенем зміни поведінки або труднощами з розпорядком дня та соціальною взаємодією, які люди з біполярним розладом демонструють під час епізодів настрою. Біполярний розлад може порушити стосунки людини з близькими та спричинити труднощі з роботою чи відвідуванням школи.

Біполярний розлад — це категорія, яка включає три різні діагнози: біполярний розлад I, біполярний розлад II і циклотимічний розлад.

Біполярний розлад зазвичай протікає в сім'ях: від 80 до 90 відсотків людей з біполярним розладом мають родича з біполярним розладом або депресією. Фактори навколишнього середовища, такі як стрес, порушення сну, а також наркотики та алкоголь, можуть викликати епізоди настрою у вразливих людей [5]. Хоча конкретні причини біполярного розладу в мозку неясні, вважається, що дисбаланс хімічних речовин у мозку призводить до порушення регуляції мозкової діяльності. Середній вік початку захворювання становить 25 років.

Люди з біполярним розладом типу I часто мають інші психічні розлади, такі як тривожні розлади, розлади вживання психоактивних речовин та/або синдром дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ). Ризик суїциду значно вищий серед людей з біполярним розладом I типу, ніж серед населення в цілому.

3) **Шизоафективний розлад** — це хронічний стан психічного здоров'я, що характеризується головним чином симптомами шизофренії, такими як галюцинації або марення, і симптомами розладу настрою, такими як манія та депресія.

Два типи шизоафективного розладу, обидва з яких включають деякі симптоми шизофренії, [15] це:

- Біполярний тип, який включає епізоди манії та іноді великої депресії;
- Депресивний тип, який включає лише великі депресивні епізоди.

Шизоафективний розлад може мати унікальний перебіг у кожної людини.

Ознаки та симптоми шизоафективного розладу залежать від типу — біполярного або депресивного — і можуть включати, серед іншого [15]:

- Маячні ідеї — наявність хибних, усталених переконань, незважаючи на докази протилежного;
- Галюцинації, такі як голоси або речі, яких немає;
- Порушення спілкування та мовлення, наприклад незв'язність;
- Дивна або незвичайна поведінка;

- Симптоми депресії, такі як відчуття порожнечі, смутку або нікчемності;
- Періоди маніакального настрою зі збільшенням енергії та зниженням потреби у сні протягом кількох днів, а також поведінка, яка не відповідає характеру;
- Порушення професійної, академічної та соціальної діяльності;
- Проблеми з доглядом за собою, включаючи чистоту та зовнішній вигляд.

Багатьом людям із шизоафективним розладом часто спочатку неправильно ставлять діагноз біполярний розлад або шизофренія. Оскільки шизоафективний розлад вивчений гірше, ніж два інших стани, багато втручань запозичено з їх підходів до лікування.

Шизоафективна хвороба зустрічається відносно рідко, її поширеність становить лише 0,3% [6]. Чоловіки та жінки відчувають шизоафективний розлад однаково, але у чоловіків хвороба часто розвивається в більш ранньому віці. Шизоафективний розлад можна ефективно контролювати за допомогою ліків і терапії. Супутні розлади вживання психоактивних речовин становлять серйозний ризик і потребують комплексного лікування.

4) **Розлад спектру аутизму** — це неврологічний розлад і розлад розвитку, який починається в ранньому дитинстві і триває протягом усього життя людини [7]. Це впливає на те, як людина діє та взаємодіє з іншими, спілкується та навчається. Він включає те, що раніше було відомо як синдром Аспергера та первазивні розлади розвитку.

Відповідно до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5) [8](посібника створений Американською психіатричною асоціацією, який медичні працівники використовують для діагностики психічних розладів) люди з РАС часто мають:

- Труднощі спілкування та взаємодії з іншими людьми;
- Обмеження інтересів і повторювану поведінку;

- Симптоми, які впливають на їх здатність працювати в школі, на роботі та в інших сферах життя.

Його називають розладом «спектру», оскільки люди з розладом спектру аутизму можуть мати ряд симптомів. Люди з розладом спектру аутизму можуть мати проблеми з підтриманням розмови чи зорового контакту [7]. Вони також можуть мати обмежені інтереси та повторювану поведінку. Вони можуть витрачати багато часу на те, щоб наводити порядок, або повторювати те саме речення знову і знову. Часто може здаватися, що вони перебувають у своєму «власному світі».

Протягом багатьох років діагноз «аутизм» був рідкісним явищем і зустрічався лише в 1 дитини з 2000. Однак із середини 1980-х років рівень аутизму різко зріс у всьому світі. У березні 2020 року Федеральний центр контролю за захворюваннями США оголосив, що 1 з кожних 54 дітей у Сполучених Штатах страждає на аутизм. Аутизм частіше вражає хлопчиків, ніж дівчаток , але діти будь-якої статі мають дігноз розлад спектру аутизму [9].

Відповідно до МКХ-10 [2] дитячий аутизм є одним із видів первазивних розладів, якому притаманні такі особливості:

- порушення або дисгармонійність розвитку, які виявляються ще у віці до 3 років;
- особливий тип психофункціональних відхилень у всіх трьох сферах психопатології: відповідна реакція у соціальних взаємовідносинах, засобах сплкування і дуже обмежена за характером стереотипна поведінка зі сценарієм, що часто повторюється у різних ситуаціях.

Є ще один видом аутизму - синдром Ретта. Це стан, який спостерігається лише у жінок і проявляється після очевидно «нормальних» перших шести місяців розвитку, після яких дитина втрачає координацію та мову. Одночасно сповільнюється ріст голови [25]. Такий патологічний стан звичайно починає розвиватися мі 7 і 24 місяцями життя дитини. Для нього характерна втрата цілеспрямованих рухів рук, стереотипно «скручена» позиція, а також гіпервентиляція, які бувають діагностичними ознаками цього синдрому.

Соціальний розвиток зупиняється, здатність до гри втрачається, однак соціальний інтерес дитини деякий час зберігається. У віці близько 4 років починає розвиватись атаксія тулуба та апраксія, згодом часто з'являються хореоатетоїїдні рухи. У більшості випадків розвивається розумова ретардація [2].

Багато ознак можуть вказувати на те, що в людини може бути розлад спектру аутизму. Деякі мають кілька ознак і симптомів, тоді як інші відчувають лише деякі.

Загальні ранні ознаки включають [10]:

- Затримку мови або труднощі спілкування;
- Поганий зоровий контакт;
- Відсутність творчої гри;
- Відсутність спільної уваги – не дивитися в тому ж напрямку, що й інші;
- Прояв обмеженого інтересу до інших людей;
- Дуже емоційна реакція на зміни в рутині.

Крім цього найбільш типового набору ознак, часто існують інші проблеми, включаючи фобії, порушення сну, харчові розлади, спалахи гніву та дратівливості, а також агресивну поведінку (спрямовану на себе).

Люди аутистичного спектру також можуть мати багато сильних сторін, зокрема:

- Здатність вивчати речі в деталях і запам'ятовувати інформацію протягом тривалого часу;
- Бути сильним візуальним і слуховим учнем;
- Відмінні знання з математики, природничих наук, музики чи мистецтва.

5) СДУГ означає **синдром дефіциту уваги з гіперактивністю** . Це розлад мозку, який впливає на те, як особа концентрує увагу, сидить спокійно та контролює свою поведінку [11]. Це трапляється у дітей і підлітків і може тривати в дорослому віці.

Медична наука вперше задокументувала дітей, які виявляють неуважність, імпульсивність і гіперактивність, у 1902 році [12]. З того часу цей розлад отримав багато назв, включаючи мінімальну мозкову дисфункцію, гіперкінетичну реакцію дитинства та розлад дефіциту уваги з гіперактивністю або без неї. Завдяки системі класифікації «Діагностичного та статистичного посібника, п’яте видання» (DSM-5) [8] розлад було перейменовано на синдром дефіциту уваги/гіперактивності або СДУГ. Сучасна назва відображає важливість аспекту неуважності розладу, а також інших характеристик розладу, таких як гіперактивність та імпульсивність.

Люди з СДУГ відчувають постійну картину таких типів симптомів:

- **Неуважність** означає, що людині може бути важко виконувати завдання, зосереджуватися та залишатися організованим, і ці проблеми виникають не через непокору чи відсутність розуміння.

Люди з симптомами неуважності часто можуть [14]:

- Не помічати або пропускати деталі та допускати, здавалося б, необережні помилки в навчанні, на роботі чи під час іншої діяльності;
- Важко утримувати увагу під час гри або завдань, таких як розмови, лекції або тривале читання;
- Не слухати, коли з ними говорять прямо;
- Важко виконувати інструкції або закінчувати шкільну роботу, домашню роботу чи обов’язки на робочому місці, або можее розпочати завдання, але втрачати зосередженість і легко відволікатися;
- Мати труднощі з організацією завдань і діяльності, послідовним виконанням завдань, утриманням матеріалів і речей у порядку, управлінням часом і дотриманням термінів;
- Уникати завдань, які вимагають тривалих розумових зусиль, таких як домашнє завдання, підготовка звітів, заповнення форм або перегляд довгих робіт для підлітків і літніх людей;

- Втрачати речі, необхідні для завдань або діяльності, такі як шкільне приладдя, олівці, книги, інструменти, гаманці, ключі, документи, окуляри та мобільні телефони;
- Легко відволікатися на незв’язані думки чи подразники;
- Бути забудькуватими в повсякденних справах, таких як домашні справи, доручення, відповіді на дзвінки та дотримання зустрічей.

Гіперактивно-імпульсивний: люди з цим типом СДУГ, як правило, багато говорять, часто перебивають інших, не можуть дочекатися своєї черги або говорять у невідповідний час. Люди з гіперактивно-імпульсивним СДУГ також вередують, хапають речі у людей їїм важко довго сидіти нерухомо, наприклад під час уроків або перегляду фільму. Люди з цим типом СДУГ також відчувають неспокій і можуть діяти імпульсивно. Як наслідок, нещасні випадки та травми у людей із цим типом СДУГ трапляються частіше [13].

Люди з симптомами гіперактивності-імпульсивності часто можуть [14]:

- Вередувати і звиватися, сидячи;
- Залишати свої місця в ситуаціях, коли очікується, що вони залишаться сидіти, наприклад, у класі чи офісі;
- Бігатиабо підніматися в невідповідний час або, у підлітків і дорослих, часто відчувати неспокій;
- Неможуть спокійно грати або займатися хобі;
- Постійно перебувати в русі або на ходу, або поводитися так, ніби рухається двигуном;
- Розмовляти надмірно
- Відповідати на запитання до того, як вони будуть поставлені повністю, закінчувати речення інших людей або говорити, не чекаючи черги в розмові;
- Важко чекати своєї черги;
- Перебивати інших або втручатися в них, наприклад, у розмовах, іграх або заняттях.

6) **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** — це стан психічного здоров’я, при якому люди відчувають різноманітні симптоми після травматичної події [17]. Це можуть бути спогади, кошмари, нав’язливі думки, тривога, уникнення та зміни настрою та мислення.

Приблизно 6,8% дорослих у США відчувають ПТСР [16]. Симптоми можуть включати повторне переживання травматичної події, уникнення нагадувань про травму, легке враження та наявність негативних думок і переконань.

Симптоми посттравматичних стресових розладів зазвичай поділяються на такі широкі категорії [18]:

- Повторне переживання типових симптомів, таких як повторювані, мимовільні та нав’язливі тривожні спогади, які можуть включати спогади про травму, погані сни та нав’язливі думки.
- Уникання, яке може включати тримання подалі від певних місць або предметів, які є нагадуваннями про травматичну подію. Людина може активно уникати місця або людини, які можуть активізувати переважні симптоми.
- Когнітивні симптоми та симптоми настрою, які можуть включати проблеми з пригадуванням події, негативні думки про себе. Людина також може відчувати заціпеніння, почуття провини, занепокоєння чи депресії та відчувати труднощі з пригадуванням травматичної події. У деяких випадках когнітивні симптоми можуть поширюватися на переживання поза тілом або відчуття, що світ «нереальний» (дереалізація).
- Симптоми збудження, такі як гіпернастороженість. Приклади можуть включати сильне здивування подразниками, які нагадують травму, проблеми зі сном або спалахи гніву.

У маленьких дітей також може розвинутися ПТСР, і симптоми відрізняються від симптомів у дорослих. (Це нещодавнє визнання є великим кроком вперед, і дослідження тривають). Маленьким дітям не вистачає здатності передати деякі аспекти свого досвіду. Поведінка (наприклад,

чіпляння за батьків) часто є кращою підказкою, ніж слова, і досягнення у розвитку дитини, яка постраждала, можуть відступити (наприклад, повернення до того, що 4-річна дитина не привчена до туалету).

7) **Депресивний розлад, який часто називають просто депресією**, — це більше, ніж просто почуття смутку або важкий період.

Кожен іноді відчуває сум або пригнічення, але ці почуття зазвичай минають через деякий час. Депресія є іншою. Це може викликати серйозні симптоми, які впливають на те, як особа почувається, думає та виконує повсякденну діяльність, наприклад сон, їжу чи роботу. Це хвороба, яка може вразити будь-кого — незалежно від віку, раси, доходу, культури чи освіти. Дослідження показують, що генетичні, біологічні, екологічні та психологічні фактори відіграють роль у депресії [19; 20].

Симптоми депресії включають [20]:

- тривалий смуток або незрозумілі напади плачу;
- значні зміни в апетиті та режимі сну;
- дратівливість, гнів, занепокоєння, хвилювання, тривога;
- песимізм, байдужість;
- втрата енергії, стійка млявість;
- почуття провини, нікчемності;
- нездатність зосередитися, нерішучість;
- нездатність насолоджуватися колишніми інтересами, соціальна замкнутість;
- незрозумілі болі;
- повторювані думки про смерть або самогубство.

Депресія може виникати при інших психічних розладах та інших захворюваннях, таких як діабет, рак, хвороби серця та хронічний біль. Депресія може погіршити ці стани, і навпаки. Іноді ліки, які приймаються при цих захворюваннях, викликають побічні ефекти, які сприяють появі симптомів депресії.

Існує багато різних типів депресії, наприклад: великий депресивний розлад, стійкий депресивний розлад, післяпологова депресія, сезонний афективний розлад, психотична депресія та ін.

- Великий депресивний розлад. Люди, які страждають на великий депресивний розлад, мали принаймні один великий депресивний епізод (п’ять або більше симптомів протягом принаймні двотижневого періоду) [20]. У деяких людей цей розлад є рецидивуючим, що означає, що вони можуть відчувати епізоди раз на місяць, раз на рік або кілька разів протягом життя. Інколи кажуть, що люди з повторюваними епізодами великої депресії мають уніполярну депресію (або те, що раніше називали «клінічною депресією»), оскільки вони відчувають лише періоди низького або пригніченого настрою.
- Стійкий депресивний розлад (раніше відомий як дистимія) — це тривалий хронічний стан низького рівня пригніченого настрою. Депресивний стан стійкого депресивного розладу не такий важкий, як при великій депресії.

Симптоми стійкого депресивного розладу включають [21]

- низьку самооцінку чи впевненість у собі, або почуття неадекватності;
- почуття песимізму, відчаю або безнадії;
- загальну втрату інтересу або задоволення;
- соціальну відстороненість;
- хронічну втому;
- почуття провини або роздуми про минуле;
- суб'єктивне відчуття дратівливості або надмірної злості;
- зниження активності, ефективності або продуктивності; і
- труднощі в мисленні: погану пам'ять, погану концентрацію або нерішучість.

Симптоми депресії та стійкого депресивного розладу збігаються, але такі симптоми, як зміна ваги або порушення сну, рідше зустрічаються у людей із стійким депресивним розладом. Ці симптоми більш поширені у людей з

хронічною великою депресією. Інші симптоми більш психологічного характеру, такі як відчуття безнадійності, безпорадності та нікчемності, характерні для людей як із стійким депресивним розладом, так і з хронічною великою депресією.

- Післяпологова депресія характеризується відчуттям смутку, байдужості, виснаження та тривоги після пологів. Вона вражає кожну дев'яту жінку, яка народила дитину, і може вразити будь-яку жінку незалежно від її віку, раси чи економічного становища. Це не недолік характеру чи ознака особистої слабкості.

Симптоми післяпологової депресії включають [8]:

- Почуття смутку або пригнічений настрій;
- Втрату інтересу або задоволення від занять, якими раніше насолоджувалися;
- Зміни апетиту;
- Проблеми зі сном;
- Втрату енергії або підвищену стомлюваність;
- Збільшення безцільної фізичної активності (наприклад, нездатність залишатися нерухомим, крокувати, потискати руки) або уповільнені рухи чи мову;
- Почуття нікчемності або провини;
- Труднощі з мисленням, концентрацією або прийняттям рішень;
- Думки про смерть або самогубство;
- Плач без причини;
- Відсутність інтересу до дитини, відсутність прив'язаності до дитини або відчуття сильного занепокоєння щодо/біля дитини;
- Почуття поганої матері;
- Страх нашкодити дитині або собі.

Приблизно 70% усіх новоспечених матерів відчувають «дитячий блюз», короткочасний стан, який не заважає повсякденній діяльності та не потребує медичної допомоги [22]. Симптоми цього емоційного стану можуть

включати плач без причини, дратівливість, неспокій і тривогу. Ці симптоми тривають тиждень-два і, як правило, проходять самостійно без лікування.

Післяпологова депресія відрізняється від «дитячого блюзу» тим, що вона емоційно та фізично виснажує і може тривати місяцями або більше. Лікуватися важливо як для матері, так і для дитини.

- Сезонний афективний розлад — це форма депресії, також відома як САР. Зазвичай він вражає людей восени, взимку, і розсіюється навесні та влітку. САР також може виникнути в літні місяці, але це рідше. У Посібнику з діагностики психічних розладів (DSM-5) [8] цей розлад визначено як тип депресії – великий депресивний розлад із сезонним характером.

Загальні симптоми САР включають втому, навіть через надто довгий сон, і збільшення ваги, пов’язане з переїданням і тягою до вуглеводів. Симптоми САР можуть варіюватися від легких до важких і можуть включати багато симптомів, схожих на велику депресію [23], наприклад:

- Почуття смутку або пригнічений настрій;
- Втрату інтересу або задоволення від занять, якими раніше насолоджувалися;
- Зміни апетиту;
- Зміни сну;
- Втратуенергії або підвищену втому, незважаючи на збільшення тривалості сну;
- Збільшення безцільної фізичної активності (наприклад, неможливість сидіти на місці, крокування, потиснення рук) або уповільнені рухи чи мова (ці дії мають бути достатньо серйозними, щоб інші могли їх спостерігати);
- Почуття нікчемності або провини;
- Труднощі з мисленням, концентрацією або прийняттям рішень;
- Думки про смерть або самогубство.

САР може початися в будь-якому віці, але зазвичай починається у віці від 18 до 30 років.

- Психотична депресія — це різновид великої депресії, яка виникає, коли важка депресія включає певну форму психозу, наприклад галюцинації або марення. Психоз не є постійним досвідом; це можна лікувати. Важливо негайно поговорити з медичним працівником, якщо є підозра на психоз або його розвиток.

Психоз може включати ряд переживань, зокрема [24]:

- проблеми з чітким мисленням;
- труднощі з розумінням того, що є реальним, а що ні;
- підозрілість і параною;
- вилучення та ізоляцію;
- незвичайні ідеї або почуття;
- марення та галюцинації, включаючи бачення, слух, запах речей, яких немає.

Психоз не має однієї конкретної причини. Людина може відчувати психоз як симптом стану психічного здоров’я або бути результатом вживання психоактивних речовин, побічної дії ліків або депривації сну.

1.2. Історичний аспект захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки

Завдяки історії медикалізації психічного здоров’я виявляється, що значення та інтепретація розладів психіки та поведінки були основою соціального, інституційного та конституційного становлення психіатрії.

Розлади психіки та поведінки, як відхилення від нормативних стандартів, ніколи не тлумачилося як щось, що повинно бути конституційно обмеежно та лікуватися медичним шляхом, аж до дуже пізньої історії.

До II та III сторіччя н. е. когнітивні та розумові вади були визнані як у медицині, так і в праві. А до V століття н. е. медичні мислителі того часу вже розрізняли когнітивні порушення та психічні захворювання [26].

Сучасні методи лікування осіб з розладам психіки та поведінки найбільше пов’язані зі створенням лікарень і притулків , починаючи з XVI століття. Місія таких закладів полягала в розміщенні та ув'язненні осіб з розладами психіки та поведінки, бідних, бездомних, безробітних і злочинців. Війна та економічна депресія породили величезну кількість небажаних осіб, і їх відокремили від суспільства та відправили до цих установ. У двох найвідоміших закладах — Святої Марії з Вифлеєму в Лондоні, відомий як Бедлам, і паризькій лікарні Hôpital Général почали приймати осіб з розладами психіки та поведінки у середині XVI століття і XVII століття [28]. Оскільки закони про обмеження волі зосереджені на захисті населення від осіб з розладами психіки та поведінки, уряди стали відповідальними за розміщення та годування небажаних в обмін на їхню особисту свободу. Більшість ув'язнених були поміщені в інституції проти їхньої волі, жили в бруді та були прикуті до стін, і їх зазвичай виставляли на огляд публіки за певну плату. Розлади психіки та поведінки, тим не менш, розглядалися соматогенно, тому лікування було подібним до лікування фізичних захворювань: очищення, кровотечі та блювота.

Найпершим законодавством, який конкретно стосувався психічних розладів, є статут de Praerogatia Regis кінця XIII сторіччя в Англії. Цей Статут розрізняє розумову відсталість («природні дурні») та психічні захворювання («будь-хто, хто раніше мав пам’ять і розуміння, більше не у своєму глузді») та передбачає, що маєтки цих осіб перебувають під управлінням корони до їхньої смерті або одужання [27, с. 16]. Цей Статут забезпечує захист власності, але не особи з психічними розладами психіки та поведінки. Він також пропонував суверенну можливість самозбагачення.

Інтелектуальна здатність людини розуміти соціальне життя та інтегруватися в нього була спільною характеристикою, яку розділяли люди з

розумовими та когнітивними вадами, і тому в середні віки до них часто ставилися однаково за законом. Наприклад, у Стародавньому Римі [26] закон зосереджувався на функціональних можливостях особи, і якщо її переслідували як недієздатну, вона була позбавлена певних прав, таких як складання заповіту, володіння чи успадкування власності або укладання умов.

Окрім цього Статуту, не було спеціального законодавства щодо управління осіб з психічними розладами психіки та поведінки, можна сказати, що закон був більше на користь захисту власності до XVIII століття. Проте у Сполученому Королівстві виросла сукупність прецедентного права, і зафіксовані приклади показують, що певні принципи лежать в основі рішень щодо примусового затримання та лікування. Ці приклади містяться в середньовічних щорічниках, які, записуючи рішення окремих справ, документують розвиток загального права. Наприклад, на засіданнях присяжних у Сурреї в 1348 році перед Річардом де Віллоубі, Генрі Гріном та Вільямом де Нортоном було висунуто психіатричне виправдання людиною, звинуваченою у фальшивому ув'язненні [27, с. 16]. Підсудні свою провину не визнали, посилаючись на те, що: «ми повідомляємо вам, що цей позивач у той час (передбачуваний злочин) був з розладами психіки та поведінки і дуже хворий, в результаті чого ці підсудні та інші родичі взяли його, зв'язали та помістили в будинок …. і він не може приписувати нам жодної кривди».

Ще можна навести один приклад. У 1482 році відповідачу вручається судовий лист про фальшиве ув'язнення на тій підставі, що він ув'язнив дружину позивача на годину. Обвинувачений виправдовується тим, що: «жінка була такого вигляду, що здавалося, що вона була з розладами психіки та поведінки, і підсудний, уникаючи більшого лиха, яке могло статися з нею, взяв її та тримав у своєму будинку». [27, с. 16] Суддя повідомив підсудному, що розлади психіки та поведінки саме по собі не є достатнім виправданням для затримання.

У 1714 році в Англії парламент прийняв перший Статут, що стосувався особи, а не власності осіб з психічними розладами психіки та поведінки.

Злидні з розладами психіки та поведінки відрізнялися від тих, хто був просто безладними особами, ледарями, волоцюгами та жебраками. Ця різниця передбачала певну поблажливість до осіб з розладами психіки та поведінки, оскільки вони таким чином уникали побиття батогом [27, с. 17].

Перегляд Єлизаветинського закону про бідних у 1723 році, скасування соціальної допомоги та запровадження тесту робітного будинку ускладнили виживання знедолених, у тому числі знедолених з розладами психіки та поведінки. Було створено багато приватних психлікарень. Неможливо було точно оцінити кількість осіб з розладами психіки та поведінки у виправних колоніях, хоча використання засобів фізичного обмеження свідчить про те, що багато ув'язнених були особами з розладами психіки та поведінки.

Закон про бродяжництво 1744 року надав мировим суддям повноваження утримувати в безпечному місці осіб з сильними розладами психіи та поведінки («тих, хто через розлади психіки та поведінки чи з інших причин настільки розладнав свої почуття, що їм може бути небезпечно дозволити виїхати за кордон»). Однак не було передбачено медичне обстеження чи лікування. Осіб з розладами психіки та поведінки відносили до підвиду знедолених і асоціальних.

У XVIII столітті почалися протести проти умов, в яких живуть особи з розладами психіки та поведінки та їх почали все більше закривати в заклади [27, с. 17]. Пацієнтів тримали в маленьких, вологих, брудних кімнатах, де бракувало світла та чистого повітря. Одними з основних засобів лікування були кровопускання і холодні ванни. Галасливих пацієнтів били і зв'язували. Якщо після тижнів лікування пацієнт не відчув себе краще, його оголошували невиліковним і переводили у спеціалізований ізолятор, де він проводив решту життя [29, с. 140].

Потім, в XVIII і XIX століттях з’явився більш гуманітарний погляд на психічні захворювання. У 1785 році італійський лікар Вінченцо К'яругі зняв ланцюги з пацієнтів у своєму госпіталі Св. Боніфація у Флоренції, Італія, і заохочував дотримуватись належної гігієни та рекреаційного та професійного

навчання [28]. Більш відомий французький лікар Філіп Пінель (1745–1826) і колишній пацієнт Жан-Батіс Пюссен створили «мораль виховання» в La Bicêtre і Salpêtrière в 1793 і 1795 роках, яка також передбачала зняття кайданів з пацієнтів, переведення їх у добре провітрювані, добре освітлені кімнати та заохочення цілеспрямованої діяльності та свободи пересування територією.

На початку XIX століття в Англії, зростаюча громадськість була стурбована тяжким становищем осіб з розладами психіки та поведінки. [27, с. 18]. Розлади психіки та поведінки Георга III добре задокументовані, стали загальновідомими у 1789 році та, ймовірно, допомогли зробити психічний розлад респектабельним. Це викликало і співчуття, і занепокоєння. У 1800-1890 роках було прийнято 21 закон або поправку, спеціально присвячену психічним розладам. Два закони – Закон про надання притулку округу 1808 року та Закон про розлади психіки та поведінки 1890 року – контрастують між собою та містять уроки для сучасної психіатрії.

У 1836 році в Англії розглядали справу «Справа Прітчарда 1836 року». Прітчард був глухонімим, звинуваченим у зоофілії, що карається смертною карою. Через недоліки зв'язку він не виступив з проханням. Його було виявлено німим під час відвідування, але, коли згодом попросили відповісти на обвинувачення, він використав знак, щоб вказати «не винен». Журі вирішило, що тепер він може виступати, але суддя, барон Олдерсон, припустив, що просто здатність виступати не означає бути здатним виступати. Запропонувавши тест на основі статусу та функціональний тест, він попросив журі спочатку визначити, чи був Прітчард «розсудливим», а потім розглянути три елементи:

«По-перше, чи німий ув'язнений зі злого наміру чи ні; по-друге, чи може він визнавати обвинувачення чи ні; по-третє, чи має він достатній інтелект, щоб розуміти перебіг судового процесу, щоб зробити належний захист – знати, що він може кинути виклик будь-кому з вас, кому він може заперечити, – і розуміти деталі доказів» [40].

Здатність Прітчарда давати вказівки адвокату не розглядалася, оскільки доступ до юридичної консультації був доступним лише наприкінці того століття. Цей критерій виник у Дейвіса (1853), визнаного непридатним, оскільки він не міг належним чином наставити адвоката через психічне захворювання, і був включений до тесту Прітчарда.

Критерії Прітчарда були швидко й неодноразово прийняті як юридичний стандарт щодо придатності для участі в суді, але виникли проблеми, які ставлять під сумнів те, чи справедливо вони оцінюють здібності, необхідні для участі в судовому процесі. У Прітчарда Олдерсон зробив неосудність необхідною умовою непридатності перед тим, як узагальнити функціональні здібності, необхідні для суду. Незважаючи на докази того, що він не був ні «з розладами психіки та поведінки», ні нездатним визнати себе, Прітчарда визнали непридатним і затримали на невизначений термін.

Першим законом щодо неповносправних осіб в Франції був прийнятий у 1838 році акт, який регулював обов'язкову госпіталізацію людей з психічними захворюваннями, що на той час стало драматичним проривом. На початку Французької революції цей закон доручав місцевій цивільній владі перешкоджати особам «з розладами психіки та поведінки» бродити на волі, але засоби виконання цієї місії не були визначені [30, с. 609]. Ув'язнення осіб, які вважалися особами з розладами психіки та поведінки, не розглядалося в цивільному законодавстві, незважаючи на застереження в Декларації прав людини і громадянина 1789 року про те, що «ніхто не може бути ув'язнений, крім випадків, передбачених законом».

В 1838 році Франція стала моделлю, яка частково надихнула Англію та Бельгію.

Слабкість закону в Англії у 1845 році полягала в тому, що рішення про госпіталізацію пацієнта до психіатричної лікарні передбачало сертифікацію суддею. Після 1845 році психіатрія могла розвиватися у двох напрямках: медичному та юридичному. У медичному напрямку акцент робився на лікуванні, а в юридичному – на процедурі. Розвиток законодавства в першу

чергу був спрямований на встановлення достатньо детальних та жорстких критеріїв для прийому та звільнення, щоб їх було легко застосовувати непрофесійним суддям. Перш за все, процедура, якщо її правильно застосувати, захищатиме від «неправомірного» визнання саме так, як правильно застосована процедура в кримінальному суді має захистити від «неправомірного» засудження [27, с. 18-19].

Щодо Бельгії, то в 1840-х роках бельгійський уряд попросив трьох експертів – Едуарда Дюкпетіо, Жозефа Гіслана та Моріса Совера – скласти звіт про «психіатричні заклади в королівстві» [31, с. 286]. У звіті було зроблено висновок про необхідність запровадження нормативних актів у цій галузі, що призвело до прийняття двох законів, одного в 1850 році та іншого в 1873 році, які створили спеціальну установу, «психіатричну лікарню», а також спеціальні професії, «чужих» і психіатричних лікарів-зберігачів. [31, с. 288-289].

В США також були притулки та психіатричні лікарні для осіб з розладами психіки та поведінки. Перша психіатрична лікарня була відкрита в 1773 році, але притулки були рідкістю до середини 1800-х років. У 1841 році колишня шкільна вчителька на ім’я Доротея Дікс відвідала в’язницю Массачусетса, щоб викладати уроки Біблії. Вона була приголомшена, побачивши, що там повно осіб з розладами психіки та поведінки, які живуть у жахливих умовах; подорожуючи країною, вона знайшла подібні умови в інших в’язницях. Мешканців тримали в «клітках, коморах, льохах, стойлах, загонах» пізніше написала вона в листі до законодавчого органу штату Массачусетс [32]. «Вона почала лобіювати створення притулків, і зрештою допомогла створити чи розширити понад 30 закладів.

В 1843 році відбувся перший відомий юридичний тест на неосудність у справі М'Нагтена [36]. Англієць Деніел М'Нагтен застрелив секретаря британського прем'єр-міністра, вважаючи, що прем'єр-міністр змовлявся проти нього. Суд виправдав М'Нагтена «через неосудність», і він був поміщений у психлікарню до кінця життя. Однак справа викликала

громадський резонанс, і королева Вікторія наказала суду розробити більш суворий тест на неосудність.

«Правило М'Нагтена» було стандартом, який застосовували присяжні після заслуховування медичних свідчень експертів обвинувачення та захисту[37]. Правило створювало презумпцію осудності, якщо захист не довів, що «під час вчинення діяння обвинувачений страждав від такого дефекту розуму, через хворобу розуму, що не знав характеру та якості діяння, яким він був, чи, якщо він це знав, то те, що він не знав, що він робив, було неправильним».

Тест розділений на два компоненти, кожен з яких окремо є достатнім для обґрунтування захисту неосудності. По-перше, підсудний вважається неосудним, якщо він не міг усвідомлювати, що він робив під час вчинення злочину. Цей висновок узгоджується з фундаментальною концепцією винуватості кримінального права.

Другий компонент тесту полягає в тому, щоб визначити, чи знав підсудний, що його чи її дії були неправильними. У цьому випадку, навіть якщо підсудний знав, що він чи вона робив, він або вона вважається неосудним, якщо він або вона не був здатний визнати протиправність вчиненого діяння. Парадигмальним прикладом цього аналізу є божественні декрети. У цих випадках підсудного часто визнають неосудним на тій підставі, що, оскільки «Бог» наказав підсудному діяти, він або вона не зміг визнати протиправність вчинених дій.

Різноманітні юридичні коментарі визначили теоретичні питання в рамках МНагтена. [36] Наприклад, точиться наукова дискусія щодо того, чи містить «неправомірність», яка є центральною в аналізі М’Нагтена, принципи законності чи моралі. Інша відома критика містить заперечення проти категоричного підходу, який використовує тест М'Нагтена [37].

Правило М'Нагтена стало стандартом розладів психіки та поведінки в Сполучених Штатах і Сполученому Королівстві і досі є стандартом розладів психіки та поведінки майже в половині штатів США.

Законодавство про психічне здоров'я в Індії існувало з середини XIX століття. Першим Законом про психічне здоров'я, визнаним, на той час, у Британській Індії, був Закон про видалення осіб з розладами психіки та поведінки 1851 року [33; 34]. Основною метою цього Закону було регулювання повернення британських пацієнтів назад до Англії. Після цього були прийняті такі Закони:

- Закон про психіатричні лікарні (верховні суди) 1858 року;
- Закон про психіатричні лікарні (окружні суди) 1858 року;
- Закон про індійські притулки для осіб з розладами психіки та поведінки 1858 року;
- Закон про військові психіатричні лікарні 1877 року.

Однак ці дії піддівалися значній критиці, оскільки особи з розладами психіки та поведінки, як правило, перебували в поганих умовах життя без надії на лікування чи одужання. Індійські притулки були укомплектовані як європейцями, так і місцевими жителями [35].

У другій половині XIX століття в США з'явився інтерес до менш захищених груп населення. У цей час відкриваються невеликі перші школи для дітей з особливостями психічного розвитку[38, с. 99].

Прибуття іммігрантів наприкінці XIX та на початку XX століття змусило фахівців у сфері охорони здоров'я, натхненних євгенікою, діяти як охоронців, захищаючи країну від нібито небезпечних іноземців, які загрожували «забруднити» націю На початку XX століття в США притулки перетворилися на в'язниці, куди можна було поміщати осіб, прихованих від очей та розуму. Іммігранти мали ще більшу ймовірність потрапити в мережу госпіталізації. У той час понад три чверті осіб у «психіатричних» лікарнях Нью-Йорка були вихідцями з інших країн. На Заході іммігранти становили більше половини всіх пацієнтів психіатричних лікарень [43].

Асистент хірурга на острові Елліс Говард Нокс, член Асоціації досліджень євгеніки, з тривогою написав у медичному журналі про небезпеку

для країни «непридатних» іммігрантів. Як він сказав: «Крапля чорнила в бочці з водою не створює чорнила, але чим більше крапель чорнила в цій бочці з водою, тим чорнильнішим воно стає» [42].

У 1912 році Нью-Йоркська комісія з розладів психіки та поведінки виявила, що одна третина всього державного бюджету була витрачена на ув'язнення та догляд за особами з розладами психіки та поведінки, а половина ув'язнених осіб були вихідцями з інших країн [43].

В епоху повномасштабної модернізації в період Мейдзі (1868 - 1912) в Японії був прийнятий перший Закон про осіб з розладами психіки та поведінки, Закон про опіку для осіб з розладами психіки та поведінки 1900 року[41]. В Японії було мало психіатричних лікарень, тому уряду необхідно було запровадити правову систему, яка керувала б особами з розладами психіки та поведінки. Головною особливістю Закону було санкціонування приватного ув'язнення осіб під наглядом поліції. Тих, кого вважали шкідливими для суспільства, замикали в так звані зашикі-роу (камера, покрита татамі для утримання осіб з розладами психіки та поведінки), і члени їхніх сімей або родичі відповідали за нагляд за ними. Мета цього Закону полягала в тому, щоб підтримувати соціальний мир і порядок шляхом виключення осіб з розладами психіки та поведінки із суспільства, а перевага сімейної системи була використана через брак психіатричних ліжок. Згідно з опитуванням 1909 року, кількість осіб з розладами психіки та поведінки оцінювалося в 25 000, але було лише 2 500 доступних психіатричних ліжок [41]. Приблизно 3 000 осіб залишили в зашікі-роу в нездорових умовах і без будь-якої медичної допомоги [41].

У відповідь на цю ситуацію Шузо Куре, професор психіатрії Токійського університету, та його колеги дослідили стан зашікі-роу з 1910 по 1916 рік. На основі цього він опублікував у 1918 році звіт під назвою «Умови приватного ув'язнення та статистичні спостереження психічно хворих». У цьому звіті він написав знамениту фразу: «Сотні тисяч осіб з розладами психіки та поведінки у нашій країні страждають не лише через нещастя

занести хворобу, але й через нещастя народитися в цій країні» [41]. У звіті він також зробив важливі пропозиції. По-перше, потрібно підготувати кімнату для осіб з розладами психіки та поведінки; по-друге, закони, що стосуються психічних захворювань, повинні бути змінені; по-третє, громадськість повинна бути проінформована про психічні захворювання; по-четверте, психіатрії слід навчати тих, хто лікує або доглядає за особами з розладами психіки та поведінки.

Після публікації його доповіді в 1919 році був прийнятий Закон про психіатричні лікарні, який вимагав створення державних психіатричних лікарень у кожній провінції. Однак фінансові труднощі, які переслідували Японію після Першої світової війни та перед Другою світовою війною, завадили цього досягти.

В Італії до об'єднання лікування психічних захворювань завжди було прерогативою духовенства, враховуючи, що більшість Інститутів допомоги відчуженим були приватними за своєю природою і керувалися Благодійними організаціями. Лише в 1885 році було видано законодавчий акт, який поклав на провінції тягар утримання бідних осіб з розладами психіки та поведінки, але законодавство, що регулювало прийом до притулків, залишалося заплутаним[39].

В 1904 році парламент Королівства Італії прийняв Закон №36, відомий, як Закон Джолітті, про притулки та відчужених осіб [39]. Італійські психіатри висловили незадоволення цим Законом, на відміну від юристів, які вважали його позитивним, як для захисту суспільства, так і для правового захисту відчужених осіб. Критика психіатрів зосереджувалася на надмірному наголошенні на понятті суспільної небезпеки та на підпорядкуванні фігури психіатра силам порядку та судовій системі з подальшою небезпекою зловживань.

У 1930-х роках багато європейських країн створили установи, присвячені судовій психіатрії. Наприклад, в Німеччині була створена «судово-психіатрична лікарня» для виконання так званого «психіатричного лікування

в умовах безпеки», як частина так званого «другого шляху», який охоплював різні «реабілітації» та «заходи безпеки» на відміну від першої частини «штрафних санкці». У Бельгії Закон про соціальний захист запровадив розміщення осіб, яких вважали «божевільними злочинцями», до спеціальних палат з метою «лікування» та «захисту суспільства» [44]. Подібні заклади з'явилися в Швейцарії, Австрії, Норвегії, Нідерландах та навіть в Італії з так званими «психіатричними судовими лікарнями». Незважаючи на те, що концепції «соціального захису» та «небезпеки» давно поширювалися серед французьких реформаторів судової системи, у Франції на той час не було закладів для осіб з розладами психіки та поведінки. Це завдання залишилося в компетенції державних психіатричних лікарень.

Після Другої світової війни рух за реформи суттєво змінив організацію в'язниць у Франції, надаючи затриманим соціальні послуги з метою реабілітації. У цьому контексті офіційні особи створили «служби психіатричного обстеження» в деяких в'язницях. Ці служби прагнули запровадити психіатричне обстеження осіб у в'язницях під наглядом психіатра від імені Міністерства юстиції. «Карно-процесуальний кодекс Франції» ввів можливість поміщати тимчасово ув'язнених осіб чий «стан психічного відчуження вважається несумісним з ув'язненням» до громадських психіатричних лікарень.

В 1945 році Після Другої війни Японія була передана під контроль Генераьного штабу та Верховного головнокомандувача союзними силами [41]. У період між 1947 та 1950 роками японський уряд прийняв три основні Закони про соціальне забезпечення:

- Закон про захист дітей 1947 року;
- Закон про забезпечення осіб з інвалідністю 1949 року;
- Закон про державну допомогу 1950 року.

Ці Закони були розроблені, для того, щоб полегшити «шрами» залишені війною на суспільстві, забезпечуючи допомогу особам війни з інвалідністю, сиротам війни та бідним.

У 1960-х роках Японія пережила економічне зростання та зіткнулася з новими проблемами, спричиненими швидкими економічнами та соціальними змінами. У той час особи з розладами психіки та поведінки розглядалися, як суб'єкти не соціального захисту, а медичного обслуговування [41]. У 1950 році був прийнятий Закон про психічну гігієну, він передбачав медичну допомогу та захист осіб з розладами психіки та поведінки. Одночасно були скасовані, як Закон про утримання осіб з розладами психіки та поведінки, так і Закон про психіатричну лікарню. Основними рисами Закону про психічну гігієну були такі:

– психіатричні лікарні мають створюватися урядами префектур;

– приватне ув'язнення має бути скасовано протягом одного року;

– примусова госпіталізація осіб з розладами психіки та поведінки допускається за адміністративним ропорядженням або за згодою відповідальної особи;

– окрім психічних захворювань, до об'єктів регулювання входять також статус осіб з психопатією та розумовою відсталістю.

Цей Закон дозволяв примусову госпіталізацію під егідою медичної допомоги та захисту, що призвело до домінування лікарняної допомоги в галузі психіатрії [41].

В 1963 році в США Джон Ф. Кенеді підписав Закон про будівництво закладів для осіб із затримкою розумового розвитку та громадських медичних закладів. Згідно із цим Законом 1963 року, «психіатричні заклади під вартою» були замінені громадськими центрами психічного здоров'я, що дозволило пацієнтам жити – і отримувати психіатричну допомогу [32].

У 1960-х і 1970-х роках антипсихіатричні рухи виникли по всій Європі, і їхня критика знайшла резонанс у в'язницях, оскільки люди застерігали від «перебудови притулку у в'язниці» [45]. Таким чином, завданням для психіатрів було надання допомоги ув'язненим людям без участі в їх судовому нагляді.

На прес-конференції в липні 1971 року в США президент Річард Ніксон оголосив війну з наркотиками, назвавши «зловживання наркотиками» «суспільним ворогом номер один» Америки та підготувавши основу для політики жорсткої боротьби зі злочинністю. Ці закони, як і обов'язкові мінімальні покарання за зберігання та інші злочини, пов'язані з наркотиками, непропорційно вплинули на кольорових людей і підняли кількість ув'язнених до рекордного рівня. З 1972 по 2009 рік лише кількість ув'язнених зросла на 700 відсотків[47, с. 1].

Оскільки величезну кількість осіб було закинуто до в'язниць, логічно багато з них мали психічні захворювання. Придушення наркозлочинів зробило їх особливо вразливими до ув'язнення. Вживання психоактивних речовин є поширеним явищем серед осіб з розладами психіки та поведінки, частково тому, що воно може служити формою самолікування. Відомо, що приблизно три чверті ув'язнених осіб з розладами психіки та поведінки також мають розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин.

У 1990-х і 2000-х роках у Франції відбулися дві великі зміни, які сприяли подальшій інтеграції між системами охорони психічного здоров'я та системи правосуддя. По-перше, у 1994 році реформатори змінили кримінальне законодавство, запровадивши «пом'якшену кримінальну відповідальність». Ця нова подія стерла чітку різницю між повною кримінальною відповідальністю та її відсутністю. З цією зміною особа може бути засуджена до позбавлення волі навіть у тому випадку, якщо на момент вчинення правопорушення у неї було встановлено психічне захворювання, що супроводжувалося зменшенням кількості осіб, визнаних «безвідповідальними», тоді як ув'язнення осіб чия відповідальність вважається «зменшеною», зросла [46, с 195]. По-друге, психіатрична допомога під час випробувального терміну розширилася в 1998 році завдяки створенню нового лікування за рішенням суду. Цей захід, який спочатку обмежувався особами, засудженими за сексуальні злочини, пізніше поширився на серйозні несексуальні злочини та правопорушення у 2000-х роках.

Щодо Англії, то в 1970-х роках Лейбористська та Консервативна уряди визнали, але не звернули увагу на необхідність надання додаткових ресурсів для надання послуг психічного здоров'я в суспільстві [48], тоді як з'явилося багато доказів неадекватного догляду в психіатричних лікарнях і лікарнях для хворих на психічну недостатність. Після 1979 року новий консервативний уряд у 1984 році вперше реорганізував адміністрацію Національної структури служби психічного здоров'я, запровадивши загальне управління, втілене в новій структурі органів охорони здоров'я. До 1997 року поліпшення догляду за особами з важкими розладами психіки та поведінки було головним напрямком політики. Це було відзначено стурбованістю «небезпечними» особами так само, як і забезпеченням ресурсами [49, с. 5].

У 1997–2010 роках лейбористські уряди збільшили витрати на психічне здоров'я, хоча й не настільки, як загальне збільшення витрат Національної структури служби психічного здоров'я.

Захист прав осіб з розладами психіки та поведінки має досить довгу історію розвитку в усьому світі. Згодом були прийняті закони, створені міжнародні стандарти та організації з метою захисту та підвищення якості життя осіб з розладами психіки та поведінки. Вирішальними аспектами цього процесу є забезпечення поваги до гідності, вибору та приватного життя, а також боротьба зі стигматизацією та дискримінацією. Зусилля міжнародної спільноти спрямовані на сприянні доступній високоякісній психіатричній доомозі, а також підвищенні обізнаності і розуміння психічного здоров'я в глобальному масштабі.

РОЗДІЛ 2. МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ ЗАХИСТУ ПРАВ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ

2.1. Міжнародні організації, які забезпечують захист прав осіб з розладами психіки та поведінки

Міжнародні організації, які забезпечують захист прав осіб з розладами психіки та поведінки, відіграють важливу роль у покращенні психічного здоров'я та забезпеченні прав тих, хто стикається з такими проблемами. Ці організації працюють у всьому світі, залучаючи експертів, активістів та державні установи для розробки стратегії, формування політики та захисту прав пацієнтів.

Одна з найвідоміших організацій, що займається міжнародним захистом прав осіб з розладами психіки та поведінки – Всесвітня організація охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я співпрацює з державами-членами та партнерами для покращення психічного здоров'я окремих осіб і суспільства в цілому [51]. Це включає сприяння психічному благополуччю, профілактику розладів психіки та поведінки і зусилля щодо розширення доступу до якісної психіатричної допомоги, яка поважає права людини. Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я Тедрос Адханом Гебрейесус визначив психічне здоров'я для прискореного впровадження 13-ї Загальної програми роботи (GPW13), яка охоплювала б 2019-2023 роки. Тому, у 2019 році Всесвітня організація охорони здоров'я запустила Спеціальну ініціативу Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо психічного здоров'я (2019-2023 рр.): Загальне охоплення послугами психічного здоров'я [50]. Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я сказав: «Настав час діяти, щоб надати громадянам і окремим особам можливість досягти найвищого рівня здоров'я, якого можна досягти

лише тоді коли забезпечено їх психічне здоров’я та благополуччя, а їх права поважаються». Бачення Спеціальної ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров’я щодо психічного здоров’я полягала в тому, щоб усі люди досягли найвищого рівня психічного здоров’я та благополуччя.

Для реалізації Спеціальної ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров’я щодо психічного здоров’я протягом 5 років Всесвітня організація охорони здоров’я мала на меті залучити 60 мільйонів доларів США [56]. Ініціатива, заснована на чіткій меті, спрямована на забезпечення загального охоплення медичним обслуговуванням, включаючи доступ до якісної та доступної медичної допомоги для психічного здоров’я в 12 пріоритетних країнах для ще 100 мільйонів людей. Спеціальна ініціатива Всесвітньої організації охорони здоров’я щодо психічногоздоров’я сприятиме розвитку політики у сфері психічного здоров’я, пропаганді прав людини та розширенню якісних втручань і послуг для осіб з розладами психіки та поведінки, включаючи вживання психоактивних речовин і неврологічні розлади. Для подальшого розширення та глобального навчання Всесвітньої організації охорони здоров’я виконувала цю роботу в 12 пріоритетних країнах, працюючи в партнерстві з державами-членами, місцевими та міжнародними партнерами, а також організаціями людей, які мають досвід.

Ця Спеціальна ініціатива була розроблена з урахуванням багатьох припущень. [56] До них належать:

– Необхідні першочергові зусилля для інтеграції охорони психічного здоров’я на всіх рівнях охорони здоров’я, включаючи первнну медичну допомогу, неспеціалізовані лікарні та спеціалізовані служби. Така інтеграція медичної допомоги буде критично важливою для досягнення загального охоплення медичними послугами та забезпечення оптимального охоплення якомога більшої кількості осіб, сімей, т.д.

– Доступні послуги та втручання для розладів психіки та поведінки означають допомогу, яка не наражає людей, які користуються послугами, на фінансові труднощі.

– Зосередження на всьому життєвому шляху, не залишаючи нікого осторонь. Це стосується жінок, чоловіків, дівчаток та хлопчиків у різних культурах, контекстах, стані здоров’я та на всіх етапах життя.

– Повага до міжнародних стандартів прав людини, зокрема Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, а також принципів правоздатності, свободи, недискримінації, участі та залучення осіб з розладами психіки та поведінки.

– Дотримання гуманітарних принципів гуманності, нейтралітету, неупередженості та незалежності; на додаток до інших глобальних структур і стандартів психічного здоров’я та психосоціальної підтримки, що впроваджуються в умовах надзвичайних ситуацій.

– Адаптованість до місцевого контексту та наявних ресурсів, культури, мови, соціальних структур, статі та здібностей; і у відповідь на соціальні, екологічні та економічні детермінанти здоров’я.

– Відданість багатосекторальному підходу, що може означати необхідність роботи з окремими особами, сім’ями над пріоритетним набором втручань на критичних етапах на основі потреб конкретної країни.

– Зобов’язання співпрацювати з міністерствами охорони здоров’я держав-членів та іншими відповідними державними установами на додаток до інших місцевих зацікавлених сторін.

– Зобов’язання співпрацювати з урядами, організаціями ООН та неурядовими організаціями, дослідницькими установами, глобальними партнерствами та донорами.

Всесвітня оранізація охорони здоров’я опублікувала в 2022 році Звіт про психічне здоров'я у світі: охорона психічного здоров'я та перетворення на користь всіх людей [56], та показав, що з одного мільярда осіб, які живуть з розладами психіки та поведінки у 2019 році, 15 відсотків дорослих працездатного віку мали психічний розлад. Робота посилює ширші суспільні проблеми, які негативно впливають на психічне здоров’я, зокрема

дискримінацію та нерівність. Залякування та психологічне насильство (також відоме як «мобінг») є ключовими скаргами на домагання на робочому місці, які негативно впливають на психічне здоров'я. Проте обговорення чи розголошення інформації про психічне здоров'я залишається табу на роботі в усьому світі.

Діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я у сфері психічного здоров'я охоплює нормативну діяльність і діяльність з підтримки країни. Всесвітня організація охорони здоров'я допомогла розширити психіатричну допомогу в більш ніж 110 країнах і активно працює в таких сферах: інтеграція в загальну медичну допомогу (через Програму дій щодо розриву в психічному здоров'ї, mhGAP) і в програми, пов'язані з захворюваннями або конкретні теми, такі як ВІЛ, туберкульоз і гендерне насильство, попередження самогубств, розвиток робочої сили для психічного здоров'я, просування якості медичної допомоги та прав людей, які отримують допомогу (QualityRights), політика та законодавство щодо психічного здоров'я, психічне здоров'я та психосоціальна підтримка в надзвичайних гуманітарних ситуаціях, розробка та тестування інноваційних психологічних інтервенцій, включаючи цифрові інтервенції, психічне здоров'я на робочому місці, економіка психічного здоров'я, психічне здоров'я дітей та підлітків та зміцнення психічного здоров'я.

Іншою важливою організацією – є Всесвітня федерація психічного здоров'я. Це міжнародна багатопрофесійна неурядова організація, до складу якої входять громадяни-волонтери та колишні пацієнти. Він був заснований у 1948 році тоді, коли й Організація Об'єднаних Націй і Всесвітня організація охорони здоров'я [52]. Всесвітня федерація психічного здоров'я відіграє значну роль у просуванні поінформованості про психічне здоров'я та ініціативах у всьому світі.

Всесвітня федерація психічного здоров'я співпрацює з різними організаціями, урядами та окремими особами для вирішення проблем, з якими стикаються особи з розладами психіки та поведінки. Його місія включає сприяння психічному здоров'ю як життєво важливому аспекту загального

благополуччя, зменшення стигматизації та дискримінації, пов'язаних із психічними захворюваннями, а також покращення доступу до психічного здоров'я та лікування [53].

Для досягнення своїх цілей федерація працює на кількох напрямках. Він проводить дослідження, підвищує обізнаність громадськості за допомогою кампаній і заходів, виступає за зміни політики, а також надає ресурси та підтримку фахівцям із психічного здоров'я та особам, які мають розлади психіки та поведінки [53]. Всесвітня федерація психічного здоров'я також організовує Всесвітній день психічного здоров'я щорічно 10 жовтня, який є глобальною платформою для підвищення обізнаності та мобілізації зусиль для вирішення проблем психічного здоров'я.

Організація визнає, що на психічне здоров'я впливає ряд факторів, включаючи соціальні, економічні, культурні та екологічні детермінанти. Він сприяє цілісному підходу до психічного здоров'я, який включає не лише відсутність розладів психіки та поведінки, але й сприяння добробуту, стійкості та реалізації людського потенціалу.

Всесвітня федерація психічного здоров'я працює через свою мережу організацій-членів із понад 150 країн, об'єднуючи фахівців у сфері психічного здоров'я, адвокатів, дослідників та осіб, які страждають на розлади психіки та поведінки [52]. Він забезпечує платформу для співпраці, обміну інформацією та взаємної підтримки для вирішення глобальних проблем психічного здоров'я.

Ще одною визначальною організацією є Психічне здоров'я Європи (Mental Health Europe) [54]. Це європейська неурядова мережева організація, яка займається просуванням позитивного психічного здоров'я, профілактикою розладів психіки та поведінки, покращенням догляду, пропагандою соціальної інтеграції та захистом прав (колишніх) користувачів послуг психічного здоров'я, особи з психосоціальними вадами, їхні родини та опікуни.

Психічне здоров'я Європи тісно співпрацює з європейськими інституціями та міжнародними організаціями, щоб включити психічне

здоров’я в усі політики та подолати стигму щодо психічного здоров’я. Психічне здоров’я Європи представляє асоціації та окремих осіб у сфері психічного здоров’я, включаючи користувачів послуг психічного здоров’я, спеціалістів, постачальників послуг та волонтерів. Разом зі своїми членами, Психічне здоров’я Європи формулює рекомендації для політиків щодо розробки політики, сприятливої для психічного здоров’я. Психічне здоров’я Європи ставить користувачів психіатричних послуг у центр своєї роботи, щоб переконатися, що голос людей, які зазнали розладів психіки та поведінки, буде почутий у всій Європі.

14 жовтня 2021 року Психічне здоров’я Європи запустило новий Стратегійний план на 2022-2025 рр.: «Поєднання розробки політики та людського досвіду» [55], в якій окреслено деякі з найбільш нагальних пріоритетів психічного здоров’я, включаючи боротьбу з дискримінацією та забезпечення рівного доступу до послуг. Психічне здоров’я Європи очолює рух за психічне здоров’я в Європі вже понад 35 років, дотримуючись підходу, заснованого на правах людини та одужанні. Нова стратегія Психічного здоров’я посилює психосоціальний підхід і підхід до відновлення, щоб урівноважити надмірну залежність від медичної моделі психічного здоров’я. Існує потреба вийти за рамки медичних рішень, орієнтованих на невідкладну допомогу, і натомість прийняти психосоціальний підхід до психічного здоров’я, орієнтований на охорону здоров’я, права людини та відновлення.

Психічне здоров’я Європи постійно позиціонує себе як ключового учасника, який працює над впровадженням принципів прав людини та зобов’язань у сфері психічного здоров’я. Психічне здоров’я Європи активізує свою роботу в [55]:

- **Правах людини.** Права людини завжди займали важливе місце у формуванні роботи Психічного здоров’я Європи; у наступні роки ця увага буде посилена та систематично закріплена за діями Психічного здоров’я Європи, щоб зосередити всі зусилля на тому, щоб права людини з психосоціальними вадами стали реальністю в їхньому повсякденному житті. З

цієї причини, крім того, що права людини самі по собі є конкретним стратегічним пріоритетом, вони будуть включені як наскрізне питання в усіх інших стратегічних пріоритетах. Вони також зосереджуються на зміцненні підходу співпраці із залученням ключових гравців і зацікавлених сторін, щоб державна політика в різних секторах систематично враховувала наслідки прийняття рішень для психічного здоров'я. Вони повинні шукати синергію та уникати шкідливого впливу на психічне здоров'я, щоб покращити здоров'я населення та рівність у здоров'ї

- **Співтворчості.** Основним принципом Психічного здоров'я Європи є цінування розуміння та досвіду людей, які мають життєвий досвід розладу психіки та поведінк, та їхніх прихильників. Психічне здоров'я Європи прагне до того, щоб вони на рівних засадах керували політикою та програмою діяльності з іншими учасниками сфери психічного здоров'я.

- **Інтерсекціональності.** Інтерсекторальність визначається як «взаємопов'язаний характер соціальних категорій, таких як раса, клас і стать, які вважаються такими, що створюють частково збігаються та взаємозалежні системи дискримінації чи невигідного становища». Психічне здоров'я Європи визнає, що кожен має свій власний унікальний досвід і особливості – стать, расу, клас, сексуальну орієнтацію, фізичні здібності тощо. Тому ми включатимемо міжсекційність як наскрізне питання, яке інформуватиме всі наші стратегічні пріоритети та роботу.

- **Зосередження на категоріях більшого ризику.** Пандемія підтвердила, що певні групи населення є більш уразливими, ніж інші, щодо свого психічного здоров'я та благополуччя. Тому, Психічне здоров'я Європи буде тісно співпрацювати з організаціями, які представляють ці групи, щоб зрозуміти конкретні потреби та реалії кожної групи та розробити відповідний і цілеспрямований аналіз, політичні рекомендації та дії.

- **Освіта та цифровізація.** Освіта та цифровізація – це нові сфери роботи, до яких Психічне здоров'я Європи має залучитися. Тому, їм потрібно

працювати над молодим поколінням, яке приймає різноманітність і знає, як піклуватися про своє психічне здоров'я та благополуччя інших. Школа та університети – одні з найкращих місць для цього. Щодо цифровізації, у цифровому світі відбуваються стрімкі розробки, спрямовані на психічне здоров'я: рішення зі штучним інтелектом, програми, відеоігри, онлайн-консультування тощо. Визнаючи потенційні переваги, але також і проблеми цих новинок, важливо, щоб Психічне здоров'я Європи проводили аналіз, що базується на доказах і керівництва. [55]

Зусилля цих організацій спрямовані на підвищення обізнаності громадськості про психічне здоров'я, забезпечення доступу до ефективної діагностики та лікування, сприяння легальному доступу та боротьбу зі стигмою, пов'язаною з розладами психіки та поведінки.

Робота цих організацій є колективним кроком до створення більш прийнятного та справедливого світу для осіб з розладами психіки та поведінки, де повною мірою враховуються їхні права та потреби.

2.2. Огляд міжнародних стандартів та рекомендацій захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки

Забезпечення захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки є невід'ємною частиною соціального розвитку та глобальних зусиль у сфері прав людини.

Міжнародні стандарти та рекомендації щодо захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки розроблені міжнародними організаціями, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я та Організація Об'єднаних Націй, а також державами-членами.

Розробка міжнародних стандартів і рекомендацій щодо захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки є необхідним кроком до гарантування

рівних прав і можливостей для всіх та для запобігання будь-яким формам дискримінації. Ці стандарти встановлюють основні принципи, норми та процедури, які мають бути запроваджені на національному рівні, щоб гарантувати, що особи з розладами психіки та поведінки отримують належний догляд, підтримку та розвиток.

У деяких документах згадується психічне здоров'я, але вони не містять достатніх положень, що стосуються психічного здоров'я, щоб створити позитивні обов'язки для держав, обмежити здійснення процесуальних повноважень стосовно психічного здоров’я, а також для забезпечення ефективних засобів захисту від порушень. Наприклад, Конституція Всесвітньої організації охорони здоров’я [57] проголошує, що найвищий досяжний рівень здоров’я є основним правом кожної людини. Це створює юридичне зобов’язання держав забезпечувати доступ до медичної допомоги та враховувати детермінанти здоров’я, такі як вода, їжа, житло, інформація та освіта, пов’язані зі здоров’ям, а також гендерна рівність. Оскільки ми не можемо розділити розум і тіло, охорона психічного здоров’я міститься в охороні здоров’я, але це не завжди автоматично приймалося державами без прямої згадки. Це загальне право на здоров’я також викладено в частині 1 статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права [58], держави, які беруть участь у цьому Пакті, визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Хоча психічне здоров’я конкретно згадується як право людини в Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права, особливості охорони психічного здоров’я відсутні, як і достатнє юридичне тлумачення та коментарі до договору щодо психічного здоров’я.

На додаток до прогалин, розпорошеність законів про психічне здоров’я ускладнює консолідацію керівництва. У деяких штатах ресурси для служб психічного здоров’я визначені місцевим законодавством, але здебільшого фінансування послуг розглядається як відповідальність виконавчої влади та політиків. Це означає, що спроба зібрати закони про психічне здоров’я та

соціально-економічні права, які поширені в різних законах, може ускладнити їх виконання, а захист може стати фрагментарним і неповним. Він також надає державам широку свободу розсуду щодо імплементації стандартів і включення положень у національне законодавство. Це не допомогло просунути порядок денний прав на психічне здоров'я. Як наслідок, залишається прогалина у жорсткому праві та його застосуванні, а згодом і прогалина у захисті психічного здоров'я.

Що стосується настанов м'якого права щодо психічного здоров'я в уразливих контекстах, їх можна знайти в: Керівних принципах Міжнародного комітету Червоного Хреста щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки [59] та Міжвідомчого постійного комітету Рекомендації щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях [60]. Настанова Міжнародного комітету Червоного Хреста містить структуру та підхід до психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час та після збройних конфліктів та інших ситуацій насильства. Ця настанова підвищує обізнаність про потреби постраждалого населення щодо психічного здоров'я та про те, як має надаватися психологічна та психосоціальна підтримка. Керівні принципи Міжвідомчого постійного комітету були створені для координації дій урядових і неурядових гуманітарних організацій у сфері охорони психічного здоров'я в надзвичайних ситуаціях. Вони забезпечують багатогалузеву міжвідомчу структуру для ефективної координації, виявлення корисних практик (і позначення потенційно шкідливих практик), роз'яснення різних втручань і є частиною пакету адвокаційних заходів. Хоча обидві настанови добре оцінюються в міжнародних гуманітарних секторах, вони розроблені для практиків і не містять конкретних і обов'язкових вказівок для держав щодо покращення правового захисту осіб з розладами психіки та поведінки.

Двома іншими джерелами вказівок міжнародного права про психічне здоров'я є Принципи захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги [61], прийняті Резолюцією Генеральної Асамблеї в 1991 році і

Десять основних принципів права психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я, розроблені в 1996 році [62]. Оскільки вони є інструментами прав людини, вони мають універсальне застосування під час збройних конфліктів і миру. Коли вони були створені в 1990-х роках, їх вважали піонерами в цій галузі. Обидва вони не є обов'язковими, але можна стверджувати, що вони мають нормативне значення, тому багато держав прийняли їх як добровільні рекомендації.

Критики Принципів захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, прийняті Резолюцією Генеральної Асамблеї та Десять основних принципів права психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я кажуть, що захист прав людини для осіб з розладами психіки та поведінки є більш обмеженим у цих документах, ніж ті, що пропонуються згідно з Міжнародним біллем про права [63]. Наприклад, Принципи захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги посилаються на дев'ятнадцять із двадцяти: п'ять принципів для «пацієнтів», а не «людей», тому можна стверджувати, що вони забезпечують стандарт, залежний від медичного статусу. Відповідно до пункту f. розділу Визначення, «Пацієнт» означає особу, яка отримує психіатричну допомогу, і включає всіх осіб, які перебувають у психіатричному закладі [61]. На відміну від цього, Міжнародний білль про права застосовується до всіх людей у будь-який час через те, що вони люди. Тим не менш, Зауваження загального порядку № 5 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права підтримало Принципи захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги як керівництво щодо захисту осіб з розладами психіки та поведінки, які всі держави повинні прагнути запровадити [64].

Хоча поява цих принципів підтвердила необхідність захисту осіб з розладами психіки та поведінки, багато особливо вразливих контекстів стикаються з проблемою їх впровадження. Проблеми пов'язані з обмеженнями ресурсів, такими як відсутність кваліфікованого персоналу, неадекватна інфраструктура, міркування щодо безпеки, проблеми з доступом, а також

відсутність, неповний або фрагментарний правопорядок у сфері психічного здоров'я.

Принципи 1 і 2 Принципів захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, прийняті Резолюцією Генеральної Асамблеї [61] та десять основних принципів права психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я [62] підкреслюють запобігання психічним захворюванням і справедливий доступ до психіатричної допомоги. Незважаючи на ідеальні цілі, реалізація цих засобів захисту може бути важкою для багатьох особливо вразливих ситуацій, які мають обмежені ресурси через низький ВВП, проблеми з безпекою, збройні конфлікти та/або вразливість до лиха. У 2015 році було оцінено, що 58% усіх людей, які живуть із деменцією, проживають у країнах із низьким і середнім рівнем доходу; також очікується, що до 2050 року на Азію припадатиме майже половина випадків деменції у світі (через кількість населення та старіння населення через супутні захворювання) [65, с. 1]. Такі показники поширеності означають, що існує велика потреба в медичній та психіатричній допомозі, а також у соціальних службах для підтримки щоденних психосоціальних потреб. Паралельно зміна способу життя в громадах також вплинула на захворюваність. Історично про літніх членів сім'ї піклувалися в рамках сім'ї, але через зростаючу урбанізацію населення та географічну розпорошеність або роз'єднання сім'ї через конфлікт цю роль сім'ї як опікуна стає дедалі важче виконувати. Люди, які живуть довше завдяки прогресу в медичних технологіях, також означали збільшення вразливості та супутніх захворювань, які потребують втручання. У державах, які постраждали від збройних конфліктів, обмежені ресурси охорони здоров'я можуть бути перенаправлені з охорони психічного здоров'я на лікування поранених і хворих. По суті, правові принципи профілактики психічних захворювань заслуговують на захоплення, але інколи їх можна досягти лише через більший доступ до охорони психічного здоров'я та соціальних послуг, чого бракує в особливо вразливих ситуаціях через низький потенціал і ресурси держави.

Ще однією проблемою для реалізації цих принципів є географічний нерозподіл служб психічного здоров'я в багатьох державах. У Китаї, наприклад, близько 80% психіатрів практикують у містах, хоча близько 80% населення живе в сільській місцевості. Це означає обмежений справедливий доступ і складність виконання Принципів захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, прийнятих Резолюцією Генеральної Асамблеї та Десяти основних принципів права психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я 1 і 2.

Крім того, аналіз гуманітарних даних показує, що люди, які живуть у найбільш крихких екосистемах, найбільш схильні до екологічних потрясінь, таких як стихійні лиха [66, с. 132-133]. Хоча ризики лиха є глобальним досвідом, його негативні наслідки можуть сильніше вплинути на особливо вразливі середовища через їх залежність від природних ресурсів і меншої стійкості до кліматичних змін [66, с. 133]. Таким чином, циклічно, що найбільш уразливі люди (через сукупний вплив) є найбільш схильними до психічних захворювань, а найбільш схильні є більш уразливими.

Через ці занепокоєння особливо вразливі верстви населення виявлять труднощі у застосуванні принципів профілактики та справедливості доступу до психічного здоров'я, коли вони не контролюють соціальні детермінанти здоров'я, такі як висока частота захворювань, які важко лікувати, конфлікти, погані соціальні послуги та вплив на навколишнє середовище, що виснажує ресурси для подолання.

Принципи 3 і 4 Принципів захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, прийняті Резолюцією Генеральної Асамблеї [61] та Десять основних принципів права психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я [62] вимагають, щоб оцінки психічного здоров'я проводилися з використанням міжнародних посібників, таких як Міжнародна класифікація хвороб. Насправді використання цього посібника передбачає освіту та наявність навченого персоналу, обидва навряд чи доступні в особливо вразливих контекстах, де мало психіатрів чи психологів.

Дослідження показали, що співвідношення психіатрів на душу населення в Глобальній Півночі становить приблизно 10–16 на 100 000; навпаки, кількість психіатрів в Африці становить 0,33 на 100 000; Західна частина Тихого океану близько 0,32; і Південно-Східна Азія близько 0,2 [67, с. 5-8]. Для перспективи Сполучені Штати, де проживає лише близько 5% світового населення, мають близько 30% психіатрів світу [67, с. 1-2]. «Відтік мізків», викликаний еміграцією психіатрів із країн із низьким і середнім рівнем доходу до більш розвинутих країн, також вплинув на співвідношення психіатрів у популяції [68, с. 1167]. Світова психіатрична Робоча група Асоціації з питань «витоку мізків» провела дослідження, щоб вивчити фактори стимулювання та притягнення еміграції. Вони виявили, що професійна ізоляція, обмежені мультидисциплінарні можливості з іншими фахівцями з психічного здоров'я, обмеження в навчанні та погані умови лікування для осіб з розладами психіки та поведінки були ключовими факторами еміграції [69, с. 115-116]. Збройний конфлікт і нестабільність у їхній країні походження можна припустити як також грає роль. Бажано мати стандарти, згідно з якими оцінювання психічного здоров'я має проводитися з використанням міжнародних посібників; однак на практиці дуже мало особливо вразливих контекстів можуть відповідати цьому принципу. З меншою кількістю спеціалістів із психічного здоров'я, які залишаються в країні походження, таким країнам стає важко вирішити проблему відповідності необхідним стандартам оцінки.

Принцип 9 Принципів захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, прийняті Резолюцією Генеральної Асамблеї [61] і принцип 4 Десяти основних принципів права психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я [62] передбачають, що люди з психічними розладами повинні надаватися медичною допомогою, яка є найменш обмежувальною практикою. Принципи свідчать про те, що служби психічного здоров'я повинні бути доступні для осіб з нижчою гостротою (з менш вираженими симптомами), а лікування в установах має надаватися особам з вищою гостротою (з більш серйозними симптомами). Однак виникають

проблеми, коли в особливо вразливих ситуаціях немає громадських служб чи засобів для впровадження найменш обмежувальних практик, або психіатричний заклад було зруйновано, а медичні працівники втекли через збройний конфлікт. У всіх цих сценаріях міркування про необхідність примусової госпіталізації є неможливими, і/або в багатьох випадках місця ув'язнення використовуються для утримання осіб з розладами психіки та поведінки. Утримання під вартою створено для стримування та покарання, а не лікування і догляд. Вони не обладнані чи укомплектовані для надання медичних послуг, а також не сприяють доброму психічному здоров'ю. Тримання осіб з розладами психіки та поведінки в ізоляторі наражає їх на ризик дискримінації та погіршення психічного стану. Осіб з розладами психіки та поведінки слід направляти до системи психічного здоров'я. Що стосується місць надання психіатричних послуг, за даними ВООЗ, 68% країн мають психіатричні навчальні програми, з них 38% мають психіатричні відділення, 39% мають реабілітаційні ліжка, 55% мають місця для догляду. для людей, які вважаються високим ризиком через їхні психічні розлади, і 50% пропонують денні послуги/амбулаторну підтримку [70]. Однак, якщо особливо вразливі верстви населення не мають цих послуг через перешкоди, пов'язані з розвитком або конфліктом, і бюджет не допускаючи таких покращень, це призводить до питань щодо того, чи можна свободу осіб з розладами психіки та поведінки вирішувати найменшими обмежувальними засобами відповідно до правового стандарту.

Принцип 1 Принципів захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, прийняті Резолюцією Генеральної Асамблеї [61] та принцип 10 Десяти основних принципів права психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я [62] вказують на те, що рішення щодо осіб з розладами психіки та поведінки мають прийматися відповідно до верховенства права в цій юрисдикції, а не довільно. Однак існує багато юрисдикцій, де немає відповідних норм права щодо психічного здоров'я. Згідно з даними ВООЗ, 25% країн взагалі не мають законодавства про психічне

здоров'я [71]. Міжнародні відмінності є очевидними: 92% країн Європи мають закони про психічне здоров'я; однак лише 67% в Африці та 13% Західної частини Тихого океану мають такі закони [71]. Без такого законодавства цілком можливо, що особливо вразливі середовища можуть приймати рішення щодо людей з психічними захворюваннями довільно.

Ще гірше те, що в деяких країнах внутрішні закони активно порушують права людини. Наприклад, у деяких країнах закони про психічне здоров'я вважаються дискримінаційними, оскільки вони заохочують владу ув'язнювати та примусово починати лікування осіб з розладами психіки та поведінки [72, с. 1670]. За таких обставин відсутність законів було б краще, ніж мати такі, які суперечать принципам і порушують права людини. Ці країни потребують термінової реформи законодавства про психічне здоров'я.

Згода на лікування є ще однією проблемною сферою для реалізації захисту психічного здоров'я в особливо вразливих контекстах. Відповідно до статті 7 Міжнародного пакту про громадянські та політичні права, нікого не може бути піддано катуванню чи жорстокому, нелюдському або принижуючому гідність поводженню чи покаранню. Зокрема, жодну особу не може бути без її вільної згоди піддано медичним чи науковим дослідам [73].

Регіональні правозахисні органи, такі як Африканська комісія з прав людини та народів, Африканський суд з прав людини, Міжамериканський суд з прав людини та Європейський суд з прав людини винесли низку рішень щодо прав осіб з розладами психіки та поведінки. Наприклад, у справі «Herczegfalvy v. Austria» Європейський суд з прав людини постановив, що становище безсилля, яке переживають особи, госпіталізовані через психічний розлад, повинно дозволити посилити пильність у застосуванні норм прав людини [74]. Це показує важливість права в цій галузі та як його можна використовувати для покращення охорони психічного здоров'я.

У 2006 році набув чинності відомий документ щодо осіб з інвалідністю - Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів), що стало важливою спробою усунути прогалини у законодавстві [75]. Станом на

2023 рік Конвенція про права осіб з інвалідністю має 164 підписанти та 186 сторін, і вона була швидко ратифікована багатьма державами, деякими із застереженнямию Наприклад, Австралія, яка користується свободою розсуду при примусовому застосуванні ліків, коли це вважається крайнім заходом, і Франція, який не вважає його юридично обов'язковим.

Конвенція про права осіб з інвалідністю використовує підхід до інвалідності, що ґрунтується на правах людини, і що був розроблений, щоб замінити попередні міжнародні розробки м'якого права, включаючи Принципи захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, прийняті Резолюцією Генеральної Асамблеї та Десять основних принципів права психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я. Він мав відобразити найпередовіші міжнародні стандарти прав людини щодо прав осіб з розладами психіки та поведінки.

Деякі установи використовували Конвенцію про права осіб з інвалідністю для внесення змін до законодавства. Наприклад, індійська неурядова організація представляла права осіб з розладами психіки та поведінки проти держави у Високому суді штату Карнатака, Індія, послуговуючись нормами Конвенції про права осіб з інвалідністю. Вони підвищували обізнаність про відсутність законодавства, заснованого на правах; протидіяли дискримінації осіб з розладами психіки та поведінки у вітчизняному законодавстві та бездіяльності у реалізації Національного плану охорони психічного здоров'я Індії [76]. Успішний випадок призвів до законодавчих та політичних реформ, включаючи покращення лікарняних стандартів психіатричної допомоги, створення відкритого психіатричного відділення (де двері не замикаються) та встановлення бюджету для розподіл ресурсів на психічне здоров'я. Цей випадок продемонстрував, наскільки міжнародні та місцеві агенції розвитку відіграють вирішальну роль у реалізації реформи законодавства про психічне здоров'я, хоча вони не повинні бути основним агентом боротьби з порушеннями прав людини. Судовий перегляд, механізми моніторингу та доступ до засобів правового захисту відповідно до

національного законодавства мають бути доступними для осіб з розладами психіки та поведінки на рівній і доступній основі в усіх країнах, включаючи особливо вразливі контексти.

Незважаючи на те, що її внесок у захист осіб з інвалідністю, звичайно, заслуговує на увагу, Конвенція про права осіб з інвалідінстю стверджує, що вона вимагає перегляду законодавства про психічне здоров'я та розумову дієздатність. Базуючись на моделі, що ґрунтується на правах, вона запровадила нову теорію в міжнародне право, згідно з якою вона спиралася на соціальну модель інвалідності, згідно з якою інвалідність розглядається як соціальні детермінанти, а не обмеження чи порушення. Хоча соціальну модель можна розглядати як сприятливий підхід, Конвенція про права осіб з інвалідністю, однак, не пропонує визначення того, які інвалідності входять до сфери її застосування. Таким чином, бракує ясності в тому, як її положення мають бути реалізовані для сектору психічного здоров'я.

Інші критики Конвенції про права осіб з інвалідінстю стосуються переважно статей 12 та 14. Стаття 12 стверджує, що всім особам з інвалідністю має бути дозволено здійснювати правоздатність, [75] таким чином забороняючи такі практики, як примусова госпіталізація та лікування, опіка та інші форми замінного прийняття рішень. Стаття 14 про право на свободу та особисту недоторканність зазначає, що люди з інвалідністю не повинні бути позбавлені волі незаконно чи свавільно [75]. Це означає, що «особи з розладами психіки та поведінки не можуть бути примусово утримані в психіатричних службах або інших установах».

Деякі медичні працівники стверджують, що статті 12 і 14 Конвенції про права осіб з інвалідністю підривають права на найвищий досяжний рівень здоров'я, оскільки такі заходи, як опіка, примусова госпіталізація та лікування, необхідні для запобігання небезпеці для себе чи інших і для забезпечення того, щоб люди отримували допомогу і підтримку, якої вони потребують. Це особливо доречно, коли симптомом епізоду психічного здоров'я є погане судження та прийняття рішень. Таким чином, це стає зіткненням права на

свободу та права на лікування. Інші психіатри, які є критиками зазначеної позиції, стверджують, що відповідно до Конвенції про права осіб з інвалідністю, осіб, які переживають психоз або маніакальне марнотратство в контексті біполярного розладу, або людей похилого віку з деменцією, які можуть бути не в змозі піклуватися про власні потреби чи фінанси, не можна примушувати мати опікуна, і це проблематично, оскільки це може завдати непоправної шкоди їхньому життю. Інші вчені стверджують, що конкретні/спеціалізовані закони про психічне здоров'я призводять до стигматизації, і закони, які стосуються виключно осіб з розладами психіки та поведінки, мають бути скасовані, оскільки це є дискримінаційним. Усі ці критики виступають проти Конвенції про права осіб з інвалідністю у сфері психічного здоров'я, стверджуючи, що деякі положення Конвенції про права осіб з інвалідністю порушують права людей.

З точки зору термінології інвалідності, практикуючі спеціалісти з психічного здоров'я також можуть обговорювати класифікацію людей, які живуть із захворюваннями психічного здоров'я, як осіб з інвалідністю. Ярлик інвалідності рідко застосовується для людини, яка страждає на хронічний фізичний розлад здоров'я, такий як астма або діабет. Таким чином, це дискримінація, називаючи людину з хронічними депресивними або тривожними розладами особою з інвалідністю. Вплив на повсякденне функціонування внаслідок епізоду психічного нездоров'я навряд чи був цільовою аудиторією для розробників об'єкта та мети положень договору в Конвенції про права осіб з інвалідінстю, і тому правова база залишається неадекватним керівництвом для держав, щоб охопити діапазон потреб у сфері психічного здоров'я.

Таким чином, незважаючи на існування Принципів захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, прийнятих Резолюцією Генеральної Асамблеї та Десяти основних принципів права психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я, існує прогалина в міжнародно-правових інструментах щодо захисту прав на психічне здоров'я.

Крім того, Конвенція про права осіб з інвалідністю не є адекватним захистом, необхідним для психічного здоров'я. Для особливо вразливих категорій осіб, держави яких страждають від недостатнього розвитку, через що вони мають низький ВВП, низьку спроможність держави, погано забезпечені ресурсами та фінансуванням медичних послуг або зруйновану інфраструктуру внаслідок збройного конфлікту, цей розрив збільшується. Враховуючи широкий спектр особливо вразливих контекстів у багатьох країнах і на континентах, це свідчить про необхідність глобальних правових змін.

РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПРАВ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ В УКРАЇНІ

Питання, пов’язані з розладами психіки та поведінки, стають сьогодні в Україні все більш актуальними. Особи з такими розладами часто стикаються з негативними стереотипами, соціальною ізоляцією та обмеженнями у реалізації своїх прав. Ми розглянемо основні проблеми, з якими стикаються особи з розладами психіки та поведінки в Україні, та перспективи розвитку та вдосконалення їх правового статусу.

Однією з головних проблем, з якою стикаються особи з розладами психіки та поведінки, є недостатня врегульованість їх правового статусу. В Україні необхідно розробити та прийняти законодавство, яке гарантує правовий захист та визнання прав осіб з розладами психіки та поведінки. Основним законом у цій сфері є Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров’я» [77], який встановлює основні принципи та правила захисту прав пацієнтів, у тому числі осіб з розладами психіки та поведінки. Іншим законом є Закон України «Про психіатричну допомогу» [82]. Він діє з 2000 року та регулює правове поле надання психіатричної допомоги, регламентує широке коло питань захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки.

Значним викликом також є жорстоке поводження з особами, які мають розлади психіки та поведінки. В справі «Кучерук проти України» [83], заявник, пан Кучерук, якому пізніше діагностували шизофренію, був взятий під варту. Одного разу заявник став особливо схвильованим, хаотично пересувався камерою, розмахував руками, натикався на меблі та лаявся на тюремних охоронців. Троє тюремних охоронців, яких викликали для вирішення ситуації, застосували до заявника гумові кийки та наручники.

Пан Кучерук скаржився, що побиття кийками є невиправданим застосуванням сили та порушує його право за статтею 3 Конвенції.

Суд нагадав, що стосовно особи, позбавленої волі, застосування фізичної сили, яке не було суворо необхідним через її власну поведінку, принижує людську гідність і в принципі є порушенням права, викладеного у статті 3. У справі Суд зазначив, що між сторонами існував спір щодо ступеня тілесних ушкоджень заявника. Однак синців, що містять «чіткі сліди» та «травми» від використання кийків, було достатньо, щоб потрапити під сферу дії статті 3. Стан заявника та його спалахи не могли бути несподіваним розвитком, щоб адміністрація та охоронці не могли підготуватися. Суд також зазначив, що заявника чисельно переважали троє тюремних охоронців. Беручи до уваги, що заявник не становив небезпеки для себе чи своїх співкамерників, Суд дійшов висновку, що застосування гумових палиць до заявника становило нелюдське поводження та порушувало статтю 3 Конвенції.

Для того, щоб забезпечити визнання прав особам з розладами психіки та поведінки, необхідні також інформаційні кампанії та освітні програми, спрямовані на подолання негативних стереотипів та упередженого ставлення до них. Відповідальним за розробку та реалізацію відповідних планів і заходів є Міністерство охорони здоров’я України [78].

Дуже важливим аспектом для осіб з розладами психіки та поведінки є доступ до якісної медичної допомоги. Доступність та якість психіатричної допомоги є проблематичною в Україні, особливо в регіонах. Відповідальність за формування та реалізацію політики у сфері психіатричної допомоги та забезпечення доступу до неї покладено на Міністерство охорони здоров’я України [78].

6 травня 2020 року Асоціація психіатрів України звернулася до Всесвітньої психіатричної асоціації з проханням про сприяння подоланню кризи, спричиненої неадекватним застосуванням нових правил фінансування системи охорони психічного здоров'я на тлі пандемії COVID. Багато психіатричних служб у країні зазнали серйозного недофінансування, що призвело до швидкої та незапланованої виписки пацієнтів, звільнення великої кількості співробітників та закриття відділень у лікарнях [79]. Приблизно

водночас Асоціація неврологів, психіатрів та наркологів України звернулася до Всесвітньої психіатричної асоціації з аналогічним проханням.

Всесвітня психіатрична асоціація вирішила позитивно відповісти на запит обох українських психіатричних асоціацій та розпорядилася створити міжнародний експертний комітет для розробки у співпраці з Асоціацією психіатрів України та Асоціацією неврологів, психіатрів та наркологів України рекомендацій щодо [79]:

1. Реагування на поточну надзвичайну ситуацію;
2. Національного плану дій у сфері охорони психічного здоров'я.

Експертний комітет було створено у співпраці з міжнародним суспільством «Федерація Глобальна ініціатива у психіатрії». Завдання експертного комітету полягало в тому, щоб проаналізувати ситуацію в Україні після реалізації другого етапу плану реформи охорони здоров'я та надати рекомендації професійним асоціаціям у їхніх консультаціях з адміністративними органами щодо того, як впоратися з ситуацією, що виникла.

Той факт, що Україна досі не змогла створити сучасну систему психіатричної допомоги, яка базується на поєднанні стаціонарної та амбулаторної допомоги відповідно до сучасних міжнародних стандартів, є результатом складного поєднання факторів.

Статичні фактори включають [79]:

- незацікавленість у психічному здоров'ї – у більшості пострадянських країн система охорони психічного здоров'я не є пріоритетом;
- відсутність співпраці між різними зацікавленими сторонами та групами;
- повсюдна «друга економіка», частково спричинена хронічним та суттєвим недофінансуванням тих, хто працює у галузі охорони психічного здоров'я.

Однак слід враховувати і низку динамічних факторів [79]:

Війна, що розпочалася у 2014 році окупацією Криму та вторгненням у східні регіони країни, значно вплинула на систему охорони психічного здоров'я в Україні. У той час як практично всі організації в Україні висловлювали занепокоєння щодо наслідків війни, впливу травматичного досвіду ветеранів на їхнє психічне здоров'я та психічний стан суспільства в цілому, в країні було зроблено дуже мало для систематичної та стійкої мінімізації завданих збитків та наслідків війни.

По-друге, досі не було адекватного керівництва та управління, зокрема, здатності об'єднати професіоналів, які працюють у сфері охорони психічного здоров'я. Існує нагальна потреба у створенні груп підтримки (наприклад, робочих груп, консультативних комітетів тощо) для виконання конкретних завдань, що потребують спеціальних експертних знань. Загальноприйнята практика в усьому світі полягає у залученні найкращих наявних експертів і людей, які мають відповідні знання та навички, які могли б зробити свій внесок у вирішення певних завдань.

Особи з розладами психіки та поведінки часто стикаються із соціальною ізоляцією, дискримінацією та порушенням своїх прав. Уповноваження Верховної Ради України з прав людини відіграють важливу роль у захисті прав і свобод громадян, включаючи осіб із розладами психіки та поведінки. Вони приймають скарги, проводять розслідування порушень та рекомендують відповідні заходи щодо захисту прав цих осіб [80].

Міністерство соціальної політики України відповідальне за розробку та реалізацію програм соціальної інтеграції, спрямованих на покращення умов життя та захист прав осіб із розладами психіки та поведінки [81].

Доступ до освіти та працевлаштування є важливим аспектом для осіб із розладами психіки та поведінки. В Україні зберігається проблема доступу до освіти осіб з розладами психіки та поведінки. Багато з них стикаються з обмеженнями та стереотипами, які заважають їм повноцінно вчитися. Проте ситуація має перспективу розвитку та покращення. Міністерство освіти і науки України [84] відповідає за розробку політики у галузі освіти та

створення рівних можливостей для здобуття освіти для всіх громадян, включаючи осіб із розладами психіки та поведінки.

Наприклад, в Україні активно розробляються та впроваджуються програми інклюзивної освіти [84], спрямовані на забезпечення рівних можливостей навчання для всіх дітей, у тому числі особам з розладами психіки та поведінки. План передбачає створення спеціальних умов, підтримку інклюзивної навчальної програми та підготовку персоналу для задоволення різноманітних потреб учнів.

Особи з розладами психіки та поведінки часто мають труднощі з працевлаштуванням та інтеграцією на робочому місці. Дискримінація та нерозуміння з боку роботодавців і колег можуть перешкодити успішному працевлаштуванню. В Україні ж вживаються заходи та розробляються програми, спрямовані на створення інклюзивного робочого середовища.

Питаннями працевлаштування та створення рівних можливостей у сфері праці для всіх громадян, включаючи осіб із розладами психіки та поведінки займається Державна служба зайнятості України [85].

Наприклад, в Україні реалізується «Програма рівних можливостей» [85], ця програма реалізується Державною службою зайнятості України та спрямована на сприяння працевлаштуванню осіб з інвалідністю, у тому числі осіб з вадами психічного та поведінкового розвитку. Програма включає консультування, навчання навикам пошуку роботи, адаптацію до нового робочого місця та підтримку на робочому місці.

В Україні є приклади успішної інтеграції осіб з розладами психіки та поведінки на робочих місцях та в навчальних закладах. Ці приклади демонструють, що за належної підтримки та створення сприятливого середовища особи з розладами психіки та поведінки можуть досягти успіху та повноцінно брати участь у житті суспільства. Наприклад, програма «Трудові можливості». Програма, яку реалізувала Благодійний фонд «Карітас України» [86], спрямована на допомогу особам з розладами психіки та поведінки у працевлаштуванні. Фонд надає консультації, навчання професійним навичкам

та допомогу в пошуку роботи. Програма працює з роботодавцями для створення умов для успішної інтеграції на ринок робочої сили.

Питання, пов'язані з правами осіб з розладами психіки та поведінки, є актуальними в Україні. Проте ще є перспективи розвитку та вдосконалення їх правового статусу. Необхідно активізувати зусилля щодо визнання та захисту прав цих людей, забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, реалізації програм соціальної інтеграції та створення рівних можливостей в освіті та працевлаштуванні. Реалізація цих заходів сприятиме покращенню якості життя осіб з розладами психіки та поведінки в Україні та захисту їхніх прав.

ВИСНОВКИ

1. «Психічні розлади» - загальний об'єкт психіатрії (розділу медицини) та патопсихології (розділу клінічної психології). Як і всі науки, вони відрізняються за трьома критеріями - предметом, методами і понятійним апаратом. Клінічна психологія – частина психологічної науки, яка використовує концептуальний апарат психології. Вона вивчає психологічні порушення при психічних та соматичних розладах, а також відхиленнях розвитку (включаючи прояви, динаміку, психологічні та нейропсихологічні фактори та механізми цих порушень), розробляє принципи та методи психодіагностики, профілактики та допомоги за різних порушень психіки. У цьому вона спирається на психологічні знання про нормальний розвиток та функціонування психіки.

У багатьох людей час від часу виникають проблеми з психічним здоров’ям. Але занепокоєння психічним здоров’ям стає психічним захворюванням, коли триваючі ознаки та симптоми викликають частий стрес і впливають на вашу здатність функціонувати.

Історичний аспект захисту прав осіб з порушеннями психіки та поведінки має своє коріння в давніх цивілізаціях. У різних культурах і суспільствах у минулому ставлення до осіб з розладами психіки та поведінки варіювалося.

У середні віки і на початок 19 століття такі люди часто піддавалися соціальній ізоляції, їх виключали з суспільства та обмежували у правах. У цей період спостерігалося широке використання інституціоналізації, коли осіб з розладами психіки та поведінки відправляли до спеціалізованих установ, де їх часто піддавали жорстокому поводженню та негуманному лікуванню.

Однак наприкінці XVIII і на початку XIX століття почалася ера психіатрії, коли виникли перші установи, присвячені лікуванню та реабілітації

осіб з розладами психіки та поведінки. Це стало початком розвитку принципів гуманного ставлення до таких людей та ефективніших методів лікування.

2. Міжнародні організації, які забезпечують захист прав осіб з розладами психіки та поведінки, відіграють важливу роль у покращенні психічного здоров'я та забезпеченні прав тих, хто стикається з такими проблемами. Ці організації працюють у всьому світі, залучаючи експертів, активістів та державні установи для розробки стратегії, формування політики та захисту прав пацієнтів. Зусилля організацій спрямовані на підвищення обізнаності громадськості про психічне здоров'я, забезпечення доступу до ефективної діагностики та лікування, сприяння легальному доступу та боротьбу зі стигмою, пов'язаною з розладами психіки та поведінки. Робота організацій є колективним кроком до створення більш прийнятного та справедливого світу для осіб з розладами психіки та поведінки, де повною мірою враховуються їхні права та потреби.

Забезпечення захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки є невід'ємною частиною соціального розвитку та глобальних зусиль у сфері прав людини.

Міжнародні стандарти та рекомендації щодо захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки розроблені міжнародними організаціями, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я та Організація Об'єднаних Націй, а також державами-членами.

Важливими організаціями в області захисту прав осіб з розладами психіки і поведінки – Всесвітня федерація психічного здоров'я, Організація Об'єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров'я, Психічне здоров'я Європи (Mental Health Europe),

Є багато міжнародних актів, що забезпечують захист прав осіб з розладами психіки та поведінки, деякі з них – це Конституція Всесвітньої охорони здоров'я, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, Керівні принципи Міжнародного комітету Червоного Хреста щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, Керівні принципи

Міжвідомчого постійного комітету Рекоменції щодо психічного здоров’я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях, Принципи захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, прийняті Резолюцією Генеральної Асамблеї, Десять основних принципів права психічного здоров’я, Міжнародний Біль про права, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, Конвенція про права осіб з інвалідністю.

3. Питання, пов'язані з правами осіб з розладами психіки та поведінки, є актуальними в Україні. Проте ще є перспективи розвитку та вдосконалення їх правового статусу. Необхідно активізувати зусилля щодо визнання та захисту прав цих людей, забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, реалізації програм соціальної інтеграції та створення рівних можливостей в освіті та працевлаштуванні. Реалізація цих заходів сприятиме покращенню якості життя осіб з розладами психіки та поведінки в Україні та захисту їхніх прав.

Загалом, дослідження міжнародних стандартів захисту прав осіб з розладами психіки та поведінки та аналіз проблем та перспектив розвитку в Україні показали необхідність подальших зусиль у цій сфері. Вирішення цих проблем сприятиме створенню більш інклюзивного та справедливого суспільства, де кожна людина має можливість реалізувати свої права та потенціал.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Психіка: поняття, класифікація та система. Реферат. *Освіта.UA*. URL: https://osvita.ua/vnz/reports/psychology/29184/ (дата звернення 15.03.2023)

2. Карманное руководство к МКБ -10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Украина : Назаренко, 2016. 441 с. (дата звернення 15.03.2023)

3. Eating Disorders - HelpGuide.org. *HelpGuide.org*. URL: https://www.helpguide.org/home-pages/eating-disorders.htm (дата звернення 15.03.2023)

4. Eating Disorders. *National Institute of Mental Health (NIMH)*. URL: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders (дата звернення 15.03.2023)

5. American Psychiatric Association (APA). URL: https://www.psychiatry.org/ (дата звернення 20.03.2023)

6. Schizoaffective Disorder // National Alliance on Mental Illness (NAMI). URL: https://www.nami.org/Home (дата звернення 20.03.2023)

7. Autism Spectrum Disorder // National Institute of Mental Health. URL: https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/autism-spectrum-disorder/22-MH-8084-Autism-Spectrum-Disorder.pdf (дата звернення 20.03.2023)

8. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, dsm-5tm // American Psychiatric Association. URL: https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf (дата звернення 27.03.2023)

9. Is It Autism?. *Autism Research Institute*. URL: https://autism.org/is-it-autism/ (дата звернення 27.03.2023)

10. Autism Spectrum Disorder: MedlinePlus. *MedlinePlus - Health Information from the National Library of Medicine*. URL: https://medlineplus.gov/autismspectrumdisorder.html (дата звернення 27.03.2023)

11. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *WebMD*. URL: https://www.webmd.com/add-adhd/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd (дата звернення 04.04.2023)

12. About ADHD - Symptoms, Causes and Treatment - CHADD. *CHADD*. URL: https://chadd.org/about-adhd/overview/ (дата звернення 04.04.2023)

13. ADHD: The Facts. *ADDA - Attention Deficit Disorder Association*. URL: https://add.org/adhd-facts/ (дата звернення 04.04.2023)

14. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *National Institute of Mental Health (NIMH)*. URL: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd (дата звернення 04.04.2023)

15. Schizoaffective disorder - Symptoms and causes. *Mayo Clinic*. URL: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizoaffective-disorder/symptoms-causes/syc-20354504 (дата звернення 04.04.2023)

16. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *National Institute of Mental Health (NIMH)*. URL: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd (дата звернення 04.04.2023)

17. Post-Traumatic Stress Disorder. *Verywell Mind*. URL: https://www.verywellmind.com/ptsd-4157229 (дата звернення 04.04.2023)

18. Posttraumatic Stress Disorder. *National Alliance on Mental Illness*. URL: https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Posttraumatic-Stress-Disorder (дата звернення 04.04.2023)

19. Depression. *National Alliance on Mental Illness*. URL: https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Depression (дата звернення 09.04.2023)

20. Depression - Depression and Bipolar Support Alliance. *Depression and Bipolar Support Alliance*. URL: https://www.dbsalliance.org/education/depression/ (дата звернення 09.04.2023)

21. Persistent Depressive Disorder - Depression and Bipolar Support Alliance. *Depression and Bipolar Support Alliance*. URL: https://www.dbsalliance.org/education/depression/types-of-depression/persistent-depressive-disorder/ (дата звернення 09.04.2023)

22. What is Peripartum Depression (formerly Postpartum)?. *Psychiatry.org - Home*. URL: https://www.psychiatry.org/patients-families/Peripartum-Depression/What-is-Peripartum-Depression#section_0 (дата звернення 09.04.2023)

23. Seasonal Affective Disorder (SAD). *Psychiatry.org - Home*. URL: https://www.psychiatry.org/patients-families/seasonal-affective-disorder (дата звернення 09.04.2023)

24. Psychotic Depression - Depression and Bipolar Support Alliance. *Depression and Bipolar Support Alliance*. URL: https://www.dbsalliance.org/education/depression/types-of-depression/psychotic-depression/ (дата звернення 09.04.2023)

25. Autism Spectrum Disorder Overview: Symptoms and Causes. *Psycom*. URL: https://www.psycom.net/autism/autism-spectrum-disorder-overview (дата звернення 10.04.2023)

26. Human rights international law in the field of mental health; is there a need for a UN Convention? - ραχοκοκαλιά. *ραχοκοκαλιά*. URL: https://rahokokalia.gr/2021/12/01/human-rights-international-law-in-the-field-of-mental-health-is-there-a-need-for-a-un-convention/ (дата звернення 15.04.2023)

27. Noble P. Mental Health Services and Legislation – An Historical Review. *Medicine, Science and the Law*. 1981. Vol. 21, no. 1. P. 16–24.

28. History of Mental Illness. *Noba*. URL: https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness#vocabulary-traitement-moral-moral-treatment (дата звернення 15.04.2023)

29. Вовк О. І. З історії розвитку світової психіатрії: хронологічна таблиця. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. Т. 3, № 2 (6). С. 138–145.

30. Law & Psychiatry: The Evolution of Laws Regulating Psychiatric Commitment in France / R. Gourevitch et al. *Psychiatric Services*. 2013. Vol. 64, no. 7. P. 609–612. URL: https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300174 (дата звернення 15.04.2023)

31. Dis/ order and dis/ ability. *Medical histories of Belgium*. 2021. URL: https://doi.org/10.7765/9781526151070.00016 (дата звернення 15.04.2023)

32. Roth A. The Real History of America's Failed Mental-Health-Care System. *Route Fifty*. URL: https://www.route-fifty.com/health-human-services/2021/05/real-history-americas-failed-mental-health-care-system/174278/ (дата звернення 15.04.2023)

33. Indian mental health laws: emergence and analysis by Aparna Goswami – journal for law students and researchers. *journal for law students and researchers – ISSN[0] : 2582-306X*. URL: https://www.jlsrjournal.in/indian-mental-health-laws-emergence-and-analysis-by-aparna-goswami/ (дата звернення 17.04.2023)

34. Mental health law in india. *Legal Service India - Law, Lawyers and Legal Resources*. URL: https://www.legalserviceindia.com/legal/article-3948-mental-health-law-in-india.html (дата звернення 17.04.2023)

35. Mental health - Medical History of British India - National Library of Scotland. *Digital gallery - National Library of Scotland*. URL: https://digital.nls.uk/indiapapers/mental-health.html (дата звернення 17.04.2023)

36. Insanity defense. *LII / Legal Information Institute*. URL: https://www.law.cornell.edu/wex/insanity_defense (дата звернення 17.04.2023)

37. The M'Naghten Rule - FindLaw. *Findlaw*. URL: https://www.findlaw.com/criminal/criminal-procedure/the-m-naghten-rule.html (дата звернення 17.04.2023)

38. Псарьова М. Д. Нормативно-правове забезпечення освіти дітей з порушеннями психічного розвитку у США в другій половині XX – на початку XXI століття. *Теорія та методика навчання та виховання*. 2020. № 48. С. 96–

108. URL: https://doi.org/10.34142/23128046.2020.48.09 (дата звернення 18.04.2023)

39. View of History of Psychiatric Legislation in Italy. *Home | Riviste Online SApienza (ROSA)*. URL: https://rosa.uniroma1.it/rosa01/medicina_nei_secoli/article/view/804/738 (дата звернення 18.04.2023)

40. Rex v Pritchard; 21 Mar 1836 - swarb.co.uk. *swarb.co.uk*. URL: https://swarb.co.uk/rex-v-pritchard-21-mar-1836/ (дата звернення 18.04.2023)

41. Japanese mental health care in historical context: why did Japan become a country with so many psychiatric care beds?. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. URL: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-80542016000400002 (дата звернення 18.04.2023)

42. E R. J. T. At Ellis Island. *OUP Academic*. URL: https://doi.org/10.7312/columbia/9780231141680.003.0005 (дата звернення 18.04.2023)

43. Young E. Perspective | Locking up the mentally ill has a long history. *Washington Post*. URL: https://www.washingtonpost.com/made-by-history/2023/01/03/history-mental-illness-incarceration/ (дата звернення 19.04.2023)

44. Cartuyvels Y., Champetier B., Wyvekens A. La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. *Déviance et Société*. 2010. Vol. 34, no. 4. P. 615.

45. Farges E. Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique : Reformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994) : thesis. 2013.

46. Lézé S. CAROLINE PROTAIS Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009) Paris, Éditions de l'EHESS, 2016,

309 pages. *Critique internationale*. 2017. N° 77, no. 4. P. 195. URL: https://doi.org/10.3917/crii.077.0195 (дата звернення 19.04.2023)

47. *The Pew Charitable Trusts | The Pew Charitable Trusts*. URL: https://www.pewtrusts.org/-/media/legacy/uploadedfiles/wwwpewtrustsorg/reports/sentencing_and_corrections/prisoncount2010pdf.pdf (дата звернення 19.04.2023)

48. Policy aspirations are encapsulated in two documents: Department of Health and Social Security, *Hospital Services for the Mentally Ill* (London: HMSO, 1971); *Better Services for the Mentally Ill*, Cmnd 6233 (London: HMSO, 1975).

49. Rose N. Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk. *History of the Human Sciences*. 1996. Vol. 9, no. 2. P. 1–23. URL: https://doi.org/10.1177/095269519600900201 (дата звернення 19.04.2023)

50. World Health Organization. (2019). The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. World Health Organization. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981 (дата звернення 22.04.2023)

51. Mental health. *World Health Organization (WHO)*. URL: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_3 (дата звернення 22.04.2023)

52. The World Federation for Mental Health: its origins and contemporaryrelevance to WHO and WPA policies. *PubMed Central (PMC)*. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414666/ (дата звернення 22.04.2023)

53. World Federation for Mental Health. *World Federation for Mental Health*. URL: https://wfmh.global/who-we-are/about-us (дата звернення 22.04.2023)

54. WHO WE ARE - Mental Health Europe. *Mental Health Europe*. URL: https://www.mhe-sme.org/who-we-are-2/#our-mission (дата звернення 24.04.2023)

55. MHE’s Strategic Plan 2022-2025: «Bridging Policy Making and Human Experience». *Mental Health Europe*. URL: https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2022/12/Mental-Health-Europes-Strategic-Plan-2022-2025.pdf (дата звернення 24.04.2023)

56. Доклад о психическом здоровье в мире: охрана психического здоровья преобразования в интересах всех людей. Краткий обзор. *World Health Organization (WHO)*. URL: https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240050860 (дата звернення 27.04.2023)

57. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я від 22 липня 1946 року // Ліга Закон. URL: https://ips.ligazakon.net/document/MU46004 (дата звернення 27.04.2023)

58. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права від 16 грудня 1966 року // База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text (дата звернення 27.04.2023)

59. Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. *International Committee of the Red Cross*. URL: https://www.icrc.org/en/publication/4311-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support (дата звернення 27.04.2023)

60. Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva : Inter-Agency Standing Committee, 2007. 186 p.

61. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН «Принципи захисту психічно хворих осіб та поліпшення психіатричної допомоги» від 17 грудня 1991 року №46/119 // Ліга Закон. URL: https://ips.ligazakon.net/document/MU91323 (дата звернення 01.05.2023)

62. World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1996). Mental health care law : ten basic principles : with annotations suggesting selected actions to promote their implementation. World Health Organization. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/63624 (дата звернення 01.05.2023)

63. Jones M. Can international law improve mental health? Some thoughts on the proposed convention on the rights of people with disabilities. *International journal of law and psychiatry*. 2005. Vol. 28, no. 2. P. 183–205. URL: https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.03.003 (дата звернення 01.05.2023)

64. 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 (дата звернення 01.05.2023)

65. Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2015, London, October 2015. P. 82 URL: https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf (дата звернення 01.05.2023)

66. De Silva M. M. G. T., Kawasaki A. Socioeconomic Vulnerability to Disaster Risk: A Case Study of Flood and Drought Impact in a Rural Sri Lankan Community. *Ecological Economics*. 2018. Vol. 152. P. 131–140. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092180091731604X?via%3Dihub (дата звернення 01.05.2023)

67. International Migration of Doctors, and Its Impact on Availability of Psychiatrists in Low and Middle Income Countries / R. Jenkins et al. *PLoS ONE*. 2010. Vol. 5, no. 2. P. 9. URL: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009049 (дата звернення 05.05.2023)

68. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries / B. Saraceno et al. *The Lancet*. 2007. Vol. 370, no. 9593. P. 1164–1174.

69. Report of the WPA Task Force on Brain Drain / O. GUREJE et al. *World Psychiatry*. 2009. Vol. 8, no. 2. P. 115–118. URL: https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00225.x (дата звернення 05.05.2023)

70. Association W. P. Atlas: Psychiatric education and training across the world 2005. World Health Organization, 2005. 40 p.

71. Atlas: Mental health resources in the world 2001 / ed. by World Health Organization. Mental Health Determinants and Populations. Geneva : World Health Organization, 2001. 55 p.

72. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis / N. Drew et al. *The Lancet*. 2011. Vol. 378, no. 9803. P. 1664–1675.

73. Міжнародний пакт про громадянські та політичні права від 16 грудня 1966 року // База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043#Text (дата звернення 10.05.2023)

74. Case of Herczegfalvy V. Austria from 24 September 1992 / European Court of Human Rights HUDOC. URL: https://hudoc.echr.coe.int/ukr?i=001-57781 (дата звернення 10.05.2023)

75. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) від 13 грудня 2006 року // База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення 10.05.2023)

76. National Human Rights Commission and National Institute of Mental Health and Neurosciences, Mental Health Care and Human Rights, New Delhi, 2008. URL: http://www.antoniocasella.eu/archipsy/nagaraja_2008.pdf (дата звернення 10.05.2023)

77. Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII // База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text (дата звернення 15.05.2023)

78. Стратегія – МОЗ України. *Міністерство охорони здоров'я України.* URL: https://moz.gov.ua/strategija (дата звернення 15.05.2023)

79. Концептуальна записка. Експертний комітет ВПА щодо кризи психічного здоров'я України. *Всесвітня психіатрична асоціація.* URL: https://www.gip-global.org/files/ukraine-policy-brief-final-ua.pdf (дата звернення 15.05.2023)

80. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини - Про нашу роботу. *Уповноважений Верховної Ради України з прав людини - Головна*. URL: https://www.ombudsman.gov.ua/uk/pro-nashu-robotu (дата звернення 15.05.2023)

81. Міністерство соціальної політики України. Головна. *Міністерство соціальної політики України*. URL: https://www.msp.gov.ua/ (дата звернення 15.05.2023)

82. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 року № 1489-III // База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text (дата звернення 15.05.2023)

83. Справа «Кучерук проти України» від 06 вересня 2007 року // База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_839#Text (дата звернення 19.05.2023)

84. Міністерство освіти і науки України - інклюзивне навчання. *Головна | Міністерство освіти і науки України*. URL: https://mon.gov.ua/ua/tag/inklyuzivne-navchannya (дата звернення 19.05.2023)

85. Головне | Державний центр зайнятості. *Головне | Державний центр зайнятості*. URL: https://www.dcz.gov.ua/ (дата звернення 19.05.2023)

86. Caritas Ukraine - Карітас України. *Карітас України*. URL: https://caritas.ua/ (дата звернення 19.05.2023)