

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ

УДК 616.89-02-083

## ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ПРИМЕНЕНИИ МЕР ФИЗИЧЕСКОГО СТЕСНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Н.К. РЖЕВСКАЯ<sup>1</sup>**  
**В.А. РУЖЕНКОВ<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Белгородская областная  
клиническая психоневрологическая  
больница*

*<sup>2</sup>Белгородский государственный  
национальный исследовательский  
университет*

*e-mail: rzhevskaya\_nk@mail.ru*

В обзоре проводится сравнительный анализ норм Законодательства Российской Федерации и других стран в области психиатрии о применении мер физического стеснения при оказании психиатрической помощи. В ряде развитых стран меры физического стеснения и ограничения прав граждан применяются только при недобровольной госпитализации, в других – их применение допускается и при добровольной госпитализации, если возникло психомоторное возбуждение с угрозой для самого пациента, или окружающих. Обсуждаются меры по защите прав лиц с психическими расстройствами.

Ключевые слова: недобровольная госпитализация, психиатрическая помощь, психомоторное возбуждение, ограничительные меры, физическое стеснение, изоляция.

По оценке экспертами ВОЗ, одной из ведущих причин ухудшения состояния здоровья населения в мире являются психические расстройства [15]. Затрудняя социальное функционирование, они являются причиной значительного экономического ущерба для государств. Тем не менее, правовые и социально-экономические проблемы лиц, страдающих психическими расстройствами, недостаточно рассматриваются государственными законодательными органами. Исследователи отмечают несоответствие законодательства в сфере охраны психического здоровья требованиям современной медицинской науки, уровню социального развития общества и правового регулирования соблюдения прав и свобод граждан [12, 15, 18, 29, 46].

Большинством международных правовых актов, регламентирующих охрану психического здоровья, допускается ограничение прав человека в случаях возникновения угрозы безопасности окружающих либо непосредственной угрозы жизни и здоровью самого пациента. При этом любые ограничительные меры должны иметь строгие временные рамки и регулярно пересматриваться [19].

Агрессивное поведение и угроза физического насилия, влекущие за собой применение физического стеснения, являются обыденными случаями в любом психиатрическом стационаре [44, 45]. Агрессия пациентов психиатрических клиник создает угрозу для физического и психологического благополучия медицинского персонала, при этом страх персонала больницы за свою безопасность может негативно влиять на качество ухода за пациентами [25, 32, 44].

В связи с возможностью совершения лицами с психическими расстройствами общественно-опасных деяний за психиатрией была исторически закреплена косвенная немедицинская функция – поддержание общественного порядка [20].

История применения в мировой психиатрической практике изоляции и физическое стеснение пациентов с психическими расстройствами при их агрессивном и разрушительном поведении насчитывает более 200 лет, задолго до определения понятия и создания в психиатрических больницах терапевтической среды. Обсуждение терапевтической эффективности, морально-этических и правовых аспектов применения мер физического стеснения является актуальным для психиатрической практики и в настоящее время [33, 36, 37].



В соответствии с «Принципами защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи», принятыми Генеральной Ассамблеей ООН резолюцией №46/119 от 17.12.1991г., ст. 11.: «Физическое усмирение или принудительная изоляция пациента применяются лишь в соответствии с официально утвержденными процедурами психиатрического учреждения и только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам [16]. Пациент, к которому применяются усмирение или изоляция, должен содержаться в гуманных условиях, за ним обеспечивается уход, а также тщательное и постоянное наблюдение со стороны квалифицированных медицинских работников».

Всемирной организацией здравоохранения [19] также разработаны основные положения по применению принудительной изоляции и физического стеснения лиц, страдающих психическими расстройствами, на которых должны базироваться законодательные акты по охране психического здоровья:

- принудительная изоляция и физическое стеснение разрешаются законодательством только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного и неизбежного ущерба пациенту или другим лицам;

- принудительная изоляция и физическое стеснение должны применяться в течение как можно более короткого промежутка времени (не более нескольких минут или нескольких часов);

- один временной период принудительной изоляции и физического стеснения не должен незамедлительно сменяться другим;

- необходимо обеспечить непрерывный активный и личный контакт с лицом, в отношении которого используется принудительная изоляция или физическое стеснение, выходящий за рамки пассивного контроля;

- законодательство должно запрещать применение принудительной изоляции и физического стеснения в качестве наказания или для удобства персонала психиатрического учреждения;

- законодательство должно способствовать развитию инфраструктуры психиатрических клиник и обеспечению ресурсами, с тем, чтобы принудительная изоляция и физическое стеснение не применялись вследствие их дефицита;

- принудительная изоляция и физического стеснение применяются только в исключительных случаях: а) они должны быть санкционированы аттестованным специалистом по охране психического здоровья, б) психиатрическое учреждение должно быть аттестовано на предмет наличия соответствующих условий для безопасного проведения подобных вмешательств, в) причины, продолжительность применения принудительной изоляции и физического стеснения и виды лечения, применяемые для их скорейшего прекращения, заносятся в историю болезни пациента специалистом по охране психического здоровья, назначившим данные виды вмешательства;

- все случаи принудительной изоляции и физического стеснения должны заноситься в журнал, предоставляемый для ознакомления представителям надзорного органа;

- члены семьи пациента и/или его личный представитель там, где это возможно, должны быть незамедлительно проинформированы о случаях принудительной изоляции или физического стеснения» [19].

Данные нормы права и рекомендации получили свое развитие в ст. 30 п.2. Закона РФ от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»: «Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала» [10]. Таким образом, в соответствии с указанным Законом, в Российской Федерации меры физического стеснения пациентов могут применяться только при оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке.

В письме Министерства здравоохранения РФ от 26.12.2002г. № 2510/12967-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи» указывается: «Меры физического стеснения при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрических стационарах применяются только в тех случаях, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие опасность для него или других лиц. Меры физического стеснения осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала, применяются только на ограниченный срок – то есть на период действий пациента, представляющих опасность для него или других лиц. Привлечение других пациентов для этих целей исключается. О формах и времени применения мер физи-

ческого стеснения делается запись в медицинской документации, а также в специально заведенном журнале. Запись должна содержать мотивировку применения мер физического стеснения, указания времени начала использования этих мер, описания изменений в дальнейшем состоянии пациента, а также указание времени, когда меры физического стеснения были отменены» [13].

Данная норма прописана и в приказе Министерства здравоохранения РФ от 08.04.1998г. №108 «О скорой психиатрической помощи» (раздел «Правовое регулирование»): «Недобровольная госпитализация начинается с момента реализации принятого врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания после его освидетельствования по месту вызова, поскольку с этого момента в случае необходимости принимаются меры принуждения» [14]. В «Методических рекомендациях по организации работы бригад скорой психиатрической помощи» указывается, что «В отдельных случаях в связи с особенностями состояния больного иммобилизацию его необходимо провести немедленно», хотя при возможности следует попытаться уговорить больного (п. 10), в п.12 указывается методика временного удержания при сопровождении возбужденного и агрессивного пациента [14].

Считается, что недобровольная госпитализация начинается с момента реализации решения врача-психиатра о помещении лица в стационар независимо от его желания после освидетельствования по месту вызова [1]. И только с этого момента к лицу могут быть применены меры физического стеснения (принуждение, сдерживание, фиксация). Таким образом, в Российской Федерации, согласно существующему законодательству, меры физического стеснения и изоляции могут применяться только при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре.

Несмотря на это, некоторые юристы возражают против такой практики. В связи с тем, что, в соответствии с законодательством РФ, «по решению врача-психиатра или медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в отношении гражданина может быть применен комплекс многочисленных принудительных (недобровольных) мер: психиатрическое освидетельствование лица без его согласия, недобровольная госпитализация лица в психиатрический стационар, меры физического стеснения и изоляции и др.», считается, что «психиатрические учреждения наделены Законом целым комплексом властных полномочий, которые они могут по своему усмотрению применять в отношении граждан [22]. И осуществление многих из этих полномочий сопряжено с применением по отношению к гражданам физической силы (принуждения), порой даже насилия, что, как правило, и происходит на практике при осуществлении психиатрическими учреждениями недобровольной госпитализации». Автор полагает, что «несмотря на то, что ни Конституция РФ, ни гражданское законодательство не предоставляют психиатрическим заведениям каких-либо властных полномочий, Закон РФ о психиатрической помощи в противоречие с данными положениями наделяет их весьма и весьма обширными властными привилегиями» [22].

Фиксация пациентов, находящихся в состоянии психомоторного возбуждения встречается не только в психиатрической клинике. Эта практика характерна для отделений реанимации, нейрохирургии, неврологии – когда имеется угроза того, что пациент, выходящий из наркоза, может вырвать капельницу, дренаж и т.п. [23].

В программах подготовки среднего медицинского персонала изучаются подходы к оказанию помощи больным в состоянии психомоторного возбуждения [21]. При этом особое внимание уделяется временной фиксации возбужденных больных, правилам и технике ее проведения, а также задачам медицинской сестры. Кроме того, важно значение уделяется сестринскому уходу за фиксированными больными.

Удерживание и фиксация пациентов психиатрической клиники рекомендуется при психомоторном возбуждении, если невозможно быстро его купировать медикаментозными средствами. При этом допускается кратковременная фиксация пациента к кровати. С этой целью рекомендуется применение «длинных лент, чулок, которые петлей надевают на кисти и лодыжки больного и привязывают к раме кровати» [17]. Автор указывает, что медицинский персонал (а, именно, медицинская сестра) должны знать основные приемы удерживания возбужденных больных. К больному следует подходить, держа в руках одеяло (матрац, телогрейку), с тем, чтобы смягчить наносимые им удары. Больного желательно уложить и удерживать в постели. При этом один человек держит его за ноги выше колен, другой за руки около, кистей, третий – за плечи. Не следует надавливать на грудь – это может привести к перелому ребер. На лоб накладывают полотенце и привязывают его к кровати, давить руками на лоб нельзя [17].

Аналогичной точки зрения придерживается и В.Н. Кузнецов, полагающий, что при основных неотложных состояниях в психиатрии (суицидальное поведение, психомоторное возбуждение, риск физического насилия) – в первую очередь необходимо создать благоприятные условия и обеспечить безопасность (убрать колющие и режущие предметы) пациентов (которых



следует временно удалить из палаты), медицинского персонала и самого пациента. Если пациент отказывается от инъекции, то ее следует провести насильно [11].

Изучение исторического, этического и правового аспектов применения ограничительных мер в психиатрии показывает, что их не всегда можно избежать, но их применение должно быть минимальным и безопасным [24]. Несмотря на гуманистическую направленность международного права, закрепленную в Женевской конвенции о правах человека, законодательная основа оказания медицинской, и, в частности, психиатрической помощи, в разных странах может разительно отличаться [2, 27, 28].

В ряде государств постсоветского пространства законодательство о применении ограничительных мер к лицам, страдающим психическими расстройствами, полностью аналогично нормам Закона РФ от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Так, в Узбекистане (Закон Республики Узбекистан от 31.08.2000г. №123-П «О психиатрической помощи», ст. 32 «Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи»), Молдове (Закон Республики Молдова от 16.12.1997г. №1402-ХП «О психическом здоровье», ст. 29 «Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи») и Казахстане (Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009г. №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст. 127 «Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи») применение мер физического стеснения допускается при недобровольной госпитализации пациента в психиатрический стационар «только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия лица, представляющего непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации» [5, 6, 9]. Кроме того, в законодательстве Республики Казахстан особо отмечена обязанность врача-психиатра уведомлять о применении мер физического стеснения к пациенту его законного представителя [9].

В то же время в других странах – участницах Содружества Независимых Государств применение мер физического стеснения и изоляции может применяться и к лицам с психическими расстройствами и вне недобровольной госпитализации. Например, в соответствии с Законом Украины от 22.02.2000г. №1489-III «О психиатрической помощи» ст. 8 «Обеспечение безопасности оказания психиатрической помощи и предотвращение опасных деяний со стороны лиц, страдающих психическими расстройствами» меры физического стеснения и (или) изоляции лица, страдает психическим расстройством, при оказании ему психиатрической помощи применяются по назначению и под постоянным контролем врача-психиатра или другого медицинского работника, на которого собственником психиатрического учреждения либо уполномоченным им органом возложены обязанности по оказанию психиатрической помощи, и применяются только в тех случаях, формах и на тот момент, когда всеми иными законными мерами невозможно предотвратить действия лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц. О формах и времени применения мер физического стеснения и (или) изоляции делается запись в медицинской документации [7]. Меры физического стеснения и (или) изоляции применяются в соответствии с правилами, установленными Министерством здравоохранения Украины.

Законом Республики Беларусь 07.01.2012 г. №349-3 «Об оказании психиатрической помощи», ст. 35 «Меры по обеспечению безопасности при оказании психиатрической помощи в стационарных условиях» также определено, что «При оказании психиатрической помощи в стационарных условиях в целях обеспечения безопасности пациента и иных лиц могут применяться меры физического стеснения и (или) изоляции», которые «применяются только в случаях, формах и только на период времени, когда по решению врача-специалиста иными мерами невозможно предотвратить действия пациента, представляющие непосредственную опасность для него и (или) иных лиц. Меры физического стеснения и (или) изоляции применяются под постоянным контролем медицинских работников. Сведения о формах, основаниях и времени применения мер физического стеснения и (или) изоляции оформляются записью в медицинских документах» [4].

Закон Азербайджанской Республики от 12.06.2001г. №142-III «О психиатрической помощи» в ст. 24 «Меры безопасности при оказании психиатрической помощи» также определяет, что «Меры физического ограничения и изоляции пациента в психиатрическом стационаре применяются только заключением врача-психиатра в случае, когда действия пациента, представляющие непосредственную опасность для него и (или) окружающих, невозможно предотвратить другими методами. Данные меры применяются под постоянным контролем медицинского персонала. В медицинском документе ведутся отметки о формах и сроках применения мер физического ограничения или изоляции» [3].



В настоящее время в странах Европейского Союза реализуется проект «European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice (EUNOMIA)», направленный на всестороннее изучение использования ограничительных мер в психиатрии, факторы, влияющие на выбор врачами этих мер, порядок их применения и виды, стратегии снижения частоты их применения [43]/ Исследователи отмечают значительную гетерогенность как в законодательстве европейских стран, регламентирующем использование мер физического стеснения и изоляции, так и в клиническом опыте их применения [41].

В Великобритании все сферы оказания психиатрической помощи регламентирует «Акт о психическом здоровье» (1983), регулирующий понятие самого психического расстройства, согласие на лечение, методы и сроки лечения пациентов, в том числе, принудительного, порядок судебного рассмотрения дел о психическом здоровье и права лиц с психическими расстройствами [18]. Практика применения ограничительных мер в психиатрических клиниках также находится под охраной законодательства [31].

Персонал психиатрических больниц Великобритании в обязательном порядке проходит специальные курсы «Prevention and Management of Violence and Aggression (PMVA)», обучающие медицинских работников методам предотвращения агрессивного поведения пациентов и способам оказания квалифицированной помощи, в том числе, физического стеснения и изоляции, возбужденным пациентам с разрушительным поведением [35]. Программа PMVA включает в себя обсуждение предикторов и клинических проявлений агрессивного поведения, методику купирования возбуждения, а также правовые документы, строго регламентирующие случаи применения мер физического стеснения. Слушатели курса PMVA подробно изучают наиболее распространенную методику применения физического стеснения, когда с помощью 3-х человек пациент удерживается на полу до введения ему седативных препаратов [39, 47].

Британскими исследователями активно изучаются также и проблемы психологических последствий применения физического стеснения для как для пациентов, так и для медицинского персонала, разрабатываются меры по сокращению случаев ограничения свободы пациентов психиатрических стационаров [40].

«Закон об учреждении и внедрении психиатрического ухода» (1999) Норвегии регламентирует порядок добровольного и принудительного лечения лиц, страдающих психическими расстройствами, защиту прав и свобод пациентов, в том числе, их личной неприкосновенности. Большое количество подзаконных нормативных документов регулируют все стороны оказания психиатрической помощи. Так, Инструкция Министерства здоровья и ухода Норвегии от 15.12.2006г. №1423 об использовании изоляции в психиатрических лечебных учреждениях определяет ее цели, методику и порядок ее применения, условия изоляции и права изолированных пациентов. Инструкция от 24.11.2000г. №1173 четко регламентирует применение ограничительных мер для профилактики физического насилия. Инструкция от 21.12.2000г. №1409 определяет объем и порядок медицинской помощи, оказываемой пациенту, опасного для себя и окружающих [18].

В Финляндии применение ограничительных мер в психиатрической практике строго регламентируется Законом о психическом здоровье, тем не менее, исследователи не отмечают тенденции к сокращению использования мер физического стеснения и изоляции в психиатрических клиниках [24]. В соответствии с действующим Законом, ограничение прав свобод пациента допускается в случае опасности его поведения для себя или окружающих лиц, в случае, если его поведение значительно затрудняет осуществление лечебных мероприятий как для него самого, так и для других пациентов, а также, при необходимости изоляции по другим причинам. Ответственность за применение мер физического ограничения несет врач, медицинская сестра обеспечивает специальный уход за пациентами. Представитель пациента информируется о применении изоляции, если она длится более 12 часов, и о физическом стеснении, если оно длится более 8 часов. Психиатры регулярно информируют администрацию клиники о применяемых ограничительных мерах [24].

В Нидерландах ключевым вопросом оказания психиатрической помощи является постоянно обновляемое информированное согласие пациента на любые виды вмешательств, обеспечивающее правовую «прозрачность» лечебно-диагностического процесса. Государственными законодательными актами Нидерландов регламентируется оказание медицинской помощи, определены права пациентов, обязанности медицинских работников и порядок их взаимодействия. Отдельным законом регулируются особенности госпитализации в психиатрические клиники, определен порядок ограничения прав и свобод пациентов психиатрического стационара, применение насильственных методов лечения [2]. Так, при использовании ограничительных методов врач-психиатр ставит в известность не только руководство клиники, но и инспекцию здравоохранения, в полномочия которой входит проведение расследования о целесообразности применения указанных мер. В психиатрических клиниках Нидерландов применяются 5 методов физического ограничения и изоляции:



- пребывание в палате с койкой, столом, стулом, шкафом и раковиной; дверь заперта на замок;
- пребывание в изолированном помещении без мебели с матрасом и одеялом; дверь заперта на замок;
- фиксация к креслу или кровати;
- медикаментозное лечение кратковременного действия;
- насильственное кормление или введение жидкости через зонд или капельницу.

Психиатр получает специальное разрешение на применение ограничительных мер в плане лечебных мероприятий дольше 7 дней, в случае, когда пациент опасен для себя или окружающих, либо когда неприменение физического ограничения приведет к удлинению сроков стационарного лечения [2].

Применение ограничительных мер в психиатрических клиниках Германии часто осуществляется в первые дни стационарного лечения в связи с опасностью физической агрессии, особенно в отношении медицинского персонала, порчей ценного материального имущества, попытками побега, аутоагрессией или суицидом [8]. Результаты исследования применения к лицам, страдающим психическими расстройствами, ограничительных мер в Германии показали, что психиатрами чаще используются меры физического стеснения и ограничительной, нежели методы изоляции пациентов, при этом медицинский персонал стремится минимизировать длительность стеснения [44]. В ряде германских психиатрических клиник имеются внутренние инструкции, регламентирующие показания, методы и сроки применения фиксации пациентов по совокупности не более 9 часов [8].

В Соединенных Штатах Америки система охраны психического здоровья представлена многочисленными независимыми агентствами и медицинскими организациями. В каждом штате функционирует собственная программа охраны психического здоровья, в дополнение к базовым Федеральным программам Medicaid и Medicare [42].

Американская ассоциация психиатров The American Psychiatric Association (APA) разрабатывает стандартизированный подход к применению мер физического стеснения и изоляции пациентов психиатрических стационаров, направленный на сокращение длительности применения ограничений прав пациентов и повышения «прозрачности» лечебного процесса [42].

В Руководстве по неотложной психиатрической помощи «The Psychiatric ER Survival Guide» изложены показания для применения фиксации пациентов, методика ее использования и документирования в медицинских картах [34]. Центры Medicare & Medicaid Services (CMS) в 2007-2008гг. выпустили новые правила, запрещающие использование физического стеснения и изоляции, как меры по наведению порядка в отделении, допускающие применение ограничительных мер по показаниям сроком до 1 часа под контролем медицинского персонала [38]. Во многих штатах законодательно закреплено ограничение применения мер физического стеснения и изоляции психиатрических пациентов, что ориентирует американских психиатров применение партнерской модели взаимоотношений с пациентами, основанной на высокой квалификации врача, взаимном уважении и взаимодействии с пациентами, направленном на деэскалацию возбуждения [26, 30]. Требования CMS регламентируют также ведение медицинской документации, в которой отражаются факторы риска, приведшие к возникновению эпизода физической агрессии, мониторинг состояния пациента при применении к нему ограничительных мер, коррекция лечебных мероприятий, отношение пациента к применяемым ограничениям. Правильное документальное оформление мер физического стеснения позволяет врачам анализировать факторы риска агрессивного поведения и избегать применения мер стеснения в будущем [38].

Таким образом, разработка мероприятий по охране и укреплению психического здоровья, а также, соблюдению прав лиц, страдающих психическими расстройствами, является одним из приоритетных направлений в деятельности Всемирной организации здравоохранения и международных правозащитных организаций. Анализ законодательства стран СНГ, Западной Европы и США в области охраны психического здоровья свидетельствует об отсутствии единого подхода к правовому регулированию применения ограничительных мер к лицам, страдающим психическими расстройствами. В то время, как в ряде государств способы и порядки применения физического стеснения пациентов психиатрических клиник четко регламентированы нормативными документами законодательных органов власти и инструкциями министерств и ведомств, в других странах вопросы физического стеснения решаются на уровне административно-территориальных субъектов и внутренних инструкций психиатрических больниц. В соответствии с законодательством Российской Федерации, меры физического стеснения и изоляции могут применяться к лицам с тяжелыми психическими расстройствами только в случае недобровольной госпитализации и лечения, когда пациенты представляют непосредственную опасность для себя или окружающих. Использование фиксации и изоляции пациентов психиатрических стационаров, госпитализированных в добровольном порядке, в случае изменения их



психического состояния с выраженной ауто – и гетероагрессией, действующим законодательством РФ не предусмотрено. При развитии психомоторного возбуждения с угрозой применения физического насилия у данного контингента лиц с психическими расстройствами, применяется методика удерживания пациента медицинским персоналом для обеспечения беспрепятственного парентерального введения седативных психофармакологических препаратов.

### Литература

1. Аргунова, Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами / Ю.Н. Аргунова. – М. : ФОЛИУМ, 2007. – 147с.
2. Ван Вайнгарден-Кремерс, П. Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Нидерландах / П. Ван Вайнгарден-Кремерс, С.В. Горюнов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – №12. – С. 69-75.
3. Закон Азербайджанской Республики от 12.06.2001г. №142-III «О психиатрической помощи» // Медицина и право [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Zarubej/Azerbaijan/Law/Psych/PsychAzerb-1.htm>
4. Закон Республики Беларусь 07.01.2012 г. №349-3 «Об оказании психиатрической помощи» // Законодательство Беларуси [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pravo.newsby.org/belarus/zakon0/z168.htm>
5. Закон Республики Молдова от 16.12.1997г. №1402-XIII «О психическом здоровье» // СоюзПравоИнформ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://base.spinform.ru/show\\_doc.fwx?rgn=3477](http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=3477)
6. Закон Республики Узбекистан от 31.08.2000г. №123-II «О психиатрической помощи». // Законодательство республики Узбекистан АКТ.UZ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zakonuz.uzshar.com/?document=6112>
7. Закон Украины от 22.02.г. №1489-III «О психиатрической помощи» // Информационные системы ПАРАГРАФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30456427](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30456427)
8. Казаковцев, Б.А. Развитие служб психического здоровья: руководство для врачей / Б.А. Казаковцев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 672с.
9. Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009г. №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.09.2014 г.) // Информационные системы ПАРАГРАФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30479065#pos=2293;0](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065#pos=2293;0)
10. Комментарий к Законодательству Российской Федерации в области психиатрии / Под. общ. ред. Т.Б. Дмитриевой. – М. : Издательство «Спарк», 1997. – 363с.
11. Кузнецов, В.Н. Неотложная помощь в психиатрии / В.Н. Кузнецов // Скорая и неотложная медицинская помощь / Под ред. И.С. Зозули, И.С. Чекмана. – К. : Здоров'я, 2002. – 514-532 с.
12. Оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социально-экономический прогноз последствий / В.С.Ястребов, Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т.19, №4. – С. 21-28.
13. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 26.12. 2002г. №2510/12967-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи» // Правовая консультационная служба ЗАКОН ПРОСТ! [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.zakonprost.ru/content/base/61777>
14. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 08.04.1998г. №108 «О скорой психиатрической помощи» // Информационно-правовой портал ГАРАНТ.РУ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://base.garant.ru/4174612/>
15. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000-2010 гг.) / И.А. Митихина, В.Г. Митихин, В.С. Ястребов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – №6. – С. 4-14.
16. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 17.12.1991г. № 46/119 "Защита психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи" // Информационно-правовой портал ГАРАНТ.РУ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/2565323/>
17. Садикова, Н.Б. 10000 советов медсестре по уходу за больными / Н.Б. Садикова. – М.: Современный литератор, 1999. – 832с.
18. Салагай, О.О. Сравнительно-правовой анализ законодательства по вопросам оказания психиатрической помощи / О.О. Салагай, Б.А. Казаковцев // Медицинское право. – 2010. – №4. – С. 37-44.
19. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству / Женева, ВОЗ, 2005 // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Russian.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Russian.pdf)
20. Усов, Г.М. Правовое регулирование психиатрической помощи / Усов Г.М., М.Ю. Федорова – М. : Юстицинформ, 2006. – 298с.
21. Учебно-методическое пособие по сестринскому делу в психиатрии / Ю.Г. Тюльпин, В.В. Балабанова, С.В. Прохорова [и др.] – М., 2004. – 44с.
22. Халиков, Ф. Психиатрические учреждения: органы государственной власти или медицинские организации? / Ф. Халиков // Закон.ру [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon.ru/Blogs/OneBlog/10153>
23. Шумилов, П. Из истории психиатрии: фиксаторы-ремни и иные средства удержания больных / П. Шумилов // Медицинский портал «Будьте здоровы!» [Электронный ресурс]. – Режим доступа:



<http://medinform.nnov.ru/blogs/blog-o-zdorove/iz-istori-psihiatriceskikh-sluzhb-v-severnoy-amerike>

24. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint / A. Keski-Valkama, E. Sailas, M. Eronen [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2007. – №42. – P. 747-752.

25. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics / T.L. Husum, J.H. Bjørngaard, A. Finset [et al.] // *BMC Health Services Research*. – 2010. – №10. – P. 89.

26. Drake, R.E., Опыт развития психиатрических служб в Северной Америке. [In russian] / R.E. Drake, E. Latimer // *World Psychiatry*. – 2012. – № 11. – P. 47-51.

27. Dressing, H. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States / H.Dressing, H.J. Salize // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. – 2004. – №39. – P. 797-803.

28. Evidence-based mental health services research. The contribution of some recent EUfunded projects / T. Becker, L. Magliano, S. Priebe [et al.] // *Public health in Europe*. – Berlin: Springer, 2004. – P. 173-187.

29. Evin, C. Improving the Response to Mental Health Needs in Europe. Memorandum // Council of Europe. Parliamentary Assembly. Restricted AS/ Soc/ – 2004/23 – 1st. October 2004.

30. Gaskin, C.J. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature / C.J. Gaskin, S.J. Elsom, B. Happell // *British Journal of Psychiatry*. – 2007. №191. – P. 298-303.

31. Gilbert, H., The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK / H.Gilbert, D. Rose, M. Slade // *BMC Health Services Research*. – 2008. – №8. – P. 92-104.

32. Foster, C. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management // *Journal of Advanced Nursing*. – 2007. – Vol. 58, №2. – P. 140-149.

33. Kallert, T.W. Coercion in psychiatry / T.W. Kallert // *Forensic psychiatry*. – 2008. – Vol. 21, №5. – P. 485-489.

34. Knoll, J.L. The Psychiatric ER Survival Guide / J.L. Knoll // *Psychiatric Times* [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.psychiatrictimes.com/all/editorial/psychiatrictimes/pdfs/psych-survival2.pdf>

35. Mental Health Policy Implementation Guide: Developing Positive Practice to Support the Safe and Therapeutic Management of Aggression and Violence in Mental Health In-patient Settings / Leeds, National Institute for Mental Health in England, Department of Health, 2004. // University of Stirling [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.nm.stir.ac.uk/documents/ld-nimhe-guidance.pdf>

36. Nilstun, T. The right to accept and the right to refuse / T. Nilstun, A.Syse // *Acta Psychiatr Scand*. – 2000. – №101. – P. 31-34.

37. Paterson, B. Restraint and the Question of Validity / B. Paterson, J. Duxbury // *Nursing Ethics*. – 2007. – №14(4). – P. 535-545.

38. Restraint and Seclusion in Psychiatric Treatment Settings: Regulation, Case Law, and Risk Management / P.R.Recupero, M. Price, K.A. Garvey [et al.] // *J Am Acad Psychiatry Law*. – 2011. – №39. – P. 465-476.

39. Prevention and Management of Aggression Training and Violent Incidents on UK / L. Bowers, H. Nijman, T. Allan [et al.] // *Acute Psychiatric Wards, Psychiatric Services*. – 2006. – №57. – P. 1022-1026.

40. A Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients / D. Stewart, M. Van der Merwe, L. Bowers [et al.] // *Issues in Mental Health Nursing*. – 2010. – Vol.31, №6. – P. 413-424.

41. Steinert, T. Legal provisions and practice in the management of violent patients. a case vignette study in 16 European countries / T.Steinert, P. Lepping // *European Psychiatry*. – 2009. – Vol. 24, №2. – P. 135-141.

42. Tardiff, K. Seclusion and restraint. Textbook of violence assessment and management / K. Tardiff, J.R. Lion – Arlington: American Psychiatric Publishing, 2008. – P. 339-357.

43. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data / T.W. Kallert, M. Glöckner, G. Onchev [et al.] // *World Psychiatry*. – 2005. – №4. P. 168-172.

44. The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland / V. Martin, R. Bernhardsgrütter, R. Goebel [et al.] // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. – 2007. – №3. – P.1

45. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK / G. Bonner, T. Lowe, D. Rawliff [et al.] // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2002. – Vol.9, №4. – P. 465-473.

46. WHO. World Mental Health Surveys, 2008. Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders / Eds.: R.C. Kessler, T.B. Ustun. – Geneva: WHO, 2008. – 698p.

47. Wright, S. Physical restraint in the management of violence and aggression in in-patient settings: a review of issues / S. Wright // *Journal of Mental Health*. – 1999. – №8. – P. 459-472.





## **L LEGISLATION ON THE USE RESTRAINTS DURING PROVIDING PSYCHIATRIC CARE**

**N.K. RZHEVSKAYA<sup>1</sup>**  
**V.A. RUZHENKOV<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Belgorod Regional Clinical  
Psychiatric Hospital*

*<sup>2</sup>Belgorod National Research  
University*

*e-mail: rzhevskaya\_nk@mail.ru*

The review presents a comparative analysis of the legislation in psychiatry in the Russian Federation and other countries in the use of physical restraint in the provision of mental health care. In several developed countries, physical restraint and restriction of citizens' rights are used only with involuntary hospitalization. In other countries, physical restraint is allowed with voluntary hospitalization in case of agitation with a threat to the patient or others. Discussed measures to protect the rights of persons with mental disorders.

Key words: involuntary hospitalization, psychiatric care, agitation, coercion, restraint, seclusion.