DOI 10.33920/med-01-2010-09
УДК 616.89

Принуждение и насилие при оказании психиатрической помощи: правовой и этический аспект (результаты межрегионального исследования)

Н. К. Ржевская[1], В. А. Руженков[1], Н. Я. Оруджев[2], О. Ю. Ширяев[3]
[1]ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Белгород
[2]ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 400131, Волгоград
[3]ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 394036, Воронеж

Резюме. В соответствии с международными принципами защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, меры физического стеснения могут быть применены к пациентам исключительно в соответствии с утвержденным в психиатрической больнице порядком, если это единственный способ предотвращения непосредственного вреда пациенту или окружающим лицам. Тем не менее в реальной практике нередко встречаются случаи применения мер физического стеснения, кормления и введения лекарственных препаратов против воли пациента. Изучено отношение врачей-психиатров, работающих в стационарных отделениях психиатрической службы Белгородской, Волгоградской и Воронежской областей, к принуждению и насилию при оказании психиатрической помощи. Установлено, что большинство (91,6 %) врачей-психиатров считают принуждение лиц с психическими расстройствами к лечению оправданным, а 60 % — делегируют это право медицинским сестрам. Более 90 % врачей-психиатров полагают оправданным применение мер физического стеснения к пациенту, поступившему на стационарное лечение в добровольном порядке в случае возникновения психомоторного возбуждения с гетероагрессией, причем 20 % допускают личное участие в их реализации. Почти 47 % врачей-психиатров допускают привлечение других пациентов для принудительной инъекции препарата пациенту, отказывающемуся от терапии. Большинство (71 %) врачей-психиатров считают обычной практику принуждения лиц с психическими расстройствами, которые «залеживаются в постели», к уборке в палате, отделении, территории больницы «в рамках реабилитации» и «трудовой терапии». Для профилактики применения насилия и принуждения при оказании психиатрической помощи необходим переход от патерналистской к контрактной модели ее оказания. Важна разработка стандартов оказания психиатрической помощи при недобровольной госпитализации с учетом комплаентности, а также повышение уровня правовой грамотности врачей-психиатров.

Ключевые слова: *психиатрическая помощь; принуждение; насилие; меры физического стеснения; психиатрический стационар; права пациентов.*

COERCION AND VIOLENCE IN THE PROVISION OF PSYCHIATRIC CARE: LEGAL AND ETHICAL ASPECTS (CROSS-REGIONAL STUDY)

N. K. Rzhevskaya[1], V. A. Ruzhenkov[1], N. Ya. Orudzhev[2], O. Yu. Shiryaev[3]
[1]FSAEI HE Belgorod State National Research University, 308015, Belgorod
[2]FSBEI HE Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 400131, Volgograd
[3]FSBEI HE Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation, 394036, Voronezh

Abstract. In accordance with international principles for the protection of persons with mental disorders, physical restraint and isolation of the patient are used only in compliance with the approved regulations of the psychiatric hospital in cases where this is the only available way to prevent direct harm to the patient or other persons. Nevertheless, in real practice

there are often cases of applying measures of physical restraint, feeding and administering drugs against the will of the patient. The attitude of psychiatrists of psychiatric hospitals of the Belgorod, Volgograd and Voronezh Regions to coercion and violence in the provision of psychiatric care was studied. It was found that the majority of psychiatrists (91.6 %) consider coercion of people with mental disorders to be justified, and 60 % delegate this right to nurses. More than 90 % of psychiatrists consider justified the use of physical restraint to a patient admitted to hospital treatment on a voluntary basis, in the case of psychomotor agitation with heteroagression, and 20 % allow their personal participation in its implementation. Almost 47 % of psychiatrists allow other patients to be involved in a forced injection to a patient who refuses therapy. The majority of psychiatrists (71 %) consider it common practice to force patients with mental disorders who tend to "lie in bed" to clean the ward, department, hospital grounds, regarding it as "rehabilitation" and "labor therapy". To prevent the use of violence and coercion in a psychiatric hospital, a transition from the paternalistic to the contractual model of psychiatric care is necessary. It is important to develop standards for the provision of psychiatric care in involuntary hospitalization, taking into account the compliance, and also to increase the legal competence of psychiatrists.

Keywords: *psychiatric care; coercion; violence; physical restraint; psychiatric hospital; patient rights.*

Актуальность проблемы

Соблюдение прав лиц, страдающих психическими расстройствами, как одной из наиболее социально стигматизированных групп населения, является важным в любом государстве и обществе [1, 2]. Однако в настоящее время в силу целого комплекса причин многие их права нарушаются: в социальной и бытовой сфере, в образовательной и трудовой деятельности, в медицинских организациях [3]. Лица, страдающие психическими расстройствами, подвергаются дискриминации со стороны микросоциального окружения, сотрудников государственных структур, медицинских работников [4, 5]. Негативный образ «психически больного» отрицательно влияет на соблюдение прав лиц, страдающих психическими расстройствами, приводит к снижению их общественного статуса, препятствует трудоустройству и получению мер социальной поддержки, распоряжению имуществом [6]. Уровень стигматизации пациентов медицинскими работниками психиатрических медицинских организаций ничуть не ниже, чем в других сообществах, сформировано недостаточно внимательное, даже пренебрежительное отношение к проблемам и правам лиц, страдающих психическими расстройствами [7].

Госпитализация в психиатрический стационар сама по себе становится источником многочисленных нарушений прав лиц, страдающих психическими расстройствами, начиная с процедуры получения информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство, невозможности уединения и свободного перемещения, приема лекарственных препаратов под надзором и других видов принуждения, заканчивая отказом в незамедлительной выписке из стационара [8, 9]. Проблемной с точки зрения биоэтики и правового регулирования соблюдения баланса между охраной права пациента на свободу и права общества на безопасность, своевременности оказания медицинской помощи является госпитализация в психиатрический стационар без согласия гражданина [10, 11].

Психические расстройства, послужившие причиной госпитализации в психиатрический стационар, нередко сопровождаются гетеро- и аутоагрессией, что приводит к необходимости применения медицинскими работниками мер физического стеснения, изоляции пациента и насильственного введения лекарственных препаратов, нарушая тем самым его права на свободу, достоинство и личную неприкосновенность [13–16]. Недостаточно четкая правовая основа применения медицинскими работниками мер по ограничению прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, является причиной злоупотреблений и нарушений в этой сфере [17, 18]. Лица, страдающие психическими расстройствами, находясь на лечении в психиатрическом стационаре, испытывают на себе и формы косвенного принуждения, вовлекаясь в разгрузочно-погрузочные работы, уборку палат и прогулочных территорий, наблюдение за другими пациентами [19].

-042231

Недостаточная правовая грамотность врачей-психиатров, средних и младших медицинских сестер в отношении прав пациентов и поверхностный анализ ситуаций, в которых их права могут быть ограничены, низкий уровень знаний в сфере биоэтических аспектов оказания психиатрической помощи являются одним из факторов дискриминации лиц, страдающих психическими расстройствами, требующих минимизации [20–22].

Цель исследования — разработка рекомендаций по профилактике насилия и принуждения со стороны медицинских работников в отношении лиц с психическими расстройствами и повышение ответственности пациентов за состояние своего здоровья и социально приемлемое поведение.

Материал и методы исследования

В течение 2018 г. медико-социологическим методом (анонимное анкетирование) опрошено 107 врачей-психиатров: 42 мужского и 65 женского пола в возрасте 23–68 (35,6 ± 12,3) лет, работающих в стационарных отделениях психиатрической службы Белгородской, Волгоградской и Воронежской областей. Анкета содержала 36 вопросов, касающихся социально-демографических сведений, информации о квалификации, точке зрения на применение принуждения и насилия при лечении в психиатрическом стационаре, изучалась социальная дистанция и точка зрения на недобровольное лечение пациентов, страдающих различными психическими расстройствами (оценивалось 132 параметра).

В ходе исследования для обработки базы данных применялись методы непараметрической статистики (описательная статистика, критерий c^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2×2).

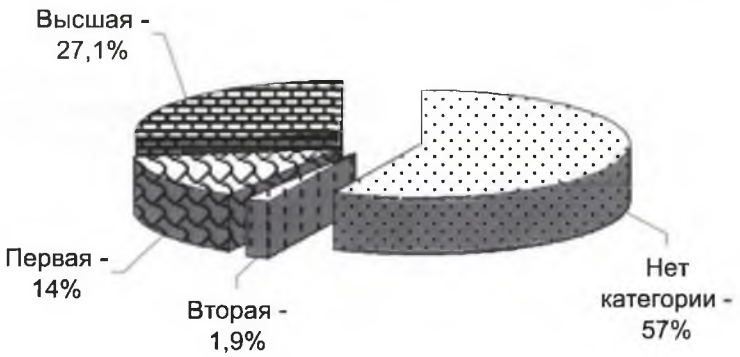

Рис. 1. Распределение врачей-психиатров по наличию квалификационной категории

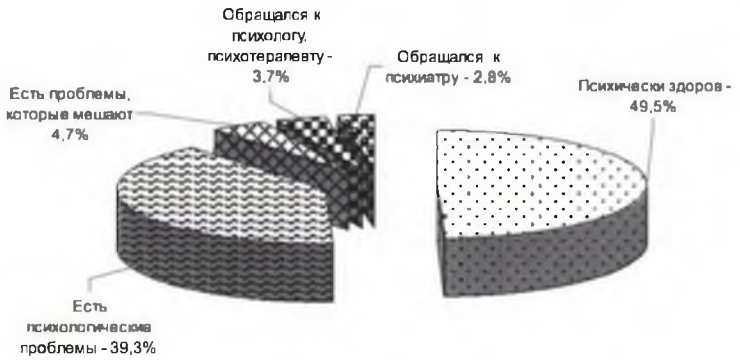

Рис. 2. Самооценка врачами психиатрами собственного психического здоровья

Результаты исследования и обсуждение

Стаж работы в психиатрической клинике опрошенных врачей-психиатров составил от 1 (ординаторы) до 38 (10,6 ± 10,7) лет. У 40,1 % врачей-психиатров была первая и высшая квалификационные категории, а более чем у половины — 57 % ее не было (рис. 1).

Немногим менее чем у половины — 44 (41,1 %) врачей-психиатров были друзья, которые лечились у психиатра. Что касается самооценки личного психического здоровья (рис. 2), то оказалось, что только половина (49,5 %) врачей психиатров считали себя полностью психически здоровыми. Значительное число — 44 % врачей сообщили о наличии проблем психологического уровня, которые у 5 % затрудняли социальное функционирование, а 6,5 % — обращались за помощью к врачу-психиатру или психотерапевту.

Большинство врачей-психиатров считали принуждение (врачами) лиц с психическими расстройствами к лечению оправданным: 45,8 % безоговорочно, а 40,2 % — в случаях гетероагрессии (рис. 3). При этом незначительная часть (по 5,6 %) применение насилия при оказании психиатрической помощи допускают в случаях отказа от лечения, и такое же число — считают его применение неоправданным ни в каких случаях.

Касательно насилия со стороны медицинских сестер, применяемого по отношению к лицам, страдающим психическими расстройствами (рис. 4), то безоговорочно это допускают 24,3 % врачей-психиатров, 29 % — в случае гетероагрессии и 6,5 % — при отказе от лечения; только 14 % считают насилие недопустимым. Другими словами, 59,8 % врачей-психиатров допускают насилие со стороны медицинских сестер по отношению к лицам, страдающим психическими расстройствами, находящимся на лечении в психиатрическом стационаре, а 26,2 % — затруднились ответить.

Подавляющее большинство врачей-психиатров — более 90 % (табл. 1) считают оправданным применения мер физического стеснения к пациенту, поступившему на стационарное лечение в добровольном порядке, в случае возникновения психомоторного возбуждения с гетероагрессией. Причем меры физического стеснения пациента должны реализовывать санитары (64,5 %), а 19,6 % врачей допускают личное участие. В то же время применение мер физического стеснения к пациентам в психиатрическом стационаре регулируется Законом РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (п. 2 ст. 30): «Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации …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…» Акцентируется внимание, что меры физического стеснения могут применяться только к пациентам, госпитализированным в недобровольном порядке.

В то же время подавляющее большинство врачей-психиатров — 82 % уверены, что знают вышеуказанный Закон на 90–100 %. Таким образом, закономерно заключить, что слабое знание действующего законодательства врачами-психиатрами приводит к нарушениям прав лиц с психическими расстройствами. По нашим данным [23],

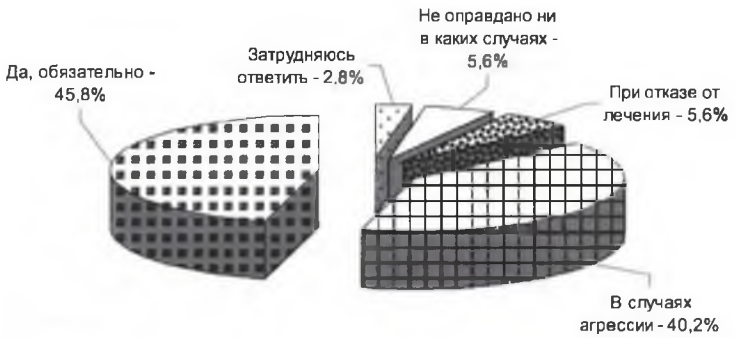

Рис. 3. Распределение точки зрения врачей-психиатров на принуждение (врачами) к лечению лиц с психическими расстройствами

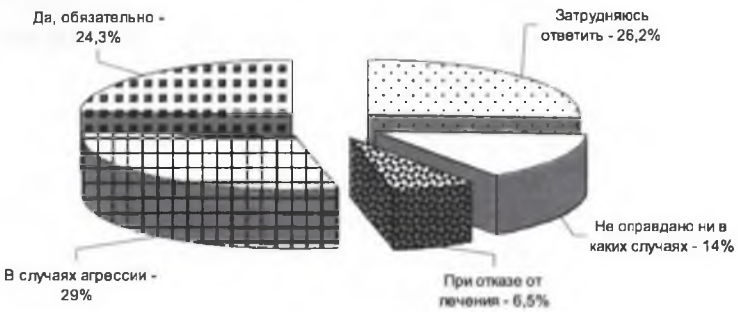

Рис. 4. Распределение точки зрения врачей-психиатров на принуждение к лечению лиц с психическими расстройствами со стороны медицинских сестер

Таблица 1

Распределение точки зрения врачей-психиатров на применение мер физического стеснения при оказании психиатрической помощи в добровольном порядке

Кто реализует меры физического стеснения	*n*	%
Применять меры физического стеснения нельзя	10	9,3
Санитары	69	64,5
Медсестры	7	6,5
Врач-психиатр	21	19,6
Итого	107	100,0

более чем к 6 % пациентов, которые были госпитализированы в психиатрический стационар в добровольном порядке, применялись меры физического стеснения, согласно сведениям из соответствующей медицинской документации. Нередко кратковременное применение таких мер в медицинской документации не фиксируется, поэтому реальная цифра существенно выше.

В общей сложности по поводу личного участия врача-психиатра в применении мер физического стеснения только 17,8% ответили отрицательно; 26,2% — приняли бы участие при отсутствии санитаров, а 56,1% — при угрозе жизни других пациентов. Кроме того, в указанных случаях 81,3% врачей-психиатров допускают возможность лично сделать пациенту принудительно инъекцию седативного препарата. Что касается медицинских сестер, то отрицательно относятся к их участию в реализации мер физического стеснения только 11,2% врачей-психиатров, а 43,9% и 44,9% допускают их участие в случае отсутствия санитаров и угрозе жизни окружающих соответственно.

Применение насилия (как обычную практику) при отказе пациента от лечения (от инъекций лекарств) допускают 76,6% врачей-психиатров, а 23,4% — только в исключительных случаях. Более того, 46,7% допускают привлечение других пациентов для удерживания пациента, отказывающегося от терапии, при осуществлении принудительного введения ему лекарственного препарата. В то же время в письме Министерства здравоохранения РФ от 26.12.2002 № 2510/12967-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи» указывается: «Меры физического стеснения осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. Привлечение других пациентов для этих целей исключается».

Большинство — 72,9% врачей-психиатров полагают необходимым иметь в наличии в психиатрическом отделении специальные ремни для применения мер физического стеснения (фиксации) пациентов, находящихся в состоянии психомоторного возбуждения. Половина — 50,5% считают целесообразным наличие «смирительной рубашки». Большинство — 71,0% врачей-психиатров считают обычной и целесообразной практикой принуждать лиц с психическими расстройствами, которые «залеживаются в постели», к уборке в палате, отделении, а также на территории больницы «в рамках реабилитации» и трудовой терапии.

Изучение вопроса, следует ли медицинским сестрам жестко контролировать прием лекарств пациентами, поступившими на лечение в добровольном порядке, показало (табл. 2), что подавляющее большинство (89,7%) врачей-психиатров убеждены, что даже при добровольной госпитализации за пациентами необходим жесткий контроль, а почти треть считают такой контроль обычной практикой. Лишь 10% опрошенных с доверием относятся к пациентам, госпитализированным в добровольном порядке.

Таблица 2

Точка зрения врачей-психиатров на необходимость жесткого контроля приема лекарств при добровольной госпитализации

Необходим жесткий контроль	*n*	%
Нет необходимости	11	10,3
Жесткий контроль — обычная практика	29	27,1
Требуется, больные часто не принимают лекарства	67	62,6
Итого	107	100,0

В отношении насильственного кормления психически больного, несколько дней отказывающегося от приема пищи, ответы распределились поровну: 33,6% врачей считают это необходимым, если есть угроза жизни, 31,8% — здоровью, а 30,8% — во всех случаях. Отрицательно относятся к насильственному кормлению пациентов только 3,7%.

Изучение вопроса, возможно ли при оказании психиатрической помощи следовать принципу добровольного информированного согласия (табл. 3) показало, что почти треть врачей-психиатров полагают этот принцип обязательным во всех случаях, 60,7% врачей полагают, что это возможно в 25–75% случаев. Только немногим более 10% убеждены, что указанный принцип неприемлем в психиатрической практике.

Таблица 3

Мнение врачей-психиатров о возможности следовать принципу добровольного информированного согласия при оказании психиатрической помощи

Возможно придерживаться	*n*	%
Нет, это невозможно	11	10,3
Не более чем в 25–50 % случаев	29	27,1
Не более чем в 75 % случаев	36	33,6
Да, всегда	31	29,0
Итого	107	100,0

Что касается частоты скрытого принуждения к госпитализации в психиатрический стационар со стороны врачей-психиатров, то такое явление (до 20 % случаев) наблюдали 40,2 % врачей, 30–40 % случаев — 24,3 % врачей и 50 % и более случаев — остальные 35,5 %. Таким образом, все врачи-психиатры стационарных отделений в той или иной мере сталкивались с неявным принуждением лиц с психическими расстройствами к госпитализации и лечению в психиатрическом стационаре, а более трети такое принуждение наблюдали более чем в половине случаев. Это связано, с нашей точки зрения, с доминирующей патерналистской моделью оказания психиатрической помощи и повышенной ответственностью врачей-психиатров за состояние здоровья пациентов.

Заключение

Таким образом, в результате исследования установлено, что большинство считают принуждение лиц с психическими расстройствами к лечению оправданным. Допускается применение насилия со стороны медицинских сестер по отношению к лицам с психическими расстройствами при нарушении режима отделения и отказе от лечения. Более 90 % врачей-психиатров полагают оправданным применение мер физического стеснения к пациенту, поступившему на стационарное лечение в добровольном порядке, в случае возникновения психомоторного возбуждения с гетероагрессией, причем часть врачей допускают личное участие в реализации мер физического стеснения. Такое поведение врачей-психиатров связано с доминирующей патерналистской моделью оказания психиатрической помощи и повышенной личной ответственностью. Это способствует в определенных случаях нарушению действующего законодательства в области психиатрии. В том числе это проявляется и в так называемом неявном принуждением лиц с психическими расстройствами к госпитализации и лечению в психиатрическом стационаре.

Для профилактики принуждения пациентов к госпитализации и лечению в условиях психиатрического стационара необходим переход от патерналистской (деонтологической) модели оказания психиатрической помощи к контрактной (биоэтической). При этом важное значение будет иметь повышение ответственности пациента с психическим расстройством как за состояние своего здоровья, так и за нарушение поведения (асоциальное и антисоциальное) с последующими адекватными сроками стационарного лечения в случае недобровольной госпитализации, а в особенности применения принудительных мер медицинского характера по определению суда (при совершении общественно опасных деяний). В этом аспекте значение приобретает разработка стандартов лечения пациентов: поступивших в психиатрический стационар, как в недобровольном порядке, так и находящихся на принудительном лечении. Известно, что комплаентность указанного контингента крайне низкая и сопровождается неблагоприятным типом компенсаторно-приспособительных защит. Поэтому важна разработка критериев возможности выписки из стационара пациентов с симптоматикой, представляющей угрозу для окружающих и самих себя с учетом качества (и наличия) ремиссии, комплаентности, риска обострения заболевания при отказе от поддерживающей терапии.

Необходима разработка стандарта исполнения принудительных мер медицинского характера и недобровольной госпитализации в зависимости как от клинической картины, так совершенного

общественно опасного деяния со сроками терапии, обеспечивающими формирование стойкой длительной ремиссии, обеспечивающей социально приемлемое поведение пациента (гарантированное отсутствие общественной опасности).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Nyhuis P. W., Zinkler M.* Open-door psychiatry and community mental health work. Nervenarzt. 2019; 90 (7): 695–699.
2. *von Peter S., Aderhold V., Cubellis L., Bergström T., Stastny P., Seikkula J., Puras D.* Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach. Front Psychiatry. 2019; 10: 387.
3. *Ruzhenkov V. A., Ruzhenkova V. V., Boeva A. V., Moskvitina U. S.* Stigmatization and self-stigmatization by persons with mental disorders and suicidal behavior. Research Journal of Medical Sciences. 2015; 9 (4): 168–170.
4. *Бовина И. Б., Якушенко А. В.* Стигматизация психически больных людей и борьба с ней: социально-психологическое измерение проблемы. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2015; 2: 16–25.
5. *Косенко Н. А., Красильников Г. Т., Косенко В. Г., Агеев М. И.* Истоки психиатрической стигматизации и ее перспективы. Кубанский научный медицинский вестник. 2015; 3: 58–61.
6. *Шамсутдинова А. Г., Касымжанова М. К., Юшкевич К.* Соблюдение биоэтических принципов в психиатрической практике (обзор). Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. 2018; 1: 63–69.
7. *Verbeke E., Vanheule S., Cauwe J., Truijens F., Froyen B.* Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. Soc Sci Med. 2019; 223: 89–96.
8. *Крупченко Д. А., Симонян В. Г.* Вопросы организации помощи лицам, страдающим шизофренией. Трудный пациент. 2015; 13 (3): 49–56.
9. *Молчанов С. Н.* Права человека в психиатрических учреждениях Республики Казахстан (2018) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.amansaulyk.kz/ru/deyatelnost/psych-zdorovie/psych-zdorovie-prava/2207/ (дата обращения: 29 января 2019 года).
10. *Хижняк В. С., Отставнова Е. А.* Международно-правовая политика в области защиты прав лиц с психическими расстройствами и российское законодательство. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2015; 115 (5): 86–90.
11. *Verbruggen-Smulders C. H. C. M., Postulart D., Voskes Y.* High and intensive care in long-term inpatient psychiatric services. Tijdschr Psychiatr. 2019; 61 (5): 317–325.
12. *Hotzy F., Marty S., Moetteli S., Theodoridou A., Hoff P., Jaeger M.* Involuntary admission for psychiatric treatment: Compliance with the law and legal considerations in referring physicians with different professional backgrounds. Int J Law Psychiatry. 2019; 64: 142–149.
13. *Ewuoso C. O.* Beneficial Coercion in Psychiatric Care: Insights from African Ethico-Cultural System. Dev World Bioeth. 2018; 18 (2): 91–99.
14. *Sampogna G., Luciano M., Del Vecchio V., Pocai B., Palummo C., Fico G., Giallonardo V., De Rosa C., Fiorillo A.* Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study. Front Psychiatry. 2019; 10: 316.
15. *Duxbury J., Baker J., Downe S., Jones F., Greenwood P., Thygesen H., McKeown M., Price O., Scholes A., Thomson G., Whittington R.* Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme («REsTRAIN YOURSELF»). Int J Nurs Stud. 2019; 95: 40–48.
16. *Zinkler M., Waibel M.* Inpatient Mental Health Care without Mechanical Restraint, Seclusion or Compulsory Medication. Psychiatr Prax. 2019 Mar; 46 (S 01): S6–S10 [Article in German].
17. *Мамедов С. Н., Иванова Ж. Б., Молчанов Б. А.* Конституционное право на защиту здоровья и личную неприкосновенность в современных национальных законодательствах. Человек: преступление и наказание. 2016; 2 (93): 42–48.
18. *Gouzoulis-Mayfrank E., Gairing S. K., Krämer T., Förster M., Schmitz-Buhl M.* Opening up an acute psychiatric ward as a complex intervention. Nervenarzt. 2019; 90 (7): 709–714.
19. *Staniszewska S., Mockford C., Chadburn G., Fenton S. J., Bhui K., Larkin M., Newton E., Crepaz-Keay D., Griffiths F., Weich S.* Experiences of in-patient mental health services: systematic review. Br J Psychiatry. 2019; 214 (6): 329–338.
20. *Вожжов В. В., Муравецкий В. В., Баскакова С. А.* Вопросы правовой подготовки врачей-психиатров, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь. Социальная и клиническая психиатрия. 2017; 27 (2): 108–110.
21. *Wullschleger A., Mielau J., Mahler L., Vandamme A., Montag C.* Contributions to reduce coercion in psychiatric care. Fortschr Neurol Psychiatr. 2018; 86 (8): 500–508.
22. *Gowda G. S., Lepping P., Ray S., Noorthoorn E., Nanjegowda R. B., Kumar C. N., Math S. B.* Clinician attitude and perspective on the use of coercive measures in clinical practice from tertiary care mental health establishment — A cross-sectional study. Indian J Psychiatry. 2019; 61 (2): 151–155.

23. *Ржевская Н. К., Руженков В. А.* Меры физического стеснения при оказании психиатрической помощи (эпидемиологический и клинико-социальный аспект). Психическое здоровье. 2018; 16 (9): 21–31.

REFERENCES

1. *Nyhuis P. W., Zinkler M.* Open-door psychiatry and community mental health work. Nervenarzt. 2019; 90 (7): 695–699.

2. *von Peter S., Aderhold V., Cubellis L., Bergström T., Stastny P., Seikkula J., Puras D.* Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach. Front Psychiatry. 2019; 10: 387.

3. *Ruzhenkov V. A., Ruzhenkova V. V., Boeva A. V., Moskvitina U. S.* Stigmatization and self-stigmatization by persons with mental disorders and suicidal behavior. Research Journal of Medical Sciences. 2015; 9 (4): 168–170.

4. *Bovina I. B., Yakushenko A. V.* Stigmatization of the mentally ill people and the fight against it: a socio-psychological dimension of the problem. Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby` narodov. Seriya: Psixologiya i pedagogika (Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Psychology and Pedagogy). 2015; 2: 16–25 (in Russian).

5. *Kosenko N. A., Krasilnikov G. T., Kosenko V. G., Ageev M. I.* Origins of psychiatric stigma and its prospects. Kubanskij nauchny`j medicinskij vestnik (Kuban Scientific Medical Bulletin). 2015; (3): 58–61 (in Russian).

6. *Shamsutdinova A. G, Kasymzhanova M. K, Yushkevich K.* Observance of bioethical principles in psychiatric practice (review). Vestnik Almatinskogo gosudarstvennogo instituta usovershenstvovaniya vrachej (Bulletin of the Almaty State Institute of Advanced Medical Studies). 2018; 1: 63–69 (in Russian).

7. *Verbeke E., Vanheule S., Cauwe J., Truijens F., Froyen B.* Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. Soc Sci Med. 2019; 223: 89–96.

8. *Krupchenko D. A., Simonyan V. G.* Questions of organizing assistance to people with schizophrenia. Trudny`j pacient (Difficult patient). 2015; 13 (3): 49–56 (in Russian).

9. *Molchanov S. N.* Human rights in psychiatric institutions of the Republic of Kazakhstan (2018). Available at: http://www.amansaulyk.kz/ru/deyatelnost/psych-zdorovie/psych-zdorovie-prava/2207/ (accessed 29 January 2019).

10. *Khizhnyak V. S., Otstavnova E. A.* International legal policy in the sphere of protection of the rights of people with mental disorders and Russian legislation. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S. S. Korsakova (S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry). 2015; 115 (5): 86–90 (in Russian).

11. *Verbruggen-Smulders C. H. C. M., Postulart D., Voskes Y.* High and intensive care in long-term inpatient psychiatric services. Tijdschr Psychiatr. 2019; 61 (5): 317–325.

12. *Hotzy F., Marty S., Moetteli S., Theodoridou A., Hoff P., Jaeger M.* Involuntary admission for psychiatric treatment: Compliance with the law and legal considerations in referring physicians with different professional backgrounds. Int J Law Psychiatry. 2019; 64: 142–149.

13. *Ewuoso C. O.* Beneficial Coercion in Psychiatric Care: Insights from African Ethico-Cultural System. Dev World Bioeth. 2018; 18 (2): 91–99.

14. *Sampogna G., Luciano M., Del Vecchio V., Pocai B., Palummo C., Fico G., Giallonardo V., De Rosa C., Fiorillo A.* Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study. Front Psychiatry. 2019; 10: 316.

15. *Duxbury J., Baker J., Downe S., Jones F., Greenwood P, Thygesen H., McKeown M., Price O., Scholes A., Thomson G., Whittington R.* Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme («REsTRAIN YOURSELF»). Int J Nurs Stud. 2019; 95: 40–48.

16. *Zinkler M., Waibel M.* Inpatient Mental Health Care without Mechanical Restraint, Seclusion or Compulsory Medication. Psychiatr Prax. 2019 Mar; 46 (S 01): S6–S10 [Article in German].

17. *Mamedov S. N., Ivanova Z. B., Molchanov B. A.* Constitutional right to protection of health and personal integrity in modern national legislation. Chelovek: prestuplenie i nakazanie (Person: crime and punishment). 2016; 2 (93): 42–48 (in Russian).

18. *Gouzoulis-Mayfrank E., Gairing S. K., Krämer T., Förster M., Schmitz-Buhl M.* Opening up an acute psychiatric ward as a complex intervention. Nervenarzt. 2019; 90 (7): 709–714.

19. *Staniszewska S., Mockford C., Chadburn G., Fenton S. J., Bhui K., Larkin M., Newton E., Crepaz-Keay D., Griffiths F., Weich S.* Experiences of in-patient mental health services: systematic review. Br J Psychiatry. 2019; 214 (6): 329–338.

20. *Vozhzhov V. V., Muravetsky V. V., Baskakova S. A.* Legal training for psychiatrists involved in outpatient mental health care. Social`naya i klinicheskaya psixiatriya (Social and clinical psychiatry). 2017; 27 (2): 108–110 (in Russian).

21. *Wullschleger A., Mielau J., Mahler L., Vandamme A., Montag C.* Contributions to reduce coercion in psychiatric care. Fortschr Neurol Psychiatr. 2018; 86 (8): 500–508.

22. *Gowda G. S., Lepping P., Ray S., Noorthoorn E., Nanjegowda R. B., Kumar C. N., Math S. B.* Clinician attitude and perspective on the use of coercive measures in clinical practice from tertiary care mental health establishment — A cross-sectional study. Indian J Psychiatry. 2019; 61 (2): 151–155.

23. *Rzhevskaya N. K., Ruzhenkov V. A.* Measures of physical restraint in the provision of psychiatric care (epidemiological and clinical-social aspect). Psixicheskoe zdorov`e (Mental health). 2018; 16 (9): 21–31 (in Russian).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ржевская Наталья Константиновна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологи ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». Россия, 308015 г. Белгород, ул. Победы, 85; e-mail: rzhevskaya_nk@mail.ru.

Руженков Виктор Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологи ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». 308015, Россия, г. Белгород, ул. Победы, 85; e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru.

Оруджев Назим Яшарович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, 1; e-mail: nyaorudzhev@volgmed.ru.

Ширяев Олег Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии с наркологией ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 394036, Российская Федерация, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10; e-mail: kafedra.psikhiatriya@mail.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Rzhevskaya Nataliya Konstantinovna — PhD Candidate in Medicine, associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology of the FSAEI HE Belgorod State National Research University, 308015, 85 Pobedy str., Belgorod, Russia; e-mail: rzhevskaya_nk@mail.ru.

Ruzhenkov Viktor Aleksandrovich — PhD in Medicine, professor, head of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology of the FSAEI HE Belgorod State National Research University, 308015, 85 Pobedy str., Belgorod, Russia; e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru.

Orudzhev Nazim Yasharovich — PhD in Medicine, professor, head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy with a course of Psychiatry and Psychiatry and Narcology of the FSBEI HE Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 400131, 1 Pavshikh Bortsov sq., Volgograd, Russia; e-mail: nyaorudzhev@volgmed.ru.

Shiryaev Oleg Yurievich — PhD in Medicine, professor, head of the Department of Psychiatry and Narcology of the FSBEI HE Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation, 394036, 10 Studencheskaya str., Voronezh, Russia; e-mail: kafedra.psikhiatriya@mail.ru.

Для корреспонденции

Ржевская Н. К., e-mail: rzhevskaya_nk@mail.ru
Руженков В. А., e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru
Оруджев Н. Я., e-mail: nyaorudzhev@volgmed.ru
Ширяев О. Ю., e-mail: kafedra.psikhiatriya@mail.ru

For correspondence

Rzhevskaya N. K., e-mail: rzhevskaya_nk@mail.ru
Ruzhenkov V. A., e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru
Orudzhev N. Ya., e-mail: nyaorudzhev@volgmed.ru
Shiryaev O. Yu., e-mail: kafedra.psikhiatriya@mail.ru

Information about authors

Rzhevskaya N. K., ORCID iD: 0000-0003-2797-6321
Ruzhenkov V. A., ORCID iD: 0000-0002-6903-9697
Orudzhev N. Y., ORCID iD: 0000-0001-7014-0066
Shiryaev O. Y., ORCID iD: 0000-0002-7297-4926