

От патернализма к самоопределению: международный опыт поддерживаемого принятия решений людьми с психическими расстройствами

М.Е. Сиснёва¹ ✉, С.М. Бабинцева²

¹ Центр лечебной педагогики, Москва, Российская Федерация

² Православный Свято-Софийский социальный дом, Москва, Российская Федерация

✉ msisneva@yandex.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Устаревшее устойчивое представление о том, что лица с психическими расстройствами не могут самостоятельно принимать решения, ведет к нарушению их права на самоопределение. В настоящее время ряд государств перешли к модели поддерживаемого принятия решений (МППР), обеспечивающей уважение воли, равноправие и интеграцию в общество этих граждан. **Цель.** Для разработки и внедрения отечественной МППР в работу социальных служб г. Москвы проведен анализ и систематизация международного опыта применения МППР. **Гипотеза.** Успешный переход к МППР зависит от комплекса психологических, социальных и системных факторов и решения ряда специфических проблем при разработке национальных рекомендаций. **Методы и материалы.** Проведен комплексный обзор научной литературы и отчетов международных организаций с 2010 по 2025 гг. из открытых источников. Использовались методы тематического и концептуального анализа. Поиск проводился по ключевым словам: поддерживаемое принятие решений; психические расстройства. **Результаты.** Источники классифицированы по степени формализации (юридические институты, социальные и терапевтические практики), фокусу поддержки (когнитивная, коммуникативная, социальная) и уровню вовлеченности (индивидуальная и командная). Выявлены ключевые факторы успешной реализации МППР: долгосрочные доверительные отношения и эффективная коммуникация с помощниками, доступность информации для принятия решений, проактивное планирование их реализации, независимость институтов поддержки от государственных структур. Обозначены основные проблемы внедрения МППР, в том числе: риски доминирования помощников, институциональная инерция медицинской модели, социальные стереотипы и сложности баланса между самоопределением клиентов и защитой от рисков. **Выводы.** Успешность создания и функционирования МППР зависит от внеправовых факторов и системных условий. Полученные данные могут служить основой для разработки и внедрения отечественной модели с учетом международного опыта и выявленных сложностей.

Ключевые слова: поддерживаемое принятие решений, психические расстройства, инвалидность, самоопределение, функциональная автономия, реабилитация, социальные службы

Финансирование. Исследование проведено в рамках гранта «Москва — добрый город» по договору № 024-НКО/25 от 19 декабря 2025 г. при поддержке Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы.

Для цитирования: Сиснёва, М.Е., Бабинцева, С.М. (2026). От патернализма к самоопределению: международный опыт поддерживаемого принятия решений для людей с психическими расстройствами. *Аутизм и нарушения развития*, 24(2), 52–59. <https://doi.org/10.17759/autdd.2026240207>

From paternalism to self-determination: international experience of supported decision-making by people with psychiatric disorders

M.E. Sisneva¹ ✉, S.M. Babintseva²

¹ Center for Curative Pedagogics, Moscow, Russian Federation

² St. Sophia's Social House, Moscow, Russian Federation

✉ msisneva@yandex.ru

Abstract

Context and relevance. The outdated and persistent notion that individuals with psychiatric diagnoses are incapable of making their own decisions infringes upon their right to self-determination. Currently, several countries have transitioned to the Supported Decision-Making Model (SDMM), which ensures respect for the will, equality, and integration of these citizens into society. **Objective.** To facilitate the development and implementation of a national SDMM within Moscow's social services, an analysis and systematization of international experience in applying SDMM was conducted. **Hypothesis.** A successful transition to SDMM depends on a complex interplay of psychological, social, and systemic factors, and requires addressing a number of specific challenges when developing national guidelines. **Methods and materials.** A comprehensive review of scientific literature and reports from international organizations published between 2010 and 2025 was conducted using thematic and conceptual analysis of open-source materials. The search was performed using the keywords: “supported decision-making”, “psychiatric disorders”. **Results.** The systematization of SDMM allows for the classification of sources based on the degree of formalization (legal institutions, social and therapeutic practices), the focus of support (cognitive, communicative, social), and the level of involvement (individual and team). Key factors for successful model implementation were identified: long-term trusting relationships and effective communication with supporters, accessibility of information crucial for decision-making, proactive planning of actions, and independence of support institutions from state structures. The main challenges in implementing SDMM were outlined, including risks of supporter dominance, institutional inertia of the medical model, entrenched social stereotypes, and difficulties in balancing client self-determination with risk protection. **Conclusions.** The success of SDMM development and functioning depends on non-legal factors and systemic conditions. The obtained data can serve as a basis for developing and implementing a national model that considers international experience and identified challenges.

Keywords: supported decision-making, mental disorders, disability, self-determination, functional autonomy, rehabilitation, social services

Funding. The study was conducted as part of the “Moskva – Dobryi Gorod” grant, under agreement No. 024-NKO/25 of December 19, 2025, supported by the Moscow Department of Labor and Social Protection.

For citation: Sisneva, M.E., Babintseva, S.M. (2026). From paternalism to self-determination: international experience of supported decision-making by people with psychiatric disorders. *Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 52–59. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/autdd.2026240207>

Введение

В рамках традиционного патернализма в медицине люди с психическими расстройствами признавались неспособными к рациональным решениям, что закрепило законы и практики принятия замещающих решений их законными представителями. В настоящее время некоторые страны перешли к альтернативной модели поддерживаемого принятия решений (МППР), в рамках которой люди с психическими расстройствами добровольно сотрудничают с помощниками для принятия решений, максимально отражающих их собственную волю, предпочтения и правоспособность (Peterson, Karlawish, Largent,

2022). Наличие права голоса в решениях, затрагивающих жизнь человека, является важнейшим аспектом самоопределения личности (Wiesel et al., 2022). Переход к МППР обеспечивает трансформацию в подходе к психиатрической инвалидности, смещая акцент с патерналистской медицинской парадигмы на социальную, основанную на равноправии, что соответствует положениям статьи 12 Конвенции о правах инвалидов (Mahomed et al., 2022). МППР является не только инструментом защиты прав, но и эффективной реабилитационной стратегией, способствующей повышению социальной интеграции и развитию самостоятельности лиц с психическими расстройствами, обеспечивая их полноценное уча-

ствие в жизни общества. МППР положительно влияет на психическое здоровье и автономию клиентов (Peterson, Karlawish, Largent, 2022; Francis, Johnson, Wilson, 2024). Переход к МППР представляет серьезный вызов, требующий специальных методологических и практических подходов (Schroeder, 2022). В рамках проекта «Голос и выбор» Автономная некоммерческая организация «Православный Свято-Софийский социальный дом» ведет разработку методических рекомендаций по созданию и внедрению МППР в работу социальных служб г. Москвы. Часть этой работы — анализ и систематизация международного опыта перехода к МППР для разработки и внедрения отечественной модели в деятельность социальных служб г. Москвы. Ранее в отечественных исследованиях такой анализ не проводился. Изучение правовых возможностей внедрения МППР в российских реалиях осуществляется отдельно и не является предметом данной статьи.

Методы и материалы

Проведен комплексный обзор научной литературы и отчетов международных организаций, релевантных теме исследования и опубликованных с 2010 по 2025 гг.: в период перехода к МППР и оценки его результатов. Поиск проводился в ведущих электронных базах данных и на сайтах профильных организаций с использованием ключевых слов: поддерживаемое принятие решений, психические расстройства. Включались полнотекстовые рецензируемые статьи и официальные отчеты. Полученные данные были подвергнуты тематическому и концептуальному анализу с целью выявления ключевых вариантов МППР, факторов эффективности, а также проблем и препятствий, связанных с внедрением модели.

Варианты модели поддерживаемого принятия решений

Различные подходы к МППР могут быть систематизированы по нескольким критериям, включая степень формализации (юридические институты против неформальных практик), фокус поддержки (когнитивная, коммуникативная, социальная) и уровень вовлеченности (индивидуальная или командная), что позволяет выделить общие принципы и специфические особенности каждой модели. Адаптированная ступенчатая модель (Mareya et al., 2024) представляет собой многоуровневый подход, соотносящий интенсивность поддержки специалиста и индивидуальные нужды клиента. В концепции Баха и Керзнера (Bach, Kerzner, 2010) выделяются три направления помощи: анализ доступных опций, коммуникативное сопровождение и содействие в реализации выбора. Флинн и Арстейн-Керслейк (Flynn, Arstein-Kerslake, 2014)

фокусируются на создании условий (адвокация, информирование, адаптация среды) для укрепления независимости субъекта. Все три подхода определяют положение человека на «континууме поддержки», способствуя его продвижению к большей автономии. Австралийская модель «Ла Троба» (Bigby, 2024) — это тщательно проработанная система, в которой эффективность обеспечивается детализированными протоколами. Она состоит из 7-ми интерактивных этапов (от познания личности до реализации решения с привлечением социальных ресурсов) и опирается на принципы равноправия, координации и рефлексии. В рамках концепции «ментального протеза» ассистент выступает «придатком воли» клиента, представляя когнитивный инструментарий для совершения выбора (Ishida, 2023). В финской модели «Открытый диалог» важные решения принимаются на встречах клиента с командой помощников: родственниками, специалистами и членами социальной сети (EASPD, 2021). Основой модели является терапевтический диалог, в котором голос человека услышан всеми участниками. Еще одна модель, предоставляющая помощь команды, — это «Круг поддержки»: участники команды выбираются клиентом, а встречи организуются фасилитатором по клиентскому запросу (WHO, 2019). Модель «Равный равному» связывает людей, имеющих схожий психиатрический опыт, для обсуждения и выработки решений, исключая авторитарное влияние (Morrissey, 2012). Модели «Открытый диалог», «Круг поддержки» и «Равный равному» популярны в социальной психиатрии (Anestis et al., 2025). В Швеции альтернативой опеке выступают персональные омбудсмены, независимые от государственных институтов и финансируемые НКО (Devi, Bickenbach, Stucki, 2011). Если же помощником является друг или родственник, он назначается судом в качестве юридического наставника, представляющего интересы клиента согласно его собственным решениям (Morrissey, 2012). Канадская модель, основанная на соглашениях о представительстве, также позволяет юридически закрепить роль доверенного лица (Devi, Bickenbach, Stucki, 2011).

Факторы успешной реализации модели

Всемирная организация здравоохранения (2019) формулирует 4 условия эффективного внедрения МППР: полнота информации, доступная коммуникация, комфортные условия встреч и выбор подходящих помощников. В результате анализа дополнительной литературы (Craigie et al., 2025) этот перечень расширен обучением самих лиц с психическими нарушениями навыкам принятия решений, обеспечением достаточного времени на обсуждение и минимизацией давления со стороны ближайшего окружения. Новозеландское исследование (Gordon et al., 2022) определяет эффективность МППР через проактив-

ное планирование, последующий разбор принятого решения (дебрифинг), расширение возможностей выбора, обучение помощников, благоприятные условия и регулярность встреч. Европейские институты (ENNRI, MHE, 2020) подчеркивают значимость внеправовых аспектов: предварительного планирования, независимого консультирования и развития сообществ взаимопомощи. Эффективность МППР также зависит от вовлечения людей с психиатрической инвалидностью в создание модели и подготовки помощников и широкого круга специалистов из медицинской, социальной и правовой систем (Newton-Howes et al., 2022; Koritsas, 2023; Morichi, Wakimizu, Nagawa, 2025; Pillen et al., 2025). Важность обучения помощников подтверждается работами Then et al. (2022) и Werner et al. (2025). При изучении неформальной помощи родственников выявлено, что обучение помогает им осознать смену ролей и избежать гиперопеки. Привлечение волонтеров снижает нагрузку на семью и повышает субъектность клиентов. При качественной поддержке повышаются их способности к принятию решений. Исследования в Японии и на Тайване (Morichi, Sieh-Chuen, 2022) показали, что после обучения навыки помощников значимо улучшаются независимо от их исходных компетенций.

Шведский опыт персональных омбудсменов демонстрирует эффективность за счет независимости от государственных служб и доступности (Berggren, 2021). В модели «Открытый диалог» ключевую роль играют «равные консультанты», обеспечивающие общее понимание кризисов психического здоровья и интеграцию клиентов в сообщество (Kinane et al., 2022; Thomas et al., 2023). Модель «Ла Троба», считающаяся эталоном, приоритизирует долгосрочные доверительные отношения с помощником и развитие автономии клиента (Bigby, 2024). Активное слушание, стимуляция взаимодействия, дробление информации и планируемых шагов, доступность объяснений и наглядность, развитие социальных связей, предоставление нового опыта, разрешение на оправданный риск предлагаются в качестве эффективных стратегий поддержки. Междисциплинарный анализ австралийских ученых (Bigby et al., 2023) выделил основные элементы МППР: учет когнитивных возможностей, проактивное планирование, этическая поддержка помощников, расширение социальной сети, наращивание потенциала МППР на индивидуальном, институциональном и системном уровнях, межведомственное взаимодействие, контроль качества и надзор. Универсальные принципы МППР включают равноправное участие, поддержку правоспособности, качественную интерпретацию выраженной воли, соблюдение баланса между самоопределением и потенциальными рисками, безопасность и предотвращение вреда, дистрибутивную справедливость и совместное лидерство (участие людей с психическими расстройствами в разработке, внедрении и оценке МППР). Ученые предлагают использовать протоколы приня-

тия решений и обучать широкий круг специалистов навыкам поддержки. Опыт Канады показывает, что МППР требует динамичного взаимодействия между выражением воли клиента и поддерживающими реакциями помощника, на которое влияют опыт и навыки сторон, качество отношений, условия среды и значимость решения (Browning, Bigby, Douglas, 2021). Исследование подчеркивает важность индивидуализированной и контекстуальной поддержки. McCarthy и Howard (2023) рассматривают долгосрочное сотрудничество как основу МППР, при этом критически важна защита клиента от доминирования помощника. В Северной Ирландии (Davidson et al., 2018) ведущими факторами успеха ММПП названы достаточное время для общения с помощником, предоставление информации, эмоциональная поддержка и предложение вариантов выбора. Определены важнейшие элементы МППР (и центральная роль воли индивида): гибкий объем помощи, долгосрочные отношения с помощником, понятная подача информации и эффективная коммуникация. Исследователи Weisel et al. (2022) доказывают, что темпоральность играет важную роль в успехе МППР. Временной контекст, например, приоритет долгосрочных планов над текущими желаниями, может как расширять автономию клиентов, так и оправдывать замещающие решения. Повседневные вопросы, считающиеся мало значительными, могут иметь кумулятивный эффект для самоопределения личности. Авторы продвигают концепцию «медленной поддержки», утверждая, что качественная помощь требует длительных отношений. Социальные службы должны обеспечивать стабильность отношений с помощниками.

Внедрение модели: трудности и барьеры

Переход к МППР сталкивается с проблемами и критикой. Kohn, Blumenthal, Campbell (2013) подчеркивают риски принуждения, ненадлежащего влияния и злоупотреблений со стороны поддерживающих лиц. Также существует опасность «преднамеренного подчинения», когда клиент предпочитает делегировать ответственность помощнику. Подчеркивается необходимость тщательного выбора и обучения помощников для снижения необоснованного вмешательства. Исследователи отмечают проблему, связанную с различиями «желания» и «решения». Желание — это эмоциональный отклик и предпочтения клиента, тогда как решение (выражение воли) требует осмысления, устойчивой системы ценностей и фактической дееспособности. Признавая ограничения дееспособности человека, МППР, тем не менее, утверждает его способность влиять на принятие решений, отражающих его волю. При этом существует риск, что будет реализовано не решение, а лишь поверхностное желание клиента.

Bigby et al. (2023) критикуют «бинарный» подход к МППР, когда замещающие и поддерживаемые ре-

шения считаются взаимоисключающими, и предлагают «принципиальный» подход, центрированный на предпочтениях клиента даже при частичном вмешательстве. Они отмечают недостаток практических руководств по сложным ситуациям, проактивному планированию и обучению МППР. Профессор Stavert (2021) предостерегает от создания МППР на основе «просвещенных» медицинских представлений об инвалидности, ведущего к преобладанию неоправданного вмешательства и использованию диагноза как главного критерия ограничения автономии. Она подчеркивает необходимость изменения институциональной культуры и обучения специалистов сферы психического здоровья. Craigie et al. (2025) определяют барьеры успешного внедрения МППР: противоречия между национальными законами об опеке и положениями Конвенции о правах инвалидов, методологическую неопределенность подходов, а также слабую проработку специфики МППР в области психиатрической помощи. McCarthy и Howard (2023) оспаривают модель «ментального протеза», считая, что она подкрепляет проблематичный идеал изолированного самоопределения клиента, тогда как МППР должна быть процессом социального сотрудничества. Davidson et al. (2018) выявили следующие проблемы МППР: концептуальную несогласованность практик, недостаточное обучение специалистов, трудности достижения баланса между самоопределением и защитой от рисков. Отмечено негативное влияние социальных стереотипов, инфантилизирующих взрослых с психиатрической инвалидностью, что ведет к дисбалансу власти и тенденции к замещающим решениям по мере увеличения их серьезности.

Bigby, Whitesite, Douglas (2019) иллюстрируют сложности реализации МППР для людей с интеллектуальными нарушениями: необходимость одно-временного учета правоспособности клиента, целесообразности решения и защиты от вреда. Один из помощников сравнил достижение этого баланса с «жонглированием тарелками на палке». К актуальным проблемам относятся соблюдение нейтральности, управление рисками, снижение чрезмерного влияния из-за тенденции помощников к «реалистичным решениям». Then et al. (2022) указывают на риск перехода неформальной поддержки родственников в замещающие решения. Casey et al. (2025) анализируют осложняющие факторы: недооценку способностей клиента, воздействие стрессоров (нехватки времени, значимости решения, сопряженных рисков), установление баланса между самоопределением клиента и опасениями его ближайшего окружения. В исследовании Davidson et al. (2018) осложняющими факторами названы важность решения, проблемы в отношениях с помощником и влияние негативного опыта. Sheerin et al. (2025) утверждают, что МППР не хватает внимания к развитию самостоятельности клиентов, качеству отношений, индивидуализации поддержки и снижению воздействия общественных стереотипов.

Результаты и обсуждение

МППР представляет собой не единую методику, а вариативный континуум моделей. МППР могут быть классифицированы:

- по степени формализации: индивидуализированные юридические институты (шведские омбудсмены и юридические наставники, канадские соглашения о представительстве) и социальные и терапевтические практики («Открытый диалог», «Круг поддержки», «Равный равному»);

- по фокусу поддержки: когнитивная, коммуникативная, социальная (например, предоставление когнитивных инструментов в концепции «ментального протеза» и социальных ресурсов в модели «Ла Троба»);

- по уровню вовлеченности: индивидуальная или командная.

Такое разнообразие, предполагающее также структурированные подходы и многоуровневые модели, подчеркивает адаптивность МППР к различным правовым и социальным контекстам.

Успешный переход к МППР в решающей степени зависит от внеправовых факторов: долгосрочных доверительных отношений с помощниками, доступности информации, эффективной коммуникации и защиты от необоснованного вмешательства. Также важна организация благоприятных условий поддержки, характеризующихся регулярностью встреч, достаточным временным ресурсом, проактивным планированием, помощью в реализации решений, их последующим обсуждением. Системными условиями выступают независимость институтов поддержки от государственных служб (через вовлечение некоммерческих организаций и «равных консультантов»), а также обучение клиентов, помощников и профессионального сообщества. Пристальное внимание следует уделить развитию компетенций специалистов, реализующих описываемое сопровождение лиц с психическими расстройствами. Критически важно обеспечить реализацию принципа совместного лидерства: активного вовлечения граждан с психическими расстройствами в проектирование и оценку МППР.

Внедрение МППР сопряжено с комплексом барьеров, среди которых ведущую роль играют риски доминирования помощников и ближайшего окружения. Фундаментальные препятствия включают институциональную инерцию медицинской модели инвалидности, укоренившиеся социальные стереотипы, методологическую несогласованность подходов, дефицит системного обучения. К наиболее острым практическим проблемам относятся трудности достижения баланса между самоопределением клиентов и защитой от рисков, а также тенденция помощников и ближайшего окружения к замещающим решениям по мере возрастания их значимости.

Заклучение

Систематизация международного опыта создает методологический фундамент для создания и внедрения МППР в российских реалиях. Для решения этой задачи необходимо выйти за рамки правовой формализации, сосредоточившись на комплексе внеправовых и системных факторов. Критически важно

обеспечить активное вовлечение самих граждан с психическими расстройствами в процесс проектирования модели. В настоящее время в проекте «Голос и выбор» проводится серия полуструктурированных интервью с представителями данной целевой группы для анализа их трудностей в принятии решений, предпочтений в выборе помощников, организации поддержки и предоставления доступной информации. ■

Список источников / References

1. Anestis, E., Weaver, T., Tew, J., Carr, S., Hendy, C., Melia, C., Clarke, K., Pilling, S. (2025) Peer-supported Open Dialogue: a qualitative study of peer practitioners' experiences and non-peer practitioners' perspectives on peer involvement. *BJPsych Open*, 11(5). <https://doi.org/10.1192/bjo.2025.10833>
2. Bach, M., Kerzner, L. (2010). *A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity*. Toronto: Law Commission of Ontario. URL: https://supporteddecisionmaking.org/wp-content/uploads/2023/01/paradigm_protecting_autonomy.pdf (viewed: 13.04.2026).
3. Berggren, U. (2021) *The Swedish Personal Ombudsman: Support in Decision-Making and Accessing Human Rights*. In: Stein MA, Mahomed, F., Patel. V., Sunkel, C., eds. *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights*. Cambridge University Press.
4. Bigby, C. (2024). *The Right to Participate in Decision Making: Supported Decision Making in Practice*. In: Bigby, C., Hough, A. (eds) *Disability Practice*. Palgrave Macmillan, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-99-6143-6_11
5. Bigby, C., Carney, T., Then, S.-N., Wiesel, I., Sinclair, C., Douglas, J., Duffy J. (2023). *Diversity, dignity, equity and best practice: a framework for supported decision-making*. La Trobe. Report. <https://doi.org/10.26181/21965183.v2>
6. Bigby, C., Whiteside, M., Douglas, J. (2019). Providing support for decision making to adults with intellectual disability: Perspectives of family members and workers in disability support services. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(4), pp. 396–409. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1378873>
7. Browning, M., Bigby, C., Douglas, J. (2021). A process of decision-making support: Exploring supported decision-making practice in Canada. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 46(2), 138–149. <https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1789269>
8. Casey, H., Trayer, Á., Desmond, D., Coffey, L. (2025) Experiences and perceptions of everyday decision-making in the lives of adults with intellectual disabilities, their care partners and direct care support workers. *J Intellect Disabil*, 29(3), pp. 683–705. <https://doi.org/10.1177/17446295231189020>
9. Craigie, J., Alley, A., Cotrufo, M.T., Bach, M., Rawles, J., Clare, I.C.H., Matravers, M., Happe, F. (2025) Support for decision-making guidance in England: a pragmatic review. *Medical Law Review*, 33(3). <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwaf021>
10. Davidson, G., Edge, R., Falls, D., Keenan, F., Kelly, B., McLaughlin, A., Montgomery, L., Mulvenna, C., Norris, B., Owens, A., Irvine, R. A. S., Webb, P. (2018). *Supported decision making – experiences, approaches and preferences*. URL: https://www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/raise/knowledge_exchange/briefing_papers/series7/davidson070218.pdf (viewed 13.04.2026)
11. Devi, N., Bickenbach, J., Stucki, G. (2011) Moving towards substituted or supported decision-making? Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Alter*, 5(4). 249–264. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2011.07.002>
12. European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (2021). *Models on innovative practices focusing on supported decision-making mechanisms*. Brussels: European Association of Service Providers for Persons with Disabilities. URL: https://www.campusarnau.org/wp-content/uploads/2023/01/Innovative_Frameworks_Report.pdf (viewed: 13.04.2026)
13. European Network of National Human Rights Institutions, Mental Health Europe (2020). *Implementing supported decision-making. Developments across Europe and the role of National Human Rights Institutions*. Brussels: European Network of National Human Rights Institutions, Mental Health Europe. URL: [://ennhri.org/wp-content/uploads/2020/06/8-June-2020-Implementing-supported-decision-making-Developments-across-Europe-and-the-role-of-NHRIs.pdf](https://ennhri.org/wp-content/uploads/2020/06/8-June-2020-Implementing-supported-decision-making-Developments-across-Europe-and-the-role-of-NHRIs.pdf) (viewed: 13.04.2026)
14. Flynn, E., Arstein-Kerslake, A. (2014). Legislating personhood: Realizing the right to support in exercising legal capacity. *International Journal of Law in Context*, 10(1), pp. 81–104. <https://doi.org/10.1017/S1744552313000384>
15. Francis, C.J., Johnson, A., Wilson, R.L. (2024). Supported decision-making interventions in mental healthcare: A systematic review of current evidence and implementation barriers. *Health Expect*, 27:e14001. <https://doi.org/10.1111/hex.14001>
16. Gordon, S., Gardiner, T., Gledhill, K., Tamatea, A., Newton-Howes, G. (2022) From Substitute to Supported Decision Making: Practitioner, Community and Service-User Perspectives on Privileging Will and Preferences in Mental Health Care. *Int J Environ Res Public Health*, 19(10), Article 6002. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106002>
17. Ishida, S. (2023). Mental Prosthesis Strikes Back. *AJOB Neuroscience*, 14, pp. 247–249. <https://doi.org/10.1080/21507740.2023.2243869>

18. Kinane, C., Osborne, J., Ishaq, Y., Colman, M., MacInnes, D. (2022). Peer supported open dialogue in the National Health Service: implementing and evaluating a new approach to mental health care. *BMC Psychiatry*, 22, Article 138. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03731-7>
19. Kohn, N.A., Blumenthal, J.A., Campbell, A.T. (2013) Supported Decision-Making: A Viable Alternative to Guardianship? *Dick. L. Rev.*, 117(4), Article 1111. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2161115>
20. Koritsas, S. (2023) Decision-making support: the impact of training on disability support workers who work with adults with cognitive disability. *Brain Impairment*, 24(3), pp. 649–659. <https://doi.org/10.1017/brimp.2022.14>
21. Mahomed, F., Stein, M.A., Sunkel, C., Restivo, J.L., Patel, V. (2022). Mental health, human rights, and legal capacity. *Lancet Psychiatry*, 9(5), 341–342. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00463-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00463-6)
22. Mareya, S., Watts, M.C., Zhao, L., Olasoji, M. (2024) Exploring the Stepped Care Model in Delivering Primary Mental Health Services-A Scoping Review. *Int J Ment Health Nurs*, 33:2026–2042. <https://doi.org/10.1111/inm.13427>
23. McCarthy, A. M., Howard, D. (2023). Supported Decision-Making: Non-Domination Rather than Mental Prosthesis. *AJOB Neuroscience*, 14(3), pp. 227–237. <https://doi.org/10.1080/21507740.2021.1973147>
24. Morichi, T., Sieh-Chuen, H. (2022) Supported decision-making for persons with intellectual disabilities in Japan and Taiwan: a survey of social workers' and adult guardians' awareness of supported decision-making. *International Journal of Developmental Disabilities*, 70(1), pp. 137–147. <https://doi.org/10.1080/20473869.2022.2075157>
25. Morichi, T., Wakimizu, R., Nagawa, M. (2025) Effectiveness of training on supported decision-making for persons with disabilities. *Social Work Education*, 44(8), 1996–2006. <https://doi.org/10.1080/02615479.2025.2458033>
26. Morrissey, F. (2012). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A New Approach to Decision-Making. *Mental Health Law. European Journal of Health Law*, 19, 423–440. <https://doi.org/10.1163/15718093-12341237>
27. Newton-Howes, G., Daly, M., Cooney, J., Gledhill, K., Gordon, S. (2022) Supported Decision-making teaching in New Zealand postgraduate psychiatry trainees. *Australasian Psychiatry*, 30(5), 653–657. <https://doi.org/10.1177/10398562221100702>
28. Peterson, A., Karlawish, J., Largent, E.A. (2022) Supported Decision Making with People at the Margins of Autonomy: Response to Commentaries. *Am J Bioeth*, 22(1). <https://doi.org/10.1080/15265161.2021.1996660>
29. Pillen, H., Attrill, S., Fisher, A., Forte S., Brebner C., Robinson, S. (2025) Educating for supported decision making and shared decision making: a scoping review of educational design and outcomes for education and training interventions. *Disability and Rehabilitation*, 47(2), 275–286. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2337099>
30. Sheerin, J., Larkin, F., Dockray, S. (2025). Perceptions of people with intellectual disabilities on autonomy and decision-making in daily life: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 70(3), pp. 225–241. <https://doi.org/10.1111/jir.70035>
31. Schroeder, R. (2022). Perspectives and experiences implementing supported decision-making: an integrative literature review. University of Otago. URL: <https://ourarchive.otago.ac.nz/esploro/outputs/graduate/Perspectives-and-experiences-implementing-supported-decision-making/9926566533301891> (viewed: 13.04.2026)
32. Stavert J. (2021) Supported Decision-Making and Paradigm Shifts: Word Play or Real Change? *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.571005>
33. Then, S.-N., Carney, T., Bigby, C., Wiesel, I., Smith, E.M., Douglas, J.M. (2022) Moving from Support for Decision-making to Substitute Decision-making: Legal Frameworks and Perspectives of Supporters of Adults with Intellectual Disabilities. *Law in Context. A Socio-legal Journal*, 37(3). <https://doi.org/10.26826/law-in-context.v37i3.174>
34. Thomas, E.C., Simmons, M.B., Mathai, C., Salzer, M.S. (2023) Peer-Facilitated Decision Making in Mental Health: Promises, Pitfalls, and Recommendations for Research and Practice. *Psychiatr Serv*, 74(4), pp. 401–406. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220086>
35. Werner, S., Greenspan, I., Holler, R., Levy-Araki, R. (2025). “They must get to know the individual very well”: relationship-building of family and volunteer supporters in supported decision-making schemes. *Disability and Rehabilitation*, 47(3), pp. 727–735. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2360057>
36. Wiesel, I., Smith, E., Bigby, C., Then, S. N., Douglas, J., Carney, T. (2022). The temporalities of supported decision-making by people with cognitive disability. *Social & Cultural Geography*, 23(7), pp. 934–952. <https://doi.org/10.1080/14649365.2020.1829689>
37. World Health Organization (2019). Substitute versus Supported Decision-Making. Supported Decision-Making and Advance Planning: *WHO QualityRights Specialized Training, World Health Organization*, pp. 19–36. JSTOR. URL: <http://www.jstor.org/stable/resrep27901.14> (viewed: 13.04.2026).

Информация об авторах

Мария Евгеньевна Сиснёва, клинический психолог, Региональная благотворительная общественная организация «Центр лечебной педагогики», Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>, e-mail: msisneva@yandex.ru

Светлана Михайловна Бабинцева, директор, Автономная некоммерческая организация комплексного социального обслуживания «Православный Свято-Софийский социальный дом», Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6248-0042>, e-mail: ems-lana@mail.ru

Information about the authors

Maria E. Sisneva, Clinical Psychologist, Regional Charitable Public Organization “Center for Curative Pedagogics”, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>, e-mail: msisneva@yandex.ru

Svetlana M. Babintseva, Director, Autonomous Non-Profit Organization for Comprehensive Social Services “St. Sophia’s Social House”, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6248-0042>, e-mail: ems-lana@mail.ru

Вклад авторов

Сиснева М.Е. — идеи исследования; аннотирование, написание и оформление рукописи; поиск, отбор и комплексный обзор литературы.

Бабинцева С.М. — тематический и концептуальный анализ; систематизация данных.

Оба автора приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Maria E. Sisneva — ideas; annotation, writing and design of the manuscript; literature search, selection, and comprehensive review.

Svetlana M. Babintseva — thematic and conceptual analysis; data systematization.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 07.02.2026

Поступила после рецензирования 07.05.2026

Принята к публикации 02.06.2026

Опубликована 29.06.2026

Received 2026.02.07

Revised 2026.05.07

Accepted 2026.06.02

Published 2026.06.29