

მოდული I

12. საზოგადოებათმცოდნეობა

ფსიქიატრიის, როგორც თანამედროვე დისციპლინის ჩამოყალიბების წინაპირობები და განვითარების თავისებურებები

ფსიქიატრია ყველაზე სოციალური დისციპლინაა თავისი სტატუსით, გამოკვლევათა მეთოდოლოგიებითა და პრაქტიკული მოქმედებებით. სოციალური ფაქტორებია არა მარტო მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, არამედ ის, რომ საზოგადოებას ექმნება წარმოდგენები იმის შესახებ, თუ სად გადის ზღვარი ფსიქიკურ პათოლოგიასა და ნორმას შორის, მის არსზე, ფსიქიატრიული ჩარევის მეთოდებსა და მიზნებზე. სხვადასხვა იდეოლოგიების მწვავე დაპირისპირების მიზეზი ყოველთვის იყო ფსიქიატრიის სოციალური ორიენტაცია, ასევე, ამ დარგის სამართლებრივი და ეთიკური კონცეფციები, ამიტომ ფსიქიატრებს ეკისრებათ უდიდესი ზნეობრივი პასუხისმგებლობა საზოგადოების წინაშე.

ფსიქიატრიული პროფესიული ეთიკა და სამედიცინო ეთიკა საერთო საწყისებზეა დაფუძნებული. „ფსიქიატრიული ეთიკის“ გამოყოფა დამოუკიდებელ ნაწილად არ ნიშნავს მის გაცალკევებას ზოგადი სამედიცინო ეთიკისგან, არამედ მოწმობს პრობლემური სიტუაციების სპეციფიკას, რომლებიც მოითხოვენ ცალკე ეთიკურ ანალიზს, ფსიქიატრიის, როგორც ეთიკური რეგულაციის და კონტროლის ობიექტის თავისებურებების შესწავლას.

ფსიქიატრიის პირველი თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ ფსიქიატრიას საქმე აქვს სოციალურად მოფუნქციე პიროვნებასთან, პაციენტის ავადმყოფობა მოიცავს მის ღებობიერებულ სოციალურ ურთიერთობებს, ამასთანავე, პათოგენური ფაქტორების რიცხვს მიეკუთვნება რთული სოციალური ვითარებებიც.

ფსიქიატრია თანდათან აფართოვებდა კომპეტენციის სფეროს – დაწყებული სულით ავადმყოფობის ყველაზე გამოხატული ფორმებით და ე. წ. მოსაზღვრე მდგომარეობებით და დამთავრებული ჯანმრთელ ადამიანებთან მიმართებაში ისეთი

ასპექტებით, რომლებიც ასახავენ ფსიქიკური დაავადების განვითარების რისკს. გაჩნდა საშიშროება ფსიქიკური პათოლოგიების განზოგადების, გავრცობის, ფსიქიკური დაავადებების ჰიპერდიაგნოსტიკის, კლინიკური ინტერპრეტაციების და ტერმინების გადატანის მთელ რიგ ინდივიდუალურ თავისებურებებსა და ქცევების მიმართ. ვითარებას ართულებს ისიც, რომ არასრულყოფილად არის გამოიყენებული კრიტერიუმები ნორმასა და პათოლოგიას შორის, სოციალურად განპირობებულ პიროვნულ დეფორმაციას, ჯანმრთელი ადამიანების ქცევის გადახრებსა და ფსიქიკური ავადმყოფობების მსგავს გამოვლინებებს შორის. ამასთანავე, ფსიქიატრიის შემოჭრა ყოველდღიურ ცხოვრებაში საზოგადოებას უჩენს გარკვეულ ინტერესს, მოითხოვს კონკრეტულ დასკვნებსა და პრაქტიკულ ღონისძიებებს. ფსიქიატრიის მიმართ განსაკუთრებით მწვავედ და მომთხოვნად დგება საკითხები მოქალაქეების მიერ სოციალური ნორმების დარღვევის დროს: „ჯანმრთელია, თუ ავადმყოფია?“, „შეუძლია თუ არა საკუთარ საქციელზე აგოს პასუხი?“, „აღმზრდელითი ღონისძიებები უნდა ჩაუტარდეს, დაისაჯოს, თუ სამკურნალოა?“ და ა. შ. კლინიკური კონცეფციების და სადიაგნოზო კრიტერიუმების ცვალებადობის პირობებში იზრდება საშიშროება არა მარტო მცდარი მოსაზრებების გაჩენის, არამედ ჭეშმარიტების განგებ დამახინჯების, ფსიქიატრიის მიერ გაყალბებული დიაგნოზების დადგენის სოციალური გარემოებების ზეწოლის ან სუბიექტური წინასწარგანწყობის შედეგად. ვინაიდან ასეთი დამახინჯების ფასი საკმაოდ დიდია, პროფესიული ეთიკა ფსიქიატრისგან მოითხოვს უკიდურეს პატიოსნებას, ობიექტურობას და პასუხისმგებლობას გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ დასკვნის გამოტანისას.

ფსიქიატრიის მეორე თავისებურებაა ის, რომ ფსიქიკური დარღვევის დიაგნოზი ისეთი ნეგატიური სოციალურ-ეთიკური დატვირთვის მატარებელია, როგორც არც ერთ სხვა კლინიკურ ტერმინს არ გააჩნია სხვა სამედიცინო სპეციალობაში. ფსიქიატრიული პაციენტისთვის ეს იქცევა სტიგმატიზაციის, საზოგადოებრივი ნდობის დაქვეითების, სოციალური განდევნის მიზეზად, ღირსების შემლახველად, უფლებების შემზღუდველად. ყველა იმ შეზღუდვის მოხსნა, რომლებსაც საზოგადოება სულით ავადმყოფებს აკისრებს, მთლიანად შეუძლებელია, ვინაიდან სწორედ სულიერი

ავადმყოფობა ზღუდავს ადამიანის სიცოცხლისუნარიანობას, აძნელებს მათ სოციალურ ადაპტაციას, იწვევს ქცევით დარღვევებს, რიგ შემთხვევებში ზრდის სახიფათო მოქმედებების ჩადენის რისკს. თუმცა, სოციალური შეზღუდვების ხასიათი და მოცულობა უნდა შეესაბამებოდეს პაციენტის დაავადების სიმძიმის ხარისხს და არა უნდა იქცეს საბედისწერო აუცილებლობად ყველასათვის, ვისაც ფსიქიატრის დახმარებისთვის მიუძღრთავს. აქედან გამომდინარეობს ფსიქიატრიული ეთიკის მნიშვნელოვანი ამოცანა – საზოგადოების ტოლერანტობის გაზრდა ფსიქიკური გადახრების მქონე პირთა მიმართ, მიკერძობის დაძლევა, გაუცხოების, ასევე სოციალური სანქციების რეგულაცია ფსიქიატრიული პაციენტების მიმართ.

ფსიქიატრიის მესამე მნიშვნელოვან თავისებურებას, რომელიც ფსიქიატრიას გამოარჩევს სხვა სამედიცინო დისციპლინებისგან, წარმოადგენს ზოგიერთი კატეგორიის პაციენტების მიმართ არანებაყოფლობითი ზომების მიღება – იძულება და ზოგჯერ ძალადობაც. დახმარების აღმოჩენა პაციენტის მხრიდან თავისუფალი ნების გამოხატვის გარეშე წინააღმდეგობასთან არის დაკავშირებული, ერთის მხრივ, იმ მიზეზის გამო, რომ, როცა გარდაუვალია სამედიცინო ღონისძიებების აღმოჩენა იმ პირთათვის, რომელთა მდგომარეობა ავადმყოფობის გამო სახიფათოა, ან ისინი ვერ აცნობიერებენ საფრთხეს, და მეორეს მხრივ, სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე მათ მიერ უარის გაცხადება. თანაც, ვითარება მნიშვნელოვნად რთულდება ისეთ დროს, როცა ავადმყოფობა ყველასათვის თვალშისაცემი არ არის (მაგალითად, როგორებიცაა, მწვავე ფსიქოზი, გონებასუსტობა), და საქმე გვაქვს ფორმალურად ორგანიზებული ქცევის ზომიერად გამოხატულ ნიშნებთან, მაგალითად, პარანოიალური ბოღვის დროს. ასეთ შემთხვევაში იძულების გამოყენება მოულოდნელია პაციენტისთვის და გარშემომყოფთათვის, უფრო მეტიც, ზოგჯერ „თვითნებობის“, „რეპრესიის“ აქტად უფრო აღიქმება, ვიდრე დახმარებად. არანებაყოფლობით ზომად შეიძლება პირობითად მივიჩნიოთ ფსიქიატრიული დიაგნოზის დადგენაც, რომელსაც პაციენტი შეიძლება არ ეთანხმებოდეს და აქტიურად აპროტესტებდეს. ძალადობის ალბათობა, პირდაპირი იქნება ეს თუ ირიბი, ფსიქიატრიის გარშემო ქმნის შიშისმომგვრელ გარემოს, საზოგადოებაში იწვევს უნდობლობას, არა სულით ავადმყოფების მიმართ, არამედ,

ფსიქიატრების მიმართ და მოქალაქეებს ბუნებრივად უნდებათ სურვილი თავი აარიდონ პირად ცხოვრებაში უსაფუძვლო და დაუკითხავ ჩარევას. მიუხედავად ამისა, ფსიქიატრიაში იძულება გარდაუვალია, მანამ, სანამ იარსებებს მძიმე ფსიქიური დარღვევები, სამაგიეროდ, სავსებით შესაძლებელია სოციალური კონტროლის დაწესება იძულებითი ზომების აღმოჩენისას. ასე, რომ ფსიქიატრიული ეთიკის ამოცანაა იძულების სფეროს შეზღუდვა ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას იმ ზღვრამდე, რომელიც ნაკარნახევაა სამედიცინო აუცილებლობით, რაც უკვე ადამიანის უფლებების დაცვის გარანტიის წინაპირობაა.

ფსიქიატრიის მეოთხე თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ, პაციენტები თავისუფალი ნების გამოხატვის შესაძლებლობის მიხედვით ძალიან განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან და მეტად დიფერენცირებულ კონტინუუმს ქმნიან. ერთ პოლუსზე არიან პაციენტები, რომელთაც ფსიქიკის მძიმე დაზიანებების გამო არ შეუძლიათ არა მარტო დამოუკიდებლად დაიცვან საკუთარი ინტერესები, არამედ თუნდაც გამოხატონ. საპირისპირო პოლუსზე კი არიან ისინი, ვინც თავისი პიროვნული ავტონომიის სამართლებრივი და ზნეობრივი განვითარების მიხედვით ტოლს არ უდებენ ექიმს, მიუხედავად მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობის არსებობისა. ამ ორ საპირისპირო პოლუსს შორის მოქცეულია „ზონა“, რომელიც წარმადგენილია უამრავი გარდამავალი ვარიანტით. აქედან გამომდინარეობს ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობების მოდელების არაერთგვაროვნება.

პირველი კატეგორიის პაციენტებთან მიმართებაში, რომლებიც შეპყრობილნი არიან ფსიქოზითა და მძიმე ხარისხის ჭკუასუსტობით, ადეკვატურად ითვლება პატერნალისტური მოდელი, რაც ექიმს უტოვებს გადამწყვეტი სიტყვის უფლებას ფსიქიატრიული დახმარების მეთოდების არჩევაში და ზღუდავს პაციენტის მონაწილეობას გადაწყვეტილების მიღებისას. თუმცა პატერნალისტური მიდგომა არ გულისხმობს (როგორც ხშირად შეცდომით მიიჩნევენ) პაციენტის მოსაზრებების, ან არჩევანის სრულ იგნორირებას, მისი ნების დათრგუნვას და ზღვარსგადასულ იძულებას. პირიქით, ექიმი ცდილობს, უპირველეს ყოვლისა, ურთიერთგაგებას მიაღწიოს, არ შეუზღუდოს პაციენტს თავისუფლება, ინიციატივა და მხოლოდ

გადამწყვეტ მომენტში იყენებს სრული მოცულობით მისთვის მინიჭებულ უფლებებს. თუმცა, ეს უფლება იმდენად დიდია, რომ არ უნდა დარჩეს ეთიკურ კონტროლს მიღმა. ექიმი-ფსიქიატრის ზნეობრივ მუხრუჭებად კეთილსინდისიერება და პასუხისმგებლობა გვევლინება.

პაციენტების მეორე კატეგორია, ნაკლებად მძიმე ფსიქიკური აშლილობებითა და დარღვევებით, რომელთაც სავსებით შეუძლიათ თვითგამორკვევა, საკუთარი ინტერესების გამოხატვა, სარგებლობის და ზიანის გარჩევა - ასეთ ვითარებაში პატერნალისტული მოდელი არაადეკვატური და მიუღებელია. ექიმისა და პაციენტის ურთიერთდამოკიდებულებები დამყარებულია პარტნიორობის პრინციპებზე, უფლება-მოვალეობების სრული გამიჯვნით. პარტნიორულ მოდელში იძულებას არა აქვს ადგილი, დახმარების აღმოჩენა ხდება ნებაყოფლობით. თუმცა, ამ მოდელსაც აქვს ეთიკურად სუსტი მხარეებიც. მაშინ, როდესაც პატერნალისტური ურთიერთობებისას პაციენტზე ზრუნვა დამყარებულია პაციენტის თავისუფლების შეზღუდვასა და ექიმის ჩარევაზე, პარტნიორული ურთიერთობებისას პაციენტის თავისუფლების დაცვა და ექიმის ჩაურევლობა ზოგჯერ შეიძლება პაციენტის ბედის მიმართ გულგრილობაში გადაიზარდოს. ამიტომ, უფრო მიმზიდველად ჩანს სათათბირო მოდელი, რომლის დროსაც აქტიურად დაინტერესებული განხილვის ტაქტიკა, განმარტება, დარწმუნება (ე. ი. „აქტიური არაძალადობა“) განსხვავდება, როგორც იძულებისგან, ასევე პასიური ჩაურევლობისგან.

უნდა ვაღიაროთ, რომ ყველა აღნიშნული მოდელის გამოყენება შესაძლებელია ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში. საქმე ეხება მხოლოდ მათ ადეკვატურ გამოყენებას. პარტნიორული ურთიერთდამოკიდებულება სასწრაფო დახმარების აღმოჩენისას ბოღვების ან ჭკუასუსტის მიზეზით ჰოსპიტალიზაციის დროს უმწეო მდგომარეობაში მყოფი პაციენტისთვის მორალურად და პროფესიონალურადაც მიუღებელია, ისევე, როგორც პატერნალისტული მიდგომა იმ პირის მიმართ, ვისაც ნევროზი აქვს.

პატერნალიზმი და პარტნიორობა წარმოადგენს ალტერნატიულ ვარიანტებს კონკრეტულ პაციენტთან მიმართებაში, მაგრამ არ არის ალტერნატიული ფსიქიატრიასთან მიმართებაში ზოგადად. უფრო მეტიც, ერთსა და იმავე პაციენტთან

მიმართებაში აღნიშნული მოდელები ერთმანეთთან მონაცვლეობენ ავადმყოფობის მიმდინარეობის სხვადასხვა ეტაპებზე, მაგალითად, გამწვავების ან რემისიის პერიოდში.

შედაგად, ფსიქიატრიული ეთიკის მომდევნო ამოცანა შეიძლება ჩამოვყალიბოთ, როგორც ოპტიმალური ურთიერთობების დამყარება ექიმსა და პაციენტს შორის, რომელიც ხელს შეუწყობდა პაციენტის ინტერესების რეალიზაციას კონკრეტული კლინიკური ვითარების გათვალისწინებით.

და, ბოლოს ფსიქიატრიის, როგორც ეთიკური რეგულაციის ობიექტის მეხუთე თავისებურებაა მისი ორგანოვანი ფუნქცია პაციენტის და საზოგადოების ინტერესების დაცვის. ამ მოთხოვნის წინააღმდეგობრიობა მდგომარეობს იმაში, რომ არ ხდება კერძო და საზოგადოების ინტერესების თანხვედრა, რაც, რა თქმა უნდა, არ გულისხმობს მათ სრულ დაპირისპირებას. ზოგად მორალურ და იურიდიულ ფასეულობას, რომლისგანაც გამომდინარეობს ნებისმიერი სამედიცინო, მათ შორის ფსიქიატრიული პრაქტიკაც, წარმოადგენს ჯანმრთელობის და ადამიანის სიცოცხლის უზენაესობა. ჯანმრთელობის შენარჩუნება, აღდგენა და გამტკიცება შეესაბამება ყოველი ცალკეული ადამიანის და საზოგადოების ინტერესებს. ამ ზნეობრივ პოსტულატს აქვს პრინციპული მნიშვნელობა სამი ტიპის კონფლიქტური ვითარებების დროს, მაშინ, როცა: 1. ავადმყოფის ქცევა ეწინააღმდეგება მისსავე ობიექტურ ინტერესებს; 2. ავადმყოფის ქცევა ეწინააღმდეგება საზოგადოების ინტერესებს; 3. საზოგადოება ან მისი ცალკეული წევრები ზიანს აყენებენ პაციენტის ინტერესებს. პირველი და მეორე ტიპის ვითარებების დროს ფსიქიატრი უწინარეს ყოვლისა ცდლობს პაციენტის ისევე, როგორც გარშემომყოფთა სიცოცხლის და ჯანმრთელობის საფრთხის აცილებას. თანაც, მძიმე ფსიქიური აშლილობების არსებობისას, რომლებიც სახიფათოა პაციენტისათვის, აღნიშნული ზნეობრივი პრინციპის ზუსტი დაცვა არ იძლევა საშუალებას ზღვარს გადაცდეს, რომელიც განაცალკევებს სამედიცინო დახმარებას, თუნდაც არანებაყოფლობით, „პოლიციური“ ზომებისგან და დასჯისგან. მესამე ტიპის ვითარებების დროს ექიმი, რა თქმა უნდა, იცავს პაციენტის ინტერესებს, მით უფრო აქტიურად, რაც უფრო ნაკლებადაა შენარჩუნებული პაციენტის თვითდაცვის უნარი და რაც უფრო მეტი რისკი არსებობს

გარეშე ზიანის მიყენებისა მისი ჯანმრთელობისათვის და კეთილდღეობისათვის. ამ დროს ფსიქიატრი ოპოზიციაში ხვდება იმის წინააღმდეგ, ვინც პაციენტის ინტერესებს ზღუდავს და მისი დაცვის მიზნით კანონს და საზოგადოების ზნეობრივ თვითშეგნებას იშველიებს. ასე, რომ ფსიქიატრიული ეთიკა მისწრაფის წონასწორობის დასამყარებლად პაციენტის და საზოგადოების ინტერესებს შორის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, უსაფრთხოებისა და კეთილდღეობის ფასეულობების გათვალისწინებით. ფსიქიატრიის ისეთი თავისებურებები, როგორებიცაა მისი სოციალური ხასიათი, პაციენტის პიროვნებაზე ორიენტაცია, არანებაყოფლობითი ზომების გამოყენების აუცილებლობა და მასშტაბები, ფსიქიატრიული დიაგნოზის სოციალური შედეგები, ფსიქიატრის ნებისმიერი ქმედებების ზემოქმედების ხარისხი პაციენტის ბედზე – წარმოადგენს იმის დადასტურებას, რომ ფსიქიატრია უნდა იყოს მოქცეული ეთიკური რეგულაციის და კონტროლის ზონაში. ამის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა კონცეპტუალური აპარატი, რომელიც შეიმუშავა თანამედროვე ბიოეთიკამ – მეთოდოლოგიური მიდგომა და ნორმატიული ბაზა.

ბიოეთიკის ფორმირებასთან ერთად ფსიქიატრიის მორალურ-ეთიკური დილემის ანალიზი ხდება ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულება ბიოეთიკური კვლევების, რომლებიც დაფუძნებულია საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებსა და ნორმებზე. ბიოსამედიცინო ეთიკის პრინციპებს განეკუთვნება პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი, „არ ავნო“, „აკეთე სიკეთე“ და სამართლიანობის პრინციპი (ტ. ბიჩამპი, ჯ. ჩილდრესი: „ბიოსამედიცინო ეთიკის პრინციპები“) [1].

უფრო კონკრეტული ეთიკური წესები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ამ პრინციპების რეალიზაციას თავის თავში მოიცავს ნორმებს: ინფორმირებული თანხმობის, კონფიდენციაურობისა და მართებულობის.

ამ ბაზისური პრინციპებიდან და ნორმებიდან გამომდინარე, უამრავი ეთიკური წესი ფორმულირდება, რომლებიც წარმოადგენს ექიმის მოქმედების ოპტიმალურ ალგორითმებსა და ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის პროფესიულ-ეთიკური სტანდარტებს. ისინი გამოსადეგია პრაქტიკული მნიშვნელობის საკითხების

გადაწყვეტაში, ისეთების როგორებიცაა: სავალდებულოა თუ არა ფსიქიატრიული ჩარევა მოცემულ მომენტში; როგორ პირობებში უნდა იქნას აღმოჩენილი ფსიქიატრიული დაზიანება; არსებობს თუ არა საფუძველი არანებაყოფლობითი ზომების მისაღებად; როგორ უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია პაციენტს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის და მკურნალობის შესახებ; როგორ უნდა შეფასდეს პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღების უნარი; როგორ უნდა მიიღოს ექიმმა ნებაყოფლობითი თანხმობა მკურნალობაზე ან გამოკვლევის ჩატარებაზე; როგორი იქნება საექიმო ტაქტიკა პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის გაცხადების შემთხვევაში და სხვა.

ფსიქიატრიასთან მიმართებაში შემუშავებული ბიოეთიკური პრინციპების, ნორმებისა და წესების სისტემა შეადგენს ფსიქიატრიული ეთიკის ნორმატიული აქტების შინაარსს, რომელთა შორის უნდა აღინიშნოს ისეთი საერთაშორისო დოკუმენტები, როგორებიცაა „ჰავაის“ (1977, 1983 წწ) და „მადრიდის“ (1996 წ) დეკლარაციები, მიღებული მსოფლიო ფსიქიატრიული ასოციაციის მიერ, „ფსიქიური ავადმყოფობით შეპყრობილ პირთა დაცვის პრინციპები და ჯანდაცვის გაუმჯობესება ფსიქიატრიის სფეროში“ (გაერო, 1991 წ), ასევე მედიცინისა და ბიოლიგიისათვის ზოგადი მნიშვნელობის მქონე კონვენცია „ადამიანის უფლებების შესახებ ბიომედიცინაში“, მიღებული ევრისაბჭოს საპარლამენტო ასამბლეის მიერ (1996 წ).

**ფსიქიატრიული რეფორმის წინააღმდეგობრიობა ბიოეთიკისა და კლასიკური
ფსიქიატრიის ტრადიციების დაპირისპირებისას**

„შემოღობები ავადმყოფები არიან და არა დამნაშავენი“.

(ფ. პინელი, 1801 წ.)

„პრობლეური ვითარებების“ ფართო განხილვის შესაძლებლობა თანამედროვე საზოგადოებაში იქცა მედიცინაში ადამიანის უფლებების იდეოლოგიის მანიფესტად.

„ყველა ადამიანი იბადება თავისუფალი და თანასწორუფლებიანი თავის ღირსებებსა და უფლებებში“. (ადამიანის უფლებების საერთაშორისო დეკლარაცია, 1949 წ.).

ამ უკანასკნელი გარემოების გათვალისწინებით, ბიოეთიკის ზოგიერთი საკვანძო პრობლემა შინაარსობრივად განსაკუთრებით მიახლებული აღმოჩნდა იმ მორალურ-ეთიკურ დილემებთან, რომლებიც წარმოქმნება ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას. უფრო მეტიც, მათი გააზრების ტრადიცია და მათი გადაჭრის გამოცდილება ფსიქიატრიის ისტორიაში ბევრად უსწრებს წინ თანამედროვე ბიოეთიკას.

თანამედროვე მედიცინის პატერნალისტური და არაპატერნალისტური დამოკიდებულება დილემას წარმოადგენს ბიოეთიკაში. ექიმის და პაციენტის ურთიერთობის პატერნალისტური მოდელი დამყარებულია რამოდენიმე წინაპირობაზე:

- ა) პრიორიტეტულ ფასეულობებს წარმოადგენს ადამიანის ჯანმრთელობა და სიცოცხლე; ბ) ექიმის ეთიკური პოზიცია ცალსახად არის გამოხატული უძველესი მაქსიმით «Salus aegroti — suprema lex» (ავადმყოფის კეთილდღეობა — უზენაესი კანონია); გ) მორალური ურთიერთდამოკიდებულებების ხასიათი აშკარად ასიმეტრიულია — სრულ (ან თითქმის სრულ) პასუხისმგებლობას კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებისას ექიმი საკუთარ თავზე იღებს. პირიქით, არაპატერნალისტური დამოკიდებულება ექიმსა და პაციენტს შორის გამომდინარეობს

პაციენტის მორალური ავტონომიის პრიორიტეტის პრინციპიდან, რის გამოც ასეთი დამოკიდებულების საკვანძო კატეგორია ხდება პაციენტის უფლებების განხილვისას.

სამედიცინო პატერნალიზმზე თავდასხმების მიუხედავად, უნდა აღინიშნოს, რომ იგი საექიმო ჰუმანიზმის განსაზღვრულ კონცეფციას წარმოადგენს. ავადმყოფის მიმართ დამოკიდებულება, რომელიც გამოდინარეობს შემწყნარებლობის, ზრუნვის, მეურვეობის, მფარველობის, ლმობიერების ეთიკური პოზიციებიდან, მორალურად გამართლებულია, როცა პაციენტი გამოხატავს ტანჯვას, უსუსურობას, შეზღუდული აქვს სიცოცხლისუნარიანობა.

პატერნალისტურმა საწყისმა შეასრულა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი როლი ფსიქიატრიის ისტორიაში. ექიმსა და ფსიქიკურად დაავადებულს შორის პატერნალისტური დამოკიდებულებების დამკვიდრებასთან არის დაკავშირებული პირველ რიგში, ფსიქიატრიის თვითდამკვიდრება, როგორც დამოუკიდებელი სამედიცინო დისციპლინის, მეორეც, საზოგადოების დამოკიდებულების ფორმირება „შემლილებისადმი“, როგორც ავადმყოფებისადმი. მანამდე მათ მიმართ დამოკიდებულება დასავლეთევროპის ქვეყნებში უპიატესად პოლიციური ხასიათის იყო. მაგალითისთვის XVIII საუკუნის 80-იან წლებში ლონდონში ერთ პენსამდე შემცირდა საგიჟეთის დათვალიერების ფასი და, მართლაც, მნახველები მიაწყდნენ და გაზათებში იწერებოდა: კედლებზე მიჯაჭვული იყვნენ სრულიად შიშველი შემლილები თივის ქვეშაგებზე. შემლილების მიმართ დამოკიდებულება, როგორც ავადმყოფი ადამიანების მიმართ თითქმის ერთდროულად იწყებს ჩამოყალიბებას საფრანგეთსა და ინგლისში XVIII-ის ბოლოს. მთავარი დამსახურება იმაში, რომ „შემლილები ამდღეს ავადმყოფის ღირსებად“ ეკუთვნის ფრანგ ექიმს ფრანსუა პინელს, რომელმაც 1793 წელს ჯაჭვები ახსნა ავადმყოფებს პარიზის სახელმეიფო საავადმყოფო ბისეტრში [2]. ფსიქიატრიის მისეული რეფორმა მაშინვე საექიმო პატერნალიზმის აპოთეოზად გადაიქცა. პინელი თავის ავადმყოფებს ბავშვებს ადარებდა, ხოლო მის მიერ შექმნილ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ტიპს – ოჯახს. პინელი ურჩევდა ექიმებს ეცხოვრათ

ავადმყოფებთან, მრავალი ფსიქიატრის მიერ გაზიარებული იქნა, მათ შორის რუსეთშიც.

პინელის პატერნალიზმი იმაზე მეტია, ვიდრე უბრალოდ ეთიკური პოზიცია, პატერნალიზმში მოქცეულია მისი თერაპიული მეთოდის არსი, ე.წ. „ზნეობრივი მკურნალობა“, რომლის გამოყენებაში განსაკუთრებული როლი ენიჭება ექიმს – მის ზნეობრივ და ფიზიკურ უპირატესობას. სწორედ ექიმი არის კეთილგინივრული ქცევის ნორმების მატარებელი და მთელი საავადმყოფოს წესრიგის მთავარი არქიტექტორი“, რომელსაც პაციენტი ემორჩილება და ასე იძენს „ნორმალური ქცევის“ ჩვევებს, სტანდარტებს. პინელი სხვადასხვა საშუალებებს ურჩევს (ზრუნვას, მფარველობას, მოფერებას, შემწყნარებლობას, მორჩილებას, დამოძღვრას, დაყვავებას, შეგონებას, ხუმრობას, „ამაყ და თამამ ქცევას“ ექიმისა ან მეთვალყურის და სხვა.) – ოღონდაც მიზანი მიღწეული იქნას - პაციენტი დაიმორჩილოს, მისი ნდობა მოიპოვოს. პინელი თავის პაციენტებს „ასწავლის თავისუფლებას“ და ზოგჯერ „აიძულებს“ თავისუფლებას. „თავისუფლების იძულების“ იდეა ტრანსფორმირდება მისთვის ზოგიერთი პაციენტის მიმართ (ვინც „შეპყრობილია ბრმა სიშმაგით“) შეზღუდვის გონივრული ზომების გამოყენებაში „კამზოლის“ (დამაწყნარებელი პერანგი) მეშვეობით და დროებით იზოლაციაში. [3].

50 წლის შემდეგ ინგლისელი ექიმი ჯონ კონოლი აღრმავებს პინელის საექიმო მეთოდის კერძო ეთიკურ ასპექტს და თავაზობს გამოირიცხოს სულით ავადმყოფების მიმართ ნებისმიერი სახის შეზღუდვები. კონოლის შემოთავაზებული სისტემის «No restraint» („არავითარი შეზღუდვა“) გარშემო კამათმა მოიცვა ევროპული სამედიცინო ელიტა, ხოლო ინგლისური ფრაზა «No restraint» ინტერნაციონალური ტერმინი გახდა. ეს ისტორიული კამათი ღრმად სიმბოლური აღმოჩნდა, თუმცა, თვით საექიმო პატერნალიზმის დოქტრინას ის საერთოდ არ შეხებია. უფრო მეტიც, ფსიქიატრიული დახმარების პატერნალისტური მოდელი წამყვანი იყო მთელ მსოფლიოში XX საუკუნის შუამდე.

XIX საუკუნის შუა პერიოდიდან ევროპაში თანდათან შემოდის იურიდიული დამცავი მექანიზმები, რომელთაგან ბევრი განსხვავებულ სოციალურ და ეთიკურ-ჰუმანურ კონტექსტში ინარჩუნებენ მნიშვნელობას თანამედროვე პირობებშიც: ადვოკატების დახმარება, ექიმის მიერ პაციენტის მდგომარეობის დამოუკიდებელი შეფასება, პაციენტის უფლება აპელაციაზე (ჰოსპიტალიზაციაზე უარის თქმა) და სხვა [9].

XIX საუკუნის განმავლობაში ევროპულ ფსიქიატრიაში საექიმო პატერნალიზმის პარადიგმასთან ერთად ჩამოყალიბდა ფსიქიატრიული საქმიანობის იურიდიული კონტროლის პარადიგმა. მაშინ, როდესაც საექიმო პატერნალიზმი წარმოადგენდა სამედიცინო პროფესიის ეთიკურ ტრადიციას და აპელირებს უშუალოდ გულმოდგინების, ჰუმანურობის, საექიმო ვალის და პასუხისმგებლობის ზნეობრივი საწყისებით, „იურიდიული პარადიგმა“ ფსიქიატრიაში პოულობს საყრდენს სამართლიანობისა და კანონიერების ცნებებზე. ექიმის და იურისტის დაპირისპირება გარდაუვალი აღმოჩნდა სულით ავადმყოფთა ბედის განსაზღვრისას და დასაწყისშივე წინააღმდეგობრივი იყო. იურიდიული კონტროლი პირველ რიგში აქტიურ ფუნქციას ასრულებს სულით ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაციის დროს, რის შემდეგაც ისინი უკვე ხვდებოდნენ საექიმო პატერნალიზმის „იურისდიქციის ქვეშ“. ფსიქიატრიული დახმარების ასეთი ორგანიზაცია გულისხმობდა ავადმყოფის არსებობას ხან „საექიმო პატერნალიზმის სივრცეში“, ხან „იურიდიულ სივრცეში“. რაც კონცეფტუალურად ფსიქიატრიული საქმიანობის ორგანიზაციას დუალისტურს ხდიდა.

სინამდვილეში, კი ადგილი ჰქონდა ერთი ან მეორე საწყისის უპირატესობას. მაგალითად, ინგლისში კანონმდებლობის თანახმად, რომელიც სულით ავადმყოფებს ეხება (1845 წ.), მომსახურე პერსონალის მიერ ფსიქიკური ავადმყოფების მიმართ ცუდი მოპყრობა კვალიფიცირდებოდა, როგორც სისხლის სამართლის დანაშაული, ხოლო ექიმი, რომელიც შეუსაბამოდ იყენებდა იზოლაციას, შეზღუდვას ან ძალადობას, შეიძლება 20 ფუნტი სტერლინგით დაეჯარიმებინათ [10].

საპირისპირო ტენდენცია იყო რუსეთში. ს.ს. კორსაკოვი აღნიშნავდა: „ჩვენში ექიმის მიმართ რწმენა უფრო მეტია“ [11]. როგორც ირკვევა, ფსიქიატრიაში გააზრებული იყო ფეტიშიზმის საშიშროება – როგორც საექიმო-პატერნალისტურის, ასევე იურიდიულის.

ამერიკაში მე-19 საუკუნის ბოლოსათვის გონებრივად არასრულყოფილთათვის საგანმანათლებლო სკოლა-ინტერნატების რაოდენობა შემცირდა და ამის ხარჯზე ისინი ციხის ტიპის საპყრობილეებად გადაიქცა. 1914 წელს ექიმი და მკვლევარი გოდარდი თავის საყოველთაოდ აღიარებულ ნაშრომში „კალიკიანის ოჯახი - ჭკუასუსტობის მემკვიდრეობითობის შესწავლა“ აცხადებდა: „გონებაშეზღუდულობა საუკეთესო ნიადაგია დამნაშავეის ჩამოსაყალიბებლად.“ ასეთი განსჯის საფუძველზე ევგენიკის მომხრეები ასაბუთებდნენ გონებრივი არასრულფასოვნების საბედისწერო მემკვიდრეობითობას. გოდარდის შეხედულებები ნაციონალ-სოციალისტებმა აიტაცეს რამდენიმე დეკადის შემდეგ. მათ დააკანონეს 300 000 არასრულყოფილი ადამიანის სტერილიზაცია, შემდეგ კი ამას მოჰყვა შეშლილების, ჭკუასუსტებისა და უუნარობის მასიური მოხუტვა მომწავლავი აირით ('Endlösung'), რასაც თვლიდნენ მოწყალებად, რათა გაეთავისუფლებინათ ისინი გატანჯული ცხოვრებისგან.

1903 წელს, ამერიკელმა განმანათლებელმა ბარმა ხელი აიღო სულით ავადმყოფების სწავლების შესაძლებლობის იდეაზე. ამ იდეის სულისჩამდგმელი იყო სეგუინი (Seguin) (1812-1880), სულით ავადმყოფებზე მზრუნველობის წამომწყები. ბარი სავალდებულოდ თვლიდა „დიდი ასოებით ჩაეწერათ“, რომ „მხოლოდ მუდმივი იზოლაცია შეძლებს იმბეცილების გადარჩენას გარდაუვალი განადგურებისაგან და საზოგადოების დაცვას გადაგვარებისაგან, რათა მანკიერი მემკვიდრეობა არ გავრცელდეს მასში“.

ფოკალტმა დაიწყო ისტორიაში იმ პერიოდის ძიება, როცა ნორმალურისა და შეშლილის გარჩევა დაიწყო (Foucault, 'L'histoire de la folie', 1961). დაზუსტებას მოითხოვს ერთი ნიუანსი, როცა ის განიხილავს „დატუსალების პატივს“ გონებასუსტებისათვის და სხვა სოციალურად არაადაპტირებულთათვის, რასაც

ადგილი ჰქონდა მე-19 საუკუნის მეორე და 20-ე საუკუნის პირველ ნახევარში, როცა გავრცელებული იყო „დატუსალების პატივი“ დასავლეთ ევროპის ქვეყნებსა და ჩრდილო ამერიკის კონტინენტზე. ფოკალთი თვლიდა, რომ ასეთი დატუსალება ნაკარნახები იყო ჰუმანური, ფილანტროპული მოტივებით, რაც მიზნად ისახავდა სულით ავადმყოფთა და ჭკუასუსტთა ყოფის მიახლოვებას კონფორმისტულ ყოფასთან.

„მას არ უნდა, მაგრამ ჩვენ გვინდა მისთვის“ - ამ ლოზუნგით ორი საუკუნის განმავლობაში გაჩაღებული იყო ბრძოლა გარიყულობისა და რიგიდულობის წინააღმდეგ, რასაც სულით ავადმყოფები და ჭკუასუსტები განიცდიდნენ. მკურნალობის პრინციპი იყო: ან აღდგეს, ან განადგურდეს, რაც გულისხმობდა ზრუნვას და დატუსალებას. სინამდვილეში კი პაციენტების უმეტესობისათვის ეს მხოლოდ დამანგრეველი იყო. მრავალწლიანი იძულებითი მკურნალობის შემდეგ პაციენტების მხოლოდ უმცირესობას აღიარებდნენ, როგორც სოციალურ ქმნილებებს, ვინაიდან ისინი ბოლოს და ბოლოს აღარ იყვნენ აყოლილი საკუთარ ინსტიტუტებს და აღარ ესაჭიროებოდა სხვის ნებაზე დაქვემდებარება.

ასე გრძელდებოდა მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდამდე, როცა ბოლოსდაბოლოს შეიცვალა დამოკიდებულება სულით ავადმყოფებისა და ჭკუასუსტების მიმართ და აღიარეს, რომ მათი ადამიანური ღირსება ისეთივე ხელშეუხებელია, როგორც სხვა ადამიანების.

დასავლეთში ფსიქიატრიისა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის განვითარება 1945 წლის შემდეგ ცალკე განხილვის საგანია. ხანმოკლე პერიოდში, კერძოდ ხუთი ათეული წლის განმავლობაში, ფსიქიატრიული და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის შესახებ სხვადასხვა მნიშვნელოვანი თემები დიდი სისწრაფით ცვლიდნენ ერთმანეთს, როგორებიცაა, მაგალითად: სულით ავადმყოფისა და ჭკუასუსტობის განსაზღვრება; ინსტიტუციონალიზაცია და დეინსტიტუციონალიზაცია; მზრუნველობის პედაგოგიკა და ჰუმანიზაცია; ფსიქიკური აშლილობისა და ჭკუასუსტობის გენეტიკა და პრევენცია; ფსიქიატრიული პაციენტების და ჭკუასუსტების ინტეგრაცია და ემანსიპაცია.

ყველაზე მნიშვნელოვანი ცვლილებები ფსიქიატრიული პაციენტებისა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთა დაწესებულებებში დაიწყო 40-იან წლებში შვედურ ჯანდაცვის სისტემაში. ამ ცვლილებების მიზანი იყო სოციალური მომსახურების სიკეთეებით ესარგებლათ მათ, ვისაც ფსიქოლოგიური უუნარობის ან შეზღუდვის გამო საკუთარ თავზე ზრუნვა არ შეეძლოთ. მათ უნდა მისცემოდათ შესაძლებლობა, რათა განვითარებულიყვნენ პიროვნულად და საკუთარი ცხოვრება წარემართათ ნორმალური გზით. მომსახურება და საშუალებები, რომლებზეც ხელი მიუწვდებოდათ საზოგადოების სხვა წევრებს, ასევე ხელმისაწვდომი უნდა ყოფილიყო ფსიქიატრიული პაციენტებისათვის და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთათვის, რათა მიენიჭებინათ მათთვის ისეთი ცხოვრების უფლება, როგორც სხვებს ჰქონდათ.

მოვლენები, რომელთაც უშუალოდ განაპირობეს თანამედროვე მიდგომა სულით ავადმყოფთა იძულებით მკურნალობის პრობლემისადმი XX საუკუნის შუა პერიოდისათვის განვითარდა. დასავლეთის ქვეყნებში ფსიქიატრიაში საექიმო პატერნალიზმის კრიზისის მაუწყებელი გახდა ფსიქიატრიული საავადმყოფოების კრიზისი, რომელიც დაიწყო XX საუკუნის 50-იან წლებში. 1954 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიური ჯანმრთელობის ექსპერტთა კომიტეტის მიერ გამოითქვა მოწოდება ფსიქიურად დაავადებულთა მკურნალობის გაფართოების აუცილებლობის შესახებ საზოგადოებისგან მათი იზოლაციის გარეშე. მათ მიერ დაიგმო სოციალურად საშიშ ფსიქიკურ ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია სასამართლოს გადაწყვეტილებით, როგორც დამამცირებელი ზომა მათთვის და მათი ნათესავებისათვის, ხოლო ბევრ ქვეყანაში არსებული კანონმდებლობით რეგლამენტირებულ იძულებით მკურნალობას „არქაული“ ეწოდა, ვინაიდან ფაქტიურად იმეორებდა სისხლისსამართლებრივი ანგარიშსწორების მოდელს. 1959 წელს ინგლისში მიღებული იყო კანონი ფსიქიური ჯანმრთელობის შესახებ, რომელშიც ფაქტიურად შეტანილი იყო ფსიქიატრიული დახმარების ნებაყოფლობითი აღმოჩენის თანამედროვე პრინციპი (ე.წ. „არაოფიციალური ჰოსპიტალიზაცია“, რომლის დროსაც იურიდიული პროცედურები ამოღებული იყო ფსიქიკურად დაავადებულთა

უმეტესობისთვის სტაციონარში მოთავსებისას). ამ კანონის თანახმად, ჰოსპიტალიზაციის პრინციპი ფსიქიატრიაში ისეთივე უნდა იყოს, როგორც მედიცინის სხვა სფეროებში. არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის მხოლოდ ცალკეული შემთხვევები ფიქსირდებოდა. უკვე 50-იანი წლების ბოლოსთვის დიდ ბრიტანეთში ნაბაყოფლობით ჰოსპიტალიზაციას ადგილი ჰქონდა დაახლოებით შემთხვევათა 75%-ში. ევროპის უმრავლეს ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში და კანადაში შემთხვევათა 90%-ზე მეტი ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ნებაყოფლობით ხვდებოდა: „როცა სამედიცინო დახმარება ხარისხიანად ტარდება, როცა სტაციონარში კეთილისმყოფელი გარემოა, კვება მრავალფეროვანია და დასვენება სასიამოვნოა, ასევე შემთხვევაში, როგორც წესი, პაციენტზე არავითარი იძულება აღარ არის საჭირო“ [12].

ერთდროულად 60-იან წლებში ევროპაში, შემდეგ კი ამერიკაშიც ფსიქიატრიის გარშემო განვითარდა უფრო დრამატული მოვლენები, რომლებიც თავისებურად წინ უსწრებდა ბიოეთიკის ზოგიერთ კონცეფციასა და სიუჟეტს. საუბარია ანტიფსიქიატრების მოძრაობაზე, რომლების ამტკიცებდნენ, რომ „ფსიქიური ავადმყოფობები“ არ არსებობს (არამედ არსებობს „მიკროსოციალური კრიზისული ვითარებები“); რომ ფსიქიატრიული დიაგნოზი (ძირითადად იგულისხმება შიზოფრენიის დიაგნოზი) – ეს „სოციალური დამლა“, აგრეთვე „ექიმ-ფსიქიატრის ექსტაზი“; რომ ფსიქიური ავადმყოფები არ არსებობენ, სამაგიეროდ არიან მხოლოდ „ანორმალური ინდივიდები“, რომლებსაც საზოგადოება ფსიქიატრების დახმარებით იზოლაციაში ამყოფებს; რომ ფსიქიატრია მეცნიერება არ არის, ხოლო ფსიქიატრები არ არიან ექიმები, არამედ „თეთრხალათიანი პოლიციელები“. ანტიჰოსპიტალური მოტივები ანტიფსიქიატრების მიერ გროტესკულ ხასიათს იღებს. მათი თვალსაზრისით ექიმ-ფსიქიატრთა მოღვაწეობის მთელი პრაქტიკა მიზნად ისახავს სოციალური ჯგუფის ზოგიერთი წევრის „გეჟად“ შერაცხვით მათ „მოცილებას“, „იზოლაციას“, „რეპრესიას“, „დისკრედიტაციას“. აქედან გამომდინარეობს ანტიფსიქიატრების პრაქტიკული პროგრამა: საავადმყოფოს განყოფილების „იერარქიულ-რეპრესიული“ ნებისმიერი ნიშნის მოშორება, პერსონალისთვის „ახალი როლების“ სწავლება, „ავადმყოფებისთვის“ „საკუთარი კრიზისის“ ახლებურად გაგების სწავლება. რეალური

ანტიფსიქიატრიული ექსპერიმენტები (დიდ ბრიტანეთში, გერმანიასა და სხვა ქვეყნებში) უპირველეს ყოვლისა ანგრევდნენ ფსიქიატრიული საავადმყოფოების ინსტიტუციონალურ წესრიგს, ასევე, ფსიქოტროპული სედაციური საშუალებების გამოყენების შეწყვეტას. ზოგიერთი ანტიფსიქიატრი არ თვლიდა სავალდებულოდ წინააღმდეგობა გაეწია ადამიანის თვითმკვლელობის განზრახვისათვის [5].

ანტიფსიქიატრიის სოციალური კონტექსტი ძალიან ახლოს აღმოჩნდა ანტიპატერნალისტურ იდეოლოგიასთან, რომელიც ბიოეთიკაში საბოლოოდ დამკვიდრდა ანტიფსიქიატრიის ჩამოყალიბებიდან ათწლეულების შემდეგ. ანტიფსიქიატრები ხსნიდნენ საკეტებს (პირდაპირი და გადატანითი მნიშვნელობით) ფსიქიატრიული საავადმყოფოების კარებებზე და ფანჯრებზე, ჩაკეტილ შიდა სივრცეს აღებდნენ, ამხელდნენ „საავადმყოფოს წესრიგს“, როგორც გაუცხოების აბსოლუტურ გარემოს.

ამერიკაში 60-70-იან წლებში ფსიქიატრიაში აქტიურად გატარებულ ახალ პოლიტიკა იყო ფსიქიატრიული საავადმყოფოების დეინსტიტუციონალიზაციის პოლიტიკა, რომელსაც უწოდებდნენ „10 წლიან შეტევას ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე“. ძირითადი მიზეზი მდგომარეობდა იმაში, რომ მაშინ ფსიქოზების სამკურნალოდ ფართოდ იყენებდნენ ფსიქოტროპულ საშუალებებს, რის გამოც ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში გადავსებული იყო ავადმყოფებით, რომლების დამკვიდრებული ტრადიციის გამო არ ეწერებოდნენ საავადმყოფოდან, თუმცა აღარ საჭიროებდნენ სტაციონარულ მკურნალობას. ძველი ფსიქიატრიული საავადმყოფოები კრიტიკას განიცდიდნენ მათი უზარმაზარი ზომების გამო, იმის გამო, რომ მოშორებულად მდებარეობდნენ პაციენტების საცხოვრებელი ადგილიდან, განსაკუთრებით კი დამოკიდებულების გამო, რომელიც პაციენტის მეურვეობაზე უფრო მეტად იყო ორიენტირებული, ვიდრე რეაბილიტაციაზე. აქ ყურადღება უნდა გამახვილდეს მედიცინაში ოდითგანვე ცნობილ ე.წ. ჰოსპიტალიზმის ფენომენზე. პინელისეული წარმოდგენა იმის შესახებ, რომ საავადმყოფოში მოთავსება უდაოდ სასარგებლოა სულით ავადმყოფებისთვის ბევრი მათგანისათვის მრავალწლიანი (ზოგჯერ მთელი ცხოვრების განმავლობაში) იზოლაციის მიზეზად იქცა საავადმყოფოს

პირობებში. შორსმჭვრეტელი კლინიციისტი-ექიმები აღნიშნავენ ჰოსპიტალიზმის ნეგატიურ მხარეებს: სოციალური აქტიობის დაკარგვას, სოციალური (განსაკუთრებით კი – ოჯახური) კავშირების გაწყვეტას, ემოციურ იზოლაციას, პათოლოგიური პროცესის ქრონიკულ გახანგრძლივებას და სხვა. პარადოქსულია, რომ თავის დროზე პინელი ამჩნევდა შეშლილების მიჯაჭვულ ყოფაში მათი მრავალი ავადმყოფური გამოვლინების მიზეზს და ასეთ ბარბაროსულ დამოკიდებულებას დაუპირისპირა პაციენტების მოთავსება და მკურნალობა საავადმყოფოში, თანაც მის მიერ და მისი თანამოაზრეების მიერ განსაზღვრული საავადმყოფოს შინაგანაწესი ამჟამად იმავე სახით არის შემორჩენილი. თანამედროვე დროში კი ჰოსპიტალიზმის ფენომენის გამო პაციენტთა უმრავლესობისათვის ავადმყოფური სიმპტომების მიზეზები დაუკავშირეს საავადმყოფოში მათ მიმართ მოპყრობის პირობებს და მკურნალობის ხანგრძლივ ვადებს. შიზოფრენიის მიმდინარეობისთვის დამახასიათებელი გამოსავალი (სპეციფიური „პიროვნული დეფიციტი ანუ დეფექტი“) ზოგიერთი ავტორის მიერ ახსნილი იყო, როგორც „სავადმყოფოსეული არტეფაქტი“, ე. ი. ჰოსპიტალიზმის გამოვლინება. რა თქმა უნდა, ეს გადაჭარბებაა, თუმცა ხაზს უსვამს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ჰოსპიტალიზმის ფენომენი ეთიკურ ასპექტში. საექიმო ჰუმანიზმის კონცეფცია, რომელიც დამყარებულია პაციენტისთვის სტაციონარული დახმარების გაფეტიშებულ დამოკიდებულებასთან და იცავს მხოლოდ ერთ პრინციპს - „არავითარი შეზღუდვა“, საბოლოოდ ავლენს ეთიკურ არასრულყოფილებას. ამავე დროს, შედეგი, რომელიც მოჰყვა ანტიჰოსპიტალური მოძრაობას ცალმხრივი აღმოჩნდა - აშშ-ში ფართომასშტაბიან მოძრაობას „ფსიქიატრია საავადმყოფოს პალატის გარეშე“, რომელმაც მთელი ქვეყნა მოიცვა, მოჰყვა სახელმწიფო ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მასიური დახურვა. იმავდროულად ყველგან იქმნებოდა „ფსიქიური ჯანმრთელობის საზოგადოებრივი ცენტრები“, რომლების ორიენტირებულნი იყვნენ ფსიქოპროფილაქტიკაზე, ამბულატორულ დახმარებაზე და მოკლევადიან ჰოსპიტალიზაციაზე. მას ახლდა მრავალი ნეგატიური სოციალური შედეგი. სულით ავადმყოფების ხარჯზე მკვეთრად მოიმატა უსახლკაროთა და მაწანწალათა რაოდენობამ (მაგალითად, აშშ-ს კონგრესის ბიბლიოთეკის თანამშრომლებისთვის

მოამზადეს „ინსტრუქცია“ თუ როგორ უნდა მოპყრობოდნენ ასეთ პირებს). მოკლევადიან ჰოსპიტალიზაციაზე აქცენტირებას მოჰყვა რეჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების გახშირება („ერთი და იმავე პირების ადლუმი“). დენსტიტუციონალიზაციის ძირითადი ნეგატიური შედეგი მდგომარეობდა იმაში, რომ ფსიქიატრიული დახმარების ახალი სისტემა უძლური აღმოჩნდა პაციენტების ყველაზე მძიმე კონტინგენტისათვის კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად. უკანასკნელ წლებში აშშ-ში განვითარება ჰპოვა ფსიქიატრიული დახმარების სხვადასვა ფორმებმა – ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაცია, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში ფსიქიატრიული მომსახურება და სხვა [4].

ამ ევოლუციის კონტექსტში საავადმყოფოს ფსიქიატრიის იდეისაკენ ნაწილობრივ უკან შემობრუნება (რეინსტიტუციონალიზაცია) ჩვენ წარმოგვიდგენია საჩვენებლად – ამგვარად პატერნალისტური ეთიკური დოქტრინა ფსიქიატრიაში გარკვეული აზრით შენარჩუნდა.

ანტიფსიქიატრიის იდეოლოგები ამ მოძრაობას უწოდებდნენ „მესამე რევოლუციას ფსიქიატრიაში“, პირველად თვლიდნენ „ალქაჯების პროცესების“ წინააღმდეგ მოძრაობას XVI—XVII საუკუნეებში, მეორე - „პინელის რეფორმა“. საბოლოო ჯამში ასეთი შეფასება აღმოჩნდა აშკარად გადაჭარბებული. ანტიჰოსპიტალური და ანტიფსიქიატრიული მოძრაობა წინ უსწრებდა ნამდვილ რევოლუციურ ცვლილებებს ფსიქიატრიაში 70-80-იან წლებში, როცა ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის სოციალური კონტექსტი ძირითადად განისაზღვრებოდა სულით ავადმყოფების სამოქალაქო უფლებების დაცვის იდეით.

XX საუკუნის ბოლო მესამედში სამართალდამცველი მოძრაობა ევროპული ცივილიზაციის საზოგადოებრივი თვითშეგნების თითქმის 500 წლიანი ჩამოყალიბების დამასრულებელ ეტაპად გადაიქცა, რომელიც დაიწყო რწმენის თავისუფლებისათვის ბრძოლის რეფორმაციით. 200 წლის შემდეგ ადამიანის ავტონომიის თავისუფლების ახალი კონცეფცია (მისი ღმერთთან დამოკიდებულების პიროვნული ხასიათი) XVIII საუკუნეში იძენს სეკულარისტულ ნიშნებს და, ამასთანავე, უნივერსალურ ხასიათს, რამაც ასახვა ჰპოვა ცნებაში „ადამიანის ბუნებრივი განუყოფელი უფლებები“. ეს

ცნება დაედო საფუძვლად პირველ კონსტიტუციურ ქარტიებს - „დამოუკიდებლობის დეკლარაცია“ (აშშ, 1776 წ.) და „ადამიანის და მოქალაქის უფლებების დეკლარაცია“ (საფრანგეთი, 1789 წ.). ევროპის ისტორიის მომდევნო 200 წლის განმავლობაში მათში ასახული ადამიანის თავისუფლების იდეალი კონკრეტულ ასახვას ჰპოვებს თანამედროვე დემოკრატიის ინსტიტუტებში, სოციალური პროგრამების როლის და მასშტაბების გაზრდაში, სოციალური აზროვნების დამახასიათებელ ცვლილებებში და ა. შ. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მართლშეგნების ფორმირებაში წარმოქმნილი ცვლილებები; კანონიერების ცნების: „რაც არ არის დაშვებული, ესე იგი აკრძალულია“ სანაცვლოდ ადგილი დაიკავა ახალმა ფორმულამ: „ის, რაც აკრძალული არ არის ე.ი. ნებადართულია“ [6]. მეორე მსოფლიო ომის დროს ფაშისტური დანაშაული კაცობრიობის წინააღმდეგ აღმოჩნდა თავისებური სოციალური ექსპერიმენტი, რომლის იდეოლოგიაც გახდა ადამიანის უფლებების იდეის „კონცეპტუალური ათვალწუნება“. გაეროს მიერ ომის შემდეგ მიღებული „ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია“ (1948 წ) მთელი კაცობრიობის თვითშეგნების გამოხატვა გახდა, რომელმაც გადაიტანა საკუთარი განადგურების რეალური მუქარა. დეკლარაცია საერთაშორისო სამართლის უმთავრესი დოკუმენტი გახდა, რომელიც აპელირებს პიროვნების უფლებებისა და თავისუფლებს იურიდიული გარანტიებით.

სამართალდაცვითი იდეოლოგია მნიშვნელოვანი ზემოქმედების მოხდენას ფსიქიატრიაზე 70-იანი წლების მიჯნაზე იწვევს. იმ დროისათვის უკვე მიაღწიეს აშკარა წარმატებებს სამოქალაქო უფლებებისათვის ბრძოლაში ნაციონალური უმცირესობის წარმომადგენლებმა, ინვალიდებმა, ფემინისტურმა მოძრაობამ და სხვა. ეს განსაკუთრებით დამახასიათებელია აშშ-ს ფსიქიატრიისათვის, სადაც უკვე 70-იანი წლების დასაწყისში სასამართლოები გადაიქცა თავისებურ ფორუმებად ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა სამოქალაქო უფლებების დასაცავად და შესანარჩუნებლად. ამერიკის ფსიქიატრიაში უფლებათა დაცვის მოძრაობის ტალღა შეერწყა ანტიჰოსპიტალურ მოძრაობას. ეს მოვლენები ვითარდებოდა ბიოეთიკური დისკუსიების ფონზე და ააშკარავებდა ფსიქიატრიული ეთიკური დილემებისა და მედიცინის თანამედროვე ეთიკურ-ჰუმანისტური პრობლემებისა მსგავსებას. 1972 წელს ამერიკის

საავადმყოფოების ასოციაცია პირველად მსოფლიოში იღებს „კანონპროექტს პაციენტის უფლებებზე“, რომელიც იწყებოდა სიტყვებით: „პაციენტს უფლება აქვს: 1. გულისხმიერი და პატივისცემით მოპყრობისა სამედიცინო დახმარების მიღებისას“. ანალოგიურად იწყება საერთაშორისო დოკუმენტი, რომელიც შეიცავს „მინიმალურ ეთიკურ ნორმებს“ ფსიქიატრიაში (მომზადებული გაეროს ადამიანის უფლებების ერთ-ერთი კომისიის მიერ): „ყველა პირს, რომელიც ფსიქიკური ავადმყოფობით არის შეპყრობილი, საჭიროა მის პიროვნულ ღირსებას ჰუმანურად და პატივისცემით მოექცნენ“ [7].

1995 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის შესახებ“. ეს არის მცდელობა რათა კანონმდებლობაში განხორციელდეს საერთაშორისო თანამეგობრობის მიერ ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლების აღიარებული სტანდარტები. კანონში ნათქვამია: „ყველა პირს, ვისაც ფსიქიკური დარღვევები გააჩნია გარანტირებული აქვს: პატივისცემით და ჰუმანურად მოპყრობა, ადამიანური ღირსების შელახვა დაუშვებელია“. თუ განვიხილავთ აღნიშნულ დებულებებს მხოლოდ მორალურ-ეთიკურ ჭრილში, მაშინ ისინი ანბანურია. ხოლო, თუკი მათ განვიხილავთ სამართლებრივ კონტექსტში, მაშინ შეიძლება შევადაროთ იმ ბერკეტს, რომლის მეშვეობითაც უკანასკნელ წლებში ხორციელდება რადიკალური ცვლილებები სოციალურ ფსიქიატრიაში. ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირები სოციალურად განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფს მიეკუთვნებიან, მათი პიროვნული ღირსების მიმართ პატივისცემით დამოკიდებულება, მათი მოქალაქეობრივი უფლებების დაცვა მოითხოვს სპეციალურ გარანტიებს, ე.ი. იგულისხმება სამართლებრივი ჰუმანიზმის თანამედროვე ფორმულა: „ის რაც აკრძალული არ არის, ე.ი. ნებადართულია“, საჭიროა კითხვის დასმა: რა არის აკრძალული ცივილიზებულ სამყაროში სულით ავადმყოფებთან მიმართებაში? პასუხი არატრივიალური იქნება, თუნდაც იმიტომ, რომ იურიდიული შინაარსისაა. სოციალური გაუცხოება, სტიგმატიზაცია, უფლებების გაუმართლებელი შეზღუდვა (მათ შორის დისკრიმინაცია, ექსპლოატაცია), გულგრილი ან ათვალწუნებული დამოკიდებულება, სულით ავადმყოფთა ადამიანური ღირსების შელახვა ნებისმიერი სხვა ფორმით – ყოველივე ეს

ამჟამად ექვემდებარება სამართლებრივ შეფასებას და რეგულაციას იურიდიული მექანიზმების მეშვეობით. საზოგადოებაში ფსიქიური აშლილობის მქონე პირთა განსაკუთრებული მოწვევადობის შესახებ გავრცელებული თეზისი გარკვეული გაგებით შეიძლება გავრცობილი იქნას ყველა „პრობლემურ ვითარებაზე“, რომელთა შესწავლითაც არის დაკავებული ბიოეთიკა. მართლაც, სულით ადავადმყოფთა, მომაკვდავთა, მოხალისეთა (რომლებზეც ახალი წამლები გამოიცდება), „სინჯარის ბავშვების“ და სხვათა სოციალურ, მორალურ და იურიდიულ პრობლემებს საერთო გააჩნიათ. საკვანძო „პრობლემურ ვითარებად“ ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას არანებაყოფლობითი მკურნალობა გვევლინება. XX საუკუნის შუამდე იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია სულით ავადმყოფთა უმრავლესობისათვის უდაო სოციალურ ნორმად ითვლებოდა. როგორც ინგლისელი ფსიქიატრი ტ. მოდელი წერდა: „შემიღებები საზოგადოების ხმათა უმრავლესობით გარიცხულნი არიან ადამიანთა გარემოდან“ [8].

ამავე დროს სხვადასხვა ქვეყნებში უსაფუძვლო ჰოსპიტალიზაციის წინააღმდეგ პერიოდულად ჩნდებოდა პროტესტი რომელიმე პაციენტის მხრიდან, თითქმის ყოველთვის არსებობდა უნდობლობა სამედიცინო დასკვნის მიმართ, რის საფუძველზეც ხდებოდა ადამიანის მოთავსება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, იკიცხებოდა ნათესავების გადაჭარბებული როლი ასეთ ვითარებებში.

არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები ეთიკურ-იურიდიული გაგებით ტიპური „პრობლემური ვითარებაა“, ვინაიდან პაციენტისთვის უზრუნველყოფილი უნდა იქნას სპეციალური გარანტიები მისი სამოქალაქო უფლებების დაცვისთვის. ნათელია, რომ არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციას ადგილი აქვს იმ პირებთან მიმართებაში, ვისაც ღრმა ფსიქიური დარღვევები აქვთ, რაც სერიოზულად აზიანებს აზროვნების, რეალობის შეფასების და ქცევის უნარს. ასეთი პირების სამოქალაქო უფლებების დაცვა და გარანტია უფრო მეტად „პროტეზირებას“ ჰგავს იურიდიულ-საპროცესო მექანიზმების გამოყენებით. პირველ რიგში, ნებაყოფლობითი მკურნალობის პრინციპული უფლება აღიარებულია ყველა პაციენტისთვის, ანუ ნებისმიერი ჰოსპიტალიზაციის დროს ექიმი ვალდებულია ჯერ (გამონაკლისია იურიდიულად

დადგენილი შეურაცხაობის შემთხვევები) გამოითხოვოს „პაციენტის თანხმობა“. მეორეც, პაციენტს არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციისას რჩება უფლება (როცა მისი ფსიქიური მდგომარეობა შეიცვლება) გადავიდეს სხვა მორალურ-იურიდიულ სტატუსში – როგორც ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი და მაშინ მისი „უარის გაცხადება მკურნალობაზე“ ავტომატურად გამოიწვევს სტაციონარიდან გაწერას.

მესამეც, ავადმყოფის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არანებაყოფლობით მოთავსების ნებისმიერი შემთხვევა დასაშვებია მხოლოდ კანონიერების მკაცრი დაცვით, რაც განსაზღვრულია სამედიცინო-კლინიკური და იურიდიული სტანდარტებით, სულ უფრო მეტად იძენს საყოველთაო მნიშვნელობის ხასიათს და აღიარებულია მთელი საერთაშორისო საზოგადოების მიერ.

კანონში „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნებაყოფლობითობის პრინციპი ყველა სხვა ნორმაზე მაღლა დგას, ანუ საკვანძოა. „კანონში ჯანდაცვის შესახებ“ (1971 წ.) 56-ე მუხლში ნათქვამია: „ფსიქიური ავადმყოფები ექვემდებარებიან აუცილებელ მუდმივ დისპანსერულ დაკვირვებას და მკურნალობას“. მაშინ საექიმო პატერნალიზმი უსაზღვროდ იყო გაზრდილი სახელმწიფო პატერნალიზმით, რაც ქმნიდა განსაკუთრებულად ხელსაყრელ პირობებს სტიგმატიზაციისა და სოციალური გაუცხოებისათვის ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის. ტოტალური „აღრიცხვიანობის“, „კონტროლის“, დაკვირვების“ სისტემაში (სტაციონარის გარეთაც კი) პაციენტის მიმართ უპატივცემულო დამოკიდებულება იყო რაღაც „დავალებული პროგრამა“, ხოლო ექიმის, მედპერსონალის პროფესიული საქმიანობა განწირული იყო დეჰუმანიზაციისთვის.

ფსიქიატრიული სამსახურის ლიბერალიზაცია ჩვენს ქვეყანაში 1988 წლიდან დაიწყო. „დებულება ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის პირობების და წესის შესახებ“ - ამ დოკუმენტმა ფაქტიურად გააუქმა 56-ე მუხლი, ვინაიდან ფსიქიატრიული დახმარების ძირითად პრინციპად ნებაყოფლობითობა გადაიქცა. დებულების მოქმედების პირველივე წელს ყოფილ საბჭოთა კავშირში დისპანსერული ფსიქიატრიული აღრიცხვიდან მოხსნილი იყო ერთ მილიონ ადამიანზე მეტი, ხოლო მიმართვები ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში გაიზარდა 3,5-ჯერ. 1989 წლის

განმავლობაში იძულებითი ჰოსპიტალიზაციის რიცხვი შემცირდა 40-60%-ით. „დებულება“ (1988 წ.) დროებითი დოკუმენტი იყო, რომლის მოქმედებაც განსაზღვრული იყო ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონის მიღებამდე. დებულების გარდამავალი ხასიათი გამოვლინდა არა მარტო იმაში, რომ მისი მომზადება ჯერ კიდევ უწყებრივი ხასიათის მატარებელი იყო, არამედ ის კრიტიკაც, რომელიც მან გამოიწვია იურისტებისა და ფსიქიატრების მხრიდან. კანონის მიღებამდე მოქმედი დებულების თანახმად არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია (ავადმყოფის ან მისი ნათესავის თანხმობის გარეშე) ხდებოდა ექიმ-ფსიქიატრის გადაწყვეტილებით, თუკი ავადმყოფი თავისი ფსიქიკური მდგომარეობის მიხედვით უქმნიდა უშუალო საფრთხეს საკუთარ თავსა და გარშემომყოფთ. სტაციონარში დღეღამის განმავლობაში (დასვენების დღეების ჩათვლელად) ეს გადაწყვეტილება უნდა დაემოწმებინა (ან შეეცვალა – როცა პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გაწერილიყო) ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის მიერ. თუ პაციენტი ან მისი ნათესავი დასკვნას არ ეთანხმება, მაშინ აპელირების უფლება ჰქონდათ მთავარ ფსიქიატრთან (რაიონის, ქალაქის და ა.შ.). იურისტების კრიტიკა სწორედ ამ გარემოების წინააღმდეგ იყო მიმართული: არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის კონტროლი ხორციელდება მხოლოდ უწყებრივად. ამ წესის საპირისპიროდ „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონში“ გათვალისწინებულია, რომ პირველი 24 საათის განმავლობაში სტაციონარში დაყოვნების შემდეგ არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის საფუძვლის დასაბუთების შემდეგ ექიმთა კომისიის დასკვნა გადაეცემა სასამართლოს პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.

რაც შეეხებათ ფსიქიატრებს, ისინი თავიანთ კრიტიკაში აღნიშნავენ, რომ „უშუალო საფრთხის“ კრიტერიუმი არაფრით არ შეიძლება იყოს პაციენტების არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის ერთადერთი საფუძველი. მხოლოდ ამ კრიტერიუმიდან გამომდინარე, ჩვენ ვტოვებთ მკურნალობის გარეშე იმ პაციენტთა მრავალრიცხოვან ჯგუფს, რომლებიც ფსიქიური აშლილობების გამო არ აცნობიერებენ მკურნალობის აუცილებლობას, ამასთანავე შეიძლება უკიდურესად დეზორიენტირებულნი იყვნენ სოციალურ გარემოში, სავსებით დაკარგონ (ან

თითქმის მთლიანად) უნარი დამოუკიდებლად დაიკმაყოფილონ საკუთარი ძირითადი სასიცოცხლო მოთხოვნები.

ფსიქიურად დაავადებულთა სამოქალაქო უფლებების პრობლემა უფრო რთულია, ვიდრე, მაგალითად, ინვალიდებისათვის დაცვის და უფლებების გარანტიის უზრუნველყოფა. როცა საქმე ეხება სულით ავადმყოფთა მნიშვნელოვან ნაწილს, ავადმყოფობით შეზღუდული თავისუფლება პრაქტიკულად ხშირად ილუზორული აღმოჩნდება. თანამედროვე ფსიქიატრიაში სულით ავადმყოფთა თავისუფლების უზრუნველყოფა მაქსიმალურად შესაძლებელი ზომით მათი სამოქალაქო უფლებების ტოლფასია, რომელთაგანაც უმთავრესია „მკურნალობის უფლება“.

ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციის თანამედროვე სისტემების საფუძველს საექიმო პატერნალიზმის პარადიგმასთან და იურიდიული კონტროლის პარადიგმასთან ერთად (კანონიერების პატივისცემა) წარმოადგენს ფსიქიურად დაავადებულ პირთა სამოქალაქო უფლებების დაცვის და გარანტიის პარადიგმა. ახლა შეიძლება კონკრეტულად განისაზღვროს რაში მდგომარეობს სოციალური და ჰუმანისტური ურთიერთობების პროგრესი თანამედროვე საზოგადოებასა და სულით ავადმყოფთა შორის. თუ ვიგულისხმებთ მხოლოდ ფსიქიატრიის ძირითად „პრობლემურ ვითარებას“ (ზოგიერთ შემთხვევებში სამკურნალო ან უსაფრთხოების მიზნით იძულების გარდაუვლობა), მაშინ პროგრესი მდგომარეობს უფრო სრულყოფილი მექანიზმის ძიებაში იმ ორი კატეგორიის ავადმყოფებს შორის განმასხვავებელი ნიშნების შექმნაში, რომელთაგანაც ერთნი იღებენ ნაბაყოფლობით დახმარებას, ხოლო მეორენი – იძულებითს. აღნიშნული მექანიზმის მოქნილობა ვლინდება პირველ რიგში იმ განსაკუთრებულ როლში, რომელიც შეიძინა პაციენტსა და ექიმს შორის ისეთი ურთიერთობის რეგულაციაში, როგორცაა „ინფორმირებული თანხმობის“ და „მკურნალობაზე უარის გაცხადების“ ცნებამ. ეს ცნებები ნებაყოფლობითი მკურნალობის პრინციპიდან წარმოიქმნება, რომელიც ფსიქიატრიაში იძენს დამატებით აზრს - „კომპეტენტურობის, შერაცხადობის პრეზუმფციის“. ეთიკურ-იურიდიული

მექანიზმი, რომელზეც აქ არის საუბარი, არის პერმანენტული აპელაცია სულით ავადმყოფის გონივრულობასთან, კეთილგონიერებასთან, მორალური ავტონომიასთან ფსიქიატრიულ სამსახურებთან მისი ურთიერთმოქმედების მთელ სივრცეში. უკვე 1959 წელს ინგლისში კანონში ფსიქიური ჯანმრთელობის შესახებ ავადმყოფისგან თანხმობის მიღების მოთხოვნა ფსიქიატრიული მკურნალობის დანიშვნის თითოეულ შემთხვევაში განისაზღვრა, როგორც პაციენტის სამართლებრივი დაცვის „ქვაკუთხედი“. აშშ-ში ავადმყოფის მართებული ინფორმაციით უზრუნველყოფის დოქტრინამ დამკვიდრება დაიწყო 60-იან წლებში, როგორც ფსიქიატრიაში, ასევე სხვა კლინიკურ სფეროებშიც, მაგალითად, ონკოლოგიაში. მომდევნო ორ ათწლეულში „ინფორმირებული თანხმობის“ ცნებამ შეიძინა დამატებითი აქტუალობა ბიოეთიკის კონტექსტში - ტერმინალური ავადმყოფების მიერ „მკურნალობაზე უარის გაცხადების“ პრობლემასთან დაკავშირებით (პასიური ევთანაზია), თანხმობის მიღებასთან დაკავშირებით დონორის ორგანოთა მიღებაზე და სხვა.

ამჟამად მართებულობის ნორმა ცენტრალურად ითვლება ამერიკის სამედიცინო აკადემიისა და ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის სამედიცინო ეთიკაში. და შეიძლება ითქვას და რაღაც მნიშვნელოვან ასპექტში შეესაბამება ამერიკელების რაციონალურ მენტალიტეტს. ჩვენს ქვეყანაში ექიმთა უმეტესობა ინარჩუნებს პაციენტთან ურთიერთდამოკიდებულების ტრადიციულ პეტარნალისტურ მოდელს, კერძოდ, მიაჩნია, რომ ეთიკურად გამართლებულია სამედიცინო პრაქტიკაში „მხსნელი ტყუილის“ დოქტრინა. ეს კონცეპტუალური პოზიცია, სამწუხაროდ, ერწყმის ჩვენი ექიმების საკმაოდ ფართოდ გავრცელებულ სამართლებრივ და ეთიკურ ნიჰილიზმს, მათთვის პაციენტების ინფორმირების საკითხი იშვიათად ექვემდებარება რეფლექსიას. სამამულო ონკოლოგებსა და ჰემატოლოგებს (სხვა ექიმებთან შედარებით ისინი უფრო ღრმად გაიაზრებენ ავადმყოფების ინფორმირების მნიშვნელობას) გააჩნიათ ტენდენცია შეატყობინონ პაციენტს იმ ავთვისებიანი სიმსივნის ან სისხლის ავადმყოფობის დიაგნოზი, რომლებიც მკურნალობას ექვემდებარებიან [39]. იმავე პრობლემის გადაწყვეტა

ფსიქიატრიაში შეიძლება რევოლუციურადაც კი ჩაითვალოს. კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ პაციენტის კონკრეტული უფლებების ჩამონათვალი მოიცავს შემდეგს:

- 1) პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს მისთვის გასაგები ფორმით და მისი ფსიქიური მდგომარეობის შესაბამისად ინფორმაცია ფსიქიური აშლილობის ხასიათის და მკურნალობის მეთოდების შესახებ;
- 2) წინასწარ თანხმობის გაცხადების უფლება მკურნალობის დაწყების წინ (იმ შემთხვევების გარდა, რომელიც გათვალისწინებულია აღნიშნულ კანონში);
- 3) მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება (ასევე იმ შემთხვევების გარდა, რომელიც გათვალისწინებულია აღნიშნულ კანონში).

„ინფორმირებული თანხმობის“ პრობლემა ბიოეთიკისთვის საყოველთაოა, მისი ნორმატიული შინაარსი დეტალურად შემუშავდა. ფსიქიატრიაში პაციენტის თანხმობის მიღება ნებისმიერ ჩარევაზე (ჰოსპიტალიზაცია, გამოკვლევების ან მკურნალობის რაიმე საშუალებების დანიშვნა) გააჩნია შემდეგი ასპექტები:

პირველი, ინფორმაცია, რომელიც ექვემდებარება ეთიკურ-იურიდიულ რეგულაციას, არის ცნობები ავადმყოფობის შესახებ, ავადმყოფობის სიმპტომების მნიშვნელობა; დიაგნოზი და პროგნოზი; გეგმა, მკურნალობის ხანგრძლიობა და მასთან დაკავშირებულ რისკი და ა.შ. მეორეც, ამ დროს ექიმის პოზიციის ეთიკურ-იურიდიული საფუძველი ასეთია: პაციენტისგან „ინფორმირებული თანხმობის“ მიღება – ეს ექიმის მოვალეობაა; პაციენტისათვის მიწოდებული ინფორმაცია უნდა იყოს სრული და ამომწურავი, ავადმყოფის კითხვებზე პასუხების გაცემის ჩათვლით; განსაკუთრებით საშიში სახის მკურნალობის გამოყენება, ან ისეთი მეთოდებისა, რომლებსაც შეუძლიათ გამოიწვიონ შეუქცეველი ცვლილებები, ასევე ფსიქიატრიაში კლინიკურ ექსპერიმენტზე თანხმობა მოითხოვს სულთ ავადმყოფთა უფლებების დაცვის დამატებით გარანტიებს და ა.შ. მესამეც, პაციენტის პოზიციის ეთიკურ-იურიდიული საფუძველი ასეთია: „ინფორმირებული თანხმობა“ - ეს კომპეტენტური პაციენტების უფლებაა; მათი თანხმობა გააზრებული და ნაბაყოფლობითი უნდა

იყოს, ანუ მიღებული მუქარის, იძულების და მოტყუების გარეშე; პაციენტმა თანხმობა შეიძლება უარით შეცვალოს; სამედიცინო პროცედურაზე პაციენტის მიერ უარის გაცხადებამ არ უნდა იმოქმედოს ავადმყოფის მდგომარეობასა და მისდამი დამოკიდებულებებზე მედპერსონალის მხრიდან და სხვა.

ბიოეთიკური დილემების გადაწყვეტის იურიდიული და დეონტოლოგიური ფორმულები აქაც ღიად ტოვებს სამეცნიერო ლიტერატურაში არსებულ თეორიულ საკამათო საკითხებს. მაგალითად, ინგლისელი ექიმები სხვანაირად უდგებიან მოთხოვნას პაციენტისთვის სრული და ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდების შესახებ ამერიკელებისგან განსხვავებით. ზოგჯერ „ინფორმირებული თანხმობის“ ცნებას უპირისპირდება „რეალური თანხმობის“ ცნება, ანუ მიღებული არა ყველა პროცედურული მოთხოვნის პედანტური დაცვით, არამედ საკმარისი და გასაგები ინფორმაციით ავადმყოფის მდგომარეობის შესაბამისად. ინფორმირებული თანხმობის ინსტიტუტის განსაკუთრებული მნიშვნელობის აღიარებით წინააღმდეგობების გადაწყვეტისთვის ზოგადი მიდგომა უნდა გამომდინარეობდეს საექიმო ვალის კონცეპციიდან.

პაციენტის უფლება მკურნალობაზე უარის გაცხადებაზე წარმოადგენს თითქმის ყველაზე დრამატული ბიოეთიკური დილემების პირველწყაროს. მაგალითად, მომაკვდავი პაციენტის მიერ უარის გაცხადება მკურნალობაზე წარმოადგენს მის არჩევანს პასიური ევთანაზიის სასარგებლოდ. ერთის მხრივ, მკურნალობაზე უარის გაცხადების უფლება აქაც წარმოადგენს საყოველთაოდ აღიარებულ ეთიკურ-ჰუმანისტურ ფასეულობას და იურიდიულ-სამართლებრივ ნორმას, რომელიც შეესაბამება აღიარებულ საერთაშორისო სტანდარტებს. მეორეს მხრივ, ამ ნორმის გამოყენება ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას არა მარტო მნიშვნელოვნად ართულებს ექიმ-ფსიქიატრების მუშაობას, არამედ ყველგან ისევ უფრო აქტუალური გახდა საფრთხის პრობლემა, რომელსაც უქმნიან საკუთარ თავსა და გარშემომყოფებს ზოგიერთი სულით ავადმყოფი.

ფორმალურ-ლოგიკური თვალსაზრისით, მკურნალობაზე „თანხმობა“ და „უარი“ - ეს ერთი და იგივე საკითხია, რომელიც ან დადებითად გადაწყდება ან

უარყოფითად. რეალურად კი, ეს ბევრად განსხვავებული სოციალური გადაწყვეტილებებია, კლინიკური ვითარებები და პაციენტის მორალურ-ფსიქოლოგიური მდგომარეობები. მკურნალობაზე „თანხმობა“ - ეს ჯერ კიდევ (უპირატესად) ქცევის მოტივების სფეროა, მკურნალობაზე „უარი“ - ეს უკვე საქციელია.

მკურნალობაზე უარის გაცხადებას აქვს მრავალი კონკრეტული ნიუანსი – სოციალური, სამედიცინო-კლინიკური, იურიდიულ-სამართლებრივი, საექიმო-ეთიკური და ფილოსოფიურ-კულტურული კუთხითაც. როცა რომანტიკული დამოკიდებულებები სუფევდა სამართალდაცვითი იდეებისადმი ამერიკულ ფსიქიატრიაში (70-იანი წლები) არანებაყოფლობითი მკურნალობის ჩვენებები უკიდურესად შეზღუდული იყო (და იურიდიულად განისაზღვრებოდა, როგორც „მნიშვნელოვანი ალბათობა აგრესიის, თვითზიანისა, ან სუიციდის“), ბოსტონის სახელმწიფო ჰოსპიტლის ორ მსხვილ სტაციონარულ განყოფილებაში ავადმყოფების იზოლაციაში მოთავსების აუცილებლობა მკვეთრად გაიზარდა. ზოგან კი ამერიკაში ფსიქიატრია რეგრესიას განიცდიდა და „ნეიროლექტიკებამდელ ერაში“ ჩარჩა.

ლიტერატურაში დისკუსიები იმართება სულითავადმყოფთა უფლებაუნარიანობის „სპეციფიკური შეზღუდვების“ გამო, როცა შეიძლება ჩაითვალოს, რომ პაციენტს შენარჩუნებული აქვს სხვა სამოქალაქო უფლებები, მაგრამ იმავე დროს – ჩამორთმეული აქვს უფლება მკურნალობაზე უარის გაცხადების. საქმე იმაშია, რომ ზოგიერთ სულითავადმყოფს შეიძლება უპირატესად დაკარგული ჰქონდეს უნარი შეაფასოს მკურნალობის მეთოდები, რისკი და სარგებლობა, ისევე, როგორც უნარი შეაფასოს ავადმყოფობა (ანოზოგნოზიის ფენომენი – პაციენტის მიერ ავადმყოფობის უარყოფა მთლიანობაში ან ცალკეული გამოვლინებები).

ფსიქიატრიაში პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის გაცხადების უფლების განხილვისას ახალი ასპექტები წარმოიქმნება პასუხისმგებლობის პრობლემის გამო. კანონში „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნათქვამია, რომ პაციენტს,

რომელმაც უარი განაცხადა მკურნალობაზე, ექიმი ვალდებულია აუხსნას შესაძლო შედეგები, თანაც მკურნალობაზე უარის გაცხადება შეიძლება პაციენტის გაწერის საფუძველი გახდეს. საზოგადოებისთვის საშიში მოქმედებების ჩაღწევის შემთხვევაში ასეთი პაციენტის მიერ, დოკუმენტურად დადასტურებული ფაქტი მისი გაფრთხილების შესახებ ექიმის მიერ მკურნალობაზე უარის გაცხადების ან შეწყვეტის გადაწყვეტილების არაგონივრულობაზე, იძენს განსაკუთრებით მნიშვნელობას მართლმსაჯულებისათვის. აშშ-ში კანონი საერთოდ ზღუდავს ექიმის პასუხისმგებლობას გაწერილი ავადმყოფის მიერ აგრესიისათვის ან სუიციდის ჩაღწევისათვის.

ბოლოს, მკურნალობაზე უარის გაცხადების პრობლემას აქვს კიდევ ერთი ასპექტი, სამედიცინო სტანდარტების თვალსაზრისით, ფსიქიატრიაში მკურნალობაზე უარის გაცხადების ზოგიერთი ფაქტი შეფასებულია, როგორც არაგონივრული, ხოლო სოციალური და იურიდიული სტანდარტების თვალსაზრისით – საშიში. თუმცა, ამით სრულად არ ამოიწურება ამ საკითხის არსი? კლინიკურ ფსიქიატრიაში დასტურდება, რომ ცალკეულ შემთხვევებში, როცა პაციენტის მიერ უკვე კრიტიკულად ფასდება ავადმყოფური შეტევა, პაციენტმა შეიძლება ამჯობინოს ფსიქოზური განცდები იმ სიმძნელებს, რაც უკავშირდება ფსიქიატრიულ მკურნალობას, ან თუნდაც გამოჯანმრთელების პროცესს. ეს გარემოება მით უმეტეს არ შეიძლება ყურადღების გარეშე დარჩეს, მაშინ, როდესაც ზოგადი მედიცინის პრაქტიკაში მკურნალობაზე უარის გაცხადება, ვთქვათ, რელიგიური მოსაზრებებით, იკიცხება საზოგადოების ერთი ნაწილის მიერ, სამაგიეროდ გამართლებულია მეორე ნაწილის მიერ. თანამედროვე მედიცინაში „ინფორმირებული თანხმობის“ და „მკურნალობაზე უარის გაცხადების“ ცნებების განსაკუთრებული როლი განისაზღვრება არა მარტო სამართალდამცავი აქტიობის გაძლიერებით ჯანდაცვის სფეროში, არამედ ბოლო პერიოდის დამახასიათებელი იატროგენული (ექიმის მიერ გამოწვეული ავადმყოფობა) პრობლემის საგანგაშოდ გავრცელება. საკმარისია აღვნიშნოთ ისეთი იატროგენული ფაქტორი, როგორცაა ზოგიერთი წამლის გაუმართლებელი და

არარაციონალური გამოყენება (არსებობს ე.წ. „წამლისმიერი ავადმყოფობა“), რათა გარკვევით დაგინახოთ, რომ XX საუკუნის მედიცინაში პრინციპი - არ ავნო“ უფრო მეტად აქტუალურია.

ფსიქიატრიაში მრავალ იატროგენული ფაქტორთაგან პირველ ადგილზე ისევ რჩება ჰოსპიტალური ტრავმა – თვით ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ნეგატიური ზემოქმედება ბევრი პაციენტის თვითშეგრძნებაზე, ცხოვრების ხარისხზე. ამასთან დაკავშირებით ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციის თანამედროვე პრინციპების სისტემა მოიცავს კიდევ ერთ მნიშვნელოვან პრინციპს – სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა ყველაზე ნაკლებად შემზღვეველ პირობებში (ანუ, როგორც უწოდებენ საზღვარგარეთის ლიტერატურაში, „უმცირესი შემზღვევის ალტერნატივა“).

აღნიშნული პრინციპის კონტექსტში ძირეულად იქნა ხელახლა გააზრებული ფსიქიატრიული სტაციონარის დანიშნულება. მისი ფუნქცია მდგომარეობს არა მარტო საშიშ პაციენტთა იზოლაციაში, არამედ მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა დაკმაყოფილებაში, მათთვის ვინც აქ სამედიცინო დახმარებას იღებს სამოქალაქო უფლებების გათვალისწინებით. იზოლაციის და შემზღვევის ზომებიც შეიძლება გამოყენებული იყოს მინიმალურად. კანონში „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნათქვამია: „როცა ექიმ-ფსიქიატრის აზრით სხვა მეთოდებით შეუძლებელია პაციენტის მოქმედებების აღკვეთა, რომლებიც წარმოადგენენ უშუალო საფრთხეს საკუთარი თავისთვის და სხვა პირებისთვის ფიზიკური შემზღვევის და იზოლაციის ზომები არანაბაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციისა და ფსიქიატრიულ სტაციონარში დაყოვნების დროს გამოიყენება მხოლოდ ასეთ შემთხვევებში, გარკვეული ფორმით და დროით და ხორციელდება სამედიცინო პერსონალის მუდმივი კონტროლის ქვეშ“. სხვა სიტყვებით, იზოლაციის ან შემზღვევის ზომების გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ „დროის ჩართული მრიცხველით“, „ეთიკური მონიტორინგის“ პირობებში, მუდმივად დამოწმებით, რომ სხვა გონივრული ალტერნატივა პაციენტის არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით უბრალოდ არ არსებობს. „უმცირესი შემზღვევის ალტერნატივის“ პრინციპის

გამოყენების რეალური გამოცდილება საზღვარგარეთის ფსიქიატრიაში საშუალებას აძლევს ზოგ ავტორს გარკვეულად კატეგორიული იმპერატივი ჩამოაყალიბოს: „არავინ არ შეიძლება იზოლირებული იყოს რამდენიმე დღეზე მეტ ხანს, საერთოდ, იზოლაციამ შეიძლება გასტანოს რამდენიმე წუთს ან საათს“. სამწუხაროდ, სამამული ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, სადაც ჯერ კიდევ ბევრი განყოფილების კარი კვლავ ჩარაზულია და „დროის მრიცხველი“ ჯერ კიდევ არ არის ჩართული. არც თუ იოლი ვითარება ყალიბდება: კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ უკვე მიღებულია, დროა ანჯამების ნაცვლად ექიმებსა და მედპერსონალმა დაიცვას იგი.

ერთი შეხედვით, „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივის“ პრინციპი ფსიქიატრიის ისტორიისთვის ახალი არ არის. პინელის რეფორმის შემდეგ ღია კარის სისტემას კორსაკოვი უწევდა პროპაგანდას თავის „ფსიქიატრიის კურსში“ 1900 წელს. „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივა“ ჩართულია სრულიად ახალ სოციალურ, მსოფლმხედველურ და ეთიკურ-იურიდიულ კონტექსტში. ამჟამად ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციებში ექიმისა და იურისტის ნაცნობი როლების გარდა არანაკლებ აქტიური ხდება თვით პაციენტის როლიც. ამიტომ სრულიად არასწორია „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივის“ პრინციპის დაყვანა მხოლოდ პინელისა და კონოლის იდეებამდე, ვინაიდან სრული სახით ეს პრინციპი უპირველეს ყოვლისა ასახავს სულით ავადმყოფთა იურიდიულ-პროცედურულ უფლებებს მათი ურთიერთობისას ფსიქიატრიულ სამსახურებთან. თანახმად კანონისა „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პაციენტებს უფლება აქვთ ცენზურის გარეშე დაწეროს საჩივარი და განცხადება, ადვოკატს ან მოძღვარს განცალკევებით შეხვდნენ და სხვა. (სულ 12 იურიდიულად გარანტირებული უფლება). ფრანგი (პინელის მიმდევრების) და ინგლისელი (კონოლის მიმდევრებისათვის) ფსიქიატრების დისკუსიის საგანი ოდითგანვე იყო „დამაწყნარებელი პერანგის“ გამოყენების დაშვება თუ აკრძალვა. ფრანგი ექიმების ერთ-ერთი არგუმენტი ძალიან თანამედროვედ ჟღერს: „დამაწყნარებელი პერანგის“ გარეშე ზოგიერთ პაციენტს სჭირდება საკმაოდ დიდი

დღონით ნარკოტიკული საშუალებები, ხოლო ეს სხვა არაფერია, თუ არა „ქიმიური შეზღუდვა“. „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივის“ პრინციპის შინაარსში ჩადებულია კიდევ ერთი ასპექტი – პაციენტების დაცვა გადამეტებული მკურნალობისგან, ვინაიდან თანამედროვე ფსიქიატრიაში გამოიყენება ისეთი მეთოდები და საშუალებები, როგორებიცაა შოკური თერაპია, ძლიერმოქმედი ფსიქოტროპული საშუალებების დიდი არსენალი და სხვა.

ფსიქიური ავადმყოფობების ისტორიაში მრავალი მაგალითი არსებობს, როცა შემლილობას, სიშმაგეს, სიგიჟეს, ირაციონალურს ექიმები ცდილობდნენ დაეპირისპირებინათ თერაპიული საშუალების სახით რაიმე ექსტრემალური, ხოლო სამკურნალო ეფექტის ახსნა (ნამდვილისა თუ გამოგონილის) დაიყვანებოდა, როგორც წესი, ასევე ირაციონალურად. ჯერ კიდევ პინელმა, რომელიც ფსიქიატრიის რეფორმას ატარებდა, მტკიცედ უარყო მანამდე ფართოდ გამოყენებული „უხეში მკურნალობა, ზოგჯერ სასიკვდილოც“ - მასიური განმეორებითი სისხლის გამოშვება, ძლიერი ღუმე, ცივი ვანები, თავზე ყინული. 1935 წელს პორტუგალიელი ფსიქიატრის ე. მონიშის მიერ პირველად ჩატარდა დაუოკებელ სულით ავადმყოფზე ყველაზე ცნობილი ფსიქოქირურგიული ოპერაცია – ლობოტომია (თავის ტვინის შუბლის წილებების გამტარი ბოჭკოების გადაკვეთა). განსაკუთრებით დიდი გავრცელება ლობოტომიამ ჰპოვა 40-50-იან წლებში. აშშ-ში ზოგი ქირურგი დღეში 50-მდე ოპერაციას აკეთებდა (ზოგჯერ ამბულატორიის პირობებში). თუმცა, მალე ძალიან სერიოზული გართულებები – ეპილეფსიური გულყრები, პაციენტის ქცევის გაუთვალისწინებელი ცვლილებები - „უსაზღვრო ინერტულობა“ ან „მუდმივი ზეაქტიობა“ აღინიშნებოდა [13].

ჩვენს ქვეყანაშიც იყენებდნენ ლობოტომიას, მაგრამ გაცილებით მცირე მასშტაბით. 30-იან წლებში დაიწყო ფსიქიური აშლილობების მკურნალობის შოკური მეთოდების ფართოდ გამოყენება. ფსიქოტროპული სამკურნალო საშუალებების (50-იან წლებიდან) გამოყენების დაწყებას მოჰყვა მათი შეზღუდვა, მაგალითად, ელექტოგანმუხტვითი თერაპია (შოკური თერაპიის ერთ-ერთი

მეთოდთაგანი) ინიშნებოდა მძიმე დეპრესიების დროს, რომლებიც ცუდად ექვემდებარებოდა მედიკამენტურ მკურნალობას. თუ რამდენად აქტუალურია მკურნალობის აღნიშნული მეთოდის გამოყენების მკაცრი ეთიკურ-იურიდიული რეგულაცია, მოწმობს შემდეგი: სულ რაღაც 20 წლის წინ „ფსიქიატრიის ცნობარში“ [14] ავტორი მკითხველს აუღელვებლად აწვდიდა ინფორმაციას, რომ ელექტოგანმუხტვითი თერაპიის გართულებებს შორის „ქირურგიული გართულებები“ ყველაზე ხშირია – გრძელი ლულოვანი ძვლების, ძალების მოტეხილობები (!), ქვედა ყბის, მხრისა და სხვა სახსრების ღრძობა. „ფსიქიატრიის ცნობარის“ ავტორების ემოციური აუღელვებლობა ასახავდა გარკვეულ მსოფლმხედველობით პოზიციას - საექიმო პატერნალიზმისა და პანკლინიციზმის სწორხაზოვნებას, რითაც დავიწყებას მიეცა უძველესი სამედიცინო-ეთიკური მაქსიმა: „წამალი ავადმყოფობაზე მწარე არასოდეს არ უნდა იყოს“.

ძლიერმოქმედი ფსიქოტროპული წამლების გამოყენება ასევე ხშირად იწვევს საკმაოდ სერიოზულ იატროგენულ გართულებებს – წონასწორობის დაკარგვას, მოძრაობის დარღვევებს და სხვა. ცალკეულ შემთხვევებში ვითარდება ნეიროლეპტიკური სინდრომი, რომლის დროსაც სიკვდილის ალბათობა აღწევს 15-30%-ს. (სხვადასხვა მონაცემებით 0,4-14%).

ჩვენს ქვეყანაში ფსიქიატრიული მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების გამოყენების სამართლებრივი რეგულაციისთვის პირველი ნაბიჯები 1989 წელს გადაიდგა (საზღვარგარეთის მდიდარი გამოცდილების გაზიარებით), მაშინდელი ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ სპეციალური ბრძანების საფუძველზე გათვალისწინებული იყო პაციენტის ან მისი ნათესავის თანხმობის აუცილებლობა მკურნალობის შოკური მეთოდების და სულფოზინოთერაპიის (ძალიან მტკივნეული ინიექცია, რომელიც მაღალ ტემპერატურას იწვევს, ადგილობრივად კი კუნთოვანი ქსოვილის ნეკროზს) გამოყენებაზე. კანონში „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ პაციენტის ავტონომიის პრიორიტეტულობა „სამედიცინო საჭიროების“ ყველანაირ მოსაზრებასთან მიმართებაში უფრო კატეგორიულადაა გამოხატული: „ფსიქიური

აშლილობების სამკურნალოდ ქირურგიული და სხვა მეთოდების გამოყენება, რომელთაც მოსდევთ შეუქცევადი შედეგები, ასევე სამედიცინო საშუალებებისა და მეთოდების გამოცდა დასაშვებია მხოლოდ პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში“. მოზანშეწონილი იქნებოდა ამ სამართლებრივი ნორმისთვის დამატებით შემუშავებულიყო ცალკე ეთიკური სტანდარტები მკურნალობის კონკრეტული მეთოდებისათვის და უპირველეს ყოვლისა, ფსიქოტროპული წამლებისათვის. (როგორც ამას აკეთებენ ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში, მაგალითად, „დებულება ფსიქოტროპული საშუალებების გამოყენებისა და ბოროტად გამოყენების შესახებ“, მიღებული 29-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ ტოკიოში, იაპონიაში 1975 წლის ოქტომბერში შეტანილია ცვლილებები 35-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ ვენეციაში, იტალიაში 1983 წლის ოქტომბერში).

ცალკე თემას წარმოადგენს – ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენება პოლიტიკური მიზნებისათვის. 1989 წელს ფსიქიატრიების საკავშირო საზოგადოების „განაცხადში“, რომელიც გაკეთდა მსოფლიო ფსიქიატრიული ასოციაციის კონგრესისათვის (ქ. ათენი), ოფიციალურად აღიარებული იყო, რომ ჩვენს ფსიქიატრიაში „მომხდარა არასამედიცინო, მათ შორის პოლილიტიკური მიზეზებით დარგის ბოროტად გამოყენება“ [15].

იმ გარემოებებს შორის, რომლებმაც შესაძლებელი გახადეს ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენება პოლიტიკური მიზნებისთვის, უნდა აღინიშნოს, პირველ რიგში, შესაბამისი სოციალური შეკვეთა სამთავრობო ტოტალიტარული რეჟიმის მხრიდან; მეორეც, ეთიკური და სამართლებრივი ნიჰილიზმი სამამულო ექიმების გარემოში; მესამეც, სამამულო მეცნიერების მონოპოლიზმი, როცა ე.წ. „ღუნე მიმდინარეობის შიზოფრენიის“ კონცეფციას, რომელსაც მოსკოვის ფსიქიატრიული სკოლა ემხრობოდა (ა.ვ. სნეჟნევსკის თაოსნობით), თითქმის არ დახვედრია სერიოზული კრიტიკა. შეერთოდ, კი პაციენტებს ასეთი დიაგნოზი შეიძლება დაუდგინდეთ, თუმცა ასეთი დიაგნოზის დადგენა ძალიან ძნელია. ექიმისგან საჭიროა კვალიფიცირდეს ერთგვაროვანი ქცევის ფაქტები ადამიანთა ერთ ჯგუფში (რომელიც პრაქტიკულად ჯანმრთელია), როგორც მხოლოდ და მხოლოდ

პიროვნული თავისებურებები, სხვებთან კი მიაწეროს ავადმყოფური პროცესის სიმპტომურ გამოვლინებას. ამავე დროს, მეორე შემთხვევაში ექიმი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ აქ საბოლოოდ ჩამოყალიბდება სპეციფიური შიზოფრენიული ფსიქიკის დეფექტი.

ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენება პოლიტიკური მიზნებისთვის შეიძლება ჩაითვალოს გაუკუღმართებული პატერნალისტური საექიმო პოზიციის შედეგად, თანაც ძალიან ცინიკური ფორმით. დამახასიათებელია, რომ სამართლიანობისათვის მებრძოლი ბევრი აქტივისტი ჩვენს ქვეყანაში „დამსჯელობითი ფსიქიატრიის“ მსხვერპლად გადაიქცა. სწორედ მათი ფსიქიური ჯანმრთელობის დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზით გახდა შესაძლებელი აღშფოთების ტალღის აგორება მთელ მსოფლიოში (ხოლო „საჯაროობის“ დროს კი ქვეყნის შიგნითაც). შედეგად, 1988 წლიდან დაიწყო ფსიქიატრიის დემოკრატიზაცია – მისი დაქვემდებარება ეთიკური და იურიდიული საერთაშორისო სტანდარტებისადმი.

დასკვნა:

ფსიქიატრიული რეფორმის ორგანიზებისას მისი ანტაგონისტური ხასიათი ვლინდება; ერთის მხრივ, დუალიზმი ვლინდება ექიმისა და იურისტის როლების დაპირისპირებაში, მეორეს მხრივ, ექიმსა და პაციენტს შორის პატერნალისტური და პარტნიორული მოდელების არსებობაში, მესამეს მხრივ, ინფორმირებული თანხმობისა და მკურნალობაზე უარის გაცხადების უფლების ცნებებში, მეოთხეს მხრივ, ნებაყოფლობითი და იძულებითი მკურნალობის თანაარსებობაში, მეხუთეს მხრივ, ინსტიტუციონალიზაციისა და დეინსტიტუციონალიზაციის პრობლემაში, მეექვსე მხრივ, პაციენტისა და საზოგადოების ინტერესების დაცვაში და, ბოლოს, საექიმო საიდუმლოს დაცვისა და საფრთხის გამჟღავნების აუცილებლობაში. ეს საკითხები ფსიქიატრიისთვის ყოველთვის წინააღმდეგობრივი იყო და ბოლომდე არც ამჟამად არის ამოწურული ის პრობლემური ვითარებები, რომლებიც მათი დაპირისპირებისას წარმოიშვება.

თუკი გავითვალისწინებთ, რომ ანალოგიური სამუშაო სხვა პრობლემური ვითარებების მიმართ (ხელოვნური განაყოფიერება, სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტები) ჯერ კიდევ ჩასატარებელია ექიმებისა და იურისტების მიერ, მაშინ შეიძლება დავასკვნათ: სწორედ ფსიქიატრიის სფეროში მოხდა ადამიანის უფლებების დაცვის და გარანტიის იდეოლოგიის გააზრება ყველაზე ადრე და საფუძვლიანად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. *Beauchamp T. L., Childress J. F.* Principles of Biomedical Ethics. 3 ed. Ed. Oxford Univ. Press, 1989.
2. *Баженов Н. Н.* История Московского Доллгауза. М., 1909. С. 9.
3. *Пинель Ф.* Медико-философское учение о душевных болезнях. СПб., 1899. С. 13, 17, 77, 100, 104, 106, 109, 123 и т.д.
4. *Гуревич И. Я., Счурожаква Я. А., Шмуклер А. Б.* Современные тенденции в развитии организации психиатрической помощи за рубежом: Обзор, информ. М., 1988. Вып. 1.
5. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1973. № 3. С. 589—610; *Семичев С. Б.* Антипсихиатрическое движение: его современное состояние//Медицина и идеология. М., 1985. С. 170—185.
6. *Соловьев Э. Ю.* Прошлое толкует нас. Очерки по истории философии и культуры. М., 1991. С. 407—410.
7. Проект Свода принципов и гарантии защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи//Право и психиатрия. М., 1991. С. 330.
8. *Модели Т.* Физиология и патология души. Л., 1971. С. 506.
9. *Гуревич И. Я., Любое Е. Б., Шмуклер А. Б.* Актуальные социальные проблемы психиатрии: Обзор, информ. М., 1989. Вып. 2. С. 6.

10. *Баженов Н. Н.* Проект законодательства о душевнобольных и объяснительная записка к нему. М., 1911. С. 47.
11. *Корсаков С. С.* Избранные произведения. М., 1954. С. 460.
12. *Гостин Л.* Соблюдение прав человека в области оказания психиатрической помощи (Принципы прав человека)//Право и психиатрия. М., 1991. С. 313.
13. *Чавкин С.* Похитители разума. М., 1982. С. 40—43.
14. Справочник по психиатрии. М., 1974. С. 283.
15. *Морозов П. В.* Правда об Афинах//Врач. 1990. Февр. С. 25.
16. Feinstein A. R. Clinical biostatistics. XXVI. Medical ethics and the architecture of clinical research// Clin. Pharm. Ther. 1974. V. 15. P. 316-334.
17. Peck A. Therapeutic abortion: patients, doctors, and society // Am. J. Psychiatry. 1968. V. 125, p. 797-804.
18. Ryan M. From the trial of a Soviet doctor // Br. Med. J. 1980. V. 280, p. 379-380.
19. Crawshaw R. Complex and difficult questions: A tale of two medical cultures - US and USSR // Pharos. 1981. V. 44. ь 2, p. 21-28.
20. Crawshaw R. Medical deontology in the Soviet Union // Arch. Int. Med. 1974. V. 134, p. 592-594.
21. Veatch R. M. Medical ethics in the Soviet Union// Hastings Cent. Rep. 1989. V. 19, p. 11-14.
22. Ryan M. USSR letter. Aspects of ethics (1) // Br. Med. J. 1979. V. 2, p. 585-586.
23. Vucinich A. Science and morality: A soviet dilemma // Science. 1968. V. 159, p. 1208-1212.

24. Carstairs G. M. Revolutions and the rights of man // Am. J. Psychiatry. 1977. V. 134, p. 979-983.
25. Clark R. A. Psychiatrists and psychoanalysts on war // Am. J. Psychother. 1965. V. 19, p. 540-558.
26. Green D. The Medvedev experience: 1984 and medicine // Persp. Bio. Med. 1976. V. 20, p. 145-155.
27. Chodoff P. Ethical conflicts in psychiatry: the Soviet Union vs. the US // Hosp. Community. Psychiatry. 1985. V. 36, p. 925-928.
28. Ryan M. USSR letter. Aspects of ethics (2) //Br. Med. J. 1979. V. 2, p. 648-649.
29. Nightingale E. O., Stover E. A question of conscience. Physicians in defense of human rights // JAMA.1986. V. 255, p. 2794-2797.

White C. The debasing of medicine in the Soviet Union [editorial] // Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.) 1986. 293, p. 1524.