

ფსიქიატრიის ბიოეთიკური და სამართლებრივი რეგულაციის თავისებურებები

ფსიქიატრია ყველაზე სოციალური დისციპლინაა თავისი სტატუსით, გამოკვლევათა მეთოდოლოგიებითა და პრაქტიკული მოქმედებებით. 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.

ფსიქიატრების მიმართ განსაკუთრებით მწვავედ და მომთხოვნად დგება საკითხები მოქალაქეების მიერ სოციალური ნორმების დარღვევის დროს: „ჯანმრთელია, თუ ავადმყოფია?“, „შეუძლია თუ არა საკუთარ საქციელზე აგოს პასუხი?“, „აღმზრდელობითი ღონისძიებები უნდა ჩატარდეს, დაისაჯოს, თუ სამკურნალოა?“ და ა. შ.

ფსიქიატრიის მნიშვნელოვან თავისებურებას, რომელიც ფსიქიატრიას გამოარჩევს სხვა სამედიცინო დისციპლინებისგან, წარმოადგენს ზოგიერთი კატეგორიის პაციენტების მიმართ არანებაყოფლობითი ზომების მიღება - იძულება და ზოგჯერ ძალადობაც. იძულების გამოყენება ზოგჯერ მოულოდნელია პაციენტისთვის და გარშემომყოფთათვის და 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 აღბათობა, პირდაპირი იქნება ეს, თუ ირიბი, ფსიქიატრიის გარშემო ქმნის შიშისმომგვრელ გარემოს, საზოგადოებაში იწვევს უნდობლობას, არა სულით ავადმყოფების მიმართ, არამედ, ფსიქიატრების მიმართ და მოქალაქეებს ბუნებრივად უჩნდებათ სურვილი თავი აარიდონ პირად ცხოვრებაში უსაფუძვლო და დაუკითხავ ჩარევას. და მაინც, თუკი ფსიქიატრიაში იძულება გარდაუვალია, მანამ, სანამ იარსებებს მძიმე ფსიქიკური დარღვევები, სამაგიეროდ, სავსებით შესაძლებელია სოციალური კონტროლის დაწესება იძულებითი ზომების აღმოჩენისას. ასე, რომ ფსიქიატრიული ეთიკის ამოცანაა იძულების სფეროს შეზღუდვა ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას იმ ზღვრამდე, რომელიც გამოწვეულია სამედიცინო აუცილებლობით, რაც უკვე ადამიანის უფლებების დაცვის გარანტიის წინაპირობაა. ექიმი-ფსიქიატრის ზნეობრივ მუხრუჭებად კეთილსინდისიერება და პასუხისმგებლობა გვევლინება.

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 დისციპლინისა, მეორეც, საზოგადოების დამოკიდებულების ფორმირება „შეშლილებისადმი“, როგორც ავადმყოფებისადმი. მანამდე მათ მიმართ დამოკიდებულება დასავლეთევროპის ქვეყნებში უპირატესად პოლიციური იყო. მაგალითისთვის, XVIII საუკუნის 80-იან წლებში ლონდონში ერთ პენსამდე შემცირდა საგიჟეთის დათვალიერების ფასი და, მართლაც, მნახველები მოაწყდა (კედლებზე მიჯაჭვული იყვნენ სრულიად შიშველი შეშლილები თივის ქვეშაგებზე). შეშლილების მიმართ დამოკიდებულება, როგორც ავადმყოფი ადამიანების მიმართ თითქმის ერთდროულად იწყებს ჩამოყალიბებას საფრანგეთსა და ინგლისში XVIII-ის ბოლოს.

(სლაიდი 2)

მთავარი დამსახურება იმაში, რომ „შემლილები ამაღლდნენ ავადმყოფის ღირსებად“ ეკუთვნის ფრანგ ექიმს ფრანსუა პინელს, რომელმაც 1793 წელს ჯაჭვები ახსნა ავადმყოფებს პარიზის სახელმწიფო საავადმყოფო ბისეტრში. 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 კეთილგონივრული 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, შემწვნარებლობას, მორჩილებას, დამოძღვრას, დაყვავებას, შეგონებას, ხუმრობას, ექიმისა ან მეთვალეურის „ამაყ და თამამ ქცევას“ და სხვა.) - ოღონდაც მიზანი მიღწეული იქნას: პაციენტი დაიმორჩილოს, მისი ნდობა მოიპოვოს.

(სლაიდი 3)

პინელი თავის პაციენტებს „ასწავლის თავისუფლებას“ და ზოგჯერ „აიძულებს“ თავისუფლებას. „თავისუფლების იძულების“ იდეა ტრანსფორმირდება მისთვის ზოგიერთი პაციენტის მიმართ (ვინც „შეპყრობილია ბრმა სიმშაგით“) შეზღუდვის გონივრული ზომების გამოყენებაში „კამზოლის“ მეშვეობით (დამაწვნარებელი პერანგი) და დროებით იზოლაციაში.

(სლაიდი 4)

50 წლის შემდეგ ინგლისელი ექიმი ჯონ კონოლი აღრმავეებს 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 დრმად სიმბოლური აღმოჩნდა, თუმცა, თვით საექიმო პატერნალიზმის დოქტრინას ის საერთოდ არ შეხებია. უფრო მეტიც, ფსიქიატრიული დახმარების პატერნალისტური მოდელი წამყვანი იყო მთელ მსოფლიოში XX საუკუნის შუამდე.

ამერიკაში მე-19 საუკუნის ბოლოსათვის გონებრივად არასრულყოფილთათვის საგანმანათლებლო სკოლა-ინტერნატების რაოდენობა შემცირდა და ამის ხარჯზე ისინი ციხის ტიპის საპყრობილეებად გადაიქცა.

(სლაიდი 5)

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 უნარობის მასიური მოხუთვა მომწავლავი აირით ('Endlosung'), რასაც თვლიდნენ მოწყალებად, რათა გაეთავისუფლებინათ ისინი გატანჯული ცხოვრებისგან.

(სლაიდი 6)

XIX საუკუნის განმავლობაში ევროპულ ფსიქიატრიაში საექიმო პატერნალიზმის პარადიგმასთან ერთად ჩამოყალიბდა ფსიქიატრიული საქმიანობის იურიდიული კონტროლის პარადიგმა.

იურიდიული კონტროლი ასრულებს აქტიურ როლს 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“. ანუ ფსიქიატრიული საქმიანობის ორგანიზაცია დუალისტური ხასიათის იყო.

(სლაიდი 7)

მე-19 საუკუნის მეორე ნახევრისთვის და 20-ე საუკუნის პირველი ნახევრისთვის, როცა გავრცელებული იყო „დატუსადების პატივი“ გონებასუსტებისათვის და სხვა სოციალურად არადაპტირებულთათვის დასავლეთ ევროპის ქვეყნებსა და ჩრდილო ამერიკის კონტინენტზე, ფოკალთი თვლიდა, რომ ასეთი დატუსადება ნაკარნახები იყო ჰუმანური, ფილანტროპული მოტივებით, რაც მიზნად ისახავდა სულით ავადმყოფთა და ჭკუასუსტთა ყოფის მიახლოებას კონფორმისტულ ყოფასთან.

(Foucault, 'L'histoire de la folie', 1961).

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.

(სლაიდი 8)

XX საუკუნის შუამდე იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია სულით ავადმყოფთა უმრავლესობისათვის უდავო სოციალურ ნორმად ითვლებოდა.

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 „საავადმყოფოსეული არტეფაქტი“, ე.ი. ჰოსპიტალიზმის გამოვლინება. რა თქმა უნდა, ეს გადაჭარბებაა, თუმცა ხაზს უსვამს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ჰოსპიტალიზმის ფენომენი ეთიკურ ასპექტში.

დასავლეთში ფსიქიატრიისა და უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის განვითარება 1945 წლის შემდეგ ცალკე განხილვის საგანია. ხანმოკლე პერიოდში, კერძოდ ხუთი ათეული წლის განმავლობაში, ფსიქიატრიული და უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის შესახებ სხვადასხვა მნიშვნელოვანი თემები დიდი სისწრაფით ცვლიდნენ ერთმანეთს, როგორებიცაა, მაგალითად:

სულით ავადმყოფისა და ჭკუასუსტობის განსაზღვრება; ინსტიტუციონალიზაცია და; მზრუნველობის პედაგოგიკა და პუმიანიზაცია; ფსიქიკური აშლილობისა და ჭკუასუსტობის გენეტიკა და პრევენცია; ფსიქიატრიული პაციენტების და ჭკუასუსტების ინტეგრაცია და ემანსიპაცია.

ერთდროულად 60-იან წლებში ევროპაში, შემდეგ კი ამერიკაშიც ფსიქიატრიის გარშემო განვითარდა უფრო დრამატული მოვლენები, რომლებიც თავისებურად წინ უსწრებდა ბიოეთიკის ზოგიერთ კონცეფციას და სიუჟეტს. საუბარია ანტიფსიქიატრების მოძრაობაზე, რომლებიც ამტკიცებდნენ, რომ „ფსიქიკური ავადმყოფობები“ არ არსებობს (არამედ არსებობს „მიკროსოციალური კრიზისული ვითარებები“); რომ ფსიქიატრიული დიაგნოზი (ძირითადად იგულისხმება შიზოფრენიის დიაგნოზი) - ეს „სოციალური დამლა“, აგრეთვე „ექიმ-ფსიქიატრის ექსტაზი“; რომ ფსიქიკური 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“. ანტიპოსპიტალური მოტივები ანტიფსიქიატრების მიერ გროტესკულ ხასიათს იღებს. მათი თვალსაზრისით ექიმ-ფსიქიატრთა მოღვაწეობის მთელი პრაქტიკა მიზნად ისახავს სოციალური ჯგუფის ზოგიერთი წევრის „გიჟად“ 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, გერმანიაში და სხვა ქვეყნებში) უპირველეს ყოვლისა ანგრევდნენ ფსიქიატრიული საავადმყოფოების ინსტიტუციონალურ წესრიგს, ასევე, ფსიქოტროპული სედაციური საშუალებების გამოყენებიდან ამოღებას. ზოგიერთი ანტიფსიქიატრი არ თვლიდა სავალდებულოდ წინააღმდეგობა გაეწია ადამიანის თვითმკვლელობის განზრახვისათვის. ანტიფსიქიატრიის სოციალური კონტექსტი ძალიან ახლოს აღმოჩნდა ანტიპატერნალისტურ იდეოლოგიასთან, რომელიც საბოლოოდ ჩამოყალიბდა ბიოეთიკაში ანტიფსიქიატრიის ჩამოყალიბებიდან 60-იან წლებში ათწლეულების შემდგომ. ანტიფსიქიატრები ხსნიდნენ საკეტებს (პირდაპირი და გადატანითი მნიშვნელობით) ფსიქიატრიული საავადმყოფოების კარებებზე და ფანჯრებზე, ჩაკეტულ შიდა სივრცეს აღებდნენ, ამხედდნენ „საავადმყოფოს წესრიგს“, როგორც გაუცხოების აბსოლუტურ გარემოს.

ანტიფსიქიატრიის იდეოლოგიები ამ მოძრაობას უწოდებდნენ „მესამე რევოლუციას ფსიქიატრიაში“.

(სლაიდი 9)

60-70-იან წლებში ამერიკის ფსიქიატრიაში აქტიურად ტარდება ახალი პოლიტიკა - ფსიქიატრიული საავადმყოფოების დეინსტიტუციონალიზაციის პოლიტიკა, რომელსაც უწოდებდნენ „10 წლიან შეტევას ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე“. აშშ-ში ფართომასშტაბიან მოძრაობას ფსიქიატრიისათვის „საავადმყოფოს პალატის გარეშე“, რომელმაც მთელი ქვეყანა მოიცვა, მოჰყვა სახელმწიფო ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მასიური დახურვა. იმავედროულად ყველგან იქმნებოდა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის საზოგადოებრივი ცენტრები“, რომლებიც ორიენტირებულნი იყვნენ ფსიქოპროფილაქტიკაზე, ამბულატორულ დახმარებაზე და მოკლევადიან პოსპიტალიზაციაზე. მას ახლდა მრავალი ნეგატიური

სოციალური შედეგი. სულით ავადმყოფების ხარჯზე მკვეთრად მოიმატა უსახლკაროთა და მაწანწალათა რაოდენობამ. მოკლევადიან პოსპიტალიზაციაზე აქცენტირებას მოჰყვა რეკონსპიტალიზაციის შემთხვევების გახშირება („ერთი და იმავე პირების აღლუმი“). დეინსტიტუციონალიზაციის ძირითადი ნეგატიური შედეგი მდგომარეობდა იმაში, რომ ფსიქიატრიული დახმარების ახალი სისტემა უძღური აღმოჩნდა პაციენტების ყველაზე მძიმე კონტინგენტისათვის კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად.

(სლიადი 10)

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 და სამართლებრივი რეგულაციისა და კონტროლის ზონაში.

(სლიადი 11)

ამჟამად, ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციებში ექიმისა და იურისტის ნაცნობი როლების გარდა არანაკლებ აქტიური ხდება თვით პაციენტის როლიც. ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციის თანამედროვე სისტემების საფუძველს საექიმო პატერნალიზმის პარადიგმასთან და იურიდიული კონტროლის პარადიგმასთან ერთად (კანონიერების პატივისცემა) წარმოადგენს ფსიქიკურ ავადმყოფ პირთა სამოქალაქო უფლებების დაცვის და გარანტიის პარადიგმა.

პროგრესი მდგომარეობს ავადმყოფებს შორის განმასხვავებელი ნიშნების შექმნაში, რომელთაგანაც ერთნი იღებენ ნაბაყოფლობით დახმარებას, ხოლო მეორენი - იძულებითს.

აღნიშნული მექანიზმის მოქნილობა ვლინდება „ინფორმირებული თანხმობის“ და „მკურნალობაზე უარის გაცხადების“ ცნებებში.

(სლიადი 12)

ფსიქიატრიული დახმარება ხორციელდება:

1. ნებაყოფლობით
2. იძულებით

2. სასამართლოს შეუძლია შეურაცხის მიმართ გამოიყენოს ამ კოდექსით გათვალისწინებული სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება. (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, თავი IX, ბრალის გამომრიცხველი გარემოებანი, მუხლი 34.2, შეურაცხაობა ფსიქიკური დაავადების გამო) შეზღუდულ შერაცხადობას სასამართლო ითვალისწინებს სასჯელის დანიშვნის დროს და იგი შეიძლება გახდეს სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების დანიშვნის საფუძველი. (მუხლი 35. შეზღუდული შერაცხადობა)

(სლიადი 13)

კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ**მუხლი 10. იძულებითი მკურნალობა ფსიქიატრიულ სტაციონარში**

1. პაციენტისათვის იძულებითი მკურნალობის დანიშვნის გადაწყვეტილებას ლეზულობს სასამართლო სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის კომისიის დასკვნის საფუძველზე.

მუხლი 8. ნებაყოფლობითი მკურნალობა

2. ნებაყოფლობითი მკურნალობისათვის სტაციონარში პაციენტი თავსდება მისი თხოვნით ან თანხმობით (სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში), 16 წლის ასაკამდე მშობლების ან მეურვის თანხმობით.

3. თანხმობა სტაციონარში მოთავსებისა და მკურნალობაზე დამონმებული უნდა იყოს პაციენტის (16 წლის ასაკამდე - მშობლების, მეურვის) ხელმოწერით ავადმყოფობის ისტორიაში.

(სლიადი 14)

მუხლი 9. გადაუდებელი სტაციონალური დახმარება

1. გადაუდებელი სტაციონალური დახმარება ტარდება გადაუდებელი მდგომარეობის კრიტერიუმების არსებობას:

როდესაც პაციენტი საფრთხეს უქმნის ირგვლივ მყოფთა სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას;

როდესაც პაციენტმა თავისი მოქმედებით შეიძლება მიიღოს ან სხვას მიაყენოს მნიშვნელოვანი მატერიალური ზარალი;

როდესაც ფსიქიკური დაავადების გამო პაციენტის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას საფრთხე ექმნება.

2. გადაუდებელი სტაციონარების დროს არ არის აუცილებელი პაციენტის, მისი მშობლების ან მეურვის თანხმობა.

3. გადაუდებელი სტაციონარების გადაწყვეტილებას ლეზულობენ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების, ფსიქონერვოლოგიური დისპანსერის ექიმები ან ფსიქიატრიული სტაციონარის მორიგე ექიმი.

4. ადმინისტრაციული ორგანოები ვალდებული არიან გაუწიონ ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკებს პაციენტის გადაუდებელი სტაციონირებისათვის საჭირო დახმარება.

(სლიადი 15)

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი,

კარი მეექვსე

სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების სახეები,

მათი გამოყენების საფუძველი და წესი

თავი XVIII

სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება

მუხლი 101. სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების დანიშვნის საფუძველი

მუხლი 102. სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების სახეები

მუხლი 103. დისპანსერული ფსიქიატრიული მკურნალობა

მუხლი 104. იძულებითი მკურნალობა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში

მუხლი 105. სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების გაგრძელება, შეცვლა ან შეწყვეტა

მუხლი 106. სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების გამოყენების დროის ჩათვლა

მუხლი 107. სასჯელის აღსრულებასთან დაკავშირებული სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება

(სლიადი 16)

მუხლი 10. იძულებითი მკურნალობა ფსიქიატრიულ სტაციონარში

1. პაციენტისათვის იძულებითი მკურნალობის დანიშვნის გადანყვეტილებას ღებულობს სასამართლო სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის კომისიის დასკვნის საფუძველზე.

2. პაციენტისათვის იძულებითი მკურნალობის მოხსნის ან რეჟიმის შეცვლის გადანყვეტილებას ღებულობს სასამართლო შესაბამისი საექიმო კომისიის დასკვნის საფუძველზე.

3. იძულებითი მკურნალობა იმ პირების მიმართ, რომლებმაც შეურაცხად მდგომარეობარში ჩაიდინეს საზოგადოებრივად საშიში ქმედობა, ხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს საავადმყოფოებში, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 58-ე და 59-ე მუხლების შესაბამისად.

4. იძულებით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტი სარგებლობს იგივე უფლებებითა და გარანტიებით, როგორც საკუთარი სურვილის გარეშე სტაციონირებული სხვა პაციენტი.

5. პაციენტის გადამონშება საექიმო კომისიის მიერ ხდება მისი სტაციონარში მოთავსებიდან არა უგვიანეს ექვსი თვისა. საექიმო კომისიის გადანყვეტილება იძულებითი მკურნალობის მოხსნის ან რეჟიმის შეცვლის თაობაზე განიხილება სასამართლოს მიერ.

(სლიადი 17)

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, თავი IX, ბრალის გამომრიცხველი გარემოებანი

მუხლი 34. შეურაცხაობა ფსიქიკური დაავადების გამო

1. ამ კოდექსით გათვალისწინებული მართლსაწინააღმდეგო ქმედება არ შეერაცხება ბრალად იმას, ვისაც ამ ქმედების ჩადენის დროს ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფობის, ფსიქიკური მდგომარეობის დროებითი მოშლილობის, ჭკუასუსტობის ან სხვა ფსიქიკური დაავადების გამო არ შეეძლო გაეცნობიერებინა თავისი ქმედების მართლსაწინააღმდეგობა ან თუმცა შეეძლო მისი გაცნობიერება, მაგრამ არ ჰქონდა უნარი ემოქმედა სხვაგვარად.

3. არ დაისჯება ის, ვინც დანაშაულის შემადგენლობის შესაბამისი მოქმედება თუმცა შეერაცხადმა ჩაიდინა, მაგრამ განაჩენის გამოტანამდე დაავადდა ფსიქიკურად, რის გამოც არ შეუძლია ანგარიში გაუნიოს თავს ან უხელმძღვანელოს მას. ასეთ შემთხვევაში სასამართლოს შეუძლია დანიშნოს სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება, ხოლო გამოჯანმრთელების შემდეგ იგი შეიძლება დაისაჯოს.

(სლიადი 18)

შეურაცხაობა ხასიათდება ორი კრიტერიუმით: სამედიცინო და იურიდიული. იურიდიულ კრიტერიუმს განსაზღვრავს სასამართლო, როდესაც იგი აფასებს საშიში ქმედების ჩამდენი პირის ფსიქიკურ მდგომარეობას, როგორც ისეთს, რომლის დროსაც პირს არ შესწევს უნარი შეიგნოს თავისი მოქმედების ხასიათი ან უხელმძღვანელოს ამ მოქმედებას. სამედიცინო კრიტერიუმი კი იძლევა პასუხს კითხვაზე, თუ სახელდობრ რომელი ფსიქიკური დაავადება უკარგავს პირს თავისი მოქმედების შეგნების ან მისი ხელმძღვანელობის უნარს. კანონმდებელი ასეთად მიიჩნევს შემდეგი ფორმის ფსიქიკურ დაავადებებს: ქრონიკულ სულით დაავადებას, ფსიქიკური მდგომარეობის დროებით მოშლილობას, ჭკუასუსტობას და სხვა ავადმყოფურ მდგომარეობას.

(სლიადი 19)

ქრონიკულ სულით ავადმყოფობაში იგულისხმება განუკურნავი და ძნელად განკურნებადი დაავადება, რომელიც ხანგრძლივად მიმდინარეობს და პროგრესირებს. ასეთებია: შიზოფრენია, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, პარანოია, ნეიროსიფილისის შედეგად განვითარებული მანია და დამბლა, მოხუცებულობის პროგრესული ჭკუასუსტობა და სხვადასხვა სახის ფსიქოზები. **დროებით აშლილობები** ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში მიმდინარეობს და გამოჯანსაღებით სრულდება. მაგ. რეაქტიული ფსიქოზი, პათოლოგიური ავექტი, ალკოჰოლური ფსიქოზები (თეთრი ციებ-ცხელება, მწ. ალკოჰ. გალუცინაციები, ალკოჰ. მელანქოლია), პათოლოგიური სიმთვრალე.

ჭკუასუსტობა (ოლიგოფრენია) არ წარმოადგენს ფსიქიკურ დაავადებას სიტყვის პირდაპირი მნიშვნელობით. ეს არის გონებრივი უნარის თანდაყოლილი ან შეძენილი მნიშვნელოვანი ჩამოქვეითება, რომელიც მუდმივი ხასიათისაა. ჭკუასუსტობა (ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულობა) ხასიათდება სამი ძირითადი ფორმით: იდიოტია, იმბეცილობა, დებილობა.

„სხვა ავადმყოფური მდგომარეობა“ არ წარმოადგენს სულიერი მოქმედების დროებით ან მუდმივ ავადმყოფურ მოშლას, თუმცა ფსიქიკის სხვადასხვა ხარისხის დარღვევებით უახლოვდება მას. ასეთებია ფსიქოპათიისა და ფსიქოასთენიის მძიმე ფორმები, მწვავე ჰალუცინაციური ბოდვითი მდგომარეობა, მთვარეულობა და სხვა. ყოველთვის, როცა გამოძიებული, პროკურორი, მოსამართლე ეჭვს შეიტანს პირის ფსიქიკურ მდგომარეობაში, ვალდებულია დანიშნოს სამედიცინო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, რომელმაც ორ კითხვას უნდა გასცეს პასუხი: ა) აქვს თუ არა პირს კანონში აღნიშნული ერთ-ერთი ფსიქიკური დაავადება და ბ) აქვს თუ არა ამ დაავადებას ისეთი ხასიათი, რომ დაუკარგოს პირს საკუთარი მოქმედების შეფასებისა და ამ მოქმედების წარმართვის უნარი.

ექსპერტის დასკვნა აღნიშნულ საკითხზე არ არის სავალდებულო სასამართლოსთვის, მას სხვა მტკიცებულების თანაბარი მნიშვნელობა აქვს. მაგრამ, თუ სასამართლო არ გაიზიარებს ექსპერტის დასკვნას, მან უნდა გამოიტანოს მოტივირებული დადგენილება, სადაც სპეციალურად აღინიშნება დასკვნის მიუღებლობის საფუძველი.

თუ საშიში ქმედება შეურაცხ მდგომარეობაშია ჩადენილი სისხლის სამართლის საქმე უნდა შეწყდეს. არის შემთხვევები, როცა დანაშაული შერაცხად მდგომარეობაშია ჩადენილი, ხოლო ფსიქიკურად პირი განაჩენის გამოტანამდე

დაავადდა. სასამართლოს შეუძლია ასეთ პირს შეუფარდოს სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება, რომელიც გათვალისწინებულია სსსკ-ის 34.3 მუხლის თანახმად. თუ დაავადება განუკურნებელია – სისხლის სამართლის საქმე უნდა შეწყდეს. ხოლო, თუ დაავადება დროებითი ხასიათისაა – საქმე უნდა შეჩერდეს, სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების შემდეგ, როცა პირი გამოჯანმრთელდება იგი შეიძლება დაისაჯოს. სასჯელის ვადაში ჩაითვლება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ყოფნის დროს (სსსკ-ის 106-ე მუხლი.)

შეურაცხაობის სამედიცინო კრიტერიუმი ჯერ კიდევ არ იძლევა პირის უდანაშაულოდ ცნობის საფუძველს. აუცილებელია შეურაცხაობის მეორე – იურიდიული კრიტერიუმის – არსებობა. შეურაცხაობის იურიდიული კრიტერიუმი გულისხმობს ან ინტელექტუალური სფეროს (არ შეეძლო ანგარიში გაეწია თავისი მოქმედებისთვის), ან ნებელობითი სფეროს მოშლას (არ შეეძლო ეხელმძღვანელა ამ მოქმედებისთვის) – ან ორივე ერთად. ნებელობითი სფეროს დაზიანების დროს პირს შეიძლება შენერჩუნებული ჰქონდეს ინტელექტუალური უნარი. ასეთი ფსიქიკური ანომალიის მაგალითს წარმოადგენს პირომანია – დაუძლეველი მისწრაფება ცეცხლის წაკიდების, კლემპტომანია ქურდობის დაუძლეველი სწრაფვა, აბსტინენციის მდგომარეობა (ნარკოტიკული შიმშილი) და ა.შ.

შეურაცხადად ცნობისათვის არ არის აუცილებელი ორივე ფუნქციის ინტელექტუალურის და ნებელობითის მოშლა, არამედ საკმარისია, თუ არ არის მხოლოდ ნებელობითი სფერო. (იხ. ზევით 34-ე მუხლი).

ამრიგად, პირის შეურაცხადად ცნობისათვის აუცილებელია დადგენილ იქნას სამედიცინო კრიტერიუმის ნიშანტაგან ერთ-ერთი მაინც და იურიდიული კრიტერიუმის ან ორივე ნიშანი, ან ერთ-ერთი მაინც.

(სლაიდი 20)

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, „ფსიქიკური ავადმყოფობით შეპყრობილ პირთა დაცვის პრინციპები და ჯანდაცვის გაუმჯობესება ფსიქიატრიის სფეროში“ (გაერო, 1991 წ), ასევე მედიცინისა და ბიოლოგიისათვის ზოგადი მნიშვნელობის მქონე „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, მიღებული ევროსაბჭოს საპარლამენტო ასამბლეის მიერ (1996 წ), „ღებულება ევროპაში პაციენტის უფლებების ხელშეწყობის შესახებ“ და სხვა.

1995 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო „კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“. ეს არის მცდელობა კანონმდებლობაში განხორციელდეს საერთაშორისო თანამეგობრობის მიერ ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლების აღიარებული სტანდარტები.

(სლაიდი 21)

საქართველოს რესპუბლიკის კანონი
ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ
მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. ეს კანონი უზრუნველყოფს ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა სამედიცინო და სოცალურ დახმარებას, იცავს მათ უფლებებს და ინტერერესებს და საზოგადოებას ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა საზოგადოებრივად საშიშ ქმედებებისაგან.
2. კანონი განსაზღვრავს ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკთა და იმ პირთა უფლებებს და მოვალეობებს, რომელთაც უშუალო კავშირი აქვთ ფსიქიკურად დაავადებულ პირებთან.

(სლაიდი 22)

„კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ - მუხლი 3

ფსიქიკური დაავადებით შეპყრობილი პაციენტი „სარგებლობს ყველა იმ კონსტიტუციური უფლებით, რომლითაც სარგებლობენ საქართველოს რესპუბლიკის სხვა მოქალაქეები, თუ ცნობილი არ არის ქმედუწუნაროდ ფსიქიკური დაავადების გამო“.

კონსტიტუციური უფლებების ნაწილობრივ შეზღუდვა გათვალისწინებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, ცნობილია ქმედუწუნაროდ.

აკრძალულია უფლებების შეზღუდვა მხოლოდ ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზის საფუძველზე; შეზღუდვის საფუძველი შეიძლება იყოს მხოლოდ კონკრეტული პირის ფსიქიკური მდგომარეობა.

ფსიქიკური დაავადების გამო კონსტიტუციური უფლებების შეზღუდვა განსაზღვრულია ამ კანონის მე-4 - „პაციენტის უფლებათა ნაწილობრივ შეზღუდვა“ - და მე-13 - „პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა“ - მუხლებით.

(სლაიდი 23)

მუხლი 3. პაციენტის ძირითადი უფლებები და დაცვის გარანტიები

2. ადვოკატის დახმარების მიღების უფლება. ფსიქონერვოლოგიური დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია პაციენტის ადვოკატს წარუდგინოს პაციენტზე არსებული ყველა სახის დოკუმენტაცია; უზრუნველყოს ადვოკატის შეხვედრა მასთან პერსონალის ან სხვა მონმეების გარეშე. გამონაკლისია ის შემთხვევები, როდესაც პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა არ იძლევა ამის შესაძლებლობას;

(სლაიდი 24)

მუხლი 4. პაციენტის უწლებათა ნაწილობრივი შეზღუდვა

1. პაციენტის შეურაცხადად ან არაქმედითუნარიანად ცნობა შეუძლია მხოლოდ შესაბამისი სასამართლოს შესაბამისი კანონმდებლობის საფუძველზე.

2. პაციენტის პროფესიულ ვარგისიანობას განსაზღვრავს ექიმთა შრომითი-საექსპერტო კომისია.

3. დაუშვებელია პაციენტის შეზღუდვა დასმული დიაგნოზის საფუძველზე. ნებისმიერი შეზღუდვა უნდა ემყარებოდეს არადაავადების ზოგად განსაზღვრას, არამედ კონკრეტულად პირის ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებას.

(სლაიდი 25)

მუხლი 13. პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა

1. ექიმ-ფსიქიატრს გარკვეულ შემთხვევაში განსაზღვრული ვადით აქვს უფლება გამოიყენოს სტაციონარში მყოფი პაციენტის ფიზიკურად შეზღუდვის მეთოდი, თუ დაასკვნის, რომ შეუძლებელია სხვაგვარად პაციენტისათვის დახმარების განწევა ან საზოგადოების დაცვა მისი საშიში ქმედებისაგან.
2. დაუშვებელია ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების ან მედიკამენტების გამოყენება პაციენტის დასჯის ან დაშინების მიზნით.
3. პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა ხდება მკურნალი ექიმის ან სტაციონარის მორიგე ექიმის გადანყვეტილების საფუძველზე, რისი დასაბუთებაც ფიქსირდება ავადმყოფის ისტორიაში.
4. პაციენტს, რომლის მიმართაც გამოყენებული იყო ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდი, აგრეთვე მშობლებს, მეურვეებს, სახელმწიფო ან საზოგადოებრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლებს შეუძლიათ შეიტანონ საჩივარი სასამართლოში ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდის გამოყენების საფუძვლიანობის შესახებ.

(სლაიდი 26)

მუხლი 15. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე
სპეციალისტის პასუხისმგებლობა

1. პირი, რომელიც წინასწარი განზრახვითათვისებს ან გარკვეული დროით აკავებს პიროვნებას ფსიქიატრიულ სტაციონარში, უნიშნავს სამკურნალო საშუალებებს ან სჩადის სხვა ქმედებებს, რითაც ხელყოფს პიროვნების ძირითად უფლებებს, ისჯება მოქმედი კანონმდებლობით.

(სსსკ, მუხლი 149. უკანონო მოთავსება ან დაკავება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში)

2. ფსიქიატრიულ სტაციონარში მომუშავე სპეციალისტი, თუ ის მოქმედებს ამ კანონის შესაბამისად, პასუხს არ აგებს პაციენტის ნებისმიერი ქცევისათვის, რომელიც განერილია სტაციონარიდან აღნიშნული კანონის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

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 ჩადენის შემთხვევაში ასეთი პაციენტის მიერ დოკუმენტურად დადასტურებული ფაქტი მისი გაფრთხილების შესახებ ექიმის მიერ

მკურნალობაზე უარის გაცხადების ან შეწყვეტის გადაწყვეტილების არაგონივრულობაზე, მართლმსაჯულებისათვის იქნეს განსაკუთრებით მნიშვნელობას. კანონი საერთოდ ზღუდავს ექიმის პასუხისმგებლობას გაწერილი ავადმყოფის მიერ აგრესიისათვის ან სუიციდის ჩადენისათვის. (მუხლი 15).

(სლაიდი 27)

მუხლი 16. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პირზე
საჩივრის შეტანის წესი

1. ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე ნებისმიერ პირზე საჩივრის შეტანა შეიძლება სასამართლოში.
2. საჩივრის შეტანა შეუძლიათ, როგორც პაციენტს, ისე მშობლებს ან მუერვეს.

(სლაიდი 28)

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 შემზღუდველ პირობებში (ანუ, როგორც უწოდებენ საზღვარგარეთის ლიტერატურაში, „უმცირესი შეზღუდვის 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 შეზღუდვის 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 შეზღუდვის და იზოლაციის ზომები არანებაყოფლობითი 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 შეზღუდვის ზომების გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ „დროის ჩართული მრიცხველით“, „ეთიკური მონიტორინგის“ პირობებში, მუდმივად დამოწმებით, რომ სხვა გონივრული ალტერნატივა პაციენტის არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით უბრალოდ არ არსებობს.

„უმცირესი შეზღუდვის 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 და დროა ანჯამების ნაცვლად ექიმებმა და მედპერსონალმა დაიცვან იგი.

ერთი შეხედვით, „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივის“ პრინციპი ფსიქიატრიის ისტორიისთვის ახალი არ არის. პინელის რეფორმის შემდეგ ღია კარის სისტემას პროპაგანდას კორსაკოვი უწევდა 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 პაციენტს უფლება აქვს ცენზურის გარეშე დაწეროს საჩივარი და განცხადება, ადვოკატს ან მოძღვარს განცალკევებით შეხვდეს და სხვა. (სულ 12 იურიდიულად გარანტირებული უფლება).

(სლაიდი 29)

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 დოზით 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.

ფსიქიატრიის ისტორიაში მრავალი მაგალითი არსებობს, როცა შეშლილობას, სიშმაგეს, სიგიჟეს, ირაციონალურს ექიმები უპირისპირებდნენ თერაპიული საშუალების სახით რაიმე ექსტრემალურს, ხოლო სამკურნალო ეფექტის ასხნა (ნამდვილისა თუ გამოგონილის) როგორც წესი, დაიყვანებოდა კვლავ ირაციონალურამდე. ჯერ კიდევ პინელმა, რომელიც ფსიქიატრიის რეფორმას ატარებდა, მტკიცედ უარყო მანამდე ფართოდ გამოყენებული „უხეში მკურნალობა, ზოგჯერ სასიკვდილოც“ - სისხლის მასიური გამოშვების პროცედურა მრავალჯერ, ძლიერი შხაპი, ცივი აბაზანები, თავზე ყინულის დადება. 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 ლიბოტომიამ 40-50-იან წლებში ჰპოვა. 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 ზეაქტივობა“ აღინიშნებოდა. ჩვენს ქვეყანაშიც იყენებდნენ ლიბოტომიას, მაგრამ გაცილებით მცირე მასშტაბით. 30-იან წლებში დაიწყო ფსიქიკური 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“ ავტორი მკითხველს აუღელვებლად აწვდიდა ინფორმაციას, რომ ელექტოგანმუხტვითი თერაპიის გართულებებს შორის „ქირურგიული გართულებები“ ყველაზე ხშირია - გრძელი ლულოვანი ძვლების, მალეების 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 ეს გართულება 0,4-14%-ში ვლინდება ნეიროლეპტიკებით მკურნალობის შედეგად.

ჩვენს ქვეყანაში ფსიქიატრიული მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების გამოყენების სამართლებრივი რეგულაციისთვის პირველი ნაბიჯები გადაიდგა (საზღვარგარეთის მდიდარი გამოცდილების გამოყენებით) 1989 წელს, როცა 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.

(სლაიდი 30)

„კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ (მუხლი 5,9) პაციენტის ავტონომიის პრიორიტეტულობა „სამედიცინო საჭიროების“ ყველანაირ მოსაზრებასთან მიმართებაში უფრო კატეგორიულადაა გამოხატული: „ფსიქიკური აშლილობების სამკურნალოდ ქირურგიული და სხვა მეთოდების გამოყენება, რომელთაც მოსდევთ შეუქცევადი შედეგები, ასევე, სამედიცინო საშუალებებისა და მეთოდების გამოცდა, დასაშვებია მხოლოდ პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში“. მიზანშეწონილი იქნებოდა ამ სამართლებრივი ნორმისთვის დამატებით შემუშავებულიყო (როგორც ამას აკეთებენ ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში) ცალკე ეთიკური სტანდარტები მკურნალობის კონკრეტული მეთოდებისათვის და უპირველეს ყოვლისა, ფსიქოტროპული წამლებისათვის.

(სლაიდი 31)

- საკვანძო „პრობლემურ ვითარებად“ ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას არანებაყოფლობითი მკურნალობა გვევლინება.
- პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის გაცხადების უფლება წარმოადგენს თითქმის ყველაზე დრამატული ბიოეთიკური დილემების პირველწყაროს. ამ ნორმის გამოყენება ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას, არა მარტო მნიშვნელოვნად ართულებს ექიმ-ფსიქიატრების მუშაობას, არამედ საყოველთაოდ აქტუალურს ხდის საფრთხის პრობლემას, რომელსაც უქმნის საკუთარ თავსა და გარშემომყოფებს ზოგიერთი სულით ავადმყოფი.

(სლაიდი 32)

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 ფსიქიკური აშლილობების გამო არ აცნობიერებენ მკურნალობის აუცილებლობას, ამასთანავე, შეიძლება უკიდურესად დეზორიენტირებულნი იყვნენ სოციალურ გარემოში, სავსებით დაკარგონ (ან თითქმის მთლიანად) უნარი დამოუკიდებლად დაიკმაყოფილონ საკუთარი ძირითადი სასიცოცხლო მოთხოვნილებები.

(სლაიდი 33)

ფსიქიკურად დაავადებულთა სამოქალაქო უფლებების პრობლემა უფრო რთულია, ვიდრე, მაგალითად, ინვალიდებისათვის დაცვის და უფლებების გარანტიის უზრუნველყოფა. თანამედროვე ფსიქიატრიაში სულით ავადმყოფთა თავისუფლების უზრუნველყოფა მაქსიმალურად შესაძლებელი ზომით მათი სამოქალაქო უფლებების ტოლფასია, რომელთაგანაც უმთავრესია „მკურნალობის უფლება“.

„კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ პაციენტის კონკრეტული უფლებების ჩამონათვალი მოიცავს შემდეგს:

–პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს, მისთვის გასაგები ფორმით და მისი ფსიქიკური მდგომარეობის შესაბამისად, ინფორმაცია ფსიქიკური აშლილობის ხასიათის და მკურნალობის მეთოდების შესახებ;

–პაციენტს აქვს წინასწარ თანხმობის გაცხადების უფლება მკურნალობის დაწყების წინ (იმ შემთხვევების გარდა, რომლებიც გათვალისწინებულია აღნიშნულ კანონში);

–პაციენტს აქვს მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება (ასევე იმ შემთხვევების გარდა, რომლებიც გათვალისწინებულია აღნიშნულ კანონში).

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 სიძნელეებს, 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 აქტივობის გაძლიერებით ჯანდაცვის სფეროში, არამედ, ბოლო პერიოდისთვის დამახასიათებელი იატროგენული (ექიმის მიერ გამოწვეული ავადმყოფობა) პრობლემის საგანგაშო გავრცელებით. საკმარისია აღვნიშნოთ ისეთი იატროგენული ფაქტორი, როგორცაა ზოგიერთი წამლის გაუმართლებელი და არარაციონალური გამოყენება (არსებობს ე.წ. „იატროგენული ავადმყოფობა“), რათა გარკვევით დავინახოთ, რომ XX საუკუნის მედიცინაში პრინციპი - „არ ანო“ უფრო მეტად აქტუალურია.

(სლაიდი 34)

XX საუკუნის შუა პერიოდისათვის მოვლენები, რომელთაც უშუალოდ განაპირობებს თანამედროვე მიდგომა სულით ავადმყოფთა იძულებით მკურნალობის პრობლემისადმი, შემდეგნაირად განვითარდა. 1954 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტთა კომიტეტის მიერ განსაზღვრული სოციალურად საშიშ ფსიქიკურ ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია სასამართლოს გადაწყვეტილებით მიჩნეულ იქნა, როგორც დამამცირებელი ზომა მათთვის და მათი ნათესავებისათვის, ხოლო ბევრ ქვეყანაში არსებული კანონმდებლობით რეგლამენტირებულ იძულებით მკურნალობას „არქაული“ ეწოდა, ვინაიდან ფაქტიურად სისხლისსამართლებრივი ანგარიშსწორების მოდელი იყო გადმოღებული.

(სლაიდი 35)

1959 წელს ინგლისში მიღებული იყო კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, რომელშიც ფაქტიურად შეტანილი იყო ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის ნებაყოფლობითი თანამედროვე პრინციპი (ე.წ. „არაოფიციალური ჰოსპიტალიზაცია“, რომლის დროსაც იურიდიული პროცედურები ამოღებული იყო ფსიქიკურად დაავადებულთა უმეტესობისათვის 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 ნებაყოფლობით ჰოსპიტალიზაციას ადგილი ჰქონდა დაახლოებით შემთხვევათა 75%-ში. ევროპის უმრავლეს ქვეყნებში, ასევე, აშშ-ში და კანადაში, შემთხვევათა 90%-ზე მეტი ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ნებაყოფლობით ხდებოდა: „როცა სამედიცინო დახმარება ხარისხიანად ტარდება, როცა სტაციონარში კეთილისმყოფელი გარემოა, კვება მრავალფეროვანია და დასვენება სასიამოვნოა, ასეთ შემთხვევაში, როგორც წესი, პაციენტის არავითარი იძულება აღარ არის საჭირო.“

არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები ეთიკურ-იურიდიული გაგებით ტიპური პრობლემური ვითარებაა, ვინაიდან პაციენტისთვის

უზრუნველყოფილი უნდა იქნას სპეციალური გარანტიები მისი სამოქალაქო უფლებების დაცვისათვის. ნათელია, რომ არანებაყოფლობით ჰოსპიტალიზაციას ადგილი აქვს იმ პირებთან მიმართებაში, ვისაც ღრმა ფსიქიკური დარღვევები აქვთ, რაც სერიოზულად აზიანებს აზროვნების, რეალობის შეფასების და ქცევის უნარს. ასეთი პირების სამოქალაქო უფლებების დაცვა და მათი გარანტირება უფრო მეტად „პროტეჟირებას“ ჰგავს იურიდიულ-საპროცესო მექანიზმების გამოყენებით. პირველ რიგში, ნებაყოფლობითი მკურნალობის პრინციპული უფლება აღიარებულია ყველა პაციენტისთვის, ანუ ნებისმიერი ჰოსპიტალიზაციის დროს (გამონაკლისია იურიდიულად დადგენილი შეურაცხაობის შემთხვევები) ექიმი ვალდებულია ჯერ გამოითხოვოს „პაციენტის თანხმობა“. მეორეც, პაციენტს არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციისას რჩება უფლება (როცა მისი ფსიქიკური 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.

(სლაიდი 36)

„კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნებაყოფლობითობის პრინციპი ყველა სხვა ნორმაზე მაღლა დგას, ანუ საკვანძოა. 1971 წლის ჯანდაცვის კანონის 56-ე მუხლში ნათქვამია: „ფსიქიურად ავადმყოფები ექვემდებარებიან აუცილებელ მუდმივ დისპანსერულ დაკვირვებას და მკურნალობას“. იმ დროისთვის საექიმო პატერნალიზმი უსაზღვროდ იყო გაძლიერებული სახელმწიფო პატერნალიზმით, რაც სტიგმატიზაციის განსაკუთრებულად ხელსაყრელ პირობებს ქმნიდა 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.

(სლაიდი 37)

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 პოლიტიკური მიზეზებით დარგის ბოროტად გამოყენება“.

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. „დუნე

მიმდინარეობის შიზოფრენიის“ კონცეფციას, რომელსაც მოსკოვის ფსიქიატრიული სკოლა ემხრობოდა (ა.ვ. სნეჟინსკის თაოსნობით), თითქმის არ დახვედრია სერიოზული კრიტიკა.

საერთოდ, კი პაციენტებს ასეთი დიაგნოზი შეიძლება დაუდგინდეთ, თუმცა ეს ძალიან ძნელია. ექიმისგან საჭიროა დიფერენცირდეს ადამიანთა ერთ ჯგუფში (რომელიც პრაქტიკულად ჯანმრთელია) ერთგვაროვანი ქცევის ფაქტები, როგორც მხოლოდ და მხოლოდ პიროვნული თავისებურებები, ხოლო სხვა ჯგუფში კი აღნიშნული კვალიფიცირდეს, როგორც ავადმყოფური პროცესის სიმპტომური გამოვლინება. 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 ფსიქიკური 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.

(სლაიდი 38)

ფსიქიატრიული სამსახურის ღიბერალიზაცია ჩვენს ქვეყანაში 1988 წლიდან დაიწყო. იმ პერიოდის დოკუმენტმა: „დებულება ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის პირობებისა და წესის შესახებ“ 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 იმ კრიტიკაშიც, რომელიც მან გამოიწვია იურისტებისა და ფსიქიატრების მხრიდან. დებულების თანახმად (კანონის მიღებამდე მოქმედი), 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 ჩათვლევად) ეს გადაწყვეტილება უნდა დაემოწმებინა (ან შეეცვალა – როცა პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გაწერილიყო) ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიას. თუ პაციენტი ან მისი ნათესავი დასკვნას არ ეთანხმება, მაშინ მათ 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 „კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ გათვალისწინებულია, რომ პირველი 48 საათის განმავლობაში სტაციონარში დაყოვნების შემდეგ, არანებაყოფლობითი კოსპიტალიზაციის საფუძვლის დასაბუთების შემდეგ, ექიმთა კომისიის დასკვნა გადაეცემა სასამართლოს პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. (სლაიდი 39) მუხლი 9

(სლაიდი 40-41) მუხლი 9

მუხლი 9. გადაუდებელი სტაციონალური დახმარება

5. სტაციონარებიდან უახლეს 48 საათში (უქმე დღეების გარდა) საექიმო კომისიამ უნდა შემსწავლოს სტაციონირებული პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა და საბოლოოდ გადანყვიტოს სტაციონარების მიზანშეწონილობის საკითხი.

6. თუ საექიმო კომისია მივა დასკვნამდე, რომ გადაუდებელი სტაციონირება არ არის მიზანშეწონილი ან აუცილებელი, სტაციონირებული პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა გაენეროს სტაციონარიდან.

7. იმ შემთხვევაში, თუ საექიმო კომისია მიზანშეწონილად მიიჩნევს პაციენტის სტაციონარში დატოვებას მისი სურვილის გარეშე, ამის შესახებ დაუყოვნებლივ (48 საათში, უქმე დღეების გარდა) უნდა ეცნობოს რაიონის პროკურორს და მის მეურვეს.

(სლაიდი 42)

რაც შეეხება კონკრეტულად ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენების თემას, „კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნათქვამია: „სამედიცინო საშუალებები და მეთოდები გამოიყენება მხოლოდ სამკურნალო მიზნით ავადმყოფობის ხასიათის შესაბამისად და არ უნდა იქნას გამოყენებული ავადმყოფების დასასჯელად, ან სხვა პირთა კეთილდღეობისთვის“, ასევე: „ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას ექიმი-ფსიქიატრი დამოუკიდებელია საკუთარ გადაწყვეტილებებში და ხელმძღვანელობს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებებით, საექიმო მოვალეობითა და კანონით“.

(სლაიდი 44)

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 გარანტირების იდეოლოგიის გააზრება ყველაზე ადრე და საფუძვლიანად.