

არანებაყოფლობითი მკურნალობა ფსიქიატრიაში

არსებული პრაქტიკა და ეთიკური საკითხები

დოკუმენტი მომზადდა პროექტის - „ქმედუნარიანობის ინსტიტუტის განხორციელების ხელშეწყობა საქართველოში“ - ფარგლებში. პროექტი მხარდაჭერილია „ღია საზოგადოების ფონდების“ (OSF) მიერ და მას ახორციელებენ ორგანიზაციები - „ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი“ (EMC), „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისათვის“ (PHR), „საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია“ (GASW) და „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“ (GIP – Tbilisi).

დოკუმენტში გამოთქმული მოსაზრებები გამოხატავს ავტორის პოზიციას და შესაძლოა, არ ასახავდეს „ღია საზოგადოების ფონდების“ (OSF) შეხედულებებს.

ავტორი: ნანა ზავრადაშვილი

კვლევის ხელმძღვანელი: კონსტანტინე ერისთავი

რედაქტორი: ნინო ბეჟიშვილი

აკრძალულია აქ მოყვანილი მასალების გადაბეჭდვა, გამრავლება ან გავრცელება კომერციული მიზნით, ორგანიზაციის წერილობითი ნებართვის გარეშე.

© ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი (EMC)

მისამართი: ი. აბაშიძის 12ბ, თბილისი, საქართველო

ტელ: +995 032 2 23 37 06

www.emc.org.ge

info@emc.org.ge

<https://www.facebook.com/EMCRIGHTS/>

შინაარსი

შესავალი.....	3
1. არანებაყოფლობითი მკურნალობის საერთაშორისო სტანდარტები და სხვადასხვა ქვეყნის გამოცდილება.....	5
2. რელევანტური ეთიკური პრინციპები.....	8
3. საქართველოში არსებული მდგომარეობა.....	10
დასკვნა.....	12

შესავალი

არანებაყოფლობითი მკურნალობა, რომელსაც ზოგჯერ იძულებით მკურნალობასაც უწოდებენ, არის სამედიცინო ჩარევა პაციენტის თანხმობის გარეშე და დღემდე ერთ-ერთ ყველაზე სადავო საკითხად რჩება როგორც ფსიქიატრიის, ისე ადამიანის უფლებების მხრივ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმირების პროცესში საერთაშორისო მასშტაბით ფსიქიატრიულმა დახმარებამ სტაციონარიდან თემში გადაინაცვლა და ფსიქიატრიული სერვისების უდიდესი ნაწილი ნებაყოფლობითი მომსახურების პრინციპზე გადავიდა. თუმცა, სხვადასხვა ქვეყანაში არანებაყოფლობით მკურნალობასთან დაკავშირებით განსხვავებული დამოკიდებულება და პრაქტიკა არსებობს. არანებაყოფლობითი მკურნალობა ბოლო დროს მნიშვნელოვანი დისკუსიის საგანი გახდა პროფესიონალებსა და უფლებადამცველებს შორის. ეს უკანასკნელნი შშმ პირთა უფლებების კონვენციის სულისკვეთების გათვალისწინებით, ითხოვენ ამგვარი პრაქტიკის შეწყვეტასა და კანონმდებლობის კონვენციასთან შესაბამისობაში მოყვანას. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები, როგორც წესი, ხაზს უსვამენ მკურნალობის საჭიროებასა და ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეულ შესაძლო საფრთხეს.

ამ საკითხთან განსხვავებული დამოკიდებულება ნათლად ჩანს ერთ-ერთ ბრიტანულ ჟურნალში¹ გამოქვეყნებულ დებატებში, სადაც ფსიქიატრი პოლ გოსნი გამოთქვამს მოსაზრებას, რომ თუ ფსიქიკური დაავადება ხვდება კონვენციის „ფსიქო-სოციალური ნიშნით შეზღუდული შესაძლებლობის“ განსაზღვრებაში, შეიძლება ჩაითვალოს, რომ შიზოფრენიით დაავადებულ ვერც ერთ პაციენტს ვერასდროს ჩაუტარდება მკურნალობა მისი თანხმობის გარეშე, თუნდაც, კრიზისულ სიტუაციებში. გოსნის აზრით, არსებობს პაციენტთა მცირე ჯგუფი, ვისთვისაც მკურნალობა, მათ შორის, არანებაყოფლობითი

¹ The British Journal of Psychiatry, 2020.

მკურნალობა, ავტონომიის აღდგენის ერთადერთი გზაა. გარდა ამისა, ფსიქიატრი შეიძლება ეთიკური დილემის წინაშე აღმოჩნდეს სუიციდის რისკის მქონე პაციენტთან, რომელიც უარს ამბობს შეთავაზებულ მკურნალობაზე. დებატებში ამ მოსაზრების ოპონირებისას პროფ. პიტერ ბარტლეთი იცავს ცვლილებების აუცილებლობას და ხაზს უსვამს ადამიანის უფლებათა დარღვევასა და უთანასწორობას, რომელსაც შშმ პირები იმდენად ხანგრძლივი დროის განმავლობაში აწყდებიან, რომ ბუნებრივადაც კი მიაჩნიათ. მისი აზრით, შშმ პირთა უფლებების კონვენცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში არსებული უთანასწორობის აღმოფხვრის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია. კონვენცია ადგენს მაღალ სტანდარტს, რომ შშმ პირებს ჰქონდეთ სრული და თანაბარი მოქალაქეობა და შეეძლოთ, სხვა ადამიანების მსგავსად არჩევანის გაკეთება, მათ შორის, მკურნალობასთან დაკავშირებით. ბარტლეთის აზრით, თუ ამ ადამიანთა უფლებებს დღეს სისტემა ვერ იცავს, მომავალში იმავე სისტემის გამოყენება არასწორი იქნება. მისი თქმით, ცოტა ფსიქიატრი ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი თუ მოიძებნება, ვინც დაიცავს არსებულ status quo-ს, როგორც მომავლის ხედვას.²

საქართველოში არანებაყოფლობით ფსიქიატრიულ მკურნალობას არეგულირებს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“, რომლის თანახმად მოსამართლის ბრძანების საფუძველზე, პირი, რომელსაც ფსიქიკური აშლილობის სიმპტომები აქვს და აკმაყოფილებს კანონში მითითებულ სხვა კრიტერიუმებს, მისი ნების საწინააღმდეგოდ შეიძლება მოთავსდეს საავადმყოფოში ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით.³

კანონმდებლობაში ასევე გაწერილია არანებაყოფლობითი/იძულებითი ფსიქიატრიული დახმარების წესი სხვა გარემოებების დროს.⁴ მაგალითად, თუ პირი სასჯელს იხდის პენიტენციურ დაწესებულებაში და სერიოზული ფსიქიკური დაავადების გამო საჭიროებს არანებაყოფლობით სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას; ან თუ ფსიქიკური დაავადების გამო შეურაცხადად არის ცნობილი და სასამართლო გადაწყვეტილებით იგზავნება იძულებით ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე. დოკუმენტის ამ ორი უკანასკნელ შემთხვევას არ გაანალიზებს.

დოკუმენტის მიზანია, მიმოიხილოს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის პროცედურები და კრიტერიუმები, თანმდევი ეთიკური პრობლემები, ისევე, როგორც კანონმდებლობასა და პრაქტიკაში არსებული ხარვეზები და საჭირო ცვლილებები იძულებითი ზომების შესამცირებლად.

² Gosney, P., & Bartlett, P. The UK Government should withdraw from the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The British Journal of Psychiatry, 2020; 216(6), 296-300. doi:10.1192/bjp.2019.182.

³ საქართველოს კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ. მ. 18.

⁴ იქვე. მ. 22 და 22¹.

1. არანებაყოფლობითი მკურნალობის საერთაშორისო სტანდარტები და სხვადასხვა ქვეყნის გამოცდილება

სხვადასხვა საერთაშორისო დოკუმენტი მოიცავს სახელმძღვანელო პრინციპებს ქვეყნების კანონმდებლობაში იძულებითი ზომების რეგულირებისთვის. მაგალითად, ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირთა დაცვის პრინციპები,⁵ ჰავაის დეკლარაცია (1983),⁶ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ გამოქვეყნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონის ათი ძირითადი პრინციპი,⁷ ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია⁸ და სხვ.

ამგვარი დოკუმენტების ძირითადი მიზანი იყო, დაედგინათ არანებაყოფლობითი მკურნალობის კრიტერიუმები; მაგალითად, პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა მისი მდგომარეობიდან გამომდინარე საფრთხე საკუთარი თავის ან სხვათა მიმართ, სხვა, ნაკლებად შემზღვევადი საშუალებების არარსებობა და სხვ.⁹

რაც შეეხება ქვეყნების გამოცდილებას, მე-20 საუკუნის 60-იან წლებამდე, არანებაყოფლობითი ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება კანონმდებლობით ნაკლებად რეგულირდებოდა. მსოფლიოში არანებაყოფლობითი მკურნალობის საკანონმდებლო სტანდარტების უმეტესობა ბოლო 50 წლის განმავლობაში შემუშავდა და ორ ძირითად კონცეფციას დაეფუძნა: (1) სახელმწიფო ვალდებულია იმოქმედოს ადამიანის ინტერესებში, თუ ადამიანს მკურნალობა სჭირდება და მიზანი პირისთვის სიკეთის მოტანაა (*parens patriae*). (2) სახელმწიფოს „პოლიციური ძალაუფლება“ – საკუთარ მოქალაქეთა უსაფრთხოების დაცვა. ამ კონტექსტში იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია განიხილება, როგორც ჩარევის უკიდურესი ზომა საზოგადოების კეთილდღეობის დასაცავად.¹⁰

ამგვარი კანონები ხაზს უსვამს, რომ ფსიქიკური აშლილობის არსებობა არანებაყოფლობითი ჩარევის აუცილებელი კრიტერიუმია, თუმცა, დიაგნოზი თავისთავად არ წარმოადგენს არანებაყოფლობითი მკურნალობის საკმარის საფუძველს. დამატებით, ფაქტიურად ყველა რეგულაცია ხაზს უსვამს მკურნალობის საჭიროებას, საკუთარი ან სხვა პირთა ჯანმრთელობის მიმართ საფრთხის არსებობას ან ორივეს ერთად. აღსანიშნავია, რომ საფრთხის კონცეფცია სხვადასხვაგვარად განიმარტება სხვადასხვა ქვეყნის კანონმდებლობასა და პრაქტიკაში – ზოგიერთ შემთხვევაში ვიწროვდება და გულისხმობს საკუთარი თავის ან სხვების ჯანმრთელობის ან სიცოცხლის ხელყოფის გარდაუვალი და ან

⁵ World Health Organization, Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care.

⁶ Helmchen H, Okasha A. From the Hawaii declaration to the declaration of Madrid. Acta Psychiatr Scand (2000) 101(399):20–3. doi: 10.1111/j.0902-4441.2000.007s020[dash]5.x.

⁷ World Health Organization. Mental health care law: ten basic principles. Geneva: World Health Organization (1996); Zhang S, Mellso G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. Neurosci Bull (2015) 31(1):99–112. doi:10.1007/s12264-014-1493-5.

⁸ Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to Member States concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder, 2004.

⁹ იქვე.

¹⁰ Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Civil Commitment and the Mental Health Care Continuum: Historical Trends and Principles for Law and Practice. Rockville, MD: Office of the Chief Medical Officer, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019.

სერიოზული რისკის არსებობას, ხოლო ზოგ შემთხვევაში – მისი ცნება გაფართოებულია და სცილდება ფიზიკურ საშიშროებას.¹¹

ჩვეულებრივ, "საშიშროება" გულისხმობს ადამიანის საკუთარი თავის ან სხვების მიმართ ძალადობრივი ქცევის რისკს. ინტერპერსონალური ძალადობისა და განზრახ თვითდაზიანების ფაქტორების კვლევამ აჩვენა, რომ ეს არის რთული, მრავალგანზომილებიანი ქცევა, როცა ინდივიდის ცხოვრების ისტორია თუ სხვა გარემოებები, მათ შორის, ფსიქიკური დაავადების გარკვეული სიმპტომები, ზრდის ძალადობის რისკს გარკვეული დროის მონაკვეთში. მაგრამ, ვიწრო იურიდიული მიზნებისთვის, არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის ნებართვის გასაცემად თუ დაუსაბუთებელი გადაწყვეტილების თავიდან ასაცილებლად, სავარაუდო საშიშროება უნდა უკავშირდებოდეს ფსიქიკურ დაავადებას, რომლის მკურნალობა შესაძლებელია. სხვა სიტყვებით, თუ არა ფსიქიკური აშლილობა, რომლის გარკვეული სიმპტომები შეიძლება ურთიერთქმედებს სხვა ფაქტორებთან, ადამიანის საშიში ქმედება ან უმოქმედობა არ გასცდებოდა შემფოთების საზღვრებს. ეს განსხვავდება იმ შეხედულებისგან, რომ ადამიანის პოტენციური საშიში ქცევა "გამოწვეულია ფსიქიკური დაავადებით" ან, რომ ფსიქიკური დაავადება იძლევა ძალადობრივი ქცევის საკმარის მეცნიერულ ახსნას.¹²

უფრო რთულია იმ პირთა საავადმყოფოში მოთავსების საკითხის გადაწყვეტა, ვინც საფრთხის შემცველად არ მიიჩნევა, რადგან არსებობს როგორც დაავადების სიმძიმის შეფასების (საჭიროა თუ არა ჰოსპიტალიზაცია), ასევე პაციენტის გადაწყვეტილების მიღების უნარის გაუარესების ხარისხის დადგენის განსხვავებული ინტერპრეტაცია.¹³

პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღების უნარის შეფასებას სხვადასხვა ქვეყნის კანონმდებლობაში განსხვავებული მნიშვნელობა აქვს და პირდაპირ უკავშირდება არანებაყოფლობით მოთავსებული პაციენტებისთვის თანხმობის გარეშე მკურნალობის დაწყების გადაწყვეტილებას. ზოგიერთ ქვეყანაში (მაგალითად, იტალია, საქართველო), ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის ავტომატურად დაშვებულია არანებაყოფლობითი ფარმაკოლოგიური მკურნალობა, ზოგან კი დამატებითი პროცედურის გავლაა საჭირო მკურნალობის დასაწყებად. ამ სხვადასხვა მიდგომამ შეიძლება შექმნას ერთგვარი პარადოქსი, როდესაც პაციენტები თავსდებიან საავადმყოფოში თანხმობის გარეშე იძულებით, მაგრამ რჩებიან მკურნალობის გარეშე.

ახდენს თუ არა გავლენას მკაცრი კრიტერიუმების შემოღება არანებაყოფლობით სტაციონირების გადაწყვეტილებაზე, ღია კითხვად რჩება. არსებობს მონაცემები, რომ

¹¹ იქვე; Saya A, Brugnoli C, Piazzi G, et al. Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry Around the World: A Narrative Review. *Front Psychiatry*. 2019;10:271. Published 2019 Apr 29. doi:10.3389/fpsy.2019.00271.

¹² Swanson JW. On thoughts, threats, and throwing the spear. *Schizophrenia Bulletin*. 2016; 42: 883-884; Swanson JW and Van Dorn, RA. Violence in schizophrenia: Prevalence, correlates, and treatment effectiveness. In Stroup S and Lieberman J, Eds. *Antipsychotic Trials in Schizophrenia: the CATIE Project*. New York: Cambridge University Press, 2010, 202-231; Li Z, Page A, Martin G, Talor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2011; 72: 608-616.

¹³ Saya A, Brugnoli C, Piazzi G, et al. Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry Around the World: A Narrative Review. *Front Psychiatry*. 2019;10:271. Published 2019 Apr 29. doi:10.3389/fpsy.2019.00271.

კრიტერიუმების გამკაცრებამ შესაძლებელია გამოიწვიოს არაფორმალური იძულებითი მკურნალობის რიცხვის ზრდა, რათა თავიდან იყოს აცილებული რთული იურიდიული პროცედურები.¹⁴

ამ პრობლემის საპასუხოდ, სთოუნმა სცადა უბრალოდ საშიშროებაზე დაფუძნებული მიდგომა შეეცვალა პირის მკურნალობის აუცილებლობაზე ორიენტირებული ალტერნატივით, რომელიც 5 კრიტერიუმისგან შედგება:¹⁵

1. მძიმე ფსიქიკური დაავადების სარწმუნო დიაგნოზი;
2. მკურნალობის გარეშე, მძიმე დისტრესის განვითარებისა და სიმპტომების გავრცელებისა და დამძიმების მოკლევადიანი პროგნოზი;
3. მკურნალობის ხელმისაწვდომობა, რომელიც, სავარაუდოდ, ეფექტური იქნება;
4. მკურნალობაზე თანხმობის ან უარის თქმის არაკომპეტენტურობა;
5. დაშვება, რომ გონიერი ადამიანი მიიღებდა შეთავაზებულ მკურნალობას.

ეს მიდგომა დღესაც განიხილება პროფესიონალთა მიერ, როგორც არანებაყოფლობითი ჩარევის სამედიცინო მოდელი. სთოუნის მიერ შემუშავებული კრიტერიუმები, როგორცაა, შესაძლებლობების მძიმე შეზღუდვა, მდგომარეობის სერიოზული გაუარესება აშშ-ის მრავალი შტატის კანონმდებლობაშია შესული საფრთხის კრიტერიუმთან ერთად.¹⁶

აღსანიშნავია, რომ მკვეთრად განსხვავებულ მიდგომა აქვს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციას. ეს ინსტრუმენტი პირის ავტონომიაზე დაყრდნობით დაუშვებლად მიიჩნევს ნებისმიერი სახის არანებაყოფლობით ჩარევას. კონვენციის საფუძველზე მოქმედი კომიტეტი მიუთითებს, რომ ჯანმრთელობის დაცვა უნდა ეფუძნებოდეს პირის თავისუფალ და ინფორმირებულ თანხმობას და სახელმწიფომ უნდა განუსაზღვროს ჯანდაცვის სფეროს ყველა პროფესიონალს, რომ მკურნალობის დაწყებამდე შშმ პირის თანხმობა მოიპოვონ. აქედან გამომდინარე, კონვენციას მიერთებული ქვეყნებს აქვთ ვალდებულება, რომ გადახედონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონმდებლობასა და არანებაყოფლობითი მკურნალობის პრაქტიკას. კონვენციის ამ მიდგომის გათვალისწინებით, შშმ პირთა უფლებების შესახებ გაეროს სპეციალური მომხსენებელი აღნიშნავს, რომ ამ საკითხზე ადრე შემუშავებული, მათ შორის, გაეროს დოკუმენტები, კონვენციასთან თავსებადი უკვე აღარ არის.¹⁷

¹⁴ იქვე.

¹⁵ Stone, AA. Mental health and the law: a system in transition (Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Center for Studies of Crime and Delinquency), 1975.

¹⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Civil Commitment and the Mental Health Care Continuum: Historical Trends and Principles for Law and Practice. Rockville, MD: Office of the Chief Medical Officer, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019.

¹⁷ Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, A/73/161, 2018.

2. რელევანტური ეთიკური პრინციპები

არანებაყოფლობითი მკურნალობა თავისუფლების მნიშვნელოვან შეზღუდვას გულისხმობს, ამიტომ წინააღმდეგობრივ და საკამათო საკითხად რჩება, განსაკუთრებით, აღდგენაზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომხრეებს შორის, რომლებიც უპირატესობას ანიჭებენ პიროვნულ ავტონომიასა და თვითგამორკვევის უფლებას. ბიოეთიკოსებმა თომას ბიუშამპმა და ჯეიმს ჩილდრესმა შეიმუშავეს ჩარჩო მოდელი, რომელიც იყენებს ოთხ პრინციპს პოტენციური ეთიკური პრობლემების გამოსავლენად.¹⁸ ამ პრინციპების გათვალისწინება ხელს შეუწყობს არანებაყოფლობითი მკურნალობის არსებული პრაქტიკის გაუმჯობესებასა და ადამიანის ავტონომიურობასა და მკურნალობის საჭიროებას შორის ბალანსის დაცვას.

ეს პრინციპებია: (1) ავტონომიის პატივისცემა (პიროვნების ავტონომიური პიროვნების გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობების პატივისცემა); (2) არ ავნო (ზიანის მიყენების თავიდან აცილება); (3) სიკეთის მიღება (სარგებლის დაბალანსება რისკებთან მიმართებაში); და (4) სამართლიანობა (სიკეთის, ტვირთის და რისკის სამართლიანი განაწილება).

ავტონომიის პატივისცემა

არანებაყოფლობითი მკურნალობა არღვევს პიროვნების უფლებას, თვითონ მიიღოს გადაწყვეტილება საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მათ შორის ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე უარის თქმის უფლებას. ამგვარი სამედიცინო ჩარევა იძულებითი ხასიათის გამო ეწინააღმდეგება ადამიანის თვითგამორკვევის უფლებას. ამიტომ, სასამართლოს გადაწყვეტილება არანებაყოფლობითი მკურნალობის შესახებ მოითხოვს მკაცრ დასაბუთებას, მაგალითად, იმას, რომ სხვაგვარად ფსიქიკური დაავადების სიმპტომებმა შეიძლება გამოიწვიოს პირის ან სხვისი ჯანმრთელობისთვის საზიანო ქცევა.

ავტონომიის შენარჩუნების ერთ-ერთი საშუალებაა გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაქვეითების პერიოდში ნების წინასწარი გამოხატვის პრაქტიკის გამოყენება. ზოგჯერ ფსიქო-სოციალური საჭიროების მქონე პირი წინასწარ გეგმავს საკუთარ მკურნალობას შესაძლო კრიზისის შემთხვევაში. ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ფსიქიატრიულ პაციენტებს, რომლებსაც იძულებითი ჩარევის რისკი აქვთ, წინასწარი ნების გამოხატვა პიროვნულად აძლიერებს და ხელს უწყობს პაციენტსა და ფსიქიატრს შორის თერაპიული კავშირის ჩამოყალიბებას.¹⁹

არ ავნო

კვლევები აჩვენებს, რომ არანებაყოფლობითი მკურნალობა შეიძლება მძიმე და ტრავმული გამოცდილება აღმოჩნდეს. მძიმე გარემო პირობები, დაუცველობა, არასათანადო მოპყრობა,

¹⁸ Beauchamp T and Childress J. Principles of biomedical ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press. 2012.

¹⁹ Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Wagner HR, Moser LA, Wilder C, Gilbert AR. Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. Journal of Mental Health. 2008; 17: 255-267.

ინექციების იძულებით გაკეთება, ფიზიკური შეზღუდვა ის არასრული ჩამონათვალია, რასაც აწყდებიან არანებაყოფლობით მოთავსებული პაციენტები და რასაკვირველია, ყველაზე მნიშვნელოვანი, თავისუფლების შეზღუდვის განცდაა. კვლევები ადასტურებს, რომ იძულებითი მკურნალობის ზომები ნეგატიურად აისახება პაციენტის მომავალ გამოცდილებაზე და მკურნალობის მიმართ დამოკიდებულებაზე (ნებაყოფლობითი მკურნალობის მიმართაც კი).²⁰ საქართველოს ფსიქიატრიული დაწესებულებების შესახებ ანგარიშებშიც მსგავსი პრობლემებია აღწერილი. ისმის კითხვა: გადაწონის თუ არა არანებაყოფლობითი ჩარევით გამოწვეული ზიანი მოსალოდნელ ზიანს? პიროვნების ან სხვების უსაფრთხოებასა და კეთილდღეობასთან დაკავშირებული პროგნოზირებადი რისკები საკმარისად რეალური უნდა იყოს, რომ არ მოხდეს გაუმართლებელი ზიანის მიყენება. ყველაფერი უნდა გაკეთდეს პაციენტისთვის ზიანის მინიმუმამდე დასაყვანად, მათ შორის, თერაპიული გარემოს უზრუნველყოფა, უსაფრთხო და ეფექტური ზრუნვის მიწოდება, პაციენტის ავტონომიურობის მაქსიმალური ხელშეწყობა, მინიმალურად შეზღუდული გარემოს უზრუნველყოფა და არანებაყოფლობითი ზომების მოხსნის პირველივე შესაძლებლობის გამოყენება.

სარგებელი

ეხმარება თუ არა არანებაყოფლობითი მკურნალობა პაციენტებს გრძელვადიან პერსპექტივაში? ემსახურება თუ არა მათი კლინიკური მდგომარეობისა და საერთო კეთილდღეობის გაუმჯობესებასა და დაცვას? ავტონომიის პატივისცემის პრინციპთან დაკავშირებული არანებაყოფლობითი მკურნალობა გულისხმობს თვითგამორკვევისა და არჩევანის ღირებულების დაბალანსებას სოციალური პასუხისმგებლობით, იზრუნო ადამიანზე, რომელსაც, ზოგჯერ, დაქვეითებული უნარების გამო, არ აქვს შესაძლებლობა იმოქმედოს საკუთარი ინტერესების დასაცავად: დაიკმაყოფილოს ბაზისური საჭიროებები, უზრუნველყოს საკუთარი უსაფრთხოება და დაცვა. ამ სიტუაციაში, ხშირად რთული, კომპრომისული გადაწყვეტილების მიღებაა საჭირო. ყველა შემთხვევაში, არ გაითვალისწინო ადამიანის უარი მკურნალობაზე, მანდატორული მკურნალობით ჩაერიო მის პირად ცხოვრებაში, არ უნდა იყოს იოლად მისაღები გადაწყვეტილება, განსაკუთრებით იმ პირებთან დაკავშირებით, რომელთაც კოგნიტური უნარების დაქვეითება აღენიშნებათ.

სამართლიანობა

სამართლიანად ნაწილდება თუ არა სარგებელი, ტვირთი და რისკები ადამიანებისთვის, ვისაც სჭირდება მკურნალობა (მაგრამ შეიძლება დაკარგონ ავტონომია), სერვისის პროვაიდერებისთვის, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან მკურნალობაზე, (ან მკურნალობის არმიწოდებაზე), და საზოგადოებისთვის, რომელიც იხდის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ხარჯებს (და რომელიც ატარებს ეკონომიკურ, სოციალურ და ზნეობრივ ტვირთს)?

²⁰ Zervakis J, Stechuchak KM, Olsen MK, Swanson JW, Oddone EZ, Weinberger M, Bryce ER, Butterfield MI, Strauss JL. Previous involuntary commitment is associated with current perceptions of coercion in voluntarily hospitalized patients. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2007; 6: 105-112.

პიროვნების პერსპექტივიდან მნიშვნელოვანია, არის თუ არა მაქსიმალური ძალისხმევა ჩადებული, რომ თავიდან იყოს აცილებული არანებაყოფლობითი მკურნალობა, გაეწიას თუ არა პირს საჭირო მხარდაჭერა გადაწყვეტილების მიღების დროს და ჰქონდა თუ არა არჩევანის შესაძლებლობა.

საზოგადოების პერსპექტივიდან, შეიძლება არ ჩაითვალოს სამართლიანად (ან თუნდაც ჰუმანურად), რომ ადამიანთა მცირე ჯგუფი სერიოზული დაავადებით, რომლებიც უარს ამბობენ შეთავაზებულ დახმარებაზე, დარჩეს მკურნალობის გარეშე, რამაც, შესაძლოა, გამოიწვიოს არა მხოლოდ მათი გახანგრძლივებული ტანჯვა, არამედ, პოტენციურად, სხვისი ტანჯვაც. უფრო მეტიც, ზრუნვის გარეშე დარჩენილი პირები, უფრო ხშირად რჩებიან უსახლკაროდ, ხვდებიან ჰოსპიტალში ან ციხეში, რაც საზოგადოებას ფინანსურ ტვირთად აწვება.²¹

აკმაყოფილებს თუ არა პირობები, სადაც ტარდება არანებაყოფლობითი მკურნალობა სანიტარულ და თერაპიულ სტანდარტებს, არის თუ არა ადამიანის დაცვის მკაცრი გარანტიები და დეტალურად გაწერილი პროცედურები, რამდენად ხანგრძლივია მკურნალობა და რამდენად არსებობს სხვა ალტერნატივები? არის თუ არა დასაბუთებული სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის არსებობის ფაქტი, რამდენად მნიშვნელოვანი ან მოსალოდნელია საფრთხე, უზრუნველყოფილია თუ არა სამართლებრივი გარანტიები, პაციენტის აზრის გათვალისწინება და ადვოკატის მომსახურება? ამ კითხვებზე უარის შემთხვევაში, არანებაყოფლობითი მკურნალობა არ არის სამართლიანი და ეთიკურად მისაღები.

3. საქართველოში არსებული მდგომარეობა

არანებაყოფლობით ფსიქიატრიულ დახმარებას არეგულირებს საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის“ შესახებ. კანონში სტაციონარში არანებაყოფლობით მოთავსებისა და მკურნალობის კრიტერიუმები შემდეგნაირად არის ჩამოყალიბებული:²²

„პირს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება გაეწევა, როდესაც მას ფსიქიკური აშლილობის გამო არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ამ პირისთვის ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა მისი სტაციონარში მოთავსების გარეშე შეუძლებელია და დახმარების დაყოვნება საფრთხეს შეუქმნის პაციენტის ან სხვის სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას ან შესაძლებელია პაციენტმა საკუთარი მოქმედებით მიიღოს ან სხვას მიაყენოს მნიშვნელოვანი მატერიალური ზარალი“.

კანონმდებლობის მიხედვით, ნებისმიერი ჩარევა უნდა ეფუძნებოდეს პირის ინფორმირებულ თანხმობას (გარდა კანონით გათვალისწინებული ზემოაღნიშნული გამონაკლისებისა). 2014 წლამდე „ქმედუნარო“ პირის ნაცვლად გადაწყვეტილებას სტაციონირების შესახებ იღებდა

²¹ Swanson JW and Van Dorn, RA. Violence in schizophrenia: Prevalence, correlates, and treatment effectiveness. In Stroup S and Lieberman J, Eds. Antipsychotic Trials in Schizophrenia: the CATIE Project. New York: Cambridge University Press, 2010, 202-231.

²² საქართველოს კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ. მუხლი 18. თბილისი: საქართველოს პარლამენტი; 2006 წლის 1 ივლისი, ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3Atj8gt>.

მისი „მეურვე“, რაც ნებაყოფლობით მკურნალობად ითვლებოდა. 2014 წელს საკონსტიტუციო სასამართლომ აღნიშნული ნორმა არაკონსტიტუციურად ცნო, რადგან ართმევდა პირს უფლებას, მონაწილეობა მიეღო გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და დაეცვა საკუთარი უფლებები.²³ მეურვეობის სისტემის შეცვლამ გადაწყვეტილების მხარდამჭერი სისტემით, აღმოფხვრა საკანონმდებლო დონეზე არსებული ხარვეზები, თუმცა სამწუხაროდ, პრაქტიკული განხორციელება მკვეთრად ჩამორჩება კანონმდებლობის სტანდარტებს. როგორც არაერთ ანგარიშშია ნახსენები, მხარდამჭერი პირები კვლავ ტოტალურად იღებენ გადაწყვეტილებას მხარდასაჭერი პირების ნაცვლად და სასამართლო გადაწყვეტილებები ძირითადად ეფუძნება პროფესიონალებისა და მხარდამჭერი პირების მოსაზრებას, თვითონ ფსიქო-სოციალური საჭიროებების მქონე პირები ნაკლებად არიან ინფორმირებული საკუთარი უფლებების შესახებ და არ აქვთ სათანადო მხარდაჭერა, რომ ეფექტურად დაიცვან თავი.²⁴ თუმცა, უდავოა, რომ ფსიქო-სოციალური საჭიროების მქონე პირის სასამართლო პროცესში მონაწილეობა უკვე დადებითი ნაბიჯია, რადგან იზრდება შანსი, რომ ადამიანი შეძლებს საკუთარი უფლებების დაცვას.

გარკვეული შემოთება არსებობს სასამართლო პროცესების ფორმალური ხასიათის მიმართ. მოსამართლეები უმეტესად აკმაყოფილებენ ფსიქიატრიული დაწესებულებების შუამდგომლობებს. ისინი, როგორც წესი, ეთანხმებიან ექიმის აზრს, რადგან მიიჩნევენ, რომ ექიმები უკეთესად აფასებენ პაციენტის მკურნალობის საჭიროებას. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, არანებაყოფლობითი მოთავსება და მკურნალობა ქვეყნებში განსხვავებულად რეგულირდება, თუმცა, არ არის ერთიანი მოსაზრება რომელიმე მიდგომის უპირატესობის შესახებ. თუ პირის მკურნალობის საჭიროების არდაკმაყოფილებამ შეიძლება გამოიწვიოს მდგომარეობის გაუარესება, პროფესიული და ეთიკური მოსაზრებით არ არის მიზანშეწონილი მკურნალობის გადადება. მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს ჰქონდეს საშუალება სხვა ფსიქიატრის აზრი მოითხოვოს, რაც დღევანდელი კანონმდებლობით არ არის გათვალისწინებული. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებისა და ადამიანური რესურსის მწვავე დეფიციტის გათვალისწინებით, არსებობს საფრთხე, რომ დამოუკიდებელი ფსიქიატრის მოძიება გაჭირდეს ან ფორმალურ პროცედურად იქცეს. მიუხედავად ამისა, სხვა პროფესიული აზრის გათვალისწინება და შესაძლებლობა, მნიშვნელოვანია როგორც პროფესიული, ასევე ეთიკური თვალსაზრისით.

ფსიქიატრიული სტაციონარების მონიტორინგის არაერთი ანგარიშიდან ირკვევა, რომ მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის პროცედურა ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის ნების გამოხატვას, რადგან ხშირად ფორმალურ ხასიათს ატარებს, რათა თავიდან იყოს აცილებული არანებაყოფლობითი მკურნალობის პროცედურები. რეალურად, მრავალი პაციენტი, რომელიც „ნებაყოფლობით მკურნალობს“ (სამედიცინო ბარათებში მათ მიერ

²³ საქართველოს სახელით საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს მეორე კოლეგიის გადაწყვეტილება №2/4/532,533, ბათუმი, 2014 წლის 8 ოქტომბერი, ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3yvqRZg>.

²⁴ საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმი, სპეციალური ანგარიშები, ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3dNMKLF>; World Health Organization. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region.WHO.2018. ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/36hqBRG>.

ხელმოწერილი „ინფორმირებული თანხმობის“ ფურცელი დევს), მიუხედავად სურვილისა, ვერ ტოვებს საავადმყოფოს და არც მკურნალობის ვადების შესახებ არის ინფორმირებული. ფორმალურ ნებაყოფლობით პაციენტებს წარმოადგენენ ასევე ე.წ. „ქრონიკული პაციენტები“, რომელთაც წასასვლელი არ აქვთ ან ნათესავები უარს ამბობენ გაყვანაზე. უხეში გათვლებით, პაციენტთა დაახლოებით 40% არ საჭიროებს სტაციონარში მკურნალობას, მაგრამ ზემოაღწერილი მიზეზების გამო, ექიმები ვერ წერენ. ფორმალურად ნებაყოფლობით, ხოლო რეალურად არანებაყოფლობით სტაციონირებული პირები სასამართლო კონტროლს მიღმა რჩებიან და ვერ ახერხებენ საკუთარი უფლებების დაცვას.²⁵

როგორც ვხედავთ, საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული კრიტერიუმები და პროცედურა შეესაბამება სხვადასხვა ქვეყნის კანონმდებლობით აღიარებულ კრიტერიუმებს, გარდა ზემოთ აღნიშნული მატერიალური ზიანის საფრთხისა, რომელიც არ წარმოადგენს არანებაყოფლობითი მკურნალობის კრიტერიუმს სხვადასხვა საერთაშორისო სტანდარტით. პრობლემად რჩება სტაციონარებში პაციენტების წლობით „ნებაყოფლობით“ დაყოვნება, რაც არა მხოლოდ მათი უფლებების დარღვევაა, არამედ ასევე აუარესებს მათ კლინიკურ გამოსავალს და ხელს უწყობს „ჰოსპიტალიზმის სინდრომის“ ჩამოყალიბებას.²⁶ ალტერნატიული სათემო სერვისების დეფიციტი, რომელიც აფერხებს ადამიანების საავადმყოფოდან დროულ გაწერას და გაუმართლებელ ჰოსპიტალიზაციას იწვევს, სერიოზულ პრობლემად რჩება და დაუყოვნებლივ ითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან ქმედითი ნაბიჯების გადადგმას.

დასკვნა

კვლევები ადასტურებს, რომ ჰოსპიტალიზაცია პაციენტისთვის ასოცირდება ღირსების შელახვის მაღალ დონესთან და უსამართლობის განცდასთან. ამ ფაქტორს აქვს ნეგატიური გავლენა თერაპიულ ურთიერთობებსა და მკურნალობის გეგმის დაცვაზე.²⁷ ამიტომ, საჭიროა მეტი ძალისხმევა, რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი იძულებითი ზომები, რომლებიც არღვევს ადამიანის თვითგამორკვევის პრინციპს და ხელს უშლის ექიმ-პაციენტის ურთიერთობას. ობიექტური სამართლებრივი სტატუსი და სუბიექტური გრძნობები არ არის ეკვივალენტური. ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ რაც უფრო მეტია იძულების განცდა, მით

²⁵ საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმი, სპეციალური ანგარიშები, ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3dNMKLF>; World Health Organization. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. WHO. 2018. ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/36hqBRG>. ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების ხელშეწყობა. საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზება. პროექტის ანგარიში. დაფინანსებული ღია საზოგადოების ფონდის მიერ. თბილისი, 2018.

²⁶ Appelbaum PS. Almost a revolution: an international perspective on the law of involuntary commitment. J Am Acad Psychiatry Law Online (1997) 25(2):135-47. 6; Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. BMC Psychiatry (2013) 13:169. doi: 10.1186/ 1471-244X-13-169.

²⁷ Nytingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. Its unbelievably humiliating—patients expressions of negative effects of coercion in mental health care. Int J Law Psychiatry (2016) 49:147-53. doi:10.1016/j.ijlp.2016.08.009; Danzer G, Wilkus-Stone A. The give and take of freedom: the role of involuntary hospitalization and treatment in recovery from mental illness. Bull Menninger Clin (2015) 79(3):255-80. doi:10.1521/bumc.2015.79.3.255.

უარესია კლინიკური გამოსავალი²⁸ და პირიქით, მკურნალობის დაცვა, კლინიკური სტაბილურობის შენარჩუნება და რეციდივის თავიდან აცილება ხდება მაშინ, როდესაც იძულების განცდის დაბალი დონე კომბინაციაშია სამართლიანობის განცდასთან.²⁹

არანებაყოფლობით მკურნალობასთან დაკავშირებული ურთიერთსაწინააღმდეგო შეხედულების და თანმხლები ეთიკური პრობლემების გათვალისწინებით, უნდა მოხდეს არანებაყოფლობითი მკურნალობის პრაქტიკის და რეგულაციის რეფორმა. თუ ნაკლებად შემზღვედავი გარემოში შესაძლებელია დახმარების მიწოდება, არანებაყოფლობითი ზომები გამოყენებული არ უნდა იყოს. თუ ოჯახის, მეგობრების ან სხვა პირთა ძალისხმევით, რომლებიც ასევე დახმარების მზადყოფნას გამოთქვამენ, პირს შეუძლია თემში დარჩენა და მკურნალობის საჭიროებასთან დაკავშირებული რისკი არ არის, იძულებითი ზომა გამოყენებული არ უნდა იყოს.

სისტემის ძირფესვიან რეფორმამდე, იურიდიული პროცედურები უნდა ითვალისწინებდეს სათანადო დაცვას, უფლებების დაუყოვნებლივ გაცნობას, საჭირო იურიდიულ მხარდაჭერასა და შეფერხების გარეშე გასაჩივრების შესაძლებლობას. მკურნალობის პრაქტიკა პატივს უნდა სცემდეს პიროვნების პირადი ცხოვრების უფლებასა და ღირსებას, ყველაფერი უნდა გაკეთდეს, რათა ტრავმა მინიმუმადე შემცირდეს და ნებისმიერი შეზღუდვა უკიდურესი აუცილებლობის შემთხვევაში იყოს გამოყენებული.

²⁸ Svindseth MF, Nøttestad JA, Dahl AA. A study of outcome in patients treated at a psychiatric emergency unit. *Nord J Psychiatry* (2010) 64(6):363–71. doi: 10.3109/08039481003690273.

²⁹ Hotzy F, Jaeger M. Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment—a systematic review. *Front Psychiatry* (2016) 7:197. doi: 10.3389/fpsy.2016.00197.