

ფსიქიკური ჯანმრთელობა და სისტემური ჩაგვრა

თარგმანების კრებული



სოციალური
სამართლიანობის
ცენტრი

ფსიქიკური ჯანმრთელობა და სისტემური
ჩაგვრა
თარგმანების კრებული

დოკუმენტი მომზადდა პროექტის - „ქმედუნარიანობის ინსტიტუტის განხორციელების ხელშეწყობა საქართველოში“ - ფარგლებში. პროექტი მხარდაჭერილია „ღია საზოგადოების ფონდების“ (OSF) მიერ და მას ახორციელებენ ორგანიზაციები - „სოციალური სამართლიანობის ცენტრი“, „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.

კრებულის შემდგენელი: მარიამ ჯანიაშვილი

კრებულის გამოცემაზე პასუხისმგებელი: თათული ჭუბაბრია

ენობრივი რედაქტორები: მედეა იმერლიშვილი, ნინო კალატოზიშვილი

დაკაბადონება: თორნიკე ლორთქიფანიძე

გარეკანი: სალომე ლაცაბიძე

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

© სოციალური სამართლიანობის ცენტრი

მისამართი: ი. აბაშიძის 12ბ, თბილისი, საქართველო

ტელ: +995 032 2 23 37 06

<https://socialjustice.org.ge>

info@socialjustice.org.ge

www.facebook.com/socialjustice.org.ge

სარჩევი

შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის გააზრება: ნარსული, ანწყო და მომავალი 6 <i>კოლინ ბარნსი</i> <i>თარგმანი: ნინო კარანაძე</i>	6
ჩაგვრის განზომილებები შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე: მიმოხილვა 39 <i>ჯეიმს ი. ჩარლტონი</i> <i>თარგმანი: ლიკა ჯამბურია</i>	39
კლასობრივი ურთიერთობები, ეკონომიკური უთანასწორობა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა: რატომ აქვს მნიშვნელობა სოციალურ კლასს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციოლოგიაში 58 <i>კარლს მანტაინერი, კარმ ბარელი და ჰეიჯუ ჩანი</i> <i>თარგმანი: მარიამ ბეგაძე</i>	58
აღდგენის მოძრაობა 79 <i>უილიამ ა. ენტონი და ლორი ეშკრაფტი</i> <i>თარგმანი: ლიკა ჯამბურია</i>	79
ხმების მოსმენა: პაციენტების გამოცდილებები და ფსიქიკური აშლილობის მნიშვნელობები 100 <i>დევიდ ა. კარპი და ლარა ბ. ბირკი</i> <i>თარგმანი: მარიამ ბეგაძე</i>	100
ფსიქიატრიული სისტემის გადარჩენილები: მოძრაობის საწყისები 134 <i>პეტერ ბერესფორდი</i> <i>თარგმანი: ნინო კარანაძე</i>	134

შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის გააზრება: წარსული, აწმყო და მომავალი

კოლინ ბარნსი

თარგმანი: ნინო კარანაძე

შესავალი

მე, დაბადებიდან მხედველობის შეზღუდვითა და მუშათა კლასის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მშობლების შვილი, შეზღუდული შესაძლებლობის გარემოცვაში გავიზარდე. პირველად შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი 1980-იან წლებში აღმოვაჩინე მაიკ ოლივერის წიგნში – „სოციალური მუშაობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან“ (1983), როდესაც ჩავაბარე უნივერსიტეტში შეზღუდული შესაძლებლობის კონცეფციის შესასწავლად. მაიკ ოლივერის წიგნმა შეაჯამა ის, რაც უკვე ვიცოდი შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ: ის, რომ ნებისმიერი სტატუსის მატარებელი და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანი უსამართლო და არაემპათიური საზოგადოების მსხვერპლია. შემდგომში, წიგნმა უდიდესი გავლენა მოახდინა ჩემს საქმიანობაზე. სოციალური მოდელით შთაგონებულია აზროვნებამ უდიდესი გავლენა იქონია პოლიტიკურ წრეებსა და უნივერსიტეტებზე მთელ მსოფლიოში, თუმცა, ბევრი თვალსაზრისით, კვლავ რჩება ზოგადი გაუგებრობა იმის შესახებ, თუ რეალურად რას წარმოადგენს სოციალური მოდელი და რისთვის არის ის განკუთვნილი.

მოცემული სტატია ეხება სამწუხარო რეალობას, კერძოდ, აკადემიაში მიმდინარე დებატებს სოციალური მოდელის სარგებლიანობის შესახებ. სტატია სამ ძირითად ნაწილად იყოფა. პირველი ნაწილი განიხილავს სოციალური მოდელის წარმოშობას, თავის მეორე ნაწილი ეთმობა სოციალური მოდელის არსისა და გავლენის მიმოხილვას აკადემიასა და მის ფარგლებს გარეთ, დასკვნითი ნაწილი კი, შეეხება სხვადასხვა დებატებს, რომლებიც მიმდინარეობს 1990-იანი წლების ბოლოდან და ამტკიცებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის გარეშე შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ კვლევები აზრს დაკარგავს, რის გამოც ბრძოლა სამართლიანი და თანასწორი საზოგადოებისთვის უფრო რთული გახდება.

სოციალური მოდელის საწყისები

სოციალურ მოდელზე მსჯელობის მნიშვნელობის გასაგებად უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ დრომდე „შეზღუდული შესაძლებლობა“ დასავლურ კულტურაში თითქმის ექსკლუზიურად განიხილება როგორც ინდივიდუალური სამედიცინო პრობლემა ან „პირადი ტრაგედია“. მიუხედავად ამისა, არსებობს უამრავი ანთროპოლოგიური და სოციოლოგიური კვლევა (მტკიცებულება) იმის შესახებ, რომ საზოგადოების დამოკიდებულება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ან ჯანმრთელობის გრძელვადიანი პრობლემების მქონე ადამიანების მიმართ, მნიშვნელოვნად განსხვავდება დროის, კულტურისა და ადგილმდებარეობის მიხედვით (იხ. მაგალითად, Hanks and Hanks 1948; Lemert 1951; Ingstad and Whyte 1995; Miles 1995, 2001; Ingstad 2001).

ფილოსოფიური და კულტურული საფუძვლები, რომელზედაც დაშენებულია ინდივიდუალისტური უარყოფითი დამოკიდებულება ჯანმრთელობის დარღვევების მიმართ, მყარად ეფუძნება დასავლური კულტურის საწყისებს. მიუხედავად იმისა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უმრავლესობა ინტეგრირებული იყო საზოგადოებაში ინდუსტრიულ რევოლუციამდე, არსებობს არაერთი მნიშვნელოვანი მტკიცებულება იმისა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჩავრა და ცრურწმენები მათ შესახებ ფართოდ იყო გავრცელებული (Ryan and Thomas 1980; Garland 1995; Stiker 1999). ასევე, არსებობს ზოგადი აზრი, რომ ეკონომიკურმა და სოციალურმა ძვრებმა, რაც ინდუსტრიული კაპიტალიზმის მოსვლას ახლდა თან, განაპირობა დისკრიმინაციული პოლიტიკისა და პრაქტიკის ინსტიტუციონალიზაცია. ინდუსტრიალიზაცია, ურბანიზაცია, სამუშაო მოდელების შეცვლა და თანმდევი იდეოლოგიები: ლიბერალური უტილიტარიზმი, მედიცინაცია, ევგენიკა და სოციალური დარვინიზმი – ეს ყველაფერი ხელს უწყობდა და აძლიერებდა უძველეს შიშებსა და ცრურწმენებს. ეს სტრუქტურული ძალები, ერთად აღებული, იყო ინტელექტუალური დასაბუთება უფრო ექსტრემალური დისკრიმინაციული პრაქტიკისათვის – განსაკუთრებით კი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სისტემატური ჩამოცილებისა მენისტრიმული ეკონომიკური და სოციალური ცხოვრებისგან (Finkelstein 1980; Oliver 1990; Barnes 1990, 1991, 1997; Gleeson 1999; Borsay 2005).

გერმანიის ნაცისტური მთავრობის მიერ 1930-40-იან წლებში შემოღებული მასობრივი „ევთანაზიის“ პოლიტიკის შემდგომ, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს „უსარგებლო მჭამელებად“ მოიხსენიებდა (Gallagher 1995; Burleigh 1994), პოლიტიკურ წრეებში „შერბილდა“ ზოგადი დამოკიდებულება ამ ჯგუფის წარმომადგენელთა მიმართ, მათ შორის, ეკონომიკურად ძლიერ ისეთ სახელმწიფოებში, როგორიცაა გაერთიანებული სამეფო (დიდი ბრიტანეთი), ევროპა და ამერი-

კის შეერთებული შტატები (აშშ). ამან გარკვეულწილად გამოიწვია სახელმწიფო და მოხალისეობრივი სააგენტოების მიერ თემზე დაფუძნებული სერვისების გაფართოება და პროფესიონალი დამხმარეების მომრავლება, რომლებიც ეყრდნობოდნენ შეზღუდული შესაძლებლობის ტრადიციულ განსაზღვრებას და მას განიხილავდნენ როგორც ნაკლებობასა და დეფიციტს (Oliver 1981; Brisenden 1986; Barnes 1991; Morris 1993; Priestley 1999)

პოლიტიკის ეს ცვლილება რამდენიმე ფაქტორის შედეგი იყო, მათ შორისაა პოლიტიკოსებისა და ზოგადი მოსახლეობის მორალური ვალდებულების გაჩენა ომის დროს დაშავებული სამოქალაქო პირებისა და სამხედრო მოსამსახურეების მიმართ. ასევე, უპრეცედენტო იყო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და მოხუცთა რაოდენობის ზრდა ფინანსური რესურსებისა და წარმატებული სამედიცინო მიღწევების გამო. ყოველივე ამან ხელი შეუწყო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და მათი ორგანიზაციების მიერ შეზღუდული შესაძლებლობის პოლიტიზირებას მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა შვედეთი (Höjer 1951; Nordqvist 1972), დიდი (Hunt 1966a; Campbell and Oliver 1996; Barton 2001), აშშ (De Jong 1979; Scotch 1989; Shapiro 1993) და იაპონია (Tateiwa 2010).

დიდ ბრიტანეთში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა აქტივიზმი მობილიზებული იყო ამ ჯგუფის წარმომადგენელთა სიღარიბისა და ძირითადი ეკონომიკური და სოციალური საქმიანობიდან გარიყვის, ასევე, „რეზიდენტული ზრუნვისა“ და კონტროლის წინააღმდეგ, რომელსაც სამედიცინოს სფეროს წარმომადგენლები შშმ პირთა მიმართ ახორციელებდნენ და რომელთაც მოგვიანებით ფინკელსტაინმა (1999) „მედიცინის მოკავშირე პროფესიონალები“ უწოდა. 1960-იანი წლების ბოლომდე, „მკვეთრად გამოხატული“ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მხარდაჭერა სრულად მიუწვდომელი იყო დაწესებულებების გარეთ და პრაქტიკულად არ არსებობდა შეზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებული სოციალური მხარდაჭერის მექანიზმები. შესაბამისად, „მკვეთრად გამოხატული“ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები ძირითადად გამოკეტილები იყვნენ ინსტიტუციებში, რომლებსაც პროფესიონალები მართავდნენ, ან ცხოვრობდნენ საზოგადოებებში, თუმცა სიღარიბისა და სოციალური იზოლაციის პირობებში. ამ დროისათვის, ყველა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირისა და მათი ოჯახისთვის გადამწყვეტი ფაქტორი შემოსავლის ნაკლებობა იყო, რამაც 1965 წელს ორი შშმ ქალის მიერ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შემოსავლების ჯგუფის (Disabled Incomes Group -DIG) შექმნა განაპირობა (Campbell and Oliver 1996).

DIG-მა მაშინვე მიიპყრო შშმ აქტივისტების ყურადღება მთელი ქვეყნის მასშტაბით. მათ შორის იყვნენ გაერთიანებული სამეფოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობის მომავალი წამყვანი ფიგურები: პოლ ჰანტი, ვიკ ფინკელსტაინი,

მეგი ჰაინსი და კენ დევისი. მათ მალევე უარყვეს შემოსავლების ვიწრო მიდგომა, რომელსაც ემხრობოდა DIG და შემდგომში ასევე შეზღუდული შესაძლებლობის ალიანსი (Disability Alliance – DA). ალიანსმა შეზღუდული შესაძლებლობის საყოველთაო შემოსავლის ადვოკატირებისთვის რამდენიმე შპმ ორგანიზაცია გააერთიანა. ამ მიდგომითა და შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე „ექსპერტების“ აქტიურობითა და დომინირებით იმედგაცრუებულმა ჰანტმა, ფინკელსტაინმა და დევისმა სხვა თანამოაზრე შპმ აქტივისტებთან ერთად, 1974 წელს შექმნეს ფიზიკური დარღვევების მქონეთა კავშირი სეგრეგაციის წინააღმდეგ (UPIAS) (UPIAS 1976).

უდავოდ, UPIAS, როგორც ყველაზე გავლენიანი ორგანიზაცია სოციალური მოდელის ისტორიაში, ძირითადად კონფიდენციალური მიმოწერისა და მის წევრებს შორის მიმოცვლილი ცირკულარების საშუალებით ფუნქციონირებდა. მიუხედავად იმისა, რომ არცერთი არ ყოფილა განათლებით სოციოლოგი, UPIAS–ის წევრები, პირადი გამოცდილებისა და სოციოლოგიური შეხედულებების საფუძველზე ამტკიცებდნენ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა სოციალური ჩაგვრის რთული ფორმა იყო, მსგავსად ქალების, ეთნიკური უმცირესობების, ლესბოსელების და გეი მამაკაცების ჩაგვრისა. მსგავსი შეხედულება ასევე გვხვდება წიგნში, „სტიგმა: შეზღუდული შესაძლებლობის გამოცდილება“, რომელიც მოიცავს ჩანაწერებს ექვსი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მამაკაცისა და ამდენივე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალის ცხოვრების შესახებ, რომელიც ინიცირებული და რედაქტირებული იყო ჰემფშირში, ლე კორტის ინსტიტუციაში მცხოვრები პოლ ჰანტის მიერ (Hunt 1966a).

ეროვნულ გაზეთებსა და ჟურნალებში ჰანტის მიერ გამოქვეყნებულ თხოვნაზე, კონტრიბუციის შეტანის შესახებ, მიღებული 60–ზე მეტი პასუხიდან, მან რამდენიმე ამოარჩია. მისი მიზანი იყო თავიდან აეცილებინა „სენტიმენტალური ავტობიოგრაფია“ ან „კონკრეტული დაავადებების სამედიცინო და პრაქტიკული დეტალებით აპელირება“. წიგნის ერთ-ერთ თავში ჰანტი მიუთითებს:

„შეზღუდული შესაძლებლობის პრობლემა მდგომარეობს არა მხოლოდ ჯანმრთელობის ფუნქციის დარღვევასა და მის ინდივიდუალურ ზეგავლენაში, არამედ, ურთიერთობებში, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს „ჩვეულებრივ“ ადამიანებთან აქვთ“.

(Hunt 1966b: 146)

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები „განსხვავდებიან ჩვეულებრივი ადამიანებისაგან“ იმდენად, რამდენადაც მიიჩნევიან საყოველთაოდ დაცული სოციალური ფასეულობების „გამოწვევად“, რამდენადაც „უბედურები, უსარგებლონი, განსხვავებულები, დაჩაგრულები და ავადმყოფები“ ჩანან (გვ. 146).

ამრიგად, UPIAS–ისთვის შემოსავლის ნაკლებობა არის სიმპტომი და არა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ინდივიდუალური და კოლექტიური არახელსაყრელი ყოფის მიზეზი:

შეზღუდული შესაძლებლობა არის ის, რაც ერთვის ჩვენს ჯანმრთელობის დარღვევებს და განპირობებულია არასაჭირო იზოლაციითა და საზოგადოებიდან გარიყვით. ამიტომაც, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანები ჩაგრული ჯგუფია. ამ მსჯელობიდან გამომდინარეობს, რომ დაბალი შემოსავლების ქონა, ჩვენი ჩავრის მხოლოდ ერთი ასპექტია. ეს არის ჩვენი გარიყვისა და სეგრეგაციის შედეგი სოციალური ცხოვრების ყველა სფეროდან, როგორცაა განათლება, სამუშაო, მობილობა, საცხოვრებელი და ა.შ.

(UPIAS 1976: 4)

შეზღუდული შესაძლებლობისა და „უნარშეზღუდულობის“ წინა განმარტებებისგან განსხვავებით, რომლებიც მათ მიზეზად ჯანმრთელობის დარღვევას მიიჩნევდნენ (Harris et al. 1971), UPIAS–მა წარმოადგინა შეზღუდული შესაძლებლობის სოციო-პოლიტიკური განმარტება, რომელიც ერთმანეთისგან განასხვავებს ბიოლოგიურ (ჯანმრთელობის დარღვევა) და სოციალურ (შეზღუდული შესაძლებლობის) განზომილებებს. ამრიგად, „დარღვევად“ განისაზღვრება „კიდურის ნაწილობრივი ან სრული დაკარგვა, ან დაზიანებული სხეულის მექანიზმის ან კიდურის ქონა“. თუმცა შეზღუდული შესაძლებლობა არის:

თანამედროვე სოციალური ორგანიზების პირობებში აქტივობის შეზღუდვა, რომელიც ნაკლებად ან სრულად არ ითვალისწინებს ფიზიკური შეზღუდვის მქონე ადამიანების საჭიროებებს, და ამით გამორიცხავს მათ მონაწილეობას სოციალური საქმიანობის ძირითადი სფეროებიდან.

(UPIAS 1976: 14)

მოგვიანებით, შეზღუდული შესაძლებლობის განმსაზღვრელი კატეგორიიდან „ფიზიკური დარღვევების“ კომპონენტის ამოღების შემდეგ, იგი აერთიანებს ყველა სახის დარღვევას – ფიზიკურს, სენსორულსა და კოგნიტურს. ეს იმით იყო განპირობებული, რომ ზოგიერთი მდგომარეობა, როგორც თანდაყოლილი, ისე შეძენილი, გავლენას ახდენს სხეულის ყველა ფუნქციაზე და შეზღუდვების ხელშემწყობ საზოგადოებებში ყველა დარღვევას – მიუხედავად მათი გამომწვევი მიზეზისა – მეტნაკლებად უარყოფითი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური შედეგები ახლავს. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობის კონკრეტული დარღვევის მქონე პირისათვის შეზღუდული შესაძლებლობის პირის სტატუსის ქონა, შესაძლოა, მნიშვნელოვანი იყოს შესაბამისი სამედიცინო თუ მხარდაჭერითი სერვისების მისაღებად, ეს სტატუსი, როგორც წესი, ხშირად მინიჭებულია და არა არჩეული, და, შესაბამისად, სოციალური

და პოლიტიკური დაყოფის მაპროვოცირებელი ფაქტორია (Barnes 1996; Oliver and Barnes 1998).

UPIAS- ის განმარტება გაიზიარეს და ასახეს ეროვნულმა და საერთაშორისო ორგანიზაციებმა, რომლებსაც სათავეში ედგნენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები. მათ შორის იყო ბრიტანეთის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ორგანიზაციების საბჭო (BCODP), ეროვნული ქოლგა ორგანიზაცია, სადაც შედიოდნენ დიდი ბრიტანეთის ორგანიზაციები, რომელთაც სათავეში ედგნენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, ასევე, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საერთაშორისო ორგანიზაცია (DPI), რომელიც იყო საერთაშორისო ორგანიზაცია BCODP-ის მსგავსი ეროვნული ორგანიზაციებისთვის (Campbell and Oliver 1996).

1970-იან წლებში, მნიშვნელოვან მოვლენებს შორის იყო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა აქტივიზმის გაძლიერება და დამოუკიდებელი ცხოვრების მოძრაობის (ILM) დაფუძნება ამერიკის შეერთებულ შტატებში. ILM, მრავალი ძალისხმევის შედეგად, ნაწილობრივ ამერიკული უნივერსიტეტების კამპუსის შიდა კულტურებსა და ნაწილობრივ ამერიკელი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე იმ აქტივისტებს შორის წარმოიშვა, რომელთაც ვიეტნამის ომის შემდეგ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ვეტერანთა მზარდი რიცხვი ემატებოდა, იმისთვის, რათა გავლენა მოეხდინათ აშშ-ის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების შესახებ კანონმდებლობაზე. 1960-იან წლებში ზოგიერთმა ამერიკულმა უნივერსიტეტმა სხვადასხვა სახის თვითდახმარების პროგრამაც შემოიღო, რათა „მკვეთრად გამოხატული“ ფიზიკური დარღვევების მქონე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე სტუდენტებს ძირითად კურსებზე დასწრება შეძლებოდათ. ასეთი პროგრამები იშვიათად იყო ხელმისაწვდომი საუნივერსიტეტო კამპუსების გარეთ. ამან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ზოგიერთ სტუდენტს, დამოუკიდებელი ცხოვრების ცენტრების (CILs) ქოლგის ქვეშ, საჭირო სერვის პროგრამების განვითარებისკენ უბიძგა (De Jong 1979).

ჩვეულებრივი, კონვენციური სერვისებისაგან განსხვავებით, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის CIL წარმოადგენს თვითდახმარების ორგანიზაციებს, რომლებსაც მართავენ და სათავეში უდგანან თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები. ტრადიციულად, სერვისების მიწოდება, პროფესიონალურ დონეზე, თითქმის ექსკლუზიურად იყო ორიენტირებული სამედიცინო მკურნალობასა და თერაპიებზე ინსტიტუციურ გარემოში, რაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს ფაქტობრივად რიყავდა ყოველდღიური ცხოვრებიდან. ამის საპირისპიროდ, CIL–მ უზრუნველყო ახალი და ინოვაციური სერვის პროგრამები, რომლებიც მიზნად ისახავდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა გაძლიერებას, რათა მათ, თავიანთი არჩევანის შესაბამისი ცხოვრების სტილით, დამოუკიდებლად ეცხოვრათ

ადგილობრივ თემში და არა მის გარეთ. დამოუკიდებელი ცხოვრების მოძრაობის საქმიანობამ გაერთიანებულ სამეფოში მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა აქტივისტებზე და ხელი შეუწყო მომხმარებელთა ხელმძღვანელობით ორგანიზაციების შექმნას (user-led organizations), რომლებიც უზრუნველყოფდნენ მომსახურებას და მხარდაჭერას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახებისათვის. ასეთ ორგანიზაციებს განეკუთვნება სპინალური დაზიანების მქონე პირთა ასოციაცია (Spinal Injuries Association – SIA), რომელიც 1973 წელს შეიქმნა. გაერთიანებული სამეფოს პირველი ასეთი ცენტრები, ჰემფშირის დამოუკიდებელი ცხოვრების ცენტრი (HCIL) და დერბიშირის ინტეგრირებული ცხოვრების ცენტრი (DCIL) 1985 წელს გაიხსნა (Barnes and Mercer 2006).

1970-იან წლებში ასევე მიიღეს სხვადასხვა საკანონმდებლო ზომები და დაინერგა პოლიტიკის ინიციატივები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პრობლემების გადასაჭრელად. 1970 წელს დიდ ბრიტანეთში, ლეიბორისტული პარტიის დეპუტატის, ალფ მორისის მიერ მომზადებული კანონპროექტის საფუძველზე, ძალაში შევიდა კანონი ქრონიკული ჯანმრთელობის დარღვევების მქონე და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შესახებ. ეს კანონი აღიარებულია, როგორც პირველი ნორმატიული აქტი მსოფლიოში, რომელიც მოიცავდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის თანაბარი შესაძლებლობების გაზრდას თემზე დაფუძნებულ სერვისებში, განათლების სფეროში, საცხოვრებელსა და საზოგადოებრივ შენობებთან მიმართებით (Topliss and Gould 1981). სამი წლის შემდეგ, 1973 წელს, აშშ-ის კონგრესმა მიიღო რეაბილიტაციის აქტი, რომლის 504-ე სექცია კრძალავდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დისკრიმინაციას ფედერალური ბიუჯეტიდან დაფინანსებულ ნებისმიერ პროგრამაში. 1971 წელს, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციამ (გაერო) მიიღო დეკლარაცია „გონებრივად ჩამორჩენილ პირთა უფლებების შესახებ“, ¹ ხოლო 1975 წელს დეკლარაცია „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“. ამ უკანასკნელში ვკითხულობთ, რომ:

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, მათი შეზღუდვის წარმოშობის, ხასიათისა და სერიოზულობის მიუხედავად, აქვთ იგივე ფუნდამენტური უფლებები, რაც მათივე ასაკის სხვა მოქალაქეებს, და ეს, უპირველეს ყოვლისა. გულისხმობს ღირსეულ ცხოვრებას, რამდენადაც შესაძლებელია, ნორმალურად და სრულყოფილად.

(UN 1975, მ. 3).

1 მთარგმნელის შენიშვნა: თავდაპირველი ენა შენარჩუნებულია (Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons).

საერთაშორისო დონეზე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისადმი ინტერესის ზრდამ განაპირობა ის ფაქტი, რომ 1980 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას (WHO) ჰქონდა პირველი მცდელობა, შეემუშავებინა შეზღუდული შესაძლებლობის საყოველთაოდ მისაღები განსაზღვრება – „დარღვევების, შეზღუდული შესაძლებლობის და ინვალიდობის“² საერთაშორისო კლასიფიკაცია“ (ICIDH); ხოლო ერთი წლის შემდეგ გაეროში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საერთაშორისო წელი (IYDP) აღინიშნა.

ICIDH შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჩართულობის გარეშე შეიქმნა მანჩესტერის უნივერსიტეტში, სოციოლოგთა ჯგუფის მიერ, რომელსაც ფილიპ ვუდი ხელმძღვანელობდა. ICIDH-ის გაცხადებული მიზანი იყო შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ არსებული ცნებებისა და ტერმინოლოგიის დაზუსტება, რათა შესაძლებელი გამხდარიყო ზუსტი და შედარებითი კვლევისა და პოლიტიკის წარმოება ეროვნულ და საერთაშორისო დონეზე (Bury 1997). ICIDH, რომელიც შეიქმნა WHO-ს დაავადების საერთაშორისო კლასიფიკაციის (WHO 1976) შესავსებად, განასხვავებს შემდეგ ცნებებს – დარღვევა, შეზღუდული შესაძლებლობა და ინვალიდობა:

- დარღვევა: „ფსიქოლოგიური, ფიზიოლოგიური ან ანატომიური სტრუქტურის ან ფუნქციის ნებისმიერი ანომალია ან დანაკარგი“;
- შეზღუდული შესაძლებლობა: „ნებისმიერი შეზღუდვა ან შესაძლებლობის ნაკლებობა (ჯანმრთელობის დარღვევის შედეგად დამდგარი) საიმისოდ, რათა პირმა შეასრულოს საქმიანობა ისე, ან იმ ხარისხით, რაც ადამიანისთვის ნორმად არის მიჩნეული“;
- ინვალიდობა: „კონკრეტული ინდივიდისთვის არახელსაყრელი მდგომარეობა, რომელიც გამოწვეულია ჯანმრთელობის დარღვევით ან შეზღუდული შესაძლებლობით, რაც ზღუდავს ან აფერხებს ამ ინდივიდის საკუთარი როლის (ასაკის, სქესის, სოციალური და კულტურული ფაქტორების შესაბამისი) შესრულებისას“

(WHO 1980: 29).

ICIDH–ს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე აქტივისტებისა და მოკავშირეების მხრიდან, არაერთი კრიტიკა მოჰყვა. პირველ რიგში იმის გამო, რომ ის ეყრდნობა ექსკლუზიურად ინდივიდუალისტურ სამედიცინო განსაზღვრებებს და „ნორმალურობის“ ბიო-ფიზიკურ დაშვებებს. მაგრამ „ნორმალურობა“ სადავო კონცეფციაა, და მასზე გავლენას ახდენს სხვადასხვა ისტორიული, კულტურული და სიტუაციური ძალები (Abberley 1993; Davis 1995). გარდა ამისა, „ჯანმრთელობის დარღვევა“ სახელდება „ინვალიდობის“ და „შეზღუდული შესაძლებლობის“ მიზეზად, თუმცა, რთუ-

2 მთარგმნელის შენიშვნა: თავდაპირველი ენა შენარჩუნებულია (International Classification of Impairment, Disability and Handicap).

ლია იმ აზრის განვითარება, რომ „ინვალიდობა“ და არახელსაყრელი სოციალური მდგომარეობა, წარმოდგენილია, როგორც ნეიტრალური და გარდაუვალი შედეგი, რომელიც „დარღვევის“ ან შეზღუდული შესაძლებლობის შემთხვევაში დგება. ჯანმრთელობის დარღვევა ბევრ შემთხვევაში არ აფერხებს ინდივიდის ფიზიკურ ან ინტელექტუალურ შესაძლებლობებს. ამის მაგალითებია სიმაღლეში ჩამორჩენა, თმის ცვენა და კანის პრობლემები. რა არის დარღვევა და რა არა – ისტორიულად, კულტურულად და სოციალურად განისაზღვრება. მაგალითად, ჰომოსექსუალობა ზოგიერთ კულტურაში აღარ განიხილება „დარღვევად“, ზოგიერთში კი ისევ განიხილება (Weeks 1991). მაშასადამე, „დარღვევა“ იდეოლოგიურად და კულტურულად არის განსაზღვრული, ხოლო, არც იდეოლოგია და არც კულტურა არ არის პოლიტიკურად ნეიტრალური.

და ბოლოს, ეს მიდგომა ფაქტობრივი ან სტატუსმინიჭებული ჯანმრთელობის დარღვევების მქონე ადამიანებს დამოკიდებულ მდგომარეობაში ამყოფებს. მათი მდგომარეობა ინდივიდუალიზებული და მედიკალიზებულია, შესაბამისად, მიიჩნევა, რომ ისინი დამოკიდებულნი უნდა იყვნენ პროფესიონალ ექსპერტებზე და სხვებზე, რათა მიიღონ თერაპიული და სოციალური მხარდაჭერა. რამდენადაც ჯანმრთელობის დარღვევები წარმოდგენილია შეზღუდული შესაძლებლობის ძირეულ მიზეზად, ლოგიკა გვკარნახობს, რომ ისინი უნდა აღმოიფხვრას, შემცირდეს ან „განიკურნოს“. მაგრამ იქ, სადაც „სამკურნალო საშუალებები“ არაფეფექტიანია, რაც უფრო ხშირად ხდება, ვიდრე პირიქით, ადამიანები, რომლებსაც „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის“ იარლიყი აქვთ, ეკონომიკურად და სოციალურად არაადეკვატურ და „ზრუნვის“ საჭიროების მქონეებად მიიჩნევიან. ამან გამოიწვია „აყვავებული“ და „ძვირადღირებული“ „შეზღუდული შესაძლებლობის“ ინდუსტრიის შექმნა, რომელიც მოიცავს სახელმწიფო ინსტიტუტებს, კერძო ბიზნესს, საქველმოქმედო და მოხალისეობრივ ორგანიზაციებს, რომლებიც დაკომპლექტებულია პროფესიონალი დამხმარეების უზარმაზარი არმიებით. შედეგად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შესახებ არსებული შეხედულებები მათი არაადეკვატურობისა და სხვაზე დამოკიდებულების შესახებ, კიდევ უფრო მყარდება და მტკიცდება (Stone 1984; Wolfensberger 1989; Albrecht 1992; Oliver 1990).

საერთაშორისო დონეზე შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხებისადმი მზარდმა ინტერესმა განაპირობა ის, რომ გაერომ 1981 წელი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საერთაშორისო წლად გამოაცხადა. ეს ნიშნავდა ოფიციალურ აღიარებას, რომ ეროვნული მთავრობები პასუხისმგებელნი არიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის თანაბარი უფლებების უზრუნველყოფაზე. მომდევნო წელს გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ კონსენსუსით მიიღო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შესახებ საქმიანობის მსოფლიო პროგრამა და შეზღუდული შესაძლებლობის პრევენციის გლობალური სტრატეგია. ამას მალევე მოჰყვა სხვა საერთაშორისო ინიციატივები, მათ შორის, შშმ პირთა აფრიკული ათწლეული

(2000–9), შშმ პირთა ევროპული წელი 2003, შშმ პირთა აზიის და წყნარი ოკეანის ათწლეული (2003–12) და შშმ პირთა არაბული ათწლეული (2003–12) (Albert 2006).

ასევე, 1981 წელს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე აქტივისტებმა დაარსეს DPI. ეს იმიტომ გახდა საჭირო, რომ Rehabilitation International-მა (RI) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე დეფეგატებს უარი უთხრა, თანაბარი მონაწილეობა მიეღოთ მის მაკონტროლებელ ორგანოში. RI არის საერთაშორისო ორგანიზაცია, რომელიც დაარსდა 1922 წელს, როგორც „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა საერთაშორისო საზოგადოება“ და რომელშიც შედიან პროფესიონალი რეაბილიტოლოგები (Driedger 1989: 18). მომდევნო წელს, სინგაპურში გაიმართა DPI-ს პირველი მსოფლიო კონგრესი, რომელშიც მონაწილეობა მიიღო 400-მა დეფეგატმა. დეფეგატები წარმომადგენდნენ ეროვნულ ორგანიზაციებს, რომლებსაც სათავეში ედგნენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, მათ შორის, BCODP-ის წარმომადგენლები. გარდა შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალურ-პოლიტიკური განსაზღვრების მიღებისა, DPI-ს მიერ გაცხადებული პოლიტიკა მოიცავს სათემო ორგანიზაციათა გაძლიერებას და თანასწორობისათვის ბრძოლის ხელშესაწყობად შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხებზე საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებას. მათ ლოზუნგს, „არაფერი ჩვენზე ჩვენს გარეშე“, იზიარებენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ორგანიზაციები მთელ მსოფლიოში (Charlton 1998). ერთად აღებული, ამ ძალებმა მნიშვნელოვანი როლი შეასრულეს „შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის“ ფორმირებაში.

სოციალური მოდელის შემოსვლა და გავლენა

1970-იან წლებამდე, ერთეული მნიშვნელოვანი გამონაკლისის გარდა, შეზღუდული შესაძლებლობის კონცეფციისადმი აკადემიური ინტერესი თითქმის ექსკლუზიურად შემოიფარგლებოდა კონვენციური, ინდივიდუალისტური სამედიცინო ახსნებით. მნიშვნელოვანი მაგალითია ტალკოტ პარსონსის (1951) ფუნქციონალისტური ანალიზი სამედიცინო პროფესიის როლის შესახებ. პარსონსისთვის „ჯანმრთელობა“ არის „ნორმალური“ მდგომარეობა, ხოლო „ავადმყოფობა“, რაც იწვევს „დარღვევას“, არ არის ნორმალური და ამიტომ სოციალურ გადახრად განიხილება. მედიცინის როლი ავადმყოფობის რეგულირება და კონტროლი, „ავადმყოფი“ ადამიანების განკურნება და ჯანმრთელ მდგომარეობაში დაბრუნებაა. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ჩანაწერი ეხება მხოლოდ „მწვავე“ და არა „ქრონიკულ“ მდგომარეობას, ის დომინირებს სოციალურ ანალიზზე, რომელიც ეხება სოციალური გადახრების შესახებ რეაქციებს და მათ მართვას, შეზღუდული შესაძლებლობის ჩათვლით (Barnes et al. 1999; Barnes and Mercer 2003, 2010).

თვალსაჩინო მაგალითია ერვინგ გოფმანის (1968) ჩანაწერი „ნორმალურ“ და „არა-ნორმალურ“ ადამიანებს შორის ურთიერთქმედების შესახებ. 1960-იან წლებში, ასევე განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო „ფსიქიკური დაავადების“ სოციალურ კონსტრუქციას. ამის მაგალითია შეფი (1966), შასი (1971) და როზენჰანი (1973). აზრი, რომ ფსიქიკური დაავადებები და სხვა სახის სოციალური გადახრები უფრო მეტია, ვიდრე სოციალური კონსტრუქციები, რომლებიც წარმოიშვა სულ უფრო დომინანტური და მორალისტური სოციალური წესრიგის შედეგად, შემდგომში თავის ნაშრომებში განავითარა ფრანგმა ფილოსოფოსმა მიშელ ფუკომ (1976, 1977).

შესაბამისად, გაიზარდა ზოგადი აკადემიური ინტერესი „შეზღუდული შესაძლებლობის“ სფეროს მიმართ. გაერთიანებულ სამეფოში მნიშვნელოვანი პუბლიკაციებია: *შეზღუდული შესაძლებლობის მნიშვნელობა* (Blaxter 1976) და *სიღარიბე გაერთიანებულ სამეფოში* (Townsend 1979); ამერიკული მაგალითებია: *ბრმა ადამიანების შექმნა* (Scott 1969), *ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობისა და რეაბილიტაციის სოციოლოგია* (Albrecht 1976) და *შემზღუდავი ამერიკა* (Bowe 1978). მიუხედავად იმისა, რომ თითოეულმა კვლევამ ყურადღება გაამახვილა „შეზღუდული შესაძლებლობის“ იდენტობის სხვადასხვა ეკონომიკურ და სოციალურ შედეგებზე, არცერთ მათგანს არ ჰქონია სერიოზული მცდელობა, ეჭვქვეშ დააყენებინა შეზღუდული შესაძლებლობის იდეოლოგიური და კულტურული საფუძვლები. თეორიული შეხედულებები, რომლებიც კოგნიტური დარღვევების კონცეფციის მიმართ გამოიყენებოდა, არ გაფართოებულა იმისათვის, რათა მოეცვა სხვა მდგომარეობები და, განსაკუთრებით, „ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობა“. ამ მცდელობას საფუძველი ჩაუყარეს ისეთმა მწერლებმა, როგორებიც არიან: ფინკელსტაინი (1980), *დამოკიდებულებები და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები*; რაიანი და თომასი (1980), *მენტალური შეზღუდული შესაძლებლობის პოლიტიკა*; შირერი (1981), *შეზღუდული შესაძლებლობა: ვისი დარღვევა*; და საზერლენდი (1981), *ჩვენ, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონენი ვდგავართ*; და ამით საფუძველი ჩაეყარა იმ სწავლებას, რასაც დღეს შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხების შესახებ კვლევები ეწოდება.

პირველი სასწავლო კურსი, სახელწოდებით, „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი საზოგადოებაში“, შემუშავდა და შეიქმნა 1975 წელს, დიდ ბრიტანეთში, ინტერდისციპლინური გუნდის მიერ, ღია უნივერსიტეტში (Open University – OU), როგორც არჩევითი მოდული ჯანმრთელობისა და სოციალური კვლევების პროგრამაში. ამ კურსის შემუშავების მთავარი ფიგურა იყო კლინიკური ფსიქოლოგი და UPIAS-ის დამფუძნებელი წევრი ვიკ ფინკელსტაინი. კურსი თავდაპირველად განკუთვნილი იყო პროფესიონალებისა და მოხალისეებისთვის. მისი მთავარი მიზანი იყო, მხარი დაეჭირა სტუდენტებისათვის, რათა გაეუმჯობესებინათ თავიანთი „პროფესიული და სოციალური უნარები, შემდგომში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის „მაქსიმალური ავტონომიის“ მიღწევაში დასახმარებლად (Finkelstein 1997: 41). კუ-

რსი თავიდანვე გახდა კრიტიკის საგანი მისი „სოციოლოგიური მიკერძოებულობის“ გამო (Finkelstein 1997: 46). 1994 წელს, მის გაუქმებამდე, იგი ორჯერ განახლდა და ყოველ ჯერზე სულ უფრო მეტი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანი მონაწილეობდა სასწავლო მასალის შექმნაში. პროგრამის საბოლოო ვერსიას სახელი შეეცვალა და „შემზღუდავი საზოგადოება“ ეწოდა, რათა სრულად ასახულიყო მისი ფართო შინაარსი. წლების განმავლობაში, ღია უნივერსიტეტის გუნდმა შექმნა უზარმაზარი მასალა, რამაც დიდი ბრიტანეთის ძირითად კოლეჯებსა და უნივერსიტეტებში საფუძველი ჩაუყარა შეზღუდული შესაძლებლობის შემსწავლელი კურსების და პროფესიული სწავლების სქემების შემუშავებას, როგორც საბაკალავრო, ასევე სამაგისტრო დონეზე (Barnes et al. 2002a).

ამერიკულ უნივერსიტეტებში შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხების კვლევასა და სწავლებას საფუძველი ჩაუყარეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების უფლებადამცველებმა და აკადემიკოსებმა. პირველი სასწავლო კურსი, რომელიც ეხებოდა „ადამიანის ცხოვრებას შეზღუდული შესაძლებლობით“, სამედიცინო სოციოლოგიის ზოგად სფეროში მოიაზრებოდა (Pfeiffer and Yoshida 1995: 476). 1981 წელს ირვინ ზოლამ, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე სოციოლოგმა და ამერიკის სოციოლოგიის ასოციაციის სამედიცინო სოციოლოგიის განყოფილების თავმჯდომარემ, დააარსა *შეზღუდული შესაძლებლობის კვლევების კვარტალური ჟურნალი*. ზოლა ასევე იყო *ამერიკის შეზღუდული შესაძლებლობის კვლევების საზოგადოების* თანადამფუძნებელი. 1980 – იანი წლების ბოლოს, ამერიკულ სასწავლო დაწესებულებებში სხვადასხვა დონეზე ისწავლებოდა შეზღუდული შესაძლებლობის კვლევების 12 კურსი. 1986 წლისთვის ეს რიცხვი 23-მდე გაიზარდა (Pfeiffer and Yoshida 1995).

განვითარებული მოვლენების ფონზე, მაიკ ოლივერმა – შშმ აქტივისტმა და ლექტორმა, 1981 წელს, პრაქტიკოსი სოციალური მუშაკის, ჯო კამპლინგის მიერ შემუშავებული ხუთი ნაშრომის კრებულში გამოქვეყნებულ კონტრიბუციაში – *„შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი: ახალი პერსპექტივა სოციალური მუშაკებისთვის*, პირველად გამოიყენა ფრაზა *«შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი»*. კამპლინგის წინა ნაშრომები იყო *„უკეთესი ცხოვრების შესაძლებლობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის“* (1979) და *„საკუთარი თავი: საუბრობენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები“* (1981), რომლებიც 1970-იან წლებში დიდ ბრიტანეთში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების ცხოვრებისეულ გამოცდილებებს ეხებოდა. ოლივერის საწყისი მიზანი იყო, ხელი შეეწყო UPIAS-ის შეზღუდული შესაძლებლობის დეფინიციის მნიშვნელობის წინ წამოწევისათვის, ასევე, იმის გააზრებისთვის, თუ რა შედეგები მოაქვს მის დანერგვას პოლიტიკასა და პრაქტიკაში სოციალური მუშაობის სტუდენტებისთვის. აქედან გამომდინარე:

ეს ახალი პარადიგმა არაფერს შეიცავს უფრო მეტად ფუნდამენტურს, ვიდრე ცალკეული ინდივიდების ფიზიკურ შეზღუდვებზე ყურადღების გამახვილებიდან გადართვას იმაზე, თუ როგორ უწესებს შეზღუდვებს ფიზიკური და სოციალური გარემო ადამიანთა გარკვეულ კატეგორიებს.

(Oliver 1981: 28)

ამრიგად, ეს არის ევრისტიკული მიდგომა ან გააზრება, რაც გულისხმობს შემდეგი ძირითადი პრინციპების მიღებას:

პირველ რიგში, სოციალური მოდელის პერსპექტივა არ არის შესაბამისი ინდივიდუალური ინტერვენციების მნიშვნელობის უარყოფა, იქნება ეს სამედიცინო, რე/აბილიტაციური, საგანმანათლებლო თუ დასაქმებაზე დაფუძნებული. ამის ნაცვლად, იგი ყურადღებას ამახვილებს მათ ლიმიტებზე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა გაძლიერების თვალსაზრისით. მეორე, სოციალური მოდელი მიზანმიმართული მცდელობაა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ფუნქციური შეზღუდვებიდან ყურადღება გადაიტანოს იმ პრობლემებზე, რომლებიც გამოწვეულია შემზღუდველი გარემოთი, ბარიერებითა და კულტურებით. მოკლედ რომ ვთქვათ, შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი არის ინსტრუმენტი, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია, გაანალიზდეს თანამედროვე საზოგადოების შემზღუდავი ტენდენციები, რათა შეიქმნას პოლიტიკა და პრაქტიკა მათი აღმოფხვრის ხელშესაწყობად. ჯანმრთელობის დარღვევა შეიძლება ადამიანის თანმდევი იყოს, მაგრამ „შეზღუდული შესაძლებლობა“ ამგვარ კატეგორიად არ უნდა განიხილებოდეს. მიუხედავად იმისა, რომ „სოციალური მოდელის“ კონცეფცია დაკავშირებულია შეზღუდული შესაძლებლობის რამდენიმე სოციოლოგიურ თეორიასთან (Pristley 1998), ის ზოგადად ასოცირდება მატერიალისტურ პერსპექტივებთან (Oliver 1996, 2004; Barnes 1996; Barnes et al. 1999; Barnes and Mercer 2003, 2010).

და მაინც, ათასწლეულის დასრულებამდე, დიდ ბრიტანეთში, სოციალური მოდელის პერსპექტივები უგულვებელყოფილი იყო მრავალი სოციალური მეცნიერის მიერ. სოციოლოგები განსაკუთრებით „კონვენციური“ ფუნქციონალისტური, დევიანტობის მიდგომის მომხრენი იყვნენ, თუმცა უფრო ფართო სოციოლოგიურ ტრილში. ამან წარმოშვა მზარდი ლიტერატურა იმ მექანიზმებისა და პროცესების შესახებ, რომლითაც ადამიანები ადაპტირდებიან „ქრონიკული დაავადების“ და ჯანმრთელობის დარღვევების შემთხვევებში (იხ. მაგალითად, Anderson and Bury (1988)). „ქრონიკული ავადმყოფობისა და შეზღუდული შესაძლებლობის სოციოლოგიის“ დარგის განვითარებამ შეასუსტა სოციოლოგიური ინტერესი უფრო ფართო სოციალური პროცესების მიმართ, რომლებიც თავად არიან შეზღუდული შესაძლებლობის შემქმნელები. ამდენად, ახალი თეორიისა და კვლევის თვალსაზრისით, ხელშესახები შედეგები არ მოჰყოლია (Thomas 2007: 40).

ამ ლიტერატურის თითქმის უმეტესი ნაწილი აქცენტს აკეთებს ექსკლუზიურად „წარუმატებელ სხეულზე“ და „პირად პრობლემებზე“, რაც არ ითვალისწინებს ინკლუზიის სოციალური ბარიერების მნიშვნელობას. ეს ცოტა ხნის წინ აღიარეს რიგმა სოციოლოგებმა, როგორებიც არიან გარეტ უილიამსი (2001) და გრეჰემ სკამბლერი (2004). ამ უკანასკნელმა გადააფასა სტიგმის შესახებ თავისი ადრეული ნაშრომი, რომელშიც ეპილეფსიის „ფარული დისტრესის მოდელს“ განსაზღვრავს (Scambler 1989). ის ამჟამად აღიარებს, რომ ეს მიდგომა, საუკეთესო შემთხვევაში, „მიკერძოებულია და უარეს შემთხვევაში – არასრულფასოვანი, რადგან ვერ პასუხობს მთელ რიგ სოციოლოგიურ და თეორიულ კითხვებს“ (Scambler 2004: 29). მიუხედავად ამისა, ეს კრიტიკა არ უარყოფს და არ უკუაგდებს სამედიცინო სფეროში დომინირებულ მიდგომას, რომ დარღვევები აღქმულია, როგორც სოციალური დევიაცია. ამის ნაცვლად დევიაციის პესპექტივა უნდა გაძლიერდეს „ახალი“ კვლევითი დღის წესრიგით, რომელიც ეფუძნება გაგებას, რომ:

ის, თუ რატომ და როგორ ხდება, რომ ეპილეფსია ქრონიკული მდგომარეობაა, კაპიტალისტური დაგროვების ლოგიკისა (ეკონომიკის სფეროში) და მარეგულირებელი რეჟიმის ფორმის (სახელმწიფოს პერსპექტივიდან) ურთიერთდამოკიდებულების ფონზე უნდა იყოს გააზრებული.

(Scambler 2004:42).

სავარაუდოდ, სამედიცინო სოციოლოგების და ზოგადად აკადემიური წრეების წარმომადგენელთა ვიწრო თვალთახედვის (Barnes et al. 2002b) დასტურია, რომ სკამბლერმა აირჩია, მხედველობაში არ მიედო შშმ პირების, მათი ორგანიზაციებისა და სხვადასხვა ავტორების მიერ ბრიტანეთსა და სხვა ქვეყანაში დამუშავებული ზღვა მასალა, რომელიც სწორედ ამ საკითხებს შეეხებოდა და სოციალური მოდელის პესპექტივიდან გამომდინარეობდა.

მართლაც, 1980 და 1990 წლებში სოციალური მოდელის კონცეფცია გახდა „წამყვანი იდეა“ (Hasler 1993) და საკვანძო ფაქტორი შშმ აქტივიზმის მობილიზაციებისათვის. ამგვარი აქტივიზმის თვალსაჩინო მაგალითები მოიცავს ბრძოლას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ დისკრიმინაციის აკრძალვის მიზნით ანტი-დისკრიმინაციული კანონმდებლობისთვის და კამპანიას პირდაპირი გადახდების ლეგალიზაციისათვის, რაც შშმ პირებს შესაძლებლობას მისცემდა, თავად დაესაქმებინათ დამხმარე ადამიანები (Campbell and Oliver 1996). 1981 წელს, BCODP–ს, დაარსებიდანვე ჰყავდა შვიდი წევრი ორგანიზაცია; 1990 წლისთვის მისი წევრების რაოდენობა 80–მდე გაიზარდა (Barnes 1991: 6). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე აქტივისტებმა შეიმუშავეს რიგი ინოვაციური ინიციატივები, მათ შორის, სატელეფონო კონსულტირების ეროვნული ქსელები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საინფორმაციო და საკონსულტაციო ქსელი (DIAL) (Davis 1981), ინტეგრირე-

ბული საცხოვრებლის გეგმები (მისაწვდომობის პრინციპის დაცვით) შშმ და არა-შშმ პირებისთვის (Davis and Woodward 1981) და პირდაპირი გადახდები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის პირადი თანაშემწეების დასაქმებისათვის (HCIL 1981).

თავის ნაშრომში, რომელიც შთაგონებულია „შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური ბარიერების მოდელით“, კენ დევისი აღწერს, თუ როგორ განახორციელა DCIL–მა მომსახურების მხარდაჭერის ყოვლისმომცველი „ოპერატიული ჩარჩო“, რომელიც დაფუძნებულია შშმ პირების მიერ ჩამოყალიბებულ შვიდ საჭიროებასა და პრიორიტეტებზე, მათ შორისაა: ინფორმაციის მიწოდება, თანასწორთა მხარდაჭერა, მისაწვდომი საცხოვრებელი, ტექნიკური დახმარება და აღჭურვილობა, პერსონალური ასისტენტის სერვისი, მისაწვდომი ტრანსპორტი და გარემო (Davis 1990: 7). ათწლეულის ბოლოსთვის არსებობდა, სულ მცირე, 85 მომხმარებლის მიერ მართული CIL ტიპის ორგანიზაცია, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს და მათ ოჯახებს ამ და სხვა მომსახურებას სთავაზობდა (Barnes and Mercer 2006).

შეზღუდული შესაძლებლობის პოლიტიზირებამ ასევე გამოიწვია შშმ კულტურისა და ხელოვნების მოძრაობის გაჩენა. მათ შორის იყვნენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მხატვრები, მუსიკოსები, პოეტები და კინორეჟისორები. ზოგადი მიზანი იყო ეჩვენებინათ, თუ როგორია ცხოვრება ჯანმრთელობის დარღვევებით შემზღუდველ საზოგადოებაში და ხელი შეეწყოს განსხვავებულობის აღნიშვნისა და შშმ იდენტობის პოზიტიურ ტრილში წარმოჩენისათვის (Sutherland 1997, 2006; Peters 2000; Swain and French 2000). სოციალური მოდელი ასევე იყო ცენტრალური საკითხი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანასწორობის (Disability Equality) განვითარებისათვის.

ამ საქმიანობის შედეგად გაფართოვდა ლიტერატურა, რომელიც ძირითადად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მწერლების მიერ იყო გამოცემული. გადამწყვეტი ფაქტორი გახდა 1986 წელს პირველი საერთაშორისო ჟურნალის, „შეზღუდული შესაძლებლობა, დარღვევები და საზოგადოება“, დაარსება, რომელიც ექსკლუზიურად შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხებს აერთიანებდა. 1993 წელს ჟურნალს სახელი გადაერქვა და მას „შეზღუდული შესაძლებლობა და საზოგადოება“ ეწოდა. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მკვლევრებმა, რომლებიც შთაგონებულნი იყვნენ სოციალური მოდელის არსით, შეზღუდული შესაძლებლობის და ჯანმრთელობის დარღვევების აღიარების და მიღების გამოცდილების შესახებ, ეთნოგრაფიული ჩანაწერები შეაგროვეს (მაგალითად, Oliver et al. (1988), Morris (1989) and Barnes (1990)). UPIAS–ის შეხედულებებისა და ფინკელსტაინის (1980) ნამუშევრის (კაპიტალიზმსა და შეზღუდული შესაძლებლობის კატეგორიის წარმოშობას შორის

კავშირის შესახებ) საფუძველზე, ოლივერმა 1990 წელს ჩამოაყალიბა შეზღუდული შესაძლებლობის პირველი ყოვლისმომცველი მატერიალისტური თეორია: *შეზღუდული შესაძლებლობის პოლიტიკა*. მომდევნო წელს, ანტიდისკრიმინაციული კანონმდებლობისთვის ადვოკატირების გასაძლიერებლად, BCODP-მა გამოსცა ნაშრომები: *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები ბრიტანეთში და დისკრიმინაცია: არგუმენტები ანტიდისკრიმინაციულ კანონმდებლობაზე* (Barnes 1991).

სოციალური მოდელი მნიშვნელოვანი იყო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიერ შემუშავებული და წარმოდგენილი შშმ პირთა თანასწორობის შესახებ ტრენინგ კურსების (DET) შესაქმნელად. ეს კურსები უპირველესად პროფესიონალებისა და პრაქტიკოსებისათვის იყო განკუთვნილი და ფარავდა ეკოლოგიურ და სოციალურ საკითხებს შესაძლო გადაწყვეტების განსაზღვრისთვის (Gillespie-Sells and Campbell 1991). იგი განსხვავდებოდა შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე პროფესიონალების მიერ შედგენილი ტრენინგისგან, *შშმ საკითხებზე ცნობიერების ამაღლება*, რომელიც სიმულაციური სავარჯიშოების გამოყენებით შშმ მდგომარეობას ინდივიდუალურ პრობლემად განსაზღვრავდა (French 1996).

1991 წელს ასევე დაინერგა შეზღუდული შესაძლებლობის კვლევის ახალი მიდგომა, რომელიც დაფუძნებულია სოციალური მოდელის პრინციპებზე, რამაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებსა და სოციალური მოდელის მიდგომას კვლევის პროცესში ცენტრალური ადგილი მიუჩინა: ემანსიპატორი შეზღუდული შესაძლებლობის კვლევა (emancipator disability research) (DHS 1992). ამის შემდეგ გამოჩნდა მთელი რიგი კვლევები, რომლებიც ფოკუსირებულია შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხებზე და ძირითადად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მკვლევარების მიერ ტარდება. მაგალითად: შემზღუდავი სახე-ხატები და მედია (Barnes 1992; Hevey 1992; Cumberbatch and Negrine 1992), ასაკის მატება და შეზღუდული შესაძლებლობა (Zarb and Oliver 1993), პირდაპირი გადახდები და პერსონალური ასისტირება (Oliver and Zarb 1992; Barnes 1993; Zarb and Nadash 1994), დამოუკიდებელი ცხოვრება (Morris 1993), ეთნიკური წარმომავლობა და „რასა“ (Begum 1992; Begum et al. 1994), სექსუალობა (Shakespeare et al. 1996), მშობლობა (Wates 1997) და დასაქმება (Roulstone 1998).

ამ ყველაფერმა უდიდესი გავლენა მოახდინა შშმ პოლიტიკაზე. 1992 წელს ბრიტანეთის მთავრობამ პირველად აღიარა, რომ შშმ დისკრიმინაცია იყო მნიშვნელოვანი პრობლემა და სამი წლის შემდეგ ძალაში შევიდა შშმ პირთა მიმართ დისკრიმინაციის წინააღმდეგ კანონი. 1996 წელს, *სათემო სერვისების შესახებ კანონმა* (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შესახებ) ადგილობრივ ხელისუფლებას საშუალება მისცა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის პირდაპირი გადახდები შეეთავაზებინა. აქამდე ეს ტექნიკურად უკანონო იყო 1948 წლის ეროვ-

ნული დახმარების აქტით (Zarb and Nadash 1994). 2000 წელს შეიქმნა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომისია (DRC), რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის განმარტებას სოციალური მოდელის მიხედვით (DRC 2002) იყენებდა. მთავრობამ ოფიციალურად მიიღო სოციალური მოდელის განსაზღვრება 2005 წლის ანგარიშში, „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ცხოვრების შესაძლებლობების გაუმჯობესება“ (PMSU 2005). სოციალური მოდელის რიტორიკა – თუ არა პოლიტიკა – ახლა აშკარად ჩანს მრავალი უწყების პუბლიკაციებში, რომლებიც ბრიტანეთში მუშაობენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან და მათთან დაკავშირებულ საკითხებზე (Oliver and Barnes 2006; Shakespeare 2006; Barnes and Mercer 2010).

სოციალური მოდელის ცნება ასევე იკვეთება საერთაშორისო დონეზე პოლიტიკურ განცხადებებსა და დოკუმენტებში. 1993 წელს, გაერომ შეიმუშავა შშმ პირთა შესაძლებლობების გათანაბრების სტანდარტული წესები. ეს დოკუმენტი ასახავს მთავრობებისთვის რადიკალურ პროგრამას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანასწორობის განსაზღვრისა და უზრუნველყოფისათვის (UN 2003/4). 2006 წლის დეკემბერში მიიღეს გაეროს კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ და მისი ფაკულტატური ოქმი. გენერალური ასამბლეის დროებითი კომიტეტის რვა სამუშაო სესიის შემდეგ, მათ შორის, შშმ ორგანიზაციების წარმომადგენლების ჩართულობით შემუშავებული კონვენცია შშმ პირთა უფლებების შესახებ 21-ე საუკუნის პირველი ადამიანის უფლებათა კონვენციაა. 50 მუხლისგან შემდგარი კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ არსებული ყველაზე სრულყოფილი დოკუმენტია (UN Enable 2009). ევროკავშირმა 2003 წლის პოლიტიკის სამოქმედო გეგმაში (Commission of the European Communities 2003: 4) გაიზიარა შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი.

სოციალური მოდელის პერსპექტივამ უმნიშვნელოვანესი როლი შეასრულა „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ ზრუნვის კონცეფციის გადახედვაზე“, რომელიც WHO – ს შეზღუდული შესაძლებლობისა და რეაბილიტაციის ჯგუფის მიერ იყო დაფინანსებული. ეს იყო ორწლიანი პროექტი და კონფერენცია ნორვეგიის მთავრობის მხარდაჭერით, რომელშიც მონაწილეობდნენ პროფესიონალები, შშმ პირები და მათი ოჯახები მთელი მსოფლიოდან (WHO 2001). უფრო მეტიც, WHO-ს ბოლოდროინდელი ფუნქციონირებისა და ჯანმრთელობის საერთაშორისო კლასიფიკაცია (ICF), რომელმაც ჩაანაცვლა უარყოფითი კონოტაციების მატარებელი ICIDH, ასევე გაცხადებულად მოიცავს სოციალური მოდელის ცნებებს (WHO 2005). მიუხედავად იმისა, რომ ამ დოკუმენტში არ არის ადგილი ICF-ის ფართო კრიტიკისათვის, საკმარისია აღინიშნოს, რომ ის შედგება სამსაფეხურიანი კონსტრუქტისგან, შეზღუდული შესაძლებლობისა და „ინვალიდობისგან“ განსხვავებული

ტერმინებით – „აქტიურობა“ და „მონაწილეობა“ – და ეფუძნება დასავლურ ცნებებს „მეცნიერულ“ მედიცინასა და ნორმალურობაზე. გარდა ამისა, ICF წარმოდგენილია, როგორც აპოლიტიკური და აღიარებს გარემოს როლს შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ გაგების ჩამოყალიბებაში. მიუხედავად ამისა, დასკვნა, რომ ჯანმრთელობის დარღვევა შეზღუდული შესაძლებლობის მთავარი მიზეზია, აშკარად შენარჩუნებულია მის სათაურში: შეზღუდული შესაძლებლობის „ბიოფსიქოსოციალური“ მოდელი (Barnes and Mercer 2010).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ორგანიზაციების მხრიდან მისი საქმიანობის კრიტიკის ფონზე (Hurst and Albert 2006), ასევე, 2004 წელს ჯუდი ჰიუმანის, ამერიკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობის მთავარი აქტივისტის, შეზღუდული შესაძლებლობისა და განვითარების საკითხებში მთავარ მრჩეველად დანიშვნის ფაქტორის გათვალისწინებით (Coleridge 2006), მსოფლიო ბანკმა „შეზღუდული შესაძლებლობის პოლიტიკა“ ჩართო თავის ყველა პროგრამაში. 2007 წელს მან გამოაქვეყნა დოკუმენტი – *სოციალური ანალიზი და შეზღუდული შესაძლებლობა: სახელმძღვანელო*, რომელიც „წარმოადგენს პრაქტიკულ გზამკვლევს და უზრუნველყოფს სოციალური ანალიზისა და შშმ ინკლუზიური განვითარების ინტეგრაციას მსოფლიო ბანკის სექტორულ და თემატურ პროექტებსა და პროგრამებში“ (გვ. 1).

თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ ეს დოკუმენტი ფოკუსირებულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებისა და ინსტიტუციური ცვლილებების მნიშვნელობაზე, მასში მოყვანილი მითითებები არ არის სავალდებულო. მათი გავლენა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მათ შორის, პროექტზე ან პროგრამაზე, ადგილობრივ კონტექსტზე და, რაც მთავარია, „ხელმისაწვდომ რესურსებზე“ (გვ. 2). ეს უკანასკნელი უნდა მოდიოდეს სხვა წყაროებიდან, როგორიცაა საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციები, არასამთავრობო ორგანიზაციები და საქველმოქმედო ორგანიზაციები. ბანკი არ არის არც საქველმოქმედო და არც უფლებადამცველი ორგანიზაცია. მისი პოლიტიკა განისაზღვრება ნეოლიბერალური/კაპიტალისტური ფილოსოფიით, რომელიც მტკიცედ იცავს დიდი ბიზნესისა და ტრანსნაციონალური კორპორაციების ინტერესებს. მისი ძირითადი ფუნქციაა სესხების გაცემა ეკონომიკური განვითარებისათვის, რომელიც შემდგომ უნდა დაიფაროს (Yeo 2005).

ბევრმა მთავრობამ, მათ შორის, აშშ-მა და ჩინეთმა, სოციალური მოდელის ტიპის რიტორიკა გამოიყენეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის პოლიტიკის დასაწერად (Doyle 2008). მიუხედავად ამისა, ამ პოლიტიკამ მხოლოდ უმნიშვნელო გავლენა მოახდინა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების რიცხვზე, როგორც მდიდარ, ისე ღარიბ ქვეყნებში (Charlton 1998; Albert

2006; Chen and Ravallion 2008; Inclusion Europe 2008; Sheldon 2010). ყოველივე ეს მნიშვნელოვან კითხვებს ბადებს იმ აკადემიკოსთა და მკვლევართა მზარდი რაოდენობის შესახებ, რომლებიც შშმ საკითხებს შეისწავლიან.

სოციალური მოდელი და მისით უკმაყოფილება

1980-იანი წლებიდან მოყოლებული, მსოფლიოს უნივერსიტეტებსა და კოლეჯებში, სოციალურ მეცნიერებს შორის უპრეცედენტოდ გაიზარდა ინტერესი შეზღუდული შესაძლებლობის სფეროს მიმართ. ამან გამოიწვია შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხების შემსწავლელი ჟურნალების რაოდენობის ზრდა და მკვლევართა ქსელის გაფართოება, რომლებიც შეზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებულ საკითხებს სხვადასხვა აკადემიური დისციპლინიდან შეისწავლიან. შშმ კვლევა ახლა უკვე საერთაშორისო დონეზე აღიარებული აკადემიური დისციპლინაა, კურსებით, კვლევითი ცენტრებითა და პროფესორ-მასწავლებლებით (Barnes et al. 2002a). ეს ყველაფერი მისასალმებელია, რადგან ის კოლეჯებსა და უნივერსიტეტებში წინ წამოსწევს შშმ საკითხებს: ხვალინდელი დღის პოლიტიკოსების, პოლიტიკის შემქმნელების და პროფესიონალების მხრიდან ცოდნისათვის საფუძვლის ჩაყრის თვალსაზრისით. ალბათ გარდაუვალია, რომ გაზრდილი ინტერესი მნიშვნელოვან გამოწვევებს წარმოშობს სოციალური მოდელის მომავალ განვითარებასა და საზოგადოებაში მისი როლის შესახებ.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, შეზღუდული შესაძლებლობის თეორიული ანალიზი დიდ ბრიტანეთსა და აშშ-ში, 1960-70-იან წლებში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პოლიტიკურ საქმიანობას ეფუძნება. თუმცა, ამერიკული მიდგომა დიდი ბრიტანეთის მიდგომისგან იმით განსხვავდებოდა, რომ იქ დომინირებდნენ პროფესიონალი აკადემიკოსები, რომლებიც იზიარებდნენ ფუნქციონალისტურ/დევიაციის ხედვას ამერიკული იდეოლოგიისა და კულტურის შესაბამისად: „რადიკალური კონსუმერიზმი“ და „დამოუკიდებელი ცხოვრება“ (De Jong 1979). ამის საპირისპიროდ, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე აქტივისტებმა აკადემიის გარეთ საფუძველი ჩაუყარეს უფრო ყოვლისმომცველ და რადიკალურ, სოციალური მოდელით შთაგონებულ, მატერიალისტურ ანალიზს (Barnes et al. 2002a).

ეს პერსპექტივა, შშმ კვლევების დღის წესრიგში დიდ ბრიტანეთში და მის ფარგლებს გარეთ (Charlton 1998; Gleeson 1999; Hahn 2002) ჯერ კიდევ მნიშვნელოვანია. თუმცა, მისი რელევანტურობა ბოლო წლების განმავლობაში მნიშვნელოვნად შემცირდა სოციალურ მეცნიერებებში, ზოგადად, და განსაკუთრებით შშმ საკითხებზე კვლევებში პოსტმოდერნისტული/სტრუქტურალისტური პერსპექტივიდან. ამერიკა-სა და დიდ ბრიტანეთში მემარჯვენე მთავრობების ხელისუფლებაში მოსვლის შე-

მდეგ, 1980-იან წლებში, და საბჭოთა სტილის კომუნიზმის ჩამოშლასთან ერთად, მოხდა სოციალური მეცნიერებების თანდათანობითი, მაგრამ მნიშვნელოვანი ზოგადი დერადიკალიზაცია და უკან დახევა რადიკალური თეორიებიდან, რომლებიც პირდაპირ გამოწვევას უქმნის კაპიტალისტურ ნეოლიბერალურ მსოფლმხედველობას (Harvey 2010).

ეს ასახვას ჰპოვებს ამერიკასა და კანადაში წარმოებულ კვლევებში შშმ საკითხების შესახებ, მათ შორის, Davis (1995), Mitchell and Snyder (1997), Thomson (1997, 2006) და Tremain (2002, 2005) და დიდ ბრიტანეთსა და ევროპაში – Corker and Shakespeare (2002), Shakespeare and Watson (2002), Shakespeare (2006), Kristiansen et al. (2009) და Goodley (2011).

რომ შევაჯამოთ, ამ მიდგომებს, შემზღუდველი გარემოს შექმნაში ეკონომიკური ძალების უდიდესი მნიშვნელობიდან, ყურადღება გადააქვს პოლიტიკურად ნაკლებად დატვირთულ თემებზე, როგორიცაა კულტურა, ენა და დისკურსი. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი კვლევა აღიარებს, რომ რეაგირება ჯანმრთელობის დარღვევებზე კულტურის პერსპექტივიდან გარდაიქმნა ინდუსტრიალიზაციის და შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე „ნორმალურობის ხედვის“ დასაწყისში (Davis 1995), ყურადღება გამახვილებულია დისკურსის როლზე და არა ეკონომიკაზე და მასთან დაკავშირებულ იდეოლოგიებზე. პრიორიტეტულია სხეულის კონსტრუქციები და არა ეკონომიკური და სოციალური ურთიერთობები კაპიტალისტურ დღის წესრიგში. ფიზიკური ჯანმრთელობის სტანდარტები, მენტალური ბალანსი და მორალური სიმყარე ერთმანეთთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული, ამიტომ „დეფექტური“ სხეულები და გონება ასოცირდება „გადაგვარებასთან“ (Young 1990) და სოციალურ შფოთვებთან (Thomson 1997, 2006). „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები“, შესაბამისად, წარმოდგენილი არიან, როგორც უმცირესობა ამერიკული პოლიტიკისა და მწერლობის ტრადიციებში (Hahn 2002).

„მოდერნისტული“ მსოფლმხედველობის, „გრანდ თეორიის“ (grand theorizing) და კონცეპტუალური დუალიზმების პოსტმოდერნისტულმა უარყოფამ გამოიწვია სოციალური მოდელის და ჯანმრთელობის დარღვევის/შეზღუდული შესაძლებლობის განსხვავების კრიტიკა (Tremain 2002, 2005; Shakespeare and Watson 2002; Shakespeare 2006) ეს არგუმენტები გამყარებულია შშმ ფემინისტების ადრეული მტკიცებით, რომ ჯანმრთელობის დარღვევასთან დაკავშირებული გამოცდილებები მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული შშმ თეორიებში (Morris 1991; Crow 1996) და რომ ბარიერების მოხსნა არ გადაჭრის პრობლემებს, რომლებიც ყველა შშმ ადამიანს უდგას მათი კონკრეტული მდგომარეობის კომპლექსურობის და სიმძიმის გამო (French 1993; Thomas 1999). ყველა ამ ავტორმა შემდგომში აღიარა სოციალური მოდელის ანალიზის მნიშვნელობა. მაგალითად, ჯენი მორისმა 2002 წელს განაცხადა:

სოციალური მოდელი გვთავაზობს სიტყვებს ჩვენი უთანასწორობის აღსაწერად. ის გამოყოფს გარე ფაქტორებს (შემზღუდავ ბარიერებს) დარღვევებისგან (მოტორიკის ან მხედველობის დარღვევები ან სწავლის სიძნელეები). ... რადგანაც სოციალური მოდელი აცალკევებს გარე ფაქტორებს (ბარიერებს) და დარღვევებს, ის გვაძლევს შესაძლებლობას, ზუსტად გავამახვილოთ ყურადღება იმაზე, თუ რა არის ჩვენი ადამიანური და სამოქალაქო უფლებების რეალიზების დამაბრკოლებელი ფაქტორი და რა ზომების მიღებაა საჭირო ამ მიმართულებით.

(მორისი 2002: 1–3).

UPIAS-ის მიერ მხარდაჭერილ სოციალურ მოდელს, რომელიც, მათ შორის, აშკარად ჩანს ფინკელსტაინის (1980) და ოლივერის (1990) ნაშრომებში, აკრიტიკებენ იმგვარი თეორიის გენერირებისათვის, რომელიც გამორიცხავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა გამოცდილებისა და ცოდნის მნიშვნელოვან განზომილებებს. კრიტიკოსები და ყოფილი დამცველები – შექსპირი და უოტსონი (1997), ამტკიცებენ, რომ სოციალური მოდელი მოძველებული იდეოლოგიაა, რადგან ძნელია, შენარჩუნდეს დარღვევების/შეზღუდული შესაძლებლობის დაყოფა, რომლის საფუძველზეც ის დგას, და მისი აქცენტი ბარიერების მოხსნაზე არარეალურია.

თუმცა, იმის მტკიცება, რომ დარღვევების/შეზღუდული შესაძლებლობის განსხვავება ყალბია, იმას ნიშნავს, რომ ბიოლოგიურსა და სოციალურს შორის დაყოფა მცდარია. მიუხედავად იმისა, რომ ამგვარი მტკიცებები შეიძლება საინტერესო იყოს ფილოსოფოსებისთვის და ზოგიერთი სოციალური თეორეტიკოსისთვის, კვლევის, პოლიტიკისა და პრაქტიკის თვალსაზრისით, მას ნაკლებად აქვს მნიშვნელოვანი ან პრაქტიკული ღირებულება, გარდა სამედიცინო სოციოლოგიების მიერ სოციალური მოდელის შესახებ ნაშრომების და სწავლების შესახებ კრიტიკის გამყარებისა (Bury 1996, 2000; Williams 2003), ეს ხედვები აძლიერებენ ტრადიციულ წინასწარგანწყობებს პოლიტიკის წრეებში, თითქოს საჭიროა „ადამიანების შეცვლა, ნაცვლად სამყაროს შეცვლისა“ (Bickenbach 2009: 110).

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სოციალური მოდელის მიხედვით, შეზღუდული შესაძლებლობის დიფერენცია არის პრაგმატული მოდელი, რომელიც არ უარყოფს, რომ ზოგიერთი დარღვევა ზღუდავს ადამიანების დამოუკიდებლად ფუნქციონირების უნარს. ის ასევე არ უარყოფს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს აქვთ დაავადებები ცხოვრების სხვადასხვა მომენტში და ზოგჯერ საჭიროა შესაბამისი სამედიცინო ჩარევა. ადამიანების უმეტესობას ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე შეიძლება შეეფერსას ჯანმრთელობის პრობლემები (Pristley 2003). ჯანმრთელობის დარღვევა ჩვეულებრივი მოვლენაა, და ხშირად არის გამოწვეული გარემოს და სოციალური მიზეზებით (WHO 1999, 2002). როგორ უმკლავდებიან ადამიანები ჯანმრთელობის დარღვევებს – რაც არ უნდა იყოს მათი გამომწვევი მიზეზი და როგორი

სიმძიმისა არ უნდა იყოს დარღვევა – მრავალი თვალსაზრისით განპირობებულია იმით, თუ რამდენად აქვთ ადამიანებს წვდომა მთელ რიგ სოციალურ და მატერიალურ რესურსებზე. ის ფაქტი, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს ხელი არ მიუწვდებათ ამ რესურსებზე, როგორც მდიდარ, ისე ღარიბ სახელმწიფოებში, დიდწილად განპირობებულია კონკრეტული მატერიალისტური მსოფლმხედველობით, რომელიც უპირატესობას ანიჭებს მოგების ძიებას, ვიდრე თანასწორობასა და სოციალურ სამართლიანობას.

მიუხედავად იმისა, რომ პოსტმოდერნისტული თეორიები კიდევ ერთხელ ადასტურებს კულტურის მნიშვნელობას შესაძლებლობის შეზღუდვის შექმნის მიმართულებით, ის საკმარის ყურადღებას არ უთმობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ცხოვრების მატერიალურ რეალობას. ის არ იძლევა რაიმე მნიშვნელოვან ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება მოგვარდეს ინსტიტუციური პრობლემები პოლიტიკის დონეზე. მართლაც, თუკი დარღვევების/შეზღუდული შესაძლებლობის განსხვავების პოსტმოდერნული უარყოფა მიიღება, მაშინ შშმ აქტივიზმი და პოლიტიკის წარმოება წარმოუდგენელი გახდება და „დარღვევების მქონე ადამიანებს სხვა გზა აღარ დარჩებათ, გარდა იმისა, რომ თავი დაუხარონ დისკრიმინაციასა და გარიყვას, რაც აფერხებს მათ ცხოვრებას“ (Hughes 2005: 90).

მას შემდეგ, რაც პოსტმოდერნიზმთან დაკავშირებული პრობლემები აშკარა გახდა, შშმ საკითხების თეორეტიკოსები გადავიდნენ კრიტიკულ რეალისტურ პერსპექტივაზე, რომელსაც ზოგიერთი მედიცინის სოციოლოგები ემხრობიან. მაგალითად, შექსპირი ამტკიცებს, რომ ეს არის „სოციალური სამყაროს გაგების ყველაზე კარგი გზა, რადგან ის საშუალებას იძლევა, დავინახოთ საკითხის არსი მთელი თავისი სირთულით“ (2006: 55). ამით იგი ამართლებს ICF-ს და შეზღუდული შესაძლებლობის „ურთიერთმიმართების“ გაგებას, რაზეც სკანდინავიის ქვეყნების მკვლევრები მუშაობენ (იხ. ასევე, Watson 2010 and Goodley 2011).

თუმცა მსგავსი არგუმენტები ვერ პასუხობს უილიამსის (1999) მტკიცებას, რომ კრიტიკული რეალისტური მიდგომა ეწინააღმდეგება შშმ საკითხებზე თეორიის ბოლოდროინდელ განვითარებას და განსაკუთრებით პოსტმოდერნისტულ აზროვნებას, როგორც საფუძველი იმისა, თუ როგორ უნდა „მოერგოს ჯანდაცვა 21-ე საუკუნეს“ (Williams 1999: 815). აღსანიშნავია ისიც, რომ სკანდინავიის ქვეყნებში კეთილდღეობა და საგანმანათლებლო პოლიტიკა კვლავ სამედიცინო და ფსიქოლოგიურ ინტერპრეტაციებსა და ეტიკეტებს ემყარება. კვლევა არსებითად „ზემოდან ქვემოთ“ მოდელს ეფუძნება, აპოლიტიკურია და ხშირად ეხება და ზომავს დარღვევებს სპეციფიკურ ჯგუფებზე და არა ჩაგვრაზე ან დისკრიმინაციაზე მითითებით, როგორიცაა, მაგალითად, „სწავლის უნარის დაქვეითება“, (Tøssebro and Kittelsaa 2004; Soder 2009). შესაბამისად, დისკრიმინაცია და ჩაგვრა დიდწილად უკონტროლო რჩება

(Gustavsson 2004; Kristiansen and Traustadottier 2005; Inclusion Europe 2008).

უფრო მეტიც, სტრუქტურულ ძალებზე ორიენტირებული სოციალური მოდელისგან ყურადღების გადატანა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებზე, მათ ოჯახებზე, ზოგადად მოსახლეობაზე როგორც მდიდარ, ისე ღარიბ ქვეყნებში. კაპიტალიზმის მოსვლის შემდეგ, უთანასწორობა სახელმწიფოებში და მათ ფარგლებს გარეთ, გაღრმავდა. ეს უკანასკნელი წლების განმავლობაში გამწვავდა გლობალური ეკონომიკური კრიზისების ფონზე. ამან გააძლიერა ხანგრძლივი ნუხილები გარემოს დაბინძურებასთან დაკავშირებით, რაც მოჰყვა არარეგულირებულ ინდუსტრიულ განვითარებას და მის გავლენებს საკვების მდგრად მიწოდებაზე, გლობალური მოსახლეობის უპრეცედენტო ზრდის ფონზე (Harvey 2010). შესაბამისად, ახალ ათასწლეულში, ეკონომიკური და პოლიტიკური სტაბილურობა ყველა ქვეყანაში სულ უფრო შესუსტდება, ბრძოლა კი – უფრო სამართლიანი და ინკლუზიური გლობალური საზოგადოებისთვის – უფრო გართულდება (Barnes and Sheldon 2010). სოციალურმა მოდელმა წარმოადგინა თეორიული და პრაქტიკული ჩარჩო, რომლითაც შესაძლებელი იქნება ამ პრობლემების შესწავლა და გადაჭრა. ამ მიდნეების უგულებელყოფა ნიშნავს შშმ საკითხების კვლევის და მისი რელევანტურობის დასასრულს შშმ პირთათვის, მათი ოჯახებისა და საზოგადოებისთვის, ასევე, ბრძოლის შეწყვეტას სამართლიანობისა და თანასწორობისთვის.

დასკვნა

მოცემული სტატია ყურადღებას ამახვილებს სხვადასხვა ძალებზე, რომლებმაც გავლენა იქონიეს ცნებაზე, რომელსაც ზოგადად ვუწოდებთ სოციალურ მოდელს. პოლიტიკურმა აქტივიზმმა და აკადემიამ, ერთობლიობაში, ხელი შეუწყო შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ აღქმების ცვლილებას ეროვნულ და საერთაშორისო დონეზე. შეზღუდული შესაძლებლობა პოლიტიკის წრეებში განიხილება არა მხოლოდ როგორც სამედიცინო საკითხი, არამედ როგორც ადამიანის უფლებების ინტერესის სფერო. ამ განვითარების მთავარი კატალიზატორი იყო სოციალური მოდელის აქცენტი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა არახელსაყრელი მდგომარეობის მატერიალურ და სტრუქტურულ მიზეზებზე. ამან გამოიწვია მრავალი საკანონმდებლო ღონისძიებისა და პოლიტიკის ინიციატივების დანერგვა სხვადასხვა ეკონომიკური და სოციალური დეპრივაციების აღმოსაფხვრელად, რასაც შშმ პირები მთელ მსოფლიოში აწყდებიან.

მიუხედავად ამისა, ამ პოლიტიკამ მხოლოდ უმნიშვნელო გავლენა მოახდინა შეზღუდული შესაძლებლობის ყოველდღიურ გამოცდილებაზე და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უმრავლესობა ყველაზე ღარიბ ფენად რჩება. უპრეცედენტო

ნტო ეკონომიკური, გარემოსდაცვითი და დემოგრაფიული გამოწვევების ფონზე, ეს მდგომარეობა, სავარაუდოდ, კიდევ უფრო გაუარესდება მანამ, სანამ გაუმჯობესების ნიშნებს დავინახავთ (თუ საერთოდ გაუმჯობესდა). შესაბამისად, ახლა უფრო მეტად, ვიდრე ოდესმე, უნდა განვავითაროთ სოციალური მოდელის არსი და გამოვავლინოთ მიზეზები, რომელთა გამოც შესაძლებლობის შეზღუდვის განმაპირობებელი ფაქტორების წინააღმდეგ ბრძოლის პოლიტიკა წარუმატებელი აღმოჩნდა და ამგვარად წვლილი შევიტანოთ ცვლილებებისთვის მიმდინარე ბრძოლაში. ამ ამოცანისგან თავის არიდება და აბსტრაქტულ და ბუნდოვან თეორიებზე ფოკუსირება, რომელსაც ნაკლები მნიშვნელობა აქვს ან საერთოდაც უმნიშვნელოა უნივერსიტეტების სალექციო დარბაზების და სემინარების ოთახების სტერილურ საზღვრებს მიღმა, უდავოდ გამოიწვევს შშმ კვლევების/სწავლების, როგორც სანდო და არსებითი აკადემიური დისციპლინის, გადააზრებას (Sheldon 2006).

ბიბლიოგრაფია

- Abberley, P. (1993) 'Disabled People and "Normality"', in J. Swain, V. Finkelstein, S. French and M. Oliver, eds, *Disabling Barriers – Enabling Environments* (London: Sage, in association with the Open University) pp. 107–15.
- Albert, B., ed. (2006) *In or Out of the Mainstream? Lessons from Research on Disability and Development Cooperation* (Leeds: The Disability Press).
- Albrecht, G. L., ed. (1976) *The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation* (Pittsburgh: The University of Pittsburgh Press).
- Albrecht, G. L. (1992) *The Disability Business. Rehabilitation in America* (London: Sage).
- Anderson, R. and Bury, M., eds (1988) *Living with Chronic Illness: The Experience of Patients and their Families* (London: Unwin Hyman).
- Barnes, C. (1990) *Cabbage Syndrome: The Social Construction of Dependence* (Lewes: Falmer Press).
- Barnes, C. (1991) *Disabled People in Britain and Discrimination: A Case for Anti-discrimination Legislation* (London: Hurst and Co. in association with the British Council of Organisations of Disabled People).
- Barnes, C. (1992) *Disabling Imagery and the Media: An Exploration of Media Representations of Disabled People* (Belper: British Council of Organisations of Disabled People).
- Barnes, C., ed. (1993) *Making Our Own Choices: Independent Living, Personal Assistance and Disabled People* (Belper: British Council of Organisations of Disabled People).
- Barnes, C. (1996) 'The Social Model of Disability: Myths and Misrepresentations', *Coalition*, the magazine of the Greater Manchester Coalition of Disabled People, August: 25–30.
- Barnes, C. (1997) 'A Legacy of Oppression: A History of Disability in Western Culture', in L. Barton and M. Oliver, eds, *Disability Studies: Past, Present and Future* (Leeds: The Disability Press) pp. 3–25.
- Barnes, C. and Mercer, G., eds (2003) *Disability* (Cambridge: Polity).
- Barnes, C. and Mercer, G. (2006) *Independent Futures. Creating User-led Disability Services in a Disabling Society* (Bristol: The Policy Press).
- Barnes C. and Mercer, G. (2010) *Exploring Disability*, 2nd edn (Cambridge: Palgrave).
- Barnes, C. and Sheldon, A. (2010) 'Disability, Politics and Poverty in a Majority World Context', *Disability & Society* 25(7): 771–82.
- Barnes, C., Mercer, G. and Shakespeare, T. (1999) *Exploring Disability: A Sociological Introduction* (Cambridge: Polity).
- Barnes, C., Oliver, M. and Barton, L. (2002a) 'Introduction', in C. Barnes, M. Oliver and L. Barton, eds, *Disability Studies Today* (Cambridge: Polity) pp. 1–17.
- Barnes, C., Oliver, M. and Barton, L. (2002b) 'Disability, the Academy and the Inclusive Society', in C. Barnes, M. Oliver and L. Barton, eds, *Disability Studies Today* (Cambridge: Polity) pp. 250–60.
- Barton, L., ed. (2001) *Disability, Politics and the Struggle for Change* (London: David Fulton).

- Begum, N. (1992) *Something to be Proud of: The Lives of Asian Disabled People and Carers in Waltham Forest* (London: Waltham Forest Race Relations Unit).
- Begum, N., Hill, M. and Stevens, A., eds (1994) *Reflections: Views of Black Disabled People on Their Lives and Community Care* (London: Central Council for Education and Training of Social Workers).
- Bickenbach, J. E. (2009) 'Disability, Non-talent, and Distributive Justice', in K. Kristiansen, S. Velmas and T. Shakespeare, eds, *Arguing About Disability: Philosophical Perspectives* (London: Routledge) pp. 105–23.
- Blaxter, M (1976) *The Meaning of Disability* (London: Heinemann).
- Borsay, A. (2005) *Disability and Social Policy in Britain Since 1750* (Basingstoke: Palgrave Macmillan).
- Bowe, F. (1978) *Handicapping America* (New York: Harper and Rowe).
- Brisenden, S. (1986) 'Independent Living and the Medical Model of Disability', *Disability, Handicap and Society* 1(2): 173–78.
- Burleigh, M. (1994) *Death and Deliverance: Euthanasia in Germany 1900–1945* (Cambridge: Cambridge University Press).
- Bury, M. (1996) 'Defining and Researching Disability: Challenges and Responses', in C. Barnes and G. Mercer, eds, *Exploring the Divide: Illness and Disability* (Leeds: The Disability Press) pp. 17–38.
- Bury, M. (1997) *Health and Illness in a Changing Society* (London: Routledge).
- Bury, M. (2000) 'On Chronic Illness and Disability', in C. E. Bird, P. Conrad and A. M. Freemont, eds, *Handbook of Medical Sociology*, 5th edn (Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall International) pp. 173–83.
- Campbell, J. and Oliver, M. (1996) *Disability Politics: Understanding Our Past, Changing Our Future* (London: Routledge).
- Campling, J. (1979) *Better Lives for Disabled Women* (London: Virgo).
- Campling, J. (1981) *Images of Ourselves: Women with Disabilities Talking* (London: Routledge and Kegan Paul).
- Campling, J. (1981a) *The Handicapped Person: A New Perspective for Social Workers* (London: RADAR).
- Charlton, J. I. (1998) *Nothing About Us Without Us: Disability Oppression and Empowerment* (Berkeley, CA: University of California Press).
- Chen, S. and Ravallion, M. (2008) *The Developing World is Poorer Than We Thought but No Less Successful in the Fight Against Poverty*. Policy Research Working Paper 4703 (Washington, DC: The World Bank).
- Coleridge, P. (2006) 'CBR as Part of Community Development and Poverty Reduction', in S. Hartley, ed., *CBR as Part of Community Development: A Poverty Reduction Strategy* (London: Centre for International Child Health, University College London) pp. 19–39.

Commission of the European Communities (2003) Equal Opportunities for People with Disabilities: A European Action Plan (Brussels: [COM (2003)0650]).

Corker, M. and Shakespeare, T., eds (2002) *Disability/Postmodernity: Embodying Disability Theory* (London: Continuum).

Crow, L. (1996) 'Including All of Our Lives: Renewing the Social Model of Disability', in C. Barnes and G. Mercer, eds, *Exploring the Divide: Illness and Disability* (Leeds: The Disability Press): pp. 55–73.

Cumberbatch, G. and Negrine R. (1992) *Images of Disability on Television* (London: Routledge).

Davis, K. (1981) '28–38 Grove Road: Accommodation and Care in a Community Setting', in A. Brechin, P. Liddiard and J. Swain, eds, *Handicap in a Social World* (London: Hodder and Stoughton, in association with the Open University) pp. 322–7.

Davis, K. (1990) *A Social Barriers Model of Disability: Theory into Practice – The Emergence of the Seven Needs*. A paper prepared for the Derbyshire Coalition of Disabled People.

Davis, K. and Woodward, J. (1981): 'DIAL UK: Development in the National Association of Disablement Information and Advice Services', in A. Brechin, P. Liddiard and J. Swain, eds, *Handicap in a Social World* (London: Hodder and Stoughton, in association with the Open University) pp. 328–34.

Davis, L. J. (1995) *Enforcing Normalcy: Disability, Deafness, and the Body* (London and New York: Verso).

De Jong, G. (1979) *The Movement for Independent Living: Origins, Ideology and Implications for Disability Research* (Michigan: University Centre for International Rehabilitation, Michigan State University).

DHS (1992) 'Special Issue: Researching Disability', *Disability, Handicap and Society* 7(2).

Doyle, B. (2008) *Disability Discrimination: Law and Practice*, 6th edn. (Bristol: Jordans).

DRC (2002) *Independent Living and the DRC Vision* (London: Disability Rights Commission).

Driedger, D. (1989) *The Last Civil Rights Movement: Disabled People's International* (London: Hurst and Co.).

Finkelstein, V. (1980) *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion* (New York: World Rehabilitation Fund).

Finkelstein, V. (1997) 'Emancipating Disability Studies', in T. Shakespeare, ed., *The Disability Studies Reader* (London: Cassell) pp. 28–49.

Finkelstein, V. (1999) 'A Profession Allied to the Community: The Disabled People's Trade Union', in E. Stone, ed., *Disability and Development: Learning from Action and Research in the Majority World* (Leeds: The Disability Press) pp. 21–4.

Foucault, M. (1976) *The Birth of the Clinic* (London: Tavistock).

Foucault, M. (1977) *Discipline and Punish* (Harmondsworth, London: Peregrine).

French, S (1993) 'Disability, Impairment or Something In-between?', in J. Swain, V. Finkelstein, S. French and M. Oliver, eds, *Disabling Barriers – Enabling Environments* (London: Sage in association with the Open University): pp. 17–25.

- French, S. (1996) 'Simulation Exercises in Disability Awareness Training: A Critique', in G. Hales, ed., *Beyond Disability: Towards an Enabling Society* (London: Sage in association with the Open University) pp. 114–23.
- Gallagher, H. (1995) *By Trust Betrayed: Patients, Physicians and the Licence to Kill in the Third Reich* (Arlington, VA: Vandamere Press).
- Garland, R. R. J. (1995) *The Eye of the Beholder: Deformity and Disability in the Graeco-Roman World* (London: Duckworth).
- Gillespie-Sells, K. and Campbell, J. (1991) *Disability Equality Training: Trainers Guide* (London: Central Council for the Education and Training of Social Workers and the London Boroughs Disability Resource Team).
- Gleeson, B. J. (1999) *Geographies of Disability* (London: Routledge).
- Goffman, E. (1968) *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity* (Harmondsworth, London: Penguin).
- Goodley, D. (2011) *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction* (London: Sage).
- Gustavsson, A. (2004) 'The Role of Theory in Disability Research – Springboard or Strait-jacket?', *Scandinavian Journal of Disability Research* 6(1): 55–70.
- Hahn, H. (2002) 'Academic Debates and Political Advocacy: The US Disability Movement', in C. Barnes, M. Oliver and L. Barton, eds, *Disability Studies Today* (Cambridge: Polity) pp. 162–89.
- Hanks, J. and Hanks, L. (1948) 'The Physically Handicapped in Certain Non-Occidental Societies', *Journal of Social Issues* 4(4): 11–20.
- Harris, A., Cox, E. and Smith, C. (1971) *Handicapped and Impaired in Great Britain, Part 1* (London: HMSO).
- Harvey, D. (2010) *The Enigma of Capital* (London: Profile Books).
- Hasler, F. (1993) 'Developments in the Disabled People's Movement', in J. Swain, V. Finkelstein, S. French and M. Oliver, eds, *Disabling Barriers – Enabling Environments* (London: Sage, in association with The Open University) pp. 278–83.
- HCIL (1981) *Project 81, One Step Up: Consumer Directed Housing and Care for Disabled People* (Petersfield, Hampshire: Hampshire Coalition of Disabled People).
- Hevey, D. (1992) *The Creatures that Time Forgot: Photography and Disability Imagery* (London: Routledge).
- Höjer, S. (1951) 'Cripple Welfare in Sweden', *Svensk Vanföretidskrift* 28: 130–4.
- Hughes, B. (2005) 'What Can a Foucauldian Analysis Contribute to Disability Theory?', in S. Tremain, ed., *Foucault and the Government of Disability* (Ann Arbor: University of Michigan Press) pp. 78–92.
- Hunt, P., ed. (1966a) *Stigma: The Experience of Disability* (London: Geoffrey Chapman).
- Hunt, P. (1966b) 'A Critical Condition', in P. Hunt, ed., *Stigma: The Experience of Disability* (London: Geoffrey Chapman) pp. 145–59.

Hurst, R. and Albert, B. (2006) 'The Social Model of Disability: Human Rights and Development Cooperation', in B. Albert, ed., *In or Out of the Mainstream? Lessons from Research on Disability and Development Cooperation* (Leeds: The Disability Press) pp. 24–39.

Inclusion Europe (2008) *The Specific Risks of Discrimination Against Persons in Situations of Major Dependence or with Complex Needs* (Brussels: Inclusion Europe).

Ingstad, B. (2001) 'Disability in the Developing World', in G. L. Albrecht, K. D. Seelman and M. Bury, eds, *Handbook of Disability Studies* (London: Sage) pp. 772–92.

Ingstad, B. and Whyte, S. R., eds, (1995) *Disability and Culture* (Berkeley: University of California Press). Kristiansen, K. and Traustadottier K., eds (2005) *Gender and Disability: Research in the Nordic Countries* (Sweden: Studentlitteratur).

Kristiansen, K., Velmas, S. and Shakespeare, T., eds (2009) *Arguing About Disability: Philosophical Perspectives* (London: Routledge).

Lemert, E. (1951) *Social Pathology* (New York: McGraw Hill). Miles, M. (1995) 'Disability in an Eastern Religious Context: Historical Perspectives', *Disability & Society* 10(1): 49–69.

Miles, M. (2001) 'ICIDH Meets Postmodernism, or "Incredulity Toward Meta-Terminology"', *Disability World* (March–April); available at http://www.disabilityworld.org/03-04_01/resources/icidh.shtml (accessed 25 July 2011).

Mitchell, D. T. and Snyder, S. L., eds (1997) *The Body and Physical Difference* (Ann Arbor: University of Michigan Press) pp. 89–110.

Morris, J. (1989) *Able Lives – Women's Experience of Paralysis* (London: The Women's Press).

Morris, J. (1991) *Pride Against Prejudice. Transforming Attitudes to Disability* (London: The Women's Press).

Morris, J. (1993) *Independent Lives, Community Care and Disabled People* (Basingstoke: Macmillan).

Morris, J. (2002) *Untitled conference presentation, in Reclaiming the Social Model of Disability Report* (London: Greater London Action on Disability) pp. 1–3.

Nordqvist, I. (1972) *Life Together: The Situation of the Handicapped* (Stockholm: Swedish Central Committee for Rehabilitation).

Oliver, M. (1981) 'A New Model of the Social Work Role in Relation to Disability', in J. Campling, ed., *The Handicapped Person: A New Perspective for Social Workers* (London: RADAR) pp. 19–32.

Oliver, M. (1983) *Social Work with Disabled People* (Basingstoke: Macmillan). Oliver, M. (1990) *The Politics of Disablement* (Basingstoke: Macmillan).

Oliver, M. (1996) *Understanding Disability: From Theory to Practice* (London: Macmillan).

Oliver, M. (2004) 'The Social Model in Action: If I had a Hammer?', in C. Barnes and G. Mercer, eds, *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research* (Leeds: The Disability Press) pp. 18–32.

Oliver, M. and Barnes, C. (1998) *Social Policy and Disabled People: From Exclusion to Inclusion* (London: Longman).

- Oliver, M. and Barnes C. (2006) 'Disability Politics: Where Did it All Go Wrong?' Coalition, the magazine of the Greater Manchester Coalition of Disabled People, August, 8–13.
- Oliver, M. and Zarb, G (1992) *Personal Assistance Schemes in Greenwich: An Evaluation* (London: University of Greenwich).
- Oliver, M., Zarb, G., Silver, J., Moore, M. and Sainsbury, V. (1988) *Walking into Darkness: The Experience of Spinal Cord Injury* (Basingstoke: Macmillan).
- Parsons, T. (1951) *The Social System* (New York: Free Press).
- Pfeiffer, D. and Yoshida, K. (1995) 'Teaching Disability Studies in Canada and the USA', *Disability & Society* 10(4): 475–500.
- Peters, S. (2000) 'Is There a Disability Culture? A Syncretisation of Three Possible World Views', *Disability & Society* 15(4): 583–601.
- PMSU (Prime Minister's Strategy Unit) (2005) *Improving the Life Chances of Disabled People: Final Report* (London: Cabinet Office); available online at http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/work_areas/disability.aspx (accessed 25 July 2011).
- Priestley, M. (1998) 'Constructions and Creations: Idealism, Materialism and Disability Theory', *Disability & Society* 13(1): 75–95.
- Priestley, M. (1999) *Community Care or Independent Living* (Cambridge: Polity).
- Priestley, M. (2003) *Disability: A Life Course Approach* (Cambridge: Polity).
- Rosenhan, D. (1973) 'On Being Sane in Insane Places', *Science* 179: 250–58.
- Roulstone, A. (1998) *Enabling Technology: Disabled People, Work and New Technology* (Milton Keynes: Open University Press).
- Ryan, J. and Thomas, F. (1980) *The Politics of Mental Handicap* (Harmondsworth, London: Penguin).
- Scambler, G. (1989) *Epilepsy* (London: Tavistock and Routledge).
- Scambler, G. (2004) 'Re-framing Stigma: Felt and Enacted Stigma and Challenges to the Sociology of Chronic and Disabling Conditions', *Social Theory and Health* 2(1): 29–46.
- Scheff, T. J. (1966) *Being Mentally Ill* (New York: Aldine).
- Scotch, R. (1989) 'Politics and Policy in the History of the Disability Rights Movement', *Milbank Quarterly*, 67 (Supplement 2, Part 2): 380–400.
- Scott, R. A. (1969) *The Making of Blind Men* (London: Sage).
- Shakespeare, T. W. (2006) *Disability Rights and Wrongs* (London: Routledge).
- Shakespeare, T. and Watson, N. (1997) 'Defending the Social Model', *Disability & Society* 12(2): 293–300.
- Shakespeare, T. and Watson, N. (2002) 'The Social Model of Disability: An Outdated Ideology?', *Research in Social Science and Disability* 2: 9–28.

Shakespeare, T. W., Gillespie-Sells, K. and Davies, D. (1996) *The Sexual Politics of Disability* (London: Cassell).

Shapiro, J. (1993) *No Pity: People with Disabilities Forging a New Civil Rights Movement* (New York: Times Books).

Shearer, A. (1981) *Disability: Whose Handicap?* (Oxford: Basil Blackwell).

Sheldon, A. (2006) 'Disabling the Disabled People's Movement: The Influence of Disability Studies on the Struggle for Liberation'. Keynote address at the third Disability Studies Association Conference, Lancaster University, 18 September.

Sheldon, A. (2010) 'Locating Disability in the Majority World: Geography or Poverty?'. Paper delivered at the Disability and the Majority World: Challenging Dominant Epistemologies conference, Manchester Metropolitan University, 9 July.

Soder, M. (2009) 'Tensions, Perspectives and Themes in Disability Studies', *Scandinavian, Journal of Disability Research* 11(2): 67–81.

Stiker, H.-J. (1999) *A History of Disability* (Ann Arbor: University of Michigan Press).

Stone, D. A. (1984) *The Disabled State* (London: Macmillan).

Sutherland, A. (1981) *Disabled We Stand* (London: Suvenir Press).

Sutherland, A. (2006) 'The Other Tradition: From Personal Politics to Disability Arts'. Presentation at the Disability Association Conference, Lancaster University, 19 September.

Sutherland, D. (1997) 'Disability Arts and Disability Politics', in A. Pointon and C. Davies, eds, *Framed: Interrogating Disability in the Media* (London: British Film Institute) p. 159.

Swain, J. and French, S. (2000) 'Towards an Affirmative Model of Disability', *Disability & Society* 15(4): 569–82.

Szasz, T. S. (1971) *The Manufacture of Madness* (London: Routledge and Kegan Paul).

Tateiwa, T. (2010) 'The Disability Movement', *Studies in Japan*, 1: Beginning, and 2: The People.

The World Bank (2007) *Social Analysis and Disability: A Guidance Note*. 39385 (Washington, DC: Social Development Department, The World Bank).

Thomas, C. (1999) *Female Forms: Experiencing and Understanding Disability* (Buckingham: Open University Press).

Thomas, C. (2007) *Sociologies of Disability and Illness: Contested Ideas in Disability Studies and Medical Sociology* (Basingstoke: Palgrave Macmillan).

Thomson, R. G. (1997) *Extraordinary Bodies: Figuring Physical Disability in American Culture and Literature* (New York: Columbia University Press).

Thomson, R. G. (2006) 'Ways of Staring', *Journal of Visual Culture* 5(2): 173–92.

Topliss, E. and Gould, B. (1981) *A Charter for the Disabled* (Oxford: Blackwell).

Tøssebro, J. and Kittelsaa, A. (2004) 'Studying the Living Conditions of Disabled People: Approaches and Problems', in J. Tøssebro and A. Kittelsaa, eds, *Exploring the Living Conditions of Disabled People* (Lund: Studentlitteratur) pp. 17–43.

- Townsend, P. (1979) *Poverty in the United Kingdom* (Harmondsworth: Penguin).
- Tremain, S. (2002) 'On the Subject of Impairment', in M. Corker and T. Shakespeare, eds, *Disability/ Postmodernity: Embodying Disability Theory* (London: Continuum) pp. 32–47.
- Tremain, S. (2005) 'Foucault, Governmentality and Critical Disability Theory: An Introduction', in S. Tremain, ed., *Foucault and the Government of Disability* (Ann Arbor: University of Michigan Press) pp. 1–24.
- UN (1975) *Declaration on the Rights of Disabled Persons* (New York: United Nations); available online at <http://www2.ohchr.org/english/law/res3447.htm> (accessed 25 July 2011).
- UN Enable (2003) *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* (New York: United Nations); available online at <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00> (accessed 25 July 2011).
- UN Enable (2009) *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol* (New York: United Nations); available online at <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e/pdf> (accessed 25 July 2011).
- UPIAS (1976) *Fundamental Principles of Disability* (London: Union of the Physically Impaired Against Segregation).
- Wates, M. (1997) *Disabled Parents: Dispelling the Myths* (Cambridge: National Childbirth Trust Publishing in association with Radcliffe Medical Press).
- Watson, N. (2010) 'Can a Critical Realist Approach Help in Our Understanding of Disability?' Paper presented at the Lancaster Disability Studies Conference, Lancaster University, 8 September.
- Weeks, J., ed. (1991) *Against Nature: Essays, On History, Sexuality and Identity* (London: Rivers Oram).
- Wolfensberger, W. (1989) 'Human Service Policies: The Rhetoric Versus the Reality', in L. Barton, ed., *Disability and Dependence* (Lewes: Falmer) pp. 23–42.
- WHO (1976) *International Classification of Disease, 9th revision* (Geneva: World Health Organization).
- WHO (1980) *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (Geneva: World Health Organization).
- WHO (1999) *International Classification of Functioning and Health, Beta-2 draft, short version* (Geneva: World Health Organization).
- WHO (2001) *Rethinking Care from the Perspective of Persons with Disabilities* (Geneva: World Health Organization).
- WHO (2002) *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health (ICF)* (Geneva: World Health Organization); available online at <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm?myurl=beginners.html&mytitle=Beginner%27s20Guide> (accessed 25 July 2011).
- WHO (2005) *ICF Introduction* (Geneva: World Health Organization).
- Williams, G. (2001) 'Theorising Disability', in G. L. Albrecht, K. D. Seelman and M. Bury, eds, *Handbook of Disability Studies* (London: Sage) pp. 123–44.

Williams, S. (1999): 'Is Anybody There? Critical Realism, Chronic Illness and the Disability Debate', *Sociology of Health and Illness* 21(6): 797–819.

Williams, S. (2003) *Medicine and the Body* (London: Sage).

Yeo, R. (2005) *Disability, Poverty and the New Development Agenda* (Disability Knowledge and Research Programme); available online at http://www.dfid.gov.uk/R4D/PDF/Outputs/Disability/RedPov_agenda.pdf (accessed 25 July 2011).

Young, I. M. (1990) *Justice and the Politics of Difference* (Princeton: Princeton University Press).

Zarb, G. and Nadash, P. (1994) *Cashing in on Independence: Comparing the Costs and Benefits of Cash and Services* (Derby: British Council of Organisations of Disabled People).

Zarb, G and Oliver, M. (1993) *Aging with a Disability: What Do They Expect After All These Years?* (Greenwich: University of Greenwich).

ჩაგვრის განზომილებები შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე: მიმოხილვა

ჯეიმს ი. ჩარლტონი

თარგმანი: ლიკა ჯამბურია

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა აბსოლუტური უმრავლესობა ყოველთვის იყო ღარიბი, მოწყვლადი და დაკნინებული. მათი ჩაგვრა ერთდროულად არის წარსულისა და აწმყოს პროდუქტი. ამ მოვლენის ზოგიერთი ასპექტი პოლიტიკისა და ეკონომიკის, ადამიან-წესებისა და რწმენის უძველესი რეჟიმების გადმონათობა, ზოგიერთი კი უახლეს მოვლენებს უკავშირდება. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის შესაბამისი შედეგისა და მნიშვნელობის გასაგებად საჭიროა გარკვეული ანალიზი, რომელიც განიხილავს, თუ რა გავლენას ახდენს საზოგადოების ყოვლისმომცველი სტრუქტურები ამ ტენდენციაზე. ეს განსაკუთრებით აქტუალურია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის განცხადების ფონზე, რომ მდგომარეობა უარესდება: „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები რჩებიან გარიყულნი მთელ მსოფლიოში. ისინი ცხოვრობენ სირცხვილისა და უხერხულობის განცდით საზოგადოებებში, რომელთაც არც რესურსი აქვთ მათ დასახმარებლად, არც გაგების უნარი. მათი რაოდენობა სწრაფად იზრდება და ისედაც რთული მდგომარეობა უარესდება... მიღებული აღქმაა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის არაფრის გაკეთება არ შეიძლება. ეს დაკავშირებულია ცრურწმენებსა და დრომოჭმულ აზროვნებასთან, რომ ეს სასჯელი მოდის ღმერთისგან, ბოროტი სულებისგან ან მაგიიდან... ჩვენ გვაქვს კატასტროფული მდგომარეობა ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებით... ისინი [შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები] წარმოადგენენ ძალაუფლების არმქონე ჯგუფს“.

ბევრი რამის თქმა შეიძლება შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე ჩაგვრის შესახებ, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ ის რთული და მრავალმხრივია, არამედ იმიტომაც, რომ ჩვენ გვაქვს მცირე გამოცდილება მისი ფენომენოლოგიისა და ლოგიკის კონცეპტუალიზაციის კუთხით. ბოლო დრომდე ყველაზე მეტი ანალიზი იმის შესახებ, თუ რატომ იყვნენ და არიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები ღარიბები, მოწყვლადები და დაკნინებულები, ჩაქსოვილი იყო ანაქრონისტულ აკადემიურ ტრადიციაში, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა „სტატუსს“ განიხილავს გადახრისა და სტიგმის კუთხით. ამას ემატება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მონაწილეობის ნაკლებობა ამგვარ ანალიზებში. საბედნიეროდ, ამ მხრივ, გატარდა ცვლილებები. შეზღუდული შესაძლებლობების უფლებათა აქტივისტებმა ახლახან განახორციელეს მნიშვნელოვანი და ნაყოფიერი ქმედებები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჩაგვრის დასადგენად,

თუმცა ეს პროექტები, რაც არ უნდა საფუძვლიანი იყოს, შეზღუდულია მოცულობით და სისტემური ზენოლის ფონზე, შესაბამისი რეაგირების უნარის არქონით. მაგალითად, სტატიაში „მალკომი ჩვენც გვასწავლის“, შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ პერიოდიკა (Disability Rag) მარტა რასელი წერს:

მალკოლმის ყველაზე მნიშვნელოვანი გზავნილი იყო – გიყვარდეს შავკანიანობა, შავი რასის კულტურა. მალკოლმი ამტკიცებდა, რომ შავკანიანობის სიყვარული უკვე ნიშნავდა წინააღმდეგობის გაწევას თეთრების მიერ დომინირებულ საზოგადოებაში. ინტერნალიზებული რასობრივი სიძულვილის გამოაშკარავებით, რომელმაც ღრმად შეაღწია აშშ-ის კოლონიზებული შავკანიანი ხალხის ფსიქიკაში, მალკოლმმა აჩვენა, რომ შავკანიანებს შეეძლოთ მათი გონების დეკოლონიზაცია შავკანიანობისკენ მიბრუნებით – სულიერი განახლების, ტრანსფორმაციის მიზნით. მას სჭეროდა, რომ მხოლოდ ამ შემთხვევაში გაერთიანდებოდნენ შავკანიანები, რათა მიეღოთ თანასწორობა, რასაც სამართლიანად იმსახურებდნენ... შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის ამგვარადვე მნიშვნელოვანია, გააცნობიერონ, რას ნიშნავს შეზღუდული შესაძლებლობით ცხოვრება ფიზიკალისტურ საზოგადოებაში, ანუ იმ საზოგადოებაში, რომელიც გადამწყვეტ მნიშვნელობას ანიჭებს ფიზიკურ სიმაღლეს. როდესაც ჩვენი სხეული არ მუშაობს, როგორც შრომისუნარიანი ადამიანის სხეული, ჩვენ ვუფასურდებით. შრომისუნარიანი პირების მიერ ჩვენი ჩაგვრა დატვირთულია შეტყობინებით: ჩვენში არის რაღაც არასწორი, რაღაც „დეფექტური“ – რადგან ჩვენ გვაქვს შეზღუდული შესაძლებლობები... ჩვენ უნდა შევძლოთ ჩვენს თავთან და სხვა ჩვენნიარებთან იდენტიფიცირება. როგორც ეს მალკოლმს თავისი რასისთვის სურდა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებმა უნდა შექმნან კულტურა, რომელიც გაგვაერთიანებს და დაგვეხმარება ადამიანის უფლებების მოპოვებაში. (1994: 11-12)

რასელის ნათქვამში ბევრი რამ არის ღირებული. ის ერთმნიშვნელოვნად მართალია, მაგალითად, როცა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უთითებს მალკოლმ X-ის დამოკიდებულების, აღიარებისა და იდენტობის, საკუთარი თავის სიძულვილისა და პატივისცემის კუთხით, მაგრამ ის, ისევე, როგორც მალკოლმ X, ცდება იმასთან დაკავშირებით, თუ სად არის ჩაგვრის საფუძველი. ორივე მათგანი ჩაგვრას აიგივებს სხვასთან. ეს შეხედულება საკმაოდ გავრცელებულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების უფლებების დამცველებს შორის. რასელისთვის ეს სხვა – ფიზიკურად სრულფასოვანი ადამიანები არიან; მალკოლმისთვის ეს იყო თეთრკანიანი ხალხი (თუმცა მან დაიწყო ამ შეხედულების შეცვლა მკვლელობამდე ცოტა ხნით ადრე). ორივე ხედავს ჩაგვრას სხვისი იდეების სფეროში და არა იმ სისტემებში ან სტრუქტურებში, რომლებიც მარგინალიზაციას უკეთებენ ადამიანებს, პოლიტიკურ-ეკონომიკური და სოციალურ-კულტურული მიზეზებით. როგორც დიდი მექსიკელი რომანისტი ხულიო კორტასარი წერს „კლასობანაში“: „არაფრის დაგმობა

არ შეიძლება, თუ დაგმომა ხდება იმ სისტემაში, რომელიც ეკუთვნის დაგმობილს“ ([1966] 1987: თავი 99). ამ შემთხვევაში ჩემი პროექტი მიმართულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებრივ მოძრაობაზე, ისევე, როგორც უფრო ფართო საზოგადოებაზე. სხვა აქტივისტებისთვის იმის თქმას ვცდილობ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების ჩაგვრის ლოგიკა პარალელურია სხვა ჯგუფების ჩაგვრისა. ეს არის ლოგიკა, რომელიც დაკავშირებულია პოლიტიკურ-ეკონომიკურ მოთხოვნილებებთან და დომინირების რწმენის სისტემებთან. ამ პრიორიტეტებისა და ღირებულებებისგან წარმოიშვა მსოფლიო სისტემა, სადაც უპირატესია კაპიტალის და მოგების კანონები და ინდივიდუალიზმისა და იმიჯის თაყვანისცემის ეთოსი. ეს ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც ჩემი მოწოდება ფართო საზოგადოებისთვის, განსაკუთრებით საერთაშორისო თანამეგობრობისთვის, აღიარონ და მოახდინონ რეაგირება ადამიანის უფლებების უდიდეს ტრაგედიაზე, რასაც გაეროს ყოფილმა გენერალურმა მდივანმა, ხავიერ პერეს დე კუელიარმა ერთხელ „ჩუმი საგანგებო ვითარება“ უწოდა.

პოლიტიკური ეკონომიკა და მსოფლიო სისტემა

პოლიტიკური ეკონომიკა გადამწყვეტია შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე ჩაგვრის თეორიის ჩამოყალიბებისას, რადგან სიღარიბე და მოწყვლადობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დამოკიდებულების ქვაკუთხედიანია. პოლიტიკური ეკონომიკა, როგორც სოციალური მეცნიერება იმის შესახებ, თუ როგორ ახდენს პოლიტიკა და ეკონომიკა გავლენას და ზღუდავს ყოველდღიურ ცხოვრებას, უპირველეს ყოვლისა, ეხება კლასობრივ საკითხებს, რადგან კლასობრივი მიკუთვნება განსაზღვრავს ადამიანთა ჯგუფების პოზიციას ეკონომიკურ წარმოებასა და გაცვლასთან, პოლიტიკურ ძალასა და პრივილეგიასთან მიმართებაში. დღეს კლასი არა მხოლოდ აყალიბებს პოლიტიკურ და ეკონომიკურ ურთიერთობებს მუშაკს, გლეხს, ფერმერს, ინტელექტუალს, მცირე მეწარმეს, სამთავრობო ბიუროკრატს, არმიის გენერალს, ბანკირსა და მრეწველს შორის, ის შუამავლობს ოჯახურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებას, რამდენადაც, მათ შორის არსებული ურთიერთობები გავლენას ახდენს ადამიანების ეკონომიკურ სიცოცხლისუნარიანობაზე. პოლიტიკურ-ეკონომიკური თვალსაზრისით, ყოველდღიური ცხოვრება განსაზღვრულია იმით, თუ სად და როგორ არიან ინტეგრირებულნი ინდივიდები, ოჯახები და თემები მსოფლიო სისტემაში, სადაც დომინირებენ ერთეულები, ვინც აკონტროლებს წარმოების საშუალებებს და ძალას. ეს უკვე დიდი ხანია, ასეა. ამ სისტემის ლოგიკა არეგულირებს და ხსნის, ვინ გადარჩება და მიაღწევს წარმატებას, ვინ აკონტროლებს და ვინ კონტროლდება და არა უბრალოდ მეტაფორულად, ვინ არის (ძალაუფლების) შიგნით და ვინ – მის მიღმა.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის, ალბათ, ყველაზე შესაფერისი დახასიათებაა, რომ ისინი გარიყულნი არიან. ამგვარად იხსენიებენ მათ გაეროს ანგარიშში, რომელიც ციტირებულია ამ თავის დასაწყისში. იგივე გამიმეორა ბევრმა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების აქტივისტმა, გამოკითხვისას. როგორც ჩანს, გონივრული კითხვაა, რატომ არის ამგვარი დახასიათება ასეთი გავრცელებული? პასუხი არის ორმხრივი, სოციოკულტურული და პოლიტიკურ-ეკონომიკური. ერთ მხარეს არის შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ რეაქციული და ხატმებრძოლური დამოკიდებულებები, ხოლო მეორე მხარეს დგას პოლიტიკურ-ეკონომიკური წარმონაქმნი, რომელსაც არ სჭირდება და ფაქტობრივად ვერ იტევს ხალხის უზარმაზარ ჯგუფს მის წარმოებაში, გაცვლასა და კვლავწარმოებაში. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, ისევე როგორც ბევრი სხვა, უპირატესად არიან მსოფლიო ფენომენის ნაწილი, რომელსაც ჯეიმს ო'კონორი უწოდებდა „ჭარბ მოსახლეობას“ (1973: 161) ისტვან მესზაროსი კი – „ზედმეტ ადამიანებს“ (1995: 702).

ამ ფენომენის მასშტაბები და შედეგები განსხვავებულად განიხილება. მაგალითად, აშკარად ჩანს, რომ ადამიანებს, თუნდაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, რომლებიც ცხოვრობენ მსოფლიოს ეკონომიკურად უფრო განვითარებულ რეგიონებში, აქვთ უფრო მაღალი „ცხოვრების დონე“, ვიდრე მესამე სამყაროში. შეერთებულ შტატებსა და ევროპას აქვთ უსაფრთხოების ბადეები, რომლებიც იჭერენ „გარიყულებს“, სანამ მათი საარსებო წყარო კითხვის ნიშნის ქვეშ დადგება. მესამე სამყაროს ქვეყნებში ეს ყოველთვის ასე არ ხდება.

300-დან 400 მილიონამდე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი, რომელიც ცხოვრობს პერიფერიაში, ისევე, როგორც ამ რეგიონების მოსახლეობის უმრავლესობა, არის უკიდურეს სიღარიბეში, მაგრამ მე უფრო შორს წავიდოდი და ვიტყოდი, რომ სოციალური და კულტურული მიზეზების გამო, მათი ცხოვრება კიდევ უფრო რთულია. ეს არის ყველაზე ღარიბი და მოწყვლადი ხალხი დედამიწაზე.

გლობალური ეკონომიკის განვითარებას ახლდა არამხოლოდ სამხრეთ ევროპის მოხეტიალე ბოშებისა და სამხრეთ ამერიკის *პოსეიროების* (*posseiros*) (უნებართვოდ დასახლებულების) მომრავლება. შეიქმნა გარიყულების უზარმაზარი ჯგუფი, რომელიც უნდა განვასხვაოთ იმისაგან, რასაც კარლ მარქსი უწოდებდა „შრომის სარეზერვო არმიას“ – რესურსს, რომელიც გამოიყენება ეკონომიკური ექსპანსიის დროს (თუმცა მარქსი მათ ურთიერთშენაცვლებით იყენებს „პოლიტიკური ეკონომიკის კრიტიკის საფუძვლებში“ [1973: 491]). ასობით მილიონი გარიყული – მოწყვლადების მთხოვნელები და სხვები, რომლებიც ქველმოქმედებაზე არიან დამოკიდებულნი გადარჩენისთვის; პროსტიტუციაში ჩართულები, ნარკორეალიზატორები და სხვები, რომლებიც არსებობენ კრიმინალური საქმიანობით; უსახლკაროები, ლტოლვილე-

ბი და სხვები, რომლებიც იძულებულნი არიან, იცხოვრონ სადმე, საკუთარი სახლისა და სამშობლოს გარეთ; და მრავალი სხვა – იშვიათად, ან საერთოდ, ჩვეულებრივ ვითარებაში, არ არიან ჩართულნი პოლიტიკური და ეკონომიკური საქონლისა და მომსახურების წარმოებაში, გაცვლასა და განაწილებაში. ისინი არსებითად დეკლასირებულნი არიან. იმდენი ადამიანი მიეკუთვნება ამ კატეგორიას, რომ ამერიკელმა ეკონომისტებმა მათთვის შექმნეს კატეგორია „ქვეკლასი“. გაერომ კი შექმნა აბსურდული კატეგორია – „სიღარიბის დასაშვები დონეები“, რათა აღწეროს ამ ადამიანთა შორის შედარებით უკეთ მცხოვრებთა მდგომარეობა.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, ყოველ შემთხვევაში, ჯგუფურად, შესაძლოა იყვნენ პირველნი, რომლებიც შეუერთდნენ „ქვეკლასის“ რიგებს. ფეოდალიზმიდან და კიდევ უფრო ადრე, ისინი ცხოვრობდნენ ეკონომიკისა და პოლიტიკური პროცესების მიღმა. რა თქმა უნდა, უნდა აღინიშნოს, რომ ფიზიკური ნიშნით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების ძალიან მცირე ნაწილი ცხოვრობდა დიდხანს პრეკაპიტალისტურ ეკონომიკაში.

კაპიტალიზმის წარმოქმნა და განვითარება საფუძვლიან და პოზიტიურ გავლენას ახდენდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებზე. პირველად, ალბათ, 1700-იანი წლების შუა პერიოდში ევროპის ზოგიერთ ნაწილში, ადამიანებს, რომლებიც ცხოვრობენ წარმოებისა და გაცვლის სფეროების მიღმა, „ჭარბ ადამიანებს“, შეეძლოთ, სხვებს დაყრდნობდნენ გადარჩენისთვის. ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს, რომლებიც გადარჩენისათვის საჭირო მინიმუმზე მეტს იღებდნენ, ჰქონდათ „ფუფუნება“, სხვებზე ეზრუნათ. ერთი საუკუნის შემდეგ პოლიტიკურ-ეკონომიკური პირობები იყო იმგვარი, რომ შეიქმნა საქველმოქმედო ორგანიზაციები, რომლებიც მხარს უჭერდნენ უამრავ ადამიანს. ისინი, ვისზეც ეს საქველმოქმედო ორგანიზაციები ზრუნავდნენ, ყველაზე ხშირად იყვნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირები, ქრონიკულად დაავადებულები, მხედველობის არმქონე პირები, ალკოჰოლზე დამოკიდებული ადამიანები. ამ სტატიაში ჩემი ანალიზი ეხება პოლიტიკურ-ეკონომიკურ და სოციალურ-კულტურულ ურთიერთობებს ამ დროიდან და თუ როგორ განვითარდა ისინი სხვადასხვაგვარად სხვადასხვა ეკონომიკურ ზონასა და სხვადასხვა კულტურაში. არსებითად, მე ვამტკიცებ, როგორც ამას ოდრი ლორდი აკეთებს „და აუტსაიდერში“ (*Sister Outsider*), რომ ეს წარმონაქმნები, ახლა არა მხოლოდ პროგრესის შემაფერხებელია, არამედ ადამიანთა ჩაგვრის საფუძველს წარმოადგენს: „განსხვავების ინსტიტუციონალიზებული უარყოფა აბსოლუტური აუცილებლობაა მოგების ეკონომიკაში, რომელსაც სჭირდება უცხოები, როგორც ჭარბი ხალხი. ჩვენ, როგორც ასეთი ეკონომიკის წევრები, ყველანი ვართ დაპროგრამებულნი, რომ შიშითა და ზიზღით ვუყურებდეთ ჩვენ შორის არსებულ ადამიანურ განსხვავებებს და ვუდგებოდეთ მათ სამიდან ერთ-ერთი ფორმით: უგულებელყოფა, და თუ ეს შეუძლებელია, კოპირება, თუ ვფიქრობთ, რომ ის დომინანტურია, ან განადგურება, თუ ვფიქრობთ,

რომ ის დაქვემდებარებულია. მაგრამ ჩვენ არ გვაქვს ნიმუშები ჩვენი ადამიანური განსხვავებების თანასწორი ურთიერთობისათვის. შედეგად, განსხვავებებს არასწორი სახლები დაერქვა და არასწორად იქნა გამოყენებული, რისი შედეგიც იყო სეპარაცია და გაუგებრობა” (1984: 77).

კულტურა და რწმენის სისტემები

თანამედროვე სამყარო შედგება ათასობით კულტურისგან. თითოეულ მათგანს ახასიათებს თავისებური აზროვნება სხვა ადამიანებთან, ბუნებასთან, ოჯახსა და საზოგადოებასთან დაკავშირებით, სოციალურ მოვლენებზე და ა.შ. კულტურის შენარჩუნება ხდება ჩვეულებების, რიტუალების, მითოლოგიის, ნიშნებისა და სიმბოლოების, ისეთი ინსტიტუტების საშუალებით, როგორიცაა, რელიგია და მასმედია. თითოეული მათგანი გვაძლევს ინფორმაციას იმ შეხედულებებისა და დამოკიდებულებების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების ჩაგვრას. ეს დამოკიდებულება თითქმის საყოველთაოდ დამამცირებელია. აღნიშნულის მიხედვით, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები სიბრაულის ობიექტები არიან და შეზღუდული შესაძლებლობის ქონა თავისთავად არანორმალურია. ეს არის ერთ-ერთი სოციალური ნორმა, რომელიც გამოიყენება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა გამოყოფის მიზნით კლასიფიკაციის სისტემების მეშვეობით, რომელიც მოიცავს განათლებას, საცხოვრებელს, ტრანსპორტირებას, ჯანდაცვას და ოჯახურ ცხოვრებას.

ადრეული ანთროპოლოგებისთვის „კულტურა“ ნიშნავდა იმას, თუ როგორ უკავშირდებოდა ღირებულებები რწმენის სისტემებს (Kroeber and Kluckhohn 1952:180-182). მას შემდეგ ტერმინი „კულტურის“ მნიშვნელობა იმდენად სადავო გახდა, რომ ზოგი საჭიროდ მიიჩნევდა გამოყენებიდან მის ამოღებას. სხვები მას, უბრალოდ, „ცოცხალ გამოცდილებად“ ან „ცოცხალ ანტაგონისტურ გამოცდილებად“ მიიჩნევენ. კლიფორდ გეერცისათვის, ანთროპოლოგიის ერთ-ერთი გამორჩეული თეორეტიკოსისათვის, „კულტურის კონცეფცია ... აღნიშნავს სიმბოლოებში განსახიერებულ მნიშვნელობების ისტორიულად გადაცემულ ნიმუშს, მემკვიდრეობითი კონცეფციების სისტემას, რომლებიც გამოხატულია სიმბოლური ფორმებით, რომლის საშუალებითაც ადამიანები ურთიერთობენ, აგრძელებენ და ავითარებენ თავიანთ ცოდნას და დამოკიდებულებას ცხოვრებისადმი“ (1973: 89). გეერცის თეორიას ბევრი მიმდევარი ჰყავს, მაგრამ ასევე ახლავს კრიტიკა. ყველაზე ხშირად იმასთან დაკავშირებით, რომ ის უგულებელყოფს პოლიტიკისა და ძალაუფლების გავლენას. „იდეოლოგიასა და თანამედროვე კულტურაში“ ჯონ ტომპსონი უფრო გონივრულ პოზიციას აყალიბებს. ტომპსონის ფორმულირებით, სიმბოლოების შესწავლა, როგორც კულტურის ინტერპრეტაციის საშუალება, უნდა მოხდეს კონტექსტურად, იმის

აღიარებით, რომ ძალაუფლების ურთიერთობები აწესრიგებს ყოველდღიურ გამოცდილებას, რომელშიც წარმოიქმნება, გადადის და მიიღება ეს ნიშნები და სიმბოლოები:

სიმბოლური კონცეფცია არის შესაფერისი საწყისი წერტილი კულტურული ფენომენების შესწავლის კონსტრუქციული მიდგომის შესამუშავებლად, მაგრამ ამ კონცეფციის სისუსტე – იმ ფორმით, როგორიც არის, მაგალითად, გეერცის ნაწერებში – არის ის, რომ არასაკმარის ყურადღებას აქცევს სტრუქტურირებულ სოციალურ ურთიერთობებს, რომლის ნაწილიცაა სიმბოლოები და სიმბოლური ქმედებები. აქედან გამომდინარე, ვაყალიბებ იმას, რასაც მე ვუწოდებ კულტურის სტრუქტურულ კონცეფციას. ამ კონცეფციის თანახმად, კულტურული ფენომენები შეიძლება გავიგოთ, როგორც სიმბოლური ფორმები სტრუქტურირებულ კონტექსტში, ხოლო კულტურული ანალიზი შეიძლება ჩაითვალოს მნიშვნელოვანი კონსტიტუციისა და სიმბოლური ფორმების სოციალური კონტექსტუალიზაციის შესწავლა. (1990: 123)

ჩემი წარმოდგენა კულტურაზე ტომპსონის მსგავსია. ანთროპოლოგიის მრავალი ტრადიციის საწინააღმდეგოდ, კულტურები არ არის დამოუკიდებელი ან სტატიკური ფორმირებები. ისინი ყოველდღიურ სამყაროში ურთიერთქმედებენ ისტორიასთან, პოლიტიკასა და ძალაუფლებასთან, ეკონომიკურ პირობებთან, ინსტიტუტებსა და ბუნებასთან. ამ მნიშვნელოვანი გავლენების უგულებელყოფა ნიშნავს მნიშვნელოვანი შუალედების გამოტოვებას, სადაც კულტურა არსებობს, გამოხატულია და, რაც მთავარია, გამოცდილია. საქმე ის არ არის, რომ ერთი კულტურა აიძულებს ხალხს, აკეთოს ან იფიქროს ესა თუ ის, არამედ ის, რომ იდეები და შეხედულებები ინფორმირებულია კულტურებით და კულტურებში და რომ კულტურები არის სამყაროს ნაწილობრივი გამოხატულება, რომელშიც დომინირების/დაქვემდებარების, უპირატესობის/არასრულფასოვნების, ნორმალურობის/არანორმალურობის ორმაგობა დაუნდობლად არის გაძლიერებული და ლეგიტიმური. შესაძლოა ანთროპოლოგებმა შეძლონ მივიწყებული კულტურების პოვნა, რომლებშიც ეს დუალიზმი არ არის განმსაზღვრელი, მაგრამ ეს არ ამცირებს მათ ყოვლისმომცველ გავლენას.

კულტურისა და შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ ბოლოდროინდელი ანთროპოლოგიური მუშაობის არსებითი პრობლემა ის არის, რომ ახანგრძლივებს მოძველებული რწმენის არსებობას და განაგრძობს კვლევების გამოყოფას რეალური ჩაგვრისგან. ბენედიქტე ინგსტადისა და სიუზან რეინოლდს უაითის შეზღუდული შესაძლებლობისა და კულტურის თანაავტორებმა თითქოს არაფერი იციან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა არაჩვეულებრივ სიღარიბესა და დეგრადაციაზე. წიგნი, მართლაც, გვეხმარება იმის გაგებაში, თუ როგორ ხდება შეზღუდული შესაძლებლობის კონცეპტუალიზაცია და სიმბოლიზაცია, მაგრამ მისი ლექსიკა და

ხედვა ჯერ კიდევ წარსულშია. პირველივე ორმოც გვერდზე გვხვდება სიტყვები *ტანჯვა, კოჭლობა, ინტერესთა ჯგუფი, ქმედუნარი, უნარშემღუდული, დეფორმაციები*. ჩაგვრის, დომინანტური კულტურის, სამართლიანობის, ადამიანის უფლებების, პოლიტიკური მოძრაობისა და თვითგამორკვევის ცნებები საერთოდ არ მოიხსენიება. ჩვენ შეგვიძლია, წავიკითხოთ ასობით გვერდი და დაკნინებაზე არც დავფიქრდეთ. ამ ანთროპოლოგებისა და, რა თქმა უნდა, მრავალი სხვისგან განსხვავებით, ჩემი თემისი არის ის, რომ შემღუდული შესაძლებლობის შესახებ ჩამორჩენილი დამოკიდებულება არ არის შემღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჩაგვრის საფუძველი, პირიქით – ეს ჩაგვრა არის ჩამორჩენილი დამოკიდებულების საფუძველი.

(ყალბი) ცნობიერება და გაუცხოება

შემღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე ჩაგვრის მესამე კომპონენტია მისი ფსიქოლოგიური ინტერნალიზაცია. ეს ქმნის (ცრუ) ცნობიერებას და გაუცხოებას, რომელიც ყოფს ადამიანებს და იზოლირებას უკეთებს ინდივიდებს. შემღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უმეტესობა რეალურად მიიჩნევს, რომ ნაკლებად ნორმალური, სხვებზე ნაკლებუნარიანია. თავის შეცოდება, სიძულვილი, სირცხვილი და ამ დამოკიდებულების სხვა გამოვლინებები დესტრუქციულია, რადგან ხელს უშლის შემღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, შეიცნონ თავი, ასევე, გააცნობიერონ რეალური მოთხოვნილებები და შესაძლებლობები და დაინახონ რეალურად არსებული შანსები. ცრუ ცნობიერება და გაუცხოება ასევე ფარავს მათი ჩაგვრის წყაროს. ისინი ვერ აცნობიერებენ, რომ მათი თვითშეფასებული სამარცხვინო ცხოვრება უბრალოდ სამარცხვინო მსოფლიო წესრიგის მახინჯი სარკეა. ამ მხრივ, შემღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს აქვთ ბევრი საერთო სხვა ადამიანებთან, რომლებმაც საკუთარი ჩაგვრის ინტერნალიზაცია მოახდინეს. მარქსმა ამას უწოდა „მუშაკის თვითგანადგურება“, ფრანც ფანონმა კი – „კოლონიზებულთა ფსიქიკური გაუცხოება“. „ქალურობასა და ბატონობაში“ (*Femininity and Domination*) სანდრა ლი ბარტკი ავლენს გაუცხოების, ნარცისიზმისა და სირცხვილის როლებს ქალთა ჩაგვრაში. თითოეული ეს მაგალითი ცხადყოფს ცნობიერების გადამწყვეტ მნიშვნელობას ჩაგვრის ნებისმიერ განხილვაში. ცნობიერება, ისევე, როგორც კულტურა, განსხვავებული მნიშვნელობისაა სხვადასხვა ადამიანისათვის. კარლ იუნგმა თქვა, რომ ეს არის „ყველაფერი, რაც არ არის არაცნობიერი“. სარტრი მიიჩნევდა, რომ „ცნობიერება არის ყოფნა“ ან „ყოფნა თავისთავად“. ეგვიპტელი მწერლის, ნაგიბ მუფუზისთვის, ეს არის „დაფარული მხარის გაცნობიერება“. ცოტა ხნის წინ იყო მცდელობები ცნობიერების ნეირობიოლოგიური თეორიის შემუშავებისათვის, რომელთაგან ყველაზე ცნობილია ჯერალდ ედელმანის „დამახსოვრებული აწმყო“ (*The Remembered Present*) (1989).

მთელი რიგი ფილოსოფიური სისტემები და ფსიქოლოგიის სკოლები აგებულია ცნობიერების კონცეფციაზე. შესაბამისად, პოსტულატადაა გამხდარი სტადიების უმეტესობა ან ტიპები, ცნობიერების არქეტიპებიც კი. იუნგისთვის ყველაფერზე მნიშვნელოვანი იყო შინაგანი, „ფიქრი“. უმაღლესი ცნობიერება იყო ინდივიდუალიზაცია, ანუ თვითრეალიზაცია. ეს მოითხოვს აზროვნების ოთხივე ფუნქციის კონტროლს: შეგრძნების, გრძნობის, აზროვნებისა და ინტუიციის. როდესაც ადამიანი ამ ფუნქციების კვეთაზე ხვდება, ის „თვალეხს ახელს“ (Campbell 1988: xxvi – xxx).

მარქსიზმს, როგორც წესი, ესმოდა ცნობიერება, როგორც პრაქტიკის (გამოცდილების) და თეორიის (აზროვნების) მეტაფორული სპირალები. ეს სპირალები მოძრაობს ზრდის პრინციპით, რაოდენობრივად. თუმცა ცნობიერება არ არის ხაზოვანი პროგრესი. გარკვეულწილად, ეს რაოდენობრივი დაგროვება იქცევა „რღვევად“, თვისებრივ ან გარდამტეხ ნახტომად ცნობიერების სხვა ეტაპზე, სადაც იწყება სხვა სპირალის მსგავსი ფენომენი. ცნობიერებას შეუძლია გადანაცვლება თავისთავად ყოფნიდან (არსებობა ისეთი, როგორიც არის) საკუთარი თავისთვის ყოფნაში (ცვლილებების ცნობიერი სურვილი) – მარქსის ეკვივალენტი ნახტომისა თვითრეალიზაციაში. მიუხედავად იმისა, რომ იუნგის, და მანამდე ფროიდის, უდიდესი წვლილი თანამედროვე ფსიქოლოგიაში იყო არაცნობიერის მნიშვნელობის აღმოჩენა, მათი სისტემები გამორიცხავდა პოლიტიკურ და სოციალურ პირობებს. ისინი იყო ასოციალური და აპოლიტიკური. აქ იდეალიზმი (მაგალითად, იუნგი, პეგელი) და მატერიალიზმი (მაგალითად, მარქსი, სარტრი) მკვეთრად გაიყო. სარტრიმ ფსიქოლოგიის გამანადგურებელი კრიტიკა ამ განსხვავებით დაიწყო. სარტრის თანახმად, „ეგო არ არის ცნობიერებაში, რომელიც არის სრულიად გამჭვირვალე, არამედ – სამყაროში“ (Sartre [1943] 1957: xii). მისთვის ცნობიერებას სამი ეტაპი აქვს – არსებობა თავისთავად, არსებობა თავისთვის და არსებობა სხვისთვის, რაც ასახავს მზარდ ცნობიერებას. ის ამტკიცებს, რომ ცნობიერება მიზანმიმართულია. მას აქვს მიმართულება. ტრადიციულ ფსიქოლოგიაზე თავდასხმისას, სარტრი ამბობს, რომ უნდა დაიხიო უკან და დაფიქრდე რეალობაზე (არსებობს „უკანდახევის ძალა“), რადგან რეალობას აქვს აბსოლუტური ზეგავლენა ცნობიერებაზე.

ცნობიერება არის საკუთარი თავისა და სამყაროს გაცნობიერება. უფრო მეტიც, ცნობიერებას აქვს სიღრმე და როდესაც ადამიანი მოძრაობს ამ სივრცეში, იცვლება საკუთარი თავისა და სამყაროს აღქმა. ეს არ იწვევს ავტომატურად უფრო დიდ სიცხადეს. ამ „სივრცე-სიღრმეში“ მოძრაობა დამოკიდებულია ფაქტორებზე, როგორიცაა ინტელექტი, ცნობისმოყვარეობა, ხასიათი, პიროვნება, გამოცდილება და შესაძლებლობა; პოლიტიკურ-ეკონომიკური და კულტურული სტრუქტურები (კლასი, რასა, სქესი, შეზღუდული შესაძლებლობა, ასაკი, სექსუალური მიკუთვნებულობა) და სოციალური ინსტიტუტები.

ცნობიერების განვითარება დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ აღიქვამს ადამიანი და რა კითხვებს სვამს, რა დასკვნა გამოაქვს ათასობით იმპულსისა და შთაბეჭდილებისგან, რომელსაც იღებს მთელი ცხოვრების განმავლობაში; დამოკიდებულია, ალბერტ აინშტაინის მოსაზრების თანახმად, იმაზე, თუ სად არის დამკვირვებელი და როგორ აკვირდება. მაგალითად ავიღოთ მზის ჩასვლა. ჩვენ „ვხედავთ“ მზის ჩასვლას, მაგრამ როგორ ვხედავთ ამ მოვლენას, დამოკიდებულია ამინდზე (მაგ., ღრუბლებზე), ვისთან ერთად ვართ და რა განწყობაზე იმ დროს, ხელსაყრელ წერტილზე (ნავი, სანაპირო, მაღალსართულიანი შენობა) და ასე შემდეგ. როგორ ვხედავთ მზის ჩასვლას, დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა მიგვაჩნია მზის ჩასვლად. ბევრისთვის ეს არის მზის ჩასვლა აღქმულ ჰორიზონტს ქვემოთ. ამის პირადად დადასტურება შემიძლია, რადგან ვნახე, თუ როგორ სხდებიან ტურისტები თავიანთ ტურისტულ ავტობუსში მზის გაქრობისთანავე. სხვებისთვის მზის ჩასვლა გრძელდება მანამ, სანამ მზის სხივები ანათებს დაბნელებულ ცას და გამოსცემს დიდებულ ნათებას.

საქმე ის არის, რომ ცნობიერება არ შეიძლება გამოეყოს რეალურ სამყაროს, პოლიტიკასა და კულტურას. არსებობასა და ცნობიერებას შორის არის მნიშვნელოვანი ურთიერთდამოკიდებულება. ცნობიერება არ არის კონტეინერი, რომელშიც იდეები და გამოცდილებაა ჩასხმული. ცნობიერება არის გაცნობიერების პროცესი, რომელზეც გავლენას ახდენს სოციალური პირობები, შემთხვევა და თანდაყოლილი აღქმა.

ადამიანებს ზოგჯერ ახასიათებენ, როგორც ცნობიერების არმქონეს. ეს ასე არ არის. ყველას აქვს ცნობიერება; ზოგისთვის (ალბათ, უმეტესობისთვის) ეს ცნობიერება ნაწილობრივ ყალბია. ბავშვობიდან ადამიანები გამუდმებით იბომბებიან დომინანტური კულტურის ღირებულებებით. ეს ღირებულებები ასახავს უპირატესობისა და არასრულფასოვნების, დომინირებისა და დაქვემდებარების „ბუნებრიობას“.

ძალაუფლება და იდეოლოგია

ყველაზე დიდი გამოწვევა ნებისმიერი სახის ჩაგვრის კონცეპტუალიზაციაში არის იმის გააზრება, თუ როგორ არის ის ორგანიზებული და როგორ ხდება მისი რეპროდუცირება. შედარებით ადვილია ისეთი ზოგადი მახასიათებლების გამოყოფა, როგორიცაა: სიღარიბე, დაკნინება, გარიყულობა და ა.შ. ამ კითხვებზე პასუხის გასაცემად, ჩვენ უნდა შევისწავლოთ ძალაუფლებისა და იდეოლოგიის დიფუზური სქემა. ეს განსაკუთრებით რთულია, რადგან ძალა და იდეოლოგია არა მხოლოდ აწესრიგებს იმას, თუ როგორ განიცდიან ადამიანები პოლიტიკას, ეკონომიკას და კულტურას, არამედ წინააღმდეგობრივად აბუნდოვანებს ან ნათელს ჰფენს, რატომ

და როგორ რეპროდუცირდება ჩაგვრის განზომილებები (შეზღუდული შესაძლებლობა).

ჩაგვრა არის ძალაუფლების ფენომენი, რომლის დროსაც ადამიანებსა და ჯგუფებს შორის ურთიერთობა განისაზღვრება ბატონობისა და დაქვემდებარების, უპირატესობისა და არასრულფასოვნების თვალსაზრისით. ამ ფენომენის ცენტრში არის კონტროლი. ვისაც აქვს ძალაუფლება, აკონტროლებს; ვისაც ძალაუფლება არ აქვს, მოკლებულია კონტროლს. ძალაუფლება გულისხმობს პოლიტიკურ, ეკონომიკურ და სოციალურ იერარქიას, ადამიანთა ჯგუფების სტრუქტურულ ურთიერთობებსა და ძალაუფლების სისტემას ან რეჟიმს. ეს სისტემა, არსებული ძალაუფლების სტრუქტურა, მოიცავს ათასობით გზას, რომლითაც ზოგიერთი ჯგუფი და ინდივიდი აკონტროლებს სხვებს.

ძალა ფართო, ორაზროვანი და რთულია: „ძალაუფლება უფრო ზოგადია და მოქმედებს უფრო ფართო სივრცეში, ვიდრე ძალა; იგი მოიცავს ბევრად მეტს, მაგრამ ნაკლებად დინამიკურია. ის უფრო ცერემონიულია და უფრო მომთმენიც კი... სივრცეს, იმედს, სიფხიზლესა და დესტრუქციულ განზრახვას შეიძლება ვუწოდოთ ძალაუფლების რეალური ორგანო ან, უფრო მარტივად, თავად ძალა“ (Canetti [1962] 1984: 281). ეს არ არის უბრალოდ მჩაგვრელთა და ჩაგრულთა სისტემა. არსებობს ძალაუფლების მრავალი სახეობა და გამოცდილება: დამსაქმებელი/დასაქმებული, მამაკაცი/ქალი, დომინანტური რასა/დაქვემდებარებული რასა, მშობელი/შვილი, დირექტორი/მასწავლებელი, მასწავლებელი/სტუდენტი, ექიმი/პაციენტი. ძალაუფლება, უფრო ზუსტად, უნდა განისაზღვროს ძალაუფლებებად. ეს ძალაუფლებრივი ურთიერთობები ისტორიის შეუქცევადი პროდუქტია. ეს ისტორიები ერთობლივად ქმნის ძალაუფლების რეჟიმს, რომელიც განსაზღვრავს მმართველობის წესსა და მეთოდს.

თუმცა ძალაუფლება არ უნდა აგვერიოს მართვაში. მმართველი კლასი ისტორიულად გამყარებული პოლიტიკური და ეკონომიკური ფაქტორებით მართავს, მაგრამ სხვა პრივილეგიებულ ჯგუფებსა და პირებს აქვთ და ახორციელებენ ძალაუფლებას. ფრანგული ფილოსოფიის ბუნდოვან ენაზე ძალაუფლების ურთიერთობა პრივილეგიებულებსა და არაპრივილეგიებულებს შორის *გედმეტად არის განსაზღვრული* კლასობრივი მმართველობით.

ძალზე გაძლიერებული კლასებისა და ჯგუფებისათვის ძალაუფლების გამოყენებისა და შენარჩუნების მრავალი გზა არსებობს. ყველა რეჟიმი, პოლიტიკური ფილოსოფიის მიუხედავად, ძალაუფლებისა და იძულების, ლეგიტიმაციისა და თანხმობის ერთობლიობით მართავს. დასავლურ დემოკრატიულ ქვეყნებში და მესამე სამყაროს ნაწილებში თანხმობა გავრცელებულია და ძალა იშვიათად გამოიყენება. მე-

სამე სამყაროს დიდ ნაწილში, სახელმწიფოს მიერ მხარდაჭერილი რეპრესიები ჩვეულებრივი მოვლენაა. მესამე სამყაროს დიქტატორების რეპრესიული პრაქტიკა კარგად არის ცნობილი და დოკუმენტირებული. ამ ქვეყნებში არსებობს პათოლოგია სამხედრო კონტროლსა და თანხმობას შორის. ხალხს ეშინია მთავრობისა და სამხედროების, რადგან ეს ინსტიტუტები შიშს თესავენ მუდმივი შევიწროებისა და რეპრესიების გზით.

პირველადი მეთოდი, რომლის საშუალებითაც ხდება ძალაუფლების ურთიერთობების რეპროდუცირება, არის არა ფიზიკური – სამხედრო ძალა და სახელმწიფო იძულება – არამედ მეტაფიზიკური – ხალხის თანხმობა არსებული ძალაუფლების სტრუქტურაზე. ეს ნამდვილად ასეა ასობით მილიონი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანისთვის მთელ მსოფლიოში. ამ თავში მე ვაანალიზებ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პასიურ თანხმობას (ინდივიდუალურად და კოლექტიურად) უდიდესი ცოცხალი ჩაგვრის წინაშე.

ჩაგვრის პასიური თანხმობა ნაწილობრივ ემყარება იმას, რასაც ბრიტანელი კულტურის ისტორიკოსი რეიმონდ უილიამსი უწოდებს ძალაუფლების „სულიერ ხასიათს“: „ვერძოდ, იდეოლოგია უნდა იქნას შესწავლილი იმის გასარკვევად, თუ როგორ ამართლებს და აძლიერებს ის კონკრეტული კლასების ეკონომიკურ საქმიანობას; ანუ, იდეოლოგიის შესწავლა გვაძლევს შესაძლებლობას, შევისწავლოთ მკაფიოდ გამოხატული კლასების განზრახვა და კონკრეტული კლასის მმართველობის სულიერი ხასიათი“ (1973: 6). უილიამსი ვარაუდობს, რომ დომინანტი კლასები და კულტურა მუდმივად და ყველგან ხაზს უსვამს ადამიანებზე მათი ძალაუფლებისა და პრივილეგიების ბუნებრიობას ან ნორმალურობას. უილიამსმა, ანტონიო გრამშის შემდეგ, უწოდა ამ პროცესს *ჰეგემონია*. *ჰეგემონია* ვლინდება მრავალ განზომილებად და მრავალმხრივ. ის არ ვლინდება ისე, როგორც ფილმი აჩვენებს სურათებს. იმპულსები და შთაბეჭდილებები, რწმენა და ღირებულებები, სტანდარტები და მანერები უფრო მეტად მზის შუქს ჰგავს. *ჰეგემონია* გაფანტულია და ყველგან ჩნდება, როგორც ბუნებრივი. ის (ხელახლა) აძლიერებს ბატონობას არა მხოლოდ (შეიარაღებულ) სახელმწიფოში, არამედ მთელ საზოგადოებაში – ოჯახებში, ეკლესიებში, სკოლებში, სამუშაო ადგილებზე, სამართლებრივ ინსტიტუტებში, ბიუროკრატიასა და კულტურაში.

განათლება ამ პროცესის განსაკუთრებით თვალსაჩინო მაგალითია, რადგან ის ბევრ ზღვარს კვეთს და გავლენას ახდენს ბევრზე, მათ შორის, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებზე. თუ, როგორც ჩვენ გვჯერა, სკოლის მისიაა სწავლება და სწავლა, მაშინ ლოგიკური კითხვებია, ვინ ასწავლის? რას ასწავლიან? როგორ სწავლობენ სტუდენტები? და, რაც მთავარია, რატომ? პირველ რიგში ნება მომეცით, ვთქვა, რომ სკოლას აქვს ორი ძირითადი „პოლიტიკური“ ფუნქცია. მისი ვინაო

დანიშნულებაა, ასწავლოს მორჩილება საგანმანათლებლო ძალაუფლების სტრუქტურების მიმართ, ფართო მიზანი კი – ასწავლოს მორჩილება უფრო ფართო სტატუს კვოს, მისი სამუშაო ძალის დისციპლინის, მიმართ.

როგორ ხდება ეს? პირველად მასწავლებლები გადამზადდებიან. მათი სწავლება (ცოდნა) დამოწმებულია და ლიცენზირებული. განათლება არის „პროფესიონალიზებული“. მასწავლებლები ხდებიან განათლების ექსპერტები. სტუდენტები რიგებად სხედან სახით ამ ცოდნის საცავისაკენ. მასწავლებელი გადასცემს თავის ცოდნას მოსწავლეების „ცარიელ“ თავებში დიდაქტიკურად. მასწავლებელსა და მოსწავლეს შორის ცოდნის გაზიარება მცირე დოზითაა, რადგან მასწავლებელმა ისწავლა, რომ პროცესი ცალმხრივია. თავად სასწავლო გეგმა არის სტანდარტიზებული და ლიცენზირებული სახელმწიფო განათლების ჩინოვნიკების, ანუ ხშირად იმავე ორგანოს მიერ, რომელიც ახდენს მასწავლებლების ლიცენზირებას. უფრო მეტიც, ადმინისტრატორები შორს არიან საკლასო ოთახიდან. მათი ერთადერთი რეგულარული კონტაქტი მოსწავლეებთან არის დისციპლინასთან დაკავშირებული. ისინი ინოვაციებისა და მოქნილობის მცირე შესაძლებლობას იძლევიან. ბევრი ადმინისტრატორი ათწლეულების განმავლობაში მიმართავს ერთსა და იმავე წესებსა და პროგრამებს. ძალა მოდის ზემოდან. ყველა და ყველაფერი სასწავლო პროცესში სანქციონირებულია. იურგენ ჰაბერმასის სიტყვებით, სტუდენტებს *წარმართავენ*. მრავალრიცხოვანმა კვლევებმა აჩვენა, რომ გოგონებს ბიჭებისგან განსხვავებულად ექცევიან, მასწავლებლის სქესის მიუხედავად. ზოგიერთი ოჯახის მოსწავლეები წახალისებულნი არიან და ზოგი პირიქით. ზოგი, მაგალითად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლეები, განცალკევებულად არიან სხვადასხვა სკოლაში ან საკლასო ოთახში.

ეს უკანასკნელი პუნქტი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იდეოლოგიასა და ძალაუფლებას შორის ფუნდამენტური კავშირის აღსაქმელად შეზღუდულ შესაძლებლობასთან მიმართებაში. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლეების შემთხვევაში, მათი მდგომარეობის იდენტიფიცირებისთანავე, სკოლის წარმომადგენლების მიერ, ხდება მათთვის განსხვავებული მიმართულების/გზის ჩამოყალიბება. მაშინვე ხდება მათთვის იარლიყის მიწებება (სერტიფიცირებული) პროფესიონალების მიერ (რომელთაც თავად არასოდეს განუცდიათ ეს სახელდებები), როგორებიცაა სწავლის დარღვევა (LD), სწავლებას დაქვემდებარებული გონებრივი დარღვევა (ED EMH) და ა.შ. მნიშვნელობა და განმარტება განსხვავებულია, მაგრამ ყველა მათგანი ნიშნავს არასრულფასოვნებას. უფრო მეტიც, ამ სტუდენტებს გამუდმებით ეუბნებიან, რისი გაკეთება შეუძლიათ (პოტენციურად/მოელიან) და რისი არა, ამ იარლიყების მინიჭების დღიდან. ეს ჩვეულებრივი ამბავია საკლასო ოთახში.

ყველა აქტივისტი, რომელიც მე გამოვკითხე და რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე იყო საშუალო ან დამამთავრებელ კლასებში, მსგავს საშინელებათა

ისტორიებს მიაბნობდა, ახსენებდნენ – დაკავებას და შეკავებას, მუქარას და შეურაცხყოფას, ფიზიკურ და ემოციურ ძალადობას. ჩიკაგოში მყავს კოლეგები და მეგობრები, რომელთაც უთხრეს, რომ ვერ გახდებოდნენ მასწავლებლები, რადგან ისინი ეტლს იყენებდნენ; კოლეგები და მეგობრები, რომლებიც სმენადაქვეითებულნი არიან და თორმეტი წელი იარეს სკოლაში ისე, რომ ერთი მასწავლებელიც არ ჰყოლიათ, რომელსაც ნიშნების ენა ეცოდინებოდა (მათ ეუბნებოდნენ, რომ ეს მათთვის კარგია, რადგან მათ უნდა ისწავლონ ტუჩებზე კითხვა). მე მოვინახულე სეგრეგაციული სკოლები, სადაც პერსონალს სთხოვდნენ თეთრი ხალათების ტარებას (შშმ მოსწავლეებზე შთაბეჭდილების მოსახდენად, რომ ისინი უპირველეს ყოვლისა ავადმყოფები იყვნენ). მე ვიცი სტუდენტური სამხატვრო გამოფენა, რომელიც გაუქმდა, რადგან ზოგიერთ ნახატზე გამოსახულნი იყვნენ სტუდენტები, რომლებიც ხდებოდნენ ექიმები და სხვა „არარეალისტური პროფესიის წარმომადგენლები“.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლეების კონტროლისა და „მათი ადგილის“ სწავლების ბევრი გზა არსებობს: (1) იარღილები; (2) სიმბოლოები (მაგალითად, თეთრი ხალათები, ნიშნები „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ოთახი“); (3) სტრუქტურა (გაყვანის პროგრამები, სეგრეგირებული საკლასო ოთახები, „სპეციალური“ სკოლები, მიუწვდომელი ადგილები); (4) შემუშავებული სასწავლო გეგმები სპეციალურად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე სტუდენტებისთვის (ქცევის მოდიფიკაცია დარღვევების მქონე ბავშვებში, სწავლების უნარ-ჩვევები სწავლის გარეშე მნიშვნელოვნად გონებრივად ჩამორჩენილი მოსწავლეებისა და აუტისტური სპექტრის აშლილობის მქონე მოსწავლეებისთვის) ან ზედმეტი მნიშვნელობის მინიჭება ამ მოსწავლეებისთვის; (5) ტესტირებისა და შეფასების სისტემის მორგება დომინანტური კულტურის ფუნქციონალურ საჭიროებებზე (სტენდორდ-ბინეს და ვექსლერის ტესტები); (6) სხეულის ენა და სასკოლო კულტურის განწყობა (მასწავლებლები თითქმის არასოდეს უყურებენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლეებს თვალებში და კიდევ უფრო მეტად იყენებენ უპირატესობისა და მფარველობით მიდგომას, ვიდრე სხვა მოსწავლეებთან); და (7) დისციპლინა (ფიზიკური შეზღუდვა, იზოლაციის ოთახები ჩაკეტილი კარებით, ჰალდოლისა და სხვა სედატიური საშუალებების გამოყენება).

ისევე, როგორც მრავალი სხვა რეფორმა, რომელიც ბრძოლის შედეგად არის მოპოვებული, სპეციალური განათლება გარდაიქმნა გზიდან, რომ გაზრდილიყო ალბათობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოსწავლეების მიერ რაიმე სახის განათლების მისაღებად, არასრულფასოვნების ნიშნამდე და იმ მილიონობით ახალგაზრდის გამოყოფისა და შემდგომ შენახვის ბიუროკრატიულ პროცესამდე, რომლებიც დომინანტურ კულტურას არ სჭირდება. მიუხედავად იმისა, რომ ეს პროცესი არათანაბარია და უმცირესობა სარგებლობს ჭეშმარიტი ინკლუზიური პრაქტიკით, რასისა და კლასის ყოვლისმომცველი გავლენა გამორიცხავს საგანმანათლებლო შესაძლებლობების რაიმე მნიშვნელოვან და შინაარსობრივ გათანაბრებას.

ამ პროცესის სოციალურ-პოლიტიკური შედეგი აშკარაა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დამცველებისათვის.

დანილო დელფინი: „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების ადვოკატირება სამხრეთ აზიაში ძალიან რთულია. ბავშვებს ასწავლიან, არასოდეს იკამათონ მასწავლებელთან. ეს ხანგრძლივი სოციალიზაციის პროცესია.“

ჩიკაგოელმა პედაგოგებმა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დამცველებმა, კაროლ გილმა და ლარის ვოსმა გამოკითხეს ოცდაერთი ადამიანი, რომლებმაც გაიარეს სპეციალური განათლება. რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ სპეციალური განათლება მათ უფრო პასიურს ხდიდა და არწმუნებდნენ, რომ ეს იყო მათი ბედი.

ჩვენ შეგვიძლია დავინახოთ მსგავსება ძალაუფლებასა და ჰეგემონიას შორის. ძალაუფლება, როგორც ელიას კანეტი გვასხენებს, არის „უფრო ზოგადი და მოქმედებს უფრო ფართო სივრცეში, ვიდრე ძალა“ და ჰეგემონია, რაიმონდ უილიამსის თანახმად, არის „მთელი რიგი პრაქტიკა და მოლოდინი, მთელი ცხოვრების განმავლობაში: ჩვენი გრძნობები და ენერგიის გადანაწილება, საკუთარი თავისა და სამყაროს მაფორმირებელი აღქმა. ეს არის მნიშვნელობისა და ღირებულებების ცოცხალი სისტემა... ასევე კულტურა, რომელიც ასევე უნდა განიხილებოდეს, როგორც გარკვეული კლასების ცოცხალი დომინირება და დაქვემდებარება“ (Eagleton 1989: 110). საზოგადოებისათვის მნიშვნელობებსა და ღირებულებებს განსაზღვრავენ ძალაუფლების მქონენი. ჰეგემონია ყველგან მსუფთვია. ის ჩადებულია ცხოვრების სოციალურ ქსოვილში.

ჰეგემონიის ერთ-ერთი ირონია არის ის, რომ დომინანტური კულტურის წარმატება მისი გამოგონილი ღირებულებითი სისტემის დანერგვაში დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად აქვს აზრი ამ მსოფლმხედველობას. ერთ დონეზე და ამას უფრო დეტალურად განვიხილავთ მოგვიანებით, დომინანტური კულტურის ლეგიტიმაცია, რომელიც აღნიშნულია მორჩილებითა და თანხმობით, ემყარება რეალურ გამოცდილებას. ამას გულისხმობს ელენ მეიკსინს ვუდი წიგნში „კლასიდან უკან დახევა“ (*The Retreat from Class*):

რაც აძლევს ამ პოლიტიკურ ფორმას თავისებურ ჰეგემონიურ ძალას... ის არის, რომ თანხმობა, რომელსაც ის დომინირებული კლასებისგან მოითხოვს, არ ემყარება მხოლოდ მათ მიერ აღიარებული მმართველი კლასის წინაშე მორჩილებას ან მისი მმართველობის უფლების მიღებას. საპარლამენტო დემოკრატიული სახელმწიფო არის კლასობრივი მმართველობის უნიკალური ფორმა, რადგან ის ეჭვქვეშ აყენებს მმართველი კლასის არსებობას. ის ამას წმინდა მისტიფიკაციით არ აღწევს. როგორც ყოველთვის, ჰეგემონიას ორი მხარე აქვს. შეუძლებელია, თუ ეს დამატერებელი არ არის. (1986: 149)

ჩვენ შეგვიძლია, ეს ცხადად დავინახოთ, როდესაც საქმე ეხება შეზღუდულ შესაძლებლობას. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, როგორც წესი, ავადმყოფებად და სამარცხვინოებად მიიჩნევიან და სინამდვილეში ბევრი გახდა მოწყვლადი დაავადების შედეგად და უმეტესობა სავალალო მდგომარეობაში ცხოვრობს. უფრო მეტიც, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უმრავლესობას მხოლოდ მაშინ ამჩნევენ, როდესაც მათ დახმარება სჭირდებათ საფეხურებზე ასასვლელად, დაბრკოლების გადასალახად ან ქუჩაში. ისტორიულად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უმეტესობა ცხოვრობს დანარჩენი საზოგადოებისგან განცალკევებით. ადამიანების უმეტესობა რეგულარულად არ ურთიერთობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან საკლასო ოთახში, სამსახურში, კინოში და ა.შ. იმის ნაცვლად, რომ განიკურნოს დაავადებები და სასოწარკვეთილება ან მოიხსნას საფეხურები, რომლებიც საჭიროს ხდის დახმარებას, დომინანტური კულტურა განმარტავს იმ სავალალო მდგომარეობას, რომელშიც ადამიანები იძულებულნი არიან, იცხოვრონ, „ბუნებრივად“ საცოდავი პირების ჯგუფის არსებობით, რათა მიიჩქმალოს მათი სავალალო მდგომარეობა. დომინანტური კულტურა რეალობას თავდაყირა აყენებს.

დღეს მასმედია უდიდეს როლს თამაშობს იმაში, რასაც ნოამ ჩომსკი და ედვარდ ჰერმანი (1988) უწოდებენ „შეფუთვის თანხმობას“ ფილტრების გამოყენებით, რომლებიც ირჩევენ და განსაზღვრავენ ინფორმაციას. მართლაც, ბოლო დროს მისი როლი გამოსახულების შექმნასა და პოპულარიზაციაში ექსპონენტურად გაიზარდა, რადგან გაიზარდა გამოსახულების პროექციის უნარი. ფილოსოფოსი როჯერ გოთლიბი მასმედიის როლს წესრიგის შენარჩუნებაში „ავტორიზებული რეალობის“ შექმნას უკავშირებს. ის ეხმაურება ვუდის ადრინდელ მოსაზრებას, რომ ეს შექმნილი ჭეშმარიტება რეალურად უნდა ასახავდეს რეალობის გარკვეულ ასპექტებს:

ამ კომპლექსური გაგებით, მედია, ასევე, სახელმწიფო და ექიმი, ასრულებენ ავტორიტეტული ფიგურის როლს. მათი ავტორიტეტი გამომდინარეობს მათ მიერ წარმოებული გამოსახულების მყარი ძალიდან – ისევე, როგორც შუა საუკუნეების ეკლესიის ავტორიტეტი გამომდინარეობდა ტაძრების ზომიდან... და ეს არ არის უჭკუობა ან სისულელე, რაც გვაიძულებს, მივიღოთ ეს გამოსახულება ასე სერიოზულად. ეს არის ფაქტი, რომ რეალური მოთხოვნილებები მანიპულირდება ცრუ იმედებად. ჩვენი მოთხოვნილებები სექსუალურობის, სიყვარულის, საზოგადოების, საინტერესო ცხოვრების, ოჯახის პატივისცემისა და საკუთარი თავის პატივისცემის კუთხით გარდაიქმნება მიუწვდომელი რეალობის ყოვლისმომცველი სურათებით იმ აზრით, რომ ჩვენი სექსუალობა, ოჯახი და პირადი ცხოვრება არარეალურია. და ეს არის მექანიზმი, რომელიც აძლიერებს სოციალურ ხელისუფლებას, რომელიც აღარ მიიჩნევა ლეგიტიმურად. (1987: 156, 159)

შეზღუდული შესაძლებლობის რომელი გამოსახულებაა ყველაზე გავრცელებული მასმედიაში? სატელევიზიო შოუები, რომლებიც აჩვენებენ უმწეოსა და გაბრაზებულ შშმ პირს და მის საპირისპიროდ, ასევე აჩვენებენ სიყვარულის ან გამოსყიდვის ამბავს. ტრაგიკული ამბები იმის შესახებ, თუ როგორ „განადგურა“ ვილაციის სიცოცხლე ნარკოტიკებმა ან ძალადობამ, რამაც გამოიწვია მისი შეზღუდული შესაძლებლობა, ან კიდევ უარესი, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გმირი ადამიანის ისტორიები, რომელიც „სასწაულებრივად“, წინააღმდეგობის მიუხედავად, წარმატებული ადამიანი გახდა (რასაც არ უნდა ნიშნავდეს ეს) და რეალურად ძალიან ახლოს არის „ნორმალურობასთან“ ან მინიმუმ „ნორმალურ ცხოვრებასთან“. ყველაზე მიუღებელია ტელეთონები „ხეიბრებისთვის“, განსაკუთრებით ღარიბი, საცოდავი, უნარშეზღუდული ბავშვებისათვის. ამ ტელეთონების დროს პატარა ბავშვებს კამერის წინ აყენებენ, ხოლო ცნობილი სახეები, როგორიცაა ჯერი ლუისი, ხალხის კეთილგანწყობასა და სიბრალულზე აპელირებით ფულის აგროვებენ. შეერთებულ შტატებში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ტელეთონებიდან უფრო მეტ ადამიანს უყალიბდება დამოკიდებულება შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ, ვიდრე სხვა წყაროებიდან.

ეს სურათები მშვენივრად ერწყმის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების აღსაწერად გამოყენებულ ლექსიკას; მაგალითად, „ხეიბარი“, „ინვალიდი“, „ჭკუასუსტი“. ზიმბაბვეში გამოიყენება ტერმინი „Chirema“, რაც სიტყვასიტყვით ითარგმნება, როგორც „უსარგებლო“, ბრაზილიაში კი ტერმინი „Pena“, რაც ჟარგონულად ნიშნავს „უბედურებას, რომელიც მოდის, როგორც სასჯელი“. ეს ტერმინები იმის მტკიცებულებაა, თუ როგორ ხდებიან დეჰუმანიზებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები. ენის, ნიშნებისა და სიმბოლოების საშუალებით „მნიშვნელობის“ მინიჭების პროცესი დაუნდობელია და ყველაზე მეტად გამოხატულია ოჯახებში, რელიგიურ დანესებულებებში, თემებსა და სკოლებში.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დეჰუმანიზაცია ენის საშუალებით (როგორც მხოლოდ ერთი აშკარა მაგალითი) ღრმა გავლენას ახდენს ცნობიერებაზე. მათ, ისევე როგორც სხვა დაჩაგრულ ადამიანებს, დომინანტური კულტურა გამუდმებით ეუბნება იმას, რისი გაკეთებაც არ შეუძლიათ და რა ადგილი უკავიათ საზოგადოებაში. ის ფაქტი, რომ უმრავლესობა ამას (ჩავრას) იღებს, არ არის ძნელი გასაგები, თუ გავითვალისწინებთ მთელ იდეოლოგიურ ძალას. მათ ცრუ ცნობიერებას მცირე კავშირი აქვს ინტელექტთან. ეს დაკავშირებულია ორ ინტერაქტიურ და ურთიერთდამოკიდებულ წყაროსთან. პირველი არის მმართველი რეჟიმების უნარი, ხალხში შეიტანოს თავისი ღირებულებები ორმაგი ლექსიკის, არასწორი მიმართულების (მსხვერპლის დადანაშაულება), ნატურალიზებული არასრულფასოვნებისა და ლეგიტიმური ავტორიტეტის საშუალებით. ეს არის *ჰეგემონია*. მეორე არის ფსიქოლოგიური განადგურება (რომელსაც ადამიანები განიცდიან), რაც განაპირობებს

თვითშეცოდებას და თვითგანადგურებას და უაღრესად ართულებს თვითშემეცნებას, თანატოლებისა და საკუთარი ადამიანურობის აღქმას. ეს არის *გაუცხოება*. ჰეგემონია და გაუცხოება ერთი და იმავე ფენომენის – იდეოლოგიური ბატონობის – ორი მხარეა.

შეზღუდული შესაძლებლობის შემთხვევაში, დომინირება ორგანიზებულია და რეპროდუცირდება, ძირითადად, ძალაუფლებისა და იდეოლოგიის წრედით, რომელიც გამუდმებით აძლიერებს დომინირების ნორმალურობას და აქცევს განსხვავებას (სიმბოლოებისა და კატეგორიების მიხედვით) უპირატესობისა და ნორმალურობის არასრულფასოვნებისა და არანორმალურობის სანინააღმდეგო კლასიფიკაციის ნორმებად.

ბიბლიოგრაფია

Louis Althusser. 1964. *For Marx*. London: Verso.

Amin, Samir. 1990. *Maldevelopment: Anatomy of Global Failure*. London: Zed Press.

———, Arrighi, Giovanni; Gunder, Frank, Andre; and Wallerstein, Immanuel. 1990. *Transforming the Revolution: Social Movements in the World System*. New York: Monthly Review Press.

Apple, Michael. 1979. *Ideology and Curriculum*. London: Routledge and Kegan Paul.

Bennets, L. 1993. "Letter from Las Vegas." *Vanity Fair* (September). 82–96.

Boggs, Carl. 1984. *The Two Revolutions: Gramsci and the Dilemmas of Western Marxism*. Boston: South End Press.

Bowles, Samuel and Gintis, Herbert. 1976. *Schooling in Capitalist America*. New York: Basic Books.

Maurice, Dobb. 1946. *Studies in the Development of Capitalism*. London: Oxford Press.

Farber. 1968. *Mental Retardation: Its Social Context and Social Consequences*. Boston: Houghton Miffl in.

Ferguson, Ann. 1989. *Blood at the Root*. London: Pandora.

Freire, P. 1987. *Education for Critical Consciousness*. New York: Continuum.

———. 1973. *The Pedagogy of the Oppressed*. New York: Seabury Press.

———. 1968. *Cultural Action for Freedom*. Cambridge, Mass: Center for the Study of Change.

Gartner, Alan, and Kerzner Lipsky, Dorothy. 1987. "Beyond Special Education: Toward a Quality System for All Students" In *Harvard Educational Review* 57 (4): 367–396.

Giroux, Henry A. 1988. *Ideology, Culture, and the Process of Schooling*. Philadelphia: Temple University Press.

Polanyi, Karl. 1944. *The Great Transformation*. New York: Rinehart.

Schlipp, Paul Arthur, ed. 1991. *The Philosophy of Jean-Paul Sartre*. Lasalle, Ill: Open Court.

Tropea, Joseph. 1987. "Bureaucratic Order and Special Children: Urban Schools 1890s–1940s." *History of Education Quarterly* 27 (1): 29–52.

Zizek, Slavoj, ed. 1994. *Mapping Ideology*. London: Verso.

კლასობრივი ურთიერთობები, ეკონომიკური უთანასწორობა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა: რატომ აქვს მნიშვნელობა სოციალურ კლასს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციოლოგიაში

კარლს მანტაინერი, კარმ ბარელი და ჰეიჯუ ჩანი

თარგმანი: მარიამ ბეგაძე

ფსიქიატრიული ეპიდემიოლოგები იყვნენ პირველი მეცნიერები, რომლებმაც დაადასტურეს, რომ ღარიბები უფრო ხშირად იტანჯებიან ფსიქიკური აშლილობებით, ვიდრე მდიდრები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის, უფრო ზუსტად კი, ფსიქიატრიულმა კვლევებმა ბიძგი მისცა ეკონომიკური უთანასწორობისა და ფსიქიკური აშლილობის შესახებ მრავალ კვლევას, რაც ჰუმანისტური საკითხებისადმი ფსიქიატრების ინტერესს ასახავს. ეს კვლევები მოტივირებულია მშრომელების, იმიგრანტებისა და რასობრივი თუ ეთნიკური უმცირესობების ცხოვრების პირობების გაუმჯობესების სურვილით (მაგ. Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994; Eaton, Buka, Addington, Bass, Brown, Cherker-zian, Forman-Hoffman, Gilbert, Hayden, Jain, Lehrer, Martin, Mielke, Norberg, Thomas, & Yu, 2004; Jacobi, Wittchen, Hölting, Höfler, Pfister, Müller, & Lieb, 2004; Lahelma, Martikainen, Rahkonen, Roos, & Saastamoinen, 2005; Regier, Boyd, Burke, Rae, Myers, Kramer, Robins, George, Karno, & Locke, 1988; Roberts & Lee, 1993). ფსიქიატრიული დახმარების არარსებობა ან მისი ცუდი ხარისხი ღარიბი მუშათა კლასის, იმიგრანტების ან რასობრივ და ეთნიკურ უმცირესობებს მიკუთვნებული მოსახლეობისათვის (Alegria, Bijl, Lin, Walters, & Kessler, 2000; Cohen, Houck, Szanto, Dew, Gilman, & Reynolds, 2006; Muntaner, Wolyniec, McGrath, & Pulver, 1995) ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობაში ეკონომიკური უთანასწორობის შედეგებთან დაკავშირებით დამატებით პრობლემებს წარმოშობს.

ფსიქიატრიული და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პერსპექტივა ეკონომიკური უთანასწორობის შესახებ არის „პრაგმატული“ (მაგ. Asthana, Gibson, Moon, Brigham, & Dicker, 2004). საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სამედიცინო მომსახურების ხასიათის გათვალისწინებით, მთავარი მიზანია, მოქმედება მიმართული იყოს მსოფლიოში ტანჯვის შესამცირებლად და კეთილდღეობის გასაზრდელად (Navarro & Muntaner, 2004). ფსიქიკური აშლილობები, რომლებსაც მსოფლიოში უდიდესი გავლენა აქვთ შეზღუდულ შესაძლებლობაზე, არის ქალთა შეზღუდული შესაძლებლობის გამოწვევი მთავარი მიზეზი და 2020 წლისთვის, სავარაუდოდ, გახდება ამ შეზღუდული შესაძლებლობის გამო დაკარგული წლების მთავარი მიზეზიც (Murray & Lopez, 1996). საერთო ჯამში, ფსიქიატრიაში ეკონომიკური უთანასწორობის რელე-

ვანტურობა ეკონომიკურ უთანასწორობასა და ფსიქიკურ აშლილობებს შორის კავშირის სიძლიერიდან და იმ მძიმე შედეგებიდან გამომდინარეობს, რაც ეკონომიკურ უთანასწორობას აქვს ფსიქიატრიული პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე (Fryers, Melzer, Jenkins, & Brugha, 2005; Melzer, Fryers, Jenkins, Brugha, & McWilliams, 2003; Poulton, Caspi, Milne, Thomson, Taylor, Sears, and Moffitt, 2002; Stansfeld, Head, Fuhrer, Wardle, & Cattell, 2003).

ამრიგად, ფსიქიატრიული კვლევების უმეტესობა დაფუძნებულია სამედიცინო სფეროზე, მასთან დაკავშირებული მატერიალიზმითა და რეალიზმით. სწორედ პროფესიული პრაგმატიზმისა და გამოყენებითი მეცნიერების ამ კონტექსტითაა განპირობებული გასული საუკუნის განმავლობაში განვითარებული რამდენიმე დასკვნა ეკონომიკურ უთანასწორობასა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის ურთიერთმომართების შესახებ. ამ ლიტერატურას შეუძლია სოციოლოგიის ინფორმირება მისი კატეგორიების კლინიკური რელევანტურობის გამო, რომელიც ექიმების მიერ ნანახი ფსიქიკური აშლილობის ყველაზე მძიმე ფორმებს შეესაბამება. სტრატეგიკაციის ვიწრო კონცეპტუალიზაციის მიუხედავად, ეს შედეგებით მარტივი ლიტერატურა მნიშვნელოვან დასკვნებს გვაძლევს ეკონომიკურ უთანასწორობასა და ფსიქიკურ აშლილობებს შორის ურთიერთმომართების შესახებ, რომლებმაც დროსა და სივრცეს გაუძლო. თავის მხრივ, სოციოლოგიას შეუძლია, ფსიქიკური აშლილობის სოციალური წარმოშობისა და გამომწვევი ფაქტორების კვლევა უბრალო სტრატეგიკაციის მიღმა განავრცოს, როგორიცაა პაციენტთა გადაუდებელი საჭიროება, რომლებსაც სამედიცინო დახმარებაზე ან ახალ მედიკამენტებზე ხელი არ მიუწვდებათ, და განიხილოს სტრატეგიკაციის სხვა ზომები (მაგ. Geyer, Haltenhof, & Peter, 2001).

მოცემულ სტატიაში ჩვენ განვიხილავთ უახლეს მტკიცებულებებს სოციალური სტრატეგიკაციის, სოციალური კლასისა და ფსიქიკური აშლილობების ურთიერთმომართების შესახებ, ვიმსჯელებთ ფსიქიკური აშლილობების სოციოლოგიაში სოციალური სტრატეგიკაციისა და სოციალური კლასის კონცეფციებს შორის განსხვავების აუცილებლობის შესახებ. შემდეგ, ექსპლუატაციის კონცეფციის დანერგვით, ჩვენ ჩავალთ სოციალურ კლასსა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე უცნობი ტერიტორიების შესწავლაში. ჩვენ აღვნიშნავთ ცოდნის ამ სფეროს პარადოქსს: სოციოლოგები ხშირად ირგებენ ეპიდემიოლოგებისა და სოციალური ფსიქოლოგების როლს, ხოლო ეპიდემიოლოგები – სოციოლოგების როლს. ჩვენ დავასრულებთ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში სოციალური უთანასწორობის შესწავლისას სოციოლოგიასა და ეპიდემიოლოგიას შორის უფრო მეტი ურთიერთგაცვლის აუცილებლობის ხაზგასმით.

ურთიერთმიმართება სოციალურ სტრატეგიკაციასა და ფსიქიკურ აშლილობებს შორის

არსებობს ძლიერი უკუკავშირი ეკონომიკურ უთანასწორობასა – შეფასების კონვენციური/ტრადიციული მაჩვენებლების საფუძველზე – და ფსიქიკურ აშლილობებს შორის (Eaton & Muntaner, 1999; Muntaner, Eaton, Miech, & O'Campo, 2004). მტკიცებულება განსაკუთრებით მყარია ეკონომიკურ უთანასწორობას (რომელიც იზომება შემოსავლის, განათლების ხარისხის ან პროფესიული სოციალური კლასის მიხედვით) და ფსიქიატრიული დაავადებების ყველაზე გავრცელებულ ფორმებს შორის ურთიერთკავშირზე, როგორცაა დეპრესია, შფოთვითი აშლილობები და ნივთიერებების ავადმომხარების დარღვევები (Eaton & Muntaner, 1999). მაგალითად, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა და დეპრესიის გავრცელების და შემთხვევების მაჩვენებლების კვლევების ყოვლისმომცველმა მეტაანალიზმა აჩვენა, რომ მწირი საგანმანათლებლო მიღწევების ან დაბალი შემოსავლის მქონე პირები დეპრესიის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან (Lorant, Deliege, Eaton, Robert, Philippot, & Ansseau, 2003). შეერთებულ შტატებში პირებს შორის, რომელთა საერთო წლიური შემოსავალი 20000 აშშ დოლარზე ნაკლებია, გასული თვის განმავლობაში დეპრესიის მნიშვნელოვანი გავრცელება იქნა აღმოჩენილი, რომელიც ორჯერ უფრო მაღალი იყო, ვიდრე იმ პირებისათვის, რომელთა საერთო წლიური შემოსავალი 70000 აშშ დოლარი ან მეტია (Blazer et al., 1994). აშშ-ის მეტროპოლიტენის რაიონების კვლევებმა აღმოაჩინა კიდევ უფრო დიდი განსხვავებები (შანსის მაჩვენებლით, 11-დან 16-მდე) მაღალი და დაბალი შემოსავლის მქონე რესპონდენტების დეპრესიის რისკებს შორის (Eaton, 2001). შემდგომი 13-წლიანი კვლევისას, რომელიც შეფასების მეთოდად ფსიქიატრიულ ინტერვიუებს იყენებდა, დადგინდა, რომ სიღარიბე 2,5-ჯერ ზრდის დეპრესიის რისკს (Eaton, Muntaner, Bovasso, & Smith, 2001). აღმოსავლეთ ბალტიმორში ჩატარებული იმავე კვლევის მიხედვით, იმ რესპონდენტებს, რომლებსაც არ მიუღიათ შემოსავალი ქონებიდან, 10-ჯერ უფრო მეტია ალბათობა, პქონდეთ შფოთვითი აშლილობა, ვიდრე მათ, რომელთაც ქონებიდან გარკვეული შემოსავალი მიიღეს (Muntaner, Eaton, Dials, Kessler, & Sorlie, 1998).

რაც შეეხება დასაქმებულთა სოციალურ კლასს, ბოლო 6 თვის განმავლობაში დეპრესიის გავრცელებამ საყოფაცხოვრებო მომსახურებაში დასაქმებულთა შორის 7 პროცენტი შეადგინა, თითქმის სამჯერ მეტი, ვიდრე აღმასრულებელი ფუნქციის მქონე პროფესიონალებს შორის (2.4 პროცენტი) (Roberts & Lee, 1993). უფრო ბოლოდროინდელმა კვლევებმა აჩვენა, რომ „ცისფერსაყელოიანი თანამშრომლები“ 1,5-2-ჯერ უფრო ხშირად არიან დეპრესიაში ვიდრე „თეთრსაყელოიანები“ (Eaton et al., 2004). მსგავსი რისკის ზრდა დაფიქსირდა შემდგომი 1-წლიანი პერიოდის განმავლობაშიც (Eaton et al., 2004). იმ ქალებისათვის, რომელთა მშობლებიც მათი

დაბადებისას ფიზიკურ შრომაში იყვნენ ჩართულნი, დეპრესიის რისკი თითქმის ორჯერ მეტია, ხოლო მამაკაცებისთვის – თითქმის ოთხჯერ მეტი, ვიდრე მათთვის, ვისი ერთი მშობელი მაინც არ მიეკუთვნებოდა მუშათა კლასს (Eaton et al., 2004). დეპრესიის გარდა, მაღალი და დაბალი პროფესიული ფენების წარმომადგენლებს შორის გავრცელების მსგავსი 2-3-დონიანი განსხვავება დაფიქსირდა შეერთებულ შტატებში ნივთიერებების მოხმარების დარღვევების, ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენების ან დამოკიდებულების, ანტისოციალური პიროვნების აშლილობის, შფოთვითი აშლილობებისა და ერთად აღებული ყველა სხვა ფსიქიატრიული დარღვევების შემთხვევებთან მიმართებით (Eaton, 2001; Eaton et al., 2004; Regier et al., 1988). საერთაშორისო თვალსაზრისით, კიდევ უფრო დიდი განსხვავება – ფსიქიატრიული აშლილობების ოთხჯერ უფრო მაღალი გავრცელება დაფიქსირდა „მშრომელთა კლასის“ წარმომადგენელ რესპონდენტებს შორის, საშუალო კლასის წარმომადგენლებთან შედარებით (Regier, Farmer, Rae, Myers, Kramer, Robins, George, Karno, & Locke, 1993).

სიღარიბე ასევე რისკის ფაქტორი მრავალი ფსიქიკური აშლილობისთვის, მათ შორის, დეპრესიის, შფოთვითი აშლილობის, ანტისოციალური პიროვნული აშლილობისა და ნივთიერების მოხმარების დარღვევების ჩათვლით (Eaton et al., 2004; Eaton & Muntaner, 1999). ჯვარდინი შესწავლისა და დროში განმეორებადი მეთოდით წარმოებული კვლევების შედეგად დადგინდა თანმიმდევრული ურთიერთმიმართება სიღარიბესა და ფსიქიკურ აშლილობებს შორის. გარდა ამისა, შემოსავლების უთანასწორობის კვლევების უმეტესობამ შემოსავლების უთანასწორობასა და ფსიქიკური აშლილობის მაღალ მაჩვენებლებს შორის კავშირი აჩვენა (Muntaner et al., 2004a; Wilkinson & Pickett, 2006).

რა წვლილი შეიძლება შეიტანოს ეპიდემიოლოგიამ ფსიქიკური აშლილობის სოციოლოგიაში? აქცენტი პროქსიმალურ განმსაზღვრელ ფაქტორებზე

ამ მსგავსი ტენდენციების ახსნის მიზნით სტრატეგიკაციის კვლევის კონცეფციების გამოყენება ეპიდემიოლოგებისა და სოციოლოგების გამოწვევაა. მდიდარ ქვეყნებში ჯანმრთელობის კუთხით სოციოეკონომიკური გრადიენტების ახსნისას შედარებითი მნიშვნელობის დადგენას ნეომატერიალურ (თანამედროვე ფიზიკური ან ბიოლოგიური რისკი, ან დამცავი ფაქტორები) და ფსიქოსოციალურ განმსაზღვრელ ფაქტორებს შორის, როგორიცაა შემოსავლების განაწილების მხრივ განსხვავებული მდგომარეობის აღქმა, მწვავე დებატები ახლავს თან (Lynch, Smith, Kaplan, & House, 2000; Muntaner, 2004; Pearce & Davey Smith, 2003). მოკლედ, „ნეო-მატერიალური“ მეცნიერები ამტკიცებენ, რომ ჯანმრთელობაში სოციალური უთანასწორობის

უმეტესობა განისაზღვრება სიღარიბესა და უთანასწორობასთან დაკავშირებული „მატერიალური“ (სოციალურად განსაზღვრული ფიზიკური და ქიმიური) რისკითა და დამცავი ფაქტორებით, როგორებიცაა: ცუდი საცხოვრებელი, ცუდი კვებითი რეჟიმი, ნარკოტიკები, გარემოდან გამომდინარე და სამუშაო ადგილთან დაკავშირებული კატასტროფები, დაზიანებები, ცუდი ტრანსპორტი, ხარისხიან ჯანდაცვაზე წვდომის ნაკლებობა ან ფიზიკური ძალადობა (Lynch et al., 2000). მეცნიერები ფსიქოსოციალურ სფეროში, მეორე მხრივ, ხაზს უსვამენ სოციალური კაპიტალის, უთანასწორობისა და სამუშაო სტრესის შესახებ აღქმებისა და სოციალური იზოლაციის როლს (Wilkinson, 2005). კვლევა მხარს უჭერს ორივე სახის ახსნას.

ეკონომიკური უთანასწორობის ნეომატერიალური ინდიკატორები, როგორიცაა მანქანის ან სახლის ფლობა და დეპრივაციის მაჩვენებლები, ახლახან იქნა ჩართული ფსიქიკური აშლილობის სოციალური ეპიდემიოლოგიის კვლევაში (Lewis, Bebbington, Brugha, Farrell, Gill, Jenkins, & Meltzer, 1998, 2003; Weich & Lewis, 1998). მაგალითად, გაერთიანებული სამეფოს შინამეურნეობების ეროვნულ გამოკითხვაში დამოუკიდებელი კავშირი აღმოჩნდა, ერთი მხრივ, საცხოვრებლის მფლობელობასა და ავტომობილის ხელმისაწვდომობას, მეორე მხრივ კი, ნერვულ აშლილობას (მათ შორის, შფოთვითი აშლილობის ჩათვლით) და დეპრესიას შორის (Lewis et al., 2003; Weich & Lewis, 1998). ასევე, ბრიტანეთის საყოფაცხოვრებო პანელის კვლევის ანალიზმა აჩვენა, რომ ცხოვრების დაბალი მატერიალური დონე ასოცირდება დეპრესიისა და შფოთვითი აშლილობის რისკთან (Lewis et al., 1998). გეოგრაფიული არეალის დეპრივაციის მაჩვენებელი, მათ შორის, საცხოვრებლისა და ავტომობილის მფლობელობა, დაკავშირებულია დეპრესიის რისკის გავრცელებასა და მუდმივ არსებობასთან. მიუხედავად დეპრივაციის ინდიკატორების მთითებისა, რომ მატერიალური სიკეთეების არარსებობა ზრდის ფსიქიატრიული აშლილობის რისკს, კვლევას ჯერ კიდევ არ გამოუვლენია ის კონკრეტული მექანიზმები, რომლებიც მატერიალურ ფაქტორებს უკავშირებს დეპრესიას ან შფოთვას (მაგ., საკვები, არასათანადო კვება; არასათანადო საცხოვრებელი, გამოსახლების შიში, უსახლკარობა; ხმაური, დაბინძურება, ჭუჭყი, ფიზიკური ძალადობა, ექსტრემალური ტემპერატურა სამსახურში ან საჯარო სივრცეში; სახიფათო სამუშაო პირობები, ფიზიკური გადატვირთვა, დაღლილობა, ძილის ნაკლებობა; არასათანადო ტრანსპორტი; სუსტი ჯანმრთელობა, ქრონიკული დაავადებები; ჯანდაცვის მიმართებით დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილებები).

კვლევებმა ასევე მოგვანოდა ჯვარედინი და სავარაუდო მტკიცებულება, ერთი მხრივ, ფსიქოსოციალურ ფაქტორებს, როგორიცაა მოთხოვნა სამუშაოზე და ფინანსური მოწყვლადობა, და მეორე მხრივ, დეპრესიას, დეპრესიის სიმპტომებს ან შფოთვით აშლილობებს შორის ურთიერთმიმართების საჩვენებლად (Eaton et al., 2001; Weich & Lewis, 1998). სამოცდაათიანი წლების შუა პერიოდიდან დაწყ-

ბული დიდი რაოდენობით წარმოებული ვაითჰოლის კვლევები, აჩვენებდა, რომ სოციალური სტრატეგიკაციის ეფექტები ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გარკვეულწილად იცვლება ფსიქოსოციალური ფაქტორებით, როგორიცაა „სამსახურებრივი ავტონომია“ ან „კონტროლის ნაკლებობა“ (Marmot, 2004). ამ მტკიცებულებების მნიშვნელოვანი რაოდენობა სოციალურ ეპიდემიოლოგიაში მოდის ვაითჰოლის კვლევებიდან (Marmot, 2004). გარდა ამისა, სოციოლოგიაში მრავალმა კვლევამ აჩვენა ურთიერთთავსებადი შედეგები. ნაკლებად სავარაუდოა, რომ „მატერიალური“ რისკ-ფაქტორები და ბიოსამედიცინო მაჩვენებლები შეიტანონ ამ კვლევებში (მაგ., Turner, Wheaton, & Lloyd, 1995; იხ. ჯანმრთელობისა და სოციალური ქცევის ჟურნალი ბოლო ოცი წლის განმავლობაში), რაც გულისხმობს, რომ შესაძლოა, მატერიალურ ფაქტორებთან შედარებით ფსიქოსოციალური ფაქტორების მნიშვნელობა გაზვიადებულია.

ფსიქოსოციალური კვლევების უმეტესობის კიდევ ერთი საერთო შეზღუდვა არის ფსიქოსოციალური რისკ-ფაქტორებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შედეგების თვითშეფასების ზომებზე გადაჭარბებული დამოკიდებულება (კითხვარებისა და დიაგნოსტიკური ინტერვიუების ჩათვლით), რასაც თან ახლავს ფსიქიკური აშლილობის შესაფასებლად კლინიკური დიაგნოსტიკური ინტერვიუების იშვიათი გამოყენება. ასეთი მეთოდები იწვევს თვითშეფასების პროცესის დაუცველობას მიკერძოებულობის მიმართულებით (ადამიანებმა შესაძლოა, გააცხადონ, რომ აქვთ როგორც „სტრესი“, ისე „ფსიქიკური აშლილობა“, ისე რომ არცერთი არ აღენიშნებოდეს). იმ პერსპექტიულ კვლევებშიც კი, რომლებიც ითვალისწინებს საპირისპირო მიზეზობრიობას, ძნელია გამოვრიცხოთ შესაძლებლობა, რომ მატერიალური გარემოს მახასიათებლები (ფიზიკური და ბიოლოგიური ზემოქმედება) რესპონდენტის აღქმებით იყოს ბუნდოვანი (Macleod, Davey Smith, Heslop, Metcalfe, Carroll, & Hart, 2002). მიუხედავად ამისა, შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომებთან დასაქმების არასტაბილურობის ან შემცირებულ ორგანიზაციაში დარჩენის ურთიერთმიმართება გვთავაზობს, რომ ფსიქოსოციალურ ზემოქმედებას ფსიქიატრიულ აშლილობაზე დამოუკიდებელი გავლენა შეიძლება ჰქონდეს (Ferrie, Shipley, Stansfeld, Davey Smith, & Marmot, 2003).

საერთო ჯამში, ეპიდემიოლოგიის აქცენტი მატერიალურ და ობიექტურ თუ ფსიქოსოციალურ და სუბიექტურ საკითხებზე, ხელს შეუწყობს როგორც მეთოდების, ასევე განმარტებების დახვეწას ფსიქიკური აშლილობის სოციოლოგიაში. სოციოლოგიურ მოდელებსა და მეთოდებზე ამ მიმდინარე დებატებს ორი მნიშვნელოვანი გართულება ახლავს თან. პირველი, ფსიქიკური აშლილობის განსაზღვრისას მატერიალური რესურსების პოტენციური უგულებელყოფა იწვევს სოციოლოგიური „სტრესის“ მოდელების გადაფასებას; მათ შეიძლება დაამცრონ მატერიალური რესურსების როლი ფსიქიკურ აშლილობებში. მეორე, თვითშეფასების ანგარიშის მიკერძოებუ-

ლობის ან უზუსტობის მტკიცებულება ხელს უწყობს უფრო მეტი აქცენტის გადატანას გამოცდილებების ობიექტურ შეფასებებზე და ნაკლებ აქცენტს თვითშეფასების ანგარიშებზე.

სოციალური კლასის სტრუქტურა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა

მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური კლასის შესახებ შედარებით მცირე რაოდენობის ემპირიული კვლევები არსებობდა, სოციალურმა ეპიდემიოლოგებმა და მსგავსი ტიპის სოციოლოგებმა მალევე შენიშნეს სოციალური კლასების შესწავლის აუცილებლობა (Krieger, Williams, & Moss, 1997; Muntaner & O'Campo, 1993). მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური სტრატეფიკაცია გულისხმობს ინდივიდების რანჟირებას ეკონომიკურ (მაგალითად, შემოსავალზე), პოლიტიკურ (მაგ. ძალაუფლება ორგანიზაციებში) ან კულტურულ (მაგ. განათლება) კონტინუუმში, სოციალური კლასი ეხება სოციალურ ურთიერთობებს (მფლობელი, მშრომელი, თვითდასაქმებული; მენეჯერი, ზედამხედველი, მშრომელი; პროფესიონალი, ტექნიკოსი, არაკვალიფიციური მუშაკი), რომლებიც წარმოქმნიან ეკონომიკურ, პოლიტიკურ და კულტურულ უთანასწორობას სოციალურ სისტემაში (Muntaner et al., 1998). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციალური უთანასწორობის შესახებ კვლევების უმეტესობა ეყრდნობა სოციალური სტრატეფიკაციის მაჩვენებლებს და არ შეიცავს სოციალური კლასების ურთიერთობების ანალიზს (Muntaner & Lynch, 1999). მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური კლასის პოზიციები, რომლებიც დაფუძნებულია სამსახურებრივ ურთიერთობებზე (მაგალითად, მშრომელები, მენეჯერები, დამსაქმებლები), შეიძლება მოსახლეობის ჯანმრთელობის ძლიერი განმსაზღვრელი ფაქტორი იყოს, იმის გათვალისწინებით, თუ როგორია ისეთი რისკის შემცველი ან დამცავი ფაქტორების ზემოქმედება, როგორიცაა სოციალური და ჯანდაცვის მომსახურება ან შემოსავალი (Bartley & Marmot, 2000). მთელი რიგი კვლევებისას (მაგ., Burrell, Muntaner, Benach, & Artazcoz, 2004; Muntaner et al., 1995; Muntaner, Burrell, Benach, Pasarin, & Fernandez, 2003; Muntaner et al., 1998; Muntaner & Parsons, 1996) ჩვენ განვიხილეთ ურთიერთობა სოციალურ კლასსა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის ნეომარქსიანულ ჩარჩოებში, რომელიც აქცენტს აკეთებს კლასობრივ შრომით ურთიერთობებზე (Wright, 2005).³ კლასების ანალიზის ამ მიდგომის კონცეპტუალური და ემპირიული მნიშვნელობის საილუსტრაციოდ, ჩვენ სოციალურ სტრატეფიკაციასა და კლასობრივ მიდგომებს შორის კონცეპტუალურ განსხვავებებს ვუსვამთ ხაზს და ემპირიულ მხარდაჭერას ვუწევთ კლასსა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის უნიკალურ ურთიერთმიმართებას.

3 ჩვენი კვლევებისას გამოყენებული ზომების უმეტესობა არ განასხვავებს სოციალური კლასის ნეომარქსიანულ კონცეპტუალიზაციას ნეოვებერული კონცეპტუალიზაციისაგან, ჩარჩო-მიდგომა, რომელიც ორიენტირებულია კლასზე, როგორც სამუშაო ურთიერთობებზე, მაგრამ არ ითვალისწინებს ექსპლუატაციას, როგორც ცენტრალურ მექანიზმს. ჩვენ ექსპლუატაციის ინდიკატორების დამატების მნიშვნელობას ქვემოთ განვიხილავთ.

სოციალური სტრატეგიკაცია, როგორც წესი, გულისხმობს ინდივიდის რანჟირებას/ ეკონომიკური მახასიათებლების მიხედვით, როგორცაა შემოსავალი ან განათლების ხანგრძლივობა. ეს რანჟირებები ეპიდემიოლოგიაში ცნობილია როგორც „გრადიენტის“ ინდიკატორები (Muntaner et al., 2004a). მკვლევრების უმეტესობა ერთდროულად იყენებს სოციალური სტრატეგიკაციის რამდენიმე მექანიზმს, რადგან მოსახლეობის ჯანმრთელობაში სოციალური უთანასწორობის როლის ასახსნელად კონკრეტული ზომები ინდივიდუალურად არასაკმარისი აღმოჩნდა. მცირეოდენი ეჭვი არსებობს, რომ სოციალური სტრატეგიკაციის ზომები ფსიქიკური აშლილობებით ავადობის ტენდენციების მნიშვნელოვანი პროგნოზირების საფუძველია (Eaton et al., 2004; Lynch & Kaplan, 2000). თუმცა, მიუხედავად ფსიქიკური ჯანმრთელობის შედეგების პროგნოზირებაში მათი სარგებლიანობისა, ეს ზომები არ ავლენს სოციალურ მექანიზმებს, რომლებიც განმარტავს, თუ როგორ აღწევენ ინდივიდები სხვადასხვა დონის ეკონომიკური (და პოლიტიკური თუ კულტურული) რესურსების დაგროვებას (Muntaner & Lynch, 1999).

კლასობრივი უთანასწორობა, რომელიც მოიცავს საკუთრების ურთიერთობას და შრომის პროცესის კონტროლს, ასევე ურთიერთმიმართებაშია ფსიქიკურ აშლილობასთან. სოციალური კლასი, გაგებული, როგორც საქონლისა და მომსახურების წარმოებასთან დაკავშირებული სოციალური ურთიერთობები (Krieger et al., 1997), კონცეპტუალურად და ემპირიულად განსხვავდება სოციალური სტრატეგიკაციის/ სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსისგან (SES). უფრო მეტიც, სოციალური კლასი SES-ის მაჩვენებლებისგან დამოუკიდებლადაც დაკავშირებულია ფსიქიკურ აშლილობებთან. (Borrell et al., 2004; Muntaner et al., 2003; Muntaner et al., 1998; Wohlfarth, 1997; Wohlfarth & van den Brink, 1998). ერთმა კვლევამ გამოავლინა SES-სა და სოციალური კლასის მაჩვენებლებს შორის მცირე გადაფარვა, თუმცა სოციალურ კლასსა და დეპრესიას შორის ურთიერთკავშირი SES-ის საფუძველზე ვერ აიხსნებოდა (Wohlfarth, 1997). სხვა კვლევებმა გამოავლინა პირველადი მტკიცებულება სოციალურ კლასსა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის არანრფივი ურთიერთობის შესახებ, როგორც ამას სოციალური კლასის (მაგრამ არა SES) მოდელები პროგნოზირებდნენ (Muntaner et al., 2003; Muntaner et al., 1998). მაგალითად, დაბალ საფეხურზე მყოფ ზედამხედველებს (რომლებსაც არ აქვთ პოლიტიკის შექმნის უფლებამოსილება, მაგრამ შეუძლიათ, დაიქირაონ და გაათავისუფლონ მშრომელები) აქვთ დეპრესიისა და შფოთვის უფრო მაღალი მაჩვენებლები, ვიდრე ზედა დონის მენეჯერებს (რომლებსაც პოლიტიკასა და პერსონალზე ორგანიზაციული კონტროლი აქვთ) და წინა ხაზის თანამშრომლებს (რომელთაც არცერთი არ აქვთ). ორგანიზაციის აქტივებზე კონტროლი განისაზღვრება კომპანიის პოლიტიკაზე გავლენის მოხდენის შესაძლებლობით (დასაქმებულთა რაოდენობის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღება, პროდუქტები ან განეული მომსახურება, შესრულებული სამუშაოს მოცულობა და ბიუჯეტის ზომა და განაწილება) და ორგანიზაციის სხვა პირებზე პა-

სუსისმგებლობის დაკისრების უფლებამოსილებით (ხელფასის მომატების ან დანაწერების სასარგებლო ან შემაკავებელი გადანაწევებების მიღება, დაქვემდებარებულ პირთა დაქირავება და გათავისუფლება ან მათთვის საქმიანობის დროებითი შეჩერება). სამუშაოზე ორგანიზაციული კონტროლის განმეორებითი გამოცდილება ყველაზე მეტად დაიცავს ზედა დონის მენეჯერების უმეტესობას განწყობასთან დაკავშირებული და შფოთვითი აშლილობებისგან. დაბალი დონის ზედამხედველები, მეორე მხრივ, ექვემდებარებიან „ორმაგ ზეგავლენას“: ზედა მენეჯმენტის მოთხოვნებს მშრომელთა დისციპლინირებაზე და დაქვემდებარებული მშრომელების ანტაგონიზმს იმ ფონზე, როცა ისინი მცირე გავლენას ახდენენ კომპანიის პოლიტიკაზე. ამ „ურთიერთსაწინააღმდეგო კლასობრივმა მდებარეობამ“ (Wright, 1996) შეიძლება ზედამხედველები დეპრესიისა და შფოთვითი აშლილობის უფრო დიდი რისკის ქვეშ დააყენოს, ვიდრე მენეჯმენტის ზედა რგოლი ან არაზედამხედველი მშრომელები. დასკვნა ის არის, რომ ეს აღმოჩენა „ურთიერთსაწინააღმდეგო კლასობრივი მდებარეობის“ ჰიპოთეზით იყო პროგნოზირებული, მაგრამ არ იყო განჭვრეტელი ან ახსნილი განათლების წლების ან შემოსავლის მაჩვენებლებით. გრადიენტის („SES“) ჰიპოთეზა გამოიწვევდა მოლოდინს, რომ ზედამხედველები უფრო მაღალი შემოსავლების გამო შფოთვისა და დეპრესიის მქონეთაგან უფრო დაბალ პროცენტულ მაჩვენებლებს წარმოადგენენ, ვიდრე მშრომელები.

ამ მაგალითის თანახმად, სოციალური კლასის თეორიული და განმარტებითი ძალა განპირობებულია პროდუქტიულ რესურსებზე (ანუ ფიზიკური, ფინანსური და ორგანიზაციული) საკუთრების ან კონტროლის სოციალური ურთიერთობებით. სოციალური კლასების ურთიერთობებს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს ინდივიდების ცხოვრებაზე. ინდივიდის კანონიერი უფლების ფარგლები და ძალაუფლება, გააკონტროლოს პროდუქტიული აქტივები, განსაზღვრავს ინდივიდის შემოსავლის დაგროვების შესაძლებლობას. და თავის მხრივ, შემოსავალი დიდწილად განსაზღვრავს ინდივიდის ცხოვრების დონეს. ამრიგად, „ბიზნესის მფლობელის“ კლასობრივი პოზიცია აიძულებს მის წევრებს, დაიქირაონ „მშრომელები“ და აწარმოონ შრომა მათგან, ხოლო „მშრომელთა“ კლასობრივი პოზიცია აიძულებს მის წევრებს, იპოვონ დასაქმების ადგილი და შეასრულონ შრომა. სოციალური კლასი ადგენს მკაფიო ურთიერთობის მექანიზმს (საკუთრება, მართვა), რომელიც ხსნის, თუ როგორ წარმოიქმნება ეკონომიკური უთანასწორობა და როგორ შეიძლება ამან გავლენა იქონიოს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.

ბოლოდროინდელ კვლევაში ჩვენ დამატებით განვიხილეთ კავშირი სოციალური კლასის ზომებსა (Wright-ის სოციალური კლასის ინდიკატორები, ე.წ. პროდუქტიულ აქტივებთან კავშირი) და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მაჩვენებლებს შორის (Borrell et al., 2004). ჩვენ გამოვცადეთ ეს სქემა ბარსელონის ჯანმრთელობის ინტერვიუების ფარგლებში ჯვარედინი კვლევისას (2000 წელს), რომელშიც ქალაქის არაინ-

სტიტუციონალიზებული მოსახლეობის 10 000 წარმომადგენელი მონაწილეობდა. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცვლადები მოიცავდა პირადად აღქმულ ჯანმრთელობის მდგომარეობას (ძირითადად, ფსიქიკურ ჯანმრთელობას), ნიკოტინზე დამოკიდებულებას, კვებით ქცევებსა და დაზიანებებს. დასკვნებმა გამოავლინა, რომ დამკვიდრებული შეხედულების საწინააღმდეგოდ, ხშირად დამსაქმებლების ჯანმრთელობის მაჩვენებლები უარესია, ვიდრე მენეჯერების. ასევე, ზედამხედველების მდგომარეობა ხშირად უფრო ცუდია, ვიდრე მშრომელების. ჩვენი დასკვნები ხაზს უსვამს სოციალური კლასობრივი პოზიციების (რომლებიც განსაზღვრულია პროდუქტიულ აქტივებზე კონტროლის ურთიერთობებით) გავლენას ჯანმრთელობის პოტენციურ შედეგებზე. ისინი ასევე ადასტურებენ, რომ სოციალური კლასი ჯანდაცვის სოციალური ცვალებადობის ისეთ ნაწილებს იყენებს, რომლებიც არ არის გამოვლენილი სოციალური სტრატეფიკაციის ჩვეულებრივი ზომებით. საკუთრების ურთიერთობები, რომლებიც თვალსაჩინოდ ფიგურირებს როგორც მარქსისეულ, ისე ვებერისეულ ტრადიციებში, არ ამოწურავს კლასობრივი ცნებების თეორიულ სპექტრს. კიდევ ერთი გამოუყენებელი ცნება არის კლასის ექსპლუატაცია.

სოციალური კლასი საკუთრების მიღმა: კავშირი ექსპლუატაციასა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის

მიუხედავად იმისა, რომ საკუთრების ურთიერთობები შეიძლება იყოს ფსიქიკური აშლილობის მნიშვნელოვანი მაპროგნოზირებელი ასპექტი (Eaton & Muntaner, 1999; Wohlfarth, 1997), ისინი ვერ გამოავლენს მარქსის კლასის ტრადიციის ძირითად მექანიზმს, კერძოდ, ექსპლუატაციას (Wright, 1996). ამ ტრადიციის თანახმად, სოციალური კლასის საზომმა უნდა მოიხელთოს არა მხოლოდ საკუთრების ურთიერთობები, არამედ „ექსპლუატატორის“ მიერ „ექსპლუატირებულებზე“ ბატონობა და შრომითი ძალისხმევის მოპოვება და მითვისება (Resnick & Wolff, 1982; Wright, 1996). მეტიც, სოციალური კლასის ნეომარქსისტული მაჩვენებლების უმეტესობა, ვინაიდან ისინი მხოლოდ საკუთრებასთან დაკავშირებული ურთიერთობების მოხელთებას ახერხებენ, ჩანაცვლებადია შრომითი ურთიერთობების ნეოვებერული მახასიათებლებით. უფრო კონკრეტულად, ინდიკატორების ორივე ნაკრები ემყარება შრომით ურთიერთობებს ან შრომის ბაზრის ურთიერთობებს, როგორიცაა „დამსაქმებელი“ „დასაქმებული“, მაგრამ ვერ ახერხებს, მოიხელთოს „დამსაქმებლის“ მიერ „დასაქმებულისგან“ მოპოვებული შრომის ძალისხმევის ოდენობა, რაც „ექსპლუატაციის“, როგორც კლასიკურ მარქსიანულ ტრადიციაში სოციალური მექანიზმის, საფუძველს ქმნის (Muntaner et al., 1998; Wright, 2005). ამ ტრადიციის უფრო მეტი სიზუსტით გასაგრძელებლად, კლასების ექსპლუატაციის ინდიკატორებმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ: 1) კლასის მატერიალური კეთილდღეობა მიზეზობრივად დამოკიდებულია სხვა კლასის მატერიალურ სიდუხჭირეზე; 2) ეს მიზეზობ-

რივი კავშირი გულისხმობს ექსპლუატირებული კლასის ასიმეტრიულ გამორიცხვას გარკვეული პროდუქტიული რესურსების (მაგალითად, საკუთრების უფლების) ხელმისაწვდომობიდან; და 3) მიზეზობრივი მექანიზმი, რომელიც 2)-ში გადმოცემულ გამოთიშვას თარგმნის დიფერენციალურ კეთილდღეობაში, გულისხმობს ექსპლუატირებული კლასის შრომის ნაყოფის მითვისებას მათ მიერ, ვინც აკონტროლებს პროდუქტიული რესურსების ხელმისაწვდომობას (ანუ ექსპლუატატორების კლასის) (Wright, 1996). ამრიგად, ჩვენ შეგვიძლია შევნიშნოთ, რომ სოციალური კლასის ნეომარქსისტული განსაზღვრის ზომების 1) და 2) პუნქტებს საკუთრების ურთიერთობების საფუძველზე ზომავენ, მაგრამ ვერ ახერხებენ შრომის ძალისხმევის მითვისების მოხელთებას. ბოლო კვლევაში (Muntaner, Li, Xue, O'Campo, Chung, & Eaton, 2004b; Muntaner, Li, Xue, Thompson, O'Campo, Chung, & Eaton, 2006) ორგანიზაციული დონის ინდიკატორების გამოყენებით, რომლებიც ასახავს როგორც ქონებრივ ურთიერთობებს, ასევე შრომის ძალისხმევას (მომგებიანი საკუთრება, მენეჯერული დომინაცია, ხელფასის მატების ნაკლებობა), კლასობრივ ექსპლუატაციასა და დეპრესიას შორის ურთიერთმიმართება აღმოვაჩინეთ. ეს მაჩვენებლები ამ კვლევებში დეპრესიის სიმპტომების ძლიერი მაპროგნოზირებელი ფაქტორი იყო და იმით განსხვავდება დასაქმების ურთიერთობის მაჩვენებლებისგან, რომ ორგანიზაციულ დონეზე ასახავს სოციალური კლასების ექსპლუატაციას (ანუ არაკომერციული საკუთრების, მენეჯერული ზეწოლისა და ხელფასის ზრდის ნაკლებობის კომბინაცია იწვევს შრომის ძალისხმევის მითაცების მაღალ დონეს და დაბალ კომპენსაციას ან უფრო მაღალ ექსპლუატაციას, დანარჩენ კატეგორიასთან შედარებით).

საერთო ჯამში, ჩვენი არგუმენტი ისაა, რომ არსებობს მრავალი კლასობრივი კონსტრუქცია, რომელსაც შეუძლია, ნათლად წარმოაჩინოს ურთიერთობა ეკონომიკურ უთანასწორობასა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის. ლიტერატურაში არსებობს მრავალი (ფაქტობრივად, ასობით) ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაზომვის მექანიზმი (იხ. Buro-ს ფსიქიკური შეფასების შესახებ გამოცემები). ამის საპირისპიროდ, მისი სოციოლოგიური ნაწილი უკიდურესად განუვითარებელია, მკვლევრები კი მხოლოდ მცირე მახასიათებლებს (შემოსავალს, განათლებას, პროფესიას) იყენებენ.

კომპლექსური ურთიერთობა ფსიქიკური აშლილობის სოციოლოგიას, ფსიქიატრიულ ეპიდემიოლოგიასა და საზოგადოებრივ ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის

სოციალური ფაქტორებისადმი მათი პრაგმატული, ხშირად არათეორიული მიდგომის მიუხედავად, ფსიქიატრიულმა ეპიდემიოლოგიამ და საზოგადოებრივმა ფსიქიკურმა ჯანმრთელობამ დროთა განმავლობაში დაძლია სტრუქტურული უთანასწორობა. სოციალურ სამართლიანობასა და უთანასწორობის შემცირებაზე

(რასა, სქესი, სიღარიბე) ძლიერი შემფოთება ეპიდემიოლოგთა შორის ჯანმრთელობის სფეროში სოციალური უთანასწორობისადმი ძლიერი ინტერესით შეიძლება აიხსნას. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თანამედროვე განმარტება – როგორც საზოგადოების ორგანიზებული ძალისხმევა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად – არაპირდაპირ გულისხმობს როგორც სოციალურ განმსაზღვრელ ფაქტორებს, ასევე საზოგადოების ჯანმრთელობაზე კოლექტიურ პასუხისმგებლობას (Last, 1995).

ამრიგად, საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანმრთელობის წინაშე დგას ვალდებულება, გააუმჯობესოს სოციალური უთანასწორობით დაზარალებული ჯგუფების ჯანმრთელობა – ანუ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საჯარო მოხელეები ვალდებულნი არიან, გააუმჯობესონ ეკონომიკური, პოლიტიკური თუ კულტურული უთანასწორობის გამო ფსიქიკური აშლილობის მაღალი მაჩვენებლის მქონე მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობა. ამ დისციპლინებში აღქმულია, რომ საზოგადოების არათანაბარი ეკონომიკური, პოლიტიკური თუ კულტურული რესურსები შედარებით ღარიბებისთვის, ძალაუფლების არმქონეთა და ნაკლები მიღწევების მქონე პირებისათვის უარეს ფსიქიკურ ჯანმრთელობას განაპირობებს (Navarro & Muntaner, 2004). გარდა ამისა, ფართოდ არის აღიარებული, რომ საკუთრების უთანასწორობა წარმოშობს სიღარიბის გადაცემას თაობათა შორის, რამაც არაპროპორციულად იმოქმედა აფრიკელ ამერიკელებზე აშშ-ში (Conley & Bennett, 2001). ეკონომიკური უთანასწორობის სხვა აღიარებული წყაროები მოიცავს პოლიტიკურ უთანასწორობას, რომელიც გამოირიცხავს იმიგრანტების მიერ თანაბარი უფლებების მოპოვებას, იმ ფონზე, რომ მათი ეკონომიკური, პოლიტიკური და კულტურული დაქვემდებარებით შემოიფარგლება და ისეთ კულტურულ ფაქტორებს, როგორიცაა რასიზმი, იდეოლოგია ან გულგრილობა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს შრომის ბაზარზე დისკრიმინაცია და საცხოვრებელი სეგრეგაცია ნეგატიური ეკონომიკური, პოლიტიკური და კულტურული შედეგებით ადამიანებისათვის სხვადასხვა რასისა და ეთნიკური ჯგუფის, ეროვნების, რელიგიის, ასაკობრივი ჯგუფების, სექსუალური ორიენტაციის, სქესის, დაავადებების ან შეზღუდული შესაძლებლობისა და სოციალურ-ეკონომიკური პოზიციის ნიშნით.

სწორედ სამოქალაქო საზოგადოების სამოციანი და სამოცდაათიანი წლების სოციალურ მოძრაობებთან დაკავშირებული შემობრუნებული უთანასწორობების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფილოსოფიის ფარგლებში, ბოლოდროინდელი კვლევა ყურადღებას ამახვილებს კლასის, სქესისა და რასის/ეთნიკური კავშირების ურთიერთქმედებაზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგნოზირებისას (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortes, 2004; O'Campo, Eaton, & Muntaner, 2004; Outram, Mishra, & Schofield, 2004). მიუხედავად იმისა, რომ ეპიდემიოლოგიაში განზოგადებები ხშირად არაზუსტია, საერთო ჯამში, კლასის, სქესისა და რასის ტრიადაზე წარმოებული

კვლევები სულ უფრო უარეს სურათს წარმოაჩენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ჯგუფების წევრებს შორის, რომლებიც მოწყვლადობის სამი ფორმის ზეგავლენის ქვეშ არიან (Krieger, Waterman, Hartman, Bates, Stoddard, Quinn, Sorensen, & Barbeau, 2006). ეპიდემიოლოგები ასევე იყვნენ ლიდერები იმ თემებში, რომლებიც გადაფარავს სოციოლოგიასთან ტრადიციულად დაკავშირებულ უფრო სტრუქტურულ პრობლემებს, როგორიცაა შრომის ბაზრის ახალი ფორმების ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეფექტების შესწავლა (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortes, 2005; Kim, Muntaner, Khang, Paek, & Cho, 2006), სოციალური კლასის გავლენა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე (Breeze, Fletcher, Leon, Marmot, Clarke, & Shipley, 2001) ან სამეზობლო ეკონომიკურ უთანასწორობასთან დაკავშირებული ეფექტები ფსიქიკურ აშლილობებზე (Eibner, Sturn, & Gresenz, 2004; Muntaner et al., 2004a; Muntaner et al., 2004b; Schneiders, Drukker, van der Ende, Verhulst, van Os, & Nicolson, 2003; Stafford and Marmot, 2003; Wainwright & Surtees, 2004). ვინაიდან ეს კვლევები ხშირად მენისტრიმული სოციოლოგიური ლიტერატურის მიღმა ქვეყნდება, მათი წვლილი სოციალური უთანასწორობის თეორიებში ჯერ კიდევ არ არის აღიარებული.

უფრო მეტიც, არსებობს საინტერესო პარადოქსი, რომელიც ფართოდ ვლინდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციოლოგიაზე არსებულ ლიტერატურაში. არცთუ იშვიათად, დაკვირვების საფუძველზე: 1) სოციოლოგიის დოქტორის ხარისხის არმქონე ეპიდემიოლოგები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მკვლევრები არიან ისინი, რომელთაც ჯანმრთელობის უთანასწორობის სოციალურ-სტრუქტურული პერსპექტივა შემოაქვთ (მაგ., Krieger et al., 1997; Muntaner et al., 1998); და 2) ზოგიერთი მნიშვნელოვანი გამოკვლევის მიუხედავად (Kohn & Schooler, 1983), სოციოლოგები უპირატესობას ანიჭებენ სოციალურ-ფსიქოლოგიურ და არა სოციალურ-სტრუქტურულ ახსნას (Pearlin, 1989; Thoits, 2005). სოციოლოგები არიან ლიდერები ფსიქიატრიულ ეპიდემიოლოგიასა და საზოგადოებრივ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში, მათ საქმიანობაში კონკრეტული სოციოლოგიური შინაარსის შემოტანის გარეშე (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen, & Kendler, 1994). დეტალური ისტორიული, პროფესიული და ინსტიტუციური ანალიზი (მაგალითად, არიან თუ არა ჯანდაცვის მკვლევრები გადამზადებულნი საიმისოდ, რომ იყვნენ ზოგადად კრიტიკულად განწყობილნი, რათა სოციალურ კვლევაზე გადასვლისას გაბედონ და მიუახლოვდნენ ისეთ საკითხებს, როგორიცაა „კლასი“? ან რატომ ჰქონდა პერლინის სოციალურ ფსიქოლოგიას მეტი გავლენა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციოლოგიაზე, ვიდრე კონის სოციალურ-სტრუქტურულ პერსპექტივას?) საჭირო იქნება ამ წინადადებების სარგებლიანობის დასადგენად. ისინი ვარაუდობენ, რომ საჭიროა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვლევის სოციოლოგიაში უფრო თანმიმდევრული ყურადღება მივაქციოთ სტრუქტურულ ახსნას.

ფსიქიატრიულ ეპიდემიოლოგიასა და საზოგადოებრივ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე მეთოდების სიზუსტისა და დასკვნების სიძლიერის გათვალისწინებით, შესაძლებ-

ლია ცდუნებას აყოლა დასკვნის გამოსატანად, რომ უფრო ღრმა სოციოლოგიური შეხედულებები ზედმეტია ამგვარი გამოყენებით დისციპლინებისთვის. რატომ არ უნდა გაიზარდოს მინიმალური ხელფასი ან სოციალური დახმარება ღარიბებისთვის პირველადი პრევენციის მიზნით? პასუხი არც ისე მარტივია, რადგან ნაგულისხმევი სოციოლოგიური მოდელები აღწევს როგორც ფსიქიატრიულ ეპიდემიოლოგიაში, ასევე საზოგადოებრივ ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სფეროში, მიუხედავად იმისა, რომ მათი პოლიტიკის შედეგებში მკვეთრი განსხვავებებია (Muntaner, Eaton, & Diala, 2000).

უფრო კონკრეტულად, ეკონომიკური უთანასწორობისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვლევების უმრავლესობაში ჩვენ ვხვდებით კონკურენტუნარიან, იმპლიციტურ, სოციოლოგიურ მოდელებს იმის შესახებ, თუ რა არის ჯანსაღი სოციალური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში სოციალური უთანასწორობის ორი საპირისპირო შეხედულება არის წამყვანი (Muntaner et al., 2000). პირველის მიხედვით, ქცევა არის ინდივიდუალური აგენტობის ან ნებაყოფლობითი კონტროლის საკითხი, რაც ითვალისწინებს ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებით არაპროპორციული ტვირთის დაკისრებას მუშებზე, ქალებსა და უმცირესობებზე. ამ შეხედულებით მიჩნეულია, რომ სოციალური შედეგების უმეტესობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჩათვლით, პირად ავტონომიურ არჩევანს ასახავს და, შესაბამისად, უმცირესია ის, რაც საზოგადოებამ, როგორც მთლიანობამ, უნდა (ვალდებულია) გააკეთოს იმ ადამიანებისთვის, რომლებიც ფსიქიკური აშლილობებით იტანჯებიან (Muntaner & Lynch, 1999). ერთ კვლევაში (Link, Schwartz, Moore, Phelan, Struening, Stueve, & Colten, 1995), მაგალითად, განათლებული „ლიბერალები“ პატივს სცემდნენ უსახლკარო პირთა ავტონომიას და ინდივიდუალურ უფლებებს, მაგრამ მცირე ვალდებულებას გრძნობდნენ, რომ რამე გაეკეთებინათ მათი მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

ამის საპირისპიროდ, „სტრუქტურული“ შეხედულება აქცენტს აკეთებს კლასის, რასის, ეთნიკურობისა და გენდერული უთანასწორობის სოციალურ ურთიერთობებზე, როგორც ინდივიდუალური ქცევისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის განმსაზღვრელ ფაქტორებზე (Muntaner et al., 2000). ამ თვალსაზრისით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის შედეგები მოიცავს კოლექტიურ პასუხისმგებლობას მათ მიმართ, ვის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზეც უარყოფითად მოქმედებს ეკონომიკურ, პოლიტიკურ და კულტურულ რესურსებზე წვდომისას კლასობრივი, სქესობრივი და რასობრივი თუ ეთნიკური უთანასწორობა. მაგალითად, აფროამერიკელი და თეთრკანიანი მშრომელთა კლასის მამაკაცების ეთნოგრაფიული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ აფროამერიკელ მამაკაცებს აქვთ უფრო მეტი კოლექტიური პასუხისმგებლობის გრძნობა და ნაკლებად არიან მიდრეკილნი, გამოიყენონ ინდივიდუალური პასუხისმგებლობა, როგორც პერსონალური შედეგების ახსნა, თეთრკანიანი მამაკა-

ცებისგან განსხვავებით (Lamont, 2000). დასავლეთ ევროპისა და აშშ-ის მკვიდრი თეთრკანიანები უფრო მეტად იყენებენ ინდივიდუალისტურ თვისებებს სოციალურ სიტუაციებში მყოფი პირების შედეგების შეფასებისათვის – პერსონალური თვისებები განიხილება, როგორც პიროვნული შედეგების გამომწვევი მიზეზი, სიტუაციური მახასიათებლებისგან განსხვავებით (Nisbett, 2003). იგულისხმება, რომ თუ ჩვენ სოციალურ-სტრუქტურულ უთანასწორობას ღიად არ წარმოვაჩენთ, ჩვენ პოლიტიკის პერსპექტივებს შორის ასარჩევად სოციალური მეცნიერება არ შეგვიძლია გამოვიყენოთ.

მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციალური უთანასწორობის კვლევები (Eaton et al., 2004) იყენებს სტრატეგიკაციის ინდიკატორებს, რომლებიც თავს არიდებენ სოციალურ სტრუქტურას (ანუ მოცემულ სოციალურ სისტემაში ეკონომიკური, პოლიტიკური და კულტურული ურთიერთობების ერთობლიობას) (Muntaner & Lynch, 1999), დღესდღეობით საკმარისი მტკიცებულება არსებობს იმის დასამტკიცებლად, რომ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში კლასობრივი, გენდერული და რასობრივი/ეთნიკური უთანასწორობა გამომდინარეობს სოციალური სტრუქტურებიდან და არა მხოლოდ პირადი არჩევანის ან შრომითი ურთიერთობებისგან, რადგან სოციალური კლასის ინდიკატორებმა დაადგინეს, რომ ისინი დამატებით, უბრალო სტრატეგიკაციის ინდიკატორებთან ერთად წინასწარმეტყველებენ ფსიქიკურ აშლილობებს (იხ. მიმოხილვა Muntaner et al., 2004a). ნაგულისხმევია, რომ ფსიქიკური აშლილობის სოციოლოგიაში სტრუქტურული სოციალური კლასის გაზომვის საშუალებები სასარგებლოა არა მხოლოდ იმიტომ, რომ ისინი ფსიქიკური აშლილობების ძლიერი მაპროგნოზებელი ელემენტები არიან (Muntaner et al., 2004a), არამედ იმიტომაც, რომ ისინი იძლევიან სოციალურ მექანიზმს (მაგ. ურთიერთობა ზედამხედველსა და დაქვემდებარებულს შორის) ამ ეფექტების ასახსნელად.

დასკვნა: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციოლოგია უფრო სტრუქტურული შეიძლება (და უნდა) იყოს

სოციალური სტრატეგიკაციის ზომებს, როგორიცაა შემოსავალი და განათლება, და ზოგად ფსიქიკურ აშლილობებს შორის საპირისპირო ურთიერთმიმართების შესახებ მტკიცებულება ფართოდ არის დამკვიდრებული, თუმცა ჯერ კიდევ ცოტაა ცნობილი ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და იმ სოციალური პროცესების ურთიერთმიმართების შესახებ, რომლებიც წარმოშობს ეკონომიკურ უთანასწორობას. ბოლოდროინდელი კვლევები მიუთითებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციოლოგიის მიერ იმ სოციალური ურთიერთობების კვლევის აუცილებლობაზე, რომლებიც წარმოშობს სოციალურ უთანასწორობას ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში და არა მხოლოდ იმ მიკრო სოციალურ პროცესებში, რომლებიც სოციალურ ურთიერთქმედებას ფსიქი-

კურ დაავადებასთან აკავშირებს (მაგ., სტრესი, დაძლევის/გამკლავების პროცესი, მხარდაჭერა, სტიგმა). სოციალური მექანიზმები, რომლებიც წარმოქმნის ეკონომიკურ უთანასწორობას, როგორიცაა წარმოებისა და საკუთრების ურთიერთობები ან ექსპლუატაცია, ძალიან ცენტრალურია სოციალური სისტემებისათვის საიმისოდ, რომ მხოლოდ ეპიდემიოლოგების მიერ არ განიხილებოდეს. სოციოლოგიური პერსპექტივის შემოტანა საბოლოო ჯამში შეუცვლელი იქნება ეკონომიკური უთანასწორობისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ურთიერთობის გაგებისათვის. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციალური უთანასწორობის კვლევის უფრო ფართო სოციოლოგიური გააზრება სოციოლოგიას მეტ სიღრმეს მისცემს (დაბოლოს, სოციოლოგია უნდა იყოს სოციალური ურთიერთობების შესწავლა); ხელს შეუწყობს ფსიქიკური დაავადების წარმოქმნის ალტერნატიული მიზეზობრივი მოდელების გამოცდას, რომლებიც ახლა სოციალური პროცესების შედეგებზე ფოკუსირების გამო, მოუხელთებელია (მაგალითად, შემოსავლების უთანასწორობა) და წარმოშობს უფრო ღრმა მიზეზობრივ მოდელებს, რაც უფრო ეფექტიანად ჩარევის შესაძლებლობებს მოგვცემს.

ბიბლიოგრაფია

- Alegria, M., Bijl, R. V., Lin, E., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and The Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, 57, 383–91.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortes, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94, 82–88.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortes, I. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 761–767.
- Asthana, S., Gibson, A., Moon, G., Brigham, P., & Dicker, J. (2004). The demographic and social class basis of inequality in self-reported morbidity: An exploration using the health survey for England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 303–307.
- Bartley, M., & Marmot, M. (2000). Social class and power relations at the workplace. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15, 73–78.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979–86.
- Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J., & Artazcoz, L. (2004). Social class and selfreported health status among men and women: What is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science and Medicine*, 58, 1869–1887.
- Breeze, E., Fletcher, A. E., Leon, D. A., Marmot, M. G., Clarke, R. J., & Shipley, M. J. (2001). Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall study. *American Journal of Public Health*, 91, 277–283.
- Cohen A., Houck, P. R., Szanto, K., Dew, M. A., Gilman, S. E., Reynolds, C. F. (2006). Social inequalities in response to antidepressant treatment in older adults. *Archives of General Psychiatry*, 63, 50–6.
- Conley, D., & Bennett, N. G. (2001). Birth weight and income: Interactions across generations. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 450–465.
- Eaton, W. W. (2001). *The sociology of mental disorders* (3rd ed.). London, UK: Praeger.
- Eaton, W. W., Buka, S., Addington, A. M., Bass, J., Brown, S., Cherkerzian, S., FormanHoffman, V., Gilbert, S., Hayden, K., Jain, S., Lehrer, J., Martin, L., Mielke, M., Norberg, K., Thomas, C., & Yu, J. (2004). Risk factors for major mental disorders: A review of the epidemiologic literature. Retrieved January 24th, 2005, from <http://apps1.jhsph.edu/weaton/MDRF/main.html>
- Eaton, W. W., & Muntaner, C. (1999). Socioeconomic stratification and mental disorder. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories and systems* (pp. 259–283). New York, NY: Cambridge University Press.
- Eaton, W. W., Muntaner, C., Bovasso, G., & Smith, C. (2001). Socioeconomic status and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 277–293.

- Eibner, C., Sturn, R., & Gresenz, C. R. (2004). Does relative deprivation predict the need for mental health services? *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7, 167–175.
- Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., Davey Smith, G., & Marmot, M. (2003). Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: The Whitehall II study. *Social Science and Medicine*, 57, 637–646.
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 14.
- Geyer, S., Haltenhof, H., & Peter, R. (2001). Social inequality in the utilization of in – and outpatient treatment of non-psychotic/non-organic disorders: A study with health insurance data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 373–380.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597–611.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. V., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kim, I. H., Muntaner, C., Khang, Y. H., Paek, D., & Cho, S. I. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine* (in press).
- Kohn, M. L., & Schooler, C. (1983). *Work and personality: An inquiry into the impact of social stratification*. Norwood, NJ: Ablex Pub. Corp.
- Krieger N., Waterman, P. D., Hartman, C., Bates, L. M., Stoddard, A. M., Quinn, M. M., Sorensen, G., & Barbeau, E. M. (2006). Social hazards on the job: Workplace abuse, sexual harassment, and racial discrimination – a study of Black, Latino, and White lowincome women and men workers in the United States. *International Journal of Health Services*, 36, 51–85.
- Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in U.S. public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18, 341–378.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O., Roos, E., & Saastamoinen, P. (2005). Occupational class inequalities across key domains of health: Results from the Helsinki Health Study. *European Journal of Public Health*, 15, 504–510.
- Lamont, M. (2000). *The dignity of working men*. New York, NY: Russell Sage.
- Last, J. (1995). *A dictionary of epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R., & Meltzer, H. (1998). Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet*, 352, 605–609.
- Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R., et al. (2003). Socio-economic status, standard of living, and neurotic disorder. *International Review of Psychiatry*, 15, 91–96.

Link, B. G., Schwartz, S., Moore, R., Phelan, J., Struening, E., Stueve, A., & Colten, M. E. (1995). Public knowledge, attitudes, and beliefs about homeless people: Evidence for compassion fatigue. *American Journal of Community Psychology*, 23, 533–555.

Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98–112.

Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2000). Socioeconomic position. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 76–94). New York: NY: Oxford University Press.

Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320, 1200–1204.

Macleod, J., Davey Smith, G., Heslop, P., Metcalfe, C., Carroll, D., & Hart, C. (2002). Psychological stress and cardiovascular disease: Empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men. *British Medical Journal*, 324, 1247–1251.

Marmot, M. (2004). *The status syndrome*. New York: Times Books.

Melzer, D., Fryers, T., Jenkins, R., Brugha, T., & McWilliams, B. (2003). Social position and the common mental disorders with disability: Estimates from the National Psychiatric Survey of Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 238–243.

Muntaner, C. (2004). Commentary: Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 33, 674–680.

Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarin, M. I., & Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32, 950–958.

Muntaner, C., Eaton, W., & Diala, C. (2000). Socioeconomic inequalities in mental health: A review of concepts and underlying assumptions. *Health*, 4, 89–15.

Muntaner, C., Eaton, W. W., Diala, C., Kessler, R. C., & Sorlie, P. D. (1998). Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social Science and Medicine*, 47, 2043–2053.

Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R., & O'Campo, P. (2004a). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26, 53–62.

Muntaner, C., Li, Y., Xue, X., O'Campo, P., Chung, H. J., & Eaton, W. W. (2004b). Work organization, area labor-market characteristics, and depression among U.S. nursing home workers: A cross-classified multilevel analysis. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10, 392–400.

Muntaner, C., Li, Y., Xue, X., O'Campo, P., Chung, H. J., & Eaton, W. W. (2006). County level socioeconomic position, work organization and depression disorder: A repeated measures cross-classified multilevel analysis of low-income nursing home workers. *Health and Place*, 12, 688–700.

Muntaner, C., & Lynch, J. (1999). Income inequality, social cohesion, and class relations: A critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *International Journal of Health Services*, 29, 59–81.

- Muntaner, C., & O'Campo, P. J. (1993). A critical appraisal of the demand/control model of the psychosocial work environment: Epistemological, social, behavioral and class considerations. *Social Science and Medicine*, 36, 1509–1517.
- Muntaner, C., & Parsons, P. E. (1996). Income, social stratification, class, and private health insurance: A study of the Baltimore metropolitan area. *International Journal of Health Services*, 26, 655–671.
- Muntaner, C., Wolyniec, P., McGrath, J., Pulver, A. E. (1995). Differences in social class among psychotic patients at inpatient admission. *Psychiatric Services*, 46, 176–8.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy – lessons from the global burden of disease study. *Science*, 274, 740–743.
- Navarro, V., & Muntaner, C. (2004). Political and economic determinants of population health and well-being: Controversies and developments. Amityville: The Baywood Publishing Company.
- Nisbett, R. E. (2003). *The geography of thought*. New York, NY: The Free Press.
- O'Campo, P., Eaton, W. W., & Muntaner, C. (2004). Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: Results from a prospective analysis of U. S. employed women. *Social Science and Medicine*, 58, 585–594.
- Outram, S., Mishra, G. D., & Schofield, M. J. (2004). Sociodemographic and health related factors associated with poor mental health in midlife Australian women. *Women's Health*, 39, 97–115.
- Pearce, N., & Davey Smith, G. (2003). Is social capital the key to inequalities in health? *American Journal of Public Health*, 93, 122–129.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241–256.
- Poulton, R., Caspi, A., Milne, B. J., Thomson, W. M., Taylor, A., Sears, M. R., & Moffitt, T. E. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: A life-course study. *Lancet*, 360, 1640–1645.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Jr, Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M., & Locke, B. Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977–986.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M., & Locke, B. Z. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 35–47.
- Resnick, S., & Wolff, R. D. (1982). Classes in Marxian theory. *Review of Radical Political Economics*, 13, 1–18.
- Roberts, R. E., & Lee, E. S. (1993). Occupation and the prevalence of major depression, alcohol, and drug abuse in the United States. *Environmental Research*, 61, 266–278.
- Schneiders, J., Drukker, M., van der Ende, J., Verhulst, F. C., van Os, J., & Nicolson, N. A. (2003). Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from late childhood into early adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 699–703.

Stafford, M., & Marmot, M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: Does it affect us all equally? *International Journal of Epidemiology*, 32, 357–366.

Stansfeld, S. A., Head, J., Fuhrer, R., Wardle, J., & Cattell, V. (2003). Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: Exploring a common cause explanation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 361–367.

Thoits, P. A. (2005). Differential labeling of mental illness by social status: A new look at an old problem. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 102–119.

Turner, R. J., Wheaton, B., & Lloyd, D. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104–125

Wainwright, N. W., & Surtees, P. G. (2004). Area and individual circumstances and mood disorder prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 227–232.

Weich, S., & Lewis, G. (1998). Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 8–14.

Wilkinson, R. (2005). *The impact of inequality*. New York: The New Press. Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine*, 62, 1768–1784.

Wohlfarth, T. (1997). Socioeconomic inequality and psychopathology: Are socioeconomic status and social class interchangeable? *Social Science and Medicine*, 45, 399–410.

Wohlfarth, T., & van den Brink, W. (1998). Social class and substance use disorders: The value of social class as distinct from socioeconomic status. *Social Science and Medicine*, 47, 51–58.

Wright, E. O. (1996). *Class counts*. Cambridge: Cambridge University Press. Wright, E. O. (2005). *Approaches to class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

აღდგენის მოძრაობა

უილიამ ა. ენტონი და ლორი ეშკრაფტი

თარგმანი: ლიკა ჯამბურია

წინამდებარე სტატიაში მიმოხილულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო აღდგენის მოძრაობამდე, ასევე, მძიმე ფსიქიკური აშლილობების დროს აღდგენის საწყისები და ის, თუ როგორ იქცა აღდგენა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ნამყვან ხედვად. სტატიაში აღწერილია აღდგენის განსაზღვრების, კომპონენტებისა და დებულებების შესახებ არსებული შედარებით ახალი, ერთიანი ხედვა. ასევე, იდენტიფიცირებულია კვლევა, რომელიც წარმოადგენს აღდგენის კონცეფციისთვის რელევანტური მტკიცებულების საფუძველს და წინ წამოსწევს აღდგენის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კონცეპტუალურ მოდელს, რომელიც ეფუძნება აღდგენის კვლევას. ამავე სტატიაში აღწერილია სერვისი, რომელიც ხელმძღვანელობს აღდგენის ხედვით, და ბოლოს, განხილულია პოლიტიკის საკითხები, მათ შორის, ამ კონცეფციის მნიშვნელობა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და მომავალი გამონვევების კუთხით.

შესავალი და ზოგადი მიმოხილვა

გასული საუკუნის უმეტეს ნაწილში, მძიმე ფსიქიკური აშლილობების დროს აღდგენის ცნება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს, არათუ მიმდინარეობა, კონცეფციაც კი არ ყოფილა. წინამდვილეში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა თითქოს იმისთვის არსებობდა, რომ ხელი შეეშალა აღდგენისთვის. მძიმე ფსიქიკური აშლილობებისგან აღდგენის იდეა დიდწილად არ არსებობდა გასული საუკუნის სადიაგნოსტიკო სქემებსა (American Psychiatric Association [APA], 1987) და შენარჩუნების ტიპის ჩარევების მიდგომებში (Bachrach, 1976; Grob, 1994a; New Freedom Commission on Mental Health [NFCMH], 2003). ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის სადიაგნოსტიკო და სტატისტიკური სახელმძღვანელო შიზოფრენიას ასე ახასიათებდა: „ყველაზე გავრცელებული შედეგი არის გამწვავება ეპიზოდებს შორის მზარდი გაუარესებით“ (APA, 1980, გვ. 195). მეტიც, წინა საუკუნეში, ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, მთელ ჩრდილოეთ ამერიკასა და ევროპაში მძიმე ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანების აღდგენა არც მიიჩნეოდა მოსალოდნელ მოვლენად და ისინი ხშირად დეჰუმანიზებული და გაუფასურებულნი იყვნენ, როგორც საზოგადოების, ასევე, მკურნალი პროფესიონალების მხრიდან (Braslow, 1997, 1995; Grob, 1994a, 1994b, 1996; Micale & Porter, 1994).

წინა საუკუნისაგან განსხვავებით, აღდგენის ხედვა ახლა იწყებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს გარდაქმნას. მეოცე საუკუნის ბოლოს, ენტონიმ (1992) იწინასწარმეტყველა ოცდამეერთე საუკუნეში მოსალოდნელი ფოკუსირება აღდგენაზე:

მნიშვნელობა რევოლუცია მძიმე ფსიქიკური დაავადებების სფეროში. ... ეს იქნება რევოლუცია ხედვის, ანუ, იმ კუთხით, რაც შესაძლებლად მიიჩნევა მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებისთვის. ... გასულ საუკუნეში ფიქრობდნენ, რომ მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებს უნდა ჰქონოდათ მკვეთრი შეზღუდული შესაძლებლობის ხანგრძლივი პერიოდი, რაც უნდა გაუარესებულიყო მათი ცხოვრების განმავლობაში. ... მე უფრო მეტად ვარ დარწმუნებული, ვიდრე ოდესმე, რომ მძიმე ფსიქიკური დაავადებებისგან აღდგენა გაცილებით მეტი ადამიანისთვის იქნება შესაძლებელი, ვიდრე ამას ადრე წარმოიდგენდნენ. მჯერა, რომ ქრონიკულობის დიდი ნაწილი განპირობებულია ფსიქიკური დაავადებებისადმი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემისა და საზოგადოების დამოკიდებულებით და არა თავად დაავადების ბუნებით. ... აღდგენის შესაძლებლობის ხედვამ შეიძლება შეცვალოს ჩვენი მოპყრობა ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების მიმართ, მიუხედავად იმისა, რომ თავად დაავადება არ შეცვლილა. (Anthony, 1992, გვ. 1)

აღდგენის კონცეფცია, თავის მხრივ, წარმოიშვა მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების შრომებისა და საჯარო გამოსვლების შედეგად. სანამ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანები აღდგენის ეტაპზე არიან და საუბრობენ და წერენ საკუთარი აღდგენის შესახებ, პროფესიონალები ცდილობენ გაიაზრონ ამ კონცეფციის მნიშვნელობა მათი პრაქტიკისათვის.

1990-იან წლებს „აღდგენის ათწლეული“ ეწოდა (Anthony, 1993 b). ფსიქიკური აშლილობებისგან აღდგენის კონცეფციას, რომელმაც 1990-იან წლებში მოიკიდა ფეხი, გზა გაუკვალა წინა ათწლეულის ორმა მნიშვნელოვანმა მოვლენამ. ერთ-ერთი ფაქტორი იყო მომხმარებელთა ნაშრომები (მაგ., Anonymous, 1989; Deegan, 1988; Houghton, 1982; Leete, 1989; McDermott, 1990; Unzicker, 1989). წინა ათწლეულების განმავლობაში, უფრო აქტიურად კი, 1980-იან წლებში, მომხმარებლები წერდნენ საკუთარი და კოლეგების აღდგენის შესახებ. ახლა, რა თქმა უნდა, მომხმარებელთა ნაწერები საკუთარი აღდგენის შესახებ გაცილებით მოცულობითია (მაგ., Huntley, 2006; Legere, 2007 ; Mead & Copeland, 2000), ისევე, როგორც მომხმარებელთა აღდგენის გამოცდილების თვისებრივი კვლევები (Jacobson, 2001; Jenkins, Strauss, Carpenter et al., 2007; Ridgway, 2001; Spaniol, Gagne, & Koehler, 2003; Williams & Collins, 1999). მეორე ძირითადი ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს აღდგენის ხედვის მიღებას, იყო ჰარდინგისა და მისი თანამოაზრეების ემპირიული ნაშრომი, რომელთა კვლევებმა და ანალიტიკურმა მუშაობამ, ამ სფეროზე თავდაპირველად 1980-იან წლებში მოახდინა გავლენა. წლების განმავლობაში, ჰარდინგმა (1994, 2003) და მისმა კოლეგებმა მიმოიხილეს მრავალი გრძელვადიანი კვლევა, მათ შორის, საკუთარიც, (DeSisto, Harding, McCormick, Ashikaga, & Brooks, 1995 a, 1995 b; Harding, Brooks, Ashekaga, Strauss, & Breier, 1987 a, 1987 b), რომელიც ამტკიცებდა, რომ დროთა განმავლობაში მძიმე ფსიქიკური დაავადებების გაუარესება ნორმა არ ყოფილა.

რა იგულისხმება ალდგენაში?

მძიმე ფსიქიკური აშლილობებისგან ალდგენის მრავალი დეფინიცია არსებობს (Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007; Ralph, 2000). ალდგენის ადრეული, ლაკონური და პირდაპირი განმარტება იყო „ახალი მნიშვნელობისა და მიზნის განვითარება, როდესაც ადამიანი იზრდება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მიღმა“ (Anthony, 1993a). 2005 წლის დეკემბერში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ცენტრმა (რომელიც ფუნქციონირებს აშშ-ს ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ადმინისტრაციაში) მოიწვია ეროვნული კონსენსუსის კონფერენცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ალდგენის შესახებ. კონფერენციაში 100-ზე მეტმა ადამიანმა მიიღო მონაწილეობა: მომხმარებლებმა, ადვოკატებმა, ოჯახის წევრებმა, პრაქტიკოსებმა, ადმინისტრატორებმა და მკვლევარებმა (del Vecchio & Fricks, 2007). კონფერენციის შედეგად მიღებულ იქნა ეროვნული კონსენსუსის განცხადება, რომელმაც განსაზღვრა ალდგენა და მისი განმსაზღვრელი 10 ფუნდამენტური კომპონენტი.

ალდგენა განისაზღვრა, როგორც „განკურნებისა და გარდაქმნის პროცესი, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირს საშუალებას აძლევს, იცხოვროს შინაარსიანი ცხოვრებით იმ თემში, რომელსაც თავად აირჩევს და ეცადოს სრულად განახორციელოს საკუთარი პოტენციალი“ (del Vecchio & Fricks, 2007, გვ. 7). დადგინდა ალდგენის ათი ფუნდამენტური კომპონენტი: 1) საკუთარი თავის მართვა; 2) ინდივიდუალიზება და პიროვნებაზე ორიენტირებულობა; 3) გაძლიერება; 4) პოლისტურობა; 5) არასწორხაზოვნება; 6) სიძლიერეზე დაფუძნება; 7) თანასწორთა მხარდაჭერა; 8) პატივისცემა; 9) პასუხისმგებლობა და 10) იმედი (კონფერენციის შედეგების სრული განცხადება ხელმისაწვდომია ინტერნეტით შემდეგ მისამართზე (<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma05-4129>)).

შედარებით ადრე ჩამოყალიბდა რვა ძირითადი ამოსავალი დებულება, რომელიც ამყარებს ალდგენის ხედვას და რომელიც, როგორც ჩანს, თავსებადია შეთანხმებულ განსაზღვრებასა და ფუნდამენტურ კომპონენტებთან (Anthony, 1993a; Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002).

1. *ალდგენა შესაძლებელია პროფესიული ჩარევის გარეშე.* პროფესიონალებს არ აქვთ ალდგენის გასაღები, მას ფლობს ინდივიდი. პროფესიონალების ამოცანაა, ხელი შეუწყონ ალდგენას; შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ამოცანაა – განახორციელონ ალდგენა.

2. ალდგენის საერთო მნიშვნელია იმ ადამიანების არსებობა, ვისაც სჭერა და გვერდში უდგას ადამიანს, რომელსაც ესაჭიროება ალდგენა. ალდგენის კონცეფციაში უნივერსალურად მიღებულია მოსაზრება, რომ ალდგენისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანს ან ადამიანებს, რომლებიც საჭიროების დროს გვერდით იქნებიან.
3. ალდგენის ხედვა დაკავშირებული არ არის ინდივიდის ფსიქიკური აშლილობის გამომწვევი მიზეზების თეორიასთან. ალდგენის ხედვა გამოიყენება იმის მიუხედავად, ფსიქიკური აშლილობის მიზეზები ბიოლოგიურია თუ ფსიქოსოციალური.
4. ალდგენა შესაძლებელია მიუხედავად იმისა, რომ სიმპტომები ხელახლა ვლინდება. მძიმე ფსიქიკური აშლილობების ეპიზოდური ხასიათი ხელს არ უშლის ალდგენას.
5. ალდგენა ცვლის სიმპტომების სიხშირეს და ხანგრძლივობას. ალდგენის პროცესში, სიმპტომების სიხშირე და ხანგრძლივობა უკეთესობისკენ იცვლება. ანუ, სიმპტომები უფრო იშვიათად და უფრო მოკლე პერიოდის განმავლობაში აბრკოლებს ნორმალურ ფუნქციონირებას, თუ ეს საერთოდ ხდება.
6. ალდგენა არ არის სწორხაზოვანი პროცესი. ალდგენა გულისხმობს პროგრესს და წარუმატებლობას, სწრაფი ცვლილებების პერიოდს და მცირე ცვლილებებს. მიუხედავად იმისა, რომ საერთო ტენდენცია, შესაძლოა, აღმავალი იყოს, გამოცდილება არცთუ ისე სწორხაზოვანია.
7. ავადმყოფობის შედეგების გამოსწორება ზოგჯერ უფრო რთულია, ვიდრე თავად ავადმყოფობისგან ალდგენა. დისფუნქციის, შეზღუდული შესაძლებლობისა და არახელსაყრელი მდგომარეობის საკითხები ხშირად უფრო რთულია, ვიდრე დარღვევის საკითხები. შესაძლებლობის არქონა, შეასრულო მნიშვნელოვანი ამოცანები და როლები, და შედეგად, გაურესებული თვითშეფასება, ისევე როგორც ცრურწმენა და დისკრიმინაცია, მნიშვნელოვანი ბარიერია ალდგენისთვის.
8. ფსიქიკური დაავადებისგან ალდგენა არ ნიშნავს იმას, რომ ადამიანი არ იყო „ნამდვილად ავად“. ხანდახან ადამიანები, რომლებმაც წარმატებით მოახერხეს ალდგენა მძიმე ფსიქიკური დაავადებისგან, არ განიხილებიან, როგორც „ნამდვილი ავადმყოფები“. მათი წარმატებული ალდგენა უნდა განიხილებოდეს, როგორც მოდელი და როგორც იმედის საფუძველი მათთვის, ვინც ალდგენის პროცესს შეუდგა.

აღდგენის ერთობლივად მისაღებ განმარტებას, მის ათ ფუნდამენტურ კომპონენტსა და რვა ძირითად დებულებასთან შესაბამისად, სახელმწიფო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემების უმეტესობა, სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის მიმდინარეობას, აუცილებლად მოსალოდნელ გაუარესებად (Anthony & Huckshorn, 2008) აღარ განიხილავს. აღდგენის ამ ხედვით პოლიტიკისა და პრაქტიკის წარმართვა მრავალ ცალკეულ შტატში 1990-იანი წლების ბოლოს დაიწყო (იხ. მაგ., Beale & Lambric, 1995; Jacobson & Curtis, 2000; Legislative Summer Study Committee of the Vermont Division of Mental Health, 1996; State of Nebraska, 1997; State of Wisconsin, 1997) და კიდევ უფრო ცოტა ხნის წინ, აღდგენის ხედვა წარმმართველი გახდა შეერთებული შტატების ფედერალური მთავრობის პოლიტიკისათვის (New Freedom Commission on Mental Health, 2003), ისევე როგორც სხვა ქვეყნებისათვის, როგორიცაა ახალი ზელანდია (Lapsley, Nikora, & Black, 2002).

აღდგენის კვლევასთან დაკავშირებული სიახლეები

გრძელვადიანი შედეგების კვლევების სინთეზი და გავრცელება, რომელიც ვარაუდობს, რომ სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების მნიშვნელოვანი პროცენტის მდგომარეობა დროთა განმავლობაში მკვეთრად უმჯობესდებოდა, ყველაზე თანმიმდევრულად დაიცვა ჰარდინგმა (მაგ., Harding, 1994, 2003). 2003 წელს, ჰარდინგმა მიმოიხილა შეერთებული შტატების 10 და საერთაშორისო გრძელვადიანი კვლევები 20-დან 30 წლამდე ხანგრძლივობით, რომლებიც აღწერდა შიზოფრენიითა და სხვა სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის მქონე არაერთი ადამიანის აღდგენასა და საზოგადოებასთან ინტეგრაციას (Bleuler, 1972; Ciompi & Muller, 1976; Desisto et al., 1995a, 1995 b; Harding et al., 1987 a, 1987 b; Hinterhuber, 1973 ; Huber, Gross, & Schuttler, 1979; Kreditor, 1977; Marinow, 1974; Ogawa et al., 1987; Tsuang, Woolson, & Fleming, 1979).

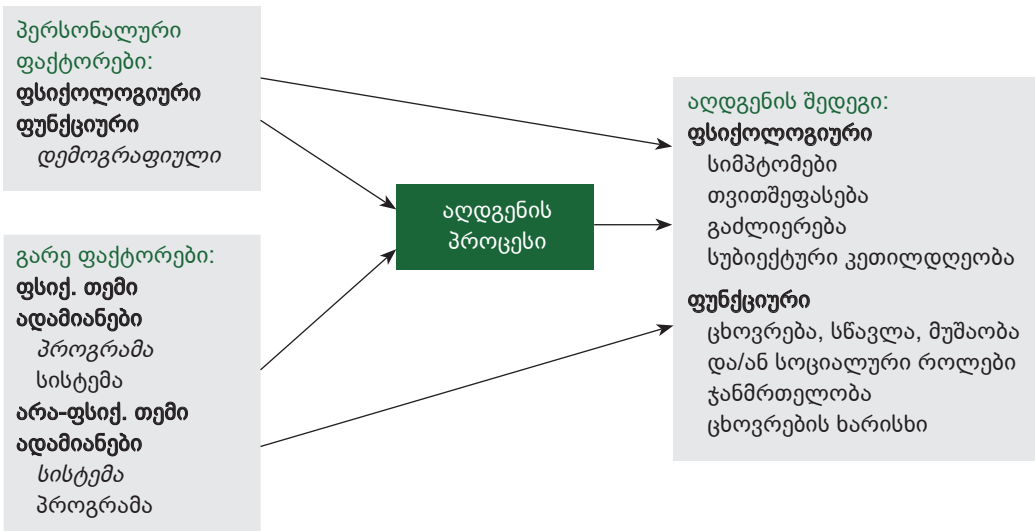
სულ ახლახან, როჯერსმა, ფარკასმა და ენტონიმ (2005) გამოიკვლიეს აღდგენის მტკიცებულებათა ბაზა. ეს ავტორები მიიჩნევენ, რომ აღდგენისთვის ყველაზე აქტუალურია კვლევის სამი მიმართულება: 1) ჰარდინგის მიერ განხილული და მითითებული გრძელვადიანი შემდგომი კვლევები; 2) თვისებრივი კვლევები და პირველი პირის ნარატივები (რომელთა მაგალითებიც იყო მითითებული); და 3) სერვისების ინტერვენციის კვლევა, რომელიც მიუთითებს ადამიანების უნარზე, გააუმჯობესონ თავიანთი ცხოვრება, სწავლა, მუშაობა და/ან სოციალური როლები (იხ. მაგ., Drake & Bond, 2008; Rogers, Anthony, & Farkas, 2006).

აღდგენის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოდელი

აღდგენის კვლევის ლიტერატურის საფუძველზე (Rogers et al 2005), ავტორები გვთავაზობენ აღდგენის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოდელს (იხ. სურათი 20.1). საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიდგომის შესაბამისად, აღდგენის შემოთავაზებული მოდელი ვარაუდობს, რომ მასზე გავლენას ახდენს ინდივიდუალური და გარემო განზომილებები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემებთან დაკავშირებული ფაქტორები და ინდივიდუალური ფაქტორები, როგორიცაა დიაგნოზი, ფსიქიკური მდგომარეობა და გენეტიკა, განტოლების მხოლოდ ნაწილია.

მძიმე ფსიქიკური აშლილობებისგან აღდგენის მომავალი კვლევები განსაზღვრავს, თუ რამდენად დიდ გავლენას ახდენს ისინი აღდგენაზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის ფორმალური სისტემის მიღმა არსებული ფაქტორების საპირისპიროდ (ანუ ადამიანები, როგორიცაა ოჯახი და მეგობრები და სოციალურ-კულტურული ფაქტორები, როგორიცაა საგანმანათლებლო შესაძლებლობა, დისკრიმინაცია და სიღარიბე).

სურათი 1. აღდგენასთან დაკავშირებული ფაქტორები



შენიშვნა: გამუქებულია = პირადი ფაქტორები და გარემო ფაქტორები, რომლებიც აღდგენის შედეგებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვნად მიიჩნევა; დახრილი = მნიშვნელობით მეორე; დანარჩენი = ყველაზე ნაკლებად მნიშვნელოვანი.

ამ კონცეპტუალური მოდელის მიერ შემოთავაზებული შედეგი უფრო ფართოა, ვიდრე ფსიქიატრიული სიმპტომები, მათ შორის, მაგალითად, დასაქმება, საცხოვრებელი, თვითშეფასება და გაძლიერება.

გარდა ამისა, ჯანსაღი ცხოვრების კონცეფციებმა და დამატებითმა ასპექტმა – ჯანმრთელობის ხელშეწყობამ, გაამყარა მოსაზრება, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა თავისთავად უფრო მეტია, ვიდრე უბრალოდ აშლილობის არარსებობა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსპექტივის გათვალისწინებით, ჯანსაღი ცხოვრების წესის კონცეფციამ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში გაამყარა იდეა ჯანსაღ გარემოში ჯანმრთელობის ხელშეწყობი ამა თუ იმ ქცევების ჩართულობის მნიშვნელობის შესახებ, არა მხოლოდ აშლილობის თავიდან ასაცილებლად ან უკეთ სამართავად, არამედ კეთილდღეობისა და ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლადაც (Hutchinson et al., 2006).

არსებითად, აღდგენის მოდელში, რომელიც ნაჩვენებია სურათ 1-ში, ჩამოყალიბებულია ჰიპოთეზა აღდგენის წინაპირობებს, პროცესებსა და შედეგებს შორის ურთიერთობის დინამიკასთან დაკავშირებით, რომელიც ეყრდნობა თეორიასა და კვლევას ფსიქოსოციალურ ადაპტაციაზე ფიზიკური ნიშნით შეზღუდული შესაძლებლობასა (Livneh, 2001) და მის კონცეპტუალურ და ემპირიულ გავრცობაზე ფსიქიატრიული რეაბილიტაციის სფეროში (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002). აღდგენის ეს მოდელი გვთავაზობს კომპლექსურობასა და ყოვლისმომცველობას, რაც ხელს უწყობს დისკუსიასა და მომავალ კვლევებს. როგორც ევრისტიკული მოდელი, ის გვთავაზობს აღდგენის შესაძლო ხელშეწყობ ფაქტორებს, რომლებიც, შესაძლოა, ზედმეტად მიეჩნიათ მძიმე ფსიქიკურ აშლილობებთან დაკავშირებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის წინა კვლევებში, როგორიცაა ალტერნატიული ჯანდაცვა, არაფორმალური მხარდაჭერა და თვითშეფასების შემთხვევები.

მომსახურების მიწოდება

როგორც ზემოთ აღინიშნა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამები ემყარებოდა ვარაუდს, რომ ადამიანები არ გამოჯანმრთელდებიან და ეს ვარაუდი იქცეოდა ხოლმე ერთგვარ წინასწარმეტყველებად. ახლა, როდესაც ძირითადი ვარაუდი შეიცვალა, ზრუნვის სისტემებიც რადიკალურად უნდა შეიცვალოს, რათა ხელი შეეწყოს აღდგენის პროცესს. სისტემური ცვლილებები განხორციელდა კიდევ, თუმცა ნელი და გულდასაწყვეტი ტემპით. ვინაიდან აღდგენის პროცესი შეიძლება დაჩქარდეს და გაფართოვდეს ისეთ გარემოში, სადაც პოლიტიკა ხელს უწყობს აღდგენაზე ორიენტირებული პრინციპებისა და პრაქტიკის გამოყენებას, აღდგენის ხედვის მობილიზაციის მთავარი გზა სისტემის გარდაქმნაა. ხშირად, ძალისხმევა, რომელიც მიმართული უნდა იყოს აღდგენის ხელშეწყობაზე, იმ წესების დაცვას ხმარდე-

ბა, რომლებიც რეალურად აფერხებს ამ პროცესს. საბედნიეროდ, აღდგენის იმედი ცოცხლობს და სუნთქავს თითოეულ ადამიანში, ვინც ცდილობს მიაღწიოს მას და იმ თანამშრომლებს შორის, რომელთაც სჭერათ, რომ ეს შესაძლებელია. შესაბამისად, პროცესი მთლიანად არ არის დამოკიდებული სისტემურ გარემოებებზე. თუმცა, თუ მართლა გვინდა „სამყარო, სადაც ყველა აღდგება“ (NFCMH, 2003), აღდგენის სისტემების სწრაფი გარდაქმნა და გაფართოება პრიორიტეტთა სიაში უნდა იყოს.

მეორე უმნიშვნელოვანესი გზა აღდგენის ხედვის სწრაფი განვითარებისათვის, არის პერსონალის აღჭურვა იმ უნარებით, რომლებიც ხელს შეუწყობს თვითგამორკვევის პროცესს და აღდგენის პროცესის დაწყებასა და გაგრძელებას. ეს არის „მაღალი დონის“ უნარ-ჩვევები, რომლებიც მიმართული არ არის მოვლის, სტაბილიზაციის ან კონტროლისკენ, არამედ წაახალისებს ენთუზიაზმსა და ხედვას, რაც ადამიანებს შთააგონებს გაიაზრონ და გამოიყენონ თავიანთი პოტენციალი. ეს უნარ-ჩვევები გამოყენებული უნდა იყოს პოზიტიური გაძლიერების ურთიერთობების კონტექსტში, რომელიც უსაფრთხო სივრცეს ქმნის ადამიანების სწავლისა და განვითარებისთვის.

პერსონალური აღდგენის გამოცდილებაზე ახლო დაკვირვებამ, შესაძლოა, წარმოადგენა შეგვიქმნას იმაზე, თუ რას წარმოადგენს ახალი უნარები და როგორ შეიძლება მათი გამოყენება. აღდგენის პროცესის გაანალიზებისას, ადამიანები აღწერენ მიხვედრისა და არჩევანის „მომენტებს“, როდესაც გააცნობიერეს, რომ შეეძლოთ განსხვავებული რეაქცია ჰქონოდათ ნაცნობ გამოცდილებაზე. „მომენტი“ არის წამი, როდესაც მათ შეუძლიათ ან დაემორჩილონ სიმპტომს, მოახდინონ ჩვეული რეაგირება, ან შეუძლიათ აირჩიონ ახალი გზა, რაც გამოიწვევს შემდგომ აღდგენას და პიროვნულ ზრდას. კითხვაზე, თუ როგორ გრძნობდნენ თავს იმ მომენტში, ადამიანები ხშირად ამბობდნენ: „არ ვიცი, ამ ვითარებაში ადრე არ ვყოფილვარ“ (სპანიოლი, 2007). „მომენტი“ მათ საშუალებას აძლევს, გააკეთონ შეგნებული არჩევანი: მიყვნენ ნაცნობ გზას, ან განსხვავებულად მოიქცნენ, რაც განაპირობებს თვითგამორკვევას და პიროვნულ ზრდას. სპანიოლი (2007) ამგვარ მომენტებს „შემობრუნების მომენტებს“ უწოდებს, რომლებიც დროთა განმავლობაში გროვდება და წარმოადგენს ერთგვარ გამოფხიზლებასა და საკუთარი ღირსების შეგრძნების დაბრუნებას, ასევე, შესაძლებლობის მზარდ გაცნობიერებას – იცხოვრო დამაკმაყოფილებელი და სასარგებლო ცხოვრებით. ეს არ ეხება მხოლოდ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებს. ეს ის პროცესია, რომლითაც უმეტესობა სწავლობს და იზრდება. ისინი, ვინც აღდგენას ცდილობენ, ამას ალბათ უფრო ნათლად აცნობიერებენ, რადგან, როგორც წესი, მეტად მოტივირებულნი არიან, დაიბრუნონ ფსიქიკური აშლილობის დროს დროებით დაკარგული საკუთარი ნაწილები.

„უმაღლესი რიგის“ პერსონალურმა უნარ-ჩვევებმა და მიდგომებმა, რომლებიც საფუძველს ქმნიან „აღდგენის მომენტებისა“ და „შემობრუნების მომენტებისათვის“, შეიძლება უკიდურესად დადებითი გავლენა იქონიონ აღდგენის პროცესზე. პარადოქსია,

მაგრამ ეს პროგრესული დახმარების უნარი კონცეპტუალურად შედარებით ნაკლებად კომპლექსურია. ეს, ჩვეულებრივ, გულისხმობს იმედის, გაგების, არჩევანის, გაძლიერების, მნიშვნელობისა და მიზნის უზრუნველყოფას. ეს არ არის სქემა, ან ტექნიკა, არამედ, უბრალოდ სიმართლეა, რომელიც გადმოცემულია განზრახ გულწრფელი ურთიერთობის კონტექსტში. მიუხედავად იმისა, რომ იგი თითქოს ცალსახად მისაღები მიდგომა უნდა იყოს, სინამდვილეში უფრო რთულია, ვიდრე „ზრუნვისა და სტაბილიზაციის“ ტრადიციული მეთოდები, რადგან უფრო დახვეწილ და შემოქმედებით მიდგომას მოითხოვს. შეიძლება შემოგვედავონ და გვითხრან, რომ ეს უნარ-ჩვევები აკადემიური სწავლების ნაწილია, რომელსაც პროფესიონალთა უმეტესობა იღებს. თუმცა, მიწოდების თანმიმდევრობა, აქცენტი და ფოკუსი მნიშვნელოვნად განსხვავდება. *მნიშვნელოვნად უნდა შეიცვალოს მიდგომა, გამოყენება და დამოკიდებულება, თუ გვინდა, რომ პროფესიონალებმა ხელი შეუწყონ აღდგენის პროცესს.*

ცვლილება დეფინიციაში

ჩარჩო, რომელშიც მომსახურება ხორციელდება, აქამდე აშლილობაზე იყო ორიენტირებული. შესაბამისად, იგი ყველაფერს თავის კონტექსტში განსაზღვრავდა, როგორც დაავადებასთან დაკავშირებულს. მაგალითად, ადამიანების კრიზისის პროგრამაში ან იძულებითი დაკავების აღგილას მოთავსება, გულისხმობს, რომ სამართალდამცავებმა ისინი იქ ხელბორკილებით შეიყვანეს. ისინი, ალბათ, გაბრაზებულები, დაბნეულები, დეზორიენტირებულები არიან და ამას ხმამაღლა გამოხატავენ. ავადმყოფობის ჩარჩოს ფარგლებში, ეს ქცევა განისაზღვრება, როგორც ავადმყოფობის მტკიცებულება, რაც ამართლებს ამ პირების ინსტიტუციაში საკუთარი ნების წინააღმდეგ მოთავსებას და ზოგჯერ ძალით გაკავებასა და მედიკამენტების დახმარებით დამშვიდებას. აღდგენის ჩარჩო მკვეთრად განსხვავებულია; ის მიიჩნევს, რომ ადამიანების რეაქცია გონივრული და გასაგებია მათი ნების წინააღმდეგ მომხდარი ინსტიტუციონალიზაციის რთული და შემაშფოთებელი ხასიათის გათვალისწინებით. ადამიანების დარწმუნება იმაში, რომ მათი რეაქციები გასაგებია, ხშირად, განაპირობებს გონივრულ ქცევას და, შესაძლოა, ხელი შეუწყოს თვითრეგულაციას. ის, რასაც ადრეულ მოდელში აშლილობა ეწოდებოდა, აღდგენის მოდელში გასაგებად და ნორმალურადაც კი განიხილება.

ცვლილება ძალაუფლების დინამიკაში

აღდგენის ხელშესაწყობად, აუცილებელია „მკურნალობის“ ურთიერთობის დინამიკის შეცვლა. ტრადიციული „მკურნალობის“ ურთიერთობაში ძალაუფლება პერსონალს ეკუთვნოდა და მიიჩნეოდა, რომ მათ უკეთ იციან, თუ რა ჭობია ადამიანი-

სათვის; შესაბამისად, პერსონალის საქმე იყო მომსახურების მიმღები ადამიანების მართვა და კონტროლი. ადამიანები უმეტესწილად თანხმდებოდნენ ამაზე და, ფაქტობრივად, თავიანთ ძალას გადასცემდნენ „მკურნალებს“ და მათგან ელოდნენ „გამოსწორებას“. აღდგენასთან დაკავშირებული ურთიერთობისას, პერსონალი განზრახ ცვლის ამ დინამიკას, რაც ხელს უწყობს პიროვნების გაძლიერებას; ვინაიდან ადამიანი არის ის, ვინც აღდგენის პროცესშია, ადამიანი არის ის, ვისაც ძალა ესაჭიროება. აუცილებელი უნარ-ჩვევები მოიცავს ძალაუფლების გადაცემას პირზე, რათა მან დაიწყოს ან გააგრძელოს აღდგენის პროცესი საკუთარი ძალის გამოყენებით.

ცვლილება ფოკუსში

ყურადღების გადატანა არასწორიდან ძლიერ მხარეზე, ფუნდამენტურია აღდგენის ხელშეწყობისთვის. სანამ დაადგენდნენ, რომ ადამიანებს შეეძლოთ აღდგენა, ყურადღება გამახვილებული იყო მათ „პრობლემებზე“. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოდელის შესაბამისად, იმისათვის, რათა ადამიანმა აღდგენისთვის საკმარისი ძალა მოიკრიბოს, ყურადღება უნდა გამახვილდეს ადამიანზე ზოგადად – მის ძლიერ მხარეებზე, უნარებზე, მიღწევებსა და ასევე, მის წინაშე მდგარ გამოწვევებზე. ძლიერ მხარეებზე ყურადღების გამახვილება ეფექტიანი გზა აღმოჩნდა ადამიანების გაძლიერებისათვის, რათა მათ შეძლონ, წამყვანი როლი შეასრულონ საკუთარ აღდგენაში, რაც პროცესის არსებითი ნაწილია. უნარ-ჩვევები, ამ შემთხვევაში, მოიცავს საკითხების გაცნობიერებას, ოღონდ, გამოსავლის ძიების და არა პრობლემის არსებობის კუთხით.

ცვლილება განხილვაში

აღდგენასთან დაკავშირებულ განხილვებს აქვთ წარსულში მიღებული პრაქტიკისგან განსხვავებული მკაფიო მახასიათებლები. ლექსიკა არაკლინიკური და ოპტიმისტურია. ტენდენცია უფრო მეტად მიმართულია მოსმენისკენ, ვიდრე მართვისკენ; უფრო შთაგონებისკენ, ვიდრე კონტროლისკენ; მეტად შეეხება არჩევანსა და ვარიანტებს, ვიდრე მიმართულებასა და იძულებას; უფრო მეტად აღდგენის, ვიდრე სტაბილიზაციის პროცესს. ლექსიკა და დამოკიდებულება წარმატებული ცვლილების გასაღებია.

ცვლილება პრაქტიკაში

მკურნალობის პრაქტიკის წარმმართველი ერთ-ერთი დაშვების თანახმად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები ხშირად იღებენ ირაციონალურ გადაწყვეტილებას და საჭიროა მათი გაკონტროლება. „კრიზისულ“ სიტუაციებში ადამიანებს

ხშირად აძალებენ, ემუქრებიან და ფიზიკურადაც კი აიძულებენ, დაიცვან დადგენილი წესები. ადამიანების იზოლირება და მათი შეკავება პრიმიტიული პრაქტიკაა, რომელიც პერსონალისგან არ მოითხოვს ბევრ ფიქრს, განსაკუთრებულ გონებრივ მონაცემებს, შემოქმედებით მიდგომას ან სხვა „მაღალი დონის“ უნარებს (Anthony, 2006; Ashcraft & Anthony, 2008). ამგვარი პრაქტიკის ათასობით წლის განმავლობაში გამოყენების შემდეგ, შესაძლებელია გამოვიყენოთ უფრო ჰუმანური მიდგომა, რომელიც ხელს შეუწყობს აღდგენას და არა უკუსვლას. ძალისმიერი მიდგომა არ იწვევს აღდგენას, მიუხედავად იმისა, არსებობს თუ არა ფსიქიკური აშლილობა. აქ ყურადღება არ არის გამახვილებული ძლიერ მხარეებზე და ხელი არ ეწყობა თვითგამორკვევას. ამის ნაცვლად, ძლიერდება მოსაზრება, რომ ისინი არიან საშიშნი და არასანდონი და, ფაქტობრივად, კრიმინალებიც.

აღდგენის მიდგომა მოითხოვს კვალიფიციურ პერსონალს, რომელიც შეძლებს განკურნების ხელშემწყობი პარტნიორობის ჩამოყალიბებას, რამაც, თავის მხრივ, ხელი უნდა შეუწყოს თვითრეგულირებას, და სტრესულ სიტუაციებზე რეაგირების უკეთესი გზების შესასწავლად, ფოკუსირდეს ნეგატიური სიტუაციის გამოყენების პოტენციალზე. ძალის გამოყენების გასაგრძელებლად არაერთი არგუმენტი არსებობს, რომელთა უმეტესობა არალეგიტიმურია. ჩვენ, სავარაუდოდ, მივეჩვიეთ მის გამოყენებას, რადგან ადამიანების აღდგენაში შთაგონების მნიშვნელობა ჯერ კიდევ არ გავგიაზრებია.

ცვლილება დაგეგმვაში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამებში მკურნალობის გეგმების შემუშავებას საგრძნობი დრო და ენერგია მიაქვს. გეგმებს, როგორც წესი, მოითხოვენ დაფინანსების სხვადასხვა წყაროები და ისინი ქმნიან საფუძველს აუდიტორებისთვის, სამედიცინო აუცილებლობის შესაფასებლად და მკურნალობის მიზნების მისაღწევად. მიუხედავად იმისა, რომ ეს გეგმები ხშირად მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ მკურნალობის ან საქმის მართვის კუთხით, ნაკლებად საინტერესოა იმ ადამიანებისთვის, ვისთვისაც ისინი იწერება. ეს არ არის მათი გეგმა და მათ ხშირად ასლიც კი არ გადაეცემათ. ეფექტიანი გეგმა ადამიანს საშუალებას აძლევს, თავად იყოს პროცესის წარმმართველი და განმსაზღვრელი კურსისა იმ მიზნებისკენ, რომლებიც მისთვის მნიშვნელოვანია. გეგმას შეუძლია დასახოს პროგრესის გაზომვისა და აღნიშვნის გზები, რაც საშუალებას იძლევა, ჩამოყალიბდეს გამძლეობა და ჯანსაღი თვითშეფასება. პასუხისმგებლობა გადამწყვეტი ფაქტორია ეფექტიანი გეგმის შესაქმნელად, რომელიც შეიძლება მნიშვნელოვან რესურსად იქცეს აღდგენის გზაზე. გეგმა უნდა შეიმუშაონ პირებმა, რომლებიც იყენებენ მას და ის მათ ღირებულებებსა და მიზნებს უნდა ასახავდეს. ეფექტიანი გეგმა ქმნის არჩევანის შესაძლებლობას,

რასაც მოჰყვება მიზანმიმართული მოქმედება. არჩევანი არის პროცესი, რომელიც ხელს უწყობს საკუთარი თავის აღმოჩენას, აყალიბებს იდენტობას და ახალისებს თვითგამოხატვასა და თვითმყოფადობას. ეს საფუძველს უყრის ქმედებებს, რამაც შეიძლება უზრუნველყოს მრავალფეროვანი და სრულყოფილი ცხოვრება იმედებითა და ოცნებებით. საჭიროა „მაღალი დონის“ უნარ-ჩვევების შეძენა, რადგან პირის მხარდაჭერა ასეთი გეგმის შემუშავებაში გაცილებით რთულია, ვიდრე უბრალოდ ცარიელი ფორმის შევსება და პირისათვის ხელისმომწერის თხოვნა.

პოლიტიკის საკითხები

პოლიტიკა ცდილობს აღდგენის ხედვა პრაქტიკაში გაატაროს. იმის მიხედვით, თუ ვინ და რა არის პოლიტიკის ფოკუსი, პოლიტიკა შეიძლება პროცედურების, კანონმდებლობის, წესებისა და/ან რეგულაციების ფორმით განხორციელდეს. აღდგენაზე ორიენტირებული პოლიტიკა საჭიროა სისტემის, პროგრამისა და სპეციალისტის დონეზე, რათა სისტემებმა უზრუნველყონ აღდგენის პრაქტიკის დაფინანსება, პროგრამებმა უზრუნველყონ აღდგენის პრაქტიკაზე წვდომა და პრაქტიკოსებმა გაატარონ შესაბამისი პრაქტიკა (Anthony, 2000; Farkas, 2007).

ამჟამად, თვალსაჩინოა პოლიტიკის წარუმატებლობა თითოეულ ამ სისტემაში, პროგრამასა და პრაქტიკოსის დონეზე. არსებული სისტემის დაფინანსება კვლავ მიმართულია უფრო ტრადიციული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცედურების დაფინანსებაზე, რომლებიც არ არის ორიენტირებული აღდგენაზე, როგორც მკურნალობის მიზანზე. შედეგად, ამ უფრო ტრადიციულ პროგრამებზე წვდომა (მაგალითად, სტაციონარული და დღის მკურნალობა) უფრო ადვილია, ვიდრე პროგრამებზე, რომლებიც მხარს უჭერენ აღდგენაზე ორიენტირებულ მიზნებს (მაგალითად, დასაქმება, დამოუკიდებელი ცხოვრება და მხარდაჭერილი განათლება). პრაქტიკოსები, ჯერ კიდევ, უკეთ არიან მომზადებულნი სიმპტომების შეფასებასა და მკურნალობაში, ვიდრე პიროვნების ძლიერი მხარეების შეფასების, რეაბილიტაციის და ინდივიდის მიერ განსაზღვრული მიზნების შესაბამის მხარდაჭერაში.

მეტი დაფინანსება, მეტი წვდომა აღდგენის პროგრამებზე და უკეთ მომზადებული თანამშრომლები უმეტესად ჩამონათვალში რჩება და ნაკლებად ხორციელდება. ამჟამინდელი ავტორებისთვის, ეს და პოლიტიკის სხვა საჭიროებები აუხდენელი დარჩება, ვიდრე აღდგენის ხედვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განუყოფელი ნაწილი არ გახდება. ამჟამად, ეს პროცესი პერიფერიულია. დარგის ტრანსფორმაცია, აღდგენის ხედვის საფუძველზე, ჯერ არ მომხდარა და, შესაბამისად, ვერც პოლიტიკის ცვლილებები იქნება გადამწყვეტი.

სისტემის, პროგრამის ან პრაქტიკოსის დონეზე პოლიტიკის გასატარებლად გადა-
მწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება აღდგენაზე ორიენტირებული მისიის ჩამოყალიბე-
ბის სურვილს და ვალდებულებას, მისიის ღირებულებებს და მისიის მისაღწევად
საჭირო პროცესებს, პროცედურებსა და პრაქტიკას. აღდგენის ამ ვალდებულების
უზრუნველსაყოფად, იმისათვის, რათა პროცესები, პროცედურები და პრაქტიკა ერ-
თმანეთის შესაბამისი იყოს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის თითოეული დონე
უნდა ხელმძღვანელობდეს აღდგენის კონცეფციისთვის რელევანტური ღირებულე-
ბებით. აღდგენის ერთიანი ღირებულებები მოიცავს ზრდას, არჩევანს, ადამიანზე
ორიენტირებულობას და პარტნიორობას (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin,
2005). ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნებისმიერმა აქტივობამ ყველა სისტემაში,
პროგრამაში ან პრაქტიკოსის დონეზე უნდა გაიაროს ღირებულებების შემოწმება
იმის დასადგენად, ასახავს თუ არა აქტივობა ერთ ან მეტ ღირებულებას. სისტემის
დონეზე დაგეგმვის, დაფინანსების, მენეჯმენტის, პროგრამის შემუშავების, კოორდი-
ნაციის, შეფასებისა და ადვოკატირების სისტემის ფუნქციები უნდა ასახავდეს და არ
ენიანააღმდეგებოდეს აღდგენის ღირებულებებს. მაგალითად, შეფასების სისტემის
დონეზე, სამომხმარებლო და ოჯახური ზომები შეიძლება შედიოდეს შეფასებაში,
რათა შეფასების ფუნქცია შეესაბამებოდეს აღდგენის პარტნიორობის ღირებულე-
ბას. პროგრამის დონეზე საქმიანობის მაგალითი, რომელიც შეესაბამება აღდგენის
ზრდის ღირებულებას, შეიძლება იყოს ის, რომ ჩანაწერები შექმნილია სამომხმა-
რებლო ზრდის ინდექსების დასაფიქსირებლად და არა მხოლოდ მომსახურების
მისაღებად. პრაქტიკოსის დონის მაგალითი შეიძლება იყოს ის, რომ პრაქტიკოსები
ისწავლიან ერთობლივი მიზნის დასახვას, რაც შეესაბამება აღდგენის არჩევანის
ღირებულებას.

სამომავლო გამოწვევები

აღდგენაზე ორიენტირებული სისტემის ჩამოყალიბების კუთხით არსებული ბევრი გა-
მომწვევის მიუხედავად, რაზეც უკვე იყო საუბარი ამ სტატიის სერვისების მიწოდებისა და
პოლიტიკის ქვეთავებში, ავტორები არჩევენ ყურადღების გამახვილებას სამ გამომწვე-
ვაზე, რომელთა დაუყოვნებლივ მოგვარება შესაძლებელია. ეს სამი გამომწვევაა – თა-
ნასწორთა მხარდაჭერა, მხარდაჭერილი საცხოვრისი და საქმის მენეჯმენტი.

თანასწორთა მხარდაჭერის სერვისები

იმ ადამიანების მიერ შექმნილი სერვისები, რომლებსაც ჰქონდათ ფსიქიკური
აშლილობის დიაგნოზი, ბოლო ათი წლის განმავლობაში, მომსახურების მიწოდე-
ბის ტრადიციული მეთოდების წინააღმდეგ, ძლიერ ანტიდოტად იქცა. ასეთი თანა-

მშრომლების სიძლიერე იმაში მდგომარეობს, რომ ისინი ის არიან, ვინც არიან: ადამიანები, რომლებმაც მოახდინეს აღდგენა. როდესაც მომსახურების მიმღები პირები ხვდებიან, რომ მათი მხარდამჭერი თავადაც იყო იმავე ვითარებაში, რომელშიც ამჯერად ისინი არიან და მათ საგრძნობ გაუმჯობესებას მიაღწიეს, ამბობენ – „თუ შენ შეძელი ამის გაკეთება, იქნებ მეც შევძლო“. არსებობის ახალ ეტაპზე, ეს შეხედულება უზარმაზარ გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ ხედავენ ადამიანები საკუთარ თავს და პოტენციალს. ამგვარი სამუშაო ძალის არსებობის უზრუნველყოფად აუცილებელია მაღალი ხარისხის ტრენინგი, ისევე როგორც უწყვეტი განათლება და უახლესი ტრენინგი აღდგენაში, რადგან თანასწორები თავიანთი სამუშაო გამოცდილებიდან სწავლობენ. ტრენინგი იმაზე უნდა იყოს ორიენტირებული, რომ თანასწორებმა გაიაზრონ – თუ როგორ გამოიყენონ პირადი გამოცდილება სხვების აღდგენის ხელშესაწყობად. ამ მხრივ, მათი სწავლებაც და წვლილიც უნიკალურია.

მხარდაჭერილი საცხოვრისი

ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების საცხოვრებლით უზრუნველყოფის მეთოდი ბოლო 40 წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად შეიცვალა, თუმცა ჯერ კიდევ გრძელი გზა აქვს გასავლელი. სამოციანი წლების შუა პერიოდში, როდესაც დაიწყო დეინსტიტუციონალიზაცია, ადამიანები მოათავსეს მოხუცთა თავშესაფრებში, რეაბილიტაციის ცენტრებში, პანსიონატებსა და თავშესაფრებში; ბევრი გახდა უსახლკარო, მოხვდა ციხეში ან გახდა კრიმინალის მსხვერპლი. რამდენიმე არსებული სერვისის ორგანიზების მიზნით, დაიგეგმა „ზრუნვის უწყვეტობა“ ისე, რომ შესაძლებელი ყოფილიყო ადამიანების გადაყვანა ერთი ტიპის საცხოვრებლიდან მეორეში, მათი მომსახურებისა და დახმარების საჭიროებიდან გამომდინარე. მოგვიანებით გაირკვა, რომ ადამიანების გადაადგილება უარყოფითად აისახებოდა მათ კეთილდღეობაზე და რომ უკეთესი იქნებოდა პერსონალის გადაყვანა იმ ადამიანების ნაცვლად, ვისაც ემსახურებოდნენ. ამრიგად, ჩამოყალიბდა მხარდაჭერილი საცხოვრებლის კონცეფცია (Ridgway & Zippel, 1990). ამ მიდგომის განხორციელება დროში გაიწელა, ერთი მხრივ, ეკონომიკური ვითარების, და მეორე მხრივ, იმის გამო, რომ პროგრამებისთვის ადამიანების გადაადგილება უფრო მიმზიდველი და კომფორტული იყო, და მიიჩნეოდა, რომ მათ გამომჭობინებას ავადმყოფობა აფერხებდა და არა მომსახურების მეთოდები. ადამიანები ხაფანგში აღმოჩნდნენ იმ გარემოს წყალობით, რომელიც არ უწყობდა ხელს აღდგენას. სინამდვილეში, ხარჯების გამო, ზრუნვის სრული უწყვეტობა მხოლოდ რამდენიმე თემაში დაინერგა. თუმცა ზრუნვის კონცეფცია დარჩა სტანდარტად, რომლის მიხედვითაც იქმნებოდა საზოგადოების ცხოვრების პროგრამები და ადამიანების გადაადგილებაც, მათი ნების გარეშე, მიღებულ პრაქტიკად იქცა.

ლიტერატურაში აღდგენის პრინციპების შემოსვლის შემდეგ, ცხადი გახდა, რომ „ზრუნვის უწყვეტობის“ კონცეფცია მრავალმხრივად მცდარი და სანინალმდეგო შედეგის მომტანი იყო. ორი ყველაზე აშკარა ხარვეზი იყო: 1) ადამიანების ერთი ადგილიდან მეორეზე გადასვლა მათ არ აძლევდა საშუალებას, ჩამოეყალიბებინათ მხარდამჭერი ურთიერთობები, რაც მათ აღდგენის შენარჩუნებაში დაეხმარებოდა; და 2) გადანაცვებილებს იღებდნენ თანამშრომლები, რომლებიც „განათავსებდნენ“ ადამიანებს, დამოუკიდებელი არჩევანის შეთავაზების ნაცვლად, რაც, სავარაუდოდ, ხელს შეუწყობდა აღდგენას.

ახლა, როდესაც უკვე ვიცით, რომ ადამიანებს შეუძლიათ აღდგენა, შეგვიძლია აქტიურად შევუწყოთ ხელი მათ სურვილს, ჰქონდეთ ღირსეული საცხოვრებელი, დავეხმაროთ მათ „სახლის“ შესახებ საკუთარი შეხედულების ჩამოყალიბებაში და ვიფიქროთ იმაზე, თუ რისი გავლენა შეგვიძლია ერთად, რათა მათ ჰქონდეთ „სახლი“. ეს საფუძველს ჩაუყრის საცხოვრებლის საკითხის წარმატებულ მოგვარებას, რადგანაც ადამიანი თავად ისახავს მიზნებს და გამოიმუშავებს თვითრეგულაციის უნარებს. ეს ძალიან განსხვავდება ადრინდელი მიდგომისაგან, სადაც „განათავსება“ გულისხმობდა ადამიანების გადანაწილებას სხვადასხვა საცხოვრებელ ადგილებში. აღდგენის მიდგომა იწყება ადამიანებისათვის კითხვის დასმით, თუ რა სურთ მათ საცხოვრებელი პირობების კუთხით და რა დაეხმარება მათ დამოუკიდებელ ცხოვრებაში წარმატების მიღწევაში (იხ. მაგ., Shern et al, 2000).

საქმის მენეჯმენტი

საქმის მენეჯმენტი გავრცელებული პრაქტიკაა, რომელიც ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების სამართავად გამოიყენება. ამ სერვისის ძირეული გარდაქმნა აღდგენის პრინციპებისა და პრაქტიკის შესაბამისად, მნიშვნელოვან ცვლილებებს საჭიროებს. ტერმინი „საქმის მენეჯმენტი“, ფაქტობრივად, ზუსტად აღწერს იმას, თუ რა ხდება ამჟამად ადამიანების შემთხვევაში, რომლებიც სარგებლობენ ამგვარი სერვისებით. ისინი იქცევიან საქმეებად და ხდება მათი მართვა. ეს მიდგომა არა მხოლოდ ხელს არ უწყობს აღდგენას, არამედ ხელს უშლის პროცესს. ბედის ირონიით, საქმეების მართვის თანამშრომლები ყველაზე გავლენიანები არიან აღდგენის ხელშეწყობის პროცესში, ვინაიდან მათ აქვთ რეგულარული კონტაქტი და ასრულებენ გადამწყვეტ როლს ამ პროცესის მხარდასაჭერად. თუმცა, უმეტესწილად, ისინი არ არიან დატრენინგებულები აღდგენის პრაქტიკაში და ხშირად, აფერხებენ ამ პროცესს, წინსვლის ნაცვლად. რეგულაციები მათ აიძულებს, „იზრუნონ“ და „გააკონტროლონ“, რაც არ აძლევს მათ საშუალებას, იყვნენ შთამაგონებელი და შემოქმედებითი, ან ისწავლონ და გაიზარდონ, როგორც პროფესიონალები.

როდესაც ავტორებმა ჰკითხეს ადამიანებს, რომლებიც იყენებენ საქმის მენეჯმენტის მექანიზმს, რას აკეთებს საქმისწარმოების წარმატებული მენეჯერი, უმეტესობის პასუხი იყო: „ის ჩემთვის რეალური ადამიანი იყო“ (Anthony et al., 2002). სხვა სიტყვებით, ეს უფრო პირადი ურთიერთობა იყო ორ ადამიანს შორის, ვიდრე პროფესიონალისა და „ავადმყოფის“ ურთიერთობა.

ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გავლენა

აღდგენის ხედვა მოითხოვს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალთახედვის მიღებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროსთვის. აღდგენის შემოთავაზებული მოდელი (სურათი 1) თავსებადია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომასთან და შეესაბამება ამ სტატიის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ხედვას. მაგალითად, აღდგენის წინასწარი კონცეპტუალური მოდელი (სურათი 1) გვახსენებს, დავინახოთ პათოლოგიისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკურნალობის მიღებული ზომების მიღმა, რათა გამოვიკვლიოთ, რას ნიშნავს აღდგენა, რატომ და რა ვითარებაში ხდება ზოგიერთი ადამიანის აღდგენა, ასევე, მათი მახასიათებლები. ამ განვითარებადი მოდელის მიხედვით, რომელიც დაფუძნებულია არსებულ ლიტერატურაზე, შესწავლილი შედეგები მოიცავს როგორც ფსიქოლოგიურ განზომილებებს (მაგალითად, სუბიექტურ კეთილდღეობას), ასევე ფუნქციურ განზომილებებს (მაგალითად, ინსტრუმენტული როლის ფუნქციონირებას) და არა მხოლოდ სიმპტომების შენარჩუნებას და სტაბილიზაციას. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მთავარი მიმართულებაა ის, რომ არსებობს გარემო და ინდივიდუალური ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ როგორც აღდგენის პროცესებზე, ასევე შედეგებზე. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ფორმალური სისტემის მახასიათებლები, ისევე, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის გარე მახასიათებლები, რელევანტურია აღდგენის მოდელისათვის, როგორცაა მკურნალობის გარემო, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირსა და ოჯახსა და მეგობრებს შორის ურთიერთობა და სხვა სოციალური და საზოგადოებრივი განზომილებები.

აღდგენის ეს მოდელი, მისი დებულებები და შედეგი, კვლავაც გადაიხედება მულტიდისციპლინური მიდგომის გამოყენებით, რომელიც მოიცავს მძიმე ფსიქიკური აშლილობების სფეროს შიგნით და მის გარეთ ჩატარებულ კვლევებს, ისევე როგორც სხვა, ქცევითი აშლილობის სფეროებში ჩატარებულ კვლევებს. ისტორიულად, ფსიქოსოციალური ნიშნით შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები არ მიიჩნეოდნენ „ნორმალურ“ ადამიანებად, არამედ „ფსიქიკურად დაავადებულებად“. ამრიგად, ფაქტორები, რომლებმაც გავლენა მოახდინეს „ფსიქიკურად დაავადებულთა“ ქცევაზე, უმთავრესად შეისწავლებოდა დაავადების სპეციფიკურ ცვლადებთან მიმართებით და არა იმ ფაქტორებთან, რომლებიც საერთოა ყველა ადამიანისთვის, მიუხედავად იმისა, შემზღუდული შესაძლებლობის მქონეა ის თუ არა.

რაც შეეხება ისტორიულ განსხვავებას ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და წამალდამოკიდებულთა სერვისებს შორის (რომლებიც ხშირად ერთობლივად მოიხსენიება როგორც „ქცევითი ჯანმრთელობის“ სერვისები), გაგნი, უაითი და ენტონი (2007) აღწერენ, თუ როგორ ვრცელდება აღდგენის ხედვა როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ისე დამოკიდებულების სერვისების სფეროებზე. აღდგენაზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და დამოკიდებულების სისტემების ღირებულებები ემყარება მოსაზრებას, რომ თითოეული ადამიანი არის საკუთარი აღდგენის წარმმართველი და რომ ყველა სერვისის ორგანიზება შესაძლებელია ამ პროცესის მხარდასაჭერად. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალთახედვასთან თავსებადი აღდგენის ხედვა მოითხოვს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და დამოკიდებულების სისტემებმა ითანამშრომლონ აღდგენის ეტაპზე მყოფ ადამიანებთან, ასევე იმ შემთხვევებთან, სადაც ისინი ცხოვრობენ, ეფექტიანი სერვისებისა და მხარდაჭერის განსაკუთრებულად.

დასკვნა

აღდგენის კონცეფციასა და აღდგენის მიმდინარეობას, ამ კონცეფციის წყალობით, აქვს პოტენციალი, საფუძვლიანად შეცვალოს ის, თუ რას ვფიქრობთ და როგორ ვეპყრობით მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებს. მიუხედავად იმისა, რომ მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები, რომლებმაც შეძლეს აღდგენა, ხშირად წერენ და საუბრობენ ამ გამოცდილებაზე, პროფესიონალები მხოლოდ ახლა იწყებენ აღდგენაზე ორიენტირებული, საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემების მნიშვნელობის გააზრებას. მომდევნო რამდენიმე ათწლეული მეტს გამოავლენს სისტემების ცნებასთან დაკავშირებით, რომელიც დაფუძნებულია აღდგენის ხედვაზე, რომელიც იქნება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ხედვის შესაბამისი, ფსიქიკური აშლილობების პროფილაქტიკისა და განკურნების მიზნით. აღდგენა არის ხედვა, რომელიც გვიბიძგებს, წავახალისებთ და გავგიძღვება ოცდამეერთე საუკუნეში. ავტორები იმედოვნებენ, რომ აღდგენის მიმდინარეობის ეს ანალიზი მეტ ინფორმაციას გაავრცელებს და ხელს შეუწყობს სფეროს განსხვავებულ დამოკიდებულებას აღდგენის პროცესისა და მისი მნიშვნელობის მიმართ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკასა და პოლიტიკასთან დაკავშირებით.

ბიბლიოგრაფია

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.

Anonymous. (1989). How I've managed chronic mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 635 – 640.

Anthony, W. A. (1992). Psychiatric rehabilitation: Key issues and future policy. *Health Affairs*, 11 (3), 164 – 171.

Anthony, W. A. (1993 a). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11 – 23.

Anthony, W. A. (1993 b). Editorial: The decade of recovery. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 1.

Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2), 159 – 168.

Anthony, W. A. (2006). What my MS has taught me about the field of severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57 (8), 1080 – 1082.

Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed.). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W. A., & Huckshorn, K. A. (2008). *Principled Leadership in Mental Health Systems and Programs*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.

Ashcraft, L., & Anthony, W. A. (2008) Eliminating seclusion/restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatric Services*, 59, 1198 – 1202.

Bachrach, L. L. (1976). A note on some recent studies of released mental hospital patients in the community. *American Journal of Psychiatry*, 133 (1), 73 – 75.

Beale, V., & Lambric, T. (1995). *The Recovery Concept: Implementation in the Mental Health System* (Report by the Community Support Program Advisory Committee). Columbus: Ohio Department of Mental Health.

Bleuler, M. (1972). *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken und Familiengeschichten*. Stuttgart: Georg Thieme. Translated by S. M. Clemens as *The Schizophrenic Disorders: Long-term Patient and Family Studies*. New Haven, CT: Yale University Press, 1972.

Braslow, J. T. (1995). Effect of therapeutic innovation on perception of disease and the doctor patient relationship: A history of general paralysis of the insane and malaria fever therapy. *American Journal of Psychiatry*, 152, 660 – 665.

Braslow, J. T. (1997). *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. Berkeley: University of California Press.

Ciampi, L., & Muller, C. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen: Eine katamnestiche Longzeitstudie bis ins senium*. Berlin: Springer-Verlag.

- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11 – 19.
- Del Vecchio, P., & Fricks, L. (2007). Guest editorial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 7 – 8.
- DeSisto, M. J., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1995 a). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness: I, Matched comparisons of cross-sectional outcome. *British Journal of Psychiatry*, 167, 331 – 338.
- DeSisto, M. J., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1995 b). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness: II, Longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry*, 167, 338 – 341.
- Drake, R. E., & Bond, G. R. (2008). Supported employment: 1998–2008. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 274 – 276.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6 (2), 1 – 7.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery-oriented evidence-based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41 (2), 141 – 158.
- Gagne, C. A., White, W., & Anthony, W. A. (2007). Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (4), 32 – 37.
- Grob, G. N. (1994 a). *The Mad among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill*. New York: Maxwell Macmillan International.
- Grob, G. N. (1994 b). Mad, homeless, and unwanted: A history of the care of the chronic mentally ill in America. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 541 – 558.
- Grob, G. N. (1996). The severely and chronically mentally ill in America: A historical perspective. In S. M. Soreff (Ed.), *Handbook for the Treatment of the Seriously Mentally Ill*. Ashland, OH: Hogrefe & Huber Publishers.
- Harding, C. M. (1994). An examination of the complexities in the measurement of recovery in severe psychiatric disorders. In R. J. Ancill, D. Holliday, & G. W. MacEwan (Eds.), *Schizophrenia: Exploring the Spectrum of Psychosis* (pp. 153 – 169). Chichester, UK: J. Wiley & Sons.
- Harding, C. M. (2003). Changes in schizophrenia across time: Paradoxes, patterns, and predictors. In C. Cohen (Ed.), *Schizophrenia into Later Life* (pp. 19 – 41). Washington, DC: APA Press.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987 a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: I, Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144 (6), 718 – 726.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987 b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II, Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144 (6), 727 – 735.
- Hinterhuber, H. (1973). Zur Katamnese der Schizophrenien . *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 41, 527 – 588.

Houghton, J. F. (1982). Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 548 – 552.

Huber, G., Gross, G., & Schuttler, R. (1979). Schizophrenie: Verlaufs und sozialpsychiatrische Langzeit unter suchugen an den 1945 bis 1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenden Kranken. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie Bd. 21 Berlin: Springer-Verlag.

Huntley, R. (2006). Lawyering, psychiatric treatment, and schizophrenia: A healing interaction. *Psychiatric Services*, 57, 1387 – 1389.

Hutchinson, D. S., Gagne, C., Bowers, A., Russinova, Z., Skrinar, G. S., & Anthony, W. A. (2006). A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (4), 241 – 250.

Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of consumers' recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 248 – 256.

Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (4), 333 – 341.

Jenkins, J. H., Strauss, M. E., Carpenter, E. A., Miller, D., Floersch, J., & Sajatovic, M. (2007). Subjective experience of recovery from schizophrenia-related disorders and atypical antipsychotics. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 211 – 227.

Kreditor, D. K. (1977). Late catamnesis of recurrent schizophrenia with prolonged remissions (according to an unselected study). *Zh Nevropatol Psikiatr Im S.S. Korsakova*, 77 (1), 110 – 113.

Lapsley, H., Nikora, L. W., & Black, R. (2002). "Kia Mauri Tau!" Narratives of recovery from disabling mental health problems. Wellington, New Zealand: Mental Health Commission.

Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 197 – 200.

Legere, L. (2007). The importance of rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30 (3), 227 – 229.

Legislative Summer Study Committee of the Vermont Division of Mental Health. (1996). A Position Paper on Recovery and Psychiatric Disability. Waterbury, VT: Vermont Development Disability & Mental Health Services.

Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44 (3), 151 – 160.

Marinow, A. (1974). Klinisch-statische und katamnestische Untersuchungen und chronisch Schizophrenen 1951–1960 und 1961–1970. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 218, 115 – 124.

McDermott, B. (1990). Transforming depression. *The Journal*, 1 (4), 13 – 14.

Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36 (3), 315 – 328.

Micale, M. S., & Porter, R. (1994). *Discovering the History of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.

- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*; Final Report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD: Author.
- Ogawa, K., Miya, M., Watarai, A., Nakazawa, M., Yuasa, S., & Utena, H. (1987). A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan: With special reference to the course of social adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 151, 758 – 765.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 9 – 22.
- Ralph, R. O. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4 (3), 480 – 517.
- Ridgway, P. A. (2001). Re-storying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (4), 335 – 343.
- Ridgway, P., & Zipple, A. M. (1990). Challenges and strategies for implementing supported housing. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 115 – 120.
- Rogers, E., Anthony, W., & Farkas, M. (2006). The Choose-Get-Keep Approach to psychiatric rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 51 (3), 247 – 256.
- Rogers, E., Farkas, M., & Anthony, W. A. (2005). Recovery and evidence-based practices. In C. Stout & R. Hayes (Eds.), *The Evidence Based Practice: Methods, Models, and Tools for Mental Health Professionals* (pp. 199 – 219). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, C. J., et al. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90, 1873 – 1878.
- Spaniol, L. (2007). *Phases of the Recovery Process from Psychiatric Disabilities*. Unpublished manuscript, Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Spaniol, L., Gagne, C., & Koehler, M. (2003). The recovery framework in rehabilitation and mental health. In D. Moxley & J. R. Finch (Eds.), *Sourcebook of Rehabilitation and Mental Health Practice* (pp. 37 – 50). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- State of Nebraska. (1997). *Recovery: A Guiding Vision for Consumers and Providers of Mental Health Services in Nebraska*. Omaha, NE: Recovery Work Team.
- State of Wisconsin. (1997). *Final Report*. Madison, WI: Department of Health and Family Services, Blue Ribbon Commission on Mental Health.
- Tsuang, M. T., Woolson, R. F., & Fleming, J. A. (1979). Long-term outcome of major psychoses: 1, Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom free surgical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1295 – 1131.
- Unzicker, R. (1989). On my own: A personal journey through madness & re-emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (1), 71 – 77.
- Williams, C. C., & Collins, A. A. (1999). Defining frameworks for psychosocial intervention. *Interpersonal and Biological Processes*, 62, 61 – 78.

ხმების მოსმენა: პაციენტების გამოცდილებები და ფსიქიკური აშლილობის მნიშვნელობები

დევიდ ა. კარპი და ლარა ბ. ბირკი

თარგმანი: მარიამ ბეგაძე

სოციოლოგიის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მისია და მანდატი მათთვის „ხმის მიცემა“ იყო, ვინც დავიწყებულია, სოციალურად უხილავია ან სხვაგვარად მარგინალიზებულია. სოციოლოგები იდეოლოგიურად ყოველთვის იყვნენ მიდრეკილნი „დაეკავებინათ წაგებულის მხარე“ (Becker, 1967). ასევე, პიტერ ბერგერმა (1963) აღნიშნა, რომ სოციოლოგიური სამუშაოს დიდ ნაწილს გასდევს „არაპატივისცემობის“ ლაიტმოტივი, რადგან უფლებამოსილი ადამიანების ისტორიები და გამოცდილება კონცეპტუალურად ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც საზოგადოების მეინსტრიმული სექტორების წარმომადგენლების პერსპექტივა. მართლაც, ადრეული ამერიკული სოციოლოგია, „ჩიკაგოს სკოლით“ დაწყებული (იხ. Fine, 1995), შედარებით უხილავი ურბანული სამყაროს ფართო სპექტრის, მათ შორის (Anderson, 1923), პროფესიონალი ქურდების (Sutherland, 1937), დაჯგუფების წევრების (Thrasher, 1927), იმიგრანტებისა (Thomas & Znaniecki, 1918) და ღარიბებით დასახლებული პუნქტების მცხოვრებლების (Zorbaugh, 1929) დოკუმენტირებას მიეძღვნა.

ანალოგიურად, ანთროპოლოგია გვასწავლის, რომ მნიშვნელობები, რომელსაც ადამიანები თავიანთ სიცოცხლეს ანიჭებენ, მათივე უახლოესი სოციალური კონტექსტებიდან წარმოიქმნება. ამ მიმოხილვისთვის განსაკუთრებით საინტერესოა ის ანთროპოლოგიური მცდელობები, რომლებიც აჩვენებს, რომ ფსიქიკურ აშლილობებთან დაკავშირებული მნიშვნელობები და მათზე კულტურულად მოსალოდნელი პასუხები საზოგადოებიდან საზოგადოებამდე მკვეთრად განსხვავდება (Kleinman, 1980, 1988a; Kleinman & Good, 1985). ეს ნაშრომიც იმაზე მიაწინებს, რომ საზოგადოებაში სავარაუდოდ ფართოდ მიღებული ცნებები, როგორიცაა გადახრა, ფსიქიკური აშლილობა, ფსიქიკური დაავადება და შეურაცხადობა, მეტწილად სოციალური კონსტრუქციებია (Berger & Luckmann, 1967).

ანთროპოლოგიური პერსპექტივის სოციოლოგიური ანალოგი გვხვდება სოციალური ცხოვრების იმ თეორიულ მიდგომებში, რომლებიც ორიენტირებულია მნიშვნელობის შექმნის ძირითად კითხვებზე: „როგორ აწესებენ ადამიანები წესრიგს, თანმიმდევრულობასა და გონიერებას თავიანთ ცხოვრებაში? როგორ ეკიდებიან გამოკვეთილად სოციალურ საქმეს – ჩვენი ცხოვრებისეული სიტუაციების გააზრებას? როგორ ესმით ადამიანებს რთული ცხოვრებისეული გარემოებები და როგორ

არის დაკავშირებული მათი ქცევები, ემოციები და დამოკიდებულებები ამგვარ ინტერპრეტაციულ პროცესებთან? როგორ არის ობიექტების, მოვლენების და სიტუაციების ჩვენეული ინტერპრეტაცია დაკავშირებული ჩვენს სოციალურ ადგილმდებარეობებთან?“ მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი ფუნდამენტური კითხვები სათანადოდ არის დაკავშირებული ფენომენოლოგიურ (Schutz, 1962), პოსტმოდერნულ (Collins, 1990; Smith, 1987) და ფემინისტურ (Devault, 1999; Reinhartz, 1992) თეორიებსა და მეთოდებთან, ისინი „სიმბოლური ურთიერთქმედების თეორიის“ ძირითად ნაწილს წარმოადგენენ (იხ. Prus, 1996; Stone & Farberman, 1970).

მიუხედავად იმისა, რომ ადრეულმა „პრაგმატიკოსებმა“, როგორებიც იყვნენ ჯორჯ ჰერბერტ მიდი (1934) და ჩარლზ ჰორტონ კული (1964), განსხვავებული სოციოლოგიური სოციალური ფსიქოლოგიისთვის კონცეპტუალური ინფრასტრუქტურა უზრუნველყვეს, სოციოლოგმა ჰერბერტ ბლუმერმა სიმბოლური ურთიერთქმედების თეორიის ძირითადი დაშვებები ჩამოაყალიბა. თავის წიგნში, სახელწოდებით, „სიმბოლური ურთიერთქმედება: პერსპექტივა და მეთოდი“ (Blumer 1969), ბლუმერი ვარაუდობს, რომ ეს განსხვავებული თეორია სამ პრინციპს ემყარება: (1) არცერთ საგანს, მოვლენას ან სიტუაციას არ გააჩნია შინაგანი მნიშვნელობა; (2) მნიშვნელობის შექმნა არის ერთობლივი პროცესი, კონკრეტულ გარემოებებში ურთიერთქმედების პროდუქტი; და (3) მნიშვნელობები მუდმივად ტრანსფორმაციის მდგომარეობაში არიან. შემდეგ ბლუმერი მიუთითებს კვლევის მოთხოვნებზე, რომლებიც ამ პრინციპებს ეყრდნობიან, როდესაც ამბობს, რომ „... ვინაიდან მსახიობი აყალბებს მოქმედებას იმის მიხედვით, რასაც აღიქვამს, განმარტავს და განსჯის, სხვაც ისევე აღიქვამს ... ობიექტებს, როგორც მსახიობი, განსაზღვრავს ობიექტების, მოვლენებისა და სიტუაციების მნიშვნელობას იმ მნიშვნელობის მიხედვით, რაც მათ აქვთ მსახიობისთვის ... მოკლედ, თქვენ უნდა მიიღოთ მსახიობის როლი და დაინახოთ სამყარო მისი პოზიციიდან“ (Blumer, 1969, გვ. 68). მეთოდოლოგიურად, ეს იმას ნიშნავს, რომ შეძლებისდაგვარად დავაკვირდეთ მათ მიერ ნაცხოვრებ სამყაროს, ვისაც შევისწავლით, და ყურადღებით მოვუსმინოთ მათ ისტორიებს.

ერთი შეხედვით აშკარა მტკიცების მიუხედავად, რომ მნიშვნელობების კონსტრუქციის შესწავლა ადამიანის გამოცდილების (და, თავის მხრივ, ჩვენი ემოციების, დამოკიდებულებებისა და ქცევების) გასაგებად აბსოლუტურად ცენტრალური საკითხია, ასეთი მიდგომა ძალიან ხშირად დაკნინებულია, განსაკუთრებით მათ შორის, ვინც საკუთარ თავს „მეცნიერების“ მცნებების მიმდევრად წარმოიდგენს. იდეა, რომ სოციალური ცხოვრება განვითარებადი ადამიანური კონსტრუქციაა, მყარი და უცვლელი ემპირიული „რეალობების“ დოკუმენტირების მიზნისათვის არასასურველია. ნარატივების შეგროვება და გადმოცემა შეიძლება ჩაითვალოს საინტერესო საგარეო მოვლენად, რომელიც გარკვეული დონის ცნობიერებას იძლევა. თუმცა, მათთვის, ვინც მეცნიერების პოზიტივისტური ხედვის ერთგულია, კვლევის უპირველესი მიზანი ცვლადებს შორის ფუნდამენტური

მიზგობრივი კავშირების დამყარების მიზნით, ინდივიდების მრავალი ნიმუშიდან სტატისტიკური მონაცემების შეგროვებაა. მიუხედავად იმისა, რომ ინდივიდების ისტორიების/ნარატივების დაცნინება ყველა ცხოვრებისეული ასპექტის შესწავლის ამკარა ტენდენციაა, საკითხის ასეთი უგულებელყოფა ალბათ ყველაზე უხერხულად და შეუსაბამოდ ფსიქიკური აშლილობის გამოცდილების შესწავლის მცდელობებში ვლინდება.

მიუხედავად იმისა, რომ ვამტკიცებთ, რომ ყველა სოციალური გამოცდილება მოითხოვს ინტერპრეტაციას და მნიშვნელობის შეძენას, ზოგიერთი ცხოვრებისეული გარემოება არსობრივად და სიღრმისეულად პრობლემურია. ეს სიტუაციები განსაკუთრებულად რთულ ინტერპრეტაციულ ძალისხმევას მოითხოვს იმ ადამიანებისგან, რომლებიც ცდილობენ, ისინი თანმიმდევრული და გონივრული გახადონ. რა თქმა უნდა, ყველა სახის სერიოზული ავადმყოფობა, განსაკუთრებით კი, ფსიქიკური აშლილობები, ცხოვრების ყველაზე დამაბნეველ სიტუაციებს შორისაა. მიუხედავად ამისა, მედიცინა, რომელიც მონოდებულობა ავადმყოფობა მხოლოდ ბიოლოგიური თვალსაზრისით დაინახოს, დიდწილად უგულებელყოფს პაციენტის გამოცდილებას/აღქმებს. ფსიქიატრმა და ანთროპოლოგმა არტურ კლეინმანმა დაწვრილებით აღწერა პაციენტების ისტორიების მნიშვნელობისა, და მაინც შედარებითი უგულებელყოფის შესახებ. თავის წიგნში, სახელწოდებით, „ავადმყოფობის ნარატივები“ (Kleinman 1988b), კლეინმანი დამაჯერებლად ამტკიცებს პაციენტების ცოცხალი გამოცდილებისათვის უპირატესობის მინიჭების მნიშვნელობას. ის აღნიშნავს (1988 ბ, გვ. xiii), რომ

არაფერი ისე არ გვეხმარება გამოცდილების დაგროვებაში, და ნათელს არ ფენს ცხოვრების ძირითად პირობებს, როგორც სერიოზული დაავადება... ავადმყოფობის ნარატივები ინფორმაციას გვანდის იმის შესახებ, თუ როგორ იქმნება, კონტროლდება, აზრს იძენს ცხოვრებისეული პრობლემები. ისინი ასევე გვიყვებიან იმაზე, თუ როგორ აყალიბებს კულტურული ღირებულებები და სოციალური ურთიერთობები იმას, თუ როგორ აღვიქვამთ და ვაკვირდებით ჩვენს სხეულს, ვნიშნავთ და ვახარისხებთ სხეულის სიმპტომებს [და] ჩვენი ცხოვრებისეული სიტუაციის კონკრეტულ კონტექსტში ინტერპრეტაციას ვუკეთებთ ჩვილებს....

ამავე დროს, სოციოლოგი არტურ ფრანკი (1995, გვ. 25) აღნიშნავს, რომ

ავადმყოფთა ხმების უგულებელყოფა ადვილია, რადგან ეს ხმები ხშირად დაეჯავებული ტონში და შერეული გზავნილით გამოიხატება.... ეს ხმები მეტყველებს მდგომარეობაზე ... რომ შემეტესობა ჩვენგანს გვირჩენია დავივიწყოთ ჩვენივე დაუცველობა. მოსმენა რთულია, მაგრამ ამასთანავე, ის ფუნდამენტურად მორალური ქმედებაცაა.... სხვისი მოსმენისას, ჩვენ ვუსმენთ საკუთარ თავს. ისტორიის/შემთხვევის შემსწრეობის მომენტი ნათელს ხდის საჭიროების ორმხრივობას, როდესაც ერთი მეორისთვისაა.

მოსმენა კიდევ უფრო რთულდება ფსიქოსოციალური საჭიროების შემთხვევაში, რადგან მწვავე ეპიზოდში მოთხოვნილი ისტორიები ხშირად ქაოტური და ერთი შეხედვით გაურკვეველია. უფრო მეტიც, სტერეოტიპები, ფსიქიკური აშლილობის მქონეებსა და მათ მდგომარეობასთან დაკავშირებული სტიგმა, ადამიანებს, მათ შორის, ექიმებს, აიძულებს დაიჯერონ, რომ პაციენტებს უბრალოდ არ შეუძლიათ თავიანთი გამოცდილების აზრიანი განმარტებებით გადმოცემა (Hornstein, 2009).

ფსიქიკური აშლილობის მრავალი კვლევის ნაკლია ის, რომ ჩვენ გვსურს მოვის-მინოთ ექსპერტების (ექიმების, ფსიქოლოგების, ექთნების, სოციალური მუშაკების, აკადემიკოსების) ხმები, ხოლო ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების ხმები ძალიან ხშირად უგულვებელყოფილია. ის, თუ რა გრძნობაა ფსიქიკური დაავადების ქონა, არ არის დანახული ამ პროცესში. „ოფიციალური“ დიაგნოზის პირველად მოს-მენა, ავადმყოფობასთან გამკლავება, სხვა მნიშვნელოვანი ადამიანებისათვის ან კოლეგებისათვის გამჟღავნება, ფსიქიატრიული მედიკამენტების მიღება და ფსიქი-ატრიული ექსპერტების შეფასება მთავარი დაბრკოლებაა ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების ცხოვრებაში და ამის მიუხედავად, საკმარისად არ ვისმენთ იმ გზების შესახებ, რომლითაც ისინი ამ გამოწვევებს უმკლავდებიან. მიუხედავად იმი-სა, რომ ნამდვილად გვჭირდება სტატისტიკური ანალიზი, რომელიც აღწერს ეპი-დემიოლოგიურ ტენდენციებს, მიზეზობრივ მოდელებსა და კორელაციებს, ამგვარი კვლევები უნდა შეავსონ მათ, ვინც გადმოგვცემს ფსიქიკურ აშლილობასთან ერთად ცხოვრების არაჩვეულებრივად რთულ გამოცდილებას. ემოციური დარღვევების კვლევები, რომლებიც შესაბამის შეგრძნებებს საკმარის ყურადღებას არ უთმობს, სულ მცირე, არასრულია.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ სხვა ავტორებთან ერთად, მიშელ ფუკოს (1973), ერვინგ გოფმანის (1961), თომას შეფის (1966), თომას შასის (1961) და რონალდ ლეინგის (1967) ადრეულმა ნაშრომებმა, 1960-იან და 1970-იან წლებში, საფუძველი ჩაუყა-რა მძლავრ ანტიფსიქიატრიულ მოძრაობას. მათი ნაწერები ერთობლივად ეჭვქვეშ აყენებს ფსიქიკური აშლილობის რეალურ არსებობას და, ამრიგად, „სამედიცინო მოდელს“, როგორც ერთადერთ მიდგომას „ცხოვრებისეული პრობლემების“ მქონე პირების დასახმარებლად. ამ ნაწერს კვლავაც ძლიერი გავლენა აქვს მათზე, ვინც ისეთივე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს პაციენტთა გამოცდილებას, როგორც ფსიქი-კური ჯანმრთელობის პრაქტიკოსთა პროფესიონალურ გამოცდილებას. მართლაც, 1980-იანი წლების დასაწყისიდან, თვისებრივ კვლევაში გამოცოცხლება იწყება და შესაბამისად, იზრდება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტის მონათხრობებზე ორიენტირებული კვლევების რაოდენობაც (იხ. მაგ., Estroff, Lachicotte, Illingworth, & Johnston, 1991; Karp, 1996, 2006; Schreiber, 2001; Smardon, 2008; Weinberg, 2005). მიუხედავად ამისა, ასეთი კვლევების წილი ფსიქიკურ აშლილობებთან დაკავშირე-ბულ კვლევებში კვლავაც შედარებით მწირია.

ფსიქიკური აშლილობის მქონეთა შესახებ ყველაზე კონცეპტუალურად გულახდილი კვლევები ალბათ ისინია, რომლებშიც მკვლევრები უშუალოდ შედიან ამ ადამიანების სამყაროში, სადაც ისინი იმყოფებიან. იმის პარალელურად, რომ ასეთი კვლევები პირველწყაროზე დაყრდნობით აღწერენ იმას, თუ როგორ უმკლავდებიან ისინი ყოველდღიურად თავიანთ დაავადებებს კონკრეტულ კულტურულ კონტექსტში, ასევე ითვალისწინებს მათ ხმებს. ერთ-ერთი ასეთი ნაწარმოები, დამსახურებულად კლასიკად მიჩნეული, არის სუ ესტროფის (1981) „გაგიჟება – ფსიქიატრიულ კლიენტთა ეთნოგრაფიული კვლევა ამერიკულ საზოგადოებაში“. ესტროფს, რომელსაც შესწავლილი აქვს ანთროპოლოგია, სურდა გაეგო, თუ როგორ განთავისუფლდნენ ქრონიკულად დაავადებული პაციენტები ფსიქიატრიული საავადმყოფოებიდან „დეინსტიტუციონალიზაციის“ პერიოდში ადაპტირებული საზოგადოებრივ სპეციალურ დაწესებულებაში მკურნალობის პროგრამის ფარგლებში.

წიგნის სათაურიდანაც ჩანს, რომ მისი ახლო დაკვირვებების თანახმად, ბევრი პაციენტის ადაპტაციას ინსტიტუციური წესებისა და შეზღუდვების ფონზე (მაგ., ძლიერი მედიკამენტების მიღების ვალდებულებას, მთავრობის პროგრამებზე ფინანსურად დამოკიდებულების აუცილებლობას, „დაცულ“ სამუშაო შეხვედრებში მონაწილეობას), თან ახლდა მათი იდენტობის „გაჟღად“ შერაცხვის უნებლიე შედეგი. უფრო ახლო წარსულში, სოციოლოგმა დარინ ვაინბერგმა (2005) მსგავსი მეთოდები გამოიყენა დამოკიდებულებისა და შეურაცხადობის სამკურნალოდ შექმნილი ორი იდეოლოგიურად განსხვავებული პროგრამის შესასწავლად. ორივე, როგორც ესტროფის, ისე ვაინბერგის კვლევები, ცხადყოფს, რომ შეურაცხადობის წარმოდგენა როგორც ადამიანური ინტერპრეტაცია ან დამოუკიდებელი ავადმყოფობის რეალობა, ყალბი დიქტომიაა. უფრო სწორად, ეს კვალიფიციური კვლევები, რომლებიც დაფუძნებულია „სქელ აღწერილობაზე“ (Geertz, 1973), აჩვენებს, რომ ფსიქიკური აშლილობა დამოუკიდებელი რეალობაცაა და სოციალური პროდუქტიც.

ეს შესავალი მიზნად ისახავს იმის ჩვენებას, რომ ფსიქიკური აშლილობის „მქონეს“ სტატიკური სურათი კიდევ უფრო ართულებს მიმდინარე, ახალ გამოცდილებას. უნდა მივდიოთ მეთოდოლოგიურ და თეორიულ მიდგომებს, რომლებიც დამაკმაყოფილებლად გადმოსცემენ ნებისმიერი აშლილობის გამოცდილების მოძრავ, პროცესუალურ და კონტექსტუალურ ბუნებას. კვლევები, რომლებიც მიზნად ისახავს ისტორიების სისტემატურად შეგროვებას, მათ ყურადღებით ორგანიზებასა და შემდეგ ხელახლა გადმოცემას/თხრობას, არის მიდგომა, რომელიც საუკეთესოდ მისადაგება ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებულ მრავალფეროვან და ნიუანსურ პროცესებს. ამრიგად, ჩვენი არგუმენტი ფსიქიკური აშლილობის მქონეთათვის ხმის მიცემის აუცილებლობის შესახებ, იმ აზრს ემყარება, რომ ასეთი დაავადებები დროთა განმავლობაში ჩნდება და ინდივიდების კონკრეტულ სოციალურ გარემოებებზე დაყრდნობით სხვადასხვა მნიშვნელობის ელფერს იძენს.

ბიოლოგიური ფსიქიატრიის ტრიუმფი და პაციენტის ექსპერტიზის უარყოფა

უახლოეს წარსულში, „მონათხრობზე დაფუძნებული მედიცინის“ განვითარების ხელშეწყობის მცდელობის მიუხედავად (იხ. Roberts, 2000), როგორც ჩანს, ამგვარმა ძალისხმევამ ფსიქიატრიის სფეროში მცირე გავლენა მოახდინა. მართლაც, 1980-იანი წლების დასაწყისიდან, ფსიქიატრიის მუდმივმა მოძრაობამ, ისტორიების ნაცვლად, არაპროპორციულად გაამახვილა ყურადღება სიმპტომებზე. თუ გვჯერა, რომ მონათხრობზე ხელახალი აქცენტის გაკეთება ხელს შეუწყობს ფსიქიკური აშლილობის მქონეთა გამოცდილებების ლეგიტიმაციის გზით უფრო ეფექტიან განკურნებას, მაშინ ჯერ უნდა გავიგოთ ისტორიული პროცესები, რომლებმაც პაციენტების ხმა დააწყინა. ფსიქიატრიის ევოლუციის დამკვირვებლებს შორის ბევრი იზიარებს იმ აზრს (მაგ., Caplan, 1995; Healy, 1997, 2002; Horwitz & Wakefield, 2007; Luhrmann, 2000; Valenstein, 1998), რომ ფსიქიატრიული მედიცინის მეცნიერული სტატუსის შესახებ შეშფოთებამ დაუნდობლად უბიძგა ემოციური პრობლემების ბიოლოგიური ჭრილით გამარტივებულ განმარტებას.

მეჩვიდმეტე საუკუნეში „ინსტიტუციების დაბადებით“ დაწყებული, „შეშლილი“ ადამიანები სასტიკ ცხოველებად მიიჩნეოდნენ, რომლებიც მოთვინიერებასა და კონტროლს საჭიროებდნენ. სიტუაცია გარკვეულწილად გაუმჯობესდა 1800-იანი წლების დასაწყისში, როდესაც ექიმები გახდნენ ფსიქიკური აშლილობის მქონეთა მკურნალობის ერთადერთი არბიტრები. და მაინც, ნავარაუდევია მეცნიერული წინსვლის საფუძველზე, ეს ადამიანები საშინლად არაადამიანურ „მკურნალობას“ (Whitaker, 2002) ექვემდებარებოდნენ. მეოცე საუკუნის დასაწყისში დასაბამი დაედო ფსიქოთერაპიას და შედეგად, „თერაპიული სახელმწიფოს ტრიუმფს“ (Rieff, 1966). ფსიქიატრიაში ფსიქოდინამიკური მიდგომების საფუძველი, რა თქმა უნდა, ზიგმუნდ ფროიდის ფსიქოანალიტიკური თეორია გახდა. პარადოქსულია, რომ ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობა 1980-იანი წლების დასაწყისამდე პაციენტების ისტორიებისა და პირადი ანგარიშების ყურადღებით გაანალიზებას ემყარებოდა. ფსიქიატრიის ისტორიაში მთავარი შემობრუნება 1950-იან წლებში ძირითადი დამამშვიდებლების აღმოჩენა იყო. 1980-იანი წლების დასაწყისისთვის, ფსიქიატრიის პარადიგმამ „გონების დარღვევებიდან“ „ტვინის დაავადებებზე“ გადაინაცვლა (Luhrmann, 2000).

რიცხვებზე დაკვირვება კარგად წარმოაჩენს ამ არაჩვეულებრივი პარადიგმის შეცვლის შედეგებს. ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მეოთხე გამოცემაში (DSM), ფსიქიატრიულმა ექსპერტებმა „აღმოაჩინეს“ ტვინის ახალი დაავადებების გასაოცარი რაოდენობა (იხ. Kirk & Kutichins, 1992). სანამ სახელმძღვანელოს პირველი ორი ვერსიის კლასიფიკაციის სისტემა

სიზუსტით მიჰყვებოდა იმ დროს პოპულარული ფსიქონალიტიკური აზროვნების ლოგიკას, 1980-იან წლებში ასეთი ენა რადიკალურად გაქრა. ტვინის დაავადებებმა მოულოდნელად შეცვალა ინტრაფსიქური კონფლიქტები. რიცხვები დრამატულ ამბავს მოგვითხრობს. 1953 წელს DSM-მა დაასახელა 60 სახის ფსიქიკური აშლილობა. 1969 წელს დიაგნოსტიკური კატეგორიების რაოდენობა 120-მდე გაორმაგდა. 1987 წელს ჩამოთვლილი იყო 200-ზე მეტი დიაგნოსტიკური კატეგორია. ამჟამინდელი DSM აღწერს 350-ზე მეტ დიაგნოზს. DSM-ის უახლესი ვერსია, რომელიც 2013 წელს გამოქვეყნდება, კიდევ ერთხელ გვპირდება დიაგნოსტიკური კატეგორიების რაოდენობის ზრდას.

უსიამოვნო რეალობის წინაშე ვდგავართ – გულგრილი სამეცნიერო კვლევის შედეგად, 1953 წლიდან ფსიქიკური აშლილობების რიცხვი თითქმის ხუთჯერ არის გაზრდილი. დარღვევებიდან დაავადებამე გადასვლა და ასეთი დაავადებების უფრო ფართო გავრცელება, თანაბრად მოსალოდნელია, რომ კულტურულ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ პროცესებთან იყოს დაკავშირებული. სინამდვილეში, ფსიქიატრიის ამჟამინდელი პოზიციის მკვეთრი კრიტიკოსები (Breggin, 1991; Glenmullen, 2005; Healy, 2002) ამტკიცებენ, რომ რამდენიმე ძირითადი ფსიქოზური დაავადების გარდა, არ არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ ასობით მდგომარეობა, რომელიც DSM-ში ტვინის დაავადებებად არის აღნუსხული, გარანტირებულად ამ დასახელებაში ექცევა. დიაგნოსტიკური უთანხმოება (Brown, 1987) და უკიდურესად სუსტი კავშირი სიმპტომებს, დიაგნოზებს, მკურნალობასა და თერაპიულ შედეგებს შორის, ფსიქიატრიაში დაავადების მოდელის ნამდვილობას მნიშვნელოვნად აქვეითებს. თომას საზი (2001, გვ. 25) ამას ასე გადმოსცემს:

იმის მტკიცება, რომ კონკრეტული ადამიანის პრობლემა არის დაავადება, რადგან პაციენტს ან სხვებს სჭერათ, რომ ეს არის დაავადება, ან იმიტომ, რომ ის ჰგავს დაავადებას, ან იმიტომ, რომ ექიმები მას დაავადების დიაგნოზს მიაკუთვნებენ, და მკურნალობენ მედიკამენტებით, თითქოს ეს იყოს დაავადება, ან რადგან ის უფლებას აძლევს სუბიექტს აღიარებული იყოს როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე, ან იმიტომ, რომ ის ეკონომიკური ტვირთია თავისი ოჯახისთვის ან საზოგადოებისთვის – ეს ყველაფერი დაავადების სამეცნიერო კონცეფციისთვის არარელევანტურია.

ჰორვიცის და უეკფილდის (2007) თანახმად, იმდროინდელი ფსიქიატრიის ქაოტურ მდგომარეობაზე პასუხი ბიოლოგიური ახსნა-განმარტებების ენთუზიაზმით მიღება იყო. 1980 წლამდე კრიტიკოსები დაჟინებით უტევდნენ ფსიქიატრიას, როგორც „ფსევდომეცნიერებას“, სავარაუდოდ სხვადასხვა თეორიულ თვალსაზრისს შორის უთანხმოებისა და რადიკალურად კონფლიქტური კვლევების შედეგად წარმოქმნილი დაბნეულობის გამო. ამ გარემოში პროფესია მოწადინებული გახდა დარღვევ-

ბისათვის დაედგინა ისეთი „თეორიულად ნეიტრალური“ დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, როგორიცაა დეპრესია და ამით ჩამოყალიბებულიყო, როგორც სამეცნიერო საქმიანობა. ეს უზრუნველყოფს პრაქტიკოსებს შორის უფრო დიდ თანხმობას და შესაძლებელს გახდის ფსიქიკური აშლილობების უფრო თანმიმდევრულ ეპიდემიოლოგიურ კვლევას. ფსიქიატრებს სურდათ საკუთარი თავი და სხვები დაერწმუნებინათ, რომ პრობლემურ ადამიანებს ისევე მძაფრად სჭირდებათ ქიმიური ჩარევა, როგორც დიაბეტით დაავადებულს სჭირდება ინსულინი. ასეთი ფსონი სამედიცინო ლეგიტიმურობაზე, სინერგიულ კავშირშია ფარმაცევტული კომპანიების ინტერესებთან, რომლებიც ფსიქოტროპული მედიკამენტების გაყიდვით მილიარდობით დოლარს შოულობენ (Angell, 2005). ამ რაღაც არანშინდა ალიანსში, ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია „ქმნის“ დაავადებებს, რაც, თავის მხრივ, ფარმაცევტულ კომპანიებს აძლევს შესაძლებლობას, გამოიგონონ ახალი და მომგებიანი წამლები. და ბოლოს, უშუალოდ მომხმარებელზე რეკლამირების შედეგად, ფსიქიატრების დახმარების მოთხოვნის მქონე პაციენტთა რიცხვი იზრდება, რაც სფეროს პროფესიულ სტატუსს აზღვევს.

არაერთხელ გაკეთდა განაცხადი, რომ სირთულეები, როგორიცაა კლინიკური დეპრესია, ტვინის გარკვეული ნეირომედიატორების დეფიციტის შედეგია. მაგალითად, წამლები, როგორიცაა პროზაკი, ზოლოფტი და სელექსა, მიჩნეულია, რომ ტვინში სეროტონინის დონის გაზრდით დეპრესიის მდგომარეობას აუმჯობესებენ. სეროტონინის დეფიციტის შესახებ ასეთი განმეორებითი მტკიცებების მიუხედავად, ეს ჰიპოთეზა არასოდეს დადასტურებულა. მართლაც, არსებობს მტკიცებულება (Kirsch, 2010), რომ უახლესი „სასწავლმოქმედი“ წამლები მხოლოდ ოდნავ უფრო ეფექტურია ვიდრე პლაცებო. მრავალი კონცეპტუალური და სამეცნიერო უნდობლობების მიუხედავად, თანამედროვე ფსიქიატრია ფსიქიატრიული აშლილობების „სამედიცინო მოდელის“ მიმართ მტკიცედ ერთგული რჩება. ადამიანის ტკივილის შესახებ ასეთი ბიოლოგიურად დეტერმინისტული მოდელის შედეგი პაციენტების შეხედულებების, მონათხრობების და მათი ტანჯვის ინტერპრეტაციების თითქმის სრული დამუწყება იყო.

ფსიქიატრიის მიერ ფსიქიკური აშლილობების ბიოლოგიური ახსნა-განმარტებების სრულად გათავისების შედეგების გაუფასურება დაუშვებელია. ფსიქიატრიის პრაქტიკულად ჰეგემონიურმა ძალამ ზღვარი გაავლო ცხოვრების ჩვეულებრივ ტკივილებსა და პათოლოგიურ დაავადებებს შორის, მნიშვნელოვნად გააფართოვა იმ ადამიანების რიცხვი, რომლებიც ავადმყოფებად მიიჩნევიან და მკურნალობას საჭიროებენ (Horwitz & Wakefield, 2007). ახლა შეგვიძლია ლეგიტიმურად დავსვათ მორალური და პოლიტიკური კითხვა: „ვინ ფლობს და აკონტროლებს ადამიანის გრძნობებს, აზრებსა და ქცევებს?“

გარდა ამისა, ადამიანთა ტანჯვის გამომწვევ მიზეზებზე ფსიქიატრიის ბიოლოგიური ნარატივის გავრცელებულობამ მნიშვნელოვნად გადაიტანა ყურადღება ადამიანური უბედურების სტრუქტურული წყაროებიდან. იშვიათად ვკითხულობთ, შეიძლება თუ არა ეგრეთ წოდებული ფსიქიკური აშლილობები პათოლოგიური სოციალური სტრუქტურების მიმართ ნორმალური პასუხი იყოს. ტანჯვის ბიოლოგიურად განპირობებული ახსნა ასევე ბადებს უმწეობის განცდას პაციენტებში, რომლებიც საკუთარ თავს ბოლოს და ბოლოს დასუსტებული ტვინის მსხვერპლად განიხილავენ. სამედიცინო ისტორიკოსის, დევიდ პილის (2002, გვ. 355) სიტყვებით, ეს იყო ევოლუციური მოძრაობა „თეოკრატიიდან დემოკრატიის გზით სანიტოკრატიამდე“. შესაბამისად, ახლა განვიხილავთ, თუ როგორ ახდენს პაციენტთა ხმების მოსმენა მათ სამედიცინო და პოლიტიკურ განთავისუფლებაზე პოტენციურად კრიტიკულ გავლენას.

მოსმენის პოლიტიკა

მათ, ვინც ფსიქიკურ აშლილობებს შეისწავლის, მარგინალიზაციის აღსაქმელად, ბევრი მნიშვნელოვანი შეხედულების გათავისება შეუძლიათ სხვა თეორიული პერსპექტივებიდან, განსაკუთრებით, პოსტმოდერნული ფემინისტური თეორიიდან, კრიტიკული რასის თეორიიდან და კრიტიკული შეზღუდული შესაძლებლობის თეორიიდან. თითოეული ეს თეორიული პარადიგმა ჩამოყალიბდა, როგორც კრიტიკული პასუხი პოლიტიკური მოძრაობების შედეგად წარმოშობილ ადრეულ იდეებზე, რომლებიც, შესაბამისად, ქალთა უფლებების, სამოქალაქო უფლებებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებისთვის იბრძოდნენ. თითოეულ მათგანს აქვს კრიტიკული შეხედულება მარგინალიზაციის გამოცდილების შესახებ, რომელიც ფსიქიკური აშლილობების შესასწავლად (ან მიშელ ფუკოს სიტყვებით, „სიგიჟის კვლევები“) შეიძლება გამოიყენებოდეს.

კრიტიკული რასის თეორეტიკოსები ლანი გინიერი და ჯერალდ ტორესი (2002) „მალაროელის კანარის ჩიტის“ იდეას აფართოებენ. ამავე სახელწოდების წიგნში ისინი ამტკიცებენ, რომ კანარის ჩიტის მსგავსად, რომლის განგაშის ზარი მალაროელებს მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ აფრთხილებს, დამორჩილებული რასობრივი უმცირესობების მიერ გამოხატული იმედგაცრუება იმის მაჩვენებელია, რომ რაღაც არასწორია ამერიკული დემოკრატიის ფუნქციონირებაში. აქედან გამომდინარე, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, რომ „ჩვენ“, რასობრივი უმცირესობების წარმომადგენლებმა თუ უმრავლესობამ, მოვუსმინოთ კანარის ჩიტის განგაშის ზარს. ამის გაკეთება მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ კანარის ჩიტის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად, არამედ მთელი საზოგადოებისთვის:

ისინი, ვინც რასობრივად მარგინალიზებულნი არიან, მაღაროელის კანარის ჩიტს გვანან: მათი გასაჭირი პირველი ნიშანია საფრთხისა, რომელიც ყველას გვემუქრება. საკმაოდ ადვილია ვიფიქროთ, რომ როდესაც ამ კანარის ჩიტს ვწირავთ, ეს ზიანს მხოლოდ ფერადკანიანთა საზოგადოებას აყენებს. და მაინც, სხვები საკუთარი საფრთხის ფასად უგულვებელყოფენ პრობლემებს, რომლებიც რასობრივი უმცირესობების ირგვლივ იქმნება, რადგან ეს პრობლემები არის სიმპტომები, რომლებიც გვაფრთხილებს, რომ ყველანი რისკის ქვეშ ვართ.... მაღაროელის კანარის ჩიტის მეტაფორა ასახავს ურთიერთმიმართებას მათ შორის, ვინც გარიყულია და უფრო ფართოდ, საზოგადოებაში სოციალური სამართლიანობის ნაკლოვანებებს შეიძლება ითქვას, რომ სისტემური კრიტიკის აუცილებლობაზე მიმთითებელი კანარის ჩიტი დიაგნოსტიკურია... ეს პათოლოგიები თავად კანარის ჩიტში არ არის განლაგებული. მართლაც, ჩვენ უარვყოფთ ინკრემენტალისტურ მიდგომას, რომელიც კომპლექსურ სოციალურ და პოლიტიკურ პრობლემებს ინდივიდში პოულობს. ასეთი მიდგომით, შახტების პრობლემის მოგვარების გზა ტოქსიკური ატმოსფეროს გასაძლევად კანარის ჩიტის პანანინა გაზის ნიღბით აღჭურვა იქნებოდა (Guinier & Torres, 2002, გვ. 11–12).

ანალოგიურად, ვამტკიცებთ, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ხმები მაღაროელის კანარის ჩიტის ეკვივალენტურია. მათი ისტორიები მიგვითითებს იმ ფაქტზე, რომ ფსიქიატრიის ტანჯვის ბიოლოგიურ მოდელზე გადაჭარბებულ დამოკიდებულებაში რაღაც არასწორია. ამრიგად, გვმართებს კარგად მოვისმინოთ მათი ხმები, როგორც ინდივიდის ტანჯვის, ასევე, ისეთი სოციალური სტრუქტურის ინდიკატორი, რომელიც აძლიერებს და ხანდახან წარმოშობს კიდევ ასეთ ტანჯვას. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ინდივიდუალური ტკივილის შესამცირებლად, მოსმენა საკმარისი არ არის. ასევე უნდა მოვუსმინოთ, თუ ვიმედოვნებთ, რომ გავაუმჯობესებთ უფრო ზოგადად სისტემის უნარს, გავუმკლავდეთ ადამიანთა ტანჯვას. სუბიექტურ გამოცდილებაზე მეტად ბიოლოგიურ, ბიოქიმიურ, სამედიცინო ან თუნდაც გენეტიკურ ფაქტორებზე ფსიქიატრიის სისტემურ, თუნდაც გაუცნობიერებელ, ფოკუსს უარყოფითი შედეგები მოაქვს, იმის გათვალისწინებით, რომ არსი სუბიექტური გამოცდილების ცენტრშია.

ფსიქიკური აშლილობების სოციოლოგებს, რომლებიც დაინტერესებულნი არიან ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანების სუბიექტური გამოცდილებით, შეუძლიათ შეაგროვონ მნიშვნელოვანი გაკვეთილები იმ ადამიანების კოლექტიური სოციალური კრიტიკისგან, რომლებიც მარგინალიზებულნი არიან გენდერის, რასის, ეთნიკური კუთვნილებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის გამო. ყოველივე ამის შემდეგ, მარგინალიზაციის მრავალფეროვანი გამოცდილება წარმოშობს კრიტიკულ შეხედულებებს, რომლებიც ფსიქიკური აშლილობის გამო მარგინალიზებული ყველა პირისთვის ნაცნობი იქნება. აქ ჩვენი დისკუსიის ცენტრალური ნაწილია თი-

თოეული ჯგუფის საერთო აქცენტი ამბების თხრობის პოლიტიკურ მნიშვნელობაზე. თითოეულ შემთხვევაში, დაჩაგრულთა, დამორჩილებულთა, მარგინალიზებულთა თუ სხვაგვარად ხმადაკარგულთა ნარატივები წარმოშობს სოციალურ მოძრაობებს, რომლებიც ქალთა, ფერადკანიანთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებისათვის ბრძოლას ეძღვნება. ამბების თხრობა „კლასობრივი ცნობიერების“ განვითარების საფუძველი იყო, რამაც თითოეული ეს მოძრაობა განაპირობა.

ფემინისტური შეხედულება, რომ „პირადი არის პოლიტიკური“, ნიშნავს, რომ ქალთა ჯგუფების მიერ ცხოვრებისეული ისტორიების გაზიარება არ არის მხოლოდ თანაგრძნობის გაზიარების პროცესი. საუბარი „ცნობიერების ამღვლელების“ ფორმაა და, ამრიგად, თავად წარმოადგენს პოლიტიკურ მოქმედებას. დროთა განმავლობაში, ბრძოლის ცალკეულმა ისტორიებმა კოლექტიურად ჩამოაყალიბა ქალების, როგორც კლასის, ბრძოლის უფრო დიდი სტრუქტურული ნარატივი. რა თქმა უნდა, დიდი ხანი არ გასულა მას შემდეგ, რაც ფერადკანიანი ქალები დაუპირისპირდებოდნენ ამ მთავარ ნარატივს, რომელიც მხოლოდ პრივილეგირებული თეთრკანიანი ქალების გამოცდილებებზე საუბრობდა და რამაც გამოიწვია ფერადკანიანი ან თუნდაც ნაკლებად პრივილეგირებული თეთრი ქალების შემდგომი მარგინალიზაცია. პოზიციის თეორია (Collins, 1990; Haraway, 1988; Harding, 1991; Hartsock, 1983; Smith, 1987) ფემინისტური აზროვნების ერთ-ერთი მიმართულება იყო, რომელიც აერთიანებდა მრავალ ჯგუფს და, ამრიგად, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მათთვის, ვინც დაინტერესებულია ფსიქიკური აშლილობების სოციოლოგიით.

ადრე, თეორეტიკოსები, რომლებიც პოზიტიურ თეორიასთან იყვნენ გაიგივებულნი (Harding, 1991; Smith, 1987), ამტკიცებდნენ, რომ მეცნიერული მეთოდოლოგიით და აბსტრაქტული, რაციონალური აზროვნებით მიღებული ცოდნა არ არის ცოდნის ერთადერთი ჭეშმარიტი ფორმა. თანაბრად საფუძვლიანია ცოდნა, რომელიც პირის მიერ სუბიექტურად დანახული სამყაროს გამოცდილებიდან გამომდინარეობს, რაც თავად განისაზღვრება იმით, თუ სად დგას ადამიანი ძალაუფლების მქონე პირებთან შედარებით. თითოეული „პოზიცია“ ან პერსპექტივა აუცილებლად კონკრეტული სოციალური მდგომარეობიდან მომდინარეობს, რომელიც შესაძლებელს ხდის და ზღუდავს ადამიანის ხედვას სამყაროზე. დონა ჰარუეის (1988) შეხედულებამ „განლაგებული ცოდნის“ შესახებ, ეს მტკიცება განავრცო იმით, რომ ცოდნა ყოველთვის განსახიერებული (გამომუშავებული და გააქტიურებული ჩვენი სპეციალურად განლაგებული მესგან) და ნაწილობრივია (რეალობის მთლიანობის გააზრების შესაძლებლობის გარეშე). ჰარავეისათვის, მოითხოვოს ნეიტრალური და სრული „ობიექტურობა“ – „ხედვა ყველგან და არსად“ ერთდროულად – არის ერთგვარი „ღმერთის ხრიკი“, მტკიცება, რომელიც შესაძლებელი გახდა ძალაუფლებისადმი პრივილეგირებულმა ურთიერთობამ, რომელიც იცავს მათ ინტერესებს, ვისაც „ობიექტურობა“ ემსახურება: ჩვეულებრივ, თეთრკანიან დასავლელ მამაკაცებს.

ამავე თვალსაზრისით, პატრიცია ჰილ კოლინზი (1990) მხარს უჭერდა იმას, რომ სოციოლოგია დადებითად უნდა შეხედუროდა „გარეშე პირებს“, რადგან მათ არსებული სოციოლოგიური პარადიგმებისაგან განსხვავებული პოზიციები შემოაქვთ. კოლინზისთვის „გარედან შემოსულთა“ მთავარი მაგალითი შავკანიანი ქალები იყვნენ. თეთრკანიანი ქალებისგან განსხვავებით, ისინი ორმაგად მარგინალიზებულნი იყვნენ როგორც სქესის, ისე რასის მიხედვით და, შესაბამისად, ჩაგვრის სისტემების ურთიერთდაკავშირებული ბუნების ცნობიერებას განასახიერებენ. თეთრკანიან ქალებს მაშინ არ ესმოდათ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ დაჩაგრულები იყვნენ ერთ განზომილებაში (სქესის ნიშნით), თავადაც იყვნენ მჩაგვრელები მეორეში (რასის ნიშნით). ამ გზით, თეთრი ქალების პრივილეგიამ მათ ხელი შეუშალა სრულად შეეფასებინათ ძალაუფლებასთან საკუთარი ურთიერთობის სირთულე. მეორე მხრივ, შავკანიან ქალებს შეეძლოთ „ისეთი განსხვავებული, დაპირისპირებული ცოდნის წარმოება, რომელიც მრავალმხრივია და ამავე დროს, ძალაუფლებასაც ითვალისწინებს“. (Collins, 1998, გვ. 8). კოლინზის წარმოდგენა ჩაგვრის სხვადასხვა სისტემის ურთიერთდაკავშირებულ ბუნებაზე (რასაც მან „ბატონობის მატრიცა“ უწოდა) აღიარებს, რომ ჩაგვრის ყველა სისტემა, მიუხედავად იმისა, ის რასის, კლასის, სქესის, სექსუალობის, რელიგიის, ან ასაკის მიკუთვნებულობას ეფუძნება თუ შეზღუდული შესაძლებლობის ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ერთობლიობაში მუშაობენ და დამოკიდებულნი არიან ერთმანეთზე, რაც საბოლოოდ ქმნის დომინირებისა და ძალაუფლების ერთიან სისტემას. მრავალგანზომილებიანი ჩაგვრა არ შეიძლება გავიგოთ მარტივი დანამატის მოდელის გამოყენებით.

ფემინისტმა თეორეტიკოსებმა, როგორებიც არიან ჰარავი და კოლინზი, დღემდე აქტუალური სინამდვილე აღწერეს მათთვის, ვისაც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების სუბიექტური გამოცდილების გაგება სურს. კერძოდ, როდესაც ადამიანები არ ასრულებენ გამოუთქმელი კულტურის ნორმებს, მათ შეუძლიათ თავიანთი სუბიექტური გამოცდილება განიხილონ როგორც განლაგებული ცოდნა, რომელიც ძალაუფლებისა და პრივილეგიების თვითდაინტერესებულ სისტემებს შორის ფანჯარას აჩენს. ოდრ ლორდე (1980, გვ. 203) საუბრობდა ამ აღქმაზე, რომელიც ყოველთვის ნორმალურის მიღმა დგას:

სადღაც მთელი ჩვენი ცნობიერების ზღვარზე, არის ის, რასაც მე მითიურ ნორმას ვუწოდებ, რომელიც გულში თითოეულმა ჩვენგანმა ვიცით, რომ „მე არ ვარ“. ამ საზოგადოებაში ეს ნორმა ჩვეულებრივ განისაზღვრება, როგორც თეთრი, გამხდარი, მამაკაცი, ახალგაზრდა, ჰეტეროსექსუალი, ქრისტიანი და ფინანსურად უზრუნველყოფილი. ამ ნორმის ფარგლებშია ძალაუფლების ხაფანგების არსებობაც. ჩვენ, რაიმე მიზეზით ამ ძალაუფლების მიღმა მდგომები, ხშირად ერთ განსხვავებულ გზას ვიცნობთ და მიგვაჩნია, რომ ეს არის ყველა ჩაგვრის მთავარი მიზეზი, ვივინყებთ განსხვავების გარშემო არსებულ სხვაგვარ დამახინჯებებს, რომელთაგან ზოგიერთს თავადაც ვახორციელებთ... არსებობს მტკიცება გამოცდილების ერთგვაროვნებაზე ... რომელიც სინამდვილეში არ არსებობს.

ლორდი ამტკიცებს, რომ ინდივიდებმა, თანდაყოლილი შემოქმედებითობისა და კრიტიკული ხედვის გასაცნობიერებლად, რომელიც შეუძლიათ განავითარონ, უნდა გაითავისონ თავიანთი განსხვავებები და გარეშე პირის სტატუსი. ფსიქიკური აშლილობის მქონეთათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობა კიდევ ერთი განზომილებაა, რომლის მიხედვითაც შეუძლიათ დადგენენ მითიური ნორმის მიღმა, და მაინც, სწორედ ეს სტატუსი, როგორც გარეშე პირის, აძლევს ფსიქიკური აშლილობის მქონეებს ღირებულ პერსპექტივას სხვაგვარად უხილავი ნორმების შესახებ, რომლებიც მათ მარგინალიზაციას უწყობს ხელს.

მათ, ვინც ფსიქიკურ აშლილობებს შეისწავლის, შეუძლიათ თანაბრად მიიღონ გაკვეთილი კრიტიკული რასის თეორიიდან (Bell, 1992; Crenshaw, 1995; Delgado, 1996; Gotanda, 1995; Harris, 1995; Lawrence, 1993; Matsuda, Lawrence, Delgado, & Crenshaw, 1993; Williams, 1991), რომელიც, რასობრივი მარგინალიზაციის გამოცდილების საფუძველზე, მძლავრ შეხედულებებს გვთავაზობს. კრიტიკული რასის თეორეტიკოსები, ფემინისტი თეორეტიკოსების მსგავსად, პერსონალურსა და პოლიტიკურს შორის თანდაყოლილი კავშირის გამო, აქცენტს აკეთებენ მოთხრობების დივერსიულ ძალაზე, და მიუთითებენ იმ ფაქტზე, რომ დომინანტური კულტურული ნარატივები ხელისუფლებაში მყოფთა უცვლელი ნარატივებია. ამ ნარატივების ერთი შეხედვით ნორმატიულობა მხოლოდ მათ ჰეგემონიურ ბუნებას ნიღბავს. ამრიგად, კრიტიკული რასის თეორიაში „საპირისპირო თხრობის“ (Counter-Storytelling) აქტი პოლიტიკური წინააღმდეგობის და ცნობიერების ამაღლების ცენტრალური მეთოდია.

კრიტიკული რასის თეორეტიკოსები „საპირისპირო თხრობას“ იყენებენ, როგორც იარაღს რასობრივი დომინირების გამოწვევისა და რღვევისათვის. ასეთი ისტორიები ქმნიან მნიშვნელობას და ასევე უარყოფენ მითებს, რომლებიც მუშაობენ თეთრი რასის დომინირების შესანარჩუნებლად (მაგ., იხ. Patricia Williams, 1991). სოლორ-ზანოსა და იოსოს (2002, გვ. 26) თანახმად, „საპირისპირო თხრობა“ არის „მეთოდი იმ ადამიანების ისტორიების მოყოლისა, რომელთა გამოცდილებაც ხშირად მოთხრობილი არ არის“. დომინანტური ისტორიები თეთრკანიანების, მამაკაცების, საშუალო და ზედა კლასების, ჰეტეროსექსუალების, და ჩვენ დავამატებთ, ფსიქიკური აშლილობის არმქონეთა პრივილეგიის შენარჩუნებას ემსახურება. სოციალურ სტრუქტურაში ამ ადგილების ნორმატიულად განსაზღვრით, დომინანტური ნარატივები ყველას, ვინც ნორმის ფარგლებს მიღმა რჩება, გადახრების მქონეს, ნაკლოვანის, არასწორის, დაბლა მდგომის ან ავადმყოფის იარაღის აწებებენ. კრიტიკული რასის თეორეტიკოსები ხშირად აღნიშნავენ, რომ დომინანტური ნარატივები არა მხოლოდ ინარჩუნებენ უფლებამოსილთა პრივილეგიას, არამედ დამორჩილებულ, დათრგუნულთა ან დაჩაგრულთა ხმების დისკრედიტაციისა და გაჩუმების ფუნქციასაც ასრულებენ. ანალოგიურად, ჩვენ ვამტკიცებთ, რომ ფსიქიკური აშლილობის

მქონეთა ხმები დისკრედიტირებული და დადუმებულია დომინანტური კულტურული ნარატივებით, რომლებიც ფსიქიკურ ჯანმრთელობას გამოუთქმელ ნორმად მიიჩნევენ და ყველა სხვა ფსიქიკურ მდგომარეობას განმარტავენ, როგორც გადახრას, დეფიციტს და საშიშსაც კი.

შეზღუდული შესაძლებლობის შესწავლის სფერო იძლევა კიდევ ერთ თეორიულ პერსპექტივას, რომელიც გვთავაზობს კრიტიკულ წარმოდგენას ფსიქიკური აშლილობის მქონედ ყოფნის გამოცდილების შესახებ. ფაქტობრივად, შეზღუდული შესაძლებლობის ზოგიერთი მკვლევარი ამტკიცებდა, რომ ფსიქიკური აშლილობა შეზღუდული შესაძლებლობის კვლევების უფრო ფართო ქოლგის ქვეშ უნდა ერთიანდებოდეს. ფემინისტური თეორიისა და კრიტიკული რასის თეორიის მსგავსად, კრიტიკული შეზღუდული შესაძლებლობის თეორია ამბების თხრობას ფუნდამენტურად პოლიტიკურ აქტად მიიჩნევს. „სირცხვილი და შიში პირადი ტვირთია, მაგრამ თუ ეს ამბები მოთხრობილია, შეგვიძლია ვაჩვენოთ, მართლაც პირადი, თუ რამდენად პოლიტიკურია“ (Linton, 1998, გვ. 167). მანამ, სანამ შეზღუდულ შესაძლებლობას ეპყრობიან როგორც პათოლოგიებს, დეფიციტის ქონას, ინდივიდუალურ უბედურებებს და პირად ტრაგედიებს, ამ განსაზღვრებების შემნარჩუნებელი სოციალური, კულტურული, ეკონომიკური და პოლიტიკური ფაქტორები, უხილავი და პასუხგაუცემელი დარჩება.

ამ თემაზე მომუშავე არაერთი მკვლევარი ამტკიცებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა არის „გარემოს ნეგატიური გავლენა ზოგიერთის და არა სხვების სხეულზე, რაც საჭიროს ხდის წინსვლას სოციალური სამართლიანობის მიმართულებით და არა მედიცინაში“ (Siebers, 2001, გვ. 173). მართლაც, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სისტემური მარგინალიზაცია მჭიდროდ ემთხვევა და მუშაობს ადამიანთა განსხვავებებზე დაფუძნებული ჩავრის სხვა ფორმებთან ერთად. ფემინისტური შეზღუდული შესაძლებლობის თეორეტიკოსი როზმარი გარლანდ-ტომსონი (2006 წ. გვ. 260) აანალიზებს, თუ რომელი ორგანოებია ყველაზე დიდი საფრთხე საზოგადოებისათვის და ასკვნის, რომ ყველაზე უარესია ის სხეულებრივი ფორმები და ფუნქციები, რომლებიც „ეჭვქვეშ აყენებს სხეულის კულტურულ წარმოსახვას, როგორც ნეიტრალური, რაიმე ტრანსცენდენტული ნების დამცავი ინსტრუმენტისა“. ისინი, ვინც ფსიქიკური აშლილობის მქონენი არიან, ხშირად დამნაშავეები არიან იმავე დანაშაულში: მათი ფსიქიკური მდგომარეობა უარყოფს ამ ტრანსცენდენტული ნების ილუმინორულ ბუნებას.

ისევე როგორც ფემინისტური, კრიტიკული რასის და შეზღუდული შესაძლებლობის თეორეტიკოსები ქალებს, ფერადკანიან ადამიანებს და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს მოუწოდებენ სირცხვილის საფარველი ასწიონ, ისაუბრონ და გაუზიარონ თავიანთი ისტორიები, ჩვენც ვვარაუდობთ, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების აღმამფოთებელი ისტორიები ძლიერი სიგნალია იმისა, რომ მა-

ღარო საფრთხეშია. რასაკვირველია, მზარდი „ფსიქიატრიული გადარჩენის მოძრაობა“ ისტორიების თხრობის გზით ცნობიერების ასამაღლებლად თვითდახმარების ფორუმების შექმნამ გაამძაფრა, რომლებიც დომინანტურ ფსიქიატრიულ დისკურსებს ეჭვქვეშ აყენებდა (Cresswell, 2005; Hornstein, 2009). ფსიქიკური აშლილობების სოციოლოგებმა კარგად უნდა მოუსმინონ ამ გასაჭირს არა მხოლოდ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირთა, არამედ ყველა ჩვენგანის გულისთვის. მომდევნო ნაწილში იმ ადამიანების მიერ მოთხრობილ წინასწარ შერჩეულ მოგონებებს განვიხილავთ, რომლებიც ფსიქიკურ აშლილობებს ებრძვიან, როგორც ამგვარ საგანგაშო მაგალითებს. მემუარისტები გვეუბნებიან, როგორია საზოგადოების მუდმივი სტიგმის ჩრდილში მოქმედი იდენტობის ჩამოყალიბების პროცესი.

მათივე სიტყვებით

მოგონებები სასარგებლო საწყისი წერტილია სოციოლოგებისთვის, რომლებიც დაინტერესებულნი არიან ფსიქიკურად აშლილობის მქონეთა სუბიექტური გამოცდილებით. განმარტების მიხედვით, მოგონებების ავტორები ფსიქიკური აშლილობების ცხოვრების გამოცდილებაზე საკუთარი სიტყვებით საუბრობენ. მიუხედავად იმისა, რომ მემუარები აშკარად მხოლოდ ცალკეული მწერლების ცხოვრების ფანჯარაა და არ არის გამიზნული მთლიანი ჯგუფისათვის, ისინი სოციოლოგებს წარმოუდგენენ გასაღებს იმ გამოცდილების ნიმუშების შესახებ, რომლებიც უფრო ფართო, სისტემურ სოციოლოგიურ გამოკვლევას იმსახურებენ. მაგალითად, განვიხილოთ, თუ როგორ შეიძლება ოთხმა ფართოდ ცნობილმა მემუარმა აგვიმაღლოს მგრძნობელობა ფსიქიკურ აშლილობებზე, სტიგმასა და საკუთარ თავებს შორის მნიშვნელოვანი ურთიერთკავშირების შესახებ.

ქვით მილეთი (1990), მემუარში, „გასეირნება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში“, რომელიც კრიტიკულად იკვლევს ბიპოლარული აშლილობის გამო ინსტიტუციონალიზაციის გამოცდილებას, სევდისმომგვრელად აღწერს ინსტიტუციონალიზაციის მჩაგვრელ ეფექტებს, თუ როგორ შეიძლება საზოგადოებრივი სტიგმა, წინააღმდეგობის განწევის დაუღალავი ძალისხმევის მიუხედავად, ინტერნალიზდეს და ზიანი მიაყენოს პირის იდენტობას.

გარეთ, თქვენ გეყენებთ ჩანანერი, გიჟად იქნებით გამოცხადებული. შიგნით, ეს თითქმის არ შეგანუხებთ.... როგორც კი გარეთ ხარ ... ის იწყებს შენს დაღლას – გულმოსული კამათი ინტიმურ წრეში შემავალი ადამიანების მცირე ჯგუფთან იმის შესახებ, გიჟი ხარ თუ არა.... სრულიად უცნობმა შეიძლება გაგანადგუროთ კითხვით, როგორ ხარ – მან გაიგო, რომ თქვენ მენტალური კრიზისი გქონდათ – და შემდეგ ყველაფერი ეს ისევ თქვენს ყურებშია.... თქვენ ეტიკეტირებული

ხართ. ეს არის შენში, რომელიც უღმობლად, კიბოს მსგავსად იზრდება, უფრო დარწმუნებული და ძლიერი, რადგან რამდენიმე ადამიანი, რომელთანაც მისი აღწერის მცდელობა გქონდა, ბოლომდე ვერ გაიგებს ან განცვიფრებისა და განკურნების პროცესისადმი შენი დამოკიდებულების მიუღებლობის მიღმა, თუნდაც არ დაინტერესდება ამით. მათი უხერხულობა შენი სირცხვილი ხდება. შენი განთავისუფლება იმ ჭოჭოხეთიდან, რომელშიც ასე გმირულად იცხოვრე, არ არის სიხარულისა და მილოცვების მიზეზი, არამედ სტიგმა, რომელსაც მთელი ცხოვრება თან ატარებ (გვ. 94–95).

აქ მიღებული საუბრობს სტიგმაზე, როგორც ერთგვარ „ეტიკეტირებაზე“, რომელსაც ფსიქიკური აშლილობის მქონენი ვერასდროს ჩამოირეცხავენ, რაც ეხმიანება გოფმანის (1963, გვ. 3) წარმოდგენას სტიგმის შესახებ, რომ ის „ღრმად დისკრედიტაციულია“ და აკნინებს პიროვნებას „მთლიანი და ჩვეულებრივი ადამიანიდან შებღალულ, დამცრობილ ინდივიდამდე“. მიღების სტიგმა, მართალია, ალბათ უხილავია, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ის მუდმივია მის „ინტიმურ წრეში“, მისივე ისტორიის ცოდნის გათვალისწინებით და იმ „უცნობთა“ შორისაც კი, ვისაც „სმენია“ ამ ისტორიის შესახებ. ალბათ, რაც უფრო მნიშვნელოვანია, როგორც მიღებული აღნიშნავს, „ის შენშია, შეუპოვრად იზრდება კიბოსავით“. საზოგადოებრივი ნორმებისადმი მისი რადიკალური სიმტკიცის მიუხედავად, ქვით მიღებმაც კი, მოახდინა სტიგმის ინტერნალიზება.

მას შემდეგ, რაც მან სტიგმის ინტერნალიზება მოახდინა და ჩართო იგი თავის იდენტობაში, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირმა შეიძლება იგრძნოს იძულება, რომ შეეცადოს გამოიყენოს ფსიქიკური აშლილობის შედარებითი უხილავობა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მან შეიძლება სცადოს სხვებში „გარევა“ როგორც „ნორმალურმა“. თუმცა ამ სიცრუემ შეიძლება საშინელი ტანჯვა გამოიწვიოს. უფრო მეტიც, თუ ეს ქცევა მისთვისაც არ არის დამაჯერებელი, მან შეიძლება შეიზიზღოს საკუთარი თავის ორივე ვერსია, რომელიც ცდილობს „სტანდარტის გავლას“, ასევე, „შემოიღოს“ თავი, რომლის უარყოფაც სურს. მარია ჰორნბახერი (2008, გვ. 162) ამ დილემის შესახებ თავის წიგნში, „სიგიჟე: ბიპოლარული ცხოვრება“, წერს:

ხანდახან უსიამოვნო შეგრძნება მეუფლება, რომ ყველას ვატყუებ. მეგობრების შეგრძნებას, წვეულებაზე, შოუზე, სასეირნოდ ... ვიხსენებ წარსულს. ეს ცოტა მანკრევს, მაოგნებს, თუ როგორ მოვედი იქიდან აქამდე. ამას ვგრძნობ ჩემი მუცლის ღრუში, მისით გამოწვეულ სირცხვილს, იმის განცდა, რომ რაღაცისგან თავის დაღწევას ვცდილობ და ვცხოვრობ ისეთი ცხოვრებით, რასაც არ ვიმსახურებ. ეს სხვისი ცხოვრებაა. მე შევიპარე მასში და მასში ჩავჭექი. ვიღებ სხვის საქონლინო ბეჭედს, ვიკავებ სხვის სახლს და ყველას უყვარს ქალი, რომლიდაც თავს ვაჩვენებ და არა მე. ვინ შემეყვარებდა? მძულს ის ადამიანი, ვინც ვიყავი. გულს

მირევს ის და მისი არეულობა და მისი სიგიჟე, მისი თვალისმომჭრელი თავშეუკავებლობა, მისი უნესრიგო საბაბი სიცოცხლისთვის. ის მონსტრი იყო. ის ავად იყო. უცებ მას ჩემში ვგრძნობ, როგორც ყელში ნაღველს. მე არ შემძლია მისი გაშვება. შელოცვა დაირღვევა და ის კვლავ ჩემს თავს დაიკავებს. მისი დავინწყება მინდა, მინდა ის მკვდარი იყოს.

სირცხვილის ეს ღრმა გრძნობა, ჰორნბახერს, ფაქტობრივად, ორად ჰყოფს: „მოჩვენებითი“ მარია და „ავადმყოფი“ მარია, რომლის „სიგიჟესაც“ მალავს. შედეგად, მას თან სდევს ხელშესახები შეგრძნება, რომ ის რეალობასაა აცდენილი. ეს არარეალურობა, თავის მხრივ, აუცილებლად აჩენს ბზარს ჰორნბახერსა და მის გარშემო მყოფებს შორის, რაც კიდევ უფრო აძლიერებს ფსიქიკური აშლილობის სოციალურად მაიზოლირებელ ეფექტებს. სხვა პასაჟში, ჰორნბახერი ვარაუდობს, რომ ავადმყოფობა ხშირად მაინც „თავისთავად გამომჟღავნდება“, მიუხედავად იმისა, რამდენად ცდილობს ადამიანი გამოძვრეს აქედან. სტიგმა გაცხადდება:

ტერორმა შემიპყრო. ნასვლა არ შემძლია. ვერ ნავალ ამ წვეულებამე. დამინახვენ და დამცინებენ. ჩემი პომადა მრუდება. არც ჩემი კაბაა შესაფერისი. კარგად არ ვარ და მათ ეს იციან. ისინი ამას დაინახვენ (გვ. 111–112).

ამ პასაჟში, ჰორნბახერი, ფაქტობრივად, კარადაში იკეტება. ალუზია ნათელია: მას სურს, როგორც ფსიქიკური აშლილობის მქონემ, სოციალური სტიგმის შიშით, დამალოს თავისი მარგინალიზებული სტატუსი, მაგრამ შეძრწუნებულია იმ აზრით, რომ ის უხილავი ვერ დარჩება. ისევ და ისევ, საკუთარ თავსა და საზოგადოებას შორის ურთიერთმიმართება, ფაქტობრივად, ქმნის ორ პიროვნებას: „ავადმყოფი“ და ის, ვინც აკვირდება ან განსჯის „ავადმყოფს“. ეს მეორე მონმე კავდება სხვების, ან მეადის სიტყვებით, „განზოგადებული სხვის“, თავად საზოგადოების ხედვით.

უილიამ სტაირონი (1990) მე-ს ამ ორმაგობაზე ქრონიკული დეპრესიის შესახებ თავის მემუარებში, „ხილული სიბნელე: შეურაცხადობის მემუარები“, წერს:

ფენომენი, რომელიც ღრმა დეპრესიაში ყოფნისას არაერთმა ადამიანმა აღწერა, არის იმის გრძნობა, რომ მას თან ახლდა მეორე მე – აჩრდილის მსგავსი დამკვირვებელი, რომელიც არ იზიარებს თავისი ორეულის დემენციას, შეუძლია გულგრილი ინტერესით დაათვალიეროს მომავალი კატასტროფა, როგორც მისმა თანმხლებმა პირმა, ან გადანწყვეტს მიიღოს იგი. ამ ყველაფერში არის თეატრალური ხასიათი და მომდევნო რამდენიმე დღის განმავლობაში, როდესაც ფლეგმატურად ვემზადებოდი გადაშენებისათვის, არ შემეძლო მელოდრამის განცდის მოშორება – მელოდრამა, რომელშიც მე, საკუთარი მკვლელობის მომავალი მსხვერპლი – ვიყავი მარტოხელა მსახიობიც და აუდიტორიის ერთადერთი წევრიც (გვ. 64–65).

შესაძლოა, სტირონის „მეორე მე“ იყო ის, რამაც მას თვითმკვლელობაში საბოლოოდ ხელი შეუშალა. მოულოდნელად სიხარულითა და ცხოვრების მოგონებებით სავსემ, თქვა: „ეს ყველაფერი იმაზე მეტი იყო, ვიდრე ოდესმე შემეძლო მიმეტოვებინა.... მე არ შემეძლო [თვითმკვლელობა] ამ მოგონებების და იმ ადამიანების ფონზე, რომლებიც ჩემთვის ასე ახლობელნი არიან და რომლებთანაც ეს მოგონებებია დაკავშირებული“ (გვ. 67). სხვისი პერსპექტივის გათვალისწინებით, შეიძლება ითქვას, რომ მეორე მე-ს სამუშაო ალბათ ის არის, რომ საბოლოოდ შეინარჩუნოს მისი პირველი მე.

და ბოლოს, მემუარში – „დაფარული შრეები: სიცოცხლე ზედაპირის ქვეშ“, რომელიც მძიმე დეპრესიის მისეულ გამოცდილებას ასახავს, მართა მენინგი (1994) ასევე წერს ორ მე-ზე. მის შემთხვევაში, მენინგი ცდილობს შეათანხმოს თავისი წარსული, ავადმყოფობის წინ მყოფი მე მომავალ, ავადმყოფობის შემდგომ მე-სთან.

ერთი წლის წინ, დღეს მე ... გამოვედი საავადმყოფოდან. მე ამ წელს დიდწილად ვებრძოდი დეპრესიის, საავადმყოფოს, ელექტროკონვულსიური თერაპიის (ECT) სირცხვილს. მე მათ ვხედავ, როგორც დანებების კონკრეტულ ნიშნებს, დაიშალოთ, მიიღოთ „F“ ცხოვრებაში. ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ჰოსპიტალიზაცია იყო ... სხვა სახელმწიფოში გადასვლის მსგავსი. მე ძველ ადგილას დავკარგე მოქალაქეობა, მაგრამ არც ახალში ვარ ბოლომდე დასახლებული...

ჩემი კრიტერიუმი განკურნებისათვის ის იყო, რომ შემეძლო გამეგრძელებინა იქ, სადაც დავტოვე, როგორც რომანში შუა ფურცლებზე.... მე ჯერ კიდევ არ დავბრუნებულვარ იმ გვერდზე. ქეი და ლუ [ქალიშვილი და ქმარი] თავიანთი ფაქიზი ხერხებით, ცდილობენ მითხრან, შევწყვიტო ლოდინი. მე ვფიქრობ, რომ ცდილობენ მითხრან, რომ არასოდეს დავბრუნდები იმ გვერდზე. რომ ახლა სრულიად ახალ წიგნში ვარ, რომლის უმეტესი ნაწილიც დაუნერეღია (გვ. 185–186).

მენინგის სიტყვებში ის აზრი დევს, რომ გაურკვევლობაშია – ის აღარ არის, ვინც იყო, მაგრამ ჯერ არ არის დარწმუნებული, თუ ვინ გახდება. ეს ლიმინალობა არასასიამოვნოა, მაგრამ ორ ადგილას „ერთმანეთის მიყოლებით და ერთმანეთის შუაგულში ყოფნის“ შფოთვა შეიძლება იყოს კატალიზატორი, რომელიც ხელს უწყობს ახალ იდენტობაზე გადასვლას.

ამ ნაწილში ფსიქიკური აშლილობის მქონეთა სუბიექტურ გამოცდილებებს მათივე სიტყვებით გადმოვცემთ, რათა განვსაზღვროთ, თუ როგორ იმოქმედა სტიგმამ მათი იდენტობის განცდაზე. ჩვენი მაგალითები, მიუხედავად მათი მცირე რაოდენობისა, ცხადყოფს, რომ მოგონებები ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების სუბიექტური გამოცდილების შესახებ, მონაცემთა მდიდარ წყაროს შეიცავს. ისინი

გვთავაზობენ ღირებულ შესაძლებლობას, პირდაპირ მოვუსმინოთ ტანჯული ადამიანების ხმებს. თუმცა, მემუარები, განმარტების მიხედვითაც, ერთი ადამიანის პერსპექტივიდანაა დანერგილი. ამრიგად, მეცნიერული თვალსაზრისით, მემუარები მეთოდოლოგიურად პრობლემურია, ვინაიდან ერთდროულად ერთზე მეტი ხმა არ არიან. ამის საპირისპიროდ, სოციოლოგები, სტრატეგიულად შერჩეულ მოსახლეობაში მონაცემების სისტემატურად შეგროვებით, მემუარებში არარსებულ მეთოდოლოგიურ სიზუსტეს აღწევენ. ამრიგად, მათ შეუძლიათ განასხვავონ უფრო ფართო ტენდენციები, რომლებიც ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება შესამჩნევი არ იყოს. მომდევნო ნაწილში ვაჩვენებთ, თუ კონცეპტუალურად როგორ ვრცელდება სოციოლოგიური კვლევები მემუარებში მოთხრობილ ინდივიდუალურ ისტორიებზე. კერძოდ, ვაჩვენებთ, თუ როგორ ეხმარება ფსიქიკური აშლილობების ხარისხობრივი კვლევა მრავალ გამოცდილებას, რათა გამოავლინოს კანონზომიერებები იმ მიმართულებებით, თუ როგორ წარმოიქმნება „ავადმყოფობის კარიერა“ და იდენტობა დროთა განმავლობაში.

არასასურველი კარიერა

სოციალურ მეცნიერებს, რომლებიც ფსიქიკური აშლილობის სუბიექტურ გამოცდილებას სისტემატურად ეკიდებოდნენ, დოკუმენტირებული ჰქონდათ ისტორიები ჰოსპიტალიზაციის (Goffman, 1961), უსახლკარობის (Snow & Anderson, 1993), ფსიქიკურ აშლილობებთან დაკავშირებული სტიგმის (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004; Goffman, 1963; Moses, 2010; Wahl, 1999; Wright, Wright, Perry, & Foote-Ardah, 2007), the use of psychotropic medications, (Smardon, 2008), life in half-way houses (Winerip, 1994), პირად გამოცდილებაზე გენდერის გავლენის (Jack, 1991; Schreiber, 1996, 2001), სამუშაო სივრცეში აშლილობის გამჟღავნების მართვისა (Owens, 2009) და აღდგენის მნიშვნელობის (Borg & Davidson, 2008; Howard, 2006) შესახებ. ეს ერთი შეხედვით მრავალფეროვანი კვლევები აუცილებლად პირდაპირ თუ ნაგულისხმევად მეტყველებს ფსიქიკური აშლილობის მქონედ ცნობილთა ცვალებად იდენტობაზე. ამ ნაწილში, შესაბამისად, გვსურს, უფრო სიღრმისეულად განვსაზღვროთ ის გზა, სადაც აშლილობა და იდენტობა იკვეთება. ამისათვის ავირჩიეთ, შემოგთავაზოთ დავით კარპის თვისებრივი კვლევის მოკლე მიმოხილვა, რომელიც ორ ათწლეულზე მეტი ხნის წინ დასრულდა. ვინაიდან, იმ ფონზე, რომ ამ მიმოხილვის ერთ-ერთმა ავტორმა, კარპმა თავისი პირადი და კვლევითი ისტორიის ნაწილების მოყოლა არჩია – ამბავი იმის შესახებ, თუ როგორ მიმდინარეობს დეპრესიული იდენტობების პროგნოზირებადი აღმოცენება და განვითარება, როგორც ზოგადი „ფსიქიკური დაავადების კარიერის“ ნაწილისა – ის ახლა პირდაპირ უნდა ესაუბროს მკითხველს.

30 წლის ასაკში დეპრესიის დიაგნოზის დასმიდან მოყოლებული, 30 წელზე მეტია ვუმკლავდები ემოციური აშლილობების მნიშვნელობასა და შედეგებს. ვინაიდან მტკიცედ მნამს C. Wright Mills-ის (1959) მტკიცების, რომ სოციალურმა მეცნიერებმა უნდა „გადააქციონ კერძო პრობლემები საზოგადოებრივ საკითხებად“, 1980-იანი წლების ბოლოს დეპრესიის შესახებ წიგნის წერის შესაძლებლობის შესწავლას შევუდექი. როგორც ზემოთ იყო ნახსენები ამ მიმოხილვაში, სწრაფადვე შევიტყვე, რომ თითქმის ყველა არსებული კვლევა გამოკითხვის მეთოდით ჩატარებული გამოკვლევა იყო, რომელიც დეპრესიის გავრცელებას ცვლადების უზარმაზარ მასივთან აკავშირებდა. ამ მხრივ, დეპრესიის შესახებ ჩემი პირველი წიგნის – „მწუხარებაზე საუბარი“ – ამოსავალი წერტილი დეპრესიის მქონეთა შეუსმენელი ხმებისათვის ფორუმის შექმნა იყო. ასევე ვიმედოვნებდი, რომ სხვისი მოთხრობების მოსმენისას ჩემი ცხოვრებისეული სირთულეები, შესაძლოა, უფრო გასაგები გამხდარიყო.

სოციოლოგები საკუთარ ცხოვრებისეულ გამოცდილებას სულ უფრო და უფრო იყენებენ უფრო დიდი სოციალური პროცესების აღსაწერად. სოციოლოგიური პრაქტიკის მთელი სფერო, „ავტოეთნოგრაფია“, ამტკიცებს, რომ მეცნიერების მიერ საკუთარი სოციოლოგიურად ინფორმირებული ავტობიოგრაფიული ნარატივების გაზიარება, დისციპლინაზე კრიტიკული შეხედულებების ჩამოყალიბებისთვის ხელის შესაწყობად, სასარგებლოა (იხ. მაგ., Bochner & Ellis, 2002). პოსტმოდერნული მგრძნობელობის შესაბამისად, გადავწყვიტე, „მწუხარებაზე საუბრის“ დასაწყისში ჩემი ისტორიის ნაწილები მომეყოლა. მეჩვენებოდა, რომ ეს კვლევისადმი ყველაზე ჭეშმარიტი მიდგომის გზა იყო. „როდესაც სხვებს განვიხილავთ“, ბოლოს და ბოლოს, „ყოველთვის საკუთარ თავზე ვსაუბრობთ“ (Krieger, 1991, გვ. 4). იმისათვის, რათა მკითხველს გულწრფელი განცდა გასჩენოდა ნებისმიერ წინასწარგანწყობაზე, რამაც შეიძლება გავლენა იქონია წიგნის ძირითად ნაწილში ინტერვიუების ინტერპრეტაციებზე, სამართლიანი იყო, რომ საკუთარი გამოცდილება აღმეწერა. 1996 წელს გამოქვეყნებული „მწუხარებაზე საუბარი“ ასე იწყება:

თითქმის 20 წელია ვებრძვი დეპრესიას. ვფიქრობ, რომ ბავშვობაში ჩემი ცხოვრებისეული გამოცდილება იმავე დოზით ხასიათდებოდა შფოთვით, როგორც სიხარულითა და სიამოვნებით. როდესაც ვიხსენებ ამას, ბევრი რამ მიაწინებდა იმაზე, რომ ეს ყველაფერი სწორი არ იყო. ადრეული წლებიდან ბევრი რამის გახსენება მიჭირს, მაგრამ სკოლასა და კოლეჯში სწავლის მთელ პერიოდში ვგრძნობდი საკუთარ თავში დაურწმუნებლობას, მეშინოდა, რომ ვერ მივადნე-ვდი იმას, რასაც ჩემგან მოელოდნენ და მქონდა უამრავი უძილო ღამე.... მთელი იმ წლების განმავლობაში, არ მქონია რეალური ათვლის წერტილი ჩემი გრძნობების „ნორმალურობის“ შესაფასებლად ... მიუხედავად იმისა, რომ ემოციურად გარეკილი მქონდა, ალბათ მუდმივი დაბალი ხარისხის ცხელების მსგავსად, სკოლაში საკმარისად წარმატებული ვიყავი საიმისოდ, რომ მევარაუდა, რომ ამ

ყველაფრის მიღმა ყველაფერი კარგად იყო. მხოლოდ ადრეული ოცდაათიანი წლების შესრულების შემდგომ გავხდი იძულებული დამესკვნა, რომ ჩემთან რაღაც „მართლა ცუდად იყო“.

ადამიანებს, რომლებიც დეპრესიით ცხოვრობენ, ხშირად, შეუძლიათ ნათლად ახსოვდეთ სიტუაციები, რამაც გამოიწვია მათში ახალი ცნობიერების გაჩენა, როგორც პრობლემური ადამიანისა. ჩემთვის ერთ-ერთი ასეთი შემთხვევა იყო 1974 წელს სოციოლოგთა პროფესიული შეხვედრა მონრეალში ... კვირის განმავლობაში პრაქტიკულად არ მძინებია. მართალია, უცნაურ ქალაქში და ნათხოვარ ბინაში ვცხოვრობდი, მაგრამ საკმაოდ ბევრი მიმოგზაურია და ადრე ამ სირთულის ძილის პრობლემები არასოდეს მქონია. შემდეგ, ვიფიქრე, „შესაძლოა, ფიზიკურად ავად ვარ. ეს გრიპი უნდა იყოს.“ მაგრამ ისევ და ისევ, ის არ ჰგავდა გრიპს, რომელიც კი ოდესმე მქონია. არც დაღლილი ვიყავი და არც დასუსტებული. ყოველ უძილო ღამეს ჩემი თავი სავსე იყო შემანუხებელი ფიქრებით და დღის განმავლობაში განვიცდიდი აუტანელ მწუხარებას, თითქოს ჩემი ახლობელი გარდაიცვალა. აღგზნებული ვიყავი და ვგრძნობდი სევდას, რომელიც თვისობრივად განსხვავდებოდა ყველაფრისგან, რაც კი წარსულში განმეცადა... ეს მართლაც სავალალო კვირა იყო და დასაწყისი იმისა, რაც ახლა ვიცი, რომ დეპრესიის გახანგრძლივებული ეპიზოდი იყო. ეს ასევე იყო ხანგრძლივი პილიგრიმობის დასაწყისი იმის გასარკვევად, თუ რა მჭირდა, რა უნდა დამერქმია მისთვის, რა უნდა გამეკეთებინა და როგორ უნდა მეცხოვრა მასთან ერთად. ეს იყო დამაბნეველი, იმედგამაცრუებელი, ხშირად, ღრმად მტკივნეული მოგზაურობა (გვ. 3-4).

ჩემი ავადმყოფობის გზაზე მიმდინარე რეფლექსიამ გამახსენა, რამდენად დამაბნეველი და გაუმჭვირვალე იყო დეპრესიის ჩემული თავგადასავალი იმ მომენტში. წლები გავიდა, ვიდრე შევძლებდი, სიტყვა „დეპრესია“ ჩემი გრძნობებისათვის დამემატებინა. ადამიანები, როგორც წესი, არ ილვიძებენ ერთ დილას და არ ეუბნებიან საკუთარ თავს: „მე ვარ ადამიანი დაავადებული დაავადებით, რომელსაც დეპრესია ჰქვია. ამიტომ, ჭობია ფსიქო-ფარმაცოლოგთან მივიდე, რომელიც მომცემს ანტი-დეპრესანტს, რათა გამოვასწორო სეროტონინის დისბალანსი ჩემს ტვინში“. როგორც საბოლოოდ ჩემი ინტერვიუებით დადასტურდა, ხშირად დეპრესია მრავალი წლის განმავლობაში რჩება უსახელო ტკივილად.

სწავლის დასასრულს, ათობით ასეთი კომენტარი მოვისმინე: „საშუალო სკოლის მეორე კურსის განმავლობაში, როდესაც ვიღვიძებდი დეპრესიაში და მივათრევდი თავს სკოლაში.... არ ვიცოდი ეს რა იყო. უბრალოდ, ვიცოდი, რომ საშინელი დრო მქონდა საწოლიდან წამოდგომისას და... იცი, მიჭირდა სკოლაში მისვლა.... უბრალოდ, ისეთი შეგრძნება მქონდა, რომ რაღაც ისე არ იყო“. სხვა ადამიანმა თქვა: „...ნამდვილად არ შემიძლია ზუსტად განვსაზღვრო ის მომენტი [როდესაც გაც-

ნობიერებული მქონდა, რომ დეპრესიაში ვიყავი].... ეს იყო რაღაც გრძნობა, რასთან ერთადაც ვცხოვრობდი ან უნდა მეცხოვრა...” რაც უფრო მეტს ვფიქრობდი ფსიქიკური აშლილობების სოციალურ განზომილებებზე და ვუსმენდი მსგავს კომენტარებს, მით უფრო ვრწმუნდებოდი იმაში, რომ ამ საკითხის მიმართ ჩემი პირადი ინტერესის გარდა, ეს თემა საშუალებას მომცემდა შუქი მომეფინა მნიშვნელოვანი კითხვისთვის, – „როგორ წარმოიქმნება და შემდეგ როგორ ვითარდება ავადმყოფობის იდენტობა?“

რასაკვირველია, „მწუხარებაზე საუბრის“ ყველა თავი მე-სა და საზოგადოების ურთიერთმიმართებას ეხება, რითაც აჩვენებს, რომ დეპრესიის სრულად შეცნობა ისევეა დამოკიდებული კულტურულ ქიმიზე, როგორც ტვინის ქიმიზე. დეპრესიის პარადოქსი ის არის, რომ დაზარალებულებს მაშინაც კი სურთ სოციალური კავშირი, როდესაც სხვებს ტოვებენ. დეპრესია იზოლაციის დაავადებაა. როდესაც გრძნობენ მარტო ყოფნის სურვილს, და ურთიერთობებიც სულ უფრო რთულდება, ინდივიდები უკან იხევენ სოციალური ცხოვრებიდან. ასეთი არჩევანი, მართალია, მოკლევადიან სარგებელს იძლევა, მაგრამ საბოლოოდ გამოთიშვა მხოლოდ აძლიერებს დეპრესიის ტკივილს. აქ კვლავ იყო შთამბეჭდავი კანონზომიერება ჩემ მიერ მოსმენილ ისტორიებში. კურსდამთავრებულმა ქალმა განმარტა დინამიკა: „ეს არის ნამდვილი შეკრული წრე, ე.წ. „catch-22“, რადგან თავს ცუდად გრძნობ და ფიქრობ, რომ თუ მეგობრებს ნახავ, მათზეც ცუდად იმოქმედებ.... ამრიგად, უბრალოდ, გინდათ მარტო დარჩეთ, მაგრამ თუ საკუთარ თავთან მარტო დარჩებით, ეს მხოლოდ უარესი და უარესი იქნება“. „ამრიგად, როდესაც ადამიანებთან ურთიერთობის ტკივილი გამოთიშვასა და იზოლაციას იწვევს, საკუთარი მე კარგავს თავის სოციალურ საფუძველს, იწყებს გახრწნას და ამ პროცესში სოციალური სამყარო კიდევ უფრო უცხოვდება. ეს არის დეპრესიის მანკიერი უკუკავშირის მარყუჟი – უიმედობის დაღმავალი სპირალი, გამოთიშვა, საკუთარ თავთან გაუცხოება, უიმედობის კიდევ უფრო მძლავრი განცდები, გამოთიშულობის კიდევ უფრო დიდი იმპულსი და ასე შემდეგ – რასაც მისი ყველაზე ნეგატიური ფორმით ვხედავთ, მე-სა და საზოგადოების ურთიერთმიმართება“ (გვ. 27–28).

წიგნისთვის ჩატარებულ ადრეულ ინტერვიუებში ტენდენციების დანახვისას, დავინწყე ფოკუსირება იმ აზრზე, რომ ჩემი რესპონდენტები გამორჩეულ ავადმყოფობის „კარიერას“ მიჰყვებოდნენ. კარიერის კონცეფციაზე ჩემი აქცენტი აშკარად განპირობებული იყო ისეთი სოციოლოგების გავლენით, როგორებიც არიან ევერეტ შიუზი (1958) და ჰოვარდ ბეკერი (1963), რომლებმაც კარიერის ცნება გამოიყენეს ისეთ მრავალფეროვან ჯგუფებში, როგორიცაა სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტები და მარიხუანის მომხმარებლები. „კარიერას“ ჩვენ უმეტესად პროფესიონალებს ვუკავშირებთ – ექიმებს, იურისტებს და მასწავლებლებს, მაგრამ სოციოლოგიური თვალსაზრისი პატიმრებს, შეყვარებულებს, კრიმინალებსა და პაციენტებსაც კარიერულ

გზებზე მყოფებად აღიქვამს. მე ვამტკიცებ, რომ ადამიანის „დეპრესიული კარიერა“ უბიძგებს ახალი იდენტობების ჩამოყალიბებას, რომლებიც მსგავსია იმ ახალი იდენტობებისა, რომლებიც უფრო „სტანდარტული“ კარიერული ბილიკების თითოეულ ეტაპზე წარმოიქმნება. საკუთარ ანალიზს დაავადებათა კარიერისა და იდენტობის კვებაზე მოქმედად ვხედავ. შემდეგი სახის კომენტარებმა ეს არჩევანი განამტკიცა:

იცით, მე ფსიქიკური პაციენტი ვიყავი. ეს იყო ჩემი იდენტობა ... დეპრესია ძალიან პირადია. შემდეგ უცებ ხდება საჭარო და მე ვხდები ფსიქიკური პაციენტი.... ეს აღარ არის მხოლოდ ჩემი ტკივილი. მე ფსიქიკური პაციენტი ვარ. მე ვარ დეპრესიული. მე ვარ დეპრესიული (თქვა ნელა და ინტენსივობით). ეს არის ჩემი ვინაობა. ჩემს თავს მისგან ვერ განვასხვავებ. გაცნობისას, ადამიანები ასევე იგებენ ჩემი ფსიქიატრიული ისტორიის შესახებ, რადგან ეს მე ვარ.

დამატებითი მონაცემების შეგროვებისას კიდევ ერთხელ დავრწმუნდი, რომ დეპრესიაში მყოფი ადამიანები, როგორც წესი, „იდენტობის შემობრუნების წერტილებს“ პროგნოზირებადი თანმიმდევრობით გადიან (სტრაუსი, 1992). შესაბამისად, წიგნის მე-3 თავში, სახელწოდებით, „აშლილობა და იდენტობა“, ყურადღება იმაზე გავამახვილე, თუ როგორ უყურებდნენ ჩემი რესპონდენტები თავიანთ პრობლემებს დროთა განმავლობაში. ჩემი მთავარი არგუმენტი ის იყო, რომ პირები თავდაპირველად აღწერენ ჩამოუყალიბებელი გრძნობების პერიოდს – მათ არ აქვთ შესაბამისი ლექსიკა საიმისოდ, რომ იმას, რასაც განიცდიან, „დეპრესია“ დაარქვან. შემდეგ უხალისოდ ასკვნიან, რომ რაღაც ნამდვილად სჭირთ. საბოლოო ჯამში, კრიზისი ადამიანს თერაპიული ექსპერტების სამყაროში გადაიხრის. დაბოლოს, თითქმის ყველა ინტერვიუერს უწევს თავის ახალ ავადმყოფობასთან გამკლავება. თითქმის ყოველთვის, ეს ბოლო ეტაპი დამოკიდებული იყო მათი ტანჯვის ბიოსამედიცინო ახსნის მიღებაზე. საერთო ჯამში, ინდივიდები პროგნოზირებადი მომენტებით პროგრესირებენ კარიერის გზაზე, რომელთაგან თითოეული საკუთარი თავისა და ავადმყოფობის დრამატულ გადამუშავებას მოითხოვს.

იმ პროცესებისადმი ყურადღების მიქცევა, რომლის მეშვეობითაც ადამიანები საბოლოოდ ამბობენ საკუთარ თავზე, – „მე მტანჯავს დაავადება, რომელსაც დეპრესია ჰქვია“, ან, კიდევ უფრო მძლავრად, – „მე ვარ დეპრესიული“, ფსიქიკური აშლილობის მზარდი იდენტობის ყველაზე ფუნდამენტურ მახასიათებლებს აღწერს. მომდევნო თავში, ფსიქიკური აშლილობების კარიერის პარალელური ასპექტის შესასწავლად, კვლავ პაციენტთა ისტორიებს ვეყრდნობი. მოთხრობებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებების მიუხედავად, არსებობს პროგნოზირებადი ტენდენცია იმისა, რომ ჩემი რესპონდენტების უმეტესობა ახლად შეძენილი ფსიქიკური აშლილობის სტატუსს უმკლავდება და ადაპტირდება მასთან. თავში, სახელწოდებით, „გამკლავება და ადაპტირება“, ყურადღება გადამაქვს ქმედებაზე, თუ რას აკეთებენ ადამიანები ტკივილთან დაკავშირებით, რომელსაც საბოლოოდ კლინიკურ დეპრესიას უწოდებენ.

დეპრესიის საწყის სტადიაზე ინდივიდები ხშირად მონანილობენ ქცევებში (ალკოჰოლის მიღება, ვარჯიში, წვეულება), რაც მათ თავიანთი ტანჯვისგან გადაატანინებენ ყურადღებას. თუმცა მალე განცდილი ტკივილის ნორმალურობის მტკიცება შეუძლებელი ხდება. ამის აღიარების შემდეგ, ისინი პრობლემის „გამოსწორებას“ ცდილობენ. მათი მწუხარების წარმოშობის ახალმა ინტერპრეტაციებმა, შესაძლოა, ცხოვრების სხვადასხვა სახის ცვლილება გამოიწვიოს. დროთა განმავლობაში, პრობლემის გადაწყვეტის იმედით, თერაპიული ექსპერტების მოძიებას იწყებენ. ხშირად, როდესაც მკურნალები ვერ ახერხებენ დეპრესიის დაძლევას, ადამიანები ასკვნიან, რომ დეპრესიასთან ბრძოლა, შესაძლოა, უსასრულოდ გაგრძელდეს. შესაბამისად, მათი აქცენტი, როგორც წესი, დეპრესიის აღმოფხვრის მცდელობიდან მასთან ერთად ცხოვრების სწავლაზე ინაცვლებს. საბოლოოდ, ბევრი ინდივიდი, გარდაქმნის სულიერი ენის სასარგებლოდ, განკურნების სამედიცინო ენას უარყოფს. ალბათ გასაკვირი არ არის, რომ ფსიქიკური აშლილობის წმინდა სამედიცინო მოდელის რწმენის დაკარგვის ფონზე, როდესაც პაციენტები ეყრდნობიან საკუთარ გამოცდილებას, იმედგაცრუება ხშირად განაპირობებს მათ მიერ ექიმების შეფასებებს.

ასობით ინტერვიუს დასრულების შემდეგ და წლების განმავლობაში დამხმარე ჯგუფებში მონაწილე ადამიანების მოსმენისას (Karp, 1992), რომლებიც თავიანთი ფსიქიკური აშლილობების შესახებ მსჯელობდნენ, ვიცი, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკოსებთან ურთიერთობა იწვევს მრავალფეროვან და ძლიერ ემოციებს – იმედს, აღტაცებას, დაბნეულობას, რისხვას, სიყვარულს, სიძულვილს და სასოწარკვეთას, სხვა გრძნობათა შორის. ეს ადამიანები აღწერენ მკურნალობის ისტორიების ერთობლიობას. ზოგჯერ მათი ისტორიების მიყოლა ძნელია უბრალოდ მათთან მომუშავე თერაპევტების დიდი რაოდენობის გამო. სხვები საკუთარ თავს განიხილავენ ფსიქიატრიულ სფეროში გადარჩენილებად, რომლებიც გადაურჩნენ, მათი აზრით, სიცოცხლისათვის საშიში მედიკამენტებით მკურნალობას. მიუხედავად ამისა, თერაპიული ურთიერთობების სხვა ისტორიები, ფაქტობრივად, „სასიყვარულო ისტორიებია“. განვიხილოთ მცირედი მაგალითები იმ გრძნობების დიაპაზონიდან, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკოსების მისამართით მომისმენია:

ეს ბიჭი, უბრალოდ, ქედმაღალი იყო, მედიდური, ამპარტავანი, შეშლილი.... ისეთი შეგრძნება მქონდა, რომ ზემოდან მიყურებდა, როგორც ნახევრად ბოსტნეულს და აბსოლუტურად არაფერ კარგს არ მიკეთებდა. რეზიდენტი იყო და რა იცოდა? ეს იყო ის განცდა, რაც მე მქონდა... მაღალი, წითელთავიანი ბიჭი იყო ულვაშებით და ამპარტავანი მანერით, რადგან იყო დიდებული რეზიდენტი კორნელიდან, ხომ ხვდებით, და [ის ფიქრობდა] მე არაფერი არ ვიცოდი. და არც მან. ძალიან გაბრაზებული ვიყავი ამ ბიჭზე, რადგან მას არ შესწევდა უნარი, დამხმარებოდა.... ასე რომ, ცოტა ხნით უნდა შევგუებოდი ამას [კაცი ადმინისტრატორი, 54 წლის].

ვინმე უნდა მენახა იმისათვის, რათა წამლები მიმეღო. ასე რომ, როდესაც მის სანახავად მიწვედა წასვლა, საკუთარ თავს ვეუბნებოდი: „კარგი, უნდა წავიდე მის სანახავად, მაგრამ ეს მხოლოდ იმიტომ, რომ წამალი მჭირდება, და არა რაიმე სხვა მიზეზის გამო“. ... არ მომწონდა მისი სტილი. უბრალოდ, ვიგრძენი, რომ ამპარტავანი იყო. მისი პოპულარობის მიზეზი ის იყო, რომ მუშაობდა უამრავ მოზარდთან, რომლებიც სხვადასხვა რამეს განიცდიდნენ და ასე რომ, მას რეალურად ესმოდა მათი. მაგრამ ჩემი არ ესმოდა, საერთოდ არ ესმოდა და ფიქრობდა, რომ ესმოდა. და ეს ჩემთვის ერთ-ერთი ყველაზე მეტად შემანუხებელია, როდესაც ხალხი ფიქრობს, რომ მიცნობენ და ფიქრობენ, რომ იციან რა ხდება, და უბრალოდ არ ესმით [ქალი კოლეჯის მეორე კურსის სტუდენტი, 19 წლის].

ფსიქიატრებსა და პაციენტებს შორის უთანხმოება ყველაზე მეტად ამ უკანასკნელის ხშირად გახმაურებული იმედგაცრუებით არის გამწვავებული, რომ ექიმები მათი ისტორიებით არ არიან დაინტერესებულნი. ამ მიმოხილვის განმავლობაში ჩვენი დისკუსიის საფუძველზე, გასაკვირი არ არის, რომ ადამიანები, რომლებთანაც წლების განმავლობაში ვსაუბრობდი, ყველაზე მეტად აფასებენ იმ ექიმებს, რომლებსაც ეტყობათ, რომ წამდვილად ადარდებთ ისინი.

[მე მიყვარდა] მისი ნაზი მანერიზმი, მისი ხმა.... როდესაც დავინწყე მისი ნახვა, სახლში მირეკავდა, რომ ენახა როგორ ვიყავი. როდესაც მე თვითონ ვურეკავდი – არ აქვს მნიშვნელობა, სად იყო – ათ წუთში თავად მიკავშირდებოდა. ვფიქრობდი, რომ წამდვილად ზრუნავდა ჩემზე და სურდა, უკეთ ვყოფილიყავი. მან მაგრძნობინა, რომ მედიკამენტების მიღება [რაც მან დანიშნა] სწორი საქციელი იყო (ქალი ადმინისტრატორი, 50 წლის).

როგორც ზემოთ მოყვანილი სიტყვები მიანიშნებს, მედიკამენტების მიღება აშკარად აშლილობის კარიერის კიდევ ერთი ფუნდამენტური მახასიათებელია. საკმაოდ დიდი ხნის წინ, პიტერ კონრადმა (1985) აღწერა, პაციენტის მიერ ექიმების დანიშნული მედიკამენტური რეჟიმების შეუსრულებლობის სტანდარტული განმარტებები როგორ უკეთებდა სრულ იგნორირებას მედიკამენტებთან დაკავშირებულ მნიშვნელობებს. სამედიცინო ახსნა დიდწილად მიიჩნევდა, რომ ეს დაუმორჩილებლობა, უბრალოდ, ექიმებსა და პაციენტებს შორის ცუდი კომუნიკაციის შედეგი იყო. ისევ აქ, მედიცინამ წარმოადგინა საკვირველი კონცეპტუალური სიბეცე აბების მიღების შედეგად იდენტობაზე გავლენის შემცირებით. რამდენიმე ისტორიის მოსმენის შემდეგ, საკუთარ გამოცდილებასთან ერთად, აშკარა იყო, რომ ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღების გადანყვეტილება და მათზე მოჭიდება, პერსონალური ავთენტურობის შესახებ ფუნდამენტურ კითხვებს წარმოშობს. მიუხედავად იმისა, რომ „მწუხარებაზე საუბრის“ ერთ თავში აღწერილია აბების მიღების შედეგები იდენტობაზე, ეს

საკითხი იმდენად მნიშვნელოვანი ჩანდა, რომ ექსკლუზიურად ამ თემას სხვა წიგნი მიუძღვნენ.

„ეს მე ვარ თუ ჩემი მედიკამენტები?“ (Karp, 2006) მარტივი დაკვირვებით იწყება. ეს ის არის, რომ ნებისმიერი მედიკამენტის მიღების გადანყვეტილება გავლენას ახდენს იმაზე, თუ როგორ ვხედავთ საკუთარ თავს. იქნება ეს ასპირინი, ვიტამინის აბი თუ ანტიდეპრესანტი, ის გავლენას იქონიებს საკუთარი თავის აღქმაზე. მართლაც, ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღების გადანყვეტილება განსაკუთრებით რთულ ინტერპრეტაციულ სამუშაოს მოითხოვს. სხვა სამკურნალო საშუალებებისგან განსხვავებით, ფსიქიატრიულ აბებს მიზნად აქვთ ადამიანების განწყობის, ემოციების, გრძნობებისა და შემეცნების ტრანსფორმაცია. შესაბამისად, ეს მედიკამენტები წარმოშობს გამორჩეულ კითხვებს ჩვენი ცნობიერების შესახებ, კითხვებს ჩვენი ადამიანურობის ბუნების შესახებ. ფაქტობრივად, მას შემდეგ, რაც 1986 წელს პროზაკი გამოჩნდა ბაზარზე, პიტერ კრამერმა (1993) პიროვნული ტრანსფორმაციის სასწაულებრივი ისტორიები აღწერა. პროზაკის ძალის მგზნებარე ენთუზიაზმით სავსე აღწერილობაში, მან იწინასწარმეტყველა, რომ ახალი „კოსმეტიკური ფარმაცოლოგია“ საბოლოოდ მოგვცემს საშუალებას ავირჩიოთ ჩვენი პიროვნულობა, როგორც ტანსაცმელს ვირჩევთ მაღაზიის თაროდან.

მაშინ, როცა „ეს მე ვარ თუ მედიკამენტები“-სთვის ჩატარებული ზოგიერთი ინტერვიუ ამჟღავნებს თითქმის რელიგიურ ერთგულებას წამლებისადმი, რომლებმაც „გადაარჩინეს სიცოცხლე“, აბებთან დაკავშირებული ისტორიები, რომლებიც მე მოვისმინე, პირველ რიგში იდენტობის დარღვევებს ეხებოდა. ისევ და ისევ, რესპონდენტები თანხმდებოდნენ, რომ ფსიქიატრიული მედიკამენტების მიღების გადანყვეტილება შემადრწუნებელი იყო, ნაწილობრივ იმიტომ, რომ იგი გულისხმობდა იდენტობის საზღვრის გადალახვას მხოლოდ პრობლემური მდგომარეობიდან ფსიქიატრიულ პაციენტობამდე. ბევრმა გამოხატა იმ ქალის მსგავსი სენტიმენტები, რომელმაც მითხრა: „მე მიჭირს მედიკამენტების მიღება... ასე რომ, მე გადავყლაპე... ჩემი სურვილები და სწორედ მაშინ მივიღე პროზაკი“. მიუხედავად ასეთი საწყისი შიშებისა, მედიკამენტების შესახებ არსებული ნარატივები კარიერის დამატებით კანონზომიერებებს ამჟღავნებს. კოლექტიურად, შეგროვებული ანგარიშები გვთავაზობს პროცესს, რომლის საშუალებითაც აბების მიღება რიტუალიზებული ხდება და პოტენციურად მთელი სიცოცხლის მანძილზეა გათვლილი. ადამიანები მედიკამენტურ კარიერას ყოყმანით იწყებენ, სასონარკვეთილების გრძნობით ატანილები. აბის მიღების გადანყვეტილებას, როგორც წესი, მოყვება ექსპერიმენტების ხანგრძლივი პერიოდი, რომლის დროსაც დაავადებულები იმედოვნებენ, რომ იპოვიან მათთვის სასურველ მედიკამენტს. ფსიქიატრიის კულტურაში სრულად გადაშვებული, ახლად გამოთლილი პაციენტები თავიანთი უბედურების ბიოლოგიური ახსნისადმი ერთგულებას გამოხატავენ. გადამწყვეტი მომენტი მოდის მორჩილი მიმდებლობით.

მაგალითად, „მე ახლა მივიღე, რომ ეს არის ის, რაც ვარ. ეს [მედიკამენტების გამოყენება] არის ის, რისი გაკეთებაც მჭირდება სიცოცხლის ბოლომდე“ (ავტორების აქცენტი).

ფსიქიატრმა პრაქტიკოსებმა უნდა გააცნობიერონ, რომ ადამიანები, რომლებიც იწყებენ ფსიქოთერაპიული მედიკამენტების კურსს, განიცდიან ფუნდამენტურ ცვლილებებს არა მხოლოდ მათ ბიოქიმიკაში, არამედ მათ იდენტობაშიც. მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება საბოლოოდ „დამორჩილდნენ“ მედიკამენტებით მკურნალობას, გრძნობენ წნეხს იდენტობასთან დაკავშირებული მუდმივი კითხვებით. მათ შორის მთავარია: (1) რას ნიშნავს გარკვეული იდენტობის საზღვრების გადაკვეთა? (2) რას ნიშნავს საკუთარი თავის შეგრძნება? (3) გამომჟღავნდება თუ დაიფარება ჩემი ჭეშმარიტი მე მედიკამენტების საშუალებით? რა თქმა უნდა, ბევრი ჩემი რესპონდენტის მიერ წამოყენებულ პროვოკაციულ კითხვებს შორისაა: „როგორ შეიძლება, რომ ფსიქიატრიულმა მედიკამენტებმა შეამსუბუქოს ადამიანების სიმპტომები, მაგრამ თავი უარესად აგრძნობინოს?“ მრავალთაგან ერთ-ერთ მაგალითად, განხილულია ახალგაზრდა მამაკაცის მდგომარეობა, რომელმაც ვერ გადანყვიტა თავისი გრძნობები იმ ქალის მიმართ, ვისაც ხვდებოდა.

ეს [მედიკამენტების მიღება] ნამდვილად აისახება ჩემს იდენტობაზე, რადგან ვგრძნობ, რომ ჯერ კიდევ ვვითარდები იმ მიმართულებით, თუ ვინ ვარ და არ მაქვს გააზრებული ჩემი საბაზო პიროვნულობა. მე არ მაქვს გააზრებული, რა მიიღო ცხოვრებაში, პარტნიორში, როგორ გოგოს ვეძებ. ხანდახან ვგრძნობ, რომ დეპრესია და წამლები და თავის უკეთესად გრძნობა დაბნეულობას ქმნის.... ვგულისხმობ, რომ ბოლო დროს ვცდილობდი რამდენიმე გოგონას შევხვედროდი. ასევე ვფიქრობ, რომ წამლის გავლენის ნაწილია ის, რომ არ ვიცი, როგორ ვგრძნობ თავს. ყოველთვის მეორედ გადავხედავ ჩემს ემოციურ გრძნობებს სხვა ადამიანის მიმართ. ეს არის ბრტყელი ხაზი. მე არ მაქვს ნამდვილი სიხარული. მაგრამ როდესაც ვწუხვარ და ვგრძნობ, რომ რაღაცის გამო დეპრესიაში უნდა ვიყო, არ ვარ. როდესაც ვგრძნობ, რომ ვცდილობ გავერკვე, მართლა მომწონს ვინმე, თუ შეიძლება მიყვარს ისინი, ამას ვერ ვხვდები, რადგან არ მაქვს ეს გრძნობები.... როდესაც იღებთ მედიკამენტებს, ეს მეორედ საკითხის გადახედვის ნაწილია. ასე რომ თქვენ არ იცით, ეს თქვენ ხართ თუ ეს მედიკამენტი.

ეს ბოლო რამდენიმე გვერდი მიუთითებს ვრცელ „ინტერპრეტაციულ მუშაობაზე“, რომელიც მოეთხოვება ყველას, ვინც საბოლოოდ ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზს მიიღებს. ამასთანავე, არაფერია წმინდა იმ კონცეპტუალურ ჩარჩოებში, რომლებიც ჩემ მიერ მოსმენილი მრავალი ისტორიის გასაგებად გამოიყენება. კარგად შემოძლია წარმოვიდგინო, რომ სხვა მწერლებმა ერთი და იმავე ისტორიების მოსმენისას აშლილობის გამოცდილების საკმაოდ განსხვავებული ელემენტები შეიძლება

შეამჩნიონ. ამრიგად, ჩემი, როგორც თვისებრივი მკვლევრის, მიზანი არ არის წამოვყენო მტკიცება უცვლელ „სოციალურ ფორმებზე“ (Wolff, 1950). არამედ, კვლევის ნამდვილობის საუკეთესო გამოცდა ის არის, რომ მკითხველები, რომლებიც ფსიქიკურ აშლილობებს უმკლავდებიან, თავს ძლიერ აიგივებდნენ სხვების ისტორიებთან და ეძლეოდეთ ახალი პერსპექტივები საკუთარი მდგომარეობის უკეთ აღსაქმელად. ასეთ ახალ პერსპექტივებს აქვთ განმათავისუფლებელი პოტენციალი, შეცვალონ საკუთარი თავიც და სიტუაციებიც. იმავე მიზეზების გამო, მკურნალებმა უნდა ისწავლონ პატივი სცენ და დაეყრდნონ პაციენტის მონათხრობებს. როგორც ეთნომეთოდოლოგებმა (Garfinkel, 1967) დიდი ხანია აჩვენეს, ჩვენ ყველანი, საკუთარი გამოცდილების ახსნის მიზნით, უსათუოდ ვქმნით თეორიებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკოსები, რომლებიც ამ თეორიებში ვერავითარ მნიშვნელობას ვერ პოულობენ, ამცირებენ როგორც თავიანთი პაციენტების ადამიანურობას, ისე, თავიანთ, როგორც მკურნალების, შესაძლებლობებს.

დაუსრულებელი დღის წესრიგი

ამ სტატიის განმავლობაში ჩვენს მთელს დისკუსიას, მაგრამ განსაკუთრებით კრიტიკული ფემინისტური, რასისა და შეზღუდული შესაძლებლობის თეორიების მიმოხილვას, მივყავართ იმ ძირითად იდეამდე, რომ ყველა გამოცდილების მნიშვნელობა კონტექსტუალურია. ჩვენ უნდა გავუმკლავდეთ დამატებით სირთულეს, რომ პირები არ მოქმედებენ ერთ კონკრეტულ კონტექსტში. არამედ, ჩვენი აღქმა, რეფლექსია და ქმედებები შედგება მრავალი, ერთმანეთის გადამკვეთი სოციალური პოზიციისგან. ჩვენ არ ვართ, მაგალითად, მხოლოდ კაცები ან ქალები. გარდა ამისა, ვართ სხვადასხვა რასის, სოციალური კლასების, ეთნიკური წარმოშობისა და ასაკის მამაკაცები და ქალები. შესაბამისად, ამ სტატიაში მოხსენიებულმა თითოეულმა კვლევამ, მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკური აშლილობების გამოცდილებების კანონზომიერებები აჩვენა, გარდაუვლად გამოთქვა ადამიანთა ტანჯვის განსაზღვრისა და გამკლავების გზების განსხვავებულობა. ადამიანთა უბედურება მოიცავს უამრავ ფერს, ინტენსივობას და პასუხებს ჩვენი მრავალი სოციალური მდებარეობის კვეთის შესაბამისად.

კეთილსინდისიერმა სოციალურმა მეცნიერებამ, ამ კანონზომიერებებიდან მრავალი გადახვევის დოკუმენტირების კვალდაკვალ, უნდა შექმნას ბალანსი ზოგადი სოციალური ნიმუშების აღმოჩენისას. შესაბამისად, ჩვენ გვჭირდება მეტი კვლევა, რომელიც განიხილავს „ინტერსექციულობის“ საკითხს. გირჩევთ, რომ მომავალში თვისებრივი კვლევა აშლილობების არსებითად დაყოფის გზით წარიმართოს. კვლევა მტკიცედ უნდა ფოკუსირდეს იმ გზებზე, რომლითაც სხვადასხვა ქვეჯგუფები (მაგალითად, სქესი, კლასი, რასა, ეთნიკური, ასაკობრივი) და ამ ჯგუფების გა-

ნსხვავებული ურთიერთკვეთა ფსიქიკური ტანჯვის ყველა ასპექტის განსხვავებულ გააზრებას იძლევა. ასეთი დღის წესრიგი შეიძლება არამეგობრული აღმოჩნდეს პოზიტივისტური მოწოდებისთვის, აღიწეროს „რეალობები“, რომლებიც ისტორიულ, კულტურულ, ჯგუფურ და ინდივიდუალურ ვარიაციებს სცდება. არსებობს გარკვეული ლეგიტიმურობა ამ განცხადებაში. თუმცა, არსებობს ჩვენი რეკომენდაციის უფრო რბილი ინტერპრეტაცია. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ფსიქიკური აშლილობის ყველაზე დახვეწილი გაგება ტენდენციების თანადროულად აღმოჩენასთან ერთად, მრავალფეროვნების სათანადო პატივისცემითაა განპირობებული. გვჯერა, რომ ასეთი მიდგომა, რომელიც დაფუძნებულია პირად გამოცდილებებზე, გამოცდილების შესახებ „სიმართლესთან“ გვაახლოვებს, თუმცა ეს ჭეშმარიტება ბევრად უფრო მძიმეა, ვიდრე სოციალურ „მეცნიერებს“ და მკურნალებს ჩვეულებრივ სურთ, რომ აღმოაჩინონ.

ბიბლიოგრაფია

- Adkins, D. E., Wang, V., Dupre, M. E., van den Oord, E. J. C. G., & Elder, G. H., Jr. (2009). Structure and stress: Trajectories of depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Social Forces*, 88, 31–60.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15–38.
- Aneshensel, C. S. (2002). Answers and questions in the sociology of mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 236–246.
- Beach, S. R. H., & Amir, N. (2003). Is depression taxonic, dimensional, or both? *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 228–236.
- Bendelow, G. (2009). *Health, emotion and the body*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Boardman, J. D., Alexander, K. B., & Stallings, M. C. (2011). Stressful life events and depression among adolescent twin pairs. *Biodemography and Social Biology*, 57, 53–66.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 551–556.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: The fourth Wade Hampton Frost lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107–123.
- Clausen, J. A., & Yarrow, M. R. (1955). Paths to the mental hospital. *Journal of Social Issues*, 11, 25–32.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300–314.
- Cockerham, W. C. (1996). *Sociology of mental disorder* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., & Schneider, J. W. (1980). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. St. Louis, MO: Mosby.
- Conrad, P., & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Crosby, J. P., & Sprock, J. (2004). Effect of patient sex, clinician sex, and sex role on the diagnosis of antisocial personality disorder: Models of underpathologizing and overpathologizing biases. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 583–604.
- Davidson, J. O., & Layder, D. (1994). *Methods, sex, and madness*. London: Routledge.
- Dean, A., & Lin, N. (1977). The stress buffering role of social support. Problems and prospects for systematic investigation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403–417.

Durkheim, E. (1987). *Suicide: A study in sociology*. New York: Free Press (Original work published 1951).

Eaton, W. W. (1986). *The sociology of mental disorders* (2nd ed.). New York: Praeger.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.

Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York: Vintage Books.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor.

Gove, W. R. (1982). The current status of the labeling theory of mental illness. In W. R. Gove (Ed.), *Deviance and mental illness* (pp. 273–300).

Beverly Hills, CA: Sage. Gove, W. R. (2004). The career of the mentally ill: An integration of psychiatric, labeling/social construction, and lay perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 357–375.

Grzywacz, J. G., Almeida, D. M., Neupert, S. D., & Ettner, S. L. (2004). Socioeconomic status and health: A microlevel analysis of exposure and vulnerability to daily stressors. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 1–16.

Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health: A nationwide interview study*. New York: Basic Books.

Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: The taxometric evidence. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 696–704.

Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 714–734.

Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: A community study*. New York: Wiley.

Horwitz, A. V. (1982). *The social control of mental illness*. New York: Academic.

Horwitz, A. V. (2007a). Response to Schwartz, Mirowsky and Wheaton health: An interdisciplinary. *Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 11, 321–326.

Horwitz, A. V. (2007b). Transforming normality into pathology: The DSM and the outcomes of stressful social arrangements. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 211–222.

Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.

Insel, T., & Wang, P. S. (2010). Rethinking mental illness. *Journal of the American Medical Association*, 303, 1970–1971.

Kamphuis, J. H., & Noordhof, A. (2009). On categorical diagnoses in DSM-V: Cutting dimensions at useful points? *Psychological Assessment*, 21, 294–301.

Karp, D. A. (1996). *Speaking of sadness: Depression, disconnection, and the meanings of illness*. Oxford, UK: Oxford University Press.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620–631.
- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1992). The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry. New York: Aldine de Gruyter.
- Klerman, G. L. (1989). Psychiatric diagnostic categories: Issues of validity and measurement: An invited comment on Mirowsky and Ross (1989). *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 26–32.
- Laing, R. D. (1967). The politics of experience. New York: Ballantine.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80–94.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177–190.
- Linscott, R. J., & van Os, J. (2010). Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: Evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 391–419.
- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98–112.
- Loring, M., & Powell, B. (1988). Gender, race, and DSM-III: A study of the objectivity of psychiatric diagnostic behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 1–22.
- Meehl, P. E. (1999). Clarifications about taxometric method. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 165–174.
- Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B. R. E., & Silva, P. A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *The American Journal of Sociology*, 104, 1096–1131.
- Miech, R. A., & Shanahan, M. J. (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 162–176.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1989a). Psychiatric diagnosis as reified measurement. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 11–25.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1989b). Rejoinder—Assessing the type and severity of psychological problems: An alternative to diagnosis. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 38–40.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1989c). Social causes of psychological distress. New York: Aldine de Gruyter.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2002). Measurement for a human science. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 152–170.
- Muthén, B. (2006). Should substance use disorders be considered as categorical or dimensional? *Addiction*, 101, 6–16.

Neighbors, H. W., Trierweiler, S. J., Ford, B. C., & Muroff, J. R. (2003). Racial differences in DSM diagnosis using a semi-structured instrument: The importance of clinical judgment in the diagnosis of African Americans. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 237–256.

Pearlin, L. I. (1983). Role strains and personal stress. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research* (pp. 3–32). New York: Academic.

Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241–256.

Pearlin, L. I. (1999). The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 395–415). New York: Kluwer Academic/ Plenum.

Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress processes. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–356.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2–21.

Pescosolido, B. A., & Olafsdottir, S. (2010). The cultural turn in sociology: Can it help us resolve an age-old problem in understanding decision making for health care? *Sociological Forum*, 25, 655–676.

Raabe, P. B. (2010). 'Mental illness': Ontology, etiology, and philosophy as 'cure'. *Haser: Revista Internacional de Filosofía Aplicada* (International Review of Philosophical Practice), 1, 13–41.

Regier, D. A., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Blazer, D. G., Hough, R. L., et al. (1985). Historical context, major objectives, and study design. In W. W. Eaton & L. G. Kessler (Eds.), *Epidemiologic field methods in psychiatry: The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program* (pp. 3–19). New York: Academic.

Ritsher, J. E. B., Warner, V., Johnson, J. G., & Dohrenwend, B. P. (2001). Inter-generational longitudinal study of social class and depression: A test of social causation and social selection models. *The British Journal of Psychiatry*, 178, s84–s90.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381–389.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., Jr., et al. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949–958.

Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., et al. (1988). The composite international diagnostic interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069–1077.

Rosenfield, S. (1982). Sex roles and societal reactions to mental illness: The labeling of "deviant" deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 18–24.

Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660–672.

- Saraceno, B., Levav, I., & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*, 4, 181–185.
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago: Aldine.
- Schnittker, J. (2008). An uncertain revolution: Why the rise of a genetic model of mental illness has not increased tolerance. *Social Science & Medicine*, 67, 1370–1381.
- Srole, L., Langner, T. S., Michael, S. T., Opler, M. K., & Rennie, T. A. C. (1962). *Mental health in the metropolis: The midtown Manhattan study*. New York: McGraw-Hill.
- Swartz, M., Carroll, B., & Blazer, D. G. (1989). In response to “Psychiatric Diagnosis as Reified Measurement”: An invited comment on Mirowsky and Ross (1989). *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 33–34.
- Szasz, T. S. (1970). *The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement*. New York: Harper & Row.
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct* (revth ed.). New York: HarperCollins.
- Thoits, P. A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research* (pp. 33–103). New York: Academic.
- Thoits, P. A. (1985). Self-labeling processes in mental illness: The role of emotional deviance. *The American Journal of Sociology*, 91, 221–249.
- Thoits, P. A. (1986). Multiple identities: Examining gender and marital status differences in distress. *American Sociological Review*, 51, 259–272.
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (S), S41–S53.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 145–161.
- Turner, R. J., Wheaton, B., & Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104–125.
- Tweed, D. L., & George, L. K. (1989). A more balanced perspective on “Psychiatric Diagnosis as Reified Measurement”: An invited comment on Mirowsky and Ross. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 35–37.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179–195.
- Wheaton, B. (1985). Personal resources and mental health: Can there be too much of a good thing? In J. R. Greenley (Ed.), *Research in community and mental health*. Greenwich, CT: JAI.
- Wheaton, B. (1994). Sampling the stress universe. In W. R. Avison & I. H. Gotlib (Eds.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* (pp. 77–114). New York: Plenum Press.
- Yokopenic, P. A., Clark, V. A., & Aneshensel, C. S. (1983). Depression, problem recognition, and professional consultation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 15–23.

ფსიქიატრიული სისტემის გადარჩენილები: მოძრაობის საწყისები

პეტერ ბერესფორდი

თარგმანი: ნინო კარანაძე

მეოცე საუკუნის მიწურული საერთაშორისო დონეზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მომხმარებლის მხრიდან კოლექტიური აქტივობით გამოირჩეოდა. თანამედროვე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელთა/გადარჩენილთა მოძრაობა ახალი მოვლენა იყო. მისი ისტორია 1980-იანი წლებიდან იწყება, თუმცა ადრეული საწყისები 1970 წლიდან გვხვდება. მან განვითარება პოვა არა მხოლოდ ჩრდილო ამერიკაში, სკანდინავიის ქვეყნებში, გაერთიანებულ სამეფოსა (დიდ ბრიტანეთში) და ევროპის სხვა მხარეებში, არამედ სამხრეთ ამერიკაში, ავსტრალიასა და „განვითარებად“ ქვეყნებში. „გადარჩენილთა“ მოძრაობამ ჩამოაყალიბა საერთაშორისო, ევროპული და გლობალური ორგანიზაციები და ასევე ადგილობრივი, რეგიონული და ეროვნული ჯგუფები (Stone 1999; MindFreedom 2009; Campbell 1996, 2009). აღნიშნული მოძრაობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობის დაარსების შემდგომ წარმოიშვა და იგი ხშირად ცდილობდა, განესხვავებინა თავისი დღის წესრიგი არსებული შშმ პოლიტიკისგან (Campbell and Oliver 1996; Plumb 1994). ამ თავის მთავარ თემას სწორედ ეს ტენდენცია, მომავალ განვითარებაზე მისი გავლენა და მისი განხილვის მთავარი ასპექტები წარმოადგენს.

1978 წელს ჯუდი ჩემბერლინმა, შეერთებული შტატების (აშშ-ის) გადარჩენილთა მოძრაობის პიონერმა, გამოაქვეყნა მნიშვნელოვანი ტექსტი „ჩვენ თვითონ“, რომელმაც საერთაშორისო მნიშვნელობა მოიპოვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელ/გადარჩენილებსა და მათ ორგანიზაციებს შორის. განსაკუთრებით შეერთებული შტატების გამოცდილებისა და წარმოდგენილი იდეების ფონზე, და ასევე უფრო ფართო განვითარებების გათვალისწინებით, ნაშრომი წარმოადგენდა რადიკალურ კრიტიკას სერვისის მომხმარებლის პერსპექტივიდან, ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე არსებულ ცოდნასა და რეაგირებაზე, ასევე „გადარჩენილთა“ იდეებსა და შემოთავაზებულ ალტერნატივებზე (Chamberlin 1988). შემდგომში მერი ოჰაგანმა, გადარჩენილმა აქტივისტმა ახალი ზელანდიიდან, გამოაქვეყნა ადრეული ანგარიში თავისი ვიზიტის შესახებ გადარჩენილთა ორგანიზაციებში აშშ-ში, დიდ ბრიტანეთსა და ნიდერლანდებში. იგი წარმოადგენდა გულწრფელ და კრიტიკულ შეფასებას სერვისის მომხმარებელსა და კავშირებული განვითარებების შესახებ, რომელიც ეყრდნობოდა ამ საკითხებში ჩართული აქტივისტების გამოცდილებას (O'Hagan 1994). 2003 წელს სერვისების მომხმარებელთა ორგანიზაციების შესახებ გამოქვეყნებული პიონერული ბრიტანული კვლევის თანახმად, „მომსახურების მო-

ძირითადი საკითხები საერთაშორისო დონეზე

135

ამავე დროს ზოგადი ჯანმრთელობის, საერთაშორისო დახმარებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დისკურსი და პოლიტიკის გლობალიზაციის ტენდენციები ხაზს უსვამს ზოგად საერთაშორისო თემებსა და პრობლემებს, რომელთა წინაშეც დგას სერვისის მომხმარებელი და მათი მოძრაობები სხვადასხვა კონტინენტიდან. ამ საკითხის წამოწევა აუცილებელია, მისი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, როგორც სერვისის მომხმარებლისთვის, ასევე საერთაშორისო პოლიტიკის საწარმოებლად. აქ ჩვენ განვიხილავთ სამ განსაკუთრებით მნიშვნელოვან და არსებით საკითხს.

სამედიცინო მოდელის დომინირება

მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლებში დასავლეთში შეზღუდული შესაძლებლობის გაგება ფუნდამენტურად გადაფასდა, „ფსიქიკური აშლილობის“ მედიკალიზებული ინდივიდუალური მოდელი კვლავ დომინირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და პრაქტიკაში, საერთაშორისო დონეზე. ის კვლავ აყალიბებს საზოგადოების წარმოდგენას „ფსიქიკური ჯანმრთელობის“ შესახებ და გავლენას ახდენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მრავალი მომხმარებლის ცხოვრებასა და გამოცდილებაზე. მსგავსი დასავლური მოდელები და მათთან დაკავშირებული აქცენტები ფიზიკურ მკურნალობაზე/ჩარევასა და წამლის თერაპიაზე ექსპორტირებულია გლობალურად, ასევე, გამყარებულია ყოფილ აღმოსავლეთ ბლოკის ქვეყნებში, საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ. ისტორიულ და კულტურულ კონტექსტებში „სიგიჟე“ სხვადასხვაგვარად იყო განმარტებული და აღქმული. ის ასოცირდებოდა ჯადოსნურ ძალებთან; გებუნებრივ, ღვთაებრივ ჩარევასთან; ეშმაკით შეპყრობილობასთან; ძალადობასთან; ირაციონალურობასთან; სულიერებასთან; განსაკუთრებულ ნიჭსა და გამჭრიახობასთან, თუმცა დასავლურმა მოდელებმა უფრო და უფრო გადაფარა ადგილობრივი ტრადიციული და განსხვავებული კულტურული და სოციალური გაგება ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ და დააწესა საკუთარი უთანასწორობის რეჟიმები (Rogers and Pilgrim 2003). სხვა თუ არაფერი, ადამიანთა გამოცდილების გააზრებამ „ფსიქიკური დაავადების“ ტრილში თანდათან უფრო მოიკიდა ფეხი და მოხდა ამ გაგების ექსპორტირება ქვეყნების უმრავლესობაში. როგორც ქვემოთ იქნება განხილული, ისინი ასევე გაძლიერდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ახალი, „აღდგენის“ მოდელის დანერგვით, რომელიც პირველად შეიქმნა აშშ-ში (Rogers and Pilgrim 2010).

ფსიქიატრიული დიაგნოსტიკური კატეგორიების რაოდენობა და სპექტრი კვლავ იზრდება. ეს სულ უფრო მეტად აკავშირებს სოციალურ საკითხებს სამედიცინო სფეროსთან, მაგალითად, „ყურადღების დეფიციტის ჰიპერაქტიური აშლილობა“ (ADHD) და „პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა“ (PTSD). კონკრეტული ჯგუფების, განსაკუთრებით ბავშვების, ახალგაზრდებისა და ხანდაზმული ადამიანების საჭიროებ-

ბი სულ უფრო მეტად განიხილება ფსიქიატრიული პერსპექტივიდან. ფსიქიატრიამ ბევრი ადამიანი და ქცევა „პიროვნების აშლილობის“ განმარტების ქვეშ მოაქცია, იმის მიუხედავად, რომ ხაზი გაესვა „განკურნების“ შეუძლებლობას. ზოგიერთი ამ ქცევიდან მჭიდროდ არის დაკავშირებული ძალადობასა და მკვლელობასთან. ამან გააძლიერა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მომხმარებელთა შესახებ ტრადიციული ასოციაციები მათ საშიშობასთან, რამაც გამოიწვია ზეწოლა მათი უფლებების შეზღუდვის გაზრდის მიმართულებით, განსაკუთრებით ჩრდილო ამერიკასა და დიდ ბრიტანეთში. გენეტიკის, ნეირომეცნიერებებისა და ფარმაკოლოგიისადმი მზარდმა ყურადღებამ და ბოლოდროინდელმა განვითარებამ, როგორც ჩანს, დაადასტურა ამ სფეროში საბუნებისმეტყველო მეცნიერებების, როგორც „ფსიქიკური აშლილობის“ გაგების, ინტერპრეტაციისა და „მკურნალობის“ ძირითადი წყაროს უპირატესობა (Coppick and Hopton 2000; Rogers and Pilgrim 2001, 2010; Ferguson et al. 2003). ექიმები კვლავ არიან ამ სფეროში მომუშავე ყველაზე ძლიერი პროფესიონალები. ფსიქიკური აშლილობის გაგება, ფიზიკური პროცესების თვალსაზრისით, დაკავშირებულია ნაშთების ფართომასშტაბიან გამოყენებასთან, როგორც ადამიანების სირთულეების მიმართ ძირითად და რუტინულ პასუხთან. ფსიქიატრიის დომინირება ამ სფეროში, სტატუსის, ლეგიტიმურობისა და ძალაუფლების თვალსაზრისით, გრძელდება, მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო წლებში ფსიქიატრიაზე გავლენას ახდენს მენეჯერული და პოლიტიკური წნეხი. ის კვლავ წარმმართველ როლს ასრულებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მომხმარებელთა გამოცდილებისა და შედეგების ფორმირებაში და მისი გავლენა მეტ-ნაკლებად იგრძნობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველა პროფესიისა და დაკავშირებულ საქმიანობაში.

გადამეტებული რწმენა ქიმიურ-თერაპიული მეთოდების მიმართ

ქიმიურ საშუალებებზე ზედმეტად დამოკიდებულება არის როგორც შედეგი, ასევე განმტკიცება სამედიცინო მოდელის დომინანტობისა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკაში, პრაქტიკასა და გაგებაში. 1994 წელს ახალზელანდიელმა გადარჩენილმა აქტივისტმა, მერი ოჰაგანმა კომენტარი გააკეთა მკურნალობის გაბატონებულ მიდგომაზე:

ეს მიდგომა ირწმუნება, რომ ფსიქიკური პრობლემები არის ფიზიკური დაავადებები, რომელთა მკურნალობაც საჭიროა ფიზიკური საშუალებებით, როგორიცაა მედიკამენტები. ეს არის ყველაზე დომინანტური მოდელი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში. სამედიცინო მოდელი დიდ ძალაუფლებას ანიჭებს ექსპერტებს და რადგან არის ძალიან დეტერმინისტული, გადარჩენილებს აყენებს პასიურ, ძალაწარმეულ როლში.

(O'Hagan 1994:14-15)

მედიკამენტებით მკურნალობა ფსიქიატრიაში ჯერ კიდევ ყველაზე გავრცელებული მეთოდია. ფსიქოთერაპია, როგორც წესი, უფრო ხელმისაწვდომია მატერიალურად შეძლებული ადამიანებისთვის, ნაკლებად სერიოზული პრობლემებით; თუმცა მოძრაობის ბევრი გადარჩენილი მიიჩნევს, რომ გადაჭარბებული ფსიქოთერაპია შეიძლება იყოს ისეთივე ოპრესიული, როგორც ფიზიკური მკურნალობის მეთოდები. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლები/გადარჩენილები გამოხატავენ შემფოთებას, რომ ბოლო 20 წლის განმავლობაში გაიზარდა ბიოლოგიური ფსიქიატრია. ისინი წუხან, რომ წამალი განიხილება, როგორც იაფი, სწრაფი მოქმედებისა და „სედატიური“ ხასიათის მიდგომა „მკურნალობის“ მიმართ. მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანებს ხშირად უჩნდებათ შეგრძნება, თითქოს წამლები მათი სირთულეების მოგვარების ერთადერთი საშუალებაა, ისინი ასევე იწვევს პრობლემებს. წამალს შეიძლება ჰქონდეს არა მხოლოდ მოკლევადიანი მავნე „გვერდითი“ ეფექტები, არამედ გრძელვადიანი ზიანიც მიაყენოს ადამიანებს, ასევე წარმოშვას ფსიქოლოგიური და ფიზიკური დამოკიდებულების პრობლემები. თუმცა წამალი კვლავაც რჩება ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის ძირითად სფეროდ და კვლევითი ხარჯის უდიდეს ნილად (Newnes et al. 2001). მიუხედავად იმისა, რომ, როგორც მერი ო'ჰაგანი ამბობს, სერვისის მომხმარებლებს შეუძლიათ, ჰქონდეთ მოლოდინი, მოისმინონ, რომ მედიკამენტები არის „ერთადერთი, რაც დაგეხმარებათ“ (O'Hagan 1994: 7), მაგრამ ისინი მიუთითებენ სხვა სასარგებლო პასუხებზე – ხაზს უსვამენ სოციალური ფაქტორების გათვალისწინების მნიშვნელობას და სოციალურ ინტერვენციებს, რათა ამგვარი პრობლემების მქონე პირებმა შეძლონ, იცხოვრონ უკეთესი და ნაკლებად რთული ცხოვრებით. ისინი ხაზს უსვამენ სიყვარულისა და მეგობრული ურთიერთობების მნიშვნელობას მათი კეთილდღეობისათვის; დასაქმების, ტრენინგებისა და განათლების, პოლისა და კონსტრუქციული საქმიანობის გზით განვითარებას და საზოგადოებაში მეტი წვლილის შეტანას, დამატებითი თერაპიის მნიშვნელობას და ფსიქოლოგიური სირთულეების გადალახვის პოლისტიკურ მიდგომას (Faulkner 1997; Faulkner and Layzell 2000; O'Hagan 2009).

გაზრდილი აქცენტები საშიშროებასა და კონტროლზე

1960-70-იანი წლებიდან შეინიშნება ცვლილებები საერთაშორისო მიდგომაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და სერვისების დეინსტიტუციონალიზაციის მიზნით. ამ ცვლილებას მრავალი მიზეზი განაპირობებდა, როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი. მათ შორის იყო წუხილი დანესებულებებში არსებულ ცუდ მდგომარეობასა და მომსახურების მომხმარებელთა უგულვებელყოფაზე, ასევე ფულის დაზოგვის სურვილზე, ძველი შენობების მოშორებისა და გაყიდვის გზით, ადამიანების შენარჩუნებით ახლად შემუშავებული დამამშვიდებლებისა და სხვა ნეიროლეფსიური საშუალებების დანიშვნის გზით (რომლებიც ხშირად ასოცირდება მავნე გვე-

რდით ეფუძნება). სათემო ზრუნვა ემყარებოდა ფილოსოფიას, რომ ადამიანებს შეეძლოთ, დარჩენილიყვნენ სახლებში ან ეცხოვრათ სადმე ახლოს თავიანთ „სამეზობლოში“ და ჰქონოდათ შესაბამისი მხარდაჭერა საამისოდ (Rogers and Pilgrim 2001).

ეს დროში დაემთხვა და უკავშირდება ეკონომიკურ და იდეოლოგიურ ცვლილებებს, რამაც გამოიწვია კეთილდღეობის მარკეტინგზე (welfare marketing) გადასვლა, ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის სისტემების პრივატიზება და სახელმწიფოს ჩარევისა და ხარჯის შემცირება. ეს რეფორმები, ძირითადად, არასათანადოდ განხორციელდა და ტრადიციული ინსტიტუციური სერვისების დახურვის ფონზე თემზე დაფუძნებული სერვისების უზრუნველყოფა ხშირად იყო არაადეკვატური, მწირად დაფინანსებული, დაბალი ხარისხისა და ცუდად კოორდინირებული (Coppick and Hopton 2000; Rogers and Pilgrim 2001).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებიდან მომხმარებლის „დეკარცერირებით“ პოლიტიკოსებმა და მედიამ გაზარდეს შიში იმ პაციენტებთან დაკავშირებით, რომლებიც წარმოადგენდნენ რისკს. ამას მოჰყვა საერთაშორისო რეაქცია, მზარდი აქცენტით კონტროლზე, მომსახურების მომხმარებელთა სტიგმატიზაციაზე, მათ ასოციაციაზე (ზოგადად, მტკიცებულებების გარეშე) ძალადობასა და მკვლელობებთან, ხშირად რასობრივ ფონზე და უმთავრესად კონტროლის გაფართოებით, განსაკუთრებით საავადმყოფოებსა და საზოგადოებაში (Taylor and Gunn 1999). ამან განაპირობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკაში „საზოგადოებრივი უსაფრთხოების“ კონცეფციის უპირატესობა. ეს უკვე ჩანს ბევრ ქვეყანაში (მათ შორის, მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, აშშ-ში, ავსტრალიასა და კანადაში), მხარდაჭერიდან კონტროლზე გადასვლასა და ექსპერტიზისა და თავისუფლების შეზღუდვის ინსტიტუტებში ადამიანების რაოდენობისა და პროპორციების გაზრდაში.

ენისა და ტერმინოლოგიის საკითხები

არ არსებობს შეთანხმებული ენა მენტალური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, რომელიც იძლევა კონსენსუსის საფუძველს ეროვნულ თუ საერთაშორისო დონეზე. ამ სტატიის სათაური – „ფსიქიატრიული სისტემის გადარჩენილები“ – სპეციალურად არის შერჩეული, რადგან შესაძლოა, ყველაზე მკაფიოდ გამოხატულ პოლიტიკურ ტერმინს წარმოადგენდეს, რომელსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლები/გადარჩენილები იყენებენ თავიანთი თავისა და მოძრაობის აღსაწერად. ეს ტერმინი მიზანმიმართულად გამოიყენება ფსიქიატრიული სისტემის გადარჩენილებზე სასაუბროდ. ისინი არ გულისხმობენ იმას, რომ თავს „სიგიჟის“ ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის გადარჩენილებად მიიჩნევენ,

როგორც, მაგალითად, ბავშვობაში ძალადობას გადარჩენილებს შეუძლიათ, აღწერონ თავი. ამ თვალსაზრისით, ტერმინი არ ნიშნავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისგან გადარჩენას. ამ ტერმინით ისინი ცდილობენ, ხაზი გაუსვან, რომ თავს ხედავენ ადამიანად, რომელიც ცდილობდა ან ცდილობს, გადარჩეს ფსიქიატრიულ სისტემაში. ამრიგად, თავად სისტემა განიხილება, როგორც ძირითადი პრობლემა და არა ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული სირთულე, რომელიც ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს. ამგვარად, ორგანიზება და ადვოკატირება განიხილება ფსიქიატრიული სისტემის პრობლემურობაზე დაპირისპირების გზებზე. დიდი ბრიტანეთის ადრეულმა რადიკალურმა ორგანიზაციამ – Survivors Speak Out, რომელსაც სათავეში უდგას მომხმარებელი, ხაზგასმით აღნიშნა ტერმინის ეს შინაარსი და კიდევ უფრო გააფართოვა მისი ისედაც პოპულარული გამოყენება ქვეყანაში, თუმცა ის ასევე განვითარდა საერთაშორისო დონეზე (Beresford 2000).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლების/გადარჩენილების შესახებ გამოყენებული ტრადიციული ოფიციალური ენა დიდწილად უარყოფილია სერვისის მომხმარებლის აქტივისტების მიერ. გამოყენებული ტერმინები ან გამომდინარეობს მათი პაციენტების როლიდან ფსიქიატრიულ სისტემაში, ან უკავშირდება ჯანმრთელობის იმ დიაგნოსტიკურ კატეგორიებს, რომლებსაც მათ მიაკუთვნებენ. ამ ლოგიკით, ყველაზე ხშირად გამოყენებული ტერმინი იყო „პაციენტი“, „ფსიქიატრიული“ ან „ფსიქიკური“ პაციენტი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის ბევრი მომხმარებელი/გადარჩენილი ადამიანი უარყოფს ასეთ ტერმინებს – ისინი ხაზს უსვამენ მათ პასიურობას და ვინაობა მიაკუთვნებენ იმ სფეროებს, რაც ხშირად არ მოსწონთ და უარყოფენ. ასევე, ადამიანები აღწერილი არიან სადიაგნოსტიკო კატეგორიების მიხედვით, როგორც „შიზოფრენიკები“, „მანიაკურ-დეპრესიული“ ან „ბიპოლარული“ ადამიანები. ასეთი იარაღი ხშირად დამამცირებელია ადამიანებისთვის და მათ წარმოადგენს არა როგორც პიროვნებებს, არამედ როგორც სიმპტომების ერთობლიობას, ვინაობა სამედიცინო თვალსაზრისით. ეს განსაკუთრებით პრობლემურია, რადგან ადამიანების განმსაზღვრელი სადიაგნოსტიკო კატეგორიები ხშირად იცვლება, გადაიფარება და თანმიმდევრულად არ გამოიყენება. ასეთი იარაღი განსაკუთრებით იწვევს იმ ადამიანების ობიექტივაციასა და დამცირებას, რომლებსაც მიემართება.

ასევე, მნიშვნელოვანია, განვიხილოთ დამამცირებელი, მასტიგმატიზებული და შეურაცხმყოფელი ენის ფართოდ გავრცელება-გამოყენების პრობლემა, რაც დისტრესისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლის შესახებ პოპულარულ და მედია დისკუსიაში გვხვდება. ასეთი ტერმინების ფართო და მზარდი სპექტრი კვლავ გამოიყენება და ვითარდება. ასეთი სიტყვებია „შეშლილი“, „გადარეული“, „ქატი“, „არანორმალური“, „ფსიქიკური“, „გიჟი“, „სამკურნალო“. ზოგიერთი ეს ტერმინი ძველი დროის გადმონაშთია, ნაწილი გაცილებით ახალია. ისინი სტიგმისა და

გარიყულობის უფრო ფართო გარემოს ნაწილია, რომელსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელი ჩვეულებრივ აწყდება და რაც მათ უფრო ფართოდ განსაზღვრული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა გამოცდილებებთან აკავშირებს.

1980-იან წლებში, როდესაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლებმა/გადარჩენილებმა დაიწყეს თავიანთი ჯგუფებისა და ორგანიზაციების განვითარება, ისინი ცდილობდნენ ალტერნატიული ტერმინოლოგიის შემუშავებას. საერთაშორისო დონეზე განსაკუთრებული ყურადღების ცენტრშია სამი ტერმინი, რომელსაც ისინი იყენებენ თავის დახასიათებისას. ესენია: „გადარჩენილები“, სერვისის მომხმარებელი და სერვისის შემსყიდველი (კონსუმერი). ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით ჩრდილო ამერიკაში გამოიყენება. ამ დისკუსიაში გამოყენებული იქნება ტერმინი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელი/გადარჩენილი (თუმცა ამ ორივე სიტყვას – მომხმარებელსა და გადარჩენილს – გარკვეული კრიტიკა მიემართება), როგორც ყველაზე ნაკლებად სადავო და ყველაზე ნაკლებად დაკავშირებული რომელიმე იდეოლოგიასთან (Beresford 2005).

სერვისის მომხმარებელი პირადი გამოცდილების აღსაწერად ასევე ცდილობს გადალახოს გაბატონებული სამედიცინო მოდელები. ამის შედეგია, რომ ისინი უფრო მეტს საუბრობენ „დისტრესზე“ – ემოციურსა და გონებრივზე – ვიდრე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ან ფსიქიკურ პრობლემებზე. ზოგიერთი მათგანი „სიგიჟეზე“ საუბრობს. სერვისის მომხმარებელი მუშაობს არა მხოლოდ საკუთარი ტერმინოლოგიის შემუშავებაზე, არამედ ასევე ცდილობს არსებული ენის ხელახლა მითვისებას და დაბრუნებას. ამრიგად, ისინი იყენებენ ტერმინს – „სიგიჟე“ ემოციებისა და აღქმის განსხვავებისა და უკიდურესობის აღსაწერად და ისინი იყენებენ ამ სიტყვას არადამამცირებელი კონოტაციით. ეს შეიძლება ჩაითვალოს უფრო ფართო განვითარების ნაწილად, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლები/გადარჩენილები სხვა ჩაგრული ჯგუფებისა და უმცირესობების – მათ შორის, შავკანიან და ეთნიკურ უმცირესობად, ქალ, გეი, ლესბოსელ, ბისექსუალ და ტრანსსექსუალთა მსგავსად ცდილობენ, მათ წინააღმდეგ გამოყენებული ენა „დაიბრუნონ“, განსაკუთრებით ერთმანეთთან კომუნიკაციისას. ამრიგად, დიდ ბრიტანეთსა და ჩრდილო ამერიკაში გამოჩნდა „გიჟების ღირსების მარში“ (Mad Pride), როგორც კამპანიისა და ადვოკატირების სიმბოლო, რომელიც მიზნად ისახავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მომხმარებელთა/გადარჩენილთა მდგომარეობის დევალვაციის წინააღმდეგ ბრძოლას Wallcraft et al. 2003; Beresford and Campbell 2004).

ფსიქიკური ჯანმრთელობა და არა შეზღუდული შესაძლებლობა

მიუხედავად იმისა, რომ ისეთი ტერმინები, როგორიცაა ფსიქიკური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და ფსიქიატრიული შეზღუდული შესაძლებლობები, გამოიყენება ზოგიერთ ქვეყანაში და ზოგიერთ კონტექსტში, ეს ტერმინები არ არის ის, რითაც მომხმარებლები/გადარჩენილები აღწერდნენ თავიანთ თავს ან არიან აღწერილნი. შეზღუდული შესაძლებლობის ტერმინოლოგიის გამოუყენებლობა ასახავს და ხაზს უსვამს გადარჩენილთა მოძრაობის განვითარების დამოუკიდებელ ვრცელ ისტორიას. სერვისის მომხმარებლებმა/გადარჩენილებმა თვითგამორკვევის გზით შექმნეს თავიანთი მოძრაობები საერთაშორისო დონეზე. მათ შექმნეს ორგანიზაციები, ჯგუფები და ქსელები, როგორც ჩვენ ვნახეთ, ყველა დონეზე. ისინი ეხებიან თავიანთ ისტორიას, კულტურას, ხელოვნებასა და ბრძოლას. ზოგიერთი ორგანიზაცია, ჩემი ორგანიზაციის – *Shaping Our Lives* – მსგავსად, ცდილობს, იმუშაოს სხვადასხვა „მომხმარებელთა“ და ჯანმრთელობის დარღვევების მქონე ადამიანების ჯგუფთან, თუმცა ეს უფრო გამონაკლისია, ვიდრე წესი.

არსებობს მნიშვნელოვანი მტკიცებულება, რომელიც მიუთითებს იმაზე, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელი ხშირად არ არის ან არ სურს იყვეს ასოცირებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან (Plumb 1994; Beresford 2000). ამის მრავალი და კომპლექსური მიზეზი არსებობს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს, როგორც ჩანს, საერთაშორისო დონეზე დაკვირვების საკითხია, საინტერესოა დიდი ბრიტანეთის მაგალითი, რამდენადაც კოლექტიური აქტივობა და სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი მონაწილეობა შედარებით კარგად არის განვითარებული.

გადარჩენილები, შეზღუდული შესაძლებლობა და შშმ პირები

მტკიცებულებებიდან ჩანს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლის გამოცდილების მქონე ბევრ ადამიანს არ სურს, შეზღუდულ შესაძლებლობის სტატუსთან იყოს დაკავშირებული (Beresford et al. 1996). მიუხედავად იმისა, რომ ოფიციალურად შეიძლება განეკუთვნებოდნენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კატეგორიებს, შეუძლიათ მიიღონ შშმ პირებისთვის განკუთვნილი შეღავათები და ისარგებლონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კანონმდებლობითა და მომსახურებით, ისინი არ კლასიფიცირდებიან ან არ მიიჩნევენ თავს შშმ პირად. ეს უპირველეს ყოვლისა განპირობებულია იმით, რომ არ სურთ, ატარონ კიდევ ერთი სტიგმატირებული იდენტობა, გარდა იმისა, რომელსაც უკვე ატარებენ როგორც „ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე“ ადამიანები ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლები. ეს დაკავშირებულია იმასთანაც, რომ

ისინი – და ასევე სხვა ადამიანები – შეზღუდულ შესაძლებლობას მხოლოდ ფიზიკურ და სენსორულ დარღვევებად ხედავენ.

ანალოგიურად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მრავალი მომხმარებელი/გადარჩენილი არ მიაკუთვნებს თავს შშმ პირებს (Plumb 1994). ისინი არ ფიქრობენ, რომ საერთო პრობლემები ან საერთო საკითხები აქვთ, რაც მათ გააერთიანებდათ. მხოლოდ იმის გამო, რომ ინდივიდი ან ჯგუფი დისკრიმინაციის ან ჩაგვრის პრობლემის წინაშეა, არ ნიშნავს იმას, რომ მას ესმის ან მხარს უჭერს მეორე ჩაგრულ ჯგუფს. ბევრ გადარჩენილს, როგორც ჩანს, არ სურს ასოცირება შშმ პირის ნეგატიურ იდენტურობასთან. ასევე, ვიცით, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლები/გადარჩენილები არიან რისკის ქვეშ, რომ ჰქონდეთ ჯანმრთელობის დარღვევები ან გახდნენ შეზღუდული შესაძლებლობის პირები. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე დამდგარი სირთულეებით, ასევე გრძელვადიანი მედიკამენტოზური მკურნალობის მავნე (გვერდითი) ეფექტებით.

ამავდროულად, არც ფიზიკური და სენსორული დარღვევების მქონე ადამიანებს სურთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელთან იდენტიფიცირება. მიუხედავად იმისა, რომ მათზე ძალადობისა და დისკრიმინაციის, ასევე, სხვა მიზეზების გამო, ბევრ ადამიანს ფიზიკური და სენსორული დარღვევებით აქვს აშლილობის, დისტრესისა და ფსიქიატრიულ სისტემაში ყოფნის გამოცდილება. ანალოგიურად, სწავლის სირთულეების მქონე ბევრი ადამიანი ხშირად კავშირშია ფსიქიატრიულ სისტემასთან, რაც შესაძლოა, მათ მიერ გამოვლენილი „გამომწვევი ქცევის“ ან ინსტიტუციონალიზაციის, ცუდი მოპყრობის ან უგულვებელყოფის შედეგი იყოს.

ამრიგად, მიუხედავად იმისა, რომ გადარჩენილები (და, ასევე, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე სხვა პირები) ინდივიდუალურად და კოლექტიურად ხაზს უსვამენ თავიანთ განსხვავებულობას, მათ შორის აშკარად თვალსაჩინო გადაფარვებია. ეს კიდევ უფრო აისახება სხვადასხვა ფილოსოფიაში, რომელსაც ეს განსხვავებული მოძრაობები ეყრდნობიან. ალბათ, ყველაზე გონივრულია, საკითხის განხილვა დავიწყით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობის კონცეფციებით.

შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი

სოციალური მოდელი შეიმუშავა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობამ. მან დიდი გავლენა მოახდინა საჯარო პოლიტიკისა და არსის გააზრებაზე დიდ ბრიტანეთსა და საერთაშორისო დონეზე, რამაც საფუძველი ჩაუყარა ახალ კანონმდებლობასა და პოლიტიკას, დამხმარე როლებსა და ახლებურ მიდგომას

სერვისის მიწოდების პროცესში. მოდელი დაუპირისპირდა შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ ტრადიციული დასავლური მედიცინის ინდივიდუალისტურ გაგებას, რომელიც ყურადღებას ამახვილებს ცალკეულ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანზე, ხედავს რა შუამ სტატუსს, როგორც თანდაყოლილ ან დამდგარ მდგომარეობას, რომელიც, თავის მხრივ, განაპირობებს იმას, თუ რისი გავლენა შეუძლიათ მათ და რამ შეიძლება გახადოს ადამიანები დამოკიდებული და უუნარო „ნორმალური“ ცხოვრებისთვის. მეოცე საუკუნის განმავლობაში, შეზღუდული შესაძლებლობის ინდივიდუალიზებული გაგება გადაიფარა სამედიცინო პროფესიებში მედიკალიზებული მიდგომით, რომლებმაც შეითავსეს შუამ საკითხები, როგორც მათი ექსპერტიზის სფერო. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობამ დაინახა, რომ ეს სამედიცინო ინდივიდუალური მოდელი შეზღუდულ შესაძლებლობას პათოლოგიურ მდგომარეობად აღიქვამდა, ხოლო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს – ინსტიტუციონალიზაციის, რეაბილიტაციისა და კეთილდღეობის სისტემების მხარდაჭერის საჭიროების მქონედ (Oliver 1996; Oliver and Barnes 1998; Thomas 2007).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე აქტივისტების მიერ შემუშავებული შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი ერთმანეთისგან განასხვავებდა ფიზიკურ, სენსორულ ან ინტელექტუალურ დარღვევას, ან ამგვარად აღქმულ დარღვევას, რომელიც გავლენას ახდენდა ცალკეულ შეზღუდული შესაძლებლობის პირზე და შუამ საკითხებზე იწვევდა უარყოფით სოციალურ რეაქციას. სწორედ ეს უკანასკნელი მიიჩნის მათ, როგორც შეზღუდული შესაძლებლობა. ამრიგად, შეზღუდული შესაძლებლობა აღიქმებოდა არა როგორც პიროვნების მახასიათებელი, არამედ როგორც დისკრიმინაციული და შემზღუდავი დამოკიდებულება რაიმე ტიპის დარღვევის მქონე ადამიანების მიმართ. შეზღუდული შესაძლებლობის აქტივისტებს შორის შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის განხილვა და კვლევა აქტიური და დინამიკური პროცესი იყო (Thomas 2007). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის ეს გახლდათ ინოვაციური იდეა, ბრალეულობისა და პასუხისმგებლობის ინდივიდიდან საზოგადოებაზე გადაიტანის მცდელობისა და ამ ორ საკითხს შორის რთული ურთიერთკავშირის შესწავლის შესახებ. შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი ხაზს უსვამს დომინანტური სოციალური რეაგირების მჩაგვრელ ხასიათს, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს გამოორიცხავს და რიყავს სოციალური ცხოვრების სხვადასხვა სფეროდან, ახდენს მათ სტიგმატიზებას და ქმნის ბარიერებს მათი თანასწორობისა და თანაბარი მონაწილეობის გზაზე; დისკრიმინაციას უწევს და უსაფუძვლოდ ზღუდავს მათ ფუნდამენტურ და სამოქალაქო უფლებებს. ასეთი მიდგომა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის ქმნის შესაძლებლობას, გამოკვეთონ თავიანთი პრობლემები, უმთავრესად სამოქალაქო და ადამიანის უფლებების (და არა კეთილდღეობის) ჭრილში. ეჭვგარეშეა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალურმა მოდელმა გავლენა მოახდინა სა-

ზოგადოების აღქმაზე, ისევე, როგორც ბევრი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანის წარმოდგენაზე საკუთარი თავის შესახებ.

შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი არის რადიკალური მრავალი გაგებით, რადგან ის არა მხოლოდ ითვალისწინებს სოციალურ ფაქტორებს და ინარჩუნებს შეზღუდული შესაძლებლობისადმი არსებითად სამედიცინო მიდგომის კომპონენტს. იგი უპირისპირდება სამედიცინო მოდელს, რადგან ხაზს უსვამს იმას, რომ საზოგადოების რეაქცია წარმოშობს როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის აღქმის, ასევე მასზე რეაგირების გზებს. ადამიანების, როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების, მდგომარეობის გასაგებად ის სცილდება ტრადიციულ მიდგომას „ბუნებისა“ და „აღზრდის“ დაპირისპირების შესახებ.

შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი გვეხმარება, ავხსნათ:

- მრავალი ბარიერი – მათ შორის, სოციალური, ეკონომიკური, პოლიტიკური და კულტურული – რომლის წინაშეც ჯერ კიდევ დგანან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები საზოგადოებაში;
- დისკრიმინაცია, რომელსაც ისინი აწყდებიან – ნეგატიური დამოკიდებულება, რომლის წინაშეც ისინი დგანან როგორც ინდივიდების, ცალკეული წევრების, ასევე უფრო ფართო საზოგადოების მხრიდან;
- ჩავრა, რომელსაც ისინი განიცდიან საზოგადოების მხრიდან;
- ადამიანის უფლებებისა და სამოქალაქო უფლებების შეზღუდვა და შელახვა (Oliver 1996).

ამავდროულად, სოციალური მოდელს ბევრი მიმართულებით აკრიტიკებდნენ, მათ შორის იმ არგუმენტით, რომ იგი ვერ უპასუხებს შეზღუდული შესაძლებლობისა და დარღვევების კომპლექსურ ურთიერთქმედებებს და დარღვევების პოტენციურად მზლუდავ ფეხქმებს (Shakespeare 2006; Barnes and Mercer 2005; Thomas 2007). ასევე, ხაზგასმულია ტენდენცია სოციალური მოდელის ვიწროდ ფოკუსირებაზე ფიზიკური და მხედველობითი შეზღუდვების მქონე ადამიანებზე მაშინ, როდესაც მოდელი არასაკმარისად ითვალისწინებს სწავლის სირთულეების მქონე ადამიანებს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მომხმარებელს/გადარჩენილებს და სმენის არმქონე ადამიანებს, რომლებიც თავს ლინგვისტურ უმცირესობად მიიჩნევენ. მისი გამოყენება მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში გახდა კრიტიკის საგანი (Stone 1999), თუმცა, ამავე დროს, შეიძლება ითქვას, რომ ყოველ ასეთ კრიტიკას გარკვეული ძალისხმევა მოჰყვა მის გადასაჭრელად.

დამოუკიდებელი ცხოვრების ფილოსოფია

ეს ფილოსოფია გამომდინარეობს შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელიდან და უპირველესად შთაგონებულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობით. იგი ემყარება რწმენას, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უნდა მიეცეთ საშუალება, იცხოვრონ შეძლებისდაგვარად თანაბარ პირობებში, შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე ადამიანების გვერდით. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უნდა ჰქონდეთ იგივე არჩევანი, რაც ყველას, ვინც არ არის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე. იგი უპირისპირდება „დამოუკიდებლობის“ ტრადიციულ წარმოდგენებს. მისი მთავარი საზრუნავი არ არის ინდივიდუალური ან ვიწრო იდეები პირადი ავტონომიის შესახებ, თუმცა ის ფაქტი, რომ გამოიყენება ტერმინი „დამოუკიდებლობა“, ნიშნავს, რომ ამ მიდგომას ხანდახან აკრიტიკებენ (სრულიად უსაფუძვლოდ) „ურთიერთდამოკიდებულების“ მნიშვნელობის დაკნინებულად წარმოდგენისთვის. ეს არ ნიშნავს „საკუთარ ორ ფეხზე დგომას“ ან „თავად გამკლავებას“. იმის ნაცვლად, რომ სერვისის მომხმარებელი დაინახოს, როგორც დეფექტური ან ნაკლოვანების მქონე, რომელიც მოითხოვს „მრუნვას“, ის ხაზს უსვამს იმის აუცილებლობას, რომ მათ ჰქონდეთ მხარდაჭერა, იცხოვრონ სრულყოფილი ცხოვრებით, თანაბარ და სხვებთან ურთიერთდამოკიდებულების პირობებში (Morris 1993). ეს მხარდაჭერა არ უნდა მოდიოდეს ოჯახის წევრებისგან, როგორც უფასო ან არაფორმალური „მომვლელებისგან“. ეს ფილოსოფია უარყოფს მოვლის კონცეფციას და ცვლის მას მხარდაჭერის იდეით. ის დამოუკიდებლობას განიხილავს, როგორც მდგომარეობას, როდესაც შეგიძლია გადაწყვეტილებების მიღება, და არა ის, რომ ყველაფერი თავად აკეთო (Campbell and Oliver 1996; Morris 2004). ზრუნვის მისაღებად, ადამიანები შეფასებულები არიან არა იმის მიხედვით, თუ რისი გაკეთება არ შეუძლიათ, არამედ, ამ მოდელის მიხედვით, მხარდაჭერის უზრუნველყოფა ხდება იმისთვის, რომ ადამიანებმა შეძლონ, იცხოვრონ რაც შეიძლება სრულყოფილი ცხოვრებით, ისე, როგორც სურთ. დამოუკიდებელი ცხოვრების ფილოსოფიის ორი ურთიერთდაკავშირებული და ძირითადი ასპექტია:

- უზრუნველყოს ადამიანების მხარდაჭერა, რომელიც მათ სჭირდებათ მათი კონტროლის ქვეშ, რათა შეძლონ, იცხოვრონ შეძლებისდაგვარად სრულყოფილი ცხოვრებით, რაც შეიძლება თანაბარ პირობებში შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე ადამიანებთან ერთად;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მეინსტრიმულ პოლიტიკაზე ხელმისაწვდომობის გათანაბრება, ისეთ მომსახურებასა და სერვისებზე მისაწვდომობა, როგორიცაა საცხოვრებელი, ჯანდაცვა, განათლება, დასაქმება და დასვენება.

ეს ორი იდეა – შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი და დამოუკიდებელი ცხოვრების ფილოსოფია – იყო ძალიან მნიშვნელოვანი შეზღუდული შესაძლებლობის სფეროში საერთაშორისო დონეზე. მიუხედავად იმისა, რომ მათ არ აღიარებენ საყოველთაოდ, მიუხედავად იმისა, რომ, როგორც ჩვენ ვნახეთ, ისინი არიან კრიტიკის ობიექტები და მათი მიღწევები არ უნდა იყოს გადაჭარბებული, მათ საფუძველი ჩაუყარეს შეზღუდული შესაძლებლობის აღქმას საზოგადოებაში, პოლიტიკის, პრაქტიკისა და კანონმდებლობის შემუშავებას, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა იდენტობას, დისკურსსა და კოლექტიურ მოქმედებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელთა/გადარჩენილთა მსოფლმხედველობა

საინტერესოა ისიც, თუ რამდენად იყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელთა/გადარჩენილთა აზროვნებაზე გავლენის მომხდენი ისეთი იდეები, როგორიცაა შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი და დამოუკიდებელი ცხოვრება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლებზე/გადარჩენილებზე, მათ ორგანიზაციებსა და მოძრაობებზე. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, არსებობდა ცალკეული განვითარების პროცესი ორ მოძრაობას შორის მათ ფილოსოფიასა და თეორიის შემუშავებაში. ისტორიულად, ნაკლებად ჩანს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლებმა/გადარჩენილმა ადამიანებმა უარყვეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობის იდეები, უფრო ზუსტი იქნება, თუ ვიტყვით, რომ მათ აიორჩიეს განსხვავებული მიდგომა თავიანთი იდეების ჩამოსაყალიბებლად. კვლავაც, დიდი ბრიტანეთის შემთხვევა გვთავაზობს საინტერესო მაგალითს, რომელიც ასევე ასახავს საერთაშორისო დონეზე მდგომარეობის ბევრ ასპექტს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიღების გამოცდილების მქონე ადამიანების ძალიან დიდი რაოდენობა ჩართული იყო გადარჩენილთა მოძრაობის დაფუძნებასა და განვითარებაში. ისინი იყვნენ ადამიანები, რომლებმაც დიდი დრო დაჰყვეს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, ადამიანები, რომლებმაც ცხოვრების დიდი ნაწილი გაატარეს ამ სამედიცინო დაწესებულებებში ან მის გარეთ, რომლებსაც ჰქონდათ სერიოზული ან მძიმე დიაგნოზი, ან ჰქონდათ სუიციდის მცდელობა; ადამიანები დეპრესიის, თვითდაზიანებისა და კვების დისტრესის მძიმე გამოცდილებებით. ამ ადამიანებს შორის იყვნენ პოლიტიკურად აქტიური პირები და სხვებიც, რომლებსაც აქამდე ამგვარი აქტივობის გამოცდილება არ ჰქონიათ, მათ შორის ბევრი იყო ფერადკანიანი და განსხვავებული ეთნიკური ნიშნის მატარებელი, მამაკაცები და ქალები, ხანდაზმულები და ახალგაზრდები, ლესბოსელები, გეები, ბისექსუალები, ტრანსგენდერი და ჰეტეროსექსუალი ადამიანები. დიდ ბრიტანეთში ამ მოძრაობის

ერთ-ერთი ფუძემდებლის, პიტერ კემპბელის თქმით, არ არსებობს ერთი პოზიცია ან შეხედულება იმ ადამიანებს შორის, ვინც აქტიურია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელთა/გადარჩენილ ორგანიზაციებსა და გადარჩენილთა მოძრაობაში. ისინი ყურადღებას ამახვილებენ სხვადასხვა საკითხზე, აქვთ განსხვავებული პრიორიტეტები და განსხვავებულ ჭრილში ხედავენ (Campbell 2009: 48). ის, რაც მათ აერთიანებდა, იყო ფსიქიკური დისტრესის, აშლილობის ან/და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გამოყენების პირადი გამოცდილება. მათი საერთო და გამაერთიანებელი ძალა არის გამოცდილება ან, როგორც მას ზოგჯერ უწოდებენ, „გამოცდილებიდან დაგროვილი ცოდნა“ (Wallcraft et al. 2003).

თუმცა გადარჩენილთა მოძრაობას არ შეუშუალებია ექსპლიციტური ფილოსოფიები ან თეორიები, რომლებიც შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის ან დამოუკიდებელი ცხოვრების მოძრაობის თეორიების თანაზომადი იქნებოდა და რომლებიც განავითარა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მოძრაობამ. ამავდროულად, ეჭვგარეშეა, რომ მისი წევრები, ზოგადად, კრიტიკულები არიან ფსიქიატრიულ სისტემაში მოქმედი დომინანტური მედიკალიზებული ინდივიდუალური მოდელის მიმართ. გადარჩენილთა მოძრაობა უფრო მჭიდროდ მოქმედებდა, ვიდრე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობა მომსახურების გაბატონებულ სისტემაში. კოლექტიურ აქტივობაში იგი უფრო მეტად ემყარებოდა პარტრიონულ მიდგომას, ვიდრე სეპარატისტულს. ბევრი ენერგია დაიხარჯა პროცესებში მონაწილეობაზე, რომელიც არსებული სერვისების რეფორმირებისკენ იყო მიმართული, თუმცა აქტივისტები მნიშვნელოვან კითხვებს სვამენ რეალური მიღწევების შესახებ (Campbell 2009). მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობა უფრო მეტად იყო ორიენტირებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა იდეებისა და მოდელების შემუშავებაზე, პოლიტიკის, მომსახურებისა და მხარდაჭერისათვის, უფრო მეტად აკრიტიკებდა, ვიდრე ცდილობდა ტრადიციული მედიკალიზებული შეზღუდული შესაძლებლობის სერვისების რეფორმირებას. მიუხედავად იმისა, რომ დიდ ბრიტანეთში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობის კამპანია და მიზნები, მაგალითად, მისი ძირითადი თეორიული განვითარებიდან გამომდინარეობდა, ეს ასე არ ყოფილა გადარჩენილთა მოძრაობის შემთხვევაში.

თუმცა შეცდომა იქნება იმის მტკიცება, რომ არ არსებობს საერთო ღირებულებები და რწმენა, რომელსაც ემყარება გადარჩენილთა მოძრაობა. გადარჩენილთა მოძრაობა და მასთან დაკავშირებული ორგანიზაციები შესანიშნავად აცნობიერებენ „სოციალურ ფაქტორებს“ მსოფლმხედველობასა და საქმიანობაში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელთა/გადარჩენილთა დისკურსები ეხება როგორც მატერიალურ, ისე სპირიტუალურ საკითხებს, როგორც პირად, ასევე პოლიტიკურ თემებს, თუმცა ამას შედეგად არ მოჰყოლია შეზღუდული შესაძლებლობის

სოციალური მოდელის მსგავსი მიდგომის ფართოდ განვითარება. ასეთი მოდელის ჩამოყალიბება დაკავშირებულია სიფრთხილესთან, რომ შესაძლოა, მივიღოთ კიდევ ერთი ორთოდოქსული მიდგომის დანერგვა და თავსმოხვევა, და რომ რეალურად ადგილი აქვს ადამიანების პირადი სირთულეებისა და დისტრესის უარყოფას (Beresford 1999; Beresford and Campbell 2004). გადარჩენილებმა და მათმა ორგანიზაციებმა მაინც შეიმუშავეს ახალი იდეები და მიდგომა. ისინი ეგვქვემ აყენებენ „ფსიქიკური დაავადების“ ტრადიციულ გაგებას, აყალიბებენ ახალ იდეებს და ეხებიან ისეთ საკითხებს, როგორიცაა თვითდაზიანება, კვებითი აშლილობა (Beresford and Campbell 2004; Romme et al. 2009). როგორც მომხმარებელთა სხვა მოძრაობებისთვის, მათთვისაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სერვისის მომხმარებლის უფლება, თავად ისაუბროს თავის თავზე, მიიღოს თანასწორი მოპყრობა და პატივისცემა. გადარჩენილთა მოძრაობის მიზნები და ფიქრები სწორედ ამ ზოგად პრინციპებს ეყრდნობა და არა რაიმე უფრო კონკრეტულ თეორიასა თუ ფილოსოფიას.

გადარჩენილთა მოძრაობა, რომელიც უფრო მჭიდროდ მუშაობს მომსახურების სისტემაში, გაცილებით წარუმატებელი აღმოჩნდა ფსიქიკური აშლილობის სამედიცინო მოდელისა და მედიკამენტებზე დაფუძნებული მკურნალობის წინააღმდეგ, რომელიც კვლავ გაბატონებული მიდგომაა ფსიქიატრიულ სისტემაში. ბევრი ენერგია დაიხარჯა მონაწილეობის პროცესებში, არსებული სერვისების რეფორმირებისკენ, მაგრამ აქტივისტებს სერიოზული კითხვები აქვს მიღწეულ შედეგებთან დაკავშირებით (Campbell 2009).

აღდგენა

თუმცა, თუ გადარჩენილთა მოძრაობამ ვერ შეძლო ან არ სურდა, ჩამოეყალიბებინა შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის საკუთარი ეკვივალენტი, მან მხარი დაუჭირა სხვა მოდელს, რომელმაც საერთაშორისო მნიშვნელობა მოიპოვა ბოლო წლებში. ეს არის „აღდგენის“ მოდელი. აღდგენის იდეამ ცოტა ხნის წინ დიდი ინტერესი მოიპოვა დიდი ბრიტანეთის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და პრაქტიკაში. აღდგენის საკითხებზე საუბრობენ, ასევე, გადარჩენილი კომენტატორები, როგორიცაა, მაგალითად, მარია ო'ჰაგანი ახალი ზელანდიიდან (<http://www.Maryohagan.com/publications.php>). აქტიური საუბრები მიდის „აღდგენის მოძრაობაზე“ (Pilgrim 2008). სერვისის ბევრი მომხმარებელი დადებითად აფასებს აღდგენის იდეას. ამ მიდგომის ფარგლებში ისინი არ მიიჩნევიან როგორც გამოუსწორებლად დაზიანებული ან დეფექტური, როგორც ეს ხშირად, ისტორიულად ახასიათებს პათოლოგიზირებულ სამედიცინო მიდგომას. ამის ნაცვლად, აღდგენის მოდელი ადამიანებს აძლევს იმედს და მათ ცხოვრებაში პოზიტიური შედეგების შესაძლებლობას (Turner-Crowson and Wallcraft 2002). თუმცა სხვა გადარჩენილები უაღრესად კრიტიკულად უყურებენ კონცეფციის

არსებითად სამედიცინო საფუძვლებს და მათთან დაკავშირებულ აქცენტს „აღდგენი-სუნარიანობასა“ და ადამიანების დასაქმებაში გადაყვანაზე. „უკეთესად გახდომის“ მე-სიჭმა სამედიცინო მოდელს ახალი სიცოცხლე შესძინა. მაშინ, როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიერ შემუშავებული დამოუკიდებელი ცხოვრების ფი-ლოსოფია ხაზს უსვამს ადამიანების გრძელვადიანი და მუდმივი მხარდაჭერის მოთხო-ვნილებას, რათა შეძლონ სრულყოფილად ცხოვრება, აღდგენა ნიშნავს ასეთი დახმა-რების არასაჭიროობას და შეწყვეტას ადამიანების „აღდგენის“ შემდგომ. ამ მიზეზით, ზოგიერთი გადარჩენილი მიიჩნევს, რომ აღდგენის მოდელი შეესაბამება და ზოგიერთ შემთხვევაში მხარს უჭერს ნეოლიბერალურ დღის წესრიგს, შემცირებებით, შრომის ბაზარზე ინტეგრაციითა და თვითდახმარებით, ადამიანების „თავის მიმართ ზრუნვაზე“ გაზრდილი დამოკიდებულებით.

წინააღმდეგობები, რომელთაც აწყდებიან გადარჩენილები და მათი მოძრაობები

საინტერესოა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელი/გადარჩე-ნილები და მათი ორგანიზაციები ჯერ არ ეყრდნობიან შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალურ მოდელს და არ აყალიბებენ შესატყვის მიდგომას, მიუხედავად იმისა, რომ მრავალი საერთო პრობლემა და წუხილი აქვთ სხვა შშმ პირებთან. როგორც ვნახეთ, ორ ჯგუფს შორის არა მხოლოდ ბევრი გადაკვეთაა, არამედ ისინი აწყდები-ან ბევრ საერთო სირთულეს საზოგადოებასა და სხვა ადამიანებთან მიმართებაში. მათ შორისაა: სოციალური ბარიერები და ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების შეზღუდვა; სტიგმა და უარყოფითი სტერეოტიპები, დისკრიმინაცია და ჩავჯრის სხვა ფორმები, სიღარიბე და მძიმე სოციალური მდგომარეობა.

თუმცა ის, რომ გადარჩენილთა მოძრაობას არ შეუძლია, განავითაროს საკუთარი სოციალური მოდელი, არ ნიშნავს იმას, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელი/გადარჩენილები ემხრობიან სამედიცინო მოდელს, მაშინაც კი, თუ არ შეუძლიათ მისი ერთმნიშვნელოვნად უგულებელყოფა. ეს ხაზგასმით და მტკი-ცებულებებით დასტურდება დიდი ბრიტანეთის კვლევითი პროექტის ფარგლებში (Beresford et al. 2010).

სოციალური მიდგომების შეფასება

კვლევამ შეისწავლა სერვისის მომხმარებელთა/გადარჩენილთა შეხედულებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების კონცეპტუალიზაციის შესახებ. იყო მნიშ-ვნელოვანი შეთანხმება, რომ ფსიქიკური აშლილობების მედიკალიზებული ინდი-

ვიდუალური მოდელი მაინც დომინირებდა. სამედიცინო მოდელი განიხილებოდა, როგორც წამყვანი მიდგომა პროფესიონალებს შორის, ზოგადად, საზოგადოებაში და ასევე, სერვისის მომხმარებლებს შორის, რაც აყალიბებდა მისი არსის გაგებასა და დამოკიდებულებას. ის თითქმის მთლიანად უარყოფით კონოტაციაში იყო განხილული. ეს დამოკიდებულება აისახა შშმ პირთა კომენტარებში, მაგალითად:

ვფიქრობ, მთავარი პრობლემა იმაშია, რომ ადამიანის ცხოვრება ნეგატიურ ჭრილში არის დანახული, ავადმყოფობის თვალსაზრისით... ის ფოკუსირებულია ინდივიდზე და არა იმ სიტუაციაზე, რომელშიც ინდივიდი ცხოვრობს... ის ინდივიდუალიზებას უკეთებს პრობლემებს და ადამიანებს ნეგატიურად აგრძნობინებს თავს... არ ათავისუფლებს დანაშაულის გრძნობისგან... ვგულისხმობ დადანაშაულებას.

ეს არის დევიაციის მოდელი, რომ თითქოს ადამიანს რაღაც სჭირს... ეს ნამდვილად ბიოლოგიური პერსპექტივაა. ისინი ამას არ განიხილავენ, როგორც სოციალურ საკითხს. ეს არის ბიოლოგიური საკითხი და ნერტილი. ისინი, ამ მდგომარეობას პასუხობენ მედიკამენტებითა და ელექტრომონწყობილობებით მკურნალობით, რასაც ეძახიან ასეთ ნივთებს. ეს არის ინდივიდუალისტური მიდგომა.

(Beresford et al. 2010: 12–13)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების სოციალური გაგება ფართოდ იყო მხარდაჭერილი. ეს ხაზს უსვამს ფართო და განახლებადი ინტერესის არსებობას (Tew 2005; Ramon and Williams 2005). საერთო შეხედულება იყო ის, რომ სოციალური და ფიზიკური გარემოფაქტორები მოქმედებს ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. იგი ერთგვარ პასუხს წარმოადგენდა ამ გარემოზე. სერვისის მომხმარებლები/გადარჩენილები ამბობენ:

მე ვიზიარებ ფსიქიკური ჯანმრთელობის არსს, როგორც პირადი და სოციალური ურთიერთობის შედეგს, არსებითად პიროვნებისა და მისი გარემოს (ფიზიკური/სულიერი/სოციალური/კულტურული) ურთიერთქმედებისას.

მე უფრო მეტად სოციალური მოდელის [მიდგომას] ვემხრობი. მე ვფიქრობ, რომ გენოლა მოდის საზოგადოებიდან და გენოლა მოდის იქიდან, რაც რეალურად ხდება შენს ცხოვრებაში.

(Beresford et al. 2010: 15)

შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის მთავარი კრიტიკა

სოციალური მიდგომა, როგორც იგრძნობოდა, საჭიროებდა ადამიანების ინდივიდუალური და განსხვავებული საჭიროებების, ასევე, სოციალური გარემოსა და ბარიერების გათვალისწინებას. სოციალური მოდელის მიმართ ძლიერი მხარდაჭერის მიუხედავად, ასევე, იმის გათვალისწინებით, რომ მონაწილეთა უმეტესობას, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მომსახურების მომხმარებელ/გადარჩენილებს თავად ჰქონდათ გამოცდილი ეს ბარიერები, მათი შეხედულებები შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის შესახებ კომპლექსური და ურთიერთგანსხვავებული იყო. ზოგიერთის მოსაზრებით, ეს მოდელი წარმოადგენდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების გასაგებად პოტენციურად დამხმარე საფუძველს, ზოგი კი მას უფრო პრობლემურად მიიჩნევდა. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში ტერმინოლოგიის პრობლემებმა დამატებით გაართულა ვითარება, რამდენადაც ბევრისათვის დისკომფორტს ქმნიდა არასამედიცინო ტერმინოლოგია, მაგალითად, როგორიცაა „სიგიჟე“. განსაკუთრებული საკითხი, რომელიც ადამიანებში ასევე გარკვეულ უხერხულობას იწვევდა, იყო „დარღვევის“ კონცეფცია, (მაშინაც კი, როდესაც ეს კონცეფცია წარმოდგენილი იყო, როგორც „სუბიექტურად აღქმული დარღვევა“), როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის ნაწილი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების ზოგიერთმა მომხმარებელმა/გადარჩენილმა მიიჩნია, რომ მათ და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის საჭიროების მქონე სხვა პირებს შესაძლოა არ ჰქონოდათ დარღვევა, ეს ჩარჩო-მიდგომა კი მათ მიმართ უსარგებლო ყოფილიყო.

არ ვიცი, მგონია, რომ ეს ძალიან კომპლექსური საკითხია... სიტყვა „დარღვევა“, არ ვემხრობი სიტყვა „დარღვევას“, რადგან, ხომ იცი, ეს საზღვრებს ადგენს, ასე არაა?

მე არ ვარ დარწმუნებული, რომ ის მუდმივია... ისეთივე მუდმივი, როგორც ზოგიერთი მათგანი, როგორიცაა მხედველობის ან სმენის დარღვევა, რადგანაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე [ადამიანის] დარღვევა შეიძლება სწრაფად იცვლებოდეს, განსხვავებით სენსორული დარღვევის მქონე ადამიანებისგან.

(Beresford et al. 2010: 27)

განგრძობადი წუხილი იმის შესახებ, რომ იდენტიფიცირდებოდე, როგორც „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი“, კვლავ წინა პლანზეა წამოწეული:

არ ვარ დარწმუნებული, რომ მსურს „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი“ მიწოდონ.

შეზღუდული შესაძლებლობის მდგომარეობის [ასოცირების] პრობლემა კვლავ ის ფაქტია, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მდგომარეობას მუდმივსა და შეუქცევადს ხდის. ეს არის ის, რაც მე არ მომწონს მასში. ეს, რასაკვირველია, უნდა დაეხმაროს ადამიანებს, მეტი სიფრთხილით მოვეკიდონ პოლიტიკის გატარებას და დაეხმარონ ადამიანებს, იყვნენ მეტად ჩართულნი, მაგრამ ძირითადი იდეა იმისა, რომ შენს შემთხვევაში რაღაც არასწორია, მე საერთოდ არ მომწონს ანდაც ის, რომ შენ არ ხარ გარკვეული გაგებით ადეკვატური.

(Beresford et al. 2010: 19)

შედეგად, ამან განაპირობა ის, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მომსახურების მომხმარებელი/გადარჩენილები მეტად დაფიქრებულიყვნენ შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალურ მოდელზე, „სიგიჟისა“ და „დისტრესის“ ცნებებს შორის შესაძლო ურთიერთკავშირზე.

იზოლაციაში ყოფნისათვის გაუარესებული დრო?

მაშინ, როდესაც ვიცით, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური მოდელი საყოველთაოდ არ არის მიღებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საერთაშორისო მოძრაობის მიერ, ამ მიდგომას საერთაშორისო დონეზე ჰქონდა უდიდესი ეფექტი, რადგან შეზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებული საკითხები განიხილებოდა გაძლიერებისა და უფლებების ჭრილში, ასევე, კოლექტიური ქმედებებისა და სახალხო და პოლიტიკური მხარდაჭერის პროცესში. მაშინ, როდესაც საერთაშორისო დონეზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლის/გადარჩენილების კოლექტიურ ქმედებებათა მიღწევებმა მათ მოლოდინს გადააჭარბა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის ბევრმა მომხმარებელმა/გადარჩენილმა ადამიანმა შეძლო, თვითრწმენისა და საკუთარი თავის შეცნობის მდგომარეობისათვის მიეღწია. ასევე, უმრავლეს შემთხვევაში გაიზარდა და არ შემცირებულა მათთან დაკავშირებული გარემოებები საზოგადოებაში, ბარიერები და გარიყვის პრაქტიკა, რომლებსაც ისინი აწყდებიან. ამრიგად, არსებობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელთა/გადარჩენილთა გადაკვეთის წერტილი, ჯგუფი, რომელიც დგას ჩაგვრის, გარიყვისა და დისკრიმინაციის, გადაულახავი ბარიერებისა და უფლებების შეზღუდვის წინაშე, მაგრამ ის განაგრძობს ფილოსოფიურად გაყოფას და ამით ორივე მხარე სუსტდება. გაერთიანებისა და სოლიდარობის შემთხვევაში პოტენციური ბენეფიტები მიუღწეველია. რა-

საკვირველია, განცალკევებული განვითარების ამჟამინდელი ისტორია, როგორც ჩანს, არ წარმოადგენს მომგებიან გზას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლის/გადარჩენილებისთვის, რომლებიც კვლავაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შორის ერთ-ერთ ყველაზე სტიგმატიზებულ და მარგინალიზებულ ჯგუფს წარმოადგენენ. ასევე, უნდა ითქვას, რომ ეს მდგომარეობა შესაძლოა, კიდევ უფრო გამწვავდეს, ვინაიდან გლობალური ეკონომიკური სირთულეებიდან მომდინარე ზენოლა ყველა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის ეკონომიკურ და სოციალურ მდგომარეობას უფრო ართულებს და ძაბავს.

მთავარი კითხვა, რომელიც აქ ჩნდება: შექმნილია კი მხარდამჭერი ვითარება სულ უფრო გაურკვეველ და პოტენციურად მტრულად განწყობილ საერთაშორისო გარემოში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მომხმარებელ/გადარჩენილთა ან სხვა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის? იქნებ, დროა, გადავიდეთ იზოლირებულად განვითარებაზე ორიენტირებული მოძრაობების ტრადიციიდან სხვა საფეხურზე, რომელიც არა მხოლოდ უფრო მტკიცე კავშირებისა და ქსელების შექმნას ისახავს მიზნად, არამედ უფრო ინკლუზიური და შესაფერისი მოდელებისა და ფილოსოფიების შემუშავების გზების შესწავლას, როგორც საერთო იდენტურობის კოლექტიური მოქმედებების საფუძველს. ცხადია, ერთიანობისკენ გადადგმული ნებისმიერი ნაბიჯი უნდა იყოს სხვადასხვა იდენტობისა და მოძრაობის მთლიანობისა და დამოუკიდებლობის შენარჩუნების გარანტი. ამავდროულად, მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იქნება, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელთა/გადარჩენილთა მოძრაობებს შორის შემდგომი მუშაობა.

შემდგომი ნაბიჯები

სერვისის მომხმარებელთა/გადარჩენილთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოდელების აღქმის კვლევამ (Beresford et al. 2010) წარმოადგინა რეკომენდაციათა სერია, რომელიც შესაძლოა, გამოსადეგი იყოს მოძრაობებს შორის იდეების გაზიარებისა და ურთიერთგაგების პროცესში. ეს რეკომენდაციებია:

- მიგნებებისა და დასკვნების უფრო ფართოდ გაზიარება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებელ/გადარჩენილებს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებსა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფრო ფართო მოძრაობას შორის;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლებისა და მათი ორგანიზაციების შემდგომი შესაძლებლობების ხელშეწყობა, რათა განიხილონ ეს მიგნებები და დასკვნები და შეისწავლონ მათი შედეგები;

- ამგვარი დისკუსიებიდან პრიორიტეტული მოქმედებების გამოკვეთა, განსაკუთრებით იმ უარყოფით ეფექტებთან მიმართებით, რომლებიც დაკავშირებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დომინანტურ სამედიცინო მოდელისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების მედიაში უარყოფითი შინაარსით წარმოჩენასთან;
- შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის მომხრეების მიერ იმის შესწავლა, თუ როგორ შეიძლება, გახდეს იგი უფრო მისაწვდომი, განსაკუთრებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლისთვის, რათა შეძლონ მისი უკეთ გაცნობიერება საკუთარ თავთან მიმართებით;
- სისტემას გადარჩენილი ლიდერებისა და აქტივისტების, განსაკუთრებით მოძრაობის ღირებულებითა და ფილოსოფიით დაინტერესებულების მიერ, შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის უფრო სიღრმისეული შესწავლა და იმის იდენტიფიცირება, თუ როგორ არის შესაძლებელი, ამ პარადიგმამ უკეთ განიხილოს და მოიცვას ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხები;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მომხმარებელთათვის შესაძლებლობის შექმნა, რათა ისინი უფრო მეტად გაეცნონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შესახებ საკითხებს, ისევე, როგორც სოციალურ მოდელს და დააიდენტიფიცირონ, თუ როგორ შეიძლება ისინი მათთვის რელევანტური იყოს;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლის/გადარჩენილებისა და მათი ორგანიზაციების მხარდაჭერა, რათა მეტი შეიტყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მოძრაობისა და კანონმდებლობის/უფლებების საკითხების შესახებ, რომელთაგანაც შეუძლიათ ისარგებლონ – ეს მათ დაეხმარება, უზრუნველყონ თავიანთი უფლებები და იმუშაონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯგუფებთან საერთო საკითხებზე, როგორიცაა, მაგალითად, პირდაპირი გადახდა, ინდივიდუალური ბიუჯეტი, პერსონალიზაცია და თვითრეგულირებადი მხარდაჭერა;
- სერვისის მომხმარებელთა სხვადასხვა ჯგუფისათვის უფრო მეტი შესაძლებლობების შექმნა, რათა გაერთიანდნენ და შეისწავლონ ისეთი საკითხები, როგორიცაა, სოციალური მოდელი და დამოუკიდებელი ცხოვრება და ამასთანავე, იფიქრონ შესაძლო მსგავსებასა და განსხვავებაზე;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლის/გადარჩენილების მიმართ არსებულ უარყოფით სტერეოტიპებთან ბრძოლა. იარლიყის მიკვრება და სტიგმა კვლავ წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მომხმარებლისთვის ძირითად ბარიერებს, თუმცა ზოგიერთმა დაიწყო უარყოფითი იარლიყისა და იდენტობის წინააღმდეგ ბრძოლა. სასარგებლო იქნება იმის შესწავლა, თუ როგორ შეუძლია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მომხმარებელს, დაუპირისპირდეს მათთან დაკავშირებულ ნეგატივებს და გახდეს უფრო ამაყი იმით, რასაც წარმოადგენს, დაიბრუნოს ენა, რომლითაც მათ მიემართებათ ნეგატიური და მტრული კონოტაციებით (Beresford et al. 2010).

ძალთა გაერთიანებამ შესაძლოა, ხელი შეუწყოს პოზიტიური დღის წესრიგის შექმნაში გადარჩენილთა მოძრაობებს, რათა შეძლონ შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის გადააზრება და უფრო ძლიერი, სტრატეგიული და გამაერთიანებელი ურთიერთობის განვითარება ფსიქიატრიული სისტემის გადარჩენილებს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებსა და მათ მოძრაობებს შორის.

ბიბლიოგრაფია

- Barnes, C. and Mercer, G., eds (2005) *The Social Model of Disability, Europe and the Majority World* (Leeds: The Disability Press).
- Beresford, P. (1999) 'Making Participation Possible: Movements of Disabled People and Psychiatric System Survivors', in T. Jordan and A. Lent, eds, *Storming the Millennium: The New Politics of Change* (London: Lawrence and Wishart): pp. 34–50.
- Beresford, P. (2000) 'What Have Madness and Psychiatric System Survivors Got to Do with Disability and Disability Studies?', *Disability & Society* 15(1): 168–72.
- Beresford, P. (2005) "'Service User": Regressive or Liberatory Terminology? Current Issues', *Disability & Society* 20(4): 469–77.
- Beresford, P. and Campbell, P. (2004) 'Participation and Protest: Mental Health Service Users/ Survivors', in M. J. Todd and G. Taylor, eds, *Democracy and Participation: Popular Protest and New Social Movements* (London: Merlin Press): pp. 326–42.
- Beresford, P., Gifford, G. and Harrison, C. (1996) 'What Has Disability Got to Do with Psychiatric Survivors?', in J. Reynolds and J. Read, eds, *Speaking Our Minds: Personal Experience of Mental Distress and its Consequences*. Open University reader for Open University course, 'Mental Health: Issues, Skills and Perspectives' (Basingstoke: Palgrave): pp. 209–14.
- Beresford, P., Nettle, M. and Perring, R. (2010) *Towards a Social Model of Madness and Distress? Exploring What Service Users Say* (York: Joseph Rowntree Foundation).
- Campbell, P. (1996) 'The History of the User Movement in the United Kingdom', in T. Heller, J. Reynolds, R. Gomm, R. Muston and S. Pattison, eds, *Mental Health Matters: A Reader* (Basingstoke: Macmillan): pp. 218–25.
- Campbell, P. (1999) 'The Service User/Survivor Movement', in *This is Madness: A Critical Look at Psychiatry and the Future of Mental Health Services* (Ross-on-Wye: PCCS Books): pp. 195–209.
- Campbell, P. (2009) 'The Service User/Survivor Movement', in J. Reynolds, R. Muston, T. Heller, J. Leach, M. McCormick, J. Wallcraft, M. Walsh, eds, *Mental Health Still Matters* (Basingstoke: Palgrave Macmillan): pp. 46–52.
- Campbell, J. and Oliver, M. (1996) *Disability Politics: Understanding Our Past, Changing Our Future* (London: Routledge).
- Chamberlin, J. (1988) *On Our Own: User Controlled Alternatives to the Mental Health System* (London: Mind).
- Coppick, V. and Hopton, J. (2000) *Critical Perspectives on Mental Health* (London: Routledge).
- Faulkner, A. (1997) *Knowing Our Own Minds: A Survey of How People in Emotional Distress Take Control of Their Lives* (London: Mental Health Foundation).
- Faulkner, A. and Layzell, S. (2000) *Strategies for Living: A Report of User-led Research into People's Strategies for Living with Mental Distress* (London: Mental Health Foundation).

Ferguson, I., Barclay, A., and Stalker, K. (2003) 'It's a Difficult Life to Lead': Supporting People with Personality Disorder: Service User and Provider Perspectives (Stirling: Department of Applied Social Science, University of Stirling).

MindFreedom (2009) 'Psychiatric Survivor Movement History'; available online at <http://www.mindfreedom.org/kb/act/movement-history> (accessed 2 August 2011).

Morris, J. (1993) *Independent Lives? Community Care and Disabled People* (Basingstoke: Macmillan).

Morris, J. (2004) 'Community Care: A Disempowering Framework', *Disability & Society* 19(5): 427–42.

Newnes, C., Holmes, G. and Dunn, C., eds (2001) *This is Madness Too: Critical Perspectives on Mental Health Services* (Ross-on-Wye: PCCS Books).

O'Hagan, M. (1994) *Stopovers on My Way Home from Mars: A Journey into the Psychiatric Survivor Movement in the USA, Britain and the Netherlands* (London: Survivors Speak Out).

O'Hagan, M. (2009) *Making Sense of Madness from the Inside*; available online at <http://www.outoftheirminds.co.nz/?p=222> (accessed 6 October 2011).

Oliver, M. (1996) *Understanding Disability: From Theory to Practice* (Basingstoke: Macmillan).

Oliver, M. and Barnes, C. (1998) *Disabled People and Social Policy: From Exclusion to Inclusion* (Harlow: Longman).

Pilgrim, D. (2008) "Recovery" and Current Mental Health Policy', *Chronic Illness* 4(4): 295–304.

Plumb, A. (1994) *Distress or Disability? A Discussion Document* (Manchester: Greater Manchester Coalition of Disabled People).

Ramon, S. and Williams, J. E., eds, (2005) *Mental Health at the Crossroads: The Promise of the Psychosocial Approach* (Aldershot: Ashgate).

Rogers, A. and Pilgrim, D. (2001) *Mental Health Policy in Britain*, 2nd edn (Basingstoke: Palgrave).

Rogers, A. and Pilgrim, D. (2003) *Mental Health and Inequality* (Basingstoke: Palgrave Macmillan).

Rogers, A. and Pilgrim, D. (2010) *A Sociology of Mental Health and Illness* (Basingstoke: Palgrave Macmillan).

Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D. and Morris, M. (2009) *Living with Voices: 50 Stories of Recovery* (Ross-on-Wye: PCCS Books).

Shakespeare, T. (2006) *Disability Rights and Wrongs* (London: Routledge).

Stone, E., ed. (1999) *Disability and Development: Learning from Action and Research in the Majority World* (Leeds: The Disability Press).

Taylor, P. and Gunn, J. (1999) 'Homicides by People with Mental Illness: Myth and Reality', *British Journal of Psychiatry* 174: 9–14.

Tew, J., ed. (2005) *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress* (London: Jessica Kingsley).

Thomas, C. (2007) *Sociologies of Disability and Illness: Contested Ideas in Disability Studies and Medical Sociology* (Basingstoke: Palgrave Macmillan).

Turner-Crowson, J. and Wallcraft, J. (2002) 'The Recovery Vision for Mental Health Services and Research: A British Perspective, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25(3): 245–54.

Wallcraft, J., Read, J. and Sweeney, A. (2003) *On Our Own Terms: Users and Survivors of Mental Health Services Working Together for Support and Change* (London: Sainsbury Centre for Mental Health).

