

## ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა

*სახელმძღვანელო სოციალური სამუშაოს მაგისტრატურის სტუდენტებისთვის  
მოამზადა თამარ მახარაძე*

Mechanic, D. (2008). Mental Health And Social Policy – Beyond Managed Care.  
Prentice Hall

Lester, H., Glasby J. (2006) Mental Health Policy and Practice. Palgrave Macmillan

International Handbook on Mental Health, edited by Donna Kemp. 1993

- I. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზოგადი მიმართულებები
- II. რას ნიშნავს ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ფსიქიკური აუადმყოფობა
- III. ინსტიტუციონალიზმი და დეინსტიტუციონალიზაცია

## I. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზოგადი მიმართულებები

ადამიანის გრძნობები და ქცევა უკიდურესად ცვალებადია. გარემო პირობებიდან და პირადი ცხოვრებიდან გამომდინარე ერთი და იგივე ადამიანი შეიძლება იყოს ბედნიერი და სევდიანი, ენერგიული და პასიური, მშვიდი და შფოთიანი. უმეტეს შემთხვევაში, რეაქციების ამგვარი ცვლა ყოველდღიური ცხოვრების ადეკვატური პასუხია – არავის უკვირს, როდესაც ადამიანი ახლობლის გარდაცვალების გამო სევდიანია, ან შფოთავს რთული გამოცდის წინ; ამგვარი რეაქციები სავსებით ნორმალურია. დეპრესია, სევდა და შფოთი თავისთავად არ შეიცავს არანორმალურ პასუხებს, თუ ეს რეაქციები სოციალური და პერსონალური გარემოს შესატყვისია.

ჩვეულებრივ, “ნორმიდან” გადახრილ ფსიქიკურ მდგომარეობას ორი გზით გამოვიცნობთ. პირველი, ადამიანი მიმართავს ისეთ ქცევებს, რომელიც მის გარემომცველ პირობებსა და ცხოვრებასთან აშკარად შეუსაბამოა. ეს ქცევები იმდენად უცნაური და რთული ასახსნელია, რომ ხშირად ავადმყოფობით ვხსნით. აღსანიშნავია, რომ ამგვარი შეფასების გაკეთებისას, ქცევის კონტექსტს უაღრესად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. მაგალითად, ჯადოქრობით მოწამვლის შიში შეიძლება უცნურად არ მოგვეჩვენოს იმ ადამიანში, რომელიც ისეთ კულტურას მიეკუთვნება, სადაც სჯერათ ჯადოქრობის, მაგრამ იგივე რეაქციები საკმაოდ უცნურად მოგვეჩვენება, თუ მას ის ადამიანი გამოამყდავენებს, რომელსაც ასეთ საკითხებთან არავითარი შეხება არ ჰქონია. გარემო პირობებთან ასეთმა შეუსაბამობამ შეიძლება გარკვეული სახის დაავადებაზე მიგვანიშნოს.

მეორე გზა, რომლითაც ჩვეულებრივ ვასკვნით ადამიანის გადახრილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, გარემო პირობებთან შეუსაბამო პერსონალური განცდებია. ალბათ ნორმალურია, როდესაც გაბრაზებასა და ფრუსტრაციას გრძნობს უმუშევარი ადამიანი, რომელიც ოჯახის სათანადოდ უზრუნველყოფას ვერ ახერხებს, მაგრამ როდესაც მსგავს რეაქციებს ვხვდებით იმ ადამიანთან, რომელსაც ამგვარი გრძნობების გამომწვევი ობიექტური პირობები არ აქვს, ჩვენ შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ საქმე ფსიქიკურ გადახრასთან გვაქვს.

უცნაური ქცევის ან ინტენსიური განცდების ამოცნობა რთული არ არის. თუმცა, ჩვენი სოციალური ქცევისა და ცხოვრებისული პირობების უმეტესობა მარტივი განსასაზღვრი არ არის და ხშირად საკმაოდ რთულია დავასკნათ, მოცემული ქცევა თუ გრძნობები, სოციალური პირობების შესაბამისია თუ არა. მრავალფეროვანი ქცევითი მოდელებისა და ღირებულებების გამო, ხშირად საკმაოდ რთულია დავასკნათ, ადამიანი ამ განსხვავებული ღირებულებების შესაბამის ქცევებსა და გრძნობებს გამოხატავს, თუ მისი რეაქციები

უცნაური და გარემოსთან შეუსაბამოა. მაგალითად, გარკვეული კულტურული ჯგუფის წარმომადგენლის ჩაცმულობა შეიძლება ვილაცას ძალიან უცნაური მოეჩვენოს, მაგრამ მასში უცნაური არაფერი იქნება, რადგან ეს ადამიანი განსაზღვრული კულტურული ღირებულებების შესაბამისად იქცევა. ანალოგიურად, ადამიანი შეიძლება ამუღანებდეს დეპრესიასა და მწუხარებას, მაგრამ ამის გამომწვევი მიზეზი გარშემომყოფებისთვის თვალსაჩინო არ იყოს და მისი გამოაშკარავება მხოლოდ განსაკუთრებული შესწავლის შემდეგ გახდეს შესაძლებელი.

ფსიქიკური დაავადების ზუსტი განსაზღვრა საკმაოდ რთული აღმოჩნდა. ის ყოველთვის განიხილებოდა როგორც “ნორმიდან” გადახრა, მაგრამ თუ რას ნიშნავს “ნორმა” – საკმაოდ რთული განსასაზღვრი აღმოჩნდა. პრაქტიკაში ადამიანები თვითონ ხშირად ხვდებიან, რომ მათ თავს რაღაც ხდება და მათი გრძნობები, ფსიქიკური და ზოგადი მდგომარეობა ჩვეულებრივი არ არის – წარსულ გამოცდილებში არსებულ და სხვა ადამიანების მიერ გამოვლენილ რეაქციებისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება. სხვა შემთხვევაში, ადამიანის ქცევა განისაზღვრება როგორც უცნაური მაშინ, თუ ის გარკვეული აღიარებული სტანდარტების შესაბამისი არ არის. რადგან ფსიქიკური დაავადების ადრეული დეფინიციები ხშირად არაპროფესიონალურ მსჯელობებს ეყრდნობოდა, ბევრი ქცევა, რომელიც ირაციონალური ჩანს, შეიძლება ფსიქიკურ გადახრად განიხილოს.

ყოველი ჩვენთაგანი პერიოდულად ისეთ ქცევას ავლენს, რომელიც სხვებს შეიძლება უჩვეულოდ მოეჩვენოს, მაგრამ ამას ყოველთვის როდი მოსდევს ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზი. მხოლოდ როდესაც ასეთი ქცევა მუდმივ ხასიათს იძენს და ის იმდენად უჩვეულოა, რომ მოცემული პირობებით ახსნას არ ექვემდებარება, ფსიქიკური დაავადების ტენდენციას შეიძლება საუბარი.

განსხვავებულ ღირებულებების მქონე კულტურებს ყოველთვის გარკვეული ხარისხის სირთულე აქვთ ფსიქიკური დაავადების სოციალური დეფინიციის ჩამოყალიბებაში. მაგალითად, იქ სადაც კონფორმულობა ჩვეულებრივ და გავრცელებულ მოვლენად ითვლება, ადამიანები, რომლებიც ამ საზოგადოებაში არსებული უსამართლობის წინააღმდეგ იბრძვიან, ან სრულიად ახალი სტილის ქცევით მოდელებს ავლენენ, საზოგადოების უდიდეს ნაწილს შეიძლება მეტად უცნაურად მოეჩვენოს. სოციალური ღირებულებების პერსპექტივიდან, პირიქით ადამიანები, რომლებიც მათ გარშემო მიმდინარე საშინელ მოვლენებს აუღელვებლად პასუხობენ, შეიძლება ჩაითვალოს, რომ გარკვეული სახის ფსიქიკური გადახრით ხასიათდებიან, ხოლო ისინი კი, ვინც ძლიერ ემპათიასა და მწუხარებას გამოხატავენ, “ფსიქიკური ჯანმრთელობის” მაღალი დონით ხასიათდებიან. ეს მიუთითებს იმ გარემოებაზე, რომ მნიშვნელოვანია დავეყდნოთ არა მარტო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნორმატიულ დეფინიციას, არამედ

გვექონდეს რაციონალური თეორიული წარმოდგენა იმის შესახებ, თუ რა არის ფსიქიკური დაავადება.

ჩვენი მიზანია გავიგოთ არა მარტო ის თუ რა არის “ფსიქიკური დაავადება”, არამედ გავიაზროთ რას ნიშნავს “ფსიქიკური ჯანმრთელობა”. ეს საკითხი წლების განმავლობაში კლინიკოსებისა და მეკვლევარების განხილვის საგანი იყო. მათ სურდათ განესაზღვრათ სოციალური ბუნების მყარი მახასიათებლები თუ თვისებები, რომელიც სოციალური კონტექსტის მიუხედავად, მაღალი დონის ფსიქიკური ფუნქციონირებისთვის არის დამახასიათებელი. ადრეული პერიოდის ლიტერატურაში ასეთ მახასიათებლად დასახელებული იყო სოციალური სენსიტიურობა (სწრაფი რეაქციები გარემო ცვლილებებზე), გარემო ფაქტორების მართვის უნარი, გლობალური შეხედულება ცხოვრებაზე, სელფ-აქტუალიზაცია და საკუთარი თავის მიმდებლობა. ამგვარი დახასიათება რეალურ საფუძველს ეყდნობოდა, თუმცა ის, თუ რამდენად არის ადამიანი სოციალურად სენსიტიური, გააჩნია ცხოვრებაზე ერთიანი შეხედულება და გააჩნია იუმორის გრძნობა კულტურითა და სოციალური ღირებულებებით მნიშვნელოვნად არის განპირობებული.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ყოველთვის არ ხდება სიმპტომებისა და მდგომარეობის ერთმანეთისგან გამიჯვნა. *სიმპტომი* ეს არის ნორმიდან განსაზღვრული გადახრა, როგორცაა მაგალითად მაღალი სიცხე, ზურგის ტკივილი, აპათია ან დეპრესია. *მდგომარეობა* ეს არის სიმპტომთა ერთობლიობა, რომელიც განსაზღვრული დარღვევის მახასიათებლად არის მიჩნეული. ისეთი სიმპტომები, როგორცაა მაღალი სიცხე, აპათია, დეპრესია და მადის დაკარგვა მრავალი განსხვავებული მდგომარეობის დამახასიათებელი შეიძლება იყოს; შესაბამისად, ინფორმაცია მხოლოდ სიმპტომების შესახებ არადაამაკმაყოფილებელია მდგომარეობის განსაზღვრად. რთულია მხოლოდ სიმპტომებზე დაყდნობით ვიმსჯელოთ რასთან გვაქვს საქმე. ხშირად ერთი და იგივე სიტყვა ერთდროულად სიმპტომსაც გამოხატავს და მდგომარეობასაც. მაგალითად, სიტყვა დეპრესია ერთდროულად გამოხატავს როგორც სიმპტომს, ასევე განსაზღვრულ ფსიქიკურ მდგომარეობასაც. ასეთ შემთხვევაში, პრაქტიკოსებმა თავი შეიძლება ვერბალურად შებოჭილად იგრძნონ. მაგალითად, როდესაც ამბობენ, რომ პაციენტს დეპრესია აქვს, მაშინ როდესაც ის დეპრესიის აშკარა ნიშნებს არ ავლენს. ხშირად დეპრესია შეიძლება სომატური პირობებით იყოს შენიღბული.

დაავადების ცნება საკმაოდ აბსტრაქტულია. ექიმში აკვირდება განსაზღვრულ სიმპტომებს, რომელიც სავარაუდოდ კონკრეტულ დაავადებას უკვაშირდება. ის ამ სიმპტომებს კონკრეტულ დაავადებას უკავშირებს, რომელიც წარმოადგენს იმ მდგომარეობის თეორიულ ახსნას, რომელსაც პაციენტი უჩივის. თუმცა აღსანიშნავია, რომ თუ ზოგიერთ ექიმს მიაჩნია რომ გამოხატული სიმპტომები და ნიშნები დაავადების დიაგნოზირების უტყუარ საშუალებას წარმოადგენს,

სხვები თვლიან, რომ ეს სიმპტომატიკა დიაგნოზირების პროცესის მხოლოდ ნაწილს წარმოადგენს.

უკანსაკნელი წლების განმავლობაში საკმაოდ გაიზარდა მტკიცებულებათა რაოდენობა იმ მოსაზრების სასარგებლოდ, რომ ისეთი ძირითადი ფსიქიკური დაავადებები, როგორცაა შიზოფრენია, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი და დეპრესია მექანიკურად და სხვა ბიოლოგიური ფაქტორებით მნიშვნელოვნად არის განპირობებული. თუმცა მკვლევართა დიდ ნაწილს ეს დაავადებები მხოლოდ ბიოლოგიური ფაქტორებით განპირობებული სამედიცინო პრობლემად არ მიაჩნიათ და თვლის, რომ ეს მდგომარეობა მნიშვნელოვნად განპირობებულია სოციალურ გარემოში პიროვნების ფუნქციონირებით. ეს ორი პერსპექტივა ზოგჯერ ერთმანეთს ფარავს, თუმცა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი პროფესიონალები, მაინც მეტ პრიორიტეტს ერთ-ერთ მათგანს ანიჭებენ. ყველასთვის ცნობილია, რომ გონება სხეულის ნაწილია და რომ ფსიქოლოგიურ მოვლენებს ბიოლოგიური მხარეც გააჩნია. ისინი, ვინც დაავადების ბიოლოგიური ფაქტორებით განპირობებულობის პერსპექტივას ემხრობა თვლიან, რომ მოცემულ მდგომარეობაში გენეტიკა და სხვა ბიოლოგიური ფაქტორები გადამწყვეტ როლს ასრულებენ. ხოლო ისინი, ვინც თვლიან, რომ ფსიქიკური დაავადება პიროვნების ფუნქციონირების დარღვევის შედეგია, ბიოლოგიური ფაქტორების მოქმედების აღიარების მიუხედავად, გადამწყვეტ მნიშვნელობას ისეთ ფაქტორებს ანიჭებენ, როგორცაა დარღვევები ქცევით და გრძნობით მოდელეებში, რომელთა ფესვები ადრეული ბავშვობის გამოცდილებასა და სიყმაწვილის პერიოდში სოციალური განვითარების თავისებურებებისკენ მიდის. შესაბამისად, ასეთი ორიენტაციის მქონე პრაქტიკოსები ფსიქიკური დარღვევის დიაგნოსტიკისა და ახსნის პროცესში, ძირითად აქცენტს ღრმა ფესვების მქონე ფსიქოლოგიურ დარღვევებზე აკეთებენ. მათთვის მეტად საინტერესო შეიძლება ისეთი საკითხები იყოს, როგორცაა დარღვევები კოგნიტურ ორიენტაციაში, კომუნიკაციაში, სოციალურ როლებში, ასევე მტკივნეული ინტერპერსონალური ურთიერთობები, არარეალისტური მოლოდინები, სოციალური და პიროვნული სტრესი. 60-იან და 70-იან წლებში ბევრი სოციალური მეცნიერი და ფსიქიატრი აღნიშნავდა, რომ ადამიანებს ხშირად ფსიქიკურად დაავადებულის იარლიყი ენიჭებოდათ მხოლოდ იმიტომ, რომ ისინი ვერ ახერხებდნენ არსებულ სოციალურ სტანდარტებთან მორგებას. ამ მოსაზრებას დღეს ბევრი მხარდამჭერი არ ჰყავს.

ფსიქიკურ დარღვევაზე მსჯელობისას, ფსიქიატრები და სხვა პროფესიონალები ადამიანის მიერ გამოვლენილ უცნაური ქცევისა და განცდების გარდა, ასევე განიხილავენ იმას, თუ რამდენად ახერხებს ეს ადამიანი სოციალურ გარემოსთან ან მის უხლოეს სოციალურ ჯგუფთან შეგუებას. მათ მიაჩნიათ, რომ ამგვარ შეგუებაში განცდილი მარცხი, პიროვნებაში არსებული ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური დეფიციტის შედეგია. არსებობს ტენდენცია ნებისმიერი ქცევა,

რომელიც არსებულ სოციალურ სტანდარტებში არ ჯდება, ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური გადახრებით აიხსნას; თუმცა, აქ აუცილებელია ჩვეულებრივი დასწავლის პროცესის მნიშვნელოვნების ხაზგასმა. ბევრ შემთხვევაში, განსაზღვრული მცირე ჯგუფის წარმომადგენელს შეიძლება დასწავლილი ჰქონდეს ისეთი ქცევითი მოდელები, რომელიც საზოგადოების მიერ არ არის აღიარებული და მისთვის საკმაოდ უცნაურად გამოიყურება. ცხადია, ბევრი ქცევა, რომელიც აღიარებულ სოციალურ სტანდარტებს არ არის მორგებული, ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური გადახრებით არის განპირობებული, მაგრამ შეუძლებელია ყველა ქცევის ამ მიდგომით ახსნა; აუცილებელია დასწავლის ფაქტორის გამოყენებაც.

### **ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი პროფესიონალები**

აშშ-ში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ძირითადად ოთხი პროფესიის წარმომადგენლები მუშაობენ, ესენია: ფსიქიატრები, კლინიკური ფსიქოლოგები, ფსიქიატრიული კონცენტრაციის მქონე სოციალური მუშაკები და მედლები. ასევე ბოლო წლებში მათ შეურთდნენ შედარებით ახალი პროფესიის წარმომადგენლები: კონსულტანტები, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის თერაპევტები და ქეის მენეჯერები. ფსიქიატრი არის ექიმი; მას აქვს სამედიცინო საუნივერსიტეტო განათლება. კლინიკურ ფსიქოლოგი არ არის ექიმი, მაგრამ როგორც წესი მდიდარი სამედიცინო პრაქტიკა გააჩნია. ხშირად კლინიკურ ფსიქოლოგებს ფილოსოფიის დოქტორის წოდება გააჩნიათ. კლინიკური სოციალური მუშაკები ძირითადად ორწლიანი სამაგისტრო პროგრამის განათლებას ეყრდნობიან.

თითოეული აღნიშნული პროფესია განსხვავებულ ორიენტაციასა და თეორიულ პერსპექტივას წარმოადგენს; თითოეულ მათგანს გააჩნია თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარე. თეორიულად, ფსიქიატრებს, ფსიქოლოგებს, სოციალურ მუშაკებს და მედლებს განსხვავებული უნარების შევსებით, ერთად ჰარმონიული მუშაობა უნდა შეეძლოთ; მაგრამ რეალურად, თანამშრომლობის ნაცვლად, მათ შორის უფრო მეტი კონკურენციაა. როგორც წესი, ექიმის სტატუსის გამო, ფსიქიატრებს დომინანტორი პოზიცია უკავიათ. მათ მონოპოლია აქვთ ფსიქოტროპული მედიკამენტების რეცეპტებზე და ასევე, მათ მიერ გაწეულ მომსახურებას ბევრი სამედიცინო პოლისი ფარავს. ბოლო წლებში, ფსიქოლოგებმა, კვლევებზე ორიენტირებული და სხვა პრაქტიკული უნარების გამო, ფსიქიატრებისგან საკმაოდ ხარისხის დამოუკიდებლობას მიაღწიეს. მათი მომსახურების ანაზღაურებასაც უკვე ბევრი სამედიცინო პოლისი ფარავს. ბევრმა კლინიკურმა ფსიქოლოგმა ფსიქოტროპული წამლების გამოწერის ლეგალური უფლება-ლიცენზია მიიღო, თუმცა ამ ფაქტს ფსიქიატრები კატეგორიულად ეწინააღმდეგებიან.

ფსიქიატრიულ სოციალურ მუშაკებს, ზემოთ აღნიშნული კვარტეტიდან ყველაზე სუსტი პოზიცია უკავიათ. მათი ანაზღაურება ძირითადად სახელფასო განაკვეთს ემყარება და როგორც წესი, სადაზღვევო პოლისით არ იფარება.

აშშ-ში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში მედებს ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭებათ. მათი განათლება განსხვავებულ სატრენინგო დონეს ეფუძნება – ვარირებს კოლეჯის ორ წლიანი კურსიდან 4 წლიან საბაკალავრო კურსამდე.

როგორც აღინიშნა, ამ ოთხი პროფესიის გარდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში შედარებით ახალი პროფესიის წარმომადგენლებიც აქტიურად მუშაობენ, როგორცაა ქეის მენეჯერები, კონსულტანტები, ოკუპაციური თერაპევტები, რეკრიაციული თერაპევტები. თუმცა მათი რაოდენობა ჯერჯერობით მნიშვნელოვანი არ არის.

### მიმართულებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვაში

1955 წლიდან 2000 წლამდე აშშ-ში ფსიქიკურ ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში დაფიქსირებული ეპიზოდების რაოდენობა 1.7 მილიონი შემთხვევიდან 10.7 მილიონ შემთხვევამდე გაიზარდა. 2002 წლისთვის კი დაიწია 9.5 მილიონ შემთხვევამდე. ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში დაფიქსირებული ეპიზოდების რაოდენობის შემცირება შეიძლება განპირობებული იყო არაკლინიკური ფსიქიატრების მომსახურების გაზრდით და სხვა ორგანიზაციული ფაქტორებით. 1955 წლამდე მწვავე ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტების მკურნალობა ძირითადად ფსიქიატრიულ ჰოსპიტლებში ხდებოდა. ხოლო ნაკლებად მძიმე და ადეკვატური ეკონომიკური რესურსების მქონე პაციენტები ძირითადად ფსიქიატრების კერძო მომსახურებას იღებდნენ. ფსიქიატრიულ კლინიკებში მყოფი ადამიანების რაოდენობა 1950 წლიდან 1955 წლამდე დაახლოებით 560 000-ით გაიზარდა. თუმცა ახალი ფსიქოტროპიული წამლების შემოღების, მკურნალობის სოციალურ-იდეოლოგიურ და ადმინისტრაციულ შეხედულებებში მომხდარი ცვლილებებისა და ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული უდიდესი ხარჯების გამო, ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობამ თანდათან იკლო. 1975 წლისთვის ჰოსპიტალიზირებული პაციენტის რაოდენობა შეადგენდა 200 000 ადამიანს.

როგორ ხდებოდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების განვითარება აშშ-ში? ევროპისგან განსხვავებით, ამერიკული ფსიქიატრიის განვითარება ჰოსპიტალურ კონტექსტს არ უკავშირდება. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ფსიქიატრიული კლინიკები პროფესიონალების დიდ ნაკლებობას განიცდიდა. 1947 წელს აშშ-ში მხოლოდ 4700 ფსიქიატრი იყო. სულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში 23000 პროფესიონალი (ფსიქიატრები, კლინიკური ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები და ასევე მედდები) მუშაობდა.

შემდგომ წლებში მათი რაოდენობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პერსონალის რაოდენობის ზრდაზე მნიშვნელოვანლად იმოქმედა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის მიერ წარმოებულმა სატრენინგო პროგრამებმა. 1950 -1960 წლებში სატრენინგო კურსებით განათლებულ ახალ ფსიქიატრებს ძირითადად ფსიქოდინამიური ორიენტაცია ჰქონდათ და უმეტესად საშუალო კლასის წარმომადგენლებს ემსახურებოდნენ. ამ პერიოდში, თითქმის ყველა სასწავლო ცენტრში ფსიქოანალიტიკური ორიენტაციის ფსიქიატრები დომინირებდნენ და შესაბამისად, ფსიქოდინამიური თეორიული მიმდინარეობა გავლენას ახდენდა არა მარტო ფსიქიატრების მომზადებაზე, არამედ ფსიქოლოგების, კლინიკური სოციალური მუშაკებისა და მეედეების განათლებაზეც მნიშვნელოვნად ზემოქმედებდა. თუმცა დროთა განმავლობაში სიტუაცია მნიშვნელოვნად შეიცვალა. ამჟამად ფსიქიატრების მომზადებისას ძლიერი აქცენტი ნეირომეცნიერებებზე, მედიცინასა და ფსიქოფარმაკოლოგიაზე კეთდება.

1950-1960 წლებში, ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიატრიის განვითარება სამედიცინო სფეროს ფარგლებში ხდებოდა. აშშ-ში, თუმცა ფსიქიატრია მედიცინისთან ერთად ვითარდებოდა, მის ნაწილად მაინც არ მოიაზრებოდა. ევროპის ქვეყნებში ფსიქიატრები ძირითადად ჰოსპიტლებში მუშაობდნენ და მკურნალ ექიმებთან ძალიან მჭიდრო თანამშრომლობა ჰქონდათ. აშშ-ში მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, ფსიქიატრიაში ფსიქოანალიტიკური თეორიული მიმდინარეობის დომინანტური მდგომარეობის გამო, ფსიქიატრია უფრო კონსულტირებას ეფუძნებოდა; ამიტომ მედიცინასთან მისი შერწყმა უფრო რთული იყო. ამ პერიოდში გაბატონებული შეხედულების თანახმად, ადამიანის ქცევა განპირობებული იყო არაცნობიერი მოტივებით და ითვლებოდა, რომ არაადეკვატურ სოციალურ ფუნქციონირებასა და ფსიქოლოგიურ პრობლემებში სწორედ ეს უკანასკნელი ასრულებდა მნიშვნელოვან როლს. ამ პროცესის აღმოჩენა შესაძლებელი იყო მხოლოდ ფსიქოანალიტიკური მეთოდების გამოყენებით, როდესაც თერაპევტი და პაციენტი ზედმიწევნით სწავლობდნენ პაციენტის ფსიქიკას. შესაბამისად, მკურნალობის მეთოდი საკმაოდ ძვირი იყო, რადგან თერაპევტის დიდ დროს მოითხოვდა და ამასთან ერთად, მას მხოლოდ პაციენტების ლიმიტირებულ რაოდენობასთან შეეძლო მუშაობა. მოკლედ რომ ვთქვთ, ფსიქოანალიტიკური თერაპია კერძო პრაქტიკასა და მდიდარ პაციენტებს მოითხოვდა.

1960-1970 წლებში აშშ-ში დაიწყო ახალი ფსიქიატრიული სერვისების განვითარება. განვითარდა მკურნალობის ახალი კონტექსტი, როგორცაა თემზე დაფუძნებული სერვისები. ასევე ზოგად კლინიკებში მოხდა ფსიქიატრიული განყოფილებების გამოყოფა, განვითარდა ბევრი პროგრამა პრევენციული ღონისძიებებისთვის. 70-იანი წლების ბოლოს სერიოზული აქცენტი კეთდებოდა თემზე



დაფუძნებული სერვისების განვითარებაზე. აქცენტის გადატანა იმ პაციენტზე ხდებოდა, ვისაც მწვავე ფსიქიკური პრობლემები ჰქონდათ, ხოლო ის ადმიანები, რომლებიც ჩვეულებრივი ყოფითი პრობლემები ჰქონდათ და უბედურად გრძნობდნენ თავს, ნაკლებად პრიორიტეტულნი გახდნენ. 80-იან წლებში ბიოლოგიურმა ფსიქიატრიამ დომინანტური პოზიცია დაიკავა და უკვე ნათელი გახდა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დაფინანსება, წინა წლებთან შედარებით, მეტ დაძაბულობასთან იქნებოდა დაკავშირებული. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები მეტად დირექტიული და პრაგმატული გახდა. 90-იანი წლები ის პერიოდია, როდესაც ფსიქიატრიული პაციენტების ოჯახებისა და სხვა დაინტერესებული პირების ხმა ყველაზე მეტად იყო მხედველობაში მიღებული და მათი მოთხოვნების შესაბამისად მრავალი სერვისი განვითარდა.

21-ე საუკუნეში მწვავე ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების განვითარება კვლავ პრიორიტეტული რჩება. ეს პროცესი ჯანმრთელობის დაზღვევასა და სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამებს სერიოზული გამოწვევის წინაშე აყენებს.

## **II. რას ნიშნავს ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ფსიქიკური ავადმყოფობა**

როდესაც ვცდილობთ განვაფიქროთ ფსიქიკური დაავადების პრევენციისა და მკურნალობის პოლიტიკა, აუცილებელია ვიცოდეთ ამ ცნებების საზღვრები; აუცილებელია ვიცოდეთ, ადამიანთა რომელ კატეგორიაზე ვრცელდება სახელმწიფო პროგრამები – ამგვარი პროგრამები მოიცავს მხოლოდ ფსიქიატრიული მომსახურების საჭიროების მქონე პირებს, თუ ასევე ვრცელდება იმ პირებზე, ვისაც ისეთი გავრცელებული პრობლემები აქვთ, როგორცაა ოჯახური და ინტერპერსონალური კონფლიქტები, უიღბლო ქორწინება და სხვა. ასევე, შედის თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ისეთი საკითხები, როგორცაა არასრულწლოვანთა დანაშაული და კრიმინალური ქცევა? ანალოგიურად, ისეთი პრობლემები, როგორცაა სიღარიბე, უმუშევრობა, დისკრიმინაცია წარმოადგენს თუ არა ფსიქიკური პრობლემის მნიშვნელოვან ასპექტს, თუ ეს საკითხები უფრო მნიშვნელოვნად სხვა სფეროებს უკავშირდება? ალტერნატიული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განსაზღვრისთვის აუცილებელია ზემოთ მოცემულ და ბევრს სხვა კითხავზე პასუხის გაცემა.

ფსიქიატრები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პროფესიონალები და ზოგადად, საზოგადოება ვერ თანხმდება იმ კრიტერიუმებზე, რომელიც ფსიქიკური დაავადების არსებობას განსაზღვრავს. ეს შეუთანხმებლობა მოდის იმ გარემოებიდან, რომ არ

არსებობს ერთიანი შეხედულება იმის შესახებ, თუ რამდენად ფართოდ თუ ვიწროდ უნდა განიხილებოდეს ფსიქიკური დაავადების ცნება: ზოგიერთი ფსიქიატრი ფსიქიკური დაავადების ცნებას მხოლოდ განსაზღვრული დაავადებებით შემოფარგლავს, ხოლო სხვები ამ ცნებაში ფსიქიატრიული სფეროს სხვადასხვა პრობლემურ სიტუაციებსაც რთავენ.

ფსიქიატრიაში, ისევე როგორც ზოგადად მედიცინაში, განვითარებულია აღწერითი შეფასებითი იარაღები პაციენტთა დიაგნოზირებისა და კატეგორიზაციისთვის. თუმცა ფსიქიატრების უმრავლესობა ამ დასახელებებს იყენებენ, მაგრამ მათი ბუნებისა და მნიშვნელოვნების შესახებ ვერ თანხმდებიან. ამჟამად აშშ-ში ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზირებისთვის DSM-IV გამოიყენება.

ამერიკული ფსიქიატრიული ასოციაცია ფსიქიატრიულ მდგომარეობებს ჩვეულებრივ სამ ძირითად ჯგუფად ჰყოფს: (1) მდგომარეობები, რომლებიც ტვინის დაზიანებით არის გამოწვეული (მაგალითად, დარღვევები გამოწვეული ინფექციით, ინტოქსიკაციით, ტრავმით ან ნივთიერებათა ცლის დარღვევით). (2) გონებრივი განვითარების ჩამორჩენა და (3) დარღვევები, ზუსტად განსაზღვრული კლინიკური მიზეზების გარეშე, რომლებიც გამოწვეული არ არის ტვინის სტრუქტურული ცლილებებით და ფსიქოგენურ მიზეზებს მიეკუთვნება. ჩვენ ყურადღებას სწორედ ამ მესამე კატეგორიაზე გავამახვილებთ. ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაცია ამ ჯგუფს ხუთ ქვეჯგუფად ჰყოფს:

- ფსიქოტური დარღვევები
- ფსიქოფიზიოლოგიური, ვეგეტატიური და შინაგანი დარღვევები
- ფსიქონევროტული დარღვევები
- პიროვნული დარღვევები
- ხანმოკლე სიტუაციური პიროვნული დარღვევები

როგორც აღინიშნა, ამჟამად ამერიკაში ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზირებისთვის DSM-IV გამოიყენება. ამ სახელმძღვანელოში ფსიქიატრიული დიაგნოზები 17 კატეგორიაში არის დაჯგუფებული. ყველაზე მნიშვნელოვანს წარმოადგენს ნივთიერებებზე დამოკიდებულებასთან დაკავშირებული დარღვევები, შიზოფრენია და სხვა ფსიქოტური დარღვევები, ენზაიტთან დაკავშირებული დარღვევები, შეგუებასთან დაკავშირებული დარღვევები და პიროვნული დარღვევები. სახელმძღვანელოში ასევე შედის ჭამასთან, ძილთან დაკავშირებული დარღვევები და სხვა.

DSM –ის განვითარებამ საკმაოდ დიდი გავლენა მოახდინა ფსიქიატრიულ აზროვნებასა და დიაგნოსტიკაზე. თუმცა სისტემა პრაგმატულ აღწერას უფრო ეყრდნობა, ვიდრე ნებისმიერ თეორიულ პერსპექტივას. ეს იყო განსხვავებული თეორიული მიმდინარეობების (ბიოლოგიური და ფსიქოდინამიკური) მხარდამჭერთა დაახლოების

მცდელობა. პოლემიკა ხშირად უფრო პოლიტიკურია, ვიდრე სამეცნიერო. პოლიტიკური კომპრომისი აუცილებელია კონსენსუსის მისაღწევად.

### ფსიქიკური დაავადების სოციალური გაგება

ჩვეულებრივ, ჩვენ ფსიქიკური პრობლემების განვსაზღვრავთ თვასანინო გადახრილ ქცევით მოდულებსა და ემოციურ მდგომარეობაზე დაყდნობით. ზოგჯერ ინდივიდები თვითონ მიდიან დასკვნამდე, რომ ფსიქიკური პრობლემები გააჩნიათ იმ ზოგად წარმოდგენებსა და გაგებაზე დაფუძნებით, რაც მათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ გააჩნიათ. სხვა შემთხვევაში, ადამიანები საკუთარ ფსიქიკურ პრობლემებს სხვების საშუალებით აცნობიერებენ, როგორც ეს შემდეგ შემთხვევაშია მოცემული:

*მე ვფიქრობ, გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ემოციური დარღვევა მქონდა და საბოლოოდ გადავწყვიტე ამ მიმართულებით გარკვეული ზომების მიღება. გათხოვებამდე, დედაჩემთან კონფლიქტები ძალიან ხშირად მქონდა. დაახლოებით ორი კვირის წინ დედაჩემი გვესტუმრა. როგორც ყოველთვის ის მსაყვედურობდა, რომ მე არასოდეს ვენდობი მას და რატომ არ ვარ ბედნიერი ჩემს ქმართან. მე ამაში ის დავადაანაშაულე. ის ყოველთვის ცდილობს ხოლმე მოგვიანებით სიტუაციის მოგვარებას და ახლაც, მისი სტუმრობიდან რამდენიმე დღის შემდეგ მისაგან რვა გვერდიანი წერილი მივიღე. ის მწერდა, რომ შეამჩნია, რომ ჩემი ვაჟის მიმართ არაბუნებრივი გრძნობები მაქვს. რომ მე კატას უფრო მეტ ყურადღებას ვუთმობ, ვიდრე მას. ის მწერდა, რომ მისი ნება რომ იყოს, დაუყოვნებლივ ფსიქიატრთან წამიყვანდა. მე მაშინ ასე არ ვთვლიდი, მაგრამ ახლა ვგრძნობ, რომ დახმარება მჭირდება.. მე ძალიან ადვილად ვღიზიანდები.. მე ძალიან ემოციური ვარ.*

სხვა შემთხვევებში, ინდივიდები ან მათი ახლობლები უარს ამბობენ ფსიქიკური დაავადების აღიარებაზე; ხშირად ინდივიდთა ფსიქიკური პრობლემების აღიარება მაშინ ხდება, როდესაც მათ უცნაურ ქცევებს კრიზის განითარება მოჰყვება ან როდესაც მათ გარშემომყოფებთან პრობლემები ექმნებათ. ქვემოთ მოცემული მაგალითი ამ პროცესის ნათელი დემონსტრირებაა:

*ბატონი X-ს მეუღლემ მის მიმართ უაღრესად უნდო და ეჭვიანი გახდა, განსაკუთრებით ბოლო თვრამეტი თვის განმავლობაში, თუმცა ეჭვიანობის პირველმა ნიშნებმა ხუთი წლის წინ იჩინა თავი. ის იხსენებს: “ეს დაიწყო მაშინ, როცა ჩვენი ქალიშვილი რამდენიმე თვის იყო. ჩემი ცოლი საშინლად ბრაზდებოდა, როდესაც მე ბავშვს*

*ვეთამაშებოდი”. ცოლი ხშირად უმიზეზოდ ეჭვიანობდა და მეუღლეს, უსაფუძვლო ეჭვიანობის გამო, მასზე ხშირად ბრაზობდა. თუმცა ის კარგი დედა იყო და კარგად უვლიდა ბავშვებს. ბატონი X-ი პრობლემის სერიუზულობაზე დაფიქრდა მაშინ, როდესაც მეუღლემ განაცხადა, რომ მათ მალევიდარას “ვიღაცამ ფორმა შეუცვალა”. მეუღლემ თანდათან დაიწყო ბავშვების შეზღუდვა. ერთხელ როდესაც მეზობელი შემოვიდა ბატონი X-ის სანახავად, მეუღლე მას დიდი დანით დაედევნა; ბატონ X-ს რამე ხშირად აღვიძებდა მეუღლის სახლსში სიარული, როდესაც ის, როგროც თვითონ ამბობდა, “ვიღაცეებისგან იცავდა თავის წიგნებს”. ამ მოვლენებმა ბატონი X-ი დაარწმუნა, რომ სამედიცინო ინტერვენცია აუცილებელი იყო.*

ფსიქიკური დაავადების აღიარება ჩვეულებრივ საზოგადოებრივ კონტექსტში ხდება. ამიტომ აუცილებელია ვიცოდეთ, საზოგადოებაში როგორ ხდება ფსიქიკური დაავადების ცნების ფორმირება. დეფინიციის თვალსაზრისით, ნორმიდან გადახრილი ქცევის შეფასება ორი ყველაზე გავრცელებული კრიტერიუმებზე დაყდნობით ხდება; ეს განზომილებებია ჯანმრთელი/ავადმყოფი და სასარგებლო/უსარგებლო. თითოეული ეს თეორიული პერსპექტივა კონფლიქტური ფილოსოფიური მიმდინარეობიდან ერთ-ერთს წარმოადგენს. გადახრილი ქცევის შეფასებისას ორი ძირითადი მოსაზრება არსებობს. ერთი მოსაზრების თანახმად, ადამიანს გადახრილი ქცევის გაკონტროლება შეუძლია და შესაბამისად პასუხისმგებელია განხორციელებულ ქცევაზე; სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ამგვარი ქცევა გაცნობიერებულად მოტივირებული და განზრახულია. ამ მოსაზრების საწინააღმდეგოდ მეცნიერებმა განავითარეს თეორიული პერსპექტივა, რომლის თანახმად, ნორმიდან გადახრილ ქცევას განსაზღვრული განვითარების ისტორია აქვს და სერიოზულად არ შეიძლება იმის მტკიცება, რომ ის ადამიანის კონტროლს ექვემდებარება. რადგან ორივე მოსაზრება სოციალურ ცხოვრებაში მეტად მნიშვნელოვანია, ხშირად მეცნიერები მათ შუალედურ პოზიციას ირჩევენ და უშვებენ, რომ ზოგჯერ ადამიანი პასუხისმგებელია ნორმიდან გადახრილ ქცევაზე, ზოგჯერ კი ამგვარი ქცევა მის კონტროლს მიღმაა.

ის, თუ რომელი მოსაზრება იქნება გაზიარებული, მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ დამკვირვებელი რამდენად აღიქვამს ამ ქცევას, როგორც განზრახულსა და კონტროლს დაქვემდებარებულს. ჩვეულებრივ, შემფასებლის მსჯელობა ეყრდნობა ზოგად კონტექსტს, რომელიც ქცევის განმახორციელებლის მოტივაციაზე მიუთითებს. თუ მოცემული ქცევა რაციონალურად გამოიყურება და გარკვეული გზით განმახორციელებლის ინტერესებს ემსახურება, შემფასებელი ცუდი/კარგი განზომილებას იყენებს. ხოლო თუ ქცევა ექცენტრიულია და განმახორციელებლის ინტერესებს ნაკლებად უკავშირდება, შემფასებელი ავადმყოფური ქცევის განზომილებას ეყრდნობა.

მაგალითად, ბევრი ადამიანისთვის რთულია იმის გაგება, თუ რატომ შეიძლება მდიდარმა ადამიანმა მაღაზიიდან უმნიშვნელო ნივთი მოიპაროს. უმრავლეს შემთხვევაში, ისინი მის ქცევას უფრო ავადმყოფურად შეაფასებენ, ვიდრე როგორც ცუდს და ამორალურს. იგივე ქცევა განხორციელებული უკვე ღარიბი და უსახლკარო პირის მიერ, უმრავლეს შემთხვევაში შეფასებული იქნება უფრო როგორც ამორალური, ვიდრე ავადმყოფური. როგორც ვხედავთ, განსაზღვრებაში გაკეთებული განსხვავება ეყრდნობა ქცევის განმახორციელებლის მოტივაციას.

ფიზიკურად დაავადებული პირებისგან განსხვავებით, ფსიქიკური დაავადების მქონე პირები ხშირად აღქმულნი არიან როგორც პასუხისმგებელნი საკუთარ მდგომარეობასა და ქცევაზე, როგორც მაგალითად ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მომხმარებლების შემთხვევაში. ეს ტენდენცია ხელს უწყობს ამ ადამიანების მიმართ სტიგმის განვითარებას. სტიგმის არსებობას ასევე ხელს უწყობს ის გარემოებაც, რომ ფსიქიკური დაავადების მქონე პირები ხშირად სოციალურად მიუღებლები არიან; მათი ქცევა სხვების მიერ შეიძლება საშიშად და მუქარით აღსავსედ იყოს აღქმული. ასევე ძნელია მათი ქცევის პროგნოზირება. შეიძლება ზოგიერთმა ფიზიკურმა მდგომარეობამ ერთი და იგივე სოციალური პრობლემამდე მოგვიყვანოს, როგორც ფიზიკურად, ისე ფსიქიკურად დაავადებული პირის შემთხვევაში; საზოგადოების დიდ ნაწილს ფიზიკურად დაავადებული ადამიანების რექციები უფრო ნაკლებად აშინებთ, ვიდრე ფსიქიკურად დაავადებული პირებისა. საზოგადოების თითოეულ წევრს ჰქონია ფიზიკურად დაავადების შემთხვევა; ყველა ადამიანი ოდესმე ავად ყოფილა, მაგრამ საზოგადოების წევრებისთვის ნაკლებად სავარაუდოა საკუთარი თავის ფსიქიკური პრობლემების მქონედ დანახვა. ზოგადად, ადამიანებისთვის მიუღებელია აზრი, რომ მათ მსგავს ადამიანს შეიძლება ფსიქიკური პრობლემები შეექმნას.

ფიზიკური და ფსიქიკური დაავადების მქონე პირების მიმართ საზოგადოებაში არსებული განსხვავებული დამოკიდებულება გამოწვეულია იმ გარემოებითაც, რომ ხშირად საზოგადოებაში ფსიქიკური დაავადება მხოლოდ ფსიქოზთან არის გაიგივებული. საზოგადოების დიდი ნაწილი ფსიქიკურ პაციენტს, როგორც “გიჟებს” ისე აღიქვამს და არ უშვებს, რომ ისინი ვისაც მაგალითად, დეპრესია ან მაღალი შფოთი აქვს, ასევე ფსიქიკური პაციენტები არიან. ისინიც კი, ვისაც ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალში მკურნალობა არაერთხელ გაუვლიათ, საკუთარ თავს ფსიქიკურად დაავადებულად არ აღიქვამენ. ისინი ხშირად საკუთარ პრობლემებს ფიზიკური ტერმინებით ახასიათებენ. ასევე, ფიზიკური დაავადებისგან განსხვავებით, ფსიქიკური დაავადება ხშირად აღქმულია როგორც მთლიანი პიროვნებისთვის დამახსიათებლად, და არა მისი ფუნქციონირების ცალკეული ასპექტი. აქედან გამომდინარე, საზოგადოების დიდი ნაწილი შემდეგნაირად მსჯელობს: რადგან ფსიქიკური დაავადება მთლიანად პიროვნებას მოიცავს, შეუძლებელია ფსიქიკური დაავადების

მქონე პირმა კარგად გაიაზროს სიტუაცია და ადეკვატური გადაწყვეტილების მიღება შესძლოს. ამგვარი დაშვება ხშირად მცდარია, მაგრამ გასაგებს ხდის იმას, თუ რატომ ეწინააღმდეგებიან პაციენტები “ფსიქიკურად დაავადებულის” სტატუსის მიღებას. ამერიკულ ლიტერატურაში განჩნდა ტენდენცია ფსიქიკური პაციენტები მოიხსენიონ როგორც “ფსიქიკური დაავადების მქონენი” და არა “ფსიქიკურად დაავადებული” და ამით ხაზი გაუსვან იმ გარემოებას, რომ ფსიქიკური პრობლემები პიროვნების იდენტურობის ცენტრალურ ასპექტს არ წამოადგენს.

შეიძლება უფრო მოსახერხებელია ფსიქიკური პაციენტები მოვისხენიოთ ზემოთ აღნიშნული ტერმინით, მაგრამ მთლიანობაში ეს ზოგადი ტერმინი მნიშვნელოვნად არაფერს ცვლის. მაგალითად, ფიზიკური დაავადების შესახებ საუბრისას ჩვენ ტერმინის მიმართ განსაკუთრებულ მგრძობიარობას არ ვიჩენთ. რადგან თითოეულ ჩვენთაგანს ოდესმე აუცილებლად ჰქონია განსაზღვრული ფიზიკური დაავადება, ისეთი ხანმოკლე როგორცაა მაგალითად გრიპი, ან უფრო ხანგრძლივი და ქრონიკული. მაგრამ სრულიად სხვა სიტუაციაა, როდესაც საქმე გვაქვს მაგალითად აკნესთან, და სრულიად სხვა სიტუაციაა, როდესაც ადამიანს შიდა აქვს.

ფსიქიკურ დაავადებაზე საუბრისას, მეტად მოსახერხებელია გლობალურ ტერმინებში საუბარი, თუმცა ფსიქიკური დაავადებებიც, მსგავსად ფიზიკურისა, ერთმენეთისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება სიმწვავის, ხანგრძლივობისა და სხვა პარამეტრების მიხედვით. ხშირად ნებისმიერი ემოციური პრობლემა ფსიქოზებთან და გაუკონტროლირებულ ქცევით სტერეოტიპთან არის ასოცირებული. რეალურად კი, ბევრი ფსიქიკური მდგომარეობა, მსგავსად გრიპისა, ადამიანის ცხოვრებაზე მეტად ხანმოკლე და უმნიშვნელო გავლენას ახდენს, სხვები კი, მსგავსად კიბოსი და გულსისხლძარღვთა დაავადებისა, მეტად მნიშვნელოვანია და ზოგჯერ კიდევ სახიფათო.

## **ფსიქიკური დაავადებდა სოციალური პოლიტიკის პერსპექტივიდან**

მეტად საინტერესოა ვიცოდეთ, თუ როგორ მოქმედებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განსხვავებული გაგება სოციალური პოლიტიკის ფორმირებაზე. აუცილებელია იმის აღნიშვნა, რომ თუ ადამიანებს დახმარება სჭირდებათ, საზოგადოების ინტერსებშია ამ დახმარების აღმოჩენა, იმის მიუხედავად, ჯდება თუ არა ის ფსიქიკური დაავადების საზღვრებში. მაგრამ პრობლემა ყოველთვის ხელმისაწვდომი რესურსების შეზღუდულობას უკავშირდება. გადაწყვეტილებები იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა განაწილდეს რესურსები იმ ადამიანებს შორის, ვისაც დახმარება ესაჭიროება, ხშირად დამოკიდებულია ჩვენს მიერ პრობლემის გააზრებაზე – ჩვენი აზრით თუ რამდენად სწრაფ მოგვარებას საჭიროებს მოცემული პრობლემა.

რადგან ოპტიმალური ფსიქიკური ჯანმრთელობა უტოპიურ იდეალს წარმოადგენს, თერაპევტული პროგრამები ყოველთვის პრობლემათა ახალ და მოულოდნელ შრეს აწვდება. სერვისების მიწოდება არის ერთ ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც გავლენას ახდენს სერვისების მოთხოვნაზე; შესაბამისად ისეთი რესურსები, როგორცაა ფული, კადრები და დრო შეიძლება კარგად იყოს ათვისებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გასაწევად. თუმცა, რესურსები ყოველთვის შეზღუდულია. ჩვენ უნდა შევაფასოთ ფსიქიკურ ჯანმრთელობის მხარდაჭერაზე გაწეული რესურსები იმ ინვესტირებას, რომელიც კეთდება განათლების, ტრანპორტის და სხვა სერვისების მხარდასაჭერად. ამგვარი გადაწყვეტილებები უნდა ეფუძნებოდეს პრიორიტეტებს და კრიტერიუმებს, რომლითაც ეს პრიორიტეტები დგება.

პრიორიტეტები ყოველთვის ღირებულებებზეა დამოკიდებული. ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებებზე ფიქრისას ორი ძირითადი ღირებულება გამოიყენება. პირველი, ეს არის ჰუმანური ღირებულებები – *საჭიროების* ცნება; ის ეფუძნება იდეას, რომ სერვისები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მათთვის, ვინც ამას საჭიროებს, მიუხედავად ღირებულებისა და რესურსების შეზღუდულობისა. მეორე ცენტრალური ღირებულება ეფუძნება *სარგებლის* ცნებას. ეს უკანასკნელი ეფუძნება იდეას, რომ სერვისები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მაშინ, როდესაც მიღებული შედეგები გაწეული ინვესტირების ტოლია ან მას აღემატება. ხარჯთეფექტურობაზე ფოკუსის გაკეთების ფართოდ გავრცელებამ სარგებლის ცნების მიმართ განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება გამოიწვია. თუმცა ეს ცნება გარკვეულწილად წინააღმდეგობაში მოდის ჰუმანურ ღირებულებებთან და მოთხოვნილებებთან. ამიტომ სოციალური პოლიტიკა ჩვეულებრივ, მოთხოვნილებებისა და სარგებლის ცნებების შუალედურ პოზიციას ირჩევს.

ხარჯთეფექტურობის, ანუ სარგებლის პერსპექტივიდან, იმისთვის რომ გონივრული სოციალური პოლიტიკა ჩამოყალიბდეს, რამდენიმე განსხვავებული საკითხი ითხოვს გადაწყვეტას. ფსიქიკური დაავადების მქონე პირების სერვისებით უზრუნველყოფა და საჭირო რესურსების გამოყოფის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება გარკვეულწილად დამოკიდებულია ალტერნატიული სერვისების ეფექტურობაზე, თუმცა ასეთი გადაწყვეტილებების მიღება საკმაოდ რთულია. არაეფექტურ და დაუსაბუთებელ სერვისებში ჩადებული ინვესტირება შეიძლება საკმაოდ არაგონივრული აღმოჩნდეს და მივიღოთ ის, რომ ჰუმანური ქესტი გაკეთდა – დახმარება შეთავაზებული იყო მათთვის, ვინც ამას საჭიროებდა, მაგრამ მათ მაინც ვერ მიიღეს ის, რას სჭირდებოდათ. გარდა ამისა, ზოგიერთმა ფსიქიატრიულმა სერვისმა შეიძლება პაციენტს გვედითი ეფექტით ზიანი მიაყენოს, ან წამლით, ან თერაპიული მეთოდით, ან სხვა სოციალური აქტივობით. ჩვენ არ შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მკურნალობის ყველა გავრცელებული მეთოდი ეფექტურია; ზოგიერთი მათგანი ადამიანისთვის ზიანის

მომტანიც კი არის; ეს განსაკუთრებით წამლებით მკურნალობასა და დიაგნოსტიკურ პროცედურებს ეხება. არაგონივრული იქნებოდა, სახელმწიფო თანხის ინვესტირება ისეთი სერვისების სუბსიდირებაში, რომელსაც დემონსტრირებული პოზიტიური ეფექტი არ აქვს. ხშირად საჭიროა, არა მხოლოდ ეფექტის დემონსტრირება, არამედ შესაბამისი მტკიცებულებების არსებობაც. აუცილებელია არსებობდეს საჭირო რაოდენობით მონაცემები და კვლევები სახელმწიფოს მიერ ყველაზე ეფექტური მიმართულების პროგრამების სუბსიდირების მხარდასაჭერად. თერაპია ეფექტურია, როდესაც ის არა მარტო აკონტროლებს და მართავს მოცემულ დაავადებას, არამედ ამცირებს მომავალში მის გამოვლენას ან გაძლიერებას.

ხშირად სოციალური ღირებულებები და ჰუმანური მოსაზრებები სარგებლიანობის ცნებაზე მაღლა დგება; ამის შედეგად, სერვისების მიწოდება ხშირად ეფუძნება უფრო საჭიროების არსებობას, ვიდრე სარგებლიანობას. სარგებლიანობის ცნების ექსტენსიური გამოყენება თანაგრძნობასთან აშკარად წინააღმდეგობაში მოდის.

ბევრი მკვლევარი თვლის, რომ აქცენტი პრევენციულ ფსიქიატრიულ სერვისებზე უნდა გაკეთდეს, რადგან ასეთი მომსახურება ამცირებს დაავადების რაოდენობის ზრდას, დაავადების შედეგად წარმოქმნილი შეზღუდული შესაძლებლობის განვითარებას და ზოგადად, დადებითი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობას უწყობს ხელს. აღნიშნული მტკიცებები მეტად კეთილშობილურ მიზნებს ისახავს, თუმცა მოკლებულია ობიექტურ მტკიცებულებებს და წლების განმავლობაში სოციალური პოლიტიკისთვის მეტად დამაბნეველი იყო. დღესაც კი, არ ვართ დარწმუნებულები, რომ პრევენციული პროგრამები ეფექტურია. რადგან ბევრი სიმპტომი და მდგომარეობა ფართოდ გავრცელებული და ღრობითია, მათი სამედიცინო პრობლემად აღიარებამ და მედიკამენტებითა და სხვა საშუალებებით მკურნალობამ, შეიძლება ადამიანში დაასუსტოს ყოველდღიური პრობლემების მოგვარების უნარები. თუმცა არსებობს პრევენციული პროგრამების ეფექტურობის მხარდამჭერი მონაცემები, მაგრამ მაინც საჭიროა უფრო ზომიერი და რეალისტური დამოკიდებულება მათი პრევენციული შესაძლებლობების შეფასებისას. იზრდება იმ მოსაზრების მხარდამჭერი მონაცემები, რომ ისეთი ფაქტორების გაძლიერება, როგორიცაა სოციალური მხარდაჭერა, პრობლემის დაძლევის უნარების განვითარება ასევე ისეთი რისკ ფაქტორების შემცირება როგორიცაა ძალადობა ბავშვზე, მშობლის როლის არადამაკმაყოფილებელად შესრულება, გარკვეულწილად ამცირებს ზოგიერთი ფსიქიკური დაავადების განვითარებას. მაგრამ არ არსებობს დამარწმუნებელი მონაცემები იმის სასარგებლოდ, რომ შესაძლებელია ისეთი ფსიქიკური დაავადებების პრევენცია, როგორიცაა შიზოფრენია, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი ან დეპრესია, თუმცა ამ უკანასკნელის შემთხვევაში, პოზიტიური მონაცემების რაოდენობა იზრდება.

მეტად მნიშვნელოვანია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის რომელ კონცეფციას ეფუძნება სახელმწიფო პოლიტიკა, რადგან ფსიქიკური



ჯანმრთელობის სხვადასხვა კონცეპციებს ფსიქიატრიულ მდგომარეობათა კლასიფიკაციისა და მკურნალობის მეთოდების მიმართ განსხვავებულ მიდგომა აქვთ. თუ ჩვენ დაფუძნებით, რომ ფსიქოლოგიური სირთულეები და პრობლემები საზოგადოებაში ყოველთვის გავრცელებული იყო და ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანები საზოგადოების სხვა წევრებისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან, ამ შემთხვევაში, ჩვენი პოზიცია ფუნდამენტურად განსხვავდება იმ პოზიციისგან, რომელიც ეყრდნობა დაშვებას, რომ ფსიქიკური დაავადებები სხვა დანარჩენ პრობლემებთან ერთად, ერთ კონტინუუმზეა განლაგებული, განსხვავება მხოლოდ მათი სერიოზულობის ხარისხშია. ინტერვენციის მეთოდი დამოკიდებულია იმ თეორიულ დაშვებაზე, რომელიც ფსიქიკური დაავადების არსის შესახებ კეთდება; თითოეულ თეორიულ ალტერნატივასთან დაკავშირებული შედეგები ზედმიწევნით უნდა იყოს შესწავლილი.

რესურსების შეზღუდულობა და პრიორიტეტების დადგენის საჭიროება გარკვეულწილად ზღუდავს ფსიქიატრიული საჭიროების ცნებას. თუ ფსიქიკური დაავადება ფუნდამენტურად განსხვავდება ჩვეულებრივი ცხოვრებისეული პრობლემებისგან და განისაზღვრება არა სოციალური სტანდარტებით, არამედ დაავადების სამედიცინო დიაგნოზებით, მაშინ სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკამ პირველხარისხოვანი პრიორიტეტი იმ პაციენტებს უნდა მიანიჭოს, რომლებიც ტრადიციული ფსიქიატრიული გაგებით აშკარად ავად არიან. აქვე, მრავალრიცხოვან მტკიცებულებებზე დაფუძნებით შეიძლება ავლნიშნოთ, რომ ბევრი გავრცელებული და ჩვეულებრივი პრობლემა დროებითია, ხოლო ფსიქიატრიულ მდგომარეობათა უმრავლესობა უფრო ხანგრძლივ ხასიათს ატარებს. აქედან გამომდინარე, სახელმწიფო პოლიტიკამ უდიდესი ყურადღება უნდა დაუთმოს იმას, რომ გამორიცხოს ან შეამციროს ხარისხობრივად უფრო სერიოზული პრობლემები.

ამ მოსაზრების საწინააღმდეგოდ, თუ მივიჩნევთ, რომ ფსიქოზები და სხვა სერიოზული ფსიქიკური მდგომარეობები სხვა პრობლემებთან ერთად ერთ კონტინუუმზე შეიძლება მოვათავსოთ, მაშინ შესაძლებელი ხდება ყველა მდგომარეობას ფუნდამენტურად ერთნაირი გზით მივუდგეთ. შესაბამისად, შეიძლება ჩავთვალოთ, რომ ქრონიკული დაავადება და მასთან დაკავშირებული ინვალიდობა, უბრალოდ მკურნალობის არარსებობისა და იგნორირების შედეგია.

თუ გაზიარებული იქნება მოსაზრება, რომ ადრეულ ინტერვენციას ქრონიკული და მწვავე ფსიქიკური დაავადებების პრევენცია შეუძლიათ (თუმცა ეს არის მხოლოდ მოსაზრება და არა მტკიცებულება), მაშინ ძალიან გონივრული და ლოგიკური იქნებოდა პრევენციული საქმიანობისთვის უდიდესი რესურსების გამოყოფა.

პრაქტიკაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პროფესიონალები ხშირად ზუსტად ვერ საზღვრავენ ფსიქიკური დაავადების რომელ კონცეფციას და თეორიულ დაშვებას იყენებენ. ხშირად ისინი ორივე მოსაზრებას იზიარებენ, თუმცა ფორმალურად ეს

მოსაზრებები ერთმანეთს ეწინააღმდეგება. საშუალო პრობლემები (მაშინაც კი, როდესაც ისინი ფსიქიკურ დაავადებას არ განეკუთვნებიან) შეიძლება გადაიზარდოს მწვავე პრობლემებში და ინდივიდის სოციალური როლებიდან გამორთვა გამოიწვიოს. ამგვარი სერიოზული პრობლემები უდიდეს ყურადღებას იმსახურებიან იმის მიუხედავად, შიზოფრენიის კატეგორიას მიეკუთვნებიან, თუ სხვა აღიარებულ ფსიქიატრიულ მდგომარეობებს.

ერთიანი და რაციონალური სახელმწიფო პოლიტიკის განვითარება ნაწილობრივ დამოკიდებულია საფუძვლად მდებარე თეორიულ პერსპექტივებზე. მაგრამ ასევე მნიშვნელოვნად განისაზღვრება კონკრეტული ემპირიული საკითხების გადაწყვეტით. რომელი მოუგვარებელი მდგომარეობა და პრობლემა ხდება ქრონიკული და შესაბამისად ინვალიდობის განვითარებას უკავშირდება და რომელს აქვს უფრო დროებითი ხასიათი? რომელი სოციალური სერვისები და პოლიტიკა ამცირებს დაავადებასთან დაკავშირებულ ინვალიდობას და რომელი, პირიქით, ამწვავებს მას? პრვენციული ფსიქიატრიული სერვისები ხომ არ უწყობს ხელს ფსიქოლოგიური იპოქონდრიის განვითარებას? რამდენად წარმატებულია პრვენციული ფსიქიატრიული სერვისები დაავადების რაოდენობის ზრდისა და დაავადებასთან დაკავშირებული ინვალიდობის შემცირებაში? მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ პასუხები ამ კითხვებზე უცნობია, მაინც უნდა გავაგრძელოთ ამ კითხვების დასმა და კვლევებზე დაფუძნებული მონაცემების მიღება. შეზღუდულობის მიუხედავად, სახელმწიფო პოლიტიკა აუცილებლად უნდა გულისხმობდეს სახელმწიფო სააგენტოების მხრიდან პროგრამების ეფექტურობის შეფასების დაფინანსების აუცილებლობას.

### **პაციენტი და საზოგადოება: გადაუწყვეტელი პრობლემა**

რადგან ფსიქიკური ავადმყოფობის შესახებ განსხვავებული ხედვა არსებობს, სხვადასხვა შემფასებლების შეხედულებები შეიძლება ერთმანეთთან წინააღმდეგობაში იყოს. ძირითადად, ფსიქიატრიული სირთულეები განისაზღვრება ადამიანის მიერ განცდილი სულიერი ტანჯვისა და სოციალური როლების შესრულების ტერმინებში. თუმცა ფსიქოლოგიური კომფორტი გავლენას ახდენს ადეკვატურ სოციალური ფუნქციონირებაზე, ფაქტორები, რომლებიც ზემოქმედებენ ადაპტაციის აღნიშნულ ორ ასპექტზე შეიძლება იცვლებოდეს. ინდივიდებს და ჯგუფებს მოკლევადიანი და გრძელვადიანი მიზნები გააჩნიათ. იმასათვის რომ, უფრო მნიშვნელოვანი და გრძელვადიანი მიზნების მიღწევა შესძლონ, ისინი ხშირად ფსიქოლოგიურ საზღაურს იღებენ. წარმატებული ადაპტაცია, როგორც გრძელვადიანი მიზანი, ინდივიდისგან პრობლემურ სიტუაციებთან და უბედურებასთან გამკლავების უნარების განვითარებას მოითხოვს, ასევე ეფექტურობის, კონტროლისა და თვით-პატივისცემის გრძნობის განვითარებას. არსებობს როგორც თეორიული, ასევე ემპირიული მიზეზები იმ

მოსაზრების მხარდასაჭერად, რომ ზრდასრული ინდივიდის ჯანმრთელობაზე პოზიტიურად მოქმედებს იმ პრობლემური სიტუაციების წარმოჩენა, რომლის დაძლევაც მას შეუძლია.

ისტორიის განმავლობაში არ არსებობდა საზოგადოება, რომელიც საკუთარ თავს მთლიანად პერსონალური დისკომპორტისა და ტკივილის წიმნაადმეგ ბრძოლას უძღვნიდა. ჩვენ ჩვეულებრივ ვმუშაობთ დისკომპორტის იმ ფორმების შესამცირებლად, რომელიც სოციალურ ფუნქციონირებასთან არ არის დაკავშირებული. თუმცა, ჩვენთვის მეტად ღირებული ბევრი სოციალური ინსტიტუტი პირიქით, ფსიქოლოგიური სტრესის განვითარებას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს. მაგალითად, პირველ რიგში შეიძლება საგანმანათლებლო სისტემა დავასახელოთ. უნივერსიტეტში სწავლა ბევრი სტუდენტის რწმენებს არყევს; იშვიათი არ არის შემთხვევები, როდესაც სტუდენტები განსაზღვრულ კურსებს ვერ ამთავრებენ და უნივერსიტეტიდან ირიცხებიან. საგანმანათლებლო სისტემა ყოველთვის სახავს ისეთ მიზნებს, რომელთა განხორციელება ზოგიერთ სტუდენტს არ შეუძლია; შედეგად მიიღება წარუმატებლობის განცდა და თვით-პატივისცემის დაკარგვა. უნივერსიტეტების ღირებულებები და პოლიტიკა ეფუძნება იდეას, რომ განათლებისა და უნარების მიღებისთვის სტუდენტურ ცხოვრებაში გარკვეული სტრესისა და ტკივილის შეტანა კარგი ინსენტივია. ბევრი საზოგადოება ფუქნციონირებს იმ დაშვებაზე დაყრდნობით, რომ სტრესი ინსენტივის როლს ასრულებს და მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტალური მიზნების მიღწევას უწყობს ხელს. ამიტომ, თუმცა ხშირად შესაძლებელია პერსონალური სტრესის შესუსტება მოვალეობებისა და პასუხისმგებლობების შემცირებით, ჩვენ ხშირად ვამჯობინებთ, ასე არ მოვიქცეთ. აშშ-ში ბევრი ექსპერტი აღნიშნავს, რომ სტრესის შემცირების გზების ძებნითა და ახალგაზრდების თვითპატივისცემის გრძნობის გამტკიცების ხელშეწყობით, ამერიკული კულტურა გახდა მეტისმეტად “რბილი” და არამომთხოვნი ბეჯითად შრომისა და კვალიფიკაციის იმ მაღალი ოსტატობის მიღწევის მიმართ, რომელიც აუცილებელია დღეს არსებული გლობალური ეკონომიკის გაზრდილს მოთხოვნებთან წარმატებული ადაპტაციისთვის. მაღალი მოლოდინები ხშირად სტრესის წარმომქმენლია და მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს შესრულების ხარისხზე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ძირითადი დილემა უკავშირდება ფოკუსის გადმოტანას პერსონალური მწუხარებიდან შესრულების ხარისხზე. განსაზღვრული ინსტიტუტების (მაგალითად, სამხედრო უწყებები) მიერ დაქირავებული ფსიქიატრები მიზნად ისახავენ ფსიქიატრიული შემთხვევების შემცირებას შესრულების ხარისხის პერსპექტივიდან; მაგრამ ეჭვს არ იწვევს ის, რომ შესრულების ეს ხარისხი როგორც წესი, ინდივიდის ფსიქოლოგიური კომფორტის საზღაურის ფასად მიიღწევა. როდესაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების დროით განზომილებაში განიხლება, ეს პრობლემები კიდევ უფრო რთულ სახეს იღებს. განსაზღვრული ალტერნატივების ღირებულება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული

ინდივიდის თუ ჯგუფის გრძელვადიან გეგმებსა და სოციალური ზეწოლის იმ ხარისხზე, რომელიც ამ მიზნების მისაღწევად აუცილებელია. თუ ჩვენ ინდივიდის ცხოვრების გარსაზღვრულ ეტაპზე ფსიქოლოგიურ სტრესს შევამცირებთ შესრულების ხარისხის, ახალი უნარების განვითარების ხარჯზე, მომავალ ეტაპზე შეიძლება აღმოვაჩინოთ, რომ სწორედ იმ უნარების არარსებობა, უფრო სერიოზული სტრესის გამომწვევია. და პირიქით, თუ ჩვენ იგნორირებას გავუკეთებთ პერსონალურ სტრესს და მეტ ღირებულებას საჭირო უნარების განვითარებას მივანიჭებთ, ჩვენ შეიძლება ამით გამოვიწვიოთ ის, რომ ინდივიდი მუდმივი სტრესის ქვეში აღმოჩნდეს და საერთოდ უარი თქვას ყოველგვარ სოციალურ ფუნქციონირებაზე. აუცილებელია გარკვეული ბალანსის მიღწევა ინდივიდუალურ კომფორტსა და გარემოს მოთხოვნების შესაბამისი უნარების განვითარებაში; ეს უცილებელია არ მხოლოდ ჰუმანური მოსაზრებების გამო, არამედ ინდივიდის მუდმივი განვითარების ხელშეწყობის მიზნით.

### **სოციალური პრობლემა თუ ფსიქიკური დაავადება?**

თუმცა ფსიქიკური დაავადება აშკარად სოციალური პრობლემაა, ნათელი არ არის, თუ რომელი სოციალური პრობლემა თავსდება ფსიქიკური დაავადების კატეგორიაში. ბევრ ადამიანს აწუხებს სტრესი და საკუთარ თავში დაურწმუნებლობა, მაგრამ ამ პრობლემების ფსიქიატრიული პერსპექტივიდან განსაზღვრა, იგნორირებას უკეთებს მათ გამომწვევ სოციალურ და გარემო მიზეზებს. ითვლება, რომ ქალებს, მამაკაცებთან შედარებით, მეტად აწუხებთ დეპრესია; ამის კლინიკურ პრობლემად განსაზღვრა ცუდ სამასახურს გაუწევს, როგორც ქალებს, ასევე ზოგადად საზოგადოებას. ანალოგიურად, დამნაშავეობა მეტად არის გავრცელებული უფრო ღარიბ რაიონებში და განსაზღვრულ უმცირესობათა ჯგუფებში. მოცემული ჯგუფის წარმომადგენლებში გავცელებული დამანაშავეობის კლინიკურ პრობლემად განსაზღვრა, ანუ იმის დაშვება რომ ეს ადამიანები ფსიქიატრიულ დახმარებას საჭიროებენ, გამოიწვევს იმ სოციალური ფაქტორების იგნორირებას, რომელიც ამგვარი ქცევის განვითარებას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური დარღვევების ცნებები ხშირად არაზუსტად, ორაზროვნად გამოიყენება და მრავალფეროვან სოციალურ პრობლემებს ერწყმის. ამგვარი ფსიქიატრიული განსაზღვრებები გულისხმობს, რომ ეს პრობლემები უფრო თვითონ ინდივიდშია მოთავსებული, ვიდრე მის გარეთ არსებულ რელობაში – ორგანიზაციებსა და საზოგადოებაში. ასევე იგულისხმება, რომ მდგომარეობის შეცვლის ადეკვატური საშუალება თვითონ ინდივიდის პიროვნებისა და მიდრეკილებების შეცვლა უფრო არის, ვიდრე საზოგადოებრივი სტრუქტურისა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი ზოგიერთი პროფესიონალი თვლის, რომ ნარკოტიკებს არალეგალურად ის ადამიანები იღებენ, ვისაც ემოციური დარღვევები აქვთ. ანალოგიურად

შეიძლება განვიხილოთ თუ რამდენად არის შესაბამისობაში ნარკოტიკების გამოყენებასთან დაკავშირებული კანონმდებლობა ამ საკითხის შესახებ არსებულ სამეცნიერო ინფორმაციასთან და არის თუ არა ბევრი ადამიანის ნარკოტიკების მოხმარებისადმი მიდრეკილება რაციონალურად ნორმალური პასუხი.

პრობლემის შესწავლისას აუცილებელია სოციალური სირთულეების განხილვა, თუმცა ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ფსიქიკური ავადმყოფობისადმი ყოველთვის გამოიყენებოდა მიდგომა, რომლის თანახმად ცვლილება უნდა განხორციელდეს უფრო პაციენტში ვიდრე საზოგადოებაში. მოსაზრებებს შორის ამ დაპირისპირებამ გამოიწვია ის, რომ ზოგიერთმა ფსიქიატრმა უარი თქვა ტრადიციულ როლზე და ძალისხმევა უფრო საზოგადოების შეცვლისკენ წარმართა. ზოგიერთი მსგავსი ძლისხმევა განიხილება, როგორც პრევენციული ფსიქიატრია. თუმცა ასეთი მიდგომისას ფსიქიკურ დაავადებებში სოციალური ფაქტორების გადამეტებით შეფასება ხდება. ინდივიდიდან საზოგადოებისკენ ფოკუსის კონცეპტუალური გადანაცვლებით, ისინი ამტკიცებენ, რომ ფსიქიკური დაავადება ზოგადად სოციალური სტრუქტურისა და გავლენის შედეგია და რომ ფსიქიატრი უფრო ამ ფაქტორებით უნდა იყოს დაინტერესებული. ეს პოზიცია ფსიქიატრიული სამუშაოს ჰორიზონტს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტივობების სპექტრს მნიშვნელოვნად აფართოვებს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პროფესიონალები უფრო პოლიტიკურ არენაზე გამოჰყავს.

ფსიქიატრიული დილემის სხვა ალტერნატივაც არსებობს. იმის აღნიშვნით, რომ ინდივიდებისა და სხვადასხვა ჯგუფების პრობლემები ძირითადად განპირობებულია არა მათში არსებული მდგომარეობით, არამედ სოციალური ფაქტორებით, ჩვენ შეიძლება დავუშვათ, რომ ასეთი პრობლემები საერთოდ არ შედის ფსიქიატრიული პრაქტიკის კომპეტენციაში. ამგვარი პრობლემები ძირითადად საზოგადოების ზოგად მდგომარეობას უკავშირდება და არაფერს გვეუბნება იმ სპეციფიური მიზეზების შესახებ, რომლის გამოც ინდივიდს ადეკვატური ადაპტაცია არ შეუძლია. იმისთვის რომ საზოგადოებამ განსაზღვრული გზებით წარმართოს ურთიერთქმედება, ფსიქიატრებს არ შეუძლიათ საზოგადოების თითოეულ წევრთან იმუშაოს. მისი კომპეტენცია კონკრეტული საქმიანობის გაწევას უნდა გულისხმობდეს. გავრცელებული შეხედულების თანახმად, ფსიქიატრიულ სფეროში მოქმედ პროფესიონალებს შეზღუდული ფუნქციები უნდა ჰქონდეს და მათი მთავრი ფუნქცია უნდა იყოს დახმარება გაუწიოს ინდივიდებს, რომლებსაც შეზღუდული შესაძლებლობები განუვითარდათ იმ მიზეზების გამო, რომელთა მოსაგვარებლად მომზადებულნი მხოლოდ ეს სპეციალისტები არიან. ამიტომ ფსიქიატრები ხშირად არ თვლიან თავიანთ საქმედ იმ პაციენტებთან მუშაობას, რომლებსაც უფრო ტრადიციული ფსიქიატრიული სინდრომები აქვთ.

რათქმაუნდა, ფსიქიატრიული პრობლემებს გარკვეული წვლილი შეაქვს უფრო ფართო სოციალურ პრობლემებში და პირიქით,

სოციალური პრობლემები, თავის მხრივ, სერიოზულ ფსიქოლოგიურ სტრესს იწვევენ. მაგრამ ჩნდება კითხვა, რამდენად რაციონალური და ეფექტურია სოციალური პრობლემების უმრავლესობა განვიხილოთ, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა და იგივე პროფესიონალები, რომლებსაც ექსპერტული ცოდნა აქვთ ისეთ დაავადებებთან გასამკვლავებლად, როგორცაა შიზოფრენია, მანიაკალურ – დეპრესიული ფსიქოზი და სხვა ტიპურად ფსიქიატრიული მდგომარეობები, მიმართულნი იყვნენ აგრეთვე იმ პრობლემების მოსაგვარებლად, რომელიც განპირობებულია მძიმე ეკონომიკურ პირობებით, კულტურული დეპრივაციით, სოციალური ცვლილებებით, ეკონომიკური და სოციალური დისკრიმინაციით და სხვა სოციალური პირობებით. რადგან ფსიქიკურ სფეროში მოქმედი პროფესიონალების ხელმისაწვდომობა საკმაოდ შეზღუდულია, მათი ჩართვა ზემოთ აღნიშნული პრობლემების მოგვარებაში გამოიწვევდა პაციენტების უფრო ფუნდამენტური და სიღრმისეული ფსიქიკური პრობლემების ყურდების მიღმა დარჩენას.

საკითხის ამგვარი დასმა სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ საზოგადოებამ მნიშვნელოვანი რესურსები არ უნდა დაუთმოს სოციალური პრობლემების შემსუბუქებას. მაგრამ ფსიქიატრიული პერსპექტივიდან განხილული უნდა იყოს ის მდგომარეობები, რომლებიც გულისხმობს როგორც სოციალურ პრობლემებს, ასევე ფსიქიკურ დაავადებას. ბევრი სოციალური პრობლემა, რომელსაც ეუპირისპირდებით, მოითხოვს მნიშვნელოვანი ძალისხმევის გაწევას ადეკვატური სოციალური, ეკონომიკური და საგანმანათლებლო სისტემებისა და პროგრამების განვითარებისთვის. ფსიქიკურ დაავადებასთან დაკავშირებული ძირითადი პრობლემა არის იმ ფსიქოლოგიური ტკივილისა და ტანჯვის შემცირება და უკეთეს შემთხვევაში, პრევენცია, რომელიც ადამიანის სოციალურ ინვალიდობას იწვევს. აღნიშნული პრობლემების მოგვარება ერთად უფრო შეიძლება, თუ ცალცალკე – სოციალური პოლიტიკის მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს.

მოსაზრება, რომ ფსიქიკურ სფეროში მოქმედი სპეციალისტები უფრო მეტად ფოკუსირებულნი უნდა იყვნენ მათი სპეციალიზირებული და ტრადიციული უნარების განვითარებაზე, სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ მათ მკურნალობა არსებული კონტქესტიდან მოწყვეტილად წარმართონ. იმისთვის რომ პაციენტმა სრულყოფილი მომსახურება მიიღოს, აუცილებელია სპეციალისტების კოორდინირებული და ერთიანი მოქმედება.

### III. ინსტიტუციონალიზმი და დენსტიტუციონალიზაცია

ბოლო ორმოცდაათი წლის განმავლობაში უდიდესი სოციალური ცვლილებები მოხდა ფსიქიატრიული პაციენტების მკურნალობის

მეთოდებისა და მკურნალობის კონტექსტის თვალსაზრისით. გააკეთდა არა ერთი უკიდურესი განცხადება – ძალიან ოპტიმისტური ან ძალიან პესიმისტური; ხშირად ასეთი განცხადებები მოკლებულია სხვადასხვა პაციენტების რეალური შედეგების, მათი ახლობლებისა და საზოგადოების დეტალურ შესწავლას. თუმცა დეტალები ყოველთვის უფრო მეტ ორაზროვან სიტუაციების გამოვლენას იწვევს, სოციალური პოლიტიკა ასეთ ორაზროვნებას უფრო უნდა ეფუძნებოდეს, ვიდრე რეალობის იდეალიზირებულ მახასიათებლებს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის ცვალებადი ასპექტების დახასიათება და შეფასება სულ მცირე სამი გზით: (1) ჩვენ შეგვიძლია გავზომოთ პაციენტების სუბიექტური პასუხი – რამდენად გრძნობენ, რომ დახმარება მიიღეს, ან გრძნობენ, რომ რომ ახლა ნაკლები სიმპტომები აქვთ და უფრო მეტი შესაძლებლობა, რომ თავი გაართვან. (2) ჩვენ შეგვიძლია ვცადოთ ობიექტურად გავზომოთ პაციენტების შესრულება და ცხოვრების ხარისხი და (3) ჩვენ შეიძლება ვცადოთ შევაფასოთ სხვადასხვა პოლიტიკების შედეგები ეკონომიკურ და ადმინისტრაციულ ტერმინებში – ხომ არ მივყავართ ერთ პოლიტიკას განსაზღვრულ შედეგებამდე უფრო ნაკლებ საფასურად. შეფასების ყველა ეს ფორმა მნიშვნელოვანია და ერთმანეთის შესატყვისია.

გრძელვადიან ჰოსპიტალიზაციაზე უარის თქმა და ამბულატორულ პირობებში ფსიქიატრიული მკურნალობის განვითარება მკურნალობის პროცესში განხორციელებული ყველაზე მნიშვნელოვანი ცვლილება იყო. ამის შედეგად, თუმცა ჰოსპიტალიზაციის სისშირე გაიზარდა, მაგრამ პაციენტები ჰოსპიტალში გაცილებით ნაკლებ დროს ატარებდნენ. მათი ძირითადი მკურნალობა და ცხოვრების ძირითად ნაწილი საზოგადოებაში მიმდინარეობდა. მხოლოდ ამ პერსპექტივიდან განხილვისას, არსებული პრაქტიკა კარგად შეესაბამება აშშ-ს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ერთიანი კომისიისა და ძირითადი კანონმდებლობის სულისკვეთებას, რომლის მიხედვით:

*“მნიშვნელოვანი ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანის მკურნალობის ძირითად მიზანს წარმოადგენს ხელი შეუწყოს პაციენტს, რომ მან ჩვეულებრივ პირობებში საზოგადოებაში ცხოვრების გაგრძელება შესძლოს. ამის მისაღწევად კი საჭიროა: (1) მაქსიმალურად დავიცვათ პაციენტი ჰოსპიტალიზაციის უარყოფითი ეფექტისგან, როგორცაა მაგალითად ჰოსპიტალიზაციით გამოწვეული გამოფიტვა. (2) თუ პაციენტი საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, მისი დაბრუნება ოჯახურ გარემოში და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მაქსიმალურად სწაფად უნდა მოხერხდეს და (3) ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ საზოგადოებაში მის ცხოვრებასა და ფუნქციონირებას მაქსიმალურად უნდა შეეწყოს ხელი. ამიტომ მკურნალობის შემდგომი პერიოდი და რეაბილიტაცია ფსიქიკური პაციენტების მომსახურების მეტად მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს. რეაბილიტაციის მისაღწევად*

*განსხვავებული მეთოდები გამოიყენება, როგროცაა დღის ცენტრები, ღამის ცენტრები, რეაბილიტაციის ცენტრები, ყოფილი პაციენტების ჯგუფები და სხვა.”*

შესწავლილი იყო თუ რა უნდა ცოდნოდან ამგვარი ცვლილებების გსაკეთებლად და რა გამორჩათ მხედველობიდან. აღმოჩნდა, რომ ფსიქიკური პაციენტებისთვის სააზოგადოებაში ცხოვრება ადეკვატური სერვისებისა და მხარდაჭერის გარეშე ისეთივე არაჰუმანურია, როგროც ცუდი ჰოსპიტალური მომსახურება. ასევე, აღმოჩნდა, რომ თუ პაციენტს მნიშვნელოვანი დარღვევები აქვს, როგროც მაგალითად შიზოფრენიის შემთხვევაში, მისი ოჯახში და საზოგადოებაში დარჩენამ შეიძლება ოჯახისთვის და გერშემომყოფებისთვის სერიოზული პრობლემები შექმნას. ჩვენ კარგად უნდა გვესმოდეს, თუ რასთან აქვთ საქმე პაციენტებს ჰოსპიტალის გარეთ – რა ხარისხის სირთულეებმა შეიძლება იჩინოს თავი და რამდენად შეუძლიათ მათი მოგვარება. თემზე დაფუძნებული სერვისების რაციონალური დევეკმვა დამოკიდებულია პოლიტიკის რეალური შედეგების წედმიწევნით გაგებაზე.

60-იან წლებში მეტად საინტერესო კვლევა ჩატარდა ჰოსპიტალიზაციის პრვენციის ექსპრიმენტულად შესასწავლად. კვლევის ძირითადი მიზანი იყო დაედგინათ, შიზოფრენიის მქონე პაციენტებისთვის, სხვადასხვა პირობებში მკურნალობის რომელი მეთოდი იყო უფრო ეფექტური: ჰოსპიტალური თუ შინ მკურნალობა. კვლევაში 152 პაციენტი მონაწილეობდა, რომლებიც სამ ჯგუფად იყვნენ გაყოფილი: (1) მედიკამენტებით შინ მკურნალობას დაქვემდებარებული ჯგუფი, (2) პლაცებო ეფექტის შინ მყოფი ჯგუფი და (3) ჰოსპიტალური მკურნალობის საკონტროლო ჯგუფი. შინ მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტებთან რეგულარულად დადიოდა მედდა; ასევე ნაკლები სიხშირით და შეფასების მიზნით ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი და ფსიქიატრი. კვლევა ადარებდა შინ მოვლასა და ჰოსპიტალური მკურნალობას და ასევე, შინ მყოფ პაციენტებს, რომლებიც იღებდნენ მედიკამენტებს და პლაცებოს.

პაციენტები კვლევაში ჩართულნი იყვნენ 6-დან 13 თვემდე. მკვლევარებმა ნახეს, რომ იმ პაციენტების 77 %, რომლებიც სახლში იყვნენ და მედიკამენტოზურ მკურნალობას გადიოდნენ, კვლევის განმავლობაში ჰოსპიტალიზაცია არ დასჭირვებიათ და სახლში აგრძელებდნენ მკურნალობას; ხოლო სახლში მყოფი პლაცებოს ეფექტის მქონე ჯგუფის პაციენტების მხოლოდ 34%-ს არ დასჭირვებია ჰოსპიტალიზაცია. ჰოსპიტალური მკურნალობის მქონე საკონტროლო ჯგუფთან შედარების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ სახლში მყოფი მედიკამენტოზურ მკურნალობას დაქვემდებარებულმა 57 პაციენტებმა 4,800 ჰოსპიტალური დღის ხარჯებთან დაკავშირებული ეკონომია მოგვცა, ხოლო ასევე სახლში მყოფი პლაცებოს ეფექტის ჯგუფის 41 პაციენტმა კი 1,150 ჰოსპიტალური დღის ეკონომია. კვლევაში ასევე აღმოაჩინა, რომ ჰოსპიტალური მკურნალობის საკონტროლო



ჯგუფის წევრები საზოგადოებაში დაბრუნების შემდეგ უფრო მეტად საჭიროებდნენ ხელახალ ჰოსპიტალიზაციას, ვიდრე ის პაციენტები, რომლებიც დასაწყისშივე სახლში გადიოდნენ მედიკამენტოზურ მკურნალობას. ავტორები შემდეგ დასკვნამდე მივიდნენ: “ კვლევამ დაადასტურა ჩვენი საწყისი ჰიპოთეზა იმის შესახებ, რომ შინ მკურნალობა შიზოფრენიის მქონე პაციენტებისთვის შესაძლებელია და რომ მედიკამენტოზური მკურნალობისა და მედლების მომსახურების კომბინაცია ჰოსპიტალიზაციის პრევენციას იწვევს. ასევე, რომ შინ მოვლა, როგორც მკურნალობის მეთოდი, ისეთივე ეფექტურია როგორც ჰოსპიტალური მკურნალობა, თუ არა უკეთესი. “

არსებობს სხვადასხვა მონაცემები პაციენტების ფსიქიატრიული და სოციალური ფუნქციონირების შესახებ ექვსი, თვრამეტი და ოცდაოთხი თვის შემდეგ. მონაცემები მიუთითებდა, რომ ყველა ჯგუფში მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა ექვსი თვის შემდეგ, ხოლო ამის შემდეგ გაუმჯობესება აღარ არის საგრძნობი. ასევე, არცერთ ჯგუფს არ აღენიშნება სხვებთან შედარებით განსაკუთრებული წინსვლა. სოციალური ფუნქციონირების კრიტერიუმის გამოყენებისას, ძნელი იქნებოდა რომელიმე მეთოდის სასარგებლოდ არჩევანის გაკეთება.

და ბოლოს, აუცილებელია იმ სოციალური ღირებულების ცოდნა, რომელიც პაციენტების საზოგადოებაში გაჩერებას მოჰყვება. ამგვარი საზღაურის შეფასება გარკვეულწილად შესაძლებელია იმ მონაცემების მიმოხილვით, რომელიც პაციენტების შემაწახებელ ქცევებს ეხება. კვლევამ აჩვენა, რომ ამგვარი რთული ქცევები მცირდება ექვსი თვის შემდეგ, თუმცა დასაწყისში, საკამოდ ხშირად იჩენს თავს. კვლევის დასაწყისში სამივე ჯგუფი ერთნაირად აწახებდა ოჯახსა და საზოგადოებას. როდესაც პაციენტებს ათავსებდნენ ჰოსპიტალში, ოჯახი და საზოგადოება, თავისუფლდებოდა ამ პრობლემებისგან. როდესაც პაციენტები შინ რჩებოდნენ, პრობლემები გრძელდებოდა, თუმცა დროთა განმავლობაში კლებულობდა. კვლევის მონაცემები არ იძლევა საშუალებას განვსაზღვროთ, თუ რამდენად სწრაფად იკლებს საწყისი სიმპტომები; თუმცა, ნათელია რომ შემაწახებელი მოქმედება პირველად როლების არაადეკვატური შესრულებისას იჩენს თავს. აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევის მონაცემები ეხება შიზოფრენიის მქონე პაციენტებს, ერთ-ერთ ყველაზე მძიმე ფსიქიატრიული ფორმის პაციენტებს, და შესაბამისად არ შეიძლება განზოგადებული იყოს ყველა მდგომარეობაზე.

როგორც მონაცემები მიუთითებს, მწვავე ეპიზოდის ადრეულ ფაზაზე პაციენტების საზოგადოებაში გაჩერებას შეიძლება მნიშვნელოვანი სოციალური საფასური ჰქონდეს. სხვა ალტერნატივას წარმოადგენს ინტენსიური თემზე დაფუძნებული სერვისების მიწოდება პაციენტებისა და მათი ახლობლებისთვის იმ პერიოდში, როდესაც სოციალური და ოჯახის საზღაური ძალიან მაღალია. სხვადასხვა გამოცდილება აჩვენებს, რომ ოჯახებზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პროფესიონალების მიერ მიწოდებული ინფორმაცია, თუ რა

უნდა და შეუძლიათ მათ გააკეთონ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთან მიმართებაში. შესაძლებელია ოჯახებისა და საზოგადოების დარწმუნება ჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილების სასარგებლოდ, მაგრამ ეს პოლიტიკა უნდა გულისხმობდეს იმ ადამიანების და ჯგუფების მნიშვნელოვან მხარდაჭერას, ვისაც ამ პოლიტიკის სოციალური და ფსიქოლოგიური საზღაურის გაღება უწევთ. ნებისმიერ კონკრეტულ სიტუაციაში, შესაფერისი პოლიტიკის შერჩევა დამოკიდებულია ინდივიდუალურ პირობებზე, შინ მკურნალობის მხარდასაჭერი სერვისების ხელმისაწვდომობაზე;

ოჯახის წევრებსა და ბავშვების ფსიქოლოგიურ განვითარებზე ოჯახში არსებული ფსიქიკური პრობლემის გავლენის მნიშვნელოვნება არაერთ ავტორს აღუნიშნავს. 60-70 იან წლებში გავრცელებული და დომინირებული ფსიქოლოგიური განვითარების თეორიები ინდივიდში ფსიქიკური დაავადების განვითარებაში ხშირად ოჯახებს აღანაშაულებდნენ, თუმცა სრულიად უსაფუძვლოდ. ხშირად თერაპევტები, პაციენტების ოჯახებისგან იზოლირებას ახდენდნენ – ნაცვლად იმისა, რომ ოჯახები როგორც დამხმარე რესურსი, ისე გამოეყენებინათ; იწვევდნენ რა მათში დანაშაულის გრძნობას. გაცილებით ნაკლები ყურადღება ექცეოდა იმას, თუ რას ნიშნავს ოჯახისთვის სერიოზული ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთან ცხოვრება, რა გზებით არის შესაძლებელი მათთვის ფსიქოლოგიური სტრესისა და ტკივილის შემსუბუქება, და რა ნაბიჯების გადადგმა არის საჭირო თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარებისთვის.

მრავალრიცხოვანი კვლევების შედეგებზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ არსებული ადმინისტრაციული პოლიტიკისა და ფსიქიატრიული პროცედურების შეცვლა საკმარისი არ არის წარმატებული თემზე დაფუძნებული ზრუნვის პროგრამის დასაწყებად. ბევრი ავტორი თვლიდა, რომ ფსიქიკური დაავადების მქონე პირთა ოჯახის წევრების ტვირთის შემსუბუქების მნიშვნელოვანი ელემენტი იქნებოდა მათი დარწმუნება იმაში, რომ დახმარება შესაძლებელია და ხელმისაწვდომია; რომ რაღაცის გაკეთება შესაძლებელია. ნებისმიერი სერვისის შემთხვევაში ეს რაციონალურ მიზანს წარმოადგენს. რთულ სიტუაციაში სტრესის შემცირებაზე კონტროლის გრძნობის მნიშვნელოვნება კვლევმა სხვა სფეროებშიც დაადასტრა.

როგორც მკვლევარები მიუთითებენ, განსაზღვრულ სოციალურ პირობებში განსაზღვრული ტიპის პაციენტების შემთხვევაში, შინ ზრუნვა ოჯახებს გაცილებით მეტი პრობლემის წინაშე დააყენებს, ვიდრე ჰოსპიტალური მკურნალობისას. მაგრამ რადგან ფსიქიატრიული პაციენტები ჰომოგენურ ჯგუფს არ წარმოადგენს, კარგად უნდა გვესმოდეს, პაციენტის შინ მოვლისთვის რომელი სოციალური და ფსიქოლოგიური პირობები იქნება ხელშემწყობი.

ამჟამად, რადგან ბევრი სერიოზული ფსიქიკური დაავადების მქონე პირის მკურნალობა სათემო პირობებში ხდება, ფსიქიკური პაციენტის შინ მოვლასთან დაკავშირებული ტვირთის ცნებამ მეტი მნიშვნელობა შეიძინა და ამ საკითხის შესწავლას არაერთი კვლევა დაეთმო.

კვლევები სწავლობდა შინ მოვლის მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებულ ობიექტურ და სუბიექტურ სიმძიმეს და ამ სიმძიმის შემსუბუქებისთვის მიღებულ სერვისებს. კვლევები სისტემატურად მიუთითებდნენ იმ პრობლემებზე, რომლებსაც ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ოჯახის წევრები უპირისპირდებოდნენ. ასეთ პრობლემებად ხშიად დასახელებული იყო პაციენტების ისეთი ქცევები, როგორცაა ყურადღების მიპყრობასთან დაკავშირებული ქცევა, ღამის სიმყუდროვის დარღვევა, შემაწუხებელი ქცევა, თვითმკვლელობა, ნარკოტიკების მოხმარება და ძალადობა. ფსიქიკურ პაციენტებზე მზრუნველობის გამწვევ პირთა ნახევარზე მეტი შეფოთებას გამოთქვამდა საკუთარი ჯანმრთელობის, უსაფრთხოებისა და სოციალური ცხოვრების შესახებ. ასევე ასახელებდნენ ისეთ პრობლემებს, როგორცაა სამუშაოს დაკარგვა, ოჯახის სხვა წევრების იგნორირება, ფინანსური სირთულეები და შემცირებული სოციალური კონტაქტები. ბევრი კვლევა აღნიშნავს, რომ ფსიქიკური პაციენტის ზრუნვასთან დაკავშირებული სიმძიმეს შედეგად მოსდევს სულიერი ტანჯვა; თუმცა კვლევები ასევე მიუთითებენ, რომ ეს ასევე ფიზიკური ჯანმრთელობის შესუსტებას იწვევს.

ის თუ რამდენად მძიმეა ეს ტვირთი და რამდენად კარგად შეუძლიათ ამ ტვირთის ტარება მზრუნველობის აღმომჩენ პირებს, დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ჩართულნი არიან ისინი პაციენტის მოვლაში და რამდენად ხელმისაწვდომია მათთვის ფორმალური თუ არაფორმალური დახმარება. კვლევებმა აჩვენა, რომ მშობლებს, რომლებიც ფსიქიკური პრობლემების მქონე შვილთან ერთად ცხოვრობენ, შვილების ქცევის გასაკონტროლებლად მეტი ძალისხმევისა და მხარდაჭერის გაღება უწევთ; თუმცა მეტად საინტერესოა ის ფაქტი, რომ იმ შემთხვევაშიც, როდესაც შვილები სპეციალურ დაწესებულებაში ცხოვრობენ, მშობლები აგრძელებენ მათზე წუხილს და მათი ტვირთი მაინც საკმაოდ მძიმე რჩება. იმ ტვირთის სიმძიმე, რომელსაც ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა მშობლები განიცდიან, დამოკიდებულია იმ ძალისხმევისა და დახმარებაზე, რომელიც მათ სჭირდებათ პრობლემური ქცევის დასარეგულირებლად ან ნებისმიერი ინსტრუმენტული თუ ემოციური მხარდაჭერისთვის, ასევე მიღებული პროფესიონალური დახმარებისა და მხარდაჭერის ხარისხზე. პოლიტიკის განვითარების მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს იმის განსაზღვრა, თუ რომელი სერვისები ეხმარება მზრუნველობის გამწვევ პირებს სიმძიმისა და სტრესის შემცირებაში. როგორც კვლევები აჩვენებს, მზრუნველობის აღმომჩენი პირისთვის დამახასიათებელი სიმძიმე დამახასიათებელია არა მხოლოდ ფსიქიკური დაავადებისთვის, არამედ ბევრი სერიოზული სამედიცინო პრობლემისთვის. კვლევების შედეგებმა ასევე აჩვენა, რომ ის მხარდაჭერა, რომელსაც მზრუნველობის აღმომჩენი პირები ფსიქიკური დაავადების მქონე პირის მიმართ იჩენენ ნაწილობრივ ორმხრივ ურთიერთგაცვალს წარმოადგენს. რაც უფრო მეტ მხარდაჭერას და ზრუნვას ავლენს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირი ოჯახის

წევრების მიმართ, მით უფრო მეტს იღებს სანაცვლოდ. ეს მოსაზრება ხაზს უსმევს ისეთი ინტერვენციების მნიშვნელოვნებას, რომელიც ხელს უწყობს პაციენტში მეტი დამოუკიდებლობის განვითარებას, ახლობლების მიმართ მერი ყურადღებისა და მზურნელობის გამოჩენას.

კვლევების მონაცემებზე დაყდნობით, ფსიქიკური დაავადების მქონე პირების მოვლასთან დაკავშირებულმა სიმძიმემ მეტი მნიშვნელოვნება შეიძინა. პროფესიული სერვისები ოჯახებთან მუშაობას უფრო მეტ დროს უთმობდნენ და მეტ სოციალურ დახმებას სთავაზობდნენ. ეს ნამდვილი წინსვლა იყო წინა წლებთან შედარებით, როდესაც ოჯახები იზოლირებულნი იყვნენ მკურნალობის პროცესიდან. თუმცა კვლავ არსებობს ადეკვატური ინფორმაციისა და მხარდაჭერის ნაკლებობა მკურნალობის პროცესში ოჯახების მობილიზაციის მიმართულებით. ბევრი თერაპევტი კვლავ უპირატრესობას ანიჭებს პაციენტების დამოუკიდებლობის იდეოლოგიას და გარკვეული დაძაბულობა შეაქვს ოჯახსა და ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირს შორის, რომელიც ხშირად ოჯახის წევრებზე ძლიერ არის დამოკიდებული. საკითხი ყოველთვის მარტივი და ნათელი არ არის, მაგრამ როგორც ჩანს, ეჭვს არ იწვევს, რომ ტრადიციული თერაპიული იდეოლოგია უფრო მეტს აკეთებდა ოჯახებთან დასაშორებლად, ვიდრე მათთან ერთად უადრესად რთული საკითხების მოსაგვარებლად.

მძიმე და ხანგრძლივი ფსიქიკური დაავადების მქონე პირთა ოჯახის წევრები ხშირად გაღიზიანებულნი და დაბნეულნი არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემასა და პროფესიონალებთან ურთიერთობის შედეგად. იმ სიტუაციებში, როდესაც ისინი იღებენ მცირეოდენ კონსტრუქციულ მხარდაჭერას და ძირითადად, ამ სიმძიმისესთან მარტო გამკლავება უწევთ, ლოგიკური და გასაგები ხდება, რომ ბევრი ითხოვს დეინსტიტუციონალიზაციის ტემპის შენელებას და სახელმწიფო ჰოსპიტლებში საწოლების რაოდენობის გაზრდას; თუმცა როგორც კვლევის შედეგები აჩვენებს, როგორც ოჯახები, ასევე პაციენტები ჰოსპიტალურ მომსახურებასთან შედარებით, მეტ კმაყოფილებას თემზე დაფუძნებული სერვისების სასარგებლოდ გამოთქვამენ, თუ ის კარგად ორგანიზებული და ინდივიდუალურ პაციენტებზე პასუხისმგებლობის აღებაზეა ფოკუსირებული.

აშშ-ში ოჯახების საზრუნავი და პრობლემები ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა ეროვნული ასოციაციის (National Alliance for the Mentally ill, NAMI) მიერ არის წარმოდგენილი; ეს ორგანიზაცია 1980 წელს დაარსდა. წლების განმავლობაში ორგანიზაციამ თავისი წევრების რაოდენობა მნიშვნელოვნად გაზარდა. თუმცა ორგანიზაციაში განსხვავებული მოსაზრებებია გაზიარებული და ერთიანი იდეოლოგია არ არსებობს, განსაზღვრული იდეები მაინც უფრო ფართოდ არის გაზიარებული და დომინირებს. პირველი, ორგანიზაცია ფოკუსირებულია მათზე ვისაც ძლიერი ფსიქიკური დაავადება აქვს და უარყოფითად უყურებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის იმ იდეოლოგიას, რომელსაც რესურსები ამ საკითხიდან სხვა

საკითხებზე გადააქვს, როგორცაა მაგალითად ფსიქიკური ჯანმრთელობის წახალისება. ორგანიზაციის მთავარ პრიორიტეტს სერიოზული ფსიქიკური დაავადების მქონე პირთა საჭიროების დაკმაყოფილება წარმოადგენს. NAMI-ის წევრთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ ფსიქიკური დაავადება ძირითადად ბიოლოგიური ხასიათისაა და ბიოსამედიცინო კვლევების გაფართოვებას მხარს უჭერენ. ბევრი მათგანი უკმაყოფილებას გამოთქვამს იმ პროფესიონალების მიმართ, ვინც ოჯახებს ადანაშაულებენ, მაგრამ ამავე დროს მკურნალობის მიმართ მტრულად არ არიან განწყობილნი. NAMI-ის წევრები მიზნად ისახავენ თემზე დაფუძნებული სერვისების სისტემის უკეთ ორგანიზებას და ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა სტიგმატიზაციის შემცირებას. NAMI-ის მსგავსმა ორგანიზაციებმა მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს წინ წამოწევაში.

### დენსტიტუციონალიზაციის პროცესის თავისებურებები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის ისტორიის განხილვისას, დენსტიტუციონალიზაციის საკითხი წინა პლანზე არაერთხელ წამოიწია. ჩვენ მიმოვიხილავთ იმ პროცესებს, რომლებმაც აშშ-ში სახელმწიფო ჰოსპიტლებში მყოფი ადამიანების რაოდენობა მნიშვნელოვნად შეამცირა – 560 000-დან 57 000-მდე. ჩვენი დისკუსიის ძირითადი მიზანია, გავიგოთ ის პროცესები, რომლებმაც ცვლილებები გამოიწვია. ამ მექანიზმების უკეთ გაგებით საშუალება გვექნება უკეთ ჩავწვდეთ იმ გზებს, რომლითაც შემდგომში სისტემის გაუმჯობესების მიღწევა იქნება შესაძლებელი.

დენსტიტუციონალიზაცია საკმაოდ ორაზროვნად იყო განმარტებული და განსხვავებულ პროცესებს გულისხმობდა. 50-იანი წლების დასაწყისში და ზოგადად, 1965-1980 წლებში ტრადიციული ფსიქიატრიული ჰოსპიტლებიდან პაციენტების სხვადასხვა სახის თემზე დაფუძნებულ ალტერნატიულ დაწესებულებებში გადაყვანა მოხდა. იყო შემთხვევები, როდესაც პაციენტების ინსტიტუციებიდან ამგვარ “გამოდევნას” მოყვებოდა ის, რომ პაციენტები საზოგადოებაში ყოველგვარი სერვისების გარეშე აღმოჩნდებოდნენ და სხვადასხვა ამორალური ელემენტების მსხვერპლნი ხდებოდნენ. სხვადასხვა კვლევები მიუთითებდნენ თემზე დაფუძნებულ სხვადასხვა საცხოვრებელში პაციენტების ცხოვრების განსხვავებულ შედეგებსა და არსებული პოლიტიკის თავისებურებებზე. ცხადია, რომ შედეგების განზოგადოება არ არის მისაღები, რადგან თემზე დაფუძნებული სერვისები და სოციალური პოლიტიკის განხორციელება ისევე მრავალფეროვანია, როგორც თვითონ თემი და საზოგადოება. ზოგიერთ შემთხვევაში მძიმე ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანები არაჩვეულებრივ თემზე დაფუძნებულ სერვისს იღებდნენ და საუკეთესო

ჰოსპიტალურ მომსახურებასან შედარებით ბევრად უფრო მრავალფეროვანი და სავსე ცხოვრებით ცხოვრობდნენ. სხვა შემთხვევაში, მათი საჭიროებები აბსოლუტურად იგნორირებული იყო და ექსპლუატაციას განიცდიდნენ.

დენისტიტუციონალიზაცია უამრავი ინტუტუციიდან განხორციელდა და სოციალურ პოლიტიკაზე უდიდესი გავლენა ჰქონდა. პრვენციული და თემზე დაფუძნებული მომსახურების იდეოლოგია მეორე ომის დასრულების შემდეგ არსებული გამოცდილებიდან გავრცელდა; ასევე გავლენა მოახდინა ფსიქოტროპული მედიკამენტების ფართოდ და წარმატებით გამოყენებამ. აშშ-ის შტატების ბიუჯეტს მძიმე ტვირთად აწვა ფსიქიატრიულ კლინიკებში მოთავსებული უამრავი ადამიანის შენახვა.

განვიხილოთ ფაქტორები, რომლებიც 1955-1965 წლებში დენისტიტუციონალიზაციის პროცესში მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა. ფსიქოტროპული წამლები ფართოდ გამოიყენებოდა და უაღრესად ეხმარებოდა პროფესიონალებს, ადმინისტრატორებსა და ოჯახის წევრებს შეენელებინათ პაციენტების უაღრესად შემაწუხებელი და საშიში ქცევები. ფენითიაზინს განსაკუთრებით მიესალმებოდნენ დიდ ჰოსპიტლებში, რომლების პაციენტების დიდი გადაჭარბებული რაოდენობითა და პერსონალის ნაკლებობით ხასითდებოდნენ. შესაბამისად, არ ჰქონდათ შესაძლებლობა თავი გაერთვათ პაციენტების ადეკვატური მკურნალობისთვის და ოჯახებთან და საზოგადოებასთან ეფექტური ურთიერთობის დამყარებისთვის. მედიკამენტმა შეცვალა ურთიერთობები და ხელი შეუწყო ადმინისტრაციულ მოქნილობას.

ჰოსპიტლებიდან პაციენტების გამოყვანას ასევე ხელს უწყობდა სოციალურ მეცნიერებათა იდეოლოგია და მთელი რიგი კვლევები, რომლებიც ანტიჰოსპიტალურ პოლიტიკას მხარს უჭერდნენ. თუმცა აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად არსებული იდეოლოგიისა, თემზე დაფუძნებულ სერვისებზე ორიენტაციისა, ჰოსპიტლების კრიტიკისა და მედიკამენტების გამოყენების ფართოდ გავრცელებისა, პაციენტების ჰოსპიტლებიდან გამოყვანის ტემპი საკმაოდ ნელი იყო. 1955-1965 წლებში ჰოსპიტლებიდან გამოსული პაციენტების რაოდენობა დაახლოებით 1.5 პროცენტს შეადგენდა.

სახელმწიფო ჰოსპიტლებიდან პაციენტების გამოსვლის ნელ ტემპს ხსნიდნენ საზოგადოებაში მათ დასაბრუნებლად საჭირო ეკონომიკური მხარდაჭერის არარსებობით. ჰოსპიტლების თანამშრომლებს პრობლემა არ ჰქონდათ განესაზღვრათ, თუ რომელი პაციენტის გაშვება შეეძლოთ, მაგრამ ბევრი პრობლემა ჰქონდათ იმის განსაზღვრაში, თუ სად და რა პირობებში იცხოვრებდა მათი პაციენტი. აშშ-ში ახალი სახელმწიფო პროგრამების განვითარებასთან ერთად, დენისტიტუციონალიზმის პროცესი უფრო სწრაფად განვითარდა. 70-იანი წლები ასევე გამოირჩეოდა ფსიქიკური დაავადების მქონე პირთა უფლებათა დასაცავად მაღალი სოციალური და სამართლებრივი აქტიურობით, რომელიც ართულებდა იმ პირთა არანებაყოფლობით

ჰოსპიტალიზაციას, რომლებიც მკურნალობაზე უარს აცხადებდნენ, თუ ეს ადამიანები საზოგადოებისთვის საშიშნი არ იყვნენ.

ამ პერიოდში ბევრმა ფაქტორმა ერთად მოიყარა თავი, რომლებმაც პაციენტების ჰოსპიტლებიდან გამოყვანას შეუწყო ხელი. ამ ფაქტორებს შორის იყო:

- შტატების მიერ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირება, ამ ხარჯების ფედერალურ დაფინანსებაზე გადატანის გზით.
- სოციალური კეთილდროების ქსელი, რომელიც პაციენტების საზოგადოებაში ყოფნას უჭერდა მხარს
- სოციალური იდეოლოგია, რომელიც იცავდა ადამიანის არჩევანის თავისუფლებას, თვითონ აკონტროლონ საკუთარი ცხოვრება
- სასამართლო პროცესები მოქალაქეობრივი თავისუფლების დასაცავად, რომელიც ართულებდა პაციენტების ჰოსპიტლებში მოთავსებას და მათ იქ გაჩერებას.

ამ პერიოდში სახელმწიფო ჰოსპიტლებში პაციენტების რაოდენობა მნიშვნელოვნად დაეცა. თუ 1969 წელს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობა 370,000 იყო, ათი წლის შემდეგ 140,000 შეადგენდა.

1965 წლიდან სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ისეთი თემზე დაფუძნებული საცხოვრებელი დაწესებულებები ვითარდებოდა, სადაც დიდი ჰოსპიტლებიდან პაციენტების გადმოყვანა შესაძლებელი იყო. ამ სერვისების საფასურის ნახევარს ფედერალური მთავრობა იხდიდა. ერთი ინსტიტუციიდან მეორეში პაციენტების გადაყვანის პროცესს ტრანსინსტიტუციონალიზაციას უწოდებდნენ და ის დეინსტიტუციონალიზაციის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენდა.

თუმცა აშშ-ში დეინსტიტუციონალიზაციის მასშტაბები შთამბეჭდავი იყო, ეს პროცესი სხვადასხვა რეგიონში განსხვავებულად მიმდინარეობდა და დამოკიდებული იყო ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა შტატის გეოგრაფიული მდებარეობა, ჰოსპიტლის სიდიდე და დეინსტიტუციონალიზაციის მიმართ ადმინისტრაციის წინააღმდეგობა, შტატისა და ადგილობრივ მთავრობას შორის არსებული ფისკალური შეთანხმებები და სხვა. 1967-1973 პერიოდის განმავლობაში შტატების უმრავლესობამ ჰოსპიტალიზირებული პაციენტების დაახლოებით 20 პროცენტით შემცირება მოახერხა.

როგორც აღინიშნა, ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლების დამცველები და სოციალური მეცნიერები ატარებდნენ იდეოლოგიას, რომელიც მხარს პაციენტების საზოგადოებაში ცხოვრებას უჭერდა, თუკი პაციენტები ამას ამჯობინებდნენ. როგორც ადამიანის უფლებების დამცველნი, ასევე სოციალური მეცნიერები ეყრდნობოდნენ მტკიცებულებებს იძულებითი და ხანგძლივი ჰოსპიტალიზაციის უარყოფითი შედეგების შესახებ. ახლა განვიხილოთ ის გზები, რომლითაც ასეთი გარემო პაციენტებზე ზემოქმედებს.

მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ფსიქიატრიულ კლინიკებში ხანგძლივმა ჰოსპიტალიზაციამ პაციენტებში შეიძლება ინვალიდობა გამოიწვიოს, საზოგადოებრივი მოძრაობის დაწყების ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი გახდა. სხვადასხვა მკვლევარები ამგვარ ინვალიდობას აღწერდნენ, როგორც *ინსტიტუციონალურ ნევროზს*, ინსტიტუციონალიზმს და სხვა. ამ სინდრომის მრავალი ინდიკატორი არსებობს; მათ შორის ყველაზე გავრცელებულია აპათია, ინტერესისა და ინიციატივის დაკარგვა, გარემოს სამომავლო შესაძლებლობებისადმი ინდიფერენტულობა, პერსონალური ჩვეულებების მოშლა. ის პაციენტები, რომლებიც ხანგძლივი პერიოდის განმავლობაში იძულებითი ჰოსპიტალური მკურნალობის ქვეშ იმყოფებოდნენ, ხშირად ამჟღავნებდნენ აპათიას ჰოსპიტალის დატოვებასა და საზოგადოებაში ნორმალური ცხოვრების დაბრუნების მიმართ. მათ ხშირად არ ჰქონდათ ისეთი ელემენტარული უნარ-ჩვევები, როგორცაა ტელეფონზე დარეკვა ან მცირე დისტანციებზე გადაადგილება. მრავალი წლის განმავლობაში მიაჩნდათ, რომ პაციენტებში აღმოცენებული აპათია და ინტერესების დაკარგვა უფრო თვითონ ფსიქიკური დაავადების შედეგია და ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციით ნაკლებად არის გამოწვეული. რათქმაუნდა, მზურნელობა, რომელსაც ფსიქიატრიულ კლინიკებში პაციენტების მიმართ ამჟღავნებდნენ საკმაოდ შორს იყო იმასთან, რაც უნდა ყოფილიყო, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტებში იგივე სინდრომსა და მდგომარეობას, დღესაც ვხვდებით თემზე დაფუძნებულ შეზღუდული გადაადგილების საცხოვრებელ ინსტიტუციებში.

1961 წელს აშშ-ში *ირვინგ გოფმანის მიერ ჩატარებული კვლევა* პაციენტებზე ინსტიტუციების გავლენის ერთ-ერთი კვლევაზე ფუნდამენტურ ანალიზად ითვლება. როგორც გოფმანი აღნიშნავდა, ფსიქიატრიული კლინიკა ტოტალურ ინსტიტუციას წარმოადგენდა და მისი ძირითადი მახასიათებელი იყო “ ბევრი ადამიანური საჭიროების მოვარება ადამიანების ჯგუფებად და ბლოკებად ბიუროკრატიული ორგანიზებით”. ტოტალური ინსტიტუტების ცენტრალურ თვისებას ერთ სივრცეში ადამიანთა განსაზღვრულ ჯგუფებად თავმოყრა წარმოადგენს; ადამიანთა ინდივიდუალური საჭიროება იგნორირებულია და ადამიანებს როგორც ჯგუფის წევრებს ისე ექცევიან და არა, როგორც ინდივიდუალებს. ყველა სახის მოქმედება და მოქმედებათა თანმიმდევრობა გრაფიკით არის გათვალისწინებული. ყველა სახის მოქმედება ერთიან გეგმაშია თავმოყრილი, რომელიც ინსტიტუციის ოფიციალური მიზნების განხორციელებას ემსახურება. გოფმანი ჰოსპიტალიზირებული პაციენტების მდგომარეობას მკვეთრ ფერებში აღწერდა და თვლიდა, რომ ჰოსპიტალიზაცია პაციენტებში იწვევდა სელფ-იმიჯის დადაბლებას, ავტონომიის გრძნობის შემცირებას და უხეშად არღვევდა მათ პრივატობას. ჰოსპიტალში ცხოვრება პაციენტებისგან მოითხოვდა ისეთი სახის ადაპტაციას, რომელიც შემდგომში საზოგადოებაში დაბრუნებისას უარყოფითად იმოქმედებდა მათ რეაბილიტაციასა და რეპუტაციაზე. გოფმანი ხაზს უსმევდა



ჰოსპიტალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებულ უდიდეს დეპრეზიაციას და იმ ძალადობას, რომლებსაც ხშირად დიდ ჰოსპიტლებში ჰქონდა ადგილი. თუმცა როგორც შემდგომში აღინიშნა, კვლევა მაინც ცალმხრივი იყო და საშუალო კლასის პერსპექტივიდან იყო ორგანიზებული. ბევრი სახის დეპრეზაცია, რომელიც კვლევაში აღნიშნული იყო, ყველა კლინიკისთვის არ იყო დამახასიათებელი.

ბევრი პაციენტი ჰოსპიალიზაციას უყურებდა, როგორც შვებას. საზოგადოებრივი ცხოვრება, საიდანაც ისინი მოდიოდნენ, ხშირად მათთვის უამრავი სირთულეებით გამოირჩეოდა და მათში უდიდეს სულიერ ტანჯვას იწვევდა. მათი საცხოვრებელი პირობები არასახარბიელო იყო, ვერ აკონტროლებდნენ კონფლიქტებს და მათი ფიზიკური და სულიერი მდგომარეობა უარესდებოდა. ასეთ პაციენტებს ადვილად შეეძლოთ როგორც საკუთარი თავის, ასევე სხვებისთვის, ზიანის მიყენება. ფსიქიატრიული კლინიკების ბევრი პაციენტი მიუთითებდა, რომ კლინიკაში არსებული წესები და შეზღუდვები სრულებით არ აწუსებთ და ძალიან მოსწონთ ის მზრუნველობა, რომელსაც იქ იღებდნენ.

თუმცა გოფმანის მიერ ჩატარებული კვლევა ტოტალური ინსტიტუტების ბევრ ასპექტს ააშკარავებს, რომლებიც პაციენტებისთვის შეიძლება საზიანო იყოს. აღსანიშნავია, რომ ტოტალური ინსტიტუტების დადებითი თუ საზიანო ეფექტები ბევრ ფაქტორზეა დამოკიდებული. ტოტალური ინსტიტუტები – ეს არის ორგანიზაციები, რომლებიც მიზნად ისახავენ ადამინთა იდენტურობის შეცვლას. თუ კლინეტები ორგანიზაციის მიზნებს იზიარებენ, მათთვის ამ ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული მეთოდები დამორგუნველი ნაკლებად არის, ხოლო თუ კლიენტების იქ მოთავსება არანებაყოფლობითია და არ სურთ იმ იდენტურობის მიღება, რასაც ორგანიზაცია სთავაზობთ, ასეთ შემთხვევაში ამ ორგანიზაციაში მათი გაჩერება ძლიერ სტრესთან არის დაკავშირებული, რომელიც ხშირად მთლიანი ფუნქციონირების მოშლას იწვევს. ის პაციენტები, რომლებიც თვლიან, რომ კლინიკაში არ უნდა იმყოფებოდნენ და არსებული რეჟიმით აღფრთოვებულნი არიან, როგორც წესი ჰოსპიტალიზაციისას მეტად სტრესულ გამოცდილებას იძენენ. მაგრამ თანამშრომლობაზე ორიენტირებული პაციენტების შემთხვევაში, მცადარი იქნებოდა თუ დავასკვნადით, რომ ჰოსპიტალიზაციას მათზე საშიში და საზიანო ეფექტი აქვს.

როგორც აღინიშნა დეინსტიტუციონალიზაციას მოჰყვა არა მარტო პაციენტების საზოგადოებაში დაბრუნება, არამედ ტრადიციული ფსიქიატრიული ჰოსპიტლებიდან ალტერნატიულ, თემზე დაფუძნებულ საცხოვრებელ დაწესებულებებში მათი მოთავსება. სახელმწიფო პოლიტიკის პერსპექტივიდან, ცხადი უნდა იყოს, რომ ფსიქიკური დაავადების მქონე პაციენტებისთვის ადეკვატური გარემოს შექმნა არ გულისხმობს მხოლოდ იმას, თუ სად ცხოვრობენ ეს ადამიანები – ტრადიციულ თუ ალტერნატიულ დაწესებულებებში; უფრო მნიშვნელოვან საკითხს მათთვის შესაფერისი ხარისხის ცხოვრების

უზრუნველყოფა წარმოადგენს. გამოცდილებაზე დაყდნობით შეიძლება ვთქვათ, რომ უმოქმედობა, არათანამოაწილეობა და სხვებზე დამოკიდებულება სოციალურ ფუნქციონირებაზე უაღრესად უარყოფით გავლენას ახდენს. ინერტულობა და მეტისმეტი დამოკიდებულება მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს წინააღმდეგობის გაწვევის უნარის დაქვეითებასა და უმწეობის გძნობის განვითარებას. ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთათვის ხანგრძლივი მკურნალობის ნებსიმიერი პროგრამისთვის უპირველეს მოთხოვნას წარმოადგენს, საკუთარი საჭიროებების დაკმაყოფილებაში ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ჩართვა – მათი შესაძლებლობების მაქსიმალურად გამოყენება, საკუთარ ცხოვრებაზე გარკვეული პასუხისმგებლობის აღებისა და სოციალურ ცხოვრებაში მონაწილეობის ხელშეწყობა.

ახლა პაციენტებს სხვადასხვა ტიპის საცხოვრებელ დაწესებულებებში ცხოვრების შესაძლებლობა აქვთ. ამ ინსტიტუციებიდან ზოგიერთი არაჩვეულებრივი მომსახურებით გამოირჩევა, ზოგი კი ისეთი რეჟიმით ხასიათდება, რომელიც საშუალებას აძლევთ პაციენტები რაც შეიძლება ჩუმად და უმოქმედოდ ჰყავდეთ, რათა ნაკლები ზედმახედველობის საჭიროება იყოს. ასეთ პირობებში პაციენტებს ხშირად მედიკამენტების მაღალ დოზებს აძლევენ და ძლიერი შეზღუდვის პირობებში ამყოფებენ არა მათი კეთილდღეობის გამო, არამედ იმიტომ, რომ ეს ინსტიტუციისთვის უფრო მეტად სასურველი და მოსახერხებელია.

კვლევებზე დაყდნობით აშშ-ს მთავრობამ განავითარა განსაზღვრული წესები და ინსტრუქციები იმ ინსტიტუციებისთვის, რომლებიც დაფინანსებას სახელმწიფო პროგრამებიდან იღებდნენ; ამ წესების თანახმად, ეს ორგანიზაციები უნდა აკმაყოფილებდნენ მზუნველობის გაწვევის განსაზღვრულ სტანდარტებს. ამ სტანდარტების შესაბამისად დაწესებულებას უნდა შეეძლოს შესაბამისი საექთნო, სამედიცინო და სარეაბილიტაციო მომსახურების გაწევა; ასევე უნდა ჰქონდეთ თითოეული პაციენტის ფუნქციონალური შესაძლებლობების სტანდარტიზებული შეფასება, რათა პერსონალს გაუადვილდეს პაციენტთან სამუშაო ინდივიდუალური გეგმის შედგენა. ბევრი არაეფექტური პრაქტიკა გაუქმდა, თუმცა სერვისების ხარისხის მონიტორინგი და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება კვლავ აქტუალურია. კვლავ გვხვდება შემთხვევები, როდესაც მედიკამენტების დიდი დოზით გაბრუებული პაციენტები მთელი დღის განმავლობაში საათობით სხედან ტელევიზორის წინ და სივრცეში იყურებიან. არავითარი შესაძლებლობები არ აქვთ ჩაერთონ ისეთ მოქმედებებში, რომლებიც პერსონალის მხრიდან აქტიურ ჩართულობას და ზედამხედველობას მოითხოვს. ამგვარი პრაქტიკა პაციენტებში აპათიის განვითარებასა და საერთო მდგომარეობის გაუარესებას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს. ამასთანავე, არის დაწესებულებები, სადაც პერსონალი აქტიურად რთავს პაციენტებს სხვადასხვა მოქმედებაში, რომელიც ხელს უწყობს მათ კოგნიტურ და ფიზიკურ

ფუნქციონირებას; ამით კი პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებას გარკვეულ აზრსა და მნიშვნელობას სძენს.

მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ჰოსპიტალსა და სხვა საცხოვრებელ დაწესებულებებში არსებული პირობები პაციენტების ფუნქციონირებასა და ცხოვრების ხარისხზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს, მიანიშნებს იმაზე, რომ ასევე აუცილებელია სათემო პირობებში განხორციელებული მკურნალობის მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა. მიუხედავად იმისა, რომ საზოგადოებრივ პირობებში უკეთესად ცხოვრების შესაძლებლობები მეტია, ფსიქიკური პრობლემის მქონე პირები შეიძლება აქ უფრო მეტად დადგნენ აპათიის, უმოქმედობისა და მსხვერპლად გახდომის საშიშროების ქვეშ, ვიდრე ჰოსპიტალიზაციის პირობებში. თუმცა, ჰოსპიტლებიდან პაციენტების ყურადღებიანი და გააზრებული გამოყვანის შემთხვევაში, უაღრესად მძიმე ფსიქიკური დაავადების მქონე პირთა მდგომარეობაც კი შეიძლება გაუმჯობესდეს. ერთ-ერთ კვლევაში, რომელიც ლონდონის ორი დიდი ფსიქიატრიული კლინიკის დახურვის შემდეგ 737 ხანგძლივი ჰოსპიტალური მკურნალობის ქვეშ მყოფი პაციენტის საზოგადოებაში დაბრინების პროცესს სწავლობდა ნახეს, რომ ეს ადამიანები ძალიან კმაყოფილი იყვნენ ახალი საცხოვრებელი პირობებით, რომელიც მათ მეტ თავისუფლებას ანიჭებდა; გაზრდილი თავისუფლების მიუხედავად სერიოზულ პრობლემებს ადგილი არ ჰქონდა. მხოლოდ შვიდმა პაციენტმა დატოვა დაწესებულება და უსახლკაროთა რიცხვს შეემატნენ. კვლევის ერთ-ერთი მოულოდნელი შედეგი იყო ნათესავეებთან და ოჯახის წევრებთან კონტაქტის შემცირება.

ადექვატური საცხოვრებლის არსებობა მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა საზოგადოებში წარმატებული ცხოვრების ერთ-ერთი კომპონენტია. საზოგადოებაში ეფექტური ფუნქციონირებისთვის აგრეთვე აუცილებელია თემზე დაფუძნებული ეფექტური სერვისების არსებობა. წლების განმავლობაში შემუშავდა და განვითარდა თემზე დაფუძნებული ზრუნვის ეფექტური მოდელები, რომელმაც თემზე დაფუძნებული სერვისების სისტემის განვითარებისთვის კარგი ნიადაგი მოამზადა.

ბოლო წლებში არაერთი საინტერესო კვლევა წარიმართა თეზე დაფუძნებული პროგრამების შესასწავლად. ერთ-ერთი ასეთი კვლევა ჩატარდა *აშშ-ში, ვისკონსინში*, რომელიც სწავლობდა სათემო პირობებში პრობლემის დაძლევის საგანმანათლებლო მოდელის ეფექტურობას პროგრესულ ჰოსპიტალურ მომსახურებასთან შედარებით. იმ პაციენტებიდან, ვისაც ფსიქიატრიული ჰოსპიტალური მომსახურება სურდა, შემთხვევითი შერჩევით შერჩეული იყო საკონტროლო და ექსპერიმენტული ჯგუფი. შემდგომმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ამ ორი ჯგუფის წევრებს შორის ადგილი აქ ჰქონდა მახასიათებლებში მნიშვნელოვან განსხვავებას, შესაბამისად განაწილება ეფექტური იყო. საკონტროლო ჯგუფის წევრები იღებდნენ ჰოსპიტალურ მომსახურებას, შემდეგ კი რეაბილიტაციას თემზე დაფუძნებული სერვისების დახმარებით გადიოდნენ. ექსპერიმენტული ჯგუფის წევრებს

ეხმარებოდნენ საზოგადოებრივ პირობებში დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის საჭირო უნარების განვითარებაში, როგორცაა ფულის ხარჯვის მონიტორინგი, სამსახურის მოძებნა, ტრანსპორტის გამოყენება და სხვა. დამოუკიდებელი მკვლევარები ორივე ჯგუფის წევრებს დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში აფასებდნენ. როგორც შედეგებმა აჩვენა, შესაძლებელი აღმოჩნდა საზოგადოებაში ყოფნის პირობებში მძიმე ფსიქიკური დაავადების მქონე პაციენტების მკურნალობა; საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, ექსპერიმენტული ჯგუფის წევრები ავლენდნენ სოციალური ადაპტაციის უკეთეს ხარისხს, მეტად იყვნენ ჩართულნი სოციალურ ურთიერთობებში და მეტად იყვნენ ცხოვრებით კმაყოფილნი. ასევე, შემდგომში მათ სიმპტომები ნაკლებად ჰქონდათ. ეს კვლევა ადასტურებს, რომ ლოგიკურად ორგანიზებული ენერჯიული თემზე დაფუძნებული პროგრამა ეფექტურია მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების შემთხვევაშიც.

ბოლო წლებში ასევე აქტიურად გამოიყენება ოჯახზე ორიენტირებული სარეაბილიტაციო მოდელი, რომელიც იგივე პრინციპებს ეყრდნობა. ლონდონში ჩატარებულ კვლევაში, შიზოფრენიის მქონე პაციენტები, რომლებსაც ოჯახებთან ინტენსიური ურთიერთობა ჰქონდათ, შემთხვევითი შერჩევით განაწილდნენ საკონტროლო და ექსპერიმენტულ ჯგუფებში. საკონტროლო ჯგუფის წევრები გადიოდნენ რუტინულ ჰოსპიტალურ მომსახურებას, ხოლო ექსპერიმენტული ჯგუფის წევრები მონაწილეობდნენ ინტერვენციის პროგრამაში, რომელიც მუშაობდა პაციენტებთან და მათ ოჯახებთან შიზოფრენიის შესახებ ინფორმირებულობის ამღლებისა და პაციენტების სიმპტომების შემცირებაში გამოხატული ემოციების მნიშვნელობაზე ხაზგასმის მიმართულებით. ინტერვენციის პროგრამა ასევე გულისხმობდა პაციენტების სახლებში ოჯახური თერაპიის სეანსებს. ორივე ჯგუფის პაციენტები ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს იღებდნენ. ცხრა თვის შემდეგ საკონტროლო ჯგუფის წევრების ნახევართან რეციდივი განმეორდა, ხოლო ექსპერიმენტული ჯგუფის წევრებიდან განმეორებითი რეციდივი მხოლოდ ცხრა პროცენტს ჰქონდა. მრავალმა კვლევამ დაადასტურა, რომ შიზოფრენიის მქონე პირთა ოჯახებთან ფსიქოსაგანმანათლებლო მიდგომის გამოყენება რეციდივის შესაძლებლობას ამცირებს.

ბევრი თემზე დაფუძნებული მომსახურებისა და პროგრამისთვის დამახასიათებელია ცხოვრებისთვის უცილებელი უნარების განვითარება და განმტკიცება. ბევრი ასეთი პროგრამა სოციალური დასწავლის მიდგომას ეყრდნობა. თუმცა სოციალური დასწავლის მეთოდის გამოყენებას შედარებით მკაცრად კონტროლირებადი გარემო სჭირდება, რის გამოც ეს მეთოდი თემზე დაფუძნებულ გარემოში შედარებით რთული გამოსაყენებელია.

თემზე დაფუძნებული მომსახურებას ბევრი სამედიცინო და სოციალური გამოწვევა ხვდება და ის არც ისეთი იაფია, თუ მისი ხარჯები სერიოზულად არის დათვლილი. ზემოთ მოცემული ვისკონსინის ექსპერიმენტის ხარჯებისა და მოგების ანალიზისას,

გამოჩნდა როგორც თვალსაჩინო, ისე დაფარული ხარჯები. როგორც ანალიზმა აჩვენა, რომ ასეთი პროგრამები ტრადიციულ პროგრამებზე იაფი არ არის. გარდა ამისა, პაციენტების საზოგადოებაში ყოფნას განსაზღვრული სოციალური საფასური გააჩნია, განსაკუთრებით დაავადების გამწვავების ფაზაზე. ვისკონსინის ექსპერიმენტმა ასევე აჩვენა, რომ თუ ენერგიული თემზე დაფუძნებული მომსახურება არ გრძელდებოდა, პაციენტებთან სოციალური ფუნქციონირების დონე ეცემოდა. ხუთი წლის შემდეგ ექსპერიმენტში მონაწილე პაციენტების მდგომარეობის შესწავლამ აჩვენა, რომ მათ ექსპერიმენტის დასრულების შემდეგ რეგრესი აღენიშნებოდათ. ამგვარი კვლევები მიუთითებს, რომ მძიმე და ხანგძლივი ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა მკურნალობა არ შეიძლება იყოს ხანმოკლე, ის ინტენსიურ და ხანგძლივ ძალისხმევას მოითხოვს. ამგვარი პროგრამების განხორციელება ჰოსპიტალის პირობებში არ ხერხდება არა მარტო იმიტომ, რომ იქ უფრო რთული განსახორციელებელია, არამედ არსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემას ამგვარი პროგრამების სტაბილური დაფინანსების რესურსები არ აქვს.

უკანასკნელ წლებში, აშშ-ში თემზე დაფუძნებული მომსახურება მძიმე ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირებისთვის ორი მიმართულებით მნიშვნელოვნად განვითარდა: საცხოვრებლითა და სამუშაოთი უზრუნველყოფა. 80-იან წლებში იმის გამო, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამები არ გულსახმობდა საცხოვრებლის კომპონენტს, ბევრი ფსიქიკური დაავადების მქონე პირი უსახლკარო იყო. მაგრამ დროთა განმავლობაში სახლემწიფო პროგრამებში საცხოვრებლით უზრუნველყოფის კომპონენტის არსებობის აუცილებლობა გააზრებული და გაზიარებული იყო. მნიშვნელოვანი ყურადღება დაეთმო საკითხს, თუ რა ითვლებოდა ფსიქიკური დაავადების მქონე პირთათვის ადეკვატურ საცხოვრებლად. ამ საკითხის განხილვა ძლიერი იდეოლოგიური პერსპექტივებიდან ხდებოდა. ერთ მხარეს იყვნენ ისინი, ვინც შეზღუდულ გარემოში, მკაცრი ზედამხედველობის ქვეშ ცხოვრების მომხრენი იყვნენ, ხოლო მეორე მხარეს კი ისინი, ვინც მხარს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ცხოვრების ნორმალიზებასა და მათ დამოუკიდებელ ცხოვრებას უჭერდა. ყველასთვის მისაღები უნდა იყოს მოსაზრება, რომ სხვადასხვა პაციენტებს სხვადასხვა საჭიროება გააჩნია და საჭირო საცხოვრებლის ალტერნატივაც შესაბამისად იცვლება ზედამხედველობისა და დამოუკიდებლობის ხარისხის მიხედვით. თავდაპირველად მიაჩნდოდა, რომ მდგომარეობის შეცვლასთან ერთად პაციენტი ერთი ტიპის საცხოვრებლიდან სხვაში უნდა გადასულიყო, რომელიც უფრო ძლიერი ან უფრო სუსტი ზედამხედველობის ქვეშ იქნებოდა. შემდეგ გაზიარებული იყო მოსაზრება, რომ საცხოვრებლის ხშირი ცვლა უარყოფითად მოქმედებდა პაციენტზე და მას სტრესულ პირობებს უქმნიდა. ამჟამად გავრცელებულია მოსაზრება, რომ საუკეთესო სტრატეგიას წარმოადგენს შედარებით მუდმივი საცხოვრებლის ნახვა, რომელიც ასევე პაციენტის სურვილს ემთხვევა და პაციენტის

მდგომარეობიდან გამომდინარე ზედამხედველობის ხარისხის მონაცვლეობა; თუ პაციენტი დამოუკიდებლად ახერხებს არსებულ პირობებთან გამკლავებას – ზედამხედველობის შესუსტება, ხოლო თუ ის უმოქმედო და ინერტულია, ზედამხედველობის გაძლიერება. რათმაუნდა, ზოგიერთი პაციენტი ხანგრძლივ და ინტენსიურ ზედამხედველობას საჭიროებს, თუმცა თანამედროვე მიდგომა პაციენტების გაძლიერებისა და საკუთარ თავში რწმენის განვითარების ფილოსოფიას ეყრდნობა.

პაციენტების გაძლიერების ფილოსოფია მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მათი დასაქმების პროცესში. სამუშაო მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ადამიანის ცხოვრებაში; სამუშაოს ნახვასა და შენარჩუნებაში ფსიქიკური დაავადების მქონე პირები მნიშვნელოვან დახმარებას საჭიროებენ. არსებობს ბევრი პროგრამა, რომელიც ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებს დაცულ სახელოსნოებში მუშაობის საშუალებას აძლევს. მაგრამ ამგვარი სამუშაო გამოცდილების გადატანა კონკურენციულ სამუშაო ბაზარზე შეუძლებელია. არსებობს პროფესიული მომზადებისა და რეაბილიტაციის პროგრამები, თუმცა ბევრ პაციენტს ეს პროგრამები მნიშვნელოვნად დამხმარედ არ მიაჩნია.

ბევრი სამუშაო, რომელიც ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისთვის ხელმისაწვდომია, როგორცაა ჭურჭლის მრეცხავი, ლიფტიორი და სხვა, მათთვის სასურველი არ არის და ასეთი სამუშაო შეიძლება მათთვის მნიშვნელოვანი სტრესის გამომწვევი იყოს. ეს მოსაზრება შეიძლება დაგვეხმაროს იმის გაგებაში, თუ რატომ არის, რომ ზოგჯერ ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირის მიერ მუშაობის დაწყებას არ მოსდევს მისი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, თვით-პატივისცემის ამაღლება და სიმტკიცის შემცირება. თუმცა, ამავე დროს არ არსებობს მტკიცებულება იმისა, რომ ამგვარ სამუშაოს მოსდევს რეციდივების განმეორება. ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისთვის სამუშაოს შერჩევის პროცესში მათ სურვილსა და უპირატესობას დიდი მნიშვნელობა აქვს. როგორც კვლევები აჩვენებს, თუ მათ კონკურენციულ ბაზარზე სასურველი სამუშაო ნახეს, ისინი ამ ადგილას დიდხანს რჩებიან და ეფექტურად მუშაობენ.

დენისტიტუციონალიზაციის პროცესის თავისებურებები, მასთან დაკავშირებული დადებითი და უარყოფითი კარგად არის გაანალიზებული რიჩარდ ლემისა და ლეონა ბაჩრაჩის სტატიაში “ზოგიერთი მოსაზრება დენისტიტუციონალიზაციის შესახებ”, რომელიც ქვემოთ არის მოცემული

## ზოგიერთი მოსაზრება დეინსტიტუციონალიზაციის შესახებ

*რიჩარდ ლემი*

*ლეონა ბაჩრაჩი*

*ფსიქიატრიული სერვისები, 2001 წლის აგვისტო, ტომი 52, № 8. 1039-1045*

ავტორთა დისკუსიის საგანს წარმოადგენს ის, თუ რისი სწავლა შეიძლება დეინსტიტუციონალიზაციასთან დაკავშირებული გამოცდილებიდან. ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა დეინსტიტუციონალიზაცია სამი კომპონენტისაგან შედგება: ფსიქიატრიული კლინიკებიდან ამ ინდივიდების საზოგადოებაში გამოყვანა, მათი ხელახალი ჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილება და ალტერნატიული, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება. ადეკვატური და ხელმისაწვდომი საზოგადოებრივი რესურსების შექმნა ერთ-ერთ უდიდეს პრობლემას წარმოადგენს. ხელმისაწვდომი და მრავალმხრივი თემზე დაფუძნებული სერვისების არსებობით ფსიქიკური პრობლემების მწვავე ფორმის მქონე ადამიანთა უმრავლესობა მნიშვნელოვან სარგებლობას იღებს. ამავე დროს, არსებობს დეინსტიტუციონალიზაციის გაუთვალისწინებელ შედეგებიც – არაინსტიტუციონალიზებული პირების ახალი თაობა, ისინი ვისაც აქვთ ფსიქიკური აშლილობის მწვავე ფორმა, არიან უსახლკარონი და საკმაოდ ახლოს დგანან კრიმინალურ სამყაროსთან; ეს ადამიანები მომსახურების სისტემის უდიდეს თავსატეხს წარმოადგენენ. დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესს თან ახლავს გაკვეთილები, რომლებიც სამომავლოდ აუცილებლად გასათვალისწინებელია; კერძოდ, რომ დეინსტიტუციონალიზაცია არის უფრო მეტი, ვიდრე მხოლოდ ზრუნვის ფოკუსის შეცვლა; რომ მომსახურების დაგეგმვა თითოეული ინდივიდის მოთხოვნილებებს უნდა ერგებოდეს; რომ ჰოსპიტალური მომსახურება უნდა არსებობდეს მათთვის, ვისაც ეს სჭირდება; რომ არსებული კულტურათშორისი განსხვავება სერვისების მიწოდებაში გათვალისწინებული უნდა იყოს; რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები ჩართულნი უნდა იყვნენ საკუთარი მომსახურების დაგეგმვაში; რომ მომსახურების სისტემა შეზღუდული არ უნდა იყოს მიკერძოებული იდეოლოგიით; და რომ უნდა არსებობდეს ზრუნვის უწყვეტობა.

რა გვასწავლა იმ წარმატებებმა თუ წარუმატებლობებმა, რომელიც დეინსტიტუციონალიზაციას ახლდა თან? ბოლო ხუთი ათწლეულის განმავლობაში ბევრი რამ გაკეთდა კარგი, თუმცა ბევრი შეცდომაც იყო დაშვებული. ამ სტატიის მიზანია, ჩვენი პერსპექტივიდან შევისწავლოთ, თუ როგორ მიმდინარეობდა ამ საგნის კვლევა ბოლო სამი ათწლეულის განმავლობაში, როგორია ფსიქიკური ჯანმრთელობის

სფეროში მომხდარი რეკოლუციის დადებითი და უარყოფითი ასპექტები.

დეინსტიტუციონალიზაცია განიმარტება, როგორც ფსიქიური პრობლემების მქონე ადამიანთა მკურნალობისას ხანგრძლივი ინსტიტუციონალიზაციისათვის განკუთვნილი ფსიქიატრიული ჰოსპიტალების შეცვლა უფრო პატარა, ნაკლებად იზოლირებული თემზე დაფუძნებული ალტერნატიული დაწესებულებებით. ამ დეფინიციის თანახმად, დეინსტიტუციონალიზაცია არ ნიშნავს მხოლოდ ფსიქიატრიული ჰოსპიტლების რაოდენობის შემცირებას, თუმცა ზოგადად ეს ტერმინი სწორედ ასე ესმით. უფრო მეტიც, ეს დეფინიცია ფსიქიატრიული ჰოსპიტლების კლიენტების რაოდენობის შემცირებასთან ერთად, ალტერნატიული სერვისების მიწოდებასაც გულისხმობს. ასე რომ, თუმცა ხანგრძლივი ინსტიტუციონალიზაციისთვის განკუთვნილი ფსიქიატრიული კლინიკების შემცირება და დახურვა დეინსტიტუციონალიზაციის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს, ის ამ პროცესის მხოლოდ ნაწილია; დეინსტიტუციონალიზაცია მხოლოდ ამ ნაწილით არ შემოიფარგლება.

შესაბამისად, თეორიულად დეინსტიტუციონალიზაცია შედგება სამი პროცესისაგან: ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალებში მყოფი პირების თემზე დაფუძნებულ ალტერნატიულ დაწესებულებებში გადაყვანა, მსგავს კლინიკებში ახალი ინსტიტუციონალიზაციის თავიდან აცილება და არაინსტიტუციონალიზებული ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისათვის სპეციალური სერვისების განვითარება. ჩამოთვლილი პროცესებიდან ეს უკანასკნელი ყველაზე მნიშვნელოვანია, რადგან უშვებს, რომ ამ ადამიანების ცხოვრების პირობების შეცვლა აუცილებლად გამოიწვევს მომსახურების ახალი ტიპის საჭიროებასა და ზოგადად, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

აშშ-ში დეინსტიტუციონალიზაციის მასშტაბი საკმაოდ შთამბეჭავია. 1955 წელს აშშ-ში სახელმწიფო ჰოსპიტლებში პაციენტების რაოდენობამ მაქსიმალურ ზღვარს მიაღწია – 165 მილიონიანი მოსახლეობიდან სახელმწიფო ფსიქიატრიულ კლინიკებში 559, 000 ადამიანი იყო მოთავსებული. 1998 წლის დეკემბრისთვის კი 275 მილიონიდან სახელმწიფო ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალებში ინსტიტუციონალიზებულ ადამიანთა რაოდენობა იყო 57, 151. ამგვარად, 40 წელიწადზე ცოტა მეტი დასჭირდა იმას, რომ ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალებში დაკავებული საწოლების რაოდენობა ყოველ მოცემულ დღეზე და ყოველ 100 000 მოსახლეზე, 339-დან 21-მდე შემცირებულიყო. ეს მონაცემები არ ვრცელდება სასამართლო პროცესის ქვეშ მყოფ პაციენტებზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ ზემოთ აღნიშნული დეინსტიტუციონალიზაციის პირველი ორი პროცესი ბევრად უფრო სწრაფად განვითარდა, ვიდრე მესამე. ეს ნიშნავს, რომ ქვეყანაში ჰოსპიტალების რაოდენობა, ისევე როგორც ახალი ჰოსპიტალიზაციის



შემთხვევები, მნიშვნელოვნად შემცირდა; მაგრამ კრიტიკული მესამე პროცესი – ჰოსპიტალიზაციის შეცვლა ადეკვატური და ხელმისაწვდომი თემზე დაფუძნებული ალტერნატიული დაწესებულებებით – მნიშვნელოვნად ჩამორჩებოდა.

დენსტიტუციონალიზაციის განხორციელების რაციონალიზაცია, რომელიც როგორც იდეალიზმის, ასევე პრაგმატიზმის ელემენტებს მოიცავს, ეყრდნობოდა იმ საფუძვლიან შეშფოთებას, რომელსაც ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა ცხოვრება იწვევდა; ამ ადამიანთა უმრავლესობას ფსიქიატრიული ჰოსპიტლების კედლებს მიღმა ადამიანის ღირსებისათვის შეუფერებელი ცხოვრება უწევდათ. ეს რაციონალიზაცია რამდენიმე უადრესად მნიშვნელოვან დაშვებას მოიცავს. პირველი, ერთსულოვნად იყო მიხნეული, რომ თემზე დაფუძნებული ზრუნვა შინაარსობრივად გაცილებით უფრო ჰუმანურია, ვიდრე ჰოსპიტალური მომსახურება. მეორე, ასევე ერთხმად იყო აღიარებული, რომ თემზე დაფუძნებულ ზრუნვას, ინსტიტუციონალურ მომსახურებასთან შედარებით, გაცილებით უფრო მეტი თერაპიული ეფექტი ექნებოდა. და მესამე, ნავარაუდევო იყო, რომ თემზე დაფუძნებული ზრუნვა, ჰოსპიტალურთან შედარებით, ნაკლებ ხარჯებთან იქნებოდა დაკავშირებული.

თუმცა ეს დაშვებები ემპირიულად შემოწმებული არ იყო და წლების განმავლობაში მათი ვალიდურობის შემოწმებისთვის საკმაოდ ბევრი მიზეზი დაგროვდა. მაგალითად, ჩვენ დავიწყეთ იმის გაცნობიერება, რომ რათქმაუნდა, თემზე დაფუძნებული ზრუნვა, ჰოსპიტალურთან შედარებით, შეიძლება მართლა უფრო მეტად ჰუმანურია და მეტი თერაპიული ეფექტი აქვს, მაგრამ ეს შესაძლებლობა მხოლოდ მაშინ შეიძლება იყოს რეალიზებული, თუ არსებობს მრავალმხრივი სერვისები ფსიქიკური პრობლემების მძიმე ფორმის მქონე ადამიანებისთვის და ასევე, ადეკვატური რესურსები ამ სერვისების განხორციელებისთვის. ჩვენ ასევე თანდათან დავიწყეთ იმის გააზრება, რომ თუ ამგვარ სერვისებთან დაკავშირებული ყველა დაფარული ხარჯი იქნება გათვალისწინებული, თემზე დაფუძნებული სერვისები ჰოსპიტალურთან შედარებით ბევრად ეკონომიური შეიძლება აღარ მოგვეჩვენოს.

გამოცდილებამ გვაჩვენა, რომ ჩვენ არ ვართ მზად დავხურთ ყველა სახელმწიფო ფსიქიატრიული ჰოსპიტალი, თუმცა მათი გარდაუვალი ლიკვიდაცია 1960-1970 წლებში აღზევებული ოპტიმიზმის დროს არაერთხელ იყო პროგნოზირებული. ამ იდეის ბევრი მიმდევარი, რომლებიც გულის სიღრმეში კიდევ ატარებს ამ დაწესებულებების საბოლოო ლიკვიდაციის იმედს, თანდათან აცნობიერებს იმ სირთულეებს, რომელიც დაკავშირებულია იმ ალტერნატიული ადგილების დაარსებასთან, სადაც პაციენტებს ჰოსპიტალურთან მიახლოებულ პირობებში, ინტენსიური და მრავალმხრივი მომსახურების მიღების საშუალება ექნებათ.

მიუხედავად ამისა, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ თემზე დაფუძნებული მოვლის ძირითადი იდეა ვალიდური უნდა იყოს იმ

ადამიანთა უმრავლესობისთვის, რომლებიც ადრე ფსიქიატრიულ კლინიკებში იყვნენ მოთავსებულნი. ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ როდესაც დეინსტიტუციონალიზაციის სამივე ელემენტი ერთდროულად ხორციელდება, უმრავლეს შემთხვევაში, ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის სასარგებლო შედეგებს ვიღებთ. ამ ადამიანების მოვლის ხარისხი მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა და ბევრი მათგანი უდიდეს კმაყოფილებას გამოთქვამდა იმის გამო, რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის სასარგებლო შედეგებით, მათი ცხოვრების პირობები მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. ფაქტიურად, ავადმყოფობის მიუხედავად, ზოგიერთმა ადამიანმა გარკვეული ხარისხით ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალურად ჩართვის შესაძლებლობა გააცნობიერა. ზოგიერთი ცხოვრობს დამოუკიდებლად და ზოგიერთი საკმაოდ პროდუქტიულადაც მუშაობს – დეინსტიტუციონალიზაციამდე ამგვარი შედეგები საკმაოდ იშვიათი იყო. ამ ადამიანების შემთხვევაში დეინსტიტუციონალიზაცია განხილული უნდა იყოს, როგორც პოზიტიური განვითარება.

თუმცა, ეს განზოგადოება არ ეხება ყველანაირი ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირს. იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც დეინსტიტუციონალიზაცია ყველა ასპექტის გათვალისწინებით იწყება და ადეკვატურ დაფინანსებას იღებს, ზოგიერთი ინდივიდი მაინც ვერ იღებს სათანადო მომსახურებას. ამასთან დაკავშირებით, შეიძლება ვკითხოთ საკუთარ თავს – როდესაც ასეთი დიდი იმედები, ძალისხმევა და შესაძლებლობებია დახარჯული, რატომ არ აქვს ჩვენს ალტერნატიულ თემზე დაფუძნებულ პროგრამებს უფრო მეტი პოზიტიური შედეგი ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების მოვლაში.

პასუხი ამ საკმაოდ უსიამოვნო კითხვაზე ნაწილობრივ შეიძლება ვეძებოთ იმ ფაქტში, რომ წლების განმავლობაში მნიშვნელოვნად შეიცვალა ის სერვისები, რომელიც ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებს სჭირდებათ; ხშირ შემთხვევაში ამგვარი ცვლილებები არ იყო გათვალისწინებული. მაგალითად, ზოგიერთი მძიმე, ქრონიკული ფორმის მქონე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანისთვის უკიდურესად რთული აღმოჩნდა საზოგადოებაში ცხოვრება. სხვა პრობლემებთან ერთად, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების ადვილი ხელმისაწვდომობა მათ სიმპტომებს უაღრესად ამძიმებდა და ყოველგვარ პროგრესს ხელს უშლიდა. დეინსტიტუციონალიზაციის საწყის ეტაპზე ამ ფაქტს სათანადო ყურადღება არ ექცეოდა. გარდა ამისა, საზოგადოების მხრიდან წინააღმდეგობა, მომსახურების ფრაგმენტულობა და დაბინავების არადამაკმაყოფილებელი და არადექვატური შესაძლებლობები ერობლიობაში ხშირად სერიოზულ დაბრკოლებას უქმნიდა მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებს საკუთარი ადგილი ენახათ საზოგადოებაში.

## მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა ახალი თაობა

თავდაპირველად, დეინსტიტუციონალიზაციის ფოკუსში მოექცნენ ის მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები, რომლებიც საზოგადოებაში ფსიქიატრიულ ჰოსპიტლებში გატარებული მრავალი წლის შემდეგ გამოვიდნენ. თუმცა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ახალი თაობა, რომლებიც ფსიქიატრიულ კლინიკებში ინსტიტუციონალიზებული არ ყოფილან და დეინსტიტუციონალიზაციის განხორციელების პერიოდში გაიზარდნენ, გაცილებით უფრო პრობლემატურნი აღმოჩნდნენ. ამგვარი სირთულეები, დეინსტიტუციონალიზაციის მომხრეების მიერ, ამ სტატიის ავტორების ჩათვლით, აბსოლუტურად არ იყო გათვალისწინებული.

მაგალითად, უსახლკარო ადამიანების უმრავლესობა, რომლებსაც ისეთი მძიმე ფორმის ფსიქიკური დარღვევები აქვთ, როგორცაა შიზოფრენია, შიზოაფექტური დარღვევა, ბიპოლარული დარღვევა ან დეპრესია ფსიქოტური მახასიათებლებით, სწორედ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ამ ახალი თაობის წარმომადგენლები არიან. აღნიშნული ფენომენის გასაგებად, საჭიროა გავიგოთ, თუ რითი განსხვავდება ეს თაობა წინამორბედებისაგან.

ის ადამიანები, რომლებიც წლების განმავლობაში ინსტიტუციებში იყვნენ მოთავსებული საკმაოდ პასიურები და მორჩილნი გახდნენ. ზოგადად, მათ ბრძანებებისადმი დაქვემდებარება ისწავლეს. როდესაც ასეთი ადამიანები ჰოსპიტლის გარეთ აღმოჩნდებიან და ცხოვრებას საზოგადოებრივ პირობებში იწყებენ, საჭირო მხარდაჭერისა და მათი საჭიროებების დამაკმაყოფილებელი გარემოს არსებობის შემთხვევაში, უმრავლესობას ახალ პირობებთან და მკურნალობასთან შეგუების უნარი აქვს. ეს სიტუაცია არ ვრცელდება მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა ახალი თაობის წარმომადგენლებზე. ამ ადამიანებს არ განუცდიათ ინსტიტუციონალიზაციის ის ხარისხი, რომელიც მორჩილებას აყალიბებს. მათ ცხოვრების უმეტესი ნაწილი ჰოსპიტალში არ გაუტარებიათ და ძირითადად, ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალთან ხანმოკლე შეხება მხოლოდ გადაუღებელი მკურნალობის პერიოდებში თუ ჰქონდათ.

დეინსტიტუციონალიზაციამდელ პერიოდში ასეთ “ახალ” მძიმე და ქრონიკული პრობლემების მქონე პაციენტებს ალბათ, სამუდამოდ ფსიქიატრიულ კლინიკაში მოათავსებდნენ, დაავადების გამოვლენის ადრეულ პერიოდში, რომელიც ხშირად ყმაწვილობის ასაკს ემთხვევა. ამგვარად, ეს ადამიანები ცხოვრებისეულ სირთულეებთან გამკლავების პირველი წარუმატებელი მცდელობის შემდეგ აღმოჩნდებოდნენ ადგილას, სადაც სტრესი არასოდეს აღარ დაემუქრებოდათ. მიიღებდნენ თავშესაფარს, სადაც სამყაროს მოთხოვნებისგან დაცულნი იქნებოდნენ. სამწუხაროდ, ფსიქიატრიული კლინიკები ასეთი თავშესაფრის როლს

ვერ ასრულებს, რადგან ხშირია პაციენტებთან უაღრესად ცუდად მოპყრობის შემთხვევები.

დღესდღეობით მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა უმრავლესობა საზოგადოებაში ცხოვრობს და არა სახელმწიფო ფსიქიატრიულ ჰოსპიტლებში. თუმცა, მწვავე ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა “ახალი” თაობის წარმომადგენლები მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესში, მწვავე კლინიკურ პრობლემებს ხშირად ამჟღავნებენ. ბევრი მათგანი უსახლკაროა და ხშირად უსამართლოდ აპატიმრებენ. ეს პრობლემა დეინსტიტუციონალიზაციას სერიოზულ საზრუნავს უქმნის. თუმცა, ჩვენ გვჯერა, რომ ადეკვატური საზოგადოებრივი რესურსებით უზრუნველყოფის შემთხვევაში, ამ ადამიანთა უმრავლესობას სოციალურ და პროფესიულ საქმიანობაში საკუთარი პოტენციალის გააზრება და თავისუფლებით სიამოვნების მიღება შეუძლია.

მიუხედავად ამისა, ეს პაციენტები სერვისის მომწოდებლებისა და პრაქტიკოსების სერიოზულ საზრუნავს წარმოადგენენ. მაგალითად, ხშირად ზოგიერთი მწვავე ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანი უარს ამბობს მიიღოს ფსიქოტროპული მედიკამენტები იმის გამო, რომ ეშინია გვერდითი მოვლენების; აგრეთვე, არის შემთხვევები, როდესაც ამ ადამიანებს საკუთარი დაავადების აღიარება არ სურთ. ფსიქიატრიული კლინიკის ფარგლებს გარეთ, პრაქტიკოსებისთვის მსგავსი სიტუაციების გაკონტროლება საკმაოდ რთულია; ასეთ პირობებში საკმაოდ რთულია, მონიტორინგი გაუწიონ პაციენტების მიერ იმ მედიკამენტების მიღებას, რომელიც ხელს უწყობს რემისიას და მათ საზოგადოებაში ფუნქციონირების საშუალებას აძლევს.

უფრო მეტიც, ბევრი ახალი თაობის მწვავე ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანისთვის იარლიყი “ფსიქიკური პაციენტი” უდიდეს წყევლას წარმოადგენს; მათთვის დამახასიათებელია ავადმყოფობისა და მკურნალობის საჭიროების უარყოფა. უმრავლესობითვის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის მომხმარებლად გახდომა უდიდესი მარცხისა და დეფექტის აღიარების ტოლფასია. გარდა ამისა, ამ ადამიანთა დიდი ნაწილი ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებელია, რაც მათ სიმპტომებს კიდევ უფრო ამძიმებს.

### **ახალი პრიორიტეტები მომსახურებაში**

ჩვენი აზრით, არსებული დიდი ქაოსის მიუხედავად ოპტიმიზმის მიზეზი მაინც არსებობს, რადგან მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების “თემზე დაფუძნებულ” მკურნალობასთან დაკავშირებული სირთულეების მოგვარებაში ახალი მიდგომა გაჩნდა. ეს მიდგომა აისახა ჩვენს მიერ მხარდაჭერილ ახალ პრიორიტეტებში. მაგალითად, გამოცდილებამ გვასწავლა, რომ ფოკუსირება უნდა მოხდეს იმ მრავლისმომცველი სერვისების განვითარებაზე, რომელიც საშუალებას

გვაძლევს მოვემსახუროთ პაციენტს იქ, სადაც ის იმყოფება, და არა იქ, სადაც ჩვენ ვისურვებდით, რომ ის იყოს.

გარდა ამის, ახლა მეტ აქცენტს ვაკეთებთ ინტენსიური “ქეიზ მენეჯმენტის” საჭიროებაზე; აქ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების პასუხისმგებლობაში პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაში შექმნილი პრობლემების მოგვარებაში მონაწილეობაც შედის. ჩვენ ასევე მნიშვნელოვან აქცენტს ვაკეთებთ სხვადასხვა სახის სპეციალური პროგრამების დანერგვაზე, როგორცაა მაგალითად, პროფესიული და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის, ფსიქოსაგანმანათლებლო, დაბინავება-დასახლების. ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებში უსახლკაროების რაოდენობისა და კრიმინალიზაციის დონის ზრდა ერთმნიშვნელოვნად მიუთითებს, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია ზემოთ განხილული ფაქტორები მწვავე და ქრონიკული ფორმის ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების მომსახურების დაგეგმვისას.

### **ფსიქიკური პრობლემების მქონე უსახლკარო ადამიანები**

ფსიქიკური პრობლემების მქონე უსახლკარო ადამიანებზე ზრუნვა სახელმწიფო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის და ზოგადად, საზოგადოების ერთ-ერთი უდიდესი საზრუნავი გახდა. აღნიშნულმა პრობლემამ ასეთი მნიშვნელოვნება იმის გამო შეიძინა, რომ უსახლკარო ადამიანების თითქმის ნახევარს ისეთი სერიოზული ფსიქიკური დარღვევა აქვთ, როგორცაა შიზოფრენია, შიზოაფექტური დარღვევა, ბიპოლარული დარღვევა ან მწვავე დეპრესია. აგრეთვე, ამ ადამიანებში ბევრია ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებელი.

უსახლკარო ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების პრობლემატიკაზე მომუშავე ამერიკული ფსიქიატრიული ასოციაციები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ ეს პრობლემა მომდინარეობს არა იმდენად დეინსტიტუციონალიზაციის არსიდან, არამედ მისი განხორციელების გზებიდან. მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა შორის არსებული უსახლკარობა მეტად სიმპტომატურია იმ პრობლემებისათვის, რომელსაც ეს ადამიანები ზოგადად უპირისპირდებიან. ასე რომ, უსახლკარობის პრობლემა არ გადაწყდება მანამ, სანამ არ გადაწყდება მის საფუძვლად მდებარე გლობალური პრობლემები და არ ჩამოყალიბდება ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებზე ზრუნვის ერთიანი და ყოვლისმომცველი სისტემა.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებში არსებული უსახლკარობის პრობლემის გადაწყვეტა გამომდინარეობს დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესით მიღებულ გამოცდილებიდან, რომელიც წინა ნაწილში განვიხილეთ. ეს გამოცდილება ეხება საჭიროებებს, რომელიც მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებს საზოგადოებაში ცხოვრებისას უჩნდებათ. განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების და მათ შორის ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების დაბინავების

პროგრამის სუბსიდირების შემცირებას ენიჭება, რომელიც დაბინავების ფედერალურ პოლიტიკაში მომხდარი ცვლილებების შედეგია.

როგორ ხდებიან მძიმე და ქრონიკული ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები უსახლკარონი? არსებობს ბევრი გზა, თუ როგორ შეიძლება ეს ადამიანები ქუჩაში აღმოჩნდნენ; განვიხილოთ ზოგიერთი მათგანი. ზოგჯერ მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების გამოსახლება საცხოვრებელი ადგილებიდან ხდება იმ მიზეზის გამო, რომ მათ არ შეუძლიათ თავი გაართვან ბინის მეპატრონესთან ძალიან მარტივ და ჩვეულებრივ ურთიერთობას. ადეკვატური ქვის მენჯმენტის არსებობის შემთხვევაში, ასეთი ურთიერთობა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანის ქუჩაში ცხოვრებით მთავრდება. ბევრ მათგანს, განსაკუთრებით ახლავ ზარდებს, საკუთარი ოჯახებიდან და თავშესაფრებიდან გაქცევის ტრენდენცია აქვთ. ამით ისინი ცდილობენ თავი დააღწიონ სხვებზე დამოკიდებულებას; მათ არ სურთ იცხოვრონ მშვიდ, შედარებით დაბალი ზეწოლის გარემოში ან უბრალოდ სურთ ჰქონდეთ მეტი თავისუფლება ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებაში.

არასტაციონალურ გარემოში ცხოვრება ზოგიერთმა ქრონიკული ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანმა შეიძლება განიხილოს, როგორც მისი ცხოვრების მიზნების რეალიზაციის ნაწილი, მაგრამ ამ პროცესს შეიძლება თავისი საზღაური ჰქონდეს უსახლკარობის, კრიზისის, დეკომპენსაციისა და ჰოსპიტალიზაციის სახით. წონასწორობის მდგომარეობიდან გამოყვანის ერთი შემთხვევაც კი შეიძლება საკმარისი იყოს იმისთვის, რომ მათ მედიკამენტების მიღება შეწყვიტონ; მათი ავადმყოფობისთვის დამახასიათებელი დაბნეულობის გამო, შეიძლება გამორჩეთ სხვადასხვა პროცედურების გავლა, რომელიც საჭიროა გარკვეული სოციალური შეღავათების მისაღებად. აქედან გამომდინარე, მათ შეიძლება დაკარგონ ის სოციალური დახმარება, რომელიც ეკუთვნით. დამატებით გართულებებს იწვევს ის ფაქტიც, რომ ქუჩაში, უსახლკარო ცხოვრებისას შეუძლებელია სამედიცინო დამარების მიღება. სიტუაციას კიდევ უფრო ამძიმებს ქუჩაში ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მიღების ხელმისაწვდომობა. ასეთ პირობებში ეს ადამიანები ხშირად ვულგარულ და სხვებისთვის ზიანის მომტან ქცევას ამჟღავნებენ, რაც საბოლოოდ მათი ჰოსპიტალიზაციით მთავრდება.

არსებობს მონაცემები, რომ უსახლკარო ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები, ზოგადად ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებთან შედარებით, ავადმყოფობის სიმწვავეთ გამოირჩევიან. ნიუ-იორკის Bellevue ჰოსპიტალში ყოფილი უსახლკარო პაციენტების დაახლოებით 50% სახელმწიფო ჰოსპიტლებში ხანგრძლივი მკურნალობისთვის იყო გადაყვანილი, როცა ასეთი მკურნალობა კლინიკის სხვა პაციენტების მხოლოდ 8%-თვის იყო განკუთვნილი.

**მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები  
სამართალდამცავ სისტემაში.**

ჩვენს ციხეებში მოთავსებული ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა რაოდენობა 1970-იანი წლებიდან სერიოზული შემოფოტების საგანს წარმოადგენს. ის, თუ რამდენად არის ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების დაპატიმრებათა რაოდენობა დენისტიტუციონალიზაციის პროცესთან დაკავშირებული სერიოზული კვლევის საგანი გახდა. მართალია, არსებობს გარკვეული მონაცემები, რომ დენისტიტუციონალიზაციასთან ერთად ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა ციხეებში მოთავსების რიცხვი გაიზარდა, ამ ვარაუდის მეცნიერული დადსტურება საკმაოდ ძნელია. არ არსებობს მეცნიერული კვლევა იმისა, თუ რა სურათი იყო დენისტიტუციონალიზაციამდე, რასაც შევადარებდით პოსტდენისტიტუციონალიზაციის მონაცემებს. მიუხედავად ამისა, არსებობს მთელი რიგი ფაქტორები, რომელიც საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ დენისტიტუციონალიზაციის შემდეგ ამგვარ ტენდენციას მართლაც ქონდა ადგილი.

პირველი, დღესდღეობით ჩვენს ციხეებში მყოფი ძალიან დიდი რაოდენობით ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების რიცხვი საკმაოდ მაღალია. მეორე, სახელმწიფო ფსიქიატრიული კლინიკების რაოდენობის მნიშვნელოვანი შემცირების გამო, მწვავე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ხანგრძლივი ინსტიტუციონალიზაცია აღარ არის შესაძლებელი. და ბოლოს, როგორც პრაქტიკოსები, ისე მკვლევარები აღნიშნავენ, რომ ციხეებში მყოფი ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა უმრავლესობა, ციხის ნაცვლად, წესით ხანგრძლივ მკურნალობას ფსიქიატრიულ კლინიკებში უნდა გადაიოდნენ.

დენისტიტუციონალიზაციის შედეგად ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა დიდი ნაწილი ახლა საზოგადოებაში ცხოვრობს. ამავე დროს, მათთვის თემზე დაფუძნებული სერვისები და რესურსები, ისევე როგორც ჰოსპიტალური საწოლები, საკმაოდ შეზღუდულად არის ხელმისაწვდომი. აღსანიშნავია ისიც, რომ ფსიქიკურად გადახრილი ქცევების მიმართ საზოგადოება ნაკლები შემწყნარებლობით ხასიათდება; ამის შედეგად საზოგადოების მხრიდან საკმაო ზეწოლა კეთდება იმისთვის რომ მოხდეს იმ ადამიანების ინსტიტუციონალიზაცია, თუნდაც ციხეში მოთავსება, ვისაც 24 საათიანი მოვლა ესაჭიროება. მართლაც, შეინიშნება ფსიქიკურად გადახრილი ქცევის კრიმინალიზაცია, ანუ მკურნალობის საჭიროების მქონე ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა გადანაცვლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემიდან სამართალდამცავი სისტემისაკენ. ფსიქიატრიული მკურნალობისა და ჰოსპიტალიზაციის ნაცვლად, უმნიშვნელო დანაშაულის ჩადენისას ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები არაადექვატურ დაპატიმრებასა და დატუსაღებას ექვემდებარებიან. გარდა ამისა, ბევრი მძიმე ფსიქიკური პრობლემების

მქონე ადამიანი, რომელიც ადრე, როგორც წესი დროის უმეტეს ნაწილს ფსიქიატრიულ კლინიკებში ატარებდა, ახლა საზოგადოებაში ცხოვრობს; ამ შემთხვევაში მეტად სავარაუდოა, რომ ისინი პოლიციის ყურადღებას ისეთი ქცევით მიიპყრობენ, რომელიც აღქმულია როგორც კრიმინალური, სინამდილეში კი, უმეტეს შემთხვევაში მხოლოდ მათი ავადმყოფობის მანიფესტაციას წარმოადგენს.

სარეუიმო დაწესებულებების მეტად ფორმალური და რიგიდული კრიტერიუმები და საზოგადოებაში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ადექვატური მხარდაჭერის სისტემის არარსებობა იმ დამატებით ფაქტორებად სახელდება, რომლებიც ციხეებში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების რაოდენობის გაზრდას უწყობს ხელს. ფაქტორებს შორის ასევე დასახელებულია ის სირთულეები, რომელსაც სამართალდამცავი სისტემიდან მოსული მწვავე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები აწყდებიან, როგორც თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების, ასევე ზოგადად მათი საჭიროებების შესაბამისი მკურნალობის მიღებაში.

სამართალდამცავ სისტემებში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა მოხვედრის თავიდან ასაცილებლად მთელი რიგი სტრატეგიები განვითარდა; ეს სტრატეგიები ასევე მიმართულია ციხეებში მოხვედრილი ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ციხეებიდან ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალებში გადასაყვანად. ზოგადად, ეს სტრატეგიები გულისხმობს პოლიციის ოფიცერთა ტრენინგს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, ციხეებში შემოსული პატიმრების ყურადღებით გადარჩევას და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემისთვის იმ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა გადაცემას, რომლებმაც უმნიშვნელო დანაშაული ჩაიდინეს. ეს და სხვა პრევენციული სტრატეგიები მიეკუთვნება იმ საჭიროებებს, რომლებიც მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებს საზოგადოებაში აქვთ. მათ შორისაა (1) ქეის მენეჯმენტი, (2) ადექვატური ფსიქიატრიული მკურნალობა, რომელიც გულისხმობს ოჯახის წევრთა მონაწილეობასა და ასევე მათ მხარდაჭერას და (3) სხვადასხვა სოციალური კონტროლის ინტერვენციებს, როგორცაა სასამართლოს მიერ დადგენილი მკურნალობა, 24 საათიანი სტრუქტურირებული მკურნალობა.

### **დეინსტიტუციონალიზაციიდან მიღებული გაკვეთილები**

დეინსტიტუციონალიზაციამ გააფაროვა ჩვენი ცოდნა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა თავისებურებებისა და მათი საჭიროებების შესახებ. სწორედ მისი საშუალებით შევიტყუეთ ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის შესახებ, რომელიც გულისხმობს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ცხოვრებაზე ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციოლოგიური მოვლენების ერთობლივ გავლენას. ამგვარი ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა



მოითხოვს განვიხილოთ ფსიქიკური ავადმყოფობა არა მარტო ბიოლოგიური პოზიციიდან, არამედ გავითვალისწინოთ მკურნალობის სოციოლოგიური კონტექსტი და კონკრეტული პაციენტების ინდივიდუალური პირობები, საჭიროებები და იმედები; რადგან ჩვენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს მათთან ერთად და მათთვის ვგეგმავთ.

დენსტიტუციონალიზაცია არის უფრო მეტი, ვიდრე მხოლოდ მოვლის ფოკუსის გადატანა. ეს არის სოციალური პროცესი, რომელსაც თან ახლავს გარკვეული შედეგები. დენსტიტუციონალიზაცია არის მიმდინარე პროცესი, რომელსაც თან ახლავს საკმაოდ მრავალმხრივი შედეგები და სოციალური ცვლილებები; სოციალურ ცვლილებებში იგულისხმება მკურნალობის ორიენტაციის რადიკალური შეცვლა და მკურნალობის ერთი ტიპიდან მეორეზე გადასვლა, რომელიც უდიდეს გავლენას ახდენს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ცხოვრებაზე. დღესდღეობით, დენსტიტუციონალიზაცია გავლენას ახდენს იმ ადამიანებზე, რომლებიც ფსიქიატრიული ჰოსპიტლებით სარგებლობას აგრძელებენ, ამცირებს რა მათი ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობას. დენსტიტუციონალიზაცია ასევე იმ ადამიანებზე მოქმედებს, რომლებიც ამჟამად ფსიქიატრიული ჰოსპიტლების მომსახურებით არ სარგებლობენ, მაგრამ შესაძლოა დაუდგეთ ამის საჭიროება; ანუ ეს ის პირები არიან, ვისი ჰოსპიტალიზაციის პრევენციაც მოხერხდა.

დენსტიტუციონალიზაციის წარმატება მხოლოდ ჰოსპიტალიზებულ პირთა შემცირებული რაოდენობის ტერმინებში არ უნდა გავზომოთ, რადგან ამ შემთხვევაში, მხედველობიდან ვკარგავთ იმ ადამიანებს, რომლებიც ფსიქიატრიულ კლინიკაში არასოდეს არ ყოფილან მოთავსებულნი. ასევე, მხედველობის მიღმა რჩებიან ის ადამიანები, რომლებიც ციხეებში და ქუჩებში ცხოვრობენ. შეიძლება ითქვას, რომ ახლა სახელმწიფო ციხეებში გაცილებით მეტი ადამიანია მოთავსებული, ვიდრე სახელმწიფო ფსიქიატრიულ კლინიკებში.

### *სერვისის დაგეგმვის ინდივიდუალურ საჭიროებებთან მისადაგება*

დენსტიტუციონალიზაციამ ნათლად აჩვენა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების მოვლაში ინდივიდუალური მიდგომის მნიშვნელობა; ზოგადად ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები საკმაოდ განსხვავებულ და ჰეტეროგენულ ჯგუფს წარმოადგენს. სერვისის დაგეგმვა კონკრეტული ინდივიდების საჭიროებებთან მისადაგებული უნდა იყოს. გარდა ამისა, ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები სტრესისა და განუსაზღვრელობის მიმართ გამძლეობის ხარისხის მიხედვითაც განსახვავდებიან. ისინი აგრეთვე მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან სხვადასხვა პროგრამების პირობებთან შეგუების თვალსაზრისითაც – მაგ. ზოგიერთი მარტო ცხოვრებისას

უფრო კარგად გრძნობს თავს, ზოგი კი კოლექტიურ საცხოვრებელში უფრო კომფორტულადაა, ზოგი ინტენსიურ თერაპიას საჭიროებს, ზოგი კი თავს უკეთესად გრძნობს მსუბუქი ზედამხედველობის პირობებში გრძნობს; ზოგს შეუძლია მუშაობა, ზოგს – არა, და იმ შემთხვევაშიც კი თუ მუშაობა შეუძლია, ზოგისთვის სახელოსნოს ტიპის სამუშაო გარემოა უკეთესი, ზოგი უფრო კარგად გრძნობს თავს მხარდამჭერი/ინლუზიური სამუშაო გარემოს პირობებში, ზოგისთვის კი კონკურენციული გარემო უფრო მისაღებია.

დენსტიტუციონალიზაციის დაწყებამდე, სერვისის შემქმნელები ცდილობდნენ ყველა ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანი ერთ ჯგუფში გაეერთიანებინათ და ერთი კითხვა დაესვათ: რა უნდა გავაკეთოთ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისთვის? მაგრამ დენსტიტუციონალიზაციამ ფოკუსი რეაბილიტაციასა და ინდივიდუალურ საჭიროებებზე გადაიტანა და დღეს ამ კითხვის პერეფრაზი სავარაუდოდ ასეთი იქნებოდა: “რა შეგვიძლია გავაკეთოთ ამ კონკრეტული ადამიანისთვის, ვისაც ფსიქიკური პრობლემა აქვს”. დენსტიტუციონალიზაციის აქცენტის კონცეპტუალური გადატანა სწორედ ამაში მდგომარეობს.

*ჰოსპიტალური მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაადვილება*

მნიშვნელოვანია, ჰოსპიტალური მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაადვილება იმ პაციენტებისთვის, ვისაც ეს სჭირდება და იმ პერიოდით, რისი საჭიროებაც არის. დენსტიტუციონალიზაციის პირველ წლებში ბევრს მიაჩნდა, რომ თუ გამოვრიცხავდით მკურნალობის უკუეფექტებს, რასაც ხშირად ჩვენს ფსიქიატრიულ კლინიკებში ჰქონდა ადგილი, ამასთან ერთად მოვახერხებდით ფსიქიატრიული კლინიკების არსებობის საჭიროების გამორიცხვასაც. სამწუხაროდ, ბევრი დღესაც ასე თვლის, რომ არასოდეს აღარ დაგვჭირდება მნიშვნელოვანი რესურსები ჰოსპიტალური მკურნალობისათვის. თუმცა, როგორც გამოცდილება აჩვენებს, ზოგიერთ ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანს ჰოსპიტალიზაცია ესაჭიროება. ჰოსპიტალების რიცხვი და არსებობის პირობები დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა სახის ალტერნატიული სერვისებია ხელმისაწვდომი მოცემულ საზოგადოებაში. ბუნებრივია, ჰოსპიტალიზაცია ნაკლებად საჭირო იქნება იქ, სადაც მრავალრიცხოვანი და ინტეგრირებული თემზე დაფუძნებული სერვისებია განვითარებული.

დღეს უკვე ვიცით, რომ თემზე დაფუძნებული მომსახურება ყველა ტიპის ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანისთვის მკურნალობის საუკეთესო ფორმას არ წარმოადგენს; ასევე ნათელია, რომ დენსტიტუციონალიზაციის წარმატებისთვის მეტად მნიშვნელოვანია, ჰოსპიტალური მომსახურების ხელმისაწვდომობა

მათთვის ვისაც ეს სჭირდება და იმ ხანგრძლივობით, რამდენიც მათ მკურნალობისთვისაა აუცილებელი.

### *სერვისების რელევანტურობა კულტურასთან*

ხშირად ვხვდებით შემთხვევებს, როდესაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამები, რომელიც წარმატებულია ერთ ადგილას და გარკვეული დროის მონაკვეთში, სხვა სიტუაციაში პრობლემებს აწყდება, მოცემული პროგრამის ახალ გარემოში ადაპტირებისთვის სპეციალური ძალისხმევის გარეშე. ეს ნიშნავს, რომ სერვისები კულტურული კონტექსტის რელევანტური უნდა იყოს. მაგალითად, უკეთესი იქნებოდა, თუ სერვისები ქალაქისა და სოფლის გარემოსთვის განსხვავებულად დაიგეგმებოდა. ამ შემთხვევაში, მნიშვნელოვანი განსხვავებები არა მხოლოდ ადგილსა და დაწესებულების ხარისხში შეიძლება შეგვხვდეს, არამედ ხშირად სოციალური მხარდაჭერის ქსელის ეფექტურობაშიც იჩინოს თავის. ასევე დიდი განსხვავება აღინიშნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მიღებისადმი არსებულ დამოკიდებულებებში. თუმცა, კულტურული ფაქტორები არ უნდა გულისხმობდეს მხოლოდ ქალაქი/სოფლის გარემოს ან ეთნიკურ მიკუთვნებულობას. სერვისის შექმნისა და დაგეგმვის დროს ასევე უნდა იყოს გათვალისწინებული სოციალური ფაქტორები. მაგალითად, იმ ადამიანებს, რომლებმაც ცხოვრების დიდი ნაწილი ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალებში გაატარეს, მომვლელის მიმართ სტერეოტიპული ქცევები ჩამოუყალიბდათ – მაგალითად, როგორც ზემოთ განხილული მორჩილება/ დაქვემდებარებულება, რომელიც თავის მხრივ, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს საზოგადოებაში მათი ცხოვრების სტილზე. აქვე შეიძლება მოვიყვანოთ იმ ადამიანების მაგალითები, რომლებმაც ცხოვრების დიდი ნაწილი უსახლკაროთა თავშესაფრებში ან ქუჩაში გაატარეს.

აღნიშნული სიტუაცია ხაზს უსვამს იმ ფაქტს, რომ ერთ ყალიბზე მორგებული მიდგომა სავსებით არაშესატყვისია ადამიანებისთვის, ვისაც ფსიქიკური დახმარება ესაჭიროება; არა იმიტომ, რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანი ზოგადად სხვა ყველა ადამიანისგან განსხვავდება, არამედ იმიტომ რომ თითოეული პიროვნება კონკრეტული კულტურული კონტექსტის გათვალისწინებით უნდა იყოს განხილული.

### *მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა ჩართვა მომსახურების დაგეგმვასა და შექმნაში*

მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები სერვისების დაგეგმვაში მაქსიმალურად უნდა იყვნენ ჩართულნი. თითოეული პაციენტის ღირებულებები და პირადი მიზნები გათვალისწინებული

უნდა იყოს. ეს თავის მხრივ მოითხოვს, რომ პიროვნება ინფომირებული იყოს საკუთარი დაავადების ბუნების შესახებ, ასევე მისი სიმპტომების, მსვლელობისა და შესაძლო შედეგების შესახებ. მაშინაც კი, როდესაც ადამიანს მძიმე ფსიქიკური დარღვევა აქვს, მის პიროვნებაში ყოველთვის რჩება მთელი, დაუზიანებელი ნაწილი და პრაქტიკოსებმა სწორედ ეს დაუზიანებელი ნაწილი უნდა ჩართონ მკურნალობის დაგეგმვის პროცესში, იმისთვის, რომ საბოლოოდ მკურნალობა ეფექტური აღმოჩნდეს. ფრაზა “ჰკითხე პაციენტს” სერვისის თუ მკურნალობის დაგეგმვის დროს არაგონივრულად და უცნაურად არ უნდა ქდერდეს.

დეინსტიტუციონალიზაციით მიღებული ამ გამოცდილების მეტად გაფართოება გულისხმობს მკურნალობის დაგეგმვის პროცესში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ოჯახის წევრების ჩართვას, მათთან კონსულტირებას, როდესაც ეს შესაძლებელია. ნათესავეებს ხშირად ის ცოდნა აქვთ, რომელიც სერვისის შემქმნელებისთვის ცნობილი არ არის. ის აზრი, რომ მომსახურების/მკურნალობის დაგეგმვის პროცესში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებს და მათი ოჯახის წევრებს შეეძლოთ და უნდა მიეღოთ მონაწილეობა, დეინსტიტუციონალიზაციამდე ფართოდ არ იყო გავრცელებული. დეინსტიტუციონალიზაციამ შესაძლებლობა მოგვცა დაგვეჩვენა, თუ რა სარგებელის მოტანა შეუძლია ასეთ ჩართულობას და ახლა, უკვე მის ეფექტურობაში ეჭვი არავის ეპარება.

### *მომსახურების სისტემის მოქნილობა*

მომსახურების სისტემა უნდა იყოს ღია, ექვემდებარებოდეს ცვლილებებს და მიკერძოებული იდეოლოგიით არ უნდა იყოს შეზღუდული. ამ მოთხოვნის აუცილებლობის ნათელ დადასტურებას ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების დაბინავების/დასახლების პროგრამა წარმოადგენს. იდეალურ შემთხვევაში, ყველა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანს უნდა შეეძლოს დამოუკიდებლად ცხოვრება, თუმცა რეალურად არ არსებობს მათი დაბინავების/დასახლების ერთი კონკრეტული ტიპი, რომელიც ყველასათვის ერთნირად მისაღები იქნებოდა. ზოგიერთს სჭირდება ზედმიწევნით სტრუქტურირებული საცხოვრებელი პირობები, სხვებს კი უფრო დამოუკიდებელ პირობებში ცხოვრება საკმაოდ წარმატებით შეუძლიათ. უმრავლესობა სწორედ ამ ორ კონტინიუმს შორის ხვდება. მომსახურების სისტემა კლინიკურ საჭიროებებს უფრო უნდა პასუხობდეს, ვიდრე მიკერძოებული იდეოლოგიის კარნახით განსაზღვრავდეს, რა სახის მომსახურება უნდა იყოს მიწოდებული. ამ შემთხვევაში, ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ბევრი ვიტალური მოთხოვნილება დაუკმაყოფილებელი რჩება და მათი საზოგადოებასთან მორგების უნარი საგრძნობლად სუსტდება.

## *მკურნალობის უწყვეტობა საზოგადოებაში ცხოვრებისას*

ჩვენ უნდა მივალწით მკურნალობის უწყვეტობას საზოგადოებაში ცხოვრებისას. დეინსტიტუციონალიზაციის პირველ წლებში ეს საკითხი ყურადღების მიღმა დარჩა. ბევრს მიაჩნდა, რომ როგორც კი ინსტიტუციონალიზაციასთან დაკავშირებული უარყოფითი ეფექტები გაქრებოდა, ავადმყოფობის ქრონიკულობაც მასთან ერთად გაქრებოდა. ამგვარად, მომსახურების დაგეგმვა ხშირად ფოკუსს პაციენტის გადაუდებელ მოთხოვნებზე აკეთებდა და მომავალი ყურადღების მიღმა რჩებოდა, მაშინაც კი როდესაც პაციენტსთვის მომსახურების გაგრძელება იყო საჭირო. მეტად მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს რომელსაც ფსიქიკური დაავადების მძიმე და დროში გაწეილი ფორმა აქვს, მომსახურების ხანგრძლივად, განუსაზღვრელი დროით მიღების საშუალება ჰქონდეს; სასურველია, ერთი და იგივე სააგენტოში და სპეციალისტთან მოხდეს.

სამწუხაროდ, თეორიული ცოდნა მწვავე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა კომპლექსური და უწყვეტი მომსახურების შესახებ პრაქტიკულად ნაკლებად განხორციელდა. თუმცა აღსანიშნავია, რომ ამ ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენება ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას ხელს მნიშვნელოვნად შეუწყობდა.

## *დასკვნები*

ჩვენ ვნახეთ, რომ საზოგადოებრივი მკურნალობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პოტენციურად უფრო ჰუმანურია და მეტი თერაპიული ეფექტი აქვს, ვიდრე ჰოსპიტალურ მკურნალობას; თუმცა, ამ პოტენციალის რეალიზება მხოლოდ მაშინ არის შესაძლებელი, როდესაც განსაზღვრული წინაპირობების დაკმაყოფილება ხდება. აქ განხილული დეინსტიტუციონალიზაციის გაკვეთილები სწორედ ამ წინაპირობებს ასახავს. კიდევ ერთხელ უნდა აღინიშნოს, რომ ეს გაკვეთილები ახლა ფართოდ, თუ არა საყოველთაოდ, არის აღიარებული, რაც დეინსტიტუციონალიზაციის დაწყებამდე პრაქტიკულად უცნობი იყო. ამასთან დაკავშირებით, დეინსტიტუციონალიზაცია მართლა შეიძლება განვიხილოთ როგორც მნიშვნელოვანი პროგრესი ფსიქიკური პრობლემები მქონე ადამიანთა მკურნალობაში.

ამავე დროს, ნათელია, რომ დეინსტიტუციონალიზაციის სამი კომპონენტს შორის კავშირი საკამოდ სუსტია. როგორც აღინიშნა ეს კომპონენტებია ჰოსპიტალების მობინადრეთა რაოდენობის შემცირება, ახალი მიღებების თავიან აცილება და მრავალმხრივი თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება. ჩვენ გავათავისუფლეთ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებს ის არასრულყოფილი მკურნალობისა და მომსახურებისგან, რომელსაც ისინი სახელმწიფო

ჰოსპიტალებში იღებდნენ. ახლა მთავარ პრობლემას წარმოადგენს საზოგადოების ვალდებულება, უზრუნველყოს ეს ადამიანები ადეკვატური მკურნალობითა და მზრუნველობით; საჭიროების შემთხვევაში კი თავშესაფრით. თანამედროვე ფსიქოტროპული წამლებისა და ფსიქოსოციალური მკურნალობის პირობებში, ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა უმრავლესობას საზოგადოებაში ცხოვრება შეუძლია; მათ შეუძლიათ იცხოვრონ თავიანთ ოჯახებში, საკუთარ ბინებში, კოლექტიურ საცხოვრებლებში.

თუმცა, არსებობენ ადამიანები, რომლებსაც მძიმე ფსიქიკური პრობლემები აქვთ და მკაცრად სტრუქტურირებულ 24 საათიან მოვლას საჭიროებენ, ხშირად დახურულ დაწესებულებაში; ეს ადამიანები არ უნდა დარჩნენ ყურადღების მიღმა. ფაქტია, რომ ამ ადამიანების დიდი ნაწილი საჭირო მოვლას არ იღებს და ამის ნაცვლად ციხეებში, ქუჩაში ან სხვა მიუღებელ პირობებში ცხოვრობს. ეს იმის მაჩვენებელია, რომ მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ნაწილს ადეკვატური თემზე დაფუძნებული მომსახურება არ მიეწოდება.

ამჟამად, ინსტიტუციონალიზაციის პირობებიდან საზოგადოებრივ პირობებში გადასვლით ქრონიკული და მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა უმეტესობის ცხოვრება მნიშვნელოვნად შეიცვალა. ადეკვატური მკურნალობისა და მხარდაჭერის შემთხვევაში, ეს ცვლილებები მათ ხვედრს მნიშვნელოვნად შეამსუბუქებს და გაამდიდრებს მათ ცხოვრებისეულ გამოცდილებას. გამოცდილებამ გვაჩვენა, რა უნდა გაკეთდეს ამ ცვლილებების გასატარებლად. სრული და შესაბამისი დაფინანსება არის ის, რაც ახლა არის საჭირო დეინსტიტუციონალიზაციის პოტენციალის სრულად რეალიზაციისთვის; ეს უნდა მოხდეს ყველა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანის ცხოვრების გაუმჯობესებისთვის, იმისდაამიუხედავად, თუ სად იმყოფება ის, ჰოსპიტალში თუ საზოგადოებაში.