

DEVELOPMENT OF MODELS FOR INTERPRETING MENTAL HEALTH PROBLEMS IN AN INTERNATIONAL AND ARMENIAN CONTEXT*

Gohar Khachatryan <https://orcid.org/0009-0000-3237-2237>

Ph.D. Student at the Department of Social Work and Social Technologies, Lecturer, Yerevan State University, Co-Founder of “Change” Social-Healthcare NGO, Consultant for Social Work and Social Policy at the UNICEF Armenia.

E-mail: Gohar.khachatryan@ysu.am

Abstract. This article presents the sequence of models for interpreting mental health problems, the formation of public perceptions of mental health problems influenced by each of the models and setting priorities for state policy. The article presents a summary of both international and Armenian discourses regarding the development of models, based on the analysis of scientific works and domestic legal regulations. International debates revolve around the recent discussion on the contradistinction between the social model and the human rights-based model. The author describes the arguments and critics of all parties of the debate in a detailed manner leaving the reader to make their own conclusions, whereas in the context of Armenia, the author develops the perspective of introducing human rights-based model as a distinct subject of study.

Keywords: *health, mental health, mental health problems, medical model, social model, human rights-based model*

ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ ՄԵԿՆԱԲԱՆՈՂ ՄՈՂԵԼՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՈՒՄԸ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ԵՎ ՀԱՅԱՍՏԱՆՅԱՆ ՀԱՄԱՏԵՔՍՈՒՄ

Գոհար Խաչատրյան <https://orcid.org/0009-0000-3237-2237>

ԵՊՀ սոցիալական աշխատանքի և սոցիալական տեխնոլոգիաների ամբիոնի ասպիրանտ, դասախոս, «Փոփոխություն» սոցիալական-առողջապահական ՀԿ համահիմնադիր, ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամում սոցիալական աշխատանքի և սոցիալական քաղաքականության խորհրդատու:
Էլ. փոստ՝ Gohar.khachatryan@ysu.am

Ամփոփում. Սույն հոդվածում ներկայացվում են հոգեկան առողջության խնդիրները մեկնաբանող մոդելների հերթագայումը, դրանցից յուրաքանչյուրի ազդեցությունը հոգեկան առողջության խնդիրների վերաբերյալ հասարակական

* Journal of Sociology: Bulletin of Yerevan University, Vol. 14 2(38), 2023, pp. 129-145



Received: 07.10.2023, Revised: 10.11.2023, Accepted: 18.12.2023

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

ընկալումների ձևավորման, պետական քաղաքականության առաջնահերթությունների սահմանման հարցերի վրա: Ասփոփվում են մոդելների զարգացման ոչ միայն միջազգային, այլև հայաստանյան քննարկումները՝ հիմնված թեմատիկ գիտական աշխատությունների և ներպետական իրավակարգավորումների ուսումնասիրության վրա: Միջազգային քննարկումների առանցքը վերջին շրջանում լայնորեն տարածված բանավեճն է սոցիալական և մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելների հակադրման վերաբերյալ: Հեղինակը հանգամանալից ներկայացնում է բանավեճի բոլոր կողմերի հիմնավորումները և քննադատությունները՝ եզրակացությունը թողնելով ընթերցողին, իսկ հայաստանյան համատեքստում զարգացնում է մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելի ներդրման հեռանկարը՝ որպես ուսումնասիրման առանձին առարկա:

Բանալի բառեր - *առողջություն, հոգեկան առողջություն, հոգեկան առողջության խնդիրներ, բժշկական մոդել, սոցիալական մոդել, մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդել*

РАЗВИТИЕ МОДЕЛЕЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В МЕЖДУНАРОДНОМ И АРМЯНСКОМ КОНТЕКСТЕ

Гоар Хачатрян <https://orcid.org/0009-0000-3237-2237>

аспирант кафедры социальной работы и социальных технологий ЕГУ, преподаватель, сооснователь социально-медицинской общественной организации “Change”, консультант ЮНИСЕФ по социальной работе и социальной политике

Эл.почта: Gohar.khachatryan@ysu.am

Аннотация. В статье представлена последовательность моделей интерпретации проблем психического здоровья, формирование общественного представления о проблемах психического здоровья под влиянием каждой из них и определение приоритетов государственной политики. В статье представлены как международные, так и армянские дискуссии относительно разработки моделей, основанных на анализе научных трудов и отечественных правовых норм. Международные дебаты вращаются вокруг недавней дискуссии о противоречии между социальной моделью и моделью, основанной на правах человека. Автор подробно описывает аргументы и критику всех сторон дискуссии, предоставляя читателю возможность сделать собственные выводы, а в контексте Армении развивает перспективу внедрения модели, основанной на правах человека, как отдельного предмета дискуссии.

Ключевые слова: *здоровье, психическое здоровье, проблемы психического здоровья, медицинская модель, социальная модель, модель, основанная на правах человека*

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

«Առողջությունը ֆիզիկական, հոգեկան/մտավոր և սոցիալական լիակատար բարեկեցության վիճակն է, ոչ թե միայն հիվանդության և թուլությունների բացակայությունը»: Այս սահմանումը, որը 1948 թ. առաջարկել է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (այսուհետ՝ ԱՀԿ), բուռն քննարկումների առիթ է դարձել: Պատճառն այն է, որ այս

ձևակերպմամբ շեշտադրվում է ոչ թե հիվանդության բացակայությունը, այլ բարեկեցության վիճակի առկայությունը, ինչը հակադրվում է առողջության վերաբերյալ մինչ անոտարածում ունեցող պատկերացումներին: Ավելին, ԱՀԿ-ն, արձագանքելով «առողջություն» հասկացության վերաբերյալ քննարկումներին, 1986 թ. հավելել է. «Առողջությունը դրական հասկացություն է, որն ընդգծում է անձանց սոցիալական և անհատական ռեսուրսները, ֆիզիկական կարողությունները» (Galderisi et al., 2015):

Հարկ է նշել, որ «առողջություն» եզրույթը մեծամասամբ քննարկվում է ֆիզիկական առողջության համատեքստում, մինչդեռ այն ավելի լայն է և ընդգրկում է ոչ միայն ֆիզիկականը, այլև սոցիալականը, վերարտադրողականը, ֆինանսականը, հոգեկանը:

Հոգեկան առողջությունը, լինելով առողջության տեսակներից մեկը, սերտորեն կապված է մյուսներին: Հոգեկան առողջությունն արտացոլում է անձի հուզական, հոգեբանական և սոցիալական բարեկեցության մակարդակը, որն ազդում է մտքերի, զգացողությունների և գործողությունների վրա (ԱՀԿ, Հոգեկան առողջության սահմանում, 2022):

Այն, թե ինչպես կմեկնաբանեն հոգեկան առողջության խնդիրները, և ըստ այդմ՝ սոցիալական պաշտպանության ինչ երաշխիքներ կնախատեսեն պետությունները, էապես պայմանավորված է վերջինիս հիմքում ընկած մոդելի ընտրությունից:

Դժվար է գտնել գիտական աղբյուր (այդ թվում՝ հայալեզու), որում համալիր և ամփոփ տեղեկատվություն է ներկայացված հոգեկան առողջության խնդիրները մեկնաբանող մոդելների, դրանց զարգացման, ինչպես նաև արդի մոդելների վերաբերյալ քննարկումներից բխող հիմնական թեզերի մասին՝ զուգահեռներ հայաստանյան իրավիճակի հետ: Այս բացը լրացնելու համար սույն հոդվածում նախ ներկայացվում է մոդելների զարգացման միջազգային, այնուհետև՝ հայաստանյան համատեքստը:

ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ ՄԵԿՆԱԲԱՆՈՂ

ՄՈԴԵԼՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՈՒՄԸ. ՊԱՏՄԱԿԱՆ ԱԿՆԱՐԿ

Հոգեկան առողջության խնդիրների առաջացման պատճառները և դրսևորումները տարբեր ժամանակներում մեկնաբանվել են յուրովի:

Հոգևոր մոդել. հոգեկան առողջության խնդիրներին անդրադարձող ամենահին մոդելը հոգևորն է, որով ուսումնասիրվել է մարդկանց փոխազդեցությունը չար և բարի ուժերի հետ: Հոգևոր մոդելի հիմքում ընկած կրոնական պատումների համաձայն՝ հոգեկան առողջության խնդիրը

պատիժ է գերբնական ուժերի կողմից, որը հաղթահարելու եղանակը կախարդությունների և դիվաբանության միջոցով դրանցից ազատվելն է (Միլեր, 2019):

17-րդ դարից սկսած՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սկսել են պահել բանտերում՝ անօթևան և իրավախախտում կատարած անձանց հետ, շղթայել են բանտերի պատերին՝ ագրեսիվ և անհանգիստ վարքագիծը սաստելու պատրվակով:

«Բարոյական բուժման» մոդել. 18-րդ դարում ֆրանսիացի հոգեբույժ Ֆ. Պինելն առաջարկել է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հանդեպ կիրառել «բարոյական բուժումը» (moral treatment), որի համաձայն՝ անձանց շղթայելը և ծեծելը հարկ է փոխարինել նրանց հանդեպ բարի և համբերատար վերաբերմունք դրսևորելով (ԱՀԿ, Հոգեկան առողջություն, 1962): Հենց այս մոտեցման հիմքով էլ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բանտերից տեղափոխել են հիվանդանոցներ, իսկ շղթաների և կապանքների կիրառումն արգելվել է (Trent, 2014):

«Մարդասիրական բուժման» մոդել. գարգացնելով «բարոյական բուժման» մոդելը՝ Դ. Դիքսն առաջարկել է «մարդասիրական բուժումը» (humane treatment), ըստ որի՝ հարկ է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բուժումը և խնամքն ապահովել ոչ թե բանտերում, այլ հոգեբուժական հաստատություններում, որտեղ պետք է աշխատեն մասնագետներ, ովքեր հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հետ աշխատանքում կառաջնորդվեն մարդասիրական մոտեցմամբ:

Թեպետ հոգեբուժական և խնամքի հաստատություններում, ի տարբերություն բանտերի, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ապրել են ավելի բարվոք պայմաններում, սակայն ժամանակի ընթացքում մի շարք հիմնախնդիրներ են առաջացել, որոնց թվում են անձանց գերբնակեցումը, չարաշահումների և բռնությունների արձանագրված դեպքերի բարձր ցուցանիշը և այլն (Parry, 2006):

Հոգեդինամիկ մոդել. հոգեկան առողջության խնդիրների մեկնաբանման գաղափարախոսության փոփոխության վրա մեծ ազդեցություն է ունեցել հոգեդինամիկ մոդելը, որը ներառում է այն տեսությունները, որոնք մարդու վարքագծի պատճառները փնտրում են անգիտակցականի մակարդակում: Հոգեդինամիկ մոդելը զարգացրել են Կ. Յունգը (Carl Jung), Մ. Քլայնը (Melanie Klein), Ա. Ադլերը (Alfred Adler), Է. Էրիկսոնը (Erik Erikson) իրենց աշխատություններում (McLeod, 2023):

Արդյունքում լայնորեն տարածվում է այն մոտեցումը, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բուժումը հարկ է կազմակերպել ոչ թե հոգեբուժական և խնամքի հաստատություններում, այլ դրանցից դուրս՝ հոգեբույժներին այցելելու միջոցով (Trent, 2014):

Հոգեբուժական և խնամքի հաստատություններից դուրս աջակցության տրամադրման անհրաժեշտությունը հիմնավորվում է նաև մի շարք հետազոտություններով, որոնցում նկարագրվում է «ինստիտուցիոնալիզմը»՝ որպես հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կենսակերպի վրա հոգեբուժական և խնամքի հաստատությունների թողած բացասական հետևանք: Այն հիմնականում բնութագրվում է նրանց նախաձեռնողականության նահանջով, ամեն ինչի հանդեպ անտարբեր վերաբերմունքով, ենթարկվող վարքագծով և հաստատության աշխատակիցներից կախվածությամբ:

Այս գաղափարները զարգացել են 1955 թ. մեկնարկած հոգեկան առողջության ոլորտում ապաինստիտուցիոնալացման շարժման շրջանակում, որի ջատագովները պետություններին առաջարկում են փակել հոգեբուժական և խնամքի հաստատությունները, զարգացնել համայնքահենք ծառայություններ (Torrey, 1998):

Բժշկական մոդել. այս մոդելի համաձայն՝ հոգեկան առողջության խնդիրներն ունեն ֆիզիոլոգիական, կենսաքիմիական, գենետիկական պատճառներ, որոնց հաղթահարումը հնարավոր է բժշկական միջամտությունների միջոցով, օրինակ՝ հոգեբուժական դեղորայքային բուժումներով, գլխուղեղի վիրահատություններով: Այս փուլում իրականացված մի շարք հետազոտություններ ցույց են տվել գլխուղեղի կառուցվածքի, դրա վնասվածքների և հոգեկան առողջության խնդիրների միջև կապը: Հարկ է նշել, որ թեև այդ հետազոտությունների շնորհիվ պատճառահետևանքային որոշ կապեր են բացահայտվում, սակայն դրանք վերաբերում են հոգեկան առողջության ոչ բոլոր խնդիրներին (Հանրագիտարան Բրիտանիկա, Հոգեկան առողջության խնդիրների բուժումը, 2020):

Մի շարք տեսաբանների համոզմամբ՝ բժշկական մոդելը ոչ թե առանձին մոդել է, այլ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հետ աշխատանքում բժշկական միջամտության կարևորության շեշտադրում: Այս հիմնավորմամբ բժշկական մոդելի փոխարեն հաճախ կիրառվում է **«անհատական մոդել»** հասկացությունը, որտեղ բուժումն առանցքային է:

Այս մոտեցումը զարգացրել է Մ. Օլիվերն (Michael Oliver), ըստ որի՝

անհատական մոդելի հիմքում ընկած է «հաշմանդամության անձնական ողբերգության տեսություն»⁵⁸-ը, որի համաձայն՝ «հաշմանդամության խնդիրն անձի ներսում է», իսկ խնդրի պատճառները անձի ֆունկցիոնալ սահմանափակումները կամ առողջական վիճակից բխող կորուստներն են (ԱՄՆ միջազգային զարգացման գործակալություն (USAID), Հաշմանդամության մոտեցումները...):

Սոցիալական մոդել. հակադրվելով բժշկական մոդելի հիմքում ընկած գաղափարախոսությանը՝ Վ. Ֆինկելշտեյնը (Vic Finkelstein) և Մ. Օլիվերն առաջարկում են սոցիալական մոդելը: Սոցիալական մոդելի համաձայն՝ «հաշմանդամության խնդիրն» առաջանում է ոչ թե անհատական, այլ սոցիալական և համակարգային պատճառներով, այսինքն՝ ոչ թե այն ժամանակ, երբ անձն ունի սահմանափակումներ, այլ այն դեպքում, երբ հասարակությունները ձախողում են հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար ոչ խտրական միջավայր և կարիքահենք ծառայություններ ապահովելու գործառույթը (Oliver, 1990):

Հարկ է նշել, որ սոցիալական մոդելի զարգացումը մեծապես նպաստել է *հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների շարժման* ձևավորմանը:

Շարժման նպատակն էր փոփոխություններ կատարել հետևյալ մակարդակներում.

1. Քաղաքականության մակարդակ. ոլորտը կարգավորող քաղաքականությունն ուղղել ոչ թե հաշմանդամություն ունեցող անձանց բուժմանը, այլ հասարակության մեջ նրանց ներառումը խոչընդոտող գործոնների վերացմանը:

2. Անհատական մակարդակ. հասարակությունում ներառվելու համար ոչ թե հաշմանդամություն ունեցող անձինք պետք է փոխվեն, այլ հասարակությունը:

⁵⁸ Այս շրջանում հոգեկան առողջության հիմնահարցերը սկսեցին քննարկվել ընդհանուր առմամբ **հաշմանդամության** համատեքստում, քանի որ ոլորտային հիմնախնդիրները բարձրաձայնող տարբեր շարժումները, տեսական մոտեցումներն ուղղված էին ջանքերի մոբիլիզացմանը՝ հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանությանը՝ անկախ դրսևորումից, օրինակ՝ ֆիզիկական, հոգեկան, մտավոր: Բացի այդ, հաշմանդամությունը հովանոցային (umbrella) հասկացություն է, որը նկարագրում է գործունեության և մասնակցության դրսևորումները, որը վերաբերում է անհատների առողջական վիճակի, միջավայրային, անհատական, հայեցակարգային գործոնների միջև դիմամիկ փոխազդեցություններին: Այս հիմքով կիրառվում է «հաշմանդամություն» հասկացությունը՝ որպես համարժեք հոգեկան առողջության:

3. Հաշմանդամություն ունեցող անձինք պայքարում են ոչ թե գթասրտություն հայցելու, այլ իրենց իրավունքները պաշտպանելու համար («Հակազրպարտության միավորում» կազմակերպություն, Հաշմանդամություն ունեցող անձանց ..., 2017):

ՄՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՄՈՂԵԼԻ ՔՆՆԱԴԱՏՈՒԹՅՈՒՆԸ

Թեև սոցիալական մոդելի զարգացմամբ միջազգային պրակտիկայում տեղի են ունեցել մի շարք բարեփոխումներ, սակայն սոցիալական մոդելը քննադատվում է հետևյալ հիմնավորումներով.

- Եթե հաշմանդամություն ունեցող անձինք կիսում են հասարակական ճնշումների համընդհանուր փորձառությունը, որի հիմքով առաջարկվում է փոփոխություններ իրականացնել հասարակությունում, ապա անտեսվում են հաշմանդամություն ունեցող անձի յուրահատկությունը և անհատական փորձառությունը:
- Եթե հաշմանդամությունը համարվում է ոչ թե անհատական փորձառության, այլ կառուցվածքային բացառման արդյունք, ապա հետին պլան են մղվում հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց անհատական կարիքները:
- Սոցիալական մոդելը քննադատվում է նաև այն հիմքով, որ չի ապահովում հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների իրացման լայն շրջանակ, այսինքն՝ չի շեշտադրում քաղաքացիական, քաղաքական և այլ իրավունքները (Shakespeare, 2006):
- **Մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդել.** այս մոդելի առանցքը մարդու իրավունքների պաշտպանության միջազգային չափանիշներն են (Ման և այլք, 2016): Մոդելի համաձայն՝ հաշմանդամությունը մարդկային բազմազանության դրսևորումներից մեկն է, և այն չպետք է օգտագործել որպես պատրվակ՝ մերժելու կամ սահմանափակելու հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքները: Հաշմանդամություն ունեցող մարդիկ ունեն այն բոլոր իրավունքները, որոնք համընդհանուր են հասարակության բոլոր անդամների համար:
- **Մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելի հիմնասյուները**
- **Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը** (այսուհետ՝ Հռչակագիր), որով սահմանվում են մարդու հիմնարար իրավունքները, որոնք պետք է համընդհանուր պաշտպանություն ունենան:

- ՄԱԿ-ի «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» կոնվենցիան (այսուհետ՝ Կոնվենցիա), որի նպատակն է հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավահավասարության ապահովման համար սահմանել պետությունների պարտավորությունները:

ՔՆՆԱՐԿՈՒՄՆԵՐ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՄՈՂԵԼԻ ԵՎ

**ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎՐԱ ՀԻՄՆՎԱԾ ՄՈՂԵԼԻ ՄԻՋԵՎ
ԿԱՊԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՑԱԼ**

Միջազգային պրակտիկայում արդիական է բանավեճը՝ վեր հանելու սոցիալական մոդելի և մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելի փոխհատման շրջանակը, սահմանները: Հիմնվելով թեմայի վերաբերյալ գիտական և իրավական փաստաթղթերի ուսումնասիրության վրա՝ կարելի է այդ քննարկումները ծավալել 3 հիմնական մոտեցումների շուրջ (հարկ է նշել, որ քննարկումները դեռևս շարունակվում են, հետևաբար հետագայում այս թեզերը կարող են զարգանալ)։

1. մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդել գոյություն չունի, այն սոցիալական մոդելի մի մասն է,

2. մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելը և սոցիալական մոդելը փոխլրացնում են միմյանց,

3. մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելն առանձին, համապարփակ մոդել է:

ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎՐԱ ՀԻՄՆՎԱԾ ՄՈՂԵԼ

**ԳՈՑՈՒԹՅՈՒՆ ՉՈՒՆԻ, ԱՅՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՄՈՂԵԼԻ
ՄԻ ՄԱՍՆ Է**

Սոցիալական մոդելի հիմնադիրներից Վ. Ֆինկելշտեյնը մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելը չի դիտարկում առանձին մոդել, այլ համարում է սոցիալական մոդելի մաս: Ըստ նրա՝ ցանկացած մոդել կարելի է զարգացնել՝ հաշվի առնելով համատեքստում տեղի ունեցող փոփոխությունները, սակայն չներժել մոդելն ամբողջությամբ: Նա մոդելը համեմատում է տան հետ՝ նշելով, որ թեև տան պայմանները փոխվում են, երբ եղանակը ցուրտ է կամ տաք, սակայն մոդելը՝ տունը, չի փոխվում: Այսինքն՝ սոցիալական մոդելը կարելի է զարգացնել, սակայն չհերքել ամբողջությամբ: Նա համարում է, որ մարդու իրավունքները կարող են լինել սոցիալական մոդելի (տան) բաղադրիչներից մեկը (օրինակ՝ դուռը), սա-

կայն բաղադրիչը չի կարող հավասարեցվել մոդելին (դուռը չի կարող հավասարեցվել տանը): Ավելին, այն չի կարող դառնալ առանձին մոդել (Finkelstein, 2007):

**ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎՐԱ ՀԻՄՆՎԱԾ ՍՈՂԵԼԸ ԵՎ
ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՍՈՂԵԼԸ ՓՈԽԼՐԱՑՆՈՒՄ ԵՆ ՄԻՍՅԱՆՑ**

2020 թ. իրականացված «Հաշմանդամության սոցիալական և մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելները. դեպի փոխլրացման թեզ» աշխատանքում, դիսկուրս վերլուծության միջոցով ներկայացվում է յուրաքանչյուր մոդելի կիրառությունը Կոնվենցիայի մշակման և մշտադիտարկման ժամանակ: Արդյունքների համաձայն՝ մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելը ոչ թե բարելավում է սոցիալական մոդելը, այլ երկու մոդելները փոխլրացնում են միմյանց: Մասնավորապես՝ հիմնական եզրահանգումն այն է, որ սոցիալական մոդելը կարող է օգտակար լինել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հանդեպ հասարակական վերաբերմունքի շուրջ աշխատանքների կազմակերպման, իսկ մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելը՝ ոլորտային քաղաքականության մշակման, իրականացված գործողությունների մշտադիտարկման դեպքում (Lawson, Beckett, 2020):

**ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎՐԱ ՀԻՄՆՎԱԾ ՍՈՂԵԼԸ
ԱՌԱՆՁԻՆ, ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ՍՈՂԵԼ Է**

Առավել շատ հանդիպում է այն մոտեցումը, որ մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելն առանձին մոդել է: Մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելը ներառում է թե՛ խտրականության դեմ պայքարը, թե՛ քաղաքացիական, քաղաքական, տնտեսական, սոցիալական իրավունքների պաշտպանությունը՝ հիմնվելով հաշմանդամություն ունեցող անձանց փորձառությունների ուսումնասիրման վրա (Degener, 2014):

Մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելն ընդգծում է հաշմանդամություն ունեցող անձանց կարիքների նկատմամբ հարգանքի, իրավունքների իրացման հնարավորությունների ստեղծման կարևորությունը՝ ընդգրկելով թե՛ անձնային, թե՛ հասարակական, թե՛ համակարգային մակարդակները:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ինքնավարության և անկախության խթանումը մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելի առանցքն է:

Հետևաբար, մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելի համաձայն՝ հոգեկան առողջության ոլորտում բարեփոխումները պետք է միտված լինեն հաշմանդամություն ունեցող անձանց անկախ կյանքի և համայնքում ներառման համար անհրաժեշտ պայմանների ստեղծմանը, խտրականության բացառմանը, բազմազանության դրսևորումների նկատմամբ զգայուն և մասնակցային քաղաքականությունների, միջոցառումների ու ծրագրերի նախագծմանը և իրականացմանը, ծառայությունների տրամադրմանը (Rees, Silove, 2012):

Ի թիվս մի շարք այլ փոփոխությունների՝ մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելի համաձայն՝ հարկ է իրականացնել նաև հետևյալները.

- Մարդու իրավունքները, մասնակցայնության, հաշվետվողականության, հակախտրականության և իրավահավասարության, գորեղացման սկզբունքներն առաջնային դարձնել ոլորտային քաղաքականության, ծրագրերի մշակման և իրականացման, մշտադիտարկման գործընթացում:
- Զարգացնել հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայություններ տրամադրող մասնագետների կարողությունները, բարձրացնել նրանց իրազեկվածությունը մարդու իրավունքների վերաբերյալ:
- Ապահովել ծառայություններ տրամադրող, օգտվող և շահագրգիռ այլ անձանց իմաստալից մասնակցայնությունը ծառայությունների նախագծման և տրամադրման ողջ գործընթացում:
- Մշակել, ներդնել ծառայությունների տրամադրման հաշվետվողականության և թափանցիկության ապահովման ձևաչափեր:
- Ապահովել թե՛ ծառայություն տրամադրողների, թե՛ քաղաքականություն մշակողների, թե՛ հասարակության լայն շերտերի զգայունությունը հոգեկան առողջության դրսևորումների հանդեպ (Շոտլանդիայի մարդու իրավունքների հանձնաժողով, Մարդու իրավունքների վրա հիմնված..., 2016):

Մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելը իրավահավասարության հաստատման ձևաչափ է, որին հասնելու ուղին իրավունքների պաշտպանությունն է (Degener, 2014):

ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎՐԱ ՀԻՄՆՎԱԾ ՄՈՂԵԼԻ

ՆԵՐԴՆՄԱՆ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ

Թեև մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելը համեմատաբար

նոր է, սակայն մի շարք երկրներ ներդրել են այն՝ գրանցելով հաջողություններ (Raveesh et al., 2019): Այս մոդելի ակունքները, ինչպես նաև պրակտիկ ներդրման ամենաակտիվ փորձը Մեծ Բրիտանիային է, որտեղ վերջին շրջանում հոգեկան առողջության ոլորտը կարգավորող հիմնական քաղաքականությունները նախագծվել են մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելի հիմքով: Մոդելի հիմքով նախագծված և իրականացված ցանկացած միջամտություն հետազոտվում է՝ մոդելի զարգացման հեռանկարները նախատեսելու և անհրաժեշտ փոփոխություններ իրականացնելու նպատակով: Գրանցված արդյունքների համաձայն՝ մոդելի ներդրմամբ բարելավվել է հոգեկան առողջության ոլորտի ծառայությունների դիզայնը, ընդլայնվել են շահերի պաշտպանության մեխանիզմները, աճել է շահառուների բավարարվածությունը մասնագիտական միջամտության որակից, ապահովվել է շահառուների իմաստալից մասնակցայնությունն իրենց վերաբերյալ որոշումների կայացմանը, նվազել է շահառուների մեկուսացումը, բարձրացել է ծառայությունների ծախսարդյունավետությունը և այլն:

Չնայած արձանագրված դրական փոփոխություններին՝ միջազգային փորձը հուշում է, որ նախքան մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելի ներդրումը հարկ է ուշադրություն դարձնել այն հանգամանքին, որ վերջինս ենթադրում է համալիր, միջոլորտային փոփոխություններ թե՛ ներպետական իրավական, թե՛ ծառայությունների տրամադրման, թե՛ մասնագիտական միջամտության մոտեցումներում, որը պետություններից պահանջում է ռազմավարական մոտեցում՝ մարդու իրավունքների մոդելի հիմքում ընկած գաղափարախոսության հստակ ամրագրում, մանրամասն մշակված ռազմավարական ծրագիր, թեմային հարակից ոլորտների պատասխանատու օղակների հանձնառություն:

Ինչ վերաբերում է ծախսարդյունավետությանը, ապա մոդելի ներդրման հիմքով բարեփոխումների իրականացման սկզբնական շրջանում պետություններից պահանջվում է ֆինանսական ներդրումներ կատարել, սակայն շատ կարճ ժամանակ անց վերջինս առավել ծախսարդյունավետ է դառնում (Mann et al., 2016):

ԽՆԴԻ ՀԱՅԱՍՏԱՆՅԱՆ ՀԱՄԱՏԵՔՍԸ

Հոգեկան առողջության խնդիրները մեկնաբանող մոդելները

Հայաստանում հոգեկան առողջության ոլորտում կիրառվող տերմինա-

բանության, հոգեկան առողջության խնդիրների մեկնաբանման հիմքում ընկած մոդելների ընտրության վրա մեծ է խորհրդային շրջանում տարածված մոտեցումների ազդեցությունը: Մասնավորապես՝ հոգեկան առողջության խնդիրները բնորոշող հասկացությունները խտրական էին, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մեկուսացնում էին հասարակությունից, բացառում նրանց մասնակցությունը հասարակական կյանքի տարբեր ոլորտներում (Ռազմավարություն, 2014):

Հետխորհրդային շրջանում հոգեկան առողջության ոլորտը կարգավորվում էր «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքով (ընդունվել է 04.03.1996 թ.), որի համաձայն՝ հոգեբուժության ոլորտում տրամադրվող ծառայությունները կենտրոնացած էին հոգեբուժական հիվանդանոցներում և դիսպանսերներում, իսկ աջակցություն տրամադրող մասնագետները միայն հոգեբույժներն էին:

Այնուհետև, 2004 թ. ընդունվում է «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքը, որում կիրառվում է «հոգեկան խանգարումով տառապող անձ» հասկացությունը: Վերջինս սահմանվում է որպես «հիվանդության հետևանքով հոգեբուժական օգնություն ստացող կամ այդ օգնության կարիքն ունեցող անձ», իսկ «հոգեկան հիվանդությունը»՝ որպես «հոգեկան և վարքի խանգարումների գործող հիվանդությունների 10-րդ միջազգային դասակարգմանը համապատասխանող անառողջ վիճակ կամ վարքի խանգարում»:

Թե՛ հասկացությային ապարատի, թե՛ առաջարկվող ծառայությունների բովանդակությունից հետևում է, որ այս շրջանում տարածված էր **բժշկական մոդելը**:

2010 թ. Հայաստանը վավերացնում է Կոնվենցիան, որում կիրառվում է «հաշմանդամություն ունեցող անձ» հասկացությունը՝ բնութագրելու նաև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունենալը, մասնավորապես. «*Հաշմանդամություն ունեցող անձինք են համարվում նրանք, որոնք երկար ժամանակ տառապում են ֆիզիկական, հոգեկան, մտավոր և նյարդային հիվանդություններով, որոնք տարբեր արգելքների հետ փոխազդեցության արդյունքում կարող են խոչընդոտել, որ նրանք լիակատար և արդյունավետ մասնակցեն հասարակական կյանքին մյուսների հետ հավասար հիմունքներով*»:

Հարկ է նշել, որ Կոնվենցիայի բնօրինակում կիրառվում է հետևյալ ձևակերպումը. «...who **have** long-term physical, **mental**, intellectual or sensory

impairments. . .»: Այսպիսով, ի տարբերություն հայերեն թարգմանության, որտեղ օգտագործվում է «տառապել» հասկացությունը, բնօրինակում կիրառվում է «ունենալ»-ը:

Բացի այդ, որքան էլ Կոնվենցիայում «հաշմանդամություն ունեցող անձ»-ը կիրառվում է որպես հովանոցային հասկացություն, միևնույնն է՝ Հայաստանում հաշմանդամություն ունեցող անձինք էին համարվում, ուստի և հաշմանդամություն ունեցող անձանց առաջարկվող ծառայություններից կարողանում էին օգտվել միայն այն մարդիկ, ովքեր ունեին հաշմանդամության կարգավիճակ:

Հարկ է նշել, որ Կոնվենցիայի վավերացմամբ **սկսում է ծավալվել քննարկում բժշկական մոդելից դեպի սոցիալական մոդելին անցնելու անհրաժեշտության մասին**: Սոցիալական մոդելի ներդրման վերաբերյալ պետության դիրքորոշումն ամրագրվում է երկու հիմնական փաստաթղթերում՝ «Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական սպասարկման այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման հայեցակարգ»-ում (այսուհետ՝ Հայեցակարգ) և «ՀՀ-ում հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման 2014-2019 թթ. ռազմավարություն»-ում (այսուհետ՝ Ռազմավարություն):

Սոցիալական մոդելի ազդեցությունը նկատելի է դառնում Հայաստանում հոգեկան առողջության խնդիրները նկարագրելիս, առաջարկվող ծառայությունների շրջանակը սահմանելու: Մասնավորապես, ի տարբերություն «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի, որում շարունակում էր կիրառվել «հոգեկան խանգարումով տառապող անձ» հասկացությունը, Հայեցակարգում և Ռազմավարությունում կիրառվում է «հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձ» հասկացությունը:

Բացի այդ, ի տարբերություն «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի, որտեղ հասկացությունը սահմանելիս շեշտադրվում է միայն հոգեբուժական օգնության տրամադրման կարևորությունը, Հայեցակարգում շեշտադրվում է նաև հոգեբանական, վերականգնողական օգնության տրամադրման անհրաժեշտությունը:

Հարկ է նշել, որ Հայեցակարգով և Ռազմավարությամբ առաջարկվում են հոգեկան առողջության ոլորտում մեկնարկել ապահիստիտուցիոնալացումը, զարգացնել համայնքահենք, այլընտրանքային ծառայությունները՝ որպես սոցիալական մոդելի ներդրման առանցք: Հետագոտությունները

ցույց են տալիս, որ այս առումով պետության կողմից նախատեսված ծրագրերի մեծ մասը չի իրականացվել, մի շարք մարտահրավերներ որևէ լուծում չեն ստացել, այդ թվում՝ ծառայությունները դեռևս մեծամասամբ կենտրոնացած են ինստիտուցիոնալ հաստատություններում, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք զրկված են մի շարք իրավունքներ իրացնելու հնարավորությունից և այլն (Khachatryan et al., 2021):

Այնուհետև իրավական մի շարք այլ ակտեր են ընդունվում, որտեղ առաջարկվում է ընդլայնել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների իրացման հնարավորությունները, նախատեսել դրանք իրացնելու համալիր մեխանիզմներ, սակայն այդ գործողություններից շատերը նույնպես մինչ օրս չեն իրականացվել:

Չնայած այս ամենին՝ որոշ փոփոխություններ նկատելի են իրավական ակտերում: Մասնավորապես՝ 2020 թ. «Հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում «հոգեկան խանգարումներով տառապող անձ» հասկացությունը վերաձևակերպվում է «հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձ»:

Բացի այդ՝ 2020 թ. ընդունվում է «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» կոնվենցիայի կամընտիր արձանագրությունը վավերացնելու մասին» օրենքի նախագծի մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը: Ենթադրվում է, որ Կամընտիր արձանագրության վավերացումը հնարավորություն կտա բարձրաձայնելու Կոնվենցիայի դրույթների խախտումների մասին՝ ամրագրելով հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանության արդյունավետ մեխանիզմներ:

Մկսվում են քննարկումները **մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելի** ներդրման հնարավորությունների մասին, մասնավորապես՝ 2020 թ. ընդունված «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալական ներառման 2021 թվականի տարեկան ծրագիրը և միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշումը նշվում է հաշմանդամության գնահատման նոր համակարգի ուղղությամբ աշխատանքների իրականացումը՝ որպես մարդու իրավունքների վրա հիմնված համակարգի առանցք:

Արդյունքում, 2021 թ. ընդունվում է «Անձի ֆունցիոնալության գնահատման մասին» ՀՀ օրենքը: Այս օրենքի ընդունմամբ փոխվում է հաշմանդամության գնահատման համակարգի ողջ տրամաբանությունը, մասնավորապես՝ բժշկասոցիալական փորձաքննությունից անցում կատարելով անձի ֆունկցիոնալության գնահատման: Այս բարեփոխման հիմքում է դրվում

«Ֆունկցիոնալության, հաշմանդամության և առողջության միջազգային դասակարգումը» (այսուհետ՝ ՖՄԴ):

«Անձի բազմակողմանի գնահատման՝ ԱՀԿ ֆունկցիաների միջազգային դասակարգման սկզբունքների վրա հիմնված հաշմանդամության սահմանման մոդելի ներդրման հայեցակարգ»-ում նշվում է, որ ՖՄԴ-ի նպատակն է ապահովել առողջական և առողջությանն առնչվող վիճակների նկարագրության համար համընդհանուր շրջանակ՝ երկու բաղադրիչներով.

1. Ֆունկցիոնալություն

- օրգանիզմի ֆունկցիաներ (ներառյալ՝ հոգեկան/մտավոր ֆունկցիաները) և մարմնի կառուցվածք,
- կենսագործունեություն և մասնակցություն:

2. Բովանդակային գործոններ

- միջավայրային գործոններ,
- անձնական գործոններ:

Մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելին անդրադարձ է կատարվում նաև «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալական ներառման 2023 թվականի տարեկան ծրագիրը և միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման նախագծի «Ներկա իրավիճակի նկարագրություն» բաժնում, որտեղ նշվում է. «...2021 թվականին ընդունված «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» և «Անձի ֆունկցիոնալության գնահատման մասին» օրենքները, որով օրենսդրական մակարդակում Հայաստանի Հանրապետությունը հրաժարվեց հաշմանդամության բժշկական մոտեցումից՝ անցում կատարելով հաշմանդամության՝ մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոտեցման»:

Ամփոփենք՝ որքան էլ որ վերջին տարիների ընթացքում ներպետական իրավակարգավորումներում անդրադարձ է կատարվում մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելին, այնուամենայնիվ հաշմանդամության գնահատման համակարգի փոփոխությունը և հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանության մասին առանձին օրենքով իրավունքների պաշտպանության դրույթներ սահմանելը բավարար չեն:

Ինչպես սույն հոդվածում միջազգային փորձի, տեսական գրականության ուսումնասիրման արդյունքներն են հուշում, մարդու իրավունքների վրա հիմնված մոդելն ընդգրկուն հայեցակարգային շրջանակ է՝ բազմոլորտ և բազմամակարդակ բարեփոխումներ պահանջող: Հետևաբար, քանի որ այս

մոդելը դեռևս նոր է, սպա դրա հայեցակարգումը, մոդելի հիմքով Հայաստանի սոցիալական պաշտպանության համակարգի դիզայնը, հետագայում դրա ազդեցության գնահատումն առանձին ուսումնասիրման առարկա կարող են դառնալ:

REFERENCES

- Khachatryan, G., Chilingaryan, A., Mejlumyan, A., Grigoryan, A., Galstyan, A. (2021). Database of organizations providing services to people with psychosocial and intellectual disabilities in the Republic of Armenia. *Hanrayin qaxaqakanutyán institute* [Institute of Public Policy]. Yerevan (in armenian)
- A Review of Programs. *Health and Human Rights Journal*, 18 (1), URL: <https://www.hhrjournal.org/2016/05/human-rights-based-approaches-to-mental-health-a-review-of-programs/>
- Chassy, C., Josa J., *Approaching Disability: Social & Rights-Based Models*, URL: <https://www.edu-links.org/learning/approaching-disability-social-rights-based-models>
- Degener, Th. (2014). A human rights model of disability. *Routledge Handbook of Disability Law and Human Rights*.
- Denunzio, M., Hogan, J. (2012). Chiarugi, Vincenzo. *Encyclopedia of the History of Psychological Theories*, New York, Springer. pp 174–175.
- Encyclopedia Britannica (2020). *Treatment of mental disorders. Historical overview*. United Kingdom.
- Farreras, I., G. History of Mental Illness, *Noba*, URL: <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>
- Finkelstein, V. (2007). The ‘Social Model of Disability’ and the Disability Movement, URL: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/finkelstein-The-Social-Model-of-Disability-and-the-Disability-Movement.pdf>
- Galderisi, A. Heinz, M. Kastrup, J. Beezhold, N. Sartorius (2015). Toward a new definition of mental health. *Journal of the world psychiatric Association*, pp. 231-233. DOI: 10.1002/wps.20231
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*.
- Lawson, A., Beckett, E., A. (2020). The Social and Human Rights Models of Disability: Towards a Complementarity Thesis. *The International Journal of Human Rights*, 25 (2), pp. 348-379, DOI: 10.1080/13642987.2020.1783533
- Mann, S., P., Bradley, V., J., Sahakian, B., J. (2016). Human Rights-Based

- Approaches to Mental Health. *Health Hum Rights*. 2016 Jun; 18(1): 263-276.
- McLeod, S. (2023). Psychodynamic Approach in Psychology. *Simply Psychology*. London.
- Miller, K. D. (2019). *What Are Mental Health Theories?* Positive Psychology. The Netherlands.
- Oliver, M. (1990). *People with established locomotor disabilities in hospitals*. Unit of the Royal College of Physicians.
- Parry, S. M. (2006). Dorothea Dix (1802–1887). *American Journal of Public Health*, 96(4), pp. 624–625. DOI: 10.2105/AJPH.2005.079152
- Raveesh, B., N., Gowda, G., S., Gowda, M. (2019). How right is right-based mental health law? *Indian Journal of Psychiatry*, 61(4), DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_115_19
- Rees, S., Silove, D. (2012). “Human rights in the real world: Exploring best practice research in a mental health context. *Mental health and human rights: Vision, praxis and courage*, pp. 599-610, DOI: 10.1093/med/9780199213962.003.0043
- Scottish Human Rights Commission (2016). *A Human Rights Based Approach to the Mental Health Strategy*. Scotland.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs*, London.
- The Anti-Defamation League (2017). A Brief History of the Disability Rights Movement, ADL education, from <https://www.adl.org/resources/backgrounder/brief-history-disability-rights-movement>
- Torrey, E. F. (1998). *Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis*.
- Trent, J. W (2014). *Moral Treatment*. *Social Welfare Library*, Gordon College, USA.
- World Health Organization (1962). *WHO and Mental Health, 1949-1961*. Geneva, World Health Organization.

Conflicts of Interest

The author declares no ethical issues or conflicts of interest in this research.

Ethical Standards

The author affirms this research did not involve human subjects.