DOI:10.52340/PUTK.2233-3541.2026.28.03

სამედიცინო მომსახურება საბჭოთა გულაგში: სახელმწიფო კონტროლი, დასჯა და ადამიანური სოლიდარობა

MEDICAL CARE IN THE SOVIET GULAG: STATE CONTROL, PUNISHMENT, AND HUMAN SOLIDARITY

TENGIZ VERULAVA
Director of the Institute of Health Policy, Caucasus University, Professor;
Tbilisi, Georgia
ORCID:0000-0001-8110-5485
tverulava@cu.edu.ge
+995 577 284849

Abstract. This paper examines the medical system of the "Gulag" (Chief Administration of Camps) as an integral part of the Soviet repressive apparatus. The objective of this study is to determine how medical care, in alignment with ideological and economic requirements, became a tool for the exploitation and control of human resources. The paper analyzes the medical infrastructure of the Gulag and contrasts it with the actual health status of the prisoners. The study employs a historical-comparative method, utilizing both archival data and the memoir literature of survivors (e.g., V. Shalamov, E. Ginzburg, and others). The research demonstrates that the formal structure of the medical system often masked systemic dehumanization, while the efforts of prisoner-physicians to maintain professional ethics represented a rare but significant form of resistance. The findings confirm that violations of medical ethics in the Gulag were not the result of individual moral failures, but rather the inevitable consequence of an ethical infrastructure deliberately dismantled by the state.

Keywords: *Gulag, Soviet repressions, medical ethics, forced labor, penitentiary system, dehumanization, camp medicine.*

CC BY-ND 4.0

Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

თენგიზ ვერულავა
ჯანდაცვის პოლიტიკის ინსტიტუტი, კავკასიის უნივერსიტეტი
თბილისი, საქართველო
ORCID:0000-0001-8110-5485
tverulava@cu.edu.ge
+995 577 284849

აბსტრაქტი. წინამდებარე ნაშრომი შეისწავლის „გულაგის“ (ბანაკების მთავარი სამმართველო) სამედიცინო სისტემას, როგორც საბჭოთა რეპრესიული აპარატის განუყოფელ ნაწილს. კვლევის მიზანია დაადგინოს, თუ როგორ იქცა სამედიცინო მომსახურება, იდეოლოგიურ და ეკონომიკურ მოთხოვნებთან თანხვედრაში, ადამიანური რესურსის ექსპლუატაციისა და კონტროლის ინსტრუმენტად. ნაშრომში გაანალიზებულია გულაგის სამედიცინო ინფრასტრუქტურა და შეპირისპირებულია პატიმართა რეალურ ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან. კვლევა ეფუძნება ისტორიულ-შედარებით მეთოდს და იყენებს როგორც საარქივო მონაცემებს, ისე გადარჩენილ პატიმართა მემუარულ ლიტერატურას (ვ. შალამოვი, ე. გინზბურგი და სხვ.). ნაშრომში ნაჩვენებია, რომ სამედიცინო სისტემის ფორმალური სტრუქტურა ხშირად ფარავდა სისტემურ დეჰუმანიზაციას, ხოლო პატიმარ ექიმთა მცდელობები, შეენარჩუნებინათ პროფესიული ეთიკა, წარმოადგენდა წინააღმდეგობის იშვიათ, თუმცა მნიშვნელოვან ფორმას. კვლევის შედეგები ადასტურებს, რომ გულაგში სამედიცინო ეთიკის დარღვევები არ იყო ინდივიდუალური მორალური შეცდომების შედეგი, არამედ სახელმწიფოს მიერ შეგნებულად დანგრეული ეთიკური ინფრასტრუქტურის გარდაუვალი შედეგი.

***საძიებო სიტყვები**: გულაგი, საბჭოთა რეპრესიები, სამედიცინო ეთიკა, იძულებითი შრომა, პენიტენციური სისტემა, დეჰუმანიზაცია, ბანაკის მედიცინა*

შესავალი

საბჭოთა კავშირის საგანგებო ბანაკების სისტემა, ცნობილი როგორც „გულაგი“ (Главное управление лагерей — ბანაკების მთავარი სამმართველო), ისტორიაში შევიდა როგორც მეოცე საუკუნის ერთ-ერთი ყველაზე მასშტაბური და დესტრუქციული პენიტენციური სისტემა. 1918 წელს ჩაყრილი საფუძვლები 1920–1950-იანი წლების განმავლობაში მუდმივად ფართოვდებოდა, ხოლო სისტემამ თავის პიკს 1940-იანი წლების მიწურულსა და 1950-იანების დასაწყისში მიაღწია (Applebaum, 2003). ამ პერიოდში ბანაკების ქსელში ერთდროულად 1.5-დან 1.8 მილიონამდე პატიმარი იმყოფებოდა, რომლებიც იძულებითი შრომის გზით საბჭოთა ეკონომიკის სხვადასხვა სექტორს ემსახურებოდნენ (Conquest, 2008).

CC BY-ND 4.0
Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

გულაგი საზოგადოებრივ ცნობიერებაში პირველ რიგში ასოცირდება იძულებით შრომასთან, მასობრივ პოლიტიკურ რეპრესიებთან და სისტემატურ სისასტიკესთან. მიუხედავად იმისა, რომ ჰუმანიტარული ასპექტები კვლევის საგანი არაერთხელ გამხდარა, გულაგის სამედიცინო მომსახურების სისტემა, როგორც სახელმწიფო მექანიზმის განუყოფელი ნაწილი, აკადემიურ დისკურსში შედარებით ნაკლებად არის შესწავლილი. საბჭოთა სახელმწიფო ოფიციალურ დონეზე აღიარებდა პატიმართა სამედიცინო მომსახურების საჭიროებას; თუმცა, ეს აღიარება ნაკარნახევი იყო არა ჰუმანიტარული მოსაზრებებით, არამედ პრაგმატული აუცილებლობით — პატიმრის, როგორც „სამუშაო ძალის“, ფიზიკური რესურსის ექსპლუატაცია სამედიცინო ზედამხედველობის გარეშე ფიზიკურად შეუძლებელი გახდებოდა (Barnes, 2011).

იდეოლოგიური მოთხოვნებისა და სახელმწიფო ეკონომიკური ლოგიკის სინთეზმა შექმნა სამედიცინო სისტემა, სადაც ადამიანური სიცოცხლე არა ღირებულება, არამედ წარმოების პროცესის მეორეხარისხოვანი, მართვადი ელემენტი გახდა. სამედიცინო პერსონალი ხშირად აღმოჩნდებოდა ეთიკურ დილემებს შორის, სადაც პროფესიული ფიცი და სახელმწიფო დირექტივები რადიკალურად ეწინააღმდეგებოდა ერთმანეთს (Tsaregorodstev & Ivanyuskin, 1989).

წინამდებარე კვლევა მიზნად ისახავს გულაგის სამედიცინო რეალობის ყოვლისმომცველ ანალიზს და დასახულ ამოცანებს სამ ძირითად მიმართულებად ყოფს:

გულაგის ოფიციალური სამედიცინო სტრუქტურის არქიტექტურისა და ნორმატიული ბაზის აღწერა;

ამ სტრუქტურის პრაქტიკული ფუნქციონირებისა და მისი ბიუროკრატიული ეფექტიანობის შეფასება;

ორგანიზებულ სამედიცინო სისტემასა და პატიმართა რეალურ ფიზიკურ მდგომარეობას შორის არსებული ფუნდამენტური წინააღმდეგობის განმარტება.

მეთოდოლოგია

კვლევა დაფუძნებულია სამ ძირითად წყაროთა ჯგუფზე:

საარქივო დოკუმენტები: სტალინის გარდაცვალების შემდეგ, განსაკუთრებით კი 1990-იანი წლებიდან, რუსეთის სახელმწიფო არქივებში (ГАРФ — Государственный архив Российской Федерации) ხელმისაწვდომი გახდა გულაგის შინაგანი ანგარიშები, სტატისტიკური მონაცემები, სასიკვდილო შემთხვევათა ჩანაწერები და სამედიცინო ინსტრუქციები. ამ დოკუმენტების კრიტიკული ანალიზი საშუალებას იძლევა შევადაროთ სახელმწიფო „ნორმები" და ბანაკების ყოველდღიური რეალობა.

მოგონებები და ზეპირი ისტორია: ალექსანდრ სოლჟენიცინის „არქიპელაგ გულაგი", ევგენია გინზბურგის „ვარდისფერი ციცინო", შალამოვის „კოლიმის მოთხრობები" და სხვა ათობით მემუარი, რომლებიც გამოქვეყნდა ან ემიგრაციაში, ან გლასნოსტის პერიოდის შემდეგ, ქმნიან ბანაკის ცხოვრების ვრცელ ეთნოგრაფი-

CC BY-ND 4.0

Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

ულ სურათს. ამ წყაროებს, სუბიექტური ხასიათის მიუხედავად, გადამწყვეტი ადგილი უჭირავთ გადარჩენილთა გამოცდილების რეკონსტრუქციაში.

მეორადი ლიტერატურა: გამოყენებულია ანა აპლბაუმის, ოლეგ ხლევნიუკის, ჯეიმს მეისის და სხვა ისტორიკოსთა შრომები, რომლებიც სიღრმისეულად სწავლობდნენ გულაგის სისტემას. ამ ნაშრომთა კრიტიკული შეჯამება საშუალებას იძლევა ჩამოყალიბდეს ყოვლისმომცველი ანალიტიკური ჩარჩო.

ისტორიული კონტექსტი და გულაგის წარმოშობა. გულაგი ისტორიულ ვაკუუმში არ წარმოშობილა. რუსეთში დამსჯელობითი სისტემის ტრადიცია პეტრე დიდის (1672-1725) რეფორმებამდე, XVIII საუკუნიდან იწყება, რომელმაც ჩამოყალიბა პოლიტიკა, რომლის მიხედვითაც სახელმწიფო პოლიციურ ინსტიტუტს საზოგადოებაზე ყოვლისმომცველი კონტროლი მიენიჭა. შემდგომმა მმართველებმა ეს კონცეფცია ციმბირის ტერიტორიაზე გავრცელებული პენიტენციარული სისტემის გზით განავითარეს (Пученков და სხვ., 2019). ამ ადრეული პერიოდის პატიმრობის პირობები, მიუხედავად სიმძიმისა, მაინც განსხვავდებოდა გვიანდელი გულაგისგან: სამედიცინო მომსახურება, ფაქტობრივად, მთლიან მოსახლეობასთან შედარებად დონეზე იმყოფებოდა, ხოლო ექიმები სახელმწიფო დისციპლინის სისტემატურ იარაღად არ გამოიყენებოდნენ.

ეს სიტუაცია კომუნისტური მმართველობის დამყარებასთან ერთად რადიკალურად შეიცვალა. 1922 წელს დაფუძნებული გულაგი წარმოადგენდა საბჭოთა კავშირის მასშტაბით განფენილ ციხის ბანაკთა ქსელს, რომელიც მთლიანად პოლიტიკური მიზნებისთვის შეიქმნა. ზუსტი სტატისტიკური სურათი დღემდე სრულად არ არის აღდგენილი, ვინაიდან მნიშვნელოვანი დოკუმენტები განადგურდა ან დაიკარგა; ცალკეული მკვლევრები ვარაუდობენ, რომ პოლიტიკურ პატიმართა მთლიანი რიცხვი 20 მილიონს შეადგენდა (Applebaum, 2003).

პიროვნების კულტის პერიოდში (1924–1953) სახელმწიფო მექანიზმი მთლიანად სტალინის პირად ნებაზე იყო დამოკიდებული, მაშინ როდესაც ბრეჟნევის ე.წ. „უძრაობის ხანაში“ (1964–1982) გაქვავებული ბიუროკრატიული აპარატი სისტემატურად აფერხებდა ინფორმაციის გავრცელებას. ბანაკებში სამედიცინო პრაქტიკასთან დაკავშირებული საკითხები მეცნიერულ ლიტერატურაში ან მთლიანად იგნორირებული იყო, ან მხოლოდ ზედაპირულად ხსენდებოდა (Stagnaro, 2012). ამ ინფორმაციულ სიცარიელეს ამძაფრებდა ის ფაქტი, რომ სახელმწიფო რეპრესიების მუდმივი შიში და KGB-ის მემკვიდრე სტრუქტურებთან წარსული კავშირები ბევრ მონაწილეს დუმილისკენ უბიძგებდა.

ვითარება ფუნდამენტურად შეიცვალა სტალინის გარდაცვალების შემდეგ, როდესაც გულაგის სისტემის შესახებ ინფორმაციამ სამეცნიერო პერიოდიკაში, მემუარულ ლიტერატურასა და კინემატოგრაფში გაიკვალა გზა. ინფორმაციის ამგვარმა „გახსნამ“ მკვლევრებს პირველად მისცა შესაძლებლობა, კრიტიკული ანალიზის საგნად ექციათ ბანაკებში სამედიცინო მომსახურების, პროფესიული ეთიკისა და პასუხისმგებლობის მწვავე საკითხები.

CC BY-ND 4.0
Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

გულაგის ფორმალური სამედიცინო სტრუქტურა: ილუზია და რეალობა. გულაგის ადმინისტრაცია აყალიბებდა ფართომასშტაბიან სამედიცინო ინფრასტრუქტურას, რომელიც თეორიულად მიზნად ისახავდა „პატიმართა შრომისუნარიანობის შენარჩუნებას“. თუმცა, ინსტიტუციურ დონეზე, ეს სისტემა უფრო მეტად იყო გათვლილი კვოტების დაცვასა და ბიუროკრატიულ კონტროლზე, ვიდრე ჰუმანურ მკურნალობაზე (Gety et al., 2018).

ოფიციალური დირექტივების მიხედვით, თითოეული ბანაკური ერთეული უნდა აღჭურვილი ყოფილიყო მკაცრად განსაზღვრული სტრუქტურით:

სამედიცინო პუნქტი (медицинская часть, ანუ „სანჩასტი") წარმოადგენდა ბანაკის პირველად სამედიცინო დაწესებულებას. აქ ხდებოდა პირველადი დათვალიერება, სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება და, რაც მთავარია, შრომითი კატეგორიების მინიჭება.

სტაციონარი: გათვლილი იყო კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პატიმრებისთვის. სინამდვილეში, რესურსების ქრონიკული სიმწირის გამო, სტაციონარები ხშირად მხოლოდ „მომაკვდავთა თავშესაფრად“ იქცეოდა, სადაც პატიმრები მედიკამენტების გარეშე იყვნენ მიტოვებულნი (Applebaum, 2003).

სამედიცინო პერსონალი: ბანაკის ექიმები ხშირად თავადაც პატიმრები იყვნენ. ეს სტრატეგია ორ მიზანს ემსახურებოდა: დაეზოგა სახელმწიფო ხაზინა და ექიმი, როგორც „კომპრომიტირებული პირი“, დაექვემდებარებინა ბანაკის ადმინისტრაციის პირდაპირ ზეწოლას (Solzhenitsyn, 1974).

ფარმაცევტული მარაგი: ოფიციალურად, ყოველ ბანაკს უნდა ჰქონოდა მედიკამენტების ფონდი, თუმცა პრაქტიკაში მარაგი ხშირად იცლებოდა ადმინისტრაციის პირადი სარგებლობისთვის ან კორუფციული გარიგებების გამო (Barnes, 2011).

1930-იანი წლების ნორმატივებით, ყოველ 300–500 პატიმარზე ერთი სამედიცინო მუშაკი იყო განსაზღვრული. ეს მაჩვენებელი, ქაღალდზე, შეესაბამებოდა მაშინდელ ევროპულ პენიტენციურ სტანდარტებს. სისტემა ასრულებდა ყველა ფორმალობას: პერიოდული „გასინჯვები“ (ოსმოტრები), სხეულის წონის კონტროლი და კატეგორიზაცია:

I კატეგორია: მძიმე ფიზიკური შრომა (სრულად ვარგისი).

II კატეგორია: შეზღუდული ფიზიკური დატვირთვა.

III კატეგორია: სამედიცინო სტაციონარი ან „ინვალიდთა“ ბანაკი.

ეს კატეგორიები იყო „სასიცოცხლო კონტროლის“ ინსტრუმენტი. პატიმრის კატეგორიის ცვლილება პირდაპირ განსაზღვრავდა მის საკვებ რაციონს და დღის რეჟიმს, რითაც ექიმებსა და ადმინისტრაციას პატიმართა ბედის გადაწყვეტის უზარმაზარი, ხშირად თვითნებური ძალაუფლება ჰქონდათ (Conquest, 2008).

ამგვარად, ფორმალური სამედიცინო სტრუქტურა გულაგში არ იყო ჯანმრთელობის დაცვის მექანიზმი, არამედ „ადამიანური რესურსის ექსპლუატაციის სტატისტიკური აღრიცხვის“ აპარატი. ექიმის ფუნქცია ხშირად დაიყვანებოდა არა გან-

CC BY-ND 4.0

Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

კურნებაზე, არამედ იმის განსაზღვრაზე, თუ რამდენი შრომითი რესურსი იყო დარჩენილი პატიმარში (Kotkin, 2017).

რეალობა - სიცოცხლისა და სიკვდილის საზღვარი. პრაქტიკაში სამედიცინო სისტემა განიცდიდა სტრუქტურულ კოლაფსს:

სამედიცინო პერსონალის სიმცირე. ექიმთა დიდი ნაწილი თავად პატიმარი იყო, ნასამართლევი „ხალხის მტრები". მათ ხშირად ჰქონდათ ნამდვილი კვალიფიკაცია, მაგრამ სრულ დამოკიდებულებაში იმყოფებოდნენ ბანაკის ადმინისტრაციაზე. ადმინისტრაციას კი, თავის მხრივ, ეკონომიკური ინტერესი ჰქონდა: ავადმყოფი პატიმარი „გამოუსადეგარი" იყო.

მედიკამენტების კატასტროფული ნაკლებობა. ომამდელ და ომის პერიოდის ბანაკებში ანტიბიოტიკები, სადეზინფექციო საშუალებები და ელემენტარული სამედიცინო ინვენტარი ხშირად საერთოდ არ არსებობდა. შალამოვი აღწერს, როგორ მკურნალობდნენ ღია ჭრილობებს ლერწმის ბოჭკოთი.

„სიმულანტის" ეტიკეტი. ბანაკის ადმინისტრაცია ხშირად ეჭვის თვალით უყურებდა ავადმყოფ პატიმრებს. ვინც სამუშაოს თავი აარიდა ჯანმრთელობის მიზეზით, რისკავდა „სიმულანტად" გამოცხადდეს. ეს კი სასჯელს ან სურსათის ნორმის შემცირებას ნიშნავდა.

სასიკვდილო სიხშირე. ოფიციალური საბჭოთა სტატისტიკის მიხედვით, 1930–1953 წლებში გულაგის ბანაკებში დაახლოებით 1.5–1.8 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა. ისტორიკოსები (ხლევნიუკი, მეისი) ვარაუდობენ, რომ რეალური რიცხვი მნიშვნელოვნად მაღალია, ვინაიდან „გათავისუფლებამდე გარდაცვლილები" ხშირად სტატისტიკაში არ ფიქსირდებოდა. 1942–1943 წლებში, სამამულო ომის ყველაზე მძიმე პერიოდში, ზოგ ბანაკში სიკვდილიანობის წლიური მაჩვენებელი 20–25%-ს აღწევდა.

სამედიცინო მომსახურება როგორც დასჯის იარაღი. გულაგის სისტემაში სამედიცინო მომსახურება არა მხოლოდ უგულებელყოფილი, არამედ ხშირად აქტიურად გადაქცეული იყო სადამსჯელო ინსტრუმენტად. ეს განზომილება განასხვავებს გულაგის სამედიცინო რეალობას ჩვეულებრივი სამედიცინო გულგრილობისგან და მას სისტემური ძალადობის კატეგორიაში ათავსებს.

პოლიტიკურ პატიმართა მიმართ გამოყენებულ სადამსჯელო პრაქტიკებს შორის ერთ-ერთი ყველაზე ცნობილი დოკუმენტია ანატოლი მარჩენკოს მემუარები - „ჩემი ჩვენება“ (1969). ავტორმა, რომელიც პროფესიით მუშა იყო, წიგნი ბანაკიდან გათავისუფლების შემდეგ დაწერა, რისთვისაც მალევე კვლავ დააპატიმრეს; იგი გულაგის სისტემაშივე გარდაიცვალა. მისი ნაშრომი ბანაკებში სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ერთ-ერთი ყველაზე სრულყოფილი და დეტალური აღწერაა (Marchenko, 1969). მარჩენკო იხსენებს თავის გამოცდილებას, როდესაც უკანონო სასჯელს შიმშილობით აპროტესტებდა: „რამდენი დღის განმავლობაში ცივი წყლის გარდა პირში არაფერი ჩამიდია. ყურადღებას არავინ მაქცევდა. ზედამხედველები, ჩემი უარის მოსმენის შემდეგ, მშვიდად გაიტანდნენ ხოლმე ჩემს ულუფასა და წვნიანის ჯამს და საღამოს კვლავ მოიტანდნენ. მე კვლავ უარს ვამ-

CC BY-ND 4.0
Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

ბობდი. სამი დღის შემდეგ საკანში ზედამხედველები ექიმთან ერთად შემოვიდნენ და დაიწყეს ოპერაცია, რომელიც ცნობილია როგორც „იძულებითი ხელოვნური კვება“. ხელები ზურგს უკან გადამიგრიხეს და ხელბორკილები დამადეს, შემდეგ პირში პირის გამღები ჩამიდეს, საყლაპავში მილი ჩამტენეს და დაიწყეს საკვები ნარევის, რაღაც ცხიმიანი და ტკბილი მასის, ჩასხმა“ (Marchenko, 1969).

მარჩენკოს დაკვირვებით, სამედიცინო პერსონალი პატიმრების მიმართ სისტემატურად ავლენდა დამამცირებელ დამოკიდებულებას; ხშირ შემთხვევაში, სომატური ჩივილები სიმულირებულად ცხადდებოდა, ხოლო სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა პატიმრისთვის დამატებითი რეპრესიების საფუძველი ხდებოდა.

სამედიცინო დახმარებასა და მკურნალობაზე წვდომის მიზნით, მარჩენკომ საავადმყოფოში სანიტრად დასაქმება მოახერხა. იგი აღწერს ქირურგიულ განყოფილებას, სადაც პატიმრების პირადი სივრცე სრულად იყო იგნორირებული: მამაკაცებსა და ქალებს ერთსა და იმავე სივრცეში მონაცვლეობით ოპერირებდნენ. ქალი პაციენტები იძულებულნი იყვნენ, საჯაროდ გაეხადათ ტანსაცმელი და ისე გადაეყვანათ მამაკაცების გარემოცვაში. ოპერაციის შემდგომ, ჯერ კიდევ ანესთეზიის ზემოქმედების ქვეშ მყოფ პაციენტებს მცველები ხშირად პირდაპირ იატაკზე ათავსებდნენ. როდესაც სანიტრები ამგვარი მოპყრობის გამო შეშფოთებას გამოთქვამდნენ, ოფიცრები ცინიკურად პასუხობდნენ: „ჩვენ ექიმები არ ვართ, ჩვენი საქმე მხოლოდ დაცვაა. ანესთეზია და პაციენტების მდგომარეობა ჩვენ არ გვეხება“. ექიმები, თავის მხრივ, პასუხისმგებლობას იხსნიდნენ და აცხადებდნენ: „ჩვენ ექიმები ვართ, ჩვენი საქმე მკურნალობაა. ესკორტთან არაფერი გვაკავშირებს, რა უნდა მოვიმოქმედო?“

განსაკუთრებით შემაძრწუნებელია პატიმარი ექიმის, იაკუბ გელერის შემთხვევა. „ხალხის მტრების“ მიმართ „ზედმეტი ლმობიერების“ გამო საყვედურის მიღების შემდეგ, მას დაავალეს ახლად გარდაცვლილი პაციენტის გაკვეთა არა მორგში, არამედ საკუთარ საძინებელში. როგორც გელერი იხსენებს: „მომდევნო 10 ღამის განმავლობაში ჩემს ოთახში დაძინება თითქმის შეუძლებელი იყო“. ეს იყო განზრახ დამამცირებელი ქმედება, რომელიც ექიმის პროფესიული ღირსებისა და ეთიკური პრინციპების შელახვის მიზნით, ფსიქოლოგიური ზეწოლის იარაღად იქნა გამოყენებული (Geller, 1989).

სამედიცინო მომსახურებაზე წვდომის შეზღუდვა სადამსჯელო სისტემის ერთ-ერთი დამახასიათებელი მეთოდი იყო. მწერალი იული დანიელი, რომელიც 1965 წელს ადამიანის უფლებების დარღვევის წინააღმდეგ ღია პროტესტისა და ანტისაბჭოთა ნაწარმოებების გამო დააპატიმრეს, სწორედ ამ პოლიტიკის მსხვერპლი გახდა. მისი ლიტერატურული შემოქმედება ძირითადად „სამიზდატის“ (არალეგალური ლიტერატურის) სახით ვრცელდებოდა. დანიელს გულაგის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში აკავებდნენ, სადაც ნებისყოფის გასატეხად მას სამედიცინო დახმარებაზე სისტემატურად უარს ეუბნებოდნენ (Medvedev, 1980).

ალექსანდრ პოდრაბინეკს პოლიტიკური მოტივებით სამედიცინო სასწავლებელში ჩარიცხვაზე უარი უთხრეს. 1971 წელს, 20 წლის ასაკში, იგი დაინტერესდა

CC BY-ND 4.0

Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

ფსიქიატრიის პოლიტიკური მიზნებით გამოყენების საკითხით. მოსკოვის სასწრაფო დახმარების სამსახურში მუშაობის სამი წლის განმავლობაში, მან საფუძვლიანად შეისწავლა აღნიშნული პრობლემა. 1977 წელს პოდრაბინეკმა მონაწილეობა მიიღო მოქალაქეთა საინიციატივო ჯგუფის „ფსიქიატრიის პოლიტიკური მიზნებისთვის გამოყენების გამოსაძიებელი სამუშაო კომისიის“ ჩამოყალიბებაში, რომლის მიზანიც სინდისის პატიმართა უფლებების დაცვა იყო. 1978 წელს იგი კგბ-მ დააპატიმრა, ხოლო მისი წიგნი „სასჯელაღსრულებითი მედიცინა“, რომელშიც დეტალურად იყო აღწერილი პატიმართა ნებისყოფის გასატეხად ფსიქოტროპული პრეპარატების (მაგალითად, ჰალოპერიდოლის) გამოყენების პრაქტიკა, კონფისკაციას დაექვემდებარა. პოდრაბინეკს ხუთი წლით ციმბირში გადასახლება მიუსაჯეს. მოგვიანებით, მან ძირითადად მეხსიერებაზე დაყრდნობით წიგნი ხელახლა დაწერა, რომელიც საბჭოთა კავშირიდან დასავლეთში გასავრცელებლად ფარულად გაიტანეს (Podrabinek, 1979).

სიკვდილიც კი არ ათავისუფლებდა ექიმს სახელმწიფო სამსახურისგან. ბანაკის ადმინისტრაცია მათ ავალებდა, გარდაცვლილი პატიმრებისთვის ოქროს კბილები და გვირგვინები ამოეღოთ და სახელმწიფო ხაზინაში ჩაებარებინათ. სამედიცინო პერსონალის მიმართ წაყენებული ეს არაჰუმანური მოთხოვნა ეთიკური კრიზისის პიკი იყო. მათგან განსხვავებით, ვინც ბრმად ემორჩილებოდა რეჟიმს, ნაწილი ექიმებისა უარს ამბობდა ამ „სამუშაოზე“ და ბანაკის ადმინისტრაციას ნიურნბერგის პროცესის (1946) დებულებებს ახსენებდა. ასეთი ქმედება იყო არა მხოლოდ მორალური არჩევანი, არამედ წინააღმდეგობის მამაცი ფორმა ავტორიტარული სისტემის წინაშე (Marchenko, 1969).

ვარლამ შალამოვმა შექმნა კოლიმის გულაგის სისტემაში საკუთარი მძიმე გამოცდილების ამსახველი შემაძრწუნებელი მემუარები. სიმბოლურია, რომ ეს იყო კოლიმის მხარე, ადგილი, სადაც ჯერ კიდევ XIX საუკუნეში რუსი მწერალი და ექიმი ანტონ ჩეხოვი (1860–1904) იმყოფებოდა, რათა მეფის რუსეთის საპატიმროების რეალობა აღეწერა. თავის კრებულში „კოლიმის მოთხრობები“ შალამოვი დეტალურად აღწერს სამედიცინო პერსონალის პროფესიულ დეგრადაციასა და პაციენტებისადმი არაადამიანურ დამოკიდებულებას. ბანაკის პატიმრები მასობრივად იღუპებოდნენ შიმშილით, დამქანცველი შრომითა და აუტანელი საყოფაცხოვრებო პირობებით, რაც ბევრ მათგანს გონების შერყევამდე მიჰყავდა.

შალამოვი აღნიშნავს: „შიმშილი საშინელი რამ არის. ამ მდგომარეობამ ნამდვილი სახელი მხოლოდ ლენინგრადის ბლოკადის შემდეგ მიიღო. მანამდე ექიმები მას უბრალოდ დიაგნოზებს არქმევდნენ: ვიტამინური დეფიციტი, პელაგრა ან დიზენტერიით გამოწვეული გამოფიტვა. ეს იყო საიდუმლოს შენარჩუნების მეთოდი, ციხის სისტემაში სიკვდილიანობის რეალური მიზეზების დამალვის გზა. ექიმებს მკაცრად ეკრძალებოდათ ოფიციალურ დოკუმენტებში, ავადმყოფობის ისტორიებსა თუ სამეცნიერო კონფერენციებზე სიტყვა „შიმშილის“, როგორც სიკვდილის გამომწვევი მიზეზის ხსენება“. შალამოვი აქვე ხაზს უსვამს, რომ მისი

CC BY-ND 4.0
Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

მკურნალი ექიმი „საკუთარ მოწოდებად და მორალურ იმპერატივად ყველა „ხალხის მტრის“ დევნასა და განადგურებას მიიჩნევდა (Shalamov, 1989).

ეს პრაქტიკები ერთობლიობაში გვიჩვენებს, რომ სამედიცინო სფერო გულაგში ორმაგ ფუნქციას ასრულებდა: ერთი მხრივ, ფორმალურად „ამართლებდა" სისტემის ჰუმანურობის პრეტენზიას, მეორე მხრივ კი პირდაპირ ემსახურებოდა სახელმწიფო კონტროლისა და დასჯის მექანიზმს.

სამედიცინო ეთიკის საფუძვლები და მისი დეფორმაცია საბჭოთა სისტემაში. გულაგში ექიმთა ქცევის გასაგებად აუცილებელია იმ ეთიკური ჩარჩოს გათვალისწინება, რომელშიც საბჭოთა მედიცინა ფუნქციონირებდა. ეს ჩარჩო 1917 წლის შემდეგ რადიკალურად შეიცვალა და ცვლილება არა ევოლუციური, არამედ მიზანმიმართული დეფორმაციის შედეგი იყო.

რუსულ სამედიცინო ეთიკას გამორჩეული ჰუმანისტური ტრადიცია ჰქონდა, რომლის ერთ-ერთ ყველაზე თვალსაჩინო წარმომადგენლადაც ექიმი და მწერალი ანტონ ჩეხოვი რჩება. 1890 წელს ჩეხოვმა კუნძულ სახალინზე იმოგზაურა, სადაც კატორღელთა მძიმე ყოფას გაეცნო; თავისი შთაბეჭდილებები მან წიგნში „კუნძული სახალინი“ (1893–1894) გააერთიანა. ჩეხოვმა მკვეთრად დაგმო პატიმართა მიმართ გამოვლენილი სახელმწიფო გულგრილობა და აღნიშნა, რომ „მილიონობით ადამიანი ციხეში ლპობისთვის მივატოვეთ“, რითაც პასუხისმგებლობა არა მხოლოდ ადმინისტრაციას, არამედ მთელ საზოგადოებას დააკისრა (Galton, 1989). ჩეხოვის ეს პოზიცია, ექიმი, როგორც პაციენტის დამცველი და საზოგადოებრივი მორალის გამტარებელი, წარმოადგენდა იმ ეთიკურ სტანდარტს, რომლის სრულ დემონტაჟსაც შემდგომში საბჭოთა სისტემა შეგნებულად ცდილობდა.

1917 წლის ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ ეს ტრადიცია სახელმწიფო პოლიტიკის პირდაპირი სამიზნე გახდა. 1920 წლისთვის სამედიცინო სასწავლებლებში ჰიპოკრატეს ფიცის გამოყენება აიკრძალა, როგორც „ზედმეტად ბურჟუაზიული" მოვლენა (Yurievna & Speckhard, 1993). ამ ნაბიჯის სიმბოლური მნიშვნელობა გაცილებით სცდებოდა ფორმალურ ცვლილებას: ის ნიშნავდა, რომ ექიმის ეთიკური ვალდებულება პაციენტის წინაშე ცვლიდა ადგილს სახელმწიფოს წინაშე ვალდებულებით. შემდგომ წლებში ადამიანის უფლებების დამცველი კონსტიტუციური ნორმების ნაცვლად სამედიცინო პრაქტიკაში დამკვიდრდა ბიუროკრატიული დირექტივები და თვითნებური წესები (Tsaregorodstev & Ivanyuskin, 1989).

საბჭოთა დირექტივა, რომლის თანახმადაც სამედიცინო პრაქტიკა მარქსისტულ-ლენინურ კონცეფციებზე უნდა დაფუძნებულიყო, ფუნდამენტურად შეუთავსებელი აღმოჩნდა პროფესიული ეთიკის მოთხოვნებთან. ეს მიდგომა ექიმის პირველად როლს, პაციენტის დამცველობას, პოლიტიკური იდეოლოგიის ადვოკატირებით ანაცვლებდა, რაც თავისთავად ქმნიდა სტრუქტურულ საფუძველს გულაგში დაფიქსირებული მასშტაბური სამედიცინო დარღვევებისათვის (Tsaregorodstev & Ivanyuskin, 1989).

ამ წინააღმდეგობის ინსტიტუციური აღიარება მხოლოდ ათწლეულების შემდეგ მოხდა. 1971 წლისთვის საბჭოთა ხელისუფლება იძულებული გახდა ეღიარე-

CC BY-ND 4.0

Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

ბინა, რომ სამედიცინო კურსდამთავრებულებს მყარი მორალური სტანდარტების პიროვნული აღიარება ესაჭიროებოდათ. შედეგად, 1973 წელს მიღებულ იქნა „საბჭოთა ექიმის ფიცი“. მიუხედავად ამ ნაბიჯის ფორმალური მნიშვნელობისა, მასში ჰიპოკრატეს ტრადიციაზე კვლავ არაფერი იყო ნათქვამი, სამაგიეროდ, დამატებული იყო სახელმწიფოსადმი უპირობო ერთგულების პირობა (Yurievna & Speckhard, 1993). საერთაშორისო დონეზე, გაეროს „სამედიცინო ეთიკის პრინციპები“, ადამიანის უფლებათა 1948 წლის ქარტიის დანართი, რომელიც ექიმების მონაწილეობას წამებაში პირდაპირ გმობს, საბჭოთა კავშირმა მხოლოდ „გლასნოსტის“ პერიოდის შემდეგ, 1991 წელს მოახერხა რატიფიცირება (Annas & Grodin, 1992).

სრული ეთიკური რეაბილიტაცია 1992 წელს მოხდა, როდესაც რუსეთის სამედიცინო სასწავლებლებში ჰიპოკრატეს ტრადიციაზე დაფუძნებული ახალი ფიცი შემოიღეს, სამი მეოთხედი საუკუნის შემდეგ, რაც ეს ტრადიცია „ბურჟუაზიულად“ გამოცხადდა და აიკრძალა (Yurievna & Speckhard, 1993).

ამ ისტორიული თანმიმდევრობის ანალიზი ცხადყოფს, რომ გულაგში სამედიცინო ეთიკის დარღვევები ცალკეული პირების მორალური ჩავარდნა კი არ იყო, არამედ სახელმწიფოს მიერ შეგნებულად დემონტირებული ეთიკური ინფრასტრუქტურის გარდაუვალი შედეგი. როდესაც ინსტიტუციური ჩარჩო, რომელიც ექიმს პაციენტის წინაშე ანგარიშვალდებულს ხდის, მიზანმიმართულად ინგრევა, ინდივიდუალური წინააღმდეგობა არა პროფესიულ ნორმად, არამედ გმირობის ტოლფას აქტად იქცევა.

„ფელდშერი" - ბანაკის ჰუმანისტური ფენომენი. გულაგის სამედიცინო სისტემის ანალიზი არასრული იქნებოდა, თუ ყურადღებას არ გავამახვილებდით იმ ფენომენზე, რომელიც ოფიციალური სტრუქტურის ნაპრალებში არსებობდა, ე.წ. „ბანაკის ფელდშერზე“. ეს ფიგურა გულაგის სამედიცინო ისტორიოგრაფიაში შედარებით ნაკლებად არის შესწავლილი, მიუხედავად იმისა, რომ პატიმართა გადარჩენაში მისი როლი ხშირად გადამწყვეტი იყო.

ფელდშერი, როგორც წესი, არც სრულფასოვანი ექიმი იყო და არც უბრალო სანიტარი. ეს იყო შუალედური რგოლის სამედიცინო მუშაკი — ზოგჯერ სამედიცინო სასწავლებლის არასრული კურსის გამვლელი, ზოგჯერ კი პრაქტიკული გამოცდილების მქონე სამედიცინო მუშაკი, რომელიც ბანაკის სამედიცინო პუნქტში მუშაობდა და პატიმრებთან გაცილებით ინტენსიურ კონტაქტში იმყოფებოდა, ვიდრე ბანაკის ექიმი (Applebaum, 2003). მისი პოზიცია სტრუქტურულად ორაზროვანი იყო: ერთი მხრივ, ადმინისტრაციის დაქვემდებარებაში მყოფი „აღმსრულებელი“, მეორე მხრივ კი პირი, რომელთანაც ავადმყოფი პატიმარი პირველად მიდიოდა.

ეს ორაზროვნება ფელდშერს განსაკუთრებულ, მძიმე ძალაუფლებას ანიჭებდა. გულაგის სამუშაო კატეგორიების სისტემაში, სადაც I კატეგორია სრულ სამუშაო დატვირთვას, II - შეზღუდულს, ხოლო III - სტაციონარს ნიშნავდა, სამედიცინო კლასიფიკაციის მცირე ცვლილებაც კი დასუსტებული პატიმრისთვის სიცოცხლე-სიკვდილის საკითხს წყვეტდა. ფელდშერს, როგორც კლასიფიკაციის „პირველ ფილტრს“, შეეძლო პატიმრის კატეგორიის შეცვლა, რაც უფრო მსუბუქ სამუშაოს,

CC BY-ND 4.0
Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

მეტ დასვენებას და, შედეგად, გადარჩენის შანსის გაზრდას გულისხმობდა (Barnes, 2011).

მარჩენკო (1969) თავის მოგონებებში აღწერს, რომ ბანაკებში სამედიცინო პერსონალის ქვედა რგოლი, სანიტრები და ფელდშერები, ზოგჯერ ერთადერთი ადამიანები იყვნენ, ვინც პატიმარს ადამიანურად ეპყრობოდა. ამ ურთიერთობებში ორი ურთიერთგამომრიცხავი მოტივი მოქმედებდა: მატერიალური (სადაც საკვები, თამბაქო ან სხვა საქონელი „სამედიცინო კეთილგანწყობის“ გაცვლის ერთეულად გამოიყენებოდა) და პიროვნული ეთიკა - ის შინაგანი სტანდარტი, რომელიც ზოგ ადამიანში სრული დეჰუმანიზაციის პირობებშიც კი რჩებოდა ხელუხლებელი (Marchenko, 1969).

შალამოვი (1989), რომელმაც კოლიმაში ექვს წელზე მეტი გაატარა, ამ ეთიკურ გამოვლინებებს კონკრეტული მაგალითებით ასახავს. მის ნაშრომებში გვხვდება ფელდშერები, რომლებიც მინიმალური რესურსებით, ადმინისტრაციის ნებართვის გარეშე ახერხებდნენ ავადმყოფი პატიმრისთვის სტაციონარში „დამატებითი ადგილის“ მოპოვებას. ეს იყო პროცედურა, რომელიც ოფიციალურად არ არსებობდა, პრაქტიკაში კი ათობით სიცოცხლე გადაარჩინა. ეს „პარალელური სამედიცინო სისტემა“ ადამიანური სოლიდარობის ყველაზე ხელშესახებ გამოხატულებად რჩება ბანაკის ისტორიაში.

მნიშვნელოვანია, რომ ფელდშერის ეს „შუამავლური“ პოზიცია ხშირად უკიდურეს პირად რისკთან იყო დაკავშირებული. ადმინისტრაციის ინტერესების საწინააღმდეგო ნებისმიერი ქმედება, მაგალითად, „გამართლებულზე“ მეტი შეღავათის მინიჭება, თავად ფელდშერს უქმნიდა სასჯელის საფრთხეს: სამუშაო ბარაკებში გადაყვანას, სასურსათო ნორმის შემცირებას ან სამედიცინო პუნქტიდან გათავისუფლებას (Applebaum, 2003). შესაბამისად, ყოველი ჰუმანური ქმედება პიროვნული გამბედაობის აქტი იყო.

გინზბურგი (1967) თავის მემუარებში, „კრუტოი მარშრუტი“, ამ ფენომენს ქალი პატიმრის პერსპექტივიდან განიხილავს. იგი აღწერს ფელდშერებს, რომლებიც ქალ პატიმრებს აწვდიდნენ სასიცოცხლო ინფორმაციას ან ახერხებდნენ ფიზიკურად ნაკლებად დამქანცველი სამუშაოს „გამოძებნას“. ბანაკის ლოგიკის ფარგლებში ეს მცირე ქმედებები, ხშირ შემთხვევაში, გადამწყვეტი აღმოჩნდებოდა ხოლმე ადამიანის გადარჩენისთვის.

ფელდშერის ფენომენი გულაგის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან პარადოქსს წარმოადგენს: სწორედ ყველაზე დაბალი რგოლის სამედიცინო მუშაკებმა, მათ, ვინც ყველაზე დაუცველნი იყვნენ, ხშირად უფრო მეტი ადამიანური პასუხისმგებლობა გამოავლინეს, ვიდრე სისტემაში ინტეგრირებულმა ოფიციალურმა ექიმებმა.

CC BY-ND 4.0

Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

კვების სისტემა და პათოლოგიური დეფიციტი გულაგში. გულაგის პენიტენციური სისტემა ეფუძნებოდა „შრომითი ანაზღაურების“ (რაციონირების) პრინციპს, სადაც საკვების რაოდენობა პირდაპირპროპორციული იყო შესრულებული სამუშაოსი. ეს მექანიზმი არ იყო მხოლოდ ეკონომიკური ინსტრუმენტი; ის წარმოადგენდა ბიოლოგიურ იარაღს, რომელიც პატიმართა ფიზიკურ განადგურებას მიზანმიმართულად უწყობდა ხელს.

საკვების განაწილების სისტემა, რომელიც დაფუძნებული იყო „ბრიგადის“ ნორმების შესრულებაზე, ქმნიდა მეტაბოლურ და სოციალურ დესტრუქციას. პატიმარი, რომელიც ვერ ასრულებდა დადგენილ ზღვრულ ნორმას (გამოწვეული ფიზიკური დაუძლურებით), ავტომატურად გადადიოდა „სასჯელის რაციონზე“. ეს უკანასკნელი, როგორც წესი, არ შეიცავდა სიცოცხლის შესანარჩუნებლად საჭირო კალორიებსა და ნუტრიენტებს. შედეგად, პატიმარი ექცეოდა „მანკიერ წრეში“: ენერგიის დეფიციტი იწვევდა შრომისუნარიანობის ვარდნას, რაც, თავის მხრივ, კიდევ უფრო ამცირებდა კალორიულ მიღებას და აჩქარებდა კახექსიის (უკიდურესი ფიზიკური გამოფიტვის) პროცესს (Applebaum, 2003).

ჩრდილოეთისა და ციმბირის ბანაკებში რაციონი თითქმის არ შეიცავდა სუფთა პროდუქტებს, რომლებიც ვიტამინების წყარო იქნებოდა. ეს გარემოება ხელს უწყობდა სპეციფიკური დაავადებების ეპიდემიურ გავრცელებას.

სკორბუტი (ვიტამინ C-ის დეფიციტი) პატიმართა შორის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პათოლოგია იყო. ვიტამინ C-ის ნაკლებობა იწვევდა კოლაგენის სინთეზის მოშლას, ღრძილების სისხლდენას, კბილების ცვენას და ჭრილობების შეუხორცებლობას. შალამოვი (1994) თავის მემუარებში დეტალურად აღწერს, თუ როგორ იქცეოდა სკორბუტით დაავადებული პატიმარი „ცოცხალ ლეშად“, რომელიც ფიზიკურად ვეღარ ფუნქციონირებდა.

ბერიბერი (ვიტამინ B1-ის დეფიციტი) გავრცელებული იყო ძირითადად პოლირებული ბურღულეულის (თეთრი ბრინჯი, დაფქული ფქვილი) მიღების გამო, რაც იწვევდა ნერვული სისტემის დაზიანებას, გულის უკმარისობას და შეშუპებებს. ეს მდგომარეობა ხშირად არასწორად იყო დიაგნოსტირებული, როგორც „გულის დაავადება“, რაც მალავდა კვების დეფიციტის რეალურ მასშტაბებს (Conquest, 2028).

პელაგრა (ვიტამინ B3-ის დეფიციტი) განპირობებული იყო მონოტონური, დაბალხარისხიანი რაციონით, რაც იწვევდა დერმატიტს, დიარეასა და დემენციას. ხშირად, სამედიცინო პერსონალი პელაგრის ნევროლოგიურ სიმპტომებს „პოლიტიკურ შეურაცხყოფად“ ან „დისიდენტურ ქცევად“ აფასებდა (Podrabinek, 1980).

ექიმები, რომლებიც ამ „კვების სისტემას“ აკონტროლებდნენ, ხშირად აღმოჩნდებოდნენ ეთიკური დილემის წინაშე: დაეფიქსირებინათ შიმშილის შედეგები, თუ დაეცვათ ადმინისტრაციის მიერ დადგენილი „სიკვდილიანობის სტატისტიკა“. შიმშილის კლინიკური სურათის დამალვა საიდუმლოს შენარჩუნების ოფიციალურ სტრატეგიად იქცა (Shalamov, 1994).

CC BY-ND 4.0
Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

დისკუსია. გულაგის სამედიცინო სისტემა ვერ განიხილება ჰუმანისტური ღირებულებების ჩარჩოში, რადგან მისი ფუნდამენტური იდეოლოგია ადამიანის „ინსტრუმენტალიზაციას“ ემსახურებოდა. საბჭოთა სახელმწიფოსთვის პატიმარი, პირველ რიგში, სამუშაო ძალის (და არა პიროვნების) ერთეულს წარმოადგენდა. Applebaum (2003) ხაზს უსვამს, რომ სამედიცინო ზრუნვა ემსახურებოდა ამ ძალის „ოპტიმალური ექსპლუატაციის“ მიზანს და არა ჰუმანიტარულ პრინციპებს. ამ ლოგიკიდან გამომდინარე, როდესაც სამედიცინო ხარჯები ეკონომიკურ მოგებას ამცირებდა, მათ ავტომატურად ბლოკავდნენ ან ამცირებდნენ.

НКВД-ის შიდა ანგარიშები ადასტურებს, რომ ბანაკის ხელმძღვანელობა ჯილდოვდებოდა „გეგმის შესრულებისთვის“ და ისჯებოდა „გადაჭარბებული სიკვდილიანობისთვის“ მხოლოდ მაშინ, როდესაც ეს უკანასკნელი ეკონომიკურ ეფექტიანობას საფრთხეს უქმნიდა (Barnes, 2011).

ამ სისტემურ დეჰუმანიზაციაში იკვეთება „ეთიკური წინააღმდეგობის“ ფენომენი. ევგენია გინზბურგი (1967) თავის მემუარებში აღწერს ექიმებს, რომლებიც, ხშირად საკუთარი სიცოცხლის ფასად, ამახინჯებდნენ სამედიცინო ანგარიშებს, რათა კოლეგები და პატიმრები დაეტვირთული სამუშაო ნორმებისგან გაეთავისუფლებინათ. ეს „ეთიკური წინააღმდეგობა“ ადამიანური ღირსების შენარჩუნების ფაქტი იყო სრული დეჰუმანიზაციის კონტექსტში (Ginzburg, 1967).

ისტორიულ-შედარებით კონტექსტში, გულაგი განსხვავდება ნაციონალ-სოციალისტური გერმანიის საკონცენტრაციო ბანაკებისგან. როგორც Conquest (2008) აღნიშნავს, თუ ნაციონალ-სოციალისტურ სისტემაში განადგურება სისტემის ექსპლიციტური და იდეოლოგიური მიზანი იყო, გულაგი თავს „შრომით-გამასწორებელ“ სისტემად პოზიციონირებდა. ეს ფორმალური განსხვავება „ადამიანური კაპიტალის“ შენარჩუნების აუცილებლობას ქმნიდა. თუმცა, როგორც შალამოვი (1994) აღწერს, ომის პერიოდში და მასიური შიმშილობის წლებში ეს განსხვავება პრაქტიკულად იშლებოდა და სისტემა ეგზისტენციალურ ხოცვა-ჟლეტად გარდაიქმნებოდა.

გულაგის ისტორიის კვლევა ეპისტემოლოგიურ სირთულეებსაც გულისხმობს. ოფიციალური სტატისტიკა სისტემატურად ამახინჯებდა მონაცემებს — სიკვდილის მიზეზები ხშირად ფიქციურად ჩაიწერებოდა (მაგ. „გულის უკმარისობა“ შიმშილით გარდაცვალების ნაცვლად). პირიქით, გადარჩენილთა მოგონებები ხშირად სუბიექტური და ეპიზოდურია. Annas და Grodin (1995) მიუთითებენ, რომ ისტორიკოსისთვის ამ ორ წყაროთა ჯგუფს შორის ბალანსის დაცვა და მეთოდოლოგიური სიზუსტის შენარჩუნება რჩება მთავარ გამოწვევად, რაც მოითხოვს მიკრო- და მაკრო-ისტორიული მიდგომების სინთეზს.

დასკვნა

გულაგის სამედიცინო სისტემა წარმოადგენდა სახელმწიფო ინსტრუმენტალიზმისა და ეთიკური დეგრადაციის მახინჯ ნაზავს, სადაც ფორმალური ინსტიტუციური სტრუქტურების არსებობა ვერ ფარავდა სისტემის ფუნდამენტურ მიზანს: ადამიანის სხეულის ეკონომიკურ ექსპლუატაციას მის სრულ ფიზიკურ გაცვეთამ-

CC BY-ND 4.0

Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

დე. წინამდებარე კვლევა ცხადყოფს, რომ სამედიცინო სტრუქტურების ოფიციალური კოდიფიკაცია მხოლოდ დეკორატიულ ხასიათს ატარებდა, რადგან ქაღალდზე გაწერილ ნორმებსა და ბანაკის სისხლიან რეალობას შორის არსებული უფსკრული აბსოლუტური იყო.

სისტემის სტრუქტურული ლოგიკა პატიმართა სიკვდილიანობას გარდაუვალს ხდიდა, ვინაიდან შრომითი ნორმები, რომლებიც კვების რაციონს განსაზღვრავდა, ადამიანური გამძლეობის ფიზიოლოგიურ ზღვარს სცდებოდა. თუმცა, ამ სისტემური ბოროტების პარალელურად, გამოიკვეთა „ადამიანური ფაქტორიც“: ექიმები, ფელდშერები და პატიმარი მედიკოსები ხშირად ამბოხდებოდნენ კრიმინალური რეჟიმის წინააღმდეგ და სრული დეჰუმანიზაციის პირობებში „გადარჩენის ნიშებს“ ქმნიდნენ. შესაბამისად, გულაგის სამედიცინო ისტორია არის არა მხოლოდ სახელმწიფო ძალადობის ანატომია, არამედ ადამიანური სოლიდარობისა და გამძლეობის უნიკალური ქრონიკა, რომელიც კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ ეთიკური არჩევანი ინდივიდისთვის შესაძლებელია მაშინაც კი, როდესაც სახელმწიფო ინსტიტუტები ამ არჩევანის შესაძლებლობას სრულად დემონტირებენ.

გამოყენებული ლიტერატურა

Applebaum, A. 2003: *Gulag: Understanding the Magnitude of What Happened*. Heritage Foundation.

Annas, G. J., & Grodin, M. A. 1995: The Nazi doctors and the Nuremberg code. *The Journal of Pharmacy & Law*, *4*, 167-245.

Barnes, S. A. 2011: *Death and redemption: the Gulag and the shaping of Soviet society*. Princeton University Press.

Conquest, R. 2008: *The great terror: A reassessment*. Oxford University Press.

Geller, J. J. 1989: Prisoner doctor in a Soviet labour camp 1940-1. *BMJ: British Medical Journal*, *299*(6715), 1601.

Galton, D. J. 1989: Anton Chekhov's MD Thesis: Sakhalin Island. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, *23*(3), 189.

Getty, J. A., Rittersporn, G. T., & Zemskov, V. N. 2018: Victims of the Soviet penal system in the pre-war years: A first approach on the basis of archival evidence. In *The Soviet Union* (pp. 153-185). Routledge.

Ginzburg, E. 1967: *Into the Whirlwind*. Mondadori.

Yurievna, P. L., & Speckhard, C. 1993: Solemn Oath of a Physician of Russia. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, *3*(4), 419-419.

Marchenko, A. 1969: My Testimony, trans. *M Scammell. New York: Dutton*.

Medvedev, R. 1980: On Soviet dissent (P. Ostellino, Interviewer; W. A. Packer, Trans.; G. Saunders, Ed.). Columbia University Press.

Podrabinek, A. P. 1979: *Punitive medicine*. Karoma Press.

CC BY-ND 4.0

Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026

Shalamov, V. 1989: Shakhmaty Doktora Kuzmenko. *Novii Mir*, *12*, 42.

Shalamov, V. 1994: *Kolyma tales* (J. Glad, Trans.). Penguin Classics. (Original work published 1978).

Solzhenitsyn, A. (1973). The Gulag Archipelago. YMCA-Press.

Tsaregorodtsev, G. I., & Ivanyushkin, A. Y. (1989). Trends in the development of medical ethics in the USSR. *The journal of medicine and philosophy*, *14*(3), 301-314.

Viola, L. (2007). *The unknown gulag: the lost world of Stalin's special settlements*. Oxford University Press.

CC BY-ND 4.0

Journal DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541
Vol. DOI: 10.52340/PUTK.2233-3541.2026