

SOVIETŲ LIETUVOS PSICHIATRIJOS MODELIO APIBRĖŽIMAS: VIENOS LIGONINĖS ATVEJIS

TOMAS VAISETA

Ižanga*. Prieš porą metų atlikta mokslinė studija parodė, kad nors per nepriklausomybės metus Lietuvos psichiatrijos srityje įvyko daug pokyčių, o psichikos sveikatos politika yra tinkamai suformuluota, tačiau jos įgyvendinimas stringa. Kaip vieną iš pagrindinių kliūčių studijos autoriai nurodė šioje srityje tebedominuojantį iš sovietinių laikų paveldėtą biomedicininį modelį¹. Vadinasi, tik suprasdami šį sovietmečiu egzistavusį psichiatrijos modelį, jo teorinius pagrindus ir terapinę praktiką, galime nustatyti problemų šaltinius ir jas spręsti. Tačiau minėtoje studijoje nėra aptariamas klausimas, ką reiškia „sovietinis biomedicininis modelis“ – kokia jo charakteristika, teoriniai ir praktiniai ypatumai ir specifika. Maža to, sovietinės psichiatrijos apibrėžimas kaip biomedicininės yra pateikiamas kaip apriorinis ir nekvestionuojamas teiginys.

Panašios prielaidos laikosi dauguma sovietų Lietuvos psichiatrijos kritikų ir reformų šalininkų, tačiau iki šiol nėra publikuota mokslinių darbų, kuriuose būtų nagrinėjama, ar tikrai psichiatrijos modelį sovietų Lietuvoje galime apibrėžti kaip biomedicininį, ir jeigu taip – kokia jo charakteristika. Taip pat lieka neatsakyti platesni klausimai: pavyzdžiui, ar sovietinės psichiatrijos priskyrimas biomedicininiam modeliui neredukuoja tikrovės, ar nebandyta teoriškai ir praktiškai įtraukti kitų modelių metodų; koks Ivano Pavlovo mokymu grįsto sovietinio modelio santykis su biheviorizmo mokykla, jei Vakarų literatūroje Pavlovo fiziologijos pritaikymas psichiatrijos srityje yra priskiriamas biheviorizmo kryptčiai²; svarbus ir kitas klausimas –

* Didžioji dalis šio straipsnio buvo parengta vykdant podoktorantūros stažuotę pagal Lietuvos mokslo tarybos projektą „Podoktorantūros (post doc) stažuotčių įgyvendinimas Lietuvoje“, sutarties Nr. 004/55/MTS-150000-317.

¹ Dainius Pūras, Eglė Šumskienė, Marija Veniūtė ir kt., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką: Mokslo studija*, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2013, p. 40.

² Peter Tyrer, Derek Steinberg, *Models for Mental Disorder: Fourth Edition*, Chichester: John Wiley and Sons, 2005, p. 68.

ar anachronistiškai nėra perdėtai sureikšminama Pavlovo mokymo įtaka vėlesnių metų sovietinei psichijai; ir pagaliau svarbiausias klausimas, kurį yra suformulavęs Gregas Eghigianas: ar apskritai egzistavo „komunistinė psichijai“, turinti išskirtinius, tik jai būdingus bruožus?³

Panašūs klausimai yra sulaukę tam tikro dėmesio Vakarų istoriografijoje. Tyrėjus sovietinės psichiatrijos modelis nuo ankstyvojo sovietmečio domino savo politiniu ir ideologiniu lygmeniu pabrėžiamu kitoniškumu ir dėl to kartais kėlė ne tik smalsumą, bet ir žavėjimąsi⁴. Vėlyvučiu sovietmečiu šiuos klausimus ėmė gožti psichiatrijos pajungimo sovietų režimo politiniams tikslams problematika⁵, ir tuomet dėmesys psichiatrijos modelio apibrėžimo klausimams būdavo nustumiamas į antrą planą⁶. Turbūt išsamiausiai sovietų psichiatrijos modelį išnagrinėjo Paulas Calloway'us komparatyvistinėje studijoje apie sovietinę ir Vakarų psichiją⁷. Tačiau jis, kaip ir kiti autoriai, kurie nagrinėjo sovietinę psichiją iki Sovietų Sąjungos žlugimo ar iš karto po to, susidūrė su ta pačia problema – jis galėjo remtis tik viešai publikuotais teoriniais sovietų psichiatrų darbais arba pokalbiais su pačiais psichiatrais, o tai neišvengiamai įveda abejonių, kiek viešoji reprezentacija atitiko realią praktiką.

Pastaruoju metu vėl auga domėjimasis sovietų ir socialistinio bloko šalių psichijai – mėginama ne tik naujai pažvelgti į politinio piktnaudžiavimo problematiką⁸, bet ir giliau pažinti nepolitinę sovietinės psichiatrijos pusę. Ryškiausias šios tendencijos pavyzdys – 2015 m. išleistas straipsnių

³ Greg Eghigian, „Was There a Communist Psychiatry? Politics and East German Psychiatric Care, 1945–1989“, in: *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, t. 10, Nr. 6, p. 364.

⁴ Toks dar stalininių laikų istoriografijos pavyzdys būtų: Joseph Wortis, *Soviet Psychiatry*, Baltimore: The Williams and Wilkins Company, 1950.

⁵ Išsamesnę sovietinei psichijai skirtos istoriografijos apžvalgą galima žr. Tomas Vaiseta, „Balsai iš sovietinių psichiatrijos ligoninių: Savojo aš sampratos skunduose“, in: *Darbai ir dienos*, Kaunas, 2014, Nr. 62, p. 188–189.

⁶ Pavyzdžiui, ko gero, garsiausias knygos, skirtos sovietų politinio piktnaudžiavimo psichijai problematikai, autoriai rašo, kad sovietinėje psichiatrijoje galima aptikti biologinių, psichologinių ir socialinių dimensijų, bet nebando pasverti kiekvienos iš jų reikšmės ir konceptualizuoti viso modelio; žr. Sidney Bloch, Peter Reddaway, *Russia's Political Hospitals: The Abuse of Psychiatry in the Soviet Union*, London: Victor Gollancz, 1977, p. 40.

⁷ Paul Calloway, *Soviet and Western Psychiatry: A Comparative Study*, Keighley: The Moor Press, 1992.

⁸ Rebecca Reich, „Inside the Psychiatric Word: Diagnosis and Self-Definition in the Late Soviet Period“, in: *Slavic Review*, Urbana, IL, 2014, t. 73, Nr. 3, p. 563–584; Ада Коротенко, Наталия Аникина, *Советская психиатрия: Заблуждения и умысел*, Киев: Сфера, 2002.

rinkinys *Psychiatry in Communist Europe*⁹. Vis dėlto ir šiame rinkinyje telkiamasi arba ties stalininiu periodu (vadinasi, išlieka istorinės kaitos klausimas), arba į Vidurio Rytų Europos šalių atvejus, arba į atskirus terapinius aspektus. Čia jau svarstoma apie skirtingų psichiatrijos mokyklų ir srovių įtaką atskirų socialistinių respublikų psichiatrijos modeliams, apie šių modelių tam tikrą autonomiškumą nuo „centrinio“, t. y. sovietų Rusijoje kuriamo modelio, apie ryšius su Vakarų pasauliu ir kt., bet tai tik dar labiau skatina kelti klausimą, ar apskritai galima kalbėti apie sovietinę psichiatriją kaip turinčią bendrus pamatus, kurie ją esmingai atskirtų nuo psichiatrijos teorijos ir praktikos kitose pasaulio dalyse, pirmiausia – Vakaruose. Tad prieš daugiau nei dešimt metų Eghigiano suformuluotas klausimas, ar egzistavo „komunistinė psichiatrija“, lieka atviras. Pabrėžtina, kad šiame straipsnyje taip pat nėra siekiama atsakyti į šį klausimą ir terminas „sovietinė psichiatrija“ yra vartojamas tik kaip bendras apibūdinimas, taikomas psichiatrijos teorijai ir praktikai, kuri buvo plėtojama tam tikroje politiškai apibrėžtoje geografinėje erdvėje.

Vis dėlto prasidėję nauji svarstymai rodo, kad tik imantis nagrinėti atskirų sovietų respublikų ar Rytų bloko šalių atvejus galima pradėti aiškintis, ar egzistavo „sovietinė psichiatrija“ kaip atskiras reiškinys, o sovietų Lietuvos atvejis, kaip galima viena iš sovietinio modelio versijų, taip pat pasitarnauja šiam tikslui.

Sovietinio psichiatrijos modelio apibrėžimo problemą galime išskaidyti į tris lygmenis: 1) istorinės kaitos: ar sovietinės psichiatrijos modelis keitėsi; 2) teorijos ir praktikos atitikimo problema: ar teoriškai formuluotas ir pristatomas modelis atitiko praktiškai kasdieniame terapiniame darbe naudojamą modelį; 3) homogeniškumo problema: ar modelis buvo homogeniškas, ar skirtingose geografinėse vietose, netgi institucijose teorinė bei praktinė veikla varijavo ir ar ši variacija vis dar leidžia kalbėti apie bendrą modelį.

Šio straipsnio tikslas yra apibrėžti sovietų Lietuvos psichiatrijos modelį. Sąvoka „modelis“ čia reiškia tam tikroje vietoje formaliai medicinos tikslais realizuojamą psichiatrijos teorijos ir praktikų visumą. Taigi nuošalyje lieka psichiatrija kaip sovietų režimo kurtos sveikatos apsaugos (taip pat ir represinės) sistemos dalis, ir politikos formulavimas bei vykdymas šioje srityje. Tačiau ir psichiatrijos modeliui išnagrinėti visais aukščiau paminėtais trimis lygmenimis reikalautų didelės apimties komparatyvistinio tyrimo, todėl čia

⁹ Sarah Marks, Mat Savelli (eds.), *Psychiatry in Communist Europe*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2015.

nagrinėsime vienos ligoninės praktinės terapinės veiklos atvejį. Tokiu būdu siekinys apibrėžti sovietų Lietuvos psichiatrijos modelį yra susiaurinamas, nes atsisakoma antrojo (bus nagrinėjama tik praktika) bei trečiojo (nebus svarstomas klausimas, kiek vienos ligoninės atvejis atitinka kitų sovietų Lietuvos ir SSRS institucijų praktiką) lygmens. Atvejo tyrimas reiškia, kad negalima daryti griežtų, visos sovietų Lietuvos psichiatriją apibendrinančių išvadų, tačiau galima teigti, kad jis atskleis tendencijas ir bendruosius teorinius bei praktinius psichiatrijos orientyrus, nes vienos sovietų respublikos viduje varijavimo galimybės buvo labai ribotos, nors ir įmanomos.

Vienos ligoninės atvejo tyrimui pasirinkta Vilniaus Vasaros gatvėje iki šiol veikianti psichiatrijos ligoninė, kurios pavadinimai sovietmečiu ne kartą keitėsi, todėl paprastumo dėlei bus vadinama Vilniaus psichiatrijos ligonine. Nagrinėsime jos terapinę veiklą nuo 1944 iki 1990 m. Kaip minėta, šiame straipsnyje neketiname svarstyti, kiek šios ligoninės terapinė veikla atitiko kitų sovietinių psichiatrijos ligoninių veiklą, tačiau verta pastebėti, kad keli bendriausi istoriškai susiklostę jos bruožai galėjo nulemti ligoninės išskirtinumą kitų sovietų Lietuvos ar net SSRS institucijų atžvilgiu, taigi ir joje susiklosčiusio modelio specifiškumą: iki 1961 m., t. y. kol buvo atidaryta psichiatrijos ligoninė Naujojoje Vilnioje, tai buvo centrinė tokio profilio ligoninė sovietų Lietuvoje, o ir vėliau respublikiniu lygmeniu ji išlaikė metodinio vadovavimo funkcijas, taip pat ji bendradarbiavo su Vilniaus valstybinio universiteto Medicinos fakulteto Nervų ir psichikos ligų katedra, ir visos šios aplinkybės galėjo lemti, kad ligoninėje buvo sutelkta daugiau intelektualinių pajėgumų ir ją labiau veikė modernios, inovatyvios psichiatrijos idėjos, kartu galėjo būti skirta daugiau politinės ir ideologinės reikšmės iš valdžios pusės.

Teoriškai formuluoto psichiatrijos modelio praktinį įgyvendinimą geriausia nustatyti per taikytus terapijos metodus, nes kiekvienas teorinis modelis, siūlantis tam tikrą psichikos ligų etiologijos aiškinimą, kartu siūlo ir būdus, kaip galima šias ligas gydyti. Taigi taikyti terapijos metodai atskleidžia, kiek praktika atitiko teoriją ir kiek nuo jos skyrėsi, taip pat – ar šiuos skirtumus nulėmė tik ribotos galimybės visiškai laikytis teorinio modelio (pavyzdžiui, trūksta medikamentų ir tinkamų sąlygų), ar realūs nukrypimai nuo jo dėl konkrečios ligoninės ar net atskiro psichiatro skirtingų požiūrių.

Daugiausia informacijos apie taikytus terapijos metodus suteikia Lietuvos centrinio valstybės archyvo Vilniaus psichiatrijos ligoninės fonde saugomos kiekvienais metais ligoninės vadovybės Maskvai rašytos medici-

nos ataskaitos, kuriose būdavo pateikiami pagrindiniai statistiniai duomenys (lovų ir ligonių skaičius, pasiskirstymas pagal ligas ir kt.) ir aprašoma terapinė bei administracinė veikla. Metodologinė problema, kiek aukštesnei valdžiai siunčiamose ataskaitose buvo atspindima praktinė tikrovė, o kiek tik retoriniu lygmeniu laikytasi to meto teorinių reikalavimų (įrašyti tai, ką adresatas tikisi rasti), išlieka aktuali. Medicinos ataskaitose taikytų terapijos metodų aprašuose randame nemažai formuluočių, kurios kasmet kartojamos sustabarėja ir verčia jas įvardyti kaip klišes, kurios nebūtinai nurodo į tikrąją to meto terapinę praktiką. Kita vertus, tuose pačiuose aprašuose randame ir aiškinimų (ar pasiteisinimų), kad vienas ar kitas gydymo metodas netaikytas, nors teoriškai ir turėjo būti. Paprastai tai buvo aiškinama „objektyviomis“, t. y. nuo vadovybės valios tarsi nepriklausančiomis priežastimis. Tad ir šiuo atveju išlieka tikimybė, kad apie netaikytus terapijos metodus buvo pranešama tik tada, kai vadovybė tai įvertindavo kaip grėsmės jai nekeliantį atvejį arba priešingai – kai aukštesnioji valdžia apie tai jau būdavo sužinojusi. Šiaip ar taip, nepaisant visų šaltiniotyrinių problemų, medicinos ataskaitos išlieka šaltiniu, galinčiu pasiūlyti nuoseklausio ir išsamiausio tyrimo galimybę. Be to, šis šaltinis bus kontroliuojamas kitais surinktais dokumentais, viešai publikuotais tekstais ir interviu su sovietmečiu šioje ligoninėje dirbusiais psichiatrais.

Sovietų Lietuvos psichiatrijos modeliui apibrėžti reikia išsiaiškinti apibrėžimo kriterijus, todėl pradėdami analizę, pirmiausia pristatysime teorinėje literatūroje išskiriamus psichiatrijos modelius. Vėliau aptarsime, kaip fiziologo Pavlovo mokymas tapo pokario sovietinės psichiatrijos dogma, kuri vėlyvuju stalinmečiu tapo privaloma ir nuo kurios vėlesniais metais buvo atsispiriama tolesnei raidai, taigi mūsų pasirinktam analizės laikotarpiui (1944–1990) tai yra modelio formavimosi atskaitos taškas.

Galiausiai kadangi sovietų Lietuvos psichiatrijos modeliui apibrėžti pasirinktas istorinės kaitos lygmuo, Vilniaus psichiatrijos ligoninės terapinė veikla bus analizuojama, jos charakteristika nustatoma ir modelis apibrėžiamas būtent iš chronologinės perspektyvos – išskiriant skirtingus raidos etapus. Tai leis ne tik aiškiai nustatyti, kas yra būdinga kiekvienai tam tikro etapo terapinei veiklai, bet ir išvysti pagrindinius kaitos lūžius bei skirtingų psichiatrijos srovių įtakos kryptis ir taškus.

1. Psichiatrijos modeliai. Psichiatrijos modelių apibrėžimas teorinėje literatūroje yra kelis dešimtmečius trunkančių diskusijų objektas. Psichiat-

rijos teoriją ir praktiką siūloma skirstyti nuo kelių iki keliolikos modelių¹⁰. Šiame straipsnyje pasirinkome Dusano Kecmanoviciaus pateiktą skirstymą, nes jis kategorizuoja psichiatrijos teorijas pagal pačius bendriausius bruožus ir apibrėžia juos keturiais modeliais, kurie atspindi tipiškiausią skirstymą:

1) biomedicininis modelis: didžiausia reikšmė teikiama biologiniams procesams, vykstantiems žmogaus viduje, psichikos sutrikimų atveju – tai smegenys, kurių struktūroje ir funkcijose susiformuojanti patologija pasireiškia kaip psichikos sutrikimai. Subjektyvi patirtis ir kaip asmuo save susieja su kitais, šio modelio atstovams nėra svarbu arba tam teikiama tik antraeilė reikšmė¹¹. Pats Kecmanovicius šį modelį vadina „medicininis“, tačiau reikia sutikti su Peterio Tyrerio ir Dereko Steinbergo išsakyta kritika, kad modelio įvardijimas „medicininis“ yra pernelyg abstraktus ir klaidinantis¹², todėl pridedame priešdėlį *bio-*, kuriuo nurodoma, kad akcentuojama psichikos ligos biologinė prigimtis ir patologija. Šio modelio terapija grįsta medicininiais veiksmais, nukreiptais į biologinius smegenų ir nervų sistemos procesus;

2) psichologinis modelis: psichikos sutrikimo simptomai yra suprantami kaip išoriškai išreikšti žmogaus viduje vykstantys procesai, atsiradę kaip subjektyvios patirties rezultatas, pavyzdžiui, vidinių konfliktų. Šiam modeliui Kecmanovicius priskiria ir psichodinaminę jos atmainą, kuriai atstovauja psichoanalizė ir bihevizmas¹³. Terapijos metu daug dėmesio skiriama psichoterapijai, subjektyviam savo pasaulio pažinimui ir pan.;

3) sociokultūrinis modelis: aiškinant psichikos sutrikimų etiologiją ir jų gydymą, didelis vaidmuo tenka sociokultūrinei aplinkai. Pagal šį modelį, riba tarp normalumo ir patologijos nėra stabili ir aiški. Patologija yra suprantama konkrečiame sociopolitiniame kontekste ir labiau per individo sąveiką su kitais nei nagrinėjant individą autonomiškai¹⁴. Terapijos metu yra

¹⁰ Pavyzdžiui, Miriam Siegler, Humphry Osmond, *Models of Madness, Models of Medicine*, New York: Macmillan Publishing Co., 1974; Paul R. MacHugh, Philip R. Slavney, *The Perspectives of Psychiatry*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1983; Thaddeus Weckowicz, *Models of Mental Illness: Systems and Theories of Abnormal Psychology*, Springfield, Il.: Charles C. Thomas, 1984; Peter Tyrer, Derek Steinberg, *op. cit.*

¹¹ Dusan Kecmanovic, *Controversies and Dilemmas in Contemporary Psychiatry*, New Brunswick, London: Transaction Publishers, 2011, p. 241.

¹² Peter Tyrer, Derek Steinberg, *op. cit.*, p. 3.

¹³ Dusan Kecmanovic, *op. cit.*, p. 241–242.

¹⁴ *Ibid.*, p. 242–243.

svarbūs ne tik vidiniai individo išgyvenimai ir mintys, bet ir jo socialinės aplinkos kaita arba socialinių santykių normalizavimas;

4) biopsichosocialinis modelis: šio holistinio modelio atstovai mėgina derinti ir priklausomai nuo konkretaus psichikos sutrikimo taikyti skirtingų modelių teorijas ir metodus. Visi psichikos sutrikimo aspektai yra svarbūs, tarpusavyje susiję ir todėl turi būti integruoti į bendrą modelį¹⁵.

2. Pavlovo dogmos įtvirtinimas. Rusų fiziologo Ivano Pavlovo (1849–1936) mokymą galima įvardyti sovietinės psichiatrijos pamatu, tačiau toks vaidmuo jam teko ne iš karto. Netgi pokario metais, iki 1946–1947 m., Pavlovo teorija buvo visuotinai giriamą, bet neturėjo aiškaus kanono, nes sovietų psichiatrai ginčijosi tarpusavyje dėl alternatyvių aiškinimų ir jos interpretacijos buvo labai plačios¹⁶.

Tik vėlesniais metais centralizuoto valdymo vertikalę kūręs sovietų režimas pasinaudojo Pavlovo mokymu tam, kad homogenizuotų ir ideologiškai išgrynintų sovietinę psichiatriją. Penkto dešimtmečio pabaigoje Komunistų partija ėmė vis labiau kištis į tai, kas iki tol daugiausia vyko kaip vidinės medicinos profesionalų diskusijos. Politinis ir ideologinis spaudimas medicinai, kaip ir kitose mokslo ir kultūros sferose, ypač suintensyvėjo, kai buvo užsipultas „bešaknis kosmopolitizmas“ ir „keliaklupsčiavimas prieš Vakarus“. Medicinos srityje šios kampanijos viršūne tapo šešto dešimtmečio pradžioje įvykusios vadinamosios Pavlovo sesijos. 1950 m. vasarą buvo surengtas bendras SSRS Mokslų akademijos ir Medicinos mokslų akademijos susirinkimas. Šios sesijos metu Pavlovo fiziologijos teorija buvo paskelbta vienintele iš tikrųjų sovietine, o visos alternatyvios interpretacijos pasmerktos¹⁷. Po metų savąją Pavlovo sesiją surengė psichiatrai. Jiems valdžia taip pat nurodė sekti pavloviškąją fiziologijos teoriją. Tad iš visų sričių specialistų buvo tikimasi, kad jie demonstruos prisitaikymą prie pavloviškų metodų, kitaip tariant, Pavlovo teorija tapo medicinos srities dogma¹⁸.

¹⁵ *Ibid.*, p. 253.

¹⁶ Apie istorinį Pavlovo mokymo įsitvirtinimo sovietinėje psichiatrijoje kontekstą plačiau žr. Benjamin Zajicek, *Scientific Psychiatry in Stalin's Soviet Union: The Politics of Modern Medicine and the Struggle to Define 'Pavlovian' Psychiatry, 1939–1953: A Dissertation*, Chicago: The University of Chicago, 2009.

¹⁷ Ethan Pollock, *Stalin and the Soviet Science Wars*, Princeton, Oxford: Princeton University Press, 2006, p. 136.

¹⁸ Sidney Bloch, Peter Reddaway, *op. cit.*, p. 40.

Sovietinei ideologijai ir ją propagavusiems bolševikų vadams Pavlovo fiziologinis žmogaus mąstymo aiškinimas tiko dėl dviejų pagrindinių priežasčių: ji galėjo būti pristatoma kaip moksliskai objektyviai įrodoma (per eksperimentus) ir rėmėsi materialistine žmogaus ir pasaulio samprata. Kaip sovietai interpretavo ir ideologiškai adaptavo Pavlovo teoriją, galime sužinoti iš lietuviškai 1955 m. išleistos N. Medvedevo knygelės¹⁹. Pavlovo mokymas apie sąlyginius ir nesąlyginius refleksus buvo suprastas kaip dialektinio materializmo atkartojimas fiziologijos moksle, juk visa nervų veikla, jos sugebėjimas atspindėti objektyvųjį pasaulį per evoliuciją vystosi nuo žemesnės prie aukštesnės formos, kartu yra pripažįstami patys „moksliškai įrodyti“ dėsningumai. Pavlovo mokymas buvo susietas su paties Lenino plėtota vadinamąja atspindėjimo teorija. Pagal ją, materialus pasaulis egzistuoja objektyviai, o žmogaus smegenys jį tik atspindi. Viso materialaus pasaulio vystymasis, gamtos ir visuomenės dėsniai yra nepriklausomi nuo žmonių sąmonės ir jie negali savo nuožiūra šių dėsnių kurti ar naikinti. Tad psichinė žmonių veikla yra per pojūčius, suvokimus, vaizdinius, sąvokų formas vykstantis išorinio pasaulio atsispindėjimas smegenyse, kurios yra daiktiskas, kūniškas organas: „Todėl negali mąstymo atskirti nuo materijos, kuri mąsto“²⁰. Taip buvo suformuluotas tolesnę sovietinės psichiatrijos raidą nulėmęs postulatą – ji buvo supriešinta su vadinamąja idealistine filosofija:

Visiems idealistams fiziologijoje ir psichologijoje yra būdingas siekimas įdiegti mintį, kad žmonių sąmonė nepriklauso nuo smegenų, nuo materijos, arba sąmonės veiklą išaiškinti kaip pasireiškimą tamsių, instinktyvinių organizmo jėgų, kurios nepriklauso nuo išorinės aplinkos ir yra nepažinios. Refleksinė teorija smogė triuškinamą smūgį visokios rūšies subjektyviajam idealizmui, nenuginčijamai įrodžiusi organizmo priklausomumą nuo išorinės aplinkos.²¹

Taip pavloviškoji doktrina buvo kategoriškai atribota nuo psichoanalizės, Johno B. Watsono bihevizmo ir visų kitų vakarietišku teorijų, kurios buvo įvardytos kaip atstovaujanti idealistinei pakraipai, o psichikos sutrikimai vienareikšmiškai susieti su smegenų biologiniais procesais. Taigi Pavlovo mokymas atitiko pseudoscientistinę sovietinės ideologijos dvasią, materialistinį pamatą, siekį supriešinti su vakarietiškais „idealistinėmis“ teorijomis ir pabrėžti sovietinio mokslo pranašumą prieš jas.

¹⁹ N. Medvedevas, *Marksistinė-lenininė atspindėjimo teorija ir I. P. Pavlovo mokymas apie aukštąją nervinę veiklą*, Vilnius: Valstybinė politinės ir mokslinės literatūros leidykla, 1955.

²⁰ *Ibid.*, p. 9.

²¹ *Ibid.*, p. 112.

3. Terapija Vilniaus psichiatrijos ligoninėje: modelio paieška. Terapijos procesą Vilniaus psichiatrijos ligoninėje suskirstėme į tris etapus: 1) konvulsinės terapijos (1944–1955), 2) aminazino (1956–1964) ir 3) leningradėjimo (1965–1990). Pirmieji du etapai nurodo į periodą, kada taikyti gydymo metodai tapo terapijos fundamentu to meto ir vėlesniam laikotarpiui. Tad jau šių etapų įvardijimai parodo, kokie gydymo metodai buvo pagrindiniai. Tuo tarpu trečiasis etapas nurodo ne į pasikeitusį fundamentą (pagrindinius gydymo metodus), bet į kokybišką papildymą naujais praktiniais metodais, o svarbiausia – teorinio modelio išplėtimą.

3.1. Konvulsinės terapijos etapas (1944–1955). 1945 m. Vilniaus psichiatrijos ligoninės medicinos ataskaitoje aiškiai deklaruojama biomedicininio psichiatrijos modelio samprata: „[...] psichikos ligos kyla dėl somatikos sunegalavimo, todėl į somatiką ir kreipiamas didžiausias dėmesys“, ir nurodomi pagrindiniai vadinamieji aktyvūs gydymo metodai, taikyti psichiatrijos skyrių pacientams: insulino terapija, elektrošokai ir kamparo bei kardiazolio sukeliama šoka (šalia kaip antraeiliai paminėti piroterapija (dirbtinis karščiavimo sukėlimas) ir gydymas medikamentais, tačiau nenurodomi jokie konkretūs pavadinimai)²².

Šie trys praėjusio amžiaus ketvirtame dešimtmetyje išrasti metodai yra vadinami konvulsine terapija, nes pacientams sukeliama dirbtinis šokas su galimais epileptinio pobūdžio traukuliais (konvulsijomis)²³. Nors jų poveikio pacientui priežastys nebuvo žinomos (dėl to yra ginčijamasi iki šiol), tačiau buvo tikima, kad šiais metodais yra paveikiami būtent biologiniai smegenų ir nervų sistemos procesai, taigi atitiko biomedicininio modelio sampratą.

Taikyti šiuos aktyvius gydymo metodus buvo tiesioginis SSRS Sveikatos apsaugos liaudies komisariato (nuo 1946 m. – ministerijos) nurodymas – per karą dėl stipriai pablogėjusių darbo sąlygų psichiatrijos ligoninėse šie metodai faktiškai buvo nebenaudojami ir valdžiai reikėjo kelis kartus įsakymais paraginti vėl juos taikyti²⁴.

1946 m. ataskaitoje jau neberandame paminėto šoko sukėlimo kardiazoliu, tačiau sužinome konkrečiau, kokiais mastais buvo taikyti kiti terapijos

²² Medicinos ataskaita 1945 m., in: LCVA, f. R-505, ap. 1, b. 7, l. 3.

²³ Apie šių metodų išradimus daugiau žr. Richard Abrams, *Electroconvulsive Therapy*, Oxford: Oxford University Press, 1988, p. 3–6; Max Fink, *Convulsive Therapy: Theory and Practice*, New York: Raven Press, 1979, p. 5–10.

²⁴ Benjamin Zajicek, *op. cit.*, p. 98–99.

metodai: elektrošokai taikyti 262 ligoniams, insulino komos – 37 ir penki kursai leidžiant šiltinės vakciną (piroterapija). Iš viso tais metais į ligoninę buvo atvykę 926 ligoniai²⁵. Iki 1955 m. šios dvi konvulsinės terapijos rūšys (elektros ir insulino) išliko masiškiausiai taikomi gydymo metodai, tik keitėsi proporcijos. Iki 1951 m. elektrošokas taikytas keliolika ar net keliasdešimt kartų dažniau nei insulino komos terapija, bet 1951 m. elektrošoko taikymas smarkiai krito, kartu pasikeitė ir retorika jo atžvilgiu: „Šitas gydymo metodas taikomas tik išskirtiniais atvejais [...]“²⁶. Užtat į pagrindinio gydymo metodo vietą buvo iškelta insulino komos terapija, nuolat pabrėžiant jos „platų“ taikymą²⁷. Tiesa, šio metodo taikymą pirmajame etape ribojo šiam gydymui atlikti reikalingų medžiagų stoka – problema, nuo kurios kentėjo visa sovietinė sveikatos apsaugos sistema²⁸.

Įdomu tai, kad konvulsinei terapijai teikiamos pirmenybės nepakeitė nei Pavlovo dogmos įtvirtinimo kampanija. Nuo 1951 m. Vilniaus psichiatrijos ligoninės medicinos ataskaitose atsiranda Pavlovo vardas²⁹. Teiginiai apie jo mokymo diegimą į praktinį darbą tęsiasi iki 1954 m.³⁰ Per visą šį laikotarpį konvulsinė terapija išlaikė pagrindinį vaidmenį. Tai galima aiškinti tuo, kad Pavlovo dogmos įtvirtinimo kampanija pirmiausia buvo nukreipta prieš tas vakarietiškas psichiatrijos koncepcijas, kurios atstovavo „visokios rūšies subjektyviam idealizmui“, o materialistinę sampratą atitinkančius ir jau prieš kampanijos pradžią naudotus konvulsinės terapijos metodus buvo nesunku pritaikyti pagal sovietinę ideologiją interpretuotiems pavloviškiems reikalavimams.

Kita vertus, nors biomedicininės psichiatrijos samprata besivadovaujantiems psichiatrams Pavlovo dogmos kampanija faktiškai padėjo įtvirtinti savus terapijos metodus, tam tikros korekcijos ir ideologinės duoklės buvo neišvengiamos. Pavyzdžiui, minėtas 1951 m. pokytis, kai elektrošoko taikymo proporcija smarkiai sumenko, greičiausiai aiškintina tuo,

²⁵ Medicinos ataskaita 1946 m., in: *LCVA*, f. R-505, ap. 1, b. 11, l. 11.

²⁶ Medicinos ataskaita 1951 m., in: *Ibid.*, b. 29, l. 15.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Apie medikamentų trūkumą Sovietų Sąjungoje 1945–1953 m. žr. Mary Schaeffer Conroy, „The Soviet Pharmaceutical Industry and Dispensing, 1945–1953“, in: *Europe-Asia Studies*, 2004, t. 56, Nr. 7, p. 963–991.

²⁹ „Ataskaitiniu periodu kas savaitę vyko ligoninės gydytojų konferencijos, per kurias studijavo I. P. Pavlovo darbai [...]“ (Medicinos ataskaita 1951 m., in: *LCVA*, f. R-505, ap. 1, b. 29, l. 11).

³⁰ Medicinos ataskaita 1954 m., in: *LCVA*, f. R-505, ap. 1, b. 47, l. 11.

kad šis metodas kampanijos įkarštyje galėjo būti kritikuotas kaip nepakankamai humaniškas ir netinkamas „humanistiškiausiai medicinai pasaulyje“.

Be to, ataskaitose nuo šešto dešimtmečio pradžios ėmė šmėžuoti „miego terapija“³¹. Šis terapijos būdas Sovietų Sąjungoje sulaukė išskirtinio dėmesio³². Tai aiškintina tuo, kad jo taikymas buvo tiesiogiai susietas su Pavlovo mokymu³³. Tad šio metodo paminėjimas ataskaitose nuo 1950 m. nėra atsitiktinis: Vilniaus psichiatrijos ligoninėje miego terapijos paminėjimas ir įtraukimas į praktiką po 1950 m. Pavlovo sesijos buvo vienas iš būdų pademonstruoti, kad yra prisitaikyta prie pavloviško kanono. Tačiau iš ataskaitų galima spręsti, kad „miego terapija“ taikyta labai ribotai. Pavyzdžiui, 1950 m. rašoma, kad nebuvo įmanoma taikyti šio metodo, nes nėra patalpų, kuriose galėtų būti užmigdomi pacientai, ir trūksta personalo³⁴.

Tad pirmajame etape vyravusi konvulsinė terapija rodo, kad Vilniaus psichiatrijos ligoninėje vadovautasi biomedicininio modeliu. Prasidėjusi Pavlovo dogmos kampanija nekeitė šį modelį, o užkirto kelią potencialioms alternatyvoms ir taip faktiškai įtvirtino biomedicininio modelio dominavimą.

3. 2. Aminazino etapas (1956–1964). Konvulsiniai gydymo metodai išliko svarbia Vilniaus psichiatrijos ligoninės terapijos dalimi ir antrajame etape (1956–1964). Išliko ir ta pati tendencija: pirmenybė teikta insulino komos terapijai, o elektrošokui dažniau skirtas pagalbinis ar antraeilis vaidmuo. Dažnai taikytas vadinamasis kombinuotas gydymas, pavyzdžiui, jei pacientas nereaguoja į insulino komos terapiją taip, kaip tikėjosi gydytojas, jam galėjo būti paskirtas 5–6 elektrošokų kursas. 1962 m. pradėta taikyti ir „miego terapijos“ atmaina – elektromiegas, t. y. kai miegas yra sukeliamas veikiant galvos smegenis kintama galvanine srove³⁵.

³¹ Kai kurie autoriai tvirtina, kad šios terapijos metu ligoniniai iš tikrųjų ne miega, o jiems sukeliama ilgai trunkanti narkozė; žr. Leslie Gordon Kiloh, John Sydney Smith, Gordon F. Johnson, *Physical Treatments in Psychiatry*, Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988, p. 336.

³² *Ibid.*, p. 338.

³³ Boris Andreev, *Sleep Therapy in the Neuroses*, New York: Consultants Bureau, 1960.

³⁴ Medicinos ataskaita 1950 m., in: LCVA, f. R-505, ap. 1, b. 23, l. 11.

³⁵ Aldona Lapytė, Jonas Šurkus, *Psichinė liga sergančiojo ligos istorijos schema ir psichiatrijos terminų žodynelis*, Vilnius: Lietuvos TSR Aukštojo ir specialiojo vidurinio mokslo ministerija, Kauno medicinos institutas, 1978, p. 22.

Tačiau šešto dešimtmečio viduryje terapija Vilniaus psichiatrijos ligoninėje patiria permainas ir jas nulėmė viso pasaulio psichiatrijoje prasidėję milžiniški pokyčiai, kurie kartais yra įvardijami kaip psichofarmakologijos revoliucija³⁶ ar modernios psichofarmakologijos eros pradžia³⁷. Iki tol klinikinė psichiatrija naudojosi vos keliomis ir labai bendro pobūdžio medžiagomis (opiumas, chloralis, barbitūratai ir kt.), bet 1950 m. Prancūzijoje buvo susintetintas chlorpromazinas³⁸, o po poros metų du prancūzų psichiatrai jį išbandė skirdami pacientams, turintiems psichikos sutrikimų, ir priėjo prie išvados, kad jis turi psichiatrinį poveikį³⁹. Taip chlorpromazinas tapo pirmuoju vaistu iš grupės, netrukus pavadintos neuroleptikais, t. y. turinčiais slopinamąjį poveikį. Nors iš tiesų nežinota, ar jie tik slopina paciento būklę, ar veikia ir konkrečius psichikos ligų simptomus, vos per kelerius metus sukurtų neuroleptikų vartojimas psichiatrijoje įgavo milžiniškus mastus ir tapo dominuojančia terapijos priemone. Tą patį dešimtmetį buvo sukurtas ir pirmasis „mažasis trankviliantas“, o iki dešimtmečio pabaigos pradėti vartoti pirmieji antidepresantai⁴⁰. Netrukus Sovietų Sąjungoje buvo susintetinta „tėvyninė“ chlorpromazino versija – aminazinas, o vėliau ir pirmasis „originalus“ antidepresantas – azafenas⁴¹.

Tad visame pasaulyje psichiatrija terapijos požiūriu pasikeitė fundamentaliai. Susiformavo ištisa psichofarmakologijos mokslo, praktikos ir pramonės sfera, į kurią įsitraukė didžioji dalis psichiatrijos. Efektyviai (būsenos keitimo, nebūtinai – gijimo prasme) ligonius veikiantys vaistai psichiatrams leido pereiti prie išoriškai humaniščiau atrodančių ir mažiau etinių dilemų keliančių, paprasčiau taikomų ir pigesnių gydymo būdų.

³⁶ Lucy Johnstone, *Users and Abusers of Psychiatry: A Critical Look at Traditional Psychiatric Practice*, London, New York: Routledge, 1989, p. 182; Edward Shorter, *A Historical Dictionary of Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press, 2005, p. 6.

³⁷ Ville Lehtinen, Heinz Katschnig, Viviane Kovess-Masfety, David Goldberg, „Developments in the Treatment of Mental Disorders“, in: Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos, Graham Thornicroft (ed.), *Mental Health Policy and Practice across Europe: The Future Direction of Mental Health Care*, Maidenhead: Open University Press, 2007, p. 130.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Nikolas Rose, „Psychopharmaceuticals in Europe“, in: Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos, Graham Thornicroft (ed.), *op. cit.*, p. 146.

⁴⁰ Ville Lehtinen, Heinz Katschnig, Viviane Kovess-Masfety, David Goldberg, „Developments in the Treatment of Mental Disorders“, in: Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos, Graham Thornicroft (ed.), *op. cit.*, p. 130.

⁴¹ Александр Тиганов (ред.), *Общая психиатрия*, Москва, 2006, in: <http://ncpz.ru/lib/53/book/28/chapter/67>, (2015-02-16).

Vilniaus psichiatrijos ligoninėje pirmą kartą apie aminaziną užsimenama 1955 m., kai apgailestaujama, kad nebuvo galimybės gydyti šiuo nauju gydymo metodu⁴². Tokia galimybė atsirado kitais metais – ir nuo tada pereinama į naują etapą, kuris suformavo tolimesnės terapijos pagrindą, pagrįstą psichofarmakologija. Psichotropiniai vaistai išliko sovietinės psichiatrijos terapijos pagrindu iki 1990 m.

1956 m. aminazino ligoninėje gauta nedaug, todėl jis skirtas nedideliame pacientų skaičiui ir faktiškai tik jiems nuraminti⁴³. Jau kitais metais ligoninė gavo didesnius jo kiekius ir ėmė plėsti aminazino taikymą. Jis taip pat buvo įtrauktas į kombinuotą gydymą. Apskritai 1957 m. medicinos ataskaitoje jaučiamas entuziazmas dėl aminazino poveikio ligoniams. Tad nors pastebimas jau ir šio vaisto sukeltas šalutinis poveikis tiek ligoniams, tiek ir (alergijos forma) medicinos personalui, vis dėlto išsakomas pageidavimas gauti didesnius kiekius aminazino, kuris esąs humaniškesnė ir labiau sveikatai tausojanti terapija nei insulino komos⁴⁴. Taip iki dešimtmecio pabaigos aminazinas neišstumia, bet į antrą planą pastumia konvulsinės terapijos metodus.

Toks išskirtinis aminazino dominavimas truko neilgai, nes jo sukeltas šalutinis poveikis vis labiau kliudė juo naudotis ir iš dalies psichiatrus vertė abejoti jo terapiniu efektyvumu⁴⁵. Tuo metu vis daugiau išbandomi kiti neuroleptikai (stelazinas, triftazinas), tačiau bent kiek platesnį jų taikymą dar stabdė arba gaunami per maži kiekiai, arba jų efektyvumas. Tačiau aišku, kad psichiatrai jau buvo linkę ieškoti alternatyvų aminazinui. 1966 m. iš Leningrado grįžusi viena iš ligoninės psichiatrų teigė, kad „paskutiniu metu sintezuojama l. daug psichotropinių med[ikamentų], kurių nespėjama net aprobuoti“⁴⁶. Iš tokių pasisakymų matyti ir tai, kaip greitai ir negrįžtamai psichiatrai perėmė psichofarmakologijos paradigmą – jei prieš penkiolika metų apie psichotropinius vaistus apskritai nebuvo žinoma faktiškai nieko, tai dabar alternatyvų esamiems vaistams buvo ieškoma tik galvojant apie naujus vaistus. Sovietinės psichiatrijos diskurse, nors pradėta kalbėti ir apie kitokius terapijos būdus, nebuvo reiškama abejonė psichofarmakologija, o alternatyvos buvo suprantamos tik kaip pagrindinių gydymo metodų pagalbinės priemonės.

⁴² Medicinos ataskaita 1955 m., in: *LCVA*, f. R-505, ap. 1, b. 52, l. 8.

⁴³ Medicinos ataskaita 1956 m., in: *Ibid.*, b. 59, l. 25.

⁴⁴ Medicinos ataskaita 1957 m., in: *Ibid.*, b. 66, l. 8.

⁴⁵ Medicinos ataskaita 1966 m., in: *Ibid.*, b. 179, l. 44.

⁴⁶ Gydytojų konferencijos protokolas, 1966-01-07, in: *Ibid.*, b. 178, l. 1v.

Nors aminazino etapo pabaigą žymime ties 1964 m., tačiau dar maždaug penkmetį jis išliko svarbiausiu iš skiriamų neuroleptikų, nes daugumos kitų neuroleptikų tiekimas buvo nepakankamas. Vis dėlto vėliau aminazinas dominuojančia pozicija turėjo pradėti dalintis su kitais neuroleptikais. Pavyzdžiui, 1971 m. schizofrenija sergantiems žmonėms, be insulino komų ir elektrošokų, daugiausia buvo skiriamas haloperidolis, kuris esą buvo efektyviausias. Tuo tarpu aminazinas vis labiau naudotas kaip susijaudinusių ir neramių psichikos ligonių nuraminimo priemonė.

Taigi per aminazino etapą (1956–1964) pasikeitė visas psichiatrijos žodynas – jis prisipildė įvairių psichotropinių vaistų pavadinimais. Jų daugėjo ir vieni vaistai galėjo keisti kitus, tačiau nesuabejota šios naujos terapinės krypties nauda, nes medikamentinis gydymas įsitvirtino tarp psichiatrų kaip efektyviausias ir priimtinausias terapijos būdas. Anksčiau atsiradusi konvulsinė terapija ir kitos priemonės buvo derinamos prie jo ar jomis buvo keičiama „esant kontraindikacijoms“. Psichiatrai galėjo pripažinti ką tik atsiradusių, tad tik pradėtų pažinti psichotropinių vaistų sveikatai žalingus šalutinius poveikius ar jų neefektyvumą, tačiau sovietinės psichiatrijos diskurse tai dažnai būdavo aiškinama vaistų netinkamu taikymu, bet ne jų neigimu *per se*.

Tad staigi psichofarmakologijos plėtra nuo šešto dešimtmečio vidurio gali būti laikoma revoliucine terapinių metodų prasme, tačiau ne biomedicininio modelio laikymosi požiūriu, nes medikamentai pratęsė ir, šio modelio apologetų nuomone, įrodė biomedicininės psichiatrijos pranašumą, nes dabar biologiniai smegenų ir nervų sistemos procesai buvo veikiami cheminėmis medžiagomis. Būtent tuo galima paaiškinti, kodėl taip lengvai ir entuziastingai buvo pereita iš vieno terapinio etapo į kitą – jis ne griovė nusistovėjusią psichiatrijos sampratą, bet dar labiau padėjo ją įtvirtinti.

3. 3. Leningradėjimo etapas (1965–1990). Trečiajame terapijos etape jos pagrindas nepasikeitė ir toks išliko iki 1990 m., nes toliau dominavo vadinamieji aktyvūs gydymo metodai, t. y. vaistai, konvulsinės terapijos ir įvairios šių metodų kombinacijos. Nepaisant to, septinto dešimtmečio antroje pusėje aptinkame naujus procesus, kurie žymi teorinio ir praktinio ligoninėje taikomo psichiatrijos modelio pokyčius.

Tiesa, pats kalbėjimas apie vientisą sovietinės psichiatrijos modelį kiek redukuoja tą idėjų, diskusijų ir praktikų įvairovę, kuri egzistavo sovietinės psichiatrijos erdvėje. Sovietinė psichiatrija rėmėsi gana griežtai apibrėžtomis ir ideologiškai aprobuotomis nuostatomis, tačiau šių rėmų ribose egzista-

vo skirtingose respublikose ar miestuose susikūrusių psichiatrijos mokyklų teoriniai ir praktiniai skirtumai bei nesutarimai. Čia nėra galimybių aptarti visų įvairiose sovietinėse respublikose egzistavusių skirtumų, tačiau sovietinę psichiatriją teoriškai nagrinėję autoriai, taip pat tuomet dirbę psichiatrai ir psichologai nurodo dvi pagrindines sovietinės psichiatrijos mokyklas – Maskvos ir Leningrado. Calloway'us yra išskykęs svarbiausius teorinius Maskvos ir Leningrado mokyklų skirtumus: Maskvos mokykla daugiau reikšmės skyrė endogeniniams procesams ir psichopatologijai, o Leningrado mokykla – fiziniams ir psichosocialiniams aplinkos veiksniams. Dėl to, pavyzdžiui, schizofrenijos ligai paaiškinti Leningrado mokyklos atstovai ieškojo virusinių priežasčių. Bechterevo institutas Leningrade taip pat pasižymėjo didesniu aktyvumu plėtojant psichoterapijos ir reabilitacijos teorijas⁴⁷.

Kristina Polukordienė, studijavusi psichiatriją Leningrade, šiuos skirtumus apibendrino taip: Maskvos mokykla buvo labiau „psichiatrizuota“, Leningrado – „psichoterapeutizuota“⁴⁸. „Psichiatrizuota“ šiuo atveju reiškia konservatyvesnę biomedicininio psichiatrijos modelio interpretaciją ir praktines implikacijas, kai griežčiau orientuojamasi į biologines ligos priežastis ir daugiau taikomi aktyvieji gydymo metodai, pirmiausia – vaistai; „psichoterapeutizuota“ reiškia liberalesnę to paties modelio interpretaciją, kai plačiau įsileidžiami kitų psichiatrijos modelių siūlomos etiologijos teorijos ir terapijos metodai, t. y. daugiau dėmesio skiriama socialiniams ir psichologiniams aspektams, taip pat tokiems terapijos būdams, kaip individuali ir grupinė psichoterapija.

Paskutinis svarbus Leningrado mokyklos bruožas – tai jos sąlygiškai didesnis atvirumas idėjoms iš Vakarų, taigi ir ten vykusiems psichiatrijos procesams. Tokios idėjos visada turėdavo būti apčiuotos ir ideologiškai adaptuotos sovietinės psichiatrijos diskursui, ir nors sunku įvertinti realią Vakarų psichiatrijos tendencijų įtaką Leningrado mokyklai, tačiau akivaizdu tai, kad vakarietišku procesų apraiškas sovietinėje psichiatrijoje pateikėjai siejo būtent su šia mokykla.

Taigi Maskvos ir Leningrado mokyklų skirtis mums leidžia suformuluoti dvi sovietinės psichiatrijos orientacijas. Pabrėžtini du aspektai: pirma, dviejų mokyklų egzistavimas savaime nepaneigia to, kad jos galėjo kurtis bendro sovietinės psichiatrijos modelio rėmuose, ir antra, tam tikrų reiškinių ir tendencijų priskyrimas vienai mokyklai neeliminuoja fakto, kad tų

⁴⁷ Paul Calloway, *op. cit.*, p. 12.

⁴⁸ Interviu su Kristina Polukordiene, 2014-12-12, in: Autoriaus asmeninis archyvas.

pačių reiškinių ir tendencijų galima buvo aptikti ir kitoje mokykloje, pavyzdžiui, psichoterapijos akcentavimas būdingesnis Leningrado mokyklai, tačiau tai nereiškia, kad Maskvos psichiatrai visai neplėtojo psichoterapijos idėjų. Taigi Leningrado ir Maskvos mokyklų skirtį čia siūlome suprasti kaip analitines kategorijas, kurios padeda sugrupuoti skirtingus sovietinės psichiatrijos reiškinius ir procesus. Šiame kontekste „leningradėjimo“ sąvoką apibrėžiame kaip tokią sovietinės psichiatrijos modernizacijos (naujų reiškinių radimosi proceso) versiją, kurioje ryškėja Leningrado mokyklai būdingi bruožai. Kalbėti apie leningradėją atrodo prasmingiau nei vien apie modernizaciją siekiant pabrėžti būtent sovietinį jos pobūdį ir sovietinio diskurso determinuojantį vaidmenį.

Leningradėjimo sąvoka atrodo tinkamiausia apibūdinti tam, kas vyko Vilniaus psichiatrijos ligoninėje maždaug nuo 1965 m. Nuo tada galime stebėti trijų rūšių leningradėjimo reiškinius, kurie aprėpia ne tik pokyčius terapijoje siaurąja prasme, bet ir požiūrio į psichikos ligą, ligonius ir psichiatrijos ligonines kaitą:

1) *Didėjantis dėmesys psichoterapijai ir psichologijai*. Straipsnio apimtis neleidžia išsamiau aptarti psichoterapijos plėtros Vilniaus psichiatrijos ligoninėje istorijos, todėl apsiribosime tik punktyriškai nubrėždami svarbiausius etapus. Nuo pirmųjų pokario metų medicinos ataskaitose vienu ar dviem žodžiais būdavo paminima, kad yra taikoma psichoterapija, tačiau tik šešto dešimtmečio antros pusės ataskaitose atsiranda su šiuo gydymo metodu susijusių konkretybių – kaip kompleksinio gydymo dalis ji taikyta psichikos sutrikimų atvejais, tuo metu vadintais „paribinėmis būsenomis“ ir įvairiomis „neurozėmis“⁴⁹. Tiesa, sovietmečio psichoterapijos samprata stipriai skyrėsi nuo to, kaip ji yra suprantama dabar. To meto sovietinę psichoterapiją galima būtų įvardyti kaip direktyviają psichoterapiją⁵⁰, nes psichiatras pokalbio metu siekė įtikinti, įkalbėti, įteigti, pamokyti, kitaip tariant, nurodinti ligoniui. 1961 m. per psichoterapijos metodo pristatymą ligoninės medicinos seserims pranešėjas pateikė tipišką jos sampratą, esą psichoterapija yra dviejų rūšių – įkalbinėjimas ir hipnozė⁵¹.

⁴⁹ Medicinos ataskaita 1957 m., in: LCVA, f. R-505, ap. 1, b. 66, l. 10.

⁵⁰ Direktyvios psichoterapijos formulę lakoniškai yra apibrėžusi psichoterapeutė Liudmila Andrikienė: „[...] psichoterapeutas – tai protingas daktaras, mokantis kvailą pacientą“ (Danguolė Andrijauskaitė, „Psichoterapijos raida Lietuvoje“, in: *Gydymo menas*, Kaunas, 2004, Nr. 12 (111), p. 82).

⁵¹ Vilniaus psichoneurologinės ligoninės medicinos seserų konferencija, 1961-02-20, in: LCVA, f. R-505, ap. 1, b. 73, l. 51.

Septinto dešimtmečio viduryje dėmesys psichoterapijai pradėjo augti visoje Sovietų Sąjungoje. Charkovo medicinos institute buvo įsteigta pirmoji psichoterapijos katedra (1962). Reaguodamas į šias tendencijas, tuometis ligoninės vyriausiasis gydytojas Sargautis per vieną 1963 m. gydytojų konferenciją pranešė, kad jau yra suplanuotas psichoterapijos kabinetas⁵². Jis ligoninės dispanseryje buvo atidarytas po dvejų metų. Būtent 1965 m. pasirinkome žymėti naujo etapo pradžią, nes iki tol daugiausia retorikos lygmeniu aptarinėti ir psichologinį ir sociokultūrinį modelį orientuoti terapijos metodai įgavo konkretesnes ir instituciškai organizuotas praktines formas – dispanseryje atidarytas psichoterapijos kabinetas, pradėjo konsultuoti seksologas.

Pirmaisiais šio etapo metais psichoterapijos praktikos plėtra daugiausia priklausė nuo atskirų gydytojų iniciatyvos – Psichoterapijos kabinete dirbusio Aleksandro Alekseičiko ir ilgamečio šios ligoninės gydytojo Napoleono Indrašiaus⁵³. Alekseičikas pradėjo viešai propaguoti psichoterapijos idėjas ir įvairias jos rūšis, pavyzdžiui, autotreningą⁵⁴. Kai kurie psichiatrai ėmė įrodinėti galimybę psichoterapiją taikyti kaip savarankišką terapiją, o ne papildomą šalia „aktyviųjų gydymo metodų“, ir čia jau ryškus poslinkis į psichologinį modelį (nuo „sergančio organizmo“ prie „asmenybės“)⁵⁵.

Septinto dešimtmečio pabaigoje įvyko dar vienas visai Lietuvos psichiatrijos raidai svarbus įvykis – 1969 m. Vilniaus universiteto Medicinos fakultete atsirado psichologijos kursas, todėl po kelerių metų susiformavo pirmoji psichologų karta. Nors šis kursas nerengė specialiai medicinos psichologų, tačiau būtent iš čia į Vilniaus psichiatrijos ligoninę atėjo dirbti pirmieji psichologai – 1974 m. šioje ligoninėje buvo įsteigtas pirmasis psichologės etatas sovietų Lietuvoje.

Dominuojant biomedicininio modelio diskursui, psichologai buvo psichiatrų traktuojami kaip nepriklausą tai pačiai bendruomenei, kurią apibrėžia medicinos profesionalų kompetencija. Šią kompetenciją apspresdavo biologinių, o ne psichologinių ir socialinių žmogaus aspektų išmanymas

⁵² Gydytojų konferencija, 1963-04-05, in: *Ibid.*, b. 118, l. 33v–34v.

⁵³ Indrašių Alekseičikas yra įvardijęs kaip vieną iš savo mokytojų; žr. Aleksandras Alekseičikas, „Intensyvus terapinis gyvenimas“, in: *Grupinė psichoterapija Lietuvoje: Teoriniai modeliai ir jų taikymas*, sudarytojas Rimantas Kočiūnas, Vilnius: Via Recta, 1999, p. 9.

⁵⁴ Aleksandras Alekseičikas, „Autotreningas medicininėje praktikoje“, in: *Sveikatos apsauga*, Vilnius, 1967, Nr. 9, p. 23.

⁵⁵ Aleksandras Alekseičikas, Juzė Andriuškevičienė, „Praktinės psichoterapijos klausimu“, in: *Sveikatos apsauga*, Vilnius, 1967, Nr. 2, p. 3.

ir gebėjimas taikyti atitinkamus terapinius metodus. Nenuostabu, kad psichoterapija sovietinėje psichiatrijoje taip pat buvo priskirta psichiatrų kompetencijai, o psichologams čia, kaip ir kitose psichiatrijos srityse, buvo numatytas tik pagalbinis, antraeilis, psichiatrus aptarnaujantis vaidmuo⁵⁶. Didėjantis teorinis dėmesys psichologijai ir jos institucinis įvedimas į praktiką Vilniaus psichiatrijos ligoninėje nereiškė lygiaverčio statuso suteikimo, todėl aštuntame dešimtmetyje psichologai turėjo įrodinėti esą reikalingi, ieškojo galimybių bendradarbiauti su psichiatrija ir neformaliai su ja konkuravo⁵⁷. Tad psichologų atsiradimą ligoninėje vertinant kaip leningradėjimo proceso vieną iš lūžio taškų, vis dėlto būtina atsižvelgti į realiai jiems suteiktą poziciją ir jų galimybes. Visą aštuntą dešimtmetį tęsėsi šios psichologų pastangos atrasti savo nišą psichiatrų monopolijos sąlygomis.

Tačiau šio dešimtmečio viduryje taikomos psichoterapijos samprata plėtėsi, viena svarbiausių naujovių – pacientams skirti grupinės psichoterapijos seansai. Psichiatras Alekseičikas pradeda rengti medicinos psichologijos ir psichoterapijos seminarus (1978), kuriuose taip pat mokoma grupinės psichoterapijos⁵⁸. Maždaug tuomet susiformavo nauja psichoterapeutų karta, kurios ugdymą bent iš dalies lėmė ligoninės ir katedros bendradarbiavimas ir Vasaros gatvėje vykdavę seminarai. Kai kurių psichoterapeutų teigimu, Vilnius buvo tapęs „psichoterapijos žinių centru“ visoje Sovietų Sąjungoje, o į seminarus atvykdavę specialistai ir iš kitų respublikų⁵⁹.

Tad iki devinto dešimtmečio pradžios psichoterapeutų ir psichologų veikla tapo apčiuopiamesnė ir svaresnė. Galima teigti, kad jiems pavyko susikurti savąją erdvę ir užimti tam tikrą vietą terapijos procese. Ir nors pateikėja Danutė Gailienė teigia, kad psichologai netapo lygiaverčiais šio proceso nariais ir jų statusas psichiatrų atžvilgiu išliko pagalbinis⁶⁰, tačiau akivaizdi yra bent jau kiekybinė plėtra – daugėjo psichologų ir psichoterapeutų etatų. Žinoma, šie į psichologinį modelį orientuoti procesai išliko antraeiliai biomedicininio modelio nulemtos terapijos atžvilgiu, tačiau bendrame sovietų

⁵⁶ Per ligoninės gydytojų konferenciją medicinos psichologiją pristatęs vienas garsiausių to meto jos specialistų Antanas Goštautas jos santykį su psichiatrija apibūdino: „[P]sicholog. yra pagalb. disciplina, nes suteikia pagalb. informaciją“ (Gydytojų konferencijos protokolas, 1974-01-17, in: *LCVA*, f. R-505, ap. 1, b. 261, l. 76).

⁵⁷ Interviu su Danute Gailiene, 2014-01-22, in: Autoriaus asmeninis archyvas; Interviu su Ž. B., 2014-02-18, in: *Ibid.*

⁵⁸ Rimantas Kočiūnas, „Pratarmė“, in: *Grupinė psichoterapija Lietuvoje*, p. 6.

⁵⁹ Danguolė Andrijauskaitė, *op. cit.*, p. 82.

⁶⁰ Interviu su Danute Gailiene, 2014-01-22.

Lietuvos psichiatrijos kontekste žymėjo reikšmingus pokyčius.

2) *Ligoninės režimo liberalėjimas ir nestacionarios pagalbos plėtra*. Septinto dešimtmečio viduryje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje pradėta kalbėti ir apie kitokio pobūdžio naujoves⁶¹, kurios atspindėjo jau ne tiek psichologinio, kiek sociokultūrinio modelio tendencijas – tai laisvesnis režimas ligoninėje (galimybė pacientams laisviau judėti, laikinas išleidimas namo, įvairesnės veiklos pacientams pasiūla ligoninėje ir pan.) ir didesnis nestacionarios pagalbos vaidmuo.

Viešose diskusijose tokios permainos buvo siejamos su Leningrado pavyzdžiu, bet iš tikrųjų jos atspindėjo ir platesnį kontekstą – neišvengiamą būtinybę sovietinei psichiatrijai reaguoti į tuo metu maždaug dešimtmetį Vakaruose besitęsusią griežtą psichiatrijos ir ypač į stacionarų gydymą orientuotos psichiatrijos kritiką. Nors jokių viešų diskusijų, kuriose būtų kvestionuojamas pats biomedicininis psichiatrijos diskursas, sovietinėje komunikacijos erdvėje nevyko, tačiau profesinį psichiatrijos lauką net ir pro „geležinę uždangą“ jos pasiekdavo⁶².

Iš tikrųjų septinto dešimtmečio pabaigoje reformatoriškos idėjos tapo vidinių diskusijų objektu ir impulsu atsargiems pokyčiams. Vienas iš tokių Leningrado mokyklos įtakai pasidavusios psichiatrijos daliai priimtinių būdų – ligoninės režimo liberalėjimas. Tačiau perėjimas nuo teoriško kalbėjimo prie praktinio režimo keitimo Vilniaus psichiatrijos ligoninėje vyko lėtai ir laipsniškai. 1967 m. medicinos ataskaitoje galime aptikti tvirtinimą, kad antrajame psichiatriniame vyrų skyriuje ligoniams yra skiriamos „atostogos“, t. y. sekmadieniais jie buvo išleidžiami į namus⁶³. Aštunto dešimtmečio pradžioje pradėta taikyti „atvirų durų“ praktika – pacientų artimieji galėjo patekti į skyrius, pasikalbėti su personalu, išklausti paskaitų apie giminių santykius su ligoniais namuose⁶⁴. To paties dešimtmečio pabaigoje buvo rašoma, kad atsisakoma „netinkamo tradicinio režimo sąlygų“ (ligoninių izoliacijos nuo šeimos ir visuomenės) ir „stengiamasi sudaryti psichiniam ligoniui kuo mažesnių suvaržymų sąlygas“ (išleidžiami savaitgaliais namo, suderinus su gydytojais, išleidžiami į miestą sutvarkyti reikalų, ap-

⁶¹ Pirmąją reikšmingesnę tokio pobūdžio diskusiją ligoninėje žr. Gydytojų konferencijos protokolas, 1966-04-15, in: LCVA, f. R-505, ap. 1, b. 178, l. 16r-16v.

⁶² Pavyzdžiui, Gydytojų konferencijos protokolas, 1968-05-23, in: *Ibid.*, b. 195, l. 26r-27v.

⁶³ Medicinos ataskaita 1967 m., in: *Ibid.*, b. 196, l. 43.

⁶⁴ Medicinos ataskaita 1971 m., in: *Ibid.*, b. 249, l. 36.

lankyti šeimos, apsipirkti)⁶⁵. Tačiau tik devintame dešimtmetyje nutarta iš esmės pakeisti režimų tvarką ir įvesti vadinamąją keturių režimų sistemą, kurioje numatyta galimybė taikyti pusiau stacionarų gydymą. Tokį sprendimą taip pat skatino Leningrade pabuvojusių gydytojų pasakojimai⁶⁶. Vis dėlto dienos stacionaras su šimtu lovų ligoninėje atidarytas tik 1985 m.

3) *Didėjantis dėmesys readaptacijai ir rehabilitacijai*. Maždaug nuo trečiojo etapo pradžios imta kalbėti ir apie poreikį rūpintis pacientų socialiniais įgūdžiais po išrašymo iš ligoninės. Sovietinės psichiatrijos diskurse tai buvo vadinama psichikos ligonių readaptacija ir rehabilitacija.

Leningradėjimo proceso pradžioje ataskaitose pradėta kalbėti apie psichosocialinės aplinkos svarbą paciento būklei po stacionaraus gydymo – teigta, kad dalis išrašytų ligonių po kurio laiko sugrįžta į ligoninę ir viena iš to priežasčių yra „nepalankios buitinės sąlygos, giminių santykiai su ligoniais, nes atsidūrę ligoniai į blogas gyvenimo sąlygas vėl greitai dekompensuojasi“⁶⁷. Kaip naudinga palaikomoji priemonė po išrašymo nurodomas darbas „gydomosiose“ dirbtuvėse, tačiau jose galėjo dirbti tik nedidelis skaičius žmonių. Ataskaitose imta minėti vis įvairesnis organizuotas socialinis ir kultūrinis gyvenimas ligoninės viduje, žinoma, turėjęs sovietinei tikrovei būtinus ideologinius atspalvius⁶⁸. Nuosekliausiai ligoninėje plėtota ir ligoninei materialinę naudą nešusi readaptacijos forma buvo darbo terapija. Nuo 1956 m. įrengtose specialiose dirbtuvėse netrukus pradėjo veikti siuvimo, šalikų mezgimo, batsiuvių ir popierinių maišelių klijavimo cechai, į darbą buvo įtraukiami stacionaro ir dispanserio pacientai.

Aštunto dešimtmečio ataskaitose plečiasi ir įvairėja readaptacijos ir rehabilitacijos tikslais organizuojama pacientų veikla, pradėta kalbėti apie skyriuose organizuojamą „psichoterapinį režimą“. Svarbiausia dešimtmečio pradžios naujovė – pagal Leningrado mokyklos pavyzdį psichiatriniuose skyriuose įkurtos iš palatų ir bendro skyriaus seniūnų sudarytos ligonių tarybos⁶⁹, kuriomis esą siekiama „suaktyvinti visus skyriaus ligonius, įtraukti į savivaldos, savitarnos problemų sprendimą“⁷⁰. Nuo šio dešimtmečio vidu-

⁶⁵ Medicinos ataskaita 1979 m., in: *Ibid.*, b. 422, l. 43.

⁶⁶ Gydytojų konferencijos protokolas, 1980-03-13, in: *Ibid.*, b. 383, l. 84v.

⁶⁷ Medicinos ataskaita 1966 m., in: *Ibid.*, b. 179, l. 44–45.

⁶⁸ Medicinos ataskaita 1967 m., in: *Ibid.*, b. 196, l. 46; Medicinos ataskaita 1968 m., in: *Ibid.*, b. 211, l. 41.

⁶⁹ Medicinos ataskaita 1971 m., in: *Ibid.*, b. 249, l. 36.

⁷⁰ Medicinos ataskaita 1981 m., in: *Ibid.*, b. 443, l. 29.

rio ataskaitų retorika darosi vis pompastiškesnė, aukštinant „šiuolaikinės medicinos“ ir ypač sovietinės medicinos „humanizaciją“. Tačiau atmetus kalbinę ideologizuotą ornamentiką, vis dėlto išlieka svarbu tai, kad šalia biomedicininės psichikos ligos pusės vis daugiau dėmesio skiriama socio-kultūriniais aspektams, kalbama apie pacientų socialines ir buitines sąlygas, socialinius ir darbinius ryšius, kultūrinius interesus.

Žinoma, prioritetai išliko aiškūs ir jie tiesiogiai deklaruoti: iškeltas „medikamentinis gydymas“, kuris vertintas kaip pagrindinis faktorius, leidžiantis „gražinti ligonį gyvenimui ir darbui“, paskui – direktyvioji psichoterapija, ir tik tada – visa kita⁷¹. Bandant išlaikyti biomedicininio modelio pirmenybę, bet ir pripažįstant psichosocialinių faktorių reikšmę, ieškota tinkamų formuluočių: „[...] šiuolaikinėje mokslinėje psichiatrijoje vis daugiau kaupiasi įrodymų, kad progresavimas psichinės ligos, susidarymas psichinio defekto tai nėra vien išdava patologinio proceso dinamikos, tačiau turi dar tam tikrą reikšmę ir asmenybės reakcija į ligą ir daug nulemia netinkamos tradicinio režimo sąlygos – ligonių izoliacija nuo visuomenės, šeimos“⁷².

Išvados. Vilniaus psichiatrijos ligoninėje taikytos terapijos analizė rodo, kad nuo pat pirmųjų okupacijos metų ši ligoninė turėjo labai aiškia biomedicininę orientaciją, tačiau neatsižvelgus į istorinę kaitą ir patirtas kitų modelių įtakas, toks apibrėžimas pernelyg redukuotų šio psichiatrijos modelio supratimą.

Nuo pirmųjų metų daugiausia buvo remiamasi „aktyviais gydymo metodais“, kurie nurodo į biomedicininio modelio laikymąsi, nes jie buvo nukreipti į biologinius procesus žmogaus organizme, pirmiausia – smegenis ir nervų sistemą. Per Pavlovo kampaniją sovietinė psichiatrija perėmė šio fiziologo mokymo materialistinį pagrindą ir interpretavo jį akcentuodama biologinius procesus. Tai atkirto psichiatriją nuo „idealistinių“ srovių ir padėjo psichiatrams įtvirtinti biomedicininį modelį. Psichofarmakologijos revoliucija šios nuostatos nepakeitė, o tik ją sustiprino – dabar žmogaus smegenis ir nervų sistemą buvo galima veikti „dar efektyvesniais“ cheminiais preparatais ir patvirtinti biomedicininio modelio prielaidų „teisingumą“.

Vis dėlto leningradėjimo procesas Vilniaus psichiatrijos ligoninėje rodo, kad psichiatrija vėlyvuojų sovietmečiu patyrė istorinę raidą ir tam tikrą

⁷¹ Medicinos ataskaita 1975 m., in: *Ibid.*, b. 318, l. 59–60.

⁷² Medicinos ataskaita 1979 m., in: *Ibid.*, b. 422, l. 43.

fragmentavimąsi, kuris įgalino sąlygišką įvairovę ideologiniuose rėmuose ir skirtingų psichiatrijos mokyklų susiformavimą. Vilniaus psichiatrijos ligoninės terapinėje praktikoje galima fiksuoti tendencijas, kurios patvirtina kitų psichiatrijos modelių (psichologinio ir sociokultūrinio) įtaką – tam tikrų elementų integravimą ir asimiliavimą – per Leningrado mokyklą.

Tai, kad su leningradėjimu atėję įvairesni terapijos metodai netapo pagrindiniai, ilgą laiką išliko „patarnaujantys“ tradiciniams biomedicininiam metodams, taigi ir toliau buvo traktuojami kaip antraeiliai, o jų plėtojimasis daugiausia priklausė nuo atskirų personalo narių iniciatyvos, leidžia daryti išvadą, kad šioje ligoninėje susiformavęs psichiatrijos modelis netapo biopsichosocialiniu. Jį reiktų apibrėžti kaip materialistinį, pagrįstą biomedicininio modeliu, bet vėlyvuju sovietmečiu asimiliavusiu psichologinio ir sociokultūrinio modelio elementus.

DEFINING MODEL OF PSYCHIATRY IN SOVIET LITHUANIA: THE CASE OF ONE HOSPITAL

Tomas Vaiseta

Summary

The aim of the article is to define the model of psychiatry in Soviet Lithuania by taking the case of the Vilnius Psychiatric Hospital. This definition is pursued by analyzing the therapeutic practices in the hospital during the Soviet period (1944–1990).

Three different stages of therapy development were distinguished. The first was named convulsive therapy (1944–1955), because this method of treatment (mostly insulin coma and electroshock) dominated the medical practice. Aminazin and other new pharmaceutical treatment prevailed in the second stage (1956–1964). In the last stage (1965–1990) drugs still dominated, but it was distinctly complemented by new therapeutic trends, namely – some forms of psychotherapy and psychology, more attention to the social re-adaptation of patients and more liberal attitudes toward the regime of the hospital. This stage was called “leningradization” because the new influence came mostly from the psychiatric school of Leningrad.

The model of psychiatry in the Vilnius Psychiatric Hospital could be defined as materialistic, essentially biomedical, but in the late Soviet period it assimilated some elements of psychological and sociocultural models.