



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicina

Klinikinės medicinos instituto Neurologijos ir neurochirurgijos klinika

Augustė Kriaučeliūnaitė, 6 kursas, 9 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Psichikos ligų samprata, diagnostika ir gydymas tarpukario Vilniuje

***Perception, Diagnosis and Treatment Methods of Mental Diseases in Interwar
Vilnius***

Darbo vadovas

dr. Eglė Sakalauskaitė - Juodeikienė

Klinikos vadovas

prof. dr. Dalius Jatužis

Darbo konsultantas

doc. dr. Aistis Žalnora

Vilnius, 2026

Studento elektroninio pašto adresas: auguste.kriauceliunaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	5
IŽANGA	7
DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	12
TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	12
LITERATŪROS APŽVALGA	14
REZULTATAI	27
1. Psichiatrijos tikslai ir uždaviniai Vilniuje XX a. pirmoje pusėje	27
2. Psichikos sutrikimais sergančių ligonių gydymo organizavimo iššūkiai	30
4. Psichoanalizės ištakos Vilniuje: miego ir sapnų reikšmė	37
5. Klinika, diagnostika: vegetacinės nervų sistemos svarba Vilniaus psichiatrų darbuose	39
6. Psichikos sutrikimų gydymas: insulino komų terapijos analizė	42
7. Kontroversiški gydymo metodai: urinoterapija psichikos sutrikimų gydymui	45
8. Nemedikamentinio gydymo galimybės tarpukario Vilniuje	48
DISKUSIJA	50
IŠVADOS	60
PADĖKA	61
LITERATŪRA	61

SANTRAUKA

Psichikos sutrikimų samprata, diagnostika ir gydymas tarpukario laikotarpiu sparčiai keitėsi: formavosi modernesnis požiūris į psichikos sutrikimus, skirta daugiau dėmesio ligų kilmės paieškoms, psichikos sutrikimų mokslinei klasifikacijai, efektyvių gydymo metodų paieškai, pagrindimui ir pritaikymui. Psichikos sutrikimų sampratos, diagnostikos ir gydymo metodų ypatumams Vilniaus krašte įvertinti trūksta išsamių tyrimų.

Šio darbo tikslas - nustatyti, kaip tarpukario (1918-1939 m.) Vilniuje buvo suvokiami, diagnozuojami ir gydomi psichikos sutrikimai. Iškelti keli darbo uždaviniai: nustatyti psichiatrinės pagalbos organizavimo iššūkius tarpukario Vilniuje; vyraujančių psichikos sutrikimų sampratos ypatumus bei palyginti juos su Vakarų Europoje vyravusiomis teorijomis; įvertinti psichikos sutrikimų diagnostikos, gydymo ir prevencijos ypatumus tarpukario Vilniuje, atskleidžiant jų sąsajas su to meto medicinos mokslo raida, taip pat lyginant juos su Vakarų Europoje taikytais diagnostikos ir gydymo metodais.

Darbo tikslui pasiekti ir uždaviniams įvykdyti atlikta pirminių ir antrinių šaltinių analizė. Pirminiai šaltiniai rinkti Vilniaus universiteto bibliotekos archyvuose (atrinkti lenkų ir vokiečių kalba publikuoti Vilniaus psichiatrų darbai 1918-1939 m. laikotarpiu), antriniai – tarptautinėse duomenų bazėse (PubMed, Google Scholar, ResearchGate, ScienceDirect) publikuoti kitų Europos šalių psichiatrų duomenys. Siekiant įvertinti psichikos sutrikimų sampratą, diagnostiką ir gydymą tarpukario Vilniuje, taikytas aprašomasis ir istorinis metodai. Norint palyginti tarpukario Vilniaus psichiatrijos pasiekimus su kitų Europos regionų lygiu, taikyti lyginamosios analizės ir analogijos metodai. Retrospektyvios diagnostikos metodas padėjo patikslinti kai kurias tarpukario psichiatrų nustatytas diagnozes, remiantis šiuolaikinės medicinos žiniomis.

Atlikę tyrimą, nustatėme, kad 1918-1939 m. Vilniuje psichikos sutrikimai buvo suvokiami kompleksškai, apimant biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių sąveiką. Psichikos sutrikimų diagnostika daugiausia rėmėsi klinikiniais simptomais, ligos eigos stebėjimu bei autonominės nervų sistemos pokyčių vertinimu. Nesant efektyvių medikamentinių gydymo metodų, Vilniaus psichiatrijos įstaigose daugiausiai dėmesio skirta psichoedukacijai, struktūruotos aplinkos kūrimui, personalo rengimui, pacientų darbo terapijai, socialinei reintegracijai. Nors siekta modernizuoti psichiatriją, buvo taikyti ir ribojantys metodai – slopinantys medikamentai, fizinis suvaržymas, paciento izoliavimas. Tarpukario Vilniuje, kaip ir kitose Europos psichiatrijos ligoninėse, taikyti ir eksperimentiniai gydymo metodai, pradedant urinoterapija, baigiant insulino komų terapija. Neradome duomenų, kad to meto Vilniaus ligoninėse būtų taikytos leukotomijos.

Apibendrinant galima teigti, kad tarpukario Vilniaus psichiatrai domėjosi Europoje pasirodžiusiais naujais diagnostiniais ir gydymo metodais, siekė juos pritaikyti savo praktikoje,

tačiau jų įgyvendinimą ribojo organizacinės, teisinės bei finansinės Antrosios Lenkijos Respublikos sveikatos apsaugos problemos. Nepaisant to, psichikos sutrikimai vis dažniau buvo vertinami kaip savarankiška liga, reikalaujanti specifinio gydymo, profesionalios priežiūros ir tinkamos ligoniui aplinkos. Psichiatrinė praktika tarpukario Vilniaus regione, kaip ir kituose Europos kraštuose, atspindėjo pereinamąjį laikotarpį medicinos istorijoje, kai tradicinę psichikos ligų sampratą ir gydymo modelį pamažu keitė modernėjanti, mokslu paremta psichiatrija.

Raktažodžiai: psichikos sutrikimai, insulino komų terapija, tarpukaris, Vilnius.

SUMMARY

During the interwar period, the concept, diagnosis and treatment of mental disorders changed rapidly. During this period, a more modern approach emerged, with greater attention to the search for the origins of diseases, the scientific classification of mental disorders, and application of effective treatment methods. However, there is a lack of detailed research to assess the perception, diagnosis and treatment methods of mental disorders in Vilnius region.

This study aims to determine how mental disorders were perceived, diagnosed, and treated in Vilnius during the interwar period (1918-1939). We intended to identify the challenges of organising psychiatric care in Vilnius during the interwar period; to reveal the prevailing concepts of mental disorders and compare them with the theories prevailing in Western Europe at the time; to assess the characteristics of the diagnostic, treatment and prevention methods of mental disorders in Vilnius during the interwar period, and to compare them with the diagnostic and treatment methods used in Western Europe.

To achieve this aim and fulfil the tasks, we analysed primary and secondary sources. Primary sources were collected from the archives of Vilnius University library, published in Polish and German by Vilnius psychiatrists. Secondary sources, published by psychiatrists from other European countries, were found in international databases (PubMed, Google Scholar, ResearchGate, ScienceDirect). To assess the concept, diagnostics, and treatment of mental disorders in interwar Vilnius, descriptive and historical methods were applied. To compare the levels of achievements of Vilnius psychiatry school with other European psychiatric institutions, comparative analysis and analogy methods were used. The retrospective diagnostic method helped to clarify some diagnoses, using modern medical knowledge.

Mental disorders were claimed to be the result of the interaction of biological, psychological, and social factors in interwar Vilnius. Diagnostics was mainly based on clinical symptoms, monitoring the course of the disease and the assessment of changes in the autonomic nervous system. In the absence of effective treatment methods, Vilnius psychiatric institutions focused mostly on non-drug treatment methods – psychoeducation, implementation of structured environment, staff training, work-focused treatment, and social reintegration. Although Vilnius psychiatrists aimed to modernise psychiatry, restrictive methods, such as sedative medications, physical restraint, and patient isolation, were also employed. In interwar Vilnius, as well as in other psychiatric hospitals in Europe, various experimental treatment methods were used - from urine therapy to insulin shock therapy. We have not found any data that leukotomies were applied in Vilnius hospitals at the time.

In summary, interwar Vilnius psychiatrists were interested in new diagnostic and treatment methods emerging in Europe. They sought to apply them in their practice, but organisational, legal, and financial constraints in the healthcare system of the Second Polish Republic limited their implementation. Nevertheless, a mental disorder was increasingly viewed as a separate disease that required specific treatment, professional care and an environment suitable for the patient. Psychiatric practice in the interwar Vilnius region reflected a transitional period in the history of medicine, when the traditional model of treatment of mental disorders was gradually replaced by modern, science-based psychiatry.

Keywords: mental disorders, insulin shock therapy, interwar period, Vilnius.

IŽANGA

Užuominos apie psichikos sutrikimus ir jų gydymą randamos įvairiuose Priešistorės bei Senovės istorijos šaltiniuose. Prieš psichiatrijai tampa medicinos šaka, psichikos sutrikimų kilmė buvo grindžiama remiantis trimis pagrindinėmis teorijomis – antgamtinė, somatogeninė bei psichogeninė. Antgamtinės teorijos šalininkai psichikos sutrikimų priežastimi laikė piktųjų dvasių apsėdimus, dievų bausmes, nuodėmes, prakeikimus. Somatogeninė teorija teigė, jog psichikos sutrikimas kyla dėl fizinės kūno ligos – smegenų pažeidimo, paveldimumo, toksinio įvairių medžiagų poveikio. Psichogeninė teorija pagrindinį vaidmenį skyrė žmogaus mintims, jausmams, emocijoms, neigiamoms gyvenimo patirtims. Tačiau tai, kas buvo laikoma normaliu bei priimtiniu elgesiu, priklausė nuo istorinio laikotarpio, kultūros, mokslo ir medicinos pasiekimų lygio, religijos įtakos ir kitų veiksnių [1].

Kaukolės trepanaciją būtų galima laikyti vienu pirmųjų būdų gydyti psichikos sutrikimus – apie 6500 pr. Kr. datuotos kaukolės su pragręžtomis trepanacinėmis angomis liudija Priešistorės bei Senovės žmonių bandymus gydyti ne tik galvos traumas ar epilepsiją. Manyta, jog trepanacija padeda išlaisvinti piktąsias dvasias, „ištrigusias“ žmogaus galvoje. Tuometiniai šamanai bandė išgydyti ligonį nuo jį apsėdusių demonų, pasitelkdami užkalbėjimus, maldą, burtus, paciento smilkymus, skirdavo karčius užpilus - stengtasi, jog piktosioms dvasioms būtų „nepatogu“ gyventi žmogaus kūne ir jos jį paliktų. Kartais šiuo tikslu ligoniai būdavo net plakami, marinami badu [2].

Antikos laikais tikėta, kad psichikos sutrikimą turintis žmogus yra arba apsėstas demonų, arba dievai jį baudžia už padarytas nuodėmes. Šventyklose (asklepijonuose, pavadintuose graikų gydymo dievo – Asklepijaus – garbei) vykdavo religinės gydymo apeigos bei kalbėtos maldos dievams, ligoniams buvo taikoma miego (inkubacijos) terapija, taigi buvo gydomi ne tik somatiniai, bet ir psichikos sutrikimai [1].

Visais laikais siekta surasti, kur slypi žmogaus siela, kuris kūno organas atsakingas už mąstymą, atmintį, jausmus, emocijas. Graikų filosofas Aristotelis (384 pr. Kr. - 322 pr. Kr.) manė, jog siela slypi širdyje. Hipokratas (460 pr. Kr. – 377 pr. Kr.) pačiu svarbiausiu organu laikė smegenis, o Klaudijus Galenas (129–216) tikėjo, jog sielą galima rasi galvos smegenų skilveliuose. Tvirtinta, kad žmogaus kūne teka *spiritus animalis* - gyvybinė jėga, kurios dėka asmuo juda, junta, mąsto, prisimena. Tikėta, jog mėnulio fazės gali paveikti gyvybinės jėgos tėkmę ir sutrikdyti žmogaus sveikatą: jei mėnulio pilnatis veikia potvynius ir atoslūgius, kodėl negalėtų veikti ir žmogaus kūne esančių skysčių? Iki moderniosios medicinos susiformavimo gydytojai ligos kilmės aiškinimą, gydymo metodus bei ligos prevenciją formavo remdamiesi savo patirtimi, atkreipdami dėmesį į ligonio išvaizdą, temperamentą, vertindami gyvenimo būdą [3, 4].

Viduramžiais, įsigalėjus krikščionybei, sugrįžo tikėjimas, jog psichikos sutrikimai – tai Dievo bausmė, o kartais - net paties velnio bei jam tarnaujančių raganų darbas. Kadangi psichikos sutrikimais sirgę asmenys neatitiko visuomenės normos standartų, vieni iš jų gyvendavo kaip atsiskyrėliai, kiti buvo laikomi rūsiuose, surakinus grandinėmis, ar buvo sodinami į kalėjimą šalia nusikaltėlių [3]. Viduramžių pabaigoje ir Renesanso bei Baroko epochoje kitaip besielgiančios, atsiskyrėlių gyvenimą gyvenančios moterys, taip pat tos, kurios užsiėmė žolininkyste ir atlikdavo pribuvėjų darbą, tapo visuomenės įtarumo ir neapykantos taikiniu. Domininkonų inkvizitorių Heinricho Kramerio (c. 1430-1505) ir Jacobo Sprengerio (1436–1495) parengta ir išleista knyga *Malleus Maleficarum* („Raganų kūjis“) mokė, kaip atpažinti bei susidoroti su raganomis. Nors pasigirdavo balsų, teigusių, kad dalis raganų galbūt sirgo „proto ligomis“, raganų medžioklė tęsėsi iki pat XVIII a. ir pareikalavo daugiau nei 100 000 aukų [1].

Kita vertus, Viduramžiais gyveno ne vien krikščionybės dogmas, bet ir mokslinės medicinos teorijas pripažinę šviesuoliai. Viena iš jų - Hildegarda Bingenietė (1098 – 1179). Medikė, kompozitorė, moterų vienuolyno abatė parengė įvairios rūšies tekstus, taip pat ir medicininius. Autorė rėmėsi ne vien Biblija, bet ir humoraline doktrina, vienuolių tradiciniu gydymu bei liaudies medicina. Hildegarda melancholiją laikė ir vidaus organų liga, kuri atsiranda dėl juodosios tulžies pertekliaus (juodoji tulžis, kurią gamina blužnis, yra juoda, tiršta, karti, kraują bei kūną nuodijanti substancija), ir vienu iš žmogaus temperamentų, ir sielos liga. Abatė buvo kardiocentrinės doktrinos pasekėja - tikėjo, jog mintys gimsta širdyje ir „pakyla“ aukštin į smegenis, kurios atsakingos už žmogaus pasaulio pažinimą bei mąstymą. Vadovavosi ir iš Antikos laikų atėjusia humoraline teorija – pasak vienuolės, organizmo skysčių pusiausvyra yra raktas į gerą nuotaiką bei sveikatą. Nors Hildegarda tvirtai tikėjo Dievo galia, savo ligonių vien tik malda negydė. Priešingai, melancholijai gydyti siūlė įvairias vaistažoles (pankolį, dedešvą), procedūras (kraujo nuleidimą), mineralines medžiagas (oniksą), kurios dėl savo „karščio“ galėjo padėti sumažinti ligonio liūdesio sukeltą sielos šaltį [5].

Renesanso epochoje Robertas Burtonas (1577 -1640) parengė ir išleido vieną įtakingiausių veikalų psichikos sutrikimų tema – *Anatomy of Melancholy* („Melancholijos anatomija“). Nors Burtonas buvo ne medikas, bet Oksfordo universiteto auklėtinis bei rašytojas, savo svarbiausioje knygoje melancholiją, kaip sielos ligą, nagrinėjo ne tik filosofiniu, bet ir medicininiu požiūriu. Rašytojas pats sirgo melancholija ir įvardijo šios knygos rašymą kaip tam tikrą gydymo metodą. „Melancholijos anatomijoje“ psichikos sutrikimai įvardinti ne kaip antgamtinai reiškiniai ir prakeikimai, bet kaip ligos, kuriomis gali susirgti bet kuris žmogus. Pasak Burtono, melancholiją gali sukelti daugybė veiksnių. Netinkama dieta, nepakankamas miegas, pervargimas, paveldimumas, intensyvios emocijos, kiti asmens gyvenimo įpročiai turi daug įtakos žmogaus

organizme balansuojant keturis pagrindinius skysčius. „Melancholijos anatomijoje“ bandyta pagrįsti kūno ir sielos dualumą: blogos mintys gali sukelti kūno ligas, o kūnas, kuris kenčia nuo nepriežiūros, kartu kankina bei silpnina žmogaus sielą [6].

Atėjus „proto amžiui“ - Apšvietos epochai, požiūris į sielos susirgimus keitėsi. Šiame laikotarpyje beprotybė vertinta kaip proto stoka, todėl ją siekta įveikti racionali būdu – mokslo paremtais metodais [4]. XIX a. tyrėjai suprato, jog pagal autopsijų, atliktų psichikos sutrikimą turintiems žmonėms, rezultatus, ligas galima suskirstyti į dvi kategorijas – sutrikimus, kurių metu randami pokyčiai galvos smegenyse bei sutrikimus be minėtų anatominų pokyčių. Taip užgimė dvi skirtingos disciplinos – gydytojai, kurie gydė sutrikimus, turinčius aiškius nervų sistemos patologinius pokyčius, tapo neurologais. Tie, kurie dirbo su „nematomais“ proto sutrikimais - psichiatrais [7]. Johannas Christianas Reilis (1759-1813) 1808 m. pavartojo terminą *psychiatrie* (gr. *psyche* – siela, *iatreia* - gydymas), pirmą kartą aiškiai įvardydamas šią sritį kaip savarankišką medicinos specialybę. Reilis teigė, kad psichikos sutrikimus turi gydyti gydytojai, o ne filosofai, nes fizinis kūnas yra neatskiriamas nuo „sielos buveinės“ [8].

Philipas Pinelis (1745 – 1826), vienas svarbiausių gydytojų psichiatrijos istorijoje, skatino keisti visuomenės požiūrį į psichikos sutrikimais sergančius ligonius. Gydytojas teigė, kad ligoniai su psichikos sutrikimais turi tokias pačias teises į humanišką gydymą, kaip ir kitomis ligomis sergantieji. Pinelis siūlė riboti fizinį suvaržymą, skatinti tinkamą higieną, kurti aplinką, kurioje pacientai patirtų kuo mažiau streso [9]. XIX a. pradžia buvo ir permainų psichiatrijos srityje metas: prieglaudos, kurios globojo psichikos ligonius izoliuojant juos nuo visuomenės, palaipsniui virto psichiatrinėmis ligoninėmis, kuriose buvo gydoma; seniau vartoti žodžiai „beprotis“, „pamišėlis“ pamažu buvo pakeisti kitais, tokiais kaip „ligonis“ ir „sergantysis“ [4]. Gerėjo gyvenimo sąlygos psichiatrijos įstaigose: atsirado šildomos patalpos, vandentiekis, skatinta asmeninė higiena, stengtasi į psichikos ligonius žvelgti kaip į pilnaverčius visuomenės veikėjus – buvo jiems leidžiama vaikščioti po teritoriją, lankytis artimiesiems, organizuoti kultūrinius renginius, dalyvauti religinėse praktikose (pvz., klausytis Šv. Mišių) [10].

Įvairios medicinos sistemos (teorijos, doktrinos) taip pat bandė paaiškinti psichikos sutrikimų priežastis. Viena iš įdomesnių medicinos teorijų XIX a. – vitalinis magnetizmas, kurį praktikavę asmenys tvirtino, jog tarp dangaus kūnų, Žemės ir žmogaus egzistuoja sąveika, tiesiogiai galinti paveikti jautrią žmogaus nervų sistemą. Tinkamai panaudojus šią energiją, atliekant magnetizmo seansus, buvo galima tikėtis pagijimo nuo „nervų ligų“ – isterijos, melancholijos, paralyžiaus. Nervų ir psichikos ligos XIX a. vis dar buvo vertinami kaip panašūs susirgimai. Kuomet vykdavo vitalinio magnetizmo seansai, pacientams pasireikšdavo įvairūs simptomai – žagsulys, nevaldomas juokas, alpimai, traukuliai, kiti patirdavo ekstazę ir pasveikdavo nuo įvairių

ligų, tokių kaip praeinantis paralyžius, epizodinė amaurozė ir kitų (jas šiandien įvardytume kaip psichosomatinės). Deja, vitalinio magnetizmo praktika užsiėmė ne tik gydytojai, bet ir „aiškiaregiais“ apsimetę šarlatanai. Kita vertus, vitalinio magnetizmo praktika dar XVIII a. pabaigoje – XIX a. pradžioje parodė, kokią stiprų vaidmenį užima ligonio įtaiga bei vaizduotė psichosomatinė ligų gydymo procese [3].

Nors XIX a. Europoje klestėjo solidizmas, vitalizmas, braunizmas, organologiją išpažįstantys gydytojai ir jų pasekėjai, didžiausią reikšmę medicinos mokslui ir praktikai turėjo dar iš Antikos laikų atėjusi humoralinė teorija. Humoralistai liga laikė viso kūno susirgimą, kurį, kaip tikėta, sukelia keturių organizmo skysčių (kraujo, flegmos, juodosios ir geltonosios tulžies) pusiausvyros sutrikimas. Šiuos skysčius gydytojai siejo ne tik su fizinėmis savybėmis (karštis, šaltis, drėgnumas, sausumas) ir visatos elementais (ugnis, oras, vanduo, žemė), bet ir su asmens temperamentais, polinkiu susirgti tam tikromis ligomis. Pvz., teigta, kad geltonosios tulžies pertekliaus nešiotojas bus cholerikas, juodosios tulžies perteklius sukels melancholijos priepuolius. Vertinta, kad kraujo perteklius būdingas greitai užsiplieskiančiam sangvinikui, o gleivių – lėtajam flegmatikui. Manoma, kad organizmo skysčių disbalansas nulemia ne tik charakterio savybes, bet ir polinkį sirgti tam tikrais somatiniais ir psichikos sutrikimais [3].

XIX a. gydytojai turėjo ribotą diagnostikos priemonių pasirinkimą, todėl ligos priežasčių ieškodavo nuodugniai ištirdami ligonį – jo išvaizdą, sudėjimą, įpročius, temperamentą. Pvz., somnambulizmo išsivystymo priežastys, anot XIX a. laikų gydytojų, galėjo būti kelios – trumpas žmogaus kaklas, melancholiškas temperamentas, varginantys rūpesčiai, įtampa, aistros. Viena dažniausių to meto Lietuvos ir Lenkijos krašto „ligų“ – *plica polonica*, šiandien laikoma susivėlusiu, neišsukuojamu plaukų kuokštu dėl higienos stokos ir utėlėtumo, buvo apipinta prietarais ir baimėmis, kuriais ne tik tikėjo, bet ir kuriuos toliau kurstė dalis visuomenės, prastuomenės ir pati gydytojų bendruomenė. Medikai apibūdino kaltūną kaip sisteminę kūno ligą, kuri gali sukelti nervų ir psichikos sutrikimus. Teigta, kad kaltūnuotam ligoniui pasireikšdavo įvairūs simptomai: nuo galvos skausmo, haliucinacijų iki paralyžiaus, apopleksijos priepuolio ar net mirties. Manoma, jog ligonio patiriami baimė ir nerimas ar kitos neigiamos emocijos gali paskatinti kaltūno susivėlimą. Tvirtinta, kad kaltūną nukirpti galima tik jam pilnai subrendus ir atsiskyrus nuo sveikų galvos plaukų, o tą padarius per anksti, kaltūnuotasis galėjo išprotėti, apkursti ar numirti [3].

XIX a. psichikos sutrikimų gydymas buvo paremtas ta medicinos teorija, kuria sekė gydytojai. Medikai ligoniams taip pat rekomendavo visavertę mitybą bei aktyvų judėjimą, nes „sveikame kūne - sveika siela“ [3]. Vadovaujantis humoraline doktrina teigta, jog pasveikstama tuomet, kai pašalinamas skysčių pusiausvyros sutrikimas sukeliant kraujavimą, viduriavimą, šlapinimąsi, vėmimą, prakaitavimą ir tokiu būdu pašalinant skysčių, kurie sukėlė ligą, perteklių.

Tam tikslui skirti ne tik kraujo nuleidimai, bet ir dėlių terapija, klizmos, preparatai vėmimo bei viduriavimo skatinimui. Kalomelis (gyvsidabrio chloridas) buvo vartotas kaip laksantas, ipekakuana palengvindavo kosulį, išprovokuodavo vėmimą. Valerijonas buvo skiriamas galvos svaigimą patiriantiems „hipochondrikams ir isterikams“. Opijus slopino skausmą ir viduriavimą, migdė, tačiau perdozavus - sukeldavo kvėpavimo slopinimą, vidurių užkietėjimą [3].

Solidizmo teorija rėmėsi idėja, kad kūno veikla priklauso nuo skaidulų (plonyčių, elastingų kūno dalių ir organų struktūrų) būklės, jų įtempimo ar atsipalaidavimo. Solidistai sveikatą aiškino, remdamiesi šių skaidulų tonuso pokyčiais. Tvirtinta, kad pernelyg išglebusias nervines skaidulas sustiprina šaltas vanduo, jodinėjimas žirgu, greita, maršą primenanti muzika, o pernelyg įtemptas skaidulas atlaisvina karštos vonios, rami, svajinga muzika. Manyta, kad net emocijos veikia skaidulas: stiprūs jausmai, tokie kaip baimė ar pyktis per daug jas įtempia, o melancholija – atpalaiduoja ir silpnina. Emocinė ligonio pusiausvyra buvo laikoma svarbia palaikant tinkamą skaidulų tonusą [11].

XIX a. pab. - XX a. pirmoje pusėje suklestėjo klinikinė, mokslinė medicina, kuri atsakymo, kodėl žmogus susergera psichikos sutrikimu, pirmiausia ieškojo biologiniame lygmenyje. Tuo metu vyko ir proto higienos judėjimas, skatinęs rūpintis savo fizine bei emocine sveikata, siekiant ateityje išvengti psichikos sutikimų. Išpopuliarėjo ir Sigmundo Freud (1856 – 1939) sukurta psichoanalizė, kuri psichikos sutrikimus siejo su pasąmoniniais procesais bei praeities įvykiais, vaikystės traumomis. Psichikos sutrikimų gydymo metodai apėmė medikamentus (bromidai, chloralio hidratas, paraldehydai) ir procedūras (insulino komą, metrazolio, elektrošoko terapija) [12]. Susintetintus pirmąjį antipsichotiką chlorpromaziną 1950 m., prasidėjo psichofarmakologinė revoliucija bei psichiatrijos atgimimas. Chlorpromazino sukūrimas paskatino ir kitų psichotropinių vaistų atradimą – benzodiazepinų, pirmųjų MAO (monoaminooksidazės) inhibitorių, ličio ir kitų. Naujai atrasti vaistai, psichoterapija bei besikeičiantis visuomenės požiūris į psichikos sutrikimus psichiatrijos mokslą pakelė į aukštesnį lygmenį – pacientams gaunant adekvatų gydymą, atsivėrė išgyjimo, efektyvaus ligos simptomų valdymo galimybės [13]. Šių pasiekimų dėka psichiatrija, kuri ilgus amžius buvo tarsi „didžiosios“ (terapinės, chirurginės) medicinos podukra, tapo lygiaverte ir reikšminga jos šaka [7].

Lenkijos kariuomenei užėmus Vilniaus kraštą 1920 m., ilgus metus lietuviškojoje historiografijoje buvo tarsi vengta nagrinėti šį politiškai sudėtingą laikotarpį. Dėl šios atskirties apie psichikos sutrikimų suvokimą, diagnostiką bei gydymą tarpukario Vilniuje žinome nedaug. Nors galime rasti gausų pirminių šaltinių kiekį, mokslinių monografijų bei publikacijų apie XIX a. bei sovietinio laikotarpio psichikos sutrikimų sampratą, diagnostiką ir gydymą Lietuvoje, tarpukario Vilniaus psichiatrijos ypatumus nagrinėjančių darbų turime nedaug. Tai ir nulemia šio tyrimo

naujumą – darbe, remdamiesi originaliais 1918-1939 m. Vilniaus psichiatrių darbais, kompleksiskai analizuojame psichikos sutrikimų sampratą ir jos raidą tarpukario Vilniuje. Tyrimo naujumą sustiprina ir tai, kad nagrinėjame ne tik psichikos sveikatos organizavimo klausimus, bet ir mažiau tyrinėtus unikalios psichikos sutrikimų diagnostikos bei gydymo metodus.

Šis darbas yra aktualus ne tik pažintine prasme, bet ir kaip priemonė, leidžianti giliau suprasti šiandieninės psichiatrijos šaknis, padeda atsakyti į klausimą, kaip formavosi modernus požiūris į psichikos sveikatą Vilniaus krašte. Darbas leidžia geriau pažinti pamirštą ir iki šiol išsamiai nenagrinėtą tarpukario Vilniaus psichiatrijos mokyklos pasaulį, kuriame susidūrė skirtingos Europos psichiatrijos mokyklų teorijos, Vilniaus psichiatrių idealizmas bei humanizmas su Antrosios Lenkijos Respublikos realiomis galimybėmis ir suvažymais (teisinio reguliavimo spragomis, finansiniais ribojimais ir kit.). Analizuodami XX a. pirmosios pusės Vilniaus psichiatrijos mokyklos pasiekimus ir klystkelių, taip pat galime geriau suprasti, kokią ilgą ir sudėtingą kelią nuėjo šios medicinos srities atstovai – nuo eksperimentinių gydymo metodų iki šiuolaikinių standartų; kaip praeities gydytojų patirtis ir idėjos prisidėjo prie šių dienų psichiatrijos mokslo ir praktikos susiformavimo.

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas: Nustatyti, kaip tarpukario (1918 – 1939 m.) Vilniuje buvo suvokiami, diagnozuojami ir gydomi psichikos sutrikimai.

Uždaviniai:

1. Nustatyti psichiatrinės pagalbos organizavimo iššūkius ir vyravusius sunkumus tarpukario Vilniuje.
2. Nustatyti vyraujančių psichikos sutrikimų sampratos ypatumus tarpukario Vilniuje, palyginti juos su Vakarų Europoje vyravusiomis teorijomis.
3. Nustatyti psichikos sutrikimų diagnostikos ypatumus tarpukario Vilniuje.
4. Nustatyti psichikos sutrikimų gydymo ir prevencijos bruožus tarpukariu, atskleidžiant jų sąsajas su to meto medicinos mokslo raida, taip pat lyginant juos su Vakarų Europoje taikytais gydymo metodais.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Darbo chronologinės ribos apima tarpukario (1918 – 1939 m.) Vilniaus laikotarpį. Siekdami paaiškinti tam tikrus ilgalaikius procesus, išėjome už minėtų chronologinių ribų. Šaltinių ir literatūros skirtimi laikytos 1918 – 1939 m. laikotarpio ribos. Visus tyrimus, charakterizuojančius 1918 - 1939 m. arba ankstesnį laikotarpį, paskelbtus po 1939 m., laikėme literatūra, o į minėtas

chronologines ribas patenkančius darbus – pirminiais šaltiniais. Darbe stengtasi vartoti XX a. pr. paplitusius medicinos terminus ir gydymo metodus. Taip pat buvo atsižvelgiama į medicinos istorijos kontekstą ir tuometines ligų gydymo indikacijas.

Pirminių šaltinių paieška vyko Vilniaus universiteto bibliotekos archyvuose. Antrinių šaltinių paieška vyko duomenų paieškos bazėse PubMed, Googlescholar, ResearchGate, ScienceDirect, Vilniaus universiteto leidyklos periodikoje. Remiantis šaltiniais, informacija buvo suskirstyta pagal pagrindines tiriamojo darbo kryptis ir aspektus. Išnagrinėta medžiaga padėjo galutinai apibrėžti tyrimo tikslą, uždavinius ir sudaryti darbo planą. Naudoti raktiniai žodžiai: *psychiatry, interwar, mental disorders, treatment, 20th century, melancholia, schizophrenia, mania, medications, insulin shock therapy, electroconvulsive therapy, mental hygiene, Vilnius, history, Lithuania, Poland*.

Kadangi tarpukariu Vilnius priklausė Antrajai Lenkijos Respublikai, rasti pirminiai šaltiniai daugiausiai buvo parengti lenkų kalba. Vienas šaltinis buvo paskelbtas vokiečių kalba. Buvo išnagrinėti penki psichiatro Adolfo Falkowskio (1886-1963), 1923-1930 dirbusio Vilniaus Stepono Batoro universiteto (SBU) Neurologijos centre [14], veikalai. „Vilniaus Neurologijos centro veikla“ leidiniuose Falkowskis išleido tris darbus - 1929 m. *Schizofrenja* („Šizofrenija“), 1929 m. - *Uwagi do projektu Ustawy o opiece nad osobami psychicznie choremi* („Pastabos dėl psichikos ligonių priežiūros įstatymo projekto“) ir 1930 m. - *Psychoza manjakałno-depresyjna* („Maniakinė-depresinė psichozė“). Nagrinėta ir jo 1926 m. Lenkijos higienistų bei gydytojų suvažiavimo kongrese dėstyta mokslinė medžiaga - *W sprawie opieki nad psychicznie chorymi na Wilenszczyźnie* („Dėl psichikos ligonių priežiūros Vilniaus regione“) bei Vilniaus medicinos draugijos žurnale 1929 m. išleistas veikalas *Czynniki wychowawcze w lecznictwie psychiatrycznym* („Švietimo veiksniai psichiatriniam gydyme“).

Taip pat analizuota psichiatro bei Vilniaus SBU Neurologijos klinikos vedėjo (1920-1933 m.) Stanisłavo Karolio Władyczko (1878-1936) [15] mokslinė medžiaga *W Sprawie – Snu I marzeń sennych* („Apie miegą ir sapnus“), publikuota 1928 m. bei mokslinis straipsnis, 1933 m. paskelbtas „Psichiatrijos metraštyje“ - *Mocz ciężarnych, jako środek leczniczy w schorzeniach układu nerwowego* („Nėščiujų šlapimas kaip terapinė priemonė nervų sistemos ligoms gydyti“).

Kitų pirminių šaltinių autorius – neuroanatomas, neurologas ir psichiatras profesorius Maksymilianas Rose (1883-1937), vadovavęs SBU Medicinos fakulteto Neurologijos ir Psichiatrijos departamentams ir klinikoms bei Lenkijos galvos smegenų tyrimų institutui 1931-1937 m. [16]. Nagrinėtas 1931 m. „Psichiatrijos metraštyje“ publikuotas jo straipsnis *Zadania współczesnej psychiatrii* („Šiuolaikinės psichiatrijos uždaviniai“).

Ne mažiau reikšmingas lenkų psichiatro Michała Marzyńskiego (1900-1970) Vilniaus Medicinos draugijos žurnale 1936 m. publikuotas veikalas *Opieka nad umysłowo chorymi w województwach wschodnich* („Psichikos ligonių priežiūra rytinėse provincijose“) bei 1937 m. SBU Psichiatrijos ir Neurologijos klinikoje kartu su kolegomis parengtas straipsnis *Ergebnisse der Insulinshockbehandlung bei Schizophrenie* („Insulino šoko gydymo rezultatai sergant šizofrenija“).

Tyrime buvo naudoti ir antriniai šaltiniai, tarp kurių išsiskiria A. Žalnoros darbas „Psychiatry in Vilnius in 16th–20th Centuries: Review on Social Transformations“ (2020 m.), E. Sakalauskaitės – Juodeikienės monografija „Pamišimas ir epilepsija paūmėja šviečiant mėnesienai. Nervų ligos Vilniuje XIX a. pirmoje pusėje“ (2022 m.), J. Mulevičiūtės darbas „Troubled minds, or psychiatry in Vilnius in the second half of the 19th century“ (2023 m.), T. Vaisetos monografija „Vasarnamis: Vilniaus psichiatrijos ligoninės socialinė istorija, 1944 – 1990“ (2019 m.) bei J. A. Liebermano knyga „Shrinks. The Untold Story of Psychiatry“ (2015 m.).

Remiantis tarpukario Vilniuje leistų mokslinių žurnalų straipsniais, monografijomis psichikos sutrikimų bei jų gydymo tema, šiame darbe taikytas istorinis bei aprašomasis metodai. Šie metodai leido išnagrinėti gydytojų poziciją psichikos sutrikimų klausimais, juos susisteminti bei organizuoti bei apibendrintai pateikti. Taip pat taikytas lyginamosios analizės, analogijos metodas. Šiais metodais buvo siekiama išaiškinti psichikos sutrikimų sampratos raidą nuo ankstesnių šimtmečių iki tarpukario laikotarpio, apžvelgiant situaciją ne tik Vilniuje ir kituose Lietuvos miestuose, bet ir Vakarų Europoje. Nagrinėjant psichiatrijos raidą tarpukario Vilniuje, bandyta kelti hipotezes ir apie panašius, analogiškus procesus, kurie tuo metu vyko tarpukario Lietuvoje ir kitose Europos šalyse bei atvirkščiai. Pateikiant trumpą vėlesnio periodo – sovietinės psichiatrijos – apibūdinimą, siekta įvertinti, kokią įtaką tarpukario psichiatrų veikla Vilniuje turėjo ateities kartoms ir gydymo metodų pasirinkimams. Šiame darbe kelis kartus panaudotas retrospektyvios diagnostikos metodas XX a. pradžioje gydytiems ligoniams, remiantis turimais duomenimis, leido patikslinti psichikos sutrikimų diagnozę, naudojant šiuolaikines žinias ir ligų klasifikacijas.

LITERATŪROS APŽVALGA

Pirmoji psichikos ligonių prieglauda (špitolė) Vilniuje buvo įkurta 1635 m., ją prižiūrėjo vienuoliai bonifratrai. Špitolėje buvo teikiama minimali medicininė pagalba bei maistas. Vienas iš prieglaudos tikslų buvo atversti ligonį į krikščionių tikėjimą, nes tik tai, kaip tikėjo vienuoliai, galėjo pagydyti jo „susirgusią sielą“. Tuo metu psichikos sutrikimais sergantis religingas žmogus buvo labiau socialiai priimtinas nei ateistas [17]. Prieglauda pamažu virto psichiatriine ligonine, kurioje iki pat XIX a. vidurio buvo dažniausiai vartojami keli diagnostiniai terminai – *mania*, *melancholia*. Abiejų Tautų Respublikos (ATR) laikotarpiu dalis psichikos sutrikimų turinčių asmenų

patekdavo į vienuolynų ligonines bei špitoles, tačiau didžioji dalis buvo prižiūrimi artimųjų, slepiami namuose; tik pasiturintieji galėjo nusišviesti profesionalų, universitetą baigusį gydytoją. XIX a. pab. laikraštyje pasirodęs anoniminis straipsnis špitolėje buvusias sąlygas apibūdino kaip kalėjimą – ligoniai badavo, gyveno purviniuose, tamsiuose kambariuose, nebuvo tenkinami elementariomis fiziologiniais poreikiais [10].

XVIII a. pabaigoje, po trečiojo ATR padalijimo, didžioji dalis Lietuvos Didžiosios Kunigaikštystės (LDK) teritorijų atiteko Rusijos imperijai. Carinės Rusijos įstatymai beprotybę laikė sveiko proto nebuvimu, kuris buvo diagnozuojamas apklausos būdu - ligoniui užduodant klausimus apie jo gyvenimą bei sąlygas namuose. Carinėje Rusijoje atsirado galimybė kurtis valstybinėms psichiatrijos įstaigoms [10]. Iki XIX a. pabaigoje - XX a. pradžioje įvykusių permainų medicinos ir visuomenės sveikatos srityse, psichiatrijos ligoninės tiek Kaune, tiek Vilniuje buvo prastos būklės. Pacientų laisvė buvo ribojama, artimųjų lankymas - uždraustas. Ir ramūs, ir psichomotoriškai sujaudinti ligoniai buvo izoliuojami kambariuose, kurie labiau priminė kalėjimo vietas nei gydymo įstaigos patalpas [9].

1903 m. duris atvėrė Naujosios Vilnios psichiatrijos ligoninė, tapusi tikru carinės Rusijos administracijos pasididžiavimu. Pastato išplanavimas buvo modernus – atskirti moterų ir vyrų skyriai, įrengtas centrinis šildymas, elektra, vandentiekis. Buvo įsteigta laboratorija, rentgeno kambarys, elektroterapijos bei hidroterapijos procedūrų kabinetai. Pagalvota ir apie įtraukiančias veiklas – paliktas žemės plotas įvairioms veikloms – daržininkystei, gėlininkystei, konstravimui. Pacientams rengti šokių, filmų vakarai, piknikai. Į Naujosios Vilnios psichiatrijos ligoninę galėjo patekti įvairaus socialinio sluoksnio asmenys – buvo ir nemokamų paslaugų, ir tokių, už kurias reikėjo mokėti nuo 50 iki 111 rublių per mėnesį. Taigi buvo bandoma į psichikos ligonį žvelgti kaip į pilnavertį asmenį, kurio gijimo procesui yra svarbi jį supanti aplinka [10].

Šias teigiamas reformas paskatino ukrainiečių kilmės gydytojas, psichiatras Nikolajus Krainiskis (1869-1951), pirmasis Naujosios Vilnios psichiatrijos ligoninės direktorius. Savo disertacijoje jis apibūdino siaubingas sąlygas, stebėtas Rusijos psichiatrinėse gydymo įstaigose. Psichiškai nestabilūs ligoniai nebuvo atskirti nuo ramiųjų, gyvenimo sąlygos buvo antisanitarinės, darbuotojai neturėjo reikiamų kompetencijų. Kai kuriais atvejais pacientai buvo mušami, jų gyvybei ir saugumui grėsė pavojus. Krainiskis tikėjo, jog ligonių asmeninė informacija yra konfidenciali ir neturi būti laisvai prieinama. Taip pat, jo manymu, ligoniams su psichikos sutrikimais yra skiriama per daug suvaržymų - tiek fizinių, tiek emocinių. Į gydytojo rekomendacijas buvo atsižvelgta planuojant ir vėliau statant Naujosios Vilnios psichiatrijos ligoninę [9].

Krainiskis vadovavosi biologinės medicinos doktrina, teigusia, kad psichikos sutrikimas kyla iš somatinių sutrikimų, taip pat domėjosi prancūzų psichiatro Benedicto Augusto Morelio (1809 –

1873) sukurta degeneracijos teorija, kuri polinkį į nervų sistemos jautrumą, psichikos ligas, alkoholizmą ir destruktivų elgesį grindė pažeista nervų sistema. Morelio įsitikinimu, kuomet psichikos liga tampa nepagydoma, o polinkis ligai perduodamas iš kartos į kartą, simptomai progresyviai sunkėja visoms ateinančioms palikuonių kartoms [10]. Prasta higiena, nepriteklis, alkoholis, stresas, kitos ligos taip pat gali išprovokuoti psichikos sutrikimų atsiradimą ir progresavimą [18]. Maxas Nordau (1894 –1923) teigė, kad tokios emocijos kaip padidėjęs susierzinimas, beviltiškumo jausmas, įsiūtis, melancholija, polinkis užsisvajoti yra nervų sistemos degeneracijos ženklas, su laiku galintis išsivystyti į sunkų psichikos susirgimą [10]. Net ir Jonas Basanavičius (1851-1927), svarbus tarpukario Lietuvos visuomenės veikėjas ir gydytojas, savo polinkį nervų sistemos jautrumui ir ligoms grindė paveldimumu, savo motiną apibūdinęs kaip „isterinę asmenybę“, tėvą - kaip „džiovininką“. Basanavičius teigė, kad tėvų ligos bei gimdymo metu patirta asfiksija prisidėjo prie jo „jautrių nervų“, neurastenijos ir „širdies neurozės“, lydėjusių jį visą gyvenimą [19].

Degeneracijos teorija reikšmingai prisidėjo prie psichiatrijos mokslo vystymosi – psichiatrijos užduotis, keliami XX a. pradžioje, buvo ne tik gydyti „sielos“ ligas, bet ir suprasti, koks elgesys bei emocijos yra normalios, kokios - psichinio sutrikimo simptomai. Siekiant nustatyti tikslią diagnozę, Vilniaus gydytojai kreipė dėmesį į įvairiausių su ligoniu susijusių aspektus: išsilavinimą, gyvenimo sąlygas ir būdą, artimųjų ligas, pomėgius. Paciento paveikslui susikurti buvo svarbus ir fizinio sudėjimo įvertinimas – kūno kompozicija, kaukolės išmatavimai, veido bruožai, laikysena, gestai. Pacientai buvo fotografuojami; bandyta fizinę ligonio išvaizdą ir ypač jos nukrypimus nuo normos laikyti psichikos sutrikimų „antspaudu“. Kartais, sutapimų dėka, gydytojai nustatydavo neįprastą paciento ūgį ar svorį, per plačią ar per siaurą kaktą, susijungusius antakius, tačiau konkrečių bruožų, patvirtinančių tam tikrą psichinį sutrikimą, aptikti buvo sunku, nes daugelis ligonių jų neturėjo. XX a. pradžioje degeneracijos teorijos įtaka pradėjo silpti – gydytojai suprato, jog psichinės patologijos ligonio išvaizdoje dažniausiai neįmanoma rasti; neretai nuostabą kėlė ryškus skirtumas tarp sąlyginai tvarkingos ligonio išvaizdos ir nestabilios psichikos. Kaip tik tuomet psichoanalizės pradininkas Freudas sujungė senosios psichiatrijos pamatus, dėmesį sutelkdamas į žmogaus vidinį pasaulį – mintis, patirtis, sapnus, sąmonę ir pasąmonę. Nors psichoanalizės metodas paplito po Europą ir Naująjį Pasaulį, Vilniaus taip greitai nepasiekė. Ligonio išvaizdoje išžvelgti psichikos sutrikimų diagnozę ir jos priežastis Vilniaus gydytojai bandė iki pat Pirmojo pasaulinio karo pradžios [10].

Pirmojo pasaulinio karo metu vokiečiams užėmus Lietuvą, rusų valdžia turėjo trauktis, todėl 1915 m. Nujosios Vilnios psichiatrijos ligoninė buvo uždaryta, ligoninės pastatai tarpukariu naudoti kaip Lenkijos kareivinės. Pacientai, kurie nebuvo išrašyti, 1916 m. persikėlė į buvusį

carinės munitinės pastatą Tauragėje, kuriame buvo įkurta psichiatrijos ligoninė. Kūrėsi ir kitos įstaigos – psichiatrijos ligoninė Kalvarijoje, psichiatrijos skyriai Kauno ir Klaipėdos ligoninėse. Deja, dėl lėšų trūkumo ligonių gyvenimas buvo sunkus – langai buvo su grotomis, palatose plito infekcinės ligos, ligoniai buvo nusilpę dėl prasto maisto. Iki 1920 m. gydymas psichiatrijos ligoninėse buvo priverstinis. Už įvykdytą nusikaltimą, sulaikius policijai ir teismui paskelbus, jog asmuo yra pavojingas visuomenei, pacientas buvo guldomas į psichiatrijos ligoninę, suteikiant pirmumo teisę neramiems ir pavojingiems ligoniams. Tauragės psichiatrijos ligoninėje tarpukario laikotarpiu vietų buvo nedaug, iki 100 lovų. Psichiatras Juozas Blažys (1890-1939) teigė, jog psichikos sutrikimus kenčiančiais ligoniais, iki kol jų būklė pagerės, turi rūpintis valstybė, kadangi būtent psichikos ligomis sergantys ligoniai yra pažeidžiami, nesugebantys savarankiškai priimti adekvačių sprendimų ir pasirūpinti savimi [20].

Psichiatras Antanas Smalstys (1889-1971) žurnale „Medicina“ publikavo straipsnį apie tai, kaip ūmių ir lėtinių psichikos sutrikimų turintys asmenys nesulaukia lengvai prieinamos medicininės pagalbos. Aplankęs Kalvarijos psichiatrijos ligoninę, gydytojas padarė išvadą, jog vietų psichikos sutrikimais sergantiems yra nepakankamai, ligonio atvežimas bei mokėjimas už gydymą artimiesiems yra per brangus. Pasak straipsnio autoriaus, mažiau pasiturintys artimieji tokius ligonius laiko pririšę ir uždarę tamsiuose rūsiuose, taip dar labiau blogindami jų psichinę būklę. Liudininkai teigė, kad ligoniai gyvendavo tvartuose ar jiems įrengtose „landynėse“, kai kurie buvo supančioti geležiniais pančiais, vietinių gyventojų įsitikinimu, daugybę metų. Kai kada šeimos nariai, vengdami papildomų išlaidų už gydymą ligoninėje, atveždavo pacientą į miestą ir palikdavo turgaus aikštėje, kur nelaimėlį rasdavo gydytojai [21]. Provincijų gyventojai vis dar tikėjo, kad psichikos sutrikimas yra nepagydoma, gėdinga „rykštė“ ir nepakeliamas vargas tiek sergančiajam, tiek jo artimajam [4]. Smalstys gyrė Latviją už šioje šalyje veikusias septynias psichiatrines ligonines bei susipažindino skaitytojus su Estijos psichiatrijos ligoninių alternatyvomis – senelių prieglaudomis, šeimynine globa, kuomet ligoniai likdavo pas saviškius arba buvo apgyvendinami su kita šeima, valstybei skiriant lėšas jo išlaikymui [21].

Kalbant apie situaciją Vilniuje, 1923 m. buvo atidarytas atskiras psichiatrijos skyrius Šv. Jokūbo ligoninėje [9], o 1927 m. Antakalnyje, Vasaros gatvėje, duris atvėrė viena svarbiausių tarpukario Vilniaus gydymo įstaigų - Valstybinė psichiatrijos ligoninė (*Państwowy szpital psychiatryczny w Wilnie*) [22]. Tarpukariu lovų kiekis Vilniaus psichiatrijos ligoninėse nebuvo didelis, vos 200-300, jų poreikis tik augo. Valstybė stengėsi kurti alternatyvias vietas ligoniams, pvz., Kairėnuose (dabar - Vilniaus universiteto botanikos sodas) 1934 m. buvo įkurta 80 lovų kolonija nepagydomiems psichikos ligomis sergantiems ligoniams. Šios kolonijos funkcija buvo ne

tik ligonių globa, bet ir žaliavų tiekimas motininei institucijai. Kairėnų kolonijai priklausė daugiau nei 100 ha dirbamos žemės, augo įvairūs grūdai ir daržovės, buvo laikomi gyvuliai [4].

Kairėnuose gyvenę ligoniai atlikdavo daugumą ūkio darbų. Deja, tai buvo kone vienintelis jų gydymo būdas, vadintas **darbo terapija**. Nors Kairėnų kolonija buvo vienas iš psichiatrijos ligoninės padalinių, čia ligoniai gyveno daug prastesnėmis sąlygomis nei kitose Vilniaus ligoninėse: prastai prižiūrimi, dažnu atveju apleisti, išnaudojami. Jų maistas dažnai neatitikdavo sudaryto valgiaraščio – buvo nemaistingas ir nesiekė pilnų porcijų [4]. Panašios kolonijos kūrėsi Dėgšnių, Lieponių, Paluknio kaimuose: ūkininkai priimdavo psichikos sutrikimais sergančius ligonius dirbti ūkio darbų mainais už teikiamą rūpestį – namus, rūbus, maistą. Deja, gyvenimo sąlygos šiose kolonijose taip pat nebuvo tinkamos. Siekdami kuo didesnio pelno, ūkininkai pasisamdydavo vis daugiau ligonių nei galėjo patys juos aprūpinti. Todėl „darbininkai“ neturėjo pakankamos prieigos prie higienos priemonių, pilnaverčio maisto, nebuvo ir medicinos personalo; nepaklusnūs ligoniai buvo rišami tramdomaisiais marškiniais arba juos izoliuodavo atskiruose kambariuose [23].

Sunkiausiems pacientams, kurie patekdavo į ligoninę, buvo nustatoma diagnozė. Pvz., 1919-1925 m. Tauragės ligoninėje pati populiariausia diagnozė buvo *dementia praecox* (šizofrenija). Ši diagnozė kartu su įvairiomis psichozėmis bei isterijomis dažnai buvo nustatoma kareiviams, taigi tuo metu susimąstyta ir apie karo įtaką žmogaus psichinei sveikatai. Kita vertus, Lietuvos gydytojai stebėjosi, jog, palyginus su kitomis šalimis, Lietuvos krašte alkoholikų yra sąlyginai mažai: „Lietuviai geria, bet savo smegenų neprageria“, - teigė gydytojas terapeutas Jonas Kairiūkštis (1896-1957) [20]. Gydytojas Blažys išgrynino kelis ryškius psichikos sutrikimų provokatorius: karo patirtis, genetinis paveldimumas, klimato sąlygos, alkoholis, žema socioekonominė padėtis, šeiminė padėtis (vieništumas) [20].

XX a. antrojoje pusėje Vokietijoje iškilo biologinę ir genetinę psichikos ligų prigimtį grindžianti teorija. Vokiečių kilmės psichiatras Emilis Kraepelinas (1856-1926) iškėlė hipotezę, kad tam tikros simptomų kombinacijos leidžia identifikuoti konkretų psichikos sutrikimą. Šiandien Kraepelino **endogeninės psichozės koncepcija** laikoma pagrindiniu šio mokslininko pasiekimu. Jis išskyrė dvi psichozės formas: *dementia praecox* (ankstyvoji demencija, šių dienų terminais - šizofrenija) ir maniakinė depresija (šiandien vadinama bipoliniu afektiniu sutrikimu). Kraepelinas *dementia praecox* laikė biologine liga, kurią sukelia anatomiciniai arba toksiniai procesai. Vokiečių psichiatras šizofreniją laikė progresuojančia neurodegeneracine liga, sukeliančia negrįžtamą kognityvinių funkcijų praradimą. Priešingai, maniakinę depresiją autorius apibūdino kaip epizodinį sutrikimą, kuris nesukelia negrįžtamo kognityvinių funkcijų nusilpimo [24].

Freudo **psichoanalizė** tapo svaria Kraepelino iškeltos teorijos alternatyva, tačiau Vakarų pasaulio šalys buvo labiau linkusios laikytis požiūrio, jog psichikos sutrikimų kilmė yra biologinė,

organinė, t.y., susijusi su nervų sistemos patologija. Gydomo metodų taip pat tuo metu vis aktyviau ieškota remiantis mikrobiologijos, biochemijos ir genetikos mokslais. Kraepelino paradigmos kuriamas biomedicininis požiūris, kuriuo pradėjo vadovautis modernios psichiatrijos atstovai, tapo geriau suprantamu būdu suprasti psichikos sutrikimus bei pagrįsti jų gydymą. Psichoanalizė tebuvo brangiai kainuojantis, individualus, ilgas ir kruopštus darbas su pacientu; gydymo būdas, kuris nebuvo kiekvienam lengvai prieinamas ar patogus naudoti didesniai ligonių skaičiui [4].

Iki **psichofarmakologinės** revoliucijos pacientų, sergančių psichikos sutrikimais, gydymas tebuvo simptominis. Šis bejėgiškumas lėmė, kad gydymo įstaigos dažnai virsdavo tiesiog globos namais, ir, kaip monografijoje „Vasarnamis“ nurodo T. Vaiseta, „situacija buvo tokia desperatiška, kad kai kurios ligoninės Anglijoje ir Amerikoje, užuot bandžiusios gydyti, ėmė laikytis „trijų S“ principo: apsaugoti ligonį nuo badavimo (angl. *starving*), nemigos (angl. *sleeplessness*) ir savižudybės (angl. *suicide*)“. Ši strategija parodo to meto psichiatinės praktikos realybę – gydytojai, užuot efektyviai gydę, tegalėjo užtikrinti bazinius ligonių poreikius ir saugoti jų gyvybę [4].

Skirti raminamieji vaistai ir hipnotikai siekiant ne pagydyti, o nuraminti pacientą. Sedacija pasitarnaudavo ir tada, kai psichomotoriškai sujaudintą pacientą reikėdavo nuslopinti. Taip pat skirti medikamentai, galintys palengvinti paciento simptomus. Tarpukariu Lietuvos gydytojai skirdavo iš ankstesnių laikų praktikos ir senųjų farmakopėjų atkeliavusius vaistus, tokius kaip opiatai (Europoje vartoti nuo XVI a.), bromidai (XIX a.), chloralio hidratas (XIX a.), paraldehydai (XIX a.), sulfonalis (XIX a. pab.). XX a. pradžioje susintetinus naujus preparatus, farmakopėjose atsirado barbitūratai bei amfetaminai [20].

Opiatai melancholijos bei manijos gydymui buvo skirti jau nuo Hipokrato laikų. Opiumas (analgetikas, taip pat vaistas, naudotas ir kosėjimui slopinti, ir viduriavimui stabdyti) nuo XVI a. iš Rytų šalių buvo atvežtas į Europą. Vėliau gydymo opiatais indikacijos siaurėjo, tačiau ir šių dienų medicinoje opiatai yra naudojami stipraus skausmo slopinimui, sergant onkologinėmis ligomis, sunkiam, gydymui rezistentiškam neramių kojų sindromo simptominiam gydymui [26].

Preparatai su bromu - viena seniausių medikamentų grupė, paplitusi Europoje dėl savo raminančio bei prieštraukulinio poveikio. Kalio bromidas buvo parduodamas „Sadoneural“ bei „Nervine“ pavadinimu [25]. Jei psichiatrinėse ligoninėse prižiūrėtojai nesugebėdavo suvaldyti psichomotoriškai sujaudintų, agresyvių pacientų, bromo junginys, sumaišytas su morfinu, būdavo suleidžiamas pacientui - tai vadinta „cheminiu suvaržymu“ [20]. Preparatai su bromu buvo labai toksiški. Dėl ilgo skilimo pusperiodžio (vaisto eliminacija užtrukdavo apie 12 dienų) preparatas akumuliuodavosi audiniuose ir pacientui ilgai pasireikšdavo bromizmas, sukeldamas psichoneurologinius (delyras, haliucinacijos) bei virškinimo sistemą dirginančius simptomus [25].

Chloralio hidratas buvo susintetintas 1832 m. Manoma, jog šis preparatas organizme turi skilti į chloroformą ir sukelti stiprų migdomąjį poveikį, tačiau vėliau įrodyta, kad tokio skilimo organizme neįvykdavo, tačiau vaistas vis tiek puikiai migdė. Chloralio hidratas dažniausiai buvo vartojamas gydant nemigas, cheminio suvaržymo metu ir slopinant alkoholio nutraukimo sukeltą delirą. **Paraldehidai** - raminantys vaistai, naudoti vieni ar kombinacijose su kitais vaistais, siekiant nuraminti pacientus [20].

Nors pirmieji **barbitūratai** buvo sukurti XIX a. pabaigoje, ši medikamentų grupė ypač išpopuliarėjo 1930-1940 m. Iš barbitūro rūgšties pavyko susintetinti virš 2500 junginių, iš kurių 50 buvo galima pritaikyti medicinos srityje. Barbitūratų atradimas siejamas su proveržiu medicinoje ir psichiatrijoje, nes jie tapo svarbūs gydant ne tik nemigą, epilepsiją, bet ir padėdavo sergant neurozėms, psichozėms bei galėjo sukelti trumpą anesteziją. Pirmasis barbitūratas, pasirodęs rinkoje, buvo dietil-barbitūrinė rūgštis (barbitalis) kuris buvo užpatentuotas pavadinimu „Veronal“. Tai buvo hipnotinių, raminamųjų bei prieštraukulinių savybių turintis preparatas, kuriuo gydyti manijos, depresijos, nemigos epizodai. Fenobarbitalis (pavadinimu „Luminal“) kartais buvo vadinamas „barbitūratų karaliumi“. Jo veikimo trukmė buvo ilgesnė nei ankstesniųjų barbitūratų, vėliau buvo pastebėtas puikus šio vaisto prieštraukulinis poveikis. Vokiečių psichiatras Alfredas Hauptmannas (1881-1948) gydymas epilepsija sergančius pacientus pradėjo jiems leisti mažas fenobarbitalio dozes ir pastebėjo, jog sumažėjo ne tik pasikartojančių traukulių dažnis, bet ir sunkumas, pagerėjo šių ligonių gyvenimo kokybė. Butobarbitalis („Neonal“) buvo tris kartus stipresnis už senuosius barbitūratų, jo poveikis pasireiškė daug greičiau dėl didesnio vaisto lipofiliškumo. Labai trumpo veikimo barbitūratai (natrio tiopentalis) naudoti anestezijoje. Trumpo vidutinio veikimo barbitūratai (sekobarbitalis, amobarbitalis, pentobarbitalis) buvo vartojami kaip hipnotikai, palengvinantys užmigimą. Ilgo veikimo barbitūratai (fenobarbitalis) skirti kaip anksiolitikai bei prieštraukuliniai vaistai. Nors barbitūratai buvo labai efektyvūs, jie sukeldavo greitą pripratimą, buvo susiję su didele perdozavimo rizika. Atsiradus pirmiesiems benzodiazepinams (chlordiazepoksidiui ir kitiems), barbitūratų skyrimas ženkliai sumažėjo [25].

Alfa-metilfenetilaminas, žinomas kaip **amfetaminas**, buvo susintetintas, siekiant atrasti pigesnio bei lengviau pagaminamo efedrino pakaitalą. Efedriną tuo metu buvo skiriamas gydyti rinitą, šienligę, astmą. Testuojant amfetaminą pastebėta, kad pacientams tapo lengviau kvėpuoti per nosį, pagerėjo nuotaika, atsirado daugiau energijos. Išsiaiškinta, kad amfetaminas turi teigiamą poveikį dėmesiui ir kognityvinėms funkcijoms, pasižymi apetitą mažinančiu bei nuotaiką gerinančiu poveikiu. Amfetaminas psichiatrijoje pradėtas naudoti gydant vidutinio sunkumo depresiją (vadinamas „pirmuoju antidepressantu“), nerimą, narkolepsiją. Deja, ilgainiui amfetaminu pradėta piknaudžiauti - sveiki, niekuo nesiskundžiantys asmenys pradėjo masiškai vartoti

amfetaminą, siekdami sukelti euforijos jausmą bei padidinti savo darbingumą. Ilgainiui suprasta, kad amfetaminas – pavojinga, priklausomybę sukelianti medžiaga [27].

Neurosifilio gydymą verta aptarti atskirai. Neurosifilis dažnu atveju buvo latentinio ir negydomo sifilio rezultatas. Ši liga pasireikšdavo įvairiais psichikos sutrikimais – kraštutine nuotaikų kaita (manija, depresija), atminties praradimu, delyru, haliucinacijomis. Ankstyvasis neurosifilis gydytas **neosalvarsanu** (arseno junginiu), kuris yra viena pavojingiausių medžiagų žmogaus sveikatai. Sunkios neurosifilio formos gydytos **karščiavimo terapija** [28]. Austrių psichiatras Julius Wagner-Jaureggis (1857-1940) 1927 m. tapo Nobelio premijos laureatu už maliarijos terapijos neurosifilio (taip pat ir šios ligos sukeltų psichozių) gydymui įdiegimą į klinikinę praktiką [29]. Kita vertus, gydytojai atrado kitas alternatyvas – pvz., Kauno klinikose tarpukariu buvo bandoma sirgusius neurosifiliu gydyti virinto karvės pieno injekcijomis, vėliau Kairiūkštis sukūrė neobenzinolį - benzina, praskiestą alyvuogių aliejumi, kuris pacientams taip pat sukeldavo hiperterminę reakciją. Lietuvoje XX a. pr. neurosifiliui gydyti taikytas preparatas pyrifēris, t.y. inaktyvuotų *E. coli* grupės bakterijų suspensija [28].

Kaip ir kitose Europos šalyse, Lietuvoje psichikos sutrikimų gydymui naudotos fizioterapinės procedūros. Tikėta, kad įvairios temperatūros vanduo gali išprovokuoti „gydančias reakcijas“. Pvz., **hidroterapija** greitindama ar lėtindama kraujo pritekėjimą į smegenis gali suaktyvinti arba nuraminti pacientus, skatinti ekskrecijos funkciją per odą ir inkstus, šalinti toksinus, kurie galimai taip pat prisideda prie psichikos būklės blogėjimo. Šiltas vanduo būdavo skirtas psichologiškai „trapiems“ pacientams – besiskundžiantiems nemiga, melancholija, mąstantiems apie savižudybę. Šaltas vanduo skirtas agresyviems, psichomotoriškai sujaudintiems, psichozės apimtiems pacientams. Pagrindiniai hidroterapijos būdai - vonios arba įvyniojimai į šlapią audeklą [30].

Gilaus miego terapija taikyta, pradėjus naudoti barbitūratų. Nustačius, kad barbitūratai turi stiprų migdantį poveikį, šveicarų psichiatras Jakob Klaesis (1883-1980) iškėlė idėją, jog miegas galėtų tapti vaistu. Pirmiausia pacientams skyrė morfino bei skopolamino injekcijas, vėliau gilų miegą sukeldavo „Somnifen“ preparatu – tai buvo dietil- ir dipripenyl-barbitūrinės rūgšties su dietilaminu mišinys. Šį mišinį leisdavo pacientui 6-7 dienas. Deja, ligonių psichikos būklės pagerėjimo atvejų užfiksuota nedaug, o mirtingumas nuo šio barbitūrato siekė iki 5 proc. Dėl metodo nesaugumo ir atsiradusių naujų gydymo metodų (insulino komų bei kardiozolio šoko terapijų) gilaus miego terapija ilgainiui buvo pamiršta [25].

Insulino komų terapija - tarpukario atradimas, taikytas šizofrenija sirgusiems pacientams. Austrių kilmės psichiatras Manfredas Sakelis (1900-1957), gydymas nuo opioidų priklausomus asmenis pastebėjo, jog mažos insulino dozės padėdavo slopinti abstinencijos simptomus. Kartais

pacientus ištikdavo hipoglikeminė koma, o iš komos prabudę pacientai būdavo ramesni. Atlikus pirmuosius bandymus 1933 m. bei gavus teigiamus rezultatus, insulino komų terapija paplito visoje Europoje. Insulino komų terapiją grindžianti teorija teigė, jog šizofrenija kyla dėl specifinių, „silpnų“ ląstelių smegenyse, kurias galima sunaikinti hipoglikemijos sukkelto streso metu. Sakelio paviešinti rezultatai garantavo net 88 proc. pasveikimą [31]. Insulino komų terapija 1934 m. buvo išbandyta Kaune: procedūros metu buvo skiriamos didelės insulino dozės, kurios sukeldavo hipoglikeminę komą – pacientai būdavo arba be sąmonės, arba ties jos praradimo riba. Iš pradžių ligoniai pradėdavo prakaituoti, išrausdavo, pajusdavo silpnumą, tapdavo neramūs. Pilno efekto metu pacientai gulėdavo nejudėdami, gausiai prakaituodavo, akių vyzdžiai nereaguodavo į šviesą. Lietuvoje taikyta metodika, kuomet pirmoji koma būdavo sukeliamą 15 minučių ir vėliau kasdien tiek pat (15 min.) prailginama tol, kol pasiekdavo 1,5 val. trukmės komą. Procedūra kartota beveik kasdien kelias savaites ar net mėnesius [4]. Praėjus maždaug 20 metų, ši terapija pradėta kritikuoti dėl savo neveiksmingumo, galiausiai 1952 m. pakeista chlorpromazinu – pirmuoju antipsichotiku [31].

Tarpukariu buvo taikyta ir kita šoko terapija – **chemiškai sukeltų traukulių terapija**. Vengrų tautybės neuropatologas Ladislas Josephas Meduna (1896-1964), studijuodamas epilepsiją bei šizofreniją sergančių asmenų smegenis, 1934 m. atrado, jog epilepsija sergančiojo smegenyse yra daugiau glijos ląstelių nei šizofrenija sergančio. Taip pat pastebėta: jei šizofrenija sergantiems išsivystydavo epilepsija, psichikos sutrikimo simptomai sušvelnėja. Statistiniai ligų registrų duomenys rodė, jog labai mažai asmenų, sergančių epilepsija, turi ir šizofreniją. Šis atradimas leido sukurti hipotezę, kad epilepsija yra šizofrenijos ligos antagonistas. Traukuliams išprovokuoti iš pradžių buvo naudotas kamparas, vėliau pereita prie metrazolio, kardiazolio. Medunos duomenimis, iš 110 šizofrenija sergančių ir traukulių terapija gydytų pacientų, pusė jų po taikyto gydymo pasiekė remisijos fazę. Kita vertus, pastebėta, kad metrazoliui išsivysto tolerancija, dėl to tekdavo didinti vaisto dozes, pacientui pasireikšdavo kosulys, nerimas, baimė, pasimetimas, akatizija ir, galiausiai, traukuliai. Epileptinio pobūdžio traukuliai trukdavo 30-80 sek., po jų ligonis užmigdavo. Procedūros buvo atliekamos 2-3 k. per savaitę, seansų skaičius svyravo nuo 12 iki 30. Kartais procedūra komplikuodavosi venų tromboze, nugaros slankstelių lūžiais [32]. Chemiškai sukeltų traukulių terapija 1936 m. buvo atlikta ir Kaune [4]. Vėliau, 1938 m., atsiradus elektroimpulsinei terapijai, psichiatrai mieliau rinkdavosi šį, saugesnį metodą [32].

Daug rizikos kelianti bei brangi metrazolio terapija paskatino ieškoti alternatyvių būdų epilepsijos priepuoliams sukelti. Pirmoji **elektrokonvulsinė (elektroimpulsinė) terapija** 1938 m. buvo atlikta Italijoje pacientui, kenčiančiam nuo melancholijos su psichoze. Maždaug 100 V stiprumo srovė buvo paleista per paciento smilkinius. Kadangi šis būdas, sukeliantis traukulius,

buvo saugesnis pacientui bei lengviau atliekamas technine prasme, Europos psichiatrai pasekė Italijos pavyzdžiu. Elektrokonvulsinė terapija išstobulėjo ir tapo vis saugesnė, kuomet pacientams buvo pradėti skirti miorelaksantai bei anestetikai [33]. Elektrokonvulsinė terapija Vilniuje pradėta taikyti 1940 m., pradžioje – be anestezijos. Ligonii ant smilkinių uždėdavo pasūdytame vandenyje išmirkytus elektrodus ir paleisdavo 80-120 V, 150-200 mA stiprumo srovę. Į burną ligoniui buvo įdedamas guminis kandiklis, traukulių metu pacientą laikydavo keli sanitarai. Apie šią procedūrą būdavo atsiliepiama kaip apie nesudėtingą ir pigią, kuri leisdavo sujaudintus ligonius nuraminti, o „sustingusius katatonikus“ – suaktyvinti [4].

Nors nuo priešistorinių laikų taikyta trepanacija dažnai baigdavosi nesėkme, portugalų neurologas António Egas Monizas (1874-1955) neatsisakė idėjos, kad psichikos sutrikimus galima gydyti neurochirurgiškai. Stebėdamas kaip insultas, CNS navikas ar neurotrauma keičia paciento elgesį, taip pat įsitikinęs, jog „priekinės“ (t.y., kaktinės) skilties pažeidimai paveikia emocijų raišką, bet nepakenkia mąstymui, jis įžvelgė galimybę chirurgiškai išgydyti psichikos sutrikimus. Monizas, vadovaudamas savo kolegai neurochirurgui Pedro Almeida Limai (1903 – 1985), 1935 m. atliko pirmąją Europoje **transkranijinę kaktinę leukotomiją**: pacientei, patyrusiai haliucinacijas, depresiją, nerimą, nemigą bei paranoją, virš akių išgręžus dvi angas, į smegenų baltąją medžiagą buvo įvestas jo paties sukurtas leukotomas, kuriuo suardyta kaktinės skilties baltoji medžiaga. Paskelbtuose duomenyse, kuriuose nagrinėti pirmųjų 20 pacientų gydymo rezultatai, Monizas nurodė, kad 2/3 atvejų kliniškai pagerėjo. Monizas nepaminėjo neigiamų operacijos pasekmių, dėl kurių vėliau sulaukė kritikos, mat daliai ligonių buvo vėliau nustatyta ryški asmenybės regresija ir kognityvinių funkcijų silpnėjimas. Į tai reaguodamas, Monizas stengėsi pataisyti procedūros įvaizdį, suformulavęs teoriją, kad psichikos ligos kyla dėl pataloginių, smegenyse užsifiksavusių elgesio modelių, o leukotomija esą tuos pataloginius „kelius“ sutrikdo, nutraukdama tarpneuroninius ryšius. Monizas 1949 m. už chirurginį psichikos ligų gydymo metodą gavo Nobelio premiją [7].

Leukotomija išpopuliarėjo ir dėl to, kad daugelis psichiatrijos ligoninių neturėjo priemonių, leidžiančių suvaldyti ypač agresyvius, fiziškai ir emociškai sujaudintus pacientus. Nors matyta, kad pacientų asmenybė po neurochirurginės intervencijos reikšmingai pakinta, psichiatrams leukotomija atrodė humaniškesnė ir praktiškesnė nei nuolatinis pacientų fizinis suvaržymas ir izoliavimas. JAV neurologas Walteris Jacksonas Freemanas II (1895-1972) siekė supaprastinti Monizo metodą ir 1946 m. pristatė **transorbitalinę lobotomiją**, kuri buvo atliekama pakėlus viršutinį akies voką, į akiduobę įvedant smailų instrumentą ir plaktuku pramušant ploną akiduobės kaulą bei suardant kaktinės skilties struktūras. Po tokių intervencijų pacientai tapdavo apatiški, psichomotoriškai sulėtėję, menkai besidomintys aplinka. Prisiminus, kad ir anksčiau buvo teigiamai įvertintas maliarijos karščiavimo terapijos metodas gydant neurosifilį, galima pastebėti, kokioje beviltiškoje

padėtyje tuo metu buvo psichiatrija ir kokių drastiškų priemonių imtasi, siekiant pagydyti sunkiausiais psichikos sutrikimais sirgusius pacientus [7].

XX a. pirmoje pusėje suvokimas apie psichikos ligas keitėsi. Kuriant didesnes prieinamumo prie medicinos paslaugų bei gydymo galimybes, pastebėta, jog pacientų su psichikos sutrikimais skaičius Lietuvoje yra didelis. Užgimus socialinei medicinai, bandyta ieškoti būdų ne tik psichikos sutrikimų gydymui, bet ir priemonių, padedančių išvengti ligų išsivystymo. Pasaulyje **socialinė higiena** atsirado XIX a. pabaigoje - XX a. pradžioje. Socialinės higienos šalininkai siekė spręsti socialines problemas, kurios, jų manymu, galėjo privesti prie venerinių ligų, tuberkuliozės, alkoholizmo, vėžio bei psichinės negalios. Socialinės ligos galėjo išsivystyti dėl nepalankios sveikatai, skurdžios aplinkos, žalingų įpročių, „prastos moralės“ bei netinkamos higienos. Socialinės higienos tikslas - mokyti žmones, kaip vengti neigiamų, sveikatai žalingų veiksnių ir kaip stiprinti gerą sveikatą palaikančius, pasitarnaujančius gerai fizinei bei psichinei būklei, veiksnius. Socialinės higienos principai pasiekė ir Lietuvą. Tarpukario gydytojams prisidėjo papildomas vaidmuo – visuomenės mokymas sveikatos klausimais. Skaitydami viešas paskaitas, rengdami brošiūras, kurdami dokumentinius filmus, medikai siekė šviesti visuomenę. Mokyta apie „limpamąsias“, lytiškai plintančias ligas, narkotines medžiagas, alkoholį, tinkamą mitybą, švarą bei higieną, streso valdymą. Siekta, kad visuotine pareiga taptų rūpinimasis savo ir artimųjų sveikata, stengtasi dirbti su jaunimu - tikėta, jog jaunystėje formuojasi pagrindiniai sveiko gyvenimo įpročiai. Ieškota būdų spręsti savižudybių problemą, atkreiptas dėmesys į lėtinį nuovargį [23].

Užgimus atskirai socialinės higienos šakai – **proto higienai** – koncentruotasi į psichikos sutrikimus turinčių asmenų gydymą, priežiūrą bei psichikos sutrikimų prevenciją, aiškinantis ligą predisponuojančius veiksnius. Proto higienos atstovai švietė gyventojus apie tinkamą vaikų auklėjimą, darbo higieną, adekvačias gyvenimo sąlygas ir psichinės pagalbos galimybes. Šioje srityje didelį įdirbį turėjo psichiatrijos profesorius Blažys. Pvz., profesorius alkoholizmą laikė viena stipriausių socialių priežasčių psichinės ligos išsivystymui, todėl skatino gyventojus rinktis sveikesnį gyvenimo būdą teigdamas, jog alkoholizmas prisideda prie degeneracijos proceso. Profesorius siūlė priklausomiems nuo alkoholio asmenims neplanuoti susilaukti palikuonių. Blažio nuomone, alkoholis yra vienas lengviausių narkotikų, prie kurių priprantama, taigi tarp saikingo alkoholio vartojimo bei alkoholizmo yra labai siaura riba. Rūkymo sukeliamą žalą taip pat buvo aiškinama tarpukario Lietuvos visuomenei. „Gyvenimo paradoksas – sveikata yra laikoma vienu vertingiausių dalykų, kuriuos žmogus turi, bet dėl jos stengiamasi mažiausiai“ – teigė Blažys [14].

Deja, ne visos medicinos sistemos, filosofinės jų prielaidos ir socialiniai judėjimai pasižymėjo humanizmu. **Eugenika** buvo laikyta viena prieštaraujančiausių socialinės higienos aspektų. Žmogus kaip pilietis tapo ekonominės vertės vienetu, o „ne po laiminga žvaigžde“ gimę, ligoti

asmenys laikyti socialine, ekonomine bei moraline našta. Eugenika siūlė „apsivalyti“ nuo tokių individų. Manyta, jog asmenys, turintys įgimtus sutrikimus, tokius kaip silpnaprotystę, aklumą, kurčėbylę, taip pat tie, kuriems buvo nustatyti psichikos sutrikimai (šizofrenija, maniakinė depresija), neišgydomas alkoholizmas, taip pat ir homoseksualumas, negali kurti šeimos, nes jų degeneraciją nulemiantys genai bus perduoti palikuoniams. Eita dar toliau - tokius asmenis siūlyta izoliuoti ir sterilizuoti. Aršiausi eugenikos propaguotojai buvo ne gydytojai psichiatrai, o populistai politikai. Eugenikos idėjos paplito visame pasaulyje, buvo taikomos kai kuriose Europos šalyse (pvz., nacistinėje Vokietijoje) bei JAV. Nors tarpukario Lietuvoje bei Vilniaus krašte rasta šaltinių, kuriuose apie eugenikos idėjas buvo kalbėta teoriniu lygmeniu, tačiau šios idėjos nebuvo patvirtintos įstatymais ir nebuvo taikomos praktiškai. Taip galėjo atsitikti ir dėl tarpukario Lietuvoje ir Vilniaus krašte veikusios katalikų bažnyčios, kuri eugenikos idėjas vertino kaip kraštutinai amoralų reiškinį. Lietuvos gydytojai ir visuomenė buvo linkę tikėti, jog eugenika - labiau vokiečių ir amerikiečių išrastas „mokslas“ [23].

Antrojo pasaulinio karo metu vykusi nacių okupacija pavertė šį „mokslą“ šiurpia praktika. Vokiečių okupacijos laikotarpiu Valstybinė psichiatrinė ligoninė Vilniuje buvo pervadinta *Psychiatrisches Krankenhaus in Wilna* [22]. Šioje gydymo įstaigoje Antrojo pasaulinio karo laikotarpiu mirtingumas buvo pats didžiausias per visą ligoninės gyvavimo istoriją. Vien 1942 m. mirtingumas siekė 100 proc. - per metus mirė 384 pacientai, nors šioje įstaigoje jų būdavo gydoma vos apie 300. Akivaizdu, kad tragediją nulėmė vokiečių skiriamas itin mažas finansavimas ligonių, sergančių psichikos sutrikimais, maisto daviniams ir to pasekoje vykdomas sistemingas ligonių marinimas badu, galimai prie ligonių būklės blogėjimo prisidėjo ir aktyvi psichiatrinio gydymo praktika (išsekusiems ligoniams toliau taikytos insulino komų, elektrokonvulsinės, karščiavimo terapijos). Tokia praktika buvo paremta nacių ideologija, kuri psichikos sutrikimų turinčius asmenis laikė „nenaudingais valgytojais“, kurių egzistencija „neturi vertės“ [34]. Panaši situacija psichiatrinėse gydymo įstaigose susiklostė ne tik okupuotoje Lietuvoje, bet ir Latvijoje bei Estijoje. Po Antrojo pasaulinio karo, įvertinus, kokią žiaurią eugeniką (rasizmas, masinis susidorojimas su psichinę negalią turinčiais ligoniais) vykdė nacistinė Vokietija, pasipriešinimas eugenikos idėjoms pasaulyje dar labiau sustiprėjo [23].

Lietuvą ir Vilniaus kraštą okupavus Sovietų Sąjungai, psichiatrijos raida strigo dėl naujo režimo, besiremiančio socialistine ideologija. Psichikos sveikatos priežiūros modelis buvo grindžiamas privataus sektoriaus panaikinimu, griežta ir valstybei pavaldžia centralizacija bei principu „gydymas nemokamas ir visiems prieinamas“. Deja, sovietai buvo nusistatę prieš Vakarų Europos idėjas ir atradimus. Europa po Antrojo pasaulinio karo pasiekė didelę pažangą gydant psichikos sutrikimus turinčius asmenis – išrasti nauji psichotropiniai vaistai padėjo ligoniams

pagyti, atsisakyta sveikatai žalingų, „herojinės“ medicinos metodų – maliarijos terapijos, insulino komų terapijos ir kitų, o 1950 m. susintetintas chlorpromazinas tapo pirmuoju neuroleptiku, skiriamu šizofrenija sergantiems ligoniams. Vėliau buvo susintetintas chlórdiazepoksidas (vadintas „mažuoju trankviliantu“), galiausiai – pirmieji (tricikliai) antidepresantai nuotaikos sutrikimų gydymui [4]. Taigi Vakarų Europoje pamažu atsisakyta ilgų hospitalizacijų, institucionalizacijų – psichikos ligoniams skirtų lovų skaičius pradėjo mažėti, loviadieniai – trumpėti, pradėta vadovautis biopsichosocialiniu modeliu, įkurti dienos stacionarai, į psichiatriją atėjo įvairios psichoterapijos srovės, padedančios gydyti lengvesnius psichikos sutrikimus. Lietuvoje sovietmečiu gydymo modelis buvo atvirkščias – lovų skaičius psichiatrijos ligoninėse tik didėjo, medicininis gydymas dažnai būdavo ribotas dėl vaistų, medicininių priemonių ir medžiagų trūkumo. Padidėjęs lovų skaičius atliko ir papildomą funkciją – piliečiai, kritikavę sovietinį režimą, būdavo prievarta guldomi į psichikos ligonines, nustačius tokias diagnozes kaip „vangios eigos šizofrenija“, priduriant – „per aukšta savivertė“ ar „pavojingas visuomenei“ [9]. Psichoterapija Lietuvoje pradėta praktikuoti tik XX a. septintajame dešimtmetyje. Sovietmečiu psichoterapijos modelis buvo kiek kitoks – gydytojas užimdavo viršesnio padėtį, kuri suteikdavo galią „auklėti“, mokyti ligonį. „Psichoterapeutas – tai protingas daktaras, mokantis kvailą pacientą“ – siekdamas atsipindėti sovietmečio koncepciją, taip situaciją apibūdino T. Vaiseta monografijoje „Vasarnamis“ [4].

Nors psichiatrija Sovietų Sąjungoje patyrė stagnaciją, pamažu pradėtas diegti **sociokultūrinis psichiatrijos modelis** – suprata, kad pacientams svarbūs socialiniai įgūdžiai, įtraukimas į įvairias veiklas. Pvz., Vilniaus psichiatrinės ligoninės 1954 m. parengtose ataskaitose užfiksuotos tokios priemonės kaip filmų peržiūros vakarų, „kultūterapinių pertraukėlių“ – išvykų į miestą, teatrą, pobūvių, sportinių varžybų organizavimas. Įkurtos ligonių tarybos, kurios padėdavo palaikyti švarą, tvarką bei labiau įtraukti ligonius į kasdienius darbo procesus – tai padėjo ugdyti ligonių savidiscipliną, savarankiškumą ir išlaikyti socialinius įgūdžius. Nors pasaulyje **darbo terapija** kaip gydymo metodas jau seniai buvo pripažintas ir naudotas, tarpukario Lietuvoje riba tarp terapijos bei ligonio išnaudojimo buitiniams darbams atlikti neretai išnykdavo. O ir sovietinėje ideologijoje darbas buvo svarbiausia piliečio vertybė ir pareiga. Vilniaus psichiatrinėje ligoninėje buvo įrengtos dirbtuvės su įvairaus pobūdžio darbu – siuvimu, mezgimu, batsiuvyste, popierinių maišelių klijavimu. Jau 1958 m. ligoninių ataskaitose teigta, kad per dvejus metus pacientai ligoninei uždirbo apie 150 tūkst. rublių – komunistinei valdžiai tai buvo svari priežastis toliau skatinti ir plėtoti darbo terapiją. Su ideologiniu psichiatrijos centru Maskvoje, diktuojančiu sektinas teorijas apie psichikos sutrikimų kilmę, rekomenduojamą gydymą bei prevenciją, periferiniams psichikos centrams, taip pat ir Vilniaus, teliko tikslai paklusti [4].

REZULTATAI

1. Psichiatrijos tikslai ir uždaviniai Vilniuje XX a. pirmoje pusėje

XX a. pirmojoje pusėje Europoje ir JAV psichiatrija išgyveno reikšmingus pokyčius. Pagrindinis modernių psichiatrių tikslas buvo atsisakyti vien simptomų išraiška grindžiamo ligų aiškinimo ir siekti psichikos sutrikimus pagrįsti remiantis galvos smegenų patologine anatomija ir fiziologija. Psichiatrija siekė įsitvirtinti kaip gamtamokslė medicinos mokslo šaka, paremta ne vien filosofinėmis sielos paieškų teorijomis ar empiriniais simptomų bei ligos eigos stebėjimais, bet ir tyrimais žmogaus anatomijos, histologijos bei fiziologijos srityse [35]. Panašūs procesai vyko ne tik Vakarų pasaulyje, bet ir Vilniaus krašte (1 pav.).

1 pav. Valstybinė psichiatrijos ligoninė Vilniuje bei Vasaros gatvėje ir jos teritorijoje 1931 – 1938 m. veikęs Lenkijos smegenų tyrimų institutas. Iš asmeninio Marek Postawka albumo (su leidimu).



Didžioji psichikos sutrikimų dalis buvo lėtiniai susirgimai; gydytojai suprato, jog ilgai nei paciento gyvenimo kokybė bus prastesnė nei sveiko asmens. Dėl šios priežasties vienu iš psichiatrijai keliamų uždavinių ūmiuoju ligos laikotarpiu buvo kuo labiau tausoti paciento fizinę bei emocinę sveikatą, siekiant užkirsti kelią gyvenimo kokybės blogėjimui [35].

Vilniaus psichiatrai pripažino, kad psichiatrijai, kaip medicinos šakai, sunku įsitvirtinti tarp kitų klinikinių disciplinų bei kurti teigiamą, patikimą įvaizdį. Gydytojai dažnai susidurdavo su

skeptišku visuomenės požiūriu, nepalankiu vertinimu. Natūralu, kad vienu iš svarbiausių psichiatrijos tikslų tapo visuomenės, medicinos darbuotojų bei pacientų švietimas apie psichikos ligas. Norėta keisti nusistovėjusius stereotipus apie psichikos sutrikimus, didinti psichiatrijos kaip specialybės autoritetą bei skatinti bendradarbiavimą su kitų specialybių gydytojais [35].

Viena iš pagrindinių priežasčių, kodėl psichiatrijai buvo sunku suklestėti - skirtingai nei somatinės specialybės, psichiatrija neturėjo tvirtų mokslinių pamatų, grįstų anatominėmis, fiziologinėmis ir histologinėmis žiniomis, kurios leistų sieti klinikinius simptomus su konkrečiais patologiniais pokyčiais smegenyse. Taigi kitas psichiatrijos uždavinys, kurį Vilniaus gydytojams kėlė Falkowskis, buvo vadovautis empiriniais duomenimis, tobulinti mokslinius tyrimų metodus, siekiant įtvirtinti psichiatrijos, kaip klinikinės bei mokslinės specialybės, poziciją medicinoje. Moksliniai tyrimai taip pat turėjo pasitarnauti aiškinantis psichikos ligų kilmę bei ieškant naujų ir efektyvių gydymo metodų [35].

Kaip teigė Rose veikale *Zadania wspòlczesnej psychiatriji*, „anksčiau ligų diagnostika rėmėsi simptominiu vertinimu“ (2 pav.), pvz., psichiatrijoje tokie simptomai kaip haliucinacijos, kliesdėsiai ar melancholija buvo laikyti atskiromis ligomis. Tačiau „medicina XX a. pradžioje perėjo į kitą etapą – nozologinį vertinimą“. Kiekviena specialybė pradėjo kurti ligos vienetus, t.y. konkrečias diagnozes, kurios nustatomos, remiantis tam tikrais simptomų deriniais. Nors tuo metu dar trūko biologinių bei fiziologinių įrodymų, kurie padėtų suklasifikuoti psichikos sutrikimus pagal etiologiją, psichiatrai siekė įtvirtinti požiūrį, kad psichiatrijoje, kaip ir kitose specialybose, turi egzistuoti savarankiški ligos vienetai, o ne tik simptomų rinkiniai [37].

Kadangi Rose buvo ne tik psichiatras, bet ir neuroanatomas, jis skatino kurti tvirtus, biologinius pagrindus psichikos sutrikimų aiškinime, tyrinėti smegenis – „organą, kuris formavo mūsų psichiką“, analizuoti smegenų sandarą, suskirstyti įvairias smegenų sritis pagal jų funkcijas. Ypatingą dėmesį profesorius skyrė smegenų žievės struktūroms bei gumburui (*thalamus opticus*), kuris tuo metu buvo laikytas jutimų bei emocijų centru. „Tikėta, kad struktūrinių ar patologinių pokyčių nustatymas smegenyse leis susieti juos su klinikiniais psichikos sutrikimų simptomais ir taip palengvins psichikos ligų klasifikaciją“ – teigė Rose [37].

Pasak profesoriaus, šiam tikslui gali pasitarnauti ir citoarchitektoniniai tyrimai - selektyvus nervinių ląstelių (neurono, mielino, fibrilių) dažymas atskleidžia, kad smegenų žievė nėra vienalytė, bet susidaro iš daugybės struktūrinių laukų, kurie tarpusavyje skiriasi savo sandara ir, tikėtina, funkcijomis. Šių atradimų dėka galiausiai buvo atsisakyta vienalytės smegenų funkcijos teorijos, o vietoj jos pereita prie smegenų sričių funkcijų specializacijos (t.y., lokalizacijos) tyrimų. Šiam tikslui, pasak Roses, buvo taikomi trys metodai: klinikinis, fiziologinis ir anatominis. Klinikinis metodas aiškinosi, kokios funkcijos sutrinka smegenų pažeidimo metu (rezultatus papildydavo

autopsijos duomenys). Klinikinis metodas parodė ne pačios funkcijos centrą smegenyse, o vietą, kurią pažeidus, funkcija sutrikdavo. Naudojant fiziologinį metodą, atlikti smegenų žievės dirginimo tyrimai, kurių rezultatai parodė, jog žievė skirtingose vietose gali skirtingai reaguoti į dirgiklį, o kiekviena smegenų sritis reaguoja tik į jai būdingus dirgiklius (pvz., pašvietus į akį, suaktyvėja regos centras). Lyginant architektoninius smegenų tyrimus tarp žmonių ir įvairių gyvūnų rūšių, buvo rasta, kad žmogus priekinėje (t.y., kaktinėje) smegenų žievėje turi iki 5-10 kartų daugiau įvairių centrų nei beždžionės ar šunys atitinkamose žievės zonose. Žmogaus priekinė (kaktinė) skiltis sudarė trečdalį bendro smegenų ploto – tokia sudėtinga šios skilties sandara leido Rosei daryti prielaidą, kad ši skiltis užima svarbią vietą žmogaus „dvasinėms funkcijoms“ vykdyti, atitinkamai - ir gerai psichinei sveikatai užtikrinti [37].

2 pav. Maksymiliano Roses (1883-1937) nuotrauka, daryta apie 1920 m. Iš asmeninio Marek Postawka albumo (su leidimu).



Pasak Roses, vokiečių psichiatro bei neuropatologo Franzo Nisslio (1860-1919) atrastas selektyvus nervinių ląstelių dažymo metodas psichiatriams suteikė vilčių atrasti specifinius neuronų pokyčius, būdingus tam tikroms psichikos ligoms (šizofrenijai, maniakinei depresinei psichozei). Nors vėliau paaiškėjo, kad daugelis psichikos sutrikimų neturi apibrėžtų histopatologinių požymių, šis laikotarpis atnešė svarbių atradimų, susijusių su afazijos, apraksijos ir agnozijos neuroanatominiais tyrinėjimais. Galiausiai įtvirtinta nuostata, jog smegenų žievė valdo visas aukštesias dvasines funkcijas, o už emocijas ir instinktus yra atsakingos požievinės galvos smegenų struktūros. Profesoriaus Roses darbuose išskiriamas III-iasis žievės sluoksnis, kurio patologija, kaip spėta, yra galimai susijusi su psichikos sutrikimais: daugelio psichikos ligomis sergančių asmenų smegenų III-iajame žievės sluoksnyje rastas sumažėjęs neuronų skaičius, to paties sluoksnio pažeidimai aptikti ryškaus intelekto nusilpimo, demencijos bei alkoholizmo atvejais [37].

Taigi Vilniuje XX a. pradžioje psichiatrijai buvo keliami itin ambicingi tikslai: mažinti psichikos ligomis sergančių pacientų stigmatizaciją, kelti psichiatrijos specialybės prestižą bei sukurti mokslinę psichikos sutrikimų klasifikaciją, pagrįstą neuroanatominiais smegenų tyrimais.

2. Psichikos sutrikimais sergančių ligonių gydymo organizavimo iššūkiai

Nors tarpukario Vilniuje oficialiai deklaruojami psichiatrijos tikslai ir uždaviniai atitiko XX a. Vakarų pasaulio medicinos pasiekimų lygį ir mokslinį kontekstą, žinoma, kad psichikos ligomis sergančių asmenų gydymas ir priežiūra buvo labai apleista sveikatos priežiūros paslaugų srityje. Nuolatinės sveikatos priežiūros sistemos spragos, nepakankamas lovų skaičius, neaiškios psichikos sutrikimus turinčių pacientų teisės lėmė, kad didelė dalis ligonių likdavo be profesionalios psichiatrinės, medicininės ir socialinės pagalbos [38].

Psichiatrai Władyczko ir Falkowskis 1926 m. gydytojų kongreso metu pristatė psichikos sutrikimų turinčių ligonių priežiūros situaciją Vilniaus regione. Jų aptarti duomenys atskleidė, jog psichikos ligomis sergančiųjų gydymo ir priežiūros organizavimas tarpukario Vilniuje buvo nesistemmingas ir neatitiko realių gyventojų poreikių. Remiantis tarptautine ir regionine statistika, Vilniaus krašte turėjo veikti didelė psichiatrijos įstaiga su 1000-1200 lovų (skaičiuojant, kad 1000 gyventojų tektų 4 ligoniai, sergantys psichikos sutrikimais). Realybė buvo kitokia – tuo metu oficialiai prieinamos buvo tik 165 lovos, išsidėsčiusios „pasenusiuose ir perpildytuose“ ligoninių skyriuose. Šios lovos priklausė Šv. Jokūbo ligoninei, Žydų miesto ligoninei ir Antakalnio karo ligoninei. Dėl prastos infrastruktūros didelė dalis ligonių likdavo be jokios institucinės priežiūros, t.y., buvo gydomi namuose arba palikti likimo valiai. Pasak autorių, tai didino savižudybių, smurto, nusikalstamumo ir socialinės atskirties riziką. Situaciją dar labiau apsunkino ribotas psichiatrijos

lovų skaičius visoje Antrojoje Lenkijos Respublikoje, menkos institucijų finansinės galimybės bei nepakankamas savivaldos institucijų įsitraukimas. Psichiatrai Władyczko ir Falkowskis siūlė steigti įstaigą su dideliu žemės plotu, kuriame galėtų būti vykdoma darbo terapija – dirbdami pacientai gerintų savo psichologinę savijautą ir papildomai generuotų pajamas, taip mažėtų įstaigos išlaikymo kaštai. Autoriai pabrėžė ne tik medicininius, bet ir ekonominius bei socialinius argumentus už didelės psichiatrijos įstaigos, kurią būtų patogų pasiekti, įsteigimą. Taigi pagrindiniai iššūkiai tarpukario Vilniuje buvo gydymo vietų trūkumas, nepakankamas valstybės finansavimas psichikos sveikatos sričiai ir negebėjimas sukurti modernios, ilgalaikiai priežiūrai ir socialiniai integracijai pritaikytos sistemos [38].

Negerėjanti ligonių priežiūros situacija atskleidžiama Falkowskio analizuotame ir kritikuotame 1929 m. Lenkijos respublikos priežiūros įstatymų projekte. Nors Europos valstybėse jau nuo XIX a. buvo pripažintos pilietinės psichikos sutrikimais sergančių ligonių teisės, jos iki galo neužtikrino pakankamos jų teisių apsaugos ir tinkamos priežiūros. Lenkijos respublikoje rengiami įstatymų projektai buvo fragmentiški, daugiau orientuoti į biurokratinius, teisinius suvaržymus, taip pat nesirėmė gydytojų praktine patirtimi bei įžvalgomis. Falkowskis siūlė psichikos sutrikimų turinčiam asmeniui išsaugoti visas pilietines teises, suteikiant papildomą teisinę globą dėl ligos nulemtą pažeidžiamumą. „Psichikos liga riboja gebėjimą savarankiškai ginti savo interesus, todėl valstybė turi pasirūpinti pažeidžiamo žmogaus teisių ir privilegijų užtikrinimu“ – teigė autorius [38].

Falkowskis akcentavo stacionarinės priežiūros krizę – beveik kas antras psichikos sutrikimų turintis asmuo likdavo be stacionarinio gydymo. Dėl perpildytų ligoninių pacientai būdavo guldomi ant grindų, dėl personalo trūkumo buvo naudojamas perteklinis suvaržančių priemonių kiekis. Jei ligoniui ir pavykdavo patekti į ligoninę, gydymas keldavo finansinių sunkumų jo šeimai. Autorius manė, jog neteisinga gydymo išlaidas padengti ligoniui ar jo šeimai – tai turėtų daryti valstybė, kadangi psichikos sutrikimai dėl savo lėtinės eigos galėjo ekonomiškai sužlugdyti šeimą. Išimtiniais atvejais psichikos sutrikimus turintys asmenys buvo paguldomi į ligoninę prieš savo valią. Autorius laikėsi pozicijos, jog sprendimus dėl priverstinės hospitalizacijos turėtų svarstyti ir priimti tik teismas. „Teismas spręstų tiek dėl asmens laikymo psichiatrijos įstaigoje prieš teisėto globėjo valią, tiek tais atvejais, kai pacientas dėl geros savijautos prašosi būti išrašytas“. Autorius savo tekstą užbaigė mintimi, jog minėti įstatymai yra netobuli, nes psichikos sutrikimais sergantys ligoniai negali patys atstovauti savo interesams; sprendimus priima teisinės ar administracinės struktūros, kurios neretai riboja gydytojų galimybes veikti paciento labui [39].

Psichikos sutrikimais sergančių pacientų gydymo ir priežiūros padėtis Vilniaus krašte keitėsi iš lėto. Marzyński 1936 m. aprašė šiuos pokyčius: „Sparčiai augant gyventojų skaičiui Rytinėse

Lenkijos vaivadijose, ypač kaimo vietovėse, psichiatrinės pagalbos poreikis didėjo greičiau nei valstybės gebėjimas jį patenkinti“. Nors siekta, kad 1 psichiatrijos lova tektų 1000 gyventojų, Vilniaus ligoninėse šis santykis buvo daug žemesnis – vietoj paskaičiuotų 1300 psichiatrinių lovų kiekio, Vilniaus vaivadija turėjo tik 280. „Daugelis ligonių negaudavo profesionalaus gydymo, kai kurie buvo slepiami šeimos narių, norint išvengti priverstinės hospitalizacijos bei didelių, su gydymu susijusių išlaidų“ – teigė Marzyńskis [40].

Lenkijos valdymo laikotarpiu ilgainiui persitvarkė Vilniaus krašto psichikos sveikatos priežiūros struktūra: sukurtos papildomos vietos psichikos sutrikimams gydyti kariuomenės ligoninėje, atkurti bei išplėsti miesto ligoninių skyriai, 1927 m. buvo atidaryta Valstybinė psichiatrijos ligoninė Vasaros gatvėje su naujomis 150 lovų (3 pav.). Taigi tuo metu iš viso buvo sukurta 268 psichiatrinės lovos civiliams ir 20 lovų karininkams. Kairėnų dvaras 1934 m. tapo Valstybinės psichiatrijos ligoninės sudedamąja dalimi, veikdamas kaip žemės ūkio kolonija su psichiatrijos skyriumi, „talpinančiu 80 pacientų“. Kairėnuose gyvenę ligoniai dažniausiai buvo arba sparčiai sveikstantys, arba sergantys lėtinėmis psichikos ligomis, bet svarbiausia – fiziškai pajėgūs dirbti žemės ūkio darbus. Kairėnų kolonijoje suvaržymo priemonės nebuvo naudojamos, langai neturėjo grotų, palatos buvo įrengtos pirmame pastato aukšte [40].

Nors šeimos globos praktika susiformavo jau XIX a. pabaigoje, tarpukario Vilniaus krašte tai tapo žmoniškiausius poreikius tenkinanti ir medikų prižiūrima psichiatrinės institucijos dalis. Teigta, kad 1936 m. šeimose gyveno ir dirbo apie 530 ligonių. Deja, dalies ūkininkų siekis pasipelnyti lėmė iškreiptą šeimos globos praktiką – kai kuriuose ūkiuose gyvenantys psichikos sutrikimų turintys asmenys neturėjo prieigos prie medicininės priežiūros ir buvo fiziškai išnaudojami [40].

Marzyńskis siūlė kurti nuoseklią, kelių lygių psichikos sveikatos priežiūros sistemą: Valstybinė psichiatrijos ligoninė turėtų tapti centrine įstaiga, priimanti visus pacientus, kurioje būtų galima gydyti ūmias būkles, atlikti išsamią diagnostiką ir, prireikus, pacientus nukreipti į kitus skyrius. Į Kairėnų koloniją turėtų būti siunčiami visi Vilniuje stebėti ir gydyti, bet vis dar stacionarinės priežiūros reikalaujantys pacientai, ypač tie, kuriems darbo terapija yra efektyvi. Į šeimos globą pacientai turėtų pakliūti tik po ištyrimo Vilniuje ir Kairėnuose, įvertinus jų būklių tokiai aplinkai tinkamumą. Marzyńskis minėjo apie būtinybę kovoti prieš neteisėtas šeimos globas, paremtas žmonių išnaudojimu bei užsiminė apie papildomų institucijų poreikį – teismo psichiatrijos skyrių (skirtų teismo sprendimu paguldytiems ligoniniams), nepilnamečių skyrių bei psichikos higienos centrą (atsakingą už psichikos ligų prevenciją, ankstyvą diagnostiką bei ambulatorinę grandį) [40].

3 pav. Valstybinė psichiatrijos ligoninė Vilniuje bei Vasaros gatvėje ir jos teritorijoje 1931 – 1938 m. veikęs Lenkijos smegenų tyrimų institutas. Nuotraukos šaltinis: Narodowe Archiwum Cyfrowe (vieša prieiga).



Apibendrinant galima teigti, kad psichikos sveikatos sistemos plėtrą tarpukario Vilniuje stabdė teisinio reguliavimo stoka bei adekvataus finansavimo trūkumas. Dėl vieningų psichiatrijos įstatymų nebuvimo bei neaiškaus finansavimo modelio ligonio gydymo išlaidas turėjo padengti šeima arba savivaldybė. Susiformavo ryški regioninė nelygybė, kai Vakarų Lenkijoje veikė modernesnės, neperpildytos ligoninės, o Vilniaus krašto psichiatrai turėjo verstis su labai ribotais ištekliais ir itin mažu lovų skaičiumi. Kita vertus, dalis autorių siūlymų buvo įgyvendinti: 1927 m. buvo atidaryta Valstybinė psichiatrijos ligoninė, 1934 m. - Kairėnų kolonija, siekta kurti pakopinę psichikos sveikatos priežiūros sistemą. Tarpukario Vilniaus psichiatrų darbuose svarbiausią vietą vis dar užėmė psichikos ligomis sirgusių pacientų institucionalizacijos bei psichikos sveikatos priežiūros centralizacijos idėjos.

3. Etiologiją, patogenezę aiškinančios teorijos: maniakinės-depresinės psichozės ir šizofrenijos analizė

Vilniuje XX a. pradžioje psichiatrijai buvo keliambi ambicingi tikslai, iš kurių vienas - kurti mokslinę psichiatrinių susirgimų klasifikaciją, pagrįstą neuroanatominiais smegenų tyrimais. Taigi psichiatriams didelę reikšmę turėjo naujos psichikos sutrikimų etiopatogenezės teorijos.

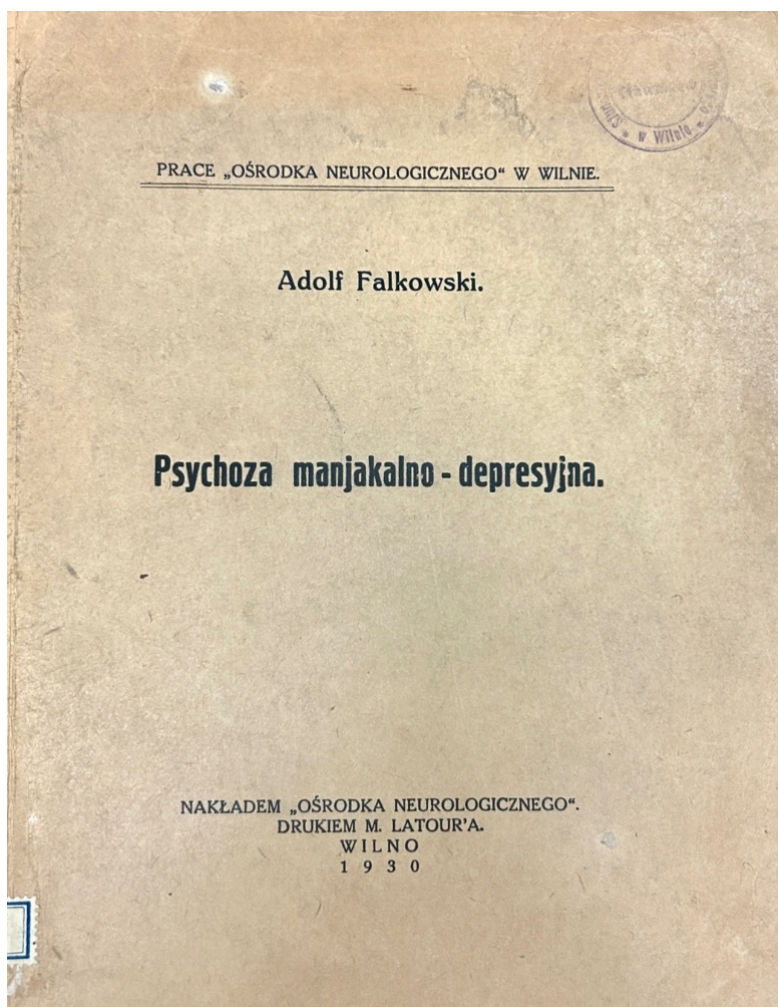
Falkowskis 1930 m. išleistame veikle maniakinę-depresinę psichozę (šiandien žinomą kaip bipolinis afektinis sutrikimas) aprašė kaip psichikos sutrikimą, galintį pasireikšti įvairiomis formomis – kaip „savarankiška liga, organinės ligos simptomas arba psichologinė reakcija“ (4 pav.). Pasak autoriaus, asmens konstitucija ir charakterio tipas taip pat padėdavo gydytojams nustatyti polinkį psichikos sutrikimams. Vokiečių psichiatrai Ernstas Kretschmeris (1888-1964) ir Oswaldas Bumke (1877-1950) įgimtą polinkį ligai siejo su specifiniu **kūno sudėjimu**: šizofrenija dažniausiai pasitaikė „liesiems, sportiškiems ar mišraus kūno sudėjimo asmenims“. Kretschmeris išskyrė tris konstitucinius tipus - pikninį (stambesnis), asteninį (lieknas) ir atletinį (tvirtas, raumeningas kūno sudėjimas) bei dvejus asmenybės tipus. **Sintoniškas asmenybės tipas**, kuris pasižymėjo polinkiu bendrauti, emocionalumu ir nuoširdumu, dažniausiai buvo tapatinamas su piknine konstitucija ir sietas su polinkiu sirgti maniakine-depresine psichoze. **Šizoidinį tipą**, kuriam būdingas uždurumas, sunkus prisitaikymas prie kintančių aplinkos sąlygų, dažnai turėjo asteniški žmonės, kurie dažniau sirgdavo šizofrenija [41].

Teigta, jog subrendęs, socialus individas turi tiek sintoniškų, tiek šizoidinių elgesio elementų, nes tai nulėmė žmogaus evoliucija: primityvesnėse bendruomenėse individai, siekdami išgyventi, turėjo puoselėti glaudžius, artimus ryšius su aplinkiniais, t.y., turėjo išvystyti labiau sintonišką asmenybės tipą; vystantis civilizacijai, socialiniai santykiai tapo sudėtingesni ir painesni, žmogus turėjo išmokti valdyti savo emocijas bei elgesį, t.y., pamažu vystėsi šizoidiniai asmenybės bruožai. Pasak Falkowskio, „abiejų bruožų pusiausvyra laikoma normalia individualaus bei kultūrinio gyvenimo adaptacija, o nukrypimas į vieną ar kitą pusę gali lemti psichikos sutrikimus“. Sintoniško būdo asmeniui reikšdavosi refleksinė, emocinė reakcija į išorinį dirgiklį, tokie asmenys emocijas buvo linkę reikšti iš karto, jos atitiko situacijos pobūdį ir galėjo būti nuspėjamos. Šizoidinio būdo asmenys į situacijas reaguodavo nevienodai – vieni dirgikliai skatindavo slopinti savo reakciją, kiti dirgikliai galėjo išprovokuoti neadekvačią reakciją, dėl to šizoidinio tipo žmogaus emocijos galėjo būti nenuspėjamos ir neproporcingos dirgikliams. Pasak Eugeno Bleulerio (1857-1939), šizoidinio asmens psichikai įtakos turėjo gyvenimo patirtys ir prisiminimai, neadekvačias reakcijas galėjo nulemti ir vaikystėje susikurtos asociacijos [41].

Šizofrenijos kilmė, pasak Falkowskio, galėjo būti dvejopa – **įgimta** arba **įgyta**. Autorius šizoidinių charakterio bruožų turintį asmenį palygino su kūno dalies sutrikimu, kuris neplinta ir nepaveikia aplinkinių audinių, o šizofreniją prilygino „piktybiniam, metastazuojančiam navikui“, kadangi ši liga reikšmingai pakeisdavo žmogaus asmenybę. Falkowskis tiek maniakinę-depresinę

psichozę, tiek šizofreniją siejo su **parasimpatinės nervų sistemos** funkcija, kuri, kaip tuo metu teigta, buvo atsakinga už sąmonę, kontroliavusią asmens psichiką. Maniakinės-depresinės psichozės atveju parasimpatinės sistemos funkcinis sutrikimas buvo laikinas – jo metu sutrikdavo asmens minčių seka, asociacijų kūrimas, pasireikšdavo idėjų gausa. Tačiau maniakinė-depresinė psichozė, kitaip nei šizofrenija, nebuvo laikyta degeneracine liga: progresuojant ligai, nei paciento intelektas, nei emocijos nekito [41].

4 pav. Adolfo Falkowskio publikacijos *Psychoza manjakalno-depresyjna* („Maniakinė-depresinė psichozė“), išleistos 1930 m. Vilniuje, titulinis lapas. Vilniaus universiteto biblioteka (su leidimu).



Lenkų psichiatras Janas Mazurkiewiczzius (1896-1988) taip pat buvo vienas iš gydytojų, siejusių šizofrenijos simptomus su **vegetacine (autonomine) nervų sistema**, kuri, jo manymu, reguliavo ne tik tam tikras organų sistemas, bet ir žmogaus psichiką. Panašiai šizofrenijos kilmę aiškino prancūzų gydytojas Maurice Dide (1873-1944) – liga galėjo vystytis dėl tam tikrų, su autonominės nervų sistemos disfunkcija susijusios nervinių ląstelių degeneracijos. Teigta, kad vegetacinė nervų sistema buvo atsakinga ne tik už širdies, kvėpavimo, raumenų, endokrininės

sistemų reguliaciją, bet ir už jausmus, emocijas, energingumą. Sutrikę vegetacinės funkcijos komponentai darė įtaką asmens savijautai, pvz., per lėtas širdies ritmas ar kvėpavimo dažnis galėjo sukelti apatiją, motyvacijos stoką, dėmesio koncentracijos sutrikimus, hormonų disbalansas galėjo sustiprinti ar susilpninti emocijas. Pagrindiniu autonominės sistemos centru laikyti *substantia nigra* ir pogumburis [36]. Falkowskis veikale *Schizofrenja* pastebėjo, kad šizofrenija sergantys asmenys atsisakydavo valgyti. Autorius manė, jog tai kyla dėl emocinio sutrikimo, vieno iš ligos komponentų – fiziologinis alkio jausmas žmogui išlikdavo, tačiau dingo emocinis potraukis maistui, kuris laikytas „varomąja jėga maitintis“. Daryta prielaida, kad panašus mechanizmas pasireiškia ir kituose gyvenimo aspektuose – mintys, idėjos, įspūdžiai nedingsta, tačiau dingsta jų emocinis komponentas ir logiška tarpusavio sąsaja.

Falkowskis teigė, kad organinių psichozijų priežastis dažniausiai buvo **struktūrinis smegenų pažeidimas** – manyta, jog tokio pažeidimo metu sutrinka sąmoningoji psichikos dalis, kuri sieta su suvokimu, mąstymu, valingais veiksmais, būdavo paveikiama atmintis, judesiai, intelektas. Šizofrenijos atveju sutrikdavo nesąmoningoji psichikos dalis, kurią valdė vegetacinė sistema – pakisdavo nuoseklus mąstymas, realybės vertinimas, asociacijos [36]. Falkowskis 1929 m. aprašė ir kitų tuomet psichiatrijos srityje pasižymėjusių mokslininkų požiūrį į šizofrenijos kilmę. Karlas Birnbaumas (1878-1950) postulavo, kad šizofrenija susiformuodavo gyvenimo eigoje dėl tam tikrų įgimtų pataloginių bruožų: asmuo, kuris ateityje sirgs šizofrenija, jau gimdavo kitokios psichinės struktūros nei tie, kurie šizofrenija ateityje niekada nesirgs.

Falkowskis paminėjo ir kitas, tarpusavyje konkuruojančias teorijas. Neneigta ir **išorinių veiksnių įtaka** – tiek apsinuodijimai, traumos, tiek įvairūs išgyvenimai ar prastos gyvenimo sąlygos turėjo įtakos ligos pasireiškimui. Vokiečių psichologo Wilhelmo Wundto (1832-1920) teorijoje valia buvo suprantama kaip psichikos gebėjimas kryptingai sujungti mąstymą, emocijas bei elgesį. Kraepelino manymu, **valios susilpnėjimas** galėjo paaiškinti šizofrenijai būdingą asmens pasikeitimą: ligonis negali nuosekliai mąstyti, jausti ir veikti. Bleuleris praplėtė šizofrenijos sąvoką teigdamas, jog šios ligos kilmė yra anatominė, o eiga – savaiminė ir nepriklausoma nuo išorinių veiksnių. Sergant šizofrenija, sutrikdomas asmens **psichikos vientisumas** – didėja uždarumas ir pasinėrimas į vidinį pasaulį, silpnėja ryšiai su tikrove, pasireiškia nenuoseklus mąstymas. Carlas Wernicke (1848-1945) šizofreniją aiškino remdamasis prielaida, kad centrinė nervų sistema veikia hierarchiškai – aukštesnieji smegenų centrai kontroliuoja žemesnius; mąstymas, emocijos ir valia yra tarpusavyje susiję ir nuosekliai veikiantys psichikos veiksniai; vystantis ligai, šie veiksniai ima veikti nepriklausomai vienas nuo kito, nedarniai ir nekoordinuotai. Wernicke šizofreniją siejo su *corpus striatum* funkcijos pokyčiais, kurie lemdavo sutrikusią nervinių impulsų reguliaciją. Prancūzų psichiatro Philippe Chaslino (1857-1923) manymu, šizofrenija sergančiuosius galima

suskirstyti į dvi grupes: pirmajai priklausė turintys „**degeneracinį geną**“ – įgimtą psichinį nebrandumą, silpną valią, emocinį labilumą, problemų prisitaikant prie aplinkos; antrajai grupei priskirti ligoniai, kurių psichozė išsivystė dėl aiškių **toksinių ar infekcinių veiksnių** [36].

Tarpukario Vilniuje vyravo daugybė tarpusavyje konkuruojančių šizofrenijos ir maniakinės – depresinės psichozės aiškinimo teorijų. Tai parodo, kad psichikos sutrikimų etiopatogenetinis vertinimas buvo dar formavimosi stadijoje ir neturėjo vieningų, moksliškai pripažintų pamatų.

4. Psichoanalizės ištakos Vilniuje: miego ir sapnų reikšmė

„Įvairiose meninėse srityse – grožinėje literatūroje, tapyboje, muzikoje ir kitur sapnai įkvėpdavo menininkus kurti ką nors individualaus, unikalaus, dvasinio. Sapnuodamas žmogus galėjo nusikelti į jam palankesnę pasaulį – kaliniai savo sapnuose buvo laisvi, elgetos turėjo pinigų, ligoniai – sveikatos“ – taip vaizdžiai apie sapnų reikšmę pasakojo Władyczko knygoje *W sprawie snu i marzeń sennych*, išleistoje 1928 m. Akivaizdu, kad pagrindinis šios knygelės įkvėpėjas buvo Freudas, tuo metu Vakarų Europoje vystęs psichoanalizės teoriją ir įvedęs terminą „malonumo principas“ – žmogui būdingas sąsąmoningas troškimas siekti malonumo ir vengti neigiamų emocijų [42].

Kas vyksta užmigus? Pasak Władyczko (**5 pav.**), XX a. pradžioje šis klausimas kėlė daug prieštarūnų nuomonių. Jau tuomet buvo keliamos teorijos, kad miego metu mūsų smegenys ne ilsisi, o išlieka aktyvios, nes yra veikiamos parasimpatinės nervų sistemos. „Nors miegui buvo svarbi tamsa bei susikaupęs nuovargis, tai nebuvo pagrindinės priežastys miegui atsirasti“ – teigė autorius, laikydamas miegą viena biologinio ritmo išraiškų, reguliuojamų centrinės nervų sistemos. XX a. pradžioje miego ir būdravimo centrai sieti su tarpinių ir vidurinių smegenų sandūroje esančiais pamato branduoliais [42].

Władyczko tvirtino: „miego reikšmė žmogui – milžiniška“. Net miego metu žmogaus protas dirbdavo, bandydamas išspręsti kasdienes problemas, o tai atsispindi ir kasdieniame posakyje – „rytas protingesnis už vakarą“. „Tikėtina, kad miegas atkuria mūsų fizinius ir psichologinius energijos išteklis, didina atsparumą aplinkos dirgikliams ir palaiko stabilią psichiką“ – teigė tarpukario Vilniuje dirbęs psichiatras. Miegas suvoktas ne tik kaip apsauga nuo išsekimo, bet ir kaip būtina sąlyga visaverčiam asmens psichiniam funkcionavimui [42].

XX a. pr. tikėta, kad miegant žmogus prarasdavo kontaktą su tikruoju pasauliu ir imdavo dominuoti sąsąmoningoji žmogaus psichikos dalis. „Miegas ir sapnai suteikdavo galimybę tapti gryniausia savęs forma“. Pasak Władyczko, psichoanalizės dėka pradėta domėtis asmens sąmone bei sąmone. Sąmone – tai aktyvi psichikos dalis, kurioje slypi mūsų iš sąmonės išstumta ir

neišgyventa patirtis – neišsipildę norai, planai, lūkesčiai, neužgijusios psichologinės traumos, konfliktai, nuslopinti sunkūs išgyvenimai ir t.t. Tai, ką nustumiamė gilyn į save, nuolat stengiasi grįžti atgal į sąmonę – kasdienės patirties, psichikos sutrikimų ar sapnų pavidalu. Pasąmoningoje dalyje esantys išstumti išgyvenimai sukaupia didelį vidinės psichinės energijos kiekį – jei ši energija nėra palaipsniui išlaisvinama, su laiku jos perteklius gali sukelti „psichinę perkrovą“ ir sudaryti tinkamas sąlygas neurozėms ir kitiems psichikos sutrikimams išsivystyti. Pasak Władyczko, sapnuodami mes „išsikrauname“ – sumažiname susikaupusią vidinę energiją, taigi sapnus būtų galima laikyti savotiška prevencinės psichoterapijos forma [42].

5 pav. Stanisławas Władyczko (1878–1936), sėdintis centre, su savo asistentais Jerzy Borysowicz, Janina Hurynowicz ir kitais darbuotojais Lenkijos smegenų tyrimo instituto (1931-1938 m.) teritorijoje, Vilniuje 1933 m. Iš asmeninio Marek Postawka albumo (su leidimu).



Kita vertus, ne visas pasąmoningas turinys gali pasirodyti sapnuose, dažnai jį riboja psichikos apsaugos mechanizmas, Freud'o pramintas „sapnų cenzūra“. Garsaus psichoanalitiko teigimu, žmogaus psichikoje egzistuoja pastovus vidinis konfliktas tarp sąmonės ir nuslopintų impulsų (pasąmonės). Pasąmoniniai procesai siekia patekti į sąmonę, bet jų tiesioginis pasireiškimas sukeltų stiprų nerimą ir galėtų sutrikdyti asmens emocinę būseną. Taigi psichika sukuria apsauginį filtrą, kuris mūsų sapnus „iškraipo“, padaro fragmentiškus bei pagražina simboliais“, priduria Władyczko [42].

Władyczko savo veikale kėlė klausimą ir apie telepatijos egzistavimą. „Miego ir sapnų tyrimuose diskutuota apie galimus neįprastus psichikos reiškinius, kurie neturėjo tikslaus paaiškinimo. Ypatingą susidomėjimą kėlė pavieniai atvejai, kai sapnai sutapdavo su tuo metu artimiems žmonėms nutikusiais įvykiais“. Nors mokslininkai pakankamai skeptiškai žiūrėjo į telepatinį minčių ar vaizdinių perdavimą, pilnai atmesti tokios galimybės negalėjo, tvirtino Władyczko. Štai J.W. Jaureggis teigė, jog negalima atmesti reiškinių tik dėl to, kad šiuo metu neįmanoma jo paaiškinti ar suprasti. Taigi telepatijos problema XX a. pr. vis dar buvo atviras klausimas, reikalavęs išsamesnių tyrimų [42].

Nagrinėdami miego ir sapnų aiškinimo teorijas, susiduriame su miego medicinos ir psichoanalizės užuomazgomis tarpukario Vilniuje. Miegas, dar iki pasirodant moksliniais tyrimais pagrįstoms miego funkcijų teorijoms, jau XX a. pirmojoje pusėje buvo laikytas itin svarbiu apsaugančiu veiksnio nuo psichikos sutrikimų išsivystymo.

5. Klinika, diagnostika: vegetacinės nervų sistemos svarba Vilniaus psichiatrų darbuose

Vegetacinė nervų sistema buvo laikoma svarbia grandimi, padedančia suprasti psichikos ligų kliniką ir jų diagnostinius skirtumus. Panagrinėsime, kaip šios sistemos pokyčiai buvo siejami su maniakinės-depresinės psichozės ir šizofrenijos klinikiniais požymiais bei šių ligų diferencine diagnostika.

Falkowskis veikale apie maniakinę-depresinę psichozę rėmėsi prancūzų psichiatro Henri Claude (1869-1945) darbais bei savo klinicine patirtimi. Abu autoriai didelį dėmesį skyrė vegetacinės nervų sistemos disbalansui maniakinės-depresinės psichozės atveju. Jų darbuose pabrėžta, kad tam tikri laboratoriniai pokyčiai pasireikšdavo dar iki aiškių psichozės požymių atsiradimo. Stebėtas staigus leukocitų kiekio sumažėjimas (laikytas organizmo reakcija į stresą), metaboliniai pokyčiai (gliukozurija po valgio, kraujo sudėties pokyčiai virškinimo metu). Psichozės prodrominiu laikotarpiu nustatytas parasimpatinės nervų sistemos suaktyvėjimas – pacientas tapdavo vangus, mieguistas. Kartais, siekiant įvertinti parasimpatinės nervų sistemos (PNS) disbalansą, būdavo atliekami okulo-kardialinių refleksų testai: spaudžiant akies obuolį per V (trišakį) nervą būdavo aktyvinamas X (klajoklis) nervas, kuris sveikiems asmenims sukeldavo bradikardiją, tačiau psichozės prodromo metu, dėl padidėjusio PNS aktyvumo, atsakas būdavo nenormalus – pasireikšdavo stipri bradikardija, silpnumas, galvos svaigimas [41].

Manijos metu vegetacinė nervų sistema dar labiau „išsiderindavo“, tačiau, gydytojų nuomone, vis tiek išlikdavo parasimpatinės jos dalies dominavimas. Nespecifiniais simpatinės

nervų sistemos (SNS) požymiais laikytas prakaitavimas, tachikardija, išsiplėtę vyzdžiai, nerimas. PNS požymiais laikytas apetito praradimas, padidėjęs seilėtekis, santykinė hipotenzija. Šie simptomai dažnai persipindavo ir buvo vertinami kaip bendra patloginė autonominės nervų sistemos reakcija į psichozę. Claude kėlė prielaidą, kad ankstyvas farmakologinis vaistų poveikis, nukreiptas į vegetacinės nervų sistemos pokyčius (parasimpatinės sistemos dominavimą pakeičiant simpatinės sistemos dominavimu) galėjo sulėtinti ar net sustabdyti psichozės vystymąsi [41].

Remisijos laikotarpiu atlikti tyrimai rodė susilpnėjusią autonominės nervų sistemos reakciją į farmakologinius dirgiklius, tokius kaip adrenalinas, atropinas, pilokarpinas. Daryta prielaida, jog vegetacinės nervų sistemos pokyčiai priklauso nuo ligos fazės – ūmios fazės metu vegetacinės nervų sistemos aktyvumas yra padidėjęs, remisijos metu - susilpnėjęs. Pripažinta, kad „įtakos galėjo turėti ir nervų sistemos išsekimas po psichozės epizodo“ [41].

Tvirtinta, kad vienas pagrindinių maniakinės-depresinės psichozės požymių buvo mąstymo sutrikimas – manijos metu ligonį kankindavo greitos mintys, susilpnėdavo gebėjimas kurti prasmingą ryšį tarp skirtingų minčių, galvos smegenys nebegalėdavo atrinkti svarbiausios informacijos, dėl to sergančiajam kiekviena mintis atrodydavo vienodai svarbi. Kiti simptomai buvo susiję su psichomotorika ir nuotaika – manijos metu vyravo psichomotorinis sujaudinimas ir euforijos jausmas. Depresijos epizodo metu ligonio mąstymas, kalba ir judesiai sulėtėdavo [41]. **1 lentelėje** išvardyti psichikos sutrikimams būdingi simptomai ir jų sąsajos su vegetacine nervų sistema.

Veikale apie šizofreniją Falkowskis pabrėžė vegetacinės nervų sistemos reikšmę šios ligos patogenezei, tačiau nurodė, kad patloginis mechanizmas skiriasi nuo kitų psichozių [35]. Autorius aprašė fiziologinius požymius, būdingus padidėjusiam PNS aktyvumui. Kadangi ši sistema atsakinga už ramybės ir atsistatymo būseną, jos suaktyvėjimas pasireikšdavo pokyčiais organizme - audinių ir kraujo pH padidėjimu, hipoglikemija, sumažėjusiu cholesterolio kiekiu, eozinofilija, farmakologiškai buvo galima išprovokuoti jautrumą atropinui ir pilokarpinui, padidėjusią toleranciją adrenalinui. Tokie pokyčiai autoriui priminė vegetacinius pakitimus, stebėtus maniakinės-depresinės psichozės metu, kuomet PNS veikla būdavo stipriai išreikšta. „Vis dėlto šizofrenijos atvejų metu atlikti eksperimentiniai tyrimai atskleidė unikalų šios ligos patloginį mechanizmą“. Nors autorius nepateikė tikslių rezultatų, iš jo išvadų galima spręsti, kad vegetacinės nervų sistemos atsakas į farmakologinius (atropiną, pilokarpiną) ir refleksinius dirgiklius buvo silpnas, nenuoseklus ir dažnai uždelstas pacientams, kurie sirgo šizofrenija. Kitaip tariant, vegetacinės nervų sistemos reakcija į dirgiklį buvo vangė, nenuspėjama. Daryta prielaida, kad, sergant šizofrenija, sutrinka vegetacinės nervų sistemos reguliavimas ir koordinacija [36]. Sergant katatonine šizofrenija, stebėti psichiniai ir somatiniai simptomai (vaškinis lankstumas, seilėtekis,

vazomotoriniai sutrikimai) buvo interpretuojami kaip vegetacinės sistemos „iškrovos“. Šis pavyzdys leido Falkowskiui daryti išvadą, kad šizofrenijos metu vegetacinė nervų sistema nėra neaktyvi, tačiau dėl sutrikusios reguliacijos jos veikla tampa „dezorganizuota ir neadaptyvi“ [36].

1 lentelė. Psichikos sutrikimams būdingi simptomai ir jų sąsajos su vegetacine nervų sistema.
Šaltinis: Falkowski A. *Psychoza manjakalno-depresyjna*. Wilno: Ośrodek neurologicznego; 1930.

Psichikos sutrikimas	Simptomai
Maniakinė-depresinė psichozė	Vegetacinės nervų sistemos disbalansas, galvos skausmai, apetito praradimas, vidurių užkietėjimas, tachikardija, kraujospūdžio svyravimai, išsiplėtę (kartais nevienodi) vyzdžiai, padidėjęs prakaitavimas ir seilėtekis, leukopenija, metaboliniai pokyčiai (glikozurija pavalgius, kraujo sudėties pokyčiai virškinimo metu)
Prodrominė maniakinės-depresinės psichozės fazė	Padidėjęs PNS aktyvumas, vangumas, mieguistumas, nenormalus okulo-kardialinis refleksas (ryški bradikardija, silpnumas, galvos svaigimas), vegetaciniai nervų sistemos pokyčiai pasireiškia anksčiau nei psichikos pokyčiai
Maniakinės-depresinės psichozės manijos būseną	Greita minčių tėkmė, „šokinėjančios mintys“, sąsajų tarp idėjų stoka, išsiblaškymas, nuolatinis noras kalbėti, sutrikęs gebėjimas atrinkti informaciją, pakili nuotaika, psichomotorinis sujaudinimas
Maniakinės-depresinės psichozės depresijos būseną	Sulėtėjęs mąstymas, sulėtėjusios reakcijos, psichomotorinis slopinimas, prislėgta nuotaika, hipervagotonija
Manijos porūšis – „piktoji melancholija“ (<i>melancholie coléreuse</i>)	Ypač stiprūs emociniai išgyvenimai, pyktis, agresija, ryškus psichomotorinis sujaudinimas, nuolatinis SNS aktyvumo padidėjimas
Šizofrenija (sužadavimo būseną)	Visiškas autonominės nervų sistemos slopinimas, labai susilpnėjusios vegetacinės reakcijos, emocinis atsiribojimas, keistas elgesys
Šizofrenija (katatoninė būseną)	Vaškinis lankstumas, seilėtekis, vazomotoriniai sutrikimai - vegetacinės sistemos „iškrovos“
Intoksikacinės psichozės	Slopinamos autonominės reakcijos, refleksai, sąmonės aptemimas, pykinimas, vėmimas, būklė atsistato pašalinus toksiną
Asteninės (išsekimo) būsenos	Autonominių reakcijų slopinimas, nuovargis, silpnumas, mažas kraujospūdis, bendras išsekimas, stebimas pagerėjimas taikant farmakologinį gydymą, ilsintis
Psichopatų ir oligofrenikų sujaudavimo būsenos	Bendras autonominės nervų sistemos aktyvumo sustiprėjimas, neadekvatus sujaudinimas, staigūs emocijų protrūkiai, chaotiški judesiai

PNS – parasimpatinė nervų sistema, SNS - simpatinė nervų sistema

Iš Falkowskio publikacijų galime padaryti išvadą, kad vegetacinės nervų sistemos disfunkcija tarpukariu laikyta svarbia prognozuojant būsimą psichikos sutrikimo atkrytį bei diferencijuojant kai kuriuos sunkiuosius psichikos sutrikimus.

6. Psichikos sutrikimų gydymas: insulino komų terapijos analizė

Vilniaus SBU Psichiatrijos ir Neurologijos klinikos gydytojai stengėsi neatsilikti nuo vakarietiško gydymo metodų. Tuo metu jau buvo pastebėta, jog mažos insulino dozės padėdavo slopinti abstinencijos simptomus: jei pacientus, kuriems būdavo leidžiamas insulinas, išstikdavo hipoglikeminė koma, jie būdavo ramesni vėliau, pabudę iš komos. Atlikus pirmuosius bandymus 1933 m. bei gavus teigiamus rezultatus, insulino terapija paplito po visą Europą ir 1934 m. vasario mėnesį pasiekė Vilnių. Insulino terapija buvo daugiausiai taikoma šizofrenijai ir įvairioms jos formoms gydyti. Vilniaus psichiatras Marzyński su kolegomis 1937 m. publikavo trijų metų gydymo insulino komomis rezultatų ataskaitą žurnale *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* (6 pav.) [43].

Pirmiausia gydytojas aprašė pasiruošimą gydymui ir jo ypatumus. Nors iš pradžių Vilniaus gydytojai bandė laikytis austrų kilmės psichiatro Sakelio paviestintų gydymo nurodymų (insulino terapiją taikyti 2-3 kartus per dieną), vėliau pastebėta, jog gydomąjį insulino terapijos poveikį lengviausia išprovokuoti rytais, kai pacientas dar nevalgęs. Vakarinių insulino terapijų buvo vengiama, nes laiku nepastebėjus užsitęsusių hipoglikemijos, pacientui naktį galėdavo išsivystyti galvos smegenų pažeidimas, padidėti staigios mirties rizika. Taigi kiekvieną rytą nevalgius pacientui į raumenį buvo leidžiamas insulinas – pradedant nuo 20 VV ir pagal poreikį didinant dozę, kol pasireikšdavo „hipoglikeminė būklė arba šokas“. Tiksliai insulino dozė priklausė nuo individualių paciento savybių ir svyravo nuo 24 iki 368 VV. Gydymo insulino komomis trukmė Vilniuje buvo įvairi, bet niekada nebuvo ilgesnė nei 90 dienų. Gydymo laikotarpiu pacientui insulino sukeltų sunkių komų skaičius galėjo siekti 25 kartus. Psichiatrai atsižvelgė į pacientų savijautą – moterims menstruacijų metu, sergant somatinėmis ligomis ar po buvusio labai sunkaus šoko būdavo skiriama kelių dienų trukmės „poilsio pertrauka“ [43].

Perteklinis insulino kiekis sukeldavo hipoglikemiją, o ši, psichiatrų nuomone, turėjo gydomąjį efektą, todėl tokia „dirbtinė būseną“ būdavo palaikoma 2-3 valandas. Pacientui tuo metu pasireikšdavo progresuojantis silpnumas, alkis, prakaitavimas, tremoras, po to sekė didelis mieguistumas ir sąmonės pritemimas. Paranoidinės šizofrenijos atveju buvo taikomas intensyvesnis gydymas, sukeliant hipoglikeminį šoką – ligonis nereaguodavo į išorinius dirgiklius, jo būdavo neįmanoma pažadinti, pasireikšdavo bradikardija, miokloniniai trūkčiojimai. „Dirbtinai sukulto

šoko“ trukmė svyravo nuo 1 iki 5 valandų. Nors per trijų metų praktiką Vilniaus SBU Psichiatrijos ir Neurologijos klinikoje buvo sukelti 2 396 šokai, autoriaus teigimu, mirties atvejų užfiksuota nebuvo [43]. Dirbtinai sukeltą komą gydytojai nutraukdavo *per os* skirdami 150-300 g angliavandenių, dažniausiai tai būdavo labai saldi arbata. Esant gilesnei komai ar išsivysčius šokui, naudotos kitos priemonės – intraveniškai leidžiamas 40 proc. gliukozės tirpalas. Jei paciento gyvybei iškildavo pavojus, papildomai buvo taikomos adrenalino injekcijos. Siekiant po šios procedūros stabilizuoti gliukozės kiekį kraujyje, buvo skiriamas daug angliavandenių turintis maistas, o prieš miegą, siekiant išvengti naktinės hipoglikemijos – papildomas puodelis saldžios arbatos [43].

6 pav. Michała Marzyńskiego ir kolegų publikacijos *Ergebnisse der Insulinhockbehandlung bei Schizophrenie* („Insulino šoko gydymo rezultatai sergant šizofrenija“), išleistos 1937 m., pirmasis puslapis. Vilniaus universiteto biblioteka (su leidimu).

(Aus der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik in Wilno.
[Vorstand: Prof. Dr. Maximilian Rose].)

Ergebnisse der Insulinhockbehandlung bei Schizophrenie.

Von

Dr. M. Marzyński und Dr. St. Witek.

(Eingegangen am 19. Mai 1937.)

Die Psychiatrisch-Neurologische Klinik der *Stefan Batory-Universität* in Wilno begann die Insulinbehandlung der Schizophrenie im Februar 1934, d. h. einige Monate nach der Veröffentlichung dieser Methode und der ersten damit erzielten Ergebnisse in der Wiener Klinik durch den Entdecker derselben, Dr. *M. Sakel*. Bis zum 10. 4. 37 haben wir dieser Behandlung 164 Kranke unterzogen, wobei die Art der Insulinanwendung im Laufe der Zeit mehrere Änderungen erfahren hat. Anfangs wandten wir nach *Sakels* Vorschrift 2 und 3mal täglich Insulin bei demselben Kranken an. Nachdem wir jedoch feststellten, daß der Shock, der eine heilende Wirkung ausüben sollte, am leichtesten nüchtern hervorgerufen wird und daß bei abendlicher Anwendung manchmal gefährliche nächtliche Shocks auftreten, begannen wir nach 6 Monaten Insulin nur einmal täglich zu verwenden. Nach der Veröffentlichung von *Sakels*¹ modifizierter Insulinbehandlung, die hauptsächlich auf einer Dosierung der Intensität des hypoglykämischen Zustandes je nach Art der Psychose beruht, haben wir uns genau derselben angepaßt. Weitere Anweisungen erhielten wir von Dr. *Dussik*, der unsere Klinik besuchte und unser Vorgehen mit dem der Wiener Klinik in Übereinstimmung brachte.

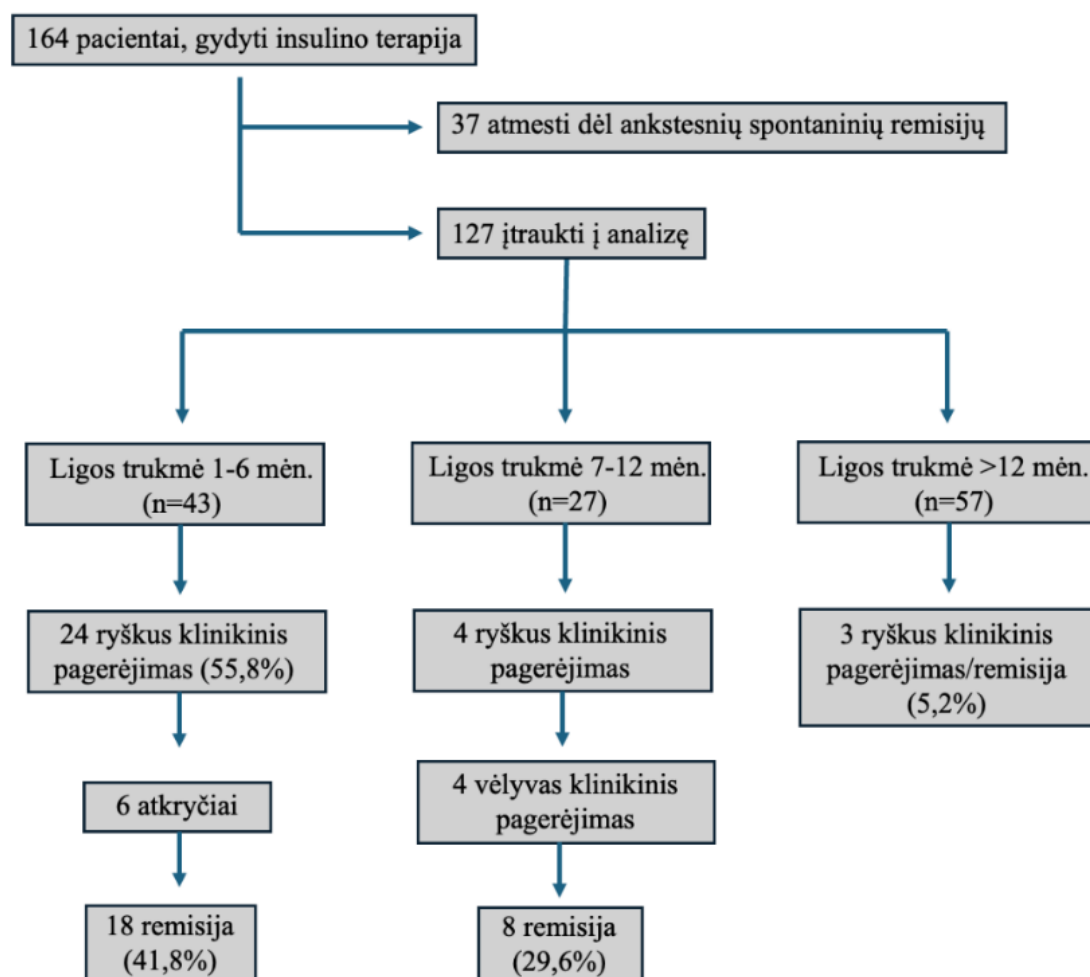
Um Wiederholungen zu vermeiden, verweisen wir auf die aus unserer Klinik publizierten Arbeiten².

In den Hauptzügen sind wir folgendermaßen vorgegangen: des Morgens wurde nüchtern eine intramuskuläre Insulineinspritzung gemacht, deren Dosis täglich, von 20 Einheiten beginnend, bis zum Erscheinen des hypoglykämischen Zustandes bzw. Shocks gesteigert wurde. Die Insulindosen, die diesen Zustand hervorriefen, waren in den einzelnen Fällen sehr verschieden, je nach den uns im einzelnen unbekannten, individuellen Eigenschaften der Patienten, und schwankten zwischen 24—368

¹ *Sakel*, Dr. M.: Wien. klin. Wschr. 1936 II. — ² *Baranowski*, L., J. *Borysowicz*, M. *Marzyński*, A. *Ossendowski*, J. *Paradowski*, St. *Witek*: Roczn. psychjatr. (poln.) 1935, Z. XXV. — *Rose*, J.: Roczn. psychjatr. (poln.) 1935, Z. XXV. — *Borysowicz*, J., J. *Paradowski*, J. *Rose*, St. *Witek*, W. *Zalewski*: Roczn. psychjatr. (poln.) 1936, Z. XXVIII. — *Borysowicz*, J. i M. *Marzyński*: Roczn. psychjatr. (poln.) 1936, Z. X XVIII. — *Rutkowski*, A.: Roczn. psychjatr. (poln.) 1936, Z. XXVIII. — *Borysowicz*, J. i St. *Witek*: Warszaw. Czas. lek. 1937, Nr 3.

Gydymo rezultatai (7 pav.) vertinti trimis periodais – iš karto po gydymo, išrašymo metu ir vėlesnio stebėjimo laikotarpiu, naudojant keturių lygių vertinimo sistemą (0, +, ++, +++) ir apibendrintai pateikti lentelėse. Penkiose Marzyńskio parengtose lentelėse apibendrinti 164 pacientų, gydytų insulino terapija, duomenys. Daugumą sudarė vyrai – 94 asmenys (57,3 proc.), o moterų buvo 70 (42,7 proc.). Gydomų asmenų amžius svyravo nuo 15 m. iki 51 m., tačiau ryškiausiai dominavo 20-30 metų jauni suaugusieji, bendras pacientų amžiaus vidurkis buvo 27,5 m. [43]. Galima daryti prielaidą, jog ši terapija pirmiausia buvo orientuota į jaunus asmenis, nes manyta, kad ankstyvosiose šizofrenijos stadijose insulino komų terapija yra veiksmingiausia. Kita vertus, šizofrenijos debiutas būtent ir pasireiškia antrojo gyvenimo dešimtmečio pabaigoje - trečiojo pradžioje.

7 pav. Insulino šoko terapijos rezultatai tarpukario Vilniuje. Schema sukurta remiantis Marzyński M, Witek S. *Ergebnisse der Insulinshockbehandlung bei Schizophrenie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1937;159(1):704-721.*



Dalis ligonių (37 pacientai) nebuvo įtraukti į galutinius gydymo rezultatus: šiems pacientams praeityje buvo pasireiškusi spontaniškos remisijos, todėl nutarta į gydymo rezultatus jų duomenų neįtraukti. Likę 127 pacientai pagal ligos trukmę buvo suskirstyti į tris grupes: 1-6 mėn., 7-12 mėn., ir >12 mėn. [43]. Pirmosios grupės (1-6 mėn.) gydymo rezultatai parodė, jog iš 43 atvejų, ryškus pagerėjimas pasireiškė 24 (daugiau nei pusei) insulinu gydytiems pacientams. Vėliau 6 asmenims įvyko ligos atkrytis, taigi bendras ryškaus pagerėjimo dažnis sumažėjo iki 18 atvejų (41,8 proc.). Antrosios grupės (7-12 mėn.) gydymo rezultatai parodė, kad iš 27 pacientų tik keturi pasiekė ligos remisiją, bet po kurio laiko dar keturi pacientai pažymėjo pagerėjusią psichinę savijautą, taigi bendrai 8-iems pacientams po gydymo insulinu įvyko remisija (29,6 proc.). Trečioje grupėje (ligos trukmė >12 mėn.) fiksuota, jog iš 57 insulinu gydytų ligonių tik 3 pacientai (5,2 proc.) pasiekė ryškų simptomų pagerėjimą [43].

Nedidelė dalis (20 pacientų) Vilniuje buvo gydomi pagal atnaujintas Sakelio gydymo metodikas. Ir šioje pacientų grupėje beveik visi teigiami rezultatai buvo stebėti tik ankstyvos ligos stadijos grupėje (1-6 mėn.), o ilgiau sergantiems pacientams insulino terapinis poveikis išliko ribotas ir kintantis. Marzyńskis padarė prielaidą, jog ši, „naujesnė“ metodika neužtikrino ilgalaikės remisijos, taip pat ankstesnių remisijų trukmė ir gydymo intensyvumas veikiausiai nebuvo tiesiogiai susiję [43].

Psichiatras Marzyńskis apibendrino, jog šizofrenijos trukmė iki gydymo pradžios buvo svarbiausias prognostinis veiksnys, o ligoniui sergant 6 ir daugiau mėnesių, ryškaus simptomų pagerėjimo dažnis sumažėjo. Vadinasi, pasveikimo tikimybė mažėjo, ilgėjant ligos trukmei. Net ir taikant naujausias gydymo insulinu metodikas, pasiekti panašūs rezultatai. Intensyvesnis gydymas ne visada buvo susijęs su geresniais rezultatais, taigi insulino dozė ne visada atitiko laukiamą efektą. Klinikinis pagerėjimas buvo nestabilus – daliai pacientų, kuriems po insulino terapijos buvo patvirtinta remisija arba ryškus pagerėjimas, vėliau pastebėtas ligos atsinaujinimas. Vilniaus psichiatrai pripažino, jog tirtų pacientų skaičius buvo per mažas, kad būtų padarytos galutinės ir moksliskai pagrįstos išvados apie insulino komų terapijos veiksmingumą [43].

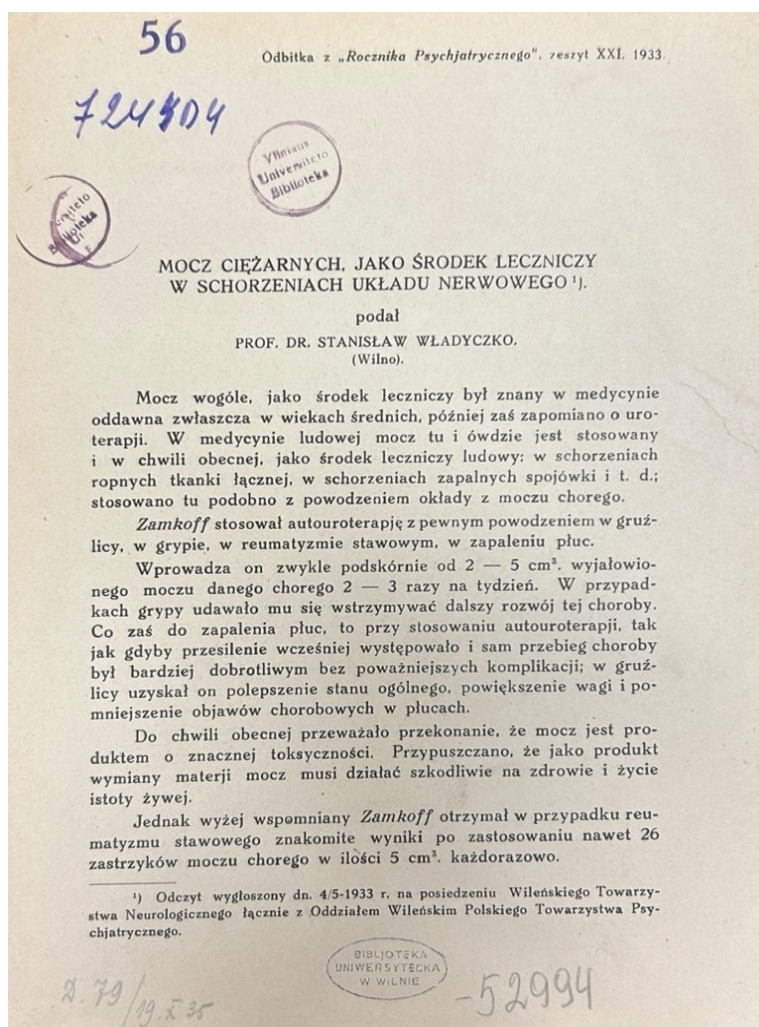
7. Kontroversiški gydymo metodai: urinoterapija psichikos sutrikimų gydymui

Įvairių šalių gydytojams toliau bandant ieškoti efektyvių psichikos sutrikimų gydymo metodų, bandyta taikyti ir kontroversiškus, alternatyviai ir netradicinei medicinai priskirtinus būdus.

Šlapimas kaip gydomoji priemonė medicinoje buvo naudojamas jau nuo Viduramžių. Liaudies medicinoje šlapimo kompresai padėdavo pūlingų odos susirgimų ir konjunktyvito atvejais. Tarpukariu SBU dirbęs Władyczko veikale apie nėščiųjų šlapimo naudą nervų sistemos ligoms

(*Mocz ciężarnych, jako środek leczniczy w schorzeniach układu nerwowego*), publikuotame 1933 m. (8 pav.), aprašė Neurologijos klinikos laboratorijoje atliktus bandomuosius tyrimus su triušiais. Laboratoriniams gyvūnams į poodį buvo leidžiamas sterilizuotas nėščiąjų šlapimas didėjančiomis dozėmis. Kadangi nebuvo stebėta nepageidaujamų reakcijų, gydytojai įsitikino, kad tyrimus galima atlikti su pacientais siekiant įrodyti, jog urinoterapija - nauja psichikos sutrikimų ir nervų ligų gydymo galimybė [44].

8 pav. Stanisławo Władyczko publikacijos *Mocz ciężarnych, jako środek leczniczy w schorzeniach układu nerwowego* („Nėščiųjų šlapimas kaip terapinė priemonė nervų sistemos ligoms gydyti“), išleistos 1933 m. Vilniuje, pirmasis puslapis. Vilniaus universiteto biblioteka (su leidimu).



Viena iš šizofreniją aiškinančių teorijų teigė, kad psichikos sutrikimus gali lemti hormoniniai sutrikimai. Nėščiąjų šlapimas, pasak Władyczko, yra praturtintas įvairiais organizmui naudingais hormonais: be estrogenų, progesterono, liuteinizuojančio ir folikulus stimuliuojančio hormonų, šlapime galima aptikti augimo hormoną somatotropiną, skydliaukės hormonus (kurie

tuomet apibūdinti kaip „bendros energijos ir gyvybinio impulso hormonai“), riebalų apykaitą reguliuojančius ir net „miego hormonus“ [44].

Rusų biologo Nikolajaus Konstantinovičiaus Kolcovo (1872-1940) ir jo kolegų gauti teigiami urinoterapijos taikymo rezultatai paskatino ir SBU gydytojus išbandyti šį metodą. Visų pirma, nėščioji turėjo būti „pilnai patikrinta“ – sergančiųjų venerinėmis ligomis, tuberkulioze, inkstų ligomis ar radus bakteriuriją šlapimas negalėjo būti naudojamas. Atrinkus tinkamas moteris, kurios buvo paskutiniame nėštumo trimestre, sterilus kateterio pagalba tiesiai iš šlapimo pūslės buvo paimamas šlapimas, filtruojamas ir supilamas į sterilų indą. Taip paruoštas šlapimas buvo pavadintas preparatu „Obstetrina“ [44].

Urinoterapija tarpukario Vilniuje buvo taikyta 16 pacientų. Visiems pacientams paruoštas nėščiųjų šlapimas buvo leidžiamas į poodį 5-10 cm³ (1 cm³ = 1 ml) kiekiu kas 1-5 dienas – bendras „Obstetrinos“ injekcijų skaičius kiekvienu atveju skyrėsi. Buvo gydyti keturi vyrai, kuriems diagnozuotas „neurozinis sutrikimas su padidėjusiu dirglumu ir psichogenine impotencija“. Suleidus 85-105 ml „Obstetrinos“, pacientai nurodė „reikšmingą nervinio silpnumo sumažėjimą su atsistatiusia lytine funkcija“. Urinoterapija taip pat taikyta ir dviem jaunosioms moterims, kurių isterijos priepuoliai buvo lydimi menstruacijų išnykimo – po 8-ių „Obstetrinos“ injekcijų „atsinaujino mėnesinės, kartu sumažėjo isterijos priepuoliai, nuslopo bendras nerimas ir dirglumas“. Urinoterapija taikyta ir dviem pacientėms, sirgusioms sunkia ilgalaikė depresija, susijusia su ankstyva menopauze. Po intensyvaus gydymo nėščiųjų šlapimu, abi pacientės „džiaugėsi atsinaujinusiomis mėnesinėmis ir regresavusiais depresijos simptomais“ [44].

Władyczko aprašė pacientus, kuriems buvo nustatytas „senatvinis nusilpimas, įskaitant suprastėjusias kognityvines funkcijas ir hipertenziją“, gydytus urinoterapija. Visais atvejais gauti teigiami rezultatai: pacientams „pagerėjo miegas, sumažėjo arterinis kraujospūdis, padidėjo protinis darbo pajėgumas ir bendra motyvacija kasdienėms veikloms“. Paskutinę klinikinę grupę sudarė dvi pacientės, gydytos dėl šizofrenijos simptomų. Urinoterapijos rezultatai buvo palankūs – pirmajai pacientei, kuriai 4 mėnesius buvo amenorėja, atsinaujinus mėnesinėms, psichinė būklė ėmė sparčiai gerėti. Antrajai pacientei simptomų mažėjimas pasireiškė palaipsniui. Abiem atvejais vertintas reikšmingas šizofrenijos simptomų sumažėjimas gydant „Obstetrina“ – „pacientės tapo mažiau uždaros, galėjo užmegzti adekvatų kontaktą su aplinka“ [44].

Psichiatras Władyczko straipsnį pabaigė išreikšdamas lūkestį, jog urinoterapija, nors tuo metu dar menkai ištirta, galės tapti puikiu „biologiniu vaistu“ nervų sistemos ligoms ir psichikos sutrikimams gydyti.

8. Nemedikamentinio gydymo galimybės tarpukario Vilniuje

Švietimo veiksniai užima svarbų vaidmenį gerinant pacientų žinias apie jų ligą, didinant motyvaciją gydytis ir gydymo režimo laikymąsi, mažinant su liga susijusį patiriamą nerimą, stigmatizaciją. Istoriskai psichoedukacija užėmė svarbią vietą psichiatrijoje, nes medikamentinio gydymo galimybės buvo itin ribotos. Dėl šios priežasties ir tarpukario Vilniuje didelis dėmesys skirtas nemedikamentinėms priemonėms, siekiant ugdyti pacientų vertybes, didinti jų integraciją į visuomenės socialinį gyvenimą ir norint suformuoti palankesnę visuomenės požiūrį į psichikos sutrikimus. Nemedikamentinio gydymo galimybes 1926 m. išsamiai aptarė Falkowskis publikacijoje *Czynniki wychowawcze w lecznictwie psychiatryczem* [35].

Autorius teigė, kad psichiatrijos ligoninėje būtina palaikyti „aiškią tvarką ir struktūrą, kurios turėtų terapinį poveikį joje gydomiems pacientams“. Ankstyvos ligos stadijoje arba ūmios psichozės fazėje visi ligoniai turėtų būti gydomi psichiatrijos įstaigoje. Didelę įtaką pacientų būklei darė ligoninėje dirbantis personalas – „tokios savybės kaip empatija, taktiškumas ir apdairumas neretai laikytos tiek pat svarbios kaip ir tinkama profesinė kvalifikacija“. Specifinio psichikos sutrikimų gydymo tuo metu dar nebuvo, ir nors raminamieji bei migdomieji vaistai laikyti vertingais, neretai stebėtas polinkis jais piktnaudžiauti. Ūmiuoju ligos laikotarpiu pacientų priežiūra buvo sudėtinga, todėl slopinantys vaistai atrodė kaip „tikras išsigelbėjimas“ – tiek pacientas, tiek ligoninės darbuotojas galėjo pailsėti. Vis dėlto Falkowskis pabrėžė, kad raminamieji turėtų būti skiriami tik tuomet, jei kiti nemedikamentiniai gydymo metodai neduoda terapinio efekto, mat ilgą laiką vartojant šios grupės vaistus, pacientai priprasdavo prie jų, tapdavo neramūs ir pradėdavo reikalauti vis didesnių dozių [35].

Teigta, kad ligoninėse (9 pav.) buvo svarbu kurti aplinką, skatinančią ugdyti pacientus bei užtikrinti jų emocinį stabilumą. Pacientų emocinei būklei įtaką darydavo ir „prastas palatos kompanionas“, ir „nemaloni slaugytoja“ ar per reti gydytojo vizitai. Teigta, kad net nedideli pokyčiai, tokie kaip paciento perkėlimas iš triukšmingos palatos į ramią, slaugytojos pakeitimas kita ar dažnesnis gydytojo lankymasis galėjo lemti reikšmingą ligonio psichikos būklės pagerėjimą [35].

„Paciento izoliavimas kaip terapinė priemonė buvo taikomas jau seniai ir dažnai duodavo puikių rezultatų“. Tačiau, kad nauda nevirstų žala, ilgalaikės izoliacijos stengtasi atsisakyti, kad pacientas neprarastų bendravimo įgūdžių ir pasitikėjimo aplinka. Falkowskis teigė, kad kiekvienoje psichiatrijos ligoninėje turėtų būti patogūs, estetiškai izoliavimo kambariai, kurie ligoniui neprimintų kalėjimo kamerų. „Kitas nuo senų laikų atėjęs gydymas ūmiuoju laikotarpiu - fizinis pacientų suvaržymas“. Tarpukariu psichiatrijoje ligoninėse tai buvo taikoma vis rečiau, nes gydytojai manė, kad ribojami pacientų judesiai provokuoja dar didesnius pykčio protrūkius. Falkowskis dalinosi savo patirtimi: „save linkę žaloti pacientai kvalifikuotų ir gerų darbuotojų priežiūroje šių įpročių

atsikratydavo daug greičiau nei savaitę laikomi susukti į antklodę“. Tačiau, kai kuriais atvejais, drėgni apklotai būdavo naudojami, ypač esant stipriam paciento susijaudinimui ar psichozei. „Paciento paguldymas į vonią ar susukimas į drėgną apklotą turėjo pakankamai greitą raminantį poveikį, bet neretai pacientai priešindavosi, be to, fizinės jėgos naudojimas galėjo neigiamai atsiliepti jų psichinei sveikatai“ [35].

9 pav. Valstybinė psichiatrijos ligoninė Vilniuje bei Vasaros gatvėje ir jos teritorijoje 1931 – 1938 m. veikęs Lenkijos smegenų tyrimų institutas. Nuotraukos šaltinis: Narodowe Archiwum Cyfrowe (vieša prieiga).



Teigta, kad lėtinė eigos liga, ilgalaikė hospitalizacija, atsiskyrimas nuo artimųjų prisidėdavo prie paciento asmenybės nykimo, todėl siekta, kad pacientai nepamirštų žmogiškųjų vertybių ir socialinių įgūdžių. Skatinta ugdyti teisingumo, pareigos ir bendruomeniškumo jausmus, nes „viena iš žmogaus prigimtinių savybių - priklausyti kokiam nors grupei“. Ligoninėse skatinta kurti mažų grupių bendruomenes. Teigta, jog meninis bei estetiškas ugdymas (knygų skaitymas, muzikos terapija, spektaklių žiūrėjimas, dalyvavimas teatro būreliuose, žaidimuose) galėjo turėti teigiamą poveikį pacientų psichinei būklei [35].

Kaip viena iš auklėjamųjų ir motyvacinių priemonių siūlyta atlygio sistema, paremta priežasties ir pasekmės ryšiu. Falkowskis pateikė pavyzdį: pacientams, atsisakantiems dalyvauti bendruomeninėse veiklose, galėjo būti ribojamas tabako išdavimas. Manoma, jog tai padėtų geriau

suvokti savo elgesio pasekmes – norintys rūkyti pacientai dažniau stengsis elgtis deramai ir įsitraukti į veiklas. Kita paskata galėjo būti didesnės maisto porcijos pacientams, dirbantiems fizinius darbus. Manoma, kad darbo terapija yra naudinga ir ligoniams, ir ligoninei, todėl dirbantys laukuose, soduose, dirbtuvėse, kaip motyvaciją dirbti, toliau galėtų gauti didesnę maisto kiekį [35].

Falkowskis nepamiršo atkreipti dėmesį ir į šeimos vaidmenį. Kartais lėtinė ligos eiga paciento šeimos nariams keldavo nuovargį, susierzinimą, pyktį. Paciento hospitalizacija laikinai pasitarnaudavo ir pačiam pacientui, ir jo šeimos nariams. Autorius paminėjo, kad net tokios smulkios, bet taktiškos priemonės, kaip galimybė gauti nepraplėštus daiktus ar savarankiškai siųsti savo užantspauduotus laiškus stiprina paciento pasitikėjimą ligoninės personalu. Tačiau psichiatrijos ligoninėje pacientai neturėtų užsibūti per ilgai – pasibaigus ūmioms psichozėms ar pasiekus remisiją, asmuo turėtų grįžti į ankstesnį šeimyninį gyvenimą, nes tai – itin svarbus žingsnis asmens emocinei gerovei ir laisvės pojūčiui užtikrinti [35].

Taigi Falkowskis akcentavo nemedikamentinių priemonių svarbą – dėmesį tinkamai ligonio aplinkai, bendruomeniškumo puoselėjimui, tinkamo personalo elgesio skatinimui ir paciento socialinių ryšių palaikymui. Autoriaus darbas atspindi tarpukario Vilniaus psichiatrų pastangas formuoti humaniškesnę ir psichoedukacijos principais paremtą psichiatriją.

DISKUSIJA

Roses plėtojami **smegenų citoarchitektoniniai tyrimai** rėmėsi požiūriu, kad smegenys sudarytos iš sričių, kurios skiriasi savo ląsteline sandara ir funkcijomis. Neuroanatomas, psichiatras ir neurologas Rose kartu su bendradarbiais šį principą taikė ne tik anatominiuose tyrimuose, bet ir neurologijos ir psichiatrijos disciplinose, keldamas prielaidą, jog tam tikros smegenų žievės sritys yra atsakingos už skirtingas kognityvines bei psichines funkcijas. Roses publikuoti darbai apie alkoholizmo poveikį smegenims bei atskirų žievės sluoksnių pažeidimus psichikos ligų atvejais rodo, kad profesorius ieškojo konkrečių smegenų sandaros pokyčių, kurie sietųsi su psichikos sutrikimais. Atrasti nauji ląstelių dažymo metodai teikė vilčių aptikti psichikos ligoms būdingus biologinius pakitimus. Nors vėliau ir paaiškėjo, kad daugeliui psichikos sutrikimų aiškių anatominių ir histologinių požymių nustatyti nepavyko, Roses vykdomi žievės sluoksnių, neuronų tankio ir struktūrinių laukų tyrimai leido Vilniaus psichiatriams ir neurologams remtis ne mistinėmis ar filosofinėmis, o objektyviomis, biologinėmis prielaidomis, siekiant paaiškinti psichikos sutrikimų prigimtį. Neuroanatomų veikla Vilniuje, Lenkų smegenų tyrimų institute, kuris buvo įsikūręs Valstybinės psichiatrijos ligoninės teritorijoje Vasaros g., skatino kurti aiškesnius, labiau struktūruotus ligų vienetų ir pasitelkti nozologinį vertinimą [45]. Profesoriaus darbai turėjo svarbią reikšmę modernizuojant psichiatriją Vilniuje. Jo veikla padėjo Vilniaus psichiatrijai pereiti iš

aprašomosios, simptomais grindžiamos disciplinos į modernesnę, biologiniu pagrindu besiremiančią klinikinę specialybę. Citoarchitektoniniai tyrimai leido psichiatrijai priartėti prie kitų klinikinių disciplinų (pvz., neurologijos), kurios savo išvadas grindė anatomiciais, eksperimentiniais tyrimais. Manome, kad tai stiprino psichiatrijos, kaip mokslinės medicinos krypties, įvaizdį ir padėjo lygiuotis su kitomis specialybėmis tarpukario Vilniuje [45].

Ne mažiau svarbus buvo ir Roses akademinis, šviečiamasis indėlis. Jo paskaitos buvo labai pamėgtos ir pritraukdavo ne tik medicinos studentus, bet ir platesnę Vilniaus visuomenę. Taigi profesorius Rose formavo modernesnį, mokslinį požiūrį į psichikos ligas, bandė gerinti psichiatrijos įvaizdį visuomenėje. Tarptautiniai profesoriaus ryšiai bei aktyvi veikla mokslo bendruomenėse stiprino Vilniaus psichiatrijos autoritetą, didino Vilniaus psichiatrijos mokyklos svarbą tarptautiniame kontekste [45].

XX a. pirmojoje pusėje tiek Vilniaus krašte, tiek kituose Europos regionuose psichiatrinė pagalba pirmiausia buvo grindžiama **institucionalizacijos** bei **centralizacijos** idėjomis. Psichikos sutrikimai buvo suvokiami kaip lėtinės būklės, reikalaujančios nuolatinės medicininės priežiūros bei struktūruotos aplinkos. Didelė psichiatrijos ligoninė su aiškia hierarchija, skyriais ir vyraujančiu gydymo metodu - darbo terapija - buvo laikoma standartu to meto modernioje valstybėje. Toks modelis atitiko tuometinį visuomenės saugumo, socialinės higienos ir medicinos pažangos suvokimą: izoliuoti pacientą - tai pirmiausia apsaugoti jį patį, antra – nuo jo apsaugoti visuomenę. Tarpukariu efektyvių medikamentų, skirtų psichikos sutrikimams gydyti, dar nebuvo (pirmasis antipsichotikas chlorpromazinas bus susintetintas tik 1950 m.), todėl ilgalaikė institucionalizacija laikyta kone vieninteliu galimu sprendimu. Vilniaus psichiatrijos siūlymai steigti didelę, ekonomiškai nepriklausomą įstaigą su darbo kolonijomis atspindėjo ne vietinės reikšmės idėjas, bet bendras tendencijas, pagal kurias veikė psichikos sveikatos priežiūros sistema visoje tuometinėje Europoje [45].

Vis dėlto po Antrojo pasaulinio karo Vakarų Europoje ir Šiaurės Amerikoje ši paradigma pradėjo kisti. XX a. 6-9 dešimtmečiais pradėjo plisti deinstitucionalizacijos ir decentralizacijos idėjos, kurias aktualizavo keli tarpusavyje susiję veiksniai. Pirma, visuomenėje sustiprėjo kritika dėl nehumaniškų sąlygų didžiosiose psichiatrijos ligoninėse bei prielaida, kad ilgametė izoliacija silpnina paciento savarankiškumą, stiprina atstumiantį visuomenės požiūrį į psichikos sutrikimais sergantį individą. Antra, didelių institucijų išlaikymas buvo ekonomiškai nuostolingas, todėl valstybės ėmė ieškoti kitų, efektyvesnių metodų. Trečia, deinstitucionalizacija ir gydymo decentralizacija buvo susijusi ir su medikamentinio gydymo pažanga: po 1950-ųjų atsiradę pirmieji antipsichotiniai vaistai, antidepresantai, anksiolitikai bei normotimikai leido efektyviau kontroliuoti psichikos sutrikimų simptomus, daliai pacientų nebereikėjo ilgalaikės hospitalizacijos, pacientų

būklė stacionaruose galėjo būti stabilizuojama per trumpesnę laiką, vėliau gydymą tęsiant už ligoninės ribų. Atsirado poreikis kurti papildomas psichikos sveikatos paslaugų bendruomenės – dienos stacionarus, ambulatorinius centrus, socialinės pagalbos institucijas. Galiausiai, žmogaus teisių judėjimų dalyviai skatino pacientą suvokti ne kaip „atsiskyrėlį“, bet kaip asmenį, turintį teisę gyventi bendruomenėje. Taigi deinstitutionalizacija nebuvo vien lovų mažinimas ligoninėse – tai buvo ir idėjinis lūžis, skatinęs psichikos sutrikimų turinčių asmenų reintegraciją į visuomenę bei ambulatorinių ir bendruomeninių psichikos sveikatos paslaugų plėtrą [46].

Deja, Vilniaus krašte šis procesas klostėsi kiek kitaip. Nors tarpukariu buvo siekiama sukurti pakopinę sistemą (Valstybinė psichiatrijos ligoninė, Kairėnų kolonija, šeimos globa), pats modelis iš esmės liko institucionalizuotas. Ir vėlesniu, sovietiniu laikotarpiu, vietoje deinstitutionalizacijos vyko priešingas procesas – psichiatrinių lovų skaičius augo, buvo stiprinamas centralizuotas stacionarinės priežiūros modelis, plėtojamos ligoninės (pvz., atstatyta Naujosios Vilnios psichiatrijos ligoninė). Skirtingai nei Vakarų Europoje, sovietmečiu Vilniaus krašte nebuvo sistemingai kuriama bendruomeninė psichikos sveikatos infrastruktūra, o hospitalizacija išliko pagrindine gydymo forma. Tai galėjo lemti tiek politinės sistemos pobūdis, tiek ribotos farmakologinės ir socialinių paslaugų galimybės. Kita vertus, sovietinės valstybės siekis psichiatriją naudoti politinei kontrolei, kai režimą kritikavę asmenys būdavo laikomi psichiškai nestabiliais ir hospitalizuojami, jiems nustatant „vangios šizofrenijos“ diagnozę, taip pat atspindi psichiatrijos stagnaciją ir stigmatizaciją Vilniaus krašte [9].

Medicinos istorijoje ne kartą bandyta susieti bei **suklasifikuoti žmogaus fizinius ir psichinius ypatumus**, suskirstyti į tam tikrus tipus, siekiant paaiškinti asmens fizinių požymių bei psichikos ypatumų ryšį. Galima pastebėti dėsningumus tarp Kretschmerio konstitucinės tipologijos ir Senosiose civilizacijose plėtotų idėjų. Senovės graikų vystyta humoralinė teorija, siejama su Hipokrato mokykla, žmogaus temperamentą ir polinkį ligoms siejo su keturių kūno skysčių (kraujo, geltonosios tulžies, juodosios tulžies ir gleivių) sutrikusia pusiausvyra [3]. Panašų principą galime pastebėti ir Senovės Indijos laikais užgimusioje ajurvedinėje medicinoje: ir visata, ir žmogaus kūnas sudaryti iš penkių pagrindinių elementų – eterio, oro, ugnies, vandens ir žemės, o skirtingi šių elementų deriniai sudaro tris došas - vata, pitta, kapha, reguliuojančias ir palaikančias organizmo veiklą. Došų santykis lemia tiek fizines, tiek psichines asmens savybes (pvz., vata doša susijusi su liesumu, bet taip pat ir padidėjusiu nervingumu; kapha doša – ne tik su nutukimu, tingumu, bet ir psichiniu stabilumu), o sveikata suprantama kaip šių jėgų pusiausvyra [47]. Šiuose modeliuose pastebimas siekis sujungti kūno sandarą, charakterio bruožus ir ligas į vieną medicinos sistemą.

XX a. pradžioje Kretschmerio konstitucinė tipologija, kuri taikyta ir psichiatrijoje, struktūriškai primena anksčiau minėtų teorijų logiką, tačiau Kretschmeris rėmėsi ne metafizika,

pasaulio elementų filosofija (dedukciniu metodu), o klinikiniais, empiriniais pacientų stebėjimais (indukciniu metodu). Kūno sudėjimo tipų (pikninio, asteninio, atletinio) siejimas su tam tikrais asmenybės bruožais (sintonišku arba šizoidiniu tipu) leido iš dalies pagrįsti psichikos sutrikimų kilmę, remiantis įgimta žmogaus konstitucija. Galima daryti prielaidą, kad tipologinis mąstymas tarpukario psichiatrijoje buvo reikšmingas ir teoriškai, ir praktiškai. Vertinant individus pagal kūno ir psichikos bruožus, siekta rasti tam tikrus dėsningumus, kurie palengvintų psichikos ligų diagnostiką ir stiprintų psichiatrijos specialybės autoritetą. Kretschmerio tipologija, kuria pasekė ir Vilniaus psichiatrijos mokyklos atstovai, galėjo prisidėti prie psichiatrijos, kaip lygiavertės kitoms medicinos šakoms, disciplinos teigiamo įvaizdžio kūrimo, nes suteikė jai nuoseklią schemą, leidžiančią pabrėžti biologinių veiksnių svarbą ir prognozuoti tam tikrus psichikos susirgimus konkretaus konstitucinio tipo asmenims. Taigi, nors skirtingų epochų tipologijos rėmėsi skirtingais teoriniais pagrindais, jų atsiradimas parodo gydytojų siekį paaiškinti žmogaus kūno bei psichikos įvairovę bei nors iš dalies pagrįsti sunkiai paaiškinamų psichikos ligų kilmę.

Psichikos sutrikimų (šizofrenijos, maniakinės-depresinės psichozės) aiškinimas tarpukariu rėmėsi žmogaus konstitucijos įvertinimu bei tuo metu vyravusiomis biologinėmis prielaidomis (paveldimumo, degeneracijos teorija, vegetacinės nervų sistemos disbalansu bei kitomis). Tuo metu dar nežinota apie neuromediatorius, galvos smegenų pamato branduolių funkciją, genetinius ir epigenetinius mechanizmus, aplinkos veiksnių (ekspozomo) reikšmę psichikos sutrikimų išsivystymui.

Šių dienų psichiatrijoje tiek šizofrenijos, tiek bipolinio afektinio sutrikimo etiologijoje pabrėžiama genų ir aplinkos įtaka. Abiejų psichikos sutrikimų atvejais riziką didina perinataliniai veiksniai (motinos infekcijos, gimdymo komplikacijos), neigiamos kūdikio ankstyvojo gyvenimo patirtys, nepalankios socioekonominės sąlygos, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas. Manoma, kad šie veiksniai gali paveikti smegenis kritiniu jų vystymosi laikotarpiu ir vėliau sukelti psichikos sutrikimą. Kita vertus, svarbus ir genetinis polinkis. Naujausiuose genetiniuose dvynių konkordantiškumo tyrimuose nustatyta, kad bipolinio afektinio sutrikimo paveldimumas siekia iki 75 proc., o šizofrenijos - iki 60 proc. Nustatyti tam tikri CNS pokyčiai – galvos smegenų žievės atrofija, ypač kaktinėje (prefrontalinėje) skiltyje, šoninių skilvelių padidėjimas, smegenų tūrio sumažėjimas, hipokampo bei kitų limbinės sistemos struktūrų tūrio pokyčiai [48, 49]. Atrastas ir neuromediatorių disbalansas: nustatyta, kad šizofrenijai būdingas dopaminerginės sistemos hiperaktyvumas, glutaminerginės sistemos disfunkcija bei GABAerginės (gama aminosviesto rūgšties sistemos) aktyvumo sumažėjimas. Įrodyta, kad šie pokyčiai tiesiogiai susiję su teigiamais (kliesesiai, haliucinacijos) ir neigiamais (socialinis atsiskyrimas, motyvacijos stoka, emocinės reakcijos susilpnėjimas) psichiniais simptomais [48]. Bipolinio afektinio sutrikimo etiologija labiau

susijusi su dopamino ir serotonino pusiausvyros svyravimais bei sutrikusia mitochondrijų funkcija, kuri gali lemti neuronų impulsų bei plastiškumo sutrikimus [49].

Nepaisant modernių, dešimtmečius trunkančių tyrimų, iki šiol nėra pripažinto vieno ir aiškaus šizofrenijos bei bipolinio afektinio sutrikimo etiologiją ir patogenezę paaiškinančio mechanizmo. Nors medicina nuo tarpukario laikų ženkliai pažengė, tiksli psichikos sutrikimų etiologija išlieka nežinoma. Tai rodo, kad psichikos sutrikimų negalima paaiškinti vien biologiniais ir aplinkos veiksniais – jų kilmė veikiausiai yra daugialypė ir kinta gyvenimo eigoje.

Vilniuje dirbęs psichiatras Władyczko išleido veikalą *W sprawie snu i marzeń sennych*, kuriame nagrinėjo miego ir sapnų prigimtį, jų biologinę bei psichologinę reikšmę. Šis tekstas išsiskiria tuo, kad autorius rėmėsi **Freudo psichoanalizės teorija**, kuri tuo metu Vilniaus krašte dar nebuvo paplitusi. Veikale atpažįstami šie psichoanalizės elementai: dėstoma apie sąmonės sampratą, nuslopintų ir išstumtų stimulų kaupimąsi, aiškinamas „malonumo principas“, „sapnų cenzūros“ fenomenas ir kt. Władyczko sapnus taip pat aiškino psichoanalitiškai - kaip psichinės įtampos iškvos mechanizmą, galintį apsaugoti nuo neurozių. Tai dera su Freudo išvystyta teorija, teigusia, kad sapnai - tai sąmonėje slypinčių impulsų išraiška. Taigi garsaus Vienos psichoanalitiko idėjos teoriniu pavidalu buvo pasiekusios ir Vilnių.

Tačiau ar egzistavo psichoanalizės praktinis pritaikymas XX a. pradžios Vilniuje? Tarpukario Vilniuje neveikė psichoanalitikų draugija, nebuvo organizuojamas sistemingas psichoanalitinių psichoterapeutų rengimas, nebuvo vykdoma psichoanalizės praktika sveikatos priežiūros institucijose. Vakariniuose Antrosios Lenkijos Respublikos regionuose psichoanalizė taip pat dar nebuvo tapusi organizuota ir reguliuojama medicinos sritimi, šalis nepriklausė Tarptautinei psichoanalizės asociacijai (IPA), kurią 1910 m. įkūrė Freudas, tačiau psichoanalizę Lenkijoje galimai praktikavo pavieniai specialistai privačioje praktikoje. Atsižvelgiant į tai, kad net pagrindiniuose Lenkijos mokslo centruose psichoanalizė nebuvo įsitvirtinusi, manome, kad Vilniuje, rytinėje ir labiausiai po Pirmojo pasaulinio karo nuskurdusioje šalies provincijoje, psichoanalizės pozicija buvo dar silpnesnė [50]. Tuo pat metu tarpukario Lietuvoje (Kaune) dominavo eksperimentinė ir taikomoji psichologija, iš vokiečių perimta psichotechnika, skirta profesinei atrankai ir žmogaus tinkamumo darbui įvertinimui. Psichoanalitinės mokyklos buvimo požymių Kaune taip pat nedokumentuota [51]. Manome, kad tarpukario Vilniuje psichoanalizė buvo domimasi, ji buvo aptariama teoriniame lygmenyje, tačiau praktiškai pacientų gydymui nebuvo taikoma.

Sovietmečiu situacija kito. Nors Vilniaus psichiatrijos ligoninėje Vasaros gatvėje iki pat sovietmečio pabaigos dominavo aktyvūs, biomedicininis modeliu grindžiami gydymo metodai, atitikę Maskvos mokyklą (medikamentai, darbo terapija, elektrokonvulsinė terapija), septintajame

XX a. dešimtmetyje padidėjo dėmesys psichoterapijos sričiai. Prie šio proceso reikšmingai prisidėjo gydytojai Aleksandras Alekseičikas (g. 1940) ir Napoleonas Indrašius (1905-1984), propagavę psichoterapijos idėjas ir psichoterapinio gydymo svarbą. Nuo 1965 m. Vilniaus psichiatrijos ligoninėje pradėjęs veikti Psichoterapijos kabinetas žymi institucionalizuotos psichoterapinės veiklos pradžią Vilniaus krašte [4].

Władyczko veikale apie miegą ir sapnus aptarė ne tik psichoanalitines sapnų interpretacijas, bet ir **miego reikšmę** žmogaus psichikos stabilumui. Jau tarpukariu miegas buvo suvokiamas kaip būtina sąlyga palaikyti ne tik fizinę, bet ir psichinę sveikatą. Vilniaus psichiatras miegą laikė biologinio ritmo išraiška ir pabrėžė jo reikšmę „fizinių ir psichologinių energijos išteklių“ atkūrimui bei vidinės pusiausvyros palaikymui. Władyczko rėmėsi psichoanalitinėmis ir neurofiziologinėmis prielaidomis.

Šiuolaikiniai tyrimai papildė mokslines žinias apie miego funkcijas. Šiandien žinoma, kad miegas – ne pasyvus, o aktyvus procesas, kurio metu vyksta neuroninių tinklų stabilizacija, atnaujinami smegenų ir viso organizmo energiniai rezervai, reguliuojamos imuninės reakcijos. Miegant vyksta atminties konsolidacija – laipsniškas trumpalaikės atminties stabilizavimas ir įrašymas į ilgalaikę atmintį (iš hipokampo - į smegenų žievę). Konsolidacija vyksta tiek lėtų akių judesių, NREM (angl. *non-rapid eye movement*), tiek greitų akių judesių, REM (angl. *rapid eye movement*) miego metu. Dar daugiau - REM miego bei sapnų metu reguliuojami, modifikuojami, pamirštami nemalonūs prisiminimai. Manoma, kad REM miego fazės metu vyksta įvairių emocijų išgyvenimų apdorojimas, sapnai padeda įtvirtinti patirtį ir susieti ją su ankstesniais prisiminimais – tai gerina emocijų reguliaciją [52]. Tarpukariu taikytas psichoanalitinis sapnų aiškinimas šiandien turi daugiau istorinę nei mokslinę reikšmę, kita vertus, Władyczko teiginys, kad miegas ir sapnai - ne tik apsauga nuo išsekimo, bet ir būtina sąlyga visaverčiam asmens psichiniam funkcionavimui, skamba itin moderniai nepamirštant, kad miego medicina kaip specialybė tuo metu dar neegzistavo. Šiandien žinome, kad miego sutrikimai gali būti ne tik psichikos ligų simptomas, bet ir vienas iš jų pasireiškiamą lemiančių veiksnių. Tarpukario Vilniaus psichiatrų išsakytą mintį apie gerą miegą kaip psichikos stabilumo pagrindą yra itin modernus, inovatyvus, empiriniais stebėjimais pagrįstas teiginys, kuris peržengė savo epochos, XX a. pradžios, ribas.

Tarpukario Vilniaus psichiatrai, siekdami paaiškinti maniakinės depresinės psichozės bei šizofrenijos patogenezę, didelę reikšmę teikė **autonominės (vegetacinės) nervų sistemos** aktyvumo vertinimui. Tarpukario gydytojai autonominės nervų sistemos disbalansą siejo su konkrečių psichikos sutrikimų patogeneze. Ir šiandien autonominė nervų sistema laikoma svarbia jungtimi tarp emocijų, elgesio ir fiziologinių pokyčių. Šios sistemos reikšmę pripažįsta ir šiuolaikinė psichiatrija: rastas ryšys tarp įvairių psichikos sutrikimų ir sutrikusio klajoklio nervo (*n.*

vagus) aktyvumo, lemiančio autonominę disfunkciją. Vienas iš patikimiausių šios funkcijos rodiklių - širdies ritmo variabilumas. Tai širdies dūžių intervalų kintamumas laike, atspindintis parasimpatinės nervų sistemos aktyvumą. Didesnis širdies ritmo variabilumas siejamas su geresne klajoklio nervo reguliacija ir geresne adaptacija esant stresui, o sumažėjęs rodo silpnesnį klajoklio nervo tonusą ir simpatinės nervų sistemos dominavimą. Sumažėjęs širdies ritmo variabilumas randamas pacientams su nerimo, bipoliniu afektiniu sutrikimu, šizofrenija, priklausomybėmis. Autonominės nervų sistemos disbalansas yra tiesiogiai susijęs su sunkesne psichikos sutrikimo eiga, padidėjusiu dirglumu bei įtampa, blogesne emocijų reguliacija, nerimu [53]. Skirtingai nei tarpukariu, moderniuose tyrimuose autonominis disbalansas vertinamas labiau kaip nespecifinis, daugeliui psichikos sutrikimų būdingas adaptacinis reguliacijos mechanizmas.

Tarpukario Vilniaus psichiatrų darbuose išreikštos humaniškesnio ligonių gydymo idėjos Europoje siekia dar Apšvietos laikotarpį. **Humaniškos psichiatrijos** pradininku laikomas Pinelis, kuris, XVIII a. pab. dirbdamas Paryžiaus Salpêtrière ligoninėje, skatino atsisakyti fiziškai varžančio ir žiauraus elgesio su pacientais, su pacientais elgtis pagarbiai, kantriai ir supratingai. Vis dėlto šios idėjos ne iš karto buvo įdiegtos į praktiką. Praėjus daugiau nei šimtmečiui, psichiatrinėse ligoninėse (taip pat ir Vilniuje) vis dar buvo dažnai taikoma pacientų izoliacija ir fizinis suvaržymas [9]. Nors tarpukariu humaniškas gydymas vis dar buvo siekiamybė, Vilniaus psichiatrai didelę reikšmę teikė ne vien simptominiam medikamentiniam gydymui, insulino komų terapijos taikymui, bet ir veiksniams, darantiems teigiamą įtaką ligonio psichinei sveikatai – orumo išlaikymui, ramiai, motyvuojančiai aplinkai, profesionaliam bei empatiškam bendravimui, kūrybinei veiklai, estetinėms patirtims, socialinių ryšių palaikymui. Tai rodo, jog Vilniaus tarpukario gydytojai ėjo modernėjančios psichiatrijos kryptimi [35].

Sakelis 1933 m. Vienoje pristatė **insulino komų terapiją** kaip naują biologinį šizofrenijos gydymo metodą. Metodas greitai paplito Europoje ir Šiaurės Amerikoje - jau ketvirtojo dešimtmečio pabaigoje insulino komų terapija buvo aktyviai propaguojama ir vertinama kaip reikšmingas proveržis šizofrenijos gydyme [54]. Insulino komų terapija buvo taikyta ir 1934 – 1937 m. Vilniuje, t.y., vos metams prabėgus nuo Sakelio paskelbtų duomenų. Tarpukario Vakarų Europoje publikuoti klinikinių tyrimų rezultatai atrodė optimistiškai – skelbta, kad 65-85 proc. pacientų po insulino komų terapijos pasiekė reikšmingą pagerėjimą arba buvo išrašyti iš ligoninės. Šie rezultatai, apmokius personalą, vykdant aktyvią gydymą gaunančių pacientų stebėseną, paskatino pradėti naujojo metodo taikymą įvairiose Europos miestų psichiatrijos ligoninėse. Net ir skeptiškai nusiteikę autoriai, abejojantys insulino komų terapijos veiksmingumu, naująjį gydymą vadino „reikšmingu proveržiu psichiatrijoje“ bei šios specialybės „pažangos etapu“ [54].

Tuo pačiu metu buvo girdimi ir skeptiškai naująjį metodą vertinantys balsai. Dalis autorių atkreipė dėmesį į metodologinius trūkumus – mažos pacientų imtys, netaikyta atsitiktinė atranka, nebuvo aiškių palyginamųjų grupių. Rezultatų lyginimą tarp įvairių šalių gydymo įstaigų apsunkino ir nevienodi šizofrenijos diagnostikos kriterijai bei neaiškiai apibrėžta sąvoka - „reikšmingas pagerėjimas“ [54]. Kita vertus, pirmieji randomizuoti kontroliuojami tyrimai Europoje pradėti vykdyti tik nuo 1948-ųjų [55]. Insulino komų terapijos kritikai pabrėžė - dalis pagerėjimų galėjo būti susiję su natūralia ligos eiga, geresne bendra ligonių priežiūra, o ne teigiamu insulino poveikiu. Be to, dauguma publikacijų vertino tik išorinius paciento būklės pokyčius (nykstantys psichikos sutrikimo simptomai, pagerėjęs paciento elgesys), tačiau nesvarstė, kokią poveikį insulinas ir kartotinės, užsitęsusios hipoglikemijos turi smegenims. XX a. penktajame-šeštajame dešimtmetyje pasirodę tyrimai, lyginę insulino komų terapiją su chlorpromazinu, pasiūlė neuroleptiką chlorpromaziną laikyti pirmojo pasirinkimo vaistu psichozijų gydymui. Medikamentinis gydymas buvo praktiškesnis, prieinamesnis, saugesnis pacientui ir paprastesnis ligoninės personalui, taigi insulino komų terapijos populiarumas mažėjo ir galiausiai visiškai išnyko iš klinikinės praktikos [54].

Vertinant iš šiuolaikinės perspektyvos, insulino komų terapija nebuvo efektyvus ir saugus šizofrenijos gydymo būdas. Klinikiniai rezultatai buvo nenuoseklūs ir trumpalaikiai; stebėtas pagerėjimas daugeliu atvejų nebuvo tiesioginis gydymo poveikis, o veikiau spontantinės remisijos pasekmė. Marzyńskis straipsnyje taip pat pripažino, kad ne insulino komų terapija *per se*, o šizofrenijos trukmė iki gydymo pradžios buvo svarbiausias prognostinis veiksnys; pasveikimo tikimybė mažėjo, ilgėjant ligos trukmei. Insulino komų terapija neturėjo aiškaus biologinio veikimo mechanizmo, gydymo proceso metu pacientui kildavo grėsmė patirti negrįžtamus CNS pažeidimus dėl užsitęsusios hipoglikemijos ir net mirti. Neradome duomenų, kad to meto Vilniaus ligoninėse būtų taikomos leukotomijos, nors Vakarų Europoje jos buvo atliekamos jau nuo 1935 m.

Taigi sprendžiant iš taikytų gydymo metodų, Vilniaus krašto psichiatrai vadovavosi **biomedicininio modeliu**. Naujieji, nors ir kritiškai vertinti, gydymo metodai (insulino komų terapija) buvo gan skubotai išbandomi galimai ir dėl to, kad trūko efektyvių gydymo būdų. Tokia desperacija yra suprantama - iki modernios psichofarmakologijos atsiradimo psichiatrai stengėsi gydyti simptomiškai, neretai patys, kaip specialistai, jausdamiesi negalintys pasiūlyti efektyvaus gydymo savo ligoniams, lyginant su kitų profesijų atstovais, kurie XX a. pirmoje pusėje sėkmingai disponavo ne tik skiepais, pirmaisiais antibiotikais, rentgeno aparatu, bet ir tobulino chirurgiją, naudodamiesi anestezijos, aseptikos, antiseptikos ir metalurgijos atradimais [4].

Tarpukario Vilniaus psichiatrai, analizuodami šizofrenijos eigą ir gydymo rezultatus, pastebėjo itin reikšmingą dėsningumą – kuo vėliau pradedamas šios ligos gydymas, tuo blogesnė

prognozė. Ši įžvalga atitinka modernų, šiuolaikinėje psichiatrijoje naudojamą rodiklį, vadinamą **negydytos psichozės trukme** (angl. *duration of untreated psychosis, DUP*). Tai - laikotarpis nuo pirmųjų psichozės simptomų iki pirmojo pacientui taikyto adekvataus gydymo pradžios. Ši sąvoka oficialiai buvo įvesta tik XX a. pabaigoje, siekiant objektyviau įvertinti, kaip ankstyvos intervencijos laikas veikia šizofrenijos eigą ir prognozę. Šiuolaikiniai tyrimai parodė, kad ilgesnė negydytos psichozės trukmė yra susijusi su blogesniu atsaku į medikamentus, sunkesniais pozityviais ir negatyviais simptomais, prastesnėmis kognityvinėmis funkcijomis ir negrįžtamais atrofinais pakitimais galvos smegenyse. Funkcinio magnetinio rezonanso tomografijos (fMRT) tyrimai parodė, kad kai kurios smegenų struktūros, ypač smilkininė sritis, ilgai negydytos psichozės atvejais yra labiau pažeidžiama. Kiti tyrimai taip pat nustatė sutrikusį signalų perdavimą neuronuose iš smegenų žievės į dryžuotąjį kūną bei padidėjusią glutamato ir acilcholino koncentraciją hipokampe bei kaktinėje skiltyje. Kai kuriuose darbuose rasti baltosios medžiagos vientisumo pažeidimai, galimai dėl mielininio aksonų dangalo pažeidimo, sukeliantys silpnėjančius funkcinis ryšius tarp įvairių smegenų sričių [56].

Taigi tarpukario Vilniaus psichiatrų išvada (kuo šizofrenijos trukmė trumpesnė, tuo geresnės gydymo išeitys) buvo itin reikšminga, peržengusi XX a. pradžios ribas. Vadovaudamiesi vien empiriniais, klinikiniais stebėjimais, to meto Vilniaus gydytojai identifikavo svarbų dėsningumą, kuris šiandien laikomas svarbiu šizofrenijos eigos ir prognozės veiksniumi bei skatina pirminės sveikatos priežiūros specialistus, psichologus, pedagogus, pacientus ir jų artimuosius kuo skubiau kreiptis profesionalios pagalbos, asmeniui patyrus pirmąjį psichozės epizodą gyvenime.

Tarpukario Vilniuje psichikos sutrikimams gydyti išbandyti ir kiti, šiandien kontroversiškai vertinami gydymo metodai. Vienas jų - gydymas nėsčiųjų šlapimu (**urinoterapija**). Nors Władyczko pateikti rezultatai pademonstravo psichinių simptomų regresavimą, nuotaikos pagerėjimą, sumažėjusią ligonių astenizaciją, atsinaujinusius biologinius organizmo ritmus (pvz., menstruacijas), šiuos duomenis reikėtų vertinti atsargiai. Psichiatro Władyczko darbe buvo tiriama nedidelė pacientų grupė, nebuvo įtraukta kontrolinė grupė, ligos pagerėjimo kriterijai buvo neaiškūs, gydymą urinoterapija gavo įvairiomis, ne vien psichikos ligomis, sirgę pacientai. Negalime atmesti spontaninių remisijų, placebo efekto ar natūralios ligos eigos galimybių.

Šiandien žinoma, kad biocheminė šlapimo sudėtis neleidžia pagrįsti šlapimo kaip gydomojo preparato. Didžiąją dalį šlapimo sudaro vanduo (apie 95 proc.), likusiąją - šlapalas, šlapimo rūgštis, kreatininas, elektrolitai, fosfatai. Kitų medžiagų, tokių kaip baltymai, fermentai, hormonai, kiekiai yra labai nedideli ir dažniausiai terapiškai nereikšmingi. Nors inkstuose susidaręs šlapimas yra sterilus, pasišalinęs iš organizmo greitai užsiteršia. Jis gali būti panaudotas išimtiniais atvejais, pvz., ekstremaliose situacijose nuplauti žaizdoms, kai nėra kitų antiseptinių skysčių ar švaraus vandens.

Nėra moksliniais įrodymais pagrįstų duomenų, kad šlapimas turėtų gydomąjį poveikį [57].
Urinoterapija neįsitvirtino Vakarų medicinos praktikoje ir šiandien yra taikoma tik kaip alternatyvios, liaudies medicinos praktikų dalis.

Nagrinėjant psichikos sutrikimų diagnostikos bei gydymo bruožus tarpukario Vilniuje, svarbu juos palyginti ir su to meto **Kauno krašto (Lietuvos)** duomenimis. Tarpukario Vilnius tuomet buvo vienas iš rytinių Antrosios Lenkijos Respublikos miestų, ekonomiškai nuniokotas ir labai apleistas dėl ankstesnės priklausomybės carinei Rusijai, ekonominio silpnumo ir Pirmojo pasaulinio karo padarytos žalos, o SBU - vienas mažiausių ir prasčiausiai finansuojamų universitetų Lenkijoje [45]. Tarpukario Kaunas buvo laikinoji Lietuvos sostinė, kuri XX a. pirmojoje pusėje patyrė klestėjimą, augimą: gyventojų tankio didėjimą, naujų pastatų statybą, mokslo ir kultūros įstaigų kūrimą, įskaitant ir Lietuvos universiteto (vėliau pervadinto Vytauto Didžiojo universitetu) bei jo klinikų. Taigi Vilnius buvo vienas iš Lenkijos respublikos paribio miestų; Kaunas – jaunos, nepriklausomos valstybės centras.

Nepaisant to, lyginant tarpukario Kauno ir Vilniaus kraštų psichiatrijos mokyklas, galima pastebėti daugiau panašumų nei skirtumų. Abiejuose miestuose buvo norima sekti paskui Europoje vyraujančias psichiatrijos tendencijas, perimti naujausias, pažangiausias idėjas. Kraepelino suformuota paradigma buvo remiamasi ir Vilniuje, ir Kaune, taigi abiejų regionų psichiatrai stengėsi vadovautis biomedicininio psichikos ligų aiškinimo modeliu. Nepriklausomos Lietuvos psichiatras Blažys ragino visuomenę ir gydytojus būti labiau tolerantiškiems ligoniams, sergantiems psichikos sutrikimais, gerbti jų orumą, kurti saugią, pasitikėjimą keliančią gydymo aplinką. Panašias humanistines idėjas Vilniaus krašte kėlė Falkowskis ir kiti psichiatrai. Lietuvos laikinojoje sostinėje, kaip ir Vilniuje, kritikuota teisinė sistema, liečianti psichikos sutrikimus turinčių asmenų gydymą – siekta pokyčių įstatymuose, reglamentuojančiuose apmokėjimą už gydymą (Kaune už ligoniui suteiktas gydymo paslaugas taip pat mokėjo šeima), siekta padidinti paciento prieinamumą prie psichiatrinio gydymo paslaugų, supaprastinti išrašymą iš ligoninės. Šie klausimai buvo aktualūs ne tik Lietuvoje, bet ir daugelyje mažesnių ir ekonomiškai silpnesnių Europos valstybių [20].

Pacientams, sirgusiems psichikos sutrikimais, Kaune buvo skiriami raminamieji vaistai, taikytos įvairios fizioterapinės procedūros. Insulino komų terapija nuo 1934 m. taip pat buvo pradėta taikyti ir Vytauto Didžiojo universiteto Nervų ir psichikos ligų klinikoje – atlikta apie 80 procedūrų, jų rezultatus psichiatrai vertino palankiai. Kadangi neišvengta mirties atvejų, insulino komų terapija Kaune buvo ilgainiui pakeista į saugesnę alternatyvą – elektrokonvulsinę terapiją. Darbo terapija buvo reikšmingas gydymo metodas ir Kauno regiono gydymo įstaigose – pacientai dirbdavo ligoninės ūkiuose, tvarkydavo patalpas, padėdavo virtuvėje, skaldydavo malkas. Psichoanalizės praktinio taikymo nepriklausomoje Lietuvoje taip pat neaptinkama, nors teoriniai jos

aspektai buvo žinomi ir aptariami, psichiatras Blažys, kaip ir Władyczko, šią kryptį vertino palankiai [20].

Apibendrinant galima teigti, kad Vilniaus ir Kauno krašto psichiatriją tarpukariu vienijo daug bendrų bruožų. Panašios socialinės, ekonominės ir kultūrinės regiono sąlygos lėmė panašią psichiatrijos raidą tiek Kaune, tiek Vilniaus krašte. Abiejuose regionuose gydytojai rėmėsi Kraepelino biomedicininio modeliu, taikė panašias terapijas, sekė užsienio psichiatrijos naujienas, siekė modernėti. Abiejuose kraštuose psichiatrai susidūrė ir su panašiais iššūkiais – finansavimo ir teisinio reguliavimo stoka, ribotu gydymo prieinamumu, infrastruktūros trūkumu bei visuomenėje vyraujančia psichikos ligų stigmatizacija.

IŠVADOS

1. Analizuojant psichiatrinės pagalbos organizavimą 1918-1939 m. Vilniuje, išryškėjo neatitikimas tarp teorinių psichiatrijos siekių ir praktinių galimybių. Psichiatrija tarpukario laikotarpiu dar neturėjo tvirtų mokslinių pamatų, psichikos sveikatos priežiūros sistema Vilniuje buvo nepakankamai išvystyta: trūko lovų, ligoninės buvo perpildytos, dėl personalo trūkumo neretai taikytos ligonių suvaržymo priemonės. Teisinis reguliavimas taip pat išliko neaiškus - neapibrėžtos pacientų, sergančių psichikos sutrikimais, teisės, buvo neaiški hospitalizacijos bei išrašymo iš ligoninės tvarka. Finansinis psichikos sveikatos apsaugos modelis taip pat turėjo spragų - gydymo ligoninėje išlaidas tekdavo padengti pacientams ar jų artimiesiems, todėl dalis ligonių vengdavo hospitalizacijos ir negaudavo profesionalios medicininės pagalbos. Nors buvo siekiama plėtoti institucionalizuotą ir centralizuotą psichikos sveikatos priežiūros sistemos modelį, jo įgyvendinimas tarpukario Vilniuje išliko ribotas - trūko nuoseklios valstybinio masto strategijos, užtikrinančios ilgalaikę pacientų su psichikos sutrikimais priežiūrą ir jų reintegraciją į visuomenę.
2. Tarpukario Vilniuje vyravusi psichikos sutrikimų samprata buvo suformuota iš tuo metu Europoje paplitusių teorijų. Vokiečių psichiatrai iškėlė mintį, kad psichikos sutrikimas gyvenimo eigoje išsivysto dėl įgimtų savybių – asmens kūno sudėjimo, asmenybės tipo, psichikos struktūros; tam pritarė ir Vilniaus psichiatrai. Kita vertus, taip pat pripažinta ir įgytų veiksmų reikšmė – psichikos sutrikimų atsiradimas sietas su traumomis, apsinuodijimais ir nepalankiomis gyvenimo sąlygomis. Svarbią vietą Vilniaus psichiatrų darbuose užėmė vegetacinės, ypač parasimpatinės, nervų sistemos vaidmuo aiškinant psichikos sutrikimų etiopatogenezę. Psichiatrai tiek Vilniuje, tiek kituose Europos kraštuose buvo pastebėję, kad maniakinės-depresinės psichozės paūmėjimai yra laikini ir ligonio psichika remisijos laikotarpiu pilnai atsistato. Kita vertus, taip pat pastebėta, kad šizofrenijai yra būdingas progresuojantis

pažintinių funkcijų blogėjimas, t.y., progresuojanti neurodegeneracija. Nagrinėjant miego ir sapnų aiškinimo teorijas, galima atrasti miego medicinos bei psichoanalizės užuomazgas tarpukario Vilniuje.

3. Psichikos sutrikimų diagnostika tarpukario Vilniuje rėmėsi psichopatologinių simptomų įvertinimu ir klinikinio ligos eigos stebėjimu. Svarbią vietą užėmė vegetacinės nervų sistemos simptomų vertinimas. Pastebėta, kad ankstyvi laboratoriniai rodikliai, tokie kaip leukocitų kiekio svyravimai ir gliukozurija, gali būti susiję su artėjančios psichozės pradžia. Vertinti simptomai ir požymiai (tachikardija, hipertenzija, hiperhidrozė), rodantys vegetacinės nervų sistemos disbalansą. Pastebėta, kad skirtingiems psichikos sutrikimams (maniakinė-depresinė psichozė, šizofrenija) būdingi tam tikri simptomų deriniai, susiję su pakitusiu mąstymu, nuotaika ir psichomotoriniu aktyvumu.
4. Tarpukario Europoje dar nebuvo atrasti psichotropiniai preparatai (antipsichotikai, antidepresantai, benzodiazepinai, normotimikai), todėl Vilniuje psichikos sutrikimų medikamentinio gydymo galimybės buvo ribotos. To meto psichiatrai orientavosi į ilgalaikę pacientų slaugą, psichozės buvo valdomos nespecifiniais seduojančiais vaistais, plačiai taikyta darbo terapija. Fizinio suvaržymo, izoliavimo priemonės taikytos kaip papildomi metodai. Tarpukario Vilniuje išbandyti ir eksperimentiniai vakarietiški gydymo metodai, tokie kaip insulino komų terapija, tačiau jų veiksmingumas buvo ribotas, o mokslinis pagrindimas - silpnas. Neradome duomenų, kad to meto Vilniaus ligoninėse būtų taikytos leukotomijos. Vilniaus psichiatrai stengėsi atkreipti dėmesį į nemedikamentinio gydymo svarbą – jaukios ligoninės aplinkos, tinkamo, profesionalaus personalo elgesio ir ligonių psichoedukacijos teigiamą reikšmę jų psichikos būklės gerėjimui. Miegas tarpukario Vilniuje buvo laikytas itin svarbiu psichikos sutrikimų prevenciniu veiksmu. Psichikos sutrikimų gydymo praktika tarpukario Vilniuje atspindėjo bendras Europos tendencijas.

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkojame Karolinai Kolosovaitei už skirtą laiką padedant išversti tarpukario Vilniaus krašte publikuotus lenkų kalba parengtus mokslinius tekstus.

LITERATŪRA

1. Ferreras IG. History of mental illness. Champaign IL: DEF publishers; 2025. Prieiga internetu: <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness> [žiūrėta 2025.10.17]
2. Millon T, Grossman SD, Meagher SE. Masters of the Mind: Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium. Hoboken NY: John Wiley & Sons, Inc; 2004.

3. Sakalauskaitė-Juodeikienė E. Pamišimas ir epilepsija paūmėja šviečiant mėnesienai. Nervų ligos Vilniuje XIX a. pirmoje pusėje. Vilnius: Lapas; 2022.
4. Vaiseta T. Vasarnamis: Vilniaus psichiatrijos ligoninės socialinė istorija (1944 - 1990). Vilnius: Lapas; 2018.
5. Sakalauskaitė-Juodeikienė E. Melancholijos samprata ir gydymas Hildegardos Bingenietės (c. 1098-1179) raštuose. Neurologijos seminarai 2021; 25(3(89)): 121-9.
6. Arikha N. As a lute out of tune: Robert Burton's melancholy. The Public Domain Review; 2013. Prieiga internetu: <https://publicdomainreview.org/essay/as-a-lute-out-of-tune-robert-burtons-melancholy/> [žiūrėta 2025.10.17].
7. Lieberman JA, Ogas O. Shrinks: The Untold Story of Psychiatry. London: Weidenfeld & Nicolson; 2015.
8. Kaplan RM. Johann Christian Reil and the naming of our specialty. Australas Psychiatry 2012; 20(2):157-8.
9. Žalnora A. Psychiatry in Vilnius in 16th–20th Centuries: Review on Social Transformations. Studia Historica Gedanensia 2020; 11: 246-62.
10. Mulevičiūtė J. Troubled minds, or psychiatry in Vilnius in the second half of the 19th century. Lithuanian Historical Studies 2023; 27: 29-77.
11. Ishizuka H. Fibre Body: the concept of fibre in eighteenth-century medicine, c. 1700-40. Medical History 2012; 56(4): 562-84.
12. Porter R. The Greatest Benefit of Humanity from Antiquity to the Present. London: Fontana press; 1999.
13. Braslow JT, Marder SR. History of psychopharmacology. Annual Review of Clinical Psychology 2019;15:25–50.
14. Žalnora A, Miežutavičiūtė V. Mental hygiene movement as a (r)evolutionary trend in public health in interwar Kaunas and Vilnius from 1918 to 1939. Acta Medica Lituanica 2016; 23(3): 175–9.
15. Visuotinė Lietuvių Enciklopedija. Stanisław Karol Władyczko. Prieiga internetu: <https://www.vle.lt/straipsnis/stanislaw-karol-wladyczko/> [žiūrėta 2025.10.27]
16. Visuotinė Lietuvių Enciklopedija. Maksymilian Rose. Prieiga internetu: <https://www.vle.lt/straipsnis/maksymilian-rose/> [žiūrėta 2025.10.27]
17. Jakulis M. Špitolės Vilniuje XVI - XVIII a. Daktaro disertacija. Vilnius; 2016
18. Rosiou E, Markos S, Grigoris A, Papavramidou N. Bénédict Augustin Morel (1809-1873): the originator of the degenerative theory of the heredity of mental disorders and the pioneer of the biological approach to psychiatry. Cureus 2024 ;16(9): e69523.
19. Ulytė A, Sakalauskaitė-Juodeikienė E. Daktaro Jono Basanavičiaus (1851–1927) nervų ligos istorija. Neurologijos seminarai 2018; 22(3(77)): 151-63.
20. Montvilaitė R. Psichiatrijų ligų gydymas ir prevencija 1919-1940 m. Lietuvoje. Vientisųjų studijų magistro baigiamasis darbas. Vilniaus universitetas; 2025.
21. Smalstys A. Mediciniškos pagalbos tiekimo psichiniams ligoniams reikalu. Medicina 1929; 2: 108-13.
22. Vaiseta T. Keli fragmentai iš Vilniaus psichiatrinės ligoninės gyvenimo: baudžiamosios bylos, jų veikėjai ir ligoninės kasdienybė 1944-1950 m. Naujasis Židinys-Aidai 2014; (4): 27-38.
23. Žalnora A. Visuomenės sveikatos mokslo raida Stepono Batoro universiteto Medicinos fakultete ir visuomenės sveikatos būklė Vilniaus krašte 1919-1939 metais. Daktaro disertacija. Vilniaus universitetas; 2015.
24. Ebert A, Bär KJ. Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. Indian Journal of Psychiatry 2010; 52(2):191-2.
25. López-Muñoz F, Ucha-Udabe R, Alamo C. The history of barbiturates: a century after their clinical introduction. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2005; 1(4): 329-43.

26. Use of Opioids in Pain Patients with Psychiatric Disorders. MedCentral 2010. Prieiga internetu: <https://www.medcentral.com/pain/chronic/use-opioids-pain-patients-psychiatric-disorders> [žiūrėta 2025.10.27]
27. Rasmussen N. Amphetamine-type Stimulants: the early history of their medical and non-medical uses. *International Review of Neurobiology*. Academic Press; 2015; 120: 9-25.
28. Jukna Š, Sakalauskaitė-Juodeikienė E. Neurosifilis tarpukario Lietuvoje: etiologija, klinika, diagnostika ir gydymas. *Neurologijos seminarai* 2020; 24(4(86)): 309-19.
29. Gartlehner G, Stepper K. Julius Wagner-Jauregg: pyrotherapy, simultanmethode, and 'racial hygiene'. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2012; 105(8): 357-9.
30. Braslow JT. History and evidence-based medicine: lessons from the history of somatic treatments from the 1900s to the 1950s. *Mental Health Services Research* 1999; 1(4): 231-40.
31. Lībiete I. Fighting schizophrenia: beginnings of somatic treatments in psychiatry in Riga Sarkankalns Hospital in the 1930s. *TalTech Journal of European Studies* 2011; 1(9): 257-68.
32. Shipley WC, Kant F. The insulin-shock and metrazol treatments of schizophrenia, with emphasis on psychological aspects. *Psychological Bulletin* 1940; 37(5): 259-84.
33. Karlović D, Badžim VA, Vučić M, Krolo Videka H, Horvat A, Peitl V, et al. Eighty years of electroconvulsive therapy in Croatia and in Sestre Milosrdnice university hospital centre. *Acta Clinica Croatia* 2020; 59(3): 489-95.
34. Felder BM. Euthanasia, Human Experiments, and Psychiatry in Nazi-Occupied Lithuania, 1941-1944. *Holocaust and Genocide Studies* 2013; 27(2): 242-75.
35. Falkowski A. Czynniki wychowawcze w lecznictwie psychjatrzychem. *Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego* 1926; 5(6): 3-14.
36. Falkowski A. Schizofrenja. Wilno: Ośrodek Neurologiczny; 1929.
37. Rose M. Zadania współczesnej psychiatrii. *Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego*. 1931; 7: 293-308.
38. Władyczko S, Falkowski A. W sprawie opieki nad psychicznie chorymi na Wileńszczyźnie. *Pamiętnik Zjazdu IV Higienistów Polskich i V Lekarzy i Działaczy Sanitarnych miejskich w Wilnie*; 1926.
39. Falkowski A. Uwagi do projektu Ustawy o opiece nad osobami psychicznie choremi. Wilno: Ośrodek Neurologiczny; 1929.
40. Marzyński M. Opieka nad umysłowo chorymi w województwach wschodnich. *Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego*. 1936; 12: 384-402.
41. Falkowski A. Psychoza manjakałno-depresyjna. Wilno: Ośrodek Neurologiczny; 1930.
42. Władyczko S. W sprawie snu i marzeń sennych. Warszawa Biblioteka Oficerskiej Szkoły Sanitarnej i Główna Księgarnia Wojskowa; 1928.
43. Marzyński M, Witek S. Ergebnisse der Insulinshockbehandlung bei Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1937; 159(1): 704-721.
44. Władyczko S. Mocz ciężarnych, jako środek leczniczy w schorzeniach układu nerwowego. *Rocznik Psychiatryczny* 1933; 21: 1-8.
45. Sakalauskaitė-Juodeikienė E, Žalnora A. From brain cytoarchitectonics to clinical neurology: Polish Institute for Brain Research in Vilnius, 1931–1938. *Journal of the History of the Neurosciences* 2025; 34(1): 29-49.
46. Kritsotaki D, Long V, Smith M (ed.). *Deinstitutionalisation and After: Post-War Psychiatry in the Western World*. Cham: Springer; 2016.
47. Bahogona P. Exploring the dynamics of doshas: a research-based review on Kriya Sharir. *Ayushdhara* 2025; 12(4): 89-94.
48. Chinonyerem D, Awe PT, Okaro CO. Schizophrenia: What We Know and What We Are Yet to Know. *Cureus* 2025; 17(11): e95890.

49. Oliva V, Fico G, De Prisco M, Gonda X, Rosa AR, Vieta E. Bipolar disorders: an update on critical aspects. *Lancet Regional Health – Europe* 2024; 48: 101135.
50. Magnone L. Freud's emissaries I: the transfer of psychoanalysis through the Polish intelligentsia to Europe 1900–1939. Genève-Lausanne: SDVIG Press; 2023.
51. Bagdonas A, Pociūtė B, Rimkutė E, Valickas G. The history of Lithuanian psychology. *European Psychologist* 2008; 13(3): 227–237.
52. Sakalauskaitė-Juodeikienė E, Jaraminas A. Psichikos ir miego sutrikimų ryšys: literatūros apžvalga. *Neurologijos seminarai* 2024; 28(102): 255–272.
53. Göçen HB, Özden AV. Autonomic dysfunction in psychiatric disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2024; 16(3): 401-409.
54. Freudenthal R, Moncrieff J. 'A landmark in psychiatric progress'? The role of evidence in the rise and fall of insulin coma therapy. *History of Psychiatry* 2022; 33(1): 65–78.
55. Meldrum ML. A brief history of the randomized controlled trial. From oranges and lemons to the gold standard. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 2000; 14(4): 745-60.
56. Zoghbi AW, Lieberman JA, Girgis RR. The neurobiology of duration of untreated psychosis: a comprehensive review. *Molecular Psychiatry* 2022; 28(1): 168–190.
57. Loeffler JM. The golden fountain - is urine the miracle drug no one told you about? *Pan African Medical Journal* 2010; 25(5): 13.