

# „Kaip būk tai yra atskira valstybė“: ką reiškia būti sovietinėje psichiatrijos ligoninėje?

*Tomas Vaiseta*

Po poros dešimtmečių pertraukos istoriografijoje vėl keliamas klausimas, ką reiškia „sovietinė psichiatrija“, tačiau kol kas faktiškai pamirštas kitas klausimas: ką reiškia būti sovietinėje psichiatrijos ligoninėje? Šį klausimą galėtume laikyti galimybe iš kitos perspektyvos pažvelgti į tą pačią problemą. Būti šiuo atveju reiškia ne tik patirti tam tikro psichiatrijos modelio nulemtą terapinį poveikį, bet ir patekti bei būti veikiamam nustatytų formalių institucinių taisyklių, neformalių socialinių santykių bei normų ir realiai egzistavusios, šį institucinį ir socialinį gyvenimą struktūravusios fizinės aplinkos. Šiame straipsnyje iš paciento perspektyvos mėginama rekonstruoti buvimo sovietų Lietuvos psichiatrijos ligoninėje kasdienybės patirtį fizinės aplinkos instituciniu ir socialiniu lygmenimis ir paaiškinti šios mikrosocialinės erdvės kitoniškumą.

*Raktažodžiai: sovietmetis, psichiatrija, psichiatrijos ligoninė, pacientai, mikrosocialinė tikrovė.*

The question what Soviet psychiatry was has recently received increasing attention. But the point of view of patients has not yet been accounted for. This article focuses on the question what it meant to be hospitalised in a Soviet psychiatric hospital, and analyses patients' experience of the hospital micro-social reality. It argues that patients perceived hospitalisation in a Soviet psychiatric hospital as living 'in a separate state'. This experience of otherness was more ambivalent than the historiography on the topic suggests. The degradation of patients' status was always shaped by the patients' efforts to change the situation and the illusion of discipline. The analysis of the patients' experience suggests that at least some of them created positive meanings about their hospitalisation, because the hospital had become a place of refuge, and provided an opportunity to experience solidarity with other patients, and even real friendship.

*Key words: Soviet period, psychiatry, psychiatric hospital, patients, micro-social reality.*

*Dr. Tomas Vaiseta, Vilniaus universitetas, Istorijos fakultetas, Universiteto g. 7, LT-01513 Vilnius, el. paštas: tomas.vaiseta@gmail.com*

Praėjo daugiau nei trisdešimt metų, kai Roy'us Porteris suformulavo garsiąją tezę apie poreikį rašyti į pacientus orientuotą medicinos istoriją (Porter 1985: 181), ir nuo to laiko jau daug nuveikta, kad šis imperatyvas būtų išpildytas. Tačiau to paties nebūtų galima pasakyti apie sovietų laikų medicinai skirtą istoriografiją ir ypač vieną jos atšaką – psichiatrijos istoriją. Sovietų Sąjungai dar egzistuojant ir keleri metai po jos griūties istorikams, sociologams ir kitiems tyrėjams labiausiai rūpėjo psichiatrijos panaudojimo politiniais tikslais problematika ir sovietinės psichiatrijos, kaip sistemos ir modelio, galimas savitumas ir išskirtinumas. Klausimas, ką reiškia sovietinė psichiatrija, t. y. ar galime kalbėti apie Sovietų Sąjungoje formuotą psichiatrijos kryptį kaip atskirą ir turinčią specifinių bruožų, po poros dešimtmečių pertraukos vėl grįžta į istorikų domėjimosi lauką (Savelli, Marks 2015). Tačiau orientacija į pacientus, mėginimas pažvelgti į sovietinę psichiatriją iš pacientų perspektyvos tebelaukia savo eilės.

Vis dėlto siekiant suprasti ir apibrėžti sovietinę psichiatriją, toks žvilgsnis iš pacientų pozicijos atrodo neišvengiamas ir būtinas: juk sovietinė psichiatrija nėra tik jos ideologinis pagrindimas, teorinis apibrėžimas ir iš to susiformavusi terapinė praktika, bet ir šios praktikos nulemtas poveikis pacientams ir jų subjektyvius patyrimas. Kitaip tariant, be klausimo, ką reiškia sovietinė psichiatrija, ne mažiau svarbus ir kitas – savotiška jo konkretizacija: ką reiškia būti sovietinėje psichiatrijos ligoninėje?

Posovietinėje erdvėje į šį klausimą atsakantys vaizdiniai faktiškai artikuliuojami tik komunikacinėje atmintyje ir neretai būna sustabarėję į mitus ir stereotipus. Juos dažnai sustiprina nereflektyviai perimami dviejų šaltinių padiktuoti naratyvai. Pirmasis šaltinis – sovietinių disidentų diskursas: postalininiu laikotarpiu jų balsai, pranešantys pasauliui apie sovietinės psichiatrijos pasitelkimą susidoroti su politiniais oponentais, buvo garsūs ir reikšmingi (pavyzdžiui, Tarsis 1966; Bukovsky 1978; Plyushch 1979); būtent jie padėjo suformuoti sovietinių psichiatrijos ligoninių kaip „psichokalėjimų“ vaizdinį (Fireside 1979). Tačiau disidentų, net jei jie patys buvo uždaryti į psichiatrijos ligonines, negalėtume laikyti pacientais griežtąja šio žodžio prasme mažiausiai dėl dviejų priežasčių: pirma, disidentai būdavo uždaromi į ligoninę dėl politinių įsitikinimų ar veiklos, o ne dėl jų psichikos būklės; antra, dažniausiai jie būdavo uždaromi ne į bendrąsias, o į specialiąsias psichiatrijos ligonines, kurios iš tiesų pirmiausia atliko kalėjimo, o ne ligoninės funkciją. Būtent dėl to disidentai buvo linkę kriminalizuoti savo patirtį psichiatrijos ligoninėse (Reich 2014: 563–584), tačiau dėl to paties statuso išskirtinumo jų patirties negalima automatiškai generalizuoti. Antrasis šaltinis – bendresnis, ne sovietinis, o keliasdešimties metų tradiciją turintis Vakarų psichiatrijos kritikos (su ja nemažai susijęs, bet nesutapatintinas antipsichiatrijos judėjimas) diskursas: akademinio lygmeniu jam geriausiai atstovauja Ervingo Goffmano pasiūlyta „totalinės institucijos“ koncepcija (Goff-

man 1991)<sup>1</sup>, o meniniu – Miloso Formano filmas „Skrydis virš gegutės lizdo“, gerai žinomas ir Lietuvos žiūrovams. Sovietinis režimas buvo represyvus, uždaras, autoritarinis ir nuasmeninantis, o domėjimasis tiek psichikos pacientų praeitimi, tiek dabartimi išlieka labai menkas, todėl nenuostabu, kad visuomenė linkusi nekvestionuodama perimti šiuos demonizuojančius vaizdinius kaip atitinkančius bendresnio pobūdžio pasakojimus apie Sovietų Sąjungą.

Kita vertus, ne tik tarp buvusių sovietinių psichiatrijos ligoninės darbuotojų (paprastai užėmusių vadovaujančias pareigas), bet ir istoriografijoje esama teigiamų sovietinių psichiatrijos ligoninių ar visos sovietinės psichiatrijos vaizdinių. Sovietų oficialiame diskurse propaguotą mintį apie „geresnę nei Vakaruose“ psichiatriją kartais paremdavo ir Vakarų autoriai, išvelgę sovietinės psichiatrijos sistemos pažangą ir pranašumus (Calloway 1992: 219).

Taigi klausimas apie buvimą sovietinėje psichiatrijos ligoninėje atsiduria tarp dviejų polių, o ištrūkti iš šių vaizdinių gali padėti bandymas rekonstruoti pacientų patirtį, juk, kaip pažymėjo Nancy Tomes, pacientų perspektyva ir ypač jų sakinys gali gražinti žmogiškumo elementą ir demistifikuoti milžinišką biurokratinę organizaciją, kokia yra virtusi visa modernioji medicina (Tomes 1991: 608). Jau anksčiau atlikta Lietuvos sovietinių psichiatrijos ligoninių pacientų ir jų artimųjų rašytų skundų, kuriuos būtų galima traktuoti kaip vieną tokių liudijimų rūšių, analizė (Vaiseta 2014a) atskleidė pasikartojantį motyvą – nuostabą ar net šoką, patiriamą patekus į psichiatrijos ligoninę: „Š. m. sausio mėn. 5 d. aš pats savo noru atvykau į Resp. N. Vilnios psichoneurologinę ligoninę, kaip į oficialią valstybinę organizaciją. Bet čia radau didžiulę betvarkę“ (Lietuvos centrinis valstybės archyvas (toliau – LCVA) F R-769, ap. 1, b. 2831, l. 212). Šią nuostabą galima interpretuoti kaip tikrovės neatitikimą tų lūkesčių, kuriuos suformuoja šio skundo autoriaus, kaip paciento, savęs suvokimas. Tačiau svarbus yra ne tik šis specifinis subjektyvus savęs suvokimas, t. y. klausimas, ką reiškia būti psichikos pacientu, bet ir pati tikrovė, kuri tą konfliktą su savuoju „aš“ kūrė, t. y. klausimas, ką reiškia būti tam tikroje socialinėje aplinkoje. Ta tikrovė galėdavo tiek skirtis nuo kasdienės, įprastos žmonių patirties, kad atsidūrę psichiatrijos ligoninėje, jie pasijusdavo patekę į kitą pasaulį, arba vieno skundo autoriaus žodžiais: „Kaip būk tai yra atskira valstybė“ (LCVA F R-769, ap. 1, b. 4952, l. 319).

<sup>1</sup> Goffmanas, žinoma, nebuvo vienintelis XX a. šeštajame dešimtmetyje prasidėjusios tradicinės psichiatrijos kritikos atstovas. Ją stipriai kritikavo, pavyzdžiui, socialinio konstruktyvizmo šalininkai, kartais ir labai radikalčiai, kaip Thomas Szaszas, aiškinęs, kad psichikos ligų pagrindas yra ne anatominis ar fiziologinis, o tik psichosocialinis ir etninis (Szasz 1970: 15), arba „socialinių etikečių“ teorijos atstovai, kaip Thomas Scheffas, rašęs, kad būtent etikečių klįjavimas yra svarbiausia psichikos ligų priežastis (Scheff 1966). Šiam diskursui taip pat svarbūs praktiškai teorinę kritiką taikę veikėjai, pavyzdžiui, Italijos psichiatrijos sistemos reformatorius Franco Basaglia ar Bordo eksperimentinėje psichiatrijos klinikoje dirbęs Félixas Guattari. Tačiau Goffmaną galime laikyti pateikusių nuosekliausią psichiatrijos ligoninės analizę mikrosociologiniu pjūviu.

Sovietmečiu psichiatrijos ligoninėse pacientai buvo gydomi nuo poros savaičių iki kelių mėnesių ar metų. Pasitaikydavo ir tokių, kurie ten praleisdavo visą gyvenimą – nebūtinai dėl savo sveikatos būklės, kartais jie tiesiog nebeturėdavo kur išeiti, nes jų išsižadėdavo artimieji. Be to, paprastai pacientų judėjimas anapus ligoninės teritorijos, apskritai kontaktas su išoriniu pasauliu buvo draudžiamas arba stipriai suvaržytas. Taigi palyginti ilgą laiką ligoninėje praleidžiantys pacientai turėjo ją suvokti kaip (kad ir laikiną) vienintelę gyvenamąją aplinką ir tikrovę. Pacientai šią aplinką suvokdavo kaip jų būklės, padėties ir požiūrio į juos atspindį – patekimas į tokią ligoninę neišvengiamai sukurdavo atskyrimo nuo įprasto sociumo ir atsidūrimo naujų taisyklių ir normų pasaulyje pojūtį. Tai tarsi suformuodavo žmogui naują socialinį vaidmenį ir jo vertę, kurią jis mėgindavo suprasti ir vertindamas jam tam tikra prasme primestą aplinką.

Tad šio straipsnio pagrindinis tikslas – išnagrinėti buvimą psichiatrijos ligoninėje sovietmečiu ne kaip tam tikro psichiatrijos modelio nulemtą terapinį poveikį ar savęs kaip paciento suvokimą, o kaip patekimą į kitonišką mikrosocialinę tikrovę ir atsakyti į klausimą, kas ir kaip galėjo nulemti šį kitoniškumą. Mikrosocialinė tikrovė suprantama kaip susidedanti iš trijų pagrindinių komponentų: (1) fizinė aplinka ir sąlygos, kurios struktūravo erdvę ir buvimą joje, (2) nustatytos formalios institucinės taisyklės, nulemdavusios paciento statusą ir elgesį su juo, ir (3) susiklostę neformalūs santykiai, normos ir praktikos, kurios pacientus veikdavo ir kurių pats pacientas imdavosi. Tokiu būdu istorinė psichiatrijos ligoninės socialinės aplinkos rekonstrukcija bus derinama su medicinos antropologijai rūpima prieiga, keliančia klausimą apie „psichikos paciento“ socialinį ir kultūrinį savitumą.

Mikrosocialinei erdvei, į kurią patekdavo pacientai, rekonstruoti pasirinktas vienos ligoninės atvejis – tai Vilniaus psichiatrijos ligoninė, Vasaros gatvėje įkurta dar prieš Antrąjį pasaulinį karą ir veikianti iki šiol. Per ilgą gyvavimo laikotarpį jos pavadinimai nuolat kito, todėl čia pasirinktas apibendrintas jos įvardijimas. Vilniaus psichiatrijos ligoninė yra vienintelė tokio profilio ligoninė Lietuvoje, veikusi visą sovietmečio laikotarpį, todėl ji suteikia galimybę analizuoti pacientų patirtį ne kaip statišką, o kaip istoriškai dinamišką reiškinį, šiuo atveju apimantį 1944–1990 m. tarpsnį. Kitur trumpai jau yra aptartos priežastys, lėmusios šios ligoninės sąlygišką modernumą bendrame sovietų Lietuvos psichoneurologinių ligoninių tinkle (Vaiseta 2016: 74), todėl ir pacientų patirtis šioje ligoninėje turėjo kiek skirtis nuo patekimo į kitas ligonines. Kita vertus, visos ligoninės priklausė tai pačiai sveikatos apsaugos sistemai, o platesne prasme – ir tai pačiai politinei, socialinei ir kultūrinei aplinkai, todėl greičiausiai vertėtų kalbėti daugiau apie šios ligoninės pacientų ir kitų ligoninių pacientų patirties bendrystes nei skirtumus.

## Šaltiniai ir metodologinės pastabos

Kaip matyti, poreikis nagrinėti sovietinę psichiatriją iš paciento perspektyvos čia bus realizuojamas ne tik mėginant žiūrėti „paciento akimis“, t. y. nagrinėjant subjektyvų patyrimą ir kuriamas reikšmes, bet ir išorinius veiksnius, t. y. istorinę „objektyvią“ tikrovę, į kurią buvo reaguojama ir kuri tą patyrimą formavo. Todėl analizei pasirinkti skirtingų tipų šaltiniai: 1) archyviniai dokumentai (LSSR sveikatos apsaugos ministro įsakymai, ligoninės direktoriaus įsakymai, ligoninės Gydytojų ir medicinos seserų konferencijų protokolai, Gydytojų tarybos posėdžių protokolai, ligoninės medicinos ataskaitos); 2) pacientų ir jų artimųjų rašyti skundai, saugomi LSSR Sveikatos apsaugos ministerijos fonde, ir 3) septyni interviu su buvusiais šios ligoninės pacientais. Dvi paskutinės šaltinių grupės psichiatrijos istorijos tyrinėjimų kontekste kelia tam tikrų papildomų metodologinių klausimų. Pirmąją grupę – skundus – esame jau aptarę (Vaiseta 2015), todėl čia trumpam stabtelsime prie interviu kaip sakinės istorijos metodo.

Jo privalumai ir trūkumai jau ne kartą nagrinėti (pvz., Thompson 2005; Abrams 2010), tačiau nepaisant visų problemų, kurias šis metodas kelia, paprastai pripažįstama, kad kartais tai yra vienintelis būdas išgirsti balsus tų, kurie tradiciškai negirdimi ar nutildomi (Abrams 2014: 91), o tai ypač pasakytina apie psichikos pacientus kaip socialinę grupę (Malacrida 2006; Davies 2001).

Šiame straipsnyje visų taikomų kokybinių pusiau struktūruotų interviu pateikėjai yra vyrai, kurie buvo patekę į Vilniaus psichiatrijos ligoninę praėjusio amžiaus aštuntame ir devintame dešimtmečiais, kartais – po kelis kartus, ir ne visada į tą pačią ligoninę. Hospitalizavimo trukmė labai įvairuoja ir pateikėjai retai galėdavo pasakyti tiksliai: „Aš gulėjau ne vieną kartą, o du kartus. Neskaičiavau diena diena, bet arti metų pragulėjau, ar tai devynis mėnesius, ar nežinau...“ (Interviu su R. M., 2014). Patekimo į ligoninę metu pateikėjų amžius buvo nuo 16 iki 30 metų, o pokalbio metu jiems buvo maždaug 55–70 metų. Apklausiamiesiems asmenims buvo leidžiama pasirinkti, kur atlikti interviu – jų privačioje erdvėje (namuose) ar kitoje ne viešoje vietoje, laikantis svarbiausio principo – užtikrinti tokią pokalbio atmosferą, kuri netrikdytų jų pasakojimo ir leistų užmegzti tarpusavio pasitikėjimą. Interviu trukdavo nuo 1 iki 3 valandų.

Pateikėjų lyties ir amžiaus sutapimas nėra atsitiktinis: psichikos pacientų išgyvenimai yra labai jautri, intymi ir privati tema, todėl siekis prakalbinti žmones apie dažnai ne pačius lengviausius jų gyvenimo epizodus yra sunkiai realizuojamas, tad dauguma pateikėjų buvo surasti naudojantis vadinamuoju „sniego gniūžtės“ būdu – vienas pateikėjas rekomenduodavo kitą (paprastai prieš tai jo paties atsiklausdamas), šis – dar kitą ir t. t. Faktiškai visi jie priklausė vėlyvojo sovietmečio socialiai maištavusiai jaunimo grupei ir tai (bent iš dalies) tapdavo jų patekimo į psichiatrijos ligoninę priežastimi: tik du iš jų nurodė turėję realių

psichikos sveikatos problemų – vienas vartojęs narkotikus ir buvęs fiziškai bei psichiškai išsekęs, kitas – iš tiesų sirgęs, o kiti kaip patekimo priežastį nurodydavo sąmoningą pasirinkimą išvengti tarnybos sovietinėje armijoje, milicijos bausmę už drastišką viešą performansą ar nepaklusnumą (bėgimas iš namų, keliavimas į kitas respublikas be suaugusiųjų žinios), dėl kurio patys tėvai nuveddavo savo vaikus į ligoninę. Jiems formaliai nustatytas diagnozes sužinoti faktiškai neįmanoma, nes pacientų bylos neprieinamos dėl asmens duomenų apsaugos, o patys psichikos pacientai sovietmečiu retai būdavo supažindinami su tikslia diagnoze:

Ta diagnozė <...> atsirasdavo dokumentalizuota kariniam biliete, ir kariniame biliete prie nomenklatūros, kur yra nurodoma, kad esi atleidžiamas nuo prievolės tarnauti armijoje, yra įrašytas skaičius 4. Niekad nesu matęs oficialaus dokumento, kur būtų iššifruota ta nomenklatūra, bet tokiu visuotiniu supratimu ar sutarimu <...> „4“ egzistavo kaip „paprastoji schizofrenija“ ar „šizofrenija“ (Interviu su K. S., 2014).

Arba:

<...> man davė invalidumą ir buvo užrašyta diagnozė „Fizinis ir nervinis išsekimas“. Bet aš įtariu, kad ten po ta diagnoze jie man bruko šizofreniją. Bet šiaip ar taip formuluotė buvo tokia (Interviu su O. Z., 2014).

Analizuodami iš šių pateikėjų surinktą medžiagą, turime atsižvelgti į tai, kad susiduriame su ypatinga žmonių grupe, kuri yra pažymėta medicinos diskurso suformuota „paciento“ ar „ligonio“ etikete, ir tai sukelia papildomų iššūkių (Condrau 2007; Winslow, Smith 2011). Sovietinėje ir posovietinėje erdvėje „psichikos pacientas“ faktiškai visada pasižymi stipria socialine stigma. Jos egzistavimas gali turėti įtakos pateikėjo ir klausėjo santykiams: viena vertus, pateikėjas gali nepasitikėti klausėju, nenorėti atskleisti tam tikrų biografinių faktų, juos koreguoti arba apskritai neigti savo „ligą“, kita vertus, stigmatizacija, kaip sociokultūrinis procesas, gali paveikti ir klausėją, todėl šis taip pat gali *a priori* nepasitikėti pateikėjo pasakojimu arba užduoti klausimus, kurie paskatintų pateikėjo „aukos“ statusą. Tačiau ne mažiau svarbus ir kitas klausimas – ar net įvertinę stigmatizacijos grėsmę, neturėtume abejoti tuo, ką pateikėjas sako? Net jeigu jo ar jos žodžiai yra nuoširdūs, ar tai visada reiškia, kad jie supranta, ką sako? Šios problemos negalime čia išspręsti, tačiau turėtume pažymėti, kad pateikėjų atsakymai atrodo adekvatūs ir priežastčių juos atmesti nebuvo.

Pats „sniego gniūžtės“ metodas, žinoma, taip pat turėjo įtakos surinktos informacijos pobūdžiui – šios grupės patirtis tam tikrais aspektais gali būti nereprezentatyvi: pavyzdžiui, šių pateikėjų pasakojimuose pasikartojantys motyvai nebūtinai gali būti apibendrinti kaip būdingi daugumai pacientų, nes tai gali būti tik šios – tam tikrais socialiniais ryšiais susietos – grupės ypatybė. Be to, jei-

gu pripažinsime šių pateikėjų nurodytas patekimo į ligoninę priežastis (vyrauja socialinio nepaklusnumo, o ne medicininių sutrikimų motyvai), metodologiškai galima būtų kvestionuoti jų kaip psichikos pacientų statusą, t. y. ar jie apskritai atspindi „tikrų“ psichikos pacientų patirtį. Tačiau šiuo atveju vertėtų pakartoti, kad šiame straipsnyje siekiama nagrinėti ne pacientų suvokimą, bet mikrosocialinę tikrovę, o šios grupės nariai patekdavo ir gyvendavo toje pačioje erdvėje ir (ne)pakludavo toms pačioms taisyklėms, kaip ir kiti pacientai, ir ši bendrystė leidžia iš jų patirties pateikti išvalgas, kurias būtų galima taikyti ir platesnei psichikos pacientų daliai.

Suprantama, kokybiniai, nedidelės imties (septyni) interviu negali pretenduoti nei į visų sovietinio periodo Vilniaus psichiatrijos ligoninės pacientų, nei juo labiau į visos Lietuvos ligoninių pacientų reprezentaciją ir leidžia daugiau kelti prielaidas nei formuluoti griežtas išvadas. Kita vertus, ši nereprezentatyvumo problema bent iš dalies mėginama spręsti pasitelkiant kitų rūšių šaltinius – skundus, kuriuose savaip užfiksuoti kitų pacientų ar jų artimųjų pasakojimai, ir instituciniai dokumentai, padedantys rekonstruoti ligoninės gyvenimo taisykles, sąlygas bei aplinkybes ir kartu patikrinti, patikslinti ar papildyti pateikėjų pasakojimus.

## **Modernios ligoninės formavimasis ir institucionalizacija sovietų Lietuvoje**

XIX a. pabaiga ir XX a. pirmoji pusė žymi laikotarpį, kai dauguma prieglaudų pamažu transformavosi į psichiatrijos ligonines pagal modernią jų sampratą. Šiai transformacijai suprasti tinka sociologo Talcotto Parsonso išskirtos keturios pagrindinės psichiatrijos ligoninės funkcijos. Pirmąsias dvi – globą (pasirūpinti sergančiu individu, jo poreikiais, jam esant „ligos būklės“) ir apsaugą (socialinių interesų, kuriems gali kelti grėsmę psichikos ligonio būklė) (Parsons 1957: 110) – atlikdavo tradicinės psichiatrijos prieglaudos, į kurias paprastai būdavo uždaromi sunkūs, nevaldomi, neprognozuojami ir likimo valiai palikti ligoniai. XX a. pirmoje pusėje suintensyvėjusi psichiatrijos raida paskatino išrasti efektyvesnių (poveikio, bet nebūtinai išgydymo prasme) priemonių, dėl kurių tradicinės globojimo ir (ap)saugojimo institucijos galėjo įgyti naują funkciją – terapiją.

Ši funkcija, kurią Parsonsas vadina „procesų kompleksu, orientuotu į paciento išgijimą nuo ligos“, laikytina pagrindine modernios psichiatrijos ligoninės funkcija ir jos formavimosi esmine sąlyga. Terapiniais veiksmais siekiama panaikinti patologinius požymius ar bent juos sumažinti tiek, kad pacientas atgautų „normalią“ psichosomatinę pusiausvyrą ir / arba galėtų „normaliai“ atlikti savo socialinius vaidmenis (Parsons 1957: 111). Susiformavusią terapijos funkciją neišvengiamai turėjo papildyti ir kita funkcija – socializacija, mat norint

atlikti terapiją, reikia pacientą paversti ligoninės organizacijos visateisiu „nariu“. Kaip pabrėžia Parsonsas, čia ypač svarbu, kad pacientas internalizuotų ligoninės vertybes, o šis procesas remiasi bendra sveikatos vertybių institucionalizacija visuomenėje ir ligos, kaip nukrypimo nuo sveikatos, apibrėžimu. Tad ligoninė yra ta vieta, kurioje siekiama, kad žmogus pripažintų ligą ir prisiimtų paciento vaidmenį.

1920 m. Vilniaus Sapiegų parke stovėję rūmai buvo paversti ligonine tuberkulioze sergantiems žmonėms, o 1927 m. ji transformuota į psichiatrijos ligoninę. Apie lenkų valdomame Vilniuje veikusią ligoninę kol kas žinoma labai nedaug, jokių istorinių tyrimų dar nėra atlikta, tačiau panašu, kad nuo pat pradžių ji organizuota kaip psichiatrijos ligoninė pagal modernią jos sampratą, t. y. siekta organizuoti terapinę funkciją: bendradarbiauta su Stepono Batoro universiteto Medicinos fakulteto Nervų ir proto ligų klinika, Kairėnuose įkurta kolonija nepagydomiems ligoniams, 1930 m. į ligoninę buvo perkeltas profesorius Maksymiliano Rose's vadovaujamas Smegenų tyrimo institutas. Tačiau to meto terapinių priemonių išsivystymo lygis neleidžia kalbėti apie galimybę vykdyti efektyvią terapijos funkciją (pavyzdžiui, tuo metu novatorišką elektrokonvulsinę terapiją Antanas Smalstys pradėjo taikyti 1940 m. (Vaičiūnas 1943: 11–14)), todėl ikikarinio laikotarpio ligoninę galime vadinti tik modernios ligoninės užuomazga.

Antrojo pasaulinio karo metais, nacių okupacijos laikotarpiu, kalbėti apie terapijos funkciją apskritai sudėtinga. Pirmieji šio laikotarpio Vilniaus psichiatrijos ligoninės istorijos tyrimai rodo, kad būta ne tik žydų tautybės pacientų išvežimų iš ligoninės į Panerių masines žudynes (Andriešis, Dembinskas 2006: 83–84), bet, kaip tvirtina vokiečių istorikas Björnas M. Felderis, ir intencionalaus pacientų marinimo badu (Felder 2013: 266–267), ir daug klausimų keliančio elektrokonvulsijos taikymo fiziškai išsekusiems, badmiriaujantiems pacientams, o tai galėję juos priversti prie mirties (Felder 2013: 262). Galiausiai dėl lenkų tautybės žmonių repatriacijos ir grįžusių sovietų pradėtų represijų stipriai nukentėjo vietos personalas (Vaiseta 2014b), todėl pokario metais ligoninė savo veiklą turėjo atkurti faktiškai nuo nulio.

Nuo 1944 m. prasidėjusi nauja sovietizacija psichiatrijos srityje reiškė ekstenyvią institucinę plėtrą – institucionalizaciją, t. y. steigimą stacionarios globos institucijų, kur „gyventojai yra izoliuoti nuo bendruomenės ir yra priversti gyventi kartu; negali patys kontroliuoti savo gyvenimo ir dalyvauti priimančiais sprendimais dėl jų pačių; įstaigos taisyklės turi viršenybę gyventojų poreikių atžvilgiu“ (Pūras, Šumskienė, Veniūtė ir kt. 2013: 72). Ši institucionalizacija buvo nulemta ne tik režimo siekiu įdiegti sovietinę sveikatos apsaugos sistemą okupuotuose kraštuose, bet ir politinių sprendimų visos Sovietų Sąjungos mastu. 1949 m. po svarstymo SSRS Sveikatos apsaugos ministerijoje jos vadovas priėjo prie išvados, kad situacija psichiatrijos srityje yra blogiausia visoje sveikatos apsaugos sistemoje (Zajicek



2009: 106–107), todėl padėčiai taisyti buvo priimtas sprendimas pastatyti didelį skaičių naujų ligoninių ir 50 proc. išplėsti stacionarių lovų skaičių. Be to, 1949 m. SSRS sveikatos apsaugos ministras pasirašė įsakymą, kuriuo buvo reorganizuota visa SSRS ligoninių ir dispanserių sistema. Pagal naują sistemą turėjo būti trijų tipų psichiatrijos institucijos: psychoneurologinė ligoninė, psychoneurologinis dispanseris ir psichiatrinės kolonijos (Zajiček 2009: 225).

Užsibrėžta institucionalizacijos programa buvo pamažu įgyvendinama. Okupuotoje Lietuvoje jos apimtis buvo netgi didesnė nei Rusijoje: penktame dešimtmetyje šalyje veikė vos dvi psichiatrijos ligoninės, o šešto dešimtmečio pabaigoje buvo jau šešios. Vėlesniais metais daugiau buvo stengiamasi plėsti dispanserių sistemą, kuri, nors ir teikė nestacionarią pagalbą, tačiau buvo tos pačios institucinės sistemos tęsinys. Vis dėlto ir tuomet buvo atidarytos dar trys psichiatrijos ligoninės ir viena uždaryta. Taigi per sovietinės okupacijos dešimtmečius Lietuvoje buvo išplėtota ir įtvirtinta institucionalizuota psichiatrijos sistema.

Psichiatrijos sovietizacija, žinoma, reiškė kur kas daugiau nei sovietinės sveikatos apsaugos sistemos įdiegimas ir jos paskatinta institucionalizacija. Į sovietinės psichiatrijos sistemą įtraukta Lietuvos psichiatrija turėjo laikytis sovietinės psichiatrijos modelio (žr. plačiau Vaiseta 2016), ji taip pat buvo atkirsta nuo tarpukariu prasidėjusio bendradarbiavimo su Vakarų Europos kolegomis ir vakarietišku idėjų įtakos. Tačiau sovietinės psichiatrijos modelio diegimas reiškė ir terapijos kaip svarbiausios funkcijos įtvirtinimą. Taigi pamažu susiformavo moderni psichiatrijos ligoninė.

Pokario metais Vilniaus psichiatrijos ligoninė tapo svarbiausia psichiatrijos įstaiga visoje sovietų Lietuvoje. Respublikinio psichiatrijos centro statusą ji išlaikė iki septinto dešimtmečio pradžios, o nenutrūkęs bendradarbiavimas su universitetu išlaikė didelę jos reikšmę ir vėlesniais metais, nors aptarnavimo zona gerokai susitraukė (nuo visos LSSR teritorijos iki Vilniaus ar net vieno jo rajono).

Svarbu pabrėžti, kad faktiškai per visą tiriamąjį laikotarpį ligoninė išlaikė dualistinę paskirtį – jos terapija buvo orientuota į psichiatrijos ir neurologijos pacientus, pagal tai organizuoti ir ligoninės skyriai. Tačiau šiame straipsnyje bus nagrinėjami tik psichiatrijos skyriai ir jų pacientų patirtis. Beje, psichiatrinuose skyriuose buvo gydomi ir alkoholizmu (paprastai sunkiomis ir ūmiomis formomis) sergantys asmenys, o aštunto dešimtmečio pabaigoje buvo atidarytas atskiras narkologinis skyrius. Lovų skaičius ligoninėje kito: iš pradžių nuo 300 (1945) augo iki 860 (1960), vėliau šis skaičius buvo maždaug 400. Per metus priimamų pacientų skaičius nuo kelių šimtų pirmaisiais pokario metais išaugo beveik iki 5 tūkst. devinto dešimtmečio pradžioje. Per metus priimti didesni skaičių pacientų ligoninė pajėgdavo trumpindama hospitalizacijos trukmę.

## Fizinės aplinkos lygmuo: pacientų erdvė

Vilniaus psichiatrijos ligoninės pastatai nukentėjo per karo veiksmus, tačiau ši žala nebuvo tokia didelė, kad ji negalėtų toliau funkcionuoti (išskyrus vieną skyrių). Vis dėlto pokario metais daugumos pastatų būklė buvo labai prasta, kai kurių – avarinė. Tuo metu prasidėję remonto darbai tapo permanentiniais. Faktiškai kiekvienų metų ataskaitoje būdavo nurodomi atlikti darbai, tačiau dar daugiau būdavo pabrėžiama prasta pastatų būklė, vandentiekio ar ventiliacijos stoka, o ypač – erdvės trūkumas, kurią aštrino ekstensyvi ligoninės plėtra (priimamų pacientų skaičius sparčiai augo) – reikėjo ne kosmetinio sutvarkymo, o naujų pastatų statybos. Ligoninė tarsi gyveno nuolatinės krizės sąlygomis – vieno pastato kapitalinis remontas ne išspręsdavo problemą, o tik laikinai palengvindavo esamą padėtį.

Žinoma, ilgainiui išorinis ligoninės vaizdas iš lėto keitėsi, tačiau permainos nepanaikino pagrindinės problemos – chroniško patalpų trūkumo. Tad nenuostabu, kad 1989 m. žurnalistė ligoninės patalpas apibūdino kaip „apleistas ir prikimštas“, o cituojamas gydytojas Raimondas Milašiūnas patvirtina: „Patalpos tikrai baisios, šeštoje palatoje pacientų buvo dvylika, o šiaip – po trisdešimt“ (Adomaitytė 1989: 4).

Ką reiškia pacientų „prikimštos“ ligoninės patalpos? Ką reiškia būti „prikimštoje“ palatoje?

Patekimas į ligoninę reiškia atsidūrimą uždaroje, disciplinuotoje erdvėje, kurioje susidūri su kitais panašios būsenos žmonėmis. Kad ir kaip šios būsenos būtų išgyvenamos, ko gero, galima teigti, kad susiduriama su asmenimis, turinčiais labai jautrų, dirglų, sudėtingą santykį su aplinka ir aplinkiniais žmonėmis<sup>2</sup>. Tik atsižvelgus į šios būsenos išskirtinumą galima mėginti suvokti, ką reiškia atsidurti psichiatrijos ligoninėje ir ką reiškia atsidurti „prikimštoje“ psichiatrijos ligoninėje, ypač neramių pacientų skyriuose.

Iki Antrojo pasaulinio karo, o greičiausiai bent iš dalies ir per karą, ir keleri metai po jo psichiatrijos ligoninės (taip pat ir Vilniaus) buvo kupinos pacientų riksmų, dejonių, aimanų, nenutrūkstamo kalbėjimo. Skyriuose įtampą kėlė pacientų tarpusavio santykius ir santykius su medicinos personalu komplika-

<sup>2</sup> Trejus metus vienos psichiatrijos ligoninės neramių pacientų skyrių tyrinėję psichiatras Alfredas H. Stantonas ir sociologas Morrisas S. Schwartzas yra pateikę tokį spėjimą – vieną iš galimų psichikos ligonio vidinės būsenos apibūdinimų: „Sunku įsivaizduoti, ką subjektyviai reiškia būti psichikos ligoniu; būti taip įsibaiminusiui, kad kiekvienas aplinkos aspektas atrodo keliantis grėsmę egzistencijai; išgyventi pasaulį kaip netikrą ir „išorę“ matyti kaip išskydusią struktūrą be turinio; jaustis suvaržytam ir uždarytam ar uždusintam, norėti tam pasipriešinti ir tuo pasipiktinti, bet nerasti būdų, kaip tai išreikšti; išgyventi absoliučią, desperatišką ir nesibaigiančią vienatvę, neturint vilties, kad tai pasikeis; jausti, kad visoje visatoje nėra nė vieno žmogaus, kuris tave supras; manyti, kad tavo veiksmai neturi poveikio ir kitų veiksmai nedaro poveikio tau“ (Stanton, Schwartz 1954: 169–170).

vęs neprognozuojamas dalies pacientų elgesys, kurį medicinos personalas galėjo kontroliuoti faktiškai tik fizinėmis priemonėmis (pririšti prie lovos, užvilkti tramdomuosius marškinius). Tad patys psichiatrai bendrąjį triukšmo ir sunkiai pažabojamo elgesio nuslopinimą suvokė kaip modernėjančios psichiatrijos ženklą. Tikrą palengvėjimą – gydytojų požiūriu – lėmė šešto dešimtmečio pradžioje prasidėjusi psichofarmakologijos revoliucija – naujų vaistų išradimas. Juos apardamas vienas psichiatras rašė: „Jie [vaistai, – *aut. past.*] per trumpą laiką nuramindavo net tokius, kuriems nuraminti anksčiau nebuvo jokių priemonių. Pradėjus gerti šiuos vaistus, psichiatrinių ligoninių nebegalima buvo atpažinti – jos pasidarė tylios ir ramios, niekuo nesiskyrė nuo kitų ligoninių“ (Šurkus 1963: 12). Sovietinei psichiatrijai pagrindiniu vaistu neramiems ligoniams nuslopinti tą patį dešimtmetį tapo aminazinas. 1956 m. Vilniaus psichiatrijos ligoninės medicinos ataskaitoje rašoma, kad aminazinas padarė „neįkainojamą paslaugą“ kaip priemonė ūmiems ligoniams numalšinti, jis iš kitų priemonių išskirtas kaip veiksmingiausias (LCVA F R-505, ap. 1, b. 59, l. 18, 24). Po dvejų metų buvo teigiama, kad dėl aminazino stipriai pasikeitė padėtis neramiųjų pacientų skyriuose, esą sumažėjo agresijos proveržio atvejų ir netvarkingų ligonių skaičius (LCVA F R-505, ap. 1, b. 74, l. 7).

Tačiau net išplitęs slopinamųjų vaistų skyrimas ligoniams nuraminti negalėjo visiškai panaikinti pacientų „susijaudinimo“ ir kylančių konfliktų, ir tai lėmė ne tik „objektyvios“, psichikos ligos prigimties sąlygotos priežastys. Vienas pagrindinių to veiksnių Vilniaus psichiatrijos ligoninėje – stacionarizacijos masių ir galimybių neatitikimas, t. y. neadekvatus pacientų ir lovų santykis, ekstenzyviai plėtrai nepritaikytos patalpos, dėl ko ligoninėje susidarydavo psichikos ligonių perteklius.

Pacientų gausėjimą iš pirmo žvilgsnio nesunku paaiškinti bendrais demografiniais rodikliais – sovietų Lietuvoje augo bendras gyventojų skaičius ir vyko urbanizacija, kuri skatino miestų (šiuo atveju – Vilniaus) demografinę plėtrą. Kita vertus, šių demografinių rodiklių augimą turėjo bent iš dalies amortizuoti tai, kad Vilniaus psichiatrijos ligoninės aptarnaujama zona traukėsi. Be to, psichiatrijos ligoninių buvo statoma vis daugiau. Tačiau išskyrus keletą pirmųjų metų ir 1969 m., pacientų skaičius ligoninėje visada viršydavo turimų lovų skaičių, kitaip sakant, į ligoninę būdavo priimama daugiau pacientų, nei leisdavo jos galimybės. Pavyzdžiui, 1961 m. pabaigoje ligoninėje buvo beveik 80 pacientų daugiau nei lovų, 1972 m. pabaigoje – 70 pacientų daugiau, 1981 m. pabaigoje – taip pat 70 pacientų. Tad nuo šeštojo dešimtmečio medicinos ataskaitose tapo būdingi tokie vaizdai: „Dviejų ligonių buvimas vienoje lovoje, tankios čiužinių eilės ant grindų nakties metu tapo įprastu reiškiniu“ (LCVA F R-505, ap. 1, b. 47, l. 11) ar „[p]sichiatriniai skyriai ataskaitiniais metais buvo taip perpildyti, kad trūko ne tik lovų, bet ir oro“ (LCVA F R-505, ap. 1, b. 52, l. 5).

Plėtojamos nestacionarios dispanserinės funkcijos šios problemos nepadėjo išspręsti. Priešingai – dispanseriui keliamas tikslas išaiškinti kuo daugiau psichikos ligonių ne tik prisidėjo prie dispanseryje gydomų pacientų skaičiaus didėjimo, bet ir stacionariai gydomų ligonių skaičiaus, nes dalis „išaiškintųjų“ taip pat būdavo trumpesniai ar ilgesniai laikui hospitalizuojami. Tad aktyvesnė dispanserio veikla reiškė didesnę hospitalizuojamųjų kiekį. Tokio stacionaraus gydymo reikšmės išsaugojimas per visą sovietmetį neturėtų stebinti, nes pati sovietinė sistema buvo grįsta stipriai centralizuotu ir biurokratizuotu valdymu, kuriuo valstybė per įvairias institucijas ir organizacijas siekė kontroliuoti visas gyvenimo sferas, o psichikos ligoniai, laikyti rizikos grupė socialiniu ir politiniu požiūriu, sulaukdavo išskirtinės kontrolės. Aišku ir tai, kad pacientų gausėjimą lėmė ir sovietinės psichiatrijos adaptuotas modelis, pagal kurį buvo taikytos platesnės nei kitose šalyse kai kurių psichikos ligų sampratos (pirmiausia schizofrenijos), o jo suponuojami gydymo metodai buvo orientuoti į stacionarią terapiją (pavyzdžiui, insulino šoko terapija, elektrokonvulsinė terapija, kt.) (plačiau žr. Vaiseta 2016).

Pacientų perteklius tikrovėje reiškė jų kasdienį susigrūdimą ankštose skyrių patalpose. Vadinas, jiems formaliai skirta erdvė turėjo būti perskirstyta: į vieną lovą guldoma po du (ar net tris) pacientus, palatose lovos sustumiamos viena šalia kitos, o koridoriuose ir kitose vietose nakčiai patiesiami čiužiniai. Tokiomis sąlygomis paguldyti pacientai ir juos lankantys artimieji patirdavo šoką, pyktį, apmaudą, neviltį:

Jeigu psichiatrinės ligoninės gydytojų paklaustumėt, jie atsakytų, kad gydo ligonius gerai. O tai, kad ligoniai guli ant grindų, po du žmones vienoje lovoje, pririšti, prašo sanitarų atsigerti, o tie tingi paduoti vandens, dūsta nuo blogo oro, tualetu durys neužsidaro, palata perpildyta ligonių, niekam nerūpi. Juk psichiniai ligoniai sveikata nesiskundžia, jie nieko nesupranta (LCVA F R-769, ap. 1, b. 2254, l. 15).

Pacientų perteklius ir jų susigrūdimas veikė visą ligoninės gyvenimą ir funkcionavimą. Padėtį sunkino tai, kad palatos buvo didelės, vienoje patalpoje stovėdavo 15–20 lovų.

Asmeninės erdvės, elementarių sąlygų poilsui bei ramybei stoka kėlė įtampą ir jaudino pacientus.. Tai ne tik veikė jų vidinę būseną, terapijos procesą, bet ir skatino konfliktines situacijas ir agresyvų, neprognozuojamą elgesį, kuris didino patiriamų traumų skaičių. Konflikto priežastimi tapdavo ir pati lova – ant grindų miegantis pacientas galėjo nuspręsti savarankiškai išsikovoti galimybę miegoti patogiau ir užimti kitam pacientui skirtą vietą (LCVA F R-769, ap. 1, b. 2258, l. 101).

Patalpų ankštumas ir erdvės stygius taip pat neleisdavo pagal numatytą planą organizuoti ligonių gydymo, t. y. vykdyti griežto pacientų profiliavimo

pagal skyrius ir palatas (tai daugiausia taikytina šeštam ir septintam dešimtmečiams), nes kai kuriuos pacientus tekdavo guldyti ne pagal nustatytą diagnozę, o prisitaikius prie konkrečių metu susiklosčiusios padėties. Tokiu būdu ne visada pavykdavo neramiuosius pacientus atskirti nuo ramiųjų, chroniškus nuo naujai susirgusių, vaikus nuo suaugusiųjų. Tai taip pat veisdavo pacientų būseną ir didino agresijos ar piktnaudžiavimo prieš pacientus riziką. Pavyzdžiui, 1955 m. ataskaitoje rašyta, kad kartu su sergančiais schizofrenija paguldyti alkoholikai juos įvairiais tikslais išnaudojo ir skriaudė (LCVA F R-505, ap. 1, b. 52, l. 5). Kita svarbi nefunkcionuojančio profiliavimo pasekmė – infekcijų grėsmė. Sergantieji tuberkulioze, poliomielitu ar panašiomis pavojingomis infekcinėmis ligomis ne visada galėjo būti izoliuoti nuo kitų pacientų ir kėlė pavojų juos užkrėsti.

Prie vargano ligoninės vaizdo prisidėdavo nešvarūs ar nuskalbti baltiniai, rankšluosčiai ir patalynė, ant žemės patiesti purvini čiužiniai, basomis kojomis slampinėjantys ligoniai, tvankios palatos remonto laukiančiose nušiuosiose patalpose, nuolat aptinkamos utėlės ir kiti parazitiniai gyviai. 1963 m. vienas pacientas skunde rašė:

Kada ligonis išsirašo tai patalinės nekeičia [i tą] pačia vel guldo ligonius jei tik jis yra sunkesnis arba kas nors iš kaimo atvažiuoja. Tapkių nėra nešiojama visi apsevima savo o spintoje guli keliolika porų visai sudevėti kurios ant koju laiko ir sako jok joms neduoda ir kad greitai plišta, o kiek teko paste[bėt] tai jau 1½ met. tokios pačios guli spintoje ant parodos (LCVA F R-769, ap. 1, b. 2258, l. 103–103v.).

Po šio pareiškimo atvykusi komisija savo surašytame akte neigė, kad nauji ligoniai guldomi į nepakeistą patalynę, tačiau pripažino, kad tais atvejais, kai trūksta lovų ir du pacientai paguldomi į vieną, jiems tenka dalintis viena patalynė. Ji taip pat patvirtino, kad visuose skyriuose šliurės yra nepritaikytos, nes yra per didelės ir greitai suplyšta, todėl dalis ligonių vaikšto basi (LCVA F R-769, ap. 1, b. 2258, l. 101). Šlepečių trūkumas turėdavo konkrečių praktinių pasekmių – esant šaltiems orams, pacientai negalėdavo išeiti pasivaikščioti į kiemą, o vaikščiodami basomis į lovą nešdavo purvą iš tualetų ir kitų vietų.

Tokios ligoninės situacija – erdvės stoka ir prasta higiena – iš pacientų perspektyvos ne tik paversdavo buvimą psichiatrijos ligoninėje sunkiai pakeliamu, bet ir dažnai aiškiai kontrastuodavo su gyvenimu anapus ligoninės sienų, todėl būtent tokia pacientų erdvė skatindavo suvokimą atsidūrus „kitame pasaulyje“, kuriame transformuojasi ne tik fizinė aplinka, bet ir socialinė, taip pat ir žmogaus statusas, kuris kartais skunduose būdavo prilyginamas gyvulio padėčiai būtent dėl materialinės padėties: „Pusė ligonių neturi lovų. Atėjus nakčiai guli ant grindų kaip kolūkio paršeliai. Visą dieną žmonės turi išstovėti ant koju, o jeigu pavargo sėdi ant grindų. Žmonės guli ant nuogų suolų, guli ant nuogų grindų. Ligoninė kište, prikimšta pilna“ (LCVA F R-769, ap. 1, b. 4546, l. 208).

Todėl tokios fizinės pacientų erdvės patyrimas vertintinas kaip svarbus kitiškumo veiksnys: pacientai psichiatrijos ligoninės neatpažindavo kaip „įprastos gydymo įstaigos“ ir tai suponuodavo savo išskirtinės (faktiškai menkinančios) padėties suvokimą.

### **Institucinis lygmuo: disciplinos kūrimas ir jos laužymas**

Psichiatrijos ligoninė, kaip organizacija su savo ideologija, technologija ir struktūra, taip pat yra ir biurokratinė organizacija, nes visų trijų pagrindinių elementų integravimas į vientisą sistemą vyksta biurokratišku būdu. Leonardas P. Ullmannas, aprašydamas psichiatrijos ligoninę kaip biurokratinę organizaciją, yra išskyręs penkis jos aspektus: 1) oficialių funkcijų organizavimas, paremtas taisyklėmis, kurios standartizuoja funkcijų įgyvendinimo praktikas; 2) darbas, teisės ir galia yra sistemiškai padalintos, todėl kiekvienas asmuo žino savo pareigas ir jų ribas, o tuo remiantis jam suteikta galia atlikti savo pareigas; 3) organizacinė hierarchija, pagal kurią kiekvienas žemesnis lygmuo paklūsta esančiam aukščiau; 4) veiklos taisyklės yra techninės, o jų taikymas – racionalus ir priklauso kompetencijai tų asmenų, kurie dėl techninio apmokymo kvalifikuoti jas įgyvendinti; 5) administraciniai veiksmai, sprendimai ir taisyklės formuluojami ir fiksuojami rašytiniais dokumentais, nes normų ir taisyklių įgyvendinimas turi būti interpretuojamas sistemiškai (Ullmann 1967: 127–129).

Sovietinėje psichiatrijos ligoninėje pacientas traktuojamas kaip objektas, į kurį nukreiptas funkcijų vykdymas. Kitaip tariant, jam nepriskirta galia spręsti dėl jų prasmės, tikslingumo ir pobūdžio, nes hospitalizuotas žmogus turi perimti tradicinį aukos, kenčiančiojo, pralaimėjusiojo, t. y. pasyvaus vykdytojo, vaidmenį (Parsons 1991: 296–298), o sprendimus dėl jo priima kiti asmenys (Rubenstein, Lasswell 1966: 5). Kiekvienas hospitalizuotas žmogus supažindinamas su vidaus taisyklėmis (1 aspektas), jo teises ir pareigas apibrėžia pagrindinė nuostata, kad jis turi paklusti taisyklėms ir gydytojų bei kitų medicinos personalo atstovų nurodymams (2 ir 3 aspektai), o pastariesiems priskirta atlikti šias užduotis dėl jų kvalifikacijos (4 aspektas). Biurokratinės taisyklės būna nustatomos įvairių lygmenų valdžios rašytiniais įsakymais ir vidaus reglamentacija (5 aspektas).

Į ligoninę patekusio paciento atžvilgiu biurokratinė organizacija realizuojama per tai, ką apibendrintai galėtume pavadinti *režimu*, t. y. apibrėžtu taisyklių rinkiniu, kokia yra paciento dienotvarkė (gydymo, poilsio, maitinimo planas), kokie santykiai su medicinos personalu, kaip jis gali judėti ir komunikuoti su išoriniu pasauliu. Režimas nėra taikomas visiems vienodas ir visą laiką tas pats, o priklauso nuo psichiatrų suformuluotos diagnozės ir jos kaitos, o tai savo ruožtu lemia, kokios ligoninės funkcijos ir kaip (kiek) bus atliekamos, taigi – ir kokia vieta organizacinėje struktūroje bus paskirta. Tokioje ligoninėje (kartais vadina-

ma „autoritarine“), kur paciento, gydytojo, medicinos seserų ir sanitarų vaidmenys aiškiai apibrėžti, labai svarbus tampa paciento santykis su nustatytomis taisyklėmis ir tai taip pat gali tapti reikšmingu faktoriumi sprendžiant, kokį režimą jam taikyti, net jei šis sprendimas nebus įteisintas formaliomis procedūromis. Panašių ligoninių tyrinėtojai yra apibrėžę esminę skirtį, kuria vadovaujasi medicinos personalas, – tai „gerieji pacientai“, kurie linkę bendradarbiauti, paklusti, priimti taikomą terapiją jos nekvestionuodami, ir „blogieji pacientai“, kurie kelia problemas, ginčijasi, kvestionuoja taikomą terapiją ir pan. (Rubenstein, Lasswell 1966: 5; Belknap 1956: 64). Tad netgi tą pačią diagnozę gavusiems pacientams gali būti taikomi skirtingi režimai. Be to, švelnesnis režimas gali būti skiriamas kaip apdovanojimas už (medicinos personalo požiūriu) „gerą elgesį“, taigi veikti kaip skatinimo sistema.

Bendra psichiatrijos ligoninių istorinė raida ir požiūris į psichikos ligą bei ligonį lėmė tai, kad net tuo metu, kai, prieglaudoms transformuojantis į modernias ligonines, jų pagrindine funkcija pradėta laikyti terapija, anksčiau šią poziciją užėmusi apsaugos funkcija netapo šalutine ar ne tokia reikšminga, o tai suformavo ir ilgą laiką tvirtai išlaikė požiūrį, kad psichiatrijos ligoninėse turi būti vykdomas griežtas režimas, ypač tų ligonių atžvilgiu, kurie traktuoti kaip pavojingi sau ar kitiems. Būtent dėl to psichiatrijos ligoninių gyvenimas buvo papildytas tokiais atributais kaip jos teritoriją juosianti tvora, grotuoti langai, durys be rankenų, atskiroms palatomis ar pacientams skiriami prižiūrėtojai. Ir būtent toks griežtas režimas, stipriai suvaržęs paciento dienos tvarką, sprendimo laisvę, judėjimą ir komunikaciją su išoriniu pasauliu, paskatino Goffmaną kalbėti apie psichiatrijos ligoninę kaip apie vieną iš „totalinių institucijų“.

Vilniaus psichiatrijos ligoninėje aptiktume visus išvardintus apsaugos atributus, o jai apibūdinti tiktų visi šio sociologo pateikti „totalinės institucijos“ bruožai: pirma, visos trys gyvenimo funkcijos – miegas, žaidimas ir darbas – buvo atliekamos toje pačioje vietoje ir prižiūrimos tos pačios valdžios, antra, kasdienė jos narių veikla buvo vykdoma kartu su didele grupe kitų žmonių, su kuriais elgiamasi vienodai ir iš kurių reikalaujama vienodo elgesio, trečia, visa dienos veikla griežtai suplanuota ir pagaliau įvairios veiklos yra nukreiptos į vieną racionalių planą, kuriuo siekiama oficialių institucijos tikslų (Goffman 1991: 17).

Vienas svarbiausių režimo aspektų – tai horizontalus ir vertikalus pacientų paskirstymas, t. y. sugrupavimas į kategorijas. Skirtingos kategorijos, viena vertus, reiškė skirtingą elgesį su skirtingomis pacientų grupėmis, kita vertus, vieno da elgesį su vienos grupės nariais. Formaliai horizontalųjį paskirstymą į skyrius nulemdavo lytis (vyras / moteris) ir diagnozė (kokia liga ir koks gydymas paskirtas), o neformaliai – ir paciento ar jo artimųjų turimos privilegijos (ryšiai su gydytojais, socialinis statusas etc.), dėl kurių jis galėjo patekti į geresnį skyrių ar palatą. Toks tradicinis pacientų skirstymas nulemdavo ligoninės infrastruktūrą

ir veikdavo kaip pirminis galios santykius ir gyvenimo būdą apibrėžiantis faktorius (Gittins 1998: 5).

Archyvinių dokumentų analizė parodė, kad vertikaliai paskirstymui, arba pacientų mobilumui, buvo nustatyti trys–keturi režimai, kurių kiekvienas turėjo savotiškas judėjimo zonas. Griežčiausią režimą gavęs pacientas galėjo būti tik palatoje (kai kurie – specialioje stebėjimo palatoje) arba judėti tik po skyriaus teritoriją. Iš uždaros patalpos jis buvo išleidžiamas tik į tvora aptvertą ankštą kiemą su specialia priežiūra. Kontaktai su išoriniu pasauliu nebuvo leidžiami arba labai ribojami. Švelnesnius režimus gavusieji pacientai galėjo laisviau judėti po skyrių, taip pat dažniau ir laisviau išeiti į lauką, nors paprastai vis dar su palydovu, ir vaikščioti tik ligoninės teritorijoje. Toks režimas jau galėjo numatyti galimybę pacientui užsiimti „darbo terapija“, t. y. dirbti tam skirtoje vietoje, taip pat žaisti su kitais lauko žaidimus ir užsiimti kita panašia laisvalaikio veikla. Švelniausias režimas greičiausiai atsirado tik vėlyvuojų sovietmečiu. Šis režimas suteikė galimybę trumpam laikui išeiti iš ligoninės, pavyzdžiui, nueiti į parduotuvę, aplankyti artimuosius ir draugus, kai kurie pacientai tuo metu jau būdavo išleidžiami į namus visam savaitgaliui.

Vertikalaus režimo paskyrimas priklausė nuo psichiatro nustatytos diagnozės ir potencialaus elgesio įvertinimo. Griežčiausias režimas būdavo skiriamas vadinamiesiems „neramiems“ ligoniams ar dėl nusikaltimo padarymo tiriamiems asmenims, galintiems kelti grėsmę sau ir kitiems. Suprantama, kad skirtingi režimai lėmė organizacinius skirtumus – „neramieji“ buvo izoliuojami nuo kitų, laikomi atskirose patalpose ir faktiškai neturėdavo jokių kontaktų su kitais pacientais. Vilniaus psichiatrijos ligoninėje ši atskirtis įgavo simbolinę konotaciją – pirmieji „neramiųjų“ skyriai buvo įkurti pastate, esančiame ant kalvos, todėl pateikėjai, nebuvę pirmajame skyriuje ir negalėję nieko apie tai papasakoti, tik išvardavo, kad iš tolo už tvoros ar grotuotų langų matydavo tuos, esančius „ant kalnelio“. Toks neformalus skyriaus įvardijimas tapo bendrinio pavadinimu ir dažnai žymėjo aišką skirtį tarp „mūsų“ ir „kitų“, reiškusių „iš tikrųjų sergančius“.

Tačiau, pateikėjų liudijimu, ir visi kiti patekusieji į „ramiuosius“ skyrius ne iš karto gaudavo švelnesnius režimus, o turėdavo pereiti savotiško karantino etapą, t. y. pora savaitių ar mėnesį jiems būdavo draudžiama išeiti iš skyriaus patalpų. Be formalios paskirties įvertinti diagnozės „teisingumą“ ir taikomos terapijos efektyvumą, tai turėjo ir ne mažiau svarbią neformalią paskirtį įvertinti paciento elgesį, t. y. ar jis priskirtinas prie „gerųjų pacientų“, ar prie „blogųjų“. Juk režimų skyrimas ir keitimas buvo viena pagrindinių priemonių, kuriomis atliekama ne tik terapijos ar apsaugos, bet ir socializacijos funkcija, t. y. kad asmuo internalizuotų ligoninės institucines vertybes ir priimtų jam skirtą „ligonio“ vaidmenį, paklustų visiems nurodymams ir taisyklėms (interviu su H. K., 2014).

Taigi „gijimo“ procesas buvo neatsiejamas nuo paciento gero elgesio. Panašiai Shulamitas Ramonas yra nurodęs, kad psichiatrijos ligoninėse būtina pa-



ciento būklės „gerėjimui“ sąlyga suprantama kaip paklusimas gydytojo nurodymams ir paskirtų vaistų vartojimas laiku (Ramon 1996: 109). Todėl pacientui „gyjant“, švelnėja ir režimas – jam suteikiama vis daugiau galimybių judėti ir kontaktuoti su išoriniu pasauliu. Tokiu būdu veikė gero elgesio skatinimo sistema, kuri galėjo turėti net specifinį privilegijavimą. Anot vieno pateikėjo, už tai, kad jis buvo paskirtas palatos seniūno pavaduotoju, jam buvo suteikta teisė išeidinėti iš ligoninės su savo rūbais (interviu su E. N., 2014).

Ši sistema turėjo ir priešingą prasmę – nustatytas taisykles laužantieji galėjo būti nubausti (kad ir trumpam) griežtesniu režimu. Vienas pateikėjas prisiminė, kaip sulaukė bausmės už pabėgimą iš ligoninės: „<...> uždaro patalpoj ir praktiškai neišleidžia jau į kiemą, net pasivaikščioti, man atrodo, o vasarą tai, žinote, jau kančia“ (interviu su D. S., 2014).

Režimų tvarka buvo suformuota pokario metais. Iš archyvinių dokumentų matyti, kad ilgainiui šiais režimais apibrėžiamos mobilumo ribos keitėsi, nors ir labai skirtingai. Faktiškai jokių pokyčių nepatyrė pirmasis režimas, pirmiausia taikytas psichiatrijos pirmųjų skyrių pacientams, ypač tiems, kurie pripažinti „socialiai pavojingi“. Kitus režimus veikė santykinio liberalėjimo tendencija – daugėjo galimybių judėti po ligoninės teritoriją ir ją laikinai palikti. Tiesa, nustatyta režimų sistema neveikė efektyviai, todėl pacientai už ligoninės teritorijos ribų daug judėjo ir pirmaisiais sovietmečio dešimtmečiais. Vis dėlto tai, kad kelis dešimtmečius vykęs liberalėjimas pakeitė požiūrį į už ligoninės ribų vaikščiojančius pacientus, rodo nedidelis pavyzdys, kad devintojo dešimtmečio pradžioje vadovybė jau rūpinosi tik tuo, kad pacientai neitų į šalia esančią „Ryto“ parduotuvę apsirengę ligoninės rūbais (LCVA F R-505, ap. 1, b. 450, l. 24v.–25).

Svarbu pabrėžti tai, kad nepaisant režimo pokyčių, pati režimo sistema, suvaržanti paciento judėjimą bei komunikaciją ir taip iš principo sukurianti jo naują, kitonišką statusą, išliko. Apskritai čia aprašytų režimo taisyklių sukūrimas kaip biurokratinės organizacijos pamatas rodo, kad šios organizacijos veikla traktuojama kaip nukreipta į kitokius nei „normalūs žmonės“, kad jų atžvilgiu dėl potencialiai deviacinės elgsenos reikalinga ypatinga kontrolė, paverčianti juos, kaip minėta skyriaus pradžioje, silpnais ar jokios sprendimo galios neturinčiais objektais. Kuriant taisykles būna užprogramuota nuostata, kad buvimas psichiatrijos ligoninėje reiškia savitą, specifiškai organizuotą mikrosocialinę erdvę: įžengimą į kitokį pasaulį ženklina nustatytas taisyklių rinkinys, kurį pacientas formaliai turi priimti nekvestionuodamas ir kuris neišvengiamai pakeis jo vaidmenį į kitokį, nei šis buvo išoriniame pasaulyje, net jei ir išoriniame pasaulyje jis pakludavo įvairių biurokratinių organizacijų taisyklėms. Režimo liberalėjimas, taigi ir didesnių sprendimo teisių suteikimas pacientams rodo jų kaip objektų traktuotės lėtą kaitą, bet nepanaikina sukurtos mikrosocialinės tikrovės savitumo (nebent jį susilpnina). Tiesa, šis savitumas atsiskleidžia kitaip

nei ankstesniame skyriuje aprašytos fizinės pacientų erdvės, nes jį formaliai galėtume įvardinti intencionalių organizacijos vykdomos veiklos rezultatu, o ne neprognuota, iš esmės disfunkcine pasekme.

Kita vertus, negalima nepastebėti to, kas kitokios mikrosocialinės tikrovės požiūriu laikytina spraga, suteikusia galimybę ištrūkti iš kitoniškos psichiatrijos ligoninės erdvės ar bent priartėti prie įprastesnės, „normalesnės“ aplinkos (paties paciento, nebūtinai kitų – personalo ar jo artimųjų – suvokimu). Tai ligoninėje išplitęs disciplinos laužymas.

Kad veiktų pacientams skirtas režimas, turėjo būti ne tik sukurtos biurokratinės taisyklės, apimančios visus jų veiksmus, bet ir garantuotas jų įgyvendinimas. Šią „sekimo“ funkciją turėjo atlikti medicinos personalas: gydytojai, medicinos seserys, sanitarai. Tačiau dažnai, ypač pirmaisiais dešimtmečiais, medicinos personalas (žemesniosios grandys, t. y. medicinos seserys ir sanitarai) atlikdavo ne „sekančiųjų“, o „sekamųjų“ vaidmenį. Kitaip tariant, jų elgesys ir kasdienė veikla ne tik prisidėjo prie režimo palaikymo, bet ir prie jo laužymo, todėl ligoninės vadovybė nemažai dėmesio buvo priversta skirti personalui disciplinuoti, auklėti, barti.

Pokariu, intensyviausios ligoninės vidaus gyvenimo reglamentacijos laikais, personalas disciplinos nepaisė labiausiai, užsiimdavo asmeninių interesų realizavimu ir aplaidžiai atlikdavo tiesiogines pareigas. Direktorius įsakymų knygoje personalo perspėjimas, auklėjimas, barimas, papeikimų skyrimas ar atleidimas iš pareigų dėl jų elgesio ėmė ryškiau slopti tik aštuntame dešimtyje, tačiau darbo drausmės laužymas nesiliovė, be to, sunku įvertinti, kiek prie pasikeitusio vaizdo galėjo prisidėti kitusi įsakymų rašymo praktika – darbuotojų disciplinavimas galėjo tik pereiti iš rašytinės į žodinę „tradiciją“. Personalas neateidavo į darbą ar savavališkai iš jo pasitraukdavo, be gydytojo leidimo paėmė pacientą padėti dirbti virtuvėje, konfliktuodavo tarpusavyje, miegodavo budėjimo metu, neprižiūrėdavo naktimis fiksuotų (prie lovos pririštų) pacientų ir pan. Dažna disciplinos laužymo priežastis buvo alkoholio vartojimas. Išgėrę darbuotojai ligoninės skyriuose keldavo triukšmą bei „antimoraliai“ ir „nemandagiai“ elgdavosi su ligoniais (t. y. tyčiodavosi, smurtaudavo). Personalas taip pat vogė pacientų maistą ir įvairius ligoninės daiktus. Pasitaikydavo darbuotojų, kurie vogdavo deficitinius vaistus, ligoninės „minkštąjį inventorių“ (chalatus, pažamas, šliures etc.), pacientų asmeninius pinigus arba bandydavo jų apgaulės būdu išvilioti iš pacientus lankančių artimųjų.

Ne visa ligoninės personalo nustatyta discipliną laužanti elgsena buvo tiesiogiai susijusi su pacientams skirtu režimo užtikrinimu, tačiau ji rodo institucijos organizacinio funkcionavimo galimybes ir jo įtrūkius, kurie nuolat kartodamiesi įgavo sistemiškumo bruožų. Šie personalo sukurti įtrūkliai atverdavo pacientams didesnes veikimo galimybes, nei jos būdavo numatytos taisyklėmis,

o šią atsivėrusią veikimo erdvę išnaudoję pacientai kartais galėdavo imtis tokių praktiškų, kurios peržengdavo esmines „totalios institucijos“ nubrėžtas ribas, t. y. nuolatinio buvimo vienoje vietoje, vienodo elgesio, griežtos dienotvarkės ir paklusimo dėl pagrindinio institucijos tikslo taisyklės. Čia galima kalbėti ne tik apie smulkias kasdienes pacientų praktikas, kaip alkoholio vartojimas ar piktnaudžiavimas vaistais, kurios kad ir laužo formalias nustatytas vidaus tvarkos taisyklės, bet savo esme nekvestionuoja šių pamatinių apibrėžtų ribų, bet ir apie tokias, kurias ligoninės vadovybė biurokratine kalba apibrėždavo kaip „ypatingieji įvykiai“, t. y. pabėgimai iš ligoninės, savižudybės ir pan.

Nuolat pasitaikydavusius „ypatinguosius įvykius“ galima interpretuoti kaip institucijos organizacinio funkcionavimo nesėkmes ir problemas, ir būtent tokia interpretacija buvo remiamasi aiškinant šiuos įvykius formaliuose ligoninės dokumentuose: pabėgimas iš ligoninės ar savižudybė buvo suprantami kaip personalui numatytų pareigų neatlikimo pasekmė, tad atsakomybė už įvykių buvo skirstoma konkrečioms sanitaroms, medicinos seserims ir gydytojams pagal jiems numatytas užduotis. Iš tiesų pats „ypatingųjų įvykių“ egzistavimo faktas liudytų, kad „sekimo“, kaip režimo užtikrinimo, funkcijos sutrikimai, jei ne paskatindavo rasti tokiam pacientų elgesiui, tai bent suteikdavo erdvės jam realizuotis. Bent dalies darbuotojų požiūris į pareigas ir jų atlikimas iš tiesų sudarydavo sąlygas pacientams ištrūkti iš primesto režimo, kitaip sakant, „sekančiųjų“ disciplinos laužymas prisidėjo prie „sekamųjų“ disciplinos laužymo. Kai kuriais atvejais net galima kalbėti apie savotišką „sekamųjų“ ir „sekančiųjų“ interesų sutapimą. Pavyzdžiui, ligoninės administracijai niekaip nesisekė sustabdyti nuolatinio ligoninės teritoriją juosiančios tvoros ardymo. Paašškėdavo, kad tokia veikla užsiima ir ligoninės tarnautojai, ir pacientai, „tuo pasinaudami išėjimui aplinkiniais keliais iš ligoninės teritorijos neaiškiais sumetimais“ (Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centro archyvas (VPSCA) F 1, ap. 2, b. 51, l. 76v.). Pirmiesiems tai greičiausiai padėdavo slapta vogti įvairų ligoninės turtą, antriesiems – tiesiog ištrūkti iš ligoninės.

Tačiau „ypatinguosius įvykius“ galima aiškinti ir kaip vieno ar kelių institucijos nubrėžtų ribų peržengimą. Pabėgimas iš ligoninės ar savižudybė gali būti interpretuoti kaip savarankiško veiksmo atlikimas, kuris savo individualumu prieštarauja siekiui visus valdyti per jų elgsenos suvienodinimą, griauna nustatytą disciplinarinę tvarką ir kėsina į paties paklusimo viršesnei valdžiai idėją, pagaliau šie ketinimai iš principo prieštarauja oficialiesiems institucijos tikslams – (iš)gydyti žmogaus ligą. Juk institucijoje, kurioje „geras elgesys“ yra faktiškai sutapatinamas su „gijimo“ procesu, toks radikalus veiksmas, kaip pabėgti iš institucijos, prilyginamas ne tik atsisakymui „gydytis“, bet ir aiškus „blogos“ būklės įrodymas. Lygiai taip pat savižudybė šiame diskurse suprantama kaip galutinis „ligos“ rezultatas, kaip somatinės ligos rezultatas būtų žmogaus mirtis.

Pateikėjų pasakojimuose taip pat dažnas laikino pabėgimo be oficialaus leidimo ir žinios motyvas:

Nes būdavo taip, kad mes tiesiog bėgdavome naktimis. Antras aukštas, ten būdavo toks lyg ir balkonėlis su laiptais žemyn nusileisti iki žemės <...>. Aišku, jis užrakintas, bet mes kartais net kiekvieną naktį, nu, ne kiekvieną, bet kas kelintą naktį, gana dažnai išimdavome stiklą... palatoje likdavo kas nors, kas mus, kaip sakant, pridengtų <...> ir mes išeidavom, išlipdavom, ir per tvoras – į miestą. Ir pas draugus kur nors keliaudavom, ar pas vienus, ar pas kitus. <...> Nu, o paskui paryčiais grįžti ir miegi (interviu su D. S., 2014).

Už panašų elgesį, jeigu būdavo pagauti, pacientai sulaukdavo bausmių ir jos nebuvo tipiška daugelio pacientų kasdienybės dalis, tačiau iš to galima daryti išvadas, kad tokia praktika – bent jau vėlyvuojų sovietmečiu – buvo tapusi gana rutiniška, šios rūšies disciplinos laužymo net negalėtume įvardinti „ypatingu“, tačiau jis ne mažiau nei „ypatingieji įvykiai“ parodo, kaip realiai funkcionavo ligoninės režimas ir kokias elgsenos galimybes turėjo pacientai anapus formalių taisyklių. Tad istoriškai rekonstruota Vilniaus psichiatrijos ligoninės veikla – ir ypač joje išplitusios disciplinos laužymo praktikos – neleidžia kalbėti apie egzistavusią „totalinę instituciją“, nes šią koncepciją tegalima taikyti formaliems ligoninės siekiniams, bet ne realiai jos veiklos praktikai. Kita vertus, disciplinos laužymo, kaip savotiškos ištrūkimo ar priartėjimo prie „pasaulio anapus ligoninės sienų“, faktas nepaneigia kitoniškos mikrosocialinės erdvės egzistavimo „šiapus ligoninės sienų“, o greičiau jį papildo ar suteikia naują reikšmę: kitoniškumą kuria ne tik primetamos taisyklės, bet ir rutiniški bandymai, kaip ligoninės kasdienybės praktikos, tas taisykles pažeisti arba jų išvengti.

### **Socialinis lygmuo: solidarumo formos ir naujos buvimo reikšmės**

Disciplinuotą ir vienodą dienotvarkę primetančioje, santykius su išoriniu pasauliu varžančioje institucijoje kelių mėnesių ar net metų praleidimas neišvengiamai virsdavo monotoniška rutina. Ne vienos Europos šalies psichiatrijos ligoninę XX a. paskutinįjį dešimtmetį aplankęs Shulamitas Ramonas rašė, kad gyvenimas visose jose labai panašus, nors materialinės sąlygos ir būdavo skirtingos. Gyvenimas ligoninėje stipriai suvaržytas, čia trūksta privatumo ir pasirinkimų, jis formuoja beasmenius pacientų ir personalo santykius ir siūlo nuobodžią kasdienybę, kurios ryškiausi momentai – valgymas ir rūkymas (Ramon 1996: 108). Šią įžvalgą pavirtinančių pasakojimų galima rasti ir pateikėjų prisiminimuose:

<...> ten buvo galima staugti vilku iš nieko neveikimo. Nu, kiek tu gali vaikščioti iš vieno koridoriaus galo į kitą? Dar būdavo tokia beprotybė, kai dvidešimt žmonių kursuodavo pirmyn atgal, pirmyn atgal, valandą, dvi valandas, kol pagaliau nusibaigia, atsitupia, pasėdi, nueina – paguli (interviu su R. T., 2014).

Vis dėlto ligoninėje, kaip sudėtingoje organizacijoje, nuolat mezgėsi pacientų socialinis gyvenimas, kuris kurtas ne tik per santykius su personalu ar išoriniu pasauliu, bet ir per pacientų tarpusavio komunikaciją. Šio pacientų vidinio socialinio gyvenimo ypatybė – atsiradusių ryšių atsitiktinumas, dažnai priverstinis jų pobūdis ir potencialios bendravimo komplikacijos, kurias lemia komunikuojančių individų charakteristikos. Visa tai skatina, ką yra pažymėjęs Goffmanas, – paciento atsargią laikyseną kitų atžvilgiu ir silpnus, paprastai paviršutiniškus socialinius ryšius, menką telkiamąsi į grupes (Goffman 1991: 136). Tačiau tas pats Goffmanas yra atkreipęs dėmesį ir į tai, kad tokiose institucijose tarp socialiai tolimų asmenų gali rasti tam tikros solidarumo formos per abipusę paramą ir bendrą opoziciją sistemai, kuri juos suvedė į vieną laikiną bendruomenę. Šis solidarumas gali įgauti įvairius pavidalus ir raiškas, – tai gali būti organizacinio padalinimo į skyrius ir palatas nulemtas grupės solidarumas (skyriaus ar palatos „draugas“), vienodų interesų ar pažiūrų suformuota klika, taip pat seksualiniais ryšiais pagrįsta pora ar tiesiog „bičiulių“ pora. Vis dėlto sociologas ir šiuo atveju pabrėžia tokių ryšių ribotumą ir paviršutiniškumą, kurie paprastai neveda prie tvirtesnių ryšių ir tikro solidarumo (Goffman 1991: 57–60).

Istoriniu tyrimu patikrinti šių socialinių ryšių egzistavimo galimybes yra sudėtinga. Vienintelė išeitis – tai buvusių pacientų prisiminimai, jų „mažieji pasakojimai“. Aišku, be visų kitų sakininės istorijos metodo ypatybių, susiduriame su chronologinės aprėpties problema – jų pasakojimai pasiekia tik vėlyvojo sovietmečio laikotarpį, todėl galima nustatyti tik šio periodo socialinio gyvenimo fragmentus. Bet iš pateikėjų surinkta informacija tik iš dalies patvirtintų Goffmano pateiktą ligoninės vidaus socialinio gyvenimo vaizdinį. Pateikimas į psichiatrijos ligoninę yra netipiška patirtis žmogaus gyvenime, ir tai sustiprina atsargumą kitų atžvilgiu, kuris visada padidėja patekus į nepažįstamą aplinką su nepažįstamais žmonėmis: „O tas pirmas vakaras toks ir buvo – tokios spėlionės, kas čia bus toliau, nes nežinia, su kuo čia bendrausi ir kas šalia tavęs ten įsikūręs“ (interviu su D. S., 2014). Adaptavimasis prie vidaus socialinio gyvenimo vyksta per pagrindinę skirtį tarp „normaliųjų“ ir „tikrai sergančiųjų“ (pateikėjai save paprastai priskiria prie pirmųjų) (plg. Vaiseta 2014a: 203–205), ir tai savo ruožtu pastūmėja asmenį užmegzti socialinius ryšius su vienais pacientais ir atsiriboti nuo kitų. Pateikėjų pateikti prisiminimai neleidžia teigti, kad ligoninėje tarp pacientų egzistavo aiškesnė hierarchija, būdinga kalėjimams ir kai kurioms psichiatrijos ligoninėms, jos apraišų galėjo būti tik pirmajame psichiatrijos vyrų skyriuje, kuriame laikyti kriminalinius nusikaltimus padarę ir dėl to stebimi ar nepakaltinamais pripažinti asmenys atnešdavo kalėjimo kultūros bruožų į ligoninę (interviu su R. T., 2014).

Tačiau tam tikra minėtos skirties nulemta socialinė segregacija egzistavo, nors ji ir neturėjo griežtų ribų: komunikaciniu požiūriu būdavo atsiribojama

nuo minėtų grupių – kriminalinių nusikaltėlių, „neramiųjų“, „nesąmoningų“ ligonių, taip pat chroniškų ligonių, kartais dėl ilgos hospitalizacijos patirties vadintų „pastajankomis“. Iš „normaliųjų“ perspektyvos pirmąsias dienas psichiatrijos ligoninėje galima įsivaizduoti kaip monitoringą, kuriuo žmogus pagal kitų pacientų elgesį, kalbą, personalo ir pacientų pasakojimus, turimus daiktus (pavyzdžiui, knygas šalia lovos) mėgina įvertinti jų supančius žmones: „Aš taip įsivaizduoju, daugumas panašiai jaučiasi, kad galvoja ‘nu, aš protingas, bet kiti tai jau čia tikrai durniai’. Ir paskui išsišneki netyčia, nu, pavyzdžiui, eini rūkyt, ir po truputį, po truputį nelieka tų sienų“ (interviu su D. S., 2014). Bendravimas su „tikrai sergančiais“ kartais užsimegzdavo. Jį galėjo skatinti smalsumas, kito niškos patirties troškimas, simpatija, bet visuomet išlikdavo skirties paženklinta distancija (interviu su R. M., 2014). Kartais tokia distancija būdavo sustiprinama pašaipomis ar pravardėmis, bet paprastai – tiesiog ignoravimu ar labai skurdžiu bendravimu. Ko gero, net galima kalbėti apie tam tikrą „normaliųjų“ solidarizaciją „tikrai sergančiųjų“ atžvilgiu, kuri ne tik padėdavo atsiriboti nuo kitų, bet ir sustiprindavo paties žmogaus priklausymo „normaliesiems“ jausmą.

Tačiau tokia bendriausia solidarizacija vis dar tėra ta pati silpnais socialiniais ryšiais pagrįsta bendrystė. Prie tokių solidarizacijos formų turbūt reikėtų priskirti ir vieno pateikėjo pastabas apie pastangas kurti seksualinius ryšius įveikiant režimo nustatytus suvaržymus:

<...> Staiga atsirado kažkokių raštelių vienas kitam perdavimai <...>. Aš mačiau, kad žmonės bendrauja, nori kažkokių ir kitokių santykių. Sakysim, staiga atsirasdavo kažkokios porėlės, kurios lauke vaikščiodavo ir kalbėdavosi, aš nežinau, kaip vyras su moterimi. <...> Jie norėdavo to kažkokio kito gyvenimo, to erotinio gyvenimo (interviu su R. M., 2014).

Įvairios solidarizacijos formos padėdavo žmonėms užpildyti laiką tarp dienotvarkėje numatytų terapinių ir kitokių institucinių užsiėmimų ir kompensuodavo komunikacijos su išoriniu pasauliniu stoka. Bet kai kurių pateikėjų pasakojimuose išryškėja kur kas gilesni ir tvirtesni psichiatrijos ligoninės sąlygomis užsimegzdavę ryšiai.

Į Vilniaus psichiatrijos ligoninę patekdavo atstovai tokių socialinių grupių, kaip menininkai, vadinamoji bohema, hipiai ir jiems prijauciantieji, kultūrinės ir akademinės inteligentijos, taip pat dėl įvairių priežasčių psichikos ligą simuluojantys asmenys. O tai taip pat prisidėjo prie specifinės socialinės erdvės formavimosi. Dalis pateikėjų atstovauja ar save pristato kaip atstovaujantys būtent vienai iš tokių socialinių grupių, pavyzdžiui, patekę į psichiatrijos ligoninę dėl noro pailsėti nuo sovietmečio tikrovės, atsigauti po alkoholio vartojimo „daugiadienių“ ar siekdami išvengti tarnybos sovietinėje armijoje:

Tai turbūt buvo vienintelis būdas išsisukti nuo sovietinės kariuomenės. Čia buvo seniai taikoma Lietuvoje <...>. <...> rusų karininkų požiūris į studijuojan-

čius Dailės institute buvo toksai, švelniai tariant, su didele įtarimo doze, taip kad laikydavo visus su šiek tiek pažeista psichika. Tai čia buvo vienas toks pliusas patekti tenai. Ir tada tos apžiūros metu mus tikrino, visą kursą atvedę, ir ten tereikėjo pamikčioti porą kartų ar ką ten pasakyti, ir tada gaudavai nukreipimą pasitikrinti savo psichinę sveikatą toje įstaigoje. Nu, o tada prasidėdavo visai kiti dalykai. Nes tada su nukreipimu reikėdavo eiti ir tada jau priklausydavo nuo simulianto talento, nors to talento ten daug ir nereikėjo. Nu, va, ir tada aš gavau nukreipimą (interviu su H. K., 2014).

Šiuose pasakojimuose psichiatrijos ligoninė išskyla ne kaip disciplinuojanti, įtraukianti (neretai – prieš žmogaus valią) ar (kaip būdinga disidentiniam diskursui) net represuojanti jėga, atkertanti nuo „normalios“ tikrovės, o priešingai – kaip užuovėja, apsaugos zona nuo varginančios ar pavojingos, tam tikra prasme „nenormalios“ tikrovės. Tokiu būdu buvimui ligoninėje, jos mikrosocialinei aplinkai pradedamos suteikti visai kitokios reikšmės nei aprašytos dviejuose ankstesniuose skyriuose.

Čia analizuojamų pateikėjų liudijimai ir dėl nedidelės interviu imties, ir dėl jų priklausymo specifinėms socialinėms grupėms greičiausiai reprezentuoja mažos dalies pacientų patirtį, tačiau iš jų galima spręsti apie įvairesnes socialinio gyvenimo ir solidarumo formas Vilniaus psichiatrijos ligoninėje, ir šios formos neleidžia redukuoti psichiatrijos ligoninės vaizdinio iki tokio, kuris būdingas kad ir čia minimam Goffmanui.

Ligoninė kartais tapdavo iki tol nepažįstamų žmonių susitikimo erdve, kurią palikę jie tęsdavo bendravimą ar net tikrą draugystę, iš atskirų pavienių pažinčių galėjo plėtotis išstisas socialinis tinklas:

Aplamai susiformavo tam tikra grupelė žmonių, kurie arba susipažino toje ligoninėje, arba išėję iš jos, arba eidami lankyti kolegų, kur pavyzdžiui, aš jau pagulėjau, dabar kitas tenai klasiokas ar dar kas nors, ar bendras pažįstamas guli. <...> Tai, būdavo, eina būrys žmonių, pavyzdžiui, penkiolikos žmonių būrys, visi juokaujant, ir iš jų vienas ar du yra negulėję durnyne (interviu su D. S., 2014).

Šių tvirtesnių ir gilesnių ryšių pamatu paprastai tapdavo panašus amžius (pasakojimuose kartojasi „mūsų kartos“ motyvas), santykis su visuomene, pasaulėžiūra, interesai, polinkiai ir poreikiai, visa tai, kas padėdavo kitą žmogų atpažinti kaip „savą“.

Tokių socialinių formų fiksavimas svarbus ir tuo, kad būtent taip susiklosčiusi mikrosocialinė erdvė tapdavo vienu iš veiksnių, kodėl buvimas psichiatrijos ligoninėje nebūdavo traktuojamas tik kaip negatyvi (nemaloni, slegianti, traumuojanti) patirtis, o galėjo būti ir iki šiol prisimenama kaip turėjusi ir pozityvių reikšmių: „Mes ten kartu vaikščiodavome, dainavome ir kalbėjomės apie Budą. Žodžiu, buvo toks laiko leidimas. Aš nepasakysiu, kad jis buvo nemalonus – bent jau kai man pagerėjo – tas laiko tarpas, kadangi man buvo nauja“ (interviu su O. Z., 2014). Jeigu pirmojo psichiatrijos skyriaus (neramiųjų)

socialinio gyvenimo galimybes stipriai suvaržydavo griežtas režimas ir ten guldomų ligonių socializacijos gebėjimai, tai antrasis psichiatrijos skyrius (ramiųjų) dėl švelnesnio režimo ir socialinės pacientų būklės sudarė kur kas didesnes galimybes plėtoti socialiniam gyvenimui, ir todėl pateikėjų pasakojimuose, kurie atspindi vėlyvojo sovietmečio laikus, kuriamas jo vaizdas retai įgauna ryškesnių neigiamų atspalvių. Šis skyrius dažnai apibūdinamas kaip tipiškas bet kokios specializuotos ligoninės skyrius, o kai kurie pateikėjai jį lygino su „kurortu“ ir „sanatorija“ ar vadino „palaida bala“ (interviu su R. T., 2014).

Ivairialypės kasdienybės praktikos ir bendravimo formos tapdavo buvimo psichiatrijos ligoninėje patirties dalimi, turėjusia ne mažesnę reikšmę nei terapinės procedūros, formaliosios režimo ir kitos sąlygos. Net stipriai suvaržytas judėjimas ir komunikacija, institucinės taisyklės ir reglamentacija, pačių pacientų socializacijos problemos nesutrukdė formuotis ne tik paviršutiniškam, atsitiktiniam, laikinam ir trapiam, bet kartais ir tvirtesnius bei gilesnius socialinius ryšius užprogramavusiam socialiniam gyvenimui, kuris žmogaus likimui galėjo padaryti reikšmingesnę poveikį nei medicininė terapija. O pati ligoninės mikro-socialinė erdvė atsiverdavo kaip kitoniška jau ne žmogaus statusą menkinančia ar jį disciplinuojančia, objektyvuojančia prasme, o kaip saugesnės, tikresnės (socialinės) tikrovės galimybė.

## Išvados

Būti sovietinėje psichiatrijos ligoninėje reiškė patekti „kaip būk tai į atskirą valstybę“ – į kitokią mikrosocialinę tikrovę, tačiau šios tikrovės istorinė rekonstrukcija ir analizė neleidžia nupiešti vienaprasmiško kitoniškumo vaizdinio. Nors „atskira valstybė“ pasižymėjo Goffmano „totalios institucijos“ bruožais, šios koncepcijos taikymo galimybės ribotos. Tik žiūrint formaliai Vilniaus psichiatrijos ligoninės gyvenimo reglamentavimas – ir daugiausia tik maždaug iki septinto dešimtmečio pabaigos – priminė siekį visus pacientus visiškai izoliuoti nuo išorinio pasaulio ir visą jų veiklą padaryti įmanomą vienoje funkciškai ir geografiškai apibrėžtoje teritorijoje. Istorikai realiai susiklosčiusi padėtis ligoninėje niekada neatitiko idealaus formaliojo siekio, nes diegiamą disciplinarinę tvarką visada ardė smulkios medicinos personalo nepaklusnumo praktikos, o vėlyvuojū sovietmečiu prasidėjusios sąlygiško liberalėjimo tendencijos ir apskritai keitė pacientų judėjimo ir ryšio su išoriniu pasauliu galimybes.

Tai sudaro šios psichiatrijos ligoninės mikrosocialinės erdvės kitoniškumo daugiareikšmį pagrindą. Susidūrę su ligoninės fizine aplinka – prastomis gyvenimo sąlygomis, ankštomis patalpomis ir pacientų pertekliumi, higienos stoka, – pacientai ligoninės „kitą pasaulį“ galėjo patirti kaip jų asmenį žeminančią padėtį. Oficialiai priskirtas biurokratinis taisyklių rinkinys, apibrėžtas kaip skirtingų lygmenų režimai, taip pat reiškė, kad paciento statusas turėjo paversti



žmogų pasyviu nurodymus vykdančiu objektu, o pats disciplinavimas ženkliu atsidūrimą kitoje mikrosocialinėje erdvėje. Tačiau šio disciplinavimo negalima matyti be priešingo veiksmo – disciplinos laužymo, kuris ne neigia ligoninės erdvės kitoniškumą, o papildo jį naujomis reikšmėmis, kurių svarbiausia ta, kad buvimas ligoninėje dažnai reiškė ir savotišką priešinimąsi žmogaus transformacijai į pacientą, siekį grįžti prie „normalumo“, kaip jį suprato pats pacientas. Galiausiai nedidelės, taigi nereprezentatyvios pateikėjų grupės pasakojimai leidžia kelti prielaidą, kad ligoninė, kaip mikrosocialinė erdvė, kūrė ne tik negatyvias reikšmes, bet galėjo įgauti ir pozityvų vertinimą, nes patekimo motyvai ją iš grynai žeminančios ir/ar disciplinuojančios institucijos transformuodavo į saugaus prieglobsčio erdvę, o ten formavęsis solidarumas, artimi, net palyginti tvirti socialiniai santykiai užgoždavo arba kompensuodavo neigiamą patirtį.

## Literatūra

Abrams Lynn. 2010. *Oral History Theory*. London: Routledge.

Abrams Lynn. 2014. Memory as both Source and Subject of Study: The Transformations of Oral History, Berger S., Niven B. (eds.). *Writing the History of Memory*: 89–110. London: Bloomsbury.

Adomaitytė Gintarė. 1989. Tamsią naktį Vasaros gatvėje, *Respublika* 11 25(12): 4–5.

Andriušis Aurimas, Dembinskas Algirdas. 2006. Psychiatric Euthanasia in Lithuania during Nazi Occupation, *International Journal of Mental Health* 35(3): 80–89.

Belknap Ivan. 1956. *Human Problems of a State Mental Hospital*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Bukovsky Vladimir. 1978. *To Build a Castle: My Life as a Dissenter*. London: Andre Deutsch.

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

Condrau Flurin. 2007. The Patient's View Meets the Clinical Gaze, *Social History of Medicine* 20(3): 525–540.

Davies Kerry. 2001. 'Silent and Censured Travellers'? Patients' Narratives and Patients' Voices: Perspective on the History of Mental Illness since 1948, *Social History of Medicine* 14(2): 267–292.

Felder Björn M. 2013. "Euthanasia," Human Experiments, and Psychiatry in Nazi-Occupied Lithuania, 1941–1944, *Holocaust and Genocide Studies* 27(2): 242–275.

Fireside Harvey. 1979. *Soviet Psychoprisons*. New York, London: W. W. Norton & Company.

Gittins Diana. 1998. *Madness in Its Place: Narratives of Severalls Hospital, 1913–1997*. London, New York: Routledge.

Goffman Erving. 1991. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Penguin Books.

Malacrida Claudia. 2006. Contested Memories: Efforts of the Powerful to Silence Former Inmates' Histories of Life in an Institution for 'Mental Defectives', *Disability and Society* 21(5): 397–410.

Parsons Talcott. 1957. The Mental Hospital as a Type of Organization, Grenblatt M. et al. (eds.). *The Patient and the Mental Hospital*: 108–123. Glencoe: The Free Press.

Parsons Talcott. 1991. *The Social System*. London: Routledge.

Plyushch Leonid. 1979. *History's Carnival: A Dissident's Autobiography*. New York: [A Helen and Kurt Wolff Book], Harcourt Brace Jovanovich.

Porter Roy. 1985. The Patient's View: Doing Medical History from Below, *Theory and Society* 14(2): 175–198.

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

Ramon Shulamit. 1996. *Mental Health in Europe: Ends, Beginnings and Rediscoveries*. London: Macmillan Press.

Reich Rebecca. 2014. Inside the Psychiatric Word: Diagnosis and Self-Definition in the Late Soviet Period, *Slavic Review* 73(3): 563–584.

Rubenstein Robert, Lasswell Harold D. 1966. *The Sharing of Power in a Psychiatric Hospital*. New Haven, London: Yale University Press.

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

Scheff Thomas. 1966. *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine.

Stanton Alfred H., Schwartz Morris S. 1954. *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. London: Tavistock Publications Limited.

Szasz Thomas. 1970. *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*. Baltimore: Penguin Books.

Šurkus Jonas. 1963. Kova prieš psichikos ligas, *Mokslas ir gyvenimas* 1: 12.

Tarsis Valery. 1966. *Ward 7*. London: Collins and Harvill.

Thompson Paul. 2005. *The Voice of the Past: Oral History*. Oxford: Oxford University Press.

Tomes Nancy. 1991. Oral History in the History of Medicine, *The Journal of American History* 78(2): 607–617.

Ullmann Leonard P. 1967. *Institution and Outcome: A Comparative Study of Psychiatric Hospitals*. Oxford: Pergamon Press.

Vaičiūnas Viktoras. 1943. Psichinių ligonių gydymas, *Lietuviškoji medicina* 1–2: 11–14.

Vaiseta Tomas. 2014a. Balsai iš sovietinių psichiatrijos ligoninių: savojo aš sampratos skunduose, *Darbai ir dienos* 62: 187–207.

Vaiseta Tomas. 2014b. Keli fragmentai iš Vilniaus psichiatrinės ligoninės gyvenimo, *Naujasis Židinys-Aidai* 4: 27–36.

Vaiseta Tomas. 2015. Sovietinės sveikatos apsaugos sistemos diegimo atspindys gyventojų skunduose (1944–1953), *Genocidas ir rezistencija* 1(37): 47–65.

Vaiseta Tomas. 2016. Sovietų Lietuvos psichiatrijos modelio apibrėžimas: Vienos ligoninės atvejis, *Lietuvių katalikų mokslo akademijos metraštis* XXXIX: 71–92.

Zajicek Benjamin. 2009. *Scientific Psychiatry in Stalin's Soviet Union: The Politics of Modern Medicine and the Struggle to Define 'Pavlovian' Psychiatry, 1939–1953*. A Dissertation. Chicago, The University of Chicago.

Winslow Michell, Smith Graham. 2011. Ethical Challenges in the Oral History of Medicine, Ritchie D. A. (ed.). *The Oxford Handbook of Oral History*: 372–392. Oxford: Oxford University Press.

## **‘Like in a Separate State’: What Did it Mean to be Hospitalised in a Soviet Psychiatric Hospital?**

*Tomas Vaiseta*

### *Summary*

More than 30 years have passed since Roy Porter’s famous statement about the need for a patient-oriented history (Porter 1985). A lot of research has been done in the field of the history of medicine to implement this imperative. But the historiography on the Soviet period, and especially on psychiatry, one of the branches of Soviet medicine, has not engaged patient-oriented questions. The question what Soviet psychiatry was, that is, whether psychiatry in the Soviet Union had its own unique characteristics, has recently become important. But the point of view of patients has not yet been accounted for. This perspective is necessary, because Soviet psychiatry is defined not only by ideological underpinnings and therapeutic practices, but also by the subjective experiences of people who were confined in a psychiatric hospital. The main question posed in this article is not what Soviet psychiatry was, but a more specific question, what it meant for patients to be hospitalised in a Soviet psychiatric hospital.

The article analyses experiences of hospitalisation in a Soviet psychiatric hospital, not in terms of treatment or the self-perception of a patient, but as an experience of the particular micro-social reality that a hospital was. Micro-social reality in the article is a space that consists of three components: (1) the physical environment and conditions, which structured the space of a hospital and the

behaviour of patients; (2) the formal institutional rules, which determined the status of a patient, and doctors' behaviour towards patients; and (3) the informal relations, norms and practices which were adopted by patients or influenced their life during the confinement.

The historical reconstruction and anthropological analysis of the social and cultural characteristics of the 'mentally ill' is based on the case of one psychiatric hospital. This hospital, called the Vilnius Republican Psychoneurological Hospital, was a general, not a specialist, psychiatric hospital, and was more modern than other psychiatric hospitals in Soviet Lithuania. At the same time, it belonged to the same Soviet health-care system, and in a broader sense, to the same political, social and cultural environment. In this way, the experience of the patients in this particular hospital might reflect the main trends in the institutionalised psychiatric system in Soviet Lithuania.

Probably every narrative on Soviet psychiatry is located between two poles, two notions or attitudes: between demonisation and adoration. We suggest that taking into account the point of view of patients could take us beyond these polarised discourses, because the perspective of patients, and particularly oral testimony, to quote Nancy Tomes, can restore an element of human agency, and demystify the large bureaucratic organisations that dominate modern medicine (Tomes 1991).

The research for this article is based on three kinds of sources: (1) archival documents (official documents of the hospital and the Ministry of Health Care of Soviet Lithuania); (2) complaints written by patients and their relatives; and (3) seven interviews with ex-patients from a Vilnius psychiatric hospital. Although there are methodological problems relating to patients' 'voice', in cases like the one analysed in this article, oral history is the only way to give a voice to groups and individuals who have traditionally been silenced or hidden, and this is especially true when we come to the history of mentally ill and disabled people. Because of the sensitivity of the topic, the stigma of mental illness, and also the privacy of patient information, to find ex-patients from the psychiatric hospital and convince them to remember what was not the best time of their lives, was not an easy task. I used the 'snowball' method to find potential interviewees. The interviews were supplemented by the other above-mentioned types of historical sources.

We argue that patients experienced hospitalisation in a Soviet psychiatric hospital like living 'in a separate state' (to quote a patient in one of the complaint letters), but this experience of otherness was more ambivalent than the historiography on the topic suggests. The terrible physical conditions in the hospital (lack of space, overcrowded wards, insanitary conditions) could be related by the patients to the degradation of their status. The official rules and regime also meant that patients were transformed into disciplined and submissive subjects.

But patients always strove to change the situation and defy the discipline, which should be understood not as a rejection of the micro-social reality of the hospital and the patients' experience of 'otherness', but as a transformation of this micro-social reality, imbuing it with new meanings, such as resisting becoming categorised as a 'mentally ill patient', and attempts to preserve perceived 'normalcy'. The psychiatric hospital could be seen as an isolating and atomising institution, but the experience of patients suggests that at least some of them created positive meanings to being in the psychiatric hospital, because the hospital had become a place of refuge, and provided an opportunity to experience solidarity with other inmates, and even real friendships, which obscured or compensated for the negative meanings of being hospitalised in the psychiatric hospital.

*Gauta 2017 m. sausio mėn.*