



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ”

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Το θεσμικό πλαίσιο της μεταχείρισης των ψυχικά ασθενών και των νοητικά υστερούντων στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1920 έως σήμερα

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Έλλη Βιδάλη

Αθήνα, 2019

Τριμελής Επιτροπή

Νικόλαος Τσίρος, Καθηγητής

Παναγιώτα Γεωργοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια

Χαράλαμπος Οικονόμου, Καθηγητής



Copyright © Έλλη Βιδάλη 2019

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς την συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασία από το Πάντειον Πανεπιστήμιο των Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων της συγγραφέως.

*“Το να είσαι φυσιολογικός  
είναι ένας δρόμος πλακόστρωτος.  
Είναι άνετος να περπατάς  
αλλά δεν φυτρώνουν λουλούδια σε αυτόν”*  
*VINCENT VAN GOGH (1889)*

## Συντομογραφίες

A.A.M.R.	American Association on Mental Retardation
A.A.I.D.D.	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
W.H.O.	World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
A.Δ.	Αστικό Δίκαιο
A.Κ.	Αστικός Κώδικας
A.I.A.	Αθηναϊκό Ινστιτούτο του Ανθρώπου
B.N.K	Βαριά Νοητική Καθυστέρηση
E.Δ.Δ.Α.	Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
E.E.Δ.Α.	Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου
E.O.K.	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
E.Σ.Δ.Α.	Ευρωπαϊκό Συμβούλιο για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου
E.Σ.Π.Α.	Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
H.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
I.K.A.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
K.Δ.Α.Υ.	Κέντρα Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης
K.Ψ.Υ.Ε	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών
K.Μ.Ψ.Π.	Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης
K.Μ.Ψ.Π.Υ.	Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου
Κοι.Σ.Π.Ε.	Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης
K.Π.Κ.	Κώδικας Πολιτικής Δικονομίας
K.Ψ.Υ.	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
K.Ψ.	Κοινωνική / Κοινοτική Ψυχιατρική
M.Δ.Ψ.Π.	Μονάδα Δευτεροβάθμιας Ψυχιατρικής Περίθαλψης
M.Π.Ψ.Π.	Μονάδα Πρωτοβάθμιας Ψυχιατρικής Περίθαλψης
M.Κ.Ο .	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
ν.δ.	Νομοθετικό Διάταγμα
N.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
N.Π.Ι.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
O.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
O.Η.Ε.	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Π.Ε.Π.	Περιφερειακά Προγράμματα
π.δ.	Προεδρικό Διάταγμα
Π.Δ.	Ποινικό Δίκαιο
Σ.τΠ.	Συνήγορος του Πολίτη
Υ.Κ.Α.	Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής & Αντιλήψεως
Υ.Υ.Π.Κ.Α.	Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
Ψ.Ν.Α. “Δαφνί”	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής “Δαφνί”
Ψ.Ν.Κ.	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

## Περιεχόμενα

Περίληψη – Λέξεις Κλειδιά .....	7
Abstract – Key Words .....	9
Εισαγωγή .....	10

### Κεφάλαιο Α΄

#### Ιστορική αναδρομή του κοινωνικού και επιστημονικού πλαισίου της ψυχικής νόσου

<b>Η κοινωνική κατασκευή της ψυχικής νόσου από την αρχαιότητα ως την ανάδυση του καπιταλισμού. Συνοπτική αναφορά των κυριότερων προσεγγίσεων</b>	
Γενικά .....	15
Η ψυχική διαταραχή στην Κλασική Αρχαιότητα .....	16
Ψυχική διαταραχή και ασθενείς κατά το Μεσαίωνα και την Αναγέννηση .....	17
Κλασική Εποχή: Οι μεγάλες αλλαγές .....	19
<b>Η συγκρότηση της Ψυχιατρικής ως Επιστήμης. Η σχέση της με την Ψυχανάλυση και την Κοινωνική Ψυχιατρική</b>	
Το ιστορικό και κοινωνικό πλαίσιο ανάπτυξης της Ψυχιατρικής .....	21
Η ανάδυση της Ψυχανάλυσης από την Ψυχιατρική .....	23
Η Κοινωνική Ψυχιατρική .....	26
<b>Το Αντιψυχιατρικό Κίνημα</b>	
Γενικά .....	28
Το ιστορικό – ιδεολογικό πλαίσιο της Αντιψυχιατρικής .....	29
<b>Νοητική υστέρηση</b>	
Γενικά .....	34
Ορισμός .....	34
<i>Η νοητική υστέρηση στη διαδρομή του χρόνου</i> .....	34
<i>Ορολογία και κριτήρια της ν.υ. από τον 20ο στον 21ο αιώνα</i> .....	35
Η νοητική αναπηρία/νοητική υστέρηση ως συνάρτηση των αναπτυξιακών προσεγγίσεων .....	36
<i>Αρχική αναπτυξιακή προσέγγιση της ν.υ.</i> .....	37
<i>Νεότερες αναπτυξιακές προσεγγίσεις της ν.υ.</i> .....	40
<b>Σύνοψη</b> .....	41
<b>Επισκόπηση Κεφαλαίου</b> .....	42

### Κεφάλαιο Β΄

#### Το διακαιϊκό – κανονιστικό πλαίσιο της ψυχικής νόσου στην Ελλάδα του 20ου αιώνα

<b>Προϋπάρχουσα ψυχιατρική περίθαλψη ως τα τέλη του 19ου αιώνα</b>	
Γενικά .....	43
Ίδρυση των πρώτων ασύλων .....	44
Τα πρώτα δείγματα υγειονομικής περίθαλψης και ψυχιατρικής πολιτικής του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους .....	44
<i>Ο πρώτος ψυχιατρικός νόμος του νεοσύστατου ελληνικού κράτους</i> .....	45
<b>Η εκ μέρους του ελληνικού κράτους αντιμετώπιση των ψυχικά – νοητικά πασχόντων κατά την περίοδο 1920-1982</b>	
Η γεωπολιτική και κοινωνική κατάσταση μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο .....	48
Ο ιδεολογικός και πολιτειακός λόγος της περιόδου ως βάση του κυρίαρχου νοήματος της ψυχικής νόσου .....	50
Σύνοψη των κυριότερων γεγονότων της ψυχιατρικής στην Ελλάδα την αναφερόμενη περίοδο. Σχολιασμός .....	51
<i>Ίδρυση του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου</i> .....	52
<i>Νόμος 6077/1934 για τη λειτουργία των Δημόσιων Ψυχιατρείων</i> .....	54
<i>Ίδρυση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Κ.Ψ.Υ.Ε.)</i> .....	56
<i>Διαχωρισμός της Νευρολογίας από την Ψυχιατρική</i> .....	58
<i>Ψήφιση του ν. 104/73 και ακούσιος εγκλεισμός</i> .....	60

Ψήφιση του ν. 963/79 .....	66
Δημιουργία Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου στο νομό Φωκίδας .....	67
<b>Πρώτη φάση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 1983-1992</b>	
Ο Κανονισμός 815/84 της ΕΟΚ .....	68
Κριτική Προσέγγιση .....	70
Μια αποτίμηση του Προγράμματος έως το 1989 .....	72
Το Π.Δ.83/90 .....	73
Ν. 2071/92 “Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας .....	74
Το σκεπτικό του νέου νόμου για τον αναγκαστικό εγκλεισμό και τις... προβλεπόμενες διαδικασίες .....	74
Η αποδοχή των νέων διατάξεων περί ακούσιου εγκλεισμού από το δικαστικό κόσμο .....	75
<b>Η θεσμική προσέγγιση από το 1993 έως σήμερα .....</b>	<b>78</b>
Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ .....	78
Το ζήτημα του ακούσιου εγκλεισμού σήμερα .....	80
Η διασύνδεση Νομικής και Ψυχιατρικής Επιστήμης ως πηγή προστασίας ή καταστρατήγησης των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων .....	85
Οι ακαταλόγιστοι ψυχικά ασθενείς κατά το άρθρο 69 του ΠΚ .....	85
Ο θεσμός της Δικαστικής Συμπαράστασης .....	87
<b>Τα δικαιώματα των νοητικά υστερούντων ατόμων .....</b>	<b>.89</b>
Το δικαίωμα πρόσβασης στην εκπαίδευση .....	90
Το δικαίωμα στην επαγγελματική κατάρτιση ως μέτρο κοινωνικής ένταξης και αυτονομίας .....	90
Το δικαίωμα στην εργασία .....	91
Άλλες παροχές .....	91
<b>Κριτική Επισκόπηση .....</b>	<b>91</b>

## Κεφάλαιο Γ΄

### Περιγραφή του πεδίου εφαρμογής και η εξέλιξή του. Οι δομές ψυχικής υγείας από τον 20ο στον 21ο αιώνα

<b>Η ασυλοποίηση ως μια διάσταση της βιοεξουσίας, του κοινωνικού ελέγχου και του κοινωνικού αποκλεισμού .....</b>	<b>93</b>
Το Φρενοκομείο της Κέρκυρας .....	94
Το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο .....	95
Τα οικονομικά θέματα του Δρομοκαΐτειου και ο κοινωνικός – ταξικός προσανατολισμός του .....	99
Το Δρομοκαΐτειο στα ταραγμένα χρόνια της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας .....	101
Το Δρομοκαΐτειο σήμερα .....	103
Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής “Δαφνί” .....	103
Το “Δαφνί” την περίοδο του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου .....	105
Το ΨΝΑ “Δαφνί” σήμερα .....	105
Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου .....	105
<b>Από τα άσυλα στις σύγχρονες κοινοτικές δομές. Μια σύνθετη διαδικασία .....</b>	<b>107</b>
Αντικειμενικές δυσχέρειες της μετάβασης .....	107
Χαρακτηριστικά, ορισμός και κριτήρια της χρόνιας ψυχικής διαταραχής. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση .....	108
ΨΥΧΑΡΓΩΣ ... σήμερα .....	109
Κανονισμοί Εσωτερικής Λειτουργίας Δομών .....	111
<b>Επισκόπηση .....</b>	<b>112</b>
<b>Επίλογος ... ..</b>	<b>114</b>
Συμπεράσματα .....	116
Προτάσεις .....	117
<b>Βιβλιογραφία – Πηγές .....</b>	<b>119</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	

## Περίληψη

Από την αρχαιότητα έως σήμερα, το ζήτημα της “τρέλας” και της “παρέκκλισης” από το γενικά αποδεκτή κοινωνική συμπεριφορά, έχει υπάρξει αντικείμενο προσέγγισης από όλο το φάσμα των επιστημών: της ιατρικής, της φιλοσοφίας, της ιστορίας, της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, της κοινωνικής ανθρωπολογίας και της ψυχανάλυσης.

Η αντιμετώπιση της ψυχικής και νοητικής απόκλισης από τη νόρμα, ερευνάται σε επίπεδο νόμου, ψυχιατρικής, κοινωνικής πρόσληψης, ανθρωπολογικών και πολιτισμικών επιρροών, ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθεριών. Δεν συνιστά οικουμενική έννοια ούτε αντιμετωπίζεται ενιαία, όπως και ουδέν άλλο κοινωνικό φαινόμενο, αλλά διαπερνάται και διαμορφώνεται από το πολιτισμικό και ευρύτερο περιβάλλον αξιών κάθε εποχής, κάθε κοινωνικού σχηματισμού.

Το ζήτημα της “τρέλας” και της “νοητικής υστέρησης” έχει συνδεθεί στη διάρκεια των χρόνων, με τις πρακτικές του εγκλεισμού και της απομόνωσης από το κοινωνικό πλαίσιο, με την επιβολή της διαβίωσης των πασχόντων υποκειμένων έξω από τα όρια ζωής των “φυσιολογικών”. Το γεγονός του εγκλεισμού και η καταπάτηση των δικαιωμάτων δια της στέρησης της ελευθερίας, δημιούργησε ένα κύμα αμφισβήτησης της κυρίαρχης επιστημονικής και θεσμικής πραγματικότητας, προκάλεσε αντιψυχιατρικά κινήματα και την εφαρμογή εναλλακτικών μορφών θεραπείας ή μη θεραπείας την εποχή 1950-1970 στην Ευρώπη και στην Αμερική.

Η Ελλάδα, στο μεταίχμιο μεταξύ δυτικής κουλτούρας και ανατολικών επιρροών, με την ιδιόρρυθμη οικονομική, κοινωνική και παραγωγική ανάπτυξη που ακολούθησε εν σχέσει με τον υπόλοιπο δυτικό κόσμο και με τα πολιτειακά ζητήματα που αντιμετώπισε σε όλη τη διάρκεια του 20ου αιώνα, εμφανίζει σημαντική καθυστέρηση στον τομέα της προάσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των πασχόντων υποκειμένων και πραγματοποίησε την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τη μετάβαση από τα άσυλα στις κοινοτικού τύπου ψυχιατρικές δομές αλλά και στη νομοθετική αναθεώρηση του σχετικού πλαισίου, πολύ αργότερα.

Η αναζήτηση μια σύγχρονης, ολιστικής προσέγγισης του ανθρώπου, της αλληλεπίδρασης με το συνολικό περιβάλλον του, της άρσης των στερεοτύπων για τους ψυχικά και νοητικά πάσχοντες και του περιορισμού των αυστηρά καθορισμένων ρόλων εντός της ψυχιατρικής κοινότητας, εξακολουθεί να υφίσταται και να προκαλεί

αντιπαραθέσεις, ματαιώσεις, αλλά και διεκδικήσεις για ένα υγιές μέλλον της ψυχικής υγείας.

#### **Λέξεις – Κλειδιά**

ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ψυχική νόσος, νοητική καθυστέρηση, δίκαιο, δικαιώματα, ψυχικά και νοητικά ασθενής, ψυχαργός, εγκλεισμός, άσυλα, κοινοτική ψυχιατρική



## **Abstract**

“Madness” and generally, the social behavior that doesn't conform to “normality”, has been analyzed for many years by scientists such as doctors, philosophers, sociologists, psychiatrists, anthropologists, lawyers, psychologists and others.

The attitude towards mental disorder is not the same everywhere, but it depends on society and different cultures, its values and usually is investigated by taking into consideration psychiatry, law, social status, human rights and freedom.

The issue of “madness” and mental disability or disorder, has through the years also been connected to hospitalization and isolation of mental patients. The hospitalization and lack of human rights and freedom of the people who suffer mental disorder, have provoked many anti-psychiatric movements. This has created many doubts and a general dispute against Psychiatry. The above phenomenon has also provoked a rejection towards the necessity of treatment, during the decades of 50s and 70s, in Europe and USA

Greece, a country that has been influenced both by east and west cultures, a country that has delayed compared to other European countries to evolve financially and socially as well as the political instability through 20<sup>th</sup> century, has, due to these reasons, delayed considerably to reform its psychiatric sector and the mental patient's rights, respectively.

The quest towards finding a modern holistic approach continues, creating debates, yet offer the opportunity to claim a solid future for mental health and through this process, minimize taboos and stereotypes regarding mentally ill patients and the restrictions imposed by the strict rules within the Psychiatric Community.

## **Key words**

psychiatric reformation, mental disorder, mental retardation, law, rights, mental patients, hospitalization, asylums, psychiatric in community

## **Εισαγωγή**

### **Σκοπός της παρούσας μελέτης**

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να εξετάσει, την εκ μέρους του ελληνικού κράτους και των θεσμικών λειτουργιών του, όπως είναι το σύστημα υγείας και το σύστημα δικαίου, διαχείριση-μεταχείριση των ψυχικά ασθενών και των νοητικά υστερούντων ατόμων. Οι δύο αυτές κοινωνικές ομάδες, επιλέχθηκαν με βάση το κοινό χαρακτηριστικό του «ακαταλόγιστου» που τους έχει αποδοθεί από την Ψυχιατρική και τη Νομική Επιστήμη, το οποίο περιγράφει ταυτόχρονα και την επικρατούσα κοινωνική πρόσληψη για την ψυχική και νοητική διαταραχή. Η έννοια του «ακαταλόγιστου» όπως περιγράφεται και αναλύεται στο Κεφάλαιο Β της μελέτης, υπήρξε καθοριστική για την διαμόρφωση του πλαισίου των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων αυτών, όπως αυτό διαμορφώθηκε και εξελίχθηκε μέσα από την ψυχιατρική πολιτική του ελληνικού κράτους από τον 20<sup>ο</sup> στον 21<sup>ο</sup> αιώνα.

Με τον όρο «θεσμικό πλαίσιο» εννοούμε τα εξής: τα κυριότερα νομοθετήματα που διαμόρφωσαν την ψυχιατρική πολιτική, εν προκειμένω, στην Ελλάδα, την δημιουργία ιδρυμάτων – ψυχιατρικών νοσοκομείων δημόσιων και ιδιωτικών, τα δικαιώματα των πασχόντων υποκειμένων, τη σχέση της ελληνικής νομοθεσίας για όλα αυτά τα θέματα με την ευρωπαϊκή και διεθνή νομοθεσία. Η εργασία παρακολουθεί και καταγράφει τους κυριότερους σταθμούς, από την ιδρυματοποίηση και τα άσυλα στις σύγχρονες συλλογικές – κοινοτικές δομές και στην εξατομικευμένη προσέγγιση των πασχόντων υποκειμένων. Διερευνάται ο ιδεολογικός προσανατολισμός και η στοχοθέτηση του νομικού-θεσμικού πλαισίου, κατά πόσο οδηγήθηκε και λειτούργησε (και λειτουργεί έως σήμερα) υπό το καθεστώς της υλοποίησης της στερεοτυπικής κοινωνικής πρόσληψης του θέματος ή μιας εναλλακτικής προσέγγισης των πασχόντων υποκειμένων. Αναλύεται επίσης, το ζήτημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αυτών των ευάλωτων ατόμων.

### **Πεδίο της έρευνας: Χώρος και χρόνος**

Η έρευνα αφορά την Ελλάδα και το θεσμικό πλαίσιο καθώς και το πεδίο εφαρμογής της ψυχιατρικής πολιτικής, στη διάρκεια ενός αιώνα, από την λήξη του Α'

Παγκοσμίου Πολέμου έως σήμερα. Το ελληνικό κράτος εξήλθε του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου με γεωπολιτική υπεροχή σε σχέση με την προηγούμενη φάση της νεότερης ιστορίας του, αλλά ταυτόχρονα με βαθιά διαρθρωτικά προβλήματα στον τομέα της οικονομίας και της κοινωνικής πολιτικής, που εντάθηκαν περαιτέρω μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, τον Εμφύλιο και όσα ακολούθησαν έως και την πρόσφατη οικονομική και ανθρωπιστική κρίση των αρχών του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Με βάση τα όσα αναλύονται στο Κεφάλαιο Α΄ για την ιστορική διαδρομή της κοινωνικής πρόσληψης της ψυχικής διαταραχής, τις μεταβαλλόμενες αντιλήψεις και τη συνύφανση της ψυχιατρικής πολιτικής και θεραπευτικής με την άσκηση εξουσίας και βιοπολιτικού ελέγχου, προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον η έρευνα αυτής της συνύφανσης εντός μιας κρατικής οντότητας με τα χαρακτηριστικά του ελληνικού κράτους: τις κρίσεις και τις ανατροπές στη λειτουργία του δημοκρατικού πολιτεύματος, τις έντονες και ποικίλες πολιτικές μεταβολές και την ιδιότυπη ανάπτυξη της οικονομίας και της κοινωνικής πολιτικής.

Η χρονική κάλυψη της μελέτης, επιλέχθηκε να εκταθεί από τον 20<sup>ο</sup> στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, προκειμένου να εξαχθούν κατά το δυνατόν, ασφαλή συμπεράσματα για τον τύπο, τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τη στόχευσή της, την εξέλιξη του αναφερόμενου θεσμικού πλαισίου και το κοινωνικό ιστορικό πλαίσιο εντός το οποίου πραγματοποιήθηκε η μεταβολή, από το άσυλο στις κοινοτικές δομές.

### **Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα**

Τα προς διερεύνηση ερωτήματα της παρούσας μελέτης, όπως λογικά απορρέουν από το βασικό θέμα που τίθεται στο γενικό τίτλο αλλά και όπως εμπλουτίστηκαν στην πορεία, από την μελέτη της βιβλιογραφίας και των πηγών/αρχείων, διαμορφώθηκαν ως εξής:

- Ποια η συσχέτιση και πώς τεκμηριώνεται, ανάμεσα στον κυρίαρχο ιδεολογικό λόγο της εκάστοτε πολιτικής περιόδου, εντός της ελληνικής κρατικής οντότητας, και στον τύπο της ψυχιατρικής πολιτικής, τις θεραπευτικές μεθόδους, τη συνολική στόχευση και επιδίωξη του ψυχιατρικού συστήματος, την άσκηση ψυχιατρικής εξουσίας.
- Ποιες οι επιπτώσεις της οριοθέτησης, συνεπεία του ορθού λόγου, ανάμεσα στην «ψυχική υγεία» / «ψυχική και νοητική διαταραχή» και στα ανθρώπινα

δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, μέσα από τη μελέτη της ελληνικής νομοθεσίας επί του θέματος.

- Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, τα όρια και ο ιδεολογικός προσανατολισμός της.
- Η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τα αποτελέσματα της υποχρεωτικής εφαρμογής της ενωσιακής νομοθεσίας στην ψυχιατρική πολιτική και στην αντιμετώπιση των ψυχικά και νοητικά ασθενών.

Η δομή της εργασίας είναι η ακόλουθη:

### **Κεφάλαιο Α: Κεφάλαιο Α: Ιστορική αναδρομή του κοινωνικού και επιστημονικού πλαισίου της ψυχικής νόσου**

Το Κεφάλαιο Α συνιστά το απαραίτητο (όπως και σε κάθε μελέτη), εισαγωγικό, θεωρητικό και επιστημολογικό πλαίσιο για την κατανόηση και κριτική αξιολόγηση των θεμάτων που τίθενται στα επόμενα δύο κεφάλαια. Περιγράφει την ιστορική αναδρομή της ψυχικής διαταραχής και της νοητικής υστέρησης στο δυτικό κόσμο, στις παρυφές του οποίου και με πλήθος άλλων πολιτισμικών επιρροών, κατατάσσεται η Ελλάδα, καθώς και την απαρχή και εξέλιξη του εγκλεισμού, που υιοθετήθηκε ως πρακτική από την Ψυχιατρική Επιστήμη.

Επίσης, επιχειρείται μια επισκόπηση της οριοθέτησης της Ψυχιατρικής, της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και της Ψυχανάλυσης ως επιστημονικών πεδίων και της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης.

### **Κεφάλαιο Β: Το δικαιοϊκό – κανονιστικό πλαίσιο της ψυχιατρικής στην Ελλάδα του 20ου αιώνα**

Στο Κεφάλαιο Β παρουσιάζονται: το νομικό πλαίσιο, οι σκοποί και η εξέλιξή του σε κάθε χρονική φάση. Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και νοητικά υστερούντων (η υποχρέωση της χώρας στην εφαρμογή διεθνούς και ευρωπαϊκού νομικού κεκτημένου), η νομική αντιμετώπιση του «ακαταλόγιστου».

Η προσέγγιση αυτή, γίνεται μέσα από την έρευνα και ανάλυση λόγου των κυριότερων νομοθετημάτων, των σχετικών με το θέμα, σε συνάρτηση με τον κυρίαρχο ιδεολογικό λόγο κάθε περιόδου, το πολιτικό σύστημα και την κοινωνική κατάσταση.

## Κεφάλαιο Γ: Περιγραφή του πεδίου εφαρμογής και η εξέλιξή του. Οι δομές ψυχικής υγείας από τον 20ο στον 21ο αιώνα

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η διαδρομή από την ασυλοποίηση και την ιδρυματοποίηση, στις σύγχρονες κοινοτικές δομές και στην εξατομικευμένη προσέγγιση των πασχόντων υποκειμένων. Επιχειρείται επίσης, συνοπτική παρουσίαση της ίδρυσης και εξέλιξης των ψυχιατρείων Λέρου, Κέρκυρας, Δαφνί και Δρομοκαΐτειο, διότι αποτελούν ένα κομμάτι της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας και της κρατικής οργάνωσης.

### Επίλογος

#### Βιβλιογραφία - Πηγές

Τέλος, επισυνάπτεται **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ** το οποίο περιλαμβάνει: εκδόσεις Φύλλων Εφημερίδας της Κυβέρνησης, προκειμένου να παρουσιαστούν αυτούσια κάποια νομοθετικά κείμενα, νόμοι και διατάξεις ή προεδρικά διατάγματα που αναφέρονται κυρίως στο Κεφάλαιο Β΄ της εργασίας, πρακτικά συζήτησης στη Βουλή, επιγραμματική αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο των σύγχρονων δομών ψυχικής υγείας και κανονισμούς λειτουργίας δομών αποκατάστασης.

### Η μεθοδολογία

Για τη διερεύνηση των παραπάνω ερωτημάτων, αξιοποιήθηκαν τα εξής:

- Βιβλιογραφία σχετική με όλο το φάσμα της παρούσας εργασίας, ελληνική, ξενόγλωσση και μεταφρασμένη.
- Άρθρα έγκριτων επιστημόνων από το φάσμα της Ψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Φιλοσοφίας, της Κοινωνιολογίας, της Ιστορίας, στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή.
- Το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά το θέμα (νόμοι, προεδρικά διατάγματα, κανονισμοί και πρακτικά συζητήσεων στο Ελληνικό Κοινοβούλιο), από το Ψηφιακό και Φυσικό Αρχείο της Βιβλιοθήκης της Βουλής και το Εθνικό Τυπογραφείο.
- Πληροφοριακά στοιχεία του Υπουργείου Υγείας.
- Πηγές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
- Έρευνες θεσμικών οργάνων και επιστημόνων.
- Εκθέσεις Πεπραγμένων του Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου από το φυσικό

αρχείο της Βιβλιοθήκης της Βουλής.

### **Τα όρια της παρούσας εργασίας**

Η μελέτη επικεντρώθηκε στην ανάλυση λόγου των κυριότερων νομοθετικών κειμένων μέσα από τα οποία διαμορφώθηκε η ψυχιατρική περίθαλψη και εν γένει η ψυχιατρική πολιτική του ελληνικού κράτους, σε μία προσπάθεια να αναδυθεί η συνύφανση του πολιτικού και ιδεολογικού πλαισίου με τη στοχοθεσία και τις προτεραιότητές της. Επίσης, αναφέρθηκαν τα κυριότερα γεγονότα που διαμόρφωσαν την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα.

Η εργασία δεν επιχείρησε να επεξεργαστεί ποσοτικά και στατιστικά στοιχεία που αποτιμούν μεγέθη σχετικά πχ με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ή να διενεργήσει ποσοτική έρευνα ή μελέτη περίπτωσης για κάποιο από τα αναφερόμενα σε αυτήν θέματα. Αυτό δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί στο μικρό χρονικό πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας για την ολοκλήρωση σπουδών μεταπτυχιακού επιπέδου και στη σχετικά μικρή έκταση που απαιτείται να έχει αυτή, αντιθέτως θα ήταν πρόσφορο αντικείμενο διδακτορικής διατριβής.

Για την κατά το δυνατό τεκμηριωμένη παρουσίαση και κριτική προσέγγιση των όσων εκτέθηκαν στην παρούσα εργασία, αξιοποιήθηκαν και αναφέρονται συνοπτικά έρευνες έγκριτων επιστημών και θεσμών (πχ του Συνηγόρου του Πολίτη, Επιτροπών), προκειμένου να ενισχυθεί σε επίπεδο γνώσης και πληροφορίας αλλά και επιστημονικής εγκυρότητας, συνολικά η διαχείριση του θέματος και η εξαγωγή συμπερασμάτων.

ΑΘΗΝΑ, 2019

## Κεφάλαιο Α

### Ιστορική αναδρομή του κοινωνικού και επιστημονικού πλαισίου της ψυχικής νόσου

“Και ο πιο προκατειλημμένος θα πρέπει να δεχθεί  
πως αυτή η χωρίς θεολογία θρησκεία (ο θετικισμός)  
δεν επικρίνεται γιατί αποδυναμώνει του ηθικούς περιορισμούς  
αλλ’ αντιθέτως γιατί τους μεγεθύνει” J. St. Mill<sup>1</sup>

#### **Η κοινωνική κατασκευή της ψυχικής νόσου από την αρχαιότητα ως την ανάδυση του καπιταλισμού. Συνοπτική αναφορά των κυριότερων προσεγγίσεων**

**Γενικά.** Η ιστορική διαδρομή των επικρατούντων αντιλήψεων σε κάθε εποχή και κοινωνικό σχηματισμό, για την ψυχική ασθένεια, τους ψυχασθενείς και διανοητικά ελλειμματικούς, κινείται παράλληλα (αν όχι ταυτόσημα) με την κοινωνική πρόσληψη της έννοιας του «ξένου», του «αλλότριου», του «αγνώστου» και του «διαφορετικού».

Επίσης, οι πρακτικές της απομόνωσης και του εγκλεισμού, ακολουθούν στο πέρασμα των χρόνων, μια ανάλογη μεταβολή, σύμφωνα με τις εκάστοτε κυρίαρχες αντιλήψεις και τη νοσηματοδότηση των αναφερόμενων εννοιών. Η επικείμενη, σύντομη (στα πλαίσια της παρούσης εργασίας) αναφορά στη γενεαλογία της κοινωνικής πρόσληψης για την ψυχική νόσο, είναι απαραίτητη για να σχολιαστεί και να αναλυθεί στα επόμενα κεφάλαια, η εκάστοτε μεταρρύθμιση, μεταβολή ή νέα προσέγγιση του θέματος, όπως αυτή αποτυπώνεται σε νομοθετήματα, θεσμούς και δομές για τους ψυχικά και νοητικά πάσχοντες.

Περαιτέρω, το ζήτημα της κοινωνικής πρόσληψης της ψυχικής – νοητικής νόσου, αγγίζει και διαπερνιέται από φιλοσοφικές, ιδεολογικές και θρησκευτικές προσεγγίσεις για τη ζωή, το θάνατο, τις σχέσεις μεταξύ νου-σώματος-ψυχής, που ενυπάρχουν και διαμορφώνουν κάθε φορά το θεσμικό πλαίσιο και τις ψυχιατρικές πρακτικές. Έτσι, από την αρχαιότητα έως τη μετανεωτερικότητα, στον ελληνικό και στον ευρωπαϊκό χώρο του ορθού λόγου και του δυτικού πολιτισμού, ο ψυχικά ασθενής αποτέλεσε αντικείμενο ερμηνειών και ποικίλης θεραπευτικής αντιμετώπισης, ως «αλλότριας» ύπαρξης με δράση και συμπεριφορά που κινείται στα όρια του κοινωνικού

---

1 SZASZ. Th., (1991) *“Η βιομηχανία της τρέλας. Μια συγκριτική μελέτη της Ιερής Εξέτασης και της Κίνησης Ψυχικής Υγείας*, (μτφρ. Έφη Χαίρη – Σκαράγκα), Επιμ. Κλεάνθης Γρίβας, εκδ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, σ. 47.

– αντικοινωνικού. Από το πειθαρχικό – κανονιστικό σύστημα που κυριάρχησε μεταβαλλόμενο από τον Μεσαίωνα έως την κλασική εποχή και αναλύθηκε εμπειριστικά από τον Foucault, μέχρι την ανάδυση της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και της ολιστικής προσέγγισης, η μεταχείριση των ψυχικά – νοητικά πασχόντων αντανάκλα τα όρια αντοχής κάθε κοινωνικού σχηματισμού απέναντι στη “μη κανονικότητα” και στο φόβο που προκαλεί η απόκλιση από αυτό που γίνεται κάθε φορά αντιληπτό, ως “λογική”. Σε κάθε περίπτωση, θα κατανοήσουμε βαθύτερα το ζήτημα της θεσμικής μεταχείρισης, εξετάζοντας τη νοηματοδότηση και κοινωνική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου στην ιστορική της εξέλιξη και οπωσδήποτε, πριν από την ανάδυση της Ψυχιατρικής ως διακριτό επιστημονικό πεδίο (τέλη 18ου – αρχές 19ου αιώνα).

**Η ψυχική διαταραχή στην Κλασική Αρχαιότητα.** Κατά την Κλασική Αρχαιότητα, ο 5ος πΧ αι, θεωρείται ότι επέφερε ουσιαστική μεταβολή γενικά, στην προσέγγιση των ανθρώπινων ασθενειών, κυρίως λόγω της σκέψης και του έργου του Ιπποκράτη<sup>2</sup>. Η ιπποκρατική επιστήμη<sup>3</sup> του 5ου πΧ αιώνα, πρότασε μια νατουραλιστική προσέγγιση για τη θεραπεία των ασθενειών και μια φυσιοκρατική αντίληψη και για την ψυχική νόσο, που εκείνη την εποχή, σύμφωνα και με αντίστοιχες μελέτες του Αριστοτέλη, ήταν κυρίως η επιληψία και η μελαγχολία. Ο Ιπποκράτης, θεωρούσε την “ιερή νόσο” (επιληψία) “...καθόλου θεϊκότερη ή ιερότερη από τις άλλες αρρώστιες, αλλά έχει την ίδια φύση και προέλευση με τις άλλες αρρώστιες”<sup>4</sup>. Έτσι, με βάση την επικρατούσα θεωρία περί της ύπαρξης τεσσάρων στοιχείων του ανθρώπινου σώματος (αίμα, φλέγμα, κίτρινη χολή, μέλανα χολή) και των τεσσάρων αντίστοιχων ιδιοτήτων τους (θερμό, ψυχρό, ξηρό, υγρό), η εκδήλωση ψυχικού νοσήματος αλλά και κάθε άλλου νοσήματος, θεωρείτο ότι οφείλεται στη διατάραξη της ισορροπίας μεταξύ αυτών των στοιχείων. Η δε θεραπεία, κυρίως της ψυχικής διαταραχής, στην ιπποκρατική ιατρική, έδινε έμφαση στα ζητήματα της διατροφής, του περιβάλλοντος, της άσκησης και της σεξουαλικής ζωής.

Σε ό,τι αφορά την κοινωνική αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων κατά την περίοδο αυτή, θα πρέπει να πούμε ότι δεν υπήρχε συστηματικός εγκλεισμός. Την κύρια

---

2 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) *Ιστορία και θεωρία της Ψυχιατρικής – Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault*, Αθήνα: futura. σ. 21.

3 Με τον όρο «ιπποκρατική ιατρική – επιστήμη» εννοούμε το περίφημο σώμα κειμένων με τον τίτλο *Ιπποκρατικό Corpus*, το οποίο, όπως αναφέρει η Β. Λέκκα, αποδίδεται στον Ιπποκράτη αλλά σίγουρα συνιστά συνθετικό έργο πολλών συγγραφέων, και δίνει το στίγμα της ιπποκρατικής ιατρικής. (Λέκκα, Β., σ. 24).

4 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π. σ. 22.



ευθύνη για τη φροντίδα των «παραφρόνων» αλλά και για την προστασία της κοινωνίας από τις (επικίνδυνες ίσως) εξάρσεις τους, είχε η οικογένεια. Από το ελληνικό και το μετέπειτα ρωμαϊκό δίκαιο, προβλεπόταν ο κατ' οίκον περιορισμός τους με τη χρήση φυλάκων. Παρά τη φυσιοκρατική αντίληψη περί των αιτιών της ψυχικής νόσου, οι ασθενείς της κλασικής αρχαιότητας δεν απέφευγαν τον κοινωνικό στιγματισμό, καθώς υπήρχε η κοινή πεποίθηση ότι οι επιληπτικοί έχουν καταληφθεί από «δαιμονικά πνεύματα» που θα μπορούσαν να μολύνουν και τα υγιή άτομα, κατά τη συναναστροφή.

Τέλος, μια άλλη αφήγηση της ψυχικής νόσου κατά την κλασική αρχαιότητα, ήταν εκείνη που την συνέδεε με την ιδιαίτερη ευφυΐα και τη θεϊκή έμπνευση<sup>5</sup>, ακόμα και με τον ανεκπλήρωτο έρωτα<sup>6</sup>. Όπως θα αναλυθεί παρακάτω, η συσχέτιση της «τρέλας» με τη θεϊκή έμπνευση, διατηρείται ως σήμερα, αφού πέρασε από την περίοδο του Μεσαίωνα και της Αναγέννησης. Αυτό που θα πρέπει να αξιο λογηθεί από την περίοδο της κλασικής αρχαιότητας για την αντίληψη περί ψυχικής νόσου, κυρίως στο πλαίσιο των ελληνικών πόλεων –κρατών, είναι η σύλληψη της ψυχικής νόσου ως έχουσα την ίδια φύση με κάθε άλλη νόσο του σώματος, προσέγγιση που θα επανέλθει (σε διαφορετική βάση) τον 19<sup>ο</sup> αιώνα.

#### **Ψυχική διαταραχή και ασθενείς κατά το Μεσαίωνα και την Αναγέννηση.**

Παρά την κριτική που έχει δεχτεί η γενεαλογική ανάλυση του θέματος από τον Γάλλο Φιλόσοφο Michel Foucault, κυρίως στο ζήτημα των διαφορετικών πρακτικών και της μικρότερης έκτασης του εγκλεισμού στις άλλες (εκτός της Γαλλίας) χώρες<sup>7</sup>, η συμβολή του στην αποτύπωση της κοινωνικής αντίληψης της ψυχικής νόσου και της αντιμετώπισής της, ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο και το κυρίαρχο, εκάστοτε, status, είναι αναμφίβολη. Έτσι λοιπόν, ο Foucault στις μελέτες του για την ιστορική διαδρομή της «παραφροσύνης», αναζητά την αρχαιολογία μια αλλοτρίωσης, δηλαδή, το σημείο (πριν την έλευση της Ψυχιατρικής) που η κοινωνία διαχωρίζει<sup>8</sup> την «τρέλα» από τη «λογική», τους ασθενείς από τους υγιείς, και όχι μόνο<sup>9</sup>. Όπως θα δούμε, όλη αυτή την ιστορική περίοδο, τα μέτρα της εγκάθειρξης και του σωφρονισμού, δεν

---

5 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ.24.

6 ΙΩΣΗΦ, Δ., Οι ψυχικές παθήσεις στα αρχαία ελληνικά μυθιστορήματα, *Ψυχής Πάθη*, Ειδικό Τεύχος 118-053.

7 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ.42.

8 FOUCAULT, M., (1964 πρώτη έκδοση, Παρίσι) *Η ιστορία της τρέλας* (μτφρ. Φραγκίσκη Αμπαζοπούλου), Αθήνα: ΗΡΙΑΔΑΝΟΣ, σ. 65.

9 FOUCAULT, M., (1973) *Madness & Civilization. A history or insanity in the Age of Reason*, (μτφρ. στα αγγλικά από το γαλλικό πρωτότυπο: *Folie et deraison*), USA, σ. ix Preface.

αφορούσαν μόνο τους ψυχικά πάσχοντες, αλλά όλο το φάσμα των ανθρώπων που παρουσίαζαν «μη προσαρμοσμένη» συμπεριφορά<sup>10</sup>.

Το 313 μΧ, ο Χριστιανισμός καθιερώνεται (Διάταγμα των Μεδιολάνων)<sup>11</sup> ως η επίσημη θρησκεία στην ευρύτερη περιοχή γύρω από τη Μεσόγειο, κοιτίδα του μετέπειτα ευρωπαϊκού πολιτισμού. Το κυρίαρχο κράμα μιας υπολειμματικής πλέον αρχαϊκής παράδοσης προσαρμοσμένης στο Λόγο του Ευαγγελίου, οδήγησε στην απόδοση της «παραφροσύνης» στην εισβολή πνευμάτων, σατανικής ή θεϊκής προέλευσης. Η άποψη αυτή δεν χαρακτηριζόταν μόνο τον πυρήνα της θρησκευτικής παράδοσης, αλλά υιοθετήθηκε από την επίσημη ιατρική επιστήμη της εποχής. Έτσι, κατά το Μεσαίωνα και την Αναγέννηση, οι ιατροί πίστευαν ότι η διατάραξη της ισορροπίας των τεσσάρων χυμών (ιπποκρατική ιατρική), ήταν το αποτέλεσμα της θεϊκής ή δαιμονικής παρέμβασης στον άνθρωπο<sup>12</sup>. Ως εκ τούτου, και η θεραπευτική αγωγή ακολουθούσε αυτό το ιδεολογικό μοντέλο, και περιλάμβανε υπερφυσικές και εμπειρικές μεθόδους όπως: προσευχή, νηστεία, προσκυνήματα σε ιερούς τόπους, αφαιμάξεις, κατηριασμούς αλλά και διατηρήσεις κρανίων, σύμφωνα με ευρήματα<sup>13</sup>. Την εποχή αυτή, η παραφροσύνη κατά την κοινή αντίληψη, συμβολίζει στο φαντασιακό των ανθρώπων τη θεϊκή ή σατανική εισβολή στο νου και την ψυχή των ασθενών, αλλά και την Αλήθεια, την εσωτερική γνώση και έμπνευση μέχρι τον πειρασμό και την διαφυγή από τα σταθερά κοινωνικά σύμβολα<sup>14</sup>. Από τα τέλη του Μεσαίωνα προς την εποχή της Αναγέννησης, η «τρέλα» και η «παραφροσύνη» αποκτούν μια ελευθεριότητα καθώς σχετίζονται και αποτυπώνονται στην τέχνη, τη ζωγραφική κυρίως αλλά και τη λογοτεχνία. Την εποχή αυτή, μέχρι τον 15<sup>ο</sup> αιώνα, δεν υπάρχουν τόποι εγκλεισμού, καθώς η ευθύνη της περίθαλψης αλλά και του περιορισμού των ασθενών, επαφίεται στην ηθική και νομική πρωτοβουλία της οικογένειας<sup>15</sup>. Προς το τέλος του Μεσαίωνα άρχισαν να εμφανίζονται κάποιοι χώροι στους οποίους συνωστίζονταν παράφρονες, ανάπηροι, νοητικά υστερούντες αλλά και

---

10 FOUCAULT, M., (1954) *Mental illness and psychology* (μτφρ. στην αγγλική γλώσσα Alan Sheridan), USA, 1987, σ. 68.

11 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 27.

12 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 28.

13 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 28.

14 FOUCAULT, M., (1964 πρώτη έκδοση, Παρίσι) *Η ιστορία της τρέλας* (μτφρ. Φραγκίσκη Αμπαζοπούλου), Αθήνα: ΗΡΙΑΔΑΝΟΣ, σ. 36.

15 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ.σ.28-29.

ορφανά παιδιά και ηλικιωμένοι. Ο περιορισμός τους γινόταν συνήθως σε εγκαταλειμμένους πύργους ή σε μοναστήρια (πχ Γερμανία, Ισπανία)<sup>16</sup>.

Το ζήτημα του **εγκλεισμού** και της διαδρομής του στο χρόνο, που μας ενδιαφέρει για την ανάλυση του θεσμικού πλαισίου της ψυχιατρικής στα επόμενα κεφάλαια, αρχίζει να εμφανίζεται προς το τέλος της εποχής της Αναγέννησης. Η «παραφροσύνη» αρχίζει πλέον να προσδιορίζεται σε σύγκριση με το Λόγο και γι αυτό έπρεπε να απομακρυνθεί από την κοινωνική κανονικότητα. Ο Foucault στη μελέτη του κάνει λόγο για τον πίνακα του Ολλανδού ζωγράφου Hieronymus Bosch (1450-1516) «Το Πλοίο των Τρελών», ένα έργο επηρεασμένο από τον αργοναυτικό κύκλο που κυριάρχησε και στη λογοτεχνία της εποχής, που όμως, λέει ο Foucault, είχε πραγματική υπόσταση<sup>17</sup>. Καθώς δεν υπήρχαν ιδρύματα για τον περιορισμό τους, οι «τρελοί» απομακρύνονταν προς τους ιερούς τόπους προσκυνήματος, γεγονός που έχει κυρίως συμβολική σημασία για την ύστερη μελέτη του θέματος.

Επίσης, την περίοδο που εξετάζουμε (15ος αιώνας) κυριαρχεί στο φαντασιακό των ανθρώπων η “διττή φύση” της “τρέλας”, όπως και στην Αρχαιότητα που αναφέρθηκε προηγουμένως: αυτή της “απειλής” και του “φόβου” από την έλλειψη της “λογικής”, και αυτή της “σαγήνης” από την “κατοχή μιας ιδιαίτερης γνώσης”<sup>18</sup>. Η πραγματικότητα βέβαια, ήταν η παρουσία των τρελών με τρομακτική όψη και συμπεριφορά, στο κέντρο και στα περίχωρα πολλών ευρωπαϊκών πόλεων, η κακομεταχείρισή τους ή η χρήση τους ως θέαμα<sup>19</sup>.

Όπως είπαμε ήδη, από την εποχή αυτή η “τρέλα” αρχίζει να προσδιορίζεται, όχι σε σχέση με την κοινωνική ευταξία, την οποία σαφώς διατάρασσε, αλλά ως το *αντίθετο της λογικής, του Λόγου*<sup>20</sup>.

**Κλασική εποχή: Οι μεγάλες αλλαγές.** Κατά το τέλος της Αναγέννησης και την ανατολή του 17ου αι., αφενός μια σειρά πολεμικών γεγονότων (γαλλικοί Θρησκευτικοί Πόλεμοι 1562-1598, Ογδονταετής Πόλεμος στις Κάτω Χώρες 1568-1648, αγγλικός Εμφύλιος Πόλεμος 1642-1649), αφετέρου η ανάδυση της “Επιστημονικής Επανάστασης” και η εισαγωγή της μηχανής, οδήγησαν τις κοινωνίες της Ευρώπης στη

---

16 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ.σ. 28-29.

17 FOUCAULT, Μ., (2007) *Ιστορία της τρέλα στην Κλασική Εποχή* (μτφρ: Π. Μπουρλάκης), Αθήνα: Καλέντης σ.σ. 18-21.

18 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 34.

19 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ.σ. 34-35.

20 FOUCAULT, Μ., (2007) *Ιστορία της τρέλα στην Κλασική Εποχή* (μτφρ: Π. Μπουρλάκης), Αθήνα: Καλέντης, σ. 49.

σταδιακή απομάκρυνση από κάθε θρησκευτικό και πολιτικό εξτρεμισμό<sup>21</sup>, και σε μια νέα προσέγγιση του ανθρωπίνου σώματος, ως μηχανής. Η καρτεσιανή ρήση “*cogito ergo sum*” (= “σκέπτομαι άρα υπάρχω”, Rene Descartes, 1596-1650)<sup>22</sup>, προτάσσει την πρωτοκαθεδρία του *Λόγου*, την αυτονομία του ατόμου που συναρτάται πλέον ως *έλλογον*, και την “τρέλα” ως το αντίθετο της “λογικής”. Ο Λόγος, συνάδει με μια εκ νέου (όπως και στην Αρχαιότητα) φυσιοκρατική αντίληψη της ψυχικής νόσου και της αντίληψης του ανθρώπου ως *μηχανή*. Ταυτόχρονα, ο Λόγος φυλακίζει το αντίθετό του, την «τρέλα» στο άσυλο. Ο «Μεγάλος Εγκλεισμός» για τον οποίο μίλησε ο Foucault<sup>23</sup>, ήταν η συστηματική δημιουργία ιδρυμάτων και ασύλων, κυρίως στη Γαλλία (στην Αγγλία και σε άλλες χώρες χρησιμοποιήθηκαν μοναστήρια ή κάστρα)<sup>24</sup>. Συγχρόνως και με τη σταδιακή ανάδυση του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής, μια νέου τύπου (προτεσταντική) ηθική και αντίληψη περί της *εργασίας* και της *αεργίας* αρχίζει να κυριαρχεί, που τις αντιμετωπίζει πλέον ως οικονομικά μεγέθη<sup>25</sup>. Έπρεπε λοιπόν, η *αεργία* αλλά κάθε άλλης μορφής παρασιτικού τρόπου ζωής, να αξιοποιηθούν από το νέο θεσμικό πλαίσιο που άρχισε να σχηματίζεται. Έτσι, οι τρόφιμοι των πρώτων ιδρυμάτων ήταν επαίτες, πόρνες, ανάπηροι και ψυχικά ασθενείς<sup>26</sup>. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, όλοι οι «ελευθεριάζοντες τύποι» (Foucault, 1964), δια του εγκλεισμού, μετατρέπονται σε «όντα εργατικά», σε «όντα χρήσιμα» (ΛΕΚΚΑ, 2012) και ταυτόχρονα εκπαιδεύονται ηθικά, κατηγοριοποιούνται και εντάσσονται στο νέο καταμερισμό εργασίας<sup>27</sup>.

Δεν ήταν θεραπευτική η λειτουργία των ιδρυμάτων αυτών (στο Παρίσι, η διαδικασία ιδρυματοποίησης εγκαινιάστηκε με το Διάταγμα του Λουδοβίκου ΙΔ΄ για την ίδρυση του Γενικού Νοσοκομείου, στις 16 Ιουνίου 1676), αλλά ήταν “διδασκτική” απέναντι στη διαφορετική, μη προσαρμοσμένη και κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά<sup>28</sup>. Ο Foucault θεωρεί ότι η *εγκάθειρξη* είχε την ίδια ιδεολογική σημασία

---

21 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 35.

22 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 36.

23 FOUCAULT, Μ., (1964 πρώτη έκδοση, Παρίσι) *Η ιστορία της τρέλας* (μτφρ. Φραγκίσκη Αμπαζοπούλου), Αθήνα: ΗΡΙΑΔΑΝΟΣ, σ.σ. 76-80.

24 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 38.

25 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 39.

26 FOUCAULT, Μ., (1964 πρώτη έκδοση, Παρίσι) *Η ιστορία της τρέλας* (μτφρ. Φραγκίσκη Αμπαζοπούλου), Αθήνα: ΗΡΙΑΔΑΝΟΣ, σ.σ. 69-77.

27 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 40.

28 FOUCAULT, Μ., (1954) *Mental illness and psychology* (μτφρ. στην αγγλική γλώσσα Alan Sheridan), USA, 1987, σ. 68.

σε όλη την Ευρώπη, κυρίως τη Δυτική: ήταν ένας τρόπος αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης<sup>29</sup>.

Όλη η ουσία της *εγκάθειρξης* και του συστήματος ασυλοποίησης που άρχισε τότε, και συνεχίστηκε βέβαια για τους «φρενοβλαβείς», συνοψίζεται σε αυτό που λέει ο Foucault:

Η τρέλα εφεξής θα βρίσκει φιλοξενία μόνο πίσω από τους τοίχους του νοσοκομείου, δίπλα σε όλους τους φτωχούς. [...] Στερημένη από τα δικαιώματα της ένδειας και απογυμνωμένη από τη δόξα της, η τρέλα, μαζί με την φτώχεια και την οκνηρία, εμφανίζεται εφεξής, ψυχρότατα, μέσα στην εμμενή διαλεκτική των κρατών<sup>30</sup>.

Όλη αυτή η λειτουργία του εγκλεισμού, σε μεγάλο βαθμό ενσωματώθηκε και οικειοποιήθηκε από τη μετέπειτα Ιατρική και Ψυχιατρική Επιστήμη<sup>31</sup>, όπως και οι μεταβαλλόμενες επικρατούσες αντιλήψεις που παρουσιάστηκαν συνοπτικά στην παρούσα ενότητα, για την ψυχική και νοητική διαταραχή, τους ασθενείς και τις θεραπευτικές μεθόδους.

## **Η συγκρότηση της Ψυχιατρικής ως Επιστήμης. Η σχέση της με την Ψυχανάλυση και την Κοινωνική Ψυχιατρική**

**Το ιστορικό και κοινωνικό πλαίσιο ανάπτυξης της Ψυχιατρικής.** Η συγκρότηση της Ψυχιατρικής ως διακριτού επιστημονικού πεδίου, τοποθετείται στα τέλη του 18<sup>ου</sup> και στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ως προϊόν του κοινωνικού μετασχηματισμού που προκάλεσε η Βιομηχανική Επανάσταση, η ανάδυση του Καπιταλισμού ως νέου τρόπου οργάνωσης της παραγωγής, η άνοδος της αστικής τάξης και η δημιουργία νέων κοινωνικών και οικονομικών δομών.

Η Βιομηχανική Επανάσταση, όπως διατύπωσε ο Hobsbawm<sup>32</sup>, δεν υπήρξε ένα μεμονωμένο στιγμιαίο γεγονός, αλλά μια εξελικτική διαδικασία που μετέβαλε βαθιά τον τρόπο οργάνωσης και την κουλτούρα των δυτικών κοινωνιών. Δημιούργησε συγκρούσεις και αντιθέσεις, όχι μόνο μεταξύ των νέων κοινωνικών τάξεων που

---

29 FOUCAULT, M., (1973) *Madness & Civilization. A history or insanity in the Age of Reason*, (μτφρ. στα αγγλικά από το γαλλικό πρωτότυπο: *Folie et deraison*), USA, σ. ix Preface, σ. 49.

30 FOUCAULT, M., (2007) *Ιστορία της τρέλα στην Κλασική Εποχή* (μτφρ: Π. Μπουρλάκης), Αθήνα: Καλέντης, σ. 93.

31 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) *ό.π.*, σ. 40.

32 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) *ό.π.*, σ. 51.

σχηματίστηκαν, αλλά σε κάθε πτυχή της ατομικής-συλλογικής ανθρώπινης δραστηριότητας.

Παράλληλα με την ολοένα αυξανόμενη αστικοποίηση, την κυριαρχία της αυτορυθμιζόμενης αγοράς, την υπέρ-συσσώρευση αγαθών και κεφαλαίου, την επανάσταση στις επικοινωνίες και την ανάδειξη της εργασίας ως νέας ηθικής αξίας, δημιουργήθηκε και μία ταχύτατη αύξηση του πληθυσμού σε αρκετές ευρωπαϊκές πόλεις του δυτικού κόσμου. Εντός του ιστορικού πλαισίου της εξουσίας, πλέον, της αστικής τάξης, η οποία είχε θέσει ως σκοπό και στόχο τη διασφάλιση της ομοιομορφίας και της συμμόρφωσης<sup>33</sup> ως προϋπόθεση της οικονομικής και πολιτικής κυριαρχίας της, η έννοια του «πληθυσμού» όπως κι εκείνη του «ανθρώπινου σώματος» μεταβάλλονται και προσεγγίζονται διαφορετικά.

Ο «πληθυσμός»<sup>34</sup> για την αστική εξουσία του δυτικο-ευρωπαϊκού κόσμου του 18<sup>ου</sup> αιώνα, γίνεται μέγεθος (ή «πρόβλημα» κατά τον Foucault) οικονομικό και πολιτικό. Συνδέεται με τα αντίστοιχα μεγέθη: πλούτος, εργατικό δυναμικό, ικανότητα προς εργασία, σχέση μεγέθους του πληθυσμού και των πόρων που αυτός διαθέτει. Οι μεταβλητές: γεννητικότητα, θνησιμότητα, κατάσταση υγείας, νοσηρότητα, διατροφή, κατοικία, γίνονται υπολογίσιμα και προς διαχείριση μεγέθη για τις κυβερνήσεις. Οι μεταβλητές αυτές, είναι το σημείο συνάντησης ανάμεσα στη ζωή και στους θεσμούς. Η ατομική – συλλογική δράση και συμπεριφορά, οι διανθρώπινες σχέσεις, η σεξουαλική δραστηριότητα και η αναπαραγωγή, το θεσμικό πλαίσιο των σχέσεων (γάμος, οικογένεια, πορνεία, θρησκευτικότητα, κλπ), όλα γίνονται το σημείο σύγκλισης του βιολογικού με το οικονομικό και το πολιτικό, διότι πρέπει να ελέγχονται από τις κυβερνήσεις για να εξυπηρετούν τα κυρίαρχα οικονομικά και πολιτικά μεγέθη, την οργάνωση της παραγωγής και την υπέρ-συσσώρευση.

Συνακόλουθα, και η έννοια της υγείας και του ανθρώπινου σώματος, στην αστική βιομηχανική κοινωνία, απομακρύνεται από την παραδοσιακή κουλτούρα της διευρυμένης αγροτικής οικογένειας της υπαίθρου<sup>35</sup>. Το ανθρώπινο σώμα οφείλει να έχει πειθαρχία, χρησιμότητα και παραγωγικότητα. Το ασθενές σώμα, που δεν ανταποκρίνεται στις επιδιώξεις της οικονομικής – πολιτικής συγκρότησης της βιομηχανικής κοινωνίας, τίθεται εντός των ολοένα αυξανόμενων νοσοκομειακών

---

33 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 53.

34 FOUCAULT, M., (1978) *Ιστορία της Σεξουαλικότητας*, (μτφρ: Γκλόρυ Ροζάκη, επιμ. Μτφρ: Γιάννης Κρητικός), εκδ. ΡΑΠΠΑ, τ. 1, σ.σ. 36-40.

35 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 53.

δομών, υπό το διαρκή εποπτικό και αξιολογικό έλεγχο της Ιατρικής, που δια των μεθόδων της συγκροτείται σταδιακά ως διακριτό επιστημονικό πεδίο<sup>36</sup>. Η γέννηση της σύγχρονης ιατρικής τοποθετείται στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αι., και στις αρχές του 19<sup>ου</sup>, με την ανάπτυξη της βακτηριολογίας και της παθολογοανατομίας<sup>37</sup>. Αναδύεται μια αντίληψη περί κανονικότητας, δηλαδή ενός προτύπου λειτουργίας και οργανικής δομής του ανθρώπινου σώματος, και διασυνδέονται επιμέρους νοσήματα με συγκεκριμένα όργανα. Το νέο μοντέλο περί ασθένειας εισάγει τρεις παραδοχές: α) για κάθε νόσημα εντοπίζεται μια συγκεκριμένη αιτιολογία, β) τα νοσήματα προκαλούν οργανικές βλάβες που μεταβάλλουν την ανατομία και τη φυσιολογία του σώματος, γ) το αποτέλεσμα των δύο προηγούμενων είναι η εμφάνιση συμπτωμάτων. Μια τέτοια θεώρηση όμως, απολύτως ντετερμινιστική, προϋποθέτει τη δυνατότητα εμπειρικής παρατήρησης και διεϊσδυσης του κλινικού βλέμματος μέσω της ανατομίας επί του εσωτερικού του σώματος. Με άλλα λόγια, προϋποθέτει την εμφάνιση της μηχανιστικής ή καρτεσιανής λογικής του 17<sup>ου</sup> αιώνα, ως του σώματος – μηχανή.

Μέσα λοιπόν, σε αυτό το ιστορικό – κοινωνικό πλαίσιο της νέας νοσηματοδότησης της υγείας, του σώματος και της ασθένειας, δημιουργήθηκε η Ψυχιατρική ως διακριτό επιστημονικό πεδίο και βέβαια, η ψυχική νόσος τέθηκε στο επίκεντρο της ιατρικής εξουσίας και γνώσης.

Με άλλα λόγια, η Ψυχιατρική όπως και η Ιατρική, είναι αναπόσπαστο κομμάτι της νέας (όπως αναλύθηκε προηγουμένως) διαδικασίας «χειραγώγησης των σωμάτων και υπολογιστικής διαχείρισης της ζωής»(FOUCAULT, 1978)<sup>38</sup>.

**Η ανάδυση της Ψυχανάλυσης από την Ψυχιατρική.** Η Ψυχανάλυση, υπήρξε προϊόν και αυτή, των μεγάλων κοινωνικών μεταβολών των αρχών του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Εμφανίστηκε με διάφορες διακυμάνσεις, τόσο εντός όσο και εκτός του στενού πλαισίου της Ιατρικής και Ψυχιατρικής πρακτικής. Η Ψυχανάλυση λειτούργησε κυρίως, από την εμφάνισή της, ως **θεωρία** που επιχειρήσε να ερμηνεύσει το χαρακτήρα του ανθρώπινου πολιτισμού<sup>39</sup> και τις σχέσεις – συγκρούσεις ανάμεσα στον πολιτισμό, τη φύση και την ατομικότητα, αλλά και ως εναλλακτική **θεραπευτική μέθοδος** και προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής. Η Ψυχανάλυση, θεωρείται ότι θεμελιώθηκε από

---

36 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) *ό.π.*, σ. 54.

37 ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ.(2005) *Κοινωνιολογία της υγείας*, Τ. Α', ΑΘΗΝΑ: ΔΙΟΝΙΚΟΣ, σ. 30.

38 FOUCAULT, Μ., (1978) *ό.π.*, σ.171.

39 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013) «Η εποχή της αντιψυχιατρικής», σ. 3, διαθέσιμο στο [fotisterzakis.gr/keimena/13\\_antipsyhiatrikh.htm](http://fotisterzakis.gr/keimena/13_antipsyhiatrikh.htm), 26/4/2019 19:40.

τον S. Freud (Αυστριακός Ιατρός – Ψυχίατρος, 1856-1939), ο οποίος απέδωσε την ατομική δυστυχία, την τρέλα και την ψυχοπαθολογία στις πτυχές του ίδιου του πολιτισμού και στις συγκρουσιακές σχέσεις της ατομικής ψυχής με τη φύση<sup>40</sup>. Η συμβολή του Freud αποδείχθηκε σημαντική κυρίως, σε ό,τι αφορά την προσπάθεια της ανθρώπινης απελευθέρωσης, καθώς ήταν από τους πρώτους που αμφισβήτησαν (στις αρχές του 20 ου αιώνα) την κυρίαρχη διάκριση μεταξύ «φυσιολογικότητας» και «παθολογίας». Αυτό είναι ίσως και το σημείο συνάντησης της υπαρξιακής – φαινομενολογικής (Sartre, Housel) και της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, δηλαδή, η αποδόμηση του Λόγου ως μέτρο κατηγοριοποίησης της ψυχικής υγείας – ψυχικής ασθένειας. Η θεώρηση του Freud για το άτομο, την ψυχή, το πνεύμα, τη σεξουαλικότητα και τη φύση, βαθιά επηρεασμένη από τη ρομαντική και βιταλιστική φιλοσοφία του 19<sup>ου</sup> αιώνα (Sopenhauer, Nietzsche, Bergson, κά) είναι αμφίσημη: από τη μία έρχεται σε ρήξη με τις βίαιες πρακτικές του πολιτισμού ενώ από την άλλη, ακυρώνει αυτή τη σύγκρουση καθώς θα απειλούσε τη δομή της οργανωμένης κοινωνίας. Στο σημείο αυτό εστιάζεται και η κριτική του R. Laing, εμβληματικού εκπροσώπου του αντιψυχιατρικού κινήματος (βλ. επόμενη ενότητα: Το Αντιψυχιατρικό Κίνημα) στη φροϋδική ψυχανάλυση: ότι δηλαδή, αντί να καταγγείλει τους μηχανισμούς με τους οποίους η κοινωνία (ή η εξουσία) υποτάσσει το ανθρώπινο υποκείμενο σε αντί-κείμενο, γίνεται η ίδια όργανο της εξουσίας και του ελέγχου.

Ο Foucault, μέσα από δικό του αναλυτικό πλαίσιο της βιοεξουσίας και του ελέγχου επί της ζωής, από το οποίο δεν εξάιρεσε ούτε αθώωσε τη γνώση και την επιστήμη, θεώρησε την Ψυχανάλυση ως μια συνέχεια της απενοχοποιητικής λειτουργίας της εξομολόγησης του Μεσαίωνα και ως μια «ελεύθερη» ζώνη, εντός του ασφυκτικού πλαισίου του βιοπολιτικού ελέγχου επί των σωμάτων, όπου δια της γλωσσικής λειτουργίας η σεξουαλικότητα επιτρέπεται<sup>41</sup>. Τη χαρακτήρισε επίσης, ως «κανονιστική – επανορθωτική τεχνική» (FOUCAULT, 1967), άρα της απέδωσε εργαλειακό χαρακτήρα και ρόλο.

Από τον ευρωπαϊκό χώρο, η Ψυχανάλυση ταξίδεψε στις ΗΠΑ, τη χρονική περίοδο ανάμεσα στους δύο παγκόσμιους πολέμους, αφενός μέσω των Αμερικανών Ψυχιάτρων και Ψυχαναλυτών που ήλθαν στην Ευρώπη για εκπαίδευση, αφετέρου διότι αρκετοί Ευρωπαίοι Ψυχαναλυτές εβραϊκής καταγωγής βρήκαν καταφύγιο στην

---

40 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013) «Η εποχή της αντιψυχιατρικής», σ. 4.

41 FOUCAULT, M., (1978) *Ιστορία της Σεξουαλικότητας*, (μτφρ: Γκλόρυ Ροζάκη, επιμ. μτφρς: Γιάννης Κρητικός), εκδ. ΡΑΠΠΑ, τ. 1, σ. 16.



αμερικανική ήπειρο, λόγω του φόβου του επικείμενου ναζισμού<sup>42</sup>. Η μετακίνηση αυτή, είχε ως αποτέλεσμα την ίδρυση περισσότερων από σαράντα Ψυχαναλυτικών Εταιρειών στις ΗΠΑ, στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Πάντως, αυτό που διαφοροποιεί την αμερικανική από την ευρωπαϊκή Ψυχανάλυση<sup>43</sup>, είναι ότι στην Αμερική η σχέση και η συνεργασία ψυχιάτρων – ψυχαναλυτών δεν ήταν συγκρουσιακή, αλλά αλληλοσυμπληρωματική. Αντίθετα, στο δυτικό ευρωπαϊκό χώρο ήδη από τη δεκαετία του '30, υπήρχαν τάσεις διαφοροποίησης και διαχωρισμού. Η αμερικανική Ψυχανάλυση, με τις δύο βασικές σχολές που δημιουργήθηκαν α) της Ψυχολογίας του Εγώ (εκπρόσωποι: R. Loewenstein 1898-1976 εκ των ιδρυτών της Ψυχαναλυτικής Εταιρείας του Παρισιού, Ernst Kris 1900-1975, H. Hartman 1894-1970, και οι τρεις Ευρωπαίοι μετανάστες) και β) της Ψυχολογίας του Εαυτού (Kardiner 1891-1981 από τους πιο γνωστούς εκπροσώπους), επιχείρησαν να απεμπλακούν από τα φροϋδικά στοιχεία της πεσιμιστικής θεωρίας της σεξουαλικότητας και να επικεντρωθούν στην προσαρμογή του ασθενούς στην κοινωνική πραγματικότητα. Η Ψυχανάλυση στην αμερικανική κοινωνία έγινε αμέσως αποδεκτή και ενσωματώθηκε στην ιατρική κοινότητα, φτάνοντας σταδιακά έως τη δεκαετία του '90 σε μια μαζική κατανάλωση και χρήση των ψυχαναλυτικών μεθόδων από το μέσο Αμερικανό πολίτη.

Στον ευρωπαϊκό χώρο, η Γαλλία κυριάρχησε στην Ψυχανάλυση του 20<sup>ου</sup> αιώνα, παρά την αρχική καθυστέρηση της χώρας να υιοθετήσει την ψυχαναλυτική προσέγγιση στην Ψυχιατρική, σε σχέση την Αγγλία και τη Γερμανία<sup>44</sup>. Εκ των θεμελιωτών της Ψυχανάλυσης στη Γαλλία θεωρείται ο Lacan (1901-1981), ο οποίος απέδωσε στην τρέλα περισσότερο φιλοσοφική παρά ιατρική διάσταση με σαφείς τις εγγελιανές και φροϋδικές επιρροές. Ως εκ τούτου, θεωρούσε την Ψυχανάλυση ως μια θεωρία και πρακτική *“...που φέρνει τα άτομα αντιμέτωπα με την πιο ριζική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης”*<sup>45</sup>, δίνοντας χώρο, όχι στην προσαρμογή του ατόμου στην κοινωνική πραγματικότητα και τις απαιτήσεις της αλλά στην υποκειμενική διάσταση, ως απωθημένη αλήθεια του ατόμου για τον εαυτό του.

Πάντως, στο πλαίσιο τη παρούσης μελέτης δεν θα ήταν εφικτή μια ευρύτερη παρουσίαση της επιστήμης της Ψυχανάλυσης, του εύρους των θεωρητικών προσεγγίσεων και σχολών που τη συγκροτούν και επίσης, δεν συνιστά κεντρικό ζήτημα της μελέτης. Η συνοπτική αναφορά στην Ψυχανάλυση εδώ, γίνεται προκειμένου να

---

42 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 150.

43 ΛΕΚΚΑ, Β., ό.π., σ. 150.

44 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 152.

45 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 160.

σχολιαστεί η συμβολή της στη μεταβολή των θεραπευτικών μεθόδων των ψυχικών διαταραχών και στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Η Ψυχανάλυση, ήδη από την εποχή του Freud,<sup>46</sup>(α) συνδέθηκε με την Ψυχιατρική, την Ψυχολογία, τη Φιλοσοφία και την Τέχνη, (β) αξιοποιήθηκε για την αντιμετώπιση των διαταραχών που εκδηλώθηκαν μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τα κοινωνικοπολιτικά γεγονότα των πρώτων δεκαετιών του 20ου αιώνα (ο Freud είχε προτείνει την ίδρυση κλινικών για την προσφορά δωρεάν θεραπείας σε όσους δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα μιας ιδιωτικής ψυχανάλυσης) και (γ) μια μεγάλη συζήτηση αναπτύχθηκε εντός της διεθνούς κοινότητας των ψυχαναλυτών, από τη δεκαετία του '20 και κορυφώθηκε τη δεκαετία του '50 (Freud, Abraham, Stone, Lacan, κ.ά.) για τα όρια της εφαρμογής της Ψυχανάλυσης. Η σημαντική προσφορά της έγκειται στη βελτίωση της ψυχιατρικής πρακτικής προς την κατεύθυνση του σεβασμού της ανθρώπινης υπόστασης, γεγονός που οφείλεται στην επιμονή της ψυχαναλυτικής κοινότητας ότι η Ψυχανάλυση μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά, για ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών, νευρώσεων ακόμα και για την παράνοια και τη σχιζοφρένεια. Βασικοί άξονες της ψυχαναλυτικής προσέγγισης και θεραπείας (αν και υπάρχουν ποικίλες σχολές) είναι: η ανάδειξη της σημασίας του ασυνείδητου, η δύναμη της σεξουαλικότητας, η ψυχική και συναισθηματική ανάπτυξη και η προσωπική πορεία του κάθε ατόμου, έννοιες που εμφιλοχώρησαν αρκετά, στη συγκρότηση του αντιψυχιατρικού κινήματος. Η έμφαση στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον της ψυχικής διαταραχής, που ίσως απουσιάζει από τις βασικές παραδοχές της Ψυχανάλυσης, συμπληρώνεται από την Κοινωνική Ψυχιατρική.

**Η Κοινωνική Ψυχιατρική.** Από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα φάνηκε μια προσπάθεια από τους επιστήμονες, να διατυπώσουν τον ορισμό, το περιεχόμενο και το σκοπό της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Η πρώτη διατύπωση του ορισμού *Κοινωνική Ψυχιατρική*, θεωρείται ότι ανήκει στον Αμερικανό Ψυχίατρο Southard:<sup>47</sup> *«Η Κοινωνική Ψυχιατρική προκύπτει από τη σύζευξη των εννοιών του κοινωνικού και της ψυχιατρικής, χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους για τη διερεύνηση της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών κι έχει σκοπό να χρησιμοποιήσει τις χαρακτηρισολογικές και ηθολογικές ταξινομήσεις και τα δεδομένα της ψυχολογίας των ενστίκτων και του μιχεβιορισμού της επαγγελματικής ψυχολογίας και των συναφών κλάδων».* Ο αναφερόμενος ορισμός τονίζει κυρίως την

---

46 ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΑΡΑΤΟΥ, Ο., (2004) "Εκατό χρόνια Ψυχανάλυση: Το φάσμα των εφαρμογών της", *PSYCHOLOGY*, 2004, 11(4) 478-487, Ιστότοπος ΠΑΝΔΗΜΟΣ, ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ.

47 ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., (2000) *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, εκδ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, σ. 21.

πρακτική πλευρά της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και επικεντρώνει στο ζήτημα της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών.

Ο Brown (George William Brown, Κοινωνιολόγος, Λονδίνο 1930- ) συναρτά την Κοινωνική Ψυχολογία με τη διεύρυνση της κοινωνικής προσαρμογής ατόμων και ομάδων ενώ ταυτόχρονα, προσδιορίζει τα ψυχικά νοσήματα ως προς τη στάση της κοινωνίας απέναντι σε αυτά<sup>48</sup>. Στην έρευνά του για τα κοινωνικά αίτια της ψυχικής διαταραχής ( BROWN & HARRIS, 1978), τεκμηριώνει μεταξύ άλλων, την άμεση συσχέτιση του κοινωνικού περιβάλλοντος με την ψυχική διαταραχή, μέσα από τη συσχέτιση της ταξικής θέσης γυναικών στον κοινωνικό καταμερισμό εργασίας και στα φαινόμενα κατάθλιψης και ψυχικής διαταραχής που εμφανίζονται<sup>49</sup>.

Ο Rennie (1955) διατυπώνει τον ορισμό της Κοινωνικής Ψυχιατρικής (ΚΨ) ως της επιστήμης που διερευνά “την αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον”. Δημιούργησε επίσης, σχολή κοινωνικών ψυχιάτρων στη Ν. Υόρκη, συμβάλλοντας στην καθιέρωση της ΚΨ ως ξεχωριστού κλάδου της Ψυχιατρικής, σε συνδυασμό με την φιλελευθεροποίηση της κοινωνικής πολιτικής των κυβερνήσεων Kennedy, της δημιουργίας δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών με νόμο, το 1962<sup>50</sup>. Ανάλογες πρωτοβουλίες υπήρξαν την ίδια περίοδο στον Καναδά (το πείραμα κοινοτικής ψυχιατρικής των Cumming το 1957), στην Αγγλία (έρευνες περί του ιδρυματισμού και της δομής των ψυχιατρείων από τους Stanton, Caudill, Gofman) καθώς και στη Σοβιετική Ένωση με τη δημιουργία των πρώτων μικρών κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών. Γενικά, από τη δεκαετία του 1950 – 1960 και έπειτα, σε όλη την Ευρώπη και τον κόσμο παρατηρείται μια στροφή προς την κοινωνική – κοινοτική ψυχιατρική, ως αποτέλεσμα α) της γενικότερης αμφισβήτησης των κυρίαρχων ιδεολογικών βεβαιοτήτων που παρέσυραν και το χώρο του ψυχιατρικού κατεστημένου, β) της ανάδυσης του περιβαλλοντικού και κοινωνικού παράγοντα της ψυχικής διαταραχής και της σταδιακής απομάκρυνσης από την αυστηρή επικέντρωση στον ασθενή και την παθολογία που εμφανίζει. Όπως διατυπώνει ο Ruesch, η ΚΨ είναι περισσότερο μια ιδεολογία και λιγότερο μια λειτουργική μεθοδολογία, που ασχολείται με την κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών, με άτομα αλλά και ομάδες και κοινοτικές οργανώσεις, παρά με την ψυχοπαθολογία καθεαυτή. Ο Bierer μάλιστα,

---

48 ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., (2000) ό.π., σ. 21.

49 BROWN, G., HARRIS, T. (1978) *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder*, e-Book διαθέσιμο στο: <https://doi.org/10.4324/9780203714911>. Πρώτη έκδοση, ΛΟΝΔΙΝΟ 1978, Chapter 10: *Social Class, provoking agents and depression*, Chapter 17: *Summary and Conclasions*.

50 ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., (2000) ό.π., σ.σ. 20-24.

διατυπώνει τις έξι βασικές **αρχές** της Κοινωνικής Ψυχιατρικής: 1) της *καθολικότητας*, δια της προσέγγισης του συνολικού πολιτισμικού περιβάλλοντος του ασθενούς, 2) της *συσχέτισης*, ως έρευνα άλλων γεγονότων ή ατόμων που σχετίζονται με ό,τι συμβαίνει στην ανθρώπινη ψυχή, 3) της *συνειδητής βούλησης*, ως μια προσπάθεια απομάκρυνσης από τη θεωρία των ενστίκτων και του αιτιατού του Freud και μιας προσέγγισης στη θεώρηση του Adler, 4) της *αλληλεπίδρασης κέντρου και περιφέρειας*, ως θεραπευτική προσέγγιση μέσω εξωτερικών επιρροών, σε αντίθεση με την Ψυχανάλυση που αρχίζει με επίκεντρο τον ψυχικά πάσχοντα, 5) της *πολυδιάστασης προσέγγισης*, με το συνδυασμό της θεραπευτικής πρακτικής του ασυνείδητου παράλληλα με κοινωνικές θεραπευτικές δραστηριότητες και 6) της *θεραπείας μέσα από την εμπειρία* (πχ Ψυχόδραμα, κά).

Συνοψίζοντας, η ΚΨ δεν διαφεύγει των παραδοσιακών αρχών της Κλινικής Ψυχοπαθολογίας και δεν αμφισβητεί σε μεγάλο βαθμό τη βιολογική υπόσταση της ψυχικής νόσου και διαταραχής. Θέτει όμως, το ζήτημα του κοινωνικού και ευρύτερου πολιτισμικού περιβάλλοντος των ασθενών ως γενεσιουργών παραγόντων της ψυχικής/νοητικής δυσλειτουργίας τους αλλά και ως πηγή θεραπευτικών μεθόδων, απομακρύνεται από την απόλυτη επικέντρωση στην ψυχοπαθολογία των ασθενών και λειτουργεί συμπληρωματικά με την Ψυχιατρική και με την Ψυχανάλυση, μέσω των αντιθέσεων προς αυτές. Τόσο η Ψυχανάλυση όσο και η Κοινωνική Ψυχιατρική, με τις όποιες διαφορετικές μεταξύ τους προσεγγίσεις, συνέβαλαν ουσιαστικά στο άνοιγμα της καθιερωμένης επίσημης ψυχιατρικής πρακτικής, του εγκλεισμού, της ασυλοποίησης και της εξουσιαστικής πρακτικής επί των ασθενών, προς την κοινωνία και τις επιδράσεις της στην ψυχική υγεία των πολιτών.

### **Το Αντιψυχιατρικό Κίνημα**

**Γενικά.** Η έννοια και το περιεχόμενο της *Αντιψυχιατρικής*, είναι άμεσα συνδεδεμένα με δύο εμβληματικά ονόματα: των Ronald D. Laing (1927-1989, Σκωτζέζος Ψυχίατρος) και David Cooper (1931-1986, νοτιοαφρικανικής καταγωγής Ψυχίατρος, ακτιβιστής), παρόλο που κανείς από τους δύο αναφερόμενους, αλλά και άλλους εκπροσώπους του αντιψυχιατρικού κινήματος, δεν αποδέχτηκαν πραγματικά τον όρο. «Είμαι ψυχίατρος, δεν είμαι αντιψυχίατρος», δήλωνε κατηγορηματικά ο R.

Laing<sup>51</sup>, ενώ ο Cooper επινόησε τον όρο, στη διάρκεια της πολεμικής που άσκησε απέναντι στην ιδρυματική ψυχιατρική της δεκαετίας του 1960. Γενικά, το αντιψυχιατρικό κίνημα συνδέθηκε με γνωστές προσωπικότητες: Thomas Szasz (1920-2012), Αμερικανός Ψυχίατρος, Ουγγρικής καταγωγής, το βιβλίο του οποίου *Ο μύθος της ψυχικής αρρώστιας* (1959) θεωρείται ότι σηματοδότησε την έναρξη του αντιψυχιατρικού κινήματος<sup>52</sup> στις ΗΠΑ, επίσης ο Κοινωνιολόγος Ervin Goffman, οι R. Castel και M. Foucault, κá.

*Αντιψυχιατρική* ονομάστηκε ένα πολύπλευρο κίνημα με βαθιές ρίζες στα φιλοσοφικά ρεύματα της Φαινομενολογίας και του Υπαρξισμού, καθώς και στη μετά-μαρξιστική ιδεολογία της Σχολής της Φρανκφούρτης. Το κίνημα αυτό δεν αμφισβήτησε μόνο το ψυχιατρικό άσυλο<sup>53</sup>, την αυθαιρεσία της ψυχιατρικής εξουσίας στα σώματα και στην προσωπικότητα των ασθενών, το μακροχρόνιο εγκλεισμό, τις απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης και τον κοινωνικό αποκλεισμό, αλλά και την ίδια την ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας/υγείας<sup>54</sup>. Η Αντιψυχιατρική, αναπτύχθηκε και υποστηρίχθηκε από τους εκφραστές της, στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, κυρίως από το τέλος της δεκαετίας του 1950 έως το 1970, μέσα στο ιστορικό-πολιτικό πλαίσιο μιας γενικευμένης αμφισβήτησης όλου του (δυτικού κυρίως) οικοδομήματος των «βεβαιοτήτων» που επικρατούσαν έως τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα.

**Το ιστορικό – ιδεολογικό πλαίσιο της Αντιψυχιατρικής.** Η καπιταλιστική νεωτερικότητα των αρχών του 20<sup>ου</sup> αιώνα, προκάλεσε μεταβολές σε όλους τους τομείς: της εργασίας, του πολιτισμού, της πολιτικής και των θεσμών και επόμενα της φιλοσοφίας, που θεωρήθηκε ότι επηρέασε βαθιά την επιστημονική έρευνα<sup>55</sup>.

Βασικό χαρακτηριστικό στοιχείο, στον τομέα της φιλοσοφικής προσέγγισης της ζωής και της επιστήμης, κατά το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα έως και τις πρώτες δεκαετίες του 20<sup>ου</sup>, είναι η εγκατάλειψη της εγγελιανής μεταφυσικής σκέψης και παράδοσης. Η ερμηνεία του κόσμου από την οπτική του Λόγου, η κατηγοριοποίηση του αντικειμενικού – υποκειμενικού, της δυϊκότητας αλήθειας – ψεύδους με γνώμονα

---

51 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013) «Η εποχή της αντιψυχιατρικής», σ. 1.

52 ΠΗΓΗ: ΨυχοΑντιΜαχίες (2016), σ. 1, διαθέσιμο στο <https://belopoulos.biogspot.com/2016/01/antipsychiatriki.htm#axzz5kmMAcQNX>, είσοδος 15/4/2019, 22:45.

53 ΠΗΓΗ: ΨυχοΑντιΜαχίες (2016), ό. π., σ. 1.

54 ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) ό.π., σ. 188.

55 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013) «Η εποχή της αντιψυχιατρικής», σ.σ. 1-2.

την ταύτιση ή μη με λογικές μορφές και σχήματα<sup>56</sup>, του cogito, υποχωρεί εμπρός στη νέα ερμηνευτική βάση του κόσμου και των κοινωνικών φαινομένων, που θεμελιώνεται κυρίως στη *Φαινομενολογία* του Husserl και τον *Υπαρξισμό* του Sartre. Η συνείδηση, ο εσωτερικός κόσμος του υποκειμένου και ό,τι αυτό βιώνει ως *εμπειρία*, αποκτούν πλέον «τόπο» και έκφραση. Ο Laing, ήδη από τη νεαρή ηλικία διέθετε μια βαθιά φιλοσοφική παιδεία και ένα διαρκές ενδιαφέρον για την υπαρξιακή σκέψη, καθώς και για τις ανθρωπιστικές επιστήμες, τη γλωσσολογία, την ψυχανάλυση και την κοινωνική ανθρωπολογία της μεταπολεμικής περιόδου, στον ευρύτερο Ευρωπαϊκό χώρο. Με αυτό το background, έγινε γρήγορα ένας από τους επικριτές της επιστήμης της Ψυχιατρικής και κάθε ιατρικής προσέγγισης και θεραπευτικής. Ανήκει σε μια ιδιαίτερη γενιά Ψυχιάτρων που επιχείρησαν να εντάξουν την *κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας* ως τέτοιας, πριν από την ταξινόμησή της από τις κυρίαρχες ψυχιατρικές συστηματοποιήσεις, ως «παθολογική».

Ο Laing, από αυτή την οπτική, αμφισβήτησε και ανέστειλε τις ψυχιατρικές κατηγορίες, με την προσδοκία να γίνει αντιληπτή μια «ψυχοσθενική» εμπειρία με τις ανθρώπινες διαστάσεις της<sup>57</sup>. Τίθεται όμως σε αμφισβήτηση, κατά πόσο οι ερευνητές της *Αντιψυχιατρικής* προέβησαν στο πιο αποφασιστικό βήμα, να καταργήσουν τη διάκριση μεταξύ «φυσιολογικής» και «ψυχοπαθολογικής» εμπειρίας<sup>58</sup>, καθώς μια τέτοια ρήξη θα αποκτούσε έναν ορισμένο ριζοσπαστισμό και μια απομάκρυνση από κάθε προκατάληψη και συντηρητισμό.

Στο πρώτο του έργο, *Ο Διχασμένος Εαυτός (The Divided Self, 1960)*, ο Laing προτείνει την κατανόηση της ψύχωσης μέσω της *φαινομενολογικής – υπαρξιακής* θεμελίωσης, απέναντι στις επικρατούσες αντιλήψεις της Ψυχιατρικής, μετατρέποντας το *αντικείμενο* σε *συνείδηση*, σε κατανόηση της εμπειρίας του «άλλου». Ο Laing, δημιούργησε μια βαθιά σύγκρουση με την (τότε) επίσημη ψυχιατρική παράδοση, κυρίως όταν διατύπωσε δύο βασικές θέσεις: α) ότι δεν διαφέρουν μεταξύ τους οι εμπειρίες του «ψυχωσικού» ασθενούς και του «υγιούς» θεραπευτή, αλλά επικοινωνούν δια της ανακίνησης των «ψυχωσικών» δυνατοτήτων του δεύτερου<sup>59</sup> και β) η ψυχιατρική διαγνωστική πρακτική συνιστά μορφή βίας απέναντι στον «ασθενή». Η πρακτική αυτή, κατά τον Laing, βασίζεται σε αυτό που το ψυχιατρικό σύστημα θεωρεί

---

56 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013), ό.π., σ. 2.

57 LAING, RONALD D.,(1960) *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*, σ. 34, Ηλεκτρονικό βιβλίο pdf.

58 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013), ό.π., σ. 2.

59 LAING, RONALD D.,(1960) ό.π., σ.σ.17-18.

ως «κοινή λογική», ακυρώνοντας άλλες μορφές ή τρόπους εμπειρίας, ασκώντας βία απέναντι στα πρόσωπα – φορείς διαφορετικών εμπειριών (πχ επίγνωση, όνειρο, νάρκωση, έκσταση, αρρώστια)<sup>60</sup>.

Διατύπωσε επίσης την άποψη ότι η «αντικειμενικότητα» της Ψυχιατρικής δεν της επιτρέπει να διερμηνεύσει τι συμβαίνει με τον εσωτερικό κόσμο και τις εμπειρίες του ασθενούς<sup>61</sup> και ότι η κατηγοριοποίηση του «ψυχασθενή» με βάση τις αντιλήψεις του «υγιούς», τον απομονώνει στη μοναξιά και στην απογοήτευση<sup>62</sup>.

Ο D. Cooper κινήθηκε σε έναν θεωρητικό και μεθοδολογικό άξονα με πολλά κοινά σημεία μ' εκείνον του Laing, παρά τις όποιες διαφοροποιήσεις. Στο θεωρητικό τους έργο *Λόγος και Βία* (1983), οι Laing και Cooper αναζητούν στη Φιλοσοφία του όψιμου Sartre (της περιόδου 1950-1960) μια κατάλληλη θεωρητική γλώσσα<sup>63</sup>, μια τομή ανάμεσα στη Φαινομενολογία και το Μαρξισμό, στο πλαίσιο και μιας κριτικής της *αλλοτρίωσης* ως κυρίαρχης κοινωνικής συνθήκης, με έμφαση στην οντολογία της πράξης και της συνείδησης, καθώς και στην αλληλεπίδραση ανάμεσα σε πρόσωπα και ομάδες. Στην αναζήτηση αυτή, αναμφίβολα εμφολωρεί και το θέμα της *επικοινωνίας*, «η τραγωδία της διανθρώπινης επικοινωνίας στο σύγχρονο κόσμο, από την οποία δεν διασώζεται ούτε η παραδοσιακή ψυχαναλυτική σχέση και για την οποία δεν είναι ανεύθυνη η Ψυχιατρική και οι Ψυχολογικές Επιστήμες» (ΤΕΡΖΑΚΗΣ)<sup>64</sup>. Στο σημείο αυτό έγκειται η σημαντική συμβολή των Laing & Cooper: στο ότι επιχειρήσαν να δείξουν πως ενώ οι διανθρώπινες και κοινωνικές σχέσεις, από την οικογένεια έως το ψυχιατρείο, είναι δομημένες στη βάση της απόγνωσης, της συντριβής, της τρέλας, μπορούν να επαναθεμελιωθούν σε ένα θεραπευτικό πείραμα που θα προϋποθέτει και θα στοχεύει στο σεβασμό της πράξης και της εμπειρίας του «άλλου», στην αυτορύθμιση των αναγκών, στην αίσθηση ελευθερίας<sup>65</sup>. Έτσι, ο D. Cooper το 1962, προχώρησε στη συγκρότηση και στη διεύθυνση μιας πειραματικής μονάδας με το όνομα «Περίπτερο 21», εντός μεγάλου νοσοκομείου δυναμικότητας 2000 κλινών στο Β. Λονδίνο. Η

---

60 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013), ό.π., σ. 5.

61 LAING, RONALDD.,(1960) ό.π., σ. 31.

62 LAING, RONALD D.,(1960) ό.π., σ. 38.

63 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013), ό.π., σ. 7.

64 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013), ό.π., σ. 7.

65 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013), ό.π., σ. 8.

μονάδα αυτή, λειτούργησε με αντισυμβατικό τρόπο, διατηρώντας τους κανόνες λειτουργίας μιας ψυχιατρικής μονάδας αλλά χωρίς τη χρήση βίαιων μέτρων και μεθόδων όπως: ηλεκτροσόκ, ζουρλομανδύες, χημική καταστολή. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις σχέσεις μεταξύ των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού, που οργανώθηκαν μέσα από μεικτές ομάδες και συνεδρίες ψυχοθεραπείας. Ο Cooper, μέσα από αυτό το πείραμα αντιψυχιατρικής το οποίο περιέλαβε ως ομάδα – στόχο σχιζοφρενείς και εφήβους με διαταραχές<sup>66</sup>, επιχείρησε α) να εξάγει ερευνητικά συμπεράσματα για την «οικογενειακή και ομαδική αλληλενέργεια» (COOPER, 1967) και β) να προκαλέσει στο ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό, μια διαδικασία πλήρους *αναστοχασμού* για την επικοινωνία και την αλληλεπίδρασή του με τους ασθενείς, καθώς και για τη χρήση των κατασταλτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση των επιθετικών πράξεων των ασθενών. Η επιλογή του προσωπικού ξεκίνησε ένα χρόνο νωρίτερα, και επιλέχθηκαν οι νεότεροι νοσηλευτές που δεν είχαν επηρεαστεί βαθιά από την ιδρυματική κουλτούρα<sup>67</sup>. Όπως περιγράφει ο Cooper, το τμήμα αυτό δέχτηκε τεράστια πίεση, τόσο από τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου, όσο και από τον κοινωνικό περίγυρο, γεγονός που δημιούργησε αντιφάσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό, συγκρούσεις ανάμεσα στις ήδη βιωμένες ιδρυματικής φύσης εμπειρίες τους και στα δεδομένα της νέας κατάστασης<sup>68</sup>.

Εν τέλει, το 1966 ο Cooper παραιτήθηκε από τη διεύθυνση του τμήματος, έχοντας αποφασίσει ότι το «πείραμα» έπρεπε να μεταφερθεί πλέον στην ελεύθερη κοινότητα. Είχαν ήδη ιδρύσει μαζί με τον Laing και άλλους, τον «Σύνδεσμο Φιλαδέλφεια», που στόχευε στην οργάνωση και λειτουργία εναλλακτικών, μη ψυχιατρικών κοινοτήτων, που ενσάρκωνε την ειδοποιό διαφορά μεταξύ «θεραπείας» και «ίασης», όπως χαρακτηριστικά περιέγραφε ο Cooper:

*Θεραπεία είναι η προσπάθεια να καταστήσεις τον άρρωστο αποδεκτό από τους άλλους, με τρόπον ώστε οι άλλοι (ακόμα και οι γιατροί και οι νοσοκόμοι) νάνα λιγότερο ανήσυχοι για κείνον, και ο ίδιος ο άρρωστος να δείχνει λιγότερο την απόγνωσή του. Ίαση αντίθετα είναι η προσπάθεια να βοηθάς τον άρρωστο με διασπασμένη προσωπικότητα να ξαναβρεί τη συγκρότησή του.*

---

66 COOPER, D., (1967) *Ψυχιατρική και Αντιψυχιατρική* (μτφρ: Καίτη Χατζηδήμου-Ιουλιέτα Ράλλη), εκδ. ΡΑΠΠΑ (1974), σ.σ. 141-143.

67 COOPER, D., (1967) *ό.π.*, σ. 144.

68 ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013), *ό.π.*, σ. 8.



Από την εμπειρία του πειράματος «ΠΕΡΙΠΤΕΡΟ 21», φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες ασθενείς του τμήματος πρόβαλαν αιτήματα αυτορύθμισης, τα οποία έρχονταν σε πλήρη σύγκρουση με το κανονιστικό πλαίσιο της κλειστής ψυχιατρικής δομής. Κατά συνέπεια, βασικός σκοπός του φορέα «Σύνδεσμος Φιλαδέλφεια» ήταν η δημιουργία μικρών μονάδων εντός σπιτιών, αυτοχρηματοδοτούμενων ή επιχορηγούμενων από ιδιώτες, κοινοβιακού τύπου, στα οποία συμβίωσαν άτομα ευρισκόμενα εντός αλλά και εκτός τους ψυχιατρικού φάσματος, μαζί με επαγγελματίες θεραπευτές<sup>69</sup>. Η συμβίωση αυτή περιλάμβανε βραδιές ποίησης – φιλοσοφίας, σεμινάρια και διαλέξεις, θεατρικούς αυτοσχεδιασμούς, συναυλίες, μετασχηματίζοντας έτσι το χώρο σε ένα σημαντικό κέντρο αντικουλτούρας του Λονδίνου.

Βλέπουμε λοιπόν, πως το αντιψυχιατρικό κίνημα δεν αμφισβήτησε μόνο την κυρίαρχη ψυχιατρική κουλτούρα του εγκλεισμού και της βιοεξουσίας επί των ασθενών, αλλά εξέφρασε το όραμα της απελευθέρωσης της κοινωνίας από την καταπίεση και την αλλοτρίωση. Το εργατικό κίνημα των αρχών του 20<sup>ου</sup> αιώνα, είχε ήδη διατρανώσει τα αιτήματα και τις ελπίδες του για το μετασχηματισμό της κοινωνίας, απέναντι στην καπιταλιστική βαρβαρότητα που κορυφώθηκε με τους δύο παγκόσμιους πολέμους και την επικράτηση των καθεστώτων του φασισμού και του ναζισμού. Οι κοινωνικές και πολιτικές εξελίξεις όμως, στην Ευρώπη και τον κόσμο σε συνδυασμό με την υποχώρηση της επαναστατικής διαδικασίας στη Ρωσία και την επικράτηση της σταλινικής νέας τάξης πραγμάτων, οδήγησαν το εργατικό κίνημα των δυτικών κοινωνιών σε υποχώρηση και επέφεραν την ενσωμάτωσή του στην αλλοτριωτική διαδικασία της παραγωγής. Ένα κοινωνικό κίνημα εκτός παραγωγικής διαδικασίας, αποτελούμενο από φοιτητές, ανέργους, περιθωριακούς, γυναίκες, ψυχασθενείς, σεξουαλικά αποκλίνοντες, καλλιτέχνες, διανοούμενους και μειονότητες (εθνικές και φυλετικές), κυριαρχεί στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα και προτάσσει την απελευθέρωση του ανθρώπου από κάθε αυταρχισμό και έλεγχο. Στο πλαίσιο αυτού του κινήματος, γεννήθηκε η Αντιψυχιατρική, όπως περιγράφηκε στην παρούσα ενότητα.

---

69 ΤΕΡΖΑΚΗΣ Φ., (2013), ό.π., σ. 8.

## Νοητική υστέρηση

**Γενικά.** Στην παρούσα μελέτη, το θέμα της νοητικής υστέρησης (ν.υ.) θα εξεταστεί από τη σκοπιά των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της ένταξης ή του κοινωνικού αποκλεισμού των ν.υ. ατόμων, που μαζί με ορισμένες κατηγορίες ψυχικά πασχόντων συγκροτούν τους “ακαταλόγιστους” “ασθενείς. Πριν όμως από αυτό, το οποίο θα αναλυθεί στα επόμενα κεφάλαια, κρίνεται αναγκαίο να παρουσιαστεί το θεωρητικό και ιστορικό πλαίσιο της ν. υ., από την οπτική της Ιατρικής επιστήμης αλλά και της κοινωνικής πρόσληψης, καθώς και οι συνήθεις ορισμοί, παλαιότερα και σήμερα.

**Ορισμός.** Με το όρο *νοητική υστέρηση (intellectual disability)* που χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο αντί του όρου *διανοητική αναπηρία (mental retardation)*, περιγράφεται μια κατάσταση ατελούς νοητικής ανάπτυξης με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της βλάβης σε βασικές επιδεξιότητες, που εμφανίζεται κατά την περίοδο της ανάπτυξης του ατόμου – παιδιού<sup>70</sup>. Η συνθήκη αυτή συμβάλλει στο συνολικό επίπεδο της ευφυΐας και της λειτουργικότητας του ατόμου: νόηση, γλώσσα, κινητικότητα, κοινωνικές δεξιότητες, συμπεριφορά και κοινωνική προσαρμογή (social adaptation), σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>71</sup>.

**Η νοητική υστέρηση στη διαδρομή του χρόνου.** Οι τροποποιήσεις του όρου και του ορισμού της Ν.Υ. (*Intellectual Disability-Intellectual Developmental Disorder*) δίνουν έμφαση στις υποβόσκουσες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, που έχουν ως αποτέλεσμα την ελαττωματική προσαρμογή και δυσλειτουργικότητα του ατόμου, στις διάφορες κοινωνικές και ακαδημαϊκές- εκπαιδευτικές διαδικασίες, και περιβάλλοντα. Οι παλαιότερες αναφορές περί Ν.Υ., δείχνουν να κατάγονται από την αρχαία αιγυπτιακή ιατρική (1500 π.Χ.) καθώς και από την Ελληνική και Ρωμαϊκή παράδοση, όπου είναι πιθανό να εφαρμόστηκαν οι πρακτικές της βρεφοκτονίας. Επίσης, στην Ευρώπη και στην Κεντρική και Νότια Αμερική, φαίνεται να εφαρμόστηκαν πρακτικές όπως: διάτρηση κρανίου, χρήση των ν.υ. ατόμων ως σκλάβων ή γελωτοποιών<sup>72</sup>. Η Ν.Υ. όπως και η ψυχική διαταραχή στις διάφορες εκδοχές

70 KE X. & LIU J., (2012) “Intellectual Disability”, DEVELOPMENTAL DISORDERS, Chapter C.1, διαθέσιμο στο [iacapar.org](http://iacapar.org), σ. 2, είσοδος 14-04-2019, 11.37.

71 WORLD HEALTH ORGANIZATION, |Regional Office of Europe, (2019), Intellectual Disabilities.

72 HARRIS, J., & GREENSPAN St., (2016) “Definition and Nature of Intellectual Disability, Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities”, σ.13, διαθέσιμο στο <http://www.spinger.com/978-3-319-26581-0>, είσοδος 14-04-2019, 13.00.

της, πέρασε από το στάδιο της κοινωνικής πρόσληψης ως “δαιμονική επιρροή” που έπρεπε να εξαλειφθεί από την κοινωνική λειτουργία. Σε κάποιες χώρες, τους έβλεπαν με συμπάθεια και τους επέτρεπαν να περιφέρονται κατά βούληση. Στην Αγγλία, κατά τον 12ο αι. μ.Χ., ο βασιλιάς Ερρίκος II δημοσίευσε νόμο με τον οποίο τους έθεσε υπό την προστασία του<sup>73</sup>. Προς το τέλος του 18ου αι., στο πλαίσιο της ανάδειξης της έννοιας του *ατόμου* κατά την περίοδο της Αμερικανικής και Γαλλικής Επανάστασης, τα δικαιώματα των ατόμων με νοητική αναπηρία (μαζί με άλλες κατηγορίες αναπηρίας) άρχισαν να αναγνωρίζονται.

**Ορολογία και κριτήρια της νοητικής υστέρησης από τον 20<sup>ο</sup> στον 21<sup>ο</sup> αιώνα.** Μέχρι το πρώτο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι συνήθεις όροι για να αποδοθεί η αναφερόμενη στον παραπάνω ορισμό, συνθήκη, σε παγκόσμιο επίπεδο, ήταν *ηλιθιότητα* και *χαμηλή νοημοσύνη*<sup>74</sup>. Σημαντική αλλαγή συντελέστηκε το 1961, όταν η American Association on Mental Retardation (AAMR), εισήγαγε τον όρο *mental retardation* (*διανοητική αναπηρία*), βάσει αντικειμενικών κριτηρίων που αφορούσαν νοητικά tests και μετρήσεις της ευφυΐας και της προσαρμοστικότητας.

Στη δεκαετία του '70 εισάγεται το κριτήριο του Δείκτη Ευφυΐας (IQ), βάσει του οποίου προσδιοριζόταν η νοητική υστέρηση ως απόκλιση προς τα κάτω, του αναφερόμενου δείκτη.

Από το 1980 περίπου, το κριτήριο του IQ αμβλύθηκε λόγω της διαπίστωσης ποσοστού λάθους στις μετρήσεις της ευφυΐας, και άρχισε να δίνεται έμφαση στα κλινικά αποτελέσματα και σε περαιτέρω ιατρικές εξετάσεις, για τον προσδιορισμό της ύπαρξης νοητικής υστέρησης.

Το 2002, η AAMR εκσυγχρονίζει τους παλαιότερους ορισμούς και τα κριτήρια για τη νοητική αναπηρία, δηλώνοντας ως νοητική καθυστέρηση τη δυσκολία ευθυγράμμισης με αυτό που η International Classification of Functioning προσδιόριζε ως νοητική λειτουργία και συμπεριφορά προσαρμογής. Ο όρος *συμπεριφορά προσαρμογής* (*adaptive behavior*), εκτός των ικανοτήτων ανταπόκρισης σε κοινωνικές και πρακτικές δεξιότητες, περιλαμβάνει πλέον και τη διάσταση της συμμετοχής και διαντίδρασης και των κοινωνικών ρόλων.

Το 2007, η AAMR (American Association on Mental Retardation) άλλαξε το όνομά της σε AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) και το 2010 δημοσίευσε επικαιροποιημένο επιστημονικό πλαίσιο αναφοράς της N.Y.. Σε

---

73 HARRIS, J., & GREENSPAN, St., (2016) ό.π., σ.13.

74 HARRIS, J., & GREENSPAN, St.,(2016) ό.π., σ.σ. 15-17.

αυτό, κυριαρχεί η εξέταση της ΝΥ ως κατασκευή του κοινωνικού και περιβαλλοντικού πεδίου, εντός του οποίου τα άτομα με ΝΥ αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον αυτό, και όχι πλέον η επικέντρωση στα ν.υ. άτομα, ως οντότητες διαφορετικές από την “φυσιολογική νόρμα”. Το νέο πλαίσιο αναφοράς της AAIDD τονίζει τη σπουδαιότητα της αυτοεκτίμησης των ν.υ. ατόμων, του ευ ζην τους και της δυνατότητας αυτοπροσδιορισμού. Υπογραμμίζει την ανάγκη ενδυνάμωσης και υποστήριξης κάθε ν.υ. ατόμου, ώστε να αναπτύξει πλήρως τις δυνατότητες που διαθέτει στο πλαίσιο της διανοητικής αναπηρίας. Επισυνάπτει επίσης, ένα κεφάλαιο που αναφέρεται στη σύνθετη (ως αποτέλεσμα πολλών παραγόντων) αιτιολογία της ΝΥ και διατυπώνει τη θέση ότι οι δύο βασικές ομάδες προσέγγισης της ΝΥ σε σχέση με τους παράγοντες που την προκαλούν (θα αναλυθεί παρακάτω), η *βιολογική* και η *πολιτισμική ΝΥ*, οφείλονται ίσως σε παράγοντες που εμφανίζονται και στις δύο αυτές μορφές ΝΥ. Με άλλα λόγια, τόσο τα άτομα ΝΥ οργανικής αιτίας όσο και εκείνα με ΝΥ χωρίς φανερά οργανικά-γενετικά αίτια, αλληλεπιδρούν και επηρεάζονται από τους κοινωνικούς – περιβαλλοντικούς παράγοντες, στην εν γένει λειτουργία τους. Η σχετικά πρόσφατη αυτή προσέγγιση της AAIDD, εμφανίζει κατηγοριοποιήσεις της ΝΥ με γνώμονα τη λειτουργικότητα των ν.υ. ατόμων, τη συμπεριφορά προσαρμογής τους και τις ανάγκες τους για υποστήριξη στις λειτουργίες αυτές<sup>75</sup>.

**Η νοητική αναπηρία/νοητική υστέρηση ως συνάρτηση των αναπτυξιακών προσεγγίσεων.** Το ζήτημα της μελέτης των παιδιών – ατόμων με ν. υ., αλλά και άλλες μορφές αναπηρίας, επικεντρώνεται συνήθως στην *αναπτυξιακή προσέγγιση*, δηλαδή στη μελέτη των ατόμων με αναπηρία ύστερα από σύγκριση με “φυσιολογικά άτομα”<sup>76</sup>. Η αναπτυξιακή προσέγγιση – θεώρηση, συναρτάται από δύο στοιχεία: το πρώτο περιλαμβάνει τις *κλασικές αναπτυξιακές προσεγγίσεις* (κύριος εκπρόσωπος: Jean Piaget), και ένα πιο πρόσφατο στοιχείο των *νεώτερων προσεγγίσεων*, που σχετίζονται με το πλαίσιο ανάπτυξης, με έμφαση στο περιβάλλον μέσα στο οποίο συντελείται η ανάπτυξη των ατόμων<sup>77</sup>.

Οι *κλασικές αναπτυξιακές προσεγγίσεις* επικεντρώνονται σχεδόν απόλυτα στο άτομο – παιδί, το οποίο θεωρούν ως ένα ενεργό ζωντανό σύστημα, άποψη που σύμφωνα με τον Steven Pepper ανήκει στην *οργανική – λειτουργική* θεώρηση του

---

75 HARRIS, J., & GREENSPAN, St., (2016) ό.π., σ. 17.

76 HODAPP, R., (2003), *Αναπτυξιακές θεωρίες και αναπηρία. Νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές διαταραχές και κινητική αναπηρία* (μτφρ: Μ. Δεληγιάννη), Αθήνα: Μεταίχμιο, σ. 3.

77 HODAPP, R., (2003) ό.π., σ.σ. 4-11.

κόσμου<sup>78</sup>. Οι προσεγγίσεις αυτές, αποδίδουν στο περιβάλλον ελάχιστη σημασία, καθώς οι εκπρόσωποι των προσεγγίσεων αυτών, κυρίως ο Piaget, το θεωρούν ως «παθητικό» σε σχέση με το «ενεργό» άτομο – παιδί<sup>79</sup>.

Οι νεώτερες προσεγγίσεις, ονομάζονται περιβαλλοντικές ή οικολογικές αναπτυξιακές προσεγγίσεις. Οι περιβαλλοντικοί αναπτυξιακοί ψυχολόγοι, θεωρούν ότι το περιβάλλον διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο, κυρίως από την άποψη του συνόλου των ανθρώπων, σχέσεων και αντικειμένων που περιβάλλουν το κάθε άτομο στην αναπτυξιακή του ηλικία, και συνιστούν το πολιτισμικό του περιβάλλον. Στην ουσία, είναι οπαδοί της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Η άποψη αυτή των περιβαλλοντικών αναπτυξιακών ψυχολόγων, έχει ιδιαίτερη σημασία και θα αξιολογηθεί στα επόμενα κεφάλαια, όπου θα περιγραφεί το νομικό – θεσμικό πλαίσιο που αφορά τα άτομα με νοητική αναπηρία καθώς και το ζήτημα της ιδρυματοποίησης – αποϊδρυματοποίησης. Αυτό που προβάλλουν οι σύγχρονοι περιβαλλοντικοί αναπτυξιακοί ψυχολόγοι, είναι α) ότι πρέπει να εξετάζεται το θέμα της αλληλεπίδρασης και του περιβάλλοντος των ατόμων με και χωρίς νοητική αναπηρία, και ως εκ τούτου, β) να επανεξετάζεται και το τι θεωρείται «φυσιολογικό» για τα οικογενειακά περιβάλλοντα των ατόμων χωρίς νοητική αναπηρία.

**Αρχική αναπτυξιακή προσέγγιση της νοητικής υστέρησης.** Σημαντική θεωρείται η έρευνα και η θεωρητική προσέγγιση του Edward Zigler (Αμερικανός Αναπτυξιακός Ψυχολόγος, 1930-2019) στο ζήτημα της αναγνώρισης των ατόμων με νοητική υστέρηση<sup>80</sup>. Ο Zigler σε μία προσπάθεια (όπως και διάφοροι άλλοι θεωρητικοί της περιόδου 1950-1960, Ellis, Luria, κá) να εντοπίσει τα αίτια της ΝΥ αλλά και το πώς ο ίδιος θα εφάρμοζε τις αναπτυξιακές προσεγγίσεις σε ν.υ. παιδιά, θεώρησε καταρχήν ότι τα άτομα με ΝΥ δεν είναι όμοια. Η συμβολή του συνίσταται στα εξής:

- Έδωσε έμφαση στα εξωτερικά κίνητρα που επηρεάζουν και ενεργοποιούν τα άτομα με νοητική αναπηρία, αμφισβητώντας τις εσφαλμένες απόψεις που κυριάρχησαν έως και τα μέσα της δεκαετίας του '50 ότι τα άτομα αυτά είναι εκ φύσεως «άκαμπτα».
- Ανέδειξε το διαφορετικό περιβάλλον, εκπαιδευτικό και οικογενειακό ανάμεσα στα άτομα – παιδιά με και χωρίς νοητική υστέρηση, γεγονός που θα έχει διαφορετικό αναπτυξιακό αποτέλεσμα (πχ τα παιδιά με ν. υ. που κατά πάσα

---

78 PEPPER, St., (1942), *World Hypotheses. A study in evidence*, University of California, σ. 232.

79 HODAPP, R., (2003) ό.π., σ. 6.

80 HODAPP, R., (2003) ό.π., σ. 45.

πιθανότητα μεγαλώνουν σε ίδρυμα ή φοιτούν σε ειδικό σχολείο, είναι επόμενο να εμφανίζουν διαφορετικές γνωστικές ή γλωσσικές ικανότητες). Κατά συνέπεια, ισχυρίστηκε ότι κάθε σύγκριση θα πρέπει να γίνεται μεταξύ ατόμων ίδιας νοητικής και όχι χρονικής ηλικίας.

- Προέτρεψε σε μια επαναπροσέγγιση και εκ βαθέων γνώση της νοητικής υστέρησης<sup>81</sup>, καθώς ανέδειξε τις διαφωνίες μιας μερίδας επιστημόνων της δεκαετίας του '60 για τον τρόπο ορισμού και κριτηρίων, κυρίως για το κριτήριο της κοινωνικής προσαρμογής, ότι συνιστά ευρεία έννοια και δεν μπορεί να αποτελεί ένδειξη νοητικής υστέρησης.
- Συστηματοποίησε την αναπτυξιακή προσέγγιση της νοητικής καθυστέρησης, κυρίως με το διαχωρισμό μεταξύ των νοητικά υστερούντων λόγω οργανικών – γενετικών παραγόντων και νοητικά υστερούντων λόγω μη οργανικών – γενετικών παραγόντων: Συγκεκριμένα, ο Zigler θεώρησε ότι όλοι οι άνθρωποι με ΝΥ δεν είναι όμοιοι. Θεώρησε ότι υπάρχουν δύο μορφές ΝΥ, με κριτήριο τους παράγοντες που την προκαλούν. Η πρώτη μορφή οφείλεται σε οργανικές αιτίες που συμβαίνουν προγεννητικά, περιγεννητικά ή μεταγεννητικά και ονομάζεται *οργανική – λειτουργική νοητική καθυστέρηση*. Η δεύτερη μορφή, δεν έχει εμφανή οργανικά αίτια ούτε εμφανή στοιχεία αναπτυξιακής αναπηρίας, παρά μόνο χαμηλότερα επίπεδα νοημοσύνης που ο Zigler θεώρησε ότι οφείλονται σε κοινωνικούς – ταξικούς παράγοντες (άτομα και οικογένειες χαμηλής κοινωνικής και οικονομικής τάξης, μειονότητες). Έτσι λοιπόν, με βάση αυτή την κατηγοριοποίηση, ο Zigler τη δεκαετία του '60 εφάρμοσε αναπτυξιακή προσέγγιση στα ν.υ. άτομα με αυτή τη δεύτερη μορφή, *πολιτισμικό – οικογενειακή νοητική καθυστέρηση*<sup>82</sup>.

Η συμβολή του Zigler θεωρείται σημαντική γι' αυτήν ακριβώς την επισύναψη της έννοιας του περιβάλλοντος<sup>83</sup> στην αναζήτηση των παραγόντων της ΝΥ, που δεν υπήρχε έως τότε (δεκαετία 1950-1960) στη σκέψη των πρώτων αναπτυξιακών ψυχολόγων (πχ Piaget). Η προσέγγιση αυτή προκάλεσε κριτική από άλλους επιστήμονες (πχ Baumeister & MacLean, 1979)<sup>84</sup> οι οποίοι αμφισβήτησαν την *πολιτισμικό –*

---

81 ZIGLER, Ed., & HODAPP, R., (1986), *Understanding Mental Retardation*, CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, σ. 11.

82 HODAPP, R., (2003) ό.π., σ.σ. 47-50.

83 ZIGLER, Ed., & HODAPP, R., (1986), *Understanding Mental Retardation*, CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, σ. 69.

84 HODAPP, R., (2003) ό.π., σ. 51.

*οικογενειακή νοητική καθυστέρηση(π.ο.ν.κ.),* κυρίως για τον αφαιρετικό προσδιορισμό της (ότι υπάρχει εκεί όπου δεν εμφανίζονται σαφή οργανικά – γενετικά αίτια) και βέβαια, είναι επόμενο ότι μετά από κάθε επιστημονική ανακάλυψη για περαιτέρω οργανικά αίτια της ΝΥ, το πεδίο της *πολιτισμικο – οικογενειακής νοητικής καθυστέρησης* υποχωρεί. Επίσης, διάφορες υποθέσεις έχουν αναφερθεί και διατυπωθεί για τις αιτίες της ΝΥ και την πιθανή δυσανάλογη εμφάνισή της σε φτωχά τμήματα του πληθυσμού, μειονότητες και οικογένειες με περισσότερα του ενός ν.υ. μέλη. Κάποιες από τις υποθέσεις αυτές υπαινίσσονται γενετικούς παράγοντες πληθυσμών με διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα, άλλες τονίζουν την ανάγκη διερεύνησης περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν τα τμήματα αυτά του πληθυσμού, όπως χαμηλή κινητοποίηση και προβολή ερεθισμάτων ή υπερβολικά πολλά ερεθίσματα και πολιτισμικές αντιφάσεις, κυρίως στις κοινωνίες του δυτικού πολιτισμού.

Ελέγχεται λοιπόν, το θεωρητικό σχήμα του Zigler και ως προς το ότι απέκλεισε από τις προσεγγίσεις του τα άτομα με *οργανική – λειτουργική ν.κ.*, θεωρώντας ότι είναι ατελή ή ελλειμματικά και ότι δεν ανήκουν, κατά πάσα πιθανότητα, στο φάσμα της “πιαζετικής” ανάπτυξης. Θεωρήθηκε ως “συντηρητικό” το σχήμα αυτό λόγω του αποκλεισμού της πρώτης μορφής ΝΥ. Η συμβολή του όμως κρίνεται κυρίως, στην ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται, εκτός του περιβάλλοντος, με την προσωπικότητα και τα κίνητρα. Θεωρούσε δηλαδή, ότι τα άτομα-παιδιά με *π.ο.ν.κ.* αναπτύσσονται όπως τα “φυσιολογικά” παιδιά, όμως σε διαφορετικό περιβάλλον και με διαφορετικά βιώματα, άρα με διαφορετικό όλο το πεδίο της αλληλεπίδρασης. Την περίοδο της δεκαετίας του ‘60 κατά την οποία ο Zigler διεξήγαγε την έρευνά του, μεγάλο ποσοστό παιδιών με ΝΥ ζούσε σε ιδρύματα, σε διάφορες περιοχές της Ευρώπης, όπου δεν υπήρχε εξατομικευμένη προσέγγιση, γεγονός που συντείνει στην απουσία κινήτρων. Όπως θα δούμε παρακάτω (Κεφάλαιο Γ), στη σημερινή εποχή που η ιδρυματοποίηση σταδιακά εγκαταλείπεται προς χάριν της δημιουργίας δομών εναλλακτικού (κοινοτικού) τύπου, η φοίτηση ν.υ. παιδιών σε ειδικά σχολεία ή με παράλληλη στήριξη, προφανώς δημιουργεί διαφορετικές συνθήκες διαντίδρασης και αλληλεπίδρασης.

Παρόλα αυτά, μπορούμε να παραθέσουμε επιγραμματικά τα είδη της ΝΥ<sup>85</sup> που προέκυψαν από αυτή τη διάκριση του Zigler με βάση τα αίτια που την δημιουργούν:

---

85 HODAPP, R., (2003) ό.π., σ.σ. 49-53.

Αφενός η *οργανική – λειτουργική νοητική καθυστέρηση* διακρίνεται σε: Σύνδρομο Down, Σύνδρομο του εύθραυστου Χ, Σύνδρομο Prader-Willi, Σύνδρομο Williams, ανάλογα με το είδος της γενετικής ή άλλης οργανικής αιτίας που την προκαλεί.

Αφετέρου, η *πολιτισμικό – οικογενειακή νοητική καθυστέρηση* διακρίνεται σε<sup>86</sup>:

- ✓ *Πολιτισμικό – οικογενειακή*. Ο όρος αυτός καταδεικνύει περιβαλλοντικούς ή γενετικούς παράγοντες, όπως πχ, αντιφάσεις ανάμεσα στο οικογενειακό περιβάλλον και στην ευρύτερη κουλτούρα του κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου, περιβάλλοντα με υπερβολικά πολλά ή ανύπαρκτα ερεθίσματα σε συνδυασμό με πιθανό υποβαθμισμένο οικογενειακό υπόβαθρο.
- ✓ *Οικογενειακή νοητική καθυστέρηση*. Ο όρος δίνει έμφαση κυρίως στην ύπαρξη προβληματικού πολυγενετικού υποστρώματος.
- ✓ *Νοητική καθυστέρηση οφειλόμενη σε περιβαλλοντική υποβάθμιση*. Στην κατηγορία αυτή, νοούνται περιβαλλοντικά ζητήματα που μπορούν να αποφευχθούν ή να μεταστραφούν.
- ✓ *Μη συγκεκριμένη νοητική καθυστέρηση*. Υποδηλώνει μη εντοπισμένη αιτία της ΝΥ.
- ✓ *Μη οργανική νοητική καθυστέρηση*. Ο όρος αυτός αναφέρεται στο υποβαθμισμένο περιβάλλον ως βασικό παράγοντα της ΝΥ.
- ✓ *Ιδιοπαθής νοητική καθυστέρηση*. Η διατύπωση αυτή, αναφέρεται σε ιδιάζουσα ΝΥ που οφείλεται είτε σε άγνωστα αίτια είτε αφορά μεμονωμένη περίπτωση.

**Νεότερες αναπτυξιακές προσεγγίσεις της νοητικής υστέρησης.** Ενώ όπως αναφέρθηκε, ο Zigler δεν εφάρμοσε αναπτυξιακή προσέγγιση στα άτομα – παιδιά με *οργανική – λειτουργική νοητική καθυστέρηση*, παρά μόνο σε εκείνα με *πολιτισμικό – οικογενειακή νοητική καθυστέρηση*, καθώς θεωρούσε ότι τα άτομα της δεύτερης κατηγορίας αναπτύσσονται κατά τα στάδια ανάπτυξης του Piaget όπως και τα άτομα χωρίς ΝΥ, αλλά με πιο αργούς ρυθμούς, οι νεώτερες αναπτυξιακές προσεγγίσεις περιέλαβαν και τα άτομα – παιδιά με ΝΥ οργανικών και λειτουργικών αιτιών. Ακόμα και ο ίδιος ο Zigler, όπως και οι Burack και Hodapp μεταγενέστερα, διαπίστωσαν ότι τα άτομα με *οργανική – λειτουργική νοητική καθυστέρηση*, δεν παρουσίαζαν όμοιες αντιδράσεις και ότι αυτού του τύπου η ΝΥ όφειλε να επαναπροσδιοριστεί. Για παράδειγμα, στη δεκαετία του ‘ 80 διαπίστωσαν έπειτα από συγκρίσεις, ότι υπάρχουν

---

86 ZIGLER, Ed., &HODAPP, R., (1986), ό.π., σ.σ. 88-89.



διαφορές στην κοινωνική προσαρμογή και στη συμπεριφορική ανάπτυξη ανάμεσα σε παιδιά με Σύνδρομο Down και σε άλλα με Σύνδρομο του εύθραυστου X.

Καθώς προχωρούν οι έρευνες, η ανακάλυψη νέων οργανικών παθήσεων ή γενετικών αποκλίσεων, μειώνει το ποσοστό της νοητικής υστέρησης πολιτισμικού – οικογενειακού τύπου. Οι μελέτες μέσω αναπτυξιακών προσεγγίσεων σε άτομα – παιδιά με ν.υ. οργανικών – λειτουργικών αιτιών, ονομάστηκαν μελέτες ανάπτυξης “παρά τη διαταραχή”<sup>87</sup>. Οι έρευνες αυτές έδειξαν, ότι τα παιδιά με οργανική – λειτουργική ν.υ. αναπτύσσονται ακολουθώντας τις “πιαζετικές” διαδοχές ανάπτυξης, όπως και τα παιδιά με ν.υ. πολιτισμικού – οικογενειακού τύπου καθώς και τα παιδιά χωρίς ΝΥ, με πιο αργούς όμως ρυθμούς. Εξαιρέση από τη διαπίστωση αυτή, αποτελούν ίσως τα άτομα με σοβαρές εγκεφαλικές ανωμαλίες και ανεξέλεγκτες επιληπτικές κρίσεις, λόγω της δυσκολίας να διαπιστωθεί η αναπτυξιακή τους πορεία.

Η σημαντικότερη όμως διαπίστωση αυτής της σχολής των νεότερων αναπτυξιακών ψυχολόγων, είναι ότι και τα άτομα – παιδιά χωρίς ΝΥ, εμφανίζουν εξαιρέσεις στην αναπτυξιακή διαδικασία.

**Σύνοψη.** Στην παρούσα ενότητα παρουσιάστηκε συνοπτικά το θεωρητικό πλαίσιο και η ιστορική διαδρομή των ορισμών και προσδιορισμών της νοητικής υστέρησης, μιας συνθήκης που περιγράφεται στο γενικά αποδεκτό ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως “ατελής νοητική ανάπτυξη με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της βλάβης σε βασικές επιδεξιότητες, που εμφανίζεται κατά την περίοδο της ανάπτυξης του ατόμου – παιδιού”<sup>88</sup>. Η συνθήκη αυτή συμβάλλει στο συνολικό επίπεδο της ευφυΐας και της λειτουργικότητας του ατόμου: νόηση, γλώσσα, κινητικότητα, κοινωνικές δεξιότητες, συμπεριφορά και κοινωνική προσαρμογή (social adaption)”. Παρακολουθήσαμε τη διαφοροποίηση του όρου που αποδίδει τη συνθήκη αυτή, από τον 19ο έως τον 21ο αιώνα, καθώς και τους διαφορετικούς τρόπους κοινωνικής πρόσληψης και αντιμετώπισης των ν.υ. ατόμων, από την αρχαιότητα έως τη νεωτερικότητα. Παρουσιάστηκε επίσης, το φάσμα των παλαιότερων και των νεότερων αναπτυξιακών προσεγγίσεων, και ο τρόπος που αυτές έχουν διαφοροποιηθεί, από την επικέντρωση στο άτομο (Piaget) και την “ελλειμματικότητα” που συντελεί στη ν. υ., έως την ανάπτυξη των περιβαλλοντικών προσεγγίσεων και των ερευνών της αλληλεπίδρασης με το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό – πολιτισμικό περιβάλλον

---

87 HODAPP, R., (2003) ό.π., σ.σ. 59-61.

88 KE X. & LIU J., (2012) “Intellectual Disability”, DEVELOPMENTAL DISORDERS, Chapter C.1, διαθέσιμο στο iacapar.org, σ. 2, είσοδος 14-04-2019, 11.37.

των ν.υ. ατόμων. Επίσης, παρακολουθήσαμε την εξέλιξη των επιστημονικών διαπιστώσεων που φτάνουν έως την αμφισβήτηση των παγιοποιημένων αντιλήψεων του παρελθόντος περί “ακαμψίας” των ν.υ. ατόμων που πάσχουν από οργανικές βλάβες, καθώς και την επανεξέταση της αναπτυξιακής πορείας των “φυσιολογικών” ατόμων.

## **Επισκόπηση**

Στο Κεφάλαιο Α της παρούσας μελέτης, επιχειρήθηκε μια συνοπτική παρουσίαση του ιστορικού, θεωρητικού και επιστημολογικού πλαισίου της ψυχικής διαταραχής και της νοητικής υστέρησης. Από το εύρος της βιβλιογραφίας και των πηγών που μελετήθηκαν και αξιοποιήθηκαν για τη συγγραφή του κεφαλαίου, επιλέχθηκαν και παρουσιάστηκαν μέσω της διαδικασίας ανάλυσης-σύνθεσης, τα γεγονότα και οι επιστημονικές θεωρήσεις που διαδοχικά συνέβαλαν στην εξέλιξη του ιδεολογικού και θεωρητικού πλαισίου της ψυχικής και νοητικής διαταραχής, με τρόπο ώστε να σχολιαστεί η εξέλιξη του αντίστοιχου θεσμικού πλαισίου στην Ελλάδα, από τον 20ο στον 21ο αιώνα, στα δύο επόμενα κεφάλαια, που συνιστούν και το βασικό ερευνητικό μέρος της μελέτης.

Παρακολουθήσαμε συνοπτικά, την εξέλιξη και τη μεταβολή στην κοινωνική πρόσληψη αλλά και στις ψυχιατρικές πρακτικές από την αρχαιότητα έως την μετανεωτερικότητα, την ανάδυση της Ψυχανάλυσης και της Κοινωνικής Ψυχιατρικής από τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα με κορύφωση την περίοδο 1950-1960, ως επιστήμες παράγωγες αλλά και σε αντίθεση με την κυρίαρχη Ψυχιατρική Επιστήμη και τη συμβολή τους στην αλλαγή του ιδεολογικού προσανατολισμού της. Αναφερθήκαμε στην Αντιψυχιατρική και το αντιψυχιατρικό κίνημα της περιόδου 1950-1970 ως πτυχή της συνολικής αμφισβήτησης απέναντι στις κοινωνικές δομές του νεωτερικού καπιταλισμού και του βιοπολιτικού ελέγχου επί της ζωής και των κοινωνικών διανθρώπινων σχέσεων. Επίσης, έγινε αναφορά στις διαφορετικές προσεγγίσεις των εννοιών της υγείας, της ασθένειας και του ανθρώπινου σώματος από το Μεσαίωνα στη Βιομηχανική Κοινωνία και στη Μετανεωτερικότητα, ως παράγοντες που συνδιαμορφώνουν τον ιδεολογικό προσανατολισμό και τη στοχοθέτηση της ψυχιατρικής πολιτικής σε κάθε κοινωνικό σχηματισμό και εποχή.

## Κεφάλαιο Β΄

### Το δικαιοῦκό – κανονιστικό πλαίσιο της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα του 20<sup>ου</sup> αιώνα

Η Ψυχιατρική Επιστήμη και ο τρόπος άσκησης της σε κάθε χρονικό – κοινωνικό πλαίσιο, είναι άρρηκτα δεμένη με την εξέλιξη κάθε κοινωνικού σχηματισμού από τη σκοπιά της πολιτικής και της ιδεολογίας, της ανθρωπολογίας και της πολιτισμικής ταυτότητας, της φιλοσοφίας και των δανείων της στην επιστήμη, της επιστήμης γενικά. Αυτό, έχει ιδιαίτερη βαρύτητα στην άσκηση της εκάστοτε ψυχιατρικής πολιτικής ή βιοπολιτικής, καθώς αντανακλά τις αντιλήψεις για τον άνθρωπο και την άσκηση των δικαιωμάτων του. Ως εκ τούτου, θεωρώ απαραίτητη την αξιοποίηση των ιστορικών αναφορών στην κατανόηση και κριτική προσέγγιση της ψυχιατρικής πολιτικής αλλά και της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, στην Ελλάδα του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Αυτό που κυρίως ενδιαφέρει την παρούσα μελέτη, είναι η σχέση και η συνύφανση μεταξύ «θεραπείας» και επιδιωκόμενης κοινωνικής ομαλότητας, από την πλευρά αυτών που κατά καιρούς καθίστανται κοινωνικά και οικονομικά κυρίαρχοι, στο πολύπαθο περιβάλλον της νεώτερης Ελλάδας. Πριν από την περίοδο που εξετάζει η παρούσα μελέτη, θα αναφερθεί συνοπτικά η ψυχιατρική περίθαλψη από το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, ό,τι κληροδότησε η Βυζαντινή και Οθωμανική Αυτοκρατορία με τη μορφή ασύλων και συνηθειών ψυχιατρικής πρακτικής.

### Προϋπάρχουσα ψυχιατρική περίθαλψη έως τα τέλη του 19ου αιώνα

**Γενικά.** Η Ελλάδα, στο σταυροδρόμι Δύσης και Ανατολής και με τους ιδιόμορφους ρυθμούς ανάπτυξης που ακολούθησε, στον τομέα της οργάνωσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων εφάρμοσε ένα σύστημα αντιλήψεων που προέρχονταν από τη δυτική Ευρώπη και έρχονταν σε πρόσμιξη με τις υπάρχουσες αντιλήψεις και δομές (εκκλησιαστικές κυρίως) που επικρατούσαν ήδη στα Βαλκάνια και την περιοχή της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας. Για παράδειγμα, κατά την περίοδο της Οθωμανικής κυριαρχίας<sup>89</sup>, ήταν συνήθης η συγκέντρωση ψυχικά αρρώστων, κυρίως αυτών που παρουσίαζαν ιδιαίτερη ανησυχία, σε μοναστήρια<sup>90</sup> όπου κρατούνταν σε κελιά αλυσοδεμένοι, τηρούσαν υποχρεωτική νηστεία και δέχονταν “θεραπευτικές” πρακτικές όπως ήταν ο εξορκισμός και η προσευχή. Τέτοια μοναστήρια υπήρξαν στη Ρουμανία,

---

89 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από την θεωρία στην πράξη*, ΑΘΗΝΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ σ.σ. 173-175.

90 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994), *ό.π.*, σ. 172.

στην Αίγυπτο, στη Μικρά Ασία και αλλού. Στην Ελλάδα, έλαβαν τέτοιο χαρακτήρα, τα μοναστήρια καθολικών Καπουτσίνων του Αγίου Ρόκκου, η Εκκλησία των Ταξιαρχών και το Μοναστήρι της Αγίας Ματρώνας στη Χίο, το μοναστήρι του Αγίου Γερασίμου στην Κεφαλλονιά, του Αγίου Αντωνίου στη Θεσσαλονίκη, η μονή Δαφνίου στην Αττική και αρκετές μονές στο Άγιον Όρος.

**Ίδρυση των πρώτων ασύλων.** Την περίοδο της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, ιδρύθηκε το φρενοκομείο του Τζαμιού Φατίχ από τον Μωάμεθ Β΄ το 1465 καθώς και το νοσοκομείο του Τζαμιού του Σουλεϊμάν το 1527, στην Κωνσταντινούπολη. Το 1580 ιδρύεται στην ίδια πόλη, το περίφημο Τοπ Ταχί, που φιλοξενούσε ψυχικά ασθενείς.

Τα πρώτα άσυλα στην ελληνική επικράτεια, είχαν ιδρυθεί στην Κέρκυρα το 1838 υπό βρετανική διοίκηση, στην Κεφαλλονιά στο 1840 στα πρότυπα εκείνου της Κέρκυρας, στην περιοχή της Μαγνησίας το 1885. Επίσης, το 1839 ιδρύθηκε το νοσοκομείο του Επταπυργίου, ενώ το 1855 ιδρύεται από καθολικές καλόγριες το άσυλο La Paix στην Κωνσταντινούπολη. Το 1881 ανακατασκευάστηκε το νοσοκομείο στη Χίο το οποίο διέθετε τμήμα ψυχασθενών. Όπως αναφέρει ο καθηγητής Δ. Πλουμπίδης, η πρωτοβουλία για την ίδρυση ασύλου για “φρενοβλαβείς” στην Αθήνα, οφειλόταν κυρίως στη ραγδαία αύξηση του πληθυσμού της (από 36.000 το 1853 σε 149.000 κατοίκους το 1889, σύμφωνα με το Statistical Year Book of Greece 1955)<sup>91</sup> και κατά συνέπεια, στην αύξηση του αριθμού των ψυχασθενών. Επιπροσθέτως, η έως τότε κράτηση των “φρενοβλαβών”, υπό απάνθρωπες συνθήκες στα υπόγεια κεντρικού αστυνομικού τμήματος της Αθήνας, είχε στηλιτευτεί το 1845 από την παρισινή εφημερίδα *Moniteur Universel*.

**Τα πρώτα δείγματα υγειονομικής και ψυχιατρικής πολιτικής του ανεξάρτητου Ελληνικού κράτους.** Μελετώντας την εξέλιξη της ψυχιατρικής πολιτικής του ελλαδικού χώρου με ταυτόχρονη αξιοποίηση των ιστορικών και κοινωνικών μεταβολών, αντιλαμβάνεται εύκολα κανείς ότι αυτή, θα ελάμβανε χαρακτήρα κοινωνικού ελέγχου, όπως συνέβη στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου, με αρκετές όμως ιδιαιτερότητες. Το νεοσύστατο ελληνικό κράτος παρουσίαζε εικόνα καταστροφής, περιλάμβανε ελάχιστο αστικό πληθυσμό και ως εκ τούτου, η εναπόθεση της περίθαλψης των ψυχασθενών παρέμενε στην παραδοσιακή φροντίδα

---

91 ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ., (1995) ό.π., σ.σ. 126-127.

της εκκλησίας<sup>92</sup>. Ως αποτέλεσμα, οι πρώτες πρωτοβουλίες για τη δημιουργία ειδικού νοσοκομείου αρχίζουν από το 1860 και μετά και κυρίως μετά το 1880, όταν συγκροτείται ένα αστικό και οικονομικό πλαίσιο που ασκεί πιέσεις και πρωτοβουλίες, στην κατεύθυνση αυτή.

Το ελληνικό κράτος, εκτός από την απόπειρα ίδρυσης “φρενοκομείου” στην Αίγινα το οποίο δεν ιδρύθηκε, δεν συγκρότησε ψυχιατρείο έως τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Προϋπήρχε το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας που κληρονομήθηκε στο ελληνικό κράτος μετά την ένωση της Επτανήσου το 1864, στο οποίο έγιναν εργασίες συντήρησης και βελτίωσης με δαπάνη του ελληνικού κράτους το 1880-1890<sup>93</sup>. Γενικά πάντως, έως τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, κάθε άλλο ίδρυμα της ελληνικής επικράτειας ήταν έργο των “εθνικών ευεργετών”, μετά από παραχώρηση των οικοπέδων εκ μέρους του κράτους.

Τον Ιανουάριο του έτους 1833<sup>94</sup>, με Βασιλικό Διάταγμα του Όθωνος, δημιουργήθηκε μια πρώτη μορφής Υγειονομική Υπηρεσία (Υγειονομικό Τμήμα ή Αστυνομία) υπό το Υπουργείο Εσωτερικών και την επίβλεψη του Βαυαρού ιατρού Witmper. Η μετέπειτα εξέλιξη του Τμήματος σημειώθηκε το 1914 οπότε και μετατράπηκε σε Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Δημοσίας Αντιλήψεως με το ν. 516/1914 και η οποία, το 1917 έγινε αυτοτελές Υπουργείο Περιθάλψεως με το ΒΔ 8/7/1917. Εν συνεχεία, μετά την έλευση των προσφύγων από τη Μικρά Ασία, συστάθηκε το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως με το ΝΔ 13/12/1922. Το 1928 συστήνεται Υφυπουργείο Υγιεινής για να συγχωνευτεί ξανά το 1932 ως Γενική Διεύθυνση Υγιεινής του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως. Μια σειρά μετέπειτα συγχωνεύσεων και ανεξαρτητοποιήσεων του τομέα υγιεινής του κράτους, ακολουθήθηκε έως το 1968.

### ***Ο πρώτος ψυχιατρικός νόμος του νεοσύστατου Ελληνικού κράτους.***

Πρόκειται για τον περίφημο νόμο ΨΜΒ/1862, ΦΕΚ 28/19-5-1862 “Περί συστάσεως φρενοκομείων”<sup>95</sup> (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ). Όπως προκύπτει από τα Πρακτικά της Βουλής σχετικά με τη συζήτηση και επεξήγηση των βασικών άρθρων του νομοθετικού κειμένου προ της ψήφισής του, η οποία και υπήρξε ομόφωνη, ο νόμος αυτός βασίστηκε

92 ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ., (1995) *Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα*, ΑΘΗΝΑ: ΕΞΑΝΤΑΣ, σ. 125.

93 ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ., (1995) *ό.π.*,

94 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) *ό.π.*, σ. 175.

95 ΠΗΓΗ: ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ Ψηφιακό Αρχείο.

στον αντίστοιχο νόμο 1838 του Γαλλικού κράτους, εμπνευσμένος από την *ηθική θεραπεία* του Pinel<sup>96</sup>. Ο ΨΜΒ του 1862 αποτελείται από 39 άρθρα, και εισήχθη προς ψήφιση στην Ελληνική Βουλή με σκοπό να τερματίσει τη μέχρι τότε παραμονή των ψυχασθενών είτε εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος το οποίο επωμιζόταν το βάρος της διαχείρισης της ασθένειας, είτε την κράτηση σε μοναστήρια και αστυνομικά τμήματα, όπου καμία θεραπεία δεν εφαρμοζόταν, σύμφωνα με τη σχετική εισηγητική έκθεση στην προ ψήφισης συζήτηση (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΒΟΥΛΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΑΝ ΣΥΝΟΔΟΝ ΤΗΣ ΕΒΔΟΜΗΣ ΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ, ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Β' παρ. α)<sup>97</sup>. Η ανάγκη για τη δημιουργία “φρενοκομείων” τεκμηριώνεται στην αρχή της εισηγητικής έκθεσης με το επιχείρημα ότι υπήρχε ένας αριθμός ψυχασθενών που ανερχόταν στους τετρακόσιους είκοσι δύο (422), εκ των οποίων οι διακόσιοι ενενήντα πέντε (295) ήταν άνδρες και οι εκατόν είκοσι επτά (127) γυναίκες, κατανεμημένοι σε περιοχές της χώρας. (βλ. ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Αριθμός “φρενοβλαβών” ανά νομό της Ελληνικής Επικράτειας, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Εσωτερικών της Κυβέρνησης του Οθωνος.

ΠΗΓΗ: Πρακτικά Συνεδρίασης Κοινοβουλίου έτους 1862, ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ Ψηφιακό Αρχείο.

Αττικής και Βοιωτίας	15
Κυκλάδων	67
Μεσσηνίας	12
Λακωνίας	26
Αρκαδίας	20
Αχαΐας και Ήλιδος	45
Αργολίδος και Κορινθίας	55
Εύβοιας	27
Φθιώτιδος και Φωκίδος	55
Ακαρνανίας και Αιτωλίας	40

422

96 Philippe Pinel, 1745-1826, Γάλλος ψυχίατρος και ανθρωπιστής. Κατάργησε τις αλυσίδες στα ψυχιατρικά άστυλα και έθεσε τις θεωρητικές και πρακτικές βάσεις για τη θεραπεία των νοητικά ασθενών, μαζί με τους Chiarugi και Turke. Η παρακαταθήκη που άφησε στον τομέα της ψυχιατρικής, αφορά αφενός την ανάλυση συμπτωμάτων διαφόρων διανοητικών ασθενειών και αφετέρου, την εφαρμογή της ηθικής θεραπείας, αριστοτελικής προέλευσης, στην αντιμετώπιση των νοητικών ασθενειών. ΠΗΓΗ: WIKIPEDIA

97 ΠΗΓΗ: ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ Ψηφιακό Αρχείο.

Οι ψυχασθενείς αυτοί έχρηζαν θεραπείας σε ιδρύματα αποκλειστικά γι' αυτό τον τύπο ασθενών, προκειμένου να προστατευθεί η ασφάλεια των ιδίων και των άλλων πολιτών. Από την ανάλυση των άρθρων προκύπτει σαφώς η γαλλική επιρροή, αφενός στο θέμα της ανάγκης δημιουργίας ιδρυμάτων αποκλειστικά για τη φύλαξη ψυχασθενών, καθώς ο εγκλεισμός στη Γαλλία και σε άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης είχε ήδη εφαρμοστεί από τον 17ο αιώνα, αφετέρου είναι φανερή η επίδραση των ιδεών περί ηθικής θεραπείας: θέτει ορισμένα δικαιώματα των περιθαλπόμενων, όπως πχ την προηγούμενη δικαστική απόφαση για την τοποθέτηση δικαστικού συμπαραστάτη και οικονομικού διαχειριστή της περιουσίας του ασθενούς (αρ. 27), προστατεύει τους ασθενείς από τυχόν κακομεταχείρισή τους από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ποινή φυλάκισης για τους παραβάτες έως και ένα έτος (αρ. 39) και επίσης, για την εισαγωγή στο “φρενοκομείο” απαιτείται αιτιολογημένη έκθεση ιατρού (αρ. 4 και 8), σε μία προσπάθεια προστασίας από τον αυθαίρετο εγκλεισμό.

Ταυτόχρονα βέβαια, ο νόμος επέβαλε ένα ευρύ κανονιστικό πλαίσιο ελέγχου των περιθαλπόμενων, καθώς υποχρέωνε το Διευθυντή του εκάστοτε “φρενοκομείου” να συντάσσει ατομικές εκθέσεις με πλήρη προσωπικά στοιχεία των ασθενών, της ασθένειας και της πορείας αυτής και να τις αποστέλλει σε τακτά χρονικά διαστήματα στο Νομάρχη ή τον Έπαρχο της περιοχής και στον Εισαγγελέα (αρ. 3 και 10). Επιπροσθέτως, ο νόμος έδινε τη δυνατότητα της αυτεπάγγελτης εισαγωγής ασθενούς, με διαταγή του Νομάρχου ή του Επαρχου ή του Διευθυντή της Αστυνομίας, στις περιπτώσεις ψυχασθενών “επικινδύνων για την δημοσία τάξιν και ασφάλεια των πολιτών” (αρ. 13), καθώς και της απαγόρευσης εξόδου ασθενούς παρά τη θετική ιατρική γνωμάτευση, με απόφαση του Νομάρχου(αρ. 16). Για τις έννοιες της “επικινδυνότητας” και της “δημόσιας ασφάλειας” που κυριάρχησαν στα νομοθετήματα περί εγκλεισμού, κυρίως ακούσιου, θα γίνει αναφορά σε επόμενη ενότητα του παρόντος κεφαλαίου. Ολοκληρώνοντας την ανάλυση των κυριότερων σημείων του πρώτου ψυχιατρικού νόμου του νεοϊδρυθέντος ελληνικού κράτους και σε μία προσπάθεια να αξιολογήσουμε το ιδεολογικό του υπόβαθρο, θα πρέπει να προσθέσουμε ότι απαγόρευε την εισαγωγή ασθενών με άλλα νοσήματα (αρ. 21), γεγονός που δείχνει την πολιτική βούληση για την περιχαράκωση των ψυχασθενών σε ειδικό και συγκεκριμένο πλαίσιο, και επιπροσθέτως, έδινε προβάδισμα στο ρόλο του θεράποντος ψυχιάτρου, οι εκθέσεις του οποίου αποτελούν τον ουσιώδη γραπτό τύπο

της εισαγωγής και της εξόδου από το “φρενοκομείο”.

Η χρήση των όρων “φρενοκομείο” και “φρενοβλάβης”, φανερώνουν την έντονα θετικιστική αντίληψη για την ψυχική νόσο και τη βιολογική ερμηνεία για τα αίτια που την προσδιορίζουν, ως επίδραση του δυτικού ορθού λόγου<sup>98</sup>. Άσκησαν δε, σημαντική επίδραση στη μετέπειτα νομική προσέγγιση των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα, καθώς και στην απόδοση ή μη σε αυτούς, δικαιωμάτων και ελευθεριών (θα εξεταστεί παρακάτω), καθώς κυριάρχησε για πολλές δεκαετίες η αντίληψη ότι αδυνατούν να ασκήσουν τα δικαιώματα αυτά λόγω του “ακαταλόγιστου”.

### **Η εκ μέρους του ελληνικού κράτους αντιμετώπιση των ψυχικά και νοητικά πασχόντων κατά την περίοδο 1920-1982**

#### **Η γεωπολιτική και κοινωνική κατάσταση μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.**

Οι Βαλκανικοί Πόλεμοι και ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος, έδωσαν στην Ελλάδα μια γεωγραφική και πληθυσμιακή ισχύ, αξιοσημείωτη σε σχέση με την αμέσως προηγούμενη ιστορική περίοδο. Ο πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε από 2.187.208 το 1890 σε 5.016.889 το 1920, για να φτάσει στα 6.204.674 με την προσθήκη των προσφύγων της Μ. Ασίας και της ευρύτερης βαλκανικής περιοχής, το 1928<sup>99</sup>. Σε ό,τι αφορά τη γη, οι περιοχές που ανέκτησε το νεοσύστατο ελληνικό κράτος μετά τη λήξη των Βαλκανικών Πολέμων, ήταν περίπου 432.000 εκτάρια καλλιεργήσιμα και μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, προστέθηκαν 69.000 εκτάρια. Σε αυτές τις περιοχές που προσαρτήθηκαν (πχ Θεσσαλία), κυριαρχούσε η μεγάλη ιδιοκτησία. Ταυτόχρονα, την ίδια περίοδο (1922-1923), με την εφαρμογή των όρων αφενός, της ελληνοβουλγαρικής σύμβασης του 1919, αφετέρου της Συνθήκης της Λοζάνης (1923), εισήλθαν στην ελληνική επικράτεια περίπου 1,5 εκ. πρόσφυγες, απλοί καλλιεργητές γης χωρίς περιουσιακά στοιχεία. Ένα είδος αγροτικής μεταρρύθμισης, που εκκρεμούσε ήδη από την εποχή της απελευθέρωσης (1821), ήταν αναγκαίο προκειμένου να αποφευχθεί τυχόν διεκδικητικό κίνημα των ακτημόνων. Με σχετικούς νόμους από το 1917 έως το

---

98 “Φρενοβλάβης”= ο έχων βλάβη στις φρένας ΠΗΓΗ: ΠΥΛΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ.

Φρύνα, η: λέξη προερχόμενη από τα αρχαία ελληνικά, στην οποία αποδίδονται οι έννοιες: α) το διάφραγμα που χωρίζει την καρδιά και τους πνεύμονες από τα λοιπά ζωτικά όργανα, β) καρδιά ως έδρα των παθών (ΟΜΗΡΟΣ), γ) νους, θέληση, διάθεση, έδρα της σκέψης (ΟΜΗΡΟΣ, ΑΙΣΧΥΛΟΣ). ΠΗΓΗ: ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΑΡΧΑΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ, στο [www.greek-language.gr](http://www.greek-language.gr).

99 ΣΒΟΡΩΝΟΣ Ν., (1972) *Επισκόπηση της νεοελληνικής ιστορίας*, ΑΘΗΝΑ: ΘΕΜΕΛΙΟ, σ.σ. 124-127.



1923, προχώρησαν μια σειρά απαλλοτριώσεων μέρους ιδιωτικών και μοναστηριακών κτημάτων, έναντι αποζημίωσης, τα οποία διανεμήθηκαν στους ακτήμονες καλλιεργητές γης. Την ίδια περίοδο, συστήνεται το Υπουργείο Γεωργίας, αναπτύσσονται αγροτικοί συνεταιρισμοί και γενικά, το παλαιό αγροτικό μεσαιωνικό καθεστώς που κυριαρχούσε σε περιοχές όπως η Κέρκυρα, η Ζάκυνθος, η Πελοπόννησος, η Φθιώτιδα και η Αττική, δίνει την θέση του στην επικράτηση των μικρών και μεσαίων ιδιοκτητών γης, οι οποίοι λαμβάνουν και σπουδαιότερο πολιτικό ρόλο, συνεπεία της θέσης τους στο κοινωνικό στερέωμα.

Σε ό,τι αφορά τις άλλες κοινωνικές τάξεις και τα οικονομικά μεγέθη της χώρας, μετά το πέρας των πολέμων τα βασικά οικονομικά χαρακτηριστικά της περιόδου είναι: οι σοβαρές απώλειες στον τομέα της ναυτιλίας (περίπου το 64% της χωρητικότητας), το έλλειμμα του ισοζυγίου πληρωμών και τα έξοδα του κράτους, ως συνέπεια του πολέμου, με αποτέλεσμα την υποτίμηση του ελληνικού νομίσματος και τη μείωση της αγοραστικής δυνατότητας. Ταυτόχρονα, οι προσφυγικές ροές που προαναφέρθηκαν, έγιναν το πρόσχημα για τη μείωση των ημερομισθίων, θέτοντας ζητήματα για την κοινωνική και οικονομική κατάσταση της εργατικής τάξης.

Με στόχο την αντιμετώπιση της κατάστασης και προσβλέποντας στην αποσόβηση της ενδεχόμενης κοινωνικής αναταραχής, η κυβέρνηση Ελ. Βενιζέλου και στη συνέχεια η επαναστατική επιτροπή του 1922, προέβησαν σε μεταρρυθμιστικό νομοθετικό έργο: μεταβολές στη φορολογία (1919) περί διακανονισμού της φορολογικής επιβάρυνσης του καθαρού εισοδήματος, τη φορολογία στις δωρεές και τα κληροδοτήματα καθώς και την υπερεκτίμηση της αξίας των ακινήτων, μέτρα που όπως αντιλαμβάνεται κανείς, στοχεύουν στη βελτίωση του επιπέδου των μεσαίων κοινωνικών στρωμάτων. Επίσης, ψηφίστηκε νόμος το 1922 για την προστασία της εθνικής βιομηχανίας καθώς και σειρά μέτρων προς όφελος των εργατών και των υπαλλήλων (πχ, νόμος του 1920 για την εφαρμογή στην Ελλάδα της Διεθνούς Σύμβασης της Ουάσιγκτον για την οχτάωρη εργασία).

Τα μέτρα αυτά, κυρίως οικονομικού παρά κοινωνικού χαρακτήρα, δεν άλλαξαν ουσιαστικά την κατάσταση. Η ύπαρξη αστικής τάξης στην Ελλάδα στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, είναι αντικείμενο αμφισβήτησης και διχογνωμιών. Από τη μία, τίθεται ένα ζήτημα αυτοπροσδιορισμού κοινωνικών ομάδων που εχθρεύονται τις σοσιαλιστικές

ιδέες, αλλά αποκτούν πλούτο μέσω καπιταλιστικών τρόπων παραγωγής<sup>100</sup>. Πρόκειται μάλλον για μια τάξη ευγενών ή τσιφλικάδων εκ καταγωγής, χωρίς αποκρυσταλλωμένη αστική ιδεολογία. Από την άλλη, ο όρος «αστική τάξη» διατυπώνεται στις πρώτες αναλύσεις αριστερών διανοουμένων, ως έκφραση μιας πολεμικής απέναντι στην φανταστική θέσμιση ενός κοινωνικού – συλλογικού αντιπάλου.

**Ο ιδεολογικός και πολιτειακός λόγος της περιόδου ως βάση του κυρίαρχου νοήματος της ψυχικής νόσου.** Στην Ελλάδα λοιπόν, των αρχών του 20<sup>ου</sup> αιώνα, ο όρος «αστική τάξη» και η ιδεολογία – κοσμοθεωρία που περικλείει, αποκτά εξαρχής αρνητική φόρτιση, ως μιας κοινωνικής ομάδας «εχθρικής» προς τη σχηματιζόμενη εργατική τάξη. Αντίθετα, στην Ευρώπη, η αστική τάξη πριν από την αντίθεσή της με την εργατική τάξη, ήταν ο κύριος αντίπαλος της αριστοκρατίας και ο εκφραστής μιας νέας ιδεολογίας της ελευθερίας.

Η μετέπειτα ανάπτυξη των καπιταλιστικών σχέσεων στην Ελλάδα, δεν ήταν μια ευθύγραμμη εξέλιξη των τελευταίων δεκαετιών της περιόδου της Τουρκοκρατίας<sup>101</sup>. Κατά συνέπεια, ο εκσυγχρονισμός της ιδεολογίας από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, δεν ήταν μια συνέχεια του ισχνού νεοελληνικού Διαφωτισμού. Η ανάδυση στοιχείων της καπιταλιστικής οικονομίας, κυρίως από τους Έλληνες της διασποράς, ήταν περισσότερο αποσπασματική και επιφανειακή και δεν συνδεόταν σε μια βάση συνεκτικής ιδεολογίας και κοσμοθεωρίας με αστικά χαρακτηριστικά, καθώς η βιομηχανία και η παραγωγή προϊόντων και αγαθών αναπτύχθηκε σε πολύ χαμηλότερη κλίμακα από τη ναυτιλία, το εμπόριο και το τραπεζικό σύστημα. Το γεγονός αυτό, οπωσδήποτε συνέβαλε στην ανάλογη καθυστέρηση της οργάνωσης ασύλων και συστηματικού εγκλεισμού στην Ελλάδα (ξεκίνησε προς το τέλος του 19ου αιώνα και κυρίως μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, όπως θα δούμε στη συνέχεια), ενώ στη Δυτική Ευρώπη είχε ξεκινήσει από τον 17ο αιώνα.

Ανάλογη εξέλιξη με στοιχεία διαφοροποίησης από τις άλλες χώρες της δυτικής Ευρώπης, παρουσίασε η χώρα μας και στο πολιτειακό ζήτημα, γεγονός που είχε αναμφισβήτητες συνέπειες στον τομέα της καθιέρωσης και προστασίας των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων. Γεγονότα όπως η διαρκής εμπλοκή της χώρας μας σε πολέμους (Βαλκανικοί Πόλεμοι, Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος), ενισχύουν τη λειτουργία

---

100 ΚΟΝΔΥΛΗΣ Π., (1991) *Η παρακμή του αστικού πολιτισμού. Από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα εποχή και από το φιλελευθερισμό στη μαζική δημοκρατία*, ΑΘΗΝΑ: ΘΕΜΕΛΙΟ, σ.σ. 12-13.

101 ΚΟΝΔΥΛΗΣ Π., ό.π., σ.σ. 17-19.

του κράτους που βασίζεται στην ισχύ της απόφασης της εκτελεστικής εξουσίας και λιγότερο στους θεσπισμένους κανόνες δικαίου και στην ηθική – νομική διάσταση που αυτοί παράγουν<sup>102</sup>.

Επίσης, η συνύπαρξη κοινοβουλευτικής δημοκρατίας με το θεσμό της βασιλείας, συνεπεία και της βενιζελικής πολιτικής<sup>103</sup>, ο συγκεντρωτικός χαρακτήρας της εκτελεστικής εξουσίας, οι διαρκείς πολιτικές εναλλαγές (το κίνημα των στρατιωτικών στο Γουδί, ο Εθνικός Διχασμός, η διεθνής επιρροή της Ρωσικής Επανάστασης, η εμπλοκή των συμφερόντων των κυρίαρχων ξένων δυνάμεων) ανέδειξαν πολιτειακά θέματα και θέματα λειτουργίας της δημοκρατίας και των θεσμών σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, σαφέστατα και στην Ελλάδα. Τόσο στις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα όσο και στις επόμενες περιόδους της νεότερης ελληνικής ιστορίας, ταραγμένα κοινωνικά και πολιτικά συμβάντα όπως η μεταξική δικτατορία, ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος, η επικράτηση του ναζισμού, οι ατέρμονες πολιτικές διώξεις και οι εκτροπές από τη δημοκρατία, η χαρακτηριστική παρατεταμένη ισχύς καθεστώτος “εκτάκτου ανάγκης” και στρατιωτικού νόμου, είχαν ως αποτέλεσμα την λειτουργία του κράτους με κυρίαρχο κριτήριο την επίτευξη της “κοινωνικής ομαλότητας” δια του κοινωνικού ελέγχου. Η κατάσταση αυτή διατηρήθηκε έως και την πτώση της δικτατορίας των συνταγματαρχών και την έναρξη της λεγόμενης “μεταπολιτευτικής” περιόδου,

**Σύνοψη των κυριότερων γεγονότων της ψυχιατρικής στην Ελλάδα την αναφερόμενη περίοδο. Σχολιασμός.** Η περίοδος που εξετάζεται στην παρούσα ενότητα, αφορά το χρονικό διάστημα από την ίδρυση του ελληνικού κράτους έως την δεκαετία του 1980, συμπεριλαμβανομένων των αναφορών για το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, δηλαδή την άσκηση ψυχιατρικής πολιτικής πριν την έναρξη της λεγόμενης *Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης*. Θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούν τα σημαντικότερα γεγονότα – σταθμοί της ψυχιατρικής στον ελλαδικό χώρο, για την απόκτηση συνολικής εικόνας και αξιολογικής κρίσης, όπως περιγράφονται στον κάτωθι πίνακα 2.<sup>104</sup>

Εκτός της ίδρυσης των Ψυχιατρείων Λέρου, Κέρκυρας, Δρομοκαΐτειου και Δαφνίου, για τα οποία θα γίνει ειδική αναφορά στο Κεφάλαιο Γ΄, και της ψήφισης του

---

102 ΤΣΙΡΟΣ Ν., (2013) *Κράτος, εξουσία, κοινοβουλευτικό σύστημα σε κρίση κατά την περίοδο 1914-1920. Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η λειτουργία του πολιτεύματος*, ΑΘΗΝΑ, ΠΑΠΑΖΗΣΗ σ. 19.

103 ΤΣΙΡΟΣ Ν., (2013), ό.π., σ.σ. 23-46.

104 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) ό.π., σ.σ. 186-187.

ΨΜΒ/1862 που αναλύθηκε προηγουμένως, από τα σημεία του κάτωθι πίνακα θα επιλεγθούν ορισμένα προς παρουσίαση, σχολιασμό και εξαγωγή συμπερασμάτων για τη μακρά περίοδο που εξετάζουμε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Γεγονότα – σταθμοί της ψυχιατρικής από την ίδρυση του Ελληνικού κράτος έως το 1981, προ *Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης*.

ΠΗΓΗ: ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., 1994.

1838	Ίδρυση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Κέρκυρας, υπό αγγλική διοίκηση.
1862	Ψήφιση του νόμου ΨΜΒ “Περί συστάσεως φρενοκομείων”
1887	Ίδρυση του Δρομοκαϊτείου Ψυχιατρείου
1905	Ίδρύεται το Αιγινήτειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
1915	Λαμβάνει χώρα η πρώτη διάλεξη για την ψυχανάλυση από τον Μ. Τριανταφυλλίδη
1934	Ψήφιση του νόμου 6077 για τα Δημόσια Ψυχιατρεία
1934	Ίδρύεται το Κ.Θ.Ψ.Π.Α. στο Δαφνί Αττικής
1936	Ίδρύεται η Νευρολογική-Ψυχιατρική Εταιρεία Αθηνών
1946	Εφαρμόζεται για πρώτη φορά η μέθοδος ηλεκτροσόκ
1948	Διενεργείται η πρώτη επέμβαση λοβοτομής στο Ψυχιατρείο Δαφνίου
1954	Εισάγονται τα ψυχοφάρμακα στην ψυχιατρική θεραπεία
1956	Ίδρύεται το Τμήμα Ψυχικής Υγιεινής του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος ως ΝΠΙΔ
1958	Ίδρύεται το ψυχιατρικό άσυλο στη Λέρο
1964	Ίδρύεται το Κ.Ψ.Υ.Ε. ως ΝΠΙΔ
1964	Ψήφιση νόμου για τον διαχωρισμό της Νευρολογίας από την Ψυχιατρική
1973	Ψήφιση του νόμου 104 “Περί Ψυχικής Υγιεινής”
1977	Παροχή δωρεάν ψυχιατρικών φαρμάκων στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ
1978	Καθιέρωση 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο
1978	Τροποποίηση άρθρου του ν. 104/73 περί ακούσιου εγκλεισμού
1979	Ψήφιση νόμου 963 αναφορικά με αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες
1978	Ίδρύεται Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
1979	Ίδρύεται Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής
1981	Οργανώνεται Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης στη Φωκίδα

***Ίδρυση του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.*** Το Αιγινήτειο Νοσοκομείο<sup>105</sup> ιδρύθηκε και λειτουργεί από τις 13 Μαρτίου του έτους 1905, έως και σήμερα. Η πρωτοβουλία ανήκει στον καθηγητή Μιχαήλ Κατσαρά (1860-1939), ο

105 ΠΗΓΗ: Ιστοσελίδα ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, *ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΡΡΟΜΗ*, διαθέσιμο στο [www.aiginiteio.gr](http://www.aiginiteio.gr).

οποίος ίδρυσε τον εν λόγω φορέα με το Βασιλικό Διάταγμα της 19/7/1904, αξιοποιώντας το κληροδότημα του καθηγητή Ειδικής Νοσολογίας και Θεραπευτικής Διονυσίου Αιγινήτου. Στην πρώτη φάση της λειτουργίας του, το Αιγινήτειο φιλοξένησε την έδρα Νευρικών και Φρενικών Νοσημάτων του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, έως το 1963 όταν και επήλθε ο διαχωρισμός των εδρών Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, κατά τα διεθνή και ευρωπαϊκά πρότυπα.

Η σημασία της λειτουργίας του Αιγινήτειου αναδεικνύεται στο γεγονός ότι δεν δέχθηκε χρόνιους ασθενείς, αλλά ασχολήθηκε με την εξέταση και νοσηλεία οξέων νευρολογικών και ψυχικών νοσημάτων, διενεργώντας έτσι, και σημασιολογικά, έναν πρωτοποριακό για την εποχή διαχωρισμό μεταξύ χρόνιων ψυχικά πασχόντων και ατόμων με προσωρινή (ιάσιμη) έξαρση. Για το λόγο αυτό, η εισαγωγή στο εν λόγω νοσοκομείο δεν προϋπόθετε περίπλοκες διοικητικές διαδικασίες. Ο ίδιος ο Μ. Κατσαράς είχε υποστηρίξει το διαχωρισμό μεταξύ οξέων και χρόνιων ψυχικών νοσημάτων, σε συνέδριο στην πόλη του Μιλάνου το 1906.

Τα πρώτα χρόνια της λειτουργίας του διέθετε 24 κλίνες το 1938, για να φτάσει τις 176 κλίνες το 1965. Σε ό,τι αφορά τα χωροταξικά στοιχεία του ιδρύματος, στον πρώτο όροφο του έμπροσθεν κτιρίου υποδεχόταν τους ασθενείς της Α΄ θέσης, στους οποίους διέθετε πέντε ευρύχωρα δωμάτια με δύο ή τρεις κλίνες έκαστο, καθώς και τρεις νοσηλευτές για τους ασθενείς αυτούς. Στο ισόγειο του ίδιου κτιρίου, αναπτύσσονταν τα δωμάτια της Γ΄ θέσης τα οποία, σύμφωνα με το σχολιασμό του Γάλλου Ψυχιάτρου L. Libert που επισκέφτηκε το ίδρυμα το 1911, *“ήταν καθαρά αλλά σκυθρωπά”*. Τα δωμάτια των ασθενών όπως και οι λοιποί βοηθητικοί ιατρικοί χώροι της Γ΄ θέσης, χαρακτηρίστηκαν από τον Γάλλο επισκέπτη ψυχίατρο, ως μικροί και άβολοι (χαρακτηριστικά, υπήρχε ένας θάλαμος με δέκα κλίνες στους οποίους αντιστοιχούσε ένας νοσηλευτής). Αντιστοίχως, στον πρώτο όροφο υπήρχαν έξι δωμάτια δύο κλινών για τους άνδρες και τις γυναίκες της Α΄ και Β΄ θέσης. Ένα ακόμα στοιχείο που σχολίασε αρνητικά ο Libert, ήταν η συνύπαρξη ψυχιατρικών και νευρολογικών περιστατικών.

Σε ό,τι αφορά την οικονομική λειτουργία, έως το 1950 περίπου δεν επιβάρυνε παρά ελάχιστα τον προϋπολογισμό του Πανεπιστημίου Αθηνών, διότι κάλυπτε το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών του από τα νοσήλια και από τα έσοδα του

κληροδοτήματος του Δ. Αιγινήτη. Τα επόμενα χρόνια, η ανάπτυξη του ιδρύματος αξίωσε ολοένα και μεγαλύτερο μέρος του προϋπολογισμού του Πανεπιστημίου.

Από το 1923 αλλά κυρίως από το 1953, λειτουργεί οργανωμένος εργαστηριακός τομέας με το Εργαστήριο Εγκεφαλογραφίας και άλλα Ερευνητικά Εργαστήρια.

Γενικά, το Αιγινήτειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, αν και διαπνεόταν από τις κυρίαρχες αντιλήψεις και θεραπευτικές πρακτικές των πρώτων δεκαετιών από την ίδρυσή του όπως και από τον ταξικό διαχωρισμό στη νοσηλεία των ασθενών, εντούτοις θεωρείται ότι με τις προσπάθειες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού εισήγαγε αναγνωρισμένες θεραπευτικές μεθόδους, όπως αυτή της Ηλεκτροσπασμοθεραπείας (η μέθοδος είχε προκαλέσει αντιδράσεις κατά καιρούς) και της Φαρμακολογίας. Η πλήρης ανάπτυξη της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, θεωρείται ότι επιτεύχθηκε από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα, εποχή της μεγάλης αμφισβήτησης της ορθόδοξης ψυχιατρικής, οπότε και εφαρμόστηκαν πιο σύγχρονες για την εποχή κλινικές και ερευνητικές δράσεις καθώς και το άνοιγμα προς την Ψυχανάλυση και την Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική, με τη δημιουργία αντίστοιχων Μονάδων εντός και εκτός του νοσοκομείου.

***Νόμος 6077/1934 για τη λειτουργία των Δημοσίων Ψυχιατρείων.*** Το πνεύμα της λειτουργίας αλλά και την έννοια του “δημοσίου” ψυχιατρικού καταστήματος τη δεκαετία του '30, μπορούμε να αντιληφθούμε από τη μελέτη του αναφερόμενου νόμου (ν. 6077/1934, ΦΕΚ 78/Α/21-2-1934, βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ). Στο άρ. 1 και στους σκοπούς των δημοσίων ψυχιατρείων, αναφέρεται ότι αυτά θα νοσηλεύουν και θα περιθάλπουν “ψυχοπαθείς, επιληπτικούς, αλκοολικούς και βαρέως ανώμαλους και διανοητικώς καθυστερημένα άτομα”. Θα σταθούμε στα κομβικά σημεία του νόμου:

α) Σε ό,τι αφορά την έννοια του “δημόσιου” χαρακτήρα των ψυχιατρείων, απολύτως δωρεάν μπορούσαν να νοσηλευτούν (αρ. 2) μόνο οι άποροι, υπό την προϋπόθεση ότι οι οικείοι δήμοι και κοινότητες, αποδεδειγμένα αδυνατούσαν να καταβάλλουν τα νοσήλια. Για τους λοιπούς νοσηλευόμενους, ο νόμος έθετε πέντε θέσεις επί πληρωμή, αναλόγως με την οικονομική κατάσταση εκάστου. Ο έλεγχος της οικονομικής και περιουσιακής κατάστασης των ασθενών και ο καθορισμός της επί πληρωμή θέσεως που αντιστοιχούσε, γινόταν από οικεία Εφορεία. Μάλιστα, το αρ. 3, παρ. 4 του νόμου

όριζε ότι στην περίπτωση ασθενούς του οποίου η συνολική οικονομική και περιουσιακή κατάσταση απέδιδε μηνιαίο εισόδημα λιγότερο από τα νοσήλια της πέμπτης θέσης, τότε ο ασθενής κατατασσόταν υποχρεωτικά στην πέμπτη θέση και το Ψυχιατρείο θα εισέπραττε το εισόδημά του, ύστερα από απόφαση του οικείου Ειρηνοδικείου.

β) Για τη νομική φύση και το χαρακτήρα των Δημοσίων Ψυχιατρείων, το άρ. 4 του νόμου όριζε ότι αυτά, συνιστούν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, εποπτευόμενα από το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως και συνιστούν “αποικίες” ψυχοπαθών με σκοπό την οργάνωση από τους ίδιους και την Εφορεία κάθε Ιδρύματος, γεωργικών και βιοτεχνικών εργασιών. Η Εφορεία κάθε ψυχιατρικού καταστήματος, θα καθόριζε και το είδος και το ποσό της αμοιβής των ασθενών για την εργασία αυτή, αναλόγως του εκτελούμενου έργου.

γ) Η διοίκηση κάθε Δημόσιου Ψυχιατρείου, εκτελείται σύμφωνα με το άρθρο 5, από οκταμελή “Εφορείαν”. Τα τρία μέλη εξ αυτών θα ήταν ιδιώτες που θα κρινόταν ότι μπορούσαν να εξυπηρετήσουν τους σκοπούς του ιδρύματος, εκ των οποίων οι δύο έπρεπε να είναι ιατροί προτεινόμενοι από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και ένας πολιτικός μηχανικός. Τα λοιπά πέντε μέλη της διοίκησης έπρεπε να είναι ο Νομικός Σύμβουλος του αρμοδίου Υπουργείου, ο αρμόδιος τμηματάρχης Κοινωνικής Υγιεινής του Υπουργείου, ο τμηματάρχης Ελέγχου και Εκκαθάρισεως Δαπανών, ο Εισαγγελέας Πλημμελειοδικών Αθηνών, ένας ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Γεωργίας, γεωπόνος. Η Εφορεία εκάστου Ψυχιατρείου διοριζόταν με απόφαση του Υπουργού Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως.

δ) Οι πόροι εκάστου ψυχιατρείου προέρχονταν (αρ. 8) από τα νοσήλια των επί πληρωμή θέσεων, τις προσόδους από την εκμετάλλευση της περιουσίας του ιδρύματος, δωρεές, εισφορές και κληροδοσίες, το αγρόκτημα και τα βιοτεχνικά προϊόντα, τα εισοδήματα του ναού.

ε) Οι εσωτερικοί κανονισμοί λειτουργίας των δημοσίων ψυχιατρείων όφειλαν να είναι ομοιόμορφοι και να λάβουν την έγκριση του αρμοδίου υπουργείου.

στ) Ειδικά για το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, το άρθρο 21 του νόμου προέβλεπε την κατάταξη του σε τμήματα: ιατρικό, μικροβιολογικό, νευρολογικό και τμήμα για την

περίθαλψη τοξικομανών.

Ο νόμος αντικατοπτρίζει αναμφίβολα τις ιδιαιτερότητες στην οργάνωση και ανάπτυξη του ελληνικού κράτους, την περίοδο του μεσοπολέμου. Το Κράτος Πρόνοιας εμφανίστηκε πολύ αργότερα<sup>106</sup>, περίπου στα μέσα της δεκαετίας του 1970, λόγω της έλλειψης κοινωνικής συνοχής, του μικρού ποσοστού μισθωτών που συντελούν στην οργάνωση και νομιμοποίησή του, των τεταμένων κοινωνικών και πολιτικών γεγονότων (Εμφύλιος, Δικτατορία). Κατά συνέπεια, βλέπουμε πως η έννοια του “δημόσιου” ψυχιατρείου όπως ορίζεται στο νόμο, είναι περιορισμένη. Επίσης, παρατηρούμε την απουσία κρατικής χρηματοδότησης και τα νοσήλια των νοσηλευόμενων να συνιστούν βασική πηγή πόρων για τη λειτουργία των δημοσίων ψυχιατρείων. Η ανάπτυξη των γεωργικών και βιοτεχνικών εργασιών από τους ψυχασθενείς – νοσηλευόμενους, καταδεικνύει επιρροές από τις θεωρίες περί εργοθεραπείας που ήδη εφαρμόζονταν στις ψυχιατρικές δομές των ευρωπαϊκών χωρών καθώς και στο ήδη (την εποχή αυτή) ιδρυθέν Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο (βλ. Κεφάλαιο Γ). Το πνεύμα της διοίκησης των δομών αυτών είναι απολύτως κανονιστικό, σύμφωνα με τον υπό εξέταση νόμο, με τον έλεγχο του κράτους και των μηχανισμών του να κυριαρχεί μέσω της συμμετοχής των αναφερόμενων στελεχών υπουργείων.

Τα Δημόσια Ψυχιατρεία την εποχή αυτή, ήταν δημόσια ως προς τη διοίκηση αλλά όχι και ως προς τη χρηματοδότηση, σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο του 1934. Η πρωτοκαθεδρία της ιατρικής αυθεντίας διαφαίνεται σε όλο το κείμενο του νόμου και κυρίως στα περί διοίκησης εδάφια, και οι όροι “αποικία ψυχοπαθών”, “βαρέως ανωμάτων”, “διανοητικά καθυστερημένων” κλπ, καθορίζουν εξαρχής τον ιδρυματικό χαρακτήρα των δομών και την αντίληψη περί του *χρόνιου* χαρακτήρα και της *μονιμότητας* των ψυχικών και νοητικών διαταραχών.

#### ***Ίδρυση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Κ.Ψ.Υ.Ε.).***

Πρόκειται για μια δράση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με πρωτοποριακά για την εποχή τους εφαρμοσμένα προγράμματα<sup>107</sup>. Η ψυχολόγος ερευνήτρια Α. Ποταμιάνου, δημιούργησε τον τομέα Ψυχικής Υγιεινής το 1956, κατά τα πρότυπα ανοικτής περίθαλψης των ΗΠΑ και χωρών της Δυτικής Ευρώπης. Ο τομέας

---

106 ΤΣΟΥΝΗΣ Α., (2012), άρθρο “Η όξυνση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στην Ελλάδα στην εποχή της αποδόμησης του κοινωνικού κράτους”, *Τετράδια Ψυχιατρικής* τ. 119, σ. 6.

107 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) ό.π., σ.σ. 190-204.



αυτός, το 1964 μετατράπηκε σε ανεξάρτητο οργανισμό ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) με την επωνυμία “Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών”. Στην αρχή ο φορέας αυτός, λειτούργησε ως παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας με σκοπό την επίλυση κοινωνικών προβλημάτων. Αργότερα, εξελίχθηκε σε φορέα παροχής διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών για ανηλίκους και ενήλικες, ανέπτυξε ειδικές μονάδες για άτομα με νοητική καθυστέρηση και διάφορες ψυχώσεις και επίσης, παρείχε προγράμματα εκπαίδευσης στελεχών ψυχικής υγείας. Το Κέντρο απέκτησε τοπική εμβέλεια στις περιοχές της Αθήνας, του Πειραιά, της Θεσσαλονίκης, της Πάτρας και της Κρήτης.

Κύρια φιλοσοφία του Κέντρου, σύμφωνα με την ιδρύτρια Α. Ποταμιάνου, ήταν η επιθυμία για αναθεώρηση των στάσεων και των αντιλήψεων της κοινωνίας απέναντι στα ψυχικά διαταραγμένα άτομα. Επιπλέον, στόχος του Κέντρου ήταν η ενασχόληση με το τμήμα εκείνο του πληθυσμού που παρουσίαζε προβλήματα όχι αυστηρής κατηγοριοποίησης ως προς τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου, αλλά γενικότερες δυσκολίες στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, τον εργασιακό χώρο, τη σχολική επίδοση κ.α. Με άλλα λόγια, στόχευε στην πολλαπλή στήριξη των ατόμων που έχρηζαν βοήθειας, ώστε να ανταποκριθούν στα σύνθετα συστήματα εντός των οποίων λειτουργούσαν (βλ. Κεφάλαιο Α΄ της παρούσης, στην ενότητα **Κοινωνική Ψυχιατρική**, τους ορισμούς των Southard και Brown για την Κοινωνική Ψυχιατρική και τις ομοιότητες με τη στοχοθεσία του Κ.Ψ.Υ.Ε). Το Κ.Ψ.Υ.Ε, ήταν ιδιωτικός φορέας που επιχορηγείτο από το κράτος, ωστόσο η ελληνική πολιτεία δεν αξιοποίησε ούτε κρατικοποίησε το φορέα, ώστε αυτός να αποτελέσει ένα σύστημα ανοιχτής κρατικής ψυχιατρικής περίθαλψης.

Ανάλογη ιδιωτική πρωτοβουλία, στα πρότυπα των αντιλήψεων της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, υπήρξε από τον ψυχίατρο Γ. Βασιλείου και την ψυχολόγο Β. Βασιλείου, οι οποίοι κατά την επιστροφή τους από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δημιούργησαν το Αθηναϊκό Ινστιτούτο του Ανθρώπου (Α.Ι.Α.), το 1963. Λειτούργησε ως κέντρο μελέτης της ψυχοπαθολογίας και της ανθρώπινης επικοινωνίας. Τη δεκαετία του 1960-1970, οι ιδρυτές του Ινστιτούτου μαζί με τους συνεργάτες τους, διεξήγαγαν μελέτες για την ψυχική υγεία σε δείγματα του ελληνικού πληθυσμού, για θέματα όπως το άγχος, τα στερεότυπα στις σχέσεις των δύο φύλων, την ανάπτυξη και τη δομή της προσωπικότητας. Επίσης, το Α.Ι.Α. προσέφερε σημαντικά στον τομέα εκπαίδευσης των

στελεχών ψυχικής υγείας.

Η γενική φιλοσοφία του Α.Ι.Α. βασίζεται στην αντιμετώπιση του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής οντότητας και ολότητας, που τελεί σε σχέση και αλληλεπίδραση εντός του συστήματος κοινωνικών αξιών και ρόλων.

Η αναφορά στην ίδρυση και λειτουργία των δύο αυτών φορέων ιδιωτικής πρωτοβουλίας, γίνεται προκειμένου να αξιολογηθεί συγκριτικά η κρατική ψυχιατρική πολιτική την ίδια χρονική περίοδο. Την περίοδο λοιπόν, από το 1956 έως το 1982 που αναφέρεται ως *παραδοσιακή* φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα<sup>108</sup>, σύμφωνα με σχετική μελέτη της Μονάδας Κοινωνικής Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών που διεξήχθη το 1982, προέκυψαν ορισμένα χαρακτηριστικά του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα:

α) Άνιση κατανομή των ψυχιάτρων στο σύνολο του πληθυσμού, σε σύγκριση με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες, Συγκεκριμένα, το 60% των ψυχιάτρων εργαζόταν στην Αθήνα, στην οποία κατοικούσε το 32% του συνολικού πληθυσμού.

β) Περιορισμένη διαθεσιμότητα σε κρατικές ψυχιατρικές κλίνες (0,76 κλίνες/1.000 κατοίκους), λόγω κυρίως της κατάληψης κλινών από τους χρόνιους πάσχοντες.

γ) Σε σύνολο 60 περίπου δημοσίων και ιδιωτικών κλινικών το 1982, οι 32 λειτουργούσαν στην Αθήνα. Υπήρχαν την ίδια περίοδο, έντεκα νομοί της χώρας σε σύνολο 51, με συνολικό πληθυσμό 900.000 κατοίκων που δεν είχαν ψυχίατρο.

δ) Απουσία εναλλακτικού δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικά, πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης που θα παρείχε προληπτική και υποστηρικτική στήριξη, λειτουργώντας ως φίλτρο για την εισαγωγή στο ψυχιατρείο.

ε) Έλλειψη ενός ανώτατου επιπέδου εκπαίδευσης ειδικών επιστημόνων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών κλπ.

Τα παραπάνω ευρήματα, καταδεικνύουν σοβαρές ελλείψεις της κρατικής ψυχιατρικής περίθαλψης, όπως και τον ταξικό χαρακτήρα της.

---

108 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) ό.π., σ. 190, όπου αναφέρεται ότι η πορεία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, με βάση τα χαρακτηριστικά της, διαιρείται σε τρεις φάσεις: α) την ιστορική φάση 1838-1955, β) την παραδοσιακή φάση 1956-1982 και γ) την μεταβατική φάση 1983 και έπειτα.

*Διαχωρισμός της Νευρολογίας από την Ψυχιατρική.* Με το άρ. 23 του ν. 1193/1981<sup>109</sup> (ΦΕΚ 220/Α/20-8-1981, βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) “Περί της εξ αφροδισίων νόσων προστασίας και ρυθμίσεως συναφών θεμάτων”, διαχωρίζονται οι ιατρικές ειδικότητες Νευρολογίας – Ψυχιατρικής και Ακτινολογίας, τροποποιώντας προηγούμενη διάταξη του ΝΔ 3366/1955<sup>110</sup>.

Γενικά, ο ν. 1193/81 που περιείχε 47 άρθρα, συνιστά για την εποχή του μια συνολική προσπάθεια της πολιτείας να οργανώσει και να ρυθμίσει ένα ευρύ φάσμα θεμάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος. Τα πρώτα 18 άρθρα, ρυθμίζουν λεπτομερώς το ζήτημα της πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας των αφροδισίων νοσημάτων, θέτοντας τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα όλων των εμπλεκομένων στο θέμα αυτό: των πασχόντων από αφροδίσια νοσήματα, των διευθύνσεων υγείας των νομαρχιών, των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, των ασφαλιστικών ταμείων για τη δωρεάν περίθαλψη και θεραπεία, τους διοικητές των στρατιωτικών μονάδων αλλά και των καταστημάτων κράτησης. Στην ίδια ενότητα του νόμου, ρυθμίζονται τα ζητήματα της εργασίας και της υγειονομικής φροντίδας των εκδιδόμενων γυναικών και των εργαζομένων σε χώρους διασκέδασης, στη λογική του ελέγχου των συνθηκών εργασίας τους και της αποφυγής μόλυνσης του πληθυσμού από αφροδίσιο νόσημα. Επίσης, σε διάφορα άρθρα του νόμου διαφαίνεται η πρόθεση του νομοθέτη να ενδυναμώσει και να διαχωρίσει τον κλάδο και τις υπηρεσίες της επιδημιολογίας και της προαγωγής της υγείας του πληθυσμού καθώς και να αντιμετωπίσει τα ιδιαίτερα επαγγελματικά θέματα και τους κινδύνους των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας, δια της θέσπισης ειδικών ανθυγιεινών επιδομάτων.

Στα υπόλοιπα άρθρα, κυριαρχεί η πρόθεση του νομοθέτη να κατηγοριοποιήσει τη συνολική λειτουργία του υγειονομικού συστήματος σε διακριτές ειδικότητες και κλάδους, τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Στο πλαίσιο αυτό, με το άρθρο 23 του νόμου, επήλθε ο διαχωρισμός της Νευρολογίας από την Ψυχιατρική και της Ακτινολογίας από τη Ραδιολογία. Συγκεκριμένα, για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας της Νευρολογίας, ο νόμος προϋπόθετε την εκπαίδευση και πρακτική άσκηση επί τρία χρόνια, στη Νευρολογία, στην Κλινική Νευρολογία, στη Νευροφυσιολογία και στη Νευροχειρουργική και έξι μήνες στην Κλινική Ψυχιατρική. Για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας Ψυχιατρικής, αντίθετα, ο νόμος προέβλεπε ως

---

109 ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ.

110 ΠΗΓΗ: ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ, Ψηφιακό Αρχείο.

προϋπόθεση την εκπαίδευση και την πρακτική άσκηση επί ένα έτος στη Νευρολογία και στη Νευροχειρουργική, ενώ απαιτούσε τρία χρόνια άσκηση στην Ψυχιατρική, στην Κλινική Ψυχιατρική, κλπ. Επίσης, με το άρθρο 33 του νόμου, ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις για την απόκτηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος Ψυχολόγου, ως ελεύθερο επάγγελμα.

Τα παραπάνω καταδεικνύουν μια στροφή του ελληνικού κράτους προς ένα πιο οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, με έμφαση στα ζητήματα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, του λεπτομερούς διαχωρισμού κλάδων και ειδικοτήτων αλλά και βαθμών στην εσωτερική ιεραρχία των υπηρεσιών υγείας. Σε ό,τι αφορά το διαχωρισμό Νευρολογίας – Ψυχιατρικής, προφανώς συνιστά θετικό βήμα στην κατεύθυνση της ανάδειξης της ψυχικής υγείας ως σημαντικού ζητήματος για την πολιτεία.

***Ψήφιση του ν. 104/1973 και ακούσιος εγκλεισμός.*** Από τη δεκαετία του 1970, άρχισε να συζητείται στην Ελλάδα το ζήτημα των ατομικών δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών ατόμων. Υπό την επίδραση, ίσως, του ριζοσπαστικού αντιψυχιατρικού ρεύματος που κυριάρχησε στην Ευρώπη και στην Αμερική, υπήρξε και στη χώρα μας σε μικρότερο βαθμό, αντίστοιχος προβληματισμός σε επίπεδο κειμένων κυρίως, στον χώρο της Ψυχιατρικής και της Εγκληματολογίας, στη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, κá. Η προβληματική αυτή βέβαια, υπήρξε παράλληλα και ταυτόχρονα με τη φοβική στάση της ελληνικής κοινωνίας απέναντι σε κάθε αλλότρια ύπαρξη, όπως οι ψυχικά και νοητικά παρεκκλίνοντες.

Από την άποψη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αλλά και των νομικών ρυθμίσεων, θα πρέπει να επισημανθεί ότι πολλές φορές φαίνεται να ενυπάρχουν αντίρροπα ή «αντικρουόμενα» κοινωνικά αιτήματα, που άπτονται της προστασίας της ζωής, της ασφάλειας, της ελευθερίας και της αξιοπρέπειας. Στην περίπτωση των ψυχικών νοσημάτων, το στερεότυπο του «επικίνδυνου ψυχασθενούς» η έξαρση του οποίου δύναται να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια των άλλων αλλά και του ιδίου, ταυτόχρονα με τις κοινωνικές μεταβολές και την ανάπτυξη του καπιταλισμού οδηγούν στον οργανωμένο εγκλεισμό και στη χώρα μας. Από την άλλη, υπάρχει το θέμα της προστασίας των αντίστοιχων δικαιωμάτων των πασχόντων υποκειμένων, κυρίως στις

συνθήκες νοσηλείας τους στα ψυχιατρικά ιδρύματα.

Για το ζήτημα λοιπόν, της εισαγωγής και κράτησης ψυχασθενών στα νοσηλευτικά ιδρύματα, από την άποψη της νομοθετικής αντιμετώπισης, θα αναφερθούν και θα σχολιαστούν δύο νόμοι: αφ' ενός, το ν.δ. 104/73, που ρύθμιζε τις προϋποθέσεις ακούσιας εισαγωγής ψυχασθενούς στο ψυχιατρείο. Αφ' ετέρου, ο ν. 2071/92 στο έκτο κεφάλαιό του, που κατάργησε το αναφερόμενο ν.δ. και καθιέρωσε διαφορετικό πνεύμα στην αντιμετώπιση του θέματος.

Το ν.δ. 104/1973 (ΦΕΚ 177/Α/18-8-1973)<sup>111</sup>, “*Περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικώς πασχόντων*”, περιέχει ορισμένες πτυχές της ψυχιατρικής περίθαλψης της περιόδου εκείνης, καταργώντας μάλιστα το πρώτο ψυχιατρικό νομοθέτημα του ελληνικού κράτους, το Ν. ΨΜΒ του 1862, που θα πρέπει να σχολιαστούν:

α) Ενέχει χαρακτηριστικά αυστηρής κανονιστικής νομοθετικής ρύθμισης για την ψυχιατρική κράτηση και περίθαλψη, καθώς υποχρεώνει τα Ψυχιατρικά Καταστήματα (δημόσια και ιδιωτικά) στην έκδοση κανονισμών εσωτερικής λειτουργίας, στη βάση υποδείγματος εκδιδόμενου από το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (αρ. 3).

β) Εισάγει την έννοια του “επικίνδυνου ψυχασθενούς”, για τη δημόσια τάξη ή την προσωπική ασφάλεια των πολιτών ή του ίδιου του ψυχασθενούς (αρ. 5), βάσει της οποίας διενεργείται ακούσια εισαγωγή σε ψυχιατρικό κατάστημα, σε εκτέλεση εισαγγελικής ή αστυνομικής αρχής και ύστερα από την αίτηση του συγγενικού περιβάλλοντος του (φερόμενου ως) πάσχοντος, με ιατρική γνωμάτευση πιστοποίησης της “επικινδυνότητας”.

Περί “επικινδυνότητας. Η έννοια της “επικινδυνότητας”, απορρέει από την έννοια της *παρέκκλισης*, ως προϊόν κατασκευής συγκεκριμένων μηχανισμών, παρά μιας δεδομένης οντότητας, ενυπάρχουσας σε συγκεκριμένη συμπεριφορά<sup>112</sup>. Αυτές οι εννοιολογήσεις της βίας, της απειλής, του φόβου και του θανάτου, ενεργοποιούν την ανάπτυξη και εξέλιξη ανορθολογικής στάσης και συμπεριφοράς από την πλευρά της κοινωνίας, απέναντι σε κατηγορίες πολιτών που σηματοδοτούν το “αλλότριο” στοιχείο, όπως είναι οι ψυχασθενείς. Στο σημείο αυτό, επιστήμες όπως η εγκληματολογία, η ψυχιατρική, η ψυχολογία, στην παραδοσιακή τους φάση, λειτούργησαν ως απολογητές της κυρίαρχης

111 ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ.

112 ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ., (1989) *Μυθολογίες βίας και καταστολής*, ΑΘΗΝΑ: ΠΑΠΑΖΗΣΗ, σ.σ. 15-28.

ηθικοπλασίας και φαντασίωσης, δίνοντας νομιμοποίηση στην κοινωνική μυθοπλασία με το μανδύα της επιστημονικότητας (ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ, 1989). Όλη αυτή η συνέργεια, γίνεται εργαλείο κοινωνικού ελέγχου μέσω της ψυχιατρικής και κάθε άλλης επιστημονικής πρακτικής.

Η “επικινδυνότητα” λοιπόν, συνιστά θεμελιώδη έννοια σε κάθε σύστημα απονομής δικαιοσύνης, στις περισσότερες χώρες. Στην Ελλάδα, κυρίως την εποχή της ψήφισης του ν.δ. 104/1973, η “επικινδυνότητα” ήταν βασική παράμετρος τόσο στην απονομή της δικαιοσύνης, όσο και στη χάραξη της αντεγκληματικής πολιτικής και της πολιτικής ψυχικής υγείας και περίθαλψης. Σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο της εποχής, η “επικινδυνότητα” συνιστά: I) κριτήριο προσωρινής κράτησης κατά το άρθρο 282 του Κοινού Ποινικού Δικαίου (ΚΠΔ), II) καθοριστικό κριτήριο της δικαστικής επιμέτρησης της ποινής, κατά το άρθρο 79, παρ. 3 του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), όπου χρησιμοποιείται ο όρος “εγκληματική διάθεση” αντί του όρου “επικινδυνότητα”, III) παράγοντα ικανό να μετατρέψει πλημμελήματα σε κακουργήματα, IV) πλαίσιο αναφοράς για την ποινικοποίηση μορφών συμπεριφοράς όπως πχ, επαιτεία, αλητεία, κατά τα άρθρα 407 και 408 του ΠΚ της περιόδου, V) για τον ψυχασθενή ακαταλόγιστο εγκληματία (θα αναλυθεί παρακάτω) που θα θεωρηθεί “επικίνδυνος”, ο σχετικός νόμος ορίζει θεραπεία που ισοδυναμεί με φυλάκιση σε ειδική πτέρυγα του Δημοσίου Ψυχιατρικού Καταστήματος, για μη προσδιορισμένο χρονικό διάστημα και χωρίς άμεση σχέση με τη βαρύτητα της ενεργηθείσας πράξης (άρ. 60 και 70 του ΠΚ), VI) για τους ψυχασθενείς, ακούσιο εγκλεισμό, πολλές φορές άνευ προηγούμενης παραβίασης του ποινικού νόμου, κατά τη λογική του νδ 104/73 αλλά και της παρ. 2 της Υπουργικής Απόφασης Γ2β/036 “Περί απόρριψης αιτήσεως εξόδου ακουσίως εισαχθέντων” και της παρ. 8 της Υπουργικής Απόφασης Α2β/5345/1978 του Δοξιάδη.

Σε ό,τι αφορά τις ιστορικές καταβολές της έννοιας, σημειώνουμε ότι εισάγεται στην επιστήμη από την Ιταλική θετικιστική σχολή, στα τέλη του 19ου αιώνα, σε μια προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης της Εγκληματολογίας από το Δίκαιο. Ο νομικός ορισμός του εγκλήματος (*κάθε πράξη που τιμωρεί ο Ποινικός Νόμος*), δεν ικανοποιεί πλέον τη νέα επιστήμη, η οποία εισάγει την ανθρώπινη και κοινωνική πλευρά του εγκλήματος, ως φαινομένου που προϋπάρχει και ενεργοποιεί τον Ποινικό Νόμο: “Εγκλημα είναι η παραβίαση των αισθημάτων φιλαλληλίας, συγκεκριμένης κοινωνίας σε συγκεκριμένη εποχή, που είναι απαραίτητα για την κοινωνική συμβίωση” (GAROFALO: ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ 1989). Αναζητώντας λοιπόν, μέσα από μία θετικιστικά

διατυπωμένη ακολουθία, τα αίτια που οδηγούν στη διάπραξη του εγκλήματος, η “επικινδυνότητα” συνιστά την *εγκληματική ικανότητα ενός ατόμου*. Η έννοια της “επικινδυνότητας”, είναι βέβαια συνυφασμένη με εκείνη την “πρόβλεψη”, δίνοντας κυρίως στην επιστήμη της Ψυχιατρικής και στους ψυχιάτρους έναν ρόλο “προφήτη” για τη μελλοντική συμπεριφορά των ασθενών.

Η εμβόλιμη αυτή αναφορά στη λειτουργία και τις ιστορικές καταβολές της “επικινδυνότητας” θεωρήθηκε απαραίτητη για την κριτική προσέγγιση του νδ 104/1973, στο σχετικό άρθρο που αφορά τον ακούσιο εγκλεισμό. Η ουσία λοιπόν της ρύθμισης του άρθρου 5 του ν.δ., που έγκειται στον ακούσιο εγκλεισμό χωρίς προηγούμενη εκδήλωση εγκληματικής δράσης ή άλλου στοιχείου προεγκληματικού κινδύνου, παρά μόνο την “προφητική” πιστοποίηση του ψυχιάτρου, τυποποιεί και δίνει χαρακτήρα νομοθετικής ισχύος σε μια εντελώς υποκειμενική κατάσταση και διαπίστωση<sup>113</sup>. Η έμφαση του εν λόγω άρθρου στη λήψη μέτρων ασφαλείας με στόχο την πρόληψη του εγκλήματος, έρχεται σε αντίθεση με τη θεμελιώδη υποχρέωση της πολιτείας να προστατεύει την αξία του ανθρώπου, κατά το άρθρο 2, παρ. 1 του Συντάγματος του 1975 (ΠΑΝΟΥΣΗΣ, 1990). Επίσης, παραβιάζει την *αρχή της νομιμότητας* που διέπει την απόδοση εγκλημάτων και ποινών κατά το άρθρο 7 παρ. 1 του Σ/τος 1975 και συνακόλουθα, τελεί σε αντίθεση με την έννοια της προστασίας των ατομικών ελευθεριών που θα πρέπει να εγγυάται η Πολιτεία, κατά το άρθρο 25 παρ. 2 Σ/τος 1975. Βλέπουμε, στο σημείο αυτό, τον αντισυνταγματικό χαρακτήρα του ν.δ.104/73 στο άρθρο 5 αυτού, σε σύγκριση με το Σύνταγμα που ψηφίστηκε μετά την πτώση της δικτατορίας, το 1975, παραδόξως όμως η ισχύς του ν.δ. 104/73 διήρκεσε έως το 1992, οπότε και τροποποιήθηκε στο σημείο του ακούσιου εγκλεισμού, όπως θα δούμε παρακάτω. Το επιχείρημα της “ασφάλειας των πολιτών”, μέσω της παραβίασης των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ψυχασθενούς, είναι προφανές ότι λειτούργησε ως πρόσχημα για την εσωτερική προστασία του ίδιου του κράτους από την κοινωνία, την περίοδο της κορύφωσης της δικτατορικής διακυβέρνησης και της πρώτης μεταπολιτευτικής εποχής. Η προεγκληματική επικινδυνότητα και η αναγωγή της σε “κατεπείγουσα περίπτωση”, όπως αναφέρεται στο νδ, αντανakλούν αλλά και

---

113 *ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, Κείμενα από δύο συμπόσια για την Ψυχιατρική, την επικινδυνότητα και τη Δικαιοσύνη (1990), υπεύθυνος έκδοσης Π. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, επιμελητής έκδοσης Μ. ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ, εκδ. ΠΑΠΑΖΗΣΗ, κείμενο Γ. ΠΑΝΟΥΣΗ: “ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ”, σ. 38.

διαμορφώνουν το δημόσιο λόγο της περιόδου, που έδινε έμφαση στα ζητήματα δημόσιας ασφάλειας, έχοντας καταλύσει κάθε συνταγματική λειτουργία.

γ) Επιβεβαιώνει την πρωτοκαθεδρία της ιατρικής επιστήμης και ιδίως της ψυχιατρικής και των ψυχιάτρων, ως αρμοδίων για την “πρόβλεψη” της “επικινδυνότητας”, σε μια χρονική περίοδο που στο δυτικό κόσμο, υπήρχε ακόμα ο απόηχος της αντιψυχιατρικής και της αμφισβήτησης της ασυλιακής θεραπευτικής.

Κλείνοντας την ενότητα του ν.δ. 104/1973, που σφράγισε τη σχέση Ψυχιατρικής και Δικαίου την περίοδο εκείνη σε ό,τι αφορά κυρίως το θέμα της ακούσιας νοσηλείας, θα πρέπει να τονίσουμε την αντίθεση της επίμαχης διάταξης που ίσχυσε έως 1992, με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Σ.Δ.Α.). Για την εννοιολόγηση και χρήση της “επικινδυνότητας” που συνιστά κυρίαρχη παράμετρο νομιμοποίησης της ακούσιας νοσηλείας, μια έρευνα της εποχής που αφορά στη σχιζοφρένεια και τη σχέση της ή μη, με την εγκληματική προδιάθεση, φωτίζει ενδιαφέρουσες πλευρές του θέματος: η Φ. Τσαλίκογλου και η ερευνητική της ομάδα στη δεκαετία του '80, επιχείρησε μια ψυχοδυναμική μελέτη σε μια ομάδα ανθρωποκτόνων σχιζοφρενών, οι οποίοι νοσηλεύονταν στο τμήμα κρατουμένων του Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών (Κ.Θ.Ψ.Π.Α.)<sup>114</sup>. Πρόκληση για τη διεξαγωγή της έρευνας, στάθηκαν, αφενός ο μύθος που περιβάλλει τη σχιζοφρένεια στη διάρκεια αιώνων και η ευκολία με την οποία η παραδοσιακή ψυχιατρική χαρακτήριζε με τον τίτλο αυτό, ένα σύνολο από “παράλογες” συμπεριφορές που αδυνατούσε να ερμηνεύσει, αφετέρου ένα ρεύμα αμφισβήτησης την ίδια εποχή για την σχιζοφρένεια ως παθολογική κατάσταση και η νέα θεώρησή της ως εναλλακτικού τρόπου ύπαρξης και ως σύμπτωμα ενός διαταραγμένου δικτύου επικοινωνίας που αφορά όλο το περιβάλλον του πάσχοντος.

Διερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, ήταν: α) η διαδικασία εγκληματογένεσης στον σχιζοφρενή που διενεργεί ανθρωποκτονία, β) η νοηματοδότηση της πράξης από τον ίδιο τον δράστη και γ) η σύγκλιση και απόκλιση ανάμεσα στο φόνο που διαπράττεται από σχιζοφρενή δράστη και από δράστη που δεν βρίσκεται στο φάσμα της ψυχασθένειας.

---

114 ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ., (1989) *Σχιζοφρένεια και φόνος. Μια ψυχολογική – εγκληματολογική έρευνα*, Β' έκδοση, ΑΘΗΝΑ: ΠΑΠΑΖΗΣΗ, σ.σ. 20-22.



Οι θεωρητικές υποθέσεις της έρευνας ήταν οι ακόλουθες: α) η διάπραξη ανθρωποκτονίας, τόσο από σχιζοφρενή όσο και από υγιές ψυχικά άτομο, είναι ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο που συνυφαίνεται με την προσωπικότητα του δράστη αλλά και με τις σχέσεις που αναπτύσσει με το περιβάλλον του, β) δεν υπάρχει σαφής διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην ανθρωποκτονία που διαπράττεται από σχιζοφρενή ή μη ψυχασθενή, γ) δεν τεκμηριώνεται σχέση αίτιου – αιτιατού μεταξύ της σχιζοφρένειας και στην εγκληματική πράξη, παρόλο που ενδεχομένως, υπό ορισμένες συνθήκες, η συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή διευκολύνει το πέρασμα στην εγκληματική πράξη και δ) ο σχιζοφρενικός φόνος δεν είναι μια αναίτια πράξη, έχει τη σημασία της για το δράστη και εκπορεύεται από την επιθυμία επίτευξης ενός συνειδητού ή ασυνειδητού σκοπού. Αν και τα όρια της έρευνας δεν διευκολύνουν την διεξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων για την επαλήθευση ή τη διάψευση της αιτιώδους συσχέτισης μεταξύ σχιζοφρένειας και διάπραξης ανθρωποκτονίας (περιορισμένος αριθμός ανθρωποκτόνων σχιζοφρενών που προσεγγίστηκαν, μη συγκρίσιμες απόλυτα περιπτώσεις που μελετήθηκαν, η διενέργεια της έρευνας σε εγκλείστους με όλες τις ψυχοδιανοητικές διαταραχές που προκαλεί ο μακροχρόνιος εγκλεισμός), εντούτοις τα συμπεράσματα της έρευνας διαφωτίζουν αρκετά τη διερευνώμενη συσχέτιση, την αυθαίρετη χρήση της “επικινδυνότητας” και της πρόβλεψής της, που νομιμοποίησαν τον ακούσιο ψυχιατρικό εγκλεισμό της περιόδου<sup>115</sup>:

1. Η έντονη και αμφιθυμική συμβιωτική σχέση με το μητρικό πρόσωπο, δημιουργεί προϋποθέσεις ανάπτυξης εξαρτημένης προσωπικότητας.
2. Ένα παθολογικό ενδοοικογενειακό σύστημα επικοινωνίας εμποδίζει την διαμόρφωση ανεξάρτητης προσωπικότητας.
3. Τυχόν εκδήλωση ψυχικής διαταραχής στην περίοδο μετά την εφηβεία και οι αλληπάλληλοι εγκλεισμοί, οδηγούν το άτομο στην υιοθέτηση του ρόλου που το εν λόγω σύστημα του προσδίδει (του “τρελού”) και στη διαμόρφωση ανάλογης συμπεριφοράς.

---

115 ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ., (1989) *Σχιζοφρένεια και φόνος. Μια ψυχολογική – εγκληματολογική έρευνα*, Β' έκδοση, ΑΘΗΝΑ: ΠΑΠΑΖΗΣΗ, σ.σ. 215-217.

4. Συν τω χρόνω, το άτομο αυτό βιώνει άγχος αποπροσωποποίησης, που εστιάζεται σε συγκεκριμένο πρόσωπο (το υποψήφιο θύμα της εγκληματικής πράξης), το οποίο προκαλεί φόβο στο δράστη.
5. Η ανθρωποκτονία επέρχεται ως αμυντικός μηχανισμός που ασυνείδητα ίσως, στοχεύει στην απαλλαγή από το προαναφερόμενο άγχος, στην οριοθέτηση του εαυτού και στην αποκατάσταση αισθήματος παντοδυναμίας του σχιζοφρενούς δράστη.
6. Αναθεωρείται η εννοιολόγηση της σχιζοφρενικής ανθρωποκτονίας ως “αναίτια” πράξη, ως “παρόρμηση”, καθότι προέκυψε από την έρευνα ότι συνιστά το αποτέλεσμα μιας εξελικτικής πορείας του ασυνείδητου.
7. Δεν υπάρχει σαφής διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο σχιζοφρενικό και μη σχιζοφρενικό φόνο.
8. Η αποστέρηση βασικών αναγκών αποτελεί γενεσιουργό παράγοντα της επιθετικής συμπεριφοράς, τόσο για το φυσιολογικό όσο και για το άτομο που πάσχει από σχιζοφρενική διαταραχή.
9. Το κυρίαρχο στερεότυπο του “επικίνδυνου σχιζοφρενούς”, σε συνδυασμό με το στιγματιστικό χαρακτήρα της ίδιας της νόσου, συνιστά παράγοντα διευκολυντικό για το πέρασμα στην εγκληματική πράξη.

Η σημασία της έρευνας και των συμπερασμάτων στα οποία κατέληξε, έγκειται κυρίως στην ανάδειξη μιας εξελικτικής διαδικασίας του ασυνείδητου που φτάνει έως την ανθρωποκτονία, που δεν επικεντρώνεται στο άτομο και τη σχιζοφρενική διαταραχή από την οποία πάσχει, αλλά συνδιαμορφώνεται από τις συνθήκες συνύπαρξής του με το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, τα προβλήματα στην επικοινωνία, την αποστέρηση βασικών αναγκών και τον κοινωνικό στιγματισμό.

**Ψήφιση του ν. 963/79, ΦΕΚ 202/Α/1-9-1979.** Ο εν λόγω νόμος, ψηφίστηκε ομόφωνα από την ελληνική Βουλή, με σκοπό τη ρύθμιση ζητημάτων “περί επαγγελματικής αποκατάστασεως αναπήρων και εν γένει ατόμων μειωμένων ικανοτήτων”<sup>116</sup>. Σύμφωνα με τις περιεχόμενες ρυθμίσεις, προστατεύονται από την άποψη της επαγγελματικής αποκατάστασης τα άτομα ηλικίας 15-65 ετών, με μειωμένη σωματική ή πνευματική ικανότητα προς αναζήτηση εργασίας (αρ. 1). Ο νόμος

---

116 ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ.

προέβλεπε εγγραφή στα μητρώα του Οργανισμού Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) για την εκπαίδευση και την παροχή επαγγελματικού προσανατολισμού στα άτομα αυτά (αρ. 2), ή την εκπαίδευσή τους σε ιδρύματα ειδικά για τον σκοπό αυτό, με τη δυνητική καταβολή μέρους της δαπάνης από τον ΟΑΕΔ (άρ. 3). Επίσης, ο νόμος προέβλεπε την εν δυνάμει καταβολή εκ μέρους του ΟΑΕΔ, μέρους των αποδοχών στον εργοδότη που θα δεχόταν την πρόσληψη στην επιχείρησή του, ατόμου αυτής της κατηγορίας (αρ. 6), καθώς και ηθική αμοιβή, προτεινόμενη από τους υπουργούς Εργασίας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, για τους εργοδότες αυτούς (αρ. 8). Επιπροσθέτως, ο νόμος θέσπισε την αύξηση κατά έξι ημέρες ετησίως, της άδειας για τα εργαζόμενα άτομα μειωμένων σωματικών και πνευματικών ικανοτήτων (αρ. 9). Πάντως, σημειώνουμε ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερη αναφορά στο νόμο 963/79, για την επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικό ή πνευματικό νόσημα, καθώς αναφέρονται κυρίως τα άτομα με προβλήματα όρασης ή ολική τύφλωση και με έλλειψη σωματικής αρτιμέλειας. Η επαγγελματική αποκατάσταση των νοητικά / ψυχικά πασχόντων, σύμφωνα με τις ρυθμίσεις του ν. 963/79, αφήνεται κυρίως στα όσα ρυθμίζονται την περίοδο αυτή, από το ν.δ. 104/73. Εντούτοις, θεωρείται καινοτομία για την περίοδο που εξετάζουμε, η θέση υπό προστασία στο ζήτημα της επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης, ατόμων με σωματική και πνευματική μειονεξία.

***Δημιουργία Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου στο νομό Φωκίδας.*** Στο πλαίσιο της προσπάθειας για την εφαρμογή των βασικών αρχών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, το 1982 ξεκίνησε η παροχή ανάλογων υπηρεσιών στο νομό Φωκίδας, μια περιοχή της χώρας που χαρακτηριζόταν ως αγροτική<sup>117</sup>. Η κίνηση αυτή ήταν πρωτοβουλία της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Η Κινητή Μονάδα Ψυχιατρικής Περίθαλψης Υπαίθρου (Κ.Μ.Ψ.Π.Υ.), είχε ως σημείο βάσης την Αθήνα και λειτουργούσε με τη συνεργασία ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, λογοθεραπευτή και εθελοντών, οι οποίοι παρείχαν: α) διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο, για άτομα κάθε ηλικίας, σε συγκεκριμένες περιοχές του νομού, β) οργάνωση και συντονισμό προληπτικού προγράμματος παρέμβασης στην τοπική κοινωνία με στόχο την ευαισθητοποίηση των κατοίκων σε θέματα ψυχικής υγείας και γ) ένα μοντέλο αποκατάστασης για κατοίκους της περιοχής, που ήταν

---

117 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) ό.π., σ.380.

χρόνιοι πάσχοντες, μέσω της λειτουργίας οικοτροφείου και προγραμμάτων προστατευόμενης εργασίας, στα πλαίσια του αγροτικού περιβάλλοντος του νομού.

Για το πρόγραμμα αυτό, επιλέχθηκε ο νομός Φωκίδας με κριτήριο, την έως τότε πλήρη απουσία ψυχιάτρων καθώς και την απόσταση της περιοχής από την Αθήνα. Περίπου το 20% του χρόνου των δραστηριοτήτων της Κ.Μ.Ψ.Π.Υ., φαίνεται να έχει διατεθεί στον τομέα των σχολείων-δασκάλων-μαθητών-γονέων. Από τη δημιουργία της Κινητής Μονάδας έως το 1988, σε σύνολο πληθυσμού του νομού Φωκίδας 44.000 κατοίκων, εφαρμόστηκαν 5.175 θεραπευτικές πράξεις ανά έτος<sup>118</sup>. Συμπληρωματικά αναφέρουμε, ότι ανάλογες δράσεις, με ίδρυση κινητών Μονάδων ψυχικής υγείας, δημιουργήθηκαν στον Έβρο το 1981 από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Παραρτήματος Αλεξανδρούπολης, με τακτικές επισκέψεις στο Διδυμότειχο, στην Ορεστιάδα και σε ορισμένα χωριά, στο νομό Θεσσαλονίκης το 1987 από την Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική για την κάλυψη των αναγκών επτά Κέντρων Υγείας του νομού, και αλλού.

Συνοψίζοντας τα κυριότερα γεγονότα της περιόδου 1920-1981 αναφορικά με την ψυχιατρική περίθαλψη, βλέπουμε ένα πλήθος αντιφάσεων και αντιθέσεων στη στοχοθεσία και στον ιδεολογικό προσανατολισμό της. Από την ίδρυση του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, που χωρίς να διαφεύγει της κυρίαρχης ψυχιατρικής κανονιστικότητας της περιόδου, θεσπίζει με τη λειτουργία του την μη νοσηλεία χρονίως πασχόντων, την παρέμβαση του Κ.Ψ.Ε.Υ και του Α.Ι.Α. στα βήματα της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής και με προσανατολισμό τη μελέτη της καθημερινής ψυχοπαθολογίας και της ανθρώπινης επικοινωνίας, μέχρι την ψήφιση του ν.δ.104/73 και το αυστηρό κανονιστικό πλαίσιο στη βάση της “επικινδυνότητας” που θέσπισε, αντίρροπα αιτήματα και προτεραιότητες χαρακτηρίζουν την ψυχιατρική πολιτική της ελληνικής πολιτείας, την εποχή πριν την επίσημη έναρξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που θα εξετάσουμε στην επόμενη ενότητα.

## **Η πρώτη φάση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης 1983-1992**

### **Ο Κανονισμός 815/84 της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ).**

Για πολλούς μελετητές του ζητήματος της ψυχιατρικής πολιτικής στην Ελλάδα, ο

---

118 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) ό.π., σ.381, όπου αναφέρεται ως πηγή για τα στοιχεία αυτά:  
Σακελλαρόπουλος Π. (1989) *Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και δημόσια περίθαλψη. Ψυχολογικά θέματα* 2: 48-58.

Κανονισμός 815<sup>119</sup> του Συμβουλίου Υπουργών της ΕΟΚ της 26ης Μαρτίου 1984 “για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση της Ελλάδα στον κοινωνικό της τομέα” θεωρείται η αφορμή αλλά και η αιτία του εγχειρήματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας, καθώς έως τότε δεν είχε επιχειρηθεί κάτι παρόμοιο σε επίπεδο νόμων και θεσμών.

Ο Κανονισμός, σύμφωνα με το προοίμιο, έλαβε υπόψιν τις ιδιομορφίες της ελληνικής οικονομίας και τις δομές της και προέβλεψε στο διατακτικό μέρος του μεταξύ άλλων, τα ακόλουθα:

α) Καταβολή έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης στην Ελλάδα (αρ. 1) για το χρονικό διάστημα 1η Ιανουαρίου 1984 έως 31 Δεκεμβρίου 1988, υπέρ της προώθησης κοινωνικών προγραμμάτων που αφορούσαν (α1) στην ανέγερση, διαρρύθμιση και εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης, (α2) στην ανέγερση, διαρρύθμιση και εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες, στοχεύοντας στην επαγγελματική αποκατάστασή τους.

β) Προγραμματισμό κατά κέντρο, αριθμό θέσεων των ωφελουμένων, διαχωρισμό ως προς τον σκοπό των δομών, εάν πρόκειται για αποκατάσταση ή για επαγγελματική κατάρτιση των πασχόντων, υπολογισμό κόστους και χρόνου για τη δημιουργία των δομών αυτών (αρ. 2) καθώς και τις επαγγελματικές ειδικότητες του προσωπικού που θα χρειάζονταν.

γ) Έθεσε όρους στην Ελληνική Δημοκρατία για λογοδοσία. Συγκεκριμένα, έπρεπε να υποβάλλει έκθεση στην Επιτροπή, για την πρόοδο της εφαρμογής των προγραμμάτων, την 1η Ιουνίου 1984 αλλά και πριν από την 1η Απριλίου κάθε έτους (άρ. 3).

Επίσης, ο Κανονισμός προέβλεπε για την Ελλάδα την καταβολή 120.000.000 ECU. Από το ποσό αυτό, τα 60.000.000 προοριζόταν για το Υπουργείο Εργασίας και το υπόλοιπο ισόποσο για το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Υ.Υ.Π.Κ.Α), με την υποχρέωση επιστροφής από την Ελληνική Δημοκρατία του ποσού που αντιστοιχεί σε έργο που δεν υλοποιήθηκε.

Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, προέβη σε τροποποίηση του Κανονισμού με νέα απόφαση (4130/16-12-1988), με την οποία έδωσε παράταση έως την 31η Δεκεμβρίου 1994 για την υλοποίηση των προγραμμάτων, χωρίς περαιτέρω

---

119 ΠΗΓΗ: Επίσημη Εφημερίδα αριθ. L088, 31-3-1984, p. 0001-0003, Document 31984R0815.

οικονομική ενίσχυση από το ποσό που όριζε ο αρχικός Κανονισμός<sup>120</sup>. Στους όρους της παράτασης, συμπεριλαμβανόταν η έγκριση για τη χρηματοδότηση αγοράς κτιρίων ή οικοπέδων για την υλοποίηση ήδη εγκεκριμένων προγραμμάτων. Το 1990, μετά την αποκάλυψη της κατάστασης στο Ψυχιατρείο Λέρου (βλ. παρακάτω Κεφάλαιο Γ), το Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ανέστειλε προσωρινά τον Κανονισμό 815/84 καθώς και την καταβολή της οικονομικής ενίσχυσης που ήταν σε εξέλιξη εκείνη την περίοδο. Επιπλέον, το Συμβούλιο υποχρέωσε το Υ.Υ.Π.Κ.Α. σε υποβολή έκθεσης για την υλοποίηση του συνολικού προγράμματος αλλά και ειδικά για τα ποσά που είχε διαθέσει το ελληνικό κράτος στη Λέρο, να δημιουργήσει επιτροπές αξιολόγησης για κάθε επιμέρους πρόγραμμα, να καταρτίσει προγράμματα αποϊδρυματισμού και βελτίωσης της κατάστασης για τους εγκλείστους στη Λέρο και επίσης, να σχεδιάσει ένα αναθεωρημένο πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συνολικά στη χώρα. Μετά από την υποβολή των εκθέσεων που ζητήθηκαν και τη δημιουργία των επιτροπών αξιολόγησης, εγκρίθηκε από την ΕΟΚ η συνέχιση της οικονομικής ενίσχυσης και των προγραμμάτων του Κανονισμού 815/84.

Για την περίοδο που εξετάζουμε στην παρούσα ενότητα<sup>121</sup> (1983-1992), υλοποιήθηκαν αρκετά προγράμματα στα πλαίσια του Κανονισμού 815/84 σε επίπεδο ελληνικής επικράτειας, ορισμένα από τα οποία ήταν τα ακόλουθα: 6 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 4 Ξενώνες-Οικοτροφεία Ενηλίκων, 4 Μονάδες Αποκατάστασης, 7 Εκπαιδευτικά Προγράμματα, 2 Μονάδες Συνεργατικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, κά.

Για την ίδια περίοδο, βρίσκονταν σε λειτουργία προγράμματα σε όλη τη χώρα, όπως:

4 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 10 Ψυχιατρικοί Τομείς σε νοσοκομεία, 10 Προγράμματα Λέρος-Αποασυλοποίηση Ασθενών, 6 Μονάδες Συνεργατικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, 3 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, 2 Ψυχοκοινωνικά Κέντρα, κά.

Τέλος, έως το 1993 συνέχιζαν τη λειτουργία τους προγράμματα όπως:

24 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 11 Ψυχιατρικοί Τομείς νοσοκομείων, 9 Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης, 16 Ξενώνες – Οικοτροφεία Ενηλίκων, 8 Μονάδες Αποκατάστασης, κά.

---

120 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) ό.π., σ.σ. 230-237.

121 ΠΗΓΗ: Υ.Υ.Π.Κ.Α. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (1994) σε ΜΑΔΙΑΝΟΣ (1995) ό.π., σ.σ. 239-241.

**Κριτική προσέγγιση.** Ο Κανονισμός 815/84 της ΕΟΚ, όπως τροποποιήθηκε, συνιστά επομένως, το εναρκτήριο λάκτισμα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, η οποία όπως θα δούμε παρακάτω, ελέγχεται τόσο σε επίπεδο υλοποίησης και αποτελεσμάτων όσο και από την άποψη του βάθους της ρήξης που στόχευε να δημιουργήσει, ή απλά να απορροφήσει τα κονδύλια της ΕΟΚ, μετέπειτα Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε ό,τι αφορά τη φύση και τη στοχοθεσία του Κανονισμού 815/84, θα μπορούσαμε να σχολιάσουμε τα εξής:

Θετικά σημεία του Κανονισμού:

- ✓ Εμπεριέχει θετικά μεταρρυθμιστικά στοιχεία που εν δυνάμει βελτιώνουν και πιθανόν βελτίωσαν στα χρόνια που ακολούθησαν, τη ζωή και την προσωπική εξέλιξη των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικά και διανοητικά προβλήματα, όπως η έμφαση στην αποασυλοποίηση, η ανάδειξη του ζητήματος της Λέρου, η δημιουργία κέντρων τόσο για την αποκατάσταση όσο και για την επαγγελματική κατάρτιση των πασχόντων.
- ✓ Υποχρεώνει το ελληνικό κράτος να οργανώσει και να αξιοποιήσει τις προϋπάρχουσες δομές του σε νέα βάση, προκειμένου να υλοποιήσει τα προβλεπόμενα στον Κανονισμό και επίσης, να υιοθετήσει το πνεύμα της παρακολούθησης και της αξιολόγησης του υλοποιούμενου έργου.

Αρνητικά σημεία του Κανονισμού:

- ✓ Στερείται ιδεολογικού πλαισίου και αιτιολογικής έκθεσης, που κρίνονται απαραίτητα για την εκπόνηση κάθε προγράμματος και χάραξης πολιτικής, ειδικά όταν αφορά θέματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και αξιοπρεπούς διαβίωσης υποκειμένων.
- ✓ Περιορίζει την οικονομική ενίσχυση για τη δημιουργία κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης στα μεγάλα αστικά κέντρα όπως η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη (προοίμιο Κανονισμού) με τη μεγαλύτερη πληθυσμιακή πυκνότητα, στοιχείο που έρχεται σε αντίθεση με το πνεύμα της Κοινοτικής Ψυχιατρικής και την έμφαση στις απομακρυσμένες περιοχές και στις τοπικές μονάδες ψυχικής υγείας που όπως είδαμε, είχαν αρχίσει να δημιουργούνται.
- ✓ Δεν κάνει λόγο για τα ζητήματα της νομοθεσίας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως για τον ακούσιο εγκλεισμό, τη φύση των εσωτερικών

κανονισμών των Ιδρυμάτων και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, τη στόχευση και τον προσανατολισμό τους.

- ✓ Δεν αναπτύσσει σχέδιο για την εκπαίδευση και συνολική προετοιμασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, παρά μόνο μια σύντομη αναφορά στο άρ. 5 για περιοδική πρακτική άσκηση αυτών, στοιχείο απαραίτητο για την επιτυχία κάθε μεταρρύθμισης που αφορά στη διαχείριση των ψυχικά πασχόντων. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, ακόμα και την περίοδο της Αντιψυχιατρικής και του αντιψυχιατρικού κινήματος στην Ευρώπη, κάθε προσπάθεια απαγκίστρωσης από τις καθιερωμένες πρακτικές, προσέκρουε στις διαμορφωμένες αντιλήψεις και στην προϋπάρχουσα ιδρυματική εμπειρία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Έτσι, ο Κανονισμός 815/84 κρίνεται ως ελλιπής εξαρχής, γεγονός που ίσως περιορίσει τα θετικά αποτελέσματα που θα μπορούσε να δώσει στα δεδομένα της ψυχιατρικής πολιτικής της Ελλάδας.

*Μια αποτίμηση του προγράμματος έως το 1989.* Σύμφωνα με την Ειδική Έκθεση αριθ. 5/90 του Ελεγκτικού Συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την εκτέλεση του Κανονισμού 815/84 στην Ελλάδα<sup>122</sup>, η εφαρμογή του Κανονισμού από το ελληνικό κράτος μπορεί να χαρακτηριστεί από τα εξής κύρια στοιχεία:

α) Σε ό,τι αφορά τη δημοσιονομική εκτέλεση του Κανονισμού, από το 1984 έως το 1989, και με δεδομένο ότι η 31η Δεκεμβρίου του 1988 ήταν η αρχική ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να είχε περατωθεί το πρόγραμμα, στις 31 Δεκεμβρίου 1989 το ελληνικό κράτος είχε προβεί σε ανάληψη μόνο του 80% της συνολικής οικονομικής ενίσχυσης (σελ. 2, παρ. 2, εδ. 2.1 έως 2.4 της Έκθεσης) και η Έκθεση κάνει σαφή λόγο για αναίτιες καθυστερήσεις στην ανάληψη της ενίσχυσης και της εκτέλεσης του προγράμματος.

β) Σε ό,τι αφορά τη χρηματοδότηση των Σχεδίων, για το χρονικό διάστημα 1984-1989 η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων είχε αποφασίσει να χρηματοδοτήσει 290 σχέδια, από τα οποία τα 93 θα ήταν κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης και τα 197 κέντρα αποκατάστασης, με την προσθήκη 251 ακόμα αποφάσεων, ήτοι οι 50 αφορούσαν τον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης και οι 201 τον τομέα της

---

122 ΠΗΓΗ: Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, ISSN 0250-815X, C 331, 33ο έτος έκδοσης, 31-1-1990, σ.σ. 1-7.



αποκατάστασης. Στο σημείο αυτό, η Έκθεση (σελ. 3, παρ. 4, εδ. 4.1 έως 4,6) μιλά για “περίπλοκη διαχείριση” από το ελληνικό κράτος, χωρίς δυνατότητα εξακρίβωσης της αντιστοιχίας του ποσού που χορηγήθηκε και του σταδίου εργασιών. Επίσης, η Έκθεση στηλιτεύει τον άνισο διασκορπισμό της χρηματοδότησης στα υπό ίδρυση κέντρα αποκατάστασης και επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ ο Κανονισμός προέβλεπε χρηματοδότηση σε μικρό αριθμό κέντρων που υλοποιούσαν το πρόγραμμα.

γ) Για τα κέντρα αποκατάστασης, που συνιστούσαν κεντρικό θέμα στον Κανονισμό, η Έκθεση αναφέρει μεταξύ άλλων ότι με ευθύνη του ελληνικού κράτους, δεν υπήρξε συντονισμός μεταξύ των κέντρων και των εθνικών υπηρεσιών υγείας. Κάνει λόγο μάλιστα για κίνδυνο παρέκκλισης από το βασικό προσανατολισμό του προγράμματος που ήταν η μείωση του εγκλεισμού και η εφαρμογή μεθόδων που θα εντάσσονταν στο κοινωνικό περιβάλλον (σελ. 4, παρ. 5, εδ. 5.5 έως 5.6 της Έκθεσης).

Γενικά, η συνολική αποτίμηση της Έκθεσης κρίνεται ως αρνητική για την εφαρμογή του Κανονισμού, που με όλες τις ελλείψεις του, σηματοδότησε την πρώτη φάση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

**Το Προεδρικό Διάταγμα υπ’ αριθ. 83/90.** Το ΠΔ 83 (ΦΕΚ 44/Α/26-3-1990), ήρθε να τροποποιήσει και να συμπληρώσει το προηγούμενό του 112/1989, διάταγμα με το οποίο εκδίδεται ο Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το ΠΔ 83/1990, αναθεωρεί το προηγούμενο ως προς την θέση που καταλαμβάνει η πολιτική ψυχικής υγείας στον Οργανισμό του Υπουργείου, συγκεκριμένα από τμήμα Ψυχικής Υγιεινής υπαγόμενο στη Διεύθυνση Προαγωγής Δημόσιας Υγείας (άρθρο 5, παρ. 1, εδ. δ) ΠΔ 112/89), με το νέο ΠΔ συγκροτείται σε Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, απαρτιζόμενη από τμήματα, όπως: Πρόληψης, Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης, Απεξάρτησης Τοξικομανών. Στο άρ. 3 του ΠΔ 83/90, αναφέρεται μάλιστα ότι τόσο ο προϊστάμενος της Διεύθυνσης όσο και οι προϊστάμενοι των τμημάτων που την απαρτίζουν, θα έπρεπε να είναι υπάλληλοι του κλάδου ΠΕ Κοινωνικής Ιατρικής και Υγιεινολόγων Ιατρών ή του κλάδου ΠΕ Ιατρών, με ειδικότητα Ψυχιάτρου ή Ψυχολόγου. Το νομοθέτημα αυτό, δίνει έμφαση στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας σε θέματα ψυχικής υγείας στον πληθυσμό, μέσω των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Ψυχιατρικής Περίθαλψης (ΜΠΨΠ) και των Κέντρων

Ψυχικής Υγείας, επίσης μέσω οικοτροφείων, ξενώνων και άλλων παρόμοιων. Αναφέρεται επίσης στην αξιοποίηση των χρηματοδοτήσεων που παρέχονταν από την ΕΟΚ και άλλους διεθνείς οργανισμούς, στη συμπλήρωση της κτιριακής υποδομής των Μονάδων Δευτεροβάθμιας Ψυχιατρικής Περίθαλψης (ΜΔΨΠ), στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων και στη δημιουργία συστήματος αξιολόγησης όλων αυτών.

Παρά την ατολμία του ελληνικού κράτους να αξιοποιήσει τη χρηματοδότηση και τις (ελλειψείς, έστω) θεσμοθετήσεις του Κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ, στο ξεκίνημα της δεκαετίας του 1990, τουλάχιστον σε επίπεδο νομοθετημάτων, δείχνει όμως να έχει ωριμάσει και παγιωθεί: η έμφαση στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα, η αποασυλοποίηση, ο διακριτός χώρος της τοξικοεξάρτησης, η ανάγκη για τη χάραξη ψυχιατρικής περίθαλψης ως χωριστού τομέα δημόσιας υγείας.

**Ν. 2071/1992 “Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.** Η ψήφιση του νόμου αυτού, που έλαβε χώρα στις 15 Ιουλίου 1992, μας ενδιαφέρει στα πλαίσια της παρούσας εργασίας για τις αλλαγές που επέφερε στο θέμα του **ακούσιου εγκλεισμού**. Στο έκτο κεφάλαιο του νόμου, στα άρθρα 95-100, τροποποιείται αρκετά το πνεύμα και οι στοχεύσεις του ν.δ. 104/73.

Οι προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία στον καινοτόμο για την εποχή του νόμο, που συνιστούν βασική στροφή βελτίωσης του συστήματος προς την κατεύθυνση σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, είναι:

α) ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή, β) να μην δύναται να κρίνει ο ίδιος το συμφέρον της υγείας του, γ) η έλλειψη νοσηλείας να συνεπάγεται τον αποκλεισμό της θεραπείας του ή την επιδείνωση της κατάστασής του, δ) η νοσηλεία του πάσχοντος να είναι απαραίτητη για την αποφυγή πράξεων βίας κατά του εαυτού του ή τρίτων και ε) η άρνηση ή η αδυναμία του ατόμου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές επικρατούσες αξίες, δεν αποτελεί καθεαυτή ψυχική διαταραχή.

*Το σκεπτικό του νέου νόμου για τον αναγκαστικό-ακούσιο εγκλεισμό και τις προβλεπόμενες διαδικασίες. Ο ν. 2071/92:*

α) Καθιερώνει εγγυήσεις και δικαστικό έλεγχο περί της ορθότητας του αναγκαστικού

εγκλεισμού<sup>123</sup> στο ψυχιατρείο. Βέβαια, η δικαστική κρίση, σύμφωνα με τον αναφερόμενο νόμο, βασίζεται σε αποδεικτικό υλικό που συνιστά ιατρική γνωμάτευση. Η σημασία της όμως, έγκειται κυρίως στον έλεγχο, εκ μέρους των δικαστικών αρχών, της τήρησης των τυπικών προϋποθέσεων του ακούσιου εγκλεισμού.

β) Παρέχεται η δυνατότητα στον υπό εξέταση ασθενή, να υποστηρίξει τις απόψεις του με τη συνδρομή δικηγόρου καθώς και ψυχιάτρου ως τεχνικού συμβούλου. Επισημαίνεται δε, ότι επί το πλείστον οι δίκες διεξάγονται κεκλεισμένων των θυρών, προς αποφυγή του στιγματισμού, συνεπεία της παρουσίας ακροατηρίου.

γ) Αναγνωρίζεται, στη γενική φιλοσοφία του νόμου, ότι η ακούσια νοσηλεία θα πρέπει πρωτίστως να εξυπηρετεί την ανάγκη θεραπείας του ψυχικά ασθενούς και δευτερευόντως την κοινωνική ανάγκη φύλαξης του για θέματα “επικινδυνότητας” που προκαλεί η ασθένειά του.

δ) Καθιερώνει ανώτατο όριο διάρκειας της νοσηλείας έως έξι μήνες, και επιβάλλει την ανάγκη συσχέτισης αυτής με την πορεία της υγείας του ατόμου και όχι με την πρόταξη του αιτήματος της κοινωνίας για φύλαξή της από τον ψυχασθενή.

ε) Μετατοπίζει το βάρος, από τη φύλαξη της κοινωνίας απέναντι στην «επικινδυνότητα» του ψυχασθενή, στην ανάγκη για θεραπεία, που είναι και ο κύριος λόγος του ακούσιου εγκλεισμού.

στ) Για την περίπτωση της αυτεπάγγελτης, ύστερα από εισαγγελική εντολή, αναγκαστικής εισαγωγής ατόμου σε ψυχιατρικό κατάστημα, λόγω άρνησής του να εξεταστεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών έχει το δικαίωμα να ζητήσει τη μεταφορά του για εξέταση και σύνταξη ιατρικών γνωματεύσεων σε δημόσιο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Η μεταφορά του (φερόμενου ως) ψυχασθενή θα πρέπει να γίνει υπό συνθήκες που θα διασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητά του και η παραμονή του για τις αιτούμενες από τον εισαγγελέα εξετάσεις, δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει το χρονικό διάστημα των 48 ωρών (άρθρο 96).

Επίσης πρέπει να διευκρινιστεί, ότι τα αναφερόμενα στα άρθρα 95-100 του νόμου αφορούν την ακούσια νοσηλεία στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το άρθρο

---

123 ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Ν.,- ΚΟΣΜΑΤΟΣ Κ., (1997) *Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε Ψυχιατρείο. Νομοθετική ρύθμιση, Πρακτική Εφαρμογή*, ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ «ΥΠΕΡΑΣΠΙΣΗΣ», Εκδ. Αντ. Σάκκουλα, ΑΘΗΝΑ-ΚΟΜΟΤΗΝΗ σ. 17.

101 του νόμου ορίζει, ότι για τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, απαιτείται η έκδοση υπουργικών αποφάσεων.

*Η αποδοχή των νέων διατάξεων περί ακούσιου εγκλεισμού από το δικαστικό κόσμο.* Οι Παρασκευόπουλος και Κοσμάτος, διεξήγαγαν έρευνα την εποχή της ψήφισης του ν. 2071/92 και συγκεκριμένα, κατά τον πρώτο χρόνο εφαρμογής του. Η έρευνα περιλάμβανε μια σειρά αποφάσεων του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης για υποθέσεις ακούσιας νοσηλείας, στη διάρκεια ενός έτους από την ψήφιση του νόμου, και τη συσχέτιση αυτών με στοιχεία του αρχείου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Η έρευνα επικεντρώθηκε κυρίως στα θέματα της τήρησης της διαδικασίας όπως ορίζεται στο άρ. 95 του νόμου και κυρίως της τήρησης των προθεσμιών, στην άσκηση των δικαιωμάτων του φερόμενου ως ασθενή, στην αιτιολόγηση των αποφάσεων και στη διάρκεια της νοσηλείας<sup>124</sup>. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατά τον πρώτο χρόνο εφαρμογής ενός νόμου που θεσπίζει δικαιώματα για τους ακουσίως νοσηλευόμενους και αντιμετωπίζει τον εγκλεισμό ως αναγκαιότητα θεραπείας του ατόμου και όχι φύλαξης της κοινωνίας από αυτό, έχουν σημασία για να αξιολογήσουμε την επίδραση της κοινωνικής πρόσληψης και των στερεοτύπων στο ίδιο το δικαστικό σώμα και τις αντιδράσεις του απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, και την κοινωνία. Συνοπτικά αναφέρουμε τα εξής:

1. Από τον Ιούλιο του 1992 έως τον Ιούλιο του 1993 εκδικάστηκαν από το Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης (ΠΠΘ) 45 υποθέσεις ακούσιας νοσηλείας σε ψυχιατρικές μονάδες ύστερα από εισαγγελική αίτηση. Από αυτές, οι 43 έκαναν δεκτή την αίτηση του Εισαγγελέα για εγκλεισμό.
2. Σε ό,τι αφορά την τήρηση των προθεσμιών που αναφέρονται κυρίως στα άρθρα 96 και 99 του νόμου, η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε τα ακόλουθα: α) ο συνολικός χρόνος από την εισαγωγή του (φερόμενου ως) ασθενούς στο Ψυχιατρείο έως τη δημοσίευση της απόφασης που διατάσσει την ακούσια εισαγωγή, κυμάνθηκε από 13 έως 135 ημέρες, μέσος όρος 38 ημέρες, β) το χρονικό διάστημα από την εισαγωγή με εισαγγελική παραγγελία στο Ψυχιατρείο, έως την παραπομπή από τον Εισαγγελέα της υπόθεσης στο ΠΠΘ, κυμάνθηκε από καμία έως 41 ημέρες, μέσος όρος 8 ημέρες. Το άρθρο 69 ορίζει 3 ημέρες, γ) το χρονικό διάστημα από την εισαγγελική αίτηση έως τη συζήτηση

---

124 ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Ν.,- ΚΟΣΜΑΤΟΣ Κ., (1997), ό.π., σ.σ. 21-24.

της υπόθεσης, κυμάνθηκε από μία έως 107 ημέρες, μέσος όρος 11 ημέρες, στο νόμο ορίζεται διάστημα 10 ημερών, δ) το χρονικό διάστημα από τη συζήτηση έως την δημοσίευση της δικαστικής απόφασης, κυμάνθηκε από 4 έως 43 ημέρες, μέσος όρος 17 ημέρες, ε) σε καμία από τις 45 υποθέσεις δεν εφαρμόστηκε η κατά το άρ. 99 επανεξέταση της νοσηλείας μετά την πάροδο τριών μηνών από την ακούσια εισαγωγή.

3. Σε ό,τι αφορά την άσκηση δικαιωμάτων του φερόμενου ως ψυχικά ασθενούς που παρέχουν τα άρ. 96-97 του νόμου, και τα οποία είναι: η παράσταση με δικηγόρο υπεράσπισης, η παράσταση με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο, η άσκηση ένδικου μέσου, η υποχρέωση της Ψυχιατρικής Μονάδας για ενημέρωση του ασθενούς περί των δικαιωμάτων του και η αίτηση για διακοπή της νοσηλείας, η έρευνα έδειξε τα εξής: α) στις 9 από τις 45 υποθέσεις ο φερόμενος ως ασθενής ήταν παρών στην ακροαματική διαδικασία ενώ δικάστηκε ερήμην στις υπόλοιπες 36, β) σε καμία εκ των περιπτώσεων δεν υπήρξε συνήγορος υπεράσπισης, γ) σε καμία δεν υπήρξε ψυχίατρος ως τεχνικός σύμβουλος, δ) σε καμία υπόθεση δεν ασκήθηκε το δικαίωμα αίτησης διακοπής της νοσηλείας και ε) σε καμία εκ των ερευνώμενων υποθέσεων δεν συντάχθηκε πρακτικό ενημέρωσης του νοσηλευομένου εκ μέρους της Ψυχιατρικής Μονάδας.
4. Σε ό,τι αφορά την αιτιολόγηση των αποφάσεων: α) σε 40 αποφάσεις επαναλαμβάνονται οι προϋποθέσεις του άρ. 95, β) σε 5 αποφάσεις αναφέρονται πραγματικά περιστατικά που τεκμηριώνουν την κρίση του δικαστηρίου, γ) σε 44 αποφάσεις το σκεπτικό τελεί σε συμφωνία με την ψυχιατρική γνωμάτευση και δ) σε 1 απόφαση το σκεπτικό είναι σε αντίθεση με την ψυχιατρική γνωμάτευση.

Επιχειρώντας σχολιασμό στα προαναφερόμενα, επισημαίνουμε τα εξής: οι Παρασκευόπουλος – Κοσμάτος διεξήγαγαν την έρευνά τους επί των αποφάσεων του ΠΠΘ, καθώς διαπίστωσαν ότι οι Εισαγγελίες των Πρωτοδικείων Αθήνας και Πειραιά, αρνήθηκαν την εφαρμογή του νόμου και μάλιστα με σχετικό έγγραφο, πρότειναν την κατάργησή του και την επαναφορά του προηγούμενου νόμου 104/73<sup>125</sup>. Για τις αποφάσεις του ΠΠΘ τις οποίες μελέτησαν στην έρευνά τους, αναφέρουν

---

125 ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Ν.,- ΚΟΣΜΑΤΟΣ Κ., (1997), ό.π., σ. 12.

χαρακτηριστικά ότι “...ως κατάλοιπο της προϊσχύσασας νομοθεσίας και του συσχετισμού της ψυχικής νόσου με την επικινδυνότητα, μπορεί να θεωρηθεί η αναγραφή του όρου στις δικαστικές αποφάσεις”(πχ 54/93 και 53/93 του ΠΠΘ). Όπως αναφέρει ο Καθηγητής Αντ. Μανιτάκης, “Δεν μπορούσα να φανταστώ.....ότι η τόσο επιζητούμενη τότε νομοθετική μεταρρύθμιση της ψυχιατρικής περίθαλψης και η επιδιωκόμενη δικαστική προστασία των αναγκαστικά εγκλεισμένων στο ψυχιατρείο θα συναντούσε τόσα εμπόδια και ότι ο καινοτόμος νόμος 2071/92.....θα έμενε εν μέρει ανεφάρμοστος και ότι ένα νομικό καθεστώς αβεβαιότητας και ανασφάλειας θα υποκαταστούσε το αυταρχικό και αστυνομικό καθεστώς που ίσχυε μέχρι τότε”<sup>126</sup>. Στο σημείο αυτό, διαπιστώνεται η σαφής επιρροή των κυρίαρχων κοινωνικών αντιλήψεων και στερεοτύπων, σε επίπεδο κρατικών και δικαστικών λειτουργιών και η κυριαρχία του “δικαστικού” στην απόδοση των στοιχειωδών δικαιωμάτων αυτής της κατηγορίας των πασχόντων.

Το σημαντικό διακύβευμα σε όλη αυτή την υπόθεση του ακούσιου εγκλεισμού, δεν είναι ένα και δεν υπακούει σε μονοσήμαντες σχέσεις. Πρόκειται για αντίρροπα ή φαινομενικά αντικρουόμενα δικαιώματα και συμφέροντα, η διαχείριση των οποίων εμφανίζεται σε κατασκευασμένα δίπολα: τα δικαιώματα του ασθενούς και η προστασία των τρίτων, το δικαίωμα της προσωπικής ελευθερίας του πάσχοντος και η ανάγκη ψυχιατρικής φροντίδας για αυτόν. Η έννοια της *επικινδυνότητας*, που άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο εμφιλοχωρεί στα νομοθετικά κείμενα και στις δικαστικές αποφάσεις και η εναπόθεση των ατομικών δικαιωμάτων των ψυχικά και νοητικά πασχόντων στο πλέγμα του νόμου και της ψυχιατρικής, απαιτεί ευρύτερες αξιολογήσεις και σταθμίσεις. Ο Tomas Szasz είναι ιδιαίτερος αυστηρός για το ζήτημα του εγκλεισμού και μάλιστα του ακούσιου, απέναντι στην κοινότητα των ψυχιάτρων και των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας: Αναφέρει χαρακτηριστικά: “Από τη στιγμή που ο εγκλεισμός αποτελεί σημαντικό κοινωνικό γεγονός στη ζωή του νοσηλευμένου ψυχιατρικού ασθενούς, θα μπορούσε κανείς να αναμένει ότι και μόνο για αυτό το λόγο θα ενδιέφερε ιδιαίτερα τους ψυχιάτρους. Ωστόσο, διαπιστώνει κανείς

---

126 MANITAKHS A., (2005) “Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία;” άρθρο στο *Neapolis University HEPHAESTUS Repository*, διαθέσιμο στο <http://hdl.handle.net/11728/11413>, σ. 4.

μια πλήρη αδιαφορία για το πρόβλημα, σαν να μην υπάρχει καμιά συνέπεια από αυτό ή πάντως μια σχετικά πολύ ελαφρά αντιμετώπιση”<sup>127</sup>

## **Η θεσμική προσέγγιση από το 1993 έως σήμερα**

**Το πρόγραμμα “ΨΥΧΑΡΓΩΣ”.** Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και προκειμένου να διασφαλιστεί μια συνέχεια στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση που ξεκίνησε με την υιοθέτηση του Κανονισμού 818/84 των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέπτυξε το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Πρόκειται για τη συνέχιση της έως τότε Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με έμφαση στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας<sup>128</sup>. Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε και συνεχίζει να εφαρμόζεται σε τρεις φάσεις:

Η πρώτη φάση τέθηκε σε εφαρμογή την περίοδο 2000-2001, με τη συνχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και τη συνεργασία του Υπουργείου Εργασίας. Ως στόχο είχε την καταπολέμηση του αποκλεισμού των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας από την αγορά εργασίας καθώς και τη συνέχιση της διαδικασίας αποασυλοποίησης των ατόμων που νοσηλεύονταν στα δημόσια ψυχιατρεία της χώρας.

Η δεύτερη φάση ολοκληρώθηκε το 2009 με την υπογραφή Συμφώνου μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης. Βασικά σημεία του Συμφώνου ήταν τα εξής:

α) Η δέσμευση των Ελληνικών αρχών για την ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έως το 2015, αξιοποιώντας τόσο το ανθρώπινο δυναμικό όσο και τους εθνικούς χρηματοδοτικούς πόρους που αξιώνει η μεταρρυθμιστική διαδικασία.

β) Η δημιουργία της Ομάδας Διεθνών Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων η οποία, σε συνεργασία με τις Υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής θα αξιολογεί την υλοποίηση του προγράμματος και τη συμβατότητα των υλοποιούμενων δράσεων με τη φιλοσοφία, τις αρχές και τους τιθέμενους στόχους του.

---

127 SAZS T.,(1989) *Νόμος, ελευθερία και ψυχιατρική. Μια έρευνα του ρόλου των ψυχιατρικών πρακτικών στην κοινωνία*, (μτφρ: Κ. Σπίγγος 2007), ΑΘΗΝΑ: ΑΡΧΙΠΕΛΑΓΟΣ, σ. 48.

128 ΠΗΓΗ: Επίσημη ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας.

γ) Η απαραίτητη προσπάθεια του ελληνικού κράτους να συνεχίσει τη σημαντική αποσυμφόρηση των μεγάλων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και τη δημιουργία μεγάλου αριθμού κοινοτικών δομών Ψυχικής Υγείας.

Η τρίτη φάση εκτείνεται στην περίοδο 2010-2020 και διαρθρώνεται σε τρεις άξονες: ο 1ος άξονας περιλαμβάνει δράσεις για τη δημιουργία δομών στην κοινότητα με εξειδίκευση σε επίπεδο νομού και τομέα, ο 2ος άξονας περιλαμβάνει δράσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, ο 3ος άξονας περιλαμβάνει πρόγραμμα δράσεων για την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης συνολικά (τομεοποίηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση σε συνολικό επίπεδο).

Στο επόμενο κεφάλαιο θα παρατεθούν ορισμένα στοιχεία της εφαρμογής του προγράμματος, από την άποψη της δημιουργίας και λειτουργίας δομών κοινοτικού χαρακτήρα στην κατεύθυνση της αποασυλοποίησης, και άλλα θέματα.

**Το ζήτημα του ακούσιου εγκλεισμού σήμερα.** Από έγκριτους επιστήμονες, θεσμικά όργανα και αρχές, γίνεται λόγος για τη μη ουσιαστική εφαρμογή των ευνοϊκών διατάξεων του ν. 2071/92 για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών κατά την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Ούτως ή άλλως, πρόκειται για στερητική της ελευθερίας διαδικασία και υποβολή σε ιατρικές εξετάσεις άνευ συναίνεσως του ενδιαφερομένου αλλά και χωρίς διάπραξη παράβασης. Παρά τη διαφορετική προσέγγιση από τα διάφορα επιστημονικά πεδία<sup>129</sup>, καθώς λαμβάνεται ως *προστατευτικός θεσμός* από τους εκπροσώπους του αστικού δικαίου, ως *κύρωση* από τους ποινικολόγους, ως *διοικητική διαδικασία* από την άποψη του δημόσιου/διοικητικού δικαίου και ως *αναγκαστική θεραπεία* από τους ψυχιάτρους, για το Συμβούλιο της Ευρώπης η ακούσια νοσηλεία συνιστά μορφή στέρησης της ελευθερίας. Το γεγονός αυτό όπως και η καθολική εφαρμογή των ατομικών δικαιωμάτων που προβλέπεται στο ισχύον Σύνταγμα της Ελλάδας, προκαλεί πλήθος αντιτιθέμενων απόψεων και προσεγγίσεων, διαμαρτυριών και εκθέσεων αρχών για το θέμα αυτό.

---

129 ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ ΣΤ., ΠΑΝΑΓΟΥ ΑΙΜ., (2018) άρθρο: “Ακούσιες νοσηλείες στην Ελλάδα: από την ανάγκη θεραπείας στον θάνατο των δικαιωμάτων”, διαθέσιμο στο <https://theartofcrime.gr/category/meletes>, σ. 3.



Επιπροσθέτως, η εφαρμογή των διατάξεων του ν. 2071/92 επιβάλλει αλλά και προϋποθέτει την εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ειδικά στον τομέα της δημιουργίας κοινοτικών ψυχιατρικών δομών και του περιορισμού των μεγάλων ασύλων, ώστε και στις περιπτώσεις ακούσιου εγκλεισμού-ακούσιας νοσηλείας, να μπορεί να παρασχεθεί νοσηλεία και θεραπεία με βάση τις ανάγκες του νοσηλευομένου και όχι τις κοινωνικές αντιλήψεις που απαιτούν την απομάκρυνσή του και τον αποκλεισμό του.

Έτσι λοιπόν, λόγω σοβαρών παραβιάσεων του νόμου και μη εφαρμογή των προϋποθέσεων του, έχουν προκληθεί αφενός η έκδοση Γνωμοδοτήσεων και Εγκυκλίων από την Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου από το 1996 έως το 2004<sup>130</sup> αλλά αφετέρου, καταδικαστικές αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Υπόθεση Καραμανώφ 2009, Υπόθεση Βενιός 2008, κá).

Χαρακτηριστικά θα αναφέρουμε δύο εκθέσεις του **Συνηγόρου του Πολίτη** (ΣτΠ) για το θέμα αυτό<sup>131</sup>.

Η **πρώτη** έλαβε χώρα το 2007 “Για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών” και πρόκειται για αυτεπάγγελτη έρευνα της Αρχής. Ειδικότερα, η έκθεση διερεύνησε αν και κατά πόσο προστατεύονται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών που κατοχυρώνει ο ν. 2071/92 και συγκεκριμένα: 1) το περιεχόμενο των ιατρικών γνωματεύσεων βάσει των οποίων διενεργείται ακούσιος εγκλεισμός, 2) η μεταφορά των ασθενών από την αστυνομία, 3) η τήρηση των προθεσμιών που προβλέπονται, 4) η τήρηση του πρωτοκόλλου ενημέρωσης των ασθενών, 5) ο δικαστικός έλεγχος του ασθενούς και η παρουσία του στη δίκη, 6) η διάρκεια παραμονής των ασθενών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και 7) η δικαστική απόφαση.

Η έκθεση εκπονήθηκε με την συνέργεια των δύο μεγάλων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων της Αττικής, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ) “Δαφνί” και του Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου και με την πραγματοποίηση επισκέψεων σε αυτά, κλιμακίου της Ανεξάρτητης Αρχής. Τα συμπεράσματα της έκθεσης βασίστηκαν σε 179 αναγκαστικούς εγκλεισμούς που διενεργήθηκαν σε χρονικό διάστημα μετά την έναρξη ισχύος των διατάξεων του ν. 2071/92. Τα αποτελέσματα της έκθεσης είναι ιδιαίτερος

---

130 ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ ΣΤ., ΠΑΝΑΓΟΥ ΑΙΜ., (2018) ό.π., σ. 2.

131 ΠΗΓΗ: Ιστοσελίδα Ανεξάρτητης Αρχής ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ, Ειδικές Εκθέσεις.

διαφωτιστικά για την τήρηση των δικαιωμάτων των ψυχασθενών στην Ελλάδα, γι' αυτό θα αναφέρουμε ενδεικτικά:

- Από τους φακέλους που εξετάστηκαν διαπιστώθηκε ότι το 98% αυτών στηρίζονται σε ιατρικές γνωματεύσεις που υπογράφονται από δύο ψυχιάτρους. Εντούτοις, σε κανένα από τα ιατρικά σημειώματα δεν αναγράφεται η υπηρεσιακή θέση των ιατρών αυτών (Έκθεση ΣτΠ 2007, σελ. 12). Αυτό συνιστά παραβίαση του αρ. 96, παρ. 7 του νόμου, που αναφέρει ότι προτιμούνται ψυχίατροι τουλάχιστον επίκουροι καθηγητές ή επιστημονικοί διευθυντές της Δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας.
- Επί του συνόλου των φακέλων, σε ποσοστό 50% δεν υπήρχε αιτιολογημένη ιατρική γνωμάτευση αναφορικά με την ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής (Έκθεση, σελ. 13).
- Στους φακέλους που ελέχθησαν, δεν προέκυψε ότι υπήρξε αναφορά εκτίμησης της ικανότητας του ασθενούς να κρίνει ο ίδιος τα της υγείας του, στην πλειονότητα των περιπτώσεων (Έκθεση, σελ. 15).
- Στο 97% των περιπτώσεων η μεταφορά των ασθενών διενεργήθηκε από αστυνομική αρχή, ενώ στις γενικότερες διατάξεις που ορίζουν τα καθήκοντα του αστυνομικού προσωπικού, δεν αναφέρεται ρητά η υποχρέωση μεταφοράς ασθενών για ακούσια εξέταση ή νοσηλεία. Από την έρευνα των φακέλων προέκυψε, ότι η πρακτική αυτή ακολουθήθηκε λόγω της εισαγγελικής παραγγελίας η οποία απευθύνεται προς τις αστυνομικές αρχές και όχι προς τις υπηρεσίες ΕΚΑΒ.
- Στο σύνολο των φακέλων που εξετάστηκαν, δεν είχε τηρηθεί η προβλεπόμενη προθεσμία 48 ωρών της αναγκαστικής νοσηλείας, για την ιατρική εξέταση. Το 94% των περιπτώσεων που εξετάστηκαν, αφορά εγκλεισμό ύστερα από εισαγγελική εντολή. Σε καμία από αυτές δεν ανευρέθηκε εξιτήριο μετά την παρέλευση 48 ωρών και σε αρκετές από αυτές τις περιπτώσεις οι μεταφερόμενοι σε ψυχιατρικό νοσοκομείο με εισαγγελική εντολή, παρέμειναν για χρονικό διάστημα που έφθανε και τον έναν μήνα.
- Δεν προέκυψε επαρκής ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα αυτό της άσκησης ένδικου μέσου που αναφέρει η παρ. 4 του άρθρου 96 του νόμου.

- Αρκετοί από τους φακέλους περιείχαν ιατρικά σημειώματα που ανέφεραν ότι “...όπως έχει η ψυχική κατάσταση του ασθενούς στην παρούσα φάση δεν δύναται να παραστεί στη δικάσιμο...” (Έκθεση, σελ. 21) και επίσης, δεν προέκυψε ασφαλώς ότι είχε υπάρξει ενημέρωση των ασθενών για τη δυνατότητά τους να παρευρεθούν στο δικαστήριο.
- Στο 84% των περιπτώσεων υπήρχε έλλειψη δικαστικών αποφάσεων στους φακέλους.
- Σε καμία από τις περιπτώσεις που ο εγκλεισμός παρατάθηκε για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών, δεν υπήρχε στους φακέλους η προβλεπόμενη στο άρθρο 99 του ν. 2071/92 έκθεση για την κατάσταση υγείας του ασθενούς, την οποία πρέπει να συντάσσει ο επιστημονικός διευθυντής και ένας ακόμα ψυχίατρος.

Η **δεύτερη** έρευνα του ΣτΠ πραγματοποιήθηκε το 2017, με θέμα Εθνικός Μηχανισμός Πρόληψης των Βασανιστηρίων & της Κακομεταχείρισης – Ετήσια Ειδική Έκθεση OPCAT 2017<sup>132</sup>. Πρόκειται για την εφαρμογή του πλάνου χαρτογράφησης των χώρων κράτησης σε όλη την επικράτεια και την αποτύπωση των συνθηκών σε όλους τους χώρους στέρησης της ελευθερίας, που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες της Αρχής (κρατητήρια της αστυνομίας και του λιμενικού σώματος, κέντρα κράτησης αλλοδαπών, μονάδες ακούσιας νοσηλείας και προνοιακά ιδρύματα σε όλη την Ελλάδα). Για το θέμα της αναγκαστικής – ακούσιας νοσηλείας που εξετάζουμε εδώ, το κλιμάκιο του ΣτΠ πραγματοποίησε έρευνα στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Το νοσοκομείο δέχεται ασθενείς ακουσίως μεταφερόμενους από απομακρυσμένες περιοχές της χώρας. Παρατηρήθηκε απουσία τομεοποίησης και τήρησης του κριτηρίου της εγγύτητας με τον τόπο κατοικίας του ασθενούς, αρκετές περιπτώσεις ασθενών αυτής της κατηγορίας ήταν χωρίς ταυτότητα ή ιατρικό ιστορικό. Η κατάσταση αυτή συνεπάγεται συνωστισμό και καθήλωση μακράς διάρκειας.

Κλείνοντας το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας και πώς εφαρμόζεται σήμερα στην Ελλάδα, θα αναφέρουμε συνοπτικά τα αποτελέσματα μίας ακόμα έρευνας σχετικής με το παρατηρούμενο υψηλό ποσοστό αναγκαστικών νοσηλειών, στο σύνολο

---

132 ΠΗΓΗ: Ιστοσελίδα Ανεξάρτητης Αρχής ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ, Ειδικές Εκθέσεις.

των εισαγωγών στα ψυχιατρικά τμήματα νοσοκομείων της χώρας<sup>133</sup>. Ενδεικτικά αναφέρονται σχετικά πρόσφατα στοιχεία που αφορούν την ακούσια νοσηλεία σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας, ένα ερευνητικό πρόγραμμα που άρχισε το 2011. Αναφορικά με τα στοιχεία της Α΄ Φάσης (2011-2016) “Μελέτη ακούσιων νοσηλειών στην Αθήνα”, άνω του 50% των εισαγωγών στο Ψ.Ν.Α. ήταν ακούσιες. Το 30% από αυτές κινήθηκαν αυτεπάγγελτα. Στο 55% των ακούσιων εισαγωγών στο ΨΝΑ, ως αιτία φαίνεται να είναι η *επιθετικότητα* ενώ στο 34,2% η ασυνέχεια στη φαρμακευτική αγωγή, παράγοντες οι οποίοι, όπως αναφέρει ο Καθηγητής Στυλιανίδης “...δεν αποτελούν απαραίτητα στοιχεία ψυχοπαθολογίας του ατόμου, αλλά συχνά αποδίδονται στην αντίληψη του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στα κενά στην περίθαλψη και σε έλλειμμα συνέχειας στη φροντίδα στην κοινότητα”. Στο Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Αττικής, το 68% των εισαγωγών ήταν ακούσιες νοσηλείες, Άλλα στοιχεία της έρευνας αυτής έδειξαν, ότι ένα μικρό ποσοστό 13,8% αυτών των ασθενών, των ακουσίως νοσηλευομένων, όταν λαμβάνουν εξιτήριο από το ψυχιατρικό νοσοκομείο παραπέμπονται σε Δομές Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ενώ ένα ποσοστό 32,2% δεν προτείνεται για παραπομπή σε κοινοτική δομή. Επιπλέον, σημειώνεται το φαινόμενο της *περιστρεφόμενης πόρτας*, δηλαδή της επαναλαμβανόμενης εισαγωγής των ίδιων των ασθενών μέσα στο ίδιο έτος. Στην αναφερόμενη έρευνα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 60%.

Από τις τρεις έρευνες που περιγράφηκαν συνοπτικά και που αφορούν το πρόσφατο παρελθόν και το παρόν της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, παρατηρούμε αφενός μεγάλα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών, αφετέρου σοβαρές παραβιάσεις της κείμενης νομοθεσίας, του παρωχημένου αν και πρωτοποριακού για την εποχή του, ν. 2071/92. Για την αναζήτηση των αιτιών που προκαλούν τα φαινόμενα αυτά, απαιτείται έρευνα σε βάθος που δεν χωρά στα πλαίσια της παρούσης εργασίας. Έγκριτοι επιστήμονες μιλούν για παθολογίες του συστήματος υγείας, κυρίως στον τομέα της ψυχιατρικής που θα πρέπει να αναλυθούν και να βελτιωθούν, διότι αναιρούν κάθε βήμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Πάντως, δύο πράγματα θα σχολιάζαμε με σχετική βεβαιότητα: **πρώτον**, η περίθαλψη ατόμων με ψυχικό νόσημα το οποίο προκαλεί αυτοκαταστροφικές ή ετεροκαταστροφικές εξάρσεις, είναι ιδιαιτέρως δύσκολη και προκαλεί διαρκές ηθικό ζήτημα για την επιλογή ανάμεσα στην αποτροπή επικείμενης βλάβης και στην υπεράσπιση της αυτονομίας και προσωπικής ελευθερίας

---

133 ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ ΣΤ., ΠΑΝΑΓΟΥ ΑΙΜ., (2018) ό.π., σ. 6.

του πάσχοντος, **δεύτερον**, τα φαινόμενα αυτά εκθέτουν τη χώρα έναντι των Ευρωπαϊκών και Διεθνών Συνθηκών. Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα της ΓΣ του ΟΗΕ, όπως και η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία του ΟΗΕ, τα οποία επικυρώθηκαν από το ελληνικό δίκαιο, τάσσονται κατά των βασανιστηρίων και των σκληρών και απάνθρωπων μεταχειρίσεων.

Τέλος, να σημειωθεί ότι ο 2071/92 τελεί υπό αναθεώρηση, καθώς έχει κατατεθεί από το Υπουργείο Υγείας σχέδιο νόμου με τίτλο *Ακούσια Ψυχιατρική Περίθαλψη*. Το νομοσχέδιο τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση από τις 8 έως τις 22 Μαΐου 2019 και δεν έχει έλθει σε συζήτηση και ψήφιση στη Βουλή, γι αυτό και δεν θα προχωρήσουμε σε περαιτέρω σχολιασμό. Θα αναφέρουμε μόνο ότι στο άρθρο 3, αναφορικά με τις προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας<sup>134</sup>, αναφέρεται ότι: α) ο ασθενής θα πρέπει να πάσχει από ψυχική διαταραχή, β) να τεκμηριώνεται σοβαρή διαταραχή ελέγχου της πραγματικότητας ώστε να μην είναι ικανός να κρίνει το συμφέρον της υγείας του, γ) να μην είναι σε θέση να αντιληφθεί τη διάκριση ανάμεσα στη θεραπεία στην κοινότητα και στην ακούσια νοσηλεία κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας, δ) να εκτιμάται ότι η έλλειψη θεραπείας θα έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας του, ε) η ακούσια νοσηλεία μπορεί να επιβληθεί μόνο με δικαστική απόφαση και αποτελεί το έσχατο μέσο για την παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης, εφόσον έχει αποκλειστεί η δυνατότητα θεραπείας στην κοινότητα.

Είναι εμφανές από τα προλεγόμενα η πρόθεση του νομοθέτη να αφαιρέσει κάθε έννοια “επικινδυνότητας” ως προϋπόθεση ακούσιου εγκλεισμού.

**Η διασύνδεση Νομικής και Ψυχιατρικής Επιστήμης ως πηγή προστασίας ή καταστρατήγησης των δικαιωμάτων των ψυχικά – νοητικά πασχόντων υποκειμένων.** Τα όσα εκτέθηκαν ανωτέρω, κυρίως τα αναφερόμενα στην τεκμηρίωση της ύπαρξης ψυχικής/νοητικής νόσου και στην αναγκαστική θεραπεία, συνιστούν μέρος του μεγάλου θέματος που έχει απασχολήσει την Ευρώπη ήδη από τον 19ο αιώνα: η σχέση, συνεργασία, διαμάχη και η γενικότερη διασύνδεση του Νόμου και της Ψυχιατρικής. Και τα δύο συνιστούν υποσυστήματα ενός ευρύτερου συστήματος και η συνέργειά τους στον καθορισμό της “τρέλας” και των δικαιωμάτων των πασχόντων υποκειμένων, διαμορφώνεται όπως αποδείξαμε, από κοινωνικές και πολιτικές συγκρούσεις και ανακατατάξεις. Η διασύνδεση αυτή, εκτός του μεγάλου θέματος της

---

134 ΠΗΓΗ: Επίσημη Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας.

ακούσιας – αναγκαστικής θεραπείας που φτάνει στα όρια του κοινωνικού ελέγχου, παράγει δύο ακόμα ζητήματα:

**Οι ακαταλόγιστοι ψυχικά ασθενείς κατά το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα.** Πρόκειται για την κατηγορία των ψυχικά ασθενών που διέπραξαν σοβαρή αξιόποινη πράξη (ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας, κλοπή, καταστροφή ξένης περιουσίας, κλπ). Για τα άτομα αυτά απαιτείται η εκτίμηση της ψυχικής τους κατάστασης ώστε να διαπιστωθεί η ικανότητά τους να παραστούν σε δίκη. Η ενδεχόμενη έλλειψη ικανότητας καταλογισμού τους χαρακτηρίζει ως “ακαταλόγιστους”<sup>135</sup>. Στην Ελλάδα και σύμφωνα με το άρθρο 69 του ΠΚ, οι “ακαταλόγιστοι” ασθενείς (unfit to plead) αντιμετωπίζουν ποινικό εγκλεισμό σε τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία της επικράτειας: στο ΨΝΑ “Δαφνί” και στο Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο για την Αττική και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης για την βόρεια και την κεντρική Ελλάδα. Στο ΨΝΘ, το 1988 ιδρύθηκε ειδικό Τμήμα Ακαταλόγιστων Ασθενών. Η επιλογή των αναφερομένων νοσοκομείων έγινε με το κριτήριο ότι διέθεταν κλινικές με κάγκελα στα παράθυρα, πόρτες ασφαλείας και προσωπικό φύλαξης.

Σύμφωνα με το ελληνικό ποινικό δίκαιο, η υποκειμενική ευθύνη της διάπραξης αξιόποινης πράξης συνίσταται στον καταλογισμό και στην ενοχή. Καταλογισμός είναι η κρίση ότι ο (φερόμενος ως) δράστης έχει την ευθύνη του αδικήματος που έχει διαπράξει ενώ η ενοχή, συνιστά την ψυχική στάση του απέναντι στην πράξη<sup>136</sup>. Έτσι, μετά την διάπραξη της πράξης, πραγματογνώμονας ψυχίατρος διενεργεί έρευνα σύμφωνα με τις αρχές της Ψυχιατροδικαστικής, για να αποφανθεί αν υπάρχει ψυχική διαταραχή και επικινδυνότητα, κατά συνέπεια εάν είχε επίγνωση της κατάστασης κατά την στιγμή της αξιόποινης πράξης<sup>137</sup>. Εφόσον του αποδοθεί το ακαταλόγιστο, δεν διώκεται για το αδίκημα αλλά, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο αρ. 69/ΠΚ: “αν κάποιος λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών του λειτουργιών απαλλάχθηκε από την ποινή για κακούργημα ή πλημμέλημα, για το οποίο ο νόμος ορίζει ποινή άνω των 6 μηνών, το

---

135 ΣΥΛΛΟΓΙΚΟ ΑΡΘΡΟ: ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ Σ., ΑΣΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Χ., ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Α., ΑΝΤΩΝΑΚΑΚΗ Π., ΜΑΓΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε., (2017) “Αποτύπωση της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών, άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ (SPECIAL ARTICLE), διαθέσιμο στο ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, σ.σ. 671-673.

136 ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ Δ., (2003), άρθρο: “Η άρση του καταλογισμού των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών”, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 83, σ.σ. 74-80.

137 ΔΟΥΖΕΝΗΣ Α., ΛΥΚΟΥΡΑΣ Ε., (2013) *Θέματα νόμου και Ψυχιατρικής*, ΑΘΗΝΑ: ΕΚΔ. ΒΗΤΑ, σ.σ. 944-949.

δικαστήριο διατάσσει τη φύλαξή του σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα, εφόσον κρίνει ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια”. Το ζήτημα που δημιουργείται είναι ότι η διάρκεια της φύλαξης δεν προσδιορίζεται χρονικά, παρά με την αοριστία του άρθρου 70 ΠΚ “για όσο χρονικό διάστημα επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια”. Η κατηγορία των ατόμων αυτών, των ασθενών-δραστών, τίθεται σε ένα ιδιαίτερο νομικό και ψυχιατρικό καθεστώς και βρίσκεται σε δυσμενέστερη θέση τόσο εν σχέσει με τους ποινικούς κρατούμενους όσο και με τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, δεν εκτίει ποινή ορισμένου χρόνου αλλά κρατείται για αόριστο χρόνο, δεν έχει δικαίωμα άσκησης έφεσης, η έξοδος από το ψυχιατρείο δεν καθορίζεται από τα ισχύοντα για τις ποινές αλλά από την κρίση του ψυχιάτρου και του δικαστή<sup>138</sup>. Επίσης, δεν δικαιούται άδειες εξόδου, όπως ισχύει για τους κοινούς ψυχιατρικούς ασθενείς.

Η άνιση αντιμετώπιση ψυχικά ασθενών και ποινικά ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών, αλλά και ποινικά ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών και κοινών ποινικών κρατουμένων, όπως προκύπτει από τα άρθρα 69 και 70 το ΠΚ, έρχεται σε αντίθεση με τις βασικές αρχές προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου όπως έχουν προσδιοριστεί από το ελληνικό Σύνταγμα, τον ΟΗΕ και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (ΕΔΔΑ), επισημαίνει η Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ). Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών νοσοκομείων, επιβαρύνεται με το ρόλο και την ευθύνη της φύλαξης παραβατών του ποινικού νόμου, ενώ σε ουδένα κανονισμό εσωτερικής λειτουργία ψυχιατρικού καταστήματος, αναφέρεται τέτοια αρμοδιότητα.

**Ο θεσμός της Δικαστικής Συμπαράστασης.** Ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης θεμελιώνεται στη μεταρρυθμιστική διαδικασία του οικογενειακού δικαίου, αρχής γενομένης από το ν. 1329/83 και στη συνέχεια με το ν. 2447/96, όπου έχουμε την ενοποίηση των παλαιότερων θεσμών της δικαστικής απαγόρευσης και της δικαστικής αντίληψης<sup>139</sup>. Συγκεκριμένα, βάσει του άρθρου 13 του ν.2447/1996 “Υιοθεσία, επιτροπεία και αναδοχή ανηλίκου, δικαστική συμπαράσταση, δικαστική επιμέλεια ξένων υποθέσεων και συναφείς ουσιαστικές και δικονομικές και μεταβατικές διατάξεις”, θεμελιώνονται μεταβολές στον Αστικό Κώδικα(ΑΚ) και στον Κώδικα

---

138 ΣΥΛΛΟΓΙΚΟ ΑΡΘΡΟ: ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ Σ., ΑΣΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Χ., ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Α., ΑΝΤΩΝΑΚΑΚΗ Π., ΜΑΓΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε., (2017), ό.π., σ. 677.

139 ΜΥΛΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Δ., (2014), άρθρο “Από τον φρενοβλαβή στον ψυχικά ασθενή. Ιστορική εξέλιξη της νομικής ορολογίας”, στο *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ* 2014, σ.σ. 679-682.

Πολιτικής Δικονομίας (ΚΠΔ), σε σημαντικά θέματα για την άσκηση δικαιωμάτων των ψυχικά και νοητικά πασχόντων:

✓ Καταργείται η δικαστική απαγόρευση του άρθρου 1686 ΑΚ. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό, σε δικαστική απαγόρευση υποβαλλόταν το άτομο που “...αδυνατεί να φροντίσει τον εαυτό του ή την περιουσία του επειδή πάσχει από μόνιμη πνευματική ασθένεια που αποκλείει τη χρήση του λογικού, β) αδυνατεί να φροντίζει τον εαυτό του ή την περιουσία του επειδή πάσχει από σωματική αναπηρία, ιδίως επειδή έχει γεννηθεί κωφός ή τυφλός ή άλαλος”.

✓ Καταργείται η δικαστική αντίληψη του άρθρου 1705 ΑΚ. Σύμφωνα με το αναφερόμενο άρθρο, σε δικαστική αντίληψη υποβαλλόταν το άτομο το οποίο “...α) βρίσκεται σε κατάσταση διφορούμενων φρενών εξ αιτίας πνευματικής ασθένειας που δεν αποκλείει εντελώς τη χρήση του λογικού, β)... βρίσκεται σε μερική αδυναμία να φροντίσει τον εαυτό του και τις υποθέσεις του λόγω σωματικής αναπηρίας του, ιδίως επειδή είναι κωφός, ή τυφλός ή άλαλος, γ) ....από ασωτία εκθέτει τον εαυτό του ή την οικογένειά του σε κίνδυνο στέρξης, δ) από συνήθεια μέθης ή τοξικομανία αδυνατεί να φροντίσει τις υποθέσεις του ή θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια των άλλων”.

Το άτομο που τελούσε υπό δικαστική απαγόρευση, μετά από απόφαση δικαστηρίου που μπορούσε να κινητοποιηθεί από συγγενικό πρόσωπο, σύζυγο κηδεμόνα ή εισαγγελέα,, ήταν ανίκανο για δικαιοπραξία μετά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής και την τελεσιδικία της. Επίσης, ο απαγορευμένος μετά την έκδοση της απόφασης, έπρεπε να επιτροπεύεται.<sup>140</sup>

Το άτομο που τελούσε υπό δικαστική αντίληψη, επίσης με δικαστική απόφαση και ιατρική πραγματογνωμοσύνη (όπως και στη δικαστική απαγόρευση), έπρεπε να έχει τη σύμφωνη γνώμη και συναίνεση του οριζόμενου ως αντιλήπτορα, ώστε: να πραγματοποιεί εισπράξεις και εξοφλήσεις, να συνάπτει δάνεια, να προβαίνει σε εκποιήσεις της ακίνητης περιουσίας του καθώς και χρεογράφων ή μετοχών του, να παρέχει εγγυήσεις ή να συνάπτει συμβιβασμούς, να συναινεί σε αποδοχή κληρονομιάς. Η συναίνεση του αντιλήπτορα σε όλες τις αναφερόμενες (αστικού δικαίου) πράξεις, παρεχόταν για καθ’ εκάστη και όχι εφάπαξ.

---

140 ΜΥΛΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Δ., (2014, ό.π., σ. 681.



Οι ως άνω περιγραφόμενοι θεσμοί που καταργήθηκαν, έδωσαν λοιπόν τη θέση τους στη *δικαστική συμπαράσταση* του ν. 2447/1996<sup>141</sup>, σε μία προσπάθεια του κοινού νομοθέτη να αντιμετωπίσει τους πάσχοντες ως ανθρώπους με αξιοπρέπεια, και να άρει τους προσβλητικούς όρους όπως “*διφορούμενες φρένες*”, όπως και να προστατέψει αυτούς από αυθαιρεσίες του οικογενειακού περιβάλλοντος και της ιατρικής και δικαστικής αυθεντίας. Εν ολίγοις, οι βασικές προϋποθέσεις της υπαγωγής ατόμου σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης είναι:

α) Να είναι ενήλικος και να αδυνατεί ολικά ή μερικά να φροντίζει για τις υποθέσεις του, λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή εξ αιτίας σωματικής αδυναμίας.

β) Να εκθέτει λόγω ασωτίας, τοξικομανίας ή αλκοολισμού σε κίνδυνο στέρησης τον εαυτό του, το σύζυγό του, τους κατιόντες ή τους ανιόντες του.

γ) Απαιτείται δικαστική απόφαση και η σχετική διαδικασία δύναται να κινηθεί μόνο μετά από αίτηση του ιδίου, ή συζύγου για τους έγγαμους, ή των γονέων ή των τέκνων του ή αυτεπαγγέλτως με εισαγγελική εντολή. Αν πάσχει από σωματική αναπηρία, η διαδικασία κινείται μόνο από τον πάσχοντα.

δ) Ο πάσχων έχει γνώμη για το διορισμό ατόμου ως δικαστικού συμπαραστάτη του, αποκλείονται πρόσωπα που συνδέονται με τον πάσχοντα με σχέση εξάρτησης (πχ Μονάδα Ψυχικής Υγείας στην οποία έχει εισαχθεί).

ε) Η δικαστική συμπαράσταση είναι δυνατό να ανατεθεί σε σωματεία ή ιδρύματα ή στην κοινωνική υπηρεσία, υπό προϋποθέσεις.

στ) Απαιτείται έκθεση της κοινωνικής υπηρεσίας<sup>142</sup> για την αναγκαιότητα λήψης του μέτρου αυτού.

ζ) Η σχετική δίκη διενεργείται κεκλεισμένων των θυρών και υποχρεωτικά κλητεύεται ο ενδιαφερόμενος.

Με κυρίαρχο το ρόλο του δικαστή και με το συμβουλευτικό ρόλο του ψυχιάτρου, η σύνδεση της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης με τη δικαστική απόφαση, συνιστούν ένα ρυθμιστικό πλαίσιο, βελτιωμένο σήμερα όπως είδαμε, που

---

141 ΠΗΓΗ: Εθνικό Τυπογραφείο.

142 ΠΗΓΗ: Εθνικό Τυπογραφείο, Υπ. Αποφ. Π3β/Φ.32/ΓΕΝ.31542, ΦΕΚ 577/Β/9-5-2002 *Θεσμός Κοινωνικού Συμβούλου*”.

όμως θέτει ως βασική προϋπόθεση για την άσκηση δικαιωμάτων του Αστικού, Οικογενειακού ή Ποινικού Δικαίου του πάσχοντος την *ψυχική υγεία*. Η προϋπόθεση αυτή στα νομοθετικά κείμενα, μοιάζει να προκύπτει από την επικέντρωση στην εξέταση του ιδίου, για την απόφαση της ψυχικής και διανοητικής υγείας ή διαταραχής, χωρίς την απαραίτητη συνύφανση του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο εντάσσεται.

### **Τα δικαιώματα των νοητικά υστερούντων**

Κομβικό σημείο στην εξέλιξη των αντιλήψεων και των ορισμών της νοητικής καθυστέρησης ή υστέρησης, στις διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις (πχ οι έρευνες και οι θεωρίες επιστημόνων όπως οι Zigler, Burack, Hodapp κá) είναι η μετατόπιση του ενδιαφέροντος από το “ελλειμματικό” άτομο στο περιβάλλον και στην αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και στο (φυσικό, κοινωνικό, πολιτισμικό) περιβάλλον.

Από τη στροφή αυτή έχουν προκύψει θετικά στοιχεία σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση των νοητικά υστερούντων ατόμων και στην Ελλάδα, μέσα από την θέσπιση πλαισίου δικαιωμάτων αλλά και με την προσπάθεια αποϊδρυματοποίησής τους και ένταξής τους σε κοινοτικές δομές, ξενώνες, διαμερίσματα διαβίωσης, κλπ. Βέβαια, η ειδική αναφορά που γίνεται συνήθως για τα “δικαιώματα των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, διανοητικά προβλήματα” κλπ, καταδεικνύει ευθέως ότι η διαφορετικότητα από τη νόρμα δημιουργεί ζήτημα προς επίλυση. Τα θεμελιώδη ατομικά δικαιώματα που κατοχυρώνονται στο Σύνταγμα και αφορούν την προστασία της αξιοπρέπειας, της ελευθερίας και της αυτοδιάθεσης αλλά και τα κοινωνικά δικαιώματα, απευθύνονται σε όλους, ανεξαρτήτως ιδιαίτερων χαρακτηριστικών. Φαίνεται πως το βασικό διακύβευμα είναι η ανθρώπινη υπόσταση και η υπεράσπισή της ως να μην ήταν αυτονόητη, και το θέμα της ετερότητας-διαφορετικότητας τίθεται εκ νέου και διαρκώς.

Όσα αναφέρθηκαν παραπάνω για τους ψυχικά ασθενείς, ισχύουν αναλόγως για τους νοητικά καθυστερημένους, καθώς κατηγοριοποιούνται στην κοινωνική τους συμπεριφορά βάσει του κοινού μέτρου του ορθού λόγου, της λογικής. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση που σήμερα έχει το όνομα ΨΥΧΑΡΓΩΣ, ο στόχος της αποϊδρυματοποίησης αλλά και τα ζητήματα της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης και

της άσκησης δικαιωμάτων μέσω θεσμών όπως η δικαστική συμπαράσταση, αφορούν και τους νοητικά πάσχοντες.

Μιλώντας για τα δικαιώματα των νυ ατόμων, συνήθως διακρίνονται σε κατηγορίες που αντιστοιχούν σε τομείς της κοινωνικής ζωής στους οποίους δυσκολεύονται να ανταποκριθούν: της εργασίας, της εκπαίδευσης, της προσωπικής ζωής και της κοινωνικής καταξίωσης, της υγείας. Η προσπάθεια που καταβάλουν οι οργανώσεις και ενώσεις γονέων και κηδεμόνων ατόμων με ΝΥ, εστιάζονται στη στροφή που έπρεπε και πρέπει ακόμα να συντελεστεί στην ελληνική κοινωνία, για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού αλλά και στην υιοθέτηση πολιτικών από το κράτος, αντί των συνδικαλιστικών οργάνων των ενδιαφερομένων, της εκκλησίας, της οικογένειας και των κύκλων φιλανθρωπίας, όπως συνέβαινε έως την εποχή του 1970.

**Το δικαίωμα πρόσβασης στην εκπαίδευση.** Το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στη δημόσια δωρεάν παιδεία κατοχυρώνεται για όλους στο άρθρο 16 του Συντάγματος. Επίσης, έχει ενσωματωθεί στην ελληνική νομοθεσία σχετικός κανόνας του ΟΗΕ από το 1993, για την παροχή ίσων ευκαιριών στα άτομα με ειδικές ανάγκες και έχουν επικυρωθεί τα άρθρα του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ειδική Αγωγή. Για τις περιπτώσεις διακρίσεων στα ζητήματα της εκπαίδευσης, την ευθύνη παρέμβασης έχει το Υπουργείο Παιδείας και ο Συνήγορος του Πολίτη με διαμεσολαβητικό ρόλο. Το βασικό θεσμικό πλαίσιο που διακρίνει και καθορίζει την κανονική και ειδική αγωγή στην Ελλάδα είναι ο ν. 1566/1985 και ο ν. 3194/2003 για εκπαιδευτικά θέματα και σειρά παροχών στα άτομα με ειδικές ανάγκες<sup>143</sup>.

Από το 2001 δημιουργήθηκε και λειτουργεί ο θεσμός των Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (ΚΔΑΥ), με σκοπό την παροχή υπηρεσιών στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και την στήριξη της ενσωμάτωσής τους στην εκπαιδευτική κοινότητα. Η έλλειψη ΚΔΑΥ σε αρκετές περιοχές της χώρας, δημιουργεί άμεσα αποκλεισμό μεγάλου αριθμού ατόμων – μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

**Το δικαίωμα στην επαγγελματική κατάρτιση ως μέτρο κοινωνικής ένταξης και αυτονομησης.** Τα άτομα με νοητικά προβλήματα, μπορούν πλέον μετά τη

---

143 ΕΚΘΕΣΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ 2006 *Τα Δικαιώματα των Ατόμων με Νοητική Καθυστέρηση. Η Πρόσβαση στην Εκπαίδευση και στην Εργασία.*

φοίτηση στα ειδικά σχολεία, να φοιτήσουν σε ένα από τα ελάχιστα Ειδικά Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια της χώρας ή σε Εργαστήρια Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης. Αναλόγως, μπορούν να φοιτήσουν σε τμήματα επαγγελματικών εργαστηρίων που έχουν δημιουργηθεί από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), τα οποία λειτουργούν εκτός του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος ήδη από το 1981 με την υποστήριξη ευρωπαϊκών προγραμμάτων.

**Το δικαίωμα στην εργασία.** Το άρθρο 21 του Συντάγματος εξασφαλίζει το δικαίωμα στην επαγγελματική ένταξη, τη συμμετοχή στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας καθώς και την ίση αμοιβή χωρίς διακρίσεις. Ειδικά ο ν. 1426/84, ορίζει ότι κάθε άτομο με αναπηρία σωματική ή νοητική έχει δικαίωμα στη συμμετοχή στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή. Επίσης, ο ειδικός νόμος 2643/98 προβλέπει την εξασφάλιση θέσεων εργασίας σε άτομα με αναπηρία όπως η νοητική καθυστέρηση, στο Δημόσιο Τομέα, στους ΟΤΑ σε ποσοστό 5% των θέσεων που προκηρύσσονται.

**Άλλες παροχές.** Στο πλαίσιο των θεσμών της κοινωνικής πρόνοιας για τα άτομα με βαριά νοητική καθυστέρηση (ΒΝΚ), η υπουργική απόφαση Γ4/Φ12/οικ1930/82 θέσπισε την παροχή επιδόματος ως οικονομική παροχή ανά δίμηνο, μετά από γνωμάτευση ειδικής Επιτροπής και απόφαση της Κοινωνικής Υπηρεσίας της οικείας Νομαρχίας. Σήμερα, με την εφαρμογή του ν. ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ, την αρμοδιότητα έχουν οι κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων. Το νομοθετικό πλαίσιο που προστατεύει την κοινωνική αυτή ομάδα, εκθέτουμε συνοπτικά στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

## **Κριτική επισκόπηση**

Στο παρόν κεφάλαιο εκτέθηκε το νομικό πλαίσιο της ψυχικής νόσου και της νοητικής υστέρησης που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα από την ίδρυση του ελληνικού κράτους έως σήμερα με αναφορά στην προϋπάρχουσα θεσμική κατάσταση από τον δεύτερο μισό του 19ου αιώνα και τα όσα κληροδότησαν οι περίοδοι της Βυζαντινής και της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας. Η αξιοποίηση των ιστορικών γεγονότων, του κυρίαρχου ιδεολογικού λόγου και των νοηματοδοτήσεων κάθε εποχής, κατέδειξαν την

άμεση διασύνδεση της κοινωνικής και πολιτικής περιρρέουσας ατμόσφαιρας με τη χάραξη ψυχιατρικής πολιτικής, με την σημασία ή την απαξίωση που δίδεται στην προαγωγή και στη διαφύλαξη των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων όλων, αλλά κυρίως των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Διαπιστώθηκε σοβαρή καθυστέρηση στην εξέλιξη του νομικού πλαισίου προς μια περισσότερο προοδευτική κατεύθυνση, σημαντική επιρροή των κατεστημένων και στερεοτυπικών κοινωνικών αντιλήψεων για τους ψυχικά και νοητικά πάσχοντες επί του κοινού νομοθέτη, που φτάνει ως την αποστέρηση κατοχυρωμένων συνταγματικών δικαιωμάτων, την αντίθεση με το ευρωπαϊκό και διεθνές πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι κοινωνικές μυθοπλασίες και το φαντασιακό περί του ψυχοπαθούς ως “επικίνδυνης” “αλλότριας” ύπαρξης επηρέασαν βαθιά το νομικό μας σύστημα, έως και σήμερα.

Τέλος, φαίνεται πως η εκκίνηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα δεν θα είχε πραγματοποιηθεί, χωρίς την υποχρέωση ευθυγράμμισης με την ΕΕ και την ανάγκη υλοποίησης ευρωπαϊκών χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων.

## Κεφάλαιο Γ΄

### Περιγραφή του πεδίου εφαρμογής και η εξέλιξή του. Οι δομές ψυχικής υγείας από τον 20ο στον 21ο αιώνα

“ Το θεμελιώδες έργο της κυρίαρχης εξουσίας είναι η παραγωγή της γυμνής ζωής ως αρχικού πολιτικού στοιχείου και ως κατωφλιού άρθρωσης μεταξύ φύσης και κουλτούρας, ζωής και βίου”

GIORGIO AGAMBEN,

*Homo Sacer Κυρίαρχη εξουσία και γυμνή ζωή,*

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο, θα περιγράψουμε το πεδίο εφαρμογής των πολιτικών που σχεδιάστηκαν όλη αυτή την περίοδο, με αναφορά σε ορισμένες ασυλιακές δομές και ψυχιατρεία καθώς και την εξέλιξη από τα ιδρύματα στις σύγχρονες κοινοτικές δομές και στις προσπάθειες για εξατομικευμένη προσέγγιση των υποκειμένων. Μέσα από την παρουσίαση αυτή, θα προκύψουν στοιχεία που θα επιτρέπουν μια κριτική προσέγγιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

#### **Η ασυλοποίηση ως μια διάσταση της βιοεξουσίας, του κοινωνικού ελέγχου και του κοινωνικού αποκλεισμού**

Βασική παράμετρος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, ανεξαρτήτως του βαθμού επίτευξης που αξιολογείται με πλήθος διενεργούμενων ερευνών, είναι η μετατόπιση από τις ασυλιακές δομές σε κοινοτικού τύπου διαβίωση με τελικό στόχο την κοινωνική ένταξη. Παρά την ορθοκανονικότητα που περικλύει καθεαυτή η έννοια της “κοινωνικής ένταξης”, που σαφώς μετράται με κριτήρια “φυσιολογικής συμπεριφοράς” και συνηθισμένης καθημερινής ζωής, συνιστά ταυτόχρονα το μόνο κριτήριο ελέγχου της άσκησης των δικαιωμάτων των πασχόντων υποκειμένων. Η μεταστροφή από τις ασυλιακές στις κοινοτικές δομές (ξενώνες, στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης, κλπ), κατά πρώτον δεν είναι μια εύκολη διαδικασία, καθώς προσκρούει σε διάφορους ανασταλτικούς παράγοντες (χρηματοδότησης, κοινωνικής αντίληψης, νομοθετικής ολιγορίας, ελλιπής εκπαίδευσης, κά), κατά δεύτερον, δεν συνεπάγεται και μια μεταβολή της συνολικής κυρίαρχης θετικιστικής αντίληψη περί ψυχικής/νοητικής υγείας και ασθένειας, ή την κατάργηση του απόλυτου καταμερισμού των ρόλων στις (κάθε μορφής) Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Σε ό,τι αφορά τη διαδικασία δημιουργίας ψυχιατρικών νοσοκομείων και ασύλων στην Ελλάδα, θεωρούμε χρήσιμη και ιστορικά επιβεβλημένη την αναφορά σε κάποια από αυτά.

**Το Φρενοκομείο της Κέρκυρας.** Ιδρύθηκε το 1838 από τον Βρετανό Κυβερνήτη του νησιού S. Edouard Douglas, με διάταγμα που δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ιονίου Πολιτείας, όπως και ο κανονισμός λειτουργίας του<sup>144</sup>. Ο χώρος εγκατάστασης του ιδρύματος ήταν ένα εγκαταλελειμμένο στρατόπεδο στην περιοχή Αγίου Ρόκκου. Έως τότε, στην τελούσα υπό Βρετανική κυριαρχία Κέρκυρα, οι ψυχασθενείς κρατούνταν στις φυλακές μαζί με ποινικούς κρατούμενους. Το ίδρυμα εγκαινιάστηκε στις 4-7-1838 με 8 ασθενείς. Δέκα χρόνια μετά την ίδρυση του “φρενοκομείου” οικοδομήθηκαν σταδιακά επιπλέον χώροι. Στο ίδρυμα υπήρχε σαφής ταξικός διαχωρισμός, καθώς οι πιο εύποροι διέμεναν σε χωριστά διαμερίσματα και διέθεταν ένα άτομο ως υπηρετικό προσωπικό.

Απαγορευόταν αυστηρά η βίαιη συμπεριφορά και η κακή μεταχείριση των αρρώστων. Υπήρχε *επιτηρητής* με μεγάλη εξουσία για την γενική επίβλεψη και για την τήρηση των αποφάσεων των ιατρών. Και τα δύο αυτά στοιχεία, ήταν στα πρότυπα των ευρωπαϊκών ασύλων του 19ου αιώνα. Για κάθε 10 ή 12 ασθενείς αντιστοιχούσε ένας φύλακας με την υποχρέωση να δίνει καθημερινή αναφορά στον επιτηρητή για την φυσική και ηθική κατάσταση των ασθενών. Ένας αριθμός φυλάκων, έπρεπε να γνωρίζει κάποιο επάγγελμα προκειμένου να το διδάξει στους “φρενοπαθείς”. Οι ασθενείς πλήρωναν νοσήλια ανάλογα με τη θέση νοσηλείας τους, και από τον κανονισμό του ιδρύματος προβλέπονταν έξι κατηγορίες θέσεων.

Ο πρώτος Έλληνας ιατρός που ανέλαβε το 1874 τη διεύθυνση του ιδρύματος, ήταν ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, οποίος γεννήθηκε στην Κέρκυρα το 1841 και είχε σπουδάσει ιατρική στην Ιταλία, υπό την επίδραση της ανθρωπιστικής ψυχιατρικής του Chiarugi (ΜΑΔΙΑΝΟΣ, 1995). Διατέλεσε διευθυντής του “φρενοκομείου” έως το 1886 και ήταν υποστηρικτής των θεραπευτικών μεθόδων που είχαν ως γνώμονα την ανθρωπιστική προσέγγιση. Πίστευε πως το ψυχιατρείο δεν πρέπει να έχει κάγκελα, ούτε να περιλαμβάνει περισσότερες από 300 κλίνες. Εφάρμοσε την ηθική θεραπεία και

---

144 ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ., (1995) ό.π., σ.σ. 121-124.

την εργοθεραπεία. Το 1864 με την ένωση των Ιονίων Νήσων, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας πέρασε στην ευθύνη της ελληνικής πολιτείας.

**Το Δρομοκαΐτειο Θεραπειτήριο.** Η ίδρυση και η κατασκευή του ήταν το αποτέλεσμα της δωρεάς του Τζωρτζή Δρομοκαΐτη και άλλων δωρητών αργότερα, όπως ο Συγγρός, η Έλενα Βενιζέλου, ο Κ. Σεβαστόπουλος, ο Π. Θεολόγος κα., Ο Τζ. Δρομοκαΐτης ήταν έμπορος από τη Χίο, έζησε από το 1805 έως το 1880. Με τη σύζυγό του Ταρσή Δρομοκαΐτου, είχαν αποκτήσει μια κόρη με νοητική καθυστέρηση.<sup>145</sup> Η κατασκευή του κτιρίου πραγματοποιήθηκε σε ένα οικόπεδο 32.000 τμ το οποίο παραχώρησε η ελληνική κυβέρνηση. Την αρχιτεκτονική μελέτη για την κατασκευή του θεραπευτηρίου εκπόνησε ο Γάλλος Ψυχίατρος Lunier<sup>146</sup>. Η κατασκευή ξεκίνησε το 1883 και το 1887 έγιναν τα εγκαίνια του νοσοκομείου. Το ποσό της δωρεάς του ζεύγους ανερχόταν στα 800.000 γαλλικά φράγκα και το Θεραπειτήριο ονομάστηκε “Φρενοκομείο Ζωρτζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου, όπως αναγράφεται στο ΦΕΚ 82/82/16-4-1882. Την περίοδο των εγκαινίων, το ίδρυμα αποτελούνταν από τέσσερα περίπτερα νοσηλείας και συνολικό αριθμό εκατόν δέκα (110) κλινών. Διέθετε επίσης, βοηθητικά κτίρια και υδροθεραπευτήριο.

Οι πρώτοι ψυχίατροι του θεραπευτηρίου ήσαν οι: Χρ. Τσιριγώτης (από το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας), Μ. Κατσαράς, Ι. Ζηλανάκης και Μ. Γιαννήρης. Ο πρώτος εξ αυτών διατέλεσε διευθυντής από το 1887 έως το 1930, για να τον διαδεχθεί ο Γιαννήρης, ψυχίατρος από την Χίο με σπουδές στη Γαλλία και πλούσιο συγγραφικό έργο.

Την εποχή της σύνταξης της διαθήκης του Τζ. Δρομοκαΐτη και της δημοσιοποίησης της επιθυμίας του να οριστεί ως έδρα του φρενοκομείου η Αθήνα, η πρωτεύουσα της χώρας δεν διέθετε άλλο Ίδρυμα, για παρόμοιο σκοπό, παρά την ψήφιση του ΨΜΒ/1862. Επίσης, σε αντίθεση, κατά κάποιο τρόπο με τον αναφερόμενο νόμο, ο οποίος όριζε τα της ίδρυσης και λειτουργίας κρατικών φρενοκομείων για τη νοσηλεία ψυχασθενών που έως τότε παρέμεναν σε μονές ή αστυνομικά τμήματα και φυλακές, προς εκτέλεση της διαθήκης του δωρητή και σε συνεργασία με τις αρχές της

---

145 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) ό.π.,σ. 177.

146 ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ., (1995) ό.π. σ.σ. 183-191.



ελληνικής πολιτείας, ιδρύθηκε το θεραπευτήριο με ιδιωτικό χαρακτήρα<sup>147</sup>. Ο ιδιωτικός χαρακτήρας του ιδρύματος αναγνωρίστηκε με το νόμο ΑΦΙΔ΄ “Περί αδείας συστάσεως ιδιωτικού Φρενοκομείου εκ του κληροδοτήματος Δρομοκαΐτου”, το 1887. Άλλη μια αντίθεση με τον ΨΜΒ/1862 ήταν η διοίκηση του ιδρύματος, όπου ενώ προβλεπόταν ότι η κυβέρνηση θα διορίζει ιατρό ως διευθυντή, στην περίπτωση του Δρομοκαΐτειου τη διοίκηση αναλαμβάνει διοικητικό συμβούλιο της επιλογής του Τζ. Δρομοκαΐτη, μέλη του οποίου ήταν οι εκτελεστές της διαθήκης του. Το ΔΣ ήταν υπεύθυνο για τη συνολική λειτουργία του Θεραπευτηρίου, υποχρεούνταν να συντάσσει οικονομικό απολογισμό για κάθε έτος λειτουργίας και να προσλαμβάνει τον επιστημονικό διευθυντή του Ιδρύματος μετά και από τη σύμφωνη γνώμη του Υπουργικού Συμβουλίου. Επίσης, το ΔΣ όφειλε να συντάσσει ετήσιες εκθέσεις συνολικής λειτουργίας του Θεραπευτηρίου από την ίδρυσή του, από τις οποίες (όσες σώζονται) μπορεί κανείς να αντλήσει πλήρη στοιχεία για την κίνηση των ασθενών και τα νοσήματα, το είδος της θεραπείας που εφαρμόζονταν, την κοινωνική κατάσταση των ασθενών, τα οικονομικά του ιδρύματος, κά.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το ΔΣ αποφάσισε την ανάθεση του σχεδιασμού των κτιρίων του Θεραπευτηρίου αλλά και τη σύνταξη του κανονισμού λειτουργίας του, στον ψυχίατρο E. Lunier, επίτιμο γενικό επιθεωρητή των διοικητικών υπηρεσιών του Υπουργείου Εσωτερικών της Γαλλίας<sup>148</sup>. Σε ό,τι αφορά τις κτιριακές εγκαταστάσεις του νεοϊδρυθέντος θεραπευτηρίου, σχεδιάστηκαν και οικοδομήθηκαν σύμφωνα με τα πρότυπα των φρενοκομείων της Δυτικής Ευρώπης, με βάση τη θεωρία του Γάλλου ψυχιάτρου Jean Esquirol (1772-1840). Στην περιφραγμένη έκταση των 322 στρεμμάτων που παραχώρησε το ελληνικό κράτος, αναπτύσσονται τα περίπτερα των νοσηλευομένων, τα κτίρια της διοίκησης και οι λοιπές βοηθητικές εγκαταστάσεις. Τα κτίρια είναι ως επί το πλείστον, ενός ή δύο ορόφων και αναπτύσσονται σε δύο πτέρυγες που δεν επικοινωνούν μεταξύ τους: πρόκειται για την πτέρυγα των ασθενών της α΄ και β΄ θέσης ή “τάξης” οι οποίοι κατέβαλλαν υψηλότερα ποσά για νοσήλια (ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗΣ, 1998) και στους οποίους το ίδρυμα διέθετε ατομικά δωμάτια και νοσηλευτικό προσωπικό σε αποκλειστική απασχόληση. Η άλλη πτέρυγα λειτουργούσε για τους ασθενείς της γ΄ “τάξης”, με χαμηλότερα νοσήλια,

---

147 ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗΣ Β., (1998) άρθρο “Το Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο: 1887-1903. Όψεις της εγκατάστασης ενός ιδρυματικού θεσμού”, *Μνήμων* Τόμ.20, διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.12681/mnim>, σ. 46.

148 ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗΣ Β., (1998) ό.π., σ. 47.

κοινόχρηστους χώρους και συστέγαση με τους απόρους. Συγκεκριμένα, η α΄ θέση (ή τάξη) φρενοβλαβών ασθενών κατέβαλε το ποσό των 700 δρχ ανά δίμηνο, η β΄ θέση 400 δρχ και η γ΄ θέση 120 δρχ, ποσά τα οποία έπρεπε να προκαταβάλλονται<sup>149</sup>. Ο κανονισμός όριζε επίσης, τη δωρεάν νοσηλεία στη γ΄ θέση, πέντε απόρων ασθενών. Το άρθρο 79 του κανονισμού, έδινε το δικαίωμα στις αρχές να στέλνουν ορισμένο αριθμό ψυχασθενών για δεκαπενθήμερη παρακολούθηση, δικαίωμα που στην πραγματικότητα μετατράπηκε σε συντήρηση στο ίδρυμα ενός σημαντικού αριθμού απόρων. Σε ό,τι αφορά στον κανονισμό λειτουργίας του Θεραπευτηρίου (ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ), ορισμένα σημεία που αξίζει να τονισθούν, για να αντιληφθούμε το πνεύμα της λειτουργίας του, αναφέρουν τα εξής: α) για το προσωπικό του Θεραπευτηρίου, ο κανονισμός προέβλεπε ένα ιατρό-διευθυντή με μηνιαίο μισθό 500 δρχ, έναν ιατρό-υποδιευθυντή με μισθό 150 δρχ, έναν οικονόμο με μισθό 125 δρχ, ένα φαρμακοποιό με μισθό 90 δρχ και επιμελητή λουτρών, φροντιστή τροφίμων, μάγειρα, θυρωρό, αμαξηλάτη και νοσοκόμους αναλόγως με τον αριθμό των νοσηλευομένων, με μισθούς από 60-70 δρχ. μηνιαίως, β) ο ιατρός-διευθυντής όφειλε να διαμένει εντός του ιδρύματος. Για να κατακτήσει τη θέση αυτή, σύμφωνα πάντα με το κανονισμό, έπρεπε να είναι κάτοχος διδακτορικού διπλώματος προ πέντε ετών και να έχει αποδεδειγμένη εμπειρία σε αντίστοιχη δομή επί δύο χρόνια. Ο κανονισμός όριζε επίσης σαφώς, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του καθώς και υπό ποιες περιστάσεις και ύστερα από αιτιολογημένη γνωμοδότηση των οργάνων του ιδρύματος, μπορούσε να απολυθεί, γ) αντιστοίχως ο κανονισμός όριζε με σαφήνεια τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο, όπως και ο ιατρός-διευθυντής έπρεπε να κατοικεί εντός του ιδρύματος. Το σημείο αυτό ήταν χαρακτηριστικό των ψυχιατρείων στις ευρωπαϊκές χώρες τον 19ο αιώνα, ίσχυε επίσης και για το προϋπάρχον Ψυχιατρείο της Κέρκυρας. Ο συγχρωτισμός αυτός, ασθενών και ιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού, χρήζει ιδιαίτερης ανάλυσης για τα φαινόμενα, θετικά και αρνητικά που δημιούργησε ανάμεσά τους, δ) υπήρχαν αυστηρές διατάξεις σχετικά με τη συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους νοσηλευόμενους και όπως αναφέρει ο Δ. Πλουμπίδης, είναι δείγμα αφενός μιας νέας αντίληψης για την προσέγγιση των “φρενοβλαβών”, αφετέρου καταδεικνύει τις σκληρές συνθήκες εργασίας (με μόνιμη παραμονή) του προσωπικού.

---

149 ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ., (1995) ό.π., σ.σ. 185-186.

Με αυτά τα προβλεπόμενα από τη διαθήκη του δωρητή και από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας, το ίδρυμα εγκαινιάζει τη λειτουργία του στις 4 Οκτωβρίου 1887, με 110 κλίνες σε σχέση με τον αρχικώς προβλεπόμενο αριθμό των 500 κλινών.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 1903, σύμφωνα με την Έκθεση Πεπραγμένων, εισήχθησαν στο Θεραπευτήριο ογδόντα τέσσερις (84) ασθενείς, με την εξής κατανομή σε ό,τι αφορά την επικράτεια:

Πίνακας 3. Κατανομή των ασθενών του Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου με βάση την περιοχή προέλευσής τους.

ΠΗΓΗ: ΕΚΘΕΣΙΣ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ 1903, ΑΡΧΕΙΟ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ της ΒΟΥΛΗΣ,

Αθήναι	12	Αίγυπτος	2	Χίος	4
Βόλος	2	Εύβοια	3	Σπάρτη	1
Λιβαδεία	2	Λάρισα	1	Κεφαλληνία	1
Πάτραι	2	Βάρνα	2	Ρουμανία	1
Κων)πολις	1	Κρήτη	5	Άνδρος	3
Γαλαξίδιον	1	Κύθηρα	1	Σύφνος	1
Γορτυνία	4	Τρίπολις	4	Ικαρία	1
Αλβανία	1	Ζάκυνθος	1	Ίος	1
Μακεδονία	2	Σπέτσαι	1	Καρδίτσα	1
Σαλαμίς	1	Θήρα	1	Αστυπάλαια	1
Καλάμοι	1	Άργος	1	Μεσολόγγιον	1
Ήπειρος	2	Κόρινθος	1		-----
Άμφισσα	1	Φάρσαλα	1		84
Πειραιεύς	9	Αχαΐα	3		

Σε ό,τι αφορά την έμφυλη κατανομή αλλά και την κοινωνική και επαγγελματική θέση των ασθενών αυτών, σύμφωνα με την ίδια έκθεση ήσαν:

- Οι εξήντα τρεις (63) “εκ της ελευθέρας Ελλάδος, 21 εκ των διαφόρων μερών του υποδούλου Ελληνισμού και της Κρήτης”<sup>150</sup>
- Οι 57 άνδρες, εκ των οποίων 23 έμποροι και βιομήχανοι, 12 γεωργοί, 8 επιστήμονες και 6 ελευθέρων επαγγελματιών.

Στο ίδιο σημείο του κειμένου της έκθεσης, αναφέρεται ακόμη ότι:

150 ΠΗΓΗ: ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΝ, ΕΚΘΕΣΙΣ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ ΕΤΟΥΣ 1903, ΑΡΧΕΙΟ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ ΒΟΥΛΗΣ, σ. 53.

*“Σημειωτέον δε ότι η προϊούσα καθολική παράλυσις\* παρατηρήθη, ως πάντοτε, κυρίως μεταξύ των εμπόρων και επιστημόνων, δικαίως δε η πάθησις αύτη θεωρείται προϊόν του πολιτισμού”*

παρατήρηση η οποία καταδεικνύει ίσως μια προωθημένη για την εποχή, συνολική προσέγγιση της νόσου.

Μέχρι το 1903 κατασκευάστηκαν με ιδιωτικές δωρεές, τρία ακόμη περίπτερα: το Σεβαστοπούλειο, το Θεολόγειο και το Σύγγρειο, φέροντα τα ονόματα των δωρητών-εθνικών ευεργετών αντίστοιχα. Το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο<sup>151</sup> την εποχή αυτή, θεωρείται από τα πιο σύγχρονα, σε ό,τι αφορά τις κτιριακές εγκαταστάσεις αλλά και τον τεχνολογικό εξοπλισμό. Το ιατρικό προσωπικό ως επί το πλείστον, είναι ειδικευμένο στην Ευρώπη και κυρίως στη Γαλλία και διατηρεί διαρκείς σχέσεις και επαφές με τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Τα δυνατά σημεία του Θεραπευτηρίου, για τα οποία λαμβάνει θετικές κρίσεις από ξένους ιατρούς, είναι η μεταχείριση των ασθενών, η αντιμετώπιση των νοσημάτων με συγκεκριμένο πρωτόκολλο και με σκοπό την ίαση και την έξοδο από αυτό και η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού. Για την τεκμηρίωση της πρόθεσης του Θεραπευτηρίου την εποχή αυτή, να θεραπεύει και να παρέχει εξιτήρια στους ασθενείς, αναφέρουμε ότι σύμφωνα με την Έκθεση Πεπραγμένων του 1901, σχετικά με τη διάρκεια νοσηλείας ανά είδος ασθένειας, για ασθένειες όπως: μελαγχολία, οξεία μανία, εκφυλογενής φρενίτιδα, αλκοολική φρενοπάθεια και οξύ παραλήρημα, η διάρκεια νοσηλείας δεν ξεπέρασε τα δύο χρόνια<sup>152</sup>. Η πληροφορία αυτή, δίνει τροφή για σκέψη, αναφορικά με τις παγιοποιημένες αντιλήψεις ετών, για το μη ιάσιμο της ψυχικής νόσου και το δια βίου εγκλεισμό.

***Τα οικονομικά θέματα του Θεραπευτηρίου και ο κοινωνικός – ταξικός προσανατολισμός του.*** Σύμφωνα με τις ετήσιες εκθέσεις πεπραγμένων που εξέδιδε το Ίδρυμα από την αρχή της λειτουργίας του, μέρος των εσόδων προερχόταν από δωρεές σε χρήματα, τρόφιμα και άλλα είδη, από επιφανείς εύπορους και από άτομα που είχαν ένα διαρκές ενδιαφέρον λόγω της προσωπικής τους σχέσης με τους ιδρυτές ή με τρόφιμους. Το οικονομικό απόθεμα βασιζόταν κυρίως σε ομόλογα (στην Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος και στην UNION DE BANQUES SUISSES στην Ελβετία), και

---

151 ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗΣ Β., (1998) ό.π., σ.σ. 48-52.

\* *Καθολική παράλυσις* ήταν μια νόσος της εποχής, το αποτέλεσμα της οποίας ήταν η απώλεια ελέγχου και επικοινωνίας του ασθενούς, σημείο κατά το οποίο κρινόταν αναγκαία η εισαγωγή σε ψυχιατρείο  
152 ΠΗΓΗ: ΕΤΗΣΙΕΣ ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ.

σε χρεώγραφα. Επίσης, το Ίδρυμα ανέπτυξε αγροτικές και κτηνοτροφικές δραστηριότητες<sup>153</sup>.

Η διαρκής αγωνία του ΔΣ για την οικονομική κατάσταση του Θεραπευτηρίου, το οποίο έχει να αντιμετωπίσει και την ίδρυση ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών από το 1904 (ιδρύεται η Κλινική του Σιμωνίδη Γ. Βλαβιανού, και άλλες) γεγονός που δίνει επιπλέον επιλογές στους εύπορους ασθενείς, ο προσανατολισμός του στην εισαγωγή ασθενών όχι με το κριτήριο της ψυχικής και νοητικής νόσου αλλά με το κοινωνικό κριτήριο της οικονομικής κατάστασης, της καταγωγής (προτιμούσαν ψυχασθενείς από την Χίο καταρχήν, τόπος καταγωγής των περισσότερων μελών του ΔΣ) είχε ως αποτέλεσμα, τον εξοβελισμό των επιστημονικών παραγόντων από τη διοίκηση και την ανάδειξη σε αυτήν, διοικητικών, για τον έλεγχο της κατάστασης<sup>154</sup>. Από το 1891 περιορίζεται ο ρόλος του επιστημονικού διευθυντή και ο Πρόεδρος του ΔΣ υπογράφει για τα οικονομικά θέματα αλλά εισέρχεται και σε θέματα της νοσηλείας των ασθενών. Από την εποχή αυτή, προσλαμβάνεται και νοσηλευτικό προσωπικό ανειδίκευτο, με κριτήριο τον τόπο καταγωγής και την πιθανή συγγένεια με το περιβάλλον του ΔΣ.

Παρά τον ιδιωτικό χαρακτήρα του ιδρύματος την περίοδο αυτή, και ίσως τις αρχικές προθέσεις των ιδρυτών και των δωρητών να δημιουργήσουν ένα “φρενοκομείο” ελίτ στο πλαίσιο του άστεως, που θα συντηρείται με τα νοσήλια των ασθενών α΄ και β΄ τάξης και από τον θεσμό της ευεργεσίας και της φιλανθρωπίας (κυρίαρχος στα τέλη του 19ου και στις αρχές του 20ου αιώνα) ο αρχικά μικρός αριθμός των απόρων που προέβλεπε ο κανονισμός εσωτερικής λειτουργίας (έως πέντε), με το πέρασμα των ετών αυξήθηκε. Κάποιοι από τους απόρους αυτούς, νοσηλεύονταν με την ανάληψη ευθύνης και την κάλυψη των εξόδων τους από εύπορους ευεργέτες όπως ο εφοπλιστής Ανδρέας Συγγρός που ανέλαβε την περίθαλψη 15 απόρων το 1889, ενώ ταυτόχρονα ενίσχυσε το Θεραπευτήριο με ένα ακόμα περίπτερο, όπως προαναφέρθηκε. Μετά το θάνατό του το ΔΣ ανέλαβε την περίθαλψη των απόρων, οι οποίοι όμως συνέχισαν να αυξάνουν: το 1888 αποτελούσαν το 7% του συνολικού αριθμού νοσηλευομένων, το 1903 το 25%, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται σε αυτούς οι άποροι που νοσηλεύονταν με έξοδα των Δήμων που είχαν την υποχρέωση να καταβάλουν τα νοσήλια, σύμφωνα με το ΨΝΒ του 1862. Λόγω της κακής οικονομικής κατάστασης

---

153 ΠΗΓΗ: ΕΤΗΣΙΕΣ ΕΚΘΕΣΕΙΣ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ, Βιβλιοθήκη της Βουλής.

154 ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗΣ Β., (1998) ό.π., σ.σ. 53-56.

των περισσότερων Δήμων, τα νοσήλια δεν αποδόθηκαν ποτέ και ο Δήμος Αθηναίων έμεινε στην ιστορία ως ο μεγαλύτερος οφειλέτης του Θεραπευτηρίου. Ο αριθμός των άπορων σημείωσε αύξηση και στα επόμενα χρόνια, έως και τις δεκαετίες 1970-90, για παράδειγμα: κατά το έτος 1975<sup>155</sup>, σε σύνολο 1068 ασθενών, οι 368 ήταν άποροι του Υπουργείου (ποσοστό περίπου 33%), 7 ασθενείς νοσηλεύονταν με δαπάνη του Θεραπευτηρίου και 693 με δαπάνη των ΟΓΑ, ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων. Το 1975 ήταν μια χρονιά συνέχισης και όξυνσης της οικονομικής δυσπραγίας του Ιδρύματος, και λόγω των αυξήσεων στις αποδοχές του προσωπικού, σε ποσοστό άνω του 60%. Βρισκόμαστε στην περίοδο της μεταπολίτευσης, οπότε ένα συνολικό διεκδικητικό πλαίσιο αύξησης μισθών και θεμελίωσης δικαιωμάτων αρχίζει να υλοποιείται.

Το 1981<sup>156</sup>, σε σύνολο 1133 ασθενών, οι άποροι φθάνουν τους 322, οι 811 είναι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ, ΙΚΑ και λοιπών ασφαλιστικών ταμείων. Τη χρονιά αυτή και όχι μόνο αυτή, ο οικονομικός απολογισμός του Ιδρύματος ήταν ελλειμματικός κατά 43.339.322,90 δρχ και καλύφθηκε με έκτακτη επιχορήγηση του Υπουργείου, η οποία δεν δόθηκε ακέραιη, οπότε επιχορηγήθηκε από το Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων με 38.000.000 δρχ. Αυτή η οικονομική δυσπραγία του Θεραπευτηρίου, μπορεί έως το 1903 (χρονικό διάστημα στο οποίο εκτείνεται η έρευνα του ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗ) και λίγο αργότερα, να αντιμετωπίστηκε με την τροποποίηση χώρων της γ' "τάξης" σε χώρους της α' και β' "τάξης" ώστε να αυξηθούν και να καταβάλλονται με ασφάλεια τα νοσήλια από την κοινωνική τάξη που ήταν σε θέση να το πράττει, όμως στις επόμενες δεκαετίες του 20ου αιώνα, το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο, το ψυχιατρείο που σφράγισε τη φυσιογνωμία της ψυχιατρικής πολιτικής της Ελλάδας για έναν αιώνα περίπου, αλλάζει αναγκαστικά κοινωνικό προφίλ. Ο τομέας της φιλανθρωπίας και της ευεργεσίας περιορίζεται, οι δύο Παγκόσμιοι Πόλεμοι και οι κοινωνικές ανακατατάξεις στην Ελλάδα δημιούργησαν νέα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα, καθώς και η δημιουργία του κράτους πρόνοιας και της κοινωνικής ασφάλισης.

---

155 ΠΗΓΗ: ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΝ, *ΕΚΘΕΣΙΣ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ ΕΤΟΥΣ 1975*, ΑΡΧΕΙΟ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ ΒΟΥΛΗΣ.

156 ΠΗΓΗ: ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΝ, *ΕΚΘΕΣΙΣ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ ΕΤΟΥΣ 1981*, ΑΡΧΕΙΟ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ ΒΟΥΛΗΣ.

*Το Δρομοκαΐτειο στα παραγμένα χρόνια της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας.* Ήδη από την περίοδο του Μεσοπολέμου, η ελληνική κοινωνική πραγματικότητα είχε τις προϋποθέσεις εκείνες του αδιεξόδου, της απογοήτευσης, της κοινωνικής και προσωπικής δυσχέρειας στην καθημερινή επιβίωση αλλά και στην πραγμάτωση των ονείρων, κυρίως των κατώτερων οικονομικά τάξεων. Μετά τον Μικρασιατικό Πόλεμο και την έλευση των προσφύγων, η Μεγάλη Ιδέα είχε εγκαταλειφθεί και τη θέση της είχε λάβει μια Ελλάδα με εμπειρία πολέμου και θανάτου. Όλη αυτή η πορεία μέχρι και τη δεκαετία του 1950, με την τραυματική εμπειρία του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, της Κατοχής και του Εμφυλίου, τα ψυχιατρεία της χώρας έγιναν αποδέκτες της κοινωνικής κατάθλιψης, των ψυχικών διαταραχών που εντείνονται στις τεταμένες περιόδους, του φόβου, της παρανομίας και της απελπισίας των μόνιμα διωκόμενων. Το Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο, μέσα από προσωπικές μαρτυρίες, αποδεικνύει δίκαια ότι αποτελεί μέρος της νεώτερης ελληνικής ιστορίας, με θετικό και αρνητικό τρόπο.

Το Θεραπευτήριο, δέχτηκε τους πρώτους επιβίωσαντες στρατιώτες του ελληνοαλβανικού μετώπου, που είχαν βιώσει την εμπειρία του πολέμου, τον τραυματισμό ή ακρωτηριασμό των ιδίων και το θάνατο άλλων, το φόβο του δικού τους επικείμενου θανάτου. Αρκετοί από αυτούς, υπέστησαν διανοητική σύγχυση και άλλα σύνδρομα, συνεπώς είχαν πλέον ανάγκη ψυχιατρικής υποστήριξης<sup>157</sup>. Αν και όπως καταμαρτυρεί Γενικός Διευθυντής του Θεραπευτηρίου την περίοδο του 1940-1941, λόγω της και της έως τότε νομικής φύσης του ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, “...δεν δεχόταν όλα τα περιστατικά κι έτσι, ο μεγάλος αριθμός ψυχοπαθών στρατιωτών του πολέμου του ‘40 και της κατοχής διοχετεύετο στο Δαφνί” (ΦΑΦΑΛΙΟΥ, 1995).

Οι συνέπειες της έλλειψης βασικών τροφίμων στην περίοδο της κατοχής, αποτελεσματική στρατηγική εκ μέρους των κατακτητών όπως αποδείχτηκε, για το σπάσιμο του ηθικού ενός λαού, δεν άφησαν ανεπηρέαστους τους τρόφιμους αλλά και το προσωπικό του Ιδρύματος που διέμενε υποχρεωτικά εντός των τειχών, έως και το τέλος του Β΄ Π. Πολέμου.

---

157 ΦΑΦΑΛΙΟΥ Μ., (1995) *Ιερά Οδός 343. Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο*, β΄ έκδοση 2018, ΑΘΗΝΑ: ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ, σ.146.

Απόσπασμα από το βιβλίο της Μ. ΦΑΦΑΛΙΟΥ<sup>158</sup>:

*“Ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος βρήκε το Δρομοκαΐτειο με 800 περίπου ψυχασθενείς και το άφησε με λιγότερους από 350. Το κρύο και η πείνα έκαναν ευθανασία. Την ίδια εποχή το προσωπικό του Δρομοκαΐτειου έδινε στέγη και τροφή από το υστέρημά του στους Έλληνες αντάρτες και τους ξένους κομάντος, ο δε ασύρματος που έδινε πληροφορίες στη Μέση Ανατολή εκκρύπτετο κρεμασμένος με σχοινί σε κάποιο πηγάδι του Ιδρύματος”.* Αντ. Τριπολίτης, τ. Πρόεδρος ΔΣ του Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου, Εφ. Η πρόοδος, Χίος, 3-3-1990

**Το Δρομοκαΐτειο σήμερα.** Η σύγχρονη ιστορία του Δρομοκαΐτειου ξεκινά το 1948, με την κατάργηση των κελιών και των μανδυών, στη Γ΄ Κλινική από τον καθηγητή Γ. Λυκέτσο. Από το 1953 γίνονται χωροταξικές βελτιώσεις προς εξασφάλιση ιδιωτικού χώρου για τους ασθενείς, οι πάγκοι στην τραπεζαρία αντικαθίστανται με τραπέζια και καθίσματα<sup>159</sup>. Γενικά, από τη δεκαετία του 1950 στο Θεραπευτήριο, εφαρμόζονται ορισμένες μέθοδοι όπως: ομαδική ψυχοθεραπεία, κοινωνιοθεραπεία, ψυχόδραμα, αθλητικές και θεατρικές δραστηριότητες. Η εργοθεραπεία εφαρμόζοταν από τα πρώτα χρόνια της ίδρυσης του. Η Γ΄ Κλινική, θεωρήθηκε ότι είχε διασυνδέσεις με ορισμένες πρωτοποριακές ψυχιατρικές κινήσεις της εποχής του '60, που όμως δεν γενικεύτηκαν και παρέμειναν στο πλαίσιο συγκεκριμένων προσωπικών πρωτοβουλιών, καθώς το πολιτικό κλίμα της περιόδου δεν επέτρεψε την εφαρμογή τους σε άλλα ψυχιατρικά ιδρύματα.

Από το 1986 (ΦΕΚ 12/Α/13-2-1986), το Δρομοκαΐτειο ανήκει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Υπουργείου Υγείας, ως κληροδότημα. Σήμερα, ονομάζεται Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) “Δρομοκαΐτειο”. Διαθέτει 304 ενδονοσοκομειακές ψυχιατρικές κλίνες και 205 εξωνοσοκομειακές κλίνες σε Δομές και διάφορα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, όπως: Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευόμενα Διαμερίσματα. Το προσωπικό του ανέρχεται στα 550 άτομα και εξυπηρετεί 15.000 ασθενείς ανά έτος<sup>160</sup>. Σημαντικό στοιχείο για την ιστορικότητα του Ιδρύματος, συνιστά το μουσείο που λειτουργεί εντός αυτού. Πρόκειται για το πρώτο νοσοκομειακό μουσείο που δημιουργήθηκε στην Ελλάδα την 1η Νοεμβρίου του 1995,

158 ΦΑΦΑΛΙΟΥ, Μ., (1995) ό.π., σ. 166.

159 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) ό.π., σ. 179.

160 ΠΗΓΗ: ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΨΝΑ “ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ”, <http://www.dromokaiteio.gr>



επί προεδρίας του Ν. Τσικί. Περιλαμβάνει ιατρικό και φαρμακευτικό υλικό, αντικείμενα αποβιωσάντων ασθενών, φωτογραφικό υλικό και συγγράμματα επιφανών λογοτεχνών καθώς και έργα ζωγράφων, αρκετοί από τους οποίους νοσηλεύτηκαν στο Θεραπευτήριο, (Γ. Βυζυηνός, Μ. Μητσάκης, Ρ. Φιλύρας, Ανδ. Κρυστάλλης, Β. Ίλβες, Α. Λάμδας, κá.)

**Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής “Δαφνί”.** Η κατασκευή του ολοκληρώθηκε το 1934, με τη δόμηση των πρώτων πέντε παραπηγμάτων δυναμικότητας 25 κλίνες έκαστο. Η κατασκευή του νοσοκομείου πραγματοποιήθηκε στην απαλλοτριωμένη έκταση 50 στρεμμάτων στην αρχή, στην περιοχή της Μονής του Δαφνίου<sup>161</sup>. Η Μονή βρισκόταν κτισμένη στα ερείπια του ναού, αφιερωμένου στο Λοξία Απόλλωνα, ο οποίος κατά την κλασική εποχή θεωρείτο προστάτης των ψυχασθενών. Με την ολοκλήρωση των πρώτων εγκαταστάσεων, μεταφέρθηκαν σε αυτό αρκετοί τρόφιμοι που έως τότε διέμεναν στο άσυλο “Αγία Ελεούσα” (μεταγενέστερη ονομασία “Υγειονομικό Ίδρυμα) στην Καλλιθέα, χωρητικότητας 50 ατόμων αλλά διέμεναν 500 καθώς μετά το 1922 και την έλευση των προσφύγων, αυξήθηκε δραματικά ο αριθμός των τροφίμων. Το ΨΝΑ λοιπόν, δημιουργήθηκε υπό την τεράστια κοινωνική ανάγκη για ένα χώρο που θα προοριζόταν αποκλειστικά για ψυχικά ασθενείς που χρειάζονταν θεραπεία και ιδρύθηκε στο πλαίσιο εφαρμογής του ν. 6077/34 “Περί οργανώσεως των Δημοσίων Ψυχιατρείων”. Έως το 1940 είχαν κατασκευαστεί τα τέσσερα πρώτα περίπτερα δυναμικότητας 380 κλινών. Επίσης, διαμορφώθηκαν επιμέρους χώροι, όπως φαρμακείο, χειρουργείο, μικροβιολογικό εργαστήριο, διοικητήριο. Το 1934 νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρείο περίπου 1200 άτομα, ενώ λίγο αργότερα με την κατάργηση του ιδρύματος “Αγία Ελεούσα” έφτασαν στα 1500.

Η νομική φύση του ΨΝΑ ως δημόσιο ψυχιατρείο, ενδυναμώθηκε με την ψήφιση του ν. 965/37 “Περί οργανώσεως των Δημοσίων και Υγειονομικών Ίδρυμάτων”. Ο Οργανισμός Εσωτερικής Λειτουργίας του ίσχυσε με τη δημοσίευσή του στο ΦΕΚ 137 του 1955.

Στο ΨΝΑ, το 1936 εφαρμόστηκε για πρώτη φορά η ινσουλινική κωματοθεραπεία (ΜΑΔΙΑΝΟΣ, 1995) και αργότερα η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ηλεκτροσόκ) και η λοβοτομή. Από το 1956 με τη συγκρότηση της Επιστημονικής

---

161 ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) ό.π., σ. 182.

Ένωσης των Νευροψυχιάτρων του Νοσοκομείου, δημιουργήθηκαν και οργανώθηκαν: τα ψυχολογικά και ηλεκτροεγκεφαλογραφικά εργαστήρια, η κοινωνική υπηρεσία, το τμήμα εργασιοθεραπείας και το τμήμα φυσιοθεραπείας. Έως το 1980 στο ΨΝΑ λειτουργούσαν 23 περίπτερα νοσηλείας τα οποία ενισχύθηκαν με την προσθήκη τμημάτων Οξέων Περιστατικών και Βραχείας Νοσηλείας, ως θετικό αποτέλεσμα της εφαρμογής του Κανονισμού 818/84 της ΕΟΚ. Η συχνή αλλαγή στην ονομασία του νοσοκομείου, είχε ως αποτέλεσμα και τη σύγχυσή του με το Δρομοκαΐτειο: αρχικά ως Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, το 1955 μετονομάζεται σε Γενικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, το 1965 σε Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων και πλέον σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

*Το “Δαφνί” την περίοδο του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου και του φασισμού.* Τη σκληρή αυτή ιστορική περίοδο, η έννοια της αξιοπρέπειας και της αξίας της ζωής, είχε σκοπίμως παραμεληθεί γενικά, και ειδικά στα άσυλα ψυχασθενών, όπως το “Δαφνί”<sup>162</sup>. Όπως αναφέρει ο Ξενοφών Σγουρός στο σχετικό άρθρο από το οποίο αντλούμε τις πληροφορίες, λόγω ανυπαρξίας πηγών και ελλιπούς αρχειοθέτησης στο Νοσοκομείο, μοναδική πηγή γνώσης για αυτό την αναφερόμενη περίοδο συνιστά η μελέτη με τον τίτλο “Δαφνί” του ψυχιάτρου και τέως Διευθυντή Κ. Φιλανδριανού, ο οποίος εργάστηκε εκεί από το 1933 έως το 1966. Σύμφωνα με τις μαρτυρίες που παρέχει, φαίνεται πως η μεγάλη ανάπτυξη, διοικητική οργάνωση, κτιριακή ενίσχυση του Νοσοκομείου και ακόμα, η δημιουργία Γεωπονικής Υπηρεσίας με τη συνέργεια υπαλλήλων και ασθενών, επιτεύχθηκε την περίοδο της μεταξικής δικτατορίας. Η πλήρης αποδιοργάνωση του Νοσοκομείου επήλθε με τη γερμανική εισβολή και την κατάληψη ενός περιπτέρου από τους Γερμανούς, καθώς η γειτνίασή του με τους στρατώνες του Χαϊδαρίου που επίσης λειτουργούσαν πλέον ως χώροι βασανιστηρίων, εξυπηρετούσε την ανάγκη των κατακτητών για απόλυτο έλεγχο της περιοχής. Την περίοδο αυτή το νοσοκομείο γνωρίζει μείωση προσωπικού, μεγάλη έλλειψη τροφίμων, συνεχείς θανάτους τροφίμων από ασιλία, αιφνίδιους ελέγχους των κατοχικών δυνάμεων για ανεύρεση τυχόν υπόπτων, αλλά και το πνεύμα της Εθνικής Αντίστασης<sup>163</sup>. Μεγάλο μέρος του προσωπικού εντάχθηκε στις οργανώσεις του ΕΑΜ αλλά επίσης, το νοσοκομείο είχε γίνει καταφύγιο για διωκόμενους αντιστασιακούς και Εβραίους οι οποίοι παρέμειναν επί μακρόν, παριστάνοντας τους ψυχασθενείς.

162 ΣΓΟΥΡΟΣ Ξ., (1994) άρθρο “Το Δαφνί κατά την περίοδο του φασισμού”, *Τετράδια Ψυχιατρικής* τ.

47, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 1994 ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΦΑΣΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, σ. 115.

163 ΣΓΟΥΡΟΣ Ξ., (1994) ό.π., σ. 120.

**Το ΨΝΑ “Δαφνί” σήμερα.** Στην κατεύθυνση της υλοποίησης της μετατροπής των μεγάλων ασύλων της χώρας σε σύγχρονες δομές εναλλακτικού τύπου, το ΨΝΑ σήμερα διαθέτει μεταξύ άλλων: Ομάδα Ψυχολογικής Παρέμβασης, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας, Μονάδα Γνωσιακής Αποκατάστασης, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης<sup>164</sup>.

**Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου.** Ιδρύθηκε το 1957 με τα Βασιλικά Διατάγματα 28-3-1957 και 7-5-1957 (ΦΕΚ 76/Α/1957). Η ίδρυση του ψυχιατρείου, ήρθε ως απάντηση στην ανάγκη αποσυμφόρησης των ψυχιατρείων που βίωναν μια τραγική κατάσταση μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και ήταν υπερπλήρη. Η ιδέα για τη μετατροπή σε αποικία ψυχασθενών των κενών κτιρίων του ιταλικού ναυαρχείου στο νησί της Λέρου, προήλθε από ψυχιάτρους.

Το κριτήριο βάσει του οποίου θα επιλέγονταν νοσηλευόμενοι από το “Δαφνί” και άλλα ψυχιατρεία για να μεταφερθούν στη Λέρο, ήταν η απουσία επισκεπτηρίου για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους. Αρχής γενομένης από αυτό, αντιλαμβάνεται κανείς ότι σε αυτές τις συνθήκες της πλήρους κοινωνικής αποδιοργάνωσης, επιλέχθηκε η λύση της δημιουργίας μιας απομακρυσμένης κοινότητας ξεχασμένων ζωντανών – νεκρών. Για την περίπτωση της αποικίας ψυχοπαθών Λέρου, ισχύει απόλυτα η φουκωική προσέγγιση της κατάταξης της Ψυχιατρικής και της Ψυχολογίας ως λειτουργών της κοινωνικής απομόνωσης και του αποκλεισμού, της αστυνόμευσης και της επιβολής<sup>165</sup>. Υπό αυτή την έννοια, η Λέρος ήταν συνειδητά δημιούργημα της επίσημης ελληνικής Ψυχιατρικής και όχι μια παρέκκλιση από αυτήν. Εξάλλου, την εποχή που δημιουργήθηκε στο όνομα της αποσυμφόρησης του ΨΝΑ και του ΨΝΘ, η περιρρέουσα πολιτική και κοινωνική ατμόσφαιρα δεν είχε ούτε κατά διάνοια καθαρθεί από τις πολιτικές διώξεις και την απαξίωση κάθε ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Το 1958 η αποικία ξεκίνησε με 650 κλίνες και το 1965 είχε φτάσει τις 2.500. Τότε ήταν που μετονομάστηκε από “Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου” σε “Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου”. Στις 18 Ιανουαρίου 1966 και ύστερα από έγγραφο του Υπουργείου Υγιεινής<sup>166</sup> προς τα τρία ψυχιατρεία της χώρας (Δαφνί, Δρομοκαϊτειο και Θεσσαλονίκης) να ετοιμάσουν τους πλεονάζοντες ασθενείς,

---

164 ΠΗΓΗ: Επίσημη Ιστοσελίδα ΨΝΑ “Δαφνί”.

165 ΜΕΓΑΛΟΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Θ., (2016) *Λέρος: Μια ζωντανή αμφισβήτηση της κλασικής ψυχιατρικής*. ΑΘΗΝΑ: ΑΓΡΑ, σ. 12. Εισαγωγή Κ. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ.

166 ΜΕΓΑΛΟΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Θ., (2016) *ό.π.*, σ. 25.

με το κριτήριο όπως αναφέρθηκε της απουσίας οικογενειακού περιβάλλοντος, 85 ασθενείς αναμένουν στα προαύλια για να μεταφερθούν με ένα σύγχρονο “πλοίο των τρελών”. Όπως γράφει χαρακτηριστικά ο Θ. Μεγαλοικονόμου:

“...έχοντας καρφίτσωμένο στο πέτο τον αριθμό της ιματιοθήκης του νοσοκομείου, ο οποίος επίσης υπάρχει σε μία κατάσταση δίπλα στο όνομά τους” “...καθ’ οδόν οι καρφίτσωμένοι αριθμοί χάνονται, όταν φτάνουν είναι μια ομάδα ανωνύμων χωρίς καν την αστυνομική τους ταυτότητα”

Κατά τη διάρκεια της δικτατορίας 1967-1974, στρατόπεδα του νησιού χρησιμοποιήθηκαν και ως τόποι εξορίας πολιτικών κρατουμένων, μια συνύπαρξη των “ανεπιθύμητων” για διαφορετικούς λόγους αλλά με το κοινό χαρακτηριστικό της διατάραξης της ομαλότητας και της κανονικότητας που συνιστούσε εσωτερική ανάγκη του πολιτικού συστήματος. Οι καταγγελίες για το ψυχιατρείο, που εκτός των άλλων βίωνε έλλειψη προσωπικού το οποίο εργαζόταν σε άθλιες συνθήκες, έδωσαν στο ζήτημα διεθνείς διαστάσεις από τη δεκαετία του 1980, παρόλα αυτά από το 1991 η κατάσταση άρχισε να αλλάζει. Εφαρμόστηκαν προγράμματα χρηματοδοτούμενα από την ΕΕ, στην κατεύθυνση της αποασυλοποίησης.

Σήμερα στη Λέρο δεν υπάρχει ψυχιατρική δομή με την παραδοσιακή έννοια. Οι ασθενείς ζουν σε ξενώνες ή διαμερίσματα. Το περίπτερο των “γυμνών” καταργήθηκε και οι εγκλεισμένοι σε αυτό μεταφέρθηκαν σε εξωνοσοκομειακά διαμερίσματα.

### **Από τα άσυλα στις σύγχρονες κοινοτικές δομές. Μια σύνθετη διαδικασία**

**Αντικειμενικές δυσχέρειες της μετάβασης.** Οι χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες, δηλαδή τα άτομα εκείνα που αντιμετωπίζουν επίμονες, σοβαρές και μακροχρόνιες ψυχικές δυσκολίες και στο ιστορικό τους έχουν πολλαπλές και μακροχρόνιες ψυχιατρικές νοσηλείες, συνιστούν «ευαίσθητη» ή «ευάλωτη» κοινωνική ομάδα, λόγω των προβλημάτων που δημιουργούνται από τη διαταραχή αλλά και από το μακροχρόνιο εγκλεισμό. Ο χρόνιος εγκλειστος ασθενής, αναπτύσσει αμυντικό μηχανισμό λόγω του στιγματισμού που έχει υποστεί, ως μια εκ των συνεπειών της κοινωνικής απομόνωσης, επομένως αναζητά διεξόδους αυτοπροσδιορισμού. Όπως λέει

ο Goffman<sup>167</sup>, το “σκοτεινό παρελθόν” που οι άλλοι, οι “φυσιολογικοί” αδυνατούν να ανιχνεύσουν, είναι η κοινωνική ταυτότητα του φέροντος το στίγμα. Ο χειρισμός εκ μέρους του, των πληροφοριών από το παρελθόν του, τι θα επιτρέψει και τι δεν θα επιτρέψει να μάθουν οι άλλοι, είναι η αναγνώριση της προσωπικής ταυτότητας. Για τον λόγο αυτό, γίνονται παρεμβάσεις για την κοινωνική τους επανένταξη που αφορούν κυρίως τον καλύτερο χειρισμό των ψυχιατρικών τους δυσκολιών, την ανάδειξη δεξιοτήτων, την επανασυγκρότηση του βιογραφικού τους με θετικά χαρακτηριστικά, την ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης, την εξασφάλιση ενός «φυσικού» στεγαστικού περιβάλλοντος και την απόκτηση επαγγελματικής κατάρτισης<sup>168</sup>. Επομένως, σε κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια που διενεργείται, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι δυσκολίες που προκαλούνται από τη χρόνια ψυχική διαταραχή.

**Χαρακτηριστικά, ορισμός και κριτήρια της χρόνιας ψυχικής διαταραχής. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.** Οι Goldman και συνεργάτες του (1981) διατύπωσαν έναν ορισμό των χρόνιων ψυχικά πασχόντων: *“ως χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες ορίζονται τα άτομα εκείνα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να χρονίσουν και να διαταράζουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας σε τρία ή περισσότερα πεδία της καθημερινής τους ζωής, όπως η προσωπική υγιεινή και αυτοφροντίδα, η δημιουργία και η διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, η ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής τους αυτονομίας”*<sup>169</sup> Στις προηγούμενες δεκαετίες η χρόνια διαταραχή ισοδυναμούσε με τη συνεχή νοσηλεία διάρκειας δύο ετών και παραπάνω (Brown, 1960). Το κριτήριο αυτό έχει αναθεωρηθεί. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ (1977), ένα μοναδικό επεισόδιο νοσηλείας διάρκειας έξι μηνών κατά τα τελευταία πέντε χρόνια ή δύο ή και περισσότερες νοσηλείες μέσα σε διάστημα 12 μηνών αποτελούν κριτήρια χρόνιας διαταραχής. Με άλλα λόγια, η αποασυλοποίηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις απαραίτητες παρεμβάσεις επανένταξης των χρόνιων ψυχικά πασχόντων, μια διαδικασία που συνήθως ονομάζεται *ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*. Ο ορισμός της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που

---

167 GOFFMAN E.,(1961) *Το Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*, Πρώτη έκδοση 1961(μτφ.: Δήμητρα Μακρυνιώτη) Εκδ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ, 2001, σ. 132.

168 ΖΗΣΗ Α., (2002) *Επανάταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων. Εμπειρικά Ευρήματα, Νέες Προσεγγίσεις και Προοπτικές*, ΑΘΗΝΑ: ΤΥΠΩΘΗΤΩ, σ.σ. 25-26.

169 ΖΗΣΗ Α., (2002) ό.π., σ. 26.

αναφέρεται στη Συναινετική Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Παγκόσμια Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, έχει ως εξής<sup>170</sup>:

*«η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα – με έκπτωση λειτουργικότητας ανάκανα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή- να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή, ή που έχουν μια έκπτωση της ψυχονοητικής τους ικανότητας τέτοια, που να έχει παραγάγει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας».*

Ο ορισμός αυτός θεωρείται πλήρης καθώς καλύπτει δύο βασικούς άξονες που αφορούν α) τη βελτίωση της λειτουργικότητας του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα και την ανάπτυξη των λανθανουσών δεξιοτήτων του και β) την εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος του οποίου οι πόροι θα πρέπει να συναντούν τις ανάγκες του χρόνιου ψυχικά πάσχοντα. Οι άξονες αυτοί αξιώνουν τη μετάβαση από τη βιοϊατρική προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής σε μία περισσότερο ψυχοκοινωνική προσέγγιση, όπου ο ψυχικά πάσχων χαρακτηρίζεται όχι μόνο από συμπτώματα και κοινωνικές μειονεξίες αλλά και από δυνατότητες και συγκεκριμένες ανάγκες οι οποίες μπορούν να διαγνωσθούν και να ικανοποιηθούν (στεγαστικό, οικονομικό/επαγγελματικό, οικονομική ανεξαρτησία, κοινωνικές και διαπροσωπικές σταθερές σχέσεις).

**“ΨΥΧΑΡΓΩΣ”... συνέχεια.** Με βάση τα προαναφερόμενα, βρισκόμαστε στην Ελλάδα του παρόντος χρόνου, με την εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης να μετράει περίπου 25 χρόνια από την έναρξη της δυναμικής φάσης της, προς το τέλος της δεκαετίας του 1990. Σύμφωνα με την *“Έκθεση Αξιολόγησης των Παρεμβάσεων Εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2014”<sup>171</sup>* (είναι η τελευταία που έχουμε στη διάθεσή μας και επίκειται νέα αξιολόγηση πριν το 2020 καθώς και η συναπόφαση των αρμόδιων φορέων για το αν θα εξακολουθήσει το πρόγραμμα), η βασική ανάπτυξη του προγράμματος στηρίζεται σε τέσσερις πυλώνες:

---

170 ΖΗΣΗ Α., (2002) ό.π., σ. 37.

171 ΠΗΓΗ: Επίσημη ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας, εκπονήθηκε με τη συνέργεια: CMT ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ, MAUDSLEY INTERNATIONAL, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΣΠΑ 2007-2013, ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ.

Α. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ στις οποίες περιλαμβάνονται Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων.

Β. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ – ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ο οποίος περιλαμβάνει ΚΨΥ, Οικοτροφεία, Ξενώνες, Μονάδες και Κέντρα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Κατάρτισης.

Γ. ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ όπως Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές, Ιδιώτες Ψυχίατροι και Ψυχολόγοι.

Δ. ΛΟΙΠΟΙ ΠΑΡΟΧΟΙ στους οποίους περιλαμβάνονται οι ΟΤΑ, οι ΜΨΥ των Ενόπλων Δυνάμεων, η Εκκλησία και Οργανώσεις.

Συνολικά, και για τους τέσσερις πυλώνες και στο σύνολο της ελληνικής επικράτειας αναπτύσσονται και λειτουργούν:

3 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

39 Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων

6 Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων

40 Κέντρα Ψυχικής Υγείας

18 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα

29 Κινητές ΜΨΥ

58 Κέντρα Ημέρας

491 Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

13 Κέντρα για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer

22 ΚοιΣΠΕ

14 Κέντρα Αυτισμού

10 Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης

36 Ιδιωτικές Κλινικές

Επίσης, λειτουργούν Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης υπό την ευθύνη ΝΠΙΔ, Ιδρυμάτων ΑΜΕΑ σε όλη τη χώρα. Προσφάτως τέθηκε σε εφαρμογή σχέδιο για την δημιουργία 160 Στεγών. Η χρηματοδότηση των δομών που συνιστούν ΝΠΙΔ, προέρχεται συνδυαστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, τα ΠΕΠ (Περιφερειακά Προγράμματα) και από τα προγράμματα ΕΣΠΑ.

Η Έκθεση περιέχει πλήρη στοιχεία για την αξιολόγηση του προγράμματος, για τα θετικά σημεία, τις ολιγορίες και τις αδυναμίες στην εφαρμογή. Σκοπός της παρούσης εργασίας δεν είναι να παρουσιάσει ευρύτερα αριθμητικά στοιχεία και στατιστικές απεικονίσεις, τα οποία άλλωστε δεν επιτρέπει ο χώρος και ο χρόνος να τύχουν της δέουσας επεξεργασίας. Αυτό που ενδιαφέρει είναι η γενική αποτύπωση του είδους των ψυχιατρικών δομών που κυριαρχούν σήμερα, για τη στήριξη και την κοινωνική ένταξη των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα. Είναι εμφανής η μετάβαση από τα άσυλα σε δομές κοινοτικού τύπου, γεγονός που κρίνεται ως θετική εξέλιξη προς την κατεύθυνση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η στροφή προς τις δομές κοινοτικού τύπου, δεν σημαίνει κατ' ανάγκη και την ανατροπή του κυρίαρχου ψυχιατρικού μοντέλου, των διπόλων “ψυχική/νοητική υγεία – ασθένεια”, “ιατρός – ασθενής”, της κυριαρχίας της ιατρικής επιστήμης στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση των υποκειμένων και της σύνδεσης των δομών με ένα ευρύτερο πλαίσιο ιεραρχίας. Μια δειγματοληπτική έρευνα σε Κανονισμούς Εσωτερικής Λειτουργίας δομών, μπορεί να δώσει πληροφορίες για το θέμα αυτό.

**Κανονισμοί Εσωτερικής Λειτουργίας Δομών.** Για την κριτική προσέγγιση στο πνεύμα λειτουργίας δομών που φιλοξενούν άτομα με ψυχικά και νοητικά προβλήματα, μελετήθηκαν επτά Κανονισμοί Εσωτερικής Λειτουργίας δομών διαφόρων ειδών, διαφόρων ετών. Συγκεκριμένα:

1. Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Κέντρου Δημέρευσης και Ημερήσιας Φροντίδας του Συνδέσμου Προστασίας Παιδιών και ΑΜΕΑ Χολαργού (2018).
2. Εσωτερικός Κανονισμός Διοικήσεως και Λειτουργίας “ΣΙΚΙΑΡΙΔΕΙΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΑΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΩΝ ΠΑΙΔΩΝ” (1971).
3. Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Ιδρύματος “Η ΑΓΙΑ ΦΙΛΟΘΕΗ” Καθυστερημένων Ατόμων (1986).
4. Κανονισμός Λειτουργίας ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ “ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ” (1993).
5. Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης “ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΓΙΑ 15 ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ



ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΟΡΕΣΤΙΑΔΑ-ΝΟΜΟΣ ΕΒΡΟΥ΄΄ ΨΥΧΑΣΠΙΣ (2006).

6. Τροποποίηση και κωδικοποίηση του κανονισμού λειτουργίας του εκκλησιαστικού ιδρύματος υπό την επωνυμία “Ίδρυμα περιθάλψεων ατόμων με νοητική υστέρηση ή σύνδρομο DOWN Μαρία Κόκκορη” της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, ΦΕΚ 4490/Β/11-10-2018.

7. Εσωτερικός Κανονισμός του Ιδρύματος “ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ‘Η ΜΕΡΙΜΝΑ’” (2013).

Αν παραβλέψουμε τη χρήση της καθαρεύουσας στους παλαιότερους εσωτερικούς κανονισμούς καθώς και κάποιων αδόκιμων όρων πχ “απροσαρμόστων παιδων”, το συνολικό πνεύμα της λειτουργίας ακόμα και των σύγχρονων δομών κοινοτικού – μη ιδρυματικού τύπου, είναι αρκετά τυποποιημένο και γραφειοκρατικό. Διαπιστώνεται ότι:

- α) Όλοι οι Κανονισμοί που μελετήθηκαν είναι περίπου ομοιόμορφοι.
- β) Οι δομές διοικούνται από Διοικητικό Συμβούλιο με αποφασιστική αρμοδιότητα για όλα τα ζητήματα της λειτουργίας.
- γ) Υπάρχει σαφής καθορισμός των υποχρεώσεων και των δικαιωμάτων του προσωπικού και ενδεχόμενη επιβολή ποινής σε περίπτωση παράβασης.
- δ) Λειτουργούν υπό την κυριαρχία της ψυχιατρικής αυθεντίας καθώς ο ψυχίατρος αποφαινεται για κάθε ζήτημα που αφορά την κατάσταση της υγείας των υποκειμένων.
- ε) Τηρούνται όλα τα προσωπικά δεδομένα και το ιατρικό ιστορικό των ωφελούμενων.
- στ) Οι ωφελούμενοι υποχρεώνονται να ενταχθούν προσωρινά και δοκιμαστικά. Μετά την πάροδο της δοκιμαστικής περιόδου, αποφασίζεται από τη διοίκηση της δομής, αν θα γίνει αποδεκτό το αίτημα για την ένταξη του ωφελούμενου σε αυτήν.

Δεν θα μπορούσε να είναι διαφορετικά, διότι όλο το πλαίσιο του τομέα της υγείας είναι ορθολογικά οργανωμένο, εποπτεύεται αλλά και χρηματοδοτείται από ορθολογικά και γραφειοκρατικά οργανωμένους θεσμούς, όπως το κράτος, το αρμόδιο υπουργείο, θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

## **Επισκόπηση**

Στο παρόν κεφάλαιο με το οποίο ολοκληρώνεται η εργασία, επιχειρήθηκε μια περιγραφή της εφαρμογής της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα από τον 20ο στον 21ο αιώνα σε επίπεδο δομών ψυχικής υγείας. Περιγράφηκε η ίδρυση και η ιστορική εξέλιξη τεσσάρων κομβικών για την ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα ψυχιατρείων, της Κέρκυρας, του Δρομοκαΐτειου, του Δαφνίου και της Λέρου. Σχολιάστηκε το πέρασμα από το άσυλο στις κοινοτικού τύπου δομές με αναφορά στην παρούσα φάση του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, μέσα από πληροφοριακά στοιχεία που διατίθενται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας. Έγινε αναφορά σε Κανονισμούς Εσωτερικής Λειτουργίας Δομών Ψυχικής Υγείας προκειμένου να διαπιστωθεί το πνεύμα και το τρόπος διοίκησης και λειτουργίας τους.

## Επίλογος

Η παρούσα διπλωματική εργασία, εκπονήθηκε στο πλαίσιο σπουδών μεταπτυχιακού επιπέδου με κατεύθυνση τον κοινωνικό αποκλεισμό και τα ανθρώπινα δικαιώματα και αναμετρήθηκε με την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα από τον 20ο στον 21ο αιώνα, σε επίπεδο νόμων, θεσμών και δομών. Βασική επιδίωξη ήταν να αναδυθούν τα θέματα ανισότητας, στέρησης δικαιωμάτων και κοινωνικού αποκλεισμού που υφίστανται τα άτομα με ψυχικά και διανοητικά προβλήματα, ανισότητα που προέρχεται πολλές φορές από τον κοινό νομοθέτη ή από την πλημμυρική εφαρμογή και παραβίαση της νομοθεσίας.

Η ψυχική και νοητική ασθένεια ή απλά διαφορετικότητα, κατά την πιο ελεύθερη και φιλοσοφική οπτική, συνιστά ένα θέμα ταυτότητας – ετερότητας που δεν έχει λυθεί σε επίπεδο κοινωνίας για καμία κοινωνική ομάδα που γίνεται αντιληπτή ως “διαφορετική”, άρα δεν θα μπορούσε να έχει λυθεί και σε επίπεδο ψυχιατρικής πολιτικής και θεσμών, σε μία χώρα όπως η Ελλάδα που βρίθει ακόμα και σήμερα από κοινωνικά στερεότυπα και εσφαλμένες αναπαραστάσεις της ετερότητας.

Πολύ περισσότερο δε, που η ψυχιατρική είναι *“ένα σπίτι από τραπουλόχαρτα, που κρατιέται όρθιο από τίποτα περισσότερο ή λιγότερο παρά την πίστη των μαζών στην αλήθεια των αρχών της και στην καλή προαίρεση των πρακτικών της”*, λέει ο Tomas Szasz για να στηλιτεύσει τον εξουσιαστικό της ρόλο και επίσης το παράδοξο, ότι οι “ψυχασθενείς” έχουν κάτι που δεν έχουν οι άλλοι, την ασθένεια, ενώ τους λείπει κάτι που έχουν οι άλλοι, την ευθύνη<sup>172</sup>. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να γίνεται πολύς λόγος για τα δικαιώματα των ψυχικά/νοητικά πασχόντων υποκειμένων, αν και δεν θα έπρεπε διότι οι άνθρωποι είναι αυτονόητο ότι πρέπει να απολαμβάνουμε όλοι τα δικαιώματα αυτά, ενώ σπάνια ακούγεται κάτι για το στοιχειώδες δικαίωμα στη μη θεραπεία. Παράλληλα, η θεραπεία και η πρόσβαση σε αυτήν, θεωρείται και κατοχυρώνεται ως δικαίωμα και μάλιστα τίθεται διαρκώς σε αναζήτηση όταν διαπιστώνεται η στέρησή της, για τους εξής λόγους:

1. Το αντι-ψυχιατρικό πνεύμα της δεκαετίας του 1960-1970 πέρασε αλλά δεν άγγιξε σε βάθος την ελληνική ψυχιατρική κοινότητα, για τους λόγους που έχουν εν πολλοίς αναλυθεί. Κατά συνέπεια, καμία ψυχιατρική μεταρρύθμιση δεν αμφισβήτησε τις

---

172 SZAZS T., (1989) ό.π., ΠΡΟΛΟΓΟΣ.

αντιθέσεις υγείας-ασθένειας, (υγιούς) ιατρού-ασθενή. Άρα μιλάμε για ασθένεια, και οι ασθένειες πρέπει να θεραπεύονται, ειδικά όταν παράγουν παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και αντικοινωνική στάση ζωής, σε σύγκριση με το κοινά παραδεκτό ως “φυσιολογικό”.

2. Η ορθολογικότητα (με βεμπεριανούς όρους) στην ανάπτυξη και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, της γνώσης και των νέων ανακαλύψεων με τα οποία εξοπλίζεται, η επίτευξή της στον έλεγχο του ανθρώπινου σώματος, η ικανότητα να θεραπεύει και να επιχειρεί προβλέψεις για την ανθρώπινη ζωή<sup>173</sup> και όλο το μοντέλο της βιοϊατρικής στη νεωτερικότητα, δεν αφήνει περιθώρια για τη μη θεραπεία ή για την αντιστροφή των ρόλων και της ιεραρχίας.

3. Στην Ελλάδα, για τους κοινωνικοιστορικούς λόγους που αναφέρθηκαν, η ψυχιατρική αλλά και γενικά η περίθαλψη συνδέθηκε και εξακολουθεί να συνδέεται με το κράτος – πρόνοιας. Η λειτουργία της κοινωνικής πρόνοιας ως κρατική ευθύνη και υποχρέωση απέναντι στις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, συνδέθηκε με τη θέσπιση διατάξεων και δομών ώστε να εξασφαλίζεται η πρόσβαση στη θεραπευτική αγωγή, διαφορετικά μιλάμε για ανισότητα και υστέρηση δικαιωμάτων.

Έτσι λοιπόν, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση ξεκίνησε και συνεχίζει στη βάση της περίθαλψης και θεραπείας, κατά το δυνατό όλων των πασχόντων υποκειμένων. Η εξέλιξη στα χρόνια που πέρασαν, αφορά τον τρόπο και το είδος της θεραπείας καθώς και το πλαίσιο. Γι αυτό το λόγο, όλο το πνεύμα της μεταρρύθμισης εστιάζει στη μετατόπιση από τα άσυλα στην κοινότητα. Τα δικαιώματα λοιπόν των πασχόντων, θεμελιώνονται στην πρόσβασή τους, στα τέλη του 19ου και στο πρώτο μισό του 20ου αιώνα στα ψυχιατρεία για θεραπεία, σήμερα, στις κοινοτικές δομές ώστε να μη βιώνουν τα αρνητικά αποτελέσματα της ιδρυματοποίησης. Επίσης, θεμελιώνονται ως “δικαίωμα στην κανονικότητα” ή ως υποχρέωση σε αυτήν. Η κανονικότητα επομένως, γίνεται δικαίωμα και υποχρέωση και συνιστά το μέτρο της επιτυχίας της μεταρρύθμισης. Υπό αυτή την έννοια, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση κρίνεται από αρκετούς έγκριτους επιστήμονες (των οποίων τις απόψεις και το έργο συμβουλευτήκαμε και παραθέσαμε) ως θετική αλλά έχει πολύ δρόμο ακόμη να διανύσει ή άτολμη διότι δεν ήρθε σε πλήρη ρήξη με τις κυρίαρχες ψυχιατρικές αντιλήψεις ή ως ανεπαρκής με βάση μετρήσεις για το πόσο ανταποκρίνεται στους στόχους του προγράμματος που υλοποιεί. Από άλλους ακόμα, κρίνεται ως ένα

---

173 ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ., (2005) ό.π., σ. 81.

τέχνασμα της πολιτείας και των θεσμών της ΕΕ, προκειμένου να εισέλθει η ιδιωτική πρωτοβουλία και οι ΜΚΟ στο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης. Θεωρούμε ότι η αλήθεια βρίσκεται στο συγκερασμό όλων αυτών των απόψεων, δεδομένου ότι η παρούσα εργασία δεν δύναται και δεν είχε εξ αρχής την πρόθεση να προβεί σε ποσοτικές αναλύσεις και ιδιαίτερες μελέτες, αλλά να αποτυπώσει αυτό που διαφαίνεται ως πρόθεση από το ελληνικό κράτος κάθε φορά.

Είναι βέβαιο ότι σε πρώτη φάση, τα τελευταία 25 χρόνια, μεγάλο μέρος των πασχόντων υποκειμένων απολαμβάνει την απασχόλησή του σε δομές κοινοτικού τύπου, σε Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης με συνθήκες πραγματικής ζωής και αυτοοργάνωσης, εκπαιδεύεται και καταρτίζεται επαγγελματικά και καταξιώνεται κοινωνικά σε μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με την εποχή της χρόνιας νοσηλείας, του στιγματισμού και των ασύλων. Παρόλα αυτά, δείξαμε το αυστηρό κανονιστικό πλαίσιο των σύγχρονων δομών που δεν διαφέρει καθόλου από εκείνο των παλαιότερων, την πρωτοκαθεδρία των ψυχιάτρων και του δικαστικού σώματος που αποφαίνονται με υποκειμενικά κριτήρια και με εστίαση στο “πρόβλημα του ασθενούς”, ακόμα και για την άσκηση δικαιωμάτων τους, για τα οποία κρίνονται μη ικανοί.

**Συμπεράσματα:** Σε ό,τι αφορά τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης που τέθηκαν στην Εισαγωγή, εξάγονται με κάθε επιφύλαξη (λόγω των αντικειμενικών ορίων ) τα ακόλουθα συμπεράσματα:

α) Διαφαίνεται και μάλλον τεκμηριώθηκε στην παρούσα εργασία, η συσχέτιση και η συνύφανση των κοινωνικών και πολιτικών εξελίξεων, του κυρίαρχου ιδεολογικού λόγου και των κοινωνικών αναπαραστάσεων, με τη διαμόρφωση της ψυχιατρικής πολιτικής σε επίπεδο νόμων και θεσμών, με αρκετή χρονική καθυστέρηση που φτάνει στα 30 ή 40 χρόνια της προσαρμογής της νομοθεσίας στις νεότερες αντιλήψεις.

β) Η οριοθέτηση δια του ορθού λόγου μεταξύ ψυχικής υγείας – ψυχικής ασθένειας συνιστά πηγή ανισότητας και καταπάτησης δικαιωμάτων.

γ) Για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και τα όριά της, αναφερθήκαμε αμέσως παραπάνω.

δ) Διαφαίνεται ότι οι καθυστερήσεις στις βελτιώσεις σε όλο το εξεταζόμενο φάσμα, θα ήταν μεγαλύτερες αν δεν ήταν ενταγμένη η χώρα μας στο ευρωπαϊκό πλαίσιο. Πιθανόν

να μην είχε ξεκινήσει η μεταρρύθμιση, τουλάχιστον κατά την δεκαετία του 1980 με τον Κανονισμό 815/84, καθώς η Ελλάδα, είδαμε ότι πρέπει να συμμορφώνεται διαρκώς στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υπό την πίεση των ευρωπαϊκών και διεθνών κανονισμών. Η ουσία και το πνεύμα της μεταρρύθμισης στο χώρο της ψυχικής υγείας, με έμφαση στα ανθρώπινα δικαιώματα και στη μη αντικειμενοποίηση των υποκειμένων, δεν έχει αφομοιωθεί από το ελληνικό θεσμικό σύστημα και δεν έχει αναδειχθεί σε κυρίαρχη κουλτούρα. Προχωρά και εξελίσσεται ως αποτέλεσμα των ευρωπαϊκών και διεθνών υποχρεώσεων της χώρας.

**Προτάσεις:** Σε όλη την έκταση της παρούσης μελέτης, έγινε αναφορά στη μετατόπιση σε μια *ολιστική προσέγγιση* της υγείας, της ασθένειας και του ανθρώπινου σώματος. Η αντίληψη αυτή, που κυριάρχησε σε άλλες εποχές στο παρελθόν, επανέρχεται στη μετανεωτερικότητα, μέσα σε ένα κλίμα αμφισβήτησης της ορθολογικότητας (προερχόμενης από το Διαφωτισμό) και της επιστήμης, που διαμελίζει τον άνθρωπο σε κομμάτια (σώμα, νου, αισθήσεις, επιθυμίες, σεξουαλικότητα, λογική, συναίσθημα) και τα ελέγχει ξεχωριστά. Η αμφισβήτηση αυτή, προέρχεται από πρωτοπόρα κομμάτια της κοινωνίας, κινήματα και επιφανείς διανοούμενους (Durkheim, Nietzsche, Foucault, Douglas, Elias, κá)<sup>174</sup>. Όταν ο Oliver Sacks<sup>175</sup>, νευρολόγος ψυχίατρος και συγγραφέας, αμφισβητώντας πλήρως την επιστήμη του και αποκαλώντας την “ελλειμματική”, προσέγγισε ολιστικά τους ασθενείς διάφορων ψυχικών και νοητικών παθήσεων που παρακολουθούσε, δεν το έκανε σε ψυχιατρική δομή κοινοτικού τύπου αλλά σε ίδρυμα της δεκαετίας του 1980 στη Νέα Υόρκη. Όμως η δική του διαφορετική προσέγγιση και η παρακολούθηση εντός του ιδρύματος επί είκοσι πέντε χρόνια των ίδιων ατόμων, τον βοήθησε να καταλάβει ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση ανασυγκροτούνται μέσω της τέχνης, ότι τα άτομα με αυτισμό, μετρούν σε ελάχιστο χρόνο χιλιάδες στοιχεία, όχι μηχανιστικά, αλλά τα “βλέπουν” ή τα “ακούν” όπως ακούει κανείς μουσική ή θαυμάζει ένα έργο τέχνης.

Στην παραπάνω προσέγγιση του Oliver Sacks και στις θεωρίες περί αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και συνολικού περιβάλλοντος, εδράζεται η βασική πρότασή μας, που θα πρέπει να διαπνέει όλο το φάσμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Επίσης, κρίνεται απαραίτητο να συνεχιστεί, με όλες τις αδυναμίες του,

---

174 ΜΑΚΡΥΝΙΩΤΗ Δ., (2004) *Τα όρια του σώματος. Διαεπιστημονικές Προσεγγίσεις*, ΑΘΗΝΑ: ΝΗΣΟΣ, σ. 13.

175 SACKS O., (1985) *Ο άνθρωπος που μπέρδεψε τη γυναίκα του με ένα καπέλο*, μτφρ; Κ. Ποτάγας, ΑΘΗΝΑ: ΑΓΡΑ

το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ, καθώς ύστερα από 25 χρόνια εφαρμογής του έχουν διαφανεί οι δομικές αδυναμίες και θα μπορούσαν να εντοπιστούν και να διορθωθούν.

Τέλος, μια επαναπροσέγγιση της Ψυχιατρικής και του Δικαίου για την προστασία των δικαιωμάτων των υποκειμένων, μακριά από το γραφειοκρατικό και διεκπεραιωτικό τρόπο λειτουργίας και των δύο πεδίων, κρίνεται αναγκαία για την ανατροπή της καταπάτησης των δικαιωμάτων μέσω του “ακαταλόγιστου”.

## Βιβλιογραφία – Πηγές

### Βιβλιογραφία ελληνική

ΔΟΥΖΕΝΗΣ Α., ΛΥΚΟΥΡΑΣ Ε., (2013) *Θέματα νόμου και Ψυχιατρικής*, ΑΘΗΝΑ: ΕΚΔ. ΒΗΤΑ

ΖΗΣΗ Α., (2002) *Επανάταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων. Εμπειρικά Ευρήματα, Νέες Προσεγγίσεις και Προοπτικές*, ΑΘΗΝΑ: ΤΥΠΩΘΗΤΩ

ΚΟΝΔΥΛΗΣ Π., (1991) *Η παρακμή του αστικού πολιτισμού. Από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα εποχή και από το φιλελευθερισμό στη μαζική δημοκρατία*, ΑΘΗΝΑ: ΘΕΜΕΛΙΟ

ΛΕΚΚΑ, Β., (2012) *Ιστορία και θεωρία της Ψυχιατρικής – Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault* Αθήνα: futura

ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., (2000) *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, εκδ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ

ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (1994) *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από την θεωρία στην πράξη*, ΑΘΗΝΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΜΑΚΡΥΝΙΩΤΗ Δ., (2004) *Τα όρια του σώματος. Διαεπιστημονικές Προσεγγίσεις*, ΑΘΗΝΑ: ΝΗΣΟΣ

ΜΕΓΑΛΟΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Θ., (2016) *ΛΕΡΟΣ: Μια ζωντανή αμφισβήτηση της κλασικής ψυχιατρικής*, ΑΘΗΝΑ: ΑΓΡΑ

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. (2005) *Κοινωνιολογία της υγείας*, Τ. Α΄, ΑΘΗΝΑ: ΔΙΟΝΙΚΟΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Ν.,- ΚΟΣΜΑΤΟΣ Κ., (1997) *Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε Ψυχιατρείο. Νομοθετική ρύθμιση, Πρακτική Εφαρμογή*, ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ «ΥΠΕΡΑΣΠΙΣΗΣ», Εκδ. Αντ. Σάκκουλα, ΑΘΗΝΑ-ΚΟΜΟΤΗΝΗ

ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ., (1995) *Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα*, ΑΘΗΝΑ: ΕΞΑΝΤΑΣ

ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.,-υπεύθυνος έκδοσης(1990) *ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, Κείμενα από δύο συμπόσια για την Ψυχιατρική, την επικινδυνότητα και τη Δικαιοσύνη , υπεύθυνος έκδοσης Π., επιμελητής έκδοσης Μ. ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ, εκδ. ΠΑΠΑΖΗΣΗ

ΣΒΟΡΩΝΟΣ Ν., (1972) *Επισκόπηση της νεοελληνικής ιστορίας*, ΑΘΗΝΑ: ΘΕΜΕΛΙΟ

ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ., (1989) *Μυθολογίες βίας και καταστολής*, ΑΘΗΝΑ: ΠΑΠΑΖΗΣΗ

ΤΣΑΛΙΚΟΓΛΟΥ Φ., (1989) *Σχιζοφρένεια και φόνος. Μια ψυχολογική – εγκληματολογική έρευνα*, Β΄ έκδοση, ΑΘΗΝΑ: ΠΑΠΑΖΗΣΗ



ΤΣΙΠΟΣ Ν., (2013) *Κράτος, εξουσία, κοινοβουλευτικό σύστημα σε κρίση κατά την περίοδο 1914-1920. Ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η λειτουργία του πολιτεύματος*, ΑΘΗΝΑ, ΠΑΠΑΖΗΣΗ

ΦΑΦΑΛΙΟΥ Μ., (1995) *Ιερά Οδός 343 Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο, β' έκδοση 2018*, ΑΘΗΝΑ: ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ

### **Βιβλιογραφία ξενόγλωσση**

FOUCAULT, M., (1973) *Madness & Civilization. A history or insanity in the Age of Reason*, (μτφρ. στα αγγλικά από το γαλλικό πρωτότυπο: *Folie et deraison*), USA, σ. ix Preface.

FOUCAULT, M., (1954) *Mental illness and psychology* (μτφρ. στην αγγλική γλώσσα Alan Sheridan), USA, 1987

PEPPER, St., (1942), *World Hypotheses. A study in evidence*, University of California

### **Βιβλιογραφία σε μετάφραση**

COOPER, D., (1967) *Ψυχιατρική και Αντιψυχιατρική* (μτφρ: Καίτη Χατζηδήμου-Ιουλιέτα Ράλλη), εκδ. ΡΑΠΠΑ (1974)

FOUCAULT M., (1964 πρώτη έκδοση, Παρίσι) *Η ιστορία της τρέλας* (μτφρ. Φραγκίσκη Αμπαζοπούλου), ΑΘΗΝΑ: ΗΡΙΑΔΑΝΟΣ

FOUCAULT M., (2007) *Ιστορία της τρέλα στην Κλασική Εποχή* (μτφρ: Π. Μπουρλάκης), ΑΘΗΝΑ: ΚΑΝΕΝΤΗΣ

FOUCAULT, M., (1978) *Ιστορία της Σεξουαλικότητας*, (μτφρ: Γκλόρυ Ροζάκη, επιμ. Μτφρ: Γιάννης Κρητικός), εκδ. ΡΑΠΠΑ, τ.1

GOFFMAN E.,(1961) *Το Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*, Πρώτη έκδοση 1961(μτφ.: Δήμητρα Μακρυνιώτη) Εκδ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ, 2001

HODAPP R., (2003), *Αναπτυξιακές θεωρίες και αναπηρία. Νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές διαταραχές και κινητική αναπηρία* (μτφρ: Μ. Δεληγιάννη), ΑΘΗΝΑ: ΜΕΤΑΙΧΜΙΟ

SACKS O., (1985) *Ο άνθρωπος που μπέρδεψε τη γυναίκα του με ένα καπέλο*, μτφρ; Κ. Ποτάγας, ΑΘΗΝΑ: ΑΓΡΑ

SZAZS Th.,(1989) *Νόμος, ελευθερία και ψυχιατρική, ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ*, (μτφρ: Κ. Σπίγγος 2007), ΑΘΗΝΑ: ΑΡΧΙΠΕΛΑΓΟΣ

SZASZ. Th., (1991) *“Η βιομηχανία της τρέλας. Μια συγκριτική μελέτη της Ιερής Εξέτασης και της Κίνησης Ψυχικής Υγείας*, (μτφρ. Έφη Χαίρη – Σκαράγκα), Επιμ. Κλεάνθης Γρίβας, εκδ.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ,

### Ηλεκτρονικά βιβλία ξενόγλωσσα

LAING, Ronald D.,(1960) *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness* βιβλίο pdf.

### Άρθρα στην ελληνική γλώσσα

ΙΩΣΗΦ, Δ., “Οι ψυχικές παθήσεις στα αρχαία ελληνικά μυθιστορήματα”, *Ψυχής Πάθη*, Ειδικό Τεύχος 118-053.

ΣΓΟΥΡΟΣ Ξ., (1994) άρθρο “Το Δαφνί κατά την περίοδο του φασισμού”, *Τετράδια Ψυχιατρικής* τ. 47, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 1994 ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΦΑΣΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ Δ., (2003), άρθρο: “Η άρση του καταλογισμού των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών”, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 83

ΤΣΟΥΝΗΣ Α., (2012), άρθρο “Η όξυνση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στην Ελλάδα στην εποχή της αποδόμησης του κοινωνικού κράτους”, *Τετράδια Ψυχιατρικής* τ. 119

### Άρθρα σε ιστοσελίδες

ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗΣ Β., (1998) άρθρο “Το Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο: 1887-1903. Όψεις της εγκατάστασης ενός ιδρυματικού θεσμού”, *Μνήμων* Τόμ.20, διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.12681/mnim>.

ΜΑΝΙΤΑΚΗΣ Α., (2005) “Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία;” άρθρο στο *Neapolis University HEPHAESTUS Repository*, διαθέσιμο στο <http://hdl.handle.net/11728/11413>.

ΜΥΛΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Δ., (2014), άρθρο “Από τον φρενοβλαβή στον ψυχικά ασθενή. Ιστορική εξέλιξη της νομικής ορολογίας”, στο *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014*

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΑΡΑΤΟΥ, Ο., (2004) “Έκατό χρόνια Ψυχανάλυση: Το φάσμα των εφαρμογών της”, *PSYCHOLOGY*, 2004, 11(4) 478-487, Ιστότοπος ΠΑΝΔΗΜΟΣ, ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ.

ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ ΣΤ., ΠΑΝΑΓΟΥ ΑΙΜ., (2018) άρθρο: “Ακούσιες νοσηλείες στην Ελλάδα: από την ανάγκη θεραπείας στον θάνατο των δικαιωμάτων”, διαθέσιμο στο <https://theartof>

ΣΥΛΛΟΓΙΚΟ ΑΡΘΡΟ: ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ Σ., ΑΣΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Χ., ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Α., ΑΝΤΩΝΑΚΑΚΗ Π., ΜΑΓΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε., (2017) “Αποτύπωση της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας ακαταλόγιστων ψυχικά ασθενών, άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ (SPECIAL ARTICLE), διαθέσιμο στο ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018

ΤΕΡΖΑΚΗΣ, Φ., (2013) «Η εποχή της αντιψυχιατρικής», διαθέσιμο στο [fotisterzakis.gr/keimena/13\\_antipsyhiatrikh.htm](http://fotisterzakis.gr/keimena/13_antipsyhiatrikh.htm), 26/4/2019 19:40.

### **Ξενόγλωσσα άρθρα σε ιστοσελίδες**

BROWN, G., HARRIS, T. (1978) *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder*, e-Book διαθέσιμο στο: <https://doi.org/10.4324/9780203714911>. Πρώτη έκδοση, ΛΟΝΔΙΝΟ 1978, Chapter 10: *Social Class, provoking agents and depression*, Chapter 17: *Summary and Conclasions*.

KE X. & LIU J., (2012) “Intellectual Disability”, DEVELOPMENTAL DISORDERS, Chapter C.1, διαθέσιμο στο [iacapar.org](http://iacapar.org), είσοδος 14-04-2019, 11.37.

HARRIS J., & GREENSPANSt., (2016) “Definition and Nature of Intellectual Disability, Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities, διαθέσιμο στο <http://www.spinger.com/978-3-319-26581-0>, είσοδος 14-04-2019, 13.00.

### **Πηγές/Ηλεκτρονικές πηγές**

Εκθέσεις Ανεξάρτητης Αρχής Συνήγορος του Πολίτη

Εκθέσεις Πεπραγμένων Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου (ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΒΟΥΛΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ)

Έκθεση Παρακολούθησης 2006 *Τα Δικαιώματα των Ατόμων με Νοητική Καθυστέρηση. Η Πρόσβαση στην Εκπαίδευση και στην Εργασία.*

Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αριθ. I.088, 31-3-1984, p. 0001-0003, Document 31984R0815.

Βουλή των Ελλήνων - Ψηφιακό Αρχείο

Εθνικό Τυπογραφείο

Λεξικό της αρχαίας ελληνικής γλώσσας [www.greek-language.gr](http://www.greek-language.gr).

World Health Organization

## **Ιστοσελίδες**

Ιστοσελίδα ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,  
*ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ*, διαθέσιμο στο [www.aiginiteio.gr](http://www.aiginiteio.gr)

Επίσημη ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας

ΨΝΑ “ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ”, <http://www.dromokaiteio.gr>

ΨΝΑ “Δαφνί”.

