





ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ

**Ψυχιατρική και Χώρος -
Το αίτημα της αποΐδρυματοποίησης**

Φοιτήτρια: Δανάη Γάκη
Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Μαρία Μάρκου

ΑΘΗΝΑ
Φεβρουάριος 2016



Περιεχόμενα

1. Ψυχική ασθένεια και ιδρυματισμός	
1.1. Ψυχική υγεία.....	7
1.2. Η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας στην ιστορία.....	8
Αρχαιότητα	
Χριστιανισμός	
Μεσαίωνας- Αναγέννηση	
Νεώτεροι χρόνοι	
20ος αιώνας	
1.3. Ασυλοποίηση και ιδρυματισμός.....	22
Η ιστορική διαδρομή του άσυλου	
2. Συνέπειες ιδρυματισμού / Ιδρυματισμός στην Ελλάδα	
2.1. Οι συνέπειες του ιδρυματισμού στον ψυχικά νοσούντα.....	31
2.2. Ιδρυματισμός στην Ελλάδα.....	38
Η περίπτωση του Δρομοκαΐτειου	
Η περίπτωση της Λέρου	
3. Από το άσυλο στην κοινότητα	
3.1. Απαρχή της αποασυλοποίησης.....	52
3.2. Το κίνημα της αντιψυχιατρικής.....	54
3.3. Η «δημοκρατική ψυχιατρική».....	60
3.4. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα.....	63
4. Ανάγνωση του θεραπευτικού χώρου μέσα από αρχιτεκτονικά εργαλεία	
4.1. Νευροχωρικό σύστημα.....	67
4.2. Αρχιτεκτονική ψυχιατρικών δομών.....	76
ΑντιΕπιλόγου.....	82
Βιβλιογραφία.....	85



1. Ψυχική ασθένεια και ιδρυματισμός

1.1. Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία μπορεί να οριστεί ως η ικανότητα των μεμονωμένων ατόμων όπως και των κοινωνικών ομάδων να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, με τρόπους που προωθούν αντικειμενικά το ευ ζην, την ανάπτυξη, τη γνωστική ικανότητα, τη συναισθηματική ευφυΐα. Είναι κάτι πολύ περισσότερο από την απουσία της ψυχικής νόσου. Η θετική ψυχική υγεία συνεπάγεται τη δυνατότητα αυτοπραγμάτωσης, την προσωπική ολοκλήρωση και την κατάσταση ισορροπίας του ατόμου. Το βοηθάει να συνειδητοποιήσει την ταυτότητά του και να την αποδεχθεί, αξιολογώντας αντικειμενικά τον εαυτό του (Σεχίδου, 2011).

Από τη μεριά των επιστημόνων της ψυχικής υγείας, αναφέρεται πως η ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής φύσεως οφείλεται σε ένα συνδυασμό αλληλεπιδρώντων παραγόντων οι οποίοι δεν αποτελούν αποκλειστικά και μόνο βιολογική υπόθεση αλλά και κοινωνική – περιβαλλοντική (Χριστοδούλου και Κονταξάκης 1994). Η ύπαρξη τέτοιων παραγόντων είναι ικανή να προκαλέσει ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών που πιστοποιεί την ύπαρξη κακής ψυχικής, η οποία συμπεριλαμβάνει ενδεικτικά τις αλλοιώσεις που υφίσταται ο ψυχισμός του ανθρώπου εξαιτίας των ψυχώσεων, των συναισθηματικών διαταραχών, της μείζονος ή ελάσσονος κατάθλιψης, των διαταραχών της προσωπικότητας, όπως και της αγχώδους διαταραχής. Η τελευταία είναι ιδιαίτερα κοινή στις μέρες μας και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τη διαταραχή πανικού, την αγοραφοβία, την κοινωνική φοβία, τον καταναγκασμό και ψυχαναγκασμό και το ψυχοτραυματικό στρες. Οι πιο κοινές ψυχικές διαταραχές στην Ευρώπη είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. Μέχρι το έτος 2020 η κατάθλιψη προβλέπεται να είναι η σοβαρότερη αιτία ασθένειας στον αναπτυσσόμενο κόσμο (Lehtinen κ.α 2005).

Σύμφωνα με τη σύγχρονη ψυχιατρική οι κοινωνίες και οι εκάστοτε κυβερνήσεις οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένες στα θέματα ψυχικής υγείας και να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα έναντι των ψυχικών διαταραχών. Μπορούμε να θεωρήσουμε παράδοξο το γεγονός ότι παρά τη σοβαρότητα του προβλήματος και παρότι αυτό μας εμπλέκει αναπόφευκτα όλους, δεν έχει ακόμη εξαλειφθεί το στίγμα της ψυχικής νόσου με το δυσάρεστο επακόλουθο να μην είναι κοινωνικά αποδεκτοί οι νοσούντες, να υφίστανται αποκλεισμό και υπαρκτή απομόνωση. Φαίνεται πως το θέμα της ψυχικής νόσου προκαλεί δυσάρεστα και φοβικά συναισθήματα που εμποδίζουν την αντικειμενική και συνετή αντιμετώπισή του. Αποτελεί δηλαδή ταμπού ακόμα και στη σύγχρονη κοινωνία. Κανείς δεν επιθυμεί να το «αγγίξει» σε βάθος. Άλλωστε το πρόβλημα αφορά εξ

ολοκληρού «τον άλλο» όποιος κι αν είναι αυτός. «Ο άλλος», λοιπόν, ως πρόσωπο στιγματίζεται από το περιβάλλον του και υφίσταται τις αρνητικές συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού (Fontana, 1996). Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός είναι ως ένα βαθμό ασαφής και προσλαμβάνει ποικίλλες εκφάνσεις. Κατά γενική, πάντως, παραδοχή τα πρόσωπα που ζουν στο περιθώριο της κοινωνίας δεν το επιλέγουν αλλά οδηγούνται σε αυτό μέσα από διαδικασίες κοινωνικής επιλογής. Τάξεις, κατηγορίες, φυλές, επιστημονικοί ορισμοί, τους ταξινομήσαν ως άλλους, χωρίς να αφήσουν χώρο για μια επαλήθευση και χωρίς να επιτρέψουν στους άλλους να αναρωτηθούν ποια ήταν - πέραν του να είναι αντικείμενα καταπίεσης - η ταυτότητά τους. Οι ψυχικά ασθενείς, οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών, οι φυλακισμένοι, οι τσιγγάνοι, οι μετανάστες αλλά και τα χαμηλώς αμειβόμενα στρώματα που αγγίζουν τα όρια της φτώχειας ή βρίσκονται μέσα σ' αυτή, ανήκουν στη στιγματισμένη κατηγορία των κοινωνικά αποκλεισμένων, στις λεγόμενες «ειδικές κοινωνικές ομάδες». Λέγοντας «ειδικές κοινωνικές ομάδες», με άλλα λόγια «στα τμήματα του πληθυσμού που διαφοροποιούνται από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και στην ουσία κινούνται στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής σε επίπεδο ευκαιριών και δράσης» (Λάβδας 1995). Οι ψυχικά ασθενείς, πράγματι, πλήττονται βαθύτατα από τη στιγματιστική νοοτροπία και τις αναχρονιστικές αντιλήψεις που επιβιώνουν στην κοινωνία και συνεχίζουν να τροφοδοτούνται από αυτή.

1.2. Η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας στην ιστορία

Αναμφίβολα, η ψυχική νόσος όπως και η οποιαδήποτε εκδήλωση νοσηρότητας στον ανθρώπινο οργανισμό, εμφανίζονται στο μακρότατο ιστορικό παρελθόν και οι πρώτες μαρτυρίες για αυτή ανάγονται στα προϊστορικά χρόνια. Η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και του νοσούντα από αυτή υπήρξε ανάλογη των συνθηκών ζωής και του πολιτιστικού υπόβαθρου της κάθε κοινωνίας, όπως και των γενικότερων πεποιθήσεων που πήγαν από τους ηθικούς κώδικες και τον ανθρωπιστικό προσανατολισμό (Σεχίδου, 2011) .

Αρχαιότητα

Κατά τη περίοδο των προϊστορικών χρόνων δεν γινόταν διάκριση μεταξύ ψυχικών και σωματικών ασθενειών. Βασική αιτία πρόκλησης της νόσου, είτε ψυχικής είτε σωματικής, θεωρούνταν πως ήταν η επίδραση από δαίμονικά πνεύματα, τα μάγια ή ακόμη και η επιρροή ενός πνεύματος για λόγους εκδίκησης και τιμωρίας. Τους ανθρώπους που η συμπεριφορά τους διέφερε από εκείνη των υπολοίπων, τους οδηγούσαν σε

ειδικούς θεραπευτές που έργο τους ήταν να εκβάλουν από τον άρρωστο τα κακά πνεύματα. Ο ψυχικά άρρωστος για τους πρωτόγονους λαούς ήταν θύμα των αρνητικών δυνάμεων που εισχωρούσαν μέσα του και τον καθιστούσαν υποχείριο όργανό τους. Η θεωρία πως μια δαμονική δύναμη μπορεί να επηρεάσει και να συσκοτίσει το μυαλό του ανθρώπου, ονομάστηκε δαμονολογία και κυριάρχησε στις κοινωνίες της εποχής εκείνης (Gerald κ.α 1998).

Η ψυχική νόσος στα χρόνια της αρχαιότητας απεικονίζει τις γενικότερες αντιλήψεις της εποχής. Είναι εμφανείς οι παγανιστικές και οι μαγικοθρησκευτικές απόψεις στην πρώιμη αρχαιότητα, όπως και η μεταστροφή τα αμέσως επόμενα χρόνια προς μια πιο ορθολογική θεώρηση των πραγμάτων.

Η αρρώστια της ψυχής στην ελληνική αρχαιότητα είχε υπερφυσική προέλευση και η εμφάνισή της βρισκόταν στην απόλυτη δικαιοδοσία των θεών που τιμωρούσαν τους ανθρώπους με δυσβάσταχτα πάθη που μόνο με θεϊκή παρέμβαση ήταν δυνατόν να εξαλειφθούν. Η δυσλειτουργία όμως της ψυχικής ισορροπίας πιστοποιούσε σε ορισμένες περιπτώσεις και την εύνοια του θείου προς το πρόσωπο του πάσχοντα. Ενίοτε ορίζονταν ως θεόσταλτο δώρο προς τους εκλεκτούς. Το γεγονός αυτό το διαπιστώνουμε και στην αρχαία ελληνική τραγωδία, με τον τρόπο αναπαράστασης της αρρώστιας της ψυχής. Η ασθένεια, όπως και το πάθος, οφείλονται κυρίως στις έξωθεν δυνάμεις που εισβάλλουν στον άνθρωπο και τον κυριεύουν, και όλα ανάγονται στη σφαίρα της θεϊκής αιτιότητας (Pader 1992).



Τρίμορφη αναπαράσταση της Εκάτης.
Ρωμαϊκό, Ύστερη περίοδος της Δημοκρατίας
ή Πρώιμη Αυτοκρατορική, περίπου 50 π.Χ.-
50 μ.Χ. Βοστόν, Μουσείο Καλών Τεχνών.

Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν πως υπεύθυνη για τις νόσους της ψυχής ήταν η θεά Εκάτη, η οποία μπορούσε όμως και να τις θεραπεύσει. Ο βασικός τόπος λατρείας της θεάς Εκάτης βρισκόταν στην πόλη της Λάρισας. Στην Ιπποκρατική πραγματεία Περί ιερής νόσου γίνεται αναφορά σχετικά με τη θεική παρέμβαση.

«Αν τη νύχτα οι άρρωστοι βλέπουν μπροστά τους εικόνες φρίκης και τρόμου, αν σαλεύει το μυαλό τους και, πηδώντας από το κρεβάτι τους, ορμούν να βγουν από το σπίτι, τότε λένε πως η Εκάτη έπεσε πάνω τους.»

Άρα, η ψυχική ασθένεια αναγόταν στη σφαίρα του μεταφυσικού, ως θεόσταλη τιμωρία ή ως ένα πολύτιμο δώρο των θεών προς τον άνθρωπο, δείχνοντάς του τη θεική εύνοια και χαρίζοντάς του δυνάμεις υπερφυσικές που χαρακτηρίζονταν από την εμφάνιση του προφητικού χαρίσματος και την μανία παραληρήματος (Λυπουρλής 2000).



Αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου με μουσικοθεραπεία

Οι αρχαίοι Έλληνες έβλεπαν, όμως, πολύπλευρα την ψυχική ασθένεια. Ο Ηρόκλειος για παράδειγμα πιστεύει πως «η νοσηρότητα της ψυχής μπορεί να προκληθεί από το θυμό και τις ηδονές». Όσον αφορά στα άτομα που πάσχουν από τα «πάθη της ψυχής», ο Ηρόκλειος αναφέρει πως «οι μαρτυρίες ανθρώπων με βάρβαρη ψυχή δεν μπορεί να είναι βάσιμες». Είναι δηλαδή εμφανής μια αρνητική αντιμετώπιση των νοσούντων από ψυχικά αίτια, μιας και υφίστανται υποβάθμιση της προσωπικότητάς τους, με άμεση συνέπεια την πλήρη απαξίωση των λόγων και των πεποιθήσεών τους που κρίνονται ως μη λογικές (Προσωκρατικοί Άπαντα 1995).

Βέβαια υπάρχει και μια άλλη πτυχή του θέματος καθώς, μεταγενέστερα, στην Αθήνα την εποχή του Πλάτωνα, οι πάσχοντες απολάμβαναν το δικαίωμα παραμονής στην οικία τους, ενώ σε περίπτωση που το οικο-

γενεϊακό τους περιβάλλον επεδείκνυε αδιαφορία για τη φροντίδα τους και δεν εκτελούσε πρόθυμα το χρέος του απέναντι στους αρρώστους τότε υπήρχε η πιθανότητα να υποστεί νομικές κυρώσεις από την πολιτεία. Βέβαια, είναι γνωστό πως στους Νόμους του Πλάτωνα οι ασθενείς που έπασχαν από ψυχικά νοσήματα, κινδύνευαν με πενταετή φυλάκιση και τους απαγόρευαν τις κοινωνικές επαφές (Μαδιανός 1994). Κατά τον Εμπεδокλή, «η μανία προκαλείται από τα απόβλητα της ψυχής», ενώ ο Αναξαγόρας πιστεύει πως οι βιολογικές ανωμαλίες είναι οι κύριες αιτίες των ψυχικών συμπτωμάτων, όπως και η αδυναμία ισορροπίας σε βιολογικό επίπεδο (Προσωκρατικοί Άπαντα 2000). Ως συμπέρασμα θα μπορούσαμε να πούμε πως ο ψυχικά ασθενής θεωρείται, βέβαια, ιδιαίτερη προσωπικότητα και προκαλεί αισθήματα ανασφάλειας και φόβου στους συνανθρώπους του, έχει όμως τη δυνατότητα να ενσωματωθεί στην κοινότητα υπό τον όρο ότι αναγνωρίζεται ως μέλος της που στερείται λογικής (Στυλιανίδης κ.α 1994).

Χριστιανισμός

Περνώντας στην εποχή του Χριστιανισμού, βλέπει κανείς πως η Αγία Γραφή βρίθει από αναφορές σχετικά με την ίαση ανθρώπων που έπασχαν από ψυχικές αρρώστιες. Ο λόγος όμως είναι για κατοχή από δαιμονικά πνεύματα. Δεν γίνεται αναφορά στη ψυχική νόσο σαν τέτοια παρότι φαίνεται πως οι περισσότερες τουλάχιστον των περιπτώσεων που αναφέρονται ήταν εκδηλώσεις ψυχικών ασθενειών που εκφύλιζαν την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου που ταλαιπωρούνταν από αυτές. Όσον αφορά τώρα στην εκκλησία, της οποίας έργο είναι να θεραπεύσει την ψυχή, οι αιτίες της ψυχικής ασθένειας εντοπιζόνταν στα πάθη που δεσμεύουν και συγχίζουν το νου.

Τον 3ο αιώνα μ.χ ο Σωρανός ο Εφέσιος και ο Αρεταίος αναπτύσσουν ανθρωπιστικές απόψεις σχετικά με τη θεραπεία των ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι εκείνη την περίοδο κατοικούσαν σε ειδικά δωμάτια χωρίς να διατηρούν καμία απολύτως επαφή με τον έξω κόσμο. Συγκεκριμένα ο Σωρανός κάνει λόγο για την κατάργηση των αλυσίδων στους ψυχικά ασθενείς και την απαγόρευση του εγκλεισμού (Στυλιανίδης κ.α 1994).

Μεσαίωνας - Αναγέννηση

Στα χρόνια του Μεσαίωνα και για λόγους που έχουν να κάνουν με βαθύτατες κοινωνικο-πολιτικές και θρησκευτικές ανακατατάξεις στον ευρωπαϊκό χώρο και το περιβάλλον του παρατηρείται μια παλινδρόμηση όσον αφορά στην κατάκτηση της επιστημονικής γνώσης γύρω από την ψυχική νόσο. Η οποιαδήποτε ανεξήγητη συμπεριφορά συνδέεται με την παρουσία κακών πνευμάτων. Η «τρέλα» και η «λογική» θεωρείται ότι

βρίσκονται σε αμειλικτη πάλη χωρίς νικητή. Η εμμονή στη δαιμονολογία διαμορφώνει μια αντίληψη για την ψυχική νόσο ως εκδήλωση της κατοχής από ακάθαρτα πνεύματα που φέρνει τον άνθρωπο αντιμέτωπο με τις ανεξήγητες και μυθικές δυνάμεις του κόσμου.



Η έκρηξη της δαιμονολογίας



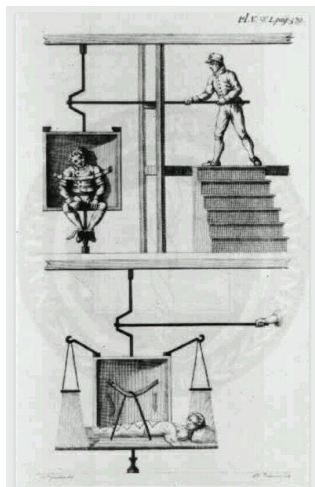
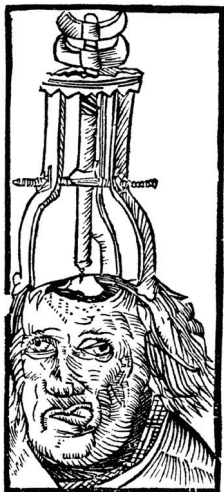
Ιερά εξέταση

Σε μια πρώτη περίοδο η αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου παραμένει σχετικά ήπια με απώτερο σκοπό την ίαση του ασθενή. Σύντομα, όμως, η αντίθεση «τρέλας» και «λογικής» ταυτίζεται με την αντίθεση θρησκευτικής πίστης και “παράδοσης στον δαίμονα”. Η νόσος της ψυχής αποδίδεται στις έξωθεν διαβρωτικές δυνάμεις και κυριαρχεί η πεποίθηση πως η μόνη αποτελεσματική «θεραπεία» για όσους έχουν υποκύψει σε αυτές και κυριαρχούνται από το δαίμονα μπορεί να είναι η αδυσώπητη σωματική και ψυχολογική τιμωρία τους που καταλήγει στη θανάτωσή τους και μάλιστα “δια πυράς” που αντιπροσωπεύει τον οριστικό “καθαρισμό” της κοινωνίας από το μολυσματικό της “άλλο”.

Τον 13ο αιώνα και με πρόσχημα τη σωτηρία των δαιμονισμένων και τη διασφάλιση της κοινότητας από την επιρροή τους, η καθολική εκκλησία εισήγαγε το θεσμό της Ιεράς Εξέτασης με βασικό της έργο την αποκάλυψη των μάγων και των δαιμονόπληκτων και την “δια πυράς” θανάτωσής τους. Τα χρόνια που ακολούθησαν σημειώθηκε στροφή προς την απομόνωση του ασθενούς και σταδιακά προς τον εγκλεισμό του.

Το έτος 1409 ιδρύεται στην Βαλένθια της Ισπανίας ένα ιδιαίτερο άσυλο για τους ψυχικά πάσχοντες που βρίσκεται στον ίδιο χώρο που λειτουργεί η Ιερά Εξέταση. Στην Ισπανία και πάλι παρόμοια ιδρύματα πολλαπλασιάζονται την περίοδο 1412-1489. Πριν από αυτήν την περίοδο, σε όλο τον ευρωπαϊκό χώρο υπήρξαν ήδη νοσοκομεία που έκαναν δεχτή

την εισαγωγή ψυχικά πασχόντων κάτω από προϋποθέσεις που είχαν να κάνουν με τη γενικότερη ψυχοσωματική τους κατάσταση, όπως και με την αδυναμία της κοινότητας να τους αναλάβει επιτυχώς.



Πρακτικές των πρώτων ασύλων

Τρυπανισμός (αριστερά)

Η στροβιλιζόμενη καρέκλα προκαλώντας εμετό για να φύγει η ψυχική ασθένεια. (δεξιά)

Παράλληλα τον 15ο αιώνα είναι πολύ διαδεδομένη και η πρακτική της εκδίωξης των ψυχικά ασθενών από τον τόπο καταγωγής τους ώστε να περιπλανώνται δίχως προορισμό. Οι τοπικοί θεσμοί εξόριζαν τους αρρώστους και τους άφηναν αβοήθητους να περιπλανηθούν σε απόμακρες περιοχές, ενώ σε άλλες περιπτώσεις τους παρέδιδαν σε καράβια προσκυνητών (Foucault, 1964). Μέσα από τέτοιες πρακτικές εμπειρώνονταν ο διαχωρισμός της κοινωνίας σε δυο κατηγορίες: αυτή των λογικών ανθρώπων και η δεύτερη των «παραφρόνων», η εκδίωξη των οποίων θα πρέπει να διατηρεί αναλλοίωτη την πλασματική εικόνα μιας υγιούς, χωρίς αντιφάσεις ή χάσματα κοινωνίας.

Αυτές οι πρακτικές αποπομπής του ασθενούς (κοινωνικό μοντέλο αντιμετώπισης της ασθένειας) έχουν τις ρίζες τους στην αντίληψη του Μιάσματος (13ος-18ος αιώνας) σύμφωνα με την οποία η 'βρωμιά' δηλώνει παθογένεια και είναι μεταδοτική. Ο ασθενής, δηλαδή, αντιμετωπίζεται ως ο ίδιος να αποτελεί τη νοσογόνο αιτία. Και είναι σύμφωνα με αυτήν την αντίληψη, που το βρώμικο περιβάλλον της πόλης αρχίζει να θεωρείται νοσογόνο, οπότε και προκύπτει το δίπολο πόλη=ασθενείς / ύπαιθρος=υγεία (Dulh και Sanchez, 1999).

Η Αναγέννηση σηματοδοτεί τη σταδιακή καταείωση του επιστημονικού πνεύματος και της φιλοσοφίας σε βάρος του θρησκευτικού φανατισμού.

Αξιώνεται η χειραφέτηση του ανθρώπου από τις προκαταλήψεις και τις δεισιδαιμονίες του Μεσαίωνα. Η δαιμονολογία κάνει την επιρροή της και η ψυχική νόσος παύει να συνδέεται με τις μυστικές και ολέθριες δυνάμεις που κατακλύζουν τον άνθρωπο και τον καθιστούν έρμαιο τους. Αντί για τις διαβρωτικές δυνάμεις, το νόημα της νόσου αναζητάται στον άνθρωπο, στις αδυναμίες του και στον ονειρικό κόσμο που ο ίδιος δημιουργεί μέσα στο μυαλό του (Foucault, 1964). Αυτό όμως σηματοδοτεί και την έναρξη μιας νέας πολεμικής που εμπλέκει την οργανωμένη κοινωνία στην αντιμετώπιση της νόσου και καθιστά απαραίτητο τον εγκλεισμό του αρρώστου.

Στα μέσα του 16ου αιώνα ιδρύονται τα πρώτα άσυλα. Εμβληματική χειρονομία είναι η ίδρυση και λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου στο Παρίσι. Ο Λουδοβίκος 13ος υπογράφει το διάταγμα για την ίδρυσή του και, λίγα χρόνια αργότερα, υπογράφει νέο διάταγμα που προβλέπει την ίδρυση ενός Γενικού Νοσοκομείου σε κάθε πόλη της Γαλλίας. Παρόμοια ιδρύματα δημιουργούνται ταχύτατα σε όλη την Ευρώπη στο πλαίσιο μιας «επιχείρησης σκούπας» που έχει ως στόχο να απαλλάξει την κοινωνία από κάθε ομάδα πληθυσμού που με οποιοδήποτε τρόπο υπογραμμίζει τις ρωγμές της “κανονικότητας” .



Guy's Hospital,
Λονδίνο 1724

Το νοσοκομείο – σαν χώρος και σαν θεσμός – υπήρξε καθοριστικό για τον αστικό βίο της Δύσης από τον Μεσαίωνα και εξής. Μετά την εμφάνισή του στη Γαλλία και την εξάπλωσή του και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, απέκτησε ποικίλες μορφές και λειτουργίες μέχρι να καταλήξει στη σημερινή του σημασία και σκοπιμότητα. Στις απαρχές του δεν ήταν ιατρικό ίδρυμα. Ήταν ίδρυμα εγκάθειρξης όχι μόνο για ψυχικά και σωματικά ασθενείς, αλλά και για φτωχούς, άεργους και μικροπαραβάτες. Το κράτος αναλάμβανε ‘δημοσία δαπάνη’ να θρέψει και να στεγάσει

αυτές τις ετερόκλητες ομάδες του πληθυσμού με αντάλλαγμα την προσωπική τους ελευθερία.

Ο εγκλεισμός αυτών των ομάδων στο νοσοκομείο έχει διπλή σκοπιμότητα. Από τη μία πλευρά, συνιστά μια μορφή τιμωρίας, καθώς συνδέεται με τις αντιλήψεις της εποχής για το σώμα, τις ασθένειες και την εργασία. Το να είσαι άρρωστος ή να μην εργάζεσαι δηλώνει ηθική κατάπτωση (Sontag, 1993). Από την άλλη ‘απορροφή’ την αθλιότητα και αποφεύγονται οι κοινωνικές και πολιτικές ταραχές που θα προκαλούσε ένα ενδεχόμενο ξεσπάσμα αυτών των ομάδων. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, αυτήν την εποχή, το νοσοκομείο εγκλείοντας τις ομάδες αυτές στο εσωτερικό του και αποκλείοντάς τις από την κοινωνία, εξυπηρετεί την προστασία του υγιούς κοινωνικού συνόλου. «Οι στόχοι και η λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου δεν έχουν απολύτως καμιά σχέση με την ιατρική. Το ίδρυμα αυτό είναι καθαρό δημιούργημα της τάξης που προσπαθούν να επιβάλουν στη Γαλλία η μοναρχία και οι αστοί, που την εποχή αυτή οργανώνονται σαν κατεστημένο.» (Foucault, 1975, σ. 46). Αυτό υποδηλώνεται και από την ελάχιστη σημασία που είχε σε αυτούς τους χώρους η φροντίδα των πάσχοντων και των αδυνάτων. Οι συνθήκες που επικρατούσαν μέσα στο νοσοκομείο το έκαναν καθαυτό μίσημα για την πόλη και την κοινωνία με τον ίδιο τρόπο που θεωρούνταν ότι οι περιθωριοποιημένοι άνθρωποι μπορούν να “μολύνουν” το κοινωνικό σώμα, μεταδίδοντας του ο,τι δεν ήθελε ή δεν έπρεπε να βλέπει σε αυτούς.

Νεώτεροι χρόνοι

Μέχρι το 18 αιώνα δεν υπήρχαν αποτελεσματικά διαγνωστικά εργαλεία και η μόνη δυνατότητα διάγνωσης μίας σωματικής νόσου ήταν από τα εξωτερικά της συμπτώματα. Στο βαθμό που πολλές νόσοι δεν εμφανίζουν εξωτερικά συμπτώματα παρά μόνο σε ένα πολύ προχωρημένο στάδιο, το σώμα που νοσεί καταλήγει έτσι να ταυτίζεται με τη σάρκα που σαπίζει και που είναι έτοιμη να πεθάνει. Ο ασθενής προσφέρει ένα φρικτό θέαμα προκαλώντας αποστροφή στον εαυτό του και στους άλλους. Αυτό τον ωθεί στην περιθωριοποίηση και φαίνεται εύλογη η αποπομπή του μακριά από το υγιές κοινωνικό σύνολο, έξω από την πόλη, στη φύση όπου και αφήνεται στην τύχη του να πεθάνει (πόλη= πολιτισμός, φύση=αγριότητα). Ο βέβαιος θάνατός του, λόγω του προχωρημένου σταδίου της νόσου, δεν αφήνει περιθώρια για αναζήτηση θεραπείας (Lupton, 1994).

Όσο αναφορά την ψυχική νόσο ειδικότερα, ήδη από τον 18ο αιώνα φαίνεται να μεταβάλλεται η στάση απέναντι και προς το πρόσωπο που πάσχει. Ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα που συνέβησαν την εποχή εκείνη στην Αγγλία είναι το ενδιαφέρον της αίρεσης των Κουακέρων

και συγκεκριμένα του Samuel Tuke για τους ψυχικά πάσχοντες που οδήγησε στην ίδρυση ενός ασύλου με την ονομασία «retreat» που θα στέγαζε όσα μέλη της αίρεσης έπασχαν από ψυχικά νοσήματα και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να καταφύγουν σε πολυδάπανα ιδρύματα. Το ίδρυμα εκείνο είχε να παρουσιάσει αρκετά θετικά στοιχεία, εν συγκρίσει βέβαια με τα υπόλοιπα άσυλα της χώρας και της Ευρώπης γενικότερα. Υπήρχε μια σχετική ελευθερία, δεν υπήρχαν κάγκελα ούτε σίδερα στα παράθυρα, οι τρόφιμοι συμμετείχαν σε αγροτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες και κυριαρχούσε πνεύμα αλληλεγγύης, με έντονο το θρησκευτικό στοιχείο (Μπαϊρακτάρης 1994).

Στα τέλη του 18ου αιώνα, η ιατρική έρευνα ανακαλύπτει τα μικρόβια ως την αιτία των μολυσματικών ασθενειών, ενώ το 19ο επωοείται το στηθοσκοπιο (1816) και βελτιώνεται το μικροσκόπιο (δεκαετία 1820). Η θεωρία των μικροβίων και η ιατρική τεχνολογία, πέρα από τις επιπτώσεις που έχουν στις ιατρικές επιστήμες και το σώμα (αντιλήψεις και μορφή), μετατοπίζουν το βάρος από την αποπομπή του ασθενούς στη θεραπεία του (ιατρικό μοντέλο αντιμετώπισης της ασθένειας) (Foucault, 1994). Η μετατόπιση αυτή συμβαίνει την κατάλληλη στιγμή, καθώς εξυπηρετεί την ανάπτυξη της βιομηχανίας, η οποία απαιτεί εργατικά χέρια – δηλαδή, αρτιμελή άτομα που να μπορούν να εργαστούν (παρα-

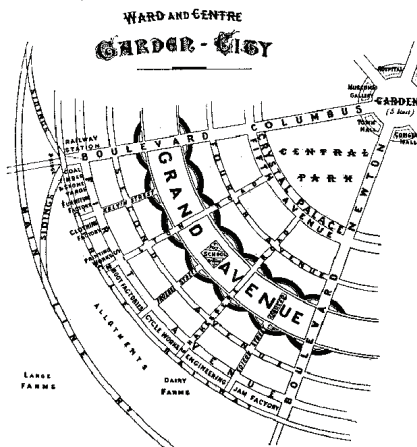
Την περίοδο αυτή, υπάρχει μια τάση για εξυγίανση των κέντρων των πόλεων, η οποία εκφράζεται με τα έργα του Haussman στο Παρίσι, αλλά και με παρεμβάσεις σε άλλες ευρωπαϊκές πόλεις, όπως η Μαδρίτη και η Βαρκελώνη. Τα έργα που γίνονται – κυρίως διανοίξεις λεωφόρων – καταστρέφουν το δαιδαλώδη μεσαιωνικό ιστό, στοχεύοντας όχι μόνο στην αντιμετώπιση των νοσογόνων συνθηκών, αλλά και στην ωραιοποίηση των πόλεων. (Benevolo & Λαζαρίδης, 1977) Το ωραίο, άλλωστε, είναι και υγιές. Υπάρχει, επομένως η απαίτηση και η προσπάθεια τα κέντρα των πόλεων να ανακτήσουν την υγεία τους πρακτικά και συμβολικά. Βέβαια, η ωραιοποίηση των πόλεων δε στοχεύει μόνο στη σύνδεση με την υγεία, αλλά και στην ανάδειξη της αστικής τάξης, της οικονομικά εύρωστης, άρα και υγιούς. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες του 19ου αιώνα, ο Ebenezer Howard, στοχεύοντας στη λύση ή τουλάχιστον τη μείωση των προβλημάτων των βικτωριανών πόλεων (π.χ. επιδημίες, φτώχεια, βρώμα), αναπτύσσει την ιδέα του για την Κηπούπολη. Σύμφωνα με αυτήν, η ‘κεντρική πόλη’, η οποία δεν είναι μεγάλη πληθυσμιακά (Η ιδέα για έναν ιδανικό αριθμό κατοίκων έχει τις ρίζες της στις πολεοδομικές ουτοπίες του 19ου αιώνα (Benevolo & Λαζαρίδης, 1977) περιβάλλεται από έναν πλατύ δακτύλιο ‘υπαίθρου’. Έξω από αυτόν, χτίζονται οι κηπουπόλεις περιμετρικά, αλλά και σε απόσταση μεταξύ τους, ώστε τα στοιχεία της υπαίθρου να είναι τα κυρίαρχα στο χώρο. Τα στοιχεία αυτά διεισδύουν και μέσα στις πόλεις με την μορφή εσωτερικών δακτυ-

γωγικά και λειτουργικά (Αλεξίου, 1999). Στον αστικό χώρο, οι εξελίξεις αυτές οδηγούν στη θέσπιση των πρώτων 'πολεοδομικών νόμων', με βάση τους οποίους γίνονται και οι πρώτες προσπάθειες διαχείρισης του αστικού χώρου (υγιεινιστές, park movement, garden city movement). Παράλληλα οδηγούν και σε μεταρρυθμίσεις στο χώρο του νοσοκομείου (Benevolo & Λαζαρίδης, 1977).

Καρπός της μεταρρυθμιστικής κίνησης είναι η ιατρικοποίηση του νοσοκομείου και η εισαγωγή των πειθαρχικών μηχανισμών ('το βλέμμα') στους κόλπους του (τέλη 18ου - αρχές 19ου αιώνα). Ταυτόχρονα η φτώχεια και η ανεργία παύουν να είναι ηθικές καταστάσεις και γίνονται κατανοητές ως οικονομικά φαινόμενα. Η ύπαρξή τους θεωρείται αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση για τη συσσώρευση πλούτου στον καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής - επομένως δεν υπάρχει κανένας λόγος οι φτωχοί και οι άνεργοι να καταργηθούν, γι' αυτό και απελευθερώνονται από το νοσοκομείο (Καραμανωλάκης, 1998).

Στις αρχές του 19ου αιώνα και σύμφωνα με τις επιταγές της βιομηχανικής ανάπτυξης, τα νοσοκομεία αναπτύσσουν θεραπευτική δραστηριότητα. Από τα μέσα μάλιστα του ίδιου αιώνα αναπτύσσουν εργαστηριακή-ερευνητική δραστηριότητα. Έτσι από τόποι όπου ένας αμαρτωλός πήγαινε για να πεθάνει (Αλεξίου, 1999), τα νοσοκομεία μετασχηματι-

λιών φτάνοντας μέχρι τον πυρήνα τους (π.χ. το κέντρο της πόλης είναι ένα πάρκο) και αυξάνονται με το ιδιωτικό πράσινο, δηλαδή τους κήπους των κατοικιών. Στο βαθμό που οι κυρίαρχες χρήσεις στην Κηπούπολη είναι η κατοικία και εκείνες που δεν μπορούν να χαρακτηριστούν 'αστικές' (δηλαδή γεωργοκτηνοτροφικές εγκαταστάσεις και δάση, που πέρα από την οικονομική δραστηριότητα προσφέρονται και για αναψυχή) (Αραβαντινός, 1984), το μοντέλο αυτό ουσιαστικά αποσυνδέει την κατοικία από τα νοσογόνα χαρακτηριστικά της βιομηχανικής πόλης (το εργοστάσιο και τη μεγάλη πληθυσμιακή πυκνότητα) και συνδέει την πόλη με το υγιεινό περιβάλλον της υπαίθρου.



Garden City

ζονται σταδιακά σε θεραπευτικά και ερευνητικά ιδρύματα – σε αυτό, δηλαδή που όλοι ξέρουμε ότι είναι σήμερα (Foucault, 1994).

Όσον αφορά την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, από τα μέσα του 19ου αιώνα, ο John Conolly άμεσα επηρεασμένος από τις προσπάθειες εξανθρωπισμού των ασύλων αλλά και από την ίδρυση του ασύλου της αίρεσης των Κουάκερων, καταγγέλλει δραμύτατα τις άθλιες συνθήκες ζωής των αρρώστων και ως διευθυντής του ασύλου Hanwell, ξεκινά μια αξιόλογη προσπάθεια έχοντας θέσει ως στόχο την επίτευξη καινοτόμων πρακτικών και επιστημονικών μελετών (Μπαϊρακτάρης 1994). Η παρέμβαση στο άσυλο με την επανεξέταση των ιατρικών πρακτικών, των συνθηκών διαβίωσης αλλά και της συνολικής αντιμετώπισης του αρρώστου, που οδηγούσε με άμεσο τρόπο στην ιδρυματοποίησή του, γίνεται στη συνέχεια αφορμή για την αναζήτηση δρόμων εξόδου από το άσυλο, έχοντας ως θετική συνέπεια την αύξηση του αριθμού των εξιτηρίων κατά τα 2/3 αναλογικά με τις νέες εισαγωγές. Όλα αυτά συνέβησαν την περίοδο της πενταετούς εργασίας του John Conolly. Ο Conolly και ο Άγγλος κουάκερος έμπορος τσαγιού Samuel Tuke, που αναφέραμε στα προηγούμενα ήταν εκείνοι που αρχικά έδωσαν την ώθηση προς μια εμφανώς ελαστικότερη μεταχείριση των νοσούντων. Ο σεβασμός προς το πρόσωπο του αρρώστου έγινε μόνιμη «επιβίωση» τόσο για τον Conolly όσο και για τον Tuke που διέδωσαν τις καινοτόμες ιδέες τους στην κοινότητα της εποχής, λειτουργώντας καταλυτικά για την αλλαγή της συντηρητικής νοσηλείας που επικρατούσε μέχρι τότε (Μπαϊρακτάρης 1994).

Από το σημείο αυτό και μετά, μπαίνουν οι βάσεις για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης. Ήδη από τα τέλη του προηγούμενου αιώνα οι παρεμβάσεις στους ψυχικά ασθενείς είναι ηπιότερης μορφής. Η ασυλική, όμως, περίθαλψη όχι μόνο δεν τερματίζεται αλλά μπαίνει και σε ένα πλαίσιο πιο συγκεκριμένο και εξειδικευμένο. Ιδρύονται όλο και περισσότερα άσυλα αποκλειστικά για τη φροντίδα των αρρώστων από ψυχικά νοσήματα. Μέσα στον 19ο αιώνα οι ψυχικά ασθενείς θα μεταφερθούν σε χώρους όπου πριν από εκατόν πενήντα χρόνια παρέμεναν εκεί φυλακισμένοι, οι εξαθλιωμένοι, οι απόκληροι, και οι άνεργοι (Foucault, 1964).

Στα τέλη του 19ου αιώνα ο χώρος της ψυχιατρικής βρίσκεται σε αναταραχή, κανείς πλέον δεν δύναται να αποδεχθεί τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών σε χώρους όπως εκείνους της φυλακής, και σταδιακά, οι φωνές που καταδικάζουν αυτό το φαινόμενο όλο και πληθαίνουν. Συγχρόνως αρχίζει να γεννιέται το ερώτημα: που ανήκαν οι ψυχικά πάσχοντες; Στο νοσοκομείο, στη φυλακή ή στο σπίτι τους; Η απάντηση που δίνεται κατ' αρχήν είναι και πάλι ο εγκλεισμός σε άσυλο, με τη διαφορά όμως πως τώρα πρόκειται για άσυλο ειδικό για ψυχικά νοσούντες, με εμφανώς βελτιωμένες συνθήκες διαβίωσης και

εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων.

Η παραπάνω ερώτηση δεν περιέβαλε το ερώτημα για τη « δράση του νοσοκομείου πάνω στις ασθένειες». Ήδη από το 18ο αιώνα, ήταν γνωστό ότι 'το νοσοκομείο ασκεί δράση πάνω στις ασθένειες και μπορεί καμιά φορά να τις επιδεινώσει , να τις πολλαπλασιάσει ή αντίθετα να τις κάνει να υποχωρήσουν' (Foucault, 1994). Σπάνια, όμως, λαμβάνεται υπόψη η σχέση της αρχιτεκτονικής ενός νοσοκομείου με τη θεραπεία των ασθενειών. Αυτό που, συνήθως, ενδιαφέρει είναι η λειτουργικότητα και η 'καθαρά χριστική λογική της γρήγορης μετακίνησης και εξυπηρέτησης του προσωπικού και των επειγόντων περιστατικών ... Αντίθετα, ο φυσικός φωτισμός , η κλιματική άνεση , η οπτική επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον και το εσωτερικό του κτιρίου , η πρόβλεψη ενδιάμεσων και ημιυπαιθριων χώρων , η κιναισθητική ευχαρίστηση ... θεωρούνται δευτερεύοντα' (Χρονάκη, 2005).



Φωτογραφία από το άσυλο West Riding στο Wakefield, Αγγλία, περίπου 1860.

Αναλυτικότερα, το άσπρο συνήθως χρώμα στο εσωτερικό του νοσοκομείου συμβολίζει την καθαριότητα, την αποστείρωση και την ουδετερότητα. Άσπρο είναι και το χρώμα της στολής που φορά το προσωπικό, ωστόσο οι ιεραρχίες είναι ξεκάθαρες: οι γιατροί ξεχωρίζουν από τους νοσηλευτές φέροντας γύρω από το λαιμό τους το στήθοσκόπιο, σύμβολο του επαγγέλματος και της εξουσίας τους μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Οι ασθενείς είναι περιθωριακές υπάρξεις ('άνθρωποι του κατωφλιού', 'περιθωριακότητα'). Μέσα στο νοσοκομείο 'δεν έχουν κοινωνική θέση , ιδιοκτησία , εμβλήματα ή καθημερινά ενδύματα που να δηλώνουν θέση ή ρόλο , ή θέση σε ένα σύστημα συγγένειας - με λίγα λόγια τίποτα που να μπορεί να τους ξεχωρίσει από τους υπόλοιπους συντρόφους τους ... και η στάση τους χαρακτηρίζεται από παθητικότητα και ταπείνωση' (Turner, 1966).

20ος αιώνας

Τον 20ο αιώνα συνεχίστηκε η ασυλοποίηση των ψυχικά νοσούντων, πλην ορισμένων χαρακτηριστικών εξαιρέσεων, όπως η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών από το κυβερικό καθεστώς στη Γερμανία, η σύσταση του προγράμματος «παθητικής ευθανασίας» στην φασιστική Ιταλία, αλλά και η καταδίκη των ψυχικά πασχόντων σε θάνατο από πείνα στη Γαλλία από την κυβέρνηση του Βισσύ, μια κυβέρνηση φιλογερμανική που σχηματίστηκε από τον Γάλλο στρατάρχη και ήρωα του Α' παγκοσμίου πολέμου, Φιλίπ Πεταίν. Θα πρέπει να περιμένουμε τα μέσα του αιώνα, για να αντιληφθούμε μια καινούρια πνοή που θα οδηγήσει στην περίφημη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Το 1953 ανακαλύπτεται το DNA, οπότε στο γενετικό υλικό αναζητείται το θεμέλιο της υγείας και των ασθενειών. Κάτω από αυτό το πρίσμα, η ασθένεια γίνεται προϊόν βιολογικής μοίρας, τοποθετημένη μέσα στο ίδιο το άτομο. Οι εξελίξεις αυτές, σε συνδυασμό με το αναδυόμενο ενδιαφέρον για τις ψυχικές ασθένειες, οδηγούν την ανθρωπότητα στη συνειδητοποίηση της ύπαρξης των χρόνιων ασθενειών, της ύπαρξης και άλλων θανατηφόρων παραγόντων πλην των νόσων (π.χ. αυτοκτονίες, ατυχήματα κτλ.), όπως επίσης και της ανικανότητας της ίδιας της κοινωνίας να θεραπεύσει όλους τους παθογόνους παράγοντες.

Έτσι, από τη δεκαετία του 1980 και μετά συντελούνται στον τομέα της υγείας μια σειρά από μεταβολές. Η ιατρική στρέφεται από τα μικρόβια στον τρόπο ζωής του ατόμου όπως οι κακές συνήθειες διαβίωσης και εργασίας (λατομεία, ορυχεία,) και κακές συνήθειες (κάπνισμα κτλ). Στρέφεται από τη θεραπεία στην πρόληψη και από την παρέμβαση στην παρακολούθηση (κοινωνικό μοντέλο αντιμετώπισης της ασθένειας και πάλι). Το 1986 με την Διακήρυξη της Οτάβας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει έναν νέο ορισμό στην υγεία – ο οποίος από αρνητική διατύπωση (υγεία = η απουσία νόσου) αποκτά θετική.

Με την ίδια λογική και η πολεοδομία περνά από την θεραπεία στην πρόληψη, από την παρέμβαση στη βιώσιμη ανάπτυξη. Η βιώσιμη ανάπτυξη είναι εκείνος ο τύπος ανάπτυξης που ενώ καλύπτει τις ανάγκες του παρόντος δεν στερεί από τις επόμενες γενιές τη δυνατότητα να καλύψουν τις δικές τους ανάγκες – απαιτεί επομένως μία ενιαία και ολοκληρωμένη θεώρηση των σχέσεων οικονομίας, κοινωνίας και περιβάλλοντος.

Ενδεχομένως κάποια νοσοκομεία είναι αξιόλογα κτήρια, ή παρουσιάζουν αρχιτεκτονικές καινοτομίες, είτε επιδεικνύοντας την ισχύ ενός δημόσιου κτιρίου, είτε διαφημίζοντας δια της μορφής τις υπηρεσίες τους. Χαρακτηριστικά παραδείγματα από την Αθήνα αποτελούν το νοσοκομείο Ευαγγελισμού (το κεντρικό κτήριο έχει, μάλιστα, ανακηρυχθεί διατηρητέο μνημείο), το σανατόριο της Σωτηρίας (η αρχιτεκτονική του

συγκεκριμένου νοσοκομείου, αν και αθέατη από την πόλη ήταν ιδιαίτερα πρωτοποριακή και καινοτόμος την εποχή που χτίστηκε, ακολουθώντας τις επιταγές του μοντέρνου κινήματος), το Ωνάσειο, ή το Ερρίκος Ντυνάν (Κεφαλαία, 2007). Ωστόσο, σπάνια τα παρατηρούμε ως περαστικοί, πόσο μάλλον στεκόμαστε να τα θαυμάσουμε. Αυτό δεν είναι τυχαίο. Οι σύγχρονες πόλεις με το να κατασκευάζονται έχοντας κατά νου μόνο τα υγιή και αρτιμελή άτομα, έχουν εξοστρακίσει την ασθένεια από το οπτικό πεδίο! Και βέβαια, δεν έγινε εφικτό να εξαλειφθεί το στίγμα της ψυχικής νόσου στις σύγχρονες πόλεις.



Το Σανατόριο της Σωτηρίας όπως είναι σήμερα.

Ίσως σήμερα οι άνθρωποι να είναι πιο ενημερωμένοι σχετικά με τη ψυχική νόσο απ'ότι ήταν κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα, ωστόσο, στην αρχή του 21ου αιώνα υπάρχουν ακόμη στερεότυπα και προκαταλήψεις που ωθούν στον κοινωνικό αποκλεισμό τους ασθενείς. Φυσικά οι συνθήκες διαβίωσης έχουν βελτιωθεί πολύ, το κοινό είναι πιο δεκτικό στην πληροφορία γύρω από την ψυχική υγεία και τους νοσούντες, και έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για την ουσιαστική προσέγγιση τους από την πλευρά της κοινωνίας. Επιδιώξη δεν είναι πια ο εξοβελισμός αλλά η επανένταξή τους. Από την άλλη πλευρά, έχει επίσης αυξηθεί η πίστη στη φαρμακευτική διαχείριση των ψυχικά νοσούντων ενώ επιβιώνει και η αντίληψη για την επικινδυνότητα ή για την ανάγκη κηδεμόνευσής τους. Όλα αυτά, όπως τα προβλήματα που προκύπτουν, θα τα εξετάσουμε στις σελίδες που ακολουθούν.

1.3. Ασυλοποίηση και ιδρυματισμός

Ανέκαθεν ο φόβος του ανθρώπου για το διαφορετικό και το μη λογικό – κατά τον τρόπο που οι κοινωνίες ορίζουν – οδηγούσε στον αποκλεισμό και στην απομόνωση των προσώπων που διέφεραν αισθητά από τον γενικό πληθυσμό. Ο P. Strobel, σημειώνει σχετικά ότι η επιτυχία του όρου “κοινωνικός αποκλεισμός” πιθανόν να οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι έχει υποστεί μια αλλαγή στη σημασία του και έχει μετατραπεί σε ευφημισμό. Ενώ αρχικά αναφερόταν στην πράξη της απόρριψης κάποιου από μια ομάδα, από ένα θεσμό ή από ένα κοινωνικό χώρο (ή της απαγόρευσης να συμμετέχει σε αυτά), τώρα αναφέρεται στο αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας, στην κατάσταση αυτών που αποκλείονται, χωρίς ένδειξη σχετικά με το - από πού αποκλείονται - και - ποιός τους αποκλείει- (Αλεξίου @., 1998) .

Ο κοινωνικός αποκλεισμός σαν όρος στην κοινωνιολογία απαντάται για πρώτη φορά σε κείμενα γάλλων επιστημόνων στα μέσα της δεκαετίας του '60 και πιο συγκεκριμένα σε ένα έργο του P Massé γενικού γραμματέα του Υπουργείου Σχεδιασμού της Γαλλίας . Τα επόμενα χρόνια ο όρος αυτός κάνει την εμφάνιση του ως τίτλος συγγράμματος δύο φορές, το 1965 και το 1974, και κατοχυρώνεται πλέον στο λεξιλόγιο της κοινωνιολογίας. (Παπαδοπούλου Δ., 2004) Σήμερα, ο κοινωνικός αποκλεισμός, αν και είναι μια σχετικά πρόσφατη εννοιολογική κατασκευή, δεν περιγράφει τίποτε το καινούριο. Επινοήθηκε γύρω στο 1960, όταν το φαινόμενο της περιθωριοποίησης άρχισε να απασχολεί τους κοινωνικούς επιστήμονες και τους ευαίσθητους, απέναντι στην αδικία, ανθρώπους. Στην εποχή μας, οι ομάδες ανθρώπων που έχουν περιθωριοποιηθεί / αποκλειστεί μπορούν να ταξινομηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- άτομα με αναπηρία ή χρόνια παθολογικά προβλήματα
- άτομα με ψυχικές παθήσεις
- ανέργους
- μετανάστες
- αποφυλακισμένους
- άτομα με παραβατική συμπεριφορά
- πρώην χρήστες ουσιών
- θρησκευτικές ή πολιτισμικές μειονότητες (τσιγγάνοι, μουσουλμάνοι, κτλ)
- κατοίκους παραμεθωρίων περιοχών
- μονογονεϊκές οικογένειες
- άτομα με σεξουαλικές ιδιαιτερότητες
- θύματα βίας

-ακόμη ,γυναίκες ,ηλικιωμένοι, κτλ. (Vincent B., 1994)
Αν και η ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας και των ζητημάτων που προκύπτουν από αυτή προκαλεί προβληματισμό, από τα πολύ παλιά χρόνια οι κοινωνίες δεν είναι ακόμα και σήμερα έτοιμες να διαχειριστούν ένα τόσο σημαντικό ζήτημα και μοιραία επιλέγουν την εύκολη λύση του κοινωνικού αποκλεισμού μέσω του εγκλεισμού. Ο E. Goffman, το 1968, ορίζει ως άσυλο “ένα μέρος διαμονής και εργασίας, όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση διαχωρίζεται από την ευρύτερη κοινωνία για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα και διάγει μια έγκλειστη, τυπικά διευθυνόμενη καθημερινότητα” (Goffman, 1994).



Οι προσωπικές εκφράσεις και συγκεκριμένα η τρέλα, όπως περιγράφονται από τον Δαρβίνο το 1872 στο βιβλίο του «Η έκφραση των συναισθημάτων στον Άνθρωπο και τα Ζώα».

Τα βασικότερα χαρακτηριστικά του ασύλου είναι: Ο περιορισμός που επιβάλλει στους τροφίμους με την έλλειψη δυνατότητας πρόσβασης στον έξω κόσμο, η ιεραρχία στην εξουσία και δύναμη σε όφελος κατά κανόνα του προσωπικού, η ύπαρξη αυστηρού συστήματος κανονισμών που θα πρέπει απαραίτητα να τηρούνται και τέλος η σύσταση ενός «ορθολογιστικού πλαισίου» που θα έχει την αρμοδιότητα να καθορίζει τις κινήσεις και τη συμπεριφορά των τροφίμων, εκπληρώνοντας την όλη ιδέα του εγκλεισμού (Goffman, 1994).

Ο εγκλεισμός του αρρώστου επί πολλά χρόνια ήταν βολικός και ανακουφιστικός για τα μέλη της κοινωνίας. Τα άτομα που η συμπεριφορά τους διέφερε αισθητά από το “μέσο όρο”, απομακρύνονταν από τον λειτουργικό πυρήνα της κοινωνίας και το πρόβλημα μετατοπιζόταν στο άσυλο που, για πολύ καιρό, υπήρξε μια πραγματικότητα αποδεκτή από το σύνολο της κοινότητας ως σύστημα δικαίως αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Στην ουσία όμως το άσυλο συνιστούσε εξ’αρχής ένα μηχανισμό βίαιης παρέμβασης στη ζωή και στην προσωπικότητα του αρρώστου, μηχανισμό που, με το προσώπιο της

φροντίδας προς τον άρρωστο μπορούσε να τον ελέγχει και να καταστέλλει τις εκδηλώσεις της αρρώστιας του.

Είναι σήμερα γνωστό ότι, στην περίπτωση που ο εγκλεισμός σε ψυχιατρική κλινική είναι μακροχρόνιος, επέρχεται μορφαία «ο ιδρυματισμός» όπου το άτομο δεν μπορεί πια να λειτουργήσει εκτός ιδρύματος, εξαρτάται από αυτό, αναστέλλονται οι ψυχοκοινωνικές του δραστηριότητες και διατρέχει τον κίνδυνο να μείνει για την υπόλοιπη ζωή του «συναισθηματικά ανάπηρος» και αδιάφορος για την εξέλιξη της ζωής του. Το άτομο αδυνατεί να διατηρήσει τη συνείδηση της ταυτότητάς του στο ίδρυμα, έχει μετατραπεί σε ένα «ιδρυματοποιημένο, σώμα» που αναγνωρίζει τον εαυτό του ως αντικείμενο, ενώ αρνείται κάθε επιθυμία και αυτονομία.

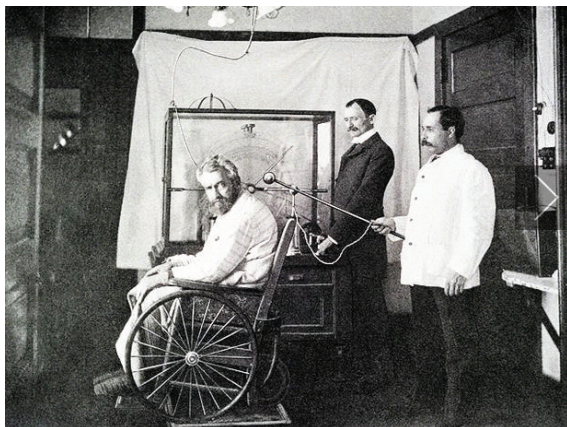
Η ιστορική διαδρομή του ασύλου

Όπως αναφέραμε στα προηγούμενα, το άσυλο γεννιέται τον 17ο αιώνα. Το 1656 θεσμοθετείται η ασυλική περίθαλψη με το διάταγμα με το οποίο ιδρύθηκε το Γενικό Νοσοκομείο του Παρισιού (Foucault, 1964). Ο εγκλεισμός υπήρχε βέβαια και σε παλαιότερες εποχές, όχι όμως στο εύρος του 17ου αιώνα, όταν γίνεται πια μια διαδικασία αναμενόμενη και φυσιολογική και αναδεικνύεται σε μονόδρομο για τους πάσχοντες. Στα χρόνια που ακολούθησαν αρκούσε να εμφανίσει κάποιος μια ιδιαιτερότητα για να στιγματιστεί ως «τρελός» και να οδηγηθεί με τη βία στο άσυλο.

Στη Γαλλία οι τρελοί θα βρεθούν στα Γενικά Νοσοκομεία και στα μπουντρούμια των κατέργων, στην Αγγλία σε αναμορφωτήρια και σε οίκους εργασίας, στις γερμανόφωνες χώρες θα βρεθούν εγκλειστοί στα αναμορφωτήρια και στα εργαστήρια. Στα γενικά νοσοκομεία θα συγκατοικούν με φτωχούς, άνεργους και κατάδικους, αν και ποτέ δε διευκρινίστηκε πλήρως ποιο ήταν το νόημα μιας τέτοιας συγκατοίκησης. Η εργασία ήταν κεντρικό ζητούμενο σε αυτά τα ιδρύματα, όπως επίσης η ηθικότητα και η θρησκευτικότητα. Στο άσυλο οι ηθικές υποχρεώσεις διαπλέκονται με τον αστικό κώδικα. Το ίδιο το διάταγμα του 1656 «κρούει τον κώδωνα του κινδύνου από την ηθική κατάπτωση». Η ασυδοσία αναφέρεται ως πληγή και παραβίαση των νόμων, της εργασίας αλλά και της ηθικής. Οι τρόφιμοι του ασύλου θα κατηγορούνται ότι συζούν εκτός γάμου, ότι αφήνουν τα παιδιά τους αβάφτιστα, ότι αγνοούν τη θρησκεία και περιφρονούν τα θεία (Foucault, 1964).

Στις αρχές του 17ου αιώνα, ο Walhausen υποστήριζε ότι η αυστηρή πειθαρχία είναι η τέχνη της «ορθής εκγύμνασης». Η λογική της «εξάσκησης», η «γυμναστική της συμπεριφοράς» που θα οδηγήσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα εφαρμόζεται κατά κόρον στα

άσυλα της εποχής. Η πειθαρχική εξουσία βασίζεται στον έμμεσο καταναγκασμό λειτουργώντας έτσι που να διευκολύνει την πολιτική ή οικονομική εξουσία. Η πειθαρχική εξουσία δε βασίζεται σε νόμους, αλλά σε «κανόνες» στους οποίους τα μέλη μιας ομάδας πρέπει να συμμορφωθούν. Ο Foucault ονομάζει τις πρακτικές, αυτές της πειθαρχικής εξουσίας, «εξατομικευτικές πρακτικές» (Κωνσταντίνου κ.α 2015).

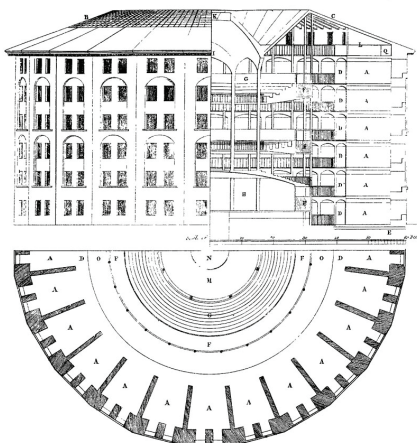


Η εγκαθίδρυση του ηλεκτρισμού για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης από τον Ιταλό ιατρό Dr. Luigi Galvani στο τέλος του 17ου αιώνα.

Το 17ο και 18ο αιώνα, με τη θεσμοθέτηση της εγκάθειρξης, διαμορφώνεται και η αντίληψη μιας συγγένειας ανάμεσα στην τρέλα και την ακολασία. Τα αφροδίσια νοσήματα τότε αντιμετωπιζόνταν περισσότερο σαν εστία ανηθικότητας παρά σαν αρρώστια, έτσι τα νευρολογικά συμπτώματα τους εμφανίζονται σαν θεία τιμωρία και απόδειξη ‘ακάθαρτου’ πνεύματος. Τελικά, η συγγένεια αυτή επισφραγίζεται με μια ανάλογη συμβίωση: αυτή των αμαρτημάτων της σάρκας και των παραπτωμάτων της λογικής. Για εκατόν πενήντα χρόνια θα συνυπάρξουν στο άσυλο οι τρελοί με τους συφιλιδικούς. Η γειννίαση της τρέλας με την αμαρτία θα δημιουργήσει δεσμούς και θα θέσει τις βάσεις για μια σύνδεση και μια σύγχυση μεταξύ της θεραπείας και της τιμωρίας. Αυτή θα διαπιστωθεί από τον γιατρό ως μια φυσική αλήθεια και θα εμποδωθεί από τον τρελό ως μια ενοχή (Foucault, 1964).

«Από τα μέσα του 18ου αιώνα, η τρέλα συνδέθηκε με τη βασιλεία αυτή των ιδρυμάτων εγκάθειρξης, κι ακόμη περισσότερο με τη χειρονομία που την τέτοια εγκάθειρξη την όριζε σαν φυσικό χώρο της τρέλας». Τελικά, στη Γαλλική Επανάσταση, απελευθερώνονται όλοι εκτός από τους τρελούς. Τότε ήταν που «οι τρελοί έφτασαν να είναι οι φυσικοί κληρονόμοι του εγκλεισμού» (Foucault, 1964). Μέσα σε αυτό το τοπίο

των κοινωνικών αλλαγών, εμφανίζεται μια διαφορετική αντίληψη για τον εγκλεισμό, μια στροφή στην αρχιτεκτονική. Τις καινούριες ανάγκες για έλεγχο προσπαθούν να τις καλύψουν μέσω μιας αρχιτεκτονικής που διευκολύνει την επιτήρηση. «Αναπτύσσεται μια ολόκληρη προβληματική πάνω στην αρχιτεκτονική που δεν σχεδιάζεται πλέον μόνο για να είναι ορατή (μεγαλοπρέπεια του ανακτόρου) ή για να επιτηρείται ο εξωτερικός χώρος (γεωμετρία των φρουριών), αλλά και για να επιτρέπει έναν εσωτερικό, διαρθρωμένο και λεπτομερή έλεγχο - για να καταστήσει ορατούς εκείνους που βρίσκονται μέσα σ' αυτήν». Αυτή είναι η νέα αρχιτεκτονική που γεννιέται για την εξυπηρέτηση των αναγκών ελέγχου και επιτήρησης. Νέα σχήματα, πιο πολύπλοκα από το «παραδοσιακό» τετράγωνο, χρησιμοποιούνται για να επιτύχουν την «απόλυτη επιτήρηση» και εφαρμόζονται στο σχεδιασμό των διάφορων ιδρυμάτων εγκλεισμού. Πρόκειται για την ίδια ιδέα, την ίδια λογική στην οποία στηριχθηκε και ο Bentham όταν εμπνεύστηκε τον Πανοπτικόν στα τέλη του 18ου αιώνα (Foucault 2011). Ο θεσμός της εγκάθειψης, λοιπόν, γεννιέται σε περίοδο που τα ανθρώπινα δικαιώματα ισχύουν για τους λίγους εκλεκτούς, ενώ η ανθρώπινη υπό-



Το Πανοπτικό είναι ένας τύπος κτιρίου-φυλακής που σχεδιάστηκε από τον Άγγλο φιλόσοφο και κοινωνιολόγο Jeremy Bentham το 1785. Η ιδέα του σχεδιασμού επιτρέπει την συνεχή επίβλεψη όλων των κρατουμένων. Μία απλή φαινομενικά αρχιτεκτονική λύση δίνει την απάντηση στο ζήτημα της επιτήρησης. Πρόκειται για ένα κυλινδρικό οικοδόμημα, στην περιφέρεια του οποίου τοποθετούνται τα κελιά των τροφίμων ενώ στο κέντρο του βρίσκεται ο πύργος των επιτηρητών, ο οποίος διαθέτει μεγάλα παράθυρα που βλέπουν προς τα κελιά. Τα κελιά, ωστόσο, δε μοιάζουν με τα παραδοσιακά μπουντρούμια. Διαθέτουν δύο παράθυρα, ένα εσωτερικό και ένα εξωτερικό. Το εσωτερικό αντιστοιχεί σε ένα από τα παράθυρα του πύργου ενώ το εξωτερικό αφήνει το φως να διαπεράσει το κελί. Παράλληλα, ο κεντρικός πύργος ελέγχου διαθέτει, πέρα από τα σκιάστρα στα παράθυρα, και διαχωριστικά στο εσωτερικό του τέτοια, ώστε να μην προδίδουν την παρουσία του επιτηρητή. Με άλλα λόγια, Το κελί διακρίνεται από πλήρη διαφάνεια ενώ ο πύργος ελέγχου από πλήρη συσκότιση. Ο επιτηρούμενος δε γνωρίζει ποτέ επιτηρείται. Το ακριβές σχέδιο του Μπένθαμ δεν υλοποιήθηκε ποτέ, χωρίς αυτό να σημαίνει πως η γενική του μορφή δε μελετήθηκε διεξοδικά.

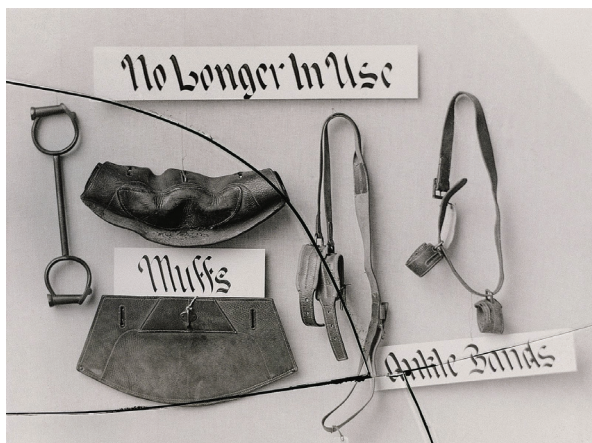
σταση έχει αξία εφόσον δεν «ντροπιάζει» την κοινωνία με τις αδυναμίες και τις ιδιαιτερότητές της και δεν αυξάνει τα προβλήματα της πολιτείας. Οπότε, τα διάφορα ιδρύματα της εποχής του Διαφωτισμού σχεδιάζονται ώστε να τελούν αυτές τις λειτουργίες της επιτήρησης που θα διευκόλυναν τόσο τον ανεμπόδιστο έλεγχο των εγκλειστών αλλά και την διαδικασία της πειθάρχησης τους, χρησιμοποιώντας παρόμοια στρατηγική. Οι περιγραφές των πρακτικών «διαχείρισης των τρελών» στα ιδρύματα που τους τοποθετούσαν δημιουργούν μια εικόνα ζώου για τον τρελό και στάβλου για τα ιδρύματα: ειδικά κλουβιά μέσα στην κεντρική αίθουσα του νοσοκομείου στο Στρασβούργο· τρελές γυναίκες «αλυσσοδεμένες σαν σκυλιά στην πόρτα του κλουβιού τους» στη Salpêtrière· μικρά ανοίγματα μέσα στα οποία μπαίνανε τα τσίγκινα δοχεία για τάισμα στη Nantes· και ακόμη μια μεγάλη ποικιλία από σιδερένιες αμπίρες, κλειδαριές και σύρτες. Παρατηρούμε ότι δημιουργούνται διαχωρισμοί ακόμη και στο εσωτερικό των ιδρυμάτων, ο εγκλεισμός μέσα στον εγκλεισμό, και ότι στην αντιμετώπιση της τρέλας η μεθοδολογία που κυριαρχεί είναι ο περιορισμός και η απομόνωση με κελιά, δεσμά κ.τ.λ (Foucault, 1964).



Κλουβι «Utica Crib»για την «προστασία» των ασθενών από αυτοτραυματισμό, τέλος του 1840.

Το άσυλο του τέλους του 18ου αιώνα δεν αποτέλεσε την ιατρικοποίηση ενός κοινωνικού χώρου αποκλεισμού αλλά αντιπροσώπευε τη σύγχυση διάφορων τεχνικών, από τις οποίες κάποιες είχαν χαρακτήρα κοινωνικής προστασίας και άλλες είχαν χαρακτήρα ιατρικής στρατηγικής. Εντύπωση προκαλούν οι διαδικασίες εξαγνισμού και θεραπείας της τρέλας: τα θερμά μπάνια, οι ψυχρολουσίες στο κεφάλι για την ανασωγόνηση του πνεύματος, «ενέσεις με φρέσκο αίμα για να ανανεωθεί η ελλειμματική κυκλοφορία», περιστρεφόμενες μηχανές που χρησιμοποιούνταν ώστε να ξαναμπεί σε κίνηση και σε φυσική στροφή η ελεύθερη πορεία του μυαλού του ασθενούς κ.α. «Η επίθεση της κοινωνίας και του γιατρού- οργάνου της εκδηλώνεται με τα ανήλιαγα μπουντρούμια, τις αλυσίδες, τα σωματικά βασανιστήρια και την πείνα.» Συνεχίζεται τον

19ο αιώνα με τα άσυλα για παράφρονες, το μαστιγώμα και την αφαιμαξη και εντείνεται τον 20ο αιώνα με τα ακανθί κρατικά ψυχιατρεία» (Foucault, 1964).



Εργαλεία ελέγχου
ψυχικά νοσούντων,
1933, Νέα Υόρκη

Από αρχιτεκτονικής σκοπιάς, το στρατόπεδο αποτέλεσε το ιδεώδες πρότυπο για τον σχεδιασμό άλλων κοινωνικών χώρων του «έτερου» και που εμφανίζονται με εντελώς νέα δομή και οργάνωση. Ο Μ. Foucault τους ονομάζει «παρατηρητήρια της ανθρώπινης πολλαπλότητας» (Foucault 2011) και εφαρμόζουν την αρχιτεκτονική της επιτήρησης που για καιρό θα υπάρχει στην πολεοδομία, στην κατασκευή των εργατικών κατοικιών, των νοσοκομείων, των ασύλων, των φυλακών, των παιδαγωγικών ιδρυμάτων. Ανάλογη είναι και η αρχιτεκτονική ενός μοναστηριού μόνο που στην περίπτωση αυτή η επιτήρηση συναντάται στην ιδεατή της μορφή. Το μοναστήρι αποτελεί ένα από τα αρχαιότερα μέρη πειθαρχίας, αλλά το ρόλο του επιτηρητή τον κατέχει ο Θεός. Η επιτήρηση στο εσωτερικό αυτών των κατασκευών επιτυγχάνεται με τον ακριβή σχεδιασμό του εσωτερικού χώρου του στρατοπέδου αρχικά, και σιγά-σιγά κάθε κτιρίου «αναμόρφωσης» και διαμόρφωσης του ατόμου. Αποτέλεσμα αυτού είναι να οργανώνονται αντίστοιχα οι λειτουργίες, οι διάδρομοι, οι προσανατολισμοί, τα ανοίγματα, τα κενά και τα πλήρη, τα παράσματα και οι διαφάνειες.

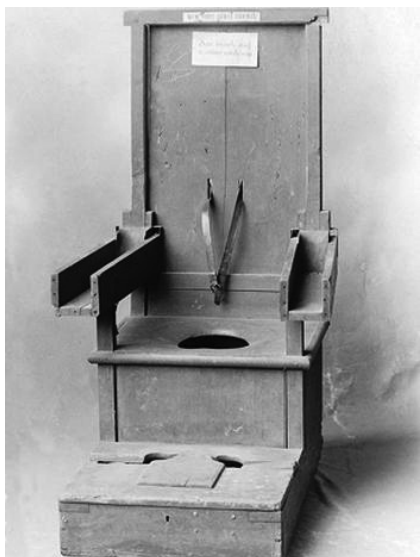
Ενδιαφέρον παράδειγμα αποτελεί το ίδιο το νέο νοσοκομείο, στο οποίο αναφερθήκαμε. Στην νέα εποχή του 20ου αιώνα όπου η ιατρικοποίηση του νοσοκομείου είναι γεγονός, «η κλινική παρατήρηση προϋπο-

θέτει την οργάνωση δύο τομέων που συνδυάζονται μεταξύ τους: του νοσοκομειακού και του παιδαγωγικού». Η οργάνωση του οικοδομήματος έπρεπε να διευκολύνει την παρακολούθηση των ασθενών και τη νοσηλευτική φροντίδα, τη μεταφορά των, συχνά, τοξικών απορριμμάτων. Παράλληλα, έπρεπε να ελαχιστοποιεί την περίπτωση εξάπλωσης μιας ασθένειας, μεταφοράς μικροβίων και μετάδοσής τους από τον έναν ασθενή στον άλλο κτλ. Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του, όμως, είναι ότι το νέο νοσοκομείο – οικοδόμημα έχει πλέον στόχο να «θεραπεύσει», όχι μόνο να στεγάσει τον επικείμενο θάνατο (Foucault 1999).



Στο εσωτερικό του ψυχιατρικού ασύλου Kentucky's Hopskinsville οι ασθενείς είναι ντυμένοι με κανονικά ρούχα ενώ το προσωπικό στα λευκά, 1930

Η ασυλική περιθαλψη παρέμεινε για αιώνες η μόνη μορφή περιθαλψης των ψυχικά νοσούντων, δέχτηκε όμως και πολλά πυρά όχι μόνο από ιατρικούς κύκλους αλλά και από κύκλους διανοουμένων που αμφισβητούσαν την ευεργετική συμβολή του. Μέσα στον 20ο αιώνα και ιδιαίτερα από την δεκαετία του πενήντα- εξήντα και έπειτα, ξεκινά μια περίοδος έντονης κριτικής και αντίστασης στο μέχρι τότε κυρίαρχο μοντέλο ψυχιατρικής (Μπαϊρακτάρης 1994). Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι ο εγκλεισμός διαδραμάτισε πρωτεύοντα ρόλο στη σύσταση της σύγχρονης εμπειρίας της τρέλας. Έτσι, τα ψυχιατρικά άσυλα μπορούν να περιγραφούν σύμφωνα με την αμφιλεγόμενη λειτουργία τους: θέλουν να μοιάσουν στο νοσοκομείο και να επτελέσουν τη λειτουργία του, τη θεραπεία· στην πραγματικότητα όμως, μετά από τον πολύχρονο σιγματισμό της, η τρέλα εγκλείεται σε μία βασανιστική φυλακή. Από τη μία, διαφάνεται η ανθρωπιά και ο ιατρικός και θεραπευτικός χαρακτήρας και από την άλλη αφαιρείται από τον τρελό η φωνή και τα δικαιώματά του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο τρελός να δέχεται στο σώμα του όλων των ειδών τις επεμβάσεις χωρίς να έχει λόγο, όπως θα είχε ένας ασθενής, παραμένοντας εγκλωβισμένος σε μια κατάσταση δραματική· κάπου ανάμεσα στο νοσοκομείο και τη φυλακή.



Καρέκλα περιδεσης βιαων ασθενών-άσυ-
λο στην Νέα Υόρκη, αρχές 20ου αιώνα



Θεραπεία ψυχικών
ασθενειών τέλος του
19ου αιώνα - τυλιγο-
ντας τους ανθρώπους
σε υγρά υφάσματα

2. Συνέπειες ιδρυματισμού / Ιδρυματισμός στην Ελλάδα

2.1. Οι συνέπειες του ιδρυματισμού στον ψυχικά νοσούντα

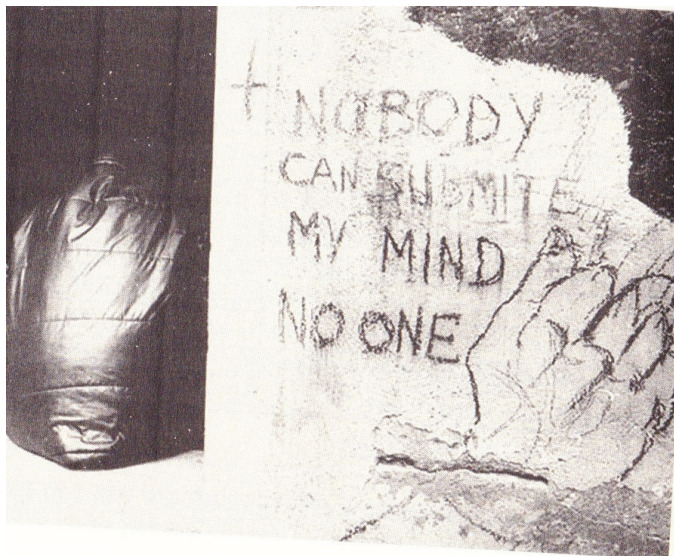
Το φαινόμενο του Ιδρυματισμού, όπως αναφέραμε, παρατηρείται σε περιπτώσεις μακροχρόνιας διαβίωσης στο εσωτερικό ενός σχετικά κλειστού ιδρύματος, όπως ένα ψυχιατρικό άσυλο, ένα λεπροκομείο, φυλακές και άλλα.. Αποτελεί την εκδήλωση μιας απόλυτης σχέσης εξάρτησης με το θεσμό του ιδρύματος και επέρχεται με την χρόνια προσαρμογή ενός ατόμου στις δομές λειτουργίας του ιδρύματος, οι οποίες διαφέρουν από τις κοινωνικές δομές έξω από αυτό.

Ο όρος «Ιδρυματισμός», εισήχθη από τον ψυχολόγο Rene Spinz για να περιγράψει τις ψυχοδιανοητικές διαταραχές που πλήττουν το βρέφος κατά τον αποχωρισμό του από τη μητέρα και την τοποθέτησή του σε Ίδρυμα. Οι διαταραχές αυτές, που εκδηλώνονται συνήθως αν ο αποχωρισμός λάβει χώρα στους έξι πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους, προκαλούν το φαινόμενο της «ανακλυτικής κατάθλιψης». Μεταγενέστεροι ερευνητές όμως, γενίκευσαν την χρήση του όρου «ιδρυματισμός» και την επέκτειναν στους εγκλεισμένους ενήλικους.

Η αναγκαστική διαβίωση και παραμονή σε ένα χώρο ιδρυματικής μορφής προκαλεί πολλαπλές συνέπειες στο πρόσωπο που διαβίει μέσα σε αυτόν. Για παράδειγμα, πολλές φορές οδηγεί σε παλινδρόμηση, σε μια συμβολική επιστροφή σε πρώιμα στάδια της ψυχοδιανοητικής εξέλιξης, επομένως σε έκπτωση μιας σειράς κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως στην αποεπένδυση του σώματος, το πρώιμο γήρας, διαταραχές της σεξουαλικότητας, αναστολή της ψυχοκοινωνικής δραστηριότητας, συναισθηματική αδιαφορία, έντονη ερεθιστικότητα. Συγγενικά με τον ιδρυματισμό σύνδρομα είναι η απανθρωποίηση (deindividuation), η ιδρυματική νεύρωση (institutional neurosis) και η κοινωνική κατάρρευση (social breakdown) (Τσαλικογλου, 1989).

Δεν είναι τυχαίο ότι ο πλήρης προγραμματισμός της καθημερινότητας σε ένα ίδρυμα οδηγεί στην ακύρωση της υποκειμενικής αίσθησης του χρόνου, αφού το άτομο δε διαχειρίζεται πλέον το χρόνο του όπως επιθυμεί, αλλά επιβάλλεται να τρώει ή να κοιμάται σε συγκεκριμένες ώρες. Η ατομικότητα συνθλίβεται και το εγώ βλάπτεται. Με τα χρόνια αναπτύσσεται μια προσαρμοστική τακτική, η οποία βασίζεται στη «φιλοσοφία της ελάχιστης προσδοκίας» (Τσαλικογλου, 1989). Το άτομο ενδέχεται ως προστασία, να υιοθετήσει τη στάση ζωής ενός ατόμου στερημένου αυτονομίας, φτάνοντας στο σημείο να υποδύεται ένα άψυχο αντικείμενο! Να θεωρεί δηλαδή ότι μπορεί να διατηρεί μια ελευθερία, ψευδαισθησιακή, ως άγαλμα, που όμως

οδηγείται στο συμβολικό θάνατο. Το σύμπτωμα της τυπολατρίας (ritualism), σύμπτωμα δυσλειτουργικό για το ίδιο το άτομο, είναι επίσης ένα παραπροϊόν του μηχανισμού λειτουργίας των ασύλων. Ο εξαρτημένος τυπολάτρης, ακολουθώντας τη «μηχανή», σταδιακά κάνει κάθε πρωτοβουλία, με αποτέλεσμα να μη μπορεί να αποφασίσει για τον εαυτό του έξω από αυτήν, για να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις μια ανταγωνιστικής κοινωνίας.



*«Κανένας δεν μπορεί να υποτάξει το μυαλό μου».
Από τοίχο ψυχιατρείου.*

Άλλα ακραία σύμπτωματα είναι το φαινόμενο της «δεσμοτηριοφιλίας» και το σύνδρομο του «πυρετού της πύλης». Ο Pinatel εισάγει τον όρο της «δεσμοτηριοφιλίας», για την περίπτωση που το ίδρυμα γίνεται αντιληπτό στη συνείδηση πλέον ως το «φυσικό πλαίσιο» του έγκλειστου, καθιστώντας τη ζωή εκτός του ιδρύματος αδιανόητη. Σημαντικό παράδειγμα «δεσμοτηριοφιλίας» αποτελεί η περίπτωση του Robert Kay Ferguson, κρατούμενου σε φυλακή των Η.Π.Α. που έκανε αίτηση μετατροπής της ποινής του σε ισόβια κάθειρξη, προκειμένου να μην αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα της εκτός των τειχών ζωής. Το σύνδρομο του

«πυρετού της πύλης» είναι ανάλογο της δεσμοτηριοφιλίας, με την έννοια του άγχους της επιβίωσης μετά την έκτιση ποινής (Μήπση, 2013). Τα συμπτώματα του Ιδρυματισμού, αναδεικνύονται στην κλασική μελέτη «Άσυλα», στην οποία ο Goffman ερεύνησε την ηθική σταδιοδρομία των τροφίμων των μεγάλων ψυχιατρειών των ΗΠΑ κατά τη μεταπολεμική περίοδο. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, ο εγκλεισμός στο ψυχιατρικό άσυλο έχει ως αποτέλεσμα τη μετατροπή του ατόμου από πολίτη με δικαιώματα και υποχρεώσεις σε ασθενή απογυμνωμένο και από τα δύο αυτά κοινωνικά χαρακτηριστικά. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και ο Ασημόπουλος, ο οποίος μελέτησε εθνογραφικά ένα ψυχιατρικό άσυλο στην Ελλάδα (Ασημόπουλος, 2009). Αν και αναγνωρίζεται ότι οι απαρχές της ηθικής σταδιοδρομίας του ψυχικά ασθενή συνδέονται με την εμφάνιση συμπεριφορών που αξιολογούνται κοινωνικά ως ανεπιτήρητες –και οι οποίες εκδηλώνονται πολύ πριν παρέμβει ο ψυχιατρικός θεσμός–, το καθοριστικό γεγονός στην ηθική σταδιοδρομία του θεωρείται ότι αποτελεί ο εγκλεισμός. Η νέα ταυτότητά του είναι αποτέλεσμα της παρέμβασης του ψυχιατρικού θεσμού και συγκεκριμένα της επιβολής της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας.

Ως ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα του Ιδρυματισμού που έχει μελετηθεί εκτενώς από τον Goffman είναι και η έννοια της βιογραφικής ρήξης (biographical disruption). Η διάσταση της βιογραφικής ασυνέχειας, της βιογραφικής ρήξης όπως έχει οριστεί, είναι πράγματι καθοριστική σε πάρα πολλές χρόνιες ασθένειες, συνεπώς και στο χώρο της ψυχιατρικής. Το φαινόμενο αυτό αποτελεί κλασικό πεδίο μελέτης στον τομέα της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας, και δεν είναι παράξενο που σε αυτό εστιάζεται μεγάλος αριθμός αντίστοιχων ερευνών. Την έννοια εισήγαγε ο Bury στις αρχές της δεκαετίας του '80 (Bury, 1982). Με τον όρο «βιογραφική ρήξη» εννοούμε ένα αντικειμενικό γεγονός ή ένα σύνολο ομοειδών συμβάντων τα οποία εμφανίζονται στην ιστορία ζωής ενός ατόμου και βιώνονται ως τομή στο βιογραφικό χρόνο, με συνέπεια τη διάρρηξη των δομών της καθημερινής ζωής, την άρση των αυτοτόπων στοιχείων της και την αμφισβήτηση των διαθέσιμων αποθεμάτων κοινωνικής γνώσης (Σαββάκης & Τζανάκης, 2006). Ορισμένα συμβάντα στη ζωή του ατόμου, όπως ο θάνατος ενός οικείου προσώπου, η ιατρική πιστοποίηση μιας πολύ σοβαρής ή χρόνιας ασθένειας, η οριστική ή μακρόχρονη μετεγκατάσταση σε μια άλλη χώρα, ένα διαζύγιο, η ξαφνική διακοπή μιας ελπιδοφόρας επαγγελματικής σταδιοδρομίας και αντίστοιχα, περισσότερο ή λιγότερο βίαια, περιστατικά φαίνεται να οδηγούν σε μια σχεδόν υποχρεωτική αναδιάταξη των προσωπικών οριζόντων και σε νέους προσανατολισμούς της δράσης. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, το άτομο εξαναγκάζεται να ερμηνεύσει ένα αντικειμενικό γεγονός ως τομή στο χρόνο και ως ρήγμα στην προσωπική

του ιστορία, το οποίο το οδηγεί σε μια σειρά από ριζικούς επαναπροσδιορισμούς του «κόσμου της οικειότητας» (Σαββάκης, 2008).

Έτσι, το κοινωνικά αποκλεισμένο άτομο που αντιμετωπίζει τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας, τον εγκλεισμό, την αναγκαστική μετανάστευση και την εξάρτηση από ένα εξειδικευμένο ίδρυμα οδηγείται σε μια θεμελιώδη για το ίδιο διάκριση των βιωμένων εμπειριών, σε ένα βιογραφικό «πριν» και «μετά» και σε μια σχεδόν αναγκαστική διάσπαση του βιογραφικού χρόνου (Corbin & Strauss, 1987). Σε κάθε αφήγηση της προσωπικής ιστορίας-και σε κάθε δημόσια παρουσίαση του εαυτού-το άτομο φαίνεται να είναι υποχρεωμένο να ανασυγκροτήσει και να αναγνωρίσει εκ νέου αυτό το βιογραφικό ρήγμα. Η διαχείριση αυτής της «σχάσης της υποκειμενικότητας» καθίσταται πιο δύσκολη όταν συνοδεύεται από «καθοδική κοινωνική κινητικότητα» και σχετικό εκπεσμό της εικόνας του εαυτού. Με άλλα λόγια, το άτομο δεν είναι απλώς υποχρεωμένο να αναθεωρήσει τους στόχους του αλλά επιπλέον είναι αναγκασμένο να τους αναθεωρήσει κατά βάση «προς τα κάτω». Ο ιδρυματισμός, λοιπόν, δημιουργεί ένα συμπληρωματικό ρήγμα στο χάσμα που επικφέρει η βιογραφική ρήξη στον ορίζοντα συγκρότησης του εαυτού.

Συγκεκριμένα, στην περίπτωση μιας ψυχιατρικής διάγνωσης που συνοδεύεται με εισαγγελική εντολή αναγκαστικής νοσηλείας, ο εγκλεισμός ολοκληρώνει την ιατρική πιστοποίηση της ασθένειας και αποδίδει μια απτή υλικότητα στην κοινωνική της αναγνώριση. Αρχικά, η στέρηση της ελευθερίας και σε ένα επόμενο στάδιο η μακροχρόνια διαβίωση σε ένα «κλειστό» ίδρυμα πολύ συχνά ωθούν το άτομο να ανασυγκροτήσει τη ζωή του με όρους ρήξης, διακοπής και ασυνέχειας. Ο εαυτός, ως ολότητα επιμέρους αλληλοσυγκρουόμενων και αλληλοσυμπληρούμενων εκδοχών, τέμνεται οριζόντια καταρχήν από τη διάγνωση της ασθένειας, στη συνέχεια από την αναγκαστική στέρηση της ελευθερίας και τελικά από την ιδρυματική επανασυγκρότηση της υποκειμενικότητας.

Οι ενδελεχείς αναλύσεις του Goffman μάς διαφωτίζουν για το πόσο καθοριστική είναι εν γένει η ψυχιατρική παρέμβαση στην ατομική ταυτότητα των ασθενών. Η ανάλυσή του εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά επίκαιρη όσον αφορά την ανάλυση των βιογραφικών ασυνεχειών που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της εμφάνισης ανάρμοστων συμπεριφορών και συναισθημάτων, και εν συνεχεία της θεραπευτικής διαχείρισής τους. Βέβαια, η βιογραφική ρήξη δεν αποτελεί σχεδόν ποτέ ένα στατικό και μονοσήμαντο γεγονός, καθώς επιδέχεται πολλαπλές και διαφοροποιημένες υποκειμενικές ερμηνείες. Επιπλέον, δεν αποτελεί ένα και μόνο γεγονός. Συντίθεται από μια ακολουθία συμβάντων, τα οποία εντούτοις αποκτούν για το υποκείμενο μια αίσθηση οργανικής ενότητας (π.χ. η εμφάνιση και η διαχείριση της

αρρώστιας), σηματοδοτώντας ένα ορόσημο στην ιστορία ζωής, καθώς και ένα μέτρο σύγκρισης και συνολικής αποτίμησης της πρότερης ατομικής ιστορίας. Η βιογραφική ρήξη συνδέεται συχνά με τη θεσμική διαχείριση της ψυχικής ασθένειας και με ευρύτερες διαδικασίες παραγωγής κοινωνικών διακρίσεων, ιδιαίτερα στην περίπτωση της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας σε ένα εξειδικευμένο ψυχιατρικό ίδρυμα.

Αυτή η διάσταση φαίνεται να σχετίζεται με την οργάνωση και την κοινωνική λειτουργικότητα των ιδίων των ιδρυμάτων που αναλαμβάνουν να διαχειριστούν ανάλογες καταστάσεις, με διαχωρισμούς οι οποίοι αποτυπώνονται στο συλλογικό φαντασιακό. Αυτού του τύπου τα ιδρύματα συνδέονται τις περισσότερες φορές με συγκεκριμένες τοπολογικές αναφορές οι οποίες αντανακλούν συμβολικά διαzeugματα του τύπου κανονικότητα-παρέκκλιση, ασθένεια-υγεία, εντέλεια-ομαλότητα-ανωμαλία, λειτουργούν δηλαδή ως σύμβολα κοινωνικών ορίων. Η νοσηλεία στο Δαφνί, για παράδειγμα, σημαίνει πολλά περισσότερα πράγματα από μια απλή παροχή εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας. Αυτό συμβαίνει διότι αυτού του τύπου τα ιδρύματα φαίνεται πως διαθέτουν μια ιδιαίτερη κοινωνική λειτουργικότητα διάκρισης, η οποία συνεισφέρει στην παραγωγή κοινωνικών ταξινόμήσεων που απορρέουν από τη διασύνδεση τόπου και ιδρύματος («Αυτός είναι για το Δαφνί», Σαββάκης & Τζανάκης, 2002).

Βέβαια, όσον αφορά τις σωματικές ασθένειες κυρίως, δύναται να παρουσιαστούν και κάποια από τα οφέλη της βιογραφικής ρήξης λόγω του Ιδρυματισμού. Η Woolf, στο δοκίμιό της «Πώς είναι να είσαι άρρωστος», περιγράφει την εμπειρία της ασθένειας ως μια διαδικασία η οποία υπερβαίνει την παθολογία και τη σωματική ανημποριά, ως μια πορεία ανακαλύψεων και αποκαλύψεων. Στο κείμενο αυτό, η αρρώστια δεν εμφανίζεται μονοδιάστατα ως μια αρνητική κατάσταση, μια δυσλειτουργία του σώματος, αλλά επιπλέον ως δοκιμασία η οποία έχει ως αποτέλεσμα μια νέα σχέση, έστω πρόσκαιρη, με τον εαυτό και με τον κόσμο. Μάλιστα, οι επιπτώσεις της ασθένειας είναι συχνά δημιουργικές, σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και απελευθερωτικές, καθώς η μυστικιστική εμπειρία που συνοδεύει το βίωμα του μοναχικού και ανήμπορου ατόμου το οδηγεί σε «νέες χώρες», τις οποίες καλείται –ενίοτε εξαναγκάζεται– να εξερευνήσει (Woolf, 2008). Είναι χαρακτηριστικά τα λόγια του Hans Castorp, κεντρικού ήρωα του διάσημου μυθιστορήματος του Thomas Mann «Το μαγικό βουνό», όταν αναφέρεται στις συνέπειες που επιφέρει στη συνείδηση των αρρώστων η μακρόχρονη διαμονή σε ένα σανατόριο ψυματικών στις ελβετικές Άλπεις των αρχών του προηγούμενου αιώνα:

«Ζούμε σε υπέρτατο αποχωρισμό, εμείς εδώ επάνω, αυτό είναι βέβαιο. Σε ύψος πέντε χιλιάδων ποδιών είμαστε ξαπλωμένοι στις πολυθρό-

νες μας, τις εντυπωσιακά αναπαυτικές πολυθρόνες μας, και κοιτάμε τον κόσμο και τα πλάσματα κάτω και κάνουμε τις σκέψεις μας. Όταν το καλοσκέφτομαι, για να πω την αλήθεια, το κρεβάτι, με κρεβάτι εννοώ τη σαζ-λονγκ, καταλαβαίνετε, μέσα σε δέκα μήνες με ωφέλιση και με έκανε να σκεφτώ περισσότερο από όσο οι κόποι κάτω στα πεδινά όλα αυτά τα χρόνια, είναι αναμφισβήτητο (Mann, 1995).»

Η απομόνωση εξαναγκάζει σε αναστοχασμό, η κατάσταση του κληνίχου ασθενή οδηγεί σε μια διαφορετική πρόσληψη του παρελθόντος χρόνου, καθώς «η συμφωνία της νόσου μπορεί να ανοίξει το δρόμο ώστε να δει κανείς καθαρά τις αυταπάτες ολόκληρης της ζωής του» (Sontag, 1993). Η μακρόχρονη ιδίως νοσηλεία οδηγεί σε ένα ξεριζωμά, σε μια ρήξη με το πρότερο παρελθόν και σε μια σειρά από βιώματα που καθοδηγούν το άτομο να ξαναδεί με ένα νέο βλέμμα τον κόσμο και τον εαυτό του μέσα σε αυτόν. Αυτή η νέα ματιά είναι το αποτέλεσμα της εμπειρίας της ασθένειας, της οδύνης που συνεπάγεται, αλλά και των θεσμικών ρυθμίσεων που διαμεσολαβούν αυτά τα βιώματα.

Στην περίπτωση του Castorp, η μέριμνα για την απομόνωση στα ελβετικά υψίπεδα οδηγεί σε νοητικό διαχωρισμό αυτών που είναι αναγκασμένοι να διαμείνουν για ένα τουλάχιστον χρονικό διάστημα «εδώ επάνω» από αυτούς που συνεχίζουν αμέριμνοι την πρότερη ζωή τους. Η μακρά διαμονή στο σανατόριο έχει ως αποτέλεσμα την εμπέδωση της αίσθησης ενός ρήγματος, το οποίο είναι ταυτόχρονα νοητικό και υλικό, συμβολικό και σωματικό. Η αίσθηση της ασυνέχειας οδηγεί στη χρήση διαzeugμάτων που διαχωρίζουν και ενώνουν, ξεριζώνουν και εντάσσουν («εμείς εδώ επάνω»-«αυτοί εκεί κάτω»), και εξαναγκάζει το άτομο να αξιολογήσει εκ νέου τον πρότερο βίο του. Αυτή η σχεδόν αναγκαστική επαναξιολόγηση της ατομικής και της συλλογικής ιστορίας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις σοβαρών ασθενειών, είναι αποτέλεσμα έντονων εμπειριών και πολύπλοκων κοινωνικών διεργασιών.

Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση των σοβαρών ψυχικών ασθενειών. Το ιδιάζον των βιωμάτων, τα οποία προκύπτουν από τις λεγόμενες ψυχιατρικές εμπειρίες, είναι ότι αυτά αφορούν με έναν πολύ πιο άμεσο τρόπο την ατομική συνείδηση, την αίσθηση του εαυτού. «Εάν δεν είχα πάθει αυτή την αρρώστια, τη μανιοκατάθλιψη, δεν θα ήμουν ο άνθρωπος που είμαι τώρα. Και θα σου πω και κάτι τρομερό. Κάπου της είμαι ευγνώμων» εξομολογείται η Καραπάνου σε ένα κείμενο-συζήτηση με την Τσαλικογλου (Καραπάνου και Τσαλικογλου, 2006). Εάν μια σοβαρή χρόνια ασθένεια, η οποία δυνητικά απειλεί τη ζωή ή τη δυνατότητα συνέχισης του πρότερου βίου, αναγκάζει το άτομο να ξανασκεφτεί ποιος πραγματικά είναι και να επαναξιολογήσει τις προτεραιότητες και τις αξίες βάσει των οποίων είχε οργανώ-

σει τη ζωή του, μια σοβαρή ψυχική ασθένεια έχει πολύ πιο άμεσες συνέπειες στην αίσθηση του εαυτού. Όμως αυτή η αμεσότητα είναι υπεύθυνη για πολύ σοβαρές παρανοήσεις, στο βαθμό που η εμπειρία της ρευστότητας του εαυτού συχνά ανάγεται αποκλειστικά στην ψυχοπαθολογία και όχι στις κοινωνικές εμπειρίες και στις θεσμικές παρεμβάσεις που συνεπάγονται ανάλογες ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες. Πρόκειται για μία σχέση αναγκαστικής επαναδιαπραγμάτευσης του εαυτού και του κόσμου και των ψυχιατρικών εμπειριών, με την κυριολεκτική σημασία του όρου, δηλαδή ως εμπειριών που απορρέουν από τη σχέση με τον ψυχιατρικό θεσμό.

Αξίζει να αναφέρουμε στο σημείο αυτό ένα από τα ωριμότερα έργα του βραβευμένου με Νόμπελ Αλμπέρ Καμύ «Η πανούκλα». Το έργο αυτό εκδόθηκε το 1947 και αφορά την πόλη Οράν, σε μια γαλλική επαρχία της αλγερινής ακτής. Ο Καμύ αφηγείται μια ζοφερή περίοδο για το Οράν, όπου η πόλη είχε αποκλειστεί και τεθεί ολόκληρη σε καραντίνα από την υπόλοιπη χώρα, λόγω της επιδημίας πανούκλας που είχε ξεσπάσει. Στο τρίτο μέρος του έργου, περιγράφεται και αναπτύσσεται η κατάσταση στο Οράν στην περίοδο στασιμότητας που η επιδημία είχε ξεσπάσει εδώ και μήνες, αλλά δεν είχε μειωθεί. Εδώ, ο Καμύ αφηγείται μια κατάσταση που ταιριάζει σε πολλά σημεία με το



φαινόμενο του Ιδρυματισμού.

«Οι συμπολίτες μας συνήθισαν την κατάσταση... Είχαν εξουθενωθεί ψυχικά και σωματικά. Εκείνη τη στιγμή είχαν ακόμη μνήμη, αλλά η φαντασία τους είχε χαθεί. Στη δεύτερη φάση της πανούκλας, χάθηκε και η μνήμη τους. Κανείς ανάμεσά μας δεν είχε πια μεγάλα αισθήματα. Όλοι όμως μοιράζονταν το κοινό αίσθημα της μονοτονίας. Η ακάθεκτη ορμή των πρώτων εβδομάδων είχε δώσει τη θέση της σε μια αμηχανία, που θα μπορούσε κανείς να την παρεξηγήσει για παραίτηση, αν και στην πραγματικότητα δεν ήταν παρά ένα είδος προσωρινής συγκατάθεσης. Τώρα τους έβλεπες απαθείς και αφηρημένους. Όσοι είχαν κάποια δουλειά, την έκαναν στο ρυθμό της πανούκλας, σχολαστικά, χωρίς εξάρσεις. Οι άνθρωποι είχαν γίνει μετριοπαθείς. Η ώρα της νύχτας είναι σκληρή για τον φυλακισμένο ή για τον εξόριστο, που έρχεται αντιμέτωπος με το απόλυτο κενό . Όλοι πια είχαν καταλάβει πως πανούκλα θα πει ν'απαρνιέσαι τα προσωπικά σου» (Camus, 1947).

2.2. Ιδρυματισμός στην Ελλάδα

Η περίπτωση του Δρομοκαΐτειου

Ο Ζωρζής Δρομοκαΐτης γεννήθηκε στη συνοικία Εγκρεμός στον Κάμπο της Χίου μεταξύ των ετών 1805 – 1810 και υπήρξε απόγονος της οικογένειας Δερμοκαΐτη, ενός από τους πλέον αξιόλογους βυζαντινούς οίκους που εμφανίστηκε στις αρχές του Ι' αιώνα επί του αυτικράτορα Ρωμανού (916 – 944 μ.Χ.). Ασχολήθηκε με το εμπόριο ταξιδεύοντας σε διάφορες περιοχές αλλά λόγω της σοβαρής και ανιάτης ψυχασθένειας της συζύγου του, το ανδρόγυνο επέστρεψε στη γενέτειρά τους όπου η Ταρσή απεβίωσε. Ο Ζωρζής, μετά τον θάνατο της γυναίκας του, δεν ξαναπαντρεύτηκε και αφού δεν είχε παιδιά, αφοσιώθηκε στην αγαθοεργία. Με το θάνατο του, ο Ζωρζής Δρομοκαΐτης αφήνει, ανάμεσα στα άλλα, κι ένα κληροδότημα για τη σύσταση ενός ιδιωτικού φρενοκομείου στην Αθήνα. Ένα μέρος των χρημάτων προοριζόταν για την ανέγερση, ενώ οι τόκοι από το υπόλοιπο κεφάλαιο προοριζόνταν για την νοσηλεία μικρού αριθμού απόρων ασθενών. Το 1882 συστήνεται το φιλανθρωπικό ίδρυμα “Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου ή Παφύλα Φρενοκομειον” (Σαββάκης & Τζανάκης, 2002).

Οι εκτελεστές της διαθήκης αναθέτουν στο γνωστό Γάλλο ψυχίατρο Lunier το σχεδιασμό των κτιριακών εγκαταστάσεων. Η αρχιτεκτονική τους θα έχει ως πρότυπο τα φρενοκομεία της δυτικής Ευρώπης και ιδιαίτερα όσα έχουν ανεγερθεί με βάση τις θεωρίες του Γάλλου ψυχιάτρου Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) (Καραμανωλάκης, 1997). Σε περιφραγμένη έκταση, μακριά από την πόλη, απλώ-

νονται τα περίπτερα των ασθενών, τα κτίρια για τη διοίκηση και οι υπόλοιπες βοηθητικές εγκαταστάσεις. Δημιουργείται έτσι μια καθαρά σχεδιασμένη και λιτή οργάνωση, αποτελούμενη από μια βασική διαδρομή και ένα δίκτυο μικρότερων διαδρομών που εξυπηρετούν δευτερεύουσες λειτουργίες. Εντούτοις, η διαμόρφωση αυτή, προκειμένου να αντεπεξέλθει επιτυχώς στις απαιτήσεις ενός ιδρυματικού περιβάλλοντος, επιστρατεύει ποικίλα τεχνάσματα αλλοίωσης της οπτικής αντίληψης του χρήστη (Σαββάκης & Τζανάκης, 2002).



Γενική άποψη του Δρομοκαϊτειού στις αρχές του 20 αιώνα

Οι εγκαταστάσεις είναι οικοδομές ενός ή δύο ορόφων, κτισμένες σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες υγιεινής (ευάερες, ευήλιες, με μεγάλη παράθυρα). Παράλληλα, διακρίνονται από αυστηρή συμμετρία ως προς τον κατακόρυφο και οριζόντιο άξονα, από αξονικότητα και ρυθμική επανάληψη των ανοιγμάτων, τα οποία χαρακτηρίζονται από λιτότητα και απουσία ιδιαίτερου διακόσμου. Στην κατανομή τους στον χώρο διακρίνονται σε δύο πτέρυγες, απομονωμένες με κήπο μεταξύ τους (Καραμανωλάκης, 1997).

«Η αρχή της επαναλήψεως, υποταγμένη στην τεχνική, αντί να είναι αρχή που προάγει την καλλιτεχνική τάξη, τον ποικίλο ρυθμό στο έργο, έγινε μια αρχή που προάγει την ομοιομορφία και τη μονοτονία ενός ρυθμού που εκμηδενίζει την προσωπικότητα του έργου» (Μιχαήλς, 2006)

Δεν είναι τυχαίο ότι απλές μορφολογίες και καθαροί όγκοι διαμορφώνουν το θεμέλιο της σφιχτής οργάνωσης και τάξης που χαρακτηρίζει κάθε ιδρυματικό χώρο. Οι εσωτερικοί χώροι αποτελούν διατάξεις αυστηρά οργανωμένες, ορθολογικές και απόλυτες που δεν δηλώνουν την ανθρώπινη συμμετοχή αλλά, αντιθέτως, προβάλλουν το απόμακρο. Έτσι, εξασφαλίζεται η δυνατότητα του συνεχούς ελέγχου μέσα στο ρηκό και απρόσωπο εσωτερικό των θαλάμων. Οι ενιαίοι χώροι καλούνται να στεγάζουν ένα σημαντικό αριθμό ασθενών, με αποτέλεσμα να παραβιάζεται το όριο που το άτομο θέτει ανάμεσα στο είναι του και στο περιβάλλον. Δεν υπάρχει κάποιο διαχωριστικό στοιχείο που να εξασφαλίζει οποιαδήποτε ιδιωτικότητα.

Το επιστημονικό προσωπικό του Δρομοκαΐτειου εκπαιδεύεται κυρίως στην Γαλλία και είναι «άριστα καταρτισμένο». Το ίδρυμα αναγνωρίζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Μέχρι εκείνη τη στιγμή, η πρωτεύουσα και γενικά η χώρα δε διαθέτει άλλο παρόμοιο ίδρυμα, εκτός από εκείνο το πεπαλαιωμένο ίδρυμα της Κέρκυρας. Η διοίκηση του Δρομοκαΐτειου ανατίθεται όχι στον ιατρό διευθυντή (στον Χρ. Τσιφιώτη, ο οποίος είχε διατελέσει προηγουμένως διευθυντής στο φρενοκομείο της Κέρκυρας), αλλά σε διοικητικό συμβούλιο επιλογής του δωρητή, αναγνωρίζοντας τον ιδιωτικό του χαρακτήρα (νόμος ΑΦΙΔ΄ Περί αδειας συστάσεως ιδιωτικού Φρενοκομείου εκ του κληροδοτήματος Δρομοκαΐτου, του 1887) (Σαββάκης & Τζανάκης, 2002).

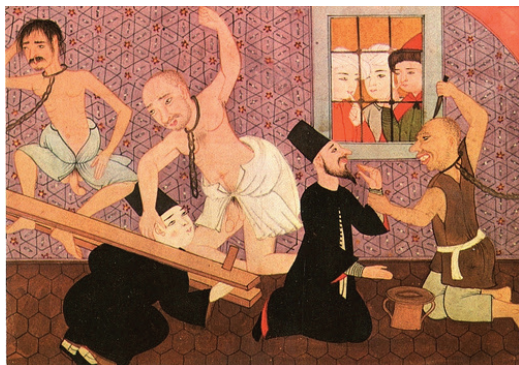
Το ψυχιατρείο ξεκινά τη λειτουργία του στις 4 Οκτωβρίου 1887 με 100 κλίνες, αντί των 500 που αρχικά προβλεπόταν (Καραμανωλάκης, 1997). Έτσι, στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα μεταφέρεται σταδιακά στο ελληνικό βασίλειο το θεσμικό πλαίσιο υγειονομικής πολιτικής, όπως έχει αναπτυχθεί στη δυτική Ευρώπη. Στο προϋπάρχον θεσμικό-νομοθετικό πλαίσιο, πιστή αντιγραφή του γαλλικού που θεμελιώνεται στη βάση της αισιοδοξίας για την επιστημονική πρόοδο, στο οποίο κυριαρχεί το δίπολο ιατρική ασθένεια / κρατική εξουσία, προστίθεται ένας τρίτος πόλος, η ιδιωτική φιλανθρωπία, που με την οικονομική της δύναμη μετασχηματίζει το πεδίο. Οι εκπρόσωποι αυτής της ισχυρής κοινωνικά και οικονομικά επαγγελματικής συσσωμάτωσης, αποκτούν την αποκλειστική αρμοδιότητα στην αντιμετώπιση των φρενοβλαβών «ή πιο σωστά στον ορισμό της κατηγορίας του πληθυσμού αυτού, με βάση ιατρικά κριτήρια» (Καραμανωλάκης, 1998,).

Όπως προαναφέρθηκε, έως τη στιγμή της εισαγωγής του δυτικοευρωπαϊκού προτύπου, η συνήθης αντιμετώπιση όσων θεωρούνταν ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα στην Ελλάδα, ήταν η παραμονή τους στο κλειστό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον με συχνές επισκέψεις σε χώρους θρησκευτικής λατρείας. Συννηθισμένη κατάληξη ήταν η παραμονή σε μοναστήρια ή άλλους λατρευτικούς χώρους, κυρίως όταν η ενόχληση ήταν εντονότερη, με επιλογή των οικείων τους.



Θάλαμος ασθενών Δρομοκαΐτειου

Στους χώρους αυτούς αναπτύχθηκαν τελετουργικά και ειδικές πρακτικές εξαγνισμού, εν είδει θεραπευτικού κύκλου, όπως η νηστεία, ο Ξυλοδαρμός, η προσευχή ολόκληρης της οικογένειας και η ακρωτοποίηση με ειδικούς κρίκους. Στην ανατολική Μεσόγειο ήταν ευρύτατα διαδεδομένη η αντίληψη ότι η ψυχική ασθένεια είχε να κάνει με υπερβατικές δυνάμεις, είτε ως χάρισμα είτε ως συμφορά. Τα κλειστά οικογενειακά σχήματα και η αγροτική οικονομία εξασφάλιζαν την κοινωνική και οικονομική ένταξη. Η εναλλακτική λύση για τους συγγενείς των φρενοβλαβών που ζούσαν στα εμπορικά κέντρα της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας με ισχυρή ελληνική παρουσία, ήταν ο εγκλεισμός στα «νοσοκομεία των κοινοτήτων», χώρους με σπάνια την ιατρική παρουσία, όπου συγκεντρώνονταν ψυχικά και σωματικά ασθενείς αλλά και άτομα με παραβατικές συμπεριφορές, πρόσωπα που χρήζουν προστασίας κ.α. Η θεσμοθέτηση του ασύλου στην Ελλάδα, στα τέλη του 19ου αιώνα, έρχεται αντιμέτωπη με την παραδοσιακή αντιμετώπιση της οριζόμενης ως ψυχικής ασθένειας αλλά και με την ίδια την προϊστορία του θεσμού στην δυτική Ευρώπη. Ο σταδιακός προσανατολισμός του ασύλου στην δια βίου φροντίδα μετά την αποτυχία των «ανίσχυρων» θεραπευτικών μέσων της ψυχιατρικής (ηθική θεραπεία), αλλά και η κυριαρχία του



Απεικόνιση ασύλου ψυχασθενών. Λεύκωμα του σουλτάνου Αχμέτ Α΄, 18ος αι. Κωνσταντινούπολη, Τορκαρί Palace Museum

βιολογικού μοντέλου με την ταυτόχρονη παραδοχή της χρονιότητας, μετασχηματίζουν τη στοχοθεσία του θεσμού. Σκοπός δεν είναι πια η θεραπεία αλλά η παρατήρηση του ασθενούς και η εξυπηρέτηση των βιοτικών αναγκών του. Εξάλλου, μέσα από τον τύπο και άλλα μέσα, γίνεται γνωστή η βαρβαρότητα του παρελθόντος των ασύλων και, για το λόγο αυτό, προτείνεται η μετονομασία του Δρομοκαΐτειου σε «Θεραπευτήριο ειδικών υπέρ των φρενοβλαβών».

Το Δρομοκαΐτειο, αρχικά, θα αποτελέσει τη «βιτρίνα» της ελληνικής ψυχιατρικής για δύο τουλάχιστον δεκαετίες, όσον αφορά τη διαχείριση των «φρενοβλαβών» (Πλουμπίδης, 1983). Σταδιακά, όμως, οι πλούσιοι ασθενείς αποχωρούν και το ποσοστό των απόρων αυξάνεται. Για πλούσιες αστικές οικογένειες θα ιδρυθούν αργότερα οι ιδιωτικές κλινικές με πρώτη εκείνη του Σπυριδίου Γ. Βλαβιανού, το 1904. Για τους φτωχούς, αντίθετα, οι συνθήκες διαβίωσης στο εν λόγω ίδρυμα είναι πολύ καλύτερες από αυτές της καθημερινής ζωής τους και, γι' αυτό, ανεξάρτητα από τα όποια θεραπευτικά αποτελέσματα, το ίδρυμα συνιστά μια ιδανική λύση «απόθεσης» (Καραμανωλάκης, 1998). Γεγονός, όμως, παραμένει ότι το πρώτο ίδρυμα που οργανώνεται εξαρχής στο Ελληνικό Βασίλειο δεν είναι αποτέλεσμα μιας στοχοθετημένης κρατικής πολιτικής, η νομιμοποιητική δράση της οποίας αντανάκλα την καθημερινότητα των ανθρώπων, αλλά βασίζεται σε ένα ιδιωτικό κληροδότημα. Μάλιστα, εξαιτίας του φιλανθρωπικού του χαρακτήρα, ο νόμος ΨΜΒ του 1862 «Περί συστάσεως Φρενοκομείων», που είχε ήδη θεσπιστεί για να διέπει την ίδρυση και τη λειτουργία των ασύλων, δεν εφαρμόστηκε πλήρως στο Δρομοκαΐτειο.

Έως το 1862 δεν υπάρχει καμιά ειδική νομοθεσία, με εξαίρεση αυτής της εξαβιβλου, που να ρυθμίζει ψυχιατρικά ζητήματα στο ελληνικό κράτος. Δεν υπάρχει επίσης κανένα θεωρητικό έργο. Το ελληνικό κράτος πλήρωνε ένα ποσό (320 δρχ. ημερησίως) σε ορισμένα μοναστήρια προκειμένου να καλυφθούν τα έξοδα της νοσηλείας «ψυχασθενών» σε αυτά. Σύμφωνα με τις διατάξεις του ΨΜΒ το ψυχιατρικό ίδρυμα έπρεπε να βρίσκεται υπό κρατική επίβλεψη έτσι ώστε να παρέχεται εγγύηση προς τις οικογένειες σχετικά με την ασφάλεια των τροφίμων-μελών τους και να εξασφαλίζεται η συντήρηση του ιδρύματος με δημόσιες δαπάνες. Ο υπουργός καταγγέλλει το «σκάνδαλο» της κράτησης των «ψυχασθενών» στα κρατητήρια της αστυνομίας μαζί με τους «κακούργους» και τη βάνουση αντιμετώπισή τους. Στο νόμο οριζόνταν με σαφήνεια οι διαδικασίες εισαγωγής-εξαγωγής, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η προστασία των «ασθενών», τίτλος που δινόταν στα πρόσωπα που θα νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικό ίδρυμα (φρενοκομείο). Ωστόσο, δεν προβλεπόταν η δυνατότητα εκούσιας νοσηλείας σε ψυχιατρικό ίδρυμα. «Βρέθηκε βέβαια στην παράδοση θέση να ορίζει τη λειτουργία ιδρυμάτων τα οποία δεν υπήρχαν ακόμα και γενικότερα μια πρακτική, που, ως την αρχή του 20ου αιώνα, δεν αφορούσε παρά ένα ελάχιστο κομμάτι του πληθυσμού και μια αδιαφοροποίητη ομάδα επαγγελματιών που θα την ασκούσαν» (Πλουμπιδής 1993).

Μετά τους Βαλκανικούς Πολέμους του 1912-13, η Μακεδονία και η Κρήτη ενώνονται με την Ελλάδα. Αυτό έχει ως συνέπεια να προστεθούν δύο ακόμα ιδρύματα στο δίκτυο ψυχιατρικών υπηρεσιών. Για άλλη μια φορά, πολιτικά γεγονότα που δε σχετίζονται με τη ψυχιατρική είναι η αιτία για την ανάπτυξη του συστήματος της ψυχιατρικής περιθαλψης της χώρας (Σαββάκης & Τζανάκης, 2002). Τα παραδείγματα αυτά επιβεβαιώνουν το μοντέλο συγκρότησης της ψυχιατρικής στην Ελλάδα η οποία βασίζεται, αν και με χρονική καθυστέρηση σε μια σειρά από «παραδειγματικές» εμπειρίες σε άλλες χώρες, όπως στην Ιταλία, στη Γαλλία, στη Μεγάλη Βρετανία και στις Η.Π.Α.

Τελικά, στις αρχές του 20ού αιώνα, η ψυχιατρική περιθαλψη περιλάμβανε το Δρομοκαΐτειο, το Αιγινήτειο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και οκτώ μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, τη Σούδα, τη Σύρο, τη Χίο, τη Λέσβο και την Κεφαλονιά. Από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, που νομοθετικά δεν ρυθμιζόνταν από τον νόμο ΨΜΒ. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, και οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες (Πλουμπιδής 1983).

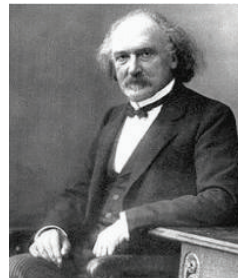
Λίγο αργότερα, με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου (12-12-1887, 21-1-1891), οι διοικητικές αρμοδιότητες του Επιστημονικού-Διοικητικού Διευθυντή περιστέλλονται ακόμα περισσότερο. Οι ίδιες οι αρχές λειτουργίας του ιδρύματος αποτελούν κληροδότημα της γαλλικής κυρίως ψυχιατρικής που εξακολουθεί έως εκείνη την εποχή να κυριαρχεί στο δυτικό κόσμο, έχοντας μετατοπιστεί από τις αισιόδοξες απόψεις του Pinel στη βιολογική απαισιοδοξία του Morel. Δεν βρίσκονται σε οργανική συνδιαλλαγή με την ντόπια κουλτούρα (Σαββάκης & Τζανάκης, 2002).

Το έργο του Pinel, θεμελιώνεται πάνω στο άσυλο ως τόπο εφαρμογής της κλινικής πράξης. Προτείνει μια νέα θεραπευτική πρόταση, βασισμένη στην «ηθική Θεραπεία» (traitement moral), δηλαδή το αντίθετο της φυσικής θεραπείας (traitement physique), των παραδοσιακών ιατρικών θεραπευτικών μέσων, όπως η αφαίμαξη, οι υποκλυσμοί, διάφορα φάρμακα κλπ. (Φαφαλιού, 1995). Εν ολίγοις, η «ηθική θεραπεία» συνίστατο στη απλόχερη χρήση μεθόδων που αποσκοπούσαν στην άμεση δέσμευση του νου και των συναισθημάτων, σε αντίθεση με τις παραδοσιακές μεθόδους που κατευθυνόταν απευθείας στο σώμα των εγκλειστών (Goldstein, 1997). Με τη θεραπευτική του πρόταση, ο Pinel έθεσε τις βάσεις για την ιατρική προσέγγιση της τρέλας μέσω της συστηματικής παρατήρησης στην καθημερινότητα, σύμφωνα με την οποία «το σώμα του ασθενούς προσφέρεται στο ιατρικό βλέμμα κατά το δυνατόν περισσότερο αντικειμενικοποιημένο». (Πλουμπιόνης, 1989).

Ο Morel, από την άλλη, πίστευε πως υπάρχει στους ψυχοπαθείς κληρονομική επιρρέπεια στον εκφυλισμό που ακολουθεί την αρχή της μεταδοτικότητας του λεγόμενου «κληρονομικού ελαττώματος».



Philippe Pinel



Bénédict Morel

Στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύθηκε και το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών απέναντι από τη Μονή Δαφνίου. Τα πρώτα χρόνια και μέχρι να κτιστούν τα πρώτα περίπτερα, οι ασθενείς διέμενες σε παράγκες. Είναι ενδιαφέρον ότι η μονή κείται στα ερείπια του ιερού ναού του Δαφνίου Απόλλωνα, του επονομαζόμενου Λοΐα, προστάτη των ψυχασθενών κατά τους κλασικούς χρόνους. (Πλουμπιδής 1983). Σχεδιάστηκε με πρότυπο τη φημισμένη Κλινική Μπουργκχόλζλι της Ζυρίχης, ως αγροτικό άσυλο με προοπτική εφαρμογής προγραμμάτων εργασιοθεραπείας, σχέδιο που ματαιώθηκε εξαιτίας του υπερπληθυσμού των τροφίμων (Χαρτοκόλλης, 1991, σ. 57-58).



Μία από τις πρώτες πέντε «παράγκες» που αποτέλεσε την κτιριακή δομή του Δημοσίου Ψυχιατρείου Αθηνών, 1928, Αρχείο Ταστούγλου

Η περίπτωση του Παλίμψηστου στη Λέρο

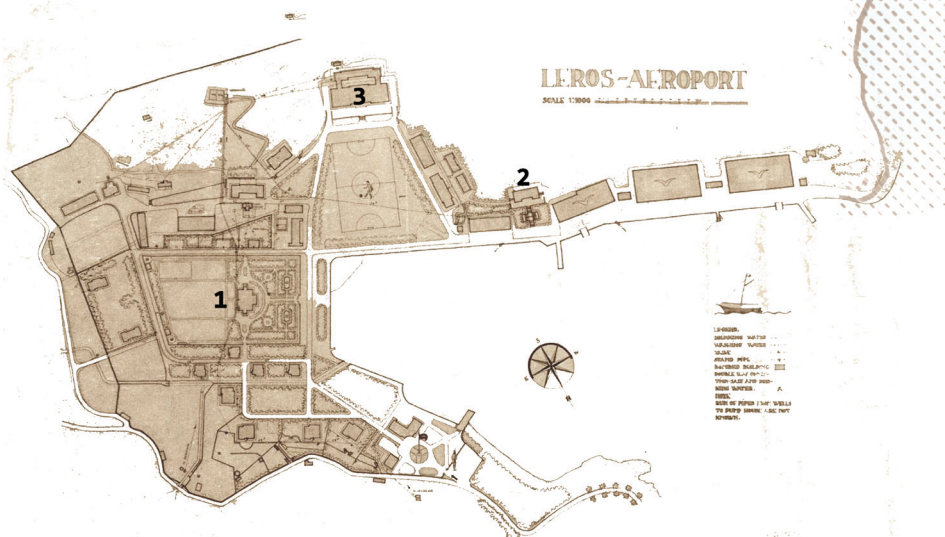
Η Λέρος «σπήρξε» το λογικό τελείωμα της «επίσημης» ψυχιατρικής, όπως αυτή παγιώθηκε σε σύμπλεγμα θεωρίας-πρακτικής για πάνω από έναν αιώνα. Ο τόπος αυτός μετατράπηκε σταδιακά, μέσα από τους αγώνες των ανθρώπων της ψυχιατρικής, από τόπο σύμβολο κοινωνικών ορίων, από στιγματογόνο τόπο, σε τόπο αντιπαράδειγμα, σε τόπο στιγματισμού του στιγματογενούς παρελθόντος της ντόπιας ψυχιατρικής. Σταδιακά, αποτέλεσε το διακεκριμένο τόπο των προσπαθειών να αλλάξουν τα πράγματα, ένα είδος ζωντανού μνημείου της αλλαγής παραδείγματος (Σαββάκης & Τζανάκης, 2002).

Οι πολιτικές αναταραχές του Εμφυλίου πολέμου (1946-1949) και της Δικτατορίας των Συνταγματαρχών (1967-74) στην Ελλάδα, ως συνέχεια των δεινών του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, οδήγησαν στην τελική διαμόρφωση ενός δικτύου «Χώρων Εξαιρέσεως» προς εξυπηρέτηση χρήσεων σωφρονισμού και «εθνικής αναμορφώσεως». Οι χώροι αυτοί, δεδομένης της έλλειψης πόρων του ελληνικού κράτους και της υπερπληρότητας των υπάρχοντων ψυχιατρικών ιδρυμάτων στην Ελλάδα, φιλοξένησαν κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα ένα σύνολο σωφρονιστικών λειτουργιών, αποκτώντας έτσι ένα πλούσιο ιστορικό υπόβαθρο το

ΟΙΚΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

- 1 Βίλλα Τσιγαδά πασά: πρώτος οικιστικός πυρήνας κατοικίες Αξιωματικών-Υπαξιωματικών
- 2 Διοικητήριο και κάποιες αποθήκες πλησίον
- 3 Στρατώνας αεροπόρων
- 4 Επέκταση βάσης στον Λη Γιωργη - στρατώνας

αεροναυτική βάση G. Rosseti



Τοπογραφικό του Ιταλικού Ναυστάθμου

οποίο αντικατοπτρίζει τις αντιλήψεις περί ιδρυματισμού που επικρατούν στο διεθνή και τον ελλαδικό χώρο της περιόδου. Τόποι μνήμης και αναφοράς πλέον, οι περιοχές αυτές αποτέλεσαν οργανώσεις και αρχιτεκτονικές συνθέσεις στις οποίες, ακόμα και σήμερα, κυριαρχούν ο τρόπος του ασύλου και της ανοικτής αρχιτεκτονικής (Γκράτσου, 2013).

Το αίτημα για αποσυμφόρηση των κεντρικών ψυχιατρικών ιδρυμάτων ήταν αποτέλεσμα αφενός δημογραφικών παραγόντων (αστικοποίηση) αφετέρου ενός αιτήματος εκσυγχρονισμού των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η υπερπληρότητα των κεντρικών ψυχιατρικών αποτελούσε τροχοπέδη για οποιαδήποτε προσπάθεια εφαρμογής «νέων ιδεών», τις οποίες προωθούσαν ψυχιάτροι που είχαν, κατά κανόνα, εκπαιδευτεί σε κάποια ευρωπαϊκή χώρα. Έτσι η Λέρος αποτέλεσε το τίμημα του «εκσυγχρονισμού» των υπόλοιπων ψυχιατρικών ιδρυμάτων.

Στα τέλη της δεκαετίας του '50, η λύση που προκρίθηκε μετά από την πρόταση ορισμένων ψυχιάτρων / δημοσίων λειτουργών ήταν η αξιοποίηση των κτηρίων του πρώην Ιταλικού Ναυστάθμου που βρίσκονταν στις περιοχές Λέπιδα και Άη Γιώργης στη Λέρο στα Δωδεκάνησα. Με τα Βασιλικά Διατάγματα της 28-3-57 και 7-5-57 (ΦΕΚ 76/57Α), ιδρύθηκε η «Αποικία Ψυχασθενών Λέρου» με έδρα το Λακκί και δύναμη 650 κρεβατιών. Οι πρώτοι 300 τρόφιμοι καταφτάνουν με πλοία του Βασιλικού Ναυτικού στις 2-1-1958 από το νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας (Λομοκαθαρητήριο Αθηνών), όπου είχαν μεταφερθεί οι υπεράριθμοι από το Λαφνί το 1953. (Μαδιανός, 1994, σ. 184.). Σταδιακά, ο αριθμός τους πολλαπλασιάστηκε με τη μεταφορά τροφίμων από τα ψυχιατρεία Χανίων, Θεσσαλονίκης και Κέρκυρας (Μπαϊρακτάρης, 1994). Το κριτήριο για το ταξίδι στη Λέρο ήταν η απουσία επισκεπτηρίου για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών, εξού και η επονομασία των ανθρώπων αυτών ως «αζήτητων», που έγιγε και ο τίτλος του ντοκιμαντέρ του Κωστή Ζών «Οι αζήτητοι»,(1982).



Χάρτης Λέρου

Το 1965 το ίδρυμα μετονομάζεται σε «Ψυχιατρικόν Νοσοκομειον Λέρου» (Β.Δ. 169-10/12/25-2-1965, Φ.Ε.Κ. 30-1965-Α) και η δύναμή του αυξάνεται σε 2560 κρεβάτια, χρησιμοποιώντας επιπλέον τα εγκαταλελειμμένα κτίρια των Βασιλικών Τεχνικών Σχολών στα Λέπινδα. Το 1967 ενσωματώνεται σε αυτά και το πρώην Ιταλικό Γενικό Νοσοκομείο του νησιού, δυναμικότητας 50 κρεβατιών. Παράλληλα με το ψυχιατρείο, θα λειτουργήσει στον ίδιο χώρο και ένα παράρτημα του Π.Ι.Κ.Π.Α., που θα φιλοξενήσει 150 περίπου παιδιά με βαριές νοητικές και σωματικές αναπηρίες. Το 1980, 2000 τρόφιμοι αντιστοιχούσαν σε ένα πληθυσμό 6000 κατοίκων για όλο το νησί. Η έντονη όμως κριτική για τις συνθήκες ζωής των τροφίμων οδηγεί στη σταδιακή συρρίκνωση του πληθυσμού τους σε 1150 το 1988 και σε 991 το 1991 (Μαδιανός, 1994, σ. 185.), για να περιοριστεί αργότερα ακόμα περισσότερο. Οι διανοητικές μετατροπές αυτού του χώρου από στρατώνες σε παιδούπολη, ψυχιατρείο και φυλακές συνιστούν παλιμψηστο με διαχρονικό άξονα τον ιδρυματισμό.



Αποικία Ψυχασθενών Λέρου

Η ιδιομορφία του έγκειται στο ότι ακολούθησε έως τα «λογικά της όρια» τη λογική του εγκλεισμού με τη μορφή του ισόβιου κοινωνικού εξοβελισμού. Η «νοσηλεία» στη Λέρο σήμαινε εκ των πραγμάτων την οριστική και αμετάκλητη κοινωνική περιθωριοποίηση, εφόσον αφορούσε όχι σε υποκείμενα προς θεραπεία αλλά σε «αζήτητα» υποκείμενα, ανθρώπους που επισήμως δεν θεωρούνταν ότι υπήρχε ελπίδα να «θεραπευτούν» ή να «επανενταχτούν». Το ταξίδι στη Λέρο κατανοούνταν ως ένα ταξίδι επέκεινα του κοινωνικού. Η θεσμική οργάνωση αυτού του τύπου υπάγεται σε μια διαχειριστική λογική «οικονομίας των σωμάτων». Το νησί-άσυλο αποτέλεσε τη λογική κατάληξη μιας διαδικασίας που, για τον καθένα από τους ανθρώπους αυτούς, είχε αρχίσει πολύ πιο πριν, εφόσον επρόκειτο για άτομα που ήδη βρίσκονταν υπό συνθήκες μακράς νοσηλείας. Εξάλλου, το διαβατήριο για το ταξίδι ήταν η πολύχρονη

νοσηλεία και η απουσία επισκεπτηρίου, σε συνδυασμό με τη βαρύτητα της κατάστασης. Με το μέγεθος του ασύλου από τις ετήσιες εκκαθαρίσεις των υπόλοιπων ψυχιατρικών από τους «αζήτητους» και τα πιο βαριά περιστατικά, σταδιακά κατασκευάζεται ένας τόπος σύμβολο κοινωνικών ορίων, ένα νησι-ίδρυμα, κατασκευή στην οποία συναντεί η μικρή έκταση και ο σχετικά μικρός αριθμός των κατοίκων του νησιού. Το νησί το ίδιο, η παράστασή του, γίνεται ένας τόπος-σύμβολο της ισόβιας κοινωνικής εξορίας.



Τοπογραφικό Διάγραμμα περιοχής Λεπιδών-τονισμός φυσικού και τεχνητού ορίου (Γκράτσου,2013)

Άλλωστε, κατά τον 20ο αιώνα, η επιλογή και διαμόρφωση εκείνων των περιοχών που στόχευαν στη χωρική απομόνωση και χειραγώγηση των αντιφρονούντων ήταν ένα συχνό τέχνασμα-λύση του Ιδρυματισμού. Τέτοιες τοποθεσίες, έντονα οριακές, στις οποίες δεν εφαρμόζονταν οι κανόνες της συμβατικής κοινωνικής συμβίωσης, αλλά αυτοί μιας καταναγκαστικής και τιμωρτικής οργάνωσης, χαρακτηρίζονται ως τόποι στους οποίους κυριαρχεί η λογική του ελέγχου και της επιτήρησης. Δεδομένων των παραπάνω, η επιλογή της συγκεκριμένης τοποθεσίας για τη χωροθέτηση του συγκροτήματος δεν ήταν τυχαία εφόσον το τοπίο –φυσικό και ανθρωπογενές- τονίζει τον περικλειστο χαρακτήρα του και ευνοεί φαινόμενα «δομικής αμνησίας» με αποτέλεσμα την απώλεια συνείδησης. Σαφώς, λοιπόν, η περιοχή επιλέγεται εξαιτίας των γεωμορφολογικών πλεονεκτημάτων που είχαν στρατηγική σημασία για

τον Ιταλικό Στρατό κατά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, εντούτοις, η ίδια γεωμορφολογία τονίζει το στοιχείο της περιθωριοποίησης και αποπνέει αισθήματα ανασφάλειας (Παραδέλλης, 1999)

Πράγματι, ο κρυμμένος κόλπος ορίζεται από ασυτηρά όρια: αφενός τους λόφους που προκαλούν αισθήματα φόβου και συμβολίζουν την ερημιά, αφετέρου το νερό, το οποίο στην προκειμένη περίπτωση, στερεί την αίσθηση ελευθερίας εφόσον δεν αφήνει περιθώρια διαφυγής. Σε αυτό το «φόντο» έρχεται να πατήσει το μετέπειτα ανθρωπογενές τοπίο και να διαμορφώσει το Συγκρότημα όπως το γνωρίζουμε σήμερα. Συγκεκριμένα, παρά την εξασφάλιση του περικλειστού του χώρου από τη φύση, δημιουργείται περιμετρικός τοίχος εντεινώντας την αίσθηση του κλειστού ορίου και, ταυτόχρονα, διαμορφώνοντας την είσοδο, ώστε να καθορίζει και το βαθμό απομόνωσης όσων βρίσκονται εντός αυτού. Παράλληλα, η φύτευση της περιοχής με υψηλή βλάστηση (ευκάλυπτοι, πεύκα κ.ο.κ. κυρίως στο ανατολικό τμήμα της Βάσης) , συμβάλλει στον περιορισμό της κατακόρυφης διάστασης, στην επεξεργασία του φωτός και στη δημιουργία ατμόσφαιρας ανασφάλειας και περιορισμού (Γκράτσου,2013).

Ως τοπίο επομένως, το Συγκρότημα, τοποθετημένο εκτός των ορίων της κοινωνίας, αποτελεί σε κάθε ιστορική φάση του τοπίο εξαιρεσης. Μέρος κατάλληλο για την εφαρμογή εναλλακτικής κοινωνικής οργάνωσης, στα πλαίσια της οποίας δημιουργούνται αισθήματα αβεβαιότητας και ανασφάλειας, η ίδια η περιοχική στερεή από τους απομονωμένους κατοίκους της εκείνα τα ερεθίσματα που θα μπορούσαν να ανακαλέσουν μνήμες από την προηγούμενη ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και να δώσουν εναύσματα στη σκέψη τους. Προάγει, έτσι, τη βιογραφική ρήξη, στοχεύει στη χειραγώγησή τους και εν τέλει μετατρέπεται σε τοπίο φόβου (Γκράτσου,2013).

Αυτό σημαίνει ότι η σε βάθος κατανόηση του φαινομένου της ιδρυματοποίησης δεν επιτυγχάνεται μόνο με την μελέτη των θεσμικών πλαισίων λειτουργίας των ιδρυμάτων ιστορικά, αλλά και με τη μελέτη και ερμηνεία των συνθετικών αρχών που διέπουν την αρχιτεκτονική τους. Η αρχιτεκτονική του εκάστοτε ιδρύματος καλείται να καταστήσει με την πρώτη επαφή (οπτική κυρίως), όσο πιο ξεκάθαρο γίνεται, το στόχο της. Σε αυτή τη διαδικασία, η συμβολή των χωρικών συνθέσεων (τοπιακών και αρχιτεκτονικών) είναι μεγάλη, εφόσον ο χώρος με την κατάλληλη επεξεργασία, αποτελεί όργανο ατομικού και κοινωνικού ελέγχου, κρύβοντας στα απόκρυφα μέρη του όλα εκείνα τα στοιχεία που διαστρεβλώνουν την αντίληψη του χώρου και προκαλούν φόβο στον παρατηρητή. Δεν είναι τυχαίο λοιπόν ότι το Συγκρότημα επιλέγεται για αυτή τη λειτουργία στοχοθετημένα με μια επιβλητική και υποβλητική πρόσοψη η οποία προκαλεί περισσότερο αισθήματα θαυμασμού και φόβου, δέους ίσως, παρά οικειότητας και σαφήνειας, τονίζοντας τη λειτουργία του

ολοπαγούς ιδρύματος. Το εσωτερικό τοπίο, αντίθετα είναι πολύ λιτό (αν όχι απογυμνωμένο) σε σχέση με την ποικιλία μορφών και νοημάτων που εντοπίζονται στις προσόψεις του Συγκροτήματος. Βασική επιδίωξη αυτού που σχεδιάζει στρατιωτικά κτίρια και, επομένως, άσυλα είναι να δημιουργήσει μια ισχυρή εικόνα για αυτά (appa.renza) στον εξωτερικό παρατηρητή αδιαφορώντας στην ουσία για την εσωτερική διάρθρωση (Μεταξάς, 2003). Το στείρο και υποβαθμισμένο εσωτερικό κάνει την υπόσταση των κτισμάτων (sostanza) να φαντάζει σε αυτούς που το ζουν πιο δυνατή απ' ότι είναι στην πραγματικότητα.

Από την άλλη, παρά την απλοϊκότητά του, το εσωτερικό αυτών των κτιρίων είναι οργανωμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλεί ανησυχία και δυσφορία στο χρήστη επιδιώκοντας «να βγάλει τον άνθρωπο από τη βόλεψή του». Δημιουργούνται έτσι ποιότητες χώρου που φέρουν στην επιφάνεια το ανοίκειο για να εξυπηρετήσουν κάθε φορά συγκεκριμένους σκοπούς. Κάθε συνθετική επιλογή στη διάρθρωση των εσωτερικών χώρων εξυπηρετεί το τρίπτυχο Ταξινόμηση// Οπτικός Έλεγχος // Σωματική Πειθαρχία, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης του χώρου όσο και σε επίπεδο σχέσεων ανάμεσα στους ανθρώπους.



Παναγιωτόπουλος Νίκος, “Άσυλο: Ψυχιατρικό Ίδρυμα Λέρου”, 1982

Τα στοιχεία αυτά λειτουργούν ως τεχνικές λήθης που ενισχύουν τη δύναμη επιβολής στον τρόφιμο και επιχειρούν να εξουδετερώσουν την αναγνωρισιμότητά του. Κυρίαρχο ρόλο σ' αυτή τη διαδικασία κατέχει το στοιχείο του φόβου, τόσο του εγκλεισμού όσο και της διαρκούς επιτή-

ρησις. Το αίσθημα αυτό εντοπίζεται σε όλους ανεξαιρέτως τους τροφίμους ιδρυμάτων, είτε ως πανικός, άγχος και αίσθημα απώλειας ελέγχου-εξαιτίας της απότομης αλλαγής από την ελευθερία στον περιορισμό-, είτε ως εκείνη η κατάσταση του ασθενούς του άσυλου, που νιώθει τον κώρο να τον καταδιώκει, να τον περικυκλώνει και τελικά να τον καταβροχθίζει. Αποτέλεσμα αυτής της αρχιτεκτονικής είναι η εισαγωγή του ατόμου σε μια ψυχολογία ψυχασθένειας (legendary psychasthenia) την οποία αναφέραμε (βλ. προηγούμενη ενότητα) κατά την οποία το άτομο κάνει το αίσθημα της διάκρισης του εαυτού του μέσα στο περιβάλλον, τη σύνδεση της συνειδησίης του με συγκεκριμένα σημεία στο κώρο και εντέλει περιέρχεται σε μια κατάσταση ακύρωσης της προσωπικότητας (Roger, 1987).

Το ταξίδι στη Λέρο, συνεπώς, γίνεται το ταξίδι επέκεινα της κοινωνικής επικράτειας και ο «τόπος» γίνεται το σύμβολο των ορίων της επικράτειας αυτής, η έμπρακτα παραγωγή του αλλότριου. Το ταξίδι του «πλοίου των τρελών», όλων αυτών που με τις ετήσιες εκκαθαριστικές επιχειρήσεις των μεγάλων ψυχιατρειών συναποτελούσαν τους επιβάτες του με την ετικέτα του αζήτητου στο πέτο, έκανε αυτό το νησί «σύμβολο εγκάρη-Ens των ορίων». Για όλους αυτούς τους λόγους, η Λέρος έγινε το επίκεντρο μιας συνολικής προσπάθειας αναδιοργάνωσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα και, την ίδια στιγμή, το σύμβολο μιας «μεσαιωνικής», όπως κατανοήθηκε, κατάστασης που προηγήθηκε.

3. Από το άσυλο στην κοινότητα

3.1. Απαρχή της αποασυλοποίησης

Η εξέλιξη της ψυχιατρικής συνδέεται εμφανώς με την πολιτική, ανθρωπολογική, επιστημονική και κοινωνιολογική εξέλιξη κάθε κοινωνίας. Δηλαδή την αντίληψή της για τον άνθρωπο, για τις ελευθερίες του, για τα εμπόδια άσκησης των δημοκρατικών δικαιωμάτων του ως πολίτη, για την κυρίαρχη στάση της κοινωνίας απέναντι στην ανθρώπινη ευτυχία και οδύνη, ατομική και συλλογική. Η διαφανόμενη μετατροπή της ψυχικής οδύνης και των κοινωνικών ανισοτήτων σε αντικείμενο και πρόβλημα προς άμεση διαχείριση από την ψυχιατρική αναδεικνύει μια σαφή πρόθεση κοινωνικού ελέγχου σε ομάδες πολιτών που η κοινωνία και η πολιτική αδυνατούν (ή αρνούνται) να επανεντάξουν.

Ο προσδιορισμός της ψυχικής ασθένειας εντός των κοινωνικών, πολιτικών και ιστορικών συμφραζομένων από τα οποία περιτεχνά είχαν αποσπαστεί χάρη μιας απέραντης βιολογικοποίησης/ ιατρικοποίησης του ανθρώπινου όντος στα πλαίσια της ασυλικής πρακτικής κατανοήθηκε στο εσωτερικό της ψυχιατρικής ως νίκη της «δημόσιας υγείας». Με τον τρόπο αυτό αναδείχθηκε η κοινωνική διάσταση της «ψυχικής

ασθένειας». Η ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων, επίσης, υπήρξε καθοριστική σ' αυτή την «πορεία προς την κοινότητα» τα μεταπολεμικά χρόνια (Ackerknecht, 1998). Εντούτοις, τα εγχειρήματα υπέρβασης του ασύλου δεν οφείλονται αποκλειστικά στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μέσων, ιδιαίτερα των ψυχοφαρμάκων, αλλά κυρίως σε μια σταδιακή αλλαγή οπτικής της ψυχοπαθολογίας και των φορέων της, η οποία εγγράφεται σε ευρύτερες κοινωνικές διαδικασίες.

Έτσι, οι περισσότερες δυτικές χώρες ανέπτυξαν μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο μεταρρυθμιστικά προγράμματα προς την κατεύθυνση της υπέρβασης του ασυλιακού μοντέλου. Η εφαρμογή της νέας πολιτικής «ψυχικής υγείας» σε αυτές τις χώρες μεταφράστηκε σε προγράμματα κλεισίματος των μεγάλων εξειδικευμένων νοσοκομείων και δημιουργίας διαφοροποιημένων κοινοτικών θεσμών, οι οποίοι λειτουργούν είτε ανταγωνιστικά είτε, τις περισσότερες φορές, συμπληρωματικά με ασυλιακού τύπου ιδρύματα.

Η δεκαετία του 1960 υπήρξε σταθμός για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, την αλλαγή στις επονομαζόμενες «τεχνοκρατικές εφαρμογές εξυγιάνσης» του παραδοσιακού ψυχιατρικού συστήματος. Στη διάρκειά της εκδηλώθηκε μια ρωμαλέα αντίδραση ενάντια στην ιδρυματική ψυχιατρική από τους ψυχιάτρους και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι, σε ώσμωση με ριζοσπαστικά και αριστερά κινήματα, αμφισβητούσαν όχι μόνο τη βία του «ολοκληρωτικού» ιδρύματος, αλλά και την ίδια τη θεραπευτική συνιστώσα της ψυχιατρικής και, εν τέλει, την ύπαρξη της ψυχικής αρρώστιας. Σε όλη την ιστορία της η ψυχιατρική ταυτίστηκε με μηχανισμούς κρατικής καταστολής κάθε παρέκκλισης και αμφισβήτησης του status quo. Τον 19ο και 20ο αιώνα λειτουργήσαν σαν αιχμή του δόρατος για την ιδεολογική χειραγώγηση κάθε ρήξης με την κυρίαρχη καπιταλιστική πραγματικότητα, με την ακύρωση του λόγου του πάσχοντος υποκειμένου μέσα από τη θετικιστική εφαρμογή του ιατρικού μοντέλου με έμφαση ταυτόχρονα στην ιδιαιτερότητα της ψυχιατρικής. Μια συμπύκνωση του κινήματος της αμφισβήτησης της ψυχιατρικής θα μπορούσε να διατυπωθεί ως εξής: «Τα ιδρύματα εμφανίζονται να είναι η αιτία της ψυχικής νόσου – όχι τα μέσα για να την περιθάλψουν» (Hinshelwood/Skogstad 2000).

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι ζυμώσεις για την υπέρβαση του θεσμού του ασύλου και της λογικής του συνδέθηκαν με διάφορα κινήματα που έκφραζαν γενικότερα το κοινωνικοπολιτικό υπόβαθρο της κάθε χώρας και την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης στο διεθνή χώρο. Οι ζυμώσεις αυτές έλαβαν χώρα ανεξάρτητα από την εμφάνιση των ψυχοφαρμάκων. Άλλωστε, η ίδια η υπερβολή στη χρήση ψυχοφαρμάκων και άλλων παρεμβατικών πρακτικών (όπως τα ηλεκτροσόκ και η λοβωτομή) υπήρξε και παραμένει αντικείμενο κριτικής στο μέτρο που εγγράφεται συχνά σε μια κατασταλτική και όχι θεραπευτική προσέγγιση της ψυχι-

κής νόσου, την ίδια προσέγγιση που επέτρεψε σε πολλές περιπτώσεις (ιδιαίτερα αλλά όχι μόνο σε ολοκληρωτικά καθεστώτα) την εφαρμογή ψυχιατρικών μεθόδων στην υπηρεσία της πολιτικής καταστολής. Το κίνημα της αντιψυχιατρικής και η δημοκρατική ψυχιατρική τοποθετήθηκαν κατεξοχήν ενάντια στον «φυσικό χώρο» όπου η ψυχιατρική και η ψυχολογία δρούσαν και αναπτύσσονταν, ενάντια στις μυθοποιητικές και στιγματιστικές παραγωγές τους, προκαλώντας και προβληματιζώντας την έννοια της ψυχικής νόσου και των διαγνωστικών κατηγοριών, απορρίπτοντας τον ιδρυματικό θεσμό και την ψυχιατρική επιστήμη ως τους θεσμούς εκείνους που ενισχύουν και προάγουν τον κοινωνικό έλεγχο θέτοντας, έτσι, τις βάσεις προς την κοινωνική ψυχιατρική και την απο-ασυλοποίηση.

3.2. Το κίνημα της αντιψυχιατρικής

Το κίνημα της «αντιψυχιατρικής» αναπτύχθηκε στη Μεγάλη Βρετανία και συνδέεται κυρίως με τα ονόματα δύο ψυχιάτρων, του Ronald Laing και του David Cooper. Το εν λόγω κίνημα αναδύεται από τον οριζοντα της ριζικής πολιτισμικής κριτικής που κορυφώνεται με το Μάη του '68. Οι εκφραστές του έθεσαν τις βάσεις και κατόρθωσαν να υλοποιήσουν τα πρώτα προγράμματα ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων και αποασυλοποίησης στον διεθνή χώρο. Με την κριτική των αντιψυχιάτρων να στρέφεται ενάντια στη βία της ψυχιατρικής, όπως αποτυπώνεται τόσο μέσα στα ιδρύματα και στις σχέσεις ψυχιάτρου- ασθενή, όσο και στην εφεύρεση διαγνωστικών νοσολογικών κατηγοριών και ανάλογων θεραπευτικών παρεμβάσεων, τίθενται ζητήματα ηθικής και πολιτικής τάξης στη διαχείριση της τρέλας. Αναδεικνύοντας το κοινωνικό σύστημα και τις σχέσεις εξουσίας, και όχι πλέον το άτομο, το σώμα του ή την ψυχή του, ως τα πεδία αναζήτησης της αρρώστιας και της παραφροσύνης, προχωρούν στην πολιτικοποίηση της εμπειρίας που βαφτίστηκε «ψυχική ασθένεια».



David Cooper



Ronald Laing

Αν και συνεργάστηκαν για ένα μεγάλο διάστημα, όσον αφορά στο θεωρητικό τους έργο (συγγραφή από κοινού του έργου *Λογική και βία*) όσο και στη πρακτική εφαρμογή ορισμένων ιδεών (ίδρυση ελλακτικών θεσμών που λειτουργήσαν ως «παραδειγματικοί τόποι» παγκοσμίως), οι Cooper και Laing ακολούθησαν ο καθένας το δικό του δρόμο (Μπαϊράκταρης, 1994).

Ο David Cooper εστιάζει στη σχέση βίας και ψυχιατρικής, ενώ παράλληλα επιχειρεί να αναδείξει τόσο τη νοσογόνο δράση των καπιταλιστικών σχέσεων παραγωγής, κατατάσσοντας επιπρόσθετα, την ψυχιατρική στον κλάδο εκείνο που ευθυγραμμίζεται κατ' ουσίαν με τις αλλοτριωμένες ανάγκες της κοινωνίας μας και απευθύνει σε αυτούς που υποδέχεται ως αρρώστους την ύπουλη βία της κοινωνίας. Το έργο του, *Ψυχιατρική και Αντιψυχιατρική* (1967) έμελε να ονοματίσει τα κριτικά αυτά εγχειρήματα των δεκαετιών '60 και '70 ως Αντιψυχιατρικό Κίνημα ή Αντιψυχιατρική, αν και πολλοί από τους εκπροσώπους των ριζοσπαστικών ψυχιατρικών ρευμάτων απέρριψαν τον συγκεκριμένο όρο, εναλλάσσοντάς τον με αυτόν της μη-ψυχιατρικής. Σε συνέντευξή του ο Cooper αναφέρει ότι «η αντιψυχιατρική γεννήθηκε σε μια μορφή πάλης, μέσα στους θεσμούς, ενάντια σ' όλες τις μορφές της καταστολής, της βίας και της γκεττοποίησης που υφίστανται στο ψυχιατρείο, ενάντια στα φάρμακα και στα ηλεκτροσόκ» (Συνέντευξη Cooper 1985). Η αρρώστια προσεγγίζεται ως μια διαμαρτυρία ενάντια στην κοινωνία και η ιατρική επιστήμη που έρχεται να τη διαχειριστεί αποτελεί την πιο αξιοσέβαστη τεχνική απαείωσης, μέσω της οποίας ορίζονται, τυποποιούνται, ταξινομούνται, αποκλείονται άτομα, των οποίων η προοδευτική απαείωση «δημιουργεί πανέτομα θύματα για την τελική πράξη της εξουδετέρωσης»

Αναφερόμενος στη βία όπως αυτή εκφράζεται στα πλαίσια της ψυχιατρικής, ο Cooper μιλά για τη βία εκείνη που «εκδηλώνεται εκτυφλωτικά, που διαλαλεί το όνομά της με τόση δύναμη ώστε σπάνια ακούγεται, για την ύπουλη, τη δεστροαμμένη βία που άλλοι άνθρωποι, οι «υγείς του πνεύματι», ασκούν πάνω σ' αυτούς που τους έχει δοθεί η ετικέτα του «τρελού». Στα πλαίσια δε του ψυχιατρείου το άτομο αντικειμενοποιείται, πραγματοποιείται και εγκυβιβάται στο γιατρό ως «ένα αδρανές, μη ανθρώπινο πεδίο από συμπτώματα (τα οποία πρέπει πάντοτε να παραμεριστούν ή και να εξαλειφθούν), καθώς και με μια διαδικασία αρρώστιας (που πρέπει, αν είναι δυνατό, να εκμηδενιστεί)». Ασκείται κριτική στις ψυχιατρικές ταξινομήσεις, αναδεικνύοντας τόσο τον στιγμιστικό ρόλο αυτών όσο και τη γενικευτική και απλουστευτική λειτουργία αυτών των προσδιορισμών, τονίζοντας ότι «η παραφροσύνη δεν βρίσκεται “μέσα” σε ένα ορισμένο πρόσωπο, αλλά μέσα σ' ένα σύστημα σχέσεων, όπου ο αποκαλούμενος “άρρωστος” συμμετέχει». Αν το «άρρωστο πρόσωπο» αποσπαστεί από αυτό το σχεσιακό πλέγμα, η εμπειρία

απονομηματοδοτείται, η πράξη παραμένει ασύλληπτη, ακατανόητη, και στη διαστρέβλωση αυτή του προβλήματος, καταστρώνονται λύσεις/θεραπείες και το άτομο αποπέμπεται από το περιβάλλον του (οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό).

Ο Laing με τη σειρά του, αναπτύσσει μια φαινομενολογική μαρξιστική προσέγγιση της «αρρώστιας» μέσα από το έργο του Η Πολιτική της Εμπειρίας και Το Πουλί του Παραδείσου (1967). Αναφέρεται στην αλλοτρίωση και τα πέπλα μυθοποίησης τα οποία έχουν επικαλύψει τις αισθήσεις και την εμπειρία και έχουν αποξενώσει την ανθρωπότητα από τις «αυθεντικές» της δυνατότητες. Συνδέει το «ομαλά» αλλοτριωμένο πρόσωπο με αυτό που ονομάζεται ψυχοδιανοητική υγεία, ενώ σε αυτούς που δε συμβαδίζουν με τις στατιστικά «φυσιολογικές μορφές αλλοτρίωσης, αντιστοιχεί η ετικέτα του τρελού ή του κακού. Απορρίπτοντας τον θετικισμό και τη στάση της «αντικειμενικής ουδετερότητας», εστιάζει στο γεγονός ότι αποκλείοντας την εμπειρία, παραγνωρίζοντας τις σχέσεις του προσώπου με το περιβάλλον του, εξετάζοντας τον άλλο δίχως τον εαυτό, καθιστώντας τον αντικείμενο προς μελέτη και παρέμβαση, δεν επιτυγχάνεται τίποτε άλλο παρά μόνο η διαιώνιση των σχέσεων και των προβλημάτων που η ψυχιατρική διατείνεται ότι επιλύει ή θεραπεύει. Και για τον Laing, το κοινωνικό σύστημα και όχι τα μεμονωμένα άτομα, πρέπει να είναι το αντικείμενο μελέτης.

Στο βιβλίο του *The Divided Self* (Ο Διχασμένος Εαυτός) ο Laing δείχνει πως υπάρχει ένα φυσιολογικό πέραςμα από την υγιή σχιζοειδή μορφή ύπαρξης προς την ψυχωτική μορφή ύπαρξης του «όντος μέσα στο κόσμο». Τη σχιζοειδή μορφή ύπαρξης εικονογραφεί μια κατάσταση οντολογικής ανασφάλειας. Μια «υγιής μορφή σχιζοειδούς ύπαρξης», σύμφωνα με τον Laing, μετατρέπεται σε ψυχωτική όταν το άτομο, μέσα στην προσπάθεια του να οικοδομήσει φράχτες προς τον εξωτερικό κόσμο για την αυτοπροστασία του, φτάνει στο σημείο να χάσει τη σχέση με άλλους ανθρώπους: «χάνει τη ζωτική επαφή με το κόσμο» και γίνεται το μοναδικό αντικείμενο του εαυτού του (Laing, 1975).

Απορρίπτοντας ολοκληρωτικά τον θεσμό του ψυχιατρείου και μεταθέτοντας τον πυρήνα της αναζήτησης των προβληματικών, ελλειμματικών, ασυμβίβαστων και ενοχλητικών σημείων από το άτομο στην κοινωνία, ο David Cooper επιχειρεί τη δημιουργία μιας «αντιψυχιατρικής κατάστασης». Οργανώνει έτσι, μια πειραματική μονάδα αντιψυχιατρικής η οποία είναι ευρύτερα γνωστή ως «Περιπτερο 21» (Villa 21). Τον Ιανουάριο του 1962 ξεκινάει η λειτουργία του Περιπτερού 21, τμήμα ενός ψυχιατρείου Βορειοδυτικά του Λονδίνου, στα πλαίσια του οποίου απορρίπτονται οι σωματικοί καταναγκασμοί, τα ηλεκτροσόκ, οι λοβοτομές, οι χημικές καθηλώσεις, οι καθημερινοί εξευτελισμοί. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην επιλογή του προσωπικού, η οποία βασίζεται στην όσο το δυνατό μεγαλύτερη απόσταση από τις εμπειρίες του ασύλου και τις ανάλογες πρα-

κτικές, καθώς για εκείνον η «ιδρυματοποίηση», η αποπαίδευση και οι ευτελιστικές πρακτικές συναντιόνται με ιδιαίτερη ένταση στους μακροχρόνια εργαζόμενους εντός των ιδρυμάτων. Η δομή του εν λόγω εγχειρήματος βασίζεται στις αρχές της ευελιξίας και της οριζόντιας οργάνωσης που περιλαμβάνει ένα διαφορετικό πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων συναντήσεων και συνεργασιών των μελών του προσωπικού. Για παράδειγμα, εγκαταλείφθηκε η πρακτική του υποχρεωτικού πρωινού Ξυπνήματος, ο εξαναγκασμός σε εργασιοθεραπεία ή η ανάληψη των εργασιών καθαριότητας από τους ασθενείς κατόπιν ρητών εντολών και αφέθηκε στη δική τους επιθυμία και πρωτοβουλία η εκπόνηση των συγκεκριμένων και άλλων δραστηριοτήτων συμμετοχής στη λειτουργία του τμήματος. Στόχος ήταν η δημιουργία «μιας αληθινά θεραπευτικής κοινότητας, μιας κοινότητας ελευθερίων όπου οι άνθρωποι να συμπεριφέρονται ανάμεσά τους με τρόπο ώστε ο ένας να σέβεται τη μοναξιά του άλλου» (Cooper, 1975), αντιστακόμενοι στην «φυσική τεχνική» της εξάλειψης της αφόρητης εμπειρίας των «αρρώστων» από την πραγματικότητα ή τις απεγνωσμένες προσπάθειες βίαιης προσαρμογής τους σε καλούπια άλλα από τα δικά τους. Το συμπέρασμα και το αποτέλεσμα αυτού του εγχειρήματος συγκλίνουν στο γεγονός ότι μπορεί η δημιουργία του Περιπτέρου 21 να σηματοδοτεί ένα βήμα για την ιδρυματική αλλαγή και τη διαχείριση της «ψυχικής αρρώστιας», στην πραγματικότητα όμως, η αλλαγή δύναται να συντελεστεί μονάχα έξω από το ψυχιατρείο και μέσα στα πλαίσια της κοινότητας.

Το εγχείρημα του Περιπτέρου 21 τερματίστηκε με διοικητικές παρεμβάσεις, έπειτα από αντιδράσεις των εργαζομένων. Ο Cooper άσκησε κριτική στην οικογένεια, την οποία θεώρησε μηχανισμό της καπιταλιστικής κοινωνίας, όπως είναι και η ψυχιατρική: «η σχιζοφρένεια ανάγεται μεν σε μια διεργασία που ξεκινά από την οικογένεια, όμως ο πάσχων οδηγείται σχεδόν νομοτελειακά στον ιδρυματικό αποκλεισμό και την κοινωνική παραίτηση ανταποκρινόμενος στην κοινωνικά παραγόμενη εικόνα της τρέλας» (Μπαϊρακτάρης, 1994).

Στη συνέχεια, οι Laing και Cooper διοργανώνουν τον «Σύνδεσμο Φιλαδέλφεια» (Philadelphia Association), με στόχο την ανάπτυξη ενός αριθμού εναλλακτικών, «μη ψυχιατρικών», θεραπευτικών κοινότητων. Τα σπίτια που νοικιάστηκαν για το σκοπό αυτό ονομάστηκαν «νοικοκυριά» και είχαν τη μορφή κοινοβίων. Σ' αυτά διέμεναν άτομα που έχρηζαν ψυχιατρικής ή ψυχολογικής υποστήριξης μαζί με άτομα που σε καμία περίπτωση δε θα ζητούσαν μια ψυχιατρική συνδρομή, καθώς και επαγγελματίες θεραπευτές. Οι ρόλοι των «θεραπευτών» και των «ατόμων υπό θεραπεία» έμπαναν σε εισαγωγικά και γινόταν προσπάθεια να αποδομηθεί ο ρόλος του «επαγγελματία θεραπευτή». Ιδρύθηκε, έτσι, ένα σύνολο από αυτοχρηματοδοτούμενες μονάδες, μία εκ των οποίων, το Kingslay Hall, απέκτησε μεγάλη φήμη και λειτουργήσε ως ένα από κέντρα της πολιτισμικής «αντικουλτούρας» του Λονδίνου.



Kingslay Hall



Κάτοικοι του Kingslay Hall. 1965

«Ζούσαμε μαζί μ' έναν αριθμό αρκετά διαταραγμένων «ψυχωτικών» ανθρώπων, που σε άλλη περίπτωση θα βρισκόνητουσαν σε ψυχιατρεία ή ψυχιατρικές μονάδες και θα τους μεταχειριζόντουσαν με τον ανάλογο τρόπο. Ανάμεσά μας δεν υπήρχε ούτε υπηρετικό προσωπικό, ούτε άρρωστοι, ούτε κλειδωμένες πόρτες, ούτε κανενός είδους ψυχιατρική μεταχείριση που θα σκόπευε ν' αλλάξει κάποιες καταστάσεις του πνεύματος» (Laing, 1985). Αυτή η συλλογική εξω-ιδρυματική διαχείριση της «εμπειρίας της τρέλας» και του εαυτού στεκόταν ανταγωνιστικά απέναντι στη μαζικότητα και την καταπίεση του ιδρυματικού μοντέλου που πρότασε η καθεστωτική ψυχιατρική, διακηρύσσοντας την ελευθερία του «να σκέπτεσαι, να βλέπεις, να αισθάνεσαι με οποιοδήποτε τρόπο ο,τιδήποτε» . Ο Laing με τη σειρά του καταφέρεται εναντίον της ψυχιατρικής τόσο επειδή είναι ο μοναδικός κλάδος της ιατρικής εντεταλμένος να «θεραπεύει» φυσικά παρά την απουσία οποιασδήποτε γνωστής φυσικής παθολογίας, καθώς και λόγω της επιβολής θεραπείας ή ακόμη και φυλάκισης των αρρώστων, εάν η ίδια το κρίνει απαραίτητο.

Αναφέρει συμπερασματικά ότι «η συμπεριφορά που ταμπελάρεται σα σχιζοφρενική αποτελεί ανεξάρτητα μια ειδική στρατηγική που επωοεί ένα πρόσωπο για να ζήσει μέσα σε μια αβίωτη κατάσταση». Υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια δεν υφίσταται σαν «κατάσταση», αλλά ότι πρόκειται για ένα κοινωνικό γεγονός και ένα πολιτικό συμβάν.

Η φαινομενολογική ψυχολογική σχολή του Laing έλκει την καταγωγή της από το φιλοσοφικό ρεύμα της «φαινομενολογίας» του Edmund Husserl και προσπαθεί να φωτίσει τόσο αυτό που εμφανίζεται όσο και τον τρόπο με τον οποίο εμφανίζεται. Μελετά τις οπτικές των υποκειμένων για τον κόσμο τους. Αποπειράται να περιγράψει με λεπτομέρεια το περιεχόμενο και τη δομή της συνείδησης των υποκειμένων, να συμπεριλάβει την ποιοτική ποικιλομορφία των εμπειριών και να αναλύσει τα ουσώδη νοήματά τους. Βασικό της χαρακτηριστικό η έμφαση που δίνει στην αυτοαναφορικότητα της συνείδησης και στην αναζήτηση της συνείδησης ως οντότητας.

«Είναι μια επιβεβλημένη κοινωνική νόρμα που εκλογικεύει ένα σύνολο ενεργειών βάσει των οποίων το ταμπελαρισμένο πρόσωπο κηδεμονεύεται από άλλους, που έχουν τη νομική επικύρωση, την ιατρική εξουσιοδότηση και την ηθική υποχρέωση, για να γίνουν υπεύθυνοι για το ταμπελαρισμένο πρόσωπο. Στο ταμπελαρισμένο πρόσωπο δεν ανατίθεται μόνο ένας ρόλος, αλλά και μια καριέρα ασθενή»

Ο κοινός «θεραπευτικός» προσανατολισμός των Cooper και Laing συνίσταται στο μέλημα της αποκατάστασης της διαλεκτικής σχέσης εμπειρίας και συμπεριφοράς και της ανασυγκρότησης του δικτύου των διαπροσωπικών και των κοινωνικών σχέσεων. Η αποκατάσταση αυτή τίθεται ως προϋπόθεση για την κατανόηση των ανθρώπινων πράξεων εν γένει, συνεπώς και κάθε θεραπευτικής παρέμβασης. Στο επίπεδο της θεωρίας, επικριείται η κατάδειξη του τρόπου με τον οποίο οι θύλακες των διαπροσωπικών σχέσεων καθιστούν τα άτομα ανάπηρα, εξαρτώνοντας κάθε δυνατότητα έκστασης, χαράς και αυτονομίας. Στο επίπεδο της πρακτικής, δοκιμάζεται ένας θεραπευτικός πειραματισμός που βασίζεται στην αρχή της απόδοσης αυτονομίας και της ενίσχυσης της αυτορρύθμισης, στο σεβασμό της εμπειρίας του άλλου (Σαββάκης και Τζανάκης, 2002).

Παράλληλα, οι Laing και Cooper ίδρυσαν ένα βραχύβιο οργανισμό, το Ινστιτούτο Φαινομενολογικών Ερευνών, το οποίο οργάνωσε το περίφημο συνέδριο με τίτλο «Η διαλεκτική της απελευθέρωσης» το 1967, με συμμετοχή πολλών διανοούμενων και ακτιβιστών απ' όλο τον κόσμο (Τεζάκης, 1990). Οι βασικές θέσεις, στις οποίες σχηματίζεται ο προσανατολισμός του κινήματος της αντιψυχιατρικής, είναι οι εξής:

- Η σχιζοφρένεια είναι κοινωνικό και όχι ιατρικό φαινόμενο. Αποτελεί προϊόν των αλλοτριωμένων κοινωνικών δομών.
- Μέσα από τη γλώσσα της σχιζοφρένειας εκφράζεται η παθολογία των κοινωνικών δομών.
- Αυτά που η ψυχιατρική κατονομάζει ως σχιζοφρενικά συμπτώματα μαρτυρούν τη διαταραγμένη επικοινωνία στο μικροκοινωνιολογικό και ιδιαίτερα στο οικογενειακό περιβάλλον.
- Η ψυχιατρική αποτελεί μηχανισμό της κυρίαρχης ιδεολογίας και θεματοφύλακα του *status quo*.

Αυτό που αποκαλείται ως «ψυχική ασθένεια» από την ψυχιατρική δεν είναι παρά η διαμαρτυρία ενάντια στον αλλοτριωμένο κοινωνικό κόσμο. Το βίωμα του «ασθενούς» μας δείχνει το δρόμο για τη συγκρότηση ενός επαναστατικού κινήματος, το οποίο οφείλει να ασκήσει δριμύεια κριτική στην παραδοσιακή ψυχιατρική που στιγματίζει και υποβιβάζει την υπαρξιακή διαμαρτυρία στο επίπεδο του βιοχημικού συμβάντος, αρνούμενη να δει την ψυχογένεση και την κοινωνιογένεση αυτού που

αποκαλεί «ψυχική ασθένεια». Με την ψυχιατρική βία ο «ασθενής» αποπροσωποποιείται, χάνει την ταυτότητά του (Τερζάκης, 1990). Το κίνημα αυτό, το οποίο πολιτικοποιεί την τρέλα και ιδιαίτερα το παραλήρημα («κάθε παραλήρημα είναι και ένα πολιτικό μανιφέστο»), έχει «παραδειγματική» λειτουργία. Οι θεωρητικές αντιλήψεις αυτών των θεσμικών παρεμβάσεων υποδηλώνουν ένα ριζοσπαστικό προσανατολισμό στο υποκείμενο της τρέλας και μία ριζική κριτική στην αντικειμενοποιούσα ψυχιατρική (Μπαϊρακτάρης, 1994).

3.3. Η «δημοκρατική ψυχιατρική»

Το κίνημα της «δημοκρατικής ψυχιατρικής» (Psichiatria Democratica) αναπτύχθηκε στην Ιταλία στις αρχές της δεκαετίας του '60, στοχεύοντας στην κριτική του ασυλιακού ιδρύματος. Παράλληλα, δρομολόγησε διεργασίες εντός και εκτός του ψυχιατρικού ιδρύματος, οι οποίες απέβλεπαν στη συνολική επανεξέταση της λειτουργίας του ψυχιατρικού θεσμού. Η «δημοκρατική ψυχιατρική» εντάσσεται σε ένα γενικότερο πνευματικό κίνημα της Ιταλίας στις αρχές της δεκαετίας του '60, το οποίο σε συνθήκες ραγδαίας οικονομικής ανόδου άσκησε κριτική σε θεσμούς που λειτουργούσαν «αναποτελεσματικά» αλλά και ιδεολογικά. Ένα από τα ιδρύματα αυτά ήταν και το ψυχιατρείο. Η κριτική, η οποία δεν άφηνε ασυγκίνητο ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, ασκούνταν κυρίως από διανοούμενους, οι οποίοι πολλές φορές αναλάμβαναν ένα κριτικό ρόλο επηρεασμένοι από τη θεωρία του Gramsci περί ηγεμονίας (σχετικοποίηση του μαρξιστικού ντετερμινισμού, θέωση του ανθρώπου ως συνδημιουργού της ιστορίας του, απόδοση βαρύνοντα ρόλου στους διανοούμενους). Το γενικότερο πολιτισμικό κλίμα αμφισβήτησης, που αναπτύχθηκε με ιδιαίτερη θέρμη στην Ιταλία (Passerini, 1998), ευνόησε τον προβληματισμό αναφορικά με την αυταρχικότητα που περικλείουν ιδρύματα, όπως οι φυλακές και τα ψυχιατρεία. Στο κίνημα της δημοκρατικής ψυχιατρικής, κυρίαρχη φιγούρα αποτέλεσε ο Basaglia, ένας ψυχίατρος που προέρχεται από τον ακαδημαϊκό χώρο.

Το 1961 ο Basaglia προσπάθησε, ως διευθυντής του ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Γκορίτσια, να αναδιοργανώσει τις ψυχιατρικές υπηρεσίες στη βάση των αρχών της θεραπευτικής κοινότητας, διευρύνοντας την εν λόγω προσέγγιση, έτσι ώστε να συνδέεται με παρεμβάσεις και έξω από τους χώρους του ψυχιατρείου. Προτείνεται μια νέα οργανωτική δομή, νέοι κανόνες επικοινωνίας και επαφής ασθενών και προσωπικού, απορρίπτονται μηχανικές καθηλώσεις και ηλεκτροσπασμοθεραπεία και ξεκινούν παρεμβάσεις για τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των τροφίμων στη βάση των δικών τους πλέον αναγκών. Το ψυχιατρείο ανοίγει τόσο συμβολικά όσο και υλικά, καθώς μαζί με τις περιφράξεις και τις κλειδαμμένες πόρτες ανοίγει και ένας δρόμος προς την κοινότητα.

Οι αντιστάσεις που συνάντησε από την τοπική αυτοδιοίκηση και την κοινότητα τον απομακρύνουν το 1967 από την πόλη της Γκορίτσα. Το 1971 αναλαμβάνει τη διεύθυνση του ψυχιατρικού νοσοκομείου της Τεργέστης και υλοποιεί μια σειρά από παρεμβάσεις που θα γίνουν ευρύτερα; γνωστές ως «πείραμα της Τεργέστης».

Μέσα από τη σταδιακή μείωση των νέων εισαγωγών για νοσηλεία, τη συστηματική φροντίδα αυτών που παίρνουν εξιτήριο, την κατάργηση της εκμετάλλευσης της εργασίας των εγκλειστών μέσω «εργοθεραπευτικών» προγραμμάτων και τη νομική κατοχύρωση του Συνεταιρισμού Ενωμένων Εργαζομένων (Cooperativa Lavoratori Uniti), τίθεται σε εφαρμογή η πλέον ολοκληρωμένη και συνολική πρόταση εγκατάλειψης του ιδρυματικού θεσμού. Το 1973 η Τεργέστη ορίζεται ως πιλοτική ζώνη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την ίδια χρονιά ιδρύεται το κίνημα της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής, στο οποίο συναντώνται το αντιιδρυματικό κίνημα, συνδικάτα της αριστεράς και άλλες πολιτικές δυνάμεις. Δύο χρόνια μετά, εγκαινιάζονται τα πρώτα Κέντρα Ψυχικής Υγείας μέσα στην κοινότητα και μέχρι το 1977 το ψυχιατρικό νοσοκομείο της Τεργέστης κλείνει. Στους χώρους του πρώην ψυχιατρείου δημιουργήθηκε πάρκο και ορισμένα διαμερίσματα καθώς και μια μονάδα αποκατάστασης για πάσχοντες με βαριές αναπηρίες, υπό την ευθύνη του Κέντρου Ψυχικής Υγείας της περιοχής. Οι υπόλοιποι χώροι του πρώην ψυχιατρικού Νοσοκομείου χρησιμοποιήθηκαν ως καλλιτεχνικά εργαστήρια, όπου ελάμβαναν χώρα διάφορα δρώμενα πολιτιστικού και κοινωνικού περιεχομένου. Ο νόμος 180 του 1978 έρχεται να επισφραγίσει την επιτυχία αυτής της προσπάθειας και με την ψήφισή του ξεκινά η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση σε ολόκληρη την ιταλική επικράτεια.



Ο Basaglia με τους συνεργάτες του ριχνουν την πύλη του Ψυχιατρείου.



Ο Marco Cavallo, ένα μπλε άλογο από Εύλο που κατασκευάστηκε από τους ασθενείς του ασύλου της Τεργέστης- σύμβολο της ιταλικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Για τον Basaglia, η δράση στο εσωτερικό ενός θεσμού βίας σημαίνει την άρνηση του κοινωνικού του ρόλου, τη συνειδητοποίηση της εκφερόμενης βίας όλων των «συν-βαλλομένων» μερών (γιατρών και ασθενών), την αναστολή της προσαρμογής στον αποκλεισμό και τέλος, την απόταξη των ρόλων των τεχνικών της βίας και των αντικειμένων που υποδέχονται αυτή τη βία. Η εισαγωγή ενός ατόμου σε ψυχιατρικό νοσοκομείο σηματοδοτεί την άρση των δικαιωμάτων του ως πολίτη και την πλήρη παράδοσή του στην απόλυτη εξουσία του γιατρού και των νοσοκόμων. Το άτομο έχει απωλέσει οποιαδήποτε διαπραγματευτική δύναμη και εκτίθεται στην απόλυτη και αδιαμφισβήτητη εξουσία του ιδρύματος και των λειτουργών του, θυμίζοντας επικίνδυνα την απογύμνωση της ζωής στα στρατόπεδα συγκέντρωσης. Το ψυχιατρείο για τον Basaglia, συνιστά μια συνθήκη κοινωνικού θανάτου. Το πάσχον υποκείμενο μπορεί να έχει αποκλειστεί από την κοινωνία, περιλαμβάνεται εντούτοις σε ένα θεσμό της και του αποδίδεται μια ορισμένη αρρώστια που «προσλαμβάνει ένα χαρακτήρα στιγματισμού που επιβεβαιώνει την απώλεια της κοινωνικής αξίας του ατόμου, την ήδη εμπεριεχόμενη στον τρόπο με τον οποίο η αρρώστια του έχει προηγουμένως βιωθεί».

Το κίνημα της αντιψυχιατρικής και η δημοκρατική ψυχιατρική έδωσε το έναυσμα για το νέο status quo στο χώρο της ψυχιατρικής, αυτό της αποασυλοποίησης. Η έννοια της «ψυχικής ασθένειας» αμφισβητείται:

αφενός κοινωνικοποιείται, αφετέρου πολιτικοποιείται. Το ίδιο και ο ψυχιατρικός θεσμός, όπως και οι επιμέρους επαγγελματικοί ρόλοι που σχετίζονται με αυτόν. Η «ασθένεια» νοείται ως απόκλιση από τα κοινωνικά πρότυπα και η διαχείρισή της, όπως εκφράζεται από την παραδοσιακή ψυχιατρική, ερμηνεύεται ως βία που «αποκλείει» τη διαφορετικότητα. Το ασυλλιακό σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών νοείται ως σύστημα διαχείρισης, δηλαδή ως διεκπεραιωτής μιας κοινωνικής ανάθεσης φύλαξης των αποκλιώντων. Σύμφωνα μ' αυτή την οπτική, ο εγκλεισμός στο άσυλο, δηλαδή η βασική παραδοσιακή ψυχιατρική πρακτική, οδηγεί σε έναν αναδιπλασιασμό της «ασθένειας», δηλαδή στην «ιδρυματοποίηση», η οποία συνιστά μια ιατρογενή ασθένεια (Basaglia, 1977). Ως μόνη λύση προτείνεται η αποσάθρωση του ψυχιατρείου ως θεσμικού κέντρου της διαχειριστικής λογικής που βασίζεται στη βία. Για το σκοπό αυτό απαιτείται η αναδιοργάνωση των επαγγελματικών ρόλων, η παραιτήση από την ισχύ της ασθεντίας και η εγκαθίδρυση μιας παραδοχής των κοινωνικών αντιφάσεων και κατά συνέπεια της ύπαρξης της διαφορετικότητας. Στο εσωτερικό του διαφοροποιημένου δικτύου ψυχιατρικών υπηρεσιών εγκαθίσταται, μετά από αναδιοργάνωση των θεραπευτικών και των επαγγελματικών ρόλων, μια «κατάσταση συνομιλίας». Η σύγκρουση με τις παραδοσιακές δυνάμεις θεωρείται αναπόφευκτη, εφόσον η ψυχιατρική συσχετίζεται αναγκαστικά με τις κοινωνικές διαιρέσεις και την παγωμένη κοινωνική ιεραρχία. Η διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης κατανοείται ως μια συνεχής κριτική διεργασία χωρίς έτοιμες συνταγές (Μπαϊρακτάρης, 1994).

3.4. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής της παραδοσιακής ψυχιατρικής και στον ελλαδικό χώρο, καθώς και ομάδες συμπάραστασης στους ψυχιατρικούς εγκλεισμούς των ασύλων. Παράλληλα έχουμε την ύπαρξη μικρών οργανωμένων ομάδων και κινήσεων για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, χωρίς όμως σημαντικές ιδεολογικές επιρροές στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, σε αντίθεση με παρόμοιες κινήσεις στη δυτική Ευρώπη, όπως το Δημοκρατικό Ψυχιατρικό Κίνημα των Basaglia, το Κίνημα της Αντιψυχιατρικής των Laing, Cooper και άλλα. Μέχρι το 1981 υπήρχε σημαντική υστέρηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη (Μαδιανός 1994).

Η Λέρος, για παράδειγμα, αποτελούσε μια εξόφθαλμη ασυγχρονία της ελληνικής ψυχιατρικής σε σχέση με τη δυτική ψυχιατρική. Την περίοδο που στη δύση πραγματοποιούνταν η επανάσταση των ψυχοφαρμάκων και ξεκινούσε ο μακρύς δρόμος της έντονης αμφισβήτησης της ψυχιατρικής των ασύλων, την στιγμή που θεμελιωνόταν η κοινοτική και

η κοινωνική ψυχιατρική, στην Ελλάδα ιδρύοταν ένα ιδιότυπο άσυλο «δευτέρου βαθμού», το λογικό τελείωμα της ασυλιακής ψυχιατρικής. Ήταν αναμενόμενο το «σκάνδαλο της Λέρου» να θέσει με επιτακτικό τρόπο ένα συνολικό αίτημα μεταρρύθμισης.

Στα τέλη της δεκαετίας του '70 έσπουν έντονες διαμαρτυρίες ορισμένων αγροτικών γιατρών του νησιού (ομάδα Λέρου) για τις «απαράδεκτες» συνθήκες ζωής και την «άθλια» μεταχείριση των τροφίμων. Οι «αζήητοι» ανακαλύπτονται, ορισμένοι μετά από είκοσι χρόνια παραμονής στο νησί, ένα σκάνδαλο ξεσπάει με διεθνείς προεκτάσεις. Ανακαλύπτεται τότε το «κολαστήριο της Λέρου», η «απάνθρωπη» πρακτική του ψυχιατρικού συστήματος που εξορίζει και φυλακίζει σε άθλιες συνθήκες ανθρώπινες υπάρξεις. Η Λέρος γίνεται έτσι ένα παγκόσμιο σύμβολο της περιθαλψής ασυλικού τύπου και «οφείλει» να γίνει το σύμβολο της αλλαγής παραδείγματος.

Έτσι, το 1989 ξεκινάει μια πρωτοβουλία μεταρρύθμισης στο κακόφημο περίπτερο 16 «των γυνών» με συνεργασία μιας ομάδας προσωπικού της Λέρου, της μονάδας επανένταξης του ΨΝΘ με υπεύθυνο τον Κ. Μπαϊρακτάρη και μιας ομάδας εθελοντών από το τμήμα ψυχολογίας του Α.Π.Θ. Το 1990 μετά τον ολοκληρωτικό διασυρμό της χώρας και την διακοπή της χρηματοδότησης για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ξεκίνησαν με πάρα πολλές δυσκολίες προγράμματα χρηματοδοτούμενα από την Ε.Ε (αρχικά Λέρος 1 και 2 και αργότερα το Ψυχαργώς).

Τα προγράμματα αυτά είχαν δύο σκέλη. Στο πρώτο σκέλος γινόταν προσπάθεια να επιτευχθεί σύντομη χρονικά παρέμβαση (2 - 3 μηνών), κυρίως στο κομμάτι της αποσυμφόρησης και επιλογής ασθενών για να μεταφερθούν στους τόπους καταγωγής τους. Αυτό το σκέλος ουσιαστικά δεν είχε παρεμβάσεις στη δομή του ιδρύματος. Το άλλο σκέλος των προγραμμάτων, με την ήδη υπάρχουσα ομάδα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, μια ομάδα ιταλών από την Τεργέστη και Ολλανδών, αλλά και πολλούς άλλους επαγγελματίες και εθελοντές, προσπάθησε να πετύχει μια πιο οργανωμένη παρέμβαση, παρόμοια με αυτή της προσπάθειας που είχε γίνει το 1989. Κύριος στόχος των προγραμμάτων αυτών ήταν η άσκηση κριτικής σε έννοιες όπως το ανιατό, η χρονιότητα και η ψυχική νόσος. Επίσης μεγάλη προσπάθεια έγινε για την εισαγωγή της έννοιας των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, την προάσπιση τους και την απαίτηση του σεβασμού προς αυτούς. Σημαντικό ήταν σε αυτή την προσπάθεια, να γίνει κατανοητό ότι η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας και έχει σαν στόχο την χειραφέτηση του ατόμου. Τα πρώτα επιτεύγματα της αλλαγής αυτών, ήταν ο εξανθρωπισμός μέσα στο ψυχιατρικό τμήμα, η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και η προώθηση της ελεύθερης αμειβόμενης εργασίας με σκοπό την καταπολέμηση της μαύρης, που μέχρι τότε επικρατούσε. (Λουκάς Γ., 2004)

Στην συνέχεια ακολούθησε το 1999 το πρόγραμμα Ψυχαργώς, που αποσκοπούσε στην συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη των ψυχικά ασθενών με την εισοδή τους στον εργασιακό χώρο. Κύριος στόχος δηλαδή ήταν ο εκσυγχρονισμός του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το πρόγραμμα Ψυχαργώς χωρίζεται σε δύο φάσεις. Η Α΄ φάση του προγράμματος (2000 – 2001) εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ως «ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές και χρηματοδοτήθηκε κατά 80% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και 20% από το Ελληνικό Δημόσιο». Τα αποτελέσματα αυτής της φάσης ήταν η δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων, η δημιουργία 71 Εργαστηρίων Κατάρτισης, η Προκατάρτιση, Κατάρτιση και Απασχόληση 973 ασθενών, ο αποϊδρυματισμός και η διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες – οικοτροφεία) 769 ασθενών, η πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων και τέλος η κατάρτιση 910 ατόμων ως στελέχη ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η Β΄ φάση του προγράμματος (2002 – 2006) αφορά την ανάπτυξη δομών και υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη την χώρα. Με την δημιουργία των δομών αυτών εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σαν σκοπό την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την περίθαλψη και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη ενήλικων, παιδιών και εφήβων με κάποια ψυχική διαταραχή. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών σχεδιάστηκε με βάση τις αρχές της «τομεοποίησης» και της κοινωνικής ψυχιατρικής, ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής φροντίδας. Η έμφαση δόθηκε αφενός στον αποϊδρυματισμό με την κοινωνική επανένταξη δύο χιλιάδων χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρεία της χώρας και αφετέρου την δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία. Στη δεύτερη αυτή φάση του προγράμματος σημαντικό ρόλο έπαιξαν και οι Μη Κερδοσκοπικές Εταιρίες οι οποίες συνέβαλαν στην δημιουργία στεγαστικών δομών για τους ψυχικά ασθενείς, όπως Ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα και οικοτροφεία.

Οι Ξενώνες φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές, όχι περισσότερα των 15, προσομοιάζουν το οικογενειακό περιβάλλον και έχουν σαν σκοπό την ένταξη των ασθενών στην κοινότητα και την ανεξάρτητη λειτουργία τους σε αυτήν. Οι Ξενώνες ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής του ασθενούς και την χρονική διάρκεια της παραμονής του σε αυτούς διακρίνονται σε Ξενώνες βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας παραμονής. Ακόμη διάκριση γίνεται και ανάλογα με το χώρο στον οποίο βρίσκονται οι Ξενώνες. Έτσι υπάρχουν οι ενδονοσοκομειακοί και οι εξωνοσοκομειακοί Ξενώνες. (Μεταξά Μ., 2004)

Στη συνέχεια, τα προστατευμένα διαμερίσματα είναι χώροι στέγασης ψυχικά ασθενών, ως 6 ατόμων, σε πολυκατοικίες ή μονοκατοικίες. Τα άτομα που ζουν στα διαμερίσματα αυτά αυτοεξυπηρετούνται και είναι σε θέση να φροντίζουν μόνο τους τον εαυτό τους σε ικανοποιητικό βαθμό. Στόχος των προστατευμένων διαμερισμάτων, όπως και των Ξενώνων, είναι η ανεξάρτητη λειτουργία του ατόμου στην κοινότητα.

Τέλος, τα οικοτροφεία είναι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που δέχονται ασθενείς με πιο σοβαρά προβλήματα, συγκριτικά με αυτούς των Ξενώνων. Ουσιαστικά είναι δομές υψηλού βαθμού προστασίας, οι οποίες δέχονται μέχρι 25 άτομα και για απροσδιόριστο χρονικό διάστημα. Τα άτομα που φιλοξενούνται στα οικοτροφεία είναι αυτά που χρειάζονται ψυχογηριατρική φροντίδα, άτομα με βαριά νοητική στέρση ή πολύ σοβαρή ψυχωσική διαταραχή και τέλος άτομα που έχουν χάσει τη λειτουργικότητα τους και απαιτείται να φιλοξενηθούν σε στεγαστικές δομές υψηλής εποπτείας. (Παρίτσος και συν., 2003)

4. Ανάγνωση του θεραπευτικού χώρου μέσα από αρχιτεκτονικά εργαλεία

Η μετακίνηση των ασθενών από τα νοσοκομεία στην κοινότητα αποτέλεσε παγκόσμιο φαινόμενο, που αναπτύχθηκε με πολλές παραλλαγές ανά την υφήλιο μέσα σε κλίμα ενθουσιασμού και διάθεση πειραματισμού, που έγινε ευρύτερα γνωστό ως Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (βλ Μέρος Γ). Η ιδέα μιας συνεργασίας αρχιτεκτονικής και ψυχολογίας ήταν το άμεσο επακόλουθο και όντως το 1960 πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεγάλη συνάντηση αρχιτεκτόνων και ψυχολόγων σχετικά με την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του.

Η συνεργασία αυτών των επιστημών αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη της επιστήμης της περιβαλλοντικής ψυχολογίας που εξετάζει την αλληλεπίδραση των ανθρώπων εμπειριών με τις όψεις του κοινωνικού – φυσικού περιβάλλοντος. Από τις αρχές της δεκαετίας του '70, οι ψυχολόγοι άρχισαν να ενδιαφέρονται έντονα για την περιβαλλοντική ψυχολογία και να προωθούν τις απόψεις τους (Canter, 1988). Στο παρελθόν αλλά και σήμερα, υπάρχουν αρκετοί αρχιτέκτονες που επιδιώκουν το συσχετισμό αρχιτεκτονικής και ψυχολογίας, ενώ από τα αρχαία χρόνια η αρχιτεκτονική συσχετιζόταν με την ίαση του πνεύματος και του σώματος, όπως στις περιπτώσεις των ιερών χώρων πχ. των αρχαίων Ασκληπιείων και του Stonehenge.

Για παράδειγμα, από τις βασικότερες αρχές λειτουργίας των αρχαίων Ασκληπιείων ήταν η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που εμπνέει και δημιουργεί σταθερά θετικά συναισθήματα, όπως ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Αυτό το περιβάλλον, όπως έδειχνε η εμπειρία, συνέβαλε αξιολοσιμείωτα στη θεραπεία του ασθενούς, ψυχικά και σωματικά. Η διαδι-

κασία θεραπείας βασιζόταν κατά πολύ στις συνθήκες διαβίωσης που προσφέρονταν στους ασθενείς, καθώς τα ιερά του Ασκληπιού κτίζονταν σε περιοχές όπου η θέση και η φυσική ομορφιά του περιβάλλοντος τις έκαναν κατάλληλες ως τόπους θεραπείας (Καλατζής και Λασκαράτος 2003). Υπάρχουν καταγεγραμμένες μαρτυρίες ότι οι τόποι ανέγερσης και η κτηριακή συγκρότηση των Ασκληπιείων, στο μέτρο που αφορά στις αρχιτεκτονικές επιλογές, δεν ήταν καθόλου τυχαίες. Συγκεκριμένα, η ειδυλλιακή θέα, το υγιεινό κλίμα, η μεγάλη ηλιοφάνεια, η πλούσια βλάστηση, ο καθαρός αέρας, το άφθονο νερό, η εύφορη γη και οι ιαματικές πηγές όπως και η απουσία περιττειχίσις καθιστούσαν καθοριστική τη συμβολή του φυσικού περιβάλλοντος και της τοποθεσίας των ναών στην ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενούς. Έτσι, ο ασθενής είχε θετική προδιάθεση, η οποία επιτάχυνε και μεγιστοποιούσε το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επί πλέον, θέατρα, στάδια ή ωδεία, εντός των Ασκληπιείων ή σε κοντινή απόσταση από αυτά, χρησιμοποιούνταν για την ψυχική και την πνευματική αποκατάσταση των ασθενών (Χριστούλου-Αλέτρα κ.α. 2010).

Η λύση στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση μέσα από την αρχιτεκτονική και την ψυχολογία έχει σκοπό να απαντήσει στο εξής ερώτημα: Θα μπορούσε το άμεσο ή έμμεσο χωρικό περιβάλλον του ατόμου ακολουθώντας τις αρχές της μεταβλητότητας (μηχανικής και αντιληπτικής) να λειτουργήσει κατασταλτικά ως προς τις ανθρώπινες ψυχικές διαταραχές και να αντικαταστήσει σε κάποιο βαθμό τις φαρμακευτικές χημικές ουσίες (αντιψυχωσικά φάρμακα, αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά);

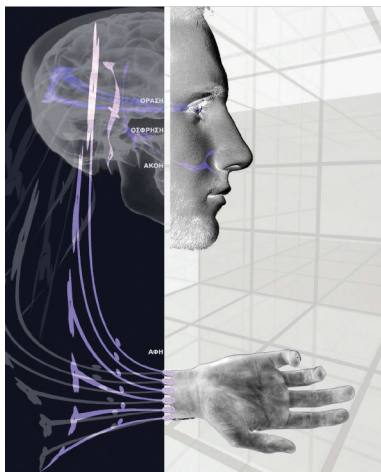
4.1. Νευροχωρικό σύστημα

Ακολουθώντας την ιστορική εξέλιξη των χώρων υγείας από τα αρχαία Ασκληπεία στους βυζαντινούς Ξενώνες, την Αναγέννηση, και το πέρασμα των αιώνων μέχρι τη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και τη σύγχρονη εποχή αντιλαμβάνομαστε την απώλεια της ισορροπίας μεταξύ περιβάλλοντα χώρου και ιαούς. Τι εννοούμε όμως ως χώρο; Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στην έννοια του χώρου. Ως βασικά χαρακτηριστικά του αναγνωρίζονται η μορφή του, η λειτουργία του καθώς και η βιωματική εμπειρία που δύναται να προκαλέσει στον άνθρωπο. Η επιστήμη που μελετάει κατεξοχήν το χώρο είναι η αρχιτεκτονική και με αυτήν την ιδιότητα οφείλει να χτίσει έναν καλύτερο κόσμο και να ενισχύσει δυναμικά την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Κατ' επέκταση, ο αρχιτεκτονικός σχεδιασμός δεν είναι το αποτέλεσμα απλά στη λύση ενός προβλήματος, αλλά είναι μια φιλοσοφία που προσπαθεί να καταλάβει και να βοηθήσει την ανθρώπινη ζωή στον κόσμο.

Η αρχιτεκτονική συννηθίζεται να λέμε ότι είναι η μητέρα όλων των τεχνών. Καταφέρνει να προκαλέσει σε συνδυασμούς όλες τις αισθήσεις

των ανθρώπων με σκοπό τη βέλτιστη εμπειρία τους. Η αίσθηση της αφής ενεργοποιείται μέσω των υφών ενός χώρου, η αίσθηση της θερμοκρασίας μέσω του εσωτερικού κλίματος, η ακοή μέσω της μουσικής και των επιπέδων θορύβου, η όσφρηση μέσω της μυρωδιάς και τέλος η όραση μέσω του χρώματος και του φωτός. Έρευνες έχουν δείξει ότι ένας χώρος μπορεί εύκολα να επηρεάσει τα συναισθήματα των ανθρώπων, είτε ευχάριστα, είτε δυσάρεστα (Sommer 2008).

Σήμερα ο άνθρωπος έχει άλλες ανάγκες και άλλες απαιτήσεις από τον αρχιτεκτονικό σχεδιασμό. Το κτίριο λειτουργεί σαν φίλτρο στην κοινωνία. Άνθρωποι το κατοικούν και ζητούν προστασία από αυτό. Οι χώροι, όμως, σήμερα καθίστανται ανίκανοι να εκτοπίσουν τη θλίψη, το άγχος ή το θυμό, παρόλο που μπορεί να είναι λειτουργικοί και όμορφοι. Θα μπορούσε ο αρχιτεκτονικός σχεδιασμός πέρα από όλα αυτά να βοηθήσει τον σύγχρονο άνθρωπο να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες της κοινωνίας, της καθημερινότητας, στα προβλήματα υγείας, στα προσωπικά και επαγγελματικά προβλήματα; Μπορεί ένας άνθρωπος μέσω του χώρου να βρει πραγματική ψυχική ηρεμία, χωρίς την ανάγκη φαρμακευτικής αγωγής;



Χωροερέθισμα (Βοραδάκη, Λιναράκη, 2011)

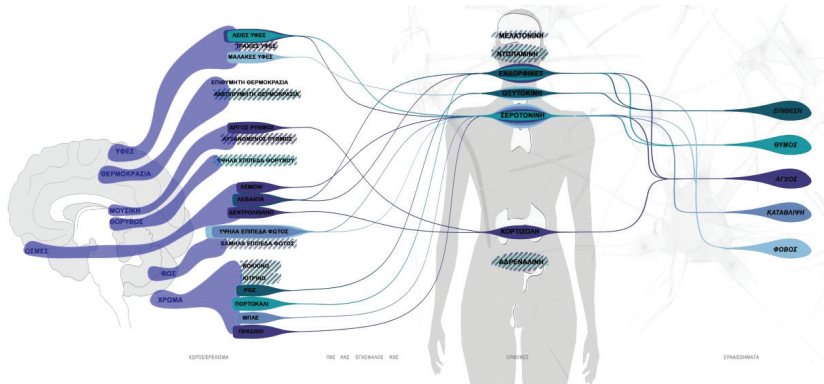
Μελετώντας το νευροχωρικό σύστημα, ο περιβαλλοντικός αρχιτέκτονας σε συνεργασία με ειδικούς στον τομέα υγείας θα είναι σε θέση να δώσει μια λύση στη σύγχρονη πραγματικότητα των δομών της ψυχιατρικής αντιμετώπισης. Μέσω του συστήματος αυτού, προάγεται ένα ανθρωποκεντρικό και βιολογικό μοντέλο ίασης εξετάζοντας την νευρολογική ανταπόκριση της αίσθησης του χώρου μέσω των διαφόρων αισθητηρίων

οργάνων. Όπως αναλύονται παρακάτω:

Η αίσθηση της όρασης: Το φως ορίζει ένα χώρο καθώς ο άνθρωπος βλέπει μόνο τα σημεία που φωτίζονται, ενώ παράλληλα με τη σκιά δίνει μορφή και όγκο. Η μελέτη φωτισμού είναι απαραίτητη σε κάθε χώρο. Την ημέρα χρησιμοποιείται ο φυσικός φωτισμός από τα ανοίγματα του κελύφους, ενώ τη νύχτα ο τεχνητός, με ηλεκτρικούς λαμπτήρες ή με άλλα υλικά που αιχμαλωτίζουν το φως της μέρας και το εκπέμπουν το βράδυ (Lambert κ.α., 2009).

Τα επίπεδα και το είδος φωτός, φυσικού ή τεχνητού, ενός χώρου έχουν άμεση επίδραση στο χρήστη. Το φως στο οποίο εκτίθεται καθημερινά ένα άτομο ρυθμίζει αποδεδειγμένα πολλές βιολογικές λειτουργίες, όπως το βιολογικό ρολόι και την παραγωγή ορμονών, καθώς επίσης καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη διάθεσή του και τη συναισθηματική του κατάσταση. Αυτό συμβαίνει γιατί δύο σημαντικές ανθρώπινες ορμόνες που επηρεάζει το φως, η μελατονίνη και η σεροτονίνη συνδέονται με την ψυχολογική υγεία των ανθρώπων, ακόμα και αυτών με προβλήματα ή απώλεια όρασης.

Πιο συγκεκριμένα, τα χαμηλά επίπεδα φωτός ή η έλλειψη φωτός ευνοούν τη σύνθεση μελατονίνης και εμποδίζουν την παραγωγή σεροτονίνης, προετοιμάζοντας έτσι το άτομο να περάσει σε κατάσταση ηρεμίας



Νευροκωρικό σύστημα (Βοραδάκη, Λιναράκη, 2011)

και ύπνου υπό φυσιολογικές συνθήκες. Αντίθετα, το δυνατό φως προκαλεί το σχηματισμό σεροτονίνης και εμποδίζει τη σύνθεση μελατονίνης, οδηγώντας το άτομο σε υπερδιέγερση και παρακινώντας το σε δραστηριότητα.

Ακόμη, η συνεχής έκθεση του ατόμου σε δυνατό φως κατά τη διάρκεια της νύχτας ή η συνεχής έκθεσή του σε χαμηλό φως την ημέρα, μπορούν να προκαλέσουν στο άτομο συμπτώματα όπως κούραση,

υπνηλία, ενοχλήσεις στο στομάχι, αίσθημα μέθης, πονοκεφάλους και να δημιουργήσουν ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται με μελαγχολία ή κατάθλιψη, όπως η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (SAD) (Vander κ.α., 2009).

Όταν μιλάμε για ώραση και χώρο δεν πρέπει να ξεχνάμε το μέγεθος της επίδρασης που ασκεί το χρώμα. Το χρώμα έχει αποδειχθεί ότι αλλάζει τη δραστηριότητα κυμάτων του εγκεφάλου (εγρήγορση) μέσω των ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων καθώς και την παραγωγή των ορμονών που επηρεάζουν τη διάθεση, το ενεργειακό επίπεδο και την πνευματική διαύγεια. Θεωρείται ότι διαφορετικά χρώματα αλληλεπιδρούν διαφορετικά με το ενδοκρινικό σύστημα για να τονώσει ή να μειώσει την παραγωγή ορμονών. Πολύ φωτεινά, έντονα χρώματα αντιδρούν στο μεταίχμακό σύστημα του εγκεφάλου. Ο ρόλος του αριστερού τμήματος του εγκεφάλου είναι η σύνδεση χρωμάτων με τα ονόματα και τις ιδιότητες τους και η μετάφρασή τους σε λέξεις ή συναισθήματα. Το δεξί μέρος του εγκεφάλου είναι ειδικευμένο στην αντίληψη των σχέσεων του χρώματος, των συνδυασμών χρωμάτων και των αντιθέσεων.

Κάθε χρώμα από το οποίο περιτριγυρίζεται ο χρήστης ενός χώρου διεγείρει την έκκριση διαφορετικών ορμονών και άρα προκαλεί διαφορετική συναισθηματική κατάσταση. Σε έρευνες για τη συμπεριφορά των φυλακισμένων έχει διαπιστωθεί αυξημένη βία ως απόκριση στο κόκκινο και κίτρινο χρώμα με απελευθέρωση κυρίως των ορμονών ντοπαμίνης και αδρεναλίνης. Η αδρεναλίνη βοηθά στην παραγωγή ενέργειας αυξάνοντας το ρυθμό των χτύπων της καρδιάς σε περίπτωση που τη χρειαστεί το σώμα και η ντοπαμίνη παρακινεί τον οργανισμό σε δράση. Αντίθετα, το μπλε και το πράσινο ηρεμούν και χαλαρώνουν το άτομο με την αύξηση της σεροτονίνης, η οποία ηρεμεί τον ανθρώπινο οργανισμό. Επιπλέον, το ροζ βρέθηκε να έχει καταπραϊντική δράση και να καταστέλλει την εχθρότητα των κρατούμενων και την επιθετικότητα λόγω μείωσης των επιπέδων ενέργειας στο σώμα τους καθώς σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων οξυτοκίνης, της ορμόνης που μειώνει το άγχος και ευνοεί τη γαλήνη. Σε σχετικές μελέτες, έχει βρεθεί ότι το κόκκινο φως αυξάνει τη δύναμη των αθλητών και χρησιμοποιείται για την αύξηση της απόδοσής τους παρέχοντάς τους σύντομη, γρήγορη έκρηξη ενέργειας, ενώ το μπλε φως τους προσφέρει σταθερή παραγωγή ενέργειας. Το πορτοκαλί χρώμα είναι αυτό που συμβάλει στην έκκριση ενδορφινών, ηρεμώντας το άτομο, με αποτέλεσμα να μειώσει τα συναισθήματα θυμού (Daggett κ.α., 2008).

Ο Katz μέσα από έρευνα που διεξήγαγε σε διάφορα νοσοκομεία ανακάλυψε ότι οι ασθενείς που μένουν λίγο καιρό στα νοσοκομεία προτιμούν χρώματα όπως το κόκκινο και το κίτρινο, ενώ αυτοί που μένουν περισσότερο καιρό προτιμούν ψυχρά χρώματα όπως το μπλε και το πράσινο. Το χρώμα στις αίθουσες αναμονής ή στις αίθουσες που εξετάζονται οι ασθενείς,

στους διαδρόμους ή στα δωμάτια είναι πολύ σημαντικό, καθώς μπορεί να μειώσει τα επίπεδα άγχους και να βοηθήσει στην ανάρρωση. Πιο συγκεκριμένα, οι αίσθητες αναμονής πρέπει να παρέχουν στους ασθενείς άνεση και να τους δίνουν την αίσθηση της ασφάλειας. Γεννός είναι ότι μπορεί να περάσουν πολλές ώρες εκεί. Σε χώρους όπου η ενεργητικότητα και η σωματική ένταση είναι επιθυμητές, προτιμώνται το κόκκινο και το κίτρινο. Σε χώρους χαλάρωσης, όπως τα spa, ιδανικότερα χρώματα είναι οι αποχρώσεις του μπλε και του πράσινου (Sommer, 2008).

Η αίσθηση της αφής: Οι υφές γίνονται αντιληπτές από τον άνθρωπο μέσω της αίσθησης της αφής. Οι λείες υφές ηρεμούν το άτομο από άγχος και θυμό προκαλώντας αύξηση της σεροτονίνης. Οι ακαθόριστες μαλακές υφές, ευνοούν την αύξηση οξυτοκίνης στον οργανισμό και το άτομο νιώθει προστασία και εμπιστοσύνη. Οι τραχιές υφές, όπως οι πέτρες, προκαλούν έκκριση ντοπαμίνης που συχνά είναι υπεύθυνη και για το συναισθημα του θυμού. Η επιλογή υφών σε ένα χώρο εξαρτάται από τη χρήση του (Harris 2006).

Για παράδειγμα, σε ένα περιβάλλον ψυχιατρικής αποκατάστασης, όπου ο άνθρωπος συνήθως είναι αγχωμένος, οι λείες επιφάνειες θα συμβάλουν στην ηρεμία και συγκέντρωση του ασθενούς, σε αντίθεση με τον εξωτερικό χώρο, όπου οι τραχιές υφές θα τον αφυπνίσουν και θα τον παρακινήσουν να ασκηθεί. Από την άλλη πλευρά, σε ένα υπνοδωμάτιο, οι μαλακές υφές είναι κατάλληλες να γαληνέψουν το άτομο και να του δημιουργήσουν ένα αίσθημα ασφάλειας που θα το βοηθήσει σε έναν καλό και ποιοτικό ύπνο. Η χρήση διαφορετικών υφών μαζί μπορεί να δημιουργήσει εντυπώσεις αντίθεσης ή και σύνθεσης στο χώρο.

Η αίσθηση της ακοής: Η αρμονικοί ήχοι και ο θόρυβος λειτουργούν με διαφορετικό τρόπο στο νευρικό σύστημα. Η μουσική συγκεκριμένα διαφέρει πολύ από τις άλλες μορφές τέχνης λόγω της βαθιάς επίδρασής της στον εγκέφαλο οδηγώντας σε αλλαγές της εγκεφαλικής λειτουργίας του ατόμου. Έχει αποδειχτεί ότι η μουσική μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις άγχους, αύπνίας, κατάθλιψης, σε ψυχοσωματικές διαταραχές, στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, στις μαθησιακές δυσκολίες, στην εγκυμοσύνη καθώς και στη διαδικασία επανένταξης στην κοινωνία (Δρίτσας, 2007). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι παραπάνω προτάσεις είχαν παρατηρηθεί πολύ πριν διαπιστωθούν επιστημονικά, από τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη, οι οποίοι είχαν κάνει αναφορές στην επίδραση που είχε η μουσική στην ίαση διαφόρων ασθενειών αλλά και στη βελτίωση της συμπεριφοράς του ανθρώπου.

Σε μία έρευνα, ομάδα επιστημόνων του πανεπιστημίου της Οσάκα στην Ιαπωνία υπέβαλλαν σε ακρόαση μουσικής μία ομάδα ασθενών που θα υποβαλλόταν σε κλωνοσκόπηση και κατέγραψαν σημαντική μείωση στα επίπεδα της κορτιζόλης (κατ' εξοχήν ορμόνη που σχετίζεται με το άγχος) σε σύγκριση με άλλη ομάδα ασθενών που δεν άκουσε μουσική

(Uedo κ.α., 2004). Σε μία άλλη έρευνα εξέτασαν τα προβλήματα ύπνου σε 60 άτομα ηλικίας από 60 έως 83 ετών. Οι 30 από αυτούς μπορούσαν να επιλέγουν από διάφορους τύπους ηρεμιστικής, χαλαρωτικής μουσικής για να ακούνε για 45 λεπτά πριν να κοιμηθούν. Οι υπόλοιποι συνέχιζαν την καθιερωμένη τους ρουτίνα. Η μελέτη του ύπνου των ατόμων αυτών, έδειξε ότι ήδη από την πρώτη εβδομάδα, αυτοί που άκουγαν μουσική πριν κοιμηθούν, παρουσίαζαν 26% βελτίωση του ύπνου τους. Παράλληλα ο καρδιακός και αναπνευστικός ρυθμός τους χαμήλωναν περισσότερο όταν κοιμόντουσαν αφού η συγκέντρωση της κορτιζόλης στο αίμα μειωνόταν (Lai και Good 2005). Επίσης, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ακόμα και όταν ο άνθρωπος τραγουδάει, απελευθερώνονται στον εγκέφαλο ενδορφίνες, που τον κάνουν να νιώθει καλύτερα, και οξυτοκίνη που αυξάνει τους δεσμούς μεταξύ των ατόμων και συμβάλλει στην ενδυνάμωση του αισθήματος εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Συμπερασματικά, οι αρμονικοί ήχοι ενεργοποιούν περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την ευχαρίστηση μειώνοντας τα επίπεδα κορτιζόλης στον ανθρώπινο οργανισμό, επιδρώντας επομένως θετικά κατά του άγχους, και συχνά αυξάνοντας τη συγκέντρωση ενδορφινών στο αίμα (Bernardi κ.α., 2006)..

Σήμερα ο παράγοντας της μουσικής στον αρχιτεκτονικό σχεδιασμό λαμβάνεται υπόψη μόνο σε χώρους όπου ακροατές και εκτελεστές συναθροίζονται για να ακούσουν και να παίξουν μουσική. Παραδείγματα αποτελούν οι συναυλιακοί χώροι, τα μπαρ, τα θέατρα και τα studio. Άλλοι χώροι είναι τα κέντρα SPA που χρησιμοποιούν κατ' εξοχήν μουσική για να χαλαρώσουν οι επισκέπτες. Ήδη, η μουσική χρησιμοποιείται σε μεγάλα εξωτερικά κέντρα και χώρους συνάθροισης όπως οι σταθμοί του μετρό και τα αεροδρόμια για τη δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Η μουσική και ο ήχος όμως θα πρέπει να αποτελέσει στοιχείο αρχιτεκτονικού σχεδιασμού σε περισσότερους χώρους, όπως τα νοσοκομεία, οι χώροι ψυχιατρικής αποκατάστασης, ή οι χώροι γραφείων.

Όταν μιλάμε για θόρυβο στην ουσία αναφερόμαστε στο σύνολο των διαφορετικών ήχων. Τα υψηλά επίπεδα θορύβου στα οποία εκτίθεται καθημερινά κάθε κάτοικος των σύγχρονων πόλεων είναι υπεύθυνα για πολλές ψυχικές και σωματικές δυσλειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, και κυρίως επηρεάζουν το νευρικό σύστημα και ανεβάζουν την πίεση του αίματος. Ο δυνατός θόρυβος, όπως ο θόρυβος από οικοδομικές εργασίες και κυκλοφοριακή συμφόρηση, προκαλεί έκκριση αδρεναλίνης και κορτιζόλης με αποτέλεσμα την αύξηση άγχους και την πρόκληση επιθετικών συμπεριφορών στον άνθρωπο αλλά και την εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως πονοκεφάλους, ναυτίες, λιγγους, κόπωση, έλλειψη ευεξίας, αϋπνίες, νευρικά ξεσπάσματα και άλλες ψυχοσωματικές αντιδράσεις.

Τα επίπεδα του θορύβου επηρεάζονται από την ηχομόνωση και την ηχοαπορρόφηση σε ένα χώρο, καθώς και από τα υλικά τα οποία χρ-

σμοποιούνται. Το ηχητικό περιβάλλον των νοσοκομείων, προφανώς, επηρεάζει άμεσα την υγεία των ασθενών. Σήμερα οι αρχιτέκτονες προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν κατάλληλα υλικά για να μειώσουν την διαμονή των ασθενών εκεί και να μειώσουν την ηχορρύπανση που αποτελεί μεγάλο πρόβλημα των νοσοκομείων. Επομένως, οι μελέτες για τα επίπεδα θορύβου στο σχεδιασμό ενός χώρου που ο ασθενής σπαταλά τον περισσότερο χρόνο της ημέρας - η κατοικία, ο εργασιακός χώρος, το θεραπευτήριο - καθίστανται αναγκαίες για τη ψυχική ισορροπία του. (Δρίτσας, 2007).

Η αίσθηση της θερμοκρασίας: Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι σημαντικός παράγοντας στον αρχιτεκτονικό σχεδιασμό. Επηρεάζει τη διαμόρφωση των χώρων, των όψεων, το μέγεθος των ανοιγμάτων, την τοποθέτηση κλιματιστικών, με σκοπό την βέλτιστη άνεση των κατοίκων. Δεν αρκεί, όμως, μόνο η επιθυμητή θερμοκρασία για να νιώσει άνετα ένα άτομο. Η υγρασία είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την αίσθηση θερμοκρασίας σε ένα χώρο. Ευχάριστο ποσοστό υγρασίας για τον άνθρωπο θεωρείται το 40-50%. Επίσης είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η κατανάλωση ενέργειας για την εξισορρόπηση της θερμοκρασίας του χώρου (Neufert, 2000).

Η επιθυμητή θερμοκρασία για τον άνθρωπο όταν αναπαύεται είναι από 18ο έως 20οC ενώ όταν εργάζεται από 15ο έως 18οC. Στην περίπτωση που η θερμοκρασία μειώνεται ή αυξάνεται υπερβολικά, από τα αισθητηριακά κύτταρα μεταφέρεται η πληροφορία στον εγκέφαλο, ο οποίος στέλνει οδηγίες για έκκριση αδρεναλίνης, με σκοπό να παραχθεί επιπλέον ενέργεια, που οδηγεί σε συμπτώματα νευρικής και επιθετικότητας. Οι υψηλές θερμοκρασίες μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και σε καταστάσεις άγχους (Bell κ.α, 2005). Η ευεξία ως προς τη θερμοκρασία επιτυγχάνεται όταν η παραγωγή θερμότητας από το σώμα του ανθρώπου βρίσκεται σε ισορροπία με τη θερμότητα του χώρου, δηλαδή όταν η κατανάλωση ενέργειας από το σώμα για την επίτευξη αυτής της ισορροπίας είναι ελάχιστη.

Υπάρχουν παραδείγματα δωματίων σε νοσοκομεία, που λειτουργούν σαν θεραπευτικά εργαλεία. Έχουν αισθητήρες θερμοκρασίας, ώστε όταν το επίπεδο της δεν είναι κατάλληλο, τεχνητός κρύος ή ζεστός αέρας παράγεται για να προστατεύσει τον ασθενή από το θερμικό στρες των καρδιακών νοσημάτων. Αντιθέτως, η σύνθεση ενός χώρου που δεν είναι φιλικός κλιματικά προς το χρήστη, του δημιουργεί δυσφορία, τον αποσυγκεντρώνει και τον καθιστά ανίκανο να αντεπεξέλθει στις καθημερινές του ασχολίες, στην εργασία του, στην ξεκούρασή του. Το άτομο χρειάζεται πρώτα να νιώσει οικεία για να αισθανθεί προστατευμένο και έτοιμο να αντιμετωπίσει την καθημερινότητά του (Carla και Pietro, 2010)

Η αίσθηση της όσφρησης: Η διαδικασία της αισθητηριακής επεξεργασίας της οσμής είναι η πιο μακρόχρονη από τις υπόλοιπες, ώστε να φτά-

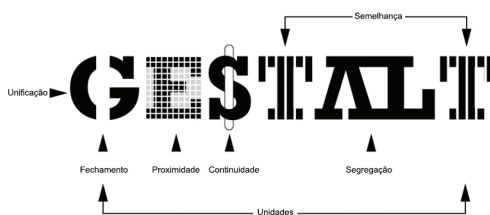
σουν οι πληροφορίες στον εγκέφαλο. Οι μυρωδιές παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή κάθε ατόμου. Γι' αυτό, η εξέλιξη της αρωματοθεραπείας, κλάδος της βοτανικής ιατρικής, έχει κάνει εντυπωσιακά βήματα. Η αρωματοθεραπεία προσπαθεί να τροποποιήσει την διάθεση ενός ανθρώπου χρησιμοποιώντας μυρωδιές από το καθαρό απόσταγμα των φυτών που είναι γνωστές για τις θεραπευτικές τους ιδιότητες (αιθέρια έλαια). Τα αιθέρια έλαια είναι πολύ ισχυρά συμπυκνώματα των αρωματικών ενώσεων ενός φυτού.

Δεδομένου ότι ορισμένα αιθέρια έλαια όπως αυτά από το δέντρο του τσαγιού έχουν δείξει αντιμικροβιακή δράση, έχει προταθεί να χρησιμοποιούνται ακόμα και για τη θεραπεία των λοιμωδών νόσων. Δύο βασικοί μηχανισμοί προσφέρονται για να εξηγήσουν τα αποτελέσματα. Ο πρώτος έχει να κάνει με την επίδραση του αρώματος στον εγκέφαλο, ειδικά στο μεταχιακό σύστημα, μέσω της όσφρησης. Ο δεύτερος σχετίζεται με την άμεση φαρμακολογική δράση των αιθέρων ελαίων. Μερικές προκαταρκτικές κλινικές μελέτες της αρωματοθεραπείας σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα. Κατά τη διάρκεια της αρωματοθεραπείας, αιθέρια έλαια αντιδρούν με το σώμα με διάφορους τρόπους, είτε με την οσμή, είτε με την αφή(μασάζ). Αυτά απορροφώνται γρήγορα από το κυκλοφορικό σύστημα σε όλο το σώμα. Στη συνέχεια, είναι σε θέση να επηρεάσει τα όργανα και τα συναισθήματα. Τα αιθέρια έλαια μπορούν επίσης να επιδράσουν στη συναισθηματική και διανοητική κατάσταση γεγονός που οφείλεται στις αρωματικές μυρωδιές τους. Η αίσθηση της όσφρησης συνδέεται με συναισθήματα και αναμνήσεις, είτε ευχάριστα είτε δυσάρεστα. Ως εκ τούτου, η αρωματοθεραπεία έχει ένα αποτελεσματικό αντίκτυπο στο σώμα και το μυαλό. Αυτή η διπλή δράση συμβάλλει σημαντικά στην καταπολέμηση του στρες, που προκαλεί πολυάριθμα προβλήματα παθολογικά, όπως κατάθλιψη, απάθεια, μελαγχολία.

Αν και υπάρχουν εκατοντάδες αιθέρια έλαια, δεν έχουν μελετηθεί όλα για τις ευεργετικές επιδράσεις τους και η έρευνα για την αρωματοθεραπεία είναι πολύ περιορισμένη. Ωστόσο, σύμφωνα με έρευνα του 2008 σε 56 υγιείς εθελοντές στο Πανεπιστήμιο του Ohio, η μυρωδιά του λεμονιού μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη διάθεση και να βοηθήσει το άτομο να χαλαρώσει, αυξάνοντας τα επίπεδα σεροτονίνης στον ανθρώπινο οργανισμό. Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η λεβάντα διαθέτει καταπραϋντικές ικανότητες και χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του άγχους βοηθώντας στην παραγωγή ενδορφινών και την καταπολέμηση της αϋπνίας. Ακόμα, εθελοντές σε μία μελέτη το 2007 έδειξαν ότι, μετά από πέντε λεπτά εισπνοής δεντρολίβανου, επιτυγχάνεται σημαντική μείωση στα επίπεδα της κορτιζόλης, η οποία είναι υπεύθυνη για το στρες (Moss κ.α., 2003).

Σήμερα ο αρωματισμός χώρων καταλαμβάνει όλο και περισσότερο έδαφος.

Τα νοσοκομεία έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούν άρωμα στο σύστημα αερισμού τους που κάνει τους ασθενείς να χαλαρώνουν και τους μειώνει το άγχος. Η αρχιτεκτονική εταιρία Shimizu χρησιμοποιεί αρώματα στον αρχιτεκτονικό σχεδιασμό. Στα τέλη της δεκαετίας του '80, ανέπτυξαν μία μέθοδο γνωστή ως 'aroma generation system', όπου μέσα από τους αεραγωγούς αναδύονταν για οκτώ ώρες σε κτίριο τράπεζας διάφορες οσμές. Τα αποτελέσματα από αυτή την έρευνα έδειξαν ότι μειώνει το άγχος στους υπαλλήλους. Συγκεκριμένα με την λεβάντα μειωνόταν 21%, ενώ με το λεμόνι 54% (Damian και Damian, 1995). Πέρα από το να χρησιμοποιούνται αρώματα στους χώρους, μέσω του εξαερισμού, μπορεί να δημιουργηθεί και κάποιος εσωτερικός κήπος, καθώς τα φυτά δημιουργούν ποικίλες οσμές.



Μέσω του χώρου και των ποιοτήτων του, υλικών και άυλων όπως το φως, το χρώμα, οι υφές, η θερμοκρασία, ο θόρυβος, η μουσική και οι οσμές, η αρχιτεκτονική μπορεί να λειτουργήσει κατασταλτικά ως προς τις ανθρώπινες ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, κάθε μεταβολή σε αυτές έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία του χρήστη, επειδή επιδρά στη χημική του ισορροπία (ορμονικά επίπεδα). Η μελέτη αυτών των χαρακτηριστικών του χώρου θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος μιας ολοκληρωμένης διαδικασίας σχεδιασμού προκειμένου να δημιουργούνται ανθρώπινα περιβάλλοντα που βοηθούν ψυχολογικά νοσούντες να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες του κοινωνικού περιβάλλοντος. Η αρχιτεκτονική, ως τέχνη με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά προς αυτήν την κατεύθυνση, αφού ανάμεσα στα δημιουργήματά της και το σώμα του ατόμου αναπτύσσονται ισχυροί δεσμοί.

Παρόλα αυτά θα πρέπει να αντιληφθούμε ότι η αντίληψη είναι μια πολυσύνθετη ψυχολογική διαδικασία και η απόδοση σε μηχανιστικές διεργασίες θα ήταν ανεπαρκής. Το υποκείμενο αναλύει τα χαρακτηριστικά ενός ερεθίσματος, συνθέτοντάς τα, συσχετίζοντάς τα και με τις προηγούμενες εμπειρίες του, ερμηνεύει ή αντιλαμβάνεται τα μηνύματα του περιβάλλοντα χώρου. Σύμφωνα με τη μορφολογική ψυχολογία (ψυχολογία Gestalt) η λειτουργική αρχή του εγκεφάλου είναι ολιστι-

κή, παράλληλη, και αναλογική, με τάσεις αυτό-οργάνωσης. Η αντίληψη που φτιάχνει το υποκειμένο είναι ολοτήτων και με μια δεύτερη επεξεργασία αναλύονται οι λεπτομέρειες. Έτσι, το σύνολο είναι διαφορετικό από το άθροισμα των μερών του. Ο άνθρωπος δέχεται ένα σύνολο ερεθισμάτων και διαβάσει τον χώρο με διαδικασίες νοηματοδότησης, κοινωνικοποίησης, διαλεκτικής του διπολού ιδωτικότητας/ δημοσίου. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητο πέρα από την αισθητηριακή αντίληψη του χώρου, να μελετηθεί εις βάθος η νοηματική του δομή. Αυτό το πεδίο έρευνας αναπτύχθηκε πολύ κατά την εικοσαετία '70 και '80 και σήμερα γνωρίζει νέα άνθιση. Παρόλα αυτά, δεν μπορούμε να πούμε ότι ο αρχιτεκτονικός πειραματισμός έχει αναπτυχθεί ανάλογα.

4.2. Αρχιτεκτονική ψυχιατρικών δομών

Η ταχύτητα εξέλιξης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, η πληθώρα των προσεγγίσεων αλλά και το στιγμή που εξακολουθεί να συνοδεύει την ψυχική νόσο δεν επέτρεψαν την αναμενόμενη ανάπτυξη της αρχιτεκτονικής έρευνας στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Πολλές φορές, οι νέες δομές που αντικατέστησαν τα άσυλα εξακολουθούν να παρουσιάζουν ιδρυματικές αναφορές. Το πρόβλημα ήταν παγκόσμιο και δημιούργησε μια επτακτική ανάγκη αντιμετώπισής του, καθώς συνδέεται με αυξημένη επικινδυνότητα, υψηλό βαθμό καταπόνησης του προσωπικού και κοινωνικά αποκλεισμένους και δυστυχείς ασθενείς. Οι επεμβάσεις, όμως, σε οργανωτικές και κτιριακές υποδομές είναι αποσπασματικές, εκτός πλαισίου σχεδιασμού και χωρίς επιστημονικό πεδίο αναφοράς. Η σχέση αρχιτεκτονικής και υγείας κρίνεται απαραίτητη, αλλά χρειάζεται έρευνα για συγκεκριμένες εφαρμογές ώστε οι προθέσεις να μετασχηματιστούν σε θεραπευτικό εργαλείο.

Οι έρευνες στο χώρο της αρχιτεκτονικής, της διοίκησης της υγείας, της ψυχιατρικής και της περιβαλλοντικής ψυχολογίας, οδήγησαν στην κοινή ιδέα ότι ο κοινωνικά ενταγμένος, «σπιτικός» χώρος λειτουργεί θεραπευτικά για τους ασθενείς. Για το σκοπό αυτό ερευνάται η έννοια της οικιακότητας σε αντιπαραβολή με το ιδρυματικό περιβάλλον και ο ορισμός της στην αρχιτεκτονική εξωνοσοκομιακών ψυχιατρικών δομών και πιο συγκεκριμένα η σχέση αρχιτεκτονικής και θεραπευτικής λειτουργίας.

Η κοινή αντίληψη του «νοσοκομειακού» περιβάλλοντος είναι αυτή ενός περιβάλλοντος περίπλοκου, ιδρυματικού και αφιλόξενου, που εντείνει τα αρνητικά συναισθήματα και προκαλεί stress, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις, όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση, μυϊκή υπερένταση, απόφραξη αρτηριών, γαστρικές ενοχλήσεις και, το πλέον σημαντικό, καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο πρωταρχικός ρόλος του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι να συντελεί στη

μείωση των επιπέδων stress στους ασθενείς και, συνεπακόλουθα, στη βελτίωση των αποτελεσμάτων στην πορεία θεραπείας ή ανάρρωσής τους (Malkin, 1992).

Σύμφωνα με τη Malkin, θεραπευτικό περιβάλλον δημιουργείται όταν ο σχεδιασμός του κτηρίου δεν εμποδίζει το προσωπικό να παρέχει φροντίδα στους ασθενείς, όταν οι λειτουργικές πρακτικές και τακτικές, καθώς και τα πρωτόκολλα του νοσοκομείου εξυπηρετούν τις απαιτήσεις των ασθενών, όταν η αρχιτεκτονική παρέχει κατευναστικές θέες και επαρκή πρόσβαση σε φυσικό φως, ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες stress έχουν μειωθεί ικανοποιητικά (Malkin, 1992).

Οι Smith και Watkins ορίζουν τη μείωση των περιβαλλοντικών παραγόντων stress και την προσφορά θετικών αντιπερισπασμών, κοινωνικής υποστήριξης και αίσθησης ελέγχου ως τα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά του θεραπευτικού περιβάλλοντος. Συνεπώς, το θεραπευτικό περιβάλλον είναι άμεσα συνδεδεμένο με την έννοια της περιβαλλοντικής (σωματικής), κοινωνικής και ψυχολογικής άνεσης. Οι φυσικές παράμετροι του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι, όπως είδαμε, ο φωτισμός, φυσικός και τεχνητός, τα χρώματα και οι υφές των επιφανειών, η θέα της φύσης, ο προσανατολισμός, η ποιότητα του αέρα, η θερμοκρασία και η υγρασία, τα επίπεδα θορύβου, καθώς και η ασφάλεια, η ιδιωτικότητα, η επικοινωνία, η στέγαση της οικογένειας και η αποφυγή ιδρυματικού χαρακτήρα (Smith, Watkins 2008) .

Εικόνα 37 Πίνακας με τα απαραίτητα στοιχεία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος

Η αρχιτεκτονική αποτελεί λοιπόν σημαντική παράμετρο του συστήματος ψυχικής υγείας και θεραπευτικό εργαλείο για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Επίσης, τα κτήρια αντιπροσωπεύουν σημαντική δαπάνη τόσο ως προς την κατασκευή όσο και ως προς τη λειτουργία και τη συντήρηση. Από την άλλη, επιτρέπουν ή αποτρέπουν το θεραπευτικό έργο και τις δυνατότητες αλληλεπίδρασης των χρηστών τους ως το κέλυφος που περικλείει την ανθρώπινη δραστηριότητα (Χρυσικού, 2013).



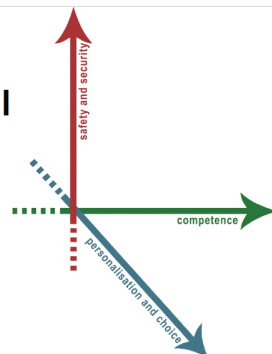


Παραδείγματα σύνθεσης θεραπευτικού περιβάλλοντος με ψυχολογική άνεση

Για τη δημιουργία ενός νέου αρχιτεκτονικού έργου ή για την αξιολόγηση ή τροποποίηση υπάρχοντος είναι απαραίτητος ο έλεγχος διαφόρων παραγόντων. Για το σκοπό αυτό, κατασκευάστηκε ένα μοντέλο τριών παραμέτρων (SCP model) που δίνει την ενδεδειγμένη διαχωριστική γραμμή κάτω από την οποία εξετάζεται ή συμβιβάζεται το θεραπευτικό έργο λόγω περιορισμών του κτιρίου.

Πέρα από αυτό όμως ο χώρος επιτρέπει ή αποτρέπει την ανάδειξη του θεραπευτικού έργου και στις τρεις συνιστώσες του μοντέλου οικιακότητας του χώρου, δηλαδή στην ασφάλεια, την ανάπτυξη δεξιοτήτων και πρωτοβουλίας και τη δυνατότητα οικειοποίησης του χώρου. Ο σχεδιασμός πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη ακόμα και τις ανάγκες του προσωπικού σε ένα χώρο ψυχικής υγείας, όσον αφορά τον έλεγχο του χώρου και το αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς για εργαζόμενους και ασθενείς, αφού σε αυτό τον τομέα έχουν αποτύχει σχεδιαστικά παλαιότερα έργα. Επίσης, ο σχεδιασμός είναι αποτελεσματικός μόνο αν σε αυτόν συμμετέχει από την αρχή ο πυρήνας της ψυχο-κοινωνικής ομάδας που θα θέσει σε λειτουργία το χώρο και θα αλληλεπιδρά καθημερινά με αυτόν. Διαφορετικά το εγχείρημα μπορεί να αποτύχει ακόμα και με αρχιτεκτονική αξιώσεων (Χρυσικού, 2013).

SCP Model



Μοντέλο τριών παραμέτρων (SCP model) (Χρυσικού, 2013)

Δυστυχώς, παρ' όλες τι παραπάνω προσπάθειες και ενώ έγιναν προσπάθειες να υπάρξει ένταξη των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα και να επηρευθεί αποασυλοποίηση στην ουσία, πρακτικά η κατάσταση στην Ελλάδα παρέμεινε στάσιμη. Βασικός παράγοντας που συνέβαλε στο τέλμα αυτό της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η δημιουργία ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών εταιριών, που διαχειρίζονται Ξενώνες και οικοτροφεία και μαζί με αυτά και τις ανθρώπινες ζωές που υπάρχουν εκεί, εμπνευσματοποιώντας τις με κάθε τρόπο. Η διαχείριση αυτή, από τις μη κερδοσκοπικές εταιρίες, γίνεται εδώ και 25 χρόνια με συγχρηματοδοτούμενα, με την Ε.Ε., προγράμματα. Όμως το ελληνικό κράτος χρησιμοποιούσε τα χρήματα που προορίζονταν για τη μεταρρύθμιση, σαν ευκαιρία απορρόφησης κονδυλίων, με αποτέλεσμα κυρίως τα τρία τελευταία χρόνια η κατάσταση να έχει φτάσει στο απροχώρητο. Τέλος η ψυχιατρική μεταρρύθμιση επικεντρώθηκε στη δημιουργία εξωνοσοκομειακών στεγαστικών δομών, δηλαδή προέβη σε μεταστέγαση των χρόνιων εγκλειστων των ασύλων, χωρίς όμως η λειτουργία και η κουλτούρα των δομών να αλλάζει. Έτσι δεν τέθηκε σε αμφισβήτηση η επικρατούσα «λογική» του ασύλου (Μπαϊρακτάρης, 2005).

Με βάση τα παραπάνω «η έλλειψη σχεδίου, πολιτικής και στρατηγικής στη βάση μιας εναλλακτικής, χειραφετητικής κουλτούρας, οδήγησε το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στην κυρίαρχη εκδοχή του, όπως δηλαδή, προγραμματίστηκε από τις διαδοχικές κυβερνήσεις όλη αυτή τη περίοδο και όπως θεωρητικά συνελήφθη και πρακτικά εφαρμόστηκε από την πλειονότητα της ψυχιατρικής κοινότητας, παρά τις διακηρύξεις (ενίοτε και τις προθέσεις), να καταλήξει στην αναγωγή του σε μια απλή αλλαγή της «βιτρίνας», αφήνοντας το σύστημα στις βασικές του παραμέτρους περίπου άθικτο. Ο κεντρικός άξονας της ψυχιατρικής φροντίδας εξακολουθεί να παραμένει ο εγκλεισμός, με τις ακούσιες νοσηλείες (που ακόμα εκτελούνται από την αστυνομία, με χειροπέδες κλπ) να αποτελούν την συντριπτική πλειονότητα των εισαγωγών στις μονάδες ψυχιατρικής νοσηλείας. (Μεγαλοοικονόμου, 2009).

Τα προβλήματα σε 33 Ιδρύματα της Ελλάδας το 2000 εντοπίζονται στους εξής τομείς:

- Κτιριακές εγκαταστάσεις/εξοπλισμός: Όσον αφορά τις κτιριακές υποδομές παρατηρήθηκαν διάφορα προβλήματα όπως υστέρηση προσαρμογής κτιριακών υποδομών σε σχέση με οργανωτικές δομές, έλλειψη εμπειρίας των εμπλεκομένων στο σχεδιασμό, απειρία των αρχιτεκτόνων στις εμπειρίες των ασθενών, απουσία τεκμηριωμένου μοντέλου προγραμματισμού και αρχιτεκτονικού σχεδιασμού αλλά και χρηματοδότηση με απευθείας δάνεια από κλάδους με διαφορετικές ανάγκες (πχ. Normalisation theory)(Χρυσικού, 2013).
- Μικτός χαρακτήρας ιδρυμάτων προς τους φιλοξενούμενους

- Παρεχόμενες υπηρεσίες
- Προσωπικό
- Διοίκηση
- Χρηματοδότηση

Ίσως αξίζει να αναφέρουμε ότι σήμερα, στην εποχή του αποϊδρυματισμού, της ριζικής αμφισβήτησης του ασύλου και της λογικής του, της ανάδειξης του ψυχικά πάσχοντα ως ισότιμου πολίτη με ενεργά δικαιώματα, μόνο 5% των ατόμων που πάσχουν από σοβαρές και χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές στον κόσμο ζουν σε ιατρικούς και κοινωνικούς θεσμούς προστασίας και θεραπείας. Ο κύριος όγκος των πασχόντων παραμένει στην κοινότητα, ζει στιγματισμένος, σιωπηλός, αποκλεισμένος, αλλά συνυπάρχει με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας. Η κοινότητα, η οικογένεια, το κοινωνικό δίκτυο διαχειρίζονται όπως μπορούν το άτομο και την καθημερινή του οδύνη.

Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρυθμιστική κουλτούρα, αν θέλει να συγκροτήσει μια άλλη επιστημολογική αντίληψη και πρακτική σχετικά με την ιατρική, την παραδοσιακή ιδρυματική ψυχιατρική, την εξουσία, το νόμο, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τα συνταγματικά δικαιώματα των ασθενών, τις ανάγκες τους, οφείλει να παρατηρήσει με συστηματικό αναστοχασμό το παρελθόν της και την αντιφατική ταυτότητά της. Το κενό που έχει δημιουργηθεί είναι αρκετά μεγάλο. Είναι όμως ένα κενό που μπορεί και επιβάλλεται να γεφυρωθεί, έτσι ώστε η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση να πλησιάσει εκείνη των «πρότυπων» θεραπευτικών χώρων του εξωτερικού. Ας μη λησμονείται ότι ο ψυχοκοινωνικός σχεδιασμός δρα με τρόπο υποστηρικτικό στη θεραπεία και στο στόχο της επιτυχούς ένταξης των ασθενών στην κοινότητα.

Το θεραπευτικό περιβάλλον, ο νοσηματοφόρος ορίζοντας εντός του οποίου τα ψυχικά νοσούντα άτομα βρίσκουν τα απαραίτητα νοσητικά εργαλεία και τα μέσα προκειμένου να προσδιορίσουν τον εαυτό τους και τις δυνατότητες της δράσης τους αλλά και να αντιπαλέψουν, σε κάποιες περιπτώσεις με σαφή στόχευση, τις αντιμαχόμενες επιταγές που τους καλούν να παραγάγουν το «είναι» τους με ένα συγκεκριμένο τρόπο, δεν είναι στόχος μόνο ενός επιστημονικού κλάδου. Προς την κατεύθυνση αυτή αποδεικνύεται επιτακτική η ανάγκη της συνεργασίας των διοικητικών φορέων της υγείας, με τους εξειδικευμένους αρχιτέκτονες και τη θεραπευτική ομάδα ώστε το ποιοτικό θεραπευτικό περιβάλλον συμβάλλει στην ταχύτερη ανάκαμψη των ασθενών, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών και εργαζομένων, στην προστασία του περιβάλλοντος και στην εξοικονόμηση σημαντικών πόρων και κόστους λειτουργίας των χώρων υγείας.

Αντί επιλόγου

Μιλώντας σήμερα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, μιλάμε για την εξοδο από το άσυλο, τη βία, τις μηχανικές και χημικές καθηλώσεις, τα ρεζεντίζα ή γυμνά σώματα του ιδρύματος, τους καθημερινούς εξευτελισμούς, τους ψηλούς τοίχους και τις απαραβίαστες πόρτες, την αναγκαστική «εργασιοθεραπεία». Σαφέστατα οι εναλλακτικές ψυχιατρικές δομές όπως οι Ξενώνες και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας συνιστούν πολύ μεγάλο βήμα μακριά από τη βία αυτού του θεσμού. Δεν παύουν όμως, να κουβαλάνε το ίδρυμα μαζί τους και μέσα τους πολλές φορές, καθώς άνθρωποι και πρακτικές μεταφέρονται από τον ένα τόπο σε έναν άλλο διεκδικώντας ένα «χρόνο» που να ταιριάζει σε ζωή, και όχι επιβίωση. Η λογική που έχτισε τα άσυλα δεν εξαφανίστηκε με την αποχώρηση από αυτά. Το παρελθόν επιμολύνει το παρόν και σχηματίζει την καθημερινότητα, τη συνήθεια, τους αυτοματισμούς και τις αυθόρμητες αντιδράσεις. Ο ριζικός μετασχηματισμός του ψυχιατρικού θεσμού δίνει τη θέση του στο νεοιδρυματισμό.

Η μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα μοιάζει να βρίσκεται αρκετά μακριά από την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Βασικοί παράγοντες που συνέβαλαν στο τέλμα αυτό της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η αδυναμία ολοκλήρωσης της διαδικασίας τομεοποίησης και εφαρμογής της και η αδυναμία ανάπτυξης κοινωνικών δικτύων και ουσιαστικής εμπλοκής των χρηστών των υπηρεσιών και των συγγενών τους στη λήψη των αποφάσεων. Άλλες βασικές αιτίες αποτελούν οι λανθασμένες κατευθύνσεις και οι ελλείψεις στην εκπαίδευση των επαγγελματιών, η έλλειψη μελετών αναγκών για ψυχιατρικές υπηρεσίες, στις οποίες να μπορεί να βασιστεί ο σχεδιασμός και η βελτίωση τους κι ακόμη, η έλλειψη συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Έτσι, ο κεντρικός άξονας της ψυχιατρικής φροντίδας εξακολουθεί να παραμένει ο εγκλεισμός, με τις ακούσιες νοσηλείες (που ακόμα εκτελούνται από την αστυνομία, με χειροπέδες κλπ) να αποτελούν την συντριπτική πλειονότητα των εισαγωγών στις μονάδες ψυχιατρικής νοσηλείας». (Μεγαλοοικονόμου Θ., 2009)

Όταν οι εκφραστές του κινήματος της αντιψυχιατρικής μιλάγαν για θεραπεία, αναφέρονταν σε μια επαναστατική διαδικασία που θα ανέτρεπε όλες τις υπάρχουσες αντιλήψεις και παραδοχές για την ασθένεια και το ρόλο της ψυχιατρικής επιστήμης.

Είναι πολύ σημαντικό οι πόρτες του θεραπευτικού περιβάλλοντος να είναι ανοικτές και όποιος το επιθυμεί να φεύγει. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να μπορεί κάποιος να επιλέγει το χώρο όπου θα επιστρέψει, τους ανθρώπους με τους οποίους θα ζήσει, το που θα κατευθύνει τη ζωή του. Πρόκειται για μια μάχη μεταξύ ασφάλειας, προστασίας, αυτονομίας και

ελευθερίας, που καλούνται να δώσουν οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι εργαζόμενοι, οι κοινότητες με προνοιακές πολιτικές που διαρκώς προδίδουν το όνομά τους.

Η έξοδος από το άσυλο δε μπορεί παρά να είναι σύμφυτη με την καθολική έξοδο από την καθηλωτική, περικλειστη προσέγγιση της ασθένειας και τον αποκλεισμό από το κοινωνικό και το πολιτικό που επιφέρουν αυτές οι θεωρήσεις. Η έξοδος από το ίδρυμα σηματοδοτείται με μια διαφορετική δυνατότητα εγγραφής των πασχόντων στο πραγματικό και το ανθρώπινο, πέραν της ασθένειας που κυριεύει και στιγματίζει, πέραν της μασματικής ύλης που πρέπει να αφαιρεθεί από το υγιές ανθρώπινο σώμα, πέραν του αποσχισμένου υποκειμένου που έρχεται να ορίσει τον «ακέραιο, ζωτικό και ζωογόνο» εαυτό.

Φτάνοντας στο τέλος της διάλεξης, ο μόνος δρόμος για μια μελλοντική ένταξη έχει ως βασικό του διακύβευμα το υποκείμενο παρέχοντας την απαραίτητη προστασία του, αναγνωρίζοντας την ιερότητα του διαφορετικού, αποδέχεται το πεπερασμένο των παρεμβάσεων μας και κυρίως κατανοεί και συνομιλεί με την ετερότητα.. Αποτελεί ζήτημα κατά πόσο δύναται η αρχιτεκτονική να παράγει χώρο για ανθρώπους με συγκεκριμένα κοινωνικά χαρακτηριστικά. Το σίγουρο είναι, και με γνώμονα τις ανάγκες και τα θέλω του υποκειμένου, οι θεραπευτικοί χώροι οφείλουν να κρατήσουν ένα επίπεδο αυτενέργειας εντός των οποίων τα άτομα θα βρίσκουν τα απαραίτητα νοητικά εργαλεία και τα μέσα προκειμένου να προσδιορίσουν τον εαυτό τους και να παραγάγουν το «είναι» τους. Χώροι, οι οποίοι μεταβολίζουν τις πιο γόνιμες ιδέες που με μια, επί της πράξης, οριζόντια οργάνωση θα αποτελέσουν εργαστήρια αποϊδρυματισμού.

Μέσα σε νέους «τόπους» συνάντησης θεραπευτών και θεραπευομένων και δια μέσου νέων «τρόπων» που ταιριάζουν με αυτούς, θα ορίζονται εκ νέου οι φιγούρες του υποκειμένου προς θεραπεία και του υποκειμένου θεραπευτή. Το νέο «αντικείμενο» της ψυχιατρικής θα είναι το άτομο ως φορέας όχι πια μιας νοσολογικής οντότητας, αλλά μιας τραυματισμένης υποκειμενικότητας. Η θεραπευτική παρέμβαση, παίρνοντας τη μορφή ενός απευθυνοποιητικού λόγου που αγκαλιάζει το άτομο θα απαιτεί από αυτό μια ενεργητική παρέμβαση επί της τραυματισμένης υποκειμενικότητας. Η φιγούρα του νέου υποκειμένου-θεραπευτή, αντίστοιχα, οφείλει να επιτελεί το θεραπευτικό του ρόλο σε βαθμό που να αποστασιοποιείται από μια μονόπλευρη εμμονή στη θεραπευτικότητα. Η παρέμβασή του θα είναι θεραπευτική στο βαθμό που δεν είναι αμιγώς ψυχιατρική, παρότι δεν στερείται ψυχιατρικού θεραπευτικού προσανατολισμού.

Το εγχείρημα της αποϊδρυματοποίησης δεν ανταποκρίνεται σε ένα ετοιμοπαράδοτο μοντέλο, αλλά έγκειται σε μια συλλογική διεργασία εφεύρεσης και πειραματισμού, κατ' ανάγκη συγκρουσιακή και αντιφατική,

προς την κατεύθυνση της αντικατάστασης του ασυλιακού θεσμού με εναλλακτικές ψυχιατρικές δομές με σεβασμό προς τα ιδιαίτερα τοπικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Η πάλη ενάντια στην ιδρυματοποίηση δεν ολοκληρώνεται με τη θέσπιση ενός δικτύου εναλλακτικών θεσμών αλλά με μια συνεχή διαλεκτική με το υποκείμενο και τις ανάγκες του. Με μια ψυχιατρική των αναγκών και όχι των συμπτωμάτων που επικεντρώνεται στο πεδίο της ελευθερίας ως το μοναδικό πεδίο θεραπείας. Με μια ψυχιατρική που ανασυγκροτεί τη δυνατότητα και την ικανότητα άσκησης πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των θεραπευόμενων στην καθημερινή ζωή. Πώς θα είναι ο χώρος γι αυτήν; Διερευνώντας το πεδίο, βρήκαμε αρχές και προτάσεις αλλά όχι μια μέθοδο σχεδιασμού. Θα άξιζε να την αναζητήσουμε ή μήπως αυτό σημαίνει να ξανασκεφτούμε από την αρχή πώς ο χώρος θα απευθύνεται στο ανθρώπινο σώμα, την ανθρώπινη ευαισθησία, τις αισθήσεις, την κοινωνικότητα, την ευρηματικότητα ανεξάρτητα από τον αν απευθύνεται σε υγιείς ή νοσούντες; Μήπως ακριβώς, μέσα από τη «νόσο» θα ανακαλύψουμε εκ νέου την «κανονικότητα» σαν ένα πλούσιο πεδίο συναντήσεων, αλληλεπιδράσεων, κοινής απόλαυσης των εμπειριών; Μήπως θα ανακαλύψουμε εκ νέου την έννοια και την ανάγκη του «δώρου» και της «περίσσειας» αντι αυτής της ανάγκης που πρέπει να «καλυφθεί» με πάντα ανεπαρκείς πόρους; Ίσως από εδώ θα έπρεπε να ξαναρχίσει η συζήτηση.



Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλεξίου Θανάσης, (1998). Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση – Η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Αλεξίου, Θ., 1999, 'Η Σπιναλόγκα ως Παράδειγμα Κατασκευής Κοινωνικού Περιθωρίου' στο Περιθωριοποίηση και Ενσωμάτωση . Η Κοινωνική Πολιτική ως Μηχανισμός Ελέγχου και Κοινωνικής Πειθάρχησης , Αθήνα Ανυφαντή Σ., Γιαννάκη Χ., Γρυλλάκη Α. (2015) L'istituzione negata: Η επανάχρηση του κρατικού θεραπευτηρίου Λέρου, Διπλωματική εργασία ΕΜΠ, Αθήνα

Ασημόπουλος, Χ. (2009). Η καθημερινή ζωή στο ψυχιατρείο. Αθήνα: Καστανιώτης

Βοραδάκη Γ. και Λιναράκη Γ. Νευροχωρικό σύστημα-Διερεύνηση της αλληλεπίδρασης των χωρικών ποιοτήτων με το ανθρώπινο νευρικό σύστημα και της δράσης του στην καταστολή των ψυχικών διαταραχών του ατόμου. 2011, Πολυτεχνείο Κρήτης

Γκράτσου Γ., Αεροναυτική Βάση Gianni Rossetti της βαλκικής Διοίκησης Λέρου - Σπουδή στο Παλιό μνηστο του Ιδρυματισμού, 2013, Πολυτεχνείο Κρήτης

Δρίτσας, Θ. (2007, Μάρτιος). Διάλεξη «Ιατρική και Μουσική» στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός. Ελληνικός Σύλλογος Καταρτισμένων Επαγγελματιών Μουσικοθεραπευτών

Καλατζής Σ Γ, Λασκαράτος Ι. Τα Ασκληπεία ως νοσηλευτήρια. Αρχ Ελλ Ιατρ 2003,

Καλτσή Βαία, 2010, Ανθρωπολογικές Προσεγγίσεις της «Ψυχικής Ασθένειας»: Λόγοι Ασθένειας, Αφηγήσεις Ζωής στα Όρια του Ασύλου, Διπλωματική Εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών Καραμανωλάκης, Β., 1998, "Το Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο: 1887-1903. Όψεις της Εγκατάστασης ενός Ιδρυματικού Θεσμού", Μνήμων, τεύχος 20 Καραμανωλάκης, Β., Η ανάπτυξη των ιδρυματικών θεσμών. Το Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο: 1880-1903, Αθήνα, Πανεπιστήμιο Αθηνών: αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, 1997.

Καραπάνου, Μ., & Τσαλικογλου, Φ. (2006). Μήπως; Αθήνα: Ωκεανίδα.

Κεφαλαία Ρ., «Κοινωνικές αντιλήψεις και αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια και σύγχρονος αστικός χώρος. Το νοσοκομείο.» 2007, ΕΜΠ, Αθήνα

Κουτσά Ε., Τοπική κοινωνία και ιδρύματα εγκλεισμού: Η περίπτωση της Λέρου, αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, 2001, Μυτιλήνη

Κωνσταντίνου Κ., Μπίτσα Μ., Χώρος και εξουσία. Η αρχιτεκτονική του εγκλεισμού. 2015, ΕΜΠ, Αθήνα

- Λάβδας Μ., Ο ρόλος της εκπαίδευσης ενηλίκων στη σωφρονιστική και μετασωφρονιστική μέριμνα. Αθήνα, «Άρσις», Εταιρία Κοινωνικής Υποστήριξης Νέων, 1995
- Λυπουρλής Δ., Ιπποκράτης, Ιατρική θεωρία και πράξη., Περί αρχαίων ιατρικών, Περί αέρων, υδάτων και τόπων, προγνωστικόν, Περί διαίτης οξέων, Περί ιερής νούσου. Τόμ.1, Αθήνα, Εκδόσεις Ζήτρος, 2000
- Λουκάς Γιάννης. (2005). «Εμπειρίες αποϊδρυματοποίησης από τη Λέρο του χθες, και η σημερινή πραγματικότητα» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση
- Μαδιανός Μ., Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, από τη θεωρία στην πράξη. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1994.
- Μάτσκα Α., Μπάμπου Π. (2010), Οπτική Αντίληψη και Οπτικές Πλάνες στην Αρχιτεκτονική, Διπλωματική εργασία Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Μεγαλοοικονόμου Θ. (2009). Φαρμακευτικές εταιρίες, κράτος και ψυχιατρική: Οι επικίνδυνες παρενέργειες της σύγχρονης έρευνας, παραγωγής και διάθεσης των ψυχοφαρμάκων.
(<http://www.psypirosi.gr/2009-02-22-18-34-08/347-2010-10-09-06-39-34.html>)
- Μεταξάς Γιάννης, Η υφαρπαγή των μορφών – από την πολιτική ομιλία του κλασικισμού, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 2003
- Μεταξά Μαρία. (2005). «Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: Στεγαστικές μονάδες και θεραπευτικό πλάνο» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση
- Μήτσου Ε., Η πανούκλα του Αλμπέρ Καμύ και το φαινόμενο του Ιδρυματισμού , 2013, @.X.Π.ΑΝ.Α
- Μιχαήλ Παναγιώτης, Αισθητικά Θεωρήματα, εκδ. του Ιδρύματος Π. & Ε. Μιχαήλ, Αθήνα, 2006
- Μπαϊρακτάρης Κώστας, Ψυχική Υγεία και Κοινωνική παρέμβαση, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις Αντιπαραθέσεις 15, 1994.
- Μπαϊρακτάρης Κώστας. (2005). «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και καθήλωση» στο Τετράδια Ψυχιατρικής, Ειδική Έκδοση
- Μωρογιάννης, Φ. (2000). Κέντρο ψυχικής υγείας. Παρελθόν, παρόν, μέλλον. Τετράδια Ψυχιατρικής
- Παραδέλλης Θεόδωρος, «Ανθρωπολογία της Μνήμης», Διαδρομές και Τόποι της Μνήμης: Ιστορικές και ανθρωπολογικές προσεγγίσεις, εκδ. Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 1999
- Παρίσιος Νικόλαος, Τζανακάκη – Μελισσάρη Μαρία, Χατζάκη –Τζωράκη Αικατερίνη, (2003). Στεγαστικές δομές αποασυλοποίησης στην Κρήτη: ανάλυση παρούσας κατάστασης και προοπτική. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Παπαδοπούλου Δέσποινα (2004). Επιμέλεια Πετμεζίδου Μαρία – Παπαθεοδώρου Χρήστος. Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ.
- Πλουμπιδής Δ., «Εισαγωγικά γύρω από την εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, Σύγχρονα Θέματα, τ. 19, 1983

Πλουμπιδής Δ., Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, Αθήνα, Εξάντας, 1989

Προσωκρατικοί, Άπαντα, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, «Οι Έλληνες» τόμος 8, Ηράκλειος, Αποσπάσματα Περί Φύσεως, Αθήνα, εκδόσεις Κάκτος, 1995

Προσωκρατικοί, Άπαντα, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, «Οι Έλληνες» τόμος 11, Εμπεδοκλής, Μαρτυρίες, Αθήνα, Εκδόσεις Κάκτος, 2000.

Σαββάκης, Μ., & Τζανάκης, Μ. (2002). Ιδρυματικοί θεσμοί, συγκρότηση κοινωνικών μεθόδων και διαδικασίες προβληματικοποίησης: το ψυχιατρείο Λέρου και το λεπροκομείο Σπιναλόγκας. Τετράδια Ψυχιατρικής

Σαββάκης, Μ., & Τζανάκης, Μ. (2006). Βιογραφική ρήξη και ιδρυματισμός: Θεσμικές και αφηγηματικές διαστάσεις μιας κοινωνικής διαδικασίας. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 120

Σαββάκης, Μ. (2008). Οι λεπροί της Σπιναλόγκας. Ιατρική, εγκλεισμός, βιωμένες εμπειρίες (1903-1957). Αθήνα: Πλέθρον.

Σεχίδου Μ. (2011), Κοινωνικός αποκλεισμός και ψυχική υγεία. Κοινωνιολογική και Θεολογική Θεώρηση, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Στυλιανίδης Σ., Ν. Θεοχαράκης, Π.Χ. Χόνδρος, «Το Μετέωρο Βήμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα.» Αρχαιολογία & Τέχνες, τεύχος 105

Τερζάκης Φ., «Η εποχή της ‘αντιψυχιατρικής’», στο Laing R. D., Lee A. R., Phillipson H., 1990

Τζανάκης, Μ. (2012). Ψυχική ασθένεια και σύγχρονες πρακτικές του εαυτού, Εκδόσεις Πεδίο

Τσαλικογλου, Φ. (1989). Μυθολογίες βίας και καταστολής. Αθήνα: Παπαζήσης.

Τσαλικογλου Φ., Ο Μύθος του Επικίνδυνου Ψυχασθενή. Οι Λειτουργίες της Κοινωνικής Κατασκευής, Παπαζήσης, Αθήνα, 1987

Φαφαλιού Μ., Ιερά οδός 343. Μαρτυρίες από το Δρομοκαϊτείο, Αθήνα, Κέδρος, 1995

Χρισοπούλου-Αλέτρα Ε, Τόγια Α, Βαρλάμη Χ. Το «έξυπνο» Ασκληπείο: Μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση. Αρχ Ελλ Ιατρ 2010

Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π., Θέματα προληπτικής ψυχιατρικής Β' Τόμος, Αθήνα, εκδόσεις: Κέντρο ψυχικής υγιεινής, 1994

Χρονάκη, Μ., 2005, 'Ο Χώρος του Σώματος, ο Τόπος της Γέννας και η Γυναικεία Ταυτότητα', στο Γυναίκες και Άνδρες στους Χώρους της Καθημερινότητας, Πρακτικά Συνεδρίου 11 & 12 Νοεμβρίου 2005, Αθήνα, Εκδόσεις Ε.Μ.Π.

Χρυσικού Ε., Η αρχιτεκτονική των ψυχιατρικών δομών: Νέο μοντέλο σχεδιασμού και αξιολόγησης, 3ο Μονοθεματικό Συνέδριο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, 2013

Ξένη Βιβλιογραφία

- Ackerknecht E. H., Ιστορία της ιατρικής, μτφρ. Πασχάλης Β., Ηλικιάδης Γ., Καρατζούλης Β., Αθήνα, Μαράθια, 1998.
- Basaglia F., "La liberté communautaire comme alternative à la répression institutionnelle", στο Basaglia F. (επιμ.), *Qu' est-ce que la psychiatrie?*, Παρίσι, P.U.F., 1977
- Bell, P., Green, T., Fisher, J., & Baum, A. (2005). *Environmental psychology*. Orlando: Lawrence Erlbaum
- Benevolo, L., & Λαζαριδής, Π., 1977, Βιομηχανική Επανάσταση, Βιομηχανική Πόλη: Η Δυναμική των Αλλαγών και η Κοινωνική Προέλευση της Σύγχρονης Πολεοδομίας, Αθήνα, Εκδόσεις Νέα Σύνορα.
- Bernard Vincent, (1994). *Οι περιθωριακοί και οι αποκλεισμένοι στην κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ροές.
- Bernardi, L., Porta, C., & Sleight, P. (2006). Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians: the importance of silence. Department of Internal Medicine, IRCCS S Matteo, University of Pavia, Pavia.
- Bury M. R., «Chronic Illness as Biographical Disruption», *Sociology of Health and Illness*, V. 4 (2), 1982
- Caillois Roger, «Mimicry and Legendary Psychasthenia», *October: The first decade, 1976-1986*, μετάφραση John Shepley, Cambridge, MIT Press, Massachusetts, 1987
- Camus Albert (1947 πρωτότυπη έκδοση-1990 μεταφρασμένη): *Η Πανούκλα*, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.
- Canter, D. (1988). *Περιβαλλοντική Ψυχολογία*. Μετάφραση Κοσμόπουλος Π. Θεσσαλονίκη: University Studio Press. 13.
- Carla, B., & Pietro, L. (2010, July). Modelling infection spreading control in a hospital isolation room. *Journal of Biomedical Science and Engineering*
- Cooper David, *Ψυχιατρική και αντιψυχιατρική*, Αθήνα, Ράμπας, 1975
- Daggett, W.R., Cobble, J.E., & Gertel, S.J. (2008). *Color in an Optimum Learning Environment*. New York: International Center for Leadership in Education
- Damian, P., & Damian, K. (1995). *Aromatherapy: Scent and Psyche*. Rochester: Healing Arts Press
- Duhl, L.J. & Sanchez, A.K., 1999, *Healthy Cities and the City Planning Process. A Background Document on Links Between Health and Urban Planning*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Lupton, 1994
- Fontana D., *Ψυχολογία για Εκπαιδευτικούς*, Μετάφραση: Μαρίνα Λώμιν, εκδόσεις Σαββάλας 1996
- Foucault Michel, *Η Ιστορία της τρέλας*, Ηριδανός, Αθήνα, 1964

- Foucault Michel, 1994, 'Η Ενσωμάτωση του Νοσοκομείου στη Σύγχρονη Τεχνολογία' στο Πειθαρχία και Γνώση , Τοπικά Α', Αθήνα, Έκδοση της Εταιρείας Μελέτης Επιστημών του Ανθρώπου
- Foucault M., Επιτήρηση και τιμωρία, Η γέννηση της φυλακής, Πλέθρον, Αθήνα, 2011
- Foucault M., Ο Μεγάλος Εγκλεισμός, Αθήνα, 1999, Μαύρη Λίστα
- Gerald C. Davison, John M. Neale, Abnormal Psychology, John Wiley & Sons, INC, Seventh Edition 1998
- Goffman Erving, ΑΣΥΛΑ, Αθήνα, Εκδόσεις ΕΥΡΥΑΛΟΣ, 1994
- Goldstein J., Consoler et classifieur. L' essor de la psychiatrie francaise, Institut Synthelabo, 1997
- Harris, C. (2006). Dictionary of Architecture & Construction. USA: McGraw-Hill
- Hinshelwood R.D. & Skogstad W. (2000), Observing Organisations: Anxiety, Defence and Culture in Health Care, Routledge, London.
- Lai, H., & Good, M. (2005). Music improves sleep quality in older adults. Journal of Advanced Nursing
- Laing, Ronald D, «Ο διχασμένος εαυτός, Υπαρξιακή μελέτη της ψυχοδιαγνωστικής υγείας και αρρώστιας», Εκδόσεις Καστανιώτη, 1975
- Lambert, G., Reid, C., Kaye, D., Jennings, G., & Esler, M. (2009). Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. The Lancet
- Lehtinen V., B. Sohlman, V. K. Masfety, «Level of positive mental health in the European Union: Results from the Euro barometer 2002 survey». Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2005.
- Malkin J. Hospital interior architecture. Van Nostrand Reinhold, New York, 1992
- Mann, T. (1995). Το μαγικό βουνό (τ. II). Αθήνα: Εξάντας.
- Moss, M., Cook, J., Wesnes, K., & Duckett, P. (2003). Aromas of rosemary and lavender essential oils differentially affect cognition and mood in healthy adults. The International Journal of Neuroscience.
- Neufert, (2000). Οικοδομική & Αρχιτεκτονική Σύνθεση . Αθήνα: Μ. Γκιουρδασ
- Pader R., In and Out of the Mind: Greek Images of the Tragic Self, Princeton, Princeton University Press, 1992
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2004). Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας, Αθήνα
- Smith R, Watkins N. Therapeutic environments. Therapeutic environments forum. Academy of Architecture for Health, Washington, 2008
- Sommer, R. (2008). Personal Space. The Behavioral Basis of Design. Bristol: Bosko Books.7-16.
- Sontag, 1993, Η Νόσος ως Μεταφορά . Το AIDS και οι Μεταφορές του , Αθήνα, Εκδόσεις Ύψιλον.
- Tuma, E.H., 1998, Ευρωπαϊκή Οικονομική Ιστορία από το 10 ο Αιώνα ως

Σήμερα , Τόμοι 1 & 2, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg

Turner, V., 1966, The Ritual Process. Structure and Anti-structure, New York, Aldine de Gruyter.

Uedo, N., Ishikawa, H., Morimoto, K., Ishihara, R., Narahara, H., Akedo, I., Ioka, T., Kaji, I., & Fukuda, S. (2004). Reduction in salivary cortisol level by music therapy during colonoscopic examination. Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka Medical Center for Cancer and Cardiovascular Diseases, Japan

Vander, M.D., Sherman, J., Luciano, D., & Τσακόπουλος, Μ. (2001). Φυσιολογία του Ανθρώπου. τόμος Α&Β. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης

Woolf, V. (2008). Πώς είναι να είσαι άρρωστος. Αθήνα: Συναΐψεις

Διαδικτυακές Παραπομπές

<http://www.cbsnews.com/pictures/19th-and-20th-century-psychiatry-22-rare-photos/4/>

http://www.synthesis-architects.gr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=50&Itemid=84&lang=el

<http://www.toperiodiko.gr/%CE%BF%CE%B9-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%AD%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CF%84%CE%AD%CF%87%CE%BD%CE%B7/#.VpzDYyqLTIU>

<http://www.psychologynow.gr/psychopathologia/i-skoteini-periodos-ton-psyhikon-astheneion>

<http://koispechania.gr/index.php/2010-11-25-08-24-08/24-2011-01-25-11-37-19>

http://www.dromokaiteio.gr/?page_id=2317

<http://www.psychargos.gov.gr/>





