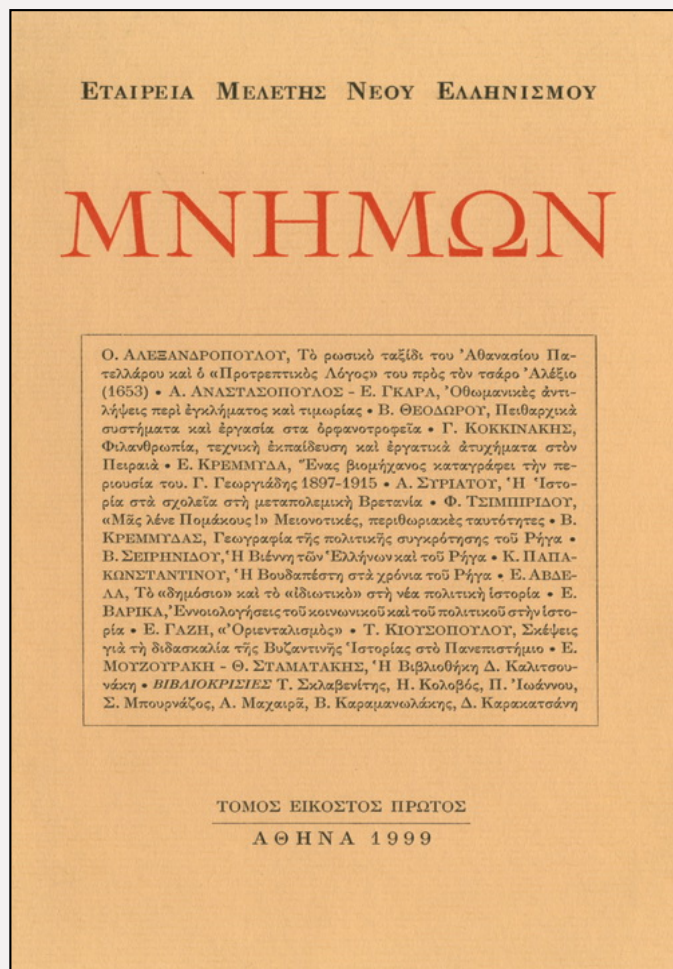


Μνήμων

Τομ. 20, 1998



ΤΟ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ ΦΡΕΝΟΚΟΜΕΙΟ: 1887-1903. ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟΥ ΘΕΣΜΟΥ

ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗΣ
ΒΑΓΓΕΛΗΣ

<http://dx.doi.org/10.12681/mnimon.666>

Copyright © 1998



To cite this article:

ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗΣ, Β. (1998). ΤΟ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ ΦΡΕΝΟΚΟΜΕΙΟ: 1887-1903. ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟΥ ΘΕΣΜΟΥ. *Μνήμων*, 20, 45-66. doi:<http://dx.doi.org/10.12681/mnimon.666>

ΒΑΓΓΕΛΗΣ ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΑΚΗΣ

ΤΟ ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ ΦΡΕΝΟΚΟΜΕΙΟ: 1887-1903 ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟΥ ΘΕΣΜΟΥ

Το 1871 ο Χιώτης Ζώρζης Δρομοκαΐτης¹ επιστρέφει στη γενέθλια γη. Λείπει σχεδόν πενήντα χρόνια, από το 1822, όταν στη σφαγή της Χίου θανατώθηκε ο έμπορος πατέρας του και εκείνος μεταφέρθηκε στην Κωνσταντινούπολη για να πουληθεί ως δούλος. Σύντομα εξαγοράσθηκε από τους συγγενείς του και συνέχισε την πατρική δραστηριότητα. Πρώτα στη Βηρυτό, έπειτα στην Αλεξάνδρεια, στη Μασσαλία, τέλος στη Χίο.

Ο «τελευταίος σταθμός» του Δρομοκαΐτη συνδέεται με την αρρώστια της γυναίκας του Ταρσής, η οποία σύντομα θα την οδηγήσει στο θάνατο. Θα την ακολουθήσει λίγα χρόνια αργότερα, αφού πρώτα, το 1880, συντάξει τη διαθήκη του². Προνοεί σημαντικά κληροδοτήματα για το Αμαλίσιο Ορφανοτροφείο, το νοσοκομείο της Χίου και άλλα φιλανθρωπικά καταστήματα της ιδιαίτερης πατρίδας του. Τα σημαντικότερα κληροδοτήματα καταλείπονται για την ενίσχυση του Γυμνασίου της Χίου (300.000 γαλλικά φράγκα) και τη σύσταση

Το άρθρο αυτό αποτελεί τμήμα μεταπτυχιακής εργασίας στο Ιστορικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Αθηνών, υπό την εποπτεία του καθηγητή Αντώνη Λιάκου και την πολύτιμη συμπαράσταση του Δημήτρη Πλουμπίδη. Θα ήθελα να ευχαριστήσω το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιδρύματος και το προσωπικό για τη βοήθειά τους. Οι αρχικές υποθέσεις για αυτή την εργασία ετέθησαν, λίγα χρόνια πριν, στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού σεμιναρίου του Gunnar Hering, στη Βιέννη. Στη μνήμη του, στη μνήμη εκείνου που ήθελε πάντα να ακούμε όσους σιωπούν, θα ήθελα να την αφιερώσω.

1. Για το Δρομοκαΐτειο γενικά βλ. Κ. Χ. Παππής, Ν. Γ. Τσικής, Ν. Α. Ρομπότης (εκδοτική επιτροπή), *Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο 1887-1987 εκατό χρόνια κοινωνικής προσφοράς*, Αθήνα 1987, Μαίρη Σ. Φαφαλιού, *Ιερά Οδός 343. Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο*, Αθήνα 1995 και Δημήτρης Πλουμπίδης, *Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο 1850-1920*, Αθήνα 1989, σ. 183-204. Για τον Δρομοκαΐτη βλ. Κ. Άμαντος, *Χίος και Χίοι, Σημειώματα*, Αθήνα 1959, σ. 54-55 και Νικόλαος Α. Ρομπότης, «Το οδοιπορικό του Δρομοκαΐτειου Ιδρύματος» στο *Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο 1887-1987...*, ό.π., σ. 33-36.

2. Στο ίδιο, σ. 30-31.

ενός ιδιωτικού φρενοκομείου στο ελληνικό βασίλειο (500.000 γαλλικά φράγκα). Από τις 500.000, οι 200.000 προορίζονται για την ανέγερση, ενώ οι τόκοι από το υπόλοιπο κεφάλαιο, το οποίο θα παρέμενε κατατεθειμένο στην Εθνική Τράπεζα για τη συντήρηση του φρενοκομείου και τη διατροφή και περίθαλψη μικρού αριθμού απόρων ασθενών.

Όταν αμέσως μετά τη σύνταξη της διαθήκης δημοσιοποιείται η επιθυμία του Δρομοκαΐτη και ορίζεται ως έδρα του νέου φρενοκομείου η Αθήνα, η πόλη δεν διαθέτει κανένα παρόμοιο Ίδρυμα. Κι αυτό παρά την ψήφιση σχετικού νόμου από το 1862 —ο νόμος ΨΜΒ΄ της 22ας Μαρτίου 1862 *Περί δημιουργίας Φρενοκομείων*³— ο οποίος προέβλεπε τη σύσταση κρατικών φρενοκομείων για τη νοσηλεία των φρενοβλαβών οι οποίοι μέχρι τότε έμειναν έγκλειστοι στο σπίτι, στα μοναστήρια ή στα αστυνομικά κρατητήρια. Είκοσι χρόνια αργότερα, το μόνο κρατικό φρενοκομείο της χώρας, εκείνο της Κέρκυρας, το οποίο είχε ιδρυθεί από την αγγλική αρμοστεία και είχε ενταχθεί στη δημόσια σφαίρα υγείας το 1864, με την ενσωμάτωση των Ιονίων νήσων, συγκεντρώνει μικρό αριθμό ασθενών, εκ των οποίων ελάχιστοι από την πρωτεύουσα, καθώς το νησί είναι γεωγραφικά απομακρυσμένο από τον κύριο κορμό του νέου κράτους⁴.

Η συνεργασία της κρατικής μηχανής και των εντολοδόχων των επιθυμιών του Δρομοκαΐτη⁵ για την ίδρυση του νέου φρενοκομείου θα είναι άμεση και αποτελεσματική. Το 1882 συστήνεται το φιλανθρωπικό ίδρυμα *Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου ή Παφύλα Φρενοκομείον* για τη νοσηλεία και περίθαλψη των πασχόντων από οποιοδήποτε ψυχικό νόσημα και επικυρώνεται το καταστατικό λειτουργίας του⁶. Με το νόμο ΑΦΙΔ΄, *Περί αδείας συστάσεως ιδιωτικού Φρενοκομείου εκ του κληροδοτήματος Δρομοκαΐτου του 1887*⁷ αναγνωρίζεται ο ιδιωτικός χαρακτήρας του Ιδρύματος. Τη διοίκηση, σε αντίθεση με το νόμο ΨΜΒ΄ όπου η κυβέρνηση διόριζε διευθυντή ιατρό, αναλαμβάνει διοικητικό συμβούλιο επιλογής του δωρητή, αποτελούμενο από τους εκτελεστές της διαθήκης. Το Συμβούλιο είναι υπεύθυνο για την εν γένει λειτουργία του Ιδρύματος και υποχρεούται να συντάσσει ετήσιο οικονομικό απολογισμό προς το Υπουργείο Εσωτερικών. Προσλαμβάνει, με την έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου, τον

3. Βλ. Πλουμπίδης, *ό.π.*, σ. 227-236.

4. Για το Φρενοκομείο της Κέρκυρας βλ. Πλουμπίδης, *ό.π.*, σ. 119-124, 166-182 και Ιωάννης Γ. Λασκαράτος, *Πρόληψη της αρρώστειας και κοινωνική προστασία στα Επτάνησα επί Αγγλοκρατίας*, Αθήνα 1985, σ. 224-230.

5. Πρόκειται για τους Μάρκο Ρενιέρη, διοικητή της Εθνικής Τράπεζας, τους Χιώτες εμποροκτηματίες Εμμανουήλ Χαριλάου και Ιωάννη Χωρέμη και ειδικά για την ανέγερση του Φρενοκομείου τον Ιωάννη Βούρο, καθηγητή της Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

6. «Βασιλικό Διάταγμα της 16ης Απριλίου 1882» στο Δημητρίου Δ. Πομόνη, *Υγειονομική Νομοθεσία*, τ. α', έκδ. 2η, Αθήνα 1925, σ. 685-687.

7. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως*, αρ. 114, 27.5.1887, σ. 529.

επιστημονικό-διοικητικό διευθυντή του Ιδρύματος. Ο υφιστάμενος πλέον στο Διοικητικό Συμβούλιο διευθυντής επικοινωνεί μέσω αυτού με τις δικαστικές και διοικητικές αρχές. Καθώς όμως, διατηρούνται σε ισχύ οι υπόλοιπες διατάξεις του νόμου ΨΜΒ⁸, ο διευθυντής διατηρεί την αποκλειστική ευθύνη σε ζητήματα προσωπικού, οικονομικών εξόδων για τη λειτουργία του Φρενοκομείου και νοσηλείας των φρενοβλαβών. Πρώτος διευθυντής διορίζεται ο γιατρός Χριστόδουλος Τσιριγώτης⁹, διευθυντής του Φρενοκομείου Κέρκυρας κατά την περίοδο 1874-1880.

Οι εκτελεστές της διαθήκης αναθέτουν τον σχεδιασμό των κτιριακών εγκαταστάσεων στον Ε. Lunier, γνωστό ψυχίατρο της εποχής, επίτιμο γενικό επιθεωρητή των διοικητικών υπηρεσιών του γαλλικού υπουργείου Εσωτερικών. Ο ίδιος αναλαμβάνει, βάσει του καταστατικού που έχει συνταχθεί από τους εκτελεστές της διαθήκης, τη σύνταξη του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας και του κανονισμού υπηρεσιών του Φρενοκομείου. Για την ανέγερση του Ιδρύματος το Υπουργείο Οικονομικών παραχωρεί έκταση 322 στρεμμάτων στην περιοχή Αγία Βαρβάρα Δαφνίου, στις παρυφές της πρωτεύουσας.

Η αρχιτεκτονική του Δρομοκαΐτειου 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)¹⁰. Σε περιφραγμένη έκταση, μακριά από την πόλη, απλώνονται τα περίπτερα των ασθενών, τα κτίρια για τη διοίκηση και οι υπόλοιπες βοηθητικές εγκαταστάσεις. Πρόκειται για οικοδομές ενός ή δυο ορόφων κτισμένες σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες υγιεινής (ευάερες, ευήλιες, με μεγάλα παράθυρα). Στην κατανομή τους στο χώρο διακρίνονται σε δύο πτέρυγες, απομονωμένες με κήπο μεταξύ τους¹¹. Η μία πτέρυγα προορίζεται για τους ασθενείς της πρώτης και της δεύ-

8. Ο ελληνικός νόμος έχει ως πρότυπο τον αντίστοιχο γαλλικό του 1838, έναν από τους πλέον φιλελεύθερους νόμους της εποχής του. Απηχεί την καινοτόμο σκέψη του ιατρού Phillip Pinel για τη δυνατότητα θεραπείας των ψυχικών ασθενειών μέσω της συνεργασίας με τον πάσχοντα. Ο παραλληλισμός από τον Pinel και τους μαθητές του των ψυχικών με τις σωματικές ασθένειες και η πίστη στην κλινική παρατήρηση, συντελούν στη δημιουργία των ασύλων ως χώρων εγκλεισμού και παρατήρησης των φρενοβλαβών και απομάκρυνσης από παράγοντες που δρουν αρνητικά στην εξέλιξη της ασθένειας (π.χ. οικογενειακό περιβάλλον). Στο μικρόκοσμο του φρενοκομείου ο ιατρός θεραπευτής αναγορεύεται στην ύψιστη αρχή, στην οποία αναγνωρίζονται όλες οι επιστημονικές και διοικητικές αρμοδιότητες. Βλ. Γρηγόρης Αμπατζόγλου, *Ψυχιατρική και Ιατρική. Τα όρια, οι ταυτότητες και οι σχέσεις*, Αθήνα 1991, σ. 61-63.

9. Για τον Τσιριγώτη βλ. Α. Γκούσης, Χρ. Τσιριγώτης. *Ο πρώτος Έλλην Ψυχίατρος*, Κέρκυρα 1960.

10. Βλ. Klaus Doerner, *Madmen and the bourgeoisie. A social history of insanity and psychiatry*, Oxford 1986, σ. 141-155.

11. Βλ. «Δρομοκαΐτειον» στο *Πανελλήνιος Σύντροφος. Ετήσιον πολιτειακόν, οικονο-*

τερης «τάξης», για όσους δηλαδή καταβάλλουν τα υψηλότερα νοσήλια. Σε αυτούς διατίθενται ατομικά δωμάτια και αποκλειστικό νοσηλευτικό προσωπικό. Η δεύτερη πτέρυγα προορίζεται για τους φρενοβλαβείς της τρίτης και τέταρτης τάξης νοσηλίων, οι οποίοι διαβιούν σε κοινούς χώρους, ενώ στους ίδιους χώρους στεγάζονται και οι άποροι.

Η καταβολή νοσηλίων και ο διαχωρισμός των ασθενών στο φρενοκομείο με βάση το ύψος του χρηματικού ποσού που καταβάλλουν αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της ιστορίας του θεσμού κατά τον 19ο αιώνα. Σύμφωνα με το διευθυντή του Δρομοκαΐτειου η εξασφάλιση καλύτερων όρων διαβίωσης στους πλέον εύπορους ασθενείς αποσκοπεί στην υπερνίκηση της δυσπιστίας των οικογενειών τους προς το θεσμό του φρενοκομείου, μια και η παρουσία τους είναι σημαντική για την οικονομική ενίσχυση αλλά και την «έξωθεν» καλή μαρτυρία του Ιδρύματος. Όσον αφορά στους εκπροσώπους των κατώτερων οικονομικά τάξεων, οι συνθήκες ζωής τους εντός του Ιδρύματος θεωρούνται σαφώς ευνοϊκότερες εκείνων της καθημερινότητάς τους εκτός¹².

Καθώς το αρχικό κληροδότημα δεν αρκεί για να καλύψει τα φιλόδοξα σχέδια του γάλλου ψυχιάτρου, το Φρενοκομείο εγκαινιάζει τη λειτουργία του στις 4 Οκτωβρίου του 1887 και ώρα 4:00 μ.μ. με πολύ μικρότερο αριθμό κλινών (110) από τον αρχικά προβλεπόμενο (500 κλίνες). Έως το 1903¹³ θα κατασκευασθούν από ιδιωτικές προσφορές τρία νέα περίπτερα (Σεβαστοπούλειο, Θεολόγειο, Σύγγρειο) για τους ασθενείς των κατώτερων οικονομικά τάξεων και τους άπορους.

Το Ίδρυμα είναι από τα πλέον σύγχρονα, τόσο σε κτιριακές εγκαταστάσεις όσο και σε λοιπό, ιατρικό και τεχνολογικό, εξοπλισμό. Επανδρώνεται με ιατρικό προσωπικό¹⁴ που έχει ειδικευθεί στην Ευρώπη, κυρίως στη Γαλλία και

μολογικών και στατιστικών ημερολόγιον 1891, Αθήνα 1890, 832-834 και «Δρομοκαΐτειον Φρενοκομείον» στο Γ. Δροσίνη και Γ. Κασδόνη, *Νέα Ελλάδα. Εικονογραφημένον εθνικόν ημερολόγιον*, Αθήνα 1894, 407-408.

12. Βλ. Χρ. Τσιριγώτης, «Περί θεραπείας των φρενοβλαβών», Επιστολή Α', *Γαληνός*, Γ', 1880, 88-90.

13. Η έρευνα εκτείνεται από το 1880, έτος σύνταξης της διαθήκης Δρομοκαΐτη ως το 1903 όταν αποχωρεί ο πρώτος διευθυντής του Ιδρύματος Χρ. Τσιριγώτης και αντικαθίσταται από τον υποδιευθυντή Μιχαήλ Γιαννήρη. Η διαδοχή είναι ομαλή αλλά συντελεί ουσιαστικά στην αλλαγή της φυσιογνωμίας του Ιδρύματος, καθώς η θέση είναι καίρια για τη λειτουργία του και πρώτη φορά καταλαμβάνεται από ειδικευμένο ψυχίατρο. Το διάστημα αυτό το Ίδρυμα είναι το μόνο Φρενοκομείο στο χώρο της πρωτεύουσας. Από το επόμενο έτος το 1904, λειτουργεί και η πρώτη ιδιωτική ψυχιατρική κλινική του Σιμωνίδη Γ. Βλαβιανού ενώ θεμελιώνεται το κτήριο για την πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική (Αιγινήτειο) που αρχίζει τη λειτουργία της το 1905.

14. Γενικά για το ιατρικό προσωπικό του Ιδρύματος βλ. Κ. Χ. Παππής, «Οι Διευθυντές, Υποδιευθυντές, Επίτιμοι ιατροί του Θεραπευτηρίου στην πρώτη εκατονταετία 1887-

διατηρεί στενή και συνεχή επαφή με τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Η υλικοτεχνική υποδομή του Ιδρύματος, αλλά και η προσοχή που επιδεικνύεται σε τομείς όπως η μεταχείριση των ασθενών, η διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενειών, η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, το καθιστά ως ένα από τα καλύτερα φρενοκομεία της εποχής του, σύμφωνα και με τις κρίσεις ξένων ιατρών¹⁵.

Τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του το Ίδρυμα θα προσελκύσει ένα μικρό αλλά σημαντικό αριθμό 77 ασθενών που καταβάλλουν νοσήλια. Εκτός από αυτούς νοσηλεύονται έξι άποροι ασθενείς, χάρη στο κληροδότημα Δρομοκαΐτη, οι οποίοι έχουν επιλεγεί από το Υπουργείο Εσωτερικών αφού, όμως πρώτα εξετάστηκαν τα πιστοποιητικά τους και εγκρίθηκε η εισαγωγή τους από το Διοικητικό Συμβούλιο¹⁶. Με τροποποίηση του καταστατικού ο αριθμός των απόρων θα μειωθεί σε πέντε και την ευθύνη της επιλογής τους θα αναλάβει εξ ολοκλήρου το Διοικητικό Συμβούλιο. Φρενοβλαβείς μπορεί να τοποθετεί στο Δρομοκαΐτειο για παρακολούθηση και η δημόσια αρχή, δικαίωμα όμως του οποίου γίνεται εξαιρετικά σπάνια χρήση (μόλις 15 ασθενείς σε διάστημα 37 χρόνων, όπως σημειώνει ο Μιχαήλ Γιαννήρης¹⁷). Σύμφωνα με επανειλημμένες διαπιστώσεις του Διοικητικού Συμβουλίου ο αριθμός των έξι απόρων ασθενών είναι πολύ μικρός, συγκριτικά με το πλήθος των ανάλογων αιτήσεων.

Το 1889 ο εφοπλιστής Ανδρέας Συγγρός, ανταποκρινόμενος στις συνεχείς εκκλήσεις του Ιδρύματος, αναλαμβάνει τη νοσηλεία αρχικά δεκαπέντε και στη συνέχεια δέκα απόρων ασθενών. Οι άποροι που νοσηλεύονται από τη δωρεά Συγγρού, προτιμάται να είναι Χίοι και την ευθύνη της επιλογής τους έχει κυρίως ο δωρητής. Μετά το θάνατό του και την ενίσχυση του Ιδρύματος με ένα σημαντικότερο κληροδότημα, το Διοικητικό Συμβούλιο επιλέγει και περιθάλπει στη μνήμη του δώδεκα άπορους. Στα χρόνια που θα ακολουθήσουν, ο αριθμός τους παρουσιάζει συνεχή αύξηση, παρ' όλο που το Φρενοκομείο, λόγω οικονομικών προβλημάτων, τις περισσότερες χρονιές δέχεται ελάχιστους ή και κανέναν άπορο ασθενή. Από έξι το 1888 (το 7% των ασθενών), το 1903 το Δρομοκαΐτειο φιλοξενεί πενήντα άπορους ασθενείς, το 25% δηλαδή του συνολικού πληθυσμού των ασθενών του έτους εκείνου. Σε αυτούς δεν υπολογίζονται και

1987» στο *Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο 1887-1987*, ό.π., σ. 249-278 και Μιχαήλ Φ. Γιαννήρης, «Η επιστημονική δραστηριότητα του Δρομοκαΐτειου στα πρώτα πενήντα χρόνια της λειτουργίας του» στο *Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο 1887-1987*, ό.π., σ. 93-100.

15. F. F. B. Sanborn, «Insanity in Greece. The Hospital of Athens», *The Journal of Mental Science*, vol. 39, 1893, 339.

16. Συνεδρίαση Διοικητικού Συμβουλίου 12ης Οκτωβρίου 1887 στο «Βιβλίον 1ου Πρακτικών Συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου. Από 1ην-241. -από 5.9.1887-1.3.1894».

17. Πλουμπίδης, ό.π., σελ. 186.

οι ασθενείς που νοσηλεύονται με έξοδα των Δήμων, οι οποίοι σύμφωνα με τον νόμο του 1862, όφειλαν να πληρώνουν τα νοσήλια των απόρων δημοτών τους. Λόγω της οικονομικής καχεξίας του, από το τέλος του 19ου αιώνα και μετά, ο Δήμος Αθηναίων καταγράφεται ως ο μεγαλύτερος χρεώστης του Ιδρύματος.

Την ίδια περίοδο και ο αριθμός των ασθενών που καταβάλλουν νοσήλια παρουσιάζει, με εξαίρεση και πάλι την περίοδο 1892-1894, μια μικρή αλλά συνεχή αύξηση, ανάγοντας τα νοσήλια ως το σημαντικότερο οικονομικό έσοδο του Ιδρύματος. Δεν γνωρίζουμε την κατανομή των ασθενών στις διάφορες τάξεις νοσηλίων, καθώς δεν έχει εντοπισθεί το αρχείο του λογιστηρίου της εποχής. Η μετατροπή κοινών χώρων των ασθενών των κατωτέρων οικονομικά τάξεων σε δωμάτια νοσηλευόμενων της πρώτης και δεύτερης τάξης είναι ενδεικτική της αύξησης των φρενοβλαβών των οποίων οι οικείοι διατίθενται να καταβάλλουν υψηλά νοσήλια. Η αύξηση αυτή όμως αφορά σε ένα μικρό αριθμό εισαγωγών, λόγω και των περιορισμένων κτιριακών εγκαταστάσεων, ενώ η πλειοψηφία φαίνεται ότι είναι ασθενείς της τρίτης και τέταρτης τάξης νοσηλίων. Την περίοδο 1887-1903 δεν θα υπάρξει επέκταση στις πτέρυγες των εύπορων ασθενών.

Το ύψος των νοσηλίων, την περίοδο αυτή, παραμένει σταθερό, καθώς υπάρχει ο φόβος ότι εάν αυξηθεί θα απομακρυνθούν ασθενείς ή θα αποθαρρυνθούν άλλοι. Το αποτέλεσμα είναι παρά την πληρότητα των περιπτέρων, τα έσοδα από τα νοσήλια να μην επαρκούν. Από τις τέσσερις τάξεις ασθενών, μόνο οι δύο πρώτες, σύμφωνα με διαπιστώσεις του Διοικητικού Συμβουλίου στη συνεδρίαση της 5ης Σεπτεμβρίου 1888, είναι κερδοφόρες για το Ίδρυμα. Η αύξηση του προσωπικού σε συνδυασμό με την άνοδο των τιμών αγαθών, όπως τα φάρμακα, τα ενδύματα και τα τρόφιμα επιδεινώνει την κατάσταση.

Το μικρό ενεργητικό που καταλείπεται από τον ισοσκελισμό νοσηλίων-εξόδων σε συνδυασμό με τους τόκους του κληροδοτήματος Δρομοκαϊτή δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών των απόρων, οι οποίοι συνεχώς αυξάνουν, ούτε βέβαια και για την ικανοποίηση περισσότερων αιτήσεων εισαγωγής τους. Το Διοικητικό Συμβούλιο θα διεκδικήσει την οικονομική στήριξη του κράτους, όπως π.χ. συμβαίνει την ίδια εποχή με το νοσοκομείο *Ευαγγελισμός*, χωρίς όμως αποτέλεσμα. Ταυτόχρονα, θα απευθυνθεί προς την ιδιωτική φιλανθρωπία, με κύριο επιχείρημα την ανάγκη νοσηλείας των φρενοβλαβών και κυρίως όσων προέρχονται από τις κατώτερες τάξεις. Η παρουσία στο Διοικητικό Συμβούλιο προσωπικοτήτων της ελληνικής κοινωνίας με σημαντική κοινωνική δράση και προνομιακές σχέσεις με την εκτελεστική εξουσία διευκολύνει σημαντικά το έργο του και προσδίδει τη δέουσα βαρύτητα στις εκκλήσεις του¹⁸.

18. Την περίοδο 1880-1903, στο Διοικητικό Συμβούλιο συμμετέχουν εννέα τακτικά μέλη, εκτός από τους εκτελεστές της διαθήκης, οι: Αλέξανδρος Γ. Πασπάτης, Γεώργιος

Η ανταπόκριση των φιλανθρώπων κινείται σε διαφορετικά επίπεδα: σημαντικές χρηματικές δωρεές, κληροδοτήματα, μικρές ετήσιες οικονομικές εισφορές, προσωπική εθελοντική εργασία.

Η σημαντικότερη προσφορά προς το Ίδρυμα, την περίοδο αυτή, είναι του εφοπλιστή Ανδρέα Συγγρού χάρη στην οποία εκτός από τη νοσηλεία των απόρων επιτυγχάνεται και η ανέγερση του Σύγγρειου περιπτέρου για τις ανήσυχες (επικίνδυνες) γυναίκες των κατωτέρων οικονομικά τάξεων. Ακολουθούν οι δωρεές των Κωνσταντίνου Σεβαστόπουλου και Παντολέοντα Θεολόγου για την ανέγερση άλλων δύο περιπτέρων απόρων και ασθενών κατώτερων οικονομικά τάξεων, καθώς και εκείνη του Μιλτιάδη Καλβοκορέση το 1901 για την κατασκευή της εκκλησίας του Ιδρύματος. Και οι τέσσερις δωρεές προέρχονται από πρόσωπα με σημαντικό κύκλο επιχειρηματικών εργασιών στην Ελλάδα και το εξωτερικό, γνωστούς ευεργέτες.

Εκτός όμως από τις σημαντικές αυτές δωρεές κατατίθενται στο Ίδρυμα και μικρότερες έως συμβολικές, με τη μορφή μικρών ετησίων προσφορών, είτε σε είδος είτε σε χρηματικό ποσό. Το όνομα του δωρητή και το ποσόν της δωρεάς δημοσιεύονται στις ετήσιες λογοδοσίες του Ιδρύματος. Σύμφωνα με τους καταλόγους των ονομάτων οι δωρητές στο σύνολό τους είναι επώνυμοι και στην πλειονότητά τους γυναίκες. Σε μεγάλο βαθμό, πρόκειται για οικογένειες των οποίων τα μέλη συνδέονται με τη λειτουργία του Ιδρύματος (π.χ. οικογένεια Βούρου, Πασπάτη, Μακκάς, Ρενιέρη κ.ά.), οικογένειες γιατρών του Ιδρύματος και μελών του Διοικητικού Συμβουλίου. Τα κληροδοτήματα είναι σπάνια και η παραλαβή τους συνήθως δημιουργεί προβλήματα λόγω των γραφειοκρατικών δυσκολιών ή της απροθυμίας της οικογένειας του εκλιπόντος να σεβαστεί την επιθυμία του.

Οι δωρεές αποτελούν ένα πολύ μικρό μέρος των εσόδων του Ιδρύματος σε

Μακκάς, Ιωάννης Κυριακίδης, Παναγιώτης Χαρίλαος, Στέφανος Φραγκιάδης, Μιλτιάδης Καλβοκορέσης, Ανδρέας Νομικός, Εμμανουήλ Ζολώτας, Νικόλαος Μακκάς. Τέσσερα από τα μέλη είναι ιατροί (Ιω. Βούρος, Γ. και Ν. Μακκάς, Αλ. Πασπάτης), από τους οποίους τρεις καθηγητές Πανεπιστημίου (Ιω. Βούρος, Γ. και Ν. Μακκάς). Ο Εμμ. Ζολώτας είναι καθηγητής στη Θεολογική και ο Ρενιέρης έχει διατελέσει καθηγητής στη Νομική Σχολή. Έξι είναι επιχειρηματίες (Μ. Καλβοκορέσης, Ανδρ. Νομικός, Εμμ. Χαρίλαος, Π. Χαρίλαος, Ιω. Χωρέμης και Στ. Φραγκιάδης). Οι Γαλάτης και Κυριακίδης προέρχονται από τις τάξεις των υπαλλήλων του Ιδρύματος και αναλαμβάνουν το ταμείο. Η θητεία των μελών είναι ισόβια. Οι αντικαταστάτες τους προτείνονται συνήθως από τους ίδιους ενώ κάποια από τα μέλη συνδέονται και με συγγενικούς δεσμούς (Ιω. Βούρος - Αλ. Πασπάτης, Εμμ. Χαρίλαος - Π. Χαρίλαος, Γ. Μακκάς - Ν. Μακκάς). Πρόεδροι του Διοικητικού Συμβουλίου αναλαμβάνουν τα πλέον προβλεπόμενα μέλη (Πασπάτης, Χωρέμης, Γ. Μακκάς, Καλβοκορέσης). Η πλειονότητα των μελών του Συμβουλίου είναι χιώτικης καταγωγής, γόνοι γνωστών οικογενειών με σημαντική κοινωνική δράση (Βούρος, Μακκάς, Πασπάτης, Ζολώτας, Φραγκιάδης, Καλβοκορέσης).

σχέση με τα νοσήλια. Η μικρή ανταπόκριση των φιλανθρωπών στις επανειλημμένες εκκλήσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Φρενοκομείου για οικονομική ενίσχυση συνδέεται, ενδεχομένως, με το χαρακτήρα του και τη φύση των ασθενών του, οι οποίοι δεν προκαλούν στην κοινή γνώμη τις ίδιες ευαισθησίες που γεννούν οι τρόφιμοι ιδρυμάτων, όπως του βρεφοκομείου ή του ορφανοτροφείου. Κατά τα έτη στα οποία διατίθενται οι σημαντικές δωρεές η αναλογία δωρεών-νοσηλίων διαφοροποιείται, με αποκορύφωμα το 1899 και την παραλαβή του κληροδοτήματος Συγγρού. Οι δωρεές αυτές όμως, εκτός ενός τμήματος του κληροδοτήματος Συγγρού, δεν αφορούν στις λειτουργικές ανάγκες του Ιδρύματος αλλά στην κατασκευή των πτερύγων για τους άπορους ασθενείς. Η αύξηση των κλινών και η επέκταση του φρενοκομείου, μόνο ως προς τους άπορους, στερεί τη δυνατότητα νοσηλείας περισσότερων εύπορων ασθενών και αύξησης των εσόδων από τα νοσήλια.

Τα οικονομικά προβλήματα που εμφανίζονται από την έναρξη της λειτουργίας του Δρομοκαΐτειου οδηγούν στην ενεργητικότερη ανάμιξη του Διοικητικού Συμβουλίου στα εσωτερικά του Ιδρύματος και στην περικοπή των εξουσιών του επιστημονικού-διοικητικού διευθυντή. Λίγο μετά την έναρξη της λειτουργίας του (συνεδρίαση 12ης Δεκεμβρίου 1887) το Διοικητικό Συμβούλιο δίνει εντολή να ενημερώνεται, για κάθε γενικό έξοδο και διορισμό ή παύση προσωπικού, που αποφασίζει ο διευθυντής, ενώ λίγα χρόνια αργότερα (συνεδρίαση 21ης Ιανουαρίου 1891) αποφασίζεται η προσυπογραφή όλων των οικονομικών και διοικητικών πράξεων του Φρενοκομείου από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου, σύμφωνα με το σύστημα του νοσοκομείου *Ευαγγελισμός*. Το αποτέλεσμα της τελευταίας απόφασης θα είναι η ανάμιξη του Διοικητικού Συμβουλίου και σε ζητήματα ασθενών, τα οποία μέχρι τότε ανήκαν αυστηρά στη σφαίρα των αρμοδιοτήτων του επιστημονικού διευθυντή. Η εισαγωγή του ασθενούς, αποφασίζεται μεν από τον διευθυντή όσον αφορά το ιατρικό μέρος, αλλά χρειάζεται απαραίτητα την έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου και την προσυπογραφή του Προέδρου, όπως και κάθε άλλη πράξη μεταβολής της κατάστασης των νοσηλευόμενων. Και ιδιαίτερα στο θέμα των απόρων η έγκριση δεν είναι καθόλου τυπική.

Η περιστολή των αρμοδιοτήτων του επιστημονικού διοικητικού διευθυντή και η διεύρυνση των αντίστοιχων του Διοικητικού Συμβουλίου θέτει νέα προτάγματα στη λειτουργία του Ιδρύματος, διάφορα των επιστημονικών. Η πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού, ανειδίκευτου στη συντριπτική του πλειοψηφία, εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τον τόπο καταγωγής του¹⁹. Στην επιλογή

19. Ακόμη και το 1965 επαινείται ο διευθυντής του Ιδρύματος, επειδή το 80 έως 90% των υπαλλήλων είναι Χιώτες και μάλιστα από το Πυργί. Βλ. Ι. Ν. Χαλλού, *Ο Μιχαήλ Γιαννής και το Δρομοκαΐτειο*, Αθήνα 1965, σ. 14.

των απόρων ασθενών, η κατάσταση της υγείας τους δεν αποτελεί το μόνο κριτήριο. Η βαρύτητα του προσώπου που μεσολαβεί για κάποιον άπορο ασθενή, όπως και ο τόπος καταγωγής (με προεξάρχουσα τη Χίο, τόπο καταγωγής των κυριότερων δωρητών, αλλά και των περισσότερων μελών του Διοικητικού Συμβουλίου) αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την επιλογή. Από τις σελίδες των Πρακτικών παρελαύνουν εξέχοντα μέλη της ελληνικής κοινωνίας, όπως η Βασίλισσα, οι Μητροπολίτες Αθηνών και Βηθλεέμ, η Καλλιρόη Παρρέν κ.ά., διεκδικώντας μια θέση νοσηλείας για τους προστατευόμενους τους ή τη μετάταξή τους από τις κατηγορίες των ασθενών που καταβάλλουν νοσήλια στην τάξη των απόρων. Όπως παρατηρεί και ο ήρωας ενός γνωστού διηγήματος του Ροΐδη, ο νεκροθάπτης Αργύρης Ζώμος: «Ό,τι και αν έκαμνα και όσον και αν εφώναζα, δεν θα κατώρθωνα τίποτε, ενώ αν εσώπαίνα, ημπορούσε να γείνη κάτι για μένα, ως π.χ. να βάλουν την κόρη μου χάρισμα εις το φρενοκομείο»²⁰.

Το διάστημα 1887-1903 πραγματοποιούνται στο Δρομοκαΐτειο 1.392 εισαγωγές, από τις οποίες η συντριπτική πλειοψηφία αφορά άνδρες (1.053) και μόλις 339 γυναίκες²¹. Το ιατρικό προσωπικό του Δρομοκαΐτειου θεωρεί τον αριθμό των εισαγωγών εξαιρετικά μικρό, συγκριτικά με τη διεθνή εμπειρία και τον αποδίδει στο σαφώς μικρότερο αριθμό φρενοβλαβών στην Ελλάδα σε σχέση με τη Δυτική Ευρώπη αλλά και στις κοινωνικές προλήψεις σύμφωνα με τις οποίες ο εγκλεισμός εκλαμβάνεται ως στίγμα για τον ασθενή και την οικογένειά του. Επισημαίνεται ο ιδιαίτερα μικρός αριθμός γυναικών, ο οποίος συνδέεται από τον Χρ. Τσιριγώτη και πάλι με τις κοινωνικές αντιλήψεις, βάσει των οποίων οι ψυχικές διαταραχές της γυναίκας αποδίδονται σε ανωμαλίες της έμμηνης ρύσης ενώ η συνήθης πρακτική είναι ο εγκλεισμός στο σπίτι, υπό αυστηρή εχεμύθεια και η αναμονή του γάμου, του αλεξικέραυνου της ασθένειας²².

Το Δρομοκαΐτειο την πρώτη αυτή περίοδο λειτουργίας του συγκεντρώνει ασθενείς από το ελληνικό βασίλειο, τις παροικίες του εξωτερικού και περιοχές της Οθωμανικής αυτοκρατορίας, όπου κατοικούν Έλληνες. Οι περισσότε-

20. «Το παράπονον του νεκροθάπτου» του Εμμανουήλ Ροΐδη (πρώτη δημοσίευση στην εφ. *Εφημερίς* 19-26/11/1895) στα *Άπαντα*, επιμ. Άλκης Αγγέλου, 5ος τ., 1894-1904, Αθήνα 1978, σ. 95.

21. Τα στοιχεία για την κίνηση των ασθενών, όταν δεν δηλώνεται διαφορετικά, προέρχονται από τους ετήσιους απολογισμούς του Ιδρύματος, όπου το τελευταίο τμήμα, γραμμένο συνήθως από τον διευθυντή του Ιδρύματος ή τους δύο υποδιευθυντές ψυχιάτρους Μιχαήλ Κατσαρά ή Μιχαήλ Γιαννήρη είναι αφιερωμένο στην κίνηση των ασθενών. Οι ασθενείς των τελευταίων μηνών του 1887, που εγκαταλείπει τη λειτουργία του το Ίδρυμα, υπολογίζονται στις στατιστικές του 1888.

22. *Στατιστική του εν Δαφνίω Δρομοκαϊτείου Φρενοκομείου κατά το έτος 1888*, Αθήνα 1889, σ. 18.

ροι (περίπου το 20 %) ασθενείς προέρχονται από την περιοχή της Αθήνας. Εάν προσθέσουμε και τους ασθενείς από τον Πειραιά το ποσοστό υπερβαίνει το 25 % του συνολικού πληθυσμού.

Μετά την Αθήνα ακολουθεί η Κρήτη —έπειτα και από παρέμβαση της Βασίλισσας Όλγας οι Κρήτες πρόσφυγες γίνονταν κατ' εξαίρεση δεκτοί στο Δρομοκαϊτειο, ανεξάρτητα από το εάν υπήρχαν κενές θέσεις στην τάξη των απόρων— ενώ έπονται σειρά αστικών κέντρων: Πάτρα, Πειραιάς, Σύρος, Καλαμάτα, Χίος, Σπάρτη, Σμύρνη και Βόλος. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι ασθενείς προέρχονται από αστικούς σχηματισμούς. Πλην Αθήνας και Πειραιά κανένας άλλος τόπος κατοικίας δεν συγκεντρώνει πάνω από το 5 % του συνολικού πληθυσμού των ασθενών, ενώ ακολουθεί πλήθος οικισμών στους οποίους κατοικούν ένας ή δύο ασθενείς²³. Το φαινόμενο είναι απολύτως κατανοητό καθώς με εξαίρεση την Αθήνα, από όπου εύλογα θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι προέρχεται το σύνολο των απόρων ασθενών, από τους υπόλοιπους τόπους πρέπει να έρχονται κυρίως οι ασθενείς των ευπόρων οικογενειών. Σημειώνω ακόμη την παρουσία, αρκετά σημαντική, πόλεων με νοσοκομεία κοινοτήτων, όπως της Χίου, της Σύρου, της Σμύρνης και της Κωνσταντινούπολης. Η κακή φήμη αυτών των Ιδρυμάτων, αν και πρόκειται για εποχή αναμόρφωσής τους, μαζί με τις ελπίδες που γεννά η ίδρυση ενός εξειδικευμένου Ιδρύματος όπως το Δρομοκαϊτειο, συνδέονται με αυτή την επιλογή.

Με βάση τα στοιχεία που παρέχονται σε ορισμένες από τις λογοδοσίες²⁴ η ηλικιακή κατανομή επτακοσίων σαράντα έξι ασθενών του Ιδρύματος, την περίοδο 1887-1903, είναι η εξής: Η παρουσία των παιδιών (ενός έως δέκα ετών) είναι ουσιαστικά μηδενική. Ελάχιστη είναι και η παρουσία των ηλικιωμένων (1,4 %) από εξήντα έως εβδομήντα ετών, ενώ δεν είναι σημαντική (8 %) και η παρουσία όσων βρίσκονται στην έκτη δεκαετία της ζωής τους. Μικρή είναι και η παρουσία (7,1 %) των νέων ανθρώπων, δέκα έως είκοσι χρόνων, ενώ από μεμονωμένες αναφορές προκύπτει ότι πρόκειται κυρίως για άτομα άνω των δεκαπέντε ετών. Τη μεγαλύτερη πυκνότητα (63 %) παρουσιάζει η ηλικιακή κατηγορία είκοσι ως σαράντα χρόνων.

23. Στη μόνη στατιστική των φρενοβλαβών στην Ελλάδα, που βρίσκεται στην εισηγητική έκθεση του νόμου ΨΜΒ' του 1862 και βασίζεται κατά κύριο λόγο σε ερωτηματολόγια προς τους τοπικούς γιατρούς, οι φρενοβλαβείς υπολογίζονται συνολικά σε 322 άτομα, 295 άνδρες και 127 γυναίκες. Η πλειονότητα προέρχεται από τις Κυκλάδες (67), ίσως και λόγω Σύρου και περισσότερο ανεπτυγμένου δικτύου παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Ακολουθούν οι νομοί Αργολίδος και Κορινθίας, Φθιώτιδος και Φωκίδας (55) ενώ η Αττική και Βοιωτία μοιράζονται μόλις την τρίτη θέση με την Αχαΐα και Ήλιδα (45). Έπονται η Μεσσηνία (42) και η Λακωνία (20).

24. Πρόκειται συγκεκριμένα για τους απολογισμούς των ετών 1888-1892, 1894, 1899, 1900, 1903.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Νοσογραφία των ασθενών του Δρομοκαΐτειου 1887-1903

Ασθένειες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Φρενοπάθεια των εκφύλων	505	187	692
Προϊούσα καθολική παράλυσις	255	14	269
Μελαγχολία	86	57	143
Άνοια δευτεροπαθής και οργανική	61	15	76
Αλκοολική φρενοπάθεια	40	1	41
Διαλείπουσα φρενοπάθεια	26	19	45
Οξύ συστηματικό παραλήρημα	23	22	45
Χρόνιον συστηματικό παραλήρημα	19	9	28
Επιληπτική φρενοπάθεια	17	2	19
Περίγραπται εγκεφαλικάί αλλοιώσεις	10	—	10
Αμφιβόλου διάγνωσης	5	—	5
Απλή μανία	3	3	6
Μορφινομανία	1	—	1
Μιασματική ψύχωσης	1	1	2
Πρωτόγονον οξύ παραλήρημα	1	—	1
Υστερική φρενοπάθεια	—	9	9
Σύνολο	1.053	339	1.392

Μετά την εισαγωγή τους στο Ίδρυμα οι ασθενείς εξετάζονται από τον διευθυντή, ο οποίος προβαίνει σε διάγνωση και καθορίζει τη φαρμακευτική ή άλλη αγωγή. Ο Χρ. Τσιριγώτης χρησιμοποιεί για την αναγνώριση και την ταξινόμηση των ψυχικών ασθενειών το σύστημα διάγνωσης και ταξινόμησης, τη «νοσογραφία», του Victor Magnan (1835-1916), ενός από τους σημαντικότερους εκπροσώπους της γαλλικής ψυχιατρικής στο τέλος του αιώνα²⁵. Στην κατηγοριοποίηση του Magnan, κύρια νοσολογική κατηγορία αποτελεί η φρενοπάθεια των εκφύλων, μια από τις πλέον χαρακτηριστικές κατασκευές της γαλλικής ψυχιατρικής του τέλους του αιώνα. Βασισμένη στις θεωρίες τον Benedict Augustin Morel (1809-1873)²⁶, η έννοια της εκφυλίσεως περιλαμβάνει

25. Στον 19ο αιώνα η νοσογραφία αποκτά μια ιδιαίτερη σημασία στην ψυχιατρική: η ανάγνωση από τον γιατρό των σημείων της ασθένειας και η κατάταξή τους σε ένα ενιαίο σύνολο με κοινή ονομασία αποτελεί την πλέον ισχυρή ένδειξη της δυνατότητάς του να την καταπολεμήσει. Η νοσογραφία του Magnan ανήκει σε ένα ρεύμα σκέψης, το οποίο κυριαρχεί στο χώρο της ευρωπαϊκής ιατρικής στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα. Στενά συνδεδεμένο με τις εξελίξεις στη νευροφυσιολογία και στη βιολογία, το ρεύμα αυτό αναγνωρίζει ως πεδίο της ψυχιατρικής ένα σύνολο διακριτών νοσολογικών οντοτήτων, σε αντίθεση με την έννοια της ψυχικής ασθένειας ως ενιαίας νοσολογικής ενότητας με πολλαπλές κλινικές μορφές και αιτίες, η οποία κυριαρχούσε στα πρώτα χρόνια του 19ου αιώνα.

26. Βλ. Daniel Pick, *Faces of degeneration A European Disorder, c. 1848-c. 1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989, σ. 324-331.

ετερόκλητες κατηγορίες: βλάκες, μωροί, μικρόνοες, ανισόρροποι. Η κληρονομικότητα αποτελεί τη γενεσιουργό αιτία αυτών των ψυχικών διαταραχών. Ο άνθρωπος εκκινεί από μια παραδείσια κατάσταση —ο Morel έχει σπουδάσει θεολογία— και εξελίσσεται απεμπολώντας το κληρονομικό δυναμικό του με την αρνητική επίδραση του περιβάλλοντος. Η συσσώρευση από γενιά σε γενιά αρνητικών επιδράσεων συντελεί στην τελική καταστροφή, στον εκφυλισμό των απογόνων, ακόμα και εάν οι ίδιοι δεν ευθύνονται γι' αυτό. Κύριοι παράγοντες εκφυλισμού, στο πλαίσιο αυτό, θεωρούνται το αλκοόλ και η ανηθικότητα, που διέπει κυρίως την αστική ζωή και τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Η θεωρία του Morel, παρ' όλη την αφέλεια την οποία θα μπορούσε κανείς σήμερα να της προσάψει, κυριάρχησε στο χώρο της γαλλικής ψυχιατρικής και των δορυφόρων της για δεκαετίες, γονιμοποιώντας πλήθος συζητήσεων και στάσεων, επιδρώντας σε διαφορετικά πεδία σκέψης και έκφρασης (π.χ. λογοτεχνία, εγκληματολογία κλπ.)²⁷.

Στην κατηγορία της φρενοπάθειας των εκφύλων κατατάσσεται από το ιατρικό προσωπικό του Δρομοκαΐτειου πάνω από το ήμισυ των ασθενών του Ιδρύματος, ενώ είναι πολύ μικρός ο αριθμός όλων των άλλων υποκατηγοριών, πλην των ανισόρροπων.

Η δεύτερη σε πληθυσμό νόσος είναι η προϊούσα καθολική παράλυσις. Αποτελεί την πρώτη αριθμητικά αιτία θανάτου για τους ασθενείς του Ιδρύματος. Οι γιατροί του Ιδρύματος συνδέουν τη νόσο με τη σύφιλη, τον αλκοολισμό και την κληρονομικότητα, ενώ το γεγονός ότι πλήττει ιδιαίτερα τους άντρες (255 ασθενείς) και σε πολύ μικρότερο βαθμό τις γυναίκες (14 ασθενείς) θεωρείται ενδεικτικό του τρόπου ζωής της Ελληνίδας και της απουσίας της από τη δημόσια ζωή²⁸. Η αιτιολογία της ασθένειας απασχόλησε ιδιαίτερα την ψυχιατρική σε όλο τον δυτικό κόσμο, καθώς η εμφάνισή της ήταν πολύ συχνή και η πρό-

27. Καθοριστική ήταν η επίδραση του Morel στη σκέψη του ιταλού εγκληματολόγου Cesare Lombroso (1836-1909). Οι θεωρίες του Lombroso συναντούν τεράστια απήχηση διεθνώς και στην Ελλάδα, όπου μεταφράζεται από τον Σ. Γ. Βλαβιανό, σε αντίθεση με τα έργα του Morel, τα οποία παραμένουν αμετάφραστα. Ο Ιταλός εγκληματολόγος υποστηρίζει την ύπαρξη εκ γενετής εγκληματιών, οι οποίοι διακρίνονται με βάση κυρίως μορφολογικά χαρακτηριστικά, τα λεγόμενα εγκληματικά ή εκφυλιστικά στίγματα. Η θεωρία αυτή, η οποία επανέφερε εκείνη της φρενολογίας του Galli, χρησιμοποιήθηκε κατά κόρον στην ελληνική ψυχιατρική για την καταμέτρηση των εγκληματιών και τη διάκρισή τους ιδιαίτερα από τους φρονεβλαβείς, με τους οποίους στοιβάζονταν στα κρατητήρια της αστυνομίας. Βλέπε στο Daniel Pick, *ό.π.*, το κεφάλαιο «Lombrosos criminalscience», σ. 109-152. Κριτική του Lombroso από μια άλλη σκοπιά στο Μ. Γ. Στριγγάρης, *Ψυχιατροδικαστική*, Αθήνα 1947, σ. 9-12.

28. *Λογοδοσία και Στατιστική του υπό την προστασίαν της Α.Μ. του Βασιλέως Φρενοκομείου Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου του έτους 1896*, Αθήνα 1897, σ. 5.

βλεψή της εξαιρετικά αρνητική. Μόλις το 1911 καθορίζεται η συφιλιδική αιτιολογία της²⁹.

Τρίτη νόσος σε αναλογία ασθενών είναι η *μελαγχολία*. Παρουσιάζει εξαιρετικά υψηλό ποσοστό στις γυναίκες, το διπλάσιο από ότι στον αντρικό πληθυσμό. Η σύνδεσή της με τη γυναικεία φύση και τις ερωτικές προδιαθέσεις της, αποτελεί κοινό τόπο της ιστορίας της ψυχιατρικής. Το *παραλήρημα*, *χρόνιο* ή *οξύ*, συνδέεται με την ανατροφή και την κοινωνική θέση του πάσχοντα και ανάλογα εκφράζεται³⁰. Μικρό ποσοστό κατέχει και η *δευτεροπαθής και οργανική άνοια*, νόσος που συνδέεται με τη γεροντική ηλικία, της οποίας ελάχιστοι είναι οι εκπρόσωποι που εγκλείονται στο Ίδρυμα, ενώ εμφανίζονται και ελάχιστοι επιληπτικοί φρενοβλαβείς.

Στην κατηγορία των τοξικών φρενοβλαβειών, συναντάμε τη *μορφινομανία* και την *αλκοολική φρενοπάθεια*. Στο Ίδρυμα εγκλείεται μόνο ένας μορφινομανής. Στις αρχές του νέου αιώνα η διάδοση της μορφίνης θα αυξηθεί σε σημαντικά ποσοστά από το μηδενικό, ουσιαστικά, ποσοστό του τέλους του 19ου. Ο αριθμός των σαράντα αλκοολικών ανδρών και της μίας γυναίκας που εγκλείονται στο Ίδρυμα την περίοδο αυτή, θεωρείται εξαιρετικά χαμηλός, συγκριτικά με εκείνο των φρενοκομείων της δυτικής και βόρειας Ευρώπης³¹. Η σταδιακή αύξηση των εισαγωγών από αλκοολική φρενοπάθεια ανησυχεί ιδιαίτερα το ιατρικό προσωπικό του Ιδρύματος, καθώς θεωρείται ενδεικτική της παρακμής του έθνους³².

Οι ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύονται —επιλέγονται για την ακρίβεια από τους συγγενείς τους ή από τους εγγυητές τους— αποτελούν τη συνισταμένη όχι κυρίως νοσογραφικών, αλλά κοινωνικών δεδομένων. Πάνω από το 1/4 των εισαγωγών οφείλεται σε ασθένειες με οργανικά αίτια (κυρίως προϊούσα καθολική παράλυση και άνοια). Πρόκειται, κυρίως, για χρόνιες ασθένειες, με βαρύ ιατρικό ιστορικό, στο τελευταίο στάδιο εκδήλωσής τους, όταν ο ασθενής βρίσκεται συνήθως σε αδυναμία επικοινωνίας ή σε πλημμελή επικοινωνία με το περιβάλλον. Από την κατηγορία των εκφύλων, το μεγαλύτερο πληθυσμό συγκεντρώνουν οι ανισόρροποι, η βαρύτερη συνήθως νοσολογικά κατάσταση. Ασθένειες όπως η νοητική υστέρηση και η επιληψία εξακολουθούν να αντιμετωπίζονται στο σπίτι ή στην εκκλησία. Ο αλκοολισμός, εξαιρετικά διαδεδομένος

29. Μιχαήλ Φ. Γιαννής, «Η επιστημονική δραστηριότητα...», ό.π., σ. 94-95.

30. Μιχαήλ Γιαννής, *Αι φρενοπάθειαι εν Ελλάδι*, Αθήνα 1898, σ. 33.

31. Sanborn, ό.π., σ. 339.

32. Γιαννής, «Η παραφροσύνη...», ό.π., σ. 151 και 152 και *Λογοδοσία περί των πεπραγμένων εν τω υπό την προστασίαν της Α.Μ. του Βασιλέως Φρενοκομείου Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου υπό του Διοικούντος αυτό Συμβουλίου κατά το έτος 1897 και Μελέτη ιατρική περί των νοσηλευθέντων εν αυτώ. Από 1 Οκτωβρίου 1887 μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1897*, Αθήνα 1898, σ. 53.

στην ελληνική ύπαιθρο αποτελεί αιτιολογία εγκλεισμού για ελάχιστο αριθμό ασθενών, ενώ η μορφινομανία ως αιτία εγκλεισμού είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη.

Για τη θεραπεία των ασθενών ακολουθείται ένα δίπολο μέτρων, *φυσικών και ηθικών*. Η φυσική θεραπεία, ανάλογα με την αρρώστια συνίσταται στην υδροθεραπεία (για το σκοπό αυτό υπάρχει στο ίδρυμα υδροθεραπευτήριο με ειδικό υπάλληλο), στη χρήση φαρμάκων κυρίως αντνευρικών-καταπραυντικών (χλωριάλη, όπιο, αντιπυρίνη), τονωτικών (αρσενικό), σε καταιπνισμούς στη σπονδυλική στήλη και στον κορμό, αφαιμάξεις, ειδικές δίαιτες κ.ά.

Η ψυχική θεραπεία συνίσταται κατ' αρχήν στην απομόνωση του ασθενή στο ειδικό θεραπευτήριο. Η οργάνωση του χώρου, η αρμόζουσα αρχιτεκτονική των κτιρίων, ο επιστημονικά πειθαρχημένος βίος εντός τους, ο διαχωρισμός των ασθενών σε κατηγορίες ανάλογα με την ασθένειά τους, αποτελούν συστατικά στοιχεία της ιατρικής παρέμβασης. Στο χώρο αυτό, όπου απαγορεύονται οι συχνές επισκέψεις των συγγενών, οικοδομείται η προσωπική σχέση άρρωστου-νοσηλευτή. Στο γιατρό εναπόκειται με τη συμπεριφορά του να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και να του εμπνεύσει αγάπη προς το πρόσωπό του, ενώ συγχρόνως με τη συνεχή παρατήρηση να ορίσει τα συμπτώματα της ασθένειας και να τα χειριστεί³³.

Στο πλαίσιο του επιστημονικά πειθαρχημένου βίου τηρούνται συγκεκριμένες ώρες έγερσης, κατάκλισης και γευμάτων. Τις υπόλοιπες ώρες οι ασθενείς είναι έγκλειστοι είτε στα προσωπικά τους δωμάτια, οι εύποροι, είτε στους κοινούς χώρους οι υπόλοιποι. Όλοι οι χώροι είναι κλειδωμένοι και οι νοσηλεύομενοι τελούν υπό τη συνεχή, ημέρα και νύχτα, επιτήρηση των νοσηλευτών. Τους ασθενείς επισκέπτεται ο Διευθυντής άπαξ ημερησίως, συνοδευόμενος από τους δυο υποδιευθυντές και καθορίζει τη φαρμακευτική ή άλλη αγωγή. Την αγωγή εφαρμόζουν οι νοσοκόμοι υπό την εποπτεία των αρχινοσοκόμων. Ο Μιχαήλ Στριγγάρης, ιατρός στο Δρομοκαΐτειο τη δεκαετία του 1920, αναφέρθηκε, σε προφορική μαρτυρία του στον γράφοντα, στις επισκέψεις αυτές ως επισκέψεις ρουτίνας, χωρίς ουσιαστικό περιεχόμενο.

Σε σχέση με τις μεθόδους καταστολής είναι συχνή η χρήση της camisote (δυναστικό υποχιτώριο), της απομόνωσης του ασθενή που βρίσκεται σε έξαρση σε ιδιαίτερο δωμάτιο, της καθήλωσης στο κρεβάτι, των ξαφνικών ντους, των χειροπέδων (*χειροδεσμεύσεων*). Ειδικά για τους υστερικούς άνδρες και γυναίκες δημιουργούνται δωμάτια με επένδυση καουτσούκ, ώστε να μην μπορούν να προκαλέσουν κακό στον εαυτό τους τη στιγμή της κρίσης. Από την άλλη πλευρά, ήδη από τις προληπτικές διατάξεις του Κανονισμού αλλά και από μεταγενέστερες μαρτυρίες μπορούμε να υποθέσουμε τη χρήση βίας από το νοσηλευτικό

33. Λογοδοσία και Στατιστική του υπό την προστασίαν της Α.Μ. του Βασιλέως Φρενοκομείου Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου του έτους 1894, 'Αθήνα 1895, σ. 21-22.

προσωπικό. Οι νοσηλευτές, οι οποίοι είναι κυρίως άνδρες, με σημαντικότερο προσόν τους τη σωματική ρώμη, συμβιώνουν με τους ασθενείς, τρώνε και κοιμούνται μαζί τους. Όπως θυμόταν και πάλι ο Μιχαήλ Στριγγάρης, κάποιες φορές ασθενείς έκρυβαν κάτω από τα ρούχα τους αντικείμενα τα οποία εκσφενδόνιζαν εναντίον των νοσηλευτών τους ή συμπλέκονταν μαζί τους. Το αποτέλεσμα ήταν η συχνή χρήση βίας, είτε από τους νοσηλευόμενους είτε από τους νοσηλευτές. Οι τελευταίοι διέθεταν και τη δυνατότητα της δικαιολόγησης αυτής της βίας (υποχρεωτική κατάκλιση, χειροπέδες, απομόνωση σε κελί) λόγω έλλειψης του νοσηλευόμενου. Η συνεχής ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού στόχευε στην αποφυγή παρομοίων περιστατικών, όπως άλλωστε και οι ποινές οι οποίες προβλέπονταν για τη χρήση βίας από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η αυστηρότητά τους εποίκιλε ανάλογα με τη σοβαρότητα του παραπτώματος: επίπληξη, κράτηση μισθού, απόλυση και καταλογισμός ποινικών ευθυνών.

Στην περίπτωση του Δρομοκαΐτειου, τα οικονομικά προβλήματα του Ίδρυματος αλλά και η ίδια η πραγματικότητα των εισαγωγών, συχνά ματαιώνουν τον αρχικό σχεδιασμό και την ενεχόμενη θεραπευτική σημασία του. Π.χ. ο αρχικός διαχωρισμός των οικημάτων σε τμήματα: 1. Προς επιτήρησην διαρκή, 2. Διά γέροντας και παιδιά, 3. Προς διαμονήν ησύχων, 4. Προς διαμονήν ουπαζών, 5. Προς διαμονήν ημιανησύχων, 6. Προς διαμονήν επιληπτικών, 7. Προς διαμονήν μανιακών, σύμφωνα με το γαλλικό σχέδιο του Lunier δεν πραγματοποιείται για δύο λόγους: α) λόγω στενότητας χώρου. Οι άποροι αυξάνονται συνεχώς, με αποτέλεσμα ακόμα και τα οικήματα που κατασκευάζονται με ευεργεσίες και επιδιώκουν θεωρητικά στην κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών, να συγκεντρώνουν ένα πλήθος ασθενών αδιακρίτου αιτιολογίας. Τα έσοδα δεν επαρκούν ούτε για την επέκταση του τμήματος για εύπορους ασθενείς, β) οι δείκτες εισαγωγής στο Ίδρυμα, είναι απαγορευτικοί στη συγκρότηση ιδιαίτερων τμημάτων (π.χ. ελάχιστη παρουσία της παιδικής και γεροντικής ηλικίας, μικρός αριθμός επιληπτικών).

Τα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Την περίοδο 1887-1903 από το Ίδρυμα εξέρχονται ως ιαθέντες, θεραπευμένοι σύμφωνα με το ιατρικό προσωπικό, μόλις 252 ασθενείς. Σ' αυτούς προστίθενται και 131 βελτιωθέντες, όσων, σύμφωνα και πάλι με το ιατρικό προσωπικό, έχει βελτιωθεί η υγεία τους και μπορούν να εξέλθουν από το Ίδρυμα, αν και δεν έχουν θεραπευθεί εντελώς. Ο μικρός αριθμός όσων θεραπεύονται, συγκριτικά πάντα με τα δυτικά πρότυπα, αποδίδεται από τους ιατρούς του Δρομοκαΐτειου³⁴ στην καθυστερημένη, λόγω κοινωνικών αντιλήψεων, εισαγωγή στο Ίδρυμα. Η παραμονή στο σπίτι μετατρέπεται την ασθένεια σε χρόνια,

34. Βλ. Στατιστική... 1888, ό.π., σ. 5 και Μ. Γιαννήρη, «Η παραφροσύνη...», ό.π., σ. 155.

ενώ εισάγονται κυρίως τα πρόσωπα, τα οποία στη συντριπτική τους πλειοψηφία πάσχουν από ανίατες ασθένειες ή ασθένειες στο τελευταίο στάδιό τους.

Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών (546) εξέρχονται ως στάσιμοι, μετά από αίτηση των οικείων τους στην κατάσταση *εν η εισήλθον*. Όπως παρατηρεί ο Δημήτρης Πλουμπίδης³⁵, οι κατηγορίες του βελτιωθέντα και του στασίμου συνδέονται με κριτήρια κοινωνικού και διοικητικού τύπου και όχι ιατρικά, καθώς η επιστημονική αισιοδοξία των αρχών του αιώνα έχει τρωθεί σημαντικά. Τέλος, αποβιώνουν 352 νοσηλεύμενοι. Στην καθυστερημένη εισαγωγή στο Ίδρυμα αλλά και στη φυματίωση, αποδίδεται και ο δυσανάλογα μεγάλος, σε σχέση με τη δυτική εμπειρία, αριθμός των θανάτων³⁶.

Στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, ένα νέο θεσμικό πλαίσιο υγειονομικής πολιτικής διαμορφώνεται στο ελληνικό βασίλειο. Η σημαντικότερη μεταβολή είναι η εκτεταμένη μεταφορά ιδρυματικών θεσμών πρόνοιας στην ελληνική πραγματικότητα, όπως αυτοί έχουν αναπτυχθεί κυρίως στη Δυτική Ευρώπη. Πτωχοκομεία, ορφανοτροφεία, νοσοκομεία, ιδρύματα και σύλλογοι για εγκαταλελειμμένα παιδιά και γυναίκες συστήνονται και συντηρούνται κατά κύριο λόγο από την ιδιωτική φιλανθρωπία σε συνεργασία συνήθως με την κρατική μηχανή ή την τοπική αυτοδιοίκηση. Η φιλανθρωπική αυτή δραστηριότητα, στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι, κυρίως γυναίκες, των συνεχώς διευρυνόμενων μεσαίων και ανώτερων αστικών στρώματων επικεντρώνεται στην Αθήνα αλλά παρατηρείται και σε άλλα μεγάλα αστικά κέντρα της εποχής, όπως στον Πειραιά, στη Σύρο, κ.α.³⁷.

Το Δρομοκαΐτειο αυτοπροσδιορίζεται και εντάσσεται, από το σύνολο του Τύπου και από τους ιδρυόντες, στο πλέγμα αυτό των φιλανθρωπικών ιδρυμάτων, λόγω της σύστασής του από κληροδότημα, της διοίκησής του από ιδιώτες και της περίθαλψης έστω και μικρού αριθμού, απόρων ασθενών. Ο χαρακτηρισμός όμως συνδέεται, κυρίως με την αποστολή του: τη νοσηλεία όσων μέχρι τότε αντιμετώπιζαν τη χλεύη ή τη βιαιότητα των συνανθρώπων τους, μακριά από την επιστημονική φροντίδα. Η νοσηλεία στο Δρομοκαΐτειο αντιδιαστέλλεται με την κακομεταχείριση που υφίστανται οι φρενοβλαβείς στα κρατητήρια της αστυ-

35. Πλουμπίδης, *Ιστορία...*, ό.π., σ. 138.

36. Στο ίδιο, σ. 155-157.

37. Βλ. γενικά για τη φιλανθρωπία την εποχή αυτή, Μαρία Κορασίδου, *Οι άθλιοι των Αθηνών και οι θεραπευτές τους. Φτώχεια και φιλανθρωπία στην ελληνική πρωτεύουσα το 19ο αιώνα*, Αθήνα 1995. Ειδικότερα για τη γυναικεία φιλανθρωπική δράση βλ. «Η γυναικεία φιλανθρωπία εν Αθήναις» στο Νέα Ελλάς, Αθήνα 1894, ό.π., 208-228 και Ελένη Βαρίνα, *Η εξέγερση των κυριών Η γένεση μιας φεμινιστικής συνείδησης στην Ελλάδα, 1833-1907*, Αθήνα 1987, σ. 97-103 καθώς και Μαρία Κορασίδου, «Η υλική και ηθική “αναμόρφωση” των φτωχών γυναικών: Οχυρό κατά της “βίας” και της “αγριότητας”, των απόκληρων της Αθήνας του 19ου αιώνα», *Δίηγη φεμινιστικό περιοδικό*, 6 (1993) 145-157.

νομίας και με τις βιαιοπραγίες των παιδιών και των ενήλικων εναντίον τους.

Η σύσταση του Φρενοκομείου στηρίζεται σε ένα προϋπάρχον θεσμικό πλαίσιο, πιστή μεταφορά εκείνου της γαλλικής νομοθεσίας των αρχών του αιώνα, το οποίο στηρίζεται στη συνεργασία της κρατικής αρχής με την ιατρική αυθεντία. Όπως και το γαλλικό πρότυπο του προέρχεται από μια εποχή επιστημονικής αισιοδοξίας με έντονο ακόμη τον αντίκτυπο των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων των αρχών του αιώνα. Παραμένει ανενεργό καθώς ο μικρός αριθμός των φρενοβλαβών που επισημαίνει η σχετική καταμέτρηση των αρχών του 1862 αντιμετωπίζεται με τη χρήση «παραδοσιακών μεθόδων» αλλά και με την αστυνομική καταστολή στα μεγάλα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στην πρωτεύουσα. Η εμφάνιση της ιδιωτικής φιλανθρωπίας στο προσκήνιο με την οικονομική της δύναμη, μετασχηματίζει το δίπολο κρατική-ιατρική εξουσία σε τρίγωνο. Η εκτελεστική εξουσία παραχωρεί ένα σημαντικό τμήμα των αρμοδιοτήτων της στους εκτελεστές της διαθήκης, περικλύποντας έτσι και τις αρμοδιότητες του ιατρικού προσωπικού. Η παραχώρηση αυτή συνδέεται κυρίως με την εμπιστοσύνη στα πρόσωπα που ασκούν τη διαχείριση του Ιδρύματος και όχι στη σημασία που αποδίδει στην αποστολή του, καθώς δεν στηρίζει και οικονομικά το εγχείρημα. Συγχρόνως δεν ενεργοποιεί ούτε τους μηχανισμούς ελέγχου της λειτουργίας του Ιδρύματος, σύμφωνα με το υφιστάμενο πλαίσιο, ούτε και ασκεί το ελεγκτικό της δικαίωμα αναφορικά με τη λειτουργία του: στο τμήμα του Βιβλίου Επισκεπτών «Παρατηρήσεις των επισκεπτομένων το Φρενοκομείον αρχών κατά το άρθρο 3 του ΨΜΒ'» υπάρχει μόνο μία καταχώρηση του αρμόδιου δικαστικού ή διοικητικού υπαλλήλου, την ημέρα των εγκαίνιων του Φρενοκομείου. Η εμπιστοσύνη στα Διοικητικά Συμβούλια όχι μόνο του Δρομοκαΐτειου αλλά και άλλων φιλανθρωπικών καταστημάτων θα αρχίσει να κάμπτεται στις αρχές του εικοστού αιώνα, μετά από αρκετά παραδείγματα κακοδιαχείρισης και εξαπάτησης του δημοσίου³⁸.

Η νέα διοικητική αρχή που εγκαθίσταται πλέον εντός του Ιδρύματος, σε αντίθεση με την απύσχα ανώτατη αρχή του νόμου του 1862, περικλύπει ακόμη περισσότερο, με την ανοχή της κεντρικής εξουσίας τις αρμοδιότητες του ιατρικού προσωπικού, εισάγοντας νέα κριτήρια στη λειτουργία του Ιδρύματος. Το αποτέλεσμα θα είναι η δημιουργία μιας ιδιότυπης «πελατειακής σχέσης» της διοίκησης του Ιδρύματος με τους εγγυητές των απόρων. Η επιλογή των απόρων με κριτήρια κυρίως προσωπικών σχέσεων σε συνδυασμό με την αδιαφορία της δημόσιας αρχής για την τοποθέτηση ασθενών δικαιώνει την παρουσία φαινομένων, όπως οι *πλάνητες φρενοβλαβείς*, τα οποία είχαν αποτελέσει βασικό

38. Βλ. το εισαγωγικό κείμενο του Ηλία Λιακόπουλου στην έκδοση του Υπουργείου Εσωτερικών *Τα εν Ελλάδι Φιλανθρωπικά Ιδρύματα* (Αθήνα 1899) στο Ελένη Καλλιγά, *Η πρόνοια για το παιδί στην Ελλάδα του 19ου αιώνα*, Αθήνα-Ιωάννινα 1990, σ. 295-303.

επιχείρημα, στην αρθρογραφία της εποχής, ίδρυσης ενός φρενοκομείου στην πρωτεύουσα.

Η οικονομική στήριξη του εγχειρήματος από ιδιώτες, πέραν του αρχικού διαθέτη και των τριων-τεσσάρων μεγάλων ευεργετών, θα είναι πλημμελής, γεγονός που περιορίζει τις δυνατότητες του Δρομοκαΐτειου για νοσηλεία περισσότερων απόρων ασθενών και υποβαθμίζει το επίπεδο διαβίωσης των τροφίμων του, ιδιαίτερα εκείνο των κατώτερων τάξεων. Ερώτημα παραμένει, με βάση και το παράδειγμα του Δρομοκαΐτειου, εάν ο λόγος περί φιλανθρωπίας, στο τέλος του 19ου αιώνα στο ελληνικό βασίλειο συναντά και οικονομική ανταπόκριση ή απλώς μεταφέρει σχήματα από τη δυτική εμπειρία, χωρίς να οδηγεί και σε ουσιαστική διαφοροποίηση της οικονομικής συμπεριφοράς των μεσαίων αστικών στρωμάτων.

Η αποδυνάμωση των αρμοδιοτήτων του ιατρικού προσωπικού και ιδιαίτερα του επιστημονικού διοικητικού διευθυντή δεν στερεί, από το σώμα αυτό των επαγγελματιών, τον καθοριστικό του ρόλο στη διαμόρφωση της φυσιογνωμίας του Ιδρύματος. Εκπρόσωποι μιας από τις πλέον ισχυρές, κοινωνικά και επαγγελματικά, επιστημονικές συσσωματώσεις της ελληνικής κοινωνίας στο τέλος του 19ου αιώνα διασφαλίζουν, χάρη στη συνεργασία τους με την ιδιωτική φιλανθρωπία, τη μεταφορά στα καθ' ημάς του ευρωπαϊκού προτύπου, με τους πλέον πιστούς όρους. Σκληροί πολέμιοι της πρακτικής ιατρικής διεκδικούν ενεργητικά την ευθύνη για την αντιμετώπιση φαινομένων τα οποία, σύμφωνα με τους ίδιους, ανήκουν στη δικαιοδοσία της επιστήμης τους, όπως το παράδειγμα των φρενοβλαβών. Φέρουν μια νέα πρόταση εκείνη του εγκλεισμού και της επιστημονικής νοσηλείας και περίθαλψης των φρενοβλαβών ή πιο σωστά του ορισμού της κατηγορίας του πληθυσμού αυτού με βάση ιατρικά κριτήρια.

Η πρόταση αυτή τέμνεται με ένα σύμπλεγμα νοοτροπικών συμπεριφορών, αντιλήψεων και πρακτικών επισήμανσης μιας αποκλίνουσας συμπεριφοράς ως ψυχικής ασθένειας και των τρόπων αντιμετώπισής της.³⁹ Ακολουθώντας μια παράδοση αιώνων, η συνήθης αντιμετώπιση όσων θεωρούνται ότι πάσχουν από ψυχικό νόσημα είναι η παραμονή τους στο κλειστό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον με συχνές επισκέψεις σε χώρους θρησκευτικής λατρείας. Οι επισκέψεις αυτές είναι απόρροια μιας ιδιαίτερα διαδεδομένης στο χώρο της ανατολικής Μεσογείου αντίληψης για τη σύνδεση της ψυχικής ασθένειας, είτε ως χάρισμα είτε ως συμφορά, με υπερβατικές δυνάμεις. Οι δυνάμεις αυτές, μέσα από τις ανάλογες τελετές επίκλησης, διασφαλίζουν και την απαλλαγή του φορέα

39. Βλ. Πλουμπίδης, ό.π., σ. 23-124 και του ιδίου «Εισαγωγικά γύρω από την εγκατάσταση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, περ. Σύγχρονα Θέματα, περ. Β', χρ. 6ος, τχ 19, Δεκέμβριος 1983, 21-31. Ακόμη Αριστοτέλης Σταυρόπουλος, *Τα νοσοκομεία και η νοσηλευτική πολιτική της ελληνικής εθνότητας στην Κωνσταντινούπολη (1453-1838)*, Αθήνα 1984.

από την ψυχική νόσο, όταν αυτή βέβαια δεν εκλαμβάνεται ως θεϊκό χάρισμα. Η παραμονή του ψυχικά ασθενούς στο οικείο περιβάλλον διευκολύνεται από την ύπαρξη κλειστών οικογενειακών σχημάτων, με στενούς δεσμούς ανάμεσα στα μέλη τους, σε ένα κατά το μάλλον ή ήττον αγροτικό χώρο, όπου είναι δυνατή η συμμετοχή του στην παραγωγική διαδικασία. Τα πρόσωπα εκείνα που η παρούσα τους δημιουργεί προβλήματα στον οικογενειακό και ευρύτερο περίγυρο, απομακρύνονται από την κοινότητα με επιλογή των οικείων τους για μικρότερο ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η συνήθης κατάληξη είναι ο εγκλεισμός σε μοναστήρια ή σε άλλα κέντρα λατρείας, σε χώρους συνήθως ειδικά διαμορφωμένους για αυτή τη χρήση. Οι συγγενείς των φρενοβλαβών, που ζούνε σε μεγάλα και εμπορικά κέντρα της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας με ισχυρή ελληνική παρουσία, όπως η Χίος, η Σμύρνη, η Κωνσταντινούπολη, έχουν τη δυνατότητα εγκλεισμού τους στα νοσοκομεία των κοινοτήτων. Πρόκειται για χώρους με σπάνια την ιατρική παρουσία κι αυτή όχι μόνιμη, όπου συγκεντρώνονται ασθενείς ψυχικά και σωματικά αλλά και άτομα με παραβατικές συμπεριφορές, πρόσωπα που χρήζουν προστασίας κ.ά.

Στο τέλος του 19ου αιώνα η επαφή με τη δυτική εμπειρία και τις νέες κοινωνικές πραγματικότητες μετασχηματίζει το πεδίο: πληροφορίες για τα φρενοκομεία στη Δύση, όπου οι εύπορες οικογένειες εγκλείουν τα άρρωστα μέλη τους, μαρτυρίες των ανθρώπων που έχουν ζήσει και σπουδάσει έξω, μυθιστορηματικές αφηγήσεις, επιστημονικά και εκλαϊκευτικά κείμενα, προβολή από τον ημερήσιο και περιοδικό τύπο των νέων ιδρυμάτων που δημιουργούνται στην πρωτεύουσα. Ένα πολύπλοκο σύμπαν μεταβαλλόμενων και αντιφατικών αντιλήψεων και στάσεων μέσα σε έναν κόσμο που αλλάζει με αργούς ρυθμούς. Η συσσώρευση του πληθυσμού στις πόλεις και ιδιαίτερα στην πρωτεύουσα, η σταδιακή διόγκωσή τους, οι νέες εργασιακές σχέσεις, η διάδοση της παιδείας διαμορφώνουν ένα νέο τοπίο.

Η νοσηλεία των φρενοβλαβών στα φρενοκομεία δεν αντιπαράτίθεται μόνο με αυτό το σύμπλεγμα των προϋπαρχουσών στάσεων, αλλά και με την ίδια την παράδοση του θεσμού, όπως έχει διαμορφωθεί στη δυτική Ευρώπη τον 19ο αιώνα. Η δημιουργία των ειδικών ασύλων, στις αρχές του αιώνα με την έντονη ιατρική παρουσία δεν επέφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η ύπαρξη των χρόνιων ασθενών στα άσυλα, τα οποία παρά τις αρχικές προσδοκίες μετατρέπονται σταδιακά σε τόπους εγκλεισμού, κατασκευασμένους έτσι ώστε να μπορούν να εξασφαλίσουν ισόβια διαβίωση, αποτελεί τη μεγαλύτερη διάψευση των προσδοκιών που γέννησε η ιατρική στις αρχές του αιώνα⁴⁰. Το οπλοστάσιο της

40. Βλ. Θανάσης Καράβατος, «Η γένεση της ψυχιατρικής και του Ασύλου. Οι μυθοποιήσεις της πραγματικότητας και ο πραγματικός μύθος», *Ο Πολίτης*, τχ 78(6), Απρίλιος 1987, 54-55.

ιατρικής, και ειδικότερα της ψυχιατρικής, παρά τον συνεχή ποσοτικό εμπλουτισμό του εμφανίζεται εξαιρετικά αποδυναμωμένο. Η «ηθική θεραπεία» (*traitement moral*), η σχέση εμπιστοσύνης γιατρού-νοσηλευτή η οποία κυριάρχησε στην ευρωπαϊκή ψυχιατρική εγκαταλείπεται⁴¹. Φάρμακα που καταπολεμούν οργανικά συμπτώματα, μέθοδοι προσέγγισης του ασθενούς, οργάνωση της καθημερινότητάς του, συσκευές για την υποχρεωτική καθήλωση ή τη διατροφή του, αποτελούν τα ανίσχυρα όπλα του ψυχιάτρου. Στα τελευταία χρόνια του αιώνα η σύνδεση της ψυχιατρικής με τη νευροφυσιολογία και τη βιολογία, απότοκος σημαντικών εξελίξεων στις επιστήμες αυτές, επηρεάζει καθοριστικά την αντίληψη για την ψυχική ασθένεια και την αιτιολογία της. Ο βιολογικός προκαθορισμός της ασθένειας και η ουσιαστική παραδοχή του ανίατου των ψυχικά ασθενών δικαιολογεί τον περιορισμό της ψυχιατρικής στην παρατήρηση του ασθενή και στην εξυπηρέτηση των βιοτικών αναγκών του. Η παραμονή των φρενοβλαβών στα άσυλα αποσκοπεί κυρίως στην ασφάλεια της κοινωνίας και των ιδίων και λιγότερο σε μια εξ αρχής υπονομευμένη θεραπεία. Ο αυστηρός διαχωρισμός των κοινωνικών τάξεων εντός του Ιδρύματος στοχεύει πλέον στην προστασία των ανώτερων τάξεων από τον συγχρωτισμό με τις κατώτερες, ως φορέων ανηθικότητας και νοσηρότητας⁴².

Ο απόηχος όλων αυτών αγγίζει την ελληνική κοινωνία. Στον κανονισμό λειτουργίας του Φρενοκομείου της Κέρκυρας το 1860, οι υπεύθυνοι βεβαιώνουν ότι θα σωφρονίζουν τους πάσχοντες, όχι «ως άλλοτε συνειθίζετο, με μάστιγα και με αλύσσους» (άρθρο 68). Μεταφράσεις και πρωτότυπα λογοτεχνικά έργα από τις στήλες των εφημερίδων και των περιοδικών αφηγούνται τις ιστορίες των δύστυχων ηρώων που εγκλείονται στα τρομερά κελιά των ασύλων⁴³, ενώ το Διοικητικό Συμβούλιο του Δρομοκαΐτειου προτείνει τη μετονομασία του Ιδρύματος σε *Θεραπευτήριο ειδικόν υπέρ των φρενοβλαβών*. Ο όρος «φρενοκομείο» παραπέμπει σε εποχές όπου τα φρενοκομεία ήταν «αι φοβεραί εκείναι σιδηρόφραχται φυλακαί, εν αἷς ἐδέοντο οἱ ἀσθενεῖς, δίκην θηρίων, χείρας καὶ

41. Βλ. Roy Porter, *Mind Forg'd Manacles. A history of madness in England from the Restoration to the Regency*, London 1987, σ. 222-228.

42. Βλ. Andrew Scull, *A Social History of Afflictions. Madness and Society in Britain 1700-1900*, Yale University Press, Oxford 1993, σ. 293-303. Η αντίληψη αυτή δεν διατηρήθηκε στα δημόσια ιδρύματα, όπως συνέβη π.χ. με τα νοσοκομεία και τις διαφορετικές τάξεις νοσηλίων αλλά μετασχηματίστηκε στην αντίθεση μεταξύ ενός πλήρους εκδημοκρατισμένου δημόσιου ψυχιατρείου και της ιδιωτικής κλινικής. Ήδη από πολύ νωρίς στη Μεγάλη Βρετανία συστήνονται ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες απευθύνονται σε εύπορες οικογένειες ασθενών με σειρά εκδηλώσεων αλλά και με χώρους που δεν θυμίζουν καθόλου άσυλα.

43. Βλ. π.χ. την περιγραφή του Φρενοκομείου της Σμύρνης στο Νικόλαος Β. Βωτυράς, *Η Μάγκα του Ωρολογίου ήτοι τα αποτελέσματα μιας αμαρτίας, Πρωτότυπον*, Αθήνα 1884, σ. 70-78.

πόδας, και πράγματι εγίνοντο άγριοι και θηριώδεις εκ της σκληρότητας και αγριότητος και απονίας εκείνων, οΐτινες όφειλον να περιθάλψωσιν αυτούς»⁴⁴. Κι αν το Δρομοκαΐτειο δεν είναι πια η φοβερή σιδερόφραχτη φυλακή, δεν παύει να είναι, πέρα από τον ωραιοποιημένο ιατρικό λόγο, χώρος εγκάθειρξης και καταναγκασμού. Στα χάσματα αυτού του λόγου διακρίνεις τον ζουρλομανδύα, την καθήλωση, την ασκούμενη βία του προσωπικού απέναντι στους φρενοβλαβείς.

Τα πρώτα αυτά χρόνια λειτουργίας του το Ίδρυμα συγκεντρώνει ένα μικρό αλλά σημαντικό αριθμό ασθενών· πλειοψηφούν όσων οι συγγενείς καταβάλλουν νοσήλια. Η τοποθέτηση ασθενών με χρόνιες κυρίως νόσους στο τελευταίο στάδιο εκδήλωσής τους θα μπορούσε να θεωρηθεί ενδεικτική της εξ αρχής δυσπιστίας του κοινού στο Δρομοκαΐτειο. Η διάψευση μιας σύντομης θεραπείας, λόγω ακριβώς και της βαρύτητας των περιπτώσεων που φιλοξενεί, θα οδηγήσει στην απομάκρυνση από το Φρενοκομείο ενός μεγάλου, του μεγαλύτερου τμήματος των ασθενών ως *στάσιμων*. Θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι οι περισσότεροι *στάσιμοι* ασθενείς, όσσοι δηλαδή εξέρχονται με αίτηση της οικογένειάς τους προέρχονται από τις τάξεις των καταβαλλόντων τα νοσήλια. Η απομάκρυνσή τους απαλλάσσει αφενός την οικογένεια από την καταβολή των νοσηλίων και αφετέρου συνδέεται με την οικονομική δυνατότητα της αναζήτησης, μελλοντικά, μιας άλλης θεραπευτικής διαδικασίας. Στις οικογένειες αυτές στοχεύει και η πρώτη ιδιωτική κλινική του Σιμωνίδη Γ. Βλαβιανού, η οποία αρχίζει να λειτουργεί το 1904, αλλά και οι υπόλοιπες κλινικές στη δεκαετία του 1910. Για τους εύπορους λοιπόν ασθενείς και τους συγγενείς τους το Δρομοκαΐτειο μεταβάλλεται σε μια ακόμη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα σε άλλες.

Αντίθετα για τους συγγενείς των απόρων ασθενών, οι οποίοι παραμένουν μεγαλύτερο διάστημα στο Ίδρυμα, όπως μαρτυρεί ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός τους, τη στιγμή που η διοίκηση δέχεται όσο το δυνατόν λιγότερους, το Ίδρυμα εκλαμβάνεται ως χώρος πιθανής θεραπείας και το σημαντικότερο, απόθεσης. Είναι ο χώρος στον οποίο εμπιστεύονται τους συγγενείς τους και όπου τους εξασφαλίζεται μια πολύ ικανοποιητική διαβίωση, με τα μέτρα της εποχής, ανεξάρτητα από θεραπευτικά αποτελέσματα. Το πόσο σημαντική είναι αυτή η διαβίωση φαίνεται και από την υποβολή αιτήσεων παραμονής στο Ίδρυμα νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς καμία μισθοδοσία, αλλά μόνο με την εξασφάλιση των όρων διαβίωσης των ασθενών (διατροφή, διαμονή, ένδυση). Η παραμονή για μεγάλο χρονικό διάστημα ανίατων περιπτώσεων σε συνδυασμό με την αποχώρηση μεγάλου αριθμού εύπορων ασθενών μετά, από τη διάψευση μιας σύντομης θεραπείας, θα μετατρέψει αργότερα το Φρενοκομείο σε τελευταίο κρίκο αλυσίδας επιλογών.

44. *Λογοδοσία...* 1897, ό.π., σ. 11.

Συμπερασματικά: Στο τέλος του 19ου αιώνα ένα οργανωμένο πλαίσιο αντιμετώπισης και νοσηλείας των φρενοβλαβών μεταφέρεται από τη δυτική Ευρώπη στην ελληνική πρωτεύουσα. Η υποστήριξή του από την ιδιωτική φιλανθρωπία σε συνδυασμό με τις εγγενείς αδυναμίες της ψυχιατρικής, την ίδια στιγμή που το νοσοκομείο *Ευαγγελισμός* και η κλινική ιατρική γνωρίζουν την εμπιστοσύνη των κατώτερων οικονομικά στρωμάτων, θα συντελέσουν στην περιθωριοποίηση της πρότασης που καταθέτει το Ίδρυμα και τη σταδιακή μετατροπή του σε άσυλο. Θα πρέπει να περιμένουμε ως τα μέσα του επομένου αιώνα, όταν κυρίως η ανακάλυψη και χρήση των ψυχοφαρμάκων θα δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης στην ψυχιατρική, χωρίς αυτό να σημαίνει και την πλήρη αποδυνάμωση των προϋπαρχόντων δικτύων αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών.

Σε ανακοίνωση της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πάτρας στο 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής τον Ιούνιο του 1994, αναφέρεται ότι μετά από έρευνα σε μητέρες ψυχωσικών παιδιών στη νοτιοδυτική Ελλάδα, το 51 % αυτών πριν συμβουλευτεί ψυχίατρο είχε καταφύγει στην εκκλησία και το 30 % σε μάγους, χαρτορίχτες και αστρολόγους. Η επιβίωση παρόμοιων συμπεριφορών δεν καταδεικνύει μόνο τις ανεπάρκειες ενός κλάδου με έντονες αμφισβητήσεις στην ιστορία του, αλλά αποτυπώνει και την ανθρώπινη ανάγκη να εξαντληθεί κάθε μέσο που θα μπορούσε να προσφέρει τη θεραπεία, την επανένταξη του διαφορετικού στο κοινωνικό σύνολο.