

## Πενήντα χρόνια κλινικής ψυχολογίας: Πουλώντας την ψυχή μας στο διάβολο.

**George W. Albee**

Πανεπιστήμιο του Vermont και Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας της Φλόριντα

### Περίληψη

Παρουσιάζεται μια αξιολόγηση της ανάπτυξης της κλινικής ψυχολογίας μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, βασισμένη στις προσωπικές εμπειρίες και παρατηρήσεις του συγγραφέα. Η αποδοχή της ιατρικής - οργανικής εξήγησης της ψυχικής διαταραχής και η αφοσίωση στην ατομική ψυχοθεραπεία - η οποία πληρώνεται από την ασφάλεια υγείας - οδήγησε την κλινική ψυχολογία στην παρούσα κατάσταση απελπισίας, να προσπαθεί δηλαδή να αρπάξει τα προνόμια της συνταγογράφησης σαν ένα τρόπο επιβίωσης, μέσω της περαιτέρω περίπτωσης της στον αναξιόπιστο ιατρικό κόσμο. Εναλλακτικά, μόνο η αποδοχή της στρατηγικής της πρωτογενούς πρόληψης στη δημόσια υγεία, ο αγώνας για κοινωνική δικαιοσύνη και η στήριξη της θεωρίας κοινωνικής μάθησης θα εξασφαλίσουν την επιβίωση του επιστημονικού πεδίου.

Πριν το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο οι κλινικοί ψυχολόγοι ήταν σπάνιο είδος. Δούλευαν κυρίως σε εκπαιδευτικά / συμβουλευτικά πλαίσια. Στα 1946 το πρώτο κείμενο κλινικής ψυχολογίας που πήρα στα χέρια μου αποφοιτώντας είχε γραφτεί από τον C. M. Louttit (1936) και αφορούσε τη δουλειά σε σχολεία. Με το έντονο ενδιαφέρον της ψυχολογίας γύρω από τη μάθηση, η συμμαχία με την εκπαίδευση ήταν φυσική και αμοιβαία υποστηρικτική. Συχνά σκεφτόμουν τότε, ότι με μια μικρή αλλαγή στην κατεύθυνση, θα μπορούσαμε να γίνουμε κλινικοί εκπαιδευτικοί ψυχολόγοι. Δε συνέβη ποτέ.

Το 1945 οι Ηνωμένες Πολιτείες νίκησαν τις δυνάμεις του Άξονα. Βρέθηκαν να έχουν 13 εκατομμύρια βετεράνους του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, πολλοί από τους οποίους είχαν

σωματικές και ψυχικές βλάβες, για τις οποίες οι νομοθέτες πίστευαν ότι απαιτούνταν ειδική θεραπεία στα νοσοκομεία και τις κλινικές της Veteran Administration (VA). Αυτά τα νοσοκομεία και κλινικές ήταν λίγα, είχαν ελάχιστο προσωπικό και εξοπλισμό, καθώς και μικρό μέγεθος· πλήρως ακατάλληλα για το τεράστιο έργο που τους ανατέθηκε. Ο βετεράνοι του Α' Παγκοσμίου Πολέμου και του Ισπανο-Αμερικανικού Πολέμου ήταν ήδη μεσήλικες ή και μεγαλύτεροι και κάθε ενδιαφέρον για την περίθαλψή τους είχε αμβλυυνθεί από το αμερικανικό ιατρικό κατεστημένο, το οποίο είδε το σύστημα του VA σαν «κοινωνικοποιημένη» ιατρική, που δεν ταίριαζε με τον αμερικανικό «δρόμο». Αλλά το 1945 το καταυποχρεωμένο έθνος ήθελε την καλύτερη δυνατή θεραπεία για τους

γενναίους νεαρούς άνδρες (και για ένα μικρό αριθμό γυναικών) που την είχαν ανάγκη. Οι πλέον εγκαταλελειμμένες, ήταν εκείνες οι εγκαταστάσεις για τους ψυχικά πάσχοντες του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Συχνά εισάγονταν στα κρατικά ψυχιατρεία, καθώς δεν υπήρχε χώρος για θεραπεία στη VA. Οδηγήθηκαν έτσι, μαζί με άλλες περιπτώσεις ψυχικά πασχόντων, σε χώρους αποθήκευσης ανθρώπων.

Το Κογκρέσο ενέκρινε τη μαζική χρηματοδότηση για το κτίσιμο νέων νοσοκομείων της VA, καθώς και το άνοιγμα νέων κλινικών ώστε να θεραπευθούν τα «παιδιά μας». Όλα τα νέα νοσοκομεία είχαν ψυχιατρικούς θαλάμους. Μερικά από αυτά ήταν εντελώς Νευροψυχιατρικά και μερικές από τις νέες κλινικές ήταν ολοκληρωτικά αφιερωμένες στην «ψυχική υγιεινή».

Πολλά από τα νέα Νευροψυχιατρικά νοσοκομεία χτίστηκαν όπως τα Γενικά νοσοκομεία – με ιδιωτικά και ημι-ιδιωτικά δωμάτια, για παράδειγμα, με ειδική είσοδο σε κάθε δωμάτιο για τη μεταφορά του οξυγόνου, με σταθμό νοσοκόμων, με χειρουργεία κτλ. Οι σχεδιαστές των νοσοκομείων δεν ήξεραν πολλά για ψυχιατρικές εγκαταστάσεις το 1945, αλλά οι Αμερικανοί γνώριζαν ότι οι βετεράνοι είχαν νοσήσει ψυχικά και χρειάζονταν θεραπεία από ψυχιάτρους σε μοντέρνα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Ο αριθμός των ψυχιάτρων στη χώρα εκείνη την εποχή ήταν εξαιρετικά μικρός. Ο λόγος: για να γίνεις ψυχίατρος έπρεπε πρώτα να αποφοιτήσεις από μια ιατρική σχολή. Κάθε γιατρός (MD) μπορούσε να αποκαλεί τον εαυτό του (κυρίως ήταν άνδρες) ψυχίατρο, χειρουργό ή κάτοχο οποιασδήποτε άλλης ειδικότητας, ωστόσο οι περισσότεροι από τους λίγους ψυχιάτρους είχαν κάποια προϋπηρεσία σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο ή θάλαμο. Εκείνες της ημέρες κάποιος μπορούσε να ενταχθεί στην Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση με πτυχίο ιατρού (MD) και με ένα χρόνο εμπειρίας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο / κλινική.

Για πολλά χρόνια ο αριθμός των αποφοίτων των ιατρικών σχολών στις Η.Π.Α κρατήθηκε χαμηλός από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση και γενικότερα το ιατρικό κατεστημένο. Οι φοιτητές ιατρικής δεν είχαν οικονομική βοήθεια, έτσι είτε προέρχονταν από πλούσιες οικογένειες, είτε εργάζονταν παράλληλα με τις σπουδές τους. Συχνά αποφοιτούσαν με μεγάλα χρέη και είχαν ανάγκη υψηλής αμοιβής προκειμένου να τα ξεπληρώσουν. Με το ελεγχόμενο μικρό αριθμό γιατρών, ο αριθμός εκείνων που έμπαιναν στο χαμηλά αμειβόμενο πεδίο της ψυχιατρικής ήταν πολύ μικρός επίσης. Η ψυχιατρική δεν ήταν δημοφιλής ειδικότητα. Οι επιτροπές εισαγωγών στις ιατρικές σχολές συχνά

απέρριπταν αιτούντες οι οποίοι έδειχναν ενδιαφέρον για την ψυχιατρική, επειδή δεν θεωρούνταν αληθινή *Ιατρική*. Το μικρό πεδίο της ψυχιατρικής χωρίστηκε σε αντιμαχόμενα στρατόπεδα. Το ένα απαρτίζονταν από νευροψυχιάτρους οι οποίοι γαντζωθήκαν από την εγκεφαλική νόσο σαν αιτία· η άλλη κύρια τάση ήταν η ψυχαναλυτική, μικρή σε αριθμό, την οποία απάρτιζαν οι συνεχιστές του Φροϋδικού μοντέλου. Η Ψυχανάλυση γοήτευσε τη διανόηση και κατέλαβε υψηλή θέση στα κέντρα της σύγχρονης διανόησης όπως η Νέα Υόρκη και το Λος Άντζελες (Albee, 1959).

Η Φροϋδική θεραπεία, η αποκαλούμενη και ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, συναγωνίστηκε τις βιολογικές θεραπείες όπως το κώμα ινσουλίνης, το metrazol shock και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Λίγοι ψυχίατροι και από τις δύο ομάδες δούλευαν στις υπηρεσίες της VA. Οι μισθοί ήταν χαμηλοί σε σύγκριση με την ιδιωτική άσκηση του επαγγέλματος. Μεγάλο μέρος του προσωπικού στη VA ήταν γιατροί που δεν πέτυχαν κάπου αλλού.

Ποιος θα βοηθήσει τους  
βετεράνους;

Είναι ξεκάθαρο ότι μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο υπήρχε μεγάλη ανάγκη σε ψυχιατρικό προσωπικό, αλλά δεν ήταν

διαθέσιμο. Οι βελτιωμένοι μισθοί της VA σταδιακά προσέλκυσαν κάποιους κάπως ικανούς γιατρούς (συνήθως Γενικούς Ιατρούς) στο σύστημα, αλλά δεν ήταν αρκετοί. Έτσι, βρέθηκε μια δυνητική πηγή νέου προσωπικού. Προσφέροντας θέσεις εσωτερικού βοηθού στα νοσοκομεία και τις κλινικές της VA σε πτυχιούχους της ψυχολογίας και δίνοντας αντιμισθία σε ψυχολόγους (συνήθως επιπέδου master) ως προσωπικό και ως επόπτες, δημιουργήθηκε ξαφνικά μια νέα πηγή προσωπικού ψυχικής υγείας. Ένας MD / PhD (ο James Miller) ήταν ο επικεφαλής του νέου ψυχολογικού προγράμματος της VA.

Το 1945 τα τμήματα ψυχολογίας των πανεπιστημίων ήταν μικρά. Ο κύριος κλάδος αφορούσε την έρευνα γύρω από την όραση, την αντίληψη και ιδιαίτερα τη μάθηση, με δαιδαλώδη εργαστήρια με ζώα. Τώρα όμως υπήρχαν χρήματα για την εκπαίδευση, τα βιβλία και την κάλυψη τμήματος των εξόδων διαβίωσης μιας νέας ομάδας αποφοίτων κλινικής ψυχολογίας. Οι θέσεις εσωτερικού βοηθού στη VA ήταν διαθέσιμες σε πολλούς. Έτσι συνέβη μια έκρηξη φοιτητών ψυχολογίας στα πανεπιστήμια. Εκατοντάδες απόφοιτοι που ενδιαφέρονταν για την κλινική ψυχολογία εγγράφηκαν και τοποθετήθηκαν για μερική απασχόληση στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της VA. Το 1946

ήμουν ένα από τα πρώτα μέλη εκείνης της ομάδας. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση διόρισε την επιτροπή Shakow, η οποία γρήγορα οργάνωσε το συνέδριο Boulder, το οποίο με τη σειρά του παρήγαγε το μοντέλο Boulder. Θα μπορούσαμε πλέον να εκπαιδευτούμε ως επιστήμονες – επαγγελματίες. (Ο David Shakow ήταν επιφανής ψυχολόγος-ερευνητής στο νοσοκομείο του Worcester. Δυστυχώς αποδέχθηκε ότι το ψυχιατρικό μοντέλο και πλαίσιο ήταν το καλύτερο μέρος για την εκπαίδευση των κλινικών ψυχολόγων [Albee, 1969b].) Τα κύρια κείμενα που χρησιμοποιούνταν ήταν το *Προσωπικότητα και Διαταραχές Συμπεριφοράς* του J. Mc V. Hunt (1944) και το νέο βιβλίο του Carl Rogers για τη μη κατευθυντική *Συμβουλευτική και Ψυχοθεραπεία* (1942).

Στους εκπαιδευόμενους κλινικούς ψυχολόγους στην VA δόθηκε ο ρόλος της διαγνωστικής αξιολόγησης, με τη χρήση του Wechsler-Bellevue Τεστ Νοημοσύνης (Wechsler, 1939), του Rorschach (Rorschach, 1921), του Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Hathaway & McKinley, 1942) και του Thematic Apperception Test (Murray, 1938). Το ιατρικό μοντέλο απαιτεί διάγνωση πριν την έναρξη της θεραπείας. Η ψυχιατρική διάγνωση ήταν αναξιόπιστη και ανοργάνωτη, αλλά ήταν ότι υπήρχε, και τα αποτελέσματα των test βοήθησαν στην

αποσαφήνιση των «ετικετών» που εφαρμόστηκαν. Έτσι κι αλλιώς αυτό δεν είχε και ιδιαίτερη σημασία, καθώς όλοι οι ασθενείς λάμβαναν ηλεκτροσόκ είτε ήταν παρών κάποιο ψυχωτικό σύμπτωμα – ή ακόμα και αν δεν υπήρχε (Albee, 1970b).

Στα πανεπιστήμια η επικρατούσα κατεύθυνση της πειραματικής ψυχολογίας πήρε με μισή καρδιά μερικούς κλινικούς ψυχολόγους προκειμένου να διδάξουν κλινικά και διαγνωστικά μαθήματα. Πολλοί από αυτούς τους ψυχολόγους είχαν δουλέψει σε σχολεία ή σε κρατικά νοσοκομεία. Ελάχιστοι ήταν ανταγωνιστικοί διανοούμενοι και άρα είχαν τα προσόντα ώστε να καταξιωθούν. Το πανεπιστήμιο πλήρωνε επίσης \$50 τη μέρα σε όσους επιθυμούσαν να είναι σύμβουλοι στη VA, κάτι που μετρίασε την αντίθεσή τους στην κλινική εκπαίδευση που παρείχε το πανεπιστημιακό κλινικό πρόγραμμα. Πενήντα δολάρια δε φαίνονται πολλά σήμερα, αλλά το 1946 ήταν ένα σημαντικό ποσό.

Είναι δύσκολο να μεγαλοποιήσουμε την αφέλεια των πρώιμων αποφοίτων κλινικής ψυχολογίας (όπως εγώ). Περίπου όλοι ήμασταν άνδρες μεσαίας τάξης, κυρίως πρώην στρατιώτες, πιλότοι και ναυτικοί, και σεβόμασταν την εξουσία, αποδεχόμεσταν αυτό που μας έλεγαν, ακολουθούσαμε τις εντολές και ενστερνιστήκαμε το ιατρικό μοντέλο, καθώς δε μας

παρουσιάστηκε τίποτα άλλο. (Υπήρχε ένα εκπαιδευτικό-μαθησιακό μοντέλο αλλά τα Κολλέγια της Εκπαίδευσης ήταν ξεχωριστές σχολές και εμείς σαν εκπαιδευόμενοι δεν είχαμε επαφή με αυτούς τους κύκλους μαθημάτων. Προέκυψαν μερικά εξαιρετικά προγράμματα στη συμβουλευτική ψυχολογία στα Κολλέγια της Εκπαίδευσης, όπως και πολλά μεταπτυχιακά προγράμματα στη σχολική ψυχολογία, αλλά τα εκπαιδευτικά επιδόματα και το status ανήκαν στην κλινική ψυχολογία. Οι καθηγητές μας, το ίδιο αδαής με εμάς, δεν μας παρουσίασαν καμιά εναλλακτική.) Στην VA όλοι αποδεχθήκαμε αυτό το κυρίαρχο μοντέλο - την ιατρική άποψη ότι οι ασθενείς μας υποφέρουν από ψυχικές παθήσεις. Αυτό έλεγαν και τα εγχειρίδια. Οι διατριβές γράφονταν πάνω στις διαγνωστικές υποκλίμακες του Wechler-Bellevue τεστ ή στα αποτελέσματα του ηλεκτροσόκ στην ψυχική πάθηση. Η ψυχιατρική ήταν επικεφαλής και καθόριζε το μοντέλο, την ατζέντα της θεραπείας και το καθεστώς. Στις κλινικές της VA όπου τοποθετήθηκα, οι επιταγές ήταν σαφείς: μόνο οι MD μπορούν να αποκαλούνται «γιατροί»!

#### Καθένας Ψυχοθεραπευτής!

Ο τρόπος θεραπείας με το μεγαλύτερο κύρος ήταν η ψυχοθεραπεία, η οποία συχνά παρέχονταν από συμβούλους MD (γιατρούς), πρόθυμους να

δεχθούν χρήματα για μια εργασία μερικής απασχόλησης. Οι ψυχολόγοι και οι εκπαιδευόμενοι φοιτητές ήταν πρόθυμοι να αποκτήσουν εμπειρία στην ψυχοθεραπεία. «Καταβρόχθισαν» τα γραπτά του Carl Rogers και των μαθητών του. Ήταν το πιο συναρπαστικό παιχνίδι στην πόλη, αλλά τα περισσότερα μέρη περιόριζαν την ψυχοθεραπεία στους ψυχιάτρους (επειδή, όπως λεγόταν, κάποιοι μπορεί να έχουν όγκους στον εγκέφαλο και υποθυρεοειδισμό που μόνο ένας γιατρός θα μπορούσε να αναγνωρίσει).

Ελάχιστοι εξέχοντες ψυχολόγοι ήταν σε θέση να ασκούν ιδιωτικά την ψυχοθεραπεία. Άνθρωποι όπως ο Rollo May, ο Albert Ellis και ο Erich Fromm έγραψαν εξαιρετικά βιβλία και εναντιώθηκαν στο πανίσχυρο ιατρικό μοντέλο. Κάποιοι διάσημοι ευρωπαίοι ψυχαναλυτές χωρίς τίτλο γιατρού μετανάστευσαν στην Αμερική. Ο ίδιος ο Freud υποστήριζε ότι η ιατρική δεν είναι η καλύτερη προετοιμασία για να ασκήσεις την ψυχανάλυση, αλλά η Αμερικανική Ψυχαναλυτική Ένωση απαιτούσε πτυχίο γιατρού προκειμένου να ξεκινήσει κανείς εκπαίδευση. Μια συμβιβαστική λύση προέκυψε από την κοινή επιτροπή των δύο Α.Ψ.Ε (ψυχολογίας και ψυχιατρικής). Συμφώνησαν ότι οι ψυχολόγοι μπορούν να ασκούν θεραπεία κάτω από την προσεκτική

εποπτεία (αργότερα ονομάστηκε γνήσια συνεργασία) των ψυχιάτρων ή άλλων γιατρών. Παρά την έντονη αντίθεση της οργανωμένης ψυχιατρικής και ιατρικής, η νομική αναγνώριση της ιδιωτικής πρακτικής της ψυχολογίας άρχισε να επικρατεί. Οι ψυχολόγοι που εργάζονταν στις κλινικές και τα νοσοκομεία άρχισαν να απασχολούνται μερικώς στην ιδιωτική ψυχοθεραπεία, συχνά χρησιμοποιώντας το γραφείο κάποιου άλλου επαγγελματία τα απογεύματα και τα σαββατοκύριακα, αλλά γαντζωθήκαν από το μοντέλο της ψυχικής πάθησης που έμαθαν τόσο κατά την πρακτική τους, όσο και από τα εγχειρίδιά τους. Όπου και αν δούλεψαν, οι ψυχίατροι ήταν επικεφαλής, συχνά κραυγαλέα ανεκπαιδευτοι και ανεπαρκείς όσον αφορά την ψυχολογική γνώση. (Οι «ψυχίατροι» που δούλευαν στα δημόσια νοσοκομεία ήταν χειρότεροι – συνήθως είχαν εκπαιδευτεί σε ιατρικές σχολές του Τρίτου Κόσμου και μετά βίας μιλούσαν Αγγλικά). Εάν ήθελες να είσαι ψυχολόγος και να κερδίζεις αρκετά χρήματα, έδινες όρκο πίστης και υποταγής στο ιατρικό μοντέλο και έκλεινες τα μάτια σου στην έλλειψη εγκυρότητας, καθώς και στην ένδεια επιστημονικής γνώσης στην οποία βασιζόταν.

Ένα τέλος στις αποθήκες ανθρώπων

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '50 αιωρούνταν σημαντικές αλλαγές. Ήταν καιρός να γίνει κάτι για τα τεράστια παλιά κρατικά νοσοκομεία όπου ζούσαν έγκλειστοι μισό εκατομμύριο άτυχοι. Πολλά από αυτά τα μέρη δεν είχαν εκπαιδευμένους ψυχιάτρους και συχνά καθόλου νοσοκόμες. Αστοιχείωτοι συνοδοί έκαναν κουμάντο στις «αποθήκες» αυτές. Ο Albert Deutsch (1948) έγραψε το *Η Ντροπή της Πολιτείας*.

Τρεις παθιασμένη άνθρωποι – ο Bob Felix (ο πρώτος διευθυντής του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας [NIMH])· ο Mike Gorman, επικεφαλής μιας ομάδας-φάντασμα που αποκαλούνταν Εθνική Επιτροπή Ενάντια στην Ψυχική Ασθένεια· και η Mary Lasker, φιλόanthρωπος, συμμαχησαν προκειμένου να προωθήσουν την επανάσταση ενάντια στο σύστημα των κρατικών ψυχιατρείων. Ο γερουσιαστής Lester Hill, το μέλος του Κογκρέσου Mike Fogarty και ο ιατρικός διοικητής Boisfeuillet Jones έπεισαν τον πρόεδρο Eisenhower να ιδρύσει την Κοινή Επιτροπή για την Ψυχική Πάθηση και την Υγεία (JCMIH) στα μέσα της δεκαετίας του '50. Μέσα από μια περίπλοκη, καλά χρηματοδοτούμενη προσπάθεια, προέκυψαν πολλές σημαντικές εκθέσεις που οδήγησαν στην τελική αναφορά. Η ομάδα της Marie Jahoda (1958) ανέπτυξε ένα ορισμό της θετικής ψυχικής υγείας η οποία απετέλεσε μια

κλασική δήλωση με ρίζες από την κοινωνική ψυχολογία (παρά τα ηχηρά παράπονα ψυχιάτρων όπως ο Mo Kaufman. [Ο M. Ralph Kaufman, MD, ήταν πρόεδρος μιας αναδιοργανωμένης επιτροπής της JCMIH, η οποία προέκυψε μετά από εσωτερική διαμάχη. Ήταν Διευθυντής των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών στο νοσοκομείο Mt. Sinai της Νέας Υόρκης. Θρηνούσε για την απουσία της ιατρικής επιρροής.]) Η αναφορά μου (Task Force Report on Manpower) (Albee, 1959) έκανε ξεκάθαρο το μάταιο χαρακτήρα της ατομικής ψυχοθεραπείας στην προσπάθεια αντιμετώπισης της επιδημίας του ψυχικού πόνου, επικαλούμενη το μικρό αριθμό θεραπειών και τον τεράστιο αριθμό ανθρώπων με σοβαρά προβλήματα. Αποτόλμησα τη μόνη απάντηση - την πρωτογενή πρόληψη στη δημόσια υγεία. Η επιδημιολογία είχε διαπιστώσει την ακανόνιστη κατανομή των ψυχικών παθήσεων. Το άγχος, η φτώχεια, το να είσαι γυναίκα ή μέλος μιας αποκλεισμένης κοινωνικής ομάδας, κ.α αποτελούσαν παράγοντες υψηλού κινδύνου. Η τελική έκθεση της Επιτροπής, που ονομάστηκε *Δράση για την Ψυχική Υγεία* (1961), επέτρεψε και σε άλλους, πλην των ψυχιάτρων, επαγγελματίες να κάνουν βραχεία ψυχοθεραπεία, αλλά τα 2.000 προτεινόμενα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας όφειλαν να παρέχουν ημερήσια φροντίδα, κρεβάτια

και ιατρικό έλεγχο. Έτσι το ιατρικό μοντέλο παρέμεινε ανέπαφο. Τα κέντρα έπρεπε να συμπεριλαμβάνουν συμβουλευτική και κοινοτική εκπαίδευση, η οποία συχνά παρεχόταν από κοινοτικούς ψυχολόγους. Όταν η χρηματοδότηση έγινε πιο σφικτή, ήταν οι πρώτοι που απολύθηκαν.

Ο πρόεδρος Kennedy πίεσε πολύ για τη δημιουργία κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας. **Για πρώτη φορά στην Αμερικανική ιστορία, δόθηκαν κρατικά κονδύλια για τη φροντίδα ψυχικά πασχόντων που δεν ήταν βετεράνοι.** Δεν συνέβη ποτέ. Ήταν «κοινωνικοποιημένη ιατρική» και αντιστρατεύονταν την Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία και το Κογκρέσο, το οποίο ήταν απρόθυμο να πληρώσει για την επάνδρωση νέων κέντρων. Μέσα στο χρόνο δημιουργήθηκαν περίπου 700 κέντρα, αλλά οι συντηρητικές κρατικές διοικήσεις με συνέπεια εναντιώθηκαν στην κατάλληλη χρηματοδότηση. Στο μεταξύ τα κρατικά νοσοκομεία άδειαζαν. Τα κέντρα υποτίθεται ότι θα υποστήριζαν τους ανθρώπους που έβγαιναν από τα νοσοκομεία. Όμως, η ανοργάνωτη υποστήριξη των προτεινόμενων κέντρων ήταν και είναι ανεπαρκής στο να κρατήσει τους ψυχικά πάσχοντες μακριά από τους δρόμους. Καθώς η χρηματοδότηση των κέντρων λιγόστευε, τα προγράμματα συμβουλευτικής και κοινοτικής

εκπαίδευσης ήταν τα πρώτα που περιορίστηκαν. Οι πολιτειακές διοικήσεις βιάστηκαν να κλείσουν τα ψυχιατρεία και να μεταθέσουν το κόστος σε ομοσπονδιακά προγράμματα όπως το Medicaid. Ο αριθμός των άστεγων ψυχικά πασχόντων κλιμακώθηκε.

Στο μεταξύ, με την υποστήριξη του NIMH και της VA, τα πανεπιστήμια συνέχισαν να παράγουν κλινικούς ψυχολόγους οι οποίοι μετά από λίγα χρόνια δουλειάς σε κλινικές και νοσοκομεία που στήριζαν τα ταμεία, εύρισκαν καλύτερο εισόδημα στην ιδιωτική άσκηση του επαγγέλματος. Το NIMH πρόσφερε χρήματα για την ψυχιατρική εκπαίδευση, αλλά υπήρξαν ελάχιστοι ωφελούμενοι. Εκείνοι οι ψυχολόγοι και ψυχίατροι που εκπαιδεύτηκαν με δαπάνη των ταμείων, γρήγορα στράφηκαν στην ιδιωτική πρακτική στα μεσοαστικά προάστια (Albee, 1977).

Σταδιακά, τα προγράμματα ασφάλισης άρχισαν να πληρώνουν για ψυχοθεραπεία υπό τον όρο ότι οι θεραπευόμενοι θα είχαν ιατρική διάγνωση. Αυτό οδήγησε σε μια σταθερή διεύρυνση των καταστάσεων οι οποίες ονομάζονταν «ψυχική πάθηση» από την επίσημη ψυχιατρική νομενκλατούρα. Προς το τέλος της δεκαετίας του '60 οι ψυχολόγοι ήταν πρόθυμοι να συμφωνήσουν (για τα χρήματα) ότι οι άνθρωποι που θεράπευαν είχαν ψυχική

πάθηση. Οι ταγοί της κλινικής ψυχολογίας έφτασαν στο σημείο να υποστηρίξουν την επιχειρηματολογία ότι οι ασθενείς τους ήταν άρρωστοι. Ξεκινώντας από την California, προέκυψαν νέες σχολές ψυχολογίας· επρόκειτο για εκπαιδευόμενους ψυχοθεραπευτές τους οποίους αποκαλούσαν ψυχολόγους. Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία άλλαξε τον εσωτερικό κανονισμό της σχετικά με την ιδιότητα του μέλους (δεν χρειαζόταν πλέον ερευνητική διατριβή), και έτσι ενεγράφησαν όλοι οι νέοι Psy.D. (διδάκτορες ψυχολογίας). Πολλοί από αυτούς τους Psy.D. δεν είχαν καν πρώτο πτυχίο ψυχολογίας. Το 1970 προέβλεψα ότι σύντομα θα υπήρχαν δύο εθνικές ψυχολογικές εταιρείες: μια επιστημονική και μια επαγγελματική, και έτσι πραγματικά συνέβη (Albee, 1970<sup>a</sup>).

Τα προγράμματα εκπαίδευσης στη ψυχολογία υπήρξαν ρατσιστικά και σεξιστικά για χρόνια. Ελάχιστοι μαύροι γίνονταν δεκτοί στο πανεπιστήμιο (Albee, 1969<sup>a</sup>, 1969<sup>b</sup>), όπως επίσης και ελάχιστες γυναίκες (Albee, 1981). Τα κινήματα των γυναικών και της διεκδίκησης των δικαιωμάτων άρχισαν να διορθώνουν αυτές τις αδικίες. Τα παραδοσιακά τμήματα ψυχολογίας, τα οποία αποτελούνταν κυρίως από WASP (Λευκούς Άγγλο Σάξονες Προτεστάντες) άνδρες της ανώτερης τάξης, με όλες τις

στενές προκαταλήψεις της κοινωνικής αυτής ομάδας, δέχονταν προκλήσεις από τα νέα τμήματα και τους φοιτητές τους, ώστε να αποκτήσουν μεγαλύτερη κοινωνική συνείδηση και δράση. Η ζωή δεν ήταν εύκολη για τους νέους αυτούς φοιτητές. Η διατήρηση της θέσης, η προαγωγή και η ολοκλήρωση του πτυχίου παρέμενε κυρίως στα χέρια των παλιότερων WASP, οι οποίοι όριζαν στενά το πεδίο. Για χρόνια οι απόφοιτοι της κλινικής ψυχολογίας δεν εκτίθεντο σε πολιτικά ζητήματα ή στο άγχος των ανθρώπων μέσα σε μια κοινωνία εκμετάλλευσης, καταναλωτικά προσανατολισμένη, ρατσιστική και σεξιστική. Η πλειοψηφία των κλινικών ψυχολόγων ήταν «παιδιά της χορωδίας», που αποδέχονταν το status quo – δηλαδή συνέπλεαν με την εκάστοτε εξουσία.

#### Μια στιγμή ελπίδας

Για λίγο μέσα στη δεκαετία του '70 φάνηκε ότι τα πράγματα μπορούσαν να αλλάξουν. Η Επιτροπή για την Ψυχική Υγεία που διόρισε ο πρόεδρος Carter αναγνώρισε τη μεγάλη επιρροή της φτώχειας και της εκμετάλλευσης στην ανάπτυξη ψυχικού πόνου και πρότεινε την ανάπτυξη κοινωνικά προσανατολισμένων προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (NIMH) (Task Panel on

Prevention, 1978). Η Rosalynn Carter, επίτιμη πρόεδρος της επιτροπής και η Beverly Long, πρόεδρος της Εθνικής Οργάνωσης Ψυχικής Υγείας (NMHA) επέμειναν στην έμφαση στην πρωτογενή πρόληψη, παρά τις αντιρρήσεις των ψυχιάτρων της Επιτροπής. Ένας νέος νόμος για τα συστήματα ψυχικής υγείας ψηφίστηκε την τελευταία χρονιά διακυβέρνησης του Carter. Αλλά με την εκλογή του Reagan, όλα τα σχέδια ματαιώθηκαν. Ο νόμος καταργήθηκε και δεν επετράπη περαιτέρω έρευνα γύρω από τους κοινωνικούς παράγοντες, εκ μέρους του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας. Η συντηρητική διοίκηση συμμαχισε με την Εθνική Συμμαχία για τους Ψυχικά Πάσχοντες και διακήρυξαν ότι όλες οι ψυχικές παθήσεις και οι εγκεφαλικές ασθένειες οφείλονται σε ελαττωματικά γονίδια και σε ελαττωματική σωματική χημεία. Σαν από θαύμα, δεν χρειάζονταν πλέον πολυδάπανα προγράμματα ώστε να διορθώσουν τις κοινωνικές αδικίες. Ο κοινωνικός Δαρβινισμός επικράτησε ξανά (Albee, 1996).

Σ' αυτή τη διαδικασία συναλλαγής για την αποδοχή του περιοριστικού ιατρικού μοντέλου, τα οικονομικά ανταλλάγματα για τους κλινικούς ψυχολόγους ήταν ικανοποιητικά. Μερικές φορές, όπως προειδοποιεί ο ποιητής Carl Sandburg, είχαμε να φάμε ένα μάτσο κατσαρίδες στη

διάρκεια του δρόμου, όπως φαίνεται από τις παρακάτω διακηρύξεις:

- Όταν το NIMH λέει «η Δεκαετία του Εγκεφάλου» (η έρευνα του εγκεφάλου θα αποκαλύψει την ψυχική πάθηση), θα πρέπει να σταθούμε και να χαιρετήσουμε.
- Όταν οι νευρώσεις θεωρούνται ανύπαρκτες από το *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών* (DSM IV· American Psychiatric Association, 1994) θα πρέπει να σταθούμε και να χαιρετήσουμε. (Οι νευρώσεις προϋποθέτουν σαν αιτία το παιδικό τραύμα. Οι παιδικές εμπειρίες μπορούν να ξεπεραστούν και να προληφθούν, επομένως η ιδέα είναι επικίνδυνη.)
- Όταν η Εθνική Συμμαχία για τους Ψυχικά Πάσχοντες και τα επιμέρους τμήματά της απορρίπτουν κάθε ρόλο του παιδικού άγχους, της παραμέλησης και της κακοποίησης στην ψυχική πάθηση και υποστηρίζουν ότι οι ψυχικές παθήσεις είναι εγκεφαλικές νόσοι, θα πρέπει να σταθούμε και να χαιρετήσουμε.
- Όταν τα μεγάλα και δημοφιλή ιατρικά περιοδικά (Time, USA Today, Newsweek, κτλ) δηλώνουν επισήμως ότι οι νέες φαρμακευτικές ουσίες σύντομα θα θεραπεύσουν τις «μεταδιδόμενες» εγκεφαλικές / ψυχικές παθήσεις, αντί να

στεκόμαστε και να γελάμε, ζητάμε προνόμια συνταγογράφησης για τους εαυτούς μας! Οι νέοι κανονισμοί της ασφάλισης υγείας, γραμμένοι ώστε να μεγιστοποιήσουν τα κέρδη των εταιρειών, περιορίζουν δραστικά το εισόδημα των ψυχολόγων που ασκούν ιδιωτικά ψυχοθεραπεία. Η λύση; Να βλέπουν περισσότερους «ασθενείς» για λιγότερες συνεδρίες και να τους συνταγογραφούν φάρμακα για τον «εγκεφαλικό» πόνο. Ο Διάβολος προσφέρει καλή συναλλαγή! Απλά με τον ασπασμό του ιατρικού μοντέλου θα ευημερούμε. Και οι φαρμακευτικές εταιρείες θα είναι στο πλευρό μας!

Τι κάναμε λάθος;

Η ιστορία των επαγγελματιών καταδεικνύει ότι οι περισσότεροι φοιτητές βγήκαν στην αγορά με εφόδιο την πρακτική τους άσκηση· στη συνέχεια κάθε επάγγελμα μετακινήθηκε από την πανεπιστημιούπολη σε ξεχωριστή επαγγελματική σχολή με το δικό της κτίριο και με πρακτική άσκηση μέσα από την παροχή υπηρεσιών. Η κλινική ψυχολογία, αντίθετα, ξεκίνησε μέσα από τις φιλοσοφικές επιστήμες και έστειλε τους αποφοίτους της στα κέντρα ψυχιατρικών υπηρεσιών όπου διδάχθηκαν την ψυχιατρική γλώσσα και θεωρία. Είχα εμπειρία αυτού του προβλήματος και στα 1963

πρότεινα την ίδρυση ψυχολογικών κέντρων τα οποία θα παρείχαν ταυτόχρονα υπηρεσίες και εκπαίδευση (Albee, 1964), αλλά τα ομοσπονδιακά κονδύλια υποστήριζαν το ψυχιατρικό μοντέλο και την εκπαίδευση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Για να ανήκουμε σ' αυτό το μοντέλο παρέμβασης με το υψηλό status και την καλά πληρωμένη εργασία πουλήσαμε την ψυχή μας στο Διάβολο – το ιατρικό μοντέλο. Τώρα έχουμε προχωρήσει τόσο μέσα σ' αυτό που ίσως να μην αποδράσουμε ποτέ.

Ποια είναι η εναλλακτική;

Αφήστε με να υποστηρίξω τη θέση ότι οι περισσότερες εκδηλώσεις διαταραγμένης συμπεριφοράς και τα τόσο κοινά στην κοινωνία μας διαταραγμένα συναισθήματα είναι μαθημένα μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Η Marie Jahoda (1958) είχε και έχει δίκιο. Μου είπε στα μέσα της δεκαετίας του '50: «Όλες οι ψυχικές διαταραχές είναι μαθημένοι τρόποι διαπροσωπικών (ή ενδοπροσωπικών) σχέσεων» (M. Jahoda, προσωπική επικοινωνία, 15 Νοεμβρίου, 1959). Ο Szasz είχε δίκιο. Η ψυχική πάθηση είναι μύθος. (Πρέπει να είμαστε ξεκάθαροι: η *ασθένεια* είναι μύθος· η διαταραγμένη συμπεριφορά δεν είναι μύθος. Αυτό είναι μια σημαντική διάκριση.

Μέσα από την ιστορία του πεδίου της δημόσιας υγείας

είναι καθαρό ότι καμία μαζική νόσος ή διαταραχή δεν εξαλείφθηκε ή περιορίστηκε σημαντικά μέσα από προσπάθειες θεραπείας του «προσβεβλημένου» ατόμου. Η ατομική θεραπεία δεν ωφελεί. Η ψυχοθεραπεία είναι μάταιη (Albee 1990a, 1990b). Μόνο η επιτυχής πρωτογενής πρόληψη μειώνει την έκταση και τη συχνότητα εμφάνισης των ψυχικών παθήσεων, αλλά η κλινικοί ψυχολόγοι το αγνοούν. Τα μαθήματα και η εργασιακή τους εμπειρία δεν τους επιτρέπουν να αμφιβάλλουν για την πλάνη που τους καθοδηγεί. Μπορούν να ευημερούν μόνο θεραπεύοντας ένα άτομο κάθε φορά. Αν δεν ασκούμε ψυχοθεραπεία θα παρέχουμε φάρμακα, ατομικά.

Οι ψυχολόγοι δεν έχουν επίσης αντίληψη της επιδημιολογίας των συναισθηματικών διαταραχών. Δεν γνωρίζουν, για παράδειγμα, ότι οι μετανάστες αγρότες έχουν πολύ υψηλότερα επίπεδα αλκοολισμού και σχιζοφρένειας από τους μεσοαστούς πελάτες με τους οποίους δουλεύουν. Δεν γνωρίζουν ακόμα ότι οι γιατροί έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάχρησης ουσιών από κάθε άλλη κοινωνική ομάδα. Έχουν άγνοια των ολέθριων συνεπειών της φτώχειας, της μαύρης εργασίας, του ρατσισμού, του σεξισμού, των διακρίσεων σε βάρος των ηλικιωμένων και της ομοφοβίας στην πρόκληση άγχους που οδηγεί σε

συναισθηματικές διαταραχές (Albee, 1969, 1981). Έχουμε προσέξει μόνο το άτομο – όχι το επιβλαβές κοινωνικό περιβάλλον.

Το σημαντικότερο απ' όλα είναι πως οι κλινικοί ψυχολόγοι δεν έχουν μάθει ότι οι ψυχικές διαταραχές μαθαίνονται. Οι περισσότερες δεν είναι ασθένειες του εγκεφάλου. Αν μαθαίνονται μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, μπορούν να προληφθούν μέσα από την αναθεώρηση του κοινωνικού καθεστώτος, ενός καθεστώτος που δεν θα αποκλείει τους εργάτες, δεν θα είναι ταξικό, σεξιστικό, ρατσιστικό, ομοφοβικό και δεν θα κάνει διακρίσεις σε βάρος των ηλικιωμένων (Albee, 1996).

Η ψυχολογία εξελίχθηκε στο πεδίο της μάθησης, αλλά αυτό το θέμα έχει αγνοηθεί από την κλινική πρακτική. Ο Mowrer (1950) παλιότερα υποστήριξε ότι τα συναισθήματα μαθαίνονται μέσω της κλασικής και η συμπεριφορά μέσω της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης. Ελάχιστοι κλινικοί ψυχολόγοι θα μπορούσαν σήμερα να εξηγήσουν τι σημαίνει αυτό. Αλλά αυτό είναι ένα πανίσχυρο μοντέλο, από τη στιγμή που θα κατανοηθεί.

Αν η κλινική ψυχολογία θέλει να επιβιώσει σαν πεδίο θα πρέπει:

- Να εγκαταλείψουμε το ιατρικό μοντέλο και να καταβάλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια να το υπερβούμε, να δείξουμε ότι είναι αναξιόπιστο. Να το

αντικαταστήσουμε με ένα μοντέλο κοινωνικής μάθησης.

- Να διδάξουμε τους φοιτητές μας για την κοινωνική δικαιοσύνη και αδικία και τις συνέπειές τους. Να δείξουμε πώς οι αποκλεισμένοι αναπτύσσουν συναισθηματικές διαταραχές. Να γίνουμε πολιτικά ενεργοί.
- Να συμμετάσχουμε σε κάποια ριζοσπαστική ομάδα που μάχεται ενάντια στα «εφευρήματα» που κρατούν δέσμια την καταναλωτική μας κοινωνία, στην οποία το προνομιούχο 1% κατέχει περισσότερα από το 90%.

Μια πρόσφατη μνημειώδης μελέτη (Wilkinson, 1996) καταδεικνύει πως οι κοινωνίες που έχουν μικρότερες διαφορές στο εισόδημα μεταξύ των πλούσιων και των φτωχών έχουν καλύτερη υγεία και μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Τέτοιες κοινωνίες είναι περισσότερο συνεκτικές κοινωνικά, έχουν λιγότερη εγκληματικότητα, χαμηλότερα ποσοστά αλκοολισμού και χρήσης ουσιών, καθώς και χαμηλότερα ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών.

Αντί να χάνουμε το χρόνο μας με παρωχημένα και αναξιόπιστα μοντέλα που εστιάζουν στην ατομική αλλαγή πρέπει να οργανωθούμε ώστε να κάνουμε μια επαγγελματική επανάσταση! Ξεσηκωθείτε, σεις δεσμώτες της ψυχιατρικής! Η Margaret Mead είχε πει: «Ποτέ μην αμφιβάλλεις ότι μια μικρή ομάδα αφοσιωμένων πολιτών μπορεί να αλλάξει τον κόσμο».

στην πραγματικότητα είναι το μόνο που μπορεί να κάνει!» (Κ. Grady, προσωπική συνέντευξη, 1 Μαΐου, 1997).

## References

- Action for mental health*. (1961). Final Report of the Joint Commission on Mental Illness and Health. New York: Basic Books.
- Albee, G. W. (1959). *Mental health manpower trends*. New York: Basic Books.
- Albee, G. W. (1964, June). A declaration of independence for psychology. *Ohio Psychologist* (unnumbered centrefold).
- Albee, G. W. (1969a). A conference on recruitment of black and other minority students and faculty, *American Psychologist*, 24, 720-723.
- Albee, G. W. (1969b). Who shall be served? My argument with David Shakow. *Professional psychology*, 1, 4-7.
- Albee, G. W. (1970a). The uncertain future of clinical psychology. *American Psychologist*, 25, 1073-1080.
- Albee, G. W. (1970b). Tear down the walls of hell. In B. Blatt (Ed.), *Exodus from Pandemonium: Human abuse and a reformation of public policy* (pp. 57-66). Boston: Allyn and Bacon.
- Albee, G. W. (1977). Does including psychotherapy in health insurance represent a subsidy to the rich from the poor? *American Psychologist*, 32, 719-721.
- Albee, G. W. (1981). The prevention of sexism. *Professional Psychology*, 12, 20-28.
- Albee, G. W. (1990a). The answer is prevention. In P. Chance & T. G. Harris (Eds.), *The best of Psychology Today*. New York: McGraw-Hill.
- Albee, G. W. (1990b). The futility of psychotherapy [Special Issue]. *Journal of Mind and Behavior*, 11 (34).
- Albee, G. W. (Ed.). (1996). Social Darwinism and political models of mental/emotional problems [Special Issue]. *Journal of Primary Prevention*, 17 (1).
- Deutsch, A. (1948). *The shame of the states*. New York: Harcourt Brace.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1942). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hunt, J. Mc V. (Ed.). (1944). *Personality and the behavior disorders*. New York: Ronald Press.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Louitt, C. M. (1936). *Clinical psychology*. New York: Harper and Brothers.
- Mowrer, O. H. (1950). *Learning theory and personality dynamics*. New York: Routledge.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1942). *Counselling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik*. Bern: Huber.
- Szasz, T. (1962). *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Task Panel on Prevention. (1978). *President's Commission on Mental Health* (4 vols.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London and New York: Routledge.