

## Κεφάλαιο 1

### Εισαγωγή



## Εισαγωγή

Ο όρος «ψυχοπαθολογία» παραπέμπει σε δύο διαφορετικές έννοιες. Η πρώτη αφορά στο σύνολο των ψυχικών διαταραχών, δηλαδή στα σύνδρομα και στις ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας. Η δεύτερη έννοια αφορά στην επιστημονική μελέτη των ψυχικών διαταραχών που έχει ως αντικείμενο τον προσδιορισμό και την περιγραφή: (α) των χαρακτηριστικών, των συμπτωμάτων και των βιωμάτων που εκδηλώνονται, καθώς και (β) των αιτιών που προκαλούν τις συγκεκριμένες διαταραχές. Η επιστημονική κοινότητα προσεγγίζει με διάφορους τρόπους τον ορισμό της ψυχοπαθολογίας, ανάλογα με την έμφαση που δίνεται είτε στα χαρακτηριστικά είτε στα αίτια που προκαλούν τις ψυχικές διαταραχές (Ζερβής, 1996). Αυτές οι διαφορετικές προσεγγίσεις αποτελούν εξάλλου αντικείμενο επιστημονικής διαμάχης στις μέρες μας, όπως αναλύεται εκτενέστερα σε άλλο σημείο του βιβλίου σχετικά με τα διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα για τον ορισμό της ψυχοπαθολογίας.

Τα φαινόμενα της ψυχοπαθολογίας προκαλούν διάφορες αντιδράσεις, όπως φόβο, δέος, άπωση, περιέργεια και ενδιαφέρον (Tölle & Windgassen, 1999). Η ψυχοπαθολογία αποτελεί το βασικό αντικείμενο μελέτης κυρίως των ψυχολόγων και των ψυχιάτρων, αλλά από τη στιγμή που αφορά στη μελέτη του ανθρώπινου ψυχισμού είναι εύλογο να απασχολεί και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, ανθρωπολόγους, καθώς και φορείς της δικαιοσύνης. Πολλοί άνθρωποι, παραδείγματος χάριν, απευθύνονται αρχικά στον οικογενειακό γιατρό ή παθολόγο με συμπτώματα –όπως κόπωση, διαταραχές του ύπνου και της όρεξης, δυσκολία στη συγκέντρωση και έλλειψη διάθεσης– με την ιδέα ότι πρόκειται για κάποια παθολογική διαταραχή· ωστόσο περαιτέρω εκτίμηση δείχνει ότι τα άτομα αυτά εμφανίζουν κατάθλιψη. Επίσης, άτομα που βιώνουν ξαφνικά ισχυρό, ανεξήγητο φόβο (άγχος) που συνοδεύεται από έντονες, οξείες σωματικές εκδηλώσεις –για παράδειγμα, ταχυκαρδία, δυσκολία στην αναπνοή, εφίδρωση– και τη σκέψη ότι ενδεχομένως θα πάθουν καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο, καταφεύγουν απευθείας σε νοσοκομειακό πλαίσιο, αλλά οι ιατρικές εξετάσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για διαταραχή πανικού. Επιπλέον, ποικίλα σωματικά συμπτώματα –όπως πόνος, γαστρεντερολογικές και δερματικές ενοχλήσεις– οδηγούν με τη σειρά τους τα άτομα να απευθυνθούν στους αρμόδιους γιατρούς, παραδείγματος χάριν σε γαστρεντερολόγο ή δερματολόγο, ενώ στη συνέχεια αποδεικνύεται πως τα αίτια είναι ψυχικής φύσης.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι υπεύθυνοι για την ανεύρεση της κατάλληλης ενδιάμεσης δομής μεταξύ νοσοκομείου και κοινότητας (για παράδειγμα, οικοτροφείο, ξενώνας) για ασθενείς με βαρύτερες μορφές ψυχοπαθολογίας. Επίσης, σε περιπτώσεις υιοθεσίας ή ανάδοχης οικογένειας, διερευνούν και αξιολογούν την ψυχική υγεία των πιθανών γονέων. Η σχέση μεταξύ κοινωνίας και πολιτισμικού πλαισίου, αφενός, και ψυχοπαθολογίας, αφετέρου, έχει αποτελέσει αντικείμενο ενδιαφέροντος για κοινωνιολόγους και ανθρωπολόγους. Επίσης, έγκειται στους φορείς της δικαιοσύνης να απαντήσουν στο δίλημμα αν κάποιο άτομο είχε σώας

τας φρένας τη στιγμή που διέπραττε μια εγκληματική πράξη, καθώς και την ώρα της δίκης. Τέλος, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι υπεύθυνοι για αποφάσεις σχετικά με την ψυχολογική επάρκεια των γονιών να αναλάβουν την επιμέλεια των παιδιών σε περίπτωση διαζυγίου.

Ο χώρος της τέχνης αποτελεί ένα πεδίο στο οποίο συναντώνται πολύ συχνά οι πιο ζωντανές εκφάνσεις των παθολογικών ή των ακραίων πτυχών του ψυχισμού. Διαταραχές του ανθρώπινου ψυχισμού εμφανίζονται συχνά στη λογοτεχνία από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Πρόκειται για ένα αντικείμενο μελέτης με έντονο το διαχρονικό στοιχείο. Στις αρχαίες ελληνικές τραγωδίες αφθονούν οι σχετικές αναφορές, όπως σε κείμενα του Σοφοκλή (από τα πιο γνωστά παραδείγματα είναι ο *Αίας* που εμφανίζει παραληρητική διαταραχή και στη συνέχεια μείζονα κατάθλιψη που τον οδηγεί στην αυτοκτονία), του Αισχύλου (ο *Ορέστης* εμφανίζει μείζονα κατάθλιψη με ψυχωτικά χαρακτηριστικά, λόγου χάριν ψευδαισθήσεις), αλλά και του Ευριπίδη (ο *Ορέστης* εδώ εμφανίζει στοιχεία ψύχωσης, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες). Επίσης, στις *Βάκχες* του Ευριπίδη, βασική προβληματική φαίνεται να είναι η ψυχική υγεία και η τρέλα (Hartocollis, 1967· Κουρέτας, 1951· Lyketsos, 1953· Simon, 1978). Τα μετέπειτα χρόνια αναφορές σε θέματα ψυχοπαθολογίας εντοπίζονται στα έργα του Shakespeare, όπως στον *Μάκβεθ*, όπου ο βασιλιάς εκδηλώνει συμπτώματα παραληρητικής διαταραχής, και στον *Άμλετ*, όπου η Οφελία εμφανίζει χαρακτηριστικά σχιζοφρένειας αποδιοργανωμένου τύπου, αλλά και στα έργα *Οι δαιμονισμένοι* του Dostoyevsky, όπου αποτυπώνεται η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, και *The Luck of Barry Lynton* του Thackeray, που παρουσιάζεται η αντικοινωνική προσωπικότητα. Στις εικαστικές τέχνες, ο διάσημος πίνακας του Munch *The Scream* αποτυπώνει μια αγωνία που χαρακτηρίζει πολλές σοβαρές μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως η ψύχωση και η μείζονα κατάθλιψη, καθώς και ο πίνακας του Lawrence *Depression* για την κατάθλιψη. Ψυχοπαθολογική θεματολογία αναπτύσσουν και κινηματογραφικά έργα, όπως *The Talented Mr. Ripley* (1999) και *We Need to Talk About Kevin* (2011), που απεικονίζουν την αντικοινωνική προσωπικότητα. Η ταινία *Sybil* (1976) είναι η ιστορία μιας γυναίκας με αποσυνδεδετική διαταραχή της ταυτότητας. Στο έργο *Fatal Attraction* (1987), η πρωταγωνίστρια Glenn Close παρουσιάζει στοιχεία οριακής διαταραχής προσωπικότητας, ενώ μια απόδοση της κατάθλιψης γίνεται στο *Melancholia* (2011). Επίσης, διαφαίνονται διάφορες μορφές ψύχωσης, όπως η σχιζοφρένεια στο *A Beautiful Mind* (2001) και στο *Shutter Island* (2010), η παραληρητική διαταραχή στο *À la folie... pas du tout* (2002) και η επινεμόμενη ψυχωσική διαταραχή (*Folie à deux*) στο *Birth* (2004). Η διπολική διαταραχή εντοπίζεται στις ταινίες *The Ghost and the Whale* (2016) και *Touched with fire* (2015). Ακόμη, η δυσφορία γένους αποτυπώνεται στις ταινίες *The Danish Girl* (2015) και *Girl* (2018). Τέλος, πρόσφατες αποδόσεις της ψυχογενούς ανορεξίας εντοπίζονται στα έργα *To the Bone* (2017) και *Thinspiration* (2014).

Οι λειτουργίες, οι διακυμάνσεις και οι συγκρούσεις της ανθρώπινης ψυχής, καθώς και οι δυσκολίες της, έχουν απασχολήσει τον χώρο της φιλοσοφίας. Ο Πλάτωνας αναλύει την προβληματική των ψυχικών διαταραχών στα έργα του *Πολιτεία*, *Τιμαίος* και *Σοφιστές*, όπου θεωρεί ότι οι ψυχικές διαταραχές πηγάζουν από την ανθρώπινη ψυχή παρά από εξωτερικές αιτίες και συσχετίζονται με τα ανθρώπινα συναισθήματα, τα οποία όμως συνδέει με τη λειτουργία του εγκεφάλου (Πλάτων). Ο Αριστοτέλης, στο έργο του *Προβλήματα*, ασχολείται με την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών και ειδικά της μελαγχολίας (Αριστοτέλης). Πιο σύγχρονοι φιλόσοφοι, όπως ο Kierkegaard, ασχολήθηκαν πολύ με θέματα άγχους και απόγνωσης που χαρακτηρίζουν σοβαρές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια, ενώ ο Schopenhauer ασχολείται με την προσπάθεια του ατόμου να βρει ψυχική ισορροπία, καθώς και με βιώματα που συσχετίζονται με την προβληματική της ψύχωσης. Παρόμοιοι προβλη-

ματισμοί εμφανίζονται στα κείμενα του Nietzsche και του Sartre (Gammelgaard, 2000· Gron, 1993· Kerr, 1978· Lemaigre, 2001· Kaufman, 1980· Stone, 1998).

Ένδειξη της αύξησης του κοινωνικού ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια για ζητήματα ψυχοπαθολογίας αποτελεί η σχετικά συχνή ενασχόληση των ΜΜΕ. Θέματα όπως αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και διαταραχές της πρόσληψης της τροφής (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, διαταραχή υπερφαγίας), καθώς και σεξουαλικές διαταραχές (πρόωρη εκσπερμάτιση, γυναικεία οργασμική διαταραχή κ.λπ.) εμφανίζονται καθημερινώς στον Τύπο, αλλά και σε εκπομπές στο ραδιόφωνο και την τηλεόραση.

Παρότι η ψυχοπαθολογία αποτελεί πηγή ενδιαφέροντος για όσους ασχολούνται με τον άνθρωπο και ερευνούν τη φύση και τους ψυχικούς μηχανισμούς της, και παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει επιτευχθεί, παραμένουν ορισμένα θέματα που εξακολουθούν να προβληματίζουν.

## I. Η προβληματική του ορισμού της ψυχοπαθολογίας

Το πρώτο βασικό θέμα προβληματισμού αφορά στον προσδιορισμό του ψυχοπαθολογικού, δηλαδή πώς διακρίνεται το ψυχοπαθολογικό από το μη ψυχοπαθολογικό. Πώς αποφασίζουμε εάν ψυχικά φαινόμενα, παραδείγματος χάριν αντιλήψεις, συμπεριφορές, συναισθήματα, είναι «φυσιολογικά» ή «μη φυσιολογικά»; Όλοι οι ειδικοί που μελετούν την ψυχοπαθολογία, ανεξάρτητα από την όποια επιστημονική τους προσέγγιση, υπογραμμίζουν τη δυσκολία του ορισμού της (Barlow, Durand & Hofman, 2018· Comer, 2018· Ζερβής, 1996· Hansell & Damour, 2005· Nevid, Rathus & Greenne, 2018· Nolen-Hoeksema, 2020· Oltmanns & Emery, 2015· Χαρτοκόλλης, 1991). Οι παρακάτω προσεγγίσεις παρέχουν διαφορετικές οπτικές ως προς το θέμα της διάκρισης.

### A. Η στατιστική προσέγγιση

Μια προσέγγιση στο περιεχόμενο του όρου «ψυχοπαθολογία», η παραδοσιακά συννηθέστερη, είναι η στατιστική. Καταγράφει τη συχνότητα με την οποία παρουσιάζονται ψυχικά φαινόμενα στον πληθυσμό. Ό,τι συμβαίνει συχνά, ή ισχύει στο μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού, θεωρείται «ομαλό» ή μη ψυχοπαθολογικό. Αντίθετα, ό,τι σπανίζει ή αποκλίνει από το σύννηθες θεωρείται «ανώμαλο» ή «ψυχοπαθολογικό». Η πιο γνωστή, ίσως, διαταραχή που καταγράφεται με βάση τη στατιστική προσέγγιση είναι η νοπτική καθυστέρηση, η οποία ορίζεται σύμφωνα με στατιστικά κριτήρια, όταν δηλαδή, μετά από σχετική αξιολόγηση, διαπιστωθεί ότι το άτομο λειτουργεί νοπτικά κατά τρόπο σημαντικά κατώτερο από τον μέσο όρο. Είναι γεγονός ότι ορισμένες διαταραχές περιλαμβάνουν συμπεριφορές που είναι ακραίες ή σπάνιες, όπως ψευδαισθήσεις (στις ψυχώσεις) ή απόπειρες αυτοκτονίας (στην κατάθλιψη). Εντούτοις, αυτός ο ορισμός παρουσιάζει διάφορες δυσκολίες.

Καταρχάς, τα στατιστικώς συνήθη φαινόμενα δεν είναι πάντοτε θετικά ή επιθυμητά. Παραδείγματος χάριν, η εγκληματικότητα σε υποανάπτυκτες χώρες με σοβαρά κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα ή το κάπνισμα στην Ελλάδα ήταν ή είναι συνήθη φαινόμενα, αλλά παραμένουν αρνητικές ή ανεπιθύμητες καταστάσεις που δεν θα έπρεπε, συνεπώς, να θεωρούνται εκ των προτέρων «ομαλά» φαινόμενα. Αντίθετα, η μη συμμετοχή κάποιου σε αυτές τις στατιστικώς

συνήθεις δραστηριότητες (να μην είναι εγκληματίας σε μια χώρα όπου το έγκλημα είναι συνηθέστατο ή να μην καπνίζει στην Ελλάδα) δεν είναι κάτι που πρέπει να θεωρείται μη φυσιολογικό.

Εξάλλου, τα στατιστικώς ασυνήθην φαινόμενα μπορεί να είναι θετικής μορφής, όπως το κλασικό παράδειγμα της εξαιρετικής ευφυΐας, της διάνοιας. Γενικότερα, οι άνθρωποι που διαθέτουν εξαιρετικές ικανότητες (καλλιτέχνες, επιστήμονες κ.λπ.) αποτελούν μειοψηφία στην κοινωνία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχουν αναπτύξει κάποιο είδος ψυχοπαθολογίας.

Επίσης, πολλές ψυχικές διαταραχές δεν περιλαμβάνουν ασυνήθιστες ή ακραίες συμπεριφορές, σκέψεις, αντιλήψεις ή συναισθήματα. Ειδικά οι πιο ήπιες μορφές ψυχοπαθολογίας –όπως, για παράδειγμα, οι αγχώδεις διαταραχές– δεν παρουσιάζουν συμπεριφορές ή ψυχικά χαρακτηριστικά που διαφέρουν πολύ από εκείνα του γενικού πληθυσμού. Ακόμα και σε περιπτώσεις πιο σοβαρής διαταραχής –παραδείγματος χάριν, στη σχιζοφρένεια– οι πάσχοντες μπορεί να διατηρούν κάποιες λειτουργίες τους ανέπαφες, ενώ τα συμπτώματά τους είναι περιοδικά (Hansell & Damour, 2005· Tölle & Windgassen, 1999).

Ένα άλλο πρόβλημα της στατιστικής προσέγγισης αφορά στην οριοθέτηση με στατιστικά κριτήρια του «ομαλού» και του «ανώμαλου». Τίθενται, δηλαδή, τα ερωτήματα: Με ποια συχνότητα πρέπει να εμφανίζεται ένα φαινόμενο για να θεωρηθεί ομαλό ή, αντιθέτως, πόσο σπάνιο και ιδιότυπο πρέπει να είναι ώστε να δικαιολογεί τον χαρακτηρισμό του ψυχοπαθολογικού;

Το ζήτημα της συμμόρφωσης είναι μια ακόμη δυσκολία που σχετίζεται με τη στατιστική προσέγγιση, η οποία υπονοεί ευθέως ότι η συμμόρφωση προς την κοινωνία είναι κριτήριο ομαλής συμπεριφοράς, ενώ η παράβαση ή παραβίαση κοινωνικών κανόνων υποδεικνύει κάποιο είδος ψυχοπαθολογίας. Με αυτόν τον τρόπο, το άτομο οδηγείται και καλείται να συμπλεύσει με την πλειονότητα του πληθυσμού, ώστε να συμμορφώνεται με τα κριτήρια του μέσου όρου. Εκτός του ότι η συμμόρφωση μπορεί να ενθαρρύνει ανεπιθύμητες συμπεριφορές και να αποθαρρύνει επιθυμητές, μειώνει επίσης και την αυθόρμητη και ατομική έκφραση του ανθρώπου. Με αυτόν τον τρόπο περιορίζει την τάση και το δικαίωμά του για διαφοροποίηση και μοναδικότητα, χαρακτηριστικά τα οποία προάγουν την ατομικότητα. Συνεπώς, περιορίζει και τη δημιουργικότητα του ατόμου. Η επιβολή κοινωνικών κανόνων σε ψυχιατρικό πληθυσμό από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας απεικονίζεται με δραματικό τρόπο στα κινηματογραφικά έργα *One Flew over the Cuckoos Nest* (1975) και *Frances* (1982). Και στις δύο περιπτώσεις οι πρωταγωνιστές υποβάλλονται σε λοβοτομή, δηλαδή σε χειρουργική επέμβαση στον εγκέφαλο, προκειμένου να συμμορφωθούν στις τότε επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες.

## B. Η τήρηση/υιοθέτηση των κοινωνικών αξιών

Μια δεύτερη προσέγγιση έχει ως αφετηρία την υιοθέτηση ή (στις ψυχοπαθολογικές περιπτώσεις) την άρνηση των κοινωνικών αξιών (Nolen-Hoeksema, 2020). Άτομα που δεν ακολουθούν ή παραβιάζουν ευθέως τους κανόνες της κοινωνίας μπορεί να θεωρηθούν μη φυσιολογικά. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν ορισμένοι άνθρωποι που κυκλοφορούν γυμνοί ή άπλυτοι και ατημέλητοι στους δρόμους, άτομα που φωνάζουν και χειρονομούν μόνα τους, ή όσοι εκδηλώνουν αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας και παραβιάζουν τον νόμο (για παράδειγμα, δολοφόνοι, βιαστές κ.λπ.). Ακόμα, όμως, και σε αυτή την προσέγγιση εντοπίζονται ορισμένα προβλήματα. Κατάρχας, ενδέχεται κάποιος να τηρεί και να υιοθετεί τις κοινωνικές αξίες, αλλά να βιώνει έντονη εσωτερική οδύνη, όπως στην περίπτωση ανθρω-

πων που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή από αγχώδεις διαταραχές. Ένα άλλο πρόβλημα σε σχέση με τη μη τήρηση των κοινωνικών αξιών εγείρεται εφόσον δεν διαφοροποιούνται οι εσωτερικές διαδικασίες που υποκινούν την παραβίαση των κοινωνικών αξιών. Συνεπώς, η συγκεκριμένη προσέγγιση δεν επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ κάποιου ατόμου που επιτίθεται σε έναν ξένο επειδή νομίζει ότι ακούει εντολές από εξωγήινους και ενός ατόμου που κάνει την επίθεση για να κλέψει χρήματα για προσωπικό όφελος. Επιπλέον, η υπερβολική συμμόρφωση στις κοινωνικές επιταγές συσχετίζεται με διάφορες διαταραχές, όπως η εξαρτητική διαταραχή της προσωπικότητας ή η περίπτωση ορισμένων ψυχοσωματικών ασθενών, των «νορμοπαθών» (normopaths) όπως τους ονομάζει η McDougall (McDougall, 1989a).

Η προσέγγιση αυτή θέτει επιπλέον ένα ζήτημα με κοινωνιολογικές, φιλοσοφικές, αλλά και νομικές διαστάσεις, το οποίο έχει απασχολήσει πολλούς επιστήμονες, καθώς και φορείς της δικαιοσύνης. Συγκεκριμένα, εάν η παραβίαση αξιών συνιστά σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας, τότε και η εγκληματικότητα θα πρέπει να θεωρείται εκδήλωση ψυχοπαθολογίας, άποψη που επιφέρει σημαντικές ανατροπές στη στάση των αρχών ως προς την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων. Ειδικότερα, εάν η εγκληματικότητα εκληφθεί ως ένδειξη ψυχοπαθολογίας, τότε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με θεραπευτική παρέμβαση, ενώ αν κριθεί ως εσκεμμένη παρανομία, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με μέτρα ποινικού και αναμορφωτικού χαρακτήρα για τον παραβάτη.

### Γ. Το ατομικό υποκειμενικό βίωμα (οδύνη)

Η τρίτη προσέγγιση για τον ορισμό της ψυχοπαθολογίας λαμβάνει ως αφετηρία το ατομικό υποκειμενικό βίωμα, και ειδικά την προσωπική οδύνη. Βιώματα εσωτερικής οδύνης θεωρούνται a priori κριτήρια ψυχοπαθολογίας. Χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις ατόμων που πάσχουν από αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές. Με την προσέγγιση του υποκειμενικού βιώματος, ο ορισμός του ψυχοπαθολογικού στηρίζεται στο ίδιο το άτομο και όχι σε κάποιον εξωτερικό κριτή, όπως τον ειδικό ή την κοινωνία. Αυτή είναι η πιο συνηθισμένη προσέγγιση, ιδίως για τον ορισμό των λιγότερο σοβαρών διαταραχών (Nolen-Hoeksema, 2020). Η εστίαση στο ατομικό υποκειμενικό βίωμα ενέχει όμως και κάποια προβλήματα, όπως ότι πολλές μορφές ψυχοπαθολογίας δεν περιλαμβάνουν συναισθήματα οδύνης. Κλασικά παραδείγματα αυτής της κατηγορίας είναι οι περισσότερες μορφές διαταραχών προσωπικότητας. Ακόμα και σε περιπτώσεις σοβαρής ψυχοπαθολογίας, όπου παρατηρείται ρήξη με την πραγματικότητα και εκδηλώνονται συμπεριφορές που βλάπτουν άλλους ή το ίδιο το άτομο, η συμπτωματολογία μπορεί να μην περιλαμβάνει συναισθήματα εσωτερικής οδύνης. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της μανίας στη διπολική διαταραχή, που σύμφωνα με πολλές μαρτυρίες έχει και ευχάριστες συνιστώσες, όπως ανεβασμένη διάθεση, αυξημένη ενέργεια και δημιουργικότητα. Ας σημειωθεί, τέλος, ότι υπάρχουν και περιπτώσεις όπου η προσωπική οδύνη είναι αναμενόμενη ή ακόμα και επιθυμητή, όπως σε περιπτώσεις απώλειας αγαπημένου προσώπου, επαγγελματικής θέσης ή γενικότερης συνθήκης ζωής (Danforth, 2000· Liiceneau, 2000). Σε τέτοιου είδους περιπτώσεις ένδειξη ψυχοπαθολογίας αποτελεί η **απουσία** προσωπικής οδύνης (Edelstein et al., 1999· Worley, 1991). Αυτή η έλλειψη οδύνης χαρακτηρίζει τη ναρκισσιστική, τη δραματική (ιστριονική) και την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, καθώς και ορισμένα άτομα που εμφανίζουν ψυχοσωματικές διαταραχές.

## Δ. Αναζήτηση βοήθειας

Σε άμεση συσχέτιση με τα παραπάνω είναι και ο ορισμός του ψυχοπαθολογικού με κριτήριο την αναζήτηση βοήθειας. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η ψυχοπαθολογία ορίζεται από την αναζήτηση βοήθειας από ειδικό. Υποθέτουμε, δηλαδή, ότι τα άτομα που απευθύνονται σε ειδικό για την ψυχική υγεία έχουν κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας, ενώ τα άτομα που δεν ζητούν βοήθεια είναι «φυσιολογικά» (Hansell & Damour, 2005). Παρά το γεγονός ότι το κριτήριο αυτό χαίρει αυξημένης αποδοχής από τον γενικό πληθυσμό, θεωρείται ανεπαρκές, καθώς πολλά άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν απευθύνονται σε ειδικούς. Αυτό ισχύει τόσο για πιο ήπιες μορφές ψυχοπαθολογίας (παραδείγματος χάριν, διαταραχές της προσωπικότητας) όσο και για πιο σοβαρές (για παράδειγμα, ψυχώσεις, συναισθηματικές διαταραχές). Επίσης, μπορεί κάποιος να απευθυνθεί σε ειδικό διότι περνά μια κρίση (παραδείγματος χάριν, διαζύγιο), έχει υποστεί κάποιον τραυματισμό (για παράδειγμα, είναι θύμα εγκλήματος), ή επειδή κάτι τον απασχολεί, χωρίς ωστόσο να εκδηλώνει συμπτώματα ψυχοπαθολογίας.

## Ε. Η λειτουργικότητα του ατόμου

Σημαντικό κριτήριο για τον ορισμό της ψυχοπαθολογίας μπορεί να αποτελέσει επίσης η λειτουργικότητα του ατόμου. Άτομα που λειτουργούν ικανοποιητικά –δηλαδή, αυτοεξυπηρετούνται, εργάζονται, διατηρούν ικανοποιητικές σχέσεις με τους άλλους– θεωρούνται φυσιολογικά, ενώ άτομα που δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες της καθημερινής ζωής θεωρείται ότι έχουν κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος που αδυνατεί να δουλέψει επειδή νιώθει έντονη κόπωση, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί ή έχει τόσο «πεσμένη» διάθεση (παραδείγματος χάριν, μείζονα κατάθλιψη), ή κάποιος που εκδηλώνει αποδιοργανωμένη σκέψη και αδυνατεί συνεπώς να συγκεντρωθεί σε επαγγελματικές και καθημερινές υποχρεώσεις, ενώ διαταράσσεται και η επικοινωνία του με τους άλλους (για παράδειγμα, σχιζοφρένεια), θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι έχει κάποια διαταραχή σύμφωνα με το κριτήριο της λειτουργικότητας.

Η προσέγγιση αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι αναφέρεται στις διεργασίες και πρακτικές διαδικασίες που οδηγούν στην κοινωνική προσαρμογή και την επιτυχή διαβίωση. Διαθέτει έναν βαθμό ευελιξίας, διότι αφορά στη λειτουργία του ατόμου σχετικά με τις εκάστοτε συνθήκες ζωής και συνεπώς ισχύει σε πολλές διαφορετικές περιστάσεις (Alloy et al., 2005). Εντούτοις, ούτε το κριτήριο της λειτουργικότητας είναι επαρκές για τον ορισμό του ψυχοπαθολογικού. Κατ'αρχάς, σε ορισμένες περιπτώσεις τα άτομα λειτουργούν ικανοποιητικά ή η δυσλειτουργικότητά τους είναι πολύ ήπιας μορφής και δεν αποτελεί το κεντρικό κριτήριο της διαταραχής τους, αλλά πάσχουν από διαταραχές που συγκροτούν ψυχοπαθολογία (αγχώδεις διαταραχές, ήπιες διαταραχές της διάθεσης). Εξάλλου, προβλήματα στις ψυχολογικές λειτουργίες του ατόμου –για παράδειγμα, στη μνήμη ή στις κοινωνικές δεξιότητες– ενδέχεται να οφείλονται σε σωματικές παθήσεις, όπως ένα εγκεφαλικό τραύμα ή εγκεφαλικό επεισόδιο, και όχι σε ψυχικές διαταραχές. Τελικά, η ίδια κριτική που προαναφέρθηκε σχετικά με τη συμμόρφωση στις κοινωνικές αξίες ισχύει και για τον ορισμό της ψυχοπαθολογίας που υιοθετεί το κριτήριο της λειτουργικότητας.



## Στ. Επικινδυνότητα/παραλογισμός

Μια κοινή αντίληψη σχετικά με την ψυχοπαθολογία είναι ότι τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές είναι εκτός λογικής ή ακόμα και επικίνδυνα. Στην πραγματικότητα, ενώ κάποιοι πάσχοντες μπορεί να συμπεριφέρονται με παράλογο ή και επικίνδυνο τρόπο, είτε προς τους άλλους είτε προς τον ίδιο τον εαυτό τους, η πλειονότητα των ανθρώπων που έχουν κάποια ψυχική διαταραχή δεν είναι ούτε παράλογοι, ούτε επικίνδυνοι (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2005· Monahan, 1993). Επίσης, οι «παράλογες» και επικίνδυνες συμπεριφορές αξιολογούνται διαφορετικά, ανάλογα με τη χρονική συγκυρία ή με άλλες συνθήκες. Σε περίπτωση πολέμου, για παράδειγμα, ή σε υποβαθμισμένες περιοχές όπου επικρατούν συμμορίες, η «παράλογη» ή επικίνδυνη συμπεριφορά είναι αναγκαία και μπορεί να επιβραβευθεί ως και ηρωική! Αντιθέτως, η συσχέτιση λογικής και «φυσιολογικότητας» δεν ευσταθεί πάντα, δεδομένου ότι ορισμένες διαταραχές καθορίζονται από υπερβολική έμφαση στη λογική εις βάρος της συναισθηματικής λειτουργίας, όπως, λόγου χάρη, στις περιπτώσεις της ιδεοψυχοναγκαστικής διαταραχής ή των ψυχοσωματικών διαταραχών (Aisenstein, 1993· Hansell & Damour, 2005· Μπόμπος, 2002).

## Ζ. Σύνθετο μοντέλο ορισμών

Η παράθεση των παραπάνω απόψεων καθιστά εμφανή τη δυσκολία να προσδιορίσουμε την ψυχοπαθολογία. Μια μαρτυρία των ειδικών σχετικά με αυτή τη δυσκολία είναι το αφιέρωμα στην προβληματική γύρω από τον ορισμό της ψυχοπαθολογίας ενός πρόσφατου τεύχους του περιοδικού *Journal of Abnormal Psychology* (τομ. 108-3) της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας, το οποίο έχει ως βασικό αντικείμενο θέματα ψυχοπαθολογίας. Στο συγκεκριμένο τεύχος ο Jerome Wakefield, διάσημος ψυχολόγος που έχει ασχοληθεί για πολλά χρόνια με το θέμα του ορισμού (1992, 1999), προτείνει, και μάλιστα ως οριστικό, τον όρο **επιβλαβής δυσλειτουργία** (*harmful dysfunction*). Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, «διαταραχή είναι μια επιβλαβής δυσλειτουργία, όπου ως δυσλειτουργίες ορίζονται οι αποτυχίες των εσωτερικών μηχανισμών να διεκπεραιώσουν φυσιολογικές (φυλογενετικά προσαρμοστικές) λειτουργίες» (σελ. 374). Στο ίδιο τεύχος διαπιστώνεται έντονη επιστημονική διαμάχη, καθώς περιλαμβάνει άρθρα υπέρ (Spitzer, 1999) αλλά και κατά (Kimayer & Young, 1999) της θέσης του Wakefield.

Συνοπτικά, οι ως άνω προβληματισμοί υποδεικνύουν την πολυπλοκότητα του ορισμού της ψυχοπαθολογίας που, όπως φαίνεται, επιβάλλει μια σύνθετη προσέγγιση, η οποία επιτυγχάνεται μόνο μέσα από τον συνδυασμό των προαναφερθεισών προσεγγίσεων. Τα δύο βασικά συστήματα ταξινόμησης που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως, το *International Classification of Diseases (ICD-10)* του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5)* της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, βασίζονται στον συνδυασμό αυτών των κριτηρίων. Πιο λεπτομερής περιγραφή των συστημάτων αυτών γίνεται στο επόμενο κεφάλαιο. Συνοπτικά, οι ειδικοί της ψυχικής υγείας αντιλαμβάνονται τις ψυχικές διαταραχές ως σύνολο προβλημάτων στη σκέψη ή γνωστική λειτουργία, στη συναισθηματική ρύθμιση ή ανταπόκριση και στην κοινωνική συμπεριφορά (Cuthbert & Insel, 2013· Hyman, 2010).

## II. Πολιτισμικές διαστάσεις

Μέσα από τους πολλούς και διαφορετικούς τρόπους ορισμού της ψυχοπαθολογίας που παρουσιάστηκαν, αναδύεται η σημασία του κοινωνικού πλαισίου. Πολιτισμικές παρατηρήσεις και έρευνες υποδεικνύουν πως δεν υπάρχουν οικουμενικά κριτήρια ή κανόνες όσον αφορά στον ορισμό της ψυχοπαθολογίας. Αντιθέτως, η συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί παθολογική μόνο σχετικά με πολιτισμικές νόρμες (Snowden & Yamada, 2005). Το πλεονέκτημα αυτής της αντίληψης είναι ότι αναγνωρίζει και τιμά τις νόρμες και τις παραδόσεις διαφορετικών πολιτισμών και δεν επιβάλλει τα κριτήρια ενός πολιτισμού σχετικά με την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας. Πιο συγκεκριμένα, ο πολιτισμός και το φύλο μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο που εκφράζονται ή εκδηλώνονται συμπτώματα. Επιπλέον, πολιτισμός και φύλο μπορεί να επηρεάσουν το κατά πόσον ένας άνθρωπος είναι διατεθειμένος να αναφέρει ορισμένα συναισθήματα ή συμπεριφορές. Για παράδειγμα, οι Εσκιμώοι ίσως διστάζουν να αναφέρουν συναισθήματα θυμού, ενώ στους δυτικούς πολιτισμούς η έκφραση του θυμού είναι αποδεκτή. Ακόμη, ο πολιτισμός και το φύλο επηρεάζουν την επιλογή της παρέμβασης. Λόγου χάριν, στον δυτικό κόσμο τα ψυχοφάρμακα είναι αποδεκτά, σε αντίθεση με κάποιες πιο παραδοσιακές κουλτούρες του κόσμου (Nolen-Hoeksema, 2020· Snowden & Yamada, 2005).

Δύο έννοιες είναι βασικές σε σχέση με το κοινωνικό πλαίσιο και τον ορισμό της ψυχοπαθολογίας: η **πολιτισμική σχετικοκρατία** (πολιτισμικός ρελατιβισμός) και η **ιστορική σχετικοκρατία** (Alarcón, Foulks & Vakour, 1998· Berry, Poortinga, Segall & Daesen, 2002· Castillo, 1997· Cheung, 1988· Communuan & Gielen, 2000· Kagitcibasi, 2000· Kim, 2000· Natalico, 1981). Τα κριτήρια της συννηθισμένης, αποδεκτής (και συνεπώς «φυσιολογικής») συμπεριφοράς εξαρτώνται από τους κοινωνικούς παράγοντες και επομένως διαφέρουν ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο (πολιτισμική σχετικοκρατία), καθώς και τη συγκεκριμένη ιστορική στιγμή (ιστορική σχετικοκρατία) κατά την οποία εκδηλώνονται. Άλλωστε, εκτεταμένες έρευνες και μελέτες έχουν υπογραμμίσει την άμεση σχέση κοινωνικο-πολιτισμικού πλαισίου και ορισμού της ψυχοπαθολογίας (Al-Issa, 1995· Good, 1992· Kazarian & Evans, 1998· Tanaka-Matsumi & Draguns, 1997).

### A. Πολιτισμική σχετικοκρατία (πολιτισμικός ρελατιβισμός)

Η πολιτισμική σχετικοκρατία αφορά στις διαφορές από κοινωνία σε κοινωνία κατά την ίδια χρονική περίοδο. Διαπολιτισμικές μελέτες έχουν υποδείξει ότι ο ορισμός της ψυχοπαθολογίας διαφέρει από το ένα πολιτισμικό πλαίσιο στο άλλο. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, δείχνουν ότι η ψυχοπαθολογία ορίζεται διαφορετικά στην Ελλάδα και διαφορετικά σε άλλες χώρες (Georgas, 1988· Γεώργας, 2000· MacDonald, Tsiantis, Achenbach, Motti-Stefanidi & Richardson, 1995· Motti-Stefanidi, Papathanasiou, Pavlopoulos, Dalla & Takis 2003· Roland, 1989· Takahashi, 1980). Για παράδειγμα, το σύνδρομο της κατάθλιψης εμφανίζεται ευρέως σε δυτικές κοινωνίες, ενώ φυλές της Νέας Γουινέας και της Ινδονησίας δεν αναγνωρίζουν περιγραφές του συνδρόμου αυτού, ούτε υπάρχει η αντίστοιχη λέξη στο λεξιλόγιό τους. Επίσης, συμπεριφορές όπως παθητικότητα, υποχωρητικότητα και πίστη στην εξουσία θεωρούνται χαρακτηριστικά της εξαρτητικής διαταραχής προσωπικότητας σε χώρες του δυτικού κόσμου, ενώ θεωρούνται αποδεκτές, ακόμη και επιθυμητές, σε παραδοσιακές ασιατικές και αρκτικές κοινωνίες. Επιπλέον, ενώ σε δυτικές κοινωνίες η κοινωνική απομόνωση, η αδιαφορία για

την κοινωνία και η ελλειμματική επικοινωνία αποτελούν ενδείξεις της σχιζοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας, οι ίδιες συμπεριφορές χαρακτηρίζουν συχνά μετανάστες από αγροτικές σε βιομηχανικές κοινωνίες, καθώς και άτομα που μεταναστεύουν από μια χώρα σε μια άλλη (Alarcón & Foulks, 1995· MacLachlan, 1997).

Υπάρχουν επίσης κάποια ψυχοπαθολογικά σύνδρομα που εμφανίζονται μόνο σε ορισμένες κοινωνίες. Πολλές φορές χαρακτηρίζονται από έντονες, δραματικές εκδηλώσεις που παρουσιάζονται για σύντομα χρονικά διαστήματα (Castillo, 1997· Hardy & Calhoun, 1997· Klamen, Grossman & Kopacz, 1999· Littlewood & Lipsedge, 1986). Τα παρακάτω πολιτισμικά σύνδρομα (Culture-Bound Syndromes) είναι χαρακτηριστικά μόνο σε μη δυτικές χώρες:

- **«Αμοκ»**. Σύνδρομο που εμφανίζεται κατεξοχήν σε άντρες στη Νοτιανατολική Ασία, την Καραϊβική και σε ιθαγενείς Αμερικανούς (Ινδιάνοι Ναβάχο). Χαρακτηρίζεται από ένα προοίμιο μελαγχολικής συμπεριφοράς που ακολουθείται από ξαφνικές εκδηλώσεις επιθετικότητας και βίας. Το επεισόδιο συχνά φαίνεται να είναι αντίδραση σε κάποια προσβολή και συνοδεύεται από μια αίσθηση καταδίωξης. Ακολουθείται από τάσεις απόσυρσης και αίσθημα κόπωσης.
- **«Μπιλις, Κολερα, Μουνα»**. Χαρακτηριστικό σύνδρομο σε πολλές ισπανόφωνες κοινωνίες στη Νότια αλλά και τη Βόρεια Αμερική, το οποίο έχει ως πυρήνα την αντίληψη ότι η οργή ανέτρεψε τις ισορροπίες του σώματος, προκαλώντας νευρικότητα, ένταση, κεφαλαλγίες, τρέμουλο και κραυγές.
- **«Μπουφε Ντελιραντι»**. Ξαφνικό ξέσπασμα, με ταραγμένη και επιθετική συμπεριφορά, σύγχυση καθώς και ψυχική και σωματική διέγερση. Εμφανίζεται στην Ανατολική Αφρική και την Αϊτή.
- **«Κορο»**. Αιφνίδιος και έντονος φόβος ότι τα γεννητικά όργανα (πέος ή θηλές) θα αναδιπλωθούν μέσα στο σώμα, οδηγώντας τον πάσχοντα ή την πάσχουσα στον θάνατο. Πολλές φορές εμφανίζεται επιδημία του συνδρόμου στη Νότια και την Ανατολική Ασία, καθώς και στην Κίνα.
- **«Λατα»**. Σύνδρομο που ανιχνεύεται στη Μαλαισία, την Ταϊλάνδη, την Ιαπωνία και την Ινδονησία. Εκδηλώνεται με υπερευαισθησία στον ξαφνικό τρόμο, συχνά με μίμηση των άλλων, και με συμπεριφορές που κάνουν το άτομο να φαίνεται σαν υπνωτισμένο.
- **«Πιμπλοκτοκ»**. Σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μια σύντομη κρίση που διαρκεί έως και 30 λεπτά, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο σκίζει τα ρούχα του, φωνάζει, γίνεται βίαιο και μετά δραπετεύει. Συχνά ακολουθούν κρίσεις επιληπτικού τύπου και μετά μια περίοδο κατά την οποία το άτομο πέφτει σε κώμα. Όταν συνέρχεται, σπανίως θυμάται το επεισόδιο. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται στους Εσκιμώους.
- **«Σενκουε»**. Έντονο άγχος, συμπτώματα πανικού με σωματικές ενοχλήσεις που αποδίδονται σε απώλεια σπέρματος (λόγω αυνανισμού, πρόωρης εκοπερμάτισης, ονειρώξεων κ.λπ.), η οποία εκλαμβάνεται ως δήθεν επικίνδυνη για τη ζωή του ανθρώπου. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται στην Κίνα και την Ταϊβάν.
- **«Σουστο»**. Αντίδραση τρόμου που διαρκεί μέρες ή χρόνια και εκδηλώνεται συχνά σε χώρες της Λατινικής Αμερικής. Η αντίδραση αυτή ερμηνεύεται ως αποχωρισμός της ψυχής από το σώμα (σουστο σημαίνει «χωρίς ψυχή») με σοβαρές επιπτώσεις για το άτομο. Τα συμπτώματα μοιάζουν κατά βάση με τα χαρακτηριστικά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Ενίοτε, ακόμα και ο θάνατος του ατόμου εξηγείται με αυτόν τον τρόπο.

- **«Σπελ»**. Σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κατάσταση ύπνωσης, κατά τη διάρκεια της οποίας ο ασθενής επικοινωνεί με πνεύματα ή με άτομα που έχουν πεθάνει. Εμφανίζεται στις νότιες πολιτείες των ΗΠΑ.
- **«Ταϊτζιν Κυοφουσο»**. Έντονος φόβος ότι μέλη του σώματος, λειτουργίες ή οσμές του είναι δυσάρεστες ή απωθητικές για τους άλλους. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται στην Ιαπωνία και την Κορέα.
- **«Χουα Μπιουγκ»**. Συμπτώματα που αποδίδονται στην καταστολή του θυμού και περιλαμβάνουν αϋπνία, κόπωση, πανικό, φόβο του θανάτου, κατάθλιψη, δυσπεψία. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται στην Κορέα.

Τα παραπάνω σύνδρομα σπανίζουν στις δυτικές κοινωνίες, υπάρχουν όμως διαταραχές που εμφανίζονται μόνο σε χώρες της Δύσης, όπως οι ακόλουθες:

- **Ψυχογενής ανορεξία**. Σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη ενασχόληση με την απώλεια βάρους, με πολύ αυστηρή δίαιτα που οδηγεί σε μείωση μεγαλύτερη του 25% του σωματικού βάρους. Εμφανίζεται κατεξοχήν σε γυναίκες από τα εφηβικά χρόνια και μετά (βλ. κεφάλαιο 11).
- **Αγοραφοβία**. Έντονη αντίδραση άγχους, όταν το άτομο φεύγει από το σπίτι του ή εισέρχεται σε δημόσιο χώρο, με αποτέλεσμα να περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό η λειτουργικότητά του εκτός σπιτιού. Εκδηλώνεται κυρίως σε γυναίκες.
- **Επιδειξιμανία**. Σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από ολιγόλεπτη, αλλά ολοκληρωτική έκθεση του γυμνού ανδρικού σώματος (ειδικά των γεννητικών οργάνων) σε γυναίκες (βλ. κεφάλαιο 10).
- **Σύνδρομο του φοιτητή της ιατρικής (medical student's syndrome)**. Τάση φοιτητών της ιατρικής να (παρ-)ερμηνεύουν κάθε σωματική ενόχληση (για παράδειγμα, εξάνθημα, πονοκέφαλο κ.ά.), θεωρώντας την ένδειξη κάποιας σοβαρής ασθένειας που τυχαίνει να μελετούν. Παρόμοια τάση μπορεί να εμφανιστεί σε φοιτητές ψυχολογίας σε σχέση με σύνδρομα ψυχοπαθολογίας!

Είναι συνεπώς εξαιρετικά σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο, προτού διατυπωθεί ένας ορισμός της ψυχοπαθολογίας. Ακόμα και στην ίδια κοινωνία μπορεί να υπάρχουν διαφορές, όπως όταν πρόκειται για ειδικούς πληθυσμούς (μετανάστες ή μειονοτικές ομάδες). Μπορεί επίσης να παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα σε κοινωνικές τάξεις, ή ανάμεσα σε γεωγραφικές περιοχές (πόλη-χωριό, βορράς-νότος) της ίδιας χώρας.

Η αναγνώριση της σημασίας των πολιτισμικών παραγόντων έχει πυροδοτήσει συστηματικές έρευνες με στόχο τη σε βάθος ανάλυση ομοιοτήτων και διαφορών ανάμεσα σε πολιτισμούς (Cheng, 2004· Misra & Castillo, 2004· WHO, 2004).

## B. Ιστορική σχετικοκρατία

Η ιστορική σχετικοκρατία, που ονομάζεται και ιστορικός ρελατιβισμός, αφορά σε διαφορές από τη μία χρονική περίοδο στην άλλη μέσα στην ίδια κοινωνία. Οι κοινωνικές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου δημιουργούν διαφορετικές προσδοκίες σχετικά με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Στις μέρες μας, από τα πιο γνωστά παραδείγματα είναι η αλλαγή ως προς την ταξινόμηση της ομοφυλοφιλίας. Ενώ, δηλαδή, η ομοφυλοφιλία αποτελούσε διαγνωστική

κατηγορία σεξουαλικής διαταραχής στο ταξινομικό σύστημα DSM μέχρι το 1973, οι αλλαγές στις κοινωνικές στάσεις οδήγησαν στην αφαίρεσή της από το συγκεκριμένο σύστημα και στον αποχαρακτηρισμό της ως διαταραχής (εκτός εάν αποτελεί αίτημα του ατόμου για αλλαγή). Επιπλέον, νέες μορφές διαταραχών, όπως η οριακή και η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας, θεωρούνται, τουλάχιστον εν μέρει, αποτέλεσμα κοινωνικών αλλαγών (Kernberg, 1975· Kristeva, 1995· Lasch, 1979).

### III. Εξελικτικές παράμετροι

Ο ορισμός της ψυχοπαθολογίας εξαρτάται επίσης από την εξελικτική φάση την οποία διανύει το άτομο. Σε όλες τις κοινωνίες διακρίνονται εξελικτικά στάδια για κάθε ηλικία, τα οποία καθορίζονται από συγκεκριμένες προσδοκίες σχετικά με τις σκέψεις και τη συμπεριφορά των ατόμων. Ομαλά ψυχολογικά φαινόμενα θεωρούνται όσα αντιστοιχούν στο εξελικτικό στάδιο του ατόμου και ψυχοπαθολογικά όσα είναι εκτός εξελικτικού πλαισίου. Παραδείγματος χάριν, η έντονη ενασχόληση νέων ανθρώπων που έχουν καλή σωματική υγεία με θέματα υγείας και με τον θάνατο μπορεί να αποτελέσει κριτήριο ψυχοπαθολογίας, ενώ θεωρείται φυσιολογικό για άτομα της τρίτης ηλικίας (Παγοροπούλου, 2000· Gallagher, Thompson & Thomson, 1995· Schultz & Heekhausen, 1996). Είναι, συνεπώς, απαραίτητο να γνωρίζει και να συνυπολογίζει ο ειδικός τις προδιαγραφές κάθε εξελικτικού σταδίου, ειδικά για την παιδική, την εφηβική και την τρίτη ηλικία.

### IV. Ταξινόμηση

Η ταξινόμηση είναι η οργάνωση των επιμέρους στοιχείων μιας μελέτης με άξονα τις βασικές τους ομοιότητες και η ομαδοποίησή τους σύμφωνα με αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά. Στην ψυχοπαθολογία, η διάγνωση στηρίζεται στην ταξινόμηση του προβλήματος ή των προβλημάτων του πάσχοντος σε αναγνωρισμένες κατηγορίες με γνώμονα τη συμπεριφορά, το συναίσθημα, τη σκέψη και την αντίληψή του. Όπως και στις άλλες επιστήμες, η ταξινόμηση στην ψυχοπαθολογία είναι αναγκαία για διάφορους λόγους. Καταρχάς, μέσω της ταξινόμησης πληροφορίες από πολλές πηγές οργανώνονται σε ένα ενιαίο σύστημα. Επίσης, η ταξινόμηση δημιουργεί μια κοινή γλώσσα, επιτρέποντας την επικοινωνία μεταξύ επιστημόνων από πολλούς τομείς, με πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, καθώς και από διαφορετικά μέρη του κόσμου. Επίσης, στοχεύει στην πρόγνωση, δηλαδή στην πρόβλεψη της πορείας ενός συνδρόμου. Συνεπώς, διευκολύνει τη μελέτη, την έρευνα και τη γενικότερη πρόοδο για την κατανόηση των ψυχικών διαταραχών.

Η αναγκαιότητα για ταξινόμηση υπογραμμίζεται από το γεγονός ότι έγιναν διάφορες προσπάθειες να δημιουργηθούν ταξινομικά συστήματα ήδη από την αρχαιότητα. Η πρώτη καταγραφή συγκεκριμένου συνδρόμου αποδίδεται στην αιγυπτιακή περιγραφή της άνοιας το 3000 π.Χ., ενώ το πρώτο σύστημα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών εμφανίζεται στο Ayurveda, το αρχαίο ινδικό σύστημα ιατρικής (Menninger, 1963). Το πρώτο επίσημο διαγνωστικό σύστημα ψυχοπαθολογίας εμφανίστηκε το 1803 και οφείλεται στον διάσημο ψυχίατρο Philippe Pinel (1745-1826). Αργότερα, το 1899, ο Emil Kraepelin (1856-1926), που θεωρείται ο «πατέρας» της σύγχρονης ψυχιατρικής διάγνωσης (Hansell & Damour, 2005), πρότεινε ένα

διαγνωστικό σύστημα αποτελούμενο από 13 διαφορετικές διαταραχές, τις οποίες διέκρινε μέσα από τις εμπειρίες του με εκατοντάδες ασθενείς σε ψυχιατρεία. Από τότε μέχρι τον 20ό αιώνα, οι διαγνωστικές κατηγορίες αυξήθηκαν, το επιστημονικό ενδιαφέρον διευρύνθηκε και το έργο των ψυχιάτρων επεκτάθηκε σε νέες επιστημονικές περιοχές. Το 1952, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία δημοσίευσε την πρώτη έκδοση του ψυχιατρικού εγχειριδίου DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), το DSM-I. Το DSM-I ήταν η αναθεωρημένη έκδοση του ψυχιατρικού τμήματος του ICD (*International Classification of Diseases*), του ιατρικού διαγνωστικού συστήματος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (World Health Organization – WHO). Οι επόμενες εκδόσεις του DSM (DSM-II, DSM-III, DSM-IV, DSM-5) ενσωμάτωσαν σταδιακά περισσότερες διαγνωστικές κατηγορίες.

Σε διεθνές επίπεδο, επί του παρόντος, χρησιμοποιούνται δύο ταξινομικά συστήματα για τη διάγνωση της ψυχοπαθολογίας. Το ένα είναι το *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (DSM-5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, το οποίο έχει αποδώσει στα ελληνικά και επιμεληθεί ο Γκοτζαμάνης (2015) με τίτλο *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5*. Το δεύτερο ταξινομικό εγχειρίδιο είναι το *International Classification of Diseases* (ICD-10), το οποίο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Στεφανή, Σολδάτο, Μαυρέα (1993) και είναι γνωστό ως *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς*. Εντός του 2022 αναμένεται η έκδοση του ICD-11.

## V. Αξιολόγηση

Η διάγνωση στηρίζεται στην αξιολόγηση του ατόμου, δηλαδή στη συλλογή, την οργάνωση και την ερμηνεία των απαραίτητων πληροφοριών. Η αξιολόγηση έχει δύο στόχους. Ο πρώτος είναι η **περιγραφή**, η διαμόρφωση της ακριβούς εικόνας του ατόμου, δηλαδή των γνωστικών λειτουργιών, των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του, με έμφαση σε τυχόν δυσκολίες και προβλήματα. Ο δεύτερος στόχος αφορά στην **πρόβλεψη**, δηλαδή σε σκέψεις σχετικά με την πρόγνωση της διαταραχής. Η πρόβλεψη έχει σημαντικές επιπτώσεις – ενδέχεται να καθορίσει και να επηρεάσει σημαντικά το θεραπευτικό, το σχολικό, το επαγγελματικό και το κοινωνικό πλαίσιο, όπως, για παράδειγμα, τις αποφάσεις σχετικά με την καλύτερη μορφή θεραπείας, την ανάγκη νοσηλείας ή/και φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και την ανάγκη για περαιτέρω αξιολογήσεις (λόγου χάρη, νευροψυχολογική εξέταση για πιθανά οργανικά σύνδρομα). Επιπλέον, η επιλογή ειδικών διδακτικών μεθόδων και πλαισίων κρίνεται από τις προβλέψεις των εκάστοτε διαγνώσεων. Η αξιολόγηση είναι επίσης σημαντική ως επανεξέταση, ώστε να κριθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας που ακολουθεί το άτομο (Meyer et al., 2001).

### Μέθοδοι αξιολόγησης

Υπάρχουν τέσσερις βασικές μέθοδοι αξιολόγησης:

1. Συνέντευξη.
2. Ψυχολογικά τεστ.
3. Εργαστηριακά τεστ.
4. Παρατήρηση και αξιολόγηση συμπεριφοράς.

## Α. Συνέντευξη

Η συνέντευξη θεωρείται το πιο σημαντικό μέρος της αξιολόγησης και είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος αξιολόγησης (Groth-Marnat & Wright, 2016· Κουλάκογλου, 2013· Μέλλον, 2010· Nevid, Rathus & Greene, 2018). Η συνέντευξη είναι συνήθως η πρώτη επαφή του κλινικού με τον πάσχοντα. Χωρίς τη συλλογή δεδομένων που προκύπτουν από τη συνέντευξη, τα δεδομένα από άλλα μέρη της αξιολόγησης –παραδείγματος χάριν, τα τεστ– συχνά δεν έχουν χρησιμότητα για την κατανόηση του ατόμου. Με τη συνέντευξη συγκεντρώνονται σημαντικές πληροφορίες, όπως η παρατήρηση της συμπεριφοράς, τα ατομικά μοναδικά χαρακτηριστικά του ατόμου, αλλά και η προσωπική του αντίδραση και ενόραση για τα προβλήματά του, στις οποίες ο κλινικός δεν έχει πρόσβαση από άλλους τρόπους αξιολόγησης.

Η συνέντευξη αποτελείται από μια συζήτηση μεταξύ εξεταστή και εξεταζόμενου, η οποία πραγματοποιείται πρόσωπο με πρόσωπο. Διαφέρει όμως σημαντικά από μια καθημερινή συζήτηση σε διάφορα σημεία. Η συνέντευξη έχει σαφείς στόχους, είναι οργανωμένη γύρω από θεματικούς άξονες και έχει μια συγκεκριμένη πορεία. Οι στόχοι είναι η συλλογή πληροφοριών που δεν γίνεται με άλλα μέσα, όπως η περιγραφή αιτημάτων και σχετικών προβλημάτων, το ιστορικό των αιτημάτων-προβλημάτων, το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό, το επίπεδο προσαρμογής, η διάγνωση, καθώς και τα δυνατά και αδύνατα σημεία του εξεταζόμενου. Βασικός στόχος της αξιολόγησης είναι επίσης η διαμόρφωση της κλινικής εικόνας του ατόμου, δηλαδή τυχόν οξέων ή χρόνιων ψυχικών προβλημάτων. Ένας άλλος στόχος είναι η δημιουργία μιας καλής σχέσης επικοινωνίας με τον εξεταζόμενο που ευνοεί τη συλλογή των δεδομένων και βοηθά στη βαθύτερη κατανόηση των αιτημάτων και των προβλημάτων του εξεταζόμενου, τόσο από τον ίδιο τον εξεταζόμενο όσο και από τον εξεταστή. Ένας ακόμη στόχος είναι ο εξεταστής να μπορεί να δώσει στήριξη και κατεύθυνση στον εξεταζόμενο για να μπορεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του. Ο εξεταστής συνεπώς πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με τους βασικούς τομείς που εξετάζονται και να μπορεί να ελέγχει και να κατευθύνει την πορεία της συνέντευξης αναλόγως.

Οι απαιτούμενες δεξιότητες για μια καλή συνέντευξη δύσκολα καθορίζονται, διότι υπάρχουν διαφορετικές θεωρητικές τοποθετήσεις σχετικά με την αλληλεπίδραση εξεταστή-εξεταζόμενου. Επίσης, η καλή συνέντευξη βασίζεται περισσότερο στη γενική στάση του εξεταστή, παρά στα λεγόμενα ή στις πράξεις του. Ενώ κλινικοί από διαφορετικές προσεγγίσεις μπορεί να διαφέρουν σε σχέση με κάποια θέματα, όπως ο βαθμός που κατευθύνουν τον εξεταζόμενο ή οι πληροφορίες που οφείλουν να συγκεντρώσουν, οι περισσότεροι συμφωνούν ότι ορισμένα χαρακτηριστικά του εξεταστή είναι κρίσιμα, όπως, για παράδειγμα, η έκφραση γνησιότητας, αποδοχής, κατανόησης, γνήσιου ενδιαφέροντος, ζεστασιάς και η θετική στάση σχετικά με την αξία του εξεταζόμενου. Χωρίς αυτά τα χαρακτηριστικά είναι μάλλον απίθανο να επιτευχθούν οι στόχοι της συνέντευξης, όποιοι και αν είναι αυτοί (Patterson, 1989).

Η κάθε συνέντευξη είναι μοναδική, ανάλογα με τον στόχο και τον εξεταζόμενο. Εντούτοις, οι συνεντεύξεις συνήθως διερευνούν κάποιες –αν όχι όλες– από τις παρακάτω θεματικές.

---

**Ενδεικτικά θέματα διερεύνησης της κλινικής συνέντευξης**  
(Groth-Marnat & Wright, 2016)

---

**Αίτημα-πρόβλημα και ιστορικό του προβλήματος**

Περιγραφή του προβλήματος  
Έναρξη του προβλήματος  
Ένταση και διάρκεια  
Αλλαγές στη συχνότητα  
Γεγονότα/σκέψεις/συναισθήματα που προηγούνται και συνέπειες  
Παρούσα θεραπεία  
Προηγούμενη θεραπεία  
Προσπάθειες βελτίωσης-λύσεις

---

**Οικογενειακό ιστορικό**

Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο  
Επάγγελμα γονέων  
Ψυχιατρικό/ιατρικό ιστορικό της οικογένειας  
Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι, σε διάσταση, χωρισμένοι γονείς)  
Οικογενειακή σύνθεση (μέλη της οικογένειας)  
Πολιτισμικό υπόβαθρο  
Παρούσα κατάσταση υγείας των γονέων  
Οικογενειακές σχέσεις  
Τόπος ανατροφής (αστική περιοχή/επαρχία)

---

**Ατομικό ιστορικό****Βρεφική/νηπιακή ηλικία**

Αναπτυξιακά ορόσημα  
Σχέσεις με σημαντικά πρόσωπα  
Οικογενειακές σχέσεις-δυναμικά  
Συχνότητα επαφής με γονείς  
Ιατρικό ιστορικό-σωματική υγεία  
Εκμάθηση χρήσης της τουαλέτας/έλεγχος σφιγκτήρων

---

**Σχολική ηλικία**

Προσαρμογή στο σχολείο  
Ακαδημαϊκά επιτεύγματα/επίδοση  
Ενδιαφέροντα/δραστηριότητες/χόμπι  
Σχέσεις με τους συνομηλίκους  
Σχέσεις με τους γονείς  
Σχέσεις με άλλα μέλη της οικογένειας  
Σημαντικές αλλαγές στη ζωή

---



**Εφηβεία**

Όλες οι περιοχές που αναφέρονται στη σχολική ηλικία  
 Παραβατική συμπεριφορά-εκδραματίσεις (εμπλοκή με τον νόμο, χρήση ουσιών, σεξουαλική συμπεριφορά)  
 Συναισθηματικές-σεξουαλικές σχέσεις  
 Αντίδραση στις σωματικές αλλαγές της ήβης

**Πρώτη και μεσαία ενήλικη ζωή**

Εργασία-επάγγελμα  
 Διαπροσωπικές σχέσεις  
 Ικανοποίηση από στόχους ζωής  
 Δραστηριότητες/ενδιαφέροντα/χόμπι  
 Συναισθηματικές-ερωτικές σχέσεις/γάμος  
 Ενδοοικογενειακή βία  
 Ιατρικό/ψυχιατρικό ιστορικό  
 Σχέσεις με τους γονείς  
 Συναισθηματική σταθερότητα  
 Χρήση ουσιών

**Ύστερη ενήλικη ζωή**

Ιατρικό ιστορικό  
 Ακεραιότητα του Εγώ  
 Αντίδραση στην έκπτωση των ικανοτήτων  
 Οικονομική σταθερότητα

**Άλλοι τομείς**

Εικόνα εαυτού (ικανοποιητική ή όχι)  
 Ευχάριστες/δυσάρεστες αναμνήσεις  
 Πρώτες αναμνήσεις  
 Φόβοι  
 Σωματικές ενοχλήσεις (πονοκέφαλοι, πόνοι στο στομάχι κ.λπ.)  
 Γεγονότα που δημιουργούν ευχαρίστηση/δυσαρέσκεια  
 Επαναλαμβανόμενα ή αξιοληπτώτα όνειρα

Η μορφή της συνέντευξης ποικίλλει ως προς τον βαθμό που είναι δομημένη, δηλαδή μπορεί να είναι μη δομημένη, ημι-δομημένη ή δομημένη. Οι σκοποί της συνέντευξης καθώς και η θεωρητική προσέγγιση του εξεταστή παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνέντευξης που χρησιμοποιείται. Στην περίπτωση της μη δομημένης συνέντευξης, ο γενικός σκοπός είναι να δοθεί ελευθερία στον εξεταζόμενο ώστε να εκφραστεί με όποιον τρόπο επιλέξει. Ο εξεταστής κάνει λίγες έως ελάχιστες ερωτήσεις. Ο εξεταζόμενος έχει την ευκαιρία να αναφερθεί σε ό,τι κρίνει ο ίδιος σημαντικό και να περιγράψει τον εαυτό του και τα προβλήματά του με τον δικό του τρόπο. Έτσι, διαφαίνεται ο τρόπος που εκδηλώνει τα συναισθήματά του και αναφέρεται σε εσωτερικές διαδικασίες και φαινόμενα, για παράδειγμα σε όνειρα. Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει στον εξεταστή να δει πώς ο εξεταζόμενος αντιμετωπίζει την έλλειψη ενός δομημένου πλαισίου και πώς οργανώνει τις απαντήσεις του. Τα πλεονεκτήματα αυτής της μορφής συνέντευξης είναι πως παρέχει ευελιξία και μια πιο αυθόρμητη ατμόσφαιρα, πιθανώς καλύτερη διαπροσωπική

επαφή και εμπιστοσύνη μεταξύ εξεταστή-εξεταζόμενου, καθώς και τη δυνατότητα διερεύνησης των μοναδικών διαστάσεων του ιστορικού του εξεταζόμενου. Ακόμα, επιτρέπει αξιολόγηση του τρόπου που προσεγγίζει και αντιμετωπίζει τον ειδικό, καθώς και τις σχέσεις του εξεταζόμενου με τους άλλους. Επιπλέον, διαμορφώνεται η κλινική εικόνα του ατόμου, δηλαδή η εικόνα της οργάνωσης και της δομής της προσωπικότητάς του, καθώς και η ύπαρξη χρόνιων ή οξέων ψυχικών προβλημάτων. Εντούτοις, οι λιγότερο δομημένες μορφές συνέντευξης έχουν δεχθεί σημαντική κριτική όσον αφορά στην αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους λόγω της υποκειμενικότητας και των προκαταλήψεων του εξεταστή (Nevid, Rathus & Greene, 2018· Nolen-Hoeksema, 2020). Συνεπώς, διάφορες μορφές δομημένων και ημι-δομημένων συνεντεύξεων έχουν αναπτυχθεί με καλύτερα ψυχομετρικά κριτήρια, παρέχοντας τη δυνατότητα για χρήση σε έρευνα, καθώς και τη δυνατότητα χορήγησης από λιγότερο εκπαιδευμένους ειδικούς.

Όσον αφορά στην ημι-δομημένη συνέντευξη, ο εξεταστής προσδιορίζει σε μια σειρά τις ερωτήσεις που θέλει να υποβάλει. Συχνά ξεκινά από ερωτήσεις που αφορούν πιο γενικές πτυχές της ζωής ή των προβλημάτων του εξεταζόμενου. Ανάλογα με τις απαντήσεις, οι ερωτήσεις του εξεταστή γίνονται πιο συγκεκριμένες. Επειδή οι εξεταζόμενοι διαφέρουν ως προς τα προσωπικά χαρακτηριστικά τους (π.χ. ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, πολιτισμικό υπόβαθρο, βαθμός συνεργασίας), καθώς και τη μορφή του αιτήματός τους (π.χ. αγχώδης διαταραχή, ψύχωση, οργανικό σύνδρομο, συζυγικές δυσκολίες, προβλήματα με τον νόμο), οι ερωτήσεις αναγκαστικά διαφέρουν ανάλογα. Η σειρά των ερωτήσεων χαρακτηρίζεται από ευελιξία, επιτρέποντας τη διερεύνηση θεμάτων που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (Groth-Marnat & Wright, 2016).

Ίσως η πιο γνωστή μορφή ημι-δομημένης συνέντευξης να είναι η ψυχιατρική συνέντευξη (*Mental Status Examination* ή *MSE*), η οποία έχει ως πρότυπο την ιατρική (παθολογική) εξέταση που εξετάζει τα βασικά οργανικά συστήματα. Με τον ίδιο τρόπο, η ψυχιατρική συνέντευξη εξετάζει τα βασικά συστήματα ψυχικής λειτουργίας, όπως αυτά αναφέρονται στον πίνακα που ακολουθεί.

#### Διαστάσεις αξιολόγησης της ψυχικής λειτουργίας

1. **Εξωτερική εμφάνιση.** Αξιολόγηση της προσωπικής υγιεινής και φροντίδας.
2. **Συμπεριφορά.** Παρατήρηση τυχόν ιδιαιτεροτήτων στη συμπεριφορά – για παράδειγμα, μη τυπικά μοτίβα λόγου (ταχύτητα ή προσωδία), περίεργοι μανιερισμοί ή τικ, ασυνήθιστη στάση σώματος ή βάδισμα. Συνεργασία-αμυντικότητα.
3. **Αισθητηριακός έλεγχος.** Ακεραιότητα των πέντε αισθήσεων.
4. **Συναίσθημα** (εκφραζόμενες συναισθηματικές αντιδράσεις). Έκφραση θυμού, άγχους ή άλλης γενικής συναισθηματικής κατάστασης κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Πιθανή απροσφορότητα του συναισθήματος (π.χ. απρόσφοροι γέλωτες στη συζήτηση δυσάρεστων θεμάτων).
5. **Επικινδυνότητα.** Αξιολόγηση κινδύνου να βλάψει τον εαυτό του ή άλλους. Διερεύνηση ιστορικού αυτοτραυματισμού και παρελθοντικών ή/και παρουσών σκέψεων αυτοκτονίας.
6. **Προσανατολισμός.** Αξιολόγηση επίγνωσης του ποιος είναι και πού βρίσκεται, καθώς και γνώση της ώρας, ημερομηνίας και έτους.
7. **Περιεχόμενο σκέψης.** Διερεύνηση του κατά πόσον ο ασθενής περιγράφει ήχους ή εικόνες, η ύπαρξη των οποίων είναι αμφισβητήσιμη. Διερεύνηση της ύπαρξης παραληρημάτων καταδίωξης, μεγαλείου κ.λπ.

8. **Μνήμη.** Ακεραιότητα μνημονικής ικανότητας για παρελθοντικά και τρέχοντα γεγονότα.
9. **Νοημοσύνη.** Πλούτος και επίπεδο λεξιλογίου, ικανότητα έκφρασης σκέψεων, ιδεών, χρήση και κατανόηση αφηρημένων εννοιών και μεταφορών, ικανότητα για έκφραση και κατανόηση σύνθετων εννοιών.
10. **Γνωστικές λειτουργίες.** Λογική και συνεκτική σκέψη, ενδείξεις χάλασης συνειρμών, φαινομενικά ασύνδετες ιδέες που ενώνονται μεταξύ τους.
11. **Ενόραση.** Επίγνωση της κατάστασης, εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης και αναγκαιότητα για κλινική βοήθεια.
12. **Κρίση.** Ικανότητα για ορθές και καλά σχεδιασμένες αποφάσεις στο παρόν και το παρελθόν.

Παρατηρώντας τον εξεταζόμενο και θέτοντας μια σειρά από συγκεκριμένες ερωτήσεις, ο εξεταστής τον αξιολογεί ως προς την εμφάνιση, τη γενική συμπεριφορά, τη διάθεση, την αντίληψη, τις γνωστικές λειτουργίες (προσανατολισμός σε χρόνο, τόπο και προς τον εαυτό, καθώς και μνήμη, προσοχή, συγκέντρωση και κρίση) και το περιεχόμενο της σκέψης του (Grinsberg, 1985). Η εξέταση στοχεύει στη διερεύνηση όλων των μορφών ψυχοπαθολογίας, ειδικά σοβαρών διαταραχών όπως η ψύχωση, η κατάθλιψη ή η άνοια και άλλα οργανικά σύνδρομα. Η πιο σύντομη εκδοχή αυτής της εξέτασης είναι η *Mini Mental Status Examination* – MMSE (Folstein & McHugh, 1975), η οποία περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις που αξιολογούν προσανατολισμό, προσοχή, αριθμητικές πράξεις και ομιλία. Είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος παγκοσμίως για τη διαγνωστική αξιολόγηση της άνοιας (Mohs, 1995).

Η **δομημένη συνέντευξη** είναι η πιο συνηθισμένη μορφή συνέντευξης, ειδικά για σύντομους διαγνωστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς. Η πιο γνωστή δομημένη συνέντευξη είναι το *Structured Clinical Interview* ή SCID, που χρησιμοποιείται για διάγνωση σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα *DSM-5* (First & Williams, 2016· First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997· Spitzer et al., 1987). Θεωρείται η πιο περιεκτική μορφή δομημένης συνέντευξης (Groth-Marnat & Wright, 2016) με συγκεκριμένες εκδοχές/μορφές για διαφορετικούς πληθυσμούς. Χρησιμοποιείται για ερευνητικούς σκοπούς πιο συχνά από κάθε άλλη μορφή συνέντευξης. Χρησιμοποιείται επίσης το *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) των Endicott και Spitzer (1978), μια ημι-δομημένη συνέντευξη για εκπαιδευμένους κλινικούς που αξιολογεί μεγάλο φάσμα ψυχικών διαταραχών, αλλά κυρίως εξετάζει αναλυτικά τις διάφορες υποκατηγορίες των διαταραχών της διάθεσης και της σχιζοφρένειας. Το *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) του National Institute of Mental Health (Εθνικού Ιδρύματος της Ψυχικής Υγείας) των ΗΠΑ στοχεύει επίσης στη διάγνωση με βάση το *DSM-5*, αλλά αποτελεί δομημένη μορφή συνέντευξης (με απλές, συγκεκριμένες ερωτήσεις που απαντώνται με «ναι/όχι») που εφαρμόζεται από μη επαγγελματίες εξεταστές και χρησιμοποιείται για επιδημιολογικές έρευνες (Helzer & Robins, 1988· Robins, Helzer, Croughan & Ratcliff, 1981).

Πρόσφατα, ερευνητές έχουν επιχειρήσει να αναπτύξουν **μεθόδους αξιολόγησης μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή**. Ορισμένοι ψυχολόγοι διεκπεραιώνουν επίσημη κλινική αξιολόγηση μέσω email, βιντεοκλήσης ή και μέσω διαδικτύου (Luxton, Pruitt & Osenbach, 2014). Ο εξεταζόμενος απαντά σε ερωτήσεις σχετικά με τα ψυχολογικά συμπτώματα και τις σχετιζόμενες ανησυχίες που εμφανίζονται στην οθόνη του υπολογιστή. Η συνέντευξη μέσω υπολογιστή μπορεί να βοηθήσει να αναδυθούν προβλήματα που ο εξεταζόμενος ίσως ντρέπεται ή διστάζει να αναφέρει στον εξεταστή. Γενικώς, οι άνθρωποι είναι πιθανό να αποκαλύπτουν περισσότερες πληροφορίες για τον εαυτό τους σε έναν υπολογιστή από ό,τι σε έναν εξεταστή.

Αφενός, ίσως οι άνθρωποι αισθάνονται πιο άνετα όταν κάποιος δεν τους κοιτά κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης και, αφετέρου, ο υπολογιστής διαθέτει όλο τον απαιτούμενο χρόνο για να καταγράψει όλα τα λεγόμενα του εξεταζόμενου. Επιπλέον, οι μέθοδοι αξιολόγησης μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή διατηρούν την εγκυρότητα, ενώ ταυτόχρονα εξοικονομούν χρόνο και πόρους, σε σύγκριση με τη διαπροσωπική συνέντευξη.

Από την άλλη, οι υπολογιστές δεν διαθέτουν την ανθρώπινη επαφή που μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διερεύνηση ευαίσθητων θεμάτων – όπως, για παράδειγμα, τους βαθύτερους φόβους του εξεταζόμενου, προβλήματα σχέσης και σεξουαλικά ζητήματα. Επιπλέον, ο υπολογιστής δεν έχει τη δυνατότητα να αξιολογήσει λεπτές αποχρώσεις στις εκφράσεις του προσώπου που μπορεί να δείχνουν περισσότερα από ό,τι διαφαίνεται σε λεκτικές ή γραπτές απαντήσεις. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι η αξιολόγηση μέσω υπολογιστή μπορεί να εκμαιεύσει πληροφορίες από τον εξεταζόμενο και να φτάσει σε έγκυρη διάγνωση (Taylor & Luce, 2003). Η μεγαλύτερη αντίσταση στη χρήση της συνέντευξης μέσω υπολογιστή προέρχεται από κλινικούς, παρά από εξεταζόμενους. Ορισμένοι κλινικοί θεωρούν ότι η προσωπική και η βλεμματική επαφή είναι απαραίτητες για να εκμαιευτούν οι βαθύτερες δυσκολίες του εξεταζόμενου. Σε κάθε περίπτωση, ο κλινικός οφείλει να γνωρίζει ότι, επειδή η συνέντευξη μέσω υπολογιστή ενίοτε ενέχει τον κίνδυνο της παραπληροφόρησης, η αξιολόγηση πρέπει να συνδυάζεται με κλινική εκτίμηση από εκπαιδευμένο ειδικό (Garb, 2007). Εντούτοις, αυτές οι μέθοδοι δεν χρησιμοποιούνται ακόμη ευρέως (Gibbons, Weiss, Frank & Kupfer, 2016· Trull & Prinstein, 2013).

## B. Ψυχολογικά τεστ

Τα ψυχολογικά τεστ αποτελούν μια διαδικασία κατά την οποία ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει ή να αντιδράσει σε μια σειρά από ερεθίσματα που του παρουσιάζει ο εξεταστής. Υπάρχουν πολλών ειδών ψυχολογικά τεστ. Τα πιο συνηθισμένα είναι τα ακόλουθα:

1. Τεστ νοημοσύνης.
2. Προβληπτικά τεστ.
3. Τεστ αυτοαναφοράς.
4. Τεστ για οργανικές (νευρολογικές, νευροψυχολογικές) παθήσεις.

### 1. Τεστ νοημοσύνης

Τα πρώτα τεστ που χρησιμοποιήθηκαν ευρέως ήταν τα τεστ νοημοσύνης. Πολλά σύγχρονα τεστ νοημοσύνης βασίζονται στο έργο του Alfred Binet, του Γάλλου ψυχολόγου που σχεδίασε το πρώτο τεστ νοημοσύνης το 1905 και το χρησιμοποίησε σε σχολεία για την αξιολόγηση ενδεχόμενων ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών (Kaufman, 1990). Αργότερα, ο Lewis Terman (1916), του Πανεπιστημίου του Stanford στις ΗΠΑ, βελτίωσε το τεστ, το οποίο στη συνέχεια ονομάστηκε τεστ νοημοσύνης Stanford-Binet (*Stanford-Binet Intelligence Scale*). Η τελική βαθμολογία αποτελεί τον δείκτη νοημοσύνης (IQ – Intelligence Quotient) του ατόμου. Σήμερα, η σειρά τεστ με την ευρύτερη χρήση είναι οι Κλίμακες Νοημοσύνης του Wechsler (*Wechsler Intelligence Scales*), του Αμερικανού ψυχολόγου David Wechsler. Υπάρχουν διαφορετικές προσαρμογές για τις διάφορες ηλικιακές ομάδες, και συγκεκριμένα το *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence Revised* (WPPSI-R) για προ-σχολικές ηλικίες, το *Wechsler Intelligence Scale for Children-V* (WISC-V) για

παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους, και το *Wechsler Adult Intelligence Scale-IV* (WAIS-IV) για ενήλικες. Όσον αφορά στο WISC-V, αξιολογούνται ικανότητες διαφόρων ειδών που καταλήγουν σε έναν Γενικό Δείκτη Νοημοσύνης, αλλά και σε πέντε επιμέρους δείκτες νοημοσύνης (Δείκτης Λεκτικής Κατανόησης, Δείκτης Οπτικοχωρικής Αντίληψης, Δείκτης Ρέοντα Συλλογισμού, Δείκτης Εργαζόμενης Μνήμης και Δείκτης Ταχύτητας Επεξεργασίας) που μετρούν συγκεκριμένες ικανότητες. Η αγγλική έκδοση του WISC-V κυκλοφόρησε το 2016, ενώ η στάθμιση και η έκδοσή του στα ελληνικά έγινε το 2017 από την Αριάδνη Στογιαννίδου. Όσον αφορά στο WAIS, η τέταρτη έκδοση (WAIS-IV) έχει σταθμιστεί στα ελληνικά υπό την επιμέλεια της Στογιαννίδου, και χρησιμοποιείται από το 2014. Εκτός από τον Γενικό Δείκτη Νοημοσύνης, υπολογίζονται ο Δείκτης Λεκτικής Κατανόησης, ο Δείκτης Αντιληπτικού Συλλογισμού, ο Δείκτης Εργαζόμενης Μνήμης και ο Δείκτης Ταχύτητας Επεξεργασίας.

Τα τεστ νοημοσύνης έχουν αποδειχθεί αξιόπιστα και έγκυρα όσον αφορά στην πρόβλεψη της σχολικής απόδοσης (Sparrow & Davis, 2000), ωστόσο έχουν δεχθεί και κριτική. Μια κριτική αφορά στο κατά πόσον η σχολική επίδοση είναι η καλύτερη ένδειξη της νοημοσύνης (Alloy et al., 2005). Μια δεύτερη, σχετική κριτική είναι το κατά πόσον τα τεστ καταλήγουν σε «στατικές» μετρήσεις υπαρχόντων ικανοτήτων, παρά τις δυνατότητες του ατόμου να μάθει (Grigorenko & Sternberg, 1998). Μια ακόμη κριτική αφορά στις προκαταλήψεις που ελλοχεύουν στα τεστ νοημοσύνης, καθώς ευνοούνται οι ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις (Tulskey & Ledbetter, 2000). Εν ολίγοις έχει ειπωθεί ότι τα τεστ νοημοσύνης αντανakλούν περιορισμένες γνωστικές ικανότητες, μετρώντας μόνο τρεις διαστάσεις της νοημοσύνης, δηλαδή τη λεκτική ικανότητα, την ικανότητα για μαθηματική-λογική σκέψη, καθώς και τις χωρικο-αντιληπτικές ικανότητες (Gardner, 1998). Σύμφωνα με άλλους ειδικούς, υπάρχουν και άλλες διαστάσεις ή μορφές νοημοσύνης, όπως η «πρακτική νοημοσύνη», η ικανότητα για εύρεση λύσεων, η ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται σε πραγματικές καταστάσεις του περιβάλλοντος, οι «φυσικές ικανότητες», δηλαδή οι ικανότητες για κατανόηση του φυσικού περιβάλλοντος (Gardner & Hatch, 1989· Wagner, 2000), οι «διαπροσωπικές» ικανότητες, οι ικανότητες για την κατανόηση άλλων ανθρώπων, οι «ενδοπροσωπικές» ικανότητες, δηλαδή οι ικανότητες για την κατανόηση του εαυτού, οι μουσικές και σωματικές (αθλητικές) ικανότητες, καθώς και η «συναισθηματική νοημοσύνη», που αφορά στις ικανότητες του ατόμου να αντιληφθεί, να αξιολογήσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του (Goleman, Mayer, Salovey & Caruso, 2000).

## 2. Προβλητικά τεστ

Τα προβλητικά τεστ βασίζονται στην υπόθεση ότι τα ανθρώπινα κίνητρα είναι κατεξοχήν ασυνείδητα και συνεπώς αξιολογούνται μόνο έμμεσα (Dosajh, 1996). Η χρήση του προβλητικού τεστ στηρίζεται στην έκθεση του εξεταζόμενου σε ασαφή ερεθίσματα, στα οποία καλείται να αποδώσει νόημα. Το νόημα που αποδίδει στο ερέθισμα υποδηλώνει και προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τις ψυχικές διεργασίες του εξεταζόμενου, τις οποίες δεν γνωρίζει ο ίδιος συνειδητά. Το *Rorschach* (Rorschach, 1921) είναι από τα πιο γνωστά προβλητικά τεστ. Το τεστ αυτό αποτελείται από δέκα μελανοκνίδες συμμετρικού σχήματος. Στην πρώτη φάση της εξέτασης ο εξεταζόμενος καλείται να περιγράψει τι του θυμίζει η κάθε μελανοκνίδα, και στη δεύτερη φάση να αναφέρει τα χαρακτηριστικά της μελανοκνίδας που του δημιούργησαν τη συγκεκριμένη εντύπωση. Από τον καιρό της εισαγωγής του *Rorschach* έχουν αναπτυχθεί

έξι διαφορετικά συστήματα βαθμολόγησης και ερμηνείας (Beck, 1937· Exner, 1969· Klopfer, 1937· Hertz, 1948· Piotrowski, 1957· Rappaport, Gill & Schafer, 1968). Το σύστημα του Exner (1974), που έχει την ευρύτερη χρήση στις μέρες μας, αναπτύχθηκε βάσει αυστηρών ερευνητικών δεδομένων για να ανταποκριθεί σε κριτικές σχετικές με θέματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Η αποτελεσματική χρήση του *Rorschach* απαιτεί επαρκείς γνώσεις του εκάστοτε συστήματος βαθμολόγησης, κλινική εμπειρία, καθώς και επαρκείς γνώσεις προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Groth-Marnat & Wright 2016). Πρόσφατα, έχει αναπτυχθεί ένα καινούργιο σύστημα με σκοπό τη βελτίωση της βαθμολόγησης, το Rorschach Performance Assessment System (Meyer, Erard, Erdberg, Mihura & Viglione, 2011). Αναμένεται περαιτέρω έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου (Lindh, 2015).

Το *Rorschach* αποτελεί αντικείμενο επιστημονικής διαμάχης και έχει δεχθεί έντονη κριτική, ειδικά όσον αφορά στην αξιοπιστία και την εγκυρότητά του (Lilienfeld, Wood & Garb, 2000), καθώς και για το ότι δεν υπάρχει επαρκής ένδειξη για τη χρήση του συνολικά σε κλινικά πλαίσια (Wood et al., 2015). Εντούτοις, πρόσφατα εμπειρικά ευρήματα αποδεικνύουν την έγκυρη χρήση του *Rorschach* για την αξιολόγηση ορισμένων πτυχών της ψυχολογικής λειτουργίας, όπως ελλείμματα στη σκέψη και την αντιληπτική επεξεργασία (Mihura et al., 2013, 2015· Wood et al., 2015). Ακόμη, το σύγχρονο εμπειρικό ερευνητικό έργο περιλαμβάνει τη χρήση του *Rorschach* για διάφορες επιστημονικές θεματικές, όπως για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας στην ψυχοθεραπεία (Stenius et al., 2020), τη διερεύνηση του τραύματος (Ephraim, 2020· Zeligman, 2020), τη διαφοροδιάγνωση των διπολικών διαταραχών (Le Chevanton et al., 2020), σε νευρολογικές και γνωσιακές διαστάσεις της γήρανσης (Arble, Steinert & Daugherty, 2020), καθώς και σε σχέση με τις ημικρανίες (Bouteloup, 2020).

Πρόσφατα, η εγκυρότητα του τεστ προσβλήθηκε σημαντικά, όταν ένας γιατρός δημοσίευσε στην ιστοσελίδα της Wikipedia ([http://en.wikipedia.org/wiki/Rorschach\\_test](http://en.wikipedia.org/wiki/Rorschach_test)) και τις 10 κάρτες του τεστ, μαζί με μία λίστα με τις πιο συχνές απαντήσεις ανά κάρτα. Ο συγκεκριμένος γιατρός θεωρούσε ότι οι εν λόγω πληροφορίες έπρεπε να είναι διαθέσιμες στο ευρύ κοινό, και να μην περιορίζεται η γνώση τους σε ψυχολόγους και ψυχιάτρους (Cohen, 2009). Παρά τις εκκλήσεις ειδικών να αποσυρθεί από το διαδίκτυο το υλικό αυτό (Canadian Psychological Association, 2009· White, 2009), είναι ακόμα διαθέσιμο. Οι σύγχρονες έρευνες δείχνουν ότι η διαθεσιμότητα αυτών των πληροφοριών έχει οδηγήσει στη δυνατότητα παραποίησης των αποτελεσμάτων από τον εξεταζόμενο, σύμφωνα με τις ζητούμενες νόρμες, καθώς και σε σημαντική μείωση της εγκυρότητας των εν λόγω αποτελεσμάτων (Schultz & Brabender, 2013· Schultz & Loving, 2012).

Σε κάθε περίπτωση, το *Rorschach* παραμένει ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία και αποτελεί αντικείμενο έρευνας με μεγάλη συχνότητα (Archer & Newsom, 2000· Camara et al., 2000· Κουλάκογλου, 2013· Watkins et al., 1995). Πάνω από 200 βιβλία και 9.000 άρθρα έχουν γραφτεί για το *Rorschach* (Exner, 1997). Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της χρήσης του από κλινικούς ψυχολόγους της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας, διαφάνηκε ότι το *Rorschach* βρίσκεται ανάμεσα στα δέκα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται συχνότερα από τους κλινικούς (Wright et al., 2017). Το *Holtzman Inkblot Test* (Holtzman, 1988) είναι ένα παρόμοιο μέσο που αναπτύχθηκε ως εναλλακτική λύση.

Επίσης, γνωστό είναι και το *Thematic Apperception Test* – TAT, το οποίο αποτελείται από μια σειρά (20) φωτογραφιών. Αρχικά δημοσιεύτηκε από τους Murray και Morgan (1943) του Harvard Psychological Clinic στις ΗΠΑ. Διαφέρει από άλλα προβλητικά μέσα, παραδείγ-

ματος χάριν το *Rorschach*, επειδή οι φωτογραφίες αποτελούν πιο δομημένα ερεθίσματα και απαιτούν πιο οργανωμένες και σύνθετες λεκτικές απαντήσεις. Ο εξεταστής διαλέγει ποιες κάρτες-φωτογραφίες θα παρουσιάσει στον εξεταζόμενο, ανάλογα με τις θεματολογίες που τον ενδιαφέρουν κατά την αξιολόγηση. Με κάθε κάρτα που του δείχνει ο εξεταζόμενος καλείται να περιγράψει τι συμβαίνει στη φωτογραφία και τι έχει συμβεί πριν και μετά, τι σκέφτονται και τι αισθάνονται τα εικονιζόμενα άτομα και ποια θα είναι η έκβαση της κατάστασης. Η ερμηνεία των απαντήσεων οδηγεί στην κατανόηση εσωτερικών λειτουργιών και περιεχομένου – όπως, για παράδειγμα, κίνητρα, συγκρούσεις, αμυντικούς μηχανισμούς, καθώς και προβληματισμούς που αφορούν στην τωρινή ζωή του ατόμου. Το TAT έχει δεχθεί κριτικές σχετικά με θέματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Lilienfeld, 2000), εντούτοις, πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του τεστ, η οποία είναι τουλάχιστον ισοδύναμη με ορισμένα αναγνωρισμένα τεστ αυτοαναφοράς (McCredie & Morey, 2019). Επιπλέον, θεωρείται κρίσιμη δοκιμασία σχετικά με την κλινική αξιολόγηση και ως εκ τούτου παραμένει εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρύτατα· είναι το έκτο πιο δημοφιλές εργαλείο για τους κλινικούς ψυχολόγους παγκοσμίως (Camara, Nathan & Puente, 2000· Joy, 2020) και το εργαλείο που χρησιμοποιείται πιο συχνά για διαπολιτισμικές έρευνες (Dana, 1999· Retief, 1987). Υπάρχουν προσαρμογές του TAT για διάφορους πληθυσμούς, όπως το *Children's Apperception Test* (CAT) για παιδιά και το *Senior Apperception Test* (SAT) για άτομα της τρίτης ηλικίας (Bellak, 1999· Bellak & Abrams, 1997). Έχουν επίσης αναπτυχθεί παρόμοια εργαλεία, βασισμένα στο TAT, για τη διερεύνηση συγκεκριμένων προβλημάτων, όπως το *Rosenzweig Picture Frustration Study* (Rosenzweig, 1978) που διερευνά την αντιμετώπιση ματαιωτικών καταστάσεων, το *Family Apperception Test* (Julian, Sotile, Henry & Sotile, 1991) που εξετάζει οικογενειακά δυναμικά και το *Blacky Pictures Test* (Blum, 1968) που αξιολογεί αναπτυξιακά στάδια της παιδικής ηλικίας.

Συνοψίζοντας, τα προβλητικά τεστ προσφέρουν πληροφορίες για τις συνειδητές, τις προσυνειδητές και τις ασυνειδητές διεργασίες και οδηγούν στη διαμόρφωση μιας εικόνας για την οργάνωση και τη δομή της προσωπικότητας του εξεταζόμενου, τους αμυντικούς του μηχανισμούς, τη λειτουργία του συναισθήματος, τις διαπροσωπικές του σχέσεις καθώς και για μορφές ψυχοπαθολογίας που δεν εμφανίζονται άμεσα (παραδείγματος χάριν, κάποια λανθάνουσα ψύχωση) (Groth-Marnat & Wright, 2016).

### 3. Τεστ αυτοαναφοράς

Στα τεστ αυτοαναφοράς ο εξεταζόμενος απαντά σε άμεσες ερωτήσεις που αφορούν τον ίδιο και συνήθως έχουν τη μορφή αυτοαξιολόγησης. Παραδείγματος χάριν, το τεστ μπορεί να αποτελείται από μια σειρά περιγραφικών φράσεων (όπως η φράση «φοβάμαι να κοιμάμαι μόνος μου») που ο εξεταζόμενος βαθμολογεί ανάλογα με το πόσο ισχύουν για τον ίδιο. Εναλλακτικά, το τεστ μπορεί να περιλαμβάνει σειρά αντικειμένων ή καταστάσεων που ο εξεταζόμενος αξιολογεί ως ελκυστικά, ουδέτερα, τρομακτικά ή απωθητικά.

Το πιο γνωστό και ευρέως χρησιμοποιούμενο τεστ αυτοαναφοράς για την εκτίμηση της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας είναι το *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* – MMPI-2 (Groth-Marnat & Wright, 2016· Hathaway & McKinley, 1943, 1989). Υπάρχουν πάνω από 10.000 αναφορές για τη χρήση του τεστ σε εμπειρικές έρευνες (Archer, Buffington-Vollum, Stredny & Handel, 2006· Boccaccini & Brodsky, 1999· Camara, Nathan

& Puente, 2000· C. Piotrowski, 1999) και δύο διαθέσιμες διαφορετικές εκδοχές: το MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989) και το MMPI-A *Restructured Form* (MMPI-2-RF· Ben-Porath & Tellegen, 2008/2010) για εφήβους.

Το MMPI δημιουργήθηκε βάσει εμπειρικών δεδομένων. Οι ερωτήσεις αρχικά προέρχονταν από διάφορες πηγές – παραδείγματος χάριν, εγχειρίδια ψυχιατρικής, άλλα τεστ προσωπικότητας ή ψυχιατρικές συνεντεύξεις. Στη συνέχεια, χορηγήθηκαν σε άτομα που νοσηλεύονταν για σοβαρές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, καθώς και σε άτομα του «φυσιολογικού» πληθυσμού. Στην τελική μορφή, διατηρήθηκαν μόνο οι ερωτήσεις που συνέβαλλαν σε σημαντικό βαθμό στη διάκριση μεταξύ «φυσιολογικού» πληθυσμού και πληθυσμού με στοιχεία ψυχοπαθολογίας, εξασφαλίζοντας τη συγχρονική εγκυρότητα του τεστ (Butcher, 2011· Graham, 2011· Groth-Marnat & Wright, 2016).

Το MMPI-2 αποτελείται από 567 φράσεις αυτοαναφοράς και ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει εάν θεωρεί ότι ισχύουν ή όχι για τον ίδιο, όπως για παράδειγμα: «θέλω να βγαίνω κάθε βράδυ», «φοβάμαι να μπαίνω στο λεωφορείο μην τυχόν κολλήσω μικρόβια» κ.ο.κ. Ο εξεταζόμενος βαθμολογείται σε δέκα κλινικές κλίμακες: (1) υποχονδρίαση – άγχος για τις σωματικές λειτουργίες, (2) κατάθλιψη – απελπισία, (3) υστερία – ανωριμότητα, υποβολιμότητα, τάση του ατόμου να επηρεάζεται εύκολα, απαιτητικότητα, (4) ψυχοπαθητικότητα / αντικοινωνικότητα – έλλειψη ήθους, αντιδραστικότητα, (5) αρρενωπότητα – θηλυκότητα, χαρακτηριστικά και ενδιαφέροντα που σχετίζονται με το αντίθετο φύλο, (6) παράνοια – καχυποψία, ζήλια, (7) ψυχασθένεια – φοβικότητα, έλλειψη αυτοπεποίθησης, (8) σχιζοφρένεια – απόσυρση, αποδιοργανωμένες γνωστικές λειτουργίες, (9) υπομανία – παρορμητικότητα, τάση για διάσπαση προσοχής, (10) κοινωνική εσωστρέφεια – ντροπαλότητα, αυτοαπαξίωση. Το περιεχόμενο των περισσότερων ερωτήσεων είναι σχετικά προφανές στους εξεταζόμενους και αφορά ψυχιατρικά, ψυχολογικά, νευρολογικά ή σωματικά συμπτώματα. Εντούτοις, το αντικείμενο αξιολόγησης σε ορισμένες ερωτήσεις είναι συγκαλυμμένο, δηλαδή αυτό που αξιολογούν δεν είναι έκδηλο στον εξεταζόμενο. Εκτός από τις κλινικές κλίμακες υπάρχουν και κλίμακες για την αξιολόγηση της εγκυρότητας των απαντήσεων του εξεταζόμενου. Η κλίμακα L (Lie Scale) αξιολογεί την τάση του ατόμου για ψευδείς απαντήσεις, καθώς και την τάση να παρουσιάζει πιο θετική εικόνα του εαυτού του, ενώ η κλίμακα K (Subtle Defensiveness) μετρά αμυντικές τάσεις, πιο υγιείς μορφές ψευδών απαντήσεων που μπορεί το άτομο να χρησιμοποιεί για να δώσει καλύτερη εντύπωση του εαυτού του, όταν κρίνει ότι αυτό είναι αναγκαίο. Η κλίμακα F (Infrequency) αξιολογεί την αντίθετη τάση, δηλαδή την τάση του ατόμου να παρουσιάζει πιο αρνητική (ψευδή) εικόνα του εαυτού του για συγκεκριμένους σκοπούς (παραδείγματος χάριν, για να αποφύγει την εκπλήρωση των στρατιωτικών καθηκόντων).

Παρά την πιστοποιημένη αξιοπιστία και εγκυρότητα, καθώς και την ευρεία χρήση του, το MMPI-2 έχει δεχθεί και κριτική. Καταρχάς, τόσο η πρώτη όσο και η δεύτερη εκδοχή βασίζονται στον πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, εγείροντας θέματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας για τη χρήση τους σε άλλους πολιτισμούς (Groth-Marnat & Wright, 2016). Κατά δεύτερον, έχει αμφισβητηθεί η γλωσσική ακρίβεια μεταφρασμένων εκδοχών (Dana, 2005). Μια ακόμη κριτική είναι ότι η βαθμολόγηση σε κάθε κλίμακα δεν οδηγεί σε συγκεκριμένες διαγνώσεις με ακρίβεια και, συνεπώς, η βασική χρησιμότητα του τεστ είναι να δείξει τον γενικότερο βαθμό διαταραχής (για παράδειγμα, ήπια διαταραχή, σοβαρή διαταραχή) παρά τη συγκεκριμένη μορφή διαταραχής. Επίσης, το τεστ αυτό –όπως και όλα τα τεστ αυτοαναφοράς– είναι ευάλωτο όσον αφορά στη στάση του εξεταζόμενου προς το τεστ καθώς και την τάση να απαντά με συγκεκριμένο τρόπο, παραδείγματος χάριν, να δείχνει καλύτερη εικόνα



του εαυτού του. Έχει υποστηριχθεί ότι οι κλίμακες L (Lie Scale), K (Subtle Defensiveness) και F (Infrequency) που εξετάζουν αυτούς τους παράγοντες είναι μόνο μερικώς αποτελεσματικές (Groth-Marnat & Wright, 2016).

Ένα άλλο γνωστό κλινικό τεστ αυτοαναφοράς είναι το *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-IV) που αξιολογεί την προσωπικότητα, την προσαρμογή και τη στάση του εξεταζόμενου προς την αξιολόγησή του μέσω τεστ. Κατασκευάστηκε με στόχο να βοηθήσει τους κλινικούς με τη διαγνωστική αξιολόγηση των διαταραχών προσωπικότητας, και ως εκ τούτου επικεντρώνεται στις διαταραχές προσωπικότητας και στα συμπτώματα που σχετίζονται με αυτές. Απευθύνεται σε ενήλικες, δηλαδή άτομα άνω των 18 ετών, με βασικές γνώσεις ανάγνωσης. Αρχικά, δημοσιεύτηκε το 1977 και έκτοτε έχουν προκύψει τρεις αναθεωρήσεις (MCMI-II· Millon, 1987· MCMI-III· Millon, 1994, 1997· MCMI-IV· Millon, Grossman & Millon, 2015).

Η σύγχρονη αναθεώρηση, το MCMI-IV, που εκδόθηκε το 2015, αποτελείται από 195 ερωτήσεις που απαρτίζουν 30 κλίμακες. Οι κλίμακες αυτές αφορούν στις παρακάτω κατηγορίες: Αξιοπιστία και Τροποποίηση Δεικτών, Κλινικά Σύνδρομα Προσωπικότητας, Σοβαρή Ψυχοπαθολογία της Προσωπικότητας, Κλινικά Σύνδρομα και Σοβαρά Σύνδρομα. Οι κλίμακες αυτές, καθώς και οι ερωτήσεις που τις αποτελούν, κατασκευάστηκαν προκειμένου να συμβαδίζουν σε μεγάλο βαθμό τόσο με τη θεωρία του Millon για την προσωπικότητα (Millon 2011, *Disorders of Personality*) όσο και με το DSM-5 και το ICD-10 (Groth-Marnat & Wright, 2016· Millon, 2011).

Τόσο η παρούσα έκδοση όσο και οι προηγούμενες εκδόσεις του MCMI έχουν δεχθεί κριτική. Καταρχάς, έχει ειπωθεί ότι δεν υπάρχει κάποιο σταθερό κριτήριο με το οποίο μπορεί κανείς να συγκρίνει τις αξιολογήσεις. Η συμφωνία των διαγνώσεων μεταξύ των κλινικών είναι σχετικά χαμηλή (Groth-Marnat & Wright, 2016· Perry, 1992). Επιπλέον, ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν ενσωματωθεί στις ερωτήσεις συνδέονται στενά με τα κριτήρια του DSM-5, ενώ άλλα συνδέονται πιο στενά με τις θεωρίες του Millon. Επίσης, δεν είναι σαφές κατά πόσον το μέσο αυτό αξιολογεί πραγματικές «διαταραχές» της προσωπικότητας ή «στιλ» της προσωπικότητας. Μια ακόμη σχετική κριτική είναι ότι το MCMI υπερδιαγιγνώσκει και υπερπαθολογικοποιεί (Flynn et al., 1995).

Εν κατακλείδι, παρόλο που ακόμα συγκεντρώνονται δεδομένα για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του MCMI-IV, τα προκαταρκτικά δεδομένα είναι πολύ ενθαρρυντικά και η γενική εκτίμηση είναι πως πρόκειται για ένα καλά κατασκευασμένο και ψυχομετρικά άρτιο μέσο αξιολόγησης (Groth-Marnat & Wright, 2016).

Αξίζει να αναφερθεί ένα ακόμα τεστ αυτοαναφοράς, το *Personality Assessment Inventory* (PAI· Morey, 2007), το οποίο είναι ένα αυτοχορηγούμενο, αντικειμενικό τεστ αξιολόγησης της ενήλικης προσωπικότητας. Αυτό το εργαλείο παρέχει πληροφορίες για την κλινική διάγνωση και τον σχεδιασμό της παρέμβασης. Αποτελείται από 344 ερωτήματα που βαθμολογούνται στην 4-βαθμη κλίμακα Likert. Το συνεχές αυτό στοχεύει στην αξιολόγηση συμπτωμάτων σε ένα εύρος από ήπια έως σοβαρή μορφή. Έχει 4 κλίμακες εγκυρότητας, 11 κλινικές κλίμακες, 5 κλίμακες που αφορούν στην παρέμβαση (π.χ. αυτοκτονικότητα, επιθετικότητα) και 2 κλίμακες για διαπροσωπικές σχέσεις. Ακόμη, περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις-ενδείξεις πιθανών κρίσιμων καταστάσεων.

Σύμφωνα με γενικές εκτιμήσεις, το PAI διαθέτει αρκετά πλεονεκτήματα. Η δημιουργία του βασίστηκε σε μια ισορροπία μεταξύ τριών διαστάσεων: την ψυχομετρική επάρκεια, τη σύνδεση με το DSM, ως το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο διαγνωστικό εγχειρίδιο στο πλαίσιο της σύγχρονης ψυχικής υγείας, και την κλινική χρησιμότητα. Επίσης, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του PAI υποστηρίζονται από ερευνητικά ευρήματα και οι κλινικές υποκλίμακες

προσφέρουν επιπλέον κλινικά χρήσιμες διαστάσεις στην αξιολόγηση (Blais, Baity & Horwood, 2010· Kurtz & Blais, 2007· Morey, 2007). Συν τοις άλλοις, το εργαλείο αυτό έχει ξεκάθαρα πλεονεκτήματα σε σχέση με άλλα εργαλεία αξιολόγησης της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας. Ειδικότερα, απαιτεί χαμηλότερο αναγνωστικό επίπεδο συγκριτικά με το MMPI και η διατύπωση διακρίνεται από απλότητα, συντομία και σαφήνεια. Η μορφή των τεσσάρων επιλογών ως απαντήσεις, επιτρέπει μια πιο πλούσια αξιολόγηση συγκριτικά με το δίπολο σωστό-λάθος. Ακόμη, η στάθμιση βασίστηκε σε δύο διαφορετικές ομάδες, περιλαμβανομένου και ενός κλινικού δείγματος, ενός φοιτητικού δείγματος και ενός κοινοτικού δείγματος.

Εντούτοις, έχει δεχτεί και κάποιες κριτικές. Καταρχάς, βασίστηκε σε κλινική χρησιμότητα, παρά στα αποτελέσματα των παραγοντικών αναλύσεων, οδηγώντας σε κάποιες δυσκολίες με ορισμένες κλίμακες. Για παράδειγμα, βάσει εμπειρικών ευρημάτων η οριακή διαταραχή προσωπικότητας φαίνεται να βασίζεται σε έξι αντί για τέσσερις διαστάσεις που ορίζει το PAI (Jackson & Trull, 2001). Ακόμη, η σχέση με το DSM αποτελεί και έναν σημαντικό περιορισμό, επειδή το PAI υπολείπεται σε διάφορες κλίμακες που σχετίζονται ευθέως με διαταραχές του DSM, δημιουργώντας έτσι την ανάγκη για αναπλήρωση του PAI με επιπλέον μετρήσεις για την αξιολόγηση αυτών των προβλημάτων.

#### 4. Τεστ για οργανικές (νευρολογικές, νευροψυχολογικές) παθήσεις

Η διαφοροποίηση της ψυχοπαθολογίας από τις οργανικές παθήσεις είναι συχνό αίτημα για αξιολόγηση, ιδίως όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι τα ψυχολογικά συμπτώματα οφείλονται σε νευρολογική ή εγκεφαλική βλάβη. Όταν υπάρχουν υποψίες για νευρολογικές παθήσεις, μπορεί να ζητηθεί νευρολογική εκτίμηση από νευρολόγο. Επιπλέον, για τη διαφοροδιάγνωση μπορεί να ζητηθεί η συνεισφορά ενός κλινικού νευροψυχολόγου μέσω νευροψυχολογικής αξιολόγησης. Η αξιολόγηση αυτή περιλαμβάνει παρατήρηση της συμπεριφοράς, αξιολόγηση με συγκεκριμένα ψυχομετρικά μέσα, συχνά σε συνδυασμό με απεικονιστικές τεχνικές – όπως, για παράδειγμα, μαγνητική τομογραφία και αξονική τομογραφία. Τα αποτελέσματα της νευροψυχολογικής εκτίμησης μπορούν να δείξουν εάν υπάρχει νευρολογική βλάβη, καθώς και να υποδείξουν τις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν πληγεί.

Υπάρχουν πολυάριθμες δοκιμασίες νευροψυχολογικής εκτίμησης. Ιδιαίτερα γνωστό είναι το *Bender Visual Motor Gestalt Test* (Bender, 1938), το οποίο αποτελείται από εννέα διαφορετικά γεωμετρικά σχήματα. Στην πρώτη φάση της αξιολόγησης ο εξεταζόμενος καλείται να αντιγράψει τα σχήματα αυτά, ενώ στη δεύτερη φάση να τα αναπαραγάγει από μνήμης. Λάθη, όπως αναστροφή των σχεδίων, παραπέμπουν στο ενδεχόμενο νευρολογικής πάθησης. Πιο πρόσφατα, δημιουργήθηκε το *Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status* (RBANS· Randolph, Tierney, Mohr & Chase, 1998), με σκοπό να καλυφθούν ελλείψεις που είχαν αναδειχθεί στο *Bender Visual Motor Gestalt Test*. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός ήταν να προστεθεί στην αξιολόγηση η εκτίμηση άλλων δεξιοτήτων πέρα από τις οπτικο-κατασκευαστικές και μνημονικές ικανότητες. Το RBANS είναι ένα σύντομο μέσο αξιολόγησης που αποτελείται από 12 υποκλίμακες που αξιολογούν ένα ευρύ φάσμα διαστάσεων σχετικά με νευρολογικές βλάβες. Οι υποκλίμακες αξιολογούν 5 τομείς της λειτουργικότητας: άμεση μνήμη, οπτικο-χωρική/οπτικο-κατασκευαστική ικανότητα, γλωσσικές ικανότητες, προσοχή και μακροπρόθεσμη μνήμη. Απευθύνεται αποκλειστικά σε ενήλικες και η χορήγησή του διαρκεί 20-30 λεπτά. Το εργαλείο αυτό έχει ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες, χορηγείται με σχετική

ευκολία και επιτρέπει τη σύγκριση ατόμων που ανήκουν στο ίδιο ηλικιακό φάσμα (Strauss, Sherman & Spreen, 2006).

Επίσης, χρήσιμη είναι η ομάδα των τεστ που περιλαμβάνονται στο *Halstead-Reitan Neuropsychological Battery* (Halstead & Wolfson, 1985) και στο *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery* (Golden et al., 1986). Βασισμένα στις σύγχρονες γνώσεις μας σχετικά με τις συγκεκριμένες λειτουργίες των διαφόρων περιοχών του εγκεφάλου και την αντιστοιχία τους με τις γνωστικές και κινητικές λειτουργίες του ατόμου, τα τεστ αυτά περιλαμβάνουν μια σειρά από διαφορετικές δοκιμασίες, περιλαμβανομένης και της κλίμακας *Weschler Adult Intelligence Scale*. Ωστόσο, οι δύο δοκιμασίες διαφοροποιούνται μεταξύ τους, καθώς βασίζονται σε διαφορετικό θεωρητικό υπόβαθρο. Το *Halstead-Reitan* αποτελείται από μια σειρά δοκιμασιών, που αποκαλούνται «μπαταρία», και στοχεύει στην αξιολόγηση των δυνατών και των αδύνατων σημείων του εξεταζόμενου για ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών. Χορηγείται από εκπαιδευμένους ειδικούς και διατίθεται για ευρύτερη στάθμιση και έρευνα. Ενώ ο αρχικός σκοπός του *Halstead-Reitan* ήταν ο ακριβής προσδιορισμός της εγκεφαλικής βλάβης στο συγκεκριμένο σημείο του εγκεφάλου, στην πορεία ο σκοπός αυτός αποδείχθηκε δύσκολος να πραγματοποιηθεί, λόγω της πολυπλοκότητας των εγκεφαλικών νευρικών οδών. Μια βασική κριτική σχετικά με το εν λόγω τεστ είναι ότι πιο δύσκολα εστιάζει στον λόγο παραπομπής αλλά και στις μοναδικές ιδιότητες του αξιολογούμενου. Αντιθέτως, το *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery* βασίζεται στη στενή παρατήρηση του ασθενούς, καθώς και στη λήψη και μελέτη ενός διεξοδικού ιστορικού. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην κλινική εξειδίκευση και παρατήρηση, παρά σε επίσημα ψυχομετρικά δεδομένα.

Ένα ακόμη νευροψυχολογικό εργαλείο είναι το *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* (Nasreddine et al., 2005) για ήπιες γνωστικές βλάβες. Αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα διαστάσεων, περιλαμβανόμενης της προσοχής και συγκέντρωσης, της μνήμης, των εκτελεστικών λειτουργιών, των οπτικο-κατασκευαστικών δεξιοτήτων και του προσανατολισμού, και η χορήγησή του διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Χρησιμοποιείται ευρέως και θεωρείται ψυχομετρικά έγκυρο.

Μια πλήρης νευροψυχολογική εκτίμηση μπορεί να διαρκέσει πολλές ώρες, ανάλογα με τον ασθενή και τον λόγο της αξιολόγησης. Επειδή οι δοκιμασίες αυτές ίσως είναι επιβαρυντικές για τον ασθενή, είναι σημαντικό η αξιολόγηση να γίνεται όταν ο ασθενής λειτουργεί στο καλύτερο δυνατό επίπεδο, προκειμένου να δοθούν τα πιο έγκυρα αποτελέσματα (Dozois, 2019).

## Γ. Εργαστηριακά τεστ

Αν και τα ψυχολογικά μέσα εκτίμησης είναι χρήσιμα για την αρχική διάγνωση των νευρολογικών διαταραχών, ο ακριβέστερος τρόπος είναι μέσω άμεσης αξιολόγησης του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος με τη βοήθεια των εργαστηριακών τεστ. Ένα διαδεδομένο εργαλείο είναι το **πλεκτροεγκεφαλογράφημα**, όπου η μέτρηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου μέσω πλεκτροδίων εγγράφεται σε σχήματα που ονομάζονται «εγκεφαλικά κύματα». Το εγκεφαλογράφημα έχει τη δυνατότητα να εντοπίσει όγκους και βλάβες στον εγκέφαλο. Πιο εκλεπτυσμένες μέθοδοι που έχουν αναπτυχθεί πρόσφατα είναι η **αξονική τομογραφία** και η **μαγνητική τομογραφία** (Computerized Tomography – CT, Magnetic Resonance Imaging – MRI) που αποτελούν μεθόδους στατικής (ανατομικής) απεικόνισης και προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για τον εντοπισμό και την έκταση βλαβών, όπως αιματώματα, όγκοι, εγκεφαλική ατροφία κ.λπ. Η **τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων** (Positron Emission

Tomography – PET), η **τομογραφία βάσει εκπομπής μονήρων φωτονίων** (Single Photon Emission Tomography – SPECT) και η **λειτουργική μαγνητική τομογραφία** (Functional Magnetic Resonance Imaging – fMRI) προσφέρουν πληροφορίες για διαταραχές των εγκεφαλικών λειτουργιών που δεν είναι πάντα απεικονίσιμες στατικά, όπως είναι οι διαταραχές του εγκεφαλικού μεταβολισμού (Σίμος & Κομίλη, 2003).

Η στενή σχέση ανάμεσα στην ψυχική και τη βιολογική λειτουργία, καθιστά τα τεστ εργαστηρίου ιδανικά για τον εντοπισμό ψυχικών διαταραχών. Παραδείγματος χάριν, όταν αυξάνεται ο βαθμός του άγχους, αυξάνεται και η δραστηριότητα των ιδρωτοποιών αδένων. Παρομοίως, η αύξηση του θυμού μπορεί να συσχετίζεται με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Ο **πολύγραφος** είναι ένα μηχανήμα με αισθητήρες που τοποθετούνται στο σώμα του ατόμου για την παρακολούθηση αλλαγών στη φυσιολογία του. Όταν οι αισθητήρες εφαρμόζονται στο κρανίο, πρόκειται για εγκεφαλογράφημα. Όταν οι αισθητήρες μετρούν την ηλεκτρική αντίσταση του δέρματος (ένδειξη δραστηριότητας των ιδρωτοποιών αδένων), πρόκειται για γαλβανική αντίδραση του δέρματος. Όταν οι αισθητήρες μετρούν αλλαγές στην ηλεκτρική δραστηριότητα των μυών, πρόκειται για **ηλεκτρομυογράφημα**. Ο **πολύγραφος** μπορεί να μετρήσει και άλλες αλλαγές στη φυσιολογία, όπως τον καρδιακό ρυθμό, τον όγκο του αίματος και την πίεση. Η πιο γνωστή μορφή πολυγράφου είναι ο ανιχνευτής ψεύδους. Ο πολύγραφος ή μέρη του μπορούν να εντοπίσουν συναισθηματικές αλλαγές σε συγκεκριμένα ερεθίσματα και με αυτόν τον τρόπο να συνεισφέρουν στην αξιολόγηση. Άτομο που υποφέρει από υπέρταση μπορεί με φορητό πιεσόμετρο να εντοπίσει πηγές στρες-ερεθίσματα ή καταστάσεις που προκαλούν αύξηση στην πίεση. Οι μετρήσεις της φυσιολογίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό της ακριβούς φύσης κάποιου προβλήματος.

Τα ψυχοφυσιολογικά τεστ έχουν σημαντικά πλεονεκτήματα. Καταρχάς, αξιολογούν διαδικασίες που δεν γνωρίζει, δεν ελέγχει και συνεπώς δεν μπορεί να επηρεάσει ο εξεταζόμενος. Τα τεστ αυτά είναι επίσης πιο ακριβή από άλλα όσον αφορά στη μέτρηση των λειτουργιών. Είναι αξιόπιστα και έγκυρα. Ωστόσο, με ορισμένα τεστ η ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι ασαφής. Παραδείγματος χάριν, ο πολύγραφος μπορεί να αξιολογεί το άγχος με ακρίβεια, αλλά όχι το εάν ο εξεταζόμενος λέει ψέματα, και συνεπώς το τεστ αυτό είναι έγκυρο ως προς την πρώτη, αλλά όχι ως προς τη δεύτερη διαδικασία.

#### Δ. Παρατήρηση και αξιολόγηση συμπεριφοράς

Η τέταρτη μέθοδος αξιολόγησης είναι η παρατήρηση της συμπεριφοράς του ατόμου σε φυσικό πλαίσιο, δηλαδή σε ένα ή περισσότερα περιβάλλοντα που συνθέτουν τις προσωπικές του καταστάσεις (παραδείγματος χάριν, το σπίτι, το σχολείο, ο χώρος εργασίας και θεραπείας). Η μέθοδος αυτή επιτρέπει τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ περιβαλλοντικών παραγόντων και συμπεριφοράς του εξεταζόμενου. Συχνά, ο ειδικός παρατηρεί τον εξεταζόμενο για να αξιολογήσει ελλείμματα στις δεξιότητές του ή στους τρόπους που αντιμετωπίζει ορισμένες καταστάσεις. Εστιάζει σε συγκεκριμένες συμπεριφορές, καθώς και στο τι προηγείται και τι έπεται αυτής της συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, ο ειδικός παρατηρεί πώς ένας έφηβος αλληλοεπιδρά με συνομηλίκους του για να διαπιστώσει ποιες καταστάσεις του προκαλούν μια αίσθηση ντροπής. Στη συνέχεια, ο ειδικός μπορεί να χρησιμοποιήσει πληροφορίες από την παρατήρηση προκειμένου να βοηθήσει τον έφηβο να μάθει νέες δεξιότητες, να σταματήσει αρνητικές συνήθειες και να κατανοήσει αλλά και να αλλάξει τον τρόπο αντίδρασης σε ορισμένες καταστάσεις.

Η παρατήρηση του ατόμου στο φυσικό του πλαίσιο έχει το πλεονέκτημα ότι δεν εξαρτάται από αυτοαναφορές του ατόμου που μπορεί να είναι λανθασμένες. Επίσης, μειώνονται τα λάθη του εξεταζόμενου που μπορεί να οφείλονται στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί με επιτυχία στον εξεταστή, ή στις υποκειμενικές ερμηνείες του εξεταστή. Εν ολίγοις, η παρατήρηση ευνοεί τον προσδιορισμό πρακτικών λύσεων, εφαρμόσιμων στο περιβάλλον του ατόμου. Από την άλλη, απαιτεί χρόνο και μπορεί η παρουσία του παρατηρητή να επηρεάσει και συνεπώς να αλλάξει τη συμπεριφορά του εξεταζόμενου. Μια εναλλακτική μέθοδος είναι η μαγνητοσκόπηση ή βιντεοσκόπηση που γίνεται με τη συναίνεση του εξεταζόμενου.

Ίσως οι πιο γνωστές μέθοδοι είναι η παρατήρηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας-βρέφους και η παρατήρηση του παιδιού στο σχολείο. Στην παρατήρηση μητέρας-βρέφους, ο ειδικός πηγαίνει στο σπίτι της μητέρας και παρακολουθεί την αλληλεπίδραση και τη μεταξύ τους επικοινωνία (μπορεί να γίνει κατά τη βρεφική ή την παιδική ηλικία). Η παρατήρηση του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο αναφέρεται στην παρατήρηση του παιδιού στην τάξη και σε κοινωνικές περιστάσεις, όπως την ώρα του διαλείμματος και του φαγητού. Πρόσφατα, η παρατήρηση της θεραπευτικής διαδικασίας έχει αποτελέσει αντικείμενο επιστημονικού ενδιαφέροντος (Friedman et al., 2013).

Όταν δεν είναι δυνατή η άμεση παρατήρηση, ο ειδικός μπορεί να ζητήσει την αυτοπαρατήρηση του εξεταζόμενου, δηλαδή να παρατηρήσει πόσο συχνά και πότε εκδηλώνει κάποια συγκεκριμένη συμπεριφορά, καθώς και υπό ποιες συνθήκες την εκδηλώνει (π.χ. πότε καπνίζει). Η αυτοπαρατήρηση μπορεί να επηρεαστεί από προκαταλήψεις, τόσο σε σχέση με το τι παρατηρεί ένα άτομο στη συμπεριφορά του όσο και σε σχέση με το τι είναι διατεθειμένο να αποκαλύψει. Εντούτοις, προσφέρει στο άτομο τη δυνατότητα να ανακαλύψει τι προκαλεί μια ανεπιθύμητη ή δυσάρεστη συμπεριφορά, επιτρέποντάς του να την αλλάξει. Πιο πρόσφατες μέθοδοι αυτοπαρατήρησης γίνονται μέσω εφαρμογών σε «έξυπνα» τηλέφωνα-smartphones, όπου ο αξιολογούμενος μπορεί να καταγράψει σκέψεις ή συμπεριφορές, καθώς και τις συνθήκες που προηγούνται και έπονται αυτών. Ακόμη, μπορεί να τις επικοινωνήσει άμεσα στον εξεταστή (Clough & Kesy, 2015· Marzano, 2015).

Για αναλυτικότερη αναφορά σε θέματα που αφορούν στην αξιολόγηση, προτείνεται η μελέτη των έργων των Αλεξόπουλου (2011), Κουλάκογλου (2013), Μέλλον (2010) και Σταλικά, Τριλίβα και Ρούσση (2012).

## Ε. Πολιτισμικά θέματα και προκλήσεις στην ψυχολογική αξιολόγηση

Στην ψυχολογική αξιολόγηση προκύπτουν διάφορα θέματα όταν υπάρχουν σημαντικές πολιτισμικές διαφορές μεταξύ εξεταζόμενου και εξεταστή (Braje & Holle, 2015· Nevid, Rathus & Greene, 2018· Nolen-Hoeksema, 2020). Κατάρχας, προκύπτουν δυσκολίες όταν τα δύο άτομα δεν μιλούν την ίδια γλώσσα ή έχουν ελάχιστη γνώση αυτής. Οι εν λόγω διαφορές μπορεί να οδηγήσουν σε υπο-διάγνωση και υπερ-διάγνωση. Η υπερ-διάγνωση μπορεί να προκύψει όταν ο εξεταζόμενος προσπαθεί να περιγράψει συμπτώματα ή προβλήματα στη γλώσσα του εξεταστή, αλλά ο εξεταστής ερμηνεύει την αργή και συγχυτική περιγραφή συμπτωμάτων ως ένδειξη πιο σοβαρής ψυχοπαθολογίας από αυτή που είναι πραγματικά παρούσα. Η υπο-διάγνωση μπορεί να προκύψει όταν ο εξεταζόμενος δεν μπορεί να διατυπώσει σύνθετα συναισθήματα ή ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες στη γλώσσα του εξεταστή και συνεπώς δεν μπαίνει καν στην προσπάθεια να τις αναφέρει. Μια λύση είναι η χρήση διερμηνέα για να μεταφράζει τα

λεγόμενα του εξεταζόμενου. Ενώ ο διερμηνέας μπορεί να είναι πολύ χρήσιμος, εάν δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένος, μπορεί να προκύψουν διαστρεβλώσεις και παρανοήσεις, τόσο όσον αφορά στις ερωτήσεις του εξεταστή όσο και για τα λεγόμενα του εξεταζόμενου.

Πολιτισμικές προκαταλήψεις μπορεί να προκύψουν ακόμα και όταν εξεταζόμενος και εξεταστής μιλούν την ίδια γλώσσα, αλλά προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Ορισμένοι ειδικοί θεωρούν ότι οι πολιτισμικές διαφορές διαφοροποιούν τα συμπτώματα που εμφανίζονται και τον τρόπο εκδήλωσής τους (Kirmayer, 2001). Ακόμη και όταν ο εξεταστής είναι σε θέση να αποφύγει όλες αυτές τις προκαταλήψεις, παραμένει το γεγονός ότι άνθρωποι από άλλους πολιτισμούς συχνά σκέφτονται και αναφέρονται στα ψυχολογικά τους προβλήματα διαφορετικά από ό,τι αναφέρονται άτομα του ίδιου πολιτισμού με τον κλινικό. Μια από τις πιο σημαντικές διαφορές είναι σχετικά με το εάν το πολιτισμικό πλαίσιο του εξεταζόμενου ορίζει την ψυχολογική οδύνη σε συναισθηματική ή σωματική μορφή. Οι δυτικές κοινωνίες τείνουν να αντιλαμβάνονται το σώμα και την ψυχή χωριστά, ενώ άλλοι πολιτισμοί δεν κάνουν αυστηρές διακρίσεις μεταξύ της εμπειρίας του σώματος και της ψυχής. Έπειτα από ένα ψυχολογικά δυσάρεστο γεγονός, άτομα από δυτικές κοινωνίες ίσως αναφέρουν ότι αισθάνονται άγχος ή θλίψη, ενώ άτομα από άλλους πολιτισμούς ίσως αναφέρουν σωματικό πόνο ή ασθένεια. Προκειμένου να μπορεί να αξιολογήσει με ακρίβεια την εκάστοτε περίπτωση, ο κλινικός οφείλει να αναγνωρίζει πολιτισμικές διαφορές σχετικά με την εκδήλωση διαταραχών και συμπτωμάτων και να χρησιμοποιεί τις γνώσεις αυτές στην ερμηνεία των συμπτωμάτων που αναφέρει ο εξεταζόμενος (Paniagua & Yamada, 2013).