



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ – ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «Θετική ή αρνητική η διάσταση της κλινικής διάγνωσης στον χώρο της ψυχικής υγείας;»

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κ. ΧΑΤΗΡΑ

της ΛΑΜΠΡΙΝΗΣ ΦΑΜΕΛΗ
ΑΜ 2040

ΡΕΘΥΜΝΟ 2011

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά τη διάγνωση στον χώρο της ψυχικής υγείας. Ειδικότερα εξετάζονται τα βασικότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά της, τα διαγνωστικά εργαλεία τα οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει ένας κλινικός και τελικά ο ρόλος του κλινικού ψυχολόγου.

Σε μια δεύτερη ενότητα θα γίνει αναφορά στην αρνητική διάσταση της διάγνωσης και στο πείραμα του Rosenhan, στο οποίο ο συγγραφέας προσπάθησε να αποδείξει πειραματικά, ότι ο διαχωρισμός μεταξύ ψυχικής υγείας (sanity) και μη (insanity) δεν είναι πάντα εφικτός. Επίσης αμφισβήτησε την ικανότητα των κλινικών για διάγνωση, αλλά και την ορθότητα και την εγκυρότητα της υπόστασης της ίδιας της κλινικής διάγνωσης (Rosenhan, 1973). Θίγονται ζητήματα όπως ο στιγματισμός και η προκατάληψη που επικρατούν στο χώρο της ψυχικής υγείας. Ακόμη παρατίθενται και κριτικές πάνω στη θέση του Rosenhan.

Σκοπός λοιπόν, της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη και η διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το ζήτημα της κλινικής διάγνωσης καθώς και με τη στάση των κλινικών απέναντι στους «ψυχικά ασθενείς», στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
Κεφάλαιο 2: ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	6
2.1 Ορισμοί	6
2.2 Διαγνωστική Διαδικασία: Διαταραχές και Διάγνωση.....	9
2.3 Κλινική Συνέντευξη.....	11
2.3.1 Γεγονότα της Ζωής και Ασθένεια	13
2.3.2 Ψυχοδυναμική και Ιστορία της Ζωής.....	13
2.4 Ψυχομετρία	14
2.4.1 Μέτρηση και Αξιολόγηση	16
2.4.2 Χρήσεις των τεστ.....	16
2.4.3 Είδη Τεστ	18
2.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΤΟ DSM-IV.....	19
2.5.1 Βασικά χαρακτηριστικά του DSM –IV	20
2.5.2 Ορισμός της ψυχικής διαταραχής κατά DSM-IV	20
2.5.3.Ταξινόμηση των διαταραχών στο DSM-IV	21
2.5.4 Σοβαρότητα της διαταραχής κατά DSM-IV	24
Κεφάλαιο 3 : Θετική και Αρνητική διάσταση της διάγνωσης..	25
3.1 Εισαγωγή.....	25
3.2.1 Θετική λειτουργία της διάγνωσης.....	26
3.2.2.Αρνητική Λειτουργία της διάγνωσης.....	27
3.2.3. Ψυχική Υγεία και Ψυχική Ασθένεια (Sanity and Insanity)	30

3.3 Το πείραμα του Rosenhan : “On being sane in insane places”	32
3.3.1 Μεθοδολογία του πειράματος:	32
3.3.2 Το φυσιολογικό δεν ανιχνεύεται:	35
3.3.3 Συμπερασματικά.....	37
3.3.4 Ο στιγματισμός των διαγνώσεων	38
3.4 Κριτική στο πείραμα του Rosenhan (1)	42
3.4.1 Ο Ασθενής δεν είναι πια «ασθενής»	44
3.4.2 Ανιχνεύοντας την ψυχική υγεία πριν την εισαγωγή	45
3.4.3 Ανιχνεύοντας την ψυχική υγεία μετά την εισαγωγή	47
3.4.5 Η χρήση της διάγνωσης.....	49
3.5 Κριτική στο πείραμα του Rosenhan (2)	51
3.5.1 Ψυχική υγεία – ψυχική ασθένεια.....	51
3.5.3 Δεοντολογία της προσποίησης.....	52
3.5.4 Θεραπευτική Κοινότητα.....	52
4.Επίλογος.....	53
4.1 Ανασκόπηση	53
4.2 Συμπεράσματα	55
5. Βιβλιογραφία	56
Βιβλιογραφία	56

Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για πολλούς ανθρώπους, όπως και για ορισμένους θεραπευτές η «διάγνωση» είναι μια «κακιά» λέξη. Η πολύπλοκη φύση ενός ανθρώπου υπεραπλουστεύεται από τον κλινικό με τη χρήση ενός διαγνωστικού όρου εξαιτίας του άγχους που αισθάνεται μπροστά στο άγχος της αβεβαιότητας. Με την ορολογία ο κλινικός αποστασιοποιείται από το άτομο που υποφέρει γιατί δεν αντέχει την ψυχική οδύνη του τελευταίου. Το άτομο που είναι ενοχλητικό για τους γύρω του τιμωρείται με έναν χαρακτηρισμό ο οποίος υποδηλώνει παθολογία. Ο ρατσισμός, ο σεξισμός, η προκατάληψη για την ανωτερότητα των ετεροφυλόφιλων ατόμων, η διάκριση των τάξεων και πολλές άλλες προκαταλήψεις μπορούν να ενισχυθούν (και έχουν ενισχυθεί) σε μεγάλο βαθμό από ποικίλα εγχειρίδια νοσολογίας. Στην εποχή μας είναι εύκολο να αποδειχτεί η κατάχρηση της ψυχοδιαγνωστικής ορολογίας. Ωστόσο, η πιθανή κατάχρηση μιας έννοιας ή διαδικασίας δεν συνιστά απαραίτητα ένα εύλογο επιχείρημα για να την απορρίψουμε. (...) Το σημαντικό ερώτημα που τίθεται εδώ είναι το εξής: *«Η προσεκτική και μη καταχρηστική εφαρμογή των ψυχοδιαγνωστικών εννοιών αυξάνει την πιθανότητα να βοηθηθεί ένα άτομο;»* (McWilliams, 2000).

Κεφάλαιο 2: ΔΙΑΓΝΩΣΗ

2.1 Ορισμοί

Παρατίθενται αλφαβητικά ορισμένοι από τους πιο σημαντικούς όρους που χρησιμοποιούνται στην ενότητα 2:

Γνωμάτευση, Ψυχολογική (psychological pronouncement): Γνωμάτευση γενικά ορίζεται ως κάθε μαρτυρία και πιστοποίηση που στηρίζεται σε κάποιες ψυχολογικές γνώσεις και αντίστοιχους συλλογισμούς. Ειδικότερα οι ψυχολογικές γνωματεύσεις που είναι γραπτές και αναλυτικές επιστημονικές πιστοποιήσεις τηρούν τους εξής όρους: 1. Στηρίζονται σε διεξοδικές εξετάσεις, 2. Οι εξετάσεις αυτές στηρίζονται σε νέες μεθόδους της ψυχολογικής έρευνας και είναι θεμελιωμένες σε εμπειρικά δεδομένα, 3. Αποτελούν απάντηση σε μια δεδομένη ερώτηση που αφορά την ψυχική κατάσταση και δομή της προσωπικότητας ενός συγκεκριμένου ατόμου. (Παπαδόπουλος, 2005)

Διάγνωση (diagnosis): ορίζεται ως ο διεθνούς χρήσης ειδικός επιστημονικός όρος (ιατρ., ψυχολ.) από τις λέξεις *δια* + *γινώσκω* (*γνωρίζω*). Γενικά αναφέρεται στη διαδικασία διερεύνησης και επισήμανσης της φύσης και των αιτιών μιας ασθένειας. Ο όρος χρησιμοποιείται στην Ψυχολογία για να προσδιορισθεί η κατάσταση ενός ατόμου που υπόκειται σε ψυχολογική εξέταση. Με την ψυχολογική διάγνωση επισημαίνονται ιδιότητες και τάσεις της προσωπικότητας. Σε μια διάγνωση ενδιαφέρει ο βαθμός της νοητικής εξέλιξης αλλά και οι προβληματικές ή και παθολογικές καταστάσεις. Η διάγνωση γίνεται με διαγνωστικές μεθόδους, >δοκιμασίες (τεστ), >συνέντευξη, >ανάλυση της συμπεριφοράς κτλ >*γνωμάτευση, ψυχολογική* . (Παπαδόπουλος, 2005)

Δοκιμασία ειδικά ως τεστ: Διεθνούς χρήσης αγγλικός όρος που χρησιμοποιείται για το χαρακτηρισμό ενός επιστημονικού και δοκιμασμένου τρόπου εξέτασης ή έρευνας ενός ή περισσότερων (εμπειρικά διακριτών) γνωρισμάτων της προσωπικότητας με σκοπό την κατά το δυνατό ποσοτική εκτίμηση της ανάπτυξης του εν λόγω γνωρίσματος.

Ανάλογα με το είδος του γνωρίσματος και το σκοπό που θέτει κανείς διακρίνονται σε δοκιμασίες *νοημοσύνης* (intelligence), *επίδοσης* (performance) και *προσωπικότητας* (personality). Οι δοκιμασίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέθοδοι διάγνωσης σε συγχρονικές και διαχρονικές έρευνες αλλά και ως μέθοδοι σε βασική έρευνα.

Οι δοκιμασίες (τεστ) είναι στις περισσότερες άλλες χώρες εδώ και αρκετά χρόνια *αυτοματοποιημένα*, συνδεδεμένα δηλαδή με ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Αυτό σημαίνει ότι τα δεδομένα μιας εξέτασης με δοκιμασία αποθηκεύονται αυτόματα έτσι που η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων, γίνεται πολύ γρήγορα και έχει κανείς τα αποτελέσματα άμεσα. (Παπαδόπουλος, 2005)

Εμπάθεια: Η διανοητική και συναισθηματική προσέγγιση, επαφή, επίγνωση και κατανόηση της ψυχικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου χωρίς απώλεια της πραγματικότητας (Μάνου, 1985).

Σημεία: Παρατηρήσεις και αντικειμενικά ευρήματα που αποκαλύπτονται από τον εξεταστή, όπως το περιεσφυγμένο συναίσθημα του ασθενούς ή η ψυχοκινητική επιβράδυνση (Sadock & Sadock, 2007).

Συμπτώματα: Οι υποκειμενικές εμπειρίες, όπως αυτές περιγράφονται από τον ασθενή, που συχνά εκφράζονται ως το κύριο ενόχλημα, όπως η καταθλιπτική διάθεση ή η έλλειψη ενεργητικότητας (Sadock & Sadock, 2007).

Σύνδρομο: Ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, που από κοινού συγκροτούν μια αναγνωρίσιμη κατάσταση, η οποία μπορεί να είναι περισσότερο αμφιλεγόμενη έναντι της ειδικής διαταραχής ή νόσου (Sadock & Sadock, 2007).

Συνέντευξη (interview): τεχνική έρευνας στηριζόμενη στη χρήση της γλώσσας ως μέσου επικοινωνίας και στη μορφή κυρίως των ερωτήσεων. Πρόκειται για απόκτηση πληροφοριών ή και γραπτών πληροφοριών. Αν και από παλαιότερα χρησιμοποιούνταν ερωτηματολόγια από τους εθνολόγους του ανθρωπολόγους, τους κοινωνιολόγους και τους ψυχολόγους, συστηματική ανάπτυξη της συνέντευξης ως οργάνου έρευνας και η μεθοδευμένη και προκαθορισμένη τεχνική παρατήρησης έγινε στα τελευταία χρόνια του αιώνα μας.

Στις Η.Π.Α. η έρευνα με τη μορφή συνέντευξης απευθυνόταν αρχικά στις επιχειρήσεις και το εμπόριο. Αργότερα χρησιμοποιήθηκε για την κοινωνική έρευνα. Η ψυχολογία και η ψυχανάλυση επίσης χρησιμοποιούν συνεντεύξεις για να καταλήξουν σε συμπεράσματα αναφορικά με τις στάσεις, τις πράξεις τις περιστάσεις, τους αγώνες και τις τοποθετήσεις («αυτοερμηνείες») που κάνει το άτομο για τη ζωή του. Η συνέντευξη είναι μια διαδικασία που σχεδιάζεται από τον ερευνητή με επιστημονικά κριτήρια. Με αυτήν επιδιώκεται η επισήμανση και κατανόηση της κατάστασης ενός πληθυσμού, ή ομάδων του πληθυσμού ή απλά η κατάσταση ενός ατόμου. (...) (Παπαδόπουλος, 2005)

Ψυχιατρικό ιστορικό: αποτελεί την καταγραφή της ζωής του ασθενούς . Επιτρέπει στον ψυχίατρο να κατανοήσει την ταυτότητα, την προέλευση και τη μελλοντική πορεία του ασθενούς. Το ιστορικό περιλαμβάνει την ιστορία της ζωής του ασθενούς με τα δικά του λόγια και σύμφωνα με τις δικές του απόψεις. Μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή από άλλες πηγές, όπως από τους γονείς ή το/τη σύζυγό του. Ένα ενδεδειγμένο ψυχιατρικό ιστορικό είναι ουσιαστικής σημασίας για την ορθή διάγνωση και τη διατύπωση ενός συγκεκριμένου και αποτελεσματικού θεραπευτικού σχεδίου. (Sadock & Sadock, 2007)

Ψυχική Κατάσταση: Το ιστορικό του ασθενούς παραμένει σταθερό ενώ η ψυχική του κατάσταση μπορεί να αλλάξει από μέρα σε μέρα ή από ώρα σε ώρα. Η εξέταση της ψυχικής κατάστασης (ΕΨΚ) περιλαμβάνει περιγραφή της εμφάνισης του ασθενούς, της ομιλίας, των πράξεων και των σκέψεων του κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Αποτελεί μια σημαντική οργάνωση των καταγεγραμμένων ευρημάτων σχετικά με τη σκέψη, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά. Στην ψυχική κατάσταση καταγράφονται μόνο τα φαινόμενα που παρατηρούνται τη χρονική στιγμή της συνέντευξης. Τα άλλα στοιχεία καταγράφονται στο ιστορικό. (Sadock & Sadock, 2007)

Ψυχομετρία: Όρος που χρησιμοποιείται σε συνάρτηση με τις μεθόδους και τη διαδικασία μέτρησης στην ψυχολογία. Πρόκειται για περιοχή που εξελίχτηκε από την ψυχοφυσική (Φέχνερ) και έχει λάβει ευρύτερη ανάπτυξη. Οι λεγόμενες ψυχομετρικές μέθοδοι αναφέρονται σε κλίμακες αξιολόγησης των χαρακτηριστικών του ατόμου, όπως γενική νοημοσύνη, ειδικές νοητικές ικανότητες και δεξιότητες, σε ψυχολογικές δοκιμασίες (τεστ) και τελευταία κυρίως σε συσκευές και μηχανήματα που είναι και περισσότερο αξιόπιστα μέσα διάγνωσης και αξιολόγησης (Παπαδόπουλος, 2005)

2.2 Διαγνωστική Διαδικασία: Διαταραχές και Διάγνωση

Ένας από τους κεντρικούς στόχους της ιατρικής αξιολόγησης είναι η αναζήτηση μιας διάγνωσης που να αιτιολογεί τα συμπτώματα. Αυτό συμβαίνει διότι αν βρεθεί η υποκειμενική αιτία, είναι δυνατόν να εφαρμοστούν αποτελεσματικές και λογικές θεραπείες. Αλλά ακόμη και στη γενική ιατρική όπως επεσήμανε ο Scadding: «*Η διαγνωστική διαδικασία και η έννοια της διάγνωσης που προκύπτει υπόκεινται σε μεγαλύτερη διακύμανση...*», η διάγνωση η οποία είναι η κατάληξη της διαδικασίας, ίσως δεν υποδηλώνει τίποτα παραπάνω από την ομοιότητα των συμπτωμάτων και των σημείων με ένα ήδη αναγνωρισμένο πρότυπο». Στην ψυχιατρική το «ίσως», γίνεται «συνήθως» και αυτό έχει ήδη αναγνωριστεί από τους συντάκτες τόσο του DSM – IV όσο και του ICD-10, υπό την έννοια ότι αυτά παριστάνουν ταξινομήσεις όχι διαγνώσεων αλλά διαταραχών. Αυτές οι ταξινομήσεις χρησιμοποιούν παρόμοιους ορισμούς των διαταραχών. Οι φράσεις κλειδιά είναι στο ICD-10 «η ύπαρξη μιας κλινικά αναγνωρίσιμης ομάδας συμπτωμάτων ή συμπεριφορών που σχετίζονται στις περισσότερες περιπτώσεις με δυσφορία και παραβιάζουν τις προσωπικές λειτουργίες», και στο DSM-IV «ένα κλινικό σύνδρομο ή πρότυπο που εκδηλώνεται σε ένα άτομο και σχετίζεται με την παρουσία δυσφορίας ή ανικανότητας..»

Η χρήση τέτοιων ευρέων ορισμών είναι απαραίτητη εξαιτίας των περιορισμένων γνώσεων περί των αιτιών των περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών και της επίσης περιορισμένης κατανόησης των διαδικασιών που οδηγούν στα διάφορα συμπτώματα. Για να αποφευχθούν οι υπεραισιόδοξες υποθέσεις, θα πρέπει να συζητηθεί πολύ το ότι οι περισσότεροι κλινικοί αποφεύγουν τη χρήση του όρου «διάγνωση», εκτός από το συγκριτικά μικρό ποσοστό των περιπτώσεων στις οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί με τη στενή έννοια του να προσδιορίζει τη γνώση ότι κάτι υπόκειται των συμπτωμάτων. Συνέπεια αυτής της άποψης είναι ότι τα ευρέως χρησιμοποιούμενα και στις δύο ταξινομήσεις «διαγνωστικά κριτήρια» θα πρέπει να ονομαστούν «κριτήρια για την ταυτοποίηση των διαταραχών».

Παρόλα αυτά θα πρέπει να δεχτούμε ότι ο ασθενής και η οικογένειά του πιθανότατα περιμένουν δηλώσεις σχετικά με την αιτία της δυσφορία και των συμπτωμάτων τους. Τα μέλη όλων των ανθρώπινων ομάδων απαιτούν από τους θεραπευτές τους να ανακαλύπτουν τις αιτίες της δυστυχίας (δηλαδή να κάνουν διάγνωση) και να δίνουν θεραπείες. Αυτό ισχύει είτε πρόκειται για μια πολιτισμένη και επιστημονικά προσανατολισμένη σύγχρονη κοινωνία, είτε για μια μη βιομηχανοποιημένη κοινωνία που βασίζεται σε παραδοσιακούς θεραπευτές και φάρμακα. Η προφανής ανακούφιση ενός ασθενούς και της οικογένειάς του με την ανακοίνωση μιας «επίσημης» διάγνωσης διαπιστώνεται συχνά σε κάθε τύπο θεραπευτικής πράξης, παρά το ότι οι θεραπευτικοί όροι αυτοί καθαυτοί σημαίνουν πολύ λίγα πράγματα. Η ανακοίνωση μιας επίσημης διάγνωσης θεωρείται ότι καταδεικνύει ότι ο κλινικός γνωρίζει τι συμβαίνει και επομένως μπορεί να παράσχει επιτυχημένη θεραπεία και συμβουλή. Αν

η διάγνωση είναι διατυπωμένη με όρους κατανοητούς στον ασθενή, θα έχει επιπροσθέτως και θεραπευτική ισχύ.

Η ετοιμότητα των παραδοσιακών θεραπειών και των θεραπειών της εναλλακτικής ιατρικής να παρέχουν διάγνωση και θεραπεία με όρους που έχουν νόημα και επομένως δυναμική απήχηση στους πελάτες τους, είναι πιθανότατα ένας από τους κύριους λόγους για την επιβίωσή τους και την κοινωνικότητά τους.

Στην ψυχιατρική και την κλινική ψυχολογία, η ιατρική συνήθεια της αναζήτησης μιας διάγνωσης έχει κατά καιρούς παρεξηγηθεί ως μια αδικαιολόγητη εμμονή αναζήτησης μιας σωματικής νόσου η οποία υπόκειται των ψυχικών διαταραχών. Αυτή η άποψη υποστηρίχθηκε ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες στις δεκαετίες 1950 και 1960, όπως εκφράστηκε στα κείμενα του Menninger, στα οποία η διαγνωστική διαδικασία και οι προσπάθειες να ταξινομηθούν οι ασθενείς απορρίφτηκαν ως σπατάλη χρόνου. Αυτή η αντίληψη αγνοεί 2 θέσεις που έχουν επισημανθεί από πολλούς: «1. Η επιλογή ενός διαγνωστικού όρου είναι μόνο ένα μέρος μιας συνολικής διαδικασίας αξιολόγησης που οδηγεί και σε διατύπωση προσωπικής άποψης. 2. Οποιαδήποτε αξιολόγηση ενός ατόμου, είτε σχετικά με ψυχοδυναμικές διεργασίες είτε σχετικά με δομικές και βιοχημικές ανωμαλίες, είτε όσον αφορά στην επίδραση στις κοινωνικές δραστηριότητες, αποτελεί αναπόφευκτα κάποιου είδους ταξινόμηση. (Gelder, Lopez-Ibor, & Andreasen)

2.3 Κλινική Συνέντευξη

Ένα από τα καθοριστικά εργαλεία που έχει ο θεραπευτής στη διάθεσή του είναι η δυνατότητα να πάρει μια καλή συνέντευξη. Ένας επιδέξιος εξεταστής έχει την ικανότητα να συλλέγει τα απαιτούμενα στοιχεία για την κατανόηση και θεραπεία του ασθενή και να τον βοηθάει στην πορεία να καταλαβαίνει καλύτερα τις ιατρικές υποδείξεις.. (Sadock K. &., 1996)

Ουσιαστικά κάθε συνέντευξη είναι μια συζήτηση ή ακόμα καλύτερα μια συνομιλία. Η κλινική συνέντευξη όμως, είναι ένα ξεχωριστό είδος συνέντευξης και διαφέρει από τη συνηθισμένη συνομιλία σε πολλά καίρια σημεία. Οι διαφορές αυτές είναι αρκετά λεπτές και γι αυτό η τεχνική της συνέντευξης είναι μια δεξιότητα που χρειάζεται χρόνος για την εκμάθησή της. Είναι όμως σημαντικότερη και πραγματικά υψηλή τέχνη. Οι καλοί κλινικοί άσχετα από την ειδικότητά τους.

Ο σκοπός της συνέντευξης δεν είναι απλά η συλλογή πληροφοριών γύρω από τον ασθενή, αλλά η «εμπαθητική» κατανόηση του πως νιώθει ο ασθενής. Μια τέτοια κατανόηση είναι ουσιώδης για τη σωστή διάγνωση και την επιτυχία της θεραπείας και η επιτυχία της συνέντευξης βασίζεται στην ανάπτυξη αυτής ακριβώς της κατανόησης. Η ευαισθησία τώρα του ατόμου που κάνει τη συνέντευξη είναι καθοριστική για την πορεία της συνέντευξης και την ευκολία με την οποία θα δώσει πληροφορίες ο ασθενής. Ευαισθησία, εμπάθεια , κατανόηση ήδη ανακουφίζουν τον ασθενή. Δεν είναι λοιπόν παράξενο, αν η αρχική συνέντευξη θεωρείται ότι αποτελεί και την έναρξη της θεραπείας.

Για να γίνει αποτελεσματική εκτίμηση θα πρέπει κανείς να ανιχνεύσει όσο γίνεται πιο πολύ τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται ο ασθενής. Στη διάρκεια της συνέντευξης οι ασθενείς προσφέρουν πολλές ενδείξεις – κλειδιά τόσο με αυτά που λένε (*περιεχόμενο της συνέντευξης*) όσο και με τον τρόπο που τα λένε (*διεργασία της συνέντευξης*).

Η διεργασία της συνέντευξης είναι καίρια και για την κατανόηση των προβλημάτων του ασθενή. (...) Θα πρέπει να δίνεται η ευκαιρία στους ασθενείς να δείξουν τις διεργασίες μέσα στις οποίες δημιουργούν μια σχέση. (...) Γι αυτό θα πρέπει ο κλινικός να είναι όσο γίνεται λιγότερο καθοδηγητικός. Να οδηγεί τον ασθενή μόνο όταν φαίνεται ότι αυτός παρεκτρέπεται από τα θέματα που είναι σχετικά με τη συνέντευξη. Αυτό δεν είναι πάντα μια εύκολη υπόθεση. Ο κλινικός που υποβάλλει τον ασθενή σε ένα ατελείωτο χείμαρρο από ειδικές ερωτήσεις, ποτέ δε θα συλλέξει όλες τις πληροφορίες που αφορούν στη διεργασία της συνέντευξης.

Ο πρώτος και πρωταρχικός στόχος είναι να δημιουργηθεί η κατάλληλη ατμόσφαιρα, ώστε ο ασθενής να νιώσει άνεση, εμπιστοσύνη και να μιλήσει ελεύθερα. Η μεγάλη τέχνη είναι να μάθει κανείς να ακούει. (Ν.Μανου, 1997)

Η ικανότητα εδραίωσης επικοινωνίας και μιας ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης είναι θεμελιώδης κατά τη λήψη ενός ενδεδειγμένου ψυχιατρικού ιστορικού και την εξέταση της ψυχικής κατάστασης. Η καλή επικοινωνία είναι ουσιαστικής σημασίας για την ικανοποιητική θεραπεία ασθενών και την εξασφάλιση της συνεργασίας τους. Διευκολύνει τη συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχέδιο και τη φαρμακευτική αγωγή. (Sadock & Sadock, 2007) Ακόμα και αυτοί που συνδέουν μια διαγνωστική συνεδρία με την εικόνα εξουσίας του θεραπευτή απέναντι στον ασθενή και με την υιοθέτηση εκ μέρους του της στάσης «εγώ ξέρω περισσότερα από εσένα» πρέπει να γνωρίζουν ότι μια εις βάθος κλινική συνέντευξη είναι δυνατόν να διεξαχθεί μέσα σε ατμόσφαιρα ειλικρινούς σεβασμού και ισότητας (McWilliams, 2000).

2.3.1 Γεγονότα της Ζωής και Ασθένεια

Θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα να αποκαλυφθούν συσχετίσεις ανάμεσα σε καθημερινά γεγονότα και την εκδήλωση συμπτωμάτων ή την αλληλεπίδραση με δραστηριότητες, ιδιαίτερα αν αυτές επαναλαμβάνονται. Κάτι τέτοιο μπορεί να επηρεάσει το σχεδιασμό της αντιμετώπισης και την εκτίμηση της πρόγνωσης. Οι απόψεις των ασθενών και των οικογενειών τους για τα αίτια της ασθένειας θα πρέπει να ακούγονται με σεβασμό, με την επιφύλαξη ότι η απόδοση της νόσου σε δυσάρεστες εμπειρίες αποτελεί μια περισσότερο ή λιγότερο πανανθρώπινη υπόθεση, που συχνά δεν δικαιολογείται λογικά. Οι κλινικοί οφείλουν να καταλήξουν στα δικά τους συμπεράσματα σχετικά με τέτοιες σχέσεις, μέσω των εμπειριών, της κοινής λογικής και κάποιας εξοικείωσης με τα ερευνητικά ευρήματα. (Gelder, Lopez-Ibor, & Andreasen)

2.3.2 Ψυχοδυναμική και Ιστορία της Ζωής

Ο όρος «ψυχοδυναμική» αναφέρεται γενικά στις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα διάφορα γεγονότα της ζωής, τις προσωπικές σχέσεις και τις ιδιότητες της προσωπικότητας, ενώ επιπλέον χρησιμοποιείται για να συμπεριλάβει εσώτερες ψυχολογικές διαδικασίες (όπως μηχανισμούς άμυνας και στρατηγικές αντιμετώπισης). Όλα αυτά πρέπει να εξεταστούν για να κατανοήσουμε ποια από τις υποψήφια αιτίες μιας νόσου είναι πιο πιθανή τη δεδομένη στιγμή.

Για την αξιολόγηση της ιστορίας της ζωής του ασθενούς απαιτείται ένας συνδυασμός γνώσεων σχετικά με τις τοπικές και πολιτισμικές επιρροές και περισσότερο τεχνικά ψυχολογικά θέματα, ενώ προτάσεις για τις διαφορετικές παραμέτρους του συνολικού μοντέλου μπορούν να προέλθουν από διάφορα μέλη της ομάδας.

Η εσωτερική ψυχοδυναμική του ασθενούς συχνά απαιτεί λεπτομερή μελέτη, και ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι να καταδεικνύονται οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι ψυχοδυναμικές διεργασίες. Ένα βασικό συμπέρασμα που μπορεί να προκύψει από την αρχική αξιολόγηση μερικών ασθενών είναι ότι οι παραπάνω παράμετροι είναι τόσο σημαντικές, ώστε καθιστούν απαραίτητη την συνδρομή εξειδικευμένης ψυχοθεραπευτικής υπηρεσίας.

2.4 Ψυχομετρία

Ψυχομετρία ονομάζεται ο κλάδος της ψυχολογίας που ασχολείται με τη μέτρηση και την κατασκευή ψυχολογικών δοκιμασιών (τεστ). Ο Kline (1993) ορίζει την ψυχομετρία ως την μελέτη των ατομικών διαφορών με τη χρήση ψυχολογιών τεστ. Μέχρι ενός σημείου η ψυχομετρία δεν είναι παρά μια συστηματική προσπάθεια να προβλέπει με ένα όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικό τρόπο την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Τα τελευταία είκοσι χρόνια οι δραστηριότητες των ψυχολόγων έχουν διευρυνθεί και η χορήγηση των τεστ αποτελεί μόνο ένα σκέλος της διαδικασίας που ονομάζεται «αξιολόγηση». Η συνολική διαδικασία σήμερα περιλαμβάνει τεχνικές όπως η συνέντευξη, η χορήγηση ψυχολογικών τεστ, η παρατήρηση, η νευροψυχολογική αξιολόγηση και η αξιολόγηση της συμπεριφοράς (Groth-Marnat, 1990). Επιπλέον οι ψυχολόγοι αξιολογούν νέους τομείς, οι οποίοι δεν ετύγχαναν ανάλογης προσοχής πριν τη δεκαετία του 1980. (Κουλάκογλου, 1998)

Ο παλαιότερος τρόπος αξιολόγησης είναι η κλινική συνέντευξη. Διάσημοι ψυχολόγοι όπως ο Freud, ο Jung και ο Adler χρησιμοποίησαν την αδόμητη συνέντευξη προκειμένου να αποσπάσουν πληροφορίες για την εξελικτική πορεία, τη διάγνωση και τις ασυνείδητες πλευρές της προσωπικότητας των ασθενών τους. Κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970, άρχισαν οι αρνητικές κριτικές για την εγκυρότητα και αξιοπιστία των κλινικών συνεντεύξεων. Τα ψυχολογικά τεστ ήρθαν κατά κάποιο τρόπο αντιμέτωπα με το υποκειμενικό στοιχείο που χαρακτήριζε τις αδόμητες συνεντεύξεις.

Μια άλλη καινοτομία των τελευταίων ετών είναι η εξέλιξη της νευροψυχολογικής αξιολόγησης. Ο κλάδος αυτός αποτελεί μια σύνθεση της νευρολογίας της συμπεριφοράς και της ψυχομετρίας. Η νευροψυχολογική αξιολόγηση απαντά σε ερωτήματα που αφορούν τη μορφή της οργανικής ανεπάρκειας, τον εντοπισμό της και τη διαφοροποίηση μεταξύ οργανικής και λειτουργικής βλάβης. (Κουλάκογλου, 1998)

Οι 2 πιο σημαντικές συστοιχίες είναι το *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery* (Golden, Hammeke & Purich, 1980) και το *Halstead Reitan Neuropsychological Test Battery* (Reitan & Wolfson, 1985).

Μια τυπική νευροψυχολογική συστοιχία μπορεί να περιλαμβάνει τεστ ειδικά κατασκευασμένα για την αξιολόγηση της οργανικής βλάβης καθώς και άλλες δοκιμασίες όπως το MMPI, το WAIS-R, το WISC –III και το Bender Gestalt Weschler Memory Scale-Revised. (Κουλάκογλου, 1998)

Κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970, υπήρξε μεγάλη ακμή στις θεραπείες της συμπεριφοράς. Αρχικά οι θεραπευτές αυτοί ασχολήθηκαν με την ιδιογραφική προσέγγιση της λειτουργικής ανάλυσης της συμπεριφοράς. Με την πάροδο των

χρόνων, καθώς οι τεχνικές εκλεπτύζονταν όλο και περισσότερο, άρχισαν να κάνουν την εμφάνισή τους σταθμισμένες μέθοδοι αξιολόγησης της συμπεριφοράς.

Καταρχήν οι μέθοδοι αυτοί εμφανίστηκαν εξαιτίας της δυσaréσκειας που υπήρχε από τις ψυχιατρικές μεθόδους διάγνωσης όπως το DSM-II, και στη συνέχεια μέσα από την αναγκαιότητα της αξιολόγησης να έχει μια πιο άμεση σχέση με τη θεραπεία και τα αποτελέσματά της. Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς περιελάμβανε επίσης μετρήσεις κινητικής δραστηριότητας (καταλόγους συμπεριφοράς, ανάλυση συμπεριφοράς), τη φυσιολογία αντιδράσεων (GSR, EMG) και ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (Beck Depression Inventory, Κλίμακες διεκδικητικότητας).

Παρά την επιτυχή πορεία πολλών σταθμισμένων τεχνικών αξιολόγησης της συμπεριφοράς, υπάρχουν πολλοί θεραπευτές που πιστεύουν ότι μια αδόμητη ιδιογραφική προσέγγιση είναι πιο αποτελεσματική. (Κουλάκογλου, 1998) Επιπλέον πολλοί συμπεριφοριστές πιστεύουν ότι είναι σημαντικό οι θεραπευτές να εξοικειώνονται με τα αντικειμενικά τεστ προσωπικότητας και τις προβλητικές τεχνικές (Piotrowski & Keller, 1984).

2.4.1 Μέτρηση και Αξιολόγηση

Κάθε διαδικασία συλλογής πληροφοριών για ένα άτομο ονομάζεται αξιολόγηση. Ο Aiken (1988) ορίζει την αξιολόγηση σαν την εκτίμηση του επιπέδου ή του μεγέθους κάποιας ιδιότητας του ατόμου. Τα τεστ είναι ένα είδος αξιολόγησης που χρησιμοποιούν κάποιες ειδικές διαδικασίες για την απόκτηση πληροφοριών και τις οποίες μετατρέπουν σε αριθμού ή τιμές.

Κάθε τεστ προσδιορίζεται από δύο τουλάχιστον γνωρίσματα: Α) τη χρήση συγκεκριμένων ή συστηματικών κανονισμών και Β) τη βαθμολόγηση των απαντήσεων.

Οι συγκεκριμένοι κανονισμοί που αφορούν τα τεστ περιλαμβάνουν μηχανισμούς όπως η επιλογή ερωτημάτων, ο καθορισμός συνθηκών κάτω από τις οποίες χορηγείται το τεστ και η ανάπτυξη ενός συστήματος βαθμολόγησης και ερμηνείας των αποτελεσμάτων.

Η ποσοτική ανάλυση των απαντήσεων είναι το δεύτερο γνώρισμα που τεκμηριώνει τη διαφορά μεταξύ ενός τεστ και μιας τεχνικής ή μεθόδου. Ο όρος τεστ είναι σχεδόν συνώνυμος με τη μέτρηση. (Κουλάκογλου, 1998)

2.4.2 Χρήσεις των τεστ

Τα τεστ χρησιμεύουν σε διάφορους διερευνητικούς τομείς όπως η ταξινόμηση, η διάγνωση και ο προγραμματισμός θεραπείας, η αυτογνωσία, η αξιολόγηση προγράμματος και η έρευνα.

2.4.2.1 Ταξινόμηση

Η ταξινόμηση έχει ως στόχο την τοποθέτηση ενός ατόμου σε κάποια κατηγορία με απώτερο σκοπό την κατάλληλη θεραπεία του. Υπάρχουν 4 είδη ταξινόμησης : η τοποθέτηση (*placement*), ο διαχωρισμός (*screening*), η βεβαίωση (*certification*) και η επιλογή (*selection*). Η τοποθέτηση αναφέρεται στο διαχωρισμό των ατόμων σε διαφορετικά προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες ή τις ικανότητές τους. Ο διαχωρισμός αναφέρεται σε σύντομες διαδικασίες ή απλά τεστ που βοηθούν στην αναγνώριση ειδικών γνωρισμάτων ή αναγκών. Τόσο βέβαια η βεβαίωση όσο και η επιλογή έχουν να κάνουν με την επιτυχία/αποτυχία σε κάποιες εξετάσεις.

2.4.2.2. Διάγνωση και Θεραπευτικός Σχεδιασμός

Η διάγνωση αφορά τη φύση και την προέλευση μιας προβληματικής συμπεριφοράς καθώς επίσης και την ταξινόμησή της με βάση κάποιο επίσημο διαγνωστικό σύστημα όπως το DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders*) και το ICD-10 (*International Classification of Diseases*). Μία σωστή διάγνωση παρέχει πληροφορίες για τα πλεονεκτήματά ή τις αδυναμίες του ασθενή, την αιτιολογία της παθολογίας του καθώς και τις επιλογές που διαθέτουμε για αποκατάσταση και θεραπεία. Η διάγνωση έχει άμεση σχέση με την πρόγνωση: μια προσεκτικά διαμορφωμένη διαγνωστική ανάλυση μας παρέχει τη δυνατότητα να αξιολογήσουμε την πρόγνωση του ασθενή. Όπως η διάγνωση παρουσιάζει τη συνολική λειτουργία του ατόμου μέσα σε ένα συγκεντρωτικό πλαίσιο, η πρόγνωση υποδεικνύει το είδος της τροποποίησης, της εξέλιξης, της επανόρθωσης ή ακόμα και της επιδείνωσης που είναι πιθανόν να επέλθει. (Κουλάκογλου, 1998)

Όταν η διαδικασία της διαγνωστικής αξιολόγησης διεξάγεται με ευαισθησία και μετά από επαρκή εκπαίδευση των ειδικών, υπάρχουν 5 τουλάχιστον αλληλοσχετιζόμενα πλεονεκτήματα που απορρέουν από αυτήν:

1. χρησιμεύει στο θεραπευτικό σχεδιασμό
2. παρέχει πληροφορίες σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας
3. συνεισφέρει στην προστασία των ατόμων που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας
4. βοηθά το θεραπευτή να δείξει ενσυναίσθηση στο θεραπευόμενο

Και

5. μειώνει την πιθανότητα οι ασθενείς που τρομάζουν εύκολα να αποχωρήσουν από τη θεραπεία πριν αυτή ολοκληρωθεί. (McWilliams, 2000)

Θα πρέπει σε αυτό το σημείο να τονιστεί, ότι η διάγνωση δεν είναι απλή υπόθεση και κανένα τεστ ή συνδυασμός πολλών τεστ δεν μπορεί να μας δώσει με απόλυτη ακρίβεια τη διάγνωση της προσωπικότητας ή της παθολογίας ενός ασθενή. Σε μια διαγνωστική αξιολόγηση ο ψυχολόγος θα πρέπει να λάβει υπόψη του τους ακόλουθους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν τη διάγνωση. (KellermanandBurry,1997):

- a) το ενδεχόμενο αλλαγής μέσα σε μια διαγνωστική τοποθέτηση.
- b) Τη σχέση μεταξύ του παρόντος προβλήματος και της συνολικής διάγνωσης της προσωπικότητας.
- c) Το παρόν πρόβλημα σαν ένα συμβάν που επηρεάζει την οξεία, σε αντίθεση με τη χρόνια διάσταση της παθολογίας.
- d) Την παρουσία διαφορετικών επιπέδων παθολογίας και τις μεταξύ τους συσχετίσεις.
- e) Την επίδραση αυτών των διαγνωστικών γνωρισμάτων στην επιλογή θεραπευτικών και προγνωστικών δηλώσεων.

2.4.3 Είδη Τεστ

Τα οκτώ βασικά είδη ψυχολογικών τεστ είναι:

1. *Τεστ νοημοσύνης*: Μετρούν τη νοητική ικανότητα του ατόμου μέσα από την αξιολόγηση γενικών περιοχών της νοημοσύνης όπως η προφορική ικανότητα, η αντιληπτική οργάνωση, η λογική και κατ' επέκταση, αξιολογούν τις δυνατότητες του ατόμου για ακαδημαϊκές επιτεύξεις ή την πρόγνωση για ακαδημαϊκή σταδιοδρομία.
2. *Τεστ Δεξιοτήτων*: Μετρούν την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί με βάση ειδικές ικανότητες ή δεξιότητες. Τα τεστ αυτά μαζί με τα τεστ νοημοσύνης ανήκουν στην ευρύτερη κατηγορία των τεστ ικανοτήτων.
3. *Τεστ Επίτευξης*: Αξιολογούν το βαθμό μάθησης, ή της επιτυχίας σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο. Σκοπός τους είναι να προσδιορίσουν πόσες πληροφορίες έχουν καταγραφεί.
4. *Τεστ Δημιουργικότητας*: Αξιολογούν την πρωτοτυπία της σκέψης και την ικανότητα του ατόμου να εφευρίσκει ασυνήθιστες λύσεις σε ασκήσεις ή προβλήματα.
5. *Τεστ Προσωπικότητας*: Μετρούν τα χαρακτηριστικά, τις διαστάσεις και τις συμπεριφορές οι οποίες προσδιορίζουν την ατομικότητα. Τα τεστ αυτά περιλαμβάνουν καταλόγους αναφοράς (check-lists), ερωτηματολόγια και προβλητικές τεχνικές.
6. *Ερωτηματολόγια ενδιαφερόντων*: Μετρούν τις προτιμήσεις του ατόμου για συγκεκριμένες δραστηριότητες ή θέματα. Τα τεστ αυτά χρησιμεύουν στον προσδιορισμό της επαγγελματικής επιλογής.

7. *Διαδικασίες αξιολόγησης της συμπεριφοράς*: Περιγράφουν και καταγράφουν με ένα αντικειμενικό τρόπο τη συχνότητα και τη διάρκεια μιας συμπεριφοράς και προσπαθούν να εντοπίσουν τα γεγονότα που προηγήθηκαν καθώς και τις συνέπειες της συμπεριφοράς.
8. *Νευροψυχολογικά τεστ*: Αξιολογούν τη γνωστική, αισθητηριακή, αντιληπτική και κινητική απόδοση, προκειμένου να προσδιορίσουν το εύρος, τη θέση και τις επιπτώσεις στη συμπεριφορά των ατόμων με εγκεφαλική δυσλειτουργία. (Κουλάκογλου, 1998)

2.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΤΟ DSM-IV

Όπως προαναφέρθηκε η διάγνωση δεν σχετίζεται μόνο τη φύση και την προέλευση μιας συμπεριφοράς αλλά και με την ταξινόμησή της με βάση κάποιο επίσημο διαγνωστικό σύστημα. Υπάρχουν 2 ευρέως διαδεδομένα συστήματα ταξινόμησης στον χώρο της ψυχικής υγείας: το *DSM-IV* ή αλλιώς *Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, τέταρτη έκδοση*, που δημοσιεύτηκε το 1994 από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία. Είναι το επίσημο σύστημα ταξινόμησης, το οποίο χρησιμοποιείται από όλους τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας για τη διάγνωση των ψυχιατρικών διαταραχών. Το DSM περιέχει διαγνωστικά κριτήρια για 17 μείζονες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, αποτελούμενες από 375 διαφορετικούς νόσους.

Ένα παρόμοιο σύστημα χρησιμοποιείται στην Ευρώπη και καλείται : *ICD* ή αλλιώς *Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Παθήσεων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας*. Τόσο το ICD όσο και το DSM χρησιμοποιούν τους ίδιους αριθμητικούς κωδικούς για κάθε διαταραχή. Η ορολογία που χρησιμοποιείται σε αυτή την εργασία είναι προσαρμοσμένη στην επίσημη ορολογία του DSM. (Sadock & Sadock, 2007)

Παρατίθενται στη συνέχεια μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά, οι ορισμοί που δίνονται καθώς και η ταξινόμηση των διαταραχών του DSM-IV .

2.5.1 Βασικά χαρακτηριστικά του DSM -IV

A. Διαγνωστικά κριτήρια

- Το διαγνωστικό σύστημα DSM- IV κατηγοριοποιεί διαγνωστικά κριτήρια για κάθε διαταραχή.
- Η διάγνωση μπορεί να γίνει όταν αναδεικνύεται επαρκής αριθμός σημείων και συμπτωμάτων με βάση το ιστορικό και την ψυχική κατάσταση του ασθενούς.
- Ειδικά διαγνωστικά κριτήρια αυξάνουν την αξιοπιστία (πχ. Διαφορετικοί παρατηρητές καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα).

B. Περιγραφική προσέγγιση

- Το DSM -IV περιγράφει μόνο ψυχικές διαταραχές. Δεν θεωρητικολογεί αναφορικά με τα αίτια. Η αιτιολογία δεν καλύπτεται.
- Η περιγραφική προσέγγιση αυξάνει την εγκυρότητα. Μετρά αυτό που υποτίθεται ότι πρέπει να μετρήσει (πχ. Ένας ασθενής που με διάγνωση σχιζοφρένειας είναι πράγματι σχιζοφρενικός) (Sadock & Sadock, 2007)

2.5.2 Ορισμός της ψυχικής διαταραχής κατά DSM-IV

Μια ψυχική διαταραχή είναι μια νόσος με ψυχολογικές ή συμπεριφορολογικές εκδηλώσεις, που σχετίζονται με σημαντική δυσφορία και ελλειμματική λειτουργικότητα, η οποία οφείλεται σε μια βιολογική, κοινωνική, ψυχολογική, γενετική, σωματική ή χημική διαταραχή. Αξιολογείται με βάση την απόκλιση από κάποια κανονιστική έννοια. Κάθε νόσος διαθέτει χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα. (Sadock & Sadock, 2007)

2.5.3. Ταξινόμηση των διαταραχών στο DSM-IV

A. Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία.

1. Νοητική Καθυστέρηση.
2. Μαθησιακές Διαταραχές.
3. Διαταραχή των Κινητικών Δεξιοτήτων.
4. Διαταραχές της Επικοινωνίας.
5. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.
6. Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς.
7. Διαταραχές της Σίτισης και της Πρόσληψης Τροφής της Βρεφικής και Πρώιμης Παιδικής Ηλικίας.
8. Διαταραχές Τικ (μυοσπασμάτων).
9. Διαταραχές της απέκκρισης.
10. Άλλες Διαταραχές της Βρεφικής, Παιδικής και Εφηβικής Ηλικίας.

B. Ντελίριο, Άνοια και Αμνησιακές και άλλες γνωσιακές Διαταραχές.

1. Ντελίριο
2. Άνοια
3. Αμνησιακή Διαταραχή

Γ. Ψυχικές Διαταραχές οφειλόμενες σε γενική σωματική κατάσταση.

Δ. Συνδεόμενες με ουσίες Διαταραχές.

1. Διαταραχές χρήσης ουσιών
2. Διαταραχές προκαλούμενες από ουσίες
3. Συνδεόμενες με αλκοόλ Διαταραχές

Ε. Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές.

1. Σχιζοφρένεια
2. Παραληρητική (Παρανοειδής) Διαταραχή
3. Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή
4. Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή
5. Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή
6. Επινεμόμενη Ψυχωτική Διαταραχή
7. Ψυχωτική Διαταραχή που οφείλεται σε γενική σωματική κατάσταση
8. Ψυχωτική Διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες
9. Ψυχωτική Διαταραχή ΜΠΑ (άτυπη ψύχωση)

ΣΤ. Διαταραχές της Διάθεσης.

1. Διπολικές Διαταραχές
2. Καταθλιπτικές Διαταραχές

Ζ. Αγχώδεις Διαταραχές

1. Γενικευμένη αγχώδης Διαταραχή
2. Διαταραχή Πανικού
3. Αγοραφοβία
4. Ειδική Φοβία
5. Κοινωνική Φοβία
6. Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Η. Σωματόμορφες Διαταραχές

Θ. Προσποιητές Διαταραχές.

Ι. Αποσυνδετικές (Διχαστικές) Διαταραχές.

Κ. Σεξουαλικές Διαταραχές και Διαταραχές της ταυτότητας του γένους.

1. Παραφιλίες
2. Διαταραχές της ταυτότητας του γένους
3. Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες

Λ. Διαταραχές πρόσληψης τροφής.

1. Ψυχογενής ανορεξία
2. Ψυχογενής Βουλιμία

Μ. Διαταραχές του ύπνου.

1. Δυσπνίες
2. Παραϋπνίες
3. Ναρκοληψία
4. Συνδεδεμένη με την αναπνοή διαταραχή του ύπνου
5. Διαταραχή του Κιρκαδιανού ρυθμού του ύπνου

Ν. Διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων μη ταξινομούμενες αλλού.

1. Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή
2. Κλεπτομανία
3. Πυρομανία
4. Τριχοτιλλομανία
5. Παθολογική Ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια

Ξ. Διαταραχές της προσαρμογής.

O. Διαταραχή της προσωπικότητας.

1. *Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας*
2. *Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας*
3. *Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας*
4. *Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας*
5. *Οιστριονική διαταραχή προσωπικότητας*
6. *Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας*
7. *Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας*
8. *Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας*
9. *Οριακή (μεταιχμαική) διαταραχή προσωπικότητας*
10. *Εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας*

Π. Άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής.

1. *Ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη γενική σωματική κατάσταση*
2. *Προκαλούμενες από φάρμακα κινητικές διαταραχές*
3. *Προβλήματα σχέσεων*
4. *Προβλήματα που σχετίζονται με κακοποίηση ή παραμέληση*

P. Πρόσθετες καταστάσεις που μπορούν να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής.

(Sadock & Sadock, 2007)

2.5.4 Σοβαρότητα της διαταραχής κατά DSM-IV

Αναλόγως της κλινικής εικόνας και της παρουσίας ή της απουσίας σημείων και συμπτωμάτων και της έντασής τους, η σοβαρότητα μιας διαταραχής μπορεί να ταξινομηθεί σύμφωνα με τα παρακάτω:

Α.Ήπια: Ελάχιστα συμπτώματα είναι παρόντα και η έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα είναι μικρή.

Β.Μέτρια: Συμπτώματα ή λειτουργική έκπτωση μεταξύ της ήπιας και της σοβαρής.

Γ.Σοβαρή: Είναι παρόντα πολλά ή ιδιαίτερα σοβαρά συμπτώματα, που οδηγούν σε σημαντική έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.

Δ.Σε μερική ύφεση: Όλα τα κριτήρια της διαταραχής ήταν μέχρι πρότινος παρόντα, αλλά πλέον παραμένουν μόνο μερικά από τα σημεία ή συμπτώματα της διαταραχής.

Ε.Σε πλήρη ύφεση: Δεν υπάρχουν πλέον συμπτώματα ή σημεία της διαταραχής.

ΣΤ. Πολλαπλές διαγνώσεις: Είναι πιθανό για ένα ασθενή να τεθούν περισσότερο της μιας διαγνώσεις. Η κύρια διάγνωση είναι συνήθως αυτή που είναι υπεύθυνη για την εισαγωγή στο νοσοκομείο ή την επίσκεψη σε ψυχίατρο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι δυνατός ο καθορισμός της κύριας διάγνωσης, επειδή κάθε μια έχει συνεισφέρει εξίσου στην ανάγκη για θεραπεία. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιείται ο όρος *διπλή διάγνωση*.

(Sadock & Sadock, 2007)

Κεφάλαιο 3 : Θετική και Αρνητική διάσταση της διάγνωσης

3.1 Εισαγωγή

Αναφερθήκαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο στη διάγνωση, προσεγγίζοντάς την κυρίως θεωρητικά και έγινε λόγος για τη συνέντευξη, τη χρήση των τεστ, καθώς και τα ταξινομικά συστήματα τα οποία βοηθούν τον κλινικό να καταλήξει στη διάγνωση. Σε αυτό το κεφάλαιο θα προσεγγίσουμε τη διάγνωση από μια διαφορετική γωνία και θα εμβαθύνουμε στον τρόπο διεξαγωγής της διάγνωσης από τους κλινικούς (επηρεάζεται η διάγνωση από το ψυχιατρικό πλαίσιο ή τα χαρακτηριστικά που μας οδηγούν σε αυτή βρίσκονται στο άτομο;), την επιρροή που έχει αυτή στον ασθενή και στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς του (στιγματισμός, συμπεριφορές μέσα στο ψυχιατρείο) και τέλος θα γίνει αναφορά στη μελέτη του Rosenhan καθώς και σε κάποιες κριτικές που έχει δεχτεί η έρευνα αυτή, σε μια προσπάθεια να απαντήσουμε στο ερώτημα : «Είναι η διάγνωση ένα ανεξάρτητο και χρήσιμο εργαλείο –τόσο για τον κλινικό όσο και για τον ίδιο τον ασθενή- που προάγει την ψυχική υγεία, ή αποδεικνύεται αναξιόπιστη και επιφέρει μάλλον αρνητικές συνέπειες στον ασθενή;»

3.2.1 Θετική λειτουργία της διάγνωσης

Η θετική λειτουργία της διάγνωσης, όσον αφορά στον ασθενή, συνιστάται από το γεγονός ότι μπορεί να του προσφέρει ένα θεωρητικό σχήμα ή έναν τρόπο αντίληψης των πραγμάτων γύρω του ώστε πλήθος ανήσυχων και ασυνήθιστων, μέχρι τώρα για αυτόν, καταστάσεων να βγάζουν νόημα. Ικανοποιεί δηλαδή τις γνωστικές του ανάγκες. Του δίνεται η επιβεβαίωση ότι δεν είναι ο μόνος που αντιμετωπίζει την αυτή την κατάσταση με αποτέλεσμα να βγαίνει από την «απομόνωση» στην οποία έχει μπει. Επιπρόσθετα η αποδοχή αυτού του καινούριου πλαισίου, του παρέχει μια αργή αλλά ασφαλή διέξοδο από τον πόνο που του προκαλεί η καινούρια για αυτόν κατάσταση. Έχοντας πλέον μπροστά του τη «διάγνωση», ο ασθενής μπορεί πλέον να διώξει την αβεβαιότητα που τον ταλανίζει, να κατανοήσει την κατάστασή του, να αποκτήσει γνώσεις που αφορούν τόσο τη φύση και την αιτία του προβλήματος του αλλά κατά συνέπεια και τη θεραπευτική αντιμετώπιση που απαιτείται, καθώς και την πρόγνωση της πορείας της ασθένειας του μακροπρόθεσμα και βραχυπρόθεσμα.

Θα πρέπει να τονιστεί σε αυτό το σημείο ότι καμία θεραπευτική συμμαχία (θεραπευτή – θεραπευομένου) δεν θα μπορεί να δημιουργηθεί, αν δε δοθεί στον ασθενή πλήρη πρόσβαση στη «γλώσσα» που χρησιμοποιεί ο κλινικός του. Θα πρέπει να γνωρίζει και να καταλαβαίνει ικανοποιητικά τη γλώσσα – ορολογία που χρησιμοποιείται για την κατάστασή του, ώστε να έχει πρόσβαση στα βιβλία, τις συνομιλίες ακόμη και στις σημειώσεις των συμπαθούντων του, που τον αφορούν.

Τα παραπάνω μπορεί να συντελέσουν στη μείωση του άγχους και σε ορισμένες περιπτώσεις στην αλλαγή της διάθεσης καθώς και στην θεραπεία του ασθενή. Αδιαμφισβήτητα η γνώμη μειώνει τις συνέπειες της άγνοιας. Το να γίνει λοιπόν μια σωστή διάγνωση και συνακόλουθα η σωστή ενημέρωση (και όχι μόνο στους συγγενείς) ώστε να λυθούν όλες οι απορίες και τα ερωτηματικά του, είναι εξαιρετικής σημασίας. Μια ακόμα θετική πλευρά της διάγνωσης είναι ότι η 'κοινωνία' είναι ταγμένη να πράττει τα δέοντα για τα άτομα τα οποία έχουν επίσημα διαγνωστεί ως «ψυχικά ασθενείς», γεγονός που τείνει να μειώνει την αδυναμία και το αίσθημα του 'αβοήθητου' που βιώνει ο ασθενής την παρούσα χρονική στιγμή.

3.2.2.Αρνητική Λειτουργία της διάγνωσης

Η διάγνωση όμως (ακόμα και όταν είναι έγκυρη) συνιστά ηθικό πρόβλημα. Η θέση αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι μια διάγνωση μπορεί να επιφέρει στον ασθενή θετικές συνέπειες, μπορεί όμως να του επιφέρει και αρνητικές.

Κάνοντας μια ανασκόπηση στο κεφάλαιο του Walter Reich που προσεγγίζει τη διάγνωση σαν ηθικό πρόβλημα, διακρίνουμε τη συνεχή έκθεση του «διαγνωσμένου» ως ψυχικά ασθενής στις «βλαβερές συνέπειες» της διάγνωσης. Σύμφωνα με τον συγγραφέα, αυτές οι συνέπειες αφορούν στην απώλεια της ατομικής ελευθερίας, την υποβολή του ατόμου σε αντίξοες ψυχιατρικές θεραπείες και περιβάλλοντα αλλά και στην πιθανότητα να στιγματιστεί το άτομο εφ'όρου ζωής» καθώς και μια ποικιλία νομικών και κοινωνικών μειονεκτημάτων που κυμαίνονται από : την ανικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις οικογενειακές και οικονομικές υποχρεώσεις του, μέχρι και , στις πιο ακραίες περιπτώσεις, στην αποστέρηση της ζωής του. (Reich, 1981)

Είναι φυσικό λοιπόν, αν λάβουμε υπόψη μας τα παραπάνω, να εγείρονται συγκεκριμένα ηθικά ερωτήματα. Και θα πρέπει να υπογραμμιστεί σε αυτό το σημείο, το γεγονός ότι καμία διάγνωση φυσιολογικής φύσης, δεν θα μπορούσε να προκαλέσει το στιγματισμό που είδαμε από τη λίστα του Reich. (Shackle, 1985, Sep)

3.2.2.1 Το Αντι-ψυχιατρικό κίνημα και η διάγνωση

Διαβάζοντας τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι πολλά από τα σημεία που θίγει ο Reich αποτελούν ζωτικά σημεία του αντι-ψυχιατρικού κινήματος.

Στο μυαλό όλων εκείνων που εμπλέκονται με το Ψυχιατρικό-Ίδρυματικό σύστημα γεννούνται ερωτήματα που πηγάζουν από το γενικό αίσθημα της αμφιβολίας, και καμία απάντηση δεν φαίνεται ικανοποιητική, γιατί τέτοιου είδους ερωτήματα τείνουν να εκτείνονται τόσο στη θεωρητική βάση της εργασίας του ατόμου όσο και στις συγκεκριμένες καθημερινές δραστηριότητές του που σχετίζονται και με άλλα πραγματικά πρόσωπα, και θα μπορούσαν να είναι ερωτήματα όπως: «γιατί βρίσκομαι εδώ;», «ποιος με έβαλε εδώ;», «τι να κάνω;», «γιατί να κάνω κάτι;», κα. Μια βαθιά αμφισβήτηση που αφορά στα ερωτήματα αυτά ώθησε ορισμένα άτομα να εκφράσουν αντιλήψεις και να προτείνουν μεθόδους που φαίνονται εντελώς αντιφατικές με τις συμβατικές μεθόδους και αντιλήψεις, και που θα μπορούσαν να αποτελέσουν αρχές του ψυχιατρικού κινήματος. (Cooper, 1974)

Με τον όρο αντιψυχιατρική, γενικότερα, χαρακτηρίζεται η θεραπευτική κοινότητα στην οποία καθιερώθηκε ελεύθερη επικοινωνία προς κάθε κατεύθυνση και η

εφαρμογή διαδικασιών ομαδικής ανάλυσης και μέτρων κατάργησης της ιεραρχίας. Εφαρμόστηκε κυρίως στην Αγγλία μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και σε συνάρτηση με διαταραγμένα κυρίως από τον πόλεμο άτομα. Επρόκειτο για τάση ενάντια στον εγκλεισμό στις ψυχιατρικές κλινικές. (Παπαδόπουλος, 2005).

Το αντι-ψυχιατρικό κίνημα τείνει να διαφωνεί στο ότι η διαδικασία της διάγνωσης θα πρέπει να καταργείται εξ' ολοκλήρου. Σύμφωνα όμως, με τον Anthony Clart *«κανείς κλινικός δεν μπορεί να δουλέψει απουσία γενικών υποθέσεων και νόμων. Η προσπάθεια να αντιληφθούμε κάθε άτομο και κάθε περιστατικό ως μοναδικό δεν έχει κανένα νόημα χωρίς την ύπαρξη πλαισίου.»*

Αν λοιπόν η διάγνωση δεν καταργείται τότε είναι χρέος του κλινικού να αυξάνει τις ευεργετικές και να ελαχιστοποιεί τις αρνητικές για το άτομο συνέπειές της. Όταν η διάγνωση έχει σαν αποτέλεσμα την ιδρυματοποίηση και τον εγκλεισμό του ασθενή, οι αρνητικές συνέπειες είναι άμεσες και αφορούν τον αποκλεισμό και τον «απανθρωπισμό». (Shackle, 1985, Sep)

3.2.2.2. Ιδρυματοποίηση

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι αυτό που χρειάζονται οι περισσότεροι ασθενείς, ώστε να βιώσουν όσο το δυνατό λιγότερο τραυματικά την εισαγωγή τους στο ψυχιατρικό ίδρυμα, είναι η επιβεβαίωση και η ανθρώπινη επαφή. (Coate, 1964)

Φαίνεται ότι τα ιδρύματα έχουν «ρόλους» να προσφέρουν σε αυτούς που εισέρχονται σε αυτά. Σύμφωνα με τον Goffman οι ρόλοι που προσφέρονται στους ασθενείς είναι περιορισμένοι. (Goffman, 1981) Οι πιο εμφανείς είναι του «καλού» και του «κακού» ασθενή. Αυτοί οι ρόλοι αμβλύνουν την εξάρτηση και παραγκωνίζουν το κομμάτι εκείνο του ασθενή που του επιτρέπει να φέρεται ενήλικα και υπεύθυνα. Αυτό εντείνεται ακόμα περισσότερο όταν συνειδητά «αμελείται» να δοθούν πληροφορίες στον ασθενή σχετικά με τη διάγνωση. Χωρίς τις πληροφορίες αυτές και τις γνώσεις που του παρέχουν, ο ασθενής δεν μπορεί να προκαλέσει, να αμφισβητήσει ή να συμφωνήσει με τον τρόπο που αντιμετωπίζεται το πρόβλημά του. Αναπόφευκτα υπάρχουν στιγμές που ο ασθενής είναι πολύ αναστατωμένος ή μπερδεμένος, ωστόσο φαίνεται πως είναι πολύ πιο εύκολο και βολικό για το προσωπικό που είναι υπεύθυνο για τον ασθενή, να «χάσουν» τη στιγμή εκείνη που θα ήταν κατάλληλη για να επικοινωνήσουν μαζί του.

Στο άρθρο του ο E.M.Shackle παρομοιάζει το πλαίσιο εκείνο στο οποίο τοποθετούνται οι ιδρυματοποιημένοι ψυχικά ασθενείς με εκείνο των καταδικασμένων εγκληματιών. (Σύμφωνα με την αγγλική νομοθεσία όταν κάποιος ψυχικά άρρωστος χαρακτηριστεί «έγκλειστος ασθενής» (detained patient) δεν έχει το δικαίωμα να βγει από το νοσοκομείο παρά μόνο ύστερα από ειδική απόφαση της αρμόδιας δικαστικής υπηρεσίας που είχε προηγουμένα διατάξει τον εγκλεισμό του.) Η μόνη λοιπόν

διαφορά είναι ότι ο κατάδικος γνωρίζει και γιατί και για πόσο καιρό έχει καταδικαστεί. Αντίθετα ο ψυχικά άρρωστος πολλές φορές δε γνωρίζει ούτε καν τη διάγνωση. Εκείνος που είναι αρμόδιος να κρίνει και να παίρνει όλες εκείνες τις αποφάσεις που αφορούν τον ασθενή είναι ο θεράπων γιατρός του.

Θα πρέπει να γίνει γνωστό σε αυτό το σημείο ότι σύμφωνα με τον Βρετανικό Κώδικα Ηθικής (Code of Ethics), του παγκόσμιου ψυχιατρικού οργανισμού (World Psychiatric Association) το 1977, στο άρθρο 4 δηλώνεται ότι: *«Ο Ψυχίατρος θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή για τη φύση της κατάστασής του, την προτεινόμενη διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία, συμπεριλαμβανομένων πιθανών εναλλακτικών καθώς και της πρόγνωσης. Αυτή η ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή, στην οποία θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα επιλογής μεταξύ των ενδεικτικών και των διαθέσιμων μεθόδων.»* (Reich, Psychiatric Diagnosis as an Ethical Problem, 1981)

3.2.3. Ψυχική Υγεία και Ψυχική Ασθένεια (Sanity and Insanity)

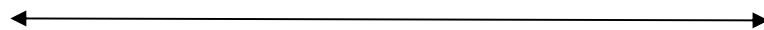
Το 1934 ο Benedict υποστήριξε ότι το φυσιολογικό (normality) και το μη φυσιολογικό (abnormality) δεν είναι οικουμενικό. (Benedict, 1934). Αυτό που σε μια κουλτούρα θεωρείται φυσιολογικό σε μια άλλη μπορεί να φαίνεται τελείως παράδοξο. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τελικά ο διαχωρισμός μεταξύ φυσιολογικού και μη φυσιολογικού να μην είναι τόσο απλός όσο πιστεύεται ότι είναι. Αυτό δε σημαίνει βέβαια ότι δεν είμαστε ακριβείς όταν χρησιμοποιούμε όρους όπως «αποκλίνουσα συμπεριφορά». Ούτε σημαίνει ότι θα πρέπει να αμφισβητήσουμε την ύπαρξη του άγχους και των ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με αυτό. Αλλά οι όροι «φυσιολογικό/μη φυσιολογικό», «ψυχική υγεία/ψυχική ασθένεια» καθώς και η διάγνωση που απορρέει από αυτούς, ίσως είναι λιγότερο ουσιώδης τελικά. (Rosenhan, On Being Sane in Insane Places, 1973)

Για να προχωρήσουμε στη διάγνωση και στον διαχωρισμό του μη ψυχικά υγιή ατόμου, θα πρέπει πρώτα να ψάξουμε όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά στα οποία βασίζεται μια διάγνωση. Τέτοιου είδους χαρακτηριστικά βρίσκονται στο ίδιο το άτομο ή τα συναντάμε στο περιβάλλον του; Αν στηριχτούμε στη δομή του DSM που είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν σημεία και συμπτώματα, τα οποία μπορούν να κατηγοριοποιηθούν. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα συμπτώματα τότε συμπερασματικά μπορούμε να προβούμε σε ένα διαχωρισμό των ψυχικά ασθενών από τα ψυχικά υγιή άτομα.

Αυτή η θέση όμως δεν υιοθετείται από όλους και έχει αμφισβητηθεί. Κάτω από το πρίσμα θεωρητικών, ανθρωπολογικών, φιλοσοφικών, νομικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων η κατηγοριοποίηση αυτή και η προσπάθεια διαχωρισμού της ψυχικής υγείας, συνιστά μια , στην καλύτερη περίπτωση, άσκοπη και ,στη χειρότερη, βλαβερή και παραπλανητική προσπάθεια. Σύμφωνα με αυτή τη θέση, η διάγνωση δεν βρίσκεται παρά στο μυαλό των παρατηρητών και δεν υπάρχουν έγκυρες κατηγορίες χαρακτηριστικών και συμπτωμάτων. (Becker, 1963) (Goffman, 1981)

Αντίθετα, ο D. L. Rosenhan, αμφισβητούσε ότι τα χαρακτηριστικά που είναι ικανά να οδηγήσουν τον κλινικό στη διάγνωση βρίσκονται στους ασθενείς. Στην ψυχολογία η ερώτηση του πώς να ξεχωρίζει κανείς το φυσιολογικό από το μη, είναι θεμελιώδη . Ο ορισμός του μη φυσιολογικού έχει ρόλο κλειδί στη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας κάποιου, και η διάγνωση με τη σειρά της καθορίζει τη θεραπεία που θα δοθεί στον ασθενή. Η γραμμή που χωρίζει το φυσιολογικό και το μη φυσιολογικό (στην περίπτωσή μας την ψυχική υγεία από την ψυχική ασθένεια) δεν είναι ξεκάθαρη. Αντίθετα όλες οι συμπεριφορές που μπορούν να οδηγήσουν σε συμπεράσματα θα μπορούσαν να είναι μέρος σε ένα συνεχές, που στη μια του άκρη έχει το φυσιολογικό

,ή αυτό που ίσως θα μπορούσε να ονομαστεί αποτελεσματική ψυχική λειτουργία, και στην άλλη πλευρά το μη φυσιολογικό που θα υποδείκνυε ψυχική ασθένεια .



Φυσιολογικό

Μη φυσιολογικό

Αποτελεσματική Ψυχική Λειτουργία

Ψυχική ασθένεια

Επομένως είναι στην κρίση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να αποφασίσουν σε ποιο σημείο αυτού του συνεχούς αντιστοιχεί η συμπεριφορά ενός συγκεκριμένου ατόμου. Είναι όμως τα καθιερωμένα κριτήρια και η εκπαίδευση που λαμβάνουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αρκετά και ικανοποιητικά;

Ένας τρόπος για να ελέγξουμε ποια από τις δυο θέσεις είναι η σωστή θα ήταν να εισάγουμε ψυχικά υγιή άτομα (=δηλαδή άτομα τα οποία δεν έχουν ούτε είχαν ποτέ εκδηλώσει συμπτώματα ψυχικών διαταραχών) σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και να κρίνουμε βάση της διάγνωσης που θα τους δοθεί. Εάν τέτοιου είδους «ψευδοασθενείς» ανιχνεύονταν πάντα από τους κλινικούς θα μπορούσαμε με ασφάλεια να οδηγηθούμε στο συμπέρασμα ότι ένα ψυχικά υγιές άτομο είναι δυνατόν να διαχωριστεί μέσα σε ένα μη ψυχικά υγιές πλαίσιο ,όπως αυτό του ψυχιατρείου, στο οποίο βρίσκεται □ επομένως η θέση ότι τα συμπτώματα – χαρακτηριστικά που μαρτυρούν την κατάσταση της ψυχικής υγείας του ατόμου βρίσκονται στο ίδιο το άτομο, ευσταθεί.

Εάν όμως, οι «ψευδοασθενείς» συμπεριφέρονταν στο νοσοκομείο όπως ακριβώς και στον «έξω κόσμο» και το προσωπικό δεν ανακάλυπτε ότι είναι ψυχικά υγιείς, αυτό θα αποτελούσε ένδειξη ότι η διάγνωση των ψυχικά ασθενών έχει να κάνει μάλλον με το περιβάλλον και την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο τη δεδομένη χρονική στιγμή παρά με το ίδιο το άτομο, άρα αμφισβητείται τόσο η εγκυρότητα όσο και η χρησιμότητά της.

3.3 Το πείραμα του Rosenhan : “On being sane in insane places”

3.3.1 Μεθοδολογία του πειράματος:

Επιλογή των ψευδοασθενών:

Οκτώ ψυχικά υγιή άτομα απέκτησαν πρόσβαση σε 12 διαφορετικά νοσοκομεία¹. Οι οκτώ συμμετέχοντες δεν συνιστούσαν μια ομοιογενή ομάδα. Αντιθέτως, Ένας από αυτούς ήταν απόφοιτος ψυχολογίας περίπου 20 ετών. Οι υπόλοιποι 7 ήταν μεγαλύτεροι ήδη εργασιακά αναγνωρισμένοι. Ανάμεσά τους υπήρχαν τρεις ψυχολόγοι, ένας ψυχίατρος, ένας ζωγράφος και μια νοικοκυρά. Τρεις από τους ψευδοασθενείς ήταν γυναίκες και πέντε άντρες. Ο καθένας από αυτούς υιοθέτησε ψεύτικο όνομα, ενώ εκείνοι που ανήκαν στον χώρο της ψυχικής υγείας επικαλέστηκαν άλλα επαγγέλματα ώστε να αποφευχθούν τυχόν ειδικές μεταχειρίσεις από τους κλινικούς ή τους νοσηλευτές, λόγω «συναδελφικής αλληλεγγύης». Σε αυτό το σημείο ο Rosenhan τονίζει ότι πέραν από τη δική του παρουσία (ο ίδιος ήταν ο πρώτος ψευδοασθενής) η οποία γνωστοποιήθηκε στους διοικητικούς του νοσοκομείου, η ψευδής φύση των ασθενών καθώς και το ερευνητικό πρόγραμμα που λάμβανε χώρα στα ψυχιατρεία δεν ήταν γνωστή σε κανένα.

Τα νοσοκομεία:

Προκειμένου να μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα, η εισαγωγή σε διαφορετικά νοσοκομεία ήταν απαραίτητη. Τα 12 νοσοκομεία στα οποία παραπέμφθηκαν οι ψευδοασθενείς είναι τοποθετημένα σε 5 διαφορετικές Πολιτείες των ανατολικών και δυτικών προαστίων. Κάποια από αυτά ήταν παλιά και κάποια καινούρια, κάποια προσανατολίζονταν σε έρευνες ενώ άλλα όχι. Σε κάποια από αυτά η αναλογία προσωπικού-ασθενών ήταν αρκετά υψηλή ενώ σε άλλα αρκετά υποβαθμισμένη. Μόνο ένα από αυτά ήταν αυστηρά ιδιωτικό νοσοκομείο, ενώ όλα τα υπόλοιπα συντηρούνταν από την πολιτεία ή από ομοσπονδιακούς πόρους ή σε μια περίπτωση από πανεπιστημιακούς.

Τα συμπτώματα:

Οι ψευδοασθενείς έκλειναν ραντεβού στα νοσοκομεία και όταν έφταναν στα γραφεία υποδοχής παραπονιόντουσαν ότι άκουγαν φωνές. Όταν ρωτήθηκαν τι φωνές άκουγαν

¹ Δεδομένα από ένατο ψευδοασθενή δεν γνωστοποιούνται σε αυτή τη μελέτη καθώς παρά το γεγονός ότι η ψυχική του «υγεία» δεν ανιχνεύτηκε από τους κλινικούς, ο ίδιος παραποίησε στοιχεία του ιστορικού του, συμπεριλαμβανομένης της οικογενειακής του κατάστασης και τη σχέση του με τους γονείς του. Η προς μετρηση συμπεριφορά του μέσα στο πείραμα λοιπόν απέκλινε από εκείνη των άλλων συμμετεχόντων.

η απάντηση ήταν ότι «οι φωνές δεν ήταν πάντα ξεκάθαρες αλλά από όσο μπορούσαν να διακρίνουν υπήρχαν οι λέξεις «άδειος» (empty) , «κούφιος» (hollow) και «ένα μονότονο ήχο» (thud)». Οι φωνές ήταν άγνωστες στους ψευδοασθενείς και πάντα του ίδιου φύλου με αυτούς². Είναι σαν να λέει κάποιος : «Η ζωή μου είναι άδεια και μάταιη».

Ιστορικό των ψευδοασθενών:

Πέρα από την επίκληση των συμπτωμάτων (φωνές) , την αλλαγή των ονομάτων και σε κάποιες περιπτώσεις των επαγγελμάτων, δεν έγινε καμία άλλη αλλαγή στα ιστορικά των ψευδοασθενών. Όλα τα υπόλοιπα γεγονότα στις ζωές τους παρουσιάστηκαν όπως ακριβώς συνέβησαν στην πραγματικότητα. Οι σχέσεις με τους γονείς και τα αδέρφια, με τους συζύγους και τα παιδιά τους, με τα άτομα από το σχολείο και τη δουλειά τους (σύμφωνα με τις προαναφερθείσες εξαιρέσεις) περιγράφηκαν όπως ακριβώς είχαν. Εκτός από τις χαρές και τις ικανοποιήσεις αναφέρθηκαν και στις απογοητεύσεις και τις στεναχώριες. Σε αυτό το γεγονός δίνει μεγάλη βαρύτητα ο Rosenhan καθώς πιστεύει ότι κατά κάποιο τρόπο θα μπορούσε να οδηγήσει πιο εύκολα στη σωστή διάγνωση και να προκαταβάλλει τους κλινικούς καθώς κανένα από τα ιστορικά δεν περιείχε ενδείξεις ψυχοπαθολογίας κατά τη διάρκεια της ζωής των ψευδοασθενών.

Συμπεριφορά των ψευδοασθενών μετά την εισαγωγή τους:

Αμέσως μετά την εισαγωγή τους στα ψυχιατρεία οι ψευδοασθενείς σταμάτησαν να παρουσιάζουν τα συμπτώματα για τα οποία παραπονούνταν. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπήρξε μια σύντομη περίοδος ήπιου άγχους και νευρικότητας κάτι το οποίο ο Rosenhan δικαιολογεί από την εισαγωγή τους στα ψυχιατρεία καθώς όπως στηρίζει κανένας δεν πίστευε ότι θα μπορούσαν να εισαχθούν. Αντιθέτως πίστευαν ότι θα τους αντιληφθούν αμέσως και ότι θα τους κατηγορήσουν για απάτη. Ακόμα κάποιοι από αυτούς δεν είχαν επισκεφτεί ποτέ πριν χώρο του ψυχιατρείου, ενώ ακόμα και αυτοί που είχαν τους κυριάρχησε ένας φόβος σχετικά με το τι μπορεί να τους συμβεί. Με αυτόν τον τρόπο αιτιολογείται λοιπόν το άγχος που κατέβαλλε τους ψευδοασθενείς μετά την εισαγωγή τους, κάτι που όπως αναφέρεται μειώθηκε σύντομα. Πέρα από αυτό η συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια παραμονής τους στα ψυχιατρεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως «φυσιολογική». Μιλούσαν στους υπόλοιπους ασθενείς και στο προσωπικό κανονικά. Καθώς δεν υπάρχουν και πολλά να κάνει κάποιος μέσα σε ένα ψυχιατρείο, προσπαθούσαν να συνομιλήσουν με άλλους. Όταν ρωτούνταν από το προσωπικό πώς νιώθουν υποδείκνυαν πως ήταν μια χαρά και ότι δεν υπέφεραν πια από τα συμπτώματα. Ανταποκρίνονταν στις οδηγίες των συνοδών,

² Η επιλογή αυτών των συμπτωμάτων έγινε λόγω της φαινομενικής ομοιότητας τους με υπαρξιακά συμπτώματα. Τέτοια συμπτώματα λέγεται ότι δημιουργούν επίπονες ανησυχίες σχετικά με την αντιλαμβανόμενη ματαιότητα της ζωής κάποιου. Ένας άλος λόγος που επιλέχθηκαν τα συγκεκριμένα συμπτώματα είναι η απουσία αναφοράς υπαρξιακής ψύχωσης στη βιβλιογραφία.

στις κλήσεις για την φαρμακοθεραπεία³ καθώς και στις οδηγίες στην τραπεζαρία χωρίς να δημιουργούν κανένα πρόβλημα. Πέρα από τις δραστηριότητες του ψυχιατρείου στις οποίες μπορούσαν να πάρουν μέρος, πέρασαν τον χρόνο τους καταγράφοντας τις παρατηρήσεις τους σχετικά με τον χώρο του ψυχιατρείου, το προσωπικό και τους άλλους ασθενείς. Στην αρχή αυτή την καταγραφή την έκαναν στα κρυφά, στη συνέχεια όμως αφού κανείς δεν έδωσε σημασία σε αυτή την ασχολία τους μπορούσαν να γράφουν σε κανονικά χαρτιά στους δημόσιους – κοινόχρηστους χώρους .

Οι ψευδοασθενείς λίγο πολύ όπως και οι περισσότεροι ασθενείς του ψυχιατρείου μπήκαν σε ένα νοσοκομείο χωρίς να γνωρίζουν πότε θα πάρουν εξιτήριο.. Όλοι οι ψευδοασθενείς (εκτός από ένα) ήθελαν να φύγουν αμέσως μόλις τους έγινε εισαγωγή και όπως ήταν αναμενόμενο το ψυχολογικό στρες σε συνδυασμό με το άγχος του εγκλεισμού επέδρασε σε μεγάλο βαθμό σε αυτό. Για να πάρουν όμως το εξιτήριο όπως είπαν στον καθένα, έπρεπε να πείσουν το προσωπικό ότι ήταν υγιείς. Επομένως είχαν κάθε κίνητρο όχι μόνο να συμπεριφέρονται φυσιολογικά αλλά και να είναι υποδείγματα καλής συμπεριφοράς και συνεργασίας. Αναφορές νοσηλευτών μπορούν να επιβεβαιώσουν για τους περισσότερους, ότι η συμπεριφορά των ψευδοασθενών δεν προκάλεσε πρόβλημα με κανένα τρόπο. Αντιθέτως τους χαρακτηρίζουν ως «συνεργάσιμους» (cooperative) και «δεν παρουσιάζουν μη φυσιολογικές ενδείξεις» (exhibited no abnormal indication).

³ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ψευδοασθενείς προσποιούνταν πως κατάπιναν τα φάρμακα που τους δίνονταν ενώ στην πραγματικότητα δεν τα κατάπιναν.

3.3.2 Το φυσιολογικό δεν ανιχνεύεται:

Παρά το γεγονός ότι οι ψευδοασθενείς συμπεριφέρονταν πολύ φυσιολογικά κανείς δεν το εντόπισε. Τους έγινε εισαγωγή με τη διάγνωση σχιζοφρένεια⁴ και πήραν εξιτήριο ως «σχιζοφρενείς σε ύφεση». Η διάγνωση «σε ύφεση» δεν θα πρέπει με κανένα τρόπο να παραπέμψει σε τυπικότητα, καθώς ουδέποτε έγινε λόγος για προσομοίωση ή προσποίηση των ασθενών. Ούτε υπάρχει καμία αναφορά από κάποιο νοσοκομείο ότι είχε υποπτευθεί την κατάσταση των ψευδοασθενών. Αντιθέτως, τα στοιχεία δείχνουν ότι από τη στιγμή που οι ψευδοασθενείς είχαν διαγνωστεί / χαρακτηριστεί ως σχιζοφρενείς, έμεναν με αυτή την «ετικέτα». Εάν έπρεπε να πάρουν εξιτήριο αυτό ήταν επειδή βρίσκονταν σε «ύφεση» και όχι επειδή ήταν υγιείς. Τουλάχιστον από τη μεριά του ιδρύματος δεν ήταν όταν πήρε το εξιτήριο, δεν ήταν και πριν.

Σύμφωνα με τον Rosenhan, η σταθερή αποτυχία να αναγνωριστεί η ψυχική υγεία δεν μπορεί να αποδοθεί ούτε στην ποιότητα των νοσοκομείων ,αν και υπήρχαν αξιοσημείωτες διακυμάνσεις μεταξύ τους, τα περισσότερα ήταν σε πολύ καλή κατάσταση. Ούτε μπορεί να επικαλεστεί κανείς ότι οι δεν υπήρχε αρκετός χρόνος να παρατηρηθούν οι ψευδοασθενείς. Η διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης διακυμάνθηκε από 7 -52 ημέρες, με μέσο όρο τις 19 ημέρες. Στην πραγματικότητα βέβαια οι ψευδοασθενείς όντως δεν παρατηρήθηκε όπως θα έπρεπε αλλά αυτό οφείλεται μάλλον στις συνθήκες που επικρατούν στα ψυχιατρεία παρά στο γεγονός ότι δεν δόθηκε η ευκαιρία στους κλινικούς. Φυσικά δεν θα μπορούσε να πει κανείς ότι ο λόγος που οι κλινικοί απέτυχαν να αναγνωρίσουν τους ψευδοασθενείς ήταν επειδή οι τελευταίοι δεν συμπεριφέρονταν φυσιολογικά. Παρόλο που όπως προαναφέρθηκε στους περισσότερους παρουσιάστηκε μια ένταση, οι καθημερινοί επισκέπτες τους δεν αντιλήφθηκαν κάποια σοβαρή επίπτωση στη συμπεριφορά τους ούτε βέβαια και στους άλλους ασθενείς. Μάλιστα φάνηκε αρκετά συνηθισμένο για τους υπόλοιπους ασθενείς να μπορούν να εντοπίζουν τους ψευδοασθενείς. Κατά τις τρεις πρώτες εισαγωγές όπου έγιναν ακριβείς μετρήσεις , 35 από τους 118 ασθενείς, στους χώρους του ψυχιατρείου εξέφρασαν τις υποψίες τους, μάλιστα κάποιοι από αυτούς με σθένος: **«Εσύ δεν είσαι τρελλός. Είσαι δημοσιογράφος ή κάποιος καθηγητής** (αναφορικά με το γεγονός ότι κρατούσαν σημειώσεις). **Ήρθες να ελέγξεις το ψυχιατρείο»**. Ακόμα και όταν τους διαβεβαίωναν επίμονα οι ψευδοασθενείς ότι ήταν όντως άρρωστοι πριν την εισαγωγή τους, κάποιοι συνέχιζαν να πιστεύουν ότι ήταν υγιείς σε όλη τη διάρκεια της παραμονής τους στο ψυχιατρείο.⁵ Σύμφωνα με τον

⁴ Σε έναν από τους ψευδοασθενείς με την ίδια συμπτωματολογία έγινε η διάγνωση μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Αυτή η διάγνωση είχε μια πιο ευνοϊκή πρόγνωση και έγινε από το μόνο ιδιωτικό νοσοκομείο του δείγματος.

⁵ Είναι πιθανό φυσικά ασθενείς οι οποίοι έχουν μια πιο «ανοιχτή» άποψη για τη διάγνωση να θεωρούν υγιείς άλλους ασθενείς ακόμα και όταν η συμπεριφορά τους είναι παρεκκλίνουσα. Η άποψη του Rosenhan όμως στη μελέτη του αυτή, υποστηρίζει ότι αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία, ο ίδιος στηρίζει ότι δεν πρόκειται για τέτοια περίπτωση.

Rosenhan το γεγονός ότι οι ασθενείς συχνά αναγνώριζαν τους ψευδοασθενείς ενώ το προσωπικό δεν μπορούσε, μάλλον δημιουργεί πολλά ερωτηματικά. (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

Στη συνέχεια ο Rosenhan προσπαθεί να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους κατά τη γνώμη του δεν μπόρεσε να ανιχνευθεί η ψυχική υγεία των ψευδοασθενών κατά τον εγκλεισμό τους στο ψυχιατρείο. Θεωρεί ότι σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει το γεγονός ότι οι γιατροί λειτουργούν με ισχυρή προκατάληψη και εμπίπτουν συνεχώς σε λάθη τα οποία οι στατιστικολόγοι ονομάζουν «σφάλματα τύπου 2» (error type 2). Αυτό σημαίνει ότι οι γιατροί τείνουν περισσότερο στο να θεωρήσουν κάποιον υγιή ως ασθενή (σφάλμα τύπου 2) παρά κάποιον ασθενή ως υγιή (σφάλμα τύπου 1). Τον λόγο αυτού του φαινομένου δεν είναι πολύ δύσκολο να τον αντιληφθεί κανείς: είναι σαφέστατα πιο επικίνδυνο να διαγνώσει κανείς λανθασμένα την ασθένεια παρά την υγεία.

Σε αντίθεση όμως με την υπόλοιπη ιατρική παθολογία όταν πρόκειται για ψυχιατρική διάγνωση μιλάμε και για προσωπικό, νομικό και κοινωνικό στίγμα. Κρίθηκε λοιπόν σε αυτό το σημείο απαραίτητο να διευκρινιστεί αν αυτή η τάση διάγνωσης των υγιών ατόμων ως ασθενείς, μπορεί να αντιστραφεί. Το παρακάτω πείραμα έλαβε χώρα σε ένα πειραματικό και πανεπιστημιακό νοσοκομείο, του οποίου το προσωπικό ήταν ενήμερο με τα ευρήματα, αλλά αμφισβήτησε ότι ένα τέτοιο λάθος θα μπορούσε ποτέ να συμβεί στο δικό τους νοσοκομείο. Το προσωπικό ενημερώθηκε ότι κάποια στιγμή μέσα στους επόμενους τρεις μήνες, ένας ή παραπάνω ψευδοασθενείς θα επιχειρούσαν να εισαχθούν στην ψυχιατρική πτέρυγα του νοσοκομείου. Κάθε μέλος του προσωπικού θα έπρεπε να αξιολογεί κάθε ασθενή που παρουσιαζόταν στις εισαγωγές ή στο ψυχιατρείο, στη βάση του αν πιστεύει ότι πρόκειται για ψευδοασθενή ή όχι.

Χρησιμοποιήθηκε μια 10-βάθμια κλίμακα, όπου το 1 και το 2 δηλώνουν υψηλή πεποίθηση ότι ο ασθενής είναι ψευδοασθενής.

Η αξιολόγηση αυτή έγινε σε 193 ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν για ψυχιατρική θεραπεία. Σε όλο το προσωπικό που διατηρούσε επαφή ή που είχε την βασική ευθύνη για τους ασθενείς (συνοδοί, νοσοκόμες, ψυχίατροι, γιατροί και ψυχολόγοι) ζητήθηκε να εκφέρουν κρίσεις. Σαραντα ένα (41) από αυτούς θεωρήθηκαν με υψηλή πεποίθηση ότι είναι ψευδοασθενείς από τουλάχιστον ένα ή δυο μέλη του προσωπικού. Είκοσι τρεις (23) θεωρήθηκαν ύποπτοι από τουλάχιστον ένα ψυχίατρο. Δεκαεννιά (19) θεωρήθηκαν ύποπτοι από τουλάχιστον ένα ψυχίατρο και ένα άλλο μέλος του προσωπικού .

Στην πραγματικότητα κανένας ψευδοασθενής δεν επιχείρησε να εισαχθεί στο ψυχιατρείο εκείνη την περίοδο. (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

Αυτό το πείραμα είναι διδακτικό καθώς υποδεικνύει ότι η τάση προσδιορισμού υγείας ανθρώπους ως ασθενείς μπορεί να αντιστραφεί όταν τα κίνητρα είναι υψηλά (σε αυτή την περίπτωση το κύρος και η διαγνωστική διορατικότητα). Όμως τι μπορεί να ειπωθεί για τα δεκαεννιά άτομα που θεωρήθηκαν ότι είναι υγιή από έναν ψυχίατρο

και ένα μέλος του προσωπικού; Ήταν πραγματικά υγιείς ή στην προσπάθειά του το προσωπικό να μην υποπέσει σε σφάλματα τύπου 2, έκανε περισσότερα θεωρώντας τους ασθενείς υγιείς; Δεν υπάρχει τρόπος να ξέρουμε, αλλά «ένα είναι σίγουρο», απαντά ο Rosenhan, «ότι οποιαδήποτε διαγνωστική διαδικασία υποπίπτει τόσο εύκολα σε τόσο μεγάλα λάθη τέτοιου είδους δεν μπορεί να είναι αξιόπιστη». (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

3.3.3 Συμπερασματικά

Η έρευνα αυτή έδειξε ότι συχνά υγιείς άνθρωποι δεν μπορούν συχνά να διαχωριστούν από τους μη υγιείς μέσα στον χώρο του νοσοκομείου. Αυτό σύμφωνα με τον συγγραφέα οφείλεται στην υπερβολική επιρροή του ψυχιατρικού χώρου στην κρίση του προσωπικού σχετικά με τη συμπεριφορά του ατόμου. Όπως και ο ίδιος αναφέρει στο άρθρο του: *«Ο χώρος του νοσοκομείου από μόνος του επιβάλλει ένα ειδικό περιβάλλον στο οποίο η ερμηνεία μιας συμπεριφοράς μπορεί εύκολα να παρεξηγηθεί. Οι συνέπειες στους ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο και βρίσκονται σε ένα τέτοιο περιβάλλον –το αίσθημα αδυναμίας, η αποπροσωποποίηση, η απομόνωση και ο διαχωρισμός, η ταπείνωση και ο αυτό-στιγματισμός- είναι μάλλον τελείως αντι-θεραπευτικές».*

Ο δεύτερος παράγοντας που έθιξε η έρευνα αυτή, είναι ο κίνδυνος των διαγνωστικών «ταμπελών - ετικετών». Μόλις οι ψευδοασθενείς εισάγονται σε ψυχιατρικές εγκαταστάσεις, δημιουργείται μια ισχυρή τάση να χάνουν την ατομικότητά τους και να μην ξεχωρίζουν από το πλαίσιο στο οποίο βρέθηκαν. Η στάση που τηρείται από το προσωπικό θα μπορούσε να είναι η ακόλουθη: **«Αν βρίσκονται εδώ, τότε θα πρέπει να είναι τρελοί»** και οφείλεται στο στιγματισμό της ψυχιατρικής διάγνωσης. Έτσι όταν κάποιος διαγνωστεί με σχιζοφρένεια για παράδειγμα, τότε ο όρος «σχιζοφρενής» γίνεται αυτόματα το κύριο χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του. Από τη στιγμή που το άτομο διαγνωστεί έτσι και το προσωπικό το γνωρίζει, τότε όλη η συμπεριφορά του ατόμου που γίνεται αντιληπτή θεωρείται ότι πηγάζει από τη διάγνωση αυτή (στην έρευνα του Rosenhan η συμπεριφορά των ψευδοασθενών να κρατούν σημειώσεις θεωρήθηκε απόρροια της διάγνωσής τους ως σχιζοφρενείς).

Ο Rosenhan επανέλαβε αυτή την μελέτη αρκετές φορές σε 12 νοσοκομεία από το 1973 μέχρι το 1975. Κάθε φορά έβρισκε παρόμοια ευρήματα (Greenberg, 1981). Η μελέτη του “ταρακούνησε” την κοινότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η δουλειά του αυτή προέκυψε μεγαλύτερη μέριμνα στις διαγνωστικές διαδικασίες και

επίστησε την προσοχή στους κινδύνους του στιγματισμού των ασθενών. Παράλληλα, τα προβλήματα που απέδωσαν στην έρευνα αυτή και που έχουν να κάνουν με τη μείωση των ασθενών που εισάγονταν στα ψυχιατρεία, άρχισαν να εξασθενούν. Αυτό που φαίνεται ότι επέδρασε στη μείωση των εισαγωγών ήταν μάλλον η ανακάλυψη και η ταχεία εξάπλωση και χρήση των αντιψυχωτικών φαρμάκων, τα οποία είναι ικανά να μειώσουν τα συμπτώματα στους περισσότερους ασθενείς, τόσο ώστε να μπορούν να μείνουν έξω από τα ψυχιατρεία και, ίσως, να ζήσουν μια σχετικά φυσιολογική ζωή. Παράλληλα με αυτό έδρασε και η ανάπτυξη των εγκαταστάσεων της κοινότητας της ψυχικής υγείας, των κέντρων διαχείρισης κρίσεων καθώς και συμπεριφοριστικών θεραπειών που έτειναν να αποφεύγουν τη χρήση «ετικετών» καθ' ολοκλήρου.

3.3.4 Ο στιγματισμός των διαγνώσεων

Πέρα από την τάση να ονομάζονται οι υγιείς ως ασθενείς –μία τάση που ταιριάζει καλύτερα στη διαγνωστική συμπεριφορά κατά την εισαγωγή παρά στη συμπεριφορά κάποιου μετά από μια μεγάλη περίοδο αποκάλυψης- τα δεδομένα μιλούν για τον σημαντικό ρόλο του «προσδιορισμού μέσω ταμπελών» ευρέως γνωστό και ως labeling, στις ψυχιατρικές αξιολογήσεις. Μόλις ο ψευδοασθενής διαγνώστηκε ως σχιζοφρενής, δεν υπήρχε τίποτα που να μπορούσε να κάνει για να «ξεφορτωθεί» αυτή την ταμπέλα, η οποία φαίνεται ότι επηρέασε τις αντιλήψεις των άλλων για αυτόν και τη συμπεριφορά του. Από τη μια πλευρά αυτό δεν προκαλεί και τόσο μεγάλη έκπληξη, ήταν μάλλον αναμενόμενο καθώς είναι από καιρό γνωστό ότι τα στοιχεία αποκτούν σημασία ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται. Η Gestalt ψυχολογία το έκανε γνωστό και ο Asch υπέδειξε ότι υπάρχουν κάποια κεντρικά γνωρίσματα τα οποία είναι τόσο δυνατά που μπορούν να επηρεάζουν σημαντικά την ερμηνεία των πληροφοριών που συντελούν στο σχηματισμό κρίσης για την προσωπικότητα κάποιου ατόμου. Όπως φαίνεται οι χαρακτηρισμοί «ψυχικά ασθενής», «σχιζοφρενής», «μανιοκαταθλιπτικός» ανήκουν στα πιο βαρυσήμαντα κεντρικά αυτά χαρακτηριστικά. Μόλις, λοιπόν ένα άτομο χαρακτηριστεί ως μη φυσιολογικό, τότε όλες οι συμπεριφορές του και τα χαρακτηριστικά του, «χρωματίζονται» από αυτό τον χαρακτηρισμό – ταμπέλα. Πραγματικά αυτή η επιρροή είναι τόσο σημαντική ώστε πολλές από τις φυσιολογικές συμπεριφορές των ψευδοασθενών παραβλέπονταν τελείως ή παρερμηνεύονταν σημαντικά. (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

Ένα παράδειγμα που στηρίζει τα παραπάνω είναι το εξής : Όπως έχει προαναφερθεί όσον αφορά το ιστορικό των ψευδοασθενών, με εξαίρεση το ονοματεπώνυμο και όπου αυτό κρίθηκε αναγκαίο το επάγγελμα, όλα τα υπόλοιπα στοιχεία δεν υπέστησαν αλλαγή. Δόθηκε δηλαδή μια γνήσια περιγραφή του ατομικού ιστορικού και των περιστάσεων. Αυτές οι περιστάσεις δεν ήταν ψυχωτικές. Πώς οδήγησαν λοιπόν στη διάγνωση της ψύχωσης; Ή μήπως τροποποιήθηκαν με τέτοιο

τρόπο ώστε να αντιστοιχούν με τις περιστάσεις του ψευδοασθενή, όπως περιγράφηκε από τον ίδιο; Κατά τη γνώμη του ίδιου του συγγραφέα, οι διαγνώσεις δεν επηρεάστηκαν με κανένα τρόπο από τη σχετική υγεία των περιστάσεων στη ζωή των ψευδοασθενών. Αντιθέτως, το τελείως αντίστροφο συνέβη: η αντίληψη για τις περιστάσεις της ζωής των ψευδοασθενών δημιουργήθηκαν εξ' ολοκλήρου με βάση τη διάγνωση. Ένα σαφές παράδειγμα που στηρίζει τα παραπάνω αποτελεί η υπόθεση ενός ψευδοασθενή ο οποίος είχε μια πολύ στενή σχέση με τη μητέρα του αλλά ήταν μάλλον απόμακρος από τον πατέρα στην πρώιμη παιδική του ηλικία. Όμως κατά τη διάρκεια της εφηβείας και ο πατέρας του αποτελούσε πολύ καλό του φίλο ενώ η σχέση του με τη μητέρα του πάγωσε. Η τωρινή σχέση του με τη γυναίκα του είναι χαρακτηριστικά στενή και θερμή. Με εξαίρεση περιστασιακούς καυγάδες, οι μεταξύ τους προστριβές ήταν ελάχιστες. Στα παιδιά σπάνια είχε ασκηθεί ζύλο. Σίγουρα δεν υπήρχε τίποτα παθολογικό σε ένα τέτοιο ιστορικό. Αντιθέτως πολλοί αναγνώστες ίσως νιώσουν οικεία με αυτό το μοντέλο χωρίς καμία επιβλαβή συνέπεια. Μέσα σε ένα ψυχοπαθολογικό πλαίσιο όμως το ιστορικό αυτό μετατρέπεται ως εξής:

«Λευκός, 39-χρονος άντρας...εκδηλώνει μακρύ ιστορικό αξιοσημείωτης ταυτόχρονης έλξης και απώθησης στις στενές του σχέσεις, η οποία ξεκινά από την παιδική του ηλικία. Μια θερμή σχέση με τη μητέρα του παγώνει κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Μια απόμακρη σχέση με τον πατέρα του γίνεται αρκετά στενή. Η συναισθηματική σταθερότητα είναι απύσχα. Οι προσπάθειές του να ελέγξει τη συναισθηματικότητά του με τη γυναίκα του και τα παιδιά του διακόπτονται από ξεσπάσματα θυμού και , στην περίπτωση των παιδιών, ζύλου. Παρ' όλο που ισχυρίζεται ότι έχει αρκετούς καλούς φίλους , μπορεί κάποιος να καταλάβει ότι η ταυτόχρονη έλξη και απώθηση είναι παρούσα και σε αυτές του τις σχέσεις.»

Τα δεδομένα σε αυτή την υπόθεση έχουν διαστραφεί από το προσωπικό ώστε να επιτευχθεί συνέπεια με τη δημοφιλή θεωρία της δυναμικής αντίδρασης της σχιζοφρένειας. Τίποτα που να φανερώνει ταυτόχρονη έλξη και απώθηση έχει περιγραφεί στις σχέσεις με τους γονείς, τη σύζυγο, ή τους φίλους. Οποιαδήποτε τέτοια τάση που θα μπορούσε να συμπεράνει κάποιος από αυτά τα δεδομένα, μάλλον δεν είναι μεγαλύτερη από εκείνη που φαίνεται να παρουσιάζεται σε όλες τις ανθρώπινες σχέσεις. Είναι δεδομένο ότι οι σχέσεις του ψευδοασθενή με την οικογένειά του , άλλαξαν με τον χρόνο, αλλά σε ένα συνηθισμένο πλαίσιο αυτό μετά βίας θα ήταν αξιοπρόσεχτο. Αντιθέτως θα ήταν μάλλον αναμενόμενο. Αναμφίβολα οι ερμηνείες που αποδόθηκαν στα λεγόμενά του (τάση ταυτόχρονης έλξης και απώθησης, συναισθηματική αστάθεια), σχετίζονται άμεσα με τη διάγνωση : σχιζοφρένεια. Θα είχε αποδοθεί εντελώς διαφορετική ερμηνεία αν επρόκειτο για ένα «φυσιολογικό» άτομο. (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

Όλοι οι ψευδοασθενείς κρατούσαν σε μεγάλο βαθμό σημειώσεις δημόσια. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, μια τέτοια συμπεριφορά θα είχε προκαλέσει ερωτηματικά στο μυαλό των παρατηρητών, όπως και έγινε με τους ασθενείς. Όντως θεωρούνταν τόσο βέβαιο ότι αυτές οι σημειώσεις θα προκαλούσαν υποψίες, ώστε είχαν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα και είχαν μελετηθεί οι λεπτομέρειες ώστε να τις απομακρύνουν

από τον θάλαμο κάθε μέρα. Αλλά οι προφυλάξεις αυτές αποδείχτηκαν άχρηστες. Το πιο κοντινό στο οποίο οποιοδήποτε μέλος του προσωπικού έφτασε στο να αμφισβητήσει αυτές τις σημειώσεις που κρατούσαν οι ψευδοασθενείς, ήταν όταν ένας από τους ψευδοασθενείς ρώτησε τον θεραπευτή του σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή την οποία ακολουθούσε και ξεκίνησε να καταγράφει την απάντηση. «Δεν χρειαζόταν να το καταγράψεις, αν έχεις πρόβλημα στο να το θυμηθείς μπορείς να με ξαναρωτήσεις» ήταν η απάντηση που του δόθηκε. (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

Εάν λοιπόν οι ασθενείς δεν κλήθηκαν ποτέ να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με την καταγραφή σημειώσεων, τότε πώς αξιολογήθηκε και ερμηνεύτηκε αυτή τους η πράξη; Τα αρχεία των νοσοκόμων που αφορούν τρεις ασθενείς υποδεικνύουν ότι η καταγραφή σημειώσεων θεωρήθηκε μέρος της παθολογικής τους συμπεριφοράς.; «Ο ασθενής απασχολείται με γράψιμο» ήταν η καθημερινή αναφορά των νοσοκόμων για έναν από τους ψευδοασθενείς ό οποίος όμως δεν ρωτήθηκε ποτέ για τη συμπεριφορά του αυτή. Θεωρήθηκε ότι αφού το άτομο βρίσκεται στο χώρο του ψυχιατρείου τότε θα πρέπει να είναι ψυχολογικά διαταραγμένο. Και αφού ήταν δεδομένο ότι το άτομο αυτό είναι διαταραγμένο ψυχολογικά η συνεχής καταγραφή θα πρέπει να συνιστά μια συμπεριφορική εκδήλωση αυτής της διαταραχής, ίσως κάποιος υπότυπος καταναγκαστικής συμπεριφοράς ή οποία κάποιες φορές μπορεί να συσχετιστεί με τη σχιζοφρένεια. (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

Ένα υπονοούμενο χαρακτηριστικό της ψυχιατρικής διάγνωσης είναι ότι εντοπίζει τις πηγές της απόκλισης μέσα στο άτομο και σπάνια μόνο μέσα στο πλαίσιο των ερεθισμάτων που το περιβάλλει. Αυτό έχει ως συνέπεια, οι συμπεριφορές οι οποίες παρακινούνται από το περιβάλλον συχνά αποδίδονται λανθασμένα στην διαταραχή του ασθενή. Για παράδειγμα, μια ευγενική νοσοκόμα βρήκε ένα ψευδοασθενή να βαδίζει αργά στους διαδρόμους «Νευρικός κύριε Χ.;

» ρώτησε. «Όχι, απλώς βαριέμαι» αποκρίθηκε εκείνος. Οι σημειώσεις που κρατούσαν οι ψευδοασθενείς είναι γεμάτες από συμπεριφορές ασθενών οι οποίες παρεξηγήθηκαν από το καλοπροαίρετο προσωπικό . Πού συχνά ένας ασθενής θα «τρελλαινόταν» επειδή εσκεμμένα ή μη του είχαν φερθεί άσχημα από , ας πούμε, κάποιο συνοδό. Μια νοσοκόμα που ερχόταν την ώρα που αυτό συνέβαινε, σπάνια θα ερευνούσε (ούτε καν βιαστικά) σα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που προκάλεσαν τη συμπεριφορά του ασθενή. Αντίθετα, υπέθετε ότι η συμπεριφορά αυτή προέρχεται από την παθολογία του, και όχι από την ενεργή αλληλεπίδρασή του με κάποιο από τα μέλη του προσωπικού. Περιστασιακά, μπορεί να υπέπιπτε στην αντίληψη του προσωπικού ότι η οικογένεια του ασθενή (ειδικά όταν τον είχε πρόσφατα επισκεφθεί) ή οι άλλοι ασθενείς προκάλεσαν το ξέσπασμα. Αλλά ποτέ το προσωπικό δεν θεώρησε ότι κάποιος από τους ίδιους ή από τη δομή του νοσοκομείου, σχετιζόταν με τη συμπεριφορά του ασθενή. Ένας ψυχίατρος υπέδειξε μία ομάδα ασθενών που κάθονταν έξω από την είσοδο της καφετέριας μισή ώρα πριν το μεσημεριανό φαγητό. Σε μια ομάδα νεαρών ειδικευόμενων δήλωσε ότι τέτοια συμπεριφορά είναι χαρακτηριστική της φύσης του συνδρόμου. Φαίνεται ότι δεν του πέρασε από το μυαλό ότι υπάρχουν πολύ λίγα

πράγματα για να προσδοκεί κανείς μέσα σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο εκτός από το φαγητό. (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

Μια ψυχιατρική «ταμπέλα» έχει δικό της χρόνο ζωής και επιρροή. Μόλις δημιουργηθεί η εντύπωση ότι ο ασθενής είναι σχιζοφρενής, το προσδόκιμο είναι ότι αυτός θα συνεχίσει να είναι σχιζοφρενής. Όταν περάσει ικανοποιητικός χρόνος, κατά τη διάρκεια του οποίου ο ασθενής δεν θα έχει κάνει κάτι περίεργο, θεωρείται ότι βρίσκεται σε ύφεση και ικανοί για να πάρουν εξιτήριο. Αλλά η ταμπέλα διαρκεί και μετά το εξιτήριο, με την ανεπιβεβαίωτη προσδοκία ότι θα συμπεριφερθεί σαν σχιζοφρενής ξανά. Τέτοιου είδους ταμπέλες, που απονέμονται από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, ασκούν τόσο μεγάλη επιρροή στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του και τους φίλους του και δεν θα έπρεπε να προκαλεί τόσο μεγάλη εντύπωση ότι η διάγνωση αυτή λειτουργεί σε αυτούς όπως ακριβώς και η αυτό-εκπληρούμενη προφητεία. Σταδιακά ο ίδιος ο ασθενής αποδέχεται τη διάγνωση μαζί με όλες τις συνακόλουθες ερμηνείες και προσδοκίες και συμπεριφέρεται ανάλογα (Scheff, 1966)

Τα πορίσματα που μπορούν να διεξαχθούν από τα παραπάνω είναι μάλλον απλά. Υπάρχει μια τεράστια επικάλυψη στα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν από τους ασθενείς οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με πολλούς τρόπους, επομένως υπάρχει και τεράστια επικάλυψη και στις συμπεριφορές των ψυχικά υγιών και ασθενών. Οι ψυχικά υγιείς δεν φέρονται ως υγιείς όλη την ώρα. Ο καθένας μπορεί να χάσει την ψυχραιμία του χωρίς να υπάρχει λόγος, μπορεί να καταπιεστεί ή να νιώσει άγχος επίσης χωρίς λόγο. Ακόμη μπορεί κάποιος να μην τα πηγαίνει καλά με ένα άτομο χωρίς να μπορεί να προσδιοριστεί ο λόγος. Παρόμοια και οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι πάντα ασθενείς. Αυτή όντως ήταν η εντύπωση των ψευδοασθενών για τους ασθενείς ότι φέρονταν σαν υγιείς για μεγάλα χρονικά διαστήματα- ότι οι περίεργες συμπεριφορές πάνω στις οποίες στηρίχθηκε η διάγνωσή τους, αποτελεί μόνο ένα τμήμα της συνολικής συμπεριφοράς τους. Δεν έχει κανένα νόημα να ονομάσουμε τον εαυτό μας μόνιμα ως καταθλιπτικό επειδή κάποια στιγμή βίωσε κατάθλιψη και σίγουρα χρειάζονται περισσότερα στοιχεία από αυτά που ήταν διαθέσιμα για να χαρακτηριστούν όλοι οι ασθενείς ως σχιζοφρενείς ή ψυχικά ασθενείς, από περίεργες συμπεριφορές ή αντιλήψεις. (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

3.4 Κριτική στο πείραμα του Rosenhan (1)

Παρόλα αυτά κάποιοι ερευνητές αμφισβήτησαν τα συμπεράσματα που διεξήγαγε ο Rosenhan από την έρευνά του. Ο Spitzer το 1976 αμφισβήτησε το γεγονός ότι η έρευνα του Rosenhan ακύρωσε τα ψυχολογικά διαγνωστικά συστήματα. Στο άρθρο του με τίτλο «More on Pseudoscience in Science and the case of Psychiatric Diagnosis, A critique of D. L. Rosenhan's "on being Sane in Insane Places" and "the contextual Nature of Psychiatric Diagnosis" (1976) στο περιοδικό Arch Gen Psychiatry αναφέρει ότι η έρευνα του Rosenhan αποτελεί «ψευδοεπιστήμη» που παρουσιάστηκε σαν επιστήμη. Θεωρεί ότι δεν πρόκειται για συνηθισμένη έρευνα που προσθέτει παραπάνω γνώσεις στην κατανόηση των ψυχιατρικών διαταραχών. Αντίθετα αυτή η έρευνα προκαλεί και αμφισβητεί τις ψυχιατρικές έννοιες και πρακτικές. (Spitzer, 1976)

Η θέση του Rosenhan είναι προφανώς ότι η ψυχιατρική διάγνωση δεν έχει καμία αξία. Συνοψίζοντας την κεντρική ερώτηση της έρευνας, τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα του Rosenhan, ο Spitzer θα κάνει τον αντίλογο.

Στην έρευνά του λοιπόν ο Rosenhan θέτει το ερώτημα αν τα χαρακτηριστικά εκείνα που οδηγούν στη διάγνωση βρίσκονται στους ίδιους τους ασθενείς ή στο πλαίσιο και στο περιβάλλον στο οποίο βρίσκονται; Ο ίδιος πρότεινε πως ένας τρόπος να εξεταστεί αυτή η θέση είναι να βάλει υγιή άτομα στον χώρο του ψυχιατρείου (ψευδοασθενείς) και να δει αν τους αναγνωρίσουν. Έτσι, εισήχθησαν 8 υγιή άτομα σε 12 διαφορετικά νοσοκομεία με το σύμπτωμα ότι ακούν φωνές. Μετά την εισαγωγή τους στα ψυχιατρεία, οι ψευδοασθενείς έπαυαν να εμφανίζουν τα συμπτώματα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν 11 διαγνώσεις σχιζοφρένειας και 1 μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Έτσι το συμπέρασμα ήταν ότι δεν μπορούμε να διαχωρίσουμε τον ψυχικά υγιή από τον μη στον χώρο των ψυχιατρείων.

Σύμφωνα με τον Spitzer η μελέτη του Rosenhan μπερδεύεται όταν ο δεύτερος πιστεύει ότι το να αναγνωρίσουν την ψυχική υγεία (sanity) σε ψευδοασθενείς μέσα σε ψυχιατρικούς χώρους απαντάει στην κύρια ερώτηση που έθεσε στην αρχή (αν δηλαδή τα χαρακτηριστικά που οδηγούν στη διάγνωση βρίσκονται μέσα στα ίδια τα άτομα ή όχι). Ο Rosenhan θα έπρεπε να γνωρίζει καλύτερα ότι οι όροι «Ψυχική υγεία (σάνιτυ)», «ψυχική ασθένεια (insanity)» δεν είναι ψυχιατρικές έννοιες. Κανένας ψυχίατρος δεν κάνει διάγνωση ψυχικής υγείας και ότι η πραγματική έννοια των όρων αυτών –οι οποίες ποικίλλουν από πολιτεία σε πολιτεία– περιλαμβάνουν την ανικανότητα να ξεχωρίσει κανείς το σωστό από το λάθος, κάτι που σε αυτή την έρευνα είναι άσχετο (Spitzer, 1975).

Αν παρόλα αυτά , συνεχίζει, έπρεπε να χρησιμοποιηθούν οι όροι “insane”(εμφανίζει σημεία σοβαρής ψυχικής διαταραχής) και “sane” (απουσία τέτοιων σημείων) , τότε προφανώς υπάρχουν τρία πιθανές ερμηνείες στην έννοια της «ανίχνευσης των ψευδοασθενών» οι οποίοι προσποιούνται συμπτώματα ψυχικής ασθένειας στην είσοδό τους σε ένα ψυχιατρείο αλλά στη συνέχεια φέρονται «φυσιολογικά» κατά τη διάρκεια της παραμονής τους εκεί.

Η πρώτη ερμηνεία αναφέρεται στην αναγνώρισή του, μόλις τον βλέπουν για πρώτη φορά, ότι ο ψευδοασθενής προσποιείται τα συμπτώματα στην προσπάθεια του να γίνει η εισαγωγή του στον χώρο του ψυχιατρείου. Αυτό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως επιτυχής ανίχνευση της υγείας σε έναν υγιή που προσποιείται τον ασθενή.(Spitzer, 1975)

Η δεύτερη ερμηνεία θα ήταν να αναγνωριστεί ο ψευδοασθενής αφού έχει παρατηρηθεί ότι ο συγκεκριμένος συμπεριφέρεται φυσιολογικά κατά την παραμονή του εκεί, άρα προσποιούνται τα συμπτώματά του εξ αρχής. Αυτό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως επιτυχής ανίχνευση ότι ο ψευδοασθενής δεν ήταν ποτέ ασθενής. (Spitzer, 1975)

Τέλος, η τρίτη ερμηνεία που δίνει ο συγγραφέας, είναι η ανίχνευση του ψευδοασθενή κατά τη διάρκεια παραμονής του στο ψυχιατρείο, καθώς ο τελευταίος ενώ παρουσιάστηκε αρχικά να είναι ασθενής, δεν δείχνει πια σημεία ψυχικής διαταραχής. (Spitzer, 1975)

Αυτές οι αρχικές διακρίσεις «ανίχνευσης της ψευδοασθένειας» είναι ζωτικής σημασίας για να ερμηνευτούν σωστά τα συμπεράσματα του Rosenhan ο οποίος παραπλανεί τον αναγνώστη δίνοντάς του την εντύπωση ότι οι δύο πρώτες ερμηνείες βάσει των οποίων θα έπρεπε οι ψευδοασθενείς να εντοπίζονται και καθοριστεί ότι πρόκειται για απάτη, έχουν σχέση με την κεντρική ερώτηση της έρευνας. Επιπλέον, κρύβει τα αληθινά αποτελέσματα αυτής της έρευνας –γιατί αποτυγχάνουν να στηρίξουν τα συμπεράσματά του- που αφορούν στη τρίτη ερμηνεία, ότι δεν αναγνωρίστηκε το γεγονός ότι κατά την παραμονή των ψευδοασθενών στα ψυχιατρεία δεν αναγνωρίστηκε η απουσία συμπτωμάτων και κατά συνέπεια ψυχικής ασθένειας. (Spitzer, On Pseudoscience in Science, Logic in Remission and Psychiatric Diagnosis: A Critique on Rosenhan's "on Being Sane in Insane Places", 1975)

3.4.1 Ο Ασθενής δεν είναι πια «ασθενής»

Ξεκινώντας με την τρίτη εκδοχή , είναι φανερό ότι αν οι ψυχίατροι έκρινε τους ψευδοασθενείς ως σοβαρά διαταραγμένα άτομα παρόλο που αυτοί συμπεριφέρονταν φυσιολογικά μέσα στον χώρο του ψυχιατρείου αυτό θα συνιστούσε ισχυρή απόδειξη ότι οι αξιολογήσεις τους επηρεάζονται από το πλαίσιο στο οποίο έκαναν τις εξετάσεις τους, παρά από τη συμπεριφορά του ασθενή, που αφορά και την κεντρική ερώτηση της έρευνας. Παρόλα αυτά υπάρχει αμφιβολία και αμφισβήτηση κατά πόσο η συμπεριφορά των ψευδοασθενών κατά την παραμονή τους εκεί ήταν φυσιολογική. Σύμφωνα με τον Hunter εάν η συμπεριφορά τους ήταν φυσιολογική οι ψευδοασθενείς θα πήγαιναν στο γραφείο των νοσοκόμων και θα έλεγαν : « *Είμαι ένας φυσιολογικός άνθρωπος που προσπάθησε να δει τι θα γινόταν αν πήγαινα σε ένα νοσοκομείο και συμπεριφερόμουν με ένα τρελό τρόπο η έλεγα περίεργα πράγματα. Πέτυχα την εισαγωγή μου στο νοσοκομείο, αλλά τώρα θα ήθελα να βγω από εδώ.*» (Hunter, 1973)

Τα αποτελέσματα ήταν όλοι οι ψευδοασθενείς να πάρουν εξιτήριο με τη διάγνωση «σε ύφεση»⁶. Η σημασία του όρου αυτού είναι ξεκάθαρη: σημαίνει χωρίς σημάδια ασθένειας. Επιπλέον όλοι οι ψυχίατροι αναγνώρισαν την απουσία συμπτωμάτων των ψευδοασθενών κατά την διάρκεια παραμονής τους εκεί.

Ο Rosenhan παρόλα αυτά δίνει μια τελείως διαφορετική ερμηνεία σε αυτό: «Αφού ο ψευδοασθενής θα πάρει εξιτήριο, φυσικά θα πρέπει να είναι «σε ύφεση», αλλά δεν είναι υγιής, και ούτε ποτέ ήταν στα μάτια αυτού του ιδρύματος. (Rosenhan, *On Being Sane in Insane Places*, 1973) Η ερμηνεία που δίνει είναι ξεκάθαρη: οι ασθενείς δεν διαγνώστηκαν «σε ύφεση» επειδή οι ψυχίατροι αξιολόγησαν σωστά την συμπεριφορά τους, αλλά μόνο επειδή έπρεπε να πάρουν εξιτήριο. (Spitzer, 1975)

Κάποιος που δεν είναι οικείος με τις λεπτομέρειες της ψυχιατρικής διάγνωσης, θα μπορούσε να υποθέσει από τα λεγόμενα του Rosenhan ότι το να δίνεται εξιτήριο σε σχιζοφρενείς με τη διάγνωση «σχιζοφρένεια σε ύφεση» είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Στην πραγματικότητα όμως είναι τελείως ασυνήθιστο, και αυτό συμβαίνει γιατί για ένα σχιζοφρενή να είναι τελείως ασυμπτωματικός όταν παίρνει εξιτήριο είναι τελείως ασυνήθιστο. Δεν υπάρχει αναφορά του Rosenhan σχετικά με τις διαγνώσεις των εξιτηρίων των δώδεκα ψυχιατρείων που να αφορούν τους πραγματικούς σχιζοφρενείς ασθενείς τους. Σύμφωνα με στοιχεία που παρέχει ο Spitzer στο άρθρο του και αφορούν το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται ο ίδιος (The New York State Psychiatric Institute) από τους τριακόσιους (300) ασθενείς οι οποίοι πήραν εξιτήριο με τη διάγνωση σχιζοφρένεια, κανείς τους δεν είχε τη διάγνωση «σε ύφεση» (η οποία κωδικοποιείται στα αρχεία με ένα πέμπτο ψηφίο στο τετραψήφιο κωδικό του υποτύπου της σχιζοφρένειας). Στην θέση ότι οι ψυχίατροι μπορεί να

⁶ Σε προσωπική επικοινωνία του Spitzer με τον Rosenhan, ο τελευταίος είπε ότι ο όρος «σε ύφεση» χρησιμοποιείται όπως και τα ισοδύναμά του «ανέρρωσε» ή «όχι πια άρρωστος»

σκόπευαν να κάνουν αυτή τη διάγνωση αλλά δεν χρησιμοποίησαν το 5^ο αυτό ψηφίο, ο συγγραφέας μελέτησε 100 περιπτώσεις εξιτηρίων. Από αυτές μόνο 1 αναφερόταν σε εξιτήριο σχιζοφρενή σε ύφεση.

Το γεγονός λοιπόν ότι 11 στους 12 ψευδοασθενείς πήραν εξιτήριο με τη διάγνωση «σε ύφεση» γεγονός πολύ ασυνήθιστο στον χώρο αυτό, σημαίνει αναμφίβολα ότι οι γιατροί δεν επηρεάστηκαν από τον χώρο του ψυχιατρείου όπως προτείνει ο Rosenhan, αλλά αξιολόγησαν σωστά τη συμπεριφορά των ψευδοασθενών.

Υπάρχουν δύο ακόμη σημεία όπου βάλλεται ο λόγος του Rosenhan σχετικά με την αξιολόγηση των ψευδοασθενών κατά τη διάρκεια παραμονής του στα ψυχιατρεία. Αρχικά, στην αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης των ψευδοασθενών κατά την εισαγωγή τους, στις σημειώσεις προόδου ή στις σημειώσεις εξιτηρίου, οι ψυχίατροι - εάν ήταν όντως επηρεασμένοι από το πλαίσιο του ψυχιατρείου- θα υπέπιπταν πάλι σε λάθος αξιολογήσεις και θα μπορούσαν να είχαν περιγράψει τους ψευδοασθενείς ως «*ακόμη ψυχωτικοί*», «*μάλλον έχει ακόμη ψευδαισθήσεις αλλά το αρνείται*», «*χαλαρές σχέσεις*», κα. Δεδομένου ότι ο Rosenhan είχε πρόσβαση σε αυτό το υλικό αλλά δεν ανέφερε τίποτα τέτοιο, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τέτοιες εκτιμήσεις δεν έγιναν ποτέ. Δεύτερον, ο Rosenhan αναφέρει ότι η συμπεριφορά των ασθενών που κρατούσαν σημειώσεις θεωρήθηκε παθολογική και συνέπεια της διάγνωσής τους. Τα μόνα δεδομένα που παρουσιάστηκαν επί τούτου ήταν οι σημειώσεις μιας νοσοκόμας που αναφέρει ότι «*ο ασθενής απασχολείται με το γράψιμο*». Η πληροφορία αυτή καθώς και το γεγονός ότι οι σημειώσεις που κρατούν οι νοσοκόμες συχνά και συνειδητά σχολιάζουν τις μη παθολογικές δραστηριότητες των ασθενών ώστε τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού να έχουν μια ιδέα για το πώς περνούν οι ασθενείς τη μέρα τους, δεν στηρίζουν με κανένα τρόπο τη θέση του Rosenhan. Για μια ακόμη φορά ο Rosenhan αποτυγχάνει να δώσει δεδομένα σύμφωνα με τα οποία η φυσιολογική συμπεριφορά να παρερμηνεύεται ως παθολογική. Το πιο κοντινό στοιχείο σε αυτό, που έχει δώσει μέχρι τώρα ήταν η ερώτηση μιας νοσοκόμας σε ένα ψευδοασθενή που βιάδιζε αργά στους διαδρόμους από βαρεμάρα, αν ήταν νευρικός, κάτι το οποίο συνιστά μια απλή ερώτηση και όχι κάποια κρίση. (Spitzer, 1975)

3.4.2 Ανιχνεύοντας την ψυχική υγεία πριν την εισαγωγή

Το αν οι ψυχίατροι είναι ικανοί να ξεχωρίσουν τα άτομα που προσποιούνται ψυχιατρικά συμπτώματα είναι σίγουρα ένα ενδιαφέρον ερώτημα αλλά δεν έχει καμία σχέση με το αν τα χαρακτηριστικά που οδηγούν στη διάγνωση βρίσκονται στη συμπεριφορά των ασθενών ή στο μυαλό των εξεταστών. Έτσι κι αλλιώς ένας

ψυχίατρος που πιστεύει ένα ψευδοασθενή που προσποιείται ένα σύμπτωμα ανταποκρίνεται στη συμπεριφορά του ασθενή.(Spitzer, 1975)

Και ο Rosenhan δεν κατηγορεί τους ψυχιάτρους για το γεγονός ότι πίστεψαν το προσποιητό σύμπτωμα των ψευδοασθενών αλλά γιατί τους διέγνωσε σχιζοφρενείς βασιζόμενοι σε αυτό το σύμπτωμα. *«Το θέμα είναι το διαγνωστικό βήμα που έγινε από ένα μόνο σύμπτωμα που παρουσιάζεται στη διάγνωση της σχιζοφρένειας (η στη μια περίπτωση της μανιο-καταθλιπτικής ψύχωσης). Εάν οι ψευδοασθενείς είχαν διαγνωστεί με βάση μόνο το σύμπτωμα τους ως «άτομα με ψευδαισθήσεις» τότε δεν θα υπήρχε λόγος να εξεταστεί παραπάνω το θέμα της διάγνωσης. Η διάγνωση των ψευδαισθήσεων δεν δηλώνει τίποτα παραπάνω από αυτό: τίποτα άλλο. Η παρουσία των ψευδαισθήσεων από μόνη της δεν είναι αρκετή για να δηλώσει σχιζοφρένεια, και η σχιζοφρένεια μπορεί ή όχι να περιλαμβάνει ψευδαισθήσεις».* (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

3.4.2.1 Διαφορική Διάγνωση Ακουστικών Ψευδαισθήσεων

Ο Rosenhan πιστεύει ότι η ψυχιατρική διάγνωση δεν έχει καμία αξία και για αυτό το λόγο δεν έπρεπε να γίνουν στους ψευδοασθενείς. Παρόλα αυτά του φαίνεται παράλογο να ισχυριστεί κανείς μέσα σε ένα τέτοιο διαγνωστικό πλαίσιο πως η διάγνωση της σχιζοφρένειας ήταν μάλλον η πιο πιθανή πάθηση χωρίς την παρουσίαση μιας διαφορικής διάγνωσης. (Spitzer, 1975) Σύμφωνα με τον Rosenhan εκτός από την προσποίηση του συμπτώματος, την αλλαγή του ονόματος και του επαγγέλματος δεν έγινε καμία άλλη αλλαγή στο ιστορικό των ψευδοασθενών. (Rosenhan, On Being Sane in Insane Places, 1973).

Παρόλα αυτά η κλινική εικόνα δεν περιλαμβάνει μόνο το σύμπτωμα (ακουστικές ψευδαισθήσεις) αλλά επίσης την επιθυμία να εισαχθεί το άτομο στο ψυχιατρικό νοσοκομείο. Από αυτό είναι ασφαλές να συμπεράνουμε ότι το σύμπτωμα αποτελούσε πηγή σημαντικής δυστυχίας. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορούν να εμφανιστούν σε πολλά είδη ψυχικών διαταραχών. Η απουσία ,στο ιστορικό, αλκοολισμού, χρήσης ναρκωτικών ουσιών ή άλλων τοξινών, η απουσία σημείων φυσικής ασθένειας (όπως για παράδειγμα υψηλός πυρετός) και η απουσία ενδείξεων περισπασμών, εξασθένησης της μνήμης, συγκέντρωσης ή προσανατολισμού, και οι αρνητικές νευρολογικές εξετάσεις, όλα αυτά αποκλείουν την πιθανότητα οργανικής ψύχωσης. Η απουσία πρόσφατου βίαιου στρες αποκλείει την πιθανότητα υστερικής ψύχωσης. Η

απουσία μιας βαθιάς διαταραχής της διάθεσης αποκλείει την συναισθηματική ψύχωση⁷. (Spitzer, 1975)

Όσον αφορά το γεγονός προσποίησης ψυχικής ασθένειας, οι ψυχίατροι γνωρίζουν ότι περιστασιακά κάποιο άτομο που έχει να κερδίσει κάτι από την εισαγωγή του σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, θα υπερβάλλει σχετικά με τα συμπτώματά του ή θα προσποιηθεί κάποια. Αυτό είναι ένα γνωστό διαγνωστικό πρόβλημα που τόσο οι ψυχίατροι όσο και οι υπόλοιποι θεράποντες καλούνται να αντιμετωπίσουν κάποιες φορές και ονομάζεται “malingering” (=προσποίηση ασθένειας). (Spitzer & Wilson, 1975). Παρόλα αυτά στην περίπτωση των ψευδοασθενών δεν υπήρχε κάποιος λόγος να πιστέψει ότι κάποιος από αυτούς θα είχε κάποιο όφελος από την εισαγωγή του στο ψυχιατρείο εκτός από την ανακούφιση από το σύμπτωμά του. Επομένως δεν υπήρχε και κάποιος λόγος να υποπτευθεί ότι η ασθένεια ήταν προσποιητή.(Spitzer, 1975)

Επομένως έχει απομείνει μια μόνο διάγνωση για το σύμπτωμα που έχει παρουσιαστεί, κάτω από αυτές τις συνθήκες και σύμφωνα με την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, και αυτή είναι η σχιζοφρένεια.(Spitzer, 1975)

3.4.3 Ανιχνεύοντας την ψυχική υγεία μετά την εισαγωγή

Εξετάζοντας την τρίτη εκδοχή όπου η αναγνώριση των ψευδοασθενών θα έπρεπε να γίνει μετά την παρατήρησή τους από τους ψυχιάτρους, (όπου οι ψευδοασθενείς συμπεριφέρονταν φυσιολογικά στον χώρο του ψυχιατρείου), άρα θα έπρεπε να γίνει αντιληπτό ότι ο ψευδοασθενής προσποιούνταν από την αρχή καθώς και τη σχέση της με την κεντρική ερώτηση. Αν μια διαγνωστική πάθηση, εξ’ ορισμού, είναι πάντοτε χρόνια και δεν αδρανεύει ποτέ, τότε θα ήταν παράλογο να μην αμφισβητήσει κανείς την αρχική διάγνωση όταν ο ασθενής παρουσιαζόταν αργότερα ασυμπτωματικός. Αν λοιπόν ο ορισμός της σχιζοφρένειας δεν ενείχε την πιθανότητα ανάκαμψης, τότε η αποτυχία αμφισβήτησης της αρχικής διάγνωσης όταν οι ψευδοασθενείς δεν παρουσίαζαν πια συμπτώματα, θα μπορούσε να απαντήσει την κεντρική ερώτηση της έρευνας. Θα μπορούσε να αποτελεί παράδειγμα της επιρροής που ασκεί στην κρίση και στη διάγνωση της συμπεριφοράς των ψυχιάτρων, το περιβάλλον του νοσοκομείου. Αλλά κανένα ψυχιατρικό εγχειρίδιο ούτε και το DSM (AmericanPsychiatricAssociation, 1968) υποδηλώνουν ότι οι ψυχικές ασθένειες διαρκούν για πάντα. (Spitzer, 1976). Το παράδοξο είναι ότι ο ίδιος ο Rosenhan και

⁷ Δεν έχουν δοθεί τα ευρήματα για την ψυχική κατάσταση του ψευδοασθενή που διαγνώστηκε με μανιο-κατάθλιψη

χωρίς να στηρίζεται σε ψυχιατρική βιβλιογραφία αναφέρει: «Από ένα σπασμένο πόδι μπορεί κάποιος να αναρρώσει, αλλά μια ψυχική ασθένεια μπορεί να διαρκέσει για πάντα» (Rosenhan, On Being Sane in Inane Places, 1973)

Ο Rosenhan θα έπρεπε να γνωρίζει ότι παρόλο που κάποιοι Αμερικανοί ψυχίατροι περιορίζουν την «ετικέτα» της σχιζοφρένειας για να προσδιορίσουν χρόνια ή προοδευτική σχιζοφρένεια, οι περισσότεροι Αμερικανοί ψυχίατροι συμπεριλαμβάνουν ένα οξύ υπότυπο από τον οποίο παρατηρείται συχνά ύφεση. Επιπλέον το DSM στην περιγραφή του υπότυπου οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο , δηλώνει ότι «σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής αναρρώνει μέσα σε μερικές εβδομάδες». (AmericanPsychiatricAssociation, 1968)

Στην έρευνά του ο Rosenhan υποστηρίζει ακόμα ότι παρά το γεγονός ότι το προσωπικό δεν σκέφτηκε ποτέ την πιθανότητα οι ψευδοασθενείς να είναι μια απάτη, άλλοι ασθενείς του νοσοκομείου φαίνεται να το έκαναν. Με μια πιο προσεκτική εξέταση θα δούμε αυτό μάλλον δεν ισχύει. Όλοι οι ψευδοασθενείς **«κρατούσαν εκτεταμένες σημειώσεις δημόσια»**. Προφανώς αυτό ήταν αρκετά ασυνήθιστη συμπεριφορά ασθενών και η παρατήρηση ενός καχύποπτου ασθενή δείχνει τη σημασία που είχε το να επικεντρωθεί η προσοχή των ασθενών στους ψευδοασθενείς: «Εσύ δεν είσαι τρελός. Είσαι δημοσιογράφος ή καθηγητής (αναφορικά με το γεγονός ότι κρατούσαν σημειώσεις).Κάνεις έλεγχο στο νοσοκομείο.» (Rosenhan, 1973a, p252). Το γεγονός ότι κρατούσαν σημειώσεις θα μπορούσε εύκολα να παραβλεφτεί από το προσωπικό και να μη δημιουργηθεί καμία υποψία προσποίησης της ασθένειας. Επειδή δεν υπήρχαν ψευδοασθενής που να μην κρατούν σημειώσεις , δεν μπορούμε να αξιολογήσουμε τη συμπεριφορά αυτή των ψευδοασθενών σε σχέση με την καχυποψία των ασθενών. (Spitzer, 1975)

Τέλος, το τελευταίο εύρημα στο οποίο ο Spitzer ασκεί την κριτική του, αφορά την υπόθεση ότι η τάση των κλινικών να διαγνώσκουν κάποιο ασθενή παρά υγιή , μπορεί να αντιστραφεί και το δεύτερο πείραμα του Rosenhan στο οποίο ενημέρωσε ένα πανεπιστημιακό ερευνητικό νοσοκομείο ότι στους επόμενους τρεις μήνες θα επιχειρήσει να εισάγει ψευδοασθενείς. Φυσικά αυτή η προσπάθεια δεν έγινε ποτέ ενώ το 10% των 193 ασθενών που εισήχθησαν εκείνη την περίοδο θεωρήθηκαν ύποπτοι από τουλάχιστον 2 μέλη του προσωπικού, ότι είναι ψευδοασθενείς. Ο Rosenhan συμπέρανε από αυτό ότι αφού η ψυχιατρική διάγνωση μπορεί να υποπέσει τόσο εύκολα σε τόσο μεγάλα λάθη μάλλον δεν έχει καμία αξία. Σύμφωνα με τον Spitzer όμως αυτός ο πειραματικός σχεδιασμός μπορεί να επιβεβαιώσει μόνο ένα αποτέλεσμα.

3.4.5 Η χρήση της διάγνωσης

Ο Rosenhan πιστεύει ότι οι ψευδοασθενείς θα έπρεπε να είχαν διαγνωστεί σαν να είχαν ψευδαισθήσεις αγνώστου αιτίας. Δεν είναι ξεκάθαρο ποια πιστεύει ότι πρέπει να είναι η διάγνωση αν οι ψευδοασθενείς είχαν εκπαιδευτεί επαρκώς στον τρόπο που πρέπει να μιλούν, ποιες στιγμές, να λένε ασυναρτησίες και αν είχαν παραπονεθεί ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να σκέφτονται ξεκάθαρα, ότι έχουν έλλειψη συναισθήματος και ότι οι σκέψεις τους μεταδίδονταν και στους άλλους με αποτέλεσμα να ξέρουν οι άλλοι τι σκέφτονται. Ίσως θα πρότεινε πολλαπλές διαγνώσεις για α) τις ψευδαισθήσεις, β) τη δυσκολία του να σκεφτούν καθαρά, γ) της έλλειψης του συναισθήματος, κα.. και όλα αυτά αγνώστου αιτίας!

Στην πραγματικότητα δεν έχουμε όλες τις γνώσεις που χρειάζονται ώστε να κατανοήσουμε πλήρως καταστάσεις και παθήσεις όπως η σχιζοφρένεια, η μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, κα. Αλλά σίγουρα δεν έχουμε τόσο μεγάλη άγνοια πάνω σε αυτά τα θέματα όπως παρουσιάζεται στην έρευνα του Rosenhan. Η ψυχιατρική διάγνωση έχει ένα σκοπό (Spitzer & Wilson, 1975). Αυτός είναι για να διευκολύνει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να: 1) επικοινωνούν μεταξύ τους σχετικά με θέματα που τους αφορούν, 2) να κατανοήσουμε τις παθολογικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα και εμπλέκονται με τις ψυχιατρικές ασθένειες και 3) να ελέγχουμε τις ψυχιατρικές διαταραχές. Ο έλεγχος αυτός πηγάζει από την ικανότητα να προβλέπουμε το αποτέλεσμα, να εμποδίζουμε την ασθένεια από το να αναπτύσσεται και να τη θεραπεύουμε αν έχει ήδη αναπτυχθεί. Οποιαδήποτε σοβαρή συζήτηση σχετικά με την εγκυρότητα της ψυχιατρικής διάγνωσης, ή προτάσεις για εναλλακτικά συστήματα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών θα πρέπει να τεθούν στην υπηρεσία της ψυχιατρικής διάγνωσης για αυτούς τους στόχους. Στα πλαίσια της ικανότητας της διάγνωσης να επιτύχει αυτούς τους στόχους μπορούμε να πούμε ότι η ψυχιατρική διάγνωση είναι μέτρια αποτελεσματική σαν ένα σύστημα σύντομης επικοινωνίας της παρουσίας συνδυασμών σημείων και συμπτωμάτων τα οποία τείνουν να συστοιχίζονται μαζί, και είναι θλιβερά ανεπαρκή στο να μας βοηθήσουν να καταλάβουμε τις παθολογικές διεργασίες των ψυχικών διαταραχών, προσφέρουν ωστόσο αξιοσημείωτη βοήθεια στον έλεγχο πολλών ψυχικών διαταραχών. Αυτός ο έλεγχος γίνεται εφικτός επειδή η ψυχιατρική διάγνωση συχνά αποφέρει πληροφορίες που έχουν μεγάλη αξία στην πρόβλεψη της πιθανής πορείας της ασθένειας (πχ. μια σύντομη ανάρρωση, πλαίσιο χρόνου, περιοδικά επεισόδια) και επειδή σε πολλές ψυχικές διαταραχές είναι πολύ χρήσιμο να προτείνεις την καλύτερη δυνατή θεραπεία.(Spitzer, 1975)

Εξάλλου υπάρχουν αρκετά σοβαρά προβλήματα που αφορούν το θέμα της αξιοπιστίας της διάγνωσης, (όπως άλλωστε και με τις άλλες ιατρικές διαγνώσεις). Πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η αξιοπιστία της ψυχιατρικής διάγνωσης μπορεί να θεωρηθεί αξιοσημείωτα βελτιωμένη. Παρόλα αυτά, ακόμα αν έχει χαμηλή αξιοπιστία η ψυχιατρική διάγνωση δεν παύει να αποτελεί αρωγό βοήθειας για τη

θεραπεία των βαριά διαταραγμένων ψυχικά ασθενών. Η μελέτη του Rosenhan: “On being sane in insane places”, αποδεικνύει ότι οι ψυχίατροι δεν αναγνώρισαν τους ψευδοασθενείς που προσποιήθηκαν σημεία ψυχικής ασθένειας. Αυτό το μάλλον χωρίς ενδιαφέρον εύρημα δεν είναι σχετικό με τα πραγματικά προβλήματα της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της ψυχιατρικής διάγνωσης και εξυπηρετεί μόνο στο να τα συγκαλύπτει. Μια πιο σωστή ερμηνεία στα δικά του δεδομένα διαψεύδει τα συμπεράσματά του. Στο πλαίσιο ενός ψυχιατρικού νοσοκομείου, οι ψυχίατροι είναι αξιοσημείωτα ικανοί να διαχωρίσουν τους «υγιείς» από τους «ασθενείς». (Spitzer, 1975)

3.5 Κριτική στο πείραμα του Rosenhan (2)

Πάνω στην έρευνα του Rosenhan έγιναν μια σειρά από κριτικές. Στην παρούσα εργασία παρατίθεται ακόμα μια από αυτές από τον Sidney Crown, το 1975. Ο συγγραφέας θίγει τρία ζητήματα στην εργασία του. 1) τις έννοιες «ψυχική υγεία» – «ψυχική ασθένεια», 2) την δεοντολογική πλευρά μιας έρευνας που περιλαμβάνει την προσποίηση και 3) το περιβάλλον της θεραπευτικής κοινότητας. Στην παρούσα εργασία θα γίνει εκτενέστερη αναφορά στο πρώτο ζήτημα, που αφορά τους όρους «ψυχική υγεία» και «ψυχική ασθένεια» καθώς αφορούν αμεσότερα το ζήτημα της διάγνωσης που μελετάται.

3.5.1 Ψυχική υγεία – ψυχική ασθένεια

Θα ήταν παράλογο να θεωρήσουμε ότι τα κριτήρια που καθορίζουν την ψυχική υγεία είναι απόλυτα και δεν επηρεάζονται σε κανένα βαθμό από την κουλτούρα και τον πολιτισμό. Αντιθέτως παρατηρεί κανείς ότι είναι σχετικά, και συνδεδεμένα τόσο με την κουλτούρα όσο και με την υποκουλτούρα. Η διαγνωστική πρακτική δεν εξαρτάται μόνο από την κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο ασθενής (ή στην περίπτωση της έρευνας του Rosenhan ο ψευδοασθενής), αλλά και στην εκπαίδευση και στάση του παρατηρητή. *«Όταν αναφερόμαστε σε αποκλίνουσα συμπεριφορά, αναφερόμαστε σε ένα αλληλεπιδραστικό φαινόμενο».* (Becker H. S., 1964)

Ο Rosenhan στήριξε την έρευνά του στην προσποιητή ψύχωση. Σε σχέση με την σχιζοφρένεια λίγες είναι οι διαγνώσεις που φαίνεται να είναι τόσο πολύ εξαρτώμενες από την κουλτούρα και την υποκουλτούρα. Πιο συγκεκριμένα έρευνα των Kendall, Cooper, Gourlay, Copeland, Sharpe & Gurland το 1971 έδειξε ότι, τουλάχιστον μέχρι εκείνη την εποχή, αυτή η διάγνωση χρησιμοποιούνταν ευρέως στην Αμερική σε σύγκριση με τα δεδομένα που αφορούν την Αγγλία και την Ευρωπαϊκή ήπειρο. Επιπλέον πολλοί αμερικάνοι κλινικοί ψυχίατροι, από τους οποίους οι πιο γνωστοί είναι η ομάδα από το “New Haven” (Astrachan, Harrow, Adler, Brauer, Schwartz, Schwartz & Tucker, 1972), ανέπτυξαν το νέο εγχειρίδιο σχιζοφρένειας (“The New Haven Schizophrenia Index) καθώς και το “Washington Group” οι οποίοι κατέγραψαν ξεκάθαρα τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας από τους Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur and Munoz (1972). Με την αυξανόμενη ανάπτυξη λοιπόν, τέτοιων ερευνών και σαν συνέπεια την κατάρτιση που αποκτάται, θα ήταν λιγότερο πιθανό ότι οποιοσδήποτε ασθενής που παραπονιέται για ασαφείς και ακαθόριστες ακουστικές παραισθήσεις και χωρίς κανένα άλλο στοιχείο που να στηρίζει αυτό το σύμπτωμα, να θεωρηθεί σχιζοφρενής στην Αγγλία ή την Αμερική. (Αυτό δε σημαίνει φυσικά ότι ένας έμπειρος ψυχίατρος δεν θα μπορούσε να προσποιηθεί σχιζοφρένεια. Προφανώς θα μπορούσε, και δεδομένης της έλλειψης

θετικών βιοχημικών ή άλλων δεικτών, θα μπορούσε κανείς να φανταστεί τις συνθήκες κάτω από τις οποίες η προσποίηση θα ήταν εφικτή.) (Crown, 1975)

Όσον αφορά τη σχέση της έρευνας και την επιρροή της κουλτούρας και της αλληλεπίδρασης μεταξύ *ηθοποιού και ακροατή*, ένας Άγγλος αναγνώστης θα έβρισκε διασκεδαστικά τα αποτελέσματα ενός από τα πειράματα ελέγχου του Rosenhan καθώς μια τέτοια εμπειρία θα είχε διαφορετικά αποτελέσματα στη δική του χώρα. Εάν στην Αγγλία ένας φοιτητής πλησίαζε κάποιο μέλος της Ακαδημαϊκής κοινότητας το οποίο *«έμοιαζε να κατευθύνεται σκόπιμα σε μια σύσκεψη ή για να διδάξει»* και τον ρωτούσε μια σειρά από ερωτήσεις που αφορούν τη θέση του, κατευθυντικές οδηγίες προς ένα κτίριο και οικονομική βοήθεια, εκείνος θα απαντούσε πολύ συνοπτικά, θα διατηρούσε την ελάχιστη οπτική επαφή, τη μέγιστη αποστροφή του κεφαλιού, στιγμιαίες παύσεις και φυσικά καθόλου κουβέντα! (Crown, 1975)

3.5.3 Δεοντολογία της προσποίησης

Στην κριτική που άσκησε ο Weiner το 1975 θίγει το θέμα ότι οι ψευδοασθενείς δεν είναι πραγματικοί ασθενείς. Επιπλέον στα πεδία της κοινωνικής ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας όπου τείνουν ολοένα και περισσότερο να χρησιμοποιούν σύνθετες προσποιητές έρευνες με υποκείμενα «πίονια» των ερευνητών οι επιπτώσεις και η ηθική τέτοιου είδους μεθοδολογίας θα πρέπει επειγόντως να μελετηθούν. Παρά το γεγονός ότι η αποκάλυψη των υποκείμενων λόγων διεξαγωγής μιας ψυχιατρικής, ψυχολογικής ή κοινωνιολογικής έρευνας μπορεί να «σαμποτάρει» την έρευνα, μία έρευνα της οποίας η μεθοδολογία βασίζεται στο ψέμα και στην εξαπάτηση μάλλον μοιάζει αποκρουστική. (Crown, 1975)

3.5.4 Θεραπευτική Κοινότητα

Παρά την ωμότητα της μεθοδολογίας που χρησιμοποίησε ο Rosenhan, και των δογματικών συμπερασμάτων του τα οποία δεν υπολείπονται δικαιολογίας, ο Rosenhan έθιξε ένα σημαντικό θέμα που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο οι ψυχίατροι καταλήγουν στη διεξαγωγή διάγνωσης καθώς και στις προοδευτικές και συνεχείς αξιολογήσεις των ασθενών –ή στην έλλειψή τους. Το συμβατικό ίδρυμα όπως περιγράφεται από τον Rosenhan δεν υφίσταται στην Αγγλία. Έχει αντικατασταθεί από τη θεραπευτική κοινότητα (Jones, 1968). Λαμβάνοντας υπόψη τη στενή εμπλοκή των ασθενών με τις νοσοκόμες που είναι ντυμένες με απλά ρούχα, τους γιατρούς που δεν φοράνε άσπρες ποδιές και δεν κρατούν στηθοσκόπια, συχνές συναντήσεις των μελών του θαλάμου και μικρές αλλά και μεγάλες θεραπευτικές ομάδες τότε είναι μάλλον λιγότερο πιθανό για έναν ασθενή (ψευδοασθενή ή πραγματικό) να βιώσει στο παραμικρό τις εμπειρίες που αναφέρει ο Rosenhan) στην έρευνα του αυτή που δίνει το ερέθισμα για παραπάνω σκέψη. (Crown, 1975)

4.Επίλογος

4.1 Ανασκόπηση

Αναφερθήκαμε στα προηγούμενα κεφάλαια στη διαδικασία της κλινικής διάγνωσης στον χώρο της ψυχικής υγείας. Είδαμε ότι αυτή η διαδικασία έχει τόσο μια θετική όσο και μια αρνητική υπόσταση. Με αφορμή τη μελέτη του Rosenhan τέθηκε το ερώτημα «υπάρχουν σταθερά χαρακτηριστικά στο άτομο που να οδηγούν τον κλινικό στη διάγνωση;» και «είναι επαρκείς και ικανοποιητικές οι γνώσεις των κλινικών ώστε να επιτύχουν μια σωστή διάγνωση;», «επηρεάζει το πλαίσιο την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των ασθενών;».

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα του, ο συγγραφέας τονίζει ότι η επιρροή του ψυχιατρικού πλαισίου είναι τόσο μεγάλη ώστε να μην μπορεί ο κλινικός να διακρίνει τον υγιή μέσα σε αυτό. Αντίθετα επηρεάζει την κρίση του στη διαδικασία της διάγνωσης αλλά και μετά από αυτή, στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς. Η διάγνωση τελικά λειτουργεί αρνητικά ορίζοντας έτσι ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο ο ασθενής αλλά και όλοι όσοι εμπλέκονται με αυτόν – προσωπικό, θεράποντες, οικογένεια-αποκτούν ρόλους και συμπεριφέρονται ανάλογα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο οι παρατηρητές βλέπουν μόνο αυτό που το ίδιο το πλαίσιο τους επιβάλλει: έναν ασθενή με διαταραχή και κατά συνέπεια παθολογικές και ανάρμοστες συμπεριφορές που πηγάζουν από αυτή. Η δομή του ίδιου του ψυχιατρικού συστήματος το οποίο αλληλεπιδρά άμεσα με τον ασθενή, φαίνεται να μην έχει καμία σχέση ή επίδραση. Αντιθέτως όλες οι συμπεριφορές και η αντίληψη του ασθενή είναι σαφώς αποτελέσματα της διαταραχής του και είναι μάλλον αναμενόμενα. Στην περίπτωση δε που τέτοιες «παθολογικές» συμπεριφορές απουσιάζουν η διαταραχή βρίσκεται σε ύφεση.

Γίνεται φανερό λοιπόν ότι η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής (και ιδιαίτερα στις πιο σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια που μελετήθηκε παραπάνω) συνεπάγεται την άμεση εμφάνιση στιγματιστικών στερεότυπων τα οποία καθορίζουν πλέον ολόκληρη τη ζωή του ασθενή. Το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια αποτυπώνεται ανεξίτηλα στην ταυτότητα του ανθρώπου που πάσχει. Ο ασθενής παύει να είναι άτομο με τα ίδια δικαιώματα, με την ίδια ανθρώπινη αξία όπως όλα τα ανθρώπινα όντα (Goffman, 1963). Έτσι ο ίδιος καταλήγει να πείθεται και να συμμορφώνεται με το προσδόκιμο το οποίο του ορίζει εξ αρχής η διάγνωση. Όμως το πλαίσιο φαίνεται να είναι αυτό που καθορίζει τη διάγνωση. Επομένως συνιστά η

τελευταία εργαλείο χρήσιμο για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη του χώρου της ψυχικής υγείας ή το αντίθετο;

Η μελέτη του Rosenhan αν και προκάλεσε μεγάλη αναστάτωση δέχτηκε και δριμύτατη κριτική. Αμφισβητήθηκε η εγκυρότητα του ίδιου του πειράματος όσο και τα συμπεράσματα που αντλήθηκαν από αυτό. Στην απάντηση του ο Spitzer -που παρατέθηκε προηγουμένως – δηλώνει ότι το πείραμα του Rosenhan όχι μόνο δεν παρέχει χρήσιμα δεδομένα και πληροφορίες αλλά θεωρεί ότι πρόκειται για ψευδοεπιστήμη-όπως το ονομάζει ο ίδιος. Θεωρεί ότι πουθενά δεν αποδεικνύεται η ανικανότητα των κλινικών ούτε και η αναποτελεσματικότητα του ψυχιατρικού συστήματος. Αντιθέτως πιστεύει ότι πρόκειται για απλή παρερμίνευση των δεδομένων και κατά συνέπεια για παραπλάνηση.

Όσον αφορά την ψυχιατρική αξιολόγηση σκοπός της είναι η διεξαγωγή της σωστής ψυχιατρικής διάγνωσης. Είναι αλήθεια ότι πέρα από τις οργανικές εγκεφαλικές βλάβες, δεν υπάρχουν εργαστηριακές διαδικασίες που να στηρίζουν τις ψυχιατρικές εξετάσεις. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν κανένας τρόπος. Οι διαδικασίες που επικυρώνουν τις ψυχιατρικές διαγνώσεις είναι όμοιες με εκείνες που χρησιμοποιούνται για να επικυρωθούν ιατρικές μη ψυχιατρικές διαγνώσεις. Αυτές είναι οι έρευνες και οι μελέτες που υποδεικνύουν τον βαθμό στον οποίο η γνώση του ότι κάποιος ανήκει σε μια συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία παρέχει σημαντικές πληροφορίες για αυτόν, οι οποίες δεν περιέχονται στα καθοριστικά χαρακτηριστικά της διαγνωστικής αυτής κατηγορίας. Η βιβλιογραφία έχει ήδη να προσφέρει μελέτες που υποδεικνύουν την ιδιαιτερότητα ποικίλων μορφών σωματικής θεραπείας και ξεχωριστών γενετικών παραγόντων για πολλές από τις κύριες ψυχιατρικές διαγνωστικές κατηγορίες. Αυτές οι μελέτες όπως και άλλες που ασχολούνται επίσης με τους στόχους της διάγνωσης, αποτελούν τις διαδικασίες εκείνες που μπορούν να επικυρώσουν μια ψυχιατρική διάγνωση.

4.2 Συμπεράσματα

Ο Κλινικός Ψυχολόγος καλείται να χρησιμοποιήσει τα πορίσματα και τις ερμηνείες της αξιολόγησης για να διαμορφώσει το διαγνωστικό προφίλ σχετικά με τη νοημοσύνη, τις γνωστικές, συναισθηματικές, κοινωνικές λειτουργίες, και αυτές της συμπεριφοράς, καθώς και το είδος και το επίπεδο των ψυχικών δυσλειτουργιών. Ως μέλος διεπιστημονικής ομάδας συνήθως, αλλά και αυτόνομα, συμβάλλει σε διαγνώσεις σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένα κριτήρια, όπως τα Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TRTM ή το ICD.

Στην ερώτηση λοιπόν «είναι θετική ή αρνητική η κλινική διάγνωση στον χώρο της ψυχικής υγείας» η απάντηση κατά τη γνώμη μου είναι μάλλον θετική.

Η ψυχική ασθένεια είναι και θα πρέπει να γίνεται κατανοητή σαν ένα πραγματικό γεγονός. Η διάγνωση σε ψευδοασθενείς μάλλον δεν έχει καμία σημασία και το πλαίσιο στο οποίο τους εντάσσει δεν μπορεί να τους βοηθήσει καθώς οι ίδιοι στην πραγματικότητα δεν ανήκουν σε αυτό. Όμως για έναν ψυχικά ασθενή η διάγνωση είναι πραγματικά πολύτιμη. Του προσφέρει πληροφορίες σχετικά με τη φύση της ασθένειάς του, τον κάνει να αισθάνεται ότι δεν είναι μόνος του και του προσφέρει τη δυνατότητα πρόγνωσης και σχεδιασμού της θεραπείας. Παρά τον στιγματισμό που μπορεί να επιφέρει (ο οποίος θα πρέπει να παραδεχτούμε στον χώρο της ψυχικής υγείας είναι μεγαλύτερος από κάθε άλλο τομέα της υγείας) η διάγνωση παρέχει ένα κοινό πλαίσιο μέσα στο οποίο όλες εκείνες οι «παράλλογες» συμπεριφορές αποκτούν νόημα και μπορούν να ερμηνευτούν.

Φυσικά ο παρατηρητής που καλείται να διαγνώσει κάποιον μπορεί να επηρεαστεί από το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται. Αυτό είναι ένα σοβαρό πρόβλημα το οποίο χρήζει περαιτέρω έρευνας. Παρόλα αυτά δεν σημαίνει ότι η λάθος χρήση της διάγνωσης συνιστά επαρκή και ικανοποιητικό λόγο ώστε να σταματήσουμε να τη χρησιμοποιούμε. Όταν η διάγνωση γίνεται σωστά τότε είναι μάλλον ανυπολόγιστης αξίας.

5. Βιβλιογραφία

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Free Press .
- Becker, H. S. (1964). *The other side. Perspectives on deviance*. The Free Press .
- Benedict, R. (1934). *General Psychology* , 59.
- Coate, M. (1964). *Beyond All Reason*. London.
- Cooper, D. (1974). *Ψυχιατρική και Αντιψυχιατρική , προβλήματα του καιρού μας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ράππα.
- Crown, S. (1975). "On Being Sane in Insane Places": A Comment From England. *Journal of Abnormal Psychology* , 453-455.
- Gelder, M. G., Lopez-Ibor, J. J., & Andreasen, N. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. United States: Oxford University Press.
- Goffman, E. (1981). *Asylums*. New York: Doubleday.
- Hunter, F. M. (1973). Letters to the Editor. *Science* , 180, 361.
- Jones, M. (1968). *Social Psychiatry in Practice. The idea of Therapeutic community*. Harnondsworth, Middlesex, England: Penguin Books.
- McWilliams, N. (2000). *Ψυχαναλυτική Διάγνωση (Δ' Έκδοση εκδ.)*. (Σ. Τριλίβα, Τ. Αναγνωστοπούλου, Ό. Παπακωστα, Χ.

Ξενάκη, Επιμ., & Κ. Αντωνία, Μεταφρ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Reich, W. (1981). Psychiatric Diagnosis as an ethical Problem. Στο *Psychiatric Ethics* (σσ. 61-88). Oxford University Press.

Reich, W. (1981). Psychiatric Diagnosis as an Ethical Problem. Στο *Psychiatric Ethics* (σσ. 350-352). Oxford University Press.

Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Inane Places. *J STOR* , 179, 250-258.

Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science, New Series* , 250-258.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Pocket Handbook Of Clinical Psychiatry* (4th εκδ.). (Γ. Ν. Παπαδημητρίου, Επιμ.) Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Sadock, K. &. (1996). *ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ.

Shackle, E. M. (1985, Sep). Psychiatric Diagnosis as an ethical Problem. *Journal of Medical Ethics* , 132-134.

Spitzer, R. L. (1976). More on Pseudoscience in Science and the Case for Psychiatric Diagnosis. *Arch Cen Psychiatric* , 459-470.

Spitzer, R. L. (1975). On Pseudoscience in Science, Logic in Remission and Psychiatric Diagnosis: A Critique on Rosenhan's "on Being Sane in Insane Places". *Journal of Abnormal Psychology* , 84, 442-452.

Spitzer, R. L., & Wilson, P. T. (1975). Nosology and the official psychiatric Nomenclature. Στο Α. F. Kaplan, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.

Καρίνα, Κ. (1998). *Ψυχομετρία και Ψυχολογική Αξιολόγηση*. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ.

Κουλάκογλου, Κ. (1998). *Ψυχομετρία και Ψυχολογική Αξιολόγηση*. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ.

Ν.Μανου. (1997). *Βασικά Στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Ν.Μάνου. (1985). *Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Ορων*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Παπαδόπουλος, Ν. Γ. (2005). *Λεξικό Ψυχολογίας*. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.

Χατήρα, Κ. (2005). *Η τεχνική των Κηλίδων Μελάνης του Rorschach*. Αθήνα: τυπωθήτω - Γιώργος Δαρδάνος.